

# 医療社会福祉研究

## 第20巻

---

### 基調講演

- 第21回日本医療社会福祉学会基調講演にあたって 岡本民夫会長挨拶  
支援困難事例の分析調査  
—実践事例を通じて得られたもの— 岡田朋子

### シンポジウム

- 「実践知の集積と共有化」を終えて 平塚良子  
「研究的臨床実践」の実現に向けて 松澤和正  
日本の精神保健福祉領域における  
ソーシャルワーカーと精神障害当事者との関係性 大谷京子  
調査研究を通して実践知を可視化・理論化、さらに共有化していくこと  
瀧澤 学

### 論文

- ホームレス保健医療福祉包括的アセスメントツールの開発過程  
— CCH Consumer Outcome Scales 修正日本語版の  
ビッグイシュー大阪販売者における信頼性・妥当性の検討— 知念奈美子  
がん患者会におけるピア・サポートに関する考察  
— 認知の再構築の視点から— 大松重宏  
孤立するターミナル期要支援者への  
ソーシャル・サポート・ネットワークに関する研究 永見芳子  
要介護状態にある HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度の課題  
— エイズ治療拠点病院ソーシャルワーカーへの実態調査から—  
清水茂徳・磐井静江・小西加保留
- 

2012年6月

日本医療社会福祉学会

## 「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、調査報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」「実践報告」「調査報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌にすでに掲載されていないもの、あるいは、現在投稿中でないオリジナルなものに限る。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
5. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿の送付先は、下記とする。

日本医療社会福祉学会事務局

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ゼンゴビル2F  
(社)日本医療社会事業協会事務局内  
電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

データファイルの宛先

メールアドレス [jsswh-post@jaswhs.or.jp](mailto:jsswh-post@jaswhs.or.jp) 学会事務局あて

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

## 執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとす。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「論文」には、500字以内の日本語抄録および200語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 引用文献は、著者名でABC順に配列する。

### \*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名，出版社名，発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名，雑誌名，巻数，最初の頁-最後の頁，発行年。

# 目 次

## 基調講演

---

- 第21回日本医療社会福祉学会基調講演にあたって 岡本民夫会長挨拶 1
- 支援困難事例の分析調査  
—実践事例を通じて得られたもの— 岡田朋子 2

## シンポジウム

---

- 「実践知の集積と共有化」を終えて 平塚良子 21
- 「研究的臨床実践」の実現に向けて 松澤和正 23
- 日本の精神保健福祉領域における  
ソーシャルワーカーと精神障害当事者との関係性 大谷京子 27
- 調査研究を通して実践知を可視化・理論化、さらに共有化していくこと  
瀧澤 学 33

## 論文

---

- ホームレス保健医療福祉包括的アセスメントツールの開発過程  
— CCH Consumer Outcome Scales 修正日本語版の  
ビッグイシュー大阪販売者における信頼性・妥当性の検討—  
知念奈美子 37
- がん患者会におけるピア・サポートに関する考察  
—認知の再構築の視点から— 大松重宏 51
- 孤立するターミナル期要支援者への  
ソーシャル・サポート・ネットワークに関する研究 永見芳子 61
- 要介護状態にある HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度の課題  
—エイズ治療拠点病院ソーシャルワーカーへの実態調査から—  
清水茂徳・磐井静江・小西加保留 77

## [基調講演]

### 第21回日本医療社会福祉学会基調講演にあたって

#### 岡本民夫会長挨拶

本大会のメインテーマは「実践知の共有化—具象から抽象への展開」とつけました。これには、いくつかの背景があります。私は、若い頃、医療機関に入った頃、研究といえば徹底した先行研究のレビューと、そこから積み残された課題を抽出して、それをベースに仮説を立て、調査をし、実践し、その成果を評価して発表するという極めてオーソドックスな科学の仕方を徹底的にやらされた記憶がございます。しかし一方、社会福祉学は、医療福祉学も含めて実践の科学ですので、抽象的な理論を展開していくだけではすまない側面が多いと思います。その結果が、いろいろな形で成果として出されてきております。その意味では一方的な演繹的なやり方も大事ですが、他方で、帰納法的な実践から抽象へという論理展開をしていく研究手法もまた重要ではないかと考えて、この2、3年この種のテーマを主体に研究をやってまいりました。

今回は、実践知、つまり日々の実践や体験の中から得られた貴重な知見やそれを積み上げた結果から析出された経験法則が、実践の中で重要であることを改めて確認し、それをお互いに共有化する方向で、進めてまいりたいと考えております。

基調講演には岡田朋子さんという文字通り、

それを地でいかれた方のお話を伺い、それを受けて、その後、シンポジウムの中で、さらにもろんな角度から議論をしていただくということでございます。自由研究報告、明日の特別企画、震災とソーシャルワークのかかわりについての報告もでございます。最後には事例研究会を開催し、そこで皆さんからのいろいろな知見、見識をご披露いただいて成果にしていきたいと考えている次第でございます。

それでは最初のプログラム、基調講演の報告者のご紹介をしたいと思います。私は、岡田さんの立教大学大学院コミュニティ研究科後期課程の博士号の学外副査を仰せつかった関係から、岡田さんの研究について関心を持ち、その成果から学ばせていただいたということで、学会の理事会に、こういう方がおられる、ということをご紹介し、今日に至ったわけでございます。岡田さんの書籍については、今年6月、全社協『月刊福祉』6月号の本棚に、主要な研究の柱だてが、どうなっているか、その成果は何か、残された課題は何かについて、私なりの書評を書いております。立派な書籍になって出版されているものであります。ご本人のお話を、ぜひ今から拝聴したいと思います。岡田さん、よろしく願いいたします。

# 支援困難事例の分析調査

## —実践事例を通じて得られたもの—

岡田 朋子\*

ご紹介いただきました岡田でございます。本日は日本のソーシャルワークを牽引してこられました研究者の方々、また現場のMSWの方々が集う日本医療社会福祉学会の大会に、このような機会を頂戴いたしましたことを非常に光栄に存じます。私自身は研究という意味においてはまだ若輩者でございます。このような機会は大変ありがたく、いろいろなお批判やまた交流をさせていただければ幸いです。

座長の岡本先生のお導きのもと、皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

### 1. 支援困難事例に取り組んだ背景

支援困難事例というのをテーマにしているわけですが、なぜ支援困難事例に取り組んだのかという背景についてから始めたいと思います。自分の職歴にも関連してきますが、私は大学を出た後、精神科病院でPSWの仕事をして5年やらせていただき、結婚して子どもが生まれることになりました。当時は育児休暇もなく、乳児保育所もほとんどない時代で、すぐ近くに親がいるわけでもなく、仕事から一旦、離れました。子どもが保育園に入れるようになってから自分を受け入れてくれる職場を探し、行政のソーシャルワーカーなら、ということで行政の分野に入っていったという経過でございます。実は行政分野は合わない、とずっと思っていたのですから、結果的に長く行政で仕事をするということになるとは、入職した時は思ってもみないことでした。

仕事は直接支援では福祉事務所のソーシャルワーカーとして、いろんな事例にぶつかりました。すごく難しい事例、地域で困っている事例は、ほとんど最終的には福祉事務所に持ち込まれてくるという、そういう時代背景でもあり、今という支援困難な事例は、ごく自然に沢山経験してきたということがあります。

直接支援の職場を離れて管理部門、企画部門に移って少し離れたところから、直接支援とはどういうものだったのかと振り返りの時期を経験しました。その後、行政の立場を離れて研究生生活に入りました。そこで支援困難事例の自主的検討会をすることになりまして、2年間、じっくり支援困難事例の検討会<sup>1)</sup>に加わったわけがあります。

### 2. 支援困難事例とは

行政の分野において、支援困難事例とはどういう事例なのか。行政ソーシャルワーカー、保健師に寄せられる支援困難事例とは、どういう事例か。一例を挙げますと、たとえば世帯の中心者でありました母親が病気で倒れ、高次脳機能障害となり、そのまま入院中の事例がある。家には娘が二人いるのですが、二人とも知的障害がある。祖母がおりますが判断力の弱い方で、この世帯には亡夫の労災年金が相当な金額があり、それで生活を立てていたのですが、母親が入院した後、労災年金を親戚が持って行ってしまった。そこでこの世帯は生活費に困っている

---

\*Tomoko Okada : 福祉と保健の生活課題を考える会代表

のですが、本人たちからは「困っている」という訴えがない。そのようなことが、地域のあるところで起こっているわけです。こういう事例を行政のソーシャルワーカーが知る経緯ですが、母が入院している病院のMSWさんから「最近、医療費が滞納となっている。どうなっているか調べてほしい」と連絡が入る。さらに、娘二人が通っている養護学校の先生から電話が入り「最近、学校に来ていない。たまに登校するが、来る時はすぐおなかをすかせている。衣服も汚れている。髪も洗ってないようだ。ちょっと調べてほしい」と情報が入ってくるのです。

そのようにして、地域のここの場所に、そういう家族が住んでいると、行政の担当者が知ることになります。ご本人からは何の連絡もないけれど、さまざまな生活課題が重なり、支援が必要だろうと思われるような方々です。その方々にアプローチしようという時、ご本人からの訴えがないことも多く、ご本人が支援を受けつけない、地域から孤立してしまっている場合もある。地域で相談を受ける民生委員児童委員の方が近づこうとしても拒否される場合があります。このように支援者側がご家庭、一人ひとりの方と簡単に接触ができないという状況は、支援者から見た場合、まず近づけないという困難を感じます。これらは支援者側から見た支援困難さの一つであり、これ以外にも困難さを形作っている事柄もあり、それらを支援者側から見た困難さとして纏めています (ppt ①)。

### 支援者側からみた支援の困難さ

- 1 経済的困窮も含めて生活課題が幾つも重なっているため支援機関や支援者が複数関わる。その調整にはルールがあるようでない。
- 2 生活課題が重篤(虐待、DV、精神疾患未治療、単身の認知症等々)。
- 3 一方、本人や家族員が生活課題を課題だと認識していないか認識できない。
- 4 周囲や支援機関に支援を求めない、訪問を拒否する等、地域で孤立。
- 5 課題対応の仕方や生活の仕方に、世代間連鎖と思われる状況が見られる。

ppt ① 支援者側から見た支援の困難さ

支援困難事例というのをまとめて言いますと「重篤な生活課題を抱えている、課題をいくつも重複させている状況であるのに、本人の側から支援を求めてこない、支援を求めることができない。その理由は病気であったり、障害があったりでさまざまだが、自分の方から支援を積極的に求めてこない事例」を支援困難事例と、しておきたいと思います。

本人が支援を求めてこない、だからそのままにしておいてよいのか、ということ、またなお支援を求めてこないところに支援に入っていったらよいのか、ということがございます。その場合、個人の生活の課題は社会的に構成されているという考え方に立ちますと、生活問題は個人的な事柄であるけれども、まさに社会との関係の中でつくられている困難課題であると考えられ、そこで初めて支援者が社会的支援をしていく根拠になると考えているところであります。一例をあげれば、私たちの個人的生活は、社会のルールを受け入れて成り立っています。例えば、ごみを捨てるという行為は極めて個人的な行為です。そのごみを捨てる際に、分別し、決められた曜日に決められた方法で捨てるという社会の一定のルールを守らないと、ごみは回収されない。回収されないゴミの出し方は、ルール違反とされ、近隣地域から指摘を受けさらには排除されることにも繋がる。地域で生活している知的障害者や認知症の方々が、ごみの問題で近隣の方と揉めてしまうということを聞きますが、ごみを捨てるという個人的な行為にも社会のルールがはりめぐらされている。

個人の生活が細部にわたり社会化されたために、個人的な生活上の課題は社会的に構成されている、という観点に立つと、個人的と見える生活課題であっても、社会的な支援の必要性があると考えられます。

### 3. 先行研究の検討、困難事例検討についての現状

#### (1) 先行研究の検討

「支援困難」という言葉を使っていますが、関連する先行研究としては、「多問題家族」という括りがございます。これは小松源助先生が、アメリカのセントポール市の多問題家族の取り組みを日本に紹介された業績があり、「多問題家族」という言葉は現在でも現場の中では生きていますと考えられます<sup>2)</sup>。小松先生は多問題家族に関しては二つの性格で説明されています。一つは問題が重複している、一人の方もご家族にもいくつかの課題が重複していることと、もう一つは家族の側の問題を受け止め方に一つの特質がある。家族側の対応の仕方として、提示された処遇に対して抵抗する、あるいは持続して支援を受け続けることが難しい、さらに社会的機関に対する敵意も持っている等とし、それらを「多問題家族」の性格であろうと。小松先生によりますと「多問題家族の概念化は世界的に成功しているとはいえない」としています。しかしながら現状を見ると、それらに対して日本における研究が重要な課題でありながらも進んでいないことを残念とされる文章が残っております。

次が窪田暁子先生による「多重問題ケース」「多重問題家族」に関する研究です<sup>3)</sup>。1980年代の日本の社会福祉の現場では、貧困が見えなくなったとか、対象者は質的に変化したということがしきりにいわれた時代がございます。その時にそれに対応させて、「多重問題ケース」、「多問題家族」の対応を提示されたのです。「多問題家族」という場合にはいくつかの問題が並列的に並んでいるように受けとられがちであります。しかし「多問題家族」といわれる方々の問題のあり方というのは、重なりあったり、絡みあったり、家族員同士がいろんな役割を果たし、問題を維持させている家族の病理があると分析され、「多問題」というよりは「多重問題」と表現した方が、いいのではないかとのご提案

があった。そしてその様な重なり合う生活課題を持つ家族を的確に分析され、支援方法を非常に丁寧に提示されたのであります。

さらに時代が下ってまいりまして伊藤富士江先生による「ルーニーによるインボランタリー・クライアントの支援方法の、日本における適応可能性」というご研究があります<sup>4)</sup>。結論的には、一部適用できるだろうとっておられるわけですが、社会体制、社会福祉の制度、ソーシャルワークの在り方が、アメリカとは違う日本であっても、インボランタリー・クライアントに対する支援方法の一部は、十分に使えるだろうと。伊藤先生によれば日本においてはインボランタリー・クライアントに出会うのは、福祉事務所とか児童相談所のようなところであるとされ、そこで現場の人たちがご苦労されている。伊藤先生も小松先生と同様に、この分野への研究関心が、少し足りないのではないかと、それが残念であるという記述が見られます。

支援困難に対する先行研究は、あまり多くは無いというのが文献にあたった中で感じたところでございます。

#### (2) 支援困難事例検討の現状

それでは現在、支援困難に対して、支援現場においてはどのような検討がなされ、どのような課題があるかということですが、ここでは、支援困難さを抱える行政のソーシャルワーク分野に限定して検討しています。

まず支援困難事例が発生しました時に、その担当者は職場内でスーパーバイズが受けられるか、または上司や関係者と協議して方針が立てられる仕組みになっていれば、孤立しない。そのような形で職場の体制ができていけば問題はないのですが、行政分野の職場において個人スーパービジョンは実現できていない、夢のまた夢となっております。そのために支援困難事例を抱えた支援者がバーンアウトしてしまうことがあつたりしますが、そのような状況下では個人スーパービジョンでなくとも事例検討を行うことも、一つのスーパービジョンの方法になるだ

ろうといわれています<sup>5)</sup>。行政分野の中では、あるほんの一部には事例を検討することが、指針などに決められている分野があるのですが、それ以外はほとんどないために、支援困難な事例が発生した時、事例検討を行うということが業務内に構造化されているとは言えません。支援者が困って「検討会をしてください」と要請することによって事例検討会が開催されることもあれば、職場の状況によっては要請しても開催されないこともあり、ばらつきがある。ですから事例が発生した時、対象者に向けて「このような方式ですすすめます」という標準モデルも示せる段階には至っていない。そのような状況が現状であるということでもあります。

この会場にいらっしやる皆さんの医療福祉の分野において、すでに支援困難事例の支援標準モデルができていたようでしたら、ぜひぜひ学ばせていただきたいと思っております。

#### 4. 支援困難を構成する要素

行政のソーシャルワーカーとして支援困難事例を担当してきた経験の中から、また加えて仕事を離れて2年間に亘って事例検討会の助言者をやらせていただいたというプロセスの中から、支援困難にも、いろんな種類がある、と考えてきたのです。困難という課題に対して、一口で「難しい」とか「困った」というその中身は、課題が絡まっている、種類もさまざまであるということを考えていまして、検討事例をすべて見直す中から、「支援困難の6要素」を考え出してみたわけであります (ppt ②参照)。

支援困難要素①では、課題の認識をどうしているか。「対象者と支援者の関係性の中で課題認識の側面で困難が生じている場合」。さらに②では「課題解決の活動面で生じる支援者と対象者の間で困難が生じている場合」です。③は「課題自体の困難性」。④は「サービスにまつわる困難」。⑤は「支援者側の条件としての困難」。⑥は「支援の仕組みにかかわる困難」とまとめました。そして支援困難要素①と②を括って「対

支援困難6要素	
支援困難要素	区分
① 課題認識の面で生ずる困難 ② 課題解決の行動・活動面で生ずる困難	対象者と支援者間の関係性の課題
③ 課題自体の困難性 ④ サービスにまつわる困難性 ⑤ 支援者側の条件としての困難性 ⑥ 支援の仕組みに関わる困難性	対象者、支援者がそれぞれ社会的に規定されている課題

ppt ② 支援困難の6要素

象者と支援者の間の関係性の課題」としております。支援困難要素③、④、⑤、⑥を括り「対象者・支援者が社会的に規定されている課題」とし、大きく2つに纏めているところです。

6つある支援困難要素のうち①と②について説明しましょう。支援困難①ですが、対象者と支援困難事例のかかわりの中に生ずる課題認識の側面です (ppt ③参照)。横軸を対象者、縦軸を支援者にして4つの象限ができます。先程「支援困難事例とは」で取り上げた事例でいいますと、「入院中の母親」「家にいる知的障害がある娘」「少し判断力が弱い祖母」は「労災年金が親族に使い込まれてしまい、それが原因で家族全員の経済的生活基盤が揺らいでいる」という課題を認識していないか認識しても表明していない。支援者側は、病院とか養護学校から

支援困難要素① 対象者と支援者のかかわりの中で生ずる困難 — 困難課題認識の側面	
	支援者が課題に気付く
IV	I
III	II
対象者が課題を(認識しない、認識しても)表明しない	対象者が課題を(認識し)表明する
	支援者が課題に気付かない

ppt ③ 対象者と支援者の間で生ずる困難— 困難課題認識の側面

の情報があり、そのことを知るといことで、IV象限だろうと考えていきます。

困難要素②、課題解決の行動面の側面ですが、同様に横軸に対象者、縦軸に支援者をおいています (ppt ④参照)。先ほどの母親が高次脳機能障害の事例では、支援者は、この家族にとっては成年後見制度の利用はどうかと、念頭に置きます。支援者にはこの解決の手立てがありサービスにアプローチできる状況にあります。対象者は、すぐにその行動がとれるかという、そのことを理解するには時間がかかり、すぐには行動にできる状態にはないと考えられ、Ⅷ象限になる、と考えられます。

これまで、支援困難要素に関して事例を通じてつまり帰納的に考えてきましたが、一方これを演繹的に考える、つまり生活支援の構成要素と課題領域を一般化して考えてみると、3つの課題領域があると。一つは対象者と対象者を取り巻く環境に課題がある、二つ目に対象者と支援者の間に課題がある、三つ目に支援者と支援者を取り巻く環境に課題がある、です。一般的に考えられる生活支援の困難要素、を演繹的に考えられるものと、支援困難の構成要素を帰納的に考えているものがどういう関係になっているかも検討しました (ppt 省略)。

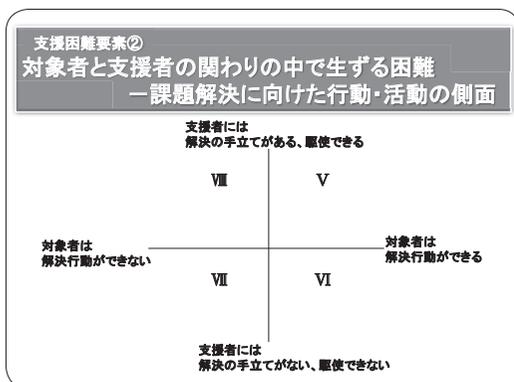
「要素」という言葉を使ってまいりましたが、要素でものごとを考えてみることを構造主義か

ら学ばせていただきました。何と何があれば、構造になるのか。どういう条件があれば、それを構造と言えるか、構造主義の泰斗レヴィ=ストロースの著作から、要素と構造の考え方について学んだところであります<sup>6)</sup>。

## 5. 支援困難事例の地域調査

さて月に一度、支援困難事例の助言者として、いろいろな事例にかかわってまいり、障害、高齢、子どもと、分野はすべて網羅し、さまざまな困難さを検討しました。ソーシャルワーカーと保健師、それぞれ職種は違いますが、それぞれの困難のとらえ方もさまざまに出てきたわけです。「支援困難要素」を固めながらも他方で、一件、一件事例検討をしているが、事例検討の俎上に乗らなくとも類似の事例は数多く現場にはあるのではないだろうかと思っていました。一件ずつ検討している事例というのは、現場にある困難事例の10分の1なのか、50分の1なのか、100分の1なのか、もっと大きい数字なのかと、だんだん気になってきました。一件に約2時間をかける事例検討によって事例の課題がほぐれ、次にどう進めていくかという展開をしているが、支援の現場全体では、どうなっているかという、支援困難事例の分母数が気になりだしました。

事例検討を行っておりますA県B市は人口350万人という巨大都市で、その自治体に社会福祉専門職に採用されたソーシャルワーカーは、800人、保健師は350人(数字は地域調査実施当時)います。そういうところで実際に困難事例はどのくらい起こっているかは見当もつかない。それを検討もしないまま支援しているとすれば、どのようなことになるのだろうかということが気になる。「ある一定の地域で、支援困難事例がどのくらい起こるのかがわかれば、対応方法を検討する手立てに参考になる事が見つかるのではないか」という非常に欲張った考えを抱くようになったわけでありました。



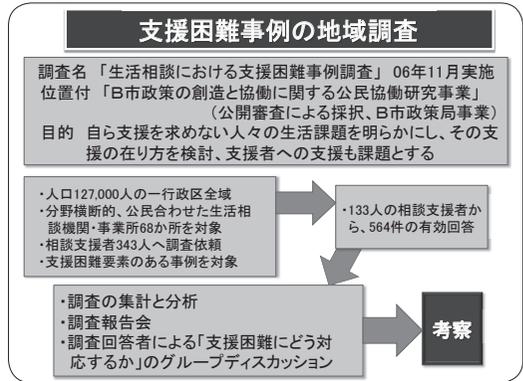
ppt ④ 対象者と支援者の関わりの中で生ずる困難—課題解決に向けた行動・活動の側面

**(1) 公民協働の研究事業**

そのような折り、はからずも調査を実施できる機会が訪れたのです。B市では公と民で政策をつくっていかうという、政策創りを公民協働で行う事業がございます。分野は市政のすべての分野にわたっているものです。市民や研究者が出す提案を受けて、その提案に対して研究費を助成し、関係部署を集めて研究体制を整える事業として、1年で結論を出す。それを施策化し、新しい事業実施に結び付けるという事業で、B市政策局が行っている事業です。B市は意識の高い、自立した市民活動が盛んな都市でもありますので、そういう方々からいろんなアイデア、提案がたくさん出てきております。しかし福祉の課題はこのような提案型のところには殆ど出ていなかった。そのような状況の中で、ダメもと、という気持ちで「支援困難事例の地域調査」を提案したわけでありまして。多くの市民は社会の片隅に声を上げずにひっそりと生活している人を知ることや、生涯そのような人たちに触れることがない。そのような市民活動者たち、そういう自立した方々が多く集まっている場ではありましたが。私の方は、支援困難な人々が一握りであれ、どれだけ人の目に触れないところひっそりと生活をしていようと、市民の一人であって、ソーシャルインクルージョンの観点から「少数であってもこのような人を見逃してなるものか」というトーンで提案をさせていただきました。公開審査で結果は満票をいただき、「やってよい」ということになったのには提案した自分が一番びっくりしたのであります。

人口127,000人の一行政区全域を対象として、区民に開かれた一次相談を行っている機関を、分野横断的に、公民あわせてリストアップすると68カ所あり、そこには相談支援に当たる者が343人いる。それらの方々に向けて調査をさせていただくことにしました。結果は133人の相談支援者から564件の有効回答が得られました。その調査分析報告会を数回やり、その後、回答者の方々に集まっていたいで、今後どのよう

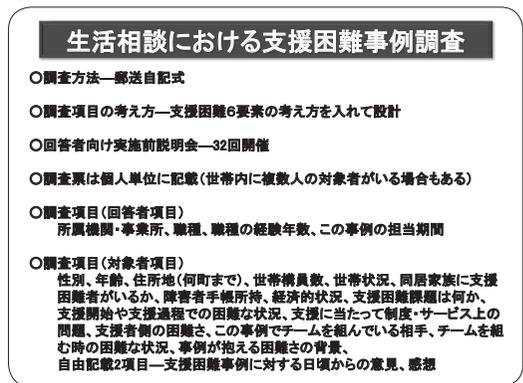
に支援困難者に対処するかというグループディスカッションを行い、それらを含めて調査全体の考察を行ったところでありまして (ppt ⑤参照)。



ppt ⑤ 支援困難事例の地域調査

**(2) 調査地域の特徴、調査項目の概要**

「生活相談における支援困難事例調査」の枠をお示しします (ppt ⑥)。調査項目は、考え出した「支援困難6要素」を入れて設計しました。回答者向けの事前説明会は、支援者が所属する団体を対象として、小まめに計32回実施しました。調査対象地域C行政区は、都心部から少し離れた郊外地で、まだ農地が残っているところもあり、都心に比べて少し地価が安い。賃貸アパートや公営住宅が多く建っている地域です。世帯数に占める公営住宅戸数12.9%と非常に高率でした。B市は平均2乃至3%というところですし、これだけ多くの公営住宅を擁して



ppt ⑥ 地域調査の概要

いる区もないと思います。そのため低所得の方々も生活しているし、転入してくる方も多い。生活保護の保護率も高く、生別母子のための児童扶養手当の受給者も多い。高齢化率は低く、合計特殊出生率1.8で、子どもの数が多い。このようところが、対象地域であります（数値は調査時点）。

### (3) 調査の回答者（支援者）像

調査回答の機関は、行政の福祉保健センター、児童相談所、保育所、地域包括支援センター、介護保険居宅介護支援事業所、障害者活動ホーム、病院、社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会、NPO や市民団体で一般市民向けに一次相談を行っているところです。回答数の一番多かった機関、行政である福祉保健センター38.5%で、次が民生委員児童委員協議会17.5%でした（以下略）。

次に回答者の職種ですが、機関を取り払って職種にまとめてみたところ、ソーシャルワーカーが一番多く37.9%、以下多い順に民生委員児童委員13.6%、看護職（看護師、保健師等）が10.6%、介護保険ケアマネジャー8%となっていました（以下略）。

### (4) 支援困難な対象者像

支援困難とされた対象者は、どのような世帯状況であったか。「母と未成年の子」22.7%。次が「一人暮らし」22.5%、三番手は「夫婦と未成年の子」17.8%（以下略）となりました。一人暮らしは高齢者だけではなく、20歳以上の方すべてが入っています。最近30歳代、40歳代で一人暮らしをし、さまざまな生活課題のために生活保護を受けている方も増えている状況です。

さらにこれらの人々には障害があるかどうか、ですが、多くの方が障害手帳を持っていることが判明しました。障害手帳は3種類ありますが、その合計が当該区の平均所持率3.5%を大きくオーバーし、27.8%の方が「障害手帳を持っている」ことがわかりました。細かく見ていきま

すと、手帳の総数は「身体障害者手帳」が一番多いのですが、所持率の高さは「精神保健福祉手帳」です。その手帳の区の所持率は0.19%で、調査対象者は9.2%で、相当に高いことがわかったところでもあります。

経済的な状況では、「生活保護を受けている」「生活保護ではないが、経済的に逼迫している」をあわせて「貧困」の世帯と捉えますと、67%が「貧困世帯」である。「経済的に余裕がある」は2.8%と非常に少ない。

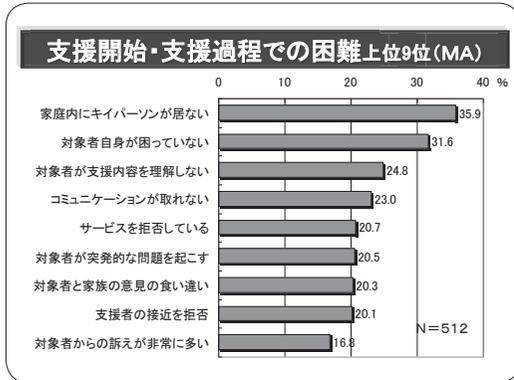
本調査で示された支援困難な人々は属性的な点からみると、7割近く貧困な方々で、3割近くが障害を持っていて、世帯構成では「母と未成年の子」世帯と「ひとり暮らし」世帯が多くを占めていることがわかりました。

### (5) 支援困難な人々が抱える生活課題

次は対象者の方が抱えている困難課題です。26項目を提示し複数回答で答えてもらった結果、一番多かったのは「育児・子育てに問題がある」が34.9%。以下多い順に「精神科で診断を受けた病気を持っている」22.3%、「精神不安定」22.0%、「虐待を受けている」18.3%、「認知症やその疑い」14.9%、「虐待をしている」14.4%、「人を近づけない」13.3%、「鬱状態」11.9%となった。このような「困難課題」は一人の方に、2.3項目の重複が見られ、困難さは一つだけではなく重なっていることがわかるわけです。9位以下は「人格障害」「境界例」とか「引きこもり」「コミュニケーション障害」等が続いています。

### (6) 支援開始や支援過程における支援者の困難は何か

次が支援開始、支援過程でどのような困難が発生しているか。複数回答で上位9位までを表示しています（ppt ⑦）。「家庭内にキーパーソンがいない」がトップで35.9%、次が「対象者自身が困っていない」31.6%、「対象者が支援内容を理解しない」「コミュニケーションがとれない」等々の状況でした。支援開始、支援過



### ppt ⑦ 支援開始・支援過程での困難

程での困難さには、2.6項目の重複がありました。

3割以上の支援者が、「家族内にキーパーソンがいない」「対象者自身が困っていない」の項目を選択しているのは、相手の方の動機がほとんどないところに支援者がかかわろうとする、その入り口部分で大きな困難さを伴っているということと思われます。

### (7) 困難者への制度・サービスの問題

制度・サービスに問題があるか。困難事例の約6割が「サービスにも問題があるのではないか」という回答が出ております。「ニーズに合う、きめ細やかさが無い」というのがトップで、64%強。「サービス利用の手助けが難しい」「サービス量が不足している」と続く。制度・サービス上の困難のところにも、同様に項目の重複がありました。「ニーズに合う、きめ細やかさが無い」というのは対象者の全年齢層に広がっていたのですが、特に「12歳以下」と「後期高齢者」に多く出現していました。13歳から18歳の中学、高校の年齢層においては「身近に利用できるサービスが無い」というのが一番多い。この年齢層は確かに福祉サービス、保健サービスからはかなり遠い存在であることがわかります。それらの年齢層の子たちは、どのような生活課題を持っているか。「子育てに問題がある」という家庭環境の中で「不登校、学校に行かない、行けない」。さらには「子ども自身の精神が不安定である」という課題を抱えていることが明

らかになりました。

### (8) 支援者側が抱えている困難

次が「支援者側の困難」。全体の約7割が「支援者側に困難がある」と回答しています。その理由として「対応方針が、うまく立てられない」「多忙で、丁寧に事例にかかわってられない」というのが同率一位で37.5%でした。「専門的な知識が不足していると思う」やその他の理由も出てきております。「支援者側の困難」においても、項目の重複があります。「対応や方針が立てられない」という回答者には、職種として「看護職」「民生委員児童委員」「相談員」「主任児童員」が、それを一位に上げている。「忙しくて丁寧にかかわれない」のはソーシャルワーカーとケアマネジャーが一位に上げています。ここは職種によって、くっきり分かれたところでもあります。ケアマネジャー、ソーシャルワーカーは忙しいという話を聞きますが、支援者側の困難として、このような形で現れてきています。さらに職種別に見た場合、困難を抱えている率が高いのは、地域にいらっしゃる「主任児童員」であった。児童虐待などが大きく取り上げられている現状で、主任児童員は地域の中で子どもに対する相談を受ける立場にある方々です。主任児童員の困難さは他の職種と比較して突出していたことが、調査の結果から見られたところです。

### (9) チームを組む上での困難

チームを組む上で困難があるかの質問には約4割が「困難がある」と答えています。「支援者チームと困難課題の関連」では、87%の方が「チームを組む必要がある」と答えております。一件について平均2.9カ所とチームを組んでいます。さらに困難課題の中で100%、チームを組む、この課題は絶対にチームを組むというのは、「人格障害・境界例」になっています。90%を越えてチームを組んでいる困難課題は、「うつ状態」「精神不安定」「虐待を受けている」であり、心身の危機に至るような不安定な生活

課題を抱える事例に対しては、殆どでチームを組んでいる事が伺えます。

ピンポイントで調査結果を申し上げましたが、支援困難要素に対応させた調査項目の結果を一覧表にしております (ppt ⑧参照)。「支援困難要素」「要素に対応する質問の趣旨」「調査結果」「該当者の割合」をそれぞれ見ると、「困難な生活課題」では100%が該当、「支援開始や支援過程での困難」では91%が該当、「支援者側の困難」70%、「サービス上の困難」は60%が該当しているという結果ができました。

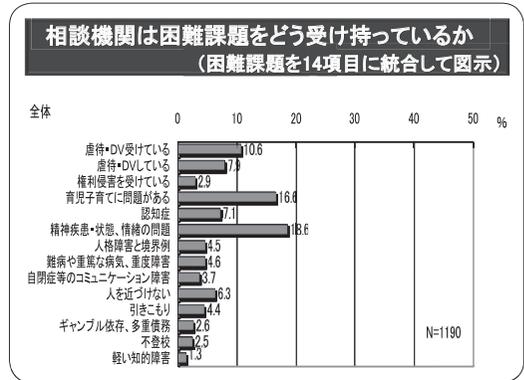
6つの支援困難要素	2つの括り	支援困難要素に対応する質問の趣旨	結果	
			項目数	該当者
1 対象者と支援者の課題認識の面で生ずる困難 2 対象者と支援者の課題解決の行動・活動面で生ずる困難	対象者と支援者の関係から生ずる困難	支援開始時や支援過程での支援者の困難の内容	11項目	91%
3 課題自体の困難性	対象者と支援者のかかわりに影響を及ぼす課題	支援者が困難とする生活課題は何か	26項目	100%
4 サービスにまつわる困難性		制度・サービスに関する困難の内容	6項目	60%
5 支援者側の条件としての困難		支援者側が抱える困難の内容	9項目	70%
6 支援の仕組みに関わる困難性		支援システムに関する困難の具体例(支援者チームについて)	6項目	39%

ppt ⑧ 調査結果から見た困難要素の全体像と割合

(10) 地域の支援機関は、困難事例をどのように受け持っているのか

さて困難課題を26項目提示し選択してもらいましたが、相談機関は、どのような形で困難課題を受け持っているか。「統合項目」を作成し、横バーに表示しています。この「統合項目」は同じような分野を一つに、例えば「虐待を受けている」と「DVを受けている」を一つに括ったものです。「精神科診断の疾病がある」、「精神不安定」、「情緒未熟」を一つにまとめたのが全体としては一番多くなっております。2番目が「育児子育てに問題がある」。このパワーポイントが統合項目の全体像です (ppt ⑨)。

これを頭においていただき、機関別に見ていくと「行政の福祉保健センター」は、全体図



ppt ⑨ 各相談機関が受け持つ困難課題 (統合項目)

とよく似ています (機関別 ppt は省略)。「福祉保健センター」の回答数が多かったため、全体の傾向を引っ張っているのかなと。「児童相談所」は「子育て」の問題、「虐待」の問題が多く、さらに「重度障害」のことも出ております。「公立保育所」、一般の方にも向けた育児相談をやっているところですが、「子育て」問題がトップ、二番手は「メンタルな問題」。全体の傾向と、かなり似ているということです、分量は違いますが。「地域包括支援センター」は「メンタルな問題」がトップに出てきて「認知症」の問題があとを追っかけている。「民生委員児童委員協議会」では「メンタルな問題」がトップですが、2番目に「育児・子育て問題」と「人を近づけない」が同率に出てきています。「人を近づけない」という困難数値が機関に所属している支援者と違って高いのが、民生委員児童委員の相談のあり方を象徴しているのではないかと思います。つまり民生委員児童委員は対象者の方と同じ地域で生活圏を一緒にしている。その中でさまざまな生活相談に乗っていらっしゃる。そのため「人を近づけない」ということが地域で相談に乗る民生委員児童委員にとっては、大きな困難要素になっていると分かったところです。

「ケアマネジャー事業所」は「メンタルな問題」は約半分位。15%が「認知症」の問題が出てきています。「病院」は二つの大きな病院が

調査対象で、合計して8名のソーシャルワーカーの方がいます。「メンタルな問題」が多いのは当然だろうと思いますが、「育児・子育ての問題」が二番手に出てくるのは予想していませんでした。この地域では全体に「育児・子育ての問題」が高率を占めています、そのことは医療機関のMSWもキャッチしてきて、困難さとして課題にされているということが、よくわかったところです。

「NPOと市民団体」。一般に向けて相談を受けているNPOと市民団体です。通常のサービスや制度がない分野に取り組んでいる。一番多いのは「ギャンブル依存」「多重債務」のところ。この地域にはギャンブル依存からの回復のためのNPOの施設がございます。日本でも数少ない活動かと思いますが、それをNPOが運営している、それが出てきていると思います。ギャンブル依存に関する支援は法律や法制から漏れていることがあって、NPOが、その課題を受け止めつつ、まだサービス体系に入っていないけれども、活動されている。あとは「育児・子育て問題」と「メンタルの問題」等々が出てきています。

このような形で、項目を一覧で見るとはまた違って、それぞれの相談機関が、どのような相談を、主に受けているかを見てみたわけでございます。

**(11) 対象者のクラスター分析**

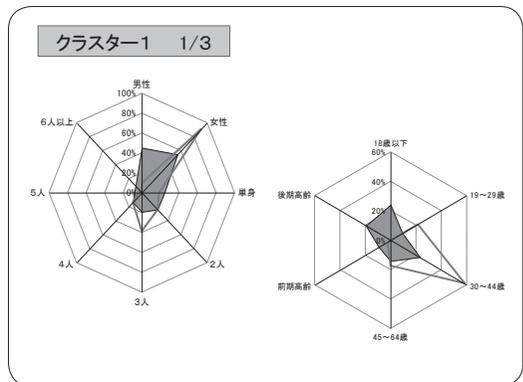
「クラスター分析」について見てまいりたいと思います。調査は質的データの回答であります。それを数量化理論Ⅲ類で量的データに変換しています。数量化理論Ⅲ類は林知己夫先生が、もう亡くなりになりましたが、統計数理研究所長を長くおやりになられていましたが、先生が開発された分析手法です。解析項目は、全体で73項目を使っています。成分軸を3つ取り出しています。

それでは、析出されたクラスターを見て参ります。

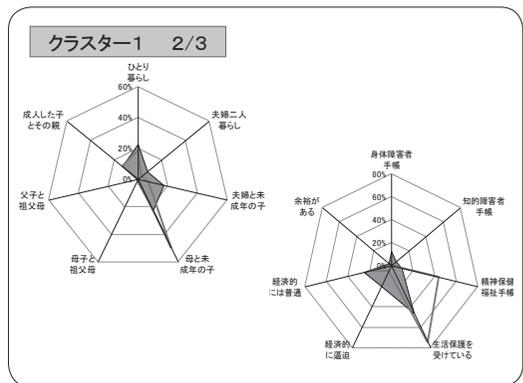
クラスターNo.1を取り上げます。3枚のスラ

イドでその性格を見ていただこうと思います。クラスターNo.1の一表 (ppt ⑩) ですが、真ん中の青くぬりつぶした部分がレーダーチャートの平均値、赤の線がこのクラスターの数値、この数値が平均から、どのくらい差がついているかを見ます。左のレーダーチャートでは「女性」がほとんど。かつ「3人世帯」が多い。右は「30～44歳」の年齢の方が多くて「19～29歳」「45～64歳」も平均値よりも多い。しかしながら「18歳以下」はゼロ、「後期高齢者」もゼロ、「前期高齢」はほんのごく一部いる。次の二表 (ppt ⑪) では、左側のレーダーチャートで出っ張っているのは「母と未成年の子」。平均値より相当に出っ張っております。

右のレーダーチャートは「精神保健福祉手帳を持っている」が、相当平均値より出ています。さらに「生活保護を受けている」ところも、か



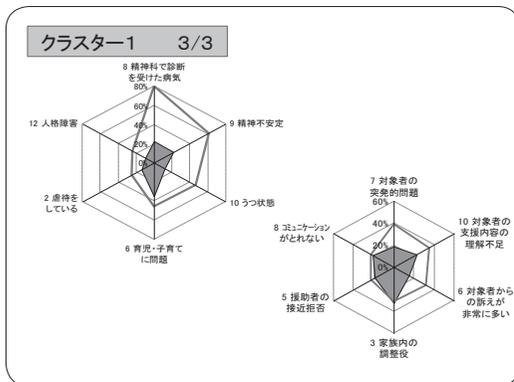
ppt ⑩ クラスター1の一表



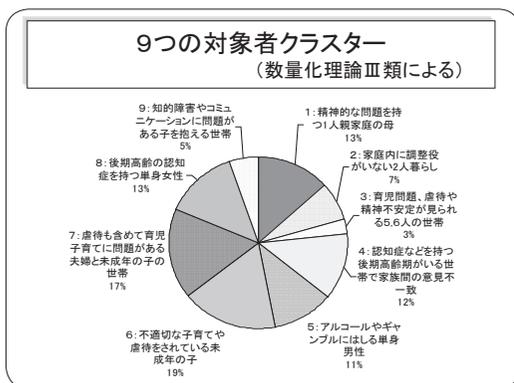
ppt ⑪ クラスター1の二表

なりの出っ張りがある。三表目 (ppt ⑫) ですが、左のレーダーチャートは相当に特徴的です。真ん中の平均値から、すべての項目が飛び出している。とりわけ「精神科で診断を受けた病気をもち、精神が不安定であり、うつ状態がある」あたりは相当に出っ張っている。「育児・子育てに問題がある」、または「虐待されている」「人格障害を持つ」、すべてが平均値より出ています。右側のチャートは「対象者が突発的な問題を起こす」と「対象者からの訴えが非常に多い」が出ています。「対象者が支援内容を理解しない」もかなり出てきている。このように、それぞれのクラスターの特徴を読み取ります。

分析の結果、9つのクラスターが析出されたのですが、それぞれに命名しその割合を入れたものをお示します (ppt ⑬)。クラスターNo. 1



ppt ⑫ クラスター1の三表



ppt ⑬ 9つの対象者クラスター

は「精神的な問題を持つ一人親家庭の母」と命名し、全体の13%をしめた。9つの対象者クラスターの中で一番大きかったのはクラスターNo. 6「不適切な子育てや虐待されている未成年の子」。子どもだけのクラスターで、それが19%と、一番大きな固まりとなって出てきた。二番手はクラスターNo. 7「虐待も含めて育児・子育てに問題がある夫婦と未成年」の固まりが17%。三番手は2つあり、クラスターNo. 8「後期高齢の認知症を持つ単身女性」ともう一つは、先ほど説明したクラスターNo. 1でそれぞれ13%でした。

このような形で、調査結果を数字で見ると同時に、クラスター分析を重ねたところ、支援困難の像がイメージしやすいものになったと言えます。

## 6. 調査結果からの考察

以上、調査分析の結果の概略をお示ししたのですが、この中から、どのようなこと考えられるか。次に5点でお示したいと思います。

### (1) 考察1 支援困難事例は対象者法別福祉制度では、なかなか掬いとれない

これは生活課題に対応する支援制度から考えた部分です。事例には調査の結果からもわかりますように、一人の上に課題が重なっていますし、さらに同居しているご家族にも、さまざまな課題が重なっている。一方サービス体系は「子ども」「障害」「高齢」という現行の法体系で整備され、相談支援者も、その体系に沿って整備されてきています。そういう状況の中においては、重複した生活課題を持つ支援困難事例を一つひとつの法体系からとらえようとした場合、とても窮屈である。そして絡まってしまっている糸ほぐすことがなかなか大変であると考えております。福祉制度は精緻に細かく、条件がついてさまざまな施策、サービスが発達してきていますが、生活課題を法別体系の中で見ようとすると、そのこと自体が非常に窮屈な感じになることがわかったわけでございます。

**(2) 考察2 支援困難事例は自助、互助機能が弱い**

次に困難事例と言われている人々の側の課題です。調査の中で「支援過程での困難」の質問では、回答数が多い順に「キーパーソンがいない」「本人が困っていない」でした。このように支援者側がアプローチしようとする際に、それぞれご自身の力、家族の力、周囲の力が弱いと支援関係に入る際に支障があって支援が進まない。このことは本人側の状況として「自助・互助が弱い、機能していない」こととして見てとれる。支援困難事例は自助、互助機能が非常に弱いといえます。自助・互助・共助・公助の分け方はいろいろな考え方がありますが、ここでは「支援の順序」という概念で説明した池田省三先生の考え方に沿っております<sup>7)</sup>。

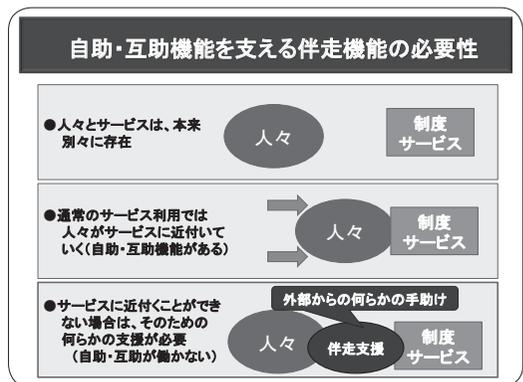
自助、互助機能に関しては、世帯の少人数化、単身化の増加、地域社会の関係性の希薄化、自助努力を強調する世相等が背景となり、サービス提供も契約によって成立するという条件の中で、自助、互助に関する社会からの要請があまり出され明白になってきているという点も挙げられます。

**(3) 考察3 支援困難事例への伴走的支援の必要性**

さて自助・互助が働いていないことがわかる場合に、多くの場合はどうしているのか。現行のサービスの中でも「自助・互助機能が弱いため、家族の代わりをしている」という支援者の方々はたくさんいらっしゃると思います。ソーシャルワーカーや地域の民生委員児童委員がご自分の持っている機能を最大限に引き延ばし、「本当は家族がやるべきだと思うが、その家族がいないから」と支援をしていることは、よく耳にする言葉であります。皆、「自分の範囲ではない」と、どこか思いつつ、見るに見かねてやりましょう。「自分の支援の範囲ではない」とすれば、どこかにそれを担当する支援者がいるかという、実は、すべての支援の中から、それが漏れているところまで、そこに何らかの支援が必要

要ではなかろうかと考えているところです。

本来、人々と制度、サービスは別々に存在しているものですので、通常、サービスを利用する段階に至った時には、人々の方からサービスに近づいていく。問題があると自分で相談機関に連絡し、どうしたらいいかと相談をかける、関連情報を探す等、さまざまな形でアプローチをします。相談者は支援者の協力を得てサービスをさがし、選択してサービスに近づく。サービス利用をする際にも、自助、互助機能が働くのでスムーズになる。具体的にはホームヘルプのサービスがご家庭に入る。そのためには、サービスの受け手は、ホームヘルパーが来る時間に合わせて生活時間を再編するという自助・互助機能が働き、制度・サービスが機能しているのです。一方そこに自助・互助機能が働かない人々は、制度・サービスとの繋ぎ目がうまくいかない。そこにさらに何らかの外部からの手助けが必要ではなかろうかと考えたところです (ppt ⑭)。現在、支援者の方々は「本来の自分の範囲ではないと思うが、やっているのです」と。実際、「これは私の仕事かしら？」と悩んでいる人も多くいらっしゃるわけで、皆が悩むところには何らかの課題があると考え、そこを「伴走機能」という言葉で表現しました。この言葉に至るまで別の言葉を使っていたのですが、「それは伴走でしょう？」と、ある人から言われ、それがとても的確な言葉だと思い、それをいた



ppt ⑭ 自助互助機能を支える伴走機能の必要性

だいて、「伴走」の言葉を使っています。その辺の経緯については、去年暮れにミネルヴァ書房から出版した『支援困難事例の分析調査』に、書かせていただいております。

さて「伴走機能」とは、家族であれば何気なくやっていることを思い浮かべていただくと近いのかなと思います。しかし家族がやるような仕事、と言うだけでは人に説明もできないし、同意をうることも難しいので、こういうものではなかろうかと、ある程度、説明できるようにしたいと考えました。そして今のところでは「伴走機能」を5つに分けて整理しています(ppt ⑮)。

まず「生活の姿を知る」が一番目にあると思います。普通に日常生活をしている姿を、よく知っている、その人の好きなもの、癖を知っている、「こういう時は、こういうふうにする、お茶を飲む時はこういうお菓子が好き」という風な日常の生活パターンや在り様をよく知っていることが一つ目ですね。

二つ目は「日常生活の維持」、普通に日常生活が営めるように生活の姿を整えるということです。大量のごみがたまった場合、片づけることを例示しておりますが、「ごみ屋敷になってしまわれた家の大掃除を、年にいっぺんやらなきゃ」と支援者の方がチームを組んで掃除にしている事例があります。日常生活を維持していることは、日々の積み重ねで何気なくやっていますが、よく考えると、これは大変なことなのであると。

### 伴走機能の5つ種類

- ①生活の姿を知る： 普段の家の中の日常生活の姿をよく知る
- ②日常生活の維持： 日常生活が普通に過ごせるように整える
  - ・大量にたまった室内のゴミの片付け
  - ・生活費の使い方や生活管理の仕方を一緒に行動して整える。
- ③外部との関係調整： 外部(学校、必要なサービス等)との関わりが切れないうようにする。外部からの権利侵害を食い止める
  - ・児童生徒を登校時間に登校させる
  - ・消費者被害を早期に発見する。
- ④生活改善行動： 生活の安定のために新しい環境に結びつける
  - ・アルツハイマーの単身高齢者をグループホームの見学に連れていく。
  - ・明らかに受診が必要であるにもかかわらず受診を嫌がる単身者へ、診察予約、当日病院へ同行、診察に立ち会い、治療方針を一緒に聞く。
- ⑤危機予防： 将来、予想される生活上の不利益を回避するために予防的にかかわる
  - ・生活保護世帯の中学3年生に、高校受験のための勉強を教える。
  - ・精神的な疾患を持つ親のもとで、乱雑で足の踏み場もない家庭で育つ子どもに、基本的な生活を体験させ、習慣が身につくように関わる。

ppt ⑮ 伴走機能の5つの種類

三つ目は「外部との関係調整」。外部とは機関、サービス、そのご家庭にかかわるような人達のかかわりが切れないようにしようということが一つと、さらには外部から権利侵害を受けてしまいそうな場合、「外部からの権利侵害をくい止めようとする働き」も含まれると思います。高齢者夫婦が消費者被害にあってしまって、その権利侵害が周囲にはわからなかったという話が、時々ケアマネジャーから聞かされる話です。

四つ目が「生活改善活動」。生活を安定するために新しい環境に結びつける、これも普通にご家族がやっている事柄でありますけど、単身者が増え、高齢ご夫婦の世帯が増える中では、家族ができない場合、多くの支援者が悩んでいるところでもあります。

五つ目は「危機予防」、予防的な関わりです。これは「このままの生活パターンでいったら将来の不利益につながると見通せる場合、その不利益を回避するために予防的にかかわる」ということであります。例示として、生活保護を受けている中学3年生の子どもに、できれば公立高校に受かる学力をつけようと勉強を教えることも、その一つになるかと思えます。生活保護世帯でも私立高校に入ることも可能ですが、私立に入ると経済的に立ち行かなくなり、中途退学してしまう率が高くなっている。そうすると学歴は中卒となる。できるだけ公立に入学できるよう、そして高卒の資格まではとってもらおうという風に「危機予防」を考えているところで

「伴走支援」の性格に関連しては、すでに相談援助機能、家事援助機能、見守り機能という言葉がある。それと「伴走機能」は、どこがどう違うか。「専門性」「日常性」「地縁性」という切り口でそれらと比較してみました(ppt ⑯)。「伴走機能」は「日常性」が必要だろうと、最も必要だろうと思いますが、しかしながら「専門的な視点」も十分に必要と考えられます。「地縁性」はなくてもいいのですが、日常性を担保する意味において、あればなおよいと。「伴走機能」については、このような性格づけができ

支援における各機能の比較			
	専門性 (課題を明確にでき、 見直しや方針を立てら れる)	日常性 (家族のようにその人 らしさに寄り添うこと ができる)	地域性 (住民として同じ地域 に住み、地域状況を 共有できる)
相談援助機能	◎	○	△
家事援助機能	○	○	△
見守り機能	△	○	◎
伴走機能	○	◎	△ (注)

◎=最も必要、○=必要、△=必ずしも必要がない 注=あればなおよい

ppt ⑬ 支援における各機能の比較

るのではないのでしょうか。

#### (4) 考察4 支援者チームに発生する「支援の階層化」

今回は支援者チームの課題、支援者の間に発生している課題です。調査の自由回答欄に多く出てきた内容がありました。地域の支援者、民生委員、主任児童委員のように地域で支援されている方々は、機関に所属する支援者に対して、どこか違和感を持ち、何か居心地が悪い感覚をお持ちのことがあります。それは何か。「あなたも一緒にチームメンバーですよ」と言われ、自分も支援チームの一員だと思っていた。しかしながらケアカンファレンスの時には地域の支援者は呼ばれずに、役割だけ決められて、電話で「あなたの役割はこうですよ」と伝えられる。自分達は専門機関ではないので仕方がないのか。しかしそれに対してはどこか違和感がある、不満があるということが自由記載には相当、出てきております。調査が終わりました後、回答者に集まっていたきグループディスカッションをやりましたが、その時も、そのような話が出てきました。地域支援者が抱えているだけか、と思うと、そうでもなく、最も専門性が高いと思われる機関と、中くらいの機関があると思います。その間でも、同じように「知らせてくれなかった」「内容の報告がない」ということで不満が起ってきています。「支援の階層化」は、ある段階で、それぞれが何か感じている。しか

し大きな声で言える話ではなく、何となく不満として、もやもやと漂っている。そのような事柄、より専門性が高いとされている機能が、日常生活機能支援よりも上位と認識されている、地域における生活支援機能が、無意識に下請け化されている。そのことがチームを組む支援者間で「支援の階層化」を生んで、それがどんどん進んでしまうということでもあります。

一方、専門性が高いとされている支援者にとつて、自分たちは無傷で何も感じていないとかというと、どうもそうではないようです。地域と切り離されてしまう専門的支援も一種、あやういところがあります。それは、「施設から家族のもとに帰る、家族を再統合する、家族員を地域に帰していく具体的なイメージをつくることできない」という困難さをもたらすのではないかと。福祉サービスというもの、専門的なサービスが、どれだけ高度な専門性があるとしても、生活領域全体からみれば部分的な支援のはずである。生活に寄り添っていく、生活者の感覚、その情報、普通に日常生活で近所の人と立ち話をする、廊下で誰かとしゃべるとかのごく普通の感覚と専門機能は、上下の関係ではなく、全く性格が違っていると考えているのですが、それがいかにも上下関係にあるように、そう認識されてしまうと「支援が階層化」されていくことになる。支援が階層化されるということは、現状でもあまり強くない互助機能が、衰える事に繋がる。下請けにされたことによって、地域の支援者に不満が積み上がると、地域の住民同士の互助機能が弱体化していく事に繋がる。支援者チームの中に、そういう問題が発生しているのではないかと考えたところです。

これは後でもお話をいたしますが、「支援の階層化」がはじめからわかっていた訳でなく、その課題について話を聞いて、考えていたわけです。一見吹きのようなぼやきのような事柄が、それは何かから起こってくるはずであると、調査分析を通して考えて言語化を試みたということでございます。

## (5) 考察5 困難事例を地域の課題として集積する

考察の5つ目になりますが、今回の調査では、支援困難さを地域課題として共有化する道筋が、少し開けたのかなと考えているところです。支援困難さは一例ごとに支援者チームがそれぞれに悩み、情報共有や事例検討をして方針を出し、メンバーの中で課題を共有化して取り組んでいます。支援困難さの場合は、事例検討の間では関係者間で共有はされても一事例ごとに閉じた仕事であるとされてきました。今回は一行政区全体に、分野横断的に、さまざまな困難事例を出して見て纏めてみると、ある意味で地図に落とせるように見えてくる。閉じていると思っていた事例が、面としての視点が見えだし、それが地域の課題として捉えることに通じ、地域課題に結びつくきっかけを与えたと考えております。

今は「地域福祉保健計画」「地域福祉計画」がどこの都市でも取り上げられ、地域で仕事をされている方、専門機関の方々も、地域福祉計画にかかわっておられ、地域福祉の政策をどのようにしていったらいいかと検討している。このように支援困難さを、面でとらえてみるとその中から、個人の個別の生活課題は地域課題となり、それが地域政策、地域福祉政策に結びつくきっかけになるのではないかと考えております。

それをもう少し先へ進めて、まだできてないことを前提にして考えを進めていきます。

支援困難事例の支援標準モデルづくりは、まだできておりませんが、それができるとすれば、一定の地域における生活課題の分量がわかってきます、全体の分量が。どのくらいの時間を、誰が、どのくらい、かけたらいいか。そうすると「支援者資源の配分」の話が出てくると思うのです。支援者資源の配分を考えるためにも、地域課題として支援困難の課題を考えておくことが、いずれ、そのような形につながっていくといい、と考えているところです。調査した地域では「メンタルの課題」が、どの機関でも大

きな部分をしめていたことがわかった。生活困難課題の中でも「メンタルの課題」は大きな部分を占めている。調査を行ったのは5年前ですが、その時点に一定地域で、そのような結果が出ていた。折しも今年7月、厚生労働省が「4大疾病」を「5大疾病」にすると発表しております。その追加されて疾病は御存じの通り「精神疾患」です。4大疾病で一番多いのは237万人の「糖尿病患者」ですが、「精神疾患」の患者は323万だという発表があった。「精神疾患」の方がずっと多いのです。5年前に一つの地域で「支援困難事例では相当に多くの人に精神疾患に関わる」ということだったのが、それはきちんと日本全体とつながっている課題として、5年後に出てきた、と考えたところであり、5年後に出てきた、それは殆ど統合失調症であり、精神科のソーシャルワーカーにリファする、精神科のドクターにお願いしますといていた時代もありましたが、今は違います。これだけメンタルの課題が広がってくることによって、支援者の質も、その課題に対応できるようにする必要性が解かってくる。それは、困難事例という個別の生活課題に含まれる課題を一定集合し、地域課題としてみようとした時に、よりくっきりと見えてくる課題かと思っています。

## 7. 本研究から引き出される今後に向けた課題

支援困難事例地域調査結果から5つの課題を考察しました。これらを踏まえ、引き出される今後の課題を申し上げたいと思います。「実践的な課題」「政策的な課題」「実践的研究の課題」と3つの面で考えております。

### (1) 実践的課題——事例検討に新たな視点を加える

「実践的な課題」ですが、支援困難要素を取り出して、それと意識して見て、事例検討会をやってみたらどうかと、そのことを課題として

考えているところであります。事例検討会の場合、政策につながるサービスの問題、支援の仕組みの問題は、その場にふさわしくない話題と思われて、事例の中に、そのような課題も沢山あるのですが、これまではそれを取り出そうと意識しないことが多かったと思います。それで特に支援困難事例検討では、支援困難要素を意識してみたらどうかということを考えています。私もいくつかの自治体の障害者自立支援協議会に関わっておりますが、自立支援協議会の中では個別支援会議を持ちます。それをやりつつ、障害者の制度に対するさまざまな提案をすることが行われ始めました。個別事例を取り上げて支援の方針を迫及する、さらに政策につながる課題をまとめて蓄積していこうという動きが出てきています。私に関わっている二つの自治体では、事例検討をし、支援方針を出す一方、事例を通じて支援の仕組みやサービスの在り方などに目を向けようとしています。具体的なやり方を私自身、提案をしているところです。博士論文でご指導を賜りました岡本先生からも、指摘をするだけに終わらせず「実践をしてください」といわれたこともあり、実際にやってみているところです。つまり支援者は対象者支援のために社会資源を消費するような仕事のスタイルが長く続いてきたかと思いますが、支援者は社会資源を消費すると同時に生産にもかかわれるようなあり方を見つけだそうと。そんなふうにも考えているところです。

調査の考察4でも述べましたが、「支援者ネットワークにひそむ支援の階層化」について、そのようなことも意識しながら仕事ができたらいいと思います。階層化を避けたいとしたら、一方では普通の日常的な生活が、どんなに人間にとって大事なことかということにもっと陽の目を当てる研究が必要ではないか。日常生活の持つ豊かさが、案外、蔑ろにされていないか。もちろん専門的支援の重大性はいささかもおろそかにせず、同時に、普通の生活が持っている力、それと専門的支援との正当な関係づくりが課題かなと思っているところです。

## (2)「政策的課題」——伴走機能の社会的認知

支援困難事例には自助、互助機能が衰退していることを述べてきましたが、それでは自助・互助機能をどのようにバックアップするか、または再構築していくか。それについては伴走的支援、伴走機能を考えてきましたが、それが仕事として成り立つように社会的に認知されるには、簡単ではなく、程遠い道のりであろうと思います。これを政策的課題としてまずは表明し、さまざまな方策を検討していく必要があります。しかし伴走的支援が制度として全く実現していないわけではなく、例えばその数は非常に少ないとはいえ、成年後見制度で規定されている身上監護は、その内容を吟味すれば、ここでいう伴走的支援の一部が法的に位置づけられたものと解釈できると思います。現在、実際に取り組まれているこのような動きも注視しつつ、伴走的支援の社会的な認知への道はどのように考えていけばいいのか探っていくことが課題と考えています。

## (3)「実践的研究の課題」——例としての「フレーム分析」

今日は学会ということで研究の課題もお話したいところです。

実践的研究者と研究的実践者とは協働しているところと考えると、研究者は実践的になり、実践者は研究的になって、お互い近づいて協働する。ドナルド・A・ショーンは、省察的であることをキーワードとして研究者と実践者が協働することを提示しました。いくつかある実践的研究方法の一つに、「フレーム分析」があります<sup>8)</sup>。支援者が無意識に捉われている状況、状態を、フレームとして取り出すこと、言語化すること、それがフレーム分析ですが、状況を対象化し言語化できたら、それぞれ支援者が、それ以外の捉え方を知り、選べるようになり、その結果それを乗り越えていく力のもとになる、という考え方です。

先ほど「支援の階層化」のことを話しましたが、私なりにやってみた「フレーム分析」であっ

たと思っています。それが「実践的研究」の一例であります。

最後になりましたが、支援困難事例調査を行った地域では、調査の結果を受けとめて頂き、モデル事業が始まったところですよ<sup>9)</sup>。調査の結果、課題のある育児育てをしている家庭で育つ子どもに、いろいろな課題が集中していた。そのような子どもたちの数も多く、クラスター分析では、適切な育児育てをされていない子どもだけのクラスターが一番大きな比率を占めたこともインパクトを与えたと思われます。調査結果に触発されて、家庭での生活が不安定で、生活習慣がつかない、不登校になっている等の問題を抱えてしまった子どもたちのために、子どもの生活塾を事業として始めているところです。古い民家を一軒借り、子どもたちが学校からの帰りに寄る地域の居場所です。不登校気味の子どもには朝、家庭に迎えにいき学校に連れていく、学校に行っていない子には、生活塾で勉強をします。親といろんな話し合いをすることもやっております。このスライドの道を突き当たったところの林の向こう側に子どもの生活塾があります(スライド略)。子どもたちの姿を写すことはしませんが、生活塾の横には林があって何時も鳥が多くきていますし、目の前は畑もあり民家も少ないものですから、外でのびのびと遊んでいます。

当初、生活塾にきたばかりの時期の子ども達は荒れていて、奇声を発したり家の中のガラス戸や障子を壊したり部屋の隅で蹲まっていたりします。それが支援者がかかわる中で次第に収まっていき、表情も落ち着き、おだやかに過ごすようになります。宿題をし、外遊び、おやつを皆で作って食べる、家では入浴させてもらえない子どもには入浴をするなどの普通の生活体験や子ども同士の交流と、親以外の大人モデルに触れながら過ごす場所です。この風景と林、緑色のスライドを見ていただき、皆様のお疲れがとれますようにと願っております。それではこれで私の話を終わらせていただきます。

ご清聴どうもありがとうございました。

### 〈注記〉

- 1) A県B市行政現場(福祉事務所と保健所の合体組織)のソーシャルワーカーと保健師の専門職係長による支援困難事例検討会。自主的な会として勤務時間外に2年余に亘り行った。事例検討の方式は岩間伸之による方法に統一。
- 2) 小松源助(2002)「多問題家族に対する家族中心アプローチ」『ソーシャルワーク実践理論の基礎研究』川島書店
- 3) 窪田暁子(1993)「多重問題家族への社会福祉援助」『東洋大学社会学部紀要』30-1 東洋大学
- 4) 伊藤富士江(1999)「自発的に援助を求めないクライアントに対するソーシャルワーク実践—ルーニィによる具体的方策の検討—」『社会福祉学』39-2 日本社会福祉学会
- 5) 塩村公子(2000)『ソーシャルワーク・スーパービジョンの諸相—重層的な理解』中央法規出版
- 6) 文化人類学者レヴィ=ストロースは、「構造」と「体系」の違いをもとに、「構造主義アプローチでは、事物の記述の替わりにその事物間の関係を研究しようとするもので、事物そのものより事物間の関係の方がはるかに簡単」、「構造とは要素と要素間の関係からなる全体であり、この関係は一連の変形過程を通じても普遍の特性を保持する」。大橋保夫訳(2003)『野生の思考』みすず書房、同訳(2008)『構造・神話・労働』みすず書房
- 7) 自助、互助、共助、公助の分類については、本論では池田省三による説を採用している。(「サブシディアリティ原則と介護保険」『季刊社会保障研究』36-2、2000、国立社会保障・人口問題研究所)
- 8) ドナルド・A・ショーンは、省察的実践者

に呼応し実践現場の外で直接遂行できる研究として「省察的研究」があり、その一つとして「フレーム分析」をあげている。それは、「実践者が問題と役割に枠組みを与えるやりかたについての研究で、実践者が実践現場の状況の中で暗黙のうちに持っている自らのフレームに気づき、批判的になることを援助する研究」としている。(柳沢昌一・三輪建二監訳『省察的实践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考—』pp325-334 2007、鳳書房)

- 9) 地域調査実施自治体では、2010年から、調査結果を参考に対象者が絞り込まれて、伴走的支援とも言うべきモデル事業が始まった。筆者は事業を参与観察し、その一部を2011年6月、日本地域福祉学会第25大会で口頭発表した。

**岡本** どうも熱のこもったご講演、ありがとうございました。今のご講演につきまして、ご質問、ご意見がありましたら伺いたいと思います。

## 質疑

**田中** 日本福祉大学田中です。まさに「支援困難事例に対して、事例から理論にもっていく」という、実践者でかつ研究に興味をもつ者であれば、研究の一つの形を明確に示していただいたと思い、胸踊る気持ちで伺いました。その上でさらに議論として「見える化」についての実際を、質と量とで迫っていく研究手法についても勉強になりました。地域福祉の課題として提示する中で、アクションリサーチにもなっていて、実践家としてやっていきたい研究の姿かなと思いました。

質問の一つは、事例を分析されています。支援者側から事例を分析しているということは、一地域ですから、同じ事例を複数カウントしている状況だと思います。そのことを、どう理解

したらいいか。多方面からの評価は大事なことと思いますが、どのように処理されたか。

もうひとつは伴走機能で、パーソナルサポーターのことを勉強したのですが、伴走する以上、他機関連携でやるというより、ワンストップでやっていくシステムの方が、支援困難事例については、よいのではないかという、理論的な議論もあると思います。そのへんのお考えを伺えればうれしいと思います。

**岡田** 複数の支援者で事例にかかわっているだろうのご指摘はその通りです。今回の調査も、それぞれの支援者が回答しておりまして、その重なり具合がどうなっているかも見ています。無記名ですが、工夫して、名寄せをできる設計にしてあります。結果、名寄せした事例が45事例ありました。2カ所の支援者から出ていた、3カ所から出ているかが、わかるようにしています。思った以上に、名寄せの数が少なかったかなと。さらにそれぞれの機関で出してくる、同じ人だとわかっている、困難課題がそれぞれ違うのです。持っている困難課題が同じか、ということ、それぞれが所属している機関によって違って受け止められて、かかわる時の困難さも違うのですね。そのことがわかったかな、ということがあります。546例の中で重なっているのは何人いるとわかっている、ただそこまですりか、やれていなくて、重なった人はどうか、重なっていない事例はどうか、という分析は、できていないという状況です。

それから伴走機能、いろんなところで伴走機能の必要性が同時多発的に出てきています。湯浅誠さん達がそうですし、北九州ホームレス機構の奥田さんたちの20年に亘る支援活動でも伴走と言っています。どういう形がいいか。ホームレスの方の生活課題ではワンストップの方がいいでしょうということがありますが、一人親家庭のようにすでにさまざまなサービスを受けていて、支援者が複数関わっている事例があります。そういうところはどうしていったらいいか、同じ議論ができるかどうか、現行の縦割り

の支援法を統合化していくという視点も含めて、検討課題で、私自身も結論が出ていないところ  
です。田中先生が先に進んでいらっしゃるよう  
なので、情報等を交換させていただければ、こ  
ちらこそありがたく存じます。

**岡本** どうもありがとうございました。これで  
最初のプログラム、基調講演を終了させていた  
だきます。改めて岡田先生に拍手をもってお礼  
をしたいと思います。ありがとうございました。

## [シンポジウム]

### 「実践知の集積と共有化」を終えて

平塚良子\*

このたびの大会、シンポジウムのテーマは、岡本民夫本学会長（同志社大学名誉教授）の数十年にわたる主張を受けての試みである。

ソーシャルワークが19世紀末に萌芽した当時、科学的精神、科学的実践が力説された。そうしたなかで、M. リッチモンドが、20世紀初頭に「実践知 (practice wisdom)」と称して、アートと科学の連結による独自の知識化をはかった。ところがその後そうしたアプローチは必ずしも発展せず、ソーシャルワークにおいては、諸科学の力を借りてどのように実践するかに傾倒していった。周知のように、そのため実践による科学知の形成が遅れるところとなった。しかしながら、ソーシャルワークの実践知の探求は、科学知、さらには学問知に通ずる、当たり前の道筋である。とはいえ、現実には、知の集積と共有化が進んでいるとは言い難い。ここに学問的課題が存在するといっても過言ではない。もし、ソーシャルワーカーが人々の福祉の増進に寄与する専門職と自認するならば、実際の行為を知識化して公に語るができなければ本来的な意味での実践ではない。実践者はたしかに苦勞が絶えない一方で、多くのことを感じ、見、気づき、悩み、考えながら実践しているはずである。言い換えれば、問いと知の構築という宝庫のただなかにいるのである。今大会のシンポジウムはそうしたことを我々があらためて覚醒する機会としたい。

シンポジウムの進行役としては、次の点を意

識した。①各シンポジストが実践研究をはじめるときかけとなった問い（疑問）をあらためて明確化すること。これは仮説や命題とつながる。②シンポジストの脳裏にのぼった、その問いを探り、明らかにしていく研究の視点や方法を明示することを課題に据えた。研究方法論、その具体的な方法（技法）は、謎解きの知恵として重要な位置にある。③シンポジストが取組んだ研究内容を単に報告するというよりは、①、②の課題を絡ませること。以上をシンポジウムの展開軸にしてみた。いわば、シンポジストが自らの研究思考過程を開陳し、シンポジスト同士との、さらには参加者との議論を交差することで、実践研究の意義の再確認、研究の視点と具体的な研究方法との関連づけ、導き出された知の意味理解と共有につながることを期して進めた。

シンポジストの松澤和正氏からは、精神看護学の立場から、研究的臨床実践の哲学的アプローチの考え方、何のための研究か、研究態度や研究の意義などが言及された。大谷京子氏からは、精神保健福祉領域におけるソーシャルワーク関係の可視化、実証などを目的とした研究手法、その理由等と関連づけた研究内容が語られた。滝澤 学氏からは、医療現場のソーシャルワーカーとして出会った人々を支援する実践の積み重ねの中から見つけ出した問い、価値の転換、研究内容から実践知の構築について述べられた。なお、シンポジストによる研究素材や発見に関

\*Ryoko Hiratsuka : 大分大学大学院福祉社会科学研究科

わる宝石や石ころの話は興味深いものであった。

進行役の下手際で大会テーマに十分に言及しきれなかった感も残るが、シンポジスト同士、また、参加者とのやりとりは、知の共有化のひとつときであった。シンポジウムを終えてみて、このような議論をしっかりとできる学会時間と場の大切さを確認できた。その場集っておられた皆様にあらためてお礼を申し上げる次第である。こうした取組みを地道に続けていくこと

をこれからも期待したい。とりわけ、科学や学問の営みは、不可知の世界への探求である。むしろ、知らないこと、わからないことの方が膨大で、知りうること・わかりうることは星屑のような小ささであろう。しかし、その不断の探求と蓄積は、他者の福祉に関わるソーシャルワークの次世代への知の伝達のために我々にできる唯一の方法である。それはまた、我々が他分野や一般市民に理解される唯一の方法でもあろう。

## [シンポジウム]

### 「研究的臨床実践」の実現に向けて

松澤 和正\*

#### 1. 実践知に「研究」は要らない

今回シンポジウムのテーマとなっている「実践知の集積と共有化」の実現には、やはりなんらかの形で「研究のプロセス」を含まざるを得ないと思われる。しかし、私は、『この研究プロセスがいわゆる「研究」である必要はない』と主張したい。その理由を考えるために、「実践知の集積と共有化」は、いったい①何のために、②誰が必要とするのか、という問いから始めると、「何のために」では、基本的には、実践そのものの（深部）に関わる課題や困難の解決や軽減のため、つまり実践的問題（課題）のために、のほずである。ただしこれも最終的には、被援助者のケアや問題解決につながっていくものにはかならないことではあるが。次に「誰が必要とするのか」であるが、これは、先の目的（何のために）を考えれば自明でもあるが、現場で問題と向き合っている実践家こそが切実に必要とするのであり、外部の「研究者」が必要とするのではない。それゆえ、「研究者」が必要とするような「研究」であるなら、そのような意味での「研究」は要らないということにもなる。

#### 2. 実践知の探索に必要なのは研究的臨床実践家である

「実践知の集積と共有化」を欲する強い動機

も、またその実践の現場も熟知している臨床実践家こそ、“研究者”であるべきだと思う。ある特定の現場の実践知を探索するために、特別あつらえの（外部の、あるいは短期訪問型の）「研究者」は要らないし、そういうあり方の「研究」も不要ではないかと思える。そのため、その現場の臨床実践家が、同時並行的に研究者でもありうるような、「研究的臨床実践」を行う「研究的臨床実践家」であることを目指してはどうだろうか。

しかし、ここでいう「研究的臨床実践家」の意味とは、

- \*現場で働く実践家が、「職場の継続教育やある種のノルマとして研究する」ことではない。
- \*現場で働く実践家が、「ある研究的意図をもってある特定期間研究を実行する」ことでもない。
- \*現場で働く実践家が、大学院に在籍し「学位論文のために研究を始めること」でもない。

では、ここでの「研究的臨床実践家」とは何かといえば、「研究的意識と方法を持ちつつ日常的な実践を積み重ねている臨床実践家のこと」である。

#### 3. 研究的臨床実践はなぜ必要か？

研究的臨床実践がなぜ重要かといえば、先にも述べたように、臨床実践家は、まず誰より自らの現場を熟知し、そこでの課題や困難を、よ

\*Kazumasa Matsuzawa：千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科

り実践的な深さで捉えられるポジション（その経験と葛藤のなか）にあり、顕在的・潜在的な動機づけも強いはずだからである。しかし、その半面、臨床実践家は、現場の日常に馴化（ないしある種の「埋没」を）しているため、自らの臨床の現実を、距離を置いて対象化することが困難となり、より大きな視野や視点からの批判的な問いや疑問等を意識しにくくなるという現実もまた見逃せない事実である。

これに対し、研究的意識と若干の方法とを持った「研究的臨床実践家」であるなら、「研究的意識と方法」という対象化の力によって、実践的深度をもった問題群を見出す可能性が大きくなる。しかも、その契機は、日常的な実践そのもののなかに身を置くなかに存在するので、より濃密な（厚い）データを長期にわたって集積できる可能性にも開かれている。にもかかわらず、臨床家は、この「研究的臨床実践家」としての意識と方法を持たなかったがゆえに、「いまここにある」現場の現象（課題）を捉え損なってきた（つまり十分な記述さえできないという）困難さを従来持ち続けてきたのであり、人間科学における研究的探索の第一の躓きとなってきたといえるように思える。

#### 4. 研究的臨床実践の実現のための具体的工夫など

このようななか、私のいう「研究的臨床実践」を実現していくためには、まず、この実践のあり方が、「日常実践のなかにある研究的意識であり方法である」ので、まず、日常実践への負荷を最小限に（できればあまり感じさせることがないという程度に）しておく必要がある。つまり、現行の日常的な実践業務に違和感なく且つ連続的に（シームレスに）埋め込まれるようなあり方をぜひとも工夫していく必要がある。

こうした工夫の中核となるのは、やはり、臨床実践に関わる現象の記述（再構成）の方法論であろうと思われる。なぜなら、これこそが、テキスト（文書）データをベースとする質的研

究の最も重要な出発点となるからである。

臨床実践に負担が少なく且つ研究的な探索の出発点となりうる現象の記述（再構成）のために、臨床記録をどう工夫していくかについては、以下のような点が重要になるのではないかと考えている。

- 1) 直接話法での各人の発話記録を基本とすること。
- 2) 事実と解釈が分離不能な記述はしないこと。  
(これが確保されないと、各人との相互作用のあり方を特定し迎えることができなくなる)
- 3) 記述の冒頭には可能な限り、その記述の概要としての「小見出し」をつけること。
- 4) 記述の対象を被支援者やその家族のみならず、臨床実践家本人やその他の多職種も、可能な限り同様な「対象」あるいは「当事者」として、記述の対象とすること。

上記のような記述（記録）のあり方を実現するためには、現在かなりの医療現場で使用されている POS 方式の SOAP 記録は、その前提として有効と思われるが、さらに以下のような修正を加えることが、「研究的臨床実践」にとって有効と考えている。

- ① SOAP 記録における S 記録（従来は専ら被援助者の発話記録となっている）においては、たんに被援助者の発話のみを記載するのではなく、上記 4) に述べたような関係者全員の（会話的・相互行為的）発話記録欄として位置づけること。
- ② A 記録は、アセスメント（＝医療専門職による評価）であるが、ここには、被援助者を対象として評価するだけでなく、医療専門職者自身を対象化し自らに関する（評価的な）コメントを入れていくべきであること。
- ③ 個々の SOAP 記録には、それぞれのテーマとしての「小見出し」をつけ、これを、後の質的データ分析（たとえば、「シーケンス分析」<sup>1)</sup>のプロット抽出等）のために役立てることが重要であること。  
ここでは、上記の記述データをどのような方

法で分析し研究的な探索をしていくかについては詳述できなかったが、上記の「シークエンス分析」を中心に据えた事例分析とその類型化による実践的研究のあり方は、今後「研究的臨床実践」<sup>2)</sup>の具体的方法論として有力なものと考えている。

### 〈おもな質疑応答について〉

- ・直接、私自身の発表内容に関わることではなかったものの、質的研究の有力な方法論であるグラウンデッド・セオリー・アプローチについて、この方法が、実践的行為や現象のエッセンスに関わる部分をずいぶんそぎ落としてしまったり、取りこぼしてしまうものではないかという疑問が提起された。これに関しては、方法と結果の一定の普遍・妥当性を担保するためにやむを得ないところもあるとの指摘もあったが、私としては、むしろ逆で、エッセンスの存在をある程度予期しながらそれを取りこぼしてしまうとしたら、取りこぼさない方法を新たに考えるべきと考えている方であるので、そのことをその場ではあまり明確には述べなかつたのでここで補足としたい。
- ・インタビューデータあるいは研究方法としてのインタビュー法について、私自身は、「いまここにある」臨床現象に迫るあるいはそれを再構成するものとしては、かなり不十分な方法であるとの指摘を行ったが、これに対しては、当然、本来困難な（不可能ともいえる）臨床のリアリティーの再構成という課題に対しても、「相当有効な方法論である」旨の議論があったが、それを否定するつもりはない。ただし、インタビューはあくまでインタビューであって、その限界と特性を十分理解したう

えでそのデータを利用すべきことに関しては、私は相変わらず消極論者である。

- ・レジュメに記していた、「事例の再構成」の不首尾が結局は質的研究のほころびのはじまりである” というような主張への質問もいただいたが、これは、質的研究をどのようなものとして捉えるか、というより本質的な問題にもつながっている。ただし、臨床研究領域にかなり限定して考えてみる時、質的研究の分析プロセスの前提を、フリック<sup>3)</sup>のいうように臨床で起きる現象や出来事の「再構成」とするなら、臨床にあるリアリティーの（参与観察者ごとの）version をいかに記述するか・できるのかが、その後のデータ分析の基盤となることはまちがいない。しかし、それが常に困難でかなり不安定なものであるがゆえに、他の実験科学のような「科学」からはしばしば非科学扱いされるのだが、これはもともと異なるレベルの「科学」であることや、現場で起こることを研究室で観察・観測するように記録できない、必然的でより複雑な困難に由来するものであるが、その辺の方法的なむづかしさについて主に述べたものである。

### 文献

- 1) 松澤和正：「臨床実践としての研究方法論の可能性—研究的看護実践とシークエンス分析の試み」精神科看護, 38(3), 5-11, 2011.
- 2) 松澤和正：臨床で書く—精神科看護のエスノグラフィー。医学書院, 2008.
- 3) ウヴェ, フリック：小田博志, 山本則子, 春日常他訳, 新版 質的研究入門—“人間の科学”のための方法論。春秋社, 2011.

## [シンポジウム]

# 日本の精神保健福祉領域における ソーシャルワーカーと精神障害当事者との関係性

大谷京子\*

## I. 報告内容

### 研究の背景

10年の実践の中で、「当事者主体」や「エンパワメント」は言われるものの、PSWが実際に当事者の力を信じているのか、ソーシャルワークにとって重要とされている信頼関係や、パートナーシップといった関係が本当に形成されているのか、疑問に感じることは多くありました。保護的に関わるソーシャルワーカー（以下、PSW）、一生懸命管理するPSWも多数見ました。しかしそのPSWたちも一生懸命でした。そして私には違和感のあるそうした支援を、不適切だと評価する指標はありませんでした。

一方で、医療観察法や自立支援法などの法制度が変わっていく中で、PSWの実践領域はどんどん広がっています。しかし実践内容についての研究は少なく、実践評価指標もありません。何をすればいいのかが、明確ではないことになります。それでも現場には誰もが認める良い実践とされるものがあり、暗黙知としてその基準は存在すると思いました。そこで、質の高い実践を示すエビデンスを見出したいと思いました。

### 目的

そのために、まずは質の高い実践の内実を把握し、それを支える要素を抽出することと、ソーシャルワークの基礎である関係性に焦点を合わ

せて、実践を支える要素がいかに関連しているのかを明らかにすることを目標に研究を行いました。

この目的のために、Mixed methodの探索的順次デザイン（Creswell et al. 2003）を採用しました。これは、量的・質的調査アプローチの両方を用いる調査デザインです。この方法を採用した理由は、①本領域のソーシャルワーク実践の全体像が明らかにされていないため、まずは実態を描写し、そこから焦点を絞るべき要素を抽出する必要があること、②日本固有の特徴を踏まえて、PSWの実践行為に影響する要素を明らかにした上で仮説を設定する必要があること、③実践行為とそれに関連する要素を測定する指標を開発する必要があること、④実践行為と関連する要素との因果関係を検証し、一般化してPSW実践に寄与するエビデンスを得ることです。

### 調査方法

調査は全部で5本実施しました。質的調査が2本、量的調査が3本です。

質的調査の目的は、日本の精神保健福祉領域における質の高いソーシャルワークの内実を描写することと、その実践を支える中核要素を見出すことです。そのためには、最も重要なステークホルダーである当事者の評価を聞くことと、エキスパートPSWによるモデルとなる実践を

\*Kyoko Otani : 日本福祉大学社会福祉学部

把握することの両方が必要であると考えました。また、その異なる調査協力者によるそれぞれの調査結果に共通する要素は、質の高い実践に貢献する中核要素と考えられると想定しました。

まずは当事者を協力者としたフォーカスグループインタビュー（以下、FGI）を実施しました。そこでは、より良い援助のためには、関係性とPSWのあり方が重要であることが示されました。ソーシャルワークが関係性を基盤にした実践であると、当事者が捉えていることを表わしています（大谷 2005）。

次にエキスパートインタビュー調査を実施しました。37時間、2945枚のカードから分析しましたので、大きな図解ができました。個人と社会へ働きかける実践に影響を与える要素として、関係性とPSWのあり方が抽出されました。ただ、この関係性の中には、当事者を「責任主体」と捉える見方や、「尊敬し頼っている」という対象者観が存在しました（大谷 2007）。

2つの質的調査から得られた要素のほとんどは一致しており、PSWのあり方、当事者とPSWとの関係性を基に、個人と社会に働きかける実践が展開されていることが示されました。伝統的に言われていたように、関係性は実践を支える基礎と考えられます。

次に、ここで挙げられた概念について、整理するためのレビューをし、以下のような定義づけをしました。すなわち、①「関係性」は、ワーカーとクライアントとの間の相互作用の内容、質、状態とする、②「自己規定」は、職業的・専門的アイデンティティと個人的自己を包含した「PSWとしての自分」をいかに捉えるかという認識とする、③「対象者観」は、クライアントをいかに捉えるかという認識とする。

これらの定義を踏まえて、3回のアンケート調査を行いました。1回目は2008年11月にスノーボールサンプリングで105名を対象に、2回目は2009年2月にX県精神保健福祉士協会会員475名を対象に、3回目は2009年12月に日本精神保健福祉士協会会員5,595名を対象にしました。

量的調査の目的は、①それぞれの概念を測定

する項目群を作成した上で、「自己規定」、「対象者観」、「関係性」、「実践」の構成要素を明らかにすること、②「自己規定」、「対象者観」、「関係性」と「実践」との関連を明らかにすることでした。

分析方法は3回とも同じです。探索的因子分析を行い、因子構造を確認した上で確認的因子分析を行い、項目反応理論（以下、IRT）で回答者の能力値を算出し、4つの概念を観測変数として回帰分析を行いました。また、回答者の属性と各因子との関連を見るため、一元配置分散分析とt検定を行いました。

すべてのデータはカテゴリカルデータとして分析しました。IRTとは、一つ一つの項目の難易度・識別力と、回答者の能力や態度といった特性を測定することができる分析方法です。例えば回答者個々の特性である「パートナーシップ度」といった特性値 $\theta$ を測定できます。IRTを使うことで、項目群の精度を上げることと、回答者の能力の可視化ができます。調査票は、毎回の結果を受けてIRTによる項目群の改良を行いました。

## 調査結果

各概念について、それぞれ4、5個の因子が抽出できました（図1参照）。各因子の命名についての説明は（大谷 2010）をご参照下さい。回帰分析の結果、「自己規定」と「対象者観」は「関係性」に関連すること、また「関係性」は「実践」にかなりの影響を与えることが明らかになりました（図2参照）。シンポジウムの後に、この説明率が低いとご指摘をいただきましたが、複雑な要素が絡み合うソーシャルワークの関係性について、あるいは実践について、1つ2つの要素で説明するのは不可能だと考えています。その限界を踏まえた上で、2割以上の説明率は、本調査で導き出されたエビデンスの裏付けになっていると思っています。

また、年代（20代～60歳以上）、学歴（専門学校、大学、大学院）、経験年数（3年未満、3-6年、6-9年、9-12年、12-15年、16年以

上)、所属機関(行政、民間精神科病院、施設など)、研修回数といった PSW の属性によって、各因子に差があることが明らかになりました。

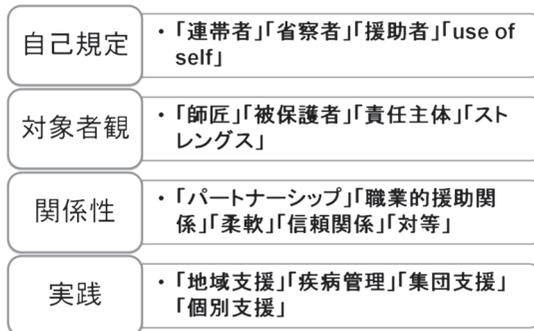


図 1. 因子分析結果



図 2. 回帰分析結果

### 考察

以上の結果を受け、各概念について考察します。「自己規定」は、予防的、保護的な援助者としての要素と、個人的自己を活用する新しい専門職像と、さらにクライアントと連帯する者としてのあり方が得られました。そして、それら多岐にわたる要素を、自らを振り返りつつ存在させている様相が明らかになりました。「対象者観」は、クライアントは責任主体であると捉えるソーシャルワークの価値に根差した対象者観と、そうした彼らからソーシャルワーカーの側が学ぶというポストモダンの考え方、そしてパターナリスティックな保護すべき対象としての捉え方が抽出されました。これは、ソーシャルワークの歴史を踏まえた多様性に対応していると考えられます。「関係性」は、伝統的な援助関係を示す「職業的援助関係」因子と、エンパワメントの基礎である「パートナーシップ」因子、いずれにも含まれる「信頼関係」「対等」因子、それらを臨機応変に使い分ける「柔軟」因子が抽出され、現場で形成される複雑な様相

に対応していると考えています。「実践」は、エンパワメントの中心概念であるストレングス志向のアプローチだけでなく、ソーシャルワーカーが専門的判断をし、専門職主導で進めるパートナーリスティックな支援も一方で抽出されました。つまり理念的に主張される強さを強調する支援だけでは不十分で、クライアントの疾病と障害へのアプローチも必要であることを示しています。

次に、各概念の関連ですが、「自己規定」と「対象者観」は「関係性」に影響しました。時々に応じた個別の「関係性」形成に際し、「自己規定」と「対象者観」という PSW 側の認識の重要性が示されました。それはさらに、そうした認識を振り返る省察の重要性も示されたこととなります。また、関係性が実践に影響することも検証できました。多くの論者によって主張されてきた「実践」に対する「関係性」の重要性を量的に明らかにできたと考えています。

この紙面報告では言及できていませんが、「自己規定」と「対象者観」は「関係性」に影響す

るだけでなく、逆に「関係性」から影響を受けることも明らかになりました。これは坪上(1998)の「循環的關係」の可能性を示唆すると考えられます。それはワーカーとクライアントとの援助關係の結果として、ワーカーもクライアントも変わる關係です。ソーシャルワーカーはクライアントとの関わりにおいて、関わりから学ぶ姿勢を維持すること、また関わりによって自らが揺り動かされ、成長することに対して寛容な姿勢を持つことが求められるといえます。

最後に、PSWの属性との関連の一例として、所属機関を挙げます。医療機関に所属するPSWのエンパワメント志向の因子がいずれも低かったです。医療機関のPSWがエンパワメントを志向しづらいつ傾向にあることを踏まえ、特に自己規定、対象者観を軸にした振り返りの機会を提供することは役に立つと思われます。1回の研修でも、パターンナリストックな対象者観の払しょくに効果があることが明らかになりましたので、対象者観に焦点を絞った振り返りの機会の提供は価値があると考えます。

### 実践と教育への提言

關係の重要性が明らかになりました。したがって、PSWの実践を検証する際、PSWとクライアントとの關係の点検が有効であると考えられます。關係性は常にライブで変化するもので、把握することも標準化も難しい概念ですが、5因子を抽出できました。そこで、その時々のクライアントとの關係性を振り返るときに、それぞれの因子について、「どの程度対等であるか?」、「どのような信頼關係が築けているか?」、「どのレベルのパートナーシップに到達しているか?」、「なぜ職業的援助關係を維持しているのか?」、「何をきっかけに柔軟に変化させたか?」といった問いを発することができます。さらにそれぞれの答えに対して、「何のためにそうしているのか」という目的を示すことができれば、關係構築のためのPSW側の要素を、PSW自身が意識化できるようになります。

さらにその關係形成にあたり、PSWの自己

規定と対象者観という認識が、關係性の予測要素になることが示されました。つまり、自らの位置づけや役割をどこにおくかという自己規定と、クライアントをいかに捉えるかという対象者観についての省察の必要性が検証されました。

關係性と同様、自己規定と対象者観も、今自分が目の前にいるクライアントに対して、どのような位置づけで存在しているか、どのような役割を取ろうとしているか、相対するクライアントをどのように捉えているか、どの程度の省察ができていないか、問い続けるための指標として活用できると考えます。

また、PSWの認識は、關係性と実践行為からも影響を受けることが明らかになりました。当事者もエキスパートも語ったように、PSWはクライアントとの関わりによって育てられます。ただ、「連帯者」因子と「Use of self」因子は経験年数による差が見られませんでした。つまり、ただ経験年数が積み重ねられるだけでは変わらないということです。そこには坪上(1984)の言う、自らの関心・都合の保留や、Schön(=2001)の行為の中の省察が必要です。自らのゲシュタルトを一度横に置き、クライアントのそれを受け止める経験、相手のゲシュタルトによって自らが変えられる経験、それらを省察しつつ自らの知として内在化させるプロセスが必要だと考えます。成長のためには、謙虚な振り返りと省察が求められます。

このように成長しつつ、さらに新たな自分を武器に、また実践に臨む、という循環が成立した時、より質の高い実践が継続されると推測できます。

教育研修については、PSWの属性による特徴と共に、強化すべき点が浮き彫りになりましたので、それぞれの属性に合わせた研修が有効だと考えます。研修後に課題達成度が明らかになる評価票の開発と共に、PSWが自らの成長を可視化しつつ、効率的に研鑽できるプログラムを開発していくことが次の私の研究課題です。

## II. 質疑応答を受けて

質的調査のときにデータとして得られる語りについて、「分析を通すと宝石が石ころになってしまう」という私の発言について、いろいろなご意見をいただきました。ソーシャルワーカーである私は、調査協力者の、文脈を伴った語りにも価値を置いてしまいます。現場は、多くの構成要素の単なる集合ではなく、それぞれの構成要素が有機的に結びついたり、新たなものを生み出したりしながら成立しています。そうした文脈をそぎ落として、共通要素を取り出して初めて「実践知は共有」されるのだと思います。研究は、この個々の文脈を伴った実践知を集積し、共通する要素を抽出する、あるいは実践知を共有するために抽象化する作業ではないかと考えました。

さらに、共有化された実践知は、再度現場に還元されるときに、それぞれの現場の文脈の中で解釈し直し、活用されなければいけないと考えます。実践を集積するときも、共有化された知を再度実践現場で活用するときにも、実践者と研究者の協働が求められると感じました。研究現場に身を置くソーシャルワーカーとして、新たな課題をいただいたと感じています。このシンポジウムに参加する機会をいただきありがとうございました。

## 参考文献

Creswell, John W., & Plano Clark, Vicki L., Gutmann, Michelle L., & Hanson, William E. (2003) *Advanced mixed*

*methods research designs.* by Tashakkori, Abbas., & Teddlie, Charles ed. *Handbook of mixed methods. In social & behavioral research,* Sage Publications, Inc. 209-240.

大谷京子 (2005) 「精神障害当事者から求められる精神科ソーシャルワーカーのあり方と当事者との関係性—当事者を対象としたフォーカスグループインタビューより—」『ソーシャルワーク研究』31(1), 45-52.

大谷京子 (2007) 「精神科ソーシャルワーカーの実態—ベテラン PSW のインタビュー調査より—」『精神保健福祉』, 38(4), 397-405.

大谷京子 (2011) 「精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカー—クライアント関係に関する実証研究—「ソーシャルワーカーの自己規定」, 「対象者観」, 「関係性」概念を用いて—」『社会福祉学』51(3), 31-43.

Schön, Donald A. (1983) *The reflective practitioner: how professionals think in action.* (=2001, 佐藤学・秋田喜代美訳 『専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える』 ゆみる出版.)

坪上宏 (1984) 「社会福祉実践の成立要件と方法・技術」『講座社会福祉 5 巻 社会福祉実践の方法と技術』 仲村優一・小松源助編集, 80-140, 有斐閣.

坪上宏著 (1998) 『精神医学ソーシャルワーク叢書・2 援助関係論を目指して 坪上宏の世界』 やどかり出版.

## [シンポジウム]

# 調査研究を通して実践知を可視化・理論化、 さらに共有化していくこと

瀧澤 学\*

### 1. はじめに

神奈川県総合リハビリテーション事業団に入職後、重症心身障害児施設、知的障害児者施設での生活支援員として障害児者支援に携わった。そこでの重心児者、自閉症児者、強度行動障害の方への支援実践を通して、障害者支援に関する多くの経験を得ることが出来た。それを理論化するべく、実践報告や論文にまとめたことがあったが、出来映えは芳しくなかった。そこで、実践研究のあり方を学ぶために、より専門的な指導を受けることの必要性を感じ、通信制大学院へ入院した。卒業後は、障害者施設生活支援員から病院 MSW に異動となり、高次脳機能障害支援コーディネーターに従事している。その中で、高次脳機能障害者支援についてソーシャルワークの視座からの研究を行っており、大学院の修士論文として書き上げた「知的障害者施設における高次脳機能障害者支援方法に関する研究」を端緒として、高次脳機能障害支援をキーワードとして研究を継続している。今回は、「実践と調査研究と共有化」のテーマに沿って、自らの研究成果を振り返りつつ、実践知と調査研究の到達目標、共有化について述べる。

### 2. 実践での疑問と調査研究

#### ① 知的障害者施設における高次脳機能障害者支援に関する研究

ここでは、知的障害者施設における高次脳機能障害者支援を a 参与観察より支援のプロセス b 支援者インタビューより支援者の意図する支援目的と支援実践 c 当事者インタビューによる当事者の主観的世界について考査した。更に、これら3局面の調査結果より、当事者の変化の内実について社会構成主義の視点から読み解くことで「人に頼らない生活」から「誰かに寄りかかることでの安心」へと価値転換が行われていたとの結論に至った。この自立から自律への転換は今でも自分の支援を行う上での準拠枠となっている。

#### ② 高次脳機能障害者当事者インタビュー調査

高次脳機能障害相談支援コーディネーターとして実践を積み重ねる中で、職場内では当事者の障害への気づきと環境調整や代償手段を活用した対応や、当事者の障害への理解について他職種と多くの議論を行った。その中で、当事者の主観的世界における環境との相互作用についての見解をまとめる必要性を感じ、当事者へのインタビュー調査を行った。

結果より、当事者の障害への気づきのプロセスや気づきの中での精神面の落ち込み、生活し

\*Gaku Takizawa : 神奈川リハビリテーション病院 MSW

ていくために自分なりの取組や工夫、社会参加のあり方を模索する中で自分の障害と向き合っていくプロセスが確認された。また、誰かに寄りかかることの是非を考査している様子も読み取れ、当事者の内面の変化の多様性を再認するに至った。さらに、文献レビューを進める中で、当事者の内面には障害を否定する気持ちと肯定する気持ちの両面が内在する可能性を推察し、それが当事者の内面の揺れにつながっていると史料するに至った。

### ③ 高次脳機能障害者の通所施設支援者インタビュー調査

当事者の内面の変化について一定の整理が出来たが、その当事者が生活する地域社会のなかで、地域支援者はどのような困難を抱えているのかという問題意識を持った。第一研究として、神奈川県内で実施したアンケート調査より、高次脳機能障害者が利用している通所施設の主な対象者の障害種別等の特徴や、支援上の困難さをまとめた。さらに第二研究では、その結果を踏まえたインタビューガイドを作成して、少人数の高次脳機能障害者が利用している通所施設と、利用者を高次脳機能障害者に特化した通所施設の職員にインタビュー調査を行い、その差異を比較検討した。

ここでは、高次脳機能障害者の特性への配慮や症状の回復の度合いに応じた支援計画の策定、当事者が自信を持てるアプローチ等の重要性が明らかになり、今後地域移行を進める際の要点をまとめる事が出来た。

### ④ 高次脳機能障害者の家族インタビュー調査

高次脳機能障害者支援では、家族支援が重要とされている。家族は、受傷発症後より当事者を介護等によって支えるのみならず、社会参加に至までのプロセスを見守り、時としてトレーナーの役割や代理行為を果たす等、多様な役割を担う事が要されるが故に、非常に負担が大きいためである。文献では、量的調査より認知症者の主介護者の介護負担と相似しているとの報

告があるが、質的調査は少なく、高次脳機能障害者家族へのインタビュー調査を行い家族の視座から生活課題の検討を行う事とした。インタビュー結果の分析にはGTAを用いたが、時間経過の中で変化する生活課題やその対応がそれぞれの1つずつのカテゴリーに集約されてしまったため、高次脳機能障害者の特性である時系列や回復に伴う変化を十分に表せない結果図となってしまった。そこで、再度全体性と連続性を意識したナラティブ分析を用いた分析作業を行った。それらより、当事者の時間経過に伴う症状や状態の変化、元来の性格・認知面の障害・本人が障害に気づくことでの不全感・自らの障害への理解が複雑に絡み合う中で、家族が本人の状態や時機に応じて対応方法や将来の方向性を模索するプロセスが明らかになった。また、高次脳機能障害の症状の変化に戸惑う家族に対して、専門職と家族会がそれぞれの立場から助言等を行う事の重要性が確認された。

### ⑤ 高次脳機能障害者の地域支援

高次脳機能障害者支援において、各都道府県に拠点機関が設置され高次脳機能障害相談支援コーディネーターが配置されている。また、それぞれに地域支援体制のイメージ図が作成され、拠点機関と地域支援機関が有機的な連携を図りつつ、高次脳機能障害者と家族を支援していくシステムが整いつつある。しかし、実際に当事者・家族の声を見聞すると、実際に有機的な連携が出来ているとは言い難い。地域連携・ネットワーク構築は「① 個人的な疑問や問題提起の想起 ② 他機関の誰かへのメッセージの発信 ③ 問題解決への共同作業の開始 ④ 関係者の輪の拡大・相互理解の深まり ⑤ 同様の問題への応用 ⑥ 他の問題に関する創造的共同作業の展開 ⑦ サービス利用者や住民の意見を反映するネットワークへの発展 ⑧ 街作り、コミュニティ作りへの展開」のプロセスで行われるとされている。現在、これを仮説として、県内の支援者と地域支援実践や連携について実践や意見交換をしつつ、地域ネットワーク構築について

の検証作業を行っている。

### 3. 調査研究と実践知の構築

調査研究については、参与観察やインタビューにてデータ収集を行い、M-GTA、ストラウスコービン版GTA、ナラティブ分析を用いた質的研究手法を経験した。

質的研究では、データ収集が非常に重要となる。どれ程丁寧な分析を行ったとしても、明確な分析視点と良い素材がなければ優れた研究結果は出てこない。振り返ると、私自身も稚拙なインタビューを行ってきた。しかし、最近ではテープ起こしや逐語録を読み直す際に「この語りについて、もう少し突っ込んで具体的に聞かないと…」とっていると、しっかりと内容を深めるような問い返しをしていることが増えてきた。インタビュー調査は、対象者との間合いをはかりつつ、関係性を崩さないように、しかしストーリーに関する重要なポイントはしっかりと語っていただくことが大切になり、その場の瞬時の判断が非常に重要となる。これは経験を積み重ねなければ磨きをかける事は難しいと感じている。

また、参与観察は現場で起こった事象をリアルタイムで観察して、フィールドメモ等に記載し、フィールドノーツにまとめることでデータ化していく。他方、インタビュー調査は、起こった事象や出来事について、当事者から見た主観的な世界観を語っていただくものであり、これによって参与観察では確認できなかった当事者の機微や背景を知ることが出来る。観察者の視点と当事者の主観的世界観は当然異なるものであるが、その違いを十分に理解した上で調査手法のトライアングレーションとして用いる、または使い分けることによって、支援者・分析者側の恣意に偏らない研究につながると考えている。

分析作業では、GTAの場合、結果図を描く事が求められる。この結果図について、時間に追われる中で自分の納得出来るものに落とし込む作業が重要となる。私はいままでGTAでの

分析を何度か行ってきたが、直近の家族インタビューでは、どうしても納得のいく結果図が得られなかったので、連続性と全体性を意識したナラティブ分析による再分析を行った。原著を読み進めながら研究を進めるといふ、英語が不得手な私にとって苦痛以外の何事でもない作業であったが、翻訳ソフトに頼りながら何度も読み返すことで何とか分析作業につなげることが出来た。語ってくれた方の思いに十分応えるためにも、研究者として諦めずに研究に取り組むことが、調査の中で得られた良い語りを生かす事につながっていくと信じている。

質的研究の作業は地道であるが、自分の世界に入りすぎると井に座して天を観ることとなる。また、データの分析方法を誤れば放逸な結果を作り出すことにもなりかねない、一見信頼性に乏しいといわれてしまう研究手法である。故に、先行文献等をレビューして、確認された現象等の裏付けを実直に行う事が必要である。また、スーパーバイザーの指導を受けることで、自分が気づいていなかった繋がりが見えてくることもある。その中で、自分の中では当たり前と思っていたことが、より突き詰めて考えていくと全く異なる解釈が可能な場合もある。データと向き合い、考え抜き、自他共に納得できる作業を行うことが非常に重要と言える。

### 4. 実践知の構築と共有化

私の研究系譜を媒介としながら、その実践知の理論化について述べた。平塚(2011)は、ソーシャルワークの実践は経験を通していられた実践知といっても精緻に組み立てられた理論知とは異なるが故に、実践科学としての行為の理論化・可視化をし、公言というレベルの知の構築が不可避としている。現在、これらをまとめた論文を学会誌等に発表と共に実践報告を交えた講義や報告を行っており、この部分が実践知の構築と共有化になるのであろう。

研究の中で心がけていることは「普遍化できること」である。私の場合、実践研究、質的研

究が多いが、個別性の高いマイクロ事象を明らかにしても、同様の実践で使う事が出来なければ研究意義に乏しいと考えており、実践への援用、共有化できる研究を今後も目指していきたい。

また、研究系譜からも分かるように、一つの研究が新たな研究テーマを生み出す事につながっている。一つの研究を行うにあたっては文献レビュー等のために書籍や論文を読むこととなり、更に執筆をすることでも、新たな疑問や自分の無知を実感することにつながる。現在も、温めている研究テーマはいくつか存在するので、時間と費用と時機を見計らいつつ、実施していく予定である。

最後に、これらの報告は私一人の力だけで成

し遂げたものではなく、神奈川県総合リハビリテーションセンターにおける先人や同僚達の積み重ねの上に成り立っているものであり、現在の講演依頼も神奈川県リハに所属しているが故に存在する。今までご教授いただいた先生方や友人、家族にも感謝しつつ、今後も実践知を積み重ね、様々な形で報告・共有化を図っていきたい。

## 参考文献

平塚良子 (2011) 「ソーシャルワークの実践観」  
ソーシャルワーク研究, Vol.31, P60-67.

## 〔論文〕

# ホームレス保健医療福祉包括的アセスメントツールの開発過程 — CCH Consumer Outcome Scales 修正日本語版の ビッグイシュー大阪販売者における信頼性・妥当性の検討—

知念 奈美子\*

Key words : ホームレス, ホームレス支援, ホームレス保健医療福祉包括的アセスメント, アセスメントツール, ビッグイシュー日本

## 1. 研究の目的

本研究の目的は、ホームレス支援の社会企業ビッグイシュー日本（以下、BIJ）をフィールドに、慢性的に人手不足であり専門職が少ない支援現場で、簡便にホームレス者の心身の健康状態及び生活状況のアセスメントを行うためのツール開発である。

ソーシャルワークにおいて、対象者の状態を的確に把握するアセスメントは、支援そのものの方向性を決定する非常に重要なプロセスである（Milner & O'Byrne, 2002）。それはホームレス支援においても例外ではなく、適切な支援に繋ぎ安定した支援結果を得るためにも、対象者の保健医療に関する情報を生活状況と共に把握する包括的なアセスメントは必要不可欠な作業である。しかし、制度的支援においてもそれが非常に困難である様子は自立支援事業の実施状況からもうかがえる。

日本のホームレス支援政策は、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（以下自立支援法）」による事業と生活保護である。その

自立支援法による自立支援プログラムでは、「総合評価（アセスメント）」がなされ、対象者の能力に応じて支援内容を決定し、さまざまな出口へと繋ぐことになっている。しかし2003-05年度の全国の自立支援センター退所状況を見ると、「就労23.8%、福祉等の措置39.9%、期限到来・無断退所等が36.3%（厚生労働省, 2006）」と、出口は就労自立でなければ実質的に福祉的保護のみで、それ以外はつなごうとした支援の網から再度こぼれ落ちる結果となっており、本来の支援目的が達成されていない対象者が3割以上存在する。黒川ら（2004）の報告では、大阪の特別清掃事業に携わる路上生活者914名の健診において、74.8%が高血圧や結核等、要医療・要精密検査と判定されている。また、森川ら（2011）が東京の路上生活者80人を対象に行った調査では、うつ病やアルコール依存症、幻覚・妄想等の精神病性障害等、精神疾患ありと診断された者は50名、自殺の危険ありと判断された者は44名と深刻な結果が報告されており、ホームレスには身体的・精神的な医療問題を抱える人が多いことが示唆されている。健全な就

\*Namiko Chinen : 京都大学大学院文学研究科文部科学省グローバルCOEプログラム「親密圏と公共圏の再編成をめざすアジア拠点」

労には心身の安定や健康が必要であるが、上記の自立支援事業報告からは支援の内容や運営の問題以外に、対象者へのアセスメントそのものが不十分であること、アセスメントで得た情報が支援に活かされていないことも考えられる。

ホームレス支援の現場には、支援者の要件に社会福祉士や精神保健福祉士といったソーシャルワーカーの法的位置づけが無く、福祉に限らず専門職は少ない。前述のような就労も生活保護受給も適わない者に対しては、法外援護をNPO等の民間支援団体が担っているのが現状である。その多くは、多数の対象者を相手に炊き出し等緊急的な支援や福祉相談等を行っているが、ソーシャルワークの支援プロセスに沿って当事者のニーズをしっかりとアセスメントしてから援助計画を立て、援助を実施するという人員や時間的ゆとりの無い現場も少なくない。

このような現状を踏まえ、ホームレス状態にある人の保健医療福祉の状況を包括的に把握でき、専門職が少ない支援現場の職員にも簡便に記入やレビューのできるアセスメントツールを開発することは、支援対象者の状況やニーズの把握、支援の効果測定などに有用であると考えられる。本稿では、その開発の途中過程において、信頼性及び妥当性を大阪のビッグイシュー販売者を対象に調査した結果及び考察について述べる。

## 2. 研究の背景

本研究のフィールドとなるビッグイシューは、「ホームレスに施しではなく仕事を」をスローガンに、ホームレス者を小売販売者として雑誌出版・路上販売を行っているロンドン発祥の社会企業であり、2003年に発刊された「ビッグイシュー日本」はその日本版である。発行元であるBIJは、現在全国で約150人にビジネス・パートナーとして雑誌販売の仕事を提供している。また、近年は各種相談、就業支援事業、文化スポーツ活動支援事業を行うNPO法人ビッグイシュー基金が福祉的なサービスも行っている。

それは、販売者たちとの関わりの中から、ホームレスの自立支援は仕事の提供のみでは不十分であるとの結論が出たからである。設立から7年経ったBIJにおいても、ホームレスという福祉のメインストリームから外れた人々を支援するための方法及びアセスメントツールを模索している現状がある。

## 3. 先行研究

国内外のホームレスアセスメントに関する先行研究について、データベースを使用して検索し、レビューした(知念, 2010)。国立情報学研究所論文情報ナビゲータCiNiiにおける「ホームレス」「アセスメント」のキーワード検索結果は0件だったが、「ホームレス」「ニーズ」に変更すると13件見つかった。その約半分の6件は同じ研究者チームによる一連の健康・医療ニーズに関するものであったことから、ホームレスの保健・医療・福祉のニーズの包括的なアセスメントに関する研究は国内ではまだ少ないことが明らかとなった。

海外文献では、米国のNational Library of Medicineの医療系データベースPubMedで“homeless”“comprehensive”“assessment”を検索すると29本、“homeless”“measurement”では51本の論文が見つかった。しかしその多くは、ホームレスになった経緯や特徴に関する研究、ホームレスのニーズとサービス利用に関する研究、ホームレス支援プログラムの開発と評価に関する研究、そしてCES-Dうつ病自己評価尺度(Wong, 2000)、健康関連QOL尺度SF-36(Wood et al., 1997)、世界保健機関のQOL尺度WHOQOL-100(Garcia-Rea et al., 2008)、薬物使用関連尺度Alcohol Dependence Scale, Addiction Severity Index(Drake et al., 1995)、精神医学診断法Diagnostic Interview Schedule(North et al., 2004)といった既存尺度や診断法のホームレスに対する妥当性・信頼性確立であり、保健医療福祉を包括的にカバーするホームレスアセスメントツール開発に関する

るものはCookら(2007)の論文1本であった。

また、本研究の対象者となるホームレスをどう定義するかについても、先行研究を調査した。日本のホームレス自立支援法の定義では、「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場としている」野宿者のみをホームレスと呼ぶため、ホームレスの概数調査を実施している国々の中でも非常に限定的であり、支援の現実を反映していないという批判が研究者からは相次いでいる(長谷川, 2005; 中山, 2007; 水内, 2007)。岩田(2009)によると「ホームレスという用語は、国や時代によって、さまざまな用語で、さまざまに解釈されてきた、かなり曖昧なもの」であり、現在でも統一された定義は存在していない。そこで本研究においては、自立支援法の規定する狭義の定義よりも、ネットカフェ難民等の形で近年表面化した住居喪失不安定就労者等を含む、厚生労働省も使用している概念である「広義のホームレス」の考え方を採用することで、野宿から簡易宿泊所等で生活保護受給中といった幅広い住宅状況にある販売者を網羅できると考えた。Cookら(2007)も語の統一の問題に直面した結果、研究上「シェルター、路上、居候、支援住宅のほか、人が住むための場所ではないところに住んでいる人たち」とホームレスを広義に定義している。

#### 4. ホームレス保健医療福祉包括的アセスメントツール日本版開発

先行研究で得たCookらのホームレス保健医療福祉包括的アセスメントシートCCH Consumer Outcome Scales(以下、CCH-COS)の日本語版を、BIJの販売者及び支援希望者に対するアセスメントツールとして開発することとした。

CCH-COSはコロラド州の大規模ホームレス支援NPOコロラドホームレス連合(以下、CCH)の職員及びコロラド大学の研究者が近年共同開発したアセスメントツールであり、信頼性及び妥当性が検証されている(Cook et

al., 2007)。アセスメント領域は「住宅」「就労・就学」「制度活用」「身体的健康」「精神保健」「アルコール等薬物使用」の6分野である。各分野の生活機能の状態を7段階に分け、最も当てはまる段階を選んで数字に○を付けるだけで完了する。「1」は支援の必要が無い状態、「7」が全く機能できていない状態を示している。生物心理社会的な側面を包括的にカバーしている点と記入・レビューの簡便さが、BIJを始めとする日本のホームレス支援現場における使用に適していると考えられた。

Cookら(2007)の研究では、臨床職員による処理が簡便な包括的アセスメントツールの開発を目指し、CCHの医師、精神科医、ソーシャルワーカー、住宅や教育等のプロジェクトコーディネーターら現場職員とコロラド大学の研究者で構成されるタスク・グループが、各アセスメント項目と7段階の順位づけ及び内容に関する検討を行い、全員の合意をもって内容的妥当性を確保していた。続いてCCHの医療クリニックや住宅サービスなど各サービスの利用者から研究に協力した132名を対象に面接調査を踏まえたCCH-COS及び比較尺度記入と、協力者による自記式尺度記入を実施し、検者間信頼性及び構成概念妥当性について検討がなされている。

米国のホームレスは、日本のホームレス人口と比較すると多民族である上、女性や青少年を含む若者、そして家族など、多様な人々で構成されている。しかし、彼らが直面する住宅問題、就労・就学、社会保障制度活用の困難さ、身体・精神における健康問題、アルコール・薬物依存、社会的関係の乏しさなどは、社会の最下層に所属する人々が苦しむ普遍的な問題であり、日本のホームレスが直面するものとさほど変わらず、文化差に大きく左右されないと考えられる。Cookらの尺度は、ホームレスのサービス実施機関という現場で必要と考えられる情報項目を抽出してあるが、各項目内の選択肢はそれほど具体的に記述されていない。このアセスメントツールは、利用中の制度の記録や病名の診断ではなく、対象者の機能状態を捉えることを目的

としているからである。機能が低下している項目については、必然的に対応すべき事柄としての優先順位も上がることになる。このような特徴から、CCH-COS は日本のホームレス支援現場においてもサービス提供の効率化を図る上で有益であると考えられた。

日本語版の開発の手順は、原則 Cook らの研究手順を踏襲した。まず、筆者の他、大学教員と臨床家各 1 名に協力を依頼し、尺度の翻訳・逆翻訳を行った。米国におけるソーシャルワークの要素を翻訳時に失わないよう、翻訳者は全員米国の社会福祉学修士号取得者でソーシャルワークの専門知識と関連英語技能を持ち、日本でもソーシャルワーク専門職であった。

次に翻訳された尺度の内容及び順位づけの妥当性の検討を、BIJ の販売者対応職員との話し合いを通して実施した。ホームレスや低所得者層を対象に臨床活動経験を持つ医師、精神科医、看護師ら医療専門職にも個別に内容についての意見を求めた。その結果、日本と米国の福祉制度や言葉から受ける印象の違いなどを考慮し、完全な翻訳版ではなく、日本の事情を反映した修正日本語版の作成に至った。本研究では、BIJ やその他のホームレス支援現場において使いやすいアセスメントシートの開発を目指したため、ツール開発関係者の合意の元、CCH-COS 修正日本語版（付録）として、ある程度の意識及び内容の変更を容認することとなった。

## 5. 方法

### 5.1. 対象者

本調査では、BIJ 大阪事務所に所属する販売者 43 名全員を対象とし、事務所内で告知して研究協力依頼を行った。

### 5.2. 調査方法と使用尺度

対象者には、質問紙の記入と研究者との面接協力を依頼した。検者間信頼性測定のため、BIJ の対象者担当職員にも CCH-COS 修正日本語版の記入を依頼した。

対象者が記入した質問紙は、WHO-QOL26（田崎他，2007）、健康関連 QOL 尺度 SF-36（福原他，2004）、行動及び精神症状測定尺度 BASIS-32（Eisen et al., 1994；川野，2007）、新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト KAST-M（樋口他，2007）、社会的望ましき尺度 SDS 日本語版（北野他，1986）の 5 種類である。

面接後には、筆者も CCH-COS 修正日本語版、サービスの知識と利用に関する面接尺度 SKU（Passero et al., 1991）、機能の全体的評定尺度 GAF（American Psychiatric Association, 2000）を記入した。筆者と職員が記入した CCH-COS 修正日本語版の相関を分析し、検者間信頼性の確認を行った。また、CCH-COS 修正日本語版の項目同士の相関から、構成概念の独立性について検討したほか、CCH 項目とその他の尺度の相関から、収束的妥当性及び弁別的妥当性についても検討した。最後に SDS 日本語版との相関を検証することで、CCH-COS 修正日本語版の社会的望ましきバイアスの有無についても分析を行った。

## 6. 倫理的配慮

本研究では、BIJ 販売者に調査協力を依頼する際に研究の目的、手順及び個人情報の取り扱いについての説明を行い、続いて調査協力者にはインフォームド・コンセント書式に署名を依頼した。収集されたデータは、調査用紙の信頼性・妥当性の検討材料及び大阪の販売者のニーズ傾向の分析に使用されるため、個人情報としてではなく匿名のデータとして処理した。記録用紙は、職員との連携により、これまでの販売者記録と共にセキュリティが確保されている場所に保管し、一定期間後は破棄することとし、販売者の研究協力における意思の尊重及び個人情報の保護について最大限の注意を払った。

## 7. 結果

### 7.1. 対象者

本研究の調査協力者は、BIJ 大阪事務所登録者43名のうち86%にあたる37名である。協力者は全員男性で、年齢は39歳～72歳、平均年齢53.7歳であった。特定非営利活動法人ビッグイシュー基金（2010）によると、BIJ では2008年のリーマンショック以降40歳未満の販売者が増加しているため、起業当初に比べると平均年齢

が低下している。厚生労働省が2007年に実施した「平成19年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）」の対象者は、96.4%が男性、平均年齢が57.5歳である。BIJ 販売者と比較すると、どちらも50代の合計が43%前後とマジョリティの年代であり、50代を中心とした圧倒的に男性のみのグループである点が共通しているが、BIJ 販売者は若年層寄りに、全国調査対象者は高齢層寄りに分布している（表1）。

表1 対象者の属性と全国調査対象者との比較

		BIJ 販売者 n (%)	全国調査対象者 n (%)*
性別	男性	37 (100)	1,954 (96.4)
年齢	44歳以下	7 (18.9)	175 ( 8.5)
	45歳～49歳	5 (13.5)	133 ( 6.5)
	50歳～54歳	8 (21.6)	325 (16.0)
	55歳～59歳	8 (21.6)	546 (26.8)
	60歳～64歳	5 (13.5)	432 (21.2)
	65歳以上	4 (10.8)	426 (21)

\*厚生労働省（2007）「平成19年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）」より

### 7.2. 信頼性

CCH-COS 修正日本語版の検者間信頼性は、住宅  $r = .98$ 、就労・就学  $r = .68$ 、制度活用  $r = .70$ 、身体的健康  $r = .27$ 、精神保健  $r = .11$ 、アルコール等薬物使用  $r = .66$ で、平均  $r = .46$ であり、身体的健康及び精神保健の項目においてアセスメント一致度の低い結果となった。

### 7.3. 内容的妥当性

内容的妥当性については、CCH-COS 修正日本語版作成過程において、実際に対象となるホームレス者や低所得者と福祉的・臨床的な関わりを持つ BIJ 職員や医療職との内容検討・合意によって確認した。

### 7.4. CCH-COS 修正日本語版各構成概念の独立性

CCH-COS は、ホームレス者の生活状況の6

分野について個別にアセスメントするため、一つの分野で機能破たんに近い状態であったとしても、他の分野では比較的良好な状況というように、構成概念ごとの独立性が考えられる。各構成概念の相互相関（表2）は、全般に低い値を示しており、構成概念の独立性を示唆している。

比較的高い相関を示した住宅と制度活用（.607）については、日本ではホームレスが利用できる主たる福祉制度は生活保護であり、住宅確保と直結していることの反映であると考えられる。また、住宅と身体的健康（-.380）等については、販売者の生活保護制度との関わり方が反映されている可能性がある。面接時、「保護は障害者や高齢者が受けるべき」「動ける間は自力で稼ぐから、保護は要らない」といった意見が繰り返し聞かれた。つまり、自力で収入を得る誇りを住宅確保より優先している者が販売者の中には少なくないということであり、販

表2 CCH-COS 修正日本語版項目間相関

CCH-COS 修正 日本語版	住宅	就労・就学	制度活用	身体的健康	精神保健	薬物使用
住宅		-0.118	0.607**	-0.380*	0.126	-0.052
就労・就学			-0.222	0.05	0.093	0.092
制度活用				-0.26	0.018	0.147
身体的健康					-0.248	0.134
精神保健						-0.147
薬物使用						

\*P < .05 (両側), \*\*P < .01 (両側)

売に支障を来すような体調不良や障害が出てようやく保護を申請するために、身体的状況が芳しくない人が住宅を確保しているという事情を映し出していると考えられる。

### 7.5. 収束的妥当性及び弁別的妥当性

各構成概念の妥当性の検討には、CCH 各項目と同様の構成概念を測定すると考えられるさまざまな尺度について相関分析を行った(表3)。対照尺度は、原則ホームレス者への適用に関する信頼性や妥当性が確認されているものから Cook らが選出したものである。

CCH 住宅と WHOQOL26住宅満足度の有意な負の相関 (-.361) は CCH のスコアが、路上生活のような「悪い状況」の時に、WHO-QOL の値は「不満」状態を示すことを表しており、収束的妥当性が示唆された。相関しないことで弁別的妥当性を立証するための項目である SF 4 ウ (.337)、SF 4 エ (.348)、SKU (-.565)、SF 2 (.343)、GAF (-.540) と相関が見られた点については考察において詳述する。

CCH 就労・就学については、相関を検討した就労関連10項目のうち、「身体的理由で仕事等活動時間減少」「精神的理由で仕事等活動時間現象」、「身体的理由で活動内容に変化」、「精神的理由で集中力低下」という4項目に有意な相関が見られたが、収束妥当性の確認は出来なかった。Cook らの論文では10項目中7項目に有意な相関が見られているが、WHO-QOL26

金銭満足度については、Cook らと本研究のどちらにおいても相関が見られず、比較対照項目の適正さに疑問が残った。また、同項目と SF11ウ「健康悪化の予感」にも相関が見られたが、自身の健康が悪化すると考えている者は就労の状態も良くないことを示すことから論理的に大きな矛盾はないために、弁別的妥当性は概ね示唆されていると考えられる。

CCH 制度活用と SKU の相関 (-.711) については、CCH の値が「支援に関する制度を活用していない」を表している場合、SKU では「要支援にも関わらず制度利用に至っていない」という値が出ることを示しており、収束的妥当性が示唆されたが、SF 4 ウ、BASIS-32不安尺度や GAF と相関が見られ、弁別的妥当性が確立できなかった。

CCH 身体的健康と SF 3「身体機能」の値 (-.438) は、CCH で身体的な問題がある場合に、SF 3 の値も「さまざまな身体活動が難しい」ことを示している。CCH 同項目と SF 7「痛みの状況」(.393) 及び SF11エ「現在の健康状態が良好であるという認識」(.331) との相関に関しては、両項目が SF 3 とは尺度が反転しており矛盾は無い。「有意ではない値 (n.s.)」を示した項目数が、対照尺度6項目中半数の3項目を占めているものの、現在の健康状態を示す3項目との有意な相関は、概ね収束的である。Cook らの研究では、同6項目中5項目に相関が見られているが、SF 2 に関しては、両研究において相関が見られず、WHO

表3 CCH-COS 修正日本語版と妥当性確認尺度間の相関

妥当性確認尺度	CCH-COS 修正日本語版項目						
	住宅	就労・就学	制度活用 状況	身体的 健康	こころの 健康	薬物使用	
<b>住宅状況と関連があると考えられる尺度</b>							
WHOQOL26 住宅満足度項目	-0.361*						
<b>就労と関連があると考えられる尺度</b>							
WHOQOL26 金銭的満足度項目		n.s.					
SF-36 4ア (身体的な理由で仕事等活動時間を減らした)		-0.343*		-0.460**			
SF-36 4イ (身体的な理由で仕事等の活動が思ったほどできなかった)		n.s.					
SF-36 4ウ (身体的な理由で仕事等の活動が内容によってはできなかった)	0.337*	-0.341*	0.368*				
SF-36 4エ (身体的な理由で仕事等の活動が困難だった)	0.348*	n.s.		-0.405*			
SF-36 5ア (精神的な理由で仕事等の活動時間を減らした)		-0.349*					
SF-36 5イ (精神的な理由で仕事等の活動が思ったほどできなかった)		n.s.		-0.351*			
SF-36 5ウ (精神的な理由で仕事等の活動が集中してできなかった)		-0.404*		-0.447**			
SF-36 8 (仕事を妨げる痛み)		n.s.		0.427**			
BASIS-32 ADL に関する下位尺度		n.s.					
<b>制度活用状況と関連があると考えられる尺度</b>							
サービスの知識と利用に関する面接尺度 (SKU)	-0.565**		-0.711**				
<b>身体的な健康状態と関連があると考えられる尺度</b>							
SF-36 1 (現在の健康状態の評価)				n.s.			
SF-36 2 (1年前と現在の健康状態の比較)	0.343*			n.s.			
SF-36 3 (身体機能)				-0.438**			
SF-36 7 (過去1ヶ月間の痛みの状況)				0.393*			
SF-36 11ウ (健康悪化の予感)		-0.383*		n.s.			
SF-36 11エ (現在の健康状態が良好であるという認識)				0.331*			
<b>精神的な健康状態と関連があると考えられる尺度</b>							
BASIS-32 不安症状等に関する下位尺度			-0.328*		n.s.		
BASIS-32 異常体験など精神症状に関する下位尺度					n.s.		
機能の全体的評定 (GAF) 尺度	-0.540**		-0.356*		-0.400*		
<b>アルコール等薬物使用と関連があると考えられる尺度</b>							
KAst-M						0.457**	
BASIS-32 アルコール摂取行動に関する項目						0.500**	
<b>社会的望ましきバイアス</b>							
社会的望ましき尺度 (SDS)	0.059	-0.023	0.064	-0.107	-0.106	0.259	

\* P &lt; .05 (両側), \*\* P &lt; .01 (両側)

空欄は全て n.s. を示している。

金銭満足度と同じ疑問が残った。CCH 身体的健康と、就労と関連があると考えられる、弁別的妥当性確認のための尺度群間にも相関が多く見られるが、考察で詳述する。

続いて、CCH 精神保健の対照項目に関しては、

弁別的妥当性確認のための尺度群との相関は一つも見られず、弁別的妥当性は示唆されたものの、収束的妥当性確認のための尺度では GAF (-.400) との値以外に相関は認められない点

が大きな課題となっている。GAF との相関の

値は、CCH の値が「精神的な問題を抱えていない」場合、GAF の値は「精神・社会機能が高い」状態になると示している。

CCH 薬物使用については、KAST-M (.457) 及び BASIS-32のアルコール項目間 (.500) の両項目に有意な相関が見られたことと、それ以外の項目との相関が無いことから収束的妥当性及び弁別的妥当性の両方が示唆された。

### 7.6. 社会的望ましきバイアスの有無

CCH と SDS 間については相関が見られず、社会的望ましきバイアスは反映されていないと考えられる。

### 7.7. 職員による CCH-COS 修正日本語版使用報告

本研究に関わった BIJ の職員は全員、本研究を通して初めてアセスメントらしい作業を行うこととなった。そこで本アセスメントツールが支援現場での使用に耐える簡便さや内容であるかの検討を、販売者に直接関わる部署に所属する3人に依頼した。記入時の使い勝手に関する報告では、面談時にすべき質問をあらかじめ想定できて心の余裕が出来た、CCH-COS 修正日本語版の質問項目が、面談と聞くと警戒する販売者との話の糸口になり面談がスムーズに進むようになった上、突っ込んだ話にもつなげられる、そこからアセスメント項目には無いが夢や目標、余暇についてなど幅広い聞き取りがしやすいとの意見があった。また、報告の聞き取り時に、精神障害があっても生活が阻害されるほどでもないと感じられる人や、知的障害を持つ人の記録方法に自信が無いといったコメントから、スタッフの臨床知識不足も判明した。

記録をレビューする場合に関しては、以前は「変わった人」と捉えていた人に精神障害の疑いを持った等、精神保健に関する気づきや視点が養われ始めたこと、「会社にいた頃よりも自由で幸せ」などと述べる販売者に対し、職員も路上生活を肯定的に捉えがちであったことに対する反省の他、アセスメントの結果を職員間で

相談・共有することで、支援についてチーム・アプローチの形を取りやすくなったことが挙げられた。

## 8. 考察

本研究は、米国の大規模なホームレス支援 NPO と大学の研究者らが協働で開発したホームレスアセスメントシートの修正日本語版を、日本の実情を反映させながら開発し、その検者間信頼性及び各項目の妥当性を検討したものである。

検者間信頼性については、6項目中「住宅」「就労」「制度」「薬物（アルコール）」の4項目において中程度から強い相関を示した。協力者は原則「ホームレス＝路上生活者」の BIJ 販売者であり、住宅状況は「7＝路上生活」、就労は「3＝自営業・日雇いなど」に、ほとんど自動的に当てはまったことが理由である。また、生活保護受給手続きも BIJ 職員が支援しており、制度利用の情報も把握しやすかった。

身体的健康と精神保健の2項目について、本研究では検者間信頼性の値が低く、アセスメントの一致度についての課題が残された。BIJ 職員に医療や精神保健に関する臨床的な知識が少ないことを考慮すると、アセスメントシートの記入自体は簡便でも、利用者の状況を面接や普段の行動などからの確に読み取り、アセスメントに反映させることは非常に困難であることが明確になった。Cook ら (p.94) も同様の問題に言及しており、職員へのアセスメント訓練の実施の重要性が明らかになったため、BIJ 向けにトレーニング・マニュアルを作成し訓練を開始している。また、臨床的な知識が必要と考えられるにもかかわらず、薬物使用の相関が比較的高い理由としては、BIJ は酩酊状態での販売を禁止しているため、販売者の飲酒習慣について職員の意識が高いことが示唆される。

本研究における弁別的妥当性及び収束的妥当性の確認については、相関を示すべき項目間(表3 網掛け部)の有意な相関と、示すべきではな

い項目間（表3網掛けの無い部分）の無相関について、全般的な印象として期待されていた傾向が見られた。しかし、収束的妥当性確認のための項目間に相関が確認できない項目が、Cookらの研究と比較しても多く見られ、本研究における大きな課題として残った。その中で、両研究において対照項目と有意の相関が見られなかったWHO-QOL26の金銭的満足度項目や、SF2の2項目については、対照尺度としての適正さにも疑問を残した。

一方で、弁別的妥当性確認のための項目間において見られた有意な相関のいくつかについては、BIJ販売者の身体や生活の状況と就労、制度間の複雑な相互関係を示唆していると考えられる。CCH住宅とSKU間（-.565）は、各構成概念の独立性の結果にも同様の相関が表れていたことから、生活保護制度利用が住宅確保とほぼ同義であることを反映していると考えられる。CCH住宅とADLに関する項目群であるSF4ウ間（.337）及びSF4エ間（.348）、そしてCCH制度活用とSF4ウ（.368）の相関は、身体状態の悪化あるいは障害のため、生活保護を受給し、路上よりはましな場所に住んでいるという状況を示唆している。これらは、販売者は（動ける限り）敢えて生活保護を受給しない傾向とも合致する。生活保護受給は以前と比較すると容易になってきたものの、販売者には保護への拒否感を抱いている人が少なくない。聞き取りからも、保護受給は生活上の自由が制限される印象が強く、生活費が保障されるために金銭トラブル等が起きやすく他の販売者との関係に変化が生じ、最悪の場合BIJにおける立場や居場所を喪失する可能性があることから、利用が消極的になりがちで、いわば最後の手段という扱いであることが示唆されていた。しかしながら、実際に路上を脱出することは心身の健康状態の改善にも繋がることが予測される。それがCCH住宅とSF-36「1年前と現在の健康状態の比較」（.343）やGAF（-.540）との値に反映されている可能性がある。

CCH就労・修学とSF-3611ウ「健康悪化

の予感」との相関は、健康は悪化しないと考えている場合は就労的にも自立に近い状況であることを示しているため、理論的に大きな矛盾は無いと考えられる。また、CCH就労・就学と関連すると考えられるSF-36項目群が、CCH身体的健康項目と高い相関を示す結果が見られたが、これは、Cookらの研究にも同様の傾向が見られている。同項目群が本来はADL尺度であることから、むしろCCH身体的健康の収束妥当性を示唆する可能性があると考えられる。

CCH精神保健については、収束妥当性の対照尺度であるBASIS-32のスコアとの間には相関が見られなかったが、弁別すべき尺度との間にも相関は無く、ある程度の弁別的妥当性が示された。

CCH-COS修正日本語版は、他の翻訳尺度のように翻訳の正確さを主眼に置かず、日本のホームレス支援の現場において使用しやすいツールを目指して開発された。本研究を通してツール開発に関わり、試験的に使用した職員たちの報告からは、記入自体がその項目に対するアセスメントの視点を養い、記録の活用に繋がったことがうかがえる。結果として、CCH-COS修正日本語版は「支援の入口」として有用であるとの評価に繋がっている。従来の保健福祉制度や診断方法にとらわれないCCH-COS修正日本語版は、ビッグイシューのような民間のホームレス支援団体のみならず、内閣府が緊急雇用対策の一環として打ち出したパーソナル・サポート・サービスのような支援プログラムにおいても、縦割り行政の壁を越えて支援を行うという趣旨に鑑みると、疾病や障害を含め、生活のさまざまな領域で問題を抱える対象者のニーズ把握に利用可能であると考えられる。

今回の調査の対象者数は、大阪の全登録者の86%に相当するとはいわずに37名であったため、統計的には誤差が出やすく、明確な結果が出なかった。今後は、東京をはじめ他地区の販売者や他機関で支援を受けている人々を対象に研究を拡大し、信頼性及び妥当性の検討を継続する。また、信頼性・妥当性は、専門家や臨床

スタッフが実施した Cook らの研究では確認されていることを考慮すると、今後のアセスメント実施職員への訓練によって変化する可能性がある。この調査から明らかになったアセスメント実施者への保健・医療に関する知識不足を補い、見立ての視点を助長するために、研修やスーパービジョン、実地訓練を重ねることが急務である。近年のホームレス者急増の中、脚光を浴びてはいるものの未だに人員不足、専門家不足の日本のホームレス支援現場において、簡便に記入・レビューが可能でありながら、効率的にニーズの優先順位づけやリファerral先の選定が可能なアセスメントツールの完成を目指す。

本報告書の調査は、平成22～24年度科学研究費補助金（基盤研究（C）課題番号22530664）「ホームレス包括的アセスメントツール及び支援プログラムの開発的研究」の一部である。

## 9. 参考文献

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4<sup>th</sup> ed., text revision, American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.（高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳：DSM-IV-TR 一精神疾患の分類と診断の手引，医学書院，2002.）

知念奈美子：日本におけるホームレスアセスメントツールの必要性，芦屋女子短期大学研究紀要，34，1-14，2010.

Cook, P, Farrell, E & Perlman, J: The CCH consumer outcome scales — A brief instrument to assess the multiple problems of homelessness —, Journal of Nursing Measurement, 15, 83-104, 2007.

Drake, R, McHugo, G & Biesanz, J: The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorders, Journal

of Studies on Alcohol, 56(2), 161-7, 1995.

Eisen, S, Dill, D & Crob, M: Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation, Hospital and Community Psychiatry, 45(3), 242-247, 1994.

福原俊一・鈴嶋よしみ：SF-36v2日本語版マニュアル，NPO 健康医療評価研究機構，2004.

Garcia-Rea, E & LePage, J: Reliability and validity of world health organization quality of life- 100 in homeless substance-dependent veteran population, Journal of Rehabilitation Research & Development, 45, 619-626, 2008.

長谷川貴彦：OECD 諸国におけるホームレスの定義及びモニタリングに関する調査— OECD 諸国におけるホームレス政策に関する研究（その1）—，日本建築学会計画系論文集，588，141-146，2005.

樋口進・尾崎米厚・松下幸生・廣尚典・白坂知信・鈴木庸史・赤澤滋・猪野亜朗・今道裕之・小杉好弘・杠岳文・浦野洋子・赤間洋子：新しい男性版（KAST-M）及び女性版（KAST-F）アルコール依存症スクリーニングテスト開発の試み，日本アルコール・薬物学会雑誌，42(4)，328-329，2007.

ホームレスの実態に関する全国調査検討会：「平成19年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）」の分析結果，2007.

岩田正美：「住居喪失」の多様な広がりとはホームレス問題の構図—野宿者の類型を手がかりに—，季刊・社会保障研究，45(2)，94-106，2009.

川野雅資：精神看護学，日本放射線技師会出版会，2007.

北野俊則，鈴木忠治：日本語版 Social Desirability Scale について，社会精神医学，9，57-62，1986.

- 厚生労働省：現行ホームレス施策の概要等，ホームレスの実態に関する全国調査検討回配付資料，2006.
- 厚生労働省：「平成19年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）」単純集計表，ホームレスの実態に関する全国調査検討回参考資料，2007.
- 黒川渡，黒田研二，逢坂隆子，高鳥毛敏雄，安田誠一郎，下内昭，西森琢，武田勝文：アウト・リーチ活動により認められた路上・公園・河川敷等野宿生活者の健康実態と医療・保健・福祉制度の課題，社会医学研究，22，46-56，2004.
- Milner, J & O'Byrne, P: Assessment in social work, Palgrave Macmillan, 2002.
- Passero, J, Zax, M & Zozus, R: Social network utilization as related to family history among the homeless, Journal of Community Psychology, 19, 70-78, 1991.
- 水内俊雄：虹の連合によるもう一つの全国ホームレス調査—厚労省調査の不十分さを克服して—，部落解放，590，20-32，2007.
- 森川すいめい，上原里程，奥田浩二，清水裕子，中村好一：東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率，日本公衆衛生誌，58(5)，331-339.
- 内閣府緊急雇用対策本部推進チーム：「パーソナル・サポート・サービス（個別支援）」と「居住セーフティネット」の確立について 資料3-1，2010.
- 中山徹：「ホームレス支援法」以降の野宿者支援策の展開と評価（1），社会問題研究，56，1-9，2007.
- North, C, Eyrych, K, Pollio, D, Foster, D, Cottler, L & Spitznagel, E: The homeless supplement to the diagnostic interview schedule — Test-retest analysis, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13, 184-191, 2004.
- 田崎美弥子・中根允文：WHOQOL26手引，金子書房，2007.
- 特定非営利活動法人ビッグイシュー基金：若者ホームレス白書—当事者の証言から見えてきた問題と解決のための支援方策—，特定非営利活動法人ビッグイシュー基金，2010.
- Toro P & Wall D: Research on homeless persons: Diagnostic comparisons and practice implications, Professional Psychology, 22, 479-488, 1991.
- Wong, Y-L: Measurement properties of the center for epidemiologic studies — depression scale in a homeless population, Psychological Assessment, 12, 69-76, 2000.
- Wood, P, Hurlburt, M, Hough, R & Hofstetter, CR: Health status and functioning among the homeless mentally ill — An assessment of the medical outcomes study sf-36 scales —, Evaluation and Program Planning, 20, 151-161, 1997.

## 付録：コロラドホームレス連合 利用者ニーズアセスメント

(Colorado Coalition for the Homeless Consumer Outcome Scales 修正日本語版)

\*このアセスメントシートは、ホームレスの方の生活機能（うまく暮らせているのか）について、アセスメントするものです。

\*記入時の基準：ひとつの質問項目につき複数の選択肢が当てはまるようなら、大きい方の数字を選び○で囲ってください。

**住宅**：利用者の昨夜の寝場所（安全性、安定性、住み心地の良さを考慮して順位をつける）

- 1－自宅（家賃支給などの無い持ち家、自力で借りているアパートなど）
- 2－家賃補助付きの住宅（生活保護の個室・アパート）
- 3－移行的住宅（中間施設、家賃補助はあるが定住用ではない住まい）、シェアハウス、ゲストハウス（複数名で1戸のアパートを借りているなど）（安全で管理やケアの必要性が低い）
- 4－入所施設（例：救護施設）、グループホーム、または介護付き住宅（ケアハウス）、病院など（安全だが管理やケアの必要性が高い）
- 5－簡易宿泊所、または友人・親類宅に一時的に同居（横になって寝られるが継続性が不安定な居場所）
- 6－シェルター、生活保護の寮、ネットカフェ、刑務所・拘置所（寝られるがプライバシーに大きな制限）
- 7－路上、野宿（または利用者が覚えていない・言わない）（寝場所としてはかなり危険）

**就労・就学**：現在の就労・就学状況、働き方、従事している活動、「朝起きる理由」となる活動など

- 1－フルタイムで就労中、または就労訓練中
- 2－パートタイムで就労（バイト含む）中、または就労訓練中
- 3－日雇い労働、自営業（ビッグイシュー販売、空缶拾いなど）
- 4－ボランティア活動や知人の手伝いなど、正式な就労・就学ではないが何らかの活動に従事
- 5－失業中、就職活動中
- 6－失業中、就職活動はしていない
- 7－障害が有り、就労不可能

**制度活用状況**：現在の利用者の制度利用について（自立支援、生活保護、年金、自己破産支援など）

- 1－現時点では、制度利用の必要無し
- 2－必要な制度は既に利用中
- 3－受給却下に対して不服申し立て中
- 4－いくらかの支援は受けているが、他にもまだ支援が必要な状況である
- 5－受給申請中である（申請手続き完了）
- 6－必要な支援に関する申請手続きが完了していない（自己破産など法的支援、自立支援、生活保護、障害者手帳、老齢年金、障害年金など）
- 7－利用できる制度について知らない、または知っていても申請できない  
(理由に○をつける：法的問題、借金、その他：)

**身体的健康**：利用者の健康状態と日常生活への影響

- 1－医療的問題なし（身体的には健康）
- 2－治療可能な一時的な健康問題で、生活の一部が阻害されている（例：発疹・痩せなど）
- 3－慢性的な疾患を持っているが、生活は比較的順調である（例：糖尿病の自己管理ができるなど）
- 4－身体的な理由で生活の1分野（仕事、社会的、感情的、身体的）が慢性的に低い状態にある（例：関節炎）
- 5－身体的な理由で生活が2分野以上に渡って慢性的に低い状態にある（例：肺気腫）
- 6－重病や末期が疑われる状況（例：黄疸がある、ガンの診断が出ている）
- 7－緊急に診断や治療が必要な状態、救急車を呼ばねばならない状態（例：心臓発作、呼吸ができないなど）

**こころの健康**：利用者の精神保健・精神障害の状態と日常生活への影響

- 1－現時点でこころの健康に関する問題は無い
- 2－精神保健に関しては、服薬やカウンセリングなどで充分自己管理できている
- 3－症状が原因で困ることはあるが、日常生活に大きな影響は無い
- 4－症状が理由で生活の1分野（仕事、法的、社会的、健康、住居、ADL（日常生活動作）など）がうまくいっていない
- 5－症状が理由で、生活の2分野以上がうまくいっていない
- 6－本人、家族、職員など周りの者にとって大きな問題を引き起こしているにも関わらず、本人が自覚していない症状（例：統合失調症の妄想による引きこもりなど）
- 7－緊急に診断や治療が必要、場合によっては精神科救急や警察に通報（自傷他害の恐れ、重大な障害）

**薬物使用**：アルコールや他の薬物の使用状況

- 1－薬物濫用・依存の診断歴無し
- 2－治療・回復期に入って（使用を中止してから）90日（3ヶ月）以上経過
- 3－治療・回復期に入って（使用を中止してから）90日（3ヶ月）以内
- 4－使用継続中だが、問題を自覚して治療に参加している（例：抗酒剤など）
- 5－使用によって生活の1分野（仕事、法的、社会的、感情面、健康面など）に大きな悪影響があるにも関わらず使用中
- 6－生活の2分野以上に渡って大きな悪影響があるにも関わらず使用中
- 7－薬物・アルコール依存問題に対する自覚無し、または自覚を拒否（否認）しているため支援ができない

**Development of Health-Medical-Welfare Comprehensive Assessment Tool  
for the Homeless:  
Discussion of Reliability and Validity of Modified Japanese Version of  
CCH Consumer Outcome Scales Applied to Big Issue Vendors in Osaka**

Namiko Chinen

Global COE Program for “Reconstruction of the Intimate and Public Spheres  
in 21st Century Asia” Graduate School of Letters, Kyoto University

The purpose of this study is to develop a practical assessment tool for Japanese homeless service programs. For its easy-to-use qualities, a brief but comprehensive assessment tool for the homeless that was developed in the United States was translated and modified to adapt it to current Japanese social services. The tool includes six areas of assessment: housing situation, employment educational status, social services utilization, physical health, mental health, and substance use. It was tested for its psychometric properties with homeless clients ( $n=.37$ ) at Big Issue Japan, Osaka. The result showed content validity from expert consensus, appropriate inter-rater reliability in housing ( $r=.98$ ), employment ( $r=.68$ ), social services ( $r=.70$ ), substance use ( $r=.66$ ); however, physical health ( $r=.27$ ) and mental health ( $r=.11$ ) indicated low correlation. The tool was also tested with established measures; it demonstrated reasonable divergent and convergent validity in substance use measure, however, they were not conclusive in other areas of assessment. Although this assessment tool needs further testing and assessment training for staff in order to complete the tool development, reports from Big Issue staff suggest that it has achieved the original purpose of being a practical assessment tool.

## 〔論文〕

## がん患者会におけるピア・サポートに関する考察

## —認知の再構築の視点から—

大松重宏\*

Key words : がん患者会, セルフヘルプ・グループ, ピア・サポート, 認知の再構築

## I. はじめに

## 1. 研究の背景

共通の障害や病気、生きていく上での課題を抱えた者同士が自ら進んで自分の気持ちや体験、情報などを分かち合うために集った当事者団体のことをセルフヘルプ・グループ（以下、SHG）と呼ぶ（Katz & Bender 1976）。SHGのルーツであるAA（アルコール依存症の匿名グループ）がアメリカで誕生したのは1935年である（久保 1998）。欧米と同様に最近では我が国においても主要な疾患にはSHGが存在し、形態や規模は数人のグループから全国組織レベルまで大小さまざまなものであるが、あくまでも原則は当事者主体の活動である。

ところで、SHGとしての当事者団体が、より実践的・包括的な情報提供や援助特性・機能をもつことやその有効性に関しては文献レビューがある（谷本 2004）が、これらは医療や障害者福祉全般の領域であり、がんの領域に限定した患者会の活動については十分な調査研究がされていないのが現状である。特に、がん体験者（患者会）のピア・サポート（同じ体験をした仲間同士による支え合い）が、がん患者・家族のQOL向上につながる可能性についての研究

はまだ十分に実証されていない。

一方、平成18年に我が国においてがん対策基本法が施行され、続いて平成19年に策定されたがん対策推進基本計画（以下、基本計画）の中の第3.3.(3)の条項に、「がん患者や家族等が、心の悩みや体験等を語り合うことにより、不安が解消された、安心感につながったという例もあることから、こうした場を自主的に提供している活動を促進していくための検討を行う」といった内容が含まれたことから、SHGであるがん患者会のピア・サポートが俄かにがん患者、その家族、及び行政関係者、マスメディア等の注目を集めるようになった。

## 2. 先行研究

Katz (1993) はSHGの機能として、「認知の再構築」、「適応技術の学習」、「情緒的サポート」、「自己開示の機会」、「社会化」、「活動への共同の参加」、「エンパワーメント」、「自己信頼」、「自尊心」などを挙げた。また、SHGの援助特性や機能についての大きな特徴は、医師—患者関係、また治療者—クライアント関係のもとではあくまでも被援助者の立ち位置であった当事者が援助者となること（山崎 1995）であり、SHGの中で援助者の役割を取ることによって

\*Shigehiro Ohmatsu : 兵庫医科大学

「他者の役に立っている」という自尊感情を回復させることができ、同時に自分自身の課題を理解し、結果として「人を援助することで最も自分が援助を受ける」という「ヘルパー・セラピー原則」(Riessman 1965)が存在することである。他者を援助することによって、①自分の体験が分かり明らかになり、②癒され、③主体性が育ち、④自分の体験を支配できる(岩田2010)という効果が発揮される。Chllis (1992)は、SHGにおける他者との関わりを通じて、個人のもっている力を回復し、援助を受ける側から援助者になっていく過程を「自己強化のプロセス (self-empowerment)」と名付けた。また、このプロセスに関してKatz (1993)は「認知の再構築」という概念を用いて、がん患者はSHGに加わり他のメンバーとともに最近の科学の進歩について学習したり個人的な体験を分かち合うことで、励まされたり、楽観的感情を持つように感覚が変化すると述べている。

もう一つのSHGの特徴は、ピア・サポートを目的とした活動の中で蓄積された当事者の体験に基づく知識や技術である「体験的知識 (experiential knowledge)」(Borkman 1976)が存在することである。これは、専門職の知識や技術と比べてより実践的・実用的で包括的なもので、SHGの中にある援助の源である。単に知識がSHGの中に存在しているのではなく、当事者による活動のプロセスの中で蓄積され体系化されたものであり、専門職の知識とは異なる。

吉田 (2003) は、がん患者会というグループ内での支援の利点を、①自分自身を見つめ、お互い同士に影響を与えあい、「人間と人間」の交流を可能にする、②現実的な期待に基づいて困難を克服する技術を分かち合う機会を持つことが今後の生活に役立つ、③同じ状況にいる人たちの感情や体験が自分のものとどのくらい似ているかを見聞することで、自分の存在が価値あるものと思える、④気持ちの変化が強化され、努力が維持され、会の活動に戻ってくること、とし、SHGのサポートの効果をプロセスとして捉えている。

SHGにおけるピア・サポートの定義として、「ピア・サポートとは心理社会的なサポートで、しばしば道具的なサポートを伴うが、望ましい社会的または個人的な変化をもたらすために類似した精神的な課題を共有する人同士が相互に交換するサポートのことである」(Gartner & Riessman 1982)がある。他にも「ピア・サポートは、尊敬、責任、合意という基本原則に基づく授受のシステムである」(Mead, Hilton and Curtis 2001)、「ピア・サポートとは、共にいること、共感、共有、支えを提供するプロセスで、精神に重度の異常を持つ人に見られる孤独、否定、差別、挫折などの感情はしばしば緩和される」(Stroul 1993)等複数の研究で、当事者主体のSHGにおけるピア・サポートを「同じような課題に直面する人同士が互いに支えあうこと」ととらえている。

### 3. 研究目的

ピア・サポートにおける「支え合い」とはお互いに仲間をサポートすること、つまりピア・サポートの授受関係が成立するということだろう。しかし、すべての会員がサポート提供能力をもつ訳ではなく、やはり、「ピア・サポートの受領」をする会員と、「ピア・サポートの提供」をする会員が存在するのではないか。特に、上述した「ヘルパー・セラピー原則」に関しては、がん患者会に入会して即座に発揮されるものではないと考える。最初は自分の体験談を語り、それを仲間が一生懸命に聞いてくれて初めて成立するのではないか。

そこで、本研究で着目したがん患者会のピア・サポートについて、上述した「認知の再構築」という概念を用いて、それを操作的に「SHGにおいて、医療に関する情報や、がん闘いながらまた共に生きていくための生活上の知恵や工夫を獲得して、前向きに生きることができ、同じ仲間のがんやそれに対する考え方に対しての相違を知ること」と定義した。「体験的知識」を獲得して初めて、今度は自分が仲間へピア・サポートの提供者としての立場になると考える

のが順当であろう。新入会員は、仲間からのサポートによって癒され、治療や生活に前向きになって、がんやそれに関連する知識を獲得して次のステップとして、自分が仲間をサポートする段階へと成長するのだろう。これは、SHGの中で「ピア・サポートの受領」を得た会員が、「認知の再構築」を獲得して、次の「ピア・サポートの提供」が可能な会員へと成長していくと仮定できる。

また、患者会の中に先輩の体験者で自分のモデルとなる人に出会える可能性がある。他の同じがんを持つ体験者の話を見聞きして、自分自身の病状や精神状態を客観的に把握することにも繋がる。自分を客観化できることは他人である同じがん患者会の仲間も客観化できることであり、正しく「認知の再構築」である。これは仲間をサポートする立場において必要なことである。自分の体験に新たな意味づけがなされるのである。多くのピア・サポートを受領し認知の再構築がなされ、次にSHGの中での活動に還元される。そのようなプロセスで次の段階として自分がピア・サポートを提供する立場になり、「ヘルパー・セラピー原則」という更に自分自身を高めることのできる立場に至ると考えられないだろうか。

本研究は、がん患者会の中でのピア・サポートに関する指針を得ることを目的として、がん患者会に入会して、がんという疾患、それに関連する生活の知恵や工夫等の情報を得たり、同じ病気の仲間との出会い、情報交換による情緒的支援がなされる等の「ピア・サポート受領」、自分の疾患に関する情報、生活の工夫や知恵を獲得することで前向きな闘病生活が可能となり、また、仲間の疾患や考え方等の相違も理解できるという「認知の再構築」、自分が情報のサポートや情緒的サポートの提供側に回る「ピア・サポート提供」、の三つの関連性を明らかにすることを目的とした。この3項目の関係についての仮説として、①「ピア・サポートの受領」が「ピア・サポートによる認知の再構築」を促し、②「認知の再構築」が「ピア・サポートの提供」

に影響すると考えた。但し、各々の関連において、その他の要因として、「がん患者会の種別」、「入会月数」、「参加回数（直近1年）」、「モデルの有無」、「治療状況」、「体調」、「暮らし向き」も影響を及ぼしていると仮定した。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象、方法および調査期間

サポートプログラムが存在してはじめてピア・サポートの場が生まれ、その機能が発揮される。よって、会員に対して直接的なサポートを狙ったプログラムを持つがん患者会を対象に調査する必要があると考えた。そこで、i. サポートの交換がなされるような場やプログラムが存在するか、また実施状況はどうか、ii. がん患者会活動の中で獲得されたがんと共に生きていくための知恵や工夫を会員に伝達できる集積システムがあるか、を重要なポイントと考え、これらをもとに、まず調査対象となるがん患者会を選定するための調査を行うこととした。これは、会員に直接アンケートを行う前段階として行うもので、全国のがん患者会（乳がん患者会154団体、その他93団体、合計247団体）にアンケートを送付し、プログラム等の活動実態を調査するとともに、会員へのアンケート調査協力に対する意向を尋ねた。

その結果、定例会や交流会は117団体(94.4%)が開催していると回答し、中央値6.0回/年(平均は11.6回であったが、年200回以上を開催しているがん患者会が2団体あった)であった。医師や専門職を招いての学習会・講演会を111団体(89.5%)が開催していると回答し、平均回数は3.3回/年であった。相談活動(対面や電話、FAX、Eメール、HP上の掲示板)は97団体(78.2%)が行っていた。会報やニューズレターは81団体(65.3%)が発行していると回答し、平均は4.9回/年であった。HPやブログでの情報提供は77団体(62.1%)が行っていた。また、76団体(61.3%)が会員へのアンケート調査に協力できると回答した。

この結果から、会員へのアンケート調査を実施する患者会の選定基準として、正しい情報の伝達や体験的知識の蓄積、また、同じ疾患の仲間によるピア・サポートの場として、①定例会・交流会、②相談活動、③学習会・講演会、の何れかを年に6回以上は実施していること、さらにホームページやブログで活動に関する情報提供、および会報・ニューズレターの発行を実施していること、とした。

調査は自記式質問紙調査とし、会報やニューズレターに同封することを原則とした。調査期間は2010年8月～10月で、13団体に1,480部を発送した。このうち乳がん、婦人科がんなど女性を対象にしたがん患者会が多くを占めた。最終的に回答が得られたのは525、有効回収率35.5%であった。

## 2. 調査項目

ピア・サポートに関する質問項目は先行研究とがん患者会7団体の会員からヒアリングした結果に基づき、「サポートの受領」、「サポートの提供」、「認知の再構築」について各5項目合計15項目を設定した。回答は、「非常によくあてはまる」、「少しはあてはまる」、「どちらとも言えない」、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」の5件法で5点から1点の点数を付与した。入会しているがん患者会の項目は、所属するがん患者会の種別（特定の部位のがん患者会、がん全般の患者会）、入会期間、参加頻度（直近1年）、また、モデルとなる会員の有無を設定した。本人属性に関しては、性別、年齢、罹患年数（診断からの経過）、治療状況（治療中、経過観察中）、現在の体調（「とてもよい」、「まあまあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「全くよくない」の5件法で5点から1点の点数を付与）、暮らし向き（経済状況：「たいへんゆとりがある」、「ややゆとりがある」、「ふつう」、「やや苦しい」、「かなり苦しい」の5件法で各々5点から1点の点数を付与）を設定した。調査内容や調査項目に関しては、がん患者会の代表者およびSHGの研究者にスーパービジョンを

受けた。

## 3. 倫理的配慮

本調査研究はルーテル学院大学倫理委員会の承認を受けた。調査票に添付した文書に、研究の趣旨を説明した上で参加はあくまでも自由な意思に基づくものであり、回答を途中であっても拒否してもよいものであることを記載した。各々の団体、個人の固有名称は削除し匿名性に配慮し、その他情報に関しては漏えいすることがないように徹底した。

## 4. 分析方法

第一に、「ピア・サポートの受領」、「認知の再構築」、「ピア・サポートの提供」の各々の構造に関しては、信頼性分析を行った。第二に、「認知の再構築」の各因子の合計点数を従属変数として、「ピア・サポートの受領」の各因子の合計点、患者会の種別、入会月数、参加回数（直近1年）、モデルの有無、治療状況（治療中、経過観察）、体調、暮らし向きを独立変数としたカテゴリカル回帰分析（最適尺度法）を行った。第三に、「ピア・サポートの提供」の各因子の合計点を従属変数として、「認知の再構築」の各因子の合計点、患者会の種別、入会月数、参加回数（直近1年）、モデルの有無、治療状況（治療中、経過観察）、体調、暮らし向きを独立変数としたカテゴリカル回帰分析（最適尺度法）を行った。第二、第三での従属変数である「認知の再構築」、「ピア・サポートの提供」の各因子は正規分布していないものが含まれているので、その合計点をカテゴリカルデータと判断して、カテゴリカル回帰分析が適当と考えた。なお、本研究の統計分析には、IBM SPSS Statistics Ver.19を用いた。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 回答者の属性

回答者はがん患者会の会員525名で、男性60名（11.4%）、女性465名（88.6%）であり、平

均年齢は58.3歳 (SD =10.8 21~91) であった。がん患者会への入会月数は平均期間48.3カ月 (SD =46.8 0~391)、中央値36.0カ月であり、入会しているがん患者会の種別は特定の部位が348人 (66.3%)、がん全般176人 (33.5%) であった。特定の部位のがん患者会の内訳は、乳がん209人 (60.1%)、卵巣がん88人 (25.3%)、女性がん50人 (14.4%) である。各々が入会しているがん患者会への参加状況 (直近1年間) は平均5.0回 (SD =10.5 0~200)、中央値3.0回であった。所属する患者会の中でモデルとなる人の有無については、「有り」と回答したのは354人 (67.4%)、「無し」は156人 (29.7%) であり、「有り」と回答した人のモデルの人数は平均3.9人 (SD =3.9 1~40)、中央値3.0人であった。がん罹患からの経過月数は平均70.2カ月 (SD =54.3 3~300)、中央値55.0カ月であり、治療状況については治療中が235人 (44.8%)、経過観察中285人 (54.3%) であった (表1)。がんの診断部位は、乳がん300人 (57.1%)、卵巣がん93人 (17.7%)、胃がんと肺がんが各々21人 (4.0%) という順であった。体調は、「とてもよい」90人 (17.1%)、「まあまあよい」178人 (33.9%)、「ふつう」149人 (28.4%)、「あまりよくない」99人 (18.9%)、「全くよくない」5人 (1.0%) であった。暮らし向きは、「たいへんゆとりがある」24人 (4.6%)、「ややゆとりがある」126人 (24.0%)、「普通」258人 (49.1%)、「やや苦しい」80人 (15.2%)、「かなり苦しい」30人 (5.7%) であった。

## 2. ピア・サポートの授受関係と関連要因に関するカテゴリカル回帰分析

がん患者会のピア・サポートに関連する15項目すなわち、「ピア・サポートの受領」(5項目)、「ピア・サポートによる認知の再構築」(5項目)、「ピア・サポートの提供」(5項目)の構造の回答分布については表2のとおりである。なお、各潜在変数のクロンバック $\alpha$ 信頼係数は「ピア・サポートの受領」が0.86、「ピア・サポートによる認知の再構築」が0.80、「ピア・サポート

表1 回答者の属性

回答者性別 (人数)	人数	%
男性	60	11.4
女性	465	88.6
合計	525	100.0
年齢 (N=518)		
平均年齢	58.29	±10.8 (21~91)
入会月数 (N=519)		
平均月数	48.32	±46.8 (0~391)
中央値	36.00	
患者会種別	人数	%
特定の部位	348	66.3
がん全般	176	33.5
無回答	1	0.2
合計	525	100.0
特定部位の患者会	人数	%
女性がん	50	14.4
乳がん	209	60.1
卵巣がん	88	25.3
無回答	1	0.2
合計	348	100
参加回数 (直近1年) n=501		
平均値	5.01	±10.5 (0~200)
中央値	3.00	
ロールモデルの有無	人数	%
はい	354	67.4
いいえ	156	29.7
無回答	15	2.9
合計	525	100.0
ロールモデル (人数) n=321		
平均値	3.88	±3.92 (1~40)
中央値	3.00	
罹患から経過期間 (月数) n=521		
平均値	70.24	±54.31 (3~300)
中央値	55.00	
治療状況	人数	%
治療中	235	44.8
経過観察	285	54.3
無回答	5	1.0
合計	525	100.0

の提供」が0.92であった。概ね十分な値が得られており内的一貫性があると判断される。また、各潜在変数の平均値、標準偏差は表3に示した。

カテゴリカル回帰分析の結果については表4と表5に示した通りである。「ピア・サポート

表2 ピア・サポートについての回答分布

潜在変数	質問項目	①	②	③	④	⑤	N
ピア・サポートの受領	仲間が不安な気持ちを聞いてくれた	49.7	34.3	7.0	5.1	3.0	521
	専門職や家族に話せないことを仲間に話すことができた	40.8	35.6	10.7	7.0	4.6	518
	仲間といると孤独感が解消された	49.3	31.6	9.5	5.0	3.0	517
	医療機関や専門職から得られないがんの情報を知ることができた	51.6	36.0	8.4	2.3	1.3	523
	がんと共に生きるための生活の知恵や工夫を教えてもらった	42.3	40.0	12.4	4.0	1.0	523
認知の再構築	がんという病気の理解が深まった	49.5	37.0	9.3	2.5	1.1	522
	同じがんであっても個人によって治療方法が違うことが学べた	61.1	30.3	4.8	2.3	1.3	524
	元々あった自分に対する自信が回復できた	24.4	39.0	26.9	5.7	2.9	519
	同じがんでも個人によって病気に対する考え方が違うことが学べた	51.2	37.5	9.0	1.7	0.4	524
ピア・サポートの提供	仲間といると落ち込んでいる時に前向きになれた	38.9	41.7	11.8	4.2	3.2	524
	自分からも仲間の病気に対する不安な気持ちを聞くことができた	36.0	43.8	12.0	4.6	3.2	523
	自分からも仲間に治療や副作用についてアドバイスができた	19.4	37.3	25.5	10.7	6.5	522
	自分からも仲間に生活上の知恵や工夫を教えることができた	17.7	38.9	23.8	12.2	7.0	523
	自分からも仲間に生活上の悩みを聞くことができた	23.0	41.1	19.2	10.3	5.7	522
	自分からも仲間に新しいがんの情報を知らせることができた	15.0	30.1	27.4	17.0	9.7	521

①非常にあてはまる (%), ②少しあてはまる (%), ③どちらでもない (%), ④あまりあてはまらない (%), ⑤全くあてはまらない (%)

表3 潜在変数の平均値、標準偏差、α信頼係数

潜在変数	平均値	標準偏差	α信頼係数
ピア・サポートの受領	21.00	3.89	0.86
認知の再構築	21.04	3.26	0.80
ピア・サポートの提供	17.96	4.84	0.92

表4 「認知の再構築」と関連要因（カテゴリカル回帰分析）

	認知の再構築 (N=463)
	β
ピア・サポートの受領	.957***
患者会の種別（特定、一般）	-.008
入会月数	-.040
参加会回数（直近1年）	.015
モデルの有無	-.022
治療状況（治療中、経過観察）	.015
体調	.015
暮らし向き	.021
R	.960
R <sup>2</sup>	.922
調整済みR <sup>2</sup>	.919
F	292.075***

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

表5 「ピア・サポートの提供」と関連要因（カテゴリカル回帰分析）

	ピア・サポートの提供 (N=467)
	β
認知の再構築	.539***
患者会の種別（特定、一般）	-.016
入会月数	.109**
参加会回数（直近1年）	.196***
モデルの有無	-.042
治療状況（治療中、経過観察）	-.082*
体調	.045
暮らし向き	.085
R	.693
R <sup>2</sup>	.480
調整済みR <sup>2</sup>	.458
F	21.734***

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

による認知の再構築」に関しては、「ピア・サポートの受領」( $p < .001$ )は有意な変数であったが、その他の「がん患者会の種別」、「入会月数」、「参加回数(直近1年)」、「モデルの有無」、「治療状況」、「体調」、「暮らし向き」は有意ではなかった。「ピア・サポートの提供」に関しては、「ピア・サポートによる認知の再構築」( $p < .001$ )、「入会月数」( $p < .01$ )、「参加回数(直近1年)」( $p < .001$ )、「治療状況(治療中・経過観察)」( $p < .05$ )は有意な変数であったが、「患者会の種別」、「モデルの有無」、「体調」、「暮らし向き」は有意ではなかった。

#### IV. 考察

「ピア・サポートの受領」、「ピア・サポートによる認知の再構築」、「ピア・サポートの提供」の3項目は、①「ピア・サポートの受領」が「認知の再構築」を促し、②「ピア・サポートによる認知の再構築」が「ピア・サポートの提供」に影響にするという関係性があり、各々の関連において、「がん患者会の種別」、「入会月数」、「参加回数(直近1年)」、「モデルの有無」、「治療状況」、「体調」、「暮らし向き」も影響を及ぼしていると考えた。しかし、①においては、それらの他の要因は何ら影響を及ぼしていなかった。特に、「入会月数」、「参加回数(直近1年)」の増加に伴ってピア・サポートを受領する機会が増えると予測したが、これは、ピア・サポートの受領が行われるような機会が必ずしもすべてのがん患者会のプログラムの中に存在しなかったからではないかと推測される。また、「モデルの有無」も同様にモデルではあるがピア・サポートの受領へは繋がらなかったのかも知れない。さらに、「治療状況」および「体調」の影響が「認知の再構築」を妨げるのではないかと考えたが、両者に関連性はなかった。治療中であっても、体調が悪くても、「ピア・サポートの受領」を目的にがん患者会に参加しているのであれば当然の結果かも知れない。よって、「ピア・サポートの受領」が「認知の再構築」を促進する最も

大きな要因であることが明確になった。

すなわち、がん患者会において仲間からのサポート、例えば、がんについての知識、また闘病する上での生活上の知恵や工夫、精神的なサポート等を受ければ受けるほど、闘病を含め生活において前向きになり、自分のがん以外にも他の人のがんについても知識が増え、その結果、がん患者各々によって、治療方法やそれに関連する生活の事柄が異なり、また、がん患者である仲間の各々が違った考えを持ち、各自の考えのもと闘病や生活を行っているという認識が築かれることに繋がるのだと考える。

次に、②の「認知の再構築」が「ピア・サポートの提供」に影響するという結果から、仲間をサポートすることができるようになる、すなわちピア・サポートの提供者となるためには、「認知の再構築」がなされなければならないということが明確になった。このほか「入会月数」、「参加回数」も「ピア・サポートの提供」に影響していた。がん患者会の中での経験が長く、学習会や定例会に参加頻度が多い会員ほど、同じ仲間にはピア・サポートを提供する機会が増えていくのだろう。この他の要因である「モデルの有無」についてはピア・サポートを提供する側の会員は自分自身が他の会員のモデルになっていると考えるならば当然の結果かも知れない。また、「治療状況(治療中、経過観察中)」については、治療中の会員の方が「ピア・サポートの提供」に関連があるということが判明した。現在も治療を受けているからこそ仲間に治療や生活に関して最近の情報を提供することができるし、精神的なサポートの必要性を自分の経験から感じることも推測できる。一方、治療がひと段落するとがん患者会の活動に一区切りつける会員が少なくないことから、このような結果が得られたと予想される。

以上二点から導かれたことは、がん患者会において、ピア・サポートが提供されることで同じ仲間である会員の「認知の再構築」がなされ、今度はピア・サポートを受けた会員がピア・サポートを提供する側へと成長していくのではな

いだろうかと予想されることである。但し、がん患者会における課題として、がん患者会で会員がより多くのピア・サポートを受けるためには、その授受の場となる質を保証されたプログラムが存在する必要がある、そのためにはシステムを構築しなければならない面もあるのではないか。つまり、定例会・交流会、学習会・講演会、会員へ情報を提供するための広報誌やホームページ等のがん患者会にとって重要なプログラムの充実であろう。また、会の中にモデルとなる会員がいること、種々のプログラムに数多く参加すること、そこでピア・サポートを受けることができ「認知の再構築」に結びつくようなシステムを構築しなければならないのだろう。また、ピア・サポートが既存の会員だけでなく新たに入会した会員へと上手く提供されるような仕組みやスキルも必要であろう。例えば、定例会や交流会などで新たな治療方法やがんと闘い共に生きていくための生活の知恵や工夫が情報交換される仕組み、またその情報交換が促進されるようなスキルを持つファシリテーターの養成も重要だと考えられるだろう。

基本計画の中でピア・サポートの重要性とその構築を検討することが謳われた。まだ緒に付いたばかりであるが、がん患者会がピア・サポート成立の場として、ハード面、またソフト面の拡充がなされた結果として、その機能や特性の有効性を証明できる可能性が出てくるのではないか。

## V. 結語

がん患者会の中で十分な「ピア・サポートの受領」を確保することが「認知の再構築」に繋がること、また、「認知の再構築」が「ピア・サポートの提供」に影響することが本調査から明らかになった。「ピア・サポートの提供」ができる会員が増えていくことは、SHG としてのがん患者会の本質といってよいだろう。単にプログラムを豊富にしてピア・サポートがなされれば良いのではなく、「認知の再構築」を促

すものでなくてはならないことが重要である。がん医療の領域に医療専門職以外にも当事者が参加すること、つまり、同じがんである仲間を支え合うことが、より良い医療とがんと闘い共に生きる生活を保証するための車の両輪であることは間違いない。

なお、今回の研究における限界として、調査対象のがん患者会のうち乳がん患者会の会員が60.1%を占め、回答者の88.6%が女性であることを考えると、がん患者会全体像を現しているとは言い難い。しかしながら、がん患者会にとって一つの示唆が得られたと考える。今後は調査内容を再検討し、対象者の拡充をはかり継続して調査を実施する必要があると考える。

## 謝辞

今回の調査に快く協力してくださったがん患者会の代表者やコア・メンバー、さらに会員の方々に深く感謝する。本研究はあくまでもがん患者会の会員個々へのピア・サポートの影響について調査するための前段階として実施されたものであるが、多くの方々からご意見やご要望をいただき研究の参考にさせていただいたことに重ねてお礼を申し上げる。

## 【引用文献】

- 1) Katz, A. H. and Bender, F. I. (1976) Self-help Groups in Western Society, History and Prospect, *Journal of Applied Behavioral Science*, 12(3), 265-82.
- 2) 谷本千恵 (2004) 「セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討—看護職は SHG とどう関わるか—」『石川看護雑誌』1(1), 57-63.
- 3) 久保紘章 (1998) 「セルフヘルプ・グループとは何か」久保紘章・石川倒覚編『セルフヘルプ・グループの理論と展開』中央法規.

- 4) Katz, A. H. (1993) *Self-Help in America: A Social Movement Perspective*, New York, Twayne Publishers. (=1997 久保紘章監訳『セルフヘルプ・グループ』岩崎学術出版)
- 5) 山崎喜比古・三田優子 (1995) 「セルフヘルプ・グループの展開とその意義」園田恭一・川田智恵子編『健康観の転換』東京大学出版会, 180-182.
- 6) Riessman F (1965) The “Helper” Therapy Principle., *Social Work*, 10, 27-32.
- 7) 岩田泰夫 (2010) 『セルフヘルプ運動と新しいソーシャルワーク実践』中央法規, 74-75.
- 8) Chllis, M. 河野貴代美訳 (1993) 『人生を切り拓く女たち』ブレーン出版.
- 9) Borkman TJ (1976) Experiential knowledge A new concept for analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- 10) 吉田智美 (2003) 「がん患者と家族に対するグループ支援の歴史, 現状と課題」『ターミナルケア』Vol.13 No.5, 341-44.
- 11) Gartner, A. & Riessman, F. (1982) Self-help and mental health, *Hospital & Community Psychiatry*, 154, 478-485.
- 12) Mead, S., Hilton D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 134-141.
- 13) Stroul, B. (1993). Rehabilitation in community support systems. In R. Flexer & P. Solomon (Eds.) *Psychiatric rehabilitation in Practice*. Andover Medical Publishers. Boston.

**A study on peer support in cancer patients' groups  
—focused on reconstruction of cognition—**

Shigehiro Ohmatsu

Hyogo College of Medicine

A research is done to clear the relationship among “receipt of peer support”, “reconstruction of cognition”, and “offer of peer support” for members of cancer patients' self-help groups. Finding from questionnaire answered by 525 cancer patients who belong to cancer patients' groups shows that “receipt of peer support” stimulates “reconstruction of cognition”, and that “offer of peer support” is greatly influenced by “reconstruction of cognition”. Without varieties of programs, members of cancer patients' groups could not receive peer support. After accepting peer support, new members reconstruct cognition and become members who can provide peer support. The process is indispensable and fundamental principle for cancer patients' groups. The outcome can set forth guidelines for what cancer patients' groups should be.

## 〔論文〕

## 孤立するターミナル期要支援者への ソーシャル・サポート・ネットワークに関する研究

永見 芳子\*

Key words : ソーシャル・サポート・ネットワーク, 孤立, ターミナル期

### I. 緒言

#### 1. 研究の背景と目的

社会的孤立は、1970年代初めから都市化・高齢化や単身者の増加にともなって社会問題となり、高齢者を中心に研究が進められていた。しかし、近年になって社会的孤立は、高齢者に限らず中年層の身元不明の自殺や餓死といった、誰にも気付かれずに亡くなって発見される孤立死の増加や、若年層の引きこもりが増加し、無縁社会と言われるほど社会的な問題として再び大きく取り上げられている（山田，2008；原田，2009）。論者の実践現場でも家族や親族から孤立しているターミナル期の患者を支援することが増え、その支援においては、さまざまなサポーターとのつながりがあると感じている。

ターミナル期を迎えた患者は、通常、生活の主体者として尊厳のある死を迎えられるよう、家族や親族などによるインフォーマル・サポーターと、医療・福祉施設や在宅ケアに携わる専門職などによるフォーマル・サポーターとの両方のサポートを受けながら残りの期間を過ごしている（人見，1996；鈴木，1997）。しかし、孤立するターミナル期要支援者は、インフォーマル・サポートが途絶えているため、フォー

mal・サポートに依存するだけでニーズを充足することは困難なことがある。それは、死への恐怖や悲しみなどに対する情緒的なサポートが不足することや、病院や施設に入院入所する時の身元引受人や、死亡後の埋葬や遺品・遺産の処理などに関わる支援が受けにくいことなどである。そのため、早い段階で対象とする要支援者の生活環境のアセスメントを行い、新しいサポート・ネットワークの構築や既存サポートの強化を目的として、支援組織や地域に働きかける必要がある。そこで、インフォーマル・サポートがなく孤立しているターミナル期要支援者への支援においては、インフォーマル・サポーターを中心に捉え、それと連携しつつフォーマル・サポーターと連結する、ソーシャル・サポート・ネットワークの構築が重要と考える。

ネットワークの構築やソーシャル・サポートの概念の研究は、多くの分野において行われ、対象範囲も広汎におよんでいる。近年の社会状況の下、ソーシャル・サポート・ネットワークによる支援を必要とする要支援者が増加することは、十分に予測されることである。本研究では、インフォーマル・サポートを受けることができず、孤立していたターミナル期要支援者を対象とした支援事例を11事例集めて実践者にと

\*Yoshiko Nagami : 笠岡第一病院

もに検討し、ソーシャル・サポート・ネットワークの視点から、インフォーマル・サポートがなく孤立しているターミナル期要支援者を対象として、ソーシャル・サポート・ネットワークを構築するために必要となるネットワークの構造・機能、さらに構築過程と方法を明らかにすることを目的としている。

## 2. 基本的な用語の定義

本研究において用いるキーワード（用語）は、以下のようにする。

**ソーシャル・サポート**の概念について福西（1997）が「家族や友人や隣人などのようにある個人の周囲に存在する人たちから得られる有形・無形のサポート」としているが、本論文は、成富（1986）を基本に、インフォーマル・サポートとフォーマル・サポートを総合し、環境がもたらすストレスを緩和することを通して身体的・精神的健康を維持・増進し、問題解決への対処行動や新たな環境への適応能力を促進する機能を果たしているものと定義する。

**ネットワーク**とは、成員の相互作用性、主体性、対等性、資源交換性、多様性を備えたつながり（松岡，1998）と定義し、差異を超えて共通目標の達成を目指して協力する（松岡，2001）人々の自主的なつながりを形成するプロセス（Lipnack & Stamps, 1982・訳正村）を**ネットワークキング**と定義する。

そして、ここで述べる**ソーシャル・サポート・ネットワーク**とは、ある個人を中心に、公的機関や民間組織の医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士など専門職のフォーマル・サポーターが、「専門職者でないインフォーマルな援助者、家族、友人、隣人、地区の世話人などの素人の援助者」（小松，1986）のインフォーマル・サポーターを支えながらフォーマル・サポート・ネットワークと結びつけ、共通の目標を達成するためにソーシャル・サポート・ネットワーク活動を行うことと定義する。なお、ソーシャル・サポート・ネットワークの単語の切れ目は先行研究によって異なるが、ここではソーシャルとサ

ポートとネットワークとで分節する。

本研究で言う「**ターミナル期**」とは、「医師や医療・ケアチームにより、ある疾患によって患者の生命予後が不良と判断された時期から死に至る期間」と定義する。これは、ホスピスケアで用いられる6か月以内の余命等とは異なる定義である。

また、背景概念としての**孤立**は、別居家族や親戚、友人・知人や近所の人などと接触が乏しい状態（Townsend, 1963）と定義する。

## II. 研究の方法

### 1. 基礎となる概念と分析枠組み

まず、「ソーシャル・サポート・ネットワーク」とその形成過程に関する基礎的な概念を概観しておく。ソーシャル・サポート・ネットワークについて山手（1996）は、小松のソーシャル・サポート・ネットワーク理論を批判し、インフォーマル・ネットワークだけでなく、ソーシャルワーカー・医師・看護婦・保健婦・ホームヘルパーによるフォーマル・ネットワークも形成し、インフォーマル・ネットワークとフォーマル・ネットワークを含む総合的サポート・ネットワークを形成することが重要であるとしている。そして、その総合的ネットワークのソーシャル・サポート・ネットワークを形成することを、ネットワークキングであると捉えている。また、ソーシャル・サポート・ネットワークづくりには、フォーマルな援助者のネットワークキング、インフォーマルな援助者のネットワークキング、さらに各ネットワークを必要に応じて連結する総合的なネットワークキングを行うことができる優れたネットワークが重要であるとしている。牧里（1993）は、ソーシャル・サポート・ネットワークを、個人を原基として目的的・意識的・職業的につくられるネットワークとし、そのネットワーク形成過程をネットワークキングとしている。そして、ネットワークキングを、服従という権力的関係を含まない協力の組織化とし、対等・平等の人間関係の中から生ずるものとしている。

さらに、J.リブナックとJ.スタンプス(1982)は、ネットワークを「他人とのつながりを形成するプロセスである」としている。また、彼らの著書を翻訳した正村(1986)は、「既存の組織への所属、職業上の立場、居住する地域などの差異や制約をはるかに越えて、目標あるいは価値を共有する人々が市民的な連携を作り上げていく活動」と説明し、ネットワークの意義を、現代の巨大組織化による官僚制的ヒエラルキーへの対抗と現代の大衆社会化現象への対抗としており、このことを松岡(2001)は「差異を超えた目標共通性を有したもの」としている。

ソーシャル・サポート・ネットワークの概念は多様である。本研究におけるソーシャル・サポート・ネットワークとは、対等・平等な人間関係を基本とし、ある個人を中心にフォーマル・サポーターがインフォーマル・サポーターを支援しながらフォーマル・サポート・ネットワークを結びつける活動ととらえて検討を進めたい。

また、ネットワーク形成過程であるネットワークングについては、実行されたサポートとの関連を探り、人の適応を促進するサポートが具体的にどのような行動なのかを知る手段として、ソーシャル・サポートの方法の検討が必要となる。浦(1992)によると、ソーシャル・サポートの種類は、道具的サポートと社会情緒的サポートに大別できるとしている。すなわち道具的サポートは、何らかのストレスに苦しむ人がそのストレスを解決するために必要な資源の情報を提供したり、その人が自分でその資源を手に入れることができるような情報を与えたりする働きかけである。社会情緒的サポートは、ストレスに苦しむ人の傷ついた自尊心や情緒に働きかけてその傷を癒し、自ら積極的に問題解決に当たることができるような状態に戻す働きかけである。そこで、本研究のソーシャル・サポートの種類は、簡潔にまとめられた道具的サポートと社会情緒的サポートに項目を設定した。

本研究は、以上のようなソーシャル・サポー

ト・ネットワークに関する基礎概念に基づく分析枠組みによって、具体的な事例における相談支援の個々の内容に検討を加えた。

## 2. 作業目標

ソーシャル・サポート・ネットワークの構築における構造・機能や構築過程と方法を明らかにすることを最終目標として、作業を4段階に設定した。第1に、ソーシャル・サポート・ネットワークの構築までにどのような段階があるのか。第2に、それぞれの段階で支援方法がどのように変化しているのか。第3に、それぞれの段階でソーシャル・サポートがどのように変化しているのか。第4に、ソーシャル・サポート・ネットワークが構築するまでのプロセス。以上である。

## 3. 検討の具体的プロセス

### 共同研究構成員

3市2町で構成される広域市町村圏にある8か所の病院で、相談支援にあたっているMSW6名と看護師4名、PSW1名の医療連携協議会メンバー、および地域包括支援センターの社会福祉士2名と保健師2名、主任ケアマネジャー(以下CM)1名の計16名に対して共同調査研究への参加を呼び掛けた。医療連携協議会は、毎月1回開催し、地域連携を強化・促進することを目的としている会で、この会で話題になったことが本研究の動機になった。また、地域包括支援センターに依頼した理由は、地域の特性を良く知り、医療と連携し、介護・保健福祉に精通していることから、本研究のテーマに関するニーズを把握するためである。なお、実践者には事前にインタビューの目的、方法、日時、場所を説明し、実践研究に参加する承諾を得た。場所は静かな会議室とし、所要時間は2時間とした。

### 検討経過

初回は、グループ・インタビューを行った。参加者は16名で事例の報告とその検討を行った。検討の内容は、同居・別居を問わず「身寄りが

ない」「家族関係が悪い」「支えてくれる知り合いがない」などといった状況にあるターミナル期要支援者への関わりとし、全部で11事例が報告された。

#### リサーチクエスチョン

検討作業は、以下のリサーチクエスチョンに基づいて行った。

- ①家族や地域から孤立した要支援者に対して、支援および困難点は何であったか。
- ②要支援者の支援に対して、支援の目的・対象システム・支援内容および、支援者側の環境として、所属組織へ働きかけたことや組織で取り組んだ内容や困難点は何であったか。
- ③要支援者の支援に対して、インフォーマルやフォーマル・サポーターをネットワークするため働きかけたことや取り組んだ内容、困難点は何だったか。
- ④要支援者やインフォーマル、フォーマル・サポーターをネットワークすることによって、ネットワークの関係者の特質、内容、接触の頻度、持続性、相互関係など構造や機能はどのように変化していったのか。以上である。

#### グループディスカッションによる事例分析

次に、事例分析は、グループディスカッションを2回行った。1回目は、同じメンバーに参加を呼び掛け、MSW 6名、看護師 3名、PSW 1名の計10名が参加して、1事例を分析した。2回目も同じような手順で、MSW 5名、看護師 2名、PSW 1名、地域包括支援センターの社会福祉士 1名、保健師 1名、主任ケアマネジャー 1名の計11名が参加して1事例の分析を行った。残りの9事例については、該当事例に主に関わりかつグループ・インタビューに参加していた実践者に対して事例分析の協力を依頼し、協働して分析することによって客観性を担保した。全ての事例の分析が終了した時点で、参加したメンバーに結果報告を行った。

報告・検討・討論の内容は、参加者の承諾を得てICレコードに録音し、録音記録から逐語録を作成した。

#### エコマップとネットワーク分析

各事例の分析は、エコマップ（岡本，1992）とネットワーク分析（湯浅，1993）を用い、その結果を比較検討した。エコマップは、人間関係や社会環境との関連、状況、施設や機関との関係を一目で把握することができる。また、ネットワーク分析は、ネットワークの特徴や密度、コミュニケーションとアクセス、実用的な援助の質、感情の質といった関係的な内容を把握することができる。なお、ネットワーク分析を行う時は、外出や訪問、電話といった具体的な方法を記述とともに、機能面での情緒的なソーシャル・サポートも表せるように工夫した。

エコマップとネットワーク分析によるネットワーク構造の分析手順は、支援過程における特徴や問題点を生成し、同類の内容を分類し、区分された各段階に名付けを行った。次に、その段階における支援方法や支援内容、サポーター、その時期の主支援者にまとめた。さらに、ネットワークを示す線が双方へ一番多く行きかうサポーターを、ネットワーク全体の中心的ネットワークカーとした。

#### 4. 倫理的配慮

倫理的配慮については、研究者の病院に設置されている倫理委員会に承認を得た。また、研究協力者には口頭と文章で依頼し、研究協力者自身の承諾を得てインタビューを実施した。さらに、要支援者のプライバシーを尊重し個人が特定できないように仮名とし、状況の分析に影響のない範囲で改めた。

### Ⅲ. 結果

分析・検討のために集められた11事例の概要を表1にまとめた。家族や親族から孤立したターミナル期にあった11名のクライアントの年齢は、40歳代から50歳代が3名、60歳代から70歳代が6名、80歳代から90歳代が2名で、男女比は9対2であった。生活の場所は、自宅が7名、精神科病院が2名、介護老人保健施設と高齢者専

表1 事例の概要

事例	年齢	性別	生活場所	家族・親族との関係	病名
No.1	80歳代	男性	老人保健施設	家族と音信不通。	舌癌
No.2	70歳代	男性	精神科病院	親族との関係が悪い。	肺がん
No.3	70歳代	女性	精神科病院	家族と音信不通。	統合失調症
No.4	70歳代	男性	自宅	独居。 家族、親族とは音信不通。	すい臓がん
No.5	70歳代	女性	自宅	独居。 家族、親族とは音信不通。	肝がん
No.6	40歳代	男性	高齢者専用住宅	家族、親族とは音信不通。	肺炎
No.7	50歳代	男性	自宅	独居。 家族、親族とは音信不通。	肺がん
No.8	60歳代	男性	自宅	独居。 家族、親族とは音信不通。	低栄養
No.9	50歳代	男性	自宅	独居。 親族とは音信不通。	膀胱癌
No.10	90歳代	男性	自宅	独居。 家族、親族とは音信不通。	心不全
No.11	60歳代	男性	自宅	寝たきりで判断能力が低下している母親と2人暮らし。 親族とは音信不通。	肺炎

用住宅がそれぞれ1名であった。病名については、がんが6名、統合失調症が1名、またその他の疾病が4名であった。

以下においては、「ソーシャル・サポート・ネットワークの構築」の理論的枠組みを明らかにするために、11事例の分析・検討内容を述べる。第1に事例No.2を用いて、各事例における具体的な支援内容から支援の特徴や問題点、および主支援者の抽出を中心に行ったプロセスを述べる。第2にソーシャル・サポート・ネットワークの段階の変化、ソーシャル・サポートの変化、支援方法の変化、ソーシャル・サポート・ネットワークの構築のプロセスの検討結果について述べる。

### 1. 事例No.2に基づくソーシャル・サポート・ネットワークの形成過程の分析

「ソーシャル・サポート・ネットワークの構築」を明らかにするための事例の分析については、先にも述べたように分析の結果をエコマップとネットワーク分析によって図式化した。ま

た、基礎となる記録（データ）から導き出された特徴や問題点を〈 〉をもちいて表した。

クライアントは、70歳代の男性で、生活保護を受給しながら精神科病院に長期入院していたが、入院中に転倒し骨折の疑いが生じた。家族・親族との関係は、両親が他界し、妹とは関わりがなかった。婚姻歴はない。また、県内に従兄が2人住んでいたが、2人とも関わりがなかった。そのため、クライアントは、身寄りがいないことを理由に、精神科病院に入院中に献体を希望し献体の会に入会していた。この段階での支援内容は、入院治療や情緒的なサポートだった。支援方法は、面談、献体希望者の集い、診察、看護だった。ここでの特徴を〈安定した生活から状態が変化した〉とした。主支援者は、精神科病院の病棟看護師だった。エコマップとネットワーク分析は、図1、図2である。そして、各段階も同様の手法でネットワーク構造の分析を行った。

クライアントは、一般病院を受診し大腿骨転子部骨折だったため、手術目的で一般病院に入

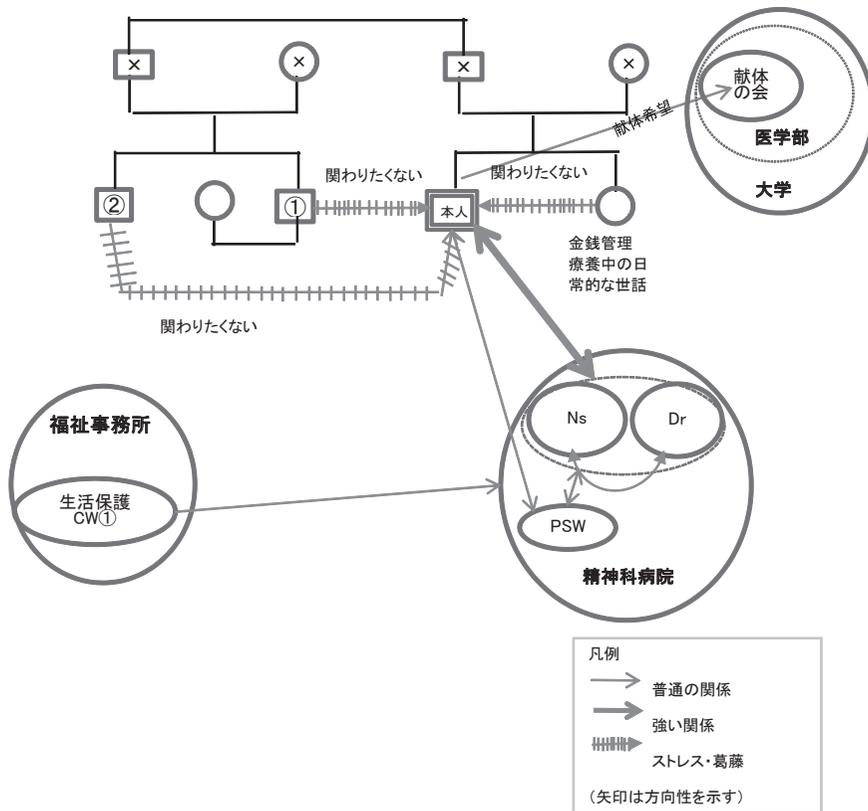


図1 事例 No.2 エコマップ 「安定した生活が破綻した段階」

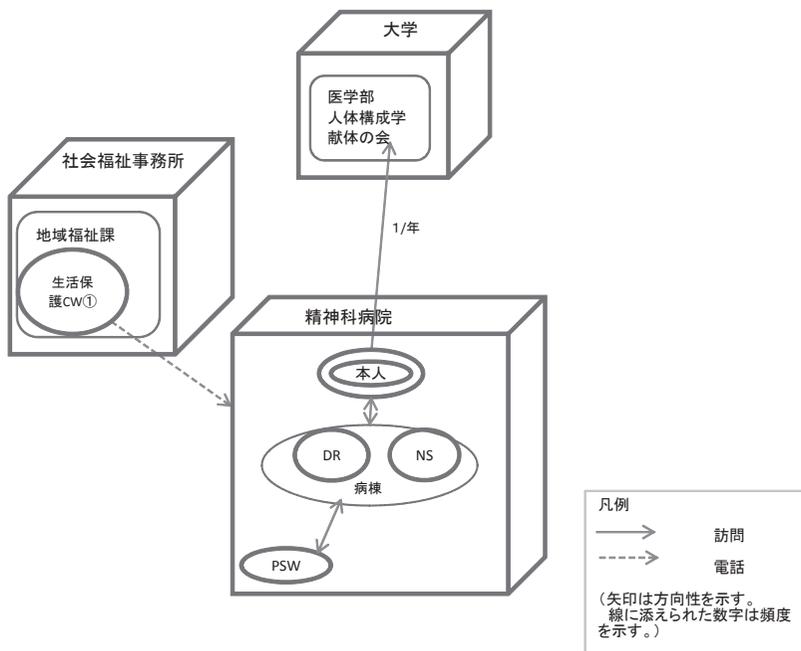


図2 事例 No.2 担当者および機関間のネットワーク分析 「安定した生活が破綻した段階」

院する手続きが必要となった。整形外科医師は、手術の同意を得るために妹と従兄に連絡したが、クライアントとの関わりを拒まれ手続きができなかった。ここでの支援内容は、手術の説明、医療行為に対する同意と身元引き受けの相談だった。支援方法は、診察と電話で、ここでの問題を〈孤立問題が表面化した〉とした。主支援者は、一般病院の整形外科医師だった。

そこで、PSW が献体登録の準備、また精神科病院長に入院の申し込みと医療行為についての同意、および精神科病院による身元引き受けや保証人の引き受けの承諾をとり、クライアントは一般病院に入院した。クライアントは、術前の検査で肺がんが見つかり、ターミナル期と診断された。ここでの支援内容は、治療方針の検討、インフォーマル・サポーターへのアプローチ方法の検討と実施、情緒的なサポート、情報交換、組織上の緊急時の連絡体制づくり、精神科病院で処方された薬を届ける、入退院の調整、医療保護入院の手続き、家族構成の把握だった。支援方法は、カンファレンス、電話、組織上の取り決め、訪問だった。ここでの特徴を〈ターミナルと判明した〉とした。主支援者はPSWだった。

クライアントは、術後の経過が良かったため精神科病院に戻り、4日後、がん治療のため一般病院に再入院した。ここでの支援内容は、従兄へのアプローチ、情報収集、精神科病院が身元引き受けや保証人の引き受けになる、PSW が書類を持参、精神科病院が金銭管理を行うだった。支援方法は、電話、書類作成、訪問だった。ここでの特徴を〈インフォーマル・サポーターに働きかけた〉とした。主支援者はPSWだった。

クライアントは、病状が落ち着き精神科病院へ戻った。その後、クライアントの体力が著しく低下したため、精神科医師は死期が近いと判断した。PSW は、社会福祉事務所も巻き込み、関わりを拒む従兄へ協力を依頼し続けた。ここでの支援内容は、転院時の送迎、金銭管理、精神科病院の組織上の緊急時の連絡体制の見直し、

精神科病院の緊急連絡体制の書面作成、一般病院の組織上の緊急時の連絡体制の見直し、一般病院の緊急連絡体制の電子カルテへ入力、行政と医療機関との緊急連絡体制づくり、インフォーマル・サポーターへアプローチする方法を検討、インフォーマル・サポーターへのアプローチだった。支援方法は、送迎、電話、院内連携、面談だった。ここでの特徴を〈医療と行政との連携・調整が図られた〉とした。主支援者はPSWだった。

クライアントは、病状がさらに悪化したため一般病院に再入院した。この頃、生活保護のCW がフォーマル・サポーターの中心となって、従兄にアプローチしていた。その結果、親族間で要支援者に関する話し合いが行われるようになり、親族とのつながりが見え始めた。この段階の支援内容は、各職種間の情報交換、情緒的なサポート、精神科病院からの往診、精神科病院が金銭管理を行う、インフォーマル・サポーターへアプローチ、情緒的なサポート、インフォーマル・サポーターを含めた緊急時の連絡体制づくりだった。支援方法は、訪問、面談、往診、電話だった。ここでの特徴を〈インフォーマル・サポーターがクライアントに関心をもった〉とした。主支援者は生活保護のCWだった。

生活保護のCW は、従兄の自宅へ訪問し、状況を報告しながら再度協力を求めた。すると従兄は、クライアントが希望していた献体に親族も協力する意向を示し、容体が悪くなった場合は病院に駆けつけることになった。この段階の支援内容は、情報交換、金銭管理、インフォーマル・サポーターへのアプローチ、情緒的なサポート、インフォーマル・サポーターを含めた緊急時の連絡体制づくりだった。支援方法は、電話、訪問だった。ここでの特徴を〈インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターとを調整した〉とし、主支援者は生活保護CWだった。エコマップとネットワーク分析は、図3、図4となった。

以上述べてきたように、この事例におけるソーシャル・サポート・ネットワークの形成過程に

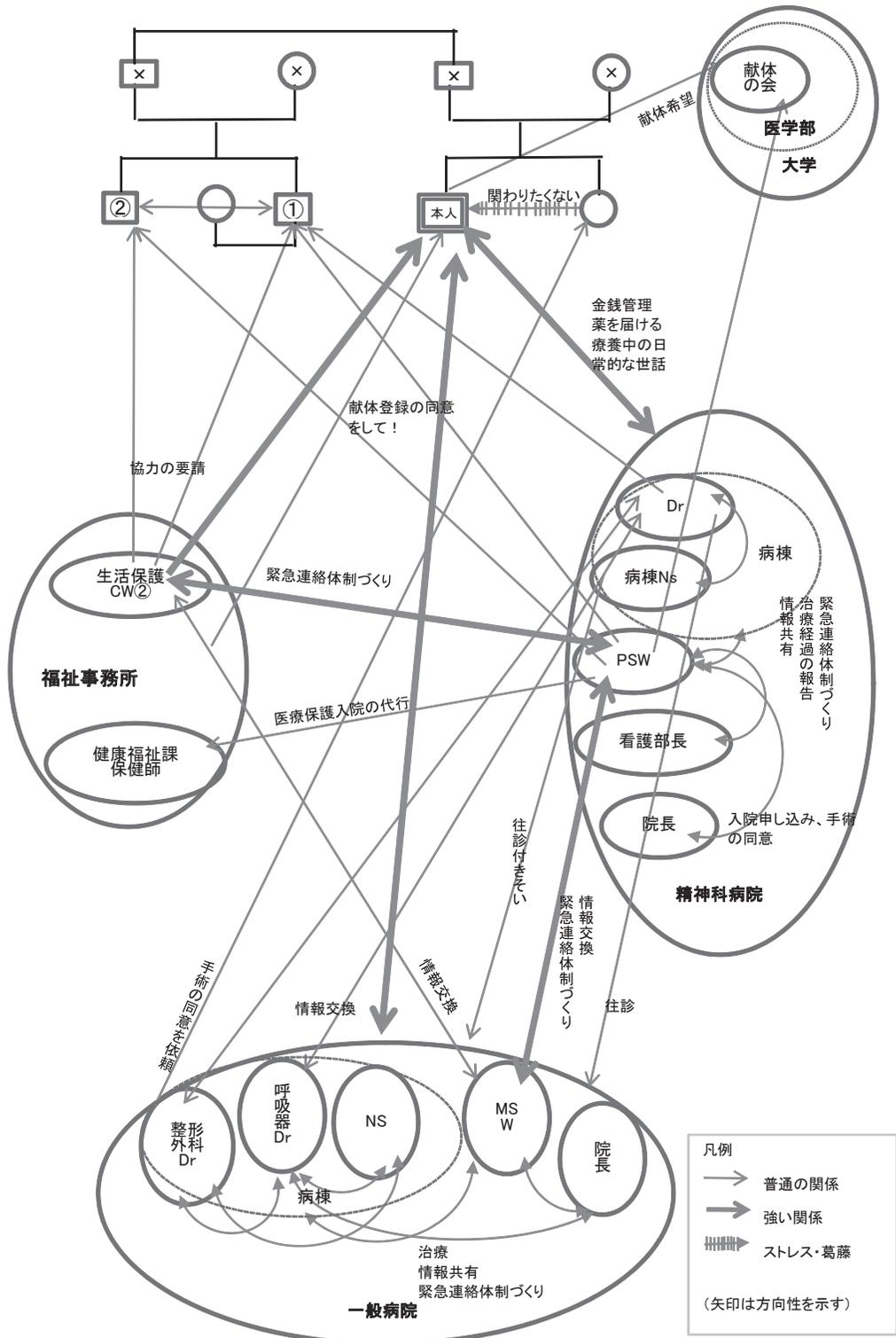


図3 事例 No.2 エコマップ

「要支援者を取り囲むサポーターのネットワークが拡充した段階」

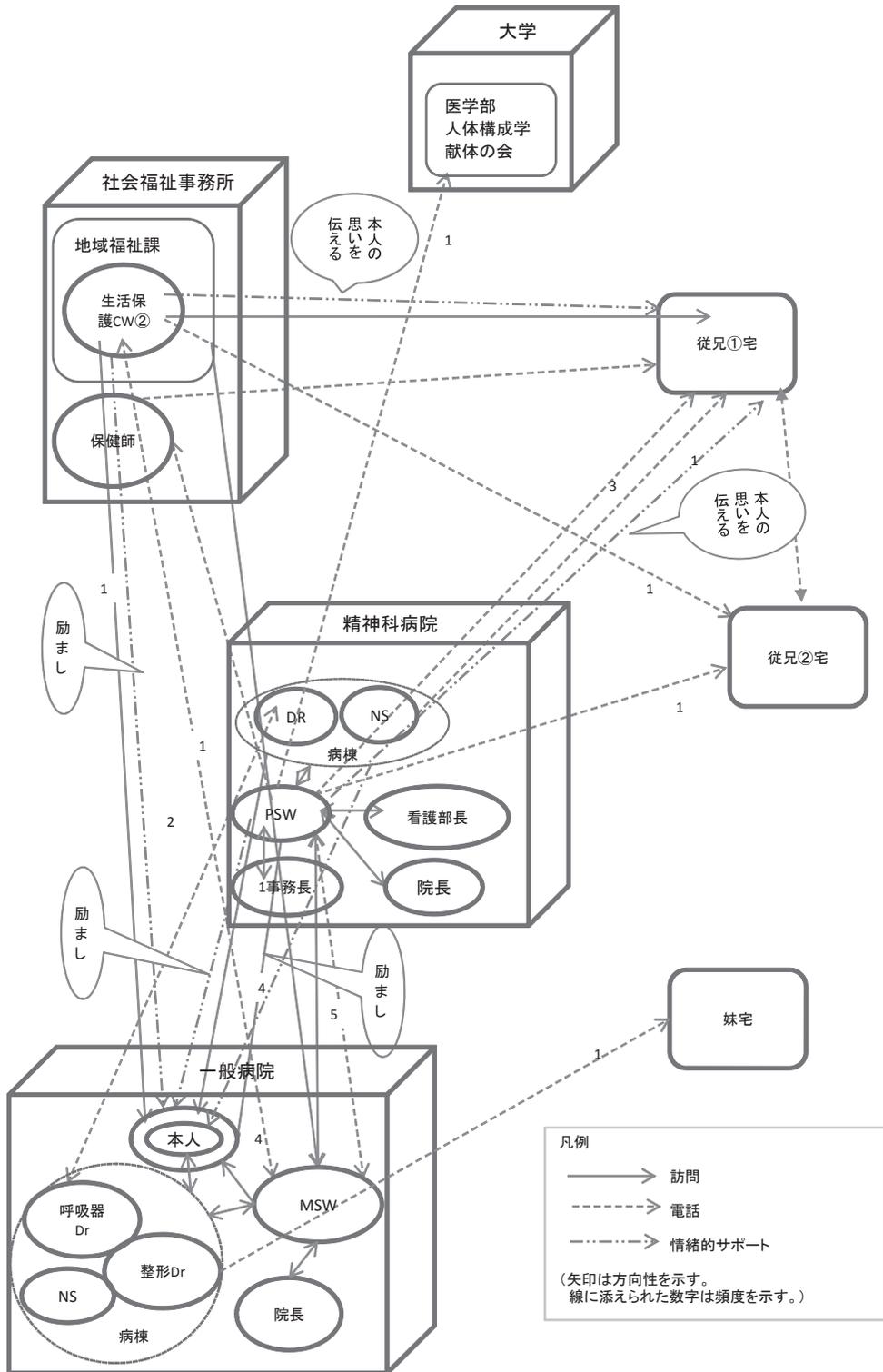


図4 事例 No.2 担当者および機関間のネットワーク分析  
「要支援者を取り囲むサポーターのネットワークが拡充した段階」

において中心的ネットワークは、ネットワークを示す線が双方へ多く行きかっている生活保護CWだったといえる。

また、ネットワーク構造には、訪問や面談などによるものや、情報の提供といった道具的サポートだけでなく、社会情緒的サポートのネットワーク構造があった。主なサポート内容は、本人の思いを聞く、本人への励まし、本人の思いをインフォーマル・サポーターへ伝えるであった。そのネットワークの支支援者はPSWだった。しかし、情緒的なことでは、エコマップに示されているように、親族から本人に対する「関係がない」「関わりたくない」といった拒否的な側面もあった。

さらに、サポートの中には、所属組織へのアプローチがあった。精神科病院では、献体の手続きに関する事項の見直し、組織上の緊急時の連絡体制の見直し、精神科病院の緊急連絡網と対応手順について図式化し、各部署に配布していた。もう一方の一般病院では、緊急時の対応を組織で統一するために、電子カルテ内でどの職種でも閲覧できる場所へ緊急連絡網と対応手順を入力していた。

## 2. ソーシャル・サポート・ネットワークの構造の変化

### (1) ソーシャル・サポート・ネットワークの段階の変化

11事例のそれぞれの過程を分析した結果は、表2に示した通り、多くの特徴や問題点を見出し、総括的に比較分析して4つの段階に区分した。

第1段階は、【安定した生活が破綻した段階】である。この段階の特徴や問題点は、〈安定した生活から状態が変化した〉、〈経済的問題で受療が困難になった〉、〈生活が乱れ独居生活が限界になった〉、〈フォーマル・サポートでは生活の維持が困難になった〉だった。クライアントは、家族・親族との関わりがなく独りで暮らし、場合によってはフォーマル・サポートを利用して安定した生活を過ごしていた。しかし、クライアントの健康状態が悪くなったため安定した生活が破綻していた。

第2段階は、【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】である。この段階の特徴や問題点は、〈動けなくなって住民に発見された〉、〈孤立問題が表面化した〉、〈ターミナルと判明

表2 ソーシャル・サポート・ネットワークの段階

過程	特徴・問題点
安定した生活が破綻した段階	安定した生活から状態が変化した 経済的問題で受療が困難になった 生活が乱れ独居生活が限界になった フォーマル・サポートでは生活の維持が困難になった
インフォーマル・サポーターが必要になった段階	動けなくなって住民に発見された 孤立問題が表面化した ターミナルと判明した クライアントがフォーマル・サポーターに助けを求めた 経済的問題、受療問題にフォーマル・サポートを行った
インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階	インフォーマル・サポーターに働きかけた 医療と行政と連携・調整が図られた 在宅療養へ移行する準備をした フォーマル・サポーターがクライアントの日常生活を支えた ネットワークカーがフォーマル・サポーターに働きかけた クライアントの意識が無くなりフォーマル・サポーターが急迫した
要支援者をとり囲むサポーターのネットワークが拡充した段階	インフォーマル・サポーターが要支援者に関心を持った フォーマル・サポーターがインフォーマル・サポーターにより強くネットワークした インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターとを調整した インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターとの連携を再調整した インフォーマル・サポーターをフォーマル・サポーターが支えた

した)、〈クライアントがフォーマル・サポーターに助けを求めた)、〈経済的問題、受療問題にフォーマル・サポートを行った〉だった。健康状態が悪くなったクライアントは、医師からターミナル期と診断を受け、その時にフォーマル・サポーターとの間で、家族や親族といったインフォーマル・サポーターと、連絡が途絶えていることが問題になっていた。そして、クライアントは、フォーマル・サポーターに要支援者として認識され、インフォーマル・サポーターを必要とした。

第3段階は、【インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階】である。ここでの特徴は、〈インフォーマル・サポーターに働きかけた)、〈医療と行政と連携・調整が図られた)、〈在宅療養へ移行する準備をした)、〈フォーマル・サポーターがクライアントの日常生活を支えた)、〈ネットワークがフォーマル・サポーターに働きかけた)、〈クライアントの意識が無くなりフォーマル・サポーターが急迫した〉だった。要支援者は、インフォーマル・サポーターとつながるように、ネットワークを中心に他のフォーマル・サポーターも巻き込みながらネットワークし始めてもっていた。

第4段階は、【要支援者をとり囲むサポーターのネットワークが拡充した段階】である。特徴は、〈インフォーマル・サポーターが要支援者に関心を持った)、〈フォーマル・サポーターがインフォーマル・サポーターにより強くネットワークした)、〈インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターとを調整した)、〈インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターとの連携を再調整した)、〈インフォーマル・サポーターをフォーマル・サポーターが支えた〉だった。要支援者は、フォーマル・サポーターにターミナル期を支えてもらいながら、必要なフォーマル・サポートを補われ、インフォーマル・サポーターともつながりを持ち、サポート・ネットワークが拡充されていた。

すなわち、インフォーマル・サポーターから

孤立している要支援者へのソーシャル・サポート・ネットワークの構築には、【安定した生活が破綻した段階】から【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】、【インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階】、【要支援者をとり囲むサポーターのネットワークが拡充した段階】の4つの段階があるといえる。

## (2) ソーシャル・サポートの変化

支援内容は、入院治療、入院中の生活支援、医療行為についての同意と身元引受人・保証人の相談、インフォーマル・サポーターへアプローチの検討、インフォーマル・サポーターへアプローチ、金銭管理など320の支援内容があった。抽出した支援内容は、道具的サポートと社会情緒的サポートの2種類に分類した。

そして、11事例それぞれのソーシャル・サポート・ネットワークの各段階におけるソーシャル・サポート内容の変化を表3にまとめた。

【安定した生活が破綻した段階】と【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】のソーシャル・サポートは、道具的サポートが多く行われていた。そして、【インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階】から【要支援者をとり囲むサポーターのネットワークが拡充した段階】のソーシャル・サポートは、道具的サポートに加えて社会情緒的サポートも行われていた。

## (3) 支援方法の変化

全事例から支援の方法には、面談や電話、訪問、カンファレンス、手紙、金銭管理、外出支援、送迎など40の方法が見出された。

ソーシャル・サポート・ネットワークを構築するまでに、サポーターが支援する方法の変化は、【安定した生活が破綻した段階】で、フォーマル・サポーターが診察や面談を、それぞれ単独に支援していた。また、【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】から【インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階】にかけては、インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポ

表3 11事例の各段階におけるソーシャル・サポート内容の変化

段階 事例	安定した生活が破綻した段階	インフォーマル・サポーターが 必要になった段階	インフォーマル・サポーターに フォーマル・サポーターが ネットワークし始めた段階	要支援者をとり囲むサポーター のネットワークが拡充した段階
No.1	道具的サポート	道具的サポート		
No.2	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.3	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.4	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.5	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.6	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート	
No.7	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.8	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.9	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.10	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート
No.11	道具的サポート	道具的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート	道具的サポート、社会情緒的サポート

注1) 要支援者が死亡した以降は/と示す。

注2) 道具的サポートと情緒的サポートが混合した個所を色づけた。

ターが、診察、電話、訪問といった方法で問題ごとに対応していた。そして、【要支援者をとり囲むサポーターのネットワークが拡充した段階】にかけては、インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターとが、合同カンファレンスや電話、面接、往診、院内連携、訪問、送迎といった方法で、協働・連携しながらネットワークを構築していた。

以上のことから、ソーシャル・サポート・ネットワークを構築するまでのサポート資源の支援方法は、“単独”から“手さぐり”、“協働”へと変化していた。

#### (4) ソーシャル・サポート・ネットワークの構築のプロセスと中心的ネットワーク

11事例の各中心的ネットワークは、事例No.1は社会福祉協議会の相談員（以下SW）、事例No.2は生活保護のケースワーカー（以下CW）、事例No.3はPSW、事例No.4はCM、事例No.5は健康福祉課のSW、事例No.6は高齢者専用賃貸住宅のSW、事例No.7は生活保護のCW、事例No.8はMSW、事例No.9は生活保護のCW、事例No.10はMSW、事例No.11はMSWであった。

それぞれの事例の支援において、ソーシャル・サポート・ネットワークが構築されるプロセスにおいては、中心的ネットワークが定まって

いく段階があった。

**事例 No. 1** は、【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】に社会福祉協議会のSWが主ネットワークとなって動き始めた。しかし、要支援者が急に死亡したためネットワークの構築は進まず、フォーマル・サポーターで死亡後の対応をしていた。**事例 No. 2** は、【インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階】に、生活保護のCWがソーシャル・サポート・ネットワークの中心的ネットワークになっていた。そして、道具的サポートと社会情緒的サポートを、電話や訪問といった方法でネットワークの構築を始めていた。**事例 No. 3** は、事例No.2と同じ段階でPSWが中心的ネットワークになって、道具的サポートと社会情緒的サポートを、手紙や同行、電話といった方法でネットワークの構築を始めていた。**事例 No. 4** は、【安定した生活が破綻した段階】からCMが中心的ネットワークとなり、道具的サポートを電話や訪問といった方法で、ネットワークの構築を始めていた。**事例 No. 5** は、【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】に、健康福祉課のSWが中心的ネットワークとなり、道具的サポートを訪問やカンファレンスといった方法で、ネットワークの構築を始めていた。**事例 No. 6** は、

事例 No. 2、No. 3 と同じ段階に高齢者専用賃貸住宅の SW が中心的ネットワークとなって、道具的サポートを電話や施設内検討といった方法で、ネットワークの構築を始めようとしていた。しかし、要支援者が急に死亡したため、ネットワークの構築は進まず、フォーマル・サポーターのみで死亡後の対応をしていた。**事例 No. 7** は、事例 No. 2、No. 3、No. 6 と同じ段階に生活保護の CW が中心的ネットワークとなり、道具的サポートと社会情緒的サポートを電話や面談、院内連携といった方法で、ネットワークの構築を始めていた。**事例 No. 8** は、事例 1、5 と同じ段階に、MSW が中心的ネットワークとなり、道具的サポートをカンファレンスや電話といった方法で、ネットワークの構築を始めていた。**事例 No. 9** は、【要支援者を取り囲むサポーターのネットワークが拡充した段階】に、生活保護の CW が中心的ネットワークとなっていた。その時のソーシャル・サポートは道具的サポートと社会情緒的サポートで、その支援方法は合同カンファレンスや電話、面談、入院治療、院内連携、訪問をしていた。事

**例 No.10**は、事例 No. 1、No. 5、No. 8 と同じ段階に MSW が中心的ネットワークとなり、道具的サポートと社会情緒的サポートを電話や面談といった方法で行い、ネットワークの構築を始めていた。**事例 No.11**では、事例 No. 1、No. 5、No. 8、No.10 と同じ段階に MSW が中心的ネットワークとなり、道具的サポートを電話や機関内連携、訪問といった方法で、ネットワークの構築を始めていた。

#### IV. 「ソーシャル・サポート・ネットワーク構築」に関する理論的枠組み

以上のような事例分析に基づく検討により、孤立するターミナル期要支援者へのソーシャル・サポート・ネットワークの構築には、ネットワークが形成されている段階と、それぞれの段階における支援の特徴、インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターのネットワーク、ネットワークにおける主支援者などの要素があった。これらを体系化すると、図5のようにソーシャル・サポート・ネットワークの構築過程を横軸

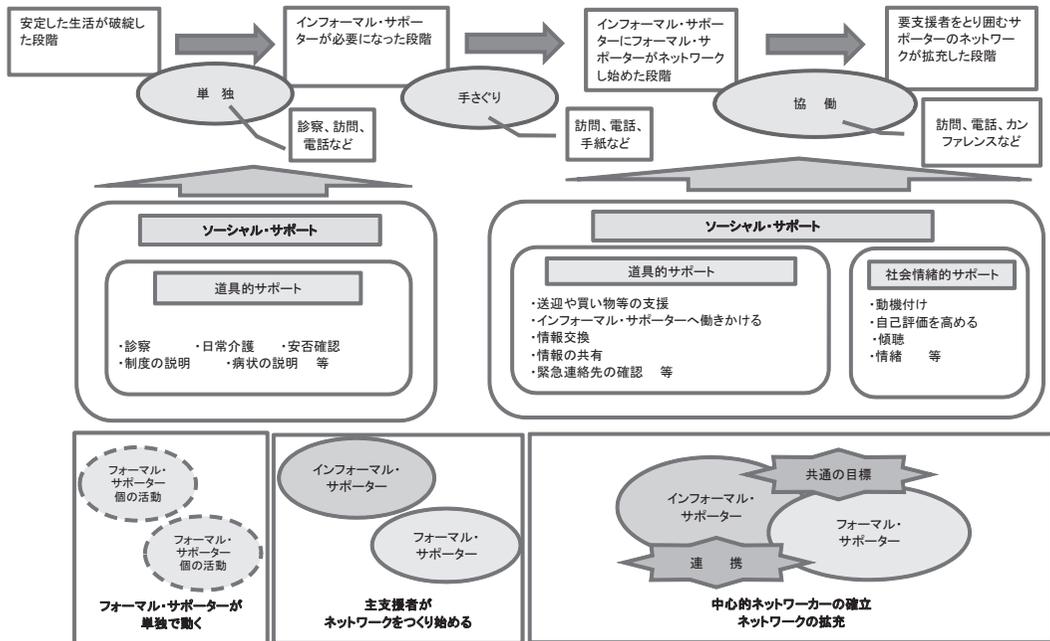


図5 孤立するターミナル期要支援者のソーシャル・サポート・ネットワーク構築の理論的枠組み

に捉え、それぞれの段階におけるソーシャル・サポート・ネットワークを構成する要素を縦軸に捉えることによって、孤立するターミナル期要支援者のソーシャル・サポート・ネットワークの構築のための理論的な枠組みとして整理することができた。

【安定した生活が破綻した段階】のクライアントは、インフォーマル・サポーターから孤立していることが問題になるまでの間、サポーターとの関わりがない状況で暮らしていたり、それぞれ別の目的で支援していたフォーマル・サポーターの道具的サポートを中心に受けたりしながら、安定した生活を送っていた。しかし、クライアントは、容体が悪化しターミナル期と診断された時に、家族や親族といったインフォーマル・サポーターがいないことをフォーマル・サポーターの間で問題とされていた。【インフォーマル・サポーターが必要になった段階】のクライアントは、家族や親族といったインフォーマル・サポーターのさまざまなサポートが必要となり、フォーマル・サポーターに要支援者として認識されていた。そして、身近にいるフォーマル・サポーターが主支援者になって、インフォーマル・サポーターやフォーマル・サポーターのそれぞれが、“手さぐり”で道具的サポートを始めていた。また、フォーマル・サポーターがインフォーマル・サポーターを補完するような動きをしていた。【インフォーマル・サポーターにフォーマル・サポーターがネットワークし始めた段階】の要支援者を中心としたネットワークには、中心的ネットワークが存在していた。そして、そのネットワークを中心としたインフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターは、“協働”して道具的サポートと社会情緒的サポートでネットワークを変化させていた。しかし、様々な理由によって孤立している要支援者は、ソーシャル・サポートが受けられ難い状況だったため、インフォーマル・サポーターがネットワークになかなか入らなかったり、一度ネットワークに入っていたサポーターが消えたりし、その都度専門職が働きかけてい

た。また、フォーマル・サポーターが、インフォーマル・サポーターを支えるために、薬を届けたり外出支援をしたり、本来の役割を超えたインフォーマル・サポートに重なるようなサポートをしていた。【要支援者を取り囲むサポーターのネットワークが拡充した段階】になると、孤立する要支援者とインフォーマル・サポーターを支えるフォーマル・サポーターのネットワークは、ソーシャル・サポートを多角的に活用しながら動機づけや情報の共有を図り、共通の目標を目指して連携しながらネットワークの拡大および補強を行い、ソーシャル・サポート・ネットワークを拡充していた。

以上のようなソーシャル・サポート・ネットワーク構築の理論的枠組の整理を基に、2つの点が明らかになった。それは、各ネットワークを連結する中心的ネットワークが、ネットワークを構築するために支援者間で意図的に選定されたのではなく、要支援者とインフォーマル・サポーターやフォーマル・サポーターとの間を行き交うソーシャルワーカーが中心的ネットワークとなっていたことである。また、ネットワーク分析から、ソーシャル・サポート・ネットワークは、道具的サポートによって構築されるネットワークの他に、社会情緒的サポートのネットワークが存在し、道具的サポートと社会情緒的サポートを分担あるいは媒介するサポーターが存在していたことである。社会情緒的サポートは、要支援者を心理的に支えたり励ましたり、家族や生活史の思い出を語ってもらったり、その思いをインフォーマル・サポーターに伝えたり、共感し情緒に働きかけることによって自己の評価を高めたり、エンパワーして問題を自主的に解決するように動機づけをしていた。しかし、要支援者はもともと孤立した状況にいたことから、インフォーマル・サポーターやフォーマル・サポーターに働きかけることで、「思いを断ち切る」や「批判的な思いを語る」など、要支援者にとってストレスになるような内容も存在していた。つまり、要支援者との関係でサポーターが与えるソーシャル・サポートは、立

場によって異なるといえる。

孤立しているターミナル期要支援者のソーシャル・サポート・ネットワークの構築をめざす支援には2つの意義があり、支援者はその意義を自主的に捉えていくことが重要であるといえる。

## V. 結語

本研究は、孤立するターミナル期要支援者の支援におけるソーシャル・サポート・ネットワークの構造や構築過程を、病院のソーシャルワーカーと地域包括支援センターの職員とが協力して、11事例の事例研究に基づいて理論化を試みた。ソーシャル・サポート・ネットワークの構築には、クライアントの安定した生活が破綻した段階に、フォーマル・サポーターが単独でクライアントを支援し、インフォーマル・サポーターが必要になった段階から、インフォーマル・サポーターとフォーマル・サポーターが多面的ニーズに対応するネットワークを作り始めていた。そして、ネットワークには、中心的ネットワークが成立し、共通の目標をもったサポーターが協働・連携しながら、道具的サポートと社会情緒的サポートを統合してネットワークを拡充していた。

また、ネットワークには、中心的ネットワークの役割が重要であることと、ネットワーク構造には、道具的サポートを中心とするサポーターと社会情緒的サポートを中心とするサポーターの2つが存在していることが確認できた。

しかしながら、本研究において取り上げた事例は、限られた期間に、本調査研究に参加した病院と地域包括支援センターの相談支援担当者から報告された11事例である。今後は、より多くの共同調査研究参加者とともに、事例調査研究を積み重ね、精緻化にむけて理論の構築を進めたい。

## 謝辞

本論文の作成にあたりご指導くださった日本

福祉大学の田中千枝子先生や査読して下さった先生方、また本研究の趣旨をご理解いただきインタビューにご協力いただいた医療連携協議会や地域包括支援センターの皆さま方に、感謝申し上げます。

## 引用文献

- 福西勇夫 (1997) 「ストレス対処からみたソーシャル・サポート」『現代のエスプリーソーシャル・サポート』至文堂, 20-29.
- 原田知行 (2009) 「検案自験例から孤独死を考える」『日本臨床内科医会誌』23(5), 584-587.
- 人見裕江・小柴順子・菊井和子・ほか (1996) 「高齢配偶者のターミナルケアにおけるソーシャルサポートの一考察(第1報) —在宅で夫を看取った妻へのサポート—」『川崎福祉学会誌』2(6), 333-339.
- J. Lipnack & J. Stamps (1982) 「Networking — The First Report and Directory, Doubleday」正村公宏監修・社会開発統計研究所訳 (1984) 『ネットワークング—ヨコ型情報社会への潮流』プレジデント社.
- 小松源助 (1986) 「社会福祉実践における社会的支援ネットワーク・アプローチの展開」『社会福祉の現代的展開—高度成長期から低成長期へ—』日本社会事業大学編, 勁草書房, 223-239.
- 牧里毎治 (1993) 「高齢者をめぐるソーシャルサポート・ネットワーク」『日本の在宅ケア』中央法規出版, 233-256.
- 松岡克尚 (1998) 「社会福祉実践における「ネットワーク」に関する一考察—概念の整理と共通性の抽出—」『社会福祉実践理論研究』7, 13-22.
- 松岡克尚 (2001) 「ソーシャルワークにおけるネットワークング概念の整理と課題」『社会学研究科紀要』四国学院大学大学院社会学研究科委員会, 1, 39-57.
- 成富正信 (1986) 「ソーシャル・サポート・ネッ

- トワーク論序説』『社会科学討究』92, 63-95.
- 岡本民夫 (1992) 「老人福祉サービスにおける事前評価とエコマップ—ソーシャルワーク実践の図式化表示の試み」『ソーシャルワーク研究』18(3), 174-180.
- 鈴木香織 (1997) 「在宅ターミナル期患者の家族の情緒機能」『保健婦雑誌』53(3), 203-211.
- Townsend P. (1963) 「Isolation, Loneliness, and the Hold on Life」『The Family Life of Old People; an Inquiry in East London』Penguin Books, 188-205.
- 浦光博 (1992) 『支えあう人と人 ソーシャル・サポートの社会心理学』サイエンス社.
- 山田智 (2008) 「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」『いのちとくらし研究所報』22.
- 山手茂 (1996) 『福祉社会形成とネットワークング』亜紀書房.
- 湯浅典人 (1993) 「ネットワーク分析の方法—ソーシャルワークへの応用についての検討—」『社会福祉学』34(1), 147-167.

### **Social Support Network for isolated clients in their terminal stage**

Yoshiko Nagami

Kasaoka Daiichi Hospital

This study examines eleven cases on isolated clients in their terminal stage, and analyze them with practitioners from the viewpoint of Social Support Network (SSN).

Medical social workers and staff from community comprehensive support center, participated in Group Interviews and the Group Discussions about cases of isolated clients in their terminal stage. Ecomap and network analysis were conducted to examine the SSN structure, function, process, and method.

There are four processes in SSN, and each process had a different social support and ways of intervening. There were central managers in SSN; they worked with the supporters with same goals and together, they expanded the SSN.

Central managers were social workers who come and go between clients, informal supporters and formal supporters. There were supporters who provided instrumental and affective assistance as well as hindered support in the structure and function of the network.

The support which builds SSN requires supporters to be aware of their own roles.

## 〔論文〕

## 要介護状態にある HIV 陽性者を支える 地域の社会資源・制度の課題

### —エイズ治療拠点病院ソーシャルワーカーへの実態調査から—

清水 茂 徳\*  
磐井 静 江\*\*  
小西 加保留\*\*\*

Key words : HIV 感染症, HIV ソーシャルワーク, 地域生活

#### 1. 研究の背景と目的

HIV 感染症の治療は、抗 HIV 薬を用いた多剤併用療法によって大きな進歩を遂げた。ウイルスの増殖と免疫細胞の破壊を抑制する事により、AIDS による死亡数と AIDS 関連日和見感染症の出現頻度は著しく減少し (HIV 感染症治療研究会 2010 : 2)、抗 HIV 薬の副作用の問題も徐々にではあるが軽減されつつある (榎原ら 2007 : 195)。しかし一方で、受診の遅れによる後遺症や加齢に伴う合併症などのために要介護の状態になる HIV 陽性者への支援が課題となっている。小西らによると、こうした患者が必要な入院治療を終了後も退院できない事例をエイズ治療拠点病院(全国364箇所：2004年当時)の4分の1が経験しており、その理由としては、転院先が見つからない、家族の支援が得られない、在宅の支援体制が整わない等が挙げられている。またその背景には、高額な薬価や医療機関の連携の不備や心理的な偏見等、制度・施策

を始めとする環境上の問題が大きいことが指摘されている (小西ら 2007)。

このような実態を受けて、HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班では、「HIV 感染症の合併症による長期入院・入所を可能とする必要がある」(木村 2005 : 11) との提言を行い、HIV 訴訟原告団も「HIV 感染者の長期療養・介護が保険制度上も実質的に可能となるよう医療・保険制度を整備されたい」(東京 HIV 訴訟原告団ら 2006) と要求している。その結果、2008年には、医療療養病床における抗 HIV 薬の診療報酬上の外付け (定額外の出来高算定) が可能になるなど一定程度の改定が行われた。しかしながら、医療・介護施策の変遷は目まぐるしく、疾病を問わず患者の療養生活に大きな影響を及ぼしている。

このような状況の中で、ソーシャルワーカーとしては、常に患者の地域生活を支える制度の実態を的確に認識し、制度改善への視点を持つことが非常に重要である。そこで本研究は、『HIV

\*Shigenori Shimizu : 東日本国際大学福祉環境学部

\*\*Shizue Iwai : 財団法人いしずえ

\*\*\*Kahoru Konishi : 関西学院大学人間福祉学部

脳症やPML（進行性多巣性白質脳症）、または加齢に伴う疾患などのために、要介護状態となり、一般病院に入院治療の必要はないものの、地域生活において何らかの介護が必要となる患者』（＝本研究における「要介護状態にあるHIV陽性者」）を対象に、彼らを支える地域の社会資源、すなわち介護保険や医療保険、障害者自立支援法、生活保護などの制度やその運用上の課題、地域格差の課題などの現状を明らかにし、課題の改善に向けた考察を行うことを目的として実施した。

## 2. 調査方法

全国のエイズ治療拠点病院374カ所のソーシャルワーカーに対して無記名自記式調査票の郵送調査を行った。調査期間は2009年12月～2010年2月。調査項目は、属性、要介護状態にあるHIV陽性者制度利用状況、ソーシャルワーカーの制度利用に関する認識、利用困難の要因、生活保護受給者の制度利用状況等であった。統計的検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。調査は無記名で実施し、質問内容に個人が特定される項目は含めなかった。

## 3. 調査結果

回答数は117票、回収率は31.3%であった。このうち、ソーシャルワーカーが配置されていないと回答した2票をのぞいた115票を分析対象とした。なお、原則として無回答は欠損値として除外して解析した。

### 1) 回答者および所属医療機関の属性

回答者の所属機関の平均在院日数（ $n = 108$ ）は、14日未満19.4%、14～16日未満31.5%で、16日未満が半数を超えていた。また16～19日未満28.7%、19～21日未満10.2%であり、21日未満で約9割を占めた。

ソーシャルワーク経験年数（ $n = 114$ ）は、平均10.2年（最大40年、最小0.2年）であり、

HIVソーシャルワーク経験年数（ $n = 111$ ）は、平均5.0年（最大20年、最小0年）であった。

本調査の対象となる要介護状態にあるHIV陽性者の過去3年間における支援経験（ $n = 115$ ）は、経験ありが48人で4割強であった。経験のある者の過去3年の累計支援実数は、1～4例が66.7%、5例以上経験している者も約3割存在した。

### 2) 要介護状態にあるHIV陽性者の制度利用状況

要介護状態にあるHIV陽性者の入院・入所および在宅療養に関わる制度利用状況（過去3年間）について質問した。

入院・入所に関する制度については、30病院において、「利用希望あり」は、医療療養型病床15、緩和ケア病棟8、障害者施設等病棟と老人保健施設7等の順であった。「利用経験あり」は、医療療養型病床と緩和ケア病棟3、身体障害者療護施設2等の順で、介護療養型病床は0だった。「利用にいたらなかった経験あり」は、医療療養型病床13、障害者施設等病棟と老人保健施設6の順に多かった。

在宅療養に関わる制度利用については、32病院において、「利用希望あり」は、介護保険による訪問介護サービス12、自立支援医療による訪問看護サービスと介護保険による訪問看護サービス11の順に多かった。「利用経験あり」は、介護保険による訪問介護サービス11、自立支援医療による訪問看護サービスと介護保険による訪問看護サービス10の順に多く、全ての制度で利用経験があった。「利用にいたらなかった経験あり」は、自立支援医療による訪問看護サービス4がもっとも多かった（表1）。

なお、「利用経験あり」や「利用にいたらなかった経験あり」は、「利用希望」を受けた上での結果を問う予定であったが、「利用希望あり」には回答せず、「利用経験あり」や「利用にいたらなかった経験あり」と回答した票があったため、後者の合計が「利用経験あり」が上回る項目があった。これは調査票設計の問題も考え

表1 要介護状態にある HIV 陽性者の制度利用

		利用希望あり	利用経験あり	利用にいたらなかった 経験あり
入院・入所施設 (n=30)	1. 医療療養型病床	15	3	13
	2. 障害者施設等病棟	7	1	6
	3. 緩和ケア病棟 (ホスピス病棟)	8	3	5
	4. 介護療養型病床	5	0	5
	5. 老人保健施設	7	1	6
	6. 特別養護老人ホーム	4	1	3
	7. 身体障害者療護施設	6	2	5
	計	52	11	43
在宅療養制度 (n=32)	1. 往診医	8	9	0
	2. 自立支援医療による訪問看護サービス	11	10	4
	3. 自立支援給付による居宅介護サービス	9	9	1
	4. 介護保険による訪問看護サービス	11	10	1
	5. 介護保険による訪問介護サービス	12	11	1
	6. 地域生活支援事業による移動支援サービス	3	3	0
	7. レスパイト入院	8	6	2
	計	62	58	9

られたが、希望がなく利用した可能性も否定できないため、回答通り集計した。

### 3) HIV 陽性者以外の制度利用 (待機期間・経費)

HIV 陽性者以外の場合の入院・入所に関わ

る制度利用について、一般的な待機期間をたずねたところ、特別養護老人ホームと身体障害者療護施設は、少なくとも1年以上の待機期間があるとした回答が約8割を占め、全ての施設において、少なくとも1ヶ月以上の待機期間があるとした回答が半数以上だった (表2)。次に

表2 一般的な待機期間 (最短短)

	10日以内	1ヶ月未満	1ヶ月～	3ヶ月～	6ヶ月～	1年～	5年以上
1. 医療療養型病床 (n=91)	4.4%	28.6%	53.8%	8.8%	2.2%	2.2%	0.0%
2. 障害者施設等病棟 (n=63)	4.8%	20.6%	47.6%	9.5%	7.9%	9.5%	0.0%
3. 緩和ケア病棟 (n=80)	28.8%	21.3%	41.3%	8.8%	0.0%	0.0%	0.0%
4. 介護療養型病床 (n=82)	1.2%	19.5%	46.3%	19.5%	9.8%	3.7%	0.0%
5. 老人保健施設 (n=88)	1.1%	8.0%	52.3%	25.0%	10.2%	3.4%	0.0%
6. 特別養護老人ホーム (n=81)	0.0%	1.2%	6.2%	1.2%	8.6%	79.0%	3.7%
7. 身体障害者療護施設 (n=54)	1.9%	1.9%	9.3%	3.7%	5.6%	70.4%	7.4%

※その他・不明のぞく

入院・入所の際に、保険制度や自立支援給付の自己負担以外に必要とされる一般的な経費（リネン代、オムツ代等）の月額について、1都3県（東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県）とその他の地域での差異を検討したところ、全ての制

度利用において1都3県の方が有意に高額であった。1都3県においては、少なくとも10万円以上とした回答が全ての施設において半数を超え、医療療養型病床、障害者施設等病棟および介護療養型病床ではおよそ8割に達した（表3）。

**表3 地域による差異：一般的な経費（リネン代・オムツ代等、月額、最安値）**

		0円～	1万円～	3万円～	5万円～	10万円～	p値
1. 医療療養型病床／	1都3県 (n=15)	0.0%	0.0%	0.0%	13.3%	86.7%	.000***
	その他地域 (n=40)	10.0%	40.0%	15.0%	20.0%	15.0%	
2. 障害者施設等病棟／	1都3県 (n=10)	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%	80.0%	.000***
	その他地域 (n=27)	14.8%	44.4%	11.1%	22.2%	7.4%	
3. 緩和ケア病棟／	1都3県 (n=11)	9.1%	0.0%	0.0%	18.2%	72.7%	.000***
	その他地域 (n=27)	22.2%	40.7%	14.8%	11.1%	11.1%	
4. 介護療養型病床／	1都3県 (n=14)	0.0%	0.0%	7.1%	14.3%	78.6%	.000***
	その他地域 (n=33)	21.2%	30.3%	9.1%	27.3%	12.1%	
5. 老人保健施設／	1都3県 (n=12)	0.0%	8.3%	8.3%	16.7%	66.7%	.000***
	その他地域 (n=25)	16.0%	44.0%	8.0%	20.0%	12.0%	
6. 特別養護老人ホーム／	1都3県 (n=9)	11.1%	11.1%	11.1%	0.0%	66.7%	.007**
	その他地域 (n=23)	26.1%	47.8%	4.3%	17.4%	4.3%	
7. 身体障害者療護施設／	1都3県 (n=4)	0.0%	25.0%	0.0%	25.0%	50.0%	.027*
	その他地域 (n=15)	26.7%	60.0%	6.7%	0.0%	6.7%	

※その他・不明のぞく 分析にはMann-WhitneyのU検定を用いた。\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

#### 4) ソーシャルワーカーの制度利用に対する認識

要介護状態にあるHIV陽性者の制度利用に対するソーシャルワーカーの認識として、「待機なく利用できる」「重要度が高い」「他の疾患と比べ利用しにくい」「利用が想定されている」「今後利用希望が増加する」「受入先の開拓は容易である」について、4件法でたずねた(n=106)。そして、過去3年間における要介護状態にあるHIV陽性者の支援経験の有無による違いを検討したところ、入院・入所施設利用において「重要度が高い」「今後利用希望が増加する」「受入先の開拓は容易である」を除く14項目で有意差が見られた(表4)。「待機なく利用できる」「他の疾患と比べ利用しにくい」「利用が想定されている」については、複数の施設において、「経験あり」群の方が「経験なし」

群に比べて状況を厳しく認識していた。

また、過去3年間におけるHIV陽性者の累計支援経験数を10例未満(0を含む=「支援少」群)と10例以上(=「支援多」群)に分け、違いを検討したところ、8項目で有意差が見られた(表5)。「今後利用希望が増加する」については、「支援多」群が「支援少」群に比べて、入院・入所施設で4種類、在宅で2種類の施設で、有意に増加すると回答していた。「他の疾患と比べ利用しにくい」については、往診医のみに有意差があり、「支援多」群の方が「支援少」群より利用しにくいと回答していた。一方、「待機なく利用できる」については、地域支援事業による移動支援サービスにおいて、「支援多」群の方が「支援少」群に比べて、有意に利用できる」と回答していた。

表4 支援経験の有無による差異：制度利用認識

		とてもそう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない	p 値
【待機なく利用できる】						
1-3. 緩和ケア病棟／	経験あり	7.0%	11.6%	27.9%	53.5%	.011*
	経験なし	8.6%	31.0%	31.0%	29.3%	
1-6. 特別養護老人ホーム／	経験あり	4.4%	2.2%	11.1%	82.2%	.049*
	経験なし	0.0%	6.8%	30.5%	62.7%	
1-7. 身体障害者療護施設／	経験あり	2.3%	4.5%	13.6%	79.5%	.027*
	経験なし	0.0%	6.7%	36.7%	56.7%	
【他の疾患と比べ利用しにくい】						
1-2. 障害者施設等病棟／	経験あり	63.6%	22.7%	9.1%	4.5%	.026*
	経験なし	40.4%	33.3%	24.6%	1.8%	
1-3. 緩和ケア病棟／	経験あり	47.7%	22.7%	20.5%	9.1%	.013*
	経験なし	21.1%	26.3%	47.4%	5.3%	
1-4. 介護療養型病床／	経験あり	73.9%	17.4%	4.3%	4.3%	.001**
	経験なし	42.1%	28.1%	24.6%	5.3%	
1-5. 老人保健施設／	経験あり	78.3%	13.0%	4.3%	4.3%	.002**
	経験なし	46.6%	31.0%	19.0%	3.4%	
1-6. 特別養護老人ホーム／	経験あり	73.9%	17.4%	4.3%	4.3%	.005**
	経験なし	44.8%	36.2%	17.2%	1.7%	
1-7. 身体障害者療護施設／	経験あり	68.2%	22.7%	4.5%	4.5%	.004**
	経験なし	39.0%	37.3%	20.3%	3.4%	
【利用が想定されている】						
1-1. 医療療養型病床／	経験あり	6.5%	15.2%	28.3%	50.0%	.006**
	経験なし	12.1%	22.4%	44.8%	20.7%	
1-4. 介護療養型病床／	経験あり	2.2%	10.9%	26.1%	60.9%	.014*
	経験なし	7.0%	14.0%	43.9%	35.1%	
1-5. 老人保健施設／	経験あり	4.3%	6.5%	23.9%	65.2%	.043*
	経験なし	6.9%	6.9%	43.1%	43.1%	
1-6. 特別養護老人ホーム／	経験あり	4.3%	13.0%	17.4%	65.2%	.048*
	経験なし	5.2%	10.3%	44.8%	39.7%	
1-7. 身体障害者療護施設／	経験あり	11.1%	6.7%	26.7%	55.6%	.034*
	経験なし	5.1%	13.6%	54.2%	27.1%	

分析には Mann-Whitney の U 検定を用いた。\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  経験あり  $n=48$  経験なし  $n=67$

### 5) 制度利用を困難にしている要因

要介護状態にある HIV 陽性者の支援経験が過去3年間にあったとした回答者 ( $n=48$ ) に、入院・入所および在宅療養に関わる制度利用を困難にしている要因を複数回答で聞いた。その結果、入院・入所および在宅療養制度ともに、「経験がない」をあげた回答がもっとも多く、続い

て「感染リスク不安」や「職員の了解に難」が多かった。但し、入院・入所施設では、「1. 利用想定なし」が「11. 経験がない」に続く要因としてあげられた。一方、在宅療養制度では、その他に「9. 量確保に難」があがり、「17. 風評被害への懸念」を上回っていた。量確保が難しい要因としては「2. 事業者要因」より「3

表5 支援件数の多少による差異：制度利用認識

		とてもそう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない	p 値
【待機なく利用できる】						
2-6. 地域生活支援事業 移動支援／支援多		18.2%	63.6%	9.1%	9.1%	.011*
	支援少	6.7%	29.2%	46.1%	18.0%	
【他の疾患と比べ利用しにくい】						
2-1. 往診医／	支援多	36.4%	36.4%	27.3%	0.0%	.031*
	支援少	12.2%	34.4%	40.0%	13.3%	
【今後利用希望が増加する】						
1-1. 医療療養型病床／	支援多	72.7%	27.3%	0.0%	0.0%	.013*
	支援少	36.7%	36.7%	23.3%	3.3%	
1-4. 介護療養型病床／	支援多	54.5%	45.5%	0.0%	0.0%	.004**
	支援少	22.5%	34.8%	33.7%	9.0%	
1-5. 老人保健施設／	支援多	45.5%	54.5%	0.0%	0.0%	.021*
	支援少	28.9%	26.7%	35.6%	8.9%	
1-6. 特別養護老人ホーム／	支援多	45.5%	54.5%	0.0%	0.0%	.030*
	支援少	28.9%	31.1%	32.2%	7.8%	
2-4. 介護保険 訪問看護サービス／支援多		63.6%	36.4%	0.0%	0.0%	.030*
	支援少	33.7%	46.1%	18.0%	2.2%	
2-5. 介護保険 訪問介護サービス／支援多		63.6%	36.4%	0.0%	0.0%	.025*
	支援少	32.6%	47.2%	18.0%	2.2%	

分析には Mann-Whitney の U 検定を用いた。\*p < .05 \*\*p < .01 支援多 n=11 支援少 n=99

～8. 制度要因」(3～8番の設問の得点を合算)をあげた回答が多かった(図1、2)。

支援を進める上での制度上の阻害要因やその改善のために必要な対策についての自由記述に

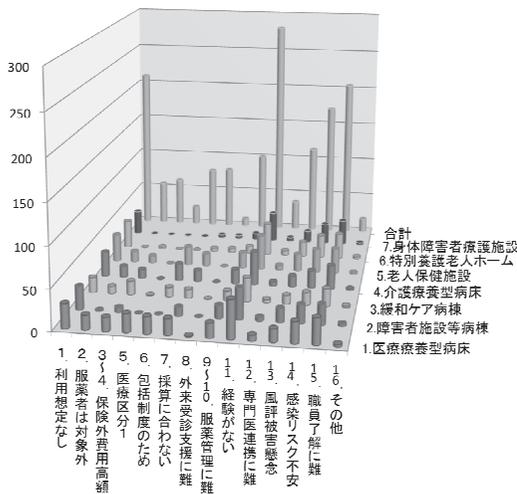


図1 制度利用を困難にしている要因(入院・入所)(n=48)

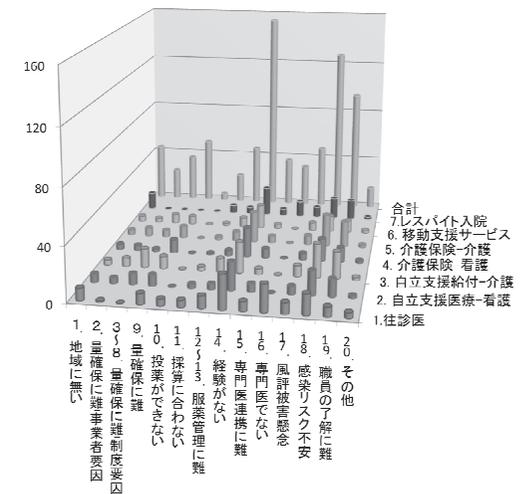


図2 制度利用を困難にしている要因(在宅療養)(n=48)

は、不安を解消し正確な理解や受け入れを進める教育・研修、エイズ治療拠点病院との連携の確保のほか、医療療養型病床における医療区分を1から2へ改定、障害者施設等病棟および緩和ケア病棟の増設や受け入れ疾患・障害の拡大など多岐にわたる制度上の課題が指摘された。

## 6) 生活保護受給者およびボーダーライン層の制度利用

要介護状態にある HIV 陽性者の支援経験が過去3年間にあるとした回答者 (n = 48) に、同状態にある HIV 陽性者の生活保護に関する課題として、「生活保護非受給者に比べ生活保護受給者が各制度を利用しにくい」かどうかについて4件法でたずね、1都3県（東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県）とその他地域での差異を検討したところ、全ての入院・入所施設において、1都3県の方が、その他地域よりも有意に利用しにくいと回答していた。中でも医療療養型病床、障害者施設等病棟、介護療養型病床および老人保健施設は、1都3県では利用しにくいとの回答（「とてもそう思う」と「まあ

そう思う」の合計）が9割以上にのぼった（表6）。

制度上の阻害要因に関わる自由記述においては、生活保護を受給していることは一つのメリットとする回答があった一方で、入所系は保険外の私費負担が大きい、家族の協力が得られない場合にはオムツ費用の支払い等の問題で受け入れ側にも迷惑がかかる等、特に入院・入所に関わる制度利用において、その利用が阻害されているとの回答があった。在宅療養に関わる制度利用においても、訪問看護サービスの利用を医師の指示があっても福祉事務所が認めなかった等の回答があった。また、困難を経験した内容については、療養型病床の医療機関から入院受け入れはしないと拒否された、生活保護担当者が病状を理解されず働けるはずと強制するケースがある等の回答があった。改善のために必要な対策としては、高額な保険外費用やベッド数の制限の改善が必要だが各病院が決めており変えていくことはとても困難、行政にアプローチしないと対応のしようがない等の回答があった。

次にボーダーライン層（生活保護基準の1.3

表6 地域による差異：非受給者に比べて生活保護受給者が利用しにくい

		とてもそう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない	p 値
1-1. 医療療養型病床／	1都3県	81.8%	18.2%	0.0%	0.0%	.001**
	その他地域	25.8%	9.7%	29.0%	35.5%	
1-2. 障害者施設等病棟／	1都3県	54.5%	45.5%	0.0%	0.0%	.000***
	その他地域	20.0%	3.3%	33.3%	43.3%	
1-3. 緩和ケア病棟／	1都3県	36.4%	36.4%	27.3%	0.0%	.016*
	その他地域	20.0%	10.0%	33.3%	36.7%	
1-4. 介護療養型病床／	1都3県	81.8%	18.2%	0.0%	0.0%	.003**
	その他地域	34.4%	3.1%	31.3%	31.3%	
1-5. 老人保健施設／	1都3県	54.5%	36.4%	9.1%	0.0%	.033*
	その他地域	32.3%	12.9%	29.0%	25.8%	
1-6. 特別養護老人ホーム／	1都3県	9.1%	54.5%	36.4%	0.0%	.020*
	その他地域	9.7%	16.1%	38.7%	35.5%	
1-7. 身体障害者療護施設／	1都3県	0.0%	45.5%	54.5%	0.0%	.031*
	その他地域	6.7%	10.0%	50.0%	33.3%	

分析には Mann-Whitney の U 検定を用いた。\*p < .05 \*\*p < .01 \*\*\*p < .001

1都3県 n=13 その他地域 n=35

倍程度までの所得層)の制度利用上の阻害要因やその対策、困難を経験した内容に係る自由記述では、入院・入所に関わる制度利用については、保険外費用負担ができて希望にそえないことが殆どで、生活保護受給者と同様に費用負担面から入所先を探さねばならず選択肢がない等の回答があった。在宅療養については、負担を考慮して適切な量のサービスを利用するのが難しい、希望ではない在宅療養が続く場合には虐待につながる可能性も高い等の回答があった。その他、困難を経験した内容については、仕事を辞めずに通院を続けるために綱渡りの予約受診をしているが休むわけにもいかずギリギリの生活を続けている等の回答があった。改善のために必要な対策については、制度の手続き支援を確実に行う、長期療養施設における医療費の制限の改善等の回答があった。

## 7) 支援を困難にしている要因と対策

支援経験の有無にかかわらず、HIV 陽性者の支援を困難にしていると思われる様々な要因

表7 支援を困難にしている要因の5分類(自由記述)

<p>① 制度や運用面の要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手続きの複雑さ/遅滞/対応の不統一</li> <li>・診療・介護報酬の包括制度の弊害</li> <li>・施設や事業者の指定困難/不足/偏在</li> <li>・サービス内容や負担等の地域格差</li> <li>・サービスの支給量や範囲の制限</li> <li>・病状変化に応じた対応が困難</li> <li>・若年層/低所得層/健康保険を持たない外国人の利用困難</li> </ul>	<p>③ 知識・機会・経験に関する要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・援助者や地域住民の知識不足/偏見</li> <li>・知る機会や経験の機会の不足</li> <li>・1例目受け入れの壁</li> </ul> <p>④ フライバシーに関する要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・漏洩不安からの制度利用の躊躇</li> <li>・役場や事業者の知人の存在</li> <li>・行政担当者や窓口の配慮不足</li> <li>・申請代行等の人員確保に難</li> </ul>
<p>② 拠点病院の要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一極集中による病院格差/地域生活からの乖離</li> <li>・専門医や指定医の不在/偏在</li> <li>・入院日数制限や人員不足による患者支援や介入の限界</li> <li>・医療者が制度利用に不慣れ</li> <li>・医療者自身の偏見</li> </ul>	<p>⑤ 患者に関する要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・築いてきた家族関係/生活基盤/ライフスタイルとの摩擦や脆弱性</li> <li>・制度利用の体面の悪さ/自己イメージの低下懸念</li> <li>・経験不足な医療機関の敬遠</li> </ul>

## 4. 考察

### 1) 地域の社会資源・制度に関わる全国的な課題

要介護状態にある HIV 陽性者の制度利用に

およびその改善のための対策等について、自由記述を求めた。

支援を困難にしている要因(表7)は、マクロ・メゾ領域として、①制度や運用面の要因(手続きの煩雑さや遅滞、対応の不統一等)、②拠点病院の要因(一極集中による病院格差、地域生活からの乖離等)、③知識・機会・経験に関する要因(援助者や地域住民の知識不足、偏見等)、④プライバシーに関する要因(漏洩不安からの制度利用の躊躇等)、ミクロ領域として、⑤患者に関する要因(築いてきた家族関係、生活基盤、ライフスタイルとの摩擦や脆弱性等)の5つに分類された。一方で改善のための対策(表8)については、「ソーシャルワーカー自身の知識・技量不足や経験不足」を認識した上で、「支援のためのノウハウの蓄積・共有」、「個別援助の充実」、「疾患理解と地域特性に基づく対応」を進め、「権利としてのサービス利用の保障」のために、「ソーシャルアクションを含む制度の改善・活用と資源開拓」の取り組みが必要との回答を得た。

表8 改善のための対策(自由記述)

<p>&lt;ソーシャルワーカー自身の知識・技量不足や経験不足&gt;</p> <p>我々の勉強不足、技量不足も原因となって介入ができていない/横断状態/問題を一般化していくまでに至っていない/支援経験者が当院にはいない</p> <p>→支援のためのノウハウの蓄積・共有</p> <p>患者数が少ないためノウハウ等の蓄積が難しいが様々な状況を想定しておく必要がある/社会資源や制度について研修を受けたい</p> <p>→個別援助の充実</p> <p>小規模でも関わりの濃い意識統一したチームで関わっていくことが本人の安心感等につながる/院内だけに終始せず院外での支援もできる体制が必要</p> <p>→疾患理解と地域特性に基づく対応</p> <p>慢性疾患としての長期療養に関する問題意識が醸成されていない/当地域では話題にすることも少ない/地域全体の理解や経験がまだまだ足りない</p> <p>&lt;権利としてのサービス利用の保障&gt;</p> <p>MSWが中心となり患者さんの権利としてサービス利用を保障していくことが大切/HIVを当たり前に受け入れるような世の中にしていかなければいけない</p> <p>→ソーシャルアクションを含む制度の改善・活用、資源開拓</p> <p>負の知遇を改善するものもMSWの仕事/制度的なバックアップがなければ現状は変わらない/拒否されても情報提供を続けていく/ケースに介入していく中で周囲に伝えていく/関係機関等との連携を積み重ねていくことが大切</p>
--

については、入院・入所、在宅療養ともに希望の制度の種類は多岐に亘っていた。しかしながら入院・入所施設は、「利用希望」に対して「利用にいたらなかった経験」が「利用した経験」を大きく上回っている現状が明らかになった。

こうした実態の背景には、「経験がない」、「感染不安リスク」、「職員の理解に難」、「風評被害懸念」のみならず、高額な保険外費用の負担、医療区分や包括制度によって採算が合わない現状といった制度上の要因が指摘された。また「利用想定なし」という回答の背景には、HIV陽性者にとって必要な継続性のある専門的医療が、難病患者らと同様に療養病床や老人保健施設等において制度システム上保障されていないという課題が大きいと思われた。先述のように医療療養病床では、抗HIV薬が診療報酬上定額制の外付けになったが、実際には、薬の管理が難しく、またADLをチェックしなければならないなど、病棟にとって厳しい条件が課されることから、HIV感染症に対する治療継続はしないという方針を取ることが多くなると考えられる。

近年の医療制度改革における病院機能分化と在院日数短縮化を中心とした医療状況（伊藤2006：81）は、特に都市部において病院にとって断りやすい状況を生み出し、守備範囲を狭めていることが予測できる。現状では、要介護状態にあるHIV陽性者の入院そのものがエイズ治療拠点病院においても敬遠される可能性を否定できない。

また入院・入所施設の待機期間については、HIV感染症に特化しない課題が浮き彫りにされたが、HIV特有の課題が加味されるならば、さらに利用が困難になる可能性がある。

こうした状況を改善するには、HIVを含めて投薬や検査など医療密度の高い患者の受け入れについて、診療報酬上の加算をつける、特定の枠を設けるなどにより制度全体の中に適切に組み込んでいくことが求められる。

一方、在宅療養制度では、「風評被害懸念」を上回る要因として、必要な回数や時間帯が確保できないなど「量確保に難」が挙げられ、事業者側の要因よりも制度的な要因を指摘した回答が多かった。

他方で、支援「経験あり」群のソーシャルワーカーが、「経験なし」群に比べ、多くの項目で

他の疾患と比べて有意に制度利用がしにくいと認識し、また支援「件数多」群は、「件数少」群に比べ今後制度利用希望が増加すると認識していたということは、今後の課題解決のための取り組みの必要性、重要性を示唆する結果といえる。

入院・入所、在宅療養のいずれにおいても、受入先の感染不安解消や理解の促進を促す取り組みは重要な課題であるが、一方で医療やケアを支える制度上の課題の解決が必要であることが強く示唆された。

## 2) 制度利用における地域格差

リネン代やオムツ代等、保険制度や自立支援給付の自己負担外の一般的な経費の結果からは、医療療養病床において抗HIV薬の定額外算定など制度上の改善がされても、特にHIV陽性者が多いとされる地域において、保険枠外の高額な経費が制度利用を困難にする大きな要因となっていることが示された。実際に関東近辺では受け入れ実績がほとんどない状態であることが、本調査を受けて行われたソーシャルワーカーによるディスカッションにおいても示されたところである。

さらにこうした経費は、生活保護受給者の制度利用にも大きく影響し、全ての入院・入所に関わる制度利用で、地域格差が顕著であった。高額な一般経費の負担ができないために制度利用ができない、一般経費の家族負担が生活保護制度の枠外で事実上認められている実態も自由回答に示されていた。法制度上の規定枠を外れた運用がなされているこうしたケースは家族の支払いがストップすると居場所を失う結果となる。制度に違反した運用の上に、憲法に保障された生存権をも脅かしかねない実態に対して早急な対策が求められる。

また所得のボーダーライン層の制度利用においても、生活保護受給者と同様に、入院・入所施設の費用負担は大きな阻害要因となっており、在宅療養に際しては費用負担が適切な量のサービス利用を阻害する要因となっていた。中には

治療の継続をも危惧する自由記載があるなど、生活保護受給者よりもさらに厳しい状況に置かれている姿が浮き彫りとなった。

今後は、生活保護制度の運用面における課題の改善、生活保護患者枠の設定などと併せて、生活保護法自体の抜本的な見直しを行うなど長期的な見直しを持った対策が求められる。

### 3) 課題の改善のために必要なソーシャルワークとしての課題

支援を困難にしている要因およびその改善のためにソーシャルワーカーとして必要な対策を自由記述で聞いた結果については、その構造を図3のように整理した。ソーシャルワーカーとして、実際にはまずマイクロ領域において疾患理解と地域特性に基づく患者・家族への個別援助の質の保障が基本となる。支援を困難にしているマクロ・メゾ領域の要因については、制度の改善・活用、資源開拓のための知識・成果の共有・構築を基に、ソーシャルアクションを含む制度の改善・活用、資源開拓を行う必要がある。そしてその基底には、クライアントの権利としてのサービス利用を保障していくために、ソーシャルワークの価値としてのアドボカシーの視点が重要である。本調査の自由記載の内容において、別途報告書を作成するほどの多くの意見が寄せられたことは、そうしたソーシャルワーカーの意思を感じさせるものであった。

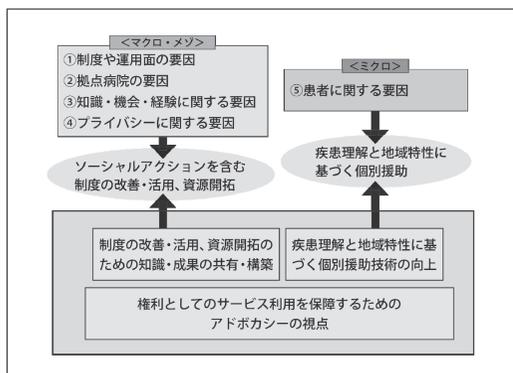


図3 ソーシャルワーカーによる状況改善のための対策

## 5. 結論と課題

全国のエイズ治療拠点病院のソーシャルワーカーを対象に、要介護状態にある HIV 陽性者を支える入院・入所ならびに在宅療養に関する制度の利用状況、利用を困難にしている要因について、実態調査を行った。

エイズ治療拠点病院の多くは一般病院であり、医療制度改革を背景に急性期病院のみでは、患者の希望や QOL に沿った支援は実現できない。ソーシャルワーカーは、生活の主体者としての患者の立場から、必要な医療とケアを保障することがその任務である。そのためには、的確な個別援助技術を基底としながら、環境要因としての制度、施策上の課題の解決が不可避であり、その対象となる実態を明らかにすることが出来た。その結果の中には HIV 感染症に限定されない実態も多く示された。

今後は、クライアントへの援助技術の向上に加えて、経験の中で得た知恵や研究成果を共有し、制度上の課題解決を目指して、アドボカシーの視点に基づき、有効に社会へ働きかけるための技術の習得とその実践が重要となる。

なお、本調査の限界としては、全てのエイズ治療拠点病院にソーシャルワーカーが配置されていないこと、回収率が3割程度に止まったことなどにより、実態の全貌を必ずしも把握できていない可能性があること、また人口構造や地理的条件等、医療保健計画など地域特性との関係については考察することが出来なかったことが挙げられる。また、分析に際して、待機期間や経費等実数として得るべきデータの一部が十分に得られず、カテゴリーデータとして集計、分析を行ったことが結果に影響している可能性がある。今後は、設定したカテゴリーの妥当性も含め、さらに精緻化したデザインを採用する必要がある。

## 謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協

力いただいたソーシャルワーカーの方々に、深く感謝申し上げます。なお、本研究は、平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」（主任研究者：白阪琢磨）の一部である。

## 引用文献

HIV 感染症治療研究会（2010）『HIV 感染症「治療の手引き」第14版』。  
 伊藤正子（2006）「医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題」『現代福祉研究』6，81-101。  
 木村哲（2005）『HIV 感染症の医療体制の整備

に関する研究』厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究 平成16年度統括・分担研究報告書，3-17。

小西加保留・石川雅子・菊池恵美子・ほか（2007）「HIV 感染症による長期療養者とその受け入れ体制に関する研究」『日本エイズ学会誌』9，167-72。  
 榎原健・吉野宗宏・白阪琢磨（2007）「抗 HIV 薬の副作用」『日本エイズ学会誌』9，191-6。  
 東京 HIV 訴訟原告団・大阪 HIV 訴訟原告団（2006）『平成17年度 HIV 医療体制に関する統一要求書』。

## **Current situations and challenges to social welfare system relating home based / care work facility based care for PWHAS who need care work assistance**

Shigenori Shimizu, Shizue Iwai, Kahoru Konishi

Higashi Nippon International University, School of Social Services and Human Environment  
 Ishizue Foundation (Center for The Welfare of Thalidomides)  
 Kwansai Gakuin University, School of Human Welfare Studies

For the purpose of identifying current situations and challenges of community-based care for people living with HIV/AIDS (PWHAS), a study was conducted on medical social workers working at the core hospitals for HIV/AIDS medical treatment in Japan. Findings showed regional disparities as well as the hospitals' "lack of prior experience" introducing home-based care and residential facility-based care to PWHAS and "fear of infection" hindered access to home-based care and residential facility-based care by PWHAS. Moreover, findings suggested that services including the public welfare program require restructuring to establish an appropriate fee system as well as respond to PWHAS' needs properly. Implications for social work include the need for protecting clients' rights to utilize appropriate care services and to get involved in social action for advocating clients' needs to social services system at large. Social workers need to master and engage in problem-solving at the systems and policy levels from a patient-centered approach.

## 編集後記

ゴールデンウィークも終わり、さわやかな若葉の季節となりました。本来本号第20巻2011年度の機関誌の発行は3月に行う予定でしたが、時期が遅れ、会員の皆様にはお詫び申し上げます。この遅延の原因は、編集委員会において今回より査読体制の強化を目的に、査読委員の委嘱を拡大実施し、学会員による2名査読体制を整備したことによります。現在学会員より40名の査読協力の受諾をいただいております。ご協力を感謝いたします。今後ともよろしく申し上げます。

その結果投稿論文の再査読、再々査読が増え、投稿者の皆様には修正についてご苦労をおかけすることになりました。しかし論文の完成度はより上がっていると確信しています。学問上のエビデンスを担保する意味でのレフェリングですので、今回の体制整備によって、本機関誌はその社会的責任をさらに積極的に果たすものと考えております。

本号では4件の論文掲載となりましたが、現在査読作業中の論文がさらに数件あり、次号ではさらに多くの論文数を掲載できる体制に入ってきました。研究論文は量から質の課題に移行しつつあります。今後とも学会員の皆様の積極的な投稿をお待ちしております。また投稿については論文以外に、事例報告や調査報告などの種類をもうけております。これらもご考慮頂き、多様な意欲的なご投稿をお願い申し上げます。

また本号では2011年度第21回学会大会の「実践知の共有化」をテーマに、岡田朋子先生の基調講演の他、「実践知の集積と共有化」について、シンポジストの先生方にシンポジウムでの質疑やコメントを受け原稿をリライトしていただく形で、掲載させていただいております。このことは学会活動の発展を記録として残し、次の課題を明確にすることに寄与できると考えています。

今後とも現代の保健医療領域の社会的諸問題を掘り出し、また解決すべく、ソーシャルワーク実践の科学化に貢献する活動を行ってまいりたいと思います。学会員の皆様の本誌の編集や完成具合などへの忌憚りの無いご批判とご教授を聞かせていただきたく、よろしくようお願い申し上げます。

編集委員長 田中千枝子

編集委員 小西加保留

編集委員 浅野 正嗣

## 「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

「医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という投稿枠を設けています。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、医療社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずですが、またそうした実態や実践にもとづいた社会福祉調査も行われているはずですが、また、今後の医療・介護制度改革によって、実践上の課題や活動の枠組みに変化が生じることも予想されます。医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人びとの直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立って、医療社会福祉を発展させるために、実践現場の方々からの積極的な投稿を期待します。

### 「実践報告」「調査報告」

**目的：**主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったりそうした実践に伴って、社会福祉調査を行ったりすることで、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

**内容：**医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるようなもので、量的質的な実践および調査報告であればどのようなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。

- ・従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報
- ・制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について
- ・実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について
- ・技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について

**構成：**構成および形式については、以下の「研究論文」に準じることが望ましいと思われませんが、内容により柔軟に適用したいと考えていますので、投稿時にご相談下さい。

### 「研究論文」

**内容：**医療社会福祉に関する何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。

**構成：**研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

- I. 緒言（序論、はじめに） 研究の背景・意義、研究目的、研究課題
- II. 研究方法（調査方法） 研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出处等
- III. 研究結果（調査結果） 研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する）
- IV. 考察（考案、討論） 研究結果の評価、解釈、予想される異論に関する討論等
- V. 結語（結論、おわりに） 結論、今後に残された研究課題

注、文献、付記など

（事例的研究ではⅢとⅣを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

June 2012

# JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 20

---

Keynote Speech

A Study on the Structure of Support Difficulties ..... Tomoko Okada

Symposium

Finishing a Symposium

“Accumulating and Sharing Knowledge of Practices” ..... Ryoko Hiratsuka

Toward the integration of research into clinical practice

..... Kazumasa Matsuzawa

The relationship between social workers and people with mental illness  
in mental health in Japan ..... Kyoko Otani

The phronesis is visualized, theorised, and shared

through the surveillance study ..... Gaku Takizawa

Articles

Development of Health-Medical-Welfare Comprehensive Assessment Tool  
for the Homeless: Discussion of Reliability and Validity of Modified  
Japanese Version of CCH Consumer Outcome Scales Applied to Big Issue  
Vendors in Osaka ..... Namiko Chinen

A study on peer support in cancer patients' groups

— focused on reconstruction of cognition — ..... Shigehiro Ohmatsu

Social Support Network for isolated clients in their terminal stage

.....Yoshiko Nagami

Current situations and challenges to social welfare system relating home  
based / care work facility based care for PWHAS who need care work  
assistance ..... Shigenori Shimizu, Shizue Iwai, Kahoru Konishi

---

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)

## 医療社会福祉研究 第20巻

発行日 2012年6月20日

編集 日本医療社会福祉学会・編集委員会

発行 日本医療社会福祉学会（事務局）

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル2F

（社）日本医療社会事業協会事務局内

TEL：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

郵便振替口座：00200-0-72951

E-mail：jsswh-post@jaswhs.or.jp

発行責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 田中千枝子（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社