

医療社会福祉研究

第26巻

基調講演

人の多様性を支える脳の働き

—脳はネットワークで学び創造する—

虫明 元

シンポジウム

社会に還流する脳科学、そしてソーシャルワーカーの工夫

大熊由紀子・田村里子・平野朋美・横田千代子・虫明 元

論文

医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助実践の対象

鈴木裕介

精神科ソーシャルワークの「ソーシャルワーク回帰」過程

—専門職性における医療ソーシャルワークとの対比—

大西次郎

「保健室登校」から「学校図書館」へ

—通信制高校における不登校生徒への登校のきっかけに関する基礎研究—

牧野まゆみ

2018年3月

日本医療社会福祉学会

目 次

基調講演

- 人の多様性を支える脳の働き
—脳はネットワークで学び創造する— 虫明 元 1

シンポジウム

- 社会に還流する脳科学、そしてソーシャルワーカーの工夫
大熊由紀子・田村里子・平野朋美・横田千代子・虫明 元 23

論文

- 医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助実践の対象 鈴木裕介 55
- 精神科ソーシャルワークの「ソーシャルワーク回帰」過程
—専門職性における医療ソーシャルワークとの対比— 大西次郎 69
- 「保健室登校」から「学校図書館」へ
—通信制高校における不登校生徒への登校のきっかけに関する基礎研究—
牧野まゆみ 85

[基調講演]

人の多様性を支える脳の働き 一脳はネットワークで学び創造する

虫 明 元*

皆さん、こんにちは。私、東北大学医学部の虫明と申します。本日はこのような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。会長の岡本先生、そして何回か仙台にも足を運んでいただいて打ち合わせとかをさせていただいた相原先生、本当にありがとうございます。私、医学部で脳の研究、そして医学教育ということで生理学を教えています。本日のタイトル『人の多様性を支える脳の働き一脳はネットワークで学び創造する』ですが、キーワードは、多様性、脳、ネットワーク、そしてなによりも創造、この言葉がとても大事な事だと思っています。またネットワークというときに、ここでは脳のネットワークと同時に人のネットワークのことを考えています。

話は大きく三つに分かれています。最初に多様性についてお話します。私の大学での経験から、特に性格の多様性のお話をさせていただきます。そして、次に性格の多様性の背景にある脳の仕組みを新しい知見も含めてお話をしていきたいと思っています。そして最後に、多様性のある社会から創造性につながるお話という順で話をさせていただければと思います。

【I-1 性格の多様性】

まず、人の多様性を考えるときに、基本的に、人という存在は、生物的背景があつて、身体、

そして心理、さらに社会的な存在、というように大きな階層の違うものを統合して人を捉えていくことが大事だと思われまふ。多様性というのは、その階層の中で性質の違うものが数多く存在することです。そもそも多様性がなぜ大事なのでしょうか。それは、その生物界を通して、多様性を失っていくと、そういう生物は滅びていくという事実があります。環境の大きな変化に耐えるためには、多様性というのが非常に大切です。生き物の群の適用性というのは、その群の持つ多様性によって違ってくる。多様な感受性があり、多様な視点でものを見たり反応をしたりする。このような多様性が、その種の存続に非常に大切です。その点で特に人は生物界の中で極めて大きな多様性があります。それがゆえに非常に多くの事をこれまで成し遂げてこられたとも言えます。

しかし一方で今の時代の流れを考えると、危機的状況です。少し話は大きくなってしましますが、地球の直面する問題で、いわゆるプラネタリーバウンダリーとよばれる環境問題で、もうこれ以上行ったら人間が滅びるというような時代であります。またグローバル・チャレンジといって、人間が直面するさまざまな地球規模の課題が、身の周りにあると思います。何かしら時代の感じとしては、私たちは限界状況に近づいてきてる、何かが変わらなくてはいけない時代状況だと思っています。それだけに多様性とい

*Hajime Mushiake : 東北大学大学院医学系研究科生体システム生理学教授

うことが大切だと思います。

まず性格多様性、パーソナリティーというところから話を始めていきたいと思います。パーソナリティーは個人を特徴付ける特性の集まりで、オールポートという心理学者の話であれば、人間の特徴的な行動や考え方を決定する力動的な組織だと定義しています。連続性、安定性、一貫性があって、多様性に出現してきて、ある程度組織化されています。パーソナリティーという考え方の中には、タイプとして考えるものと、特性として考えるやり方があります。タイプ、いわゆる類型として考えるものは、例えば歴史的に言えば、循環気質、分裂質、粘着気質の3種類に分かれるという考え方があります。一方で、性格を特性として考える時、幾つかの特性が様々な程度で集まって、性格を表します。科学的な根拠もない性格分類は多数あります。例えば血液型によるA型、「あの人A型だから…だね」とか、「あの方はB型だから…ね」などと良く言われます。さらには動物で分ける性格タイプでは、ネコ型、イヌ型、タヌキ型など、さらに言うと、肉食系、草食系、ロールキャベツ系、アスパラベーコン系というような、妙な分類も提案されています。しかし、そういうわずか4種類、5種類で分けられるかという考え方が、この類型のパターンの性格の捉え方です。でもそんな簡単に分けられるはずもない。やはり、その性格特性というのは連続的ないろんな集まりだろうと思います。これに対して、性格特性で捉えるもので、よく知られているものが、パーソナリティーのビッグファイブ、主要5因子特性説、これは情動性、外向性、そして開放性、協調性と誠実性ということで、それぞれをスケール化することで捉えることができるという考え方です。そうすると一つ一つの特性がスケール化されているので、一つの特性が仮に5段階あったとしても、5つの特性があるので5×5×5×5×5の5の5乗分のいろんな特性の違う人を分けられることになります。そうすると、先ほど言った三つとか四つという類型の性格ものとは全然違う多様性を表現しているという話に

なります。

主要5因子性格特性の特性を一つ一つみてみましょう。外向性、これは外に向かう特性、このスケールが高いということは、探索的で新しい環境を求めてどんどん外に向かうということ。それに対して、それが小さいということは内向性、物静かで内向き志向。情動性、これは少し注意が必要な言葉ですが、欧米では逆の言い方、すなわち Neuroticism、神経症傾向とよび、これが高いと不安になるし、そうでないと情緒安定。そして conscientious というのは誠実性とか統制性で、高いと規則などを遵守する傾向が高く、低いと不注意だったり、よく言うと融通性があると言われることもあります。あと調和性ですが、高いとこれは人と合わせていく能力が高い、低いとは独立性が高い。そして開放性。これは高いと新しい経験を受け入れ、想像の世界、イメージーションの世界に行く傾向が高く、逆に低いと極めて現実的な判断をする傾向があります。このように5つの特性にそれぞれ多数の捉え方があります。

こういうスケールを見ると、どれがいい特性かとか、どの特性が高いといいのかって話になりますけども、実際にはそんなことはなくて、情緒性が確かに高いという安定しているけども、安定し過ぎるとは裏を返すと、どんな危険を恐れないということで、良いとばかりは言えない。外向性も同様ですけども、積極的に外に探し求めていくというのはいいけども、リスクテイク、すなわち危険を好む行動志向が高く、これまた良いとばかりは言えない。調和性、他者と合わせていくってというのは、とてもいいことのように思うんですけども、他人本位になってしまう。誠実性も、うんと高ければ几帳面、でも別の言い方をすると融通が利かない。開放性、新しいことを創造していく、しかし場合によっては現実無視の無思想家になってしまう。じゃ、低いほうはどうかというと、情緒性が低い、すぐ不安なことに陥ってしまう。外向性が低いと外に出て行かないから、いろんな機会を見逃してしまう。調和性が低いということは独

立心、だけど他人と衝突しやすい。誠実性、融通性はあるけども、非規則を無視すると。開放性は現実的な対応だけど、結局、因習的で捕らわれてしまう。すなわち、どの特性も長所と短所が合わさっていて、どれがいいということはないんですね。ただし、こういう特性を持った人たちが大勢いることが、結果としては非常に、その集団の適応性を高くする。これ以外にも性格特性は他にもあって、ハイリー・センシティブ・パーソン、これはエレイン・アロンという人が提案したものです。あともう一つ、共感化指数、システム化指数というような指数もあります。

例えば、ハイリー・センシティブ・パーソンというのは、生得的に非常に感覚の感受性が鋭くて、鋭いという言い方は、いい言い方なんですけど、過敏性があって、ちょっとでも物音が大きいと、もうそれに圧倒されてしまい、そして最適な刺激の量というのは非常に小さい。したがって、そういうものを回避するような傾向で内向的になります。また、いろんな仕事を同時にやっていくことが苦手である特徴があります。5分の1くらいの男女関係なく占めるということなんで、恐らくこの場所にでも、このグループに属する人たちが大勢いると思います。

また、もう一つ共感化指数、システム化指数。これはバロン・コーエンという人が自閉症の研究の中で出てきた特性なんですけども、共感化指数というのは、対人関係で人の心を読んだり、感情読んだりするのが得意かどうか、それをスケール化する。もう一つはシステム化指数といって、対物志向の高い特性の人は、例えばメカを考えたり、数学が得意であったり、こういう傾向が高い。こういうものをシステム化指数というふうに呼んで、性格特性を分けています。要するに共感化指数というのは、人間を捉えるのが得意。システム化指数は事物と捉えるのが得意という性格特性です。考えてみると、日本的に言うと、システム化指数と共感化指数は、理系と文系みたいな特性でしょうか。面白いのは、この二つの特性を多くの人々で調べてみると、

両者は反比例する傾向があります。つまりシステム化傾向の高い性格特性の人は共感化指数が一般的に低い。そして共感化指数が高い人はシステム化指数が低いということなんです。つまりメカとかが得意な人は、人の心を読むのが不得意だし、逆に人の心を読んだりするのは、そういうのはメカとかにはちょっと弱いという傾向がある。

共感化指数の高い方から低い方、そしてシステム化指数の低い方から高い方に、順番に女性、男性、そして自閉症の分布がグラフで読み取れます。バロン・コーエンの研究はもともと自閉症に関心があるため、この調査から彼らは自閉症というのは、男性が非常に極端な形で現れたものなんだろうというようなことを話して、非常に議論になりました。でも、よく彼らの調査の分布を見て分かることは、こうやって平均値を比較してみると差がありそうですが、実は、男性、女性、自閉症の分布は大きな重複があることに気が付きます。全体的に見ると、これはただ正規分布を成している大きなものに対して、右のほうは、これは自閉症傾向が高いとか、逆に左のほうの分布に関しては女性が多いとか、真ん中に男性がいるというようなことは言ってるけど、じゃ、ひとりの人を選んで、あなたのシステム化指数と共感化指数で、性別や自閉症だと断定できるかと言えば、そのようなことは何も言えない。だから、膨大な集団データで見ると、平均値から、あたかもそういう三つのタイプが分かれているように見えるけど、こういう統計の多くは、その差があることを強調するあまり、白と黒のように差があると結論してしまう。結果として、もともとある連続的な多様性を不連続なタイプとみなしてしまう事が問題になる。

先ほどの主要5因子性格特性も同じことです。主要5因子も見ると、全部ほぼ正規分布を成しています。別に外向性が強い人がいるとか、内向性という人がいるわけではなくて連続分布を示しています。人は多様な特性を、幾つかのステレオタイプに分ける傾向があり、これは一種

の認知バイアスのようなものです。

【I-2 性格の多様性と偏見】

性格特性のオールポートが偏見に関して興味深い研究をしています。彼は性格特性が多様だと話している一方で、人を判断するときの偏見の存在というのを極めて早い時期から認識し、指摘していました。オールポートは、人というものとは他人を判断するのに、明確な答えがほしいと思っていると考えました。そのためにステレオタイプと呼ばれる、ある種の偏見を形成している。いろんな多様な人間がいるとは思っていても、その多様性に本当にお付き合いするのは大変なので、できればこの人A型人間とか、この人B型人間という、すごく理解しやすいです。つまり早く明確な解答を好み、一貫性、秩序、予測可能性を求めて偏見、つまりステレオタイプな判断を生み出す。この人はB型だから、きっとこういうことをするに違いない、ということになります。

オールポートは、これを人の一般的な認知スタイルとして普遍であるというふうに考えました。これは変えられない、生まれながらの特性と考えたので、ある意味偏見に対して悲観的な見方です。つまり、人間というのは、元来そういうふうに人を捉えるものであるとみなしています。でも一方で少し最近のウェブスターの研究になると、オールポートのような偏見をもつ傾向はあるけれども、それは状況次第であると考えます。例えば権威者によって、こういうふうに分類されると言われてると、権威に従って服従的な態度を取り、さらに偏見を持つ傾向が強まっていく状況があります。また人間の本質は基本的に変わらないものであるという本質主義という根本的な信念をもってしまふ。このような本質主義を持つと、これ自体が認知バイアスで、人の特性を一度判断したら不変、ステレオタイプ、偏見を固定化する言い訳に使われます。人の性格も含めて、多くの特性は変えられるものだけど、人は単純化し、即決することを好む

傾向があります。しかし、このような偏見を条件付きで解消することも可能であることが研究で示唆されています。多くの場合は、実際を知らずに判断だけが独り歩きをしているので、実際にその人たちに会って、よく実態を知ることができれば良いのではという処方箋をあげています。

社会では、ステレオタイプは基本的にとっても様々なところに存在しています。例えば、主要5因子性格特性によれば、人はいろんな種類の特性の集まりと考えられるのですが、実際に人を判断する時に、そんなに複雑に考えて、「あの人、外向性指数が高くて、そしてちょっと情緒性が低くて、だからこんな風を感じているかな」とは考えません。もっと単純化するでしょう。

それでは、人はどのように他人を単純化してステレオタイプを形成するのでしょうか？ステレオタイプ・コンテンツ・モデルという、社会心理学のモデルがあります。このモデルでは、人を能力と人柄という2次元で捉えると考えています。一般的に言うと、自分と同じグループの人は能力が高く人柄もよく、それに対して自分の属してないグループの人に対しては、能力が少し落ちていて、温かさもない。要するにそういう自分のグループに対して、非常に高い評価をするバイアスがかかる傾向があります。

ステレオタイプの形成に関してはもう一つ別な視点から捉えた研究があります。すなわち対象かどの程度物体とかメカとして捉えられるか、人間性—物体性という軸。そして人間固有性が動物性という軸。動物性になるっていうことは、人間の固有なものを失って動物に近づくことですし、人間性、ヒューマンネイチャーというものに対して、物体性、オブジェクティブイケーション、というのは機械的な存在とみなす軸です。これは必ずしも物体、物質というわけじゃなくて、科学的な思考をする人なども、物体性に近いと判断されています。例えば今の時代であれば人工知能、実態は機械ですが、そこには人間という感じはないかもしれない。子どもっ

ていうのは、機械性からは非常に遠いけども、人間固有性から遠くて、動物に近いというようなこととか、医師とかビジネスマン、こういう人は非常に動物性からは遠いけども、やや機械的で人間性は低いんじゃないかとかと見なされているようです。精神疾患、ホームレス等のグループに対しては、ある種の見方でカテゴリー化してしまう、それによってステレオタイプが形成されていく。

このようなことから、最初の自分の話の部分なんですけども、主要5因子にしても、他のハイリー・センシティブ・パーソンでもいいんですけども、いろいろ多様です。けれども、いったんそれが実社会になってみると、人間の判断はそういう相手のしめす多様性をちゃんと捉えることは難しい。むしろ偏見、カテゴリー、ステレオタイプにして、このグループの人たちはこんなもんだという形で認識する傾向が高い。結果として実際の実社会では、多様性というのは、あんまり表になって出てこない。むしろあるのはステレオタイプな、あるグループ群なんです。だから自閉症と言った段階で、自閉症の多様なグループの人たちは、一つのカテゴリーになってしまう。そうやって一人ひとりの多様性を失ってカテゴリーとしての存在になっていく。でも、多様性というのは実際にありますし、白黒のような境界をはっきりさせるのは困難です。

【Ⅱ-1 多様性の背景にある脳の仕組み】

これから次のトピックである「多様性の背景にある脳の仕組み」に関する話に行きたいと思います。多様性の背景にある脳の仕組みということで、少しこれから専門用語が出てきて、ちょっと理解するのに大変かもしれないですけど、お付き合いください。

まず脳科学で最近分かってきた一つの大きな事は、寝ている時に脳は休んでいるのではなく、実は脳は起きてるとき以上に活発に活動していることです。そして睡眠中の脳活動は、記憶の

固定、そしてさまざまな脳の中にある回路の調整維持に関わり、睡眠には非常に重要な働きがあるということは分かっています。似たような問いとしては、自分たちは日中何か仕事をしているときに脳が活発に活動しているけど、仕事をやめると脳は休んでいるのか？という疑問です。睡眠同様に、実は脳はぼんやりしている時に休んでいない事が分かってきました。

昼間、何かの課題に取り組んでいたり、皆こう人の話を聞いてたりするときは、脳が活動してるけど、では、ぼんやりとして休んでいるときに、脳はどうなっているのでしょうか。実は、脳にはぼんやりと休んでるときに、活発に活動する場所があると分かってきたのです。それが、大脳皮質の内側にあるデフォルトモードネットワークというネットワークです。ここの場所は不思議なことに計算をしたり、文章を書いたり、いろんな課題をやっているときには休んでしまいます。でも、いったんその仕事をやめて、ぼんやりすると、このデフォルトモードネットワークは活性化して活発に活動します。実は一日の脳の活動の半分以上は、デフォルトモードネットワークの活動です。でも自分たちは、ここ意識してない。だから、非常によく分からないけど、なんかすごく消費している。どこかで聞いたことがあるかもしれないんですけども、人間の脳というのは非常に多くのエネルギーを消費しています。体の中で、わずか2パーセントくらいしか重さはないんだけど、20パーセント程度の代謝を全部この脳が消費しています。それでいて脳は自分のメンテナンスができません。脳は体によって養われている。そしてそのエネルギーはデフォルトモードが実は非常に重要な働きをしているのです。

安静時の脳の活動を調べると、デフォルトモードネットワーク以外にも、いろんな脳の場所がネットワークとして働いていることが分かってきました。執行系ネットワーク、気づきのネットワーク、感覚運動ネットワーク、皮質下ネットワーク、こういうネットワークに分類されてきました。解剖的名称より、その働きからまと

めると、身体脳、記憶脳、認知脳、そして社会脳です。この一番最後に社会脳っていうところが、きょうの最後の話に出てくるデフォルトモードネットワークの一つの重要な働きになってきます。でも最初まず、この脳の主なネットワークの働きをまず全体としてカバーして、話をしたいと思います。

【Ⅱ-2 身体脳

ー感覚運動による他者との関わり

まず身体脳ですが、ここは感覚と運動を結び付けるところです。感覚運動ネットワークが主で、視覚や聴覚や体性感覚野と運動野が含まれています。また次の気づきのネットワークですが、英語ではサリエンスネットワークというところで、脳の場所としては陰に隠れた所で分かりにくいんです。これらの気づきのネットワークは内臓からの感覚と外部のいろんな情報をその感覚として受け入れています。身体内外の様々な情報の中で、何かに気付くときに活動してくる場所です。感覚運動系も気づきのネットワークもいろいろな働きがあるんですけども、一つの大きな機能はコミュニケーションにとってとても大事な働きをする領域になっている事です。感覚運動系は感覚、特に遠隔の視覚、聴覚等ということで関わるし、身体を使ったもの、ノンバーバルなものを使ったコミュニケーションに関わります。気づきのネットワークは自分の体の状態をセンスしながら、体は場合によっては一番最初に何か情動的な変化を察知する場所なんです、それに対する働きがあります。

さてこれから無表情に対する子供の反応を観察した実験記録のビデオを見てもらおうと思います。これは赤ん坊と母親の映像です。左のカメラと右のカメラに、それぞれ母親と赤ん坊の映像が見えてきます。二人は何か言葉はまだしゃべっていないですけど、お互いに見つめ合ったり、そして指を指したり、共同注視というんですけど、一緒に何か関心のある点をこう見たりします。非常に活発なやり取りがあり、お互い

に相手の表情や動作を真似て、いわゆるミラーリングという現象が認められます。赤ん坊の表情が表情が変化すると、それあわせて母親の表情が変化します。次はお母さんの表情が変化するとそれに対して赤ん坊の表情が同じように変化します。

ところが一旦、お母さんが振り向いた後は無表情になります。これ以降は、子供の働きかけにお母さんは全く反応しません。子供は違和感に気が付きます。母親の様子が何かおかしい、何か気を引こうと、先程のように共同注視をしようとか何か指さして、相手の関心に引こうとする、でも反応しない。ということで最後には、泣き出してしまい、母親も表情を戻して、あやしてもらえました。これを見ると、この時期の赤ん坊は、まだ大した能力はない、ただ刺激に反応しているだけというふうに思っています。でも実際には非常に自発的で、特に教えられた経験もないのに、即興的にアドリブで親とコミュニケーションしようと、いろいろなことをします。また、子供をみているとかなり細やかな表情で母親に働きかけ、仕草だけでコミュニケーションしています。

特に、それが相手が無表情になり期待どおりに反応しなくなると、本当に一生懸命に、能動的に母親に働きかけます。自発性、能動性は赤ん坊の時期から備わっているんですね。このようにコミュニケーションすることが、もう彼らにとっては当たり前なので、コミュニケーションが閉ざされた途端に、これは非常にストレスで、何とかしてそれを回復しようとしています。そういう意味での自発的なコミュニケーションが赤ん坊にとってのデフォルトの状態なんです。次のビデオを見てもらいます。今度は双子の兄弟の台所でのやりとりをビデオで記録したものです。ふたりとも「ダ、ダ、ダ…」としか話してはいません。しかし、よく見ると互いに相手の動作が終わったと見ると、自分の動作を始めます。すなわちターンテイキング、順番取りをして、自分がやってる間、相手が見てるし、相手がやってる間は自分が安んで、言葉は「ダ、

ダ、ダ…」しかありませんが、これは十分にコミュニケーションしているといつてよいと思います。そして何かを互いに、非言葉的に会話しているように見えます。「ダ、ダ、ダ…」以外にも、一緒に足踏みをしているシーンもあります。すると、相手の双子の子どもも足踏みをして応えます。これは動作のミラーリングという現象で、相手のまねをしているだけなのに、この2人の間では何かが交わされていることは明らかです。相手の仕草に注目しながら、模倣し合うミラーリングの機能や、互いに順番に話し出すなどの基本的な感覚と運動の働きは、脳の感覚運動系には備わったものです。生まれて間もなくから、自然に相手にこういう順番取りの行動を取れるということは、驚くべきことと思われます。

互いに相手の動作を見て模倣できる脳の働きは、ミラー・ニューロン・システム、といわれています。ミラーというのは鏡、ちょうど自分と他者が鏡のように向かい合っていて、そして自分の、相手の体の何かの変化を見たときにも活動する、見たという点でいけば視覚反応、一方で自分が同じ体の部分を動かすと活動する点では運動に関する反応です。自分の運動であり、他者の運動の認識でもある点で運動と感覚を結びつける役割があります。このような働きは生まれて直後から明らかになっています。生まれて間もない新生児ですけれども、親がいろいろ表情を変えると、生まれてすぐの赤ん坊が、親の表情変化に合わせるかのように模倣しているのがわかります。ミラーリングの行動ですが、生まれたばかりで、自分の顔がどのような表情かを、鏡で見たことはないはずで、です。自分の表情が親の表情とぴったりしてるかは、記憶に基づいた認識や行動ではないと考えられます。したがって、このような行動を支える仕組みは本能的に備わっていると考えられます。親ないしは養育者が喜んだ表情から、赤ん坊のほうも同じ喜んだ表情をすれば、このことから、互いの感情を分かち合うことで、言葉がなくてもコミュニケーションの形になっていくと思われます。この点で感覚運動系は非常に重要な神

経基盤となると思われます。

【Ⅱ-3 身体脳—愛着と気づきの働き】

身体脳のなかの気づきのネットワークは、感覚系の一部ですが、単なる皮膚感覚とは異なった社会的な側面があります。霊長類の特にサルを研究しているハーロウという人が行った実験を紹介したいと思います。多くのサルを研究する中で、早めにこの親子を離して、単独で子供のサルを育てて行動の研究をしますが、そもそも、このような子供のサルは、精神的にも身体的にも脆弱でなかなか育たないということに気が付きました。そこで、やはり親のサルのような養育者が世話してくれる事が必要かもしれない。しかし、母親は授乳するという役割があるので、世話というのは基本的に授乳をすればよいのか、それとも授乳以外の養育者としての意義があるのか疑問に思いました。そこでいくつかの実験を試みました。

まず気がつくことは、早めに母親から離してしまうと、子供のサルは飼育ケージの中で非常におびえて、片隅にうずくまっています。一見して、すぐ情緒が不安だと気が付きます、みていると自分の体をかんだり、非常に不安定な情動的な行動見られます。このような状況が続くと、何も食べなくなって死んでしまうこともあるようです。これを救うには何らかの関係性が必要だろうと考えました。彼は、授乳ということだけでなく、おそらく愛であろうと考えていたようです。このような子供のサルの下に、タオルをひいてやったするだけでも、少し情緒が安定してくるんですね。このような皮膚感覚は、世話する養育者から通常はもたらされる感覚のほうです。

代理母の実験と言って、二つのモデルを準備しました。養育者の形をした模型と授乳できるようなチューブからミルクが飲めるような装置も付けています。大きな違いは、片方が金網、もう片方が柔らかい毛布で出来た模型でした。子供のサルは最初、どちらのモデルにも近づい

てミルクを飲みます。そこで、実験者が、ちょっと怖い動き、大きな音がするロボットをその中に入れて、子供のサルへの反応を調べます。子供のサルはびっくりして怖がります。そして、布で出来た母親の模型にジャンプしてしがみつきます。金網の母親の模型には見向きもしません。その後、もうちょっと見てると面白いんですけど、いったん布の模型にしがみついたら不安が少し解消し安心すると、今度は後ろ振り向いて、その怖いロボットに対して威嚇しだすんです。もう自分は親の近くにいると精神的に強くなってる感じでしょうか。この場合、布のモデルは安全基地として役立っていると思われます。この実験からは、母親ないしは養育者は、授乳以外にも、皮膚感覚を通した安全安心の場を提供することがとても大切な役割と考えられます。

したがって触る、触れるということは、能動的に何かここにコップがあるとか、形を知るための皮膚感覚がありますが、もう一つ重要なのは社会的触覚、すなわちソーシャル・タッチという側面があります。親が子どもの頭をなでるとか、握手をするとか、慣習的なものとしてこういう社会的触覚があるというふうに思うかもしれません。しかし、このような社会的な皮膚感覚は、生得的に備わった脳の働きの一つと考えられます。

例えば金づちで自分の手を打ってしまった人がいて、それを近くで見てる状況を考えてみましょう。その見ている人も、実は自分も痛みを感じる、更には自分の指が痛いような気がする。心理的なものと思われるかもしれません。しかし、感覚運動系に認められるミラーリングの働きは、このような痛みの皮膚感覚に関しても働くと考えられています。相手の身体の状態と自分の身体の状態を鏡のように対応させて感じる働きとしてミラーリングというのがあります。

体性感覚系には、皮膚感覚から、触った対象が何かということを感じる側面と、触れた相手との共感として社会的な意図のやり取りをする社会的な側面があると考えられます。痛みの感覚は、単に身体的なもの以外にも社会的な側面

があります。例えば、サイバーボール・タスクと言う課題があります。目の前のスクリーン上で、アニメーションで2人がボールを投げています。そしてその二人の下にもう一人が立っていて、あなたの名前が書いています。自分の分身、アバターです。上の映像では、二人はキャッチボールをしているが、自分の名前の付いた分身にはボールは投げてこない状況です。すなわち仲間はずれです。一方で、下の状況では、あなたの名前の書いている分身に、二人から時々ボールが飛んできて、自分がそのボールをもう一人に投げるようにアニメーションが来ています。すなわち、あなたは、仲間として皆とキャッチボールをしているような感じになります。この上の映像と下の映像を見せながら、脳の活動を調べると、上の映像を見ている時には、自分が仲間外れ、ソーシャル・エクスクルージョンをされている状況と感じます。下のときには、ソーシャル・インクルージョン、自分も仲間に入っていると感じます。その差を感じ取る脳の場所はどこかと調べると、大脳皮質の内側の帯状皮質と呼ばれる場所でした。実は、この場所は痛みを感じたりする場所でもあります。また皮膚感覚で社会的触覚、ソーシャル・タッチが伝えられる場所も同じ場所になります。すなわち、社会的な排除や仲間はずれは身体的な痛みを感じたりすることと脳科学的には共通しているといえます。

社会的触覚に関わる脳の働きには、もう一つ、注目されている物質があります。それがオキシトシンです。オキシトシンは、元来が授乳に関わる母親のホルモンというふうに考えられていたんですけども、実は父親でも出てくるし、母親でも父親でも、また赤ん坊にも増えて来ることが分かってきました。そして大人同士でも非常に密接な関係になって信頼関係になるとオキシトシンというのが出てくる。また、何かストレスがあるとオキシトシンが脳で分泌され、ストレスに対して、これに対抗するような形で働くようです。ストレスのある時に、しばしば社会的な支援などで、他者への信頼関係が重要に

なってくることがあります。このような状況でオキシトシンは分泌され、ストレスに対抗する力を与えます。一方で厳しいストレスを感じる中で、しかも仲間はずれみたいな状況で信頼できる関係が無いと、オキシトシンはあまり反応しないようです。したがって、社会的な支援があるかどうか、ということとオキシトシンの活動、ストレスへの抵抗力は関係がありそうです。

オキシトシンは社会的報酬として働くことが示唆されています。先ほどの例で社会的接触、ソーシャル・タッチでは、スキンシップにより養育者と赤ん坊の間では愛着、アタッチメントが形成されると考えられます。このような大切な信頼関係の形成には、オキシトシンのような社会的報酬が働き、信頼関係や親密な関係を形成することに関わると考えられます。またオキシトシンは、社会的報酬としてストレスを弱める事になります。これはこういうものから非常に重要なものになってくる。養育者にも、赤ん坊にも、オキシトシンが増えることで、信頼関係を築き、さらに愛着などを形成すると、さらに赤ん坊が親になった時、さらに次の世代の赤ん坊との愛着を形成することにも関わると考えられます。このように考えると、オキシトシンの分泌、愛着形成は、世代間で影響が伝えられる、極めて大切な働きをする物質だと思われまます。これは遺伝が世代間を使える一つの生物学的な側面ですが、これとは異なる世代間で伝えられる社会的な関係を伝える仕組みなのかもしれません。

これまでお話した身体脳のまとめをしたいと思います。まずは身体脳は、ヒトとして極めて根本的な自発性や能動的に関わり、人と関わろうとする力の源になる働きを持っています。様々な例で、人は他者と特に教えられなくても、いわば即興的に人と交わる、言葉がまだ未発達でも身体を使っているんなコミュニケーションをしようとアドリブでやり取りすることを見してきました。そして社会的なやりとりの中で、比較的身近な養育者との間で精神的な安全基地を形成することが大切であると思われまます。これ

で身体脳のまとめをしたいと思います。

【Ⅱ-4 記憶脳の働き】

次に記憶脳の話に移っていききたいと思います。記憶に係る脳の場所はいろいろ細かく分かれています。大脳皮質の下に海馬、基底核、扁桃体、小脳、が含まれています。記憶脳の話は、皮質下の海馬、基底核、扁桃体、小脳の領域が大脳皮質との間でどのようなことを記憶するかという話になります。

人間の記憶というのは、決していわゆるデジタル記憶のような、起こったことをそのまま記憶することはありません。いったん覚えたことは、断片的な知識になりますが、思い出すときにはそれを何らかの形で再構成して、それを再生してくると考えられます。そして海馬という所は、ヒトでは特に自分のいろんな過去のエピソードをひとつの物語としてストーリー化し、回想的に話したりすることに関わっていると考えられます。そして記憶というと一般的に過去の記憶と考えがちですが、海馬という所の一つの興味深い話は、展望記憶という、将来に対しての記憶にも関わります。将来どういふ予定を持っているか、未来のことに対する記憶です。つまり海馬は過去と現在と未来をつなぐ場所でもあるということなんです。

海馬で記憶した内容は睡眠中に再生が起こって、その記憶の固定が睡眠中に起こっていることが研究で示されています。睡眠はしたがって記憶の固定に関して非常に大切な役割を話しています。またいわゆる学習をしているときだけに学ぶだけでなく、学習の合間の起きているけど休んでる間にも、記憶の固定は進んでいることが分かってきました。ですから、仕事をしているときにちょっと休みを入れるっていうのは、とても理にかなったもので重要なことです。そして記憶はとにかく何か新しいことが見つかると、それを記憶していくということになっています。

大きく記憶には、長期記憶、短期記憶、作業

記憶ってありますけど、長期記憶の中にも、暗黙的記憶と明示的記憶とがあります。暗黙的記憶には、基底核、小脳、扁桃体という皮質下に存在する脳の複数の場所が関わります。暗黙的記憶というのは、言い表せないタイプの記憶が多いです。例えば、例えば自転車に乗れるんだけど、それがどういう記憶かといって人に説明しようとしても、「ハンドルを右に回して左に回して、倒れそうになったらこうする」といって話してもなかなか言葉としては伝わらない。でも自転車があったら、すぐ乗って示せる、そういうタイプの記憶ですね。

それに対して、明示的な記憶ってというのは、言葉で報告できる記憶です。エピソード記憶であれば昨日誰と食事しましたか、どこですか、そういう記憶は明示的に説明ができます。また意味記憶は、いわゆる知識として様々な事実を示していて、話すことが出来ます。

全ての記憶脳に関わる皮質下の場所すなわち基底核、小脳、扁桃体、海馬という場所は、この大脳皮質とのループになっていて、このネットワークの中で記憶が形成されています。基底核という所は行動した結果何かいいことがある、すなわち報酬が得られると、こういう良いことにつながる行動は記憶しておくことにします。何かの刺激があり、一連の行動をすると結果として報酬を期待できるなら、この一連の行動を再現できるように記憶します。すなわち報酬を得られるように、報酬を一つの目標にして合目的に働く。小脳はそれに対して、運動する時に非常に正確な動きをしようという時に、その行動に誤差があり、目標に近づけなかったら、この誤差を最小限にするように学習が進みます。例えば正確にテニスで相手のボールを受けるとか、スポーツなどでの正確な動きの背景には小脳の精妙な調節が関わります。あとは扁桃体ですが、扁桃体は何か怖いこと、危険なことがあったときに、それを回避するような学習をしていきます。そして海馬は何かイベントがあったときに、それを記憶し、それをストーリー化していくということに関わっています。そしてさま

ざまな1回のイベントであれば、それはイベントのエピソードなんですけど、それが繰り返し繰り返しあれば、それが意味記憶として、きちんとした事実記憶。だから自分たちがいわゆる学科の勉強をしたり、専門教育で学ぶ内容というのは、海馬の事実、意味記憶の部分を鍛えているということになると思います。

脳の中の記憶の実態は何かというと、脳の中の細胞と細胞の繋がりが強くなったり弱くなったりすることです。英語でいうと Fire Together, Wire Together という言い方をします。Fire Together というのは、例えば、A 神経細胞と B 神経細胞という二つの細胞があって、この二つの細胞はシナプスという結合部分でつながっているとしたら。このシナプスの前後の細胞が一緒に活動すると、それで二つの細胞が発火する、すなわち「Fire Together」、するとふたつの細胞の結合が高まる、すなわち「Wire Together」ことになります。二つが一緒に活動すると、結合すなわちコネクションが強くなる。脳の中にはいっぱい細胞があって、1000億以上あるんですけども、その中で一緒に、あるタイミングで活動してるものっていうのは、そんなにないわけ。その中のものが一緒に活動すると一緒につながっていく。それでネットワークとして、だんだん広がっていくということになっています。

【Ⅱ-5 記憶脳

ードーパミンと報酬の働き】

記憶のサブシステムに関してもう少し詳しく解説しましょう。まずドーパミンによる基底核での学びに関してお話します。ドーパミンという物質は報酬に関わるということがいわれています。シュルツという人たちの実験でドーパミン細胞を調べた研究があります。動物が、レバー押しをしているときに、予告なく突然にジュースなど報酬を与えると、この細胞は活動していきます。このことから、ドーパミンはレバー押しをして報酬がもらえると、これに対して活動

すると思われました。次にレバー押しをいつ行えば報酬がもらえるかを指示する信号を導入してみましょう。すると動物は、この指示信号の後にレバーを押せば報酬がもらえるとうわります。するとドーパミン細胞は、指示信号に対して反応し、報酬そのものには反応しなくなります。このことから、ドーパミンは報酬そのものでなく、報酬を指示するものに反応するのわかりました。そうすると、さらに別な予告信号を導入して、先ほどの指示信号がいつ出るかを予測できるようにしてみます。すると、この予告信号に対して反応するようになり、さらにもっと前に反応することになります。したがって結局、ドーパミンの活動をしているときには、多くの場合は実際には報酬は出ていない。むしろ報酬予測させる、すなわち将来何か良いことがありそうだというときに活動しています。それぞれの人にとって、何を報酬と感じるかは違っているでしょう。ですから、ドーパミンによって、どちらの方向に向かって学習が進むか、すなわち学習内容は人によって違ってくることが予想されます。基底核は脳皮質と広く結合があるので、その中でドーパミンが学習を強化する内容が変わってきます。動物実験では、食べ物とか飲み物とか、生物学的に重要なものが報酬として使われます。でも、人であれば、例えば私は数学が好き、数学を見ていると、なんかワクワクしてくるっていうことでドーパミンが出る人がいるかもしれないし、いや自分はもっと本を読んで、文学作品とかを読んでると楽しいとか、ピアノを弾いているときに一番好きということもあるでしょう。

ドーパミンには、三つの働きがあると考えられています。すなわち、好き、欲しい、と学ぶです。日本語だと三つのつながりがわかりにくいですが、英語では、好きはライキング、欲しいはウォンティング、そして学ぶはラーニングということで、好き、欲しい、学ぶと、これが3点セットでドーパミンの働きをとてもよく表現しています。先ほど紹介した実験でもわかるように、このドーパミンが活動するのは、予測

できる一番早い信号で、将来の報酬はだいぶ先であるときに一番活動していました。時間的にも空間的にも離れた報酬に関して、予測できると思えばその後の活動を活発化することになる。だからドーパミンってというのは、性格特性でいえば、外向性と非常に関係があると考えられます。つまり時間的に将来、空間的にも遠方に報酬があると感じられるから、外向性の人はほとんど外に行くわけですね。一番外向性の強い特性の人が多いのは、例えばエベレストに1人で登頂する登山家でしょうか。これは普通に考えると報酬があるというよりは不安が高くなると思うんですけども、いや、そういう所にこそ、何か素晴らしい報酬があると思えば、そういう遠い所にでも思い切って行く。あとは普通ならバンジージャンプなんか絶対やりたくないと思うんですけども、やりたいという人、バンジージャンプ、この何とも言えない経験は何かすごいものなんじゃないかって、こういう何か普通の人がちよっと報酬を見いだせないようなところに報酬を見いだして、そして、その可能性で何かを求めていく。

でも、その方向性は人によって皆違う。一つ間違えと依存症のようなものに陥る原因にドーパミンが関与することもあります。ハンバーガーのようなファストフードが好物かもしれない、お酒などアルコールがかかもしれない、薬物、ショッピング、携帯電話、我々の周囲にも危険な、依存症になる可能性のある物があふれています。一度、強い報酬として求めだすと、どんどん深みに入って行く。もちろん、悪いことばかりではありません。自分にとっての好きなものは何でしょうか。皆さんが自分にとって何が好きなのかというのは、みんな違うと思うんですね。したがって外向性といったときに、もう外向性は一つの特性なんだけど、何に向かって、どの程度の強さでそれを欲して行動するかは全ての人が違うと思います。学びの仕組みは一つでも、学ばれた結果には大きな多様性が現れることになります。ドーパミンは外向性というものの基になっていて、学びを促進している

考えられます。

【Ⅱ-6 記憶脳

—扁桃体の危険察知の働き】

もう一つ、扁桃体というのがあります。この場所は、例えば我々が森の中で突然ヘビを見て、びっくりする状況で反応します。目から入力された信号は、大脳皮質の複雑な情報処理を受ける前に、この扁桃体、英語ではアミグダラと呼ばれる、アーモンド状の形の神経核が活動します。ここは脳のなかで危険を察知する近道で、非常に早く反応します。危険なものを見たときに、大脳皮質という時間のかかるところを多段階で処理する時間はありません。ですので、この扁桃体がいち早くそれを検出して、「危険だ逃げろ」または「立ち向かって戦え」、と言ってくれます。扁桃体は危険を察知して活動する性質があります。さらには、怖いものを予測するものがあつたら、予測信号だけで危険を回避するように学習する。さらに予測信号を他の状況から予測させるものがあつたら、さらにそれを回避するという形で、どんどんどんどん周りの環境の中にある不安要因を探して、どんどんそれから回避していきます。この点では報酬を予測して学ぶドーパミンによる学習と似ているかもしれません。その方向性が正の報酬か危険すなわち負の報酬かということが違うともいえます。報酬の時にもお話ししましたが、行き過ぎた不安学習がおこると、不安を予測する信号ばかりを見つけてしまって、とても不安で、とても歩けないということになっていきます。

しかし、人によって何が不安かは違うと思われれます。イヌがとても怖いかもしれれない。でも、もしかしたら、ヒトが怖いかもしれれない。だから人が集まる場所が不安になったりします。だから広場とかの場所にはとても出ていけない。扁桃体での学習もドーパミンによる基底核での学習も基本的には無意識で行われていきます。

さて、扁桃体が反応した後何が起こるでしょうか。例えば怖い表情の顔、例えば怒りそう顔

を見たときに、さっとこの扁桃体が活動します。扁桃体の出力は、自律神経系と結び付いています。そこで、扁桃体の活動は、すぐに身体に反応が出ていきます。心臓がどきどきしたり、呼吸が早くなったり、そして、その内臓感覚は脳の中でも気づきのネットワークといったところに投射して意識に上るものとして感じられます。気づきのネットワークは島皮質、前帯状皮質で、要するに脳の側頭葉に隠れた島と呼ばれる領域と、大脳皮質内側の深い場所にある前帯状皮質ですね。これらの場所は、以前に愛着と痛みとかを感じる場所として紹介しました。ここに内臓感覚として到達すると、あっ、自分はこれがどうも怖いんだということを感情として感じるようになります。視覚信号は、そのときに視覚野脳の、一連の情報処理する場所を、経由して、最終的には扁桃体—自律神経—身体からの反応と、合流することになります。その結果、どのような感覚情報がどのような情動と結びつくかで複雑な感情が形成され、言語化することもできるようになるでしょう。

でも、これらの一連の脳の働きがうまく働かないと、自分が恐怖の真ただ中にも、身体的には反応していても、これを素直に言語的に感情表現できなくなることがあります。それがいわゆる失体感症、いわゆるアレキシサイミアと言います。何か自分の中で起こってるんだけど、その情動への気づきというのが生まれないために言語化できない、何か何なのかちょっとわからない。それでいて、身体には明らかにストレスの反応が出てくるということになります。

ということで、扁桃体と基底核、それぞれすごく大事なポジティブな方向で多様なものを生み出すし、扁桃体は、これは恐怖なので、それはどういう恐怖なのか、もしかすると、それは例えば震災であつたり、何か非常に恐怖体験があれば、ここで大きな活動は生まれてくるということ。そして、それがきっかけになって、その後のさまざまな記憶、そして予測されるものが問題になっていく。そして記憶のもう一つで

ある海馬ですね。海馬はこの扁桃体のすぐ裏は後ろに存在します。記憶に関するこれらの場所は、脳の中で、意外に近くに存在していることが分かります。

【Ⅱ-7 記憶脳—海馬とエピソード記憶】

次に、海馬による記憶の話をしたと思います。海馬が一番研究が進んだのは、HMさんという人の例です。この方が、てんかんの治療のためにこの海馬をすっぽり手術で取ったという手術があって、それで、その後の症状の分析から、いろんなことが分かってきました。このHMさんに対しては何となく自分も親しみが湧くのは、同じイニシャルだからです。私も虫明元なので、イニシャルはHMです。HMさんの記事を読むと何かこう他人じゃないような気がしています。最近自分ももの忘れしやすいかなという自覚があって、さらに身近に思ったりします。

海馬を取り除く手術してしまうと、何が起こるか当時はあまりよくわかってはいなかったようです。そこで、様々な研究がHMさんに関して行われました。HMさんは新しいことを全く覚えられない、そして主治医とも、初対面の人であるかのように毎日、おはよう、初めましてっていうことになり、手術後、ずっと同じような会話がなされます。一方で、先ほどの基底核とか扁桃体は大丈夫なので、いろんなスキルトレーニングをすると学べます。この人は難しい鏡の逆転映像を、逆転の絵を描くとかっていうのは、どんどん上手になります。で、そういう検査をすると、すごく上手にできるので、お医者さんから、「すごい上手だね」と言われると、「なんで、できるんでしょうね」という。自分が今まで練習してきたことに気が付かないけど、十分に記憶はできているんですね。その人のいろんなスキルのレポーターは、ちゃんと増えていきます。でも海馬を失うと、過去2年くらいの記憶が失われて、それ以降の記憶ができなくなるということになります。

特に海馬が大事なのは、エピソード記憶といわれるものだと思います。エピソード記憶というのは、何かあったことを、多くの場合うれしかったとか、悲しかったとか、何かそういう非常に情動の何か強い、何かインパクトがあるようなことがあると、それがエピソードとして強く残る。しかし、人の記憶はコンピュータのような機械的な記憶でなく、記憶の再生時にはその都度再構成される。結果としてはそしてそれは話すたびに少しずつ変わっていきます。

記憶研究で有名なロフトスという人には、記憶の改変、変容についての研究がありますけど、交通事故を見て、目撃した人に、どんな衝突現場かということが、どういう質問をされるかによって、記憶の内容が変わってしまうという研究があります。同じ事実を見ても、そのときにどう自分が語ったかによって、その後の記憶が変わってしまう、過去の記憶は今の記憶、そして今の現状でリフレームされながら、また再固定される。記憶が何回も再固定されていく。そして興味深いのは、HMさんもそうなんだけど、今後の記憶というのは、実はとても大事な健忘記憶で、例えば明日何しようとか、今後何しようっていうのが、とても大事な記憶の一つなんですけども、こういうものを形成するのに障害が現れる。つまり海馬というのは、過去だけじゃなくて未来に対する、とても大事な記憶の場所なんです。そしてこれは睡眠、そして休息中に固定、再構成されているということになります。

海馬の働きによっては、したがって過去の自分、展望的な自分、そしてそれらの接点として今ここの自分という、3つの異なる時間の自分が構成されることになります。HMさんは過去と未来が作れなくなってしまっているの、結局、今の自分に、ある意味で閉じ込められていると思います。彼の海馬は失われたので、永遠の現在という状態です。彼の一つの伝記が、そのようなタイトルで書かれていると思います。自分たちは、日頃ぼんやりしてるときに、過去の自分のエピソード記憶を振り返って、ああい

うことがあったな、こういうことがあったな、こうしなかったなという過去を語る人もいるでしょう。過去のことも、あれが良かったなという明るい記憶を言う人も、暗い記憶、つらい記憶もあるでしょう。一方で未来に関する展望記憶に関しても、将来のこれが不安だな、あれが不安だ、という負の面と一方では未来に対する明るい希望、期待のようなこともあると思います。

こういう脳の働きは安静時、休んでるときに意識するとしないと関わらず、何となく脳の中で活動している中に反映しているのではないかと考えられています。

海馬の細胞には非常に重要な特長があります。脳の中で多くの場所は大人になると、もう細胞は増えません。でも、海馬は数少ない細胞が新しく生まれるは場所です。したがって、大人になっても普通の脳の場所では減っていくばかりの細胞が海馬では新しく生まれます。古い記憶は皮質に蓄えられますが、海馬は常に新しいことを記憶できる準備をしていることになります。これを日記帳にたとえて考えてみましょう。海馬と大脳皮質は一緒になって、自分のエピソードを記録し続けます。この日記帳は変わっています。普通、日記帳というと、年末になって、そろそろ来年の日記帳買ったほうがいいかなと考えます。でも自分は3日坊主だから、日記帳買わないかなとか。海馬は常に細胞が新しく生まれるので、これは書いていくと勝手に後のページが増えているようなものですよ。古い記憶はアーカイブ化されるけど、新しい記憶を書き込む場所がもうなくなるかなと思うと、まだページが増えている。あまり科学的な表現ではないですが、海馬は新しいことを常に書き込め、終わりのない不思議な日記帳といえるかもしれません。むろんそれは脳が生きている間だけですけれども。

さらに日記帳の比喻を発展させると、過去の記憶に関しても不思議な点があります。通常の日記帳であれば、一旦日記帳に書き込めば、過去のページは何度振り返って読んでも同じ内容

です。しかし、海馬での記憶は、思い出した状況によって、記憶が再構成されて、再度固定されるために、古い内容がいつも同じとは限りません。悪い思い出はいつまでも悪いわけでもないし、また良い思い出と思っただけ、あとで考えると、違って見えることもあるでしょう。つまり過去を見れば、その中身は少し変わっていく可能性があります。未来の日記は増えていくし、過去の記憶は少しずつ変わるかもしれない。海馬の記憶は、コンピュータのデジタル記憶とはかなり違うことがわかるかと思えます。

記憶を再構成する働きは、単に自分の回想だけでなく、様々な日常の断片的な記憶からも、再構成が起こります。そのような再構成で、あるまとまった物語を創って、語ることもかわるようです。例えば、海馬が障害されると、幾つかの情報を断片的に与えて、例えば、女の子、海岸、悲しいという3つの言葉から、何か話を作ってください、という課題を考えてみます。断片的な情報で、これらを結び付けて話を創るのは、自分の過去の経験を見てもないかもしれないが、無理やり考えてみると、物語の一つや2つは作れるのではないのでしょうか？しかし海馬が障害されると、この3つの言葉からストーリーを作ってくださいというふうな課題を与えても、ストーリーができなくなることが知られています。またこのような物語を創る時に海馬が活動することが知られています。このように、自由な想像力を駆使して関連付ける課題で海馬が活動することから、海馬の役割は、単に記憶することだけでなく、様々な断片的な新しい関連性を構築したりすることが大切で、回想記憶を構成することもその一部として考えても良いのかもしれない。

ということで、記憶脳は非常に重要な脳で、エピソードや経験を蓄え、将来を構築する事に関わります。海馬での記憶は明示的な記憶として、物語を構築することに関わる。多くの経験は消えるように思われるが、実は思い出せないだけで、記憶は残っていることも多い。そして、将来を考え、心のなかで将来像を構築する中で

過去の記憶が活かされているのかもしれない。一方で嫌な記憶を抑圧しようとしても、そのことでかえって記憶の中に再現される機会が後で増えてリバウンドのような現象もあり、また明示的には記憶していなくても、無意識の判断には影響することもある。記憶は極めて不思議な現象を示すといえます。

【Ⅱ-8 認知脳—自己統制と注意の働き】

さて次の段階の脳の話は、高次機能にかかわる脳の話になります。認知脳には前頭葉と頭頂葉が含まれています。前頭前野には外側、眼窩部、内側と3つに別れます。

外側の前頭前野は、さまざまな高次機能に関わります。言語処理、概念を扱ったり、推論したり、自分たちがいわゆる思考といったときは、多分この部分の働きを言うのだと思います。そして習慣的な今までの基底核やそのいろんな記憶脳で学んだ内容を、目標に合わせてどのように使うか、また単に繰り返しの習慣的なものではなくて、目標に合わせて適応的に新たな解決方法を考えたり、計画を立てたりすることに関わります。情報が多数あれば、注意により、情報にフィルターを掛ける機能もあります。

眼窩部の前頭前野は、前頭前野の腹側の深い所に位置します。ここは、島皮質とか、側頭葉の深部から近い場所で、島皮質の前方に位置し、いろんな体の情報が入って来ます。眼窩部の前頭前野というのは、辺縁系とか、先程気づきのネットワークとして話した島皮質や前帯状皮質と強くつながっています。身体のいろんな情報を受取、より高次の情報、特にその生物学的価値などの情報に変えていきます。ダマシオという人は、ソマティックマーカー、身体の信号として、怖いとか、痛いとか何か身体が感じて心拍が早くなりどきどきして、さらに汗がでてたり、呼吸が早くなったりして交感神経が高ぶるとか、このようなあまり意識には上りにくい交感神経系の状態を身体から受け取って、身体反応としては現状をどのように感じているかをモ

ニターすることで、意思決定などに用いることを明らかにしました。ソマティックマーカーはそのような身体の感覚を脳が感じる仕組みであり、眼窩前頭前野は、このような処理の最高中枢といえます。

2002年にノーベル経済学賞を受賞した行動経済学者カーネマンは、ヒトには行動や意思決定に二つのシステムがあるととしてシステム1、システム2と名付けました。システム1は自動的に直観的で、ぱっとう浮かんで判断するというものですね。それに対してシステム2ってというのは、ちょっと考えて、熟慮して、注意深く判断するというシステムです。

我々のこれまでの話の流れと合わせると、システム1というのは、記憶、特にこれまでの基底核、扁桃体で学んできたものがこのシステム1の働きと対応します。長い間の学習や記憶によって、自分たちは何か情報を与えられるとすぐその意味や行動をどう取るべきかピンときます。算数で1+1はと言うと、パッと2と出るような感じで、直観的にすぐに思い浮かぶ判断が多数あります。しかし、これまででない未知の状況や、何か特別な場合には、慣習的に判断をするシステム1の判断で本当にそれでいいかと疑わしい時があります。するとシステム2が必要になる。システム2というのは、この前頭葉のかなり前の部分の働きを表しているし、それに対してシステム1というのは、確かに長期記憶してはいるんだけど、ついつい思い込みとか、そういうものが含まれてしまいます。

認知脳の重要なことは衝動的な判断、短期的な視点で行動を選ぶのではなく、より長期的な判断ができることです。日常でも、すぐに行動してしまうと、あまり大きな報酬はもらえないけど、少し待てば報酬が余計にもらえるということがよくあります。マシュマロテストと言うのは、子どもが、どの程度衝動性を抑えて長期的な報酬に従って、行動を我慢できるかを調べるテストです。

マシュマロテストでは、子どもに、ある課題をさせて、こ褒美としてマシュマロをあげるよ

と言われて、インストラクターと部屋に行きます。するとインストラクターから「今食べたら一個のマシュマロしか食べられないけど、もし10分待ったら、これマシュマロ2個にしてあげるからね」。そしてマシュマロ一つが皿にのせられて、それ以外には何もない部屋に一人残されます。さて、子どもは10分待てるでしょうか。10分待てば2個もらえるけど、今食べちゃうと1個しかもらえない。将来のより大きな成果のために、自己の衝動や感情をコントロールし、目先の欲求を辛抱する能力をディフェイルグラティフィケーションとって、大きな報酬のために判断を意識的に遅らせられるか。ということ子どもで調べてみるテストです。この課題の時に部屋で子どもが行っている行動を、実は隣の部屋からハーフミラーでずっとビデオで撮っています。

4歳くらいの子どものこのテストを行っているんですけど、この時期に、これでちゃんと10分待って2個もらえた、待てずに一個だけを過ぎに食べてしまったかを記録した上で、被験者になった人たちを追跡調査で10年、20年と見ていきました。すると10分マシュマロを待たなかったか、将来に大きな違いを生み出したようです。すなわち、ここで我慢できた子は、体重も増えて肥満にはなっていないし、成績も抜群にいい。何か特別な能力を測ったわけじゃなくて、たかだかマシュマロ1個か2個か、待てるかどうかだけのことなだけで、そういう、特定の学術の能力でない一般、汎用的な技能は実は幼少時から見られて、将来にも影響することが分かってきました。性格で言えば、自己統制能力が高いとか、ルールを守るなど誠実性という性格の要素です。

認知脳では、様々な情報を扱うので、そのどの情報に注目するか、注意を制御するのがとても大切になります。そこでもう一つ、ビデオを見てもらいます。今からカラートリックをする手品をちょっと見てください。

このビデオでは、トランプの裏側の模様の色がいつの間にか変化してしまうトランプの手品

を見せています。カードを見ている人にとって取ってもらい、それを覚えてもだってカードの束に戻してもらおう。シャッフルして、デスクの上にカードを並べて、選んだカードを当てる。よくある手品です。ところで、よく見ると選んだカードの様子が変化しています。よく見ると全てのカードの色が最初のカードと違っている。いつこんなトリックをしたのでしょうか？とって終わります。しかし驚くのはこの後です。この全体のシーンで何か変化に気が付きましたか？実はこれはもっと大きなトリックがあって、これをちょっと見てみます。カードトリックは問題ではなかったんですね。もっと大きな色の変化がありました。服の色、テーブルクロスの色、背景の後ろのカーテンの色、全部違う。こんな大きな変化に全然気がつかずにカードばかりを見ていました。

このような例から驚くのは、自分たちの前頭前野が示す選択的注意と周囲への無関心です。自分たちは何か選択的に注意を向けると、それ以外のものは全部ノイズとして無視することができる能力があります。これは欠点でなく長所です。なぜなら多くの課題は、周りにいっぱいノイズがあるので、それを見ないで集中するというのは、とても大事なんですけども、一方で、この欠点としては、いったん焦点を絞ると他が見えなくなります。その結果、とんでもない大きい変化があっても、それを無視してしまうということなんです。つまりこの選択的注意というのは、いわば両刃の剣です。いい場合もあるし悪い場合もある。いったん何かにフォーカスしてしまうと、そこから、よほどのことがないと全体は見えなくなってしまうということが起こります。

認知脳は、様々な情報を扱うけれども、適切に行動をガイドして、ある目標に合わせて自己統制したり、必要な情報に注意して、効率よく課題を解決する能力を示す場所です。しばしば記憶脳の提示する直感的な判断に待たせて、ちょっと時間をかけて、衝動的な判断からより論理的な思考ができるようにしています。

【Ⅱ-9 社会脳

ーデフォルト・モード・ネットワーク】

さて、脳を、身体脳、記憶脳、認知脳とわけて、最後にお話しするのが社会脳です。最後の部分の脳のお話しですけども、既にこの三つの脳の部位が関わるんですけど、気づきの脳は一番最初の身体脳の未来理論のところでお話ししました、一番左のデフォルトモードネットワークというところが一番の鍵になります。

社会脳では、他者を理解し共感すること、エンパシーということが大事な働きです。人に対して、その人の感じ方を共感できるということに関する脳の研究は随分進んでいます。大きく三つの共感が考えられています。一つは感覚運動的共感で、相手が何かを活動する行動すると、それを見て、あの人はこういう意図で行動しようとしているのだと理解する事です。次が情動的共感、例えば人が例えばナイフとか金づちで手をたたいてしまって、それをそばで見ていて痛いんだなというふうを感じる情動的な共感です。私たちは相手の表情や身体の情報から情動的な共感を得ることが多いですね。そして3つめは、各自の異なる心の状態を理解することで認知的な共感とよべれます。この3つめの認知的共感に係る脳の場所は大腦皮質の内側に位置しています。この場所はデフォルトモードネットワークと呼ばれる部分です。

デフォルトモードネットワークと呼ばれる脳の場所は不思議な活動を示しています。研究者が、選択的注意を用いて目標を選択する課題を行わせたり、図形や数字をしばらく作業記憶で覚えて、後で提示される刺激と照合させたり、多くの課題で脳活動を調べると、さきほど話した認知脳の場所で特に前頭前野や頭頂葉の外側が活動してきます。そして、そのときにはデフォルトモードネットワークは活動せず休んでいるように見えます。ところが、そのような課題が終わって、被験者が次の課題まで休んでいると、デフォルトモードネットワークは活動しだします。課題が終わる時に活動するから課題ネガティ

ブ、すなわち何もしてないときに出ているということで、アイドリングのようなもんだらうと最初は思われていました。つまり自動車でいえば、信号待ちして、エンジンを吹かしている状態をアイドリングと呼びますが、そのような状態だらうと思われていたのです。一方で課題中に通常休んでいるデフォルトモードネットワークが課題中に活動すると、実は被験者は課題に集中できていない状態で、おそらく、課題が簡単すぎて頭では別なことを考えている状態らしいのです。

ところが、それをもう少し研究を進めていくと意外なことが分かってきました。この領域は、どうも数や形、図形の判断ではなく、人の心の状態を推定したり判断したりする時に活動する事がわかってきたのです。そうすると、当初考えられていた課題ネガティブとはどういうことだったのかということ、例えば四角い色を覚えなさいとか、数字を覚えなさいとか、いわゆる事物に関する知識を問う問題のときには活動しないんですね。でも人についての、人の信念とかを問うときにはこの部位は活動する。もっと端的なのは、その人、自身のことについて聞くと。あなたは仙台で生まれましたかとか、性格は内気ですか、など自分に関する質問では、この領域は活動が低下せず、むしろ活発に活動します。つまりここは普段いわゆる外界の事物に向かう仕事のときには出て来ないんだけど、自己、他者の認知に関わるものになると活動してくるということが分かってきました。

しかも、先ほどの認知脳の前頭前野と頭頂葉の外側部分と、この内側のデフォルトモードネットワークの二つの場所は、まるでシーソーのように、外界に向かう課題のときに作業記憶を使って対象に集中している状態なので、マインドフォーカシング、外界へ注意集中の状態です。先ほどの一生懸命こう手品を集中して見てるときには、外側の認知脳は一生懸命、カードの色の変化を追って活動していたと思います。そのときには、この大腦皮質内側のデフォルトモードは休んでいます。それで課題が終わったとき

に活動するという一方で、お互いにシーソーのようになっている。認知脳の大脳皮質の外側はエグゼクティブネットワークとよばれ、共感脳の大脳皮質の内側はデフォルトモードネットワークとよばれ、この二つは対照的に働きます。

そしてもう一つ分かってきたことは、このデフォルトモードネットワークの場所は、このすぐそばに海馬があり互いに隣接しています。海馬のいろんな過去や未来のことを記憶して思い出したり、考えたりするというのと、このデフォルトモードネットワークの活動はリンクしています。いわゆるエピソード記憶の想起に、デフォルトモードネットワークが関わっているのです。

【Ⅱ-10 拮抗する二つの脳とその働き】

認知脳と共感脳、エグゼクティブネットワークとデフォルトモードネットワークの機能的な対比は、性格特性のシステム化指数と共感化指数によく対応しているように思われます。いわゆる数学や複雑なメカをなどの概念や機構を考えることが外側の領域で、システム化指数とよばれる性格特性とよく対応します。メカニズムやカテゴリー化、抽象概念によって捉えることが非常に得意な性格特性です。それに対して認知共感に関わり、人の心を読み、自分と他者に関わる、いわゆる対人関係に関わる機能は内側の部分で、共感化指数によく対応します。バロン・コーエンたちは、システム化指数と共感化指数は、大勢の人で調べると反比例することを見出しました。これは脳の外側と内側のシーソー関係とよく対応しているように思われます。

思考様式の点でも認知脳と共感脳、エグゼクティブネットワークとデフォルトモードネットワークの働きの対比に関して興味深い考察が出来ます。ブルーナーは分析的思考とナラティブ思考という二つの思考があることを指摘しています。分析的思考は、カテゴリー化された思考や数量化した思考、いわゆる科学の知識や事実、に関して推論したりする思考です。普遍性があ

り、論理的な思考で、再現性や規則が大事でエビデンス・ベース、すなわち根拠に基づいた正解を求める思考です。それに対してナラティブ思考では、自己、他者、そしてエピソード、一回一回の出来事を大切にします。例外は特に注目して考えます。この二つの思考は非常に重要な基本的な思考パターンです。脳研究はどちらかということ、従来は分析思考をより強く研究し理解してきました。しかし最近では、これとは異なる思考のあり方として、ナラティブ思考に関心が高まってきました。分析思考はどちらかと言えば前頭前野の外側の認知脳の機能を表し、ナラティブ思考は前頭前野内側の共感脳の働きを反映しているように思われます。

さてデフォルトモードネットワークには、様々な機能との関連性が見つかっています。認知脳の思考がある一つに集中したり、一つの目標となるターゲットを絞り込む、収束的思考に関わります。一方でデフォルトモードネットワークは何か自由に想像したりするときには活動し、いわゆる発散的思考に関わります。このような発散的思考は、いわゆるインプロビゼーションとか、即興の演奏者などの芸術家にも重要な思考ですが、このような発散的思考においてデフォルトモードネットワークの活動が高いです。このことからデフォルトモードネットワークをイメージーションネットワークと言い換える人もいます。いろいろなことを自由に想像する、または創造する発散的な思考と、それに対して問題を解決したり、ターゲットを選択したり、注意を集中したり、言語化し、概念化していくという思考の対比です。

デフォルトモードネットワークは共感性に関わりますが、これはヒトに向けられたものだけかということ、そうではないようです。ハイダー・ジメル 애니메이션 というのがあります。これは丸、三角、大きい三角、小さい三角、などの図形が画面上を動き回ります。皆さんはこの動きを見て何を感じるでしょうか。

これは、単に物理的な運動というより、何かそれぞれの物体をヒトに見立てて、物語ができ

そうです。大きな三角はいじわるで、小さい三角をつついていじめている。小さな三角は怖がって逃げ回っている。四角の家の奥に入ったんだけど、だんだん大きな三角に迫って来られて怖がっている。僅かなすきを見つけて逃げて、小さな三角と丸は一緒に逃げてハッピーエンドという話です。この場合、物をあたかも心がある人のように見立てて観察していると、脳の共感脳、デフォルトモードネットワークが活動してきます。ただし、これらの図形を単に図形としか見えない人では共感脳、デフォルトモードネットワークは活動してきません。すなわち、対象を心ある人とみなすかどうかが重要で、実際に対象が人間かどうかは関係ないということです。つまり内側の部分は、対人関係だけではないんですね。物に対して心を見るときに活動してくる場所なんです。

逆もまた真なりで、仮に人であっても、それを事物として見るということもあるかもしれない。そうすると、この部分は活動してこない。

最初の方で、偏見、ステレオタイプの事を話しました。その時に人はその人らしさを有能さ、人柄の2次元で判断する傾向があるということを示し上げました。例えばホームレスや様々な人たちの例に対する脳の活動と事物、ものに対する脳の活動を比較しています。そうすると自分たちと同じような人たちを判断するときには、このデフォルトモードが活動してきますが、今の場合、このホームレスとか、薬の依存者とか、ある種の偏見やステレオタイプで判断するときには、実は脳の活動としては物体に対する反応比べて、あまり変わらなくなるということが報告されています。カテゴリー化した認識は、それを事物化してしまう傾向があります。結果としては、心あるものというより、概念的な存在でしかない。これはあくまで心理学の結果ですが、脳科学からは、実際に認知的共感を示す対象かどうかということで、脳は対象を人としてみるか事物として見るかを区別していることが分かってくるのです。

【Ⅲ-1 脳と創造性】

ここまで、脳を4つの場所に分けて、身体脳、記憶脳、認知脳、社会脳として話をしてきました。脳のそれぞれの場所は、その働きを通していろんな学びに関わり合います。しかし、この学びとは一体何なんだろうかと考えたときに、単に知識を記憶する事なんかではないと思われれます。例えばドーパミンや扁桃体の話では、この働きで、学ぶ以前に、何を好きになるのか、何を怖いと思うのか、という自分の関心や好奇心を育てる源になっている点です。どんなものに関心を持つかは皆異なっています。したがって学ぶということは、基本的にその人の多様性を生み出す事になっているんですね。海馬の記憶も、単に同じものを想起するためでなく、記憶の想起や再固定の度に記憶内容は更新されて、新しい内容になっていく。もちろん安定した記憶もあるんだけど、その安定した記憶の形成と同時に、脳には新しい情報を生み出すという側面があります。したがって脳は、基本的に創造性、多様性を生む場所だと思われれます。

一方で今の時代を考えると、いろんな知識が指数関数的にどんどん増えていっています。多様な情報が増えてくると、さまざまな専門家が増えてきます。そういう中でいろんな新しい仕事が生まれてきてると思われれます。一方で理解力はそれほど昔から変わらないので、情報の増加に対して理解力がもう限界にきている感じがします。個人の知識には限界があり、専門分化が進む、そのような中では様々な職業の人が協力していかないと、何も出来ない世の中に思われれます。

我々は理系とか文系とかを分けて、細分化してしまいがちです。その中でアート、芸術の力を借りたデザインも大切です。様々な知識の専門だけでなく、文系ヒューマニティーと理系サイエンスとアートを一緒に学ぶことが創造性を育む基ではないかということが指摘されております。

【Ⅲ-2 創造性と非認知的スキル】

脳科学から見ても、専門知識の様々な領域があるにしても、これを支える基本的なスキルやまた自分の知識やスキルを俯瞰的に見る自分自身に関する知識メタ認知と呼ばれるものが、脳の働きとして大切です。このような知識の爆発の起こっている時代で、重要になってくる脳を育む力は特定の知識やスキルもさることながら、それを支える基盤となる汎用性のスキルであることが分かってきました。これらを総称して非認知的スキルとよびます。特定の能力ではないのですが、汎用性スキルとして、全ての学びに共通して必要な基盤となっています。OECDなどの調査によるとこの非認知的スキルを幾つかに分けて、それぞれの重要性を調べています。

- 1) メタ認知は自分とは何かという自己認識をちゃんと持つ事、
- 2) 自分の遂行感自分から自発的に始めてそれを達成する喜び、
- 3) 内的動機付けは本当に自分が好きなものは何か、それを育てていくということ、
- 4) マインドセットは脳は非常に可塑性に富み生涯変化し続け、ある意味で成長し続けるということです。このような成長マインドセットはすべての基本となるべきです。自分もう変わらない、成長しないと固定観念をもつとマインドセットは固定され、自分の変化を信じない、これでは学びはおきません。
- 5) 粘り強さは何かに関わり続ける力。粘り強い心は、何かを成し遂げたりする時に基本になる態度です。
- 6) 自己統制は第一歩をすすめるには今までの慣習を断ち切って自分を動かす勇気が必要で、自己統制はこのような時に必要です。
- 7) メタ認知として、自分の考えや感じていることを客観視できることが認知バイアスや偏見を避ける気づきのきっかけになるでしょう。
- 8) 社会的スキルは、人を理解し、協働的に仕事をすすめる時に21世紀の時代に必須の能力です。
- 9) レジリエンスはストレスなどへの対処能力です。そして10) 創造性は我々の今に一番必要な能力です。これら全ては脳の様々な場所が関わっています。

創造性に関与する因子として、創造性の高い活動をされた人は、しばしば心の中に大きな矛盾や混乱を内包している人 (messy mind) の人が多いと言われます。創造性に関連する因子もそれぞれ対立するものを包含しています。

- 1) 想像性とは現実と想像を対立させながらさまざまな可能性を夢見る能力。
- 2) 熱意は、ひたひたに汗する努力と同時に一瞬のインスピレーションに対する感受性。
- 3) 白昼夢は、心が自由に飛び回る感じと、一方では思考反芻する強迫観念にも近い心の動きの対立が起こりえます。
- 4) 孤独と協働。創造には一人の時間とヒトとの出会いなどとどちらも重要だと言われます。
- 5) 直感的気づきは、内から生まれることも、外での出会いから生まれることもあります。
- 6) 未知なる経験への開放性。人間には未知ということを恐れる傾向があります。創造にはそのような未知なる経験への開放性が強く関与します。
- 7) 今ここ。マインドフルネスと呼ばれる今に向かう気持ちが、集中力や想像力とは違う、心の状態として創造性を育むことが育む事が指摘されています。
- 8) 感受性は一人ひとり違いますが、その違いが創造性の一つ武器になることが知られています。
- 9) 逆境はしばしば創造性を産むことがあります。しかし、だからといって逆境は望ましいものではない。
- 10) 周囲と違う自分独自の考えを大切にすること。我々はしばしば周囲との同調性で流されやすい。創造性には人と異なることを恐れてはいけません。以上のように創造性には多数の因子が関わります。

創造性で大切なことは、何か現状に疑問を持つことでしょう。しかし私たちは年齢を重ねると次第に疑問を持たなくなっていくという統計調査があります。理由はなんででしょうか？おそらく大人になるにつれて、みんなが頭が良くなっているんなこと、知識が増えて未知なことが減っているためかもしれない。一方で知らないことを避けるようになってきて、なるべく知らないことを避けようとするため、自分には疑問がなくなってきたのかもしれない。疑問を持

つことは、一般的に苦しくストレスと感じられることが多い。疑問を持たない事がストレスフリーで楽ということになってしまいます。

このような疑問を避けることを克服し、むしろ疑問から疑問へすすめることで学ぶ、質問思考を紹介しましょう。なぜ(why)?、何(what)?、どうやって(How)?、もしこうなったら(What if)?という一連の質問を投げかけ続けることで、学びを深めます。最後の質問もしこうなったら(What if)?で、様々な可能性を考えてみることで、結局それを確かめるために、何か実験や観察をするような行動に結びつきます。そして何かをしていたら、またそのことへの質問思考でとことん深めるサイクルが回りだします。疑問を持つことを基本とした学びの姿勢は、結果としては、創造的な仕事を生む基本的な疑問力の要請になっていると思います。

最近、世界の高校生を対象とした創造性に関する意識調査が報道されておりました。日本の学生と海外の学生に、あなたはどのくらい創造性があるかという調査なんですけども、海外の高校生に比べて日本の高校生は、自分の創造性を低く見積もることに驚きました。また将来の仕事に関しても。海外の高校生は多くの職場で創造性が必要になると考えているのに対して、日本の高校生は多くの仕事で創造性はいらないと思っている。これはとてもショックな結果だと思います。日本の若者はできれば創造性などが必要のない安定した職場を求めているのでしょうか?今ほど創造性が必要な時代はないと思うんですけども、調査結果は、そのような時代のニーズに対して、日本人学生があまり意識が低いという状況を示しています。

【Ⅲ-3 脳の創造性から社会の創造性】

創造性のカギを握る脳の領域としてのデフォルトモードネットワークという場所の話をもう一度お話ししたいと思います。この場所は多数の脳の場所を繋げる、ネットワークのハブのようなところなんです。それだからこそ、想像、自由

な考え、自己、他者の心の状態を考え、発散的思考をする場所です。脳の外側のエグゼクティブネットワークと内側のデフォルトモードネットワークの働きは、通常対立的ですが、創造性を発揮するような課題では協調的に働くことが分かってきました。例えば鉛筆などの道具を、通常使われる使用法以外の使用法をいくつでも挙げるような課題では、創造性が必要とされています。また、三つの一見無関係な言葉を与えて、そのときに関連する一つの共通用語を見つけさせるとか、この場合も新しい発想が必要です。このような創造性を必要とする課題を課すと、その洞察して思いつく時期に、脳の外側のエグゼクティブネットワークと内側のデフォルトモードネットワークと一緒に結合して働いていることが分かってきました。脳の中の創造性は、脳の中の多数のネットワークの協働作業の結果なのです。普段あまり協調して働かない場所がある時点で一瞬協調して、新たな状態、創造性の発揮された状態を作り出すようです。そのネットワークのハブとなって、結びつける場所が大切な場所なのです。

脳のネットワークを社会の中の人のネットワークに置き換えて考えてみましょう。脳の中の創造性が脳のネットワークの変化だとすれば、社会の中では人のつながりに関しての創造性とは人的ネットワークがあるきっかけで大きく変わることに対応するとしても良いのではないのでしょうか。そう考えるとソーシャルワークという仕事は、きっと社会の中の人の関係に新たな関係を創造することで、何かの問題を解決したりする仕事であると思うのです。一人の人が新しい人のつながり、また周囲の環境とネットワークが新たにつながる時に、実はその人にとって創造性を発揮したことになると思います。一人の人をめぐっても様々な職種の人が協力しあう時、ファシリテータのような役割でネットワークを促進することは、極めて大切な仕事です。脳の中でのデフォルトモードネットワークは、多くの専門的な脳のネットワークとつながりながら、ハブとして、ファシリテータのような仕事をし

ているように思えます。だから、このデフォルトモードネットワークというのは、まさにソーシャルワークしている人のイメージと近いんじゃないかなというのが、私の結論ということで、今日のお話を締めくくりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

ないかなというのが、私の結論ということで、今日のお話を締めくくりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

[シンポジウム]

社会に還流する脳科学、 そしてソーシャルワーカーの工夫

座長 大熊由紀子さん 国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム学分野教授
元朝日新聞社医療福祉担当論説委員

シンポジスト

「死にゆく人との語らいの中に」

田村 里子さん (一社)WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部

「生きづらさを抱えた子どもと家族へ」

平野 朋美さん 埼玉県立小児医療センター

「居場所のない女性たちへ」

横田千代子さん 社会福祉法人ベテスダ奉仕女母の家婦人保護施設いずみ寮

コメンテーター

虫明 元さん 東北大学大学院医学系研究科生体システム生理学教授

大熊：私、コーディネーターをするときは、みなさまを、全部ファーストネームで呼ぶことにしております。里子さん、朋美さん、千代子さん、ゲンちゃん(笑い)。シンポジウムでは、水平の関係で話していくことがとても大事です。この方は『先生』で、こちらは『さん』とかじゃ水平になれませんから。

いくつかのブロックに分けてと思っております。まず最初に、なんで、このややこしいソーシャルワークなどという仕事に魅入られてしまったのかを自己紹介の代わりに2、3分ずつお話をさせていただこうと思います。それでは里子さんからよろしくお願いします。

このお三方に共通することは何でしょう、と会長さんに伺って、結局、「極め人」だということになりました。ターミナル、看取りの分野の極め人、里子さんに、まずお話をいただこうと思います。よろしくお願いします。

MSW という仕事を選んだわけ

田村：田村です。よろしくお願いいたします。まず、はじめましてというところで『ソーシャルワーカーという仕事を選んだ訳』というのを、ゆきさんから私たち課題をいただいておまして、それをまず、みんなで話そうと思えます。私は、ソーシャルワーカーという仕事に、「たどり着いた」という感じがあります。もともとすごく人に関心がある。小さい頃からそうだったので、言葉をとおして人とつながるっていうところで、言葉を最初に専攻して、ツールとしての「言葉」ということで語学をやっていたんですけれども、学んでいるうちに言葉は道具でしかないなっていうことを思うようになりました。それと、あと、自分でいろんな所に旅で出かけるようになると、いつも旅に思い焦がれる思いっていうのが常にあって。それは何でかなと思ったら、帰属や属性っていうのはちょっと

違って、まるごとの私でまるごとのその人に会う。自由に他者に会おうって言うことが旅のその場であるんだって。だから、結局人に出会いたくって旅に出ている私なんだな、みたいなのところがありました。それは人への関心なんだなって、だから、人と深く関わる仕事をしたい、と思ったわけです。

そして緩和の領域で実践しようと思った訳は。ちょっと自分のことを自己開示するのはすごく恥ずかしいんですけど、小学校4年生のときからずっと生きることに死ぬことってというのが、すごい自分のテーマだったんです。それで、なんで生きるのかなとか、死ぬってどういうことかな、が、非常に切実な中学校、高校生で。なので、非常に暗いというか、いろんなことがあったんですけど。本を読んで、多読、乱読、厭世的な本の中に逃避しているような感じだったんです。言葉を仕事として社会人になって、ゆきさんの本じゃないんですけど、いろんなボランティア活動をしていて、私ってなんだろう、っていうところをすごく他者との関係で考えている中で、ホスピス・緩和ケアと出会いました。最期のときまでその人である人生を支えるっていう緩和ケア領域のソーシャルワーカーに、ぜひ、なりたいと思い、社会人から学士編入をして、社会福祉とソーシャルワークを学んでソーシャルワーカーになりました。という田村です。どうぞよろしくをお願いします。

大熊：ありがとうございます。それでは、子どもさんを支援するソーシャルワークの極め人をお願いしたいと思います。

平野：埼玉県立小児医療センターの平野です。今、さいたま新都心という所で12月の27日に引越した病院で働いています。ソーシャルワーカーという仕事を選んだ訳なんですけれども、私自身は三つあります。一つは大学で、経歴にもちょっと書いたんですが、日本社会事業大学という所で4年間勉強しました。そして選んだソーシャルワーカーは自分の原点を生かせる仕事で

はないかと思ったことです。じゃあ私の原点、根っこってなんなんだろうって考えたときに、大学4年間で、私は、人間は誰でも当たり前で暮らす権利があるということを学びました。憲法25条とか生存権の保障ということのを大学のときは学んだんですけども。ただ、それを声高に言うのではなくて、人間って当たり前で普通に暮らす権利が誰にでもあるんだっていうことを学んだわけです。社会福祉実践に携わる人間ってというのは、それがうまく機能しないときにはそれを変えていくっていうことが必要なんだよということ、心と体に刷り込まれたように思います。

もう一つは、人間はいい出会いを通して、人として亡くなるそのときまで育っていくんだということも大学の実践の中で学びました。それを生かせる仕事がソーシャルワーカーなんだなって思ったことです。

もう一つは、抄録には書いていないんですけども、すごい先輩、実習をさせていただいた先輩との出会いがありました。大学を卒業して10日間だけ実習をさせていただいたのは『藤木訴訟』をずっと支援してこられたソーシャルワーカーの所なんですけれども。最初に出会ったときに、「藤木訴訟と関わってこられたんですね」って。大学を出たばかりの私は、大変失礼なもの言い、その先生にお伝えをしました。その時先生は、「関わってきたなんてもんじゃない。」「藤木訴訟は、私の生き方そのものなんだよ」と言われました。その先生からは、「ケースワーカーってというのは、クライアントの鏡なんだ。」とか「病院はいろんなことをやらせようとする。本来の仕事といえないこともやらせようとするけど、そこに乗っかって動くかどうかはよく考えなきゃいけないよ」ということも教えていただきました。それが私自身の心の中に引っ掛かっていて、その答えを探しながら、ずっとここまで続けてきたように思います。よろしくお願いたします。

大熊：ありがとうございました。千代子さんに

は、刑務所にはいる女性をめぐる勉強会でお会いした。さまざまに苦労を重ねている女性たちを支援していらっしゃいます。どうぞよろしく。

横田：今、大熊先生からご紹介ありがとうございました。横田と申します。ここではゆきさんということになっていますので、ゆきさんのほうからご紹介ありがとうございました、千代子でございます。ちょっと照れくさいですけど。私は、根拠法を『売春防止法』においている婦人保護施設の施設長をしておりまして、この施設に仕事をして34年間たちました。婦人保護施設に私がお仕事を始めたときに、ソーシャルワークという発想は皆無であったといってもいいかと思えます。売春防止法は刑事特別法なんです。ですから、入ってくる女性たちが何を施設の中で求められているかという、保護、更生なんです。自分たちがやってきた行動、あるいは生活姿勢です。そのことをあらためて、また社会に戻っていきなさいという。ソーシャルワークという視点ではなくて、ある意味犯罪者というまなざしがありました。そして、施設の中では職員はみんな指導員でした。

子どもならともかく、成人した女性を指導するという発想の中に課せられておりました。私たちは、女性たちは「指導」の対象だろうか。むしろ社会福祉的な施策の中に、位置づけられるべき対象ではないであろうか、行き場のない居場所のないぼろぼろになった女性たちが裁かれる所であろうか。私たちは、指導員あるいは先生という呼称を一切やめて、今は職員のことをスタッフと呼んでおります。そして、一番求められているのはソーシャルワークです。今は、その視点をきちっと取り入れて、支援を行っております。

もう一つ、今日、私が元さんのお話の中で知りたいと思いましたが、当事者の問題性を指摘するのではなく、むしろ科学的に分析された中での利用者のことです。私たちの支援を振り返ってみますと、最も大切なことは、あらため

て心の回復支援だと思うのです。今日、医療社会福祉の分野に私がお招きいただいたことは、本当に画期的なことだと思っています。私からは医療だけではない、女性の性として侵害された部分に深く介入しながら、母子の問題、家族の問題、金銭的な関係の問題、大きな社会の問題にもつなげていけたらと思っています。

いま、私は、どこかに出てお話をさせていただくときに、婦人保護施設の職員はトータルソーシャルワーカーといっています。全ての分野においてきちとした専門職でなければいけないと思っています。働く職員がみな、トータルソーシャルワーカーとしてあるということを皆さんにぜひ周知していただきたいと思います。今日は厚かましくパンフレットとか新聞とか配らせていただきました。よろしくお願ひします。

大熊：ありがとうございます。はじめさんは、なんでこの道にはいられたのでしょうか。「科学者」のイメージとまるで違うお話に、みんなとっても心を奪われてしまっていました。

実は、私、このシンポをつい引き受けちゃったものの、どうまとまるのかしらと悩んでいました。けれど、お話伺って、タイトルにぴったりのお話をさせていただいて感動しています。なぜ、学者ばなれした学者になってしまった(笑)かをちょっと。

虫明：医学部の教育をしていると、非常に専門知識はあるんですけども、コミュニケーション能力に非常に疑問がある人がときどきいて、なんか対応してあげないといけないというふうに思ったんです。それでちょっと始めてみたのが、即興演劇というのを取り入れたワークショップで、コミュニケーション能力を鍛える。鍛えるっていう言い方はちょっと違うんですけども。その中で分かってきたことは、こういうコミュニケーション能力をアップする中で大切なことは、いわゆる「指導」じゃないんです。ファシリテーションなんです。そして、その人の自発性を伸ばしていくことなんです。そして、そこのワー

クショッしているところが絶対の安全基地で、誰に何を言っても許されるような感じ。これがないとコミュニケーションのスタートにならないんだなあと感じました。

そういうことをやっている間に、先ほどの脳の話でデフォルトモードネットワークのことが研究ですごく関心がある一方で頭を悩ましていたのですが、ワークショップの話のファシリテータなんかこれどっか似ているなあと思ったんです。ファシリテーションでは、参加者が主体で表に出るけど、ファシリテータはあまり表には出ない。脳の話でもデフォルトモードネットワークは表に出るときには休んで、やすんでいる時に出てくるような不思議な場所でした。そしていろんな仕事で、きっと現代ほどファシリテーションっていうのが重要な時代はないかなと思っています。その脳の話と自分を取り巻くいろんなコミュニケーションにまつわるネットワークがなんか妙に一つのものとして見えてきたときに、脳における創造性の発揮って、人の関係の新しいネットワークの構築とよく似ているなど、そんなことでちょっと今のような軸になってしまっております。

大熊：ありがとうございます。少し謎が解けたような気がいたしました。皆さんにならって私もパワポを作ってみました。普通の肩書のほかに『福祉と医療・現場と政策をつなぐ「えにし」ネット志の縁結び係&小間使い』を名乗っています。一息で言うとハアハアしてしまうのですが。ネットワークをするのがソーシャルワーカーのお仕事と聞いて、私もソーシャルワーカーもどきをやっているかなって思いました。というのは、「医療と福祉の連携」と言われますけれども。人脈も考え方も違っていて連携どころではありません。これをなんとかつなぎたい。それから、現場の素晴らしい実践がなかなか政策に結びつかない。それを結びつけないと、朝日新聞を定年になって大阪大学に行くときに思いついて始めました。

私が今、人間にとって大事だと思っているの

は、ここが安心できると思える「居場所」。それから「味方」。この味方についてさっき脳科学的にいろんな説明をしていただきましたけれども、心許せる味方がいること。それから人間としての「誇り」をもてること。この3つも、ソーシャルワークの仕事かなと思ったりしております。このスライドは、私が還暦になって朝日新聞を辞めるときに発起人になってくださった60人です。このうち、お役人とか、新聞記者とか。みんな、もう、現場を去っております。今も現場におられるのは、ご本人と支援をしている人たち。一回限りの会のはずだったんですけど、この日集まった400人ほどの方々がまた集まりたいということになって、毎年、同じプレスセンターで開くようになりました。

いくつかしきりがあります。どんなに偉い人、例えば日本医師会長とか局長とかも出演料なし。それから、みんな『ちゃん』で呼ぶという。きょうは『さん』ぐらいに収めてましたけれども。唐澤保険局長がカラちゃん、ソーシャルワーカーのサルちゃんとか、タンちゃん、丹野智文さんは39歳で認知症と診断されたフォルクスワーゲンのトップセールスマンです。会がおわってからも、お互いにタンちゃんとかサルちゃんとか呼び合うという。そういう関係性ができます。きょうの皆さんもそうになってくださるといいなって思っています。

17カ国、6000人の志ある方を結びつけようと思って、『えにしメール』というメルマガの一種を送っています。たとえば、「外国の新聞に『どうして彼は精神病院で縛られて死ななければならなかったのか』って載っている。でも、日本の新聞は一体どうして書かないの」と呼びかけました。6000人の中にはジャーナリストが100人ぐらい入っていますので、NHKがおとといハートネットという番組でやりましたし、『読売新聞』『東京新聞』『毎日新聞』も追っかけてくれました。なぜか私のいた『朝日新聞』が、まだ、出遅れているという状況なんですけれども。

もう1つはホームページです。『ゆきえにし』

というキーワードで検索してくださると、このページが出てきます。(図①) この『精

神医療福祉の部屋』をクリックしていただくと、いろんなデータや物語が出てまいります。

えにし HP 「ゆきえにし」で検索するとでてきます <http://www.yuki-enishi.com/>

誇り・味方・居場所～私の社会保障論	2017/10/10	優しき挑戦者の部屋・国内篇	2017/11/06
医療福祉と財源の部屋	2017/09/05	優しき挑戦者の部屋・海外篇	2016/09/19
福祉医療政策激動の部屋	2015/12/21	被災した方を応援するために	2016/05/09
物語・介護保険	2010/09/13	世直しの人間科学	2008/02/02
福祉・医療人材とケアの質の部屋	2014/08/17	100のチェックポイント	2006/01/02
選んだ場所で誇りをもって	2016/09/26	少子化・子育て・教育の部屋	2015/05/17
雑居部屋の部屋	2013/09/02	千葉・ちいき発	2008/06/23
ホスピスケアの部屋	2017/05/15		
福祉の町・秋田県鷹巣町が作り上げたもの・失ってしまったもの	2014/10/27	公開講義・倫理と変革の部屋	2018/01/29
		医療福祉ジャーナリズム分野 修士・博士コースへのお誘い	2010/12/19
		メディアの部屋	2010/07/05
		メディアと冤罪の部屋	2015/01/12
		写真帳から (pictures)	2002/01/01
		目からウロコのメッセージの部屋	2013/08/25
		シンポジウムの部屋	2014/08/17
		“秘蔵” 資料の部屋	2005/12/02
		障害差別をなくすための 海外資料翻訳の部屋	2007/05/13
		卒論・修論・博論の部屋	2017/05/22
		世界とところかわれば	2015/07/06
		らうんじ・えにし	2018/01/01
		えにしの本のエッセンス	2017/02/13
		ゆきの部屋	2016/07/04
		えにしの人々の組織にリンク	
		えにしの人々のページにリンク	2017/12/04
		お役に立ちそうなリンク	
縁を結ぶ会ことはじめ 2001	2002/02/22		
ことしもまた、縁を結ぶ会	2017/05/25		
えにし・イン・逢坂	2004/04/03		

図①

先ほど元ちゃんのお話の中に、「物として見るか人として見るか」と問いかけがありました。これが身体拘束、手足と胴を縛ると5点拘束と肩まで縛ると7点拘束といいます。(図②)



図②

NHK では画面の下に Twitter が流れました。これは、一見開かれた放送にみえますが実は不公正なのです。縛られている人や死んでしまった人は Twitter できません。ところが、縛る側の人たちはどんどん書き込んでいます。「われわれはひどい労働条件で働いている。そうせざるを得ないのに、身体拘束を否定するような報道は困る」という書き込みが多く、困ったことだなあと思いました。精神病の人、認知症の人が、ただ今現在、日本では1万人以上縛られておりますけれども。まるで「物」のように見えている。

そういうふうにも思ってもらいたくないために私は Facebook で、この死んじゃったケリーさんは小・中学校に英語を教える仕事をした素晴らしい先生だった様子を映し出しました。「天国のケリー先生へ、ようびや数字や色、くだ物ややさしいいろんな英語を教えてくれた優しくていつもにこにこのケリー先生が大好きです。そんな先生のおかげで、えいご大好きになったよ、これからも天国から見守っていてね、がんばるから」3年生の子の詩です。つまり、縛られて死んだのは「物」ではなく「血のかよった人」なんだって目覚めて欲しいという気持ち

で Facebook に載せました。

皆様のお手元に、3枚のちらしが入っております。この中の『恋するように、ボランティアを』は、ボランティアっていうのは恋と同じようなもの。誰かに強制されたり、制度で決まっているからするものではなく、反対されても湧き上がってしまっても止められない恋のようなものを書きました。また、ボランティアしてもらうことには抵抗を感じる人が多いのだけど。抵抗を感じないボランティアがある。それは、ご本人たちから湧き上がるボランティア魂です。死んだケリーさんのご両親とかお兄さんが、ケリー青年が大好きだった日本で、たくさんの人が縛られて死なないように、メディアの人々の前で話す、そういうボランティアをしてらっしゃいます。

ソーシャルワーカーさんっていうのは想像力があって、問題を抱えたご本人たちの身になって考えてくださる、そういう本当の意味のボランティア魂をもった方じゃないかと思っています。

ソーシャルワーカー冥利に尽きると思われた物語・思い出すのもつらい失敗談

それでは、第2ラウンドに入りたいと思います。

ソーシャルワーカー冥利に尽きると思われた物語と。それから、本当は人にも話したくない失敗の話と。それを混ぜて20分ぐらいつつお話しくださいってお願いしてあります。

田村：では二つ目の課題が、『思い出すのもつらい体験・失敗』っていうのと、『ソーシャルワーカーとして思いに残る物語り』っていうところでお話をしたいと思います。『思い出すのもつらい失敗』っていうのは、ものすごくたくさんあります。思い出した中で、ちょっとあまり複雑でないものしか事前の提出文には書けなかったんですけど。患者さんと家族の意向を代弁したつもりができなかった、ということがあ

りました。腎がんの骨転移の70歳代の女の方で、とても物静かであまり訴えもない方でした。本当は、骨転移の痛みとかもすごく実際にはあって、でも非常に控えめで、あまりそのことをおっしゃらない。ベッドサイドで面接をしていると、「本当は楽にはなれてないの」ということもおっしゃいました。そしてその娘さんが、「本当は痛みがあつてつらい。介助の仕方を、できたら工夫してもらいたい」。そして、「もともととってもしっかりしていた母なんです。お下の世話、もう少しこのお母さんらしさを配慮してもらえないか」とおっしゃったんです。

私、すごく動かされましたし、なんかすごい切なくなつて、病棟の看護師さんにアドボカシーをして、代弁をしてこの状況を何とかしてもらいたいな。ということだったんですが、非常に言いようだとか、いろんな私の中にある、「なんでなの」みたいな思いが言葉に乗ってしまって。期せずして看護批判というふうに捉えられて、「どうしてそれを私たちに言ってくれない？ ワーカーに言うなんてなんなの、あの患者さんと家族！」ということで、非常に看護師さんたちの陰性感情をあおった形になりました。

結局おみとりも近い患者さまだったんですが、症状緩和もできないままですつらいままの中でおみとりになってしまいました。私はおみとりして亡くなった後、ご遺体でお家に帰るとき、お見送りを必ず時間内であればしているんですけども、もう頭を下げてお見送りして、泣けてしょうがなく。申し訳なくて、「本当にごめんなさい。」「本当に許してください。」「こんなことがないように何とかやっていきたい」ということを、心に誓って、そのお見送りをした。そのことを今もつらく思い出します。本当に、自分がいろんな意味で拙くて、不利益を患者さんご家族にもたらした。そして、チームが組めていないと一緒にいいケアをつくっていけない。っていうことを手痛く学んだっていうことがありました。

それから、「何とかしなくてはと思うばかり

で」というところで思い出した事です。担当病棟で医療スタッフと家族のトラブルが発生していて、「ソーシャルワーカーを呼んでほしい」ってご家族が言ってくださったので、病棟から呼ばれて対応に入りました。そのご家族は、もう、本当に今しかないと思うから、ケアのやり方とか方針に、いろいろ病棟も医師も頑張っていたんですけど、ご納得されなくて。入って話し合いをしているんですけども、どんどん逼迫した状況になってしまいました。その対応中に、継続相談の予約の方の時間にかぶってしまって、病棟を離れて予約の方の対応をすることになったんです。その患者さんも結局おみとりが近くて、公正証書を作っているいろいろなものを準備していかないと、難しいことが起きる。ということが分かっている、急がれる状況だったんです。なんとかしなくちゃって自分が思うばかりで、結局何も出来なくて。

結局両方を相談対応させてもらってたんですけども、病棟からPHSもどンドン鳴るしすごく混乱しているから、それを、「もう、今はできません」と拒絶もできなくて。相談を中断しては平行して対応しているような、すごい失礼極まりないことをしてしまって。来室相談をされた方が「もういいです。失礼だ」って非常にお怒りになって、相談を中断されて退室されてしまったんです。ソーシャルワーカーって、平行業務をいくつも日常的に行う。皆さまもそうしておられると思うんです。でもそういうマネージがうまくできず、結局、両ケースとも中途半端で、最終的に、みんなクレームになった。自分のできなさ加減に、ほとほと情けなくてたまらなく、申し訳なくてたまらなく。という、本当に思い出したくないつらい失敗の、数々ある中の二つをお話ししました。

そんな私が、拙い仕事をさせていただきながら「思いに残るいろんな患者さんやご家族の物語」ということで、レジュメにも書きました。240床を切るくらいのサイズの病院で、年間800名以上のおみとりがあるという所で仕事をしていましたので、亡くなる患者さんやご家族とお

話を伺うという仕事をしていました。その中で、「最後のとき、今ある命を生きる意味は」ということでおっしゃった患者さんです。

50歳代の乳がんの術後の多発骨転移の患者さんでした。高校の先生で、社会の先生だったんです。病気や症状の進行については、その方はカトリックの信者さんで「神様が与えられたものなんだ」ということを私に教えて、いろいろなこととお話しされてました。その一方では、やっぱり奇跡を待ち望む思いもあって『ルルドの聖水』を求めて、神様のいろいろ癒やしを信じて旅に出る、というエピソードもありました。そんな中で「あなたは私の最後の教え子よ」というふうにおっしゃってくださり、「いろいろな日々のこと、今までのこと全ての出来事は神のみ旨であるし、これから亡くなっていくっていうことも全てが神のご計画の中にある」というふうにお話しされながらしばらく黙ってしまわれて。「でも、この病も悲しみや苦しみも神がお与えになっているのだとしたら、そのみ旨は何かと考えるしまうの。これほどの苦しみが、なぜ私に。こんなつらさの中で生きる意味は何？」というふうに問い掛けられました。これは本当に、援助者という立場をもたせてもらっているソーシャルワーカーとしての私自身へのすごい深い問いでした。

もう支えになり得ない自分。でも、支えになりたいと思う自分。でも、支えになりたいって思う自分がすごく不遜なんだなって感じながらいる自分がいて。もう、常に「生きる意味はなんだろう」ということとお話されている、その問い掛けにすごく打ちのめされましたし、その悲しんで嘆いて苦しんでいる人の側で、本当に消えてなくなってしまうような思いになったり。その苦悩の中に、共にずぶずぶと沈んでいくようなそんな思いになりました。その一方で、やはり、その方にすごく強く引き寄せられて、一緒に過ごす時間を求めてずっと訪床していたんです。ただただ、ひたすらに聴いて。私はそのことが「分からない」というところから、その人にいろんなことを教わっていきました。

何日もご一緒していました。すごく寒い朝だったんです。朝、申し送りが終わって、朝のミーティングが終わって、特に予約がなかったらその方の所に最初に行っていたんです。病室に入ると「分かったのよ、ゆうべ」というふうに彼女がお話しされました。私がちょっとびっくりして近づいて行くと、「先生が楽になるように誠心誠意。看護師さんが心からお世話を。あなたもこうして来て。みんなが私を思っていてくれる。心から大切に思い接してくれる。それは、とても考えられないこと。だから、生きているの。これが今、私が生きている意味だったの。この恵みにあずかるように神様は…」というふうにお話されました。それは、その人のずっとお話を聞いていた中で、本当に「新しい物語」で、生きているその意味を見いだしたお話でした。

彼女はその後ずっと続きに、「自分が大きな支えとつながりの中に生かされてきた」という話。そして「今まで分からなかった恵みを新たに気付かせるために、この苦しみ悲しみを神が与えられたんだ」というふうに私にお話しされました。本当にその方が「新たな物語り」を私に聞かせてくださった。そんな出会いがありました。『分かるはずのないことを分かるってどういうことなのか。分からない。分かりはしないことを分かることができた」と切望し、近づくより、むしろ語るその人に引き寄せられ、その人の世界に引き入れられる感覚を持つ』これは、『緩和ケア』という雑誌に「向き合うつらさ」という特集で書いたものです。「死を前にして苦しむ人との出会いが、私を拓いてきたと確実に感じる。」と書きましたが、そういう思いを強くした出会いでもありました。

もう一つはお話ししようと思ったのは、「未完の仕事」。自分の時間や持っている人生の長さを感じたときに、自分がこれからどうやって生きるのか。それからやり残しのことにとっても気持ちが向かっていくっていうことがあるんです。「どこでどう生き収めるのか」ということ

です。

80歳代の女性で胃がんの術後で上行結腸がんもありました。娘さんと二人暮らしで、近隣に長男夫妻がいたのですが関係が希薄で。末期がんの母をおうちでみとりたいということで、緩和ケア外来に来ていただき、緩和ケア目的の在宅調整のための入院をしていただいたんです。

入院し、ご本人とお話しをしている中で死んでいくこと、その中で気掛かりがお話されてきました。

「生きてきているんなことがあった、今はまとめていく時期。それが特段の意味があるとも思わないが自然に任せる。こんな状態で生きていて意味があるのか。あのとき死んでしまっていたらと思うこともある。自然に生きていくとも違う。自然に死んでいく。死んでいく話をしたい。こういう話をできる人がいい。また来て。続きを、話をしたい」。そんなこともおっしゃってました。そして、死んでいく今、気掛かりは二人の子どもたちの関係、というところにお話が及びました。お二人のお子さんは、お互いの育てられ方への納得のいかなさや、お互いを批判し合ったり、お母さんへの関わりを批判し合ったりと、ずっと関係が切れてしまっていました。そしてたった一人のお母さんを、どこでみとるのかどのようにみとるのかについて、考えに違いがありました。

「子どもたちは会えば諍ばかり。私が死んだらあのきょうだい関係も終わる。今、ここで腹を割って話し合えないと。でも、うちに帰ったらできない。自分たちだけでは。ここであなたの力を借りたい。それができるのはここ。病院。自分はここで最後までそれをやり遂げたい」とお話しされました。

この方の状態は、そのときは声もかすれて水分摂取も本当にわずかでしたし、そういうことをやって座って話をするっていうのも難しい。衰弱が進んでいて、それをするのはすごく負担が大きすぎるということで、医療側は難色を示しましたが、患者さん本人とご家族、ワーカーが入って場所と時間と語りを共有していきまし

た。その中でやはり、本人の語ることの力・エネルギーが、その場を大きく動かしていきました。ご本人から「きょうはお互い腹にためていることを全部吐き出しなさい」と。お子さんたちは、個室を準備してたんですけど、罵倒したりお互いのことをいろいろ言い合いました。

私はお互いの意向を橋渡しをしたり、ご本人が死んでいく中で気掛かりになっておられること。そして、一つの家族の中で、人生についてどんなふうに関わりをもって、何が今話し合わなくちゃいけないことか。というところをすり合わせをしながら一緒に話をしました。ご本人は、本当によくそんな声が出るなと思うような凜とした姿で、ご自身が生きてきたことや、これから死んでいくことをお子さんたちにお話しされました。その中でかなり諍は続いていたんですけども、しばらくして沈黙になって。するとご本人から「もう、ないの？ お互いそれでいいの？」というふうにおっしゃいました。そして、また間があって「きょうだい仲良く。」と言いわたしました。この後、そのご家族は、皆さんでご本人をみとることができました。

やはりソーシャルワークっていうのは、基本、やっぱり求めておられること、これからどうしていきたいのか、それをどのように実現していくのかということを支援していくんですけど、なんととっても、本当に求めておられる「どうしていきたいのか」の真の思いにどんなふうにとどりに着くかっていうところが、どんなところでもスタートだなと思います。そしてその方を「理解」して、「持っている力、その内にある力や強さの活性化がなされる」、というところに向けてストロークをしていく。「聴きながら支える」ということなんですけど、聴くことでその人が今の状況や自分自身をよく見ていただく。現実吟味を鏡となって支えていく。そこでのサポートを考えていくっていうことになると思います。

その中で、「ご本人が選択して決定されていく」ということだと思います。そして、共に何が一番かなというのを探索していきます。その

現実吟味をしていくのに、本当に温かな鏡として現実を映し出して、侵襲的ではなくその人からその状況を教わりながら見ていく力。それが本当に大事だなと思ってきました。そして、「最善」っていう言葉は一つですけど、それは本当に多様なものだと思います。良い悪いということは各々の価値に裏付けされていて、そこに判断があります。その中でソーシャルワーカーは通訳や仲介役として、それぞれの選択の訳や意味を分かり合うことを支援していきます。そして話し合っって一緒に一番を選んで決めるということができたかなと思っています。

私たちソーシャルワークは、Life：ライフを3層で捉えると言われています。医療の中でいうと、大きいのが『生命』かもしれませんが、ワーカーとしては『生命』と『生活』と『人生』この3層を捉える。このワーカーが聴きながら「物語られる人生」、それが「生物学的な生命」を意味付ける。そして、「営まれる生活」が生物学的な生命の質を支える。ということがあるのではないのでしょうか。私のいただいたテーマは『死にゆく人との語らいの中で』ということだったんですが、やはりそのクライアントの「語ることの力と意味」というところをいつも感じます。この『生命』と『生活』と『人生』を語りながら、語ることで、この死にゆく人は生きること、『生活』、『人生』をもう一度耕して拓いて、ご自身を生き抜いて、生き収めていらっしゃる。そういうたくさんの人に会ってこれたことが、本当に幸いだなと思っています。ソーシャルワーカーは、この語ることで紡がれていくかけがえのない今。暮らしと人生を聞くことで支える。そういう工夫をしているように思われます。ご清聴ありがとうございました。

大熊：ありがとうございました。それでは、コメントをお願いします。

虫明：ソーシャルワーカーとして、看取りをされているということで非常に貴重な体験をお話されたと思います。いくつか話がありました

大切なことは、クライアントの「語り」ではないでしょうか。そしてその「鏡」となるという話をされていました。自分も「語り」を受け止め、「鏡」として支える姿勢に共感いたします。先ほどの脳の話の中でも記憶を「語る」とかなラティブということを少し触れました。それは自分の過去と未来に対するふたつの語りが大切になると思います。おそらく最後まで、この語りというのは他のどんな精神的な働きよりもその人にとってのとても大事な部分だと思います。そういう最後にむかう「語り」の時を誰と共有できるのかということは本人にとっても大切な時間です。恐らく普通に考えると共有するのは身内の家族とが多いとは思いますが、場合によって、身内よりもソーシャルワーカーの方がむしろ一番いい自分の鏡になるのかなというふうに思いました。

身近にすぎるとかえって見えなくなってしまうものがあると思うんです。そこはソーシャルワークという立場で対面すると、それを上手に映し出すことができ、その人が自分を見直していくとか、そういうことのきっかけになるというふうに思いました。その最初の方の一人のどういうふうに最後の人生の意味を求めるところも恐らくソーシャルワーカーの方が意味を与えるというよりは、そのソーシャルワーカーの仕事を通してその人が意味を探求するきっかけをつくっていった、それを助けていくという。その「語り」って、誰かと本当に具体的に「語り」あえないと形にならないと思います。それを相手を映し出す「鏡」として受け止め共有することはすごく大切なことだと思います。

あと、やっぱり最初にちょっと失敗談という話で多職種のコミュニケーションのことが話題に出ました。ここもすごく大切な所だと思います。自分も医療側の、医学部の学生とかを見ていて本当にこの人たち多職種とちゃんとやっっていけるのかなと心配することがあります。自分の経験しているような多職種とは違うものかもしれないとは思いますが、でも、ソー

シャルワーカーとクライアントとの間とソーシャルワーカーとクライアントに関わる多職種という関係ではちょっと違うと思います。多職種者が集まりお互いに自分の立場っていうのが出てくると、どうしてもそこには自分の立場を守っていくというような、そういうことでお互いにかえって批判のようになってしまう。本来はどうやって共通の目標へ向かう共同体として一緒にやっていくか、そのスキルがやっぱりすごく大事なんだなというふうに思います。以上です。

大熊：ありがとうございます。分野は違うけれども、メモしながら聞いてくださっていたのでちょっと感想を。

横田：たまたま、今、私が。妹が「あと数カ月の命」というふうに言われて。ちょっとここ1週間ぐらい私の家で生活をしておりました。今、お話を聞きながら、私は姉妹ではあるんだけど、そうか私はある意味ソーシャルワーカーとして今、彼女がどうしたいかということを引き止めてあげることがあるな。つい、家族だと感情に流されてしまう部分が多くて。それから、目の前にいるとおろおろしてしまう自分がいて。でも、もしかしたらそんな姿を求めているのではない。彼女は最後まで誇りをもって生きていきたいんだなというふうに、今、お話を伺ってすごくそう思いました。

元、もうだいぶ古い話ですけども。日本航空の stewardess をして大変誇り高く生きていた人なので、その後も朗読の教室をもって多くの方と接触をしながら。今、それ全てが閉ざされてしまっている中で彼女がお話の中にありました生活の人生そしてそれを耕しながら今、いろんなことをぽつぽつ私に話してくれているんだなということで。私がもう、命を最後に控えている妹。そして生きることに関心している、悩んでいる妹というよりは、むしろきょう今お話を伺って、ちょっと厳しい。自分にとっては厳しいことですけども、そういう視点。ソーシャルワークの視点をもってもっと違う、生き

てきた意味とか本当に生きてきた歴史とかそんなものを振り返りながら彼女の存在の価値をきちっと受け止めてあげたいな。きょうは偶然でしたけれども、いい時間を与えていただけたというふうに思っております。

平野：仕事をし始めた頃に里子さんと緩和の領域で一緒にさせていただきました。今日、この場で横に並ばせていただいて本当にうれしかったです。里子さんがどんなに現場の中で一人一人の患者さん大事にしてこられたかと思いました。制度を出すとか何か目に見えるものを与えるっていうことではなくて、本当に佇んで、ただ伺うことに意味を見出すソーシャルワーク。今日、あらためてお話聞かせていただいて良かったと思います。ありがとうございます。

大熊：ありがとうございます。私からは、最後の職種間のところでちょっと思い出したことを話させていただきます。うちの院生さんにもソーシャルワーカーさんいらっしゃるんですけど。いつも、看護婦さんともめることを嘆いておられて。これが今、私が医療の分野と福祉の分野をなんとかつなげようと思っていることかと思えます。私は朝日新聞という所で科学部に長くいました。政治部とか経済部とか社会部も医学記事を書いて出してくるんです。結構、だまされて変な記事を書いてくるわけですけども。それを「こういうわけだからこれは載せられないよ」とか。そういうことを言わなければいけない。

それからたまたま私より年が上の先輩の男の人っていうのが、これがややこしい存在で。その人にいろんなことをデスクとして言わなきゃいけないという窮地に立ち至りまして。それでカーネギーの『人を動かす』という本を必死に読んで、いくつかそのことからヒントを得て実行しました。絶対顔をつぶさないとかいうこともありますけれども。最終的には、一緒にやって感動を共にするとか、志を共にするとか。そういうところが一番離れていた心をつなぐかな

あつてというような気がして。これは本当難しいことではあるんですけども、なんかヒントになったらいいかなと思いました。それでは、今度は朋美さんからプレゼントをお願いいたします。

平野：ゆき先生から、二つ課題をいただきました。一つは『ソーシャルワーカー冥利に尽きる、思い出に残る物語』。冥利に尽きるっていうのは私にふさわしくないなって思ったので『思い出に残る今も続く物語。』を話します。スライドは2枚だけです。[なお、この内容は個人情報に関わるため、文章化はしておりません。]

この物語の主人公である、かつて小児病院に通っていて、今は20歳を過ぎたあいちゃん（仮名）にソーシャルワーカーである私ができることがあるとすれば、つながりを切らないことと忘れないこと、再会することができたら「おかえり」と言ってあげることくらいです。私たち、本当に毎日忙しくて仕事の中で大勢の患者さんとご家族に出会っては別れていきます。だから、本当に1人の患者さんにできることって、実はそんなに多くはないのかなと思っています。

ゆき先生からもう一ついただいた課題が、『思い出すのもつらい失敗談』です。ちょっとつらい話をさせていただきます。本当に数えあげるとやっぱりきりはないんですけども、今日は三つお話しをさせていただこうと思います。

一つは、マーちゃん（仮名）ママに言われたこと。ダウン症で重篤な心疾患をかかえたマーちゃんのお母さんは、入院中から病気を受け入れることが難しくって、告知の場面には同席をさせていただきました。入院中、お母さんは、ご自分のお母さん（おばあちゃん）とかおばさんと一緒に頑張ってる面会には来てくれていました。

退院した後の外来で廊下で診察を待っているお母さんに会いました。マーちゃんはベビーカーに寝かされたままで、哺乳瓶の乳首はお口に含ませたままでした。そこにはお母さんの手も添えられていませんでした。私、「ママ、おうちに

帰ってどうですか」って。お母さん黙ってました。そこで一言、本当に余計な一言を言っちゃって。「どうかな」「育児は楽しくないかな」って聞いてしまいました。何十年もこの仕事をしているのに余計な一言を発してしまいました。ママに言われたのは「育児は楽しくないやいけませんか」って。受診が終わって帰ってからお母さんの妹さんから電話があつて、「ものすごい姉は落ち込んでます」って言われました。結果的にそれから程なくして、マーちゃん誤飲でおうちで亡くなってしまいました。

2番目です。ようちゃん（仮名）のママに言われた言葉。先天性の脳外科疾患で、出産直後に手術したようちゃんです。最初入院中から子どもに対する結構乱暴な扱いがあるので、病棟のスタッフは気にかけていました。退院してから外来に来ないことが続いて、地域関係者と一緒におうちを訪問させていただきました。ようちゃんとお母さんは出掛けていて、家には認知症のおばあちゃんが1人留守番をされていました。昔ながらの八百屋さん、古い土間に野菜を無造作に並べ段ボールを切った手書きの値札が付いていました。「この値札は娘が書いたんだよ」なんておばあちゃんが教えてくれて。貸自転車屋さんも脇でやっていました。

「昼間はようちゃん連れて出かけるんだよ」また、おばあちゃんが教えてくれました。大事に育てているというか、少なくとも放置はしていないということは感じたんです。ただ、関係機関、行政との専門機関とのつながりはなかった。そこで、なんとか地域とつながってほしいなと思って。もう1歳半、2歳ぐらいになっていた。身体障害者の手帳のこととか信頼している地元の事業所の所長さんにも事情を話して、一度ママとようちゃんに会ってもらいました。

病院の通院に1、2回その事業所が車で送迎する機会があつて、通院に連れて来てくれたんですけど。ママに言われたのは「あの人さあ、迎えの時間に遅れて来るし、あの人に来てから何だか子どもが不安定になったんだよね。あんたが紹介したからこんなふうになっちゃったん

だよ」って。「もう近づかないでよ。せっかく寝てるのに起こしちゃうから」と言われました。その後は「おはよう」と挨拶してもわざわざベビーカーをくるって後ろに向けて、挨拶することさえも拒否をされてしまうような状況になりました。

もう一つ、ゆいちゃん（仮名）のママに言われたこと。ゆいちゃんは、生後3カ月で術後に心停止を起こして、その後に低酸素性虚血性脳症から重症心身障害になってしまったお子さんです。上にきょうだいがいたんですけれども、入院当初はお父さんお母さん結構頻りに会いに来てくれていました。ただ、入院の期間が長くなるにつれてだんだん面会の足が遠のいていて、病院の支払いもなされなくなりました。

「せめて面会に来てほしい」「お子さんと離れないでほしい」と考え、お金の問題を口実にしながら会計の担当の人と毎月その家を訪ねました。結構前のことなので、そんな余裕もあったんですけれども。会計の職員も一緒に車に乗って訪問に行ってくれて、そこで集金をするわけじゃないんですけれども、おうちの状況を見ながら毎月お母さんと言葉を交わしながら、そんなことを一年ほど続けたでしょうか。家の玄関先でカメを飼っていて。お母さんの顔を見ては、「カメ大きくなりましたね」なんて言って帰って来たりしてました。

就学を2年後に控えたあるとき、お母さんに電話する機会があつて。私がそろそろ「ゆいちゃんの学校のことも考えないといけないし」って言いかけたところで。「なんであんた学校なんて言っているのよ。ばかじゃん。うちの子が学校なんか行けるわけないでしょう」って言われて、もう、耳元でがちゃんって電話を切られたことがありました。

本当にどれを思い出しても胸が痛くなります。

あるとき『ちむぐりさ』という言葉を知りました。阿部志郎先生の『福祉の哲学』の中に書いてあったんですが。沖縄の方言で、肝が苦しむっていう意味なんだそうです。健康なものが病者に対してすまない。恵まれた者が恵まれ

ない者に対して申し訳ない、その苦しみを『ちむぐりさ』と表すって書いてあつて。こういう悲しいことがあるたびに、自分の中では『ちむぐりさ』っていう言葉を思い出します。

ソーシャルワーカーとして考えること、そしてできることについて。

マーちゃんは、亡くなったけれども今頃お母さんどうしているかなって思い出します。ようちゃんは、つかず離れずしながら外来に来てくれていたんですけれども。またしばらく、病院が移ってから外来に来ていないです。先天性の脳外科疾患なので定期的なフォローが必要なんですけれども、しばらく来ていないので私は名前を名乗らずに「県立小児医療センターですけれどもそろそろ外来に来ませんか」っていう電話をしつこく入れています。名前が分かると、多分、切られちゃうんですけれども、この前は出てくれたので。「分かりました」と言っておられたので、また予約が入ってくるといいなって思っています。

ゆいちゃんは、学校入ると同時に医療型の障害児入所施設に入所しました。もう、高校を卒業する年になります。やっぱりゆいちゃんのことを忘れることはなくて、お誕生日が6月なんですけれども。来年のお誕生日にはお母さんと一緒に会いに行けたらいいなって思っています。毎年誕生日を思い出すだけで、忙しさにまぎれ、お母さんに連絡をする機会がないまま今まで来たんですけれど。入所のときも含めて、1回もお母さんはゆいちゃんの所には行っていなくて。でも、3人子どもがいて真ん中の女の子。たった一人の女の子なので、多分お母さんも絶対ゆいちゃんのことを忘れていないだろうなって思います。来年こそ一緒にいきたいなって思っています。私のエピソードはこれで終わりです。

大熊：ありがとうございました。つらいこといろいろ思い出させてしまいましたけれども。最初の例に出された方なんかは、もう、千代子さんのケースにすごく関係がありそうですけど、

ちょっとご感想を。

横田：まるで私たちの支援の対象をする女性のことだなと思いながら聞いておりましたけど。私が一番感動したのは、朋美さんが一緒にお散歩をしてあげたことです。それ、すごく大事なことはないでしょうか。自分を支援してくれる人が自分のために自分の時間をつくってくれるっていうのは、すごく自分が大切にされているって感じるとても重要な時間なんです。すごく優しい対応をしてらっしゃると思ひまして。しかも、赤ちゃんができて出産をなさった。もしかしたらどこかでまた出会って。あるいは私たちの所に来るかもしれない方だなと思いながら、聞いておりました。

やはりこの児童養護施設の、私たちは経験者と言うんですけど。児童養護施設の経験の方たちは、出産期から愛着の問題を抱えている方がいます。愛着の問題はすごく大きいかと思ひます。先ほどの虫明先生のおサルの映像を見ていたら、もう、胸がいっぱいになってしまいました。私たちは小さいときから皮膚感覚的に育てられていきますが、本当は人間にとってもとても必要なことだと思ひます。このお子さんはどうだったのか愛着の問題はきっとあったに違ひないと思いながらわが事のように聞かせていただきました。あと、つらかったかもしれませんが、なんか優しいまなざしをお持ちの朋美さんだと思ひておりました。ありがとうございます。

大熊：長年のお付き合いの里子さんは今のお話を聞かされて。

田村：朋美さんがお話しされた支援していたお子さんのことで、やっぱり私は、「居場所」っていうのがもっとあったらいいなってすごく思っていました。ゆきさんのあの本「誇り・味方・居場所 私の社会保障論」を、私、読ませていただいて。今、ゆきさんがお持ちですけど。本当にそう思ったんです。いろんな人にとっての居場所。私は今、病院組織を離れて、医療福祉実

践研究所で遺族のグループと個別の支援をしているんです。その方たちがまさに「場」を求めておられます。本当に月一の遺族のためのグループに「場」を感じて、「私はここに来たら安心できる。私でいられる。泣いていい、何を言ってもいい、ここが私の場なんだ」っていうことをそれぞれの方が違う表現でおっしゃっていて。やっぱり、場っていうもの、居場所っていうものが支援になる。それぞれの対象者に合わせた居場所がこの社会にあったらいいなっていうことを、すごく感じました。ありがとうございます。

大熊：では、元ちゃんから、ご感想を。

虫明：そうですね。お子さんの問題っていうのは確かに、先ほどの自分のビデオでも出てきましたけども。最初の皮膚感覚的なところから始まって、まず、居場所っていうものともう一つは養育者っていう絶対に安心できる人が身近にいることが大切でしょう。それは母親であっても父親であっても養育者であればどなたであってもいいんですけど。この方には安心できるとそれが愛着関係となり、ある程度の年まではその安全基地が精神的安定に重要と思ひます。その人のいろんな精神的な成長にはとても大事な時期でそれを超えていくと、だんだんに独立していくっていう話になると思うんです。もし最初のステップで、安全基地の確保がうまくいかないと、見かけ上独立しても、実はなかなか自分っていうのを形成するのは難しいかなというふうに思ひました。

それで、子どもの脳の発達に関していうと。実は、前頭葉と特に社会脳の部分は、ティーンエージャー、もっと上の20歳くらいになるまでずっと成熟が続いていくんです。だからそのくらいまでは、ちゃんと社会関係が築けるように周囲でも見てあげないと、なかなか独立といっても難しい。自分自身の認識も人に対する認識に関しては、いろいろな視点の見方がまだ十分育っていない。そういう時期に社会に出ていっ

でも、なかなかそこで適応できず途方に暮れてしまうようなこともあるのではないかと想像します。だからそれまでのある時期、居場所とそしてなんでも話せる人というのが何かいることで、そのような人とのコミュニケーションを介してとても大事な精神のコアの部分っていうのが育てられるんじゃないかなと思います。やっぱり、そういう支援をしていくのも一つソーシャルワーカーの人の今のお話を伺って大事な仕事なんだなというふうに思いました。

そして失敗談のほうで言えば、もう一つ普通に考えると子どもには養育者としての親が必ずいます。そこで、今度は三者関係というように関係者がふえると、子どもをめぐって、互いの関係を建設的に築くのは大変難しいと思いました。そこをどうやっていくかっていうのは、またさらにスキルが必要になっていく。当然子どもに対して親は絶対的な自分の立場っていうのはあると思うんですけども。やっぱりそれだけでも十分でない場合っていうのがあったときに、それをどうやって支援できるのか。それは大人同士になってしまうし、一見分かり合えそうなんだけどなかなかそこは難しい。ちょっと先ほどの多職種とは違うかもしれないですけども。結局、大人同士のコミュニケーションが一番難しい問題を引き起こしているような気がするので、そこはやっぱり考えていく課題なんだなというふうに感じました。どうもありがとうございました。

大熊：ありがとうございました。今度は第三の女に告白していただきます。

横田：それではゆきさんから求められておりましたソーシャルワーカーとして、支援して彼女の成長を見られたうれしいことだったので、ご報告をさせていただきます。

両親の離婚で、彼女は中学を出てすぐに風俗の世界に飛び込んだ方です。20代の前半で私たちの施設に入ってまいりましたが、風俗の生活がすごく長く、そこで本当にすさまじい暴力を

受けてきました。皆さんお気付きにならないかもしれないけれども、風俗、即売春とつながっているんです。その中で実は金銭による売買の関係がある事から、買春者から暴力を受けることが多いのです。また、その女性たちの中にもランク付けをされるのです。彼女はとてもかわいい人だったので、暴力的な行為は少なかったのですが、見せしめとって、ある女性がドライアイスを手持たされて立たされるらしいんです。それを見せられ、その苦しみの中に彼女は置かれていたのです。もちろん彼女も暴力をふるわれたことはあるそうです。そういう中で生き抜いてきた方ですけども、やっと私たちの施設に入り、彼女が何年間かをへて仕事に就くことができました。

ある、大きな企業の売場のバックヤードで働くことができたんですけども、そこで上司から性暴力を受けました。軽度の知的障害の方だったんですけど。「私が悪い、私がおぼから。私がもともとそうつきだから」「誰も信用してくれないだろう」と言って1年間ぐらい私たちに言わなかったのです。その間、ずっと実は性暴力を受けていたんです。ある夜ですけど、彼女が帰って来てぼつぼつと私に話しました。もう、それは許せない性暴力でした。私は、すぐ次の日に会社に抗議を申し込みました。「加害当事者にも会わせてほしい」と訴えました。彼女は、もともと軽度の知的障害があったので、障害者雇用枠でお仕事をしておりました。ということは、会社側はこの子は知的な障害があるから言っていることなんか本当であるはずがない。」「上司がそんなことをするはずがない。仕事でもよくうそをつくので、絶対にまたうそだろう。」その一点張りでした。そういう形で固められた中、私が何回言っても会社が対応してくれないので彼女と一緒に裁判を起こそうと決めました。

彼女はとても勇気がありましたけれども、「何年かかっても頑張る」と言ったんです。そういう中で裁判が始まりました。そして私たちは、女性の性的な被害への支援に理解がある

男性の若い弁護士に依頼しました。そして、さらに彼女は性的な被害を受けているということで、心理的なケアのできる方、それからもう一つは婦人科のドクターにつなぎました。そうやって関係性をつなげながら、周りで彼女をまずフォローすることを主において裁判が始まりました。私は、現場検証をさせて欲しいと会社に申し入れて現場検証をさせていただきました。そこに行ってみるとびっくりしたのは、彼女が這いつくばってその状況を私の前で見せたのです。性暴力をされた格好。男性から壁にこう立たされて後ろからとか、階段に四つん這いになってと言われて四つん這いになった。とか、体を張って、されたことを私に見せてくれたんです。

彼女の様子を「写真に撮らせていただきたい」と言ったら、断われたんです。「こんなことあるはずがない」って言って、本当にしらじらしく見ていた会社の方には今でも腹が立ちますけれども、最終的に私は思ったのです。彼女には軽度の知的障害がある、知的障害がある方たちは、言語化が十分にできない。彼女は体を張って事実を私に伝えなかったということが分かったのです。最初から最後まで彼女はされたことの行動による説明、事実を伝えている事、全然変わらなかったんです。このことへの理解、彼女への理解を持った本当にいい弁護士さんが付いてくれました。もう一つ意見書を出して下さったのが、京都にあります「フェミニストカウンセリング京都」の井上先生です。性暴力被害の裁判ではとても頑張ってください先生で、その先生が「性暴力の被害はとても立証ができないので、勝つのは難しい」と言って意見書を先生が書いてくださいました。ある意味私たちはチームになって彼女を守って応援したんです。私も裁判に立ちました。私が何にも証拠がない中、彼女が言い続けた事実が最初から最後まで一貫して変わらないこと。それから、現場検証したときに体を張って自分がされたことをやって見せたことです。もちろん弁護士のサポートもありましたけれども、彼女は泣き泣き「ほんとだよ！」と事実を訴えました。

最終的には勝訴だったんです。2年間裁判はかかりましたけれども、その裁判に向けての話をしていく中で、私は本当に驚きました。それは、彼女が弁護士に会い繰り返しその事実を伝えていくこと、そのときの気持ちを伝えていること。そのことを繰り返しているうちにもものすごく成長したんです。本当に十分に言語化できなかった彼女、それから泣いてばかりいた彼女が、ものすごく成長したんです。性被害があったことを繰り返し言うことのつらさ、フラッシュバックも起こしますし、そのつらい経験の中で勝訴を得たということは、彼女もものすごく頑張りましたが、チームを組んで皆さんが彼女の人生を思ってやってくださったことも大きかったと思います。

その後、そのときに職場にいた若い男性で助けてくれた方がずっとお付き合いが続いて、つい2週間ぐらい前に結婚式をしました。もう立派な結婚式でした。私は何を言いたいかというと、私たちの中に軽度知的障害者という概念が最初からもしかしたら入り込んでいて、彼女には十分理解ができない、彼女は言えない、分からないということが先行していたのではないかと考え、大きな反省点でした。

私たちが気を付けなければならない、ソーシャルワーカーとして気を付けねばならないことは、目の前にいる対象者を見て判断をしてしまうことです。それから過去の生活歴から、また、勝手に読み取ってしまうのです。考えてみたら、ものすごくマイナスな要素を抱えて私がいたことですね。私たちチームとしても施設の職員としても本当にみんなで反省をいたしました。最終的に勝訴で終わったことも含めて、彼女が本当に成長できたということは最初からもしかして、そういうきちっとしたチームワークを組めたことになったかもしれません。しかしそれぞれの専門職が関わるような支援体制が施設の中にあつたら、被害は受けなくて済んだかなというようなことを思っています。裁判に勝って結婚にこぎつけたということは、これはかけがえないことだと思います。私も34年間お務めし

て、初めて利用者がまともに結婚したという経験をさせていただきました。式の最中は最初から最後まで泣きっぱなしでございました。彼女も、その結婚式の花嫁の席に座って後半はずっと泣いていたので、そばに行って二人で抱き合っ
てわんわん泣いてしまいました。

それからとてもつらい二人のケースの話をいたします。1人は、もう、随分前のことなんですけれども。肝硬変で入院していた利用者のことです。30代だったと思います。私がお見舞いに行き、「もう、これで仕事だから帰る」って言ったら「横田さん帰らないで」って「きょうはずっとそばにいて」って言って、私のことをぐんぐん引っ張ったんです。「でも、帰らなければ」言ったら。「じゃあ、寮に電話して」と言われましたが、私はまだ職員だったので、施設長にお電話をしました。そうしたら「特別にその1人のためにあなたがそうやって時間を割くことはしないでほしい」といわれました。言い方は違かったかもしれないけれども、「そういうことをしていると次々とくせになるから、今日はもうそこで引き上げて帰ってらっしゃい」という指示だったんです。

あの時、「もう少し遅くまでいてあげなさい」とか、「そこに泊まれるんだったら、泊まってあげなさい」とか、どうしてそういうことを言ってくれないんだろうと思っていました。こんな所で働くなればかばかしい、こんな所辞めてやるみたいな気持ちでした。彼女が「本当に帰っちゃうの」って言ってベッドから手を伸ばしたんです。でも、私は「ごめんね。施設長がそう言うからね。ごめんね」って言って帰ってきました。あのときぐらい後ろ髪を引かれる気持ちで帰ったことがなかったんですけど。それで次の日の朝でした。自宅のほうに彼女が亡くなったという電話が入ったんです。

たった数時間の間を、私は彼女のそばにあげられなかった。あのとき自宅に電話がかかってきたときに自分の頭が真っ白になったのを覚えています。家中のいろんなものを放り投げました。泣き泣きいろんなものを放り投げて。そ

の後も、目がタラコを二つ貼ったぐらいにこんな腫れちゃったんです。そのまま出勤したら、ある職員がこう言いました。「あなたってソーシャルワーカーだよな」って。「利用者の前で、そういう顔して出勤していいの」って言われたんです。とっつらかった。それから私も辞めたいと本当に思いました。でも、34年間続いています。

それからもう一つは、今の問題です。今、21歳になった彼女が18歳で私たちの所に入ってきました。今、いません。なぜいないかという、50代の男と一緒に施設を出てしまったんです。その子は小学校から実の母、義理の父から売春と覚醒剤を打たれ、売春を強要させられ、受け、そうやって少年院を出たり入ったり。児童養護施設で育てられ、児童養護施設も転々とされた方です。その中で医療少年院を出た後、行き場がなく。地域定着支援センターの方の努力によって私たちの所に入ってまいりました。保護観察が付きました。保護観察員が付き、それから警察の関係者も仲間に入れて大きくそれこそチームで彼女を見守ってまいりました。ただ、20歳になったら保護観察が取れ全てのものが開放された中、一見自由になったと思えた彼女でしたが、社会は彼女を自由としては受け入れてなかったと思います。

上半身義理の父から入れ墨を入れられて、C型肝炎を負い、女性としてさまざまなリスクを婦人科的にもリスクを負った彼女。私は今日、元さんに聞きたかったのです。覚醒剤が幼い頃から打たれていることで、彼女はもしかしたら脳に取り返しのつかない欠損した部分があるんだろうかということです。それは、何度もリストカットを繰り返す。それから、倒れるなどの行動です。3年間の間、本当に支援員がよく頑張りましたけれども、結果的には男の元に行ってしまった。でも、その男の元に行ってしまったその日から、毎日今でも連絡が入ります。そして、そこからまた出て、他県に、また今いるんです。それでも毎日電話がかかってくるんです。でも、私たちは、今、私たちの施設にいる

利用者ではありませんけれど。彼女を社会的な被害者として、私たちは施設全体で受けていこうとどの職員もすごく丁寧に、今、対応しています。

彼女も軽度知的障害なんですけども。さまざまな意味で性的な被害を受けた社会的な支援が必要な対象者なのだと思います。社会にはきっとまだそういう方たちはたくさんいると思いますけれど、まだまだ支援が必要であつたであろう彼女を私たちが手放してしまったという後悔の念を抱えています。

大熊：ありがとうございます。では麻薬との関係について元ちゃんお願いします。

虫明：そうですね。非常に小さいうちっていうのは、非常に気掛かりなところだと思います。というのは、やはり小さいうち、すごく脳が成長、発達していく時期なので、脳の回路がどんどん変わっていきます。そういう時期の大きな出来事は長期にわたる影響を残していく可能性があります。ただ、その影響が残るという事ともう一方で考えるべきは、脳は常に変わり続けるものなので、どういう形で最初の出来事が今後成長に対して影響を与えるかというのは、かなりの程度、その人のもつ特性以外にも環境特にその人の人間関係とかに依存して変化すると思います。

依存症に関してというか薬物中毒に対しては、非常に不思議なというか興味深い実験があります。小さな飼育ケージでラットを個体で飼っているといわゆる薬物が入っている水と普通の水分が入っていると、どうしても依存症になる薬物のほうを飲んでしまつて依存症になっていきます。ところが、仲間のラット大勢いて、遊具もたくさんある広い場所、すなわち環境が豊富な場所で飼育されると、水と薬物の入った水があると、薬物中毒になる動物は激減するという結果があります。この結果は一つの特例でしかないかもしれませんが、しかし、その話から想像して、豊富な社会性が依存症を防ぐ

のではないかと考える人たちがいます。依存症、すなわちアディクションの反対は、実はコネクション、すなわち社会的な繋がりではないかということ言う人もいます。そう考えると依存症などへの対策や支援の仕方が違ってくるのではと考えられています。

でも、幼弱な時期に受けた事が、その後の発達に様々な影響を残すという点で気掛かりなことがあります。生物にはホメオスタシスっていう働きがあります。これは体内の何かの状態が一定のレベルからはずれると、元に戻そうとする働きです。身体も脳もどちらにもホメオスタシスがあります。これとは少し違う言葉としてアロスタティックという言葉があります。ホメオスタシスとは違い、環境のほうに自分自身の内部状態を変化させて適応してしまう調整です。幼若期のストレスは、ホメオスタシスで、平衡を取り戻す力も弱く、自分のセットポイントをきちんと調節出来ないアロスタティックな調整をして、周りのいろんな影響で自分自身を変えてしまう。これがその後の発達の負荷すなわちアロスタティック負荷となります。そうすると、その後非常に大きな影響が長く残ることが危惧されています。

あと、もう一つ入れ墨の話ができました。これは身体的な傷だと思いますが、しばしば精神的な傷、すなわちスティグマという事が問題になることがあります。スティグマは刻印の意味で、入れ墨は体に傷をつけるのでまさに刻印だと思うんですけど、社会的に差別される原因になります。目で見える傷のようなものでなくても、精神疾患とかで何かラベル化されると、ある種のスティグマとして何らかの偏見、ステレオタイプになって社会の中で差別される可能性は非常に高いです。疾患名でカテゴリーしたりせずに、やはり個々のケース、一人ひとりの状況で考えるべきかと思います。我々は、一旦ある人を精神疾患や病名でカテゴリーとして捉えてしまうと、後はステレオタイプにある因果関係や反応パターンで結論してしまう傾向があります。一人ひとりで、考えていく事がとても大事だと

思います。先ほどお話された結婚式にまで至った方の例はたいへん成功した支援の例と思われました。いろんなチームでサポートしたら、次第に自分のことを言葉で表現できるようになったことは、大きな精神的成長でもあるし、その人なりの創造性を発揮されていると思いました。創造性とは、しばしば苦しい境遇で、つらい経験をjして、心のなかが混乱しているような中から生まれることがあると言われてjいます。ある種のトラウマから人は成長することもあるといjいます。

いわゆるポスト・トラウマティック・グロースという概念があつて何か逆境や不運なことがあつた時に、このような状況を経験した後で精神的に成長する事があります。このような逆境後の成長は、何かしらの創造性が発動されやすい状況になつて起こるのだと思jいます。このような成長は、まさに逆境の時に何かサポートがあると、ストレス障害でなく、むしろ創造的な成長が起こるのだと思jいます。しかし、逆境に対して、外傷後ストレス障害か外傷後成長か、やはり個々のケースで違ふと思jいますので、周囲の人間がどうjいう支援ができるか、その人の創造性を助け、成長を助けるかは非常に重要なことなのかなといふふうじに思jいました。

大熊：ポスト・トラウマティック・グロースのグロースっていうのは、どうjいう意味でしょうか？

虫明：ポスト・トラウマティックは外傷後、グロースっていうのは成長で、日本語で外傷後成長という訳になります。いわゆる PTSD、ポスト・トラウマティック・ディスオーダー（心的）外傷後ストレス障害の逆です。子どもが大人に成長するっていうところまではみんな当然と思うでしょうけど、大人になつても成長するっていうことがあるっていうことを考えていくことは大事だと思jいます。それは人が何歳になつても変わつていくといふことですね。さらには何か不運なことや、悪いことが人生の中で起こつ

ても、その中で何か成長して乗り越えていくといふことが起こり得るようです。いわゆるレジリエンスっていう言葉もありますよね。このレジリエンスという言葉は一般には回復力とふうに日本語では訳されることもあります。それだとホメオスタシスと同じように、ただ、体温下がつたら上がるとか。上がったら下がるというもつに戻る意味です。しかし、レジリエンスでは多くの場合、全く予想もつかない解決で、その逆境を回復して行くことが多いと思jいます。同じスケールの中で、マイナスをプラスにするとかではなくて、全く違つた次元のところから、回復に向けての動きが起こつてくるって事がレジリエンスのjいう回復のポイントだと思jいます。

だから、ポスト・トラウマティック・グロースもレジリエンスもある意味、逆境からの創造的な解決を表した表現と思jいます。でも、このような創造的な解決を一人で見つけられるようなタフな人も非常に少ないでしょうし、大変だと思jいます。そこでそのような成長や創造性を促す環境を提供する支援者として、ソーシャルワーカーの方のお仕事は役に立っているのかなといふふうじに思jいました。

大熊：ありがとうございます。お二人からちょっと感想を聞かせていただけますか。

平野：どうもありがとうございます。いろんな思いが巡っているんですけども。一つは知的障害のある最初のお子さんに対してチームで本当に支え続けられたつてjいうお話伺つて、ちょっとその自分の根っここのところで、大先輩のソーシャルワーカーから言われた言葉を思い出しました。その「裁判をしたときにやっぱりすごく長い道のりだったんだけれども、振り返ったときに、やっぱり人と人をつなぐ一本の石畳みたいなものがあるんだよね」つて。「そういうものがあつて、やっぱり1人の人を支えていけるんだよ」つてjいうことを学生、卒業した直後に大先輩のソーシャルワーカーから言われて、やっぱりそれもなんか自分の心の中に根っことして

ずっといたなっていうことを、今、お話を伺って思い出しました。ありがとうございました。

田村：私がお話を伺っていて、思い出したくない失敗で、いろんなことが湧いてきたものの一つです。最初のころ、私も泣いて仕事にならなかった。きょう私がお話したのも、本当に駆け出しだったり職歴が短いときの失敗なんですけども。当初、本当に悲しくて泣いて、『やわらぎの間』っていうのが私の働いていた病院の霊安室だったんですが、そこから出てこられなくなったとか、お手洗いにこもって泣きすぎていて、上司が「何やっているの、もう、仕事にならないわ」って言って叱られたり。っていう自分を思い出していたんです。

その後私は、組織の長になって、たくさんのワーカーを育てなくてはいけない役割を持ちました。だから職業的な自己と、その根っこにある私的な自己と、奥川幸子さんが書いておられますが、それを両方ともどんなふうに育んでいくのか。それを、私は新人を採ることになっている組織の中で、学生さんからワーカーになっていくそのプロセスをご一緒して思ってきました。本当に、その人がソーシャルワーカーとしてクライアントと出会う中で、揺さぶられたり泣いたり本当に落ち込んだり、いろんな思いを体験することこそが本当に糧であって、そういう思いをしているあなたがそのままでいい。っていうことを、常に、最初泣いてばかりだった自分は、スタッフに対してすごく大事にしてきました。だから、横田さんの、辞めちゃおうかなと思ったっていうのもすごく気持ちが分かるな、なんて思ったり。そういうところも含めて援助職として豊かになれたらなっていうのを、強く思いながらきたなっていう、その辺を思い出しながら伺いました。ありがとうございました。

大熊：ありがとうございました。皆さんにだけつらい思い出とかなんか話させちゃったので、私自身の経験をお話します。私は三つの冤罪に関わりまして、最初の冤罪は若い人はご存じ

ないと思いますけれども、『千葉大チフス事件』。

「千葉大の無給医局員が人体実験がしたくて、バナナとかカステラにばい菌を注入して配って回ったので患者さんがいっぱい発生してしまった」と報じられ、起訴されました。でも、これは全くの冤罪でした。彼はすごく正義感があって、自分の周りに赤痢とかはやっていると、それを保健所に通報する。当時は報告制度きちんとしてないから、彼の周りにだけ流行があるように見えてしまったのです。朝日新聞が特ダネで細菌魔と書き立てました。でも、どう考えても細菌学におかしいと、予防衛生研究所の方たちと一緒に頑張りました。細菌を実際にカステラに入れたりバナナに入れたりして実験してくれた公衆衛生院の専門家も出てきて一審が有罪ですけど二審は逆転無罪になりました。それで「正義は通じる」なんて思って安心しちゃったのがあだとなりました。新聞で細菌魔と書き立てていたものですから、最高裁ではその先入観でまた有罪になってしまい、彼は東北地方の小さい町でももちろん医師免許は取り上げられて。でも、世の中にそれを訴えるのは怖いとひっそり暮らしています。あとき新聞記者がわあっと取り巻きもみくちゃになった思い出があるからなのです。守衛さんとかそういうのをして暮らしています。朝日の大先輩の記者の特ダネを批判する記事を、ペーパーの科学部の記者の私がかく書くというのはすごい恐ろしい思いをしました。でも、結果として彼は救われませんでした。

二人目は、福祉の町長と知られた岩川徹さんの冤罪です。秋田県の鷹巣という町は、デンマークに学んで、日本の中にデンマークをつくることを目指しました。私は社説などで褒めていました。けれど、彼が有名になることを快く思っていない、土建屋さんや医療関係者が反対にまわりました。選挙のときに彼が運転手に謝礼で2カ月分30万円払ったことについて「彼に宣伝活動させた」と逮捕しました。その運転手さんが早く証言すれば拘置所から出られる。うちには精神障害のお子さんがいるということで、

迎合して「確かにあれは賄賂でした」みたいなことを言ってしまったものですからとうとう有罪が確定し、町長さんだった人が、今、政治活動もできなくなっています。秋田という土地で、裁判官も弁護士もみんな一族みたいなところだったから起きた冤罪でした。

三つ目は厚生労働省の村木厚子さんの事件です。「新聞がわーわー言っているけど、私がちゃんと警察で話したらすぐにみんな理解してくれるわよ」と厚子さんが話していた3日後ぐらいに逮捕され、大阪へ連れて行かれ、家族も会うことができないう状況になりました。そこで、当時はまだ、5000人か4000人ぐらいのえにしメールで「村木厚子さんを救おう」って一種のキャンペーンをしました。家族も会えないけれども、「こんなたくさんの方が厚子さんを支持している」っていうことを知らせたら元気になれると思い、えにしメールで募集して、名前を接見室の亚克力板のこちからこう見せて。中に入れないので、そうやって励ました。厚子さんの場合は極めて有能な弁護士さんが付いてくれたので、逆転しまして。彼女は3000万円の慰謝料をもらって。それを、今、基金にして活動しています。彼女が拘置所にいるときに本当にお化粧っ気もないかわいい女の子が何人も食事持って来てくれたりするので「あの子たちはどうしたのかしら」と聞いてみたら、風俗の世界に入り麻薬をつかうようになったとか、もともとは男性にだまされてという。そういうことが元でそうなったということが分かって、今、その3000万円の一部で『若草の会』といってそういう人たちを支援しています。

また、知的障害の人は「おまえやっただろう」って言われると、そのとおりに書かれた調書にサインしてしまったりするので、知的障害の人の裁判については録画して透明化をはかるなど、運動を展開しています。

うまくいったほうのは、『「寝たきり老人」のいる国いない国』っていう本のことです。私はずっと科学部という所で福祉の『ふ』の字もほとんど知らないまま論説委員になりました。朝

日新聞100年の歴史の中で女の論説委員がいないのは外聞が悪いと論説主幹がおかんがえになりました。でも、女性の記者がそもそもいないので私が呼ばれることになりました。当時は福祉の社説は、経済部の人が片手間に書いていました。ですから福祉予算が伸びると困るとか、そういう社説が載っていました。

現場をいろいろ回っているうちに、ちょうど今の「認知症が増える、大変だ」と言っているように、「寝たきり老人が西暦2000年には100万人になるから大変だ」というのが厚生省の大問題でした。

恥ずかしいことに、私、科学部だったので、がんセンターとか臓器移植とかそういうのを調べていて、老人病院って行ったことがなかったんです。行ってみると、天井を見てうつろな姿の「寝たきり老人」っていう方たちがいるというので、これをなんとかしなければならぬ。でも、日本ではどうしても回答が見つからなくていろんな国へ出掛けて行きまして。貯金を下ろしては夏休みとかいろいろな国にでかけました。そして、「寝たきり老人」という言葉、概念が日本にしかないということを「発見」いたしました。(図③)それは一体なぜだろうということ調べて書いたのが、この『「寝たきり老人」のいる国いない国』です。24時間必要なときはヘルパーさんが現われる。「寝かせきり」にしないで、起こすのだとか。いろんな秘密が分かってきまして、これをせっせと朝日新聞に

「寝たきり老人」という概念のある国とない国

1985年の「発見」



図③

書いてきました。厚生省がそれに目を付けてくれて、この『寝たきり老人』のいる国いない国の第1章を参考にして介護保険のメニューを作ってくれるという。そういうふうになりました。

それから20年がたったときに、うちの母親が要介護4、認知症になりました。一人暮らしだったんですけれどもわがやにひきとろうとしましたらケアマネさんに「ダメ」といわれました。彼女の長年暮らしている環境の中が大切。居場所が大切だと思ったものですから、そこにヘルパーさんとかケアマネさんとかいろんな人たちの力を借りて5年間自分の家で暮らして、95歳で2年前に亡くなりました。このとき、最後は安らかにとか言うんですけど、やっぱり「死ぬの怖い」とかそういうふう言うんです。福祉用具の会社の人に「このベッドは二人乗っても大丈夫ですか」って言ったら「大丈夫だ」って言うので。結局、添い寝をしましてぎゅっと抱きしめるとかそういうふうにして最後は静かに亡くなりました。アタッチメントっていうのは親から子だけじゃなくて、最後は子どもが親を抱きしめるっていうのも入っているのかなあなど思ったりしています。

「誇り」はとつてもだいじにしました。認知症ではあるんですけど昔のことはよく知っているものですから。BSのテレビを見ては、母が大好きな『英雄たちの選択』とか『世界街歩き』とかを一緒に見ながら昔の話をして教えを請いました。すると、得意になって私の不得意な日本史の知識を補うようなことを言ってくれて、そこで誇りをめいっぱい膨らませたっていうのが最後の親孝行だったかななど思っている次第でございます。

脳科学者に尋ねてみたいこと

それでは皆さんからこの脳科学者に質問を考えてきてくださっているのです、それではどうぞ。

田村：これが最後のゆきさんからの課題だったんですけど。きょうの先生のお話を聞いたら、

もう既に先生がお話しされていることが結構あるなと思うんですけど。一つ目は、相談者がソーシャルワーカーに対して（皆さんも面接してあると思うんですけど）、ある時から、全面的に自己開示の方向にシフトしていく瞬間っていうのをみんな体験していると思うんです。その時に、クライアントは他者であるソーシャルワーカーに対して、どのような認識の変化をへていってこんな状況になるのか。そうして、そうした動きを促進するものって何か。ちょっと伺ってみたいと思いました。

それから、今、先生ちょっと時間がなくて、ワークのところをちょっとしかお話されなかったと思うんです。私もソーシャルワークの面接技術とかアセスメントの力など、いろんなワークっていうか演習っていうかドラマとかいろんなことをトライしています。その中で、「非言語のメッセージを読み解く力」とか「思いを察する力」。これ、先生先ほどのお話でできてきたけれども。それから「相手のことを理解できていないことが分かる力」それらはすごく支援の中で大事になっていつも思っていることなので、そういう力を高めていくためのアプローチとしてはどんな可能性があるのか。総じて言えば、ソーシャルワーカーの臨床力の基盤になる深い対象者理解の力っていうのはどんな要素があってどんなふうに関係されていく可能性があるか、そんなところをお伺いできたらなと思いました。よろしくお願いします。

虫明：自己開示にシフトする瞬間のこと、というのは難しい問いだと思います。「ジョハリの窓」っていうのはご存じでしょうか。これによると、自分の知っている自分、自分の知らない自分、人から見るとみえる自分、人からも見えない自分があって、自分が4つの窓枠に分かれています。みんなと表向きで付き合っているときは、自分もわかり、人にも分かってもらえる「開かれた自分」のところまで人と通常付き合いをしていると思います。自己開示というのは、自分が普段閉ざしている隠された自分の部分を

開けるということになります。そういうときでどういうときなんだろうかというときに、やっぱり人間関係の深さ、信頼関係がとても大事ななというふうに思われます。

というのは、そこで自分も医療関係の教育をしていてコミュニケーションのことで感じるがあります。プロフェッショナルとクライアントっていう関係は、仕事する人と、仕事を依頼する立場の人間の関係です。でもそのような人間関係はある意味表面的な関係なんです。その関係でもある程度の情報は取れると思うんですけど、それ以上に深く理解するのはなかなか難しいと思います。それで、もう一つ深くするということは、やっぱりかなりパーソナルにその人と信頼関係を結べるところまでいかないといけない。つまり、確かにプロフェッショナルとして付き合わないといけないはずなんですけども。一段と深く、それぞれ本当に自分の全身で対応されている感じになる必要があると思います。それが達成された瞬間に初めてパーソナルな信頼関係が確立して、プロフェッショナルな人ではなく、親密な人にしか言えないようなことを言い出すんだというふうに思うんです。そこは脳の中でも、自分も人も知っている、意識している外面の自分のところから、普段なら言わない、絶対隠したいと思っている深い内面の自分に関していろいろと言いつ出すということになるのだと思います。

でも、どうやればそのような信頼関係を築くことができるかというとなかなか難しいと思います。相手を理解しているというのは非常にある意味でおこがましくて、本当に理解するのは難しいと思ったほうが良いと思います。むしろ理解できていないという基本認識が正しくて、それをどうやって深めていくかということなんです。やはり言葉の端々に非常に敏感になっていく必要があるのかなど。必ずしも今から私自己開示しますという人は、まずいないんですよ。でも、何か話していると言葉の端々に何か普段言わない言葉がぼろっと含まれていたり、普段見せない表情をぱっとして。そのときに、

あれ、これ普段とちょっと違う何かのサインを示してくれている。これどういうことかなって深めてみると、そこからぼろぼろとなんか話が出てくることもあるんです。そういう言葉にしても非常に微妙な言葉。そして表情やいろんな身体表現にしても非常に微妙なものを読み取るというのはスキルだと思うんですけどもなかなか難しいところがある。

確かに即興演劇を教育に導入しようと思った理由の一つは、コミュニケーションのスキルアップとしていいことではないかと思ったからです。最近の社会では何でもマニュアル化されていて、マニュアル通りやろうというのが普通の発想になってしまっています。こういう仕事だからこう言う事を会話をして、すると相手がこう返事して、確かに多くの場合は、形通りの会話をすれば、確かに型どおりの進行にはなるんですけども深まらないというところがあります。多くの話がそうであるように、本当に偶然に何かのきっかけから深まっていくっていうときに、やっぱり自分を一度偶然の世界に身を投げてみないと、マニュアルで見えない世界まで深まらないところがあるんです。

即興演劇のお話を少ししましょう。即興劇には多くの種類がありますが、その一つにプレイバックシアターというのがあります。日本語で即興再現劇と言います。観客がいて、そう皆さんのような観客でいて、そして舞台にはアクター演技者が数名います。そして脇にはコンダクターが一人おられます。このコンダクターは観客に話しかけて、皆さんの中でお話を共有しても良い方どなたかおられませんかっていう形で実際の観客からお話をしてくれる人を舞台に招きます。

次に、舞台に出てきた観客はテラーと言って、コンダクターにインタビューを受けながら、ひとつのエピソードをお話として語ります。コンダクターの方がそのエピソードを聞いた後、それでは今のお話を「見てみましょう」というと、アクターの方々がそれを即興で演じます。自分が面白いと思うのは、語り手の語りを演技として語り手にお返するのがプレイバックという

意味だという点です。すなわちエピソードを話をするときには言葉で説明します。しかし、聞いたことをそのまま再度話すのではなく、今度はアクターたちが身体、しぐさ、即興で考えたセリフで演技する形で話の理解を表現することが大変面白いと思います。先ほどの暴力を受けていた人が、うまく言葉で説明できなくて身体で演技して説明したというお話がありました。話を演じるという点で似たような感覚だと思います。体で説明していった、その体の演技から何かを読み取るっていう形で何を本当に言いたいかを全身で感じる事ができます。小さい子どもも、しばしば言葉による表現が十分でなければ身体を使って表現し、言葉より場合によっては雄弁に実態をあらわにするということがあります。

即興再現劇では、アクターの人たちの視点に立つとドキドキすることがあります。アクターは、テラーから一人ひとり、あなたがなんの役でって言われぬ場合があります。主役だけはテラーズ・アクターといわれ、語り手自身を演じる役で、真っ先に選ばれますが、誰が主役かは、テラーが自分の直感に従って決めます。テラーが女性でも男性のアクターを指名するかもしれません。また残りのアクターは誰の役を演じるか指名されないことも多いです。じゃあ、何をするのか。そのときに合った状況を考えて、人以外の役を考え出すこともあります。例えば、家が重要な場所で、その家自身になって言葉を喋る、エピソードの中のある特定の物、例えば一枚の絵かもしれないし、むろん人かもしれない。語られたストーリーからその状況を想像を膨らまして、ふさわしい役を考えて、即興で演じるわけです。数名のアクターの間で、あの人がこれを演じるなら自分はあれかなっていうことを一瞬の内で、みんな互いの気持ちを読み取るわけです。でも、事前の打ち合わせは無し。このようなマニュアル無しの世界で、相互理解に全身で取り組むことは、コミュニケーションの何か大切なものに気づく良い経験になると信じています。多分、ソーシャルワークの世界に

もいろんなマニュアル、方法があると思うんですけど、現場に出ていけば、おそらく、マニュアル通りよりも、その人、その状況、1回きりの世界でコミュニケーションするものだと思います。

即興再現劇の演技中ではアクターたちは何をしているかという、全身がアンテナのようになって、互いの演技から何かを受け取る準備ができています。そのときのアクターが相手に向かって示す演技をオファーと呼ぶんですが、一体何をオファーしてくるかによってどう応えるかも変わります。それが言葉のオファーの場合も、しぐさで示されたオファーもありますが、そのオファーを確実に受け取ってそれに対して何かを返すことで次の新しい展開が出てくる可能性があるわけです。そういうこともやってみるとコミュニケーションにおける人からのオファーを感じ取ることがいかに重要な事か非常に強く感じるどころです。コミュニケーションではお互いにオファーをしています。だから、コミュニケーションっていうのはお互い何かをオファーし合い、それを受け取ってそれを今度は自分が周りにオファーとして返す、そのようなオファーの応酬なのです。そういうことで周囲の相手と読み取り、読み取られる相互作用を通してコミュニケーションのスキルを身につけていくのだと思います。そして何よりも、自分から何かをするという自発性を身につけていくことは、コミュニケーションを成り立たせる基本だと思います。

大熊：アクターはものをしゃべらないんですか。

虫明：アクターはもちろんしゃべります。あと、もう一つ不思議な事ですが、物の役を演じる時にもしゃべっていいです。その意味では、即興再現劇では、何が喋ってもOKです。なので、場合によっては、そのアクターは自分のことをしぐさや喋りを通して演じますけど、その人の影の気持ちを周りの風景が代わりに言う場合もあります。その人が例えば、ひとりであるシー

ンで、「ここに一人でいるんだね」とか、場合によっては明示的に「寂しいよね」と風景やその場所の事物を演じている側から言う場合もある。例えば家を演じている人が、その中にいる人の代わりに役者の内面を言ったりするわけです。だから、そうやってその人の中にある複数の内面を次々と表に見えるようにしたりする。

もう一つ即興再現劇をやってみて面白いのは、テラーという立場の人です。例えばテラーがお話をされて、すごくじんとくる話だったとします。本人はあくまで自分の視点で語ります。それをテラーの目の前で誰か第三者がもう一回演じたとすると、どんな感じでしょう。自分の話が目の前で自分を演じる人も含めて演じられるっていう体験は究極のメタ認知だと思います。自分自身が当時どうだったかが今目の前で再現されるわけです。例えば当時の何気ない会話が、今演技の外の観客の視点で自分を演じてる演劇を見ると、実は当時うまくこの人とコミュニケーションできてなかったなとか、相手にこんな風を感じてもらって、うまく行ってよかったんだな、とか、当時見えない感想がでてきます。自分の話が再現されることで、もう一つ違った体験をすることになります。そういう語り手と演技手をさらに観客はみながら、いろんなストーリーを皆でシェアしていくことになります。そうやって、次第に観客の中で信頼関係や理解し合っているという感じが育まれていきます。そのような中から、テラーとして、思い切って舞台に出て自己開示する気持になります。実際に結構、すごく深い話が出てきます。

大熊：ありがとうございました。インタビューするとき、「私は実は」って自己開示すると、ふっといろんなことを話してくださるということを経験しております。それでは、お二人目の質問者どうぞよろしく。

平野：私もだいぶ、元先生の講演の中でお答えいただいたように思うんですけども。三つあって。人が人と温かいつながりを持つっていうの

は、人間の脳にとってどういう意味があるかということと。ソーシャルワークって、創造的で謙虚で奥が深くって、本来能動的な活動だと思うんですけども。これは、さっきもだいぶ語っていただいたかなと思うんですけども。ステレオタイプで受動的な活動と創造的で能動的な活動の違いはどこにあるのかなということと。最後は、ぜひ、お伺いしたいんですが。いくつになっても想像し、変化を求めていくためにはどんなことが有効かっていうことを教えていただきたいと思います。

虫明：最初の「温かいつながりを持っている」という感じは、逆を考えればすぐ分かるかなと思います。もし、「社会的に仲間はずれにされている、排除されている状態、いわゆる Social exclusion というのは脳の中でいうと、痛みを感じる所が活動してくることが知られています。仲間はずれは、心も体も痛い状態なんです。だから、結ばれて何か人とのネットワークの中にいるというその安心感は、それで何か脳がすごく活性化するっていうわけじゃないんですけど、むしろ、そのような状態がベースになって、人は何かいろんな活動に取り組むことができると思います。ですので、そこが温かいつながりが確保されないと非常に不安定な状況になると思います。そういう意味で温かさとか居場所とか安全基地とか、そして何かを話せる、何でも話せる人がいるっていうのは、人間にとって、とても大事な状況だと思います。

そして2番目、創造的で能動的な活動のことですが、いろんな仕事の中には機械的なステレオタイプな仕事があって、これをこうすればいいという、決まりきったルーチンとなった事はいっぱいあると思います。人間の脳っていうのは、やっぱりそういう決まりきった仕事をことをいっぱい学ぶように出来ていて、その御蔭で普段あまり意識せずに多数のことを非常に簡単にできる。皆さんも多くのスキルをもち、知識をもち、それで簡単にできることが多数あると思います。ただ、一方でその結果として行動ほど

んどん機械的になっていってしまう。その段階で一番そこで今求められているものが、そういう人との何か信頼関係をつくっていくことだとしたら、機械的な対応だけでは、相手を一人の人として十分に向かい合っていない事になってしまう危険性があります。

だから、やっぱりそのためには、創造的で能動的な、それでいて謙虚な態度で、目の前の相手が何をどうしたいのか分からないけど、1人の人間として自立性、自発性があるものとして対応していくということがすごく大事な基本的な事だと思います。人間として、いわゆるヒューマンネイチャーとして人間の本性を考えたとき、自立性、自発性を尊重して創造的で能動的な態度になっていくと思います。でも一方で、全てをそういう形で対応するのは大変だからステレオタイプな態度もあって良いとは思いますが。でも、両方の態度を意識してバランスを気を付けないといけないと思います。これ、ちょっとステレオタイプな対応になっていないかな。これは個別にきちんと対応しないといけないかな、とかケースバイケースと思います。脳の話でいうと、先ほどの内側のデフォルトモードネットワークと外側のエグゼクティブネットワークがシーソーゲームのように揺れ動いていると話しました。またオートパイロットのような機械的な仕事になるときもあれば、意識して仕事をする時もあり、常に切り替わっています。今の若い人だったらヘッドホンでなんか聞きながら単純な仕事なら自動的にやっています。でも、一方ではそんなことをしてはいけない状況もあります。まさに全てを受け入れて全身で対応していく状況があります。創造的に対応するときというのは、脳の中でも切り替えが必要で、幾つかの心の状態を上手にバランスをとっていく必要があると思います。

そしていくつになっても、創造性は基本的に大事な能力だと思います。いつでもどこでも誰でも創造性を働かせることは基本的に必要な能力だと思います。だから、それを使わないようにするといたるところで問題が起こっていく事

になります。つまり、どうしてもステレオタイプのほうが楽ですし、流されていきます。これだけをしてればいいというふうに限ってしまうと創造性っていうのはどんどん発揮できなくなります。

創造性は発揮するのに大切な性格特性としては、5因子の中の開放性、新しい経験に飛び込んでみる、ないしは新しい経験を受け入れる気持ちだと思います。性格特性には一長一短があるので、簡単ではありませんが、このような開放性を育むことがすごく大事だと思います。

ステレオタイプで同じ対応しかしない中でできないのは、ちょっと新しいことに飛び込めないで手前でもじもじしている感じでしょうか。同じことの繰り返しで留まってしまう方が安全な気がします。新しいことをする、創造的なことをするには勇気がいるんです。だから、創造性にとって必要な心構えというかマインドセットは、自分の成長、相手の成長を信じる事です。その上で未知の所にふっと飛び込んでいくことができるかどうかということです。未知なところに入り込むので、それはもう予測できないから、アドリブで、即興で、その場で考えていく事になります。でもそのようにして、もがくことで、なんとか考えていく中で、創造性っていうのが発揮されると思います。

それが嫌だとどうしても安全でマニュアルどおりでステレオタイプになっていく。でも、マニュアル化することも、恐らくプロフェッショナルとして大切な能力だと思います。人によっても感じ方が異なるので、マニュアル通りのような感じが安心な人も、創造性の発揮が良いと思う人も多様な人がいると思います。でも、いろいろなコミュニケーションをとっていると、この人は、どちらの方向に行きたいのかなということも考えつつ応援できると思います。そういう意味で、全ての点で何か少し新しいものに対する未知なる所へ飛び込む勇気っていうのは。そして、その前提にあるのは成長を信じるマインドセットというのが不可欠だと思います。

大熊：じゃあ、最後の質問。

横田：今の元さんの回答で、本当にすごく勇気をいただきました。やっぱり施設という枠の中で、どうしても『売春防止法』という法律の刑務所の生活移行みたいな感覚が未だに60年たつて変わらない法律の中にあるので、その制度の中に押し込めていこうというそういう動きがある中で、飛び込む勇気ですね。飛び込むことは、私はとても大好きなんですけど、私が大好きだとみんな職員は嫌がります。なんかまたかみたいな感じで。でも、私が一番元さんに伺いたかったのは、先ほどもちょっと伺ったことがあるんですけど。やはりものすごく暴力を受けている人が、私ちょっと資料に載せさせていただいてますけど。今、二十数名いる中で、もう90パーセントに近い女性たちが暴力を受けてきているんです。しかも小さいときから繰り返し暴力を受けてきている。虐待から。しかも、相手が実の父だったりおじいちゃんだったりおじさんだったりという近親な関係の中でっていうのがものすごく多いんです。

その人たちの。そして、しかも、知的障害の方たちが半数以上。それから精神の障害もある方たちも70パーセントを超えている。そういう中で、私はやっぱりそうつくられてきちゃった。育てられてきちゃった。もう、そうじゃないでしょう、これからあなたは、大事なあなたを生きるんだよみたいな、いつもそういう話はするんですけども。それと同時に、施設の中で何かできないだろうかと思ったときに。施設が集団生活ではなくて小さなコミュニティーというふうに捉えたときに、私はこの人が全く出会ったことのない人が出会い、そして触れ合って。そして触れ合うだけじゃなくて、交わってそこから生まれてくる関係性。そこそそを私たちが小さなコミュニティーの中で育てることが必要じゃないかっていうのを掲げて、今いるところなんですけど。でも、どこかにやっぱり障害があるということの暴力による、しかもすごく殴られたり蹴られたりしてますので、その恐怖の

中にいる人たちの脳の変化みたいなことをさっき薬物のこともお話いただきましたけど、暴力がどれほど、身体的な反応としても。

例えば手上げるだけでびくっとしちゃうみたいなものがありますけど、そうじゃないよという、そんなことがあったかもしれないけど元さんがさっきからおっしゃってくれる人との関係性の中で。いい関係の中で、いい環境の中でそれはいくらでも修復できるんだよというふうにもう一度聞きたいなというふうに思っ。それからまた、脳のそういう虐待や暴力がどれほど脳に影響があるかみたいなことも含めて、ぜひ教えていただきたいと思います。

虫明：そうですね。自分の関わっている脳研究は限られた部分なので、全てにお答えできないかと思いますが、まず、暴力とかの恐怖体験に関しては、先ほどの話もあって扁桃体と呼ばれる所が活動しています。そして、それが海馬という様々なエピソードの記憶に関わる所と一緒にあって、結果として、心のトラウマになると思います。扁桃体、海馬も、いろいろエピソードに関する記憶を経験学習していく場所なので、その恐怖体験の兆しや予測させるもの、その可能性のあるものを全て拒絶していくこととなります。拒絶しないとどうなるかという、記憶が想起されてきて、非常につらく感じると事になります。感じ方は人によっていろいろだと思うんですけど、恐怖を受け入れられなくなると、恐怖を感じ、経験する自分を、今の自分から完全に切り分けてしまうという対応もありえます。つまり自分を、つらい経験を感じてる自分と今の自分を乖離させることで、恐怖体験から自分を退避させることができ、ひとつの解決を図った結果の形だと思います。

小さい頃からのいろんなつらい経験、暴力とかがあればその人の自我形成とか、恐らく脳の中ではデフォルトモードネットワークにおける自己の概念を形成することへ影響をあたえることとなります。普通であれば、自己、他者の通常の親子関係とか、そういう関係から愛着形成

などを経て育っていくと思うんです。それがなかなか十分に満たされないと、極めて不安定な状態になると思います。この場合、できれば親子関係や身近な人間関係を修復していくことができればいいが、難しいこともあるかもしれない。そのときにやはり自分は思うのは、回復といった時に単に元通りにするという回復だけじゃなくて、別な形になってしまうが、全体としては回復と呼べる状態が有ると思います。脳の回路っていうのは、いろんな形で修復することも、変化を生み出せる様々な仕組みが備わっています。一つの記憶内容が次第に変容していくということもあるでしょう。結果として、そのようにどんどん変化することで、親子関係での辛い記憶が、その人にとっての新しい人間関係やコミュニティの中で出てくる新しい信頼関係を築くことで、必ずしも親子関係を解決できていなくても、別な形で人間関係を築いた結果としては問題のあった部分の辛い記憶や痛みという部分が少しでも和らいでいくのではないかなというふうに思います。

そういう意味で、恐らくソーシャルワークの仕事として、対応されている方の周りに一つの新しいネットワークをつくり、そのコミュニティの中で新しい人間関係を築いていくっていうことを支援しながら、その中で恐らくその人ができることを何か探していければ良いなと思います。そのような中で、虐待の問題とか暴力の問題というところだけじゃない、人生の中のいろいろな生きがいを見だし、回り回って独自に解決していければ良いと思います。これは回復というのとはすこし違いますが、別の形で立ち直る、いわゆるレジリエンスであったりいわゆるトラウマ後の精神的な成長であったりすると思います。何かそういう成長の可能性を考えて、辛い経験をされたかたがたのケアをしたり、実生活を通して協働して人との何か交わりを積極的につくっていく事がその基盤だと思います。

やはり基本的に協働して人との関係の中に身を置かないと自分が見えてこないし、変化のきつ

かけをつかみにくいと思います。自分を新たに成長させるためには、やはり「鏡」のように自分を映し出す他者とか、ミラーリングのように模倣すべきロールモデルとしての他者がいたり、自分にとって親身な愛着関係アタッチメントを形成できる養育者がいたり、自分が見えてくるためにも誰かがそばにいてほしいと思います。人間は危機的な状況になってくると、やっぱり人間関係に頼りたい状況になってくると思います。先ほどの看取りのお話でも、人は人生の最後に近づいても、頼られたり、頼ったりする、スキンシップも含めて人間関係を求めているように思われました。その段階では子どもにとっての親のような存在はないのかもしれないんですが、何か別な形で人間関係を補っていくことができればいいかなというふうに思いますが、そういうことでよかったですでしょうか。

大熊：はい、ありがとうございます。こんなに素晴らしいお答えをいただけるとは。

「夢を語る」

大熊：さっき、少しみんな夢を語りたというお話が出ましたので、私が皆さんに申し上げていた問いの次として、ちょっと夢を語っていただきたいな。パワポをちゃんと作られたんですか。大急ぎで。すごい。じゃあパワポのない方から先にどうぞ。

横田：すみません。じゃあ。

大熊：みんなを励ます夢を。

横田：『売春防止法』は第4章で構成されています。ものすごい古い条文のままです。4章の中にある『婦人保護事業』という事業があるんですけど。この事業に関わっているのが婦人相談員それから婦人保護施設、婦人相談所なんです。日本には公的に単身女性を支援する事業は、ここだけしかないんです。だから『売春防止法』

が他の特別な女性たちだけにあるわけではなくて、実は、身近にいらっしゃる皆さんにも影響があるんです。明日、もし、生きるすべを失ったらどこに行くかといったら皆さんが福祉事務所に行くんです。「夫と生活がうまくなかった」という相談も福祉事務所に行くんです。そうするとつながるのは、婦人保護事業なんです。是非、知っておいてください。この法律が一度も60年間変わってない。しかも、『刑事特別法』の中に女性支援の事業があるんだっていうことが大きな問題なんです。

ここを私たちは、ぶち破ろうと今思っています。どの人にも等しく、そして先ほどもいろいろ子どもの話が出てきましたけど。女性を考える場合は、子どものことをなくしては考えられないことなんです。私たちはDVの方も受けています。同伴児童として0歳から高校生の女の子まで私たちの所に入ってきます。どうして子どもたちがこんな思いをしなきゃいけないのか、面前DVでお母さん殴られているところを見ている子ども。自分もお父さんから殴られている子どももいます。全く笑わなかった赤ちゃんが1週間たつと私たちの所でけらけら声を立てて笑うようになるんです。それから、何にも食べなかった子はぱくぱく食べます。歩かなかった子が歩きだします。こんな小さなうちから心に大きな傷を負ってるんです。

私たちの施設に入ってからお誕生を迎えてお誕生祝いをする家族もいます。お母さんぼろぼろ泣きます。祝福を共にしたい。でも、なんでここで逃げてこなきゃならないのかしらと思っています。そういう意味では、そこも含めて全ての女性が平等に。そして、子どものことも含めて新しい法律を作りたいと思っています。今、『女性自立支援法』仮称ですけども制定に向けて活動をしています。是非、そういう動きが日本の中に今起きているんだということを知ってください。国もこの辺は、今キャッチし始めております。法務省と厚生労働省の力を借りて、『売春防止法』の改正とそれから新しい法律の動きを、ぜひ、皆さんと共に女性の人権を主軸

に、女性の権利をきちっと主張していきたいと思っています。日本はものすごく遅れています。

身近な所で、若い女の子たちがJKビジネスとか性被害を受ける中で、居場所がなくて本当に戸惑っているのです。今日の前にいるそういう少女たち、子どもたちをやっぱり私たちは新しい法律でしっかりと守っていきたくてと壮大な夢を持っています。できるだけ早く現実にとっております。今日は本当にいい機会をいただきました。ありがとうございました。よろしくお願いたします。

平野：じゃあ順番で。夢は話すと言われたので、すごいこんなにいっぱいいらっしゃる所でちょっと話してみようと思います。埼玉県立医療センターは、去年の12月に埼玉県の新都心に引っ越したんですけれども、このスライドは旧小児医療センターです。さいたま市の岩槻区という所にあるんですけれども。今、障害者雇用の方たちがお掃除だけはしてくださって。そこに、今、県立の診療所が残っています。この地で医療の『医』農業の『農』、食事の『食』、福祉の『福』の連環のシステムをつくりたいなと思っています。先ほどから居場所の話が出ているんですけれども、救命で助かった命を生命体として助けられればいいということではなくて、やっぱりこれから生きていくということをはんらかの形で支えていけたらいいなって思っています。

実際、高度救命の中で、本当に小さく生まれた赤ちゃんたちが、今、NICUで助けられているんですけれども。こういう子たちが、10年後、20年後になったときに学校卒業してやっぱり行く場がない。働ける場所がないっていうことが、今、すごく問題になっています。これが医療の『医』に関するお話。そして、ちょっと話が飛ぶんですけども、義理の母が膀胱がんで、亡くなる前の10日間ぐらいうちにいたんですけれども。すごく食べるのが好きな人で、元気な頃、よく家族と一緒に食べに行ったお店の方にお弁当を作ってもらって。本当に亡くなる一週

間前、少し早いお誕生日を家族全員で、家で祝いました。お家で食べているところ、義母はそれまでずっと寝込んでたんですけど、鮎を見たらベッドからがばっと起きておいしそうにそれを食べました。本当に食べることで人間にとって基本だなんて思います。機能的に食べられることができない重症の摂食困難なお子さんたち、経管栄養でお食事を取らなきゃいけない方もいるんですけども。その中にちょっとした匂いがあったりとか、お母さんが作ってくれた食べものの優しい味があってちょっと味覚を味わったり、そういうことがすごく人間にとっては大切なのだらうと思います。これが『食』にまつわる話です。

これは農業の『農』をちょっとイメージしたスライドです。自宅の庭でずっと成長を見ていて。ここでお出ししたいなと思ってオクラの花を撮ったんですけど、ちょっとうまくスライドにできなかったの、今朝撮ってきました。左側にあるのは、オクラの木で、1本のこんなちっちゃな苗が2カ月ぐらいでこんなに大きくなって、上向いて生えているのがオクラなんですけれども。本当になんか大地に根を張って育つって。植物って本当にすごいなと思って。やっぱり植物を育てるためにはよりよく大地を耕さなきゃいけないって思うのです。それが農業の『農』です。

これが、最後のスライドです。ハルキくんっていうお子さんです。彼は生まれてからいろんなことがあって、結局、今は、おじいちゃんおばあちゃんに育てられているんですけども。さっき見ていただいた診療所に遊びに来てくれました。脇にるのが診療所長です。その診療所の先生に会いに来てくれたところです。写真を、こういう場で「ソーシャルワーカーがたくさん集まる場で、提供させていただいていいですか」って伺ったところ、「いいですよ。どうぞ使ってください。」って言ってくださったおじいちゃんおばあちゃんに心から感謝を申し上げたいと思います。子どもたちもご家族も本当にゆったりまったりとできるような居場所づく

りを目指して、あそこの土地を耕すところから始めて。できればゆっくりしゃべれたりとか、食べられたりする場所が75歳か80歳ぐらい。あと、10年後、20年後ぐらいにできたらいいなって思っています。ありがとうございました。

田村：『夢を語る』っていうお題は、先ほどのミーティングのときにいきなり降りてきたので、私には準備はないんですけども。この仕事を続けてきた私っていうところや、『自分の成り立ちを振り返る』っていうお題をいただいて、ずっと思っていることを、皆さんにお話ししたいなと思うんです。私は、本当にどろどろ現場のワーカーを30年ぐらいやって、今、この研究所を立ち上げて、いろんなフィールドで実践をしている人たちと相談業務やグループやワークショップなどいろいろやっています。私、緩和の領域で、ソーシャルワークが本当に人の気持ちと暮らしを支える仕事だっていうことを、いろんな機会をいただいて話をしてきたんです。

例えばゆきさんとお会いしたのも厚労省の会議でした。終末期医療のことに関する会議。それから緩和医療に関する会議。そして日本医師会のいろんなガイドラインを作る会議。そういう所で、どろどろの実践からソーシャルワークが医療の中で、人の気持ちと暮らしを支える仕事だっていうことを、本当に拙いんですけど自分の実践の話をとおして伝えてきたんです。けれども、悲しいかなそういう仕組みを作るところにいる医師や保健医療関連の医療者の人たちに、ソーシャルワーカーと仕事をした体験が非常に少なくプアなんです。もしくは体験を持っても、評価が低いという現状があって、本当に悔しいという思いをずっとしてきました。それで、大学で医療福祉実践論など医療ソーシャルワークの部分だけを、20年ぐらい非常勤で教えてきています。

それこそ、今日は医療ソーシャルワーカー業務指針に尽力くださった椋野先生もおられますけれども。業務指針について論ずることを私の講義では最後の試験で必ず学生に課しているん

です。そして、ふと仲間や実践場に目を向けると、業務指針で示されているソーシャルワークの全体性を皆さん臨床家としてどんなふう目の前のクライアントに体现しようとされていますか。と、問いたい現実がある。確かに本当に厳しい現状だし、戦わずにソーシャルワーカーとして存在することが難しい今の現状はあると思うんです。けれども、そこでのミッションを共有し合って、「ソーシャルワークとして医療の中に存在し合う、そういうネットワークを強くしたい」というのが私の願いです。医療機関を離れて始めました今のこの仕事の意図です。私のささやかな願いは、やっぱり「ソーシャルワークをするソーシャルワーカーを増やしたい」という、変な言い方なんですけれど、本当にそう思います。

今日は、脳科学と私のこのどろどろがどこで結びつくんだろうと思ってずっとここに来ることを固辞してたんなんですけれども。出てきて話をさせていただいて、亡くなるっていうこと、女性問題という（私が英文科時代、シルヴィア・プラスとかアン・セックストンという解放とかフェミニズムのテーマでやってきたので）領域で、そして小児の領域で、「本当にソーシャルワークをしている人」に出会えたっていうのは、すごく幸せな時間でした。こうやって実践を語る。私たちは実践しかないわけなので、実践を語りながらそこを深めたり強めたりするという場を大事に、ソーシャルワークをする仲間を増やしたいっていうのが私の願いです。ありがとうございます。

大熊：医学部教授としては、きょう学習されて、

ソーシャルワークというのを東北大学でなんとか根付かせようと決意されましたでしょうか。

虫明：そうですね。多職種協働っていうのかな、それが非常に重要だけど非常に難しいというのは自分たちの医学教育の中でも議論されています。恐らく医師のリーダーシップとかいう言い方はしているんですけども。いろんな職種の協働性といったとき、学生の段階ではあんまり実際の現場でイメージがないという状態だと思います。恐らく病院に医師と看護婦さんがいるっていうのは分かっているかもしれない。やっぱり多職種で、一人の方を世話していく支援体制って今後は非常に重要になってくるけど教育としてはまだ手探りなような気がします。そういう意味で今日はいろいろ勉強させていただきました。どうもありがとうございます。

大熊：相原和子先生の深謀遠慮でここにおびき寄せられた元ちゃん、見事に味方になっていただけのような気がします。ソーシャルワーカーの仕事でいちばん大事なのは、ソーシャルアクションであり、最も駄目なのが「仕方がない」という言葉ではないかなと思っています。きょうはケアマネの方もいらっしやると思いますが、制度は中でなんとかしようと思ってもできないことだらけですけども。そこをこれでいいのかと疑うこと。それから、想像力を働かせること。そして度胸っていうのが一番大事な。度胸と想像力のある極め人と今日会わせていただきました。しかも脳の極め人も一緒にひとときが持たせて、ほんとうにありがとうございました。

〔論文〕

医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助実践の対象

鈴木 裕 介*

本稿の目的は、医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助実践の対象を明らかにすることである。調査対象者は、公益社団法人日本医療社会福祉協会に所属し、病院に勤務する全会員MSW3991名である。調査方法は、自記式調査質問紙を用いた無記名の郵送調査である。分析には、自由記述回答が得られた631名を対象とした。分析は、テキストマイニングの手法を用いた。分析の結果、罹患を起因として対象となると考えられるカテゴリや、何らかの決定に関連するカテゴリが生成された。この結果は、対象論の整理の一つである福祉ニーズの概念で説明できるものであった。

Key words : アドボカシー, 医療ソーシャルワーカー, 対象, ソーシャルワーク実践

I. 研究の背景

ソーシャルワークにおけるアドボカシーは、様々な角度から多くの理論的言及がされており、その概念について整理されている(岩間 1996 ; Payne=1998 ; Johnson ら 2009 ; Hepworth ら 2013 ; Cox ら 2015)。中でも、アドボカシー理論の変遷は、小西 (2007) に詳しい。小西の整理によると、アドボカシーの視点は、ソーシャルワークの草創期に確認することができ、アドボカイトまたはアドボカシーという用語が公式に使用されたのは、1874年より開かれた慈善矯正会議の記録であるとしている。その後、1960年代になると、アドボカシー概念が注目されて、ケースワークの方法論に初めてソーシャルワークアドボカシーが位置づけられた。さらに、Schneider らが、90あまりの先行研究の定義から、重要な特徴を①弁護、②代理、③行動を起こす、④変化を増進させる、⑤権利と恩恵にア

クセスする、⑥パルティザンとして活動する、⑦影響と政治的なスキルを示す、⑧社会正義を守る、⑨クライアントをエンパワメントする、⑩クライアントと同一化する、⑪法的な基盤を用いる、の11項目に整理したことを紹介している。このような整理がなされている一方で、曖昧な概念であり、どのような具体的実践を示すか明らかになっていないことが指摘されている (Bateman=1998 ; Schneider ら 2001 ; 小西 2007 ; 岩崎 2010)。特に、医療ソーシャルワーカー (以下、MSW) が行うアドボカシー援助実践に焦点化した研究は、わずかに散見されるのみである (小西 2007 ; 鈴木 2016)。鈴木 (2016) は、アドボカシー援助活動について明らかにすることを目的に、ベテランMSW14名にインタビュー調査を行い、アドボカシー援助活動を「意識化」、「情報提供」、「啓発」、「代弁」、「対立」、「院内調整」、「変革」の7つの活動に整理している。しかし、アドボカシー援助活動

*Yusuke Suzuki : 高知県立大学

だけでは、アドボカシー援助実践の輪郭を明らかにしたということではできない。社会福祉実践について佐藤（2001）は、木田（1964）、仲村（1981）、黒川（1981）らの概念規定を整理して①主体、②前提、③方法、④対象、⑤目的、⑥行為を社会福祉実践の構成要件として整理している。この整理から、アドボカシー援助実践を明らかにするためには、社会福祉実践の構成要件を1つずつ丁寧に検証していく必要があると考えられるが、現在は、社会福祉実践における構成要件の⑥行為、つまり、活動のみが検証されている状況である。本研究は、アドボカシー援助実践を具体的に明らかにすることを目的とし、社会福祉実践の構成要件の1つである④対象に焦点化する。

これまで社会福祉学において対象論は多くの論者によって言及されてきた。2007年には『社会福祉学』第48巻第2号にて「対象論」について特集が組まれている。このなかで永岡（2007）は戦後の対象の議論について社会構造と労働者の関連、社会関係や技術論の視点を軸として類型される構造として整理している。加えて、1980年代以降は新しい対象の現れ方の中で、十分な議論や解決されることなく現在に至っていると論じている。山縣（2012）もまた、古川の優れた整理（古川 1993；古川 1994；古川 2002；古川 2003）以降は、新たな枠組みはないとしており、古川（2003）による社会福祉の対象の分析枠組を社会的問題論、生活問題論、福祉ニーズ論の3つに整理している。

医療福祉領域に焦点を絞った対象論は大瀧に詳しい（大瀧 2007；大瀧 2008；大瀧 2009）。大瀧（2007）は、対象を社会問題論としての対象論のなかにある2つの対象論、すなわち社会福祉が解決方法として動員される「対象に関する研究」としての対象論、「問題を担う人に着目する研究」としての対象論から整理した結果から、疾患ごとの心理社会的ニーズの違いを明確にすることに対して「医学モデルに則った対象理解だと言えはしないだろうか」と疑問を投げかけている。その後、大瀧は、ライフステー

ジに焦点を当てた対象について分析をして、その結果、①老老介護の開始期と限界期、②中年期における未婚・離婚経験者の課題、③早すぎる死と別れの作業、④成長期の課題へのアプローチ、の4つを対象としてまとめている（大瀧 2008；大瀧 2009）。

また、Coxら（2015：150-2）は、医療においてアドボカシーが必要なときは、経済面と社会公正として、保険利用時、慢性疾患、外来受診であると医療アクセスを中心に整理している。O'Toole（2007：429-36）は、患者、家族、地域、住民、さらに、医療サービスの改善、医療提供者の行動に影響を及ぼすこと、医療システムの変更、医療アクセスの拡大、健康の社会的決定要因に対してアドボカシーが必要であると述べている。

これまでの先行研究を整理すると、社会福祉学における対象論は、主に古川の枠組で整理されることが多いが、医療福祉領域における具体的な対象の詳細は明らかにはなっていない。また、大瀧がライフステージに着目した対象論の必要性について提唱しているものの、アドボカシー援助実践における対象は不明瞭であると言える。

II. 研究の目的

上述した先行研究の動向を踏まえて、本研究はMSWが行うアドボカシー援助実践の対象を実証的に明らかにすることを目的とする。

III. 研究方法

1. 調査方法と調査対象者

調査対象者は、公益社団法人日本医療社会福祉協会に所属し、病院に勤務するMSW3991名である。公益社団法人日本医療社会福祉協会の協力を得て実施した（名簿使用承認第16-021号）。調査方法は、自記式調査質問紙を用いた無記名の郵送調査である。調査期間は、2016年5月から2016年6月までである。なお、2016年4月に

熊本県を中心に発生した大きな地震の影響を考
えて、熊本県、大分県は調査対象外とした。
3991名から不在戻りなどの無効回35名を除く
3956名のうち1501名から回答を得た（回収率
37.9%）。回答を得ることができた1501名のうち、
自由記述の回答が得られた631名を分析対象と
した。

2. 分析方法

分析は、「医療機関においてアドボカシー援助
が必要な場面はどのような場面だと思われま
すか」、「医療機関においてアドボカシー援助が必
要な対象者はどのような方だとおもわれますか」
という自由記述の設問に対する回答について
SPSS Text Analysis Survey 4.0による、テ
キストマイニングを行った。この2つの質問を
両方合わせて分析する理由は、古川（2009）が
「属性論」だけで対象を捉えることは困難であ
り、「一定の課題状況」があることを対象と捉
える必要があると指摘していることに準拠した。
分析は、文章中に含まれる、人間の心の快適・
不快を表明している部分や、その心の動きによ
って生じた行動を報告している部分を抽出す
ることができる感性分析（内田ら 2012：47）
で行い、コンセプト¹⁾の出現頻度²を基準として抽出した。
抽出後、誤認識されているコンセプトを確認、
修正を行った。次に、抽出されたコンセプトの
意味を勘案して、データパネル（テキストデー
タの原文）を確認しながらすべて手動でカテ
ゴリを作成した。カテゴリ作成過程において〔社
会的〕（出現頻度30）、〔権利〕（出現頻度21）の
ように出現頻度が高くても、そのコンセプトか
ら具体的にその意味することが読み取れないも
のは採用しなかった。また、出現することが当
たり前で分析に有用ではないコンセプト（内田
ら 2012：135-6）も、採用しなかった。最後に、
カテゴリ間の重複度を確認するため、カテゴリ
Web²⁾を表示した。

IV. 倫理的配慮

「高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会」
（社研倫15-4号）の審査・承認を受けて実施し
た。郵送調査の際、調査票とともに調査依頼書
を同封した。調査依頼書にて本調査の趣旨、個
人と施設が特定されないよう個人情報保護に
努めることを説明し調査票は無記名とした。な
お、返送された調査票の管理に関しては研究室
内から外部に持ち出さず厳重に管理した。

V. 結果

1. 基本属性

基本属性について表に示す（表1）。「性別」
は、男性27.0%、女性73.0%であった。「年齢」
は平均36.5歳であり、「20歳代」22.5%、「30歳
代」46.7%、「40歳代」20.8%、「50歳代」8.9%、
「60歳代」1.1%であった。資格は「社会福祉士」
96.8%、「精神保健福祉士」34.3%、「認定社会
福祉士（医療）」6.8%、「認定医療社会福祉士」
8.4%、所持していた。従事年数は平均10.3年
であった。

2. 抽出されたコンセプト

抽出されたコンセプトは、782であり、〈家族〉、
〈患者〉、〈場面〉、〈認知症〉、〈ある〉、〈本人〉、
〈クライアント〉、〈高齢者〉、〈必要〉、〈思う〉、
〈医師〉、〈治療方針〉、〈自分〉、〈治療〉、〈意見〉、
〈考える〉、〈ない〉、〈意向〉、〈決定〉、〈選択〉、
等であった。総出現頻度は、6093であった。出
現頻度が10以上あったコンセプトについて、表
2に示す。

3. カテゴリ

80のカテゴリが生成された（表3）。80以上
の出現頻度があったカテゴリを多い順に、〔カ
テゴリ名（コンセプト数：出現頻度）〕で示す。
1. 〔患者（9：363）〕、2. 〔家族（10：283）〕、
3. 〔意思表示（53：264）〕、4. 〔方針決定（29：
199）〕、5. 〔認知症（10：174）〕、6. 〔医療職

表1 回答者の基本属性 (N=631)

項目	カテゴリー	N	%
性別	男	170	27.0
	女	459	73.0
年齢 (平均36.5歳)	20歳代	139	22.5
	30歳代	289	46.7
	40歳代	129	20.8
	50歳代	55	8.9
	60歳代	7	1.1
学歴	高等学校	10	1.6
	各種専門学校	30	4.8
	短期大学	5	0.8
	大学	538	85.5
	大学院博士前期課程	43	6.8
	大学院博士後期課程	3	0.5
資格	社会福祉士	609	96.8
	精神保健福祉士	216	34.3
	認定社会福祉士(医療)	43	6.8
	認定医療社会福祉士	53	8.4
	介護支援専門員	263	41.7
	資格なし	4	0.6
従事年数 (平均10.3年)	4年未満	111	19.8
	4年以上8年未満	153	25.6
	8年以上12年未満	129	22.4
	12年以上16年未満	236	15.1
	16年以上	203	17.0
病床数 (平均328.4床)	200床未満	251	40.5
	200床以上～400床未満	185	29.8
	400床以上～600床未満	91	14.7
	600床以上～800床未満	60	9.7
	800床以上	33	5.3
職場のMSW人数 (平均5.1人)	4人未満	214	34.2
	4人以上8人未満	290	46.3
	8人以上12人未満	96	15.3
	12人以上	26	4.2
病院機能	高度急性期	89	14.4
	急性期	405	65.3
	回復期	225	36.6
	慢性期	179	28.9

※資格と病院機能は、複数回答である。

また、欠損値は除外している。

表2 アドボカシー援助実践の対象「コンセプト」一覧

家族	259	弱者	28	病状説明	18	立場	12
患者	250	医療者	27	退院支援	18	精神	12
場面	149	いる	26	ns	17	終末期	12
認知症	103	カンファレンス	26	ケース	17	sw	11
ある	82	障害	26	医療機関	17	わかる	11
本人	81	困難な方	25	希望	17	伝えられない方	11
クライアント	75	難しい	25	意志表示	17	何らかの	11
高齢者	72	医療	24	意識障害	17	対応	11
必要	59	退院先	24	決める	17	患者本人	11
思う	56	伝えること	23	知的	17	意思疎通	11
医師	53	低下	23	pt	16	相談	11
治療方針	51	理解	23	他職種	16	関わる	11
自分	49	知的障害	23	判断	16	関係機関	11
治療	48	虐待	23	患者家族	16	fa	10
意見	45	認知症の方	23	看護師	16	上手い	10
考える	45	いう	22	自ら	16	及び	10
ない	44	退院後	22	自己決定	16	基本的	10
意向	43	受ける	21	言う	16	弱い	10
決定	40	含む	21	関係者	16	強いる	10
選択	40	対象	21	主治医	15	方針	10
dr	39	意思決定	21	意志	15	気持ち	10
できる	39	権利	21	意思	15	行政	10
ic	36	精神疾患	21	独居	15	表出	10
おく	36	自身	21	病院	15		
つく	36	高次脳機能障害	21	精神障害者	15		
思い	34	よる	20	説明	15		
なる	32	中	20	身寄り	15		
障害者	32	方向性	20	子供	14		
支援	31	状況	20	精神障害	14		
特に	31	療養先	20	関係	14		
病気	31	スタッフ	19	問題	13		
今後	30	入院	19	地域	13		
困難	30	十分	19	認知機能	13		
社会的	30	対象者	19	身寄りなし	13		
より	29	認知症患者	19	判断能力	12		
伝える	29	退院	19	意識	12		
生活	29	コミュニケーション	18	援助	12		
経済的	29	意思表示	18	決める時	12		

表3 アドボカシー援助実践の対象「カテゴリ」一覧

カテゴリ	コンセプト	コンセプト数	出現頻度合計
患者	本人 (81)、患者本人 (11)、クライアント本人 (2)、自身 (21)、患者 (250)、生活者 (3)、自分 (49)、pt (16)、患者側 (2)	9	363
家族	親族 (7)、夫 (2)、妻 (2)、家族 (259)、fa (10)、family (2)、本人以外 (3)、家族全員 (2)、家族間 (4)、家族の方 (2)	10	283
意思表示	表出すること (2)、主張 (5)、意見 (45)、自己表現 (2)、伝えること (23)、自ら (16)、意思表示できない方 (2)、意見が言えない方 (2)、声を上げる (2)、意思 (15)、意思決定支援 (4)、表現できない (4)、意志表出 (2)、意思疎通 (11)、意志確認 (2)、伝えられない方 (11)、伝えられない人 (2)、意思決定場面 (3)、意思表示 (18)、上手く伝えられない (5)、訴える (4)、意思伝達 (4)、発信できない (2)、意思決定能力 (2)、意思決定 (21)、遠慮 (7)、希望 (17)、表出 (10)、気を遣う (2)、sos (2)、表明 (2)、発信 (2)、意志 (15)、うまく伝えられない (2)、伝える (29)、意志疎通 (5)、意志決定場面 (3)、話しにくいこと (2)、要望 (4)、意志表示 (17)、声 (4)、意思疎通困難な方 (2)、ワーカビリティ (2)、言いたいこと (2)、意思表出 (5)、説明できない人 (2)、発言 (2)、意志決定能力 (2)、意志決定 (7)、言葉 (9)、意思表示 (3)、意向 (43)	53	264

カテゴリ	コンセプト	コンセプト数	出現頻度合計
方針決定	治療方法 (2)、方針決定 (5)、選択 (40)、治療方針 (51)、決定時 (3)、決める (17)、方向 (2)、方向性 (20)、決定をする時 (2)、選ぶ (2)、話し合い (3)、方針 (10)、選択肢 (5)、診察時 (2)、判断 (16)、治療方針決定 (5)、選択する場合 (2)、治療選択 (5)、決定場面 (4)、相談 (11)、選択場面 (3)、今後 (30)、検討時 (2)、決める時 (12)、決定 (40)、治療方針決定時 (4)、選定 (8)、決定するとき (2)、会議 (2)	29	199
認知症	認知機能 (13)、認知症状 (2)、認知 (2)、認知症 (103)、認知症のある方 (7)、認知症患者 (19)、認知症高齢者 (4)、認知症 pt (2)、認知症の方 (23)、認知面 (5)	10	174
クライアント	患者家族 (16)、クライアント (75)、利用者 (5)、ct (2)	5	101
医療職	病院スタッフ (4)、サービス提供者 (2)、職種 (3)、他職種 (16)、スタッフ (19)、医療職 (2)、院内スタッフ (3)、msw (7)、医療スタッフ (5)、病院側 (5)、専門職 (5)、医療関係者 (5)、ソーシャルワーカー (5)、医療者 (27)、ケアスタッフ (2)、職員 (7)、コメディカル (2)、支援者 (5)、事務 (2)、医療従事者 (4)、専門的 (5)、専門性 (2)、リハビリスタッフ (4)	23	120
退院	退院前 (2)、退院調整 (2)、退院援助 (2)、自宅 (2)、自宅退院 (3)、受け入れ (3)、退院 (19)、退院支援時 (3)、退院支援 (18)、退院時 (5)、療養先 (20)、退院先 (24)、療養場所 (4)、退院後 (22)	14	116

カテゴリ	コンセプト	コンセプト数	出現頻度合計
医師	主治医 (15)、先生 (2)、担当医 (2)、医者 (3)、dr (39)、医師 (53)	6	113
診療	医療行為 (4)、治療内容 (6)、診察 (2)、治療 (48)、手術 (2)、療養 (6)、受診時 (2)、症状 (3)、治療後 (2)、外来 (5)、治療中 (2)、ケア (2)、病状 (6)、病気 (31)	15	106
インフォームドコンセント	ムンテラ (3)、病状説明時 (6)、ic (36)、告知 (2)、説明 (15)、同意 (2)、質問 (6)、mt (3)、ic 場面 (2)、インフォームドコンセント (8)、症状説明 (2)、ic 時 (2)、病状説明 (18)	13	95
高齢者	高齢の方 (4)、高齢者 (72)、高齢 (5)、高齢者世帯 (5)、高齢世帯 (2)	5	86
力関係の不均衡	パワーレス (7)、一方的 (4)、抑圧 (2) 搾取 (2)、家族関係 (9)、発言力 (2)、関係 (14)、抑圧されて (2)、力関係 (4)、力 (8)、不当 (5)、進める (2)、パワーバランス (2)、強いる (10)、立場 (12)、対等 (6)、弱い方 (2)、弱い人 (2)、強いとき (2)	19	80
精神障害者	精神疾患 (21)、精神疾患のある方 (4)、精神障害 (14)、精神障害者 (15)、精神的 (5)、精神 (12)、精神疾患の方 (2)、精神発達遅滞 (2)	8	74
生活困窮者	生活困窮者 (5)、生活保護 (6)、ホームレス (4)、困窮 (2)、医療費 (4)、生保 (3)、低所得者 (2)、無保険 (2)、支払い (5)、貧困 (4)、生活費 (3)、生活保護受給者 (5)、生活保護申請 (2)、低所得 (2)、金銭面 (4)、困窮者 (3)、経済的 (29)	17	65
障害者	障害 (26)、障害者 (32)、障害のある方 (5)、障がい者 (2)、障害児 (2)	5	64

カテゴリ	コンセプト	コンセプト数	出現頻度合計
医療機関	医療 (24)、病院の機能 (2)、医療機関 (17)、病院の利益 (2)、回復期 (2)、組織 (2)、院内 (6)、急性期 (8)	8	60
身寄りなし	身寄りが無い (4)、孤立 (3)、身寄りのない (7)、身寄りなし (13)、身内 (2)、キーパーソン不在 (2)、身寄り (15)、身寄りのない方 (3)、身寄りのない人 (3)、身寄りが無い方 (2)、疎遠 (4)	11	53
知的障害	知的障害 (23)、知的障害のある方 (3)、知的障害者 (8)、知的能力 (2)、知的 (17)	5	50
判断能力	自己決定能力 (2)、判断能力 (12)、理解力 (7)、理解できていない (2)、判断力 (8)、理解 (23)、判断能力が低下している (1)、判断能力低下 (2)	8	50
在宅生活	生き方 (3)、生活場所 (3)、在宅生活 (2)、療養環境 (2)、生活 (29)、在宅 (2)、生活環境 (2)、生活支援 (2)	8	45
社会資源	社会資源 (7)、情報提供 (4)、申請 (4)、手続き (3)、介護保険 (2)、提供 (5)、サービス利用 (3)、情報 (7)、サービス (6)、活用 (4)、制度利用 (3)、制度 (8)	12	42
入院	長期入院 (3)、入院生活 (2)、入院中 (5)、入院相談 (3)、入院 (19)、入院患者 (6)、入院時 (5)、入院期間 (2)	8	41
独居	独居 (15)、一人 (3)、独居高齢者 (2)、一人暮らし (4)、単身者 (5)、独居老人 (2)、単身 (5)、独居の方 (5)	8	39
弱者	弱い (10)、弱者 (28)	2	37
看護師	ns (17)、看護師 (16)、看護 (3)	3	36
カンファレンス	カンファレンス (26)、集まる (2)、ケースカンファレンス (2)、カンファレンス時 (7)	4	35

カテゴリ	コンセプト	コンセプト数	出現頻度合計
虐待	虐待 (23)、被虐待者 (5)、被害者 (3)、児童虐待 (2)、虐待ケース (4)	5	34
すべての人	全員 (5)、全ての方 (5)、どんな方 (2)、全ての人 (8)、どんな人 (2)、すべての方 (3)、すべての人 (3)、全患者 (4)	8	32
児童	児童 (9)、子供 (14)、乳幼児 (2)、小児 (7)	4	30
関係機関	行政機関 (2)、関係機関 (11)、行政 (10)、機関 (3)、他機関 (4)	5	28
相違	異なる (2)、違う時 (2)、合わない時 (3)、相違 (4)、対立 (4)、違い (3)、異なる時 (7)、違う (2)、ずれ (2)	9	28
意識障害	意識のない人 (2)、意識レベル (3)、意識障害 (17)、意識障害のある方 (2)、意識障害がある方 (2)	5	26
終末期	終末期医療 (2)、最終段階 (2)、迎える (4)、ターミナル (2)、最期 (6)、終末期 (12)、緩和ケア (3)	7	25
高次脳機能障害	高次脳機能障害 (21)、高次脳機能障害がある方 (2)	2	23
コミュニケーション	コミュニケーション不足 (2)、コミュニケーションがうまく取れない (2)、コミュニケーション (18)	3	20
転院	転院援助 (2)、転院相談 (2)、転院 (7)、転院先 (2)、転帰先 (4)	5	17
連携	調整 (5)、院内外 (2)、連絡 (2)、関係性 (5)、多職種連携 (3)	5	17
言語障害	言語障害 (4)、失語 (3)、言語 (2)、失語症 (8)	4	16
自己決定	自己決定 (16)、自己 (4)	2	20
地域	地域 (13)、地域住民 (2)	2	15
adl	寝たきり (9)、adl (4)	2	13
金銭管理	財産管理 (2)、金銭管理 (7)、成年後見制度 (3)	3	11

カテゴリ	コンセプト	コンセプト数	出現頻度合計
介護	介護 (6)、老老介護 (2)、介護者 (3)	3	11
介護支援専門員	ケアマネージャー (7)、ケアマネ (2)	2	9
身体障害	身体 (5)、身体障害 (3)	2	8
外国人	外国人 (6)、日本語 (2)	2	7
キーパーソン	kp (2)、キーパーソン (5)	2	7
難病	als (2)、難病 (4)	2	6
発達障害	発達障害の方 (2)、発達障害 (4)	2	6
不安	不安 (6)	1	6
気管切開	気管切開 (5)	1	5
アクセス障害	受けられない時 (2)、アクセス (2)、保障 (2)	3	5
偏見	偏見 (3)、スティグマ (2)	2	4
延命	延命 (4)	1	4
DNR	dnr (4)	1	4
リハビリ	リハビリ (4)	1	4
DV	dv (3)	1	3
友人	友人 (3)	1	3
拒否	拒否 (3)	1	3
クレイマー	クレイマー (3)	1	3
関係調整	関係調整 (3)	1	3
尊重	尊重 (3)	1	3
HIV	hiv (2)	1	2
不在者投票	不在者投票 (2)	1	2
排除	排除 (2)	1	2
後輩	後輩 (2)	1	2
後遺症	後遺症 (2)	1	2
行動制限	行動制限 (2)	1	2
交渉	交渉 (2)	1	2
対処能力	対処能力 (2)	1	2
混乱	混乱 (2)	1	2
自己実現	自己実現 (2)	1	2
身体障害者	身体障害者 (2)	1	2
苦情	苦情 (2)	1	2
保証人	保証人 (2)	1	2

(23 : 120)、7. [退院 (14 : 116)]、8. [医師 (6 : 113)]、9. [診療 (15 : 106)]、10. [クライアント (6 : 103)]、11. [インフォームド Consent (13 : 95)]、12. [高齢者 (5 : 86)]、13. [力関係の不均衡 (19 : 80)]、であった。

カテゴリ Web について図 1 に示す。出現頻度が高かった [患者]、[家族]、[意思表示]、[方針決定] は、ほとんどのカテゴリ同士が線で結ばれていた。

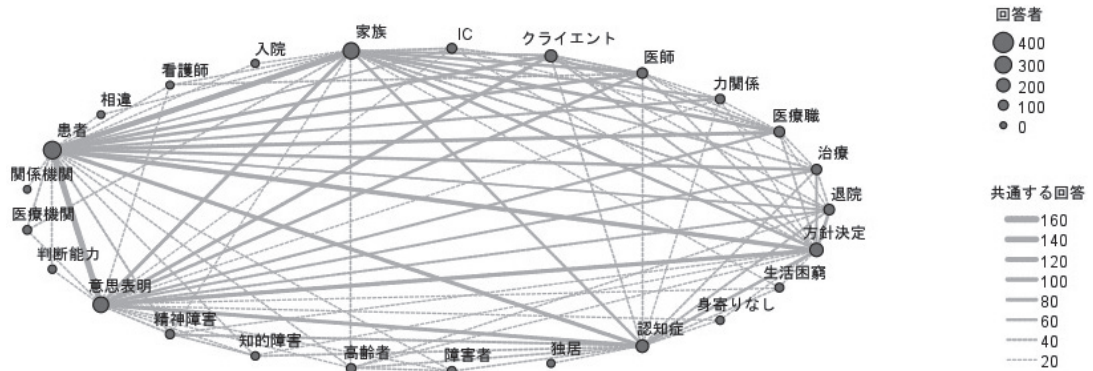


図 1 カテゴリ間の関係性

VI. 考察

[患者]、[家族]、[クライアント] のように、やや抽象度が高い対象者を表すカテゴリの出現頻度が高かった。一般的に、医療機関において治療の対象者となるのは、患者本人であるが、ソーシャルワークが支援対象とするのは、[患者] にとどまらない。ソーシャルワークは、クライアントを家族も含めた一つのシステムとして捉えることから (Andreae=1999 : 395-7)、[家族] の出現頻度が高かったと考えられる。また、[すべての人] のように支援対象を特定しないカテゴリが生成された。「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」において、「すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する」と提示されていることを遵守する姿勢から [すべての人] が生成されたと考えられる。

[認知症]、[高齢者]、[精神障害者]、[終末期]、[難病]、[DNR]、[HIV] のように、罹患を起因として対象となると考えられるカテゴリが生成された。特に [認知症] の出現頻度は

高かった。厚生労働省によると、認知症患者は、462万人 (2012年) と推計され、2025年には、700万人前後と、今後も増加することが予測されている。医療福祉において認知症は対応すべき喫緊の課題であることから、出現頻度が高かったと推察される。

本研究において、[HIV] は、生成されたものの、出現頻度 2 と極めて低い結果であった。この結果は、中核拠点病院や拠点病院において治療が行われているため、その他の病院では、かかわる機会が少ないためと考えられる。しかし、HIV 陽性患者の長期療養先の問題 (永井ら 2008) や、エイズ患者の退院計画は、特別なかわりと治療を必要とすることから (Dhooper 2012 ; 142)、多くの MSW が意識すべき対象と考えられる。[難病] も出現頻度が低いのは、[HIV] 同様にかかわる機会が少ないためであると考えられる。

[意思表示] [方針決定] [インフォームド Consent] [カンファレンス] [判断能力] [意識障害] [コミュニケーション] [自己決定] のように、何らかの決定事項やそれに影響を及ぼ

すことに関連するカテゴリが生成され、これらのカテゴリを合計した出現頻度をみると、11.5%（出現頻度705／総出現頻度6093）と、多くの割合を占めており、その重要性が伺える。しかしながら、関心が高いにもかかわらず、これらのカテゴリに関連する実証的研究はほとんど見当たらず、援助の実際は解明されていないといえる状況であるため、今後、研究の蓄積が望まれる。一方、看護研究に目を向けると、インフォームドコンセント時におけるアドボカシー実践（澤田 1995）や、自己決定場面におけるアドボカシー実践（佐藤ら 2013）などの実証研究を蓄積しており、今後、MSW の援助実践と他職種の実践との差異や共通性に関する比較検討が求められる。

また、〔力関係の不均衡〕のように、クライアントとシステムを対等に向い合せること（岩間 1996）が必要と考えられるカテゴリが生成された。医療機関においては、クライアントと医療機関との情報や力が不均衡になりがちであるからこそ、与えられている権利やサービスを受けることについて保証すること、また、尊厳が守られること（Hepworth ら 2013：451）が、アドボカシー援助実践において重要であると考ええる。

以上の分析結果をまとめると、MSW が行うアドボカシー援助実践の対象は、その多くが罹患を起因として発生することであったといえる。大瀧（2007；2008；2009）の先行研究と照らし合わせて考察すると、本研究結果においては、一部ライフステージに関連した結果、具体的には、①老老介護の開始期と限界期に関するコンセプトが抽出されたが、これ以外は、確認できなかった。これは、質問時においてライフステージを意識した質問をしていないことが大きな原因だと考えられる。しかし、その一方で、質問の仕方が適してなかったとはいえ、ライフステージに沿ったコンセプトが抽出されていないということは、現任者にとって、あまりなじみのある対象の捉え方とはいえない状況であると推察される。

本研究結果の結果は、なんらかの疾患を有する人としての対象と医療機関においてなんらかの困った状況としての対象の2つに大別できる。これは、古川（2009）の対象論の概念でおおむね説明できる。古川は対象理解をする際、「属性集団としての対象」として、子ども、高齢者などが社会福祉の対象であるが、それだけでは不十分であると「属性論」だけで対象を捉えることは困難であると論じている。この問題を解決する手がかりとして、「一定の課題状況」があることを対象と捉えて、社会的問題論、生活問題論、福祉ニーズ論の3つの整理方法を提唱している。なかでも特に本研究に關係する福祉ニーズについて、生活機能不全、生活能力不全、生活関係—社会関係の不全を指し示し、社会福祉の援助実施機関による認定プロセスを経て対象化するとしている。

本研究においても、「属性集団としての対象」として、抽象度が高いカテゴリでは、〔患者〕、〔家族〕があり、もう少し具体的になると〔精神障害者〕、〔高齢者〕、などのカテゴリが生成されている。ただし、このカテゴリがただちに対象となるわけではなく、「一定の課題状況」にあることに注意すべきだろう。例えば、〔認知症〕により、なんらかの生活課題があることや、〔生活困窮者〕で医療費を支払うことができない状況が「一定の課題状況」であると考えられる。古川が整理している通り、本研究も「属性論」にはとどまらない結果となっている。

例えば、〔方針決定〕、〔インフォームドコンセント〕のように全員が対象になるとは考えられない状況が出現頻度の高いカテゴリとして抽出されている。しかし、全員が対象にならないにもかかわらず多量のコンセプトが出現したことから MSW にとって、重要な支援対象であると推察できる。つまり、これらのカテゴリは、なんらかの生活能力不全、生活関係—社会関係と重なりやすく、通常では対象とならない状況が対象化していると考えられる。これはカテゴリ web の結果からも推察できる（図1）。

古川は、政策制度によって解決されるものが

福祉ニーズであると述べており、この点は本研究とは一致しない。MSW が「方針決定」、[インフォームドコンセント]の際、援助することに関して明確な制度政策根拠はない。これは、現状の制度政策に当てはまらないからといって、援助が不必要であるわけではなく、今後の制度政策に必要、もしくは制度政策に馴染まず、別の説明概念が必要であると考えられる。

これまでの考察を整理すると、「一定の課題状況」を抱えた「属性集団」が生活機能不全、生活能力不全、生活関係—社会関係の不全、すなわち福祉ニーズを抱えている方に対してMSW が、援助の「対象」と同定することによって「対象」化されるといえる。本研究は、その「対象」を実証的かつ具体的に整理した結果を示し、社会福祉学における対象の理論的観点から検証したものである。

対象化するという事は、対象化されない問題が発生する（古川 2007；岩田 2007）ことでもあり、対象論は、福祉の問題としてラベリングし、優先順位を決めていく側面があり、対象を取り上げる・外すという二重のプロセスがある（岩田 2007）ことに留意することが重要であると考えられる。

VII. 本研究の課題と今後の課題

本研究の限界として3点挙げられる。1点目に、公益社団法人日本医療社会福祉協会の会員に対して調査を行ったが、MSW として従事している全員が入会しているわけではないため、MSW の全体を捉えているとは言えない。2点目に、病院機能は特定していないため、病院機能に応じた対象についてその特性をつかむことができていない。3点目に、援助活動の特性と対象の関係性は、明らかになっていない。

しかし、このような課題は残るものの、アドボカシー援助実践の対象についてテキストマイニングを用いて実証的に検証したことにより、具体性をもって明らかにできたことで本研究の目的は達成できたと考える。

今後の展望は、本研究を発展させるためのレスポネン分析による検討、また、アドボカシー援助活動の素点の多寡に関する検討、アドボカシー援助活動に関連する要因を明らかにすることを課題として設定し、研究することを予定している。さらに、まだ検証できていない残りの社会福祉実践の構成要件について検証する予定である。これらの研究を積み重ねることによって、根拠に基づいたアドボカシー援助実践を構築することを目指したい。

注

- 1) SPSS Text Analysis Survey4.0では、分析によって抽出された語彙をコンセプトと呼ぶ。
- 2) 同じレコード内におけるカテゴリの重複について視覚化したものである。●をノードと呼び、ノードを結ぶ線が太いほど重複していることを意味する。また、ノード同士の距離間については、意味がない（内田ら 2012：142-5）。

文献

- Bateman, N. (1995) *Advocacy Skills: A Handbook for Human Service Professionals*, Arena. (=1998, 西尾祐吾 監訳『アドボカシー理論と実際—社会福祉における代弁と擁護』八千代出版.)
- Cox, L. C., Tice, C. J. and Long, D. D. (2015) *Introduction to Social Work: An Advocacy-Based Profession*, Sage.
- Andreae, D. (1999) *System Theory and Social Work Treatment*, Turner, F. ed. *Social Work Treatment, 4th*, Oxford University Press, 387-412. (=1999, 米本秀仁監訳『ソーシャルワーク・トリートメント—相互連結理論アプローチ下』中央法規出版.)
- Dhooper, S. S. (2012) *Social Work in*

- Health Care: Its Past and Future, 2nd, Sage.
- 古川孝順 (1993) 「社会福祉の対象 (1)」古川孝順・庄司洋子・定藤丈弘編『社会福祉論』有斐閣.
- 古川孝順 (1994) 『社会福祉学序説』有斐閣.
- 古川孝順 (2002) 『社会福祉学』誠信書房.
- 古川孝順 (2003) 『社会福祉原論』誠信書房.
- 古川孝順 (2009) 『社会福祉原論 第2版』誠信書房.
- Hepworth, H. D., Rooney, H. R., Rooney, D, G. and Strom-Gottfried, K. (2013) *Direct Social Work Practice: Theory and Skills, 9th*, Brooks/Cole.
- 岩間伸之 (1996) 「ソーシャルワークにおける媒介実践論研究—「媒介・過程モデル」の素描」『社会福祉学』37(2), 66-83.
- 岩崎 香 (2010) 『人権を擁護するソーシャルワーカーの役割と機能—精神保健福祉領域における実践課程を通して』中央法規出版.
- 岩田正美 「社会福祉の『対象』とはいったいなのか—政策・事業による対象の切り取りと序列化」『社会福祉学』48(2), 133-136.
- Johnson, L. C. and Yanca, S. J. (2009) *Social Work Practice: A Generalist Approach, 10th ed*, Allyn and Bacon.
- 木田徹郎 (1964) 『社会福祉議論』新日本法規.
- 小西加保留 (2007) 『ソーシャルワークにおけるアドボカシー—HIV/AIDS 患者支援と環境アセスメントの視点から』ミネルヴァ書房.
- 黒川昭登 (1981) 「社会福祉における『実践』の意味」野坂勉・秋山智久編『社会福祉方法論講座 I 基本的枠組』誠信書房, 225-250.
- 永井英明・池田和子・織田幸子・ほか (2008) 「長期療養が必要な HIV 感染者の受け入れ施設についての検討」『医療』62(11), 628-636.
- 永岡正己 (2007) 「社会福祉における『対象論』の系譜と課題—古いものと新しいもの」『社会福祉学』48(2), 127-132.
- 仲村優一 (1981) 「社会福祉実践の基礎」仲村優一・松井二郎編『社会福祉実践の基礎』有斐閣.
- 大瀧敦子 (2007) 「医療ソーシャルワークにおける対象論展開の為の文献研究」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』127, 145-163.
- 大瀧敦子 (2008) 「疾患を持つ人の家族ライフサイクル分析 (その1) 医療ソーシャルワーク支援対象分析の一視覚としての試み」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』129, 213-231.
- 大瀧敦子 (2009) 「疾患を持つ人の家族ライフサイクル分析 (その2) 医療ソーシャルワーク支援対象分析の一視角としての試み」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』130, 169-177.
- O'Toole, T. P. (2007) Advocacy, In King, E. T. & Wheeler, B. M ed. *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations*, McGraw-Hill, 429-436.
- Payne, M. (1995) *Social Work and Community Care*, Macmillan Press.
(=1998, 杉本敏夫・清水隆則監訳『地域福祉とケアマネジメント—ソーシャルワーカーの新しい役割』筒井書房.)
- 佐藤豊道 (2001) 『ジェネラリスト・ソーシャルワーク研究—人間：環境：時間：空間の交互作用』川島書店.
- 佐藤千夏・布施淳子 (2013) 「がん患者が治療方法を自己決定する場面における看護師が実践しているアドボカシーの因子構造モデル」『日本看護研究学会』36(4), 87-97.
- 澤田愛子 (1995) 「ナーシング・アドボカシーとインフォームド・コンセント」『医学哲学医学倫理』13, 105-114.
- Schneider, L. R. and Lester, L. (2001) *Social Work Advocacy: A New*

Framework for Action, Brooks/Cole.
内田治・川嶋敦子・磯崎幸子 (2012) 『SPSS
によるテキストマイニング入門』オーム社.
山縣文治 (2012) 「社会福祉における対象認識

について」一般社団法人日本社会福祉学会
編『対論社会福祉学1—社会福祉原理・歴史』中央法規出版, 132-153.

The target of advocacy practice by medical social workers

Yusuke Suzuki

University of Kochi

The goal of this study was to elucidate the target of advocacy practice performed by medical social workers (MSWs). A mail survey was conducted using anonymous self-reported questionnaires on a total of 3991 MSWs who worked in hospital settings and belonged to the Japanese Association of Social Workers in Health Services. Among the responses obtained, 631 data were analyzed using exploratory and text mining analyses. Based on the results, the target of advocacy practice was attributed to the categories of illness or decision-making. The results could be explained by the concept of needs, which is a target-based classification.

Key words: advocacy, medical social worker, target, social work

〔論文〕

精神科ソーシャルワークの「ソーシャルワーク回帰」過程 —専門職性における医療ソーシャルワークとの対比—

大西次郎*

近年、福祉と医療の垣根が低くなり、MSW・PSWの職責は病院の外へ広がりつつある。病院・地域の双方で、有資格者ととどまらないMSW・PSWの専門職性の所在を明らかにする目的で、以下の論考を行った。

ソーシャルワークのグローバル定義を引きながら、MSW・PSWの専門職性が周囲の人や情報から規定され、個人の自立支援が主でソーシャルポリシーを後手に回してきた共通性を確認した(第1章)。PSWが学問的な基盤を精神医学からソーシャルワークに回帰させた結果、専門職としての自己認識と、病院における行動実態との間にずれをきたした史実を示した(第2章)。MSWはPSWに比べて医学に基盤を置く選択肢を持ちにくく、福祉の普遍化とあいまって、専門職性の吟味に猶予もたらされた経緯を追った(第3章)。PSWが精神障害者に向けた権利擁護の視点から、病院内で専門職性を一時確保し、次いで認識と行動のずれを正していった状況を明らかにした(第4章)。病院外に展開したPSWによる地域に向けてのソーシャルワーク再回帰は、専門職性が希薄であって有資格者としての側面が強いこと、現代におけるMSW・PSWの専門職性は医療の社会的側面への関与と、意思・判断の補助推測という共通性に再び収斂する可能性があることを指摘した(第5章)。

Key words : 精神科ソーシャルワーク, 医療ソーシャルワーク, 専門職性, 地域, ソーシャルポリシー

序章 問題の所在

医療ソーシャルワーカー業務指針(2002)は「病院を始めとし、診療所、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等様々な保健医療機関に配置されている医療ソーシャルワーカー」の業務の一つとして、「高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること」をあげている。

すなわち、「精神科領域で働くソーシャルワーカー(Psychiatric Social Worker:以下PSW)と医療ソーシャルワーカー(Medical Social Worker:以下MSW)との関係は…PSWがMSWに含まれる(PSW < MSW)と整理されている」(荒川ら, 2004:p.32)のである。

一方、「病院を始めとし」ながらも、近年MSW・PSWの職責は病院の外へ広がりつつある。高齢社会が進展するなかで、福祉と医療の垣根が低くなっているからである。地域では、

*Jiro Ohnishi : 大阪市立大学大学院生活科学研究科 総合福祉・心理臨床科学講座

医学的ニーズと心理社会的ニーズをあわせ持つ高齢者へ向けた地域包括ケアを中心に、長い間別々の体系であった福祉と医療の急速な接近がみられている（堀越，2016）。

ただし、地域におけるソーシャルワーク実践は制度上、社会福祉協議会や地域包括支援センターなどにおいて「社会福祉士等の資格を有する者」、「社会福祉士等のソーシャルワーカー」、「社会福祉士又は社会福祉主事」といった資格要件から規定されている。そのような状況のなか病院・地域の双方で、有資格者にとどまらない、MSW ないし PSW であるとの自認に値する専門職性は何か、が本稿の問題意識である。

ここで論点を PSW に絞れば、相対的に若い年齢層を軸として精神保健福祉士と PSW はある程度重なっており、上記の懸念が生じにくいようにも思える。しかし、近年の精神保健福祉士は自身の役割をさまざまな法の制定・改正ごとに、少なからず職能団体の意に沿わない形で規定されていることが、医療観察法、障害者総合支援法、改正精神保健福祉法などにおいて示されている（大西，2015：p.4）。

すなわち精神保健福祉士という資格の存在が、とくに病院を離れた一地域における PSW の職業的な機能を、必ずしも十分に説明してはくれないのである。

そこで、福祉と医療が地域においてボーダーレス化する昨今、あらためて病院内で自らを MSW・PSW と認める一所属機関以外の一拠点を示し、なおかつ病院外における一有資格者にとどまらない一 MSW・PSW の専門職性の所在を明らかにするため、以下の構成で稿を進めていく。

まず、第1章でソーシャルワークのグローバル定義を引きながら、MSW・PSW の専門職性が周囲の人や情報から規定され、個人の自立支援が主でソーシャルポリシーを後手に回してきた共通性を確認する。第2章では、PSW が学問的な基盤を精神医学からソーシャルワークに回帰させた結果、専門職としての自己認識と、病院における行動実態との間にずれをきたした

史実を示す。第3章では、MSW が PSW に比べて医学に基盤を置く選択肢を持ちにくく、福祉の普遍化とあいまって、専門職性の吟味に猶予がもたらされた経緯を追う。第4章では、PSW が精神障害者に向けた権利擁護の視点から、病院内で専門職性を一時確保し、次いで認識と行動のずれを正していった状況を明らかにする。最後に第5章では、病院外に展開した PSW による地域に向けてのソーシャルワーク再回帰は、専門職性が希薄であって有資格者としての側面が強いこと、現代における MSW・PSW の専門職性は医療の社会的側面への関与と、意思・判断の補助推測という共通性に再び収斂する可能性があることを指摘する。

文献の引用については MSW・PSW の全国組織である日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会：以下 M 協会）と日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会¹⁾（現・日本精神保健福祉士協会：以下 P 協会）において、1980年～1990年代に責任ある立場に就いていたり、同時期の国家資格化運動に大きな役割を果たしたりした論者の著述を主に選択している（M 協会は児島美都子氏や須川 豊氏、P 協会は柏木 昭氏や小松源助氏などが相当する）。

従って、第1章から第4章に至る分析は同時期の MSW・PSW をもっぱら対象としており、これらを踏まえて、福祉と医療が地域でボーダーレス化しつつある現代の MSW・PSW の専門職性を第5章で考察する流れである。さらには MSW・PSW の専門職性についての「異同」を、第1章の「同」から、普遍化、医学・医療との距離、権利擁護の3点を鍵概念とする第2章より第4章の「異」を経て、第5章で再び「同」の可能性で受ける時系列対比を意図している。

ただし M 協会にかかわる言説に関しては、同協会が一時期「MSW とあらかず部分に…日本医療社会事業協会をそのまま使うことについてはクエスチョンマーク」（仲村，1991）と評されるため、相反する論旨が存在する場合、可能な限りの併記を旨とした。

なお、わが国において資格制度との関連を念

頭に MSW・PSW の専門職性を対置させた論考は乏しく、とりわけ系統的な著述は MSW に主眼を置いた京極ら (2005)、PSW に力点を置いた大西 (2015) などに限られるため、先行研究の参照は各章ごとにそれぞれの論旨に沿いながら行うこととする。

第1章 MSW・PSW 共通の背景

—ソーシャルワークのグローバル定義から—

序章の冒頭における MSW・PSW の位置付けは、いわゆるメゾやマクロというより、ミクロ寄りの見地に依拠しているといえよう。

これに対し、2014年に国際ソーシャルワーカー連盟総会および国際ソーシャルワーク学校連盟総会において改定・採択されたソーシャルワークのグローバル定義 (以下新定義) では、「ソーシャルワークは社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である」と謳われ、マクロレベル (政治) の重視が一つのポイントになっている (社会福祉専門職団体協議会, 2014)。加えて、新定義では従来の定義 (2000年: 以下旧定義) になかった「学問」の語が加わっている。このマクロ (政治) と学問に焦点をあてて、MSW・PSW の専門職性を検証する。

最初に、MSW・PSW が学問的な基盤とする社会福祉学の構造を確認しておく。もとより社会福祉学は、対象となる問題を個人的な側面に還元するか (e.g. 心理学の影響)、社会的な側面に還元するか (e.g. マルクス経済学の影響) に関して、振り子のように19世紀の Charity Organization Society の時代から揺れてきた (岡本, 1997)。現代においては、社会福祉学は両者を包括すると—内部に異論を含みつつも—理解されている。その際、まず技術的な立場から自立生活への支援を図る個人の側にソーシャルワークを、次いで制度・政策面から集団の統合発展を目指す社会の側にソーシャルポリシーを置いて認識する方法 (大西, 2015: p.83)

がある (前者とする)。

他方、「ソーシャルワークにおける『制度』とは、『制度づくり』という『実践』であり、『政策』とは特定の理念を社会的に啓蒙していく『実践』であったといえる…いずれもが『社会福祉実践』としてのソーシャルワークだ」(杉野, 2011: p.14) として、歴史的にソーシャルワークの概念をソーシャルポリシーも含めて広く捉える発想もある (後者とする)。

本稿では混交を避けるため、ソーシャルワークの語を、わが国でもっぱら念頭に置かれる前者の意味で用いる。ただし、新定義において提唱されるソーシャルワークの字義は、双方を比較すれば、後者の用法にむしろ近いといえよう。

それゆえ、新定義によるマクロ (政治) の重視は、社会福祉学がソーシャルポリシーを包括する以上、MSW・PSW の「学問」的基盤という観点からみるに大きな違和感は生まれない。だが一方で、新定義は MSW・PSW の「実践」面において、従来のソーシャルワークの認識であった「環境のなかの人」、つまり「人と環境が相互に影響し合う接点に介入」という旧定義の言葉を削除している (注釈にとどめている)。

いわば、個人の自立生活支援を中心とした専門職性—それに躊躇を覚えるものでは決してないにせよ—を問い直す契機に、新定義はなり得るという位置付けができるのである。

もともと MSW・PSW の、ソーシャルワークのなかに占める専門職性の実像は、簡明には言い切れない。なぜなら、ソーシャルワークという行為を果たす主体は専門職に限定されないからである。従って、ソーシャルワークの「専門性」は専門職以外にも開かれている。これらを踏まえつつ本稿では、MSW・PSW として就業している人物の「専門職性」に絞って論じていくことを予め断っておく。

かねて、病院で働くソーシャルワーカーの専門職性については、独自の業務がないことから業務そのものによって明確に表現することは難しい (須川, 1982: p.176) とされた。MSW の業務研究は昔からの積み重ねがあるものの、

医療機関や疾病別の多様さによる分析の困難性（児島，1991：p.115）が認められるからである。

そこで、MSWの職責に関する諸家の言及を参照すると「医療ケースワークはソーシャル・ケースワークの医療分野における適用」（住谷，1971：p.160）、「医療・保健の分野で行われるソーシャルワークで…医療チームに参加し…個人と集団を援助する」（中島，1980：p.1）、「スペシャリゼーションである保健医療の技能と知識が必要」（保健医療ソーシャルワーク研究会，1990：p.30）、「一般的なソーシャルワークとの相違点は…医療と関連して行われること、そして医療チームのスタッフとの協働」（児島，1994）といった形であって、周囲の人や情報から自身を規定していることがうかがえる。

このようなMSWは、もとより医療という「特定の分野の対象者を支援するスペシャリスト」として、「分野や対象者を特定せずに支援する…ジェネラリスト」と区別されてきた（福島，2014）。また、山川（1991：p.8）は実践の形にまで踏み込んで、ソーシャルワーカーが主体になる第一次分野をジェネリックソーシャルワークとして狭義の社会福祉と呼び、すでに他者が対応している領域に専門家の立場から協力する第二次分野をスペシフィックソーシャルワーク、すなわち広義の社会福祉として、「医療」「教育」「司法」を例にあげている。

つまりMSWの専門職性は、ソーシャルワーカーのなかでも医療という場・チームに属しており、特定の対象者を支援するため医療に関する知識・技術が求められるという外的な要素に依拠してきたといえよう。これは一見、MSWの内的な脆弱性を示すようだが、そうではない。

なぜなら分野や対象者を特定しない、あるいはソーシャルワーカーが主体になるジェネリックなソーシャルワークの概念自体が、必ずしも明確ではないからである。例えば、北川（2014）は「わが国のソーシャルワークの状況」について「基礎となる学問の内実が脆弱」で「専門性を唱えるうえで必要な共通基盤」に欠けるとして、社会福祉士資格と引き換えに招いた研究・

実践面における個性の消失を嘆いている。

一方で、ソーシャルワーカーの主たる資格を定めた社会福祉士及び介護福祉士法の制定過程において、内閣法制局へその専門性を説明するために用いられた資料がMSWのケース記録であった史実や、わが国で「純粋にソーシャルワーカーと呼ばれるべき職種」としてMSW（や社会福祉協議会の専門員、社会福祉事務所等の公務員ワーカー）があげられた（小山，1997）状況からは、MSWを代表とする領域毎のスペシフィックの統合により、ジェネリックは構築されてきたとみなすことができる。それゆえ、近年においてさえ「日本のジェネラリスト・ソーシャルワークを基盤にした教育や研究は、まだ緒についたばかり」（福島，2014）なのである。

従って、病院内のMSWが自らの専門職性を学問的基盤である社会福祉学に求めても、（ジェネリックな）ソーシャルワークからは満足な反応が得られず、さりとて周囲の人や情報による規定からは、ソーシャルポリシーに関して実践が追いついていないのが実態だったといえよう。MSWがわが国のソーシャルワークにおいて進歩的であったがゆえの、逆説的な苦衷である。

その状態が遷延するなかで福祉と医療が地域においてボーダーレス化した結果、あらためて（外からみた）病院内における医療者との違いを、さらに（外に出て）有資格者ととどまらない実践面の特質を、MSWは専門職性として自問せねばならない近況に至ったのである。

この近況は、PSWにとっても大同小異である。PSWは業務が医療のなかでも精神科医療の分野に絞られているため、その範囲がMSWと比べて相対的に狭く、標準化しやすかった（児島，1991：p.112）。しかし、既述のように業務からすべての専門職性は導けない。

それゆえ病院内で医療者に対し、福祉の専門家として協力するPSWのスペシフィックは、精神障害者を隔離収容してきたソーシャルポリシーが転換期を迎え、次いで地域移行・定着が喧伝され、精神科病床の削減圧力がむしろ強まるという時代の流れのなかで、MSWとともに

自問を余儀なくされている。

さらに近年、PSWの活動が病院外に広がって、医療者との連携・協働というよりソーシャルワークそのものの機能に注目が集まるようになった。すなわち、ソーシャルワーカーが主体となり、対象者を限らずに支援するジェネリックなソーシャルワークの要請が強まっているのである。しかし、そのジェネリックは先述のように、なお一義的な概念に検討の余地がある。

しかもソーシャルポリシーに関しては、利用中心の「制度」の視座にPSWがややもすると傾き、社会問題を解明し未来を切り開く「政策」を後回しにした結果、隔離から地域への転換期における追従的な役割にとどまっている。すなわち、PSWもまた、ソーシャルポリシーに関して実践が追いつかなかつたのである。

第2章 PSW固有の経緯

一 疾病と障害の併存、精神科医療の近さ一

第1章で触れた社会福祉学の振り子運動は、1920年代から約30年にわたる「力動精神医学や精神分析学との結婚」と称された時期を経て、個人から社会の側へ揺れ戻しに向かった(岡本, 1997)。1960年代までには、高度経済成長の過程で招来されたさまざまな矛盾の表面化により、社会的な側面が強調されだしたからである。

わが国におけるMSW・PSWの黎明期も、この時節と前後する。もともとMSWとPSWの間に、本質的な違いは当初認めがたかった。例えば1950年から1971年にかけて12版を重ねた著作『精神衛生』には、一貫して次の記述がある(初版より：現代仮名遣いに変更)。「医療社会事業婦の仕事として…医師の方針に基づく治療、精神療法の実現を図り、ほかの社会事業施設との連絡を行うこと等があげられている」、「精神医学的ソーシャル・ワーカー(社会事業婦)の仕事は別段一般の医療ソーシャル・ワーカーの仕事と違った事新しい機能ではなく…総べてのソーシャル・ワーク(社会事業)一般と共通したものであ…る」(村松, 1950 : p.75, 79)。しかし、

社会的な側面の強調にあわせて、援助対象の位置付けによるMSWとPSWの差異—PSW側の大きな揺れ戻し—がみられ始める。

まずMSWは1960年代に、結核に続くハンセン病患者運動へのかかわりといった社会的復権への視点を保ちつつも、むしろ疾病構造の変化と高齢社会の到来という環境の変化に沿って、援助対象の軸足を(医療利用者としての)地域住民に移す福祉の「普遍化」(大西, 2015 : p.89, 91)へ向かっていった(第3章)。

一方、PSWにとって普遍化は遠かった。当時のPSWの援助対象は依然として—普遍化とは真逆の—治安維持の矛先にさえあげられるスティグマのもと、他科と比べて低い水準が認められた精神科特例により病院内で長期間処遇される、「疾病と障害の併存」に特徴付けられた精神障害者であった。ここではMSWにとって支援すべき存在である地域住民は、PSWにとって社会防衛の一端を担う者でさえあった。

さらに、病院内におけるPSWの専門職性は未確立で、「施設長のPSWに対する期待及び理解は…臨床チームにおける医師以外のすべての役割をPSWに兼ねさせようという傾向がうかがわれ」(柏木ら, 1964)、時にはPSW自身も「仕事が、患者のニードに最も密着することであると考え、病棟に埋没してしまうことがあった」(柏木, 1967)という状況であり、他職種との差別化が喫緊の課題だった。その延長線上に1964年、PSWはP協会を「MSWの全国組織が職能団体でなくなったことから」(P協会, 1997 : p.32)設立した。

この背景には、1953年に発足した日本医療社会事業家協会の、「国家資格化のためには会員数を拡大する必要があるとの関係者の助言による」(荒川ら, 2004 : p.194)、M協会への名称変更(1958)があった。PSWは「他職種の参加が可能になってしまった…PSWにとっては…独自に全国的な職能団体を結成する」(京極ら, 2005 : p.172)としてP協会を設立し、1965年に第1回の全国大会を開催した。ただし、その専門職性は精神医学のもとで外的に規定されて

おり、精神障害者の苦境を変革する力もまた、一現代と比べて一不十分であった。

すなわち、当時のP協会の状況は「1965年の大会から3年間の傾向をみると…（筆者注：M協会からの）分離独立とはいえ、それが主として力動精神医学の傘の下でなされてきたということができるだろう。そこでは専門職能団体としての志向が強く、その学問的基礎に力動精神医学をすえようとしたが、そのことはかえって…長期の隔離収容の傾向の強い精神病院の実情から、遊離することを意味しがちであった」（坪上, 1982 : p.99）と評されるのである。

P協会の初代理事長であった柏木（2009）は、往時を「協会設立（1964）にあたり…当初は必ずしも集中的に精神障害者の社会復帰の業務にあたらうとしたわけではなく、むしろ医療チームの一員として、医師の医学的診断と治療に協力することを主たる役割とした…精神科医療のなかに市民権を得ることを至上の目的とした時代であった」と振り返っている。

精神科医の側からも、「ソーシャル・ワーク関係の人が分裂病の患者さんの家族の問題を精神分析の言葉など使って…書いている…まず精神障害者、および彼等を取り巻く現実を、何ものにもとらわれぬ目で直視していただきたい」（岡田, 1965）と指弾され、PSWはP協会の設立直後から、「学問的な基盤」と「精神科病院の現実」という課題を突き付けられていた。

上記の課題、とくに「学問的な基盤」に関しては、PSWの側からも「本来の社会制度との関りにおける人間としての患者をみないで、個人的関係において精神療法家と同一化しようとする動きもないではなかった」（柏木, 1967）との省察を集め、「1968年の大会になると、今度は精神医学に代わって社会福祉論にPSWの学問的基礎を求めようとする動きが現れる」（坪上, 1982 : p.100）こととなった。

つまり、精神医学的な観点については「ケースワークにおけるソーシャル（社会的）なものを端的に意味するものは、ソーシャル・ワーカーが実践を通しながらの社会への問いかけという

ことである。これがなければ、われわれは単なる精神療法家になってしまう」（柏木, 1966 : p.4）と捉え直し、「精神医学ソーシャル・ワークは、精神障害者たち自らが行なう生活障害からの回復と社会復帰活動を、精神医学との関連の下で、社会的視点から援助する組織的活動である。ここで用いられる方法は、基本的にはほかのソーシャルワークの領域のそれと異なる」（岩本, 1977 : p.272）として、精神医学という「学問的な基盤」からの脱却を図ったのである。

これが「精神科病院のなかで」起こった大きな揺れ戻し、いわばPSWのソーシャルワーク回帰である。しかし、もともとジェネリックなソーシャルワークが発展のうえ分化に向かったというより、わが国ではスペシフィックがむしろ先に広く存在していた。さらに当時、ソーシャルワーカーが主体になる第一次分野をPSWは見出しておらず、その頃のPSWの多くは医療機関に所属していた。

よって、PSWは置かれた立場（「精神科病院の現実」）から動くことも、動く先を定めることも容易でない状況にあった。すなわちソーシャルワークを基盤とする援助者としての内的な専門職像（認識：図右）は、精神科医療が展開する病院という、外的に規定された枠のなかで精神障害者にかかわり続ける実態（行動：図左）との間にずれを余儀なくされたのである。

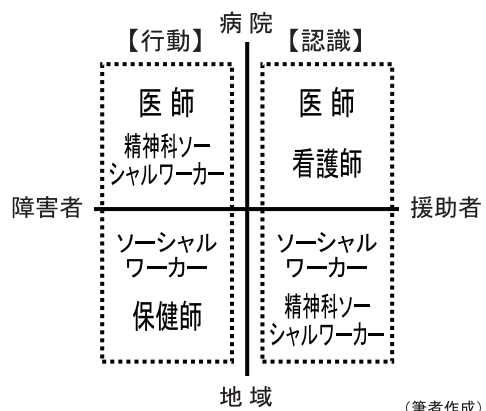


図 PSWの従来の「行動」と「認識」

保健師との関係性も問題だった。PSW が抱いた専門職像は、精神障害者の支援へ向けて地域において展開されていた、保健師による精神衛生活動との差別化が難しかったのである。

例えば、精神衛生センター（当時）において「保健婦である精神相談員と、ワーカーである精神相談員が、保健所等で全く同一の職務を行なっている」状況（岩本，1973）であり、医師からの「精神衛生にソーシャル・ワークを導入するためにワーカーが必要だとの考えもある。だが、保健婦はすでにソーシャル・ワーク…をやっている。そのうえに屋上屋を重ねるには及ぶまい」（岡田ら，1967）との見解が、それを裏付けている。

これらの様相は後年、PSW（柏木ら，1977：p.28）から次のように振り返られている。「私たちは精神科ソーシャル・ワークの専門性を型枠から形成することに急であったから、昭和40年代はいきおいその独自性を主張するなかで保健婦集団を排除する方向で、ものごとを考えざるをえなかった…同じような仕事をする職能集団である保健婦との競合は、患者や家族の側からすれば不必要なものであり、不自然なものであった」。

以上のように、「学問的な基盤」において精神医学との的確な距離をいまだ測れず、加えて「精神科病院の現実」、すなわち精神障害者を取り巻く不利な状況への変革をも二の次にしたまま、PSW の専門職性は1960年代を通して確立の途上にあった。

第3章 MSW 固有の経緯

一 福祉の普遍化、医学と距離をとる一

1960年代、MSW をめぐる動向も予断を許さなかった。当時の岡村（1965）の言説がそれをよく表しており、やや長いが引用する。

「医療社会事業の存在は認めても、それは医学的診断から切り離された社会環境的・心理的側面だけを扱うのである…従っ

て、医療社会事業係は病院の各科に専属させられないで、診療科共通に利用されるものとなる。かなり大きな総合病院でも全診療科を通じて2名とか、3名のMSWであろう」、「精神病院のPSWと総合病院のMSWとを比較して、彼らに要求せられ、期待される医学的知識の範囲の差は、今後の専門職業的発達に重大な関係があるように思われる。前者はかなり明確に限定された精神医学に集中して学習できるのに対して、診療科全般にわたる患者を取り扱うMSWの医学知識の学習は著しく広範にわたる。MSWが今後、医療チームの一員になるためには、この点を克服していかねばならない」。

つまり、MSWにとって一第2章でPSWが回帰したように一ソーシャルワークを基盤とする理由は「もともと社会福祉が医療の場で機能することが求められるのは、狭い意味での医療行為では対処し切れない問題が生じてきたから」（児島，1991：p.112）という、いわば「社会的観点」に由来するが、一方でMSWには（PSWと比べて）広範な「医学的知識」の修得という壁があったから、という別の事情の存在が示唆されるのである。

実際に、同時期それぞれ斯界の指導的立場にあった精神科医と心療内科医のコメントから、PSWとMSWに対する医師の認識差がうかがえる。すなわち、精神科医の「医療社会事業という分野は、戦前ほとんど認められていなかった…現在でもその重要性は一般の医家に充分には認められていない…しかし精神科の方面では事情が異なり、精神医学的社会事業者、いわゆる精神科ソーシャルワーカーの活躍は著しく注目されるようになってきた」（村上，1965）に対し、心療内科医は「ソーシャル・ワークが心身医学の領域を足がかりとして一般の臨床医学の場に進出するには、医学的な面での素養がまだまだ足りないように思える。私はソーシャル・ワークの発展を心から祈るもの一人として…

彼らの教育に一層の深さと幅を要請したい」(池見, 1965)とするのである。

つまり、「学問的な基盤」をいったん精神医学へ求めたのちに方針転換したPSWに対し、MSWはもともとその基盤として、医学を参照する選択肢を持ちにくかったといえよう。

「MSWが本来の活動の場を狭義の医療チームに求めれば求めるほど、医療関係者の反発を招く」(川上, 1965)との医師側の言及からも、MSWは医学とのかかわりのなかというより、ソーシャルワークのなかにおいて自らの立ち位置を吟味する必然性が勝ったと考えられる。

しかし、既述のようにジェネリックなソーシャルワークはなお不分明で、加えて1960年代以降の動向については、「MSWの最も一般的な姿は医療の場で、患者またはその家族を対象とした個別的相談事業という形」になったため、「社会的矛盾」を正すソーシャルポリシーへの関心低下が次のように懸念された(児島, 1972)。

「患者および家族の生活権、医療権および労働権の擁護にこそ、その焦点を絞るべきであろう…個別的な問題解決にあわせてこのような活動を伴わず、ただ単にその場しのぎの相談事業に終わるならば、社会的矛盾を覆い隠す穴埋めの役割を果たすものと非難されてもやむを得ない」。

すなわち、「社会事業の専門技術化が進むほど、逆に『社会性』の欠如を生むという奇妙な現象」(吉田, 1966 : p.329)で、後日(1991年)同じ児島(1991 : p.172)をして「問題が山積しているにもかかわらず、姑息な個別的処理によって解決を図るという方法は…1950年代までの社会事業界はそうした動きを許さなかった…(筆者注：しかし)MSWの関心は…むしろもう一つの面、つまり『人間の問題をとり扱う技術』の向上にむけられてゆく」と嘆息させる、社会福祉学のなかでの「個別的」観点であった。

このように、MSWは自らの意向で能動的に「社会的観点」と、そして医学との関係で受動

的に「医学的知識」と、それぞれ距離をとることで、外的に規定されるスペシフィックからの脱皮を図る形になった。言葉を足せば、これが(医療利用者としての)地域住民へ軸足を移す(vs.「医学的知識」)一方で、各々には権利の所在によらず「個別的」に接する(vs.「社会的観点」)という、MSWによる福祉の「普遍化」の姿だったのである。とはいえPSWと同様に、ジェネリックなソーシャルワークにおける不分明さへ直面し、なおかつ相対的にソーシャルポリシーよりソーシャルワークを重んじる道を選択したため、専門職性の議論は—その有無を含めて—試行錯誤を繰り返すこととなった。

ただし、MSWは医学とのかかわりを、PSWにおける精神医学に比べて遠ざけた経緯から、PSWでみられた「認識と行動のずれ」には必ずしも至らなかった。そのため、重ねての「医学的知識」に類する要請に対しては—それがソーシャルワークの領域の外から発せられるがゆえに一、「MSWのよって立つ基盤を明らかにする」、「ジェネリックをしっかり踏まえない」と正しくスペシフィックが出てこない(保健医療ソーシャルワーク研究会, 1990 : 序i)という論拠が成り立ちがちであった。これもMSWの専門職性に関する吟味へ猶予をもたらす要素となって、時を経て現代の福祉と医療のボーダーレス化に臨み、あらためて専門職性を問われる一因になったことであろう。

第4章 精神科医療の“陰”に向き合った、PSWのスペシフィック

さて、「精神医学ソーシャル・ワークは精神障害者に対する社会福祉的援助の体系」(柏木ら, 1968 : p.328)であるとして仕切り直しを図ったPSWだが、「治療医学は必ずしも、こうしたPSWの社会的見地を歓迎したわけではなく、PSWは任意的、第二義的に、あるいは治療医学とは結び付かず、また医療とは併行的に、患者の社会環境の調整にあたった」(鈴木, 1967)という流れになった。

これは、医師側の対応という見方にとどまらず、PSWが「医療従事者である前に、社会福祉従事者でなければならない。従って狭義の診療（または治療）チームに所属するのではなく、その外側に位置すべきであり、そのうえで絶えず治療チームと密接な連携を保たなければならない」（柏木ら、1968：p.399）と自身を規定したがゆえの、相互的な作用であった。

つまり、「学問的な基盤」としての精神医学から脱却し、ソーシャルワークを代わりに据えたPSWだった（第2章）ものの、それは医療者の賛意を必ずしも伴わず、就労先は精神科病院がなお一般的で、例えば「病院の窓口相談者…PSWに連絡をとり、病院の了解を得たうえで訪問をしている」（最上、1997：p.395）、あるいは「病院主治医およびPSWより、適当な事務作業の職場を探してほしい、ということであった」（小松、1975：p.160）といった記録からうかがえるように、医療者とともに行動するという実態に変わりはなかったのである。

従って、上記の「狭義のチームに所属せずその外側から連携」とする自らの位置付けは、PSWの精神障害者に対する外的な行動（医療とともにある）と、援助者としての内的な認識（医療と距離をとる）との間のずれ（図）を当面埋めて、前方視的な「学問的基盤の指向」（ソーシャルワーク）と歴史的な「精神科病院の現実」（医療）をつなぐ、理論的根拠の役割を果たしたと思われる。

見方を変えれば、行動としては物理的に病院内にいたのだが、狭義のチームに属さないことで、将来における地域での活動をも視野に入れた時代を先取りする着想であった。それゆえ、当時は「PSWの役割は現状においては混乱している」（柏木、1967）、「治療チームの一員としてあるのか、あるいはこれと併行して、広い医療の場で協力するのが不明確のまま」（井上ら、1967）との事態を招くことは避けられなかった。MSWと比べて医療（精神科医療）との関係がより密なるがゆえの、専門職性の難しさであった。

このようななかで、P協会の設立直後から突き付けられていた「学問的な基盤」の課題の解決を、もう一方の「精神科病院の現実」のうちに見出そうとする動きが起こる。すなわち、以下のような形である（坪上、1982：p.101）。

「最初は自分たちの専門性の基礎付けを学問に依存しようとした。その学問とは力動精神医学であり、役割論の社会福祉論であり、いわゆる政策論の社会福祉論であった。次に重点を学問への依存から自らの実践の整理へと移し、そこに専門性の基礎を探り始めた」。

もとより実践面において、精神障害者を取り巻く苦境を直視するという当事者視点を、二の次にしていたことは荒田（1994）により後年、「協会の…歴史は、PSWの専門職としての中身を深めていく過程であった。それは…残念ながら、精神科医療全体のなかでのPSWの役割を明確にすることで、精神障害者や家族などの利用者にとってどのように精神科医療を改革するのかという流れの先陣を切るものではなかった」と顧みられる状況だったのである。

そのような自省に基づいた、「精神科病院の現実」を直視する動きを結果的に後押ししたのは、非自発的入院にかかわる人権侵害というY問題（1973年）であった²⁾。これを契機に、P協会はクライアントの自己決定の原理、人と状況の全体性の視点、ワーカー・クライアント関係の再確認を行い、1982年に「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進める」とする実践に関しての基本指針を定め、総会で社会へ宣言した（札幌宣言）。

P協会は「『Y問題』は組織的に教訓を残し、PSWのあり方を問うものとして避けることのできない階段であった。『資格制度』が『専門性の確立』の延長線に位置付けられ、二者択一でなく統合されたものとして…取り組むことを可能にした」（荒田、1994）とY問題を総括し、精神保健福祉士法の制定をうながす運動を強め、

1997年にそれは実現に至る。

すなわち、「精神科病院の現実」のなかでも懸案であった人権侵害と対峙する、権利擁護の視座をもって専門職性と独自の資格制度のあいまった獲得へ向かったのである。もちろん、権利擁護の不可欠さは精神科医療に限らない。なぜなら広く医療は、利用者の権利を保障するためのシステムを持たないと、個々の職員の資質によらず専断的対応へ傾く危険性を内包しているからである。例えば「病名の告知、インフォームドコンセント、代理者制度」などの論点であって、これらは診療科の枠を超えてすべての医療利用者に保障されなければならない。

しかし一方で、精神科医療に関しては、現代においても精神保健福祉法や医療観察法といった固有の閉鎖的処遇を含む別のシステムがあるため、上記の論点に「非自発的入院、強制的な治療や行動制限、異議申し立て権」などの事項が加わる。このように医療利用者のなかでも特殊な境遇に置かれ、地域においても社会防衛としてのスティグマにさらされていた精神障害者への権利擁護は、広い意味での医療利用者に対する権利擁護の水準にとどまらない深さを持つ。

加えて前述の PSW の動きは、ソーシャルポリシーへの関心低下が懸念されていた MSW との差異にもなって、PSW の実践を、医療者に専門家として協力する第二次分野としてのスペシフィックソーシャルワークへ押し上げた。

いわば、長期社会的入院、地域福祉の相対的軽視、社会防衛に基づく隔離収容といった、精神科医療が抱えてきた精神障害者に対する強い“陰”に向き合うスペシフィックだったのである。他方、PSW が直面していたジレンマの打開のため、すなわち「PSW の職業倫理として」、Y問題が利用されたという見解（桐原，2013）もまた加わることとなった。

第5章 MSW・PSW の再接近

—新たな専門職性の展開—

権利擁護を中心とする PSW のスペシフィッ

クについては、一筆者の渉獵の限り— いったん確立した後の再検討に乏しい。しかも、近年の精神科医療を取り巻く状況をみると、例えば入院診療計画書の予定期間を超える、1年以上の医療保護入院への厳しい審査といった入院医療の縮小や、退院後生活環境相談員による他機関との連携・調整といった閉鎖性の低減などが少しずつ進み、病院内の実態は長期社会的入院が蔓延していた過去とはやや様相を違えている。

また、PSW の所属先も医療機関に偏ることなく、保健所・市区町村、精神保健福祉センターおよび各種施設・事業所などといった病院外に多くなってきている。つまり、図左に表したおおむね1990年代までの PSW の行動に対して、現在の PSW の行動は— 地域における援助者としての振舞いにおいて— 従来の PSW の認識（図右）と一致してきたのである。PSW の「認識と行動のずれ」は、解消に向かっているといえよう。

一方、「精神科病院の現実」にスペシフィックを探り、人権侵害と対峙してきた PSW であるが、その精神科病院は昨今において徐々に権利保障へ舵を切りつつある。さらに、かつて壁であった医師もまた「ヒエラルキーを自ら否定してみせる身振りによって逆に評価を高め」ようとし、「病院を離れて次々と開業」する（信田，2016）など、PSW にとって以前ほど手ごわい葛藤の対象とはいえない存在に変わってきた。

すなわち、いまや権利擁護がそれ自体、病院内における PSW の専門職性を表象するキーワードとしては弱くなってきたのである。強い“陰”に向き合うスペシフィックだった以上、その陰が薄まれば、病院内の PSW のあり方が問い直されるのは自然な流れと考えられる。

目を転じると、病院を離れた地域には、過労死、非正規雇用、ネットカフェ難民、犯罪、児童虐待、自殺、貧困といった多様な社会的リスクが渦巻いている（湯浅，2008：p.72）。ここでは、医療者ばかりでなく職業や教育、介護、居住などを含む、さまざまな領域の専門職との協力が要請されている。換言すれば、「保健医

療領域のソーシャルワーカーは、組織内に集約するチームによる協働・連携にとどまらず、病院を地域の社会資源の一つとして…地域に展開するメゾレベルの連携の輪を広げていく」(田中, 2016) 実践を求められているのである。

このような、地域を基盤として機関や住民を巻き込んでいく、対象者を限らない専門職連携のあり方は地域包括支援と称され、近年のソーシャルワークにおける重要なテーマの一つとなっている。そして、この領域横断性を通して、ジェネリックなソーシャルワークが明確化されていく期待が寄せられよう。他方、医療という外的な要素から規定されたMSW・PSWの専門職性は、地域包括支援において必ずしも不可欠とはされない。

なぜなら、制度上の規定をもって社会福祉士や社会福祉主事、精神保健福祉士などの資格保持者が受任の主体となるからである。それどころか、診療報酬上の退院支援加算の算定要件における「看護師又は社会福祉士」の配置のように、福祉系の資格に限定されない場合すらある。このメゾレベルにおける、先に資格ありきという情勢は、MSW・PSWがともに正対せねばならない現況となっている。

従って、先述のPSWにおける医療機関外への近年の展開は—「精神科病院のなかで」(第2章)に続き—今度は「地域に向けて」起こったPSWのソーシャルワーク再回帰という側面を持つものの、そこには精神科病院における権利擁護にみられるような、スペシフィックなPSWとしての専門職性が希薄なのである。

いわば、福祉と医療がボーダーレス化しつつある地域においては、有資格者という要件が、MSW・PSWの専門職性より優先されているといえよう。では今後、専門職性の未来はどこに見出されるか。二つの道を考えたい。すなわちマクロと、(再びの)マイクロである。

一つの方向(マクロ)は、一ややMSW寄りの立場から—第3章に記した児島(1991:p.172)の嘆息である「個別的」観点への傾倒を乗り越え、「ソーシャルワークは社会変革を志向する

価値判断を持っている」(堀越, 2016)ことを胸に刻み、MSW・PSWが医療の社会的側面へ積極的に関与していく姿勢であろう。これは、ソーシャルワークの新定義によるマクロ(政治)の重視と軌を一にしている。

すなわち、既存の制度内で利用者へ向き合うにとどまる営為を脱する態度であり、PSWに引き付ければ、「地域移行支援の難しさは精神障害者や精神科病院側の問題ばかりでなく、障害福祉サービスとしての地域移行支援や生活保護等、制度上の問題も大きい」(渡邊ら, 2016)のである。MSWの境遇を顧みても、臓器移植や生殖補助医療、医療の国際化など(小原, 2015)取り組むべき課題は多い。

加えて、「さまざまな専門的な職業領域が生成・発展している今日では、実体的な専門職の『特性』の抽出や、『専門職か否か』という二分法的な厳密な線引きはさほど生産的な作業ではない」という言説(橋本, 2009:p.12)に立脚すれば、地域包括支援やACT(Assertive Community Treatment)のような役割開放が比較的進んだ領域で活動しつつ、公的扶助や触法精神障害者といった主題でイニシアチブをとるMSW・PSWの姿も目に浮かぶ。

さらに、もう一つ(マイクロ)である。それは、「『地域に軸足を置いたソーシャルワーク』を構想するよりも、ソーシャルワークの伝統的なアプローチであるともいえる『マイクロ』の視座に立つことの必要」(北川, 2014)に基づいている。ここでは—一ややPSW寄りの立場から—意思・判断の補助推測の課題を取り上げたい。

なぜなら、いまや対象でいえば認知症や精神疾患をはじめとして高次脳機能障害や発達障害等まで、状態からいえば治療の差し控え・中止、胃瘻や透析の適応から虐待、特殊詐欺被害まで、本人にとどまらず家族・親族や近隣住民に広がった人間関係を評価のうえ、意思・判断の表明を支援しなければならない機会が病院・地域を問わず増えているからである。そして、病状の変化ゆえに難しい選択を迫られ、なおかつ肝心の自己決定能力の揺らぎや低下に直面する本

人・家族へ向き合わねばならない場合は、もっぱら「病院を始めとし」（序章）よう。

もちろん、MSW・PSWは昔から医療利用者に対する代弁機能を果たし、一人ひとりの事例として蓄積してきた。それが現代においてはリビングウィルの尊重や成年後見制度の活用、医療訴訟の増加や司法関係者による注意の喚起などを背景に、システムとしての臨床倫理、チームとしての倫理委員会といった姿に発展してきているのである。

すなわち、医療という場・チームにおいては、倫理問題の解決を倫理コンサルテーションなどの形で求めるニーズが高まっている。これはまさに、旧定義に謳われる「環境のなかの人」、「人と環境が相互に影響し合う接点に介入」という営為の現代的な発露として、MSW・PSWが担うにふさわしい職責といえよう。

しかも意思・判断の補助推測は、過去の「精神科病院の現実」のなかでPSWが確立し、時を経て当の精神科病院や医師の変貌から相対化された専門職性である権利擁護に通底する見地であって、それがより組織化された形でMSW・PSWの前に等しく再提示されたと思えらる。

かつて、PSWにとり福祉の普遍化は遠かった（第2章）。だからこそ、その普遍化から取り残された、病院内の精神障害者との間にPSWの専門職性がいったん成立し得たわけである。しかしいまや、保健医療、介護リハビリ、生活支援福祉といった多様なサービスの前提に「本人・家族の選択と心構え」（地域包括ケア研究会、2013）が求められる時代になったという能動的な意味からも、メンタルヘルスの課題が社会に蔓延し、結果的に精神障害者へ向けた地域住民のスティグマが大きな流れとして自壊しつつあるという受動的な意味からも、PSWの特質は緩和されて、MSW・PSWの専門職性はより均等な方向にむかうと考える。

ミクロといえども一人ひとりのニーズの充足のみにとどまることなく、健康面を含めて格差が顕在化している現代において、個人を超えた社会的公平・社会正義を医療に持ち込むことが

できるのはMSW・PSWにほかならない。医療者に限定せず、大学がセミナーを開いたり学会レベルでアドバイザー養成に取り組んだりする動きが倫理問題に関して進んでおり、今後注視され切り開かれていくべき道であろう。

医療利用者のquality of lifeとwell-beingを、生活の主体者の観点から増大させる専門職としての、MSW・PSWの堅実な発展を心より願うし、筆者もそれに対し微力ながら尽くしていきたい。

謝辞

研究の遂行にあたり、日本学術振興会 科学研究費補助金基盤研究C（課題番号：17K04218／研究代表者：大西次郎）からの助成を受けた。記して深謝する。なお、本稿の概要は日本精神保健福祉学会 第6回学術研究集会（2017年9月：神戸）にて発表した。

注

- 1) 「精神医学ソーシャル・ワーク(ワーカー)」は、現在の「精神科ソーシャルワーク(ワーカー)」に相当する歴史的な呼称である。本稿では原典にならって「社会事業」、「ソーシャル」、「ソシアル」、「精神病院」等の引用部をそのまま表記している。なお、「精神医療」は「精神科医療」に統一した。
- 2) Y問題はPSWが職務上とった行為（必ずしも当時、違法とはみなされていなかった）が、本人不在のまま精神科病院への非自発的入院に結び付いた、クライアントに対しての人権侵害に関する問題提起である。

文献

- 荒川義子・村上須賀子(2004)『実践的医療ソーシャルワーク論』金原出版。
- 荒田 寛(1994)『「専門性」の確立と『資格制度』をめぐる経過』『精神医学ソーシャル・

- ワーク』32, 11-19.
- 福島喜代子 (2014) 「ジェネラリスト・ソーシャルワーク教育の今後—海外の研究動向から示唆されるもの」『ソーシャルワーク研究』40, 34-45.
- 橋本鉦市 (2009) 『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部.
- 保健医療ソーシャルワーク研究会 (1990) 『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック【理論編】』中央法規.
- 堀越由紀子 (2016) 「社会福祉と医療の連携の諸相」『社会福祉研究』125, 35-43.
- 池見西次郎 (1965) 「心身医学とソーシャル・ワーク」『医療と福祉』7, 1.
- 井上正吾・柏木 昭 (1967) 「精神科医療体系におけるソーシャル・ワーカーの役割—総括」『精神医学ソーシャル・ワーク』2(1), 86-87.
- 岩本正次 (1973) 「『社会福祉士法』制定試案をめぐる諸問題」『ジュリスト』537, 340-344.
- 岩本正次 (1977) 「精神医学ソーシャル・ワーク」『現代精神医学大系 5C 精神科治療学Ⅲ』中山書店.
- 柏木 昭・鈴木浩二・坪上 宏・ほか (1964) 「精神医学ソーシャル・ワーカーに関する実態調査 (第1報)」『精神衛生研究』12, 73-90.
- 柏木 昭 (1966) 『ケースワーク入門』川島書店.
- 柏木 昭 (1967) 「PSW の現状」『精神医学ソーシャル・ワーク』2(1), 99-101.
- 柏木 昭・小松源助 (1968) 「精神医学ソーシャル・ワーク」『異常心理学講座 第3巻』みすず書房.
- 柏木 昭・越智浩二郎 (1977) 『社会福祉と心理学』一粒社.
- 柏木 昭 (2009) 「PSW 資格制度について (第3回)」『日本精神保健福祉士協会, PSW 通信 No.159, PSW 協会ひすとりい (第40回)』 URL: <http://www.japsw.or.jp/kaiin/psw-tsushin/history/40.html>.
- 川上 武 (1965) 「医療危機とケースワーカー—ケースワーカーは果たして必要か」『医療と福祉』12, 2-7.
- 桐原尚之 (2013) 「『Y問題』の歴史—PSW の倫理の糧にされていく過程」『コア・エシックス』9, 71-81.
- 北川清一 (2014) 「社会福祉の大義 (cause) を身体化 (performance) する方略—『かわる』営為の再検証」『ソーシャルワーク研究』40, 56-64.
- 児島美都子 (1972) 「医療社会事業の問題点—今日の医療をめぐる状況の中で」『社会福祉学』13, 50-65.
- 児島美都子 (1991) 『新 医療ソーシャルワーカー論—その制度的確立をもとめて』ミネルヴァ書房.
- 児島美都子 (1994) 「自立支援と医療ソーシャルワーク」『地域総合研究』4, 1-11.
- 小松源助 (1975) 『ケースワーク論』有斐閣双書.
- 厚生労働省保健局 (2002) 「医療ソーシャルワーカー業務指針」URL: http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf.
- 小山 隆 (1997) 「ソーシャルワークの専門性について」『評論・社会科学』57, 65-82.
- 京極高宣・村上須賀子 (2005) 『医療ソーシャルワーカー新時代—地域医療と国家資格』勁草書房.
- 最上キクエ (1997) 『保健婦が担った地域精神衛生活動—20年にわたるあゆみを振り返って』文昇堂.
- 村上 仁 (1965) 「医療の間隙をみたくもの—精神医学的ソーシャルワーカーの役割」『医療と福祉』6, 1.
- 村松常雄 (1950) 『精神衛生』南山堂.
- 中島さつき (1980) 「医療ソーシャルワークについて」『医療ソーシャルワーク』誠信書房.
- 仲村優一 (1991) 「社会福祉士と医療ソーシャルワーカー」『ソーシャルワーカー』2, 9-16.

- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 (1997) 『これからの精神保健福祉—精神保健福祉士ガイドブック』へるす出版.
- 信田さよ子 (2016) 「精神医療からの逃走」『現代思想』44(17), 102-115.
- 小原眞知子 (2015) 「グローバリゼーションと保健医療対策の動向とその課題—ソーシャルワークからの貢献とその可能性」『ソーシャルワーク研究』41, 219-227.
- 大西次郎 (2015) 『精神保健福祉学の構築—精神科ソーシャルワークに立脚する学際科学として』中央法規.
- 岡田靖雄 (1965) 「精神医療における P・S・W」『精神医学ソーシャル・ワーク』1(1), 4-9.
- 岡田靖雄・小坂英世・住吉和子 (1967) 「精神医療におけるソーシャル・ワーカーの位置づけ」『精神医学』9(1), 59-64.
- 岡本民夫 (1997) 「社会福祉における方法と技術—その方法論をめぐる課題」『評論・社会科学』57, 49-64.
- 岡村重夫 (1965) 「医療社会事業発展の総括」『医療と福祉』4, 7-11.
- 須川 豊 (1982) 「MSW の身分資格設定に関する検討課題」須川 豊・山手 茂・編『MSW の役割と専門技術—保健・医療・福祉の統合』へるす出版.
- 杉野昭博 (2011) 「社会福祉学とは何か」平岡公一・杉野昭博・所 道彦・ほか・編『社会福祉学』有斐閣.
- 住谷 馨 (1971) 「医療社会事業とソーシャル・ケースワーク」医療社会問題研究会・編『医療社会事業論』ミネルヴァ書房.
- 鈴木浩二 (1967) 「ソーシャルワークとは何か」『精神医学ソーシャル・ワーク』2(1), 98-99.
- 社会福祉専門職団体協議会 国際委員会 (2014) 「IFSW (国際ソーシャルワーカー連盟) の『ソーシャルワークのグローバル定義』—新しい定義案を考える10のポイント」URL: http://www.japsw.or.jp/international/ifsw/SW_teigi_kaitei.pdf.
- 田中千枝子 (2016) 「保健医療領域における『連携』の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42, 161-172.
- 地域包括ケア研究会 (2013) 「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」URL: http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf.
- 坪上 宏 (1982) 「精神障害者とは—精神医学ソーシャル・ワーカーとは」田村健二・坪上 宏・浜田 晋・ほか・編『精神障害者福祉』相川書房.
- 渡邊宣子・井上智洋 (2016) 「精神障害者の地域移行について—生活保護受給者の地域移行を阻害するもの」『ソーシャルワーク研究』42, 44-52.
- 山川哲也 (1991) 「ソーシャルワーク」『臨床医療ソーシャルワーク』誠信書房.
- 吉田久一 (1966) 『改訂 日本社会事業の歴史』勁草書房.
- 湯浅 誠 (2008) 「貧困は自己責任なのか」『反貧困—「すべり台社会」からの脱出』岩波書店.

**Process of “practicing social work” in mental health services:
A comparison with the professionalism in medical social work**

Jiro Ohnishi

Department of Social Services and Clinical Psychology,
Graduate School of Human Life Science, Osaka City University

In recent years, the boundaries between the fields of social work and medicine have become increasingly blurred, and both medical social worker (MSW) and psychiatric social worker (PSW) work not only within, but also outside of hospital settings. This study clarifies the professionalism of MSWs and PSWs in both hospitals and community settings.

Based on the global definition of social work, both MSWs and PSWs tended to prioritize their work in supporting individual's independence over affecting social policies. Since PSWs' academic foundation in hospital settings regressed from psychiatry to social work, a gap grew between their professional identity and practice as a result. On the other hand, a historical investigation revealed that MSWs had a lesser need to build their academic foundation in medicine compared to PSWs. Coupled with the universalization of social welfare, MSWs had enough time to critically examine their professionalism.

PSWs temporarily secured their professionalism and corrected the gap between their professional identity and practice by incorporating the views of advocacy for persons with mental disabilities. PSWs have returned to social work as evidenced by the development of their practice in community settings which indicated their strong professionalism as those who are qualified. In sum, today's MSWs and PSWs seem to converge again towards a commonality that they both use their intentions and judgments for supported decision making.

Key words: psychiatric social work, medical social work, professionalism, community, social policy

〔論文〕

「保健室登校」から「学校図書館」へ —通信制高校における不登校生徒への登校のきっかけに関する基礎研究—

牧野 まゆみ*

本稿の目的は、通信制高等学校図書館の機能や役割の視点から、不登校生徒への支援策や「登校のきっかけ」について考察することである。そのために、学校図書館を日常的に利用している人との交流が見られない生徒や不登校生徒を対象として、3年間に渡り参与観察による記録を実施した。

分析は、参与観察した内容を時系列に整理し、参与観察結果をコード化し、サブカテゴリー、コアカテゴリーを抽出し、「観察内容から抽出した概念の一覧表」を作成し、それを基に行った。

観察結果から、人との交流が見られない生徒や不登校生徒にとって通信制高等学校の図書館は(1)居場所であると同時に「学習する場」としての機能を持つ、(2)他者の中に身を置き「人に慣れる場」、(3)「自分自身の社会的役割を意識できる場」、(4)図書を媒体として「コミュニケーションを図る場」、(5)学校生活で必要以上に干渉されず「自分自身を受け入れてくれる場」である、ことが示唆された。

以上の結果から、目標達成のための新たなオリジナル学習プログラムの開発を行うことを今後の研究課題とした。

Key words : 不登校, 参与観察, コミュニケーション, 学校図書館, 居場所

I. 研究の背景及び目的

「不登校」について、旧文部省(1992)が「登校拒否(不登校)はどの児童生徒にも起こりうるものである」と報告してからは学校や家庭、地域社会などを含めた様々な側面から不登校生徒に向けた対応策が検討され続けている。

文部科学省の調査では、高等学校の在籍者数3,325,301人中、不登校者数は49,563人であり、不登校になった要因としては「学校における人間関係に課題を抱えている」、「無気力」や「不安などの情緒的混乱」等が考えられるとし、さ

らに、「指導の結果登校できるようになった生徒」に対し効果のあった措置の一つとして、「保健室等特別の場所に登校させて指導にあたった」ことをあげている(文部科学省, 2017)。平成27年までの「不登校生徒数の推移」を見ると近年は若干減少傾向にあるものの今だ不登校は深刻な問題である。

公益財団法人日本学校保健会では、不登校や人との交流が難しい生徒は保健室を利用しているケースが多く、保健室の機能¹⁾は多様だが保健室に来室する生徒の心の健康に関する背景要因は「友達との人間関係」の割合が高く、高

*Mayumi Makino : 国際医療福祉大学大学院 後期課程

等学校の生徒のうち約4割が「保健室登校」²⁾を経験し、現在でも保健室登校は増加傾向にあるとしている(公益財団法人 日本学校保健会, 2013)。このことから、保健室を利用する生徒が人間関係の難しさや生きづらさを抱えていることがうかがわれる。

一方で筆者の勤務する通信制A高等学校³⁾の図書館では、1日中図書館にいて教室に行かない生徒がいる。このことから、学校図書館に来ている不登校生徒の行動を観察することにより、何らかの登校支援策に結びつくのではないかと考えた。先行研究では、不登校への学校の取り組みとして、学校行事が契機となった再登校(宮田 2015: 91)や生徒同士の教え合い(藤田・加藤 2012: 33)が論じられている。学校図書館とコミュニケーションについては貧困世帯の子どもたちが進学する公立普通科課題集中校の学校図書館における交流相談(鈴木・松田・石井 2013: 1)の研究などがあるが、「不登校」と「学校図書館」を体系的に関連づけて整理された研究報告は見当たらない。本研究では、保健室とは異なる学校図書館が、不登校生徒の新たな登校のきっかけや支援の場となる可能性を明らかにすることを目的とする。

なお、筆者は本研究において「不登校」及び「不登校傾向のある生徒」とは「学校に登校しても教室に入ることができない生徒」と定義する。

II. 研究方法

1. 調査方法

筆者が司書教諭として常時勤務する通信制A高等学校図書館(以下、II、IIIにおいて文中は図書館という)において、参与観察を実施し記録を行った。

観察する上では、図書館での生徒の日常的な行動に着目して記録を行った。

図書館内での参与観察の視点は、以下の6つである。

(1) 図書館内での過ごし方

- (2) 図書館内での生徒同士のコミュニケーションのとり方
- (3) 図書館内での教職員とのコミュニケーションのとり方
- (4) 図書館内での生徒間の関わりの困難な点
- (5) 図書の貸出し傾向(どのような図書を借りているか)について
- (6) 図書館に来る前と後でどのような変化が見られるか

2. 対象者と観察期間

フィールドは、A高等学校図書館である。図書館の利用者数は1日平均50名程であるが、試験期間中は150名程度の生徒が利用している。

研究対象者は、学校には登校しているが教室には入らずに、図書館で日中過ごしている「不登校」及び「不登校傾向のある生徒」とした。今回の研究対象者3名(生徒)を抽出した選択理由は、図書館において継続的に観察が可能なためである。

なお、参与観察は3年間に渡り継続的に実施した。

3. 観察する上での倫理的配慮

本研究を行う上で、十分な人権保護や厳重なプライバシー保護を行った。

なお、参与観察を行うに当たり図書館の最高責任者に対して、研究の目的・方法・倫理的配慮について記載した研究説明書を提示、さらに口頭でも説明した後許可を得て実施している。

本研究は「国際医療福祉大学大学院研究倫理審査委員会」の審査・承認を受けて行った。

III. 研究結果

1. A高等学校図書館の概要

図書館は窓が大きく、明るく開放的な空間となっている。館内には7台のパソコンが配置され、パソコンでeラーニングの視聴やインターネットを利用した資料検索などもできる。館内には一人用机が5台、カウンターに近い位置に

4人用机が6台、館内奥に4人用机が2台ある。館内は本を読むだけでなく、試験勉強や宿題を行うためにも賑わっている。また、何もせず自分自身の時間を過ごす、友達同士や保護者との待ち合わせの場など「憩いの場」としても利用されている。特に、人間関係が得意ではなさそうな生徒や不登校生徒は、カウンターの職員と視線の合わない席に好んで座る傾向がある。

利用者は、生徒・学生及び生徒の保護者・受講生・教職員・地域住民(月2回、市民に開放)、年齢層も10代から80代までと幅広く、女性が若干多い。館内には図書・雑誌・新聞・マンガ等があり、書庫にも図書や雑誌等を多数保管している。

平日(毎日)と土曜日・日曜日(月に2回程度)に開館しており、季節や天候に影響されず、年間12,000人程度が利用している。

午前中の図書館は比較的用户者が少なく落ち着いているが、12時を過ぎると授業や昼食を終えた生徒や教職員が次々と来館する。生徒の「図書館は静かすぎて緊張してしまう」との意見を汲み、12時から13時の間はクラシックのBGMを流している。利用者からは気持ちが安らぎリラックスできると好評である。その雰囲気求めて昼休みにだけ図書館に来館する生徒もいる。館内での過ごし方もそれぞれで、毎日決まって同じ時間・同じ場所に着席し持参した図書を読みながら一人で過ごす、「図書のリクエスト」をして図書を借りるだけの場として活用する、毎日同じ時間に来館しパソコンだけ使用して調べ物をする、ソファで館内に流れるBGMを聞きながら雑誌や新聞のページをめくるなどして過ごしている。

2. 参与観察の結果

【4月の館内の様子】

新年度が始まった4月の図書館は、活気に溢れている。新入生は希望と期待と不安が入り混じった様子で図書館に来館する一方、これまでに利用したことのある在校生は図書館の利用に慣れていることもあり、春休みを終え久しぶり

の来館で嬉しそうに新着図書を手に取ったり、静かな空間の中でそれぞれが自分自身の時間を過ごしている。図書館には、過去に様々な経験を持つ生徒や不登校の経験のある生徒たちも毎日のように集まってくる。この生徒たちの共通点は、登校しているものの教室には入りにくい点である。

※以下の文中における番号は、表1の「観察内容」の番号に一致する。

【Aさん】

新入生のAさんは、新年度が始まった4月の某日から毎日元気に「図書館登校」^①を始めているが、中学生時代にクラスメイトから「いじめ」を受けた経験から、比較的自分のペースで学習を進めることのできる本校に入学した経緯がある。Aさんは、図書館の開館時間を待つ間にスマートフォンの操作を何度も繰り返す^②、開館と同時に意識的にカウンターの教職員と視線が合わない広めの席(正面の利用者との間に衝立あり)に毎回着席^③する。自分からは一切話さない^④が、図書館に入る際に教職員がカウンター越しに「おはよう」などと挨拶を交わすと、笑顔で「はい」「いいえ」程度の受け答え^⑤や会釈をしている。しかし、教職員が話しかけた時以外には話さない。

12時半までは常にスマートフォンを操作^⑥して過ごすのだが、昼食時にも常にスマートフォンを操作^⑦している。午後は、図書館内のパソコンでeラーニングを視聴^⑧したのち、宿題を行って^⑨いる。館内では顔見知りともほとんど会話をせず^⑩に、本を読むこともほとんどない^⑪。しかし、時々利用者がどのように過ごしているか様子が気になるようで、常にきょろきょろと辺りを見回して^⑫いる。また、家族はAさんの行動が心配な様子で、学校にも頻繁に連絡を取っている。このような状況から、Aさんは校内の図書館という環境的に干渉されない空間^⑬で自分一人の自由な時間を確保している。5月の某日も、いつもと同じように図書館で1日を過ごし^⑭、16時頃に図書館を後にした。

【Bさん】

7月、13時過ぎの利用者が少なくなり始めた頃に礼儀正しく控えめな印象のBさんが来館した。本人は、eラーニングの視聴^⑤や宿題を行う^⑥ために頻繁に図書館に来館^⑦しているのだが、当初あまり人と会話をせず黙々と一人で学習を進めていた。図書館での一日の過ごし方は保健室と図書館の往復^⑧で、14時過ぎから閉館時間まで図書館を出たり入ったり^⑨して過ごしている。荷物は図書館に置いたままで、保健室の養護教諭と会話をした後に図書館に戻り、しばらくすると保健室に・・・という繰り返しである。養護教諭も、Bさんの発話から同世代の生徒とのコミュニケーションの困難さを感じている。また、Bさんは自発的に話すことを好まず^⑩「クラスメイトに自分から話しかけることで相手に迷惑がかかるのではないか」という思いから、自分の気持ちをうまく伝えることが難しい^⑪とも発言している。

しかし、徐々に「宿題」を通じて顔見知りもでき、他の生徒と会話^⑫をするようになり、交流を持った生徒とは図書館向かい側のスペースで、一緒に話しながら宿題を作成^⑬するようになった。Bさんは、頻繁に来館し図書館内での滞在時間が長く慣れていることから、顔見知りの生徒たちに「図書館のマナー」を伝えている^⑭。Aさんと同様、館内の様子も気になるようで、カウンターの教職員と利用者のやり取りをじっと観察^⑮している。

最初にBさんを図書館で見かけてから3か月が過ぎた頃、突然自ら図書をリクエスト^⑯（日本の長編ミステリーや人気小説、風景の写真集等）するようになった。それまでは話す機会がなかったが、このことを契機に教職員との間に図書を媒体として^⑰「おはようございます」、「今日はいい天気ですね」、「変わりはない、元気？」などの日常的な挨拶や、「いま、こんな本が話題になっていて新聞で紹介されているよ」、「また読みたい本があればリクエストしてね」、「この本、今度映画化されるよね」などの図書の話題について話したり^⑱、図書のリクエストをし

ていたが、会話のやりとりをするようになった5回目頃から「学習がなかなか進まない・・・」など日常生活の状況や「将来、進路についてどうしたらいいか迷っているんです」など、次第に自分自身の悩みまで語る^⑲ようになった。また、Bさんは学校を心の拠りどころとしており、将来社会に出て活躍したい^⑳という希望を持っている。

【Cさん】

11月、Cさんが図書館に来館した。図書館には過去に不登校を経験した生徒も多く来館している。Cさんは引きこもりを経験し、昼夜逆転した生活を送り夜間はインターネットを操作し続ける生活が続いた。その間全く勉強しなかったために平均的な高等学校の生徒と比較すると、やや学力や理解力は低い印象を受ける。また、声も小さく聞き取りにくく、自発的な会話は一切せず^㉑に問いかけにも会話ではなく「うん」と小さく頷く^㉒程度で、積極的に行動することは苦手^㉓であった。当初Cさんは、授業の空き時間にeラーニングの視聴^㉔と宿題を作成^㉕するために図書館に来館した。座席は常に、カウンターの職員からよく見える正面、パソコンの設置場所からも程近い、広めの机に毎回座る^㉖。Cさんは毎回同じ席に座ることで落ち着く様子で、館内では控えめかつ熱心にパソコンでeラーニングの視聴^㉗や宿題に取り組んだ^㉘。1か月ほどした頃から図書館の雰囲気にも慣れた様子で、天候に関わらず体調の良い時には日常的に来館するようになった。Cさんも、AさんやBさんと同様に館内の利用者が気になる様子で特に用事がなくても、歩き回りながら利用者や教職員の様子や人とのやり取りをじっと観察^㉙している。

また図書が大好きで詳しいこともあり、最初に図書館で見かけてから2か月程経過すると自ら積極的に図書（家事、学習、教訓本、日本の長編小説等）をリクエストするようになり^㉚、それがきっかけとなり自ら図書館内の教職員に「こんにちは・・・」と挨拶をしたり^㉛、「宿題、頑張ってます！」など日常生活の様子

を少しずつ話し始め^⑧、コミュニケーションを少しずつ図る^⑨ようになった。

新年度に入ると「図書委員」に立候補^⑩し、図書委員会活動に参加した。当初、緊張している様子も見受けられたが、図書委員のメンバーは互いに相手との距離感を保ちながら活動を行っていることもあり、積極的に発言するまでには至らないが笑顔で活動を行う^⑪ようになった。卒業後もOBとして「図書委員会」活動に参加^⑫し自発的にコミュニケーションを図る^⑬までに成長した。Cさんはアルバイトも継続しており、在学中よりも働くことに積極的になり、自分自身のやりがいを見つけ社会参加^⑭している。

3. 参与観察結果から抽出した概念

参与観察した内容を時系列に整理し、参与観察結果をコード化、サブカテゴリー、コアカテゴリーを抽出、それを基に「観察内容から抽出した概念の一覧表」(表1)を作成した。

なお、本文中の表記ではサブカテゴリーは〈 〉、コアカテゴリーは【 】、観察内容は『 』によって示すこととする。

IV. 考察

学校図書館での参与観察結果から、教室にまったく足を踏み入れずに学校図書館に一日中いる生徒が少なからず存在することがわかった。不登校生徒への学校対応の一つとして保健室登校があるが、養護教諭の意識調査(伊藤 2003: 251)では、養護教諭が保健室登校における対応上の不安や多忙感などの悩みを抱えていることが報告されている。その一方で、学校図書館は保健室登校を受け入れる保健医療の場とは異なり、学校教育の場である。生徒の言動から抽出した概念として、教室に入らない生徒にとって学校図書館は「学習機能を持つ場」であるとともに、「他者の中に身を置く場」、「社会的役割を意識できる場」、図書を媒体として他者と「コミュニケーションを図る場」、「自分自身を受け入れてくれる場」としての役割を担う重要

な空間であることが本研究により示唆された。

旧文部省は、「学校内の様々な場所が心の居場所になり得る」ことを指摘している(文部省, 1992)。この指摘と同様、本研究においても不登校生にとって学校図書館が学習機能を持つ場、図書を媒体としてコミュニケーションを図ることができる場であり、干渉されない空間・居場所として不登校生徒に活用されていることが見出せた。この結果からも、学校図書館は「図書」を通じた教育の一端を担う意味でも「保健室登校」とは異なった機能を持っているといえる。

学校図書館を日常的に利用している不登校生徒の参与観察結果として、観察内容から5つの概念を抽出することができた。以下、参与観察の結果について考察する。

1. 学習機能を持つ場

学校教育法施行規則第1条では「学校には、その学校の目的を実現するために必要な校地、校舎、校具、運動場、図書館又は図書室、保健室その他の設備を設けなければならない」と定義づけている。また、学校図書館¹⁾については「学校図書館法」第2条において「図書、視覚聴覚教育の資料その他学校教育に必要な資料を収集し、整理し、及び保存し、これを児童又は生徒及び教員の利用に供することによって、学校の教育課程の展開に寄与するとともに、児童間又は生徒の健全な教養を育成すること」と明記されている。文部科学省のホームページによると、学校図書館は「読書好きを増やし、確かな学力等を育む施設」とした上で、(1)読書センターは読書活動の拠点となること、(2)学習センターは授業に役立つ資料を備え学習支援を行なうこと、(3)情報センターは情報活用能力を育む、としている。

今回の参与観察において、不登校生徒は自発的に会話をしないなど人との直接的な関わりを好まないが、学校図書館には頻繁に来館しパソコンを利用した学習番組の放送視聴や宿題の作成を行っており、「学習の場」として活用していることが明らかになった(⑧ ⑨ ⑮ ⑯ ㉓ ㉔)

表1 観察内容から抽出した概念の一覧表

観察内容	ラベル	サブカテゴリー	コアカテゴリー
『eラーニングを視聴』⑧ ⑮ ③④ ③⑦	自学自習する「学習の場」 として活用している。	〈自分自身で学習〉	【学習機能を持つ場】
『宿題を作成』⑨ ⑮ ②③ ③⑤ ③⑧			
『毎日元気に「図書館登校」』①	自宅などに籠るのではなく、他の生徒や教職員の中に身を置き、「他者の様子を見聞きし、人に慣れる」ことができる場となっている。	〈人に慣れる〉	【他者の中に身を置く場】
『一切会話をしない、自発的に会話をしない、好まない』④ ②⑩ ③⑪			
『ほとんど会話をしない』⑩			
『ほとんど本を読まない』⑪			
『頻繁に、図書館を利用』⑰			
『自分の気持ちをうまく伝えられない』⑳			
『会話ではなく小さく頷く』㉒			
『積極的な行動は苦手』㉓			
『きょろきょろと辺りを見回す』⑫			
『やりとりをじっと観察』⑳ ㉙			
『「図書館」のマナーを伝える』㉚			
『図書をリクエスト』㉛ ④⑩			
『社会で活躍したい』③⑩			
『「図書委員会」に立候補』④④			
『卒業後も「図書委員会」活動に参加』④⑥			
『やりがいを見つけ社会参加』④⑧			
『図書を媒体にコミュニケーションを図る』㉟	図書を媒体として、他者との関わりを持つことができる場となっている。	〈図書を媒体としてコミュニケーションができる〉	【コミュニケーションを図る場】
『生徒と会話をする』㉠			
『挨拶をする』④④			
『人とコミュニケーションを図る』④③ ④⑦			
『日常生活を話す』④②			
『図書の話題を話す』㉡			
『自分の悩みを語る』㉢			
『常に、スマートフォンを操作』② ⑥ ⑦	学校という安心して過ごせる場、必要以上に干渉されずに、自分らしくいられる場として活用している。	〈干渉されない〉	【自分自身を受け入れてくれる場】
『干渉されない空間を確保』⑬			
『毎回、同じ座席に着席』③ ③⑥		〈緊張しない〉	
『毎日同じ行動』⑭			
『保健室と図書館の往復』⑬		〈安心して過ごせる〉	
『笑顔で受け答え』⑤			
『図書館を出たり入ったり』⑬			
『笑顔で活動』④⑤			

③⑤ ③⑦ ③⑧)。すなわち学校図書館は、不登校生徒の学習を支援する場としての「知」の機能、「情報伝達の場」として役立っていることが見出された。

2. 他者の中に身を置く場

今回の参与観察における生徒は、自発的に会話をすることを好まず、話す時は意識的にあまり視線を合わせようとしない、会話が続かないなど、言語や行動、意思疎通などコミュニケーションの難しい生徒の様子が明らかになった(④ ⑩ ⑳ ㉑)。

しかし、不登校生徒は自宅や自室に籠るのではなく学校図書館には頻繁に来館している。来館当初は、自発的に会話をしない、まったく人とは会話をしないなど他者との関わりに対して不安を感じている印象を受けた。その一方で、学校図書館内でのカウンター職員と利用者とのやり取りを注意深く観察しており、人と関わりたいと関心を示している様子が見受けられた(⑫ ㉕ ㉙)。

また、日常的に学校図書館は、多くの生徒や教職員が自由に入出入りしており、職員も館内の様子を見守っている。このような状況の中で、少しずつ人の様子を見聞きし、他者の中に身を置きながら、「人に慣れる場」として学校図書館を活用し人との関係性を少しずつ体験しながら、人との関わりに慣れる場として役立っている様子が受け取られた。

3. 社会的役割を意識できる場

学校図書館を利用している不登校生徒は、自分の考えをうまく表現することが難しい。そのことにも関わらず、「図書委員会」に参加し(④⑥)、「友人に図書館内マナーを伝える」などの行為を行っていた(④④)。これらは、社会において一定の役割を担うことにより自分自身には役割があるという自己有用感を持てるのではないかと考えられる。特に、図書委員に自ら立候補し「図書委員会活動」に主体的に参加するようになってからは、自分の社会的役割を意

識し(④⑧)、自分なりの社会参加の方法や、やりがいを見出したと思われる。

また、ある生徒は友人との関わりの中から自分自身の役割を見出してからは、すべてのことに積極的になり、役割意識を持つことにより自ら挨拶をするようになるなどの内面的な変化が見られた。

4. コミュニケーションを図る場

文部科学省は、子どもたちに身につけさせた力の一つとして「他人と協調し、他人を思いやる心」を示し、コミュニケーション育成の重要性を指摘している(文部科学省, 2008)。しかしその一方で、学校図書館での様子の観察を通して推察すると、コミュニケーションの難しい生徒は増えていると思われる。

学校図書館を訪れる不登校生徒の中にはコミュニケーションは得意ではないが、図書が好きで、図書についてはかなり詳しい知識を持っている者もいる(②⑧)。それらの生徒が、学校図書館において教職員との間に挨拶などの日常会話をし、図書のリクエストをする、自分が読んだ本の感想を話すなど、図書を媒体としてコミュニケーションを少しずつ深めた生徒もいる(②⑦ ④④)。これらのことから、学校図書館はコミュニケーションが苦手な不登校生徒に対して、図書を介して「コミュニケーションを図る場」となっている。

本研究の結果からも明らかなように、信頼関係や人との関係の築きを考えるコミュニケーション能力の改善に向けた方策として、学校図書館の新たな活用が考えられる。

5. 自分自身を受け入れてくれる場

学校図書館は誰もが自由に入出入りができるが、担任や教科等の教員が直接関与しない空間であるとともに、誰からも干渉されない自由な環境である。

スマートフォンを操作している生徒が、人から干渉されない空間を確保している場面がある。現在では生徒を取り巻く環境も変化しており、

人と人が対面してコミュニケーションを取らずに用件を済ませることができるようになったために、相手との関係性も希薄になりつつある(② ⑥ ⑦ ⑬)。

毎回同じ座席に座ることにより安心感を覚える生徒(③ ⑳)や、保健室と学校図書館を何度も行き来している生徒もいる(㉑)。これらのことから学校図書館は自分自身を「どのような状況にあっても受け入れてくれる」、また、「誰からも干渉されない場」として活用しており、不登校生に有効な場であると考えられる。

文部科学省国立教育政策研究所(2015)においても「絆づくり」と「居場所づくり」⁵⁾の重要性について言及している。

また、文部科学省では「学校図書館の位置付けと機能・役割」として子どもたちの「居場所」の提供として、昼休みや放課後の学校図書館は、教室内の固定された人間関係から離れ、児童生徒が一人で過ごしたり、年齢の異なる人々とのかかわりを持つことができる場となる。児童生徒がこのような学校図書館を、校内における「心の居場所」としていることも少なくない。また、放課後の学校図書館は、放課後の子どもたちに安全・安心に過ごせる場を提供することとなっている、としている。

これら考察を裏づけるものとして、生徒本人が卒業した2年後、参与観察の中の一人の保護者に在学当時の様子を改めて尋ねた。

「A高等学校の図書館は子どもにとって居場所でした。教室での休み時間に本人は同級生の乱雑な会話についていけませんでした。息が詰まり、教室に居ることができなかつたようです。そのような時、偶然学習する目的で行った図書館が自分自身を受け入れてくれる場所となり、くつろぐことができたと言っていました。自分自身の居場所として図書館があったので、登校することができたと思います。また、図書館での教職員との関わりを契機として卒業間近にはクラスメイトとも少しではありますが、交流することができました」

と、語ってくれた。

これは学校図書館内での教職員や生徒同士の関わりが、クラスメイトとの交流の契機にもつながっていることを示していると考えられる。また「保健室」という保健医療の場と異なり、教育機関でもある学校図書館の開かれた空間において成し得る可能性を示唆している。

V. 結論

本研究の結論として、以下の5つの概念が明らかになった。

- (1) 学校図書館への登校には、学校図書館が「図書」を通じた教育の一端を担う場所であることから、保健医療の場でもある「保健室登校」とは異なった機能がある。学校図書館は、不登校生徒にとって単なる居場所ではなく、学習する場としての機能を持つ。
- (2) 生徒や教職員の中に身を置き他者の様子を見聞きし、人に慣れる場としている。
- (3) 一定の役割を担うことにより自分の社会的役割を意識できる場となっている。
- (4) 図書を媒体として、コミュニケーションを図る場として活用している。
- (5) 学校生活の中で、必要以上に干渉されない場として機能している。

VI. まとめと今後の課題

学校図書館は、不登校生徒がありのままにいられ、いつでもどんな理由でも、利用できる学校の中で数少ない安らげる空間となっている。不登校生徒は、学校図書館を「学習機能の場」として活用し、司書教諭を始めとした教職員の様々な支援を得ながら学習を進めている。また、他者の中に身を置き、学校図書館内での利用者同士の会話や動作を見聞きし、その様子を学びながら他者との関わりを少しずつ体験できる貴重な場としているが、自分自身の役割意識を認識できる場でもあり、媒体物としての図書を通じて「コミュニケーションを図る場」であるこ

とも明らかになった。これからの学校図書館は、「出会いと知を育てる」(アントネッラ, 2009)と述べるように、学校図書館は重要な役割を担っている。

本研究からは、不登校生徒には学校図書館の教育機能を活かした支援が有効である可能性が見出されたが、具体的な支援策を見出すまでには至っていない。

今後の課題は、今回の考察結果を活かした上で学校図書館としての教育機能を活かした新たな学習プログラムを開発し、不登校生徒が社会とのつながりを深め、自立を促すための支援につなげることである。

〈付記〉

本稿は、日本医療福祉学会第25回における自由研究発表を踏まえて加筆・修正したものである。

〈注〉

- 1) 日本公益財団法人 日本学校保健会は、保健室の機能を(1)健康診断、(2)健康相談、(3)保健指導、(4)救急処置(休養を含む)、(5)発育測定、(6)保健情報センター、(7)保健組織活動センター、としている。
- 2) 日本公益財団法人 日本学校保健会は「保健室登校」を常時保健室にいるか、特定の授業は出席できても、学校にいる間は主として保健室にいる状態であると定義している。
- 3) 年間登校日数は各コースにより異なるが、おおよそ20日程度である。
- 4) 本稿でいう学校の範囲は「学校図書館法」第2条に規定する学校の範囲、すなわち、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校とする。
- 5) 文部科学省国立教育政策研究所(2015)『「絆づくり」と「居場所づくり」』(第2版)

生徒指導・進路指導研究センターは「心の居場所」を「自己の存在感を実感し精神的に安心していられる場所」とし、学校がその役割を果たすことを求めている、としている。

(<http://www.nier.go.jp/shido/leaf/leaf02.pdf>2017.6.20)

引用文献

- Antonella, Agnoli (2009) *LE PIAZZE DEL SAPERE, 1 st Ed.*, Giuseppe Laterza & Figli. (=2011, 萱野有美 訳『知の広場』みすず書房.)
- 藤田毅・加藤誠之(2012)「大学生による私立高等学校での学習支援活動に見る高校生の学びと学校改革への視点」『人間関係学研究』18(1), 33-39.
- 伊藤美奈子(2003)「保健室登校の実態把握ならびに養護教諭の悩みと意識—スクールカウンセラーとの協働に注目して—」『教育心理学研究』51(3), 251-260.
- 公益財団法人 日本学校保健会(2013)『(平成23年度調査結果)保健室利用状況に関する調査報告書』2013.
- 宮田延実(2015)「学校行事の特質を生かした不登校支援についての研究:級友との関係性を再構築する視点から」『太成学院大学紀要』17, 91-98.
- 文部科学省(1992)「登校拒否(不登校)問題について—児童生徒の「心の居場所」づくりを目指して—」(http://www.next.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryu/06042105/001/001.htm.2016.12.22)
- 文部科学省(2017)平成27年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果(確定値)(http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/29/02/1382696.htm.2017.7.3)
- 文部科学省(1953)「学校図書館法(昭和28年

法律第185号)」

(http://www.next.go.jp/a_menu/sports/dokusyo/hourei/cont_001/011.htm.2016.12.9)

文部科学省 (2008) 「幼稚園、小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校の学習指導要領等の改善について」

(http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/095/shiryo/attach/1329

017.htm.2017.1.12)

佐藤仁美・西村喜文 (2013) 『思春期・青年期の心理臨床 (改訂版)』放送大学教育振興会.
鈴木晶子・松田ユリ子・石井正宏 (2013) 「高校生の潜在的ニーズを顕在化させる学校図書館での交流相談—普通科課題集中校における実践的フィールドワーク—」『生涯学習基盤経営研究』(38), 1-17.

From Nurse's Rooms to School Libraries

—Research for chances to welcome non-attending students to school—

Mayumi Makino

Doctoral Program in Health Sciences, Research Institute of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare Graduate School

Various measures have been carefully considered in order to deal with the student absenteeism. The aim of this study is to investigate ways to offer support or provide opportunities to attend school for those students with chronic absenteeism.

The study participants were students who use the high school library daily but have no contact with others in the library and students who are chronically absent. The participatory fieldwork method was conducted. Observations were chronologically organized, coded, and categorized into subcategories and core categories. The observation continued for three years. Ethical information was submitted in advance to the school office which approved the research plan in written form.

School libraries have their own functions, quite different from sickrooms for health purposes. The research analysis revealed how a high school library can offer students experiencing chronic absenteeism with the following: (1) a place where they study and learn, (2) a place where they can watch and hear others, (3) a space where they can identify themselves and their roles, (4) chances to gain communication ability through books, and finally (5) a safe place without being excessively intruded by others.

Based on the research results, we propose an advanced and helpful library project can be developed focusing on supporting student absentees.

Key words: student absenteeism, participant observation, communication, school library, calm down

「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」執筆要領については、別に定める。
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、編集委員会により決定する。
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。

〒550-0001

大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

日本医療社会福祉学会事務局

電話：06-6441-5260

E-mail jsswh@a-youme.jp

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15,000字以内とする。(字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる)。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
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る。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. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には、500字以内の日本語抄録をつける。また、「研究論文」には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. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。

日本医療社会福祉学会『医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル
----	------	------

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

評価基準: a 適切 b 不適切			
1	執筆要領(注・文献も含めて)に適合しているか	a	b 非該当
2	先行研究を的確に踏まえているか	a	b 非該当
3	研究目的は明確であるか	a	b 非該当
4	社会福祉の理念・政策・実践との関連付けは明確であるか	a	b 非該当
5	研究目的に照らして研究方法は適切であるか	a	b 非該当
6	使用されている概念・用語は適切であるか	a	b 非該当
7	調査の方法・分析が適切で、結果は明確であるか	a	b 非該当
8	論理の展開には一貫性があるか	a	b 非該当
9	考察および結論には新しい知見が含まれているか	a	b 非該当
10	表題は内容を適切に表現しているか	a	b 非該当
11	要旨の内容は適切であるか	a	b 非該当
12	省略語・単位・数値は正確に表記されているか	a	b 非該当
13	図表の体裁(タイトル・単位・形式)は整っているか	a	b 非該当
14	図表は本文の説明と適合しているか	a	b 非該当
15	研究倫理上の問題はないか	a	b 非該当

II 掲載についての評価 (該当する項目 **1つ** に○をおつけください)

評価	<p>A 無修正で掲載可</p> <p>B 修正後に掲載可</p> <p>C 修正後に再査読</p> <p>D 不採用</p>
----	---

査読年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 査読者署名 _____

「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。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。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、純粹科学ではなく、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、先行研究レビュー、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所、倫理的配慮等
- 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

（質的研究では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）

編集後記

『医療社会福祉研究』第26号をお届けいたします。今回は8本の投稿があり、最終的に論文3点が掲載されました。掲載不可が3本、取り下げが2本となっています。

取り下げの要因の一つには、「修正後再査読」とされた後、修正の締切までの時間が短いことがあることを感じております。当面は、締切までに修正を行うことが困難な場合は柔軟に対応していくことを申し合わせております。是非、事務局までご相談ください。

近年、質的調査手法による論文が増えていることに鑑み、従来12,000字以内であった字数制限を15,000字以内といたしました。さらに、字数のカウントはワード等にある文字数カウント機能によることとしました。同時に、図表の換算方法について、1件につき600字に、1ページにわたる図表は1,600字に換算すること、参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じることを明示いたしました。巻末に査読様式を掲載したこととあわせて、できる限りルールを可視化してきております。投稿の際にご確認、ご参考にいただければと存じます。

研究における倫理的配慮については年を経るにつれ、厳格になってきております。動向として、親学会である日本社会福祉学会では現在、研究倫理規定の見直しを行っています。関心を持って経過を見守りたいと思います。

本号では、第27回大会の内容を掲載いたしました。本大会は、『社会に還流する脳科学—そして、ソーシャルワーカーの工夫』をテーマとして、脳科学の知見について虫明元氏より基調講演をいただき、またソーシャルワーカーのエキスパートによる実践を脳科学の立場から読み解くというプロセスを通じて、ソーシャルワークの新たな地平を切り開くことを目指しました。ご出席がかなわなかった会員の皆様に、臨場感が伝わることを願っております。

なお、2017年度から、編集委員会体制を取ることとし、新たに編集委員として、高瀬幸子会員が加わりました。引き続き、よろしくお願い申し上げます。

2018年3月

高山恵理子
高瀬 幸子
小西加保留

医療社会福祉研究 第26巻

発行日 2018年3月31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）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

電話：06-6441-5260

E-mail：jsswh@a-youme.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 小西加保留（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2018

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 26



Keynote Speech

Brain function underlying diversity of human mind

—How our brains are learning and creative in network

…… Hajime Mushiake

Symposium

Promoting neuroscience literacy for society and creative innovation of

social work …………… Yukiko Okuma, Satoko Tamura, Tomomi Hirano,

Chiyoko Yokota, Hajime Mushiake

Articles

The target of advocacy practice by medical social workers

…… Yusuke Suzuki

Process of “practicing social work” in mental health services:

A comparison with the professionalism in medical social work

…… Jiro Ohnishi

From nurse’s rooms to school libraries

—Research for chances to welcome non-attending students to school—

…… Mayumi Makino



Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)