

# 保健医療社会福祉研究

## 第31巻

日本保健医療社会福祉学会第32回大会

基調講演

“ケアの民主化”とソーシャルワークの社会的意義

岡野八代

シンポジウム

WITH コロナ時代における生活とソーシャルワーク

～キーワードから考える～マスク・除菌・ソーシャルディスタンス

座長 磯野真穂

スペシャル・レクチャー

医療人類学からみるコロナ禍

磯野真穂

「マスク」について 実践から考えること

～曖昧さの中を生きるクライアント～

巖弥生子

除菌

乙坂佳代

「ソーシャルディスタンス」について

～地域との触れ合いの実践から人の支援を考える～

服部安子

ディスカッション

論文

建設アスベスト問題における労働組合の被害者支援の現状と課題

一労働組合に対するインタビュー調査を通して一

福神大樹・大松重宏

2023年3月

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会

# 目 次

## 日本保健医療社会福祉学会第32回大会

### 基調講演

- “ケアの民主化”とソーシャルワークの社会的意義 岡野八代 1

### シンポジウム

- WITH コロナ時代における生活とソーシャルワーク  
～キーワードから考える～マスク・除菌・ソーシャルディスタンス  
座長 磯野真穂
- スペシャル・レクチャー  
医療人類学からみるコロナ禍 磯野真穂 17
- 「マスク」について 実践から考えること  
～曖昧さの中を生きるクライアント～ 巖弥生子 23
- 除菌 乙坂佳代 29
- 「ソーシャルディスタンス」について  
～地域との触れ合いの実践から人の支援を考える～ 服部安子 33
- ディスカッション 39

### 論文

---

- 建設アスベスト問題における労働組合の被害者支援の現状と課題  
—労働組合に対するインタビュー調査を通して—  
福神大樹・大松重宏 51

## 〔基調講演〕

## “ケアの民主化”とソーシャルワークの社会的意義

岡野 八代\*

皆さん、こんにちは。私は専門が西洋政治思想史、フェミニズムということで、ソーシャルワークの専門ではないんですけども、この度こうしたかたちで、とりわけ高山先生には京都にまで足を運んでいただいて、ソーシャルワークのレクチャーもしていただいたりして、少し自分なりに理解した範囲で、私の専門から皆さんにケアの民主化にとってソーシャルワークは、とても重要なんだということをお話したいと思います。

今日の講演の内容ですけれども、始めに少し、日本で皆さんもこの2020年の春から感じられているさまざまな日本の政治の不備、ケアを軽視してきた政治についてと、私的な経験をお話しながら、私の専門である政治学がいかにケアを軽視というよりむしろ排除してきたということ、歴史をさかのぼり触れながら、ケア実践、これはソーシャルワーカーの皆さんのご専門でしょうから、ケア実践については皆さんのほうが経験としてはご存じだと思いますけれども、私の研究からどういった実践なのかと理解されてきたかをお話して、最後にケアに満ちた民主主義と私は訳していますけれども、ケアリングデモクラシーについてと、まとめとして、ソーシャルワークが担う実践の社会的意義をお伝えできればと思います。

まず最初に、コロナパンデミックによる公私領域にわたる衝撃について触れます。政治学では2021年に行政学の金井利之先生が、コロナ禍

というよりもコロナ対策禍であって、日本では未曾有のパンデミックに対処できなかったと厳しく論じています。お隣の韓国は初動でかなり感染を抑えられたのは、韓国では既にSARS等のパンデミックを経験していきましても日本はこれまでの経験がなかったということで、リーダーシップに頼ってしまった。

この金井さんが示す、そうしたリーダーシップのいろいろな類型があって、一つは、私は関西から来ておりますので、非常に身近な大阪府政にみられた対策を演技系と分類してます。つまり、実際になんの効果がなくともなんらかの対策をしているんだという為政者のやってる感を示す、そうした態度が演技系です。その他にもリーダーとしては、我欲系。とにかく自分の利益になるような政策を推し進める。

あとは愚昧系、亡くなられた首相、アベノマスクを目に被っちゃったりした。ひどい写真が残っていますが、私は浅知恵と翻訳しています。2020年春以降、一体、日本政府は何をしたか、つまり何をしてこなかったのか、初動ににじみ出る愚かさということで、いくつか挙げることができます。一点だけ、ここで触れておくと、本当に日本は異常な状況が続いていて、2年半を経てもその過ちをうまく経験で生かして政策を改革していくということができなかった。一つの大きな日本の特徴は、経済再生大臣がコロナ対策大臣を兼任してきたことです。コロナ禍が始まってからずっと、コロナ対策大臣

\* Yayo Okano : 同志社大学 (研究分野・西洋政治思想史)

を経済再生大臣が兼任してきたということで、コロナ対策は常に経済政策の二次にされてきたということが、日本の特徴だと思います。

元安倍首相がなした、恐らく唯一の決断といわれている、2020年2月27日に発出された小中高の一斉休業ありましたが、私は、この一斉休業が本当に許しがたい暴挙だと思っています。一体誰が、小学校の子どもたちの世話をすると考えていたのか。例えば、看護師の人たち、保育士の人たち、医療関係者のなかには、もちろん小学校のお子さんをお持ちの方だっていらっしゃるわけですね。にもかかわらず子どもたち、とりわけ低学年の小学校の子どもたちが、あの一斉休業のときに一体どこにいたのでしょうか。そのことを考えるときに、誰がそうした子どもたちをケアしているのかということが一瞬でも頭によぎれば、ああいうことはできなかったはず。しかも現場の声を一切聞かず、まさに浅知恵のうえに、やってる感ですから最悪です。二重の愚行を、この日本政府は晒してきたんですね。

エッセンシャルなケアに関わるパンデミックであるからこそ、先ほどの小中高一斉休業もそうですけれども、一人一人の私たちの生が非常に左右された。グラフに示してありますのは、「コロナ禍の女性への影響と課題に関する研究報告書」、2021年4月に公開されています。日本政府もすぐに気づいていたし、当初よりパンデミックになれば女性と男性とで違う影響が出てくるということはUN WOMEN、UNなど国際機関からもずっと言われてきたことであって、いろんな勧告もなされていたにも関わらず、日本ではほとんど何も対処をしませんでした。一番典型的だといわれる事象は、2020年の女性の自殺者が前年から15パーセント増ということで、936人もの方が多く、前年度に比べて自殺をした。男性は逆に23人減少したということです。もう一つ、私がやはりこのパンデミックで自身にとって一番大きな経験というのは、実は母親が、コロナ禍になる前から少し認知症を患い、持病で糖尿病があったんですけども、

一人住まいをされていて、認知症というのは人に会わなかったり会話をしなかったり出歩かなかったりすると、どんどんと進行していき、足腰も弱り、本当に毎月会うたびにみるみる母が衰えていきました。

結局、私は京都に住んでいまして、母は滋賀県、琵琶湖畔に住んでたんですけども、2021年2月に包括ケア病床に入院している間に、認知症が進んで、サービス付きの介護付きの高齢者住宅にも引っ越すために2カ月入院したわけですけども。4月の引っ越しのために迎えに行ったら、母親がもう私のことを認識しなくなっていて、こんなに人っていうのは急激に衰えるんだと思いました。

そのときにはまだ、認知症になって私のことは分からなくても、その後、サービス付きで介護を受けれるので私も安心できるし、母親もおいしいものが食べれて周りに人がいて介護されているので、長生きしてくださいねと思っていたんですけども、結局、母親はよくあるというか、高齢者の死因で一番多い誤嚥性肺炎で突然9月に緊急入院しました。つまり5カ月しかいれなかったんですね、高齢者住宅にも。その後、緊急先から、もう一回入院をしまして、最後11月に亡くなるという経験をしました。

コロナの中でしたので高齢者住宅でも引っ越しの際にしか会えなかった。あとは、お金のこととか手続きでケアマネの人とか会ったりはしたんですが、母親にはほとんど会えず、あつという間に母は亡くなりました。私的には肺炎になったときが一番つらかったですけども、びっくりするような速度で母がいなくなりましたという経験をしました。

今日は、そのさい、私は母を直接には全くケアをできなかったことも考えてみたいです。実際にはいろいろ心遣いをしたりとか、さまざまな計画を立てたりとか、私が責任を持って手続きをしないとイケなかったんですけども。結局、私はほとんど、直接的にはケアをしていない。私の経験からは、ケアをしていないんですけども、2021年は、本当に今思うと、よくなん

とか仕事がこなせたなって思うほど、まれに見る、忙しい1年だったんですけども、それでもそうした生活ができていたのは、私がいかに出歩くこともせず、実際にケアを担ってくれた人であるとか、地域連携でさまざまに手当てをしてくださったかたがたのおかげであるということ、いかにケアをしない者もケアに関わってくれてる人のおかげで生活できるかということが、本当に身に染みて、この間、私は経験しました。

もう一つ、ソーシャルワークについて今日のようにまとめられたらいいと思う、社会的な意義について先に触れておきます。ケアを任せている者として、つまり私は、ケアがどうかたちで分担され、連携され、母のケアニーズがどのように評価されてケアされてきたかについて、実は全く知らないんですね。そのことから、ソーシャルワークが果たしている社会的意義についてお話できたらなと思っています。

さて、まず前提をお話します。私が専門としている政治学では、ソーシャルワークに関わるかたがたが担われているケアは、軽視どころか排除されてきたと私は思っています。例えば、私は2020年、アメリカの尊敬するフェミニスト政治思想家のジョアン・トロント先生の、*Who cares?* という本を翻訳し、そこに自身の論文を追加し、『ケアするのは誰か?』というタイトルで白澤社から出版しました。これは英語的には誤訳なんです。つまり *Who cares?* っていうのは、〈そんなこと自分は知ったこっちゃないよ〉という意味です。英語のタイトルは、ケアについての両義性を表しています。つまり、先ほど安倍元首相の事例でも触れましたが、政治の中枢にいる権力者は、いったい子どもを誰がケアしているのかって聞きもしないんですね。もう *Who cares?*、〈そんなこと俺が知るか〉という態度。きっと誰かがやるだろうと、なぜか非常に安心していて頼っているわけです。結局誰か、つまり多くは母親たちに依存しているんですけども、でも自分自身は *Who cares?* それは俺の仕事じゃないよって言うんですね。

その態度は、日本だけの現象だけではなくて歴史的にみると、民主主義として名高いアテネ・ギリシャでもそうだったわけです。

『ケアするのは誰か?』から引用します。

「歴史的にみれば、民主主義は、一部の人の政治的生活に立ち入らせないことで、ケア提供の義務をそのひとたちに割り当てることを選んできました。高度に参加的な民主主義として賞賛されがちな、古代ギリシャ・アテネの民主主義は、平等だとみなされる人びとだけに政治的役割を限定してきました。すなわち、市民に生まれた男性に、です。女性、奴隷、子ども、そして外国人居住者たちは、市民から排除されていました」(37)。

教科書的には、古代アテネでは、くじ引きでみんなそれぞれに政治的な役割に就くと習ってきました。くじ引きですから、今でも民主主義論の中ではエリートだけ選ぶんじゃないでみんな担うという参加民主主義の代表と考えられています。ですが実際には、ギリシャの中で政治参加は市民に生まれた男性に限定されていて、女性は奴隷とほぼ同じカテゴリーで考えられていましたし、子ども、そして外国人居住者たちは市民から排除されてる。現代で欧米のことを考えると、多くのケアワーカーの人たちは移民である。つまり、そもそも市民ではない人たちに、ケアの分担が押し付けられてきたという長い歴史があります。

他方で、民主主義は政治学的にどのように議論されてきたかということ、そもそもデモクラシーのデモスは民衆の意味ですから、みんな全ての人が統治に携わるという意味です。どういうふうに私たちの生活に関わることをみんなで決めるかというあり方に関わって、統治の在り方が決まります。例えば貴族制は人間のなかで高貴な徳や知を重視した者だけが統治します。貴族制のアリстокラシーのアリストとは、高貴な人という意味です。デモクラシーは、デモスすなわち民衆が統治するという意味です。厳密に

デモクラシーには、平等という理念はあるかもしれませんが、特定の何かイデオロギーがあるわけではないわけです。デモクラシーはあくまで、集団で生活する人々の共同体全体に関わる事柄を誰が決めるのか、誰が決定権を持つべきかということを考えるための仕組みであって、民衆である全ての人々が等しく全ての人に関わることは議論し決定するというのが、民主制の意味です。

ですので、政治学会の新しい代表理事になられた宇野重規さんが現在、日本の政治学会の中で民主主義論の第一人者ですけれども、彼の民主主義の定義でも、「普通の人びとが力を持ち、その声が政治に反映されること。そのための具体的な制度や実践」と定義されているわけです。

ところが、現在活発に議論される民主主義論は、市民の生きざま・生きている環境の変化と、いかに人びとに依存し、支え合ってきたのか、時代によって変化する状況をほぼ無視してきた。つまり先ほど申したように、政治から排除されている人たち、平等から排除されている人にケアが押し付けられているという現実がかえって、政治学の理念を語れば語るほど見えなくなっているというのが、私の現在の一番大きな関心事です。

ところが現在、非常に活発に民主主義論は議論されていて、市民の生きざまとか生きている環境の変化や、いかに人びとや環境に、私たちが依存し合い、支え合ってきたのか。時代によって、依存の状況も変化していくんですが、依存というテーマでは民主主義は一切語られてきませんでした。

政治学者たちの議論はむしろ、民主主義論の分類に集中します。たとえば、闘技的民主主義という議論は、敵対的な利害関心をもつ者たちが、相手を敵視するのではなく互いに論争しあう点に注目し、熟議的民主主義であれば、理想的な議論の場や条件を設定し、漸次的に市民の共通理解を増していくことを評価し、あるいは共同的民主主義であれば、共有しうる論点、空間、施設などを増やすことで、共同体意識を高めることに意味を見出します。ですが、私がこ

うした議論を聞くにつけ、一体誰が市民で市民は一体何をする人なのか、という問いがなされてきませんでした。

政治思想はどうしても、古代ギリシャに返りがちですが、例えば政治学の端緒というところ、哲学者のソクラテスが主人公になったプラトン著の『国家』が政治思想の始まりの書となられます。その中でソクラテスがみんなに、正義ってなんだろうと問うのが『国家』のテーマです。ですから副題は『正義について』となっています。

彼は、正義について考えるのに、人間にとって正義は何かを考えると小さくて見えにくいので、国家だともう少し大きく見えて正義もよく分かるだろうという議論をしていきます。そこで、どうして人間には国家が必要なのだろうと問います。国家の前提は、人間が一人では自立、自活できない、自足した人間はいないということです。結局どうしたら国家ができるだろうと考えるために、ソクラテスは、最小の国家を考えよう。お金を使ったり、どんどん大きくなる贅沢な国ではなく、国家の原型になるような最小の国家を考えようとして、彼が言うのは、農夫が1人、大工が1人、織物工がいて、なんなら靴屋もいれようかと、必要最小限の国家は、4、5人いればよい、という結論を出します。私が大学、学部生の頃読んだときには、なんの違和感もなく読んでるんですが、よく考えたら、なんとまあ今も昔も政治学が排他的かということに気づきます。つまりプラトンの『国家』には、物を生産する人しかいない。これはもう、2500年ほど前のお話ですけれども、今でも恐らく市民とか社会人は何らかの物を生産する人にイメージ的には限定されていて、物を生産できない人、しない人、つまり子どもや高齢者、障がい者はこの『国家』には登場しないわけです。私はフェミニストとして問題を感じるのは、高齢者や子ども、障がい者は一切登場しない『国家』では、そうした人々をケアする人が登場しないことです。古代ギリシャでは、ケアする人は、奴隷、すなわち人間と動物の間にカテゴ

ライズされました。

政治思想の特徴というのは、古典ばかりで恐縮ですが、近代国家の端緒を築いたともいわれている、17世紀のイギリスの哲学者ボップズもやはり、国家を論ずるときにまず、始めに男が1人ありきといます。もちろんこれは聖書からきているわけですが、彼は社会契約説論者ですが、人は法律がないとみんな自分のことしか考えず、自分1人だけが生き延びようとして、最後には殺し合いになるので、みんなで約束をして今から法律をつくって国家をつくらうとしたと考えます。

そうした利己的な人間を考えると彼は、互いに一切関わりを持たずに成長した、きのこ、マッシュルームが土地にぽんと出てきたところを想像してみようと言ひ、全ての人間が母から生まれるという歴史は消去されてしまうわけです。

政治学の依存をめぐるある種の消去、母親の存在を見えなくする歴史には、大前提の二元論があります。つまり、「自然・非歴史的・非理性的・単なる生（＝動物的）・私的・女性的」と「文化・（男の）歴史・理性・善き生（＝人間的）・公的・男性的」といった二元論です。先日も講演をしていたさい、若い女性に母性本能はどう考えるんですかと聞かれて、おののいて絶句しましたが、母性「本能」ということで、現在でも通用する二元論です。本能ですから社会的、文化的にも、通時的にも変わらない、変化しない自然で、女性はずねに自然にたとえられてきました。哲学的には女性が生きる生は、単なる生、動物的な生で、人間的な生ではないと考えられてきました。

ただ、なぜ政治学がケアや人間にとっての依存を、その理論の範疇に入れなかったのか。これには歴史的に、男性中心的な権力関係をつくってきたという背景はあるのですが、私はさらに、ケアをめぐる実践の特徴から、民主主義論や政治理論がケア実践を理論射程の中に入れられなかったと考え始めています。

こちらに、ケアの六つの特徴を表しています。

第一に、ケアは、生存に関わるニーズを自ら満たせない者、誰かに依存せずには生きられない存在のためになされていて、第二に、このケアのニーズというのは非常に個体的な理由と、その人が置かれた状況によって一人一人異なります。第三に、従ってケアする者は、ケアを受ける人たちに特別な注視、アテンションをして関心配慮を向けないといけない。ですから第四に、ケアする者と、される者の関係は、ケアされる人に対する特殊な知識や判断力、そして時間の経過の中で責任を、ケアする者に要請していく。この関係は、非常に個別的な関係にならざるを得ない。第五に、ケア関係にある者はその能力、体力において多くの場合ですけれども非対称的な関係にあって、とりわけケアを受ける者は——先ほど冒頭に私が伝えました母はもう、そうでしたが——自分が置かれている状況などを、しっかり理解できないことがある。乳幼児などはそうですね。何をされてるかわからないけれどもニーズだけはある状態です。最後に、ケア提供者は何か良いケアなのかを実践の中でつかみ取るしかなく、何が最善のケアなのかという最終的な答えもなかなか得られない。

ケアをする者は、文脈的で状況に左右されるような実践をつねに強いられます。そうした実践について、多くの哲学者たちは男らしい仕事じゃないと考えます。つまり男らしい仕事というのは、これも哲学的ですけれども、自分の理想があって、モデルがあって、それに向かって立てた目標に向かって、その目標を実現させるという、こうしたモデルがあります。人間としての実績というか功績、つまりはっきりと効果があって、これが実績ですと言えるものが人間らしい実践とされてきました。ケア実践は個別性を重視するので、いわゆる哲学的な普遍的なものとか、どんな時代でもどのような状況でも誰にでも当てはまるような理念を考えだしたりする抽象的な哲学的な思考に比べて、非常に個別的、具体的にすぎます。

民主主義的に考えると、ケアする、される人たちの関係が平等を担保できない、ある意味で

不平等な関係に見える。これは良い悪い関係なく、そうならざるを得ない。民主主義は先ほど定義したように、みんなが平等で1人一つの発言力があるという理念からすると、民主主義の中でケア実践をどう捉えるのかという問題は、難問です。

ですが、ケアをどう民主主義の中で取り込むかは、私の今日のメインのお話です。まず強調されるべきは、こうした個別のケア実践を排除してきたのは、政治に他ならないということです。先ほど紹介した母性本能といった方がおっしゃったのは、どう考えても、うちの旦那より私のほうが、女性脳の影響があるのか、家事育児が上手だって言われました。私は、「それは毎日やってるからじゃないですか」とお答えしました。すると、その方は、男性には子ども産めないでしょうと言われました。

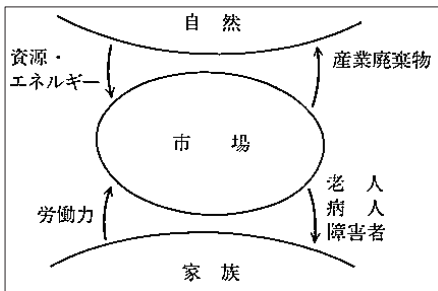
人間は脳が非常に発達したので生物学的には他の動物に比べて、母胎の安全のために、小さく未熟児で生まれてきます。ですので、猫とか馬とかは生まれてすぐ歩いたり立ったりしますが、人間の赤ちゃんは大体、3カ月くらいは首が座らない状態で、非常に手間がかかるわけです。

したがって、生物学的には私たちの人間社会

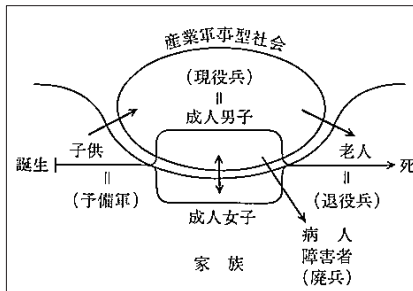
というのは、子育てを念頭において人間社会というのは考えられないといけない。これは人間としてのある種の宿命なのですが、子育てをいかにするのかについては、社会が決めています。その方にも言ったんですね、女性が生物学的に9カ月頑張って胎児を育てて、いろんな制約を受けるので、じゃあ生まれてきた赤ちゃんは男性が育ててもいいんじゃないですか、と。けれども、それはあまりウケませんでしたね。ですけども、いかなる子育ての特定の仕方も、生物学的には強要されていません。それを女性たちに任せてきたのは、政治であって、実際日本の場合も、保育や介護、介助などの報酬は、政治が決めているわけです。

さらに政治だけではなく、私たちの現在の経済体制である資本主義の中でもケアの価値は低かったことにも注目しなければならないでしょう。ケアがどういうかたちで搾取されてきたか、という問題です。この問題は、日本のフェミニストの第一人者の上野さんが30年前に『家父長制と資本制』で論じたことで、上野さんは市場経済における子育てが、いかに自然のように篡奪されてきたかを図式化されました。つまり資本主義の中では市場が自然からエネルギーを、ごめんなさいとも言わずに篡奪するわけですね。

資本主義社会は、「子育て」の社会的解決方法  
 家族（＝女性）を、自然のように篡奪し、搾取し、  
 使い捨てる＝国がそれを擁護／正当化する



市場と、その外部（自然／家族）との関係  
 ヒトとモノのインプット／アウトプット（9頁）



同右、11頁

上野千鶴子『家父長制と資本制--マルクス主義フェミニズムの地平』  
 (岩波現代文庫2009=1990)



ありがたいと言わないですね。当たり前のように篡奪。それで使った、今だったら福島第一原発事故の汚染水がそうですが、ごめんなさいとも言わず当然のように、流そうとしますよね。日本海に、すいませんとかごめんなさいも言わずに産業廃棄物として垂れ流していく。こうした自然破壊が今の新型コロナウイルスのようなパンデミックになったとも言われています。

上野さんのこの図は辛辣な図でもあるんですが、上野さんは家族もまた自然と同じように描いています。これはまさに女性たちが自然と同じように扱われてきたことと関係しています。大学まで子どもたち行かないと、なかなか社会人になれないので、高い教育費を払って、手塩にかけて、食費も家庭の住居費も交通費も全部払って子どもに使って、一人の子どもを育てるのに、恐らく1億円ぐらいかかると思いますが、その子どもを企業に、今だったらブラック企業につかわれても、就職が難しい現在なら、企業で雇われて良かったねって、むしろ喜んで親が送り出すような状況です。ですが、よく考えたら、ありがたいと言わず手塩にかけて教育費だけでも何千万円もかけた子どもに、保護者になんら返礼をすることもなく企業は使うわけです。しかも最初の少なくともひと月はただ

働きですよ。

これこそが、資本主義の搾取の構造なんです。しかも、ここでちゃんと上野さん見ていらっしやるのは高齢者になったり、そこで病人になったり、障がいを受けた人はなんと、すいません、ごめんなさいも言わず産業廃棄物のように家族に戻されてしまう。この図が書かれたのは、まだ介護保険施行以前ですけども、現在では介護保険が改悪されようとしていますので、同じように家族に高齢者を押し付けようとしている。です。今、パンデミックになって自然破壊が、多くの、とりわけヨーロッパの若者たちに問題視されていて、地球は取り換えがないんだと多くの社会正義を求める声があげられています。環境破壊を訴える、異論を唱える若者が多い。実は家族も自然破壊と同じくらいの大きなダメージを受けているんだということが、上野さんの図からも分かるわけです。

ちょっと長くなってきたので、もう少しケア実践について話します。経験知として積まれている方の前で恥ずかしいんですが、これは私が2022年の1月号、岩波書店の『世界』という雑誌に書いたところからの引用をさせてもらっています。私がケアを実践と考えているその意味をここに書いてあります。先ほど申しましたよ

## ケア実践とはどのような実践なのか

- ・ ケアとは、他者の手を借りなければ、自らの生存に必要な活動—食事や身の回りの世話から安全確保まで、生命維持に密接にかかわる—に困難を抱える人たちのために、生きるために必要なもの（＝ニーズ）を満たす**活動・営み・実践**である。あえてここで三種の表現をしているのは、ケアは、ケアを必要とする人の生を支えるための身体的な活動だけを指すわけではないことを強調したいからである。つまりケアは、ケアを受ける人がいま何を必要としているのか、あるいはその人の動きや息遣いはどうかを注視するなど、ケア活動をしている瞬間を超える、その人の生の在り方全体を配慮するといった、特定の他者に強く関心を向ける営みを含んでいる。さらに、その営みは、ケアを受ける人とケアを提供する人とのある程度持続的な関係のなかで変化しながら、よりよい関係を結ぶためには何をすべきか、あるいは時々のケア活動が実際にはケアの受け手に受け入れられていないのではないか、具体的なケア活動が本来のニーズに答えていないのではないか、だとしたら何が間違っており、今後どう正していくかといった判断を経ながら、活動や配慮の仕方を変えていくという意味で、ケアとは実践に他ならない〔岡野「ケア／ジェンダー／民主主義」『世界』（2021年1月号）95頁〕。

うに、ケアは他者の手を借りなければ自らの生存に必要な活動、食事や身の回りの世話から、安全確保まで生命維持にかかわることが自分自身では満たせない人たちが生きるために必要なもの、つまりニーズを満たす活動であると同時に、営みであり実践であると考えています。私はここで、あえて3種の活動、営み、実践という表現をしているのは、ケアはケアを必要としている人の生を支えるための身体的な活動だけを指すわけじゃないということを強調したいからです。

つまりケアは、ケアを受ける人が、今、何を必要をしているのか。あるいはその人の動きや息遣いを注視したりするなどケア活動している瞬間を超える、その人の全体的な生の在り方そのものを配慮するといった、特定の他者に強く関心を向けるという営みを含んでいるので、これは営みとしか言えない。私も母に会えないときも、夜寝るとき母が点滴を打ってるのを、それを想像すると本当につらくてたまらないという経験をしました。その営みというのは、ケアを受ける人と、ケアを提供する人とのある程度、持続的な関係の中で、常に変化しながらよりよい関係を結ぶために、つまり関係性維持のためにも実際には直接のケアでないとしても、何をすべきか、あるいは、ときどきのケア活動に、ケア活動が実際にはケアの受け手に受け入れられてないんじゃないとか、さまざまな試行錯誤を繰り返しながら、その中で判断、経験知を積んでいくという意味で実践です。実践とは、これも哲学的が用語ですが、理論知とは違う、実践知、実践の中でしかつかみ得ないような知の在り方がケアにはあり、だからこそ実践と呼んでいます。

本来であれば実践知と理論知は、哲学的には二つの両輪のように議論されてきたんですが、多くの場合、理論知が注目されてきました。理論知とは、活動せず、ずっと目をつぶって一人で静かに考える、するとアイデアが降ってくるというのが理論知です。そして、専門知としては、理論知のほうが重視されるがちです。実践

というのは、やってる人しか分からないので理解されにくい、というので軽視される傾向があります。

さらに、ケアは人間社会に偏在していて、これは先ほど私が上げた『Who Cares?』を執筆したジョアン・トロント先生の定義、非常に一般的で広くケアを定義しています。彼女はもっとも一般的な意味において、ケアは人類的な活動であって、私たちがこの世界でよく生きるために、この世界を維持し継続させ、そして修復する全ての活動だと言っています。この定義に対しては、全ての活動というなら、じゃあケアの特徴はなくなるという批判も受けるんですけども、トロント先生は、そうなんだって言ってます。あらゆる私たちの活動は実はケア。ところが実際には、多く女性たちが担い社会の中で非常に評価が低く思われているものがケアという名前で残っている。そのことをもっと考えないといけない。一般的なこうしたケアの経験から、政治も実はケアなんだという含意があります。

でも実際、密接にもっと目に見えるかたちのケア活動、ケア実践、つまり他者のニーズによりよく寄り添うような、そうした活動と、政治は非常に離れていってしまっているわけです。トロント先生の含意としては、いや、ケアの実践、目に見えるかたちでケアとして今、私たちが認めているものからもう一度政治を見直してみようという主旨もあって、非常に広く定義をされています。このトロント先生の定義は、ケアというのは不可欠でエッセンシャルですね、人間にとってはもう、私たち生まれたときにケアがないと死んでしまうので、人類の存続がかかっていることを指摘してもいます。貴重な営みであるだけでなく、私たちの尊厳、つまり自分が取り換えがきかない、何か声を上げたら誰かが答えてくれるんだっていう、自尊心につながるような、そうした営みでもあるということを強調してもいます。

現在の資本主義社会の中では値段は安いんですけども、ケアはプライスレスともいえる。

これは、私の好きな言葉なのですが、価格が付かない、つまり貴重な、という意味がプライスレスです。そのような営みがケアであるというふうに言えると思います。ただ、プライスレスな営みは価格が安い。とりわけ介護職、保育士の給与ってというのは安いわけですけれども、それは単に市場がそうした活動を評価できないだけであって、人間社会として価値がないわけでは決してない。繰り返しますが、むしろ貴重なプライスレスな活動であり、だからこそ政治的に、あるいは公的に私たちが活動を高く評価しないといけない。

ケア活動をここまででは、密対面的な1対1の関係性のお話をしましたけれども、実はトロントはすごく広く人類的な活動だって言ったことの一つの意味は、そして私の最初の母親の経験から言えることは、ケアははいくつかの局面に分類したほうがいい。例えば、トロントは五つに分けます。第一に、誰か、あるいはある集団が満たされないニーズを持っているということに、気づくこと。

第二に、ケアニーズがあるので特定されて、そこに誰かが、そのケアが満たされるために責任を負わないといけないなと考える。第三に、実際に誰かが具体的なケアを提供すること。この3の局面が先ほど触れたケア実践の特徴に現れる1対1関係で、関係が密になるところです。加えて密接な関係では、第四として、実際のケアを受け取ること。このケアされた人や集団等がある種の応答する、言語的な応答でなくてもいいのですが、その応答をさらに考察し、それについて判断する。そのケア提供が十分だったか、適切だったか、ということです。その以前の、そうしたケア提供がされた人の反応を見て、そのケア提供が十分だったかどうか、そのなかで、満たされなかったニーズをみつけて、新たなニーズがまた生まれてくることになるわけです。

こうして局面を分けることでトロントが強調するのは、ケア提供者とケアの受け手は当然別の人なのですが、ケアに気づくこと、ケアに応

答し、実際に提供する人は、それぞれ必ずしも同じでなくていいわけです。恐らくソーシャルワークに関わるかたがたは第一の局面か第二の仕事をしているのではと思います。第一局面では、例えば、ホームレスの方に道で会ったときに、なにかを気付く。「あっ」と思うだけで、これは社会の責任でなんとかしないとイケないとか、あるいは自分が何か食べ物を渡すとか反応の仕方はいろいろです。ケアの局面ははそれぞれ違う人がやってもいいし、実際多くの場合は違う人が担います。

最終的にトロントは、もう一つ、これがケアリングデモクラシーの一番大きな主張するところなのですが、この1、2、3、4をいろんな人たちがやってもいいし、分担してもいいし、私は政治の役割というのは恐らく1と2に関わる、実際には、個別的には3、4は非常に親密な関係だったり、あるいはプロフェッショナルな職業的なものかもしれませんが、1、2はもう少し社会的になってもいいので、トロントはそれぞれの四つの層で全てにとってそれが正義にかなってるか、あるいは誰かのケアニーズは満たされずにずっと放置されてる、誰も見てくれない。声を上げてでも無視されたり、日本の場合はするわけですけれども。ですので、1、2、3の局面でそれぞれちゃんと正義や平等とか自由といった民主主義的な理念に合った、そうした気付きやケア、配慮がなされているかということを政治的に見ていくのが民主的なケア、あるいはケアに満ちた民主主義に移行する、きっかけになると彼女は言っています。

彼女は政治理論の中にケア概念を位置づける重要性を、とても強調しています。例えば、気付きについてですが、なんらかのケアに満たされない人がいるんじゃないという気付きも、トロントは実際にケア実践に携わる人であれば、ほかのニーズにも気付きやすくなるだろうと言っています。

ただ、こうしたかたちでケアは非常に概念化されて、一般的、抽象的に議論ができるんですけども、トロントが強調するのは、実際にケ

アギビングする人とケアを受ける人の関係だけはよい、そこでは、その関係性は非常によく見えていても、同じような状況にあるグループBのケア関係は、そもそもケアのニーズさえ認識されていないという状況だと、このいいはずのAのケアは非常に特権的だったり、差別的だったりもするわけです。これは、社会前提のケア環境が不正だといえます。

なので、トロントはあらゆる、先ほど四つに分類したケアの局面がしっかりと良い社会状況の中で少なくともケアをする人される人が搾取されたり暴力にさらされたりしない、あるいはある人はより良いケアを受けられるんだけど、ある一部の人たちのケアは一切無視されてしまうという事態を許されないといいます。実際、ケアが必要な人たちは、声を上げているのに耳を傾けられない。彼女はケアの一般的な概念は、より広い社会的な文脈に位置付けていないと暴力や搾取の温床になる、つまりすばらしいソーシャルワークの人がいて、すばらしい看護師の人がいても、それに見合った報酬がないとか、その人たちにちゃんと休息が与えられていない、つまり労働条件としてしっかり法的に整備されていないと、それは本当にやりがいの搾取であっていいケアとはとても言えない。ケアは、つねに広い文脈の中で位置づけて初めて評価ができるものなのです。

そこで彼女は、caring with、つまり、正義にかなっているか caring with justice であるとか、caring with equality、平等が担保されているか、あるいはちゃんと自由が確保されているかを、常に一つ一つの局面で評価していくのが政治の役割だと主張しています。私もそう考えているわけです。

もう一つは、実際にこのケア、密接な最初のケア関係は、母子関係かもしれませんが、ケアの受け手とケアの与え手が、どうしても個別に密接に特別な知を、あるいは特別な信頼関係を結ぶので、一見すると閉じたように見えるんですが、実際にはケア関係は閉じてしまうと、たとえば、母子が2人で部屋の中で閉じ込めら

れたら、誰も食料運んでくれないので、そこで維持できない。

ですからケア関係ってというのは、トロントが局面に分ける理由もそこにあると思いますが、実は開放的でなければなりません。それは私が母との経験で感じたことです。ケアを、私は他者に任せてる方ですけれども、開放的で多くの人に担ってもらわないと、母とのケア関係そのものが維持、持続できない。ケア関係は開放的であるべきであるんだけど、実際にはそう担われてこなかった。私たち人間は例外なく、誰かのケアを受けてきたにもかかわらず、実際には開放的でないと維持できないケア関係を、社会的に弱い立場にある人に押し付けてきたのが人間の歴史です。

私の研究上のテーマなんですが、ケアが人間社会の根幹であることは確かなんですが、男性社会、そして権力者たちは、ケアは女、子どもの問題、女性がやっつけてといえてきたこと、これは人類の謎ともいえます。つまり女性の営みを非常に軽視している人たちが、子育て、人間の慈しみとか育みという社会の根幹にかかわることを、本当は腹の底では侮蔑しているような女性たちに、どうして任せておけるんだろうってというのは私の最大の謎です。個人の人格に関わる不可欠な実践であるケアは、ずっと軽視され、しかも社会的に弱い立場の人たちに一方的に押し付けられてきた。これこそが、人間社会のある種のパラドックスです。ケアの価値が社会的に評価されない。これは政治の在り方、資本主義の在り方です。

ケアのさまざまな局面で、まず搾取しない。ケアをする人、される人が搾取されたりとか、差別されないようにすること、民主主義の理念としてもケアを中心に考えると、あらゆる者に関わることは、それに関わる全ての人がその決定に等しく関わるとというのが民主主義ですので、民主主義的に全ての人が関わってきた例外なく受けてきた、このケアの営みをどうにかたちで社会的に分担していき、自分が受けてきたケアをどういうふうに評価するかというのをしっ

かりと社会的な課題として議論しなければなりません。そうでないと、ケアを受ける人も、ケアを担う人も社会の中でどんどん孤立化していきます。実際現在、そうした状況にケアがあるのではと、世界的に今、非常に危惧されていることです。

今、最も問わないといけないのは、市場で価格が付きにくい特徴をケアは持っているんですけども、その報酬はだからこそ、私たちが決定するんだということです。それは最終的には政府、あるいは私たちですね。民主主義の主権者の私たちが決めないといけないということです。

高山先生に京都に来ていただいてソーシャルワークについてのレクチャーを受けて、それで自分の研究とのつながりを、その後考えたわけですけども、先ほどの最初の私の母の経験ですね、実際にはそこでどういう連絡がなされて、どういうかたちで母の病院を決められてたのか、私は知らないことがずっと気になっていました。

実は五つの局面にそれぞれ、ある種の裂け目があって、それぞれの間が密に関わってないと、つまりケアを発見した人と、ケアを満たす責任を持っている人との連携の必要性。ケアを必要な人に必要な配置をする人、恐らくここがソーシャルワークかなと私は思います。つまり、ソーシャルワークはメディアになっている。私たちには目に見えないんだけど、どのニーズがどういうかたちで満たされていくかということをつないでくれているのがソーシャルワークではないか。私の経験から考えたことですけども、つないでくださるのがソーシャルワーク。

ケアはさまざまな連鎖の仕方をしていて決して閉じていないわけですね。私は最終的に母がケアされて自分の時間をつくっていただいたので、私もケアの連鎖の末端にいたわけです。社会では、ケアの第一局面の caring about、つまりケアニーズがあるっていうことに気付くことがとても大切ですが、現代社会では断絶が大きいので、その第一局面がなかなか働かない。ソーシャルワークとはなによりもまず、ケアに

気づくこと。さらには、ケアが満たされようとしたけれどもうまくいかなかったから、次に新しいニーズを考えだしていく、恐らくそうした役割を担われてるんだろうと思います。

また、ケアを受ける者も、ケアを提供する者も搾取されない。公平で平等な関係を維持するために、第三者は非常に大切に、ケア実践は二者関係にしてはいけない。二者関係にすると必ず暴力になる。私も母親がまだ私を認知している頃はどんなにけんかしたか。認知しなくなって、けんかがこれでしなくて良かったなって、変な安堵もあったぐらいです。必ず第三者が必要、とてもじゃないけど私一人では母のケアはできませんでした。ケア関係は閉ざされると暴力や搾取の温床となり、持続不可能となります。そうしたケア関係そのものをまさにケアする、それもまたソーシャルワークの仕事であり、あるいはソーシャルワークを担ってる人たちがそうした現実を、社会に発信していく、メディアとしてケアには第三者がどれほど必要かということを社会的に私たちに教えてくれるような、そうした意義があるだろうと思っています。ですから、あらゆる存在をケアに値する存在として尊重する、それがケアリングデモクラシーの意味ですが、ケアに満ちた民主主義で恐らくソーシャルワークの社会的な意義は、民主主義に必ずやつながるだろうと私は思っています。

最後になりましたが、このケアに注目することは、世界観が変わります。政治学を学んできた私は、15年ほどケアの倫理を研究してますけれども、世界観が変わりました。二者関係として捉えられがちなケアには、例えば母子関係のように対面的な二者関係には、第三者がいなければ生存できない。第三者がこの関係を取りわけ経済的に支え、ケア提供者である母に何かあったときには常に誰かが変わりができるように準備しておく必要があります。

現在の政治は、その場合の第三者を非常に狭く捉えている。私の問いは、人間社会の根源ともいえるケア関係を、社会の中で最も脆弱な集団である家族に、実際には、たった1人の男性

(=夫)になぜ任せておくのだろうか。ケアに満ちた社会を徹底しようとするならば、なによりケア提供者の搾取、過労を防ぐべきであり、かつ多くのケア関係は個別で親密な関係において、よりよくなされることを考えれば、雇用関係はケア関係を中心に新たな組成、時間設定をされるべきでしょう。

ジョアン・トロント先生は例えば、子どもたちの学校の学年歴や時間割と保護者が働く労働時間が違うことは大きな政治的な問題であって、一体誰がいつ、そんな労働時間と子どもたちの時間割を違うように決めたんだろうと聞いています。私も、小学校1年生の子どもさんを育てられた人たちに、夏休みをどう乗り切ったんだろうと聞いてみたいとも思っています。

新たな民主主義の構想のために重要なのは、人間性を大きく左右するケアの質を担保するためには、ケア実践の内実と価値を理解する人が政治の代表者にならないといけない。これは声を大にして、今日は言いたいです。既に触れたようにケアは実践である限り、その知を本当に掴む、理解するにはケア実践を積むことが必要とされます。少なくとも、実際にケアに携わっていても、ケアについてとりわけケアを必要とする社会を考え、その実現に向けて活動することを、それこそが政治だと考える者が私たちの、ケアを受けてきた者として平等である私たちにとっての代表に違いないわけです。しかし残念ながら今、政治の中枢にいる人たちはケアをしたことがない、しようとも思わない。よく女性は、結婚しないとか、子ども産むのは大変だっていう女性が少子化を起こしているなどと平気で言う、麻生太郎のような議員は、3日でもいい。生まれたばかりの子どもを1人で見てみると思います。とはいえ、それはできない、つまりそんなことをすれば、赤ちゃん死んじゃうから、できないのです。

それぐらい大変なことなだけけれども、子育てをばかにするような人は自分ではいっさいしない、しないといけないとも思わない。難しい問題は、とつてもケアされてきた人たちで、そ

のケアのありがたみも一切、痛感してない人たちもまた社会にまん延している。いま、二世・三世で政治家になったような議員は、それはよくケアされてきたのでしょうか。なのに、ケアのありがたみは分からない、受けることが当然だと思っています。

日本でケアを受けること、ケアする人を育てること、そしてもちろん高齢になって介護されて安心して長生きできる社会をつくるという基本的なことが今、政治の中では一切、課題として捉えられてないことが深刻な問題であるということをも最後申し上げて、皆さんの今後の活動にも期待して話を終わります。ソーシャルワークの大きな役割、社会的意義の一つは、私たちのケア、目に見えないケアをつないでケアが満たされない人が1人でも少なくなるような社会をつくっていくための民主主義の担い手であるということをも最後お伝えして、長くなりましたけれども、私の話を終わらせていただきます。どうも、ご清聴ありがとうございました。

### 【質疑応答】

**座長：**岡野先生、どうもありがとうございました。ケアというものが、人が生きていくために全ての人が受けてきたものである。しかし、政治の中心に、置かれていない。そのことからさまざまな齟齬が生じてきている。そして、それに対してケアというものを新たに民主主義の中心に持っていくといったときに、何をどのようにしたらいいのかということをも改めて考える必要があると理解をいたしました。そして、その中でソーシャルワーカーとして行うべきことがどのようなことなのかということについても伺いました。

その中で、質疑をお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

**磯野：**すみません、こちらで質問させていただきます。このあと登壇する磯野です。今日はありがとうございました。ケアのお話で、やっぱ

りケアっていうのは配慮をすることっていうふうにおっしゃってて、そこすごい大事なことだと思うんですけど、やっぱり私、コロナ禍ですごい思ったのは、とにかく全てがオンライン化されたじゃないですか。やっぱり配慮をすること自体の回路がものすごい閉ざされたと思うんですよね。そのことについて率直にどう思うのかなっていうのを伺いたかったんですけど、いかがでしょう。

**岡野**：また母の話になるんですけど、サービス付きの高齢者住宅に入ってオンラインで母と会う、というか母を見る。ところがやっぱり人と、とりわけケアというのは雰囲気とか体調とか、顔色は顔見れてるとしても、母が座ってしゃべってるときどういう座り方をしてるかとか、歩いてるところ見えないし全く分かんないんです。いろんなケアがあるんだけど、まずこの身体的な変化は見てみたり触れたりしないと分からないことがあるので、配慮という意味に関して言えば、やっぱり遠く離れていて母の現状はつかめないし、そんな場面場面で、母になにが必要かわからないんですよね。

そもそも母が突然具合が悪くなると、より注視しないとどの部分、どこにケアが必要かって分からないにもかかわらず、回路が絶たれるとなおできにくくなる。ただ、医療機関側から、感染予防だからっていうふうに言われると、私たちはそれ以上入れないから、洗濯もの届けて終わりみたいになってしまう部分もあると思うんです。コロナ禍で、家族がケアができるのかと、ずっと疑問だったのです。

**磯野**：今日のお話を聞いてもケアの回路を画面に切り替えてしまった瞬間に、ほぼケアができなくなる、それでもあるんだとは言えると思うんですけど、その辺りどうですか。

**岡野**：私は、今日の話の最初に、できなかったと述べました。実際、まったくできなかったですね。一切できなかった。しかも、できないか

らこそ、いろいろ想像もしちゃうので、一層辛かったし、母がどういう辛い思いしてるかも分からないこともより辛い。分からないと悪いほうに想像するので、非常に辛かったですね。実際に会えなかったっていうことが。言葉もほとんどかけていませんし、オンラインでもほとんどできない、認知症が進んで。なので、母とつながる回路がなくて、私はケアできなかった。

**磯野**：そうすると、さっきの民主主義とケアってことを結び付けてお話をくださったんですけど、そもそもあそこまでオンライン化してしまうとコロナ禍のケア、民主主義だったかっていう問いも出るのかなと思いますし、逆に医療施設の側からすると介護施設の側からすると、いや、それは入られるとケアにならないんですよっていうような、感染広がったらケアどころの話じゃないんだみたいなお話にもなるかなと思ったんで、ごめんなさい、なんか対談みたいになっちゃった。すいません。私たちの対談組まれてるわけじゃないんで、そろそろやめます。

**座長**：どうもありがとうございます。実際にコロナ禍でケアをするということを通してのお話があったかと思います。今のお話の内容について、岡野先生、今回のテーマとかかり合わせる、ということになりますでしょうか。

**岡野**：私は、とりわけ母の場合は認知症っていうことがあって、母は1人しかいないので、当然初めての経験だったんです。病院に入って、母の転倒とか心配されるので、いっさいの移動が車いすなんですよね。なので2カ月でびっくりするほど、もう歩けなくなってたんです。健脚が自慢の母だったんですが、いきなり歩けなくなってしまって、2カ月で。つまり、病院側としてはもちろん、母のことを思っただけの対処だったと思うんですが、私にとってはそれは、ある意味、健脚の母という私のイメージもあるので、本当にかわいそうで、びっくりして母と認められなかったくらいでした。認知症の症状は、む

しろ話しかけたりとか刺激を与えて日々、脳を活性化しないと進行が速くなる、止めることはできないにしても進行は早くなるっていうのは恐らく素人でも分かることなので。たしか、日本弁護士会連合は高齢者の施設で親族に会わせなさいっていうことを声明で出されていたと思います（「コロナ禍における社会福祉施設・医療施設での面会機会の確保を求める意見書」）。それは私も本当に思いました。例えば、ちゃんとPCR受けたりとかの個別の対処で、もう少し高齢者の母は長生きできたのじゃないかと、悔しい思いをしています。コロナじゃなかったらこんなふうに早く亡くならなかったっていう、私はかなり確信を持ってるんですね。

なので、病院の一律の対応でない、こちらの個別のニーズに合わせてケアする、私もそれなりにPCR受けたり陰性証明持ったりとかできたんじゃないかって。どうしてあんなに一律にしたのかなど。日本の場合、民主主義で平等というのが一律であることみたいな、そういう認識があると思います。むしろ、ケアにとっての平等とは個別の状況に合わせた対応をどれだけできるかだと思うのです。もちろん日本の医療体制とさまざまな、その施設の人たちやソーシャルワークの人たちの労働条件から、それは難しかったんだろうとは思っていますけれども、最終的にどれぐらいコロナ禍の中で施設にいる人たちを政治的に政策として対処するかということが問われていて、そこに日本の民主主義の劣化をみました。一人一人のニーズに対応するのが民主主義だとすれば、コロナ禍で、日本は民主主義が完全に破綻していることが露呈した思っています。

何度も言いますが、コロナ担当大臣が経済再生大臣はないだろう。高齢者に対する対応に限ってですけれども、私の経験から、この国の政策やコロナに対する対応には許せないほどの怒りを持っていますね。

**座長：**どうもありがとうございます。そうしますと、今回のコロナ禍においても、ケアという

ことが中心的に語られていない、政治の中で語られていないという状況があるんじゃないか。それは、ケア以外のものが中心的になってきていたり、それからケアということそのものが個別であるはずなんだけれど、そこに民主主義がうまく機能できなくなっているということがあるだろうと理解いたしましたが、いかがでしょうか。その中でソーシャルワーカーが橋渡しをする代弁をする職種としてあるのではないかと、いうふうに提起をいただいたように考えました。

**岡野：**この2年半、日本の政治でコロナ禍の中で国をあげてしたことは、オリンピックなんですよね。どうしてこんなに人の命を軽視できる政治を私たちは、今もなおですけど、維持し続けてるんだろうっていうのが、このコロナ禍の中では私は強く思い続けているところです。政治的にみるとコロナ禍でこの2年の経験をして医療体制も変わりませんし、また病床を減らすともしてますし、介護保険まで改悪しようとしています。例えばスペインなどはコロナの経験で病院を全て国有化したんですね。そういう試みはいくつも欧州ではされたと聞いています。アメリカでももちろん、どれぐらいよくなるか分かんないですが、トランプ政権からバイデン政権に変わったりとかで、この医療とかケアに関しては多くの議論が政策に結び付けられようとしています。日本はどうしてこんなに反省せず改善もなされないんだろう。ぜひ実際に、このコロナ禍で医療現場や社会福祉の現場で見てきた人たちが、このコロナ禍いかに大変だったのか、やはり現場をちゃんと検証してくれとか、本当に落とさなくていい命が失われたのではないかと問いただしてほしいです。どの国でもそうでしょうけれども、落とさなくてよい命を落とした、それがコロナ禍の経験だったろうなって私は今、そういうかたちで考えていますね。

**フロア：**少し、よろしいでしょうか。今日は本当に、非常に目からうろこが落ちるようなお話



をいただいて本当にありがとうございました。うまく言えるかどうか分からないのですが、先生がおっしゃっていただいたことがそのまま、ちゃんと私が受け取れてるかどうか分からないんですけども、先生がおっしゃった中で、なぜこの政治に実践を入れなかったのかっていうところでしたかね、ケアをめぐる実践の特徴があるんじゃないかということで、それでいわゆるケアの場ってというのは、実際に実践の中から文脈を持ってつかみ取るしかない世界だということですよ。そういう体験的、経験知、実践知が非常に重要な世界、そういうふうな世界に対して政治の中心的な価値を置かれているものってというのは、その目標だとかモデルだとか、今まで築かれたような実績の上に立った目標やモデルがあって、そこに向かっていく男らしさみたいな、そういうものが中心になって社会が政治が動いているっていう、こういうことをお聞きして、私は本質的なところをさらに深く学んだ気がして、すごく私は心が動いたんです。

その中で、この違っているというのはある意味では決定的な本当に気の遠くなるような本質的な違いだなと思っていて、こういう決定的な本当に気が遠くなるような違いの中に身を置いて私たちは、今、全く評価されてはいないと言ってもいいくらいのところに身を置いて、あと残る何年間かをこの仕事で生きて亡くなっていくわけですけども、私たちの代だけじゃないものではあるんですけども、もちろんこういう決定的な気の遠くなるような本質的な違いのある中で、何をまずやっていったらいいのか。何が私たちに今、できていくことなのか、先生、いくつもおっしゃっていただいたんですけども、もう少しそこのところに私たちにヒントをいただければありがたいなと思います。よろしくお願いします。

**岡野**：非常に難しいご質問です。ある意味で、私はケア革命と呼んでるぐらい、革命を起こすぐらいの変化が必要であることは確かです。政治的には革命を起こすときは一人一人立ち上が

らないといけなくて、リーダーのような人が出てきてカリスマ的に変えるみたいなことできないですね。

ただ、私が思っているのは、政治は一人前の男たちが自分の夢を実現したり、日本を取り戻すとか全然具体的な事例もなく目標を掲げて前に進むことが政治的な決断みたいに思われていますが、他方で政治というのは実際には法律とは少し違ってマニュアルもなく、状況で判断をして個別的、具体的な対応をしないとイケないものです。だからプラクティス、実践というのは実は、政治学の一つの大きな知の在り方でもあるんですね。

なので私は、今日は対極的にお話したんですけども、そのケアの実践の態度とか知恵の在り方とか、自分とは全く違う他者への気の配り方は、政治が学ぶべきことだというのも、実は考えているんです。なので、実際にケアに関わる人の数の多さっていうのは少子高齢でどんどん増えている。かつてとは比べ物にならないぐらいケアに関わる人たちが、とりわけ高齢社会になるので多くなる、つまり自分事としてこの問題を考え、捉える人たちが増えてくるはずなんですね、今後さらに。

そうした時代に、一方では防衛費2倍っていうとんでもないことを政府は言っていますけれども、自分たちの生き死にですから、やはり政治の中心は私たちの生命、それから幸福といますか、そこに関わることは、政治の大原点だと思うんですね。原点に返って少なくとも尊厳ある生を全うしたいという、真つ当な声を社会の中心に置く。日本を取り戻さなくていいので、私たちの尊厳を取り戻したいというのが私の気持ちです。

本当にみんなが思ってることをもう少し大きな声に上げていく。でもそれにはやっぱり運動が必要で、私も2013年からデモしたりしています。他方で、それでも皆さんお忙しくて、日本の場合は市民活動する時間がなかったりして、政治的に声を上げにくい状況をつくられてきたのも確かなんですね。労働条件も悪くなって若

い人たち、子育ても仕事も大変だといういろんな矛盾があります。繰り返しますが原点に戻って、いろんな形で声を上げていく、それしかないのです。

ですから、ぜひ、この学会でも学会声明とか出していただいて活動、大変ですけれども社会的に動く必要があります。社会的な発信をしていただきたい。とりわけケアに関わる人たちには大変ですけれども、社会的な声を上げていってもらえば、そのケアに頼っている私たちのような者も、もちろん一緒になってケアを中心とする政治に向かっていきたい。現実的には、今から高齢者の福祉を削って軍備を拡大して、恐ろしいことに世界第3位の軍事大国になろうとします。今、日本の軍事費を2倍にすると。この国が世界第3位の軍事大国って、一方で教育や医療の貧困さを思うと、どういう感覚なんだと私は思うんですけれども。それに対して大きく、そこにお金使うんじゃないってことをみんなで言っていきたいなどは思ってます。あまり

答えになってないと思いますけれど、すいません。

**フロア**：ありがとうございます。私のやるべきことが少し見えました。どうもありがとうございます。

**座長**：岡野先生、どうもありがとうございました。質疑の中でさまざま岡野先生ご自身の考えていらっしゃることは、さらにお伺いできたかと思えます。私たち自身やらなくてはならないことがある、と。ケアが中心であるということは重要であっても、そのためにそれを実現するためにしなくてはいけないことがあるということメッセージとしていただいたように思います。どうもありがとうございました。

**岡野**：いえ、どうもご清聴ありがとうございました。

# [シンポジウム：スペシャル・レクチャー]

## 医療人類学からみるコロナ禍

磯野真穂\*

キーワードから考えるWITHコロナ時代における生活とソーシャルワーク・マスク、除菌、ソーシャル・ディスタンス

# 「汚い」とは何か？

コロナ禍をウイルスから考えない

磯野真穂（文化人類学・医療人類学）

新型コロナウイルス 2020年

### マスクしても、50cm以内の会話は高リスク オミクロン株で試算

2023年02月18日 18:55

オミクロン株

Time: 25:00

感染リスクの様子・マスク類

【視点】 感染リスクを100%と仮定して50cm以内の会話を高リスクと見做す。感染リスクを100%と見做す。

小さな部屋で人数が過半数の場合として、カラオケボックスについても試算した。8人が一つの部屋でコロナの感染リスクを想定、全員がマスクをつけて1時間歌い続けると、新たに3-3人の感染者が出る結果になった。特に、排気口は近い場所に居た人は、90%近い確率で感染することになった。

座ったまま1人ずつ歌い、後のメンバーは居る場合には、新しく感染する人は0-96人に減った。

さらに、歌う場合は、排気口19下空っぽにする、自費で歌うのに比べてマスクは半分以上になった。

全員が歌う場合でも、8人8人と4人4人に分けて2部屋で歌って音楽すると、新しく感染する人は0-0-0-8人になった。3人ずつの3部屋にすると、0-0-2人まで減らせる。

坪倉さんは「もう一視点を立ち戻り、まず距離を取るなどの対策を徹底することが大切だ。その上で、従来の数よりリスクが低まっている分、従来と同等リスクに耐えるためには異なる対策の重要性も出てくる」と感じた。

コメントプラス

新しい注目コメントを見る

【視点】 このような実験をやることは自然科学者の自由ですが、この実験結果を報道することの意味がわかりません。

50cm以内の会話は高リスクとありますが、これは目と目が触れ合うレベルの相当な近距離です。そんな近距離で話せば、マスクをしても感染リスクがある。そんなことは、科学者に言わずとも想像が付きま。1メートル以上離れた場合は、ほとんど感染リスクはなかった」とありますが、これも同様です。

9人がこの字態になり、マスクをつけて1時間歌い続けると感染リスクが上がると思いますが、こんなことは火を見るより明らかです。今何こんなことやる人いるでしょうか。ごく少数はいるかもしれませんが、そのような人はそもそもこの記事を読まないでしょうし、仮に読んでみてもいいでしょう。

自然科学は極めて強力なツールですが、なんでも科学に変換して伝えればいいというわけではありません。

「他断するな」と言いたいことはよく伝わります。しかし多くの人が既に知っていることをあたかも初めてかのように伝えるの記事に、一般市民がこの年間おぼろしの中で身につけた知識や感覚に対する敬意を感じることが難しく思います。

コメントプラス

新しい注目コメントを見る

【視点】 このような実験をやることは自然科学者の自由ですが、この実験結果を報道することの意味がわかりません。

50cm以内の会話は高リスクとありますが、これは目と目が触れ合うレベルの相当な近距離です。そんな近距離で話せば、マスクをしても感染リスクがある。そんなことは、科学者に言わずとも想像が付きま。1メートル以上離れた場合は、ほとんど感染リスクはなかった」とありますが、これも同様です。

9人がこの字態になり、マスクをつけて1時間歌い続けると感染リスクが上がると思いますが、こんなことは火を見るより明らかです。今何こんなことやる人いるでしょうか。ごく少数はいるかもしれませんが、そのような人はそもそもこの記事を読まないでしょうし、仮に読んでみてもいいでしょう。

自然科学は極めて強力なツールですが、なんでも科学に変換して伝えればいいというわけではありません。

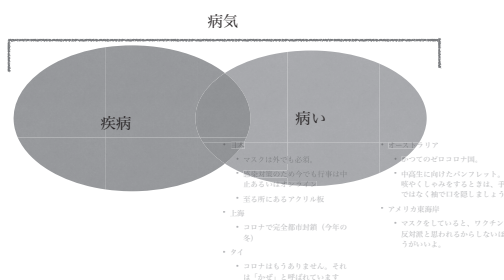
「他断するな」と言いたいことはよく伝わります。しかし多くの人が既に知っていることをあたかも初めてかのように伝えるの記事に、一般市民がこの年間おぼろしの中で身につけた知識や感覚に対する敬意を感じることが難しく思います。

富岳の使い道はもつと他のところにあるのでは？

\*Maho Isono : 人類学者（専門領域・医療人類学）

## コロナをめぐる様々な対応

- 日本
  - マスクは外でも必須。
  - 感染対策のため今でも行事は中止あるいはオンライン
  - 至る所にあるアクリル板
- 上海
  - コロナで完全都市封鎖（今年の冬）
- タイ
  - コロナはもうありません。それは「かぜ」と呼ばれています
- オーストラリア
  - かつてのゼロコロナ国。
- 中高生に向けたパンフレット。咳やくしゃみをするときは、手ではなく袖で口を隠しましょう
- アメリカ東海岸
  - マスクをしていると、ワクチン反対派と思われるからしないほうがいいよ。



## 日本の介護施設にもこんなところがあった



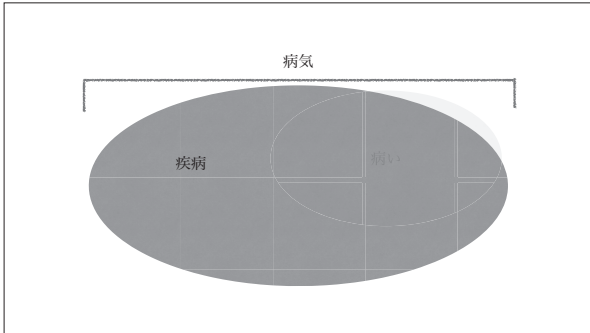
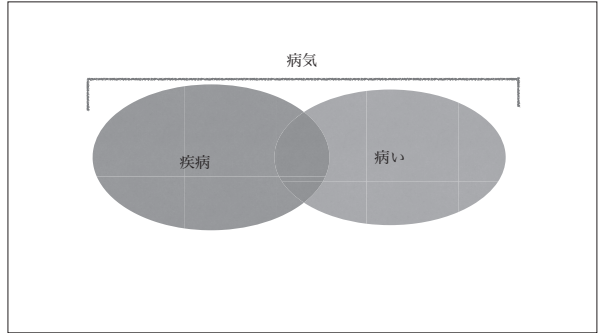
2022年3月 鹿児島県鹿児島市  
地域密着型通所介護「いろ葉」



目の前で起こることに臨機応変に対応するのが介護。「上から指示されたからやる」では介護は成り立たない

耳が遠くなったじいちゃん、ばあちゃんと、マスクをして会話するのは無理

「責任をとる」とは、なぜ自分がそれをしたかを説明できることだと思う



病いを駆逐し、全てを疾病にすれば話は解決する、はずはない。疾病（あるいはエビデンス）の話だけしていてもこの多様性は理解できない。

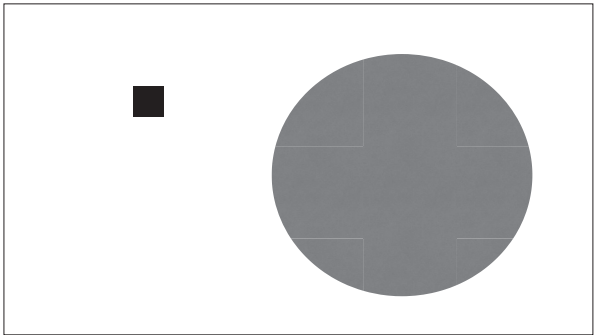
ウイルスのことを考えずに、  
マスク、除菌、ソーシャル  
ディスタンスを語ろう

**細** 菌が移動して病気を惹き起こすということは、十九世紀の偉大な発見であった。これは、医学史上最も根源的な革命を生んだのである。それが我々の生にあまりにも大きな変革をもたらしたので、現在では病因研究と切り離して汚物を考えることは困難なほどである。にもかかわらず、我々の汚物に関する観念がこの百五十年の間に発生したものではないことは、明らかなのだ。

メアリ・ダグラス『汚穢と禁忌』P102



「汚さ」が増すとき



あるべき姿から外れたものが、  
自分（たち）の内側に入り込んで自分の秩序を見出すとき、  
嫌悪感、憎悪、恐怖といった感情を引き起こされる

「異例なるもの」を  
いかに扱うか

「汚さ」を扱う

1. なんらかの解釈を受け入れると曖昧なものが消失する
  - “奇形児”=たまたま人間から生まれたカバの子 \*本文をそのまま使っています
2. 物理的に処理する
  - 双生児は出産に際して殺される（西アフリカ）
3. 異例なるものを回避する扱は、その種のものを否定する定義を確認し、強化することになる
4. 異例なる事象は危険とされる
  - 異例なるものに危険が伴うとすることは、問題を議論することなく棚上げする1つの方法である(112)
5. 曖昧なる象徴が祭式で用いられると、それは生の意味を高めたり、存在の別の次元に注意を喚起するために役立つことがある (112)

日本語訳人評義より

「汚さ」を扱う

1. なんらかの解釈を受け入れると曖昧なものが消失する
  - 部屋の中にある不要な家具 → 部屋全体の雰囲気を変えて、必要なものにする
  - 店内でもマスクをしない人→顔のおかしい人、科学を理解できない人 /
  - 集団を乱す人→発達に問題がある人、病気の人物理的に処理する
2. 物理的に処理する
  - 部屋の中の不要な家具 → 捨てる
  - マスクをしない人→入店拒否
  - 集団を乱す人→やめさせる
4. 異例なる事象は危険とされる
  - 異例なるものに危険が伴うとすることは、問題を議論することなく棚上げする1つの方法である(112)
  - 部屋の中の不要な家具 → N/A
  - マスクをしない人、集団を乱す人→近寄らないようにする、当たり障りのない対応をして刺激をしないようにする

マスク、除菌、ソーシャルディスタンスとは、「新しい秩序」である。「感染予防」と言いながら、内実それは「道徳」であるゆえにやめられない。これらを破ることは自らを「異例なもの」、すなわち社会の「汚れ」にすることである

日本社会の特徴：

1. 危機に際し、上からの強制がないままにフワッとルールが立ち上がり、それを恒久的に続けてしまう。
2. 問題を議論することなく權上げし続ける

## 「汚さ」を扱う

1. なんらかの解釈を受け入れると曖昧なものが消失する
  - 店内でもマスクをしない人→コロナへの危機感を下げる → 問題のない人



## [シンポジウム]

### 「マスク」について

## 実践から考えること ～曖昧さの中を生きるクライアント～

巖 弥生子\*

### 1. はじめに

新型コロナウイルス感染症というこれまで体験したことのなかった脅威が、私たちの生活を一変させました。3年前、マスクや消毒液は貴重品となり、簡単には入手できなくなりました。物の溢れる時代に、こんなことがあるのだと驚きと焦りを覚え、数枚ずつの不織布のマスクをクライアントに届け、時にはクライアントから手作りの布マスクを差し入れていただいたことを思い出します。

ワクチンや治療薬が開発されていなかった「得体の知れない病」から、自分と他者を守るために有効とされたマスクですが、それを装着することで、私たちの生活に多様な影響が生じました。ここでは、「マスク」というキーワードから、私が実践の中で感じ考えていることをご報告させていただきます。

ちなみに、私のソーシャルワーク実践の場は、京都の市街地にある精神科の診療所です。一日の患者数は50人程度です。近年、国は精神科病床を削減する政策をとっており、地域における精神科診療所は非常に重要な役割を担っています。不眠や人間関係の悩みなど、メンタルヘルスの問題で来院する患者も多く、患者の年齢や疾患、社会的な背景も多様です。

ある感覚過敏の患者さんが、受付のカウンター越しに、「違和感があってどうしてもマスクをつけることができない。周りの人からジロジロ見られて嫌な思いをした」と言っておられました。そのようなことから、クライアントにとってのマスクの存在を考えるようになりました。

### 2. 面接場面において

それではまず、面接場面において、マスクについて考えていること、配慮していること等についてお話をさせていただきます。

コミュニケーションに関して、言語を媒介としたバーバル・コミュニケーションと、言語以外の表情、ジェスチャー、声などを媒体としたノンバーバル・コミュニケーションがあり、中でも、日常的なコミュニケーションに、表情が果たす役割は最も重要であるということが知られています。

これまで私たちは、顔のパーツを切り離すことなく、全体を表情として認識してきたと思います。しかし、マスクをつけるようになって、目という一つのパーツとその周辺に限って注目せざるを得なくなり、目からのメッセージをキャッチし、発信しようとこれまで以上に注力しています。しかし、口元から発信する、発信

\* Yaeko Iwao : 瀬尾クリニック

されるメッセージが大きかったことにも改めて気づかされます。例えば、相手から発せられる言葉はなかったとしても、口角が上がっているか、下がっているかだけでも、相手の感情がおおよそ伝わってきました。

コロナ禍で、顔の半分以上を覆うことになったマスクをつけての生活は、相手のことが理解しにくい、また、自分のことも伝わりにくいのではないかという「不安」や、自分の表情が読み取られないというある種の「安心感」をもたらし、私たちの日常生活、特に他者とのコミュニケーションにおいて多大な影響を及ぼしています。

ソーシャルワーカーは、通常、ノンバーバルなコミュニケーションについても大切にしています。とりわけクライアントの表情については注意深く観察していますが、前述したように、マスクにより、表情から読みとれるものが半減してしまいました。また、布や不織布に覆われた口元から発する声はくぐもりがちで、声から伺える情報も少なくなりました。そのような状況下で、唯一出ている顔の上部、とりわけ眼、視線や眼の動き、目元の表情などについて以前にも増して注目するようになりました。

しかし同時に、声、しぐさ、姿勢、臭い（匂い）、服装、持ち物などから少しでもクライアントを理解しようと、アンテナの感度を上げています。

中でも「マスク」は、当初は見えないウイルスの脅威から、自分や他者の身を守るために必要な「異物」であり、種類を選ぶことができるほどの供給がありませんでしたが、今や洋服のように、様々な色・形・素材など、個人が積極的に選択し、その人を表す「ファッション」の一つでもあるかのようにその意味が変化してきました。

クライアントにとっても、欠かせない一部のようなものになったマスクに、より注意深く関心を寄せるようになりました。例えば、マスクが酷く汚れていることが見てとれる場合、新しいマスクを購入できないほど経済的に逼迫して

いるのではないか、保清に配慮する余裕がないほど状態が悪いのではないかなどとアンテナが働きます。

向き合って話している時にはマスクの膨らみでわからなかったが、横から見るとマスク全体が動いている、ひょっとしてオーラルジスキネジアではないか、マスクが湿っているように見えるが流涎ではないか等々、直接的には見えないけれど、マスクを通してクライアントの状態を的確に把握しようとする注意が働くようになりました。

しかし一方で、これまでのように表情からの情報が少ない分、想像が膨らみ、時には誤った先入観を持ってしまうリスクもあります。そのようなことを心しながら面接に臨むようになりました。また、自分の表情についても以前より意識することが多くなりました。見えている部分だけで、より豊かに表現しようとするれば、当然、見えない部分も含めた顔全体の表情を豊かにする必要がありますし、自分の声、しぐさ、姿勢などの細部にもこれまで以上に神経を行き渡らせています。

### 3. クライアントの言葉から

次に、複数の場面における当事者の言葉をご紹介します。

統合失調症のクライアント「マスクで人の表情がわかりにくくなったことで、『この人は今自分のことをどう思っているのか』と不安になり、想像すると怖くなる時がある。今は安定しているけれど、症状の悪い時ならば、被害妄想に発展することもあったかもしれない。」

このクライアントは病状が安定し、ほぼ寛解状態ですが、マスクによる変化を、病状が悪かった時のことを思い出しながら、そして、今の自分はその時の自分とは違うということを嘯みしめるかのように語ってくれました。

発達障害で、相貌認知の悪いクライアント「これまで顔のどの部分を見ればよいかわからなかったが、マスクで顔の半分以上が隠れたことで、

情報の範囲が狭まり、焦点が当てやすくなった。不便はあまり感じず、むしろ人違いをしても、『マスクで分からなかった』と言い訳をすることができ助かっている。」

このクライアントは、大勢の人の中でパートナーの顔ですら見分けられず、髪型や服装で判断しようとするため、よく人違いをしていました。ですからマスクが免罪符のように機能しているのだと少し嬉しそうに話をしてくれました。

醜形恐怖症のクライアント「マスクをすることが常識となり、かなり楽になった。人から見られる部分が少なくなったので安心感がある。しかし、再び多くの人々がマスクを外すようになったら、これまで以上に辛いかもしれない。」「オンラインの会議や授業の時、マスクを外してみた。『他人と自分の顔が並んでいる』のを自分が見るのは初めてのことであり、しんどかった。これまで気にならなかった顔の細部やシミなども気になって仕方なくなった。オンラインは欠席するようになった。」

このクライアントは、コロナ禍以前から、目にもかかりそうなほど深々とマスクをつけていました。治療を受けながら、マスクを外すことに必死にチャレンジしていました。しかし最近では、マスクをしていると息がしんどいとのことで、『鼻マスク』になっている姿が垣間見えるようになりました。

軽度の知的障害を持つクライアント「マスクをしていない人を見ると許せない。暴言を吐いてしまいそうになる。薬を飲むと衝動的になるのが少しマシになると気づいた。そのため、薬はちゃんと飲むようになった。しかし、最近では、政府がマスクを外してもよい時がある…と言っているがそんな曖昧なことは理解できない。マスクはするべき。マスクをしない人が増えたので外に出たくない、誰とも会いたくない。」

このクライアントは、過去に他者とのトラブルで警察沙汰になったことがあります。そのため、自分が思う『ルール通りにできない』他者に対して、攻撃的になる自分を抑えるために、

『できるだけ出かけない』ようにしています。診察や面接の場面でも、健常者なんて信用できないと言い続けていますが、きちんと次の予約を取ってから帰っていきます。そして先日は、ひとりぼっちはさみしいから、作業所の見学に行ってみようと思うと話してくれました。

クライアントの語りから、他者とのコミュニケーションや関係性、マスクの着脱についての今後の見通しが不透明であることなど、コロナ禍ならではの曖昧さの中で生きていることを、共通して感じとることができます。

そのような曖昧さの中にあっても、クライアントの、コロナ禍の状況を、「何とかやっていきたい」、「生き抜いていきたい」という、切実な思いやエネルギーにふれて、私もまたクライアントに共鳴し、困難にも抗おうと奮い立つのです。

#### 4. 菊地寛『マスク』（文春文庫）から

次に、小説家の菊池寛が、1918年（大正7年）頃から日本でも大流行したスペイン風邪について、自身の体験をもとに書いたと言われる『マスク』という短編小説をご紹介します。

この小説の主人公は、見た目は剛健だが、基礎疾患のある男性です。スペイン風邪に罹患するまいと、マスクの中に綿を詰め込み過ぎします。毎日発表される感染者数を新聞で確認しその増減に一喜一憂するという描写もあり、現在とほとんど変わらないことに苦笑してしまいます。

感染者数が漸減し、季節も春へと移行する中で、マスクをかける人が減っていく。それでも主人公はマスクをかけ続け、『病気を怖れないで、伝染の危険を冒すなどと云うことは、それは野蛮人の勇気だよ。病気を怖れて伝染の危険を絶対に避けると云う方が、文明人としての勇気だよ。…略』と友だちに弁解します。

そして、ほとんどマスクを着ける人がいなくなっても主人公はマスクを離さず、『もう殆ど

誰も付けて居る人はなかった。が、偶に停留場で待ち合わせて居る乗客の中に、一人位黒い布片で、鼻口を掩うている人を見出した。自分は、非常に頼もしい気がした。ある種の同志であり、知己であるような気がした。』と心の内を表現しています。

しかし、さすがの主人公も初夏の太陽が照る頃になると、マスクを付ける気がなくなります。そのような5月の快晴のある日、野球を見に行った運動場である男に出くわします。『自分は、ふとその男の横顔を見た。見るとその男は思いがけなくも、黒いマスクを掛けて居るのだった。自分はそれを見たときに、ある不愉快な<sup>ショック</sup>激動を受けずには居られなかった。それと同時に、その男に明らかな増悪を感じた。その男が、何となく小憎らしかった。その黒く突き出て居る黒いマスクから、いやな妖怪的な醜さをさえ感じた。』

不快だった原因の一つは、『自分がマスクを付けて居るときは、偶にマスクを付けて居る人に、逢うことが嬉しかったのに、自分がそれを付けなくなると、マスクを付けて居る人が、不快に見えると言う自己本位的な心持も交じって居た。が、そうした心持よりも、更にこんなことを感じた。自分がある男を、不快に思ったのは、強者に対する弱者の反感ではなかったか。あんなに、マスクを付けることに、熱心だった自分迄が、時候の手前、それを付けることが、何うにも気恥ずかしくなって居る時に、勇敢に傲然とマスクを付けて、数千の人々の集まって居る所へ、押し出して行く態度は、可なり徹底した強者の態度ではあるまいか。(中略)此の男のそうした勇氣に、圧迫された心持ではないかと自分は思った。』と分析するところで小説は終わっています。

感染者数、季節や気候、マスクに関する人々の動向など、様々な状況の中で、他者を通して自分の心持が激しく揺り動かされていく様子が、実に巧みに描写されています。

多くの人が疑うことなくマスクをつけている状況下では、迷いや葛藤を感じることはあまり

ありません。しかし、マスクをつけるかつけないかを選択することが許される状況下では、他者との関係性により、自分の行動や気持ちが大きく変化し、揺さぶられるのだということが、この主人公を通してよく理解でき、興味深いと思いました。

## 5. 考察

政府から、『マスク着用に関する考え方』が今年5月に発表されました。具体的な場面が例示されましたが、非常に煩雑で混乱するような内容でした。一律にはマスクが必要とは言い切れないが、不要とも言い切れないというものです。結局、マスクを外している人はそれほど多くないのが現状です。

精神科のクライアントにとっては、環境と人との関係性を見極めて判断するというところにストレスを感じる事が多く、WITH コロナの状況は、曖昧さの中を生きるクライアントにとっては、生活上の一層大きな負担となっています。

マスクをつけるか外すかという一見、単純に見える事柄ですが、情報を収集し、その情報を取捨選択し、どのような行動をとるのかを決定をする、という非常に複雑でエネルギーの要るプロセスを辿らねばなりません。それほど苦勞して決定した行動であっても、さらに変化する状況と他者との関係の中で、再度見直さねばならなくなる、そのような繰り返しの中で、WITH コロナの生活に見合った臨機応変さを身につけていかざるを得ないのだと思います。しかし、このプロセスもまた、クライアントにとっては大きなストレスとなります。例えば、情報へのアクセスができない、アクセスしすぎて混乱する、情報を見極める力が弱い、行動を自分で決定することができない。

このような曖昧さを受け入れられない等。それぞれのクライアントが困難と感じる場面に丁寧にかかわることが、マスクの着脱にとどまらず、クライアントの生活を支えることにつながると考えます。

## 6. 結論

コロナ禍では、明確な正解がなく、先がみえないという曖昧な状況下で私たちは生活しています。常に考えながら、判断しながら生きていくということが、どれほどストレスになるかということを実感しています。環境や他者との関係性の中で困難を抱えることの多いクライアントにとっては、これまで以上に負担がかかっています。

ソーシャルワーカーもまた曖昧さの中でクライアントとともに揺れています。揺れながらも次の一步を探っています。クライアントを力強く引き寄せ、ほんの少しだけ押し出すことが必要なタイミングがあります。クライアントとの信頼関係の中で、その瞬間を見極め、力強くも

そっと背中を押しながら、ともに一步を踏み出すことは、クライアントが、自らに内在している力を引き出すための手がかりとなり得るのだと考えます。

以上から、WITH コロナのソーシャルワーク実践では、「曖昧さの中を生きるクライアント」への支援という視点が外せないと考えました。

以上で報告を終わらせていただきます。

### 〈参考文献〉

- 菊池寛『マスク』スペイン風邪をめぐる小説集  
(文春文庫) 8-16  
中村真「表情とコミュニケーション」『繊維製品消費科学』37(1), 4-9, 1996



## [シンポジウム]

### 除菌

乙坂佳代\*

よろしくお願ひいたします。私は横浜総合病院の乙坂と申します。このような機会をいただきまして、ありがとうございます。私は急性期病院の入退院支援、病床管理、それから患者相談ということを担当しております、地域医療総合支援センターという部門に所属しております。本日は看護師の立場から、除菌をテーマにということで、with コロナ時代の生活と、ソーシャルワークについて考えてみたいと思います。先ほどの磯野先生のおっしゃる「疾病」という側からの発言になりますので、大変心細いのですが、皆さんどうぞ、お手柔らかによろしくお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症は、今年7月末から第7波を迎えました。感染者の激増で救急車が使えない、救急車を要請しても、どのくらいの時間で行けるか見通しが立たないと、病院からの要請でも断られる事態でした。非常に異常な状況と言えます。感染力は大変強くて、医療従事者、介護従事者も次々と感染しました。

医療、介護、共に人員不足となって、業務の逼迫が起きました。人員不足は、郵便局や宅配業者など、同様な状態が起こって、社会機能も低下しました。そして、1か月半ほどたちまして、徐々に感染者は減少しましたが、実は第7派では死亡者は増加しています。私どもの病院でも、死亡退院の方が多く、現場が疲弊するという事態も起きました。現在、発生届というのは、全数でなくなったために、感染者の正

確な数字は分かりませんが、感染の実際の陽性の患者さんも減少しつつあります。そして今後は、with コロナを目指すという時期に来ています。

今さらですが、感染経路についてのおさらいです。一つ目は飛沫感染。くしゃみ、せきなどで飛ぶ、飛沫からの感染です。二つ目は、エアロゾル感染で、空気中のウイルスや、ほこりを含んだ、細かな水滴を介しての感染です。そして三つ目は、接触感染です。ウイルスを含む飛沫に触れる、ウイルスが付着したものを表面で触った手で、目、鼻、口などの露出した粘膜を触ることによる感染となります。そして、接触感染の予防は、洗い流す、つまり手洗い。あるいは感染力を少なくする消毒や除菌、そしてウイルスに触れないということで、マスクやフェイスシールド、防護具などを使うということになります。

除菌と似たような言葉で、先ほども申しましたように、消毒やら、除菌、殺菌などさまざまな表現があります。除菌と消毒、どこが違うのでしょうか。消毒は、医薬品や医薬部外品に使用される。除菌というのは、医薬品や医薬部外品以外に使用される、ということで違いがあります。大まかに言うと、消毒では感染力がない状態にするのですが、除菌では文字通り菌を取り除くということで、除菌の程度はさまざまになります。現状、一般的に、除菌としてアルコール消毒をすることが、皆さんに定着していると

\* Kayo Otosaka : 横浜総合病院地域医療総合支援センター

思います。

さて、感染症に向き合う中で、いわゆる世の中では、感染者増加の中でも、行動制限がなく、ただ感染対策は継続する、ということがとられました。たくさんの方が感染されたと思います。感染しても無症状の方は、10日間の休みはらない、早く職場に行きたい、あるいは学校に行かせてほしい、と思われた方も多かったと思います。一方、医療の現場では10日間を経過しても状態が安定しない方もおり、安静、隔離による弊害も起こりました。つまり、日常生活の機能の低下や認知機能の低下です。また、高齢者や重症化リスクの高い人は、死亡に結び付くということもありました。これはご家族やご本人が想定した回復過程との違いがあります。コロナにかかって、だんだん治療法も出てきたのに、このような転機を迎えるということが多くありました。また、面会禁止は、ご本人やご家族のストレスだけでなく、ウェブ面会などを工夫をしても、限界がありました。何より意思決定のプロセスを踏むことや、必要な介護指導を十分にできない、というようなことがありました。退院後のことを決める、ということにも大きく影響したということになります。行動制限と感染予防は、行動などの自由と、健康を維持する安全とのバランスを、どう取るかということになります。with コロナの難しいところは、すぐにもとの生活に戻ることができない、ということです。今後は、新たな自由や、安全を目指していく、ということになります。

ここで、神奈川県の実業従事者の出勤停止状況の調査を、お示しいたします。1月の山と比べて、7月後半からの山が倍近くになっていることが分かります。介護の現場や在宅でも、同様のことが起こっていたと思います。今の時期、少し感染者が減って、ほっとしている時期なのですが、皆さん本当にこのときは、大変な中、よく頑張ったと思います。感染された方もそうですし、その感染された方のお休みをフォローした周りの人たちも、大変なストレスがかかっていました。今の時期、だいぶ疲れが出ている

と思います。緊張を継続する、というのは本当に難しいことだな、というふうに感じています。

新型コロナウイルス感染症が流行した当初、予防や治療が困難な状況で、コロナは重症化や死亡のリスクが高い病気でした。しかし、約3年を経て、重症化や死亡のリスクが限定的になりました。まだまだ感染予防も困難で、ウイルスの変異もあります。ワクチンの開発、あるいは接種者の増加、そして治療薬の開発などができてきたため、というふうに思っています。

感染対策をとる上で、院内でもさまざまなことが起こりました。私どもの職場でも、クラスターを経験しました。感染経路が明確でない時期の病院内のクラスターでは、職員間の感染対策の課題が表面化しました。休憩室で食事の後に、マスクを着けないうま会話をしたり、パソコンの共有では、手指消毒が十分に行き渡っていないこと。あるいは、感染対策を徹底することが、なかなか簡単なようでも困難な状況もありました。医療者ですから、皆さん分かっていると思われるでしょうけれども、徹底的にする場合、人、あるいはそうでない場合もあります。このような場合には、職員間でも、ぎくしゃくすることが起こりました。皆、人間ですから、ずっと緊張を継続していくことの難しさを痛感しました。つまり、食事のとき、休憩のときは緊張を和らげたいのですが、それができない。そしてそれが、直接私たち職員間ではなく、一番リスクの高い患者さんへの感染を起こしてしまうかもしれないところが、非常に難しいところでした。使った後はきれいにしよう、手指消毒を徹底しようということをお願いしています。スライドは院内の掲示の一覧でした。黙食という言葉も、だいぶ一般的になりました。接触感染の注意、手洗いの勧めも、医療機関では当たり前のことですが、機会を見つけては、周知をはかっています。

さて、テーマである、生活とソーシャルワークについて考えてみます。3年におよぶ、接触を避けて、除菌し、マスク越しの生活、会話をしてきましたが、人によって感染の意識の違い



も当然、生まれます。徹底的に予防する方の中には、持病等の重症化リスクの高い方、あるいはご家族に高齢者や医療者がいる方などおられます。一方で、穏やかな感染対策をされる方は、重症化リスクは少ない、あるいは早く元の生活に戻りたいという方もおられるでしょう。このように、行動の背景にはさまざまな理由があると思われまます。対人援助においても、さまざまな行動への配慮が必要です。人よっての違いを理解し、除菌という行動も、相手の許す範囲で、折り合いをつけながら行うということになります。

また、感染症の対策で、対面でなくてもできることが多くなりました。ウェブで診察、面会、会議、研修、グループワーク、そして事例検討もできます。ですが、私はとてもストレスがあります。ウェブでの対応、できることではあるんですけども、ストレス性が高いなと思っています。これは支援者もそうですが、患者さんも、ご家族も、そのように思っらっしゃる方からも、そういう声が聞かれます。

先日見た番組で、相づちを取り上げていました。相づちがないと人と人との会話が成立しない。相づちは言葉だけではない。なぜ人は犬にこれほど癒されるのか、ということも取り上げられていました。つまり、まばたきや、うなずきや、表情など、言葉ではない部分の重要性が随分、取り上げられていました。これは、ロボットの研究をされている方が、どういうことがあったら、人は癒されるのか、ということをいろいろ調査をして、それを開発に生かしていました。このような繊細なことはウェブではなかなか難しい、というふうに思います。願わくば直接互いの気配を感じて交流したいと痛感します。

そして with コロナの前に、今後は徹底的な感染予防から、生活上、支障が少ない感染対策へシフトしていきます。コロナ前の生活に、元通りに戻るには、時間がかかります。約3年の我慢から、徐々に新しい自由と安全を目指す、ということになります。感染予防については、

個々人が行う社会的な行動が、そのベースとなります。新型コロナ感染症の感染対策は、日々変化していますから、効果的な感染対策を、個々人が自分で判断して、行動できるようになるためには、感染対策についてのコンセンサスが必要だというふうに考えます。

最後に、神奈川県感染対策指針をご紹介します。これは、医療や福祉を担う者たちを対象に、今後の神奈川県の方針を示したものです。with コロナの社会を目指して、社会活動を正常に戻していく、ということを目指して、蓄積されたエビデンスにもとづき作成されています。前提となる考え方は、感染者が社会にない、いわゆるゼロコロナの実現は目標としない。大規模なクラスターを抑制するということになります。そして感染対策は、基本的な感染対策を行う。そして積極的なワクチン接種を行っていく、ということになります。また、医療、福祉の現場はマスク、これが外せないという状況と、標準予防策。それから換気をよく行うことが推奨されています。そして、主な感染経路は、エビデンスではエアロゾルが原因であるということを言われていますので、十分な換気をするために、この学会では空気清浄機をわざわざ設置をしていただきました。一つの窓しかない場合には、扇風機やサーキュレーターなどを使う、2方向の窓を開ける、窓がないとか、開けられない場合には、空気清浄機や空気ろ過装置を使う、などということが推奨されています。

これからは徐々に、直接的な交流の復活が始まります。ここ3年の、人との直接的、近距離、対面の交流の減少の影響を考えると、さまざま、相手への配慮が必要です。感染対策も、対人援助も、相手への配慮ということが大切になるかと思えます。特に、with コロナへの移行期には、さまざまな戸惑いがあると思われまます。対人援助の基本である、人それぞれ、相手の状況に合わせて、適切に関わる、ということを見直したいと思えます。ご清聴ありがとうございました。



## [シンポジウム]

### 「ソーシャルディスタンス」について ～地域との触れ合いの実践から人の支援を考える～

服部 安子\*

#### 〈はじめに〉

服部安子と申します。どうぞ、よろしくお願  
いいたします。私は、今春3月に社会福祉法人  
浴風会ケアスクールを定年退職致しました。

今日は、シンポジストの最後になるのですが、  
それまでの活動の報告を踏まえて、『『ソシヤ  
ルディスタンス』について、地域との触れ合い  
の実践から人の支援を考える』についてお話を  
させていただきます。

まず、初めに、私の自己紹介をさせて頂きま  
す。私は、40年以上、多くの個別支援活動を通  
じて、クライアントが自立していく姿に励まされ、  
ソーシャルワーカーとして携わってきました。そして、  
長年の相談から、いつの時代でも  
一人課題を抱え込む介護家族や地域での希薄な  
人間関係に孤立する姿から、ピアカウンセリング  
を導入し、認知症介護家族会を16年間、コミュニ  
ティカフェを10年間継続的に実施し、地域住  
民とのつながりを保ってきました。

しかし、今回、新型コロナウイルス感染症拡大につれ  
て、公衆衛生上感染予防から、参加者の多くは  
高齢者であったために、命を守るために、これ  
らの会は止む無く休会することにいたしました。

今回、大会テーマ「ケアが社会を動かす」シン  
ポジウム「キーワードから考える WITH  
コロナ時代における生活とソーシャルワーク」、

「ソーシャルディスタンス」(担当)のもと、  
これまでの私が支援してきた対面の関係性とは  
真逆の立ち位置で、「人が人を支援するとはど  
ういうことか？」未だ暗中模索状態でありま  
すが、今後の実践に向けて、考える機会としてい  
きたいと考えております。

#### 〈コロナ禍前の私のリアル対面支援の実践〉

まず、初めに、コロナ禍前の体面的な実践に  
ついておはなしをさせていただきたいと思いま  
す。

私は、個別相談を通じて、課題解決後の地域  
の中で一人ひとりが生き生きと暮らせる姿をゴールに  
「エンパワーメント」をコンセプトに支援  
してきました。いつの時代も介護家族の悩み等  
は同じ経過をたどることと個人の資源に限界を  
感じ、ピアカウンセリングを導入しながら障害児  
を抱える家族、認知症家族会(2006年から毎月  
1回、125回延べ3500人)<sup>1)</sup>やコミュニティカフェ  
(2013年87回延べ6700人)<sup>2)</sup>の取り組みを実践  
してきました。ここから学んだことは、相談者  
にしか心の内を見せられなかった人たちの変化  
でありました。ピアカウンセリングによって、  
他人に自らの悩みを開示でき、他人からも承認  
されて「悩んでいるのは自分だけではない」「こ  
の会だけは休みたくない」「支えてくれる人が

\*Yasuko Hattori : (元) 浴風会本部ケアスクール、  
(現) 一般社団法人 介護・生活質向上機構 代表理事

いると元気が出る」等とクローズドなサードプレイス（第3の居場所<sup>3)</sup>）によってできる心の基地を得たことであります。

パワーポイントの写真に示しているように、時にはパネリストとして登壇したり、時にはメディアのインタビューに応えたりと家族が自ら発信するようになってきました。また、コミュニティカフェは、高齢者だけではなく知的・精神・身体障害者等の地域の様々な団体との協働にて運営し、認知症、障害の有無に関係なく、老若男女の地域のだれもが「地域包括支援センター」とは別に、日常会話の中で相談でき、だれもが気軽に立ち寄れる「とまり木」となる居場所を目指し、運営してきました。

また、認知症介護家族会のさらなる発展の形を取ったオープンなサードプレイスとしての「コミュニティカフェ」では、初めて訪れる方の相談役の懸け橋になることやカフェの担い手になることで、自己実現や相互承認が空間的な広がりを得て社会的な自分の役割が満たされていく体験を通して、居場所に集まった人たちと交流ができるよう変化してきました。人と人とが密接に関わり合い、生まれた効果でありました。

しかし、新型コロナウイルス感染症は、私のこれまでの相談スタイルでは、通用しなくなったため、毎月1回定期的に集う会は、「介護状況で日々苦悩するようなことが例えあっても、またみんなに会える、各々がそれぞれの立場で頑張っていることを想像するだけでも力をもらえた」という方が多くあつまっているのですが、急遽、緊急事態宣言が発出されたので、断腸の思いにて休会に至りました。殊に認知症介護家族会は、若い介護世代からIT活用した会の要望もありましたが、敢えて導入しませんでした。なぜなら、長期継続で多くの参加者が得られてきたのは、毎回出入り自由、グループ内の新旧の確執が生まれないように常にグループをシャッフルし、新メンバーが安心できる環境を整え、クローズドなサードプレイスによって

誰もが受け入れられる基盤を作ってきたため、ITを導入することで、会を二分化し、IT難民のさらなる孤立を避けたかったからです。

介護家族には、病気の進行や家族関係や家族事情や専門職との関係等様々な山坂を越えなければいけないことが多いです。幸いにして、継続支援の中で、丁度様々な困難を乗り越え、落ちてきてきた介護家族の時期とコロナ禍による感染対策の時期が重なったことで、休会は、一時的なら大丈夫かな？とっておりましたが、こんなに長期になるとは予想を超えていました。

### 〈コロナ禍における日常生活の「ソーシャルディスタンス」の影響〉

次にコロナ禍における日常生活のソーシャルディスタンスの影響についてお話をさせていただきます。

WHO（世界保健機関）は、2020年3月20日に、新型コロナウイルスの感染防止の観点からPhysical distancing（フィジカルディスタンス）とし、人々のテクノロジーを経由して人々のつながりを保つことができるよう「社会的」から「物理的」にと提案しており、コロナ禍にて、人と人の接触機会を減らす意味として強調され、定着してきました。

さて、それでは日常生活の中で「ソーシャルディスタンス」はどのようなことが起きているのでしょうか？

これまでは、自転車で転んだ高齢者を見たとき、「大丈夫ですか？」と声をかけ、動けるかどうか確認をしながら、ほぼ道行く人は手を差し伸べたり、自転車を起こしたりして自然に助けてくれました。

しかし、先日、コロナ禍で同じような現場に遭遇しました。私は、体がすぐに動いてしまう性質なので、思わず駆け寄り起こそうとしましたが、頑強な体格の高齢者なため、一人で起こ

することができず、道行く人に声をかけるも困惑した表情や聞こえない振りをして足早に通り過ぎる方もおりました。そして、手助けした私自身が白い目で見られました。

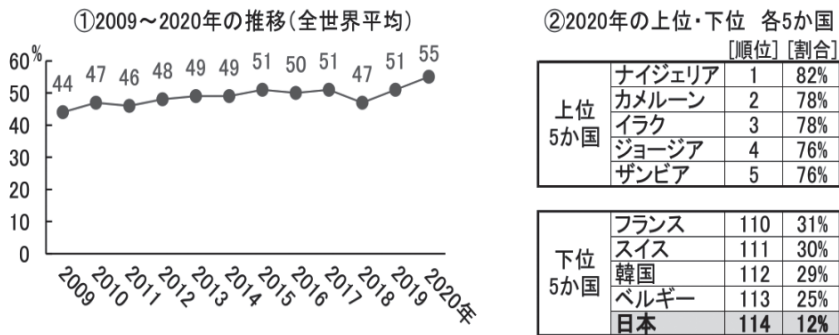
後に自らの行動を顧みたときに、自分が感染源になるかもしれないし、相手より感染するかもしれない。また、手を差し伸べようとすると相手が感染リスクを感じるかもしれないし、コロナ禍では、感染予防の「ソーシャルディスタンス」に準じ、手を差し伸べないことが正当性（狭義の）？を主張する人も出てきていることを考えると、安易な行動でますます混乱して思考停止する私でありました。

また、ある時は、親切と思って、落とした方のお金を拾ってやろうとすると、強い口調で「触らないで」「離れて」、どちらも感染リスクから

発した言葉であるが、何かしら心がざわつく場面、そしてこうしたことからトラブルになる場面も日常生活の中で増えてきたように思います。

パンデミックを起こした世界の国々でも同じことが起きているのかを調査したもので、第一生命研究所の水野映子氏の研究があります<sup>4)</sup>。「過去1か月間に助けを必要としている見知らぬ人を助けた」人の割合、10年間の調査で日本は世界最下位で、2020年のコロナ禍でも最下位でありました。「自分に感染リスクがある、あるいは相手が感染リスクを感じるかもしれない」など8割が感じ、手助けがよりできなかったと言います。一方、全世界では調査開始以来、「人を助けた数」は、過去最高となり、「パンデミックの間、世界中のコミュニティが一丸となって相互支援を行ったため」と言います。

図表1 過去1か月間に、助けを必要としている見知らぬ人を助けた人の割合



資料:Charities Aid Foundation「World Giving Index 2021」(2021年6月)より筆者作成

出典:水野 2021<sup>4)</sup>

今回の新型コロナウイルスでは、日本は、「ソーシャルディスタンス」を守ってきたために、世界の中で死者数も少なかったといわれています。が、感染予防対策としては功を奏したのかもしれませんが、「ソーシャルディスタンス」を守るために、知らない人から「離れて(びしゃり!)」と同調圧力のもと、偏った正義感から人前で大きな声で注意を受け、その関係性に「モヤっと」と違和感を覚えながらも、落としどころがなく

生活をするようになってきているのではないのでしょうか。

新型コロナウイルスは、新しい感染症として治療薬や知見もなく、不安や恐怖に陥れました。「ソーシャルディスタンス」を守るために、3密(密閉・密集・密接)を避け、ITによるリモート学習・テレワーク、会食の制限から黙食、不要不急の外出・移動を控えるなどリアルな人

間同士の交流の機会を奪っていきました。

その結果、社会的孤立を招き、鬱、認知症、フレイルを招き、学校閉鎖、在宅勤務、自宅療養等を家庭内にて行うために、女性の負担が家事労働、介護、看護等の増え、家庭内暴力の増加、若者、女性の自殺者の増加、超過死亡が多くなったと言われております。

### 〈「ソーシャルディスタンス」とソーシャルワーカーに求められるもの〉

さらにこれまでの活動を振り返りながら、ソーシャルディスタンスとソーシャルワーカーの求められるものについてお話をさせていただきます。

新型コロナウイルスが、収束の見通しが見えない中で、これまでリアル対面にて相談支援活動を展開してきた私は、これまでに出会ってきた少なくとも認知症介護家族会に参加してきた一人ひとりのことが、介護状態の上に社会的制約により孤立した生活を想像すると居てもたってもいられなくなって、電話を朝から夜までかけ続けました。

なぜなら、不要不急の外出自粛、「ソーシャルディスタンス」「マスク」「消毒」などの新しい生活様式に馴染めない認知症高齢者、入所したものの会えない状態の続く介護家族、認知症高齢者、地域で孤立してやっとコミュニティカフェに参加するようになった人など、「ソーシャルディスタンス」のもと、前述のような事例が日常生活で起きていることを想像すると、どんな思いで暮らしているのかが、相談時の様々な家族が切実な表情で訴えた事や声のトーンやその背景まで脳裡から離れず、電話や往復はがき等、非対面でありましたがアプローチをしまくりました。

ほぼ全員の方が、「声が聞けて前向きになった」と喜んでくれました。堰を切ったようにお電話で話す方やまた、ハガキの空白いっぱいを書き込み近況報告をしてくれました。また、こ

の間状態変化した、病床の母から「是非、皆と再会したい」と返信してと代筆を頼まれたという娘さんからも連絡があり、長年築いてきた関係性を再確認しました。その中には、「世の中から見捨てられた」と感じていたとか、中には「介護で苦しむもコロナで苦しむも一緒なのでコロナにかかって死んだほうがまし」などと一人新たな課題を抱えている家族も一本の電話で救われたと書いておりました。

この認知症介護家族のグループの会は、これまでクローズなサードプレイスで行っていたため、他では言えない苦悩を共に共有していたので、家族の現在コロナ禍で置かれている状況を互いの声として届けたいと強く思うようになりました。各クライアントの声を各人から了承を得て（記名・無記名も含めて）その後、冊子にまとめ、そのグループの家族へ配布しました。そうすると「元気が出てきた」「頑張ろうと思えた」「会の方のことが浮かんた」「離れていてもつながることができて嬉しい」「気にかけてくれて涙が出た」「また、再会できる日を楽しみに生きる希望が持てた」などとお電話やハガキにて教えてくれました。

また、若い世代からは「ITによる他の家族会を見つけ、参加しているが、「対面にて触れ合い、苦悩を話しながらの安心感を得て、これまでの参加していた会はホッとする」などとまた、多くの方から喜びの返信がきました。さらに介護家族によっては、何度も電話での相談を重ね、時には感染予防対策を徹底して訪問、多職種への繋ぐこともありました。

しかし、これまでの私は、刻々と変化していく介護家族への対応がリアルな対面ではできないと思考停止していました。

「命を守るため」の支援方法も思いつかず、支援家族が浮かんできては、「ソーシャルディスタンス」は、これまでのスタイルでは「三密」になり守れないなら、関りを持つてはいけない

と感情を押し込め、自らの「おせっかい」性格を封印することで、敢えて平常心を保とうとしていたことを猛省しました。

実は、私自身、不覚にもコロナ陽性患者となり、高熱、頭痛、倦怠感、脱力感、ふらつきから、20日間一人自宅療養生活を強いられました。遠隔受診をはじめ、多くの医療専門職、家族、友人等の支援を受け、非対面でも医療従事者たちには、専門職とは言え、声のトーン、息遣い、ノンバーバルなコミュニケーションから伝わる人が人を想う温かさに触れ、病気に負けてはいられないと勇気と不思議な幸福感を得ました。例え非対面であっても相手の状況を推察する想像力・表現力・人間力によって、良好な関係ができることを体験しました。

見ず知らずの方から、親切にしてもらおうと、何かしら希望や優しい気持ちになってきました。

改めて、恥ずかしながら、ソーシャルワーカーとして大切な原点を実体験でも振り返ることができました。

このことは、「ソーシャルディスタンス」によって、物理的距離として離れていても、ITが苦手な人でも、クライアントの声を冊子という形で非対面であっても、クライアントの声、思いを互いに同じグループとしてぴあグループとして感じ、一人ひとりの点と点がつながっていくことができました。

「ソーシャルディスタンス」の中で、人と人が支援していくことはどんなことか、クライアントとのかかわりから教えてもらうことが多かったように思います。

### 〈まとめ～ WITH コロナ時代におけるソーシャルワーカー〉

最後になりますが、まとめといたしまして、ウイズコロナ時代におけるソーシャルワーカーといたしまして、今後、「ソーシャルディスタ

ンス」を生かしたテクノロジーがより多くの生活に新しい生き方として求められてくると思います。そして、IT弱者として、孤立を深める、一定の層の方が存在することを忘れてはいけません。

テクノロジーの進化も今後増えてくると思いますが、人が人を支援することはそれだけではできません。

私たちの職業は、ケアです。CAREは、注意や用心。心使い、配慮、世話をすること。

私たちの仕事は、これらを得意とする職業であり、相手を想い、気遣いながら、人と時間と空間から見えないテレパシー、心の交流を感じ、人間力として試されるバーバルなコミュニケーションを率先して実践していける職業と思っております。

今後も「ソーシャルディスタンス」として三密を避けるように、厳しく言われていますが、非対面でできる、人と人を結ぶ、声と声を結ぶ形での人の想いを感じ、人を支援していくこともできるのではないかと思います。

ご清聴ありがとうございました。

### 注

- 1) さわやか福祉財団「民間きずな国民会議」  
「大都市圏でみんなで助け合う地域を創るには」服部安子発表 2018.1.15 イイノホールにて
- 2) さわやか福祉財団「民間きずな国民会議」  
「大都市圏でみんなで助け合う地域を創るには」服部安子発表 2018.1.15 イイノホールにて
- 3) サードプレイスとは、コミュニティにおいて自宅（第一の居場所）や職場・学校（第二の居場所）とは隔離された心地の良い居場所を指す。
- 4) 水野映子「ソーシャルディスタンスは心の距離も広げたのか」2021年11月 第一生命経済研究所





## [シンポジウム]

# WITH コロナ時代における生活とソーシャルワーク ～キーワードから考える～マスク・除菌・ソーシャルディスタンス ディスカッション

座長 磯野 真穂 人類学者（医療人類学）  
 基調講演者 岡野 八代 同志社大学（西洋政治思想史）  
 シンポジスト 巖 弥生子 瀬尾クリニック  
 乙坂 佳代 横浜総合病院地域医療総合支援センター  
 服部 安子 （元）浴風会本部ケアスクール

**磯野**：最後のディスカッションのほうに入っていきたいと思います。なんかこれNHKの教育番組みたいになりましたよね。これからの日本社会を考えるみたいな番組になっておりますけれども、今、チャットのほうをちょっと見ていたのですが、特に質問は来ていないですよ。実は本日の基調講演者の岡野さんからご質問いただけるということなので、よかったです岡野さん、乙坂さんの隣に来ていただいて、岡野さんにマイク回していただいてもいいですか。岡野・磯野の対談は予定になかったのですが、ぜひ岡野さん、よろしくをお願いします。普通、基調講演の方って話を終えられたら帰っちゃうんですよ。本当にいらしてくださいという、まさにケアの方ですね。

**岡野**：磯野さんはじめ、3人の方のお話、すごくたくさんいろんなことを考えながら聞いていました。まず、磯野さんの、清潔さは秩序であるという点について。私は部屋も汚いし、お金の使い方も秩序がないんですが、ちょうどこの夏、スコットランドに滞在してまして、スコットランドはマスク皆さんしてなかったんですね、秩序観のない私でもやっぱり驚きました。ただ、

3人の方、ケアの現場からのお話ということもあって、磯野さんの病と疾病の違いというの、そうなんだと納得しながら聞いていました。日本では、今日のお話の中でも同調圧力というお話がありましたけれども、私なんかマスクをするのは、マスクしてないと怖い、日本で、怒られたり、後ろから殴り掛かれるんじゃないかっていう恐怖のほうが強いです。つまり自分がマスクをすることは、秩序を乱さず、人に迷惑を掛けないように、っていうことなんですよ。とにかくマスクはしてないといけない、コロナであれ何であれっていう、そういう意識がすごく強いです。それが、スコットランドに行ったときはみんなしてなくて、していると逆に病気なんじゃないかって思われるとは思ってんですけど、ちょっと自分が具合悪かったりしたときにはしてたんですね。それは、周りに何か思われるかもしれないけれども、本当にうつしちゃいけないと思いますし。

なので、スコットランドにいる間に、日本は秩序を重んじるが故に、主観的な意識としては、コロナ対策でやってるんじゃないということに気づかされました。磯野さんが、秩序とおっしゃられたことで、思い出したことは、スコットラ

ンドは一人一人の意思で、自由にマスクを外したり着けたりしてたんですね。公共交通ではマスクしてくださいと、政府は言ってますし、地下鉄内とかバスにも書いてあるんですけど、誰もしてないっていう状況で。(磯野：言ってるんですね、政府が。) はい、言ってます。だけど、市民はしてなかったんです。だけど、自分たちの判断で、コロナを対策してるということはすごく感じました。それは、日本との違いが、まさに病がある種の文化的・社会的なそれぞれの解釈の下で、日本がいかに一人一人の判断を許さないかという、強い規制が働いてるんだなど、磯野さんのお話を聞いて思いました。3人のかたがたがケアの現場で、このソーシャルディスタンスであるとかマスクであるとかをお話しされて、除菌もそうなんですけど、私なんかはケアしてもらってたとはいえ、ケアの現場から離れていると、むしろこのソーシャルディスタンスという現象よりも、コロナの中で、自分はこんなに人とつながってたんだっていうのをむしろ、すごく実感したんですね。つまり疾病という意味でのコロナに感染するっていうことよりも、自分がもしコロナに感染したら、どれだけの人に迷惑が掛かるだろうっていうことをずっと思ってた。つまり、自分と他者とのつながりを強く意識しました。もちろん、家族とか職場もそうですし、学生もそうですし、つながっている人に絶対に感染させちゃいけないって思ったんですよ。こんなに私は人とつながっていて、コロナ感染したら、いろんな人に迷惑が掛かって、大学ももしかしたら閉校になったりとかするかも、と。ところが、実際のケアの現場の人たちの意識からすると、ソーシャルディスタンスは、物理的なディスタンスですよ。他方で、ケアの現場から離れていると、むしろソーシャルディスタンスって言われた途端に、私が感染したら、こんなに実は人とコネクต์していたんだと。(なるほど。) すごく人とつながっていて、ディスタンスが実はないんだというのを、逆説的なんですけど、感じた自分の経験とのコントラストが今日、お三方の話で、気付かされて、

面白いなと思ってたんですね。

**磯野**：今のお話、お聞きしていて面白いなと思ったのは、岡野さんが迷惑をかけちゃうっていう形のコネクトを感じたとおっしゃったこと。だから私がコロナになると、いろんな方に迷惑がかかるという意味で、その方と逆説的につながっていたことを感じたというお話をしてくださいました。逆に今日の3人のパネリストの方は、切れてしまったことでできなくなったケアがあって、もう最後はイヌになぜ癒やされるのかっていう話が出てくるぐらい、結構、切実なお話がありました。ありがとうございます。岡野さん、ぜひこのまま、いていただければと思うんです。

そこで一番初めの、一体、コロナ対策のためにマスクをしているのかどうかっていう話は、切り口してみたいと思うんです。ここはまず、先ほど、すごく私はエビデンスで申し訳ない感じでお話ししてくれました乙坂さんにお聞きしたいのですが、そもそもどうですか。コロナ対策でわれわれはマスクをしているのかっていうことについて。

**乙坂**：医療の現場では確かに感染対策としてしているのですが、サージカルマスクと実際のコロナの陽性の方を対応するときには、N95マスクを着け、15分以上、接触する場合にはという決まりですが、日常生活の中ではある程度の距離があり、直接、話をしないのであればいいですし、感染対策のためというよりは、先生のおっしゃったように、人との関係性で、ちゃんと安全ということに配慮してますよということが多いのかなと。私はイヌを飼っていて、散歩のときに本当に人としゃべらないような早朝でも、わんちゃん同士のあいさつがあったりするので、皆さん、マスクをしておられますよね。それは配慮してますよっていうところもありますし、エレベーターの中で住民の方に会うときに、ごみを出すだけでも、マスクをしてない方は口をふさがれるようなことがあります。コロナ対策というよりは、マナーとして、人と顔を合わせるときに

はマスクをしているというのが今の現状かなと思うと、コロナ対策っていう部分とマナー的にしているところと、両方ともあるのかなと思っています。

**磯野**：マスク、私は正直、外に出るときはすぐ外すんですよ。本当に意味がないと思っているので。外にいるときとか、走るときは全部外す人なんですけど、見てると、おっしゃるようにやってますよっていう、ある種、アピールじゃないですか。多分、岡野さんもスコットランドに行きたくて気付かれたと思うんですが、日本って張り紙、多いですよ。あれしないでください、あれやめてください、これ気を付けましょうみたいな。あの張り紙とマスクってちょっと似てると思いませんか？言われたのでやってますっていう張り紙をぺたぺた貼るじゃないですか。あれと同じの、マスクってそういう感じがあるんですけど。同じくクリニックのお話して下さった巖さん、いかがですか、その辺り。

**巖**：今、皆さんがおっしゃったように、当院は病床がないので、入院の施設がある医療機関よりは、切迫していないかもしれません。ただ、精神科ということもあって、マスクを着けるのが本当に苦手な方と、逆にマスクを着けてないと落ち着かないというような方もいらっしゃいます。感染のために着けてるというよりはマスクを着けているほうが見られていないということで安心だったり、先ほど私が申し上げたような事例の方で、着けていることによって免罪符になるような、マスクを着けるということ自体が違う価値を持つということもあるのかなというふうには思っています。ただ、一応、医療機関なので、マスクはしてほしいとは、お願いするのですが、張り紙はしていません。マスクは絶対できないという方もいらっしゃるのです、そういう方と、一方で、絶対マスクをしないと嫌で、していない人を見ると暴言を吐いてしまいそうになるという方とはブッキングしないように、予約を取るときに気を遣ったり、そんな工

夫はしています。今おっしゃっていただいたように、厳密に感染という意味だけでマスクをとらえていないかもしれませんね。

**磯野**：服部さんは、いかがですか。

**服部**：ありがとうございます。認知症の方がコロナ禍において、日常的にマスクをするっていうのが非常に難しく、介護家族の方からしょっちゅう電話相談を頂いておりました。その内容は、先ほどお話しされたように、同調圧力っていう、最初にいろんなトラブルが起きて、電車の中でたたかれたとか、けんかになったとか、そういうことが報道されると、認知症介護家族は、認知症の方と外出したくとも、認知症の本人にマスクを着けてもらうにも一苦勞すると。当人は「なんでマスクをつけなければいけないんだ」って、トラブルになりかなりのストレスになっていると。本当にマスクをかけなければいけないでしょうか。私も今回、本当に自分が思考停止してるなっていうことに反省しているのですが、これぞという、大丈夫ですよって通常だったら言えることが言えない自分がいて、それはなんだろうと思うと、磯野先生とか岡野先生みたいに社会の秩序というか、日本のそういうキマジメな日本人の特性（風潮？）というか、今こういう状態の中に逆行したことをあなたはなぜ言えるのかっていったら、私はなぜ言えるというものは何も持ってなくて、ついつい介護家族にも、おうちの中で、どこにも出られずにいると、いらいらするしっていうことを言っていたから、認知症本人のことを考えたらお散歩とかはしたほうがいいですよって。でもそこで、何かでトラブルになったら困るから、取りあえずしましょうとか、形は、持てますよと、手に付けておいて、同調圧力の対象にならないように、お知らせを示してはどうでしょうなどと言っておりました。

**磯野**：皆さんの話を聞いていて、コロナというものがどのくらいの怖さなのか。例えばスコッ

トランドみたいに、別に政府が言ってもいいや、みたいになれる。ある種、無視できちゃうものなのか、あるいはすごく気を付けなきゃいけないものなのかっていう。多分、コンセンサスが広いんだと思うのですよね、コロナの場合。日本ってコロナのことで思い出すのは、BSEの狂牛病の話なんです。あのときもすごくて、化粧品の会社まで牛肉エキスが使われてないか調べてるんですよ。もう焼き肉屋にとどまらなかったんですよ。そのぐらい牛が入ってる、ここに感染かもっていうような、ものすごいえっというリスクに対して強烈に反応する社会ではあるのです。だからといって、日本ってゼロリスクを求めるかっていうと、地震のリスクは許容するのですよね。もう絶対に地震は来るって言われていて、こんなに危ないんだったら日本、住まないほうがいいじゃないですか。原発もいっぱいあるし。地震に関しては、ある程度しょうがないかみたいに思ってる節があるのかな。どうしてこの、ある種ひとつ、医療のリスクがほんと出たときに、とにかくこれさえ避けなきゃいけないみたいなことになってしまって、みんなどうしたらいいのかなって思っても、このふんわりあるリスクというものを気にせずにはいられないような状況が起こってしまうっていうのは普段から不思議なんです。なぜだと思いますか？なにかご意見ある方いらっしゃいますか。どうぞ、乙坂さん。

**乙坂：**今回のコロナ対策で、治らない、かかってはいけないといわれていた初期の段階から、今はステージが変わっているのですね。

神奈川県でコロナ対策をしている医療機関の会議で、二百数十カ所の医療機関がウェブで参加をしました。このステージが変わったことがなかなか知られてなくて、医療機関の中でも温度差があります。その意味では、現在は治療ができたり、予防ができる、あるいは軽症の人が多い。確かに重症化する方はいるが、少ない。なので、次のステージに移りましょうということ、県は提案してる。でも一気にはいけない。

それぞれ徐々に移行しないと、皆さんが混乱する、要は医療者も混乱するわけです。陽性患者さんの対応でも、今は病棟全部を隔離してっていう形を、一つの病棟でも、一つのお部屋で、隔離でいいですよというようなことに徐々にスライドしていきましょう。でもやっぱり急にはできないわけです。医療者も相手が高リスクな方たちなので、自分たちが感染源になってはいけない。徐々にスライドしていかないと、お互いに安全が確保できない。今は徐々にそこになっているかなというふうに思っています。

ただ、第7波では、軽症の人が多いといわれているけれども、実は死者数が多くなっているということを見ると、重症の方たちへの配慮は、医療機関としては必要だと。そこが一般の社会の中で考える感染対策と、医療機関で対応する課題と、一緒にはできないなという気がしています。

**磯野：**今のお話、すごく大事だと思うのです。乙坂さんのご発表の中でも、いわゆる医療機関で行われる対策と、一般の中で行われる対策が違うとおっしゃっていて、そこって重要なところだと思うんですよ。ただ、今回のコロナ禍に関しては、私は結構、医療者の声が強かったと思うのです。暮らしの中が病院みたいになっていったっていう感覚はすごくあるんです。そこで伺いたいのですが、どうしても医療側のメッセージが強くなってしまふ理由は、なにかお感じになることがありますか。乙坂さんでも、巖さんでも。この後、山本さんから質問いただいているので、それには服部さんにお答えいただこうと思っていますが、どうでしょう。

**服部：**一言だけ。一番最初はどういう感染症で、どのくらいリスクがあるかが分からなかったということからスタートしてるので、そこが一番、医療者側の発信だったり、エビデンスが大事にされたりしてきたということだと思います。だんだん今までの経験が蓄積されて、いろいろなワクチンや治療薬等が開発されたり、現

状が少し分かってきたっていうことで変わってきたのかなと思っています。これからはもちろん、行政からもそうですし、医療者側からも、怖い病気からはもうステージが変わったんだよっていうことを言っていないと、一番最初に、いったん自分の中に取り入れたものをクリアにしていくことは、なかなか難しいのだろうなという風に思っています。

**磯野**：ありがとうございます。どうでしょう、巖さん、何かございますか。

**巖**：ありがとうございます。私も思うのですが、コロナ自体が本当に何なのかが、みんなが分からなかった。医療者から出てくる説明もコメントされる方によって全然違って。何が正解なのか誰も確認ができない中で、ちょっとしたパニック状態にみんなが陥ってしまったんだと思うんですね。そのような状況下、自分の周りにいる人たちとの関係の中で、どんな価値観を持つかによって左右されるという感じがします。「コロナは絶対かかっちゃ駄目だ」という価値観の人たちの中では本当に怖いと思うし、一方で、「風邪みたいなもんだよ」と言う人も中にはいて、そんなもんかなって揺らいでしまう。だから本当に曖昧な中で、みんなが揺らいでいたのかなと感じます。その中で、エビデンスがあるといわれるメッセージを何とか基準として、スタンダードとしてみんなが一応、尊重するようになって、しかしその見解も変化していますね。一人一人が自分の判断でと言いつつ、周りに合わせなくちゃいけないというような雰囲気があり、そんな中で今の状況が続いてるのかなと感じます。

**磯野**：私が今の質問を投げた理由が、多分、皆さんがケアの現場からコロナを見ているのと、私は全く違う方向性から第一印象としてコロナを見ているからなんです。それは私にとっては、コロナが猛威をふるっている状況下で目に焼き付いているのが、2020年の4月にハローワーク

の外まで並んでしまってる人の列なんです。私、ちょうど失業状態だったのね。それで私、ハローワークに行ってたんです。8時半に開所するんですけど、もう外まで列、並んじゃってるんですよ。ソーシャルディスタンス取れって言うので、建物の中の椅子が減らされてるんです。だから結局、みんな立って待つんです。ハローワークって待ち時間、長いんですよ。そのときに何が言われていたかっていうと、とにかく不要不急なんです。医療従事者とか福祉の仕事っていうのはエッセンシャルです。それ以外は不要不急だっていうわけですよ。その中で、あそこまでの失業者が、もしかしたら違うのかもしれないんですが、朝、外まで列が並んでいて、ハローワークの施設の方が、こっちで並んでくださいとか言ってるんですよ。コロナがこれだけ恐ろしい病気だから家の中にいてくださいって言っている人たちは、ハローワークには一番最後まで並ばない人だろうなっていうのは正直、思ったんです。

感染対策の分科会の方も、先ほどの岡野さんのお話とダブるんですけど、恐らく一番、失職する可能性の少ない、もう死ぬまでお金のことは困らないだろうっていう人が多分、分科会にいると思うんです。そういう方たちが発せられる言葉の中に、こうやって不要不急です、危ないです。じゃあ、補償を出せばいいでしょうっていうのがものすごく安易に感じられるんです。また、よく医療従事者の人たちからは、俺たちのこと分かるの？どれだけ現場、大変なのか分かるかっていう発信がすごくされていて、それは一人称として重要な視点だと思うのですが、でもそれなら、あなたハローワークに並んで失業番号をもらう人の気持ち分かりますかって私、思ったんですよ。だけど、そこでは、それは大事なことでないですよってというような。一人称の視点はそれぞれ全然違うのに、ある一人称の視点を持った人だけが対策を考えて、こうしようって発信していることの恐ろしさを感じるんです。だけど、それはエビデンスがありますっていう形で、表向き、エビデンスに基

づいたことになってしまっているんです。でも私の一人称の視点からは、結構、感染対策をしている人の一人称の世界がすごく反映されている政策に見えたところが、ちょっとありました。

ここで内容を変えて、山本さんからご質問をいただいているのですが、服部さん、お願いしてもよろしいですか。コロナ禍の実践で以前と異なることのひとつが、感染するかもしれないし、感染させるかもしれないという、双方が当事者であるということ。このことはソーシャルワークシーンに何らかの変化をもたらしましたでしょうかというご質問なのですが、服部さん、いかがでしょうか。

**服部：**ありがとうございます。とても難しい質問ですが、今までお話しいただいたように、自分がそれなりのコロナに対する知見も何もないし、科学的根拠もどれがどうなのかが分からない中で、あえて思考停止をしようと自分で一生懸命、努めていました。というのは、コロナの前までは、例えば1人暮らしとか、孤立しがちな方やご高齢の方や子育て中の方など、そういう人に対して日本の国はお互いに支え合っていきましょう、声を掛けましょうという共生社会を目指してきて、私も同調して、すごくいいことだと思ってやってきました。ところが、今までやってきたことがやっちゃいけないんだっていう真逆のことを求められたときに、私の思考回路を停止しないと、今までのやってきたものでは通用しない。そしたら、見て見ぬふりっていうこれまでにない姿勢にて過ごさなければいけなかったの、すごくつらい思いをしていました。でも、やっぱり気になるのですね。会うことは厳しいのであれば、どうやってその人たち、今ちょっと混乱しているとか、ちょっと苦悩している人に対して、一緒に考えたり、背中を押すことができるのかなって考えたのが、本当に非対面ではあったんですが、お電話であったり、往復はがきであったりして、そこからまた電話でやったり、書面でやったりと、そんなことの続きの中で、もうこういう仕事はできな

いのだと思ったのですが、すごく自分の中で反省しまして、やっぱり人は人によって支えていかなければいけないのだから改めて思いました。

**磯野：**服部さんが今お話ししてくださったように、服部さんは会えなくても他のやり方でいけるんじゃないかっていうお話を最後されていて、これって私は二面性のある話だなと思ったのです。とにかくもう会わなくていいのだったら、いっそのこと全部オンラインにすればいいのですよね。もう全てをオンラインにしたら、コロナどころか、ありとあらゆる感染症の危険から全部シャットアウトできますよね。ある意味、社会はそういう方向に行ったと思うんです。オンラインでできることをもっとポジティブに考えて、別に会う必要ないんだからって。だけど、そこで面白かったのは、エビデンスで申し訳ありませんって言う乙坂さんが、イヌに癒やされるんですよみたいなことをおっしゃったのがすごく面白かったんです。岡野さんの話ともかぶるんですけど、体って煩わしいですよ。だって、会えば何らかの危険があるし、ケアしようと思ったら、手を差し伸べるってところからケアって始まるじゃないですか。ところが、それが危ないって言われたら、もう会わないほうがいいですよ。そうすると、ちょっと服部さんに伺いたいのですが、もう思いっきりポジティブに捉えて、もう会わなくてもつながれるよ、みたいな感じですか。

**服部：**多分、元気な人には、そういう人もいらっしやると思いますが、岡野先生がちょっとおっしゃってたんですが、私の経験では、認知症高齢者の方がオンラインで娘と会ったって娘とは思っていません。

**磯野：**岡野さんもおっしゃってましたね。

**服部：**オンラインにて画面に映っている娘が、画面から手を振りながら「お母さん」と呼びか

けても、「何？あの人って」テレビに映っている誰かなんですよね。勿論、一般的にはオンラインがこれからどんどんいろんな形で進んでいくことは、私はいいと思っています。

**磯野**：避けられない部分はあるでしょうね。

**服部**：人は弱っているときや困っているときに、肉声であったり、人の気配であったり、息遣いであったり、それらを何かで感じなければ、人は前に進めないなっていうことをすごく実体験の中から思いますね。コロナ禍のときに外国の事例だったと思いますが、入所している人と病院の方がクレーン車みたいなを使って、非対面でお母さんって言うてもわからないから、クレーン車で面会者を外から上げて、ベランダで触れあったということがテレビで観ましたが、私は、やっぱりそのお母さんっていうその声を生で聞くから、認知症の方は、「ああ、娘だわ」って思うのであって、いくらお母さんって画面から言われても、みんなきよんとしておりましたことを見ると、双方にとって良い支援の形とは思っていません。医療、福祉の人たちも、日々の業務に追われているために、あまり考える余裕もなく、政府がこうやれって言うから一斉に同じようなオンライン形式をするようになったところが多く、先程磯野先生がおっしゃったような、ああいう施設も中にはあります。でも、私たちは、もう少し考えなくてはいけなかったのかなって思っています。感染症も、もちろん、大事だけれども、高齢者など人の命が限られている場合には、どちらが大切であってっていうこととか、いろいろ考えていくと、もっと議論をしなくちゃいけなかったのではないかなと思っ

**磯野**：巖さんにも伺いたいのですが、巖さんも結構、マスクをしている状況で、いかにどれだけ読み取るかっていうのを、横から見てちょっとずれているとか、汚れがとか、意識して観察しているとおっしゃってましたが、どうですか。

やっぱりマスクがないほうが分かる、あるいはマスクで結構いっちゃいますっていうような感じですか。

**巖**：人の表情を、目とか口とか切り離してパーツで見えていない、全部そろって一つの表情として認識しているので、マスクが無いに越したことはないと思うんですね。ただ、ソーシャルワーカーとしては、何々しているから仕方がないとか、できないっていうことは言えないので、マスクが顔に張り付いてるのなら、そのマスクも含めて、その人をどう見るか、どう感じるか、その辺りの工夫をすることなどで、バージョンアップをしていくのかなという感じはしています。

**磯野**：これは非常に答えにくい質問になってしまふのかなと思うのですが、皆さんに伺ってみたいと思います。さっき乙坂さんも、感染予防をすぐに解除にはいけないから、徐々にずらしていくとおっしゃってたじゃないですか。ただ先ほど一番初めに岡野さんがお母さまのことを話してくださったように、徐々に、と言ってる間に一つの命がなくなってしまうということです。ある意味、一つの命の終わりって反復はないんですよね。統計的に見たら、それは一つの1なのでしょうけれども、一対一の関係性においては、その人、1回しかないのです。だから自分の親との別れて1回しかないという状況で、それを今、徐々に、の段階だからっていうのは、マスの視点では正しいことだと思うのです。一気にいけないから。だけど、その徐々に、をゆっくりやっている間に、一回性の命との別れが、会うこともなく終わってしまう状況が、この3年間、ずっと起こってると思うのです。そのことについて皆さん、どう思うのかなっていうのを伺ってみたいのですが、いかがでしょう。

**乙坂**：まさしくそこは現場でずっとこの3年間、当たってきたことで、現場でそれを、打破して

いるのは、現場で患者さんを見ていたり、家族と接していたりする病棟の看護師です。また、退院支援の看護師とかソーシャルワーカーが、この人はここでちゃんと会って話をし、これからのことを決めないといけないとか、この場面は電話での説明ではなくて、対面で、先生の話と一緒に聞かないといけない時には、その場面を設定する。時間がなければ、おうちに帰りたいとかいう方の希望をかなえるためにそこを調整して、カンファレンスをして、奔走することを今現場でやっています。待てない状況とか必要な状況はあって、会わないと家族も本人も今後のことが決められない、直接、話をし、直接見て、どのくらいできるのか、これだったらうちに帰れるのかっていうことをやるっていうことは、今やっています。陽性患者の病棟でも、うちはまだそこまでできてないですけど、離床や歩行訓練をやるとか、いろいろなことをやってるっていうところもあります。総論では面会制限だけれども、この人に関してはこういうことが必要だからっていう交渉するのも私たち現場の人間が、主治医と病棟看護師などと相談して、場面設定をするということはずっとしています。

**磯野**：今、重要なお話をしてくださったと思うのですが、逆に岡野さんはどうでしたか。そういう場面設定みたいなのは、お母さまとの場面では、何かあったなっていう感じはありましたか。

**岡野**：残念ながらうちは全くなかったですね、本当に。ただ、おっしゃるように2021年に亡くなって、2021年の2月以降なんですけど、全然、会えなかったのは。とはいえ、恐らく現場ではいろいろ母に個別に対応されていたはずなんです。私に連絡、来なただけでしょう。ただ、それが私には伝わっていない。それが一番つらかったですね。どんなケアを母が受けているかわからないことが。現場の看護師の方とか、介護施設の方に聞くにも、忙しいのは分かって

いるので、対応を求めることもしませんでした、遠慮しますよね。忙しいと分かってる現場に、さらに情報まで求めるとなると。逆に現場のことは想像するしかないんです。介護の現場で本当に大変な人たちの話も実際にはいろんな場面で聞いていましたから。3人の方に、せっかくなので、お伺いしたいのが、介護の現場では、上野千鶴子さんがおっしゃってたんですが、現場はもう絶壁で奮闘していると。

ところが、いろんな政府や自治体の施策という面で、この間、全く対応していないと感ずることがありましたか。そこが聞きたいんですが、施策でもう少しみなさんを手厚く支援したりできることがあったり、公助で何かもっとできることがあったんじゃないかと思っているのです。それはちょうど菅政権になったときに、このコロナ禍にも拘わらず元首相は、最初に自助って言ったんですよね。驚いて目玉、飛び出しそうになったんですが、それほど私にはすごく衝撃で、つまり自助が大事と。そして、介護の現場で本当に奮闘されている人たちを私も聞いてはいたので。そうすると、実際には公助の部分でもっと良く対応できたし、この2020年以降の経験の中で、ちょっと風通しが良くなったとか、手厚く公助が付くようになったとか、現場の声が行政のほうに通じるようになったみたいな経験があったのか、なかったのかというのが本当に知りたいんです。お話、聞いてると、ソーシャルワーカーの方がマスクから表情まで読み取るみたいな、マジシャンみたいな奮闘をしていたんですよね。文字通り超能力を発揮してるような感じがするんですけども、ソーシャルワーカーの人たちを実際に支える公助の部分で、何か少しは改善されたのかということが、私としては一番、聞きたいところです。皆さん、それぞれの現場ですごくいろんな改善とか努力をされているのを、支えるものがあつたかどうかということを、是非ともお伺いしたいです。

**磯野**：岡野さんから、まさに制度と医療、福祉現場のお話をしてくださいましたが、いかがで



すか。巖さん、服部さん。制度の場面で何か変わったとか、声、届いたみたいなことはありますか。

**巖**：ごめんなさい。なかなか具体的には思い当たらず。それぞれの現場で、先ほど乙坂さんもおっしゃいましたが、現場でそのときにできる最大限を、個別的に奮闘しているっていうので精いっぱいな感じで、何か制度で私たちの声がちゃんと届いたか、逆に言うと、私たちも声をちゃんと届けたのだろうかというところは、本当に反省するべきところかなと思います。すみません。お答えになってないと思いますけど。

**磯野**：服部さん、乙坂さん、何かございますか。

**服部**：多分、医療、福祉の方は、目の前の業務が多くあり、目の前のことに追われながら、いろんなことを考えて発信していかなくちゃいけなかったと思うのですが、その発信力は非常に弱かったのかなと思っています。私事ですごく恥ずかしいのですが、大昔、施設を立ち上げたときに疥癬という感染症を経験しています。勿論コロナとは違いますが、当時は、予防する薬もなかったのも、全職員、利用者、施設にかかわった方全部が蔓延してしまいました。今だったら、マスクで騒がれたぐらいの経験を、私は30年ぐらい前に経験してきました。その施設には、常日頃からたくさんボランティアさんが入っておりました。そんなときに、あるボランティアさんがこう言ってくれました。職員だってうちから通っているのでしょ？って。それで感染対策をしているのでしょ？って。ずっと今までもボランティアさんが入ってくださって居ましたが、私は施設の責任者でしたので、「こんな状況なので、ボランティアさんをお断りします」と一時停止しました。そしたら、そのボランティアさんが、あなたたちはおうちから通って、家族もいるでしょって。だから私たちもすぐ近くだし、施設に来て、またおうちへ行ったら家族がいるのよって。同じじゃない？って。

だからどんな感染対策をしてるの？って。それを教えてちょうだいって言われて、それで私たち職員はこんなふうにはしていますと、話したら、じゃあ、私たちもやりますよって言って、寝具の交換、本当にかいせんっていうのはしょっちゅう毎日、寝具を替えなくちゃいけないから、本当に大変な重労働なんですけど、そして、お風呂、入れなくちゃいけない。そしたら、私たちのできることは、専門的なことはできないけど、やらせてくださいって言って、本当に助けていただいたことがあったんですね。

そういうふうなことを考えていくと、このコロナ禍っていうのは恐怖と不安をかなりあおってしまった。だけど、実際はそういうコロナ禍の中でも、医療職もちゃんと仕事をして、おうちへ帰っていったりするわけだから、このぐらいのこと、覚悟はちょっと必要なのかもしれない、もしかすると、感染させられたとか何とかってそういうことを言う人もいるだろうし、自分が感染源になるかもしれないって。でもそれで今まで思考をみんな停止するようにしてたんじゃないかなって。もっとできること、医療、福祉の人、忙しかったけれども、発信していく必要もあったろうし、私が不覚にもコロナ陽性になって、本当に皆さんに迷惑を掛けて、1カ月ぐらいは寝たきりのような状況だったんですが、そのときに思いました。1日に3回、もしくは5回ぐらい、いろんな保健所とか、自宅療養何とかセンターとか、病院の先生とか、いろんなところから電話かかってきて、本当に見ず知らない人に親切に良くしていただきました。

**磯野**：ちょっとまとめてもらってもいいですか。ごめんなさい。時間が足りないので、すみません。

**服部**：はい。でするので、もっといろんなことが、できることが多分あったのだろうなって思っております。ちょっと思考停止、皆さん、するように仕向けられてしまったのかなって言うところがあります。ごめんなさい。長くなりました。

**磯野**：もう一つ、違う質問が来ているので、それを乙坂さんをお願いしたいと思うのですが、ちょっと難しい質問なんです。個別性が問われるケアと、社会の同調圧力との関連についてどう思われますか。確かにケアというのは個別性が求められますけど、同調圧力というのはみんながやってるからっていうことですよ。それとの関連についてどう思われますか？結構、ハードな質問ですけれども、いかがでしょう。

**乙坂**：難しいなと思うんですけど、自分たちができるところは、個別的な対応をどのようにするかっていうことなので、私であれば病院という現場で、どのように個別の人たちの相手に合わせた対応をするかということだと思います。社会の同調圧力は、私たちが医療という現場であっても、どれだけ許容できるか、が試されるのかなと思っています。

認知症のお話だとか、精神の方のお話もありましたけれども、私たちが相手の方が、マスクができない状況や、私たちのマスクを取られてしまうことも想定した上で感染対策をします。

病院という場だと、どうしてもお願いベースですけれど、どれだけそこを相手に合わせて許容できるか。相手の協力が難しければ、私たちがいかに安全にその方を、あるいは私たちを感染から守っていくかっていうことが重要なのかなというふうに思います。

**磯野**：今の乙坂さんはまさに模範解答というような回答をしてくださったと思うのです。実は乙坂さんとは別の病院の看護師さんのお話を伺ったことがあったのです。その方は模範解答ではなく捉えて、それは何かって言うと、病院が決めているルールがおかしいと思ったらしいのです。ここから入っちゃいけないというルールを病院内で決めていて、誰もそのおかしさに何も言えない。その看護師さん、何をしたかという、そのルールをこっそり破って入れちゃったって言ってました。別にルールを破るのがいいってわけじゃないんですけど、時にはルール

を踏み越えることもあるのかなと聞いていて思ったときがありましたね。

ではそろそろ時間になってきたので、締めに入ろうと思うのですが、一つ私に質問が来ます。まとめると、国がこういうふうにしてくださいねっていう対策よりも、自分が働いてる施設がさらに上の感染対策を取っていることがある。これ結構あると思うんですよ。日本って、上を行くってところがあると思うんですけど、磯野が言っていた、危険として棚上げしている状態が現在だとしたら、これを戻していくのにはどうしたらよいのでしょうか、というご質問です。これは回答としては簡単で、異例になっちゃえばいいんですよ。もう、うちは異例でいきますっていうふうに踏み越えれば一番いい。鹿児島にある「いろ葉」の施設ってまさにそうなんです。あそこは実は、いろんな面白いことやってるんですよ。そこは不登校の子が来たりとか、いろいろやってるのですが、ちょっと地域の中で違うことをやってるので、なにか起こると、「いろ葉」でコロナ出たんじゃないかみたいなことを言われていたらしいんです。異例だから、変なことが起こるのはあそこで起こるって言われちゃう。でも、その施設は気にしていないんですよ。日本では、自分じゃないところでは同調圧力はいけないよねとか、みんなそうなっちゃうからさとか言いながら、みんな異例になりたくないんですよ。だから、みんな周りと合わせて、一段上を歩いていくんですよ。この質問者の佐藤さん、私の授業、取ってくださっていたので言いますと、異例になっちゃえばいいのです。一回なってみると、意外と平気ってことに気付くんじゃないか。もうこの段階では、感染対策をやり過ぎな部分があるのかなって思うのです。異例になれるかどうかというところに今かかっているように思います。

では、そろそろお時間になりましたので、終わりにしたいと思います。岡野さんも4人目のパネリストとして。こんなこと普通ないんですけど。ありがとうございました。最後は巖さん

に、今日のシンポジウムの総括のコメントをいただいで、マイクを高山さんにお返ししたいと思います。これ、シンポジウムの締めコメントですから、皆さん、よく聞いてくださいね。よろしくお願いします。

**巖**：すみません。急に振られたので、驚いています。締めはできませんけれど、先生が最後に、異例をつくるというふうにおっしゃったんですけど、私たち、「良い前例」をつくろうということを現場ではよく言っているんですね。それとすごく近いことなのかなと思います。私たちは実践の場にいると、本当に個別のケースでたくさんの体験をするので、そこから「良い異例」とか、「良い前例」をつくって、それを積み上げていくっていうこと。そして、それを岡野先生もおっしゃいましたけれども、声明を出

すというか、社会に訴えていくというふうにボトムアップしていかないといけないんだということをお話の皆さんの話を聞いて本当にそのように思いました。ありがとうございました。

**磯野**：完璧な締めのコメントをありがとうございます。

あともう一つ、ご意見いただいているのですが、少し長めのコメントで時間超過してしまいそうなので、私たちのほうで確実に共有させていただきますね。コメント、最後にくださった方、ありがとうございます。

それでは、これでシンポジウムのほうは終わりにさせていただきます。シンポジストの巖さん、乙坂さん、服部さん、そして岡野さん、本当にありがとうございました。長丁場でしたが、これで終わりにさせていただきます。



[論文]

建設アスベスト問題における  
労働組合の被害者支援の現状と課題  
—労働組合に対するインタビュー調査を通して—

福 神 大 樹\*  
大 松 重 宏\*\*

本稿の目的は建設産業におけるアスベスト問題に対して、被害者支援を行っている労働組合の取り組みの現状と課題を明らかにすることである。

調査方法は建設産業に従事している「一人親方」である個人事業主が加入する労働組合の職員を対象にフォーカスグループインタビュー調査を行い、その内容を定性的コーディングで分析した。

その結果、労働組合は組合員に対するアスベストの危険性に関する啓発活動やアスベスト関連疾患の早期発見に努めていた。しかし被害者の生活課題に対する相談支援、医師との連携が不十分であることが明らかになり、ソーシャルワーカーが担うべき役割が示唆されるものであった。

今後は組合員が置かれている複雑な状況や時間の経過からの変化を明らかにするために、組合員に対する調査研究を行い、本稿の検証を重ねていく必要がある。

Key words : アスベスト問題, 生活課題, 被害者支援, 地域連携, 定性データ分析

I. 緒言

日本では累計32,000名以上のアスベストの健康被害者（以下、被害者）が労働者災害補償保険法（以下、労災保険制度）・石綿健康被害救済制度（以下、救済制度）の認定を受けている（厚生労働省 2021；環境再生保全機構 2022）。被害者の半数が建設業従事歴をもつ労働者（以下、建設労働者）である。今後も建設労働者の被害者は増加することが推測されている（衆議院 2021）。

戦前期日本の建造物は、主に木造建材が使用されており、戦中における空襲や都市大火が戦後復興・都市開発で都市不燃化政策を推し進めた経緯がある（伊藤ら 2011）。アスベストは耐火材として1970～90年にかけて大量輸入されたが建設労働者の被害者が増加している理由と考えられる。

本来、職業ばく露が原因でアスベスト関連疾患を発症した場合、被害者は労災保険制度が適用される。しかし建設労働者は個人事業主である一人親方（個人請負就労者）が多く、労災保

\* Taiki Fukujin : 兵庫医科大学病院

\*\* Shigehiro Oomatsu : 高知県立大学

険制度の適用が認められず、生活困窮に陥っても利用できる保護政策がない（柴田 2019）。建設労働者の就労は様々な課題があり、困難性に関する研究では高齢化（蟹澤 2009）、不安定就労（柴田 2017a）、長時間就業（柴田 2016）、アスベスト被害（澤田 2014）等があるが、被害者支援の体制に関する調査研究はほとんど見られず、ソーシャルワーカー（以下、SWer）の関わりも少ない（高山 2010）。

そこで本研究では建設産業におけるアスベスト問題でSWerの役割を模索するための基礎的調査として、被害者支援を行っている労働組合<sup>1)</sup>の職員にインタビュー調査を行い、労働組合の取り組みの現状と課題を明らかにすることとした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象の選定と特徴

調査日は2018年2月2日（金）、場所は労働組合の面談室で行い、インタビュー時間60分であった。調査対象者は労働組合の職員5名、基本情報を表1に示した。アスベストに関する相談・事務作業は事務員、事務局統括は書記長、建設アスベスト訴訟の支援、労働組合の活動方針に関する運営は執行委員長、本部長（副委員長）が担当している。

調査協力の依頼を行った労働組合は複数の市町村に支部がある地区最大規模の組織で約8000

名の一人親方が加入している。労働組合が加入している全国建設労働組合総連合（全建総連）ではアスベストの危険性についての啓発ポスター・冊子の作成、アスベスト検診の実施、レセプトチェック、建設アスベスト訴訟の支援等を通して組合員の生活や仕事、権利を守る取り組みを行っている（環境省 2010）。

### 2. 調査・分析方法

調査方法はフォーカスグループインタビューを半構造化面接で行い、①労働組合の取り組み、②組合員のアスベストの取り扱いの実態、置かれている状況、③医療機関・医師・国に関する思い等を聴取した。分析では定性的（質的）コーディングを行い、録音した音声データから逐語録を作成して、建設産業における労働組合の取り組みからアスベスト問題の構造と労働組合の役割を見出せる語りに焦点を当てた。逐語録を繰り返し読み、記述に関する「コード」を抽出し、エクセルシートを用いて整理した。一般化を図るため、先行研究との比較検討を行い、「コード」の意味内容の類似性と相違性を検討し、類似する「コード」を複数集めて抽象度を上げ、「カテゴリー」にし、作業は常に繰り返した。

### 3. 倫理的配慮

倫理的配慮として兵庫医科大学研究倫理委員会の規定に準拠して、調査への回答を断ること

表1 調査対象者

番号	性別	年齢	経験年数	役職名	担当業務
1	男	60	20年以上	執行委員長	運営
2	男	60	20年以上	本部長 (副委員長)	運営
3	男	50	10年～15年	書記長	事務統括
4	男	40	10年～15年	—	相談／事務
5	男	30	5年～10年	—	相談／事務

が可能であり、回答を断ったことによって不利益を被らないことを対象者に提示し、自由意思で回答してもらうように依頼した。また収集したデータは本研究の目的以外に用いられることがないことを保証した。

### Ⅲ. 研究結果

労働組合から収集したインタビューを分析した結果、データ204件、コード20件、カテゴリー

7件に分類された。表2は分析した結果を示した。カテゴリーは《 》、コードは【 】、逐語データの中での会話は『 』の記号を用いて記述した。

アスベスト問題における労働組合及び取り巻く環境の現状は《機会を作る》《手一杯である》《連携ができていない》《不安定就労である》《窮地に立たされている》《焦りが生じない》《積極的ではない》の7つのカテゴリーから構成されている。

表2 アスベスト問題における労働組合及び取り巻く環境の現状に関する「データ、コード、カテゴリーの一覧表」

カテゴリー	コード	データの一部
機会を作る	危険性を知る	▼もうちょっとうちもアピール度が以前と比べて少なくなったかもしれないですね。チラシとかいれているとか、このようにアスベストのパンフレットを含めてなんですけど。▼ある程度（地区で）温度差はありますが（中略）、その加入者で検診を受けた人は胸部レントゲンを全部専門医を見てもらうことはシステムできておるんですよ。▼今、建設アスベスト訴訟で隙間無い救済、アスベストの救済を求めているところなんですけどね。
	早期発見に至る	
	被害者救済に繋がる	
手一杯である	関わりが少ない	▼ただ、ここ5年はアスベストの被害者さんと関わるということがないのが実情です。組合がアスベストの被害者さんと関わるとしたら組合の年金の受け取りの際の診断書で肺がんを書かれているときにアスベストではないのかと聞く程度になります。▼ただ生活のサポートが、これがそのアドバイスをしなくて生活のサポートっていうところまではうちはまだ出来ていませんが、▼こちらも一人親方の特別加入もどんどん増えてはいくんです、組織数自体は減っていても。
	負担感が増えている	
連携ができていない	医師と出会わない	▼なかなか町のお医者さんで診れる人っていないですもんね。ただ病院の医師がアスベストのことをあまり詳しく知らないことが多いと思います。▼労災になると意見書とか膨大な量をかかないといけないんで。その辺で「厄介ごとに関わらんほうがいいよ」って（他の人から言われたみたいで）。
	協力が得にくい	
不安定就労である	補償がない	▼一人親方っていう便利な言葉に括れちゃっているのが本当は一箇所でやっている外注さんっていうのは「みなし労働者」っていう、完全な労働者ではないけど労働者っていう働き方という形なんで本当は切り分けないといけないんですけど、それが一人親方っていう一括りで縛られちゃっているのがそれが気の毒。▼ただ建築業界っていうのは転々としているから雇用保険もないし、どこの現場に動いていたっていう情報もないし、それがあから労災もなかなか救済できないってことがあります。
	立場が弱い	
	生活困窮に繋がる	
窮地に立たされている	アスベストばく露が多かった	▼（震災の時期は）むちゃくちゃ忙しかったです。全国からこの地域に集まってくるし、結局会社が地震で壊れて働く先がない人が手伝ったりしていました。▼一時クボタの発症があったでしょう。その前から組合はやっていたんですけど、そこらへんの時期が一番あれですね、その相談っていうか、組合さん自身に関心が高まっているっていうかね。▼もちろんアスベストを含んでいるやつを使っていたわ、皆さんね。ほとんどですわ。100%なんで。▼（日頃の検診の）受診率はあまりよくないし、例えばまた再検査で来てくださいねってなっても、また来ん（行かない）とあかんし。
	不安になる	
	懸念が続かない	
焦りが生じない	当事者意識が薄い	▼今でも割と意識は低いとちゃうかな。現場で働いている人たちはね。（中略）でもほんまに体を心配している人は関係ないですからね。やっぱり意識付けやね。▼多分ゼネコンとか行っている会社でできなあかんなら、健康診断受けたよ、その結果を出せと言われてしゅしゅ行っている人もいてるやろね。
	アスベストばく露に気付かない	
積極的ではない	輸入量を増した	▼今までがあまりに身近にというか、ありとあらゆるところにあったから特にそういう危険視は当時はね、してなかった。▼一般の市民もそうですけど。自動車の部品もそうやし、もちろん建築基準法の中にキッチンの中にアスベストを耐火素材として組み入れとかないといけないですよってあったじゃないですか。▼吹きつけしている人はちゃんとマスクしているけど、それは知っているからね。▼（危険とは）そこまでは国は言っていない、当時は。今となつては『それは危ないですよ』って。▼救済新法だったら（医療費の）実費の3割負担はやって（救済して）くれるけど、結局休業補償は10万ちょっとしか。そこで絶対に生活はできないから。
	使用を推奨していた	
	取扱規制が遅れた	
	周知が十分でない	
	被害者救済が十分でない	

注：「データの一部」の出典はインタビューの逐語記録である。▼は逐語記録の1データを示している。

## 1. 労働組合の取り組みにおける効果

### ①機会を作る

労働組合の取り組みは組合員がアスベスト問題を認識する機会になっている。このカテゴリは3つのコード（【危険性を知る】【早期発見に至る】【被害者救済に繋がる】）から生成され、《手一杯である》《連携ができていない》のカテゴリと相互関係が生じている。

#### (1)危険性を知る

労働組合の取り組みは【危険性を知る】状況である。世間でアスベストの危険性が注目される以前より、労働組合ではアスベスト問題に対する取り組みを行っている。被害者の半数は建設労働者であり、労働組合の取り組みは組合員にとってアスベストの危険性を知ること繋がっている。

#### (2)早期発見に至る

労働組合の取り組みは【早期発見に至る】状況である。近年ではアスベスト問題に対する世間の注目度は下がっている。アスベスト関連疾患の早期発見のため、組合員に対するアスベスト検診の体制を整えている。

#### (3)被害者救済に繋がる

労働組合の取り組みは【被害者救済に繋がる】状況である。被害者は病状悪化に伴う離職で生活困窮に繋がりがやすい。労働組合は組合員が行う建設アスベスト訴訟・労災保険制度の申請に対する協力を行っている。

### ②手一杯である

労働組合の取り組みは手一杯になっている。このカテゴリは2つのコード（【関わりが少ない】【負担感が増えている】）から生成され、《機会を作る》のカテゴリと相互関係が生じている。

#### (1)関わりが少ない

労働組合の取り組みは【関わりが少ない】状

況である。労働組合が被害者である組合員と接する機会は生命保険等の診断書を提出する時に限られている。被害者は離職に伴い、労働組合を脱退するため、労働組合は被害者に対する相談支援を行う機会が少ない。

#### (2)負担感が増えている

労働組合の取り組みは【負担感が増えている】状況である。近年では若年の組合員が増加しており、労働組合は組合員に対する検診や啓発等の保障や権利を守る業務量や責任が増えている。

#### ③連携ができていない

労働組合の取り組みは医師と連携ができていない。このカテゴリは2つのコード（【医師と出会わない】【協力が得にくい】）から生成され、《機会になる》のカテゴリと相互関係が生じている。

#### (1)医師と出会わない

労働組合の取り組みは【医師と出会わない】状況である。アスベスト関連疾患は希少性が高い疾病で診療経験のある医師が少ない。【協力が得にくい】状況から労働組合は医師との連携強化に向けた取り組みが不十分である。

#### (2)協力が得にくい

労働組合の取り組みは【協力が得にくい】状況である。アスベスト関連疾患の診断は難しい。【医師と出会わない】状況から労災保険制度の申請や診断書の作成にも難航する結果になる。

## 2. 一人親方である組合員が置かれている状況

### ①不安定就労である

組合員はアスベスト問題において不安定就労になっている。このカテゴリは3つのコード（【補償がない】【立場が弱い】【生活困窮に繋がる】）から生成され、《窮地に立たされている》のカテゴリに波及効果が生じている。



(1)補償がない

組合員は【補償がない】状況である。建設産業は“弁当と怪我は手前持ち”という風習があり、怪我や疾病の原因が業務上でも労災保険制度は使いにくい。国としても新たな制度設計に積極的ではなく、既存の労災保険制度・救済制度の使用を推奨している。【立場が弱い】状況から組合員は個人事業主か否かの判断、労災保険制度の申請が難しい。

(2)立場が弱い

組合員は【立場が弱い】状況である。組合員は使用者との雇用関係が不透明になりやすい。偽装請負<sup>2)</sup>でも仕事の発注・受給関係がある使用者との関係悪化の懸念から表面化しづらい。【補償がない】状況から組合員は怪我や疾病（アスベスト関連疾患）を発症しても労働者保護政策は受けられず、福利厚生は守られにくい。

(3)生活困窮に繋がる

組合員は【生活困窮に繋がる】状況である。病状悪化に伴い、組合員は離職をしないといけないこともある。【補償がない】【立場が弱い】状況から就労できない場合は生活維持が難しくなる。

②窮地に立たされている

組合員はアスベスト問題において窮地に立たされている。このカテゴリーは3つのコード（【アスベストばく露が多かった】【不安になる】【懸念が続かない】）から生成され、《不安定就労である》のカテゴリーからの波及効果、《アスベスト問題における国の責任》のカテゴリーからの因果関係が生じている。

(1)アスベストばく露が多かった

組合員は【アスベストばく露が多かった】状況である。日常業務以外にも震災時の解体・瓦礫撤去等で建設労働者は全国各地から集まっていた。不安定就労である組合員は雇用契約が生じていなくても口約束等でアスベストばく露に

関連する作業に従事している。

(2)不安になる

組合員は【不安になる】状況である。2006年に起きたクボタショック<sup>3)</sup>では組合員の相談が急増した。【アスベストばく露が多かった】状況から、アスベストに関連する出来事がある際には、不安定就労である組合員はアスベスト関連疾患の発症、生活困窮の不安に繋がる。

(3)懸念が続かない

組合員は【懸念が続かない】状況である。例年の検診希望者は少ない。【アスベストばく露が多かった】状況から、不安定就労である組合員は発症の時期・有無が分からないアスベスト関連疾患に対する検診で1日を使うよりも報酬・収入を優先して仕事を行う。

③焦りが生じない

組合員はアスベスト問題においてアスベストばく露に用心が足りていない。このカテゴリーは2つのコード（【当事者意識が薄い】【アスベストばく露に気付かない】）から生成され、《アスベスト問題における国の責任》のカテゴリーからの因果関係が生じている。

(1)当事者意識が薄い

組合員は【当事者意識が薄い】状況である。過去の建造物には未だアスベスト建材は使用されているが、国はアスベストの危険性の周知を怠っていたことで組合員のアスベストの危機感は少なく、アスベスト問題に対する当事者意識が薄い。

(2)アスベストばく露に気付かない

組合員は【アスベストばく露に気付かない】状況である。アスベスト建材の解体時にはアスベストばく露の危険性がある。【当事者意識が薄い】状況から、組合員はアスベストばく露を意識することが少なく、気付かないこともある。

### 3. アスベスト問題における国の責任

#### ①積極的ではない

国はアスベスト問題において積極的ではない。このカテゴリーは5つのコード（【輸入量を増した】【使用を推奨していた】【取扱規制が遅れた】【周知が十分でない】【被害者救済が十分でない】）から生成され、《不安定就労である》《窮地に立たされている》《焦りが生じない》のカテゴリーに因果関係が生じている。

#### (1)使用を推奨していた

国は【使用を推奨していた】状況である。建築基準法で防火素材としてアスベストを指定していたが、組合員に対する危険性の周知は不十分であった。【輸入量を増した】【取扱規制が遅れた】状況も組合員のアスベストばく露の機会が増えた要因になっている。

#### (2)輸入量を増した

国は【輸入量を増した】状況である。国は高度経済成長期にかけて都市開発を行い、アスベスト建材の使用が増えた。【使用を推奨していた】【取扱規制が遅れた】状況からアスベストの輸入量は増加し、アスベスト建材に使用されていたことで組合員のアスベストばく露の機会が増えた要因になっている。

#### (3)取扱規制が遅れた

国は【取扱規制が遅れた】状況である。アスベストの取扱規制を段階的に行った。国が【使用を推奨していた】【輸入量を増した】状況から、取扱規制開始から輸入・製造禁止までに時間が掛かり、組合員のアスベストばく露の機会が増えた要因になっている。

#### (4)周知が十分でない

国は【周知が十分でない】状況である。アスベストの危険性の周知を国が徹底しなかったため、組合員はアスベスト問題に対する当事者意識が低い。国が【輸入量を増した】【使用を推奨していた】【取扱規制が遅れた】状況から組

合員は危険性を知らずにアスベストばく露した者もあり、疾病を発症した組合員の中にはアスベスト関連疾患と気付いていない被害者も含まれている可能性がある。

#### (5)被害者救済が十分でない

国は【被害者救済が十分でない】状況である。組合員は個人事業主であり、労災保険制度の申請ができない。救済制度は補償制度ではないため、被害者は生活困窮に陥る可能性がある。国が【輸入量を増した】【使用を推奨していた】【取扱規制が遅れた】【周知が十分でない】状況は国の不作為として、補償制度を設けないことに対して労働組合は被害者救済として十分ではないと認識している。

以上の結果から、構造全体の図解を図1に示した。

国はアスベスト輸入の増加、使用の推奨しており、危険性の周知も十分には行っていなかったため、組合員はアスベストが禁止されるまで、危険性を知らずにアスベストが含まれる建材を日常的に使用していた。アスベストばく露に対する危機感も薄いままであることから、アスベスト問題に対する当事者意識も低く、現在ではアスベスト建材の解体作業でアスベストばく露に気付かず、検診希望者も少ない状況である。建設産業では労働者保護政策は少なく、組合員は不安定就労である。国も被害者救済に積極的ではないため、被害者は生活困窮に繋がりがやすい。

労働組合の取り組みでは被害者の生活課題に関する相談支援の対応は十分にはできていない。また、アスベスト関連疾患の診療ができる医師が少ないことから、労働組合はアスベスト問題に理解がある医師と出会う機会は少なく、連携は取りづらい。被害者の発見や労災保険制度の申請における医師の協力は得にくい状況である。

労働組合は組合員に対するアスベストの危険性に関する啓発活動や検診におけるアスベスト関連疾患の早期発見に努めているが、生活困窮

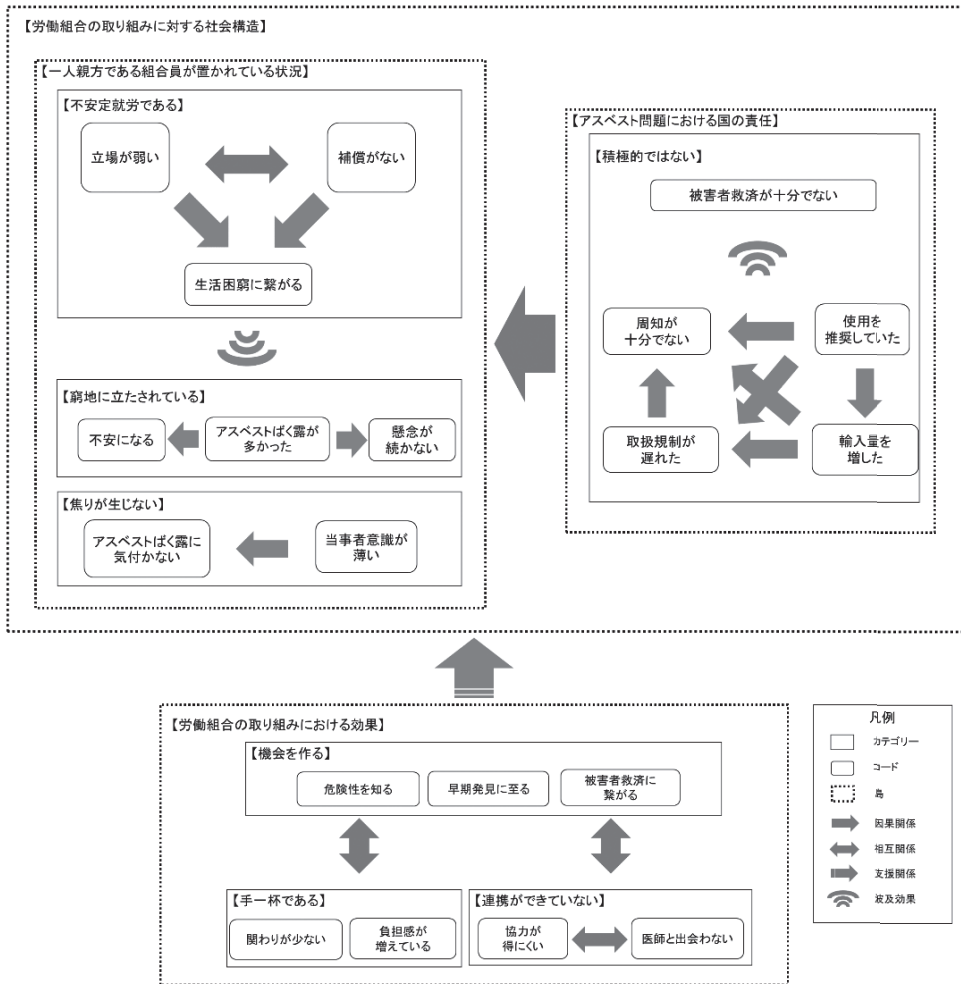


図1 アスベスト問題における労働組合及び取り巻く環境の現状

に陥った被害者に対する相談支援、医師との連携が行えていない状況が明らかになった。

#### IV. 考察

アスベスト問題における労働組合及び取り巻く環境の現状から下記の課題を考察した。

##### 1. 被害者の生活課題に対する労働組合の機能の限界

被害者は様々な生活課題に直面しやすい。①仕事の休職や廃業に伴う収入の減少、②労災保険制度・救済制度の申請に伴うアスベストばく

露の因果要因の詮索、申請時書類の準備・提出行為等の一連の申請手続きの手間の多さ、③正確な情報収集の手段の少なさ、④国や建材メーカーに対する信頼感・忠誠心の喪失、怒り・悲しみの発生等がある(長松ら 2010；藤本 2018)。

労働組合の機能は「組合員(労働者)の抱える問題を解決し、その地位を向上するために、組合員自らによりなされる集団的努力または活動」、対象を組合員、支援の目標地点は「集団の地位の向上」である(秋山 2019：528-529)。団体活動を主軸に労働条件や労働環境の向上といった組合員を対象にした支援になり、被害者の生活課題に対する相談支援は機能上の役割は

異なる。解決策として医療機関における SWer との協力体制を整備することで被害者の生活課題に対する相談支援に着手することになり、被害者支援の強化・拡大として有効と考える。

## 2. 労働組合と医師の協力体制構築における課題

労働組合はアスベスト関連疾患の治療における医師と協力体制ができていない。医師は組合員が発症した疾病に対して医学的判断だけではアスベストとの関連性を判断することは難しく（高山ら 2005；厚生労働省 2012；岸本ら；2019）、労災保険制度や救済制度の申請に繋がりにくいと考えられる。アスベストのばく露聴取において医師のマンパワー不足が指摘されており（長尾ら 2008）、医師個人の裁量に依存している現状の診療体制が医師のアスベスト関連疾患に対する注目度の低さ、労災保険制度・救済制度の申請を敬遠する要因になっていると考えられる。

2021年6月には「特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律(2021年6月9日成立)」が施行された。増加が推測される被害者を適切に支援するには労働組合と医師の連携が必須である。解決策として医師の負担軽減では石綿ばく露聴取、労災保険制度・救済制度の説明や申請に伴う支援、地域連携においても労働組合と医師の円滑な連携に SWer が活用できると考える。労働組合の取り組みに関しては医師との連携の構築に向けた新たな目標設定が求められる。

## V. 結語

本稿において組合員はアスベストによる健康被害の危機に曝されている状況のなか、労働組合の機能の限界から被害者の生活課題に対する相談支援、医師との連携が行なえていない状況が明らかになった。被害者の生活課題に対する相談支援・医師との連携は、今まで関わりが少なかった SWer の役割を明示することもできた。

なお、本稿の限界として本調査が労働組合を対象にしたものであり、組合員が置かれている複雑な状況や時間の経過からの変化を明らかにするために、組合員に対する調査研究を行い、本稿の検証を重ねていく必要がある。

## 謝辞

本論文を執筆するにあたり調査に協力して頂きました労働組合事務局の皆様には厚くお礼申し上げます。

## 注

- 1) 労働組合は労働者の地位の向上を目的とし、殆どが企業別労働組合（会社組合）である（金 1991）。土木建設事業においては業務上労災保険を被る危険に曝されている特殊性から、便宜保健上の使用者として労働者によって任意組合を組織できる。本研究の対象は後者となる。
- 2) 偽装請負とは「請負という形式を装いながら実際には派遣を行っている雇用形態」を指し（柴田 2017b）、建設産業においては外注化における一人親方が「労働者」「個人事業主」の線引きの曖昧さから生じる社会問題である（小松 2020）。
- 3) クボタショックとは2005年6月に大手機械メーカー・クボタの旧神崎工場の周辺住民に被害者が発生していることが世間で注目を浴びた出来事である。それまでのアスベストに関する新聞記事は年間10～20件程度の推移であったが、クボタショック直後は2095件に急増し、世間の関心を高める契機になった（寺園 2018）。

## 文献

秋山樹（2019）『労働ソーシャルワーク——送り続けられたメッセージアメリカの現場から』旬報社。

- 藤本伸一 (2018) 『患者さんとご家族のための胸膜中皮腫ハンドブック』胸膜中皮腫に対する新規治療法の臨床導入に関する研究班. 伊藤雅春・小林郁雄・澤田雅浩・ほか編 (2011) 『都市計画とまちづくりがわかる本 第2版』彰国社.
- 蟹澤宏剛・秋山哲一・岩松準 (2009) 「技能労働者の処遇に関する研究——その1 専門工事業と技能労働者の関係に関する考察」『日本建築学会計画系論文集』76(660), 1421-29.
- 環境再生保全機構 (2022) 「石綿健康被害救済制度における平成18～令和2年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」([https://www.erca.go.jp/asbestos/chousa/pdf/18-r02\\_bakuro.pdf](https://www.erca.go.jp/asbestos/chousa/pdf/18-r02_bakuro.pdf), 2022. 5. 10).
- 環境省 (2010) 「石綿健康被害救済小委員会 (第7回) ヒアリング資料2 全国建設労働組合総連合提出資料」(<https://www.env.go.jp/council/05hoken/y058-07/ext02.pdf>, 2022. 5. 18).
- 金勲 (1991) 「戦後日本における労使関係の制度化過程——労働組合機能論的視覚からの接近」慶應義塾大学大学院社会学研究科1990年度博士学位論文.
- 岸本卓巳・妹尾純江・宮原基平・ほか (2019) 「石綿肺がん患者における肺内石綿小体・繊維に関する研究」『日本職業・災害医学会会誌』67(4), 307-12.
- 小松智之・蟹澤宏剛 (2020) 「日本の建設業における労働力需給調整の実態に関する研究」『日本建築学会技術報告集』26(63), 725-28.
- 厚生労働省 (2006) 「石綿による健康被害に係る医学的判断に関する考え方報告書」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0207-4.html>, 2022. 1. 19).
- 厚生労働省 (2012) 「石綿による疾病の認定基準に関する検討会報告書」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002366y-att/2r9852000002368f.pdf>, 2022. 5. 7).
- 厚生労働省 (2021) 「労災保険法に基づく保険給付の石綿による疾病別請求・決定状況(確定値)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/11201000/000863821.pdf>, 2022. 5. 7).
- 森永謙二 (2006) 『アスベスト汚染と健康被害 第2版』日本評論社.
- 長松康子・佐野由美・名取裕司 (2010) 「石綿健康相談における看護職の役割——石綿NPOの相談記録の質的分析結果から」『聖路加看護大学紀要』(聖路加国際大学) 36, 1-8.
- 長尾典尚・西川晋史・清本芳史・ほか (2008) 「石綿外来・石綿健診の全国実態 - 実施医療機関を対象とした質問票調査結果報告」『産業衛生学雑誌』50(5), 145-51.
- 佐藤郁哉 (2021) 『質的データ分析 原理・方法・実践』新曜社.
- 澤田徹平 (2014) 「建築労働とアスベスト粉じん——実態および規制と運用」『経営研究』65(3), 99-122.
- 柴田徹平 (2016) 「建設業一人親方の長時間就労の要因分析」『労働社会学研究』17, 26-46.
- 柴田徹平 (2017a) 『建設業一人親方と不安定就業』東信堂.
- 柴田徹平 (2017b) 「建設業における個人請負化の新たな段階とその特徴」『経済研究所年報』49, 253-75.
- 柴田徹平 (2019) 「個人請負就労者にはどのような保護政策が必要か——建設職種から考える」『社会政策』10(3), 82-94.
- 村社卓 (2019) 「大都市における高齢者の孤立予防を目的としたコミュニティカフェの特性——利用要因および利用に伴う変化に焦点を当てて」『社会福祉学』60(2), 78-90.
- 衆議院 (2021) 「第204回国会厚生労働委員会第24号」([https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009720420210602024.htm](https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009720420210602024.htm), 2022. 5. 13).

- 高山礼子・石川雄一・神山宣彦・ほか (2005) 「肺がん・悪性中皮腫：タバコや石綿による発がん」『エアロゾル研究』20(4), 355-60.
- 高山俊雄 (2010) 「アスベスト問題の現状と課題」『医療ソーシャルワーク』58, 4-19.
- 寺園淳 (2018) 「アスベストによる環境リスクとこれからの課題」『保健医療科学』67(3), 268-81.
- 中皮腫・じん肺・アスベストセンター編 (2006) 『医療関係者のためのアスベスト講座』労働者住民医療機関連絡会議.

**Current Status and Issues of Labor Union Support for Victims of  
Construction Asbestos Problems**

—Through interviews with labor unions—

Taiki Fukujin, Shigehiro Oomatsu

Hyogo Medical University Hospital  
University of Kochi

The purpose of this paper is to clarify the current status and problems of labor unions' efforts to support victims of asbestos in the construction industry.

This study conducted a semi-structured focus group interview, targeting the staff of a labor union for self-employed contractor in the construction industry. Analysis was based on qualitative coding.

Findings show the union was working to educate its members about the dangers of asbestos and to detect asbestos-related diseases at an early stage. However, it became clear that consultation support for asbestos victims and cooperation with doctors were insufficient, suggesting that social workers could fill in those roles.

Further investigation with construction workers is warranted to understand the complex situation of construction workers and the changes over time.

Key words: Asbestos issues, Life challenges, Victim support, Regional Cooperation, Qualitative data analysis

## 「保健医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「保健医療社会福祉研究」は、保健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

一般社団法人日本保健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. 原稿提出に際しては、学会ホームページに掲載の「投稿チェックリスト」を併せて提出すること。提出がない場合は、受付けないものとする。
2. 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。
3. 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。
4. 図表は、本文とは別に1件ごとにA判で別ファイル提出すること。また図表の挿入箇所は、本文に明記すること。
5. 「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。
6. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
7. 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。
8. 投稿原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記すること。
9. 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。





一般社団法人日本保健医療社会福祉学会  
『保健医療社会福祉研究』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><b>A</b> 無修正で掲載可</p> <p><b>B</b> 修正後に掲載可</p> <p><b>C</b> 修正後に再査読</p> <p><b>D</b> 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

「保健医療社会福祉研究」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、保健医療分野における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。保健医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人びとの直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立って、保健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、今後の保健医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

**内容：**保健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とする。また内容については、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など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：**保健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

『保健医療社会福祉研究』第31号をお届けいたします。今号には、第32回大会の記録、投稿論文1本を掲載しております。

感染対策の軽減化が打ち出され巷では賑わいが取り戻されつつあります。けれども先行きの不透明感はぬぐい切れない状況が続いています。それゆえに、ポストコロナ時代を見据えた2022年10月に開催された大会の基調講演それに続くシンポジウムがおさめられた本号は時宜を得たものと感じています。

基調講演では、岡野八代氏（研究分野：西洋政治思想史）より「“ケアの民主化”」におけるソーシャルワークの社会的意義について提示されました。シンポジウムでは、「WITH コロナ時代における生活とソーシャルワーク」をテーマに磯野真穂氏（専門領域：医療人類学）のスペシャルレクチャーそして「マスク」「除菌」「ソーシャルディスタンス」についてのそれぞれ現場ソーシャルワーカー、看護師の取り組みが報告がされました。その後座長の磯野氏のもと基調講演者の岡野氏も交え活発なディスカッションが展開されています。今号では大会の基調講演、シンポジウムの内容を原稿化し、報告者から校正いただき掲載しております。報告者へのたび重なる校正依頼にも快く応じていただいたことこの場をお借りして御礼申し上げます。特に磯野氏には、スペシャルレクチャーでのパワーポイント掲載等につきまして、ご承諾をくださりましたこと感謝申し上げます。

2022年3月には、かねてから取り組んで参りましたJ-STAGEへの本誌掲載の論文などの登載が始まりました。より多くの方々によって参照されることで、保健医療分野の社会福祉研究の積み上げに貢献できればと考えております。学会誌へのご意見、ご要望など、是非お寄せ下さい。

2023年3月

編集委員会 熊谷 忠和  
高山恵理子  
野村 裕美  
高瀬 幸子  
榊原 次郎

## 保健医療社会福祉研究 第31巻

発行日 2023年3月31日

編集 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会・編集委員会

発行 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会（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 高山恵理子（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会会長）

編集責任者 熊谷 忠和（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2023

# JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 31

---

Keynote Speech

Democratization of Care: The Social Significance of Social Work

..... Yayo Okano, PhD

Symposium

The Life and Social Work in the Post COVID-19:

From Keywords- Masks, Sterilization and Social Distance

..... Chairperson: Maho Isono, PhD

Special Lecture

Covid-19 in Japan from the Perspective of Medical Anthropology

..... Maho Isono, PhD

Masks ..... Yaeko Iwao

Sterilization ..... Kayo Otsuka

Social Distance ..... Yasuko Hattori

Discussion

Article

Current Status and Issues of Labor Union Support for Victims of  
Construction Asbestos Problems

—Through interviews with labor unions—

..... Taiki Fukujin, Shigehiro Oomatsu

---

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)