

医療社会福祉研究

第17巻

特集

排除のいま、定住のおわりに

赤坂憲雄

学会セミナー

現場で生成するソーシャルワーカーの援助観とは

横山登志子

論文

医療ソーシャルワーカーの介入態度に関する研究

—患者・家族の医療ソーシャルワーカー評価から—

富樫八郎

高次脳機能障害者の安定した生活に至るプロセス

—知的障害者施設での実践の効果—

瀧澤 学

実践報告

地域医療連携および退院支援業務におけるソーシャルワーカーの位置づけ

—ソーシャルワーカーはどこへ行くのか—

坂田裕美子・植竹日奈・鎌倉雅子 他

精神科病院における退院支援 —実践結果と今後の課題—

芦沢茂喜

高齢者虐待への関わり

—ソーシャルワーカーにできること、できないこと—

小竹美千穂・植竹日奈・鎌倉雅子・犬飼清香 他

2009年6月

日本医療社会福祉学会

「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」と「実践報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌に既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。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
5. 原稿提出期限は、とくに定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿送付先は、下記とする。

〒632-8510 天理市杣之内町1050

天理大学人間学部 武田加代子

電話：07436-3-1515 FAX：07436-2-1965)

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとす。フロッピーディスク・電子メール等によるテキストファイルの提出を求められることもある。
3. 「論文」には、300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. 文献は、引用順、あるいは、著者名でABC順に配列する。

*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名、出版社名、発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名、雑誌名、巻数、最初の頁-最後の頁、発行年。

目 次

特集

排除のいま、定住のおわりに	赤坂憲雄	1
---------------	------	---

学会セミナー

現場で生成するソーシャルワーカーの援助観とは	横山登志子	13
------------------------	-------	----

論文

医療ソーシャルワーカーの介入態度に関する研究 —患者・家族の医療ソーシャルワーカー評価から—	富樫八郎	27
高次脳機能障害者の安定した生活に至るプロセス —知的障害者施設での実践の効果—	瀧澤 学	37

実践報告

地域医療連携および退院支援業務におけるソーシャルワーカーの位置づけ —ソーシャルワーカーはどこへ行くのか—	坂田裕美子・植竹日奈・鎌倉雅子 他	49
精神科病院における退院支援 —実践結果と今後の課題—	芦沢茂喜	55
高齢者虐待への関わり —ソーシャルワーカーにできること、できないこと—	小竹美千穂・植竹日奈・鎌倉雅子・犬飼清香 他	65

[特集]

排除のいま、定住のおわりに

赤坂 憲雄*

1. 大きな変容の季節のなかで

いま、わたしたちの社会のあらゆる場面で、途方もなく大きな転換が起こりつつあるのかもしれない。境界や排除といった現象は、あきらかに過渡期を迎えています。わたし自身が二十数年も前、まだ30代になるかならぬかの頃にひたすら取り組んでいたのが、境界・排除・供養などにまつわる問いの群れであったことを思い出すと、いったい、あの頃若い自分が何を見たり感じたりしていたのか、と少しだけ眩暈がします。何が見えていたのか、見えていなかったのか。

精神科医の中井久夫さんがどこかに、こんなことを書かれていました。——若い頃には、患者さんが前に座るとたちどころに病名が浮かんで、治療にも迷いはなく薬も出した。ただ、病気はさっぱり治らなかった。いつしか歳を取り、気がついてみると、目の前の患者さんがほんとうに病気なのかどうかも曖昧模糊として、病名など浮かぶこともなくなった。代わりに、その人の抱えている孤独や怒りや悲しみといったものばかりが見えて、ただ薬を出すこともなしに付き合っていると、不思議なことに病気は以前よりもやわらぎ治るようになった……。曖昧な記憶で喋っていますので、わたし自身の脚色が入っていることはお許しください。何かの拍子に、わたしはよく、この中井さんの語られたエピソードを思い出すのです。そして、若い頃の

自分はいったい何を見ていたのかななどと、恥じらいとともに考えてしまうのです。

1990年代のはじめ、わたしはフィールドを突然のように東北に移しました。それはあるいは、30代前半の仕事であった『異人論序説』や『排除の現象学』からの離脱、あるいは訣別がどうしても必要だと感じていたからかもしれません。それからの20年ほどのあいだ、わたしは東北の村々を訪ね歩き、300人を越える老人たちのライフヒストリーを聞き書きしてきました。「何が聞きてえんだ」「あなたの人生が知りたい」、そんな会話が幾度となくくり返されました。投げかけるべき学問的なテーマも持たずに、ただじいちゃん・ばあちゃんの人生を聞いて歩くわたしは、しばしば「なんだか学者先生らしくねえな」と不審がられたのです。そして、そのあいだに母の老いと死にも立ち会いました。父はわたしが物書きとしてデビューする前に亡くなっています。母はみずからの死期を悟ったかのように、亡くなる10か月ほど前に自身の人生とのささやかな和解を果たして、ひっそり旅立ってゆきましたね。いまにして思えば、そんな場面に立ち会うことができたわたしは幸福でした。

そうして、自分のなかでは何が変わったのか、変わっていないのか。あきらかなのは、90年代以降、バブル経済がはじけ情報革命が起こり、わたしたちの生活環境が予想をはるかに超えて激変したということです。リアルとは何か、といった問いはもはや以前とは水準の異なる問い

*Norio Akasaka : 東北芸術工科大学大学院長

と化していますね。境界のイメージもまた、すっかり変容を遂げました。インターネットの世界に浮遊している仮想現実を前にしては、現実/想像の境界はまったく曖昧模糊としています。内/外、表/裏を隔てる境界は見えなくなり、むしろそうした二元論こそが危うくなっています。男/女の境界だって、あるいは生/死の境界だって、もはや自明なものではありません。排除というテーマもまた、大きな変容を強いられ、根底からの転換を求められているはずです。

2. 異形のヒーローたちは消えた

わたしの2番目の著書である『排除の現象学』はじつは新旧2版があって、そのために序文もふたつあるのです。旧版の序文で取りあげたのは、大友克洋のマンガ『童夢』でした。そこにはひとつの黙示録的な風景として、都市近郊の高層団地に取り残され、棄てられた怒れる老人たちの反撃のはじまりが描かれていました。それはいま、すっかり現在の事実であり、眼前のできごとです。かつてのニュータウンそのものが、すでに廃墟と化しつつあるのです。東京のど真ん中の新宿にだって、65歳以上の住民が半数を超える大規模な団地が出現しているのです。それは都心の「姥棄て山」であり、皮肉なことにはいわゆる「限界集落」がほかならぬ東京の真っただなかに出現したということです。『童夢』はすでに、白昼の悪夢や幻想であるどころか、ありふれた日常の風景と化そうとしているのです。切れる老人たちがマスメディアの片隅に登場しつつありますが、まさしく『童夢』はいくらか早すぎた予知夢のようなものでありました。

新版に寄せた序文では、映画『男はつらいよ』の主人公・フーテンの寅次郎について触れています。この寅さんほどに愛されてきた、戦後の日本映画のヒーローはいないでしょう。ところが、じつは寅次郎は下町共同体から排除され、あてどもない放浪を強いられているスケープゴートのような存在なのです。寅さんはテキ屋をなりわいとして、お祭りや縁日で、どうしようも

ない石ころみたいなものを金ピカに飾り立てて売りつける、そのための語りを磨いて、いわば語りの芸で生きているんですね。そうした漂泊者はどこか妖しく、女たちをそそるようです。いつだってマドンナが現われ恋らしきことが始まりかける、しかしけっして恋は成就することなく、やがて終わってしまう。寅さんはむしろ去ってゆくからこそ愛されるのではないか。寅さんが結婚して、どこかに定着し、子どもをつくり、家族を養っている姿は絶対に想像できないのです。わたしたち観客を侵している無意識の欲望がそれを拒んでいる、許していないのです。つまり寅さんは去勢された存在なんですね。寅さんを去勢しているのはだれか。それはわたしたち観客です。寅さんを愛している無邪気な観客たちこそが、寅さんを残酷にも去勢しているのです。

そういえば、石川啄木の『ローマ字日記』を最近読んでいたら、「愛される屈辱」という言葉が出てきましたね。もし寅さんにそういう哲学的な言葉をもてあそぶ能力があったら、まさに「愛される屈辱」を強いられ生かされている自分というものに絶望していたかもしれないですね。寅さんはわたしたち観客の無垢なる欲望によって去勢されているのではないか。ともあれ、当たっていたのか、当たっていなかったのか、よくわかりません。そして、ここで考えてみたいのは、そうした寅さんのような生存の形やスタイルというものは、もはや不可能となりつつあるのかもしれないということなのです。

この時代において、はたしてフーテンの寅次郎は依然としてヒーローでありうるのか、と問いかけてみましようか。たとえば人類学的な物語研究の成果にしたがえば、世界中の神話・伝説・昔話のなかでは、どこか社会的にも心身のうえでも欠けている、障害を持っている、異常を抱えている存在ばかりが主人公に選ばれています。物語のヒーローはストレンジャー、つまり異人なのです。丹下左膳は片腕・片眼でした。座頭市はむろん盲目です。どうぞ思い浮かべてください。映画やドラマや小説などのなか

では、かつて心や身体のどこかが欠けている、障害を負っているヒーローたちが活躍していたはずです。

よく覚えているのですが、もう20年以上も前になるでしょうか、深夜テレビを見ていたら、たまたま『丹下左膳』をやっていたのです。若い人たちは丹下左膳と言ってもわからないかもしれませんが、時代劇の片腕で片眼のヒーローでした。その映画のなかでは、丹下左膳が若い娘に恋をするのです。お姫様のような娘を悪い奴らから救い出して、看病している。気を失っていた娘がやがて目覚める。すると、そこに異形の男の顔があるんですね。娘は何か叫びます。でも、口をパクパクしているだけで、じつは伏せ字ならぬ音声の消去で、そのセリフを聞き取ることはできない。たぶん、差別語なんですね。障害者を罵る言葉を美しい娘が叫んでいる。たしか1960年代はじめの映画ですから、あたりまえにそういう言葉がスクリーンに飛び交っていたわけです。それを80年代のテレビのなかでは消去していたんですね。どんな言葉なのかはわからない。その映画ではほかにも随所に口パクがあって、やはり何を言っているかはわからない。でも想像することはむずかしくはない。とても印象的でよく覚えているのですが、あの場面ではおそらく、たんに差別語が消されたのではなく、もっと深くてたいせつな物語の真実が消されていたのです。深夜テレビはマニュアルにしたがって、ただ差別語だからという理由で消去したはずです。しかし、そうして隠蔽されることで消されたのは、たとえばこんな物語的な真実のかけらだったとわたしは感じてきました。つまり、顔だちの美しい娘の心の醜さや卑しさが、じつは丹下左膳の心の純粹さや美しさと対比されることで、ほとんど残酷なまでにむき出しにされているのです。卑しさといった言葉では強過ぎるかもしれませんが、なんであれ、娘の清純さや美しさは異形の左膳にははるかに及ばない、未熟な薄っぺらなものではないということが、一瞬にして顕わになる場面だったはずなんですね。差別語はたぶん、それを口に

する者の人格を深いところから焙り出すリズム試験紙なのかもしれませんね。音声の消去はそんな重要な場面をみごとに殺したのです。

『番頭はんと丁稚どん』というテレビドラマをご存知ですか。そこに登場する丁稚どんは、大村昆という関西のコメディアンの当たり役だったんですね。頭に丸いハゲがあって、いまは使えない言葉でいうと、知恵遅れとか精薄とかに分類されるような、そういう男の子でした。そこではその少年はある商家で先輩たちにさんざんいじめられながら、でも愛される主人公でありえたのです。やはり80年代のいつであったか、タモリの「笑っていいとも」という番組に大村昆さんが出演したことがありました。わたしはたまたまそれを見たのです。そこで実況放送ゆえに、テレビではありえない場面に遭遇したのです。『番頭はんと丁稚どん』に触れて、2人が言葉を懐かしげに交わしている。ふっと、タモリが「でも、もうあの役はできませんね」と言ったときに、大村昆さんは言葉を継ぐことができずに、しばし沈黙してしまったのです。タモリもあきらかに言葉を探しあぐねていましたね。テレビのなかではきわめて珍しい空白、沈黙がありました。しかも、その沈黙のなかにはいろんな思いが籠められていて、とても深くて重い沈黙でした。時代が変わってしまったことを、ある精神の痛みとともに噛み締めている、そんな気配がありました。つまり、わたしたちはいつしか、心や身体の欠損とか障害を抱えた人たちがヒーローになることができない時代に生きているということを、2人は再確認しあっていたのです。

『座頭市』はリバイバルされましたが、『丹下左膳』はどうでしょうか。『番頭はんと丁稚どん』は無理でしょうね。もうあの丁稚どんはけっして主人公にはなれません。啄木のいう「愛される屈辱」にまつわる、かぎりなく人間臭い真実は、テレビの世界から永久追放されたのかもしれませんが。フーテンの寅さんだって、もしかしたらもう主人公になれないのかもしれませんが。かつて寅さんがかろうじて愛すべき主人公

でありえた時代がありました。いま、この時代にはなにかが大きく根底からの変容を遂げつつあるようです。たんに道徳やモラルのレベルでの変化ではありません。はるかに深く、人間や世界にかかわる認識やイメージの根源において、その見えにくい変容は起きている気がするのです。

たとえば、異人すなわちストレンジャーたちは共同体の外からの訪れ人であり、異界ははるかな共同体の彼岸にあると信じられていました。ところが、どうやら異人たちが棲まう異界は、もはや外部という衣裳をまとして存在するのではなく、わたしたち自身の内部にこそ見いだされるのかもしれないのです。わたしたちのだけれどもが、みずからの内に異界を抱えこみ、異人たちを飼っているのだとしたら、異人・境界・排除をめぐる問いの群れはいま、いかなる根底からの組み換えを求められているのか。そんなことに思いを巡らしはじめています。

排除という現象は、内／外がせめぎあう境界のあたりで起こるわけです。かつて村に暮らししていた人たちにとって、内／外を分かち境界は村はずれに眼に見えるものとして露出していました。その村はずれまで、村のなかに堆積するケガレや災いを笹竹にくっつけて運んでゆき、そこにポイと捨てれば災厄は祓い棄てられると信じられていました。しかし、わたしたちの時代には境界はどこにあるのか。内部と外部、自己と他者、この世とあの世を分かち隔てる境界は、たとえばインターネットの世界に入り込んだ瞬間に、もはや自明なものではありえなくなりますね。携帯電話のなかにたくさんの情報を詰め込んでいる若い人たちは、これをなくしてしまったらきっとパニックになることでしょう。パソコンも携帯電話も人間の脳の延長のようにも見えます。意識の外延は確実に広がっているのです。自己／他者の境界は溶けあい見えにくくなっています。SF映画のなかでは、首のうしろあたりに小型のコンピューターを嵌め込んで、外から他者がコントロールする場面がしばしば見られますが、すでにその半歩手前まで来

ていますね。自己／他者を分かち境界はあきらかに、すでにこの皮膚のうえにあるとは言えそうにありません。

現実／想像を隔てていたはずの境界も曖昧になりつつあります。仮想現実というものがどんどん肥大化しています。以前、『北の国から』というテレビドラマを見ていたとき、携帯電話かメールで知り合った女の子と恋をしている少年が登場しました。その姿を見て腹を立てた初老の男が、少年から携帯電話を奪い取って池のなかに投げ捨てる場面がありました。「会ったこともない女にどうして恋ができるのか、そんなものは嘘っぱちだ」とか叫んだかと思えます。たしかに相手は一度も会ったことのない女性です。携帯電話を通じて相手の情報を得てイメージを膨らましているだけなのです。じつは、わたし自身もそのドラマを見たときには、ひそかに拍手喝采を送ったんですね。ところが、ふっと距離をおいて考えてみたら、そう言えば高校時代の友だちのなかに、遠い地方の女の子と何年か文通していて、恋に落ちた頃に実際に会って、何年かのちには結婚した友人がいましたが、それとどれだけ違うんだろうか。文通は実際に自分で文字を紙に書くから現実であり、携帯にメールを打ち込むのは現実ではないのか。そんな境界など、まぼろしにすぎないのではないか。携帯電話を池に投げ捨てることは、たとえば恋愛そのものの幻想性からすれば、どこか誤解にまみれた行為だったのではないか。そもそもわたしたちは眼の前にいるからといって、その異性をほんとうに見ているのかどうか、はなはだ怪しいものです。想像／現実の境い目はきわめてあやふやなものなのかもしれませんね。

3. はじめに遊動ありき

たとえば、フーテンの寅次郎とはだれか。そこに民俗学的な光を当てるとすれば、どうなるか。定住／漂泊という二元論的な知の枠組みがあります。まずはじめに村があり、そこに定住している家族がある。そうした村や家族から逸

脱したり排除されることによって、乞食になったり、遊芸人になったり、さまざまなかたちで定住的な世界の外部を放浪する、まさしくフーテンの寅さんのような存在が生まれます。こうした定住／漂泊という知の枠組みは、柳田国男以来まったくありふれたものにすぎません。それがいま壊れつつあるのかもしれないと感じています。言葉を変えれば、内／外を分かť境界が見えなくなる。現実／想像を隔ててきた境界も曖昧になった。あるいは、みずからが帰属している集団の輪郭そのものが溶けてゆく。もはや定住／漂泊という二元的な原理が対立しせめぎあいながら人間の社会を成り立たせているという、その構図それ自体が瓦解しようとしているのではないか、そんな気がするんですね。

わたしたちは定住的な社会に暮らしています。少なくとも、そう、ある種の確信とともに思ってきましたし、いまでも思っているのかもしれない。それでは人間たちが定住的なスタイルを選び、定住生活を送るようになってから、どのくらいの時間が経過しているのか。ユーラシア大陸の全域ではほぼ1万年といわれています。この日本列島においても、およそ1万年前、縄文時代はかなり早い段階から定住的な暮らしが始まっています。それまでは、人々は小さな群れをつくってあちこち遊動しながら暮らしていたのです。移動の生活にふさわしいだけのものしか持たない。土器や弓矢もなく、道具は石や樹木や動物の骨などでできた粗末なものしかなかった。わずかな財産しか知らず、移動生活を送っていたのです。くりかえしますが、ほぼ1万年前に定住というスタイルが日本列島のみならず、ユーラシア大陸の全域でほぼいっせいに開始された。それを専門家は「定住革命」と名づけています。遊動から定住への転換が起こったのです。

むろん、近代以降、戦後も1960年代になっても、わたしたちの社会の周縁部には遊動、また漂泊や放浪を生活スタイルの基本にしている人たちが、少数派ではあれ存在しました。定住革命ののちにも、遊動する人々は途切れることな

く歴史の深みや暗がりや、あるいはときに表舞台を群れをなし生き死にを重ねていたのです。ただ、社会の大きな枠組みとしては定住を基調とする社会に向かったということです。定住生活からは財産が生まれ、道具が複雑化し、なかでも土器の発明が食文化を大きく変化させていきました。定住の村が営まれるようになります。物の交換や市場も生まれ、町や都市が姿を現わします。そして国家や王の登場へと繋がっていきます。富を蓄積するものも現われて、階層化が進み身分差別らしきものも起こります。人はなぜ遊動を捨てて定住を選んだのか。いくらか迂遠なようですが、そんな問いかけから排除というテーマにアプローチできないかと考えています。

わたしが館長をしている福島県立博物館長の考古の展示のひとつに、腰骨か大腿骨に矢が突き刺さった痕のある骨が展示されています。その骨は成人の男子のもので、矢は背後からかなりの角度で突き刺さっています。矢が刺さったままにしばらく生きていたらしい。それについて、福島県博の学芸員の1人が、「これは三角関係のもつれが背景にある」という奇妙な仮説を提示しています。三角関係のもつれがあった、木の高いところで待ち伏せしていて通りかかった恋敵に矢を射かけた、だからそういう不自然な角度で刺さっているのだ、という。じつに根拠の稀薄な仮説であり、当然ながらそれを実証することは不可能です。でも、わたしはそれを聞いて面白いなと思いました。三角関係のもつれで相手に矢を射かけて殺さねばならない、どろどろのところまで追い込まれてゆくような状況というのは、おそらく定住的な人間関係を前提としなければ理解しがたいものですね。つまり、それ以前の遊動的な社会であれば、1人の女性をめぐって男同士が戦う場面があったとしても、けっして殺し合いまではいかない。動物の生態を映したドキュメンタリー映像のなかでは、オスたちはしばしばメスを奪い合っていますが、それはおたがいに致命傷を負う以前に終わるらしい。勝敗が見えたところで負けたオ

スは群れを離れ去ってゆくのです。同じことは人間のなかにも見られ、遊動的な社会では相手に致命傷をあたえるような戦いはしない。優劣が決まった段階で戦いは終わり、負けた男は群れを離れるのです。はぐれ者となって放浪するか、別のグループに合流してゆくのです。つまり、三角関係のもつれで人が人に矢を射かける状況というのは、縄文時代がまさに定住的な社会であったからこそ起こったことなのではないか。

あらためて遊動とはなにか。遊動的な社会とはなにか、と考える。それはもしかすると、わたしたちがいま向かおうとしている社会のイメージを紡ぎ出すための手掛かりになるのではないか、そう、わたしは考えています。西田正規さんの『人類史のなかの定住革命』という本を参考にしながら、遊動社会のイメージを手探ししてみましょう。

遊動的な社会においては、たいていは1年とか数年とかの周期で移動するルートや範囲が決まっているようです。そのルート上にキャンプを営んで暮らす。人間たちが暮らしていればゴミや排泄物がいやおうなしに堆積します。そのときには逃げ出せばいい。キャンプ地を放棄して、別のところに移るのです。人口密度もまるで高くありませんから、なんの問題もなしに次のキャンプ地に移ることができます。そこでもゴミや排泄物がたまったら移ればいい。何年かあとに戻ってきたときには、すべては有機物に分解していることでしょう。つまり、遊動社会というのは特定のゴミ捨て場やトイレというものを必要としない社会なんですね。あるいは経済的な側面でも、あるところに定着すれば、そのまわりの山で木を伐って利用しますが、伐りすぎてしまったら困るので、あるバランスが必要とされる。しかし、遊動的な社会に生きている人たちはそんなことを配慮する必要そのものがないのです。あるいは、その環境が食料や道具や燃料を調達するのにふさわしくない状況になれば、有利な場所へと移動していけばいいのです。季節が変わって、川にのぼってくるサケ

を捕って食べていたが、そのサケがのぼらなくなった、だから、冬になる前にもっと暖かい地方に移動する。そういうことがあたりまえに行なわれるのです。食料とか水を調達するためにはむしろ移動していたほうが、はるかに有利ですね。ものを交換するためにも移動が求められる。雨や風がひどいとか気候が厳しければ、もっと暖かいところ、もうちょっと涼しいところに移る。洪水の季節には川のそばにキャンプをつくらない。当然ですが、そういう知恵はたくさん持っていたはずであり、すべてが遊動という原理に結びついていました。

もうひとつ大事なことがありました。それは群れのメンバーのあいだの不和やトラブルをどのように解消するのか、という問題です。それはおそらく、殺人といった深刻な事態にいたる手前のところで、ひとたび群れを解体することによって、不和やトラブルの原因が解消されたのです。力関係において劣る家族や負け組の男たちは、群れから離れて、放浪やほかの群れへの合流に向かったはずですが。そうして離合集散をくり返すことで、トラブルが深刻な状況にまで追い込まれることが避けられたのです。その手前で群れを解体してしまうことで殺し合いを避けるといったことが、あたりまえに行なわれていたのです。

あるいは、これはもっとも大きな問題かもしれません。生きている人間たちは、やがて死を迎えなければいけない。死体をどのように処理するのか、それがむずかしい問題となるわけです。定住的な村をつくったら、それがただちにもっとも深刻な問題となるはずですが。ところが、遊動型の社会では、それもまたあらかじめ問題として回避されているのです。群れのだれかが亡くなった。死者を抱えて群れが移動することはできませんから、どこか大きな木の根元でも埋葬する。ささやかな供養とともに埋葬をして、また移動してゆく。何年かしてそこに戻ったときには、死者の記憶がある程度は語り継がれたかもしれません。ことによると先祖とかの意識も芽生えていたかもしれない。ただ群れそ

のものが離合集散をくり返していますから、特定の家とか、特定の祖先というところにはなかなか収斂されなかつたでしょう。いずれにしても遊動的な社会では、死または死体とどのようにつきあうのかという問題は、あらかじめ回避されていたのです。その場を離れればよかったです。墓地をつくる必要もないし、埋葬を丹念にやる必要もない。死者の祟りやら穢れやらを畏れる必要もなかつたのです。あるいは伝染病が起こったら、その人を置き去りにして群れは去ったことでしょう。姥棄てに類することもまた、遊動型の社会では当然のように行なわれたはずです。歩けなくなった老人は進んで群れを離れたかもしれません。

4. 定住の時代の終わりに

遊動社会というのは、いわば避ける・逃げる・ほどく・去るといったことを群れのモラルにしている離合集散型の社会だったのです。定住型の社会とはまったく異なるモラルが、そこには見え隠れしていますね。定住社会が出現すると、人間たちはたくさんの厄介なテーマに遭遇することになりました。新たな集団の原理とか、モラルや道徳、また不和やトラブルを解消するための手段などが求められます。定住革命後の人間たちはまず、ゴミ捨て場をどうするか、トイレをどこにつくるか、そうした問題に真っ先にぶつかったはずですね。そして人と人との絆、集団や社会というものを守るための厳しい掟が必要となる。ゴミをあたりかまわず捨てられては困るのです。ゴミはここに捨てる。ゴミ捨て場はきれいに保つ。そのために掟や契約がつけられる。そして、それに違反する者にはなんらかの制裁措置が必要だ。そうでなくては掟そのものが守られないからです。そのはてには村八分のような厳しい処分が生まれ、村からの追放といったことも制度化されます。

同時に、避けがたく起こるはずのトラブルに際しては、そこに横たわる複雑な利害関係をなんとか丸く治めるための調停役が現われます。

かれらこそがやがて、習俗レベルの法や権力に結びついて首長のような存在になってゆくことでしょう。あるいは、心や精神の世界が大きな変容を遂げていきます。墓地をつくる、死者をあの世に送る。そもそもあの世という観念はいつ、どのように生まれたのか。死者を埋葬するための儀礼や祭りは、どうやら萌芽であればすでに旧石器時代には生まれていたらしい。血によって繋がれた祖先という観念が、いつ生まれてきたのか、これもあきらかには突き止められていません。祖先を祀る祭りはおそらく縄文時代には生まれています。縄文中期の集落は典型的には環状をなしていますが、その真ん中には共同墓地があり、広場があさて、葬送や祭りも行なわれたと想像されています。定住のムラのはずれには、きつとなにか境界の標識が置かれていたことでしょう。ムラの外へと通じている道はそこで切られて、ムラの内／外を分かち、外から災厄や魔物が侵入してくるのを防ぐために、呪術や祭りが行なわれたことでしょう。わたしたちが知っている道祖神やお地蔵さんの原型といったところですね。

わたしたちは定住というものをごくあたりまえの前提として、ものを考える。あくまで遊動的な要素は定住からの逸脱であり、それを選ぶことはただちに少数派のアウトローへの転落を意味していました。だから、漂泊とか放浪といったことは負のイメージに彩られる宿命にありました。にもかかわらず、そこにはかすかであれ、ノスタルジーがまとわりついています。しかし、ほどく・去る・離れる・逃げるといった、定住社会では忌み嫌われるモラルこそが基調をなしていた社会というのは、もしかするとかなりルーズで生きやすかつたのかもしれない。もちろん生き抜いてゆくこと自体が厳しいものであったとしても、人と人との絆はもっとゆるやかで、社会の空気もまたもっと大らかであったかもしれない。つまり、排除という問題が先鋭化する必要がない社会だったのかもしれない、ということです。定住革命以後、人間たちはゴミや排泄物、死体とどのように共存していくのかとい

うテーマを避けがたく抱えこまされました。あるいは、テリトリーをめぐる境界争いがやがて始まります。人はサバイバルのために組織的な戦争を仕掛けるようになるのです。内／外が厳しく分割されるようになります。ムラの内／外、家族の内／外。ムラや家族はみずからのアイデンティティを賭けて、よそ者や異人・アウトローの排斥を行なうことでしょう。フーテンの寅さんを排除することなしには集団や地域は成り立たないのです。人間関係のトラブルの処理のために膨大な掟や法が編まれ、人びとはそれを采配し調停する権力に身を委ねるのです。

さて、わたしはふっと妄想めいたことを考えるのです。わたしたちはいま、もしかすると、そうした1万年にわたる定住の時代が見えにくいかたちで黄昏を迎えようとしている、そんな過渡の季節を生きているのかもしれない、と。あらゆる場面で、定住というものを自明の前提とする思考そのものが揺らぎはじめています。たとえば、いい例かどうかはわからないのですが、この10年ほどのあいだに、確実に会社や企業というもののイメージが根底から変わってしまったと思います。社長さんがいて、社員がいて、なにか仕事をして、利益を得て、それを分配する、それが会社だ、企業だと思っていた。いかにも定住的なイメージですね。ところが、気がついてみると、もはや会社や企業というのはそんな牧歌的なものではなかったのです。その会社で働いたこともなければ、なにかをしたわけでもない、ただ株式というものをどこかで何パーセントか手に入れたという人や組織が突然現われたら、その会社はその人や組織のものになる、という。「株式資本主義」のもとでは、株という抽象的な数字の売買を通じて、見たことも聞いたこともない人がある会社を自分のものにすることができるわけです。それはおそらくきわめて非定住的な、つまり遊動的なモラルや原理に貫かれているのではないかと。そこではまさに遊動的な去る・離れる・ほどくといいモラルにしたがって、人や組織やマネーがとめどもない離合集散のドラマを演じています。そ

れはいわば1万年の定住の時代が黄昏を迎えている、その象徴のようにも見えるのです。

あるいは、家族というものについて考えてみましょうか。かつてテレビドラマのなかに描かれていた古典的な家族のイメージは、小さな家のなかで、家族みな顔顔を寄せあつて暮らしているといったものでした。家の外には田んぼや畑があつて、そこを耕している。どこか町場の会社に勤めたり、学校に通っている。遠くに旅に出ている者がいるとしても、やはり、基本のところでは定住的なイメージを抱え込んでいたはずで。むしろ、戦後のテレビドラマの歴史は、そうした家族イメージの崩壊と解体のプロセスそのものであったかもしれませんが、ある時代まではたしかに、家族の根っこには定住的なイメージが横たえられてあつたのです。やがて家族であることはかぎりなくゲームと化し、幻想にまみれ、かろうじて演じられることで繋がるものになりました。もはや「離散家族」こそが常態となっていますね。いつしか核家族という言葉すら遠ざかり、たとえて言えば離散状況にあるのかもしれませんが。これもまた、遊動的な原理がいやおうなしに家族のなかに入り込んでいるともいえるかもしれません。

だから、介護とか、ソーシャルワークの現場にあつても、こうした家族の変容というテーマが大きな影を落としているのではないかと感じています。定住的な家族がそこにあれば、老人の介護はそこにいる人たちが分担して、あるいは地域に残る相互扶助の仕掛けに支えてもらってなんとか可能となったのかもしれない。しかし、核家族すらもはや解体状況に追い込まれている、この時代には、家族が避けがたく抱えている老いとか障害といったものを、自分たちだけで背負うことはとうてい不可能な状況が生まれています。社会全体の遊動化が逃れようのない現実そのものであることを、何度でも思い起こさねばなりません。

定住／漂泊をめぐる二元論的な枠組みが綻び、無効を宣告されつつあることを感じてきました。1万年の定住の時代が終焉を迎えようとしてい

るのです。おそらく、わたしたちはこれから、さらに遊動的な社会に向かって地滑りを起こしたように突き進んでゆくことでしょう。だからこそ、それをたんにマイナスの将来イメージとして考え、不安に駆られてばかりいるのではなく、たとえば遊動的な未来社会について先入観をもたずに考えてみるといったことが必要なのです。遊動的なモラルとはなにか。逃げること、ほどくこと、去ること。「男らしさ」という幻影からの解放などといえば、笑われるでしょうか。笑いのなかから将来の原石を掘り出さねばなりません。

5. いくつもの故郷を抱いた時代へ

この国の民俗学の基礎を創った知の巨人たちに眼を凝らしてみましようか。たとえば柳田国男と折口信夫、この2人が戦後間もない時期に対談をしています。晩年に近く、ほとんど根底からの対峙をはらんだ対談となりました。それまで秘め隠されてきた亀裂が明るみに出されたのです。柳田国男という人はあらゆる思考のはじまりに家族を置いたんですね。はじめに家ありき。家の永続を願い、先祖をお祭りする。それが稲作民族たる日本人の信仰の原風景だという。いわば土地に縛られて生きること、まさしく定住的な存在様式を拠りどころにして民俗学を創ったのです。それにたいして、折口信夫はまったく異なる原風景を抱え込んでいました。はじめに家ありきではなく、はじめにマレビトありきだったのです。異人やストレンジャーと言い換えても同じことです。マレビトというのはときどき、外からやって来る神を背負った存在ですね。家族やムラといった定住的な共同体から出発するのではなく、そこからはみ出してしまった外なるマレビトを起点に置くのです。折口信夫は同性愛者でした。女性と結婚して子どもをつくり家族を営むといくことを、おそらくあらかじめ拒んでいたのだと思いますね。拒絶の意志が透けて見えるのです。当然とはいえ、だから折口には血によって繋がる子孫というも

のがない、家というものがない。だからこそ、はじめに家ありきとして、そこから民俗学の構想の全体を組み立てようとする柳田とは、折口はけっして相容れることなく真っ向からぶつかりあったんですね。折口はマレビト、つまり異人・はぐれ者・ごろつき・ヤクザ・芸能者・乞食たち、そうした人たちへの関心をくり返し語りました。かれらマレビトこそが日本文化を基層から織りあげ、それを運び伝えた人たちだと考えたのです。

いま、わたしたちの生きている時代のなかで、柳田国男と折口信夫、そのどちらに可能性があるのかと考えることがあります。折口信夫にこそ将来は託されるべきだと、わたしはいつの頃からか考えるようになりました。聞き書きでムラを訪ねたときに、たとえばおばあちゃんに「故郷はどこですか」とたずねたことがあります。男たちであれば、たいていはなんのためらいもなく「この、生まれ育ったムラが故郷だ」と答えますね。しかし、女たちは違うのです。多くはよそのムラから嫁に来て、子どもを産んで育てているその場所がただちに故郷だとは思えない。かといって、生まれたムラを故郷と言えるのか。すでに父も母も他界して、兄や弟が家を継いでいます。たとえ離婚したところで還る場所はないのです。女たちの故郷はどこにあるのか。男たちは自分の生まれたムラをあたりまえに故郷と考えている。かれらの故郷はひとつなのです。嫁にきた妻もひとつの故郷を共有していると思込んでいる。ところが、おそらく女たちの故郷はひとつではない、いくつもの故郷があるのです。

いま故郷とはなにか、故郷はこれから、いかなる変容を遂げてゆくのか。心の拠りどころとなり、アイデンティティにとってもっともたいせつな岩盤のようなものがある。それをとりあえず故郷と見なせば、わたしたちの時代にはもはや故郷はひとつではありえない。複数の、いくつもの故郷をいやおうもなしに抱え込んで生きる、それがあたりまえになっているのかもしれない。あるいは、言葉を換えてみれば、世

界はいたるところ異郷と化しつつあるということかもしれません。わたしたちはいつしか還るべき故郷を失って、だれもがはるかな異郷に生きています。あるいは、複数の故郷にひき裂かれつつ生きています。だからこそ、やはり柳田ではなく折口信夫に未来が託されることになるはずだと感じるのです。折口を知の導師のすくなくともひとりとして、わたしたちはこれからの社会のイメージを形造ってゆくことになるのかもしれない、ということです。

わたしは中島みゆきさんのファンなのです。中島みゆきの「EAST ASIA」のなかに、こんな言葉があるんですね。「世界の場所を教える地図は、誰でも自分が真ん中だと言い張る。私の国をどこかに乗せて、地球はくすくす笑いながら回っていく」。わたしたちはみな、それぞれに地図を携えて生きています。その地図の真ん中には自分がいて、自分の国があります。地球儀ではいつだって日本列島は赤く塗られているのです。これからの時代の地図は、そうした中心と周縁のダイナミズムから解放される必要があることを、あるいは「EAST ASIA」という歌はこっそり教えてくれているのかもしれませんが。けっして夢物語ではないのです。漂泊する人々、移動をつねとする人々、かれらの携えていた地図はたぶん、定住的な共同体にだかれて暮らす人々の地図とはまるで異質なもののなのです。そこには中心がなく、周縁も辺境もないのです。故郷をもたずに、つねに遊動している人々にとって、「自分が真ん中だと言い張る」ような地図は使い物になりません。ある種の構想力において、わたしたちはそうした中心も周縁もない地図を創造することが求められているのだと思います。

むろん、国家とか民族といったものがどのように変容してゆくのか、わたしたちはいまだ、その行く末を見定めるだけの具体的な情報を手には入れていない。むしろ、つかの間のやり戻しに遭遇しているのかもしれない。しかし、たとえそうであっても、みずからの拠りどころとする定点や故郷といったものを複数化してゆく

ことによってしか、国民国家以後を思い描くことはむずかしい。定住的なまぼろしの共同性に立て籠もり、よそから入ってくる異質なものに身を閉ざす、そうした排除の思想にたいして根底からの揺らぎをあたえるためには、やわらかく開かれたアイデンティティというものを獲得する必要があるでしょう。いくつもの定点を、いくつもの故郷を創りだすような遊動的思考へと、わたしたちはいやおうなしに向かわざるをえないのです。

それはたとえば、こんなテーマとしても変奏されるはずです。わたしはある身近な体験から、インターセックスという問題に関心をいただくようになりました。ひとつの身体がふたつの性を持っていることがある。それはさまざまな背景があって、単一の疾患といったものではありませんし、思いがけず確率的にも広がりがあるらしいのです。そこから大きな示唆を得ることになりました。つまり、世のなかには男と女というふたつの性があって、男／女の重なりあった部分に性をめぐるタブーの領域が見いだされる。同性愛とか、さまざまな性的トラブルを抱えた人たちがそこに含まれますし、性にまつわる排除はそこにこそ淵源があります。ところが、インターセックスというふたつの性を抱えこんだ身体がけっして少なくはない確率で存在することを知ったとき、男／女のあいだに厳密な境界があるのではなく、重なりあった部分がきわめて大きく、性そのものがグラデーションにおいてしか認識できないのかもしれないと考えるようになったのです。性にまつわる境界線はひとつではない、男と女とは深く広く重なりあっている、だから、グラデーションとしか男や女について語るができないのかもしれない。性をめぐる境界や排除という問いの群れはいま、根底からの変容のときを迎えているのではないか。

わたしたちの時代が、とても大きな過渡期に差し加かっていることだけは否定しようもありません。これまで自明とされてきた思考の枠組みによっては、もはや対応しがたい事態がいた

るところに生まれています。世界の遊動化のなかで、たとえば排除や境界といった問いへのアプローチの道を探し求めてゆく必要があるのです。いま、もっともたいせつだと感じていること、その一端に触れてお話しさせていただきました。ありがとうございました。

橘高 赤坂先生、どうもありがとうございました。最初にご自身で、基調講演のタイトルとして「排除のいま、定住のおわりに」というわけのわからないタイトルを出しましたとおっしゃったんですが、私はむしろ、この言葉を、定住のおわりにということを最初に聴いた時、何をイ

メージしたかと言いますと、私の住んでいる武庫川の河川敷にビニールハウスがある。ビニールハウスにいた人が定住に移ったというふうな、そのあたりのことしかイメージできなかったんですけど、先生の今のお話を伺いながら、その視野の大きさ、これから私たち、ほんとに大きな過渡期に入っていくんだということの提起を、ある意味ではショッキングな形で提起していただきまして。いろんな言葉を解釈を異にしてお伝えしたいことがいっぱいあるんですが、うまく整理できないくらい内容の深いお話で、本当に感謝しております。ありがとうございました。

[学会セミナー]

現場で生成するソーシャルワーカーの援助観とは

横山 登志子*

「現場で生成するソーシャルワーカーの援助観」について、自己紹介を兼ねながら、なぜこのテーマの研究なのかをお話しするところから始めたい。私は大学で福祉を学び、学生生活全般は本当に自由を謳歌した。決して真面目は学生ではなかったが、講義で教わっていたソーシャルワーカーの価値が強く心に残っている。3年生の実習では重度心身障害児の通園施設に2週間ほど行き、指導者の暖かい助言で多くを学んだ。また、実習報告会では医療領域の実習に行った同級生の報告が印象的だったこともあり、単位実習ではないが4年生で総合病院に半年間、週2回、実習に行かせていただいた。その時のことを思い出すと、恥ずかしい思い出が一杯である。ある日のインテーク面接で、戦争で被弾されて野戦病院で腹部の弾をとりだした経験がある初老の男性が、今になってその腹部がシクシク痛いということで受診した方に会った。ところがその相談を受けた数日後から、私も腹部が痛くなって、病院を受診するということがあった。また、小児科病棟で子どもから採血するのに医師が何回も注射の針を刺しているのを見て自分の方が貧血を起こしたことがあった。そういう実習を終えて、京都で病院のPSWとして就職することになったのだが、今から報告するこの研究は、実はそこでの2、3年の間に葛藤したことにつながっている。

最初の「精神科」のリアリティショックは大きいものがあった。両親世代の入院患者が、プ

ラスチックのお皿でご飯を食べている現実、私が生まれる以前から病院に入院されている方が何十年もこの空間の中で生活しているという現実。そこで生じたのは、「目の前の患者さんを何とかしてあげたい」という率直な思いだった。患者の家族は「退院してくれるな」と言い、患者も「私は、親戚や家族には、いないことになっていて、ずっとここで生活する」と言う現実。その中で「ソーシャルワーク」、さらに言えば「福祉とは一体、何だろう」ということをかなり悩んだ。職場を変えた経験もある。保健所のソーシャルワーカーだったが、ここでもいろんな軋轢があり、自分自身の限界もみえて結局は仕事から離れることになった。しかし、しばらくしてもう一回「ソーシャルワークとは何か？」を学びたいと思い、大学院に入った。後期課程では自分の研究テーマを設定するにあたって、新人時代のリアリティショックや試行錯誤のことをもう一度、自分なりに考えてみたいということがあり、結局、長い時間を経て個人的な葛藤が、この研究になったという経緯がある。

このように、PSWの経験では相当、深刻な葛藤体験を身体で経験した。それは、あるべきソーシャルワークの価値—クライアントの自己決定、主体性とか自己実現—と対峙する、閉鎖的で管理的なやり方や、「帰ってきてくれるな」という家族や地域、そういう現実をどう考えたらいいかということである。あらためてこの問題に向き合ってみようということがあった。

*Toshiko Yokoyama：札幌学院大学

この研究の意義を違う側面からみると、社会福祉制度改革、精神保健福祉の制度改革、障害者自立支援法など制度面が大きく変わり、地域移行、地域生活支援、就労支援、本人主体など法の理念そのものがかなり変化しているにもかかわらず、長らく社会防衛的な機能を担ってきた精神医療システムが、そんな簡単に価値の転換を図れるのかという疑念がどうしても生じてしまうということがある。「人権」「社会正義」がソーシャルワークの中核的価値だと言われるが、その価値を目の前で試される現場で、一体どのようにワーカーはそれを実践し、生き延び、どのような援助観を身体化し、内在化していくのか、これを経験ベースで探っていきたいという思いがあった。

また、最近のソーシャルワーク理論では、エンパワーメント、ナラティブなど新しい理念が出てきており、パートナーシップ、協働が援助関係の重要なテーマとして語られている。しかし実は、パートナーシップとは何かを「分かち持つ」という意味で、援助関係における自・他の認識の転換が必要なはずだと思うのだが、実際にはそれが曖昧なまま、耳障りの良い言葉でパートナーシップ、協働という言葉が使われているのではないかと思っている。そのあたりも研究で明らかにしたかった。

研究の目的は、「精神科ソーシャルワーカーの援助観が現場での経験を通してどのように生成されるのか。これを帰納的な研究によって質的に明らかにする」である。別の言い方をすると、ソーシャルワーカーとしての「わたし」が、経験の中で利用者を前にして、どのように自己を規定し、どのように援助活動し、どのように利用者と向き合ってきたのかという、自己言及性を伴う物語を、データ密着の概念から説明し、共有できるものにするということである。

この研究は、『ソーシャルワーク感覚』という弘文堂から出版した本にまとめている。本のなかでは、ソーシャルワークの理念で説明される理論知・学知と言われるものに対して、経験を通してつくられるソーシャルワーカーの知識、

つまり経験知・暗黙知があることについてふれ、それをブルデュアの「実践感覚」という概念をもとに「ソーシャルワーク感覚」と命名した。ソーシャルワーカーが自分の身体化、内在化を通して得ている知識、中でも今回は援助関係を通して生成されるソーシャルワーカーの援助観に注目して論を展開した。

そもそも「援助観」とは何かについてであるが、具体的な事象の中でつくられる対象への向かい方（態度）を規定するような価値を含む一定の立場と定義した。具体的にはソーシャルワークとは何か、ソーシャルワーカーとはどのような人か、利用者とはどのような人か、援助関係とはどのようなものか、この4つに細分化されるが、ソーシャルワーカーとはどのような人かというところに軸をおいて、これらを含む一定のまとまりとして援助観を定義している。

研究の基本的視座は次の4つである。第1は現場がどのような場なのかについてである。精神保健福祉の領域では特にそうだが、「社会統制的機能」—社会が医療システムなどに求める機能—と、もう一方で専門家たちが教育される中で涵養される「利用者の自己実現促進機能」が同時に存在する場として、現場での経験を考えようとしている。ワーカー、看護師などの専門職も、この二重基準の中で実践を行っているのが現場なのである。第2は、そのような現場で働くPSWの葛藤は、職業的価値の「社会正義」や「人権」からすると実は相当深刻な価値葛藤を経験しているだろうということである。第3に、その経験に関してどのような理論的立場がとれるかということに関してである。現場での価値葛藤を経験を通して省察を繰り返し、何らかの経験知（暗黙知）が形成されていることに注目し、ミードの社会的自我論や、ブルマーのシンボリック相互作用論を理論的基盤に置いている。第4にその経験的世界にどのようにアプローチするかについてである。経験というものに対する認識論との理論的整合性からして、グランデッド・セオリー・アプローチ(GTA)を採用しようと考えた。これはデータ密着で独

自の説明概念をつくり、一定のまとまりある説明（小さな理論）を提示するもので、人間の行動の説明と予測が可能になる方法である。

研究方法の詳細であるが、インタビュー対象を「医療機関で一定の継続した実践経験を持つPSW」とした。ひとまず10年程度以上の経験がある方で、その経験のほとんどが医療機関にある方。そして現在、指導的な立場にあり、精神保健福祉士の資格を有して、調査の承諾を得られた方で、合計14名（男女比同じ）である。経験の平均は18年で、9年から30年の幅があった。教育背景と現職については、14名のうち11名が大学で社会福祉学を専攻され、うち1名は大学院で修士号をとられ、2人は大学院修士課程在籍中だった。あとの3名は大学で心理学を専攻し、うち1名は大学院で社会福祉学を専攻されていた。インタビュー時の現職は8名が医療機関、4名が地域のPSW、2名が教員だった。

データ収集の方法は、半構造化面接を1名につき平均67分行い、文書で倫理的な配慮、守秘義務、データの処理、結果の公開について説明した。インタビューガイドはシンプルに3つの質問を軸に話を聞かせていただいた。まず、PSWになりたての頃に持っていたソーシャルワーク、ソーシャルワーカーのイメージである。当時の利用者に対するかかわり方はどのようなものだったかを聞いた。次に、そのイメージやかかわり方が変化してきたとすれば、その変化に影響を与えた経験、出来事をできるだけ具体的な事例として聞かせていただいた。最後に現在、PSWとして大事にしていること、ソーシャルワーカーという職種について考えていることを自由に聞かせていただいた。

インタビューデータは逐語記録を作成して分析し、GTAの中でも修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いた。GTAはグレーザーとストラウスによって開発されたものである。詳述は避けるが、M-GTAを採択した理由は以下のとおりである。そもそもGTAはデータ密着で、比較的大きな理論の

生成を志向しているが、M-GTAは領域密着型の理論—具体的な対象を特定した中で、人の行動を説明・予測できる理論—をつくっていくことに優れている点があげられる。また、M-GTAでは分析の過程で、概念ごとに分析ワークシートを作り、そこで継続的な比較検討を行うことで小さな理論的飽和化を目指している点で優れている点である。これによって概念がすっかり吟味され、解釈の深い概念を作れるからである。さらに、インタビューデータの切片化をせず、意味の文脈で、常に継続的比較分析をする一のような意味があるか、類似例や対極例はどこかを検討する—分析手法をとっている点である。分析テーマと分析焦点者の2点からぶれることなく一貫して分析するという点や、結果がその2点から高い密度でまとまりを得ていく点を重視している。最後に、最も重要な点として、「研究する人間」による結果が、「応用者」（実践者）によって現場に適用されたり、応用されたりして、最終的に結果が評価されるという立場をとっている点である。

この研究の分析テーマは「医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーが、経験を通して理解する援助観の生成プロセス」で、分析焦点者は「医療経験で一定の継続した実践経験を持つ精神科ソーシャルワーカー（ひとまず10年以上の経験者）」である。

分析の手順を少し紹介しておきたい。まず、最初にしたことは14名のインタビューデータのうち、経験を細部にわたって豊富に語った人のデータを採り上げて繰り返し読んでいった。「この部分はかなり言いたいことを言っているな」と思われたところにマーカーを引き、「ここでこの方が言わんとすることは何か。なぜ、そのように思うのか。なぜ違うように思わないのか」と問いかけながらノートにメモを書いていった。この作業が、データへの着地点として重要であると言われている。そして「注目した箇所以外に同じような文脈から出てくる言葉はどれか」や、その方のデータで「全く逆の内容を語っているところはどこか」を探した。そして違う人

のデータに広げて「先のデータの人が言っていたような語りはあるか、ないか」と検討した。

概念は、自分なりの定義を2行くらいで説明して、概念名をつけ、その概念をあらわすバリエーション（語り）をいくつかピックアップした（分析ワークシート）。その時に、気になることをメモ欄に記載しておいたことが、結果の考察を書く際に参考になった。最初の概念をつくる時は、データの着地点でもあり、いろいろな可能性を検討する必要があるので、M-GTAの研究会で報告したほか、10年以上の経験があって、私の問題意識をよく把握してくれている方に、インタビューデータを提示して一緒に検討するなど、解釈のオープン化を心掛けた。

最初の概念はかなり吟味して分析ワークシートを作ったのだが、概念生成に慣れてくると、次々と作るという落とし穴も経験した。語りの内容が似ているものをまとめて、概念を作るといった分類的なやり方に移行してしまったために後で修正するのは大変だった。概念を30個程度作った時点で、全体として「分析テーマ」と「分析焦点者」の2点からどのようなプロセスが見えるかについて考え、結果図を何回もメモにした。結果図案を30枚～40枚書いたが、結果的にその時点では、自分の言いたい内容を反映してしまい、データから離れがちとなっていることを分析スーパービジョンで気づかされた。従って、もう一度、概念を一つひとつ丁寧に見据えていくことにし、スーパービジョンを受けながら「新人の時から現在に至るまで援助観がどのように作られていったかという全体の動きをダイナミックに説明する」ことを意図した。

さて、質的研究というのは研究者の恣意性という批判・問題に常に晒されているが、今回の研究で、結果の質の担保のために行ったことを挙げると、まず、分析方法のM-GTAに慣れることである。この研究の前にM-GTAを用いた共同研究を行ったり、M-GTAの研究会に参加したりした。さらに、最初の概念生成時の解釈のオープン化を行った。また、インタビューをした対象のPSWに、ある程度結果が

まとまった時点でコメントを求めた。論文では分析の手続きに関する記述を、できるかぎり丁寧にした。そして、インタビュー対象ではないが分析焦点者にあてはまるPSW2名に最終的なコメントをもらった。これら一連の分析過程において、4回程度のスーパービジョンを受けた。

以上のような手続きで出てきた「医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーが経験を通して理解する援助観の生成プロセス」の結果は、最終的に結果図にまとめた。図だけでは、わかりづらいところがあるかもしれないが、説明を加えながらみていく。図は左から右へと変化するプロセスになっている。

全体のストーリーラインを、カテゴリーのみで説明すると、医療機関に勤務するPSWが経験を通して理解する援助観の生成プロセスは「あるべきPSW像への自己一体化」から「限界から始まる主体的再構成」を経て「互いの当事者性にコミットする」というところに至り、そこを起点として「経験の深化サイクル」が形成されているという結果になった。

カテゴリーごとに見ていく前に、この結果の主要部分を2つに絞ると、一つは「限界から始まる主体的再構成」というプロセスである。PSWとしての無力感、効力感が否定されるような情緒的な、また身体的な体験でもある「疲弊体験」から脱出しようとして、「一時離脱」「自己への問いかけ」という2つが作動した結果、PSWのアイデンティティのコアが生成されていたというプロセス、これが重要な経験だと思われる。これまで何となくワーカーの間で「危機を乗り越えたら見えてくるよね」「壁を乗り越えたら見えてくるよね」というふうに話されていたことが、このような概念で説明できたと思われる。2つ目に図の右側の「互いの当事者性にコミットする」というところがPSWのコアになっているという点である。利用者とPSWという援助関係における2人の当事者—援助する側、受ける側—が、人生の経験、生活の細部に見いだす自分らしさというところで、

人間として出会っていく、そのような人間として出会うことを意識した上で援助者役割を担っていたという点あげられる。特に2点目は私自身、未知の実践領域で（途中で現場を一時離脱したままなので）、長く経験しているPSWはこういった境地になっていることを学んだ。

次にプロセスをカテゴリーごとに見ていくことにする。「あるべきPSW像への自己一体化」のカテゴリー、これは3つの動因、誘因から発生しているが、中心概念は「救世的使命感」である。これはPSWとして働き始めた当初の新人時代に経験する一つの経験プロセスである。「救世的使命感」という言葉は、いろいろなイメージの付きまとう言葉だが、利用者の抱える問題についてPSWとしての価値判断を優先させて解決、援助することで自らを救世的立場に位置づけ、解決を先導することと定義づけた。つまり私の新人時代の経験でいうと、家族からはいないものとされ、20年、30年もこの部屋で生活しておられた当事者Aさんの退院に向けて、「私が何とかしてあげたい」という気持ちである。率直な気持ちだったと思うが、「やってあげる」という価値判断、「地域での生活が絶対幸せなはずだ」という価値判断を、「相手のために」という言葉で優先させているようなイメージと考えており、「救世的使命感」とした。データから引用すると、ある方は自分が『こういうふうになればいいなという願いが、どちらかといえばそれを優先させていくような関係っていいんじゃないか』、また『先に、こっちが引き出そうとする動き』ということと語っておられた。

「救世的使命感」は3つの動因によってつくられており、一つは病院の中で「役割期待に応える」という概念だった。期待される業務に取り組むことによって、逆に自らの存在意義を確かめたり、確認したりする現場への適応的なコミットメントである。もう一つ、それとは反対に「治療構造への違和感」があり、閉鎖的、管理的な場に対する違和感、反発である。データでは「どうして主治医はこんな言い方をするのだろうか」と語られているが、治療の場への対

立的なコミットメントと考えた。この2つが「救世的使命感」に関係していたが、もう一つ、「当初抱いていたPSW像」という概念、つまり教育的な背景、人生経験、先輩からの指導などで得た観念的なソーシャルワークやソーシャルワーカーのイメージが、「救世的使命感」に強く影響を与えていたこともわかった。

人によって、経験年数はさまざまだが、このような動因によって形成される「救世的使命感」は利用者からの感謝、他職種からの認知により「部分的な手応え」を得ていく。たとえばある方は、生活支援を院長が積極的に行っていて、夜にバスを出して患者と銭湯に行くということをやっていたと語っていた。そのワーカーは、これが生活支援なのか—医療が入浴など生活を全部管理して目を届かせている—という葛藤がありながらも、患者から感謝されると手応えを得ていたという。手応えがあると、またがんばる。しかし、これは生活支援なのか？という疑問は消えず、「当初抱いていたPSW像」に照らすと「できないことへの葛藤」が明らかになってくるのである。一定の成果を得る一方で、生活支援を担う専門職として、生活がこんなに管理されているのか、いや、違うはずだという葛藤がはっきりしてくるというプロセスであった。そして「疲弊体験」というものに大なり小なりつながっていた。さらに、これらのプロセスには当時の「施策が求める実践枠組み」や制度政策が大きな影響を与えていた。これが最初のプロセスの説明である。

最初のプロセスの帰結として見出されたのが「疲弊体験」である。定義はPSWとしての無力さ、限界を知らされるような、情緒的なインパクトのある体験で、ネガティブな情緒体験である。苦痛を伴う「疲弊体験」から脱出しようとして模索される「ぶれの安定」（サブ・カテゴリー）には2つの概念がある。一つは「一時離脱」、もう一つが「自己への問いかけ」である。

「一時離脱」というのは、治療の場から意図的に離れてみることで、生活の場における利用者の可能性と出会うという体験である。あるソー

シャルワーカーは、当時、病棟担当で患者の相談を行っていた。しかし、援助するもの・されるものという関係から解かれた活動の必要性を感じて、患者クラブを何人かの有志のスタッフとともに立ち上げた。そこでは、ワーカーもメンバーという立場で話したり、スポーツなどの活動をしたりしていた。しかしある時、メンバーがスタッフに対して、メンバーの一人だと言いながらも結局はスタッフが上から物を言っていることに対して鋭い突き上げがあったという。そのワーカーは、メンバーとのやりとりを通して本当の意味で「ああ、やっぱり人間だったんだ」ということを知り、メンバーから突き上げられる体験は、実は自分たちが望んできた関係だけれども、非常にショックだったと語っていた。このように、いろいろな疲弊体験があって、病棟から離れて回復者クラブを立ち上げ、その中で初めて見せた彼らの人間としての顔というものが、「自己への問いかけ」=ワーカーとは何かを考えるという事につながっていった。

回復者クラブの立ち上げというのはどちらかというと業務内の一時離脱の例だが、多くの人が退職を選択していた。あるいは職能団体に強く関心に向けてかかわるといふ、一時離脱の方法をとる人もいた。患者からの突き上げによって「ワーカーとは何だろう、自分は何がしたかったのか」と、「自己への問いかけ」を行った例をみたが、「自己への問いかけ」の定義は、自分の実践がそれでよかったのか、何をしようとしているのかを自己に問うことで、問いを問いのまま保持することである。つまり「ソーシャルワークとは何か、福祉とは何か、自分は何をすべきか」といふ、具体的で単純な答えがあるわけではない問いを問い続ける姿勢としてこの概念を置いた。

「一時離脱」は、自分の仕事の枠を少し離れる、広げるという具体的な行為を伴う活動であり、これは「一体、自分は何をしたかったのか」という「自己への問いかけ」とセットになっていた。この2つの概念によって、新たな援助観の参照軸、拠り所が模索されるという経験が見

いだされた。これらの問いかけに大きな役割を果たすのが、教育機関で学ぶソーシャルワークの価値である。

ここまでの概念を、あるPSWのストーリー例示でみていくことにする。この方は福祉系の大学を卒業し、精神科の単科の病院に就職している。「何かできることがあるのかを探しまくっていた」「どんどん提供してぐいぐいリードしていくようなイメージ」で考えていた。最初はデイケアのスタッフに配属され、メンバーの変化に充実感を得ていた。「こういうプログラムをしてくれてありがとう」と言われ、プログラムの中で回復していったメンバーの顔を見て「あ、なかなか、やれてるじゃん」と思ったという。しかし「プログラムをこなしているというのはワーカー的なのだろうか。やっぱり病棟担当で相談業務をきちっとやっていきたい」と思うようになり、病棟担当になった。しかし、そこには長期入院で家族からは「帰ってきてくれるな」と言われ、本人も「入院をずっとしたい」というケースが多く、「どうしたらいいのか全くわからなかった」「こっちは欲張って本人、全く退院したくないという状態でワーカーばかり退院、退院と言っている」という状態になる。次第に「外がいいと思っているのは私だけ？」という葛藤が大きくなり、かなり大きいレベルでのショックとなっていた。「相手のためにも思っているが、こっちは欲張っている」状態に疲れて「病院の外にどんな世界があるんだろう、他のワーカーはどんな仕事をしているんだろう。ワーカーはどんなふうに生き延びているんだろう」といふことで、職能団体の活動に参加されるようになっていった。最終的には病院を退職し、作業所にかかわるようになって初めて「ああ当事者の方が、こんないきいきと笑ったり、しゃべったりする場では働きたい。病棟の中で自分だけが頑張っていて、どんどん抱えていくのではなく、自由な雰囲気の中で仕事をしていきたい」といふことを発見された。

他の方もそれぞれの個別の「疲弊体験」があ

る。ある方は退職を選択せざるをえないような大きい身体症状が出ている方もおり、ある方は業務内の一時離脱で何とか乗り越えながら、という方も、もちろんおられた。

しかし次のような4つの共通点が見いだせた。1つは「救世的使命感」で説明されるような何らかのあるべきPSW像、価値規範というものが存在しているということ。2つ目は自分では容易に解決できない問題に直面し、しかも自分が何かをしなければならぬ立場として置かれていて、それに向けた取り組み、努力が一定期間続いていることである。3つ目は、そこで何らかの「隔たり」「ずれ」というものに気づく経験や出来事が見出されることである。患者からの突き上げや、先輩からの一言で「今の私って何をしているんだろうか」と深刻に悩まれる方もいらっした。4つ目は、その「隔たり」「ずれ」の気づきがPSWのアイデンティティへの危機へと拡大し、心身に相当の負担がかかるため脱出しようと模索されるということである。「ずれ」が無視できるような小さなものなら無視されていくのだが、何か具体的な出来事、具体的な一言によってその「ずれ」が拡大し、深くなっていく経験の中で心身ともに負担がかかっていったという共通点が見いだされた。

「一時離脱」といってもさまざまで、退職を自己選択されている方が8名中5名で、業務内一時離脱、回復者クラブ、共同住居の立ち上げ、職能団体へのコミットなどかなり多く見られた。進学を選ぶ方もいた。PSWの経験に応じて必ずしも「疲弊体験」は1回ではないが、何人かの方が「最初の疲弊体験ほど痛まないで済む」と語っており、新人の時の「疲弊体験」はかなり強いインパクトを持っていると理解された。

「ぶれの安定」(サブ・カテゴリー)は「知識の窓を開いておく」「仲間と語る」が影響を与えていた。前者は、知識、理論、技術、情報を積極的に吸収し、自分の実践の理解のための枠組みを得るということで「新人は新しい風を持ってきてくるので、すごく勉強になる。新人

によって私たちはずいぶん活性化されている」という語りがあった。3、4人の方は「ナラティブ関係の本が非常に自分の援助観を考える時に役立った」とおっしゃっていた。「仲間と語る」という概念は、仲間としゃべって気分転換や発散、アイデアをもらうなどで、インタビューデータにもかなり多く見られた。

このような痛みを伴った体験の中で「アイデンティティのコア」(サブ・カテゴリー)が見いだされていく。これは2つの概念で説明した。「限界に目覚める」と「生活者としてのつながり認識」である。「限界に目覚める」とは、利用者を援助するにあたり、PSWが果たせることは常に限界が伴うという認識で、同時にそのような限界を前提とした役割意識、責任感、使命感を意識することと定義づけた。あるワーカーは「自分がこの人の生活や人生を変えることはできないし、もちろん全部わかることもできない。しかも病院のワーカーはその人の地域生活のほんのわずかししかかかわっていないのに、自分たちは生活全部をわかっているという思い込みで援助をしていた」と振り返っている。自分たちワーカーが援助における限界を知ること、しかしその限界の中で精一杯かかわるという意識をもっていることがデータから理解された。

それだけではなく、さらに深いレベルで「生活者としてのつながり認識」という概念が見出された。これは、特別な立場としてのPSWとして特別な状況にある利用者にコミットするのではなく、一人の人として生きていることを自覚し、それを接点として利用者とのつながりを意識し、認識することである。利用者が、精神障害を抱え、生活の困難を抱え、多くの苦勞を抱えながら現在、生きているのと同じように、自分たちワーカーにも生活があり、自分の人生における苦勞、課題を抱えた人間であるということ意識することである。互いにそれを明示的に共有することはできないし、わかることもできないが、オリジナルな「その人らしさ」を、利用者のものでとらえるのではなく、自分も一人の人間として生きることを意識しながら

援助という限定されたかわりの中で生きているという認識があるということがわかった。「限界に目覚める」と「生活者としてのつながり認識」はセット概念で、相互的な関係だと考えている。

このような限界やつながりを認識し出すと、すぐにではないが、「互いの当事者性にコミットする」というカテゴリーにつながっていった。これは「限界から始まる主体的再構成」という経験を経てつくられていく援助観の次元として理解された。私たちの限界、存在意義、そういうものを認識した上で自分の役割を改めて位置づけ、利用者と自分の自分らしさを見いだしていこうという経験のプロセスとして理解された。ここはわかりづらいという指摘もいただいているが、大きく分けて、2つのサブ・カテゴリーがある。ひとつは「生活の場にその人らしさを見出す」で、もうひとつが「自分らしく生きるというワークスタイル」。似たような言葉だが、前者は利用者がもともと持っている可能性や力に着目して、それを引き出し、その人らしい生活、生き方ができるように支援することである。これには下位概念として7つ小さな概念があり、「プロセスを共に歩む」「教えてもらうという支援」「自らを資源化」「場・関係の創出」「地域につなぐ」「チームで関わる」「日常性の戦略的活用」である。この概念7つをもとに、利用者のその人らしさというものを見だし、つくっていくという援助実践であることが理解された。

後者の「自分らしく生きるというワークスタイル」もかなり抽象的な概念だが、PSWとしてのワークスタイルに自分らしさを見だし、それを大切にしていくことで生活者や一人の人生を歩む人としての自分を意識することである。その意味で利用者からも学び、また利用者へも影響を与えていることを自覚することである。仕事という枠を越えて自分の生き方の中に利用者とのつながりの中で見いだされる自分らしさ、生活者としての一面を、より明確に見いだそうとする仕事のスタイルと理解した。これはPSWにとっての社会化（再社会化）プロセス

でもあるように思われる。新人経験を経て、一人前の社会人になっていき、一人の人間として成長していくプロセスの中で、必ずしも「援助観の生成」という仕事の枠だけに止まらず、個人的な人生や生活とかなりリンクし、行き来しながらつくられていっていることがわかる。

このようにプロセスの「上がり」「終着」というのではなく一つの次元として「互いの当事者性にコミットする」という概念が見出された。データからは、そのなかで経験をより深化していくサイクルもあった。もちろん単純な線型の変化ではなく、行きつ・戻りつのプロセスで、経験を通して厚みを帯びて確信を増していくプロセスで、それを「経験の深化サイクル」と名付けた。これを作動させる2つの概念は「本意ではないかわり」「まとわりつく疲労感」であった。たとえば精神科では本人が嫌だといっても、医療上、入院していただくということがあり、自己決定とか主体性とか言うけれども、ある時には手を引張って入院してもらうことがありうる。その時、ワーカーとして「本意ではないな、入院を強引に説得するような場面はつらい」ということもあり、また、帰宅する車のなかで相談ケースを思い出し「もう嫌だ、疲れた」と感じていることもある。しかし、単に疲れた、しんどいということではなく、「今日はちょっと無理な入院になってしまったけれども、どんなふうに今後につなげたらいいたろうか、あの場面をもう少し違ったやり方でやるとすると、どんなふうに説得できただろうか」というふうに、「本意ではないかわり」「まとわりつく疲労感」を契機として、また再び「一時離脱」であるとか「自己への問いかけ」を作動させていくサイクルとして理解できた。そういうサイクルの中で、再び「一時離脱」「自己への問いかけ」を行い、そしてまたそこで「限界に目覚める」「生活者としてのつながり」というコアを分厚くしていくことで「何をすべきか」を理解していくという経験プロセスであった。

現場にいと常に葛藤や戸惑いも存在し、疲労感も存在する。しかし、「これは大事だ」と

いうものもはっきりと見えてくる。そしてそれが見えるから少々ぶれても戻れるということになる。ソーシャルワークはいろいろな契機で、ぶれやすい実践だが、戻るところがどこなのか、はっきりわかっていくという経験プロセスでもある。

さて、このプロセスが、援助観生成、キャリア形成、アイデンティティ形成などの先行研究からどのような意義があるかということを示して見たい。本研究においては「経験を経て互いの当事者性にコミットする」という立場性をもって職業領域への積極的な関与（コミットメント）が見いだされた。先行研究では職業領域への「コミットメント」が一つのキーワードとなっている。本研究でもコミットメントのあり方が利用者と自分の自分らしさに向かって平行に経験されていることがわかった。つまり業務としての援助者役割、ソーシャルワークというものだけではなく、実は利用者との関係のなかで、自分の自分らしさ、相手の自分らしさがつながっていたということが言えると考えている。

先行研究のもう一つのキーワード「危機」については、今回の「疲弊体験」がそれにあたると思われる。「疲弊体験」という危機体験であり、それは「救世的使命感」を一旦解体し、再度、経験とソーシャルワークの価値の2つによって自分で作り直していくプロセスであったと言える。さらに危機を乗り越える時、「一時離脱」「自己への問いかけ」が機能していることも今回、明確にできたと思っている。

また、PSWの援助観に関する研究は、日本精神保健福祉士協会の先生方を中心に、これまでいろいろと論じられてきている。「関係の循環性」（坪上）「関係の柔軟性」（谷中）「経験共有」（柏木）「本人の主体化」（寺谷）「パートナーシップ」（藤井）などが重視されてきているが、これらが、どのようなプロセスで、つくられてきたのかを、一連の概念で説明できたのではないかと考えている。

最後に本研究のオリジナリティを見ていき

い。1つはPSWの援助観が「あるべきPSW像への自己一体化」から「限界から始まる主体的再構成」を経て「互いの当事者性にコミットする」に至り「経験の深化サイクル」というプロセスを経ていたことが明らかになったことである。これはPSWとしての経験を意味づけ、方向づける参照軸が自分の中に内在化、身体化していくプロセスであると同時に、援助における自分というものを見だし、そしてその自分が見いだされた対面としての他者、利用者を見据えていくというプロセスでもあったと意味づけている。

2つ目に、援助観の生成にあたって重要なプロセス「限界から始まる主体的再構成」では、PSWとしての「救世的使命感」に基づく自己効力感のようなものが一旦崩壊するという「疲弊体験」が重要契機になっていることがわかった。これも非常に興味深いプロセスの一つだったと思われる。「疲弊体験」はこの意味から言うと、避けるべき体験ではなくむしろ「PSWとしてのコア形成」のためにこの経験を味わいつくすことが必要かと思われる。そのような研修の必要性を示唆しているのではないだろうか。ただ今回のインタビューではみられなかったが、この疲弊体験を経てワーカーの仕事から去る方もいる。「疲弊体験」の心身にかかる負担度は個人差があって、人によってはワーカー業務に戻りたくても戻れない方もあるかと思う。しかしながら、それを何とか最小化するというより、次のプロセスに向けていく道づけが我々に課されているのではないかとと思われる。大きな困難を乗り越えると、それだけ大きなものをつかめる、そんな可能性を研修の中で見出したいなど思っている。

3つ目は「疲弊体験」に直面すると、当時抱いていた「助けてあげる」という援助関係の枠組みが一旦外される「一時離脱」、そして問いを問いとして保ち続ける省察的態度、「自己への問いかけ」が機能することで「PSWとしてのコアの形成」につながっていくことがわかったということから、今後のソーシャルワーク教

育の中で生かしていけるのではないかと考えている。この2つの機能はPSWとしてのもの見方を、より深く、より分厚いものにしていく。

4つ目は経験を経て「限界に目覚める」「生活者としてのつながり認識」、こういうものを機軸にしながらか「生活の場におけるその人らしさを見いだす」という点で援助しているということがわかった。しかし、援助そのものは非常にパラドックス（逆説性）が付きまとっている。援助関係によってはエンパワメント実践が相手のパワーを失うこともありうる。ワーカーが援助における自己認識をどんなふうにつか、これは非常に重要だと思うが、その上で役割認識を有することが大事だと考えている。援助そのものに内在しているパラドックスを最小化していくためには「生活者としてのつながり認識」「限界に目覚める」、この2つがキーワードになっているのではないだろうか。

5つ目はPSWが援助という経験を通して、利用者と自己（PSW）が自分らしさをそれぞれの生活場面の中に見いだすというパラレルな経験であることがわかった。これはソーシャルワークという職業を通しての社会化（再社会化）のプロセスでもあり、ソーシャルワーカーたちは、このパラレルな経験によって特定の個人の中に内在化し、身体化していたわけである。

6つ目は「経験の深化サイクル」によって経験の参照軸が分厚く豊かになっていくことである。「互いの当事者性にコミットする」に至っても、現場は常にそれを揺るがす「本意ではないかわり」「まわりつく疲労感」が存在し、常に自分を問い続け、確認するというサイクルが形成されていた。これに関して、結果のコメントを求めた方からは、この2つだけではなく「もっと建設的な新しい事業を立ち上げるとか、建設的な自分の新しい次のステップへの取り組みが『本意ではないかわり』『まわりつく疲労感』と並列にありうるのではないかとコメントをいただいた。そのような内容はインタビューデータでは見当たらなかったが、興味深い指摘である。

結果に関するいくつかの留意点と課題だが、本研究は10年以上、平均して18年間、現場で生き延びてきた方を前提としている点である。また、すべてのワーカーが長く経験していると、このような経験に至るのかということ、そのようにも言えない。ただ分析焦点者の条件にあう方に、先ほどのインタビューガイドで質問させていただき、得られたデータという限定の中での結果だということである。これがあるべきプロセスでもなく、個人差がかなりあるプロセスでもある。むしろ、「長く経験してきた人はこんなふうに乗って越えてきた」というプロセスガイドとして位置づけたいと考えており、経験の只中にある人には「果たして自分はどうやって生き延びてきたのだろうか。どのあたりで、どんなふう悩んで、何を大事にしてきたか」というセルフ・ナラティブを語り出すような一つのきっかけにさせていただけたらという思いがある。これが正解であるという誤解だけは避けたいと思っている。

また、今回のプロセスはPSWを対象としているが、それを超えて看護の方、MSWの方、終末期ケアにかかわっている方から「疲弊体験」の前後プロセスのあたりは「非常にわかる。経験の中でわかる」という感想を寄せていただいている。プロセスの主要なところは、ヒューマン・サービス領域に通じるものが出てきた可能性があるのかなと感じている。

本研究の課題だが、これをソーシャルワーク教育に携わっている方にフィードバックすることで、個人的・あるいは団体としての取り組みをしていただけると大変うれしい。特にソーシャルワーク教育の中で、結果を何らかの形で（現任研修を含め）生かさせていけないかなと考えている。

今日は、このテーマ設定に至った葛藤の場、京都で講演させていただき、いい機会をいただいた。感謝して終わりたい。

質疑応答

司会 懇切丁寧に話をしていただいた。いくつか質問をうけたい。

質問 【ソーシャルワーク感覚】が出た時から興味深く読ませていただいた。14人の方へのインタビューされた方はこの方たちならという思いがあって選ばれたのかどうか。もう一つは、話題になっている若い人たちの教育について、疲弊しないで仕事ができるしまうひともいると思われる。これについて意見を。

横山 14人を選ぶ前提だが、最初から14人にインタビューしたのではなく、まず3人の方にインタビューした。3人を選ぶ基準は「この方はぜひ聞きたいな」という方ばかりで、かなりベテランの方で経験年数20年、30年の方である。この方にインタビューして当初、KJ法でシンプルな分析をして報告した経験があった。そして、3人の方が大事に思っている援助観が生成されるプロセスを丁寧に辿りたいという意図で、プロセスを言語化していただけたような方、しかも身近でインタビューを受けていただけような方を選び、11人をお願いした。その時は、分析テーマに関して豊富に語ってくださりような方を意識した。

次の質問だが「疲弊しないで仕事ができるしまう人たち」は本当にいるなと思いつつ聞いていた。これは新たな課題で、疲弊させるための何らかの教育的介入が必要かどうか、倫理的にも、いろいろ議論があるところかと思うが、疲弊の軸になっているのは「ソーシャルワークの価値」だと思う。ソーシャルワークの価値に戻り、常に問いかけをしていくという、つまり、その人が体験している事例の中で、価値を問うような具体的な投げかけを発していくということが大事なのかなと思う。最近の学生たちを見ていて実習指導もそうだが、学生にかわる言葉で、わかるころまでちゃんと降りていき、一つひとつ「これはこうだね」と丁寧に確認し、聞いていかないと、本人に落ちていかない感覚はとてもある。彼女、彼らの体験している土俵

の中で問いを投げかけることが必要かと思う。

司会 時期的には仕事を初めてどれくらいで疲弊するのか。10年前、MSW、PSWを含めての調査をしたことがあり、回答してくださった方の属性を見た時、5年未満と5年以上で、3～4年で仕事をしている人が少なかった。5年を越すと10年、20年も大丈夫という調査データが出たことがある。当時は「疲弊」という概念ではなく「危機」と思っていました。そのことをうまく超えていくと、援助者としてアイデンティティを持ち続けることができるのかなと、ふと思う。

横山 結果の中では何年ということは出さなかった。個人差もあり、その数字を出してしまうと、それが段階モデルのようになって、この研究で意図しているものと違う方向に行くことが危惧されたからである。14人の方の話を伺って、3年とか5年の期間の中で経験されている方は多いと思う。早い方は1年とかもあり、一定の手ごたえを持ちながら葛藤していくプロセスが結構、長くかかって、かなり大きな「疲弊」につながって3、4、5年とかかかっている方もいた。その分、業務が変わったり、所属が変わったりという人もいた。

司会 そのあたりが現任教育とか研修との兼ね合いで、という思いがあったので。

質問 名古屋でスーパービジョンの研修を始めているが、疲弊しかけている人がスーパービジョンを受ける。あまり疲弊感を漂わしていない人は、スーパービジョンは不要という感じでちょっと困んですが、もう少し考えていかないといけないなと思っている。M-GTAの方法論について質問だが、分析焦点者ではない2名の方にコメントを依頼されたところがあるが、2名の方の選択基準について。ワークシートに、そのコメントをどのように扱うかについて。個人スーパービジョンを4回受けられたということだが、そのあたりのことをお聞かせいただきたい。また、質的調査は継続性が必要だと思うが、研究テーマの次に先生が見ておられる方向について。

横山 コメントをもらった2人をどういうふう

に選んだかについては、分析焦点者の条件を満たしている方で、私自身の問題意識をよく知っている PSW が一人。もう一人は病院にかなり長くいて、今は地域に今出ているけれども広く病院に起こっているソーシャルワークの実践を理解されているベテランの方一人をお願いした。分析テーマと分析焦点者の2つを軸にした時に出てきた結果に対して、かなり意見をお持ちの方、体験をお持ちの方になるかと思う。

2人からコメントをいただいたのは結果をまとめた最後の段階で、結果図を説明しながらだったので、分析ワークシートを見ていただいている。最初の概念をつくる時は分析ワークシートをつくる前に、研究会などでいろいろな意見をもらった。分析ワークシートは自分の解釈を吟味し、他者と検討しながらまとめていったものなので、最終段階では見せていない。

2人からのコメントは「ここはわかるけど、ここはわからない。私はこうだった」といろいろと出てくる。それはもちろん論文の中に記載したが、そのコメントをもとに自分の中でデータを見直す作業をした。データからは支持されない場合が多く（同じような語りが無い）、GTA はデータ密着なので結果を修正する必要はないと判断した。結果は、研究者の責任を伴う行為でもあるが、結果は現場で修正され、応用されるプロセスに任せるスタンスもあるかと思う。

スーパーバイズのタイミングは、最初の研究計画書の時、研究計画をしっかり練ることが大事かと思う。最初の概念をつくる時にはできるだけ多くの意見をもらおうということで、かなり時間をかけた。分析が本格化してからは、困った時、行き詰まった時—しょっちゅうだが—、先方のご都合もあるので、分析の途上で2ヶ月に1回程度見ていただくという形だった。

研究の継続性だが、現在は「疲弊体験」がかなり情緒的な、感情を揺さぶられるような経験だったとういうことに注目し、ワーカーにとっての感情、情緒体験が反省的実践（省察的実践）の一つのサインとして見ることができなかと

考えている。これによって怒りや悲しみなどの感情が出てきた裏側に存在する認識にアプローチすることができる。例えば、悲しいと思うことは何か理由があって悲しいわけなので、その悲しさを気分・情感のコントロールの対象とするのではなく、その悲しさを契機として、背後にある世界観・認識図式みたいなものを省察することが可能だと思っている。特に今、ネグレクトの問題のある母子にかかわっていて、そこでは生活支援スタッフもかかわっているが、スタッフが感情を揺さぶられている様子がよくわかる。お母さんに対して「腹がたつ」とか「本当に子どもがかわいそう」「あのままだとこの子の成長はどうなってしまいうんだろう」ということをおっしゃる。そのような感情体験を一つの契機にしながら、次のプロセスを見ていくための契機にできないかなと考えている。

質問 本を読んで研究の手法を学びたいというのが、今日のお話を伺った感想。先生の思いを編み込みながらのお話で何となくわかったと感じている。私も MSW を長く経験してきて、今も「疲弊しているな」と。自分にあてはまる場所もあって、自分の考え方に近づいていってしまいそうになりがち。全体を通じての印象としてソーシャルワーカー個人の生成プロセスという印象が強かったが、私の場合には先輩のソーシャルワークやスーパーバイザーの先生がいて、モデルがいらしたのだが、身近な友人、先輩、スーパーバイザーとの関係が相談室での援助観ということは見受けられたかどうか。

横山 それに関する概念で言うと、「当初、抱いていた PSW 像」のエピソードでこういうのがあった。その方は相談室にベテランのソーシャルワーカーがいらして、その方が「ソーシャルワーカーというのはクライアントの人生に寄り添って支援することを常に考えなさいよ。それは自分の生活の中でも考えなさいと言っていた。それが私の原点です」とインタビューの各所で言っておられた方がいた。その方は、新人時代も今も原点は全然変わっておらず「患者さんに寄り添って生きる」ということである。しかし、

何が変わってきたかという「それに対する自分の立ち位置が変わってきた」ということだった。身近なベテランのソーシャルワーカーの方の背中を見たり、言葉を聞いたり、この概念で言うと「仲間と語る」「知識の窓を開いておく」「チームでかかわる」など各所に出てくるが、先輩、先生からの影響も、多くのバリエーションがあった。

ただ、その先輩から言われたことや後ろ姿をよく見てはいるが、「ソーシャルワーカーの1本道」があって「この山を登るのにこういう登り方があるよ」と先輩が示してくれても、その通りにいかないという多様性のある成長過程、経験過程があると思うので、具体的な歩き方、登り方を指し示してくれたというより「あるべきものを指し示してくれて、あとは自分で登っていく」ものではないかと考えている。仲間と語ったり、いろいろな知識を吸収したりしながら。相談室自体としての成長というのは、今回は意識していなかったもので、データの中からは言える範囲を超えているかなと思う。

質問 立ち位置が変わるということは「ああ、そうなのかな」と思った。

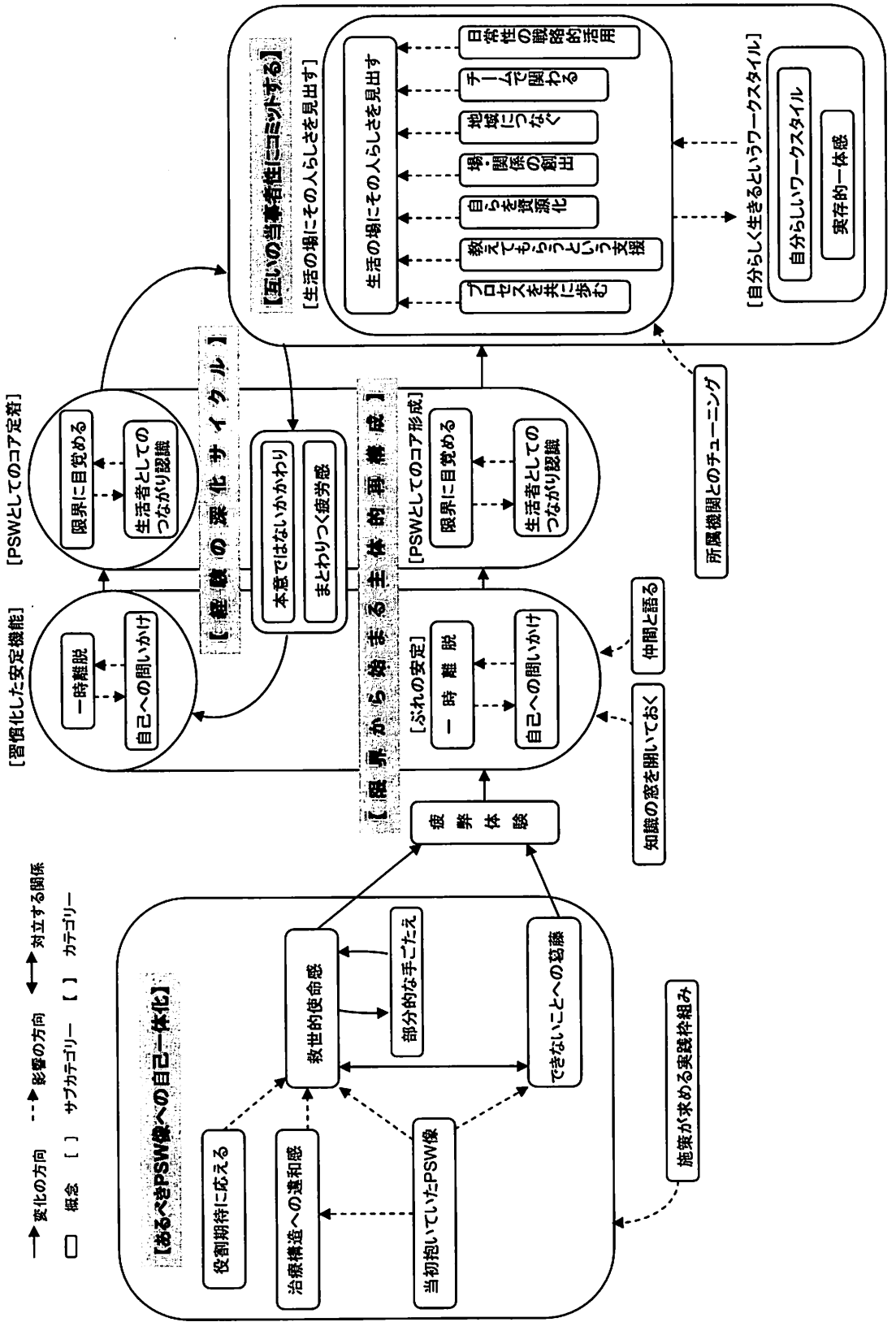
司会 最後に岡本先生から一言。

岡本 『ソーシャルワーク感覚』は同志社大学に出された学位論文、「精神科ソーシャルワーカーの現場での経験を通じて生成する援助観に関する研究」について展開されたものだが、改めて出版となりますと、かなりいろんなところで苦労されたと思う。今日は丁寧にプロセスを解説していただいた。3年くらいすると、なんかわかったような気分になる。改めてわかったようになったところで、挫折感を覚えることがある。最終的にはワーカーがもっている一定の援助観の内面枠組みを、後輩などにソーシャルワーカー観の形成につながるような概念として、どう結びつけていくかということが、横山さんの自分自身に課した、ソーシャルワークにかかわっている人間が表現すべき事柄ではないかなという思いがしている。簡単ですが、一言つけ加えさせていただきます。

司会 ありがとうございます。今後の課題も道を示していただいたと思う。今日は遠いところからお出でいただきましてご講演をいただいた。

『ソーシャルワーク感覚』という本を昨年6月に出版されたが、これは博士論文が下敷きになっているものでした。今日は本当にありがとうございました。

図 医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーが経験を通して理解する援助観の生成プロセス



[論文]

医療ソーシャルワーカーの介入態度に関する研究 —患者・家族の医療ソーシャルワーカー評価から—

富 樫 八 郎*

Key words : エンゲージメント, 介入態度, 患者・家族評価

I. 問題の所在

私たちの日常生活は、生活課題（問題）への対処能力（現実認識能力・対人関係能力・自尊感情の保持）の発揮と適切な公私の社会資源の活用からなっている。

ところで難治性の病気や障害などがかかえる患者やその家族は、多様な生活課題に直面しながらも、それに対する対処能力は低減するのが一般的である。また、社会資源等の活用にも困難をきたすことが多い。

そのため医療ソーシャルワーカー（以下SWと略記）は、患者・家族の生活課題の明確化とそれへの対処能力の向上、適切な社会資源の活用支援のためにソーシャルワーク介入を試みている。このソーシャルワーク介入は、臨床的機能（認知・感情・行動変容）の発揮、教育的機能（情報提供・助言）の発揮、調整的機能（媒介・調停・代弁）の発揮、代行的機能（同行・代行）の発揮¹⁾からなる。

特に対処能力の中核となる自尊感情の保有はきわめて重要である。自尊感情は、自分を価値あるものとする感覚であり、精神的健康や適応

の基礎をなすものである²⁾。また、この自尊感情は、「本人にとって重要な他者」からの肯定的な評価によって高められる³⁾。

このことからSWは、患者・家族にとって「重要な他者」であり、その介入態度は、患者・家族の自尊感情の高揚、すなわち対処能力の向上に大きな影響を与えることになる。

態度と価値の関連について、山田（1999）は、価値が態度の形成や表明として機能するとしている⁴⁾。すなわち態度の基には価値がある。

現任SWの価値に関する先行研究は、南・武田・森野（2002）の調査研究などにみられる⁵⁾。この調査研究では、SWの専門性の構成要素を7つのカテゴリー（知識・理論、教育、利他性、技術、組織・団体、倫理綱領、オートノミー）に区分し、各カテゴリーに対する反応、すなわち現任SW自身の専門職像をみている。

ゴールドン（Gordon, 1962）は、ソーシャルワーク実践において「知識と価値の方が方法より優位」⁶⁾であるとし、態度の基となる価値の重要性を指摘している。しかし、先の結果では、これとは逆に、方法が価値より優位になっている。そうであるとするならば、それはSW

*Hachiro Togashi : 沖縄大学

の介入態度となって現れるはずである。この介入態度の評価は、SW 自身ができるわけではない。ここに SW の介入態度に対する患者・家族の評価が必要となる。

本研究をすすめる前に主な用語の定義づけをしておく。

「対処能力」とは、日常生活に生起する生活課題に対する現実認識能力、対人関係能力、自尊感情の保持から構成されると概念的に定義する。なお、これに類似する「ワーカビリティ」をパールマン(Perlman, 1957)は、ケースワーク関係において「問題を解決してくれる人々と手段とに自己を関係させ得るその人の動機づけと能力(知的・身体的能力)をあわせたもの⁷⁾」としている。「ワーカビリティ」という表現がケースワーク関係に限定しているのに対し、ここでの「対処能力」は、ケースワーク関係をも含めた日常生活全般に生起する生活課題に対する問題解決のための対応を意味する。

「介入態度」とは、「SW の服装をも含めたソーシャルワーク介入(臨床的機能・教育的機能・調整的機能・代行的機能の発揮)の態度である」と概念的に定義する。

「エンゲージメント」⁸⁾とは、「SW と患者・家族との対等関係、協働での生活課題の解決を契約するソーシャルワークの初期段階」と概念的に定義する。

II. 研究目的

本研究の第1の目的は、患者・家族に対するSWの介入態度の実態を明らかにすることにある。そのため、エンゲージメント(インテーク)面接におけるSWの介入態度を、患者・家族から評価してもらうことにした。また本研究の第2の目的は、患者・家族の生活課題に対する対処能力の向上を促すようなSWの介入態度を検討する。

なお、本研究の特徴は、SWの介入態度の実態やSWの介入態度のあり方について、患者・家族の直接的な評価から考察することにある。

III. 研究方法

1. 調査対象

- ① 病院数：全国24病院(急性期型病院・リハビリテーション病院・療養型病院)
- ② SW数：SW74名
- ③ 対象：患者・家族96名

2. 調査期間

・2007年2月10日～7月31日

3. アンケート(質問紙)の構成

- ① 質問項目：回答者を問う項目1、SWの服装を問う項目1、SWの問題・ニーズ確認のあり方を問う項目1、SWの対応を問う項目6とした。
- ② 質問項目の評定法：SWの対応を問う項目6についての反応カテゴリーは、「1. とてもよい」「2. まあまあよい」「3. あまりよくない、または「1. そう思う」「2. まあまあそう思う」「3. そう思わない」の3件法を用いた。

4. 手続き

- ① 全国の24病院のSWに電話で研究の目的を説明し、病院名や担当SW(氏名・経験年数)の特定ができるような項目は入れないことを条件に、はがき・アンケート調査の協力を要請した。
- ② 24病院のSWから、エンゲージメント面接の終了後、患者・家族に「アンケート調査(依頼)」及び、はがき「医療ソーシャルワーカーに関するアンケート」を手渡してもらい、調査への協力を依頼してもらった。
- ③ はがき「医療ソーシャルワーカーに関するアンケート」は、患者・家族から直接、調査者宛に投函・返信してもらった。

5. データ処理

- ① 処理手段：統計用ソフトSPSSを活用した。

② データ解析：表1～表3の回答者を問う項目、SWの服装を問う項目、SWの問題・ニーズ確認のあり方を問う項目については、度数分布から検討した。表4～表15のSWの介入態度を問う6項目については、記述統計(反応カテゴリーの平均値と標準偏差・SD)及び度数分布から検討した。

この質問の意図は、SWの着用する白衣がもつ威圧感や権威性に対する患者・家族の反応をみるために項目立てた。

結果は、「どちらでもよい」を除けば、患者・家族ともに平服が望ましいとしている。(表2)

IV. 研究結果

1. 調査結果(度数分布)

- ① 回答者数(N)及び回答者の内訳である。(表1)
- ② SWの望ましい服装のあり方を質問した。

③ SWのエンゲージメント面接における生活課題・ニーズの確認のための問いかけのあり方を質問した。この質問の意図は、SWと患者・家族との対等性の確保、その言語化としての「よかったですらお話いただけますか」に対し、SW(援助)と患者・家族(被援助)をきわだてる言語化としての「何かお困りですか」「何のご相談でしょうか」への反応をみるために項目立てた。

結果は、「何かお困りですか」の次に「よかったですらお話いただけますか」となっている。(表3)

表1

家族76名	患者20名	N=96
-------	-------	------

表2

質問項目	N(96)	白衣	平服	どちらでもよい
親しみやすい相談員の服装は	患者20	5(25.0%)	7(35.0%)	8(40.0%)
	家族76	18(23.7%)	27(35.5%)	31(40.8%)

表3

質問項目	N(96)	何かお困りですか	何のご相談でしょうか	よかったですらお話いただけますか
初対面のあなたに対する相談員の最初の問いかけの仕方では望ましいものは	患者20	7(35.0%)	6(30.0%)	7(35.0%)
	家族76	37(48.7%)	10(13.2%)	29(38.2%)

2. 調査結果(記述統計・度数分布)

- ① SWの言葉・声調・表情について質問した。この質問の意図は、対人認知が、言葉(7%)・声調(38%)・表情(55%)によるとするメイラビアン(Mehrabian, 1971)の法則⁹⁾への反応をみるために項目立てた。(表4)
度数分布でみると、SWの態度や言動は「とてもよい」(83.3%)と反応している。(表5)
- ② SWの教育的機能の発揮(情報提供・助言)

に対する反応である。この質問の意図は、対処能力の1つである現実認識能力(理解力・判断力等)の低減に対し、SWが丁寧にわかりやすい説明をしているかどうかをみるために項目立てた。(表6)

度数分布でみると、SWの説明・助言は「とてもよい」(75.0%)と反応している。(表7)

③ SWの教育的機能の発揮(情報提供・助言)後の効果に対する反応である。この質問の意図は、SWの情報提供や助言で現実認識

表 4

質問項目	N (96)	平均値	SD
相談員のあなたへの態度や言動は	患者20	1.16	.37
	家族76	1.25	.55

表 5

N	とてもよい	まあまあよい	あまりよくない	計
96	83.3%	15.6%	1.0%	100%

表 6

質問項目	N (96)	平均値	SD
相談員のあなたへの説明や助言は	患者20	1.25	.44
	家族76	1.30	.57

表 7

N	とてもよい	まあまあよい	あまりよくない	計
96	75.0%	24.0%	1.0%	100%

能力の向上が促進されたかどうかをみるために項目立てた。(表8)

度数分布でみると、患者・家族は、「そう思う」(75.0%)と反応している。(表9)

④ SWの臨床的機能の発揮(認知変容)に対

する反応である。この質問の意図は、SWの心理的援助(認知の変容)の効果をみるために項目立てた。(表10)

度数分布でみると、患者・家族は、「そう思う」(65.6%)と反応している。(表11)

表 8

質問項目	N (96)	平均値	SD
相談員と話して問題の解決方法がみえた	患者20	1.26	.47
	家族76	1.30	.57

表 9

N	とてもよい	まあまあよい	あまりよくない	計
96	75.0%	22.9%	2.1%	100%

表10

質問項目	N (96)	平均値	SD
相談員と話して前向きな考え方になった	患者20	1.36	.53
	家族76	1.45	.60

表11

N	とてもよい	まあまあよい	あまりよくない	計
96	65.6%	31.3%	2.1%	100%

- ⑤ SW の臨床的機能の発揮（感情変容）に対する反応である。この質問の意図は、SW の心理的援助（傾聴・受容）の効果をみるために項目立てた。（表12）
 度数分布でみると、患者・家族は、「そう思う」（68.8%）と反応している。（表13）
- ⑥ SW の臨床的機能の発揮（行動変容）対

する反応である。この質問の意図は、エンゲージメント面接全体をとおして患者・家族の対処能力（現実認識能力・対人関係能力・自尊感情の保持）が高まったかどうかをみるために項目立てた。（表14）
 度数分布でみると、患者・家族は、「そう思う」（55.2%）と反応している。（表15）

表12

質問項目	N (96)	平均値	SD
相談員と話して気持ちがやわらいだ	患者20	1.30	.49
	家族76	1.50	.68

表13

N	とてもよい	まあまあよい	あまりよくない	計
96	68.8%	31.3%	3.1%	100%

表14

質問項目	N (96)	平均値	SD
相談員と話してやる気がわいた	患者20	1.49	.55
	家族76	1.50	.69

表15

N	とてもよい	まあまあよい	あまりよくない	計
96	55.2%	40.6%	4.2%	100%

V. 考察

1. 本研究でみられたSWの介入態度

研究結果でみられたように、SWの介入態度について患者・家族は、データ上、ほぼ良好と評価している。

このようなデータの背後には、主に2つの理由が存在すると考えられる。その1つは、調査対象である患者・家族の偏りである。各病院のSWが、エンゲージメント面接を終えて、「この患者さん、このご家族なら協力してもらえる」と判断し、アンケートを手渡した患者・家族に限定されているからである。SWに不信や不快感情をもった患者・家族は、含まれていないものと推察する。もう1つは、患者・家族がアン

ケート記入の際に起こる「社会的望ましさ」である。お世話になったSWだからと、良い評価をつけようとする心理が働くことである。

このように、いわゆるSWに協力的な患者・家族96名から得たデータである。そのために、各カテゴリーに対する反応は、比較的良好な結果となっている。ここに本研究の限界がある。

2. 対処能力の向上を促すSWの介入態度

- ① 対処能力(対人関係能力・自尊感情の保有)の向上とソーシャルワーク介入 (SWの服装)

SWの服装について患者・家族の35%が、白衣でなく平服を希望している。40%の患者・家族は、どちらでもよいとしているから白衣でも

よいと判断するようなことではない。患者・家族の35%もが、SWの白衣の着用を望んでいないことを留意すべきである。SWの白衣の着用などで、患者・家族に威圧感を与えたり、萎縮させたりするようなことはあってはならない。対処能力（対人関係能力や自尊感情）の減弱している患者・家族をさらに減弱させるようなことがあればソーシャルワークそのものの成立が危うくなる。SWと患者・家族の相互作用の成立、すなわち信頼関係の樹立は、ソーシャルワーク実践の基点である。このことから、白衣の着用などは、検討・再考すべきことであろう。

② 対処能力(対人関係能力・自尊感情の保有)の向上とソーシャルワーク介入(生活課題・ニーズ把握のための質問)

SWは、エンゲージメント面接の初期に、生活課題・ニーズ把握のための問いかけを行う。従来の「何かお困りですか」「何の相談でしょうか」などの質問の在り様は、SWと患者・家族の関係をはじめから際立たせてしまうことになる。「よかったですらお話いただけますか」といったワン・ダウン（一段下りた）の問いかけには、対等性を確保しようとする患者・家族への配慮がある。尾川（1993）によれば、「困っている人は必ず、そして絶えずワン・ダウン（一段下りた）な立場をとらされているような交流パターンが固定している」¹⁰とワン・ダウンな介入態度（「～について教えてくださいませんか」「～についてお話いただけますか」）の必要性を述べている。患者・家族が「援助を受けなければならない自分」を自覚させられるような問いかけは、対処能力の向上につながるものではない。SWの援助を受けて対処能力が減弱するような事態を、ブラマー（Brammer, 1973）は「援助を受けた人が自尊心の喪失を味わう」¹¹からと述べている。また、浅賀（1971）も「他の人の援助を受けなければならない立場にたつ時、人はこの魂にひびの入ったような疼きを感じる」と患者・家族の心理を述べ、また「人は人ともにあって成長するが、それは人間として尊重

された関係においてのみ可能である」¹²と対等性の確保を強調している。

③ 対処能力（現実認識能力）の低減に対するソーシャルワーク介入（情報提供・助言）
傷病の苦痛や不快、不安や混乱から患者・家族の対処能力（現実認識能力）は低減する。これに対する教育的機能の発揮（情報提供・助言）は、「ゆっくり」「分りやすく」「はっきりと」「必要に応じメモ」をわたすなどの配慮が必要となる。

④ 対処能力（現実認識能力）の低減に対するソーシャルワーク介入（認知変容）

難治性の病気や障害などは、自己概念の障害、すなわち病気や障害をもつ自己への否定的な見方を生じさせることがある。ポーブ（Pope, 1988）は、人間の価値をもちやすい領域をボディイメージ・学業・家族などとしている¹³。価値をもちやすい身体、その機能の喪失・低下は、歪んだ自己認知（自己概念の障害）を生じさせがちである。それが故に、ライト（Wright, 1960）は、身体的外見や能力よりも人格的な価値の方を重視するような価値転換理論¹⁴を提唱している。また、認知療法を開発したベック（Beck, 1976）は、「出来事それ自体よりも、その出来事に対する理解（または誤った理解）が情緒的な動揺を引き起こす」¹⁵とし、歪んだ認知の修正が必要と述べている。

患者・家族の対処能力（現実認識能力）の低減、すなわち自己概念の障害等に対する臨床的機能の発揮（認知変容）は、きわめて重視する必要がある。しかし、この点でのSWに対する患者・家族の評価は、高くない。

⑤ 対処能力（自尊感情の保有）の低減に対するソーシャルワーク介入（感情変容）

患者・家族の感情表出を促す傾聴・受容は重要である。感情表出があるなかで、物事に対する認知の歪みなどの発見が可能となる。そして、その歪んだ認知の修正があつて、自尊感情も高

まり「気持ちやわらぐ」のである。

ソーシャルワーク業務が多忙になると、患者・家族の感情表出が軽視されがちになり、SW側の一方的な発言になりがちである。このSWによる感情変容を促す支援に対する患者・家族の評価は、高いとはいえない。

⑥ 対処能力（自尊感情の保有）の低減に対するソーシャルワーク介入（行動変容）

行動変容は、そもそも認知変容と感情変容が生じた場合に起こる。SWによって認知の歪みが修正され、感情が快の状態になり、行動化「やる気」が起こるのである。このSWによる行動変容を促す援助に対する患者・家族の評価は低いといわざるを得ない。

3. 介入態度とSW自身の自己理解

① 介入態度の源

介入態度は、ローゼンバーグとホヴランド (Rosenberg & Hovland, 1960) の態度理論¹⁶⁾で説明することができる。SW自身の認知(ソーシャルワーク価値・信念・知識等)が、感情(快・不快)を支配し、その結果、行動(介入態度)が起こるとするものである。例えば、SWが「嫌な人は～人」といった認知(人間観)をもって、目の前に「嫌な人」が現れた場合、感情は「不快」となり、行動(介入態度)は不適切になるとしたものである。従ってSWの認知(価値・信念・知識等)の有り様で介入態度が決定される。

② SWの気性と介入態度

SWの気性と介入態度の関係について論じられることは少ない。しかし、「あの人は気が強いから……」は、医療現場でよく聞くことである。

宮城(1981)は、人の気性を3つに類型¹⁷⁾し、その特徴を述べている。強気は、自己本位で自信過剰、そして外罰的としている。ここに「私が言っていることに間違いはないから～」と患者・家族の自己選択や自己決定の軽視が生じて

くる。勝気は、外交的で虚栄心が高くとしている。やはり、患者・家族の自己選択や自己決定の軽視傾向がでてくる。弱気は、内向的で内罰的、劣等感が強いとしている。ここには、あいまいな介入から患者・家族の自己選択や自己決定を弱体化させることにもなる。

要するに、SW自身が自己の気性からくる援助傾向を理解・自覚し、自己コントロールをしながら介入することである。

③ SWの生活歴と介入態度

パートレット(Bartlett, 1970)は、重要なソーシャルワーク価値を「潜在的可能性」¹⁸⁾としている。また、ブトゥリム(Butrym, 1976)も「変化の可能性」¹⁹⁾を価値の1つにしている。私たちは、困難な出来事や課題に対し「努力」をして達成・克服している。個々人の生活に努力はつきものである。努力をすることにより「変化」をみることになる。努力を重ねた人は「変化」の実感・体験を多くしている。このような努力したSW、すなわち「変化」を実感・体験しているSWが、「変化」の遅い患者・家族に出会ったら、どのようになるであろうか。ここに他罰的な介入態度や軽視・無視といった介入態度が生まれてくる。この否定的な介入態度は、「潜在的可能性」を摘み取ることになる。

4. インテークからエンゲージメントへ

最近のアメリカにおけるソーシャルワーク教育の主なテキストを散見しても、「インテーク(受理)」という概念はみられない。これに代わり1990年代後半より「エンゲージメント(契約)」という概念がでてきている。例えば、ヘップワースとラーセン(Hepworth & Larsen, 1997)の“Direct Social Work Practice”改訂第5版²⁰⁾やコンプトンとギャラウェイ(Compton & Galaway, 1999)の“Social Work Process”改訂第6版²¹⁾から「エンゲージメント」が記述されるようになる。わが国でも中村(1999)が「エンゲージメント」を概説している²²⁾。「エンゲージメント」は、エコシステムの考え方に

基づくジェネラル・ソーシャルワーク・プロセスにおける初期段階の概念で、「インテーク」に代わるものである。

「インテーク（受理）」におけるSWは、相談を受付ける者であり、患者・家族は、援助を申し出る立場になる。援助関係は、能動的に介入するSWと、受動的にSWの介入を受ける患者・家族という構造になる。

これに対し、「エンゲージメント（契約）」におけるSWと患者・家族の関係は、対等なパートナーシップとなっている。また、生活課題の解決は、SWと患者・家族との協働の作業となる。対等性の確保がよりすすむことになる。

このように「インテーク」から「エンゲージメント」への転換が求められる現代において、SWの介入態度にも患者・家族本位の介入態度が課されているのである。

VI. 結論と本研究の限界

1. 結論

本研究では、先に、SWの「介入態度」を「SWの服装をも含めたソーシャルワーク介入（臨床的機能・教育的機能・調整的機能・代行的機能の発揮）の態度である」と概念的に定義した。

SWの介入態度に対する患者・家族の評価から、次のことが示唆された。

第1に、SWの服装は、白衣でなく平服が望ましいこと。

第2に、エンゲージメント段階における最初の問題またはニーズ確認のための質問の仕方は、「何かお困りですか」「何の相談でしょうか」ではなく、「よかったですらお話いただけますか」といったワン・ダウンの問いかけが望ましいこと。

第3に、SWのソーシャルワーク介入のなかの臨床的機能（認知・感情・行動変容）の発揮の領域で、SWのカウンセリング技法のスキルアップが課題となっていること。

以上の点を現任SWが留意することにより、患者・家族の生活課題に対する対処能力の向上

に影響を与えるものと考えたい。

2. 本研究の限界

第1に、本研究の調査対象は、急性期型病院、リハビリテーション病院、療養型病院24カ所・96名の患者・家族であり、かつSWがアンケートを依頼できる患者・家族である。サンプル数の少なさばかりでなく、調査対象の患者・家族に偏りがみられた。

第2に、インテーク（エンゲージメント）面接を担当したSWは74名と少ないばかりでなく、性別、経験年数などの異なりなどは、調査項目に入っていない。

従って、本研究の結果のデータをもとに「医療ソーシャルワーカーの介入態度」を一般化できるものではない。

このことから、本研究は、「医療ソーシャルワーカーの介入態度」に関する予備的研究、すなわちパイロットスタディとして位置づけたい。

謝辞

筆者が、現場のSWであった頃に、患者・家族によるSW評価を試みようとして複数のSWに理解と協力を求めたことがあった。しかし、SWの存在そのものが問われかねないからとの消極的な意見から、調査研究を断念した経緯がある。

今回、全国の24病院のSWのみなさまに、本研究の目的を伝え、アンケート調査への協力を要請した。多くのSWのみなさまから「不安だけど、必要なこと」とご理解いただき本研究が可能となった。

本研究のためのアンケート調査にご理解とご協力くださった74名のSWのみなさま及び98名の患者様やご家族に心から感謝申し上げる。

引用文献

- 1) 小松源助, 社会福祉, 医学書院, 196-197, 2000. 尚「代行的機能」については、筆者

- が追加したものである。
- 2) 遠藤由美, 心理学辞典, 有斐閣, 343-344, 1999.
 - 3) 安藤延男, 人間関係入門, ナカニシヤ出版, 41, 1997.
 - 4) 山田一成, 心理学辞典, 有斐閣, 122, 1999.
 - 5) 南彩子・武田加代子・森野郁子, ソーシャルワーカーの職務の専門性を構成する諸要件に関する調査研究報告(第2報), 医療と福祉, No. 73, Vol. 35-No. 2, 12-15, 2002-3.
 - 6) William E. Gordon. A Critique of the Working Definition. *Social Work*, Vol.7, No.4, 11-12, 1962.
 - 7) パールマン著, 松本武子訳, ソーシャル・ケースワークー問題解決の過程一, 全国社会福祉協議会, 225, 1966.
 - 8) Columbia University School of Social Work. (2001. 3. 18~27) で行われた「教員とスーパーバイザーのための短期研修」で配布された資料.
 - 9) Mehrabian, A. Nonverbal Communication. In J. K. Col (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. 1971 (Vol.19). Lincoln: University of Nebraska Press, 140, 1972.
 - 10) 尾川丈一, ブリーフ・セラピー, 小川捷行監修, 心理療法入門, 金子書房, 68-76, 1993.
 - 11) ローレンス・M・ブラマー, 対馬忠・対馬ユキ子訳, 人間援助の心理学, サイマル出版, 5, 1978.
 - 12) 浅賀ふさ, ケースヒストリーの要点, 川島書店, はしがき, 1977.
 - 13) アリス・W・ホープ, 高山巖監訳, 自尊心の発達と認知行動療法, 岩崎学術出版社, 2-4, 1996.
 - 14) Wright, B. A. *Physical disability—A Psychological Approach*. New York: Harper & Row, 1960.
 - 15) アーロン・T・ベック, 大野裕訳, 認知療法, 岩崎学術出版社, ii, 1990.
 - 16) Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. In C. Hovland & I. L. Janis (Eds.). *Attitude organization and Change*. New Haven, Conn. Yale University Press, 1-14, 1960.
 - 17) 宮城音弥, 新・心理学入門, 岩波新書, 152-156, 1990.
 - 18) H・M・バートレット, 小松源助訳, 社会福祉実践の共通基盤, ミネルヴァ書房, 62-63, 1989.
 - 19) ソフィア・T・ブトゥリム, 川田蒼音, ソーシャルワークとは何か, 川島書店, 63, 1989.
 - 20) Hepworth & Larsen. *Direct Social Work Practice* (Fifth ed.). Wadsworth Pub Co.33, 1997.
 - 21) Compton & Galaway. *Social Work Processes* (Sixth ed.). Wadsworth Pub Co.84, 1999.
 - 22) 中村佐織, ジェネラル・ソーシャルワークの展開過程, 太田義弘・秋山薊二編著, ジェネラル・ソーシャルワーク, 光生館, 86-90, 1999.

**Attitudes of Hospital Social Workers during Intervention:
Based on the Evaluation of Hospital Social Workers by Clients**

Hachiro Togashi

Okinawa University

The purpose of this study is to elucidate the actual condition and suitable types of attitudes of hospital social workers during intervention. The attitudes of hospital social workers during intervention is important as it affects the coping ability of clients regarding life tasks.

The attitudes of hospital social workers during intervention was assessed by clients, and the following three findings were obtained:

- 1) Regarding the clothes of hospital social workers, clients preferred civilian clothes to white coats.
- 2) Regarding the initial question asked during the engagement stage for confirmation of issues or needs, clients desired a casual approach such as "Would you mind having a chat?" rather than questions such as "Do you have any problems?" or "What would you like to talk about?"
- 3) Hospital social workers should improve their counseling techniques.

〔論文〕

高次脳機能障害者の安定した生活に至るプロセス —知的障害者施設での実践の効果—

瀧澤 学*

Key words : 高次脳機能障害, 参与観察, グラウンデッドセオリー, 自立

I. はじめに

高次脳機能障害者支援は、平成13年度より高次脳機能障害支援モデル事業が開始され、平成18年度より障害者自立支援法の生活支援事業である高次脳機能障害支援普及事業として位置づけられており、現在は社会参加や地域生活での支援について普及啓発が図られている。そのような潮流の中、高次脳機能障害に関する文献を多く目にするようになった。そこでは、高次脳機能障害者が抱える生活しづらさへのリハビリテーションや支援方法について示されており、支援の実践に関する報告についてもされている。他方、社会福祉援助実践について、木原(2004)¹⁾は、ポストモダニズムである社会構成主義の視座から歴史研究を行うと「援助する側の歴史、あるいはその舞台裏に関する言及は多いが、意外と等閑視されているのが、援助される側の歴史である」と述べている。つまり、実践の効果と当事者の変化について、支援者の視点だけではなく、当事者の視点からも考察する必要が示唆されているが、そのような報告は少ない。

本事例は、受傷以降に地域生活や社会資源を利用するなかで失敗体験を重ねていったが、知的障害者施設での支援によって安定した生活を

送るに至った。本研究はその変化のプロセスを参与観察、当事者インタビューによって、支援者と当事者それぞれの視点から調査を行い、当事者の変化の内実について考察する事により、高次脳機能障害者支援の一助とすることを目的とした実践事例研究である。

なお事例提供者には本研究の趣旨を説明し、プライバシーと秘密保持、使用範囲の限定、使用中止の条件をもとに同意を得ている。

II. 参与観察

1. 参与観察の対象と方法

事例対象者はAさん、38才、男性、17歳時の交通事故（オートバイの自損事故）による脳外傷、高次脳機能障害、療育（知的障害）手帳B1、身体障害者手帳3級、精神障害者手帳1級を所持、高次脳機能障害として、知的能力低下（FIQ=63 VIQ=70 PIQ=62）、注意障害、左半側空間無視、記憶障害、遂行機能障害、行動コントロールの困難、がある。家族は、父と継母、姉（別世帯）である。

参与観察の方法だが、筆者が担当チームの一員としてAさんの支援に関わったH16年12月から4ヶ月間施行したものである。筆者は、参与

*Gaku Takizawa : 神奈川県リハビリテーション病院医療福祉総合相談室

観察者として施設利用にあたっての施設利用前準備段階、支援の方向性を検討する会議などへの参加や、生活支援を行う中での日常生活に関する生活記録やフィールドノートの記載を行った。そして、支援に携わる立場から、支援経過や生活記録、フィールドノートに記載された言説、スタッフの関わりを元に知的障害者施設における高次脳機能障害者支援について考察した。また考察の結果はスタッフに意見をもらい、客観性を保つようにした。なお以下の本文「」はAさんの言葉の引用を示している。

2. 結果

参与観察の結果、支援者は高次脳機能障害者を初めて支援するにあたって、まず施設利用前の準備を行っていた。そして利用開始後は4つの時期を経たことが分かった(図1)。

(1) 施設利用前の準備

① 施設利用前アセスメントと環境調整

施設利用前情報に基づきAさんの施設利用前アセスメントを行った。そこでは、以下の生活

障害が考えられ「環境調整」と「生活環境の明確化」の支援方法を援用した実践を行うこととした。

- a 注意障害や記憶障害により、場面の認識や日課の理解が弱く、Aさんが「今何をしたらいいのかわからなくなる」「この次は何をしたらいいの心配になる」と感じて混乱することが予測された。そこで1日のスケジュールを表にしたスケジュール表の提示と日課の確認を行い、混乱が予測される移動場面は支援者が付き添うことで、Aさんの生活場面における環境情報の整理と、混乱が予測できる場面からの回避を行うこととした。
- b 過去の経過より「喫煙すること」がタバコの無心、無断外出、徘徊、金銭管理などの問題に発展することが予測された。これらは環境に対して適応困難な行動であり、結果としてAさんの不利益につながる事が明確であり「禁煙」していただくことを提案した。
- c 支援者に無断で外出を行うことがタバコの

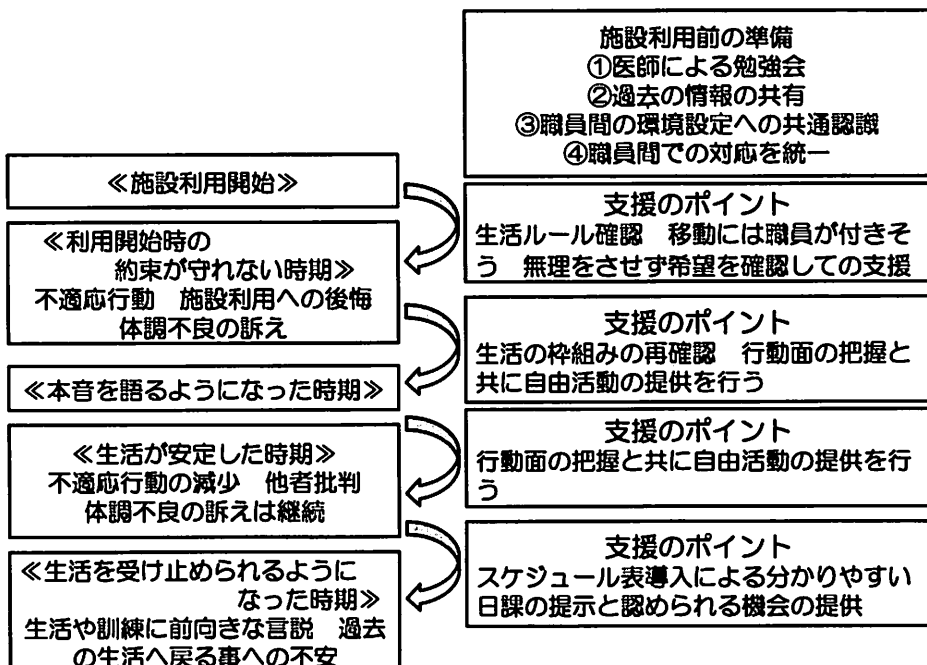


図1 当事者の変化と支援の経過：参与観察より

無心や徘徊につながってしまう。また、Aさんは左半側麻痺による歩行障害があり、転倒のリスクを回避するために所在確認や安全確認の必要があった。そこで、無断での外出は禁止として、外出時には支援者が付き添った。

上記については、関係スタッフが一堂に会した場面において、Aさんと関係スタッフでa～cの生活課題とその対応についての確認を行った。そして、Aさんに日課を示したスケジュール表を渡すとともに、集団生活を送る上でのルールの確認を行った。Aさんも「何とかやり直したい」という思いが強く、スタッフとともに生活課題に取り組むことを了承した。

② 支援方法の統一

施設利用前の準備として、知的障害者施設スタッフの高次脳機能障害者への理解や知識の向上を図るための「医師による勉強会」を実施した。続いて、Aさんに関する入所前情報（受傷後の経過とD病院での評価）をスタッフ間で共有化することによって、入所までの経過と障害、行動特性の把握をした。その中で、日常生活のなかで、支援者が異なった助言や指示を行うことでAさんが混乱することが想定された。そこで、Aさんの混乱を回避するため支援方法である「環境調整」と「生活環境の明確化」について、スタッフ間で支援方法の意図を共通理解するとともに対応の統一を図った。さらに、日常生活場面において「できることは実施していただき、Aさんをお褒めする」「できづらいことは介助、支援する。不安なことは見守る」ことにより、Aさんの負担感の軽減を図り、安定した生活に基づき、成功体験の積み重ねを重視する支援を行った。

(2) 利用開始時が守れない時期

(利用開始から1ヶ月間)

施設利用時に日課の確認を行い、あわせて環境への適応困難な行動につながりやすいため「タバコを吸わない」「無断で外出しない」ことを約束した。しかし、数日が経つと無断で外出し

てタバコの無心に行くことが見られた。無断で外出する時間帯は職員が他の利用者への支援などが忙しい時間帯や訓練などが無い自由時間、訓練中にトイレに行くといつて抜け出すこともあった。Aさんからは、施設利用に対する否定的な言動が目立った時期であり、『約束しなきゃよかった』『僕はタバコをたか癖があるんで』などの発言が聞かれた。対応した支援者は、その都度利用目的や約束の理由についての説明を行い、Aさんからも『わかりました』『すいません』などの返事が聞かれたが、支援者が目を離すと再び同じことを繰り返してしまっていた。

支援者は、Aさんが行いづらい日常生活動作への支援や移動時に支援者が付き添うことにより場所や場面に対する混乱を防ぐ支援を行っていた。他方、Aさんは入浴場面で寒い時期であるにも拘わらず『浴槽に入るのが嫌なんです』と言って浴槽に入ることを拒否する、移動への付き添いを嫌がるなど、頑なな態度が見られた。

(3) 本音を語るようになった時期

(利用開始から2ヶ月目)

施設利用後も不適応行動である自由時間の無断での外出、タバコの無心は継続しており、言語指示、ルール設定には限界があることをスタッフ会議で確認した。そこで施設利用開始から2週間後、さらに具体的な介入として、①寮入口の出入りチェックを強化する事で無断での外出に至らないように配慮する、②茶話会、散歩、外出の導入など自由活動の積極的な提供と、支援者とのコミュニケーション時間の確保、の2点を行った。そして、Aさんとスタッフによる面談を行い、施設利用時に語られていた「何とかやり直したい」という思いの再確認を行い、今後対応を変更する旨を伝え了解を得るに至った。それらの対応により、1ヶ月後には「喫煙」「無断での外出」などの不適応行動は殆どなくなった。

この時期に支援者へ本音を話すようになってきたと思われるエピソードがあった。冬の寒い時期にも拘わらず入浴時に浴槽に入ることを頑

なに拒否してきたAさんであったが、施設利用開始から3週間目から浴槽に入るようになっていた。そして『本当はお風呂につかるのが好き。でも（バリアフリーではないC園では浴槽に）入るまで（介助がないと転倒の危険があって）怖いから嫌いと言っていた。身体障害者施設では自立抜いだった（から一人で浴槽に入っていた）』と支援者に語った。左片麻痺があるが日常動作に大きな支障がないAさんは、身体障害者施設では自立に近い支援を提供されていた。浴室がバリアフリーとなっていないC園でも、自立に近い行動が要求されるとAさんは思っていた。そこで、身体障害があるために不安である「浴槽に入る」という行動を「浴槽につかるのが嫌い」という言葉で避けていた。しかし、支援者ができないこと、やりづらいことを介助していった結果「支援者に頼ってもいい、介助してもらっていい」という安心感が芽生え、浴槽に入ったと推測することができた。

(4) 生活が安定した時期(利用開始2～3ヶ月)

支援者が自由提供を行い、共に過ごす時間が増えたことから無断外出や喫煙などの不適応行動がなくなった。『毎日の訓練が楽しくてしょうがない』『C園は楽しい』『(入浴時に)気持ちいい』など施設生活への肯定的な発言や場面を楽しむ言動が聞かれた時期である。さらに気分良く鼻歌を歌う場面などが良く見られるようになっており、生活を楽しむことができるようになっていたことが伺えた。

他利用者と過ごすことが増え、『(外泊中の利用者が)早く帰園しないかなあ。卓球をしたり、(訓練など)移動の時に(いつ、どこに行けばよいか)教えてくれたりするのに』と自由場面で共に過ごすだけでなく、生活場面でも友人との相互作用の中で色々なヒントを得ていることを語っていた。このように生活が安定して、日課や訓練にもしっかり参加できるようになっていったが、他の利用者の動きや支援者から声をかけられることではじめて行動を開始することも多かった。他方、不定愁訴も聞かれ、時折体

調不良から静養することが見られた。そこで「日課の理解」を促し「ほめる場面」を作ることによって当事者が自信を持つことができることを目的としてトークンエコノミープログラム²⁾を併用したスケジュール表を導入することとした。

(5) 生活を受け止められるようになった時期 (利用開始3ヶ月以降)

利用開始から3ヶ月が経過して、風邪をひき発熱したことにより1週間ほど訓練を休むことがあったが、風邪が治ってからは日課や訓練に安定した参加をしていた。そして『皆が優しく、色々な経験ができ、ここに来てよかった』『ここはいい所だが退所したらどうなるんだろう』と涙することがあった。以前は、環境への適応困難な行動から生活や日中活動の場所を変えざるをえなかったり、叱責されることによってつらい思いをしたり、そのような過去を繰り返してきたAさんである。しかしC園で適切な環境での生活を送る、支援を受けることによって、そのようなつらい思いをしなくても済むことを認識していた。しかし、それと同時に、退所することで支援を受けられなくなり昔に逆戻りすることへの不安を感じていると考えられた。

3. 参与観察を通して考えられた支援のポイント

参与観察を通して、4点の支援のポイントが考えられた。まず、「環境調整と生活環境の明確化」は、認知障害である高次脳機能障害者に対して分かりやすい生活を提供することを目的としており、障害特性に即した一般的な支援方法である。ただ、対象者に合わせた支援を行うためには評価と介入を繰り返すことで、支援方法が適切か否かについて検証を行う必要がある。また、スタッフ間でそれらの情報を共有することも重要であり、それらが「専門職による評価とプログラム修正」「受け入れ準備と情報共有(支援方法の共通理解と対応の統一)」であった。さらに、受傷から20年間不適応行動を繰り返した当事者が入所時に抱いた「何とかやり直した

い」という強い思いを支えた背景には、支援者との間で築かれた「ラポールの形成」があったのではないかと考えられる。本事例では、環境調整やプログラム提供等により、当事者は安定した生活と同時に成功体験を手に入れることが出来た。しかし、生活の中には理不尽なことや納得できないアクシデントがつきものである。そのような事態に陥った場合、ご本人の努力のみで解決するのではなく、支援者が相応しい対応をとることにより、ラポールの形成は強固なものになると考えられる。そのためには、必要ときに相談できる体制を整える事が不可欠であり、問題発生時にスムーズな解決へと導く、支援者の柔軟かつ適切な対応も要される。本事例については、「禁煙」や「無断での外出の禁止」などの「生活環境の明確化」に対する反感が、ラポールの形成が進むことによって、自分のために配慮して生活に制限をつけてくれているという信義へと変化したと考えられる。それらより、支援の基底にはソーシャルワークの援助技法が存在したと考えた。

Ⅲ. 当事者インタビュー

1. 当事者インタビューの目的

前節フィールドワークでは、高次脳機能障害者であるAさんが環境調整や生活環境の明確化だけでなく、様々な支援方法による実践が行われており、それらによって安定した生活が送られていたと考えた。しかし、これらは支援者としての観察の域を脱せず、Aさんが知的障害者施設での生活及び支援をどのように捉えていたかについて検討する必要があると判断し、個別インタビューを通して、当事者の主観的世界から見た支援の内実について考察を行うこととした。

2. 当事者インタビューの対象と方法

本研究の事例対象であるAさんに対して、個別インタビューを実施した。インタビューでは、参与観察で確認された、①利用開始時が守れない時期、②生活が安定して、本音を語るように

なった時期、③生活が安定した時期、④生活を受け止められるようになった時期、についてAさんに振り返ってもらい、ご自身にとってのそれぞれの時期の意味について検討した。その結果について、逐語録とした後にストラウスコービン版グラウンデッドセオリー³⁾にて分析を行った。

Aさんは後遺症として記憶障害を呈しているが、毎日A4サイズのノート1枚分の日記を書くなど、エピソード記憶については大きな問題は生じていないと思われる。本インタビューにおいても数ヶ月前の出来事を状況や支援者の発言内容について詳細に語る部分も見られており、信頼性に問題はないと判断した。なお以下の本文では、《 》はカテゴリー、 はサブカテゴリー、 はプロパティ、 はディメンション、「 」はAさんの言葉の引用を示している。

3. 結果

《戸惑いが多い生活》は、生活への不満が多く、モチベーションを保つことが難しい。周囲の人からの評価も低く、生活の中でイライラすることが多くなり、生活の中で感じる負担感も強くなる。他方《安心できる生活》では、生活への満足度が高く、モチベーションの維持も可能であり、前向きな生活を送ることができる。さらに周囲の人からの評価も高く、生活の中でイライラすることも殆どなく、投げやりな気持ちになることも見られない。また、当事者は生活場面で負担感を感じることも少ない。一方で《がんばりすぎない生活》は、生活に対して非常に前向きで、モチベーションも高い。当事者が前向きに生活することで周囲の人の評価も非常に高く、主体的な生活を送ることとなる。しかし、当事者が感じる義務感や負担感も強くなっている。

(1) 戸惑いが多い生活

① 何をしたらいいのかわからない生活

入所したころは時間をもてあますことが多く、それは『何をしたらいいのかわからない』時間

であり、思いつくことは『時間があつたらタバコが吸いたい』ことであつた。『生活することの煩わしさ』を感じていた時期でもあり、施設にいることがいやで『朝食を食べずにずっと寝ていたい』と思うことが多かつた。

身体障害者施設にいるころも、朝の散歩に参加せずに寝ていることが多かつたが、それは「参加が徹底されていないスケジュール」のためだつた。また、身体障害者施設では支援者に断らずに外出することができたので、施設での食事を食べずにお腹がすいたらファーストフード店に行つて食事をすることもあつた。自宅でも起床する時間は遅く「生活リズムの乱れ」が生じていた。両親がいない自由なときには『タバコをもらいに行こう、ジュースを盗んじゃおうかな』と思うこともあつた。何をしたらいいのか分からない生活は自由な生活であると同時に、環境への不適応な行動をしてしまおうかと考える時間でもあつた。

② 思うような支援をしてもらえないことへの不満

施設利用を開始してからも無断でタバコを吸いに行くことなどがあり、散歩には支援者がついてくるようになった。施設利用から3週間が経過して、無断で外出しないように寮の入り口に鈴をつけられて『ちょっとやりすぎかな』と思つた。Aさんは『(自分は)障害者だからちょっとわがままきいてくれるのか』と思つていた。しかし、入浴時には自分で体を洗うようにとか、一人で浴槽に入るように言われることがあり『手助けしてくれないならいいや』と思ひ、体を適当に洗うことや浴槽に入ることを拒否した時期があつた。また、支援者がノックをしないで部屋に入ってくる、起床時にいきなりカーテンを開けることもあつて、支援者の対応に対してカリカリすることもあつた。さらに、この時期は将来の希望が見えないこともありイライラすることもあつた。しかし『訓練のために入所しているから仕方がない』と思つていた。

身体障害者施設にいるときには、悩み事を相談したいのになかなか相談に乗ってもらえずに、

自由活動で買い物に行つても『(ウィンドウショッピングなどはなく)食べて飲んで終わり』でつまらない思いもしていた。Aさんの思うように物事が進まないこと、当事者がやりづらいつつ思うことに対して支援者に「できる能力がある」と判断されることから自分で行くことを促される、支援者によるマナーが欠如した対応などが、Aさんの不満に繋がつていた。

③ 他者との関係での戸惑い

事故による受傷後、旧友に『一緒に歩きたくない、恥ずかしい』と言われたことがあつた。施設利用後も『障害者と言われる』ことがあり『そういうやつがいたらいやだな』と思つていた。また30代後半のAさんにとっては10歳代後半から20歳代が主体となつた年齢構成の集団に対して違和感を覚えることもあり、年功序列が気になり、年下が言うことに『はいはいってきかなきゃいけない』ことがあると『こいつそんなに偉いのか』と感じることもあつた。さらに自分のがんばつて訓練に行つているのに、サボつている他利用者を見ると『あいつが寝られてなんで俺が寝られないんだよ』と思つることがあつた。でも、僕もタバコを吸つたり、人のことを気にしすぎたり、金遣いが荒かつたりするから、人から信用されていないのかなとも考えた。

自分が受傷したことによつて他者から受けた差別的な対応への嫌悪感、歳の離れた利用者との生活に覚えた戸惑い、過去に環境への適応困難な行動を繰り返してきた自分と規則正しい生活をできない他利用者を重ね合わせながらも、そこに生じる不満が抑えられないといつた、他者との関係での戸惑いを感じていた。

(2) 安心できる生活

① ヒントが多く、わかりやすい生活

知的障害者施設の利用を開始したころは生活の中で何をしたらいいのか分からなかつた。支援者からの放送によつて指示が出されるとみんながテキパキ動いているのを見て驚いたこともあつた。しかし、支援者の行動やみんなの動き

を見ているうちに、次に何をするのが分かるようになっていった。また、利用者が『体操終わったら訓練行くんだよ』と教えてくれたこともあって、大まかな日課の流れを覚えることができた。

② 誰かに寄りかかることで得られる安心

知的障害者施設に入って自分のことを「障害者」と言う人がいなく、(身体的な) 障害を気にしなくてもよかつた。相談があるときには聞いてくれる支援者がいて、毎日日記を書いて支援者に話を聞いてもらったり、心理科スタッフに相談したりすることができた。また、利用者や支援者が色々なことを手伝ってくれて、親切にしてもらうことに喜びを感じた。他者に手伝ってもらいながら生活することは、誰かに寄りかかることで得られる安心を実感する生活であった。

③ 自信がもてる生活

知的障害者施設で生活していて、規則正しい生活を送ることで適応困難な行動に繋がることがなくなった。またチェック表をつけているが、印をもらおうと『ちゃんと訓練いったんだなって、認めてもらったサインの感じ』になる。体育訓練で体力がついたことも自信につながり『訓練に行くのが楽しく』『訓練やるために入ってきた』とも思った。さらに、働くと報奨金(工賃)が

もらえるし、そのお金で買い物にもいけるようになった。

(3) がんばって生活することの負担感

手伝ってほしいことなどがあつたが、支援者が忙しそうにしていると言いつらくて、遠慮することがあつた。朝の点呼などは面倒くさいと感じたけど、朝食に間に合うようにとか、日課を守るとか、任された事はやらないといけなと思った。障害を持っているが、がんばって生活して『自立しなきゃいけない』と思っている。でも、すべてを自分でやることを負担に感じてしまう。また、イライラした時などは居室で音楽を聴いて気分転換をすることで周囲に迷惑をかけないようにしていた。

4. 当事者の変化の内実

当事者インタビューより、当事者の生活は「環境調整、生活環境の明確化、相談できる環境」といった支援が介入することで『戸惑いが多い生活』から『安心できる生活』に変移した事が分かった。ところが、他者に頼らず自己努力で出来る事を増やす生活を目指した場合には『頑張る生活することの負担感』が生じ、『戸惑いが多い生活』が継続していた。その際には、当事者が負担を感じない生活が提供され、他方

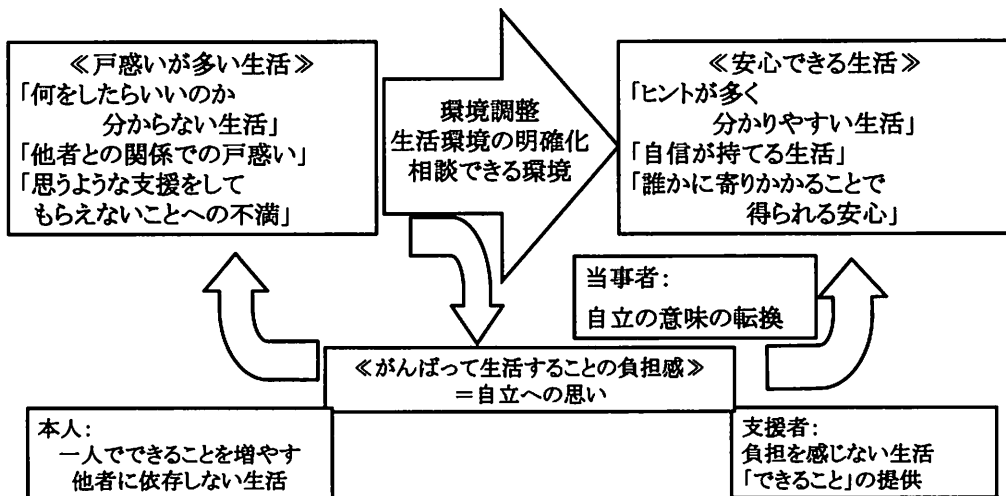


図2 当事者インタビュー (当事者の変化の内実)

当事者は自立の意味を「自分のことは自分で行う」から「誰かに頼ってもいい」とすることで「誰かに寄りかかることで得られる安心」を実感して『安心できる生活』へと転じていたと考えた（図2）。

IV. 参与観察、当事者インタビューにおける支援の様態についての考察

II、IIIでは参与観察、当事者インタビューを行い、それぞれの調査から得られた結果について述べた。ここでは、それら二側面における支援の様態を通して、知的障害者施設における高次脳機能障害者支援における実践の評価と当事者の変化の内実について考察を行う。

1. 二側面における支援の様態

図3は二側面における支援の様態と当事者の変化をまとめたものである。ここで着目したのは参与観察での「本音を語るようになった時期」である。施設利用開始から3週間目、入浴時に浴槽に入ることを拒否し続けていたAさんが、支援者の誘いに応じて介助によって浴槽に浸かった。その時のAさんの言説は先にも述べた『本

当はお風呂につかるのが好き。（中略）でも身体障害者施設では自立扱いだった（から一人で浴槽に入っていた）』であった。C園を利用するまでのAさんは「日常生活動作は自立している」として、支援を受ける機会が少なかった。これによってAさんは「人に頼らない」生活を目指したと考えられる。しかし、C園でAさんの負担とならない支援を行うことによって「支援者に頼ってもいい、介助してもらっていい」という安心感が芽生えたと解釈した。これらより、支援方法の実践だけではなく、Aさんが自立の意味を転換させることで、C園での安定した生活を過ごしていたと考えられる。

そして、参与観察の「生活を受け止められるようになった時期」では、施設利用以前の「環境への適応困難であった生活」と、C園での「安心できる生活」を対比させて、退所することで過去の生活に戻ることに不安から涙を流している。この場面でAさんは、様々な支援や環境が整わない生活に戻ることで環境への適応困難な状況に陥ってしまうことを理解した。それによって様々な支援を利用して生活することを受け止めたと考えた。つまり自立の意味の転換は、当事者が新しい生活を受け止めるための転機だっ

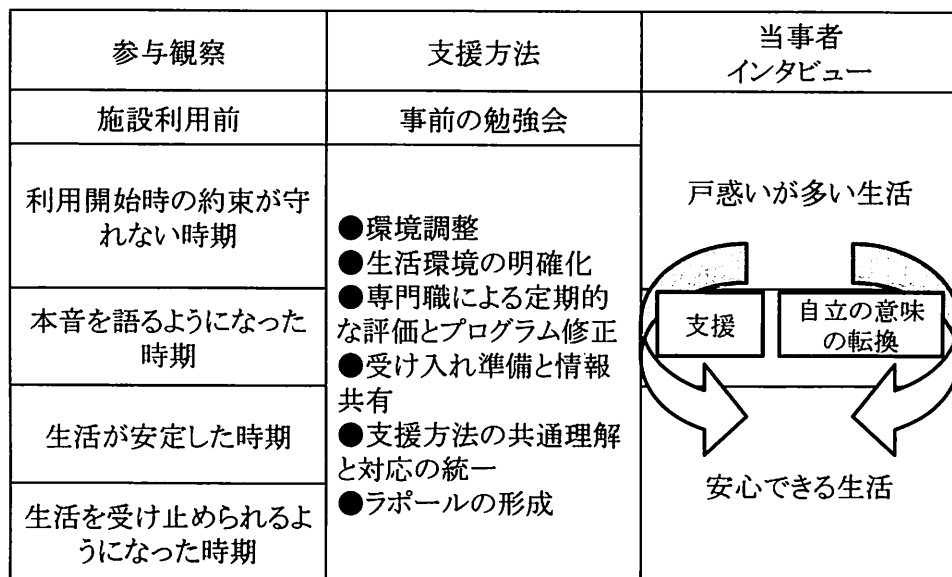


図3 参与観察・当事者インタビューから考察した支援の様態

たのである。

これらのことから、生活障害に着目した支援方法の実践によって、環境への適応困難であった当事者は自立の意味を転換させ、様々な支援を利用して生活することを受け止めることで、安定した生活を過ごしたと考えられる。

さらに、当事者が抱いていた「自立への思い」について考察する。当事者の自立への意識について、自立生活 (independent living) 運動には「人の助けをかりて15分で衣類を着、仕事にでかけられる障害者は、自分で衣類を着るのに2時間かかるために家にいるほかはない障害者より自立している」とする有名な代表的規定がある。しかし、当事者の意識は身辺自立を希望する方が多く、北野 (1996: 50-51)⁴⁾は「介助の必要な重度の肢体不自由者の自立のイメージが『身のまわりのことが一人できること』では、どうしても自分自身に対するイメージが否定的になってしまうのではないか」としている。大泉 (1989: 143)⁵⁾は、当事者が身辺的な自立を望む背景に“他人に迷惑をかけないように”“自分のことは自分で努力する”という意味での『自助の原則』からして当然だ、という社会的通念に支えられていたのではないかと述べている。

Aさんの主観的世界における自立の意味は「身辺処理や自分の役割を一人でやり遂げることが自立」とされていた。そして地域生活や福祉サービスを受ける中で、福祉サービスが不要となることを目標として、自分自身にそのような生活を強いてきたと思われる。しかしC園での生活では、参与観察における支援方法の統一にあるように「できることは実施してもらおう。できづらいことは介助、支援する。不安なことは見守る」が行われていた。このような支援方法によって、Aさんの自立の意味は「誰かの手助けがあっても目的が達せられれば自立」に転換させていたと考えられる。Aさんの能力や理解力の限界、または不安によって「できないこと」を、支援や環境調整により「できたこと」にすることは可能である。さらに「できたこと」「褒められ

ることで得られる達成感」は、当事者にとって自信に繋がる。そのような体験を経て、Aさんの自立の意味が「人に頼らない」から「人に頼っても良い」と転換したことも、実践の効果であると考えた。

一方、Aさんが自立の意味を「人に頼らない」としていた背景には、いまだに「福祉サービスが不要となることが自立」とされる自立観が地域社会や福祉サービスの現場に根強く残っていると見える。Aさんの言葉を借りると、日常生活場面において「自立扱い」をされると、誰かに頼みたい事も「頼めない」のである。その結果として、日常生活や社会参加に様々な不都合が生じてくる。そのような当事者が感じる「生活しづらさ」を支援によって取り除くことが肝要である。支援者は、当事者が「自立」の意味を「他者に迷惑をかけないことが自立」と捉えることで、負担感を感じるような環境を作らないように努める必要がある。

2. 生活しづらさへの働きかけ

さらに、Aさんが支援を受け止めたことについて深慮する。Aさんは自立の意味の転換を行い、支援者や他利用者からの支援や協力を受け入れた。それは、生活環境や支援が整うことによって「安心できる生活」を送ることができることを理解したと考えられた。

Aさんの言説に『**施設利用したころの自分は障害者だからちょっとわがままきいてくれるのか (とと思っていた)**』とある。この「わがまま」が指すものは、「自分勝手にやれる」という意味ではなく「障害への配慮」を期待していたと読み解くことができる。Aさんは「がんばらなくてはならない状況」の中で活動する際には、自分の限界や失敗への恐怖心と、それを乗り越えて行動しなければならぬことへの葛藤に悩まされていたと思われる。ところが当事者インタビューでは、支援や配慮がある「負担感を感じない生活」は「誰かに寄りかかることで得られる安心」に繋がっていた。つまり、支援や配慮がある環境の中では、葛藤や不安は

軽減されるのである。さらに、生活環境や支援が整った生活の中で「安心できる生活」を実感することで、支援を受け止めるに至ったのである。

それでは、支援や配慮が行われない場合はどうなるのであろうか。「他人に迷惑をかけない」「自分のことは自分で努力する」ことを周囲から求められること、それらを自分に課すことが「他者との関係での戸惑い」「思うような支援をしてもらえないことへの不満」に繋がっている。そのような「戸惑いが多い生活」では、環境への適応困難な状況に陥り、周囲からも認められることがなく、叱責されることが続いたと考えられる。さらに、そのやり場のない葛藤や怒りが、施設利用前に集団生活上の問題点として上げられた「慣れてくると有頂天になり他者の悪口を言う」という形で表れることで、地域や施設での居場所がなくなると考えられる。そこではご自身が受けた叱責を、そのまま他者に投げ返してしまう様子があり、そのような行動がさらに自身を孤立させる結果となっていたと考えられた。一方「安心できる生活」では、他者から批判されることがなく、他者を批判することもない、安定した生活を送っていたと考える。

これらの考察から、Aさんは「戸惑いが多い生活」を送る中で、ご自身が望むような生活を送ることができていなかったことが分かる。そして、支援や配慮が行われない生活で生じるやり場のない葛藤が、不適応な行動に結びついていたと考えられる。そのようなAさんであるが、C園利用開始時において「何とかやり直したい」との思いが強かった。つまり、Aさんは受傷以降、環境への適応困難な状態にある事を分かっており、どうすれば望むような生活ができるのかが分からないことに葛藤を抱いていたと解釈できる。大泉（2005：186）⁶⁾は障害学生が学生生活を綴った作文の解釈として、障害の自己受容について「自分の障害に気づき、どのような折り合いのつけ方をして、自分の体と付き合いしていくのか」というところが、人間的自立の課題

となる」と指摘している。Aさんにとって、生活のしづらさを解消するものは「環境調整」と「生活環境の明確化」に基づいた支援方法であった。さらに実践では、当事者と支援者の相談や、それらやアセスメントに基づいたスタッフ会議などによって、生活障害を取り除き、負担感を軽減する支援方法が実践された。それらより、Aさんは障害と生活との折り合いをつける中で自立の意味の転換を行い、新しい生活を受け入れて「安心できる生活」を送ったと考えられた。

他方「当事者の負担感への支援」について熟考すると「行き過ぎたパターンリズム」という課題が生じる。当事者の生活の全てを支援してしまうことが、当事者の利益になるとは思えない。それは、当事者の自己決定や自主性を削いでしまうことになるためである。「環境調整」と「生活環境の明確化」が整った生活環境の中で、どこまで当事者に委ね、どこから支援者が支援を行うのか。その境界線が明確にはできなかった。それは、当事者の思いも、支援者のアセスメントや介入要因も常に変化するもので当然である。しかし、明確にならないからといって放置してよい課題ではない。当事者が行うことと、支援を行うこと、その境界線をできる限り明確にしていく努力をすること、それが当事者と支援者の間で行われる「相談」である。相談を通して、当事者の思いや意向に基づいた支援を構成することが重要となると考える。本研究においても「相談できる環境」の必要性が指摘されている。それは当事者が感じる「生活のしづらさ」に耳を傾け、当事者が行うことと支援を行うことの境界線をお互いの了承の元で明確にしていく作業であったと思われる。それによって当事者は、周囲の協力の下で生活することを受け止めたのだと考えた。

さらに境界線は一定ではない。それを見直す場面が、当事者の意向やアセスメントに基づいて定期的、不定期的に行われる「相談」と「スタッフ会議」である。そこでは当事者の思いや変化、環境の変化などに合わせて、柔軟性を持った支援体制が必要と言える。そして、そこで確

認された「環境調整」と「人的支援」に基づいた支援方法が「チームワーク」によって情報伝達がなされ、統一した対応が行われることが重要であったと考える。

V. おわりに

本事例は受傷後に地域生活や社会資源を利用する中で失敗体験を重ねた生活を20年間続けてきたが、知的障害者施設での支援によって安定した生活を送るに至った。そのプロセスについて、参与観察の結果より、環境調整や生活環境の明確化などの高次脳機能障害者の障害特性に即した支援と、「専門職による評価とプログラム修正」「受け入れ準備と情報共有（支援方法の共通理解と対応の統一）」「ラポールの形成」などのソーシャルワークの援助技法を援用した支援が有用であった。また当事者インタビューの結果から、当事者の変化の内実はそれらの支援によって自立の意味を「他者に頼らない」から「他者へ頼ってもいい」へと転換したことであり、それらより安定した生活に至ったと考えられた。

本研究の限界と課題であるが、高次脳機能障害者は認知面での障害を抱えつつ、受傷後にも受傷前の生活イメージを持ったまま生活することで失敗体験を重ねて、生活の中で不全感を募らせていくと考えられている。本事例では受傷から20年が経過しており、受傷前後の当事者の

内面の変化や障害の受け止めについては深慮するには至らなかった。また、本事例は知的障害者施設に限定されたものであり、その他の福祉サービスにおける支援の様態についても明らかにする必要がある。

引用文献

- 1) 木原活信 (2004) 『ソーシャルワーク実践への歴史研究の一視角』 ソーシャルワーク研究 vol.29(4), P12-19.
- 2) 本田哲三編 (2005) 『高次脳機能障害のリハビリテーション』 医学書院, P88.
- 3) 戈木クレイグヒル滋子 (2006) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ』 新曜社.
- 4) 定藤丈弘・佐藤久夫・北野誠一 (1996) 『現代の障害者福祉』 有斐閣, P50-51.
- 5) 大泉溥 (1989) 『障害者福祉実践論』 ミネルヴァ書房, P143.
- 6) 大泉溥 (2005) 『実践記録論への展開』 三学出版, P186.

参考文献

- 太田義弘・秋山薊二編 (1999) 『ジェネラル・ソーシャルワーク』 光生館.
- 狭間香代子 (2001) 『社会福祉の援助観』 筒井書房.

A Process to a Calm Life of People with Higher Cortical Dysfunction —Evaluation of its Practice in Mentally Handicapped Adults Institution—

Gaku Takizawa

Kanagawa Rehabilitation Hospital Social Work Room

This case example repeated a failure experience while he used social resources in the local community after traumatic brain injury for 20 years. However, he came to live a calm life by the support of a mentally handicapped adults institution. I

examined the process by way of the participant observation. First, the support was effective that accorded with the characteristics of people with higher cortical dysfunction such as environmental adjustment and the concretization of the living environment. And the support that used it and the support technique of social work was effective.

In addition, during the interviews to a person with higher cortical dysfunction, the interviewee switched the context of independent from “Don’t rely on anybody” to “May rely on somebody” by those supports. I should say that the person with higher cortical dysfunction of the above example secured a calm life.

〔実践報告〕

地域医療連携および退院支援業務における ソーシャルワーカーの位置づけ —ソーシャルワーカーはどこへ行くのか—

坂田 裕美子*
石曾根 雅之*
市川 統子**
犬飼 清香***
植竹 日奈****
鎌倉 雅子*****
小竹 美千穂***
小林 和代*****
長谷川 直子*****
三浦 政子*****

I. はじめに

従来から私たち医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）は「退院支援」を「医療ソーシャルワーカー業務指針」¹⁾で示されているように、業務のひとつとして取り組んできた。そして平成20年4月に施行された後期高齢者医療制度では、退院支援において社会福祉士も退院支援計画を作成することによって、保険点数上でも「後期高齢者退院調整加算：100点」を評価されることになった。このことは主に医療機

関で働く私たちMSWの業務に少なからず影響を与えるものである。

一方で医療の機能分化が進み、病床の効率化が重要視される中で、病院間の「病病連携」や病院と診療所の「病診連携」を行う地域医療連携業務を主業務とする部署に配属されるMSWも増えてきている。これについて吉田²⁾は、「医療連携の推進が行政の方針で行われる中で、SWの所属が『医療連携室』となっているところが目に付くことである。医療連携においてSWの関わりは重要であると思うが、ソーシャ

*Yumiko Sakata, Masayuki Ishizone：安曇野赤十字病院

**Noriko Ichikawa：佐久総合病院

***Sayaka Inukai, Michiho Kotake：信州大学医学部付属病院

****Hina Uetake：NHO まつもと医療センター中信松本病院

*****Masako Kamakura：順天堂大学医学部附属順天堂医院

*****Kazuyo Kobayashi：丸の内病院

*****Naoko Hasegawa：NHO まつもと医療センター松本病院

*****Masako Miura：相澤病院

ルワーク＝医療連携ではない。転院や自宅退院など退院援助以外の、医療費用や教育、仕事、虐待など様々な生活課題を持った患者さんに対して、社会福祉の視点から援助する専門職として役割を発揮するには、所属する部署の名称が気になるのである。」として、MSW が地域医療連携室に所属する違和感を唱えている。さらに伊藤³⁾は、大谷らの研究より MSW にとっての転院援助が「急性期病院の MSW は退院促進係や退院計画を立てることを本務とするかのような役割が期待され、「転院援助」は組織の要請とクライアントのニーズとの間で板ばさみになり、より強い時間的、資源的制約のなかで多くの場合、クライアント側に理解を求める調整をすることになり、「ジレンマの多い」「専門性の活かせない」「気の進まない」業務であると認識されるのであるとしている。本研究グループ²⁾メンバーによるグループスーパービジョンを通して、在院日数の短縮が病院側より強く求められる一方で、患者や家族のニーズを尊重すればするほど、限られた時間の中でより良い援助をすることについての葛藤を感じている MSW は多かった。

本研究では地域医療連携および退院支援に関して、MSW が所属医療機関の中でどのように位置付けられそこにどんな悩みや葛藤を抱いているのか実態を明らかにしたいと考え、アンケート調査を行った。

II. 調査方法

長野県医療社会事業協会会員の中で、病院・診療所などの医療機関にしている162人を対象として、H20. 8. 1～同年8. 15の間に郵送にてアンケートを依頼した。

アンケートの内容は①職名、経験年数、資格などの「回答者の基本情報」について、②所属部署の名称や責任者、職種構成などの「所属部門」について、③MSW の地域医療連携業務への関わりの有無やその業務内容などの「地域医療連携室と MSW の関係」、④院内他職種との

役割分担や業務遂行上の葛藤などを中心とした「退院支援業務」について、さらに⑤「地域医療連携や退院支援業務に関する自由記載」を含めたA4用紙5枚の質問を行った。

III. 結果と考察

アンケートの回収率は56.7%で、162人中92人の方から返送された。56.7%という高い回収率からも、地域医療連携や退院支援業務に対する MSW の関心の高いことが感じられた。

1. 回答者の基本情報

職名は「医療ソーシャルワーカー」もしくは「MSW」という名称が74.9%と多くを占めていた。図1のように経験年数は経験5年未満が49.8%と半数を占め、残り半数は6年～31年以上の方が占めていた。「社会福祉士」資格については81.5%が取得していた。

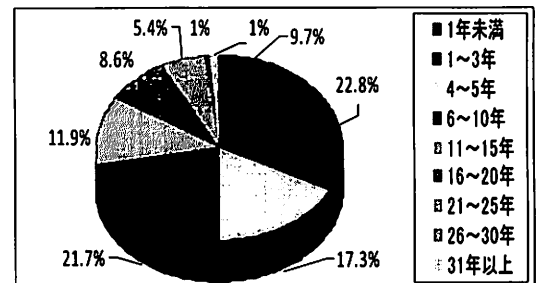


図1 経験年数

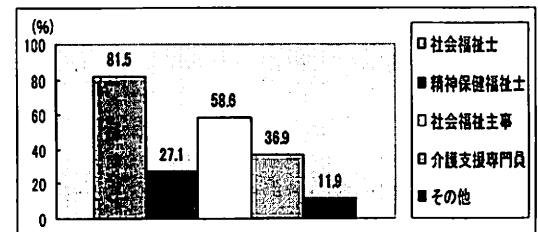


図2 取得資格

2. 所属部署について

所属部署の名称は「医療相談室」や「地域連携室」をベースとして類似した名称が多かった。所属部署の責任者は MSW が59.7%と半数以

上を占め、医師17.3%、看護師長が3.2%責任者となっているところもあった。また職種構成については、MSWをはじめとして医師・看護師・保健師・ケアマネジャー・リハビリセラピスト・栄養士・薬剤師・事務職など様々な職種の中でMSWは業務をしていることがわかった。

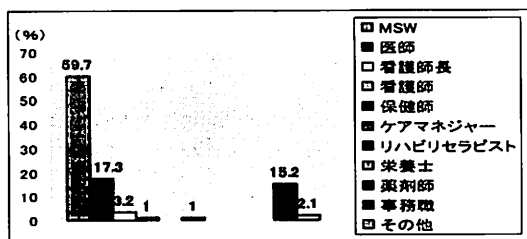


図3 所属部署内の職種構成

3. 地域医療連携室（以下連携室とする）とMSWの関係について

図4が示すように91.3%と圧倒的に連携室が配置されている医療機関が多かった。内訳は図5のように連携室のみに配属され従来の相談室や医療相談室などの部署がない「連携室専任」のMSWが14.1%、連携室の一員ではあるが別に相談室や医療相談室などの部署があり、それらにも所属している「連携室兼任」のMSWが30.4%、これに対しMSWが連携室に配属されていない医療機関は47.8%であった。

また連携室に配属されているMSWの業務内容について複数回答可としたところ、表1のように専任・兼任を合わせた44.5%のMSWのうち60.9%が「経済的問題の解決、調整援助」を連携室での業務として行っている。これは連携室での業務として病院や医院との連携や退院援助などの他に、連携業務とは言い難い経済的問題に関わっているということである。

表1 地域医療連携室に配属されたMSWの業務

・心理社会的問題	48.7%	・退院援助	56.0%	・社会復帰援助	39.0%
・受診・受療援助	65.8%	・経済的問題	60.9%	・地域活動	34.1%
・病床管理	14.6%	・他病院との連絡・連携	85.3%	・診療所との連絡・連携	58.5%
・病院以外の関係機関との連携	75.6%	・紹介率などの統計処理	29.2%		

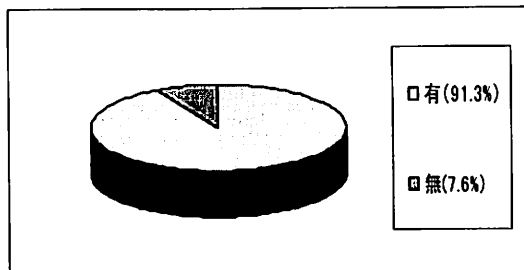


図4 地域医療連携室の有無

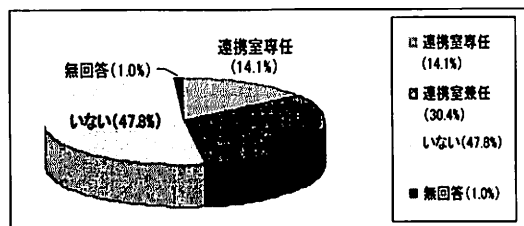


図5 MSWの地域医療連携室への配属の有無

では、こうして連携室に配属していることをMSWはどう感じているのだろうか。表2のように連携室に配属している87.8%のMSWが「連携室に配属するメリットはあると感じてい

表2 地域医療連携室に配属するメリット

(地域医療連携室配属のMSWの87.8%が メリットありと回答)	
・他病院との連携がとりやすい	61.1%
・診療所との連携がとりやすい	38.8%
・関係機関との連携がとりやすい	41.6%
・病床管理がしやすい	16.6%
・入院時からの早期介入がしやすい	38.8%
・退院支援が余裕を持って計画的にできる	16.6%
・より患者の立場に立った地域医療連携ができる	19.4%

る」とする一方で、「連携室に配属することにより生じるデメリットも感じている」MSWも65.8%おり、良い面も悪い面もあると感じている。連携室に配属するメリットとして多かったのは、「他病院、施設との連携がとりやすい」「入院時からの早期介入がしやすい」などの回答だった。連携室に配属するデメリットとしては表3のように、「地域医療連携とMSWの業務との役割分担が難しい」「相談業務の時間が十分とれない」などの回答が多かった。また「病院から退院促進の期待が大きいくストレスが大きい」と感じているMSWは29.6%いた。前述のように吉田や伊藤が示しているように患者さんのペースでなく、所属機関の期待するペースでの退院促進をする役割を担わなければならないというジレンマを感じていることが伺えた。加えて連携室に所属するMSWの29.2%（これは回答者全体の13.0%）が「紹介率等の統計処理」などの事務的な連携業務を行っている。「相談業務の時間が十分に取れない」との回答が37.0%あったが、事務作業が相談業務を圧迫している可能性もあるのではないだろうか。

表3 地域医療連携室に配属するデメリット

(地域医療連携室配属のMSWの65.8%が デメリットありと回答)	
・連携室とMSWの役割分担が難しい	70.3%
・病院から退院支援の期待が大きいくストレスが大きい	29.6%
・退院支援の役割を担っているため患者家族と良い関係が作りにくい	11.1%
・相談業務の時間が十分とれない	37.0%

連携室に配属されていないMSWも連携室に配属されているMSWと同様に「連携室配属のメリットがある」と答えたのは75.0%、一方で「配属されていないデメリットがある」と47.7%が回答したことから、連携室配属の有無に関わらずメリット・デメリットを感じている。注目したいのは、連携室に所属しているMSWが所属するデメリットとして、70.3%が「連携

室とMSWとの役割分担が難しい」とし、逆に所属していないMSWがそのメリットとして84.8%が「役割分担がしやすい」としたことである。連携室に所属の有無に関わらず、連携業務とMSWとしての業務の分担について多くのMSWが意識していると言えるだろう。

表4 地域医療連携室に配属されないメリット

(連携室配属でないMSWの75.0%が メリットありと回答)	
・連携室の業務と役割分担がしやすい	84.8%
・退院促進や病床管理に追われることがない	27.2%
・患者家族と良い関係が作り安い	12.1%
・事務雑務に追われずに、相談業務の時間が十分に取れる	60.6%

表5 地域医療連携室に配属されていないデメリット

(連携室配属でないMSWの47.7%が デメリットありと回答)	
・関係機関との連携がとりにくい	33.3%
・他病院との連携がとりにくい	38.5%
・診療所との連携がとりにくい	19.0%
・病床管理の把握がしにくい	14.2%
・入院時の介入がしにくい	28.5%
・余裕をもった計画的な退院支援ができない	9.5%

4. 退院支援への関りや業務について

また診療報酬の改定や急性期病院においては入退院の調整に専従している「入退院調整看護師」の設置をしている医療機関もある。しかし、76.4%の医療機関では「入退院調整看護師がいない」ことがわかった。さらに「退院支援のリーダーシップをとっている職種」を2つ上げてもらったところ、79.3%の「MSW」や48.9%の「病棟師長」が退院支援のリーダーシップをとっていた。また「退院支援のリーダーシップをとるにふさわしいと思う職種」についても2つあげてもらい、68.4%が「MSW自らが退院支援の

リーダーシップをとるにふさわしい職種」と答えている。このことから退院支援に関しては、多くの役割をMSWが担っている状況と言える。68.4%のMSW自らが、退院支援のリーダーシップをとるにふさわしいとしていることから、退院支援業務がMSWの中核的な役割と実感しているからこそ、以下のようにさまざまな悩み葛藤を抱えていると言えるのではないか。

伊藤は「職務に忠実であろうとすればするほどクライアントの意向から遠ざかる結果を招くことがあり、そうした熱心なMSWの間で「これはMSWの仕事なのだろうか？あれでよかったのだろうか？」と拭い去ることのできない不安感が残るとしている。アンケートにおいては「退院支援業務について感じる悩みや葛藤があるか」との質問に、65.2%が「患者や家族の思いに応えられず、辛い」また64.1%が「受け入れ先の病院や施設がない」との回答があり、不安を感じ悩んでいるMSWの姿が垣間見えた。さらに、28.2%のMSWが「施設の期待に添えていない」と回答しているが、ここでの「施設の期待」の内容について、アンケートでは明確に質問していないものの、「最近の度重なる診療報酬の改定により在院日数の短縮傾向はますます強くなっており、患者や家族にとっての最善の選択を、当事者とともに考える時間を削られている」と自由記載にあるように、病院の期待するペースで退院が実現しない、実現しようとする患者さんのペースとかけ離れていく、と感じているMSWは多くいると思われる。

5. 自由記載

地域医療連携および退院支援業務に関する意見・感想を自由に記載してもらった。特に退院支援においては、4. で記述したように「度重なる診療報酬の改定により在院日数の短縮傾向はますます強くなり、患者や家族にとっての最善の選択を、当事者とともに考える時間を削られている」や、「連携室の設置やそこにMSWを配属することにより、従来にもまして病院管理者の直接的な指示のもとでMSWが業務を

行うようになり、さらに指示の量が増えている」との記載があった。

IV. おわりに

今回の調査を通じて、MSWは自らの業務内容と連携室業務の間で悩むことが多く、所属機関の役割や方針と現実との狭間でも困惑している状況が伺える。さらに「本来のソーシャルワークができない」という根源的な問いを抱えているMSWが50%にもあがったことは、ショッキングでさえあった。この結果は半数以上のMSWが、MSWとしてのアイデンティティーを揺るがすような課題を常に突きつけられていると感じており、MSWの在り方について再確認する必要性を示唆していると考ええる。

ソーシャルワーカーは何処にいれば、ソーシャルワーカーでいられるのか。ソーシャルワーカーであり続けるために何が必要なのだろうか？と自問自答をすることで私たち自身が、「ソーシャルワーカーが退院支援を行うこと」や、「ソーシャルワーカーならではの退院支援とは何か」という問題意識を常に心掛けていなければ、大きな流れの中に翻弄されてしまいかねない。研究グループでは本調査が今後益々変化していくであろう医療情勢の中で私たちに求められる役割、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティーに関わる内容であると確認している。私たちは自分たちの抱えている大きな課題にどのように答えを出していくのか、議論を重ねていく必要があると考えている。

注

2000年からグループスーパービジョンを行っているSWrのグループ。

引用文献・参考文献

- 1) 厚生労働省保健局長通知 H14年発行 医療ソーシャルワーカー業務指針。

- 2) 吉田雅子「リレーエッセイ医療の現場から
ソーシャルワーカーの『転院援助』」『病院』
66巻6号, 2007, p527.
- 3) 伊藤正子「医療制度改革化における転院問
題の現状とMSWの課題」現代福祉研究
第6号.

[実践報告]

精神科病院における退院支援

—実践結果と今後の課題—

芦 沢 茂 喜*

Key words : 精神科長期入院者, 退院支援, ケアマネジメント

はじめに

「ハーモニカおじさんが「私のベッドで何か吹きましようか」と尋ねてきた。まわりを見渡すと、寝ている人や本を読んでいる人がいて、迷惑にならないか僕は心配だったが、「いつものことですから」とおもむろにハーモニカを取り出し、吹きはじめた。すると、まわりに寝ていた患者さんたちが起き上がり、目をつむったまま気持ちよさそうに体を揺らしていた。「いい音だなー」とある患者さんがつぶやいた。夏の終わり、この古い病棟が取り壊され、新しい病棟に引っ越した。誰もいなくなった病室の空気は、ピタッと止まった。汚れた壁の落書き、床や天井、みんなの思いがしみこんでいるようだった。夕方、病院の玄関から、あのハーモニカの音が聞こえてきた。きっと、おじさんだ！「私はずっとここで吹いていますよ」病院は変わっても、ハーモニカおじさんは変わっていなかった。(大西、2004)¹⁾

今後10年間で「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・

社会復帰を図ることが平成14年12月の社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」において具体的な政策課題として掲げられて以降、国は長期入院者の退院促進を制度・政策面において推し進めている。具体的には、大阪府の取り組みをモデルに、平成15年度から「精神障害者退院促進支援事業」²⁾を国庫補助事業として実施し、平成18年10月から障害者自立支援法に基づく都道府県地域生活支援事業として位置づけ、平成20年度からは当該事業を見直し、「地域体制整備コーディネーター」を配置し、関係者の連携、協力を進めるとした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を開始することになった。また、平成20年度の診療報酬改定³⁾では、1年以上の入院者または家族に対して、退院支援計画を策定し、計画に基づいて必要な指導を行った場合の「精神科地域移行支援加算」、5年を超える患者数のうち、退院患者数が1年間で5%以上の実績を有する場合の「精神科地域移行実施加算」が新設された。

現在、上記の制度・政策面等の影響を受け、全国各地で退院促進が取り組まれている。当院

*Shigeki Ashizawa : 財団法人 住吉病院 医療相談室

は、山梨県甲府市にある315床の単科の精神科病院であり、急性期閉鎖、慢性期閉鎖、準開放、開放、アルコール専門の5つの病棟を有し、旧精神保健福祉法上の生活訓練施設(以下援護寮)、通所授産施設と障害者自立支援法上の地域活動支援センター、相談支援、共同生活援助、短期入所を運営する事業所、当事者の就労場所としてのベーカリーカフェ、障害者就業・生活支援センターを運営し、医療・保健・福祉・労働を包括した実践に取り組んでいる。長期入院者への退院支援については、多職種を構成メンバーとする退院促進委員会を院内に創設し、平成18年11月8日から17日までの間、開放病棟、準開放病棟入院中の全ての者(134名)を対象に、退院に対するアンケート調査⁴⁾を実施し、126名の回答から分析を行い、その結果等を基に委員会内に「退院促進プログラムグループ」と「体験施設検討グループ」を設置した。佐藤、池淵他(2006)⁵⁾は長期入院者への退院支援について訪問看護、ACT⁶⁾等といった退院を実現する為の環境調整、退院や地域移行の際のサポートを目的とした「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートと医療機関が退院を実現するために行う「地域に送り出す」サポートに分けて説明しているが、当院では「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートとして、平成18年度から看護部内に訪問看護室を創設し、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカーの多職種による訪問体制を整え、月230件以上の訪問を行っており、平成19年度からは甲府圏域精神障害者退院促進支援事業に参加し、平成20年度から上記の事業所が当該事業の事務局を担っている。また、「地域に送り出す」サポートとしては、先行実践、調査結果等を参考に多職種で「住吉病院 退院準備プログラム」⁷⁾を作成し、平成19年5月から12月まで18名の入院者を対象に実施し、平成20年5月から9月までは厚生労働省の退院促進研究班の共同研究実施病院として、研究班の作成した「退院準備プログラム」⁸⁾を7名の入院者を対象に実施した。そして、本研究ではアンケート調査の分析対象者(126名)

を対象に、アンケート調査終了後の平成18年11月18日から平成20年9月10日までの間、上記の当院における様々な取り組みの結果、退院した者(以下、退院者)と入院を継続している者(以下、入院継続者)に分け、基本属性、退院希望、不安な事、退院希望先から分析を行い、退院者については退院先、退院先別の基本属性、退院希望、退院希望先、退院支援の状況、退院者のうちその後再入院した者と再入院せず、地域生活を継続している者のそれぞれの状況等から分析を行い、当院の退院支援について考察を加え、今後の課題について検討していきたい。

I. 研究背景

安西・瀬戸屋(2004)⁹⁾は精神障害者の社会的入院に関する定義について、「①病状は(ある程度)改善して入院を継続する必要がない、②居住の場や地域生活に必要な支援が得られない、③退院できず入院生活を継続している、という共通点がある」と指摘しているが、社会的入院といわれる長期入院の要因について、田上(2007)¹⁰⁾は①入院時に周囲に及ぼした影響の大きさ、②病状の重篤さや不安定さ、③再入院の繰り返し、④身体的な介護・介助、⑤家族といつしか疎遠、⑥保護者の世代交代を挙げ、「患者のなかには「受け皿がない」として長期入院になっている人たちがおり、医療者もある時から、彼らが入院していることを「しかたがない」と思ってきた面がある。少なくともいつかの時期から、退院に向けての積極的な支援が行われてこなかった人たちであるといえる」と指摘している。田上の挙げた要因に関連して、南山(2006)¹¹⁾は全国精神障害者家族会連合会(以下、全家連)が実施した「精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ家族調査」の結果を分析し、「親の高齢化に伴って「家族と暮らすのがよい」とする割合が減少し、それに対して「病院にいるのがよい」とする割合が上昇し、「親の年齢が高齢層ほど入院の割合が上昇し長期入院者(5年以上入院)の割合も増加している」と指摘し

ている。また、親なき後のケアの担い手としてのきょうだいについても、同様の調査データから、きょうだいケアを継続してくれる予定のある場合で入院の割合、5年以上の長期入院者の割合が最も高く、「障害者が入院中の場合、退院に必要な条件がそろった上で退院が可能かどうかを問う質問に対し、既に障害者の主な支え手となっているきょうだい世代のうち、実に6割以上が「退院は現実的に困難」としており、その割合は親世代・配偶者よりも顕著に多いものである」と指摘している。そして、南山は全家連が実施した「精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズに関するアンケート」の結果を分析し、きょうだい・親の Role Captivity（役割拘束）について検討を行い、きょうだいの方が親に比べ役割拘束が高く、在宅群のきょうだいでは社会行動上の障害、ダイアド関係の安定度（ケア提供者と本人の関係の質）、世帯収入、評価的サポートで有意な規定力を示し、入院群のきょうだいでは社会行動上の障害、性別、年齢、配偶者の有無、情緒的サポートが有意な規定力を示したと指摘している。

また、家族と経済的状況について、安藤(2005)¹²⁾はデイケア利用者への質問紙調査から、家族との同居率が障害年金未受給者よりも障害年金受給者の方が高かったことを指摘し、風間(2007)¹³⁾は全家連会員への調査結果から、きょう代いは親などの他の続柄と比較して障害年金受給者の割合が高く、家族の世帯収入が低いほど障害年金受給者の割合が高く、親では世帯収入が障害年金受給状況に影響を与えるが、きょうだいでは影響を与えないことを指摘している。

そして、赤沼(2007)¹⁴⁾は退院促進支援事業の対象者29人の個別事例を分析し、退院には約6ヵ月以上の訓練期間が必要条件であり、年齢、入院期間は必要条件あるいは十分条件ではなく、性別により退院への条件組み合わせに差異が示されたと指摘し、大熊(2008)¹⁵⁾は、統合失調症圏、18歳以上、発病後1年以上経過しており、新しく住居を探し、退院後単身生活を送る予定の者3名を対象に、参加観察法と半構造化面接

法を用いて、質的に分析を行い、退院後の生活場所を意思決定するプロセスにおける患者の行動を阻害する要因として精神症状、社会制度による制限、家族が納得できない、他患からの指摘を挙げ、促進する要因として退院に関する希望、看護師の介入、慣れ親しんだ生活環境、他患からの情報、家族からの支援を挙げている。また、退院促進研究班(2007)¹⁶⁾は統合失調症、REHAB¹⁷⁾70点以下で同意の得られた210名を対象に、在院月数、罹病期間、通算治療月数、BPRS¹⁸⁾、GAF¹⁹⁾、自己効力感、QOL、DAI-10、退院困難度尺度を評価し、因子分析を行った所、「治療関係のとりにくさ」「精神症状」「社会的活動性の低下」「退院への意欲のなさ」が抽出され、1年後の転帰（退院できたかどうか）が判明している42名を対象に、上記4因子を独立変数、1年後の転帰を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った結果、「治療関係のとりにくさ」が有意な寄与を示したと指摘している。

II. 実践結果

アンケート調査の分析対象者(126名)のうち、平成18年11月18日から平成20年9月10日までの間、転院した者が10名、死亡した者が2名、それ以外の理由で退院した者が24名(19.05%)であり、入院継続者が90名であった。表1は退院者、入院継続者別に、年齢、診断名、入院回数、入院期間、入院理由、初回入院期間をまとめたものであるが、年齢では40～65歳未満、診断名では統合失調症、入院回数では2～10回の割合が共に高く、退院者では初回入院期間、在院期間が1～5年未満の割合が高いが、入院継続者では初回入院期間が1年未満の者が6割以上を占め、入院期間が20年以上の者が3割を超え、入院回数が20回以上の者が含まれていた。

また、表2は退院者、入院継続者別に入院前住居、経済(入院料の支払い)、きょうだい数、キーパーソンについてまとめたものであるが、退院者、入院継続者共に、経済では8割程度が食事

表1 基本属性①（退院者、入院継続者別）

	退院者(24名)	入院継続者(90名)
年齢		
20～40歳	3名	1名
40～65歳	14名(58.33%)	64名(71.11%)
65歳以上	7名(29.17%)	25名(27.77%)
診断名		
統合失調症	18名(75.00%)	86名(95.56%)
感情障害	3名	0名
人格障害	2名	0名
アルコール	1名	1名
転換性障害	0名	2名
その他	0名	1名
入院回数		
1回	4名	15名(16.66%)
2～10回	16名(66.66%)	66名(73.33%)
10～20回	4名	6名
20回以上	0名	3名
入院期間		
1年未満	6名	6名
1～5年	10名(41.66%)	25名(27.77%)
5～10年	3名	16名
10～20年	5名	15名
20年～	0名	28名(31.11%)

	退院者(24名)	入院継続者(90名)
入院理由		
無為・自閉	2名	7名
服薬非遵守	4名	16名(17.77%)
転院	7名(29.16%)	27名(30.00%)
社会的理由	1名	0名
暴力	3名	7名
幻覚	3名	7名
休養	1名	1名
飲酒	1名	1名
自傷・自殺企図	1名	1名
迷惑行為	1名	2名
不穏	0名	4名
妄想	0名	8名
不食	0名	2名
本人希望	0名	2名
その他	0名	5名
初回入院期間		
1年未満	4名	57名(63.33%)
1～5年	16名(66.66%)	14名(15.55%)
5～10年	4名	3名
10～20年	0名	4名
20年～	0名	12名(13.33%)

療養費を除く窓口負担無料化の制度²⁰⁾を利用しており、入院前住居としては5割が家族との同居、3割程度が他病院からの転院であり、入院継続者の場合、兄がキーパーソンの割合が4割を占めていた。

そして、表3は退院者、入院継続者別に退院希望、退院希望先、不安な事についてまとめたものであるが、退院者、入院継続者共に、不安な事として金銭管理や生活費の割合が高く、退院希望先として自宅を挙げる者が6～7割程度おり、退院者では退院を希望する者が9割を超えていたが、入院継続者では退院を希望しない者が3割程度おり、不安な事として家族の協力を挙げる者が高い割合を示した。以上の結果から、食事代だけの負担で生活している状況から、退院し生活していくことへの不安を感じる者が多く、一般科等からの転院、家族との同居から

入院するものの、退院者は入退院を繰り返すが、入院が長期にならない一方で、入院継続者は初回入院が短期で、入退院を繰り返すうちに長期化するか、初回から長期入院となり、退院を希望しない、又は自宅への退院を希望しても、自宅で生活する兄等の家族の協力を得ることへの不安を感じる者が多いことが推察される。

次に、退院者の退院先について見ていくと、一人暮らしが4名、家族との同居が8名、援護寮が7名、軽費老人ホームが3名、養護老人ホーム、老人保健施設がそれぞれ1名ずつであった。表4は退院者のうち、一人暮らし、家族との同居、援護寮を取り上げ、在院期間、年齢、キーパーソンについてまとめたものであるが、年齢では40～65歳未満の者が共に多いものの、援護寮では20～40歳未満の者がおり、在院期間では一人暮らし、家族との同居では1年未満の者と

表2 基本属性②（退院者、入院継続者別）

	退院者(24名)	入院継続者(90名)
入院前住居		
一人暮らし	4名	10名(11.11%)
家族同居	12名(50.00%)	47名(52.22%)
病院	7名(29.16%)	27名(30.00%)
その他	1名	6名
経済		
重度	19名(79.16%)	75名(83.33%)
生保	2名	7名
家族	1名	0名
年金(障害)	1名	7名
年金(老齢)	1名	1名
きょうだい数		
なし	2名	6名
1名	4名	12名
2名	8名(33.33%)	15名(16.66%)
3名	3名	19名(21.11%)
4名	4名	13名
5名	2名	16名(17.77%)
6名	1名	5名
7名	0名	2名
8名	0名	2名

	退院者(24名)	入院継続者(90名)
キーパーソン		
父	3名	4名
母	4名	11名
兄	0名	36名(40.00%)
姉	3名	10名
妹	4名	7名
弟	4名	8名
夫	2名	0名
娘	1名	3名
甥	1名	2名
叔父	1名	1名
弁護士	1名	0名
市役所	0名	4名
叔母	0名	1名
義理の姉	0名	1名
姪	0名	1名
なし	0名	1名

表3 退院希望、退院希望先、不安な事（退院者、入院継続者別）

	退院者(24名)	入院継続者(90名)
退院希望		
希望する	22名(91.66%)	60名(66.66%)
希望しない	2名	28名(31.11%)
分からない	0名	2名
退院希望先		
自宅	17名(70.83%)	60名(66.66%)
アパート	4名	9名(10.00%)
援護寮	1名	7名
グループホーム	0名	2名
その他	0名	6名
分からない	2名	6名

	退院者(24名)	入院継続者(90名)
不安な事		
金銭管理	11名(45.83%)	42名(46.66%)
生活費	9名(37.5%)	35名(38.88%)
服薬	7名	21名
食事	7名	31名(34.44%)
住居	3名	18名
洗濯	3名	23名
交通	4名	23名
家族	3名	29名(32.22%)

5年以上の者に分かれ、全ての者が退院を希望したが、援護寮では1年～5年未満の者が多く、退院を希望しない者が含まれていた。また、家族との同居ではキーパーソンは父、母、夫、妹、

弟であり、退院者全体でも含まれていない兄だけでなく、姉も含まれておらず、キーパーソンが親では退院先が家族との同居か援護寮になっていた。

表4 基本属性（退院先別）

	一人暮らし	家族との同居	援 護 寮
在院期間			
1年未満	2名	3名	0名
1～5年	0名	1名	7名
5～10年	0名	3名	0名
10～20年	2名	1名	1名
年齢			
20～40歳	0名	0名	3名
40～65歳	3名	7名	4名
65歳以上	1名	1名	0名

	一人暮らし	家族との同居	援 護 寮
キーパーソン			
母	0名	2名	2名
妹	1名	1名	0名
甥	0名	0名	0名
父	0名	1名	2名
姉	1名	0名	1名
娘	1名	0名	0名
弟	1名	3名	0名
叔父	0名	0名	1名
弁護士	0名	0名	1名
夫	0名	1名	0名

そして、表5は退院先別に退院希望、退院希望先、退院支援についてまとめたものであるが、一人暮らし、家族との同居では全ての者が退院を希望したが、援護寮では退院を希望しない者が含まれており、一人暮らしではアパートを希望するが、家族との同居、援護寮では自宅を退院希望先として希望する者が多かった。退院支援の状況については、一人暮らし、家族との同居では多くの者が訪問看護を利用している一方で、援護寮では退院準備プログラムを経ての入寮という形をとる者が多く、寮以外のサポートを受ける者が少なく、一人暮らしでは市役所の生活保護担当、家族との同居では市町村役場の保健師の協力を得た者もいたが、それ以外の協力を得た者はいなかった。

最後に、表6は退院者をその後再入院した者（以下、再入院者）、再入院しなかった者（以下、地域定着者）に分け、住居についてまとめると共に、地域定着者についてのみ退院支援の状況についてまとめたものであるが、退院者24名のうち、6名が再入院しており、再入院前の住居として家族との同居が3名、一人暮らし、援護寮、軽費老人ホームがそれぞれ1名ずつであり、6名のうち4名は1年以内に再入院していた。また、表には表していないが、再入院の理由として本人の希望、幻聴が2名ずつ、迷惑行為、社会的理由が1名ずつであり、当院の退院支援として家族との同居、一人暮らしでは訪問看護を利用していた。そして、再入院者6名のうち、4名（家族と同居、一人暮らし、援護寮、軽費

表5 退院希望、退院希望先、退院支援（退院先別）

	一人暮らし	家族との同居	援 護 寮
退院希望			
希望	4名	8名	5名
希望しない	0名	0名	2名
退院希望先			
家族との同居	1名	8名	5名
アパート	3名	0名	1名
援護寮	0名	0名	1名
分からない	0名	0名	0名

	一人暮らし	家族との同居	援 護 寮
退院支援			
SST	0名	0名	2名
DC	1名	2名	1名
NC	2名	0名	0名
訪問看護	4名	6名	0名
プログラム	0名	1名	3名
退院促進	1名	0名	0名
市役所(生活保護)	2名	0名	0名
市町村役場(保健師)	0名	3名	0名

表6 住居、退院支援の状況（地域定着者、再入院者別）

	地域定着者	再入院
住居		
一人暮らし	3名	1名
家族との同居	5名	3名
寮	6名	1名
老人ホーム	1名	0名
軽費	2名	1名
老健	1名	0名

	地域定着者
退院支援	
SST	1名
DC	3名
NC	2名
訪問看護	8名
プログラム	4名
退院促進	1名
市役所(生活保護)	2名
市町村役場(保健師)	1名

老人ホームがそれぞれ1名ずつ)はその後退院し、2名が入院を継続しており、入院を継続している2名は共に家族との同居であった。以上の結果から、退院者のうち、アパート、家族との同居ではそれぞれの希望があり、アパートであれば生活保護担当、家族との同居であれば保健師と家族の協力を得て、訪問看護を利用しながら生活するものの、家族との同居では退院後短い期間で再入院する者が多く、その後再び退院することが難しくなる。また、年齢も若く、自宅への退院を希望してもうまくいかず、又は退院そのものを希望しない場合、退院準備プログラムを利用し、援護寮で生活している者が多いことが推察される。

Ⅲ. 考察

当院の退院支援は家族の協力が得られれば家族との同居、それが難しければ併設の援護寮といった形で進められており、家族の元への退院では訪問看護のみの支援になってしまい、再入院のリスクを減らすことができず、援護寮への退院では受け入れの限界（定員20名）、入寮後には退寮後について検討しなければならない現実がある。そして、それは結果として訪問看護等の「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートと退院準備プログラム等の「地域に送り出す」サポートとをうまく結びつけられず、院内で自己完結しており、家族との同居、援護寮

以外の選択肢を十分に用意できずにいる。それに対しては、サポートが単発的になり、自己完結しない為の院内の体制作りと、病院と地域が相互の連携を深め、地域を耕し、地域の入院者を受け入れる力を一緒に築いていき、本人を中心に置き、社会資源に繋いでいく、社会資源がなければ開発していくケアマネジメントが重要なツールであり、社会資源を人に当てはめるケアマネジメントではなく、本人の想いからスタートとし、本人の揺れに寄り添いながら、社会資源に繋いでいくケアマネジメントが行えるのかどうか問われているのだと云える。そして、それは「地域に送り出す」サポートと「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートとそれらを「結びつける」サポート、そして入院者を「地域で受け入れる」サポートが必要なのであり、それらが一つのプロセスとなっていることが退院支援には重要なのだと云える(図1参照)。現在、障害者自立支援法において相談支援事業が実施され、精神障害者地域移行支援特別対策事業では地域体制整備コーディネーターの配置が求められ、精神科地域移行実施加算の算定要件には専従の精神保健福祉士の配置が示され、全国各地でACTの実践が行われている。上記の佐藤、池淵他(2006)の分類に従えば、相談支援事業、精神障害者地域移行支援特別対策事業、ACTは「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートであり、「精神科地域移行実施加算」における精神保健福祉士の配置は「地域

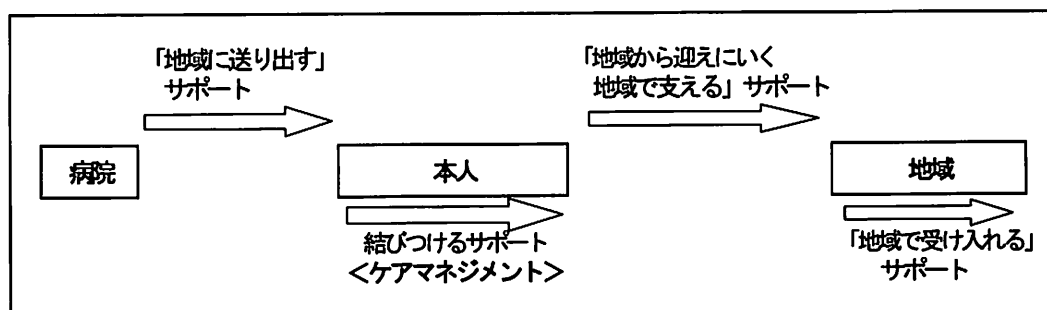


図 1

に送り出す」サポートであり、それぞれにおいてケアマネジメントの役割が求められている。だが、それぞれの取り組みは「地域に送り出す」サポートであれ、「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートであれ、そのみで終わってしまい、「地域に送り出す」サポートと「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートとを結びつけ、「地域で受け入れる」サポートまでを視野に入れ、一連のプロセスとして捉え、取り組んでいるとは云えない。荒田 (2006)²¹⁾ は「退院阻害要因を個人に帰結させるのではなく、個人を取り巻く環境の視座から考え、環境を通して障害の姿を明らかにするアプローチを検討する必要があり、患者を取り巻く支援体制や退院後の地域の環境の問題である環境因子を明確にすることが今後の課題である」と指摘しており、障害者自立支援法ではその課題解決の為に地域自立支援協議会の設置が示されているが、必ずしも機能しているとは云えない。それは精神科病院においても同様であり、当院では上記の通り院内に退院促進委員会を設置し、定期的な検討の場を設けているが、十分に機能しているとは云えず、保証人なしで借りられるアパートの確保、院外の事業所、大家を含めた近隣住民との協働も組織を挙げての取り組みには至っていない。今後、実践を進めていく中でアンケート調査の分析対象者についてその後のフォローをしていくと共に、個々のソーシャルワーカーの取り組みを組織に、そして地域に働きかけていきたい。

注

- 1) 大西暢夫：ひとりひとりの人 僕の撮った精神科病棟，2004，精神看護出版，p35.
- 2) 目的として「精神科病院に入院している精神障害者のうち、病状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能な者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進すること」と記されている。社団法人日本精神保健福祉士協会より「精神障害者の退院促進支援事業の手引き」、「精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント～」等が発行されている。
- 3) 平成20年度診療報酬改定については、社団法人日本医療社会事業協会：医療ソーシャルワーカーのための診療報酬改定と退院支援，2008，社団法人日本医療社会事業協会、を参照。
- 4) 調査結果の詳細については、平成19年9月30日に開催された第17回日本医療社会福祉学会の自由研究報告において、「精神科長期入院者の想いから考える退院支援」というテーマで発表している。
- 5) 佐藤さやか，池淵恵美，安西信雄，井上新平：退院促進のために必要な心理社会的治療. 精神障害とリハビリテーション, 10(2)；2006, pp107-114.
- 6) assertive community treatment の略称。大島 (2004) は「ケアマネジメントの一類型であり、保健・医療・福祉にわたる包括

- 的なケアを、多職種のチームアプローチで集中的に提供する援助方法である」と説明している。大島巖：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン，2004，精神看護出版。他には、西尾雅明：ACT 入門 精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム，2004，金剛出版。高木俊介：ACT-K の挑戦 ACT がひらく精神医療・福祉の未来，2008，批評社など。精神障害とリハビリテーション，9(2)；2005及び精神医学，50(12)；2008においても特集が組まれている。
- 7) 芦沢茂喜：精神科長期入院者への退院支援—ソーシャルワーカーの立場から，退院準備プログラムの実践を通して—。医療社会福祉研究，16；2008，101-110。を参照。
- 8) 安西信雄：厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指-1 精神科在院患者の地域移行，定着，再入院防止のための技術開発と普及に関する研究 平成15-17年度総括研究報告書，2006。
- 9) 安西信雄，瀬戸屋雄太郎：精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題。OT ジャーナル，38(12)；2004，1090-1096。
- 10) 田上美千佳：退院移行時の患者の心理，「実践 精神科看護テキスト」編集委員会：ディスチャージマネジメント，2007，精神看護出版，p127-136。
- 11) 南山浩二：精神障害者一家族の相互関係とストレス，2006，ミネルヴァ書房。
- 12) 安藤里恵子：精神障害者が障害年金未受給に至る要因についての一考察：A病院のデイケア調査から。精神障害とリハビリテーション，9(2)；2005，166-170。
- 13) 風間朋子：精神障害者の障害年金受給状況と家族要因。社会福祉学，48(3)；2007，30-41。
- 14) 赤沼麻矢：精神障害者退院促進支援事業における対象者個別事例の質的比較—プール代数アプローチを用いて—。社会福祉学，48(3)；2007，42-54。
- 15) 大熊恵子：統合失調症患者の退院後の生活場所に関する意思決定に影響する要因。精神障害とリハビリテーション，12(1)；2008，73-80。
- 16) 安西信雄：厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指-1 精神科在院患者の地域移行，定着，再入院防止のための技術開発と普及に関する研究 平成18年度研究実績報告書，2007。
- 17) 評価尺度については、坂田三允：長期在院患者の社会参加とアセスメントツール，2004，中山書店。を参照。REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker) は23項目の逸脱行動と全般的行動（社会的活動性、言葉のわかりやすさ、セルフケア、社会生活技能）からなる多目的の行動評価尺度。
- 18) BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale) は18項目からなる包括的症状評価尺度。
- 19) GAF (Global Assessment of Functioning) は社会的機能と職業的機能、心理的機能としての精神症状の重症度が評価対象になっている。
- 20) 重度心身障害者医療費助成制度。重度の心身障害者が、病院等で診療を受けた場合、医療保険で支払う自己負担額が支給されるものであり、精神障害者は精神障害者保健福祉手帳1級、2級、障害基礎年金1級、2級の者が対象となる。なお、平成20年4月より、市町村より発行された受給者証を保険証と共に窓口に表示した場合、自己負担が無料となっている。
- 21) 荒田寛：退院促進のために必要なチーム・地域ケア。精神障害とリハビリテーション，10(2)；2006，121-126。

〔実践報告〕

高齢者虐待への関わり

—ソーシャルワーカーにできること、できないこと—

植 竹 日 奈*
鎌 倉 雅 子**
小 竹 美千穂***
犬 飼 清 香***
市 川 統 子****
小 林 和 代*****
坂 田 裕美子*****
長谷川 直 子*****
三 浦 政 子*****

Key words : 高齢者虐待, 協働, 標準化

はじめに

2006年4月、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下「高齢者虐待防止法」）」が施行された。国等の責務、市町村が講じる措置や立ち入り調査、介護福祉施設への一時保護、早期発見、関係者の通報義務なども盛り込まれている。同法では、虐待の種類を①身体的虐待、②養護や介護放棄（ネグレクト）、③心理的虐待（心理的外傷を与える

ような言動）、④性的虐待、⑤経済的虐待とした。高齢者虐待について、「高齢者虐待防止の基本」¹⁾では「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉え、生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測されるなど支援が必要な場合には、市町村は、高齢者虐待防止法の取り扱いに準じて必要な支援を行うことが必要であるとしている。2006年4月には介護保険制度の改正とともに地

*Hina Uetake : NHO まつもと医療センター中信松本病院

**Masako Kamakura : 順天堂大学医学部附属順天堂医院

***Michiho Kotake, Sayaka Inukai : 信州大学医学部附属病院

****Noriko Ichikawa : 佐久総合病院

*****Kazuyo Kobayashi : 丸の内病院

*****Yumiko Sakata : 安曇野赤十字病院

*****Naoko Hasegawa : NHO まつもと医療センター松本病院

*****Masako Miura : 相澤病院

域包括支援センターが誕生し、高齢者虐待の実質的な対応窓口が設置された。ここには、社会福祉士、保健師、ケアマネジャーが配置され、高齢者虐待への対応を関係機関と連携しながら推し進めていく役割が備わったことになる。とはいえ、地域包括支援センターの規模や市町村権限の発動と連携等を考えると、地域包括支援センターにおける対応にはおのずと限界が生じることや高齢者虐待防止法の主旨を踏まえ、前出の資料「高齢者虐待防止の基本」では、業務の責任主体は市町村自身である、としている²⁾。

これらの法整備、行政による関与が規定される以前から、ソーシャルワーカー(=SWr)は虐待の症例に関わってきた。副田³⁾は、虐待問題にソーシャルワークが取り組む理由として、①高齢者の生命・健康・自由・尊厳・人権を侵害・否定する行為(作為/不作為)、②被虐待者の保護だけでなく、被虐待者や虐待者に対する精神的支援/カウンセリング、サービス調整、支援ネットワーク構築、予防のための啓発事業など、総合的な取り組みや働きかけを必要とする問題である、③対人援助技術が活かせる、としている。また、介護保険制度が、普遍的な介護サービスの調整を中心とするケアマネジメントに軸をおき、それゆえに対応しきれない「問題状況」や「困難事例」を顕在化させたとしている。

本研究グループ⁴⁾では、高齢者虐待ケースのソーシャルワークの支援過程を振り返るだけでなく、ケース検討を通して関係機関との連携における課題を実践の場でどのように解決していくのか問題意識を持ち、自分たちの関わった症例23例の経過を見直してみた。

方法

本研究グループでは、グループスーパービジョンを通して、10名のSWrが経験した高齢者虐待と判断した症例から、23例の虐待ケースについて、虐待かどうかの判断や状況への対応を考察した。うち3症例の概要は以下のとおりであ

る。なお、症例紹介にあたっては研究の主旨を表現するのに支障がない範囲で事実の組み合わせをおこない、症例の情報についての倫理的配慮をおこなった。

症例1

67歳、女性。全盲の兄と二人暮らし。

生活の中で問題となっていたのは、前頭葉痴呆の症状があり、裸で出かけたり、万引きをするなどの行為を繰り返すことだった。SWrは兄から、本人が問題行動を起こさないようにと本人がでかけるのを止めようとしては白杖で殴ってしまう、と打ち明けられ、早急に本人の居場所を探し、安全を確保することが必要と考えた。すぐに、市の高齢者福祉担当に相談し、前頭葉痴呆による行動について説明し状況を伝えたが、担当者は「特に問題はないのではないか。このまま生活できると思う」とし、緊急性の評価はしなかった。しかし、対応すべき状況を目の前にしているSWrは、至急、認知症対応病床を持つ老人保健施設いくつかに相談し、ある施設でのショートステイ枠での受け入れが可能となった。SWrが老人保健施設に面会に行くと、「ここにいれば兄さんに殴られない。優しくった兄さんに殴られるようになって本当に悲しかった」と泣き笑いで話す本人の姿があった。介護保険申請により、要介護度は認められ、施設利用は可能となったが、分離を含めた虐待ケースへの対応は必要ないと判断され、それ以上、市が何らかの措置をとることはなかった。

症例2

75歳男性。19才の孫娘と二人暮らし。

徘徊や幻視等の症状が現れたため、孫娘は対応に困り、市の高齢者福祉の窓口で相談していた。その矢先、男性が肺炎をおこして緊急入院となった。SWrは孫娘による介護では不十分、不適切と考え、分離が必要な状況ではないかと市に投げかけたが、緊急性を認められなかった。

SWrは地域包括支援センターに連絡し、今までの様子を聞くなどして情報収集を続けた。さらに病棟看護師から孫娘が来院すると本人が布団に隠れようとするという情報も得た。これにより、介護放棄と心理的虐待が恒常的にあったと判断し、再度、市に入院前の生活の状況や男性と孫娘の関係性などについての情報収集を求めた。その結果、虐待者である孫娘、市の高齢者福祉担当者、地域包括支援センター、主治医、SWrが集まって話し合うことになった。ずっと沈黙していた孫に対してSWrが「ずっと一人で、おじいちゃんのことを考えて、よく頑張ってくれましたね。」と声をかけると、祖父との生活の中で大声で怒鳴ったり、物を投げつけたりしたと涙を流しながら語った。「もうこれ以上できません」と思いを吐露し、高齢者福祉担当者と地域包括支援センターのケアマネジャーとともに早急に入所先の施設を探すこととなった。

症例3

82歳男性。姉と二人暮らし。

二人のわずかな年金のみで生活しており、生活は困窮を極めている様子であった。納屋のような自宅には電気とガスはひかれておらず、かまどで煮炊きをし、練炭こたつのみで暖をとる生活を続けていた。2年ほど前から、本人の認知症様の症状が進み、少しずつ介護度があがってきており、現在は寝たきりの状況。脱水、栄養失調、感染症での複数の病院への入退院を繰り返していたが、医療費がないことを理由に姉が入院を拒み、そのたびケアマネジャーや病院SWrが関わっては何か治療を受けてきた。生活保護の申請を再三検討するが、姉が自動車の利用にこだわるため生活保護は受けられず、病院の支払いを分割にするなどの条件を病院側から出しては姉を説得して、入院加療を受けてもらう状況であった。市の生活保護担当、高齢者福祉担当とは再三話し合った。医療費が確保されれば、姉も入院に同意すると思われ、本人

を世帯分離して本人のみ生活保護にできないかと市に相談するも、できないとのこと。ネグレクト症例として、虐待ケースとしての関わりを求めるも、「県にも相談したが、姉は姉なりに介護しており適切な医療を受けさせないというだけでは虐待とは認められない」との回答。そのような状況の中で、どうしても姉が退院させて自分で介護すると言い張り、退院となる。(この時点では本人の全身状態は落ち着いていた) この退院時点で、市の高齢者福祉担当が初めて自宅訪問。退院時、病院はいつでも入院を受け入れると伝え、ケアマネジャー、高齢者福祉担当での関わりを待つことになった。しかし、2週間後訪問した高齢者福祉担当がすでに息をひきとった本人を発見した。

SWrの対応

症例1では、疾病による行動が問題になってしまうという本人では解決できない課題と、その状況に養護者である全盲の兄ができる範囲で対応しているという現状があった。しかし、兄の対応には限界があり、本人はしばしば兄に殴られると言う形で安全を脅かされていた。これを踏まえSWrは、早急にこの女性が安全に居られる場所を探すことが必要と判断した。そして、市の高齢者福祉担当と連携をとりながら対応するために連絡をとったが、市の高齢者福祉担当では、「このまま生活できる」と評価した。症例2では、孫娘が未成年であり、祖父の介護に困ってすでに市町村及び包括支援センターが相談をうけ、把握していた症例である。緊急入院した時点でSWrは孫娘が対応できる範囲の介護では不適切な状況があると判断し、市町村の担当者にその早急な対応の必要性を伝えたが、介護保険サービスの調整にて対応できると判断されている。症例3においては、医療の必要性が養護者に理解されない状況の中で、SWrおよびケアマネジャーも本人の安全が確保できないと判断し、医療ネグレクトとしての緊急対応を求めているが、市の担当者はネグレクトと認

めなかった。高齢者虐待防止法との関係からSWrの行動を振り返ると、高齢者虐待と判断するとともに、高齢者虐待防止法第5条「高齢者虐待の早期発見等」及び第7条「養護者による高齢者虐待に係る通報等」に基づいて市町村に一報している。それにより、第9条、第9条2にある当該高齢者の保護が図られるよう、一時的に保護することの検討を求めている。SWrは、ミクロレベルでの介入として個別面接を行い、そこで捉えたニーズに対して関係する機関と連携しながらメゾレベルで解決すべく展開していっているといえる。今ここにある一つのケースをソーシャルワークの価値と法律という2つの柱を手がかりに、市町村や地域包括センターと共有し、協働することによって解決しようとしていたのである。

SWrと市町村の対応の違い

先に紹介した3例を含む23例の虐待ケースに対してSWrはどのように対応したのか、虐待か否かの判断と状況への対応を考察した。その結果、SWrが分離を必要と判断した症例は18例あり、そのうちSWrと市町村がともに分離が必要と判断した症例は4例にとどまった。この4例についての緊急避難先は法14条に規定する負担軽減のための緊急短期入所措置としてではなく、介護保険サービスの利用などで確保されていたことがわかった。身体的虐待・介護放棄があった症例においては、SWrは「分離が必要」と判断しているが市町村の判断との違いにより、対応に苦慮したと感じていることが多かった。

表は、23症例に対してSWrがどのような対応をしたのかを表したものである。SWrは市

表 SWrの対応（複数回答）

		合計	身体	放棄	心理	経済
ソ シ ヤ ル ワ ー カ ー の 対 応	①被虐待者への面接	13	6	4	2	1
	②虐待者への面接	14	4	5	3	2
	③市町村への相談 被虐待者の同意あり・虐待者の同意なし	6	6	0	0	0
	④市町村への相談 被虐待者の同意なし・虐待者の同意なし	4	0	2	0	2
	⑤市町村への相談 被虐待者の同意あり・虐待者の同意あり	3	2	1	0	0
	⑥市町村への相談 被虐待者の同意なし・虐待者の同意あり	2	1	1	0	0
	⑦ケアマネジャーとの協働	8	4	3	0	1
	⑧勤務先病院への虐待対応への協力要請	13	8	4	0	1
	⑨勤務先外病院への虐待対応への協力要請	3	2	0	1	0
	⑩他施設（病院以外）への虐待対応への協力要請	4	2	2	0	0
	⑪警察に通報	0	0	0	0	0
	⑫虐待者以外の親族との面接	10	7	3	0	0
	⑬虐待者以外の関係者（親族以外）との面接	3	1	2	0	0
	⑭保健所に通報（23条通報）	0	0	0	0	0
	⑮保健所に相談 被虐待者の同意あり・虐待者の同意なし	0	0	0	0	0
	⑯保健所に相談 被虐待者の同意なし・虐待者の同意なし	0	0	0	0	0
	⑰保健所に相談 被虐待者の同意あり・虐待者の同意あり	0	0	0	0	0
	⑱保健所に相談 被虐待者の同意なし・虐待者の同意あり	0	0	0	0	0
	⑲その他	3	1	1	1	0
計（のべ）	86	44	28	7	7	

町村の判断との相違に関わらず、①被虐待者への面接が13例、②虐待者への面接を行ったのが14例あり、①と②の両方を行ったものが8症例あった。症例1のように、虐待者以外の親族に対して面接を行い、SWr自身が医療機関への一時入院や入所施設をあたるとの努力をして分離を実現するために行動し、症例2で、SWrの言葉かけが虐待者である孫の思いの吐露につながったように、虐待者への面接、その他の親族への面接をおこなうなどして、被虐待者を守り、問題を解決しようとしていたことがわかった。

以上のように、検討した23例においては、SWrと市町村の対応にはかなりの温度差が生じていた。大谷⁴⁾は、2006年の厚生労働省の調査で、2007年度において、老人福祉法による措置に必要な居室確保のための関係機関との調整を行う予定がない市町村が40%弱にもなることを指摘している。さらに立ち入り調査が可能とされても、その権限が弱いことなどをあげて、市町村が責任の主体として明確にされたにもかかわらず高齢者虐待防止法の実効性については疑問を投げかけている。3例は大谷の指摘を裏づける内容であったと言える。緊急避難先を探し、自施設や他機関に協力を求めるSWrの対応と分離の必要性を認めず、医療ネグレクトを否定する市町村の対応は対照的であった。

まとめ

以上、SWrと市町村の判断に違いがあり、高齢者虐待に関係する機関との協働の仕方に今後の課題があることを示してきた。傾向としてSWrの判断の方が深刻度が高く、緊急性、重大性を高く評価し、市町村の反応とは対照的である。とはいうもののSWrの判断が適切であったという根拠が得られているわけではなく、その判断の基準が希薄であり、恣意的で主観的な水準を脱せず、客観的に示せる基準があると言えないことにも気付かされた。だからこそ、SWrの判断と市町村担当者の判断にズレが生

じてくると考えることもできた。我々自身のあいまいさが市町村担当者を動かせなかった理由ではないかという気付きを得たのである。

副田は、「虐待の判断基準を虐待の種類ごとに作成することは、実践家間の認識のブレを小さくするために必要である」とし、「グレーゾーンの事例についての判断基準は、関係する実践家の間で話し合いながら作り上げていくことになる」と指摘している。本研究グループでは、今回の検討からまさにその点を実感することができた。高齢者虐待にかかわる専門職が、先述の症例にみられた判断や対応の違いを実践の場面で埋めていけるよう、経験を共有しながら積極的に検討する機会をもち、虐待の判断の標準化の作業をSWrだけでなく、市町村との協働の形で勤めて行かねばならないと考えている。

注

2000年からグループスーパービジョンを行っているSWrのグループ。

引用文献

- 1) 2) 厚生労働省老健局計画課「全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料 I」。
- 3) 副田あけみ、ソーシャルワーク研究、Vol.34, No.2, p99.
- 4) 大谷昭、ソーシャルワーク研究、Vol.34, No.2, p111.

参考文献

- 日本弁護士連合会 子供の権利委員会／両性の平等に関する委員会 編『家族・暴力・虐待の構図』p242-246, 1998.
- 天野博之著：保健医療領域からの児童虐待の予防的介入の経緯と実際、日本医療社会福祉学会、Vol.16.
- 筒井孝子著『高齢社会のケアサイエンス 老いと介護のセイフティネット』2004.

編集後記

☆第17巻は2008年度のメインテーマである排除に関する議論を特集したかったが、寄稿論文として直接このテーマを取り上げた寄稿はなかった。しかし、記念講演をお引き受け下さった赤坂憲雄先生の玉稿で花を添えて頂いた。排除の論理の対極に社会的包含(social inclusion)の概念があり、これが具体的施策に具象化されていく道筋を開いていくことに大いなる期待をしたい。

☆学会セミナーが開催されたが、ソーシャルワーカーを論じるのに極めて重要な示唆やヒントを提供できるような内容であったため、特集として組み入れることにした。

☆論文編、実践報告編には公務多忙の中、御寄稿頂いた著者に改めて深謝いたします。

☆このところの社会経済の激変は金融危機、経済不況、雇用不安、セイフティーネットの揺らぎなど日常生活の諸側面に劇的な変化をもたらし、極めて厳しい情勢となっている。しかもその様相は従来にもまして複雑で様々な要因が錯綜し、問題の多様化と複合化の傾向を助長している。

☆次の第18巻から書評欄を設けることにし、常設欄として継続することを役員会で決定した。

☆現場のソーシャルワーカーの業務もかかる情勢を反映して複雑怪奇な内容となってきたであろうと考えられる。この事態を反映して医療、福祉、介護などソーシャルセキュリティネットのあちこちに大小様々なほころびが生じている。この間隙から多くの人々が脱落して、制度や施策では解決困難な課題をソーシャルワーカーのところに持ち込まれてくることになる。

☆これに対応するためにはより高度な知識と熟達した高い技術に加えて豊かな内容の情報が必要になってきている。その意味でこういう厳しい情勢の中にあって、ソーシャルワーカーの真の力量が問われることになるであろうと考えられる。その意味で学会の研究や実践の成果があらためて問われることになる。本誌もその役割の一環を担っている。より多くの会員の情報発信の場としてもソーシャルワーカーの存在と力量を試す意味においても積極果敢な投稿を期待したい。

(編集委員長 岡本民夫)

「実践報告」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」という新たな投稿枠を設けることにしました。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、介護保険制度の施行や今後の医療改革によって、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、人々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。実践の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」

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、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ものならどんなものでも可。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

例、高度脳機能障害患者・家族の生活困難の具体的状況

外国人や中国からの帰国子女等へのソーシャルワーク援助事例

虐待が疑われる児童患者ケースへの病院とソーシャルワークの対応事例

—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

例、介護保険の施行に伴う院内における退院計画業務の再編

—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

例、病院から在宅介護支援センターへの配置転換によるソーシャルワーク業務の変化

—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

例、脳死からの臓器移植に関わる倫理的問題について

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

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

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

（事例的研究等では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）

医療社会福祉研究 第17巻

発行日 2009年6月30日

編集 集 日本医療社会福祉学会・編集委員会

発行 行 日本医療社会福祉学会（事務局）

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル302号室

（社）日本医療社会事業協会事務局内

電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

郵便振替口座：00200-0-72951

E-mail：jsswh-post@jaswhs.or.jp

発行責任者 橘高通泰（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

June 2009

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 17

Special Lecture

Social Exclusion and People's Settlement Today Norio Akasaka

Seminar

The Process of Subjective Rearrangement of Social Workers'
Attitudes through their Experiences Toshiko Yokoyama

Articles

Attitudes of Hospital Social Workers during Intervention:
Based on the Evaluation of Hospital Social Workers by Clients
..... Hachiro Togashi

A Process to a Calm Life of People with Higher Cortical Dysfunction
—Evaluation of its Practice in Mentally Handicapped Adults Institution—
..... Gaku Takizawa

Practice Wisdom

Cooperation of Medical Institutions in Community and
the Role of Social Workers in Discharging from Hospital
..... Yumiko Sakata, Hina Uetake & Masako Kamakura et al.

Discharging and Initiating Community from Psychiatric Hospital
..... Shigeki Ashizawa

Coping with Elder Abuse

..... Michiho Kotake, Hina Uetake,
Masako Kamakura & Kiyoka Inukai et al.

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)