

保健医療社会福祉研究

第33巻

日本保健医療社会福祉学会第34回大会

基調講演

苦悩の向こうにあるもの

——ソーシャルワーカーの未来を見据えて

浮ヶ谷幸代

シンポジウム

苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践

シンポジスト 新保一葉

西村睦美

平野朋美

基調講演者 浮ヶ谷幸代

座長 宮崎清恵

論文

建設業一人親方の石綿検診事業に対する

受診行動の消極性に関連する要因の検討

— Health Belief Model を用いた考察—

福神大樹

ソーシャルワーカーおよび医療ソーシャルワーカーの起源の再考

—史実に基づく知見から—

富樫八郎

統合失調症の母親をもつ子どもに必要とされるソーシャルサポート

—成人した子どもへのインタビュー調査の分析から—

木村友紀

医療ソーシャルワーカーの気質特性に基づく

業務負担感の違いとその対処

—感覚処理感受性をもとにしたセルフケアの検討— 本岡 悟・大西次郎

2025年3月

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会

目 次

日本保健医療社会福祉学会第34回大会

基調講演

- 苦悩の向こうにあるもの
——ソーシャルワーカーの未来を見据えて 浮ヶ谷幸代 1

シンポジウム

- 苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践
シンポジスト 新保一葉 17
西村睦美
平野朋美
基調講演者 浮ヶ谷幸代
座長 宮崎清恵

論文

- 建設業一人親方の石綿検診事業に対する
受診行動の消極性に関連する要因の検討
— Health Belief Model を用いた考察— 福神大樹 45
- ソーシャルワーカーおよび医療ソーシャルワーカーの起源の再考
— 史実に基づく知見から— 富樫八郎 57
- 統合失調症の母親をもつ子どもに必要とされるソーシャルサポート
— 成人した子どもへのインタビュー調査の分析から— 木村友紀 71
- 医療ソーシャルワーカーの気質特性に基づく
業務負担感の違いとその対処
— 感覚処理感受性をもとにしたセルフケアの検討—
本岡 悟・大西次郎 83

〔基調講演〕

苦悩の向こうにあるもの ——ソーシャルワーカーの未来を見据えて

浮ヶ谷 幸代*

山本：基調講演の座長を務めさせていただきます本学会理事の山本と申します。よろしくお願いいたします。早速、浮ヶ谷幸代先生に、ご講演をいただきたいと思います。タイトルは「苦悩の向こうにあるもの——ソーシャルワーカーの未来を見据えて」です。ソーシャルワーカーはクライアントの苦悩にかかわる仕事です。それを見つめ、深く向き合う時間にしたいと思います。それでは浮ヶ谷幸代先生、よろしくお願いいたします。

浮ヶ谷：みなさま、こんにちは。今、ご紹介に預かりました浮ヶ谷幸代と申します。現在、所属は自治医科大学客員研究員として医療者の方々といっしょに研究をしております。タイトルは「苦悩の向こうにあるもの——ソーシャルワーカーの未来を見据えて」。自己紹介は詳録に書いてありますのでここでは省略します。私の専門は文化人類学なので、みなさんの専門分野とは異なりますが、ただ医療や福祉、介護の現場を人類学的な視点でとらえようとする立場にあります。特に浮ヶ谷幸代編著『苦悩することの希望』『苦悩とケアの人類学』が今回の講演のベースとなっております。

講演の流れをまとめてみました。1、医療人類学という学問、社会的な現象や実際の人間をどうとらえるかという話を前もってお話をして、今日のテーマとしての「サファリングとケア」

について話を進めていきたいと思っています。医療人類学では病気の意味を考えます。現在、二つの大学の医学部で非常勤講師をしています。まず学生たちに医療人類学の入門的な話をします。「病気の意味を考えることがありますか？」と学生に聞きますと「疾病のさまざまな名前や作用機序や特性については学ぶが、意味というのは考えたことがない」と、みんな、ポカンとしています。しかし「病いは経験である」こと、病む側の人たちが何らかの病いの経験を意味づけたりする、そこを中心にとらえようとするのが医療人類学の一番の元になります。

医療人類学というのは1970年代、アメリカで「医療人類学」という言葉を使って病気の新たなとらえ方を提示しました。その代表的な研究者はアイゼンバークという医療人類学者で、1977年の論文の中で、こんなことをいっています。「患者は病い *illness* を患い、医師は疾病 *disease* を診断し、治療する」。患いのところが「サファ（動詞）」になりますが、つまり何をいおうとしたかということ、「病気を経験する側と病気を治療する側は同じ病気といいながらも、ずいぶんととらえ方が違うんです。分けて考えましょう」といったのが、この文章です。

「*illness* / *disease* 論争」という言い方をして、1970年代以前は医者が専門家でも何でも知っているし、治療もできる。病気のことは全部医者任せればよい」という、ある種のパターンナリズ

* Sachiyo Ukigaya : 相模女子大学名誉教授 / 自治医科大学客員研究員

ムが広まっていた時代です。それに対して「いやいや、病気になった本人の経験も、とても重要でしょう」との視点から、この学問が生まれました。1970年代、この学問が生まれた背景にはアメリカの公民権運動、この当時は患者だけではなく、ソーシャル・マイノリティの異議申し立て運動がありました。人種差別撤廃運動とか、今はLGBTQで社会的に認知されるようになりましたが、ゲイ・ムーブメントがあり、同性愛の人たちが「自分たちは病気ではない」といって診断基準から外れる運動したり、あとはフェミニズムのウーマン・リパティ、女性解放運動など、1970年代のアメリカでは、さまざまなソーシャル・マイノリティの人たちが声を上げました。その中で患者が病院に行った時、「なんでも医者のことを聞いていればいい」といわれていたように、患者をソーシャル・マイノリティと見なしていた。「そうではなく、患者自身、病気になる側の経験は、とても大事だよ」と、一つの学問として成立させようというのが「医療人類学」誕生のきっかけになっています。

さて「病いは経験である」という言い方ですが、病いは果たして、どういう経験か。多くは「苦悩の経験」、病気とつきあう、病気になった人は疾病を経験するのではなく、「病い」という、とても主観的であり、とても個別的であり、そしてある種の身体性を伴う経験をする。疾病は、その論理は客観的であり、普遍的であり、そして首尾一貫している。a + b = cであるというのも、患者さんにとっては、a + b = -cになるかもしれない、c + bになるかもしれない。また変化もする。首尾一貫したものではない。そこにも意味があるんだということです。

精神科医であり、医療人類学者であるアーサー・クラインマンは、ある論文の中で「サファリング」の定義をしますが、これが翻訳されて日本語で見ることができるのはクラインマンが出した『病いの語り』という本です。その中で繰り返し、「サファリング」の話が出てきます。

日本語で、どんな翻訳が出たかとういと、「苦悩すること」「患うこと」という言葉が出てきますが、同じです。今回は「サファリング」がテーマになっていますが、日本語にあてる場合は「苦悩」として、みなさんへの報告の中で、そのように扱いたいと思っています。

この「サファリング」という言葉、概念が、後に「ソーシャル・サファリング(社会的苦悩)」という言葉になる。「サファリングは実は個人の問題ではない、むしろさまざまな政治的、経済的、宗教的という社会的なできごとの中から生まれてくるものだ」というとらえ方です。「社会的苦悩」という言葉はクラインマンたちが中心になった、アメリカの人類学者たちの三部作「ソーシャル・サファリング」の論文集の中で取り上げられていますが、それぐらい「サファリング」という概念は医療人類学の中で発展していったということです。

もう一つ、日本で耳にしたことがあるのは「ナラティブ・アプローチ」ではないかと思えます。まさに「サファリング」という言葉が、クラインマンが使う中で翻訳されているのが「イルネス・ナラティブ」という、日本語で『病いの語り』という本です。その中で「ナラティブ」、これが日本では受けがいいというか、わかりやすいというか、人類学の中にとどまらず、医学、看護学、ソーシャルワークの中でも、みなさん、「ナラティブ」という言葉はご存じだと思います。医学教育の中で「ナラティブ・アプローチ」を習うので、そういう形で医療人類学は、今、発展して、医療、福祉の領域にまで広がっています。

ここで「サファリング」ですが、クラインマンは、この本の中で目の前にいる患者さんのサファリングに注目することで、イルネス・ナラティブを、慢性病患者の人たちにインタビューした生のものをたくさん入れ込んでいます。アメリカで医療人類学にはいくつかアプローチがありますが、医療人類学の中で「イルネス・ナラティブ」の先陣を切った方です。クラインマンにしてみれば「目の前にいる患者さんの苦しみ

にちゃんと目を向けよう」。それに対して何が
できるか。自身が精神科医でもあるので、そう
いうアプローチをとったのだと思います。私は
博士課程の研究で糖尿病の方の「サファリング」
についてナラティブを聞き取ったものを本にし
ていますが、病気、障害、まとめて「生きづら
さ」といってもいいかもしれません。そういう
ものを抱えた人が語りだすと、そこに「ナラティ
ブ・アプローチ」を当てはめることができると
思います。

「病者のサファリング」に医療人類学は注目
したということですが、さて「サファリング」
とは何か。クラインマンの論文、アーサー・ク
ライマンと妻のクラインマンの二人の共著の論
文の中で「サファリング」の定義を、こういっ
ています。「病いをめぐる悲嘆や怒り、恐れ、
辱め、忍耐、希望、ユーモアなど感情や情動と
して表出してくるもの」、これを「サファリン
グ」という。「サファリング」にも文脈によっ
て3つに分けられると述べています。一つは
「重篤な急性の病いのような、予期せぬ偶然の
不幸によって生まれる突発的なサファリング」
です。「なんで私は今、この時点でガンになっ
ちゃったんだ」という、予測もしない突然の不
幸、病気になったという突発的な「サファリン
グ」。

次が「慢性病や死のような人間の存在条件と
して位置づけられる慢性的サファリング」。私
の研究では「慢性病」ということで、こちらが
対象になります。そして今、「看取り」の研究
もやっていますが、まさに、ここになります。

「死」、どうやって最期を迎えようか。最期を
迎えるとはどういうことか。そういう方の家族
やケアを提供するスタッフたちの「サファリン
グ」もあります。それを含めての二つ目です。

そして3番目。ホロコースト、原爆、大量虐
殺、紛争など政治的、経済的、社会的な極限状
態において抱える「社会的サファリング」。未
だ戦争が続いています、ウクライナで、パレス
チナにしてもそうですし、日本では災害は、か
つては非常時でしたが、今は常時、毎年、起こっ

ていますよね。地震、原発事故、豪雨災害、能
登半島の地震もそうですし、ちょっと前は東日
本大震災、そして阪神・淡路大震災とか、ここ
へ来て自然災害も含めて、さまざまな問題が起
こっている。そういうものに出くわしてしまっ
たというのは、程度の差や質の違いはあるにせ
よ、「社会的なサファリング」を経験するわけ
です。そこでクラインマンは、この定義をまと
めて、ある意味、「サファリングとは人間が生
きていく上での喜怒哀楽という感情のすべてを
包括する概念だ」と。さらにいえば「人間の生
き方、ウェイ・オブ・ライフそのものでもある」。
喜怒哀楽のない人生なんて、ないわけですよ。
そういう意味で「ウェイ・オブ・ライフでもあ
る」ということ、簡単に「サファリング」だか
らといって排除したり、否定したりできるもの
ではないといえます。

医療人類学という患者、目の前にいる患者さ
んが「どんなサファリングを抱えているか」と
いう関心のもと研究していましたが、しかし
「サファリングとケア」を考えると「専門家も、
どうもサファリングを経験しているらしい」と
いうことを知ります。

「サファリングとケア」に注目して、2010年
くらいから大阪の国立民族学博物館の共同研究
を始めました。さまざまな専門領域から人を集
めて15人くらい、3年半にわたり、「サファリ
ングとケア」をテーマに、みんなで討論してき
ました。その時に山上実紀という精神科医の先
生ですが、当時は内科医で一橋大学の大学院生
でした。あるきっかけで知り合いになって彼女
が「医師の苦悩について修士論文を書いている」
と聞いたので民博の共同研究に来て話を聞かせ
てもらうことになりました。『苦悩することの
希望』の中に収められている論文ですが、発表
が終わった後、彼女が共同研究のメンバーに向
かって「私といっしょに悩んでくれますか？」
と私たちに語りかけました。それを聞いて人類
学、社会学、さまざまな領域から共同研究に参
加していた研究者が「もちろん、そうしましょ
う」と答えました。

それともう一つ、私は北海道の浦河というところで20年近くフィールドワークを続けています。ここは「べてるの家」という精神障害の当事者研究で有名な場所ですが、そこにある浦河赤十字病院の精神科医の川村敏明先生が、日本で講演会に呼ばれると、そこでは多くがイタリアの精神医療を先駆的事例として、日本の病院中心の精神医療を批判的にとらえて、そうではない方向を模索する講演会が多いわけです。ある時、川村先生が「僕ね、苦しいんだよ」といわれるんですよ。「先生、何が苦しいんですか？」と聞くと、「僕も一精神科医です。僕が批判されるような気がして苦しいんだ」というわけです。川村先生は日本では、ある種、亜流をいくような、当事者にとっての精神医療を提供している。その先生が「苦しい」といっている。私にとっては、この二人の先生との出会いで、「医者も苦しいんだ。悩むんだ」と知って本格的に仲間といっしょに「専門家のサファリング」の研究に取り組むことにしたのです。

わざわざ「専門家のサファリング」といわなくても、専門家は普段の日常業務、仕事の中で、さまざまな不満や自分の悩みを吐露しているはずですよ。それをきちんと、アフターファイブの場ではなく、学術的な研究の遡上でやるべきだと思って取組みを始めたということです。

具体的に何を知見として提示したか。「専門家も苦しんでいそうだ」ということで、まとめました。まず一つは、今医療も「チーム医療」といわれます。チームの中にはさまざまな専門領域の人たちがメンバーとして参加するわけです。そうすると、お互い、わかっているようで、わかっていない。一人の患者さん、利用者さんを中心にカンファレンスをする。「どうも、なんかずれている」というか「違和感」をもつ。「連携といいながらも、なかなかつながれない」という悩みを聞きます。特に「地域包括ケアシステム」、これからの高齢化社会に向けて国が方針を出した時、一つの専門職ではなく、患者さんのケアをするために集まった専門家がつながらないといけないといって、「地域包括ケア

システム」が提示された時、「多職間連携」という言葉が使われるようになりました。個人の能力や個人の問題ではなく、もともと専門職とはどういうものかを考えると、専門性の問題も研究のテーマになってきます。「他の職種と差別化をする、差異化する。そこで初めて自分のアイデンティティが出てくる」という、専門教育の中では医師なら医学、看護師の専門教育、「その人たちの役割にはどういうものがあるのか、彼らの専門家足りうるものは何か」について、とことん教育され、それを身につけてくる。言い方を変えれば「他の職種と、どうつなげばいいか」という教育は、今までなかったのではないかと思います。これは非常に難しい。ただやり方によっては、つながれる。いい方向に向かえば、実際に患者さんや利用者さんにとっても有益なことだと思います。「異なる専門性を身につけた人たちが、どうやっていっしょに仕事をするか」ということです。

私の考えた一つですが、「生活者の視点をもつことが大事ではないか」と思うんです。「生活者」というと、患者さん、利用者さんのことを指しますが、実は専門家の人たちも「生活者」のはずです。自分の職場では専門家かもしれない。けれども、自分のプライベートの世界では生活者です。視点を広げて「生活者」というところに専門家も目線を広げてみる。生活者の世界は家事、育児、仕事、娯楽、社交、みんな地続きであるわけです。みんな一人の人が、患者だろうと、専門家であろうと、生活世界の中で生きている。一人の人を見る時、専門家目線で見るとは、「生活者として生きている」ことを含めて、その人の具体的な「生」をイメージーションできる力を養っていく。そうすれば、そこには各専門家の専門性ではないものとして共通するものが出てくると考えています。これが一つ、専門家同士から生まれてくる、つながり方です。

もう一つは、患者さんや利用者さんの生活世界と自分が身につけてきた専門領域の間を跨ぐこと。この後のシンポジウムで事例を通じて話

をしてくださる方が、まさにこれを書いていると楽しみにしていますが、「相手を、どう理解するか、相手をケアすることはどういうことか、自分は何ができるのか、できないこともある。いいと思っても、してはいけないこともある。ソーシャルワーカーとは何か？」という問いにかかわる「サファリング」だと思います。ここは後半のシンポジウムの事例をじっくりかみしめていただきたいと思います。

つまりここでいうのは、最初に医療人類学で誕生した「病い illness／疾病 disease」の対立、「病い」のところに「生活者」を、「疾病」のところに「専門家」と入れると「生活者／専門家」となりますよね。「生活者は主観的であり、個別であり、曖昧です、論理的ではなく」。それに対して「専門家は客観的であり、普遍的であり、論理的である」というように思考のもとになるものが違っている。これを意識しないで同じものを求めてもしょうがないわけです。こういう違いは医療社会学でも議論されてきました。他には「専門家」と「素人」という言い方もあり「専門家／素人」という対立図式があります。最近では、この二項対立ではなく、「共に何が一番いいケアなのか、何ができることなのか」を実際の生活者である患者さんや利用者と専門家とが対話をする、いっしょにやっていくという意味で「協働」と「対話」が求められています。

一つのきっかけが「医師のサファリング」研究だったので、事例を紹介してみたいと思います。藤田和樹さん、自治医大出身のドクターで、今はおおみやのセンターにおられますが、彼は自治医大に入った1年生から人類学の先生に指導を受けて6年間、人類学を学び続けました。卒業する時、人類学の先生が「藤田君は人類学に興味をもってきているから卒業しても学び続ける場所があるといいよね」という話をした時、私に声をかけてくれて、「みんなで研究会をしようよ」と研究会を始めました。「ケアの人類学研究会」は今も続いています。9年の年限を終わり、忙しい中で彼は研究会の窓口をやっ

てくれています。

彼が埼玉県秩父市の病院で勤務している時の経験談を本の中で書いています。「Cさん、男性、40歳。Cさんは体が黄色くなって痒く、他にも相談事がいろいろあるとあって来院した。病院受診自体、人生初めてで、思っている症状を書いた一覧を持参しており、自分でガンだと確信しているという不思議な患者だった」。もうここで専門家は不思議だと思うんです。「確かに診断の結果は肝臓のガンを強く疑うものであり、入院精査が必要なため入院を提案したのだが、そこで驚くべき答えが返ってきた。『30年育てた蘭があるんですよ。勝手に入院はできませんね』。予想もしない返答に即座に理解することができず、言葉が見つからなかった。彼は続けて『大学病院には行かない。断食して夏までの命と思っている』と頑なに話す。私は彼と話した上で彼の希望に合わせて入院せずに外来で精査を行った。彼は肝臓のガンであり、若年であったこともあり、再度、治療を提案したが、拒否された。時間をかけて話しあったつもりだったが、彼の希望は変わらず、積極的治療にはつながらずに、希望した自宅療養へと移行した。その後、3回目の診察時に『蘭はすべて捨てました』と突然話し、一カ月とたたずに内縁の妻と結婚した。自宅でユーチューブを流しながら、その年の暑い夏の時、一カ月で亡くなった。正直、私にはわからないことだらけで、しかもそのことを本人に聞けなかった。なぜ病院に来たのか、なぜ治療を拒否したのか、なぜ診察は受け入れ、継続したのか。なぜ蘭を捨てたのか、なぜ結婚したのか等々、とにかくわからないことばかりだ」。

藤田さんの「なぜ、なぜ？」という、この言葉、とにかく「自分の目の前にいる患者さんの言っていること、やっていること、考えていること、すべてが理解できない」という、そういう苦悩です。

しかし藤田さんは、それでも理解しようとすることを模索します。外来に3回来院している。だったら来なくてもいいじゃないかと思う

けれども、来たということです。その当時、この方に対して藤田さんはどんな「苦悩」を抱えていたか。驚く、戸惑う、自分自身が理解できないから混乱する。自分が提案する治療を悉く断られることで怒りも感じる。最後は諦めだろうかと。理解不可能なことがストレスとなって、カルテにはこういう人に対してマイナスの言葉で評価するらしいですが、しかし藤田さんは、そこで諦めなかった。「どうやったらこの患者さんのことを自分の中で、理解とはいえないまでも、どう対処すればいいか」を考えるわけです。「医学の枠組みをずらす、自己変容の経験」、これは相手に対して、わかるように話して相手を変えることは、まず難しい。では自分が変わるしかない。藤田さんは、悩みを記述した時、気づきます。人類学者の「まさにこれは異文化理解だ」と気づきます。

面白い言葉があります。関根康正先生という人類学者でフィールドはインドですが、その先生が「フィールドワークとは」と書いています。「現場では見るものと見られるものは生身を晒している」。私も調査に単身で入るんですね。その異文化社会を見ようとして自分は見る側で入るんだけれども、実は違う。見られる側なんです、常に一人で入るから。病院調査をした時も、そうでした。周りの視線が私の方を見てくることを感じました。「見るものと、見られるものが生身を晒している。この「全人的生」がもつ限りなく深い意味が了解されて接触し、浸透による感情の生起とともにある他者了解をする」。私たちは「他者理解」とはいわない、ほぼ難しい。「他者は理解できない」といった方が早いかもしれない。でも「理解しようとすることはできる」。関根先生がいう「他者了解」は「了解」です。言い換えれば「未知未踏の他者に向けて自己が変容していく経験、わからないままにわかるという経験」ですね。「わからないままにわかる。ちぐはぐのままにつながる。そこにフィールドワークという行為の核心がある」と。私たちは誰かを理解する時に完璧にわかることは、まず、ないと思う。そこには、あ

る種の誤解、それを残したまま、「なんとなく、そうだよ」という話になる。「患者さん、利用者さんを目の前にして理解しようとしたとしても、完璧には理解できないだろうな」ということを、こういう言葉で表現しています。

もう一人の先生、浜本満という人類学者ですが、「異文化理解」について根本的なことをいっています。「異文化理解は原理的には不可能である。しかし言語がもつ、内なる、ずらしによって実際には話がつながる」「内なる、ずらし」「相手のいっている言葉を文脈に沿ってわかろうとすること」「自分の中にずっと入らなくても、異文化理解は不可能だけれども、理解は可能だ」という言い方です。わかりにくい表現ですが、フィールドワークに行くと、こんな経験は、常にあります。

本大会のテーマに「ケア」という言葉が入っています。「サファリングとケア」。民博での共同研究のテーマも「サファリングとケア」という言葉を入れたんです。もともとケアに関心がありました。しかしある時、ケアについてのワークショップに出た時、サファリングなしにケアを語るワークショップに「いいのかな?」と思った。「ケアの前にサファリングという経験があるだろう、そこをつなげないとケアは見えてこないのではないか」と思って「サファリングとケアは、どんな関係にあるのだろう」と考えるようになりました。

一つ面白いのは「ケア」を英和辞典で見ると「ケア」は多義的ですね。特に最後に、廃語として「使われていませんよ」という意味で「ケアには悲しみ、悲嘆、苦しみがある」と。「えっ、そうなんだ」と辞書的に思いました。「サファリングとケア」は、ある意味、表裏一体というか、くっついているものなんだなど。それを辞書から知りました。人類学だと「治療儀礼」というオーソドックスなテーマがある。民間治療、伝統医療とか民間治療の現場を見ると「治療儀礼」がある。「治療儀礼」は今の我々の生物学の治療方法と何が同じで、何が違うんだろうと考えてみました。「治療儀礼」の専門家は、

一応います。「民間治療者（専門的職能者）」と呼ばれています。生物医学では医者がキュアを担当する、それ以外にも看護師やソーシャルワーカーたちがいる、介護士とか理学療法士とか、さまざまに分化した専門家がいます。治療という場面には専門家がいます。では何が違うのか。「民間治療者」の多くが、治療になる前は自分自身、「サファリングで苦しむ」という経験があります。シャーマン、沖縄のユタもそうですが、あの方たち、なりたくてなっているわけではない。自分の苦しみを何とかコントロールして抑えるために治療者になる。苦しみの深さを癒し、治療の力としていた。医者や専門家はまさに健康体ですよ。ほんとはもっと悩んで自分が病んでもいいと思うんです。そういう方もいますが。民間治療者は、ある種の「癒し」の条件として自分自身が「サファリング」の経験をしている。それと、もう一つは「治療儀礼」は本人と家族だけではなく、地域全体、コミュニティの取り組みであること。より広い形での治療の場をもっている。そこが違うかなと思います。こういうことを比較していくと、フィンランドでの「オープン・ダイアログ」という、最近、注目されている対話法ですが、「治療儀礼」はもともとそういうものであったと。

つまり「サファリングとケア」を考えた時、人間は苦悩するだけでなく、苦悩に対して何とかしようとする。関心、気遣う。それを「ケア」といってもいいと思います。その関心はフォーマルな制度的、専門的なものと、インフォーマルなプライベートな領域、非専門的な領域に発生する。この二つのケアは、密接に結びついていることを見ようと思いました。

そして医者「苦悩」の事例を示しましたが、私自身、ソーシャルワーカーの方とおつきあいはありました。ソーシャルワーカーの方が、一体、普段、何に悩んでいるのか、何となく感じてはいましたが、改めて言葉にはしてこなかったの、何人かのソーシャルワーカーの方に聞いて、そこから答えをもらいました。

北海道の浦河ひがし町診療所は浦河町にある

精神医療の診療所ですが、かつては浦河赤十字病院の精神科があり、そこで働いていたソーシャルワーカーの人たちがいます。紆余曲折があり、浦河日赤から精神科病棟がなくなりました。それに代わって川村医師や看護師、ソーシャルワーカーの何人かの方たちが「病棟がなくなり、精神科がなくなると当事者の人たちが困るだろう。入院する場所はなくても診療は必要だ」ということで立ち上げたのが2014年です。ひがし町診療所のソーシャルワーカーと元べてるの家のソーシャルワーカーに話を聴いてきました。

Hさんは浦河日赤に7年、札幌で10年間、浦河の診療所で4年のソーシャルワーカーの方です。年数を見ただけでベテランの方です。「何か悩みがある？ なさそうに見えるけど」。即、返ってきた言葉が「今、悩みだらけだ」と。明確な悩みということではないのですが、札幌と診療所に来た時の仕事の中身は何が違うか。札幌では都会の精神科のクリニックで働いていて書類を書いて説明しての繰り返しで、ほぼ自分の仕事は院内で完結していた。その時、「自分はソーシャルワーカーである。でもソーシャルをしているのか、ソーシャルにかかわることをしているのか？」と思った。「どうも違うんじゃないか」と思い出した。そこで「ソーシャル」を「地域」「社会」に置き換えると、今は、それができている診療所で働いている。私から見ると生き生きと仕事をしているように見えるんですが、「同僚との温度差に頭を抱えている。自分はいろんなことに悩んだり、知りたいという意欲があるが、周りで巻き込まれる他の職種の人たちが自分についてきてくれない。熱量を感じてくれない。その温度差に対して自分が暴走しないように気をつけている」この方は学ぶ意欲があるので、外から先生を引っ張ってきて2カ月にいっぺんとか講演会をやった大がかりな勉強の仕方をしていた。でも「そんなことをやってどうするの？」という声もあり、それをやめて「小さな勉強会を4、5人で始めました」と言っていました。

Aさん、この方は「浦河べてるの家」で14年

間、卒業してすぐここに就職してソーシャルワーカーをやってきた。私が常宿にしているホテルのホテルマンを今はやっています。「ソーシャルワーカーを辞めようと思っているのかな？」と思い、「ソーシャルワーカーなんか忘れたい？」という、「とんでもない。ソーシャルワーカーを続けたいから今、ホテルマンをやっています」。どういうことか。「べてるの家」でソーシャルワーカーとして働いていた時、当事者の就労に関心をもった。障害者の方の労賃が低い。結構、働ける人もいる。なんとか仕事でサポートしたい。メンバーの経済的基盤づくりに挑戦したい。きっかけは何か。メンバーから「人はなぜ生きるのか？」と聞かれた。「べてるの家」の有名なところはメンバーの方が哲学者みたいでスタッフがおろおろしてしまう。それに対して答えられなかった。仲間にも聞いてみた。仲間は「人を愛することと働くこと」と答えてくれた。その言葉が印象に残って「そうか、働くことにこだわってみよう」と思った。まず自分が、福祉の大学を出て、すぐに新卒で「浦河べてるの家」でソーシャルワーカーをやって普通の会社員の経験はない。じゃあ、自分が働いてみよう。ホテルは「浦河べてるの家」の斜め向かいにあり、「べてるの家」に用事がある方が泊まることもあってホテルの社長も、「べてるの家」のサポーター的な、理解のある存在なんですね。それで社長に相談して雇ってもらった。福祉の社会とは違う働き方を、まず自分が経験したいと。

「べてるの家」で働くメンバーともつながっているし、そういう人たちへの職場提供、働く場所を提供するところで自分は働きたいと。もう一つ、浦河町の知的障害のための施設もあります。そのメンバーも、このホテルで働いている。その間に入る役割をしている。つまり、ホテルマンになったからといってソーシャルワーカーでなくなったわけではない。「辞める」といった時、障害の当事者が働くことについて賃金の問題や、こうやりたいという理想をいうと「そんなの、できるわけないよ」と否定された。

「それが辛かった」といっていました。それをちゃんと実現するために自分が働く場所を変えて当事者が働くことに対して場を提供したいということでした。

もう一人。これは診療所のソーシャルワーカーのYさんです。北海道の別の地域の日赤病院で最初、働いた。大きい病院で脳卒中患者の転院を担当していた。おかげで他病院との連携は多かった。だけどケアマネから「あそこは断れ」とか「病棟ナースに迷惑をかけるんじゃないぞ」と常にいわれて、ただ回すだけの仕事をしてきた。ソーシャルワーカーとしての仕事に、この頃、疑問をもっていた。大学の頃、浦河日赤で実習していた。「こっちの方がいいかもしれない」と浦河日赤に移って5年、精神科がなくなり、診療所に移った。診療所ができた翌年に移ってきた。とても利用者さんからの信頼を勝ち得ている人で、じっくりとメンバーと向き合ってきたが、数年前にグループホームの管理者を任せられた。そこで問題が起きてしまった。自分も管理者として一生懸命やってきたが、メンバーの中で暴力問題が起こってしまった。そのことで生活支援のスタッフが、「もう行きたくない」となった。その後、10月頃、電話で「その後、変わってないの？ うまくいっていないという話を聞いたけど」と私が言うと、「そのとおりです」「どうしていいかわからない。自分がどんな立ち位置をとって、どんな仕事をしていいかわからない」というんです。生活支援の人に「ここには来たくない」といわれても、別の人を入れることもない。

川村先生からの指導は「とにかく、悩め。お前は悩み方が下手だ」といわれている。「悩んでも、悩んでも、わからない。頭の中がこんがらがってわけがわからない。今の自分はソーシャルワーカーではない。ただワークしているだけだ。自分はこれだけキャリアがあるにもかかわらず、こういう状況になって情けない」と。デイのメンバーとも親しく信頼を得ている人です。「Yさんは、それでいいよ、そのままいいんだよ」と。私も、つい、そういっちゃうん

ですね。本人の「なさけなさ」が、とっても魅力的で。この「なさけなさ」があるから、デイのメンバーも心を開いて信頼を勝ち得ているわけですが、本人は「それでは嫌だ。こんな俺でいいのか。だめなソーシャルワーカーだと今、考えています。ソーシャルワーカーになって今、一番の崖っ淵にいます」といっていました。結局は「一人で考えるのは、やめよう。周りの人に相談するとか悩みをオープンにしよう。その問題を解決しようと思わないで、ちゃんと悩みを一人で抱えるのか、周りの人と相談するのか」と言っていました。私もつい「デイのメンバーにも相談したらいいんじゃないの？」といったりもしましたが、「悩み方をどうするかというところに、今、いる最中です」と答えていました。「そうやって悩んでいたら希望も見えてくるんじゃないの？」と私もいうのですが、「希望はありません」とはっきりいっていました。まさに「悩みの渦中にある」という話です。

この3人の悩みをまとめますと、私自身が驚いたのは、3人とも「ソーシャルワーカーとは何か」を自問自答しているんですね。これだけのキャリアを積んでも、キャリアを積みば積むほど、この問いが出てくるのかなと。そのへんはみなさんに教えていただきたいと思います。特にソーシャルワーカーという時、メディカルワーカーとは違う。「ソーシャルとは何か」ということをちゃんと考えています。最後の、悩んで絶望の淵にある彼は、「僕はソーシャルワーカーではなく、ワーカーだ。ただの働く人だ」となっているのではないかと。「僕は地域、社会で働くソーシャルワーカーになりたい」といっていましたね。

別のベテランのソーシャルワーカーの方は「ソーシャルワーカーっていうのは、つなぐだけではなく、アクション、ちゃんと行動に表して地域をつくっていくことなんだ」といいました。大きな括りとして「ソーシャルワーカーとは何か、ソーシャルワークとは何か」を自問自答することが、ソーシャルワーカーなんじゃないかなと思えました。

個別的には三者三様の悩みがあるわけですが、一番気になるは最後のワーカーで、グループホームの問題は、ここだけの話ではないのではないかと。メンバー同士の暴力問題とか、生活支援員は女性ですね。入っているメンバーは全部、男性です。生活支援の女性も弱々しい人ではないけれど、こと暴力となると腰が引けてしまう。そういう問題が起きてしまう。住んでいる者同士が住居ミーティングをやることによって何とかヒントを見つけようと思っているけど、うまくいかない。ここしばらくは距離を置いて、他のスタッフが順番に顔を出して働きかけをしているみたいですが。

あとは福祉業界の就労形態。ホテルマンになった彼ですが、福祉業界の就業形態が、あたりまえに直面するところで彼の調整の仕方もいいですよ。自分で、まずやってみる」という、「潔い」と思って聞いていました。他職とのかかわり、そういうことについてどういうことができるかなど。とりあえず、私は聞き取りで、こういうことを得ることができました。

そして最後に「苦悩の向こうにあるもの」。民博で共同研究をやっても出して、しばらくは別のことをやっていたんですが、もう一度、振り返って思い出して尾崎新先生の本を引っ張りだして見ていたら、今、話したことは、ほぼ全部、尾崎先生が知っているということに気が付きました。コミュニティ福祉学部ができた頃でしょうか、大学院の特講の授業の中に「医療人類学が必要だ」と先生方が考えてくれて「医療人類学の授業を大学院でやるけど、どなたかやる人はいないか？」ということで当時、私は非常勤でいたので話が回ってきて、新座キャンパスが近いこともあって「やらせていただきます」と、現役の頃、6、7年はやりました。受講生は多くはなかったのですが、密な授業ができて私自身も受講生から福祉のことをたくさん勉強させてもらいました。そういう時に窓口の一人になってくれたのが尾崎先生でした。

尾崎先生は1年に一回、福祉の実習報告会を大学でやっていました。私が興味を持つとそこ

に招待されました。尾崎流の学生への指導の仕方は「福祉とはどういうことか、ケアのあり方」を体で伝えるような場を作っていました。私の授業にも一回、来てもらいました。そんな交流があった先生でした。尾崎先生は話が通じる先生でしたが、残念なことに亡くなりました。本を開くと「揺らぎ」について書かれていて、びっくりしました。「ここでいう揺らぎとは、実践の中で援助者、クライアント、家族などが経験する動揺、葛藤、あるいは迷い、わからなさ、不全感などの総称である」。どこかの定義に似ているなど。そして「しかも揺らぎを単に否定して排除すべきものにとらえるのではなく、揺らぎという経験こそ社会福祉の実践である」とらえる。オーッと思いましたね。みなさんもお気づきかと思います。まさに今回、「サファリング」について私がずっと話してきたことを尾崎先生は「揺らぎ」という言葉でとらえて、しかも目の前のクライアントの「揺らぎ」だけでなく、「専門家自身、援助者も揺らぐのだ」という、両方の視点、私なりの言い方をすれば専門家のサファリングと当事者のサファリングの両方を視野に入れた「揺らぎ」という概念を提示している。しかもそれを否定して排除してはならない。「揺らぎ」の経験こそがソーシャルワーカーとしての経験である。このへん、さすがだなと改めて尾崎先生が、そばにいるような気になって本を読みました。

確かに「揺らぎの経験こそがソーシャルワーカーの経験であること」と、尾崎先生が「揺らぎの創造性」を含めて考えていたかどうかはわかりませんが、私の場合、「サファリング」は、単に「苦しむ」ということだけではないだろうというところに価値を見いだしたいということで、「サファリングの創造性」として提示しました。

「サファリング」を経験した時、人間は何かの形で対処する。その一つが「ケア」です。最近さまざまな震災の問題とか福祉の領域や障害者の場合でも「リカバリー」とか「リメイキング」「レジリエンス」とかでプラスに転じ

る表現があります。「治す」とか「治療する」とか「元に戻す」とかではなく、別の新たな道を提示する考え方です。そのことにも通じていることだと思っています。この「サファリングの創造性」は個人だけの問題ではなく、「グループ、コミュニティ」のことだなど。災害が起こった時は特にコミュニティが、直接、目の前に現れるわけです。そこで「どういう形でサファリングに対して創造性が発揮できるのか」。社会環境の組み直し、組み直すことにおいて未来を構想するために発想を転換していく。

「サファリングの創造性」の観点が出てきたのは、エランベルジェの「創造の病い」という言葉ですが、精神科医の中井久夫先生が『治療文化論』という本を出してしまっていて、その中で沖縄のユタのようなシャーマンの人たちは「単に病むことをマイナスで苦しむだけでなく、ある種の創造性を含めた形で経験する」と中井さんは『治療文化論』でいっています。その中で中井先生がエランベルジェという人の「創造の病い」を引用して「病いは人間の思索と行動の最も重要な題材となり、刺激剤となる。健康よりも高級な病いがある」と。単なる健康よりも病いの方に創造性がある。何となく、わかるような気がします。

そういうふうにいっているということで、みなさんが現場で「サファリング」、苦悩を抱えた時には「もしかしたら、その向きあひ方によっては世界が広がる」ということを意識していただければと思います。

まとめに代えて。ソーシャルワーカーのベテランの方でRさんにインタビューした時、この方には悩みを聞くというよりも「ソーシャルワークの魅力ってなんでしょう？」と伺いました。そうすると、「仕事を通してたくさんの幸せをもらいました。社会の常識から見えない世界に価値をおいて知らないことを大事にして人の話に耳を傾け、一人ひとりが尊重される社会を目指す分野なので、その価値観が魅力的です。いつも自分が学び続けられることも魅力なんです」と答えていただきました。理想というか、今、

悩んでいる人にとっては、ちょっとかけ離れた話かもしれませんが、原点は、こういうところにあるという気がしました。

この会場に来ているみなさんにとって「ソーシャルワーカーの魅力ってなんですか?」。私は知らないです。それをお聞きしたいと思います。はい、以上です。ありがとうございました。

山本: 浮ヶ谷先生、ありがとうございました。先生のお話を伺い、実践で出会った情景が次々に浮かんで参りました。それでは、ここからはみなさまからのご意見、ご質問、ご感想をお聞きしたいと思います。いかがでしょうか。お気軽にお出しください。

楠: 同志社大学の大学院で社会福祉学を学びながら、医療ソーシャルワーカーとして15年ほど務めております。先生のご講演のテーマである「専門家のサファリング」、暗くなりがちなテーマを面白く伝えてくださり、明日への希望や行動につながる、大変貴重な学びでした。

お聞きしたいことは、「生活者の視点」について発表いただきましたが、「生活者の世界と専門家の世界をつなぐものが全体的生の創造力である」とおっしゃっておられた点についてです。この点、現任者として日頃から思っていたことと先生の言葉が繋がってうれしく思ったことと、私は「がん患者さんの就労復帰」をテーマに研究を進めていきたいと思っているのですが、対象者へのインタビュー内容を振り返りながら、研究テーマについても先生のご講演とつながる視点があると思いました。もう少し、「全体的生への創造力」について、文献とか先生のご研究を詳しく教えていただければと思います。

浮ヶ谷: ありがとうございます。「生活者の視点」は、今日の文献の「苦悩することの希望」の中に私の人類学の師匠である、もう亡くなられましたが阿部年晴の論文で『苦悩することの希望』の第2章に入っています。私も糖尿病の研究をしていた時、患者さんのインタビューを

すると、病院から指導されることに対して自分のライフスタイルや生活スペースに合わせた形での利用の仕方を、うまく採り入れているんですね。「治療実践を飼い馴らす」という言葉を使いましたが、その概念として「医療の生活化」という言葉を阿部年晴先生は使っています。この中で「生活者」が定義されています。「生活者とは、そこで生まれてきた知恵を生活知と呼んで、専門家の知とは別のものです」と使っています。実際、本来、医療は専門家の力を借りはしますが、生活者自身が自分でつくっていく、仲間といっしょにつくっていくという発想です。これが「医療の生活化」という概念です。そこまでは今回は触れなかったんですが、生活者、飲んで食べて排泄して寝て、という基本的なことがありますよね。あたりまえ過ぎて、そこに関心を向ける研究者はいない。普通の生活の積み重ねが大事だと。生活者が自分の生活の文脈の中で編み上げていく。そこに専門家ができることを必要ならば知識を提供する。技術を伝える必要があれば、そこを支えて教えていくこともあるかと思いますが、「主体的に動くのは生活者である」という論文をヒントに「生活者の視点」としました。各種専門家の専門性を並べると、みんな違う。けれども各専門家も、みんな「生活者」としての経験はある。「生活者」として何を大事にしているかに私たちが注目することによって、その人が生きている「全体的生」を創造できるようになるのではないかという意味で使わせていただきました。

楠: 詳しく教えていただいてありがとうございました。

山本: 私から一つお願いいたします。抄録12ページ。「本講演で伝えたいことは」という箇所です。「人は、たとえ苦しみの中で生きていても、そこには何らかの対処の術を生み出そうとする」と書かれています。「何らかの対処を生み出そうとする」ということを「サファリングを抱えている個人」においても書いて下さ

ています。たとえば実践の場面において、深い絶望の淵にあるクライアントがいる。絶望しかないと思えるような時、「一体どのように考えれば、その方が生きていく方向に向かえるのだろう」とソーシャルワーカーとして頭を抱え、深く悩み、壁に突き当たる経験をすることがあります。そんな時、「人は、たとえ苦しみの中で生きていても、そこには何らかの対処の術を生み出そうとする」ということが、私の中に確信としてあれば、支援する者として、あきらめない力が与えられるような気がいたします。ここを具体的に教えていただくとありがたく思います。

浮ヶ谷：末期のガンだという人がいて病院は「何の術もない、手の施しようがない」といわれますが、でも本人に、まだ余力があれば民間治療に手を出すかもしれない。人間は「自分でできることをしたい」んですね。糖尿病の人の調査をしている時も、そうでした。何か専門家から見ると「そんなのは迷信だよ、根拠がないよ」ということですら、「やってみたい、やります」と。そういうことを想像して自分のできることを、何もできなくなるくらい弱っていたら祈る人がいるかもしれない。そういう時、「何ができるか」という質問ですが、何もできないかもしれない。その人が拒否しなければ会いに行く、「そばにいること」と思います。その程度ですね。

山本：クライアントが絶望の淵に立つ時、私たちもそこに止まり、生き続ける方向に向かえる支援を探す。しかし何も見いだせず、私たち自身も苦悩を抱えることがあるので、そういう時、人は苦しみの中でも、何らかの対処の術を生み出そうとする…とされる点に惹かれました。

浮ヶ谷：これは私の言葉ではなく、確か向谷地生良さんがいっていて、「べてるの家」では「精神障害の人たちのことを、みんな、信頼する」という。ある時、講演会で「うちはこうやって

いる。べてるの家ではこうやっている」という話に対して、「なんでみなさんは、そんなに当事者のことを信じていることができるんですか？」という質問があって、向谷地さんが「ヤケクソで信じています。信じるしか、ないんです」と。絶望するかもしれないけど、ウソでも信じていいかなと思うのですが。全部、うまくいくとは思えないが、「何ができるか」というと、そこらへんかなと思います。

山本：ヤケクソという言葉を受け止められないのですが…いろいろ引用していただき、ありがとうございました。

浮ヶ谷：「ソーシャルワーカーの魅力は何ですか？」という質問に誰か答えていただければ。「私にとってはこれが魅力です」とか、何か惹かれるから続けていられていると思いますが、どうでしょうか？

山本：どなたか、いかがですか。一言では語りつくせないのですが。

浮ヶ谷：そのくらい中身が濃いんですね。わかりました。

山本：他によろしいでしょうか。それでは時間がまいりましたので以上で質疑応答を終わらせていただきます。ありがとうございました。

個人的な感想の一部ですが、一言述べさせていただきます。いうまでもなく保健医療分野で働く私たちは日々、患者さんの病いや死に触れるところに身を置いています。そこでは、とりわけ人が生きる上で抱えるさまざまな「苦悩」と出会います。時には、クライアントが抱える苦悩の重さに圧倒され、生き続けることの辛さ、難しさに立ち尽くすこともあります。しかし「苦悩」を抱えたクライアントとかわることはソーシャルワーカーの本務です。見て見ぬかのように通り過ぎるわけにはまいりません。私たちはクライアントが、どのような「苦悩」の

ただ中におられても、「どうか生きていくことができるように」と願い、そして願うだけではなく、その願いをソーシャルワーカー自らの行為、行動に変えて臨床に向かう…ソーシャルワーカーの仕事はそのような仕事であるのだと、改めて感じております。

最後になりますが、人間の「苦悩」について浮ヶ谷先生は、このように抄録に書いておられます。「サファリングは、人間が生きていく上での喜怒哀楽という感情すべてを包含している概念であり、いわば人間の存在条件としての生き方、way of life そのものを指している。だからこそ、サファリングは排除したり、否定したりすべきではない。」と力強く断じておられます。勇気が与えられます。

このようなメッセージを含め、本日の先生のご講演からいただいたものを深め、自分の中に落としこみ、それぞれのソーシャルワーカーの置かれた状況の中で、精一杯、クライアントに向けて生かしていければと思います。

以上をもちまして基調講演を終了させていただきます。ご参加いただきましたみなさま、ありがとうございました。最後に今一度、浮ヶ谷先生に拍手にて御礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

この後のシンポジウムでは3人のソーシャルワーカーから苦悩と向き合った実践が語られます。浮ヶ谷先生も居てくださいますので、引き続きご参加いただきますようお願いいたします。

日本保健医療福祉社会学会 第34回大会
大会テーマ:生活世界におけるサファリングとケア
— 苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践

苦悩の向こうにあるもの: ソーシャルワーカーの未来を見据えて

浮ヶ谷 幸代(相模女子大学名誉教授)
ukky-sachi@nifty.com

自己紹介

専門領域: 文化人類学、医療人類学
関心領域: 病い論、ケア論、専門性研究、死と看取り研究、医学教育研究、フィールドワーク論…
所属: 相模女子大学名誉教授、自治医科大学客員研究員
単著書: 浮ヶ谷幸代『病気だけと病気ではない』(誠信書房 2004)
浮ヶ谷幸代『ケアと共同性的人类学』(生活書院、2009)
浮ヶ谷幸代『身体と境界的人类学』(春風社 2010)
浮ヶ谷編著『苦悩することの希望』(協同医書出版社、2014)
浮ヶ谷編著『苦悩とケア的人类学』(世界思想社、2015)
浮ヶ谷・田代・山田編著『現代日本の「看取り文化」を構想する』(東京大学出版社、2023)ほか

講演の流れ

- 1 医療人類学とは
- 2 医療人類学のサファリング
- 3 専門家のサファリング
 - ① 異なる専門職間に立つことで生まれる苦悩
 - ② 生活者との間をまたぐことで生まれる苦悩
- 4 サファリングとケア
- 5 ソーシャルワーカーの事例から
- 6 苦悩の向こうにあるもの
- 7 まとめにかえて

1 医療人類学の視点

病いは経験である
病いIllness vs 疾病disease
「患者は病いを患い、医師は疾病を診断し治療する」
(Eisenberg 1977)
病いをめぐる苦悩の経験
suffering 苦悩すること、患うこと (クライマン 1996)
・social suffering 社会的苦悩
・ナラティブ・アプローチ …医学部教育に組み込まれる
→ 病気になる側 vs 治療する側という枠組み
病者のサファリングに注目

2 医療人類学のサファリング

「サファリング」とは (≒ 苦悩/患うこと)
「病いをめぐる悲嘆や怒り、怖れ、辱め、忍耐、希望、ユーモア、アイロニーなど、感情や情動として表出してくるもの」(Kleinman & Kleinman 1995)
① 重篤な急性の病いのような予期せぬ偶然の不幸によって生まれる突発的なサファリング
② 慢性病や死のような人間の存在条件として位置付けられる慢性的サファリング
③ ホロコースト、原爆、大量虐殺、革命など、政治的、経済的、社会的な極限状況において生活者が抱える社会的サファリング
+ 災害(地震、原発事故、豪雨、水害…)
→ 人間の生きていくうえで喜怒哀楽という感情すべてを包括する概念である。人間の生き方way of lifeでもある
排除したり、否定されるべきものではない(浮ヶ谷 2015)

3 専門家のサファリング

Q. サファリングを抱える患者やクライアントに直面する専門家のサファリングとは?
・北海道浦河町川村敏明精神科医
日本の精神医療に対する批判(反精神医学)に苦しい
・山上海紀精神科医
民博共同研究会「私と一緒に悩んでくれますか？」
→ 専門家の苦悩についての研究へ
患病/不満として吐露してきたことを学術的研究の俎上におけるために

苦悩の二つの位相(浮ヶ谷 2014)

① 異なる専門職領域との間に立つことで生まれるサファリング
専門教育の中に他職域との重なるなかで各職種の専門性をいかに保持するか?
地域包括ケアシステムにおける有機的なつながりがいかに可能か?
・専門職のアイデンティティの差別化と重なり
・多職種間連携と有機的なつながり
○生活者の視点
生活者の世界とは、家事・育児・介護・仕事・娯楽・社交・社会活動などが地続きである …「全体的生」への想像力

② 専門領域と生活世界とをまたぐことで生まれるサファリング
ソーシャルワーカーとは? という問い
「なにができるか、できないか、してはいけないか」
「病い vs 疾病」
「生活者 vs 専門家」…主観/客観、個別/普遍、論理的/あいまい
「素人lay person vs 専門家expert」…知識/技術レベルの違い
→ 「生活者 + 専門家」による「対話と協働」(浮ヶ谷 2024)

医師のサファリング

事例 Cさん(男性、40歳)

Cさんは体が黄色くなって痒く、他にも相談者が色々と来院した。病院受診自体が人生初めてで、困っている症状を書いた一覧を持参しており、自分で病名と推定しているという不思議な患者だった。確かに診察の結果は、肝臓のガンで強く疑うものであり入院検査が必要だとの提案をしたのだが、そこで驚くべき返答が返ってきた。「30年育った肝臓があるんですよ。だから絶対に入院はできませんね。この予想もしない返答を私は即座には理解することができず、返す言葉が見つからなかった。彼は続けて「大学病院は行かない」「断食して、夏までの命と賭けて」と断然に話した。私は彼と話しただけで、彼の希望に合わせて入院せずに外来で検査を行った。結果はやはり肝臓のガンであり、若年であったこともあり再度治療を提案したが拒否された。時間をかけて話し合ったつもりだったが彼の希望は変わらず、積極的治療には繋がらずに、希望した自宅療養へ移行した。

その後、3回目の診察時に「腫瘍は全部捨てました」と突然話し、1か月と経たずに内縁の妻と結婚した。自宅YouTubeを流しながら、暑い夏に約1か月で死にました。正直私にはわからないことだらけで、しかもその理由を本人に聞いていなかった。なぜ病院には来たのか、なぜ治療を拒否したのか、なぜ診療自体は受け入れ継続したのか、なぜ腫瘍を捨てたのか、なぜ結婚したのか。(藤田和樹,2021)

○藤田さんの「理解できない」とへの苦悩

「なぜ病院には来たのか、なぜ治療を拒否したのか、なぜ診療自体は受け入れ継続したのか、なぜ腫瘍を捨てたのか、なぜ結婚したのか。」

○藤田さんの理解しようとする方法

驚き、戸惑い、混乱、怒り、諦め…という苦悩

理解不可能、ストレス → 医学の枠組みを「スラスラ(自己変容の経験)」

○人類学者の異文化(他者)理解の仕方

・「現場では見る者と見られる者とが生身を晒している。この全人性、このことが持つ限りなく深い意味が、了解されてこよう。接触・透過による感情の生起とともにある他者了解の訪れ、言い換えれば未知・未読の他者に向けて自己が変容していく経験、わからないままにたがるといった経験が、ちくちくであってものが身のうえに起こる。ちくちくのままにたがることが、ここにフィールドワークのという行為の核心がある。」(関根 2011)

・「異文化理解は『原理的』には不可能である。しかし、言語がもつ内なるスラスラによって実際上は可能である。」(浜本 1985)

4 サファリングとケア

○ケアとは(浮ヶ谷の解釈)

「日常生活の文脈で捉えるために、人と人との関係の中で生まれる配慮、心配、気遣い、世話など、ケアと呼びうる具体的な感情やふるまい」(浮ヶ谷 2015)

「苦悩に向き合い、それに対処する人びとの生き方の術」

ケアの語源・語義の中で 鹿語となった意味として「悲しみ、悲嘆、苦しみ」があり、ケアとサファリングは一体だったことがわかる。

○治療儀礼から

- ・民間治療者は自らの苦悩を癒しの資源(力)としていたこと
- ・本人と家族だけではなく、地域全体の取組であったこと
- ・オープンでより広い人たちを含んでいた

○人は苦悩するだけではなく、苦悩に何と何とて対処しようとする関心(気遣い(ケア)が働いている。その関心は、フォーマル(制度的、専門的)とインフォーマル(私的領域、非専門的領域)に発生する。この両者は密接に結びついている。

5 ソーシャルワーカーの事例から

- ・北海道ひがし町診療所SW
- ・元浦河べてるの家SW

ソーシャルワーカーの苦悩

Hさん 浦河日赤(7年)、札幌駅のクリニックでリワーク(10年間)、診療所でリワーク(4年)

今、悩みだらけ。札幌での仕事は「アンケートを書籍→制度の説明」の繰り返しで院内で完結していた。ソーシャルワーカーの「ソーシャル」にはなにが札幌での仕事は、本当に地域/社会に届いてきたのか? そう思っ、今の診療所に移る。現在は、「知りたい、学びたい」という自分には意欲があるが、リワークチームでは温度差がある。「一人でやる」と断拒ひのついでで、それらしいような気を付けているところ。小さな勉強会を始めた。

Yさん A日赤(2年)、浦河日赤(5年)、診療所(9年)

A日赤では、製薬会社(2週間までの転院を担当、おかげで多病院との連携は多かった。しかし、アチマ(地域)からの相談は断れど、頻りに迷惑をかけるなどか、SWとしての仕事に疑問をもつ。そこで、実務経験のある浦河日赤に移る。診療所ではじっくり付き合うことが出来ることと決っていた。今、診療所のGH(すみれ)、II、IIIの管理者をしているが、大きな問題が起るとメンバーと話し合わなくてはいけないが、うまくいって、SWの仕事の意味がわからなくなり、悩んでいる。今の自分はSWではなくて、単なるSWだと思う。自分は「情けない存在だ」と思っている。周りの人は「Hさんはそれでいいよ」としてくれるが、年齢が年齢だし、管理者なのだから、これではいけないと思っっている。そもそも、自分のSWが優秀なのか、つい比較してしまっ、自分はダメなSWなんだと思っ入っている。今は、自分一人で問題を抱える(悩む)のではなく、他の人に相談すること、悩み方をオープンにすることにしたが、また希望は見えない、という。

Aさん 浦河べてるの家(14年)、ホテルマン(1年)

これまで、当事者の就労について関心を持っていた。精神障がいのあるメンバーは95%が生活保護で生活している(以外に仕送りと年金)。なんとか自立した生活を送れないか、メンバーの経済的基礎づくりに挑戦したいと思っっている。いずれはこうした場を創りたいし、仕事を大事にしたい。きっかけは、メンバーから「人はなぜ生きるのか?」と聞かれて答えられなかったことだった。仲間Oさんに聞くと、誰かの言葉を引用して「人は愛することと働くことのために生きている」と答えた。その言葉が印象に残っっていて、働くことにこだわってみることにした。

まずは、自分が「社会で働いてみたい」と思っ、ホテルの社長に相談し、ここで働くことにした。「仕事のスピード感」クレーム処理の仕方など、福祉業界とは別世界にみえる。人手不足であるホテルは、診療所やべてるの精神障がいのメンバー、市の知的障がい施設のメンバー、海外就労者を雇用している。今、自分はその人たちの間に入る役割をしている。だから、ホテルマンになったからといってSWでなくなったわけではない。いずれ、福祉業界に戻るとも。B型支援で働いている人の中には、一般就労でも働けるような人がいる。そういう人たちのために、働ける場を提供し、サポートしていきたい。

悩んでいること

○大きなくくりとして

- ・「ソーシャルワーカーとは何か?」自問自答。
- ・「ソーシャル」の意味を考える。単なる「ワーカー(働く人)」になってるのではないか。
- ・地域/社会で働くとは?
- つなぐだけではなく、action、changeによって地域を創ること

○個別では

- ・仲間との間のギャップ ← 暴走しないように自分を抑制している
- ・GHの問題(暴力、住人同士の不和)を住居メンバーに考えてもらおうとしたが、齟齬が生みだれている ← GHやメンバーと距離を置く、他のスタッフの力を借りる
- ・悩み方に悩んでいる。問題をオープンにしている。
- ・福祉業界の就労形態の「当たり前」に挑戦。福祉業界では反対される。
- ← トレーニングとして自分が一般企業(社会)で働くこと
- ・多職種間、他機関との間をつなぐ難しさ

6 苦悩の向こうにあるもの

尾崎新先生の言葉から

「ここでいう「ゆらぎ」とは、実践のなかで援助者、クライアント、家族などが経験する動揺、葛藤、不安、あるいは迷い、わからなさ、不安全感などの総称である。(中略)「ゆらぎ」を単に否定したり、排除すべきものと捉えるのではなく、「ゆらぎ」という経験こそ、社会福祉の実践であると捉える」(尾崎編 1999: i)。

「ゆらぎ」をサファリングに置き換えると

- ・本人、家族のみならず、援助者という視点を捉えている
- ・「ゆらぎ」を否定したり排除の対象としてはならない
- ・「ゆらぎ」の経験こそが、社会福祉の実践である、いいかえれば、ソーシャルワーカーとしての経験である

サファリングの創造性

○サファリングに対処する試み

ケア、回復(recovery)、作り直すこと(remaking)、
復元=回復(resilience)

○個人レベル + グループ/コミュニティレベル
社会環境の組み直し、未来についての発想(視点の転換)

○「創造の病い」(エランバルジュ 1984)

- ・病いは人間の思索と行動の最も重要な題材となり刺激剤となる
- ・健康よりも高次の病い、いわば健康よりも健康な病いがある
- 病いをめぐる人びとの創造的な営み ~生き方の術

7 まとめにかえて

Q. ソーシャルワークの魅力ってなんでしょう？

- Rさん(母子生活支援施設3年、浦河日赤16年、診療所10年)
- ・ソーシャルワークという仕事を選んで、たくさんの幸せをもらいました。

・社会の常識からは見えない世界に価値を置き、「知らない」ということを大事に人の話に耳を傾け、ひとりひとりが尊重される社会を目指すという分野なので、その価値観が魅力的です。自分がいつも学び続けられるのも魅力です。

Q. では、あなたにとってソーシャルワークの魅力とはなんですか？

参考文献

Eisenberg, L. (1977). Disease and Illness: Distinctions between Professionals and Popular Ideas of Sickness. *Culture and Medicine and Psychiatry*, 1: 9-23.

エランバルジュ, E.F. (1984) 『創造の病い』という概念 | 中井久夫他編『岩波講座 精神の科学 別巻 遠外国の研究状況と展望』岩波書店。

藤田和樹 (2021) 『医師化すること』産美・浮ヶ谷・佐藤・星野編『医師と人類学者との対話: ともにも地域医療について考える』協同医書出版社。

クラインマン, A. (1996) 『病いの語り: 慢性的病いをめぐる臨床人類学』江口聖幸他訳、誠信書房。

Kleinman, A. & Kleinman, J. (1995) Suffering and its professional transformation:

toward an ethnography of interpersonal experience. in A. Kleinman, *Writing at the*

Margin: discourse between anthropology and medicine. University of California Press.

関根康正 (2011) 『むすび 人類学フィールドワークの原液』日本文化人類学会監修、饗味治也他編『フィールドワークス・ハンドブック』世界思想社。

尾崎 新 (1999) 『まえがき』尾崎 新編『ゆらぐ』ことのできる力: ゆらぎと社会福祉実践』誠信書房。

浮ヶ谷幸代 (2014) 『序章 医療専門家の苦悩をいかに解き明かすか?』浮ヶ谷幸代編『苦悩することの希望: 専門家のサファリングの人類学』協同医書出版社。

—— (2015) 『序章 サファリングは創造性の源泉になりうるか?』浮ヶ谷幸代編『苦悩とケアの人類学: サファリングは創造性の源泉になりうるか?』世界思想社。

—— (2024) 『特集 基礎科学と臨床医学の融合 第33回公開シンポジウム』人類学と医学との『対話と協働』

『日医大医会誌』20(3):241-244。

ご清聴ありがとうございました。

[シンポジウム]

苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践

シンポジスト：新保一葉*
西村睦美**
平野朋美***
基調講演者：浮ヶ谷幸代****
座長：宮崎清恵*****

宮崎：先程の基調講演の中で「ソーシャルワーカーのやりがいがあってどういうものですか？」と、浮ヶ谷先生から投げかけられました。その答えを今からシンポジストの3人の方が、自分の実践と向き合いながら、何を考えてなさっていたかを、ありのままお話いただくことになっております。そこから会場の方、我々が汲み取ることが大事ではないかと思っております。このシンポジウムの企画をした時、「サファリングとケアは決して切り離されないものだ」ということを確認しました。サファリングというのはクライアントのサファリングですが、それに真剣に向き合い支援するソーシャルワーカーもまた苦悩しており、ソーシャルワーカーはクライアントと離れたところで苦悩しているわけではない。常に表裏一体であり、つながっていることが我々の実践の本質であり、それを頭の中で考えるだけでなく、実践の中に落としこむとどういうことになっているのかということは大事なことであると思っておりますので、そういうシンポジウムを企画させていただきました。

3名のシンポジストからご自分の実践について、まずは西陣病院の新保一葉様、次に川越病院の西村睦美様、最後に公益社団法人埼玉県医療社会事業協会理事の平野朋美様からお話をいただきます。その後、会場の方とシンポジストの方とのやりとりをしてさらに追加のコメントを自由にお話ください。浮ヶ谷先生からコメントをいただき、最後に座長からも一言お話しさせていただきます。チャットでも、ご自由に質問やご意見を書き込んでいただければと思います。皆様の反応が大事だと思っておりますので、どうぞ、よろしくお祈いします。では始めに新保様から、よろしくお祈いします。

「痛い！」と叫ぶ森さんの苦悩とソーシャルワーカーのかかわり

新保：西陣病院の新保と申します。どうぞよろしくお祈い致します。

* Kazuha Shimpo：西陣病院ソーシャルワーカー

** Mutsumi Nishimura：川越病院ソーシャルワーカー

*** Tomomi Hirano：公益社団法人埼玉県医療社会事業協会理事

**** Sachiyo Ukigaya：相模女子大学名誉教授／自治医科大学客員研究員

***** Kiyoe Miyazaki：神戸学院大学・教授 本学会監事

1. はじめに

私が森さんという50歳代、男性の透析患者さんに出会ったのはもう8年ほど前になります。残念ながら数年前に当院でお亡くなりになりました。森さんは始終痛いと呼び、スタッフを罵倒し、激しく怒り、そんな自分を許してもらえないと嘆いておられました。今日はそんな森さんの七転八倒と、私の悪戦苦闘の実践を通して、クライアントの苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践について考えてみたいと思います。

当院の紹介 西陣病院は、1934年に診療所として開設されたことが前身です。1972年に透析医療を開始、現在急性期4病棟、地域包括ケア1病棟、障害者2病棟、計7病棟を有し、二次救急の受け入れから自宅へ退院を目指すケアミックス病院として機能しています。透析ベッド数は125床、380名の透析患者に対し、ソーシャルワーカーの全員担当制を敷いています。平均年齢は約73歳で、今日ご紹介する森さんは平均より少し若い患者さんということになります。

ソーシャルワーク部門の紹介 1976年に開設されたソーシャルワーク部門は地域に向けた機能を併設しながら、現在ソーシャルワーカー7名、事務1名がメンバーとなっています。私は30年前に新卒で入社し、責任者となって10年目を迎えます。組織内ではスライド（各種委員会参加・運営）のような役割を担い、次々にかかってくる電話に持っているPHSを放りだしたい・・・と思う時もあるような、そんなバタバタ日々を送っています。

倫理的配慮 対象者はすでに死亡しており、本人に発表の同意を得ることは困難でした。発表の内容は個人が特定されないよう、匿名化を図りました。遺族である親族の個人情報はいわず、日本精神神経学会「症例報告を含む医学論文及び学会発表におけるプライバシー保護に関するガイドライン」に沿って同意は不要と考えました。西陣病院倫理委員会にて発表の趣旨と内容を説明し、承認を得ています。

森さん（仮名）について 当院から車で30分

ほど離れた、静かな住宅街で森さんは一人暮らしていました。隣の大家さんからは「〇〇ちゃん」と呼ばれ、幼い頃からかわいがられていたようです。20歳代にバイクによる事故で頭部外傷を受傷し、失職しました。その後、33歳で透析導入、またいくつもの大きな手術を受けておられます。53歳で、当院へ転院してこられた時の森さんは、身長は170cm体重54kgとやせていて、長期透析患者さん特有の、色素が沈着した色黒い顔色でした。一時期は華やかな時もあったようですが、母親が死亡後は生活保護でした。

2. 経過

入院① 椎間板ヘルニアの手術をうけるために転院してきたものの、手術直前に麻痺性イレウスを、さらに肺水腫、直腸潰瘍を発症したため、予定されていた手術は延期となりました。歩行器歩行が可能となり、退院されました。

外来①～② 外来では漫画キャラクターの絵をかいて当院スタッフにプレゼントしたり、通院途中のコンビニで好きなものを購入するなど、自宅での生活を楽しむ様子が見られました。痛みの訴えもありません。が、便の失敗を恐れ、薬を自己調整していたこともあってか、2カ月弱でイレウスのため再入院となりました。

入院② 大腸穿孔をきたし腹膜炎を併発、緊急手術でストマ造設となりました。術後の経過は順調でしたが、離床や食事が進まず、かつ「誰か来て!」「痛い、助けて!」といった叫びが続きました。往診に来た精神科医は、多発性脳梗塞による血管性の認知症と診断し、抗精神薬の処方が始まりました。便破棄がなんとか自分でできるようになった後に、退院となりました。

外来②～③ 退院当初は痛みの訴えはなく、体調は安定しているようでした。頻回に来るヘルパーと週四回の訪問看護、訪問入浴に透析通院のヘルパーと大勢の支援者により在宅生活を続けていましたが、一カ月経過したころから、再度「全身痛い」と訴えが増えてきます。頓服の鎮痛薬を飲んでも、4時間透析が持たないこともありました。家ではヘルパーを「帰れ!」

と追い返すことが増え、在宅支援者たちは対応に苦慮し始めていました。退院2ヶ月後、背部と頸部の痛みを訴え救急車で入院となりました。

入院③ 整形外科医からは透析アミロイドーシスによる破壊性脊椎椎間板症が起こす痛みであろうとさらに強い鎮痛薬が追加されました。

「痛い！起き上がれない！」「おかあさ～ん！」と叫んでいましたが少し落ち着いたときには、透析室までの約130mほどの距離を車いすで自走するなど、頻繁に一人で移動する姿を見かけるようになります。今後どうしたいか森さんの意思ははっきりしませんでした。唯一、できる事なら手術をうけたいとの希望が発せられました。が医師は、全身状態的にリスクが高く難しいとの返答でした。さらに抗精神薬の種類が増え始めました。

前任ワーカーの長期休職により私が担当となったのはこのころです。ようやく落ち着いたころ私は病棟科長と共に自宅を訪問し、からだの負担がかからない送迎方法を検討しました。帰り際、庭の紫陽花を私と病棟科長にプレゼントしてくださり、嬉しかったです。環境整備のための荷物の大移動は関わる支援者のほぼ全員で行いました。やんちゃな格好が好きなことがわかったり、きれいに収められた大量のDVDを再び鑑賞できる時が来たらいいなとにぎやかに話したりしました。家なんて帰れへん・・・といいながら、私の後押しもあり、森さんは退院して行かれました。

外来③～④ 外来の様子をこまめに把握すると、好きなアニメを見たり、身のこなしも軽やかで痛みの訴えもない様子や、たばこも震える手で何とか吸えており、不自由ながら元の生活に戻りつつあることに私は安堵していました。

しかし、自宅では、関係するあらゆる事業所へ昼夜問わず緊急コールを鳴らし、駆けつけても「湿布を貼ってほしい」とおおよそ緊急とはいえない状況が続いていること、深夜ガス抜きのために訪問したヘルパーへの攻撃もあり「ヘルパーがかわいそう」とケアマネジャーより入院の相談が入りました。自宅では痛みの訴えが

増し、鎮痛薬は更に増量となりました。私が森さんにこの事態について訊ねても「別に・・・」といった返事が返ってくるだけで話になりません。このままでは破綻するだけと考え、社会的入院を調整したものの、待たずして全身の痛みを訴え救急搬送となりました。

入院④ 届いた訪問看護からの報告書は「胸部の不快感による緊急コールで訪問するが、異常なく、これ以上の管理は不可能」「本人が社会通念を逸脱している」と記載され、怒りの感情が載っているようでした。肝心の森さんは、「帰りたい」「新保さんを読んで、帰るし」と言いながらも、体調を崩ししばらく様子観察のための入院となりました。さらに腫の褥瘡は壊死しており、痛みが増していました。病状が落ち着いてからも、ベッドと車いすを行き来している間に滑り落ちるなどの転倒が続きました。鎮痛薬はますます増えていきます。売店に一人でいける時もあるほど動けるものの、時間問わず「ナースコールが短い！わからずや～」と叫んだり、痛みの部位を尋ねてもどこかよくわからない、時には「なんやねん殴るぞ」と脅すようなことも言います。

今後について話し合うも、ケアマネジャーは簡単には受け入れられないと、退院についての返事は保留となりました。帰れると思っていた森さんは、「どうでもいいわ！」「もう誰も心配してくれへん～！」と破れかぶれの言葉をぶつけます。透析中には何度も呼ばれ、訪ねても「べつに・・・」というだけです。私は、何を望んでいるかわからない森さんと四六時中の呼び出しを避けたい在宅チーム、退院を求める院内スタッフ、三者三様の間に挟まり、硬直した状況が続きました。

そんな中、いつのまにやら私は、毎日、朝の勤務開始前に訪ねるようになりました。時間内ではPHSが鳴り、ゆっくりと森さんのそばにいられない事、森さんにも新保は朝必ず来ると安心してほしかったこと、呼ばれていくよりも私の気持ちが楽なこと、夜勤の看護師をねぎらいたかったこと、新保も毎日なんかやっている

ぞとの病棟へのアピールもありました。朝、病室に行くと「どうも～」と言って出迎える森さんの首に、買ってきた消炎鎮痛剤を塗り、テレビを見ながらたわいもないことを話していました。森さんは声を荒げることはなく、静かで当たり前の穏やかな時間が流れていたように思います。待つてくださっていると感じるとともに、私自身もこの安らかな時間は、ご褒美のように感じ、どこに進んでいっていいかわからない中でも何かよすがとしていたように思います。

ケアマネジャーが新しい訪看とヘルパー事業所を探すなど最大限の工夫をしてくれて、再入院を約束し、鎮痛薬も増やし何とか地域包括ケア病棟の退院期限ぎりぎり退院となりました。

外来④～⑤ 残念ながら退院当日から落ち着くことはありませんでした。痛みが強く頓服が欲しいという森さんに電話すると、「どうにもならん、もういやや～！」と電話の向こうで叫んでいます。タバコは吸えた、昼食は完食と、身体的な変化は一見見られません。会話を交わしても、お決まりの「もうどうでもいいわ」で終わってしまいました。自宅での会議では「又喧嘩するしな」とけんか腰です。深夜の電話は「カイロを買ってきてほしい」といった内容で、支援者を振り回します。結局二回の救急搬送の末、退院してわずか7日後に入院となりました。

入院⑤ 翌日、ケアマネジャーの上司が来院し、もう施設しかない、との強い申し入れがありました。入院直後の話し合いでは、主治医からは退院してもいいが、自宅に帰っても救急車を呼ばない様にとの無理な指示が出ます。ケアマネジャーから施設のパンフレットを渡されますが、森さんは返事をしませんでした。病床管理者等からは、大声の為個室を要する森さんをこれ以上受けられないとの申し入れもありました。森さんは「家の方が痛い。痛いのは何とかして欲しい。家の方がゆっくりはできる。もうわからんわ」との返事です。私は病院に居場所がないからと言って退院でいいのか・・・、どこで過ごすことが森さんの安楽につながるのか・・・、そしてこれほど痛みを訴えているのに

すすめられている老人保健施設で疼痛コントロールが図れるのか・・・と逡巡し、その話し合いでは結局結論が出ませんでした。

しばらく森さんも私も四面楚歌の状態が続きます。昼夜問わず痛いと訴える一方、透析センターまでの往復260m程は、車いすですら自走できるほど、痛みがましな時もあります。院内的には何となく施設に入所するまで入院を継続する雰囲気になりました。

追い込まれた私は入所申請をしつつ、やはり痛みがなんとかならないか主治医と相談しペインクリニックを当たりますが、透析患者は薬の調整が難しいので、と断られてしまいました。続いて、当院の麻酔科医に、再手術の可能性を相談したり、大学病院の緩和ケア担当医にも訊ねてもらった所、これは難症例、抗うつ剤が選択肢の一つか・・・とのアドバイスをいただきました。精神科受診について主治医の許可を得て、森さんに提案し、頼りにしている精神科クリニックへ病棟科長と共に車椅子タクシーで受診する運びとなりました。

そこでは器質性精神障害と診断され、せん妄を起ししやすい薬剤の抜薬を提案されました。抜薬すると不眠などの離脱症状が起こるであろうが、何とか看護師が耐えられるだろうか？との先生の問いに、病棟科長は何とかしますと答えてくれて、首の皮一枚つながった！とほっとしました。森さんはしっかり説明してくれる先生のことを信頼したのか、抜薬について抵抗もなく、受診後は満足げな様子でした。

毎日が気でない日々でしたが、大きな離脱症状はなく、大声や切羽詰まった訴えは徐々に減ってきました。私はもう一度在宅をチャレンジしてみたいと考え、主治医の許可を得て森さんに投げかけました。「これだけ長くここにいるとなあ・・・やれるかどうかわからんなあ」との返答で、以前よりも話し合いができそうな様子でした。

ケアマネジャーにこのようなファックスを送りました。昼間のコールは減り、多少待てるようになった。夜間断眠傾向は続いている。記録

力は向上した。こちらへの配慮や感謝を表すようになった。などを報告し、「是非変わってこられたご様子を見ていただきたいと思います。人の可能性は計り知れないとつくづく思います。このまま森さんの人生が病院ではないと無理なのかどうなのか、一緒に考えていただければと思っております。」と投げかけました。

このころ、痛いなあといいつつ、誰かに声をかけるでもなく目も合わさずに車いすでゆっくりと周遊している森さんの姿を眺めながら、私は誰かとつながっていたいのかもしれないと思うようになりました。病院で痛い！と叫び、また転倒すれば、誰かが必ずそばに行きます。森さんの痛い！は「そばにいて」や「誰か来て」という気持ちだと翻訳すると、誰かとつながるためのツールとなっているのかもしれない・・・そう考えると、その不器用な姿が胸に迫ってきて、激しさに隠れた森さんの苦しみが理解できるような気がしました。

先ほどのファックスを受け、ケアマネジャーが森さんに会いに来ると、初めて「また来て下さい」と言われたそうです。ケアマネジャーの率直な「自宅に戻るのは相当難しい」という言葉にも森さんは「難儀かけていたとは思わなかった、よろしくお願ひしたい」と頭を下げていました。ケアマネジャーはそれを受けて今までの事業所や自分の上司に掛け合ってくれたようでした。結果12人の院内外スタッフが集まり「みんな待ってます」と締めくくられた退院前カンファレンスののちに、何とか再出発することになりました。一ヶ月後の再入院の確保など、バックアップ体制も整えました。退院が近くなると痛みの訴えも増し、退院なんて面倒なだけやと言いながら、森さんは帰って行かれました。

外来⑤～⑥ サービス担当者会議で森さんは「たくさん来てくれた方がいい、一人はさみしい・・・」と気持ちを表現し、支援者の訪問を楽しみにしているようでした。予定入院時には、森さんははっきりと「入院したくない 家がいいというよりもこういうところにいるものではないと思う」と、消極的ながら居場所を選択し

ていました。いろいろとトラブルがありながらもなんとか落ち着きだした頃、ケアマネジャーからは「自宅に訪問したらプラモデルでも組み立てようかなと言っていてうれしかった。訪問時も私が他用の電話に出ると、テレビの音量を下げてくれるんです、その配慮が嬉しい」と報告をもらい、その時の私の記録には「本人にレッテルを貼らないこと！それに尽きる！」と自分への戒めや励ましのように書いていました。そして「何とかこの生活が長く続くように・・・」と祈るような言葉も記していました。ただ徐々に痛みの訴えが増え、精神科に相談し、抗精神薬が増えていきました。

入院⑥⑦ 今度は糞便性イレウスで入院となりました。森さんは頑張りようがない・・・とつぶやいていましたが、何とか回復し看護師と外出した際には、私に小さな赤い実が付いた枝を自宅から持って帰ってきてくれ、なんともほっこりした気持ちになりました。

しかし、低体温、意識レベル低下で入院となった2ヶ月後、亡くなってしまいました。見舞ってくれたケアマネジャーが「待ってるね」と伝えると、森さんは「そんなん言うてくれるだけ嬉しいわ」と答えたそうで、そこには怒り続けていた森さんの姿はありませんでした。声をかけるのも辛い状態が続き、最後は帯状疱疹も発症し、痛い！と叫び、看護記録に残っていた亡くなる前の最後の言葉は「しんど」でした。本当にしんどい時間が多かった晩年でした。

3. 森さんの痛み

森さんの痛みはどのようなものだったのでしょいか？整形疾患により、しびれや神経痛があった、廃用による四肢体幹の筋力低下や拘縮があり、動かすだけでも痛くなっていた、両踵の壊死による創部の痛みや下肢の虚血による痛みも伴っていた、また精神科的は脳の器質的な変化により痛みが執着しやすくなっていたと、多くの要素が重なった痛みだったのだと説明することはできるのだと思います。

一方私は、痛みとは何かを突き詰めて終わる

のではなく、森さんは「痛い！」という言葉で、満身創痍の身体を持って余し、できることや好きなことがどんどん奪われ、一方的に世話を受けることや制限の中で暮らしていく苦しみを表現しているように思いました。「森さんが痛いといっている」というそのままの現実、生活の中で続く森さんの終わらない苦しみを私は感じていたのだと思います。その現実を前に無力さを感じながら、私は、ただ塗り薬を塗るだけでもわずかでも安らぐことがあるのなら、と、朝の訪問を続けていたのだと思います。

4. クライアントの苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践とは

森さんとの関わりを通して私が考えたクライアントの苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践とは、まず、自分の身一つで臨む覚悟を持つことだと思いました。クライアントが抱える圧倒的な苦悩に対して、なにかサービスを当てはめればいい、誰かに任せたらいいとせず、自分の感覚を研ぎ澄まし真正面から向き合う覚悟によって、相手から離れず理解しようとするかわりが生まれるのだと思います。そして、その苦しみの波と一緒に揉まれ、漂い、流されながら、なんとか突破口を見つけられるようにもがくことで、わずかな可能性を探し、周りに一人でも多くの理解者を増やしていくことができるのだと思います。ソーシャルワーカー自身が必死で悪戦苦闘している姿から、なにかクライアントとの間に通い合うものが生まれ、その積み重ねがクライアントの苦悩を少しでも軽減できるものになるのではないかと考えています。

5. 私の最後の記録

森さんの遺骨の引き取り手はなかったため、復帰した前任者と一緒に、市民のお墓への納骨に立ち会うことになりました。そのときの私の最後の記録です。

「深草墓苑は京都の町並みを少し見渡せる小高い丘の上にあり、セミの声が鳴り響い

ていた。静かで沢山の方々が眠っている場所によりやく納めることができた。道中前任者と森さんの思い出を沢山話しながら向かったことで、私自身のグリーフワークもできたように思う。これからもし、医療スタッフから疎んじられるような患者さんに出会ったとき、その言葉や行動の裏側にあるその人の苦しさに気づこうとすること、そこでわずかでも通い合うものを力にかかわり続けることの大切さを教えてくれた森さんのことを必ず思い出して、自分を奮い立たせたい。沢山のことを教えてくれた森さんに感謝。どうか痛みから解放されて、安らかに眠ってください。合掌。」

森さんの苦悩についてそこに身を置いて思いをめぐらせると、私の中に、森さんのいる光も届かない深い海の底に潜っていくようなそんな感覚が生まれました。音も聞こえない暗闇で森さんの痛い！を思うと、自分の至らなさに何度も苦しくなり、なかなか筆が進まないこともありました。このような場をいただき、森さんが生きていた深い海に潜ったこの経験を、これから出会うクライアントに生かしていくことしか、恩返しはできないと思っています。クライアントの苦悩から逃げず、心で感じ、頭で考え、体を動かし、わずかでもできることを探しもがくことが、クライアントにとっての一筋の光となることを信じていたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

宮崎：どうもありがとうございました。皆様、じっくりと余韻を味わっていただきたいのですが、次の発表者がおられますので次に進みます。それぞれ現場は違えども、向き合う人は違えども、そこに何か共通するもの、あるいは異なるものを、皆様に感じ取っていただければと思います。では西村睦美様、よろしく申し上げます。

長期の入院生活を経て地域生活を歩み出したひろさんの苦悩とソーシャルワーカー

西村：みなさん、こんにちは。川越病院ソーシャルワーカーの西村睦美と申します。私からは長期の入院生活を経て地域生活を歩み出した「ひろさん」の苦悩とソーシャルワーカーとしての役割を発表させていただきます。

1. はじめに

私が出会うクライアントは、精神科治療を受けている方、病気と障害を併せ持つとされる方です。これらの方々の苦悩は病気の症状や生活のしづらさとされる、障害そのものから起きているもの、クライアントの社会環境、つまり家族や友人、地域社会、文化、風習、そして国の施策などとの関係から起きているもの、さまざまなレベルのものがあり、それらが複合していることも多いと考えます。今回、登場するひろさんは、私が仕事を始めた頃に出会い、今も支援関係が継続している方です。ひろさんへのかかわりを通して私は精神障害者の抱える苦悩として、一般に語られてきたことのいくつもと改めて向き合うことになりました。今回は、ひろさんの苦悩と、そこからたどりついたソーシャルワーカーに求められるものについて報告させていただきます。

2. 所属機関の紹介

一般財団法人川越病院は精神科単科の医療機関です。前身は京都府立癲狂院で、南禅寺に設立されてから変遷を経て、私立の病院として現住所に移っています。京都市左京区に位置し、哲学の道、銀閣寺に近く、京都市内の主要交通機関である市バスの便がよいところにあります。病床数は162床で精神科病院としては小規模です。ソーシャルワーカーは医療福祉相談室に所属し、常勤5名、非常勤1名で、うち1名は精神科デイケア専従となっています。私は大学卒業後すぐの、1989年に当院の初めてのソーシャルワーカーとして勤務し、後続の同僚とともに院内に

おけるソーシャルワーク機能を開発し、発展・定着させてきました。

現在、受診、入院相談から退院支援、地域生活支援ほか、関連業務全般に携わっています。

3. 倫理的配慮

下記3点について本人に口頭及び文書で伝えました。①本事例研究への参加・不参加の自由意志を尊重し、不参加の場合も不利益を被ることがないこと。②研究は過去の記録の分析や考察によるため、参加することによる不利益はないこと。③研究対象者の個人情報については匿名化し特定できないよう加工し、発表のためのスライドや口述原稿についても研究や発表以外には使用しないこと。またこれらの3点について、同意書に説明文を記載し、本人に口頭での説明を行い、同意書への署名をもって同意を得ています。その上で本事例研究については、一般財団法人川越病院の倫理委員会の承認を得ました。

4. ひろさんの生活と支援の経過

大雑把な年表で表してみました。とても長い期間に渡る話なのですが、ポイントを押さえてギュッと縮めて、ひろさんとの出会いから退院を目指すまでを1期。退院を目指してから退院が実現するまでを2期。そして退院後の生活から現在までの3期として報告させていただきます。

1期 ひろさんとの出会いから退院をめざすまで

①出会った頃のひろさん

ひろさんは京都府内の県境近い郡部の町で4人きょうだいの長男として生まれ育ちました。高校卒業後、就職しますが、統合失調症を発症し、当院に入院されました。まもなく退院して社会生活に戻りますが、再発して再入院となるコースを2回繰り返し、X-15年から3回目の入院が継続していました。入院形態は医療保護入院で本人の意思によるものではありませんで

した。出会った頃も外出するときは、下を向いて歩き、「山が迫ってくる感じがして怖い」と訴えました。病棟内では頭を抱えて、うずくまる姿を目にし、常に悩んでいるように見えました。何かを誘いかけても「もうあきませんわ」と消極的で、ただ家族が迎えに来るのを待っている状態でした。そんなひろさんの置かれている状況は精神科に長期入院している方の問題を典型的に表していました。

②ひろさんが置かれていた状況

(1) 精神科へかかることの偏見

精神科にかかることの偏見があった時代です。すぐ近くの町を通り越して京都市内の医療機関に入院治療を求めてこられていました。いろいろな理由はあったかと思いますが、今のような身近な生活の場で医療機関を選べる環境は整っていませんでした。その結果、外泊や面会は高齢となった両親にはひと苦勞でした。退院はもちろんですが、生活圏から遠く離れた地での治療は、そもそも「復帰」することにつながりにくい状況の一つにはなっていたと思います。

(2) 入院の長期化

数年は入退院を繰り返した後、3回目の入院は長期化していました。ひろさんは「いつまでいたら退院とか、どうしたら治してやるとわかったらがんばれるんですが、僕には明日のことさえわからないんです」と期限がなく、先の見えない状況を表現されています。精神科病院の長期入院者の多くは、環境が整えば退院できると思われました。しかし入院のきっかけとなった症状が改善しても、入院が続くと、変化の少ない病院の環境に慣れてしまい、地域生活には簡単に踏み出せなくなってしまいます。踏み出すための支援は、精神科特例のもと、人員配置が少ない病棟では長期入院の、大人しい患者まで届きません。このように「障害特性とホスピタリズムが相まってクライアント自身、意欲を失い、退院を諦めてしまう。」「家族や医療スタッフもまたクライアントの回復を諦めてしま

う。」という悪循環が起こります。さらに医療制度的にも入院継続が許容されており、治療の場であるはずの医療機関が患者の生活と人生を引き受けてしまう異常な事態が存在していました。なかなか退院することができない事情に社会環境側の状況が大きく存在するのが長期入院の問題といえます。

(3) 以前は出るな 今は出る？！

私が就職した時、職場には先輩も同僚もおらず、そこで「ソーシャルワーカーとして何ができるだろうか」と模索しながら地域に引っ張り出す働きかけを続けていました。そんな初任者の私に対してひろさんは、いつもの嘆き節で言いました。「以前は出るな、出るなと言うてはったのに今度は出る、出ると、言わはるんですね。僕はどうしていいかわかりません」と。これは取りあえずは「いわゆる‘社会復帰’」「外に向けての」支援をすればいいと意気込んでいた私にとって深く考えさせられる言葉になりました。私は「過去の国の政策のことで今私を責められても困る」と反感をもちました。しかし「本当に私に責任はないのか？」と自問し、考えました。「社会を構成している一員である私は、その社会の中で生きてきている、その上、過去の施策がもたらしたものの結果を、いっしょに引き受け、改善していく職業に就いているのではないか。私はソーシャルワーカーだ。‘知らない’と言って済ませることはできない」と。「だから私はこの言葉を忘れず、クライアントとともにあろう」と考えました。それは、私自身、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーであり、精神科病院で働くという職業人としてのあり方を方向づける言葉でした。同時に社会環境に翻弄される精神障害者の暮らしというものを目の当たりにした言葉でした。

(4) ひろさんの可能性

一方でひろさんは状況が整うと、それなりに力を発揮されるタイプの方であることがプログラムへの参加などを通して見えてきました。そ

の頃、始まった「院内喫茶プログラム」でウェ이터に抜擢されたひろさんは白いワイシャツに蝶ネクタイ姿が凛々しく見えました。喫茶スタッフのミーティングでひろさんは「一生懸命働いていたんだけど、狂ってしまって病院に放りこまれ、気がついたら時間がたっていました。この仕事は一生懸命やりたい」と自己紹介をしました。さらにソーシャルワーカーには「病棟では寝ているしかない、何かした方がいいと思っています。社交性がないから楽しいことはないけど、本当は働きたい」と語りました。

私は、ひろさんにも限りない可能性があること、そしてソーシャルワーク支援をしていきたいと強く思うようになりました。が、ひろさん自身も、私も退院を目標にすることはできませんでした。結局、ひろさんは、その後も入院が続き、私が就職してからも20年以上が経過してしまいました。私も長期入院の責任を堂々とらなければならなくなりました。この間、社会的には徐々に地域生活を支援する取組が整ってきていました。私もいろいろな方の支援を経験し、何かのきっかけがあれば、「ひろさん」といっしょに挑戦することができるころまでできていました。

2期 退院をめざしてから退院が実現するまで

退院に向けてのかかわりは小さなきっかけから始まりました。ここから第二期の退院をめざしてから退院が実現するまでについて報告します。

①ボクこのままでは終わりたくない

X+23年、ひろさんはガンの治療のため転院をされ、一般病棟で何の問題もなく過ごして戻って来られたのです。「これを変化のきっかけにできないだろうか」と考えた私は入院手続きの際に久しぶりに会うひろさんに「これからどうしたいですか?」と尋ねました。ひろさんは以前より少し饒舌になっておられて「僕、このままでは終わりたくないです」と明確な意思表示をされました。その言葉が私の新たな原動力と

なりました。その後、私は退院を目指すことを本人と医療スタッフ間で共有していきました。ひろさんが64歳になって、ようやくのことでした。

しかし退院を実現するのは容易ではありませんでした。ひろさんには退院して生活することのイメージを具体的にもてません。「実家へ退院して家族に世話をしてもらいたい!」と言われてきました。実家の両親は、すでに他界されていましたが、ひろさんはご両親の葬儀には参加されていません。実家は空き家となって久しくなっていました。ひろさんの言うことは非現実的でしたが、長い間の状況の移り代わりに全く参加してこなかったひろさんには当然の希望でした。私は実家以外の場での地域生活のイメージをってもらうため、入院歴があって、ひろさんも知っている方の生活の場を訪問し、いっしょに話をしたりもしました。

②地域移行支援事業を利用して社会経験を積む

X+25年、退院を目指して地域移行支援事業の申請をしました。ここから地域移行支援事業を利用して社会経験を積む時期です。事業を利用してから約3年間は、まだ具体的な退院先が決まらず、とにかくひろさんの社会経験を積んでいく時期になりました。

地域移行支援事業の退院支援員が、ひろさんのところにやってきて面談をして、いっしょに出かけることが始まりました。実家へ外出して実家への退院は現実的ではないことを知ったのも、この時期のことでした。退院先の一つの候補としてグループホームでの外泊体験や、退院後に必要な生活用品をお店に見に行くなど、意欲的に継続していきました。ご家族も交えてカンファレンスを行ない、ご家族にも理解していただけるような安全なプロセスを経て退院に向かうことが確認されました。が、開放病棟に転棟したひろさんはどうしてよいかわからなくなって「実家に帰ってしまう」ということを繰り返しました。ひろさんにとっては「来たところに戻りたい」という表現で語る場所です。「今な

らやり直せるのではないか」という切望だったかもしれません。それが現実的ではないと知りつつも、ひろさんの実家への思いは、その後もずっと続いていきました。私たちは実家へ帰ることを止めるのではなく「安全に、計画的に」を目指そうとしました。

X+26年のひろさん。ひろさんの場合は「病院近くのマンションを契約して生活の体験をするのがよいのではないか」との考えが支援チームの中では上がっていましたが、その時点でのマンション契約には家族の同意が得られないことが予想されました。とりえず生活体験を積むために「グループホームでの外泊を重ねていく」のが当面の方針となりました。ひろさんは「早くマンションを借りたい。いつになったらオーケーしてもらえるのか」という一方で、グループホームへ単独で移動すること、気が焦って実家に帰ってしまうこと、連泊すること、日中どうやって過ごすのか、携帯電話の使用など、解決しなければならない具体的な問題が次々に出てきました。ひろさんは課題に対して「病気なので焦らさないで」と尻込みする気持ちを訴え、「外泊は本当の退院ではない！」とあって不機嫌になりました。愚痴をいい、悪態をつくひろさんに、私は、閉口したり、悩んだりしながらも、懸命にひろさんにつきあおうとしました。この数年は私にとっても行き先が定まらず、迷路に行くような時期でした。この時期の体験は確実にひろさん自身のリアルな生活体験となり、ひろさんを少しタフにしたといえます。

次の年、大きな変化が訪れます。チーム全体を困らせたひろさんの「嘆き」「愚痴」「悪態」ですが、振り返ってみるとひろさんは、思いっ切り反発した後に考え直して、提案を受け入れて進むということがよくありました。2泊3日の連泊のハードルを乗り越えたのも、怒って立ち去った後でした。そうして課題をクリアしていったのでした。

その年の家族面談では、現状の評価として、「不安の内容が現実的なものに変化していること」「より具体的な訓練が必要な時期に来てい

る」ということが説明されました。2年半ぶりに面会された別の家族は、その変化を実感されていました。グループホームへの外泊を続けながら、次のステップとして「退院のことは考えずに、病院近くに生活体験の場所としてマンションを確保したい」という旨を家族に伝え、理解を得ることができました。

③マンションを契約して入院のまま生活経験を積む

退院を目指してから退院が実現するまでの最終章です。マンションを契約して入院のまま生活体験を積む、そして退院ということで、私は「マンションを契約するならここ」と決めていた物件がありました。それは病院から数十メートルのところにある物件で数名の退院者が、すでに住んでおられるところでした。空室が出た時、すぐに大家さんに電話をして了解を得ました。そしてその後、日中の過ごし方が課題になった時は「入院中の方を1日、数時間受け入れてほしい」と無理をいえる作業所がありました。長年、ソーシャルワーク業務の中で、ともに活動してきた多くの仲間とのつながりが、めぐり巡って個別のクライアントに役に立ちました。

ひろさんはマンションの自分の部屋を「美しいです」と気に入り、外出、さらに外泊を重ねていきました。マンションでの生活訓練として具体的に実現可能なプログラムを繰り返していきました。マンション契約から1年経過したカンファレンスでは、一旦、終了となっていた地域移行支援事業を、再度申請することにし、現実的に退院をみぞすことになりました。マンションでの約2年の練習期間を経て、なお、不安は続いていましたが、「やってみないとわからない」とひろさんは退院を決意されました。

④退院

退院直後のひろさんの語りです。この時、ひろさんは71歳でした。「マンションに住めてよかったです。自由に買い物にもいけるし、テレビも好きなチャンネルをつけられる。集団生活

ではそうはいかないので。」また「はじめは退院が不安で、不安で仕方なかった。どうなるかわらなかつたので。しかし帰るところができて変わりました。それまでは来たところに帰りたいたいと思っていたけど、もう道も忘れしました。この部屋を大事にしたいと思っています」と述べました。

ここまでなら長期入院者の退院支援の中での苦悩で話が終わります。しかしひろさんの苦悩は生きている限り、続きます。それは人が生きていくことが容易ではないことを改めて考えさせるものでした。

3期 退院後の生活、そして現在

①退院したからといってハッピーエンドではなかった

この後の苦悩は精神疾患というか、障害に伴う苦悩になるかと思えます。実は「鳴門海峡を見に行きたい」という言葉は長い退院支援の中でも、よく言っておられました。「どういうことですか？」と尋ねてもひろさんは黙ったままでした。それを明確にしないまま、あえて聞き流してきました。退院した月の終わり頃、一度、鳴門海峡に行って帰ってきたということがありました。退院して「この生活は楽しいんですけど、どうしていいかわからなくなって行ってしまふんです」というひろさん。心配する私に「ボクも自分がそうならないかと心配です」と。それはひろさん自身もコントロールできないものであることを知りました。

そしてその夏、ひろさんは琵琶湖大橋に行きました。飛び込む勇気はなかったのですが、入水しようとしていたところを警察に発見、保護されました。電話の向こうのひろさんは「行ってしまった。」「日常生活がうまくいかないの、どうしたらいいかと思って。」「死んだ方がいいと思った」と言われました。翌日、来院したひろさんは入院することになりました。「どうしてそんな気持ちになるのか？」と医師に問われると、ひろさんは「自分は役に立っていない。」「こんな自分が生きていいのか考えてしま

う」と。「自信をもてるようになるのが、これからの課題かな」と医師がまとめました。入院治療で、この課題を解決することができるわけではありませんでした。「またそんな気を起こすリスク」はあるけれど、短期の入院治療で気持ちのリセットができれば、再度、地域生活を継続していくしかないというのが、この時の医師と私の共通認識でした。

入院日には「ずっとここでもいいです」といういたひろさんですが、しばらくして外出許可をもらって自宅に外出される頃には元気を取り戻し、カンファレンスのことを伝えると、みんなが来てくれることを喜びました。ひろさんは、約一月、入院して退院し、一人暮らしの生活に戻られました。退院後に訪問した私が聞きました。「病院にいる方が安心ですか?」。そうすると「こっちの方がいいみたいです」と、かぼそいけれど、心強いつぶやきでした。ひろさんが「地域での生活を選んだ」とホッとしました。

②ひろさんの生きづらさ

その後、X+33年、ひろさんは今度は生活費に困るAさんからお金を当てにされるようになりました。Aさんに無心されるとお金を渡し、Aさんが泊まりにくると財布からお金がなくなりました。「許してはいけない。何とか対策を」と迫る私に「僕が、しっかりせえへんから…僕が悪い」と怒らない、いや、怒れないのでしょうか…そんなひろさんに愕然とする私でした。このときは地域生活を支えるチームで共有し、それぞれの機関が適切に支援して被害を小さくしていきました。私の心の中に「やはり彼は保護されなければならない人なのではないか」というパターンリズムが蠢きました。しかし「安全な閉鎖病棟の方が平和でよかった?」という私の問いに「入院するのは嫌です」とひろさん。きっぱりした声に私自身が救われ、励まされました。

③ひろさんは生きづらさをかかえて生きている

最近、私は月に2回ほど家庭訪問をするよう

になりました。退院して6年がたった今、ひろさんは穏やかに過ごしておられます。ひろさんは「ここで暮らせてよかったです。仕事は難しいことは求められないので、今くらいなら続けられます。」「病院に戻るのは嫌ですね。あそこに行くとは病気になるんです」と述べ、とりあえずは私を安心させてくれます。そしてひろさんは、自身の病気のこと、初めて入院した時のことをポツポツと語るようになりました。「これはほんとに病気なんですか。」「こんな病気があると全然、知らなかったんです」。当時の不安や戸惑いが想像できますし、今でも症状に襲われる時は「症状」だとは思えないのかもしれませんが。そして相変わらず、「死ぬ」ことについても「シュウショク」という独特の表現で述べ、「どうしたらいいかわからんようになるんです。あんまり考えたらあかんで言わはるし考えんようにしてます。」と断ち切るように「ここで静かに暮らしていきます」と話されます。「楽しみをもてないのが病気ですね」「うまく話せません」といって人と違う自分を認めています。

ある時、ベッドの横に積み上がった小箱。「健康食品のサプリメントが定期的に届いているのだ」と言います。「どうやって契約することになったのか?」と尋ねるのですが、よくわかりません。無理やり買わせられているのかと心配になる私。その後、ある訪問時にひろさんがその健康サプリメントを「この頃飲んでる」と言われるのです。そして「シュウショクとは反対の行動なのだ」と説明してくれました。

ひろさんのいう「静かな暮らし」とは今の「毎日、同じことが繰り返し替えされていく平々凡々な生活で、私は、これが「ひろさんらしい暮らし」なのだと思うようになりました。いろいろなりリスクにさらされるのは地域生活ではあたりまえ、ごく普通の暮らしです。この「ひろさんらしい暮らし」が、1日、1日続いていく中で、ひろさんの「生きていく実感や自信」も日々養われていくと信じています。ひろさんの生きづらさをひろさんの手に置いたまま、私は、その傍らに居続けようと思うのです。

5. 苦悩に向き合うソーシャルワーカー

ひろさんの苦悩について私は、精神障害者が置かれている全体状況が大きいと考えていました。しかしひろさんにあわせて、環境が、ある程度、整備されていくと、ひろさん自身のもつ苦悩が見えるようになりました。その苦悩はひろさんの「自尊感情の弱さ」が根底にあると感じています。かといってひろさんにパワーがないわけではなく、心の奥には、生きていく力を持ち合わせていて、それを上手く発揮することができないひろさんでした。この「わかりにくいひろさん」だからこそ、長く置かれてきた状況の中で、なかなか這い上がることができなかったし支援のスタートもずいぶん遅くなってしまいました。私は、ぶつかり、悩み、揺れるひろさんに、どこまでもつき合うしかありませんでした。

障がい受容という言葉は私自身の課題だと思います。「意欲のないクライアント、前に進めないクライアント、リスクにさらされるクライアント…ならば保護的環境で過ごすこともやむをえない」と、できない理由をクライアントの責任にして、あるいは「クライアントのため」という大義名分で何も力を尽くさないまま、クライアントの可能性を否定するような考えに私自身が陥ってしまうことがあるからです。苦悩の当事者であるひろさんが、どう生きたいのか。そのために環境を、どう整えていくのか、求められるのは、焦ったり、諦めたりすることなく、ありのままを受入れ、生きづらさを抱えたひろさんを見放さず、手立てを尽くし続けることです。

6. むすび

「口下手」といいながら、今の病気のことや暮らしを語るひろさんの声は、静かだけれども、ずいぶん力強くなりました。ひろさんは、これからもひろさんらしく、行きつ戻りつして生きていかれることでしょう。私もまた、ひろさんの暮らしのどこかに居続け、そこに居ることを認めてもらえるソーシャルワーカーでいたいと

思います。

ソーシャルワーカーとしての私は「どんな人も、その人らしく生きていく権利がある」ことを信念としています。ひろさんのような声高に叫ぶことがない人であっても、その可能性を信じて声を聞き、潜んでいるものをとらえ、ことあるごとに扉を叩き続けねばなりません。揺れるクライアントとともに悩み、揺れるけれども折れず、退かず、踏み止まる、そんなしなやかさが求められます。

この社会の中でひろさんも、そして私も、ごくあたりまえに苦労や失敗を重ねながら、人として、その人なりに成熟していく人生を歩めるようにすること、そのためには異質だと思われるものが排除されない、共生や包摂を伴う社会でなければなりません。社会へのアプローチもまた、ソーシャルワーカーに求められることを忘れずにいたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

宮崎：西村様、ありがとうございました。皆様も余韻に浸っておられることと思います。次のご発表に移らせていただきます。平野朋美様、よろしく願いいたします。

変化するクライアントとソーシャルワーカーの関係と苦悩—児童期、思春期を経て母となったゆみさんとの20年を振り返る

平野：こんにちは。最後は、平野朋美から報告させていただきます。昨日、埼玉県から参りました。スライド1のかわいい鳥は、映画「翔ん

で埼玉」でも有名になった県の鳥シラコバトをモチーフにした埼玉県のマスコット「コバトン」です。この場でお伝えしたいことは「はじめに」と「おわりに」を含めて4項目あります。

1. はじめに

退職時の問い 私はこれまで「高齢者・介護」「がん・緩和ケア」「小児」と3種類の医療機関で通算38年間、ソーシャルワーカーとして働いてきました。社会福祉の創成期世代の先生方から、直接福祉を学んだこともあって「社会福祉とは何か?」「価値を基盤にしたソーシャルワーク実践とはどういうものか」については、かなりこだわって働いてきたつもりでした。しかし退職時点でいったん立ち止まった時、ふと考えたことが、次の二つです。

一つは「自分が医療現場で行ってきた取り組みはソーシャルワーク実践と呼ぶに値するものであったのか」であり、もう一つは「自分がやってきた実践は、果たしてクライアントにとってどんな意味があったのだろうか?」という問いでした。一つ目の問いに対しては、小児領域で働き始めた頃にお会いした、本日の司会の宮崎先生から学ばせていただいた「ソーシャルワーク実践に取り組む援助の枠組み」を用いて自身のメゾ・マクロ実践を可視化することで一定の答えを得ることができました。

もう一つの問いに対しては、一人のクライアントへの実践を振り返ることで、しっかり向き合ってみたいと考えていたところに、ちょうど今回のお話をいただきました。対象のクライアントは私が小児専門病院で出会ってから現在まで約20年間、関係を保ち続けている一人の女性です。20年間で二つの時期に分け、ご本人から直接聴き取りを行ないました。

前半、約17年の【第1期】は、自身が小児専門病院に在籍はしていましたが、両者の関係が断続的だった時期。後半の【第2期】は定年退職の前年から現在までの約3年間で、関係が持続している時期とご理解ください。振り返りの具体的な方法と倫理的配慮は、次の通りです。

スライド1

**変化するクライアントと
ソーシャルワーカーの関係と苦悩**
—児童期、思春期を経て母となった
ゆみさんとの20年を振り返る—

公益社団法人埼玉県医療社会事業協会理事
平野朋美



方法と倫理的配慮 方法ですが、約20年に渡るワーカー・クライアント関係を上記の二つの時期に大別し、それぞれ異なる資料を用いて、面談と電話で計2回の聴き取りを実施しました。第1期の資料は、手元に残っている過去の記録（覚え書き）、クライアントからもらった手紙、他機関から得られた情報になります。これらをもとに、クライアント自身から語られる内容に焦点を絞って話を聴かせていただきました。第2期の資料は、両者の間で交わしたショートメールになります。それを逐語記録の形で文章におこし、クライアントに読んでもらい、主としてソーシャルワーカーとの関係に焦点をあてて、聴き取りを行いました。

倫理的配慮についてです。クライアント本人を含め登場人物は全て匿名化し、個人が特定できないようにしました。日本社会福祉学会研究倫理規定に基づき、クライアントに対して、今回の作業の趣旨を書面と口頭で十分説明し、同意を得ました。説明の中で、ワーカー・クライアント関係は今後も変わらないことを伝えました。

2. クライアントの心理社会的状況とソーシャルワーカーの対応

(第1期)

まず、第1期（クライアントが、私と出会う前の5歳から27歳までの約22年間）にクライアントが向き合った複数の心理社会的状況と、クライアント自身の対処の方法について述べます。ここからはクライアントを「ゆみさん」と呼ばせていただきます。

第1期前半のゆみさんの状況 5歳から18歳のゆみさんが直面した心理社会的状況を概説します。出生後、何らかの事情で、家庭で両親の愛情を受けて育つことが難しかったゆみさんは、就学前に児童養護施設に入所しています。その時期、ゆみさんの周りにいたのはゆみさんを保護して施設入所のために動いた児童相談所のケースワーカーと施設の職員さん、そしてゆみさんの心のケアを担当した小児病院の児童精神科医

でした。学校に入る頃には、もともともっていたアトピー性皮膚炎が悪化し、学校では「キモイ」と言われたりして次第に学校に行けなくなります。また外科治療が必要となり、入院する事態にもなりました。

私が最初にゆみさんに出会ったのは、この時期です。学童期にゆみさんの周りには学校や施設の先生、友だちという繋がりが増えます。これらの中にはゆみさんにとって不快な人、嫌な人もいれば、懐かしく、楽しい思い出に繋がる人もいました。

思春期を迎えたゆみさんは高校に入学しますが、ほどなく退学しています。高校に行かないことで児童養護施設に籍を置くことができなくなったゆみさんは、児童福祉法に定められた児童自立生活援助事業を行う自立援助ホームに移動します。自立援助ホームは保護的な児童養護施設とは違い、自分で利用料を支払い、医療保険に加入し、医療費も自己負担、食事・洗濯・掃除などは基本的に自身でやらないといけません。働かなければ入所は継続できず、しかも20歳までには退所しなければなりません。

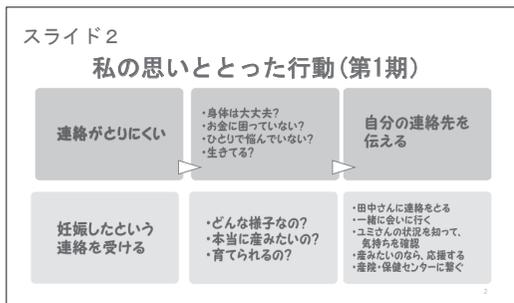
第1期後半のゆみさんの状況 第1期の後半にあたる18歳から27歳までのゆみさんの足取りを辿ってみましょう。自立援助ホームを退所した後、ゆみさんは成人を迎える前に自分で仕事を探します。住み込みの職場に就職しますが、年上の先輩から嫌がらせを受けます。そんな中、たまたま同じ職場で知り合った年上の男性との間で妊娠し、その後、男性と一緒に居所を転々とする生活に飲み込まれていきます。妊娠しているにもかかわらず、落ちつかない生活が続く中、いったんは元パートナーと一緒にアパート暮らしをすることになります。が、自身の体調不良と胎児の発育不全から帝王切開を余儀なくされます。

第1子出産後も元パートナーからの経済的DV、再び転居。住居が定まらぬまま働く生活が始まり、第1子は乳児院に預けざるを得なくなります。居所を転々とする中で再び妊娠。その時は、妊娠したことにも気づかず、妊婦健診

未受診、飛び込み出産になり、2番目の子どもは出生直後から乳児院に保護される事態になりました。このような状況の中で、入籍していた元パートナーから離れるため、ゆみさんは家庭裁判所に離婚の調停を申し立てます。

この時期は、ゆみさんが直面する、様々な生活問題の解決にあたるため、多くの専門職がかわるようになっていました。

ソーシャルワーカーの対応 この時期の、私の思いと行動はスライド2をご覧ください。自分の意思とは関係なく次々と居場所が変わり、連絡が途絶えがちになる中で、私の中ではゆみさんの身体やお金、孤立への不安、最後は「死を選ぶかもしれない」という最悪の事態が予想されました。そこで職場に届いた一通の葉書きに迷った末に自分の連絡先を記入し、「いつでもいい。何かあったらここに連絡してほしい」と書いて返信しました。しかしその後も連絡は途切れ途切れで、たまに届く手紙も病院宛でした。ある時突然、「妊娠しました」という葉書きを病院で受け取ります。予測しうる範疇であった事態とはいえ、さすがにショックを受けて、児童養護施設の元担当職員だった田中さん（仮名）に電話し、二人でゆみさんを訪問しました。



前にも増してアトピーの症状がひどくなった細身のゆみさんに妊娠継続の意思を尋ねたところ、はっきり「産みたい」と言います。であれば「応援していこう」と私も田中さんも気持ち固めました。まだ定期健診する産院も決まっていなかったゆみさんと一緒に知り合いのワーカーが勤務する産院に行き、住居地の保健

センターの保健師にも会って、その後のフォローをお願いしました。

以下は、この時期の状況を、ゆみさん自身が言葉にしてくれたものです。

「元パートナーは働いても、すぐ給料を使ってしまう。まもとに家に入れてくれたことはない。口下手で人見知り過ぎた私と、口が上手く頭の回転の早い元パートナーでは、周囲から元パートナーの話ばかり受け止められた。元パートナーが何か問題を起こしたりして、ようやく私の話を信用してもらえることがほとんど。周りの人に元パートナーとの関係について『困っている』と話をしたこともあったけれど、『男はそんな感じ。出産すれば男性も変わる。』『環境を変えるしかないんじゃない?』など、ありきたりの答えしかもらえなかった。」

「妊娠がわかった時は、嬉しいよりも、びっくりした。行政の窓口や周囲の人からは『子どもを産むのは考え直した方がいい。』『育てるなんては無理。』と言われた。」

「妊娠中、食事はほとんどとれず、水も受け付けられない時期があった。健診では『赤ちゃんが小さいね』と言われ、『無事に産まれてくるのだろうか?』と心配が強くなった。胎動があった時は、嬉しかったけど、妊娠後期には妊娠高血圧症候群と言われて管理入院になる。入院して10日もたたないうちに「これ以上お腹の中にいたら、赤ちゃんが危ない!」と告げられ、誰かに相談することもできず、混乱したまま出産を迎えた。」

当時の、どうにもならない状況をゆみさんは、こんな言葉で表現してくれました。

「大変だった時期、直接的なことを相談できる人はいなかった。本当に伝えたいことを、うまく話せなかった私が悪かったんだ

けど。」

今回この言葉を聴いて、この時期、折角繋がりが持てたにもかかわらず、関係機関に繋ぐことで安心してしまい、ゆみさんのしんどさに思いを馳せることができなかつた自分に腹が立つ一方で、ゆみさんに対する申し訳なさでいっぱいになりました。

ゆみさん自身の対処方法 それでもゆみさんは、この事態を乗り越えるために自分で動きだし、支えてくれる人たちに出会っていきます。妊娠高血圧症候群で歩くことも大変なのに、元パートナーから家計費を入れてもらえない状況に対しては、自分から福祉事務所を訪れ、生活保護を申請し、決定するところまで獲得しました。管理入院しても胎児が全く大きくならず、産科医から「このままだと赤ちゃんが危ない。明日まで待てない」と緊急帝王切開を告げられ、パニックになるゆみさんに、看護師さんが寄り添ってくれたことが心強かったと言います。

赤ちゃんが自宅に帰ってきてから、やっと寝かしつけたのに、また泣き出す。元パートナーは「うるせえな」と言い放つ。昼夜の育児で1、2時間しか寝られず、辛かった時期、役所の紹介でファミリーサポートのおばあちゃんが来てくれて、私が寝ていると、時間を過ぎても遊んで待っていてくれたりして、4時間くらいは寝られるようになって、ありがたかったと笑って話します。

子どもと二人で家を出てシェルターを転々としていた時期は、手紙を出すことも制限されていたそうです。私に連絡がこない時期、田中さんが繋がってくださり、第二子出産の前後には、産まれた赤ちゃんとうみさんの危機を救ってくれたことを後から聞きました。

(第2期)

ゆみさんが27歳の時、私の携帯電話に久しぶりにショートメールが届きます。この時はまだ離婚調停を継続しながら、子どもたちとの面会交流が始まっていたそうですが、今回、聴き取

りをするまでは、そのことも知らずにいました。調停が終わって、正式に離婚が成立するまでには、実に4年を要したそうです。

第2期のゆみさんの状況 継続的な面会ができると思っていた矢先、全国的にコロナが蔓延し、半年以上、面会は中止となります。やっと面会交流が再開した後、「里親さんの育児方針が子どもに負担ではないか」と考えても、実際に育てていない自分には何もいえない、そんなジレンマを抱えることもありました。それでも住民票を定め、小さいけれど、決まって寝る場所ができたことで、試験外泊も始まります。

これまで育児を経験したことのないゆみさんが、1カ月違いくらいで二人の子どもを迎え入れ、母親として子育てを始めます。当時のことをゆみさんは、次のように話してくれました。

「離婚調停を進めている間も相手からラインで『金を貸せ』と言ってきたり、ライン電話してきたりということがあった。でもずっと既読スルーしていた。」

「家を借りて住民登録する前から子どもたちとは時々面会していたけど、コロナ禍になって半年以上、全然、会えなかった。『せめて写真を送ってください』と里親さんをお願いしても、印刷した紙が1枚届くだけなんていうこともあった。再会できた時は、嬉しかったな。それでも連絡の行き違いかが続いて、折角行っても会えなかったり、一人にしか会えなかったりして。」

「仕事探しも大変だったかな。人間関係はよかったけど、客室清掃の仕事からどんどん仕事内容が増えていって、勤務時間も延びて。結局、辞めちゃったけど。」

「二人が帰ってきてからも、慣れるまでは上の子が学校に行きたがらないとか、下の子は暴れたり、暴言を吐いたり、お友だちを泣かせたり。『もう子どもの顔なんて見

たくない』と思ったこともあった。」

それでもゆみさんは、「この生活が今までで一番落ち着いているかも、」と話してくれました。

ソーシャルワーカーの対応 スライド3は、この時期の私の思いと行ったことです。第2期は私自身も継続して関係を取り続けることができています。

スライド3

私の思いととった行動(第2期)

<p>子どもたちの引き取りに向けて、動き始めていることを聞く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ユミさん自身が(家庭)を知らない環境で育てられている。 ・突然、一緒に暮らすと言っても大丈夫? ・子どもたちの意思は? ・地域の多くの支援が必要になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・かつての主治医だった児童精神科医と田中さんに相談する。 ・居住地の児童相談所に連絡を伝える。 ・居住地の支援者会議に参加し、関係者と一緒に協議を重ねる。 ・ユミさんの連絡を密に取る。 ・ユミさんの思いを尊重し、寄り添う。 ・私が不安なこと、わからないことは、地域の関係者に相談する。 <p>◎ユミさんと繋がりが続く</p>
------------------------------------	--	---

ショートメールで連絡をとるようになって1年ほど経って、子どもの引き取りが具体的にしていることを聞いた時は、正直なところ、子どもたちと一緒に住むことを楽しみにしているゆみさんのことを手放しで喜ぶことができませんでした。家庭というものや、親のぬくもりをほとんど知らないゆみさんと、産んでから年の単位でゆみさんと離れ、第三者のもとで暮らしてきた子ども二人が、一緒に生活を始めることへの心配の方が大きかったのです。

心配を解消するために田中さんと情報共有をしたり、かつてのゆみさんの主治医だった児童精神科医にコンサルトを受けに行ったりしました。またゆみさんの居住地の児童相談所に、たまたま昔、一緒に仕事をしたことがある児童福祉司が今も現役で働いていることを知って連絡をとり事情を説明して、支援者会議に何度か出席させてもらうことができました。そんな中でも何より大切にしたのはゆみさんと繋がりが続けることでした。

3. 実践に内在するソーシャルワーカーの思いと苦悩

ここからは今回の実践に内在する自分自身の思いと苦悩についてお話します。今回、改めて「私はなぜ、どんな立場でゆみさんと繋がりが続くのか」を自分に問いかけてみました。20年という期間は決して短い時間ではありません。小学生のゆみさんが歳を重ね、母親になったように、私も同じ時間を生きて、現役のソーシャルワーカーの業務は後輩に委ね職を退きました。支援にあっていたクライアントは、それぞれのクライアントの生活課題と共に後任に引き継いできました。一方で、ゆみさんには地域で頼れる人たちも増えてきました。

それでも、自分がゆみさんと子どもたちと繋がっていようと思うのは、こんな理由からです。ゆみさんは、幼い頃から大人たちの都合や制度に翻弄され続けながらも、自分の力で問題と向き合い、その時、その時、必要な助けを求めながら生きてきました。やっと今、自分自身の意思で、自分自身の足で歩き始めたところのように思います。以前は、話をしても、私に気を遣ったり、おもねるような反応が多かったのが、この頃は自分から「こうしたい」とか「こう思う」といった表現が、少しずつ増えてきています。今のゆみさんしか知らなければ、それはそういうものかもしれませんが、私から見たら、とても大きな変化です。

私はこれまでのゆみさんの育ちを知る大人として、ゆみさんが通院していた小児病院の元ソーシャルワーカーとして、母子の幸せを願う一人の社会福祉士として、これからもゆみさん母子(おやこ)と繋がっていくつもりです。

そこまで考える理由は、周産期・小児ソーシャルワークの領域では「子どもの発達プロセスと、世代を超えた連環」に着目することが非常に大切だと、実践を通して多くの子どもと家族に教えてもらったからです。10年後、20年後を見通した実践が、他の分野以上に求められていることを実感しています。

2回の聴き取りでゆみさんは、こんな話もし

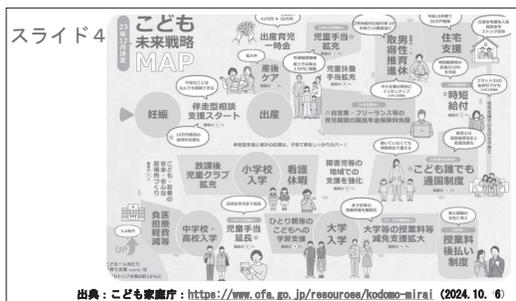
てくれました。

「(平野と) 今までずっと関係が続いていることについては『とにかく、いてくれてよかった』という気持ちです。16歳で施設を出て、20歳頃には、いなかったかもしれないけど、もう30歳になる。ウソみたい。子どもが帰ってきてからだって『もう顔も見たくない、離れたい』と思ったこともある。普通なら「親なのに、そんなこと言って」と思うでしょ。そういう時、会いに来てくれて、4人でご飯を作って食べたり、一緒に遊園地に行ったり、バドミントンして遊んだりしていたら、なんだか気持ちがね、楽になったの。」

「もう一つは私の考え過ぎかとも思いつつ、平野さんが、このまま連絡とれなくなったらどうしようという不安もあったので、『また連絡するね』と言ってもらえて、嬉しいです。」

ゆみさんは、自分では一切「苦悩」という言葉は使っていません。今回、他人には計り知れないような重たい体験を、私との関係の中で語り、先のような言葉が、ふっと口をついて出てきました。それを聴いた私は、これがゆみさんの抱える「苦悩」の正体なのかもしれないと改めて苦しい気持ちになりました。

一つだけ、これまでの話とかけ離れたように感じられるイメージ図をご覧ください(スライド4)。



これは2023年12月に、子ども家庭庁が閣議決定した「子ども未来戦略マップ」です。こどもの成長段階別に「子ども未来戦略」に盛り込まれた施策が書き込まれています。国が描く未来戦略って一体何なのだろう。この図のどこにゆみさんや子どもたちが出てくるのだろうか。正直、違和感を覚えました。国が策定する制度や施策を上からなぞるだけの仕事を続けていては、子どもたちの本当に豊かな未来は描けないように感じています。

4. おわりに一私が考えるソーシャルワーカーの仕事とは？

最後に今回の作業を終えて私が、たどり着いたソーシャルワーカーの仕事を言葉にしてみました。仕事で出会った人を援助することを生業とする私たちではありますが、何かをきっかけに自分が援助される立場に立つこともあります。その時、自分に不足している知識や情報だけがわかればいいこともあるでしょう。しかし消えてしまいたいほど苦しい時、自分のことを気にしてくれる誰かが、細く、長く繋がっていることが生きていく希望になることを、今回ゆみさんから教えてもらうことができました。ケアする者もされる者も、共に苦悩しながら、誰もが幸せに生きられる社会を創っていくことが、未来に続くソーシャルワーカーの仕事ではないだろうか。今の私はそんな風に考えています。

この場をお借りして、このような貴重な機会を与えてくださった宮崎先生はじめ、学会の実行委員の皆さま、何度も話し合いを重ね、シンポジウムに向けて共に苦悩してきた新保さんと西村さん、そして膨大な記録と一緒に読んで、自分の経験を振り返り、言葉にしてくれたゆみさんに心から感謝申し上げます。ご静聴、ありがとうございました。

宮崎: 平野様、ありがとうございました。3人の方からのお話が終わりました。休憩の後、再開したいと思います。

《休憩》

質疑応答

宮崎：まずはフロアからの反応を、ぜひ、いただければと思います。3人の方からそれぞれの実践に基づいてクライアントの苦悩をどう受け止めておられたのか、今後どう受け止め続けようと思っているのか、それに対して、どのように考えてやってきたのか、どうしたいとおっしゃられるのか、心からのお気持ちを実践に基づいてお話いただきました。皆様からの感想なり、どなたかからご発言をいただければと思います。いかがでしょう。ご感想、ご意見をお願いいたします。

古賀：千葉からまいりました。3人の方の事例が濃すぎて。「自分のケースを振り返ることが、これだけ深く行えるのはすごいことだな」と思って聞いていました。その時に気づいたこと、今になって思えること、それをどう振り返って自分の中に昇華させていくかなど、いい事例ばかりでした。

宮崎：他の皆様もいかがですか？

福神：所属は兵庫医科大学です。貴重なお話をありがとうございました。皆さんの事例を聞かせていただくと「支援を行う」というよりは「寄り添いあう」という、支援が目的ではなく、その方を孤立させないように、いかに専門職として向き合い続けるかという姿勢を見ることができたと思いました。技術も重要ですし、どう支援していくかというプロセスも重要ですが、実際の支援をしていくにあたり、計画通りにいかない。一個一個をいっしょに考えて解決というよりは、その方がどう歩いていくのか見続けるソーシャルワーカーとしての姿勢が印象に残っています。今後の支援とか研究の上で大事にしていきたいなと思いました。

宮崎：励まされる感想をありがとうございます。他の方、いかがですか？

大賀：所属は愛知県立大学です。素敵なお発表をありがとうございました。感想ですが、クライアントに長い間向き合い続けることは、しんどいことです。それを「ソーシャルワーカーの自己責任にしないこと」が大事ななと思っています。発表いただいた方々は、ご自分で受け止められる力がありますが、受け止めきれないソーシャルワーカーたちもいると思います。受け止められないからダメではなく、受け止めるにはパワーがいるし、平野さんのようにご退職後も、つながり続ける、組織のサポートを離れてクライアントとつながり続けるのであれば、職能団体などでサポートしていくことができたらいいなかなと思いました。感想です。

宮崎：テーマが「苦悩に向き合う」ということで「ソーシャルワーカーは何に向き合い続けながら何を考えてきたか」に焦点を当てました。向き合い続けることのしんどさを3人の方は経験されてこられました。頑張った事例、苦しみながらやってきた事例を発表していただきましたが、「なぜ向き合い続けようと思ったのか、どうしてそれができたのか」、そこをお聞かせいただきたいと思います。私自身も23年間ソーシャルワーカーをやってきて、その後20年間、教育の場にいますが、クライアントに向き合うか、学生に向き合うか、対象は違っても同じで、「なぜつながり続けるか」ということが大切なポイントだと思います。向き合い続けられないケースもあったかと思いますが、クライアントのせいにして向き合うことから逃げたことも私自身ありますが、どう思われてやってこられたのかを聞かせていただければと思います。まず新保様から。

新保：二つ思うんですけど、まずひとつは「(クライアントの)自己責任にしないこと」というか、「ジャッジしたらだめだ。審判したらだめ

だ」と思っていて、自分の価値観や社会情勢、他の専門職の考えなどで、この人自体を簡単に「こうだ」と決めてはいけない。これは絶対そうだと思っていることが一つ。出会う患者さんご自身で自身のことを十分に表現できなかったり、そうせざるを得なかった経過もある中、かかわりを続けることで、「こういうことかもしれない、なるほど、そうだったのか」といった私の中での気づきが生まれたりします。とても孤独に生きておられた患者さんにそのことを伝え、「そうそう！」と言ってもらえた時には、とてもうれしいというか、わかりあえたような雰囲気、私の中に何かの力が湧いてくる感覚があって。過去にクライアントの方からいただいたものが私の力になっているというか、その二つのことを思います。

西村：「向き合い続けること」？

宮崎：他の事例もあると思いますが、どういうことを考えながら向き合い続けてこられたのか。

西村：私たち医療機関の場合はクライアントが自院の利用者つまり患者さんである限り、関係が続く。相手に拒否されない限りは担当として関係が続いていくと思っていて、でも患者さんの方が私を見限ってしまうこともある。そうでない限りは、まずはそこにいる人に向き合い続けられないといけないと思っていることと、今回の「ひろさん」のことでいえば、自分で自分のことをしゃべってくれる人ではないので、「ひろさん」のことを知りたいが、わからない。何か行動されることによって、わかるかもしれない。「その行動は、どんなことを表しているのだろう」と知ることによって「もしかしたら、こうかもしれない」と考えて知っていくこと、その人を発見していくことが、対人支援職の面白み、その人に関心をもって「どんな人なんだろう、どういうことをしたらアカンのか、どういうことをしたら、この人は楽しく生きていけるか」が根底にあるので、そこを知っていくことが醍

醐味というか、何が苦悩なのかわからないから行動してくれることで「この人は、こういうことがしんどいのやな、このことが楽しいのやな」とわかる。その両方がわかることが、ワーカーとして「つながりをもちたい」と思い続けるようになっていく、そんな相互的なものかなのかと感じています。

宮崎：「相互の関係性があるのではないか」と思います。ソーシャルワーカーだけが、がんばってもできないし、スペシャルなソーシャルワーカーだけができるわけではなく、どんな方でも1年目、2年目、5年、10年とソーシャルワーカーはいろんな経験軸があるのですが、その時の出会いは一期一会というか、その時の自分とその時のクライアントで関係をどうもっていくか、一つひとつの積み重ねだと思えます。西村さんのお話で、そうなのかなと思いました。その時、響きあうことがある時と、どう努力しても相手も返してくれないこともあるのですが、ソーシャルワーカーとして仕事をする限りは働きかける努力を続ける、働きかけ続けることによって相手が応えてくれて相乗効果になる。どんな新米であれ、ベテランであれ、その時の精一杯があり、「相手とどうつながれるのか」ということの積み重ねかなと感じました。次に、平野さんがもっている職業観、人間としての生きざま、他者に対するまなざしについて、「どうしてつながり続けてこられたのか」をお聞かせいただければと思います。

平野：お話を伺いながら私の歴史を引き戻していたんですが、遡ると大学時代に戻って当時まだ賑やかでしたが、山谷地域に、何年か通っていました。今は高齢者の町ですが、当時は日雇い労働者の町で、その中に老人クラブみたいな憩いの場を作って、山谷の中心にあった城北福祉センターの職員さんたちが、仕事が終わると月1回、炊き出しをしていました。シチューをつくったり豚汁をつくったりして70、80人の高齢の男性が集まってきて。大学の頃、お手伝い

に行き、つながりのない、自分の氏素性をどこかにおいてきた高齢の方々が、ドヤで生活しながら、そこに集まってきて楽しそうにおしゃべりしている世界に、私自身、戻るんです。

その後、たまたま縁があって病院のソーシャルワーカーになったんですけど、今回のケースもそうですが、高齢の領域で働いていた時も、がん病院でも「自分がつながろうと思わなくても、つながってしまう」方がいらっちゃって、酒飲みで、どうしようもなくアルコール依存症の方ですが、酒臭い息をしながら、がんセンターの外来にいらっちゃって「酒はだめだよ」と言われながら帰っていったり。家族がいらっちゃらないから誰かがつながっていなければ一人で亡くなるかもしれない。外来に来られないとスタッフも心配で「ちょっと見てくるね」と家に行ったり。お正月、自分は家族があって、お節料理を食べているけど、一人暮らしで、あの患者さんはどうしているかなと思うと、近所のお寺さんの屋台で売っている、お好み焼きをもって家まで行ったり。仕事をしていた時期も、そういう動きをしていたんです。それが職業人としてどうなのかという、ご批判もあると思うんです。「なんだ、そういう姿勢は」と思われるかもしれませんが、つながらずにはいられない。人間は一人で生まれて、一人で死んでいくといいますが、そんなことはない。一人で亡くなったら寂しい、病院で亡くなれば誰かが、そばにいてくれる、家で一人で亡くなって1週間もしてから発見されたとなると誰しも心が痛いでしょう。

今回のケースでも電話番号を伝えたのは、自死を選ぶ前に「つながっている人がいるよ」という思いを彼女に届けたかったという思いがあって。今後は、地域の中でフリーのソーシャルワーカーとして動いていくことになりましたが、一人で背負い込むことはできないので、つながる時は1対1ではなく、精神科医の先生に相談するとか、その方を知っている誰かと相談しながら、かかわり続けていくことを今後もするだろうなど。職業人として、それがどうなのか、みなさ

まのご意見をぜひ伺いたいところです。

宮崎：それぞれのお考え、職場の事情が反映してのご発言だったと思いますが。フロアの方から他にいかがですか？

笹沼：所属は栃木県の室井病院です。基調講演、シンポジウムを通して、かかわり続けることの大切さを感じました。基調講演で、年数を重ねたソーシャルワーカーの方が「まだ足りない、もっと今の自分では足りない気がする」という事例が出ていたと思います。それを私自身も感じていて、就職をして3～5年目の時は仕事を覚えてきて、患者さんに頼りにされることや、困難な方がおられても何とか支援をしていく中で成功があって、「もっとやっていきたい」と思っていました。いろんな方に会えば会うほど、「その方が生きていくことが簡単なことではなく、私一人で支えられるものではなく、知識も足りない」と思うことも増え、「かかわり続けることはしているが、これでいいのか」と日々考えさせられています。それで今回の学会のテーマに引かれて参加したいと思いました。

最近では、自分自身がかかわり続けていくにも、自分一人ではどこかで限界が来る、後輩や人材を育成していかないといけないと思っています。今日のシンポジストの方のように、いろんな事例に出会い、覚悟を決めて向き合っていく中で、抱えきれずに、しんどくなることもあるのではないかなと思うのですが、実際、自分も「しんどいな」と思う時もあるのですが、経験年数の浅いソーシャルワーカーだとそう感じることも多く、乗り越えることも大変だったりするのかなと感じています。なので、そういったソーシャルワーカーに対して、皆様方から事例に丁寧に向き合う上で気をつけていることなど、後輩に向けてのアドバイスやメッセージをいただけたら、うれしいなと思いました。

宮崎：大事なお質問、ありがとうございます。シンポジストの方も一朝一夕で、こうなられた

わけではなく、試行錯誤されて学んでこられたと思います。「しんどいな」と思うことについて、お話いただけたらと思います。

新保：率直なお話で、私も、そうだった・・・と思って聞いていました。(私の経験は)30年目といいましたが、振り返ると、あっという間に時間は過ぎてしまった気がします。私がかんばれたのは上司の支えや、組織の理解とか、家庭の協力があつたからだと思います。また、うまくいかなかったら「次に活かそうね」という、森さんに恩返しすることは十分にできないけれど、「森さんからもらったことを次に活かしていくしかないな」と。「次にがんばろう」と先輩からいわれて心が軽くなった気がしました。私も今回、苦しかったんです、何度も。「こうしておいたらよかった」「もっとこんなふうにできたのに」とか。忙しくて記録を読み返すことすら、できていない状況で、かかわっている間に、一回でもしっかり振り返ることができたらよかったのに、と思っています。1年目は1年目の、30年目は30年目のいろんなことがあります、あまり苦勞と思わないところもあって、周りにも助けてもらって、患者さんからもらっているものが、たくさんあって。私の中の一つのパワーは「恩返し」という、自分がもらったものを返していきたいなということが、自分の中ではキーワードだなと、そこを大事にしているかと思っています。

宮崎：若い時が、みんな、あつたわけだから。

西村：今はもう仕事を始めて35年になりますが、「患者さんに教えてもらった、育ててもらった」という言葉をよく皆さんがおっしゃっていますが、若い頃、それが不真面目ながら、どういうことか実感としてわからなかったんです。いつの頃からか、何かこういう発表する機会にまとめてみたり、振り返る時、「あのときこういう言葉を言っておられたな」と患者さんの言葉が出てくるんです。社会について考える時も、患

者さんが「こうしたいな」とおっしゃっていたことが、ふっと出てきて「そうなんや」と。それだけではなく、いろんなことを患者さんの言葉と合わせて考えている自分に気づきます。今回の「ひろさん」は、ずっとこの人に頼られていたわけではなく、私がやってきたことの、ところどころに、この方が代表するような、いろんなことが見えてくるのがあって、いつの頃からか「患者さんに教えられること」を実感として感じるようになりました。その時には気づかず、目前にあるものに対して一生懸命にやらないといけないのだけど、いつの頃からかつながってきたという感じです。もうひとつは、職場では前任者がいないところから始まっていたのでソーシャルワーカーがいなくても病院は成り立っていた時期ですから、何をやたらいいか、わからなかったこともあるんですが、職場には先輩はいなかったけど、先輩というと京都の職能団体の先輩たちの存在は大きかったです。また、4年目からいっしょに仕事をするようになった同僚とはずっと話し合いながらソーシャルワーカーとしての共通の価値を確認しながらやってきました。ワーカー業務がうまく機能しない組織の中のしんどさはあり、職能団体の勉強会に行くと、うまく機能しているソーシャルワーカーを見て落ち込んで帰ることも。いろんなことがあって、それを含めて仲間同士、同じ職能団体の先輩たちからの学びは、力になったかなと。患者さんから教えられたことを含めて、同じソーシャルワーカー仲間みんなとつながること、まだまだ悩みは尽きないのですが、「みんなでがんばりたいですね」というふうに思います。

平野：今、西村さんが言われたように、クライアントだけでなく、ワーカー自身が孤立しないこと、仲間をつくることは大事なことだと思います。私自身も何カ所かの病院でソーシャルワーカーがいないところから立ち上げてきて、先輩がいない。助けてくれたのは地域です。埼玉県医療社会事業協会の先輩や、小児領域で宮崎先

生にお会いしたことは大きくて、「ソーシャルワーカーの思考プロセス」について学ばせていただきました。クライアントに出会って「このクライアントはどんな生活課題を抱えているのか、次にワーカーが介入しないといけないタイミングは何か」といった思考プロセスを教えていただいたことは、とても大きかったです。職場の若い方もそうですが、何らかの動機があって仕事を始めたことで、そのモチベーションを大事にしつつ、「ソーシャルワーカーの思考のプロセスを勉強していく場があると、いいな」と思っています。埼玉で勉強会を広げてスーパービジョンの場をつくっていかうとしているところです。

宮崎：ありがとうございます。浮ヶ谷先生からシンポジストの方々へ、お一人ずつ、お話をいただきたいと思います。

浮ヶ谷：お3人の方、フロアからも出ましたが、深く、濃い話で、かみしめて聞いたという感じです。私は実践者ではなく、インタビューでしか聞き取れない立場です。現場で何が起こっていたか。それに対してみなさんは、その現場に立ち会いながら、自分自身や相手への思いを、しかもものすごく長期にわたるプロセスを発表してくださって「こういう事例提示はすごいな」と圧倒されて、私から「ありがとうございました」といいたいです。

私のコメントとなると人類学な視点からとなりますが、まず新保さんのお話。「痛み」は大変な経験です。医療人類学でも「サファリング」の概念が提示され、「痛み・ペイン」の経験、病む側の苦しみについて研究されています。痛みって主観ですよ。これだけ科学が発達しても客観的に計測できない。医者も「痛み」のスケールをつくってチェックさせるとか、主観的なものであって、これこそ人間が生きている、存在していることを「痛み」を通して実感する。相手が「痛み」ゆえに罵倒したり、罵詈雑言を吐いたりして、周りが耳を塞いで逃げたいと思

うところを、何とか踏みとどまらせて、かかわってきたという、これ、すごい話だなと思って聞かせていただきました。普通、つきあいきれない。家族だって嫌だろうと。難しい話ですよ。

「こういう人がいます」という事例を聞いた時、「ずいぶんわがままね」「我慢でいいわけ？」と思う場合もあるかと思えます。「看取り」の調査研究をしている時の神奈川県藤沢の事例ですが、周りからは「わがままだ」と見られている方が最期に看取られて、ある意味、最期の迎え方がよかったです。その事業所に介護士のスタッフが30、40人いました。余りにもわがままで、その人は全部、「ノー」なんです。その中の3人の介護士さんを「あんたなら、いい」と。その方たちが、とことんつきあった。約束は守らないし、「何時まで」といっても帰ってこない。怪我して「病院に行け」といっても「嫌だ」という。とにかくわがままをしたい放題。彼が音楽をやっていたことがあって亡くなる1カ月前に神奈川から広島へコンサートに行く。やりたいことを貫いてきた人です。いっしょにいてくれる人がいなくて、3人のうちの1人が「ここで断ったら後悔するだろうな」と思っていっしょに行った。そういう話を聞き取った時、最後にスタッフは「あんな生き方もいいな」と。看取られる側は、人によっては「迷惑をしゃべりたくない」とか「わがままいっちゃいけない」と思う。「その人らしく、最期を迎えられる人が、どのくらいいるだろうか」と思うと「わがままな人は、わが・ままに生きている」人なんです。「わがまま」に見えるが、最期までつきあった人からすると「あんな生き方、いいね、潔い生き方、いいよね」という話が出てくる。

「患者さんに教えられた」という話が出てきますが、わがままな人、ちょっと傍目からみたら迷惑をバリバリかけている人は、ものすごくいいテキストだと。ほんとに。支援する人をいかに育てるか、浦河ひがし町診療所でもやっていますが、一番手のかかる人、自分たちの方に向いてくれないというのは、その人の問題では

なく、「自分たちの支援を振り返るために、そういう反応が起きている」ととらえ直して、自分たちのやっていることを常に振り返る。そういうことを新保さんが教えてくれた。よくぞ「痛い」という声にめげずに。そんな気がしました。

スタッフへのメッセージ。看取りで亡くなっていく人が、どういうふうに分の思いを残していくかに関心があります。家族に残すとか、スタッフに聞き取りをすると、わりと、スタッフが、みんな受け取るんですよ。「恩返し」といわれましたが、いただいたものを次の方に、それを活かす。それを「看取り」の現場でやっている方がいることと重ねて思い浮かべていました。「継承する、受け継ぐ」、それは普通にあることだし、ちゃんと機能する社会は、とてもケアが成熟した社会ではないかという気がします。私も「痛い」のは大嫌いだから「新保さんみたいな人がいたらいいな」と思って聞いていました。

西村さんのお話。長期入院者の退院。浦河町には、もともと130床の精神科のベッドがあったので2000年に開放病棟の70床がなくなったんです。その時のスタッフの動きを論文に書いていますが、ひがし町診療所ができた時は最後の60床がなくなる。そういう時に本人たちが「今から出て行けなんて、どういうことだ」と。まさに30年、40年入院の方にとっては、浦島太郎のようなものです。そういう方に繰り返し、退院先にいっしょに泊まってみるとかを1年くらいかけてやっていく苦勞を聞いていたので、今日の「ひろさん」の話も身近に聞いていました。西村さんの「なんでずっとつきあい続けることができたのか」という問いに「関心をもつこと」とおっしゃって「今まで知っていなかったことを知ることができた喜び、醍醐味がある」と。それって、人類学者も、そうです。フィールドで「何でまた来たの？」という顔をされて「いや、ここに来るたびに変わっているから、そこが面白い」といって行き続けている。まず、どんな人でも「それなりに、そこにいい」と

いうか、固い言葉でいえば「存在意義がある、生きていることに意味がある」わけで、それどこまで周りの人が関心をもてるかだと思います。入退院を繰り返して、いろんな問題を抱えて、つきあうのが辛い人たちですが、そこに惹かれていく最後の望みは、「その人を面白いと思えるかどうか」なんです。「なんで、なんで？」という、そういう人類学的な関心をもつことで、私もフィールドワークを20年、続けています。関心をもつことが大事かなと思いました。

「誰でも失敗もする普通の人生」ということもいわれて、どうしても手を貸してあげる人には「お利口さん」を求めちゃう。最近「失敗する権利もあるんだよ」と乱暴な言い方をしていますが、その人って、実は支援者に見せる顔だけじゃないと思うんです。その人自身は多面的なものをもっていて、悪いところもある、いい顔だけじゃない。それを多面的に見る、こちら側の覚悟も太っ腹で「そんないい子ちゃんしていて大丈夫？」と思うことが大事かなと思うんです。相手を「いい子ちゃんにしない」ということを考えました。

最後に平野さん。退職後も続けていらっしゃる。私も退職していますが、ずっとフィールドに行っています。私も事例を聞きながら、平野さんが「職業観、人間観について教えてください」という質問に答えられていました。「実はもう、自分はずなかりを求めずにはられない」ということが伝わってきて「福祉の世界では公私混同はだめ？ 人類学者は、それがないと調査できませんよ」と思いました。だって、そうでないとホンネのところはわかんない。ホンネでいっているかどうか、わからないですけど。私、現職の時に社会福祉の先生が「僕らも浦河に行きたいから一緒に行きましょう」と言われたので2日間くらい一緒に行きました。最後に「どうだった？」と聞いたら「私の行動や態度の在り方に驚いた」と。「なんで？」「フィールドの人たちとのつきあい方が普通につきあっている」といわれて「それをしないと人類学は調査にならないんですよ」と。私もそれを聞いて

たので平野さんも自由に動いてください。「自分の、思うがままに」と思いました。そのへんでよろしいでしょうかね。

宮崎：自由にお話いただいてありがとうございます。最後に座長のコメントをさせていただきます。シンポジストの方々のご発題、フロアからのご発言、浮ヶ谷先生のご発言を聞きながら思ったのは「社会福祉士、ソーシャルワーカーって何なのだろう」ということです。社会福祉士、ソーシャルワーカーという専門職は、退職してもきっと専門職であり続けると思うのです。「人に対する関心」「倫理綱領」とかをきちんと踏まえて「所属は職場ではなく、ソーシャルワーカーの存在で勝負している」という感じですか。

以前、周産期のお母さん方にインタビューした時、障害を生まれながらもつお子さん、超未熟児で生育が難しいお子さんを育てている方達20人の方にインタビュー調査をして「どういう生活をされてきたのか？」と聞きました。そこで皆さん「他者の存在が大きかったです」とおっしゃっていました。お母さんにインタビューしていますので、自分の子どもと自身との関係性、そしてご自身と他者との関係性が浮き彫りになり、自分にとって「意味ある他者」と「意味がない他者」が、はっきりとあったのです。「他者」は地域の方でもいい。元ソーシャルワーカーでもいいのです。その方にとって「意味ある他者」がいれば人は生きられるのです。それがたまたま職業人生の時は職場に所属しているだけの話で、退職しても「意味ある他者であり続けること」はできます。ただその時に単なる近所のおばちゃんでは平野さんは、ないのだろうと。だから頼ってくる。その人が「選んでいる」わけです。メールをしたり、携帯に電話をしてきたりして、その人が平野さんを選ばれた。新保さん、西村さんも「相互関係」を結びその人から選ばれている。新保さんが時間外に訪ねていったら、嫌だったら「嫌だ」といわれますよ、絶対に。でもそう言わなかった。彼も選ん

でいるわけです。そういう関係は、多分、いろんな方と築けると思います。経験年数1年目の方も2年目の方も。

「意味ある他者である自分になりたいと思うかどうか」が大事だと思います。「意味ある他者になりたい」と思うのであれば、そうならない自分は、もっとなりたようにできるはずです。そこで上司に相談したり、研修を受けたり、実践を振り返って「クライアントにとって自分はどのような存在か」と振り返ることの繰り返しで変わっていける。ソーシャルワーカーもクライアントも変わっていけるということではないかと思います。

シンポジストの皆様のお話を聞かせていただき、またフロアから、さらに浮ヶ谷先生のお話を聞いて、そう思いました。年数は関係ないですよ。「どうありたいか」ということが大事かなと思います。それはクライアントも、ソーシャルワーカーも同じだと思います。「ありたい自分」を見つめながら一步一步進んでいけばいいだけの話で「そうありたくない」と思えば、そこから去っていけばいいだけの話だ、と思った次第です。

新保：二つだけ追加で。ひとつは私は、今でも「森さんは痛くなかったらよかったのに」と思っています。ほんとに痛かった。そこに病の意味がある、そうなのかもしれないですが、「病にならなければよかった」と思う自分もいます。もうひとつは「それでも人は生きていこう」としていることを、私たちは、ほんとに間近で経験できるという、そこにエネルギーが湧いてくるのかなと。「病にならない方がいいな」と思うんです、けれど、それでも「人は生きていこうとすることの力強さ」を、わずかでも感じた時、「私もがんばらないといけないな」と強く思ったということ、先生のお話を聞かせてもらって気づきました。ありがとうございました。

宮崎：一言ずつ何か、ないですか？

西村：その方の絶望の淵にいらっしゃるそばに
いることがあった時、精神科なので「死」とい
うものが、生きていくことの、その人なりの苦
悩がある方とつきあう。どん底で何もないとい
う時も、どこか、その人の底力が出てくると
ころに居合わせることがあって、私だけの感じ
方なのかもしれませんが、その人の力をもっ
ている力を、どこか感じとれることがあった
時、発見するというか、そこにエネルギーを
もらっているなど。それが「私がこの仕事を
し続けていることのありがたさ、そういうと
ころに居合わせていただいていることが、と
てもありがたいことだ」と思っています。

平野：人間って変化していく生き物だと今
回、強く感じました。クライアントもそう
ですし、最初にお目にかかった時より、みな
さんが、すごく深く、距離が近くなっていく
のを感じて、すごく感動しました。ステキな
場に居合わせていただけて、ありがとうございました。

宮崎：ありがとうございました。時間にな
りましたので、これでシンポジウムを終わら
せていただきます。お疲れさまでした。最後
に本学会の副会長であり大会長である野村
裕美から、ご挨拶をお願いします。

野村：一言、御礼の言葉を申し上げます。
本日は第34回大会を無事に終えることが
できました。ご参加いただきました全ての
の方に御礼を申し上げます。ありがとうございました。

私自身、思い出してみますと、この学会に
初めて参加したのは1994年頃だったのでは
ないかと思えます。大学4年生か院生の時、
信濃町の慶応義塾大学病院で大会が開かれ
ることを、実習先の方に教えていただき
参加してみました。その会場はまるでコロ
キアム、円形の階段状の教室でした。名だ
たるソーシャルワーカーの方々、名だたる
研究者の方々が喧々諤々と議論を交わし
ているのです。腕まくりをしている方も
おり、学生だった私は、「けんかにならない
か？大丈

夫なのかな？」と心配するくらいでした。
しかし夕方になると、皆さん笑顔になっ
て散会していき、「これぞ、コミュニティだ」と
感動し、ソーシャルワーカーになってすぐ
入ったのが、この学会でした。

本学会は、世代交代を迎えていまし
て、新しい理事体制になり、力を合
わせて再構築をしているところ
です。今日はたくさんの方々
がご参加されていて、勧誘の
恰好の機会だと思いま
して、宣伝をさせていただ
きたいと思えます。医療系
は各疾患分野別にさまざ
まな医学会があり、私も
いくつか入っていますが、
保健医療福祉分野に所
属するソーシャルワーカー
が、ソーシャルワークの
ことをじっくり議論でき
る学会は、なくなってき
ていないのでしょうか。
口頭発表時間も昨今短
くなっていますが、本学
会では20分の持ち時間
を死守しています。ぜひ、
今日をきっかけに入会
いただけましたら幸い
です。

第34回大会は「クライアントから目を逸ら
してはならない」との強い思いから、「ク
ライアントのサファリング」を合い言葉
に実行委員会で準備を重ねてまいり
ました。午前中の分科会に、岡村理
論をベースとした発表をされた方
がおられました。岡村重夫は、『社会
福祉原論』の中で、「いつでも本人の
生活の全体性と主体性を援助する」と
表現されておられます。3人のシン
ポジストの資料を事前に拝見した
段階でぞくぞくしたのは、まさに岡
村理論の「いつでも本人の生活の全
体性と主体性を援助しようとして
いる専門職の営みをみたらだと今
改めて思います。岡村理論につ
いては、本学会の岡本民夫元会
長が、岡村理論に依拠すること
の重要性について指摘されていま
す。いつでもクライアントの主体
性に着目すること。生活のあらゆる
側面に、さまざまな要因が、どう
波及していくのか、本人の主体的
側面からその波及的效果を俯瞰し
全体性に着目し続けること。ま
さに、今日の3人のお話は、その
営みの語りでした。また、「俯瞰
する」ということを一つのア
プローチとする人類学の立場から、
本日浮ヶ

谷先生に配信会場の京都までお越しいただき、貴重なご講演をいただくことが叶いました。心より御礼申し上げます。

実践者のこのような貴重な語りは、残さなくてはなりません。そのための倫理的な手続き、配慮について理事会では協議を重ね、私たちの学会の大切な財産として残せるように取り組んできました。

浮ヶ谷先生の基調講演、シンポジウムの記録

は、学会誌に掲載されます。多くの方々に会員になっていただき、かつての私がコロキウムで初めて触れ刺激を受けた「コミュニティの成果物」として手にとっていただきたいと思います。

最後に、重ね重ね、ご参加いただきました皆様、自由研究発表の座長をご担当いただきました大賀先生、大瀧先生に御礼を申し上げます。本日は、どうもありがとうございました。

〔論文〕

建設業一人親方の石綿検診事業に対する 受診行動の消極性に関連する要因の検討 —Health Belief Model を用いた考察—

福 神 大 樹*

本稿の目的は建設業一人親方の石綿検診事業の受診率が低い状況に対して、Health Belief Model を用いて、受診行動の消極性に関連する要因を検討することである。

一人親方から得られたデータ104例を解析した結果、受診行動のカテゴリーとして促進要因は「心理社会的問題の発生頻度（治療内容・病状）」「名前を知っている疾病」、阻害要因は「心理社会的問題の発生頻度（家族関係）」「既に自覚している身体症状」であった。促進要因であるカテゴリーは発症に対する不安感情の発生に影響されており、不安感情の発生は一人親方の過去の石綿粉塵がある環境での作業経験の影響が示唆された。

受診行動を起こす一人親方が少ない状況では石綿ばく露の自覚、健康被害の重大さの自覚が十分に形成されておらず、検診施設まで足を運ぶ負担感や家族関係の変化が生じる可能性は検診で得られるメリットよりデメリットの方が強く意識されていること、受診行動の強化因子といえる疾病・治療に関する医療情報の知識が獲得できていないため、ソーシャルワークとして石綿ばく露の機会、疾病の重大性に関する周知や教育、生活課題の抽出や解決、労働者保護政策相当の施策創設への働きかけが求められる。

Key words : 石綿, 建設業一人親方, 検診事業, ヘルスプロモーション, ソーシャルワーク

I. 緒言

石綿（アスベスト）は吸入（以下、石綿ばく露と略す）することで健康被害が生ずる恐れがある鉱山物の一種であり、紡織性・耐熱性・耐久性・耐薬品性・熱絶縁性に優れている。日本では輸入・加工（製造）・使用が全面禁止されるまでの間、建設土木資材（以下、建材と略す）

として全国各地に流通していた。また、石綿ばく露から症状が発症するまでに30～50年の期間を要することから建設業に従事していた大工・内装工・電気工・左官等の建設労働者、特に建設現場における主労働力とされている一人親方（個人請負就労者）の健康被害者の増加が問題視されている（衆議院 2021）。そして石綿含有建材を使用した建築物は現存しており、未だに

* Taiki Fukujin : 兵庫医科大学

一人親方は解体等工事で石綿ばく露する危険に曝されており、今後の被害状況の拡大・悪化の悲観的観測が予想される。

一人親方の健康被害状況に対し、疾病の早期発見・早期治療は被害拡大の予防対策(死亡者・重症患者の縮小)として期待できる。一人親方が加入している建設労働組合連合会(以下、労働組合と略す)でも定期的に石綿検診事業(以下、検診と略す)を行い、石綿に関連する疾患に精通している医師の受診体制を整備している¹⁾。しかし健康被害が甚大な業界にもかかわらず、労働組合の検診を利用している一人親方は少なく(横山ら 2021)、受診行動の消極性が伺える。受診行動は「自分自身で健康、その決定要因をコントロールし、改善できるようにするプロセス」であるヘルスプロモーションに基づき(島内ら 2012:17)、個人だけではなく、社会の支援体制が大きく影響し、保健医療分野におけるソーシャルワークを検討する際にも個人の自発的な行動変容を支援する行動科学的なアプローチが求められる。そこで本稿ではヘルスプロモーションにおける介入の概念的枠組みである(Karen Glanz 1997:49)、Health Belief Model(保健信念モデル;以下、HBMと略す)を用いて、一人親方の検診に対する受診行動の消極性に関連する要因の検討を目的とした。

II. ヘルスプロモーションに関する先行研究と本稿の位置づけ

ヘルスプロモーションは対象者の社会階層が関連している。予防行動に関しては、疾病の発症確率を下げるための1次予防では対象者の就業状況・他者との会話頻度・所得(経済)状況・離職歴・離婚歴が意思決定に関わっている(泉田ら 2014)。さらに疾病を早期発見し、生存確率を上げるための2次予防では福利厚生が整っている勤労者より自営業の方が予防行動を起こす割合が低いことも報告されており(井伊ら 2002:180-2)、不安定就労である一人親方の受診行動の消極性の要因にも通ずると考える。社

会階層以外においても井伊ら(2002:175)は医療経済分析の側面から、予防行動の限界費用と限界便益の比較において、適切な医療情報がない場合に限界便益を過小評価する可能性を指摘しており、個人と環境の相互作用によって健康や予防行動に対する意識形成や意思決定などが決定されている。なお、本研究で用いるHBMにおいても人が健康行動を変える要素を6つのコンストラクト(認知された脆弱性・認知された重大性・認知された利益・認知された障害・行動のキッカケ・自己効力感)とし、「脅威の認識」「メリットとデメリットのバランス」を健康行動の促進要因とし、それ以外のヘルスプロモーションに関する理論・モデルにおいてもPlanned Behavior Theory(計画的行動理論)、Trans theoretical Model(行動変容ステージモデル)、Social Cognitive Theory(社会的認知理論)などの多数で心理社会的要因が着目されている。受診行動は過去の受診経験、かかりつけ医の存在、かかりつけ医からの検診の促しといった関与が促進要因になる一方で(Schueler 2008)、既に身体不調で医療機関に定期通院している場合には受診行動の消極性に繋がる可能性が指摘されている(後藤ら 2011)。また「配偶者の存在」「当人の再検査への認識の甘さ」も受診行動に作用しており(福田 2023)、ヘルスプロモーションは対象者の身体、心理、就労、家庭、生活、教育、知識、経験などの生活全般の基盤が影響を与える構造主義的であることが示唆できる。

本稿で研究対象とする建設業従事者に関連する先行研究は幾つか確認できるが、検診技術の有用性、有病率に関する病理・医学的所見が占めている(岸本ら 1997;上林ら 2007;川村 2012)。一般住民、石綿ばく露作業従事者、石綿健康管理手帳取得者などを対象とした調査においてもヘルスプロモーションに関しては言及されておらず、行動科学的理論化は十分に進んでいないと考えられる。しかし福神(2022)は石綿ばく露の自覚が一人親方に疾病の発症不安を抱かせ、検診の受診行動を促進させる契機と

位置付けており、過去の当人の石綿ばく露の予防対策、発症不安が受診行動に作用している可能性も考えられる。そのため、石綿ばく露に関する自覚、経験、知識は石綿による健康被害を基盤とする上で受診行動における重要な要件といえる。石綿による健康被害者が多い建設業従事者だが、検診の受診行動プロセスに着目した調査研究は国内外含めても実施されておらず、受診行動の消極性に関する行動科学的理論化を試みる点が本稿の特徴である。そして各行動理論によって1次、2次、3次予防での適用は異なるが(鈴木ら 2003)、一人親方(個人)と生活全般(環境)の相互作用に焦点をあてたヘルスプロモーションにおけるデザインをソーシャルワークと共通する部分とし、ソーシャルワーク研究において、保健や予防に関する支援の考察を試みる点から研究の意義は高いと考える。

Ⅲ. 研究方法

(1) 研究に用いたデータ

本研究は著者が先に実施した調査²⁾において無記名自記式質問紙(以下、調査票と略す)で得たデータから「性別」「年齢」「(建設業での)就業期間」「石綿ばく露の自覚:2項目(ある、ない)」「予防対策の実施頻度:4項目(常時していた・たまにしていた・あまりしていなかった・常時していなかった/不明)」「名前を知っている疾病:6項目(ある[1つ・2つ・3つ・4つ・5つ以上]、ない[0つ])」「発症に対する不安感情の発生頻度:5項目(ある[常時ある・時々ある・ほとんどないが、たまにある・過去に1度だけ]、ない)」「既に自覚している身体症状[難聴・腰痛・手腕痛・首肩痛・血痰・痰・咳・息切れ・その他]:6項目(ある[1つ・2つ・3つ・4つ・5つ以上]、ない[0つ])」「(過去5年間の)検診の受診回数:6項目(ある[1回・2回・3回・4回・5回以上]、ない[0回])」「検診に受診しなかった理由:9項目(必要性を感じなかった、仕事を優先した、検診の申し込みに間に合わなかった、

経済的に厳しかった、休養を取っていた、別の用事が入っていた、病院[医師]が苦手、病気[異常]の発見が困る、検診施設に通いにくい)」「心理社会的問題の発生頻度:5項目(ある[常時ある・時々ある・ほとんどないが、たまにある・過去に1度だけ]、ない)を用いて解析した。

心理社会的問題の発生カテゴリーは医療ソーシャルワーカー業務指針(2002,改訂版)「二.業務の範囲:(1)療養中の心理的・社会的問題の解決調整援助」を参考に「治療内容・病状」「身体機能」「日常生活行為」「経済的問題」「就労」「家族関係」「療養生活」の7つのカテゴリーを設定し、探求的・包括的に状況を問うようにして心理社会的問題の発生状況を確認した(表1)。そして質問文は「例:治療内容・病状①現在、(健康上、特に問題ない状況でも)あなたは自分自身の過去の石綿ばく露を意識して治療内容・病状などの不安を感じたり、悩んだりしたことはありますか。②現在、(健康上、特に問題ない状況でも)あなたは自分自身の過去の石綿ばく露を意識して治療内容・病状などの不安を感じたり、悩んだりする内容で最も近いものを下記から選んでください(複数可)。」と記述して、カテゴリー選択には具体的な内容を示し、それらの内容に対して不安・悩み・困っていることが生じている場合は心理社会的問題の発生とした。

なお、本稿における心理社会的問題とは一人親方と社会的な周囲環境を土台にした相互作用から生じる身体・心理・社会的問題を指し、ICD-10(International Classification of Diseases:疾病及び関連保健問題の国際統計分類[国際疾病分類])における気分障害、依存・嗜癖などの症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)は除外した。

(2) 対象

本研究は、先行研究においてA労働組合に加入している一人親方400名に依頼した調査票で得られた121例の回答のうち、解析で使用するカテゴリーの欠損値のないデータ104例を対象

表1 心理社会的問題に関する質問項目

項目	具体的内容
治療内容・病状	①症状 ②予後・余命 ③治療方法 ④治療の効果 ⑤治療に伴う副作用 ⑥通院頻度 ⑦入院の有無 ⑧体力の低下 ⑨その他
身体機能	①呼吸機能 ②心臓・循環機能 ③消化・吸収機能 ④排泄機能 ⑤運動機能 ⑥感覚機能 ⑦神経機能 ⑧性機能 ⑨造血機能 ⑩その他
日常生活行為	①屋内の移動 ②買い物 ③趣味 ④家事 ⑤屋外への移動 ⑥服薬管理 ⑦金銭管理 ⑧その他
経済的問題	①就労による収入の減額 ②生活費の捻出 ③医療費の支払い ④親や子どもへの仕送り ⑤養育費の捻出 ⑥保険料・税金の支払い ⑦その他
就労	①休職の有無 ②退職の有無 ③勤務回数の減少 ④職場復帰の方法 ⑤会社への病気の告知のタイミング ⑥会社の人の関係性の変化 ⑦取引先への説明方法 ⑧その他
家族関係	①家族間の役割の変化 ②配偶者(親)としての威厳が失われる ③家族への病名の伝え方 ④家族の病状の理解 ⑤配偶者との離婚 ⑥家庭内の家族間の身体的・心理的暴力 ⑦家庭内の不和 ⑧その他
療養環境	①住宅環境の設備 ②支援者の存在 ③近所・親族などの周囲との関わり方 ④介護や医療の相談場所の存在 ⑤医師や看護師などとのコミュニケーション ⑥その他

とした(有効回答率26.0%)。

(3) Health Belief Model の操作設定

本稿では受診行動のカテゴリーとして促進・阻害となる要因を明らかにし、HBMに基づく受診行動プロセスから「一人親方は疾病に罹患しやすい状況で、実際に発症した場合には重大な結果を引き起こす可能性がある信念」「受診行動は疾病による重大な結果を軽減するメリットがある信念」「受診行動によるデメリットを上回る信念」を基礎として、一人親方の受診行動の消極性に関連する要因を検討した。

(4) 解析方法

HBMは当人の健康リスクに関する認識・自覚がヘルスプロモーションの起点であり、本研究では石綿ばく露の自覚、過去の予防対策の有無に着目し、以下の手順で行った。

①一人親方が検診に対する受診行動が促進・阻害される要因に関しては、「検診の受診回数」を従属変数としたステップワイズ増減法による重回帰分析を行った。独立変数は「発症に対する

不安感情の発生頻度」「心理社会的問題の発生頻度」「予防対策の実施頻度」「名前を知っている疾病」「既に自覚している身体症状」とした。

②検診に受診しなかった理由の抽出に関しては、カテゴリー(必要性を感じなかった、仕事を優先した、検診事業の申し込み間に合わなかった、経済的に厳しかった、休養を取っていた、別の用事が入っていた、病院[医師]が苦手、病気[異常]の発見が困るから、検診施設に通いにくい)を χ^2 乗検定、正確二項検定を用いた多重比較を行った。多重比較において p 値はBenjamini & Hochberg法によるFalse Discovery Rateの調整を行った。

③発症に対する不安感情と検診の受診行動の関連性に関しては、重回帰分析で抽出された受診行動の促進要因と「発症に対する不安感情の発生頻度」の有無で比較した。検定はFisherの正確検定、独立性の χ^2 乗検定・Yatesの補正を用いた。有意差が認められた場合、残差分析を行い、調整済み残差の絶対値が1.96以上のカテゴリーに注目した。

④発症に対する不安感情が発生する一人親方の過去の動向(対策)の関連性に関しては、「発

症に対する不安感情の発生頻度」と「石綿ばく露の自覚」「予防対策の実施頻度」の有無で構成された群を参加者間の分散の均一性について Bartlett 検定で比較した。

以上の解析には統計解析ソフト「R システム」「js-STAR XR」を使用し、帰無仮説（有意水準0.05）で設定し、効果量・検出力の便宜的基準はCohenのeffect size（1992）を用いた。

（5）倫理的配慮

本研究に用いるデータは2019年1月31日～2019年12月31日に実施した研究「石綿ばく露作業歴を有する建設労働者の心理社会的問題（兵庫医科大学倫理審査委員会：承認番号第3132号）で得た情報である。なお、二次分析にあたり、兵庫医科大学学長の承認を得て実施しており（管理番号：202402-058 [倫理指针对象外]）、当該データは既に特定の個人を識別することは

できない。

IV. 結果

基本情報の回答分布では基本属性（表2）、心理社会的問題の発生頻度（表3）を示した。解析した対象者の属性では性別が男性104名（100.0%）、年齢が平均54.3歳（SD13.1）、（建設業での）就業期間が平均32.6年（SD13.0）であった。石綿ばく露を自覚している対象者は59名（56.7%）で過半数を占めていたが、石綿を常時予防対策していたのは5名（4.8%）であった。さらに毎年、検診に受診していない対象者は75名（72.1%）であり、その理由では「必要性を感じていない」が最も回答数が多かった（48.1%）。心理社会的問題の発生頻度は全てのカテゴリーにおいて2～3割程度（22.1～36.5%）であった。

表2 基本属性

		人数	%			人数	%
性別	男性	104	100.0				
	女性	0	0.0				
年齢	20歳代	6	5.8				
	30歳代	7	6.7				
	40歳代	23	22.1				
	50歳代	28	26.9				
	60歳代	26	25.0				
	70歳代	13	12.5				
	80歳代	1	1.0				
(建設業での) 就業期間	10年未満	7	6.7				
	10年	5	4.8				
	20年	26	25.0				
	30年	33	31.7				
	40年	20	19.2				
	50年	11	10.6				
石綿ばく露の自覚	60年以上	2	1.9				
	ある	59	56.7				
	ない	45	43.3				
予防対策の実施頻度	常時していた	5	4.8				
	たまにしていた	27	26.0				
	あまりしていなかった	26	25.0				
	常時していなかった/不明	46	44.2				
名前を知っている病気 (複数可) (中皮腫・原発性肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水)	5つ	3	2.9				
	4つ	2	1.9				
	3つ	9	8.7				
	2つ	25	24.0				
	1つ	33	31.7				
	0つ	32	30.8				
	n=104						
発症に対する不安感情の発生頻度	ある	常時ある	8	7.7			
		時々ある	15	14.4			
		ほとんどないが、たまにある	26	25.0			
		過去に1度だけ	4	3.8			
		ない	51	49.0			
既に自覚している身体症状 (複数可) (難聴・腰痛・手腕痛・首肩痛・血痰・痰・咳・息切れ・その他)							
	5つ以上	2	1.9				
	4つ	6	5.8				
	3つ	4	3.8				
	2つ	10	9.6				
	1つ	28	26.9				
	0つ	54	51.9				
石綿検診事業の受診回数 (過去5年間)							
	5回以上	12	11.5				
	4回	3	2.9				
	3回	4	3.8				
	2回	4	3.8				
	1回	6	5.8				
	0回	75	72.1				
石綿検診事業を受診しなかった理由、要因 (複数可) ※石綿検診事業の受診回数「0回」の回答者のみ							
	必要性を感じなかった	50	48.1				
	仕事を優先した	13	12.5				
	検診事業の申し込み間に合わなかった	2	1.9				
	経済的に厳しかった	2	1.9				
	休養を取っていた	0	0.0				
	別の用事が入っていた	1	1.0				
	病院 (医師) が苦手	3	2.9				
	病気 (異常) の発覚が困る	3	2.9				
	検診施設に通いにくい	5	4.8				

表3 心理社会的問題の発生頻度

		人数	%			人数	%		
n=104									
(1)治療内容・病状				(5)就労					
ある		常時ある	4	3.8	ある		常時ある	8	7.7
		時々ある	10	9.6			時々ある	9	8.7
		ほとんどないが、たまにある	24	23.1			ほとんどないが、たまにある	13	12.5
		過去に1度だけ	0	0.0			過去に1度だけ	0	0.0
		ない	66	63.5			ない	74	71.2
(2)身体機能				(6)家族関係					
ある		常時ある	5	4.8	ある		常時ある	6	5.8
		時々ある	9	8.7			時々ある	7	6.7
		ほとんどないが、たまにある	18	17.3			ほとんどないが、たまにある	10	9.6
		過去に1度だけ	1	1.0			過去に1度だけ	0	0.0
		ない	71	68.3			ない	81	77.9
(3)日常生活行為				(7)療養生活					
ある		常時ある	5	4.8	ある		常時ある	6	5.8
		時々ある	8	7.7			時々ある	10	9.6
		ほとんどないが、たまにある	13	12.5			ほとんどないが、たまにある	13	12.5
		過去に1度だけ	2	1.9			過去に1度だけ	0	0.0
		ない	76	73.1			ない	75	72.1
(4)経済的問題									
ある		常時ある	6	5.8					
		時々ある	11	10.6					
		ほとんどないが、たまにある	15	14.4					
		過去に1度だけ	1	1.0					
		ない	71	68.3					

(1) 石綿検診事業の受診行動に対する促進・阻害要因

重回帰分析では「検診の受診回数」を従属変数とした場合、「心理社会的問題の発生頻度(治療内容・病状)」「心理社会的問題の発生頻度(家族関係)」「名前を知っている疾病」「既に自覚している身体症状」が選出され、モデル決定係数 $R^2=0.247$ であった ($F[4,99]=8.122, p<0.05, f^2=0.328, 1-\beta=0.999, \text{adjusted } R^2=0.217$)。効果量はやや大きく、検出力 ($1-\beta$) は十分であった。有意な一次の交互作用は見られなかったが、主効果については「心理社会的問題(治療内容・病状)の発生頻度 ($b=0.556, t[99]=3.342, p=0.001, \beta=0.403$)」「名前を知っている疾病 ($b=0.524, t[99]=4.02, p<0.05, \beta=0.363$)」の係数が増加すると、有意に「検診の受診回数」の係数が増加することが見いだされた。一方で「心理社会的問題(家族関係)の発生頻度 ($b=-0.466, t[99]=-2.84, p=0.006, \beta=-0.331$)」「既に自覚している身体症状 ($b=-0.272, t[99]=-2.139, p=0.035, \beta=-0.197$)」の係数が増加すると、有意に「検診の受診回数」の係数が減少することが見いだされた(表4)。

受診しなかった理由に関して χ^2 乗検定を行った結果、有意差が生じていた ($\chi^2[7]=196.544, p<0.05, w=1.577, 1-\beta=1$)。効果量 w は大きく、検出力 ($1-\beta$) は十分であった。正確二項検定を用いた多重比較 ($\alpha=0.05, \text{両側検定}$) では、「必要性がなかった」は他のカテゴリーよりも有意に度数が多く ($\text{adjusted } ps<0.05$)、「仕事を優先した」は「通院距離が遠い」と有意差はなく ($\text{adjusted } p=0.207$)、それ以外のカテゴリーは有意に度数が多かった ($\text{adjusted } ps<0.05$)。それ以外のカテゴリー間では有意差は生じていなかった。

(2) 発症に対する不安感情の発生による受診行動への作用

重回帰分析で抽出された受診行動の促進要因とされる「心理社会的問題(治療内容・病状)」「名前を知っている疾病」と「発症に対する不安感情」の有無で Fisher の正確検定、 χ^2 乗検定・Yates の補正で残差分析を行った。

「発症に対する不安感情(発生14件[常時・時々]、未発90件[ほとんどないが、たまにある・過去に1度だけ・ない])」と「心理社会的問題(治療内容・病状)(発生23件[常時ある・

表4 石綿検診事業の受診行動における促進・阻害要因

(上段：選択ステップ，下段：偏回帰係数の検定)

項の増減	自由度	残差増分	自由度	残差逸脱	ベイズ情報量規準
	NA	NA	91	220.480	435.660
心理社会的問題（療養生活）	1	0.075	92	220.560	431.050
心理社会的問題（就労）	1	0.349	93	220.900	426.570
心理社会的問題（身体機能）	1	0.697	94	221.600	22.260
心理社会的問題（経済的問題）	1	0.974	95	222.570	418.070
心理社会的問題（日常生活）	1	3.482	96	552.060	415.040
予防対策の実施頻度	1	3.365	97	229.420	411.930
名前を知っている疾病×心理社会的問題（発症）	1	6.703	98	236.130	410.280
発症に対する不安感情の発生頻度	1	0.027	99	236.150	405.650
	偏回帰係数	標準誤差	t 値	p 値	β
Intercept	0.942	0.151	6.222	p<0.05	0.000
名前を知っている疾病	0.524	0.130	4.020	p<0.05	0.363
心理社会的問題（治療内容・病状）	0.556	0.166	3.342	0.001	0.403
心理社会的問題（家族関係）	-0.466	0.164	-2.840	0.006	-0.331
既に自覚している身体症状	-0.272	0.127	-2.139	0.035	-0.197

時々ある]、未発81件 [ほとんどないが、たまにある・過去に1度だけ・ない]で Fisher の正確検定で比較した結果、有意差があった ($p < 0.05$, odds ratio = 22.651, 両側検定)。χ² 値から算出した効果量 ($w = 0.503$, $1 - \beta = 0.999$) は便宜的基準によると大きく、検出力 ($1 - \beta$) は十分であった。「心理社会的問題（治療内容・病状）」の発生群の未発群に対するオッズ比は5.064 - 145.058、「発症に対する不安感情」の比率差は0.205 - 0.677と推定される (表5)。調整された残差は「心理社会的問題（治

療内容・病状）」の発生群では「発症に対する不安感情」の発生が期待度数より有意に多く ($z = 5.471$, adjusted $p < 0.05$)、「心理社会的問題（治療内容・病状）」の未発群では「発症に対する不安感情」の未発の度数が期待度数より有意に多かった ($z = 5.471$, adjusted $p < 0.05$)。

そして、「発症に対する不安感情（発生23件 [常時・時々]、未発81件 [ほとんどないが、たまにある・過去に1度だけ・ない]）」と「名前を知っている疾病（既知72件 [1～5つ]、

表5 心理社会的問題（症状）と不安感情の関連性（Fisher の正確検定結果）

(上段：度数集計表・下段：点推定と信頼区間推定)

		発症に対する不安感情の発生頻度		比率	
		発生 (常時・時々)	未発 (たまに・過去に1度・ない)		
心理社会的問題 (治療内容・病状)	発生 (常時・時々)	11	12	0.478	
	未発 (たまに・過去に1度・ない)	3	78	0.037	
		点推定	95%信頼下限値	上限値	p 値
比率の差		0.441	0.205	0.677	p<0.05
オッズ比		22.651	5.064	145.058	

未知32件 [0つ])」で Fisher の正確検定で比較した結果、有意差があった ($p=0.002$, odds ratio=13.418, 両側検定)。χ² 値から算出した効果量 ($w=0.28$, $1-\beta=0.815$) は中程度、検出力 ($1-\beta$) は十分であった。「名前を知っている疾病」の既知群の未知群に対するオッズ比は1.965 - 579.181、「発症に対する不安感情」の比率差は0.129 - 0.419と推定される(表6)。調整された残差は「名前を知っている疾病」の既知群では「発症に対する不安感情」の発生が期待度数より有意に多く ($z=4.858$, adjusted $p<0.05$)、未知群では「発症に対する不安感情」の未発が期待度数より有意に多かった ($z=4.858$, adjusted $p<0.05$)。

(3) 発症に対する不安感情が形成される一人親方の過去の動向

「発症に対する不安感情の発生頻度」における「石綿ばく露の自覚」「予防対策の実施頻度」の有無で各群の参加者間の分散の均一性について Bartlett 検定で比較した結果、 p 値は有意水準以上であるため帰無仮説は棄却された ($\chi^2 [3]=9.129$, $p=0.027$)。分散に差が発生している可能性があったため、各群で Kruskal Wallis 検定を行った結果、「予防対策の頻度が少なく、石綿ばく露を自覚している群」の不安感情の発生頻度が他のカテゴリーと比較して最も多かった(表7)。

表6 知っている病名と不安感情の関連性 (Fisher の正確検定結果)

(上段：度数集計表・下段：点推定と信頼区間推定)

		発症に対する不安感情の発生頻度		比率	
		発生 (常時・時々)	未発 (たまに・過去に1度・ない)		
名前を知っている疾病	既知 (5~1つ)	22	50	0.306	
	未知 (0つ)	1	31	0.031	
		点推定	95%信頼下限値	上限値	p 値
比率の差		0.274	0.129	0.419	$p=0.002$
オッズ比		13.418	1.965	5791.810	

表7 予防対策の頻度と石綿ばく露の自覚における不安感情の発生状況 (Kruskal Wallis 検定結果)

	人数	平均値	標準偏差	最大値	最小値	平均順位
予防対策の頻度が多く、石綿ばく露を自覚している	27	1.7	1.53	4	0	61.7
予防対策の頻度が多く、石綿ばく露を自覚してない	5	0.4	0.80	2	0	34.5
予防対策の頻度が少なく、石綿ばく露を自覚している	32	1.8	1.39	4	0	63.7
予防対策の頻度が少なく、石綿ばく露を自覚していない	40	0.6	0.94	3	0	39.6

V. 考察

(1) Health Belief Model に基づく石綿検診事業の受診行動プロセス

本研究の結果、検診の受診行動のカテゴリーとして促進要因は「心理社会的問題の発生頻度

(治療内容・病状)」「名前を知っている疾病」、阻害要因は「心理社会的問題の発生頻度 (家族関係)」「既に自覚している身体症状」であった。促進要因であるカテゴリーは発症に対する不安感情の発生に影響されており、不安感情の発生は一人親方の過去に石綿粉塵がある環境での作

業経験の影響が示唆されるものであり、以上を踏まえ、HBMに基づく受診行動プロセスを考察した(図1)。

〈個人の認知〉【認知された疾病への脆弱性と重大性】では「石綿ばく露の自覚」「石綿による健康被害の重大性の自覚(否定的結果)」が考えられる。

〈変容要因〉【属性(年齢・性格・社会経済的状況・知識)】は「心理社会的問題の発生頻度(治療内容・病状)」「名前を知っている疾病」を踏まえて「疾病・治療に関する医療情報の知識」が適していると考えられる。また一人親方が個人請負、不安定就労者であることも作用している可能性はおおいにある(舟橋ら 2013)。同時に【認知された疾病の脅威】である「不安感情の発生(特定の疾病の恐ろしさの自覚)」にも作用している。

〈行動の起こりやすさ〉【認知された行動変容による利益と障害の差】では「家族関係の変化」「既に自覚している身体症状」「必要性の認識」「仕事の中断」「検診施設への移動」という点が受診行動の利益に対する障害となり、【行動変容の起こりやすさ】「受診行動(勧められた予防的保健行動をとる可能性)」に作用していると考えられる。

また、本研究では十分に検討できていない要因もある。【認知された疾病への脆弱性と重大性】

では受診行動の肯定的結果である「予防効果の利益の自覚(不安感情の解消、早期発見・早期治療、早期救済・支援)」が影響しうる可能性があり(環境省 2020)、『行動のキッカケ』では「労働組合の啓発活動の実施」「クボタショックなどの社会現象」などの社会的促進要因の影響が示唆される(柴田ら 2007)。石綿による健康被害はマスメディアなどに取り上げられたことで受診行動を起こす一人親方が増加したこともあったため(福神ら 2023)、今後、調査や分析を重ねて明らかにすることが課題として残される。

以上のことから、受診行動を起こす一人親方が少ない状況ではヘルスプロモーションの起点である石綿ばく露の自覚や健康被害の重大性の自覚が十分に形成されておらず、変容行動となる不安感情が発生しないことで検診の必要性が認識されていないと考えられる。そして検診の必要性の認識不足に伴い、仕事を中断して検診施設まで足を運ぶ負担感や家族関係の変化が生じる可能性はメリットよりデメリットの方が強く意識されていること、受診行動の強化因子といえる疾病・治療に関する医療情報の知識が獲得できていないことが、一人親方の検診に対する受診行動の消極性に関連する要因と考えられる。

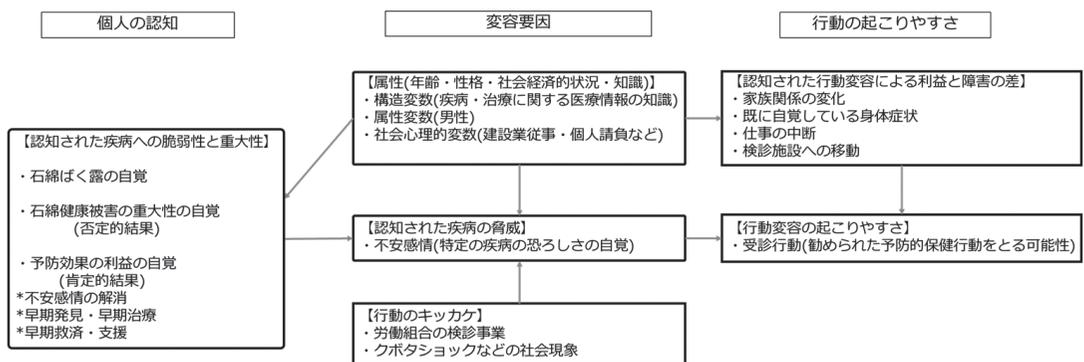


図1 Health Belief Modelに基づく石綿検診事業における受診行動プロセス

(2) 受診行動の消極性の解決にむけたソーシャルワークの視点からの考察

受診行動はself-efficacy（自己効力感）を形成し、健康に対する予防意欲の向上が期待できるため、石綿による健康被害者の早期発見・早期治療（死亡者・重症患者の縮小）を目指すうえで、受診行動の消極性の解決が求められる。HBMでは「可能性の自覚」に対する介入が求められ、本研究においては〈個人の認知〉【認知された疾病への脆弱性と重大性】が一人親方に十分に形成されておらず、不安感情が発生していないことで検診の必要性が認識していないと考え、石綿による健康被害の実態が把握できていない、検診の有用性への懐疑である一人親方が存在している状況が示唆される。ソーシャルワークとして「可能性の自覚」を促すため、石綿ばく露の機会（石綿による健康被害に関する注意・勧告などの予防対策に対する国・建材メーカーの不作為的関与）、疾病の重大性に関する周知や教育を行うことが考えられ、労働組合だけでなく、医療機関及び行政が介入・連携できるように各方面との調整が求められる。また阻害要因で抽出された「既に自覚している身体症状」は先述した通り、身体症状による不調での定期通院が一人親方の受診行動の抑制が作用している可能性がある。石綿に関連する疾病の発見や診断は容易ではないため（岸本ら2019）、石綿障害予防規則第40条「検診で実施すべき項目（1. 業務の経歴の調査、2. 石綿によるせき・たん・息切れ・胸痛等の他覚症状又は自覚症状の既往歴の有無の検査、3. せき・たん・息切れ・胸痛等の他覚症状又は自覚症状の有無の検査、4. 胸部のエックス線直接撮影による検査）」も周知や教育に包含し、一人親方に対して検診の特殊性の理解を得ることが重要と考える。

そして〈行動の起こりやすさ〉【認知された行動変容による利益と障害の差】である「家族関係の変化」では従来、家族の存在は受診行動の促進要因と認識されているが、石綿による健康被害が明るみに出た場合において、「家族の

（経済面を含めた）支援が十分でない、心配をかけたくない」などの家族関係の変化が起きる可能性に心配・悩み・不和などが生じやすい社会背景が受診行動の消極性に繋がっている可能性がある。当人と家族を一体的に捉え、潜在的な生活課題の抽出や解決を図ることで家族の存在が受診行動の促進要因に変化すると考えられる。また不安定就労である一人親方は検診施設が遠いことで「仕事を中断する＝収入が発生しない」となり、検診の必要性を認識していないことも相まって受診行動が起こしにくい社会的課題が考えられる。一人親方は個人事業主ではあるが重層請負構造において実質労働力として扱われている以上、施策的ニーズとして経済的な負担の軽減を目的とした労働者保護政策相当の施策創設への働きかけが求められる。

VI. 結語

本稿では一人親方の検診に対する受診行動の消極性の関連する要因を検討し、疾病の発症前からのソーシャルワークの必要性を示唆するものであった。しかしサンプルサイズも小さいため、今後も継続的な調査研究を行い、本研究の検証を重ねていくことが不可欠である。

謝辞

本稿を執筆するにあたり調査に回答していただきました建設業一人親方の皆様、またご協力いただきました労働組合の事務局の皆様にも厚くお礼申し上げます。

注

- 1) 本研究の調査協力を依頼したA労働組合は労働者によって組織された任意組合であり、年1回の検診事業を行っている。検診にかかる費用は診察・胃カメラ・胸部レントゲン・血液検査・石綿に関連する疾病に精通している医師の診察等を含めて組合員価格

の安価で提供している。

- 2) 福神 (2022) は石綿ばく露の自覚と心理社会的問題の発生状況の関連から、一人親方が石綿ばく露の自覚を有する場合、疾病を発症していなくても心理社会的問題が発生しており、発症時には疾病受容・役割喪失・就労制限に伴う経済的問題等の支援ニーズが発生することを明らかにした。

文献

- Burrhus-Skinner, F. (1965) *SCIENCE AND HUMAN BEHAVIOR*, New Impression edition. (=2003, 河合伊六・長谷川芳典・高山巖・ほか訳『科学と人間行動』二瓶社.)
- 福田沙織 (2023) 「職域健康診断における二次検診受診行動に関連する要因の検討」『産業衛生学雑誌』65(4), 203-11.
- 福神大樹 (2022) 「石綿健康被害者に対するソーシャルワーク支援の視点——建設業一人親方に対する質問紙調査を通して」『医療と福祉』56(1), 29-35.
- 福神大樹・大松重宏 (2023) 「建設アスベスト問題における労働組合の被害者支援の現状と課題——労働組合に対するインタビュー調査を通して」『保健医療社会福祉研究』31, 51-60.
- 舟橋博子・西田友子・岡村雪子・ほか (2013) 「中年期における特定健康診査未受診者の特性」『日本公衆衛生雑誌』60(3), 119-27.
- 後藤めぐみ・武田政義・開沼洋一 (2011) 「特定健診未受診者へのアンケート調査からみた未受診の要因と対策」『厚生指標』58(8), 34-39.
- 井伊雅子・大日康史 (2002) 『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社.
- 泉田信行・黒田有志弥 (2014) 「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について——生活と支え合いに関する調査を用いて」『社会保障研究』49(4), 408-20.
- 上林考豊・中務博信・宮岡博之・ほか (2007) 「建築労働組合加入者に対して実施した石綿検診結果の報告」『京都医学会雑誌』54(1), 99-102.
- 環境省 (2020) 「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査の主な結果及び今後の考え方について (最終とりまとめ)」
(https://www.env.go.jp/air/asbestos/commi_hefc/rep_r01/data/R0203rep.pdf, 2023. 7. 2).
- Glanz, Karen., Lewis, M. F. and Rimer B. K. (1997) *Health Behavior and Health Education — Theory, Research, and Practice*, Jossey-Bass. (=2006, 曾根智史・湯浅資之・渡部基・ほか訳『健康行動と健康教育——理論, 研究, 実践』医学書院.)
- 川村光夫 (2012) 「建設労働者に対するアスベスト胸部 CT 検診 4 年間の成績」『病理生理』42, 2-7.
- 岸本卓巳・藤本伸一・加藤勝也・ほか (2019) 「石綿関連疾患の診断と治療」『産業医学レビュー』32(2), 99-130.
- 岸本卓巳・藤岡英樹 (1997) 「岡山県建設労働者における石綿検診に関する検討」『日本災害医学会会誌』45(6), 374-78.
- 柴田英治・久永直見・酒井潔 (2007) 「建設業をめぐる石綿問題と今後の課題」『社会医学研究』25, 7-13.
- 島内憲夫・鈴木美奈子 (2012) 『ヘルスプロモーション——WHO: バンコク憲章』垣内出版.
- 鈴木圭子・本橋豊・金子善博・三浦正樹 (2003) 「Well-being のため行動理論に関する研究」『日本赤十字秋田短期大学紀要』8, 17-24.
- 衆議院 (2021) 「第204回国会厚生労働委員会第24号」
(https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/)

009720420210602024.htm, 2023. 6. 15).
横山和仁 (2021) 『フリーランスの業界団体における安全衛生対策と意識の実態把握のた

めの調査研究』令和3年度厚生労働科学研究費補助金, 国際医療福祉大学.

**Examination of factors related to the reluctance of self-employed contractors in
the construction industry to undergo asbestos medical checkup services
—Considerations using the Health Belief Model—**

Taiki Fukujin

Hyogo Medical University

This paper examines the factors associated with the reluctance of self-employed contractors in the construction industry to undergo asbestos medical checkup services, using the Health Belief Model.

Utilizing data from 104 contractors, the research identifies both facilitating and inhibiting factors for seeking medical checkups. Facilitating factors include the “frequency of psychosocial problems (treatment and medical conditions)” and “known disease name.” Inhibiting factors include the “frequency of psychosocial problems (family relationships)” and “perceived symptoms.”

The study finds that anxiety about the onset of disease is influenced by the contractors’ experiences working in environments with asbestos dust. The lower uptake rate is attributed to a lack of awareness about asbestos exposure and its serious health consequences, the perceived burden of visiting medical checkup facilities, and the negative impact on family relationships, which are seen as more significant than the benefits of undergoing medical checkups. The study suggests that social work interventions should focus on increasing awareness about asbestos exposure, educating about the severity of asbestos-related diseases, addressing life challenges, and creating policies equivalent to those in labor law to encourage medical checkups.

Key words: asbestos, self-employed contractors, construction industry, medical checkup services, health promotion, social work

〔論文〕

ソーシャルワーカーおよび 医療ソーシャルワーカーの起源の再考 —史実に基づく知見から—

富 樫 八 郎*

本研究の目的は、史実に基づくソーシャルワーカーおよび医療ソーシャルワーカーの起源を明らかにすることである。

わが国のソーシャルワーク関連の文献を概観すると、ソーシャルワーカーの起源は、1869年に設立されたロンドン慈善組織協会に誕生した友愛訪問員と記されている。

また、医療ソーシャルワーカーの起源は、1895年にロンドンのロイヤル・フリー・ホスピタルに誕生したアルマナーと記述されている。

しかし、イギリスやアメリカのソーシャルワーク史や医療史の文献には、わが国のようなソーシャルワーカーおよび医療ソーシャルワーカーの起源の記述はみられない。

このことから、わが国におけるソーシャルワーカーおよび医療ソーシャルワーカーの起源の記述を史実に基づき再考する必要がある。

Key words : C. O. S. アルマナー, 病院アルマナー

I. 問題の所在と研究目的

わが国の社会福祉やソーシャルワーク関連の文献を概観すると、ソーシャルワーカー（以下、SW と略記）の起源は、1869年に設立されたロンドン慈善組織協会（Charity Organization Society : 以下、C. O. S. と略記）で生活困窮者等を対象に「友愛訪問（friendly visiting）」に当たった「友愛訪問員（Friendly Visitor）」と記されている。

他方、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW と略記）の起源は、1895年にロンドンのロイヤ

ル・フリー・ホスピタル（Royal Free Hospital）に新たに誕生した病院「アルマナー（Almoner）」と記されている。

ロンドン C. O. S. の理論的・実践的指導者であったロック（Loch, C.）の1883年の著書 *How to Help Cases of Distress a Handy Reference Book for Almoners and Others.* や1890年の著書 *Charity Organization.* また、ロンドン C. O. S. に参加していたボーザンキッド（Bosanquet, H.）の1914年の著書 *Social Work in London, 1869-1912.: A History of the Charity Organization Society.* などの中に、

*Hachiro Togashi : 沖縄大学

friendly visiting や friendly visitor の用語はみられない。

また、長きにわたりロンドン C. O. S. 研究に携わった高野の著書『イギリス近代社会事業の形成過程—ロンドン慈善組織協会の活動を中心として—』の中にも、「友愛訪問」や「友愛訪問員」の用語はみられない（高野 1985：132-202）。

他方、前記のボーザンキッド (Bosanquet, H.) の著書やベル (Bell, E. M.) の著書 (1961) *The Story of Hospital Almoners. The Birth of a Profession*. そして、イギリスの病院史研究のエイベル・スミス (Abel-Smith, B.) の著書 (1964) *The Hospitals 1800-1948*. これらの書の中に、「アルマナーの誕生」とか「新たに誕生したアルマナー」といった記述はみられない。

これらのことから、本研究の目的は、わが国の文献でみる SW や MSW の起源についての記述が、如何なる根拠に基づいて記述されたものなのかを検討するとともに、史実に基づく SW や MSW の起源を明らかにすることである。

II. 研究方法

研究目的を明らかにするために、文献研究では、以下の5点について精査する。

第1に、SW の起源をロンドン C. O. S. に誕生した「友愛訪問」を担う「友愛訪問員」と記述している文献の現われを確かめるために、1920年代以降の主だったわが国の文献を精査する。その際に、執筆者からの引用・参考文献（原典）の記載の有無をも確かめる。

第2に、イギリスの初期の慈善活動及びロンドン C. O. S. に誕生した訪問ボランティアの呼名や慈善活動を理解するために、1840年代以降のチャルマーズ (Chalmers, T.) やロック (Loch, C.)、ボーザンキッド (Bosanquet, C.) 等の著書（原典）を精査する。

第3に、MSW の起源をロイヤル・フリー・ホスピタルに誕生した「アルマナー」と記述し

ている文献の現われを確かめるために、1950年代以降の主だったわが国の文献を精査する。その際に、執筆者からの引用・参考文献（原典）の記載の有無をも確かめる。

第4に、ロイヤル・フリー・ホスピタルへの「アルマナー」の導入経緯を理解するために、ロック (Loch, C.)、ボーザンキッド (Bosanquet, H.)、ベル (Bell, E. M.)、エイベル・スミス (Abel-Smith, B.) 等の著書（原典）を精査する。

第5に、SW の起源をロンドン C. O. S. の「友愛訪問員」とするわが国の記述との関連から、アメリカにおける SW の起源の記述や MSW の出現を、1900年以降のリッチモンド (Richmond, M. E.) やフレクスナー (Flexner, A.)、キャボット (Cabot, R. C.)、マイヤー (Meier, E. G.) 等の著書（原典）を精査する。

III. 研究結果

1. わが国における SW・MSW の起源の記述

(1) 慈善組織化の萌芽期のボランティア訪問員

慈善救済の目的は、公的救済を受けている生活困窮者または公的救済に頼ろうとしている生活困窮者に対し、ボランティアの訪問員（以下、ボランティア訪問員と記す）による倫理的・道徳的教化を通して、生活困窮者の勤勉や節約を促し、自立に導くことにある。

このボランティア訪問員をわが国の文献では、どのように記述しているかを時系列でみしてみる。

わが国の文献には、ロンドン C. O. S. の先駆的活動の一つに、チャルマーズ (Chalmers, T.) の隣友運動 (Neighborhood Movement) があると記されている。チャルマーズは、スコットランド長老派の牧師として、1819年から1823年の在職中、最貧地区であったグラスゴー市のセント・ジョンズ (St. Jhon's) 教区で教会活動を行いつつ、教区を25地区に分け、各地区に1名のボランティア訪問員を配置し、生活困窮者の生活実態の調査と救済活動に当たった。

生江(1923:483)は、ボランティア訪問員を「其の際教区を多数の小区に分ち区毎に適当な教務者を置いて徹底的に細民状態の調査を試み---」と「教務者」と表現している。

竹中(1956:123)は「セツルメント運動及び英国の慈善組織化運動に影響を及ぼしたものとして見過ごすことの出来ないものはチャルマーズの方面隣友運動である。客體を客観的に把握し、個別的救護教化の徹底を計ったのである」と「隣友運動(Neighborhood Movement)」の用語をはじめて用いて記述している。

吉田・高島(1964:98)は「マルサスの慈善方法を組織的に実践してみせたのがチャルマーズの隣友運動であった。---彼はグラスゴウの自己の担当教区を25に分ち、各1名の執事を任命し、それぞれ約50家族400名を指導させた。---執事には富裕なボランティアを期待し、“施与者であるより友人であれ”と“友愛訪問(friendly visiting)を説いた」と「隣友運動」「執事」「施与者であるより友人であれ」「友愛訪問」の表現がでてくる。

高沢(1968:52)は「チャルマーズは、その慈善思想をマルサスから受け継ぐと、形態的には“友愛訪問員(friendly visitor)”を出現することになった」と「友愛訪問員」の表現がでてくる。

仲村(1991:42)は「トーマス・チャルマーズの隣友運動に、慈善組織化運動の先駆的な形のものをもとめることができる」と「隣友運動」の記述がみられる。

河合(2002:359)は「教区において---担当者の訪問による地域住民との個人的接触を通して、貧困者自身の自立と相互扶助を推進する3年9か月に及ぶ実験を行った。これが、後に隣友運動と呼ばれるもの」と「実験」「隣友運動」の記述がみられる。

このように、チャルマーズの行った慈善救済活動は「隣友運動」と呼ばれ、その活動は「友愛訪問員」による「友愛訪問」とする記述である。

(2) わが国における SW の起源の記述

ロンドン C. O. S. の設立前にみられたことは、慈善団体が乱立し、無計画な濫救や漏救がみられた。このような問題状況を解決するために、1869年にロンドン C. O. S. が設立され、本格的な慈善組織化の活動がはじまる。C. O. S. は、市をいくつかの地区に分割し、各地区に地区委員会を設置し、ボランティア訪問員を配属した。そして C. O. S. は、ボランティア訪問員による生活困窮世帯の生活実態の調査と世帯登録を行い、慈善団体間の連絡調整もすすめた。

各地区で戸別訪問を行っていた C. O. S. のボランティア訪問員を、わが国の文献ではどのように記述しているかを時系列でみえる。

わが国の社会事業の父と称された生江(1923:484)の著書『社会事業綱要』には「所謂慈善協會なるものは、当時の救貧行政の弊害と、慈善事業より生ずる弊實に鑑み、消極的に対して的確なる救護に重きを置いたのである」と C. O. S. の組織目的を記している。しかし、「友愛訪問」「友愛訪問員」の記述はない。

竹中(1950:118-120)の著書『社会福祉研究』には、「同協會の目的は救貧法の適正な適用及既存の慈善團體の相互連絡による救助の合理的運営と計劃性の賦興であって、---貧窮民の訪問による観察と指導の組織化を協會の中央的機關を通し行うことにあった」と慈善団体の連絡調整と生活困窮者に対する訪問といった C. O. S. を役割を記述している。しかし、「友愛訪問」「友愛訪問員」の記述はない。

岡村(1958:43)は、著書『社会福祉学総論』の中で「この C. O. S. には---一人の貧困者に対して二重、三重の救済をあたえることを防ぐための調査・連絡機関がおかれたり、---同時に、貧困者に対する“友情訪問(friendly visiting)”と篤志家の“個人的な情熱と人格による道徳的感化”をもって保護事業の原理とした」とロンドン C. O. S. 活動の中で、貧困者に対する「友情訪問」があったと記している。わが国の文献では、はじめての記述である。

小川(1964:10)は「C. O. S. は、1869年

創設を見、非組織的な施与が不適切な救済と職業的乞食の増加を招き、自助を妨げるとし、慈善団体の連絡調整、正確な調査による個人の実情にそくした、自助を高める援助をすすめ、友愛訪問を主張した」とC. O. S.活動の中で「友愛訪問」を重視していたことを記している。

岡田（1973：308-310）は「貧民への友愛訪問員 --- 友愛訪問員と訪問される者との関係をうまく利用することによって、個人の心中に良い変化の起こることを期待した」と「友愛訪問員」の救済方法を記述している。

仲村・一番ヶ瀬・重田・吉田（1974：361）は「友愛訪問とは、貧困者に対する個別の訪問指導のことで、それに従事したのが友愛訪問員である」と「友愛訪問員」の仕事は「友愛訪問」であると記している。

白澤（1990：16）は「ケースワークの前史は、イギリスの各都市で1870年代に生まれた慈善組織協会にある。ここでは「施与ではなく友愛を」スローガンにし、友愛訪問員が貧困者を訪問し、人格的な感化でもって、貧困者の道徳的改良をめざすものであった」と「友愛訪問員」の役割を記している。

児島（1992：28-29）は「協会は、--- ボランティアが貧困者の家庭を訪問することを通して人格的感化を与え、自立を促進することを目的として、家庭訪問活動を展開した。それが“施与ではなく友愛を”という基本理念を掲げていたことから友愛訪問と呼ばれた」と「友愛訪問」の意義を記述している。

小田（2006：36-37）は「ロンドンC. O. S.では--- 救済申請者の資力調査を綿密におこない、救済の重複を避けるために登録制度を導入した。さらに、当初は婦人の役割とされており、ボランティアであったが、友愛訪問を必要な家庭にたいし実施した」と「友愛訪問」の目的を記している。

このように、ロンドンC. O. S.では、生活困窮者に対し「友愛訪問員」による「友愛訪問」が行われていたとする記述である。

（3）わが国におけるMSWの起源の記述

ロイヤル・ルフリー・ホスピタルに導入されたアルマナーを、わが国の文献ではどのように記述しているかを時系列でみる。

わが国では、はじめて中尾（1956：2-3）が「1895年に、経験あるロンドンC. O. S.の社会事業家を同市のロイヤル施療病院の入院係として配置し、--- この従事者を英国ではアルマナーと呼び、多くの病院に普及した」とアルマナーの紹介をしている。

次に、中島（1964：27-28）は「当時C. O. S.のノースセントパンクラス地区の書記をしていたメアリー・スチュアート（Mary Stewart）が選ばれ、1895年1月から仕事をはじめた--- “この新しい仕事が生まれたのである。この仕事をする人はレディアルマナー”と呼ばれた」と記している。

児島（1976：215）は「ロイヤル・フリー・ホスピタルに一人のアルマナーが採用された。アルマナーとは、“奉仕する人”の意味で、後にMSWと呼称されるようになった」と記述している。

内田（1972：30）は「1869年にロンドンでC. O. S.運動が生まれて、その組織の中に友愛訪問員制度（friendly visitor）を設け、---1895年から王室施療病院にメアリー・スチュアートが専任ワーカーとして置かれることになった。この新しい仕事をする人はアルマナーとよばれた」と記している。

田代（1975：178-179）は「1869年にロンドンにC. O. S.運動が生まれ--- 友愛訪問員制度が設置されることになった。チャールズ・ロックはC. O. S.の総主事となったが、多くの貧困者、病人に適切にして必要な医療サービスを与えることが貧困問題を解決する有力な方法であると考え、ようやく1895年に慈善組織協会書記のメアリー・スチュアートが王室施療病院の専任アルマナーとして採用された」と記述している。

このように、C. O. S.の友愛訪問員とは異なった、新たな援助職としての「アルマナー」

が慈善病院に誕生したという記述である。

2. イギリスにおける SW の起源の記述

(1) 慈善組織化の萌芽期にみるアルマナー

1) グラスゴウの実験におけるアルマナー

チャルマーズによるグラスゴウ市セント・ジョンズ (St. John) 教区での実験は、1819年10月1日から1823年7月1日の間に行われた。チャルマーズは、25小地区での自身及びボランティア訪問員による生活困窮者の生活実態調査と救済活動を「グラスゴウの実験 (The Experiment in Glasgow)」と称している (Chalmers, T. 1841 : vi)。

生活困窮者へのボランティア訪問員の中には、アルマナーも存在していた。チャルマーズの1841年の著書 *The Parochial System*. (教区制度) の第2節に「慈善家がアルマナーになると、このプロセスが逆転する。彼は受け取る (寄付を受け取る) のではなく、与えるのである」と述べている (Chalmers, T. op. cit. : 33)。そして、地区訪問での調査について「調査は、あらゆるケースにおいて友愛的ではあったものの、厳格であった。その目的は、公的救済に頼る前に、私たちが利用できる過去の手段や資源をすべて確認することであった」と記している (Chalmers, T. op. cit. : 110)。

このように、1800年代の初期の救済活動にアルマナーの存在があった。

2) S. R. D. におけるアルマナー

ロンドン C. O. S. の先駆けとして、1860年設立の生活困窮者救済協会 (The Society for the Relief of Distress : 以下、S. R. D. と略記) がある。この S. R. D. は「--- 公衆から救済基金を募って組織した訪問型の救済協会である。創設者達の意図は、慈善的救済を、間接的に貧困者に支給するのではなく、直接にアルマナーの手から支給する機構を作ることであった」(高野 前掲書 : 136)。ポーザンキッドは、アルマナーの留意事項について「原則として協会のアルマナー自身が貧困者の救済を行う。ま

た、すべての宗派の牧師と連絡を取り合う」と記している (Bosanquet, C. 1868 : 85-86)。1866年の時点で、S. R. D. には約120名のアルマナーが存在していた。アルマナーの採用にあつては、「仕事への熱意とあわせて、一般常識と観察力が求められた」(高野 前掲書 : 136-137)。

アルマナーの地区訪問は、イーストエンドに限られていたことから、本格的な救済活動は、ロンドン C. O. S. の設立以降となる。

このように、S. R. D. の救済活動の中にも、アルマナーは存在していた。

(2) 地区訪問アルマナーによる慈善救済

ロンドン C. O. S. は、1869年に理論的・実践的指導者のロック (Loch, C.) や地区訪問の経験をもつポーザンキッド (Bosanquet, C.)、生活困窮者の住宅改良に携わったオクタヴィア・ヒル (Hill, Octavia) らが中心となって設立された。設立の背景には、1800年から1861年までの間に慈善団体が乱立し、無計画な濫救・漏救が行われていた (岡田 1973 : 291)。そのため、慈善団体の組織化が課題となり結成に至った。

C. O. S. は、市を39の地区 (1875年時点) に分割し、各地区に地区委員会を設置した (高野 前掲書 : 173-175)。C. O. S. は、各地区委員会に地区訪問を担うアルマナー (以下、地区訪問アルマナーと記す) を配置し、主に2つの救済事業を担当させた。その1つは、安易に公的救済に頼ることがないように、生活困窮世帯の生活実態の調査と少額での救済、重複救済を防ぐための世帯登録、それらの記録化である。もう1つは、慈善団体による濫救・漏救を防ぐために、慈善団体間の連絡調整を促すことである。

1883年に、ロックは、地区訪問アルマナーなどに向け、*How to Help Cases of Distress a Handy Reference Book for Almoners, and Others*. を著した。その中で、生活困窮者の処遇方法は、アルマナーによる地区訪問 (district visiting) で、それは生活困窮者等に対する戸別訪問 (house-to-house visiting) であると述

べている (Loch, C. 1883 : 14-15)。また、ロックは、「地区訪問は友愛訪問に代わるもの」と明記している (Loch, C. 1890 : 81)。

また、当時 C. O. S. の役職にあったポーザンキッドは、1874年、*A Handy-Book for Visitors of Poor in London*. を著した。アルマナー等に「訪問者は、教師としてではなく友人として訪問すべきである」と記している。

そしてまた、オクタヴィア・ヒルも、著書 *Home of The London Poor*. の中で、当時の地区訪問アルマナーの豊富な知識と確かな情報、慈善活動における優れた組織力を好評している (Hill, O. 1875 : 58)。

当時のアルマナーの活躍は、1882年6月29日(木)の夕刊「慈善組織週報」にも *Notes From Almoner's Diary* (アルマナーの日記からのメモ) として掲載されている (The Charity Organization Reporter 1882)。その中で生活困窮者について「彼らは決して頼まず、不平を言ったりはしない。肉を買う余裕はないが、頬は石鹸と水でつやつやしている。薄い衣服はつぎはぎだらけだが、清潔である」とアルマナーは、暖かい眼差しで観察している。

(3) 地区訪問アルマナーによる医療救済

C. O. S. の地区訪問アルマナーは、慈善救済に携わりながら、医療救済 (medical relief) にも携わっていた。地区に住む生活困窮患者 (the poor sick) の施療の可否を審査し、施療が必要な患者には、紹介状 (letter = 外来受診・入院許可証) を交付していた。この時代の慈善病院の多くは、篤志家が設立し、その後の運営資金は、富裕層の市民の寄付に頼っていた。この寄付の多くは、病院の理事者たちが集めた。病院は、その貢献に対し理事者に寄付者への紹介状を交付する資格を与えた。医師たちは、紹介状制度 (医師でない者が入院を許可) そのものに反対していた (Abel-Smith, B. op. cit. = 多田・大和田 前掲書 : 72-73)。病院の理事者や地区訪問アルマナーからの多数の紹介状がもとで、慈善病院の外来部門には、生活困窮患

者と富裕患者が混在し、外来部門の濫用が問題となった。1870年、この外来部門の濫用状態に対し C. O. S. は、問題解決として、1つに、自助の原則から外来患者に少額支払い制の診療所 (provident dispensaries) の利用を勧める。もう1つは、1873年から1874年にかけて、主な慈善病院へ「支払い能力の有無を調べる専門職員を置くこと」の要請文を送った (Abel-Smith, B. op. cit. = 多田・大和田 前掲書 : 136-137)。

この時期にロックは「入院許可証を所有しているアルマナーの力は非常に大きい --- 入院許可証が数多く出回り、外来患者はすぐに病院に入院している。アルマナーは無頓着であるときもあるから、許可証は慎重に使用すべきである。アルマナーが助けた病人を友愛組合や少額支払い制の診療所に結びつけるまで、自分の仕事が終わったと思ってはならない」と地区訪問アルマナーを評価しつつ、忠告もしている (Loch, C. op. cit. : 116-117)。

(4) 慈善病院へのアルマナーの導入

ロックは、1890年の貴族院委員会で、「すべての病院は外来患者の数を制限するの必要があり、医療救済などの経験をもつアルマナーをおき、すべての外来患者を審査すべきだ」と提案した (Abel-Smith, B. 1964 : 167-168)。

1890年のロックの提案は「1894年の冬に、スチュアートにより成就した。彼女は、C. O. S. の最も有能な書記の一人で、ロイヤル・フリー・ホスピタルでアルマナーとして働くことになった」と記されている (Bosanquet, H. 1914 : 219)。ベルの記述では「C. O. S. のメアリー・スチュアートが、ロイヤル・フリー・ホスピタルに派遣され、1895年1月からそこで働き始めた」となっている (Bell, E. M. 1961 : 25)。

メアリー・スチュアートの略歴をみると、「彼女はノースロンドン大学女子校に通い、後に C. O. S. の書記であるチャールズ・ロックの下で、アルマナーとしての訓練を受けた」と記されている (Pascal Theatre 2025 *Mary Stewart 1862/3-1925*. 2025-01-11)。

なお、慈善病院の理事者がもつ紹介状制度(理事者が入院許可証を交付)に対抗し、生活困窮患者の施療(無料診療)のために設立されたイギリス初の病院が、ロイヤル・フリー・ホスピタルである(Royal Free London. *About us. Our history.* 2025-01-03)。

3. アメリカにおけるSWの起源の記述

(1) 慈善組織化の萌芽と友愛訪問

アメリカにおける初期の慈善組織化は、1843年に設立されたニューヨーク貧困者生活改善協会(The New York Association for Improving the Condition of the Poor: AICP)の活動にみられる。AICPは、30を超える慈善団体の活動をまとめ、1843年に設立された。AICPの目的は、ボランティア訪問員の影響を通じて貧困を抑制することにあった。人々に、美德を教えることで、貧困者を自立へと導いた。援助が必要な場合は、現金ではなく現物という原則が適用された。この協会の活動は、すぐに他のアメリカの都市でも模倣され、その後30年間、AICPの援助方法がアメリカの慈善活動の主流となった(Becker, D. G. 1961: 382)。

このAICPでの生活困窮者への訪問は、ボランティア訪問員により行われていた。友愛訪問員が誕生し活躍するのは、C. O. S.の結成をみてからである。

(2) C. O. S. 友愛訪問員による友愛訪問

1873年にはじまった経済恐慌を背景に、1877年、ニューヨーク州バッファロー市にバッファローC. O. S.が設立された。設立者のガーデン牧師(Gurteen, S. H.)は、1877年の夏にロンドンC. O. S.の地区訪問などを視察し、その後、アメリカで最初のC. O. S.を設立した(John 2020 *Charity Organization Societies.* 2025-01-11)。

このC. O. S.に、友愛訪問を担う友愛訪問員が誕生した。友愛訪問には「施しではなく、友人として」の心がけが大切とされた。当時、

ボストンC. O. S.の代表のペインは「Not alms but a friend」について、北米大陸とヨーロッパ大陸で認められたC. O. S.のモットーであると述べている(Paine, R. T. 1879: 6)。

なお、友愛訪問についてリッチモンド(Richmond, M. E. 1903: v)は、著書*Friendly Visiting among The Poor: A Handbook for Charity Workers.*で「友愛訪問員」という用語は、---彼らの真の友人になろうと努力することなく、目的もなく貧しい人々を訪問する人には当てはまらない。「友愛訪問」は、「地区訪問」とは異なる」と明言している。

(3) 医療家庭訪問員の誕生

アメリカの医療の専門分化は、1910年のフレックスナー報告(*The Flexner Report*)にはじまる。2年制の医学校教育からジョンズ・ホプキンス大学医学部をはじめとする6年制での医学教育が進められた(Flexner, A. 1910: 234-235)。そして、1916年から各科の医師の専門医認定委員会が設置された(厚生省 1960: 72-74)。医師の働く場は、地域の診療所から病院の診察室に変化する。医師は、患者の地域・家庭環境の理解が困難となる。

この医療の変化の中で、マサチューセッツ総合病院(MGH)のキャボット(Cabot, R. C.)は、自身の診療に不全感を抱き、1905年に医療家庭訪問員(medical home visitor)を導入する(Cabot, R. C. 1919: x-xi)。キャボットは「医師が手に負えないほど診る患者の数が増えていること。---昔、特に田舎の診療では、医師は患者の生活を個々に知人として観察することが可能であった」と病院の中に医療家庭訪問員が必要になった背景を記している。医療家庭訪問員として、1995年にセツルメントで訪問看護の経験があるペルトン(Pelton, G. I.)が採用された。しかし、病気で6カ月後に退職した。1906年にセント・パウエルC. O. S.で訪問看護に当たっていたキャノン(Cannon, I. M.)が採用された(中島 前掲書: 42-44)。

キャノンは、ソーシャルワーク部門の開発を

すすめるため、1907年にロンドンのセント・トーマス病院 (St Thomas' Hospital) の「アルマナーの母」と言われていたアンネ・カミンズ (Aune Cummins) を訪れ、カミンズから包括的なサービスの在り方を学んだ (中島 前掲書：37)。そして、キャンノンは、病院におけるソーシャルワークを広めるために、1913年に *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine* を著わした。

なお、医療家庭訪問員が MSW と呼称されるようになるのは、1910年代以降である。

(4) 友愛訪問員からソーシャルワーカーへ

1873年から約20年間の経済恐慌で、低賃金や失業から多数の生活困窮者が生み出された (一番ヶ瀬 1963：77-78)。従来から C. O. S. は、貧困の原因を個人の欠陥や怠惰にあると捉え、友愛訪問の目的を、倫理的・道徳的教化を通して生活困窮者の勤勉や節約を促すことにおいた。しかし、多数の生活困窮者の出現という現実の前に友愛訪問員たちは、社会改良に目を向けるようになる。そして、自らを SW と称するようになった (Bremner, R. 1964 = 小松訳 1979：27)。

この時期にソーシャルワーク教育の萌芽をみる。1896年6月から7月にかけて6週間のコロンビア大学慈善事業夏期学校・慈善訓練クラスが現任の友愛訪問員等を対象に開催された。この慈善事業夏期学校は、1917年にニューヨーク・ソーシャルワーク学校へと発展した (Meier, E. G. 1954：8-10, 19-20)。ソーシャルワーク教育が行われるようになった1910年代以降から SW の名称は一般的となる。

IV. 考察

1. 事実から解離した SW・MSW の起源の記述

(1) 記述にみる推論的解釈と前例踏襲

事実とは、客観的に確認が可能で、誰でもが同じように捉えることができることである。仮

に、イギリスやアメリカで起きた事象を、事実をもって記述しようとしたら、事象を記述した英文の原典や資料などを参考に記述するのは当然である。

この事実とは異なり、解釈は、受け手の側が主観的に理解し、それを説明 (記述) することである。この解釈でも、推論的解釈 (inferential interpretation) は「おそらく～だろう」と捉え、説明したり記述したりすることである。

イギリスやアメリカで起きた事象を、英文の原典や資料などを参考にしないで記述するとしたならば、「おそらく～だろう」と推論的解釈での記述にならざるを得ない。

また、前例踏襲とは、これまで続いてきた状態 (記述) を、模倣し継承することである。従って、前例踏襲は、適切な場合とそうでない場合がでてくる。

わが国における SW の起源や MSW の起源の記述において、推論的な解釈や前例踏襲での記述がみられないか。その有無を検討する必要がある。

(2) 推論的解釈と前例踏襲での起源の記述

1) 推論的解釈と前例踏襲による隣友運動

C. O. S. の先駆的活動の一つに、チャルマーズのセント・ジョンズ教区での救済活動がある。この教区での救済活動を、竹中は、「方面隣友運動 (Neighborhood Movement)」と記述している (竹中 1956：123)。しかし、チャルマーズは、隣友運動という表現はしていない。自身で「グラスゴーの実験 (The Experiment in Glasgow)」と表現している (Chalmers, T. 1841：vi)。イギリスの文献にも、隣友運動の表現はなく、「セント・ジョンズの実験 (The St. John's Experiment)」という表現しかみない。

隣友運動は、1850年代にサンフランシスコで結成された住宅隣友協会 (Residential Neighborhood Associations) がすすめた運動といわれている (Barton, S. E. 1985：85)。

竹中が、チャルマーズの地区での救済活動を、

推論的に解釈し、隣友運動と記述したものと考えられる。

時系列でみると、竹中の記述（1956：123）の後、吉田・高島（1964：98）、仲村（1991：42）、河合（2002：379）らも「隣友運動」と表現している。これらは、前例踏襲による記述と考えられる。

また、チャルマーズの「地区訪問（district visiting）」を、吉田・高島（1964：98）と高沢（1968：52）は「友愛訪問」とし、「アルマナー」を、高沢（1968：52）は「友愛訪問員」と記述している。これらも推論的解釈による記述と考えられる。

なお、それぞれの執筆者からの引用・参考文献（原典）の提示はない。

2）推論的解釈と前例踏襲によるSWの起源記述

アメリカのバッファローC. O. S. ではじまった「友愛訪問」を、ロンドンC. O. S. ではじまった「友情訪問（friendly visiting）」とする記述は、岡村にはじまる（岡村 1958：43）。

事実から解離したこのような記述になった原因は、何にあったのだろうか。やはり推論的な解釈による記述が考えられる。

このような記述を、時系列でみると「友愛訪問」の用語は、岡村（前掲書：43）、小川（1964：10）、白澤（1990：16）、児島（1992：28-29）、小田（2006：36-37）らが用いている。「友愛訪問員」の用語は、岡田（1973：308-310）、仲村・一番ヶ瀬・重田・吉田（1974：361）、白澤（1990：16）らが用いている。これらも、前例踏襲による記述と考えられる。

なお、それぞれの執筆者からの引用・参考文献（原典）の提示はない。

3）推論的解釈と前例踏襲によるMSWの起源記述

中島（1964：27-28）や内田（1972：30）の「この新しい仕事が生まれた。この仕事をする人はアルマナーと呼ばれた」は、これまで存在

しなかったアルマナーと呼ばれる援助職が慈善病院に誕生したとする記述である。これも推論的な解釈による記述と考えられる。

なぜならば、同時代にC. O. S. の地区訪問アルマナーの存在を理解していたならば、慈善病院だけに誕生したアルマナーというような表現の記述にはならない。

このような記述を、時系列でみると、中尾（1956：2-3）にはじまり、中島（1964：27-28）、児島（1976：215）、内田（1972：30）、田代（1975：178-179）と続く。ここにも前例踏襲がみられる。

なお、それぞれの執筆者からの引用・参考文献（原典）の提示はない。

2. 史実に基づくSW・MSWの起源

（1）慈善組織化の萌芽とアルマナーの出現

チャルマーズの「グラスゴーの実験」で、ボランティア訪問員による生活困窮者の生活実態調査と救済活動が行われたが、この中に「アルマナー」が存在し、「地区訪問」を担っていた（Chalmers, T. 1841：110）。

ロンドンC. O. S. の先駆けの生活困窮者救済協会（1860設立：S. R. D.）は、イーストエンド地区における「アルマナー」の「地区訪問」の役割を明確にしている。アルマナーは、「原則として、協会のアルマナー自身が貧困者の救済を行うこと」と記されている（Bosanquet, C. 1868：85-86）。

このように、「地区訪問」を担う「アルマナー」は、慈善組織の萌芽期から存在していた。

（2）史実に基づくSWの起源

ロンドンC. O. S. で「友愛訪問」を担った「友愛訪問員」をSWの起源とする記述は、事実とは異なる。「友愛訪問」を担った「友愛訪問員」は、イギリスではなく、1877年にニューヨーク州バッファロー市において結成されたバッファローC. O. S. に誕生している。

ロックは、アルマナーによる地区訪問を「“地区訪問（district visiting）”は、“友愛訪

問 (friendly visiting)”に代わるもの」と明記している (Loch, C. 1890 : 81)。

また、リッチモンドも「友愛訪問」は、「地区訪問」とは異なる」と明言している (Richmond, M. E. 1903 : v)。

アメリカの NASW 発行の *The Social Work Dictionary* にも「20世紀前の英国では、SW はアルマナーと呼ばれていた」と記載されている (Barker, R. L. 2003 : 16)。

(3) 史実に基づく MSW の起源

1895年に、ロイヤル・フリー・ホスピタルに誕生したアルマナーを MSW の起源とする記述は、事実に基づくものではない。

事実を踏まえていけば「地区訪問アルマナーとは別に、病院にもアルマナーが配置された」というような記述になるはずである。

前述したように、C. O. S. は1870年に、外来問題の解決のために、慈善病院に施療資格を審査するアルマナーを配置すべきとする方針を立て、主だった慈善病院に「支払い能力の有無を調べる専門職員を置くこと」の要請文を送った。それから慈善病院へのアルマナーの導入の経緯は次の通りである。

ロックは、慈善病院の外来の濫用問題の解決のために、一方では「入院許可証を所有しているアルマナーの力は非常に大きい」と評価しつつ、この地区訪問アルマナーには、生活困窮患者の施療資格の適正な審査を求めた (Loch, C. op. cit. : 116-117)。もう一方では、1890年の貴族院委員会で、慈善病院に医療救済などの経験をもつアルマナーをおき、すべての外来患者を審査すべきだと提案している (Abel-Smith, B. op. cit. : 167-168)。

その結果、1895年1月、ロイヤル・フリー・ホスピタルに、C. O. S. での医療救済の経験をもつスチュアートが、C. O. S. からアルマナーとして派遣され、その後、本採用となる。C. O. S. は、アルマナーを病院に派遣したことから、当初の「給料は C. O. S. が支払った」 (Abel-Smith, B. op. cit. : 174)。

このように、C. O. S. の地区訪問アルマナーと病院アルマナーとは同胞関係である。そのこともあり、1911年から慈善病院に配置するアルマナーの資格要件として、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス の社会学履修証明書と C. O. S. でのアルマナーとしての実務訓練が要求された (Abel-Smith, B. op. cit. = 多田・大和田 前掲書 : 197)。

V. 結論

SW の起源は、ロンドン C. O. S. で「友愛訪問」を担った「友愛訪問員」と記述され、定説となっているが、事実ではない。

なぜならば、「友愛訪問」に当たった「友愛訪問員」は、アメリカのバッファロー C. O. S. に誕生したのである。

史実に基づく SW の起源は、ロンドン C. O. S. の各地区委員会に配置され、「地区訪問」に当たった「アルマナー」である。

MSW の起源は、ロイヤル・フリー・ホスピタルに誕生したアルマナーと記述され、定説となっているが、事実ではない。

なぜならば、病院にアルマナーが導入される前に、既に地区訪問アルマナーが存在していて、慈善救済だけでなく、生活困窮患者に対する医療救済も行っていた。具体的には、施療資格を審査し、必要な患者には慈善病院への紹介状 (外来・入院許可証) を交付していた。

この施療資格の要否の審査を地区訪問アルマナーに頼るだけでなく、慈善病院でも外来患者の施療資格の審査が課題となり、アルマナーが導入された。

このように、病院アルマナーの源流は、C. O. S. の地区訪問アルマナーにある。

結論づけると、史実に基づく SW の起源は、ロンドン C. O. S. で「地区訪問」を担った「アルマナー」である。また、MSW の起源は、独自の起源をもつのではなく、「地区訪問」に当たった「アルマナー」に起源をもつ。

なお、イギリスのソーシャルワークの発展過

程を概観すると、1つのSWの起源のもとに、分野別SW団体が出現し、後にソーシャルワークの専門分化の克服により1つのSW団体が結成され、1つのSW資格を成立させている。

わが国には、SWとMSWの起源が2つ存在し、それが定説となってきた。

専門分化の克服もみない中に、2つのSW資格が成立した。これは、2つの定説の影響によるものなのか。この問への検証は、今後の研究課題として残る。

付記

本稿は、日本社会福祉学会第62回秋季大会での口頭発表を基に加筆したものである。

文献

- Abel-Smith, Brian (1964) *The Hospital 1800-1948: A Study in Social Administration in England and Wales*. Harvard University Press. (= 1981, 多田羅浩三・大和田健太郎訳『英国の病院と医療 200年のあゆみ』保健同人社.)
- Barker, Robert L. (2003) *The Social Work Dictionary*. NASW Press.
- Barton, Stephen E. (1985) The Neighborhood Movement In San Francisco. *Berkeley Planning Journal*. Vol. 2. 1-2.
- Becker, Dorothy G. (1961: 382) The Visitor to the New York City Poor, 1843-1920. *Social Service Review*. Vol. 35. 4. The University of Chicago Press. pp. 382-396.
- Bell, E. Moberly (1961) *The Story of Hospital Almoners. The Birth of a Profession*. Faber and Faber.
- Bosanquet, Charles B. P. (1868) *London: Some Account of Its Growth, Charitable Agencies, and Wants*.

Hatchard and Co.

- Bosanquet, Charles B. P. (1874) *A Handy-Book for Visitors of the Poor in London*. Longmans, Green, and Co.
- Bosanquet, Helen (1914) *Social Work in London, 1869-1912.: A History of the Charity Organization Society*. E. P. Dutton & Company.
- Bremner, Robert (1964) *From the Depths: The Discovery of Poverty in the United States*. New York University Press.
(=1979, 小松源助「第1章 アメリカにおけるソーシャルワークの成立過程」小松源助・山崎美貴子・田代邦治郎・ほか著『ソーシャル・ケースワーク』有斐閣, 1-47.)
- Cabot, Richard C. (1919) *Social Work*. Houghton Mifflin Company.
- Cannon, Ida M. (1913) *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*. Rusell Sage Foundation.
- Chalmers, Thomas (1823) *Statement in regard to the Pauperism of Glasgow, from the Experience of the Last Eight Years*. Chalmers and Collins.
- Chalmers, Thomas (1841) *On the Sufficiency of The Parochial System, Without A Poor Rate, For the Right Management of The Poor*. William Collins.
- Flexner, Abraham (1910) *Medical Education in The United States and Canada: A Report to The Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching*. Bulletin Number 4.
- Hill, Octavia (1875) *The work of volunteers in the organization of charity. Home of The London Poor*. State Charities Aid Association.
- 一番ヶ瀬康子 (1963) 『アメカル社会福祉発達

- 史』光生館。
- John E. Hansan (2020) *Charity Organization Societies: 1877-1893*. VCU Libraries Social Welfare History Project.
(<https://socialwelfare.library.vcu.edu/eras/civil-war-reconstruction/charity-organization-societies-1877-1893/>. 2025-01-11)
- 河合克義 (2002) 「チャルマーズ」社会福祉事典編集委員会『社会福祉事典』大月書店。
- 児島美都子 (1976) 「11 医療問題と社会福祉」小川利夫・高島進・高野史郎・江草忠允『社会福祉学を学ぶ』有斐閣。
- 児島美都子 (1992) 「第2章 個別援助技術の沿革と定義」福祉士養成講座編集委員会『社会福祉援助技術各論 I』中央法規出版, 28-52.
- Loch, Charles Stewart (1883) *How to Help Cases of Distress. A Handy Reference Book for Almoners and Others*. Longmans, Green, & Co.
- Loch, Charles Stewart (1890) *Charity Organization*. Billi Life.
- Meier, Elizabeth G. (1954) *A History of The New York School of Social Work*. Columbia University Press.
- 中島さつき (1964) 『医療社会事業』誠信書房。
- 仲村優一・一番ヶ瀬康子・重田信一・吉田久一 (1974) 『社会福祉事典』誠信書房。
- 仲村優一 (1991) 『社会福祉』放送大学教育振興会。
- 中尾仁一 (1956) 『医療社会事業』メヂカルフレンド社。
- 生江孝之 (1923) 『社会事業綱要』巖松堂書店。
- 小田兼三 (2006) 「第2章 現代社会福祉の歴史と展望 第2節 イギリスの社会福祉の歩み」小田兼三・杉本敏夫編著『社会福祉概論』勁草書房。
- 小川政亮 (1964) 「1 欧米社会事業史」木村武夫・孝橋正一・小川政亮・ほか編『社会福祉事業概説』ミネルヴァ書房, 3-14.
- 岡田藤太郎 (1973) 『社会福祉とソーシャルワーク』ルガール社。
- 岡村重夫 (1958) 『全訂社会福祉学 (総論)』柴田書店。
- Paine, Robert Treat (1879) *The Relations Between Church and The Associated Charities*. Office of the Secretary.
- Pascal Theatre Company (2025) *Mary Stewart 1862/3-1925*.
(<https://www.pascal-theatre.com/biographies/mary-stewart/>. 2025-01-11)
- Richmond, Mary E. (1903) *Friendly Visiting among The Poor: A Handbook for Charity Workers*. The Macmillan Company.
- Royal Free London. *About us. Our history*.
(<https://www.royalfree.nhs.uk/about-us#accordion-21690>. 2025-01-03)
- 白澤政和 (1990) 「第2章 社会福祉援助技術の意義」岡本民夫・小田兼三編『社会福祉援助技術総論』ミネルヴァ書房, 16-27.
- 高野史郎 (1985) 『イギリス近代社会事業の形成過程—ロンドン慈善組織協会の活動を中心として—』勁草書房。
- 高沢武司 (1968) 「社会福祉の主体」一番ヶ瀬康子・真田是『社会福祉論』有斐閣。
- 竹中勝男 (1950) 『社会福祉研究』関書院。
- 田代国次郎 (1975) 「18 医療社会福祉」浦辺史・岡村重夫・木村武夫・ほか編『社会福祉要論』ミネルヴァ書房, 175-184.
- The Charity Organization Reporter (Thursday Evening, June 29, 1882) *Notes from Almoners Diary*.
- 内田守 (1972) 『医療社会事業の実際』光生館。
- 吉田久一・高島進 (1964) 『社会事業の歴史』誠信書房。

Rethinking the Origins of Social Workers and Medical Social Workers
—A Historical Fact-Based Perspective—

Hachiro Togashi

Okinawa University

The purpose of this study is to clarify the origins of social workers and medical social workers based on historical facts.

In Japanese social work literature, the origin of social workers is often traced to the friendly visitors associated with the Charity Organization Society (C. O. S.), founded in London in 1869. Similarly, the origin of medical social workers is commonly linked to the role of Almoner, first introduced at the Royal Free Hospital in London in 1895.

However, in the literature on the history of social work and medical history in the United Kingdom and the United States, there is no description of the origin of social workers and medical social workers as in Japan.

Therefore, it is necessary to reconsider the conventional understanding of the origin of social workers and medical social workers in Japan by re-examining the historical evidence.

Key words: Charity Organization Society (C. O. S.), Almoner, Hospital Almoner

〔論文〕

統合失調症の母親をもつ子どもに必要なとされる ソーシャルサポート —成人した子どもへのインタビュー調査の分析から—

木村友紀*

本研究は、統合失調症の母親をもつ子どもに必要なソーシャルサポート（SS）を、情動的、手段的、評価的、情緒的の4つの観点から明らかにすることを目的とした。ヤングケアラー経験を持つ成人した子どもへのインタビュー調査を質的統合法で分析した結果、〔対処できずに我慢を強いられる生活〕や〔自己犠牲を伴う母親サポート〕といった困難が、SSの不足によるものであることが示唆された。情動的SSでは、統合失調症や社会資源に関する正確な情報提供と支援者のスキル向上が求められる。手段的SSでは、訪問看護や家事支援、経済的支援などの包括的な生活支援のほか、地域や行政の制度改善、学校や地域との連携が課題として挙げられた。評価的SSと情緒的SSでは、〔支えとなる身近な理解者との交流〕を通じて自己の肯定感を高め、〔病の母親を家族だけで支えなくていい〕という過去の再解釈を可能にする場の提供が重要とされた。これらの知見から、個別のニーズに応じた包括的かつ継続的な支援体制の構築が必要と考えられる。また、母親について他者に語ることを選択した子どもの意識変容を理解するため、本研究の構造をさらに検証していく必要がある。

Key words : 統合失調症の親, ヤングケアラー, ソーシャルサポート, 質的統合法

I. 諸言

日本では、精神障害の親をケアする子どもの負担や困難が問題視され、その実態把握と支援策の必要性が認識されつつある。ヤングケアラーに関する実態調査では、親がケアを必要とするケースの多くが、精神的な問題を抱える母親のケアによるものと示されている（日本ケアラー連盟 2015, 2017；三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2019）。この状況を受け、国は子ども・若者育成支援推進法に基づきヤングケア

ラー支援を進めている。その支援の一類型として精神障害の親をもつ子どもへの支援も重要な課題として位置づけられている（子ども家庭庁 2024）。

精神障害の親をもつ子どもを含むヤングケアラーは、心身の成長発達、教育目標の達成、人間関係の構築、さらには社会人生活にも影響を及ぼすと報告されている（濱島ら 2018, 2022；宮川ら 2021；日本ケアラー連盟 2015, 2017）。その背景には、家事援助や生活支援といったサービスが適切に提供されていないことがある。特

* Yuki Kimura : 佛教大学大学院社会福祉学研究科研究員

に、精神障害の親に健康な配偶者や同居家族がいる場合や子どもが一定の年齢に達している場合には、多くのケースでサービスの対象外と判断されてしまうという課題がある（長沼 2021）。

本研究では、ヤングケアラーにおける統合失調症の母親をもつ子どもに焦点を当てた。統合失調症の親は、親としての役割を果たすことが困難になり、その子どもは大きな影響を受けるとされている（田野中ら 2016）。精神保健福祉資料によると、精神病床に入院する患者の49.6%が統合失調症である（厚生労働省 2023）。精神保健医療福祉施策の方針が入院医療から地域生活中心へと移行する中、地域で暮らす精神障害者が増加し、親となるケースの増加が予測される（羽尾ら 2019）。また、母親が精神障害を抱えていても主たる養育者となることが多い（長江ら 2013）。そのため、子どもの生活や心理的安定への悪影響が懸念されている（蔭山ら 2021；長沼ら 2020；田野中 2019）。しかし、精神障害に対する社会の偏見やセルフスティグマの影響により、子どもに必要な支援が十分に行き届いていないのが現状である（長沼ら 2020）。

本研究では、統合失調症の母親をもつ子どもがどのような支援を受けており、何が不足しているかを明らかにするためにソーシャルサポート（以下、SS）に着目した。SSは大きく2つの側面に分類される。1つ目は他者との交流頻度やネットワークの構造を示す「ネットワーク的側面」、2つ目は具体的な支援内容を指す「機能的側面」である（齊藤 2018）。湯浅（1995）は、SSを社会関係の質を評価・把握する概念と位置づけ、他者との間で取り交わされる支援や援助を含むと指摘する。

精神障害者家族が直面する困難とSSの関係について、岩崎（1998）は知識の欠如による自責感や無力感、自他への偏見による孤立無援感、過重なケアによる重荷感を指摘する。また、全家連保健福祉研究所（1997）は、精神障害の主観的な身体感とSSについて、相談相手の存在や情報提供、ケアを引き受けてもらえる環境が家族の主観的な健康感を高めると報告する。

以上から、SSは生活上の困難を解決し、心身の負担を軽減するうえで重要な役割を果たすことが示唆される。統合失調症の母親をもつ子どもにとっても同様に、SSは単なる外部からの助けに留まらず、身体的・心理的負担を和らげ、社会的つながりを保ち、将来への希望を育むための基盤となる。したがって、そのような子どもに必要なSSを分析することは、適切な支援体制を構築する上で極めて重要であると考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症を抱える母親をもつ子どもに必要なSSを明らかにすることである。ヤングケアラー経験を持つ成人した子どもを対象にインタビュー調査を行い、生活経験、気持ちや対処行動を可視化し、SSの枠組みを参考に考察する。さらに、得られた知見を基に支えとなる支援のあり方を提案する。本研究の成果は、専門家や当事者との共有を通じて支援実践の改善および発展に寄与することを目指す。

III. 用語の定義

ヤングケアラーとは、学童期・思春期に統合失調症の母親の世話を恒常的に担った経験を持つ子どもを指す。

緒言で述べた通り、SSは他者との交流の程度ではなく、具体的な生活問題の解決に貢献する機能や困難を緩和する機能と考えられる。そのため、本研究ではSSをHouse（1981）の4類型（情緒的SS、評価的SS、情動的SS、手段的SS）に基づいて分類し、日本語訳は湯浅（1995）の定義を参考に操作的に定義した。

- 1) 情動的SSとは、問題解決に必要な具体的な手がかりを得られる支援を指し、助言や提言、明確な指示、必要な情報の提供が含まれる。
- 2) 手段的SSとは、直面する問題に直接的に働きかけるための支援を指し、物資や金銭

の提供、労働力の補助、環境を改善する取り組みなどが含まれる。

- 3) 評価的 SS とは、自己を肯定的に認識できるよう促す支援であり、行動への肯定的なフィードバックや、他者との比較を通じた自己認識を高める行為を含む。
- 4) 情緒的 SS とは、心理的に安心感を得られるような支援を指し、尊重、愛情、信頼、関心を示す行為や、悩みを傾聴して受けとめる態度を含む。

IV. 方法

1. 分析方法

分析方法は、以下の理由から質的統合法（山浦 2012）を採用した。質的統合法は、断片的なデータを仮構築のプロセスを経て整合性のある論理構造にまとめる手法である（山浦 2012）。本研究は、a 氏の固有な主観的・経験の世界をより深く理解するために実施した個性探究的な単一事例の質的研究であり、a 氏の固有の世界を示すことができるよう調査設計を行う必要がある。そこで、本研究では渾沌とした質的情報を統合し、秩序を見出す仕組みを持つ質的統合法（山浦 2012）が最適であると判断した。

分析の具体的な手続きとして、まず a 氏の語りを文字化した。次に、リサーチクエスション「統合失調症のある母親と暮らす子どもは母親をどうとらえ、どう対処してきたか」に関する語りを抽出し、コード化を実施した。コード化は時間軸に沿い、1次コード、2次コード、サブカテゴリー、カテゴリー、大カテゴリーとボトムアップ式に多段階のコーディングを重ねることで進めた。

なお、分析内容の信頼性と妥当性を検討するため、スーパービジョンを受けるとともに、研究対象者によるメンバーチェックを実施し、解釈の整合性を確認した。

2. 研究対象者

本研究の対象者は、統合失調症の母親をもつ

ヤングケアラー経験のある成人した子ども1名を関西学院大学大学院修士課程担当教員と協議し選定した。以下に、a 氏（以下、匿名化のため a 氏）の概要を述べる。インタビュー時、a 氏は20代半ば（女性）であった。

a 氏が母親と二人で暮らしていた小学5年生の頃（当時11歳）、母親には妄想、幻覚、独語といった症状がみられ、中学生になる頃には妄想的な言動が顕著になる。a 氏は母方家族に相談し、家族が役所に連絡をして母親の受診を促した結果、精神科を受診することになる。当初、a 氏や母方家族は入院を想定していたが、母親が医師と問題なく受け答えできたため、入院とはならず自宅へ戻る。その後、中学卒業が近づく頃、母親との生活に限界を感じた a 氏は再び母方家族に助けを求める。最終的に、家族だけでは対応が難しくなり、母親は救急車で精神科病院へ搬送されて入院加療となる。

母親の入院後、a 氏と同居することになった母方家族は a 氏の相談に乗り、家庭教師もつけてくれる。その後、a 氏が高校2年の頃に母親は退院したものの、しばらくして統合失調症を再発する。家族だけで母親を世話する他ない生活が続いたが、症状が悪化したため、a 氏が母親を精神科に連れて行き2度目の入院となる。

そうした中、a 氏は自分の気持ちを受けとめてくれる教員との出会いをきっかけに母親の病気やこれまでの生活を振り返る契機を得る。その後、就職を機に生家を離れ、現在は一人暮らしをしている。

3. 倫理的配慮

本研究は、関西学院大学「人を対象とする行動学系研究」倫理審査部会の承認を得た（承認番号：2022-89）。研究対象者には予め調査目的・趣旨、研究の任意性、個人情報管理と保護、調査結果の開示等を口頭及び書面で説明し同意の上で実施した。

4. 質的データの収集方法

調査時期は、2022年6月～2023年4月であり、

調査場所は研究対象者と相談を行い、1回目は研究対象者の職場の会議室、2回目はオンラインで実施した。インタビュー時間は、4時間20分である。インタビューは一人対一の半構造化面接形式で実施し、母親が統合失調症を発症してから約13年間にわたるa氏の生活経験、気持ち、対処について語ってもらった。

V. 結果と考察

1. 分析結果

分析の結果、130の1次コード、56の2次コード、30のサブカテゴリー、12のカテゴリー、4つの大カテゴリーが見出された。語りの分析手順を「データ」(1次コード)〈2次コード〉《サブカテゴリー》【カテゴリー】〔大カテゴリー〕と表す。構造全体の図解(図1)は、誌面の関係上、大カテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリーの編成を表す略図として下位のラベルは省略した。また、読み手に伝わりやすいよう細部

図解を含めて示す(図2~図5)。なお、この図解は山浦(2012)を参考にすると共に、複線径路等至性アプローチ(サトウ 2009)の時間を捨象しない視点を採り入れ「非可逆的時間」という要素を加えた。まず、図1の〔大カテゴリー〕を用いて構造全体を叙述する。

1-1. 大カテゴリーベースの図とストーリーライン

母親の統合失調症の発症により、a氏は〔対処できずに我慢を強いられる生活〕を余儀なくされるが、小学生・中学生の頃は〔支えとなる身近な理解者との交流〕が困難な生活を乗り切るための支えとなる。しかし、高校生・大学生の頃には〔自己犠牲を伴う母親サポート〕を担うようになる。そうした中で、a氏は母親のことを家族以外の他者に語る経験を通じて〔病の母親を家族だけで支えていない〕という気づきを得る。この気づきは〔自己犠牲を伴う母親サポート〕からの脱却を促す契機となる。

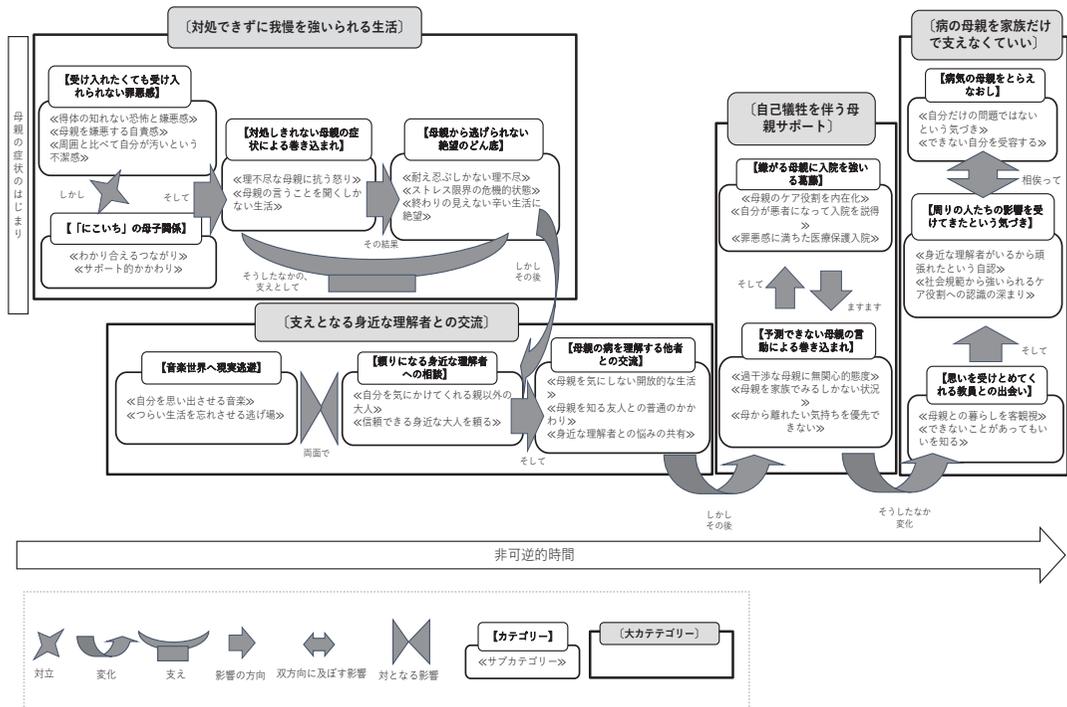


図1 大カテゴリーベースの図

以上が大カテゴリーベースの全体構造である。次に図1の詳細をa氏の主観的・経験的世界のストーリーに沿って叙述する。

1-2. 対処できずに我慢を強いられる生活の細部図解とストーリーライン

母親が統合失調症を発症する以前、a氏と母親は《わかり合えるつながり》や《サポートのかかわり》のある【「にこいち」の母子関係】をもつ。しかし、統合失調症を発症した母親に《得体の知れない恐怖と嫌悪》を抱いたa氏は、《母親を嫌悪する自責感》や《周囲と比べて自分が汚いという不潔感》に苛まれ、母親を【受け入れたくても受け入れられない罪悪感】に苦

しむ。中学生になるとa氏は《理不尽な母親に抗う怒り》を抱くが、《母親の言うことを聞かない生活》の中で【対処しきれない母親の症状による巻き込まれ】から抜け出せなくなる。

その後、a氏が母方家族に相談して家族が受診を促した結果、母親は精神科を受診するものの、入院には至らず自宅へ戻る。次第に母親の妄想的な言動が顕著になる一方で、母方家族の関与を拒む母親をどうすることもできず《耐え忍ぶしかない理不尽》な日々が続く。やがて、a氏は《ストレス限界の危機的状態》に陥り、《終わりの見えない辛い生活に絶望》する【母親から逃げられない絶望のどん底】に落ちる。

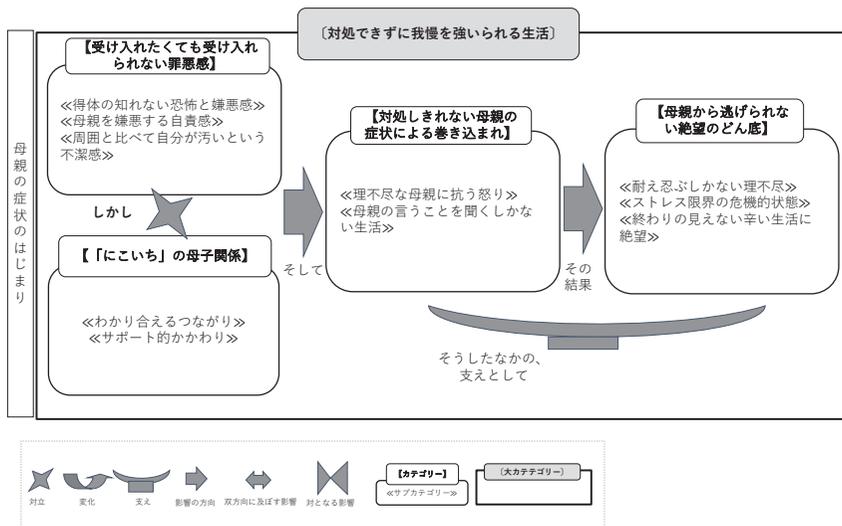


図2 対処できずに我慢を強いられる生活の細部図解

1-3. 支えとなる身近な理解者との交流の細部図解とストーリーライン

そうした中の支えとして、《自分を思い出させる音楽》への没頭は《つらい生活を忘れさせる逃げ場》となり、一時的な【音楽世界へ現実逃避】をもたらす。また、もう一つの側面として《自分を気にかけてくれる親以外の大人》である母方家族の存在は、a氏に《信頼できる身近な大人を頼る》ことを可能にし、【頼りになる

身近な理解者への相談】を促す。

中学卒業を迎える頃、母親との生活に限界を感じたa氏は【頼りになる身近な理解者への相談】として母方家族を頼る。母親の精神科入院後、a氏は《母親を気にしない開放的な生活》を送り《母親を知る友人との普通のかかわり》や《身近な理解者との悩みの共有》を通じて【母親の病を理解する他者との交流】を広げていく。

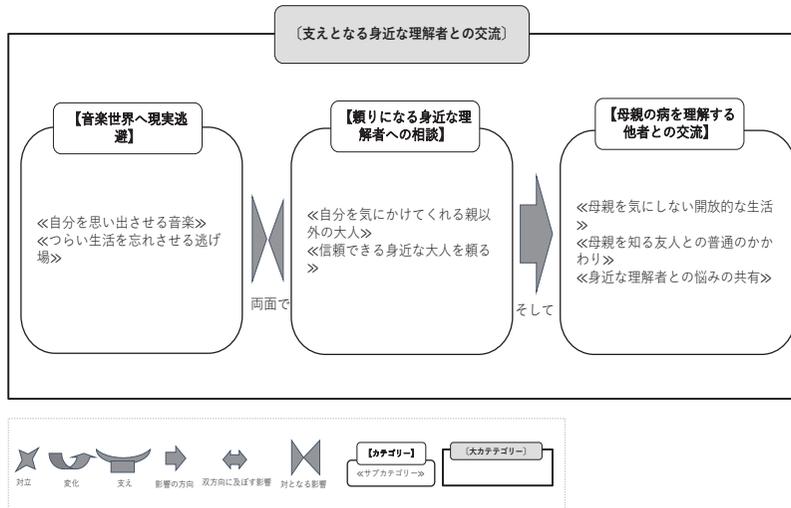


図3 支えとなる身近な理解者との交流の細部図解

1-4. 自己犠牲を伴う母親サポートの細部図解とストーリーライン

しかしその後、母親は精神科を退院したものの、しばらくして統合失調症を再発する。大学受験を控えていた a 氏は《過干渉な母親に無関心的な態度》を示すが、《母親を家族でみるしかない状況》の中で《母親から離れたい気持ちを優先できない》ために【予測できない母親の

言動による巻き込まれ】に振り回される。

そして、母親に「唯一家族の中で結構信頼されてる立場」の a 氏は《母親のケア役割を内在化》させ、《自分が悪者になって入院を説得》する責任を負う。しかし、《罪悪感に満ちた医療保護入院》は【嫌がる母親に入院を強いる葛藤】を生み、ますます【予測できない母親の言動による巻き込まれ】から抜け出せなくなる。

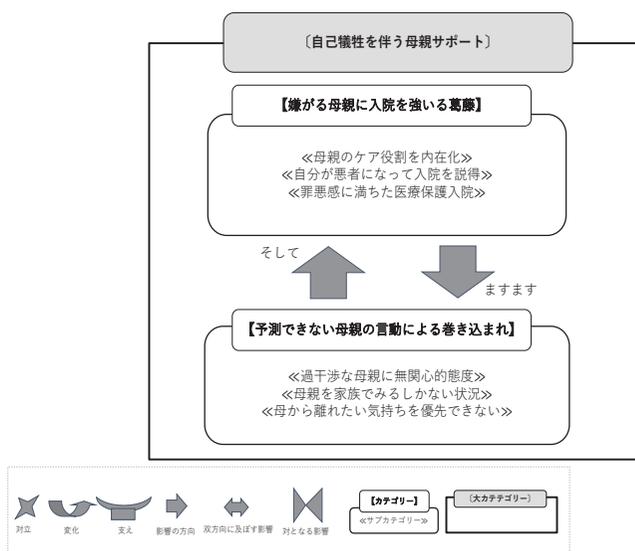


図4 自己犠牲を伴う母親サポートの細部図解

1-5. 病の母親を家族だけで支えなくていいの細部図解とストーリーライン

そうしたなか変化をもたらした【思いを受けとめてくれる教員との出会い】は、《母親との暮らしを客観視》させ、母親の世話を《できないことがあってもいいを知る》。そして、その出会いは《身近な理解者がいるから頑張れたという自認》や《社会規範から強いられるケア役

割への認識の深まり》を促し、【周りの人たちの影響を受けてきたという気づき】を与える。それと同時に、統合失調症の親に苦しむのは《自分だけの問題ではないという気づき》を得て《できない自分を受容する》という【病気の母親をとらえなおし】が相俟って〔自己犠牲を伴う母親サポート〕から抜け出す。

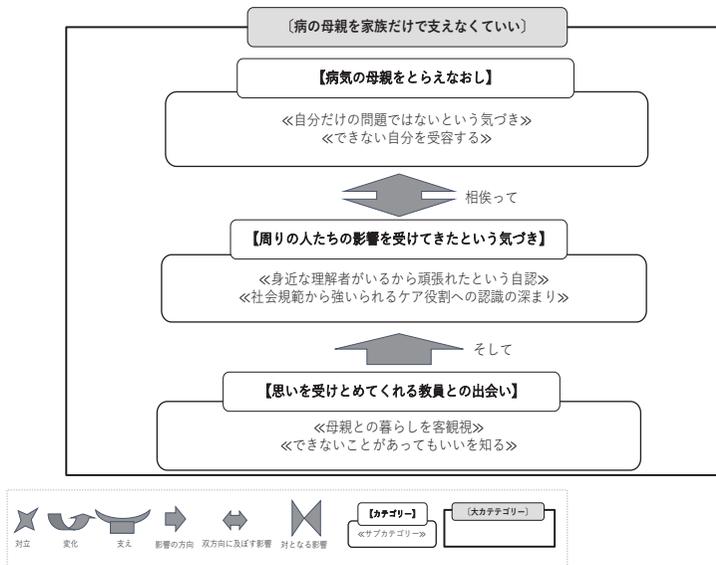


図5 病の母親を家族だけで支えなくていいの細部図解

2. 考察

本研究では、統合失調症の母親を持つヤングケアラーの生活経験、気持ち、対処について時間軸を用いてその実相を明らかにした。その結果を踏まえ、子どもに必要なSSについて考察を行う。

2-1. 問題解決のための具体的な手がかりを得る情報的SS

小学生・中学生のa氏は、〔対処できずに我慢を強いられる生活〕を余儀なくされている。その要因は、問題解決のための具体的な手がかりを得る情報的SSの不足が挙げられる。これを踏まえ、a氏に必要な情報的SSは、安心安

全な生活環境を確保するための手がかりを知り、病気に関する具体的かつ実用的な情報を提供するものとする。具体的には、病気への正しい理解を深めるための情報提供に加え、地域の支援機関や福祉サービスの活用方法、学校や地域コミュニティにおける支援制度の詳細に関する情報提供も含まれる。母親が統合失調症を発症した早期の段階で、こうした情報的SSが提供されていれば、成長発達や教育機会、周囲との社会関係が阻害されるリスクを軽減できた可能性が示唆される。特に、適切な情報提供はa氏の不安や孤独感を軽減するだけでなく、母方家族の負担感を和らげる効果も期待できる。

ただし、これらの取り組みを進めるには、a

氏が情報提供を受けるだけでは対応が困難であり、学校の教職員や親族など身近な大人からの支援が欠かせない。また、身近にいる大人自身が病気に関する正確な知識を持ち、適切な対応方法を学ぶことが求められる。そのため、周囲の大人に対する研修や情報提供も a 氏をサポートする上で重要な要素となる。

2-2. 直面する問題に直接的に働きかける手段的 SS

a 氏に必要な手段的 SS は、母親への入院・通院支援、服薬・体調管理のための訪問看護、ホームヘルパーによる家事支援であると考えられる。また、a 氏には自分の気持ちを安心して表現できる環境の提供や、学業を継続するための学習環境の整備が必要であると考え。さらに、必要に応じて配食サービスや経済的支援を活用し生活環境を改善する取り組みを視野に入れることも重要である。こうした手段的 SS が a 氏に提供されていれば、〔対処できずに我慢を強いられる生活〕を回避できた可能性が示唆される。

しかし、現行の支援体制では手段的 SS の提供が容易でないことが予測される。a 氏の語りでは、小学生や中学生の頃は母方家族が手段的 SS の与え手となっていたが、高校生や大学生になる頃には a 氏自身が手段的 SS の担い手となっている。この状況は、長沼（2021）が指摘するように、家事援助や生活支援サービスの利用が限定的であり、特に健康な配偶者や同居家族がいる場合や子どもが一定の年齢に達している場合には、サービスの対象外と判断されるという課題を反映しているといえる。

こうした a 氏に必要な手段的 SS の欠如は、先述したような情動的 SS が適切に提供されたとしても、その効果が十分に発揮されないことを意味する。したがって、地域や行政が主体となり、支援サービスの利用を促進する仕組みを整備し、a 氏が継続的に支援を受けられる体制を構築することが重要である。さらに、学校や地域との連携を強化し、a 氏が母親のケア責任

を抱え込んで孤立しない仕組みを整える必要がある。このように包括的かつ継続的な支援が可能な体制の構築が a 氏を支える上で鍵になると考える。

2-3. 自己を肯定的に認識できるよう促す評価的 SS

a 氏は、母親の精神症状に対して「気持ち悪い」と感じる自分に罪悪感を抱いていた。また、嫌がる母親を精神科入院させる決断にも苦悩を感じていた。その背景には、a 氏が自己を肯定的に捉える機会が得られなかったこと、すなわち評価的 SS の不足が考えられる。このことから、a 氏に必要な評価的 SS とは他者のフィードバックを通じて自身の行動や考え方を振り返り、自己認識を深める機会の提供であると考え。

土田（2019）は、語りの場が「自分の人生を肯定する場」や「親や自分の認識を肯定的に変化させる場」としての効果があるという。また、澤井ら（2019）は精神障害の親をもつ子どものサポートグループにおいて、参加者が「安心して過ごせる居場所」「過去の出来事や感情と向き合う」「体験的知恵の獲得」「生きる意義の発見」といった体験が得られると報告する。これらの研究から、語りの機会は、評価的 SS として安心感や共感が得られると同時に自己と向き合い認識を深める役割を果たすことが示唆される。こうした機会が a 氏に提供されていれば、統合失調症の母親に対する罪悪感や苦悩を軽減できた可能性がある。

また、同じ経験を持つ仲間と共に自らの経験を語る場は、評価的 SS として自分を肯定的に受け入れる力を養い、前向きに生きるための原動力を育むことが期待できる。そのため、このような場の提供は困難に直面した際にそれを乗り越える力を養うだけでなく、健全な人間関係を築くための基盤を支える上でも、a 氏にとって重要な役割を果たすと考える。

2-4. 安心感を得られる情緒的 SS

a 氏は、母親のことを家族以外の他者に語る

経験を通じて〔病の母親を家族だけで支えなくていい〕という気づきを得た。この気づきが、〔自己犠牲を伴う母親サポート〕から脱する対処を促した。このとき、a氏の気持ちを尊重し信頼感をもって接してくれる家族以外の他者との関わりが、統合失調症の母親について語ることを促進させると同時に、ケア役割を一人で背負い込む必要はないという認識を育んでいた。このような他者との関係性は、a氏が自らの困難感やケア役割に対する考え方を客観視するうえで重要な意味を持つといえる。このことから、a氏に必要な情緒的SSは、安心感を得られる他者とのつながりであると考えられる。

さらに、a氏の語りから評価的SSも関連していると考えられる。a氏は、情緒的SSを契機に自らの経験を語り、その語りに対して他者から評価的SSを受けることで、過去の体験を振り返りながら、その意味づけを変えるプロセスを経験している。これにより、a氏は単に外部環境から受動的に影響を受けるのではなく、主体的に過去の経験を問い直し、再構成する能力を発揮している。

以上から、a氏にとって安心感を得られる情緒的SSは、統合失調症の母親をケアする自身の役割をより広い視点から捉え直すきっかけとなっている。それにより、a氏は家族のケアに過度に依存する現代社会のあり方に目を向け、問題提起を行うきっかけになっている。こうした視点は、a氏が理想を追求し、困難に立ち向かいながら主体的に人生を生きるための活動に繋がっている。そのため、このプロセス全体がa氏を支える上で極めて重要であると考えられる。

VI. 結語

1. 結論

本研究では、統合失調症の母親を持つ子どもに必要なSSについて情動的、手段的、評価的、情緒的の4つの観点から明らかにした。その結果、a氏が抱える困難は必要なSSの不足によるものであることが示唆され、適切なSSの提

供が心理的安定や社会関係構築の鍵となることが明らかになった。

まず、a氏に必要な情動的SSとしては、母親が統合失調症を発症した早い段階から、病気の正確な情報や社会資源に関する知識を提供することが、a氏や母方家族の不安軽減に寄与すると示唆された。また、そのためには支援者のスキル向上を促す学習機会の必要性も示された。手段的SSでは、訪問看護や家事支援、経済的支援に加え、生活環境や教育機会を改善する基盤整備の必要性が示唆された。しかし、現在の支援体制には地域や行政による仕組みの改善、学校や地域コミュニティとの連携が求められた。評価的SSと情緒的SSにおいては、a氏が自己を肯定的に認識し、過酷な過去の経験を客観視する上で安心感を得られる他者との交流が大きな役割を果たすことが明らかになった。

以上の結果から、a氏に必要なSSのうち、特に評価的SSと情緒的SSを生活に困難が生じた小中学生の段階で受けていれば、統合失調症の母親に対する罪悪感や苦悩を軽減するための対処行動が促された可能性がある。それにより、情動的SSや手段的SSを受ける機会が増え、より適切な支援につながった可能性もある。これを踏まえ、統合失調症の母親を持つ子どもに必要なSSは個別のニーズに応じて提供する包括的かつ継続可能な支援体制の必要性が示唆された。

このような支援は、問題を抱える個人の成長を支援するだけでなく、家族依存社会の解決にも貢献する可能性がある。今後は、支援体制を強化し、柔軟かつ個別に対応できる体制の推進が求められる。

2. 本研究の意義と今後の課題

本研究は、子どもに必要なSSを情動的、手段的、評価的、情緒的の4つの観点から包括的に明らかにした点に意義がある。特に、統合失調症の母親をもつ子どもの主観的・経験的世界を通して、適切なSSの提供が子どもの心理的安定や社会関係の構築を促すだけでなく、ケア

を家族に依存する現代社会の課題に対しても示唆を与える可能性が示された。また、本研究は支援者に向けて子どもの支えとなる支援のあり方を提示することで、実践の発展に寄与する提言を行うことができた。

今後の課題として、a氏の生活や気持ちに影響を与えたと考えられる統合失調症の母親や母方家族、友人、教員などa氏の間人関係や生活環境に関するデータを十分に収集・分析できなかった点が挙げられる。この点については、a氏に関わる関係者との接触が困難であったことや、仮に接触できた場合でもプライバシーの問題や心理的負担の大きさが障壁となった。この課題に取り組む際には、関係者との信頼関係を構築すると共に倫理的配慮を一層重視し、適切なデータ収集方法を検討する必要がある。

また、今後は必要なSSを得ることができた人の視点からの調査も行い、統合失調症の母親をもつ子どもが抱える具体的な支援ニーズをより明確にすることが求められる。さらに、統合失調症の親について語ることを選んだ子どもが経験する意識変容についても調査を行い、今回明らかになった構造のさらなる検証を進める。これらにより、現状の課題解決の一助及び適切なSSによる子どもの支援につなげたい。

付記

本研究に協力してくださった研究対象者の皆様並びにご指導いただいた佛教大学塩満卓教授、関西学院大学藤井美和教授に心より深く感謝申し上げます。

なお、本論文は2023年度関西学院大学大学院人間福祉研究科修士論文「精神障害を持つ親の子どもに発露するスピリチュアリティ―“全人としての人”の視点からみる子どもの語り―」の次なる課題として、苦しみを抱える子どもに必要な支えを「ソーシャルサポート」の観点から焦点化したものである。また、修士論文で得られたデータの一部を再分析し、その結果を基に考察をさらに深めた。

文献

- 濱島淑恵・宮川雅充 (2018) 「医療保健_高校におけるヤングケアラーの割合とケアの状況、大阪府下の公立高校」『厚生指標』65(2), 22-29.
- 濱島淑恵・宮川雅充・南多恵子 (2022) 「ヤングケアラーの精神的苦痛：埼玉県立高校の生徒を対象とした質問紙調査」『日本公衆衛生雑誌』69(2), 125-135.
- 羽尾紗和・蔭山正子 (2019) 「精神疾患を患う母親をもつ子どもの生活体験と病気の気づき」『日本公衆衛生看護学会誌』8(3), 126-134.
- 岩崎弥生 (1998) 「精神患者家族の情動的負担と対処方法」『千葉大学看護学部紀要』20, 29-40.
- James S. House (1981) *Work Stress and Social Support*, Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- 蔭山正子・横山恵子・坂本拓・小林鮎奈・平間安喜子 (2021) 「精神疾患のある親をもつ子どもの体験と学校での相談状況：成人後の実態調査」『日本公衆衛生雑誌』68(2), 131-143.
- 子ども家庭庁 (2024) 「ヤングケアラーについて」(<https://www.cfa.go.jp/policies/young-carer>, 2024. 8. 17)
- 厚生労働省 (2023) 「令和5年度 精神保健福祉資料 (630調査)」(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>, 2025. 3. 2)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2019) 「ヤングケアラーの実態に関する研究報告書」(https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2021/04/koukai_210412_7.pdf, 2025. 3. 2)
- 宮川雅充・濱島淑恵 (2021) 「ヤングケアラーの生活満足感および主観的健康感：大阪府立高校の生徒を対象とした質問紙調査」『日本公衆衛生雑誌』68(3), 157-166.

- 長江美代子・土田幸子 (2013) 「精神障がい
の親と暮らす子どもの日常生活と成長発達へ
の影響」『日本赤十字豊田看護大学紀要』
8 (1), 83-96.
- 長沼葉月・田野中恭子・土田幸子・吉岡幸子・
上原美子・森田展彰・北野陽子・牛場裕治
(2020) 「2020年(令和2年)度研究報告
書 子ども虐待に関する文献研究 親の精
神疾患と子どもの育ち」子どもの虹情報研
修センター(日本虐待・思春期問題情報研
修センター)
- 長沼葉月 (2021) 「精神疾患のある親と暮らす
子どもの世帯を支える制度の整備状況に関
する探索的検討」『社会福祉学』37, 63-82.
- 日本ケアラー連盟 (2015) 「南魚沼市ケアを担
う子ども(ヤングケアラー)についての調
査〈教員調査〉報告書」日本ケアラー連盟
- 日本ケアラー連盟 (2017) 「藤沢市ケアを担
う子ども(ヤングケアラー)についての調
査〈教員調査〉報告書」日本ケアラー連盟
- 齊藤雅茂 (2018) 『高齢者の社会的孤立と地域
福祉 計量的アプローチによる測定・評
価・予防策』明石書店
- 澤井礼・赤津玲子 (2019) 「精神疾患の親をも
つ子どものサポートグループでの体験 家
族会の子どもを対象としたサポートグル
ープ参加者の語りから」日本家族心理学第
36回大会, 104, 65.
- 田野中恭子・遠藤淑美・永井香織・芝山江美子
(2016) 「統合失調症を患う母親と暮ら
した娘の経験」『佛教大学保健医療技術学部
論集』10, 49-61.
- 田野中恭子 (2019) 「精神疾患の親をもつ子
どもの困難」『日本公衆衛生看護学会誌』8
(1), 23-32.
- 土田幸子 (2019) 「精神疾患の親をもつ子
どもへの支援 親と子どもをサポートする
会の取り組みから」『こころの健康』33(2),
33-38.
- 湯浅典人 (1995) 「ソーシャル・サポートに
焦点をあてた援助についての考察」『社会
福祉学』36(1), 72-86.
- サトウタツヤ (2009) 『TEM ではじめる質
的研究: 時間とプロセスを扱う研究をめざ
して』誠信書房
- 山浦晴男 (2012) 『質的統合法入門 考え方
と手順』医学書院
- 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研
究所 (1997) 「精神障害者家族の健康状
況と福祉ニーズ第3回全国家族調査」全
家連保健福祉研究所編『ぜんかれん保
健福祉研究所モノグラフ』全国精神障
害者家族会連合会, 18(30).

**Social Support required for Children of Mothers with Schizophrenia:
An Analysis of Interviews with Children in Adulthood**

Yuki Kimura

Researcher, Graduate School of Social Welfare, Bukkyo University

This study aimed to identify the types of social support (SS) required for children whose mothers have schizophrenia, focusing on four dimensions: informational, instrumental, evaluative, and emotional. A qualitative synthesis of interviews with adults who had early carer experiences in childhood revealed that challenges such as “enduring unsolvable situations” and “self-sacrificing to support their mothers” stemmed from inadequate SS. Informational SS involves access to accurate information about schizophrenia, available social resources, and improved competence among supporters. Instrumental SS includes comprehensive life support, including home nursing, household assistance, and financial aid, along with systemic improvements in community and government services and collaboration with schools. Evaluative and emotional SS on “interactions with understanding individuals” that help enhance self-esteem and provide safe spaces for children to reinterpret their past — leading to the realization that “they do not have to support their mothers alone.” These findings underscore the need to build comprehensive ongoing support systems tailored to individual needs. Further research is required to explore the transformative experiences of children who choose to share stories about their mothers.

Key words: parents with schizophrenia, young carers, social support, qualitative integration methods

〔論文〕

医療ソーシャルワーカーの気質特性に基づく 業務負担感の違いとその対処 —感覚処理感受性をもとにしたセルフケアの検討—

本 岡 悟*
大 西 次 郎**

医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）の気質特性に着眼し、感覚処理感受性（以下 SPS）の概念を用いて SPS の高低による業務負担感の違いと、対処の状況を質的に調査した。対象は MSW20名、SPS の程度は Highly Sensitive Person Scale 日本語版により評価した。

その結果、MSW の気質上のバリエーションは【気質の特性】【MSW の支援観】【多種多様な負担感】【負担感への対処】に整理できた。そして、SPS が高い MSW は外的な刺激を負担感として自らの内に溜め込むだけでなく、その負担感を家族や気を許す同僚などに表出し対処していた。一方、SPS が低い MSW は負担感を自分以外の対象に抱き、その負担感をもっぱら自分のなかで処理していた。

望ましい対処（セルフケア）として SPS が高い MSW には、自身の敏感さをプラスに捉え、負担感を理論に落とし込んだり、研修会で新たな知識を得たりする解決への評価があげられる。また SPS が低い MSW には、自らの意図と異なる言動を余儀なくされた過程を内省し、上司や同僚との関係を見直したり、自身のネットワークを活用したりする情報の整理があげられる。

Key words : 医療ソーシャルワーカー, 気質, 負担感, セルフケア, 感覚処理感受性

I. 問題の所在

医療機関で勤務する医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）は、患者家族の生活課題の解決に取り組む一方で、経営の観点から在院日数の短縮や病床稼働率の向上を求められるなど業務の内容が多岐にわたっており、その負担感は大い。「MSW の約半数がメンタルヘルス不

調をきたしている」（倉本ら 2019 : 24）とされる量的な負担感の大きさとともに、その多様さに関しても「長期入院の是正や医療費の抑制策等の社会情勢や医療環境の変化に対する中で様々な不安を抱き、葛藤を繰り返している」（田中ら 2019 : 26）との指摘がある。しかしながら、MSW は自身のメンタルヘルスが不調であっても、それが日常化してそもそも不調に気づいて

* Satoru Motooka : 大阪市立大学大学院生活科学研究科 後期博士課程

** Jiro Ohnishi : 大阪公立大学大学院生活科学研究科 総合福祉・臨床心理学分野

いない、あるいは気づいていても多忙で吐露できていないといった可能性がある。

そうした状況への一つの対応策として2006年に厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を示し、そのなかでセルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケアの4つのメンタルヘルスケアの推進を提唱している。

なかでもセルフケアは、メンタルヘルスケアの基本的な考え方として、その重要性が示されている。このセルフケアについて橋本（2017：100）は、「自分の気質を理解し、物事への反応の仕方のくせを知り、それを前向きに活かすことができれば、持って生まれた気質は誰にとっても最高の武器となる」と言う。一方でMSWを含む対人援助職に就く者の気質について岡山（2023：314）は、「医療や介護職には『助けたい病』の人が多く、自分を置きざりにして患者やスタッフのことを優先している人が多い」と言及しており、加えて大松（2010：56）が「落ち込んだり悩んだりしたときに職場の中で精神的なサポートが不足している」と指摘するようにケアの推進は必ずしも容易でない。MSWの気質特性に応じたメンタルヘルスへの対応は喫緊の課題であると言えよう。

しかしながら、MSWによるセルフケアに着眼した研究は管見の限り見あたらなかった。その理由は、高橋（2015：305）が「医療従事者の健康管理に対する『自己責任』の視点が、自他ともに根強くあるのではないだろうか」とするよう、メンタルヘルスの問題が個人の裁量に任せられ、前記のようにMSWがその解決に必ずしも積極的でないためと考えられる。

気質に関しては近年、感覚処理感受性（Sensory Processing Sensitivity：以下、SPS）というAron et al.（1997：347）が提起した概念が心理学領域で注目されている。すなわち「脳内で感覚情報を処理する過程における生得的な個人差」とSPSは定義され、これが高い人には「物事を深く考える、刺激を受けやすい、神経が高ぶりやすい、感情の揺れが大きい

い」（Aron et al. 2012：270-73）という特徴が見られるという。

こうしたSPSが高い人は一般に「感情を調整するのがむずかしく、新しいことにチャレンジしたり未来を肯定的にみたりすることが困難」（赤城ら 2017：66）で、「SPSが高いほど不安や抑うつ、ストレスが高いことが示唆され、SPSの高い人は日常生活において生きづらさを感じやすい」（花岡ら 2023：98）とされている。また、介護職員のSPSを調査した研究では「SPSが高く、小さな変化に気付く者は、情緒的な消耗が大きく離職意向が高くなる可能性がある」（堀内ら 2021：35）との報告がある。

一方、SPSが低い人の特徴として「ソーシャルスキル、精神的回復力が高い」（赤城 2017）「肯定的解釈が高い」（森谷ら 2022：282）「環境の質がネガティブでもポジティブでも相対的に影響を受けにくい」（飯村 2021：212）ことが挙げられている。

これらよりMSWにおいても、SPSから見た気質の違いによって負担感は多様な姿を取ることが予想される。たとえば、SPSが高いMSWは、専門職という自信がもてず「自分はダメだ」と自己否定し、負担感を引きずる。またSPSが低いMSWは、自身の思いを伝え上司や他職種からの指摘を元に負担感に対処するといった、差異がありそうな様相である。

もちろんSPSが高い／低いだけで気質を語り尽くせるものではない。この点について、串崎（2020：23）は「HSP（筆者注：SPSが高いこと）は病気ではない（中略）診断基準もないし、人をHSPと非HSPに二分するものでもありません」と説明している。けれども、上述のSPSの概念をもとに、MSWの負担感に対する気質のバリエーションが浮き彫りになる可能性がある。具体的には、MSWという職業に対する捉え方、感情の向く先、対処の仕方などの心理的傾向の違いである。すなわち、MSW個人が、どのような負担感を抱きやすいのか自らを知り、気質に応じたセルフケアを行う必要がある。

II. 研究目的

本稿では、MSW の気質特性に基づく負担感を、SPS を通して明らかにするべく試みる。MSW が自身の気質により即したセルフケアを意識できれば、福祉職として自律した役割を維持でき、バーンアウトや離職を防ぎ、医療チームの安定と患者への福利向上の貢献に結び付くと思われるからである。

上記の目的に沿い、以下に SPS から見た周囲の刺激に対する敏感さを切り口として、MSW が負担感の強い状況に置かれるなか、MSW という職業に対する捉え方、感情の向く

先、負担への対処を抽出して望ましいセルフケアのあり方を検討する。

III. 研究方法

1. 対象と期間

対象の選出は、経験年数や役職の有無に関係なく、MSW 個人の気質に一定の傾向があるかを検討するため、機縁法に基づき 9 医療機関に調査を依頼し、現職の MSW20名（男性 5名、女性15名）の協力を得た（表 1）。

調査は2024年 1月～同年 7月にかけて実施した。

表 1 対象者の属性

	対象	SPS 得点	年齢	性別	MSW の経験年数	役職		対象	SPS 得点	年齢	性別	MSW の経験年数	役職
SPS が高い傾向にある MSW	A	121	20代	女	6年	無	SPS が低い傾向にある MSW	K	84	40代	男	20年	有
	B	98	30代	女	15年	無		L	82	30代	女	13年	無
	C	97	30代	女	3年	無		M	78	30代	女	6年	無
	D	92	40代	女	10年	無		N	72	50代	男	12年	無
	E	92	20代	女	6年	無		O	67	30代	男	11年	無
	F	91	40代	女	21年	有		P	67	30代	男	12年	有
	G	88	30代	女	8カ月	無		Q	64	40代	女	19年	有
	H	87	20代	女	2年	無		R	55	30代	女	5年	無
	I	87	40代	女	22年	有		S	55	40代	女	16年	無
	J	86	30代	女	15年	無		T	49	50代	男	27年	有

2. データ収集

調査場所は、対象者が所属する医療機関、または調査者が用意したプライバシーが保たれる個室で対面下に行った。

まず基本属性として、年齢、性別、MSW の経験年数、役職の有無を確認した。

次に Highly Sensitive Person Scale 日本語版（以下；HSPS-J19：高橋 2016：68-77）を用いて対象者の SPS の程度を測定した。HSPS-J19は、「1. まったくあてはまらない」から「7. 非常にあてはまる」の 7 件法、19項目で構成され、低感覚閾、易興奮性、美的感受

性の 3 因子に分けられる。合計点が高いほど SPS が高いとされ、先行研究において信頼性と妥当性が確認され、多くの研究で用いられている。

HSPS-J19の施行後に半構造化面接を実施した。質問項目は「物事に対しポジティブ／ネガティブのどちらに捉えるか」「MSW の専門性は高いと思うか」「MSW として大切にしていること何か」「負担感を抱いた時どのように対処しているか」「仕事とプライベートを区別できているか」である。面接は対象者の許可を得て IC レコーダーで録音した。

カテゴリー《》、コード〈〉、対象者の語り「」で示す。以下に、カテゴリーの特徴について述べる。

【気質の特性】

これは《内向的特性》《外向的特性》から構成され、気質のバリエーションによって物事に対する捉え方が違うことを示している。

《内向的特性》は、9つのコードから構成され、SPSが高い傾向に見られた。この特性をもつMSWは、物事を〈ネガティブに捉える〉傾向があり、「小さい時から繊細じゃないですけど。人の顔色を気にしてた」と、〈人の顔色を見てしまう〉と語った。また、MSWは、〈雰囲気で気分が左右される〉ため〈気分が落ち込む〉と語った。さらに、役職に就くSPSが高いMSWは、「今の言い方よくなかったのかなとか、今のタイミングでよかったのかな」というように、いつもと違う部下の業務に対する姿勢を察知しながらも、自身の指導内容について〈自己否定してしまう〉様相が確認できた。

《外向的特性》は、4つのコードから構成され、SPSが低い傾向に見られた。この特性をもつMSWは「物事を悪い方に考えて良い方にいったためしがない」と〈ポジティブに捉える〉と語った。また、MSWは〈自分の気持ちは伝えたい〉という姿勢で〈他職種から言われても気にしない〉と語った。その一方で、MSWは「忙しいのを気にかけてくれているのに、パツとする返事をしていた」と、自身の感情を表に出していた。また、役職に就くSPSが低いMSWは、「言うたっみたいなのはあ。後で、炎上するかもしれないけど言うのだったろ」と、〈立場や後先考えない〉で自分のタイミングで思いを表出していた。

【MSWの支援観】

これは《専門職のあり方を模索》《MSWとしての心構え》《自身の経験をもとに実践》から構成され、気質のバリエーションによって支援の取り組み方が異なることを示している。

《専門職のあり方を模索》は、2つのコードから構成され、SPSが高い傾向に見られた。MSWは「話してもらいやすい人を演じる」「言わないと仕事も進められない。嫌ですけど。自分を演じてます」というように、〈話しやすい人・言うべきことは言う人を演じる〉と語った。そして、誠実に患者家族と向き合いたいと〈MSWとしてのあり方を問う〉ていた。

《MSWとしての心構え》は、5つのコードから構成され、SPSに関係なく見られた。そのなかで、SPSが高いMSWの多くは、MSWの〈専門性は高い〉と認識し、倫理綱領や行動指針などの〈理論に立ち返る〉と語った。

《自身の経験をもとに実践》は、2つのコードから構成され、SPSが低い傾向に見られた。MSWが「教科書のことは分からないけど、困った時どこに聞けば解決の糸口が出てくるかは把握している」というように、〈支援に必要なネットワークに力点〉を置き〈経験と直感で実践〉していた。

【多種多様な負担感】

これは《圧力として受けとめてしまう》《専門性を見いだせない》《理解してくれないつらさ》《MSWへのネガティブな感情》《割り切れない気持ち》《相談できないしんどさ》《足並みが揃わない》《仕事とプライベートを区別できない》《研修会に行く負担感》から構成され、気質のバリエーションによって負担感が違うことを示している。

《圧力として受けとめてしまう》は、3つのコードから構成され、SPSが高い傾向に見られた。MSWは「退院できないとわかった瞬間からストレスが爆裂的に。結局、退院させ屋になるしかない」と、上司や他職種からの〈退院の圧力を受けとめてしまう〉と語った。また、MSWは上司や他職種の〈感情を読んでもしょう〉ため要望を〈言われると断れない〉でいた。

《専門性を見いだせない》は、5つのコードから構成され、SPSに関係なく見られた。SPSが高いMSWは「プロ意識高くできてるんかっ

て言われると、自信もってできてますとは言えない」と〈専門職としての自信がもてない〉でいた。またSPSが低いMSWの多くが、MSWの〈専門性は低い〉と認識し「知識をすごい吸収しようとかない」と、〈専門職としての向上心がもてない〉でいた。

《理解してくれないつらさ》は、3つのコードから構成され、SPSに関係なく見られた。SPSが高いMSWは、同職種の上司や同僚に対して〈MSWとしての考え方が違う〉とし、他職種の上司の必要性を語った。一方SPSが低いMSWは、他職種の上司や同僚に対して〈業務内容を理解してくれない〉とし、同職種の上司との相談を望んでいた。

《MSWへのネガティブな感情》は、3つのコードから構成され、SPSが低い傾向に見られた。SPSが低いMSWは〈組織での立ち位置が悪い〉とし「専門性を崩さないといけない。組織の中が円滑に進むことを優先してしまう」「何でも屋ですかね」と〈何でも屋にならざるを得ない〉と語った。

《割り切れない気持ち》は、4つのコードから構成され、SPSが高い傾向に見られた。MSWは「傷ついてる自分もいて。だいぶ引きずりますね」と〈傷ついてしまう〉と語った。また、MSWは〈周囲への気使い〉に疲弊しているが〈負担感をため込んでしまう〉と語った。

《相談できないしんどさ》は、7つのコードから構成され、SPSに関係なく見られた。MSWの多くは、個人的な思いの表出が上司や同僚の迷惑になる、どう思われるかわからないといった懸念から〈個人的な思いは言えない〉でいた。そのなかで、SPSが低いMSWは〈相談しても仕方がない〉〈相談できる人がいない〉と語った。

《足並みが揃わない》は、3つのコードから構成され、SPSが低い傾向に見られた。SPSが低いMSWは他職種からの〈要望を安易に引き受ける同僚への負担〉を語った。しかし、〈部署内の足並みが揃わない〉としながらも、MSWはその問題に干渉せずにはいた。

《仕事とプライベートを区別できない》は、3つのコードから構成され、SPSが高い傾向に見られた。そうしたMSWは、〈プライベートで仕事のことを考えてしまう〉ため、プライベートから仕事への〈気持ちの切り替えがきつい〉と語った。

《研修会に行く負担感》は、3つのコードから構成され、SPSに関係なく見られた。SPSが高いMSWは、実践で人に疲れ研修会に出席するとさらに〈人に疲れてしまう〉と語った。SPSが低いMSWは、グループワークがある研修会について、司会や書記などの役割を決める時間やグループ発表で重なる意見を〈意味のない時間が多い〉として出席せずにはいた。

【負担感への対処】

これは《表出して対処》《自分のなかで納得させて対処》から構成され、気質のバリエーションによって負担感の対処の仕方が違うことを示している。

《表出して対処》は、5つのコードから構成され、SPSが高い傾向に見られた。そうしたMSWは負担感を〈システムの問題に昇華〉させ、その課題を他職種や〈外部のMSWと協議〉し、〈新たな気づきを得る〉という形で対処していた。MSWは、同職種よりも他職種の方が専門職として尊重してくれるとして、支援に関することは他職種の方が話やすいと語った。また、MSWは家族や気を許せる同僚に〈思いを吐露する〉〈求人を見て現実から逃避する〉といった形で負担感を対処していた。

《自分のなかで納得させて対処》は、5つのコードから構成され、SPSに関係なく見られた。SPSが高いMSWは、負担感を〈飲み込んでいかないといけない〉と〈自分のなかで折り合いをつける〉と語った。また、SPSが低いMSWの多くが「仕事以外の時は考えないです。絶対に考えたくないです」と〈プライベートで仕事のことは考えない〉と語った。

V. 考察

1. SPS による MSW の気質特性と負担感の違い

結果から、MSW の気質のバリエーションは【気質の特性】【MSW の支援観】【多種多様な負担感】【負担感への対処】に整理された。SPS が高い／低い MSW の特性は以下のように集約かつ考察される。

SPS が高い MSW は、《内向的特性》をもち、日々《専門職としてのあり方を模索》していた。しかし MSW は、専門職としての自信がもてず、上司や他職種からの要望を《圧力として受け止めてしまう》ため、在院日数短縮に苛まれていた。また、個人的な思いを表出できず《相談できないしんどさ》を抱いており、《割り切れない気持ち》を覚え、《仕事とプライベートを区別できない》でいた。加えて、実践場面で疲弊した MSW は《研修会に行く負担感》を覚えていた。しかし、家族や気を許せる同僚などに自身の負担感を《表出して対処》していた。

対して SPS が低い MSW は、《外向的特性》をもち、《自身の経験をもとに実践》していた。その背景には、《MSW へのネガティブな感情》や《専門性を見出せない》があった。また、部署内の《足並みが揃わない》という負担を感じながらも、自身の業務の取り組みに理解を示さない他職種の上司や同僚に対して《理解してくれないつらさ》を覚え、《相談できないしんどさ》を抱いていた。加えて、SPS が低い MSW はグループワークがある《研修会に行く負担感》をもっていた。こうした負担感を、MSW は《自分のなかで納得させて対処》していた。

したがって、本研究の結果から SPS が高い MSW は、外的な刺激を負担感として自らの内に溜め込むだけでなく、その負担感を家族や気を許す同僚などに表出して対処していた。一方で SPS が低い MSW は、負担感を自分以外の対象に抱き、その負担感を自分のなかだけで処理していたことが明らかとなった。よって、MSW の気質のバリエーションから抱きやすい

負担感や、セルフケアの違いがあると言えよう。SPS の高低に基づく MSW の気質特性と、それぞれに望ましいと考えられるセルフケアを以下に示す。

2. SPS が高い MSW の気質特性

SPS が高い MSW は、《内向的特性》をもつ一方で、話やすい人・言うべきことは言う人といった専門職を演じている。串崎（2020：14）は、SPS が高い人について「人から期待される自分を、知らず知らずに演じてしまう癖がついているため、疲れがどっと出ます。周囲から『頑張りすぎ』と言われたり、ひどくなると自分でも『偽りの自分』で生きているような感覚になったりします」と述べている。この串崎の論と《内向的特性》を踏まえると、「偽りの自分」とは専門職としてのあるべき姿を演じている自分になる。この「偽りの自分」がとった振る舞いを本来の自分は、ネガティブな感情で捉え、内面とのギャップに悩んでいると考える。その中で、専門職を演じられているかは、上司や他職種などの表情や言動から得られた情報に基づく、相手を不快にさせていないかどうかによって依拠している。SPS が高い MSW は専門職としての自信をもてず、周りの顔色を気にしていたのである。つまり、《内向的特性》と専門職を演じるといったギャップは、周りの評価を気にしすぎていることから生じている。

また SPS が高い MSW の多くが、《専門職としてのあり方を模索》していた。一方で、「退院させ屋になるしかない」と、上司や他職種からの要望を《圧力として受け止めてしまう》様相もまた確認できた。この「退院させ屋になるしかない」という言動は、組織にとって都合の良い MSW を演じており、専門職としてのあるべき姿とは言えないであろう。しかしながら、MSW が「退院させ屋」と発言するのは、圧力から抜け出そうとする自己防衛の可能性がある。それは、MSW が上司や他職種への期待に応えたいという思いに駆られ、患者家族からの情報を遮断することで MSW として察知すべき情

報量を絞り、「退院させ屋」という取り組むべき業務内容を明確にしていることを意味する。これは、MSW が専門職としての思いを捨て、自分を守ろうとする行為に位置づけられよう。患者家族の思いと組織から求められる役割との間の葛藤は、MSW を専門職から逸脱した状態に陥らせる可能性がある。

しかしながら SPS が高い MSW は、相談することを負担に感じやすい。なぜなら、個人的な思いの表出が苦手で傷つきやすい気質をもつからだと考える。SPS が高い MSW に見られうる相談を阻害させる特性として、川乗ら (2018 : 65) は「援助を要請することで自身の無能さを露呈し、自己評価を低下させてしまうのではないかという懸念が援助要請をためらわせる大きな要因である」と言及する。そのため、SPS が高い MSW は、〈自己否定してしまう〉気質をもち〈周囲への気使い〉から気軽に相談できずにいる。

また、本研究においては、SPS が高い MSW が《割り切れない気持ち》から《仕事とプライベートを区別できない》でいる実態が把握できた。一方で、上司や同僚に対して〈MSW としての考えが違う〉といった一面も確認できた。これは、専門職として経験を積み重ねたことで自身の思い描く MSW 像が強固なものになり、その価値が上司や同僚のもつ価値と衝突し、上司や同僚の業務改善や支援の提案を素直に受け入れられずにいるものと考えられる。つまり、相談することに負担を感じる MSW は、傷つかないように自身の思い描く MSW 像に固執してしまいかねないのである。

3. SPS が高い MSW に望ましいセルフケア

上述したように SPS が高い MSW には、①専門職を演じている、②患者家族の思いと組織から求められる役割との間で葛藤を抱きやすい、③相談することに負担感があるといった実態が浮かび上がってきた。これらへ対処することが負担感の軽減につながると考える。以下に、SPS が高い MSW が行うべきセルフケアにつ

いて述べる。

専門職を演じている自分に気づいた場合、専門職としての自信をつけることが必要となる。それは、上述した「偽りの自分」と本来の自分とのギャップを埋めることが、自己肯定感につながると考えるからである。本研究における SPS が高い MSW は、《研修会に行く負担感》を覚えるほど疲弊する一方で、負担感を〈システムの問題に昇華〉させ、倫理綱領や行動指針などの理論に立ち戻っていた。より具体的には、杉山ら (2020 : 151) の示すように「『できない自分』が嫌になったときの解決方法として、①自分のプラス面を探していく、②小さな成功体験を積み重ねる」ことが重要とされる。そのため、自身の敏感さをプラス面に捉え、負担感を理論に落とし込んだり、座学中心の研修会に出席し新たな知識を得たりしてシステムの問題に置き換え、そうした解決を評価することが重要となろう。

さらに、患者家族の思いと組織から求められる役割との間で葛藤に苦しむ場合は、退院を前提にした画一的な関わりに気づくことが肝要となる。

SPS が高い MSW は、「退院させ屋」といった必ずしも望ましくない感情を抱いていた。一方で、〈求人を見て現実から逃避する〉ほか、家族や気を許せる同僚に思いを吐露し、負担感に対処していた。岡田ら (2009 : 22) も同様に「『同僚のサポート』は職務の『不安感』、『抑うつ感』を和らげ、『活気』をもたらし、職場のストレスを軽減するために必要な要因である」と言う。つまり、圧力に苦しむ時にこそ、患者家族の支援を見直し溜め込んでいる負担感を外に向け表出することが重要と言えよう。

相談することに負担感をもつ場合、他職種との支援の振り返りが肝要となる。SPS が高い MSW は、自身の思い描く MSW 像に固執し上司や同僚の話を素直に聞けないうた。一方で SPS が高い MSW には、同職種よりも他職種の方が支援について話しやすいという実態が把握できた。こうした他職種との関わりを通じ

て、自身の思い描く MSW 像がかたくななものとなり支援に偏りが生じていないか、見直す必要がある。さらに、上司や同僚が「組織から求められる役割、患者家族との関わり、地域のネットワークの構築」のどれを求めているのかを探り、それを思い描く MSW 像に取り入れる柔軟性をもつことが重要となろう。

4. SPS が低い MSW の気質特性

SPS が低い MSW は、専門職としての専門性が低い、組織内での立ち位置が悪いとして、MSW という職業にネガティブな感情を抱いている。それは、MSW が理論よりも自身の「経験、勘、直感」を重視しているからだと考える。

SPS が低い MSW は、「自身の経験をもとに実践」し、「何でも屋ですかね」とネガティブな感情を抱いていた。MSW が「何でも屋」と揶揄するのは、アイデンティティが確立できずにいる姿と言える。その証拠に、SPS が低い MSW は〈専門職としての向上心がもてない〉でいた。SPS が低い MSW に見られる特性として、上原 (2007: 14) は MSW の職場環境について「生き延びるために、組織の都合の良い専門職としての道筋を歩むしか出来ない職場があることも事実であろう」と指摘する。こうした環境下では、容易に《MSW へのネガティブな感情》を抱き、「専門性を見出せない」だろう。この時、MSW は専門職として組織に所属しているのではなく、組織内で求められる役割を果たしているに過ぎない。

また SPS が低い MSW は、自身の業務の取り組みに理解を示さないスタッフに対して「理解してくれない」という思いを抱きやすく、負担感が自分以外の対象に向いている。SPS が低い MSW は、部署内の《足並みが揃わない》としながらも、その課題に干渉せずにいた。これは MSW が、理解を示さないスタッフとの関係に一線を引いている態度と考える。つまり、SPS が低い MSW は、自身の考えに合う／合わないといった尺度で関係性を構築し、その考えに合わないスタッフとの関係を遠ざけかねない。

い。

しかし SPS が低い MSW は、本音は表に出さず孤独感をもっている。SPS が低い MSW は、〈相談しても仕方がない〉〈相談できる人がいない〉と、負担感を抱え込んでいた。つまり、SPS が低い MSW の孤独感の内実は、誰にも本音をもらさないといい気質から生じていると言えよう。

5. SPS が低い MSW に望ましいセルフケア

上述したように SPS が低い MSW には、① MSW としてのアイデンティティが確立できていない、②「理解してくれない」という思いがある、③孤独感があるといった実態が浮かび上がってきた。以下に、SPS が低い MSW が行うべきセルフケアについて述べる。

MSW としてのアイデンティティが確立できていない場合、まずは自身の実践を理論に落とし込み専門職として行えている部分を確認することから始め、その確認した内容を部署内で共有し、MSW の役割を他職種に周知させることが肝要となる。SPS が低い MSW は、MSW の《専門性を見出せない》でいた。この点について、大賀 (2014: 64) は「ソーシャルワーカーが社会における専門職性を確立するためには、組織の中でまず専門職としてソーシャルワーカーが容認されることも必要である」と論じている。

すなわち SPS が低い MSW は、組織内の立ち位置が悪いとする原因を探り、専門職としてどう振る舞うべきなのかを部署内で協議し、他職種に MSW の役割を啓発することが重要となる。そのためには、理論の必要性をじゅうぶん飲み込めていない MSW は、理論に立ち戻り研修会に出席するなどして、専門職としてのスキルを磨く必要がある。

「理解してくれない」という思いがある場合、自分から周りの人との関係を遠ざけている可能性があり、周囲との関係を見定めることが肝要となる。SPS が低い MSW は、他職種の上司や同僚に〈業務内容を理解してくれない〉と負担感を抱いていた。一方で、「忙しいのを気に

かけてくれているのに、パツとする返事をしてきた」と、相手との距離を遠ざける一面もまた確認できた。MSWの「理解してくれない」という思いの裏には、「専門性を崩さないとやっていけない」という、自分の意図と異なる言動を強いられてきた過程があると考えられる。すると、この過程が上司や同僚との関係を遠ざける要因になる。つまりSPSが低いMSWは、自分の意図と異なる言動を余儀なくされ、それに対処してきた過程に囚われていないか内省し、上司や同僚との関係を見直すことが必要になろう。また、上司や同僚とどうしても考えが合わない場合は、同職種の上司に相談、あるいは外部のスーパービジョンを受けることが負担感を軽減する手立てになる。SPSが低いMSWは同職種の上司との相談を望んでいた。そこで「理解してくれない」という思いをもつ場合は、同職種という観点から相談相手を探すことが良からう。

孤独感をもつ場合、自身が築いたネットワークを活用し、業務上の取り組みについて情報を整理することが望ましい。職場外のサポートについて、陽田ら(2008:6)は「ネットワークとして活用することによって、情緒的疲労感を軽減する効果が考えられる」と言う。SPSが低いMSWは、〈支援に必要なネットワーク作りに力点〉を置いていた。これは、ネットワークの構築を通じて、自身のセルフケアを行っていると考えられる。孤独感をもつMSWは、支援で関わる関係者と業務上の取り組みについて情報交換する機会をもつことが重要と言えよう。

VI. 研究の限界と今後の課題

本稿は、MSWの気質のバリエーションに着目し、負担感と対応の違いを浮き彫りにしたが、SPS以外の軸による評価もあって良いため、すべての負担感を拾い上げられていない可能性がある。よって、セルフケアのあり方の一部を示したにとどまる。今後は、対象者の性別や年齢、所属する医療機関の規模といった属性を加

味して対象者を増やし、他の軸も考慮したMSWの気質のバリエーションと負担感を拾い上げる必要がある。また、実際に負担感を抱えるMSWに対して、本稿によるセルフケアの有用性を検証していきたい。

文献

- 赤城知里・中村真理(2017)「感覚処理感受性とソーシャルスキル、精神的回復力の関連性の検討」『東京成徳大学大学院心理学研究科臨床心理学研究』17, 59-67.
- Aron, E. N. and Aron, A. (1997) *Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 345-368.
- Aron, E. N., Aron, A. and Jagiellowicz, J. (2012) *Sensory Processing Sensitivity: A Review in the Light of the Evolution of Biological Responsivity*. *Personality and Social Psychology Review*, 16, 262-282.
- 花岡麻衣・平川真・増田成美・ほか(2023)「HSPの特性不安、抑うつ、ストレスにおけるマインドフルネスの効果の検討—感情制御と注意制御からみた調査効果の検討—」『広島大学心理学研究』22, 97-117.
- 堀内泉・高野恵子(2021)「高齢者介護に従事する介護職員の感覚処理感受性および介護観・バーンアウト・離職に関する検討」『甲子園短期大学紀要』39, 31-37.
- 橋本佐由理(2017)「気質理解によるメンタルヘルス不調の予防と人間関係ストレスの軽減」『情報の科学と技術』67(3), 98-103.
- 飯村周平(2021)「HSP(Highly Sensitive Person)の考え方—対人社会的環境という視点からの考察—」『臨床心理学』21(2), 209-215.
- 川乗賀也・鎌原雅彦・相良陽一郎(2018)「社会福祉援助職における援助要請意識がパー

- ンアウトに及ぼす影響』『千葉商大紀要』55(2), 63-70.
- Krippendorff, K. (1980) 『Content Analysis: An Introduction to Its Methodology, Sage Publications.』 (=1989, 三上俊治・椎野信雄・橋元良明訳『メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待—』勁草書房.)
- 厚生労働省 (2024) 「職場における心の健康づくり—労働者の心の健康の保持増進のための指針—」
(<http://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf>, 2024. 11. 24閲覧).
- 倉本亜優未・竹本与志人・杉山京・ほか (2019) 「WHO-5を用いた医療ソーシャルワーカーのメンタルヘルスの実態」『メンタルヘルスの社会学』25, 17-26.
- 串崎真志 (2020) 「繊細な心の科学—HSP入門—」風間書房.
- 森谷菜々絵・吉田沙蘭 (2022) 「感覚処理感受性が高い者の用いる対処方略が心理的適応感に及ぼす影響」『東北大学大学院教育学研究科心理支援センター研究紀要』1, 275-291.
- 岡田栄作・室谷健太・蒲原龍 (2009) 「精神保健福祉士の抑うつ症状とその関連要因」『社会医学研究』27(1), 17-24.
- 岡山ミサ子 (2023) 「メンタルヘルスのためのケア (2) —セルフケアによるストレス軽減—」『臨牀透析』39(3), 309-315.
- 大賀有記 (2014) 「医療ソーシャルワーカーの役割のあいまい化からみる専門職性についての検討—役割理論と組織システム論の観点から—」『社会福祉学評論』14, 57-68.
- 大松重宏 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの業務困難性調査指標開発の試み」『ソーシャルワーク研究』36(1), 49-57.
- 杉山明伸・保正友子・植木博之=編 (2020) 「医療ソーシャルワーカーのストレスマネジメント—やりがいをもって仕事をするために—」中央法規.
- 田中結香・望月宗一郎 (2019) 『医療ソーシャルワーカー (MSW) への精神的支援—メンタリングとスーパービジョンに焦点を当てて—』『日本福祉大学大学院福祉社会開発研究』14, 25-34.
- 高橋亜希 (2016) 「Highly Sensitive Person Scale 日本版 (HSPS-J19) の作成」『感情心理学研究』23(2), 68-77.
- 高橋千佳 (2015) 「従業員支援プログラム (EAP) からみる医療従事者へのメンタルヘルス支援」『総合病院精神医学』27(4), 305-310.
- 上原正希 (2007) 「医療ソーシャルワーカーの業務における制約について」『新潟青陵大学紀要』7, 7-15.
- 陽田加奈子・北島英治・田中千枝子 (2008) 「医療ソーシャルワーカーのバーンアウト予防策の検討—問題解決行動、職場外サポートおよび研修充実度の抑制効果—」『医療社会福祉研究』16, 1-11.

**Differences in Sense of Work Burden and How to Deal With Them Based on the
Temperamental Characteristics of Medical Social Workers:
Examination of Self-Care Based on Sensory Processing Sensitivity**

Satoru Motooka, Jiro Ohnishi

Graduate School of Human Life Science, Osaka City University
Department of Social Welfare Science and Clinical Psychology,
Graduate School of Human Life and Ecology, Osaka Metropolitan University

Focusing on the temperamental characteristics of medical social workers (MSWs), we used the concept of sensory processing sensitivity (SPS) to qualitatively investigate the differences in work burden and coping strategies based on SPS levels. The study involved 20 MSWs, and their SPS levels were evaluated using the Japanese version of the Highly Sensitive Person Scale.

The results indicated that MSWs with high SPS did merely internalize external stimuli as a sense of burden, but also expressed this burden to family members and trusted colleagues, and took appropriate actions to manage it. In contrast, MSWs with low SPS tended to externalize the sense of burden onto others and while managing it internally.

As for self-care, MSWs with high SPS were evaluated as being able positively reframe their sensitivity, incorporate their experiences into theoretical understanding, and gain new knowledge through training sessions. MSWs with low SPS, on the other hand, were evaluated as capable of introspecting on instances where they were forced to behave against their intentions, and to organize their thoughts by reassessing their relationships with superiors and colleagues and leveraging their own networks.

Key words: medical social worker, temperament, burden, self-care, sensory processing sensitivity

「保健医療社会福祉研究」投稿規定

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

〒550-0001

大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局

電話：06-6441-5260

E-mail jsswh@a-youme.jp

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

執筆要領

1. 原稿提出に際しては、学会ホームページに掲載の「投稿チェックリスト」を併せて提出すること。提出がない場合は、受付けないものとする。
2. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて15,000字以内とする。（字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる）。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
3. 図表は、本文とは別に1件ごとにA判で別ファイル提出すること。また図表の挿入箇所は、本文に明記すること。
4. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には、500字以内の日本語抄録をつける。また、「研究論文」には200語以内の英文抄録をつける。
5. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
6. 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。
7. 投稿原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記すること。
8. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。

2024年度第4回理事会において原稿の紙媒体提出の廃止にともない投稿規定および執筆要領を修正承認される（2025年1月15日）

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会
『保健医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

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

II 掲載についての評価 (該当する項目1つに○をおつけください)

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

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

「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

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

「実践報告」「調査報告」

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

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

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

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

「研究論文」

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

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

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

注、文献、付記など

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

編集後記

『保健医療社会福祉研究』第33巻をお届けいたします。今号には、第34回学会大会（2024年10月12日）の記録、投稿論文4本を掲載しております。

第34回学会大会は「生活世界におけるサファリングとケア～苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践～」がテーマとされました。本号においては基調講演とシンポジウムを原稿化されたものがおさめられています。

文化人類学の世界でよく使われる「異質馴化」「馴質異化」という用語があります。この用語に関する小生の理解では、研究者や実践者が異質な世界に身を置くことでそこで暮らす人々の行為や行動に納得する経験を経て、今までに気づいていなかった自己を振り返ることとなります。2023年度セミナーの飯田先生、33回大会の松澤先生に引き続き浮ヶ谷先生の基調講演では共通してこの視座が貫かれていたような気がしています。また3人のシンポジストによる「苦悩に向き合うソーシャルワーカーの実践」報告は、長い年月にわたりクライアントに寄り添い、かかわり続けられた事例報告であり、ソーシャルワーカー魂の琴線に触れるものでした。読者の皆様にも再び感動を味わっていただけることと思います。

本学会ホームページでは第1巻（1992年）から第32巻（2024年）までの本誌全巻が掲載されています。長年にわたり本学会の会長を務められた岡本民夫先生の「実践の理論化」「理論の実践化」を遺志として今後とも保健医療分野のソーシャルワーカーや社会福祉研究の積み上げに貢献できればと考えております。学会誌へのご意見、ご要望など、是非お寄せ下さい。

2025年3月

編集委員会

熊谷 忠和

大瀧 敦子

巻 康弘

高瀬 幸子

榊原 次郎

保健医療社会福祉研究 第33巻

発行日 2025年3月31日

編集 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会・編集委員会

発行 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会（事務局）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

電話：06-6441-5260

E-mail：jsswh@a-youme.jp

発行責任者 熊谷 忠和（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会会長）

編集責任者 熊谷 忠和（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 有限会社 木村桂文社

March 2025

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 33

Keynote Speech

Beyond the Suffering

—Focusing on the Future of Social Worker Practice

..... Sachiyo Ukigaya

Symposium

Social Worker Practice in Facing the Suffering

..... Symposiast: Kazuha Shimpo

Mutsumi Nishimura

Tomomi Hirano

Keynote Speaker: Sachiyo Ukigaya

Chairperson: Kiyoe Miyazaki

Articles

Examination of factors related to the reluctance of self-employed contractors
in the construction industry to undergo asbestos medical checkup services

—Considerations using the Health Belief Model— Taiki Fukujin

Rethinking the Origins of Social Workers and Medical Social Workers

—A Historical Fact-Based Perspective— Hachiro Togashi

Social Support required for Children of Mothers with Schizophrenia:

An Analysis of Interviews with Children in Adulthood Yuki Kimura

Differences in Sense of Work Burden and How to Deal With Them

Based on the Temperamental Characteristics of Medical Social Workers:

Examination of Self-Care Based on Sensory Processing Sensitivity

..... Satoru Motooka, Jiro Ohnishi

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)