

医療社会福祉研究

第18巻

基調講演

排除からの人間回復

炭谷 茂

論文

スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセス

浅野正嗣

退院援助における医療ソーシャルワーカーと看護師の関わり展開プロセス

松浦 愛

イギリス高齢者ケアの現状と課題

—中間ケアの現地調査研究報告—

中村明美

特別養護老人ホームにおける看取り介護加算算定の動向と看取りの実態

—経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面に関する施設長調査—

大西次郎

認知症高齢者を介護する家族の介護負担感

—ショートステイ利用分析を通して—

荒川あつ子

実践報告

精神科入院者への退院支援 —家族状況に焦点を当てて—

芦沢茂喜

高次脳機能障害者の受傷から社会参加へのプロセスに関する研究

—頭部外傷者へのインタビュー調査より—

瀧澤 学

2010年3月

日本医療社会福祉学会

「医療社会福祉研究」投稿規定

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

〒632-8510 天理市柚之内町1050

天理大学人間学部 武田加代子

電話：07436-3-1515 FAX：07436-2-1965)

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとす。フロッピーディスク・電子メール等によるテキストファイルの提出を求められることもある。
3. 「論文」には、300語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 文献は、引用順、あるいは、著者名でABC順に配列する。

*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名，出版社名，発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名，雑誌名，巻数，最初の頁-最後の頁，発行年。

目 次

基調講演

排除からの人間回復	炭谷 茂	1
-----------	------	---

論文

スーパーバイジのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセス	浅野正嗣	21
退院援助における医療ソーシャルワーカーと看護師の関わり展開プロセス	松浦 愛	33
イギリス高齢者ケアの現状と課題 —中間ケアの現地調査研究報告—	中村明美	43
特別養護老人ホームにおける看取り介護加算算定の動向と看取りの実態 —経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面に関する施設長調査—	大西次郎	53
認知症高齢者を介護する家族の介護負担感 —ショートステイ利用分析を通して—	荒川あつ子	63

実践報告

精神科入院者への退院支援 —家族状況に焦点を当てて—	芦沢茂喜	71
高次脳機能障害者の受傷から社会参加へのプロセスに関する研究 —頭部外傷者へのインタビュー調査より—	瀧澤 学	81

[基調講演]

排除からの人間回復

炭 谷 茂*

○岡本

今、司会者からご紹介がありました本日のメインテーマ、「排除からの人間回復」という基盤になる基調講演をただいまから聞いていただくことにします。

皆さんのお手元に資料が届いておりますけれども、本日、基調講演をいただく炭谷茂先生のプロフィールは6ページのところに詳細が書かれておりますので、私からは簡単にお話をしようと思います。

先生は、1946年に富山県高岡市のお生まれです。69年に東京大学法学部を卒業なさってから厚生労働省、前の厚生省にお入りになり、国立病院部長、それから私も直接いろいろお世話になった社会・援護局の局長をなさり、さらに環境省の官房長を経て、2003年に環境事務次官にご就任になりました。皆さんご存知と思いますが、環境問題について果敢にいろんな発言をなさったことをご承知のところだと思います。

2006年にご退任になり、現在、済生会理事長をなさっております。このほかに国立大学法人山口大学の理事あるいは学習院大学の特別客員教授等々、たくさんの重要な役職を引き受けていらっしゃいます。先生の著書として『私の人権行政論』あるいは『環境福祉学の理論と実践』、さらには『社会福祉の原理と課題』『地球環境問題の新常識』『高齢者看護学』等々、大変お忙しい中、次々と執筆をなさっておられます。皆さんお手元に購入なさっている方もいらっしゃる

と思いますけれども、本日は改めて「社会的排除への挑戦とソーシャルインクルージョン」ということで、豊富な行政経験あるいは社会的な活動を通して今回のテーマに迫っていただくということで、私からはこれくらいにさせていただきます。早速よろしく願いいたします。

○炭谷

ただいまご紹介いただきました済生会の理事長を務めております炭谷と申します。今日は日本医療社会福祉学会にお招きいただきまして、ありがとうございます。大変光栄に存じております。特に今は私の尊敬する、また常日頃ご指導いただいております岡本先生から過分なご紹介をいただきました。実は私の息子も、皆様方と同じで福祉を研究しておりますけれども、親子揃って岡本先生のご指導を受けているわけでございます。このような機会を与えていただきまして、実はお招きをいただいたときに2つ返事で引き受けさせていただきました。

と言いますのは、私自身MSWに大変深い思い入れを持っております。私自身済生会で勤務していますがこの中にも勤務されている方もいらっしゃると思います。プログラムをみますと明日、済生会の方々が事例発表もされると聞いておりますので、済生会は、日本最大の医療福祉グループだと自認しております。

ただ、そういう自認をしている割には、この関西を中心にして無低事業をめぐるいろいろ

*Shigeru Sumitani : 済生会理事長

と不祥事がありました。改めて済生会の原点をしっかりと確認して進まなくちゃいかんと思っております。そのときにあたって、済生会の中心的な事業というものは医療や福祉のサービスに恵まれない人に対してサービスを提供することにあるのだから、そういうものを推進するにあたって、皆様方 MSW の役割は大変重要なことだと、私は常日頃、済生会の職員に訴えております。

そうしますと、1つの動きとして、大阪を中心として無低事業の偽装と申しますか、ごまかしがあったわけですが、大阪の7つの済生会病院は今週、MSW の人などが集まって済生会の原点をしっかりと押さえなくちゃいけないということで、ハンセン病元患者の支援を大阪の7つの済生会病院が率先してやっという打ち上げの意思を打ち上げることについて聞いています。そういうことで済生会の原点をしっかりとわきまえる。それをMSW の人たちが決めてくれたということは大変嬉しく思っております。

私自身は、済生会が MSW を引っ張っていくんだという気持ちで仕事をしております。MSW の理論研究、また実際の実務能力の向上は済生会が中心を担わなくて誰が担うのかということで、はっぱをかけているわけでございます。

それとともに、私自身は長く厚生省に勤めておりました。MSW の人とずいぶんお付き合いがございました。その中の、比較的若い人が今日沢山いらしゃいますのであまりご記憶に無いかもありませんけれども、平成3～4年ごろ MSW の資格の法制化をめぐる MSW 協会、学会ではなくて MSW 協会が二分する対立がございました。私の立場は、今日は控えさせていただきますけれども、私自身は MSW には本当の意味で伸びてほしいと思っておりました。あのときの対立を乗り越えて、今はまた1本に MSW の方々がまとまっているんじゃないかと思っている次第でございます。

今日は、いただいたテーマ、私にとって現在

追求している一番重要なテーマの1つでございます。「社会的排除への挑戦とソーシャルインクルージョン」という理念、それについて2時45分まで時間をいただきましたので、お話を進めさせていただきたいと思います。ただ、今日お話をしようと思っておりますのは、実は私の行政上の経験や現在活動していること、そういうことを踏まえ、実践の場で考え出したことでございます。

1. ソーシャルインクルージョンの思想に出会うまで

私自身は昭和44年に厚生省に入りました。自分でぜひ厚生省に入りたいという気持ちで入りました。

昭和44年、当時、高度成長でございました。高度成長の恩恵にあずかれない障害者、高齢者や障害者や公害被害者の人がいっぱいいた。そういうものに対する支援活動をしたいということで入りまして、大変満足できる公務員生活だったのかなと思います。その後、昭和50年、これが自分の人生の1つの転機だったんじゃないかなと思うんですけれども、昭和50年にイギリスに参りました。私は福祉国家というものの建設をしたいがために厚生省に入ったんですが、当時、福祉国家の本家であるイギリスでは福祉国家は旗色が非常に悪かったんです。当時はイギリス病という言葉があったんですけれども、イギリス病は福祉国家のせいだという見直し論が圧倒的に強かったです。

でもイギリスに行って、これは素晴らしいなと思いました。当時、日本のほうが元気があったから、日本の社会福祉の学者の中には、「もうイギリスなんかには学ぶことはない、日本がはるかに上だ」と豪語する学者もいらしゃいました。でも行って見ると、私は昭和50年の時点で、30年遅れていると思いました。日本とイギリスとの社会福祉・社会保障の面においては30年遅れているとほうぼうで言っていました。いまだに僕は10年遅れているなと思っています。差は縮まりましたけれども。

ただ、ここで10ヶ月間、障害者政策を主に調査するために滞在したんですけれども、国の税金で勉強させてもらって、真剣に勉強しました。あんなに勉強した時期というのは珍しいのかなと思うんですけれども、訪問してはノートにつけたりして、だいたい厚生省に提出したレポートは1000ページくらいの分厚いものになりました。それはほとんど誰も見ませんでしたけれども、自分の栄養にはなった。人生というのは、ある一時期パッと勉強するのが将来きくのかなとこのとき考えて、私のいわば社会福祉の理論体系と言いますか、基礎というのは、この時期に作られたと思っています。

そして幸運なことに昭和56年～59年に、今度は在英大使館に外交官として勤務することができました。そのときはサッチャー政権によって福祉国家の見直しではなくて否定、否定されていたんですね。福祉国家というのはさよならしなくちゃいけないという状況でございました。当時僕は保守党担当でございましたから、サッチャーって素晴らしいなと逆に思っていました。そうすると、自分が憧れて福祉国家というものを作りたいと思って厚生省に入ったんですけれども、その福祉国家が崩れていくさま、否定されているさまをイギリスで体験したわけでございます。

ただそうは言っても、次はどうなるのか、これでいいのかなという疑問は持っておりました。その後日本に帰ってきて福祉の状況を見ると、イギリスに比べてまだまだ30年遅れているなど当時は思っていましたけれども、日本において解決しなければならぬ問題がいっぱいあるなど。当時、既に日本は福祉については世界的にトップレベルであると言われていましたけれども、解決しなければならぬ問題がいっぱいある。

例えば、高齢者の孤立の問題、障害者もなかなか社会進出できないとか、また父子家庭とか、児童虐待もそろそろ増え始めた。そういう時期になんでこんなに問題が解決しないのかなと。人は日本の社会福祉政策は世界一だと豪語して

いる時期でしたけれども、どうも違うんじゃないかなというふうに思ったんですね。

そこで1つ始めたこととして、ちょうど平成元年に旧厚生省の生活保護を担当する保護課長というポストに付きました。生活保護を受けていてそこから脱却することもできない、そういう人たちがかなりいらっしやるんです。そこで私はイギリスのパークレー報告、だいたい僕はイギリスの社会福祉の影響をまともに受けていますので、パークレー報告というものがイギリスで出されました。これはコミュニティソーシャルワークの必要性を訴えた報告書ですけれども、これが日本に欠けているなどということで、これをヒントにして日本にコミュニティソーシャルワーカーを養成しなくちゃいけないということで、このための研究会を作りました。

そのとき座長になっていただいたのは現在、社大の学長である大橋謙策先生。そのほか当然MSWの方にも入っていただきました。それで日本においてコミュニティソーシャルワーカーの試験的な実施、例えばこの近くで言えば岡山県の玉野市でやってみたりしました。

でもこれは小さい試みで、そのうち私がポストを去ると消えていきましたけれども、問題というのは相変わらずずっと残っているんですね。なんでこんなにたくさん問題が解決しないのかなと思っておりました。そこでヒントになったのは、今日の表題であるソーシャルインクルージョンということです。

平成12年の1月に英国政府から招待を受けました。英国に来て社会保障の意見交換に来ないかと、大変ありがたいお招きでした。それで正月休みを利用して、イギリスに行きました。英国政府の招待ですから、保健大臣とか国会議員とかロンドンの幹部とか偉い人に会いました。そうすると会う人ごと、同じことを言うんですね。

何かと言えば、「英国は今大変なんだ」と。何が大変かといえば、障害者の人、貧困の人、ホームレス、外国人、それから薬物依存症の人、大きな問題でした。それから若年の失業者、そう

いう人たちが社会から排除されている。本来、イギリスというのは教会を中心にして住民同士の助け合いのあった国ですけれども、それが崩れ去っている。そういう社会からやや逸脱するような人に対して、社会が受け入れなくなっている。それを何とかしなくちゃ英国社会はダメになる。社会的排除は英国の社会を根底から崩しているんだと言うんですね。そして、当時はブレア政権でしたけれども、ソーシャルインクルージョンという政策を掲げてやっているんだと言うわけです。

私はずっとイギリスのことを勉強していましたので、ソーシャルインクルージョンはこんなに大きいウエイトを占めているのだなというのを平成12年の1月に知りまして、愕然としたんです。今までの自分のイギリスの社会福祉に対する見方はちょっと違ったなと思ったんですね。こういう問題が今大きい問題として取り上げられているんですかと。

そしてそれは福祉という限られた世界ではなくて、英国の政治の中で一番大きい問題で、政治テーマになっていると言うんですね。なるほどなと思いました。そのためにブレア政権は総理直轄の下に「社会的排除対策室」という部屋まで作ってやっているんです。

帰って勉強してみると、既にソーシャルインクルージョンを紹介している研究者の方がいることが分かりました。私の勉強不足だったと思うんですね。そしてフランスやドイツやイタリアや、ヨーロッパ全体がこれに取り組んでいるというふうに思ったんです。

そうすると日本と同じ状況だなど。日本も、例えば障害者の方々がなかなか社会の中で受け入れてもらえないという状況が続いている。何とかしなくちゃいけないなど。皆さん方が仕事をされる難病患者も同様だと思うんです。それからハンセン病元患者もそうだと思います。今でも起こりますよね、ハンセン病元患者の問題について言えば、例えばつい最近でも北京オリンピックのときに、ハンセン病患者についてはオリンピック期間中の入国を拒否するというの

を中国オリンピック委員会が出したわけです。これにはびっくりしましたが、さすがに国際的な批判を受けて撤回しましたけれども、まだまだそういうのが世界に残っている。日本も同様の状況はまだまだあるんじゃないかと思います。

そうすると私は日本の社会福祉の問題を解決するためには、ソーシャルインクルージョンというのをもっと広げなくちゃいけないんじゃないかと思いました。そこで平成12年7月に、このレジュメに書きましてけれども、「社会的援護を必要とする人々に対する社会福祉のあり方についての検討会」というものを作ることにしたわけでございます。この座長には阿部志郎先生をお願いしたわけでございます。関西からも何人かの先生、大阪市立大学、現在は松蔭大学の学長の森田先生、そういう方々もご参加してくれたり、また兵庫にございます「故郷の家」の在日コリアンのユン・キさんにも参加してもらったりしました。

それはいわば私の厚生省に対する遺言という気持ちがありました。平成13年1月に厚生省はなくなります。そして私も厚生省を去ることになるだろうということは、役人の人事ですからだいたい分かります。そこで福祉というものを考えると、ソーシャルインクルージョンというのをしっかりと残していかなくちゃいけない。これを厚生省に対する遺言書という形でまとめて、平成12年のまさに厚生省がなくなる1ヵ月前に報告書を発表したわけでございます。その中核になる考え方は、ソーシャルインクルージョンという考え方です。地域福祉計画もぜひそういうものを基にして作ってほしいということ、いわば私が厚生省を去るにあたっての気持ちを表したわけでございます。

2. 退官後の社会活動

その後退官しましたけれども、自分自身は37年2ヶ月という大変長い公務員生活でございました。辞めたときには60を過ぎておりましたので、キャリアの官僚としては大変長い、幸せな公務員生活だったと自分自身は思っていますけ

れども、皆さん方に誤解のないように申し上げますと、私自身はいわゆる役人として出世しているわけではありません。厚生労働省の誰かに聞いていただければ、炭谷というのは決して出世したわけではないというふうに答えが返ってくると思います。私自身はいわば役人をしながら迷い道とかけもの道とか、そういう違ったコースをいろいろと歩んでいます。それが逆に良かったのかなと思うんですね。

そして自分の現在の事実を支える1つの仕事の上で役立ったというのは、このレジュメに書きました平成5年～平成7年までやった同和対策の政府の責任者であった、これが非常に役立ちました。大変に厳しい時期でしたけれども、大変役立ちました。この西宮市にも何回も足を運びました。当時の被差別部落は、大変厳しい状況でした。でもそのときに、人権というもの大切さをここでしっかりと身に付けられた。それが自分の現在を支えているものの1つでございます。今でも被差別部落には月に1回位は行っておりますけれども、そういうものが自分の福祉の考え方の基礎になっていると思っております。

そして公務員退官後、これは現役時代から決めていたんですけれども、1つの自分の人生の方針というのを持っておりました。それは何かと言いますと、公務員生活は私は37年でしたけれども、この間いろんな仕事に従事しました。だいたい2年から3年くらいでどんどん替わるわけですが、その間に携わった仕事は、生涯自分の一個人として追及していこうというふうに心に決めたわけでございます。

と申しますのは、だいたい2年ごとに替わるわけですが、2年間、例えば先ほど言えば精神障害者に対する仕事をするとしたら、2年間は相手にできるだけ調子の良いことを言うわけですね。予算をどんどん取ってくるからとか法律改正をどんどんしてあげるとか調子の良いことを言うわけですが、2年間経ってしまったら知らん顔して、「後任に優秀なやつがいて、若いやつだけどっきり引き継いで

おいたから大丈夫だよ」とか言うんですけれども、相手はちゃんと見抜いて、またこれで逃げられたと思うんです。

そういうことに何回か接するにしたがって、これでいいのかなど。それであれば1人の個人としてそれを生涯自分の責任ある仕事として追求していこうというふうに心に決めたわけでございます。いわば自分の人生の価値だと、炭谷茂がこういうことを行うのは人生の価値だと思っておりますし、私自身の存在証明だと最近思っております。だから大変に生きがいを感じているわけでございます。

私自身はこれからもお話をしますように、びっくりされるとは思いますけれども、土日はほとんど休んだことが5年間くらいありません。明日も行きまして、連休中はすべて予定が詰まっております。それだけやっているんですけれども、いかんせん公務員時代に携わった仕事というのは数えれば100とか200となりますけれども、それをすべてやるというのは時間的にも体力的にも経済的にもできませんので、今は重点的に、例えば人がやらない仕事、人が避ける仕事、そういう仕事を重点的にやっているわけでございます。

今日皆様方と一緒に話をすることになる、私は重症心身障害児問題、これに非常に力を入れてやっております。できれば自分で施設を作りたいなと思って、退官後、広島県呉市で作ろうと思っていましたけれども、お金がなかなか集まらなくて4億円程度自己負担を用意しなくてはいけませんでしたので、1年ぐらいいがきましたけれども、広島県当局の認可も下りなかったもので、今は諦めました。けれども重症心身障害児問題は非常にこれからも力を入れて追求していこうと思っています。

それから精神障害者問題、難病患者の問題、被差別部落問題、在日コリアンの問題、それから刑務所から出所した人への支援問題、ホームレスの問題、スラム街の問題、そういう問題を重点的に一個人として追及している。そのような経験を踏まえて、今日お話を展開していき

いと思っているわけでございます。

3. 現在増加していく福祉のニーズ

レジュメの3でございます。

これは改めて言うまでもございません。皆さま方ご案内のように、現在の日本の福祉のニーズを見てみると実際になかなか解決しないなと思います。この西宮には、役人を辞めたあと今日で何回目でしょうか。西宮の北側のほうをよく歩いたり、住民の方々とよく話し合ったりしました。問題というのはこの西宮市でさえ解決していない。僕は西宮市は大変好きでして、西宮市に何回か招かれていますけれども、環境の面については大変素晴らしいところですけども、まだまだ社会問題はかなりあるわけでございます。

そのほか孤独死の問題、それから自殺も11年連続3万人を超えてしまう。それから刑務所から出てくる人は毎年3万人ですけども、地域に定着できない。仕事もない、住む場所もない、そして再び刑務所に戻ってしまう。私自身は日本更生保護協会の理事をしていますけれども、更生保護制度60周年ということで今週の月曜日に集まりがございましたけれども、なかなかうまくいっていない。刑務所から出た人の話を聞きますと、「刑務所は自由はなかったけれども不自由ではなかった」というふうに言うんですが、なかなか社会に復帰できないという状態が続いているわけです。

古い問題がまだまだ解決されていない。今のような刑余者の問題は代表的でしょう。それから被差別部落の問題も代表的ですし、障害者の社会進出が進まないというのも代表的ですし、一方、新しい問題も次々と起こる。DVや児童虐待、孤独死の問題、そういう新しい問題も起きているわけでございます。なぜこのような問題が増え、かつ深刻化しているのか。

4. これらの把握の視点

その理由というのは、私はやはり解決しない理由はその背景というものをしっかりつかまな

いからじゃないかなと思っているわけでございます。その背景というのは、私は3つ取り上げてみたいと思います。

1つは、今日のメインの主題である社会との関係性です。つまり現在起こっている問題というのは、社会から排除されている、これはヨーロッパと同じです。誰でもそうでしょうが、例えばホームレスができれば自分の近くにいてほしくない、どこかに遠ざけたいと、そういう気持ちを持つでしょう。また一方、日本独特なんですけれども、高齢者の孤独死とか児童虐待はむしろ孤立化という問題で占めている。こういう社会との関係性をしっかりと正面から捉えなくちゃいけないんじゃないかなと思います。

その点、日本医療社会福祉学会は、去年に引き続いてこのような社会的排除の問題を取り上げられた、これは大変素晴らしいことで尊敬しているものでございます。言うまでもなく、地域社会、家族親族、企業の絆が切れたために、社会との関係性が脆弱になってしまったというのは言うまでも無いと思います。

第2番目に注目しなければいけないのは、貧困ということです。日本でも残念ながら貧困というものは増加し、沈殿し始めているという状態を直視しなければいけないんじゃないかと思えます。

平成9年、私は生活保護の担当の局長でした。平成7年に日本の生活保護率は史上最低を記録しました。0.7%、一番低い保護率でした。その後、それがどんどん上がっていったんですね。平成9年の私が局長のときも上がっていました。そうすると、これは生活保護をやっている行政の人も学者の人も、ほとんどの人がこう言うんですね。「炭谷局長、心配ないですよ。今は上がっているけれども必ず保護率は下がるんですよ」と言うんです。

確かに日本の戦後の生活保護率を見ると、波を打つんですね。景気が良くなれば、やや遅れて保護率が下がってくる。景気が悪くなれば、1～2年のタイムラグをもって上がっていく。ですから、景気が良くなればまた下がりますよ

と言うんですね。

しかし私は平成9年のときに、既に国会とも話していますし論文にも書いておりますけれども、日本の生活保護率はどんなに景気が良くなっても保護率は下がらないと断言して、そういう主張を平成9年に展開しています。生活保護を担当している局長がそんなことを言うのは非常に乱暴な話ですけれども、私としては自信があったんですね。日本の生活保護は戦後の状況のように波は絶対に打たない、これから上がる一方だと。だいたい私は2%~3%くらいで落ち着くんじゃないかと思っておりました。

というのは、日本の貧困構造はここ最近ガラッと変わってしまったんです。日本の貧困の半分くらいは高齢者が占めるんです。高齢者世帯が生活保護を受けている割合は5%です。しかしそこに皆さんがご存知のように補足率という概念があります。つまり実際に生活保護を受けられるんだけれども、生活保護を実際に受けている人の割合。英国では補足率というのは非常に大きな研究テーマとして毎年発表されます。それに対して日本は、補足率という問題はほとんど取り上げられない。研究者などは取り上げますけれども、行政の分野ではまったく取り上げてないといっていると思うんですね。

私はこの補足率という概念は非常に重要だと思います。英国ではずっと4分の1、25%が実際に生活保護を受けている。日本の場合はだいたい10%~20%です。これは研究者によっては、低い人で10%、高い人で20%。高い人で20%ということは、実際にはその5倍の生活保護水準以下の人がいる。もしくは10%をとった場合は、10倍いると考えなくちゃいけません。

そうすると仮に高齢者世帯の中で生活保護を受けている人は5%ですね。ということは高齢者の人はスティグマがあって、受ける人の割合は少ないと思うんです。そうすると低いほうの10%を取るほうが妥当だと思います。仮に10%とした場合は10倍にしなくちゃいけません。5%×10倍だから50%。高齢者世帯の半分は貧困の生活、生活保護水準と同じじゃないかと思って

おります。

これはなまじ外れていなくて、私は正しいんじゃないかなと思います。やはり高齢者はいったん高齢の世界にあって収入の道を閉ざされると、助けになるのは年金だけです。国民年金だけの人は受給期間や繰り上げ受給を受けているため、3~4万円の人が非常に多いですね。その人たちの生活は生活保護並だろうと思います。そう考えると、高齢者のうち半分くらいの人は、確かに大企業に勤めていて多額の企業年金をもらっている。しかし国民年金だけの人は貧困になってしまう。いったんそういう状態になると、亡くなるまでそういう状態が続くわけです。

そう考えると、これから高齢者は増えていく。ですから私は、保護率というのは高齢者が景気が良くなったからといって別に生活保護から抜け出せるわけではない。ですから平成9年のときに私は既に、絶対に日本の生活保護率は下がらないと断言していました。

どちらが正しかったか。私自身は厚生省の中でそのように主張してきましたけれども、賛同したのはほとんどいなかった。私一人だったんですけれども、結果はどうだったか。現在、平成21年、上がりっぱなしで下がることはない。0.7は現在1.3%。私はまだまだ上がると思っています。これが日本の問題の1つで、これもやはり直視しなければいけないのではないかなと思っています。

第3点は、日本の社会保障制度。人によっては世界最高だと、国際的に見劣りしないのだと言う人がいますけれども、私は制度的な疲労はほうぼうに見え始めていると思います。日本の社会保障制度は、人口はピラミッド型の状態で設計になっている、それから経済がどんどん上向いていく高度成長が前提になっている。3番目には、ずっと働いて終身雇用、年功序列体系が前提になっている。それからこれは日本独特ですけれども、日本の制度は組織単位、企業単位に作られている、非常に細分化されているんですね。細分化されているために、非常に運営

費に無駄があります。それから谷間に生ずる問題が非常にあります。

それから先ほど言った人口がピラミッド型。今は少子高齢社会。またいったん勤めて、終身雇用ではなくて職場がどんどん替わったりする。それから高度成長を前提にしていない、もう今は低成長ですね。そういう前提が変わってきた以上、日本の社会保障制度は制度的な疲労をほうぼうで見ているんじゃないかなと思っております。

その3つの背景を考えると、日本の社会保障、社会福祉の問題、解決にはどうしたらいいのか。これが今日のメイン、皆様方と一緒に考えていきたいポイントでございます。

5. 具体的なソーシャルインクルージョンの実現方法

私はそこで、先ほど平成12年1月に会ったソーシャルインクルージョンということが、具体的な解決の一番有力な手段になるということで考え、行動しているわけでございます。それではソーシャルインクルージョンとは何なのかということについて、私なりの考え方を話させていただきます。と思っております。

ソーシャルインクルージョン、何か非常に分かりにくい概念だと思います。例えば先ほど例を挙げたホームレスの人、できれば近くにいるほしくない。そうなれば、地域社会の中にできるだけ入れて、みんな仲良く、インクルージョンですから地域社会の仲間として受け入れる。

それだけだったら分かりやすいんですけども、あまり大したことはないですね。行政が得意とする、「みんな仲良く暮らしましょう」とか「差別するのを止めましょう」というだけの話であれば、なんとやることはないです。ソーシャルインクルージョンが大切、それでは我々もやりますよと。標語を作りましょう、差別をしない社会を作りましょうとか、この町では宣言をしましょうとか、みんな思いやりがある社会にしましょうとか、そういうふうな社会啓発運動になってしまう。そういうものだけでは絶対に

解決できないです。もちろん効果がまったくないとは言いませんけれども、このような社会啓発運動、教育活動はあまり効果は無いんじゃないかと思えます。

それではどうしたらいいのか。これが分からなかったんですね。そこで出会ったのは、平成13年10月にCANという団体を日本に招いて、これを聞いたときに、これがソーシャルインクルージョンだということを初めて実感したわけでございます。

というのは、よくやり方が分からなかったんですね。イギリス人の友人に、「イギリスで盛んなソーシャルインクルージョンとはいったい何なのか分からない。何をしたらいいのか分からん」と言ったら、そのイギリス人は「それではぜひCANという団体を呼んで話を聞くと分かりますよ」と言うんです。

今はインターネットの時代ですから、インターネットで「CAN」を引くと、CANはソーシャルインクルージョンを推進する団体ですというのがホームページのトップに出てきます。ああそうかと、それだったらこれ呼んでみようというふうに思ったわけです。

CANというのは、オバマ大統領より前に名付けられておりますけれども、Cはcommunity、Aはaction、Nはnetworkです。その頭文字をとって非常にうまいネーミングですね。できるという意味も兼ねているんです。そして呼んでみたんです。呼んだといっても、まったく我々の仲間でお金を集めて呼ぶことにしたわけです。その親分は、アンドリュー・モーソンという牧師さんです。

彼はイギリスで2番目のスラム街であるプロムレイ・バイボウという地域を立て直したんです。呼んだだけの価値があったと思うんです。彼の説明会を大阪市と北九州市でやったわけです。なぜ東京でやらないで大阪と北九州市でやったかというところ、そういうところにあるスラム街を私自身念頭において、2都市でやったわけでございます。

この内容については、プロムレイ・バイボウ

はイギリスで2番目のスラム街ですけれども、彼が牧師としてこの地域に入るわけですけれども、入ってみると失業率が50%近く、半分が失業してしまって、町全体が衰退してしまっているんですね。

そこで彼がやった手法というのは、プロムレイ・バイボウの中心にある公園に目をつけたんです。公園が荒れ放題で、草はめちゃくちゃ生えていて、街灯は消えている。そこは犯罪の巣。売春が行われたり、覚せい剤の取引が行われたりしている。そこでこれをきれいにしなくちゃいけないということになったんです。

普通はそういう場合は日本であれば、イギリスでも同様ですけれども、市役所に行ってその公園をきれいにすると要求するのは普通のやり方ですけれども、そんなことをやっていたら10年過ぎてしまうと。そこで彼は、それじゃ自分達でやろうというふうにしたんです。そして失業率50%ですから、失業者を雇って公園をきれいにしてもらおう。そこで働いた人に対しては給料を払う。

今までは荒れた市営住宅の中で失業保険金や生活保護で酒なんかを飲みながらテレビを見ているだけの人が、働くことによって近所の人のお付き合い、会話もできる。そういうことになって、社会との結びつきができるんです。そうするとその公園が非常にきれいになって、夜も大丈夫になった。すると子どもたちも高齢者もそこで遊ぶようになって、そこでまた社会との結びつきができる。

彼は喫茶店もやるんです。喫茶店の従業員は、やはり失業している人を雇っている。そうするとその従業員に対しては給料が払える。また喫茶店の中での会話も進む。

また、バレー教室を始める。バレー教室の先生は、かつては一流バレーナだったけれども今では落ちぶれて市営住宅で暮らしている元バレーナを先生に呼んで教える。そうすると中には才能のある子がいて、めきめき実をつけて、世界一のバレー団であるロイヤルアカデミーバレー団の主演になっていく。そうするとテレ

ビを見ていた地域の人は、「あれはうちにいた女の子じゃないか、今じゃイギリスじゃなくて、世界一のバレーナになっているじゃないか」と、みんな自信を持つんですね。そこでまたみんなの団結心が高まっていく。そういうやり方でやったんです。

それを聞いて、これは僕らのやってきた社会福祉のやり方とはまったく違うんだなと思ったんですね。まず税金を当てにしない。社会的起業家というやり方でやっている。これは今まで手法とはまったく違う。そして住民が参加をしてやる。そしてあくまでもニーズ本位です。

普通の社会福祉のやり方というのは、制度がある。その制度をうまく利用してやろうとするんですけれども、彼は必要性で判断する。バレー教室をやる、喫茶店をやる、公園を整備する、それが社会福祉かという、狭い意味での社会福祉ではないと思うんですね。でも失業対策、社会の結びつきをよくする、犯罪をなくす、そのニーズのためにこれをやった。素晴らしいものだなと思ったんですね。これがこれからの社会問題を解決する自由な手法だと考えたわけでございます。

そうするとそれを何か日本で応用しなくちゃいけないなと思ったんですね。彼がプロムレイ・バイボウというイギリスで2番目のスラム街を立て直したということであるならば、2番目のスラム街ってどこかなど。よく分かりませんが、1位は山谷だろうと、東京の。2位は釜ヶ崎じゃないかと。行政用語で言うあいりん地区じゃないかなと思いました。これはいろいろ異論があるかもしれませんが。こんなのはどうでもいいですけれども、いずれにしる釜ヶ崎は日本でも1、2位のスラム街だろうと思います。

そこで翌年14年の5月に釜ヶ崎に入ることにしました。私は別に大阪の出身ではありませんので、釜ヶ崎には何の地縁血縁もありません。だからそこに入る時に助けていただいたのは、天下茶屋で大阪自彊館を経営されている今は亡くなられた吉村韋生先生、彼が非常に力を貸してくれました。それじゃ私も一緒にやるよとい

うことで、やってくれました。彼の力があつたからできたようなものだと思います。

ただ、最初はあまり人がいませんでした。だいたい20人程度で釜ヶ崎で活動を開始することにしました。最初に言いました岡本先生にご指導いただいているうちの子どもも連れて行くことにしました。それから大阪府、大阪市の職員の方、大阪ガスの社会貢献部の人たち、それから地元の大学の大学生、だいたい20人程度で始まったわけです。

最初から20人では活動は伸びませんので、クローズなものにするわけじゃなくて、できるだけ開放的なものにしようと、入りたい人はどなたでも入って一緒にやっというところで考えました。そういえば、この西宮で教育委員をされていた人も参加していただきました。

そういうことでどんどん入っていきました。それは僕自身は別に役所の仕事としてやったわけではございません。当時は既に環境省の局長だったわけですが、これは日曜日に行っていましたけれども、役所の肩書きを利用しているところもあったと思うんです。信用力があるんです。ああいうところで活動していると、人によっては色々なバックがあるのでと心配してなかなか集まってくれないんですけれども、環境省の局長だからという信用力があって人が集まってくれるようになりました。だいたい100名程度集まってくれるようになりました。今月も23日、今月の末にまた集まりをやります。だいたい現在は700名程度です。

でもやっていると、人間の心というのは狭いのか、こういう批判がありました。「あれは炭谷が売名行為でやっている」とか。これは決して政治家になるつもりもなければ、今さら自分の名前を売る必要も無いわけでございます。それから「役所の金を使ってやっているんじゃないか」というような人もいました。これはまったく違います。

それからこれも信じられない話ですが、大阪のある社会福祉法人の方は厚生労働省に告発状を出されました。どういう告発状かという

と、「炭谷という環境省の局長は厚生労働省の権限を侵している。侵害している。本来、厚生省の仕事であるホームレス対策を環境省の局長がやっているのは権限侵害だ」ということを、大阪府にある社会福祉法人に関係されている方が厚生労働省に告発状を出された。これにはびっくりしました。こんなもん権限侵害でも何でもないで、本来ならば自分達がやっていただければいいんじゃないかなと思いました。こんなのは厚生労働省は別に取り上げる必要はないと思うんですけども、「告発状が出た以上、調査しなければいけません」と言って担当課長が調査に来ましたけれども、噴飯ものだと思うんですね。そういうことでいろいろとありました。

そのほか、いまだにインターネットに残っていますけれども、こういう活動している炭谷は育ちが悪いんだということを書かれて、今でも残っています。母親が見たらがっかりするんじゃないかなと思うんですけども、なかなか人間というのは心が狭いかなと思っていますけれども、あまり気にもしていません。

平成14年から既に7～8年経つわけですが、だんだん効果が出てきました。何よりも、CANと同じように仕事を作っていかなくちゃいけないわけです。我々の仲間、ある人は住吉公園と住之江公園の整備を引き受けて、大阪府から2億1000万円で年間の仕事を引き受ける。それで難しいところは専門の造園業者がやりますが、周辺の簡単なところはホームレスや障害者が担当する。だいたい年間100名程度働く場が創出できた。

それから2年前は、西成で古着ショップが開設されました。初めはうまくいくのかなと心配しましたが、何とか続いている。それから去年の5月から釜ヶ崎で花屋が開業されました。釜ヶ崎というのは皆さん方よくご存知のとおり、環境がきれいじゃない。きれいじゃないから、人から嫌がられるところもあります。そこで花屋をやれば花を買ってもら。花と言っても切花ではなくて、鉢植えの花を買ってもらい、それを家の前に置いてもらう。そうすると

釜ヶ崎は少しはきれいになるだろう、美しくなるんじゃないかと。今、釜ヶ崎に行ってもらいますと、ほうぼうに花が飾ってあります。それは花屋が開業されたことによるものが一因じゃないかと思えます。

釜ヶ崎で花屋をやって、「こんなのは続くわけはない。これが半年もったら逆立ちして歩いてやる」と言った人もいますけれども、1年以上経っても続いていますから、うまくいっているほうじゃないかと思っているわけでございます。

それから刑務所からの出所者。これも何かできないのかなと始めました。私は皆さん方と認識は一致すると思えますけれども、福祉の原点は本来は刑余者に対する対策から始まったはずです。例えば留岡幸助しかり、原胤昭しかり。すべて日本の社会福祉は、当時は監獄と言いましたが、監獄から出た人に対する支援を始めたのが福祉ではなかったのか。それに対して最近の日本の福祉の活動は何も関心を持っていない。これはおかしいんじゃないのかなと思いました。

そこで平成16年7月、既に環境省の事務次官になっていたときに、当時の法務省の事務次官に頼みに行きました。一緒に刑余者に対する支援活動をやれないのかなと。本来法務省だけでやっている、どうもうまくいっていない。現在の刑余者という方々は、何らかの障害もっている高齢者が多いし、それから精神障害、アルコール依存症の人がいる。そういう人たちに対してはむしろ福祉のほうが得意だから、一緒になってやったほうがうまくいくんじゃないかと。

そこで平成16年7月に、多分戦後初めてだと思いますけれども、更生保護関係者と福祉の関係者が一同に集まって、これはまったく非公式の、私が最初にお話をしたように個人的な試みですけれども、やったわけです。法務省が真っ先に、後援してくれました。厚生労働省はなかなか出してくれなくて、ようやく法務省が後援するなら厚生労働省も出さないと格好悪いといって厚生労働省が遅れて後援してくれました。今

でも活動されている歌手の千葉景子さんもボランティアで、シンポジストとしてやってくれました。非常に良い試みだったと思います。

でも、あとでまたお話をしますけれども、なかなか進んでいないと思うんですね。その中でここは兵庫県ですから1つ紹介しますと、私の友人で、この中でお知り合いの人もいらっしゃるでしょうが、姫路の門口堅蔵さん。彼は立派だと思えます。彼は障害者施設や老人施設を運営していますけれども、彼が僕のところに来たんです。そのとき僕が「僕は福祉の関係者がなんで刑余者問題をやらないのか不思議でならない。俺はやるんだ」ということを言ったんです。そうすると門口堅蔵さんは、「炭谷さん、それこそ私がやりたかったことなんです」と言えます。

昭和20年代から、彼は少年院の子どものために通信教育をやってきたわけですね。少年院を出たあと、手に職がないと困るだろうと思って簿記の通信教育をやってきた。そして昭和40年代には4000万円のポケットマネーをかけて、刑務所から出てきた人がすぐ住むところは無いだろうということで、アパートを作ったそうです。そうするとそのアパートでは、刑務所から出てきた人がそこに住んでもらうけれども、刑務所から出てきた開放感から夜は酒を飲んで騒ぎ出す、近所からいろいろと文句を言われる。さらには、何か職業を身に付けさせなくちゃいけないということで葬式屋を始めたというんですが、そうすると中には香典を懐に入れて逃げてしまう者も出てきた。そこで1年もたなくして、せっかく作った刑余者向けのアパート、宿泊所を閉めざるを得なかったと言います。

普通はそこでそういうことであれば、刑余者の問題はやりたくないというのが普通ですけれども、彼は偉いです。僕がそう言ったら、「炭谷さん、またやりますよ」と言ってくれて、3年前は救護施設を作って、そこに刑余者の人を主に入れようと。さらにグループホームも作った。刑務所から出てきた人に住んでもらうためのグループホームを作った。さらに今年の4月

には、姫路城に対抗して白鳥城を作ったんですね。片方は白鷺城、片方は白鳥。ドイツにモデルがあって、それを作ったと。

僕はそれを聞いたとき、これは今どきそういうものは流行らないんじゃないかということと言ったんですが、「いや、心配ない。商売はうまくいんだから」と言うんです。それで今年の4月にオープンしました。

単に作っただけだったら大したことはないんですけども、そこで働く人が120名だけでも、120名すべてが刑余者と障害者とホームレス。その働く場所を作るために白鳥城というのを、白鷺城に対抗して作った。お金がいくらかかったか聞きませんでしたけれども、少なくとも10億、20億はかかったんじゃないかなと思います。

それだけ熱心に取り組んでくれていますがそれでも、私のところに来たら若いときの情熱が思い出されたので始めたんじゃないかなということで、うまくいくことを祈っているわけでございます。

6. まちづくりの全体像

次にはもうちょっと全体像を考えてみたいと思います。これをどういうふうに体系的に進めたらいいのかということでございます。私は基本になるのは、ソーシャルインクルージョンの理念をしっかりと捉えることだと思うんです。ソーシャルインクルージョンは、決して社会啓発運動や社会教育運動ではありません。そういうものはあまり効果がないわけです。単に「差別をするのをやめましょう。みんな仲良く暮らしましょう」と何百回唱えたからと言って、あまり意味は無いわけでございます。具体的な行動をもって社会との結びつきをしないとイケない。それがヨーロッパの実践経験だと思っています。

具体的に言えば、排除への対抗をしていく。ノーマライゼーションと同じ方向ですけども、ノーマライゼーションと違うのは、社会に対して排除しようとする負の力に対して対抗していく。そういう意味でノーマライゼーションとは

違う点がございます。

それからもう1つ違うのは、ソーシャルインクルージョンというのはあくまでも町を舞台にして、そこに住民が参加している。

それから3番目にはノーマライゼーションというのは障害者を主に想定していますけれども、ソーシャルインクルージョンでは障害者と同じような状況の、難病患者の人、高齢者の人、刑余者の人、被差別部落の人、ニートの人、引きこもりの人、社会的に何らかの問題を持っている人、そういう人たちすべてをターゲットにする。そういう面でソーシャルインクルージョンというものが違うんじゃないかなと思います。

ただ、ソーシャルインクルージョンとノーマライゼーションは同じ方向にしているところでは同じだと思うんですね。そこで具体的に何をやったらいいのか。これは実は仕事ということだと思うんですね。

私は先週の2日に、川崎市の高津区にある日本理化学工業というところに行ってきました。この中には、それだったら行ったことがあるという人もいらっしゃると思うんですね。私はなぜ行ったかという、今度総理になる鳩山由紀夫さんが障害者問題について具体的に触れたものはこれだけだったんです。それを聞いて、私は福祉問題の専門家だと自認していますが、鳩山由紀夫さんが今度の衆議院選挙中に触れた中のただ1つのことはこれだったんですけども、私は知らなかったんですね。

何かというと、鳩山由紀夫さんはこういうふうに言ったんです。麻生さんとの討論のときです。「自分は友愛社会を目指しています。その代表例として、川崎にダストレスチョークを作っている会社があるんです」と言うんです。「ダストレスチョークで障害者をたくさん雇っていて、会社もうまくいっている。しかしそこで働いている職員の人、障害者の人のためにも役立っている。それがまさに友愛精神の表れている企業だ」ということを発言されたのです。

「えっ、何だろうかな」とびっくりしました。私自身は福祉についてはだいたい隅から隅まで

知っているつもりだったのですけれども、鳩山由紀夫さんがそういうふうに言われると、どこだろうかなど。それで私の友達にこれはどうか調べてくれと言ったら、有名なんですよと言われたんです。これは日本理化学工業という会社で、会長は大山泰弘さんという方です。「会ったことはないな。会いたいからアポイントを取ってくれないか」ということで、先週の2日に行ってきたわけです。

行ってきたらビックリしました。僕は目黒に住んでいますから、本当にすごいです。割合近いところですよ。早朝に出かけて行っただけですが、気持ちよく歓迎してくれました。78名従業員がいるんですけども、そのうちのなんと7割が障害者、知的に障害を持っている人です。そして30年以上それをやっているというんです。今ではチョークの分野ではだいたい25%のシェアを占めている、それで成功している。

最近ではホタテの殻を砕いたものを再利用してチョークを作って、また有名になったと言っていましたけれども、行ってみて素晴らしい人だと思いました。80くらいでいらっしゃると思うんですけども、元気に、自分自身は初めは別に障害者の方なんかほとんど関心を持たなかったけれども、たまたま民生委員の方に頼まれて雇ってみたら、だんだんこれは必要だと思って、30数年前から始めたんだと言ってくれました。

工場を訪れて、障害者の人が働くというのは、家にいるだけだとやはり社会との結びつきができませんので、まさにソーシャルインクルージョンだと思うんですね。日本理化学工業というんですけども、そのチョーク会社で働いている人、地域から集まって働くことによって、社会との結びつきができる。もちろん給料によって、経済的な自立にもつながります。

それから2番目に、健康にもいいんじゃないかなと思うんです。毎日規則正しい生活をする。そして何よりも自尊心というものが得られる。みんな元気です、そこで働いている方は。鳩山さんが例として引くだけのことはあると思いました。

そして僕は聞いたんですよ。「鳩山さんが言っていたけれども、実際に鳩山さんと会ったことがあるんですか」と聞いたら、実はないと言っていました。何で知ってあるのかなと言ったら、テレビ東京で自分のことを村上龍という作家が取り上げてくれた。それで知ったんじゃないかなと言われていましたけれども、行ってみて感激をしました。働くというのは本当にいろいろな効用がありますけれども、中でも社会とのつながり、ソーシャルインクルージョンというのがまさにそれで果たされるんじゃないかと思っているわけでございます。

しかし、働くことが良いというのは誰でも分かっていることです。そんなのは言われなくても分かっている。働ければいい。問題は、働く場所が無いということがポイントだろうと思っています。

私は、働く場所というのは、特に障害者を念頭に置くと2つの職場が現在あります。1つは、公の税金によってできている授産施設のようなところ。これはますます充実させなくちゃいけないと思うんです。残念ながらそこで働いても月に1万円いくか、いかないか。必ずしも自分に合った仕事が無い。印刷もやりたくない、クリーニングもやりたくない、下請けの箱詰め作業もいや。そういう人もいると思うんですね。でも第1の職場はますます重要で、これからも充実させなくちゃいけないと思うんですけども、なかなか伸びないと思います。

それから第2の職場。これが一般企業です。今の日本理化学工業のような立派な会社があればいいですけども、一般的にはなかなか雇ってくれない。障害者雇用率1.8%を達成しなければいけない。ドイツやフランスでは3%か4%です。それより低いにもかかわらず、なかなか達成できない大企業が多い。我々済生会は4万7000人の職員ですけども、かろうじて1.9%が何とか達成できているという状態です。

ですから私は第1の職場、第2の職場、ますます重要だと思うんですけども、どうもそれだけではうまくいかない。そこで私は第3の職

場が重要じゃないかと思っています。

第3の職場というのは、レジメに書きました社会的企業ということであります。社会的企業というのは、第1の職場のように目的は社会的な目的、しかし第2の職場のようなビジネス的手法でやる、税金を必ずしもあてにしない。このあてにしないということが大切です。もらえればそれに越したことはないけれども、あてにしない。税金があるから、税金で援助してくれるからやるというものではなくて、自分でとにかくやってみる。そういうものが社会的企業であります。

こんな調子の良いことができるかどうか、私もあまり自信がありませんでしたけれども、イギリスで聞きますと、イギリスでは社会的企業はだいたい50万人働いているというんです。そして農業人口もだいたい50万人。GDP（国内総生産）で比較してみると、農業の2.5倍、社会的企業が稼いでいるというんですね。もうイギリスでは社会的企業は農業を追い越しているんです。現在のブラウン市長、彼も障害者です。彼はこれからのイギリス社会を良くするためには第3の職場を充実させなくちゃいけないということで、第3セクター局という総理直轄の非常に大きい組織を活用して、この第3の分野、社会的企業を伸ばそうとしています。

それで僕は完全にイギリスかぶれていますから、イギリスでできたことであれば日本でもできるんじゃないかと思って、何とか第3の職場、社会的企業というものが作れないかと思って活動を開始したわけでございます。

そこで、どうしたらいいのかなと思ったんですね。またここであるイギリス人から、イギリスではソーシャルファームという手法が流行っているということを5年前くらいに教えてくれました。

ソーシャルファーム。なかなか日本語には訳しにくいんですけども、ここでは単にソーシャルファームとしておきたいと思えます。これは歴史が古くて、1970年代後半に北イタリアのトリエステというところで生まれたわけでござい

ます。ここに精神病院があったというんですね。現在でもあります。その精神病院の入院患者さんが、あなたは入院続けなくて退院して地域で働いて、そして通院で治療したほうが効果があると言われたわけです。それで患者さんたちは、病院の周りの会社を訪ねて雇ってくれるところを見つけようとしたけれども、日本の今と同じで、なかなか見つからなかった。それならば自分たちで仕事場づくりを始めようということで、ソーシャルファームづくりが起こったというんです。

そしてこの運動はイタリア全土に広がった。そしてイタリアからドイツにいき、イギリス、オランダ、フィンランド、スウェーデン、ギリシャ、ヨーロッパ全体で1万社もできている。

そこで私は4年前から、本家であるドイツやイタリアやイギリスから人を招いて、話を聞くことにしました。年に1回、ソーシャルファームの勉強会をやることにしました。これもまったく私どもの個人的な試みで、今年の2月1日に東京の新霞ヶ関ビルで行ないました。400名ぐらいの方が参加してくれましたので大変良かったなと思うんですね。

これを聞くと、うまくいっている例と失敗している例がございます。でも9割方はうまくいっている。例えばドイツでは、ベルガモ博物館という、行ったことはありませんけれども、ドイツ1の博物館というんですけれども、そのベルガモ博物館ではお土産ショップ、Tシャツや絵葉書なんかを売っている、そこはソーシャルファームが経営していて障害者の仕事場になっている。レストランがある。レストランもソーシャルファームがやっているということです。さらにドイツではコンビニも経営している、ホテルも経営しているということでした。

ヨーロッパで1万社あるというので、なかなか良い方法だなと。もともとソーシャルファームというのは障害者のために始めたんですけども、例えばDVの被害者だった人とか刑務所から出た人、そういう人のためにも広がっていきました。ヨーロッパに1万社できているの

であれば、何とか2000社くらい日本に作りたいたいと思ったんです。人口の割合からしてだいたい5分の1、日本に2000社ソーシャルファームを作ろうということで、呼びかけることにしました。そしたら、同じような問題意識を持っている人が日本にいっぱいいるんです。

例えば、北海道の中頓別町、稚内の下のほうにある町ですけども、そこの町長から声が掛かりました。「自分のところは高齢者と障害者の施設しかない、何も無い。畑と山とか酪農、そういうところで働く場所を作らんといかん。炭谷さんの言っているソーシャルファームというのは希望が持てる。ぜひ一緒になって考えよう」ということで、去年の3月に、3月と言っても北海道はまだ雪が積もっていました。この雪は例年に比べれば3分の1程度だと言っていましたけれども、寒い雪の中、町民の方々が200人くらい集まって、熱心に話し合いました。いつできるかなと思ったら最近連絡がありまして、中頓別町でソーシャルファームを作りましたとあって、大変元気の良い回答が返ってきました。

さらに沖縄市で、2年前の2月に沖縄県精神保健センターの所長をされている仲本先生、これは熊本大学の医学部を出た先生で、私も親しくしている水俣病の研究者である原田正純先生の教え子にあたると言っていましたけれども、その先生からお招きをいただいて、精神障害者の仕事場づくりにソーシャルファームというのが考えられないのかということで行ってまいりました。

こういうふうには、2000社何とかみんなで作ろうよと。それによってそこで社会と結びつきができる、ソーシャルインクルージョンを果たせると言いました。というのも私はこのようなことが必要な人というのは、日本にたくさんいるんじゃないかなと。例えば障害者の方々、日本では現在、厚生労働省の統計ですと700万人。でも実際には700万人では調査もれの人がかなりいらっしゃる。精神障害を中心にして。

それから厚労省の定義は狭い、国際的な基準

からみたら狭いと思うんですね。そういうのも勘案すると、障害者の方々は大抵日本に1000万人。さらに皆さん方が仕事の対象とされている難病患者、これも範囲が難しいですけども、数百万人の方がいらっしゃると思います。さらに高齢者が2600万人いらっしゃいます。でも高齢者の方すべてが仕事ができる、仕事が必要だという人ではありませんけれども、1000万人ぐらいいは「できればまだ元気だから働きたい」という人もいらっしゃるでしょう。ニートは、文科省の調査ですと毎年6万人～7万人発生している。そういう人たちがどんどん積み重なって35～36歳までいってしまっている。さらに引きこもりの人は300万人日本にいると思われる。刑余者の方は毎年3万人出て、働く場所がない。そういう状況がずっと続いている。

そういう中から重複を除いても、私は2000万人ぐらいいは最低いらっしゃると思います。そういう人たちが社会から排除されている。社会から孤立を受けている。そういう人たちのために仕事というものを通じて、社会との結びつき、ソーシャルインクルージョンというものが果たせる。そのための手段として1つの手段、アプローチの手段ですけども、ソーシャルファームというのが有効じゃないかと思っています。

こういうふうには、私どもの仲間がいろいろと集まってきました。1つの例では、この中には行かれた方もいらっしゃると思いますけれども、私は8月下旬に北海道の浦河町に行ってきました。浦河町には有名なベテルの家があります。あそこには全国から150名の精神的に障害を持っている人たちが集まってきている。そこで日高昆布を作ったりして、働く場として元気にやっている。

それからもう1つは、そのちょっと北の方に新得町という町があります。新得町というと、そんな町なんて聞いたことないとおっしゃるかもしれませんが、こう言えばすべての人が分かりますけれども、8月の初めに中高年登山でたくさんの遭難者を出したトムラウシ山があるところが新得町です。ですから山の中です。

そこに私の友人の宮嶋望という男が、共働学舎という施設を作っています。決して社会福祉施設ではなくて、農業法人です。この共働学舎では沢山の人が集まっています。中にはサリドマイドの薬害で手足が不自由になった人、また不登校で社会になかなかなじめない人、刑務所から出てきた人。そういう人が集まって現在70名、宮嶋望がそこでいろいろ指導をしたり、生活をしています。ただ、共同生活ですから自給自足です。買わなくちゃいけないのはお米と魚。あとはほとんど自給自足でやっています。

ただ、お金が必要だというので、宮嶋望はアメリカの農業大学を出ておられますので酪農を始めたんです。そこで牛を飼って酪農を始めた。そしてそこでチーズ作りを始めた。そのチーズ作りがビジネス的なやり方で、例えば他のチーズの会社に負けないようなものを作って、やったんです。去年の7月に洞爺湖サミットが開かれましたけれども、洞爺湖サミットで使われたチーズは共働学舎のチーズです。そうすると世界の舌の肥えた首脳も、このチーズは良いと誉めてくれたかどうかはわかりませんが。現在でも東京駅八重洲口を出ると北海道のアンテナショップがありまして、そこで売っています。

フランスのパリでもグランプリを取ったり、農林水産大臣賞受賞の常連でもありますけれども、非常に良いチーズを作って成功しています。それを作っているのは70名の何らかの障害を持っている人です。既に31年目、去年30周年で私も呼んでくれましたので行きましたけれども、今年で31年目。31年間、何とか生活をしている。そしてみんなそれぞれ生きがいや自尊心を持って、生き生きと生活をしているのではないかと思っております。

それからもう1つ例を挙げますと、愛知県の西尾市にくるみ会という団体があります。これは社会福祉法人です。この理事長は榊原さんという方ですけれども、榊原さんは50歳くらいまで養護学校の先生だったんです。彼女は養護学校の先生をしながら、この学校にいる間は良い

んだけれども、高等部を出たあと家の中に閉じこもってしまう、それで一生終わってしまうという状況を見て、何とかしなくちゃいけないということで、早期に退職して退職金を元手に作ったのがくるみ会です。

そしてそれに感激した地元のデンソーという会社、これはカーステレオやカークーラーを作っている大きな工場ですけれども、その西尾工場では7000人の人が働いている。その食堂からたくさんの食品廃棄物が出る。その食品廃棄物の処理をすべてくるみ会に頼んでいるんですね。くるみ会には廃棄物の処理料金が入る。そして処理するだけじゃなくて、コンポスト、堆肥を作ったわけです。その堆肥を非常にうまく工夫して作ったので、地元の農家がそれを買ってくれる。それでうまくやっている例です。

いわばデンソーという会社、それからくるみ会という社会福祉法人、それから農家、この3者がうまく連携して成功している、一種のソーシャルファーム的にやっているところじゃないかなと思っております。

このようにバラ色の例もあるんですけれども、なかなか難しいところがございます。なんと言っても、一般の企業と戦って勝たなくちゃいけない。そのためには商品・サービスの開発が重要だろうと思っています。この点で成功しているのはヤマト福祉財団だろうと思うんです。これは有名なスワンというパン屋から始めたわけです。パンについては広島のアンドルセンからノウハウを受けて、北村さんという広島出身の社長から小倉さんが無料でノウハウをもらって、初めて成功した。パンだけじゃうまくいかないというので、メール便を始めた。

ヤマト運輸はメール便をやっているので始めたんですけれども、初めは障害者の人たちがメール便をやりたいと言ったら、ヤマト運輸はこれはやめてくれと。「うちは信用で成り立っている。もし誤配が多くなったらうちの信用が傷ついて会社が危なくなる。うちとしては仕事をあなた方にしてもらうわけにはいかない。パン作りで我慢してくれ」と言ったんです。しかしよく訓

練をやって、試しにやらせてくれとやってみたら、誤配率は一般の企業の場合とほとんど変わらなかった。そこで現在は、ヤマト福祉財団でメール便をやるようになったと聞いております。

さらに特性を活用している。これも重要だと思うんですね。障害であるがゆえにいろいろハンディキャップがあります。例えば、ここに書いている豊芯会、これも実は東京都豊島区にある精神障害者の施設です。これは精神科医の穂積登先生が支援して作られたんですけども、ここでは9月2日に30周年をやりました。私も招かれて行ったんですけども、30周年だからさぞかし大きいと思ったら20～30人ぐらいの集まりで、支援者だけが集まってやったささやかな記念式典でしたけれども、ここは高齢者の宅配弁当を作っています。

豊島区ですから激戦区ですけども、民間企業と戦って30年間、実際の弁当づくりは15年ぐらいですけども、戦って勝っているんです。なぜ勝っているかという、民間企業はとにかく能率よく配ろうと思って、一人住まいの高齢者のところへ行って、「はい、おじいちゃん持って来ました。さようなら」と、どんどんスピードをもって配ります。

それに対して豊芯会の弁当を配る人は精神に病を持った人ですから、彼らの1つの特性として、常に確認をして進む。「おじいちゃん、1つ持ってきましたよ」「確かに持って配達しましたよ」と、それを何回も繰り返すんですね。一人暮らしの高齢者にとってみれば、ある意味で心の交流というのが起こるんです。弁当であれば豊芯会のほうがいいよという形で、現在15年間弁当づくりで成功しているという状況でございます。これはむしろ特性をうまく活用している例だろうと思います。

それから市民の協力、これは重要だと思います。残念ながら、2000社作ろうと言っても、やはりいろいろと困る、先立つものがありません。一番良いのはお金をを出していただければ一番いいんですけども、お金の余裕のある人は少ないと思います。それであれば土日ぐらいボラン

ティアとして助けてもらったらもっといいんですけれども、自分は金も暇も無い、それがほとんどだと思うんですね。そうであるならば商品を買って消費してやってくれないかなというのが私の希望でございます。

つまり、品質は悪くない、しかし価格も高くない。むしろ安いぐらいです。そういうものであれば、他の物を買うより消費者としてこれを買ってもらえればいいんですね。それが市民の協力だと思います。

最近知ったんですけど、アメリカに10年ぐらい前から『Shopping for better world』という雑誌があるそうです。毎年出ているというんです。より良い社会を作るための買い物、これは何かと言えば、会社の中でも社会貢献をしている会社はどこかというようなことを書いてある冊子です。例えば障害者を積極的に雇用している、これによって消費者はより良い会社、社会的責任を果たす企業を応援しようとしている。

それであれば我々のソーシャルファームで作ったもの、例えば私は先月から埼玉県飯能でうちの家族も参加して自然農法というのを始められました。4人の障害者が、トマトとかキュウリとかニガウリなんかを作る野菜作りを始めたわけですが。自然農法で作っていますから普通のトマトとはまったく違うんです。スーパーで買うトマトというのは、ここで専門用語でありますけれどもF1の種子を使っています。自然でできた野菜はやはり味も栄養価も違うと思うんです。そうであれば値段もむしろ安い。それを買ってほしい。

それから海外との連携。本家のイギリスやドイツやイタリア、そういうものとの連携。例えばイギリスでできたソーシャルファームの製品を日本で売れる。日本でできたものをイギリスで売れば、エキゾチックな雰囲気が出て買ってもらえるんじゃないかなと思っているわけでございます。

そこでそのようなことをみんなで協力してやるために、昨年12月7日にソーシャルファームジャパンという組織を作りました。なんか偉そ

うですが、大したことはないんです。ソーシャルファームジャパン。理事長は私で、うちの妻が受付なんかをやって始めたんですけども、全国からありがたいことに70名の人が参加してくれました。文字通り、北海道から鹿児島から参加してスタートしました。

ここではお金を集めるにはどうしたらいいとか、商品開発をどうしたらいいかということを中心にみんなで考えていこうと。私は役人出身ですから商売は苦手ですので、そうするとベンチャービジネスで成功している会社の社長が「それじゃ私が手伝ってあげる」ということでやってくださる。また武蔵野美術大学の教授連中が参加してくれ、同じソーシャルファームで作っていても、武蔵美グループの工業デザイナーたちがデザインしたものはさすがに良いものができます。そういう面で助けてもらう。

それからイギリスやドイツの人たちは、それでは自分たちもソーシャルファームジャパンの顧問になってあげるといことで、顧問になって助けたりしてくれています。

でもこれは誰が考えても難しいと思うんですね。成功の道はたやすくはありません。そこで私は、まずみんなで考えて、どうしたらソーシャルファームができるのかなと、考えるサロンというのをやっていったらどうかと思っているわけです。そこで6月21日には神奈川県厚木市でやりました。厚木市に70名ぐらいの人が集まってもらって、会場の設営は障害者の人たちが机を並べたりやってくれている。うちの子どもと妻は受付をやる。そして厚木市の解放同盟の人が「炭谷さんがやるんだったら」と助けてくれました。そこでやりました。

そして今月の27日には新宿でやる予定にしています。なぜ新宿かというと、新宿はホームレスが多い。ホームレスに対する就労支援をどうしたらいいか。それから新宿は犯罪が多い。刑務所から出た人たちが割合に集まりやすい。それであれば刑務所から出た人に対する支援活動、仕事探し、仕事づくり、ソーシャルファームづくり、そういうものをやるために新宿で9月27

日にやります。これも偉そうに言いますけれども、私とうちの妻といわば旅巡業みたいなもので、大八車をコロコロやっただけ動いているようなもので、せいぜい40人ぐらいしか集まらないんじゃないかなと思っております。

そのあと千葉県の房総でやろうと。千葉県は高齢者がたくさんいますので、高齢者の仕事場づくりとしてサロンを作っていこうと。

以上が就労を通じてのソーシャルインクルージョンです。あとはほとんど時間がありませんのでポイントだけ触れますと、私がさらに重要なのは教育だと思っています。特に皆さん方が仕事の上でやっていらっしゃる難病患者、障害を持っている人、そういう人たちが学校を出たあとの問題、そういうものを一緒に私は、この連れ添う教育というのが重要じゃないかなと思っております。そういう活動もやっているわけでございます。あとは住まい、環境、余暇活動、そういうのが重要だと認識しているわけでございます。

7. いまや実行の時

そして最後に、私はいまや実行のときだと思っています。結局、私が憧れた福祉国家が本家で否定されたわけです。今さら大きい政府には戻れない。かといって小さい政府でもダメだということも分かってきたんです。私の求めているのは新しい福祉国家というのは、やはり第3の分野をもっと大きくしていく。つまりソーシャルファームとか第3の職場、社会的企業、または新しい公と言ってもいいでしょう。そういうものがもっと大きい比重を占める。これが21世紀型の新しい福祉国家じゃないかなと、そういうものを求めて活動しているわけでございます。

ちょうどいただきました時間がまいりました。ご清聴ありがとうございました。

○岡本

炭谷先生、長時間ありがとうございました。先生の基本的な理念が理念のみではなくて実践に結びついていく展開過程そのもののお姿を文

字通り髣髴とさせていただきます。

せっかくの機会ですので、先生にぜひこういうことをいうご質問があったら、1つだけお伺いしたいと思うんですが、いかがでしょうか。とても具体的な話をしていただいたので、皆さんの日々の実践とのかかわりで、こんなところ

はというご質問があればいかがでしょうか。

特にございませんようですので、もし個人的にあればフロアでお願いしたいと思います。

今日は本当に長時間、貴重なお話をありがとうございました。

〔論文〕

スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての 自己理解の深化のプロセス

浅野 正嗣*

Key words : スーパービジョン, 自己理解, 自己意識の再構築, M-GTA

I. はじめに

ソーシャルワーク実践は、援助対象者であるクライアントと援助者の二者間の人間関係をとおして成立するものであり、援助者側の価値観や行動様式が大きく影響する（尾崎，1994年）。援助者は、自分というフィルターを通して対象者理解をし、援助を展開しているという側面がある（成田，2005年）。すなわちソーシャルワークは、専門職的自己を通して援助を展開していくものであり、援助の方法を、理論や技術、社会資源といった自己の外側に求めるだけではなく、行為のふり返りや自己理解といった自己の実践の内にも求めることが必要である。そのような援助者の姿勢が省察的实践を生みだす基盤となるものと考え（シヨン，2007年）。

スーパービジョンは、ソーシャルワーク実践技術の向上に必要不可欠なものであり、専門職的自己の成長を促進する方法の一つといわれている。指導的立場に立つソーシャルワーカーは、経験や知識の乏しい新人ソーシャルワーカーや実習生に対してスーパービジョン機能を発揮している。しかし、スーパービジョンの体系化はその途上にあり、ソーシャルワーク・スーパービジョンに関する実践や研究は徐々に蓄積され

てきているものの、スーパービジョンがソーシャルワーク業務の一つとして確立し定着するまでには至っていない（塩村，2000年）。ソーシャルワーク・スーパービジョンがソーシャルワーク実践場面で積極的に活用されるためには、更に研究をすすめる必要がある。

II. 研究の目的

ソーシャルワーカーが質の高いサービスをクライアントに提供するためには、ソーシャルワーカーとクライアントの人間関係を基盤とした相互交流を通してはじめて適切な援助が可能になる。そのためソーシャルワーカーには知識や技術、価値を基盤とした専門職的自己の成長が求められる。専門職的自己の成長の一側面として、ソーシャルワーカーとしての自己理解がある。

本研究の目的は、スーパービジョンの過程において、スーパーバイザーが援助専門職としてどのようにして専門職的自己を成長させていくのか、そのプロセスを明らかにすることである。

*Masashi Asano : 金城学院大学

Ⅲ. 研究の方法

1. 研究方法

スーパービジョンは、スーパーバイザーの実践に基づく学習と成長をめざして、スーパーバイザーとスーパーバイジーの相互関係のうえで継続的に行われる。計画的で継続的なスーパービジョンは、開始から終結までプロセス性を有していること、指導者であるスーパーバイザーとその受け手であるスーパーバイジーの相互作用のなかで展開すること、スーパーバイジーの成長は段階性を有していることなどの特徴がある。

研究方法は、そのようなスーパービジョンの特徴から、変化の過程をみる継続的比較分析法であり、人と人との相互作用の変化をみることのできる質的研究法に着目した。そのなかでも研究者の選択的判断を重視する立場をとり、データの切片化をしない実践的質的研究であるM-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ）は本研究に適していると判断していることとした（木下，2003，2007）。

2. 分析テーマ

ソーシャルワーカーは、スーパービジョンにおいてどのような過程を通して援助者としての専門職的自己を成長させていくのか、そのプロセスに着目し、分析テーマを「スーパーバイジーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセス」とした。

3. 分析焦点者

調査対象者は、ソーシャルワーク・サポートセンター名古屋（以下SSNと略）¹⁾で実施している個人スーパービジョンの修了者であり、分析焦点者は、中堅レベルのソーシャルワーカーで個人スーパービジョンを修了した者である。スーパービジョンの回数は1クール10回とし、開催頻度はおよそ月1回である。スーパービジョンの前後にプリセッション、フォローアップセッションをそれぞれ1回ずつ行っており、合計12

回のセッションを行った（山口・浅野，2008）。

2007年11月までに個人スーパービジョンのセッションを終了したスーパーバイジーを調査対象者とした。調査対象者のソーシャルワーク歴は8年、6年、5年の中堅レベルにある3名のソーシャルワーカーである。

4. 調査方法

データ収集方法は半構造的面接法を用い、面接時間は1名につき1時間から1時間30分とした。その際、スーパーバイジーである調査対象者が率直に話すことができるようにする意味から、担当スーパーバイザーではない者が聞き手となって聞き取り調査を行うようにした。調査内容については分析対象者の了解を得て録音し、逐語録を作成した。また、毎回のスーパービジョン終了後にスーパーバイザーとスーパーバイジーそれぞれが「ふり返り表」²⁾を作成した。

5. 調査期間

調査期間は2007年10月から同年11月の2ヶ月間。

6. インタビューガイド

聞き取り調査をする上で、半構造的面接法を前提に以下のようなインタビューガイドを作成した³⁾。インタビューガイドは、被面接者に自由に語ってもらうなかで面接者が疑問に思うことや、話の詳細を尋ねる際に活用した。

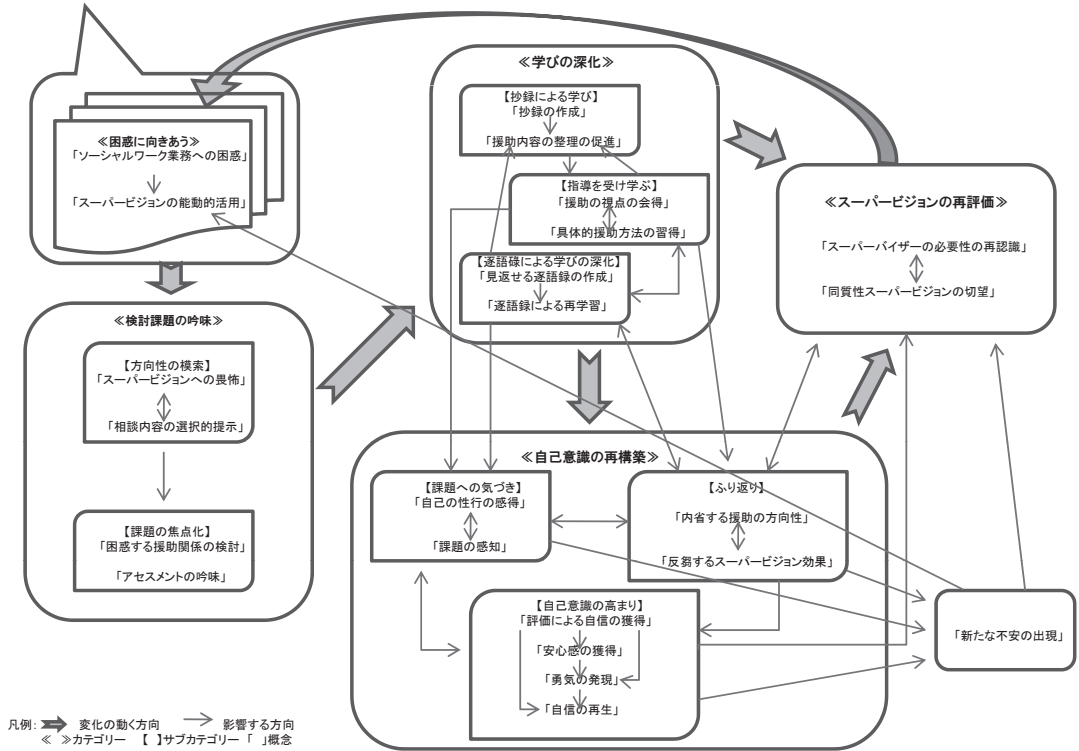
- ① 意識化された業務上の困難
- ② スーパービジョンによる気づき
- ③ スーパービジョンによる業務上の具体的変化
- ④ スーパービジョンの効果
- ⑤ 今後の課題
- ⑥ スーパービジョンに対する理解
- ⑦ スーパービジョンで受けた指導
- ⑧ 専門性の意識の変化
- ⑨ スーパービジョンを受けて良かったこと

尚、逐語録より作成した分析ワークシート例を巻末に添付した（表1参照）。

IV. 結果

1. 結果図とストーリーライン

結果図 スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセス



結果図に示したように「スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセス」のデータから23個の概念、8個のサブカテゴリ、5個のカテゴリを生成した。

以下に生成した概念（「」）を中心にサブカテゴリ、カテゴリなど全体の動きを述べる。

・ストーリーライン

ソーシャルワーク・スーパービジョンによるスーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセスは、「ソーシャルワーク業務への困惑」のため「スーパービジョンの能動的活用」をするという「困惑に向きあう」ことをきっかけとしてはじまる。

しかし、これまでスーパービジョン経験が

ないという理由から「スーパービジョンへの畏怖」の気持ちを覚えるが、スーパービジョンにおける「相談内容の選択的提示」を考えはじめるようになるなどの【方向性の模索】を行うようになる。そして「困惑する援助関係の検討」や「アセスメントの吟味」など【課題の焦点化】を行い、スーパーバイザー自身の《検討課題の吟味》がはじまる。

スーパービジョンが実施されるなかで「抄録の作成」をすることによって「援助内容の整理の促進」がはじまり、【抄録による学び】が行われる。そしてスーパービジョンのなかで「援助の視点の会得」や「具体的援助方法の習得」といった【指導を受け学ぶ】作業が開始される。この作業は「見返せる逐語録の作成」や「逐語

録による再学習」へと続き、【逐語録による学びの深化】となっていく。【逐語録による学びの深化】は【指導を受け学ぶ】ことと相互に影響しあうと同時に、両者は「援助内容の整理の促進」にも直接に作用をする。この《学びの深化》は、《自己意識の再構築》や《スーパービジョンの再評価》へと変化をしていく。

自己理解の深まりは、「自己の性行の感得」や「課題の感知」といったスーパーバイザー自身の【課題への気づき】となる。また、スーパービジョンにおける「評価による自信の獲得」は、「安心感の獲得」や「勇気の発現」、「自信の再生」をもたらす。スーパーバイザーは【自己意識の高まり】を体験する。【自己意識の高まり】は《スーパービジョンの再評価》へと直接に働きかけ、また【課題への気づき】と双方向に影響しあう。スーパービジョンによって「内省する援助の方向性」は、「反芻するスーパービジョン効果」と相互に影響しあって【ふり返り】の作業となっていく。【ふり返り】は【課題への気づき】と連関をし、さらに【自己意識の高まり】へと作用していく。【ふり返り】は、【指導を受け学ぶ】ことから影響を受けるが、【逐語録による学びの深化】と相互に働きかけをしていく。

一方、これら【課題への気づき】や【自己意識の高まり】【ふり返り】は、「新たな不安の出現」をもたらす。この不安は、【スーパービジョンの再評価】や「スーパービジョンの能動的活用」などスーパービジョンを求める方向に影響を及ぼしていく。このような《自己意識の再構築》は《スーパービジョンの再評価》に向かう。

すなわち相談援助業務を遂行するためには、「スーパーバイザーの必要性の再認識」をすることや「同質性のスーパービジョンの切望」がみられ、これらは双方に働きかけながら《スーパービジョンの再評価》へと変化をしていく。

このようなスーパーバイザーの自己理解の深化のプロセスにみる一連の動きは、スーパーバイザーの成長に伴い、困難事例への援助や社会資源の開発、ソーシャルワーク業務の広がりな

ど新たな業務上の《困惑に向きあう》方向へ螺旋状に展開していく。

2. カテゴリーの概要と概念間及びサブカテゴリーとの関係

次にカテゴリーごとに概念間の関係とサブカテゴリーの関係について述べる。(表2参照)

1) 困惑に向きあう

スーパーバイザーは、日頃の業務のなかで“ソーシャルワークをどのように進めてよいかよく分からない”とか“ゆっくりケースについて話し合うことが難しい”、“自信がない”などの理由から、「ソーシャルワーク業務への困惑」を感じながら日々を送っている。しかし“ケースとの距離感を相談したい”とか、“職場のなかでも中堅となってきたのでスーパービジョンを受けたい”という思いから、援助者としてこれらの困惑に対処しようと方法を模索するようになる。そのような時にSSNで“スーパービジョンが受けられることを知り”、自分からスーパービジョンを受けようとする「スーパービジョンの能動的活用」がみられるようになる。

2) 検討課題の吟味

① 方向性の模索

スーパービジョンを受けるにあたって、スーパーバイザーは、これまでに経験したことの無い未知の世界に向かうという気持ちからくる不安感から、“敷居の高さを感じた”、“すごく怖いという思い”や、“10回という回数、先がみえない”“スーパービジョンで何をどうやって相談するとよいのか”など、「スーパービジョンへの畏怖」を覚える。

同時に“同じ職場では聞くことが恥ずかしいこと”や、“自分が何に悩んでいるのかを考えて”などスーパービジョンで検討する問題に対する「相談内容の選択的提示」の作業を行う。そういった「スーパービジョンへの畏怖」は、「相談内容の選択的提示」と相互に影響する。このようなスーパーバイザーのスーパービジョンに

対する【方向性の模索】は、【課題の焦点化】へと変化をみせていく。

② 課題の焦点化

スーパービジョンで扱うテーマは、“クライアントとの人間関係の作り方”や“ワーカーとクライアントの距離感”、“単身者や生活保護受給者に対する援助の範囲”など「困惑する援助関係の検討」や、“クライアントの心理状態”、“アセスメントの方法”といった事例検討における「アセスメントの吟味」などである。このような【課題の焦点化】は、【方向性の模索】から生み出されるものであり、「検討課題の吟味」はスーパービジョンが展開する出発点といえる。

3) 学びの深化

① 抄録による学び

《検討課題の吟味》が行われると、スーパービジョンの進展につれて、《学びの深化》が体験されるようになる。スーパーバイザーは、スーパービジョンの開始により、選択した“事例をまとめる”ことや、“レジユメを作る”といった「抄録の作成」を行う。事例の概要や援助過程、スーパービジョン提出理由などをまとめることは、援助に対して見返しをする作業となり、情報や援助の展開内容の点検をして「援助内容の整理の促進」をはかるなど、【抄録による学び】が行われる。「援助内容の整理の促進」は、次に述べる【指導を受け学ぶ】ことや、【逐語録による学びの深化】からの影響を受ける。

② 指導を受け学ぶ

【抄録による学び】は、【指導を受け学ぶ】ことに影響をする。スーパービジョンが展開するなかで、困難事例に対して、“クライアントが思っていることはこういうことかも知れない”とか“違う切り口を提供してもらった”、クライアントとの距離の取り方が“見えてきた”、“揺れの共感も良い”、“ワーカーとして面接する”などの「援助の視点の会得」をする。また、困難事例に対する“具体的な言葉かけ”、“エコマップを活用する”、“具体的なアドバイスをもらえた”など「具体的援助方法の習得」が行われる。

「援助の視点の会得」と「具体的援助方法の習得」は互いに影響しあう。このような【指導を受け学ぶ】ことは、【逐語録による学びの深化】と双方向に働きかけをする。【指導を受け学ぶ】行為は同時に「援助内容の整理の促進」や【ふり返り】、【課題への気づき】にも影響を及ぼしていく。

③ 逐語録による学びの深化

SSNのスーパービジョンは、スーパーバイザーの了解を得たうえでスーパービジョンの様子を音声記録として残し、その音声記録をスーパーバイザーが一言一句を忠実に文字化する。このようなスーパービジョンの逐語録を作成する作業は、“自分で見直せる”ことや“残しておける”、“あとあと読み返すということもできる”という「見返せる逐語録の作成」となる。逐語録を作成することによって“自分の面接にも活かせたら良い”とか、“ふり返りも更に深めていける”、“どんなことを考え、何をやってきたか”などの新たな気づきや学びなど「逐語録による再学習」をすることができ、【逐語録による学びの深化】となる。

同時に【逐語録による学びの深化】は、【指導を受け学ぶ】ことや【ふり返り】に相互に影響をし合い、「援助内容の整理の促進」や【課題への気づき】にも連関していく。

【抄録による学び】【指導を受け学ぶ】【逐語録による学びの深化】などの《学びの深化》は、二つの方向に変化をしていく。一つの方向は《自己意識の再構築》であり、他の一つは《スーパービジョンの再評価》である。

4) 自己意識の再構築

① 課題への気づき

《学びの深化》がすすむと“いま一步踏み込めないことに気づいた”とか、“私の中ですごく落ちた”、“自分がようやく分った”などスーパーバイザー自身がどのようなものの考え方や理解の仕方をしているのかという自分自身の性行に気づく「自己の性行の感得」が得られるようになる。そして“課題として残った”とか“自

分の課題が見えた”、“悩むべき主体を間違えてはいけない”、“意識してその力をつけていかなければならない”などソーシャルワーカーとして何が自分の課題なのかという「課題の感知」が行われる。この「自己の性行の感得」と「課題の感知」は互いに働きかけあい、【課題への気づき】となる。そして【ふり返り】や【自己意識の高まり】と双方向に影響する。また、【指導を受け学ぶ】ことや【逐語録による学びの深化】からも影響を受け、「新たな不安の出現」へとつながっていく。

② 自己意識の高まり

スーパーバイザーが“励ましてくれたり、良い方にとってもらえるので力になる”とか“毎回、評価してもらえたことで自信がもてた”など援助に対する肯定的な評価を得ることで、スーパーバイザーは「評価による自信の獲得」を経験する。さらに“この次の約束があるので安心感を持って仕事を進めることができた”、“力づけられた”などの保証や支持を得ることによって「安心感の獲得」を得るようになる。

そして“やってみようかなという勇氣になる”とか、“背中を押してくれたので、それなら”というように「勇氣の発現」がみられ、また“評価をもらっていると、こういうやり方も悪くない”と思えるようになり、“ちょっと大きく成長できた”などスーパーバイザーは不安の強かった自分の援助に対して「自信の再生」を図ることができるようになる。このようにスーパーバイザーは、スーパーバイザーから肯定的評価を得ることによって【自己意識の高まり】を呈する。【自己意識の高まり】は、【スーパービジョンの再評価】につながるとともに【ふり返り】からも影響を受ける。同時に「新たな不安の出現」をもたらす。

③ ふり返り

スーパーバイザーが職場に戻り相談援助活動をしているときに、スーパービジョンでの学びを“どうだったかなって、その時はやっぱりこれ（スーパービジョンの資料）を紐解きます”とか、“ふっと浮かぶことがある”など「内省

する援助の方向性」がみられるようになる。また“スーパービジョンを受けることの効果は実感できた”、“自分のことをあれだけ時間をかけて相談できて、自分のカルテができたみたい”、“事例に対する見方というのが変わったという部分からすれば、かなり改善している”といった「反芻するスーパービジョン効果」を体験する。これらは双方が影響しあって【ふり返り】の作業となっている。【ふり返り】は、《スーパービジョンの再評価》とも関連するとともに「新たな不安の出現」にも影響する。

こうした《自己意識の再構築》は、先に述べた《学びの深化》によるものであり、さらに《スーパービジョンの再評価》へと進展していく。

5) スーパービジョンの再評価

① スーパーバイザーの必要性の再認識

スーパービジョンが展開するなかで、“スーパーバイザーはソーシャルワークをする上で必要とあらためて思う”とか、“スーパーバイザーがいるかないかで左右される”というように、スーパーバイザーは「スーパーバイザーの必要性の再認識」をするようになる。

② 同質性スーパービジョンの切望

このようなスーパーバイザーの必要性を求める気持ちは、“ソーシャルワーカーという立場の人から言ってもらおうと自信になるし、修正もできる”とか、“同じワーカーで相談できる、指導できる環境を望んでいた”など、ソーシャルワークを理解している同一職種のスーパーバイザーからスーパービジョンを受けたいという「同質性スーパービジョンの切望」と互いに反応をしあっていく。このような【スーパービジョンの再評価】は、【自己意識の高まり】や「新たな不安の出現」からも影響を受ける。

6) 新たな不安の出現

「新たな不安の出現」は一つ概念である。この不安は、【課題への気づき】や【自己意識の高まり】及び【ふり返り】から生み出されたものである。すなわち“良い方にとってもらう

けど、本当に大丈夫だろうか”といったアンバランスな感情や、“スーパービジョンを受けていないと不安”な気持ちになるとか、“違うケースが出てくると不安になる”などスーパービジョンで肯定的評価を受けることによる不安や、スーパービジョンへの依存による不安感である。このような不安な気持ちは、「スーパーバイザーの必要性の再認識」や「同質性スーパービジョンの切望」といった【スーパービジョンの再評価】や、「スーパービジョンの能動的活用」へと影響をしていく。

7) 新たな《困惑に向きあう》

《スーパービジョンの再評価》は、多様な問題を抱えたクライアントへの援助や、変動の激しい社会資源の活用と開発、多忙なソーシャルワーク業務などの業務上の変化によって生じる新たな業務上の《困惑に向きあう》ことへと螺旋状に連動し、さらなる「スーパービジョンの能動的活用」に連関していく。

V. 結論

これまで述べてきたように、23個の概念のそれぞれが、ある時は一方向に影響を及ぼし、また概念間の動きのなかで双方向に影響しあい、一つのカテゴリーが次のカテゴリーへと変化していく。その過程のなかで、スーパーバイザーは自分自身のソーシャルワーカーとしての自己理解を深化させていく。

スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセスは、スーパーバイザー自身の業務上の《困惑に向きあう》ことにはじまり、スーパービジョンに臨むために《検討課題の吟味》を行い、スーパービジョンで《学

びの深化》を体験し、《自己意識の再構築》をはかり、《スーパービジョンの再評価》に移行していくなかで、新たな業務上の《困惑に向きあう》ことへと螺旋状に展開していくことを確認した。

VI. 今後の課題

本研究では、ソーシャルワーク・スーパービジョンの意義と課題を明らかにするために、実践的な質的研究法である M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ）を用いて、「スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての自己理解の深化のプロセス」について考察した。しかし、職場外スーパービジョンであることや、スーパービジョンの頻度及び回数が計画的・継続的とはいえ限定的であることなど限界があることは否めない。今後は、生成した概念をさまざまなスーパービジョン実践で活用し、理論の緻密度を上げること、また職場外スーパービジョン実践研究を蓄積すること、職場内スーパービジョン実践研究によってその理論化を図ることなどが課題と考える。

本研究の成果が、ソーシャルワーク実践場面でスーパービジョンを位置づけることに貢献することができれば幸いである。

本研究のスーパーバイザーとしてご指導を頂いた小嶋章吾先生をはじめ、研究協力者の山口みほ氏、M-GTA 研究会の会員諸氏並びに木下康仁先生、SSN メンバーの加藤良子氏からも多くのご示唆をいただき感謝申し上げます。また情報を開示することに了解いただいたスーパーバイザーの方々にも心よりお礼申し上げます。

表1 分析ワークシート例

ワークシート (10)	
概 念 (10)	自己の性行の感得
定 義	ソーシャルワーカーとしての自分が、どのようなものの考え方や行動をするのかという自分自身の性行に気づき理解して知ること
バリエーション	<p>K 自分の意見を言うのがこわい、とか、提案するのが、私はちょっと臆病になっていて、なかなかクライアントの面接に今一步踏み込めないところがあって、そこに気づくことができたんですけど、(p.5)</p> <p>K それが私の傾向でもある・・・っていうのは、先生に、最後の、フォローアップの時に、ご指摘いただいた、そうなんです、っていうのがすごく自分の中に落ちたんですけど、疑問に思っても、割となにもせずそのまま終わってしまう、うん、終わってしまう、そのままにしておくワーカーですね、っていうふうに言って頂いて、あ、そうなんですよ、って実は私の中ですごく落ちました。やってません(笑)。(p.6)</p> <p>T あとどうしてもその私が完璧を求める多分傾向があるのか、自分が不安なので前段階でいろいろと準備をしたいタイプのようなのですね。</p> <p>Q なるほど。</p> <p>T ということがちょっと見えてきたんです。情報収集量もすごく多いんですよ、私。(p.3)</p> <p>T あの一、ちょっと話がずれていってしまったのですが、あの一、ケースパイケースでというのが分かっているんですが、やはり怖いものですから、あの一、いろいろ自分のなかでも、その、自分のなかでアセスメントして、良い方向に向かうようになり前情報を固めて、どんどん道としてこう、なんていうんですかねえ、確実なものを築こうとしてしまうので、それを、それも良かったと思うねって、評価して頂きながら、あの一、幅を広げてもらったなという印象ですね。(p.3)</p> <p>T はい、で、私のそれを自分の援助が至らなかったとよく思っちゃうんですけど、あくまで考えなくちゃいけない主体もご家族、悩む主体もご家族、決めるのもご本人っていうかご本人かご家族なので、やっぱりそこを間違えちゃいけないあって、自分がようやくわかったのですね。(p.3)</p> <p>T そのもとにあるのは、やっぱり自分が基本的には不安なので、いろんなことを考えられるように、土台としての情報を集めて置きたかったというのが、おそらく私の大本にあるんじゃないかって、かって思えたんですね。(p.12)</p> <p>T もありますし、やっぱり、不安を埋めたいのもそうですし、自分のアセスメントする時に、お金はこうだったし、制度はこうだったし、家族構成はこうだったしという、私のなかで、その、考えられるいくつかのパターン、アセスメントを用意したかったがために、多分、その時、気づけたことをいっぱい情報として得たかったんだと思うんですね。(p.12)</p> <p>T 私個人の悩み心配と、ワーカーとしての気がかりなことが、たぶん、本当に、混在していたっていうんですかね。(p.19)</p> <p>T どうしても私の悪い癖かもしれないですけど、やっぱり不安だと、比較をしようとしちゃったり、自分ってどれくらいなんだろうという、なんか物差しみたいなものが欲しくなるんですよ。(p.20)</p> <p>N 自分自身のことがたぶん解ってないことも多いんですけど、やっぱり、日頃業務を行っていると、その業務に流されてるって部分もあるんですよ一、で、自分の位置づけだったり、そういった業務についての振り返りもできないので、何が課題になるのかも今自分としてちょっと解らない部分ではあるんですけど、(p.15)</p>

理論的メモ	<p>スーパーバイザーは、自分の援助に関する性行を何かしら感じているが、それをきちんとふり返り、整理することが日常的にはできていないということがいえる。</p> <p>この部分は自己理解（自己覚知）の一部と考える。</p> <p>但し、この気づきのレベルは一樣ではない。深いレベルのものとしては、K氏の発言はこれからまさにそのような自己にどう向かっていったらよいかを深める重要な発言と言える。一方、N氏の発言は、表層的なレベルでの気づきといえるかもしれない。</p> <p>T氏の発言は自分自身の性行に言及しているが、それがどのように落としこまれていくかといった点になると、さまざまな理由から表層レベルに留まる可能性も考えられる。</p> <p>これらの気づきに対して、次のステップを用意するようなスーパービジョンが必要になると考える。すなわち、「気づき」がどのようなことに繋がるのかを予測し、明示していくこともスーパービジョンの方法論として重要な側面ではないかと考える。</p>
-------	--

表2 カテゴリー及び概念・定義一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	No	概念	定義
困惑に向きあう		1	ソーシャルワーク業務への困惑	ソーシャルワークをどのように進めたらよいか分からない、自信がないという困惑感を抱いたまま業務をすること
		2	スーパービジョンの能動的活用	ソーシャルワーク業務で困ったり悩んだ時に、自らスーパービジョンを求めようとする事
検討課題の吟味	方向性の模索	3	スーパービジョンへの畏怖	スーパービジョン開始前のスーパービジョンを受けることに対する不安な感情。スーパービジョンが未経験のため、スーパービジョンでは何をどうして良いのか分からないでいる畏れの感情のこと
		4	相談内容の選択的提示	スーパービジョンを受ける時に、スーパーバイザーがどのような立場の人かによって、スーパーバイザーが相談の内容を選別して提示すること
	課題の焦点化	5	困惑する援助関係の検討	ワーカーとクライアントとの援助において困惑することの多い人間関係や距離間などについて検討すること
		6	アセスメントの吟味	事例を検討する際に、何を検討したら良いのか悩み、ひとまずアセスメントについて吟味しようとする事
学びの深化	抄録による学び	7	抄録の作成	選んだ提出事例の抄録を作成する作業をすること
		8	援助内容の整理の促進	スーパービジョンを受けることによって、自分のなかで、業務に対する姿勢や考え方、方法などの整理ができること
	指導を受け学ぶ	9	援助の視点の会得	困難事例に対してどのように考えたらよいか、その考え方や視点の持ち方について教えてもらい学ぶこと

		10	具体的援助方法の習得	困難事例（業務）に対する援助の具体的な方法を教えてもらい学ぶこと
	逐語録による学びの深化	11	見返せる逐語録の作成	スーパービジョン場面を見返し、ふり返ることができるようにスーパービジョンの逐語録を作成すること
		12	逐語録による再学習	逐語録を作成する作業を通して新たに気づいたり、学んだりすること
自己意識の再構築	課題への気づき	13	自己の性行の感得	ソーシャルワーカーとしての自分が、どのようなものの考え方や行動をするのかという自分自身の性行に気づき理解して知ること
		14	課題の感知	ソーシャルワーカーとしての自身の取り組み課題が何かということに気がつくこと
	自己意識の高まり	15	評価による自信の獲得	自分の援助に対して自信がない時に、援助の肯定的な側面を評価されることが力になり、自信が持てるようになること
		16	安心感の獲得	スーパービジョンで具体的なアドバイスや保証、支持を得ることで心強さや安心感を持って仕事ができるようになること
		17	勇気の発現	自分一人では、なかなか取り組めないが、スーパーバイザーからひと押ししてもらえると勇気が出て前に進めること
		18	自信の再生	自信のもてない援助に対して、肯定的評価を受けることは、力になり、自信が蘇ること
	ふり返り	19	内省する援助の方向性	困難事例に対してスーパービジョンでの学びをふつとふり返り、援助の方向性を考えること
		20	反芻するスーパービジョン効果	スーパービジョンを受けて、保証され、安心し、見方が変わり、改善する等といったスーパービジョン効果をふり返ること
スーパービジョンの再評価		21	スーパーバイザーの必要性の再認識	困った時に相談できるスーパーバイザーが必要であるということを改めて認識すること
		22	同質性スーパービジョンの切望	同質性(同一職種)のスーパーバイザーであれば、スーパーバイザーの職務についての理解があるので、その指導はスーパーバイザーの自信につながり頑張ることができることから同質性スーパービジョンを切望すること
		23	新たな不安の出現	スーパービジョンを受けることによってもたらされる不安で、スーパービジョンで肯定されたり、評価されるとかえって心配になったり、スーパービジョンを受けることで、受けていない事例に対して不安になること

注

- 1) SSN は、社会福祉領域で働く対人援助専門職をサポートすることを目的に2006年4月に開設した。ソーシャルワーカーやケアマネジャーなど相談援助業務に携わっている人を対象に、スーパービジョンやコンサルテーションをおこなっている。
- 2) 「ふり返り表」の項目は次のとおりである。スーパーバイザー：①スーパービジョンで扱った内容 ②スーパービジョンでの指導 ③扱った問題の何が解決したか ④扱った問題の何が未解決か ⑤次回の希望する進め方 ⑥スーパービジョンの満足度（5段階評価） ⑦その理由 ⑧感じたことや気づいたこと。スーパーバイジー：①スーパービジョンで受けた指導 ②扱った問題の何が解決したか ③次回の希望する進め方 ④スーパービジョンの満足度（5段階評価） ⑤その理由 ⑥感じたことや気づいたこと。
- 3) 半構造的面接法について木下（2007）は、次のように述べている。「『半』とは被面接者（協力者）と面接者（研究者）との相互関係性、つまりデータ収集におけるインタラクティブ性を確認する意味で捉えるべきです。相手の話のペースで自由に話してもらいただけによいのではなく、面接者は聞きながら挿入質問とそのタイミングを考えながらになるので、和やかな雰囲気での

面接だとしても内面的には緊張感を維持します」

参考文献

- 1) 尾崎新『ケースワークの臨床技法「援助関係」と「逆転移」の活用』誠信書房，1999年。
- 2) 成田義弘『治療関係と面接』金剛出版，2005年。
- 3) ドナルド・A・ショーン著，監訳者 柳沢昌一，三輪健二『省察的实践とは何か プロフェッショナルの行為と思考』鳳書房，2007年。
- 4) 塩村公子『ソーシャルワーク・スーパービジョンの諸相 重層的な理解』中央法規出版，2000年。
- 5) 木下康仁『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い』弘文堂，2003年。
- 6) 木下康仁『ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて』弘文堂，2007年。
- 7) 山口みほ・浅野正嗣「職場外スーパービジョンの試み」，日本福祉大学社会福祉学部，日本福祉大学福祉社会開発研究所『日本福祉大学社会福祉論集』第119号，2008年。

Enhancement of Self-Understanding as a Social Worker Supervisee

Masashi Asano

Kinjogakuin University

This thesis clarifies the process through which supervisees enhance self-understanding as social workers. The method of research applied is modified grounded theory approach, which is one of the practical qualitative inquiring methods.

The result is as follows:

Five categories, eight subcategories and twenty-three concepts were generated from the collected data.

The enhancement of self-understanding undergoes the following five processes: ⟨Facing with Troubles⟩, ⟨Investigating of the Themes⟩, ⟨Learning⟩, ⟨Reconstructing of Sense of Self⟩, and ⟨Revaluating of the Supervision⟩.

When supervisee social workers face a new trouble, they go back to the first stage, drawing a developmental spiral.

〔論文〕

退院援助における医療ソーシャルワーカーと 看護師の関わり展開プロセス

松 浦 愛*

Key words : 退院援助, 協働, MSW, 看護師, M-GTA, がん専門病院

I. はじめに

近年、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）を取り巻く環境は大きく変化しており、その変化に対応するために医療制度の相次ぐ改変が行われている。医療提供体制において「医療の質の向上と効率化を図る」事が目的の一つとされているように（医療制度改革大綱，2005）、現代の医療の課題は質と効率を兼ね備えた医療を他機関・他職種との連携と協働の下に、いかに実現するかにあると言える。

特に退院援助という局面では、患者家族が安心できる医療の確保が目指される一方で、効率という観点から在院日数の短縮化が図られる。患者家族が疾病を受け入れ納得して次に進むためには一定の時間が必要だが、病院側が許容できる期間にも限りがあり、この2つの期間の差は医療費削減と機能分化を意図した政策の影響を受けてますます広がっていると考えられる。その結果、患者家族の意に沿わない転院や退院へと繋がってしまうことが危惧される。そこで、患者家族の意向を尊重しながら効率を兼ね備えた医療を実現するために、退院援助においてMSWの果たす役割は大きくなっているのではないだろうか。

上記のテーマに関連して先行研究を概観すると、退院援助でMSWが感じる困難に関して、早期退院を志向した効率的な援助を行うという組織の一員としての役割と、患者家族の意向を尊重した援助を行うという専門職としての役割の間でMSWが葛藤を感じていることが示唆されていた。例えば、取手（1997）はMSWが困難を感じる場面として「患者の意に反した転院援助」「社会資源不足と在宅療養の偏重」「院内スタッフからの退院促進の要求」「看護師との役割分担」等を挙げ、その背景として地域の社会資源不足と院内での早期退院に向けた圧力を指摘している。また、退院援助の阻害要因については、藤田（1999）が病院の機能によって退院援助の困難要因に差異があることを示している。金子ら（2007）は調査の結果、高齢者の早期退院を妨げる要因として家族関係に言及した。米川ら（2007）は医療依存度に社会的要因が重複することで退院を阻害していると述べた。退院援助のシステム化について、三毛（2003）はMSWの行う退院援助のモデル開発を試み、高山（2000）は退院援助のシステム定着に関連する要因について述べた。山室（2001）や加藤ら（2003）は自らの実践に基づいた事例を紹介している。退院援助でMSWが果たす機能に

*Ai Matsuura : 国立がんセンター中央病院

関して、福田（1999）は調査に基づき「情報収集・問題把握機能」「社会資源仲介・動員機能」「連絡調整・連携機能」の3つの機能が比較的良好に発揮されているとした。

これらの先行研究を概観すると、各要因が退院援助の一連のプロセスの中でどう関係しているのかという観点から実証的にMSWの退院援助を捉えた論述はあまり見られなかった。また、チーム単位で退院援助における協働を捉えている論述が多く見受けられたが、MSWが参加する退院援助システムが確立していない場合は問題解決に向けてMSWと個々の医療職との関わりが重要となってくると考えた。各医療機関の機能や組織の土壌によって個々のMSWの置かれた状況は異なるため、本来は状況に応じたシステムが確立していることが望ましい。だが、退院援助に限らず、院内でMSWの援助システムを組み込み定着させること自体が従来より課題とされてきた。そこで、本研究ではまずシステムが確立していない状況下で退院援助におけるMSWと他職種の協働の実態を明らかにしたいと考えた。特に、他職種の中でも日常的に患者家族と接し退院援助を行う一員である看護師に着目し、退院援助のプロセスの中でMSWと看護師がどのように関わり合い、協働しているのか明らかにすることを目的とした。MSWと看護師は役割葛藤や業務の相互乗り入れが危惧されることもあるが、本研究では両者の協働におけるポジティブな側面に着目し、退院援助において両者が効果的に関わり援助を提供していくために有用な視点を得たいと考える。なお、本研究における退院援助とは、当該医療機関に入院中の患者の転院または在宅復帰に向けてMSWが行った一連の行為を指す。その行為には、患者家族に対するものに加え、院内他職種や院外他機関に対する行為も含まれている。

II. 調査

1) 調査プロセス

調査の目的はMSWと看護師によってどのように協働が展開され退院援助が進んでいくのか、MSWの視点から明らかにすることである。そのため、質的研究法の一つである修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下略、M-GTA）を採用した。M-GTAは人の社会的相互作用に焦点をあて、現象のプロセス性やコンテキストを考慮に入れながら理論を産出する方法論とされる。また、研究結果である理論を現場に活かす事が重視されている（木下、2003）。これらの特徴から、MSWと看護師の相互作用をプロセスに沿って明らかにできるM-GTAが適していると考えた。

調査のフィールドとなったA病院は関東圏内にあるがん専門病院で、病床数600床前後、診療科25、平均在院日数14日前後の急性期病院として位置づけられる。A病院でMSWはソーシャルワーク部門を拠点とし、主に電子カルテ上の記載と電話で職種間の情報交換を行う。入院患者を対象とした業務は3名のMSWが担当し、退院援助は基本的に医師の依頼に基づき患者家族と面談して進捗状況を医師に報告しながら進めていく形をとる。（2009年1月現在）

調査の対象者はA病院で入院患者担当のMSW3名である。年齢は平均26.6歳、A病院での勤務年数は1年9ヵ月～3年、MSWとしての経験年数は1年9ヵ月～最長4年で、全員が社会福祉士を取得している。データ収集方法はガイドを用いた半構造化インタビューを採用した。事前に1人3ケースずつ退院援助ケースを選定してもらい、ケースに基づきインタビューを行なった。ケースの選定条件は、①自ら担当したもの、②入院患者家族を対象とした退院援助に関するもの、③援助の主な目的が緩和ケア移行にあたっての継続医療の調整であるもの、④看護師が関わる事でうまくいったと感じたものの4点である。質問項目は、①患者を取り巻く状況やMSWのアセスメントなど、ケース

の具体的な展開に関わること、②ケースの展開における看護師との関わり、③全体を振り返ってケースの展開に寄与した要因・困難だった要因の3点である。インタビューに要した時間は1人あたり最長1時間、最短30分で、平均40分程度であった。インタビュー内容は許可を得て逐語録に起こした。調査期間は2008年8月から9月である。

調査にあたり、A病院ソーシャルワーク部門の責任者と調査協力者であるMSW3名に協力依頼書を提示し、参加への同意を口頭にて得た。その際、インタビューで得たデータは研究目的以外では使われない事、結果から個々の患者やMSWが特定されない事を説明した。調査協力者から調査について疑問が出れば、その都度説明を行いながら進めていった。また、責任者に提示範囲に関する確認をとりながら、研究を行った。

2) 分析プロセス

M-GTAでは、研究テーマと収集したデータに基づき、分析テーマと分析焦点者を設定して、その2点から分析を行う。本調査の分析テーマは「退院援助において患者家族が表出する心理社会的な問題に応じてMSWと看護師の関わりが展開していくプロセス」、分析焦点者は「がん専門病院で退院援助を行うMSW」である。

まず、分析テーマと分析焦点者に照らしデータの中で着目した箇所を具体例として最初の概念を生成した。次に、データに戻り、定義に照らして類似例がないか検討し、同時に恣意的な解釈を防ぐため対極例も検討した。この類似例と対極例の検討を通して概念の説明範囲や解釈、概念名を必要に応じて修正し、個々の概念の精緻化を行いながら、同時並行で新たな概念を生成して同様の作業を行った。そして、概念同士の関係を検討してカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係を検討した結果を図にまとめた。分析結果の概要はストーリーラインで表した。

Ⅲ. 調査結果

M-GTAは結果と考察の扱い方について独自の立場をとっており、両者を分けずに記述した方が内容をより適切に表すことができると判断される場合、結果と考察は一体となって記述される(木下, 2003)。考察を狭義で捉えると、分析過程の中に考察の要素が自ずと含まれているため、分析結果と考察は分離しない方が効果的で読む側も理解しやすいからである。本論では、まず明らかになった研究結果のストーリーラインを示す。次いで、狭義の考察を含めた調査結果を示し、最後に分析結果全体と先行研究との関連を検討した広義の考察を示す。特に調査結果では、明らかになったMSWと看護師の2種類の協働形態に重点を置いて述べる。

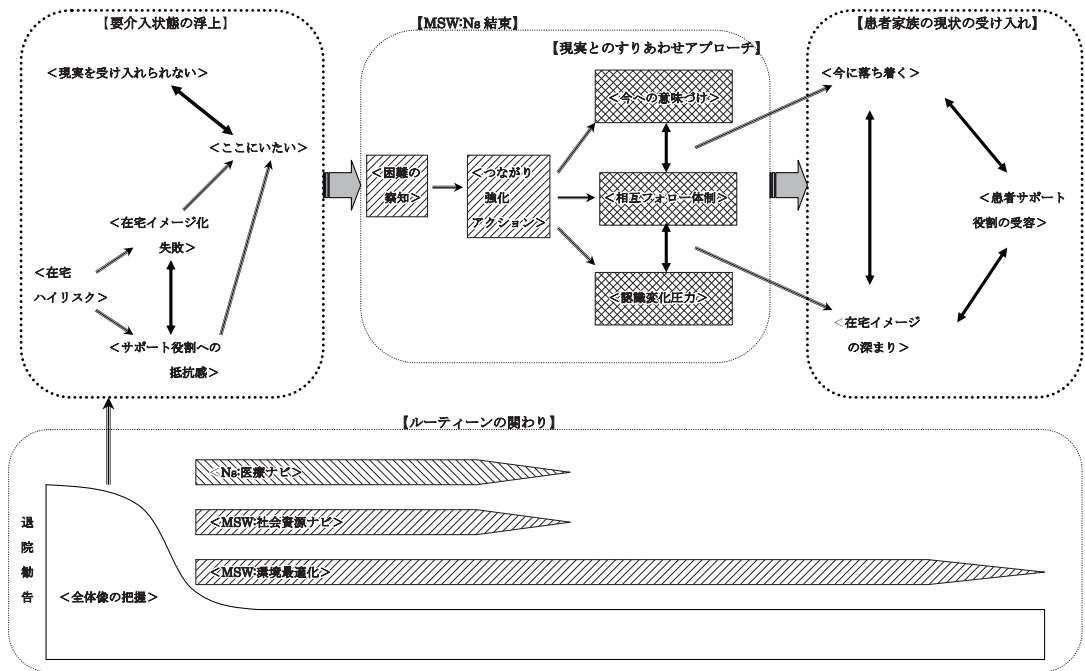
なお、生成した概念を〈〉、複数の概念から成る意味のまとまりを《》、概念同士の関係によって示されたカテゴリーを【】で表す。また、図1は結果図であり、図中の←→は概念やカテゴリーの相互作用を、→は作用の方向性を示す。背景の▨はMSWの働きかけを、▩は看護師の働きかけを意味し、▧は両者の関わりによる働きかけを意味する。

「退院援助におけるMSWと看護師の関わり展開プロセス」のストーリーライン

本研究で明らかになった、がん専門病院の退院援助でMSWと看護師の関わりが展開していくプロセスとは、両者による【ルーティーンの関わり】を基に浮上した患者家族の心理社会的な問題に対し、MSWの働きかけである《つながり強化アクション》をきっかけとして両者が結束し【現実とのすり合わせアプローチ】を行うことによって、【患者家族の現状の受け入れ】を促して可能とするプロセスである。

このプロセスは、患者家族に対する医師の〈退院勧告〉によって始まる。MSWと看護師は日常的に情報を交換・共有することによって、患者家族の《全体像の把握》をしており、必要に応じて各々の専門性を生かした援助を個別に患

図 1



者家族に提供する協働の形態をとる。これが、MSW と看護師による【ルーティーンの関わり】である。

ところが、患者家族の《全体像の把握》を通して、【要介入状態の浮上】が生じることがある。この【要介入状態の浮上】に対し MSW が〈困難を察知〉した場合、看護師との【ルーティーンの関わり】に加えて、その後の展開を促進するために【MSW : Ns 結束】状態が生じていた。

【MSW : Ns 結束】状態が生じる鍵は、〈困難を察知〉した結果、MSW が看護師に対して起こす《つながり強化アクション》である。MSW と看護師のつながりが強化されると、MSW 単独で働きかけるよりも、個々の患者家族の問題状況に即してより幅の広い効果的な働きかけである【現実とのすり合わせアプローチ】が可能になる。

心理的側面に向けた MSW と看護師のアプローチの結果、患者家族は〈現実を受け入れられない〉気持ちから《今に落ち着く》ことが可能となっていた。同時に、両者で患者家族の認

識に働きかけることにより、患者家族の《在宅イメージの深まり》が促進される。そして、《今に落ち着く》事や《在宅イメージの深まり》と関連して、家族が《患者サポート役割の受容》をする事で、【患者家族の現状の受け入れ】に繋がり、これらが相互に関連し、強め合って、患者家族の受け入れは確かなものとなっていった。以下、各カテゴリーについて述べる。

1) ルーティーンの関わり

本研究では【ルーティーンの関わり】と【MSW : Ns 結束】という MSW と看護師の2種類の協働形態が明らかになった。【ルーティーンの関わり】とは、退院援助のプロセス全体を通して日常的に為される MSW と看護師の情報交換を主とした関わりを指す。両者は患者家族の理解を深めるため情報を交換し、必要に応じて専門性を活かした援助を個別に提供している。

【ルーティーンの関わり】において MSW と看護師の間で展開される情報交換を表す《全

体像の把握》は、《対象理解の情報収集》と〈関わり情報の更新〉という2つの下位概念から成る。《対象理解の情報収集》は、患者家族を理解するためにMSWが看護師から行う間接的な情報収集で、これらの情報収集は主に〈退院勧告〉を受けて関わり始めた初期に集中的に行われる。収集する情報は、〈病棟情報の収集〉〈コンサルテーション〉〈患者の意向を探る〉の3種類である。〈病棟情報の収集〉は、患者家族の病棟での様子や言動、医師とのやりとりに関する情報を看護師から収集するMSWの行為を指す。MSWが病棟配置制を採っていない場合、病棟での患者家族の様子の把握には限界があるため、〈病棟情報の収集〉が必要となる。〈コンサルテーション〉は、MSWがより正確なアセスメントを行うために看護師の専門性に基づく見解を確認する事である。MSWは看護師から得た身体的な情報を基に必要な環境を見極め、介入のポイントを探っていた。そして、〈患者の意向を探る〉は、退院に向けた患者の思いや希望について看護師が把握している情報を聞き、その変化を随時追っていきこうとするMSWの行為である。患者の病状や治療の予定によっては直接十分な情報が得られない事もあり、MSWは患者の意向を重視して援助方針を決定するために看護師から情報を収集していた。

一方、並行して行われる〈関わり情報の更新〉は、MSWから看護師に向けた情報提供である。MSWは面談などを通して直接情報を収集し、その都度、看護師に報告することでMSWと患者家族の関わりに関する看護師の認識を更新していた。このように習慣的にMSWから情報提供し情報の共有に努めることで、MSWの動きを看護師に知らせるとともに看護師が患者家族を取り巻く院内外の環境を包括的に理解する一助になっていると考えられる。

これらの情報交換に基づきアセスメントを行い、【ルーティーンの間わり】では各自が自らの判断で動く。看護師は患者家族に対し〈Ns：医療ナビ〉を行い、MSWは〈社会資源ナビ〉と〈環境最適化〉という行動をとっていた。〈Ns：

医療ナビ〉とは、医療のある在宅生活をイメージするための説明と具体的な手技指導を行い、退院時の身体状況に照らし合わせて在宅で必要と考えられる介護や看護行為の習得に向けて患者家族を導くという、医療的な観点からナビゲーションの機能を果たす看護師の行為を指す。

一方、〈社会資源ナビ〉とは、社会資源を用いた在宅生活の様子を具体的に説明するとともに、資源の利用方法を案内して福祉的な観点から環境整備に向けたナビゲーションの機能を果たしていくMSWの行為を指している。〈環境最適化〉は、地域への移行における患者の不利益を回避するためにMSWが調整役を担う事である。以下は、退院後に主体となる在宅医と主治医の意見の相違に対してMSWが〈環境最適化〉を積極的に行った例である。

(主治医の) 依頼としては、とにかく〇〇病院に繋げろって言われて。繋げるけど△△先生(在宅医)の条件としてはケアマネに繋げるっていう事と家族が在宅で療養していくって事を理解してないと受けないって言われて、もちろんその通りだと思ったので□□先生(主治医)に伝えて、「ちゃんと退院前カンファレンスを行ったり家族が見ていくんだから、そのへんの覚悟だとかちゃんと話をしないとまたこっちに戻ってくると思うので、そこだけは確実に繋げておきたいんです」って退院を1週間のばしてもらって。

2) 要介入状態の浮上

【ルーティーンの間わり】において患者家族の多面的な理解が深まる中で【要介入状態の浮上】が生じることがある。【要介入状態の浮上】とは、患者家族の心理社会的側面から生じる介入の必要性が明らかになることである。【要介入状態の浮上】が生じるコンテキストは患者家族を取り巻く状況や思いに関連した(現実を受け入れられない)〈在宅イメージ化失敗〉〈在宅ハイリスク〉〈サポート役割への抵抗感〉〈ここにいたい〉という概念で表される。

【要介入状態の浮上】の中心的概念は〈ここ

にいたい」という患者家族の発する退院への抵抗感である。患者が病状悪化に伴う〈現実を受け入れられない〉場合には退院がネガティブな意味合いを持ち、〈ここにいたい〉という思いは強められていた。この2つの思いは相互に関連して強めあう関係にある。また、在宅環境が整っていなかったり、誰かのサポートを必要とする状態であるにも関わらずサポート体制が不十分な〈在宅ハイリスク〉の状態が想定される場合、在宅生活が実現可能なものとして思い描けない〈在宅イメージ化失敗〉や、家族の〈サポート役割への抵抗感〉が生じやすくなる。このように、在宅環境の未整備やマンパワー不足は患者家族の不安を助長し、在宅生活が現実的なものとして考えられず、〈ここにいたい〉という思いを強めていた。

3) MSW : Ns 結束

(1) つながり強化アクション

【要介入状態の浮上】に対してMSWが単独での問題解決を志向するのではなく、看護師とともに困難に対処しようと試みる場合、MSWは看護師に対して《つながり強化アクション》を行っていた。MSWが《つながり強化アクション》をとる背景にはMSWだけでは限界があるという現状へのアセスメントがある。《つながり強化アクション》は〈患者情報の発信〉(Nsの巻き込み)〈方針の照らし合わせ〉というMSWの3つの行為から成り立っている。

〈患者情報の発信〉とは、MSWが意図して積極的に看護師に情報提供し共有しようと試みる行為である。MSWによって発信される情報は、想定される又は生じた困難に対して各スタッフを繋ぐためのツールとしての側面を有している。

この〈患者情報の発信〉を使って行われるのが〈Nsの巻き込み〉である。〈Nsの巻き込み〉とは、想定される困難に対してMSWが看護師に積極的に声をかけ、共に行動を起こしてくれるよう足場作りを行う事である。以下はMSWが巻き込みを意図して看護師に働きかけ

た事を述べている一例である。

なかなか在宅にすんなりいけない理由がいっぱいあるなあとと思ったので。しかも、プライマリーの看護師さんは巻き込んで一緒にやっていたりするような方だったので。すぐに声をかけて、なるべく一緒に一緒にみたい。

加えて、MSWは看護師に対し〈方針の照らし合わせ〉としてお互いのアセスメントを照らし合わせ援助目標に関する共通認識を形成しようと試みていた。

(2) 現実とのすり合わせアプローチ

《つながり強化アクション》を基にMSWと看護師の繋がりが強まると、より幅の広い効果的な援助である【現実とのすり合わせアプローチ】が可能になる。【ルーティーンの間取り】で両者が個別に動いていたのに対し【現実とのすり合わせアプローチ】では状況に応じて両者がともに働きかけることもある。このアプローチはMSWが看護師とともに行う《相互フォロー体制》《今への意味づけ》《認識変化圧力》という3つの下位概念で表される。

《相互フォロー体制》は、お互いの専門性や環境を活かして単独では手薄になるところを補い合いながら患者家族に援助を提供する体制を指す。この《相互フォロー体制》が生まれることで【ルーティーンの間取り】では個別に提供されていた(Ns:医療ナビ)と〈社会資源ナビ〉が相互に補完しあい一体となって展開される。相互にフォローしていくためにはMSWと看護師の方針の共有が重要であり、双方の方針に食い違いがあれば〈方針の照らし合わせ〉による調整が優先される。《相互フォロー体制》は、専門性を活かしたもののばかりでなく交代しながら24時間病棟に勤務する看護師の勤務形態を活かしてなされる場合もある。

《今への意味づけ》は、患者家族が表出する不安や葛藤など心理面での訴えを受け止め、MSWと看護師がともに現状とのすり合わせを試みる事である。退院を告げられた患者家族は退院が現実的ではないように感じ、抵抗感や不安を抱く事が少なくない。これに対し、両者は

〈包み込む〉と同時に〈希望を保つ〉働きかけを適宜行い、心理面での安定化を図っていた。〈包み込む〉とは、患者家族の不安などに対し心理状態の安定を目的としてMSWと看護師の両者で対応していくことである。〈希望を保つ〉とは、患者本人の希望を実現すべき重要度の高い目標として両者で共有し、各々の立場から尽力して患者の希望を保とうとする行為をさす。以下の例では、MSWが患者の不安に対し看護師とともに〈包み込む〉意義について述べている。

いくら私がすごく不安な人に対して、ソーシャルワーカーが大丈夫だよって言っても、やっぱりご本人は他にも不安を表出するじゃないですか。そういう時に、看護師さんがうまく大丈夫だよって言うふうに言っていただけなくて素通りされちゃうとやっぱりご本人は不安残ったままになってしまうと思ったので、看護師さんにも入ってもらった方がいいと思ったんですけどね。

一方、〈ここにいたい〉と患者家族が希望したり、希望の実現に何らかのリスクが想定される場合、MSWや看護師は《認識変化圧力》を用いて患者家族が現実的な形で希望を検討できるよう働きかけていた。《認識変化圧力》とは、患者家族が現状にそぐわない認識をしていると考えられた場合、患者家族の認識が現状に沿ったものとなるよう促していくMSWと看護師の行為である。

また、患者家族が病状を適切に理解できていない場合や退院できるという判断に納得できていない場合には、MSWと看護師だけでは限界があり、医師に対して患者家族への現状説明を求める行動をとっていた。院内では病状説明や〈退院勧告〉は医師の責任による行為とされ、患者家族の認識を変化させるためにMSWと看護師は適宜〈患者情報の発信〉を行って医師に協力を求めている。

4) 患者家族の現状の受け入れ

MSWと看護師による【現実とのすり合わせ

アプローチ】の結果、患者家族の心理社会的側面が徐々に変化し【患者家族の現状の受け入れ】がもたらされていた。これは患者家族が退院に対する覚悟を決め主体的に退院後の生活を考えていく為の前提となる状態である。この【患者家族の現状の受け入れ】は《今に落ち着く》《在宅イメージの深まり》《患者サポート役割の受容》という3つの下位概念からなる。

MSWと看護師の《相互フォロー体制》における心理面への働きかけにより、患者家族は安心感を得たり〈気持ちの拠り所〉を見つけ〈現実折り合いをつける〉ことを通して《今に落ち着く》ようになっていた。同時に両者で《相互フォロー体制》に基づき《認識変化圧力》を用いることで《在宅イメージの深まり》がもたらされていた。MSWと看護師は目標とする在宅像と患者家族の抱く在宅像をすり合わせるために〈在宅シュミレーション〉を行い具体的な環境調整を行っていく。この〈在宅シュミレーション〉によって患者家族の〈在宅イメージの具体化〉が促進され《在宅イメージの深まり》へと繋がっていた。そして、《在宅イメージの深まり》がもたらされると家族の不安が軽減し、家族が患者をサポートしていく役割を担うことを決意し受け入れる《患者サポート役割の受容》が促される。家族のサポートが得られるという事実は患者本人の安心に繋がり《今に落ち着く》事を促進していた。このように、《今に落ち着く》《在宅イメージの深まり》《患者サポート役割の受容》は相互に関連して強め合う関係にあり、その結果【患者家族の現状の受け入れ】はより確かなものとなっていくと考えられる。

IV. 結論

1) 本研究の意義

本調査の結果より、退院援助においてMSWと看護師の間には【ルーティーンの関わり】と【MSW:Ns 結束】という2つの異なる協働形態があることが明らかになった。また、退院援助の展開というプロセスに沿って現象を捉え

た事で、日常とは異なる協働形態が生じるきっかけとなる《つながり強化アクション》が示された。この《つながり強化アクション》により【MSW：Ns 結束】状態が生じた結果、両者が相互に関わりを持つことで患者家族に対し身体的・心理的・社会的側面が一体となった援助である【現実とのすり合わせアプローチ】が可能となっていた。このように、MSW と看護師の相互作用を伴ったアプローチを明らかにし、両者の協働のポジティブな側面を示せたことは本研究の意義であると考えられる。以下に、この点に焦点を当てて考察を深める。

2) 本研究で得られた実践に有効な視点

(1) 患者家族の理解を深める情報源としての看護師

退院援助の全プロセスにわたる MSW と看護師の【ルーティーンに関わり】で、両者は主に患者家族の理解を深めるために関わり、MSW は看護師から〈対象理解の情報収集〉を行う。この際、MSW が収集する情報は、看護師の専門性に基づくものばかりでなく、入院中の患者家族の様子や他職種との関わりに関する情報、さらには退院に向けた患者家族の思いも含まれる。このように、看護師から患者家族の多様な情報を収集できる意義は大きい。ただし、常に看護師が多様な情報を把握しているとは限らない。そこで、患者家族の社会的側面を含めた多様な情報を得るためには、〈関わり情報の更新〉を用いるなど、MSW の視点を看護師に伝えていく働きかけが重要となってくると考える。

(2) MSW の退院援助の深みを増す存在としての看護師

MSW と看護師の相互作用による【現実とのすり合わせアプローチ】は、両者の専門性や立場の差を活かす形で成り立っている。その結果、MSW 単独で働きかけるよりも患者家族の心理面の安定に向けた手厚い援助や、医療と生活が一体となった援助が可能となり、患者家族への働きかけの質をあげている事が示唆された。こ

の事から、MSW と看護師の差異を活かしたアプローチを本研究で示すことができた。しかも、専門性や関心の差異から先行研究では主に MSW の範疇と捉えられる事が多い心理社会的側面における援助を看護師とともに行う意義を示せたと考える。この事から退院援助において、患者家族の心理社会的側面に対する MSW の援助の深みを増す協働者として看護師を捉える事ができる。

(3) 看護師との繋がりを強化する MSW の働きかけ

〈患者情報の発信〉〈Ns の巻き込み〉〈方針の照らし合わせ〉という MSW の3つの行為からなる《つながり強化アクション》は、MSW と看護師の関わりに相互作用を生み出すきっかけとなる行動であり、【MSW：Ns 結束】状態が生じる Key となっている。もし、現場の MSW が退院援助の展開に困難を感じた時、又は MSW と看護師との相互作用を伴う協働を実践したい時、積極的に《つながり強化アクション》を起こす事が有用であると考えられる。特に、MSW が加わる退院援助がシステム化されていない場合、個々の医療職との繋がりが重要となってくるため、〈つながり強化アクション〉の果たす機能を理解し、意識して実践に臨む事で、必要に応じて MSW が積極的に行動を起こし、より効果的な幅の広い援助を患者家族に提供する事ができると考える。

3) 先行研究との比較検討

(1) 退院援助で MSW が感じる困難

先行研究では退院援助において MSW が早期退院の実現と患者家族の意向の尊重という2つの役割の間で葛藤を感じていることが示唆されていた。本研究では MSW が困難を感じる患者家族の状態が明らかになっているが、これに対し MSW は葛藤を感じるというよりも患者家族の意向を現実的に即したものとするために働きかけていた。例えば、患者家族の意向の実現にリスクを伴う場合や、患者家族が〈ここにいたい〉と希望する場合、それらの意向は

MSW にとって働きかけていくべきものとして捉えられていた。そして、現実と患者家族の思いをすりあわせるために MSW と看護師による介入が行われている。

(2) 退院援助における MSW と他職種との協働

先行研究では院内で MSW が関わる退院援助のシステム化に焦点をあてている論述が少ない。その際、退院援助における協働者を医療職として一括りにしたり、チーム単位で検討しているものが多く見受けられた。一方で、本研究はシステムとして MSW の参加が明確に組み込まれていない状況で、問題の解決に向けて一職種とどのように協働していけばよいかという点に着目した。本研究での協働形態は、個々の患者の状況に即して形成され問題の解決とともに解消される。それゆえ、先行研究のようにシステム化を目指した長期的な視点で協働を捉えてはいないが、援助開始から退院までの短いスパンの中で生じる個々の職種間の関係性・協働形態の変化を明らかにしている。

特に、本研究では他職種の中でも看護師に着目した。MSW と看護師に関する先行研究では主に両者の差異が明らかにされている。これに対し、本研究で示された【現実とのすり合わせアプローチ】では、お互いの専門性や職務状況の差異を活かしながら関わることで、より質の高い援助が可能となることが示唆された。つまり、先行研究で示されたような差異をどのように生かしているのかという協働の実態を MSW と看護師の相互作用によるアプローチに重点を置きながら明らかにできたと考える。

4) 本研究の限界と今後の課題

本研究で示された意義は上述したとおりだが、調査における限界について述べる。本研究の調査設計に関して、調査を実施したのは一機関のみであり、インタビューケースのサンプル数も計9つであることから一般化のためには理論的サンプリングに基づいた検討が必要である。次に、インタビュー調査では、退院援助における MSW と看護師の協働のポジティブな側面に着

目してケースの選定条件を設定したため、対極例に関するデータ収集が必要とされる。さらに、本調査では MSW と看護師の協働を MSW の視点からのみ検討しているため、看護師の視点からも検討すべきであると考ええる。また、今回は MSW と看護師のみに着目したが、医師をはじめとする他職種との関係性の検討も課題の一つであると感じている。そして、研究結果を実際の現場に適用し、その有用性及び妥当性を検証しながら必要に応じて修正していくことが今後の課題である。

引用・参考文献

- 藤田録郎 (1999) 「病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴」『医療社会福祉研究』, 8(1), 11-17.
- 福田明美 (1999) 「退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能」『医療社会福祉研究』, 8(1), 11-17.
- 金子美智子, 佐原まち子, 他 (2007) 「大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する研究1—全大学病院アンケート調査による地域比較—」『医療社会福祉研究』13, 14, 15, 36-37.
- 加藤朋美, 西原佳子, 岩田洋子, 他 (2003) 「地域と共同ですすめた退院支援」『医療と福祉』74, 36(1), 54-57.
- 木下康仁 (2003) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い』弘文堂.
- 厚生労働省 (2005) 『医療制度改革大綱』.
- 三毛美予子 (2003) 『生活再生に向けての支援と支援インフラ開発—グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み』, 相川書房.
- 高山恵理子 (2000) 「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証—特定機能病院における「退院計画」援助の定着—」『社会福祉学』, 41(1), 99-109.
- 取出涼子 (1997) 「ソーシャルワーカーが行な

- う退院援助の意義と今日的課題』『ソーシャルワーク研究』23(3), 23-31.
- 山室創 (2001) 「入・退院システム確立のなかでの医療ソーシャルワーカーの取り組み—済生会若草病院における入・退院システム確立に向けた検討委員会活動報告—」『医療と福祉』72, 35(1), 37-41.
- 米川亜季、佐原まち子、他 (2007) 「特定機能病院における長期入院患者の退院阻害要因」『医療社会福祉研究』13, 14, 15, 72-73.

Collaboration between Medical Social Workers and Nurses through Discharge Planning in Cancer Hospitals

Ai Matsuura

National Cancer Center Hospital

The purpose of this study is to examine the process of developing relationship between medical social workers and nurses through discharge planning of patients into terminal stage in cancer hospitals, and to give some effective suggestions about collaboration.

Interviews were carried out to gather information about the discharge planning with three medical social workers, and the data were analyzed by modified grounded theory approach. It was revealed that in the process of developing relationship between medical social workers and nurses through discharge planning, there are two major categories of relationship: 1) routine work, 2) the solidarity between medical social worker and nurses. Medical social workers consult with nurses in order to solve the problems emerged from routine work. Consequently, the relationship between medical social workers and nurses are strengthened. As for their solidarity, they take three approaches involving the interactions: 1) backing up mutually, 2) showing respect for each others' professional expertise, and 3) cooperation through helping the clients.

〔論文〕

イギリス高齢者ケアの現状と課題
—中間ケアの現地調査研究報告—

中 村 明 美*

Key words : 中間ケア, イギリス, コミュニティ, 高齢者

I. 調査研究目的

高齢者にとって入院は一時的な出来事であるが、その心身特性から、傷病の回復に時間がかかり、また完治しにくく、入院による環境変化の適応に時間がかかる。さらに行動に制限が加わると、身体の回復だけでなく、心理・社会的にも大きな影響を及ぼし、退院後は、自助努力のみで、自宅で自立生活を再開することは難しい。日本では高齢者の医療と福祉・介護の領域は、要支援や要介護と認定されるとサービスが利用できる。しかし、疾病や受傷発生時に、緊急介入を行い、できるだけ受療前に近い生活環境の中で、安全に安心して生活できるよう支援するサービスは少ない。要するに、発症・入院時に、敏速に短期・集中的ケアを受けることができれば、高齢者は住み慣れた自宅で自立生活を継続でき、要支援・要介護状態になることも、防げる可能性があると考えられる。

日本では、医療と福祉・介護の分野は、それぞれがサービスを行っているが、別立ての法律により、制度もサービスも分断されている。そのため、サービスの連携や多職種による協働・チームワークが継続的になされていない。現在、多職種による協働・チームワークと包括的な

サービスが重要視され、それを旨とする実践が始まっている。

イギリスにおいては、ヘルス（医療）と社会サービス（福祉）は別立ての法制度に基づいて運営されてきたが、早くから協働・連携が大きな課題とされている¹⁾²⁾。また、サッチャー政権以来、長期にわたる医療費削減や、ケアの市場化が推進されてきたことへの批判が強まり、政策転換が進められている。特に、1990年代半ばからイギリスでは、医療と福祉の連携を強化する政策である中間ケアを導入し、多様なサービスを総合的に提供する実践を行ってきた。

よって、本研究の目的は、イギリス（以下イングランド）での先駆的実践である中間ケアの早期退院促進、不要な入院・入所回避策について現地調査し、得られた知見を分析・検討し、日本への教訓を得ることである。イギリスの中間ケアの先行研究は、小山秀夫³⁾、渡辺満⁴⁾、伊藤義典⁵⁾、長澤紀美子⁶⁾、児島美都子⁷⁾、筆者含む杉崎千洋・金子努・小野達也ほか⁸⁾の調査研究⁸⁾がある。

II. 調査方法

イギリスのロンドン・ルーイッシュム区にお

*Akemi Nakamura : 武庫川女子大学

いて、2006年9月5日～16日、中間ケアに関する現地調査を実施した⁹⁾。調査対象区は、ロンドンの中で医療と社会サービスの水準が平均的水準であり、管轄境界が同一である。インタビューは、中間ケアに関係する職種、中間ケア・社会サービス・トラストの各マネージャー、医師、ソーシャルワーカー (SW)、看護師 (NS)、理学療法士 (PT)、長期ケアパネル担当者、地区担当看護師等を実施した。

Ⅲ. 調査結果

1. コミュニティでの不必要な入院・入所回避、再入院防止

(1) ハイリスク者へのアセスメント

コミュニティ緊急迅速対応チーム (Community Rapid Response Team) は、一般開業医 (GP) の診療所へ出向き、受診者の中から、ハイリスク者を把握し、自宅で安全に生活できるかアセスメントし、必要な支援につなげている。対象は、①過去1年間で2回以上入院した人、②内服薬を4種類以上使用している人、③頻繁にGPにかかる人などがある。他にも、GPの受付担当者やボランティアなどの情報からハイリスク者を確認している。

(2) 緊急事態の迅速対応

救急事態発生時の実践を2つ挙げる。①救急隊が救急要請宅に到着すると、冷蔵庫にコミュニティ緊急迅速対応チームのステッカーの有無を確認する。ステッカーを確認すると、冷蔵庫を開け情報ファイル容器の情報を確認し、対処法等を実践する。その後、救急要請者が「病院に行かなくてよい」と言った場合、搬送は行わないが、必要時にはコミュニティケア・チーム (地区担当 NS、PT、作業療法士 (OT)) や関係者に連絡し、後の対応を任せる。緊急事態時に、多機関や多職種と協働・連携することにより、在宅で迅速で適切なケアを提供し、救急センターへの搬送を減少している。

②救急センターでは、高齢者が入院不要と診断された場合、地区担当 NS が、24時間以内に

面接しアセスメントし、ケアパッケージを組み、GP、PT、SW 等と連携し、48時間以内に在宅での自立生活を支援する。地区担当 NS には大変なプレッシャーであることが調査で明らかになった。

(3) 中間ケアベッドやステップアップベッドの活用

中間ケアベッドは、短期ケア、心臓・呼吸器疾患患者等の日常生活教育やリハビリなどの目的がある。ステップアップベッドは、皮膚疾患、尿路感染症などの感染症の治療や療養、日常生活の自己管理教育を目的とする。双方とも病院やケアホーム内の一部の病床を利用している。急性期医療と役割を分けている。

(4) NHS ウォークインセンター、NHS ダイレクトの活用

NHS ウォークインセンターは、夜間や休日など GP に受診予約できない時に来所する。

NHS ダイレクトは、NS による電話相談で、電話番号はイギリス国内で統一されている。電話内容は相談、アドバイス、適切な病院や GP を紹介するなどがある。

(5) 地区担当 NS (成人と高齢者の訪問看護) との連携

地区担当 NS は、在宅での中間ケアの多くの役割を担っているが、一部のみ報告する。①ハイリスク者に対し看護主導型のアセスメントを行う。②夜間訪問看護 (夜間に医療ケアや看護サービスがないために余儀なく入院する人が多く、2006年から訪問看護時間を8時30分～23時30分まで延長した。) ③筋力増強ケア (後掲Ⅲ2(3)参照)。④尿漏れ予防ケア。⑤褥瘡ケアなどがある。

2. 病院での早期退院促進

(1) 中間ケアを利用する患者のプロセス

救急センターの来所者は、ここで治療・入院の必要性を判断される。必要がある場合は、メディカルアセスメントユニット (Medical Assessment Unit) に一晩入所し、検査や症状観察が行われる。その後、入院の必要がある

患者は入院する。入院が不必要な患者の場合、必要な専門的治療やリハビリを専門機関や外来で行なう。中間ケアの対象者は、中間ケアチームに引き継がれる。対象は、自立生活するために、リハビリや短期・集中的ケアによって効果がある人である。すなわち認知能力がある人である。同区では、①転倒（骨折）、②呼吸困難、③脳血管疾患と神経関係の疾患と3点に焦点を当てた。期間は入院前から始まり、退院後最長6週間以内である。中間ケアのスタッフは多職種（医師、NS、PT、OT、SW、言語療法士、栄養士等）約70人である。

(2) 病院から在宅への継続した生活支援

入院患者は、退院後の在宅生活を円滑に過ごせるように、多職種からアセスメントを受ける。中間ケアチーム、院内退院支援コーディネーターやSWなどによる専門的見地からアセスメントを行い、患者のニーズを総合的に把握する。アセスメントは患者が生活上必要なことを目標として挙げ、それを実現するために各専門職が患者とともにケアプランを立案し、具体化する。

医師から医学的見地により退院可能な状態を指すメディカルフィットと判断され、かつチームスタッフ（NS、PT、OT、SW等）から、患者が安全に在宅生活するためケア調整できた状態を指すクリニカルフィットと判定され、退院する。退院後、48時間以内にチームスタッフが自宅訪問する。また退院1週間はケアワーカーが毎日患者宅を訪問し、患者のニーズを満たすように支援する。ケア提供者の訪問がない時に、患者が安全に過ごせるかについても、モニタリングする。退院後6週間までに、自立生活できるように支援し、自立困難な時は長期ケアに引き継いでいた。

(3) コミュニティケア・チームと病院との連携による早期退院支援

（転倒により手術が必要なケース）

一般開業医（以下GP）が、転倒した患者を整形外科医師に紹介、その後、手術の予定日が決まる。それと併行して、患者は、コミュニティで手術・治療に備えて体調を整えるために、筋力

増強チーム（PT、OT、診療所NS）と面接しアセスメント、指導を受ける。NSは、GPと共に、身体機能に関する指導をし、治療のマイナス要因（高血圧、糖尿病、貧血など）を改善し、体調を良好に保つ。PTは早期回復を促すために筋力を増強する術前リハビリ指導を行う。OTは転倒の原因追及と自宅の改造を検討し、入院中に自宅環境を改善する。チームは入院中にも患者を様々な段階でフォローする。この結果、入院期間を13日間から6日に短縮することができた。退院後も患者が自立生活できるよう支援する。この取り組みはプライマリケアトラスト（PCT）から、患者の支援体制を確実に構築していると表彰を受けた。

3. 安易な施設入所防止

中間ケアの1つの長期ケアの監査委員会「パネル」について説明する。役割は2点ある。①病棟スタッフが「施設入所が妥当」と判断した場合、その判断の適切さをエビデンスに基づき検討する。パネルで検討した判断は、各病棟判断より優位にある。簡単に施設入所を選択しないようにしている。②ケアホーム入所が適切であると決定した場合に、ケアホーム入所費用を判断する。高齢者のニーズに基づき、NHSのナーシングホームか、社会サービス管轄のレジデンシャルホームかを決定する。複雑で集中的な医療ケアが必要であれば、NHSの財源を使用する。後者の場合には、資産調査を行い所得に応じた自己負担を判断する。

スタッフは5人（社会サービスマネジャー、トラスト・PCT関係者等）で、週2回のミーティングを開催している。イギリスではSWが公務員であることから、権利擁護も担当することになる。パネルの活動は全国的な取り組みである。

4. ルーイッシュム大学病院の退院支援

同大学病院の退院支援は、病院SWと、退院支援教育を受けた病棟NSなどが退院支援コーディネーターとして行っている。基本的に

は、退院支援の教育・説明も兼ねたフローチャートプロセスに沿って退院支援を行っている。

退院支援の特徴は、2003年コミュニティケア法 (The Community Care Act) に規定された文書 (セクション5. 6) により、病棟は退院支援の必要な患者を入院後48時間以内に、SW に文書通告することになっている。SW はこの文書を受け取ると、3日以内に患者に会わなければならないが、毎週開催される退院支援会議に参加しているため、この時点で再アセスメントをする必要はない。SW は個別に必要なケアパッケージを組み、サービスを購入する。サービスは、地方自治体や民間機関から購入する。

退院に際して重視するのは、患者が自宅で安全に生活できるかである。SW は他機関のSW に患者支援を引き継ぐ場合、文書または直接会うなどして連携をとっている。

同区では、成人の社会サービス利用資格は重篤度別に4段階 (最重度、重度、中度、軽度) に分かれている。財政的な理由により実際にサービスを利用できるのは、最重度、重度の患者である。

IV. 考察

1. 中間ケア

本稿での中間ケア (Intermediate Care) は、イギリスで1990年代以降に誕生した概念で、日本やアメリカでの中間施設 (Intermediate Care) とは異なる。1990年代後半、イギリスでは、医療と社会サービスの展開が悪化して、病院ケアや施設ケアに代替する手法の1つに中間ケアを言及している。しかし、明確な概念・定義がないまま、医療と社会サービスに関する多様な事業が創成され展開されたため、現場では「中間ケアの概念」や「何が中間ケアなのか」について混乱が生じた。

その後、保健省は、2000年「NHS プラン」ではじめて中間ケアを提案した。中間ケアの定義は、「不必要な入院や不適切な入院・入所者

に対し、総合的なアセスメントや個別ケアプランが策定され、可能な限り在宅での自立生活を取り戻す。そのため、最長支援期間を6週間とし、多職種が協働して、アセスメントや記録を一元化すること (概略)」であった。NHS プランには、特別追加予算 (2005年まで9億£) を組み、専門医など医療関係者を増員し、医療待機者を大幅に削減する計画が盛り込まれている。

中間ケアに関する具体的な施策や概念は、「全国高齢者サービスフレームワーク (National Service Framework for Older People 2001)」¹⁰⁾による。これは8つの柱 (基準8) からなり、基準3に中間ケアはある。その目的は、「病気を回復・促進し、急性期病院への不要な入院を防止するために、退院を支援、最大限の自立をサポートするために統合サービスを提供する。そのために、病院からの早期退院を可能にする効果的なリハビリサービスと、不要な施設入所防止のため、NHS や社会サービスにより自立生活を促進するために、新しい中間ケアサービスにアクセスしなければならない (概略)」と明記されている。

イギリスにおける中間ケアとは、急性期病院と在宅・施設との中間にあるサービスの「つなぎ目」を埋める概念である。中間ケアの目標は、①早期退院促進、②不必要な入院・入所回避の2点に集約できる¹¹⁾¹²⁾。中間ケアの目的は、医療と社会サービスの協働と連携の進展によって、入院待機者が減少するようサービス供給を調整することである。そして、入院した重篤な病気の患者を入院前の状態に近づけ、高齢者が自宅で安全に、自立生活できるように支援することである。すなわち、中間ケアとは、今まで分断されていた医療と福祉の間の溝を埋める仕組みや新たなサービスを創設することによって、病院から速やかに在宅ケアへ移行し、高齢者の自立生活を支援すると考えられる。この目標達成のために、各地域の特性を生かして、多様なサービスが実践されている。

調査に基づいて、ルーイッシュム区の中間ケアの全容をまとめた。

図1は、中間ケアの関係図である。在宅、急性期医療と中間ケアの関係を示している。中間ケアの特徴は、①短期・集中的サービス、②アセスメント重視、③多職種チームワークによる協働と連携ケアである。

急性期病院から在宅へのプロセスをみると、早期退院促進と安易な施設入所防止は現状の課題であり、また、中間ケアの目標ともなることがわかる。後述の在宅から急性期病院のプロセスにおいても同様である。

調査結果2(2)・(3)の実践から、早期退院促進には、入院前から退院・在宅への継続した生活支援が行われていたことがわかった。また、調査結果1(1)~(5)の実践によって、不必要な入院・施設入所回避には、コミュニティでのハイリスク者の早期発見と早期支援、緊急事態時の迅速な対応、急性期病院と異なる自宅に近い生活での療養や教育入院などをコミュニティで行い、予防的支援を行っていることがわかった。

図2は、ルーイッシュャム区での中間ケアの全容

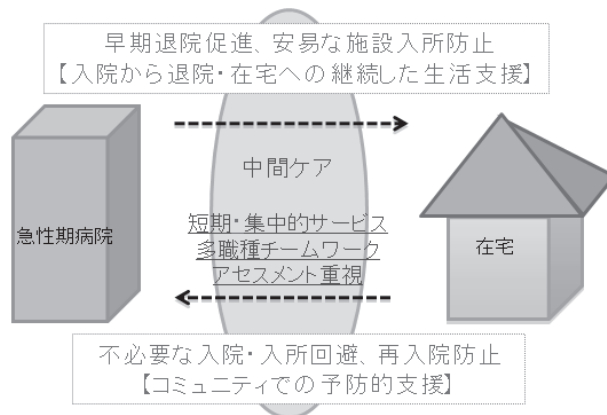


図1 イギリスの中間ケアの関係図

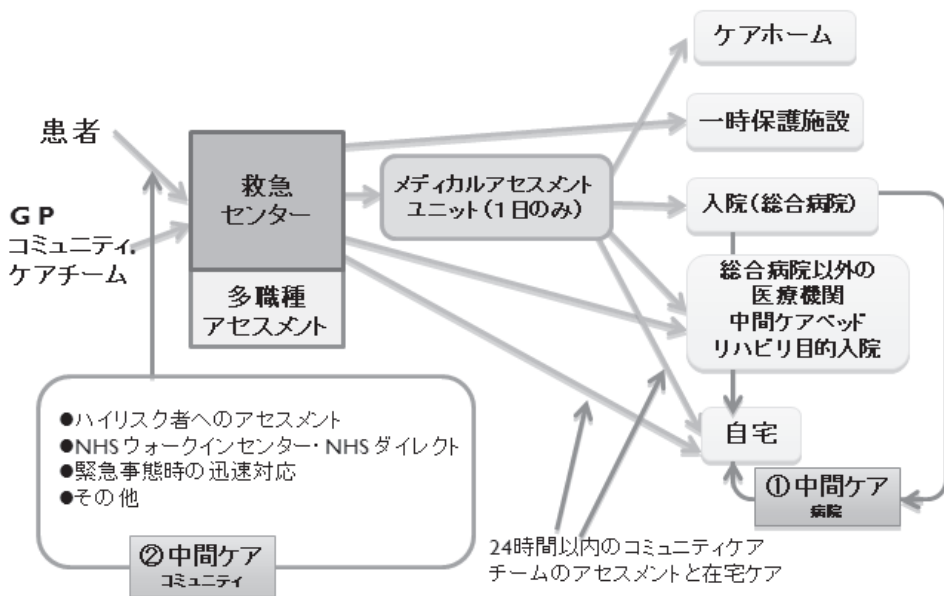


図2 ルーイッシュャム区での中間ケアサービスとプロセス

筆者インタビュー調査による (2006)

とプロセスである。同区では、主に中間ケアの2つのモデルが実践されている。①病院での中間ケアでは、早期退院促進と、安易な施設入所回避についての目標がある(図1を参照)。メディカルアセスメントユニットを始め、ステップアップベッド、中間ケアベッドなど、急性期病院以外の療養場所で高齢者の状態別の専門的ケアが行われていた。②コミュニティで行う中間ケアは、在宅生活する高齢者への不必要な入院・施設入所の回避や防止、再入院防止の目標がある。2002年までは、ルーイッシュム大学病院では、政府が病院での入院期間短縮と早期退院のみに着目していたので、コミュニティでの中間ケアには関心が向けられなかった。ようやく近年、コミュニティで不必要な入院を防止することは、政策的にも費用効果があることが理解され始めた。

2. 中間ケアを促進、拡大した背景

一退院遅延への弁済金支払い制度の導入一

2003年、コミュニティケア(退院遅滞)法(The Community Care (Delayed Discharge etc.) Act)は、医療サービスと社会サービスとの連携・統合を促進する新たな制度の導入、実施を目的とした法律である。2004年1月から完全施行された。これによって、退院遅延に対する弁済金を支払うこととなった。この制度は、成人の急性期患者のみに適用される。適用除外疾患は精神障害、緩和ケアなどである。弁済金の支払いは、自治体社会サービス側のアセスメントやサービス提供の遅滞が原因となる退院遅延に限って行われる。社会サービスが、急性期NHSトラストに対して、遅延日数に応じた弁済金を支払う。その金額は、ロンドンでは一人一日当たり£120、他の地域では£100である。これは、患者が退院後社会サービスを利用して施設または在宅で生活する際に、自治体から支払われる一人一日当たりの社会サービス費用よりも高い額である。この制度の実施にあたっては、病院SWが大きな役割を果たさなければならないだろう⁶⁾。

3. 中間ケアの実践から検討

イギリスでの中間ケアは、特に健康状態が悪く依存度が高い患者が、適切なサービスを利用する場合に、健康と心身機能の回復に効果がより高い傾向にあることが明らかになった¹³⁾。中間ケアの実践が評価されている点¹⁴⁾と併せて次の3点から検討する。

(1) 多職種の協働・チームワークと他機関連携

患者や高齢者への支援は、多職種でチームワークを組み、共通のアセスメントを用い、ひとりの患者に1つのアセスメントシートを利用していった。アセスメントにより、患者中心に目標を立案し、自立生活に視点をおき、入院前から在宅まで継続した支援がなされていた。中間ケアのスタッフは病院職員以外のコミュニティケア・チーム、救急隊、民間慈善団体なども連携していた。

共通したアセスメントシートの利用により、高齢者側は、ケア提供者や事業者が代わっても繰り返し説明することがなくなった。専門職側からは、各職種の対応が一覧・把握でき、互いの専門性や役割を理解することにつながった。そして、サービスの重複や選択が考慮され、医療や社会サービス、民間慈善団体などの複数のサービスを調整することが容易になった。すでに、調査報告1(1)・(2)、2(2)で述べているように、病院、GPやコミュニティケア・チーム間のアセスメントの共有化、ケアへの共通認識を持つようになった。

多職種間でチームワーク・協働するために、検討会議を頻回に開催していた。これは、ケアに対して共通認識を持ち、各専門性を理解することに役立った。一職種や一人だけに、ケア計画・実践の責任を負わず、チームで責任を果たすことであった。さらに、検討会議で毎回顔をあわせることは、協働していく上で重要な円滑なコミュニケーションの推進に貢献していた。

例えば、退院支援コーディネーターは病院職員でNHSの雇用である。病院SWは自治体職員で自治体雇用である。中間ケアが導入される前も、同じ病院で業務を行っていたが、両者と

も「今まで同じような業務をしていたことも知らなかったし、雇用の違いもあって協力は考えられなかった」ということであった。現在は管轄が違って、両者の業務は一部重なることから、協力し合い協働すべきことが理解できたということであった。

他機関の連携と多様なサービスの活用であるが、専門職はチーム内だけでなく、専門機関や、民間慈善団体とも連携していた。前掲の調査結果1(2)であるが、救急隊や医療、社会サービスと緊急事態時に迅速に対応していた。管轄が違う部署との連携システム構築は容易ではなかったことが調査でわかった。

(2) コミュニティでの予防的支援

予防的支援として、前掲調査報告1、2(3)の実践から4点挙げる。

① 在宅で生活している高齢者の自発的な訴えがなくても、専門の見地からハイリスク者をアセスメントし、必要時に適切な支援に結びつけ、コミュニティで安全に生活できるように支援していた。これらは、ハイリスク高齢者の早期発見・対応し、状態の悪化や要介護状態になることを未然に防止する。状況が悪化し、入院・治療が必要となっても、入院期間を短縮できる。高齢者にとっては、治療や療養する場所が一時的に変化しても、同じスタッフが継続的に支援に関わることで心理的影響がある。

② 緊急迅速対応では、高齢者が救急センターを訪れる、救急隊を呼ぶなど何らかの訴えがある時は、医療と社会サービス、救急隊など連携により、緊急に介入し迅速対応していた。NHSダイレクトなどは、いつでも簡単に相談できるという安心感を与える。

③ 短期滞在ベッドの設置では、緊急対応時、アセスメントユニットによって、即入院や在宅かではなく、入院の必要性について、医療と社会サービスの両面からアセスメントでき、個人にあったケアプランを作成する時間を確保できることになり、入院を回避できた。

④ 病院、施設、自宅でもない高齢者の特性を考慮した居宅の活用であるが、イギリスでは、

シェルタードハウジング（高齢者向け住宅）等高齢者の住宅も社会サービスの対象となっている。「自宅ではない居宅」での生活も重要な支援であった。

(3) 退院遅延の取り組みや施設入所の法的関与

施設入所に関して、臨床現場で見落としがちな退院後のリスクに対し、パネルの関与によって、入所回避や二重の防止・予防が、法的に整備されていた。また、コミュニティケア法の退院遅延弁済金支払い制度の導入により、各部門や多職種が協働や連携を促進したが、臨床現場で働く専門職にとっては、緊張感が強いられると考えられる。イギリスでは、法的措置と財政支援、両方の特別対策を行い、病院ケアに代わる地域ケアサービス推進として、急性期病院と地方自治体の社会サービスの協働・連携の枠組み作りを推進している。その1つが中間ケアと退院遅滞への弁済金支払制度との関係である。

日本では、施設入所待機者が約4万人いると言われている。施設入所の基準や措置などがあるものの、イギリスのように、どこかの部署が責任を持ち、入所に関して関与するという考えも参考になる。

4. 中間ケアの課題

調査結果から4点の課題が考えられる。①高齢者の特性から環境の変化を避け、できるだけ在宅に近い環境で支援を受けるためには、地域ケアの推進が重要となる。そのため医療と社会サービス間のさらなる連携強化を必要とする。②中間ケアは、対象を限定しているが、癌・精神障害・終末期・認知症などにも今後拡大することが患者数から考えると必要である。③高齢者にとって中間ケアは短期・集中的ケアで速戦型であるため、個別ニーズに十分対応しにくく、長期的ケアとの連携が重要になる。④経済的効率優先（サービスの不足、財源不足、人材不足の課題）になりやすいなどの課題が考えられる。

V. 結語

イギリスの中間ケアは、医療と社会サービスの溝を埋めるのに重要なケアであることがわかる。特に重要な要素として、専門職間の協働・チームワーク、そして多機関の連携であった。多職種や他機関と連携することによって、高齢者に対して幅広いサービス提供を確保した。さらに各職種の専門性を発揮する機会を得ることになり、各専門職スタッフの成長にも有効であった¹⁵⁾¹⁶⁾。

日本とイギリスでは、高齢者の社会的入院の解決を図り、退院・自宅への継続した生活支援の整備の推進するため、医療と福祉・介護との連携、そして多職種間の協働・チームワークに取り組みという共通課題がある。

この課題を前提にイギリスからの教訓は3点がある。

1、多職種の協働・チームワークを強化するためには、多職種による共通アセスメント重視と多職種ケア検討会議がなされた。これらは、多様なサービス活用につながり、互いの専門性や役割の理解とともに、円滑なコミュニケーションを育む効果があった。

2、他機関連携によるコミュニティでの予防的支援は重要性がある。地域で暮らすハイリスク高齢者を、早期発見・支援に結びつけ、介護予防につなげる。そのために、ハイリスク高齢者へのアセスメント、高齢者の緊急時の訴えを見逃さない迅速対応、いつでも相談できる窓口、病院以外での短期滞在ベッドや高齢者居宅の活用があった。

3、1と2が、実践できた背景には、退院遅延の取り組みや施設入所の法的関与であった。医療と福祉サービスが、必要にあわせ均等に配分される機関は必要である。

日本では、医療適正化の政策によって、医療費抑制や療養病床の再編成、在院日数の短縮化を図っている。特に医療ケアを必要とする虚弱な高齢者、入院・治療している高齢者への影響は大きい。医療と福祉機関では、退院計画や地

域連携パスの導入、地域連携室、地域包括支援センターの設置などを行ない、在宅生活へつなげる仕組み作りを行っている。しかし、退院後の在宅での安心・安定した生活支援まで視野に入れて支援しているところはまだ少ない。

イギリスの中間ケアの実践は、今後日本における医療と福祉のサービスの溝を埋める（つなげる）高齢者福祉政策デザインにおける本質を問うと考えられる。

本研究は、次の科学研究費補助金研究助成による研究である。「イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算確保管理システムに関する研究」2004～2006年、「医療・社会福祉連携による早期退院・地域移行推進と不必要な入院・入院回避研究」2007～2009年

引用文献

- 1) 渡辺満『イギリス医療と社会サービス制度の研究』渓水社、2005。
- 2) 近藤克則『医療費抑制の時代を超えてイギリスの医療・福祉改革』医学書院、2004。
- 3) 小山秀夫「英国のインターミディエイト・ケア議論」『月刊介護保険』75：18-21、2002。
- 4) 渡辺満 前掲書、2005。
- 5) 伊藤義典『ブレア政権の医療福祉改革—市場機能の活用と社会的排除への取り組み—』ミネルヴァ書房、2006。
- 6) 長澤紀美子「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学紀要社会福祉学部編』(55)：13-29、2006。
- 7) 児島美都子『イギリスにおける中間ケア政策 病院から地域』学術出版会、2007。
- 8) 杉崎千洋 中村明美 児島美都子 金子努 小野達也 前田美也子ほか「イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算確保管理システムに関する研究」報告書 2007 2004～2006年科学研究費補助

- 金.
- 9) 杉崎千洋 中村明美 児島美都子 金子努 小野達也ほか 2004～2006年科学研究費補助金「イギリス中間ケア現地調査報告書」2006.
- 10) Department of Health National Service Framework for Older People 2001, Department of Health, 2001.
- 11) Developing Intermediate Care: A Guide for Health and Social Services Professionals, 2002.
- 12) Jan Stevenson and Linda Spencer, Developing Intermediate Care, Kings fund, 2003.
- 13) Kaambwa B, Bryan S, P, *et al.*: Costs and health outcomes of intermediate care; results from five UK case study sites, health and Social Care in the Community. 16(6) : 573-581, 2008.
- 14) Baumann M, Evans S, Perkins M, *et al.*: Organisation and features of hospital, intermediate care and social services in English sites with low rates of delayed discharge, Health and Social Care in the Community. 15(4) : 295-305, 2007.
- 15) Tomas V, Lambert S: An ethnographic study of intermediate care services in Wales; the hidden work, Journal of Nursing Management. 16 : 181 - 187, 2008.
- 16) Nancarrow S: Dynamic role boundaries in intermediate care services, Journal of Interprofessional Care. 18(2) : 141 - 151, 2005.

**Health Care and Social Care for the Elderly in England
A Report on the Field Survey of the Intermediate Care**

Akemi Nakamura

Mukogawa Women's University

This study was done in interview method about health care and social care for the elderly in England.

Overview of the intermediate care in Lewisham district in London, process of discharge from hospital, the continuing care ensuring avoidance of unnecessary admission to facilities, and Community Care (Delayed Discharge etc.) Act are reported.

Standardized assessments, short-term intensive service, coordination and cooperation among interdisciplinary teams are the key features of the intermediate care.

For the elderly to live in locality in security, maintaining the linkage between health care and social care with refined assessments, and elderly-centered support is needed.

〔論文〕

特別養護老人ホームにおける 看取り介護加算算定の動向と看取りの実態 —経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面に関する施設長調査—

大西次郎*

Key words : 特別養護老人ホーム, 看取り, 終末期ケア, 介護保険

I. 緒言

医療ソーシャルワーカーが、福祉の視座に基づき患者・家族の療養生活を支援する役割を持つことは言うまでもない。その活動の場が高齢者施設となれば、支援の形態は疾病の管理といった病院機能に根ざす援助へとどまらない。とりわけ生活施設の位置付けにある老人ホームでこそ、入居者の心理面や、職員ないし地域を含めた社会環境面での調整を図る専門職として、関係者のチームアプローチのささえとして、医療ソーシャルワーク機能を有する職員の存在がますます欠かせないことは論を待たない。

しかし、最も数の多い高齢者施設である特別養護老人ホーム（以下特養）においてさえ、施設と入居者の扱いは生活支援の対象というよりは、医療 vs. 介護の社会保障と資格制度上の機能分担へ基づいた、退院・入居先としての社会資源の認識にとどまっている懸念が払拭されない。他方、介護保険制度の施行後、要介護度が高く、身体的合併症も重篤な高齢者が増えつつある特養において、どのように入居者の終末期（看取り）をささえなければよいかは喫緊の課題となっている。

特養には生活相談員の配置があるものの、社会福祉実践の中でもどちらかと言うと未整備な域にある看取りへの対応を、そのような高齢者施設で展開するということの難しさに異を唱える人は少なからう。加えて、職場環境の整備や労務管理、診療・介護報酬の算定など施設運営面には、従来以上に学術的焦点を合わせていく必要がある。

そこで本稿では高齢・多死社会を迎えるわが国において、特養という生活施設、ならびに介護加算という福祉経済的視点を通じ、看取りの実態の一端を明らかにしようとするものである。

II. 問題の所在

2008年中の死亡場所として老人ホームは、全体に占める割合こそ2.9%と少ないが、2007年に続き全対象中最大の伸び（2008年：対前年比0.4%増、2007年同0.2%）を示している（厚生労働省 2009a）。その背景には入居者の高齢化があり、特養と老人保健施設（以下老健）入居者のうち、90歳以上はそれぞれ33.1%、29.0%におよび、80歳以上ならば77.8%、75.4%を占める。要介護度も高く、2008年10月には要介護

*Jiro Ohnishi : 武庫川女子大学

4ないし5の重度者が、特養入居者の65.1%へ達している（老健は44.9%）。いきおい在宅復帰は難しく、特養の平均在所日数は、老健と介護療養型医療施設の介護保険3施設間で比較しても1465.1日と最長期にわたり（老健277.6日、介護療養型医療施設427.2日）、死亡退所の占める割合は63.0%と群を抜いて高い（同3.8%、32.6%）（厚生労働省 2009b, 2010）。

これへ呼応するように、「施設内での看取りを行う特養が増えている」（飯島 2006、大西 2008）。しかし、特養はあくまで「要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことを目的とする施設」（介護保険法第8条第1項第24号）である。加えて医師は非常勤でよく、看護職員も入居者100人あたり3人を最低数とする体制から、看取りへの制約は想像にかたくない。

そのような中、2006年度の介護報酬改定より看取り介護加算（以下看取加算）が、入居者の高齢・重度化へ対応した重度化対応加算（以下重度加算：10単位/日）と共に新設され、看取加算は重度加算の取得が前提とされた。常勤看護職員の配置と24時間の連絡体制、看取り介護に関する指針・計画書、週1回以上の説明と同意の取得などの人員・体制整備を条件に、特養の看取りを初めて経済的に保障した制度だが、加算額は1日1,600円（1単位10円換算）、1名あたり最大48,000円（死亡前30日を限度）へとどまる。しかし、「看取りは経営的に大きな負担となっていたので、それがわずかでも軽減されることは歓迎すべきこと」であった（飯島 2006）。一方、看取加算は「現在の施設基準のまま看取りを既成事実化することにつながり、看護職員への過大な負担や介護職員のバーンアウトを招くおそれ」も同時に指摘されている（飯島 2006）。

すなわち、新設された加算をもってしても、経済的な保障をもとに、特養の看取りの実施を牽引するとは即断できない。では経営面だけで

なく、実際に看取り、看取られる職員と入居者・家族への視点はどうか。職員の側からは、「年齢が高く、施設での看取り人数が多く、勤務年数が長い職員ほど積極的に施設で看取りたい」と考えており、逆に「看取った経験がない者や、その人数が少ない場合は看取りに不安を感じ、避けたい」と考えている（清水 2007）。

入居者・家族の立場からも、看取りニーズ増大の傍ら、「医療機関において医療的介入を十分に行われる形で見送りたい」という人もいる（竹中 2007）。これらの少なからず両面的な、職員の育成面、入居者・家族の満足面をも勘案した結果、特養の施設長は最終的に看取りへ対応しようとしているのか、否か。さらに、看取りを行うことは、看取加算を算定することと等価なのか。看取りへ対応しない施設は、終末の場をどこへ求めているのか。これらを明らかにすべく、今回の調査を企画した。加えて、看取加算と重度加算は創設以来3年を経て、2009年度の介護報酬改定によりその形態を大きく変えている。看取りの実施に向けた加算が施設の経営や現場へもたらした影響を、今ここで検証しておくことは喫緊の課題なのである。

Ⅲ. 研究対象と方法

兵庫県の全特養251施設（厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課・編「平成17年介護サービス施設・事業所調査名簿」による）を対象とした。方法は無記名、自記式の調査票を作成した上で、施設長宛に目的と内容を記した依頼書、調査票を郵送し、施設長（必要に応じて介護報酬の算定に携わる事務・財務の担当者）へ記載を請う形で実施した。回収は同送した封筒を用いて、個別に返信する手段をとった。依頼書には、研究目的や倫理的配慮事項（自由意志による協力、プライバシーの保護、無記名であること、研究目的に限定した使用、施設や個人が特定されない形での分析と公表、終了後の確実な廃棄）を明記し、協力の同意を得て調査を行った。調査期間は2008年10月から同年12月である。

施設の休止1と移転1により、計2通が返戻された。これらを除いた249施設からの総回収数は183通(73.5%)であった。調査に協力しない、ないし公表に同意しない意向を表明した18施設を除く165通(66.3%)を分析対象とした。

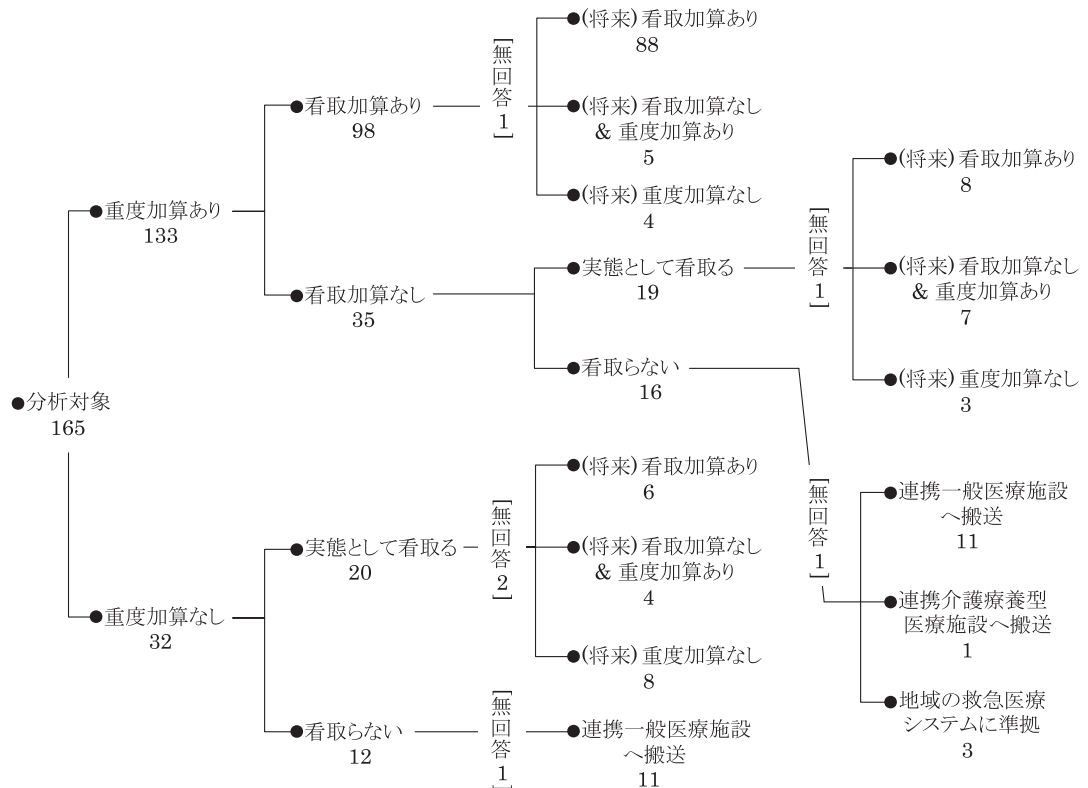
調査票の構成は以下の通りである。看取加算算定の前提となる、重度加算算定の有無を問い、重度加算を算定している施設には看取加算算定の有無を尋ねた。重度加算を算定しない、あるいは重度加算を算定するが看取加算を算定しない施設には、実態として看取りを行っているかを問うた(「実態として看取る」vs.「看取らない」)。看取加算を算定する施設、ならびに「実態として看取る」施設には、それぞれ将来の加算の継続ないし新規算定の意志について尋ねた。「看取らない」施設へは、終末期の搬送先を質問した。調査項目別の施設数を図1へ示す。

看取加算を算定する施設には、算定にあたって行った新たな体制整備の内容を、2006年度の

制度創設以前からの看取りの有無別に質問した。続いて、看取加算を算定する施設と、実態として看取る施設の双方へ、看取加算の算定にかかわる問題点と、特養で看取りを行うことの意義(経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面)を尋ねた。最後に全対象へ、施設の属性(2007年度の施設内死亡数、医療機関等への救急転送数、特養定員数[多床室、従来型個室、ユニット型個室]、医師数、看護職員数、介護職員数、生活相談員数、事務職員数、理学・作業療法士数)を質問して終了した。

看取りに関する施設間の頻度の差、対象施設の属性について、非連続量における比率の偏りは χ^2 検定、Fisherの正確確率検定、連続量における平均値の差は対応のないt検定、Welchの方法により単変量解析した。いずれも両側検定で危険率5%未満を有意とした。データ解析へ統計ソフトDr.SPSS II (based on SPSS 11.0J for Windows)を用いた。

図1 調査項目別の施設数



IV. 研究結果

分析対象165施設のうち、重度加算は133施設で算定され（以下あり）、32施設で算定されていなかった（以下なし）。重度加算ありのうち、看取加算ありは98施設、なしは35施設であった。

看取加算ありに対し、算定にあたって新たな体制整備を行ったかどうか、表1へ示す8項目で質問した（複数回答可）。看取加算の算定には重度加算の算定が前提となるため、質問項目は両加算の算定に際し、看取りを行う前に整えられるべき要件とした。これらを全体98施設と、「算定以前から」看取りを実施していた77施設、「算定と共に」開始した19施設へ分け（2施設区分無回答）、回答頻度順に呈示した。項目1～7のうち、1、2、4、6、7が重度加算の要件、3および5が看取加算の要件である。

制度創設以前からの看取りの有無にかかわらず、新たな体制整備（項目1～7）の頻度も、従来体制のまま算定可能であった（項目8）との回答数も、「算定以前から」と「算定と共に」で偏りがなかった。

看取加算なしの67施設、すなわち重度加算なしの32施設および重度加算ありで看取加算なしの35施設へ、実態として看取りを行うかどうか尋ねた。回答は、「a：積極的に看取りを実施している（家族の希望があれば病院・自宅等へ移す）」、「b：入居者または家族の希望があれば

ば看取りを実施し、死亡まで看取る例が多い」、「c：意識的に対応しているが、死亡直前は看取る場合より、他施設へ移す例が多い」、「d：急変等の場合を除き、原則的に特養内での死亡は避け、他施設等へ移す」から一つを選択としたところ、全対象より回答を得た。重度加算なし vs. 重度加算ありで看取加算なし、においてそれぞれ、a：4 vs. 3施設、b：16 vs. 16施設、c：7 vs. 8施設、d：5 vs. 8施設であった。

そこで、aないしbを「実態として看取る」、cないしdを「看取らない」と大別し、「実態として看取る」（重度加算なし20 [a：4, b：16]施設、重度加算ありで看取加算なし19 [a：3, b：16]施設）の二者へ、看取加算ありの98施設を加えた三者に対し、将来の算定方針を尋ねた。回答は、「看取加算なし－重度加算なし」「看取加算なし－重度加算あり」「看取加算あり」から一つを選択としたところ、それぞれ18施設、18施設、97施設より回答を得た。結果を現在の加算状況別に表2へ示す。「実態として看取る」施設は、まず現在重度加算なしの18施設においては、現状維持8施設に比し、将来重度加算算定4施設、将来看取加算算定6施設であった。次に、現在重度加算ありで看取加算なしの18施設においては、現状維持7施設に比し、将来重度加算中止3施設、将来看取加算算定8施設であった。「実態として看取る」施設は、現状を維持するより、広範な算定を取得しようとする

表1 看取加算算定にあたっての、新たな体制整備 (単位 施設数、() 内%)

	看取加算あり (n=98)	算定以前から (n=77)	算定と共に (n=19)
1. 看取り介護に関する指針の整備	80 (81.6)	64 (83.1)	14 (73.7)
2. 看取り介護に関する職員研修	68 (69.4)	53 (68.8)	13 (68.4)
3. 看取り介護に関する計画書の整備	54 (55.1)	41 (53.2)	13 (68.4)
4. 看護職員による24時間連絡体制整備	44 (44.9)	33 (42.9)	9 (47.4)
5. 医師による終末期の診断体制整備	39 (39.8)	30 (39.0)	8 (42.1)
6. 看取り介護のための個室整備	16 (16.3)	11 (14.3)	5 (26.3)
7. 常勤の看護職員の配置	14 (14.3)	11 (14.3)	3 (15.8)
8. 従来体制のまま算定可能であった	21 (21.4)	16 (20.8)	5 (26.3)

注 各項目で欠損値がある場合、合計数がnに満たないことがある

表2 看取りを行う施設における、現在の加算状況別に見た将来の算定方針

(単位 施設数)

			将来 (下線は現状維持の施設数)		
			看取加算なし		看取加算あり
			重度加算なし	重度加算あり	重度加算あり
現在	実態として看取る (看取加算なし)	重度加算なし (n = 18)	<u>8</u> → 4	→ <u>6</u>	
		重度加算あり (n = 18)	3 → <u>7</u>	→ 8	
	看取加算あり	重度加算あり (n = 97)	4	5 → <u>88</u>	

註 無回答を除く

施設の数の上回った。他方、現在看取加算ありの97施設は、現状維持が88施設を占めた。

「看取らない」施設 (重度加算なし12 [c : 7, d : 5] 施設、重度加算ありで看取加算なし16 [c : 8, d : 8] 施設) に対し、急変等の例外を除き、入居者の死亡が近いと予測された際、どのような場所へ移送するかを以下の5選択肢 (連携する一般の医療施設、連携する介護療養型医療施設、連携する老健、地域の救急搬送システムに準拠、在宅) より質問したところ、それぞれ11施設、15施設から回答を得た。連携する老健、在宅の2つは選択がなかった。

まず、重度加算なしの11施設においては、全てが「連携する一般の医療施設」を選んだ。次に、重度加算ありで看取加算なしの15施設においては、「連携する一般の医療施設」11施設、「連携する介護療養型医療施設」1施設、「地域の救急搬送システムに準拠」3施設であった。

さらに、看取加算の算定にかかわる問題点につき、看取加算ありの98施設と、「実態として看取る」39施設の双方へ、表3へ示す13項目で尋ねたところ、全対象より回答を得た (複数可、回答頻度順)。各項目は、看取加算ありの2施設と、「実態として看取る (重度加算ありで看

表3 看取加算の有無から見た、加算にかかわる問題点

(単位 施設数、() 内%)

	看取加算あり (n = 98)	実態として 看取る (n = 39)	p 値
1. 死期の予測が困難であり、短期間の算定にとどまったり、長期にわたる看取り介護の継続が必要であったりして、一定の介護報酬が期待できない	37 (37.8)	13 (33.3)	n.s.
2. 週1回以上の、家族からの同意の取得が困難 (非現実的) である	25 (25.5)	15 (38.5)	n.s.
3. 週1回以上の、家族への説明が困難 (非現実的) である	23 (23.5)	16 (41.0)	p < 0.05
4. 死後の処置など、介護報酬には反映されない人件費や材料費がかさむ	21 (21.4)	5 (12.8)	n.s.
5. 最大4,800単位 (30日限度) という報酬では経営上の動機付けにならない	19 (19.4)	6 (15.4)	n.s.
6. 看護職員による24時間連絡体制への負担が大きく、算定できない	10 (10.2)	10 (25.6)	p < 0.05
7. 最終的に他の医療機関や介護保険施設での死亡となり、算定が半減する	9 (9.2)	4 (10.3)	n.s.
8. 医師による、回復の見込みが少ないことの診断が円滑に進まない	5 (5.1)	2 (5.1)	n.s.
9. 介護職員に看取りへの技術的課題や不安が大きく、算定できない	5 (5.1)	7 (17.9)	p < 0.05
10. 看取り介護に関する計画の継続的な策定が困難 (非現実的) である	5 (5.1)	11 (28.2)	p < 0.01
11. 親族等からの看取りのニーズがない	4 (4.1)	1 (2.6)	n.s.
12. 医師による、施設内における死亡の診断が円滑に進まない	3 (3.1)	2 (5.1)	n.s.
13. 看取りのための、個室の維持が困難	2 (2.0)	5 (12.8)	p < 0.05

註 n.s. : not significant

取加算なし)」2施設の、施設長および看護職員、介護職員へ事前にヒアリングのうえ作成した11項目に加え、表1で検討した看取加算の算定にあたり求められる要件のうち、「医師、看護師、介護職員等が共同して、少なくとも1週につき1回以上、本人またはその家族への説明を行い、同意を得て介護が行われている」を、看取りを行う前ではなく、看取り中に求められる要件であるため、ここで説明と同意へ分け検討に付したものである。

項目1、2は双方とも25%を超える施設で問題提起され、偏りは認めなかった。次に項目3 ($\chi^2=4.22, p<0.05$)、さらに同6 ($\chi^2=5.33, p<0.05$)、同9 ($\chi^2=5.76, p<0.05$)、同10 ($\chi^2=14.44, p<0.01$)、同13 ($\chi^2=6.69, p<0.05$)は、「実態として看取る」施設に偏って指摘された。

引き続き、特養で看取りを行うことの意義(経営、職員育成、入居者・家族の満足の三側面)につき、「看取りを貴特養内で行うことは、行わないことと比して〇〇〇上、プラスまたはマイナスであるか」の〇〇〇へ「経営面」、「職員育成面」、「入居者・家族の満足面」を挿入する形で、表3と同じ対象へ尋ねた。回答は、「プラス」「マイナス」「どちらとも言えない」から一つを選択としたところ、看取加算ありの96～98施設、「実態として看取る」35～37施設より

回答を得た。結果を表4へ示す。

双方に、三つの面いずれも意識の偏りがなく、経営では「マイナス」と「どちらとも言えない」を合わせて、看取加算ありでは67.7%、「実態として看取る」では75.7%を占めるのに比し、職員育成ならびに入居者・家族の満足では、双方「プラス」が約80%を占めた。他方いずれの群内においても、経営と比較して、職員育成(看取加算あり $\chi^2=117.07, p<0.01$ 、「実態として看取る」 $\chi^2=65.16, p<0.01$)、ならびに入居者・家族の満足(看取加算あり $\chi^2=138.19, p<0.01$ 、「実態として看取る」 $\chi^2=58.84, p<0.01$)についてプラス方向へ意識の偏りが見られた。

最後に、対象施設における2007年度の施設内死亡者数、医療機関への救急転送数、定員数(多床室、従来型個室、ユニット型個室[ショートステイ床数を含まない])、医師数、看護職員数、介護職員数、生活相談員数、事務職員数、理学・作業療法士数(各常勤換算値)を質問した。これらを、看取加算ならびに重度加算算定の有無、看取加算ありと「実態として看取る」、「実態として看取る」と「看取らない」で比較したところ、以下の組み合わせで差が見られた(無回答を除いて検定)。

重度加算ありの133施設と、同なしの32施設において、前者が後者より介護職員数 ($t=2.51$,

表4 看取加算の有無から見た、看取りの意義 (単位 施設数、()内%)

		看取加算あり (n=98)	実態として看取る (n=39)
*	経営面	プラス	31 (32.3)
		マイナス	16 (16.7)
		どちらとも言えない	49 (51.0)
*	職員育成面	プラス	81 (83.5)
		マイナス	1 (1.0)
		どちらとも言えない	15 (15.5)
	入居者・家族の満足面	プラス	86 (87.8)
		マイナス	1 (1.0)
		どちらとも言えない	11 (11.2)

注 * $p<0.01$ 、各項目で欠損値がある場合、合計数がnに満たないことがある

$p < 0.05$)、ならびに生活相談員数 ($t = 2.52$, $p < 0.05$) が多かった。

看取加算ありの98施設と、「実態として看取る」39施設において、前者が後者より介護職員数が多かった ($t = 2.04$, $p < 0.05$)。

「実態として看取る」39施設と、「看取らない」28施設において、前者が後者より施設内死亡入居者数が多かった ($t = 2.82$, $p < 0.01$)。

V. 考察

重度加算ありのうち、看取加算ありは98施設 (73.7% : 分析総数のうち59.4%) であった。これを対象として、制度創設以前からの看取りの有無別に、看取加算算定にあたっての体制整備を質問した (表1)。「算定以前から」と「算定と共に」の双方とも、看取り介護に関する指針、看取り介護に関する職員研修、看取り介護に関する計画書の順で、50%超の施設が新たに整備を行っていた。逆にどちらも、看護職員、医師に属する項目はこれらを下回り、項目の全てで頻度差がなかった。まず、看取加算の算定に要する人的体制は比較的、算定以前より満たされていることがうかがえる。逆にそのことは、職員の配置が困難である場合、加算の算定へ至らない可能性を示唆する。次に、従来体制のままで算定可能であった施設が、「算定以前から」看取りを行っていた施設へ多い傾向はなかった。

以上を踏まえると、加算の算定は過去の看取り経験の蓄積より、人材の存否に左右されると考えられる。すなわち、人材が既に整っている施設は加算を算定の上、看取り指針、職員研修や計画書等の普及へ向かう一つの途が見える。

看取加算なしの67施設のうち、実態としての看取りは39施設 (58.2%) で成されていた。すなわち、看取加算なしが、実態としての看取りの有無を分けないことを示す。このことは先に、看取加算の算定は過去の経験の蓄積より、人材の存否によると推察したことを支持する。

次に表2より、看取加算ありの98施設から無回答1を除いた97施設のうち、88施設 (90.7%)

が今後の看取加算の継続を意図していた。他方、重度加算なしの施設は重度加算を算定すると共に看取加算へ、重度加算ありの施設は看取加算へ、今後、より広範に算定しようとする施設数が、現状維持の数を上回った。従って、看取加算の取得はそれまでの看取り経験を必ずしも反映しないが、経験の蓄積は (重度加算の有無によらず) 看取加算の取得動機へつながると考えられる。この過程で、施設における人的体制が、加算取得の要件として拡充される可能性がある。先述のように予め人材要件が満たされていれば、指針、研修や計画書等の普及により既に算定を行っていると推察されるからである (表1)。すなわち、人材が充足していない施設は、非算定下に看取り経験を蓄積の上、加算の算定を経て人材の拡充へ向かう、もう一つの途が見える。

「看取らない」施設は、重度加算の有無にかかわらず「連携する一般の医療施設」を移送先とする割合が高かった。もちろん、看取らないことが、看取りの意思を持たないことと即座に結びつくわけではない。実際、介護保険施設の看護職員への調査 (流石ら 2006) において、看取りが可能であるとする回答は63.5%を占めるのに対し、現にそれが成されているとした回答は37.5%にすぎず、48.4%は病院への転院・転棟が主であるとしている。

近年の調査 (三菱総合研究所 2007 : 15) では、協力病院が「ある」と回答した特養は全体の95.2%におよび、現在の特養の動向は看取りへ取り組むか、むしろ医療施設に搬送するかの大きな2つの流れにあるものと考えられる。今後、特養は看取りを推進する施設にはかかる考えへ共鳴する入居者・家族、他方、そうでない施設には病院への搬送を期する人々という棲み分けが生じ、「特養は終末期への対応に積極的な施設と、そうでない施設へ分化していく可能性が高い」 (大西 2009) ののではないだろうか。

看取りを行いつつも、実際に看取加算を算定するか否かで加算にかかわる問題点を対比させる (表3) と、「1. 死期の予測困難」、「2. 週1回以上の同意」は算定の有無にかかわらず

同程度かつ高頻度に指摘されたが、「3. 週1回以上の説明」、「6. 看護職員の24時間体制」、「9. 介護職員の技術的課題」、「10. 看取り介護計画策定」、「13. 個室の維持」は指摘数に偏りが認められ、看取加算なしの施設から相対的に多く指摘された。これらの有意項目5件のうち、上位頻度3件（3、6、9）が人的体制の具体的な運用に属することは、先に加算の算定が（過去の看取り経験より）人材の存否に左右されると推察したことをあらためて支持する。また、これらは「4. 死後の処置」、「5. 最大4,800単位」、「7. 他での死亡」に見られる、両群で偏りが無い経営的側面と対照を成す。つまり、看取加算が経営面に対する支援として不十分であることは、その算定の有無によらず指摘されている点なのである。

従って、経営の視座へとどまれば、施設長は積極的な算定を必ずしも企図しないであろう。しかし実際には、広範に算定しようとする動向を、先だてて明らかにした。その要因として表4において、看取加算の有無によらず、看取りが行われていれば経営、職員育成、入居者・家族の満足に対する意識が変わらないことを確認した。つまり、看取加算ありが、なしと比べて経営面でプラスへ傾かないことは、看取加算が経済的支援の意義に乏しいことを裏付ける。他方、職員育成ならびに入居者・家族の満足面では、算定の有無によらず、看取りの実施がいずれも施設長へプラスと認識されていた。これらの視点が、加算の算定へ向けた原動力となっていることは、経済的支援の弱さとの比較から十分予想できる。

旧来、「福祉の世界では精神論が重視され、民間企業における財政面の採算や効率性の追求といった考え方が受け入れられにくい状況があった」（近藤ら 2007）。他方、看取りを行いつつ職員の疲弊へ対応しようとすれば、組織をあげての取り組みが求められる。すなわち、「施設長の看取りに対する積極的な意識が重要」（金ら 2008）となる。そこで時には、「施設長が聞く耳を持たず、施設での看取りに取り組むこと

ができないジレンマ」（小野 2007）が表明される。ここに、管理者と職員の意識のずれが見える。「経営幹部は財務や収支重視であり、医療・福祉職はケアの質に関心はあっても、採算に関心がなかった」のである（近藤ら 2007）。既述の、加算を通じた人的体制拡充の可能性に加え、その算定により指針、研修や計画書等の普及が成されれば、現場サイドへ業務の振り返り、標準化や省力性を促す契機となり得る。

すなわち看取加算の意義は、管理者と職員の意識のずれを、看取りという事象で引き寄せた上での、採算性や業務の効率化に対する視座の共有、および人的体制の整備からなる労働環境改善を生む可能性にあると、筆者は考える。

最後に対象施設の属性では、救急転送、定員、医師、看護職員、事務職員、理学・作業療法士のそれぞれで、各群間に員数差は見られなかった。看取加算ありと、「実態として看取る」の間に介護職員数の差があることは、看取加算の有無で同様の事実がないことと、「実態として看取る」に重度加算なしが39施設中20施設含まれることより、重度加算の有無で同様の差が見られることの二次的な反映と考える。重度加算に介護職員数の規定はないが、入居者の重度化へ伴う、多様なニーズの発生や夜勤体制強化を含めた応対上、避け得ないものと思われる。

また、生活相談員数が重度加算の有無で差を見たことは、特養入居者の高齢化・重度化への対応における鍵を、生活相談員が握っている可能性を示す。これについては、今後のさらなる検討が必要であろう。

VI. 結語

2009年度には介護報酬の再度の改定があり、看取加算については、重度加算のうち看取りに関する要件を統合すると共に、施設体制の評価と看取りケアの評価を別個に行うべく再編成を見た。これに伴い、重度加算は廃止された。今後とも、介護報酬という視座のみに拘泥することなく、特養の施設基準の妥当性も含め、施設

での看取りの動向につき引き続き検証を怠らないことが望まれる。

死は遠からず全ての人に等しく訪れる。私たちは入居者・家族にとどまらず、同胞や自らの老い先の課題としても、団塊の世代が大挙して後期高齢者になる前に看取りの実態や、それに帯同する政策動向へ積極的に目を向けていく必要がある。

謝辞

稿を終えるにあたり、お忙しいなか調査へご協力をいただきました特養施設長と職員の皆様へ、心より謝意を表します。また、本稿の作成は三井住友海上福祉財団 2009年度研究助成 高齢者福祉部門（研究代表者：大西次郎）ならびに日本学術振興会 2008-2010年度 科学研究費補助金 基盤研究C（課題番号：20590526、研究代表者：大西次郎）の提供下に行われました。記して深謝申し上げます。

引用文献

飯島節（2006）「改正介護保険と終末期ケア」『Geriatric Medicine』44, 1567-1571.
 金貞任・鈴木隆雄・高木安雄（2008）「特別養護老人ホームの看取りケアに関連する要因」『老年社会科学』30, 239.
 近藤克則・福田敬（2007）「地域のなかでの暮らしを支える医療・福祉の今後」『月刊福祉』90(5), 12-21.
 厚生労働省（2009a）「平成20年人口動態統計（確定数）の概況 死亡第5表」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/>

[kakutei08/xls/03.xls](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html), 2010. 3. 1).

厚生労働省（2009b）「平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>, 2010. 3. 1).
 厚生労働省（2010）「平成20年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/index.html>, 2010. 3. 1).
 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ（2007）「特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書」『平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）』1-230.
 小野幸子（2007）「特別養護老人ホームでの“死の看取り”の実際と看護の役割」『コミュニティケア』9(14), 12-17.
 大西次郎（2008）「『死に場所としての社会福祉施設』への認識を一病院死、在宅死に次ぐ第三の選択肢一」『神経内科』68, 314-316.
 大西次郎（2009）「高齢者への終末期ケアの場として、病院と介護保険施設を考える」『精神科治療学』24, 753-757.
 流石ゆり子・牛田貴子・亀山直子・ほか（2006）「高齢者の終末期のケアの現状と課題—介護保険施設に勤務する看護職への調査から—」『老年看護学』11(1), 70-78.
 清水みどり・柳原清子（2007）「特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識—介護保険改定直前のN県での調査—」『新潟青陵大学紀要』7, 51-62.
 竹中郁夫（2007）「老健施設での看取り」『日本医事新報』No.4351, 99-100.

**Deathbed Care at Special Nursing Homes for the Elderly in Terms of Facility
Management, Staff Development, and Satisfaction of the Residents and Families:
A Survey of Facility Directors Regarding LCI-Point Addition**

Jiro Ohnishi

Mukogawa Women's University

Three years have passed since long term care insurance-point addition for deathbed care (LCI-point addition) was introduced, and the time to revise the system is drawing near. Now it is necessary to review the effectiveness of this system, which ensured deathbed care financially for the first time.

A questionnaire survey was conducted regarding the implementation status of LCI-point addition, deathbed care at facilities not using LCI-point addition, and the effects on deathbed care and facility management as well as satisfaction to the facility staff and families.

The subjects of investigation were the facility directors of all the special nursing homes for the elderly (SNH) in Hyogo Prefecture, which amount to 249, excluding suspended or discontinued facilities. A total of 165 valid answers were obtained. LCI-point addition was implemented at 98 SNH, and deathbed care was also performed at 39 SNH not using LCI-point addition. Although deathbed care could help cultivate the ability of the facility staff and satisfy the residents and families, it was regarded as managerially problematic irrespective of the implementation status of LCI-point addition. However, facilities using LCI-point addition intended to continue its use, and facilities not using LCI-point addition were also planning to use it in the future.

Although LCI-point addition remains insufficient as a means of financial support, it may allow both the facility managers and staff to share the recognition that deathbed care should be assumed, and to improve the work environment and the standardization/streamlining of facility operations.

〔論文〕

認知症高齢者を介護する家族の介護負担感

—ショートステイ利用分析を通して—

荒川 あつ子*

Key words : 認知症高齢者、介護負担感、ショートステイ利用、介護負担感尺度、ソーシャルサポート

1. 研究の背景

在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者の過大な負担は、しばしば論じられるところである。

認知症は治癒がほとんど期待できない疾患であり、コミュニケーション障害や、問題行動や精神疾患を伴うため、介護面の苦勞が多いといわれている。介護者への支援の方法として、介護保険制度による経済的負担の軽減や、介護支援サービスなどの方法を組み合わせて効果を比較したものもあり、介護者の負担は幾分解消された面もあるものの、その介護は家族にゆだねられている現状がある。

長嶋ら（2005）によれば、認知症介護においては、介護者が常に要介護者をきにかけていなければならないことなどの認知症症状に伴う対応の困難さに加え、その困難さを周囲が理解しにくいことが負担の内容であるため、ごく短時間に提供される身体介護のような介護保険制度の利用だけでは、ほとんど負担減につながらないとし、認知症介護の困難さを挙げている。

また荒井ら（2006）らによれば、認知症介護は介護者に正負の多様な影響を及ぼすが、介護

のもたらす望ましい側面が、介護者の身体・精神面への負の影響を部分的に緩和することはあっても、完全に打ち消すことは困難であり、介護者の身体的・精神的健康状態の悪化は、ひいては要介護者に対する介護の質の低下や要介護者の施設入所率の増加、あるいは要介護者への虐待などの要因にもなり得ると指摘している。

認知症により介護を必要とする高齢者の人口は急激に増加している。厚生労働省「介護保険事業状況報告」によれば、2005年9月の時点で介護保険の要介護認定を受けた高齢者（314万人）のうち約半数の149万人が認知症を有しており、今後介護を必要とする認知症高齢者の数の増加が見込まれている。

一方認知症高齢者を介護する家族の負担や苦悩についてもマスコミなどで多くの報告がなされ、小野（2006）、櫻井（2005）によれば、介護をめぐる悲惨な事件も相次いでおこっているとされている。

筆者は在宅介護支援センターで認知症高齢者の在宅介護の実態を目の当たりにし、在宅での生活が継続できるか否かは家族介護者にかかっているという思いを強くした。多くの介護者は家族である要介護者をできるだけ家で看たいと

*Atsuko Arakawa : 中部福祉専門学校

思っている。しかし、在宅介護はあまりにも大変でありそれは仕事を通じて痛感してきた。

そこで介護者が在宅介護から一時的ではあるが、完全に解放されるショートステイの利用に焦点をあてた。

2. ショートステイに関する先行研究と 認知症高齢者の在宅介護の現状

高齢者のショートステイとは、在宅で介護を受けている高齢者が短期間施設に入所し、その施設において介護を受けるサービスである。2000年の4月より短期入所生活介護、短期入所療養介護として介護保険サービスに位置づけられた。基準省令第120条によれば、短期入所生活介護事業は要介護者等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるように、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者の心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならぬとされている。

わが国では、「在宅老人福祉対策事業の実施および推進について」（社老第28号通知）に基づき、1978年の同通知改正時に「ねたきり老人短期保護事業」として位置づけられたのが最初であった。当初の目的は寝たきり老人等の介護家族が、疾病、出産、冠婚葬祭などにより、介護ができなくなった場合に特別養護老人ホーム等において一時的に預かるものとされていた。ショートステイの目的は創設当初より家族の介護負担の軽減に主眼が置かれていた。

2006年7月の内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）の「在宅介護の現状と介護保険制度の見直しに関する調査」によれば、介護負担感と介護保険サービスの利用状況について調査した結果ショートステイについては、要支援を除くすべての要介護度にわたって、利用ありの方が介護負担感が高いとの記述がある。それはショートステイ利用者に共通した介護負担感を

発生させる理由が存在するためと考えられると述べられているが、ショートステイ利用者には介護負担感が高い者が多く、そのためショートステイの利用となり、結果として利用ありの方の介護負担感が高くなることが考えられる。

社会福祉法人東京都社会福祉協議会「ショートステイの利用に関するニーズとサービスの実態調査」（2003）によれば、利用者・家族507人中、ショートステイ利用者の目的は家族（介護者）が休養をとりたい（87.2%）、家族（介護者）が冠婚葬祭等で不在のとき利用したい（75.0%）と家族（介護者）の利用理由が占めている。

ショートステイ利用を通して、認知症高齢者を介護する家族介護者に焦点をあて認知症高齢者を介護している介護者の介護負担感が、ショートステイの利用を通してどのような影響を受けたのか、またその課程で介護負担感に影響した要因とはどのようなものだったのかを事例を通して分析する。

3. 研究方法

(1) 対象者

T市T高齢者施設でショートステイを利用しながら認知症高齢者を介護している介護者とした。T高齢者施設は2007年開設の定員80名の特別養護老人ホームであり、調査協力がいただけた施設である。そこでショートステイを利用している8世帯について取り上げた。

選定基準は以下の通りである。①利用者は認知症がある者。②ショートステイを利用していること。③主介護者が家族であること。④倫理的配慮に同意していただいた方。これらの選定基準をT高齢者施設に提示し、8世帯の対象者を選定した。

(2) 調査期間

平成19年9月15日から平成19年11月15日の2ヶ月間

(3) 調査項目

聞き取り調査の内容は以下を設定した。①要介護者の状況（年齢、性別、障害老人の日常生活自立度、痴呆性老人の日常生活自立度、要介護度、身体状況・病歴、ADL状況、ショートステイの利用目的、利用日数、他のサービスの利用状況、認知症による問題行動）を調査し、②介護者については、基本属性、続柄、健康状態、介護期間、家族状況、協力者の有無、NFU版介護負担感、介護継続意思、ポジティブサポート、ネガティブサポートについて調査した。

(4) 調査方法

T高齢者施設を通じ、調査対象に当てはまる認知症高齢者の家族8世帯に対して、アンケート調査票をもとに聞き取り調査を行なった。

(5) 分析方法

① NFU 介護負担感尺度

分析に使用した介護負担感尺度は、日本福祉大学福祉社会開発研究所・地域ケア研究推進センターで開発したNFU（日本福祉大学）版介護負担感尺度（2003年度版）で測定した（表1）。この介護負担感尺度は、中谷ら（1989）の介護負担感8項目に経済状況と家族状況と家族・親族の人間関係の軋轢を問う2項目を加えた12項目・4段階の尺度である（表1）。4点から48点満点の配点となり、得点がたかいほど介護負担感が高く、得点が低いほど介護負担感が低いことになる。この尺度は2県下10保険者で実施した調査から信頼性と妥当性があることが示された（久世 2002）。NFU 介護負担感尺度は「主観的介護負担感」「介護継続意思」「世間体」の3つの下位尺度から構成されている。

表1 NFU 介護負担感尺度（2003年度版）

下位尺度	質問内容	
世間体	世話はたいした重荷ではない	中谷ら
	世話をしていることで近所に気兼ねしている	
	趣味・学習・その他の社会的活動等のために使える自分の自由な時間が持たなくて困る	
	世話で家事やそのほかのことに手が回らなくて困る	
主観的負担	世話で精神的にはもう精一杯である	追加
	世話をしていると、自分の健康のことが心配になってしまう	
	お世話のために経済的負担が大きくて困る	
	お世話のことで、家族・親族と意見が合わなくて困る	
	お世話のために、夜眠れなくて困る	
介護継続意思	介護を受けている本人の希望や反応を、言葉で確認できなくて困る	中谷ら
	世話の苦労があっても、前向きに考えていこうと思う 自分が最後まで見てあげたいと思う	

② ソーシャルサポート

野口（1991）の尺度を参考に、情緒的ポジティブサポート、手段的ポジティブサポート、ネガティブサポートの3種類のサポートについて、各4項目の質問に対して提供の有無を2件法で把握する尺度である（無で0点、有で1点）。また、提供主体として同居家族、別居の家族・

親戚、友人・知人・近隣の3主体を区別する設問形式である。情緒的サポートと手段的サポートを合計したものがポジティブサポートとして測定され、ポジティブサポートからネガティブサポートを引いたものがトータルサポートとして測定される。

表2 ソーシャルサポートの質問項目

あなたのまわりに次のような人はいますか？「はい」と答えた場合は、当てはまる人すべての【 】に○をつけてください	
1	あなたには、慰めたり、愚痴を聞いたりしてくれる人がいますか 1. はい 2. いいえ └─▶ 【 】同居家族【 】別居の家族・親戚【 】友人・知人・近隣
2	もし仮にあなたが病気で1ヶ月くらい寝込んだときに、あなたの介護や世話をしてくれる人がいますか 1. はい 2. いいえ └─▶ 【 】同居家族【 】別居の家族・親戚【 】友人・知人・近隣
3	あなたに対して文句や小言を言う人がいますか 1. はい 2. いいえ └─▶ 【 】同居家族【 】別居の家族・親戚【 】友人・知人・近隣
4	気分を変えたり、明るくしてくれる人がいますか 1. はい 2. いいえ └─▶ 【 】同居家族【 】別居の家族・親戚【 】友人・知人・近隣
5	世話を焼きすぎたり、余計なお世話をする人はいますか 1. はい 2. いいえ └─▶ 【 】同居家族【 】別居の家族・親戚【 】友人・知人・近隣
6	もし仮にまとまったお金がある時に工面してくれる人がいますか 1. はい 2. いいえ └─▶ 【 】同居家族【 】別居の家族・親戚【 】友人・知人・近隣

4. 事例の提示方法

ここで以下に行なう事例検討の方法について示しておく。

- (1) 当該事例の介護負担感の状況を全体的に理解するため、得られた情報についての一覧表を作成する。
- (2) 一覧表を元に、事例検討を深めるためショートステイを利用しての介護の経過について述べる。次にNFU版介護負担感得点、介護継続意思、ポジティブサポート、ネガティブサポートとショートステイ利用頻度・理由との関連性についてそれぞれの内容をその経緯を含めて記述する。
- (3) NFU版介護負担感得点、介護継続意思、ポジティブサポート、ネガティブサポートを測定したのは聞き取り調査時点であり、介護開始時期の状況とショートステイを

利用しての現在にいたるまでの経過についてはインタビューによって得られた情報である。

- (4) ショートステイの利用頻度・利用理由とNFU版介護負担感得点、介護継続意思、ポジティブサポート、ネガティブサポートとの関連があるかどうかを比較するため、各項目ごとに表を作成した。
- (5) NFU版介護負担感得点、介護継続意思、ポジティブサポート、ネガティブサポートの得点の高低の基準については8事例の相対的な比較とし、NFU版介護負担感得点介護継続意思、ポジティブサポートについては、得点の高い順に並べ、ネガティブサポートについては得点の低い順に並べ比較検討を行なった。

8 事例一覧表

	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	
要介護者の状況	79歳・男性 B 1・Ⅲ b	90歳・女性 B 1・Ⅱ b	86歳・女性 B 1・Ⅱ b	83歳・男性 B 2・Ⅲ	
事例の概要	要介護者の認知機能低下のため介護負担感が介護開始時期と比較して軽減したケース	要介護者がサービスの利用に慣れ介護負担感が介護開始時期と比較して軽減したケース	要介護者と介護者の関係が良好で、介護開始時期より介護負担感が低いケース	要介護者の暴言・暴力のため介護負担感が高く、介護継続意思が低いケース	
ショートステイの利用頻度	1ヶ月に 2週間	1ヶ月に 1週間	1ヶ月に 1週間以内	1ヶ月に 1週間以内	
ショートステイの利用理由	ストレス発散	介護者の仕事	介護者の旅行	介護疲れ 入所までの繋ぎ	
NFU 版介護負担感得点	15/40	16/40	14/40	38/40	
介護継続意思	6/8	8/8	7/8	0/8	
ポジティブサポート	12点	6点	6点	1点	
ネガティブサポート	3点	4点	2点	5点	
介護負担感に関連する要因	介護者の年齢	40歳	65歳	62歳	80歳
	介護者の性別	女性	男性	女性	女性
	続柄	長男の妻	長男	長女	妻
	介護期間	10年	1年	2年	2年
	介護者の健康状態	現在は良好	今のところ良好	今のところ良好	虚弱
	要介護者の ADL	室内は伝い歩き可。入浴、更衣は部分介助。	室内は伝い歩き。入浴、更衣は部分介助。	歩行は不可だが立ち上がりは可。入浴、更衣は介助が必要。	支えがあれば室内のみ歩行可。入浴・更衣は介助が必要。
	要介護度	3	2	3	4
認知症による問題行動	トイレの場所が分からず、徘徊やパニック	昼夜逆転、同じことを繰り返す	すぐ立ち上がり頻回な転倒	気に入らないことがあると暴言・暴力	
	事例 5	事例 6	事例 7	事例 8	
要介護者の状況	80歳・女性 B 1・Ⅲ	83歳・女性 A 2・Ⅱ b	90歳・男性 B 1・Ⅱ b	79歳・女性 C 1・Ⅳ	
事例の概要	要介護者と介護者の関係が悪く、介護開始時期より介護負担感が高いケース	主介護者の入院で、副介護者に介護が回ってきたため、介護負担感が高くなったケース	要介護者の徘徊（すぐ出て行ってしまう）のため目が離せず、介護負担感が高いケース	要介護者は全介助、奇声をあげたり、車椅子からの頻回な転倒があり、介護負担感が高いケース	
ショートステイの利用頻度	1ヶ月に 2週間以内	1ヶ月に 3週間以内	1ヶ月に 10日間	1ヶ月に 2週間	

ショートステイの利用理由	介護疲れ 入所までの繋ぎ	介護疲れ 入所までの繋ぎ	介護疲れ 主介護者不在	介護疲れ 老老介護	
NFU 版介護負担感得点	38/40	38/40	34/40	38/40	
介護継続意思	0/8	0/8	2/8	2/8	
ポジティブサポート	1点	4点	4点	4点	
ネガティブサポート	4点	4点	4点	4点	
介護負担感に関連する要因	介護者の年齢	50歳	53歳	85歳	81歳
	介護者の性別	女性	女性	女性	男性
	続柄	長男の妻	長男の妻	妻	夫
	介護期間	2年	5年	3年	8年
	介護者の健康状態	今のところ良好	入院が必要	入院が必要	虚弱
	要介護者の ADL	シルバーカー歩行。 入浴・更衣は部分 介助	歩行可。入浴・更 衣は部分介助	室内のみ支えがあ れば歩行可。入 浴・更衣は部分介 助	全介助。日中は車 椅子
	要介護度	3	2	3	5
認知症による 問題行動	入浴・着替えなど 清潔面で拒否が強 い	昼夜逆転・夜間せ ん妄	徘徊・転倒の危険 性	落ち着きがなく、 立ち上がろうとし て転倒の危険性	

5. 結果

ショートステイ利用を通じて介護者の介護負担感がどのような影響を受けたのかを明らかにするため、ショートステイの利用頻度・理由とNFU 版介護負担感得点・介護継続意思・ポジティブサポート・ネガティブサポートとの関連を8事例の中で検討を行なった。

分析の結果、本研究で明らかになったことはショートステイの利用とNFU 版介護負担感得点、介護継続意思、ソーシャルサポートの高低の関連性はみられないという結果であった。ショートステイの利用で少し介護負担感が軽減していたケースはあったが、要介護者要因、介護環境要因などが複雑に絡み合いショートステイ利用の効果とは言い難いことが分かった。

また、本研究の事例研究の対象者が8名であったことから、今回の結果を普遍化することはできない。あくまで8事例の状況を提示したことにとどまるものである。

6. 考察

調査時点での介護負担感が介護開始時期に比較して軽減したと思われるケースは8事例中3事例であった。

事例1は要介護者の認知機能低下のため、介護負担感が介護開始時期と比較して軽減したケースである。介護開始時期には問題行動や訴えが多かったが、認知機能低下のため、訴えが少なくなったこと、また10年という長い期間の中で、介護経験を積み重ねることで、介護負担感はある一定の範囲に落ち着いたと思われる。ショーとステイを1ヶ月に2週間と定期的に利用することで安定した生活が送れている。

事例2は要介護者がサービスの利用に慣れたため、介護者の生活も落ち着いて、介護負担感が介護開始時期と比較して軽減した。介護開始時期には、要介護者、介護者ともサービスの利用に慣れずに落ち着いた生活を送ることができなかったが、介護者が仕事で不在にするときに定期的にショートステイを利用し安定した生活

が送れている。

事例3は要介護者と介護者の関係が介護開始時期より良好で、介護負担感が当初より低く、また、介護者もうまくストレス発散をしているケースであった。1ヶ月に1週間ほど定期的にショートステイを利用しているが、介護者のストレス発散のための旅行であり、また要介護者の状態も悪化することなく介護開始時期の状態を保っており、それらが介護負担感が高まらない要因と考えられる。

調査時点での介護負担感が、介護開始時期に比較して悪化したと思われるケースは残りの5事例であった。

事例4は、要介護者の暴言・暴力のため介護負担感が高く、介護継続意思も低いケースである。認知症を発症する以前より、要介護者の問題行動のため家族との関係が悪化しており、介護開始時期より介護負担感が高い。すでに施設入所の申し込みがしてあり、入所待機の間、ショートステイを利用しているが、要介護者の問題行動のため限られた日数しか利用できないため、さらに介護負担感が高くなる結果となっている。

事例5は要介護者と介護者の関係が悪く、介護開始時期より介護負担感が高いケースであった。介護者は介護が増えたことで自分の生活が介護のため犠牲になったように思った。1ヶ月に2週間ショートステイを利用しているが、介護に対するやりがいや、満足感が得られないので、介護負担感の軽減は改善されない。

事例6は主介護者の入院で、副介護者に介護が回ってきたため、介護負担感が高くなったケースであった。1ヶ月に3週間ショートステイを利用しても、介護負担感は解消されなかった。副介護者はあくまで「副」という思いに捉われ、介護に積極的に取り組めないことが、介護負担感の軽減に繋がらない要因であった。

事例7は要介護者の徘徊のため、目が離せず、介護者が、高齢となり、介護に対応できなくなって介護開始時期より、介護負担感が高くなったケースであった。1ヶ月に10日間ショートステ

イを利用しているが、介護者の介護力が著しく低下し、介護負担感が悪化した。

事例8は要介護者が全介助で、問題行動もあることから、介護負担が介護開始時期より高くなったケースであった。1ヶ月に2週間ショートステイを利用しているが、要介護者の状態悪化、また、介護者の高齢化による介護力の低下から介護負担感が改善することはなかった。

7. おわりに

本研究では、在宅で認知症高齢者を介護している家族に焦点を当て、介護者の介護負担感が、ショートステイの利用を通じてどのような影響を受けたのか、また介護負担感に影響を与えた要因とはどのようなものだったのかを明らかにすることが目的であったが、それぞれのケースで複雑に要因が絡まっており、ショートステイの利用効果とはいいいがたいことがわかった。

各事例においてショートステイの利用は、それぞれの世帯において違う意味を持ち、また介護負担感に関連している要因も一つだけではない。ショートステイを利用したからといって単純に介護負担感が解消されるわけではなく、複数の要因が関与し、複雑に絡み合っていることがわかった。

今回の研究は8事例のみを取り上げた研究であったが、ショートステイ利用を通して、在宅で認知症高齢者を介護している家族の介護負担感に関連しているのは複数の要因であり、個別性を持ったものであることを示唆することができたと思う。今後は質的研究の客観性が担保されているかどうかは課題であり、さらにこの点を深めていく必要がある。

引用文献

荒井由美子他(2006)『BPSDによる家族介護者の負担およびその軽減策—介護者への介入を中心として』精神科9(1)(通号49) 科学評論社。

- 久世淳子・樋口京子・加藤悦子他 (2002) 「介護保険前後の介護負担感に関する研究 (その1) — NFU 版介護負担感尺度の作成 — 『老年社会科学』 24(2), 242.
- 野口祐二 (1991) 「高齢者のソーシャルサポート—その概念と測定」『社会老年学』第34号, 37-48.
- 平松誠、近藤克則他 (2006) 家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究 (第2報) — マッチドペア法による介入可能な因子の探索—第53巻13号『厚生指標』.
- 櫻井成美 (2005) 「認知症の高齢者を介護する家族のストレス・負担とサポートグループの効果について」『平成国際大学論集』第10号, 35-56.
- 社会福祉法人東京都社会福祉協議会 (2003) 『ショートステイの利用に関する「ニーズ」と「サービス調整」の実態調査結果報告書』社会福祉法人東京都社会福祉協議会センター.
- 筒井孝子 (2004) 『高齢社会のケアサイエンス』. 内閣府 (2006) 『高齢社会白書』内閣府.
- 中谷陽明・東條光雄 (1989) 「家族介護者の受ける負担—負担感と測定と要因分析」『社会老年学』第29号, 27-36.
- 長嶋紀一他 (2005) 「認知症高齢者の家族介護者における家族からの心理的サポートニーズ充足状況と主観的 QOL の関係」第52巻第8号『厚生指標』.

参考文献

- 小野ミツ (2006) 「認知症高齢者と虐待防止」『月刊総合ケア』 Vol.16 No.7, 47-51.
- 近藤克則 (2005) 『医療・福祉マネジメント』ミネルヴァ書房.

Burden of Family Caregivers in Charge of Elderly Patients with Dementia: An Analysis of Short-Stay Service Utilization

Atsuko Arakawa

Chubu Welfare College

Dementia is one of the diseases that are difficult to cure, which brings much hardship to the caregivers. While working at a home care support center, I realized the actual circumstances of home health care for the elderly patients with dementia, and reflected that whether they could stay living at home or not depends on the condition of caregivers. Existence of caregivers is essential in home care, and in order to continue nursing at home, it is necessary to relieve the caregivers from fatigue. When no one can take care of the elderly, family members should ask for help. To support such families, we have a short-stay service. In this study, I focused on this short-stay service. It is known as a system to reduce the care burden of family members. I analyzed the effects of using short-stay service and the factors influenced by care burden feeling.

〔実践報告〕

精神科入院者への退院支援
— 家族状況に焦点を当てて —

芦 沢 茂 喜*

Key words : 精神障害者, 退院支援, ケアマネジメント, ストレングス

はじめに

「何もしてくれなくてもいい、ただいてくれるだけでいい、とだれかに言いたいときがある。裏返して言えば、何をやるわけでもないが、ただ横にいてだけで他人の力になれることがある。仲間が隣室にいるというだけで、勇気が湧いてくる。家族が待っていてくれるというだけで、荒まずにいられる。だれかに聴いてもらうだけで、こころが楽になる。幼女がそばにいてだけで、気持ちがほどこされる。そのような思いに侵されたことが一度もないというひとなど、おそらくいまい。ところが、何をやるわけではないが、じっとそばにいてということがもつ力を評価することを、わたしたちの社会は忘れていた。たとえば昨今、いろいろな機関で義務づけられている「評価制度」。そこでは、どんな計画を立て、それがどれほど達成されたかばかりが問われ、どれだけじっと待ったかとか、どれだけじっくり見守ったかなどということは、そもそも評価の対象とはならない。評価されるのはアクティヴなこと、つまり何をしたかという行動実績ばかり。パッシヴなこと、つまりあえて何もしないでひたすら待つという受動的なふ

るまいに着目されることは、およそない。(鷲田, 2009)¹⁾」

平成16年9月、厚生労働省精神保健福祉対策本部により、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が取りまとめられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、今後10年間で受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人の社会的入院を解消するという方針が示された。そして、平成21年9月、改革ビジョンが中間点を迎えることを踏まえ、後期5年間の重点施策群の策定に向け、更なる改革の具体像を提示することを目的に、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において検討が重ねられ、精神病床数そのものは減少しておらず、精神医療の質の向上等により退院のハードルが下がれば約7万人の数値は大きくなることが予想され、統計上ゼロとなることは期待できない等の理由から、平成26年までに統合失調症の入院患者数を15万人程度まで減らすことを明記した「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」²⁾がまとめられた。

当院は山梨県甲府市にある315床の単科の精神科病院であり、急性期閉鎖、慢性期閉鎖、準開放、開放、アルコール専門の5つの病棟を有

*Shigeki Ashizawa : 財団法人 住吉病院 医療相談室

し、法人内に生活訓練施設（援護寮）、通所授産施設と地域活動支援センター、相談支援、共同生活援助（3か所）、短期入所を運営する事業所を運営している。退院促進については、平成18年に看護部内に訪問看護室を創設し、院内に多職種を構成メンバーとする退院促進委員会を設置して以来、「退院に対するアンケート調査」³⁾の実施、「退院準備プログラム」の作成及び実施⁴⁾、厚生労働省の退院促進研究班への参加などを通して、積極的に行われてきた⁵⁾。それに伴い、図1は平成16年度から平成20年度ま

での当院医療相談室の業務件数を外来、病棟で分け、その割合を表したものであるが、業務件数も平成18年度に外来が増え、平成19年度では病棟に迫る割合を示しており、支援の方向が入院から退院、そして地域へと移行していることが分かる。

I. 研究背景

当院の置かれた状況について、平成20年度に全国、山梨県、当院でそれぞれ実施された先行調査の結果を中心に概観していきたい。先行調査として全国では「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」の分担研究として実施された「精神病床の利用状況に関する調査」（以下、全国調査）⁶⁾、山梨県では県内の精神科病院入院患者を対象に実施された「精神科病院入院患者意向調査」⁷⁾、当院では「法人障がい者ニーズ調査2008」⁸⁾と平成20年度の実施ではないがそれを補足するものとして「退院についてのアンケート調査」をそれぞれ取り上げる（表1を参照、以下取り上げる調査項目について

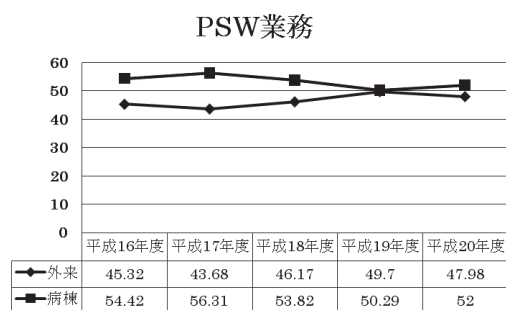


図1 当院 医療相談室 業務件数
（外来、病棟別割合）

表1 先行調査（全国、山梨県、当院）

先行研究	「精神病床の利用状況に関する調査研究」	精神科病院入院患者意向調査	法人障がい者ニーズ調査2008	退院についてのアンケート調査（2007）
実施主体	分担研究者 松原三郎	山梨県	住吉病院 ニーズ調査委員会	住吉病院 退院促進委員会
対象施設	精神科病院 1542施設 （国立病院機構、自治体病院、大学付属病院、公的病院、民間病院等）	県内精神科病院 （有床）10施設	住吉病院	住吉病院
対象患者	平成20年2月15日現在の入院患者のうち1割を抽出	平成20年6月30日に入院し、聞き取り調査実施時点においても入院を継続している者	平成20年2月28日現在、住吉病院入院中の全ての患者及び通所リハビリ利用者	平成18年11月8日～17日までの間、開放病棟（2病棟、3病棟）入院中の全ての者
方法	主治医、看護師等に質問紙法による調査を行い、分析	精神科病院入院患者意向調査票に基づき利用者等に直接聴き取る方法により実施。保護者に対しては別途意見聴取した	主治医、看護師、利用者等に質問紙法による調査を行い、分析	質問紙を用いた自記式
有効回答	17825名	403名	入院者 279名 外来者 280名	126名

ては統一する為、筆者が一部改変)。

表2は先行調査の診断名別⁹⁾、年齢別割合をそれぞれ表したものであるが、診断名では山梨県、当院共に全国に比べF0(症状性を含む器質性精神障害)の割合が低い一方で、F2(統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害)の割合が高く、当院ではアルコール専門病棟を有している影響からF1(精神作用物質による精神及び行動の障害)の割合が、全国、山梨県に比べ高くなっている。また、年齢では当院はニーズ調査では年齢別割合が公表されていないが、公表されている平均年齢は59.8歳。山梨県は全国に比べ30歳未満、30～40歳未満の割合が少ない一方で、60～70歳未満の割合が高くなっており、当院はニーズ調査の平均年齢、アンケート調査の結果から見ても、山梨県同様に30歳未満、30～40歳未満の割合が少なく、60～70歳未満の

割合が高くなっていることが推察される。

そして、表3は先行調査の入院期間別割合を表したものであるが、当院はニーズ調査では全国、山梨県に比べ、6ヶ月未満の割合が高く、逆に20年以上の割合が低くなっている。ただ、この調査項目に関してアンケート調査では山梨県に近い調査結果が出ており、ニーズ調査では原則3ヶ月を入院期間とするアルコール専門病棟が含まれていることから、6ヶ月未満の割合が高くなったと推察される。

次に、表4は退院可能性の割合を表したものであるが、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」の割合は全国と変わらないものの、当院では「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援を整えば近い将来退院可能」の割合が少ない一方で、「現在の状態での、居住先・支援を整えば退院

表2 診断名別、年齢別割合(先行調査より)

診断名	全国	山梨県	当院 (ニーズ、入院)
F0	20	4.7	3.26
F1	4.8	2.7	10.14
F2	61.95	83.1	78.62
F3	6.4	4.2	3.26
F4	1.3	0	0.72
F5	0.2	0	0
F6	0.7	0	0
F7	3.1	3.4	0.72
F8	0.2	0	0.36
F90-98	0.1	0	0
F99	0	0.248	0
G4	1	1.48	2.9

年齢	全国	全国(F20)	山梨県	当院(アンケート)
30歳未満	3.68	3.647	1.7	2.38
30～40歳未満	6.96	8.089	3.5	1.58
40～50歳未満	10.3	12.18	9.2	6.34
50～60歳未満	23.48	28.65	24.8	37.3
60～70歳未満	25.6	28.74	30.5	40.47
70歳以上	29.92	18.66	30.3	11.9

表3 入院期間別割合(先行調査より)

入院期間	全国	全国(F20)	山梨県	当院(ニーズ)	当院(アンケート)
6ヶ月未満	22.4	14.66	6.2	27.3	5.5
6ヶ月～1年	8.7	6.7	5	4.3	10.31
1年～5年	28	26.16	25.5	26.25	26.98
5年～10年	14.5	16.3	15.4	13.66	17.46
10年～20年	12.9	17.2	18.1	13.3	15.07
20年以上	13.4	19	29.8	15.1	24.6

表4 退院可能性の割合（先行調査より）

退院可能性	全国	全国（F20）	当院（ニーズ）
現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能	9	6.5	26.97
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能	5.8	4.2	11.5
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	45.6	44.3	21.9
状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし	39.6	45	39.56

可能」、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能」の割合が高くなっている。

また、表5は家族・友人の支援の割合を表したものであるが、山梨県では同様の調査項目がないが、将来への考えとして「地域での暮らし」を希望する家族が12.9%、「グループホーム・ケアホーム・アパート等」を希望する家族が12.4%だったのに対して、「今の施設等での生活」を希望する家族が66.3%と過半数以上を占めていた。だが、当院では支援が「得られない」と

回答した割合が低く、「ほぼ毎日のADL・IADLの支援」と回答した割合が高くなっている。ただ、このことに関連して図2は平成20年度、当院家族会の参加者数の推移を表したものであるが、少ない月で4名、多い月で17名であり、入院に比べ外来家族の参加が多い傾向が見てとれる。また、図3は参加者の続柄別割合を表したものであるが、外来家族の参加が多いことが影響して、母の割合が一番高く、それに父、兄が続いていた。精神科病院協会（2003）¹⁰の実施した調査では、入院患者の入院直前の住居

表5 家族・友人の支援の割合（先行調査より）

家族・友人の支援	全国	全国（F20）	1年未満	1年以上	5年以上	10年以上	当院（ニーズ）
得られない	40.9	44.9	24.4	50.5	54.4	57.1	21.17
助言や精神的な支援	35.7	35.8	36.3	35.6	34	32.7	43
週数回のADL・IADLの支援	7.3	5.6	10.3	4.3	3.7	3.1	10
ほぼ毎日のADL・IADLの支援	10.4	9.3	20.7	6.3	4.9	4.2	20
終日のADLやIADLの支援・見守り	5.8	4.3	8.3	3.3	3	3	6

家族会 参加者数

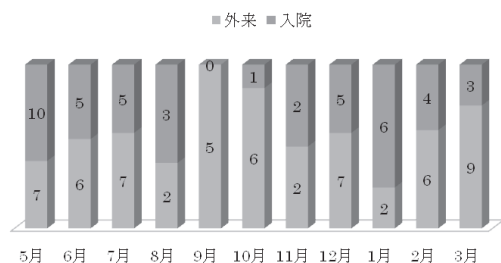


図2 平成20年度 当院家族会参加者数の推移

家族会 参加者（続柄別）

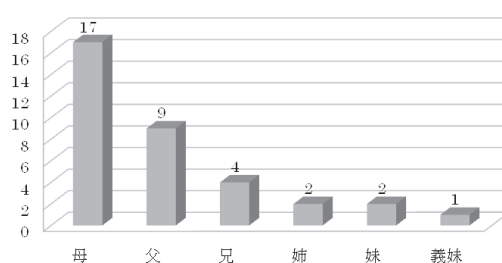


図3 平成20年度 当院家族会参加者 続柄別割合

として68.8%が「家族と同居」であり、家族・親戚や親しい友人等による面会の頻度は「ほとんどない」が30.3%であり、退院した場合に家族や友人等から得られる支援の程度では、「得られない」が36.7%、「助言や精神的な支援のみ」が36.9%を占めていた。また、南山（2006）¹¹⁾は全国精神障害者家族会連合会が実施した調査結果を分析し、きょうだいがケアを継続してくれる予定のある場合で入院の場合、5年以上の長期入院者の割合が最も高く、6割以上が退院は現実的に困難としており、その割合は親世代・配偶者よりも顕著に多いことを指摘している。だが、当院では上記の通り家族や友人の支援が「得られない」と回答した割合が少なく、「ほぼ毎日のADL・IADLの支援」と回答した割合が高いが、実際に病院を訪ねる家族会への参加者数は少なく、その中でも入院者の家族、「きょうだい」の参加が少ない状況である。

そこで、本稿では①基本属性等においてアルコール依存症者の影響が考えられる為、比較検討を行う上で、アルコール専門病棟の入院者を除く、平成20年4月1日時点における入院者の基本属性等を調査し、②平成21年3月31日までの1年間の退院状況を調べ、キーパーソン等の家族状況に焦点を当て、退院をした者と入院を継続している者との比較等から、精神科入院者への退院支援について検討したい。

II. 実践結果

表6は表2の診断名別割合に平成20年4月分を加えたものであるが、アルコール専門病棟を除いた平成20年4月1日現在の入院者の診断名別割合を見ると、F1（精神作用物質による精神及び行動の障害）の割合が低くF2（統合失調症）の割合が高くなっており、山梨県の割合に近い結果になっている。

次に、表7は表2の年齢別割合に平成20年4月分を加えたものであるが、平均年齢が59.8歳とアルコール専門病棟を含む当院の先行調査と同じ結果になっているが、全国、山梨県に比べ30歳未満、30～40歳未満、70歳以上の割合が低く、40～50歳未満、50～60歳未満の割合が高くなっている。

そして、表8は表3の入院期間別割合に平成20年4月分を加えたものであるが、入院期間の平均は3470日であり、アルコール専門病棟を除いたことで6ヶ月未満の割合が低く、10年以上20年未満、20年以上の割合が高くなっている。

次に、平成20年4月1日現在、アルコール専門病棟を除く全ての入院者（258名）を、その後の1年間で転院した者（以下、転院者）、転院以外の理由で退院した者（退院者）、退院しなかった者（入院継続者）に分け、分析することにする。258名の入院者のうち、転院者22名、

表6 診断名別割合（平成20年4月を含む）

診断名	全国	山梨県	当院（ニューズ、入院）	当院（H20、4～）
F 0	20	4.7	3.26	2.33
F 1	4.8	2.7	10.14	3.11
F 2	61.95	83.1	78.62	83.65
F 3	6.4	4.2	3.26	5.05
F 4	1.3	0	0.72	0.77
F 5	0.2	0	0	0.38
F 6	0.7	0	0	0
F 7	3.1	3.4	0.72	0.38
F 8	0.2	0	0.36	0.38
F 90-98	0.1	0	0	0
F 99	0	0.248	0	0
G 4	1	1.48	2.9	3.5

表7 年齢別割合（平成20年4月を含む）

年齢	全国	全国（F20）	山梨県	当院（アンケート）	当院（H20. 4～）
30歳未満	3.68	3.647	1.7	2.38	0.84
30～40歳未満	6.96	8.089	3.5	1.58	1.68
40～50歳未満	10.3	12.18	9.2	6.34	13.44
50～60歳未満	23.48	28.65	24.8	37.3	36.13
60～70歳未満	25.6	28.74	30.5	40.47	30.49
70歳以上	29.92	18.66	30.3	11.9	8.4

表8 入院期間別割合（平成20年4月を含む）

入院期間	全国	全国（F20）	山梨県	当院（ニーズ）	当院（H20. 4～）
6ヶ月未満	22.4	14.66	6.2	27.3	5.88
6ヶ月以上1年未満	8.7	6.7	5	4.3	5.88
1年以上5年未満	28	26.16	25.5	26.25	26.05
5年以上10年未満	14.5	16.3	15.4	13.66	17.64
10年以上20年未満	12.9	17.2	18.1	13.3	21.84
20年以上	13.4	19	29.8	15.1	22.68

退院者57名（22%）、入院継続者179名（69%）であった。

表9は診断名別割合、年齢別割合をそれぞれ表したものであるが、入院継続者ではF2（統合失調症）の割合が9割を超え、年齢では50～60歳未満、60～70歳未満に集中しており、転院者ではF0（症状性を含む器質性精神障害）の割合が他に比べ高く、年齢も70歳以上の割合が5割を超えている。また、退院者では診断名は

F3（気分障害）、F1（精神作用物質による精神及び行動の障害）の割合、年齢は30～40歳未満、40～50歳未満の割合が他に比べそれぞれ高くなっており、平均年齢を算出した所、転院者68.7歳、入院継続者60.8歳、退院者53.4歳となっており、年齢が高くなるほど退院の可能性は低く、逆に転院の可能性が高くなることが推察される。

次に、表10は入院日数別割合、入院回数別割

表9 診断名別、年齢別割合（継続、転院、退院）

診断名	継続	転院	退院
F0	1.11	18.18	0
F1	1.11	4.54	10.52
F2	91.62	59.09	68.42
F3	2.23	4.54	14.03
F4	0	0	3.5
F5	0	0	1.75
F6	0	0	0
F7	0.55	0	0
F8	0.55	0	0
F90-98	0	0	0
F99	0	0	0
G4	2.79	13.63	1.75

年齢	継続	転院	退院
30歳未満	0.55	0	8.77
30～40歳未満	1.67	4.54	17.54
40～50歳未満	8.93	0	15.78
50～60歳未満	33.51	18.18	14.03
60～70歳未満	35.75	18.18	22.8
70歳以上	19.55	59.09	21.05
平均	60.8歳	68.7歳	53.4歳

表10 入院日数別、入院回数別割合（継続、転院、退院）

入院日数	継続	転院	退院
6ヶ月未満	6.14	13.63	61.4
6ヶ月～1年	5.58	9.09	15.78
1年～5年	30.72	40.9	12.28
5年～10年	17.87	9.09	3.5
10年～20年	17.87	18.18	3.5
20年以上	21.78	9.09	3.5
平均	4324.3日	2380.3日	974.1日

入院回数	継続	転院	退院
1回	14.52	13.63	35.08
2～10回	73.74	72.72	50.87
10～20回	8.93	13.63	14.03
20回以上	2.79	0	0
平均	5.19回	5.5回	4.44回

合をそれぞれ表したものであるが、入院日数では退院者では6ヶ月未満が6割を占め、6ヶ月以上1年未満、1年以上5年未満を足した入院日数、5年未満で9割近くが退院している。また、入院継続者、転院者では共に1年以上5年未満の割合が高いものの、入院継続者では1年未満の割合が低く、5年以上の割合が5割を超えている一方で、転院者では10年以上20年未満と6ヶ月未満で他に比べ高い割合を示している。また、平均入院日数を算出した所、入院継続者4324.3日、転院者2830.8日、退院者974.1日となっている。そして、入院回数では入院継続者、転院者、退院者共に2～10回の割合が高く、退院者では入院継続者、転院者に比べその割合は低く、逆に1回の割合が高くなっていることから、転院も含め入退院を繰り返すことで退院は難しくなり、入院期間が5年を超えると入院継続か、転院になる可能性が高くなることが推察される。

次に、表11は初回入院日数別割合、入院前住居別割合をそれぞれ表したものであるが、初回

入院日数では入院継続者、転院者、退院者共に6ヶ月未満、6ヶ月以上1年未満を足した初回入院日数1年未満の割合がそれぞれ6割を超え、退院者では9割を超えているが、入院継続者、転院者では1年以上で多くの割合を示し、20年を超える者も含まれている。また、平均の初回入院日数を算出した所、入院継続者1651.2日、転院者1799.4日、退院者300.5日となっている。そして、入院前住居では入院継続者、退院者では家族と同居が5割を超え、退院者ではそれに一人暮らしが続き、入院継続者では病院が続いているが、転院者では病院が7割を超えていることから、初回入院では多くが1年未満で退院するものの、初回から長期入院、又は入退院を繰り返すことで退院が困難になっていることが推察される。

次に、表12はキーパーソンの続柄別割合、退院者57名の退院先別割合をそれぞれ表したものであるが、キーパーソンの続柄では退院者は割合の高い順で父、夫、兄となっているが、入院継続者では兄、母、姉、転院者では兄、姉、娘

表11 初回入院日数別、入院前住居別割合（継続、転院、退院）

初回入院日数	継続	転院	退院
6ヶ月未満	45.81	31.81	66.66
6ヶ月～1年	19.55	31.81	24.56
1年～5年	15.08	18.18	5.26
5年～10年	5.02	0	1.75
10年～20年	6.14	9.09	1.75
20年以上	8.37	9.09	0
平均	1651.2日	1799.4日	300.5日

入院前住居	継続	転院	退院
家族と同居	50.83	13.63	61.4
一人暮らし	7.82	0	22.8
病院	37.98	77.27	5.26
援護寮	0.55	0	3.5
その他	2.79	9.09	7.01

表12 キーパーソンの続柄別割合、退院先別割合（退院者）

キーパーソン	継続	転院	退院	退院先	全国	全国（F20）	当院
母	12.84	4.54	8.77	自宅(家族と同居)	65.8	69.2	52.63(30名)
父	6.14	9.09	21.05	自宅(単身・入院前同)	12.1	12.3	8.77(5名)
夫	2.79	4.54	15.78	自宅(単身・新たに借りて)	4.8	4.6	12.28(7名)
妻	2.23	0	5.26	ケアホーム	1.1	0.9	0
兄	29.6	22.72	10.52	グループホーム	3.4	3.7	1.75(1名)
姉	10.82	18.18	8.77	地域移行型ホーム	0.1	0	0
妹	7.26	9.09	5.26	退院支援施設	0.3	0	0
弟	10.61	9.09	1.75	従来型社会復帰施設	2.1	4.3	8.77(5名)
息子	3.35	9.09	8.77	介護老人保健施設	3.8	0.6	3.5(2名)
娘	0.55	13.63	3.5	介護老人福祉施設	1.8	0.3	0
甥	3.35	0	0	社会福祉施設	2	1.8	8.77(5名)
市役所	2.23	0	3.5	その他	2.7	2.2	3.5(2名)
その他	8.93	0	7				

となっており、退院者は夫や妻といった配偶者の割合が高く、退院者から入院継続者、転院者へと親世代からきょうだい世代、そして子供世代へと世代交代が行われていることが推察される。また、退院者の退院先では自宅への割合が他に比べ高く、それに自宅（単身・新たに借りて）が続き、次は自宅（単身・入院前同）、従来型社会復帰施設（当院の場合、援護寮）、社会福祉施設（当院の場合、養護老人ホーム3名、軽費老人ホーム2名）が同数で並んでいる。先行調査である全国調査は1ヶ月間の退院状況の結果であるが、当院は自宅（家族と同居）、自

宅（単身・入院前同）の割合が低い一方で、自宅（単身・新たに借りて）、従来型社会復帰施設、社会福祉施設の割合が高い傾向がみられる。

そして、表13は退院者の退院までの期間別割合、退院後のサポート別割合をそれぞれ表したものであるが、退院者の退院までの期間は6ヶ月未満、6ヶ月～1年未満を足した入院期間1年未満で6割を超え、それに1年以上5年未満が続いており、全国調査では1年未満の入院期間が8割を超えているのに比べ、1年以上5年未満の割合が高く、6ヶ月未満が低い一方で6ヶ月以上1年未満の割合が高い傾向がみられる。

表13 退院までの期間別、退院後のサポート別割合（退院者）

退院までの期間	全国	全国（F20）	当院	サポート	家族と同居	単身
6ヶ月未満	75.1	67.75	42.1	訪問看護	9名	7名
6ヶ月～1年	10.46	11.08	22.8	ナイトケア	0名	6名
1年～5年	8.93	12.34	24.56	作業療法	3名	1名
5年～10年	1.95	2.51	3.5	保健師	2名	1名
10年～20年	1.27	2.51	3.5	デイケア	3名	0名
20年以上	2.21	3.77	3.5	デイサービス	0名	1名
				作業所	1名	0名
				ヘルパー	0名	1名
				包括支援センター	0名	1名
				社会福祉協議会	0名	1名
				カウンセリング	1名	0名

また、退院後のサポート別割合を家族と同居、単身別に見ていくと、家族と同居、単身共に訪問看護を受けており、家族と同居では作業療法やデイケアを日中利用し、単身では夕方からナイトケアを利用していることが分かる。

以上の結果をまとめると、以下のように指摘することができる。入院継続者は50代から70代の統合失調症者で、初回入院から20年を超える入院をしている者がいる一方で、多くは1年未満で退院しているが、家族との同居から当院への入退院、又は身体疾患の治療の為に一般科への転入院を繰り返すうちに、キーパーソンの世代交代を経て、入院が長期化している。また、転院者は70代で、認知症者が含まれ、入院継続者同様に初回入院から20年を超える入院をしている者がいる一方で、多くは1年未満で退院しているが、入院継続者とは異なり、短期間で一般科への転入院を繰り返しており、キーパーソンの世代交代が入院継続者以上に進んでいる。そして、退院者は30代から50代で、気分障害、アルコール依存症者が含まれ、初回入院は1年未満で、家族と同居、一人暮らしから入院し、入退院をその後経験するものの、キーパーソンの世代交代は他に比べ進んでおらず、入院回数も少なく、多くが5年未満で退院している。また、退院後は多くが家族と同居し、訪問看護を受け、作業療法やデイケアを日中利用しながら生活するか、多くが1年未満の入院期間ではあるものの、当院の特徴として5年未満の入院期間の者も新たにアパートを借り、訪問看護を受け、夕方からナイトケアを利用したり、援護寮や老人ホーム等の施設を利用したりしていることが分かる。

Ⅲ. 考察

全国調査の結果を踏まえ、山角(2009)¹²⁾は地域移行対策を考える上で①精神科病院に現在入院している長期在院者をいかに地域に移行させ、②新たに長期在院者を生み出さないための対策を行い、③精神科病院に入院している認知

症を中心とする器質性精神障害者に関する論議が必要であると指摘しているが、当院における調査結果も同様の指摘をすることができる。調査結果から見えてきたこととして、状態像、状況等により退院支援において求められるものは異なっており、一括りに退院支援を検討することはできない。だが、共通しているものとして今後の生活、人生をどうマネジメントしていくのかといったケアマネジメントの視点が必要であり、入院の段階から今後を見据えたマネジメントを行い、退院後も継続して支援していく、その一連のプロセスが重要であることが指摘できる。そして、退院支援を進める上で問題となるキーパーソンについては、キーパーソンがいる場合はどう支えていくのかを検討するものの、キーパーソンがいない場合、キーパーソンからの支援が難しい場合、又はキーパーソンがいる場合であっても、キーパーソンの支援を前提としない地域生活を検討していくことが必要である。当院において、地域の不動産業者、大家等の協力からアパートへの退院が進んだが、キーパーソンの支援を前提としないということは本人、本人を取り巻く環境の持っているストレングス¹³⁾を本人と一緒に見つけ、引き出し、育て、活用していくことだと云える。

注

- 1) 鷺田清一：嘸みきれない想い，2009，角川学芸出版，pp.76-77.
- 2) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>. なお、検討会に関しては雑誌『精神医療』55号において、「精神保健・医療・福祉改革のゆくえ」と題した特集が組まれている。
- 3) 住吉病院退院促進委員会：退院についてのアンケート調査報告書，2007.
- 4) 芦沢茂喜：精神科長期入院者への退院支援—ソーシャルワーカーの立場から、退院準

- 備プログラムの実践を通して一、医療社会福祉研究. 16；2008, 101-110.
- 5) 芦沢茂喜：精神科病院における退院支援—実践結果と今後の課題—。医療社会福祉研究, 17；2009, 55-63.
 - 6) 調査結果報告（速報）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-6b.pdf> 及び調査結果報告（詳細）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-7g.pdf> を参照。なお、山角駿：長期在院者の現状と地域移行への条件。精神科臨床サービス, 9；2009, pp.334-339. でも報告されている。
 - 7) <http://www.pref.yamanashi.jp/shogai-fks/jiritsushien-kyougikai.html> を参照。
 - 8) 住吉病院ニーズ調査委員会：法人障がい者ニーズ調査2008報告書, 2009.
 - 9) ICD-10（国際疾病分類第10版）に基づく。F 0 症状性を含む器質性精神障害、F 1 精神作用物質による精神及び行動の障害、F 2 統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害、F 3 気分（感情）障害、F 4 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害、F 5 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群、F 6 成人の人格・行動の障害、F 7 精神遅滞、F 8 心理的発達の障害、F 90-98 小児期・青年期に発症する行動・情緒の障害、F 99 特定不能の精神障害、G 4 てんかん
 - 10) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1111-2a.html> を参照。平成15年3月24日から30日の間、無作為に抽出した全国の在院及び外来通院の精神障害者、精神障害者社会復帰施設に入所中の利用者全員を調査対象に、本人と主治医に対し質問紙法による調査を実施している。
 - 11) 南山浩二：精神障害者一家族の相互関係とストレス, 2006, ミネルヴァ書房。
 - 12) 前掲7
 - 13) 白澤政和：ストレングスマodelのケアマネジメント—いかに本人の意欲・能力・抱負を高めていくか—, 2009, ミネルヴァ書房。Charles Anthony Rapp, Richard Joseph Goscha, The Strengths Model-Case Management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition, Oxford University Press, 2006, 田中英樹監訳, ストレングスマodel 精神障害者のためのケースマネジメント [第2版], 金剛出版, 2008. など。

〔実践報告〕

高次脳機能障害者の受傷から 社会参加へのプロセスに関する研究 —頭部外傷者へのインタビュー調査より—

瀧澤 学*

Key words : 高次脳機能障害, 頭部外傷, 気づき, 修正版グラウンデッドセオリー

I. はじめに

高次脳機能障害者支援に関しては、高次脳機能障害支援モデル事業、高次脳機能障害支援普及事業を通じてそのノウハウの蓄積がなされてきた。また、受傷後には医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、職業リハビリテーションが連携した支援を行い、当事者の社会参加に至るまでの支援体制が整備されつつある。

ところで、高次脳機能障害者の受傷・発症から社会参加にいたるプロセスでは、見えづらく分かりづらいとされる高次脳機能障害への気づきや、高次脳機能障害によってもたらされる生活障害に対して環境調整や補助的代償手段を用いて適応的な行動を身につけることが肝要とされる¹⁾。そのプロセスの中で、当事者はどのようなことを慮りつつ様々な課題を乗り越えてきているのであろうか。本報告では、頭部外傷者へのインタビュー調査を元に、当事者の受傷から社会参加に至るプロセスにおける体験や内面的変化に着目した分析結果について述べる。

II. 研究方法

調査対象および方法について、高次脳機能障害の診断を受けており、現在またはインタビュー直近の一年以内に就労（一般就労、障害者雇用、パート、アルバイトを含む）を経験している方7名（平均年齢28.8歳、平均受傷年齢19.2歳、男性3名女性4名、受傷原因は頭部外傷、全員障害者手帳（精神6名、身体1名）所持）に半構造化したインタビュー調査を行った。インタビューについては本人の同意に基づきICレコーダーに録音して、それを逐語録にした。さらに、インタビュー内容については、M-GTA（修正版グラウンデッドセオリー）によって分析を行った。インタビューについては、筆者と社会福祉士の資格を有している高次脳機能障害者を対象とした地域作業所に従事している職員にて行った。また、分析についても高次脳機能障害相談支援コーディネーター2名が関わり、結果が恣意的にならないよう中立性、客観性を保っていることの確認を行いつつ進めた。

インタビュー時間は58分から88分、合計6時間40分。逐語録は13,444字から25,480字、合計146,616字。生成されたコードは25、カテゴリー

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

は8、コアカテゴリー3となり、廃止とした概念に関しては、本研究と関連がないことを確認した後に処理を行った。なお、文中の『 』はカテゴリー、「(太字、斜体)」は当事者の語りを引用している。

Ⅲ. 結果

インタビューの結果より、生成された概念を『高次脳機能障害がある生活』と名付け、それは『生活しづらさとのつきあい方』『自分に合った生活』『誰かに頼ることへの是非』のコアカテゴリーから構成されていた。当事者は、『生活しづらさとのつきあい方』の中で、高次脳機能障害によってもたらされる様々な症状に対して、「察する」「考える」「対応する」「受けとめる」を行っていた。また、それらは順序に沿って行われるものではなく、『自分に合った生活』である日常生活、通院、通所、就労など様々な場面で現れ、自己と環境との間の相互作用の中で見られた生活しづらさを体験として咀嚼する過程の中で行なわれていた。

当事者は生活しづらさに向き合う中で、他者に相談することで「自身の負担感が減少する」「事象が解決に向かう」「他者からの学びがあった」旨が語られていた。他方、相談することで他者に迷惑や負担をかけてしまうことに配慮し

てあえて相談しない場合や、自己決定を所望する場合があるとの語りもあり、それらが『誰かに寄りかかることへの是非』であると考えた。

なお、ここでは高次脳機能障害に伴う生活障害について「生活しづらさ」と記した。高次脳機能障害の診断評価は、一般的に画像診断や神経心理学的検査及び行動観察によって行われるが、実際の評価場面では病院や施設内という評価環境等の制限があり、能力評価のレベルに留まってしまう。ところで、本調査では当事者の語りに立脚した生活障害と、それに伴う当事者の思いについての概念化を試みたが、そこで語られたものは当事者の実体験に基づいた生活場面での「行いにくさ、出来づらさ」とそれらへの戸惑い等であった。「生活しづらさ」については、以前より精神障害者の生活障害を社会との接触状態を含ませつつ検討する際に用いられた言葉であるが²⁾、今回は実体験に基づいた生活場面での出来づらさという視点から「生活しづらさ」を用いた。

1. 生活しづらさとのつきあい方

(1) 日常生活の中で察する生活しづらさ

今回の調査では、当事者が事故後の生活を覚えている時点としては受傷から1～2ヶ月後の入院中の出来事を語る方が多かった。その後、入院や地域生活を送る中で徐々に受傷による影

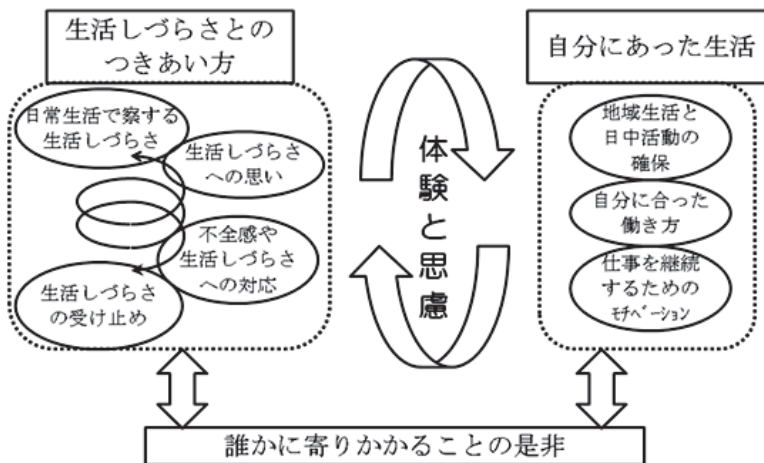


図1 「高次脳機能障害がある生活」の概念図

響に気づいて行くことになり、『苦手なことがあることへの気づき』を感じていた。

自身の不得手な面に気づいた語りとして、対人場面で「ちゃんと聞かれたことに答えられるかどうか分からない」「言葉が出てきづらいというのがあるし C-20」、仕事等の中での注意障害として「やっぱり不注意というんですかね、見逃しちゃう A-18」、復学したあとで「ゼミで、最後自分の意見を言わないといけないんですよ。自分の意見が出てこないんですね。それで、うまくまとめられないというんですか。E-6」、疲労の面では「けがしてから、もう授業も、多分、夜間コースもあるんで9時までの授業とかあるんですけど。もう書くのもやっとなんですね。もう字がすごい汚くなってしまったんですけど、書くのもやっとなんで、もう書いていられなくなって。E-4」「疲れてくるとすぐ、癩癩じゃないけど、足が右足だけすごく震えたりするし。疲れが出てくると、言葉が出てこない。C-2」等が語られていた。

(2) 生活しづらさへの思い

高次脳機能障害に伴う生活しづらさを察し始めた当事者は、自分に障害があることに気づきつつあるが、障害に関する具体的な基準や尺度が存在するわけではない。よって、「覚えづらい、それは言われて、誰でもあることかなと思った D-3」「自分の記憶とかそういったものというのは、分かってるっていうふうには口では言っても、多分頭のどこかでは思いたくないというのが多分あったと思うんで。A-6」といった『障害はあるが、他人と違わない』と考える方がいる。

また、当事者が生活しづらさを自覚させる、気づくことはリスクを伴うことである。それは、生活の中で様々な困難を抱えている当事者は『出来ないことでの戸惑い』を感じつつ過ごしていることと言える。「記憶がなくて、そのとき初めて。学科の試験というのがあって、ああ、全然覚えられないっていうのに気が付いて。そのショックが一番最初のうつだったかなあ。

G-4)のように、自分の出来づらさに気づくという作業は、落ち込みや抑うつ状態を招きかねない事態であることを支援者は十分に理解することが必要である。また、生活の中で様々な戸惑いを感じることで、「(学校のみんなが)受け入れてくれるかなという思う面も。こんなになってしまった自分を受け入れてくれるかなという。E-10」にあるように以前と異なる自分を職場や学校が受け入れてくれるのかという『元の生活に戻ることに不安』を抱く場合もある。

(3) 不安全感や生活しづらさへの対応

当事者は、高次脳機能障害への戸惑いや不安を抱きつつも、継続していく生活の中で様々な方策を模索しつつ対応方法を身につけていく。一般的には生活環境の構造化や補助的代償手段の活用が有効とされており、語りからもメモやスケジュール帳の活用が有効である旨が聞かれた。

また、「バイトの方がやっていたんで。あ、そうやってやればいいんだみたいな。1つパケットぞみみたいな(笑)。E-16」、のように周囲の人の行動をヒントにして行動することで『他者をまねることで獲得していく適応力』を身につける方法がある。あるいは、分からないことや忘れてしまったことを「お客さんに『すいませんちょっとお値段確認して参ります』って、(自分は覚えていないから)店長さんとか、ほかのスタッフにすぐ聞いてちゃいますけれど。C-3」と『他人に尋ねることで補う』ことも有効な手段である。さらに、任された業務内容が当初はこなすことができなくても、「反復というのはやっぱり、大切なことなのかなって。だから、ある意味1回失敗したからってあきらめるのは、すごいよくないことだなって。A-19」にあるように『繰り返す事で覚えていく』ことによって仕事を覚える過程が必要となる。

これらより、当事者が補助的代償手段の活用や周囲の行動からヒントを得る、分からないことは他人に尋ねる、作業を繰り返す中で覚える等によって、日常生活や仕事を通して生活しづ

らさへの対応をしながら適応的に生活している面が垣間見える。

(4) 生活しづらさの受けとめ

生活しづらさを抱えた当事者は、自分なりに『出来ないことの受けとめ』を行い、出来づらいことがあることを理解しつつ生活の再構築を試みる場合がある。その上で自分がコントロールできることと難しいことを踏まえて、今できることに取り組んでいくという気持ちになる方もいる。

しかし、そのように生活障害がありつつも前向きに捉えられる方ばかりではなく、「**今までの苦労は何だったんだって、ものすごく思いました。うん。だから、レールに乗せてくれるわけなんですけども、今までの自分の道から大きく外れるわけなんですよ。決められちゃっているルートに乗らないといけないという。考える余地もなく決められているという。もうそれは、大体ある程度（自分の道を）思い描くじゃないですか。で、事故を受けているから、なおさら思い描くんですよ、なんで。それを、レールを違われてしまうと。E-20**」が示すように仕事、生活などに抱いていた目標が崩れ、異なったレールに乗ることを余儀なくされた『違えてしまった人生のレール』と感じる語りもあった。

2. 今の自分に合った生活

(1) 地域生活と日中活動の確保

医療機関から退院した後、自宅で静養するが整った日課がないために、生活リズムが崩れてしまう方がいる。また時間経過の中で退職や退学することとなり、日中活動に参加する場所がない場合、当事者は社会参加する場所を模索することとなる。そのような中で、就労できるまでの回復に達しておらず、「**日常的な日課を作らないと、やっぱり、家の中で閉じこもってたら、（中略）引きこもりと変わらないんで。A-9**」**「退院して、就職願望がすごいあったんですけど、親はこんな調子じゃ社会に出せないということで、取りあえず作業所から社会を学**

んで、社会へ出なさいっていうことで作業所に行かされたというか、行ったというか。」のように作業所や通所施設等の福祉サービスを活用する事で社会参加への道を模索する場合がある。

(2) 自分に合った働き方

就労において『周囲の障害理解がない中での仕事』をしたとき、不満を言われる、能力以上の事を要求されるなどが生じる事がある。また、周囲の理解がない状況の中で、体力や能力面でも『自分の適正を越えた仕事』を継続することによって、自分自身が疲弊してしまう状況に陥ることもある。しかし、それらを踏まえた上で、就労時間を体力や集中力が持続して仕事が出来て、疲労感が残らない様に『出来る範囲での就労』を設定することも必要となる。

さらに、自分の得手不得手や『障害を周囲の人に伝えていく』ことで、自分の事を理解してもらい努力をしている方もいる。それらによって、失敗しても怒られない、配慮してくれる環境である『周囲の理解があって継続できる仕事や生活』を得ることが出来る。

(3) 仕事を継続していくためのモチベーション

就労への動機やモチベーションについて、「**うーん。働くっていうより、やっぱり働いたら給料は出るというか、それでもう自分の好きなものを親に何も言われなくて、取りあえず何か自分の好きなように使いたいっていう、そっちの気持ちのほうが大きかったかもしれないですね。F-7**」のように、自分で働いた賃金で生活をしていく、欲しいものを購入することが重要な位置を占める『生きていくために必要となるお金を得るための仕事』という考え方が存在していた。また、親と同居をしている現実に対して、「**親元ならね。何か私とか何とか思っちゃうんですけど、親元にいたくないんですよ。G-15**」と、息苦しさや独り立ちが出来ないもどかしさを感じている。それでは単身生活が出来るのかと言えば、すぐに実現できる訳ではないかも知れない。しかし、当事者が単身生活をすることを一

つの目標としていることも事実であろう。また、好きな事をやっていることを実感する、自分の仕事で成果物という形になった時などの『仕事での充実感』をモチベーションにしつつ、仕事を継続している場合もあった。

3. 誰かに寄りかかることの是非

当事者は、受傷・発症から生活しづらさの気づきや受けとめ、そして福祉サービスの活用や就労といった社会参加にいたるプロセスにおいて、様々なことを思案しつつ歩みを進めている。そのような中で、当事者は他者に相談することにどのような思いを抱いているのであろう。まず、「**同じ境遇の人にいろいろ話をする、同じ境遇同士というのかな、話をするというのは、ためになることだし A-15**」「**やっぱり自分で全部抱え込んだら、本当に何ていうんだろう。めいってきちゃうんで。私はもうその上司の方と同じ職場内の人に友達というか、言える相手をつくって、上司の方が忙しかったら、そっちのおばちゃんのほうに、『きょう、こんなことあった。言われた』って言ってます。別に、うちの親と同じぐらいです。話しやすいといえど話しやすいんで。F-14**」と、『家族や関係者からの支え』で様々な生活課題を乗り越えてきている場合があった。当事者の支えになる相談相手は、当事者同士、同僚、専門職など多岐にわたっており、それを選択するのは当事者である。そして、誰かに相談することによって、今後の生活設計の参考とする、悩み事の解決策のヒントにすることが出来ている。

他方、「**本当はもっと言えばいいんだけど、隠しちゃう。そのへんは、ちゃんとした答えが分からないけど、人に気を遣いすぎる。親になんか気を遣わせるのも嫌だし、友達に言って友達に気を遣わせるのも嫌だし、みたい。人が多分自分のためにつらくなる、そういうのがあんまり好きじゃない。C-21**」にあるように、人に頼ることはできない、自分の内面を話したくない、聞くほうも疲れるだろうから他者に相談することはしたくない、といった『誰かに頼

ることへの抵抗感』を感じるものもいる。

IV. 考察

1. 当事者の高次脳機能障害への気づきから受け止め

当事者は、入院生活や退院後の日常生活で事故等の影響で生活しづらさが生じていることに気づいていた。その気づきは、身体障害については比較的分かりやすいようだが、認知面での出来づらさに気づくには時間がかかるとともに、落ち込みや抑うつ状態に陥ることも語られていた。

当事者が高次脳機能障害と向き合いつつ生活するためには気づきが重要であることは多くの論者が述べている。当事者の生活しづらさへの気づきであるが、本調査からは生活や学校、仕事など生活の中で自身の生活しづらさに気づいていく様子が語られており、生活の中の文脈に基づいて自分の出来ないことに気づいていくと考えられる。つまり、支援者が高次脳機能障害などについて説明を行ったとしても、当事者の気づきに繋がり難く、より生活場面に根ざした当事者の具体的な事象や認識に基づいた助言を行う必要があることを示唆している。

さらに、当事者は障害に気づいたことに対して『障害はあるが他人と違うとは思いたくない』『出来ないことへの不安』『元の生活に戻ることへの不安』『失敗することで見つめられた現実』を抱いている。ここでは、当事者の自身に障害があることへの否定、今後の生活への不安を感じていることが分かる。それらの不安について、他人に相談することでその負担感が軽減されていることが述べられている。よって、当事者が抱える高次脳機能障害への不安について、相談できて助言を受けることが出来る体制を整備する事は重要と言える。

他方『誰かに寄りかかることの是非』では、誰かに相談することの重要性とは対峙する形で『他者に迷惑がかかるから相談したくない』との思いを抱いていることが語られ、自分を支え

てくれる家族や友人、支援者に対して、迷惑をかけてはいけないと気遣いをしている側面が明らかになった。つまり、当事者が困り事や悩み事を言わないから困っていない、悩んでいないわけではなく、関係者は当事者が生活しづらさに対して多くの不安や悩みを抱えていることを前提に、対応や見守りを行う事が肝要と思われる。また、そのような当事者と共に生活する家族にもストレスが生じていることは容易に想像でき、家族の負担軽減に繋がるファミリーサポートも不可欠であろう。

また、生活の中で感じる生活しづらさに対して、『代償手段の活用』『他者をまねる』『分からないことを尋ねる』『繰り返す事で覚える』

によって対応方法を身につけている。病院などでのリハビリテーションの中では、補助的代償手段としてメモリーノートやスケジュール帳の活用方法について支援が行われている。本調査でインタビューを行った方々も、高次脳機能障害支援拠点機関を利用した方が含まれており、これらの手法については支援を受けているはずであるが、当事者の語りからはそれらのリハが参考になったとのものは少なかった。しかし、それは病院でのリハビリテーションの必要性を否定するものではないと考える。むしろ、当事者は実生活の中で代償手段が役だったことを生活の文脈の中で理解しているのではないか。これは、生活しづらさに気づく際にも生活体験に

表1 「高次脳機能障害がある生活」の階層

コアカテゴリー	カテゴリー	コーディング
生活しづらさとのつきあい方	日常で察する生活しづらさ	てんかん発作への不安
		苦手なことがあることへの気づき
		受傷前と比べての変化
	生活しづらさへの思い	障害はあるが他人とは違わない
		出来ない事での戸惑い
		元の生活に戻ることの不安
		失敗をすることで見つめられた現実
	生活しづらさの受け止め	違えてしまった人生のレール
		できないことの受け止め
	不安全感や生活しづらさへの対応	繰り返すことで覚えていく仕事
		他者をまねる事で獲得していく適応力
		他人に尋ねることで補う覚えられないこと
代償手段の活用		
今の自分にあった生活	自分に合った働き方	周囲の理解があって継続できる仕事や生活
		周囲に伝えていった障害について
		できる範囲での就労
		周囲の理解がない中での仕事
	地域生活と日中活動の確保	自分の適正を超えた仕事
		無為に過ごすことの抵抗感
		福祉施設への違和感
	仕事を継続するためのモチベーション	独り立ちへの思い
		生きていくために必要となるお金を得るための仕事
		仕事で感じる充実感
誰かに寄りかかることの是非	誰かに寄りかかることの是非	誰かに頼ることへの抵抗感
		家族や関係者からの支え

根ざした場面で気づきが見られたことと共通している。クロッソンら³⁾は、気づきには「知的気づき、体験的気づき、予測的気づき」が階層化しているとしており、それぞれの気づきのレベルに応じたアプローチの重要性を指摘している。従って、単に気づきを促して代償手段の活用方法を支援するだけでなく、気づきの段階に即した、実生活に沿った形での支援が展開することが重要である。また、それらが当事者の補助的代償手段の有効活用、補助的代償手段活用への意欲、それを活用して適応的な生活を送ることが出来るか、に影響を及ぼしていると考えられる。

そのような背景の元で、当事者は高次脳機能障害によって生活しづらさが生じている現実との折り合いをつけようとしており、一般就労や今まで通りの生活を継続していくことが難しいことを認識することより『できないことの受け止め』を行っている。その反面、『違えてしまった人生のルール』で語られているものは、今までの仕事が継続できないことへの諦めきれない思いや、目指していた人生設計が大きく狂ってしまったことへの憤りである。自分が描いていたルールとは異なる人生を歩んでいくことを、自分自身の中で折り合いをつけるまでには様々な過程があることは想像できるが、その困難さは当事者のみにしか知り得ない。調査の中では「時間が解決した」「過去の自分と比較しても自分がつらいだけ」と語りがかかれた。あるいは「障害があるとは思っていません」と述べた方もおり、当事者は多様な形で自身の障害と折り合いをつけていると考えられる。

2. 社会生活の体験とそこで生じる生活しづらさへの思慮

本研究で概念化した『高次脳機能障害がある生活』では、日常生活や社会参加の中で当事者が地域生活、地域福祉サービスの活用、就労、就労継続等を送る中で、その生活の文脈の中で生活しづらさを感じ、それらを察する、考える、対応する、受け止める、のプロセスを経ながら、

高次脳機能障害がある生活にそれぞれ向き合った生活を送っていることがわかった。

ここで着目したい点は、生活や社会参加の場面がかわる事で、生活しづらさへの対応を再構築しているという点である。家庭、地域、福祉サービス、就労といった異なる場面では、それぞれで生じる課題や人間関係等も違ってくる。よって、『今の自分にあった生活』の場面がかわる毎に、そこで生じる『生活しづらさとのつきあい方』を「体験して思慮する」事を繰り返して、当事者は生活を営んでいると考えられる。よって、支援者側からは、場面が変化するごとに同じような悩みや課題を繰り返し抱える当事者をもどかしく感じるかもしれない。しかし、それを一つずつ消化していくことこそ、当事者が生活しづらさへの対応方法を身につけて生活していく上で、大切な「生きる糧」になるであろう。

3. 高次脳機能障害への否定と肯定

コアカテゴリーの『誰かに寄りかかることのは是非』やサブカテゴリーの『生活しづらさの受け止め』でも見られたが、当事者の語りを概念化する作業の中で、「障害の受け止めと否定」という背反する思いが述べていることに気づいた。これは表1「高次脳機能障害がある生活の階層」を見ても読み取れる。これについて、能智⁴⁾の研究を引用すると非常にわかりやすい(図2)。能智はインタビューから生成されたカテゴリーを頭部外傷「にもかかわらず」と「ゆえに」、「ライフ＝生涯」と「ライフ＝生活」の物語の2つという補助線を描くことで、頭部外傷者の自己の捉え直しの類型化を試みている。

ここで着眼したいのは、自己と頭部外傷を逆接の関係で結びつけて「頭部外傷にもかかわらず、自分は大丈夫なんだ(障害を否定して自分から排除する)」と捉え直すことと、「頭部外傷のゆえに、自分はこんなふうになりえるんだ(障害を自分に取り込みつつ肯定する)」と順接の関係のメッセージが含まれるということである。また、それらは「にもかかわらず」から「ゆえ

	頭部外傷にもかかわらず	頭部外傷ゆえに
ライフ＝生活 の物語	回復途上の自己	成長した自己
	今ここにいる 自己	プロテストする 自己
ライフ＝生涯 の物語	他よりもましな 自己	

図2 頭部外傷者における自己のとらえ直しの語り⁴⁾

に」という一方向への変化ではなく、双方が混在する形でレパトリーの広がりにつながる可能性があるとも述べられている。そして、当事者は時と場面に応じていずれかの語りつつ、自己を支えているとしている。

筆者は相談支援の実践の中で、当事者とともに障害者雇用での就労を検討していたが、翌日には一般枠での就労を希望するというように、当事者の概念や語り揺れることを体験している。その揺れを「高次能機能障害への否定と肯定」が混在する中から、場面や事象に応じて当事者が選択する中で生じたものであると解釈すると、当事者の語りの揺れを理解するが容易となる。また、当事者はそのような複眼的な捉え方をしなければ、自己の安定も図れないのではないか。当事者に対して、支援者や周囲が望む方向のみに方向に導くばかりではなく、当事者の思いや語りを十分に理解しつつ支援を展開する必要があることを再認することが大切となる。

V. おわりに

本研究を通じて、高次脳機能障害者の受傷から社会参加へのプロセスについて、当事者の語りに基づいた概念化を試みた。当事者は、実生活を通じて様々な高次脳機能障害によってもたらされる生活しづらさに気づき、その現実を否定する、不安に思いつつも、再び実生活を通して対応方法を身につけ、社会参加をしていることが分かった。また、気づきや対応方法の獲得

は、日常生活や就労等の社会参加を進める中で絶えず生じており、様々な生活体験をすることが当事者の適応力を向上させていく可能性があることも示された。ただ、気づくということは諸刃の剣であり、語りの中からも生活障害に気づくことで抑うつ状態に陥ることが述べられていた。当事者の落ち込みや不安を最小限に食い止め、適切な障害理や対応方法の獲得に繋がるように支援体制を整備する必要がある。

また、当事者が自分の悩みや困り感を第三者に相談することについては、「他人に迷惑をかけるので相談しない」場合があることが分かった。つまり周囲の者は、当事者が危機的なサインを出さないで困り事がないと判断することは性急であり、当事者と適度な距離を保ちつつ、課題が生じた際には介入が出来る体制を整えておくことが肝要となる。

また、当事者が様々な事象に戸惑い、時として確立されたと思われていた概念や生活設計が揺らぐ事がある。それは当事者の内面に「高次能機能障害ゆえに」と「高次能機能障害にもかかわらず」という背反する思いがあり、場面や事象によってそれらを使い分けることで自己の安定を保っているためと思われた。それらより、当事者の様々な思いや語りに十分に耳を傾け、当事者の内面や思いを理解しつつ支援を実践する必要があると考える。

本研究は、平成20年度神奈川県高次脳機能障害地域支援推進検討事業として行われた。

参考文献

- 1) 阿部順子編 (1999) 『脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション』中央法規.
- 2) 臺弘 (1984) 『生活療法の復権』精神医学, 26(8), p.803-814.
- 3) Bruce Crosson (1989) 『Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation』 J Head Trauma Rehabil, 4(3), p.46-54.
- 4) やまだようこ編 (2000) 『人生を物語る』ミネルヴァ書房, p.185-214.

A Research on the Process of Social Participation of the Persons with Higher Cortical Dysfunction

Gaku Takizawa

Kanagawa Rehabilitation Hospital Social Work Room

I investigated the interviews to the people with traumatic brain injury (TBI). The topics of the interviews are their experiences and inner changes after the accidents that accounted for TBI. We had seven interviewees, who had had work experience within the previous year. The result of the interviews was analyzed by method of grounded theory approach.

There generated three concepts from the analysis. The first is response to the barriers in daily life; second is the way of life that fitted them; third is whether they should depend on other people.

They realize the barriers they face in various aspects of life and have worries and negative feelings towards themselves for the failures in daily life. In time they figure out the ways to overcome the barriers through experience. Though they are capable of dealing with the problems, they tend to demonstrate depressive tendencies. They need our advice and support.

TBI patients often hesitate to seek advice from others because they don't like to bother people around them, though we have supporting staff with necessary knowledge about their mentality.

In addition, their self-perception is often wavering. They have contradictory feelings towards themselves: "Because I have TBI I have problems in life." and "Though I have TBI I have no problems in life." They use these two different self-perceptions to keep balance of their minds. It is important that we support them, making attentive hearing and understanding their situations.

編集後記

☆リーマンショックの後遺症が慢性化し、経済の低迷からの脱却がなかなか難しく、社会全体の不安定状態が続いている。

☆これらを反映して、雇用－就労難、リストラ、失業、ホームレス、生活保護受給者及び世帯の急増、凶悪犯罪の増加、依然として減少しない自殺者問題など枚挙にいとまがない。そのためか、我々を取り囲む生活問題は今のところ益々多様化、複合化、深刻化してきている。

☆医療をめぐる課題も政権交代で多少改善が期待されているが、現実には依然厳しく、予断を許さない状況にある。

☆こうした状況下で、いま改めて医療・保健領域のソーシャルワーカーの機能と役割が基本的なところから問い直され、多角的、総合的な省察と議論が不可欠である。

☆第18号は昨年度全国大会の炭谷茂氏の特別講演「排除からの人間回復」を掲載させて頂くことにした。また、今回は論文5編、実践報告2編を掲載することができ、あらためて会員のご協力に感謝したい。

☆書評についても会員からの推薦を含め、計画的に掲載していきたいと考えている。

☆査読を始め編集にかなりの時間を要したため発刊が遅れたことをお詫びします。

(編集委員会 岡本民夫、武田加代子)

「実践報告」投稿の呼びかけ

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

「実践報告」

- 目的：**主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったり、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。
- 内容：**医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるものならどんなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。
- 従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報
 - 例、高度脳機能障害患者・家族の生活困難の具体的状況
 - 外国人や中国からの帰国子女等へのソーシャルワーク援助事例
 - 虐待が疑われる児童患者ケースへの病院とソーシャルワークの対応事例
 - 制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について
 - 例、介護保険の施行に伴う院内における退院計画業務の再編
 - 実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について
 - 例、病院から在宅介護支援センターへの配置転換によるソーシャルワーク業務の変化
 - 技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について
 - 例、脳死からの臓器移植に関わる倫理的問題について
- 構成：**構成および形式については、以下の「研究論文」に準じることが望ましいと思われませんが、内容により柔軟に適用したいと考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

- 内容：**医療社会福祉に関わる何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。
- 構成：**研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。
- I. 緒言（序論、はじめに） 研究の背景・意義、研究目的、研究課題
 - II. 研究方法（調査方法） 研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出处等
 - III. 研究結果（調査結果） 研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する）
 - IV. 考察（考案、討論） 研究結果の評価、解釈、予想される異論に関する討論等
 - V. 結語（結論、おわりに） 結論、今後に残された研究課題
- 注、文献、付記など
- （事例的研究等ではIIIとIVを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

医療社会福祉研究 第18巻

発行日 2010年3月31日

編集 日本医療社会福祉学会・編集委員会

発行 日本医療社会福祉学会（事務局）

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル302号室

（社）日本医療社会事業協会事務局内

電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

郵便振替口座：00200-0-72951

E-mail：jsswh-post@jaswhs.or.jp

発行責任者 橘高通泰（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2010

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 18

Keynote Speech

Recovery from Social Exclusion Shigeru Sumitani

Articles

Enhancement of Self-Understanding as a Social Worker Supervisee
..... Masashi Asano

Collaboration between Medical Social Workers and Nurses through
Discharge Planning in Cancer Hospitals Ai Matsuura

Health Care and Social Care for the Elderly in England
A Report on the Field Survey of the Intermediate Care
..... Akemi Nakamura

Deathbed Care at Special Nursing Homes for the Elderly in Terms of
Facility Management, Staff Development, and Satisfaction of the Residents
and Families: A Survey of Facility Directors Regarding LCI-Point Addition
..... Jiro Ohnishi

Burden of Family Caregivers in Charge of Elderly Patients with Dementia:
An Analysis of Short-Stay Service Utilization Atsuko Arakawa

Practice Wisdom

Discharge Management for People with Psychiatric Disabilities
..... Shigeki Ashizawa

A Research on the Process of Social Participation of the Persons with
Higher Cortical Dysfunction Gaku Takizawa

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)