

医療社会福祉研究

第19巻

日本医療社会福祉学会20周年記念大会挨拶

本学会結成20周年の回顧と展望

—日本医療社会事業協会と日本医療社会福祉学会の関係を中心に—

山手 茂

教育講演

ソーシャルワークの実践知を理論へ

～SSWの実践と研究から～

大塚美和子

論文

当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助に関する試論

—ハンセン病当事者のライフストーリーからの学びを通して— 熊谷忠和

ICFの概念における在宅遷延性意識障害者の特徴と介護の実態

—若年層と高齢層の比較— 日高紀久江・松田陽子・紙屋克子

医療福祉制度の変遷とともに生きてきた

在宅遷延性意識障害者と介護者の22年の軌跡

—社会参加と支援— 松田陽子・日高紀久江

急性期病院のソーシャルワーカーが所属する

病院組織との関係を構築するプロセス

—病院組織と共に患者支援を目指すために— 宮田有紀子

知的障害者入所施設の支援員におけるバーンアウトの質的研究 山内哲也

通所施設における高次脳機能障害者支援に関する研究 瀧澤 学

薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の活用実態と課題 山口みほ

実践報告

HIV感染症診療体制構築におけるソーシャルワークの視座 植竹日奈

2011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、調査報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」「実践報告」「調査報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌にすでに掲載されていないもの、あるいは、現在投稿中でないオリジナルなものに限る。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
5. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿の送付先は、下記とする。

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 四谷ゼンゴビル2F

（社）日本医療社会事業協会事務局内

電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

データファイルの宛先

メールアドレス jsswh-post@jaswhs.or.jp 学会事務局あて

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて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。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「論文」には、500字以内の日本語抄録および200語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 引用文献は、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

日本医療社会福祉学会20周年記念大会挨拶

本学会結成20周年の回顧と展望

—日本医療社会事業協会と日本医療社会福祉学会の関係を中心に—

山手 茂 1

教育講演

ソーシャルワークの実践知を理論へ

～SSWの実践と研究から～

大塚美和子 7

論文

当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助に関する試論

—ハンセン病当事者のライフストーリーからの学びを通して—

熊谷忠和 31

ICFの概念における在宅遷延性意識障害者の特徴と介護の実態

—若年層と高齢層の比較—

日高紀久江・松田陽子・紙屋克子 51

医療福祉制度の変遷とともに生きてきた

在宅遷延性意識障害者と介護者の22年の軌跡

—社会参加と支援—

松田陽子・日高紀久江 63

急性期病院のソーシャルワーカーが所属する

病院組織との関係を構築するプロセス

—病院組織と共に患者支援を目指すために—

宮田有紀子 73

知的障害者入所施設の支援員におけるバーンアウトの質的研究 山内哲也 83

通所施設における高次脳機能障害者支援に関する研究

瀧澤 学 95

薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の活用実態と課題

山口みほ 105

実践報告

HIV感染症診療体制構築におけるソーシャルワークの視座

植竹日奈 115

〔日本医療社会福祉学会20周年記念大会挨拶〕

本学会結成20周年の回顧と展望

—日本医療社会事業協会と日本医療社会福祉学会の関係を中心に—

山手 茂*

はじめに

2010年9月に開催された本学会第20回大会において、初代会長として記念挨拶するよう求められ、さらにその内容を本学会誌に寄稿するよう依頼されて、重ね重ね発言する機会を与えられたことを光栄に思っている。私個人にとっても、2010年は、新設に参画した新潟医療福祉大学大学院博士課程が3月に完成したので退職し、4月から名誉教授になり、人生の大きな節目にあっている。私の生活史と本学会の歴史とは、20年以上重なりあっている。

私は、1954年に広島女子短期大学（現・広島県立大学）に社会学・社会福祉学担当助手として就職し原爆被爆者救援活動に参加して以来56年間にわたってさまざまな形で医療福祉にかかわり、1973年に東京都神経科学総合研究所に招かれて神経難病患者を中心とする難治性疾患患者・障害者の医療福祉援助に参加して以来37年間にわたって医療ソーシャルワーカーと共同して医療ソーシャルワークの学問的基盤を確立し医療ソーシャルワーカーを専門職化する活動に参画してきた¹⁾。この過程において、本学会の結成と運営に参画してきたのである。

この機会に、本学会の歴史を回顧し、今後の課題について私見を述べたい。本学会結成当時の会員の方々には自己の体験をふりかえり、新しい会員の方々には古い会員の体験を追体験

しながら、この短い文章を参考にして、本学会の歴史と課題を考えてほしい。

1. 本学会結成の契機—専門職化のための学問的基盤の確立

医療ソーシャルワーカーの専門職化を推進するためには、専門職団体としての日本医療社会事業協会（以下、日本MSW協会と略す）が効果的に活動しなければならないが、その一環として活動理論を確立し学問的基盤を明確にすることが不可欠である。特に、学問的基盤を明確にするには、社会福祉学研究者と実践的研究を行っているソーシャルワーカーとの協力と共同研究を促進し組織する学術団体としての学会が不可欠である。このことは、医療ソーシャルワーカー資格制度化運動の歴史をふりかえれば明らかである。

私が医療ソーシャルワーカー資格制度化運動に参画した当時から現在までの主要な事項をまとめた年表を示したので、これを参照しながら以下の文章を読んで頂きたい。

私が医療ソーシャルワーカー資格制度化運動に参画したのは、1970年代中期に日本MSW協会会長だった児島美都子氏から「協会結成以来の課題を達成するため国会請願運動の準備を進め請願項目を整理した段階だが、これからどう運動を進めたらよいか意見がまとまらないの

*Shigeru Yamate : 初代会長

医療ソーシャルワーカー資格制度化に関する年表

年	政策動向
1978・9	衆参両院 社会労働委員会「医療福祉職制度化」請願を採択 (ただし衆院は「財源保障」項目のみ不採択)
1987	社会福祉士及び介護福祉士法制定 日本 SW 協会、日本 MSW 協会、日本 PSW 協会、3 会長連名で 「社会福祉士に医療 SW を含めるよう」厚生大臣に要望
1988	日本 MSW 協会総会「3 原則 (学問的基盤は社会福祉、4 年制大学卒業、専門性発揮の条件整備)」を決定
1990	厚生省健康政策局「医療福祉士」資格を提案 日本 MSW 協会は反対運動
1997	精神保健福祉士法制定、衆参付帯決議 (「医療ソーシャルワーカーの資格制度のあり方について、速やかに検討を開始すること。その際には、ソーシャルワーカー全般の資格制度のあり方をふまえること」衆院第 4 項、参院第 7 項)

で、協力してほしい」と依頼された時からである。医療福祉職制度化研究委員長に就任し、理事会の審議を求めながら、図 1 のように請願項目を体系化し、その根拠を理論化した。1978年から翌年にかけて衆・参両院で審議され、衆院で「財源保障」が採択されず、「医療福祉事業の制度化」と「教育、研修体制」は両院で採択された。参院では「財源保障」も採択された²⁾。

この国会請願運動の経験から、ソーシャルアクションをはじめソーシャルワークについて実践的研究を推進すること、そのために大学・研

究所に所属する研究者と保健・医療・福祉現場に所属するソーシャルワーカーが協力し共同研究することが重要な課題であると確認された。図 1 に示すように「当初の項目」を「体系化した項目」に変更したのは、協会結成当時から国会請願開始時までの医療ソーシャルワーカーが置かれた状況の変化に対応するためであった。なぜこのように変更したかについて説明する紙数がないので、変更を示す線を見ながらその理由を考え、その意味を理解して頂きたい。

専門職としての医療ソーシャルワーカーの基

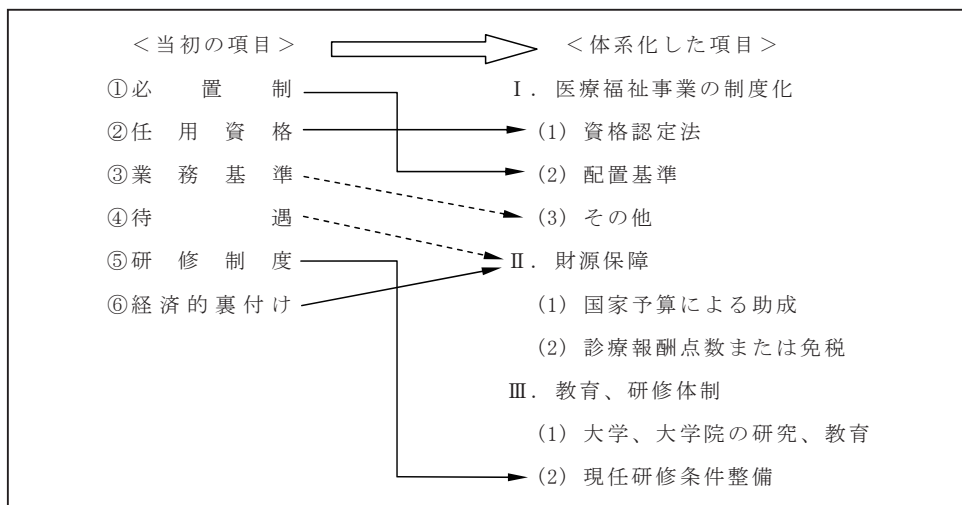


図 1 医療福祉職制度化請願項目の体系化

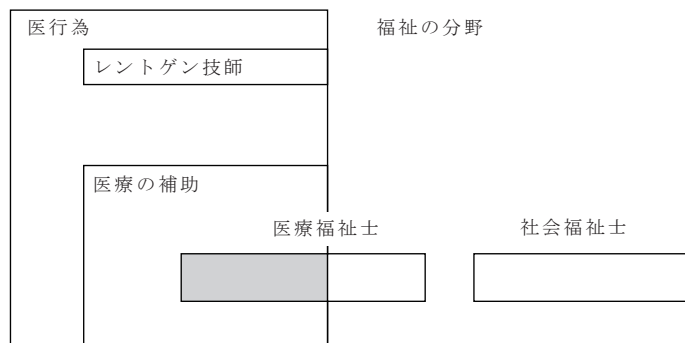
本性格については、「所属機関によってではなく、専門的な業務内容によって判断されるべき」であり、「福祉職」で「疾病に関連する社会的問題の解決の援助」を担当しているから、「4年制大学における社会福祉教育」によって養成されるべきである、としている。

当時、請願署名を集め、請願集会に参加しながら、請願項目を変更した理由や請願内容を十分には理解していない協会員が少なくなかったようである。それは、10年後に、「社会福祉士か医療福祉士か」をめぐる協会内対立が生じた主要な原因になったと思われる。

1987年に社会福祉士法が制定されたが、医療ソーシャルワーカーは含められなかったため、日本 SW 協会・日本 MSW 協会・日本 PSW 協会 3 会長は連名で厚生大臣に「社会福祉士に医療ソーシャルワーカーを含めるよう」要望した。翌1988年には、日本 MSW 協会は総会において、「学問的基盤は社会福祉」「4年制大学卒業」「専門性発揮の条件整備」の「3原則」

を決定した。厚生省健康政策局は図2に示すような「医療福祉士」資格を提案したので、「社会福祉士か医療福祉士か」を論争点として日本 MSW 協会内外で対立が激化した。医療福祉士賛成派は、当時の診療報酬制度を前提とし、診療補助業務として点数加算・医療機関収入増加を図り、それによってソーシャルワーカーの給与や地位の改善を実現しようとし、協会内の反主流派を形成していた。

当時、日本 MSW 協会事務局を担当していた相原和子氏を中心に、有志が対策を話しあい、「国際的なソーシャルワーカーの動向をふまえて、学問的基盤を確立するために医療ソーシャルワーク専門学会を立ち上げよう」と合意し、本学会結成準備を進めた。本学会は、結成当初から日本 MSW 協会と密接な関係を保ってきたが、最近では学会事務局が協会事務局と同居し、役員間の交流も密接になっており、相互の協力関係のいっそうの進展が期待される。



出所：日本医療社会事業協会「資格制度化推進ニュース」No.5（1991. 8. 22）

図2 社会福祉士と「医療福祉士」との関係

2. 学会と専門職団体との関係—精神保健福祉士法制定時のソーシャルアクション

社会福祉士法制定後に発足した本学会活動においては、「ゼネリック・ソーシャルワーカーとしての社会福祉士とスペシフィック・ソーシャルワーカーとしての医療ソーシャルワーカーとの関係」が重要な研究課題であったが、この

研究課題は1997年に精神保健福祉士法案が政府提案として国会に提出されてから、いっそう重要な課題になった。

精神保健福祉士法案は、精神病院経営者団体などの要請によって厚生省が検討会を設けて準備を進め、日本社会福祉士会・日本 SW 協会・日本 MSW 協会などが反対したにもかかわらず、強引に法案がまとめられ政府から国会に提案さ

れた。「医療福祉士」養成派は、「精神保健福祉士」が実現すれば、次に自分たちの希望も実現すると期待したようである。しかし、「社会福祉士」「精神保健福祉士」「医療福祉士」の3資格によって日本のソーシャルワーカーが分断され、タテワリの行政組織の下にそれぞれの専門職団体が組み込まれてよいであろうか？

このような状況にどう対応すべきか、有志が集まって相談を重ねた。専門職団体はそれぞれ厚生省の関係部局や与党の厚生族議員と密接な関係を持っているため、政府提案・各党賛成(党議拘束)を経た法案に反対することはできないので、日本医療社会福祉学会長の私に「ソーシャルアクションの代表者になってほしい」という要望が集まった。私は、当時社会福祉士国家試験委員会副委員長だったので引き受けるのをためらったが、他に代表者になる人はいないので、①「反対」ではなく「慎重審議を求める」、②「組織」ではなく「ネットワーク」としてアクションを展開する、という方針に賛同した有志とともに、世論喚起や各党議員との懇談などの活動を展開した³⁾。

このソーシャルアクションの成果は、両院の社会労働委員会の熱心な審議と「精神保健福祉士法案に対する付帯決議」、なかでも「医療ソーシャルワーカーの資格制度のあり方について、速やかに検討を開始すること。その際には、ソーシャルワーカー全般の資格制度のあり方をふまえること」(衆院第4項、参院第7項)であろう。これらに基づいて、社会福祉士の受験資格に医療機関実務経験を加え、養成カリキュラムと実習内容を見直す、などの改定が行われている⁴⁾。

このように精神保健福祉士法案審議に際してのソーシャルアクションは、本学会と専門職団体の活動によって生まれた有志の連帯によって成果をあげることができたといえるであろう。この経験を活かして、社会福祉関係の諸学会と諸専門職団体との協力・連携を強めながら、あらゆる分野の社会福祉活動を拡充し、福祉社会の形成を推進すべきではないだろうか。

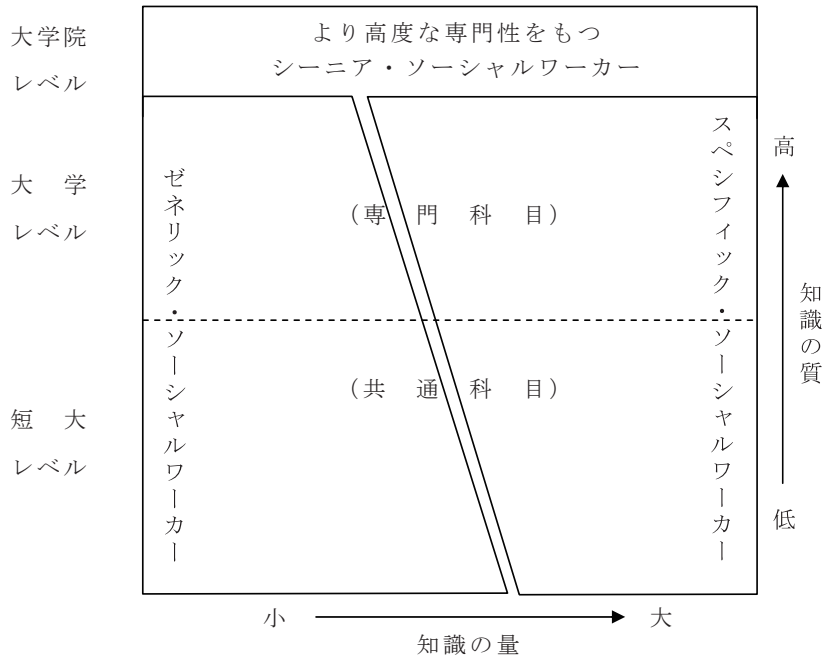
3. ゼネリック・ソーシャルワーカー(SW)と スペシフィック・ソーシャルワーカー(SW)

社会福祉士は、日本において初めて誕生したゼネリック・ソーシャルワーカーの国家資格である。先進的な専門職である医師の資格は、医学の進歩と医療の専門分化にともなって、医師国家資格の上に高度な分野別専門医資格が次々に設けられている。社会福祉においても、従来からの児童、母子、高齢者、障害者等の分野だけではなく、保健・医療、介護、学校教育(いじめ、不登校、学級崩壊等)や司法(犯罪・非行予防、社会復帰支援等)の分野が重視されるようになり、それぞれの分野に必要な専門的理論・知識・技術を研究・教育・研修する学会と専門職団体が結成され、スペシフィック・ソーシャルワーカー(認定・専門社会福祉士)資格の確立をめざす活動が推進されている。

アメリカにおいては、20世紀前半にソーシャルワーカーが活躍する分野が多様化し、分野別SW団体が乱立したのに対応して、共通の基礎資格を確立しその上に専門資格を認定するゼネリックSWとスペシフィックSWの体系化が推進された。日本でゼネリックSWとスペシフィックSWの関係が検討され始めたのは、社会福祉士法制定前後からであった。社会福祉士と「医療福祉士」との関係、さらに「精神保健福祉士」を加えた3資格の関係を検討するには、アメリカの経験を学ばなければならない。

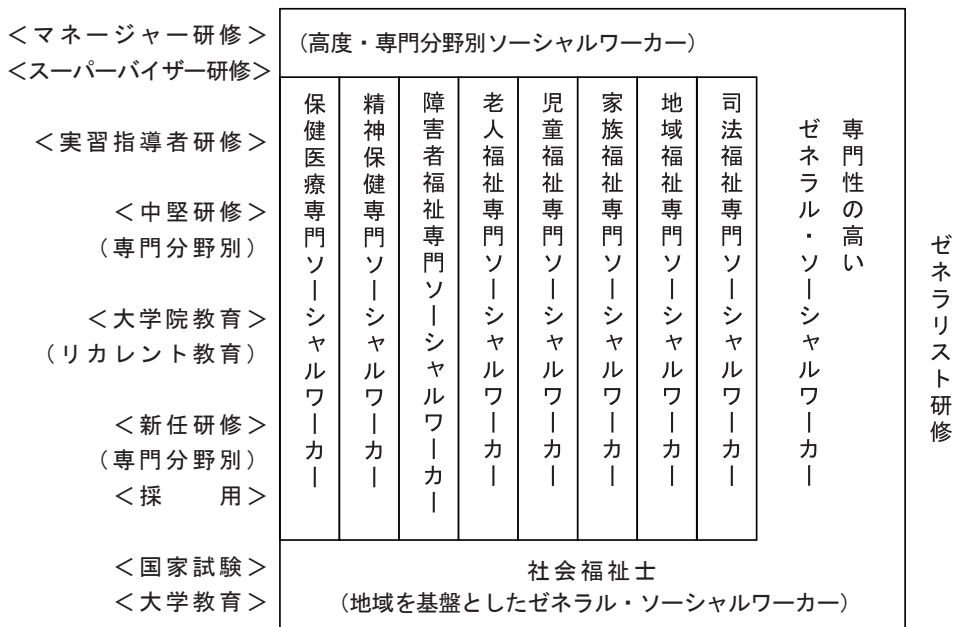
ところが、「医療福祉士」も「精神保健福祉士」も、「社会福祉士」と別の国家資格とすべきだと主張する京極高宣氏は、図3を示してゼネリックSWとスペシフィックSWとの関係を説明している。知識の量と質の相違だけが決定要因ではないし、短大レベルでスペシフィックSWが養成できるとは考えられない。

第17期日本学術会議会員で社会福祉・社会保障研究連絡委員長だった仲村優一氏の指導によってまとめられた報告書「社会サービスに関する研究・教育の推進について」は、ゼネラルSWと専門SWとの関係を図4に示している。



出典：京極高宣『新版日本の福祉士制度』中央法規出版，1998年，p.199.

図3 ゼネリック・ソーシャルワーカーとスペシフィック・ソーシャルワーカーの知識領域（概念図）



出典：「社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告 社会サービスに関する研究・教育の推進について」
日本学術会議第17期社会福祉・社会保障研究連絡委員会，2000年.

図4 ゼネラル・ソーシャルワーカーの生涯研修体系

仲村優一氏は、日本に専門的ソーシャルワークを定着・普及する活動をライフ・ワークとされ、1971年中央社会福祉審議会「社会福祉士法制定試案」をまとめるために尽力されたが、社会福祉学会や社会福祉関係団体のリーダーに反対されたため、「社会福祉士法」は実現されなかった。このような状況のなかで、日本MSW協会は、「医療職と連携して働くSWには国家資格が必要だ」と国会請願運動を開始したので、私は制度化研究委員長に就任してすぐに仲村研究室を訪問して協力を求めたところ「日本のソーシャルワーカー資格制度化の突破口を開いてほしい」と快く支持署名の呼びかけ人を引き受けて下さった。さらに、社会福祉士法案制定前後にも医療SWを含めるために尽力され、本学会結成に際しても支援して頂いた。精神保健福祉士法の慎重審議を求めるソーシャルアクションも暖かく見守って下さった。このような経過があったので、図4の原案作成の役割を私に担当するよう命じられた。

ソーシャルワークの国際的動向に学びながら、理論研究の成果を実践活動に活かし、実践活動の成果を理論化する組織的活動を推進するため、さらに社会福祉関係の諸学会と諸専門職団体の連携・協力を推進するために、仲村優一氏から受け継ぐべきことが多いと思われる。

おわりに

短時間の20周年記念大会挨拶の内容を、この学会誌論文としてまとめるにあたって、詳しく

説明して長すぎるのも、短くしようとして舌足らずになるのも、どちらも独善的だと思い迷いながら、中途半端な文章を書いてしまった。本学会誌に掲載される私の最後の論文としてお読み頂きたい。

本学会が日本MSW協会との協力関係の強化を基本にしながら、福祉関係の諸学会・諸専門職団体、さらに保健・医療関係の諸学会・諸専門職団体との相互協力・連携のための活動を推進されるよう期待しつつ、ペンを置く。

引用文献

- 1) 山手茂「随想・私の実践・研究を振り返って(76) 個人的問題と社会的問題の関連」『社会福祉研究』No.106, 2009年10月.
- 2) 児島美都子・皆川修一・山手茂編『患者に福祉サービスを』法律文化社, 1980年.
『医療と福祉』No.33 (Vol.13-No.2), 1978年3月. (特集・資格制度討議資料第2集)
- 3) 21世紀の福祉専門職を考える会編『社会福祉士をすべての保健・医療・福祉機関に!』日本地域社会研究所, 1997年.
- 4) 山手茂『社会福祉専門職と社会サービス』相川書房, 2003年.
特に、第4章「社会福祉専門職研究の方法と課題—京極高宣氏からの批判に答える」のなかのⅢ「精神保健福祉士法をめぐる国会審議」を参照されたい。

[教育講演]

ソーシャルワークの実践知を理論へ

～ SSW の実践と研究から～

大塚 美和子*

はじめに～昨日の記念講演に触発されて～

大塚と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。昨日から学会に参加させていただいていますが、実は昨日の奥川先生の実践をお聞きして25年くらい前を思い出し、朝方眠れないとか、過去のことがいっぱいよみがえってきた朝を迎えました。

先生からご紹介がありましたけれども、実は25年ほど前、大学の4回生のときに兵庫医大で、橘高先生、大谷先生、宮崎先生、小西先生と、そうそうたるメンバーの方々の中で実習をさせていただきました。これがすごく大きな財産になっています。そういう先輩を前にして、こういう場でお話をさせていただきますことを本当に感謝していますし、非常に光栄なことだと思っています。

昨日、奥川先生が「最初に良いモデルにどれだけ出会えるかが大切である」とおっしゃっていたと思うのですが、私が心療内科のソーシャルワーカーとして2～3年目のときに、倉石先生という方が、今は武庫川女子大にいらっしゃるのですが、その方から3年間みっちりスーパービジョンを個別で受ける機会を得ました。そのときを思い出してみると、患者さんの理解を得て面接をテープに録らせていただき、毎回逐語録に起こして、それを倉石先生に見ていただいていた。それが今でも財産です。倉石先生

は家族療法をされていたのですが、当時バリバリの家族療法家だったので、それを吸収させていただきました。私の一番初めのモデルだったなということ思い出しています。ここにはソーシャルワーカーとしてこれからの方もいらっしゃると思うのですが、良いモデルにたくさん出会っていただきたいなと願っています。

それと奥川先生のことでもう1つあります。渡部律子先生から、「気づきの事例検討会」（渡部律子編、中央法規出版）の本をいただいたことがありまして、それをもとにスクールソーシャルワーカーの事例研究会をやっています。昨日もご紹介ありましたけれども、奥川先生がやっておられるモデルでやると、最近非常に事例検討会が充実してきたという経験をしています。そういう現任訓練の場をどう活かしていくのかということを考えさせられたなと思います。昨日を振り返って触発されているいろいろ思いましたので、少しご紹介しました。

本日のテーマについて

今日は「ソーシャルワークの実践知を理論へ～SSWの実践と研究から～」ということで、これからお話をしていこうと思います。

私は、週4日は現場に出て、1日だけ大学で学生に教えているという状況で、研究者というよりも実践家として仕事をしています。そうい

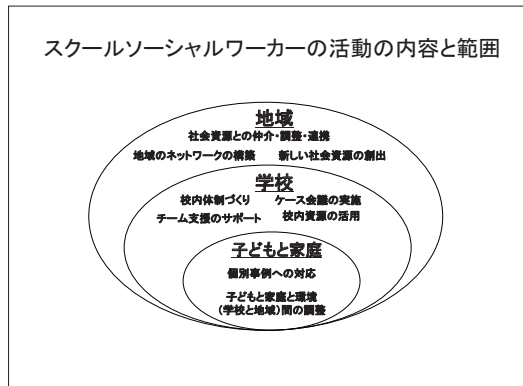
*Miwako Otsuka：大阪府教育委員会スクールソーシャルワーカー

う意味で、現場で使えるモデルというものをいつも考えなければと思っています。実践に極めて近いレベルの実践理論、実践モデルを紹介したいと思います。私の学校の現場での実践ですけれども、医療福祉の現場で何かヒントになることを持って帰っていただけたら嬉しく思います。

本日の内容ですが、スクールソーシャルワークというのは皆さんまだまだご存知ないと思いますので、少しスクールソーシャルワークのご紹介もしながら、どうして理論が必要かという話をしていきたいと思っています。それから2つ目に実践の理論化のプロセスということで、どんな手法を使ったかということをご紹介します。3つ目に、理論化のプロセスの実際ということで、どんなふう実践モデルを作っていたかというプロセスと一緒にたどっていきたいと思います。そして最後に、実践知を理論にするにはどうしたらいいだろうかと、皆さんから後でいろいろと質問をしていただきディスカッションができればと考えています。

新たな領域としてのスクールソーシャルワークということですが、実はアメリカでは100年ぐらいの歴史のある活動です。日本では1980年代ぐらいから細々と活動がされてきたけれども、平成20年度になって文科省が初めて全国にスクールソーシャルワーカーを配置します。私たちの間では、「スクールソーシャルワーク元年」と言っていますけれども、今はまだ2年目です。この学会が20年目で成人式を迎えたということをおっしゃっていましたが、まだまだ2歳という状況で、生まれたてほやほやという状況です。

実際にスクールソーシャルワーカーというのは何をしているかということですが、子どもと家庭の支援ということが中核になっています。(PPT①)その他に、学校、地域とありますけれども、私たちの仕事で一番大きいと思っているのは、実は学校へのアプローチです。地域はコミュニティソーシャルワーカーとか関係機関などが支援しているのですが、今まで福祉



PPT①

の領域では学校へのアプローチがされてきませんでした。スクールソーシャルワーカーは、校内体制づくりとかケース会議というのを頻繁に行なって、先生たちがチーム支援できるようにサポートしています。校内にも本当にたくさんの資源(リソース)があるのですね。子ども達にとっては友だちがリソースということもたくさんあります。そういう意味で、校内資源を使ってサポートするのが私たちの主な仕事だと思っています。

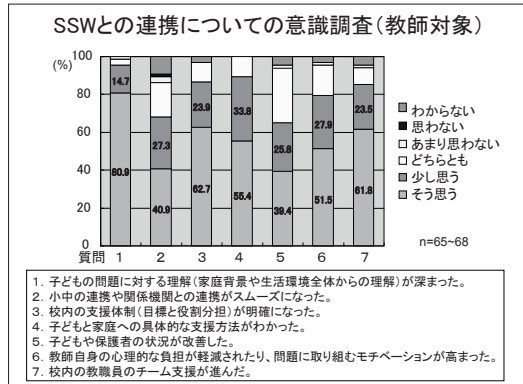
SSW のアカウントビリティとデータの蓄積

私はスクールカウンセラーをしていた時が8年ほどあります。その当時はスクールソーシャルワーカーの仕事がなかったので、スクールカウンセラーをしていた時代があります。スクールソーシャルワーカーが入る前に既にスクールカウンセラーが入っていたので、そこがいつも比較される場所なのですね。スクールカウンセラーというのは、皆さんご存知のように、子どもの心理、内面に注目して援助をします。私たちは子どもたちの生活を支援するわけですが、その中で子どもたちの可能性が発揮できるようにお手伝いをしています。でも行ったときに必ず、「スクールソーシャルワーカーって何者ですか」と、スクールカウンセラーと何が違うのかということもいつも問われるのですね。アカウントビリティとい

う言葉がよく言われると思うのですが、「スクールソーシャルワーカーとはこういうことなのですよ」というのを、行ったところ、行ったところで説明をしています。私たちはいつも教育現場に対して説明をしなければいけませんし、他の専門職に対しても同様です。

大阪府では平成17年からスクールソーシャルワーカーが国に先行して入っているのですが、特にスクールカウンセラーの人たちは、私たちが入った当初、スクールソーシャルワーカーとはいったい何者か、スクールカウンセラーの領域を侵すのではないかと心配をされていました。このように、スクールカウンセラーにも説明しなければいけません。もちろん社会福祉の中でもSSWをご存知ない方がたくさんいますので、必ず私たちは説明する準備をしなければいけないと思っています。そういう意味で実績とかデータをいつも用意しています。特に私は予算のことをいつも考えています。来年度は大阪府の予算は減るかもしれないとか、市町村のどこかを開拓できないとか。いつも夏前の時期というのは来年度の予算が決まっていく時期なので、その時にどれだけデータを示せるかということがとても大事です。また、文科省に毎年、実績の報告を行います。ケースについての支援状況、ケース会議の数、ケース会議で連携した教職員や関係機関の数などを報告します。私は非常に大事なことだと思っています。私たちの実践を毎年振り返ることにもなるからです。データの蓄積にもつながります。

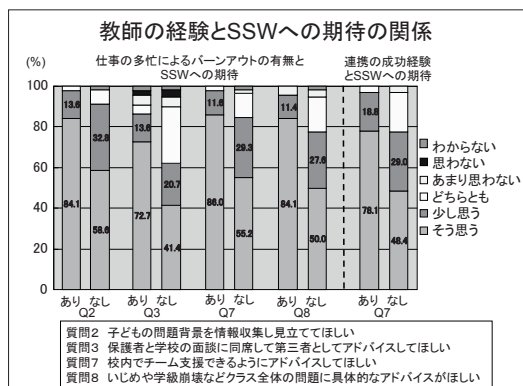
私は、SSWと連携してどうだったかという意識調査を定期的に行なうようにしています。アンケート調査は105人の先生を対象として、事例を通して私と連携した先生が70名、まだ連携していない先生が35名でした。(PPT②)私と連携して何がどうだったかという、「子どもの問題に対する理解(家庭背景や生活環境からの理解)が深まった」という項目に80.9%の先生が「そう思う」と回答していました。その他注目していただきたいのは、「校内の支援体制が明確になった」「校内の教職員のチーム支



PPT②

援が進んだ」という項目に「そう思う」と答えた方が比較的多かったことです。スクールソーシャルワーカーという、家庭支援をする人だとか、どこか関係機関とつなぐのではないかと一般的に思われがちですが、それももちろん大事な仕事ですが、先生たちにとって「良かった」「そう思う」と答えたのは、校内の体制やチーム支援が進んだということなのです。これはとても大事なポイントかなと思っています。こういうデータを必ずとっていくようにしています。

(PPT③)それからもう1つ、今回のアンケートの結果をご紹介します。「教師の経験とSSWへの期待の関係」というのを見ていきたいと思います。私は自分の中の仮説というか、おそらく先生がSSWとこういう連携を望まれるだろうという、いくつか仮説を持って動いて



PPT③

います。多分、バーンアウトというのは関係があるんじゃないかと思っていました。「仕事の多忙によるバーンアウトの有無とSSWへの期待」をご覧ください。有意差があったものをここに示しています。バーンアウトを経験したことがあるのは105人のうち44名、「バーンアウトしたことがある」「しそうなったことがある」と答えています。その先生たちと、「したことがない」と答えた先生との意識差がここに出ています。

その先生たちがどういうことを私たちに期待しているのかと問うと、「子どもの問題背景を情報収集して見立ててほしい」「保護者と学校の間に入ってほしい」「校内でチーム支援ができるようなアドバイスしてほしい」「いじめや学級崩壊などクラス全体の問題に具体的なアドバイスをしてほしい」という回答結果が出ました。学校現場は、皆さんあまりご存じないと思いますが、本当に過酷です。いじめがおきたり学級が荒れ始めると、先生自身が精神疾患になるだろうというぐらいに本当にハードです。そこを私たちは支援しています。先生たちがバーンアウトしないように、どれだけ子ども達をサポートできるかという部分をやっているのですが、そういうことがアンケート結果によく出ています。

それと私はもう1つ仮説を持ってまして、おそらく私たちSSWと連携して1回でも「良かった」と思われた先生は、すごく私たちに期待してくれるんじゃないかということです。「校内でチーム支援できるようにアドバイスしてほしい」という項目について有意差があったということが結果として出ています。この結果は教育委員会に今年も提出しました。「先生たちとのニーズと連携の成果というのを出しなさい」と言われたときにすぐ出せるようにいつもデータをまとめるようにしています。そういうことが予算化につながり、SSWに来てほしいという市町村が大阪で増えつつあります。人材養成が間に合わなくて、昨日も奥川先生が転職の話がされていましたが、ソーシャルワーカーの熟

成過程がありますからすぐには養成できませんので、「MSWで10年やってきました。結婚を機にやめて」という方がいたら、ぜひ転職してSSWになっていただきたいと思うぐらい、やはりソーシャルワークのきちんとした経験を積んでいらっしゃる方にすぐにでも応援で入っていただきたいと考えています。

なぜ理論が必要か

もう1つ重要なのは理論がなぜ必要かということです。私たちはケース会議というのがすごく大事な仕事になっています。間接支援をすることも多くあります。子どもと会って、保護者と会ってという前に、学校の先生たちを外からどうサポートするかということで、ケース会議をたくさんしています。

学校というところは本当に不思議なところですが、会議はたくさんあるのですが、きちんとした見立てはしないのですね。アセスメントはしません。とにかく対応、対応で追われているのです。ですから私たちソーシャルワーカーが入って何が変わったか、先生たちは何が変わったと思っているかということ、問題の背景、原因を分析して総合的な見立てをする、アセスメントですね。私たちにとっては当たり前のことですが、それをやっていくだけで学校がぐんと変わってくるということを感じています。それときちんと役割分担をしていきます。

そのときに実は私たちにとってはアセスメントの役割がすごく大きいのですけれども、そのときにどれだけ根拠に基づく説明ができるかなんですね。先生方というのは40代ぐらいが平均年齢ですから、ちょっとやさっとの説明では納得されませんので、その子どもの問題がどこから来ている、どういう理論に基づいて、何故そのようになるのだということを、きちんと説明するということが要求されます。それで問題現象を説明できる理論が本当に不可欠だということを実感しています。そういう意味で、私たちは理論が本当に必要だということを感じる

わけです。

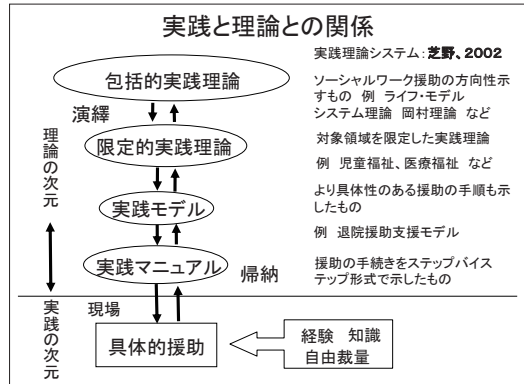
実践と理論の関係

渡部先生がまとめられたものを使わせていただいたのですが、理論といってもいろんなレベルの理論があるのだということです。「パラダイム」というのは広い意味での枠組みですね。これは仮説ということではなくて、世界はどのようなものかという考え方みたいなものですが、その下には「大理論」「中理論」「モデル」があり、4つに分けて説明されています（渡部，2009）。

大理論というのは、行動理論、システム理論とか、いろんな人間行動、社会行動の大部分を単純で分かりやすく説明したものです。中理論というのは、大理論から導き出された理論、例えば学習性無気力というのを挙げていますが、仮説検証が可能な領域です。もう少しレベルが下がると、中理論や大理論を特殊な状況に適用できて、詳細に理論的な考え方が明確に記述されているモデルということになります。理論といってもいろんなレベルの理論があるということです。

理論とは何かというと、現象の説明とか予測というものを目的とし、構成を抽象的な概念と変数まで落とし込んだもので、それからソーシャルワーク実践を構成する枠組みを提供するという説明がされています。今回は理論という言葉を使っていますが、モデルレベルの仮説検証が可能なレベルに焦点を当てた一番下のレベルの理論を扱っていると思っていただけたらと思います。

私は関西学院大学の芝野先生に指導していただいて博士論文を書いたのですが、実践と理論との関係というのをイメージしておくことがとても大事だと思っています。芝野先生の実践理論システムというのはとても分かりやすいと思います。（PPT ④）「包括的实践理論」「限定的实践理論」「実践モデル」「実践マニュアル」、そして「具体的な援助」ということで、どのよ



PPT ④

うなつながりがあるのかということが分かりやすく示されていると思います。

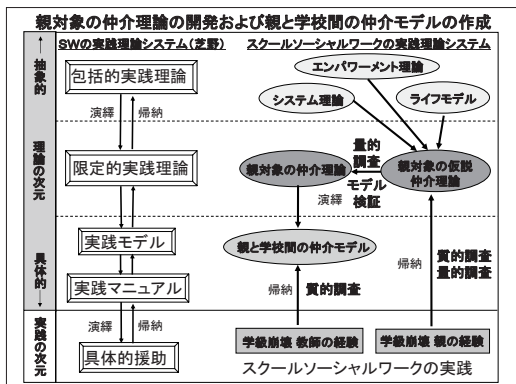
1つずつ見ていきますと、包括的な実践理論というのは、先ほどありましたように大理論のことです。ソーシャルワーク援助の方向性を示すものです。ライフモデル、システム理論、岡村理論などです。限定的な実践理論というのは、医療福祉の現場のこの領域のこの理論というような限定した実践理論になります。実践モデルというのはその下にある、より具体性のある援助の手順を示したようなものです。さらにもっとステップバイステップで表したものの、これが実践マニュアルということです。これは具体的な援助を実際にマニュアルにしたり、モデルを上げたり、理論を上げたり、帰納的に実践現場の経験を生かしていくこともできれば、逆に理論から演繹的に検証していくという形の研究もできるだろうということで、帰納と演繹ということを行ったり来たりしながら実践に生かしてモデルを作るということですね。実践理論システムは私にとってはとても分かりやすく、研究の枠組みとして使いました。

実践理論と実践モデルの定義ですが。実践理論というのは福祉の専門施設・機関とそこで働く専門職が、サービスを求める人に対して、そのニーズを満たすために具体的に何ができるかを示す理論です。実践モデルというのは、実践理論を分かりやすく説明したもので、具体的なものということになります。

研究のプロセスと枠組み

(PPT ⑤) 左側が今言いました実践理論システム、それに対して右側は、私がどんな研究をしていったかという枠組みを示しています。学級崩壊を経験した親のインタビュー調査から研究が始まっていますが、親の経験を質的・量的に調査を行い帰納的な研究をして、親対象の仮説の仲介理論を作りました。それをモデル検証ということで量的な調査を行って、親対象の仲介理論というものを作りました。そのあと、学級崩壊の経験をした教師に対して質的な調査を行って、それに合わせた形で、親と学校間の仲介モデル、実践モデルを構築しました。

(PPT ⑥) これを芝野先生が紹介されている M-D&D というプログラム開発の手続きにそって説明すると、1 番目 (フェーズ 1) の段

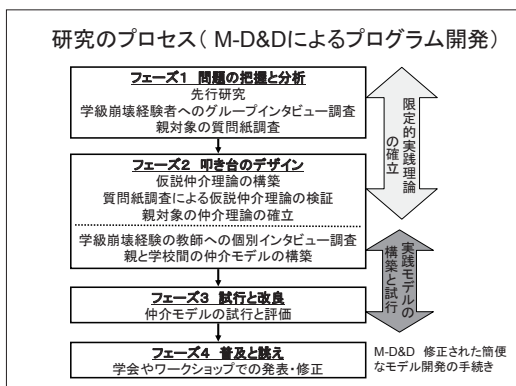


PPT ⑤

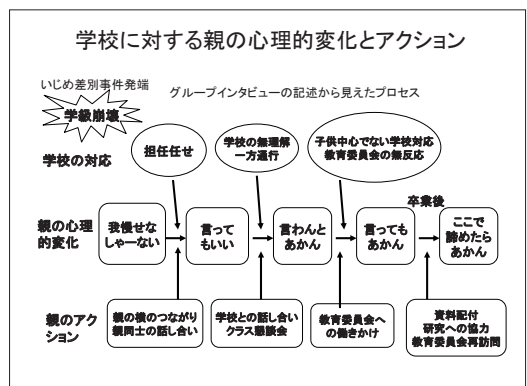
階では、「問題の把握と分析」ということで先行研究、それからグループインタビュー調査、質問紙調査などを行ないました。2 番目(フェーズ 2) の段階では、「叩き台のデザイン」ということで、仮説を立て質問調査で検証して、親対象の仲介理論を作って、それから学級崩壊の経験した教師の個別インタビューもして仲介モデルを作りました。そして、フェーズ 3 で仲介モデルが他のケースに当てはまるかどうかを試行し、そしてフェーズ 4 の学会発表させていただくというプロセスを経て現在取り組んでいるところです。

(PPT ⑦) 私が学級崩壊と出会ったのはこの事例を通してなので、簡単にご紹介してみたいと思います。研究というのは突き動かされないといけないと思います。データを集めるだけではそこには何の説明力も出てこないと思うのですが、これはすごく突き動かされた事例との出会いだったのです。1 年半も学級崩壊が続いたクラスを何とか助けようと親御さんが学校に対して動いたのですけれども、学校も教育委員会もとても閉鎖的で対応がまずくて、私も 1 回教育委員会と一緒に行きましたが、本当に対応が悪くて、そんな中で私にこの経験を研究に使ってほしいということでゆだねられたわけです。

いじめ差別事件が発端になって学級崩壊が起きました。学級が荒れるとき、必ずいじめとか差別問題とか人権にかかわるような問題が発端



PPT ⑥



PPT ⑦

になっていると思うのです。先生もなんとか1人で頑張ろうとしました。学校の校長先生は担任の力量の問題だと思っていますので、担任に「頑張れ」ということだけだったのですね。そういう中で親がアクションを起こし、横のつながりを作っていく、初めは「どうもクラスが荒れてるらしいよ」程度の情報が、だんだん確信になっていって、学校との話し合いをしましたが、学校はまったく無理解で、また教育委員会への働きかけを諦めずにしましたが、教育委員会も無反応というプロセスを辿りました。

私がグループインタビューをしたときにすごく注目したことは、昨日奥川先生が言っておられたように引っかかるというか、引っ掛けるというか、そこら辺だと思うのですけれども。私が引っかかったのは親の言葉です。それは「我慢せなしかたないかな」、けど「言ってもいいんじゃないか。親ももの言ってもいいんじゃないか」から、「言わないとあかんでしょ」「言ってもあかんのか」とか、「でもここで諦めたらあかん」とか、それをグループインタビューに参加した5人が、口を揃えて言ったのです。その言葉にすごく重みがあって、生き生きと語られたときに、きっとここをもっと分析しなければいけないと思ったのです。それが学級崩壊との最初の出会いです。

研究のキーワード「仲介」

これが研究テーマとの出会いでした。担任の先生が代わってもまったく違う学級崩壊状態になり、学級崩壊は1年半も続きました。子ども達から「私達の5～6年生を返して」と言われるぐらいの本当にしんどい状態です。なぜ保護者の思いが学校に届かなかったのか。そもそも学級崩壊はなぜ起きるのかと。それと、学級崩壊が起きたときに、学校と家庭はどんなことが協力できるのか。SSWがいたらどんな支援ができるのかということを考えました。

現場で起こっていること、学級崩壊になったときにまったく親と学校が疎遠になったり、葛

藤状況になったりする。これは一体何なのだろうと。起きている現象をちゃんと説明したいなということが1つありました。もう1つは、ソーシャルワーカーとしての仲介機能とよく言われると思うのですが、こういう場合の仲介って何をしたらいいのだろうということを考えてみました。きちんと概念や変数にして説明したい、そして説明できるモデルを作りたいというのがありました。仲介ということに注目をしたということです。この仲介ということが1つ目のキーワードになります。第1のキーワードということで、仲介、メディエーションということに注目しました。

仲介という言葉の定義ですけれども、「仲介者というのは客観的でバイアスのない第三者というよりも、ソーシャルワーク専門職としての価値、例えば社会正義の促進、個別性の尊重、最適な機会の提供などの中で、問題解決のためにコミュニケーションを促進する役割を担う」(Parsons, 1991)と、これはパーソンズが言っています。一方、ジャーメインも、親と学校間の仲介ということで、ジャーメインは学校に注目している論文を書いています。親と学校の間面でSSWに必要なとされるのは、親たちの力量(コンピテンス)を強化し、学校の応答性を高めることである(Germain, 1992)ということを書いています。

仲介という言葉は、ブローカリングという意味で使われることがあります。ブローカリングとは、当事者のニーズを満たす社会資源を当事者に代わって紹介したり、つないだりという意味合いなのですね。私が研究で使いたかったのは、仲介と言ってもそういう意味ではなくて、当事者が、ここでは学校と親ですけれども、主体的に問題解決に取り組むのを支援するというメディエーションの意味で使いました。仲介ということが1番目のキーワードになっています。

研究のこだわり

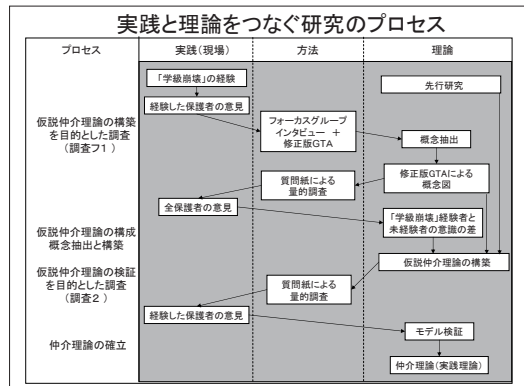
そして、研究でどうしてもこだわりたいとこ

ろがありました。今朝、小西先生と「博士論文を書いている時しんどかったですよね。あれは二度と経験したくないですね」という話をしました。それはなぜかという、先生方も感じておられると思うのですが、研究って先が見えないのですよね。どこに行き着くのだろうと思うような不安な部分がいっぱいあります。そういうときには私は絶対にここに戻ろうと思っていたのが、当事者の思いから離れないということでした。「当事者の思いを科学化する」、ここに戻ったらもう1回軌道修正ができるというつもりで、いつも戻っていたところです。

岡本先生がよく、「実践の科学化」「科学的体系化」「利用者援助理論の構築」(岡本, 2000)ということを3本柱で説明されていますが、そこはやはり柱だなと思っていました。それから山下先生が「理論やモデルが意味をなすのは、適用することで当事者がいかに本来の可能性を發揮できるかという一点である」(山下, 2006)と説明されています。それから北川先生は「利用者、当事者という存在そのものに関心を向け、その事実を説明するにふさわしい準拠枠を、既知のそれに捉われず探求することが必要」(北川, 2004)と書かれていますが、その辺が私の戻るところだったと思います。当事者の声をとにかく丁寧に拾う研究にしようという思いでいました。そのため、研究は帰納的な方法になりました。また、学級崩壊自体があまり研究されていない分野であるということもありましたので、帰納的な研究方法が中心になりました。

研究のプロセスと方法

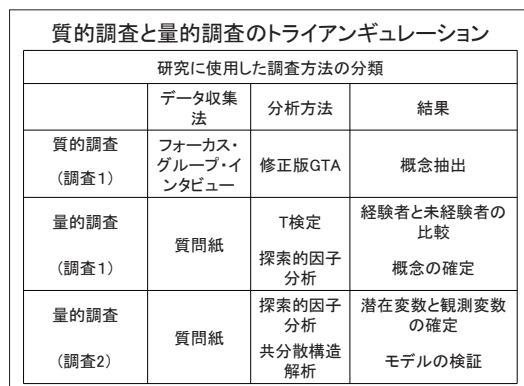
仲介モデルを作ったときのプロセスをご紹介します。(PPT ⑧) 学級崩壊を経験した親御さんたちの意見というものを、フォーカスグループインタビューを使って情報収集し、そして修正版GTA(グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を使って分析をして、概念を抽出しました。その概念図を作って、質問項目をそこから導きだして量的調査を行なって、全保護



PPT ⑧

者の意見と書いていますが、これは経験者も未経験者も混ぜた意見ということですが、保護者にアンケート調査を行ないました。そしてその結果のデータをまとめて、経験者、未経験者の意識差の検定をして、仲介理論を構築していきました。それをモデル検証ということでもう1回質問紙による調査を行なって、保護者の意見を検証していったというのがプロセスということになります。

(PPT ⑨) データ収集法、分析方法、その結果は図をご覧ください。質的調査と量的調査のトライアングレーション(佐藤, 1992)、ほかの言葉ではマルチメソッドという言い方で使われています。質と量の多元的な方法で調査を行ない、分厚い記述になるようにデータをまとめていくのがねらいになります。これは言ってみたら、質的調査の欠点もありますよね。量



PPT ⑨

的調査の欠点もあります。そのあたりの短所長所をうまく生かしたアプローチ、これがマルチメソッドとかトライアングレーションと言われていることです。

学級崩壊を経験した保護者の研究

順番にもう少し見ていきたいと思います。調査1の質的な調査です。学級崩壊を経験した親御さん5名に対して、グループインタビューをしています。その結果、「学校認識」「親感情」「主体性の獲得」「社会的アプローチ」「子育て活性化」というカテゴリーが出てきました。M-GTAの場合はカテゴリーの下に下位概念があるのですけれども、例えば、学校認識の下位概念として「危機感」「閉鎖性の理念」、親感情の下位概念としては「無力感」「失望感」などがあります。

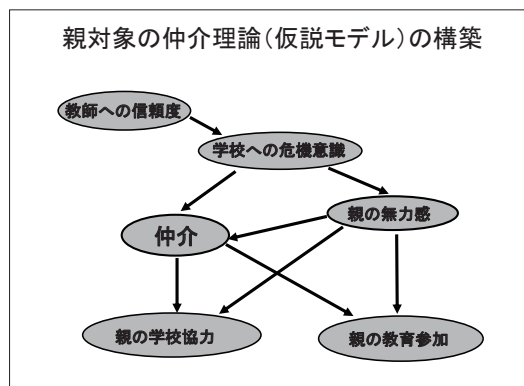
そして、抽出されたカテゴリーと概念を基に質問項目を作って、量的調査を行いました。学級崩壊を経験した親御さんと、していない親御さんではかなり意識差があって、検定をすると「学校は学級崩壊にうまく対処できない」「このままでは学校はダメになる危機感を感じる」などの35項目にわたって有意差があるということがわかりました。

この質的調査と量的調査の比較をしながら、どのキーワード、カテゴリーを使って調査を進めていけばいいのかを検討しました。その結果、研究を始めた当初は出たことがなかった重要なキーワード、「無力感」という言葉が出てきました。この段階で文献を調べていく中で、「学校と家庭の間で生じていることを理解するには、無力感の概念を理解しないといけない」(Todd & Higgins, 1998)とか、「学校が親を協力者ではなく子どもの問題の一部、つまりクライアントとみなして、親は学校との関係で下に位置づけられる」(Fylling, 1999)という先行研究がいろいろ出てきました。これらは理論的な研究であり、実証研究はされていないのですが、無力感は大事なポイントなのだなというこ

とが見えてきたわけです。これが私にとっては第2のキーワードになりました。

抽出された概念を基に、自分なりにモデルを作ってみました。(PPT ⑩) 最初はここがくるかどうかでものすごく違うだろうということで、「教師への信頼度」。信頼は学級崩壊が起きたときは危機感に変わっていき、その中でうまくいかなかったときに親が無力感を感じるのではないかという心理的なプロセスがあるのではないかなと思ったのです。仲介は危機感を持ったときにも応援しなければいけないかもしれないけど、「無力感」を感じた時にも仲介ってできるのかなとか。いろいろ試行錯誤しながら、最終的にソーシャルワーカーとして何ができたらいいのだろうと思ったのは、親の主体性であるとか学校との対等感、そこがきちり保障されるようにしていきたい。ここが「親の教育参加」という言い方だったり、「親の学校協力」という言い方だったり。そういう言葉で表していますが、そこに向かいたいということを思ったのです。そういうモデルを作っていたということになります。

そこで調査2の実施ということになります。この仮説モデルを検証していかなければいけません。調査1の結果を基に質問紙を作成し、対象は西宮のNPO団体に所属する小中学生の保護者560名と「学級崩壊」経験者を中心に機械法で100名に郵送しました。ただ、学級崩壊を経験した方を見つけるのは難しく、最終的に



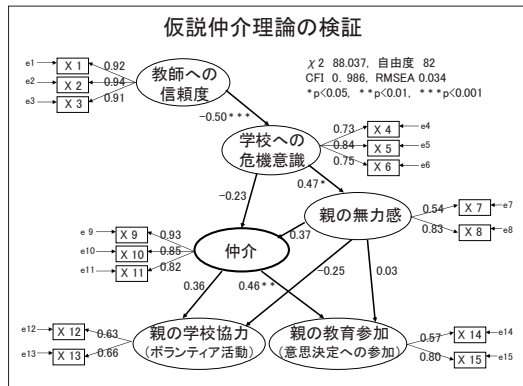
PPT ⑩

は学級崩壊経験者は63名と少なかったのですが、そのデータをもとに分析していくということになりました。遅くなりましたが、一連の調査を行ったのは2000年～2003年の間になります。一番初めのグループインタビューの調査は2000年～2001年にかけてだったと思いますので、2003年までの3年間の間にこの調査を実施しました。

分析方法ですが、予備解析として因子分析をかけて、それから共分散構造分析による検証を行いました。共分散構造分析は因子分析と回帰分析を一体化させたモデル検証の方法ということでこの方法を使いました。(PPT ⑪) ここにあります潜在変数というのが因子分析では因子ということになります。観測変数が質問項目ですね。これらを対応させてデータを見ていただければと思います。これが最終的に使った観測変数、質問項目になります。

(PPT ⑫) 今回はモデル検証の詳細はあまりお伝えしませんが、データの見方を説明します。潜在変数、例えば「教師への信頼度」と「学校への危機意識」との間にある数字が因果係数というもので、因果係数が大きいほど因果関係が強いことを示しています。この共分散構造分析は、モデルがデータと一致していることを見る検証方法ですが、その適合度指標がRMSEAやCFIという数字で示されています。この数値から、モデルとデータはほぼ適合していたということがわかります。

この理論から何が見えたかということ、親と学



PPT ⑫

校の葛藤の解決として仲介のタイミングと役割です。危機感が親御さんに高まったときということもあるでしょうけれども、無力感を感じた時に親御さんというのは第三者に仲介を求めるのではないかという結果が出ました。無力感というのはすごく大事なキーワードだということが見えてきたわけです。また、仲介は親の教育参加とか学校協力というのを促進するという点も見えてきました。もう1つ大事なプロセスは、親というのは学校に非協力的だと先生達はよく言われるのですが、親が学校離れていくプロセスというのがあるんじゃないかということです。親対象の仲介理論では、「教師への信頼度」は、親の「学校への危機意識」に、そして、「危機意識」は「親の無力感」に大きく影響を与えていたということが示されました。教師と信頼関係ができていたら、問題はまずこじれないのです。それが先生との信頼関係が崩れていくと、あっという間に「こんな学校に任せられない」という危機意識が生まれ、「学校に対してどうかかわってよいかわからない」と無力感につながっていく。親の学校離れというのは、教師との相互関係によって起こっているのだということを、先生にきちんと伝えていかないといけないなと思いました。先生達は、親は協力的ではないのだと思っているんですけど、そうではないということがこのデータからも示されたかと思います。

仮説仲介理論を構成する潜在変数と観測変数	
潜在変数	観測変数
教師への信頼度	X1 担任の先生を信頼している
	X2 担任の先生は授業を工夫して指導してくれる
	X3 担任の先生は子どもを一人の人間として尊重してくれる
学校への危機意識	X4 学校は「学級崩壊」にうまく対応できない
	X5 このままでは学校はだめになるという危機感を感じる
	X6 学校は閉鎖的である
親の無力感	X7 学校で問題が起きても親として子どもを守ることができない
	X8 親自身が子どものために学校に対してどうかかわってよいかわからない
	X9 問題が解決されるまで学校と家庭の仲介(具体的な交渉役)をしてくれる
仲介	X10 親の心理的なサポートをしてくれる
	X11 子どもの意見を代弁して学校に伝えてくれる
親の学校協力	X12 親は学校ボランティアとして参加する必要がある
	X13 親はPTA役員として学校に協力する必要がある
親の教育参加	X14 親自身が動かなければ学校は変わらないと思う
	X15 親も学校の運営(学校で起きている問題への対応など)への参加が必要

PPT ⑬

学級崩壊を経験した教師の研究

学級崩壊を経験した教師の研究もしました。これは質的な調査だけで量的な調査は実施できなかったのですけれども、教師対象の研究というのはすごく面白かったです。面白かったというと語弊がありますが、私はこの研究から示唆を受けたことがたくさんあります。先生達の中には学級崩壊を経験してトラウマを抱え、精神疾患になっておられる方もいました。

5～6年生の高学年を担当したときに学級崩壊を経験している先生達に個別インタビューをしました。平均年齢は48歳ぐらい。保護者と同じM-GTAを使って分析をしました。(PPT ⑬)ここで出てきた結果は、「クラスが荒れていくプロセス」「教師が荒れに対処するプロセス」、そして最後の帰結の「教師が荒れと向き合う」というカテゴリーで表しています。

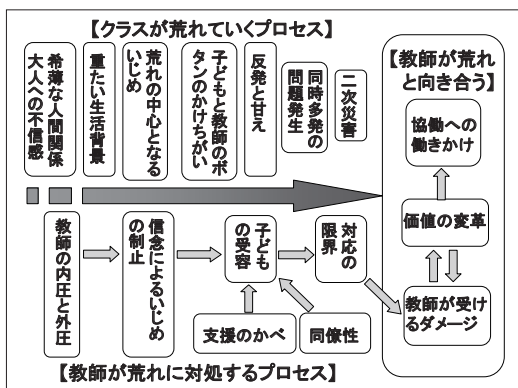
この調査の中で私がすごく興味を持ったのは、クラスが荒れていく状況とはいったいどういうことなのだろうということでした。それに迫っていきたくて思いました。親御さんというのは学校の外からしか見えないのですね。先生こそがまさに教室の中で何が起きているのか一番分かっているわけですから、そこに聞かなければいけないということになったわけです。

出てきた概念というのは、「大人への不信感」とか「希薄な人間関係」「重たい生活背景」でした。この概念がとても大事なキーワードとい

うことが見えてきました。「重たい生活背景」というのは、親が精神疾患を抱えていたり、借金があったり、DVがあったり、本当に過酷な状況を抱えた子ども達もいますし、また逆に親が非常に過干渉で、受験受験と追われているような子ども達もいます。これらを「重たい生活背景」という言葉で表しています。荒れていく前に何が起きているのか、一番ベースに何があるのかというのを考えるときに、このあたりの3つのキーワードはとても大きいのだなということをおもいました。

大人への不信感を子ども達が持つのはなぜか。親に見捨てられたことがある子もいますし、親を信頼できないとか、そういう中で教師も信頼できない、助けてくれないとか、そういう大人への不信感を抱えた子ども達が中核になって荒れていきます。「荒れの中心のいじめ」と書きましたが、そのいじめが発達障害の子ども達に対してであったり、身体障害のある子ども達に向かったり、人権の問題といえるようなことが起こり始めるのですね。学級崩壊でも完全にクラスが荒れたときは、子ども達のいじめが多発してきます。一番弱いところに行くのです。たいがい発達障害の子もたちや身体障害者の子ども達に対して矛先が向かいます。でも本当はその前には、子ども達が自分のことを見て、自分のことを振り返って、という個別支援をしてほしい子ども達がいっぱいいて、その子達の悲しみというか、そういうものがあるのですね。そこから始まって、振り返ってくれない大人に対する怒りとか不信感、そういう中で矛先が向かうのが障害のある子ども達ということがあるようです。そういうことが見えてきたのですね。

学校の先生というのはマスコミによく叩かれますね。いじめがあったら何をしているのだというように叩かれます。ここには「教師の内圧と外圧」と書いていますが、教師は「何とかしなきゃいけない」「せねばならない」という教師文化というのを持っておられます。内圧ですよ。それとマスコミであったり、社会からの外圧であったりがあるのですね。子ども達は



PPT ⑬

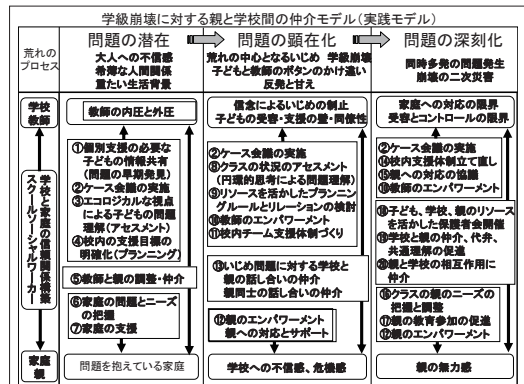
ろんなものを抱えて学校に来ていますので、はじめが起きたら何とか止めさせなきゃいけないということになっていく。そういう中でボタンを掛け違えていくのです。子どものニーズと先生の思いがどんどん掛け違っていく。その中でいろんな問題が多発していく。「崩壊の二次災害」と書きましたが、そういうことで学校に行けなくなる子どもが出てくる。そんなことが次々に起こってくるのです。そういうことが先生のインタビューからどんどん見えてきました。

そして最後は「教師が荒れと向き合う」と書いていますが、やはり学級崩壊を経験した先生というのは、していない先生とものすごい違いがあると思います。量的な調査は取っていませんが、受けるダメージがすごいんですね。ものすごいトラウマになって、「もう私は5～6年生はもてない。もったら体がものすごく震えてくる」とかそういうことも言われる人もいました。「価値観の変革」と書いているのは、子ども観が変わるということです。子どもって何とかなるんだと思っておられる先生は結構いるんですけども、そうじゃなくて、子ども自身を受け入れなきゃいけないんだとか、そういうものが見えてくると思います。このようにして教師の研究から、私は本当にいろんなことを学ばせていただきました。

実践モデルと適応例

(PPT 14) これが最終的に今たどりついている実践モデルということになります。実践モデルですのでマニュアルまではいきませんけれども、具体的に何をしたらいいのかということを見える形にしたいなということで作りました。

先ほどの教師の研究結果を使って、荒れのプロセス、つまり問題の潜在、問題の顕在化、問題の深刻化というプロセスを横軸に書いています。縦には学校、教師と家庭、親の間でスクールソーシャルワーカーが何をしたらいいのかということを書いていきます。例えば、問題を抱え



PPT 14

ている親御さんがいる。そういうときに家庭の問題、ニーズの把握とか家庭の支援が要るだろうと。そして場合によっては、教師と親の間で一緒にケース会議を持つ必要があるだろうと。ケース会議をして、親と学校の先生と一緒に子どもの問題を話し合うことで、問題の解決がすごく早くなると私は感じています。不登校だった子ども、発達に課題があって荒れている子ども、そういう子ども達を親と学校が主体的に、家庭ではどうしよう、学校ではどう支援しようということを引きちんと話し合うと、ものすごく子どもの状態が改善するのです。そういうことを問題の潜在の段階からしていくということがとても大事だということが、この実践モデルには書かれています。

この仲介モデルを一旦作ったら、これを試行していかなければいけないですね。これは実践家のメリットだと思います。私は実践家の立場としてどんどん試行していける立場にいますので、モデルを使って支援をしていってどうだったかという検証していく段階です。これが先ほどの芝野先生の M-D&D ということで言えば、イテレーションの手続きなのですね。たたき台を、試行と改良を重ねながらより良い実践モデルにしていくという段階ということになります。

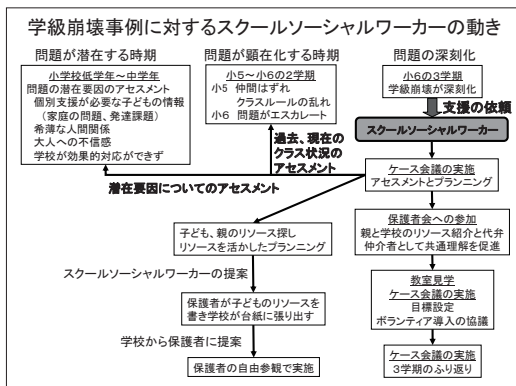
実際に支援した学級崩壊の事例を示します。最近マスコミで学級崩壊が取り上げられなくなったのですが、学級崩壊がなくなっているのかと聞いたら、そんなことはないです。私は毎年

学級崩壊のクラスを支援しています。でも先ほどお伝えしましたように、実践モデルの最初の潜在の段階で抑えられたら、これは学級崩壊にはならないのです。ですから予防的なことがすごく大事です。仲介モデルを作って最初に出会った事例がこの学級崩壊の事例です。これは小学校4年生のとき、一部の生徒が体に障害を持つ男子児童への対応を、特別扱いで不公平だと不満を言うのです。それと同時に、一部の生徒に話が入りにくいという状態がずっと続きはじめました。小学校5年生にクラス替えをしました。クラスは表面上落ち着いたように見えたのですが、一部はみだす子ども達が出たり仲間はずれというのが起こりました。6年生の1学期、ルールを守らず担任教師に対しても反発する子ども、それに同調する子ども、クラスというのはいろいろ相互作用がありますから、どんどんエスカレートしていきました。6年生の2学期、担任の先生が続けられなくなって病気で退職されたので、学年教師が交代でクラスに入って、TT体制（チームティーチング体制）でクラスを応援しましたが、クラスの荒れた状態が続きました。この状態で、ぜひ私にスクールソーシャルワーカーとして入ってほしいということで依頼があり支援をしました。

これも実践モデルを生かしながら支援をしていこうと思いました。(PPT ⑮) 学級崩壊事例に対するスクールソーシャルワーカーの動きということで見ていただきたいのですが、私は6

年生の3学期に支援に入っています。学級崩壊が深刻化しているところです。支援の依頼があり、スクールソーシャルワーカーが学校に行きます。これは派遣で行った学校ですが、ケース会議をすぐしました。私の中では絶対に実践モデルの中の潜在、顕在、深刻化というプロセスがあると思っていましたので、ここを聞き取りました。まず潜在要因として低学年のとき何があったのか。それから中学年から高学年、どんな状況で進んだかということですね。これを丁寧聞きとっていくのです。実はこれを聞き取るだけで、先生方の認識はずいぶん変わってきます。先生方は渦中にいますので、今学級が大変だということで頭がいっぱいなのです。私がアセスメントのお手伝いをしている間に、先生達がどんどんクールダウンしていくというか、冷静になってくれるという状況があります。そうすると、「だから子ども達は荒れているのか」ということが見えてくる。今は荒れているから子ども達が憎くなるぐらい先生達は腹が立っているのです。ただ「いやいや、自分達もしてこられなかったことがあるんじゃないか」とか、いろんなことが見えてくるわけです。このように、ケース会議でアセスメントとプランニングをやります。

プランニングの中で、先生たちがスクールソーシャルワーカーに保護者会に入ってほしいとおっしゃたんですね。保護者会というのはすごく大事な機会です。保護者会で学校は攻撃されるのです。攻撃されて、それを防衛的に考えて、よけいにこじれるという相互作用になりますので、そこで仲介者の私が入らせてもらいました。学校はどんな協力をしてきたのか、保護者がどんな援助をしているのか、それを第三者として伝え仲介させていただいて、両者が理解し合える保護者会になるわけです。先生達も管理職もとても喜んでいました。その他、教室見学をさせていただいて、どこに手当てを打っていけばいいのかを検討したり、子どもの支援ということでボランティアを導入したりするなどをしました。



PPT ⑮

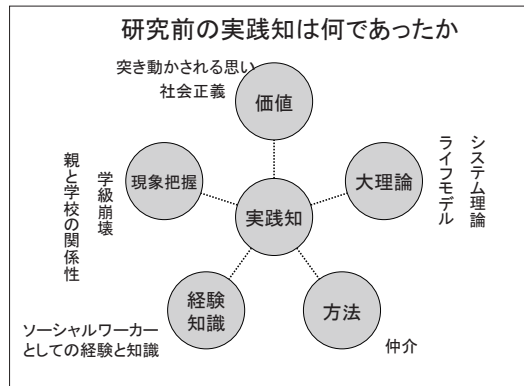
同時にしていただいたのは、親支援です。親御さんたちもいろんな課題を抱えています。悩んでいます。保護者には子どものリソース（力の部分）を書きだしてもらって、台紙に貼り出してもらい取り組みをしました。保護者がクラスを見守りに来てくれているときに、良かったこと、頑張っているよということを書いてもらって、貼り出してもらったのです。とてもきれいな台紙を先生が作ってくれたのです。それを貼り出した翌日、何日か後から、子ども達がゴミを出したりとかそういうことがものすごく減ったのです。自分の良いところ、頑張っていることに注目してくれる保護者、そして学校もということになったら、状況はどんどん変わっていきました。卒業前の2ヶ月半くらいの支援だったのですけれども、子ども達が変わっていったという事例です。

私も学級崩壊を本格的に支援したのはこの事例が初めてだったのです。見通しが無ければ多分ここまで出来なかったんですけど、自分の中で実践モデルというものがあって、十分じゃないにしてもモデルがあって、どこをアセスメントしたらいいのかということがある程度見えていたので、そんなに慌てずに支援ができたのではないかと思っています。

実践知を理論へ

まず考えてみたいのは、研究前の実践知というのは何だったのかということです。これは私としても結論が出たわけではなくて、先生方にもいろいろアドバイスいただきたい点なんです。

私はソーシャルワーカーとしては25年ぐらい、非常勤とか嘱託も多かったんですけど、途切れることなく現場に出て実践を積んできました。そういう中で、この研究に入る前と入った後の前後で何が変化したのかということのをちょっと考えてみました。(PPT ⑩) 価値というのを書いていきますけど、親と学校の関係がこれでいいのか、対等ではないじゃないかとか、親の主体性はどうなるんだとか、そういうことを思って突



PPT ⑩

き動かされた思い、社会正義とかの価値観というのは、ソーシャルワーカーとしてベースにある当たり前の価値の問題なんです。それはベースにあったと思うのです。

大理論というのは大学でも習っているし、ずっと聞いてきたし、一応システム理論とかライフモデルとかいろんなものが自分の頭の中にはありました。方法としての仲介ということは分かっていたけれども、どう使っているのかはよく分かりませんでした。ソーシャルワーカーとしての経験知識は今まで加味されて生きてきたと思います。学級崩壊や親と学校の関係性は現象把握として文献で理解するぐらいで、起こっていることを正確には把握できていなかったと思います。そういういろんな要素が自分の中での実践知としてあったと思うのですが、それぞれが点線でつながっていますが、1つ1つはパーツとしてはあるのだけれどもうまく統合されていないという状態だったかなと思うのです。

(PPT ⑪) この理論化によって何が得られたのかなということです。無力感というキーワードに注目してみます。1つは、こだわってきた点でもありますけれども、当事者の思いを概念化する。これは親の無力感というのがキーワードとして出てきましたけれども、これはとても大事なことが1つできたかなと。

2つ目に、共通理解できるように言語化する。これは理論化によって得られたことです。先行研究との兼ね合いで、これがキーワードなんだ

理論化によって何が得られたのか

無力感というキーワードに注目して

- ①当事者の思いを概念化できる
例)特に注目した親の思いは「無力感」
- ②共通理解できるように言語化できる
例)先行研究(「無力感」は親と学校の間を理解するキーワードであること)と今回の研究がつながる
- ③概念をモデルで示すことが可能になる
例)無力感と仲介(抽象的な機能)の関係をモデル化して示すことができる
- ④概念化されたことで検証が可能になる
例)仲介モデルとして検証され、無力感のモデル中の位置づけが見える

PPT ⑰

ということが見えてきます。無力感というのは最初見えてこなかったことで、見える概念となることによって、他の先行研究と照らし合わせることができました。そして研究につながっていくことができた。そういう意味で、言語化できるという意味合いが大きいわけです。

3つ目に、概念をモデルで示すことが可能になります。昨日の奥川先生もモデル化をされていましてけれども、形にすることができる。抽象的な仲介という機能も、具体的にモデル化できるということです。

4つ目に、概念化されたことで検証が可能になります。試行錯誤する、それを検証していくというプロセスの次の段階にいける。そして、無力感のモデルの中での位置づけが明確化できるということが、理論化によって得られたことではないかと思います。

理論化のメリットとは

(PPT ⑱)実践モデルを通して理論化のメリットは何かということを考えると、まずはやはり現象を系統立てて説明が可能になるということを実感しています。先ほどお伝えしたように、学級崩壊の事例を前にしてスクールソーシャルワーカーが何かできるかというときに、ちゃんとアセスメントできないといけなのですね。ソーシャルワーカーとして大事な役割であるアセスメントをするためにも、どんな現象が起き

理論化のメリットは何か

親と学校間の仲介モデル(実践モデル)

- ①現象を系統立てて説明が可能になる
クラスが学級崩壊状態になっていくにはプロセスがあること、プロセスの間で親と学校の間で生じている現象等を説明(アセスメント)できる
- ②予測が可能になり予防が可能になる
「問題が潜在している段階」に遡り、対処を行うことが可能になる
- ③他の事例に適用し検討することができ(指標になり)データの蓄積が可能になる

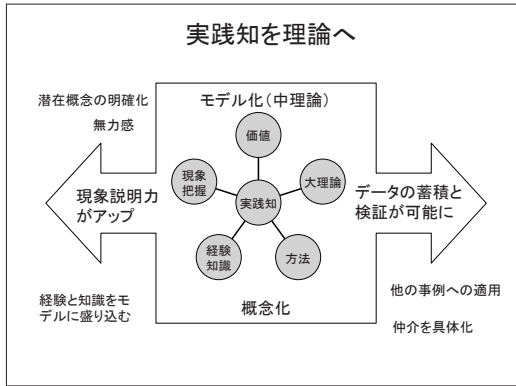
PPT ⑱

ているのか、どういうプロセスなのかというあたりが、やはり理論化という中で見えてきたのではないかなと思います。学級崩壊の状態になっていくプロセスがある、そしてプロセスの間で親と学校の間で生じている現象をアセスメントする。

2つ目は予測が可能になることです。モデルにすることで、問題が潜在する段階では何がポイントなのか、子どもの支援で何がポイントなのか、何を対処しないといけないのかということがこの研究ですごく見えたんですね。子どもが親との関係で不信感を持っていて、そして先生にも助けてもらえないとか、子どもの生活背景がいっぱいあるのに学校現場は本当に手付かずの状態です。残念ながらそこに目がいてない。学校は今クラスに来ている子ども達のこと追われている状況です。そういう意味で、子どもの問題がどこにあるのかというのをチームできちんと予防的にアセスメントする。特に学期の初めや学年の初め、小学校に入るときとか、ポイントが見えてくるんです。そういう時にどれだけ対処ができるかということです。

それから3つ目は、他の事例に適用して検討することができる点です。いじめの問題とか学級、学年が荒れるというときにどう対処したらいいのかというのは、データの蓄積になっていきます。

(PPT ⑲)そういう意味で先ほどの実践知の部分をもう1回取り上げてみますけれども、



PPT ⑱

モデル化、概念化することで何ができるかというと、1つは現象説明力のアップです。それからデータの蓄積と検証が可能になることで実践知をより確かなもの、強固なものにするのではないかなど。理論化することによって、実践知をより広げていくような役割が得られているのではないかということになります。潜在概念が明らかになりましたし、他の事例に適用したり、仲介を具体化するということができるようになりました。

実践知を理論へ その課題

(PPT ⑳) 実践知を理論へ、その課題について、私は実践家の立場からお伝えしていきたいと思います。先日質的な調査法について学ぶセミナーがあったとお伺いしているのですが、

実践知を理論へ その課題
実践家の立場から

- ①ソーシャルワーク研究法を習得するためのシステムが必要
実践家として事例研究やM-GTAなど帰納的研究等を学ぶ機会を保障する
- ②日常の実践に実践理論や実践モデルを活用していく意識付けが必要 → 研究者による(あるいは協働で)実践理論、実践モデルの開発と整理が必要
- ③モデル(理論)を活用できる実践家の養成が重要
「マニュアルをいくら作っても、臨床実践家がこのくひっかける作業をしてくれないとマニュアルの検証はできない」「援助者の身体を通過させる過程で<濾過機能>を働かせる」(奥川幸子「身体知と言語」P222～228)
→ モデルや理論は濾過する際の指標となる

PPT ㉑

やはり事例研究とか M-GTA とか質的な研究を含め、帰納的な研究をたくさん学ぶ機会というのを学会とかいろんなところで保証していただきたいなということを実践家として思います。私も M-GTA なんかもその当時はあまり研究会がなかったので、自分で探しまわって、他分野のところに行って勉強する機会を自分で見つけてきました。そういう機会を保証され、現場のデータをきちんと蓄積できるような手法を日常的に学ぶ機会は大事だなと思います。

2つ目は、やはり日常の実践理論、実践モデルを意識してどれだけ実践化を図れるかということです。これは最初にお伝えしましたがけれども、SSW というのは先生方に対してきちんとアセスメントを伝えないといけません。その時に新人のソーシャルワーカーに、どれだけその時に実践理論を使ったのか、何を根拠にこの説明をしたのかということも SSW に質問するのですが、そういうことをスーパーバイザーや現場の指導者の立場の方が、ソーシャルワーカーにどれだけ意識付けできるかということはとても大事だと思います。その時に研究者との協力、連携もすごく大事で、帰納的な研究でここまで概念化はしたけれども、更にデータ化をとというのは実践家としてはすごく負担ですよ。実践家としてはそんな余裕も時間もないところがあると思います。いくらコンピュータが便利になって統計ソフトができたとしても、そんな時間もなかなかない。そこを橋渡ししていくとか、研究者に委ねていくとか、ここまで概念化できたけれどもここを一步進めてほしいということが研究者の役割かなと思うわけです。

3つ目に、モデルや理論を活用できる実践家の養成というのが重要だと思います。昨日の奥川先生のお話はものすごくパワフルですごく影響を受けたのですがけれども、やはりマニュアルとか実践モデルができて、臨床実践家自身が引かかるものがないと検証できないです。いくら実践モデルの良いものを作っても、実践家の質を高めなければいけません。そういう意味

ではもう1つ奥川先生が、「援助者の身体を通過させる過程でろ過機能を働かせる」という表現の仕方をされますけれども、ろ過のときにモデルとか理論というのが、ろ過をする時にすごく有効に生きるものだと思うのですね。それがきっかけになって、自分の中で仮説とかいろんなものを展開していくきっかけになると思いますので、そういうものが不要じゃないかと思えます。これを実践家としては質を高めるような養成が重要ではないかなと思います。

私がお伝えできなかったことは参考文献で紹介していますので、ご覧になっていただいて、興味があると思われたところを見ていただけたらと思います。少し早口でお伝えしましたが、ひとまず終わりたいと思います。ありがとうございました。(PPT ⑪, ⑫)

主な参考・引用文献

- 芝野松次郎(2002)『社会福祉実践モデル開発の理論と実際—プロセディク・アプローチに基づく実践モデルのデザイン・アンド・ディベロプメント—』有斐閣
- 北川清一(2004)「日本におけるソーシャルワーク研究の動向と課題—理論と実践をつなぐ手がかりは得られたか—」『社会福祉研究』90号、28-36.
- 山下英三郎(2006)「スクールソーシャルワーク—実践と理論との距離をいかに埋め合わせるか—」『ソーシャルワーク研究』相川書房Vol.32 No.2、4-13.
- 渡部律子(2009)「ソーシャルワークの研究手法:ソーシャルワーク研究の発展に向けて」『ソーシャルワーク研究』相川書房Vol.35 No.2、4-16.
- 平山尚、武田文、呉裁喜、藤井美和、李政元(2003)『ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法』ミネルヴァ書房
- 岡本民夫(2000)「ソーシャルワークにおける研究手法の課題」『ソーシャルワーク研究』相川書房 Vol.25 (4)、11-16.

PPT ⑪

主な参考・引用文献

- Vaughn, S., Schumm, J. S. and Sinagub, J. M. (1996) Focus Group Interviews in Education and Pshchology Sage Publications, Inc. 井下理監訳 (1999)『グループ・インタビューの技法』慶應義塾大学出版会
- Parsons, R. J. (1991) The Mediator Role in Social Work Practice. *Social Work*, 36, 483-487.
- 佐藤郁哉(1992)『フィールドワーク 書を持って街に出よう』新曜社
- 木下康仁(1999)『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的調査研究の再生—』弘文堂
- 豊田秀樹、前田忠彦、柳井晴夫(1992)『原因をさぐる統計学—共分散構造分析入門—』講談社
- 奥川幸子(2007)『身体知と言語』中央法規
- 大塚美和子(2008)『学級崩壊とスクールソーシャルワーク』相川書房

PPT ⑫

質疑応答 大塚×小西

○小西

長年の実践と、それから大変ご苦労された調査を踏まえて、お話をさせていただきました。大変内容の深いお話だったかと思えます。

我々は医療分野ですけれども、実践と理論をつなげていこうというのがこの学会の大きな目的ですので、非常に素晴らしいテーマで教育講演をしていただいたと思います。領域は学校ですけれども、学校というのはみんな通ってきた過程なので、ある程度イメージができるところでもあったかと思えます。それと最初のスライド等で、特に医療と共通した部分、つまり専門職の中でいかに我々の仕事をきちんと説明していくかという、とりわけアセスメントを基盤にしたところは常に要求されているので、そこを固めることを研究の中でしっかり取り組んでこられたというのは、大変参考になったかと思えます。

一方で、データを常に蓄積して実態を予算化につなげるということは、我々ソーシャルワーカーも非常に意識しているところで、診療報酬とかそういった部分でもかなり共通した部分があったかと思えます。

それから機能においても、仲介機能というのは我々 MSW も医療者と患者家族との仲介ということを常に意識して、そこに一番の自信といますか、地域も含めたコーディネート機能に自信がある領域だと言われているので、そのところを軸に研究されているという意味でも、非常に共通する部分があったかと思えます。

ただ一方で、少しずつ熱が入られて、早口でちょっと難しい部分もあったかも分からないところもありますので、こんなことをしっかりやるには、きちんとした調査を積み重ねないと実現できないのかしらと思われた向きもひよっとしたらあったかなという気もいたしました。そこで、もう一言、PPT ⑭の仲介の実践モデルの表を解説いただいた際に、学校崩壊の例を挙げて少し説明して下さいましたけれど、もう

ちょっと補足説明していただけると嬉しいかなと思うのですが。

○大塚

問題の潜在のことは少しご説明いたしましたけれども、顕在化していくというところでは、いじめの問題がやはり出てきます。そこへの対応の基本はケース会議をしてアセスメントをする、絶対にそれは変わらないんですけれども、もう1つアセスメントのところに「円環的思考による問題理解」と書いています。

これはシステム理論で、円環図というのをよく書くことがあります。私はシステムズアプローチとか家族療法というのをベースにスーパービジョンで受けていましたのでいつも使うんですけども、クラスが荒れてくるといろんなことが悪循環になっていきますが、それを先生たちと一緒に円環図で表すのですね。円環的思考による問題理解とはそういう意味です。円環図を使ってアセスメントをしっかりと、悪循環がさらに悪化しないように、どんな所でも切り口になりますので、それを見立てていきます。そしていつも私はリソースということを先生たちにお伝えしているのですが、校内にも資源がたくさんありますので、フル活用します。「リソースを活かしたプランニング」とは、先ほどの事例から言えば、保護者に書いていただいた子どもが頑張っていることを張り出した紙なんかも全部リソースだと先生に説明して、それをプランに入れます。「ルールとリレーションの検討」と書いていますが、学級崩壊では必ずクラスのルールとか関係性、リレーションという柱が崩れているので、そこをケース会議で検討します。

もう1つお伝えしていなかったことは、ケース会議をどのようにするのかということです。昨日の奥川先生のスーパービジョンを見ていて触発されたのですが、ケース会議をするときに何をしているかということ、アセスメントを一方的と伝えるのではなくて、アセスメントはもちろん伝えるのですが、どれだけ先生方から引き出せるかなんです。奥川さんがおっしゃっ

たことと同じで、先生たちから言葉を引き出して行って、そして先生自身が気付くんですね。私がアセスメントする前から、先生たちがどんどん気づいていく。悪循環になっている図もそうですし、自分たちの取り組みの方向が違っていると、そういうことを全部自分の言葉で言うことで気づいていかれる。自分で気づいた時にすごく表情が変わられるんです。自分で気付くことほど強いことはないですよ。人に言われるよりも自分で気づいて、ハッという顔をされて、ここを変えていこうと思われるのですね。それが本当の意味で先生たちのエンパワーメントだと思うんです。だからアセスメントを伝えるとき、ケース会議というのは先生たちをエンパワーする役割もしなきゃいけないなということで、「教師のエンパワーメント」という言葉も書いております。

ケース会議をして、先生たちから引き出して、いろんな人に参加してもらってというなかで、チームが出来ていない学校でもチームが出来ていきます。問題が顕在化しているときに早く対応しすぐにケース会議をすると、すごく学校が変わっていきます。そういうことが学校支援ということですよ。

それから、もちろん親への支援という意味では、「親のエンパワーメント」もあります。親の方が、学校はおかしいじゃないですかとか、クラスがおかしいじゃないですかということと言われて来られるので、その対応として、もしも場合は、親同士の話し合いの仲介に入るといったこともしていくことになります。

そして深刻化した場合、先ほどの事例はお伝えしたように、アセスメントをして何をしたかということ、保護者会の中で仲介をして、代弁をして、これは絶対に学校の側から言えないことです。学級崩壊になると、夜10時とか11時くらいまで残って先生たちが会議をしているんですけど、「昨日も10時までやっていました」なんて保護者には恩着せがましくて言えないですよ。それを私が言うんですね。「先生も本当に大変苦労されていますよ、昨日も10時、11時ま

で皆さんのことを考えて下さっています」ということを言います。そして保護者が頑張っていることも私から伝えます。このケースで言えば保護者が一生懸命子どもたちのゴミを拾いに行ったり、掃除の手伝いに行ったり、花を飾っておられたりしたんですね。そういうふうに両者の中立の立場で、こんなふうに学校も家庭も努力しているということを保護者会で伝えることができるんです。そこは絶対に学校も保護者もできないところで、言えば言うほど対立になるところを応援できます。これが「親と学校の相互作用に仲介」ということになります。

○小西

ありがとうございました。

質疑応答 会場の質問に答えて

○小西

お待たせいたしました。かなりの質問をいろんなレベルで書いていただけたかと思っておりますので、大塚先生のほうにお任せして、回答をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○大塚

たくさん質問をいただきまして、ありがとうございました。実践現場に非常に興味を持ってくださっているようで、たくさんいろんな質問をいただいています。まず現場のこと、モデルのことを含めてお話をしていきます。

多くの事例にどのように関わっているのか

1つは、ここのモデルの中で重い個別事例が出てくるけれども、親にも教師にもかかわりながらいくつもの重い個別事例にかかわることは、時間的に制約があるのではないか、それは可能なのか、どんなふうにかかわっているのかという質問です。

先ほどの事例では、学級崩壊になってまさに

深刻化したところでケースに出会いましたけれども、もちろん私は潜在のところでもたくさんのケースを応援しています。どれだけ応援できるのかということになるんですけども、1人ではとてもスーパーマンじゃありませんのでできないのでどうしているかということ、問題の潜在の段階では先生達にかなりやってもらっていることが多いんですね。学校内のケースをかなり整理してもらっています。

先生達に、気になる子を挙げてくださいというと、どう挙げていいかわからないんですね。なので、子どもの気になる項目というのを作っています。気になる子は、学習の課題、家庭背景の課題、発達課題がある子、不登校歴がある子、経済的な理由がある家庭、いくつも基準を作っています。それで必ず分類をして、先生達に挙げてもらうんですね。そうするとケースの洩れが無くなる。例えば、中学になって学習障害が分かったという子どもがいるんです。それはなぜかということ、学校は家庭背景が重すぎて家庭背景の方にばかり注目していたんです。本当はその子は学習課題で困っているのに、その方面の支援が入っていなかったことがあったので、私は徹底して学校には基準を設けて分類してもらっています。それで問題を整理していくと、問題項目の数の多い子、重い子ほど支援が必要な子どもだとわかります。

そして支援体制を3つに分けます。担任の先生だけの対応でいいけど学校で子どもの名前を共有してほしいケース、校内のチーム支援が必要なケース、それから絶えずケース会議が必要なケース、3種に分けて先生達に分類してもらっているんです。それでやっているの、すごく効率的に、本当に必要なケースにSSWが入れることになります。

SSWの勤務体制

SSWの勤務体制についてもご質問があったんですが、配置でしっかり入れる学校もあれば、派遣で応援に行く学校もありますので、いろいろ

ろです。せめて中学校区に1人ぐらいSSWがいたらいいですけど、兵庫県でも教育事務所にSSWが1人いるぐらいです。それでは全然間に合いません。そうすると学校に頑張ってもらわなきゃいけないということで、潜在要因のところを先生達に丁寧に分類してもらい、ここそSSWというところで応援をしています。そういうことがなければ、SSWが走り回ってできることはありません。

そのSSWの応援ということでいくつか質問がありました。例えば勤務形態というのは今お伝えしたとおりです。私は週4日現場に出ているんですけども、毎日違うところに行っています。大阪府は7ブロックに分かれています、その一番北のブロックの地域を担当しています、配置で行く学校もあれば、派遣で行く学校もあるということで、週4日毎日違うところに行っているという状況です。時間も6時間勤務が基本ですけども、6時間ではとても間に合いません。1日に10時間勤務する日もあります。

ケース会議について

ケース会議についてはいくつかお話したと思うんですが、ケース会議についてもご質問いただいています。どんなふうに行なっているのですかという質問で、定期的に行なっているのかとか、随時行なわれているのか、誰が招集するのかという質問です。これもケースバイケースです。配置で私が入っている学校では、私が行く日はケース会議をたくさん用意してくれています。先ほどお伝えしたように子どもの問題を分けていますので、ケース会議をしなきゃいけない子どももかなり限られてきています。学校には支援コーディネーターとか生徒指導とか役職の方がいて、その方が学校内をまとめておられます。そういうキーパーソンの先生がデータをまとめておられるので、その先生と連携しています。私がケース会議に他機関の関係者を招集する場合もあります。例えば、保健、医療関係者に入ってほしい場合は、学校のコーディネーターの先生にお願いして要請してもらいます。生活保護の担当者が入ることもあれば、虐待対応の窓口の方が入ることもあり、いろんな機関が入って会議をします。

ただし、ケース会議もやればやるほどコツが分かってくるんですが、参加者が多ければいいというものではないというのが良く分かってきます。校内の少人数でケース会議をやったほうがいいという場合もありまして、校内が動けばこのケースは変わるということもありますし、家庭支援が大変なケースであっても、学校が子どもを支援できれば子どもが変わり、子どもが変われば家庭が変わるという相互作用もあります。そこは見極めが必要だなということで、ケース会議の招集メンバーもいろいろです。これは小学校でSSWをし始めている方からのご質問ですね。

スクールカウンセラーとの協働

それからスクールカウンセラーとの協働をどうしていますかという質問です。スクールカウンセラーにもケース会議に参加してもらっています。スクールカウンセラーも、それから発達に詳しい相談員も、フル活用させてもらっています。スクールカウンセラーは心理的な見立てはものすごく詳しくて深いですから、私よりずっと深く分析してくれます。それを根拠にだから支援が必要だとか、そういうところでかなり活躍してもらっています。

病院でもあると思うんですけども、ものすごいクレマーの保護者がいらっしやいます。そのときにスクールカウンセラーに大活躍していただいている事例があります。病院へクレームを言ってこられる方も必ず背景があると思うんですが、クレマーの保護者というのは、必ず背景があります。あるケースでは、保護者自身が幼少期にひどい虐待を受けていて、学校では小学校時代にいじめを受けた経験がありました。子どもがいじめを受けるかもしれないとか、まだ受けていなくてもそういうことにすごく敏

感で、ものすごくクレームを言ってこられます。そういうときの対応も、ケース会議にスクールカウンセラーに入っただけではなく、スクールカウンセラーにも保護者の見立て、アセスメントしてもらい、それを基にプランを練ることがあります。あるケースは、管理職が10時間ぐらいクレームに付き合っていました。対応していると日付が変わるといふときもあるぐらいクレーム対応されていました。学校は枠組みが無いので際限がないんです。先生達というのは、子ども達のためにエネルギーを注いでいます。そうすると保護者にも寄り添ってということになってしまって、枠組みが無いという状態になるのです。先ほどの10時間クレームのケースでは、小学校から中学校に上がるときにケース会議を小中学校でもって、中学校で保護者と子どもをどのように迎えようかという話をスクールカウンセラーにも入ってもらって検討したんです。この保護者の、今お伝えしたような背景が見えてきたので、保護者と会う最初が大事だということで、どういう先生がいいかということも皆で話し合っ、て、中学校のスクールカウンセラーと生徒指導とか支援コーディネーターの先生が保護者を支えるためのマニュアルを作って用意してくれました。お陰で、その子は今年卒業しましたが、保護者のクレームもなく、中学校を3年間何も無事に順調に過ごせたというケースもあります。そこは小中のつなぎのケース会議がものすごく意味があったのです。そこでもスクールカウンセラーのアセスメントがとても有効であったなと思います。学校だけではなかなかそこまでできなかったところを、中学校を応援していただいたというケースもあります。それがスクールカウンセラーとの連携ということになります。

親や教師との信頼関係の構築

アセスメントに必要な項目というのはどのように決められているんですかという質問があります。SSWによって違うんですけれども、ア

セスメントシートということで作っています。ただ、アセスメントシートに埋めていくということと先生たちと一緒にするのも意味があるんですけども、私がケース会議でアセスメントするときには、必ずエコマップを書いています。エコマップを書いて、みんなで共有して行って、模造紙の中にどんどんアセスメントを記入してつなげて行って、見えるように可視化すると、先生たちは腑に落ちるんですね。エコマップは先生たちに大好評です。私たちは当たり前のように使っていますが、目からウロコと言われます。すごく子どもの背景が見えたと喜んでくださるので、もちろんアセスメントシートを使うこともあるんですが、あまり下を向いてケース会議をすると重苦しいケース会議になるので、みんなで同じところを見てケース会議をするようにしています。そういうこともケース会議では工夫しています。

親に対してどういう自己紹介をしていますかという質問です。SSWの自己紹介はいろいろなんですけど、基本的には、カウンセリングという手法ではなくて、親と学校とをつないだり、調整役として活動できる人材ですというふうで紹介しています。なかなかうまく伝わられなくて、リーフレットなどを用意してくれと言われてたこともあります。リーフレットや紹介文をいつも持って歩いているSSWもいます。

信頼関係の構築ということで、親や教師とどのように信頼関係を作っているのですかという質問ですけれども、ソーシャルワーカーはいつも対等感をもって仕事をしていると思います。私は基本的に対等ということ意識して、専門家として一方的に何かアドバイスするというポジションにはいないと考え、一緒に汗水流して動くようにしています。保護者とも動くし、先生とも、必要なケースだと判断したら病院でも学校でも一緒に行きます。先生たちが汗水流して仕事しているわけで、そこを一緒にしないとだめですね。派遣で行って「ケース会議します」といって偉そうにしたって、先生たちには全然入りません。この人は一緒に動いてくれる人だ

とってくれたときに、信頼関係ができるなと思います。

SSW と病院との連携

病院とつないだことがありますかという質問なのですが。病院につなぐこともよくありますし、既につながっているケースも多いです。親が精神疾患などの課題を抱えていて、既に病院通いされている親御さんもとても多いので、特に医療機関とは連携をよくしています。ただ、個人情報ということでなかなか伝えていただけない部分もありますが、PSW との連携は非常にうまくいっています。PSW とここはという情報は一緒に共有して、とても動きやすくなることもたくさんあります。

私が保護者と学校の先生とでケース会議を2年ぐらいしてきた大変深刻なケースがりますが、そのお母さんは、自身が虐待をされてきたし、子どもを虐待してきたケースでした。そのケースが転校ということになって、そのときに病院も変わらなければならないということで、病院と一緒に行きました。そこまでのケースは少ないです。非常に課題が多いケースでは一緒に病院に行くこともあります。

この前一緒に病院に行って良かったなと思ったのは、もちろんそこにソーシャルワーカーがいますよね。それから地域のコミュニティソーシャルワーカーも来てくれたのです。実は受診まで3時間待ちでした。私もずっと保護者と一緒にいたのですが、そのときに3時間をどう使おうかと思い、ソーシャルワーカーがいるからソーシャルワーカーに会ってもらおうかと思いました。病院の会議室を借りて、3時間を有効に使いながら話し合いができました。最後はドクターの診察も一緒に入ってほしいということで一緒に入った、そういうケースもあります。そこまでやるのはなかなかケースに入りきれないといけない活用の仕方ですけれども、そういうこともあります。病院とはかなりつながって支援しているという状態です。

教育現場に必要な知識と組織の理解

教育現場に必要な知識とか組織の理解ということですが、これはとても難しいんですが、教育現場は独特なものがあります。医療現場もきっと独特だと思うのですが、教育現場は教師文化というか、先ほどお伝えしたように、先生たち独特の「こうでなきゃいけない」という議論もあるし、不登校の子は学校に行かせなきゃいけないとか、割とカチッと決まった、こうだというのを持っていらっしゃる先生も多いので、そこをどう崩していくか。白黒つけられない間があるのだとか、子どもの生活を見なきゃいけないというのは、かなり学校の先生に伝えていかなければならないことです。でも先ほどシステム理論の話をしました、学校は組織で動いていますので、システムを見る目を持っていないとものすごく動かされてしまいます。私も手足のようになって、ただ動いているだけというふうになってしまいます。昨日、「俯瞰で見る」という話を奥川先生がされましたけれども、大事なんですね。システムとしてみる目を養うということです。

私が最初にお伝えしたように倉石先生にスーパービジョンを受けていたんですが、そのときに「内容だけじゃなくて文脈を読むように」といつも言われました。コンテクストという言い方をします。コンテンツに対してコンテクスト、文脈ですね。システムの流れがどうなっているかを読み取るようにとよく言われました。やはり教育現場に入るときも、そういう視点、システム論的な見方を持っていることがとても大事なかなと思っています。

それから親、先生、学校関係者と面接や話し合いをするときに気を付けていることはどんなことですかという質問ですが。やはり先生はプライドが高いです。医療現場でいうとお医者さんもプライド高いですが。先生をまず立てないとダメですね。ですから「先生はものすごくこういうことに頑張ってるじゃないですか」というふうに、おべんちゃら的には言わないですけ

れども、できるだけ先生のやっていることをとり入れながら、先生を立てるようにしています。もちろん保護者も同じです。どうしても保護者というのは構えて来ていたりするので、保護者と私は同じ位置にいるのだということを、決して上からアドバイスする人間ではないということをお伝えしながらやっています。

それと親と先生と一緒にケース会議を持つときのポイントです。今、仲介ということでやりましたけれども、やはり親には親の立場があるんですね。学校は学校で譲れないことがあるんです。でも譲れるボーダーがあるんです。境目です。その境目に焦点を当てて話をするようにしています。親の言い分を言い出したら先生はうんざりという顔をしていますし、学校の言い分を言い出すと、親は「あ、またか」という顔をされます。そうじゃなくて、親と学校でできることって何でしょうと。この子のために、この子が少しでもこの問題を改善するために何ができるでしょうと、私たちは境目、インターフェイスをいつも支援していると思うのですが、そこに注目して質問を投げかけるようにしています。そうしないとバトルになったりするので、そういうアドバイスをさせてもらっています。

質と量の研究について

現場についてはそんな感じですが、あとは研究ということでお話をしていこうと思います。例えば、トライアングレーションということで質と量をやっているけれども、研究を通してこの方法が有効であり、また強みになったことがあれば教えてくださいというご質問をいただいています。ソーシャルワークの理論を実践家が立てていくためには、トライアングレーションというのはとても有効かなと思いますということを書いてくださっています。

私は博士論文ということもあって、念には念を入れて質と量の研究をやったと思いますが、後半の教師の研究では質しかやっていません。

基本的に実践からやる研究としては、質を高めていくような研究になるかなと思っています。量も質もとしっかりと分析していくというのは非常に難しいかなと思っています。ただ、トライアングレーションで質と量を、やはり質が無ければこの研究は無かったですね。質で当事者の概念を抽出してこなければ、量からはスタートできない研究です。そういう意味では、どうしても質から始めなければいけなかったと思っています。

量を加えることによって、これでいいんだということを確認していったと思います。私が実践をずっとやっているとしたら、やはり質を高めるような研究をするかなと思います。だから保護者の概念が出てきたら、それをもう1回他の事例でどうかか、もっと違う事象でどうか、そういうのをずっと蓄積すると思います。その辺は時間の許す限りという点もあるかと思っています。

それから M-GTA もそうですね。M-GTA で仮説の形成のあと事例や事象をぶつけて、仮説を洗いなおすという方法もあるけれども、それと違ってこの研究方法はどうだったのか、プラス面・マイナス面はという質問をいただいています。モデル化するプロセスで、量の研究を2度しているのはどういうことでしょうかという質問もいただきました。1回目は概念図の検証、それから2回目は理論化モデルの収束というか、モデルデータの収集ということでしょうかという質問です。量の研究を2回したというのは概念図の検証、1回目は概念を確立するというので、2回目はモデルの検証のための調査です。博士論文でなければあんなに丁寧にはしないと思います。博士論文になるといろいろ要求されるという実情があったと思います。

子ども当事者の研究

それから研究という意味で、子ども自身の当事者研究というのはどうですかというご質問を

いただいています。今回は実は1人だけ、学級崩壊を経験した子どもさんにもインタビューをしたんですけれども、子どもさんにインタビューするというのは難しく、いろいろ制約がありますよね。この研究に関してはそれ以上できなかったです。そのあたりは親御さんの了解がないとできないということです。

でも、私はSSWの立場で子どもさんからアンケート調査を取ることがたくさんあります。それは学校が行う子どもの生活実態調査です。学校も子どもの学校生活や家庭生活がどう関係しているのかを知りたいということがありまして、毎年のように子ども達の実態調査を一緒にさせてもらっています。特にそこには子どもの自尊感情を計る尺度も入れさせていただきながら、自尊感情と子ども達の生活実態とが一体どう関係しているのかということ进行调查しています。そのデータをどう活用しているかということ、これを先生も参加する保護者懇談会で発表し共有するんです。この学校の子どもの実態は、テレビをどれくらい見て、朝起きる時間は何時ごろで、子ども達の自尊感情はどうなっているのか、学年によってどうだとか、それを皆さんに見てもらっています。ある学校の教頭先生は、その調査結果を学校だよりも順番に紹介しながら、「ここが子ども達の生活支援のポイントですよ」みたいなコメントを上手に入れていただいたりしながらやってもらっています。だから必ず保護者に了解を得たりしますけれども、それが必ず子ども達に戻る、子ども達の生活に戻るということになれば、学校とか保護者も了解してくれるということです。

自尊感情ということでは、とても面白いデー

タが出ています。結構、子どもの自尊感情と生活とは密接に関係しているというデータも出ていましたので、子ども達が朝起きて楽しいと思っているかとか、食事とか、朝食をしてきたということとの関係とかが出てくるので、保護者には生活実態と子ども達の自尊感情はすごく関係があるんですよという話をさせていただくようにしています。子どもの調査って難しいんですけども、そういうこともやらせてもらっています。

それから実践モデルは実践家が使うことでより精緻化されていくと思いますけれども、あとの方法、メソッドについて何かあったら教えてくださいという質問です。基礎知識としてどう広めていくかということですけど、私に課された課題というのは、もうちょっとみんなが使えるような、SSWが使える形にしなきゃいけないですね。そういう意味で、精緻化していくにはマニュアル化してそれを使ってもらって、どうだったかという調査をしていく必要があるだろうなと思っています。それは何年も前から言っているのですが、なかなかできないで放置していますけれども、本当はもっと使いやすいものにして、工夫して行って調査していくことが必要だろうと思っています。

だいたいそんなところでお伝えしたかと思うのですが、いかがでしょうか。

○小西

まだまだお聞きしたいこともあるかと思いますが、本当に大塚先生、ありがとうございました。

〔論文〕

当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助に関する試論 —ハンセン病当事者のライフストーリーからの学びを通して—

熊谷忠和*

Key words : 文化的コンピテンス, ライフストーリー, ストレングス, 社会構築主義, 当事者の視点

1. 着想と目的

筆者は、ソーシャルワーカー実践の中で出会った AA (Alcoholics Anonymous)¹⁾の取り組みをしているアルコール依存症者の人生に向きあう真摯な姿勢、またハンセン病当事者²⁾の「自分の中にも偏見はある、その自分の中にある偏見と向き合うことこそが大切」と語る自分に向き合う正直さ³⁾、さらにここ数年のハンセン療養所で、出会った⁴⁾ハンセン病当事者の生きいきとした暮らしぶり、いわば、生きている充実感をもち日々生活に臨んでいる姿とは何なのか、これこそソーシャルワークやもっと広くは医療や福祉が目標にしている利用者の自己実現の境地なのではないかと考えた。

一方、筆者はソーシャルワーカーの在職当時(1978-2001年)にかかわりを持った利用者の追跡インタビュー調査の機会を得た(2002)。そこで見てきたことは、ソーシャルワーカーの専門援助評価とは異なる利用者サイドのもつ世界観、人生観、あるいは生活への思いであった(熊谷, 2006)。ソーシャルワーカーとしてもつべき利用者援助へのストーリーがどこまで、利用者側のストーリーと重なっているのか、交

差しているのか疑問を持つこととなった。この重なり合い、交差がないのなら、利用者はソーシャルワーカーに対して生きる辛さや、しんどさに踏みこんで、一緒に考えたいという感覚はもたないであろうと考えた。そこで、本研究においては、ソーシャルワーク援助の軸足を、援助者側ではなく利用者側に置き、当事者(ソーシャルワークサービス利用当事者:以下、当事者とする)の生きていることの「有意味感」ともいえる充実感を見据えたソーシャルワーク援助の在り方、つまり当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助に関してのひとつの試論を提起したいと考えた。

2. 研究をすすめるための基本概念

2.1. ソーシャルワーク援助の目的概念としての「健康自尊意識」

本研究においては、ソーシャルワーク援助の目的概念を、目のあたりにしている、多くのハンセン病当事者が達しているであろう、生きていることの「充実感」とアントロフスキーの健康生成モデルでいう「有意味感」⁵⁾の境地(Antonovsky, 1979)をヒントにした「健康

*Tadakazu Kumagai : 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科

自尊意識」(HE: Health Esteem) (井上・松宮・小河・熊谷, 2008)⁶⁾への到達であると仮定して論をすすめる。ソーシャルワークの目的概念に関して、20世紀初頭のソーシャルワーク創設期からこれまでに、概ね言われてきたことは、「社会と個人の意識的な調整によるパーソナリティの発達」(Richmond, 1922)「個人が社会的に機能する際に効果的に対応するため」(Perlman, 1957)「ソーシャルワーカーが行うことは、すべて社会的機能の促進」(Butrym, 1976)「個人的な欲求の実現と自立」(Friedlader, 1980) さらに「人びとのエンパワーメントと解放を促し人間の福利の増進を目指す」(IFSW, 2000)である。1970年代までは、人のパーソナリティや社会機能強化、適応にその目的が置かれていることに対して、1980年以降では、個人の欲求の実現、さらに2000年の定義では「エンパワーメントと解放」と当事者主体の概念がもちだされている。中村は、ソーシャルワークの援助モデルの歴史の変遷、つまり「治療モデル」「生活モデル」「ストレングスモデル」が凌駕され変遷されてきたとしている(中村, 2009)。特に1980年代後半より、ソーシャルワークのパラダイムが、ポストモダニズムを背景に、「社会機能強化」や「適応」から、当事者の「主体性」「主観性」「意味付け」へ、そして当事者のストレングスに移っている。本研究において、ソーシャルワークの目的概念を当事者の主観的な生きていることの充実感、すなわち健康自尊意識(HE)としていることは、この潮流の上にあるとまず位置付けておきたい。

2.2. 社会構築主義の視点からソーシャルワーク援助論へ

当事者の思いや世界観に軸足をおきソーシャルワーク援助を論じる研究の多くはポストモダニズムの潮流にある社会構築主義ないし社会構成主義⁷⁾の視点から論じられている。代表的な研究は、フーコー思想を基盤にしてソーシャルワークの在り方を論じたマージリンの「Under The cover of Kindness: The Invention of

Social Work」(Margolin, 1997)である。マージリンは、伝統的な専門援助の持つ信念、すなわち優しさや権利擁護は否定されるものではないが、専門援助が権力や政治的行使の延長線上にあることを意識から排除、あるいは意識する場合であってもバーンアウトに陥るとしている。専門援助は、その矛盾に直面してこそ、新しい局面がむかえられるとしている。さらにマージリンの綿密なソーシャルワーク批判を「文化的コンピテンス cultural competences」⁸⁾の概念を持ち出し援助展開論に結びつけたのはジョンソンとグラントの研究である(Jonson/Grant, 2005)。わが国で社会構築主義とソーシャルワークに結びつけた研究に先鞭をつけたのは、野口(野口, 1995)、木原(木原, 1996)の研究である。特に野口は、社会構築主義(野口は社会構成主義としている)の視点を援助に落とし込んだ方法としてナラティブ・セラピーを検討している。野口によるとナラティブ・セラピーの前提は①現実には社会的に構成される(現実には他者との交流という社会過程を通して構成される)②現実には言語によって構成される(現実を構成するうえで、言語が決定的な役割を果たす)③言語は「物語」によって組織化される(言葉は物語の形式をとることによって、意味の一貫性とまとまりを獲得する)としている(野口, 2001)。このような研究動向の中で、本研究は、野口のナラティブモデル研究やジョンソンとグラントのAMS実践⁹⁾の研究と類似した社会構築主義の視点をもとにしたソーシャルワーク援助の在り方への模索であると位置付けられる。

2.3. 研究の方法としてのライフストーリー研究

当事者のもつ意味世界を帰納的に詳らかにする方法としては質的研究が相応しいと考えられる。グレッグ美鈴は、質的研究のタイプを「Qualitative Research」(Tesch R, 1990)から、4つの分類、すなわち①言葉の特徴②規則性の発見③テキスト/行為の意味の理解④リフレクションを紹介している(グレッグ美鈴,

2007)。この中でライフストーリー研究も含む事例研究やライフヒストリー研究は③テキスト／行為の意味の理解に位置づけられている。つまりライフストーリー研究は、インタビューにより語られたライフストーリーを通して、その人にとっての人生そして取り巻く社会の意味を問い分析するものである。因みに、グランデッドセオリーは②規則性の発見に分類されている。桜井は、ライフストーリー研究をライフヒストリーやオーラルヒストリーなどの類似研究方法との比較において、「語り手と聞き手の相互行為、とりわけインタビュー行為によって生み出されるものであること、「語られること」が「語る」行為と分かちがたくむすびついていること」を指摘している。ライフストーリー研究は、語り手と聞き手の相互行為によって生み出され、そして投げかけられたテキスト／行為の意味を分析解釈するものであることから、社会構築主義に根ざしている事は明らかである。桜井は、社会構築主義からのライフストーリー研究を、これまでの社会的事象を科学的に説明する材料としてのライフストーリー研究、つまりシカゴ学派の流れをくむ実証主義アプローチや解釈的客観主義アプローチに対して、対話的構築主義アプローチと名づけている（桜井、2005）。

本研究の方法となるハンセン病当事者の聞き取り調査及び解釈・分析は、この桜井のアプローチに準拠して行われている。桜井は、文化的慣習や規範、秩序に大きく支配された語りを「マスター・ナラティブ master narrative」と呼び、この支配的な「マスター・ナラティブ」の抑圧に対して語り手は自分の所属する特定のコミュニティで育まれた「モデル・ストーリー model story」を拠り所としてストーリーを生成していくとしている。ただし「モデル・ストーリー」もやがて特定の社会においては「支配的な語り」すなわち「マスター・ナラティブ」に変化していくとされる（桜井、2005）。本研究は、この桜井の研究に準拠することによりストーリーのダイナミクスや健康自尊意識（HE）の形成要因を明らかにしその研究の妥当性とその妥当性

を踏まえた新しい知見をもとめることを目指すこととなる。

2.4. ライフストーリー研究を援助論に繋ぐための「文化的コンピテンス」の概念

本研究は、ハンセン病当事者の聞き取りを通じたライフストーリー分析をソーシャルワーク援助に繋ぐことに向けられる。当事者のライフストーリーを傾聴し、当事者自身の生きている意味世界と彼らが拠り所している当事者文化を、援助的先入観を持たず「無知」の立場 not-knowing position に立つことにより学ぶことは、社会構築主義ソーシャルワーク指向の基本的な援助者側の立ち位置である¹⁰⁾。つまりこの「無知」の立ち位置にソーシャルワーカーが立つことで、当事者のライフストーリーの聞き取りが可能となり、そして彼らの生きる意味世界と拠り所となる当事者文化を学び共有され、はじめて援助のスタートラインにつくことになる。

ところで、本研究では、この援助のスタートラインにつくための、援助者側の当事者理解の力量として「文化的コンピテンス」の概念を持ち出している。「文化的コンピテンス」の概念は、わが国のソーシャルワーク研究では、あまり見られない（石河、2008）¹¹⁾が、合衆国では、ソーシャルワークの対象者が多様な背景をもつことの影響と考えられるが、「文化的コンピテンス」はCSWE (Council of Social Work Education)¹²⁾のソーシャルワークカリキュラムの基準ともなっている。また、「文化的コンピテンス」を倫理的に捉えるだけではなく、マイノリティや障害や疾病をかかえた、所謂ソーシャルワークの対象とする人々への実践的なかわりについての研究も多くみられる（Garcia, 2006；Sue, 2005；Johnson, 2004；Laid, 2008；Leigh, 1997；Lum, 2004；Rothman, 2007）。

ラムによると「文化的コンピテンス」は「専門援助のサービスを実行する際に、クライアントの文化的な価値を反映した援助を展開することにより、クライアントの土着の解決が可能となるための文化的に有効なクライアントへの関

係づくりに際する」「専門援助者の自分とは異なるクライアントの文化的背景についての認識、知識そしてそれを得る技術さらにそのことを帰納的に学ぶ、文化的に有効な関係をつくる能力」であるとしている (Lum, 1999)。なお、ジョンソンは、「文化」を「文化は、歴史的であり、伝統に纏められ世代を通過する。文化は人と彼らの世界観を定める現実あるいは想像 (real or imagined) である。文化は主観性の観点であり、あるいは最終的に彼らの世界観を定める集団によって採用される生活様式である。」としている (Johnson, 2000)。本研究でいう「文化」も、ジョンソンの定義の延長線上にあり、マイノリティ集団内で共有される行動様式や生活様式にとどまらず、ハンセン病当事者をはじめ、アルコール依存回復当事者、身体障害当事者などの疾病や障害を抱える人々、さらにゲイやレスビアンなど独自の性的指向をもつ人々の主観的世界観の拠り所となる集団や自助グループなどを含むものである。

2.5. 当事者のストレングスを信じる視点

ストレングス strengths の視点は、従来のソーシャルワークの科学化、客観化あるいは専門職と当事者の支配関係に対する理論的批判として登場している。1960年代以降のポストモダニズム思考¹³⁾の理論的潮流が背景となっている(熊谷, 2010)。わが国のソーシャルワーク研究においても、その潮流をくみ多くのストレングス視点を題材にした研究が見られる¹⁴⁾。サレイベイによると、ストレングスの視点とは「問題に焦点をあてるよりもむしろ、可能性の方に目をむける視点であり、人の潜在的可能性や強さに拠点を置き、問題の酷さに関係なく、人には問題を解決していくための能力と資源があるという確信に基づいている」としている (Saleebey, 2002)。また、ジョンソンによると、その援助のプロセスは、「援助者の、開かれたそして信頼のある専門的關係において、援助者とは異なった背景、そして異なる個人と文化的歴史をもつ当事者と関わりをもつための開かれた信頼ある

専門関係、文化的コンピテンスを持ちあわすことによってはじめて、専門援助関係の構築が可能となる」(Johnson, 2004) としている。

本研究における、このストレングスの視点は「文化的コンピテンス」の前提となる。当事者の主観的意味世界を理解しようとする時、あらためて目のあたりにするのがこの当事者のストレングスである。援助者は「文化的コンピテンス」をもつことにより、この当事者のストレングスに気づくことが可能となる。そして援助者は、従来の援助モデルであった何かを与えたり調整したりすることを放棄し、当事者のストレングスを信じ、支持するスタンスをとることになる。

3. 方法

3.1. 対象

筆者は2005年からハンセン療養所におけるボランティア活動等を開始以来、各地の多数の当事者との出会いを経験してきた。その中で7名の当事者に対してあらかじめ用意した調査手続きにより聞き取り調査を行った。7名のライフストーリーすべてにおいて、本研究の仮説ともいえる、①健康自尊意識 (HE) の境地②「マスター・ナラティブ」「モデルストーリー」「ニューストーリー」のダイナミクス③各ストーリーの移行に際し、転機とみられるエピソード体験④健康自尊意識 (HE) の要因として「ストレングス要因」「当事者文化の要因」が認められている。本稿ではその代表例としてAさんのライフストーリーとその分析を提示することとする (熊谷, 2009)。

3.2. 調査手続き

アトキンソンはライフストーリー・インタビューの進め方について、「The Life Story Interview」において、①インタビューする人を決める②目的をきめる③準備の時間を作る④写真を用意する⑤インタビューの環境を作る⑥実際にストーリーをとる⑦オープンエンド方

式のインタビューを活用する⑧インタビューは日常会話ではない⑨インタビューは応答的で柔軟であること⑩良い導きをする⑪良く聴く⑫情緒をあらわす⑬感謝する、の13項目のガイドラインを示している。本研究の聞き取りは、このアトキンソンのガイドラインを順守して行った

(Atkinson, 1998)。また、聞き取りを終えた後の書き起こし(transcription)と解釈(interpretation)の展開手順について、桜井は「ライフストーリー・インタビュー」において示している。本研究は桜井が示したものに準拠した(表1)(桜井, 2002)。また、記述の方

表1 書き起こしと解釈・分析の手順

<p>A：書き起こしの手順</p> <p>① 口述されたものを文字記録にする。</p> <p>② 聞き取りは、一般的に一回につき90分～120分程度。</p> <p>③ インタビューを終えた後、記憶の鮮明なうちに簡単な索引、語り手の氏名、日時、場所、記録番号などを記録メディアに書き込んでおく。</p> <p>④ 書き起こしの大原則は、調査者自身が書き起こし、語り手と聞き手のやり取りを含む、全過程の逐語をする。</p> <p>⑤ ただし、直ちに全部を書き起こすことが出来ない場合は、10分刻みの索引を作っておき、その後優先的なものを選択し書き起こしていく。</p> <p>⑥ 書き起こしを終えたら、簡単な編集作業をする。</p> <p>⑦ 書き起こしの編集を終えたら、語り手の同意を得る。語り手だけでなく必要に応じ関係者にも同意を得る。</p> <p>⑧ それぞれのストーリーごとの境界を見極める。各ストーリーの分節化をし、文節ごとに小見出しをつける。</p> <p>⑨ それぞれの語り(フレーズ)の種類を見極める。</p> <p>B：ライフストーリーの解釈の切り口の抽出</p> <p>⑩ 語り手がよく使う言葉を拾い出し、語りの基本的な概念を把握する。</p> <p>⑪ 特有な「語り」や「言葉」ではないが語り手のストーリーや心情の中でシンボリックなフレーズを検出する。</p> <p>⑫ コミュニティ内で誰もが認める客観的なリアリティを保証するコード(自分や他の人の行動があるパターンに適合していることの説明)に注目する。</p> <p>⑬ しばしば繰り返される聞きなれた言い回しがあることに注目する。</p> <p>⑭ 一つのフレーズ、ひとつの段落(ストーリー)において、語り手が出来事や体験(物語領域)にどのような価値を見出したか(ストーリー領域)、また聞き手に対しあるいは世の中に対しどのような投げかけ(メタ・コミュニケーション)をしているかをさぐる。</p> <p>C：ライフストーリーの解釈・分析</p> <p>⑮ ライフストーリーを生活実態の変化、社会的状況との関連から見る、反差別運動、行政政策の変化の中で捉え、ライフストーリーの分析、解釈を社会的コンテクストから考察していく。</p> <p>⑯ 自己と周りの社会との関連をあらわすフレーズを分析。</p> <p>⑰ 「転機」「エピファニー体験」にかかわるフレーズ、ストーリーにおける意味を解釈する。</p> <p>⑱ 「マスター・モデル」「モデル・ストーリー」からストーリーのダイナミズムを考察する。</p> <p>⑲ ライフストーリーを分節化して見出した概念やカテゴリーを他のストーリーや別の人のライフストーリーに問いかけ比較対象し、さらにそのコアになる概念やカテゴリーのバリエーションを明らかにしていく。</p>
--

出所：桜井厚 2002(せりか書房)『インタビューの社会学—ライフストーリーの聞き方』「IV ライフストーリーの解釈」pp.172-245及び「V ライフストーリーの社会的脈絡」pp.246-289の内容を筆者により要約的に整理

法は中野卓「口述の生活史」に習い、できるだけ語り手の言葉をそのまま描写することを意識した（中野，1977）。

4. 結果と考察

4.1. Aさんのライフストーリー

療養所で今も生活するAさんは79歳である。16歳から入所している（昭和18年）。Aさんはハンセン病の後遺症として右手指の神経麻痺と左手指萎縮があるが生活にさほど支障はない。妻と20年前に死別以来、療養所の住宅で一人暮らしを続けている。入所者自治会の役員を歴任し、現在でも療養所への訪問者に対しての講演なども精力的にこなしている。Aさんとかかわりは、筆者が療養所資料館のボランティア活動に参加した頃から始まった。Aさんとは療養所の生活のことやこれからの療養所について膝を突き合わせた議論もしてきた。Aさんは「今

があることをほんとうに幸せに思う」「苦労があった分、今の生活をほんとうに大切にしたい」という。このいわば「生きている」ことの充実感、充足感こそ我々の追究している健康自尊意識（HE）に他ならない。

ここでは、Aさんの自宅で実施した3回の聞き取り（2009）を、あらかじめ示した調査手順により、ライフストーリーとして整理した結果を示す（表2）。ストーリーは、文脈を区切るなどして、「病者にとっての療養所の意味」「社会情勢と療養所に入ること」「病気の判明と職場の解雇」「はじめての大学病院受診」「療養所までの道のり」「収容所の消毒風呂」「療養所での生きる決心」「離れていく家族との距離」「プロミンの登場も治ったと思えなかった」「家族以上に大きい同病者とのつながり」「Aさんにとってのらい予防法の廃止、国の控訴断念の意味」の11のストーリーを抽出した。

表2 Aさんのライフストーリー

<p>病者にとっての療養所の意味</p>	<p>Aさんは病者にとっての療養所の意味をまず率直に語った。</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>「見られるのは恥ずかしいことなんや、そのことは一般の人にはわからんわけ。そんなもん恥ずかしいことない、うつらん病気やから正々堂々といったらええいうても、それは病気でないきれいな人の言うこと」「ここに来たらみんな一緒に、なにも隠すことなく、おっぴろげにいられる。はじめてお天道様がまともにみられるということはあったんや」「療養所で初めて生きる心地がした」(b)「予防法が無かったも、らい病という病気があるから、らい病という病気に罹っていることと予防法は別なんや、予防法はあったから、もう自由にできなかつたということではなくして、<u>僕自身だって早やく治さんかつたら、社会の人と一緒に生活できんから、治そうと思った(a)の</u>といっしょで（同じで）、(病状が)悪い人なんかやったら皆そうや」</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>Aさんは、国がハンセン病者を予防法で強制収容した事実の一方で、病者にとっての療養所の意味をふたつ示している。ひとつは、療養所は身を置くことさえ難しいその当時の社会からの逃避地であったこと、そしてもうひとつは、社会に帰るために病気を治すための唯一の場所であったことである。ただ、Aさんは、自分自身がハンセン病に罹り即刻会社を解雇され療養所に行くことになったことを掲げ「ただ強制収容というのは、入らんでもよかつた連中まで全部入れた、そして各都道府県が無癩県運動をした、そういうことはものすごく大きい問題があつたと思う、<u>人権にたいして、それは確かにええ加減なことした。</u>」(d)と付け加えた。</p>
<p>社会情勢と療養所に入ること</p>	<p>「大事なことは、社会情勢が考えられない時代であつたこと、世界大戦があつた時分（である）、そのことが社会情勢としてあつて、僕らは病気になって、ここにきた。民主主義ではなく軍国時代で突き進んでいた時代（であり）、天皇陛下万歳の時代、左翼的な本をもっているだけで捕まる、そういう社会情勢、時代に僕たちは「らい予防法」で、どうしても入所せなあかん、嫌やいえるような時代じゃない、当然の時代であつた。」「なぜ反対しなかつたといわれても、できる時代ではなかつたのが事実。家において働かず、食べて（いける時代ではなかつた）、今のような社会保障はない、(病気にかかる)お金がかかる、そのとき早く病気をなおそうと思つたら療養所しかなかつた。今で考えると、何故ということ</p>

	<p>を考えられなかったバック（社会情勢）があった。」「自分としては、マスコミでいわれている「強制収容」というわけではなく、病気を治そう、その一心で、昔は（家に）おれなかったからきた、強制されたとは思っていない。子供でもあるし、考えもなかった、仕方なかった。」(c)「根本にあるのは、国費でただで治療してもらっているという負い目がある。当時、ただで食わずとはどこもない、療養所はただで食える。一銭もない中で、反発する状況ではなかった、最近のマスコミがいうような、ひどいことされたらと、そんなことは思っていない。（そもそも）人権という考えがなかった時代であった。」</p>
<p>病気の判明と職場の解雇</p>	<p>Aさんは16歳のとき、はじめての軍事教練で敬礼をしたとき「手が曲がっている」ことを発見された。その日の教練が終わり呼び出され「親父に渡せ」と封筒を渡されたという。父親にみせたら「(会社に)もうこんでよい」と書かれてあったそうである。ハンセンと書いてあったかどうかは不明であるが、父親は「明日からいけん（行くことはできない）」とAさんに伝えたという。Aさんは尋常高等小学校を卒業し、父親と同じ系列会社に就職した。勤めて10日目のことであった。高等小学校のときから「少し手が曲がっていたけど鉄棒や跳び箱も出来たし、ペンで字を書くことも普通にできた、学校で困ることは何もなかった」「同級生からも不自由といわれたことはなかった」という。またAさんは級長を務め成績優秀であり職場も父の関係とはいえ同級生からの羨望の的であった。それだけに会社を解雇されたことはAさんにとって辛い出来事であった。またAさんは父親の会社社宅に住まいしており、同業者の集まる近所同士においても内密にしておかなければならない重苦しい空気を16歳とはいえ感じていたという。</p>
<p>はじめての大学病院受診</p>	<p>「普通に(受付に)行ったらレブラということがわかって、すぐにちょっと待てといわれて、廊下に(待たされ)、特別皮膚科ちゅうとこ(が)あって、離れたところに連れていかれた」「(はじめに診てもらった)先生が、きらいがって、もう動いたらいかんと(*そんなふうな感じで)うん、診察のとき、インターンかな、学生が4、5人おって、(先生が)「こい、こい、こい」と呼びにいて、それで、(話されていることは)わからんけどレブラいうのだけはわかった。レブラいうて、ずうっとわしを(とり)囲んで、針をつきさして、わかるか、わからんかいうて、知覚麻痺を(*知覚の検査ですな)筆で調べ、そういうのをして、そのときに学生が4、5人おって、レブラいうのを始めて教えたんじゃないかと思う、触ってみて「わかるか」といわれ「わかります」いうて、そうして、それは短い5分くらいのもんやった、それからすぐに廊下にて、ここから動いたらあかんいわれて、ものすごく厳しかった、それまでどこ歩いてもなんともいわれんのに、そこでじっとおって、先生がいろいろ書類こしらえて、ちょっとついて来いといわれて、だいぶ歩いていて、そして特別皮膚科にいった。」「特別皮膚科にいったら、慣れとるから、看護婦さんだって、先生だって触っても(消毒など)なんにもせいへんし(しないし)、これはえらい親切なところやなと思った、前のところは、ぴりぴり怖かったけど、その先生はしょっちゅう来とるし、よう知とるから、看護婦さんも知とるやろ、もうぜんぜん(違った)、全部手伝ってくれて、これは優しいとこやなあとと思って、そしていろいろ話して、療養所に行ったらええいわれた、だけどいつ行くかわからんし、でもはじめのうちは、考えて、すぐ返答はせなんだ」「それで1ヶ月は注射をうちに大学病院に(通っていたが)、お金もようけ(たくさん)かかるし、それやったら(療養所へ)早よう行こうと思った。お金は親父が払るかどうかわからんけど、それで1週間に1回、2回くらい行った。それも、隠れていっとるわけ(で)、仕事いくような格好して、はじめは、仕事いっとるような格好せんと近所、まわりがいるから、(それでも)そんなこと(続くわけでもなく)できひんがな(できない)、それでも1ヶ月くらい通ったかな、それであとは田舎に帰ったんや(父の実家)」</p>
<p>療養所までの道のり</p>	<p>Aさんは就職10日目に会社を解雇され、その後間もなく、「疎開する」という形でA県にある父親の実家に身を寄せた。Aさんは父親の勤める会社の社宅に両親、兄妹と暮らしていたが、近所にAさんがハンセン病であることが知れ渡ることから、「近所の手前、親父はみんな同じ仕事場やから、もうそこにおれん」とのことで、「戦時中やったからちょっと食料もないし田舎の方に疎開するいうて、田舎に帰った」とのことであった。</p> <p>そしてEにある父親の実家で療養所入所の連絡を待つことになる。Aさんは、待機期間から「お召し列車」^(注)で療養所にむかった道りの体験を次のように語った。</p> <p>(注) 患者輸送のための特別車輛列車であり、一人でも車輛が使用された。「お召し列車」は皇族だけが乗る専用列車のことであるが、患者だけを乗せる専用車両であることから皮肉って称された。昭和38年まで存続した。</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>「僕は強制収容みたいで、行かないかんいうて来たわけではない、早く行かしてくれいうて、連れていってくれとお願いした。(それでも)待ときなさいというたんじゃ、待ってもええかと、僕はそんなに</p>

病気悪ないし、暫くちょっと待ってからでもいいといわれて、(むこうから) 連絡してやるいうて、それで、待った「待ったところ、強制収容で行く人の車と一緒にやったわけ、それからB駅から「お召し列車」できたんや、そやけど他の人は嫌ややいうたけど、ぼくは連れて行ってくれと頼んだから、「お召し列車」であろうがなんであろうが早く行きたいと思ってた」「ぼくは早く連れてってくれ、早く連れてって来てほしいとったから、強制でもなんでもなかった。」「ただけど病気治したい、ていうのは、(入社して) もうすぐに首になったんやから、はよう治して、ていうことは、(大学病院の) お医者さんが「君みたいな病気が軽かったらなあ、半年もおったら治るから、早よう行け」いうて、結果騙されてきたんやわな、だからそれで来たということ」「(*何日の何時にいくからという連絡があったんでしょうか) そうそう連絡があるわけ、それも、昼間こんと(来ないで) 早朝にきたな、僕らは(*朝早く) 暗いとき、家を出るときは暗いとき、もうそっからでて一時間もすれば夜が明けるけど、きたんは(迎えに来たのは) 夜はまだ早い、4時ごろとか、僕は6月にきたけど、早よう夜があけるから、早めに車がきた、車がきてぎ一と連れて行く、だからそのときには、近所がまだわからんようなときに(*時間に) さあ一と連れて行った。」「(*それでこっちに着いたときは日はもう) そうB駅からC駅にきて、C駅についたら療養所の車が待とって、療養所の車でDまできた、Dから患者の乗せる船で、そして上陸して、あそこの「収容所」の栈橋に上がった」「(*そのときは大勢やったんですか) 6人くらいおったと、6人やったと思う。だから大きい列車に6人くらいしか乗っていなかったわけ、それでB駅までずっときて、B駅でもちょっと端の方に下ろされて、それからみんなの降りる改札口に行かず、ちょっと裏のほうから出て、そいで、療養所の車が、今のような、ライトバンみたいな小さい車が後ろからこう開いて、窓が格子みたいなとって、後ろのドアがこう上がって、それで入って、そのまあ10人も乗たらいっぱいくらいのこまい車で、それで乗って、療養所に来た」「なにしろ行くということで、来たからな、そいで来たときに、そういうことで、ぼくらは別にその、ひどい目に合わされるとか、全然そんなこと思てないわけよ、まず病気治さないかんからいうて、ただ暗いうちに出て来るといのは、やっぱり人に見られたらいかんいうのはおぼろげながら分かった」

「収容所」
の消毒風
呂

当時の療養所入所者は、対岸のD地区の港から官船で療養所の栈橋に着く。栈橋から看護婦に付き添われ栈橋前の「収容所」に案内される。「収容所」は療養所で生活するにあたり、身体的検査などのスクリーニングや入所手続きのためのオリエンテーションを実施する棟であり、期間は概ね1週間とされていた。一方、病菌遮断のための検疫機能を持ち、所持品を全て並べさせられ、療養所が不要と判断した物品(懐中電灯・カメラ等)は取り上げられ、その他の所持品は着ていた衣服とともにホルマリン消毒されてから返品されたといわれている。また、現金は療養所の保管金として通帳に入れられ、かわりに療養所のみで使用ができる通用票と呼ばれるブリキの貨幣を渡されたとされている(昭和23年まで)。これは主に逃走を防止するためであったといわれている。Aさんに栈橋から降りて、そして「収容所」での様子をふり返ってもらった。

*

「(*栈橋から「収容所」にくるシーンがよく、テレビや映画で、ですが、Aさんの場合どのようでしたか) 僕はやっぱり素直に、自分たちがこんなにひどい目にあわせれとは思もてないから、船乗ったときも、看護婦さん、それこそ白いもんきて、小さい船やけど、僕のそばに座った、全部一人ひとりに付いて、そして今という福祉の人も付いてきて、船であがって、あがったら今度は手を引っ張って来てくれて、傍からみたら気の毒やと思うけど、僕は早よう治して、病院に来たということであんまり感じてなかったわけ、それだけ鈍いといえれば鈍いかもしれないけど、子どもやったし、病気もそんなに悪くないんやから、すぐに治すところ思もて、早よう治しにきたということ、それがあつたわけ」「ここにきたときに収容所に入るわね。裸になって、クレゾールの中に入れられたいうけど(*言われてますね) 僕らはなあ、入れられたけど、後でこれは消毒ですよ、と言われた、消毒風呂やから、体を消毒しますいうたから、それはまあそうかなと思った」「他の病気あるといかんから消毒風呂に入ってくださいといわれたんやと思う。だから他の人は、抵抗あつて、あんたとこ入れられたいうけど、後で先生にきくと、あれは外からもってきた病気があつたら島の中で困るから、疥癬とかいろんなもん、皮膚病みたいな、あーいうのがあつたら困るから、一応入れて、あそこに長くいれてずっとおったわけではない、ものの1分か2分すつとはいって、でさ一とでるだけ」「入って、上がって、拭いて、療養所の着物を着せてもろうて、もってきたやつは全部消毒したわけ、だからそういう、消毒いうことはね、先生らがひとり一人診察したら手を洗うやろ、今の福祉もそう、全部、洗面器にクレゾールいれてあつたわけ、だから患者と接したらこれやるのが昔から普通やったわけ、なにも特別にハンセンだけじゃなかったと後で思う」「だけど皆はあんな酷い消毒風呂に入れさせたいいうことを書いて一般の人にアピールするけど、僕は外から病気持ってきたらいかんから、そういうことはしたんじやろうと、それほどあんまり深く考えてない、これはもう体の消毒やからしゃない(しょうがない) と、全部着てきたものも

	<p>消毒するいうて、消毒せなんだら、ばい菌あったらいかんのかなと思うて、おったから、その点については園のやったことが、人道に違反して、差別があったとか、そういうことまでは僕は感じてない。」「ただそこでお金を全部とられて、そら、目の前で勘定するんやから嘘はないんや、10円なら10円もってきたら、通帳に10円いれましたという形で、それで、園のお金をおろして売店でかえる、だから、そういうのは、無論、逃走したり、いったら困るし（*そういう意味もあったかもしれない）それは一番や、逃走が一番やと思う、それでまた、無駄な買い物してはいかんしということもあったと思う。だから人に盗られてもいかんでしょ、現金を、あれやったら現金ないから盗られへん、だからそういう風な犯罪予防になったというのものもあるんやけど、悪く解釈するとみんなそう（*出れないように）そうそう」</p>
療養所で の生きる 決心	<p>「何年か経ったら病気を治すことより、生きていくためのことしか考えてなかった、それよりは食べることが大事かと思うので、病気のことよりは、ここで過ごさないかんいうのは何年か経ったらわかるし、それで「くすり」もないこともわかるとるから、ここで一生過さんといかんと思った。それなら、体に栄養つけて、少しでも美味しいもんでも食べよう、そして元気におるぞという形があった(g)（*最初は病気を治すことばかりやったけど、あるところから、もう生活、目の前の生活を）治らへんということがはっきり分かって、おんなじ病者の人が、僕より病気の軽い連中がおるんだから（*実際の目の前にね）目の前におって僕より軽いけど、この病気は治らんやと、帰ってもみな家族が迷惑するから、もうここに居るんだというもおるし、もう一般舎では結婚して落ち着いている人、ようけおるんだから、それを思うたら、病気治らんから、悪くせん程度で、ここで生活せないかん、そういう感じは2、3年経ったときから、そういう感じはあった。」</p>
離れていく 家族との 距離	<p>「（*ここに入ってこられた頃で、何か、一番懐かしいというか、思い出は何でしょう）やっぱり僕は家族に会いたいとか、家に帰りたいとかそれはある。手紙のやりとりは、初はようけ（たくさん）あった、だけど、だんだんだんだん無くなってくる、やっぱりこっちから出すのは悲しい無心の手紙しか出せんわけ、向こうだって、「手紙だすと思出すんじゃないか」というわけよ、そういうことが何年か、3年も4年も経つとる間に、こっちもそういう気になるし、むこうもそういう気になるし、だんだん、緊急の用事以外は、一切もういわんようになった、だから、そうなると、これがまた、心が通じるいうても人間というものは、こういうもんがやり取りしとるからつながつるとんで、これがなくて離れていく、これもあとで感じることで、そのときはそんなふう感じんけど、あとで感じるのな、何にも用が無かつても鳥が鳴いてこうやということだけでもやっぱり（手紙を）出しとるというのはつながりがあるけど、お互いに、わしも手紙書くとき、そんなもん、海がきれい、鳥が鳴いていうよりも、おなか減ったとかあれが欲しいとかしか書けんやろ、それで、向こうも断りの手紙がくるわけよ、「たまには、悪いけど我慢せよ」というて、そんなことが1、2回きだすと、こちら手紙書く気がせんわけよ、出したらむこうも苦しむやろうし、こんなもんやったらと思って出さなくなったのがだんだん疎遠になってくるわけ、それで離れていくし、だから僕らが病気におるから、家族が困まったらいかん、まず一番頭にあるのがそれ、なぜいうたら、僕はここに来たのは、おったら家が苦勞しとるというのほうはもうわかるとるわけやから、もうわしがおらんほうがええんやろうという考え方が頭にある、初めはそんなことないけど、そんなことない、寂しいて毎晩しくしく泣いとったけど、こんどだんだんそうなってきたら、もう悔しいけど、悲しいけど、泣く事はなくなるからな、諦めがあるから、何年か経ったらな、<u>そらもうみんな我慢しとるのにおわしだけ泣くわけいかん(f)わいとかな、ここで生きていくになりや（ことになれば）、なんとかそら、せんとあかんということになる」(h)</u></p>
プロミン の登場も 誰も治った とは思えな かった	<p>戦前におけるハンセン病の唯一の治療法は、「大風子油」注射に頼るものであった。効果には両論があり、また病型や個人差により効果が左右された。しかし決定的な治療法でなかったことは確かである。ところが、アメリカでプロミンが開発され、戦後日本でも、試行期間を経て、昭和24年に正規の治療法として普及されていった。プロミンは劇的な効果があり、ハンセン病を感染力を失わせ可治の病にしたといわれている。当事者の立場からプロミンの登場はどのように受けとめられていたのか尋ねてみた。</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>「（*Aさんきたのは昭和18年ですが、プロミンがまわったのはいつ頃ですか）26年に予算化されたわな、21年か2年に試験的に打ちよったわけ（*ここで実際に使われていたんですか）うん、21年か2年になあ、10人かなんぼかしかないわけよ、はじめ誰も行かなんだ、セファランチとかなんやらかんやら（*セファランチね）やっとなるくすりがみな悪うなったから、新薬なんかだれもやらへん、はじめ先生は往生したんやから、（プロミンを使ってくれる人を）集めるのに、けど「やってくれ」というて、それでやった人はすこし良くなってきてそして（*おっ、これはみたいな感じで）うん、それでまた、それもやったけど、全部がよくなったわけでもないし、まあちょっとこれはええなあとという形で、24年か5年になったら、だんだん人数がふえてきて、今度は、予算要求で座り込みもあった。けど菌がおらんくなるのが</p>

	<p>治ったということで、後遺症は全然治ってへんわけ、だからお医者さんは治ったとか、病気治ったとかいろいろいうとるけど、患者自身治ったという人おらんわけよ、後遺症があるし（*後遺症がね）あるし、それで過去の人はもっとひどいやろ、30何年に入った人はいいけど、戦時中とか戦後すぐ入った人は悪いんやから、そんな人治ったいうても、それこそ表に出ることないわ、治ったいうて、新聞記者来たってなんでも、逃げまくらんと、顔も出すわけにいかん、手も出すわけにいかん、だから学術的には無菌になって、なったというだけであの（*後遺症自体は）後遺症は、あの一だから入園者は治ったという人ひとりもおれへん、そんなもん治ったいうけど、そのうちにまた悪なるわいというのがみんなやった。」</p>
<p>家族以上に大きい同病者とのつながり</p>	<p>昭和30年頃まで療養所での生活は、病気の重たい人は、療養所の中心部にある「不自由舎」で治療的処置や生活の介助を受けていた。他の多くの方は、18歳までは「少年舎」、20歳代なかば頃まで「青年舎」、それ以降は「一般舎」で共同生活が営まれていた。療養所で「働かせていた」と批判される側面もあるが、実際には利用者同士が支えあえるしくみ（自治会組織）が形成され自給自足的な生活が営まれていた。Aさんは、その様子や同病者同士のつながりについて次のように語った。特に家族がない人ばかりの中で、自然発生的に「後見人」のしくみが形成されていったことは地域福祉研究の観点からも興味深い。</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>「青年舎には少し年輩の人で寮をまとめる連絡員みたいな人がいた。その中にどこの寮でも不自由な人がいた、下の部屋に、青年舎は元気な人やけど、4、5人の不自由な人もおった、不自由舎はあったけど、気の毒やし、青年舎のなかで、今でいう相互扶助みたいなもの、助け合う精神は、園長の考えであったかもしれないが、そういう人は働きにいかんでもいいし、元気な者が働く、元気なもんが食事をとりにいったり、世話をしたりしていた。（*ここでの人付き合いというのは、そういうのが一番支えというか）そうそう、だから、この人もいろいろあるやろうけど、いまだに僕らでも、その時の友達と付き合いおうとる。だけど、この年やから、ほとんど亡くなっているけど、だから、そういうことで皆が付き合っただけで、今でいう「後見人」いうものになったりな、誰も親も兄弟もおらんけど、この人だけに頼んどけば間違いないだろうという形で（*そういう形があったのですか）「後見人」というのがあるわけ、万一、入院したりすると、いろいろするのに、福祉のほうが困るわね、相談するのに、それで「後見人」というのをみな出しとるから、それで具合悪かったらすぐに、（*それは法律的なものではなく）ない、ない、園内だけ（*なるほど、なるほど）前はね、法律でもなんでもないけど、お金の管理まで、後見人が、それが最近できんようになった、郵便局のお金の問題は、個人の財産の問題ということで、前は、僕の「後見人」誰やいうても、園の方でみんな知つとる。「後見人」は自然発生的できたものだけけど二、三十年前から、福祉に登録することになった。」「友達いうんは（というの）、親子関係より親密なものがある。知らん人ばかり集まっておるけど、外で考えられている他人とは違う。なんか助けてもうたり、自分ができることは助けようという気持ちがある、そんなんやから、よけい、結びつきが強くなったり、世間が狭いし、ここで過ごさなあかんのやから考えるわ、社会でどんなことしとつても、ここでは通用せんというのがここにはあった。（*ハンセンが一般の療養所と違うのはそこですな）病院でありながら生活の場所、ひとつの部落みたいなもんで、かけ離れた（*極端に言う）とひとつの国、例えばなんですが）そうそう、だから、他からは何もしてくれんから、そこだけでいいかんということになつとるから。「社会」のように、ひとつの村いうたつて、隣がすぐ傍やからいうわけではなく、ひとつの海のなか、池の中のひとつの島みたいなもん、くよくよせず手をとりあって支えながらくらす、(8)他からの助けがないから、そこだけで全部していかなあかん、だからそれがあるから、全部中の人が誰かやらなあかん、やらなあかんというのが、そういうのがあるわけ、人に頼むわけにいかんし、外に頼むわけにいかんし、島の中で全部せなあかん、だから必要なもんは全部いるというそういう形であった。」</p>
<p>Aさんにとっての「らい予防法」の廃止、国の控訴断念の意味</p>	<p>「苦労があったから今がある」(i)そして「今ある自分を幸せに思う」(j)といい切るAさんにとって「らい予防法」の廃止、国の控訴断念、つまり人権が公にされたことがどのような意味をもつか問いかけてみた。筆者は「元気に前向きに生きておられる姿をみて何がそうさせているのかと思ってきた、いろいろ理由があると思うが、たとえばAさんにとって、「らい予防法」の廃止、国の控訴断念はどのようなつながりがあるのだろうか」と尋ねた。Aさんは、まず問いかけの前段の部分に対して次のように応答された。</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p>「そもそも僕たちは、病気があって療養所にきたけど、一部の重たい人は別として、ハンセンだけの世界にいて、もう自分は病者だと思わなくなっていた。不自由と病者は違う、外から見ると病者を働かせてというかもしれないけど、一般の社会からみるとなんだと思うかもしれないが、僕たちは、患者の力を</p>

借りるという国の考えはあったが、我々はほんとうに「楽園」をつくらうと、喜んで住み良いところにした。プライドをもってやってきた、療養所に入る前は病者であったかもしれないけど、入ったら健康者であった。人権の問題があったことばかり取り上げられるが、そういう面もあった。先生（筆者）が初めにいったことは少し違ふと感じた。」(l)

*

世間一般は、「療養所で暮らす人は悲惨で無力な人である」という先入観があるとAさんは考えている。筆者の質問もその延長線にあると受け止められた。Aさんは、療養所に暮らしている多くの人はそうではなく、身体的に多少不自由でも健康であり「前向き」であり、働くことや、生活することに「喜び」を感じていたと訴えられている。

*

「(*そうすると、そういう生活の充実感みたいなものは、世の中の流れ、「らい予防法」の廃止、国の控訴断念とあまり関係がないと) そういうことでもない。予防法がなくなって善かったのは事実。差別や偏見は、確かにたくさんあることには憤りを感じる。外に出たときに、食堂で追い払われた話もある。病気を見せたくなく、苦しんだ人はいっぱいいる。」「予防法がなくなって確かに、普通の病気と同じように扱われるという安心感はある。この安心感は本当に大きいものがある(k)。外にでた時にぜんぜん違う。堂々としていてもいいんだという気持ちが持てる」「外の人が大勢きたり、先生たちが出入りしてくれることは、法がなくなり、公に偏見がなくなったことでできていると思っている。また外の人の意識も変わったんだと思う。実際にいるんな人が来てくれることで、そのことが実感できることになっている」「まだまだ現実的に難しいことはあるけど、同じ屋根の下で、飯台をみなさんと囲んで一緒にお茶をすることは考えられなかったこと、そんな普通のことができる喜びはほんとうに大きい」「認められている実感を感じる、もっと普通にこのことができる世の中になってほしい」(h)

*下線部は本文に対応

4.2. 語りからみえてくるストーリーのダイナミクス

4.2.1. 「社会」に支配され比喩され語られるマスター・ナラティブ

Aさんの語りから、Aさんが支配されてきたマスター・ナラティブが随所で読み取れる。多くの当事者の語りで表現される言語に「社会」がある。Aさんの語りの中でも再三表現された。たとえば「社会の人と一緒に生活するために早く治したい(a)」(表2の下線部(a)を示す、以下同様表記)という表現があった。一般的に社会は、自分が生活し所属している集団あるいは一群を示すものとして表現される。しかしハンセン問題の当事者の多くが語る「社会」は、彼らを追い出した別世界であり空間である。つまり、遠い昔にいたことのある空間であり楽しいあるいは悲しい、また家族と共にいた思い出の中にある空間でもある。「見られること」が「恥ずかしい」のはハンセン病者が「社会」の中に存在できない苦悩であり、「療養所で初めて生きた心地」(b)がしたのは「社会」からの解放である。ある時期の「社会」は戦時下の社会情勢であり

人権という言葉の端くれも発せられない、Aさんに「しかたがなかった」(c)と言わしめる圧倒する支配の大きさがあった。大学病院では実験材料のように扱われ、それでも小さくなっているしかない惨めさがあった。静まりかえった夜明けに「ザーッ」と追い立てられるように「お召し列車」にのって、そんな「社会」からAさんは出て行った。

ハンセン問題の当事者の語る「社会」は、彼らを追い出した別世界であり空間である。そしてとてつもなく大きい、抵抗しようにもどうにもならない秩序をもつ世界である。「社会」は、当事者の中で固有に構築された言語であり、当事者にとってのマスター・ナラティブは、この「社会」に支配され比喩され語られる。

マスター・ナラティブには、社会規範、ステイグマ、国家権力、家族制度も含めたとてつもない大きい支配にひとりの個人はなすすべもない(Mills, 1959)。自らの身体上の特徴さえ忌み嫌い、内面化された意識構造を具備することになる(ゴフマン:石黒訳, 2003)。感染症に対する排他主義、隔離政策、特定病因論に根ざし

た近代医療の典型としての実験主義、国民保健や衛生を楯に繰り広げられた軍国主義、さらに表ざたにされない目に見えない社会規範や道徳などすべての影響、支配が一個人の内面に比喻としてあるいは隠喩として押し込められている (Foucault, 1969; 1977; 1980)。マスター・ナラティヴはその象徴の側面を持つものである。

4.2.2. 療養所で生きつづけるためのモデル・ストーリー

一方、「マスター・ナラティヴ」に対して、当事者やコミュニティにおいて公民権運動やフェミニズム運動、わが国においても解放運動や障害者運動がスローガンを獲得し全体社会に同化していく「モデル・ストーリー」が生成されていく (桜井, 2002)。多くのハンセン病当事者の「モデル・ストーリー」のスローガンは、「差別・偏見からの解放」であり「基本的人権の擁護」である。このスローガンを支えにして療養所で生きる意味づけをしていく。Aさんも隔離政策に対して「人権にたいして、ええかげんなことをした」(d)といい切る。しかしAさんは、決して、高らかにそのスローガンを掲げ、国賠訴訟の先頭に立ち運動を引っ張っていくことはなかった。Aさんにとっての「モデル・ストーリー」のスローガンは、外に向けられるものでなく、むしろ内に向けられたスローガンであると考えられる。たとえば「みんな我慢しとるのに、わたしだけ泣くわけにいかん」(e)「くよくよせず手をとりあって支えながら暮らそう」(f)となるであろう。それは「療養所での生きる決心」と「家族以上に大きい同病者とのつながり」の語りから見えてくる。Aさんにとり、「マスター・ナラティヴ」に象徴される「社会」の支配に対して「どうしようもない」自己を支えたストーリーは、「もうここで一生過ごすなら」「少しでも美味しいもん食べて」「元気でおろぞ」であり、「他から助けがない」ところで「そこで全部していかなあかん」、そのためにお互いを「助けようという気持ち」であった(g)。

4.2.3. 転機・エピファニー

ところで、ライフストーリー研究では、転機または転機を呼び起こす体験 (エピファニー epiphany) を核にしながらか人びとはストーリーを語り構築するとしている (デンジン: 片岡他訳, 1992) (桜井, 2002)。Aさんの転機またはエピファニー体験は、軍事教練で「手が曲がっていること」を指摘されたとき、解雇されたこと、大学病院の受診、療養所に入る朝のこと、また具体的なエピファニーは確認できないが家族と連絡が希薄になったこと、療養所で生きる決心をしたこと、さらに仲間とのつながりの深まりなどの出来事とそれに伴う感情的動機が挙げられる。

特記すべきは、これらのAさんの転機・エピファニーと考えられる場面は、「マスター・ナラティヴ」と「モデルストーリー」の時間的推移やダイナミクス dynamics を見るうえで、その橋渡しの意味を持つものとして位置づけられることである。Aさんの場合は、「療養所での生きる決心」と「仲間とのつながりの深まり」が「マスター・ナラティヴ」から、「モデルストーリー」となる契機を与えている。

4.2.4. 新しいストーリー構築の契機

Aさんのもうひとつの転機は、やはり予防法の廃止・国の訴訟断念の一連の出来事である。それは「マスター・ナラティヴ」と「モデル・ストーリー」を超えた「新しいストーリー New Story」構築の契機になったことは「らい予防法の廃止、国の訴訟断念の意味」の語りから疑いない。

桜井によると「モデル・ストーリーとマスター・ナラティヴとはそのねらいは異なっているが差別されている主体と位置づける点では同じ地平上にある」としている (桜井, 2002)。つまり「マスター・ナラティヴ」の支配に対してその抛り所として「モデル・ストーリー」を生成していくが「支配-被支配」という枠組みで捉えるときは同一である。しかし「新しいストーリー」の構築は、その地平線上から超えた

次元への道のりである。この道のりは本研究でいう HE（健康自尊意識）の境地にたどり着くプロセスである。その境地にたどり着くための歴史的力動的なプロセスが「新しいストーリー」の構築といえる。Aさんはまさにその境地に辿り着かんとしている。「まだまだ現実的に難しいこともあるけど、皆さんと一緒にこうしてお茶をしていると、認められているという実感を感じる、もっと普通にこのことができる世の中になってほしい」(h)とAさんは結んでいる。

4.3. 語りと健康自尊意識 (HE)

Aさんの語りにも、健康自尊意識 (HE)、すなわち「生きている」ことの充実感は、「マスター・ナラティブ」に晒されながら「モデル・ストーリー」を後ろ盾に踏ん張り、その時間経過において実現した法の廃止による社会的な「復権」を通して確実に「新しいストーリー」の活路が見出されている。すなわち、Aさんの現在の境地は、歴史的力動的なプロセスの中で生み出されてきた本研究でいう健康自尊意識 (HE) が極めて高い境地であるといえる。

4.4. 健康自尊意識 (HE) の形成要因

Aさんの語りから2つの健康自尊意識 (HE) の形成要因が読み取れる。ひとつはそれぞれのストーリーから次のストーリーに移り変わる節目におけるAさん自身のストレンクス strengths 要因である。Aさんはこのことを「苦労があったから今がある」(i)「今ある自分を幸せに思う」(j)とも語る。病や障害をもちつつ生きてきたことゆえの力強さがある。幾多の試練を乗り越えてきた逞しさとも言えるかもしれない。これは筆者のこれまでのソーシャルワークにおける当事者への聞き取り経験とも重なるところである。A・Aに参加しているアルコール依存回復者の「底つき体験」ゆえの生きることに對する謙虚さや正直さそして決して諦めない強さと相通じるものであることを確信する。そして重要なことは、このストレンクスは「当事者文化」に支えられていることである。ハンセン当事者であ

れば当事者同士の支え合いから形成された自助組織であり、アルコール依存回復者の場合はA・Aの繋がりということになるだろう。さらにAさんの語りから見えてくる健康自尊意識のもうひとつの形成要因とは、いわゆる隔離政策、被差別、偏見からの実体ある解放・復権の要因である。これは当事者からは当然道半ばであるが、「らい予防法の廃止、国の控訴断念」が大きく前進させたことは間違いない。Aさんの「普通の病気と同じように扱われるという安心感はある。この安心感は本当に大きいものがある」(k)という語りの重さを受け止めたい。

5. 総合考察

5.1. 「結果と考察」を試論に移行させるための整理

本研究の目標は、「結果と考察」を踏まえ社会構築主義の視点からソーシャルワーク援助の在り方、つまり当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助に関してのひとつの試論を提起することである。つまり、ハンセン病当事者のライフストーリーの聞き取りから見えてきた、そのストーリーのダイナミクスや彼らの健康自尊意識の形成要因をいかに、ソーシャルワーク援助の視点に落とし込むことが可能かの検討を試みることにある。その際の検討は、ハンセン当事者のライフストーリー検討で得られた「ストーリーのダイナミクス」、そしてその形成要因とも考えられる「ストレンクスの要因」「当事者文化の要因」、さらに援助者が持つべき能力としての「文化的コンピテンス」を鍵概念することになる。

ハンセン病当事者の聞き取りで得られた知見が、どうして一足飛びに、ソーシャルワーク援助の在り方やその視点に結びつくのかという疑問は当然である。しかしながら、一人のハンセン病当事者の苦悩は、ミルズの「社会学的想像力」のいうようにソーシャルワークがこれまで対象にしてきた「社会的問題」に繋がっているのである (Mills, 1959)。残念ながら、現代社

会において疾病や障害を持つことは、そのことだけにとどまることはあり得ないことである。社会的コンテキストにおいて考えなければならぬ事象となるのである。その意味において、ハンセン病当事者の苦悩やまた苦悩を乗り越える体験も含めて、他の疾病や障害を抱える人々の象徴であり典型であると考えられる。ソーシャルワークのかかわる局面である、疾病や障害が契機となり生活の再編成に直面する時、人々は「ストレングス」を発揮し、その際「当事者文化」の要因が、彼らの生きる質に関与するものと考えられるのである。よって、本研究は、ハンセン病当事者への分析結果を、ソーシャルワークの立ち位置に関する援助モデルの模索に踏み込むこととしている。ただし、ハンセン病当事者の聞き取り分析の結果が他のソーシャルワークの対象に広げることができる検証的努力は、本研究の今後の研究的責任であり、本研究の今後の課題としておきたい。

この試論へのもうひとつの疑念は、現実のハンセン病当事者の抱える生活の諸問題に、どう答えていくのか、答えられないとすると、本研究の検討は机上の空論ではないかという問いに

ある。パーカーは、ソーシャルワークの援助モデルや理論アプローチのタイプを「what social work is」を問うもの、「how to do social work」を問うもの、そして「the service user's world」を問うものに分類している (Parker, 2010)。本研究の焦点は、「the service user's world」を問うものであり、いわば当事者理解をどのように考えるかについてのひとつの試論であるといえる。したがって、本研究での検討は、現実の当事者の生活課題援助の際、当事者をどう見ていくのかの援助者側の視点 perspective や取り組み姿勢を目指すものであり、むしろ、具体的生活課題援助の前提に位置づけられるものである。その意味で、具体的生活課題援助の展開は、本研究での試論の延長線上で検討される必要がある。このことも本研究の今後の課題としておきたい。

5.2. 当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助に関する試論

ここで検討を試みるソーシャルワーク援助の試論の枠組みを図1で示してみた。本試論は、エンパワーメントアプローチやナラティブア

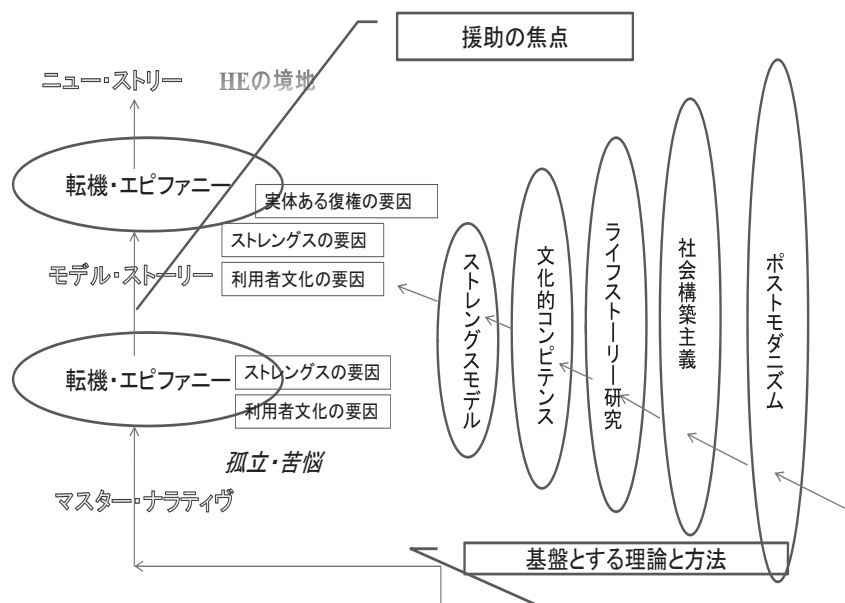


図1 当事者の視点に立ったソーシャルワーク援助の枠組み (試論)

ローチと類似のポストモダニズムを前提している。またその理論基盤は社会構築主義の考え方にある。社会構築主義とはこれまで再々述べてきたが、端的には「現実社会的に構築されたもの」「現実、人と人との対話を通じてつくられるもの」という認識論であり、フーコーによる思想的潮流の影響を強く受けている。社会構築主義を視点とするこのモデルでは、人は「現実」を常に「意味づけ」しながら生きており、それは過去からの一連の流れの中での経験に対する解釈であり、それぞれの自己について、自己の意味世界を主観的に生き続けるとする。

社会構築主義の主観的認識論とすでに提起した「健康自尊意識」(HE)は、ハンセン病当事者のライフストーリー研究を通して繋がった。その研究プロセスにおいて、人の主観的認識論は優勢的な言説 dominant discourses に支配されマスター・ナラティブ master narrative を形成するが、やがては対抗する言説 alternative discourses が生じモデル・ストーリー model story が生成される。さらに利用者文化や法の廃止などを契機として、ニュー・ストーリー new story が育まれることを明らかとした。

本試論は、マーゴリンの痛烈なソーシャルワーク実践批判と同じく社会構築主義立場からソーシャルワークを論じるジョンソンとグラントの主張する文化的コンピテンス culture competences の具体的実践方法の構築を目指している。

本試論の適用対象は、いわば社会構築主義ソーシャルワークであるので、エンパワメントアプローチ、ナラティブアプローチ、さらに解決志向アプローチの適用対象と重なることになる。また最終的には健康自尊意識 (HE) の境地、つまり主体的な存在としての「自己実現」を目指すので、実存主義アプローチの適用対象とも重なる。したがって、本試論の典型的な適用対象としては、加齢、疾病、障害、人種、貧困、性や性指向など社会的マイノリティであることを理由に抑圧あるいは疎外され、社会的弱者としてパワーレスの状態に置かれている人びとと、

さらにはその周辺の人々といえる。ただし、本試論は、非言語的表現も含むがコミュニケーションが前提であり、全く専門援助者とのコンタクトがとれない場合は適用には困難が伴う。また援助の期間は長期にわたることから、短期間で即社会機能を高めることの要請に応えられるものではない。

総じていうと、本試論は、サービス利用者が彼らの生活や人生を、抱える問題や身体状態や精神状態によって否定的に支配されたものであったとしても、最終的には、自己肯定的かつ建設的に、すなわち、自己を主体的な存在として、また生活あるいは人生に充実感(健康自尊意識)を味わう境地に到達する存在として捉える。そして専門援助者は、その当事者が育んできた歴史的、文化的な要素、さらに当事者が自らの人生を構成するストーリー(つまりマスター・ナラティブ、モデル・ストーリー)を、尊敬と学びの姿勢からの共同的対話関係を形成し、そのストーリーを広げ、さらにニュー・ストーリー構築を目指し、そして本稿でいう健康自尊意識の高い境地に到達することが援助の焦点となる。

一つの理論も、モデルもあるいは方法も、すべてのサービス利用者の必要を満たすために最適とはいえない(Miley, 2004)。それにしても本研究が最終目標とする、社会構築主義ソーシャルワーク援助の立場からの当事者文化そしてそこで育まれた世界観の重要視、さらに当事者への文化的コンピテンスを前提にした共同的対話の重要視は、ソーシャルワーク援助が持つべき視点の在り方に幾分の投げかけは出来たと考える。

6. 研究の課題

すでに、いくつかの今後の研究の課題については、ふれてきたがここで纏めて整理しておきたい。①ハンセン病当事者の聞き取り分析の結果が他のソーシャルワークの対象に広げることができる検証の努力は、本研究の今後の研究的責任であり、本研究の今後の課題とする。②本

モデルは、援助者側の視点 perspective や取り組み姿勢を目指すことに留まるものである。その意味で、具体的生活課題援助の展開については、本モデルの延長線上で検討されるべき課題となる。③現在の本研究の状況では、これまでのハンセン病当事者へのソーシャルワーク実践や研究が踏まえられているとはいえない。その指摘は素直に受け止めたい。これまでソーシャルワークがハンセン病当事者に対して果たしてきた権利擁護の取り組み成果と、一方ソーシャルワークの加害性に関する省察的視点から、先行研究や実践を追究し、本研究の方向を深化させなければならない。④加えて、本研究で重要視してきた、社会的コンテクストそのものに対して、本研究が提起した試論では、どのようなアクションを起こし、あるいはどのような立場性を保持するものであるのかも明確になっているとは言えない。⑤さらに、本研究は、桜井の「対話的構築アプローチ」を適用しているとしているが、インタビュー経過の中で、対話的構築が見当たらないと多くの指摘を頂戴している。全く謙虚に受け止めなければならない。今後はもっと緻密な対話内容を展開し分析するように向けたい。ひとつつ言えることは、インタビュアーの介入的意図をもたない、しいて言えば、対話による当事者の変容は求めず、ひたすら語り手に対する共感的、受容的さらに心底の敬意を表した言動あるいは当事者の人生から学ぶ姿勢そのものが、当事者がライフストーリーを語る基盤となっているとは考えられる、その意味において、当事者が言明したストーリーは、専門援助者と当事者の共同で構築された産物とされる側面をもったと考えられる。⑥また、当事者との相互作用においては、専門援助者（研究者）の揺らぎは当然あり、たとえば『こんなに苦労されてきたの、こんな生き生きとされていることに驚いた』とする投げかけに対して、「少し違うと感じた」(1)と指摘を受けた場面があった。これは、専門援助者のストーリーを大きく揺るがせるものであり、つまり専門援助者の横柄な先入感や、ひいては当事者より専門援助者

自身の研究成果に優先順をつけていることの指摘とうけとめた。しかしまた、この反省を謙虚に正直に行うことが、当事者との対話構築を進めることにもなると考える。⑦最後に本研究で提起している「健康自尊心」も、理解しにくいとの指摘もある。これも当事者のどのような到達点が生かされるのかさらに明確にする必要があると考える。いわば、長年の専門援助者（ソーシャルワーカー）の経験の中で培われた、「暗黙知 (tacit knowledge)」、「経験知 (experiential knowledge)」に基いているのかもしれない（シヨーン／佐藤訳，2003）。我々が提起した健康自尊意識に、少なくとも調査対象者の7人は到達していることには確信に近いものがある、ただ、それにしても十分な言語化が未だ出来得ておらず、これも今後の課題としておきたい。

注釈

- 1) アルコール依存症者の自助グループであり、1935年に米国で当事者である2人の男性により始められ、1965年以降急速に世界的に発展を遂げ、その組織形態や活動のプログラム、特に12ステップといわれる回復の過程モデルをそのまま応用する幾多のグループを生みだしている（窪田，1995）。筆者も2002-2005年に直接のかかわりをもった。
- 2) 本稿でのハンセン病当事者の表記は、新田と同様、彼らが、医学的な疾患のみによっては説明できない世界をもち、ハンセン病を患った元患者を自らの生活における生活主体者であるという意味を含む（新田，2007）。
- 3) 筆者が2003に機会を得たハンセン病当事者の講演内容からの感想である。
- 4) 岡山県の弁護士やソーシャルワーカーを中心に結成されているハンセンボランティア組織「ゆいの会」への加入を契機に、2005年より現在（2010年）まで、長島愛生園、邑久光明園をはじめ各地の療養所に訪問ボランティア、朗読ボランティア、聞き取り

- 活動を継続している。
- 5) アントノスキーは健康状態を「病理指向」で捉えず、リスクファクター、ストレスターの処理の在り方が健康を生成するとした。アントノスキーは、健康生成の要因を①把握可能感②処理可能感③有意味感であるとしている (Antonovsky, 1979)。
 - 6) 井上・松宮・小河・熊谷は、健康自尊意識を①自身の健康が有意味であり、資源を用いてそれを意欲的に維持、増進させようとする意識②健康という側面で自己を反省し、理想的な健康状態にむけて生活を行おうとする意識③自身の健康に関して多数の要素を有意味であると捉えることができる意識とし、健康とは主観的なものであり、健康とは「生きている」ことの充実感をもつ境地であるとした (井上・松宮・小河・熊谷, 2008)。
 - 7) 文献検索において、Social Construction は「社会構築主義」と訳されているものと「社会構成主義」と訳されているものとの両方が存在している。木原によると、綿密には主に認知の問題を扱うものを社会構築主義 Social Constructivism としている (木原, 2002) が、議論の決着がつかないことと、ほぼ同義語として扱っても本研究の記述において差し支えないと考え、本稿では社会構築主義を Social Construction あるいは (or) Social Constructivism として使用することとする。
 - 8) 本稿において、文化的コンピテンス cultural competences は、ソーシャルワーカーの当事者の文化的背景からの主観的意味世界を理解する能力として使用されるが、本文において詳細の説明をしている。
 - 9) AMS (Advanced Multi-Systemic) 実践 practice は、ジョンソンとグラントが社会構築主義の立場から提起したソーシャルワーク援助の視点 perspective を示したモデルである (Jonson/Grant, 2005)。
 - 10) 無知の立場 not-knowing position は、社会構築主義ソーシャルワークの類似モデルである、「ソルージョン・フォーカスト・アプローチ」や「ナラティヴ・アプローチ」で強調される。
 - 11) 石河は、わが国のソーシャルワーク現場においても多文化に対応できる教育・実践が求められるとして合衆国における「文化的コンピテンス」を紹介している (石河, 2008)。
 - 12) CSWE は、全米のソーシャルワークに関する教育養成に関する大学・大学院のカリキュラム基準と教員基準を定め認可する機関であり、1952年に設立されている。
 - 13) ポストモダニズム postmodernism 思考とは、「脱近代、芸術や文学・思想において、合理化・中心化したモダニズムを脱却・解体しようとする」(広辞苑) 思考をいう。
 - 14) たとえば、神山の「ストレングス視点によるジェネラリスト・ソーシャルワーク」(神山, 2006)、山口の「ストレングスに着目した支援過程研究の意味」(山口, 2004)、足立の「ストレングス視点を基盤としたソーシャルワーク実践の援助観に関する一考察」(足立, 2009) などがある。

引用文献

- アーヴィング・ゴッフマン(石黒毅訳)：ステイグマの社会学一烙印を押されたアイデンティティ。改訂版，せりか書房，2003。
- 足立美和：ストレングス視点を基盤としたソーシャルワークの援助観に関する一考察—レジリエンシーに焦点をあてた中途障害者の回復過程の分析を通して—。大分大学紀要，13，1-12，2010。
- Antonovsky, Aron: Health, Stress, and Coping, San Francisco, Jossey-Base Publishes, 1979.
- Atkinson, R: The Life Story Interview, 27-36, 39-59, SAGE Publications, 1998.

- Butrym, Z: *The Nature of Social Work*, Palgrave Macmillan, 1976.
- Foucault, M: *Madness and Civilization — The Archaeology of knowledge and the Discourse on Language*, Harper, 1969. (中村雄二郎訳：知の考古学. 河出書房新社, 1995.)
- Foucault, M: *Discipline and Punish — The Birth of the Prison*, Harmondsworth Penguin, 1977. (田村俣訳：監獄の誕生—監視と処罰. 新潮社, 1977.)
- Foucault, M: *Power/Knowledge — Selected interviews and Other Writings 1972-1977*, C. Gordon (Ed.), Brighton Harvester, 1980. (北山晴一訳：真理と権力. ミシェル・フーコー思考集成IV, 筑摩書房, 11-38, 1999.)
- ドナルド・ショーン (佐藤学訳)：専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える。ゆみる, 第2版, 2003.)
- Friedlander, A. w: *Introduction to Social Welfare*, Prentice Hall College Div, 1980.
- Garcia, B: *Social Work zpractice for Social Justice: Cultural Competence in Action*, Council on Social Work Educ, 2006.
- グレック美鈴：質的研究とは。グレック美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編著, よくわかる質的研究の進めかた・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして。医歯薬出版, 11-22, 2007.
- IFSW：国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) 倫理綱領, 2000.
- 石河久美子：ソーシャルワーク教育におけるカルチュラル・コンピテンス—教育機関と地域の現状から。こころと文化, 7(2), 135-142, 2008.
- 井上信次, 松宮透高, 熊谷忠和, 小河孝則：医療福祉学に基づく健康格差に関する研究(1)—健康自尊意識 (Health Esteem) 概念の構築に向けて—。川崎医療福祉学会誌, 17(2), 303-312, 2008.
- Johnson, J: *Crossing borders-Confronting history: Intercultural adjustment in a post-Cold War world*. Lanham, MD: University Press of America, 2000.
- Johnson. J: *Fundamentals of substance abuse practice*. Pacific Grove, CA. Brooks/Cole, 2004.
- Johnson, J · Grant, G: *A Multi-Systemic Approach to Practice, Medical Social Work*, Pearson, 1-28, 2005. (熊谷忠和訳：実践のためのマルチ・システムック・アプローチ。医療ソーシャルワーク, 1-45, 晃洋書房, 2008.)
- Jonathan, P: *Effective Practice Learning in Social Work (Second Edition)*, 20 - 22 , Learningmatters, 2010.
- 神山裕美：ストレングス視点によるジェネラリスト・ソーシャルワーカー—地域生活支援に向けた視点と枠組み—。山梨県立大学人間福祉部紀要, 1, 2006.
- 木原活信：ソーシャルワークにおける「意味」の探究と解釈—ある難病患者の病いの「語り」(narrative)をめぐって。広島女子大学生活科学部紀要(2), 141-155, 1996.
- 木原活信：社会構成主義によるソーシャルワークの研究方法—ナラティブ・モデルによるクライアントの現実の解釈—。ソーシャルワーク研究, 27(4), 286-291, 2002.
- 熊谷忠和：医療におけるソーシャルワーカーの基本的視点—さまざまな出会いから教えられたこと—。滋賀県医療社会事業協会30周年記念誌, 25-31, 2007.
- 熊谷忠和, 松宮透高, 井上信次, 小河孝則：医療福祉学に基づく健康格差に関する研究(2)—ハンセン病問題当事者のライフストーリーにみる健康自尊意識 (HE) —。川崎医療福祉学会誌, 18(2), 347-359, 2009.
- 熊谷忠和：社会構築主義の理論的潮流の再整理。川崎医療福祉学会誌, 21(1), 2010年11月受

- 理.
- 窪田暁子：アルコール依存症者の回復をエンパワメントの視点からみる. ソーシャルワーク研究, 21(2), p83-92, 1995.
- Laird, S: *Anti-Oppressive Social Work: A Guide for Developing Cultural Competence*, Sage, 2008.
- Leigh, M. J: *Communicating for Cultural Competence*, Allyn & Bacon, 1997.
- Lum, D: *Culturally competent practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1999.
- Lum, D: *Cultural Competence, Practice Stages, And Client Systems: A Case Study Approach*. CA: Brooks/Cole, 2004.
- Margolin, L: *Under The Cover of Kindness: The Invention of Social Work*, The University Press of Virginia, 1997. (中河伸俊, 上野加代子, 足立佳美訳：ソーシャルワークの社会的構築 優しさの名のもとに. 明石書店, 2003.)
- Mills, C. W: *The sociological imagination*, Oxford University Press, 1959. (鈴木広訳：社会学的想像力. 新装版, 紀伊國屋書店, 2005.)
- 中村和彦：さまざまな実践モデルとアプローチ I. 相談援助の理論と方法, 白澤他編, 中央法規, 121-141, 2009.
- 中野卓：口述の生活史. 御茶の水書房, 1977.
- 新田さやか：ハンセン当事者の語りにみる福祉の課題. コミュニティ福祉学研究科紀要, 5, 2007.
- 野口裕二：構成主義アプローチポストモダン—ソーシャルワークの可能性. ソーシャルワーク研究, 21(3), 180-186, 1995.
- 野口裕二：臨床のナラティヴ. 上野千鶴子編「構築主義とは何か」, 勁草書房, 43-62, 2001.
- ノーマン・デンジン(片岡雅隆他訳)：エピファニーの社会学—解釈的相互作用論の核心. マグロウヒル出版, 1992.
- Perlman, H: *Social Casework a Problem-Solving process*, Univ of Chicago, 1957.
- Richmond, E. M: *What is Social Case Work? An Introductory Description*, 1922.
- Rothman. J. C: *Cultural Competence in Process and Practice: Building Bridgwe*, Allyn & Bacon, 2007.
- Saleebey, D: *The strengths perspective in social work practice*. Boston: Allyn and Bacon, 2002.
- Sue, D: *Multicultural Social Work Practice*, Wiley, 2005.
- 桜井厚：インタビューの社会学—ライフストーリーの聞き方. せりか書房, 2002.
- 桜井厚：ライフストーリーからみた社会. 山田富秋編, ライフストーリーの社会学, 北樹出版, 10-27, 2005.
- Miley, R: *Generalist social work practice: An empowerment approach*, Allyn and Bacon, 2004.
- 山口真理：ストレングスに着目した支援過程研究の意味. 京都府立大学福祉社会研究, 4・5, 2004.

**Discussing social work practice from a service user's perspective
—from the life story of the person with Hansen's Disease—**

Tadakazu Kumagai

Department of Social Work, Faculty of Health and Welfare,
Kawasaki University of Medical Welfare

The purpose of this study is to examine social work practice through the life story of a person with Hansen's Disease. The author conducted life story interviews with seven persons with Hansen's Disease over a number of years. Results showed four conditions: ①arriving at a state of self-health esteem, ②passing through dynamics of "master narrative," "model story," and "new story," ③having a turning point (an epiphany experience), and ④recognizing two factors of "strengths" and "culture" for health esteem). The author took subject A from the seven samples to depict the conditions found above. From a social constructivism theory, the author raises a discussion on the state of social work practice. Finally, the author suggests implications for social work practice.

[論文]

ICF の概念における 在宅遷延性意識障害者の特徴と介護の実態 —若年層と高齢層の比較—

日 高 紀久江*
松 田 陽 子**
紙 屋 克 子***

Key words : 在宅介護, 遷延性意識障害, ICF, 障害像, 若年層と高齢層

緒言

後天的に生じる意識障害の主な原因は脳血管障害や頭部外傷であるが、二次的原因として代謝性疾患や中毒、溺水などがあり、乳児から高齢者まで全年齢層に生じる障害である。わが国では意識障害が長期化している遷延性意識障害者（以後、意識障害者とする）は34,400人以上いると報告され¹⁾、在宅療養が推進されている近年では在宅で療養している意識障害者数の増加が推測される。

意識障害者の在宅療養に関して、1998年に村山は²⁾、在宅介護の必須条件は障害者の全身状態の安定、家族の在宅介護への意志と能力、経済的な安定、そして医師への連絡体制や急変時の対応など7つの条件を提起した。そして、在宅療養を阻む最大の問題は患者を受け入れる家族の体制や地域での援助体制が十分でないことを指摘している。また、1998年に内田³⁻⁵⁾は、岡山県内での実態調査において在宅の意識障害

者は高齢者が多く、83.3%が生活上の困難があり、その主な理由は介護力の不足であると報告している。一方、2003年の実態調査では在宅の意識障害者は若年層が多く、若年層は医療依存度が高くデイケアやショートステイ等の社会サービスの利用が困難であることを明らかにしている⁶⁾。しかしながら、意識障害者の断片的な問題は明らかにされてきたものの、その障害像は明確でない。また、意識障害者は全年齢層に及んでいるものの身体機能として意識障害の原因や既往疾患、加齢による影響、また介護保険法や障害者自立支援法など利用している制度等により若年層と高齢層では在宅生活上の問題は異なるのではないかとと思われる。

そこで、本研究では在宅の意識障害者を対象に実施した実態調査結果を基に障害の全体像を把握すること、そして若年層と高齢層の意識障害者の状態と介護の実態について比較検討することを目的とした。

*Kikue Hidaka : 筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系

**Yoko Matsuda : 筑波大学大学院人間総合科学研究科 博士課程

***Katsuko Kamiya : 筑波大学名誉教授

方法

1. 対象および方法

日本脳神経外科学会の植物状態の診断基準に準じて、後天性の疾患および受傷を起因とする意識障害者を対象とした。2007年1月～12月に全国遷延性意識障害者家族会、遷延性意識障害者治療研究事業を有する県（宮城、岩手、福島、山梨、長野県）、看護協会や訪問看護ステーション等の各機関に依頼し在宅意識障害者と主介護者を対象に郵送による自記式質問紙調査を実施した。また、主介護者が高齢である場合には一部電話による聞き取り調査を実施した。

2. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の概念と本研究での位置づけ

意識障害者の障害像の把握には ICF の概念を用いた。ICF は全ての階層を含む包括的な概念であり、一人の人間を生活環境も含めて全人間的に把握するモデルである⁷⁾。国際障害分

類 (ICIDH) では、障害を「機能・形態障害」、「能力障害」、「社会的不利」と定義してきたが、時間的順序を示すものでないことや障害のマイナス面を重視している等の批判から、障害のプラス面を重視した「生活機能」という新しい概念が打ち出された。ICF では生活機能を「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つの階層から説明し、それらに関連する背景因子として「個人因子」と「環境因子」を挙げている。本研究では ICF の概念に基づき、実態調査の質問項目を各階層に当てはめ意識障害者の障害像の把握を試みた。

3. ICF の概念と実態調査項目

実態調査の質問項目を ICF の概念に当てはめて分析を行なった (図1)。意識障害者の「心身機能・身体構造」には意識レベル、呼吸の状態 (自然呼吸・気管切開)、栄養摂取方法 (経口摂取・経管栄養)、排泄の状況等である。「活動」は、意思疎通 (コミュニケーション方法) や運動機能を挙げ、また意識障害者の日常生活

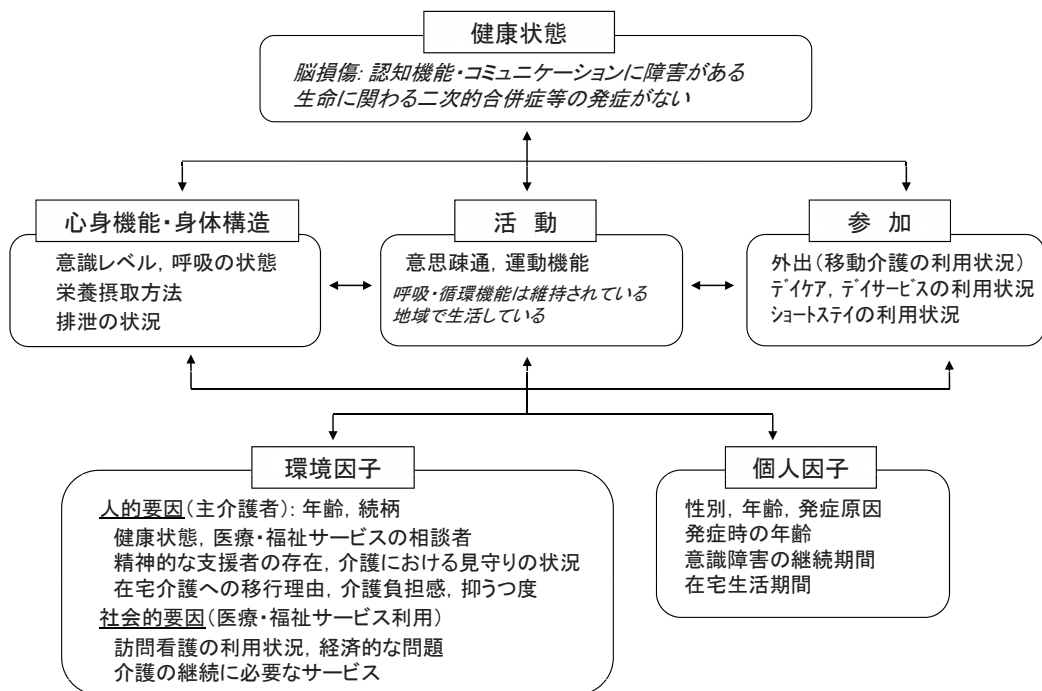


図1 ICF の概念と在宅意識障害者の調査項目

行動はほぼ全介助の状態ではあるが呼吸・循環機能を維持していること自体を活動として捉えた。また本研究では、意識障害者の社会参加の第一歩は自宅外に出ることと考え、「参加」は移動介護やデイサービス、デイケア、ショートステイの利用状況とした。

意識障害者は自動運動があっても目的的な運動や行動は困難であり、「参加」「活動」に関しては意識障害者を取り巻く背景因子のなかでも環境因子が重要である。本研究では環境因子を人的要因と社会的要因に分類した。人的要因のキーパーソンは主介護者であり、続柄、年齢、健康状態、在宅介護への移行理由、介護負担感等を当てはめた。なお、主介護者の負担感には多次元介護負担感尺度 (BIC-11)⁸⁾を使用した。BIC-11は筋萎縮性側索硬化症やパーキンソン病、脳梗塞、人工透析患者の介護者を対象にした研究により、Zaritの介護負担尺度等の項目を踏まえて開発された。全11項目(下位尺度5)と全体的負担感から構成され、各項目とも5段階で評価し得点が高いほど主観的な負担感が強い。また、抑うつ度に関しては自己評価式抑うつ尺度 (Self-rating Depression Scale ; SDS) を使用した。社会的要因は医療・福祉サービスの利用状況として、訪問看護の利用状況、経済的な負担感、介護の継続に必要なサービス内容等を含めた。そして、個人因子として意識障害者の性別や年齢、意識障害の継続期間等を含めた。

なお、ICFの概念では当事者または介護者単独の枠組みや、両者を併せた枠組みも考えられる。しかし、両者を併せた枠組みでは当事者以外に介護者の身体、心理、社会的側面の要因もあり、意識障害者の障害像が見えにくいのではないかと考えた。そこで本研究では、当事者を軸に考える枠組みを作成した。また、意識障害者の生活を考える際には本来ホームヘルプに関するデータも必要である。しかし、ホームヘルプは時間数だけでなくサービス内容が影響することから今回はICFの項目に含めなかった。

4. 分析方法

実態調査の結果をICFの概念に当てはめ障害像の検討を行った。また、実態調査結果から18歳未満を除いたデータを基に、18歳以上65歳未満を若年層、65歳以上を高年齢層と分類し比較検討を行った。意識障害者は年齢や原因により利用する制度が異なることから、制度利用を含めた分析が必要である。そこで本研究では介護保険法に従い65歳以上を高年齢層とした。なお、調査項目は質的変数にはカイ二乗検定、量的変数はMann-WhitneyのU検定を実施した。統計はSPSS Ver.15.0を使用し、有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

意識障害者および介護者に調査の主旨、匿名性と守秘義務の遵守、調査報告後のデータ処理方法について、またデータは本調査のみに使用する旨を説明した文書を質問票に同封し、調査協力への承諾は書面にて同意を得た。また、不都合が生じた場合には拒否が可能であること、その際には不利益を被ることのない旨も説明した。なお、調査開始前には筑波大学の倫理委員会にて審査を受け、さらに各協力機関の了承を得て実施した。

結果

1. 在宅遷延性意識障害者の実態調査

調査票は620通郵送し、回答数は314通であった(回収率50.6%)。記載不備等の8通を除外し306名の分析を行なった。意識障害者の基本属性を表1に示す。

性別は男性が175人(57.2%)、女性127人(41.5%)であり、平均年齢は50.5±25.9歳であった。意識障害に至った原因は頭部外傷が115人(37.6%)、脳血管障害101人(33.0%)の順に多かった。意識障害に至ってから調査時までの平均期間は8.1±7.0年であり、在宅療養期間は平均6.1±5.6年(最長36.1年)だった。

意識の状態は呼名による反応において外見的

表1 在宅遷延性意識障害者の基本属性（全体）

		人数 (%) / Mean ± SD (range)
〈意識障害者〉		
性別	男性	175(57.2)
	女性	127(41.5)
	無回答	4(1.3)
原因分類	頭部外傷	115(37.6)
	脳血管障害	101(33.0)
	その他	88(28.8)
	無回答	2(0.7)
意識の状態*1	反応あり	210(68.6)
	反応なし	89(29.1)
	無回答	7(2.3)
呼吸	自然呼吸	181(59.1)
	気管切開	122(39.9)
	無回答	3(1.0)
栄養摂取方法	経口摂取	55(18.0)
	経管栄養	246(80.4)
	その他	5(1.6)
見守り	常時必要なし	164(53.6)
	常時必要	132(43.1)
	その他	10(3.3)
ショートステイ	利用している	109(35.6)
	利用なし	149(48.7)
	その他	9(2.9)
	無回答	39(12.8)
年齢 (歳)		50.5 ± 25.9(1-97)
意識障害継続期間 (年)		8.1 ± 7.0(0.2-48.9)
在宅療養期間 (年)		6.1 ± 5.6(0.1-36.1)
〈介護者〉		
性別	男性	38(12.4)
	女性	264(86.3)
	無回答	4(1.3)
続柄	親	157(51.3)
	配偶者	94(30.7)
	子ども	29(9.5)
	その他	14(4.6)
	無回答	12(3.9)
健康状態	健康	198(64.7)
	健康でない	102(33.3)
	無回答	6(2.0)
年齢 (歳)		57.4 ± 11.6(17-85)
介護負担感 (BIC-11)		15.9 ± 7.5(0-39)
抑うつ度 (SDS)		43.0 ± 10.2(23-73)

※1 意識の状態は呼名による反応の有無を示した

にまったく変化がみられない人は89人(29.1%)であった。呼吸機能は気管切開が122人(39.9%)であり、栄養摂取方法は経管栄養が246人(80.4%)であった。日常の介護において見守りが常時必要な意識障害者は132人(43.1%)だった。ショートステイの利用者は109人(35.6%)であったが、定期利用者は61人(19.9%)であった。主介護者は女性が264人(86.3%)であり、平均年齢は57.4±11.6歳であった。主介護者は親、配偶者の順に多かった。主介護者が主観的に感じる健康状態として、「あまり」「まったく」を加算した「健康でない」は102人(33.3%)であった。介護負担感における多次元介護負担感尺度(BIC-11)得点は平均15.9±7.5点であり、自己評価式抑うつ尺度(SDS)は平均43.0±10.2点であった。

2. 若年層と高齢者層の比較

実態調査結果から18歳以上の278名を対象にした。18歳以上65歳未満を若年層(n=167)、65歳以上を高年齢層(n=111)に分類し、ICFの概念に実態調査の質問項目を当てはめ比較検討を行った。

1) 心身機能・身体構造(表2)

呼名による反応を意識の状態としたが、若年層と高齢層に有意な差はみられなかった。呼吸においては若年層が高年齢層に比較して気管切開が(p<0.001)、栄養摂取方法は経管栄養(p<0.05)、排泄は膀胱留置カテーテルが高年齢層に多かった(p<0.05)。

2) 活動および参加(表3)

簡単な命令による反応の有無をコミュニケーションとしたが、両者に差は認められなかった。

表2 心身機能・身体構造の比較

		n	若年層	高齢層	χ^2 検定 p値
			人数(%)	人数(%)	
意識の状態 ^{※1}	反応あり	194	120(73.2)	74(66.7)	0.281
	反応なし	81	44(26.8)	37(33.3)	
呼吸	自然呼吸	170	90(53.9)	80(73.4)	0.001
	気管切開	106	77(46.1)	29(26.6)	
栄養摂取方法	経口摂取	49	37(22.7)	12(10.9)	0.015
	経管栄養	224	126(77.3)	98(89.1)	
排泄	オムツ	246	154(92.8)	92(82.9)	0.018
	膀胱留置カテーテル	31	12(7.2)	19(17.1)	

※1 意識の状態は呼名による反応の有無を示した

表3 活動の比較

		n	若年層	高齢層	χ^2 検定 p値
			人数(%)	人数(%)	
コミュニケーション ^{※1}	可能	137	87(53.7)	50(46.7)	0.319
	困難	132	75(46.3)	57(53.3)	
運動 ^{※2}	自動運動あり	92	48(28.9)	44(39.6)	0.069
	自動運動なし	185	118(71.1)	67(60.4)	

※1 コミュニケーションは、瞬きや何らかサインの表出による意思疎通の有無を示した

※2 意識障害者はADLは全介助の状態にあるが、手足などの動き(自動運動)の有無を示した

運動は自動運動の有無を比較したが有意な差はみられなかった。一方、参加に関しては移動介護の利用者24名中23名が若年層であり、高齢層より有意に多かった ($p < 0.001$)。また、デイサービス・デイケア、ショートステイにおいては差はなかった (表4)。

3) 背景因子

環境因子の人的要因では、主介護者の続柄 ($p < 0.001$)、主介護者の年齢に有意な差が認められた ($p < 0.001$) (表5)。医療・福祉サービスの相談者と精神的な支援者の存在がないと回答した人は若年層に多かった ($p < 0.001$) ($p < 0.01$)。また、介護の実態として見守りが常時必要な意識障害者は若年層に多かった ($p < 0.001$)。その他、在宅療養に移行した理由では、「病院から勧められた」 ($p < 0.001$)、「転院先がなかった」 ($p < 0.05$)、「希望の病院に入院できなかった」 ($p < 0.05$)、「病院のケアは十分でない」 ($p < 0.05$) は若年層に、「病院の費用が高い」は高齢層に多かった ($p < 0.05$)。介護負担感に差はないものの、SDS 得点は若年層の主介護者が高かった ($p < 0.05$)。社会的要因では、訪問看護の利用回数、家計負担には差はなかった (表6)。在宅介護が継続できた要因として、「意識障害者の存在に支えられた」 ($p < 0.001$)、「家族の協力体制があった」 ($p < 0.05$)、「わずかでも回復の徴候が認められた」

($p < 0.001$) は若年層の主介護者に多く、「専門職に相談できた」 ($p < 0.05$) は高齢層に多かった。

個人因子では、意識障害者は若年層では男性が多く ($p < 0.001$)、意識障害に至った原因は若年層と高齢層に相違が認められた ($p < 0.001$) (表7)。また意識障害の持続期間と在宅療養期間は高齢層に比べて若年層が長かった ($p < 0.001$) ($p < 0.01$)。

考察

1. ICFにおける意識障害のモデルについて

意識障害者の障害像として以下のことが考えられた。意思疎通が微細であり ADL も全介助という状況ながら二次的合併症等の発症はなく健康状態は安定している。「身体機能・心身構造」として、意識の状態は呼名による反応から、認知機能に障害があるものの約7割は呼名により表情等のなんらかの反応がみられている。一方で気管切開が39.9%、経管栄養80.4%であり、医療的ケアが必要な人が多かった。「活動」は地域での生活が可能であり、呼吸・循環機能は維持されている。コミュニケーションの方法は表情の変化や指の動き等の微細な反応ではあるものの、51.0%はなんらかのサインの表出が可能である。しかしながら「参加」においては、ショートステイの全体の利用率は35.6%である

表4 社会参加状況の比較

		n	若年層	高齢層	χ^2 検定 p 値
			人数 (%)	人数 (%)	
移動介護	利用	24	23(13.8)	1(0.9)	0.000
	利用なし	254	144(86.2)	110(99.1)	
デイサービス	利用	56	59(35.3)	28(25.2)	0.086
	利用なし	222	108(64.7)	83(74.8)	
デイケア	利用	56	13(7.8)	8(7.2)	1.000
	利用なし	222	154(92.2)	103(92.8)	
ショートステイ	定期利用	57	32(23.0)	25(25.5)	0.262
	非定期利用	43	30(21.6)	13(13.3)	
	利用なし	137	77(55.4)	60(61.2)	

表5 環境因子の比較（人的要因）

		n	若年層	高齢層	χ^2 検定 p 値
			人数 (%)	人数 (%)	
主介護者の続柄	親	130	118(72.8)	12(13.3)	0.000
	配偶者	93	42(25.9)	51(56.7)	
	子ども	29	2(1.2)	27(30.0)	
健康状態	健康	175	104(63.4)	71(65.7)	0.796
	健康でない	97	60(36.6)	37(34.3)	
医療・福祉サービスの相談者	あり	250	141(84.4)	109(98.2)	0.000
	なし	28	26(15.6)	2(1.8)	
精神的な支援者	あり	240	136(81.4)	104(93.7)	0.004
	なし	38	31(18.6)	7(6.3)	
見守り	常時必要なし	168	43(26.1)	62(57.4)	0.000
	常時必要	105	122(73.9)	46(42.6)	
[在宅介護への移行要因]					
家族で介護したいと思った	はい	205	120(71.9)	85(77.6)	0.407
	いいえ	73	47(28.1)	26(23.4)	
病院から勧められた	はい	70	56(33.5)	14(12.6)	0.000
	いいえ	208	111(66.5)	97(87.4)	
転院先がなかった	はい	59	43(25.7)	16(14.4)	0.025
	いいえ	219	124(74.3)	95(85.6)	
希望の病院に入院できなかった	はい	30	23(13.8)	7(6.3)	0.051
	いいえ	248	144(86.2)	104(93.7)	
病院のケアは十分でない	はい	194	59(35.3)	25(22.5)	0.024
	いいえ	84	108(64.7)	86(77.5)	
病院の費用が高い	はい	40	17(10.2)	23(20.7)	0.022
	いいえ	238	150(89.8)	88(79.3)	
転院を繰り返したくない	はい	63	43(25.7)	20(18.0)	0.145
	いいえ	215	124(74.3)	91(82.0)	
		n	若年層	高齢層	Mann-Whitney 検定 p 値
			中央値(Min-Max)	中央値(Min-Max)	
介護者年齢(歳)		273	57.0(24-82)	64.0(17-85)	0.000
介護負担感(BIC-11)		275	14.0(0-32)	13.0(0-36)	0.133
抑うつ度(SDS)		214	43.0(19-68)	39.0(10-69)	0.020

が定期利用者は19.9%、移動介護は8.2%、デイケアは8.6%であり社会参加は十分になされていない。その背景として環境因子から主介護者の多くが女性であり、平均年齢が57.4歳と高いことが外出等の社会参加に影響しているのではないかと考える。主介護者の続柄は母、妻の

順に多かった、本調査では若年者が多いことから主介護者は母が多かったのではないかと思われる。また、訪問看護を利用していない人や訪問入浴の利用者が約半数であることや、専門職における医療・福祉サービスの相談者がいない人が20.1%、精神的な支援者がいない人は

表6 環境因子の比較（社会的要因）

		n	若年層	高齢層	χ^2 検定 p 値
			人数 (%)	人数 (%)	
介護費用における家計負担	負担あり	182	104(66.7)	78(73.6)	0.275
	負担なし	80	52(33.3)	28(26.4)	
[在宅介護への移行理由]					
意識障害者の存在に支えられた	はい	194	139(83.2)	55(49.5)	0.000
	いいえ	84	28(16.8)	56(50.5)	
家族の協力体制があった	はい	156	103(61.7)	53(47.7)	0.026
	いいえ	122	64(38.3)	58(52.3)	
専門職に相談できた	はい	144	77(46.1)	67(60.4)	0.021
	いいえ	134	90(53.9)	44(39.6)	
わずかでも回復の徴候が認められた	はい	101	79(47.3)	22(19.8)	0.000
	いいえ	177	88(52.7)	89(80.2)	
とにかく介護しなければならなかった	はい	154	89(53.3)	65(58.6)	0.392
	いいえ	124	78(46.7)	46(41.4)	
医療・福祉サービスが利用できた	はい	157	90(53.9)	67(60.4)	0.324
	いいえ	121	77(46.1)	44(39.6)	

		n	若年層	高齢層	Mann-Whitney 検定 p 値
			中央値(Min-Max)	中央値(Min-Max)	
訪問看護（回数／月）		223	5.0(1-20)	4.0(1-24)	0.921
訪問入浴（回数／月）		128	4.5(2-28)	4.0(1-16)	0.240

表7 個人因子の比較

		n	若年層	高齢層	χ^2 検定 p 値
			人数 (%)	人数 (%)	
性別	男性	157	115(68.9)	42(38.5)	0.000
	女性	119	52(31.1)	67(61.5)	
意識障害に至った原因	頭部外傷	105	94(57.0)	11(9.9)	0.000
	脳血管障害	99	28(17.0)	71(64.0)	
	その他	72	43(26.0)	29(26.1)	

		n	若年層	高齢層	Mann-Whitney 検定 p 値
			中央値(Min-Max)	中央値(Min-Max)	
発症時の年齢（歳）		273	24.0(0-62)	73.0(39-93)	0.000
意識障害の持続期間（月）		268	99.0(7-572)	54.0(2-587)	0.000
在宅療養期間（月）		266	73.0(1-332)	47.0(1-443)	0.006

24.7%であることから、専門職からの支援が少ない状況下で介護を行なっている介護者の存

在が明らかになった。その理由として、意識障害者は40歳以上の脳血管障害では介護保険法が

適用されるが、若年層の多くは障害者自立支援法を利用していることが関連しているのではないかと思われる。つまり介護保険法ではケアマネジャーが医療・福祉サービスの相談を行なうが、障害者自立支援法では制度やサービス等の相談者がいない。さらに「社会的要因」では、訪問看護の利用者は78.8%、訪問入浴は43.8%であり、医療依存度が高くADL全介助の意識障害者でもそれらのサービスを利用していない人がいたことから、医療・福祉サービスが効果的に利用されていないことが推測された。一方、経済的に負担感があると回答した人が65.0%であったことから、意識障害者に経済的な問題が生じている可能性が高いのではないかと考えられた。

2. 若年層と高齢層の比較

1) 「心身機能・身体構造」「活動」「参加」について

「心身機能・身体構造」に関しては、若年層と高齢層において意識の状態は変わらないものの、若年層では気管切開、高齢層は経管栄養が多かった。これは気管切開を行なっている高齢層は重症度が高く病院に入院している人が多いことや、誤嚥性肺炎の予防のために経管栄養を実施している率が高いのではないかと考えられた。いずれにしても疾患の重症度のみならず、加齢に伴う身体機能の低下があることが若年層との相違であるのではないかと考える。「活動」においては、意思疎通の状況や運動機能に差はなかった。しかし、「参加」に関してはデイケア・デイサービス、ショートステイの利用率に差はなかったものの、移動介護の利用者24名中23名が若年層であった。移動介護は外出を行なうためのサービスであるが、若年層の意識障害者では介護者が外出させてあげたいという希望が強いのではないかと考える。本調査ではデイサービス・デイケア、ショートステイの利用率に差はみられなかったが、それらのサービス利用に関しては障害者自立支援法では利用可能な施設数が少ないことや気管切開や経管栄養など医療依

存度が高い場合には利用できないという意見も聞かれた。本調査では若年層の34名が介護保険法の利用者であったが、制度別においては介護保険法と障害者自立支援法との間に利用率の差が生じる可能性がある。今後はサービス利用に関する制度における違いについての分析が必要であると考えられる。

在宅の意識障害者は社会参加をいかに確保できるかが在宅生活の継続と質的向上に向けての重要な課題である。意識障害者の社会参加は、場所（空間）の移動や周囲の人が変わるといった環境的な変化が脳への刺激となることから重要である。また人間の尊厳を護る上でも、活動（社会参加）が阻まれることのないような支援体制が必要である。

2) 背景因子について

「環境因子」のなかでも人的要因をみれば、若年層に相談者、精神的な支援者が少なかったが、若年層・高齢層の両群間において介護負担感やSDSの差はなかった。しかし、SDS得点（範囲20-80点）は40点以上で軽度抑うつ性があるといわれ、若年層の介護者は43点だったことから、ケアマネジャーのいない障害者自立支援法では医療・福祉サービスの相談やサポートに対する対策が必要であると考えられる。一方、見守りの実態として常にそばにいる必要があるのは若年層に多かった。若年層は気管切開の実施率が高く、吸引の必要性から常に見守る必要があるのではないかと考える。在宅へ移行した理由については、病院からの勧めや転院先がないことは若年層に多く、入院費用が高いと回答した人は高齢層に多かった。経済的な問題では主観的に負担感があるのは若年層では66.7%、高齢層は73.6%であった。1975年の調査では経済的な問題について療養期間の延長とともに経済破綻のおそれがあることや⁹⁾、1985年には経済的な困窮状態は47.6%を占めている¹⁰⁾と報告されている。本調査では若年層、高齢層の両群とも家計に占める総介護費用に関して負担があると回答した人が約7割いたことから、意識障害者の

経済的な問題については今後検討する必要があるだろう。

結論

本研究は、在宅の意識障害者を対象に実施した実態調査結果を基に障害の全体像を把握すること、そして若年層と高齢層の障害者ならびに介護の実態についての比較検討を行った。

1. 意識障害者の全体像として、意思疎通が微細であり ADL も全介助という状況ながら健康状態は安定していた。気管切開や経管栄養等医療依存度が高く、ADL は全介助であるが呼吸・循環状態は維持されている。デイケアやショートステイなどの社会参加は少ない理由として、主介護者が女性であり平均年齢が高いこと、また介護保険法と障害者自立支援法ではサービス利用に相違があるのではないかと考えられた。また、医療・福祉サービスを有効に活用されていないことや経済的な問題が推測された。
2. 気管切開は若年層に多く、経管栄養は高齢層に多かった。意識の状態や医療・福祉サービスに差はないものの、若年層は高齢層と比較して見守りが常時必要な人が多いが介護負担感や抑うつ性に差は認められなかった。また、若年層、高齢層ともに経済的な問題が生じている可能性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた遷延性意識障害者治療研究事業を実施している岩手、宮城、福島、山梨、長野県に、また遷延性意識障害者患者・家族会の皆さまに、そして調査票への記入および郵送いただいた意識障害者と介護者の皆さまに深く感謝申し上げます。なお、本研究は平成17～19年度厚生科学研究費補助金「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研

究」の分担研究の一部である。

引用文献

- 1) 丸木雄一：脳死と植物状態について 遷延性植物状態. 臨床医 2001；27(9)：2281-2283.
- 2) 村山正子：遷延性意識障害患者の在宅介護の問題. 看護 MOOK 1988；27：168-173.
- 3) 内田富美江：遷延性意識障害患者をケアする家族の介護不安とソーシャルワーク援助. 川崎医療短期大学紀要20号 2000；27-31.
- 4) 内田富美江：岡山県下における遷延性意識障害患者の療養生活と介護者の現状. 川崎医療福祉学会誌 2000；10(2)：27-31.
- 5) 内田富美江：遷延性意識障害患者発生による家族関係の変化. 川崎医療短期大学紀要21号 2001；93-97.
- 6) 松田陽子：在宅遷延性意識者の社会保障に関する現状と課題. 筑波大学大学院人間総合科学研究科 修士論文 2003.
- 7) 上田敏：ICF（国際生活機能分類）の理解と活用. きょうされん. 東京. 2009.
- 8) Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, Narita Y, Kawada N, Akiyama M, Hagiwara A, Suzukamo Y, Fukuhara S.: Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan, Health Qual Life Outcomes, 2006 Aug 18；4：52.
- 9) 鈴木二郎，児玉南海雄：我が国脳神経外科における植物状態患者の実態—特に頭部外傷による患者を中心に—. 日本医事新報 1974；2621：13-19.
- 10) 中沢省三，小林士郎，石郷岡聡：植物状態患者の疫学的研究. 日本医事新報 1986；3266：26-31.

**Characteristics of and caregiving for patients in prolonged coma in terms of the ICF
concept: Comparison between the younger and older generation**

Kikue Hidaka, Yoko Matsuda, Katsuko Kamiya

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

1. Objective: We aimed to gain an overview of patients in prolonged coma from the study results on patients receiving home care, and to compare the conditions and home care situations of young and old patients. 2. Methods: An overview of patients in prolonged coma was obtained from the results of a 2007 survey according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) concept. This study included 278 subjects aged 18 years or more, and divided into groups of younger (18-64 years) and older patients (65 years or more). 3. Results and Discussion: Patient in prolonged coma had difficulty communicating and required complete assistance with activities of daily living (ADL) and medical care. Furthermore, the results suggested that patients had little opportunity to participate in community activities, could not make the most of medical and welfare services and faced economic problems. The comparison between the younger and older patient groups suggested that the majority of the young patients were more likely to need supervision all day long, whereas the older patients were more likely to have economic problems.

〔論文〕

医療福祉制度の変遷とともに生きてきた 在宅遷延性意識障害者と介護者の22年の軌跡 —社会参加と支援—

松田陽子*
日高紀久江**

Key words : 遷延性意識障害, 学齢期, 介護者, 医療福祉制度, ケアマネジメント

I. はじめに

遷延性意識障害とは、脳損傷後に生命維持に必要な機能は維持されているが周囲との意思疎通が制限された状態であり、1972年に Jannett and Plum により提唱された¹⁾。意識障害者の転帰として、1972年に鈴木らは²⁾意識障害者298例の意識障害の持続期間は1年未満が多く1年以上は42.6%、1984年に中沢らは³⁾2,021例中3年以上は17.0%と報告している。2007年の調査では入院患者177例中3年以上経過していた意識障害者は59.3%を占めていた⁴⁾。わが国ではいまだ意識障害者数は明らかにされていないが、医療技術の進展に伴い意識障害者においても長期生存が可能になったと考えられる。しかし、意思疎通が困難であり、日常生活行動に全介助を要する意識障害者においては社会参加の機会は少ない。

意識障害者における社会参加とは、第一に車椅子やストレッチャーで戸外に出ることからはじまり、学童期では特別支援学校への通学、成人ではデイケアへの参加等が含まれる。国際生

活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF)

では、生活者として障害者の社会参加を謳っており、また意識障害者における社会参加は環境の変化や新たな人との交流が脳への刺激となることから治療的なアプローチという意義もある。しかしながら、自宅から戸外に出るのに全介助が必要であることから、家族介護者以外の支援が必要となる。そこで、本研究では継続的に調査を実施してきた意識障害者の事例から意識障害者の社会参加について、また福祉専門職の支援のあり方について検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象および方法

脳外傷後の意識障害者 (A氏) とその家族を対象に、2001年から2009年までに継続的に実施してきた調査およびインタビュー結果をもとに質的記述的な分析を行なった。

*Yoko Matsuda : 筑波大学大学院人間総合科学研究科 博士課程

**Kikue Hidaka : 筑波大学大学院人間総合科学研究科

2. 事例の概要

年齢 32歳女性、交通事故による脳外傷。

意識障害発症時から現在までの経過

1989年（11歳時）に、A氏は学習塾からの帰宅時に母とともに犬を連れて歩いていた。当日はクリスマスの夕方であり、A氏が犬を追った一瞬にトラックが追突してきた。A氏は救急搬送された病院において、CT撮影後に脳損傷が重度であり治療法がないと医師から説明を受けた。しかし、病院の対応を不信に感じた家族は、この病院では死なせたくないという思いから翌朝知人を頼りに他の病院へ転院した。転院先では脳低温療法を実施し、19日間の治療後に再度転院した。以後1年4ヵ月の間で7ヵ所の病院を転院した後に、1991年3月在宅介護へ移行した。その後17年間地域で生活していたが、2007年11月に誤嚥性肺炎を発症し入院した。以後身体状態が復調せず2008年10月胃瘻を造設した。そして、介護者の体調不良により在宅介護継続の困難な状況が生じ、2009年1月に重度心身障害児（者）施設に入所した。

家族構成 現在は父親と母親で暮らしている。

兄二人は独立している（別世帯）。

主介護者 母親

現在の状態（ICFの概念に基づいた全体像）⁵⁾⁶⁾（図1）。

- ①「心身機能・身体構造」呼名により視線向けがある。周囲の状況に対して表情の変化が認められるが発語はない。気管切開はなく吸引の必要はない。栄養摂取は胃瘻から行なっているが、現在はプリン等を摂取できるようになった。
- ②「活動」呼吸・循環機能は維持している。コミュニケーションは質問に対して瞬きでの返答が可能である。手指の自動運動はあるが自力で移動はできない。ADLは全介助が必要である。現在は施設内でのレクリエーションに参加している。
- ③「参加」在宅での生活を17年間行ない、現在重度心身障害児（者）施設に入所中である。週一度必ず両親のもとに外泊（1泊2日）している。
- ④「背景因子」
（環境因子）主介護者は両親（父67歳、母65歳）である。長期間の在宅介護により母親の心身の疲労が蓄積し、重度心身障害児（者）施設に入所中である。施設のケアは十分でないという評価から、両親は週6日自家用車で片道

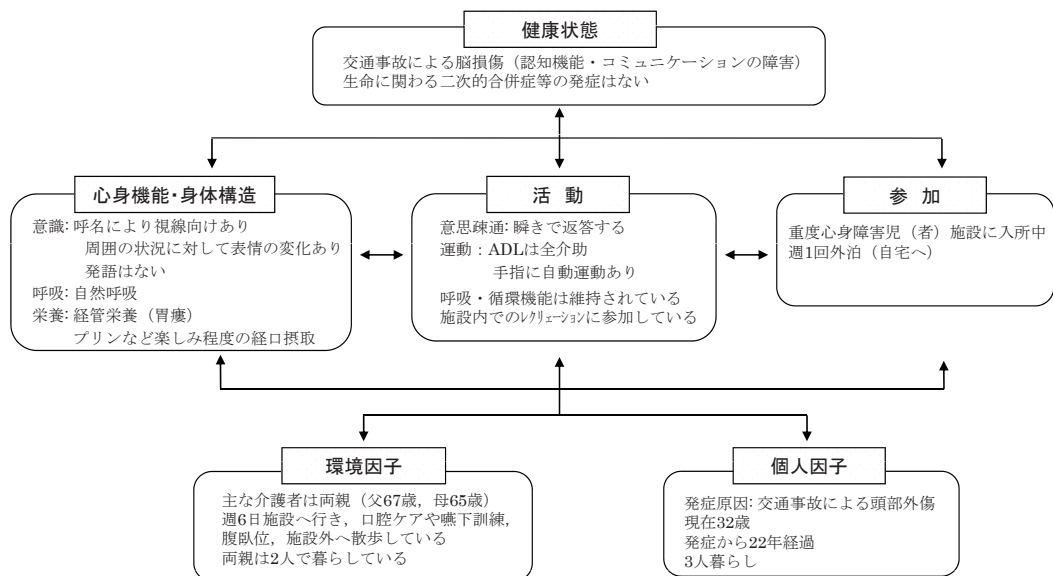


図1 ICFの概念でみるA氏の状態

約1時間かけて施設へ行き、口腔ケアや嚥下訓練、腹臥位、散歩などのケアを行なっている。A氏の兄弟は自立し、現在は両親二人で生活している。

(個人因子) 11歳時に意識障害が発症し、13歳のときに自宅に戻った。身体障害者手帳1級、療育手帳Aは発症から約1年後に取得した。自宅での生活から一年後(中学2年次)に養護学校(現特別支援学校)へ通学し18歳で高等部を卒業した。現在32歳であり、意識障害発症後22年経過している。

3. 倫理的配慮

研究の対象者には、調査の主旨、匿名性・守秘義務の遵守、調査報告後のデータ処理方法、そしてデータは本調査のみに使用する旨を詳細に説明し、書面にて同意を得た。意識障害者は意思の表出が困難であるため代諾者として主介護者(家族)から同意を得た。また、不都合が生じた場合には途中で拒否が可能であること、その際に不利益を被ることのない旨も説明した。研究は倫理委員会での審査を受けた後に実施した。なお、本研究の対象である意識障害者ならびに介護者には、本稿への事例の掲示と記載内容について承諾を得ている。

Ⅲ. 結果

2000年の介護保険法に始まり、2003年の支援費制度、2007年の障害者自立支援法など、福祉制度の変遷はA氏と家族の社会支援に影響を与えていたのではないかと考える。そこで、それらの福祉制度の変遷を軸にA氏と家族の社会参

加と専門職の支援のあり方について分析した。なお、本研究では2001年から継続に実施してきた研究結果に基づき、A氏の介護者へのインタビューによる調査内容と質問紙調査の内容を併せて記載する。

1. 意識障害者を対象にした調査の概要

在宅で療養している意識障害者を対象に、2001～2009年に計5回実施した。調査方法および内容に関しては表1を参照とする。A氏と介護者は全ての調査対象になっていた。

2. A氏の家族の社会参加の経過

意識障害の発症後から22年の経過について、発症から支援費制度までを第一期、支援費制度の期間を第二期、そして障害者自立支援法から現在までを第三期に分類した。措置制度、支援費制度、そして障害者自立支援法の財源やサービス内容等に関しては表2を参照とする。

1) 第一期(1989年発症～2003年支援費制度まで)

発症時の状態について、介護者は以下のように語った。

母：12月25日に事故にあつて、最初病院へ運ばれたとき意識が全然なくて、CT撮ったらもう脳が9割かなんか駄目でそのまま放置されていたという感じ。もう「打つ手がない」って言われて、そのとき体に外傷はなかったけどみるみるうちに全身が腫れ上がっていて置かれていた。呼吸はしていましたね。この病院では駄目

表1 意識障害者における継続的な調査

年	調査方法・内容
2001	実態調査(自宅訪問による意識障害者の観察と介護者へのインタビュー)
2003	質問紙調査(介護の現状の把握、支援費制度の利用実態を含む・一部訪問)
2005	インタビュー調査(意識障害者の存在と介護者の関係性)
2007	質問紙調査(介護の現状の把握、障害者自立支援法の利用実態を含む)
2009	インタビュー調査(在宅介護支援の実際、介護者の心情)

表2 障害福祉制度の変遷

	措置制度	支援費制度	障害者自立支援法
財源	全額税金 (国と地方公共団体の事務と財政分担の整理変遷)	全額税金 (国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)	全額税金 (国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)
サービス	生存のための最低保障； 救貧が出発	居宅；ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、知的障害者グループホーム	介護給付；居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援（法第5条）
			都道府県の地域生活支援事業（法第78条）
			市町村の地域生活支援事業・市町村障害福祉計画（法第88条）
障害福祉計画			①基本方針；法第87条 ②市町村；法第88条 ③都道府県；法第89条
サービスの選択	行政処分	措置から契約； ①サービスを選択し、サービスごとに支給申請 ②利用者とサービス事業所の契約	契約； ①サービスを選択し、サービスごとに支給申請 ②利用者とサービス事業所の契約
支給決定	行政処分	勘案事項をもとに、区市町村が決定	障害程度区分（障害者の心身の状況）の導入（法第21条）
ケアマネジメント	実態は不詳	制度外で障害者ケアマネジメント従事者が手法を活用	制度外で障害者ケアマネジメント従事者が手法を活用
利用者	福祉法対象者	身体・知的障害者（児）	身体障害者、知的障害者、精神障害者（法第4条）
負担	扶養義務の範囲で負担	利用者が所得に応じて支払う応能負担	利用者が所得に応じて支払う応能負担
事業費	措置権者（都道府県ないし市町村）	区市町村が支援費基準決定	区市町村が支給基準決定
実施	・「GHQ 社会救済に関する覚書」（1946年） ・（旧）生活保護法からの変遷	2003（平成15）年4月1日	2006（平成18）年4月1日

だと思い、親戚がいた病院に翌朝移りました。命が大丈夫って思ったのは（受傷から）5か月ぐらいしてからですね。心配でしたずっと・・・最初の病院にいた

らもうそこで駄目だったろうと思います。出るとき（転院するとき）は「保証できない」と止められたけど、「もし駄目でもここでは死なせられない」という思

いでした。「この子が死んだら生きていけない」と思いながら日々介護していました。

意識障害者は救急医療の場で「命は助からないかもしれない」という告知をされていることが多いが、本事例でも同様であった。その後、身体障害者手帳の取得時には障害受容に関する問題が生じた。身体障害者手帳を取得すると制度の活用が可能になると医療者から助言があったが母は受け入れられなかった。しかし市の担当者から「良くなったら返したらいいよ」との言葉を聞いて気持ちが楽になったと述べている。受傷約1年後に身体障害者手帳1級を取得し療育手帳Aの判定を受けた。それらの手帳は重度心身障害者医療費助成制度に連動した。A氏はリハビリテーション実施後に車椅子で過ごせるようになり、受傷1年4ヵ月後の1991年3月に在宅療養へ移行した。当時は各自治体に全身性障害者介護人派遣制度事業があったものの、A氏は18歳以下であることから適用されなかった。したがって、介護者である両親が日常の介護全般を担っていた。A氏は日常生活行動がすべて全介助のため、両親は自費で介護者を雇用した。

在宅生活後のはじめての社会参加は、1992年の養護学校への通学であった。介護者が養護学校への通学を選択したのは、移動することが環境の変化となり脳への刺激になるのではないかと思ったからだ。養護学校への通学はタクシーを利用し、ボランティアがいなときは居住地の障害福祉課長が乗車介助の支援をしてくれた。社会参加の場である養護学校は、教員によるマンツーマンの教育であり、表情の変化や身体の安定が得られた。高校3年時には教育の継続を求め、両親が障害者対象の大学（短期大学）を作りたいと県の教育委員会に嘆願したほど教育および治療的アプローチは効果があった。

養護学校卒業後は週1回のデイケアが唯一の社会参加の場になった。2000年4月に介護保険法が施行されたが、A氏には適用されない制度であった。それでも両親はA氏の意識回復を期

待して、トランポリンによる音楽運動療法などを積極的に試みた。

2) 第二期（2003年支援費制度～2006年障害者自立支援法まで）

2003年に支援費制度が導入され、居住人口30万人市の地域に障害者のデイサービス(1ヵ所)が開設された。25歳になったA氏は障害者デイサービスの通所利用を始め、週3回のデイサービスにより社会参加の場を得ることができた。加えて支援費制度ではホームヘルプとして家事援助、移動介護を含め月40時間提供されるようになった。さらに、翌年は身体介護、移動介護が各40時間/月、30時間/月に利用時間数が増加した。また、訪問看護や訪問リハビリが医療保険で提供され、はじめて公的サービスが導入した。支援費制度により、地域にデイサービスができたこと、そしてA氏が同年代の人と交流できたことを介護者は喜んでいてた。

3) 第三期（2006年障害者自立支援法から2010年現在まで）

障害者自立支援法は2006年に施行され、A氏は28歳であった。A氏の場合、ホームヘルプの時間数は増加したが、移動介護や訪問入浴の回数は減少した。それらのサービス内容および時間数はすべて介護者がケアマネジメントを行い調整していた。発症から18年経過していたが、デイサービスは継続していた。身体介護のホームヘルプも130時間/月支給され、午前と午後に各2時間、月曜から金曜日まで確保されていた。しかし、障害者自立支援法が施行された翌年の調査では、介護生活が長期になると在宅だけでは介護は難しい、安心して預けられるショートステイが欲しいと記載していた。

2007年11月に誤嚥性肺炎の疑いで入院し、胃瘻造設後に胃瘻の脱落により腹膜炎を併発し手術を行った。そして2009年1月には介護者の体調不良により、A氏は重度心身障害児(者)施設に入所した。17年間の在宅介護、入院中の介護、そして退院後の在宅介護により介護者は疲

労の蓄積により、心身ともに極限な状態であった。介護における心身の負担に関して、介護者は居住している市の障害福祉課へ書面で直訴した。同市では重度障害者は、障害者自立支援法の許可された介護給付内であれば入院中でもヘルパー派遣を許可し、2008年12月から市の単独事業「地域生活支援事業」において施行された。

現在A氏は施設に入所中であるが、週6日は家族が片道約1時間かけて通っている。施設のケアを受けながらも両親は口腔ケア、端座位、腹臥位、また車椅子での散歩等を行なっている。施設ではリハビリテーションが十分でなく、A氏の上肢の関節拘縮は強くなっているが、今は生活に楽しみを見出すことを目標にしている。2009年の調査時に娘への思いについて以下のように語った。

母：親が望むことは、「生まれてきてよかった。せつかく助かった命なので、生きていてよかったと思える人生を送らせたい。」
 現在も施設に通う以外に週一度は自宅へ外泊させているが、いつかまた自宅で看たいと思っている。

施設に入所しながらも介護者はA氏の社会参加を積極的に行っている。生活に楽しみを見出

すため、A氏が好きだった SMAP のコンサートへ連れていった。緊急時の事態に備え父と兄はコンサート会場の隣接施設で待機していた。A氏は楽しそうな顔をしていたと語った。

V. 考察

1. 第一期における問題について

A氏と介護者の22年の経過をライフステージに準じて、図2に示した。A氏が意識障害発症後に在宅療養へ移行した1991年当時は、社会福祉は措置の時代であり利用可能な社会資源が乏しかった。わが国では1990年から「高齢者における10ヵ年戦略」がスタートし、本格的な社会福祉の改革が始まった時代でもある。この頃の意識障害者を対象にした救済策は、重度心身障害者医療費助成制度や年金、社会手当等だった。重度心身障害者医療費助成制度は、1970年代の意識障害に関する疫学調査後にできた制度であり経済的救済を目的にしていた。1972年に神奈川県、山梨県、長野県などからはじまり、1974年に東京へと連鎖的に全国展開された。国が関与せず、都道府県および市町村が遂行するという特徴があり、医療費の助成を主としている。A氏も重度心身障害者医療費助成制度を利用して、具体的にホームヘルプ等のサービス

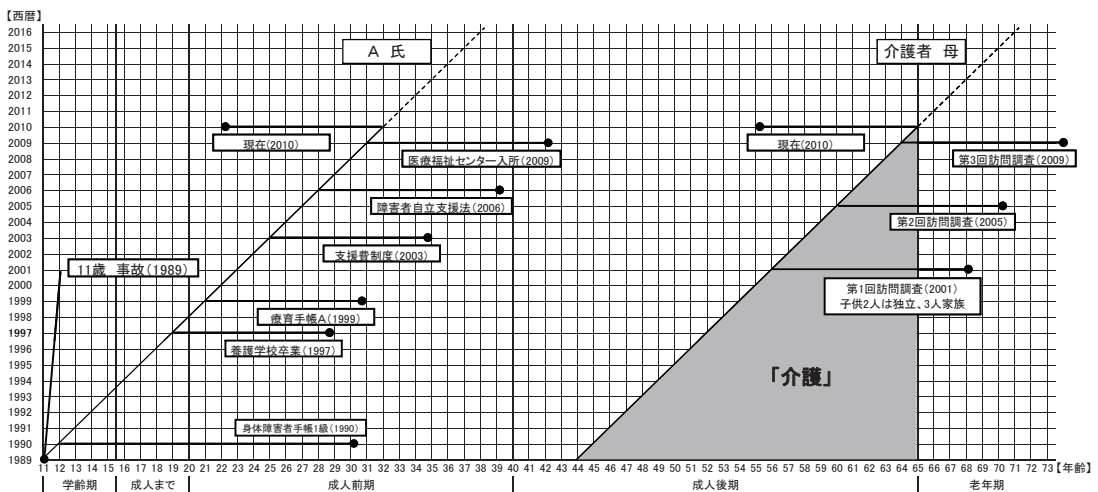


図2 A氏と介護者のライフステージ

はなかったため、両親の介護負担は多大であったと考える。

社会参加という側面では、学齢期であるA氏には養護学校が唯一の場であった。しかし、教育には期限があり高校卒業後は週一度のデイサービスのみにってしまった。本来教育の修了は喜ばしいことであるが、障害者においては社会参加という意味を兼ねているため、その後の社会参加の機会をいかに継続するかが問題となる。実際に卒業後は週一回のデイケア（通院リハビリテーション）に通っていたが、A氏が通える場所は医療のリハビリテーションを行なうデイケアのみであった。当時は地域で生活する重度障害者数が少なかったのではないかとと思われることから、意識障害者の社会参加という概念自体が欠如していたのではないかと考える。

さらに、A氏の事例ではソーシャルワーカーとの関わりが希薄であった。交通事故のように突発的な状況においては、本人のみならず家族の障害受容が困難である。A氏の場合にも法的な手続きを実施する際に家族は障害と向き合わなければならなかった。障害の受容には時間も必要であるが、家族における相談者の存在が必要である。時代も異なるため現在の状況と比較することはできないが、家族の状況を理解し代弁者と成り得る専門職の存在、とりわけ医療機関においてはソーシャルワーカーとの関わりは必要不可欠であると考えられる。

2. 第二期・第三期について

社会福祉の措置制度は契約制度へ移行し、A氏の場合ヘルパーの派遣が週20時間提供され、翌年には40時間に増加した。また、デイサービスという新たな社会参加が可能になった。2003年の調査⁷⁾では、意識障害者の介護者を対象に支援費制度導入後の介護負担感の変化について質問した結果、「軽減した」は43.6%、「変化なし」が51.3%であった。A氏の場合、介護者は軽減したと回答していたが、その一方でオムツ交換や体位変換を実施してくれる夜間・休日の公的ケアが欲しいといていた。つまり、社会

参加としてのデイサービスはよかったものの、日常の介護自体の負担感に変化はなかったのではないかと考える。また、当時は保健師が専門職として支援していた。

さらに2006年の障害者自立支援法では、A氏の場合ヘルパー派遣は支援費制度開始時に比較して3.5倍に増加した。障害者自立支援法について母親は、介護負担における変化はなく、一部負担金が増加したことが負担であると回答している。制度の変遷によりホームヘルプの時間数が増えても、介護の継続という観点では負担感の軽減にはつなげていなかった。

介護負担に関しては、2003年の質問紙調査では、介護者は意思疎通が図れないこと、食事介助に1時間～1.5時間/回を要すること、3時間毎の体位交換やおむつ交換が困難であると回答していた。全体の経過を見れば2003年の時点で発症後すでに15年たっており、その時点で介護による疲労が蓄積されていたのではないかとと思われる。実際に体調不良となり在宅介護が困難になったのは2009年であるが、長期間の介護における心身の疲労は予測可能であったと考える。支援費制度、障害者自立支援法は制度施行以前に比較すれば多くの社会サービスが提供された。しかしながら、両制度において制度の内容に関する情報収集から社会サービスの種類、そしてマネジメントと申請まですべて家族が実施していた。支援費制度、障害者自立支援法ではケアマネジメントは家族の役割になっているが、A氏の事例においても継続的に専門職が関わっていれば、介護者の心身の疲労が蓄積される前に介護負担の軽減が図れたのではないかと考える。意識障害者を看ながら行政に出向くことは大変な労力であり、障害者自立支援法においてはケアマネジャーのようなマネジメントを行なう専門職がないことが問題である。医療機関を離れた障害者はソーシャルワーカーの対象でなくなるが、現行の障害者自立支援法におけるケアマネジメント機能を福祉の専門職がどのように保障するかが今後の課題である。

また、2007年の質問紙調査⁸⁾から、障害者自

自立支援法の利用者は介護保険法に比べてデイサービスやショートステイの利用日数が少ないことが明らかになった。その理由として、若年層が多い障害者自立支援法では気管切開や経管栄養を実施していると受け入れ施設が少ないということだった⁹⁾。意識障害は年齢や発症原因により利用できる制度が異なる。65歳以上は介護保険法であるが、40歳以上で脳血管障害等の特定疾病であれば介護保険法の適用になるが、同じ年齢でも転落による意識障害者であれば障害者自立支援法になる。さらに、交通事故の場合には自動車事故対策機構からの援助があり、在宅における介護費用や専門施設、そして全国で数箇所ではあるがショートステイ用の病床数が確保されている。それらのことから、福祉における法の下でも平等という観点では問題点が多い。

意思疎通が困難であり、ADLに全介助を要する意識障害者においては、生活するために社会保障や社会福祉制度は必要不可欠である¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。しかしながら、本事例のように若年層の障害者が長期生存するようになった昨今、障害者の成長発達段階や家族の介護状況のライフステージに併せたケアマネジメントと介護を継続するための方策が必要なのではないかと思われる。

VI. 結論

本研究では継続的に調査を実施してきた意識障害者の事例から意識障害者の社会参加について分析し、福祉専門職の支援のあり方について検討することを目的とした。意識障害の発症から現在までを三期に分類し分析を行った結果、制度の変遷に伴い社会サービス内容や時間数が変化していた。しかし、意識障害者は福祉法への位置付けがなく、社会の認知度も低いように思われる。また障害者自立支援法ではケアマネジメントはすべて家族が行っていたが、意識障害の発症から福祉に関する専門職種との関わりが少ないことが問題であり、若年の障害者に対する福祉専門職のケアマネジメントの実施と継続は、障害者自立支援法における今後の課題である。

謝辞

本研究において、意識に障害をお持ちの方ならびにご家族の貴重な介護の体験をお話いただいたこと、また事例として提示することにご快諾いただいたことに深く感謝申し上げます。なお、本研究は平成21年度厚生科学研究費補助金「在宅遷延性意識障害者のQOL向上を目的とした支援の在り方に関する研究」の一部である。

参考文献

- 1) Jennett and Plum F: Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. *Lancet* 1972; 1: 734-737.
- 2) 鈴木二郎, 児玉南海雄: 我が国脳神経外科における植物状態の実態—特に頭部外傷による患者を中心に—. *日本医事新報* 1974; 2621: 13-19.
- 3) 中沢省三: 植物状態患者の現況と問題点. *医学のあゆみ* 1989; 15(5): 416-420.
- 4) 日高紀久江, 紙屋克子, 松田陽子: 遷延性意識障害者における在宅介護を可能にする要因の検討—病院および施設に入院・入所している意識障害者の実態調査から—. *医療社会福祉研究* 2008; 16: 13-23.
- 5) 上田敏: リハビリテーションの思想 第2版—人間復権の医療を求めて—. 医学書院 2004.
- 6) 大川弥生: 目標指向的介護の理論と実際—本当のリハビリテーションとともに築く介護—. 中央法規 2000.
- 7) 松田陽子: 在宅遷延性意識障害者の社会保障に関する現状と課題. 筑波大学大学院人間総合科学研究科 修士論文 2003.
- 8) 紙屋克子: 平成19年度厚生労働科学研究費補助金; 在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究 遷延性意識障害者に関する実態調査報告書. 2009.
- 9) 松田陽子: ソーシャル・サポートについて

- の一提言—家族が生き生きと患者と暮らす
ために—, BRAIN NURSING 夏季増刊
2004 : 165-174.
- 10) 高橋学：意識のない夫の横で涙に暮れる妻
をどう理解し、支えていくか, ケアマネ
ジャー 中央法規 2008 ; 20 : 46-53.
- 11) 取手涼子：慢性意識障害をもつ患者の生活
障害と社会資源, BRAIN NURSING 夏
季増刊 1995 ; 225-242.
- 12) 葛田衣恵：遷延性意識障害者を地域で支え
る体制づくり—事例を通して考える—,
Nurse eye 2009 ; 20 : 31-38.

**Twenty-two-year record of a patient with persistent disturbance of consciousness
and their caregivers through periods of change in the medical and welfare systems**

Yoko Matsuda, Kikue Hidaka

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

1. Objective: Recent changes in the medical and welfare systems have had a big effect on community-dwelling persons with disabilities and their caregivers. We examined the effects of such changes in the systems on patients with disabilities and their families by analyzing the 22-year record of a patient with persistent disturbance of consciousness under home care, and her family. 2. Methods: A qualitative study of the course of a person with disability and her caregivers was performed on the results from the year 2001 study. 3. Result and Discussion: Twenty-two years were divided into 3 periods: before the support allowance system was established in 2003; during the period of application of the support allowance system; and after the enactment of the Services and Support for Persons with Disabilities Act. The content of social services and the number of hours delivered by these services changed as the system changed, but the family members always managed these changes. This patient had only a few opportunities to obtain assistance from welfare specialists since the onset of impaired consciousness, and this became a significant problem. The authors recommend for future consideration to establish long-term care plans for management of younger patients by welfare specialists.

〔論文〕

急性期病院のソーシャルワーカーが所属する 病院組織との関係を構築するプロセス —病院組織と共に患者支援を目指すために—

宮 田 有紀子*

Key words : 急性期病院, ソーシャルワーカーの働きかけ, 病院組織, M-GTA

I. 研究の目的・背景

医療機関にソーシャルワーカー（以下SWr）の必置義務はなく、各医療機関の任意によって配置されるが、病院経営が医療制度改革の影響を強く受け（田中，2008）、2000年以降、医療機関に配置されるSWは急激に増加している。しかし、医療機関が組織としてSWrに期待するものは、「地域レベルでとらえた機能分化・地域連携による円滑な患者の移動」である（田中，2008）。「退院支援で燃え尽きてしまい、個々の事例に対するマイクロレベルの院内活動に終始せざるを得ない」（田中，2008）など、組織からの平均在院日数短縮の締め付けとクライアントの生活の維持や希望の実現との間のジレンマに関するものなど、組織とSWの関係においてマイナスの側面に関する言及が多い。

一方で、医療機関には患者に必要な医療を提供するという社会的責任がある（川淵，2004；広井，2004；二木，2004）。SWrの業務は、二次的機能として、心理社会的側面から患者の受診受療援助、退院援助などを行い、患者がよりよい環境で治療・療養し、社会生活を再構築するために重要な役割を担っている。さらに、そ

れだけに留まることなく、「組織全体として提供している医療のあり様が公共の福祉や患者の利益に繋がっているのかどうかに関心を払い、組織機能の適正化に貢献する努力が必要である」（杉崎，2006）とされ、SWrは病院組織に対して働きかけを行わなければならない。このことは、ソーシャルワーク（以下SW）の倫理綱領にも示されている。SWrが個別事例における他職種との連携を超えて、病院組織と共に患者支援を目指す必要が指摘されている（杉崎，2006；小西，2007）。

これまでもSWrが組織的実践に関する知識・技術を持つことの重要性とその不足が指摘されてきた（Finch，1976）。また、実践現場での活動に比べ、研究の領域が遅れをとっているという現状が指摘されている（久保，2002）。院内システムの構築・運用などのSWrの業務については、十分に報告・研究がされてこなかった（杉崎，2006）。

しかし、最近では、SWの個別援助だけでは解決できない患者群の課題に対して、組織にオーソライズされる形で他職種との協働によって新たな院内システムの構築を行ったり、新たな社会資源の開発を行うなど、組織と共に実践を展

*Yukiko Miyata：岡山済生会総合病院

開している SWr の報告がいくつか行われるようになった (黒木, 2004; 若林, 2004; 逢澤, 2008; 天野, 2008; 川崎, 2008)。

また、筆者は実習先の A 病院での SW 業務の実態を知ることにより、組織と SW は必ずしも対峙するものではなく、組織と共によりよい患者支援を目指すことは可能であると感じ、そのような SWr と病院組織との関係がどのようにして出来上がってきたのかというプロセスに強く関心を持つに至った。

そこで本研究では、病院組織への働きかけに積極的に取り組んでいるエキスパート SWr に焦点を当て、病院組織と共に患者支援の実現を目指すために、SWr が病院組織に対してどのような働きかけを行い、どのようなプロセスを経てそれが可能となっているのかを明らかにすることを目的とした。

II. 先行研究

まず、先行研究では組織論の枠組みから病院組織の特徴を捉えた。病院組織は制度や診療報酬体系に規定されながら、経営を維持しなければならないが、基本的に非営利組織である (田尾, 1995)。利益を追求する一般の企業組織とは異なり、地域住民、患者にとって、必要な医療を提供することが組織の一義的な目標となる。また、病院組織は多職種集団であり、医師の権限が最大である。職員は所属機関よりも自らの専門職集団に準拠し、専門への関心は高いが、組織への関心は薄いため、組織全体としての仲間意識やまとまりに欠けるという特徴を持つ。したがって、管理によって組織の方向付けを行うことが難しいとされる (田尾, 1995)。

次に、SW 領域の組織に関する文献を概観すると、SWr が組織論や所属する組織の特殊性に関する知識を持ち合わせることの必要性が多くの論者によって指摘され、特に医療 SW の領域で強調されている。しかし、病院組織における SWr の組織的実践に関する研究は見当たらなかった。病院とは組織の特殊性が異なるが、

福祉施設を対象にした研究がいくつかある。調査研究ではスタッフ間の協働の促進が組織での SW 実践をサポートすること (L. Gutierrez ら, 1995) や、施設長の意思決定が施設の運営方針に大きく影響すること (小西, 2005) が明らかにされている。事例研究では、組織内での実践の質が管理システムによって決まることが示唆されている (副田, 1996)。また、組織変革という視点から SWr の組織への介入プロセスが提示されている (Meredith Hanson, 2002)。さらに、組織にとって欠くことのできない概念である職種間連携に関して、医師や看護師といった医療職を対象にした調査研究が行われており、促進要因・阻害要因や障壁とその対処法についてまとめられている (Leticia San Martin-Rodriguez ら, 2007; 松岡, 2000)。阻害要因は専門性の違い、促進要因や対処法としてはその違いを理解することやリーダーシップなどが明らかにされている。

以上から病院組織の特殊性や組織に関する知識が実際に病院組織内の SW 実践にどのように活用されているのか、あるいは SWr の行為が他職種との協働関係をどのように促進するかということについて言及したものはない。そこで本研究では、SWr のどのような行為が他職種との協働関係を促進し、さらに組織とどのような相互作用の中で、病院組織と共に患者支援の実現を目指すことが可能となるのかというプロセスを明らかにすることを目指す。

III. 研究デザイン

1) 調査対象

本研究では、「平均在院日数短縮」という病院組織からの役割期待によって、特に組織との関係にジレンマを抱えることが多いとされる急性期病院の SWr に焦点を当てる。なかでも、病院組織において、SWr の位置づけを獲得し、病院組織とともに患者支援を実現することへと繋がる、新たなシステム構築やサービスプログラムの立ち上げに関わるエキスパート SWr に

焦点を当てる。

調査協力者は、筆者の実習先であったA病院のSWrに加え、組織の中で有能に活躍しているSWrの存在をその著書や交流を通して知っていた指導教授より紹介してもらった。

調査協力者の具体的な条件は次の3点とした。
①病院でのSWrとしての一定の継続した実践経験を有していること（10年程度以上の経験）、
②管理職のポジションにあること、③医療制度

の変化に応じた組織の変化に対して受け身でいるのではなく、積極的に組織的な幅広い業務を行っていることを満たしている方で調査者がインタビューに訪問することが可能な病院に所属し、調査の承諾が得られた方である。調査協力者は3名で、属性を表1に示す。なお、A病院は筆者の実習先であった点で、B病院、C病院のSWrと調査者である筆者との関係性が異なる。

表1 調査対象者の属性

	A氏	B氏	C氏
性別	女性	女性	女性
所属病院の病床数・機能	500床・急性期加算病院 (二次救急)	435床・急性期加算病院 (二次救急)	392床・急性期加算病院 (二次救急) 地域医療支援病院
所属病院での勤務年数	28年	32年	11年
所属病院での役職	部長職	課長職	課長職
SWの配置人数	5名	5名	8名
実践している組織的な取り組み	高次脳機能障害者支援退院支援のシステムづくり等	退院支援のシステムづくり等多数	退院支援のシステムづくり院内研修の企画等

2) データ収集

データ収集はインタビューガイドに従った半構造化インタビューを倫理的配慮のもと、それぞれ2時間程度実施した。その後、録音したインタビュー内容の逐語記録を作成した。

また、筆者が2007年11月から2008年7月までの期間、A病院で実習を行った際の、実習日誌、実習中に観察したことやスーパーバイザーとのやりとりに関する内容などをメモしたフィールドノートもデータとして採用する。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮について、①研究の趣旨、②データの扱い（録音・逐語記録・結果の論文化）、③プライバシーの保護、④調査結果の開示について、文書及び口頭で説明し、口頭で了解を得た。インタビューは守秘性の高い場所を使用した。

4) 分析方法

分析方法には修正版・グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下M-GTA）を採用した。その理由は本研究がSWrの行為と病院組織内の人との力動、相互作用に焦点を当てた研究であること、ヒューマン・サービス領域での実践であり、病院組織内での実践という限定性とプロセス性を持った現象に焦点を当てた研究であるというM-GTAの適正に合致したためである。

5) 分析手順

分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連個所に着目し、それを1つの具体例（ヴァリエーション）とし、且つ、他の類似具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成する。本研究での分析テーマは「SWrの病院組織への働きかけにより病院組織全体でのよりよい患者支援が可能となるプロセス」、分析焦点者は「急

性期病院に所属するエキスパート SWr] である。

概念生成の際、個々の概念ごとに分析ワークシートを作成する。解釈が恣意的に偏る危険を防ぐために、類似例の比較だけでなく、対極例についての比較の観点からデータを見ていく。生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図にしていく。複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化（ストーリーライン）し、さらに結果図を作成する。

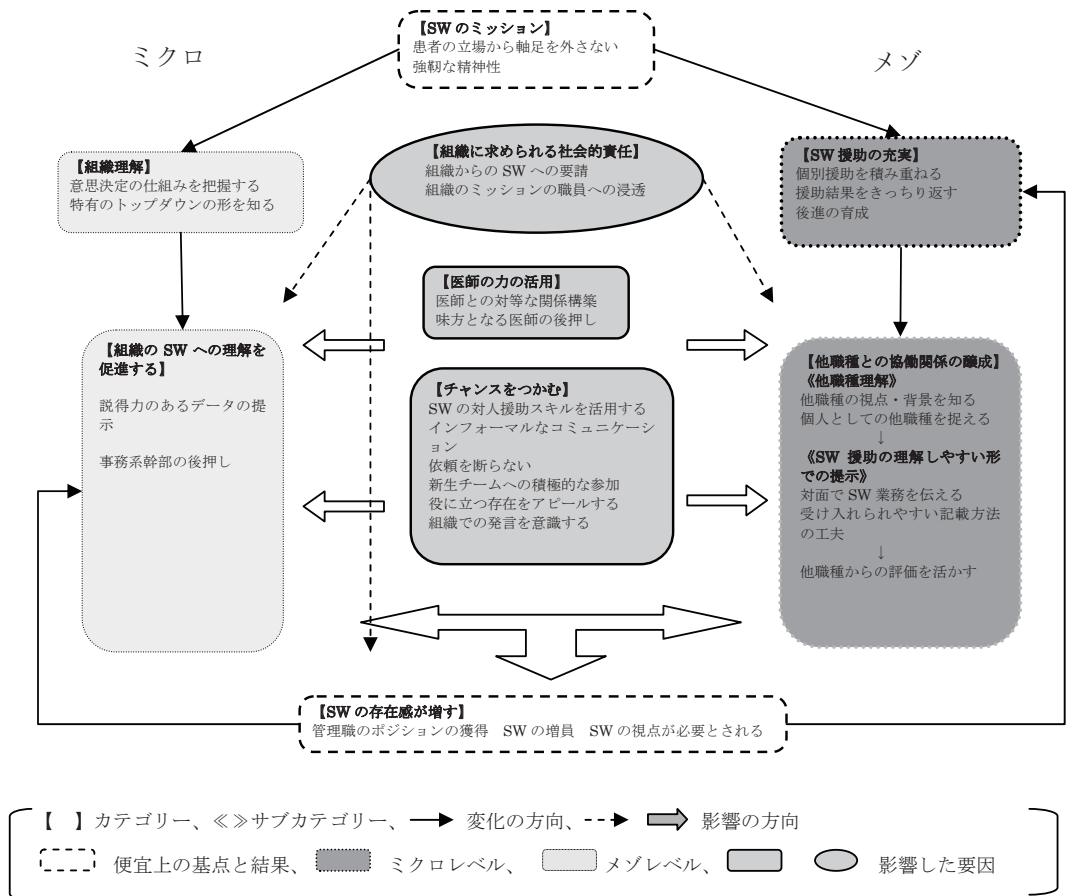
IV. 結果と考察

M-GTA の結果は、データを解釈することによって見出されたカテゴリーと概念で提示される。なお、結果には筆者自身の解釈と考察が含まれているため、結果と考察を合わせて提示する。分析の結果、本研究では9個のカテゴリーと27個の概念を生成した。

図1に概念図を提示し、次にストーリーラインを提示する。

1) 概念図

図1



2) ストーリーライン

カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、概念を“ ”とする。

SWrは、“患者の立場から軸足を外さない”

ことや“強靱な精神性”といった【SWのミッション】を基底に、ミクロレベルとメゾレベルに働きかけを行っている。

まず、ミクロレベルでは、SWの基本となる

“個別援助を積み重ねる”、依頼者に対して個別援助の“結果をきっちり返す”、さらに、“後進の育成”に注力することによって【SW 援助の充実】に努める。特に、個別援助の“結果をきっちり返す”ことが【他職種との協働関係の醸成】へと繋がっていく。

【他職種との協働関係の醸成】においては、SWr の《他職種理解》が進むことにより、《SW 援助の理解しやすい形での提示》が可能となり、SWr と他職種との相互理解が生まれる。さらに“他職種からの評価を活かす”ことで、より SW 業務が他職種に理解されるようになる。

《他職種理解》には、“他職種の視点・背景を知る”ということと、“個人としての他職種を捉える”という2つの側面がある。《SW 援助の理解しやすい形での提示》は、“対面で SW 業務を伝える”こと、“受け入れられやすい記載方法の工夫”など他職種に対して、SW 業務の理解を促進する。

次に、メゾレベルでは、【SW のミッション】に加え、【組織理解】を基点に【組織の SW への理解を促進する】。これは、組織と共によりよい患者支援の実現を目指すために欠かせない。SW 業務や組織への貢献を組織にアピールするのに、最も有効なもの1つとして、“説得力のあるデータの提示”があるが、現在は試行錯誤が続けられている段階である。実際には、“事務系幹部の後押し”や【医師の力の活用】や【チャンスをつかむ】ことによって行われている。

マイクロレベルの【他職種との協働関係の醸成】、メゾレベルの【組織の SW への理解を促進する】ことの両方により影響を与える SWr の行為が2つある。

1つは、SWr が【チャンスをつかむ】ということがとても重要である。その中には、マイクロレベルとメゾレベルの両方に作用する行為として、“SW の対人援助スキルを活用する”、“インフォーマルなコミュニケーション”、“依頼を断らない”、主にマイクロレベルに作用する行為として、“新生チームへの積極的な参加”、主にメゾレベルに作用する行為として、“役に立つ

存在をアピールする”、“組織での発言を意識する”がある。いずれも SWr の機会を捉えた能動的な行為であり、このような行為の積み重ねが組織や他職種から SW 理解や評価の獲得に繋がっていく。

もう1つは、【医師の力の活用】である。“医師との対等な協働関係の構築”をすることで、SW の立場から意見を述べる事が可能となり、よりよい SW 援助が実現する。さらに、医師からの SW への理解を得るチャンスともなり、医師から理解が得られると、“味方となる医師の後押し”となる。医師は専門職ヒエラルキーのトップに位置し、病院組織内でパワーを持つため、マイクロレベルにおける【多職種との協働関係の醸成】とメゾレベルにおける【組織の SW への理解を促進する】ことの両方にとっても大きな力として有効に作用する。

マイクロレベルの【多職種との協働関係の醸成】とメゾレベルの【組織の SW への理解を促進する】ことがうまくいった結果が相互作用して、大きな成果が生まれる。それは“管理職のポジションの獲得”である。これは SW の組織からの評価の獲得とも言える。SWr はさらに多くのチャンスを獲得し、“SW の増員”が行われるなど、組織の委員会やプロジェクトに“SW の視点が必要とされる”ようになる。そして、病院組織内での【SW の存在感が増す】。これは SW の病院組織内での評価の獲得として大きな意味を持つだけでなく、患者によりよい支援を展開するために活用すべきものとして非常に大きな意味を持つ。

そして、【SW の存在感が増す】ことが、再びマイクロレベルでの【患者支援の充実】や、メゾレベルの【組織への SW 理解を促進する】に繋がっていくという循環が生まれる。

さらに全体の循環、マイクロレベルの【他職種との協働関係の醸成】、メゾレベルの【組織の SW への理解を促進する】ことの両方に大きな影響を与える要因として、【組織に求められる社会的責任】がある。病院組織がこれを強く意識している場合、“組織からの SW への要請”

がある。さらに、このような病院組織では、“組織のミッションが職員に浸透”しており、【他職種との協働関係の醸成】にプラスの影響を与える。また、直接【SWの存在感が増す】ことにも影響する。

この循環がうまく起きていることが、SWrが組織と共に患者支援の実現を目指すことが可能となるプロセスである。

3) 各カテゴリーの説明

次にカテゴリーごとに説明を加えていく。なお、本文中で、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、“ ”は概念を示す。「 」はデータからの引用を表わす。

① SWのミッション

病院組織でのマイクロ・メゾそれぞれのレベルでのSWrの行為の最も基底となるカテゴリーである。“患者の立場から軸足を外さない”、“強靱な精神性”という概念から成る。現在の医療制度がSW実践にとって厳しい状況であっても、SWrとして患者の立場を尊重し、自己決定を支えていけるよう、苦慮しながらも、工夫して、SWrは実践を積み重ねている。特に組織的な課題の場合、粘り強く柔軟な精神を持って、取り組まなければならない。すぐに解決できない課題については、「引き出しにしまい、隙があれば、チャンスが訪れれば、引出しから出してくる」ということを行う。

次にマイクロレベルのSWrの行為を表すカテゴリーについて説明する。

② SW援助の充実

マイクロレベルの基点となるカテゴリーである。SWrが病院組織の一義的な目標である患者の疾病の治癒に貢献することはできないが、“個別援助を積み重ねる”ことで、広義の医療サービスが、患者にとってより有益なものとなることの一端を担うことができる。そのことが組織がSWrを必要とすることの礎となる。また、依頼者である他職種に対して、“援助結果をきっちり返す”ことで、SWrの具体的な業務内容の理解に繋がることも期待できる。この行為の

積み重ねが、特にマイクロレベルにおいて、他職種からのSWrへの信頼の獲得に繋がる。

さらに“後進の育成”が行われることによって、SW部門のメンバーの変動があったとしても、個別援助に関して、量的にも質的にも安定したSWサービスを提供することができる。

③ 他職種との協働関係の醸成

マイクロレベルの次の段階として、【多職種との協働関係の醸成】がある。他職種との違いを知ることが、他職種にSWを理解してもらう際の有効な戦略を講じるヒントとなる。また、個人としての他職種を捉えることにより、院内でSWrの味方となりうる存在かどうか、アプローチの仕方によっては味方となる存在なのかどうかなどの判断に役立つ。

《他職種理解》をした上で、日常業務の中で他職種に“対面でSW業務を伝える”ことや、“受け入れられやすい記載方法の工夫”を繰り返す中で、《SW援助の理解しやすい形での提示》が可能となり、【他職種との協働関係の醸成】がされていく。

さらに他職種との協働関係が一定構築され、SWrの具体的な業務内容が理解されてくると、それに対しての疑問の声や意見が院内職員から寄せられるようになる。インタビューの中でSWrが当然必要と認識していた業務統計が、他職種に対して何の意味も果たしていなかったという衝撃的な事実気づかされた経験が語られている。SWrは時として自らの業務に対して「こうでなければいけない」という枠組みにとらわれる。それにとらわれ過ぎることなく、有用な意見は業務に活かしていくことが必要である。

次に、メゾレベルでのSWrの行為のカテゴリーについて説明する。

④ 組織理解

【組織理解】はメゾレベルの基点となるカテゴリーである。メゾレベルに働きかける際、組織の“意思決定の仕組みを把握する”、所属する病院組織に“特有のトップダウンの形を知る”ことが必要である。SWrの意図したことが組

組織の意思決定として採用された後も、それを実現するためには、根回しや現実的に可能な範囲での実行などの妥協点を見出す必要もある。

⑤ 組織の SW への理解を促進する

【組織理解】の次の段階として、【組織の SW への理解を促進する】ことが可能となる。病院組織のトップである院長に SW への理解がない場合、もしくは少ない場合に、“事務系幹部の後押し”によって、SWr の組織への参画を可能にする。事務系幹部は医療職ではないという意味で、SWr と比較的意識疎通がしやすい存在と言え、SWr と組織トップとの橋渡し役となりうる。また、直接的には収益を生むことができない SWr が、経営上どのような貢献をするのかということを経営へ伝える役割を事務系幹部が担っている。

次にミクロレベルとメゾレベルに影響を与える SWr の行為を表すカテゴリーを説明する。

⑥ チャンスをつかむ

個別援助における他職種とのやりとり、あるいは会議の場で“SW の対人援助スキルを活用する”こと、“インフォーマルなコミュニケーション”が SWr と他職種が相互理解を深めることの一端を担い、人間関係が構築されていく。相互理解があることで、誤解や齟齬が生じないようなやりとりが可能となる。

多職種のチームで院内システムの構築などの取り組みがある際に、SWr 自らが“新生チームへの積極的な参加”をしていく姿勢が重要である。チーム参加が実現すれば、他職種との協働のプロセスを通して、少しずつ SWr の役割が理解されるようになる。

また、時として SWr の役割は「組織の隙間を埋める」という風に表現されるように、現実的に、組織の中には、どこかの部署が担わなければならない役割が存在する。「SWr に依頼すれば、どうにかしてくれる」という期待に対して、“依頼を断らない”ことが、長期的には、SW の本来業務の理解につなげることができるチャンスと捉えることもできる。同様に、SW そのものの専門性を病院組織に対して、明確に

提示することはハードルが高い側面がある。そこで前段階として、1人の職員として“役に立つ存在をアピール”することも必要となる。

病院組織の運営に関しての意思決定を行っていく場に参加する場合、“組織的での発言を意識する”ことが重要である。「会議の場の流れを読んだり」、「中腰で待って、チャンスが来たら切り込んでいく」という風にして、発言可能な機会を常に意識し、有効に発言していく。

⑦ 医師の力の活用

SWr は医療職とは異なる固有の視点を持ち、患者の援助を行う、そのため、医師の権威に負けることなく、意見交換のできる“対等な協働関係を構築する”ことが重要である。また、SWr が業務範囲を拡大していく際に、病院組織内から SWr への批判が生じることもある。そこで病院組織内でパワーを持つ医師が、そのような風当たりから守ってくれることで、SWr の【他職種との協働関係の醸成】にプラスの影響として作用する。さらに、SWr の味方となる医師が経営幹部としてのポジションにある場合、【組織の SW への理解を促進する】ことの後押しともなる。SWr はそのような医師の存在をキャッチし、アプローチしていき、味方となってもらえるような関係構築をしている。

⑧ SW の存在感が増す

ミクロレベルとメゾレベルでの SWr の働きかけの結果となるカテゴリーである。

組織から SW が理解されるようになると、他の職種と異なる視点から課題解決のための有用な意見が期待できるとして、“SW の視点が必要とされる”ようになる。そして、院内で新たな委員会やプロジェクトの立ち上げがある際にメンバーとして声がかかる。

また“管理職のポジションの獲得”をすることによって、SWr の裁量で部門の運営が可能となる。また、管理者の会議の場で、SWr の立場から発言することで、【組織の SW への理解を促進する】ことへと繋がる。また、【職種との協働関係の醸成】の際にも、組織内での権

限が保証されていることによって、SWrとしての発言がさらに説得力を持つようになる。管理職として得たパワーやチャンスは患者支援に活かしている。

さらに、SWr自身の働きかけ、あるいは組織からの要請によって、“SWの増員”があることで、単純にSWrが院内の他職種の目に留まるようになり、SWrの存在が他職種に認識されるようになる。また、依頼を待たずにSWrから患者にアプローチしていくことや業務を拡大していくことが量的な意味で可能になる。

以上のようにマイクロ、メゾそれぞれのレベルで、SWへの理解が進み、評価を獲得していくことが相互に作用し、再び大きな力として、SWの個別援助の充実、あるいは、組織へのSW理解の促進へとよい影響として返っていくという循環が起こっている。最後に全体の循環を後押しするカテゴリーについて説明する。

⑨ 組織に求められる社会的責任

SWrは患者からの率直な病院組織に対する意見を拾い上げやすい。そのため、【組織に求められる社会的責任】を強く意識して、患者にとってよりよい運営を主眼におく病院組織からは、患者と医療者あるいは病院とのパイプ役としての役割期待もある。

また、SWrを含む病院組織の職員全体に“組織のミッションが職員に浸透”していることで、職種に関係なく組織人としての共通目標を持つことが可能となる。また、その共通目標の実現のために、それぞれの職種の立場から果たすべき役割も明確となる。このような、組織の風土が作られることで、職種間の協働が促進される。

V. 結論

1) SWrが病院組織と共に患者支援を目指すために

先行研究では、病院組織の特殊性、SWの組織的実践、職種間連携について概観した。病院組織におけるSW実践への知見として、有用

なマイクロレベルでの枠組み、あるいはメゾレベルでの枠組みは一定提示されていた。

本調査の結果、そこでは言及されることのない病院組織内でのSWrのより具体的な動きを捉えることができた。さらに、病院組織内で、マイクロ、メゾ、それぞれのレベルでのSWrの動きが切り離されて存在するのではなく、相互に影響し合いながら、良い循環を生んでいることが示唆された。

そして、この循環をさらに後押しするものとして、病院組織の社会的責任がある。病院組織のトップに地域住民である患者に必要な医療を継続して提供するという明確なミッションがあり、それが組織全体へと浸透していくことがSWrの組織内での活動を活性化させていた。

今後、病院組織そのものがその社会的責任を自覚することが求められる一方で、SWr自身も個別援助の枠を超え、今一度自らの所属する病院組織に関心を払い、協働する他職種、組織の構造、病院組織が地域での果たすべき役割などを俯瞰し、その課題を指摘し、改善のための方法を探っていくことで、組織と共に患者支援の実現に向けた道を歩んでいくことが可能ではないだろうか。医療機関の社会的責任という視点を共有する限りにおいて、病院組織とSWは必ずしも対峙するものではなく、共に患者支援を目指すことが可能であると考えられる。また、SWr自身が日々の業務を広範な視点をもって捉えることにより、組織との関係におけるジレンマを軽減することが可能なのではないだろうか。

2) 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、M-GTAの分析において、理論的飽和化に至っていない点である。理論的飽和化の判断ができなかった概念についても概念として採用した。なぜなら、他の概念との関係から重要な概念であり、他のインタビュー協力者にも、そのことに焦点化したインタビューを実施すれば、追加データが得られるものと判断し、より全体的な力動を理解することを重視

したからである。

したがって、今後の課題として、インタビュー調査による追加データの収集を行うことが挙げられる。とりわけ、SWrのより具体的な行為を説明する概念の生成についてである。たとえば、【医師の力の活用】というカテゴリーが生成されたが、どのようにして味方となる医師の存在をキャッチし、何をきっかけにして、どのような方法でアプローチをし、どのような相互作用の結果、医師との協働関係が構築されたのかというプロセスを明らかにすることが必要である。

さらに、【組織に求められる社会的責任】というカテゴリーが、本研究において、重要な位置を占めるが、データに偏りがあるため、他のSWrがどのように捉えているのかという点を明らかにすることも必要である。

謝辞

本論文の作成にあたり、温かく丁寧なご指導をして下さった関西学院大学の小西加保留教授先生、本研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力頂いたソーシャルワーカーの方々に、深く感謝申し上げます。

参考・引用文献

逢澤詳子 (2008) 「退院支援としての『自動車による移動介護サービス』への取り組み」『医療社会福祉研究』16, 85-91.

天野博之 (2008) 「保健医療領域からの児童虐待の予防的介入の経緯と実際」『医療福祉研究』16, 93-99.

Finch, W. A. Jr (1976) Social worker versus bureaucracy, *Social Work*, September, 370-375.

広井良典 (2004) 「第2章3節 医療保険制度と医療システム」社会福祉法人日本社会福祉士会・社団法人日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーカー実践1』中央法

規出版, 112-143.

川淵孝一 (2004) 「進化する病院マネジメント—医療と経営の質がわかる人材育成を目指して」医学書院.

川崎弘子 (2008) 「第4章 事例35患者相談窓口の設置 (院内業務開発から実施まで)—SWとアドボカシー看護師の協働」大谷昭・大平和子・笹岡眞弓・田中千枝子編著『改訂医療SW実践・50例』川島書店, 187-191.

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.

小西加保留 (2005) 「HIV感染者の社会福祉施設サービス利用に関する調査—サービス提供者側の阻害要因について—」平成15-16年度文部科学省科学研究補助事業萌芽研究報告書.

小西加保留 (2007) 『SWにおけるアドボカシー—HIV/AIDS患者支援と環境アセスメントの視点から—』ミネルヴァ書房.

黒木信之 (2004) 「退院援助の実際と退院援助システム化の創設 (院外)」.

桑田耕太郎・田尾雅夫 (1998) 『組織論』有斐閣アルマ.

L. Gutierrez, L. Glenmayer and K. Delois. (1995) the Organizational Context of Empowerment Practice, *Social Work*, 40, 249-258.

Leticia San Martin-Rodriguez, Marie-Dominique Beaulieu, Damour & Marcela Ferrada-Viedela. (2005) The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care* (May 2005) 1, 132-145.

松岡千代 (2000) 「ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理—」『社会福祉学』40(2), 17-37.

Meredith Hanson (2002) Practice with

- Organizations, Mark A. Mattaini, Christine T. Lowery and Carol Meyer Editors *foundations of Social Work Practice ~ A Graduate Text 3 Edition*, NASW PRESS, 263-290.
- 二木立 (2004) 『医療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ—』勁草書房.
- Sicotte, C., D'Amour, D & Moreaulx, M (2002) Interdisciplinary collaboration within Quebec Community health care centers, *Science & Medicine*, 55, 991-1003.
- 副田あけみ (1996) 「在宅介護支援センターにおける援助実践—実践内容を規定する組織的要因の検討—」『社会福祉学』37(1), 1-19.
- 杉崎千洋 (2006) 「病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務変化—患者支援のための院内システムと院外ネットワークの構築・運用—」『平成16年・17年度科学研究費補助金国内調査研究報告書』.
- 田中千枝子 (2008) 「地域に貢献できる医療SW 保健医療SW における地域活動の現代的意味—」『医療社会福祉研究』16, 71-78.
- 田尾雅夫 (1995) 『ヒューマン・サービスの組織—医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社.
- 若林浩司 (2004) 「退院援助の実際と退院援助システム化の創設 (院内)」, 荒川義子・村上須賀子編『実践的医療ソーシャルワーク論』金原出版, 45-51.

The process that a social worker builds relations with the hospital organization

Yukiko Miyata

Okayama Saiseikai General Hospital

Though there is not the duty to arrange a social worker to a medical institution, the social workers arranged to a medical institution suddenly increase after 2000. However, in relations with the organization to belong to, the dilemma of the social worker is emphasized. On the other hand, there are some reports of the social worker who developed practice with a hospital organization.

A purpose of this study is to clarify the process that a social worker builds relations with the hospital organization. I carried out interview investigation to the social worker and used M-GTA for analysis. As a result, it was suggested that individual support and the organized practice of the social worker influenced it mutually, it produced good circulation, and a thing supporting this circulation more is the social responsibility of the hospital organization.

〔論文〕

知的障害者入所施設の支援員におけるバーンアウトの質的研究

山内 哲也*

Key words : バーンアウト, 知的障害者入所施設, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

1. 研究の背景と目的

社会福祉分野のバーンアウト研究は数多いが¹⁾、社会福祉分野の中でも知的障害福祉分野のバーンアウト研究はその数が少ない。特に入所施設は夜勤や強度行動障害者のケアなど、支援員の身体的、精神的負担は大きく、バーンアウトによる離職やケアの質の低下等が問題となっている²⁾³⁾。

バーンアウトは、対人援助過程で極度の心身の疲労と感情の枯渇を伴う累積的なストレス反応であり、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の減退の概念で説明されるが⁴⁾、同時に支援員と現場の相互力動的作用による動的なエネルギーや多彩な感情、思考のダイナミックな流れと発展・衰退と捉えられる。

従来の研究は Maslach モデルに依拠した質問紙法による量的研究が中心で疲弊体験の局面に限定される単線形モデルであり、支援員の対人援助者としての成長軸で語られない。支援員は現場の中で対人援助職として宿命的に様々な葛藤の場にあって、常に挫折と成長の芽を内包する。

以上から本研究は、支援員が他者との関わりを通じて現場という力動的な場の文脈の中で

のようにしてバーンアウトに至るのか、また自らの体験をどのように意味づけしているのかを明らかにし、支援員のメンタルヘルス推進に一定の示唆を与えるものとする。

2. 研究方法

対象者はバーンアウト体験者で入所施設勤務の支援員7名である。調査は1回90分-120分の半構造化面接で、現場での体験の語りを録音し、データを逐語録にした。

分析焦点者は、「知的障害者入所施設の支援員でバーンアウト体験者」とし、分析テーマは「知的障害者入所施設の支援現場における支援員のバーンアウト体験プロセス」とした。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を用いた。理由は、対象者を知的障害者入所施設の支援員でバーンアウト体験者に限定した点、M-GTA が現象の構造やプロセス分析に適し、結果の応用を含めて検証できる点からである⁵⁾。

分析手順は、分析テーマに即して文脈単位で意味のまとまりを解釈し概念化してワークシート（表1）に記述しながら、概念間の関係を全体的に関連付け、カテゴリー化し最終的にストー

*Tetsuya Yamauchi : 社会福祉法人武蔵野会八王子生活実習所 施設長

リーラインと結果図（図1）にまとめた。解釈の恣意性を防ぐため、意味の類似例と対立概念を継続的比較検討し新しい概念が生成されない理論的飽和状態を目指した。

尚、倫理的配慮として、参加者に研究趣旨を十分に説明し、匿名性と守秘義務、録音の了承、結果の公開等の同意を口頭と文書で得た。

表1 例示 ワークシート

概念	ゆらぎとゆさぶられ
定義	役割葛藤、“絶対…ねばならない”等の訂正しづらい信念、聖職者像への過剰同一化等の対人援助職に由来する内的葛藤が健全なゆらぎを阻害してゆらぎが大きく振幅し、自己のコントロールが効かない状態に陥る。ゆさぶられるような強い内的葛藤
バリエーション	A134 こうあらねばならないという自分の像っていうか、それを人にも求めてしまう。…そしてそれは絶対ゆるせないって感じてしまう C85 役職について、能力不足を感じるけど演じている。素直な自分を分かってもらえって言うけれど、演じるしかないって感じ…で疲れた D23 利用者さんに表情に表してはいけないと思うので表面的には普段どおりの接し方をしてるんですけど、…内面とはちょっと矛盾して… G100 学校や新人の時、福祉の理念や心得の話があって、すごく感激して、私もそういう福祉人になろう…人格的に優れないと駄目ですよ (省略)
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ■ 認知の歪みや心の癖 学習化された固い融通のきかない考え方が根底にある ■ 絶対…ねばならないという固い観念、不合理な信念体系を持っている ■ 役職などの職位に伴う役割期待に応えようとするが役割遂行に伴う現場の期待レベルと自分の力量の差に対する葛藤 演じる苦勞 ■ 対人援助者の感情疲労 職業的規範や態度と現場での自分の本当の感情のズレと罪悪感 ■ 学校時代に刷り込まれる聖職者像への過剰な同一化意識 (省略)

3. 結果と考察

分析の結果、4つのカテゴリーと20の概念が生成された。質的研究の結果は研究者の解釈を含む。そのため結果と考察をまとめて記述する。概念は【 】, カテゴリーは『 』、の太字で記し、(斜字)は生データからの引用、…は省略である。

(1) ストーリーライン

生成された概念をカテゴリー化し、その関係性を結果図1に示す。支援員の現場におけるバーンアウト体験のプロセスは、『現場の臨界点』から『つながりと互換』を経て、『転機と再発

の回路』に至るプロセスが形成されており、さらに『転機と再発の回路』の心象風景を現場に照射する『私の居場所の変容』と密接に関連していた。

第1相は、現場の複雑多岐に亘る職務ストレス要因の全体状況と圧力構造を示す『現場の臨界点』である。【現場の軋み】【日常の被覆】【人生の宿題】【現場のコンフリクト】【ゆらぎとゆさぶられ】という6つの動因や背景となる概念が支援員の慢性的な精神的負担感を蓄積させ、心の均衡を崩しそうな臨界点である。

第2相は『つながりと互換』である。構成概念である【フェア・アンフェア】【感情のライン】【現場のささえ】【外のささえ】が相互に影響

し合い、『現場の臨界点』での心の均衡を調整しようとする局面である。

支援員は『現場の臨界点』での精神的負担感を現場での感情を含む様々な資源の交換によって緩和しようと試みていた。この営みが不調であるとさらに現場で不適応感を高めていた。この相は『現場の臨界点』での精神的負担感の統合的評価と調整機能を持ち、他の2つの位相への媒介として機能している。

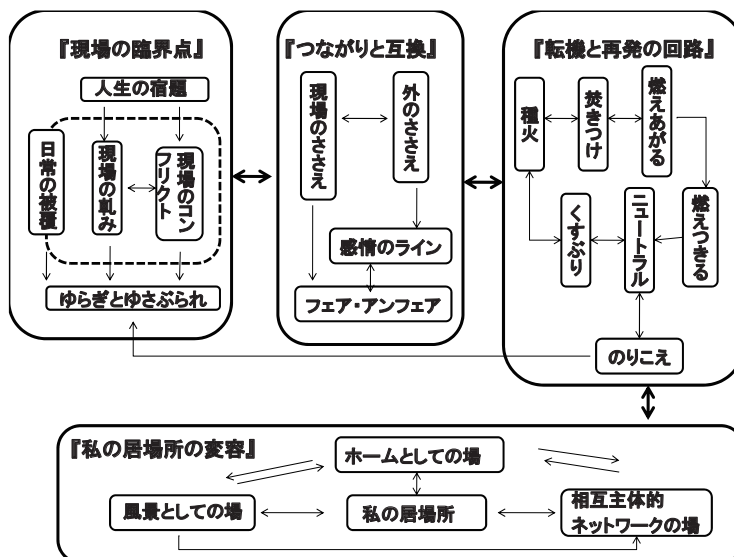
第3相はバーンアウトの段階的循環的プロセスに注目し、『転機と再発の回路』と名付けた。【種火】【焚きつけ】【燃えあがる】【燃えつきる】【ニュートラル】【のりこえ】【くすぶり】の概念が生成された。単線形ではなく、【燃えつきる】から【ニュートラル】を起点に【のりこえ】と【くすぶり】の2経路を持つ循環型モデルとして提起された。

【ニュートラル】という一時離脱・退却が空白の時間を生み出し、枯渇した感情を癒し、心的エネルギーが充填され再生の萌芽を生み、【のりこえ】で気づきや新しい視点を獲得して支援員の自己成長を促す転機の局面を迎えていた。

一方、【くすぶり】は個人属性やパーソナリティ

に由来する固着した心の癖や対処方法により健全なゆらぎが阻害される状態であり、再び【燃えつきる】への負の循環回路に向かうことがわかった。一旦、疲弊感覚は薄れるが消えないまま内在化して【くすぶり】続け、【種火】を再形成していた。

第4相は『私の居場所の変容』とする『転機と再発の回路』を照射する位相である。構成概念は【私の居場所】【風景としての場】【ホームとしての場】【相互主体的ネットワークの場】とした。支援員は現場を他者との関わりの中で感じている。支援員は他者との関わり方、そのあり方ゆえに“場”の中にいる。そして、現場において他者との応答を通じて現場を認識し、そこが自らにとっての独自の場であると発見するまでは、不安定な場と感じる⁶⁾。従って他者との相互作用によって支援員の現場は、安定と不安定の間を絶えず揺れ動くように見える。支援員はこの現場の全体状況と他者との関係性の中で【私の居場所】という感覚をもち、日常的な現場体験の全体や細部に見出す【私の居場所】を接点に現場の他者と関係を調整し、心理的なストレス評価を行っていた。



凡例 【】:カテゴリー, □:概念 →:作用の方向, ↔:相互作用, 点線囲い:全体的影響

図1 結果図「知的障害者入所施設の支援現場における支援員のバーンアウト体験プロセス」

(2) カテゴリーの詳細

各カテゴリーについて述べる。尚、カテゴリーと概念の一覧を表2に示す。

『現場の臨界点』

現場における支援員の精神的負担感は複合的な全体状況と圧力構造の中から生じており慢性的に累積的な疲弊感として蓄積される。

①【現場の軋み】

支援員は(制度がころころ変わって…)しまし激変する外部環境に適応を迫られ、(終わるとへとへと)(心身の疲労がマックスになる)過重な労働環境の中にあり、(行動障害の激しい…対応方法に行き詰まる)ケアの困難さに直面する。(展望も見えないまま)(答えがない中でもがく)先の見えない現状の中、(体重が1ヶ月で5キロ落ちて…朝起きると泣いている)といった心身の不調が顕われる現場の複合的な圧力に晒されていた。

②【現場のコンフリクト】

現場には、管理上の納得のいかない指示・命令、職員同士の不和、支援観の不一致、利用者の暴力や拒否などの管理、職員間、対利用者の対人葛藤・対立である【現場のコンフリクト】が存在する。(自分の意見と合う提案しか引っ張ってこない)(とにかく現場に無関心)な上司の存在や(同僚や仕事場の友達とも疎遠になって)などの同僚間の不和や対立、そして(利用者の方から拒否されたり…落ち込みましたね…)のような利用者に対する葛藤などが存在した。

③【日常の被覆】

現場には(足を引っ張るような意見は決して公な場で出なくて、すごく遠いところから耳に入ってくる)ような隠れた雰囲気、隠喩としての圧力が覆い被さるよう存在する。時に組織内の同調圧力や成文化されない暗黙の了解事項など潜在化した現場の状況の圧力に覆われる。これを【日常の被覆】とした。

④【人生の宿題】

支援員は、恋愛・結婚・出産・育児・親の介護などの悩みを語った。(仕事と家庭を両方守れるかみたいなジレンマが非常にありました)

といったライフイベント上の危機である【人生の宿題】を背景要因として抱える。

⑤【ゆらぎとゆさぶられ】

対人援助の現場は様々な矛盾や対立の屹立する最前線である。尾崎はこれを“ゆらぎ”と命名し、援助論を展開している⁷⁾。支援員は現場で様々な葛藤を抱え込む。一方、この葛藤・対立＝援助のゆらぎを通じて、支援員は援助者として自己成長する。換言すれば、“ゆらぎ”によって心を振幅できる余地があるから、支援員は多層な価値や新しい意味、適応のための方略を拾い出せる。

ところが、パーソナリティと密着した認知の歪みや思考の偏りといった心の癖や養成機関が刷り込む理想的な援助者像の強請などがこの健全なゆらぎに干渉する。そして、ゆらぎの振幅は許容範囲を超えて自己制御が不能な状況となる。(役職について能力不足を感じているけど演じている。素直な自分を分かってもらえって言うけれど、演じるしかないって感じ…)という役割葛藤や絶対…ねばならない等の訂正のきかない固い信条があり、(こうあらねばならないという自分の像っていうか、それを人にも求めてしまう。…そしてそれは絶対ゆるせないって感じてしまう)とする潔癖すぎる心の癖が周囲との軋轢を生む。また(学校や新人の時、福祉の理念や心得の話があつて、すごく感激して、私もそういう福祉人になろう…人格的に優れないと駄目ですよ)と福祉の理想的聖職者像と自己像を一致させようとする同一化の葛藤や(利用者さんに表情に表してはいけないと思う…、表情的には普段の接し方をしているんですけど、…内面とはちょっと矛盾して…)という、対人援助職特有の感情規則と自己感情の心理的葛藤等がある。対人援助職の固有の価値観に由来する葛藤は時に自己の存在がゆさぶられるような激しい内的葛藤として語られたので【ゆらぎとゆさぶられ】と名付けた。

『つながりと互換』

このカテゴリーは『現場の臨界点』での精神

的負担感を統合的に評定する機能を持ち、何らかの資源のミスマッチや供給のバランスが崩れた時、支援員は内的な安定を維持するために、他者と盛んに感情を含む様々な資源の相互交換を行うことが確認された。支援員は、自分にとって価値があると考えられるものを獲得し維持しようとする。これらの資源が脅威に曝され、失われた場合、あるいは資源を投資したが期待した見返りが得られない場合に不安や不満感を表す。『現場の臨界点』で累積される精神的負担感はある意味、現場の様々な領域における支援員の資源との不適合感の総体であり、この不適合感を解消しようと現場では以下のような他者との感情、価値、承認、情報等の資源の交換・やりとりを行い、自分の心の均衡を保とうとしていた。時には一方的に供給し続けた行為や感情が枯渇しそうになり自己防衛のために相手に怒りの感情を放出していた。

この不適合感は(報われないな…周りと浮いちゃってる…、自分はどういう位置を占めてるのかな…。一体感の中で仕事をしてる分にはいいんです、はずれてましたね…)のように身体的な感覚や現場の位置感覚と密着したつながり感として意識され、このつながり感の喪失がインタビューでは何度も登場する。支援員はこの資源のインバランスを意識し、資源を交換する現場をつながり感覚で認識していたのでこれを『**つながりと互換**』とした。

やがて『**つながりと互換**』による安定機能が働かず、現場における他者との資源の供給と消費の均衡が崩壊し、『**転機と再発の回路**』というバーンアウトの循環プロセスが起動する。

【**現場のささえ**】【**外のささえ**】が緩衝要因として機能し、【**感情のライン**】と【**フェア・アンフェア**】が相互に影響していた。

①【**現場のささえ**】

現場の資源の供給源として、職場内の社会的支援がある。これらは、バーンアウトを低減・緩和する緩衝材の役割を果たす。時には支援対象である利用者からの情緒的癒しによってバーンアウトから免れる場合もある。(上司のおか

げでの確かなアドバイスをもらえて…救われた)

(先輩が、一緒にやっついていこうよって…泣くほど感動した)(利用者の方から癒しや仕事の意欲をもらって…)など【**現場のささえ**】が語られた。

②【**外のささえ**】

家族や友人の支持、外部団体との連携などの【**外のささえ**】が精神的負担感を緩和していた。(妻に協力してもらって…乗り越えた)のように家族の情緒的支援が重要と思えるが、(趣味に没頭しました。休日リフレッシュできたのですが…職場に戻ると同じことの繰り返しで…)と語るように原因が現場にある以上、現場の文脈で解決していかない限り、根本的解決策にはならないことが伺われる。一方で、効果を発揮したのは(地域の職能団体に入会して…視野が開けた)(他の部署の友人に愚痴を聞いてもらって…すっきりさせていた)のように同じ共通体験を持つ同業種の研修会などにつながった事例であった。

③【**感情のライン**】

現場には上司や同僚、利用者との感情を随伴する意思疎通、情報のネットワークがある。現場の他者との相互作用には一体的に感情が織り込まれており、この感情面での交換が必要となるが、時として、この感情のラインが資源の供給と受給を妨げる。(幼稚な話だけど好き嫌いである…こっちには自然と情報が多く流れるような…) (何を言っても通じないと思うと話す気にならない…、逆にこっちの人には何でも話せる…) (エネルギーを分けてもらいたいのに、マイナスのオーラ出しまくりに…だから相談できない)など感情を随伴する情報ネットワークのつながりと断絶が述べられた。

また、(職場でないので自分の考えを尊重してもらえる。…愚痴をそうね、そういうことあるって肯定してくれるので自由に言い合える)というように、この概念は【**外のささえ**】が比較的強く作用していた。

④【**フェア・アンフェア**】

支援員は現場で公正・公平に処遇されること

を重視する。利用者に対しても（利用者さんにこんなにこんなにやってあげているのに、何故わかってくれないの…）といった等価交換的な不公平感を示した。資源としては、（上司のお気に入り…）（重要事項を伝えてくれない）（やり方がフェアでない）と管理側の手続きや評価の公正性、情報の透明性、意志決定参画の平等性の保障などが語られた。

また、この概念は、（上司のおかげで的確なアドバイスをもらえて…救われた）というように、【現場のささえ】の上司の情緒的支援によって緩和効果もたらされるという語りが多かった。

『転機と再発の回路』

『転機と再発の回路』は【種火】【焚きつけ】【燃えあがる】【燃えつきる】【ニュートラル】【のりこえ】【くすぶり】という7つの段階的循環的なバーンアウトの動きを表す概念で構成されていた。支援員は各概念間を相互循環的に往たり来たりしながらも徐々に精神的疲弊度を高めていく。

①【種火】

日常の中で連続的に累積される小さな苛々事を【種火】と名付けた。（朝から…自分のペースを作れず押し切られていく毎日）や（同僚の口癖が耳について、いらいらが毎日のようにして…）といった小さいが無視できないストレス群である。『現場の臨界点』での複合的状況の圧力が鬱積した感情の塊を形成し、これを土台に徐々に無視できない慢性的な疲弊感を生み出していく。

②【焚きつけ】

【種火】は何事もなければ些細な出来事として処理されるが、（利用者が不慮の事故にあって…、それとたまたま重なって…）（あげくには…下の者に聞いてくれという形で逃げられて）のように（どんぴしゃのダメ押しになって…）精神的疲弊感を増大させ、一気に緊張状態や内的葛藤を亢進させるきっかけや前提条件が存在していた。（気持ちがおさまらなくなって怒り

が渦巻ききました）と時には強い怒りや不安、不満、攻撃的な態度を募らせる局面を【焚きつけ】とした。焚きつけは、現場の事故や困難感の伴う切迫した事情が背景にあり、支援員の心的エネルギーを消費させていく。

③【燃えあがる】

【焚きつけ】によって亢進した感情は現場の圧力に拮抗して、（やっぱり自分が何とかしなくてはいけないんだ、使命感みたいな…）（責任感ですかね、あと、負けたくないっていうような）（充実感はありました、辛いついていう時もあったけど…でも翌日は挽回しようと一層頑張れちゃう…）（プロとして克服しなくちゃいけない壁）と語られるように支援員は、情緒的エネルギーを盛んに消費する。また、（苦手意識をなくすために思い切って話してみた…）（気分転換にランニングを始めた）（社会福祉士の資格を取ろうとした）（ひとまず出来ることから始めた）等の様々な対処方略を試して積極的に行動する。この段階を【燃えあがる】とした。職業上の成長の壁を克服しようとするのは健全であるが、時として過剰な心的エネルギーの消費が『つながりと互換』の安定ブレーカーに過負荷をかけショートする。

④【燃えつきる】

さらに、（いい加減にしろって心の中で怒りながら、懸命にカバーしました…）と怒りや不満の感情が増大し、抗議行動にでたりしながらも問題解決に向けて懸命に努力をする。しかし、（やればやるほどから回りして）と容易に問題は解決せず、ますます混乱した状況に巻き込まれ、水面下では精神的疲労が累積し主体的感覚や自己効力感が低下していく。結果として、情緒的エネルギーが枯渇して、（答えが見えない中でもがくみたい…。こう無力感みたい…。ほんとに抜け出すことができないような闇でもがいている…）（それがもうばかばかしくなったというか、やっても無意味なんじゃないか）（自分の中では落ち込むといいますが、無気力状態、何をしても関心が持てないような状況）（仕事をしたくないというか、人に会いたくない

かった) (利用者に優しい気持ちをもてなかった) という【燃えつきる】に至る。Maslach の情緒的消耗感や脱人格化にあたる局面である。

⑤【ニュートラル】

結果、(しばらく休めて担当を外された) (何もかも嫌になって放り出した) とやる気や関心が消失して怠業や欠勤、離職あるいは仕事ができず担当のラインからはずされるなど、いったん現場からの逃避、離脱を余儀なくされ、局外へ押し出される。

ところがこうした体験を通して今までの制御不能の巻き込まれた状態から、いったん休止を余儀なくされ、振り返りや新しい視点を内在化することが可能になる。このように、アクセルを踏み続けていた心が制御不能になったため、ニュートラルレバーにシフトチェンジして停止するような局面を【ニュートラル】と名付けた。

清水はバーンアウトを、それ以上の感情の疲弊や心的エネルギーの消耗を回避するための心理的退却、防衛機制であるとしているが⁸⁾、この一見無意味に思える空白の時間が次のような重要な気づきをもたらす。(それをきっかけに何か自分が否定していたものに対しては…、怒りみたいなマイナスの感情は薄らいでいった) (離れたことで…自分にとっては本当に救われた) (一端、離れないと…。今まで拘っていたことから解脱できる…意固地になってたんだって…) (ある日、違う風景に見えてくるんです。今までは、ぜんぜん現場の風景なんか気に掛からなかったのに、時間がかかったけれど、あ〜こんなだったっけ、なんて新鮮さが戻った) と語られる。

また、杉浦は神経症患者の心理療法を例に「変わりたい自分が変わる」と述べ、自分を変えたいという動機づけの重要性を指摘しているが⁹⁾、この【ニュートラル】においても、(何とかしなくちゃって思いました) というポジティブな意思が心的エネルギーを充填し再生への準備を促していた。

⑥【のりこえ】

そして新しい視点や気づきを得て、(今、振

り返ると) あの時が転機だったと語られる局面に立つ。支援員が現場に戻る心的エネルギーを充填し、自らの職業的課題を克服するためのメンタリティや対処方略などの知恵を身につけて、現場に戻っていく局面を【のりこえ】とした。

【のりこえ】では(より人間的に成長していく…、そういう経験も必要…自分自身が強くなった…今は前とは違う対応ができる) (もう原因がはっきりわかっている…だから違う方法を探して…) (体験から自分自身の弱さというのがわかって、今度はその弱さをいかにフォローしていくか…) (ああいう経験をしてから…やっぱり学べたと思うので…あの経験をきっかけに気持ちを切りかえられるようになった) とその時の様子を語る。

そして、(この仕事にバーンアウトはつきものだと思います。当時、先輩から、割り切ってやればいいのか、手を抜けとか言われたけど、反発だけだった。しまいには、こいつら敵だと思ったですよ。結局、燃え尽きた状態になって、今、振り返るとその時にもがいたあれやこれが、生きていると思うんです。で、ですね。俺には、このやり方が性に合っているとか。ここまで。ここから先はやばい、みたいな知恵つきましたよね。で、結局、後輩には同じことを言う。肩肘張るなって。やっぱ一度は通る道ではないですか) とバーンアウト体験を自己成長の物語として語っていた。このように多層的な価値の取り込みや深い内省を持つのにある一定の時間経過が必要であることが示唆された。

⑦【くすぶり】

しかし、一方で【のりこえ】できないケースも存在する。(どうしてもこうあらねばならないという気持ちが強い…それが邪魔する) のように、パーソナリティと密着した心の癖が顕現する。また、(どうせやっても駄目だって思っちゃう) という学習性の無力感が自動想起の装置となって固定してしまう。解消されない未解決な課題を内在化して【くすぶり】続け、【燃えつきる】への負の循環の回路に組み込まれていくと推測される。

『私の居場所の変容』

この相では、【私の居場所】を中心に【ホームとしての場】【風景としての場】【相互主体的ネットワークの場】の4つの概念が生成された。支援員は他者と現場の全体的状況の中で、自分自身の心象を【私の居場所】に映し出していた。【私の居場所】の在りどころによって現場は、【ホームとしての場】【風景としての場】【相互主体的ネットワークの場】と力動的に変動していた。

①【私の居場所】

支援員は現場の全体状況と他者との関係性の中で職業的アイデンティティを確認し、現場との実存的一体感を【私の居場所】という感覚で感じる。日常的な現場体験の全体や細部に見出す【私の居場所】を接点に現場の他者と関係を絶えず確認していた。(このチームが私の居場所なんだと感じました)(自分の位置がなくなる。どんどんと削られる。居場所がなくなるというか…)と語る。

②【ホームとしての場】

例えば、新人時代に初めて接した現場は決して支援員にとって安心な場所ではない。未知であり、不安の中で自分の居場所を必死に探していく場である。経験を積み、現場での役割期待に応え、自身の知識やスキルが発揮できるにつれ、自己効力感の高まりと共に現場は安心できる【私の居場所】として意識される。これを【ホームとしての場】と名付けた。北山は、“自分らしい具体的行為”“のびのび生きる居場所を得て、そこに依存した時”という条件が“いること”即ち“本当の自分の出現”となると述べているが¹⁰⁾、利用者の365日24時間の重度の知的障害者のケアに携わる支援員の現場は、チームとして深く依存し合うコミュニティであり、【私の居場所】の確立は支援員の実存的な安心感と深く結び付く。(やりがいのある居場所をなかまに求めるって感じ…)(大変でも自分の力が発揮できて…安心して居れる場所)(自分にとって大切な場所…自己実現できる)(利用者の居室が私のホーム…利用者といると幸せ…安心できた)と語るように、支援員は職業的アイデン

ティティを確認し、実存的な意味をもって自分の居場所を確認していた。

一方で、この局面は(自分の居場所が見つかって…、でもまたやるせなさっていうんでしょうか、むなしさがきて…居られなくなって…)

(それまではオッケーだったのですが、翌年上司が変わってどんと来てアウトです)と一歩間違えば、燃え尽きそうになる場にすぐに変貌する力動的な場としても語られた。

③【風景としての場】

現場は『つながりと互換』により、求める資源の交通が良く、交換し合った資源が支援員にとって期待どおりである時、支援員はその仕事に安心と満足が得られ、その現場を居心地の良い働き甲斐のある場所だと認識する。逆にこの現場における交換が機能せず、つながり感が途絶えたとき、現場の状況の圧力の前に自分の立脚点を失う状態となる。

支援員は(あんなに楽しく語った場所だったのに、立つ瀬がないんです。迷子になった感じ。夕方暗くなっていくのに道が分からない。焦るんですよ。このまま駄目になるんじゃないかって…どうしたらいいのって…見知らぬ土地に佇んでいる…そのうち、集中力もなくなって無感動で、完全によそ者になっちゃって、勝手にやればって感じ…また自己卑下して自分を責めて)と【私の居場所】が遡及して崩壊していく様子を語り、眼前の現場が安心できる【私の居場所】が喪失し、いつのまにか風景化し境界線の輪郭がぼやけるあやふやな場に変貌することから【風景としての場】と名付けた。

④【相互主体的ネットワークの場】

【のりこえ】体験から、支援員が目標とする現場として登場するのが、職業的アイデンティティがいかに発揮できる燃えつきない場であり、現場の資源が十全にやりとりされ、(困難をぶつかり合いながらも克服していく)(理念や共通の目標によって一致団結)する未来形の【私の居場所】として語られた。(閉じこもっていると駄目だと思う。施設内だけだと息詰まる。外とも交信する…自分を開くっていうのか

な) (温かな感情があふれている現場…一人ひとりが思いやり支え合うような…受け身じゃ駄目) (一人ひとりが主体性をもった、共通の理念で一致して…利用者と向き合っている組織) (みんなで手をつないで、よし頑張ろうってい

うようなチーム) と語られ、組織が活性化しコミットメントや職務満足も高いステージとして【相互主体的ネットワークの場】を目指していた。

表2 カテゴリーと概念

カテゴリー	概念	定義・解釈
現場の臨界点	現場の軋み	労働過重、役割葛藤、支援困難者のケアや激変する法制度への適応困難感が原因で心身症的症状が顕在化するような現場の状況の圧力全体。
	現場のコンフリクト	上司や同僚、利用者との対人関係の軋轢、不和など、組織のシステム内の管理・ワーカー・クライアントシステム内の対人葛藤。
	日常の被覆	現場には隠れた雰囲気・隠喩、明文化されない暗黙の了解や支援員間の派閥や同調の圧力が存在する。時に現場の秩序や規律が崩れてアノミー的な性質を帯びる。
	人生の宿題	ライフイベント上の適応危機が間接的重層的に精神的負担感を亢進させる。
	ゆらぎとゆさぶられ	役割葛藤、“絶対…ねばならない”等の訂正しづらい信念、聖職者像への過剰同一化等の対人援助職に由来する内的葛藤が健全なゆらぎを阻害してゆらぎが大きく振幅し、自己のコントロールが効かない状態に陥る。ゆさぶられるような強い内的葛藤。
つながりと互換	フェア・アンフェア	支援員は現場での公正な処遇を期待する。公正感覚はさまざまな資源の供給と受給のアンバランス感に由来する。
	感情のライン	資源の相互交換の流れには随伴する感情の別のコミュニケーションラインが存在し、この流れが滞るとつながり感を失い疎外感や孤独感を感じる。
	現場のささえ	現場の上司や同僚による情緒的・心理的・社会的・手段的支援。
	外のささえ	職場外の家族や友人、外部団体などの情緒的・心理的・社会的・手段的支援。
転機と再生の回路	種火	日々の小さな苛々事 些細な日常の出来事が、実に生々しくネガティブな感情を伴って語られる小さいが無視できない雑音のようなストレス源。
	焚きつけ	いつ燃え上がっても不思議でない状況にどんびしゃのタイミングのきっかけを与える新しく加わる別の圧力。何とか均衡を保っていたところのバランスシートが崩れる。
	燃えあがる	悩み、怒り、不安など内的な葛藤・緊張状態にあり、心的エネルギーを盛んに消費する。人によって、不満や怒りを激しく相手に表出する場合や、何とか現在の状態を解消しようと奮闘努力する。
	燃えつきる	心的エネルギーが枯渇し著しい情緒的消耗感、無関心、無力感などを伴う精神的疲弊感覚。業務遂行に支障をきたすようになる。自尊心や自己効力感の低下。心理的防衛メカニズムが働く。
	ニュートラル	一時的空白期間。現場での葛藤状態の時にこころの均衡を保とうとする多彩な感情作用の結果、一時的逃避、離脱による心理的退却が起こり、自分ではどうしようもなく振り回されていた状況から離脱し、気付きや新しい内省を生むきっかけをつくる。
	のりこえ	現場や状況からの意図的・偶発的離脱により、状況に巻き込まれていた自分自身の内面を内省できる時間、場を持つことができ、外在化した視点の獲得により、気づきや自己成長の転機となる。(今、振り返ると…) で語られる転機。
	くすぶり	認知の歪みや未解決な内面の発達課題などが未解決のまま残存し内在化する状態。再度、類似状況が現出するとバーンアウトが反復される。
私の居場所の変容	私の居場所	支援員は現場の全体状況と他者との関係性の中で職業的アイデンティティを確認し、現場との実存的一体感を【私の居場所】という感覚で感じる。日常的な現場体験の全体や細部に見出す【私の居場所】を接点に現場の他者と関係を絶えず確認してる。
	ホームとしての場	現場において他者との応答を通じて現場を認識し、そこが自らにとっての独自の価値ある場であると発見し、役割達成や自尊感情の収まる居場所とを感じる。現場に包まれる感覚で、安心感や自己効力感を得て、職業的アイデンティティの基盤が形成される。
	風景としての場	支援員は、バーンアウト体験を【私の居場所】の喪失と感じる。安心できる場から不安定な(見知らぬ土地に佇んでいるような)境界線の輪郭がぼやけた自分の存在があやふやな風景化した【私の居場所】として感じる。
	相互主体的なネットワークの場	職業的アイデンティティがいかになく発揮できる燃えつきない場であり、現場の資源が十全にやりとりされ、(困難をぶつかり合いながらも克服していく)、(理念や共通の目標によって一致団結)すると語られる、組織が活性化し帰属意識や職務満足も高いステージとしての【私の居場所】を希求される。

4. 支援員のバーンアウト対策

本研究は支援員の現場におけるバーンアウト体験のプロセスを『**現場の臨界点**』『**つながりと互換**』『**転機と再発の回路**』『**私の居場所の変容**』という4つのカテゴリごとに考察した。これにより有効なバーンアウト対策が示唆された。

まず『**現場の臨界点**』の複合的な状況の圧力が明らかになった。これにより組織マネジメントの面から状況の圧力を詳細に検討していくことが示唆された。

また、現場には市川や空閑が論じるようなアノミー的状況、無力性学習¹¹²⁾の状態が、【**日常の被覆**】として存在していた。閉鎖的傾向のある入所施設では重要な経営課題であり、第三者を介入する等の組織的な対策が求められる。

次に、『**転機と再発の回路**』ではバーンアウトは燃えつきて現場から離脱する敗者としての物語でなく、対人援助職のプロとして自己成長する転機・再生のモデルとして提示し、より発展的な文脈の中でバーンアウト体験を支援員の自己覚知や他者理解を深め、専門的な洞察力を備えた援助者に成長していく転機の物語として語り直すことの有効性が示唆された。

また、動的プロセス全体を視座に入れ、段階ごとの早期介入と各局面に合わせた対策が効果を発揮すると思われる。早期には管理マネジメントの改善や時間管理スキルなどの改善が有効であり、進行度に応じ【**焚きつけ**】や【**燃えあがる**】局面では問題解決コーピング等の増強が必要であり、【**燃えつきる**】以降は認知的行動変容を促す対策が必要と推測する。特に【**ニュートラル**】の一時離脱局面では、心理的退却がとれるよう環境の配慮が必要である。【**のりこえ**】の転機局面では自己への問いかけが十分に行えるよう適切なスーパーバイズが求められる。あるいは【**くすぶり**】の負の循環局面では、健全な自己成長を阻害している固着した認知の歪みなどについて、原因を個人に還元せず、挫折と失敗の物語を管理者と共に語り直す重要

性が示唆された。

『**私の居場所の変容**』では、【**私の居場所**】による現場の接点を探し、そこからアウトリーチ的に支援員の抱えている悩みや課題を探索し、問題解決志向のメンタルヘルス手法の開発が示唆された。支援員の個人的属性、パーソナリティなどが関与している部分は改善・変容させることは大変に難しい。

むしろ、それらを抱えながら、支援員自身がリアリティをもって納得できる現場での物語を管理者と支援員が未来志向で書き換えていくことが重要と思われる。バーンアウト対策は、各現場で違う職務ストレス構造、個人の認知の仕方やストレス評定の重みの違いから一律一斉の対策は効果をあげづらい。そのため、『**私の居場所の変容**』のストーリーは、支援員の実存的な現場での感じ方に相応しており、支援員個々の多様なバーンアウトのリアリティに迫るのに有効であると思われる。

5. 本研究の限界と課題

本研究は支援員のバーンアウトの実相を当事者視点から探ろうとしたものであるが、中心的カテゴリである『**転機と再発の回路**』は様々なバリエーションが存在し、各概念間の相互作用等をさらに精査する必要がある。理論的サンプリングとして、特にバーンアウトに陥らない例の収集が必要である。また、【**くすぶり**】で示したバーンアウト再生産や【**ニュートラル**】から【**のりこえ**】に至る転機局面についても今後の実証研究の中でさらに検討を進めていく。

引用文献

- 1) 藤野好美 (2001) 『社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究』社会福祉学, 42(1), 137-149.
- 2) 佐藤秀紀・中嶋和夫 (1995) 『精神薄弱者更生施設職員におけるバーンアウトの発現とその関連』北海道医療大学看護福祉学部

- 紀要 2, 59-65.
- 3) 長谷部慶章・中村真理 (2005) 『知的障害施設職員のバーンアウト傾向とその関連要因』特殊教育学研究, 43(4), 267-277.
 - 4) 田尾雅夫・久保真人 (1996) 『バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ—』誠心書房, 21-22.
 - 5) 木下康仁 (1999) 『グラウンド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生』弘文堂, 16-58.
 - 6) ミルトン・メイヤロフ著 田村・向野訳 (1987) 『ケアの本質 生きることへの意味』ゆるみ出版, 116-117.
 - 7) 尾崎新 (1999) 『ゆらぐことのできる力 ゆらぎと社会福祉実践』誠信書房, 291-319.
 - 8) 清水隆則・田辺毅彦・西尾祐吾編著 (2002) 『ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト その実態と対応策』中央法規, 120-125.
 - 9) 杉浦健 (2004) 『転機の心理学』ナカニシヤ出版, 35-57.
 - 10) 北山修・住田正樹・南博文他編 (2003) 『子どもたちの居場所と対人的世界の現在』九州大学出版会, 31-37.
 - 11) 空閑浩人 (2001) 『組織・集団における「状況の圧力」と援助者の弱さ』社会福祉学, 42(1), 45-53.
 - 12) 市川和彦 (2000) 『施設内虐待』誠信書房, 96-100.

**A Qualitative Study on Staff Burnout
At an Institution for Persons with Mental Disabilities**

Tetsuya Yamauchi

Hachioji Seikatsu Jisyujo

Burnout research on human service workers has been growing as the subject of study, but there are very few studies within the field of welfare for persons with mental disabilities.

In this study an effort was made to clarify the process of staff burnout at an Institution for persons with mental disabilities by interviewing seven subjects who had experienced burnout. Modified Grounded Theory Approach was used for the analysis.

As a result, four categories related to the structure, process and extension of meaning of staff burnout were generated. The workplace of the staff transitioned from a “critical point of the workplace”, a preliminary step to burnout, to the phase of a cyclic process with seven stepwise situations, which is termed the “circuit of turning points and recurrences.”

Two branching paths with [neutral] as the origin were found with respect to this circuit. One is a circuit which becomes a cyclical process of turning points and self-growth, whereas the other is embedded in a negative cycle which again heads toward [burnout].

Also, in the phase of “alteration of my place”, the staff symbolically attached meanings of the loss/establishment/expansion of “my place” in the workplace to the burnout experience.

From these results, it was suggested that there is a necessity to perceive burnout not as a story of setbacks and failures, but as a model of self-growth.

〔論文〕

通所施設における高次脳機能障害者支援に関する研究

瀧澤 学*

Key words : 通所施設, 高次脳機能障害, 実態調査, インタビュー調査

I. はじめに

高次脳機能障害者支援では、2001年から高次脳機能障害モデル事業が行われ、診断基準や支援方法の検討が行われた。また、2006年より障害者自立支援法の都道府県地域生活支援事業である高次脳機能障害支援普及事業が施行され、障害者福祉サービスや社会保障制度の対象として認知されつつある。高次脳機能障害者は、受傷発症後に医療機関での治療やリハビリテーションを経て地域生活へと移行していく。また社会生活を再開する為には連続性のある支援が必要となり、生活リズムの修正、社会生活能力向上や日常生活動作の獲得等を目的として福祉サービスを利用する場合もある（蒲澤・阿部 2003：127-130）。他方、高次脳機能障害者に対して福祉サービスの利用を勧めるにあたっては、様々な障壁が生じる。その理由として、高次脳機能障害者自身が福祉サービスの利用をためらう、参加を躊躇することとがあげられる（高次脳機能障害支援コーディネーター研究会 2006：160-172）（宮崎・三宅 2010：1020-1025）。また、支援者が高次脳機能障害者への対応で困難と感じる点について、経験の積み重ねがない、易疲労性、自分で行動できない、易怒性、障害の自覚がない、自身の機能低下や機能にあった環境

を受け入れられない、居場所の確保レベルでは家族も満足できない、個別の援助やマンツーマンの対応が必要である、が指摘されている（先崎 2009：36）。

ところで、福祉サービス事業者における高次脳機能障害者への支援方法や事例については、多くの書籍や文献が上梓されている。しかし、実際に高次脳機能障害者支援を実践した支援者の語りに基づいた報告や分析は少ないため、支援者への調査を通じて高次脳機能障害者支援の課題とその対応を検討することは意義があると考えられる。

本研究は、障害者福祉サービス事業者への実態調査と通所施設支援者へのインタビュー調査を通して、通所施設における高次脳機能障害者支援の課題点とその対応方法を見出すことを目的とした。

II. 研究の視点および方法

第1研究として、障害者福祉サービス事業者（入所施設、通所施設、相談支援事業所）を対象とした高次脳機能障害者支援の実態調査を行い、高次脳機能障害者支援における当事者と支援者それぞれの課題等について回答を得た。調査方法は郵送調査法、調査期間は2007年19年10月

*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

から2010年6月、調査対象地域は神奈川県内の4つの障害保健福祉圏域（湘南西部地区、横須賀・三浦地区、相模原市、湘南東部地区）、対象事業所は396事業所（580事業）、回収数は240事業所（375事業）、回収率は60.6%（64.7%）であった（1事業所で複数の事業を行っている場合があり、質問紙は各事業所に事業数分を配布した）。

設問については、①施設の主な対象者と種別 ②高次脳機能障害理解への取り組み ③高次脳機能障害者の利用の有無（現在いる、過去にいた、いない）とその人数および受傷原因 ④手帳の種別 ⑤連携した機関 ⑥支援上の当事者の課題 ⑦支援上の支援者の課題 ⑧うまく支援できた事例 ⑨今後の高次脳機能障害者受け入れの可能性 ⑩高次脳機能障害者支援を行う上での課題、とした。高次脳機能障害者の地域福祉サービス活用における課題として、当事者が提供されたサービスに適應できない、ケアの密度が高いためにサービス利用を受け入れにくい（高次脳機能障害支援コーディネイト研究会 2006：183）、利用者間のトラブル（蒲澤・阿部 2003：112-115）、が指摘されている。それらより「設問⑥支援上の当事者の課題」について、「当事者が利用の必要性を感じなかった」「サービスマニューや環境に適應できなかった」「他者との関係を築くことが難しかった」「当事者の障害理解に課題があった」「理由は分からないが利用が途絶えた」とした。さらに、「設問⑦支援上の支援者の課題」について、「障害についての理解や知識が十分ではなかった」「支援する人員が不足していた」「当事者が希望するサービス提供が難しかった」とした。

第2研究として、精神障害者地域作業所2施設、精神障害者就労継続支援B型1施設、3障害を対象とした通所授産施設1施設、利用者を高次脳機能障害者に特化した地域活動支援センターと脳外傷友の会ナナ運営の通所施設各1施設、合計6施設の支援者16名に、施設毎のグループインタビュー調査を行った。調査期間は2007年10月から2009年12月である。インタビュー結

果については、逐語録とした後にストラウスコーピン版グラウンデッドセオリーを用いて分析を行い、通所施設における高次脳機能障害者支援の実践や困難さについての概念を生成し、対応方法を考査した。

倫理的配慮について、第2研究のインタビュー調査について、6施設中4施設では高次脳機能障害の利用者が1～2名であり特定の個人を想定したインタビューとなることが予測された。よって、事前に当事者に調査の趣旨と使用中止の自由に関する説明を行い同意書への署名をいただいた。

Ⅲ. 調査結果

1. 高次脳機能障害実態調査

第1研究である高次脳機能障害支援実態調査より、現在もしくは過去5年以内に高次脳機能障害者の利用があった事業数は129事業（34.4%）、利用している高次脳機能障害者は486名であった。利用者数が多い事業者としては、身体障害者通所施設146名（30.0%）、身体障害者相談支援事業74名（15.2%）、三障害相談支援事業70名（14.4%）となった。高次脳機能障害者が利用している事業者は124事業、そのうち身体障害者通所施設36か所（29.0%）、精神障害者通所施設22か所（17.7%）、3障害通所施設16か所（12.9%）があり、主な利用者を身体障害者とした福祉サービスを利用している場合が多かった。また、精神障害者通所施設22か所では、1施設で1～3人と少人数の高次脳機能障害者を支援している実態があることも分かった。

高次脳機能障害支援を行う上での課題についての設問については、当事者の課題として「障害理解が乏しい」が42件と最も多く、以下「他者との関係を築くことが難しかった（32件）」「サービスマニューや環境に適應できなかった（24件）」「当事者が利用の必要性を感じなかった（16件）」の回答があった。また、支援者の課題としては、「障害についての理解や知識が

十分ではなかった(51件)」が最も多く、以下「当事者が希望するサービス提供が難しかった(26件)」「支援する人員が不足していた(20件)」であった(重複回答あり)。

「今後高次脳機能障害者支援において必要とされるもの」について自由記述で問うたが、「障害の知識・対応方法に関する研修」が各地域ともに最も多く「医療福祉の連携」「地域の相談、通所体制の充実、拡充、柔軟性」「施設内の支援プログラム充実」「家族支援」が上位を占めた。

これらより、高次脳機能障害者が利用している福祉サービス事業者は、主な利用者を身体障害者としている機関が多い。しかし、身体に麻痺等の障害がなく認知面の障害のみの場合は精神障害者保健福祉手帳の取得が可能であり、利用する福祉サービス事業者は精神障害者、高次脳機能障害者を対象としたものとなることが多い。高次脳機能障害者生活実態調査(NPO 日本脳外傷友の会 2009:7)では、福祉的就労をしている高次脳機能障害者332人の利用先の主な対象者は、高次脳機能障害者105人(31.6%)、身体障害者98人(29.5%)、精神障害者及び知的障害者がそれぞれ56人(16.9%)となっている。他方、本調査から精神障害者通所施設では利用している高次脳機能障害が少人数のために

支援技術の蓄積が乏しい可能性が考えられた。そこで第2研究の調査対象を、主たる利用者が精神障害者および高次脳機能障害者の通所施設として、両施設の支援のプロセスの違いについて検討を行った。さらに、分析に際して主な対象者が異なることより、語りの意味の質が異なることが懸念された。よって、分析過程において語りの意味の質や背景にも考査した。

2. 通所施設支援者インタビュー調査

第2研究であるインタビュー調査より、通所施設での高次脳機能障害者支援について、「よりよい変化に向けた支援」の概念が生成され(図1)、6つのコアカテゴリーが抽出された。それらは、支援を行う中で支援者が思慮する「支援者の思惟」、生活場面や施設での作業場面等で見られる「当事者が抱える生活しづらさ」、支援を行う中で当事者が回復や変化をしていく「当事者の変化」、施設利用の中で生じる「他の利用者との関係」、当事者を家庭で支える「家族が抱える課題」、さらに実際に支援を行う中でのアプローチに関する「当事者への支援」であった。なお、以下の文中での「」は語りを示している。

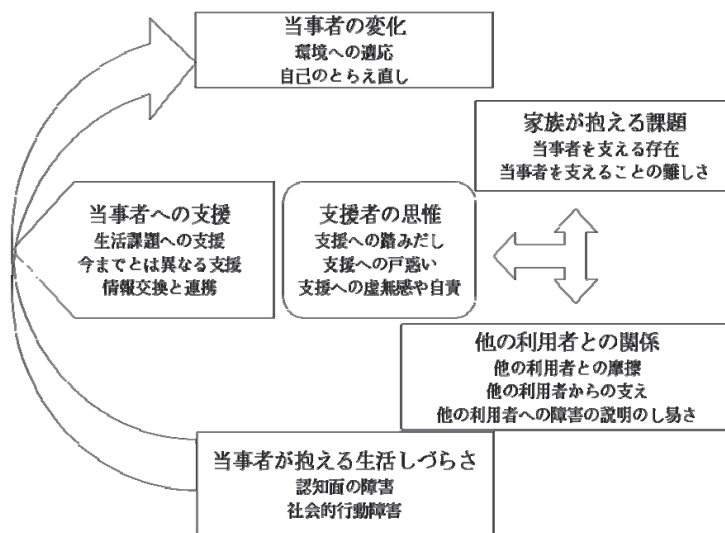


図1 「より良い変化に向けた支援」の概念図

(1) 支援者の思惟

①支援への踏みだし

支援者は、当事者の居場所、自宅外で過ごす場所を提供することの必要性を感じている。また、「私たちも勉強になるし、今まで高次脳の人って表に出てくる人少なかったけど、そのとき(新たに支援する時)のためになればいいかな」のように、今まで顕在化することがなかった高次脳機能障害者への支援が今後増えることが予測される中で、実際の支援を通して様々な経験が得られる事でのスキルアップや支援の幅が広がることを望みながら支援を行っている。

②支援への自責や虚無感

支援を行う中で、思うような実践ができず、当事者の生活が乱れる、同じ失敗が繰り返されるような事態が生じた際には、「私たち出来ないのかな」「まだ足りないってことかな」「いい対応できていないのかな」のように、達成感が感じられない、支援者自身の支援力不足を責める、虚無感を抱いてしまう。また、施設利用の目的として就労が掲げられているので、就労を目指して支援を行う必要があるが、積み重ねが難しいが故にゴールが見えてこない事に焦燥感が生じる。

③支援への戸惑い

高次脳機能障害者は、メディアや専門書からの情報によると介助度が高く、対応が難しいとの印象があり「支援が難しい、大変」という思いから、支援に対して不安を抱いてしまう。さらに、支援場面では認知障害があることでフォローアップが不可欠となるが、「活動とか作業やるときには、高次脳特有の不注意っていう点では目が離せない」といったマンツーマン支援が必要なことに対して、それに裂かれる労力の大きさを感じてしまう。また、日常の中で声かけ等をした際に、当事者の理解がずれている、自分なりの思いで行動する、行動の予測がつかない、把握が難しいことがあり、支援の継続に不安を感じてしまう。

また、高次脳機能障害者は個人差があり、実際に受け入れられる方と対応が難しい方がいる。

対応が難しい方は、個別の対応を必要とする場合があり、それ故にマンパワーも必要とされ、「いろんなシステムが変わっていくっていう事が、できるものもあるけど変えられないものもあり、彼の存在のためにいろんな(施設内の決まり)事を変えるっていう事がいいのかどうかっていうのは戸惑いとしておきてきて」のように作業所の運営に支障が生じる場合や運営方針の転換が必要とされることもある。よって、新規の受け入れに対しては慎重な検討が必要であると考えている。

(2) 当事者が抱える生活しづらさ

①認知面の障害

支援者は、高次脳機能障害者を支援する中で、当事者が抱える様々な生活しづらさに気づき、それらに対する支援の必要性や、対応の難しさを感じている。まず、作業場面等では、認知面の障害があるので、作業が上手くできない、覚えられない、時間がかかる、指示を理解していないために予想外の行動をとる、ミスが生じる等により、仕事を任せられない、作業の遂行が難しい、確認を要する等の場面がみられる。

さらに、今まで出来ていた作業について、作業環境が変化することで出来なくなったり、出来ないことが出来るようになったりする場合がある。普段は落ち着いてこなすことができる作業でも、焦る、慌てる、緊張する等によってできなくなってしまう場面も見受けられる。イベント等のイレギュラーな出来事があると、当事者は通常の調子やペースが狂うこととなり、生活や作業場面が崩れてしまうこともある。学生時の受傷発症の場合、それまでの生活体験が非常に乏しいために、それ故の作業や行動面でのミスや、一見常識的な事が分からなかったりすることがある。例えば、調理をするときなど、味や火の加減、案配が分からない事が起こり、何度も教えても積み重ねが難しい、さじ加減・曖昧さが分からない方などもいる。周囲の反応や状況に過剰に反応をしてしまう、他者への助言も自分に向けられたものだと誤解する等が見

られる事もある。

高次脳機能障害者への対応を行う中で、当事者のイライラの原因がつかみきれない、調子の波のコントロールが出来づらい、調子の波が分かりづらい事など、対応が非常に難しいと感じることがある。また、支援者から当事者への指示や助言に対する解釈や意図がズレる、助言が伝わらない、当事者なりの理解の元で行動が見られるが、そのようなときには当事者なりの思いがあり、情報伝達や行動の切り替えが難しく、支援者は戸惑を感じてしまう。

②社会的行動障害

作業所等で過ごしているとき、雰囲気を感じることができなかつたり、周囲の行動に合わせることが難しかったりする場合がある。周囲は違和感が生じ、当事者も疎外感を感じる場合があるが、それらの修正や行動変容は難しい。支援者自身も外見からは分かりづらい障害に翻弄される、会話の中で独特の解釈をする方との対応、活動的な方に対しては行動把握が難しい、等に戸惑いを感じている。

対人面の課題について、当事者は「自分は他利用者とは違う」という思いがあり、行事に参加しない、距離を置く、徐々に交流が減る等の行動が見られる。周囲も、当事者との距離を置くようになり、集団から離れてしまうこととなる。あるいは、当事者が会話の中で他者を見下したような態度になることもある。また、気に入った作業を始めると、他利用者の気持ち等への配慮ができずに、歯止めがきかないくらいにのめり込んでしまう。そのような状態の時には、支援者が常に気をつけていなければならず、目が離せなくなる。

当事者にはプライドがあり、周囲から良く思われたいと思っている場合もあり、自分に都合が悪いことは隠す、弱みは見せない、偉ぶった話し方をする、等がある。当事者は、できていない部分が多くあるが、当事者はそれに気づかない、感じていない様であり、障害に気づく、受け止める事の難しさを感じる事となる。

これら当事者が抱える生活しづらさは、事前

の研修等では分からないものであり、支援者が思っていたものとは異なるものも含まれており、当事者が抱える生活しづらさを目の当たりにすることで、当事者の大変さを実感することとなった。

(3) 当事者の変化

①環境への適応

様々な支援を継続する中で、当事者は集団適応力向上や作業場面などで出来ることが増えていき、支援者はそれらを当事者の変化としてとらえている。また、精神面等の状態が安定してくると能力を発揮することが出来る。生活の中では、こだわりが減る、落ち着く、慣れる、会話が出来るようになる等、積み重ねによる変化が見られることもある。さらに、時間の経過とともに、徐々に回復することで変化をしていく。

当事者は、自分の障害やできづらいことに対して、反復する、身に着くように努力する、気分転換の仕方を覚える等によって、対処方法を身につけていく。また、自ら必要性を感じることでメモの活用、ファックスの活用といった代償手段を活用するようになる。しかし、メモリーノート等の代償手段を活用しようとしても、メモの存在を忘れている、活用することを億劫になることがあるなど、支援が遅々として進まないことも少なからずある。

②自己のとらえ直し

支援者が当事者の変化を実感するポイントとしては、それまで指示に従うだけだったが、自分の思いを口にする、思ったことを行動に移す等の場面が見られる、周囲の様子に目が配れるようになったり、周囲の状況を踏まえることが出来るようになったり、分からないことやミスしたことを質問できる様になる等があげられる。当事者が、目標を就労から生活への安定に転換することで、生活の安定が図れる場合もある。特に高次脳機能障害に特化した施設では、当事者が自分の障害を理解してもらえることでの安心感や、できることを行う中で自分の存在をポジティブに捉え直す様子が語られていた。

(4) 他利用者との関係

①他利用者との摩擦

他利用者は、高次脳機能障害者の方と作業や休憩場面を共有することで、違和感を覚える、距離をとる等の行動をとる場合がある。その理由として、当事者の周囲が見えない行動、自分なりの解釈の行動等があげられ、その障害を分かりづらいつ感じている様である。また、生活の中で自分が話した内容、相手から聞いた情報を忘れてしまうので、結果として同じ話の繰り返しになってしまう、助言や約束を反故にする等がみられ、周囲の人は不信感を抱いてしまう。

②他利用者からの支え

通所施設では、作業所職員だけではなく高次脳機能障害を理解している専門職が利用導入時に障害の説明を行う事でスムーズな理解が促進される場合がある。あるいは、時間が経過していく中で、他の利用者が当事者の障害特性を理解してくれる、受け入れてくれる、手助けをしてくれる等の場面が見られるようになる。

③他利用者への障害の説明のし易さ

利用者が高次脳機能障害者に特化した通所施設では、同じ認知面の障害を持っているが故に、当事者同士が障害をわかり合える、馴染んでいく、相互理解が上手に出来ることがある。

(5) 当事者への支援

①今までとは異なる支援

精神障害者を対象とした通所施設の支援者は、精神障害者への支援は多く対応している。今回のインタビューでは、精神障害者の傾向として、自己を過小評価する、投薬の影響の疲れやすさがある、地域生活が出来る方は症状が安定している方が多い、生育歴や生活環境等の要因があるものの障害像は高次脳機能障害ほど複雑ではない、等をあげていた。しかし、今まで体験した精神障害者への対応とは異なる支援を求められることでの支援のしづらさを感じていた。それらより、今までには不要であったマンツーマンでの支援や、行動面での指示、当事者の行動を先読みしつつ環境を整える事、(こだわりがあ

るので) こだわりそうなものを片付けておくなどは、今までの支援とは異なる配慮が要求され、支援者のストレスも増していた。

②生活課題への支援

高次脳機能障害者への具体的な対応であるが、当事者に伝える情報をわかりやすく工夫する・整理する・必要なもののみを伝えていく等の工夫を行っていた。また、作業を行う際に見本を示す・予定表を提示する・メモ等の活用等、生活環境の明確化、構造化等を用いて支援をしていた。しかし、それらの対応はすぐに確立できるものではなく、試行錯誤を繰り返していかなかで、出来上がったものであった。あるいは、当事者の言動や行動が、以前と変化してきたときなどは、再度目標等の確認を行い、当事者の思いや考えの修正を行っていた。

さらに、認知面の障害への対応だけではなく、困り感やニーズ・内面に着目した対応も検討している。その中で、当事者の思いと実際の能力との兼ね合い、支援する側が障害をポジティブに捉える、出来ることに目を向ける、失敗する場面を極力避けて自信を持つことが出来る取り組みを提供する、それらの作業を自分自身で選択・決定してもらう、などの配慮していた。さらに、生活状況や受傷前の仕事、性格等の事前情報を知っておくことも重要と考えている。

③情報交換と連携

そのような中で、支援者はスタッフ間でのミーティング、他機関とのカンファレンス、拠点機関との情報交換等によって当事者への支援方法を再検討する、確認する等の取り組みを行う事によって、支援を継続していた。

(6) 家族が抱える課題

①当事者を支えることの難しさ

家族は、当事者が受傷前と変化したこと、制度上の対応は精神障害となること等について、受け入れられない、納得できないと感じている。また、支援者や行政窓口を含む関係者から障害を理解してもらえていないと感じる、相談しても支援が得られないことで負担感を強い状態に

なることもある。

②当事者を支える存在

通所先が見つかることを足がかりに、多くの機関の関わりが期待できるようになる、当事者の居場所が確保できることによって、家族が安心できる、働くことができるようになることがあった。また、家庭内では「Aさんは、今、感情のコントロールがほとんど気にしなくてもいいところに来ているけど、やっぱり、施設内でのトラブルがあったのを、必ず家に持ち帰って行って、親の説得と協力が毎回積み重ねられてくるのね。それで、Aさんの場合は、感情のコントロール、かなり出来るようにはなってきたけど」のように、家族が当事者のトレーナーとしての役割、当事者を支える立場になっている側面もある。

IV. 考察

1. 高次脳機能障害実態調査

高次脳機能障害実態調査より主な利用者が身体障害者である福祉サービスでは高次脳機能障害者支援のノウハウの蓄積の可能性があるが、精神障害者通所施設では支援経験の乏しさにより、対応に苦慮する場合があることが想定された。ここでは、支援者の障害理解、地域での支援システム、連携構築、具体的な支援プログラム策定、家族支援等に課題があることが分かった。

さらに、精神障害者通所施設での高次脳機能障害者支援の課題と対応策を具体的に探るため、主な利用者を精神障害者及び三障害とした通所施設4カ所の支援者にインタビュー調査を行った。更に、主な利用者を高次脳機能障害者に特化した通所施設2カ所の支援者にもインタビュー調査を行い、その差異の検討を行った。

2. 通所施設支援者インタビュー調査

地域福祉施設における高次脳機能障害者支援で、支援者は見えづらく分かりづらいつらいといわれる当事者の生活障害への対応に苦慮していた。

その生活障害は個性が高く、物事を行う意欲がわからない方がいれば、一度作業と取り組むと切り替えられない・中断する事が難しい方がいるように、相反する症状が見られる場合もあった。また、支援者は他利用者との関係に配慮をする、施設運営に支障が生じないような支援体制を構築する事にも思い悩んでいた。しかし、そのような状況の中でも、当事者が適応的な生活を送ることが出来るように、生活環境の明確化、構造化、代償手段の活用等の支援技法を援用しつつ、試行錯誤の支援を展開していた。それらの結果より、具体的な高次脳機能障害者支援の考察を通して対応を検討する。

(1) 状況に応じた支援目標の設定

高次脳機能障害者への支援経験が少ない場合、当事者の目標設定が難しいようである。インタビューの中でも、「我々就労に向かって支援しなければいけないんでしょうけれども、そこまでたどり着かない」との語りが聞かれ、就労等のゴールに縛られてしまうことで、支援者自身も支援が上手くいかない事へのもどかしさを感じていた。他方、多くの高次脳機能障害者支援を体験している場合は、就労支援、日中活動の安定等その方にあった目標を立てており、先の見通しを立てつつ支援を行っていた。

(2) 障害特性を理解したアプローチ

高次脳機能障害者へのアプローチは、認知面の障害への対応を考える事が大きな課題となっている。そこで、支援者は生活環境の明確化、構造化等を援用しつつ、当事者にわかりやすい生活環境・情報等の提供を行っていた。

しかし、それだけではなく、中途障害である高次脳機能障害者が抱く不全感や障害の受け止めに配慮を行う事が必要となる。当事者は生活での実体験を通して障害に気づいていくが、その気づきを否定する、戸惑う、避ける等のプロセスを経て、障害を受け止める、共に生きていくという心境に至っている(瀧澤 2010)。また、高次脳機能障害者は様々な生活体験を通して、

対応方法を身につけることで家庭から地域へより幅広い活動へと参加の場を変化させていく。それらと、脳機能の回復や変化も相まって、それまでは問題とならなかったものが新たな生活課題として顕在化する事がある。このような当事者を取り巻く状況や当事者自身の状態の変化を理解し、対応方法を適宜検討する、見直すことが必要と言える。

(3) ポジティブな行動支援の併用

高次脳機能障害支援の中で、障害への気づきは非常に重要といわれている。しかし、「気づき」を促すことは諸刃の剣であり、当事者は出来ないことが生じる事等、心理社会的反応によって落ち込み、抑うつ状態になる場合もある（正山2010）。前項でも述べたが、当事者が障害を受け入れるまでには、一定の課程と時間の経過が必要となり、その中では成功体験を重ねる、失敗を指摘せずに出来たこと・上手くいったことを評価する事も必要である。そのようなポジティブな行動支援（梶間・橋本 2008）を併用しつつ支援を行うことも肝要である。

(4) 利用者間の情報整理

通所機関を共に利用する他利用者も、高次脳機能障害者が自分で話した内容や相手から聞いた情報を忘れてしまう、同じ話の繰り返しになってしまう、結果として助言や約束を反故にする事となる、場面が読めない行動が見られる等の面で不安や不信感を抱いてしまうことがある。そのような時には、支援者が仲立ちとなり、他利用者に対して高次脳機能障害に関する説明を行う事で、理解や協力を得られる場合がある。

ところで、高次脳機能障害に特化した通所機関では、似た障害を有する利用者であるが故に、障害を理解することが出来るようである。また、高次脳機能障害者がグループで活動することによって他者の行動を見ることで自分の障害に気づくということも見受けられる。さらに、自分の出来ないことに気づくことで落ち込むことがあるが、身近に同様の悩みを抱えているものが

いることを知ることで「一人で悩まなくてもいい」という思いになり、自信回復へのきっかけとなることもある（中島 2009：55-72）。

(5) 拠点機関から地域支援機関へのサポート

高次脳機能障害者への支援について、地域支援機関はセミナー等に参加いただく等多くの関心を寄せていただいている。しかし、本調査でも聞かれたが「実際に支援をしてみると、研修で聞いていて分からなかったことが実感できた」というように、実際の支援では事前研修等とは異なる課題が生じる可能性がある。また、支援の中で対応の難しさを感じた際に、バックアップ機関がない場合、地域支援者が単独で問題を抱える事になってしまう。本調査では、スタッフ間でのミーティング、他機関とのカンファレンス拠点機関との情報交換等によって当事者への支援方法の再検討、確認等を行う事によって、支援を継続していた。ところが、思うような支援ができない場合には、達成感が感じられない、支援者自身の支援力不足を責める、虚無感を抱いてしまう等、パワーレスな状態に陥ってしまうことが危惧された。よって、拠点機関は地域支援者へのサポートのために、コンサルテーション、スーパーバイズを行い、適切な支援目標の設定や具体的な対応方法検討等に関わっていくことが重要と言える。

V. 結論

地域通所福祉サービス事業所における高次脳機能障害者支援の課題を明確化するために、第1研究として地域福祉サービス機関（入所施設、通所施設、相談支援事業者）への高次脳機能障害者実態調査を行った。実態調査より地域福祉サービス機関では、支援者の障害理解、地域での支援システム、連携構築、具体的な支援プログラム策定、家族支援等に課題があることが分かった。

続いて、具体的な課題点と対応方法を探るために、精神障害者通所施設、利用対象者を高次

脳機能障害に特化した通所施設へのインタビュー調査を行った。そこから「よりよい変化に向けた支援」の概念が生成され、それは「支援者の思惟」「当事者が抱える生活しづらさ」「当事者の変化」「他利用者との関係」「当事者への支援の有り様」「家族が抱える課題」の6つのコアカテゴリーで構成されていた。その中では、高次脳機能障害者の認知面の障害だけではなく、社会的行動障害、中途障害であるが故の障害の理解と受け止めへの対応に苦慮していた。そして、「よりよい変化」が達成されない場合には、支援者が「支援への悔い」「自分の能力のなさを自責」する様子が見られた。それらへの具体的な対応策としては①状況に応じた支援目標の設定 ②障害特性を理解したアプローチ ③ポジティブな行動支援の併用 ④利用者間の情報整理 ⑤拠点機関から地域支援機関へのサポート、が考えられた。

高次脳機能障害者は、障害が見えづらく分かりづらい上に、障害の個人差が大きい。また、支援者は対応が難しい障害との認識があり、受け入れを躊躇する場合がある。あるいは、当事者も障害者通所施設の利用をためらう場合もあり、利用目的や通所によって得られるメリット等を明確にする必要がある。さらに、高次脳機能障害者が通所施設を利用した後にも、支援者は当事者の「よりよい変化に向けた支援」を試行錯誤の中で行う事となる。支援者は、高次脳機能障害の特性である、認知障害や社会的行動障害、中途障害に配慮しつつ、適切な支援を行うことが必要である。

本研究は2007～2010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った。

引用文献

- 蒲澤秀洋・阿部順子編（2003）「脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション」中央法規出版，112-115，127-130.
- 高次脳機能障害支援コーディネーター研究会（2006）「高次脳機能障害支援コーディネーターマニュアル」中央法規出版，160-172，183.
- 宮崎宏興・三宅康貴（2010）「働き・暮らす—高次脳機能障害者の就労支援と地域システムづくり」OT ジャーナル，1020-1025.
- 中島恵子（2009）「高次脳機能障害のグループ訓練」三輪書店，55-72.
- NPO 法人日本脳外傷友の会（2009）「高次脳機能障害者生活実態調査報告書」，7.
- 先崎章（2009）「高次脳機能障害 精神医学・心理学的対応ポケットマニュアル」医歯薬出版，36.
- 正山勝（2010）「高次脳機能障害とうつ」BRAIN NURSING 2010 vol.21 no. 1，100-104.
- 瀧澤学（2010）「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」，医療社会福祉研究 第18号，81-89.
- 梶間剛・橋本圭司（2008）「ポジティブな行動支援— positive behavioral support」地域リハビリテーション，27，531-533.

Supporting people with higher brain dysfunction at social services for persons with disabilities

Gaku Takizawa

Kanagawa Rehabilitation Hospital Social Work Room

The objective of this study is to identify issues concerning support schemes for person with higher brain dysfunction at community social services, especially at daycare services. The study consists of two research: quantitative and qualitative analysis. The first research is a survey on community social services. The result indicates the following five problems: (1) staff members' understanding about higher brain dysfunction, (2) support system in the community, (3) coordination among the community social services, (4) formulation of support programs, and (5) family support. The second research is based on in-depth interviews for finding the problems and making a strategy to solve them. The subjects are staff members at a day_care for people with mental disorders and a day_care for people with higher brain dysfunction. The concept of support towards a better change was generated, which consisted of six categories: (1) staff members' experience and thinking, (2) difficulties in the living of persons with disabilities, (3) change in physical and mental aspects, (4) relationship with other service users, (5) supporting service users, and (6) families' experiences. This research found that the staff felt the difficulties caused by cognitive disability, social behavioral disorder, self-understanding and self-acceptance of disabilities. Additionally, it found the staff felt "regret" and "self accusation", when they could not provide support for better change. The researcher proposes five strategies: (1) appropriate goal setting, (2) approach with an understanding for higher brain dysfunction, (3) positive behavioral support, (4) correct understanding of each other among service users, (5) transition from rehabilitation center to community social services.

Higher brain dysfunction is invisible to the eye, difficult to understand, and the range of disability is diverse among persons with higher brain dysfunction. As a result, social services do not necessarily accept them their programs. However, this research identified the merits of programs for persons with higher brain dysfunction. In conclusion, it revealed the need of an appropriate method to support them with acquired disabilities including cognitive and behavioral difficulties.

〔論文〕

薬物依存症者の回復支援に関わる
制度的社会資源の活用実態と課題

山口 みほ*

Key words : 薬物依存症者, 制度的社会資源, 障壁

I. はじめに

日本は15年ほど前から第三次覚せい剤乱用期にあると言われている。最近では、2007年には医療薬品のリタリンへの依存が社会問題化し、2008年には大学生の大麻乱用問題が次々と報道された。2009年には違法薬物使用による芸能人の逮捕者が相次ぎ、「薬物（精神作用物質）」をめぐる諸問題への社会的な関心が高まっている。

依存性薬物の乱用は「犯罪」や「非行」などの反社会的行為とみなされ、薬物の乱用を繰り返す依存症者も「取り締まり」や「科罰」・「矯正」・「更生保護」等の対象とされてきた。一方、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」第5条においては「精神作用物質による急性中毒またはその依存症」を有する者も「精神障害者」に含まれることが明記されており、薬物依存症者は公的に「医療」と「福祉」のケアを必要とする人とみなされているにもかかわらず、そうした観点からの社会的ケアが得られにくい現実がある。

アルコール薬物問題全国市民協会によって把握されている情報では、2010年12月現在で薬物依存症者を対象として医療的ケアを提供していることを公表している医療機関は150箇所程度

に過ぎない。また、その中でも、覚せい剤依存は対象としないなどと患者の使用薬物の種類を限定している施設が多く、薬物依存症者が専門治療を受けられる場は非常に限られている¹⁾。

1998年5月に薬物乱用対策推進本部から発表された「薬物乱用防止五ヵ年戦略」の柱のひとつとして「薬物依存症者の社会復帰支援」が掲げられ、この方針は「新薬物乱用防止五ヵ年戦略」(2003年)、「第三次薬物乱用防止五ヵ年戦略」(2008年)にも引き継がれているが、全国に五十数ヶ所ある自助組織による民間施設であるダルク(DARC: Drug Addiction Rehabilitation Center)の活用以外には薬物依存症者の社会復帰策はあまり進んでおらず、社会福祉の視点からの薬物依存症者支援は、医療的ケアよりもさらに遅れていると言わざるを得ない。

薬物依存症者への社会福祉的支援を促進するためには、まずその「遅れ」の実態を明らかにする必要がある。本研究ではその第一歩として、①薬物依存症者への支援策として作られたもの以外の資源も含め、薬物依存症者の回復支援に活用し得る制度的社会資源を具体的に把握すること、②資源の活用が困難な事例について、制度の枠組みや運用手続に内包される「障壁」を把握すること、の2点を目的として、薬物依存

*Miho Yamaguchi : 日本福祉大学社会福祉学部

症者本人・家族、および彼らの支援に携わるソーシャルワーカーを対象として調査を実施した。

II. 研究方法

以下(1)、(2)の2種類のデータから、薬物依存症者もしくはその家族が社会生活上のニーズのために利用した、あるいは利用を試みた制度的社会資源を抽出し、活用状況をまとめた。

- (1) 筆者がスタッフとして関わっている、依存症専門治療機関であるAクリニックの「薬物依存症者本人グループ」参加者発言記録過去5年分（2005年1月～2009年12月。実施回数175回、延べ参加人数931名、実参加人数49名）

なお、グループ記録の使用については、Aクリニック院長に書面と口頭で趣旨説明を行い、協力への同意を得ている。また、記録から発言者名を除き、発言内容の記述部分のみを用いることで個人の特定ができないように配慮した。そのため、同一人が同じ資源についての発言を複数回している場合があり、各資源についての利用人数や利用回数は不明である。

- (2) 薬物依存症者本人3名、家族8名、支援に携わるソーシャルワーカー7名を対象として行なった半構造化面接によるインタビュー・データ

インタビューの実施時期は2009年6月～2010年2月である。

対象者は、薬物依存症者本人については関係者からの紹介、家族についてはAクリニックおよび「愛知家族会（薬物依存症者を抱える家族の会）」からの紹介、ソーシャルワーカーについては筆者の知人および関係者から紹介を受け、調査協力の同意を得られた人である。

なお、本人・家族・ソーシャルワーカーの三者共通の以下の5点をまとめたインタビュー・ガイドを用意した。

〈インタビュー・ガイド〉

- ①活用した、あるいは活用を検討した制度的社会資源
- ②制度活用にあたっての困難
- ③制度の活用に行きつづいた工夫
- ④制度を活用した（又はしなかった）ことによる変化
- ⑤制度的社会資源に関する要望

インタビューに際しては、研究の目的・方法を文書および口頭で説明した上で、研究への協力は任意であり同意しない場合でも不利益を受けることはないこと、同意の撤回も可能であること、研究成果の公表に際しては対象者の匿名性を保つことを明記した協力依頼文書を渡し、書面で同意を得る等、倫理的配慮を行なった。

III. 研究結果

上記の方法により得たデータから、実際に薬物依存症者および家族が利用した、あるいは利用を検討した制度的社会資源を分野別に整理し、表1にまとめた。

表1 薬物依存症者・家族の利用社会資源一覧

分野	資源	活用状況
教育関係	学校	非行問題としての対応が主。学齢期後、あるいは退学後の発覚が多く、相談・指導の機会を逸している。
	教育センター	親の相談先としての利用。上記と同様の理由により、利用例は少ない。
矯正・更生保護関連	警察	逮捕を恐れ、相談に行きづらい。家族の電話相談に対し、本人の出頭を要求された例も。相談は単発的。注意のみで帰されたり、家族による「監視」を指導された例も。専門機関の紹介機能有り。

	家庭裁判所	少年審判に際し、調査官によるケースワーク。警察止まりで送致されない例も多数。	
	保護観察制度	遵守事項の設定により、専門機関とのつながりが継続される例有り。疾病に対する保護司の理解に差がある。	
	少年院	過去の事例では、専門機関へのつながりが無く、退所後に再使用する例が多数。	
	刑務所	過去の事例では、専門機関へのつながりが無く、出所後に再使用する例が多数。	
	更生保護施設	地域コンフリクトへの恐れから、過去に薬物乱用によるトラブルのあった者は、入所を断られることもある。	
	職親	就労困難な事例、法的処分を受けていない事例では利用できないため、活用例は少ない。	
	弁護士	身柄拘束と自己破産手続を契機につながる。裁判に有利になることを勘案し、受診を勧められるケースも有り。費用に関して法律扶助が適用されるケースも多い。	
保健関係	保健所 (行政保健師)	継続的に相談指導を行うことは少なく、専門機関の情報提供、紹介、連絡調整が主。	
	精神保健福祉センター	同上。家族プログラムが本人向けよりも先行している。薬物問題相談に外部専門機関の人材を導入することで、本人・家族が継続的な支援に結びつくことも。	
医療関係	精神科	陽性症状、離脱症状、衰弱等の時期の入院利用。治療プログラムが無いことを理由に入院・通院を断られることも。医師から「どうせ治らん」と罵倒され、通院継続を断られた例も。	
	その他(一般科)	肝炎等、合併症の治療、薬物使用時の事故によるケガや骨折等の治療など。薬物使用を伏せての受診も多い。	
社会保険	医療保険	高額療養費	「委任払い」であっても、自己負担限度額自体が高額。分割払いで対応した例も。
		傷病手当金	生活保護受給者や国保加入者、被扶養者が多く、傷病手当金受給条件が無いケースが大多数。
	年金	老齢年金	制度未加入期間や年金保険料減免申請期間が長い場合、受給できなくなるおそれ。免除申請自体を知らなかった例もある。
		障害年金	「うつ」や「中毒性精神病」による年金取得例が多い。「依存症」での申請や、覚醒剤に起因する内容での申請では不支給。
	雇用保険	ハローワーク	一般就労の困難なケースや、採用条件の面で不利なケースが多い。障害者枠も依存症者には活用されていない。
		障害者職業センター	就労困難例が多いこともあるが、「障害」の認識が本人にも周囲にもないためか、活用例は少ない。
		失業給付	雇用保険加入例自体が少ないため、受給者は少数。
介護保険	保険加入年齢、あるいは給付対象年齢に達していないケースがほとんどであるため、本人の利用は少ない。家族(親)のサービス利用によって本人の生活も助かる例有り。		

社会福祉	生活保護	保護費	所持金を失っている上に、就労困難な病状のために経済的援助が必要となる例が多い。生活保護を受給して一人暮らしを始めることが「自立」の形のひとつとも考えられている。自助グループ参加の移送費を出さない自治体有り。	
		救護施設	薬物使用により、退所となる例もある。救護施設から専門機関につながるケースも。	
	生活福祉資金		制度の認知度が低い。また、返済能力の問題・保証人の不在等により、活用できる人は限定的	
	児童相談所		児童期の薬物使用は「非行」モデルでの対応が主。依存症者本人の療養や収監のための子どもの保護例有り。ネグレクト事例の「親」として相談支援につながる例も。	
	障害者福祉	自立支援法	医療	通院ケースのほとんどが活用。当初制度を知らず、負担が高額となった例も。
			介護訓練地域	ダルクが指定事業者となっている場合を除き、あまり利用されていない。「薬物依存症」ではなく、合併している他の精神障害を事由とする就労支援の活用例有り。
障害者手帳		「薬物依存症」では取得できない地域が多い。医療費の自己負担助成制度や公共交通機関料金助成など、自治体条例による制度活用を目当てに手帳を取得するケースが多い。「薬物依存症」を対象から除外しているサービスもある。		

* 出所：山口みほ「薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題」『平成21年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究（研究代表者：和田清）」研究報告書』2010, p.138-139.

あげられた社会資源は多岐に渡るが、社会的イメージによる「障壁」のみならず、制度の枠組みや運用において薬物使用に関連する疾患や障害を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、実際に活用できるものは限られていた。

上記の社会資源の中から制度的社会資源の代表的なものとして「障害基礎年金」、「精神障害者福祉手帳」、「生活保護制度による移送費」をとりあげ、制度上の「障壁」について詳細を検討する。

(1) 障害基礎年金

薬物使用の結果として就労困難となったり、薬物を入手する費用のために借金を負い、経済的な困難を抱える依存症者は多い。そうした人たちにとって、病状が進行した際に障害年金を

受給できるか否かは非常に大きな問題である。

薬物依存症者の支援に携わる医師やソーシャルワーカーの間には、静的な障害モデルを基本とする現在の障害年金制度では、「(医学的には治癒しないが)社会生活の『回復』が可能な『依存症』という病名での申請は通らない」という認識が広くある。そのため、「薬物依存症」での障害年金申請はほとんど行われていない。しかし、薬物依存症が進行し、中毒性精神病の病態を呈するようになった場合は「薬物性精神病」等の病名で障害年金を申請するケースがある。

2007年に覚せい剤使用に起因する「薬物性精神病」を診断名として障害基礎年金を申請し、不支給決定を受けたことを不服として審査請求を行った事例について経緯をみてみたい。覚せい剤による精神障害での年金申請自体が稀であ

り、さらに審査請求まで行なった例は非常に珍しく、制度の具体的な「障壁」が露になった貴重な事例である。

経緯を確認したところ、国民年金法69条を主な理由として審査請求が棄却されていた。同法69条は「故意に障害又はその直接の原因となった事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。」として年金の支給制限を示す条文である。

1985年に国が示した国民年金法上の障害認定基準では、覚せい剤に起因する精神障害について、「明らかな身体的依存の見られないものは認定の対象とならない」として障害基礎年金の審査対象としてすら認めない方針を提示している²⁾。また、1985年2月の国会の質疑応答において「覚せい剤中毒による精神の障害は国民年金法69条に抵触する」との判断が社会保険庁より示されている。薬物の自己使用を「故意」と判断するのであれば、すべての精神作用物質使用による精神障害が認められないことになるが、認定基準では精神の障害の原因となった傷病名のひとつに「器質性精神障害（含・精神作用物質使用による障害）」をあげて認めている。また、覚せい剤使用の犯罪性については、別法による処罰が科せられるものであり、年金給付の制限によって過去の行為に対して二重に社会的制裁を加えるべきではない。従って、覚せい剤による精神障害を「認定の対象としない」とする根拠は明白なものとは言えない。

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」を根拠とする精神障害者福祉手帳制度では、障害年金不支給となった事例でも障害者の認定を受けている例があり、同じ国内で異なる「精神障害」の公的な規定がなされるという矛盾も生じている。

(2) 精神障害者福祉手帳

精神障害者福祉手帳制度の歴史は1995年からとまだ浅く、同手帳の取得によって受給可能となる福祉サービスが身体障害者手帳や知的障害の手帳を前提とするものに比べて少ないという

課題がある。その上に、薬物依存症者については手帳の取得自体に「障壁」が存在する。

障害認定の基準となる等級表は全国同一であるはずだが、同程度の障害状態にあっても実際の認定にあたって「依存症」での申請を認める自治体とそうでない自治体がある。また、同じ自治体内でも認定にばらつきがみられる。

例えば、AクリニックのあるB県下では、「薬物依存症」では手帳が給付されない。ただし、精神作用物質使用による「中毒性精神病」で申請した場合や、依存症であっても他の精神疾患が併記されていると認められることが多い。隣接するC県では、アルコール依存症であれば認められるが、その他の薬物の依存症では認められない傾向にある。

これらは、あくまで「そのような傾向がある」ということであって、絶対的なものではない。本来、手帳制度の根拠である「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の定義では、「依存症を有する者」も障害者と認められているはずである。しかし、各審査会の判断の幅が大きく、申請者側からみれば基準が「ブラックボックス」となってしまうている。

また、自治体条例等で独自に設けている障害者福祉制度に関しても、例えば医療費助成制度について「アルコール・薬物依存症は入院費助成を受けられない」との制限を明記している自治体があるなど、依存症者は他の障害に比して明らかに不利な状態に置かれている。

(3) 生活保護制度による移送費支給

依存症者やその家族にとって、自助グループに通うことは薬物からの自立を促進する重要な手段となっている。しかし、アルコール以外の精神作用物質の依存症者とその家族の自助グループ活動に対しては、生活保護制度の移送費支給が認められないことがある。

生活保護の実施要項では、自助グループを対象とした移送費の認定根拠について、「次のいずれかに該当する場合であって、それがその世帯の自立のために必要かつ有効であると認めら

れるとき」として、以下の3点をあげている³⁾。

- a. アルコール症若しくはその既往のある者又はその同一世帯員が、断酒を目的とする団体（以下「断酒会」という。）の活動を継続的に活用する場合
- b. アルコール症又はその既往のある者（同伴する同一世帯員を含む。）が、断酒会の実施する2泊3日以内の宿泊研修会（原則として当該都道府県内に限る。）に参加する場合
- c. 精神保健福祉センター、保健所等において精神保健福祉業務として行われる社会復帰相談指導事業等の対象者又はその同一世帯員が、その事業を継続的に活用する場合

アルコールも精神作用物質の一種であり、基本的な疾患のしくみや回復のプロセスは他の薬物と同様である。しかし、実施要項に明確に規程が設けられているのはアルコールの場合のみである。また、c.項と関わって、「精神障害者等の社会復帰対策事業への参加」については、「薬物依存・中毒者に対する事業も含め民間活動として行われるものであっても、国若しくは地方公共団体から当該事業に対し補助が行われている場合、又は、保健所若しくは精神保健福祉センター等が後援する場合で、いずれも社会復帰に効果が期待できると認められるときは対象」となるとの見解が公式に示されているが、「効果が期待できる」とする際の判断基準は特に示されていない⁴⁾。したがって、アルコール以外の薬物依存症者やその家族が自助グループに通う際の交通費が移送費として支給されるか否かは、生活保護担当ワーカーの依存症についての見識や自治体の補助金事業のあり方の違いによって左右されてしまうのが現状である。

IV. 考察

1) 「障害者」としての認識の不足

薬物依存症者・家族が「利用したことがある」、あるいは「利用したいと考えた」制度的社会資

源は、種類としては多岐に渡っている。しかし、「障害者」としての社会保険や福祉のサービス利用実績は少なく、「非行」・「犯罪」等の反社会的行動への対処としての制度・施設利用が目立つ点で、薬物依存症者は統合失調症モデルの一般的な精神障害者像とは異なっている。

薬物依存症者の社会保険や福祉サービスの利用が進んでいない原因としては、患者・家族等の当事者にサービスのメニューや内容・利用方法についての情報が届いていないという根本的な問題に加えて、そのために薬物依存症者の利用申し込み自体が少なく、サービス提供者に支援のノウハウが蓄積されず、利用に結びついて必ずしもうまく機能しないことがあげられる。例えば、施設入所中に有機溶剤を再使用してしまっただけで、即退所となった依存症者のケースがある。その経緯から「退所」の決定自体は止むを得ない面があった。しかし、依存症の本質的な症状である「渴望」から依存物質を再使用してしまうことは回復プロセスにおいてしばしば起こり得ることであり、その経験こそ薬物使用につながる環境を見直し、薬物を断つ意志を強化する良い機会とすることができる。そうした知識や対応の技術が施設スタッフに十分備わっていない場合、依存症者にとって再使用から退所に至る出来事は「排除」の経験として認識されるにとどまる。

また、有効な対応が得られなかった経験から、当事者がサービス利用を控えてしまうという悪循環が生じていることも考えられる。

薬物依存症に限らず、福祉サービス提供者が利用者の持つあらゆる疾病に関する知識を身につけるということは現実的ではない。しかし、アルコール依存症を含めて考えれば、どの福祉現場でも薬物依存症者と出会う確率は決して低いものではないであろう。精神保健福祉士のみならず社会福祉士や介護福祉士等の専門職が、その養成課程や現任者研修において依存症に関する基礎知識を学び、依存症の相談支援を行なう専門機関と連携できるようになることが望まれる。

2) 制度の枠組み・運用上の「障壁」の背景

制度の利用を検討しながらあきらめた事例や、実際に利用を試みて成功しなかった事例の中には、上述の障害年金や手帳制度のように、サービス提供者側の認識の変容だけでは解決しない制度上の「障壁」が存在する例がある。

これらの現状が生じている根本的な問題として、違法行為に対する社会的な厳罰化の指向や、合法・違法に関わらず薬物の自己使用を問題視する「健康自己責任論」の考え方、また、肢体不自由、聴覚・視覚障害などの身体障害をモデルとして「障害」を固定的・静態的に捉える伝統的な障害観が背景にあるものと推測される。

しかし、社会的な障害観は時代とともに変化するものである。「身体障害者」の規定も、必ずしも症状が固定しない病者であり、その障害程度にも変化が生ずる可能性があるという点で精神障害者と共通する障害特性を持つ「内部障害者」を含む形で広げられてきた。障害観の変化を促し、薬物依存症者を含む精神障害者の利用可能な社会資源を拡充していくためには、身体障害者福祉が発展してきた過程と同様に、当事者と関係者の協働によるソーシャルアクションが大きな役割を果たすものとする。

3) 「障壁」への対処

調査結果から考えられる制度的社会資源利用の「障壁」への対処を整理すると、以下のような方法がある。

(1) 制度利用事由の変更

「薬物依存症」を事由とするものについては、自立支援医療や生活保護制度などの限られた社会資源しか活用されていない実態があるが、肝炎や中毒性精神病等の合併症や後遺障害を事由として障害者手帳や障害年金等を申請することにより、活用できる社会資源の幅を広げる。これには、医師やソーシャルワーカーをはじめとする専門職の理解と支援が必要である。また、薬物関連の疾患や障害だけに目を向けるのではなく、経済状況や家族構成等の特性にも着目し、「低所得」や、「母子家庭」といった生活状況

を事由として活用できる資源を探すことも重要である。

(2) サービス利用主体の変更

要介護状態となった親に代わって家事をするためにデイケアへの通所が減ってしまっていた人が、親への支援としてホームヘルプ・サービスが導入されたことによって以前のように通所できるようになった事例や、ネグレクトを予防する目的で子どもの保護を求めたことで、親である依存症者も自身の不安を相談できる場ができた事例がある。このように、親の介護保険サービスや子どもの児童相談所利用など、他の家族員に対して社会サービスが適用されることによって、薬物依存症者本人の生活支援にもつながる。

(3) 未活用資源の活用の試み

制度の存在を知らなかったが故に未活用であった資源や、先に述べた覚せい剤による「薬物性精神病」を事由とした障害年金申請例のように、認定基準に適合しないものと諦めていた制度の利用について、結果の成否に関わらず申請を試みる。このような直接的な行動は、薬物依存症に対する認識を変容させていく大きな契機となる。しかし、当事者の負担の大きい方法であり、制度に関する情報・知識を持った援助者の支援がなければ困難である。

障害年金の認定基準や精神保健福祉手帳制度が作られたのは、「精神保健および精神障害者の福祉に関する法律」による精神障害者の定義に精神作用物質の依存症者が含まれることが明文化される以前である。つまり、古い判断基準がそのまま残ってしまっているのである。薬物関連の障害を事由に年金や手帳を申請するケースがなければ、また、申請しても認定されなかったことに不服を申し立てなければ、認定基準そのものについて検討する機会は生まれない。しかし、申請手続には時間的・経済的負担も少なからずかかるため、当事者個人に対して認定されない可能性が大きいことを知りつつ制度活用の申請を勧めることはし難い。当事者個人の意志だけに任せるのではなく、保健・医療・福祉の専門職や当事者の自助組織、家族会等の関係

者団体の連携・協力が求められるところである。

なお、先述の障害年金申請事例で試みられていた社会保険給付の不支給決定に対する不服申し立ての審査請求は、口頭でも行なえ費用は無料である。また、本人から委任されれば誰でも審査請求代理人になることができる。先の事例では、通院先の診療所の精神保健福祉士が申請者の意向を受けて代理人となり、審査請求を行なっている。その際、通常の手続きに加えて、申請者が文書で自らの生活状況を述べて不服の意思を表明することを援助するとともに、申請者の日常生活の支援にあたっての専門職としての意見を提出している。本例の結果は審査請求の「棄却」までで終わったが、さらに再審査請求を行なう場合も費用は無料で、公開審理となるため、誰でも傍聴が可能である。こうした手段を活用して、審議の中で制度改正のポイントを明確化させていくことも必要であろう。

また、(1)・(2)のような問題把握のリフレイミングや視点の切り替えを行った場合でも、実際に資源活用にこぎつければ、資源の利用者と提供者の交流を通してその後少しずつ「薬物依存症」への理解を広げて行くことができるものとする。「薬物依存症」を事由とする制度利用を可能にしていくには、まずはいずれの方法であっても積極的に資源を活用していく姿勢が重要であり、このことは薬物依存症者本人・家族だけでなく、日常的に関わっている援助者側の志向・態度も問われる課題である。

V. まとめ

薬物依存症を事由とする社会資源利用が進まない要因としては、単に薬物依存症者に対する社会的なイメージによるだけでなく、法律の条文や行政通知等の公的な枠組みそのものによる制限があること、また、運用にあたって法文・通知等の解釈に幅があることなど、実際的な障壁が存在している。また、利用可能な社会資源についても、行政窓口の担当者や関係機関の援助職の志向・態度とも関わって、当事者・家族

に情報が十分に行き渡っていなかったり、活用が進まない現状が見られた。

今後、情報提供策を十分に講じるとともに、「薬物依存症」以外の事由による資源活用も含めて、当事者・関係者が積極的に制度的社会資源を活用する姿勢が求められる。

VI. おわりに

本研究の調査は昨年度実施したものであるが、今年度はこの結果をもとに、全国のダルク、薬物依存症者家族会等に呼びかけて社会資源の活用に関する情報の共有と意見交換をはかるワークショップを3箇所で行なった⁵⁾。小さな一歩はあるが、少しずつでも当事者・家族、関係者とともに制度的社会資源の「障壁」を崩すソーシャルアクションを展開していけるよう、今後もこうした研究と活動を積み重ねていきたいと考えている。

謝辞

西山仁先生をはじめ、情報・資料を提供して頂いた皆様、インタビューにご協力頂いた皆様にあらためて感謝を申し上げます。

(本論文は、平成21年度・22年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究(研究代表者：和田清)」分担研究「薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題」(分担研究者：山口みほ)に基づくものである。)

注

- 1) アルコール薬物問題全国市民協会編『まると改訂版〈治療相談先・自助グループ〉全ガイド アディクション』(アスク・ヒューマンケア, 2002.) および同協会ホー

- ムページ上の補足情報による
- 2) 『国民年金・厚生年金保険 障害認定基準の説明 (増補改訂新版)』厚生出版, 2002, p.99.
 - 3) 局第7-2-(7)-(セ) (『生活保護手帳 (2009年度版)』中央法規出版, 2009, p.206-208.)
 - 4) 問7-58 (『生活保護手帳 別冊問答集 (2009年版)』中央法規出版, 2009, p.200-201.)
 - 5) 「薬物再乱用防止のための社会資源研究会」 (代表: 宮永耕, 山口みほ) 主催, 「社会資源及び社会制度に関するワークショップ」, 2010年9月2日 (北九州市), 2010年11月

1日 (宇都宮市), 2010年12月13日 (京都市)

(参考資料)

宮永耕 「障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究(1)」 『平成21年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究(研究代表者: 和田清)」研究報告書』 2010, p.141-155.

Realities and Issues on Social Resources for Recovering Drug Addicts

Miho Yamaguchi

Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

In this research, we make some observation on the social resources for recovering drug addicts. We used narrative records of a client group and the interview records of drug addicts, their families, as well as, social workers who deal with the clients. There are many social resources which could be used. However, they managed to use only a small number of resources because of the institutional barriers, which forced them to find reasons other than drug addiction.

〔実践報告〕

HIV 感染症診療体制構築におけるソーシャルワークの視座

植 竹 日 奈*

Key words : HIV 診療, ソーシャルワークの価値, インターディシプリナリーチーム

〈はじめに〉

1981年6月5日、米国防疫センター（CDC）が5人のカリニ肺炎の患者を報告した。この5人は後日「後天性免疫不全症候群」と名付けられたウィルス疾患の犠牲者であると認められた。「AIDS」の歴史の始まりである。日本でのエイズパニックの最初は1986年、長野県松本市で起こった。当時の新聞には「エイズ感染女性保護」「中信地方に滞在」（長野県は地域を北信、南信、東信、中信と分けて呼ぶ。松本は中信地域である。）「エイズ三次感染防げ」「さわやか信州松本エイズの里」などの言葉が踊っている。この女性が松本市滞在中に50人ほどの男性と接触したと報道され、パニックとなった。当時、他県に学会に出かけた信州大学の医師が、「松本ナンバーの自動車なので見えないうちに止めてほしいと言われた」と話していたのを筆者自身も記憶している。筆者は、まさにエイズパニックのその年、パニックの8ヶ月前に、松本市にある信州大学医学部附属病院（以下、信大病院）に最初のソーシャルワーカーとして採用されたばかりだった。筆者のソーシャルワーカーとしての歩みはまさにエイズと共に始まったと言えるのかも知れない。このエイズパニックから24年、HIV 感染症は、当時の「死に至る病」

から「慢性疾患」へと位置づけを変化させ、患者や周囲の抱える課題も当時とはかなり様変わりしている。本稿では、エイズ上陸からエイズパニック、診療拒否や差別などの荒波の中でソーシャルワーカーとして HIV 診療に関わった経験、その中でも診療体制の構築に関わった経験を報告し、社会の中での疾病を考えることを通して、医療におけるソーシャルワークの役割と視座を確認してみたい。

なお、本稿中、紹介した症例については、プライバシー保護のため、報告の主旨に影響のない範囲で事実関係等を変更した。具体的に氏名を掲載している方々には報告主旨と内容について事前に了解を頂いた。

1) 「カウンセリング」への期待

松本エイズパニックの翌年の1987年、WHOの「エイズ予防世界戦略」がベニスサミットおよび国連総会で承認され、この戦略を基礎に世界はこの新しい感染症と取り組み始めた。戦略では、「カウンセリング」が重視された。「彼ら（感染者）に心理的援助を行うと同時に、社会に対する自覚ある行動を促すというカウンセラーにとって必ずしも容易でない作業を完遂させる」ことが期待されているとされ、援助の中で、ク

*Hina Uetake : 国立病院機構まつもと医療センター中信松本病院

クライアントの心理的援助を目的とするだけでなく、クライアントが社会に対する「加害者」になる（感染を知りながら、感染を隠して、性交渉を持ち、二次感染を引き起こす）ことを防ごうとする社会防衛的な方向性が期待されていた。この難しい「カウンセリング」を誰がおこなうのか。この当時、ほとんどの国立大学医学部付属病院にはソーシャルワーカーは配置されていなかったが、そのまだ珍しい存在であるソーシャルワーカーに信大病院はエイズカウンセリングの役割を期待した。ソーシャルワーカーによる心理的関わりを理解している医師がいたことがソーシャルワーカーにチャンスを与えてもらうことにつながり、今思うと、当時としては希少な幸運だったのだろう。1989年、信大病院で組織された「HIV 感染症対策専門委員会」に筆者は加わるようになった。

2) HIV 感染症対策専門委員会（以下、HIV 委員会）への参加

信大病院での HIV 委員会は1989年に組織されたが、定期的開催は1992年からになる。構成員は委員長（当時、信州大学第二内科助手、現・国立病院機構まつもと医療センター副院長の北野喜良医師）以下、小児科、神経内科、外科、産婦人科などの医師10～11名、薬剤部副部長、副看護部長以下看護師2～3名、そしてソーシャルワーカーであった。1992年からは月に1回開催され、HIV 診療の体制、患者の対応、診療マニュアル、カウンセリング、福祉サービスと HIV 感染周辺の広範囲の課題を議論し、実現していった。1991年にはロックグループ「クイーン」のボーカリスト、フレディ・マーキュリーがエイズで亡くなるなど、世界中でエイズの広がりや報道され続けていた。日本では、フレディのような同性愛者の感染はまだ少なく（表には出ておらず）血友病患者の薬害としての感染が多い状況であった。信大病院でもその例にもれず、ソーシャルワーカーとしてのエイズ患者への関わりは、薬害の被害者であった彼らとの関わりから始まっていった。

3) 薬害エイズ患者への関わり

血友病に対する血液製剤に HIV が混在していたために感染した患者は、信大病院でも何人も診療していた。何人かの患者に対しては、感染を伝える告知面談から立ち会い、ソーシャルワーク援助をおこなっていった。告知後のショック、怒り、悲しみ。家族や職場や友人や恋人との関係の中で、感染の事実をどう扱っていかへへの困惑を話し合い、新しく職を得ようとしている人とはカミングアウトについて話し合い、症状が進行していく人が語る死について、死に行く自分のできることは何かを求め続ける言葉に耳を傾けた。その中でも忘れられないエピソードを紹介する。

① スタッフを試す A さん

当時、信大病院では感染者に関する情報を診療に関わるすべての人が共有して関わる方法が選ばれた（後述）ので、ソーシャルワーカーに会いにくる A さんが感染者であるということを知っているスタッフは少なからずいた。ある日、窓口で A さんは薬を飲むから水を欲しいと言った。A さんの担当の理学療法士（当時、ソーシャルワークの面談はリハビリテーション科の一室でおこなわれていた）が普通の湯のみに水を入れて差し出すと A さんは「紙コップでなくていいの？」と聞いた。理学療法士は試されていると感じたかどうか、むしろ怪訝な表情で「なんで？紙コップがいいの？」と聞いたそうである。感染を知っているスタッフから、差別を感じさせない扱いを受け、A さんは筆者にそれを報告してくれた。「試すようなこととして、悪いことしたな」という反省を添えて。

② 病理解剖を希望した B さん

血友病で療養しながら、仕事にも就いて社会生活を送っていた B さんであったが、自分が病気であることで一人前ではない、という不全感を根強く抱いていた。B さんは、自分が亡くなったあと、病理解剖を受け、医学の進歩に貢献することで自分が生まれ

てきた意味があると思える」と話した。しかし、Bさんは「でも、もし僕の母親が解剖に反対したら、解剖しないよね?」と聞いた。長い療養で病院暮らしも長かったBさんは医療での出来事の裏までいろいろ見知っていたのだろう。もし、本人が希望していても遺族が反対すれば解剖が成立しにくいことも十分承知していた。どうしたら、彼の深い思いを尊重することができるのか。Bさんと筆者は相談し、Bさんの母親への手紙を筆者が預かり、もし母親が解剖に反対したらその手紙を渡すことを約束した。Bさんはその数年後に亡くなったが、予想したとおり、母親は解剖に反対した。筆者はBさんとの約束通りに手紙を母親に渡すことになった。手紙を読んだ母親は深い涙と共に解剖に同意を示し、Bさんの希望であった解剖は実現したのである。

このように印象深い場面はいくつもあるが、そうは言ってもそれらはソーシャルワーカーとしてはごく当たり前のソーシャルワークアプローチだったと思う。新種の正体不明のウイルスが相手だろうが、それは特にソーシャルワークのあり方を変えるものではない、ということ筆者はエイズ患者への援助を通して深く実感した。

エイズが他の病気と少し違ったとすれば、葉害エイズに関わる中で、医師たちの生々しい悩みに触れる機会を多く持ったことだろう。自らの手で書いた処方箋によって(当時はコンピューターが打ち出すのではなく、まさに医師自らの手で書いた)守るべき患者に病を与えてしまったことを深く悔やみ、自分を責め続ける小児科の医師。その医師自身が自分で患者に感染を告知しなければならぬ苦しみ。告知の前の日に打ち合わせをしながら、「ケアが必要なのは患者さんより先生かも」と思ったことさえあった。そして、未知のウイルスと闘う恐怖と勇気。どんなに怖いだろう、と推測する筆者(感染の前線に実際には立つことのない立場である)をよそに彼らは診療に向かっていった。怖い、という言葉は何度も聞いた。それ以上に、それでも、

という言葉も聞いた。筆者が医療チームの中で働くときの力強い基盤となる医師への尊敬と信頼は、HIVによって育てられたのかも知れない。

4) 1993年社会福祉学会での報告

このように少しずつ、感染者、発症者への関わりが始まる中で、HIV委員会での活動、エイズ拠点病院の診療担当者として院内外での講演、講習などの機会も増えていった。1993年、筆者は第41回日本社会福祉学会において「HIV感染症診療におけるソーシャルワーカーの役割～ソーシャルワークの視点から提供できるもの」を報告したが、このときに以下の6点の役割を挙げている。

- ①感染者や発症者に対する心理的ケア
- ②感染者の家族や友人などに対する心理的ケア
- ③感染についての告知前後の面接
- ④感染者や発症者の社会的問題への関わり
- ⑤カウンセリングマインドについての講習
- ⑥感染対策専門委員会への参加と活動

①～④はソーシャルケースワークの関わりであり、⑤は教育的機能であるが、では、⑥の病院組織における委員会ではどのような役割をとっていたのか、以下で少し詳しく述べてみたい。

5) HIV委員会でのソーシャルワーカー

①抗体検査(スクリーニング検査)

当時、HIVは未知のウイルスとして恐れられ、感染を恐れた医療機関による診療拒否についての報道は日々マスコミにぎわしていた。実際に拒否しないまでも、前線の医療従事者には不安と恐怖が広がり、どのように自衛するのかは、正直なところ、その当時の医療機関の最大の関心であったと言っても過言ではないだろう。信大病院でも例外ではなかった。特に感染のリスクが高い産科で、医師たちが自らや周囲を守ろうとして、すべての妊婦に抗体検査を行おうとしたのは無理からぬことであった。この提案がHIV委員会にされた時、検査は妊婦本人には知らせずに行われようとしていた。筆者は驚き、なぜ、当事者に知らせないまま検査を行うのか、

もし陽性者が出たらその結果をどう扱うのかなど多くの疑問を抱いた。それを少しずつ会議の中で、または、それぞれの個別の医師との接触の中で確認していった。ジョンソン／ヤンカは「ジェネラリスト・ソーシャルワーク」において、「クライアントに関わる中で、ワーカー（特に公的機関の）は機関の機能（方針や手続きなど）がしばしばクライアントの充足の障害の源であることに気づかされてきた」¹⁾としてソーシャルワークが組織を対象としてその変化を促していく機能を持つことをあげているが、HIV委員会や個々の医師に投げかけ働きかけていった過程はまさにジョンソン／ヤンカの指摘するソーシャルワークの機能であった。その作業は筆者だけでなく HIV 委員会の中心メンバーであった北野医師、緒方洪之医師（当時、信大病院輸血副部長）との協力のもとで少しずつ進んでいった。産科の医師たちは自分たちが感染することを不安に思いながら、しかし、診療を拒否することは考えていなかった。安全に診療をするために情報を得たい、しかし、自分たちの安全のために検査を行い患者に負担をかけるのは許されないのではないかと感じていたのだった。患者に対して不誠実なのではなく、むしろ、強すぎる倫理観、正義感が混乱の中で「知らせずに検査する」という案にむすびついてしまっていることに気づいて、筆者は改めて驚きながら、どうしたら患者も医師も両方を守ることができるのか、そして、診療体制を守ることによって感染者や発症者だけでなく市民全体を守ることができるのか、を HIV 委員会に投げかけていった。このとき、長野県唯一の大学病院の診療体制という大きな課題について議論しながら、ベースとなったのは、やはりひとりひとりの患者への視点そのもの、ソーシャルワークの視点そのものであった。阿部志郎は著書「福祉の哲学」の前書きにおいて「福祉の仕事はマジョリティが優先する社会でマイノリティの弱さにかかわることである」とし、「いかなる場合にもワーカー

は〈ひとり〉から目をそらすことをしないということ」と述べている²⁾。もし自分が患者ならば。もし自分が妊婦ならば、エイズを恐れて診療拒否をする病院より、患者に本当のことを言わない不自由さの中で感染対策を行う病院より、真実を共有して十分な対策をとった上で十分な診療を提供する病院を選ぶだろう。患者は、社会は、自衛を責められることを警戒して対策をとらず、結果として診療拒否する医療機関でなく、医療従事者を守りながら、十分な診療を行う病院を望んでいるはずだ。筆者が信大病院の診療体制について考えることは、すなわち〈ひとり〉を思うソーシャルワークの視点から始まる一連の作業であったと言える。

HIV 委員会での議論は実を結び、抗体検査はすべての妊婦に検査を行うことを告げた上で行われることになった。

②検査についてのインフォームドコンセント書式作成

かと言って、すべての妊婦（検査対象者）に検査前カウンセリングを行うことはとてもできない。そこで検討されたのは、文書での説明と同意をもらうことであった。当時、検査に対するインフォームドコンセント書式は国内にほとんど存在せず、北野医師の留学先であった UCLA Medical Center の書式を参考に、北野医師、緒方医師、筆者の3案を作成し、各医局（当時信州大学医学部には19の臨床教室があった）に示し、意見を募った。専門用語が使われていなかったこと、全体量が少なかったことなどがポイントとなり、筆者の案がベースとなって、書式が出来上がった。この書式は今も信州大学で使われているだけでなく、長野県内多くの病院で少しずつ形を変えて使用されている。

③感染対策とソーシャルワーカー

次に検討されたのが、医療従事者の針刺し事故の防止であった。ソーシャルワーカーと針刺し事故。ほとんど関わりのない分野と思われるかも知れないが、「患者にとって最善の診療環境を作るために」という目的が共有される中で、ソーシャルワーカーにとっても針刺し事故の防

止は切実な課題となった。もちろん、診療に関する専門的知識はないので、技術的な議論に加わるわけにはいかなかったが、診療コストという問題に取り組むために事務官に委員会に参加してもらおうという提案をした。最善の診療環境を作るにはそれなりのコストがかかる。スタッフを守るには針が貫通しない針捨てボックスが必要だが、そのようなボックスにはそれなりの費用がかかる。どのような姿勢で、どのような理念で、より高価な針捨てボックスが必要なかを、事務官にも十分理解しておいてほしい、と考えたからである。それまでの信大では、診療に関する検討に事務官を加えることはなかった。しかし、ソーシャルワークは共働するチームを考えると、職種を問わず、委員会メンバー間に確固たるヒエラルヒーもないインターディシプリナリーチームを組織するという方法論を持っている。この概念が、今までにない多職種による多面的な感染対策の実現に一役買ったと言えよう。

④ 針刺し事故への対応とソーシャルワーク

次に HIV 委員会では、万一感染者からの針刺し事故が起きてしまった場合の対応について整備していった。当時は事故後2時間以内に AZT または DDI という抗ウイルス薬の服薬が有効とされており、2時間という短時間の間に、夜間でも休日でも内服可能にするには綿密なフローチャートと準備が必要であった。この作業で筆者は針刺し事故を起こした医療従事者のプライバシー保護の観点からフローチャートの変更を求めている。その結果「まず上司に報告」という言わば社会通念上の常識を超えて、直接に服薬に直接つながる部署に連絡してよいことになった。ジャーメインは「医者の権力支配の構造の中で低い位置におかれているソーシャルワーカーは逆に、変化をもたらし、新しい試みを導入するための鍵を握っていると言える」³⁾と指摘するが、ソーシャルワーカーという、病院にたったひとりの職種という異色さを背景に、このような発言が受け入れられていったのかも知れない。

さて、ここで、信州大学病院全体のディスシプリンとして採用されていたのは「誰にも楽はなかりけり」という言葉であった。この未知のウイルスとつきあっていくについて、感染についての情報をどの範囲で共有して患者に関わるべきか、は、HIV 委員会の初期に議論されたことである。感染者に対する様々な差別を目の当たりした医療従事者の中には、感染に関する情報を主治医だけが知ってコメディカルには伝えられないなどの情報管理をしないと患者のプライバシーや人権が守れないのではないかと感じる人も多くいたのが実情であり、どの範囲でどのように患者情報を扱うかは重大な課題であった。1993年、委員会メンバーによる院内講演が行われた。委員長であった北野喜良医師の講義録から少し長くなるが引用する。「情報は医療従事者全員が分かち合って行動するという事です。ですから医療従事者ひとりひとりがその情報の扱い方について知らねばなりませんし、HIV 感染症についての知識も持たねばなりません。さらに、こうした行動をとる際に自分自身の中に差別、偏見がありますと、それが医療において患者さんの差別につながる可能性があります。しばしば自分の中の偏見差別と闘わなくてはなりませんし、自分自身を変える努力が必要かもしれません。ですからこの方法は楽ではありません」そして、この方法をとるにあたっては、HIV 委員会の理念においての指導的立場であった緒方洪之医師の以下の文章があった。「いちばん大切なのは医療従事者が偏見と差別に陥ることを防ぐことだと思います。一般社会では HIV 保菌者、エイズ患者に対する偏見差別が極端にまで走る可能性があります。患者の苦しみは想像もつきません。そのうえ医療従事者がそれに加担するならば、患者にはもう行く場がありません。(中略) まず、医療の現場だけでもよいから、HIV 患者に対する偏見差別の少ない医療現場を作り出す必要があるでしょう」。これらの力強い理念に基づいて、HIV 委員会は HIV 診療の体制を検討していき、ソーシャルワーカーである筆者も発言と活動を続けたの

である。パールマンは「社会施設は、社会福祉に関して、ある社会の意志を、あるいはその社会の中のあるグループの意志を表現するために形成された一機関」とした⁴⁾が、HIV 委員会の意志は、信大病院の意志となり、エイズ患者を拒否することのない、十分な体制を持って診療する組織（施設）を実現させていったのである。

6) 差別とスティグマ

これらの活動を続ける中で、筆者の念頭に常にあったのが、「病気と差別、スティグマ」ということである。病気は、それが社会的存在である人間に起こる出来事である以上、社会的意味付けから逃れることはできない。歴史において、たとえば、ハンセン氏病が、舞踏病が、統合失調症が、社会から烙印（スティグマ）を押されて、差別の対象とされたように、またこの新しい感染症が差別の対象となろうとしているのを目の当たりとして、医療中での人権の番人としてのソーシャルワーカーに何ができるのか。医療ソーシャルワーカー倫理綱領において、価値と原則の最初に「すべての人間を出自、人種、性別、年齢、身体的精神的状況、宗教的文化的背景、社会的地位、経済状況等の違いにかかわらず、かけがえのない存在として尊重する」と謳われているように、まさにソーシャルワークの価値そのものが問われる場面であったと言えよう。患者だったら、患者の立場なら。HIV 委員会においても診療場面においてもこのときほど、この視点で発言し、また発言を求められたことはなかったように思う。

7) HIV 診療から発見された新しい視点

HIV 感染症への関わりは、HIV 感染症以前の診療場面では当たり前とされてきた数々の場面に疑問を投げかけるきっかけにもなった。例えば、重篤な病気告知について、それまでは、本人より先に家族に話すのが定石であるといってもよかった。本人には、白血病は骨髄異形成症と告げられ、胃がんは胃かいようと説明されることがよくあった。しかし、HIV 感染はそ

うは行かない。感染の事実は、単なる医学的な事実を超えて、夫婦関係や家族関係に影響する深刻な出来事を伝えてしまう。例えば、感染者本人が同性愛者であるということ。または、婚外交渉を持った可能性が高いこと。それらは本人を抜きにして伝えられてしまってよいことではなく、HIV 感染の事実は、まず本人にのみ伝えられることが当然の流れと言えた。この「当然」は、今までの「当然」に揺さぶりをかけた。がんなら、家族に先に告げるのがいいのだろうか？いいとすれば、または、間違っているとすれば、それはなぜだろうか？それまであまり議論されることのなかった医療中の習慣が俎上にあがっていった。何が正解か、答えの出にくい問いも多かったが、それまで考えられることのなかった状況が見直されていったのである。

また、HIV 診療は家族や人との関係についても深く考える機会となった。たとえば、「シグニフィカントアザー（Significant Other）」重要な他者という概念は、社会の最小単位を家族とする考え方に一石を投じたと言える。同性愛者が戸籍上は家族になれない愛する人を大切な存在として、その人にいちばんに情報を伝えてほしいと望むことがある、それがこの概念を発見させた。同性愛者でなくても、戸籍上は他人でもとても大切で意味のある存在を持っている人は少なくないはずだ。病気や今後についての情報がなぜ、その大切な人に伝えられないのか、伝えるべきではないか。家族だけがすべてではないだろう、HIV はそんなことも教えてくれたのである。

8) ソーシャルケースワークの意味

前述のBさんの病理解剖の遺志を実現するために、筆者はBさんと何度も話し、Bさんの手紙を預かった。手紙をはさんで母親と面談をおこなった。ここまではソーシャルワークの場面としてよくみかける光景であろう。しかし、Bさんとの約束を得て、筆者にはもうひとつ気になることがあった。HIV 感染者の病理解剖をこの大学で行えるのだろうか？解剖を行う医師

やスタッフへの二次感染は防げるのだろうか？ 本人が望んで家族が望んでも、組織として解剖が不可能なら彼の遺志は叶うことはない。組織が体制を作り、感染者の解剖を実際に行う準備をすることは手紙を預かるより遥かに遠い道のりに感じられた。幸い、HIV 委員会からの働きかけによって体制は作られ、解剖は実現した。「誰にも楽はなかりけり」はここでも、多くの人を動かしていった。個々にケースに関わるという意味でのケースワークであるが、Bさんに関わることはすなわち、大学という組織における診療体制全体に関わることであり、社会におけるエイズの意味に働きかけることでもあった。ケースはひとりでそこにあるのではない、ソーシャルに社会的関係の中でそこにあるのだ、ソーシャルケースワークなのだということを実感させられた。

〈最後に：社会の中での病気の意味に関わるということ〉

前述したように、社会的存在としての人に起こる出来事として病気、病はどんな場合でも社会的意味を帯びることになる。医療ソーシャルワーカー倫理綱領の行動基準において、「医療ソーシャルワーカーは社会全般の福祉を促進するために、クライアント及び保健・医療・福祉関係者と連携し、社会に働きかける。更に、社会正義の促進とクライアントの福利の増進のために、制度・政策の変革に働きかける。そして、クライアントが必要としているサービス及び機会を保障するように行動する」とする。社会に、制度・政策に、組織に働きかけることによって〈ひとり〉を支えること。それはソーシャルワークの重要な使命なのだ。その後筆者は、HIV 拠点病院であった信大病院を離れ、主に神経難病患者に関わるようになった。神経難病とて、社

会的意味を持つということは同じである。遺伝性のある病気も多く、多くの差別の対象ともなってきた。それがエイズであっても ALS（筋萎縮性側索硬化症）であっても、それは単に医学的事象としてそこにあるわけではなく、さまざまな意味を社会から与えられてそこにある。それらを読み解いて、社会の中での患者の立場を理解し、治療や生活への援助に役立てて行く、HIV 診療に関わった経験を振り返るとき、医療におけるソーシャルワークの価値、視座の基本がそこにあると思うのである。

謝辞

この報告のきっかけをくださった日本福祉大学田中千枝子先生に感謝申し上げます。エイズ診療に共に取り組み、さまざまな機会を与えてくださった北野喜良先生、そして「誰にも楽はなかりけり」の言葉で今も私のソーシャルワーク実践を支え続けてくださっている緒方洪之先生に心からの敬意と感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) ルイーズC. ジョンソン／ステファンJ. ヤンカ著 山辺朗子／岩間伸之訳 (2004) 「ジェネラリスト・ソーシャルワーク」 PP503-504.
- 2) 阿部志郎 (2008) 「福祉の哲学」改訂版 P はじめに-ix.
- 3) カレル・ジャーメイン他著 小島蓉子編訳・著(1992)「エコロジカルソーシャルワーク」 P96.
- 4) ヘレン・H・パールマン著 松本武子訳 (1967) 「ソーシャルケースワーク 問題解決の過程」 P53.

編集後記

- ☆3月13日、東北・関東地方を大地震・大津波、つづけて原発トラブルと、日本には次々未曾有の困難が襲ってきています。会員の皆様方の被害の状況が心配です。どうぞご無事でありますようにお祈りしています。
- ☆当学会の通信ニュースはお手元に届きましたでしょうか。お見舞いのニュースに続いて、今年度の『医療社会福祉研究』第19巻をお届けします。
- ☆今回より編集委員会の構成が変わりました。田中千枝子委員長（日本福祉大学）、小西加保留委員（関西学院大学）、浅野正嗣委員（金城学院大学）となりました。前委員長の岡本民夫先生、武田加代子元委員、山手茂先生のご指導のもと、さらなる査読体制の整備、論文投稿の促進、掲載方針の吟味等を進めてまいり所存です。
- ☆本号の構成は、初代会長の山手茂先生に「学会結成20周年の回顧と展望」として巻頭論文を寄稿願いました。また22年度学会において、教育講演をいただいた大塚美和子先生の「ソーシャルワークの実践知を理論ヘースクールソーシャルワークの実践と研究から」を掲載いたしました。さらに今期は原著論文7本、実践研究1本の掲載ができました。ご投稿いただいた方々、また査読に協力いただいた方々に熱く御礼を申し上げます。
- ☆次年度の投稿については、調査報告、和文抄録、英文抄録などに関して、投稿規程の変更を行いました。次号より適用いたしますので、ご執筆の際にご注意ください。
- ☆本学会誌がよりよい学術誌として、社会的にも学術的にもさらに認められ貢献するためには、会員の皆さまにおかれましては、ぜひ論文を数多く投稿していただきますようお願いいたします。また原著論文だけではなく、実践報告や調査報告などによって、現場での研究意欲をそそるテーマを活発に追求していただけると幸いです。
- ☆次回平成23年度第20巻を、年度末出版を目指して準備いたします。どうぞたくさんの方の会員の投稿とともに編集のアイデアや提案等をお寄せください。

（編集委員会 田中千枝子、小西加保留、浅野正嗣）

「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

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

「実践報告」「調査報告」

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

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

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

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

「研究論文」

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

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

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

注、文献、付記など

（事例的研究では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19巻

発行日 2011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2F

（社）日本医療社会事業協会事務局内

TEL：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 岡本民夫（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 田中千枝子（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2011

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 19

Anniversary Speech

Review and Prospects of Twenty-years at The Japan Society of Social Work
in Health: Focusing on Relationship between Japanese Association of Social
Workers in Health Services and Japan Society of Social Work in Health
..... Shigeru Yamate

Educational Lecture

Theorizing Practical Knowledge in Social Work
Based on Practice and Research in School Social Work Miwako Otsuka

Articles

Discussing social work practice from a service user's perspective
— from the life story of the person with Hansen's Disease —
..... Tadakazu Kumagai

Characteristics of and caregiving for patients in prolonged coma in terms
of the ICF concept: Comparison between the younger and older generation
..... Kikue Hidaka, Yoko Matsuda, Katsuko Kamiya

Twenty-two-year record of a patient with persistent disturbance
of consciousness and their caregivers through periods of change
in the medical and welfare systems Yoko Matsuda, Kikue Hidaka

The process that a social worker builds relations
with the hospital organization Yukiko Miyata

A Qualitative Study on Staff Burnout At an Institution
for Persons with Mental Disabilities Tetsuya Yamauchi

Supporting people with higher brain dysfunction at social services
for persons with disabilities Gaku Takizawa

Realities and Issues on Social Resources for Recovering Drug Addicts
..... Miho Yamaguchi

Practice Wisdom

Social Work Point of View in Structuring the Clinical Care System
for HIV Infection Hina Uetake

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)