

医療社会福祉研究

第22巻・第23巻

基調講演

現代社会と伝統社会の喪の作業の比較

医療への宗教の貢献を一瞥しながら

加藤 敏

権利擁護と意思決定支援

佐藤彰一

シンポジウム

自己決定の重層性とその支援

—「自己決定」の概念と支援の対象・方法の整理を中心に—

石川時子

意思決定におけるソーシャルワークの射程

～地域における成年後見活動の実践を通して

吉田麻希

意思決定におけるソーシャルワークの射程

—緩和医療における実践から

田村里子

論文

電話相談における医療ソーシャルワークの意味

—その限界と可能性—

鳥巢佳子

自殺遺族サポートグループの参加効果

—グループに参加した遺族のナラティブを基に—

渭川雄基

地域包括ケア政策下における「居所選択」支援の課題

—医療ソーシャルワーカーは患者と家族の「居所選択」に

どのように貢献しうるか—

日比野絹子

2015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。
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 四谷デンゴビル2F
(公社) 日本医療社会福祉協会事務局内
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. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には500字以内の日本語抄録をつける。また「研究論文」には200語以内の英文抄録をつける。
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，発行年，出版社名。

雑誌の場合 著者名：表題名，発行年，雑誌名，巻数，最初の頁-最後の頁。

目 次

基調講演

現代社会と伝統社会の喪の作業の比較 医療への宗教の貢献を一瞥しながら	加藤 敏	1
権利擁護と意思決定支援	佐藤彰一	13

シンポジウム

自己決定の重層性とその支援 —「自己決定」の概念と支援の対象・方法の整理を中心に—	石川時子	31
意思決定におけるソーシャルワークの射程 ～地域における成年後見活動の実践を通して～	吉田麻希	39
意思決定におけるソーシャルワークの射程 —緩和医療における実践から—	田村里子	45

論文

電話相談における医療ソーシャルワークの意味 —その限界と可能性—	鳥巢佳子	51
自殺遺族サポートグループの参加効果 —グループに参加した遺族のナラティブを基に—	渭川雄基	67
地域包括ケア政策下における「居所選択」支援の課題 —医療ソーシャルワーカーは患者と家族の「居所選択」に どのように貢献しうるか—	日比野絹子	79

[基調講演]

現代社会と伝統社会の喪の作業の比較 医療への宗教の貢献を一瞥しながら

加藤 敏*

I 現代社会における喪の作業の遷延・変質

1) 「喪の作業不全症候群」の増加

現代日本におけるうつ病、気分障碍の動向として、職場での仕事課題のハードルが上がったことを背景とする仕事関連のうつ病の増加に加え、愛する同胞を亡くした後の喪の作業の遷延、ないし不全に由来する愛情関連のうつ病の増加があげられる。

また思春期、壮年期、老年期の各世代で広義のうつ病、ないしうつ状態が増加し、しかも遷延例が増えている。そうした事例のなかには、自分の分身ともいえる親しい友人が突然亡くなった、近親者が亡くなったといったといった愛する人の喪失体験が発病状況になっているものが少なくない。彼（彼女）らは、亡くなった人の死を正面から受け止められず、しかるべき別離ができないまま抑うつが持続する。

喪の作業が停滞、ないし変質をきたした具体例をあげる。

離婚し一人で生活しているある女性（30代）は、亡くなった子どものお骨をすでに数年にわたり自分の部屋においている。実家にお墓があるにもかかわらず、お墓にお骨をいれることは可哀想でできないという。毎日、悲しみに明け暮れ、そのうち過食、嘔吐がはじまり、精神科外来を訪れた。

突然、予期せぬ病気で夫が死去し、夫と共

に長く過ごした家で一人暮らしをしている女性（70代）が夫の死後数年してうつ病になり精神科に入院したものの、慢性の経過をたどりなかなか退院にまでこぎつかない。家での生活を聞くと、家では亡き夫の位牌が収められている仏壇に毎日食事をそなえ、夫のことを毎日思い出し、悲しみに暮れていたという。一人で家に帰るのが負担であるとも患者は述べる。

長い闘病生活の後夫が亡くなり、寂しい一人暮らしをしている別な女性（70代）は、夫が本人にさまざまなことを命令してくる声が聞こえ、それに従ってしまい問題行動を起こす精神病に陥り受診してきた。

神経症レベルから精神病レベルにかたがるこの種の「喪の作業不全症候群」とでも包括できる事例が、わが国でふえているように思う。

病名告知がルーチンに行なわれるようになり、もはや医学的治療はないというきびしいがんの告知をされた後、抑うつ的になり精神科へ紹介されてくる患者も多い。さらに、将来に絶望し、抑うつが深まって自殺を図り救急部に運ばれ、身体的治療の後、精神科病棟で治療にあたる事例もかなりある¹²⁾。もしも人がもはや医学的治療はないという病名告知をされたなら、これがこの世の中からの自分自身の存在喪失への直面を意味する以上、その時点から、突き詰めれば喪の作業を始めることを強いられているということが出来る。この喪の作業はきわめてハード

*Satoshi Kato : 自治医科大学

ルの高いきびしい試練で、これに挫折する人は多い。

精神分析の創始者フロイト（1917）がはじめて、亡くなった人との別離の作業を喪の作業（Trauerarbeit）と名付け、深層心理の見地から考察をした⁸⁾。今日、この喪の作業が大きな不全、あるいは変質をきたしていることは憂うべきことである。そもそも、伝統社会においては、人の死は共同体にとっての喪失体験で、そのため多くの喪の作業は、家族共同体、および村落共同体で行った。その際、人の死に対し喪の作業の準拠枠を提供していたのがキリスト教、仏教といった公認の大宗教である。現代社会において、緊密な共同社会の衰退、また宗教の衰退に伴い、喪の作業を一人孤独に行うことを余儀なくされる人が増えてきた。その作業はなかなか捗らずうつ状態からなかなか脱することができず、これを基礎に疼痛性障害や摂食障害、など、ひいては精神病的病象を呈し、精神科を訪れる人も増えている。

2) 事例ミシェル・ドゥギー

宗教なき現代、自ら一人で尽き果てぬ喪の作業を選択する人が、とりわけ知的に高い人の中で増えているのも注目すべき現象である。フランスの文学者であり哲学者のドゥギーはその好例である。60歳になったばかりの妻をほぼ手術不能と医師より宣言されたがんで亡くし、その尽き果てることの無い悲しみを日記風に綴った著作『尽き果てることなきものへ』⁶⁾のなかで、彼は、ひたすら悲しみのなかにうち沈むありさまを次のように述べる。

「いまや深淵がうがたれ、そこにぼくはあの一ひと落ち込んでしまう。あからさまになった悲しみのなかに」。

「カーテンもよろい戸も開け開めされなくなり、寝室は暗い一喪に服している」(p.14-5)。「きみの決定的な不在のなかにぼくは沈潜するが、こうして孤独であることが心を和ませるのはまぎれもない事実だ。外に出ればきみ

は見知らぬ人で忘れられ、きみのことは、つまりわたしのことも問題ではなく、きみは排斥されてしまう。きみを排斥する空間がぼくには厭わしい」(p.100)。

「永遠の生など一切信じない。わたしたちがまたどこかで会うことは決してない。それにまさしく、この未来の陥没を喪の作業が埋め合わせてはくれないのであって、そこに悲しみがあるのだ。・・・(中略)・・・それにしてもこの底なしの悲しみの日々・・・」(p.94-5)。

一般的にいて、愛する人との別離による抑うつには、1) 亡くなった人への一体化のベクトルと2) 亡くなった人から分離していくベクトルの双方が認められると考えることが出来る。この観点からすると、喪の作業は一体化のベクトルから分離のベクトルへと重心移動をもたらし、亡くなった人との首尾よい分離に導く作業であるといえる。別な言い方をすれば、愛する人の死という如何ともしがたい冷徹な事実に向き合い、しかるべき和解を導くことである。ドゥギーにあつては、悩みを打ち明ける相手はおらず、全く孤立無援の状態、愛する人の死に向き合い、彼は喪の作業が完了してしまうことを望まず、むしろ永続的な喪に身を委ねる抑うつ的な生活が続く。

ごく一般的に述べると、象徴的父、あるいは〈絶対的な他なるもの〉の希薄化が際立つ現代にあつて、愛する者の死を前にした人は、亡くなった愛する人との内密な2項的關係、あるいは一体的な關係を保持すること以外に自己の抛り所を見いだせないことがしばしばである。

3) 事例ロラン・バルト

愛する母を亡くしたフランスの思想家バルトにもドゥギーと同様に、尽き果てぬ喪の作業が認められ、亡くなった愛する者との内密な2項的關係、あるいは一体的な關係に自己の抛り所を見いだしていることが認められることを付言しておきたい。死後公開された『喪の日記』³⁾を読むと、彼は、生涯のほとんどを同じ屋根の

下で共にした母の死後、母の喪に毎日明け暮れ、悲痛な言葉を綴っていることに驚く。

「不在ということの抽象的な性質に衝撃をうけている。とはいえ、焼きつく痛みや、激しい苦しみをあたえるものなのだ」(p.44)。

「ひどい一日。ますます不幸だと感じる。泣く」(p.47)。

「心の混乱。無捨てられた状態、無気力」(p.61)。

「悲しみの沖—海岸を離れたので、何も見えない。だから書けなくなっている」(p.217)。

「午睡。夢。まさしく彼女のほほえみ。夢は、完全で、すばらしい思い出」(p.247)。

以上のようにバルトの日記は、概してきわめて短く、足かけ2年あまり書いた末に、いささか謎めいた形の交通事故で死亡してしまう。彼にとり、愛する母の死の事実まつわるさまざまなことを、深い悲しみのなかで母を想いながらひたすら書き続けることが唯一の喪の作業だったと思われる。さもないと、むき出しの死の欲動が一人歩きする危険に晒される。

次の彼自身の断章がその傍証となるだろう。

「うつ病が何から生じるのかが、やっとわかった。・・・(中略)・・・悲しみの底にしながらエクリチュールにしがみつくとさえできなくなったそのときに、「鬱病」は始まるのだろう」(p.64)。

この二人の思想家がよい例だが、現代にあって少なからず、一人遣され寄る辺ない状態に陥った悲しみの当事者にとって、愛する者はかけがえのない「自分の半分」にとどまり続け、永続的な喪の作業の選択は自己愛的な行為の様相を帯びる。亡くなった人の側からすれば、この世を去った人は真正な意味での死者になれないことも指摘しておかなければならない。仏教の言葉でいえば、成仏できない死者が増えているのである。

伝統社会にあって墓地はきわめて重要な場所

をあてがわれ、大事にされてきたのにひきかえ、現代において、都市開発などが優先され墓地のための場所は端に追いやられ、また死者のための喪の時間が短縮されているという一般的傾向に端的に示されるように、死者の場所は奪われ、死者も孤立に追いやられ、単独化してしまっている側面も否めない。実際、ドゥギーは「この世を去ったものは、おもったより素早く、より徹底して追ひ払われる」(p.81)と述べている²⁾。

亡くなった人が真正な死者になれないことと、「死者の疎外・孤立化」は基本的に同じ現象で、亡くなった人を死者の登記簿のなかに登録する象徴的行為が十全な仕方ではなされない事態に由来する。哲学者ハイデガーは人間存在を「死への存在」(Sein zum Tode)⁹⁾と規定した。今やこの根本的な規定に疑問符がつけられ、人々は主体としての重大な試練にさらされているように思われる。この問題にいかに取り組みべきかについて考える上で、「肉体への配慮」だけでなく「魂への配慮」を大切にすることを務めとする医療福祉に携わる人の役割は大きいことを強く感じる。

いましがた、キリスト教や仏教が喪の作業の文化装置として機能したと述べた。これらの宗教は近代医学の登場以前に医療全般に大きな貢献をした。その一貫とし喪の作業に貢献したといった方が正確である。古代、中世においての宗教が主導する医療では、患者また家族に対する医療と喪の作業が一体となって進められたのである。つまり、「肉体への配慮」と「魂への配慮」をともに行う布置をもっていた。これに対し、近代以後、特に現代医学に顕著な傾向であるが、科学としての装いを強めた医学はその大きな進歩と成果とともに「肉体への配慮」に力をそそぐあまり、学としては「魂への配慮」を疎んじる方向に向かっていった。

死は時代を超えていつも人間にとって言語を絶する不条理な出来事であり、超越的な次元を人間に喚起させずにはおかない謎を秘めている。筆者は、人間にとって、死という取り返しのつかない修復不能な冷徹な事実こそピリチュア

リティ（靈性）が由来すると考える。その意味でも、病人の死の危険、ひいては可能性と絶えず向き合う医療の営為に対し、代表的な宗教がどのように取り組んだのか一瞥を加えることは意義のある事だと思う。宗教に根ざした医療においては、人間がいかに死を迎えるのか、その道筋を提供し、助けることが一つの重要かつ不可欠な課題となっていた。それというのも、あくまで筆者の理解であるという留保をつけておかななくてはならないが、正当な宗教は人間の死を真摯に受け止め主題化する作業にこそその固有性が求められるからである。

世界への西欧医学の圧倒的な進出、普及にはあらためて驚かざるをえない。現代社会はグローバル化の時代と特徴づけられるが、西欧医学は最も早いグローバル化を果たしたのである。筆者は、大局的にはカトリシズムならびにプロテスタンティズムの二つの思想的源泉が区別できるという考えのもとに、以下それぞれが医療に貢献した事象をなるべく喪の作業に焦点をあてるようにしながら論じたい。その後、わが国において仏教がいかなる貢献をしたのか述べたい。現在、医学的には治療が難しくなったがん患者の対応にあたる緩和医療を進める上でも参考になると思う。

II 修道院医療

ヨーロッパの大学病院、また公立病院を訪問して印象的なのは、病院が教会に隣接しているのをよく目にする事である。例えば、パリのノートルダム寺院を正面にみて左側の道路を隔てたすぐ手前に神の宿（Hôtel-Dieu）と名付けられた立派な病院がある（図1、2）。ヨーロッパにはカトリック修道院が医療活動を行うという伝統があり、教会に病院を併設することはよくあったのである。

その歴史は古く、「ヌルシアのベネディクト」と呼ばれているイタリアの修道士ベネディクト（480-550）が6世紀、南イタリアのモンテ・カッシーノに、修道院併設の病院を建てた。この創



図1 オテル・ディユ（Hôtel-Dieu）入口
（著者撮影）



図2 オテル・ディユ（Hôtel-Dieu）中庭
左右は病棟、中央は教会（著者撮影）

設は、カトリック教会による医療活動の始まりとなった。その思想的背景については、ベネディクトが著者と目される『聖ベネディクト派の戒律』のなかの以下の言葉を読むとよく理解できる。

「病人については、何ごとよりも先に、また何ごとよりも熱心にその世話をし、キリストに仕えるように、真実彼らに仕えねばなりません」⁴⁾ (p.151)。

この言葉は、「病の床にある修友について」と題された第36章の冒頭のものである。この点からすると、さしあたり修道院内での仲間の修道士が病気になった時に、日々の神への祈りよりも病人の介護を優先させる必要を説いたものと理解される。しかし、この言葉だけをとれば、仲間の修道士の介護に限定することなく、病人すべてに対し「何よりも先に」病人の介護を優

先するよう修道士が心がける態度として読むことも不可能ではない。

病人への介護は、「キリストに仕えるようにしなければならない」という言葉は意味深い。病人に対する介護の行為そのものが、キリストへの祈りとなることを含意しているからである。次の言葉から明らかなように、このような考え方は、聖書のなかで、キリスト自身が病人への介護の行為はキリスト自身への介護につながると述べていることが典拠となっていることが示される。

「キリストは『わたしが病んでいる時に、あなたはわたしを見舞ってくれた』（マタイ25・36）と言われ、『この最も小さい者の一人にしたことは、わたしにしてくれたことである』（マタイ25：40）と言っておられます」⁴⁾ (p.151)。

さらに、以下の言葉から、医療は神への祈りに通じる敬虔な行為であると看做す視点が打ち出されていることがよくわかる。

「そして、病人自身も、修友たちが自分に仕えてくれるのは、神に対する敬意からであることを忘れないで、不必要な要求をして、自分たちに奉仕してくれる者を悩ますことがあってはなりません」(下線筆者、⁴⁾ p.151-2)。

病んでいる人への介護は「神への敬意からなされる」という言葉は、医療行為がもつ高い倫理性を明示したものとして評価できる。

「修友は病人に忍耐をもって接しなければなりません。そのような働きに対してこそ、よい報いが豊かに与えられるのです」⁴⁾ (p.152)。

医療に携わることそのものが神への祈りの行為で、これを通し、神から良い報いがもたらされるという認識は、聖職者をして医療活動に向かわせた大きな動機づけとなったことは間違い

ない。

実際に、ベネディクト派の影響下に、ローマ・キリスト教が医療に力を注ぐようになり、724年の教会会議では次のような決定がなされた。

「すべての修道士と女性修道士は、ベネディクト派の規則に準拠して、修道院並びに病院の生活を整備、運営せねばならぬ」¹⁾ (p.36)。

これはきわめて意欲的な方針である。この決定のもとに、フランスやイタリアなどの都市に修道院が運営する、病人や困った人のケアに当たる神の館(Hôtel-Dieu)が多数設えられた。今述べたパリ、シテ島の神の館はその1つに過ぎないのである。

以上から、カトリシズムが医学、医療にもたらした意義を一言で述べるなら、敵、味方を問わず、人種を問わず、階級を問わず病んだ人に無条件に援助の手をさしのべる、無条件の歓待(ホスピタリティ *hospitality*)の精神に求めることができるだろう¹³⁾。そこには、かけがえのない各個人を個別に尊重する精神がある。そうした修道院医療では、医学的治療が期待できない現在の緩和医療の対象となるような重篤な状態にある患者の介護が積極的になされたことが考えられる。

Ⅲ 死を前にした病人がキリストの死と復活の画を前にする意義

筆者はキリストの磔刑図、またそれと対になるキリストの復活の画自体が、緩和医療に寄与したことを考える。宗教画は現在とは異なり単なる鑑賞の対象ではなく、人々の苦悩を受容し、キリストへの祈りを促す役割を果たしていたように思える。その極めつきの例として、アルザス地方の街コルマルに13世紀末アントニウスによって建立された聖アントニウス会修道院付属の施療院の礼拝所である。そこには、きわめて鮮烈な祭壇画(『イーゼンハイム祭壇画』1512-1516)がしつらえられた。

この施療院には、当時流行した麦角菌によって皮膚がただれ無残な状態になった人々が息もたえだえに足を引きずって集まって来たという。そうした人々たちへの対応は次の手順でなされたことが考えられる。彼らは教会に入り、大きな祭壇画に出会う。そこには顔にも血が流れ、皮膚がただれ実に無様な姿をしたキリストが描かれ、キリストの磔刑画として、これ以上に残酷な描き方はないと言われ、異端的とさえ批判されたこともあった。この祭壇画の裏にまわると、不気味な雰囲気のを漂わせたマリアと復活したキリストが描かれた祭壇画がある(図3、4、5)。この1対の祭壇画は、訪れた人々に対し、苦しみからの救済の役割を果たしたと言われる¹⁸⁾。

精神分析学の見地からすると、救済の過程は

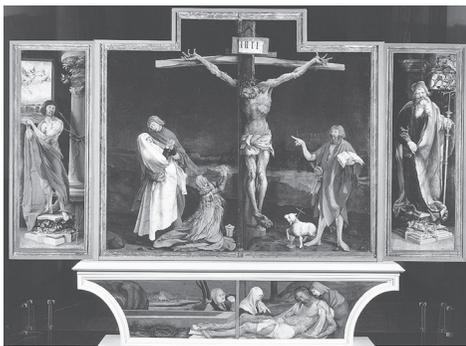


図3 イーゼンハイムの祭壇画(1512-1516)
マティアス・グリュネヴァルト1470-
1516、ウンターリンデン美術館

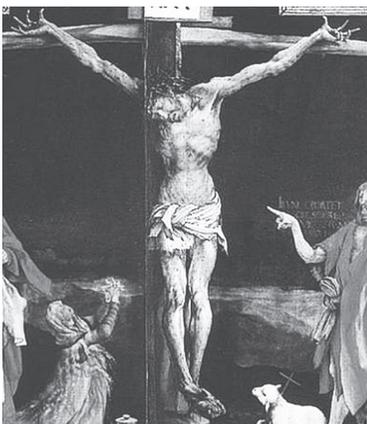


図4 キリスト拡大図

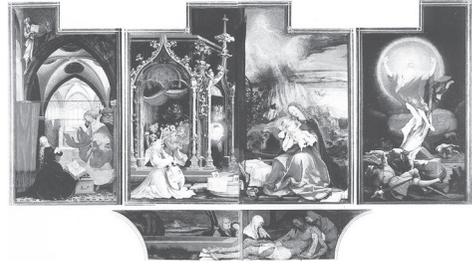


図5 イーゼンハイムの祭壇画 マティアス・
グリュネヴァルト、ウンターリンデ
ン美術館

次のように把握できるように思う。麦角菌に冒され苦しんでいる人は、自分と同じような姿をし、苦しんでいるキリストを見て、その姿に自分を重ねる。そこには同種療法に通じる過程をみてとることができる。次いでキリスト復活の画を見て、彼らは救いを手にする。このように、イーゼンハイム修道院の祭壇画は、苦悩の引き受け、そして救いへの期待の過程を導くように描かれて、緩和医療を進める機能をもっていたのである。

繰り返しをいとわず述べると、そこには2つの段階を区別できる。まず、苦悩するキリストへの同一化の段階で、人々は苦しいのは自分一人ではなく、ほかならぬ十字架上のキリストは自分以上に苦しむ仲間であり同伴者であるという気持ちをもてる。この同一化の段階ですでに苦しみが多少とも緩和することが期待できるかもしれない。次いで、復活するキリストへの同一化の段階がある。そこでは、抱擁してくれるマリアを同伴者にして再生する希望とともに、死後の道筋が示される。カトリック教会ではキリストの磔刑図とマリアを伴う復活の画の一对は、宗教画の基本といえるもので、修道院医療においてこのような緩和医療の役割を果たしたことが考えられる。

筆者は、物語としてのキリスト教の言説で肝要なのは、イエスの死に示されるメランコリーの契機と、キリストの復活に示されるメランコリーの克服の契機の2つをそなえている点にあるとみる¹⁴⁾。メランコリーの契機とそこからの

救いの契機がほどよい配分でキリストの物語が紡がれていることが全世界に波及し、定着していった何よりの要因だと考えられる。すでにあらためて述べるまでもなく、メランコリーの契機とそこからの救いの契機をもつキリスト教の物語は、自分にとって重要な対象喪失を受け入れ、成長していく喪の作業全般を進める上で大きな貢献をしてきたことは間違いない。病気で苦しむ人にとって、十字架を背負ったイエスへの祈りが精神的な支えとなり、自分の苦悩を自ら引き受ける道筋を示した。

こうした布置をもつ宗教言説のもとに、修道院医療において、聖職者は病んだ人に手をさしのべたイエスを医師のモデルにして、薬草を研究し、外科的な処置をも学び医療活動に従事した。医療活動を宗教的実践と捉え、病人に接する際、病んだキリストと見立てる敬虔な祈りの気持ちに裏打ちされていたことは特筆に値する。死を前にした病人の看取りは聖職者が専門とするところで、修道院医療は文字通りスピリチュアルケアを行っていたのである。

しかし、カトリック伝道師によってなされた修道院医療は、宗教言説に負うところが大きかっただけに、ややもすると本来の医療から逸脱する方向に進む。例えば、中世スペインの「プリメラ・パルティダ法」では、医師の宗教的義務が次のように定められていたという。

「懺悔が行われてから、医者は治療に着手すべきであり、その逆ではありえない。なぜならば、人間の罪によって病気が増え悪化することがしばしばあるからである」。

もし、医者が病人に懺悔させなかった場合には、「神聖なる教会は、規則に反した行動のために彼を破門すべきである」⁷⁾。

懺悔することを医療を始める絶対条件と定める激しい規定は、宗教言説が内にもつパラノイア的な側面をよく示す。プロテスタンティズムはというと、科学的かつ合理的精神をいち早く受け入れ、これに根ざした医学の展開を導いた。

IV プロテスタンティズム

ドイツではルター、スイスではカルヴァンに代表される人物によって口火を切られた宗教改革は、カトリシズムにはなかったあらたな革命的影響を医学にもたらした。近代西欧医学、また現代医学の発展はプロテスタンティズムの登場なくしてはなかったといっても言い過ぎではない。

これも既に周知のことに属すと思われるが、プロテスタンティズムがカトリシズムと決定的に違う点を知るにはルターの次の言葉が参考になる¹⁵⁾。

キリスト教徒は、「あらゆることに対する自由なあるじである」。

「あらゆることの自由意志的なしもべである」。

要するに、プロテスタンティズムにあっては、キリスト教徒は神のしもべであることを認めつつ、ここから進んで、自分の行うこと、考えることに関し、個としての主体性を強調する。

カルヴァンはこの考え方をさらに推し進め、社会的な活動に勤勉に従事することは、「神の栄光を増すため」のもので、「本人が神から選択されたしるしである」という職業観を打ち出した⁶⁾。この信念が、人々に対し、商業活動が自由にできるという保証を与える結果をもたらしたのである。それまで人々は、カトリシズムの影響下に仕事によって利潤を積み重ねていくことに罪悪感を抱くのが常であった。ところが、マックス・ウェーバーが『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』¹⁹⁾において説いたように、仕事によって利潤を得ることが、本人が神から選ばれた存在の証であるという教えを説くプロテスタンティズムの登場によって、人々の商業活動はいきおい盛んになる。こうして資本主義の急速な発展の下地ができあがったのである。この同じ宗教的な下地から、科学的な研究も著しい発展を遂げていく。

ルター派には、仕事は「ベルーフ (Beruf)」

であるという考え方があった。Berufは「天職」という意味をもつことからして、この言葉には、仕事は神から与えられた使命である、仕事自体が神からの使命であるという考え方がこめられている。従って、プロテスタントの登場によって商業活動が自由にできるようになったといっても、その自由は無制限な放縦とはおよそ性質を異にし、神によって条件づけられている。カルヴァンにもルターにも、人が主体的に種々の商業活動をする際、その営為の根底には神への敬虔な信仰とそれに基づく謙虚な態度があったことを忘れてはならない。

このような宗教思想のもとに、自然科学を自由に行うことの正当性を主張したのがプロテスタント系のイギリスの思想家フランシス・ベーコンである。「聖書は2つある」という言葉がよく知られている。彼のいう文字どおりの聖書に次ぐ第2の聖書とは「自然の聖書」で、こちらの聖書は人間が解明して、人間の健康のために利用するものだと説かれる。つまり、彼は、人は神から自然の世界を、自由に研究するよう導かれているという考え方を提出する。この思想のもとに、実験に基づく科学的な研究を行うことの正当性が保証されたのである。医学の研究においてもこのことがあてはまる。例えば当時、ローマ法王は人体解剖を禁じていたので解剖学は日の目をみなかった。人間の体を解剖して研究することは、神からの与えられた課題であると考えたプロテスタントによって初めて可能になったのである。外科の発展についても同様なことがいえる。

ベーコンが述べていることで注意を促したいのは、「人類が、神の恵与によって、彼のものである自然への自分の権利を回復せんことを」とする考えである²⁾。ベーコンが自然への権利は人間が持っていることと主張していることは重大な意義をもつ。この思想は、古代、キリスト教当初のカトリシズム、あるいは古代の民族の考え方と大きく異なる点である。伝統的には多神教、一神教いずれの社会でも、「自然は神のものである」という見方が支配的であった。それ

をベーコンは、「自然は人間の所有である」と自然に対する所有権を神から奪い、人類の側にもたらしたとすることができる。この所有権の移動は、人類史にとりまた人類の思想にとり革命的な大きな転換点であり、この転換を経て医学を含む科学的探究は飛躍的な発展を始める。要するに、プロテスタントイズムが正当な根拠を賦与するような仕方でもって人間の科学への欲望、知への欲望が解放されたのである。ここから、自然科学、近代医学の先駆者にはプロテスタントの信仰をもった人が多いことが推しはかれる。参考までに述べると、主に数学者、化学者、医学者から構成されたイギリスの王立学会員についていうと1663年の段階で、実に62%がピューリタンとみなされる人々であったという¹⁾ (p.106)。

さまざまな画期的な外科治療を行い外科学の祖ともいわれるフランスのアンプロワ・パレはユグノーである。彼はパーソロミューの虐殺を免れた唯一のプロテスタントといわれており、治療行為に関して「私は(手術を終え)縫合する、神が治す」(je le pansyt, Dieu le guérit)という有名な言葉を残している。治療に携わるのは医師であるが、医療行為の究極の主体は神であることを端的に述べているこの格言は、現代医療を考える上でも様々な示唆を投げかける

例えばこの言葉には、医療には医師の力では及ばない限界があり、治すことができない病気があるという明確な認識が打ち出されているのがみてとれる。その際、医師に責任があるわけではないことが含意されているはずである。もちろん医師が明らかな医療過失を犯しているのであれば、医師はその責任を問われるべきである。他方で、厳密に言えば同じ診断がつけられた病気といえども、各人で身体状態は異なるので、とりわけ困難な手術ともなれば予想できない事態が起こらないとは限らない。その意味では、精神分析治療がそうであるように、治療には絶えず冒険的な側面が伴う。

今日、治療がうまくいかない、すべて医師、あるいは病院の責任に帰し、訴訟をおこす風潮

がある。もしも神を究極の医師とする見地にたつぱれの考え方に立ち返るなら事情はだいぶ違って来るだろう。その際、医師自身、敬虔な態度をもって医療にあたるのが条件となることはいうまでもない。プロテスタンティズムを背景に発展を遂げた近代医学の黎明期には、医師と患者の二者の外部に位置する第三項として神が位置し、医師と患者の双方の主体性を相対化し、相互の関係を調整する機能を司った。「神が死んだ」とさえいわれ、神の超越的な次元が全体的に後退してしまった現代、医療には限界があることを踏まえた、このような第三項の機能をもったシステムを組織する必要があるだろう。

いずれにせよ、プロテスタンティズムが登場した時代、敬虔な信仰をもった謙虚で勤勉実直な人々により第三項としての神の次元がしっかり保持される形で医療行為がなされ、また研究がなされたことは特記しておくべきことだと思う。こうして、近代医学が大きな躍進を遂げ、現代への橋渡しがなされたのである。

わが国の緩和医療において、プロテスタンティズムに与するクリスチャンの医師がその創設に寄与し積極的に推進したことは決して偶然ではないだろう。内科医では聖路加国際病院で自ら音楽療法も実践し緩和医療にあたった日野原重明、精神科医では淀川キリスト教病院に1984年にホスピスを開設した柏木哲夫、大切な人を亡くし悲しみにくれる人に対するグリーフ・ケアにも力を注いだ故平山正美¹¹⁾の諸氏などがその例となる。このような人々が使命感をもって熱心かつ誠実に取り組む様子を見て、筆者は緩和医療・ケアは、科学的医学だけでなく、スピリチュアリティに裏打ちされた祈りといったある種の宗教的信念の後ろ盾があって、はじめて首尾よく実践ができる医療分野ではないかという思いを強くする。

V 仏教の貢献

現在、仏教も緩和医療に対し独自のさまざまな取り組みをしていることも記しておかなければ

ならない。医療の歴史を世界的に展望してみても、わが国の仏教は今日でいう緩和医療の領域で先駆的な取り組みをしていることは特筆に値する。この点について論じる前に、仏教がキリスト教に類似して、医療において倫理面、実践面の双方において大きな貢献をしてきたことについて一言述べておきたい。

仏教の開祖ブッダは、インド医学を学び、医療に対し深い理解をもっていたようである。古代インドでは、仏教の思想を背景に、めざましい医学の発展をみた。仏教の経典には、病人の介護、医の倫理について論じられているものが少なくない。杉田暉道はそうした医学を仏教医学と総称している¹⁷⁾。

わが国では奈良時代、仏教の影響下に奈良に光明皇后(701-760)によって窮民救済のための悲田院、施薬院(興福寺内)が造られた。また行基(668-749)は病人に対する介護を行う施設を造ったといわれる。

仏教における医療実践においては、慈悲の心をもって病人に接するという仏教思想が後ろ盾になっていた。この点は、神の愛をもって病人に接することを信条とする既に述べた(カトリック)修道院医療に通じることは明らかで、いずれも医療、介護が霊的超越者、および病人への祈りに裏打ちされて進められることが特徴である。

杉田が「わが国最初のターミナル・ケア」と指摘しているように、仏教医学は終末期医療に早くから取り組んでいた。その端緒になったのが、平安時代中期に比叡山の僧侶源信(942-1017)によって著された『往生要集』(985年)である。仏教の人間観、世界観を説きおこしながら、いかに人が往生するのか、どのように死を看取り、いかに往生させるかを事細かに論じており、その首尾一貫した体系的な論述には驚くべきものがある。第6章で、臨終をむかえる時の儀礼の次第が具体的に説かれる¹⁰⁾(p.10-50)。その言葉を抜粋しながら往生がどのような手順で考えられていたのか述べたい。

「祇園精舎の西北の隅、日が沈むほうに無常院があり、病人がでると、その中に寝かせました」(文献16)のなかでの『往生要集』抜粋現代語訳を引用 以下同様 p.181)。

「人は煩惱に染まっていて、ふだんの住まいにいと、衣服や日用品を見て愛着をおこしむなしい日常のことを離れたいと願わないので、別の建物に行かせるのです。その堂を無常院といいます」¹⁶⁾ (p.181)。

臨終を迎える人のための「無常院」と名付けられた専用の建物が用意されていたことは興味深い。死を前にした病人の容体が悪化し、もはや生きる見込みがないと判断されると、この無常院に移される。その理由として、それまで住んでいた部屋では、現実世界への未練が生じてしまい、死に向かう心の準備ができないことがあげられる。このような言葉には、人が死ぬ際には、より正確には質の高い死として、世俗世界への執着を放棄することが前提条件であるという考え方が見て取れる。筆者の見地からすれば、それは世俗世界への繋がりの喪失によって引き起こされるメランコリーの受容を説いた指針と受け取れる。

「その堂の中に立像の仏を置きます。顔は西方に向け、右手は挙げ、下げた左手には長く垂れた1本の五綵の幡(五色の細い旗縦長の旗)をにぎらせませす。病人が安心できるように仏像の後ろに寝かせ、左手に幡の端をにぎらせませす。阿弥陀仏に引かれて浄土に往く意をおこさせます」¹⁶⁾ (p.181-2)。

無常院は、垂直方向にしっかり立っている仏像があるだけの簡素な空間だと想像される。病人をその仏像の後ろに寝かすことは、病人を安心させる効果があると源信は述べている。たしかに大きな不安をもつ病人にとり、仏像は心の支えとなると考えられる。概して仏像は、この世を去り、西方浄土に行っていると考えられる僧侶の像であることが多い。そうすると、仏像

のすぐ後ろに病人がいるようにするという措置には、自分の師であるモデルを後ろから見るようにする配慮を認めることができる。顔を西方浄土に向かせる措置は、浄土へと向かう準備態勢をつくっていることを示す。病人はこの仏像に誘導されて浄土に赴く可能性を与えられる。

「看病の人は香を焚き、花を散らして病人を厳かであるようにします。病人が便をもらしたり、唾をはいたりしたときは、そのつど取り除くのです」¹⁶⁾ (p.182)。

このように看病の人の役割も明記されている。その主な役割は浄土にいくにふさわしい厳粛の時を過ごせるよう配慮し、浄土に行けるよう清潔な身繕いを保つようにすることである。

「念仏の行者が病み、あるいは老いて命を終えようとするときは、これまで念仏三昧の法によって心身を整えて顔を西に向け、一心に阿弥陀仏を観じて心にも口にも仏を念じ、絶えることなく「南無阿弥陀仏」と唱えて往年を想い、花台の聖衆(蓮華の台に乗る阿弥陀仏と諸菩薩)が来迎するさまに念をこらしなさい」¹⁶⁾ (p.183)。

臨終の時にある人は心の中で念仏を一生懸命唱えることを指示される。その人は仏にであうための行者、あるいは修行者と見なされる。つまり、臨終の時を迎えている人は、仏に向かい祈りをし、それを通じより高い境地に到達することを目指す行者と捉えられる。このような言葉から、仏教においていかに死の時を大切な局面と位置づけているのかがわかる。

「そうして極楽に往生するようすが見えたら、すぐに看病の人に話し、看病の人は聞いたことを筆記しなさい。病人が話すことができないときに看病人は必ず何度でもどんな世界が見えたかを病人に聞くのです。もし罪の報いをうけていると話すなら、そばにいる人は仏

を念じ、一緒に懺悔して必ず罪を減さなければなりません。そして減罪を得て花台の聖衆が念仏の願いのとおりに現前したら、そのようすを書き留めておきなさい¹⁶⁾ (p.183-4)。

臨終の時に過去を想い、罪が想い浮かぶなら懺悔することが強く指示される。なぜなら、罪があるまま死ぬのなら地獄に行く運命が待ち構えているからである。臨終の時にある人にとり、自分がこの先浄土、極楽の地にいけるのか、さもなくば地獄の地にいくのかが決まるのっぴきならない切迫した時におかれているのである。

なお、カトリックでは、この仏教の往生場面 に似て、信者の臨終の場面で、罪の告白がなされた後、天国に行けるよう終油の秘蹟の典礼がとりおこなわれることを付け加えておきたい。

家族の看病、面会は許されているが、この厳粛な時に立ち会うにあたり、家族も俗世間から離れた状態を保つことを次のように求められる。

「念仏の行者の家族が看病に来るとき、酒、肉、五辛（ネギ、ニンニクなど修業を乱すとされた食物）を食べた人は病人に近よってはなりません。そのようなことがあると、臨終の病人の正念が失われ、餓鬼どもが騒いで心を乱し、地獄、餓鬼、畜生などの悪道におちてしまいます。願わくば修業者がよく慎み、仏の教えを奉じて、仏にまみえることができますように¹⁶⁾ (p.181)。

以上の抜粋からも察せられるように、『往生要集』では、人がこの世から去る死を受容し、同時に仏が住むとされる荘厳な極楽浄土に行ける希望をもてるようにするという構想のもとに、死に臨む上での手順が丁寧に示されている。「臨終行儀」という源信の言葉からもわかるように、無常院に入ること、仏像の後ろに寝ること、浄土に顔を向けることなどいずれも厳粛な宗教的行為として位置づけられていることに注意を喚起したい。人は究極的には一人で死に向かうという基本的事実に立ち返り、その単独性を大切

にしていることは印象的である。もっとも、仏教では阿弥陀仏や菩薩がその人が浄土にやって来るのを迎えるべく待っていてくれており、決して一人ではない。いずれにせよ、死を前にした人は文字通りスピリチュアリティ（霊性）の息吹が充満しているかけがえのない時にいることが推察される。

『往生要集』が完成した翌年、源信の指示した事項に従い比叡山横川の中堂の僧侶らが念仏集団を組織したところ、往生したいという人が集まってきたという。往生院と名付けられる建物がしつらえられ、そこに往生する人を移すことが決められた。このように、『往生要集』に触発され実際に亡くなる人に死の儀礼がとり行われた¹⁶⁾ (p.186-197)。

唐突に思われることを承知で述べると、源信が説く臨終の手順は、先にみたイーゼンハイム修道院で病人が一对の祭壇画を順番に見ていく過程に通じるものがあると考えすることはできないだろうか？もはや世俗の世界とは隔絶した無常院にいき仏像と出会うことは、この世での生の喪失としてのメランコリーの受容の段階で、次いで西方浄土に顔を向けることはあらたな生の再生の段階に対応するという見方がそれである。

VI おわりに

本論において、西欧ではイーゼンハイム、また日本では無常院（往生院）において実践された死を前にした人に対する具体的な対応を述べた。このように宗教的言説、コスモロジーに立脚した仕方、緩和ケアを実践することは現実的ではないことは言うまでもない。しかし、いくつかの示唆を与えてくれることと思う。

欧米の多くの大きな病院では、以前からキリスト教系のチャプレンがいて、スピリチュアルケアを担っている。建物の中に付属のチャペルをもっている病院も少なくない。筆者が比較的

最近パリ、またリスボンの国立総合病院を訪れた際（2013年）、患者、家族が院内の教会に足を運び、静かに祈りを捧げている光景を何度か目にした。また、ロンドンの大学病院を訪問したところ（2014年）、病院案内にチャペル、あるいは祈りの部屋（Prayer Room）の場所が表示され、イスラム教徒用の祈りの部屋を別に用意したり、多信仰静穏室（Multi-Faith Quiet Room）と名づけられた祈りの部屋をしつらえている病院もあった。宗教の区別をこえてスピリチュアルケアを行っていかうとする意欲的な姿勢を肌で感じた。なお、欧米でいうスピリチュアルケアの術語は、がんに限ることなく、すべての病気で心を痛める患者、またその家族に開かれた種々の心理的支援を、さらには医療に従事するなかで心の悩みをかかえた医療スタッフに対する心理的支援を包摂する広い外延をもっているように思う。

わが国において、医療福祉に携わる方々は陰に陽に広義のスピリチュアルケアを行っていると思われる。あるいはそれを期待されている面がある。その意味でも、医療福祉に携わる方々は宗教について、ないし宗教が問題にしている人間存在の深い次元について十分な理解をもっておくことが望まれる。

引用文献

- 1) Aitken, JT., Fuller, WC., Johson, D. : (榎田博訳) 医学とキリスト教の連携. すぐ書房, 東京, 2002.
- 2) Bacon, F. : 桂寿一 (訳) ノヴム・オルガスム. 岩波書店, 東京, 1978, p.197.
- 3) Bartes, R. : (石川美子訳) 喪の日記. みすず書房, 東京, 2009.
- 4) Benedictus (古田暁訳) : 聖ベネディクトの戒律. すえもりブックス, 東京, 2000, p.151.
- 5) Calvin, J. : (渡辺信夫訳) キリスト教綱要 I, II. 新教出版社, 東京, 1962.
- 6) Deguy, M. : (梅木達郎訳) 尽き果てることなきものへ 喪をめぐる省察. 松籟社, 京都, 2000.
- 7) Entralgo, PL. PL : (榎本稔訳) 医者と患者. 平凡社, 東京, p.89.
- 8) Freud S. : (伊藤正博訳) 喪とメランコリー (1917). フロイト全集 14. 岩波書店, 東京, 2010, p.273-293.
- 9) Heidegger, M: Sein und Zeit(1927). (原佑・渡辺訳) 存在と時間. 世界の名著 62. 中央公論社, 東京, 1971.
- 10) 源信 : (石田瑞鷹訳注) 往生要集 (下). 岩波文庫, 東京, 1992, p.10-50.
- 11) 平山正実 : 死生学とはなにか. 日本評論社, 東京, 1991.
- 12) 加藤敏 : がん患者のメンタルキャパシティへの配慮—不意打ちの病名告知, 不発の病名告知—. 精神科治療学 26. 965-974, 2011.
- 13) 加藤敏 : 「歓待」の見地から精神科医療における言葉を考える. 臨床精神病理 30. 134-143, 2009.
- 14) 加藤敏 : 人の絆の病理と再生 臨床哲学の展開. 弘文堂, 東京, 2010, p.2-26.
- 15) ルター, M. : (石原謙訳) キリスト者の自由. 岩波書店, 東京, 1955.
- 16) 大角修 : 日本人の死者の書. 日本放送出版協会, 東京, 2007.
- 17) 杉田暉道 : やさしい仏教医学 わが国最初のターミナル・ケア学. 出帆新社, 東京, 1997.
- 18) 内海松寿 : 美と宗教. 里文出版, 東京, 1996, p.158-9.
- 19) ウェーバー, M. : (大塚久雄訳) プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神. 岩波書店, 東京, 1997.

注

本原稿は平成25年10月に行われた第24回医療社会福祉学会の基調講演の内容を、新たに書き起こしご寄稿いただきました。

[基調講演]

権利擁護と意思決定支援

佐藤 彰 一*

岡本 本日の基調講演は國學院大学法科大学院教授であり、かつ弁護士、全国権利擁護支援ネットワーク代表をされています佐藤彰一先生にお願いいたしました。権利擁護分野の第一線の第一人者をお招きいたしました。それでは佐藤先生、どうぞよろしくお願いいたします。

佐藤 皆さま、こんにちは。ただいまご紹介に預かりました佐藤彰一と申します。日本医療社会福祉学会の存在は、かねてから噂には聞いていましたが、実際、どんな学会かということ、今回、この話を小西先生から頂戴しまして初めて知りました。研究だけでなく、現場の実践もやっておられる方々をご参加の学会で、岡本先生の言葉でいえば「実践の場で生きた学問をやっておられる学会」と認識しております。そういうところに私がまいりまして、医療の人間でもなく、ソーシャルワーカーでもありませんので、全く場違いな人間だとは思いますが、意思決定支援ということについて多少なりともお話することで何か皆さまのお役に立つことがあればと思っただけでまいりました。

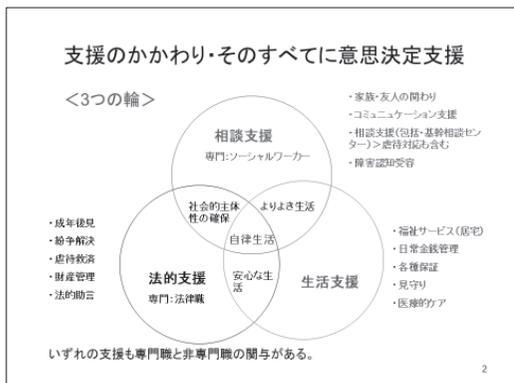
全国権利擁護支援ネットワークという団体の説明をしておく必要があるかと思えます。今、成年後見とか虐待対応とかをやるのは公的機関も行いますが、社協やNPO法人も第一線で活躍することが増えてきております。小さな団体が多いので日々の実践活動の中で考えることや悩むことがたくさんあります。そこで悩みやノ

ウハウの蓄積を共有することが大事ではないか、権利擁護のために活動をしている現場でそんな思いを熱く共有している人たちが今から7年前にネットワークを組もうということで団体を設立いたしました。7年たって今は北は北海道から南は沖縄まで社協やNPO法人を含めて約90団体が加入しています。そういう活動の中で日々、意思決定支援について議論しております。そのネットワークに小西先生が入っておられまして、そのご縁で今日、お招きいただいたのかなと思います。人のつながりはいいものだなと思えます。

さて、意思決定支援という言葉を一先きで言い始めていますが、ソーシャルワーカーの方々はこれまでも意思決定支援に深くかかわってこられています。私も法律の分野ですが法律職も意思決定支援にかかわっておりまして、およそヒューマンサービスといえますか、対人支援に関わる専門職の方々は意思決定、自己決定に大なり小なりかかわっています。「自分のことは自分で決める」「私抜きで私のことを決めるな」というスローガンもあります。自己決定はあたりまえといわれていますが、制度上、自分のことを自分で決めさせないのであれば、それはそれで問題ですが、今、意思決定支援といわれることが多くなっているのは、自分で決めさせてもらえない側面に加えて、なかなか自分のことを自分で決めるににくい、決めることが難しい状態になっている方が世の中に増えている

*Syoichi Sato : 國學院大学教授・弁護士 全国権利擁護支援ネットワーク代表

ということなのかなと思います。別段、これは障害者とか高齢者だからというわけではなく、普通の人でも自分のことを自分で決めるのが難しい社会構造になってきているのかなと思います。支援は特殊な人に対して必要なのではなく、誰に対しても必要ですが、とりわけお年寄り、障害者、子どもの社会ではご本人の意思決定が難しいので支援が必要だと認識されてきているので、最近、そういう話がにわかに議論されることになっているかと思っています。



スライド1

スライド1は私どもが、障害者の周りの環境を説明する時に使っている図です。業態別に障害者を中心に周りにどんな人たちがいるか3つのグループに分けた図です。まずは、障害をお持ちの方や高齢の方の生活を支える支援をする方々がいる。右の下の円です。世話人さん、ガイドヘルパー、今日、ご参加の医療の現場の方々が当事者の生活を支える、そんな領域です。次に、ソーシャルワーカーの方はもちろんそうですが、相談支援をする人たちがいる。上の円ですね。メディカルソーシャルワーカーの方はここに入るかと思いますが、ご高齢の場合はケアマネとかになるでしょう。この人達は、生活を直接支えるのではなく、いろんなご本人に対する側面支援をする方々です。最後に、弁護士などの法的職種の方が典型ですが法的支援があります。例えば、社会生活をする上で法律問題にぶつかりトラブルを引き起こしてしまう方もい

らっしゃいます。その方々の支援を行い、生活に困難を抱える方々の支援にあたることとなります。もともと量からすると生活支援が大きく、法的支援などは微々たるものですが、業態的に機能的に分けた場合、この3つの人々がいる。ちなみに、法律家はあまり権利擁護という言葉を使いません。人権擁護という言葉を使っていますが、英語のアドボケート、これは基本的には法律の分野では弁護士の法廷弁護を示す言葉でありまして、福祉関係者のいう権利擁護とは違うのです。

話を元に戻しまして、この3つの機能をもつそれぞれの人が意思決定支援にかかわっている。特殊な人が特殊な役割で特殊な支援をやっているわけではなく、高齢者であれ障害者であれ、ご本人にかかわるすべての人が意思決定支援にかかわるのでないとおかしいです。そして現実にかかわっておられる中で、一部の人が、この3つのどれかを独占して意思決定支援をやったり、3つの機能を誰かが一人で同じ支援をやるとなると、これは意思決定支援にならなくて、第三者の意思決定の押しつけになる可能性が高いのです。3つの円を違う方々が担い、違う人たちが権利擁護をやり、意思決定支援をやるということが、ご本人の環境にとって重要であると我々現場の人間として言っております。

権利擁護の中心は意思決定支援だというふうに使っていますが、あらゆる支援、かかわる人のすべてが権利擁護をやる、すべてが意思決定支援ですと試してみたとところで、それがどういう内容を含んでないといけないかについてはさまざまな議論がございます。いろんな見解がありますが、ここでは、仲間内ではこういう整理をしているということで次のご紹介しておきます。

ある支援がアドボカシーだ、権利擁護だというために必要な要素の一つ目は、いうまでもなく「支援活動がご本人の人間としての尊厳を高める方向に向いていること」です。実際にそれが高まっているかどうかは横において、少なくとも支援者がそういう方向に向いて支援している

こと、人間の尊厳という言葉については法律分野だけではなく、いろいろな議論がありますが、そんなことは面倒くさいから考えないでいいんだとってしまうと、権利擁護にならない。いろいろ難しい問題があったとしても、そういう思いをもつ支援者でなければご本人にとっての権利擁護にならない。これが一つ目の要素です。

人間の尊厳を高めるという思いの中心にあるのは、ご本人の自己決定を尊重することです。自己決定と意思決定の違いについてはここでは省略いたしますが、ご本人の思いを実現することが中心です。これがなぜ重要なのか、それはそれが人間にとっていいことだからです。自分の思いを人に受け止めてもらえた時、人間は自己肯定感を感じます。そして自分の支援で、相手が自己肯定感を感じていると分かったとき、人はやはり自己肯定感（メイヤロフの言う成長です）を感じます。だから、これをアドボカシーの一つ目の要素としています。それがなければアドボカシーにならないと言っていいでしょう。

二つ目の要素。「支援活動がご本人にとって最善の生活の利益になること」。ベスト・インタレストつまり最善の生活利益を確保することです。では、ご本人にとって最善の生活利益とは何か。いろんな考え方がありますが、基本的かつ形式的にはご本人が選びとった生活、これがご本人にとって最善だと考えます。ご本人が選びとった、ご本人が選択した生活がご本人にとって最善の生活利益だとすれば、これはパワー

ポイントの3ページにある1ご本人の尊厳。>自己決定と矛盾しない。だとすれば自己決定を守ればいいと形式論理的にはいっても構わない。ところが1と2の本人にとっての最善の利益を分けて書いていますのは、1と2がハタからみていて一致しない現象に、アドボカシー活動、権利擁護活動をやっている人はぶつかる場合が多いからです。特にご高齢の方、障害をお持ちの方は自己決定を尊重するといっても、自己決定しているかどうかわからないということがあります。またご本人の表面的な決定が、どうみてもそのまま認めて支援することを認めるわけにいかないということもあります。支援者の側からみて1と2がぶつかっていると見える時、支援する側はどうするか。権利擁護の現実場面ではこういう問題にぶつかることが多いのであって1と2を分けています。ぶつかった時にどう考えるか。1を優先する。ご本人の思いがわかれば、ご本人の思いを優先して実現することになる。なかなかご本人の思いがわからない時にはどうするか。わからない時には「ご本人の思いはこうなんだね」ということで過去の生活歴をみていこうということになりますが、往々にして支援者が至りがちなのは、ご本人の思いは、まずいということで、ご本人にとって最善の生活はこうだと、第三者、支援者からみた最善の生活利益をご本人にとっていいことだと押しつけることをやりがちなんです。人によると、それも立派な権利擁護だという方もあります。第三者が思っている最善の生活を押しつけてしまう。これは1と2がぶつかってしまうわけで、権利擁護にならないのではないかという議論が、最近、強調されてきています。あくまで1を尊重し、1と2がハタからみてぶつかっている時、ご本人の思いを尊重しつつ、ご本人の思いがわからない時には推定的に、ご本人の思い、あくまでも主観的なご本人の生活利益を尊重していこうということに最近、なりつつあります。

アドボカシー（権利擁護）の要素

- 1 ご本人の尊厳。>自己決定
- 2 ご本人にとっての最善の利益
- 3 連帯性(外向き・内向き)

1と2は原則一致(自己選択が本人にとって最善)。しかし、支援者からみると違う場合。パターナリズムの介入？

主観的最善利益(ご本人が言うご本人の利益)

vs 観察者的最善利益(支援者がご本人の思いと位置づけるご本人の利益)

vs 第三者的最善利益(支援者が思うご本人の利益)

権利擁護の実践にはいろいろなタイプ
どれが「正しい」などとはいえない
しかし、「なにをしているか」は言える

3

パワポ3 pの表

世界的にはそういう動きなんです、日本ではこの種の動きが一般化していませんので、1

と2がぶつかった時、支援者側がみたご本人の生活利益を強調し、それでいこう、それが権利擁護だといわれる方も現実にいらっしやいます。そういう時には1を無視する、横におくわけですね。そういう活動を日常的にやっていたらいいかなと思います。問題なのは、それを整理してみると第三者の生活利益をご本人に押しつけているという自覚がない。それを権利擁護と称している場合があることが日本社会の中ではまだまだ残っていることを認識する必要があります。現状では1と2が分裂する時、2を優先する立場も日本社会の中ではある、それを権利擁護だといわれているわけです。どっちをとったらいいかと現場では悩むのですが、日本社会の中では悩みを解消する基準がないということでもあります。ご本人の思いを尊重していくという立場は世界的な潮流ですが、そういう議論が日本ではありませんので、ご本人の思いなのか、それとも第三者の思いなのか良くわからないまま、最善の生活利益の考え方についてとりあえず支援者の考えで支援する。しかし、そういう議論状況ですから権利擁護実践、意思決定支援をやっている方々は現場で悩むことになる。いつも「悩んであたりまえだ」と申し上げています。悩まない人はおかしい。支援の実践の現場で「私は悩んだことはありません」という人は実践をしていないというくらいの思いでお話をさせていただいております。

権利擁護の要素の3つ目は連帯性。ソーシャルワーカーの皆さんの方が感覚的にはずっと入っていく言葉だと思いますが、福祉の実践の中でよく出てきます「寄り添う」という言葉がこれに近いだろうと思います。ご本人と「共にある」ということですね。自分のやりたい支援だけをやって、あとは知らないということではなく、ご本人の生活全般をみながら支援していくわけですから、ご本人の意向が実現できるように、ご本人の意向を確保するように支援者がずっとつきそっていく連帯性を確保することが必要だということですね。

その中で「外向き」と「内向き」の支援の違

いをいわれることがあります。看護師さんの世界でこういうことが行われていると聞いています。私流にそれを福祉の世界に転用してしゃべっているわけですが、これは私がイメージしている看護師の世界での話です。患者さんのそばにドクターとナースがいて患者さんを治療する。ドクターは治療者として処置をする。ナースがドクターのそばにいて、ドクターがやっていく治療が患者さんにとって辛いことがある。患者さんに対して声をかける、ベッドの位置を動かす、枕の位置をずらすことで患者さんの痛みをやわらげる、患者さんを元気づける支援をする。こういうナースの活動がドクターの横で行われたとしたら、それは「内向き」の支援と理解しています。患者さんと共にあるのですが、そのナースの活動がドクター側と同じ目線で患者をみているわけです。これも連帯性です。他方、日頃からドクターよりナースの方が患者さんときが深いでしょうから、どうも患者さんの表情とか声を聞いていると患者さんは「今、ドクターがやっている治療をいやがっている。やめてほしい、できれば他の治療をやってほしい」と思っている。それを患者さんが思っているとナースが察知して、治療中、患者さんはしゃべれないので患者さんに代わってドクターに「この治療はやめてほしい」とドクターに向かってナースがいう。こういうナースの活動は「外向き」の連帯性だと言われます。患者側からナースがドクターをみている目線です。どちらも患者さんと共にあるわけですが、そのあり方が、ドクターからの治療を前提にしたものなのか、そうじゃない患者から治療の変更をみることを前提とした支援なのかという区別があるわけですね。これは何も医療やナースの活動だけではなく福祉の現場でも起きている。支援者の方が障害をお持ちの方や高齢の方々の声を聞いて支援する時に同じ話はあるわけですね。つまり連帯性は必要ですが、「外向き」と「内向き」の選択がある。あるいは両方の選択もあるかもしれません。

どういう支援をしたとしても、このアドボカ

シーの3つの要素が揃っていないと、ある支援活動が権利擁護だといえません。しかし、そこには支援者側の選択が必要になります。そのため権利擁護活動は唯一絶対の正解はないということになります。1と2がぶつかった時に、日本の現状では1を尊重しようと絶対的にいえる条件がありませんので、1と2のどちらを優先するかが現場で迫られます。連帯性をとる時にどうとり方をするのか。支援者の選択が迫られる。それはご本人の意思を確認しながら、ということになるわけですが、支援者の側で何らかの選択を迫られる。いくつかの支援活動のパターンがありうる。唯一絶対、これが正しい権利擁護活動だというものはない。その中で支援にあたる方々は悩む。悩まなかったら、うそだということになります。マニュアルにそって、こういう支援をやりました、それでいいという話ではない。常に悩みながら支援活動することが重要になってきます。

唯一絶対の正解がないなら、何をしてもよいか。そうではなくて、何を選択しているかやいえないといけない。正解はないが、何を選択しているかやいえないといけない。他の人に対して、ご本人に対して説明できる状態でないと、それは権利擁護にならないと思います。ここが重要です。すくなくとも専門職が権利擁護支援を行うのであれば、きちんと他の人に説明できなければいけません。

このような権利擁護をめぐる議論状況のわかりやすい例として外国の例を用意しております。Jenny Hatch Justice Project というアメリカの事件を紹介します。Jenny Hatch は事件当時、29歳、ダウン症の女性です。典型的なダウン症の方です。ご両親とは一緒に住んでおらず友人と一緒に住んでいました。彼女は友人の家から日中活動に通っていた。アルバイト先です。リサイクルショップ、古着屋さんです。靴とかも売っている。友人宅からリサイクルショップに通っていたのですが、途中、自転車でこけて入院した。治療して退院したら友人がアパートを

無くしていたので彼女は戻るところが無くなった。そこでどこにいったか。中年の男性と女性、リサイクルショップの経営者の自宅です。こういう例も権利擁護の法的実践でも時々ぶつかりますが、この経営者の二人も鷹揚に「うちで暮らしたらいい」と受け入れている。そうなると親は心配なんです。自分とは暮らすのを嫌がっていることは知っていますが、見ず知らずの第三者である経営者の家に転がりこむのは許せないわけです。そこで母親は一生懸命グループホームを探して一旦はそこへ娘を移動させます。しかし、すぐに Jenny は経営者の家に逃げ帰ります。

彼女はなぜグループホームに戻らなかったのか。携帯電話禁止だったそうです。パソコンも使わせてくれない。そんなところにいたくない。日本でもグループホームを飛び出す人がいて、多いのはタバコが吸えないとか自由を制約されることがあります。親御さんは心配になり、対策を打った。お母さんが考えたことは彼女をグループホームに戻ってもらわないといけない。29歳ですから親の勝手にはいきませんから成年後見の申立をした。保佐相当ですが、限定後見の申立を裁判所に申し立てて自分が後見人になること、Jenny の生活のこと（どこに住むか、誰と住むかを含む）を後見人が決定できることつまりグループホームに連れ戻す権限を求めて裁判所に申立をしたのです。それが全米で大ニュースになりました。Jenny 自身は嫌がったわけです。「私はグループホームに戻りたくない。私に後見なんかいらぬ」という。その声を聞いたアメリカの人権団体が、そうだろうということや言い始めて支援活動を始めた。これを Jenny Hatch Justice Project というんですね。このケースは、Jenny が法廷に出てきて、法廷で盛んに「お母さんを後見人にする必要はない」と言い続けた。あまりにしつこく言い続けるので退廷命令までうけることがあったようです。さて、結果ですが、裁判官は「彼女に後見人をつける、後見人はアルバイト先の経営者を選任する、後見人は Jenny の意思を尊重し意思決

定支援をしなければならない、後見人の任期は1年で終了する」との決定を下しました。形式的には母親の後見申立は認容なのですが、内容的には完全敗北です。これが一昨年、全米で大ヒットしたニュースになった事件です。

これは何が問題になっているか。お母さんはグループホームの生活が Jenny にとって良いと思っている。しかし Jenny は嫌なんです。明確に言っているから彼女の意思がはっきりするわけです。お母さんは Jenny の人生計画のレールを敷くのは自分だと思っている。Jenny は嫌だと言っている。自分で決めると言っている。お母さんと娘の思いの対立がある。お母さんも Jenny のために思って行動したのでしょうか。Jenny はそれを嫌だと言ったわけです。それがアメリカの法廷で大々的に議論になって裁判所は「Jenny の意思を尊重しなさい」と決定した。ここは権利擁護の考え方の要素3つが全部出ていて、その考え方が対立しているのです。アメリカは日本と違って、こういうのを法廷でやるわけです。日本では法廷ではやらない、現場で支援者がやるんですね。アメリカではそこがオープンです。大々的に議論してこういう結論になり注目されたわけです。日本だと現場の支援者が悩んで闇の中で事態が動いていくことになる。へたをすると誰も責任をとらない。

ところで、成年後見制度は世界中にあります。この制度はご本人のための制度だと言われています。成年後見制度の性格を人形浄瑠璃と歌舞伎で説明したいと思います。両方とも伝統的な日本芸能で世界に誇るものです。別にそのことをここで解説・力説するつもりはありません。注目してほしいのは、両方共背後に真っ黒な衣装に身を包んで顔を隠した人がいることです。この人は黒子あるいは黒衣といいます。江戸の昔から歌舞伎の黒衣には別名があります。歌舞伎の黒衣の第三のニックネーム、それは後見です。文字とおりに後ろで見ている人です。ドイツから日本が禁治産制度を明治に入れた時、つける人を後見人と呼んだのはここからきてい

るのではないかと思います。それはそれとして浄瑠璃も歌舞伎も前の主役、人形と役者をサポートしている人です。しかし浄瑠璃流の支援の仕方と歌舞伎流の支援の仕方は違う。ここを強調したいんです。浄瑠璃は人形が活着しているように見える、表情豊かに見える。見ている人は涙する。それくらいきれいだと思います。しかし人形が活着しているように見えるのも、美しい表情を見せるのも、すべてこの黒衣がやっている。人形の意思は黒子の意思です。そういう支援の仕方をしている。一方、歌舞伎は役者に意思がある。役者は、ご大層な着物を着ていて演じにくい。刀を落として足を滑らせるとこけるかもしれないから下のものをすぐ退けないといけない。役者の演じる演技を演じやすいように慮って役者の演技を助ける、そういう支援をやるのが歌舞伎の黒衣なんです。両方とも支援です。サポートしている。ですが、意思決定支援は歌舞伎です。浄瑠璃は意思決定支援ではなく、意思の押しつけと聞いていいんですが代行決定です。成年後見制度というのはノーマライゼーションといいますが、どちらのタイプの支援もできます。でも基本は Jenny が嫌だと抵抗した人形浄瑠璃型になりやすい。人形に意思を与える、これは黒衣の意思なんです。こういう話になりやすいのが成年後見制度なんです。基本的にはご本人の考えを尊重するのではなく、第三者の考えをご本人に押しつける側面が、どうしても出てくる。

世界的には成年後見制度のそういう性格がおかしいという認識がされ始めていて、昨年、ワシントンで世界の成年後見制度の関係者が集まった大会がありました。そこへ Jenny Hatch が呼ばれて自身の経験を話し、大きな拍手喝采があったそうですが、世界の成年後見制度は、この問題を注目しています。成年後見制度はご本人のためだといいつながら実はご本人の意向を無視している制度だとの認識が広まりつつあるのです。

ではご本人の意向を無視しないで、どういう支援をするか。意思決定支援をやりましょうと、

ご本人の意向があるはずだから、それを確認して実現していこう、そういう支援方法に移行しましょうという世界的な動きがある。日本だけがなぜかその動きの外にあり、そういう成年後見制度の問題点はあまり知られていないところがあって、日本では成年後見制度をどんどん使いましょうと言っていて、成年後見制度がもっている問題点は、あまり認識されずに動いています。

成年後見制度の問題点を認識しつつ、ご本人の意向を尊重する、権利擁護はご本人の意思を尊重するわけだから、成年後見制度はずれていると考えて意思決定支援の方向にシフトしよう、こういう世界的な動きがある。成年後見制度が、必ずしもご本人の尊重するものではないという時、成年後見制度は Substitute Decision Making、つまり代行決定だと位置づけられています。ご本人がご本人のことを決めるのではなく、他人がご本人のことを決めているわけです。Supported Decision Making は意思決定はご本人がやるものではあるが、サポートすることが必要だと考えるわけです。意思決定支援は世界的な権利擁護のパラダイムシフトの主張なのです。

ところで、他に医療ソーシャルワークでは Shared Decision Making という言葉があります。これは Decision Making を Share するわけですから、共同決定です。Supported はご本人が決める。Substitute Decision Making は他の人が決める。Share はいっしょに決める。二人で決める。またインフォームド・コンセントという言葉は古くからありまして、これは二人で決めているような錯覚をもちますが、二人で決めてなくて医者が決めていることについて同意を求めている。医療の世界でインフォームド・コンセントをやらないと、医療は基本的には医的侵襲行為ですから、一種の犯罪行為になってしまいます。同意をとらないで手術をやると極端に言えば逮捕される。そこで、手術の必要性や内容を決めるのは医者ですが、手術に同意をもらわないと責任が問われる。決め

ているのは医者です。Decision Making に関連する言葉はこのように、いろいろありますが、Supported や Shared という言葉使いでいくと、一瞬では決定できない事柄になります。ある瞬間に「これはこうしましょう」と決めることにはならない。シェアするためには、その前提に話しあいをしないといけない。コンセントをもらうためには説明をしないといけない。Supported するのはサポートの過程がないといけない。決定というのは、ある瞬間にボンと決めると考えがちですが、いろんなことを並べて考慮していく、悩んでいく、決める前提としてのプロセスがある。つまり決定というのはプロセスだということになります。何か物事を決めるのは、ある一瞬に決めるのではなく、じわじわとプロセスを経て決めていく。最後に印鑑を押すのは儀式であって、その前にいろんなことがある。その決定のプロセス観が、ここ十数年の間に世の中で浸透しつつあるということが、少なくともいえるかなと思います。プロセスの中で決定していくんだけど、プロセスの中で、ご本人の意向を考慮することができない場合やむをえず何か決定しないといけないので、それが代行決定です。そのため世界的には成年後見制度はラスト・リゾート、最終手段だと言われています。他にやることをやってみて、どうしてもだめな場合に使いましょうという制度です。しかし日本はそうではなくベスト・リゾートになっていて世界的な潮流と異なっています。

他にも preparation とかアセットとかチョイスとかいろいろあります。preparation は決定ではないですね。心の準備をさせるという感じですが。アセットというのはコンセントと同じで法的責任を問われるものではないのですが、コンセントよりも軽い感じで「ちょっと説明しておきましょうか」「了解してね」というところでしょうか。チョイスというのは選択肢を与えるということで、ご本人の意向を尊重しているということですが、選択肢の与え方によっては誘導していることになるわけです。

ここまで、Supported Decision Making、

つまり、ご本人の意向を確認しながら歌舞伎型の支援をしようというのが世界的な動向ですという話をしたわけですが、世界的な動向の中で現実の動きとして有名なのはイギリスの制度です。イギリスでは **Mental Capacity Act** というのが 2005 年にできました。Supported Decision Making に移行しようという動きに世界がなったのは 1990 年代からでして、ヨーロッパに人権裁判所がありそこでそうした関連の判決が出ています。その判決と動向を反映する形で、さまざまな国の制度改革があり、有名なのがイギリスの **Mental Capacity Act 2005**。Capacity は日本でいう意思能力です。イギリス系の女王が国のトップとして君臨している国では、日本でいう行為能力という概念がありません。意思能力一本やりですなんです。どこの国でも障害者や高齢者が増えてきて、障害者への支援も問題になっていて、必ずしもご本人の意向がよくわからない。どうするんだということが問題になってくる、そういったなかで、イギリスで長年に渡って議論して困ったのが、よかれと思って支援したら後で責任をとらされる事態が支援者に多発する。人から非難されるだけでなく損害賠償請求を相手から請求されるなんてこともある。困るし怖くて支援できない。そこで支援とは何か、意思決定支援をする時、「どうした場合にご本人の意向がない」と判断できるかを国をあげて議論して法律にしたのが **Mental Capacity Act 2005** です。この後にこれを実施するための具体的なマニュアルも作っていて、イギリスの厚生省のホームページにアップされています。これが批判されたりしていますが、そこまで国をあげて議論しているのがイギリスたる所以です。

国全体で議論しても全国に浸透しないという悩みがあるようですが、**Mental Capacity Act 2005** の第 1 条に書いてあることを紹介します。最初の条文の第 1 項に第一原則があって「人は必ず意思能力がある。意思があると推定しろ」と書いてあります。支援するとき「この人、大丈夫かな」と思ってはいけません。

にはどういう人であっても意思能力はある。「どうも意思がおかしい、考えられないのではないか、物事の判断ができないのではないか」と判断するためには、その人の意向を確認することが可能な事柄を全部調べてからやれと、2 つ目に書いてある。何かご本人がいつている。いいことをいつている。いつていることがアホなことだ、到底ご本人のためにならない。朝から晩までずっと酒飲んでいたいとかですね。しかし、決定内容がアホかと思っても、それはその人の意思能力がないことを示すことではない。どんなにアホなことをいつても、それがご本人の意向だと認識せよ、「その人に判断する能力があるんだ」と判断しろと。賢明でないことだからといつても「ご本人に判断能力がないとしてはいけません」と 3 つ目に書いてある。それだけのことをやった上で「ご本人に判断能力がないと思われた時に初めて代行決定をやれ」。その時には、しかし、ご本人の最善の利益を尊重した **Substitute Decision Making** をやれ。その場合のご本人の最善の利益は第三者がもっている最善の利益の判断ではない。ご本人のそれまでの生活歴を全部勘案して「ご本人だったらこれがいいと思うだろう」と、ご本人の意向を尊重した最善の利益を確認した上で最善の利益に立った判断をしると 4 つ目に書いてある。最後に意思決定支援であれ代行決定であれ支援する時には、ご本人にとって制約が少ない方法をとれ」と書いてあります。ご本人にとって制約が少ないよりも管理が楽な方をとってしまうのがどこの国でも前面に出るんですが、特に日本はそういう結果が出やすい。そこを意識して少なくともご本人にとって制約の少ない方をとれと最後に書いてある。

代行決定としての最善の利益チェックをやる場合は、ご本人の意向が確認できない時に判断したり、一般的な意識低下時に「ご本人の判断能力がない」としてはだめです。また回復する可能性がありから、時間をおけと書いてあります。また外見で判断するなど書いてある。あの人は頭の毛が薄いからとか、おなかが出てい

るからとか、しゃべり方がおかしいとか、そういうことで判断するなということですね。どういう外見であれ、「人には必ず判断能力がある」という判断をしる。言っている内容を問題にしない。代行決定の時にはご本人のヒストリー、人生経験を全部考えようとも書いてある。これは日本でも有名な例がありますが、老人ホームに入っているご高齢の女性が外へ出られない状態に体力が落ちているのに通販でルイ＝ヴィトンを買う。5万、10万、20万とぼんぼん買う。ついで後見人がハラハラしている。無駄だから取り消したいわけです。しかし、よくよくヒストリーを聞くと、そのおばあさん、若い頃からルイ＝ヴィトンが好きだった。後見人がついで途端に買えなくなったことがショックだった。ご本人の趣味だから買わせてやれという話になります。そういう話はご本人の個人史、ヒストリーを追い求めて初めてわかる。また、あるものを判断するのは、あるものを判断しているだけであって、他のものを判断しているわけではない。あるものについて判断能力がないから他のものにも判断能力がないということではない。あることの判断はその場での判断だとも書いてあります。さらに、「私にもしものことがあれば、ああしてほしい、こうしてほしい」と意思を残す。その人に、もしものことがあったら「あの時、こういつていたからこうしましょう」とすぐやっついていいか。そうではない。もしものことがあった時も意思を確認しないとイケない。変わっているかもしれない。ある時の判断がずっと継続しているとは限らない。手順をチェックして全部チェックしてだめだった時に初めて代行決定をやる。これは私がいつているのではなく、イギリスでそういうことをやっているのです。

また判断能力をチェックする時にはこういうことをやりなさいとも書いてあります。関連する情報を比較考量できるか、関連情報を保持できるか、覚えていられるか。比較して判断できるか。意思を伝えることができるか。ここが重要で「言葉が出ないから伝えることができない

とは限らない」ので「言葉がない時には、ないなりに伝達する専門職を使え」といわれています。

環境を整備しなさいとも書いてあります。Mental Capacity Act と同じような制度をもっているオーストラリアの Capacity Toolkit という冊子に書いてあることを紹介します。環境というのはその人がおかれている環境で、必要な情報を与えること、リラックスした状態で判断してもらい、意思伝達を確認する専門職を使う、いっぺんで決められなかったら時間と場所を変えて、もういっぺん聞いてみると書いてあります。意思決定支援は、意思決定を強要することとは違うのです。いわれてみればあたりまえのことですが、それをマニュアルに書いてやりましょうと動いているわけです。

そうはいつても、自分が今、支援している人や新たに支援してくれといわれている人について対応がなかなか難しい場合がある。これはイギリスの制度ですが、それを調べる専門家をつくろうと動いています。意思決定アドボケイト、意思決定支援者をおいている。誰もが意思決定支援をやらないといけないのですが、イギリスの Mental Capacity Act 2005 は、支援している人が困った時には、こういう人を使えという意思決定支援の専門職をおいている。それが Independent Mental Capacity Advocate と呼ばれる人です。頭文字をとって IMCA (イムカ) と呼ばれています。独立の意味は、誰からでも、あらゆるものから独立している。政府からも独立している、病院からも福祉からも家族からも独立している。皆から独立している。なせか、ご本人の意思を確認するからです。周りの意思を確認するのは仕事ではない。ご本人の意思を確認する、それを周りの支援者に伝えることが仕事です。日本でもこのような活動は相談支援をやっている人たち、特にソーシャルワーカーの人たちの中にもいると思いますが、もっと洗練されていますね。日本だと本人の意向を確認するよりも、周りの意向を確認して調整するなんてことを相談支援の名のもとにやりかねな

い。ケース会議もそうで、本来はまわりの人間がそれぞれ本人の意向がなになのかについて、意見を交換するのがケース会議でしょうが、まわりの人間の意向と立場を尊重して、本人の処遇についてミニ談合をしているなんて会議がありそうです。

いろんな人がかかわるチーム医療が盛んに言われていることは存じていますが、いろんな人がかかわり、支援することは、いろんな人が決めるということではなくて、いろんな人が、その人がどんな人なのかを確かめる、そこに重きがある。いろんな人がかかわって集団で決めて、その人に押しつけることをやっているとかをやっていくかわからない話になるので、いろんな周りの人たちが決めていくのではなく、ご本人の思いを確認するためにいろんな人たちがいるということだと思います。シンポジストのお話で、認知症の高齢者の方が10年ほど精神病院に入っていた例がありました。薬も投薬も必要ない。しかも閉鎖病棟に入っていた。後見人が現場にいて「この人をなぜここにおくのか」と病院とかけあって退院させた。その病院にはソーシャルワーカーがいる。退院する時、後見人とソーシャルワーカーはどういう会話をしたか。ソーシャルワーカーが「あなたは勝手に退院させてどうするんだ」という。しかし、ご本人は退院したがっているという意向を、後見人は確認していて、ソーシャルワーカーはご本人の意向を確認していない。周りの人たちがご本人抜きでかかわって決めるのもおかしいんですが、その病院は病院に入れて、病院の人も含めて誰もご本人にかかわっていない。ソーシャルワーカーも含めて、ご本人の意向を誰も確認しないという状態になると意思決定も自己決定といっても、おかしいことになるということだと思います。

日本の成年後見制度は歌舞伎型も浄瑠璃型も両方ともできます。成年後見人というのは制度的には意思決定支援ではなく、代行決定が基本的な役割になります。代行決定者なので代行決定だけしていただければいいのかというと、そうでは

なく、社会的な期待としては意思決定支援もやってくれということになります。やっちゃいけないわけではないので、どんどんやってくださいということになります。ただどうしても成年後見人がつきますと、その人が支援をやるので、他の人がやらないと思ってしまうんですが、ご本人にかかわる人全員が意思決定支援をやらなくなかなか意思決定支援は難しい。成年後見人がついて代行決定もやるし、意思決定支援もやりますと言ってみたとこで、成年後見人だけがやっても効果がない。ご本人にかかわる人、皆が意思決定支援をやらないといけないということを確認したいと思います。

その例として胃ろう増設を拒否したBさんの例を紹介します。権利擁護支援ネットワークの仲間が成年後見人をした人のケースですが、32歳の重度心身障害の男性です。生まれてからずっと車椅子の生活をしていて、言葉がほとんどない。ただいやなことがあった時は返事をしない。自分の好きなこと、好きなところに行きますか、好きなものを食べますかと聞かれた時には「うん」と答える。いやなものについては返事をしないという特徴がある。ずっと施設、大きなコロニーで暮らしていたが移りました。コロニーは措置でしたので施設に契約で入るということで後見人が必要だということで市町村申立で後見人がつきました。こういう後見人の使い方はよくないですねホントは。施設の契約のためにだけに後見人をつけたわけです。しかし、施設がそう言ったので後見人をつけました。施設はいい施設で個室に住んでご本人も満足した生活をして外出支援もやったりして社会性が出てきて、いいなという話だったんですが、なかなか食事が難しい。1時間かけて食べるんです、食事をとるのが難しいので施設の職員もゆっくり食べさせていた。ある日、発熱して入院された。施設側は誤嚥性肺炎を疑ったのですが、入院すると誤嚥性肺炎ではなく気管支炎だった。大過なく戻ってきた。ところが、施設側が誤嚥性肺炎を心配してこのままでは施設として対応ができない。胃ろうをつけてほしいと言い始め

た。入院していた病院の医者も胃ろうをつけた方が安全は安全だという。施設の顧問である医者も胃ろうをつけた方が安全な支援ができる。関係する医者は胃ろうをさせたがる。施設もそうです。そこで、後見人は胃瘻を説明する絵図をつくってご本人に見せた。「どう?」。胃ろうの増設は手術ですから同意が必要ですが、ご存知のように成年後見人に同意権がありません。しかし、ほっておくわけにいかなくて、意思決定支援ですね。同意権限はないが、どう対応するかに悩んだ。絵図をみせてご本人の意向を確認しようとした。前の施設も今の施設も確認には協力的で絵図をみせて「どうする?」と聞いたわけです。聞き方も手順があって、返事ができる、好きなことを先に聞いていって、合間にいろんな話をする。好きな話になると「ウンウン」と返事するが、胃ろうの話になると黙る。どうも「いやだ」っぽい。「施設に戻りたい」とも言う。施設側は安全な食事の支援のために「胃ろうが条件だという」。ご本人は「いやだ」っぽい。成年後見人は同意の権限はない。どうしたらいいかと考え考え抜いた。この成年後見人はフットワークのいい人で、施設の病院と入院した病院の意見だけではいけないからと胃ろうのことについて詳しい専門病院に行った。嚥下能力の回復をこの人はリハビリでできるかどうかを聞いた。その病院では「嚥下能力の回復はリハビリのやり方次第ではできるのではないかと答えた。そこで医師2名、リハビリ理学療法士と言語聴覚士や施設関係者を交えて検討した。そこで胃ろうについての意見をまとめないといけないので支援にあたる人、医者、看護師、スタッフに全員集まってもらって議論した。最初の医者の意見、セカンドオピニオンの意見を検討した。まとめてみた結果、「嚥下能力のリハビリで回復の可能性があればやってみようか」という話になりました。しかしながら、リハビリをやるためには施設側は「安全確保ができないなら無理だ」というもんだから、ここで選択が出てくるわけです。施設を移るという選択です。それをまたBさんご本人に説明する。施設

を移る質問をする。ご本人が同じことを聞くなよというぐらい何度もしつこく聞く。その結果、胃瘻はやはり嫌だという意向が明確になって、施設を移ってリハビリをすることになった。移った施設でリハビリをして嚥下能力も回復して食事でも食べられるようになって、今はパソコンがなぜか打てるようになった。どういう因果関係があるのかわかりませんが。意思の伝達能力が出てきた。よかった、よかったという話になっています。

この例は非常に示唆に富んだ例です。成年後見人なので同意権はないので、代行決定はできない。意思決定支援をやって胃ろうについてご本人に説明する。ご本人の意思形成をしてもらって、皆で取り囲んでご本人に確認した。確認する時にセカンドオピニオンとして「胃ろうをつけるかどうか」という選択肢だけではなく「リハビリの可能性」の選択肢を増やしている。実現可能なものはどれか、実現可能なものを用意し、選択肢を増やして意向を確認している。ここに意思実現支援、ご本人の意向が実現できるかどうかという確認ですね、それをしている。胃瘻が嫌だからやらないというだけでは、結局生活がどうなるかわからないわけですから、セカンドオピニオンを確認することによって、そういうところまで確認している。意思実現支援は人によって議論の余地があると思いますが、これまで話したようにアドボカシーの要素の3つを含んだものを成年後見人は行うことで意思決定支援をやったといえる。後見人に権限がないから何もしないということではなく、かつ代行決定をするという話でもなくて、意思決定支援の形でされたということです。

最後に日本と世界の違いを幾つか整理します。今、日本の社会は法律上は後見人がついてない人は、すべて行為能力がありますとことになっています。判断能力があるわけです。法律上はそうなのですが社会的にはそうではなくボーダーというふうに見た目でこの人ちょっとどうなんだろうともたりすると、この人、判断能力がないということすぐになってしまいます。日本は社会

的には「判断能力不存在推定」が働いている国であると思っています。イギリスの Mental Capacity Act 2005は法律で「判断能力はあると推定しろ」と記載されている。よほど手順を踏んで「判断能力がない」と証拠を固めない限りは皆、判断能力はあるんだということを推定しろと法律に書き込んだ。「判断能力存在推定」です。日本はどちらかははっきりしていませんが、社会的には判断能力不存在推定が働き、だめなんじゃないのとながら判断している。判断能力不存在推定、つまり、代行決定が良いとすぐに移行する。成年後見制度はベスト・リゾートだと。しかも、その代行決定は第三者の価値感を前提にやっている。ご本人にはなにも意思がないかのようです。そうではなく、誰にも判断能力があると前提にして支援しようと世界は考えています。判断能力存在推定があつて初めて意思決定支援をしようというところに移行しなければいけない。そういうところでは代行決定はラスト・リゾートです。成年後見制度は最後の最後に使う制度だという話になるはずですが、日本では、まだまだそこまでいっていない。

意思決定支援というのは生活全般にかかわることですから、事実上の支援をするわけです。代行決定というのは生活の細々したことまで全部代行決定するわけにいかないですから、成年後見制度は法律上の判断だけです。事実上のことは判断しない。後見の支援をやってますと、いろんなことを要求されます。飼っている猫が病気になるたら動物病院につれていかないとはいけないとか、雪が降って屋根が壊れそうだから雪かきしてくれとか、後見人にそんな権限や義務はないんです。といつても、やる人はいます。そうしないとご本人が困るからです。成年後見人の権限としては法律上のことだけであつて、そこだけを処理する。よほどの重い話だけを扱うのが制度の姿ですが現実にはそれではすまない。制度と現実の乖離がでてくるのです。

ソーシャルワーカーの方が意思決定支援について学んだことがあるか、ないか、私にはわからないのですが、少なくとも法律家は学んだこ

とはない。しかし現場に出て実際にクライアントの方といっしょに仕事をしていると自習せざるをえないので、法律家の中に意思決定支援をやっている人がいないかという、確実に若干でもいます。

ところで法律家はいやなことをいわざるをえないところがありまして、耳障りの悪い話をいうんですが、シンポジストの石川さんがすばらしいといわれた吉田さんの後見人業務、これは法律家の目から見ると後見人の必須業務ではないのです。おばあさんに金銭管理で1週間にいくらか渡しにいきます。日常金銭管理は後見人の仕事ではないのです、日常生活支援です。病院にいったら拘束されるかもしれないので手袋をつける指導をした。これも後見人の必須の仕事ではないんです。意思決定支援ではありませんが。後見人の仕事は、1カ月して施設をやめて自宅に戻る。契約を一旦、解消したとすれば、これは後見人の仕事です。しかし契約をそのまま残しておいて施設に帰る算段をして生活の計画を立てましたとすると、これは後見人の仕事ではない。後見人がどうしてもやらなければならない必須の仕事は後見人に与えられた権限で代行決定をすること。後見人に与えられた権限は法律上、明確にされていて、同意権と取り消し権と代理権です。これは法律上の話です。毎週一回お金をもっていくのは同意権でも代理権にもならない。日常金銭管理、まさにソーシャルワーカーの仕事です。日常支援の仕事です。ご本人が病院で拘束されないように手当するのも日常生活支援です。石川さんがすばらしいとおっしゃった。私もすばらしいと思います。すばらしいんですが、後見人の必須の仕事ではない。このことを裁判所に報告されても報酬は一銭ももらえない。後見人の必須の仕事ではないからです。ところが世の中の人々が後見人に期待しているのはこういうことなんですね。定期的にお金をもってきてほしいとか親切にやってくれることを期待しているわけですが、実は法の予定している仕事ではないということです。

法の予定している仕事は代行決定です。弁護

士はこういうことを知っているのだから細かなことはしない。細かいことをしないが、預金通帳だけ預かって報酬をもっていくから、きめ細かな支援をしている今日の吉田さんのような方や家族に嫌われるんです。だけど法の予定している仕事はそんなものですから弁護士は面会にもほとんどいかない。なぜならば代行決定をすればいいから。代行決定するにはご本人の意向をわかっていないといけないといわれるから、最近では反省して時々いきましようかという弁護士も出てきていますが、後見人の仕事は代行決定であって、基本的に意思決定支援ではないと思っています。意思決定支援をやっちゃいけないわけではないが、やらないといけないのは代行決定です。ところが、日本の多くの後見人は代行決定を、あまりしていない、現場では、人に代わって決定するのは辛いです。人のことについて決定したくない。できるだけかかわりたくない。他者決定はしたくないと思う。実際に後見人になった人でもなかなか代行決定をしない。代行決定もしなければ意思決定支援もしないなら何をやっているか。何もしない。それで報酬があったら怒るよねというけど、それが日本の現実です。

現実には日本の後見人でも吉田さんのような後見人がいらっしゃって、社会的に期待されて、その期待に乗って後見人をつけましようというけど、制度はそういうことではないわけです。制度をきちんと説明しないで曖昧模糊に推進するのでへんなことになるんですけど。本当に必要なのは意思決定支援をきちんとやる人です。特に日本の後見人制度はシンポジストの石川さんがLIFEを3つに分けられて、生活と人生と生命といわれるのですが、後見人に与えられている権限の代行決定からいくと、生命にはかかわらない、生活にもかかわらない。1週間に一度お金をもってこくこともやらない。医療同意権もない。人生の一部ですね、関わるのは、契約上の話だけにかかわるのが日本の法律上、予定されている後見人の職務ということになります。しかし、人々はそこに期待をもっていない。

もっと広いものを期待している。後見人もそういうところに報酬が出ませんから仕事は広がりませんが、しかし意思決定支援をやった方が、後見人だってうれしいですよ。ご本人を見ていて人間として喜んで貰えればうれしいというのは当然の感覚なのです。後見人も意思決定支援をやっていると思いますが、意思決定支援は後見人の本来の仕事ではないので、いろんな人が意思決定支援をやっていく、その前提として代行決定と意思決定支援をきちんと分けるといことが必要だと思います。このままで後見人のやっていることを曖昧にしていくと、意思決定支援といいながら代行支援をやっているということに移行してくる、これはまずいんですね。ご本人の思いだという名のもとに第三者の思いを押しつけることが行われる可能性があるので、意思決定支援の言葉と代行決定ときちんと分けて整理して使っていくことが必要かなと、考えております。

それから意思決定支援は生活全部を含みます。意思決定支援の国では判断能力がないのはよほどのことだから、判断能力がないと思われる人についての支援を公的にみましようということになります。世界的には、公的に成年後見人をつける場合、報酬は無報酬です。ドイツでは世話人は国庫補助。ご本人から金をとらない。日本は基本、ご本人から金をとる。判断能力を判断する時の決定の基盤が、能力不存在と推定する国は重大な契約行為をポンとやることがある。イベントモデルなんです、決定は。そうではなく、日常的な制度の中でご本人を支援しようという時に考える決定はプロセスでやっていかなければいけないんです。プロセスで何かを決めることを前提にしないと意思決定支援は観念的にも論理的にも成り立たない。今、不存在推定から存在推定へ発想を改めようというのが世界的な動向になっています。そのことが正確に日本に伝わってない。しかし判断能力、自分のことを自分で決めることが難しい状態になっていく方が増えているのは、どこの国でも同じですから、日常的に現場で支援にあたっている人は、もの

の見方がどうであれ、そういう方の支援にあたった時は、ご本人の権利擁護としての意思決定支援に、意識しなくてもぶつかるわけです。ぶつかった時に少なくとも、さっきの3つの要素があるわけで、その要素の衝突の中で、悩む。悩んだ経緯を明らかにして、日本の社会で支援にあたる人たちがぶつかっている問題を共有してその上で意思決定支援はこういうやり方があるんだと集積していく。その結果として、誰にも意思があるということを前提とした社会づくりに進んでいくといいのかなと思っている次第でございます。

そのための前提としては、まず法的な仕組みとしての成年後見制度を法律家がきちんと説明しないとイケないと思います。それが決定的に足りない。法律家はクライアントあってなんぼですから、仕事になりそうだと思うとおべっか使うんですね。「成年後見制度っていい制度です」としかいわないんですが、代行決定の仕組みなので、そこだけ使われると強烈な権限をもつ制度なんです。人形浄瑠璃型と歌舞伎型の両方ができる、意思決定支援もできるわけですが、ご本人の意向を確認しないまま代行決定をやったってノーチェックです。日本の条文では。「ご本人の意向を確認しなさい」と規定されているけど、確認しなかったら後見人はクビになる。クビになった人は一人もいない。日本で後見人が解任されるケースはそのすべてが、お金をポケットに入れた場合です。そういうことさえやらないと解任されることはない。周辺の人が「あの後見人、へんだね」と苦情を裁判所にいえば裁判所もさすがに調整機能で「あの後見人を替えようか」ということはありますが、クビになることはない。強烈な権限をもっていてチェック機能がない。これを使うのはそういうことが必要だということがわかっている人、そういう状態にある人だとわかっている人が使うべきだし、権限の重みをわかっている人が後見人になるべきです。後見人には後見・補佐・補助の3類型がありますが、権限が少ないのは補助ですが、それをもっと多用していく利用形態をきち

んと法律家が説明し、ソーシャルワーカーの方々も、その前提で動いていただけるとありがたい。ところが「強烈な権限をもっていたい」という人がいて、日本の類型は後見類型が一番多くて、ちょっと前までは年間3万人の人が選挙権を奪われていたという時代もありました。選挙権を回復した後、選挙にいらしても、またそれにも意思決定支援が必要だということになっています。

とはいえ代行決定ではなく、意思決定支援を誰がやるのか、どの職種に任せるのか、そういうことを専門にやる職種も必要かと思いますが、意思決定支援というものはいろんな人がやっているという認識が必要だと思っています。意思決定支援の専門家というのは、なんかおかしいなと思っていて、皆、生きているわけで、人生の専門家みたいなことをいうのと同じような話で、へんな感じがするなと思います。もちろん相談支援の専門職はあってもいいと思いますが、皆がそういうことに携わっているんだという前提で動いた方がいいと思っています。当事者のことは当事者がよく知っているということで、ピアサポートで当事者の方が相談支援をやる、その相談支援のところに相談者が来ないことがある。来る人と来ない人がある。ピアサポートに来ないのには理由があって「あいつにだけは相談したくない」と思われているからなんです。相談されない方は「システムの周知が足りない、宣伝が足りない」という。行政に「君たちは努力が足りない」というんですが、そうではなくて「あいつに聞かされたくない」と思われているだけなんです。専門家だから相談を受けられるとか、相談員だからドンドン相談者が来るとかではない話なんだなと思っています。自然と情報が流れると思いますので、意思決定支援についても「あの人はこういう点で意思決定支援がうまい。別の点ではおかしい」というのが普通だろうと思っていますので、専門職があっても悪いとはいいませんが、意思決定支援は皆がやるんだということなんだろうなと思っています。

抽象的な話ですが、シンポジストの田村さん

の最初の話で「意思の明確化」、石川さんのところでも「主体性」、自己決定能力はこういうものだときれいに整理されました。「意思の明確化、ご本人の思いはこうなんだ」ときちっと整理していくのは、いわれればそうだなと思うんですが、私が歳とっているせいか、「人間というのはわからんぜ」というのがあって、そんなに合理的に解けないですね。「自己決定したい」という思いと「自己決定したくない」という思いと「他の人に依存したい」という思いと「依存したくない」という思いとが、一人の人間のなかに両方とも同時に混在している。混在するはずがないんですが、論理的には。ともに私の中にあるというのが人間なのかなと思っていて、皮剥いたら人間は化け物みたいなところがあって、人を理解するのは大変だなと思っています。

現場で支援している人は人を、ご本人を理解しないといけないので大変だなと思いますが、そこが石川さんが「自己決定のディレンマ」といわれるところと共感する話です。私がいち悩みというか、解けないことだろうと思いますので。若い研究者の間では自己決定の評判はあまりよくない。それは「自己責任を背負うからだ」と石川さんは整理されましたが、そのとおりなのです。支援がなくて自己決定を強要すると支援なき自己責任になる。しかし支援を受けてご本人が決めたなら、それはご本人の決定です。その結果失敗したら自己責任をいうよりも支援が足りないのだからまた支援をすれば良い。支援をほっぽりだして自己責任だけ追求するからおかしい。というふうに思っていて、わけのわからない矛盾したものを抱えながら生きていらっしゃるご本人に、悩むんだけど、難しい支援をしつつ、ご本人に自己決定をやっていただくという、ソーシャルワーカーはそういう職種であり、専門職だと思っておりますので、その思いで一人ひとりかかわっていかねば、日本はよくなる。

他の国の支援現場で働く人、医療現場に比べると、日本の現場の平均的なレベルは高いのではないかと考えていましてイギリスだって法律

をつくってやっているけど、「本当のところ、どうなの？」というのがあります。現場のレベルは日本は高いのではないかと考えていますが、なかなか議論が出ないで、現場で、ぐじゅぐじゅっとなっている、これを整理されていけば、日本型のいい社会ができるのではないかなとされているところでございます。

以上で、本日、伝えたいお話はできたかと思いますが、皆さんの日常の現場の悩み事の解消あるいは悩みの原因の把握にお役に立てば幸いです。ご静聴ありがとうございます。

岡本 佐藤先生、どうもありがとうございました。研究者はとかく抽象的な話になりますが、弁護士さんということもあり、原理を踏まえながら具体的に説明していただき、よくわかるお話をいただきました。ぜひ会場からご質問等、承りたいと思います。

柳田 メディカルセンターです。「意志」と「意思」について、法律用語と心理用語とではどうなのでしょうか？

佐藤 法律用語としては「意思」を使います。これは契約する時に志ではないので、ほしいとか、あの人とこれをしたいという思いが合致して契約するわけなので、意思が法律家の使い方です。昔は弁護士が書面をかく時に間違えると叱られました。最近に変換ミスかということで大目にみっていますが、正確には「意思」を使います。

高橋 ワーカーをしております。先生のご経験の中でこの人に助けられたとか、こういう意思決定支援のプロセスがよかったとか、ご経験から教えていただければと思います。

佐藤 いろんな人がかかわる時のいろんな人というのは、輪のすべての人です。生活支援、相談支援、すべての人、弁護士もそうですが、全員がご本人の意向を確認しながら、こうではな

いかということで支援していく意味あい使っています。現実にはどんな場合か。全部がそうなんです、私に重度の知的障害のある子どもがいます、25歳です。ウィークエンドの土日のどっちかはドライブにいこうと連れ出します。父親は母親に対して日々の負い目があるのでドライブにいこうと首都圏の湾岸沿いをあちこち、おいしいものを食ったり、風呂に入ったりするんです。これは障害者支援としては父親としては社会性を高めるためにいいことをやってんだと思っています。本人も喜んでいて数年、やってたわけです。ところがある日、子どもを外につれていくのを女房が「やめなさい、今日はずれていくな」というのです。「なんでだ。ガイドヘルプを使ってもうまくいかないのに父親でいろいろやっているからどこが悪いんだ」と返します。ところが、同じ生活をしているはずのつれあひから見ると私の行為は、「本人はいやいやついていっている。お父さんはいきたがっているからしょうがないからついていっている。本人はうちでゆっくりしたい。あちこちつれていかれて食いたくないものを食べたり。あなたがつれていきたいと思っているからあなたのことを思っついていっているんだ」というわけです。そういわれてみると「なるほどそうか」というところが、ないわけではない。パターンのように毎週つれていくのは、こっちは本人の意思決定支援をやっているつもりだったのが、違う人がみると、そうではなくて、こっちの意思を押しつけているところがある。複数の目でみると、ご本人の意思は違うようにみえる。一人の目でみていると気づかない。ご本人の思いだと称して第三者の思いを押しつけている可能性が残る。日々の支援の中で、いろんな人がかわることで初めてご本人の思い、自分のことを伝えにくい人にとって、日々の日常性の中でつきあっている人と違う目でみると、ご本人の思いが理解できることがある。

もう一つは医療ソーシャルワークでも起こると思いますが、ご本人の意向を確認する時に関係者全員集まって連絡会議をやることがある。

患者さんの意思を決定する時、看護師さんも医者も集まって会議をやる。障害者、高齢者でも連絡調整会議をやりま。関係者が集まらない人がいるので、行けない場合は書類で書いてくる人もいる。しかし書類ではだめなんですね。現に集まらないといけない。関係者が現に集まってワイワイやると、どうしていいのかがわかる。家族はずっとご本人といっしょにいますと思っていますが、実際はそうではない。知っているのは家庭に帰った時だけです。日中活動でいっしょにいる人は別の人です。日中活動もいくつかのケースがあって、いくつかの施設がかかわっている。家でやっていることと外でやっていることは違う可能性がある。家でやっていることも外でやっていることも同じことをやっているのは、その人の癖だとわかります。家でやっていることを外でやってないとなると、これは家に何が原因がある。家の特徴である。日常的な細々した話ですが、おしっこする時にどうやるか、食べる時にどんな食べ方をするか。椅子に座っているかどうか。施設だったら椅子に座って食べるが、家では椅子に座って食わない、家だとくつろいでいるのか、どうかという仮定になる。そういう話は集まって話さないと話せないんです。気づかない。施設の人は施設のことだけしかわからない。家の中のことはわからないし、想定もしていない。いろんな人がかかわって意見交換して「この人はこうなんだ、こういうことをやっていますよ」となって初めて「この人はこういうことをやっているのか」ということがわかる。「あそこだったらこういうことをやってない」となると、それはやらないのではないかと、なんか手段が膨れることもある。その人に24時間かかっている人全員を集めないといけない。365日。初めてその人のトータルな動きがわかる。ということが日常的にあります。皆さんもそういうことをやっておられると思いますが、いろんな人がかかわって初めて意思決定支援ができるというのは、そういうことです。特に変わったことをいっているのではなく、皆さんがやっていることをそのままいっ

ているわけでありませう。そういうことだす。

岡田 私も厚生労働省の初期認知症の早期発見
早期対応の集中診療の班長をしています。おっ
しゃったように誰が見つけて、どう専門家や関

係機関につながるかをめぐって意思決定をめぐっ
て多いに議論しています。先生のお話、大変勉
強になりました。改めて先生にお礼の拍手をお
送りしたいと思います。どうもありがとうございます。

[シンポジウム]

自己決定の重層性とその支援

— 「自己決定」の概念と支援の対象・方法の整理を中心に—

石川 時子*

1. はじめに—研究目的

本研究は意思決定および自己決定の概念を理論的に検討していくとともに、現実の、実際の援助場面においてどのようなディレンマが生じ、実践家の困難となっているのかを整理する。その整理と考察によって、実践の困難を解明することに寄与したい。

「意思決定」及び「自己決定」という言葉の持つ意味は、当事者のみならず支援者各々にとって、その置かれている環境や想定する場面が異なっており、重要であるということは認識されていても、支援の方法や問題となる場面は共通認識になっているとは言い難い。ソーシャルワークの教育においても、自己決定の重要性は倫理綱領や「バイステックの7原則」で繰り返し強調されており、「利用者の自己決定が重要である」「自己決定は尊重されなければならない」という文言を誰も否定することはできないであろう。しかし現実には、声高に言うことは憚られるが、「自己決定だけに任せてはおけない」ということを、実践者であれば知っているものである。例えば「当事者が何を自己決定としているのか判然としない」、「希望している選択が現実的には困難である」、「自己決定といってもその選択は利益にならない」などの状況になったとき、単純に自己決定の尊重とは言っていられない事態になる。これらの状況に対して、「個々の状

況に則して」「現実をよく見て判断して」と言われても、刻々と変わる状況で時間の制約もありつつ判断を求められる実践家には、何ら指針を示されたことにはならない。指針を示すためにも、判断基準をどこに置くか、一つ一つ整理する基準が必要なのである。

特に、自己決定と利益は対立することが知られている。これは生命倫理学では「自律原則 対 与益原則」の対立として知られており、若干表現が異なるが、ソーシャルワーク倫理綱領でも「利用者の自己決定の尊重」と「利用者の利益の最優先」が同時に掲げられており、時にそれらが相反することが知られている¹⁾。先の「バイステックの7原則」でも、バイステックはソーシャルワーカーの専門性が優先し、クライアントの自己決定を制限する必要があることを述べている²⁾。NASW 倫理綱領でもソーシャルワーカーは「専門的見地に基づいて緊急・深刻な害が予見される場合には自己決定を制限すること」³⁾と述べられている。専門的見地に基づいて自己決定を制限するということは、利益の程度、害の程度の判断、保護の必要性や結果の予測などを伴い、非常に大きな責任がソーシャルワーカーにのしかかる。例えば児相で一時保護をするか、「頑張って育てていきます」という親の自己決定を優先するか、という例や、「手術をしたくない」という患者の自己決定と病の進行度合いをどう判断するのか、という場合において、何

*Tokiko Ishikawa : 関東学院大学

が最善の利益であるのか、正しいのかを簡単には答えることができない。

専門の見地で帰結のみを重視し、保護と利益を優先するようなパターンリスティックな関わりは、自らの関わりに内省を持つ支援者にとっては簡単には行い難い「援助」である。しかし緊急性や窮迫度が高い現場では、危機介入が前提であったり、それが更に法的にも措置や裁量権が大きい場合には、パターンリスティックな介入をしないことが後で取り返しのできない結果を招くことにもなる。従って、自己決定と利益の判断基準は、ソーシャルワーカーが置かれている現場によっても相当異なってくる。高齢者介護の現場と、精神科救急の現場では、「自己決定」でイメージするものが相当異なるであろう。

実践における困難には、自己決定そのものの困難性、現実の制約とともに、実践家同士で自己決定の尊重と制限に共通理解が得がたいことも挙げられる。従って本研究では、自己決定とは何なのかを、概念を整理することを通して、実践家の困難感の生成と支援について理解を深めたい。

2. 研究視点と方法および用語について

本研究では「自己決定 self-determination」を中心に論じる。大会テーマは「意思決定」であるが、筆者の従来の研究が自己決定および「自律 autonomy」を中心としているためでもあるが、いくつかの用語について先に整理しておきたい⁴⁾。

「意思決定 decision-making」は主に法・医・生命倫理学の分野で用いられる。社会福祉学上では伝統的に「自己決定 self-determination」を用いる。意思決定は本人の内的世界を中心に論じる傾向があるが、自己決定は近年では特に、自己責任と対で論じられる傾向にある。自己決定は責任の及ぶ範囲や他者との関係性までを包含して用いられる傾向にある。後述する「自律 autonomy」は医・哲・生命倫理学上で意思能

力を表す語として用いられるが、多くの要素を含み、多義的に使用されている。筆者は自律能力の一部、意思を表出する能力を「自己決定能力」と同定している。

1970年代以降、障害者運動の成果として「自己決定する自立」つまり「自律 autonomy」が強調され、経済・身体的に他者に依存していても、自ら決めることを自立とする言説が定着しつつある。この影響から、現在のソーシャルワーク教育でも、社会福祉制度・政策においても、「支援つき自己決定」という、他者や環境の支援体制やコミュニケーション関係を含んだ自己決定論が流行しているといえる。本研究では社会福祉学、ソーシャルワークを前提としているため、「自己決定」の語を中心に論じていくこととする。

次に研究の視点として、第一に、自己決定概念が使用者によって、また現場によって想起されるものが異なることを鑑み、これを‘life’という英語の持つ意味から、自己決定のレベルを整理する。これにより現場ごと、支援者ごとに異なる自己決定観を整理する。第二に、自己決定の議論の仕方、議論の分類を行う。自己決定の重要性はそれぞれ前提とされつつも、議論の立て方は論者によって異なる。これを方法論、能力論、価値・本質論の傾向に分けて整理する。方法論については省略するが、能力論、価値・本質論について若干論考する。最後に、自己決定の支援に関わるソーシャルワーカーの困難感について若干の考察を行う。

3. 自己決定の場面— life の場面からの考察

はじめに自己決定という言葉が現場によって、実践者によって異なるということを述べたが、この相違を‘life’という英語を用いて整理してみたい。life は通常の辞書を引けば①生活、②人生、③生命の意味がある⁵⁾。これら3つのレベルに自己決定のステージを分けて考えると、実践場面ごとに自己決定の意味が整理しやすくなる。人生の選択か、よりシビアな生きるか死

ぬかの問題にまつわる決定なのか、今、利用者
はどの段階にいるか、どの段階に関わっている
かを整理し、自己決定が共通言語になりうるよ
うにしたい。当然ながらこれらは明確に線引き
できるものではなく、日常生活から人生へ、人
生のあり方から命そのものへ、とグラデーショ
ンを描いていると想定されたい。

まず life ①生活における自己決定である。日
常生活は小さな選好と選択の連続である。朝起
きて、今日何を着るか、何を食べてどこへ行く
か、テレビのチャンネルの選択ですら、ありふ
れているが数多くの小さな意思決定をしている。
こうしたことは普段は意識化されないが、それ
が阻害された時に初めて自己決定の問題として
浮かび上がる。介助・介護の現場の場合はこの
日常生活における選好と選択を支える自己決定
を想定しやすいだろう。この場合、自己決定と
は「よりよい生活」を目指すための議論になる
ことが多い。十分な選択肢があること、それを
表出しうる・してよいと思わせる環境、支援者
の読み取る技術論、などである。これらは研究
上の、机上の議論よりも、現場ごと、実践者ご
とに技術の蓄積があるといえるだろう。

次に life ②人生における自己決定である。こ
のレベルでの自己決定とは、ソーシャルワーク、
相談援助の場面で生じているものである。当事
者にとって人生の大きな困りごと、専門家に助
言を求めたいような、人生初の課題、そして多
くは選択肢がそれほど多くない中での選択と決
定となる。福祉サービスの利用契約、施設の入
所や就学、進路、障害年金の受給や作業所の利
用など、人生を左右する決定には迷いや困難が
生じるものである。希望するよりよい選択肢が
あれば喜ばしいが、多くは一筋縄ではいかない
決定に向き合い、一つの選択は他の選好を諦め
ることに繋がり、諦めや悔恨を含ませつつの自
己決定となることもある。ソーシャルワークを
含む医療・保健・心理等の対人援助において、
この人生における自己決定とは、利用者と支援
者・専門職が話し合った上での決定、「協働（共
同）決定」や「支援を受けた上での自己決定」

として提唱されている⁶⁾。理論的にも、方法論
的にも、自己決定とは個人の中で完結して行わ
れるものではなく、人生の選択に関わるような
場合には、他者から支援を受けてなされるべき
であると考えられる傾向にある。

そして最後に life ③生、生命に関わる自己決
定である。このレベルの自己決定とは、緊急性
や医療度の高い現場を想定されたい。危機介入
を要する保護や、保護しなければ生死に関わる
場面、生死の一步前の段階でも緊急介入を要し
判断に時間をかけられない場合、医療によって
死に向き合ったり、臓器移植などは死後の影響
までも含む決断となる。この場合の自己決定は、
決定といってもよりよい、快であるような選択
ではなく、どちらがより悪くないか、という基
準にするしかないなど、何を選んでも一定の苦
しみが伴うことが多い。最善の利益、ベストな
選択、と言い切れない決定には、当事者はもと
より支援者にとっても無力感や苦しみを伴う。
ここでの自己決定の支援とは、情報提供の正確
さや丁寧さなどの技術面の議論の余地はあるが、
究極的には当事者の決定に寄り添うしかない場
合が多く、支援といっても消極的な支援になる。
つまり決定を強要したり、支援者側の価値観に
従わせるような誘導的な関わりを避けるなど
である。life ③生、生命に関わる自己決定は、決
定の難しさとともに帰結が単純に良いと言い切
れない場合が多いため、当事者にも支援者にも
自己決定の困難感が高いといえる。

以上、life の3つの意味から自己決定のレベ
ルを整理すると、今どの段階に関わっているの
か、支援者として自己決定の何が問題となっ
てくるのかについて議論しやすくなる。一般的
に life ①の生活レベルでは、自己決定の制限とパ
ターナリズムに対して慎重である。テレビのチャ
ンネルを変えさせない、好みの髪形をさせない、
など選好を制限することがパターンリズムだと
問題視することができる。しかし life ②・③と、
人生のイベントの大きさ、生命の問題に近づく
につれ、利益や害の防止が優先となり、パター
ナリズムの問題に感度が鈍ってしまう。職種に

よっては利益を守らなかった場合、専門職バッシングにつながる恐れもある。そもそも対人援助は人の利益になることをするために目指す職種であり、ソーシャルワークも②・③の人生の問題という重要なレベルになってから当事者と出会い、支援を模索する。その際、利益を追求したいのは素朴な感情であるし、③生・生命の問題のレベルでは緊急事態では「決定を待つ」「決定をしないという自己決定」という立場を認めがたくなる。

life ①の生活問題に関わる支援者と、③生命問題に関わる支援者とは、自己決定に対するイメージも支援観も異なってくる。パートナーリズムの問題とあわせ、自己決定をどのレベルで捉えているのかを分けて議論することが必要になる。それによって支援者同士で自己決定を共通言語とし、支援を相互検討することができる。

4. 自己決定の議論の分類—方法論、能力論、価値・本質論

自己決定は使用者によってレベルが異なるが、いわゆる自己決定論、自己決定の議論の立て方も分類することができる。これには(1)方法論、(2)能力論、(3)価値・本質論の3つがあるといえる。以下でその内容について述べたい。(2)能力論についてはその支援に対しての課題も述べる。

(1) 方法論

これは自己決定を「どのように」支援するか、という技術や方法論に関する議論である。自己決定に関する議論や研究の大半がこの方法論である。概念的な部分が論じられていても、援助者がその技術を高めることや姿勢に関することが中心であり、ソーシャルワーク教育もかなりの部分がこの方法論にあてられているといえるだろう。方法論については優れた研究が多数あるため、本研究ではそちらに譲ることとし考察しない。

(2)-1 能力論

これは「何が」自己決定であるのか、自己決定の能力とは何か、という議論である。この能力を明らかにすることによって、どの能力に対してどのように支援するのか、ということが明確になると考えられる⁷⁾。

筆者は別稿で「自律 autonomy」の概念を論じ、その一つとして自己決定能力を位置づけているため、先に自律能力について述べたい。自律の能力とは様々な先行研究で多義的に論じられているが、それらは(a)行為主体性、(b)選好形成、(c)合理性、(d)表出、の4つの内的能力と、能力ではないがそれを可能にする外的条件(x)環境に分けることができる。(a)行為主体性とは、欲求や意思を持つ主体であることである。好悪のレベルや直観的で基礎的な欲求をも含んでいる。(b)選好形成とは、その欲求を順位づけ、コントロールする能力である。甘いものを食べたいが、痩せたいので食事を制限しなければならない、と選好の中で順位付けを行うような能力である。(c)合理性の能力は二つに分けることができる。一つは「合目的性」で、これはある欲求・選好に対して手段と目的が一致しているかどうか、をはかる能力で、「手段—目的合理性」である。二つ目はその社会における通念や価値規範と一致しているか、一致するようにする「調和・一致性」である。(d)表出は、自身の意思を表出して他者に理解してもらおう能力である。コミュニケーションを図る、自己実現のために意見を表明したり交渉したりする能力で、これを自己決定能力と同等することができる。この表出能力はわずかな表出から政治的な交渉まで幅が広い。更に、これら4つの内的能力に加え、自己決定は能力があったとしても、他者からの尊重や選択肢がないと実現しえない。つまり、(x)環境という外的条件が自己決定をどのように実現するか、抑圧するのか、という要素も考慮に入れなければならない。ここでいう環境とは、文化、社会規範、制度政策、資源、家族や支援者も含まれる広範囲の要素を指す。自律能力とは、行為主体性、選好形成、合理性、表出の4

つの内的能力と環境という外的条件があり、表出能力が他者から客観的に観察され評価対象となるときに自己決定能力と呼ぶことができる。

自律能力、自己決定能力を同定した上で、改めて支援の方法論を考えると、支援の対象と方法について明確化に寄与できると考える。以下で若干の方法論を述べる。(a)行為主体性に対する支援とは、特に障害の重い人や周囲から存在を否定され排除されるような人に対して、いわば人権や存在を肯定するアプローチが考えられる。重度心身障害者やかかつてのハンセン氏病に対する支援を想定されたい。(b)選好形成能力に対する支援とは、選好同士の葛藤の整理や、情報提供、本人の欲求と真の目的を整理することにより、より上位の選好は何か、その人の持つ価値を確かめることで選好の順位付けを手伝うことになる。(c)合理性能力に対する支援は二通りある。一つ目の「手段－目的合理性」に対しては、その人の選好に基づいて適切な手段を選び、目的に辿りつけるよう支援することで、これは従来からソーシャルワークの方法論でよく議論されてきたものだといえる。しかし二つ目の「調和・一致性」に対する支援には注意が必要である。これは社会の常識に一致しているか、専門的判断に適うか、という基準になるため、専門知を前面に出せば合理性と言って当事者の選好を切り捨てることも可能になる。単に合理性を掲げて常識や社会通念を拡大解釈し、抑圧・強制しないことが重要となってくる。(d)表出能力、ここでは自己決定能力と同定するものへの支援は、コミュニケーションの表出手段を保障したり、言っても許されるという環境を作ることが支援となる。また表出を強要しないこと、決定しない自己決定という立場も認められるべきである。最後に(x)環境は上記の能力すべてに関わり、これがなければ自己決定として実現しえない。環境が自己決定を支援する体制となること、社会資源の開発やソーシャルアクションを含む支援が必要となる。

(2)-2 能力論とその支援に対する課題

自律・自己決定の能力とは何か、その支援とはどの能力に対してどのように支援するか、を明らかにしても、更に問題が生じてくる。例えば、選好形成の段階で関与することは、情報提示のしかたによって支援者の価値観に従わせるよう、利用者の価値観を操作・誘導する可能性がある。田村氏の「自身の価値観を伝えてしまうことをよくよく熟慮して関わるべき」という指摘は、この操作・誘導を専門職が無自覚に行ってしまう危険性に対する注意である。「意思決定の協働」や「支援つき自己決定」という近年議論されている話し合うプロセスを重視した支援は、援助技術の一つで重要な「信頼関係」を用いると、利用者と支援者の信頼関係があればあるほど、価値観を露わにする討議は信頼を寄せる支援者の価値観に引きずられる場合がある。専門職としての有能さの指標である専門知識があることや、ラポールの形成能力が高いほど、予見・合理性を前面に出して支援者の持つ価値観に誘導しやすいというパラドックスが生じる。

抑圧が明白であれば、それはパターンリズムの問題として認識されやすいが、ソフトに、合理性能力に対して専門技術を用いて関わることによって、支配－被支配を見えにくくさせる。

意思決定、自己決定を尊重するということは、当事者の危険を冒す権利や不利益が予想される場合での支援、いわば愚行権をどこまで保障すべきか・支援すべきか、という課題に突き当たる。吉田氏の報告でも、後見人が当事者の意思決定を尊重し、当事者寄りであればあるほど、利益を保護しない、あるいは害が予測されるために他の専門職や支援者との対立が生まれるというチームアプローチの困難さが生じていた。

支援者が自身の価値観を排除することは絶対に不可能であり、今はその価値観を露わにして利用者と討議することが求められているが、その際、自身の持つ権力性を十分に自覚し抑制する関わりが必要となってくる。パターンリスティックな干渉への防御として、複数の支援体制、チームアプローチや当事者参加型ケアマネ

ジメントなどの方法論が必要となってくるが、その際、何を根拠にどのような価値観に基づいているのか、どのような自己決定を行うべきなのか、という自己決定の「価値・本質論」に対する議論が必要となってくる。

(3) 価値・本質論

自己決定の価値や本質に関する議論はそれほど多くない⁸⁾。そもそもなぜ自己決定は必要とされているのか。まず、自己決定にはそれぞれものに価値がある、とする「本質的価値」を認める立場がある。この本質的価値に基づくと、自己決定への問いはそこで止まってしまうことになる。もう一つは、自己決定にはより上位の価値を達成するために価値を認める、という立場がある。これは「手段的価値」を認める立場といえる。手段的価値に基づいた場合、より上位に置かれる価値とは、「自由」や「尊厳」が掲げられている。ソーシャルワークの倫理綱領でも「尊厳」が最上位に掲げられている。

昨今、自己決定は兎角「自己責任」と対で語られる傾向が強まっている。「自己決定したのであるから、社会的弱者になったとしても自己責任であり、社会が配慮する必要はない」といった言説である。自己責任とは何か、という議論はここでは扱わないが、現状では配慮の必要な人に対してそれを社会的コストとみなし、コスト削減するために自己責任を強調する潮流にあるといえるだろう。しかし、ソーシャルワークが掲げてきた自己決定の本来的な価値には「尊厳」があり、また自律能力の一つに「行為主体性」という人の存在そのものを認める立場がある。これに注目することによって、もっとも表出の弱い人に対して、その尊厳を守るために自己決定の価値があると考えられる。

5. 自己決定の本質と支援者として

自己決定の支援には、様々な難しさが付きまとうことがわかる。理論上、自己決定のレベルや、自己決定能力の対象ごとに整理したとして

も、意思の誘導の恐れや他職種との衝突が起きる恐れがある。最後にやや情緒的な考察になるが、ソーシャルワーカーとしてどのように意思決定、自己決定に向き合うのかを述べておきたい。

我々は教育の中で繰り返し自己決定を教えられ、実践においてそれが望ましいと思いつつも、多くのディレンマと向き合う。ディレンマや困難感を知るほど、支援者としては、自己決定とは単に望ましいものとして取り扱うことができないということを、明確に意識化すべきである。我々は、自己決定に関わりつつも、その結果、帰結を肩代わりすることはできないのである。特に生命の問題に近づけば近づくほど、痛みを伴う選択肢となり、選ばなかった選択肢に悔恨が残ることがある。支援していても傷つく結果は当事者のみに負わせることになる。我々は自己決定の過程を支援するが、伴走者となるのみで、結果の重みは引き受けることはできない。傍で見ているしかない伴走者にも、苦しい選択を見れば痛みが伴うものである。辛い決定に寄り添う支援者同士のケアやシェアも必要になってくるであろう。チームアプローチが衝突を引き起こすこともあるが、支援者の持つ痛みのシェアを、チームが緩和することもまた重要な機能であろう。

〈注記〉

- 1) 自律原則対与益原則の対立については石川(2007)でも述べているが、Beauchamp & Childless (1979=1997)に詳しい。
- 2) Biestek (1957=1996)においては、クライアントの自己決定の尊重原理は、人間の自由や尊厳といった基本的権利から生じることを述べているが、同時にクライアントの自己決定を行う能力や、法、当該福祉機関の機能によって自己決定の制限を加えられることも認めている。バイステックの言う自己決定は、基本的に援助者の枠組みやニーズ判定の範疇で決められるものである。

- 3) NASW 倫理綱領 (standard 1.02) 参照。
- 4) 詳しくは石川 (2009) 参照。
- 5) 一般的な英和辞典では、生命・命、生涯、寿命、生活・暮らし、人生、元気・精力・活気、などの意味が出てくるが、ここでは「ソーシャルワークが関わる事由の大きさ」という観点からこの順にしている。
- 6) 例えば社会福祉学では秋元 (2010)、沖倉 (2012)における「支援された自己決定」、「支援つき意思決定」の議論や、医療倫理・臨床哲学で清水 (2005) が意思決定の共同について一連の議論を行っている。
- 7) 本論は石川 (2009)「能力としての自律」をもとにしている。
- 8) 自己決定の価値や本質に関する議論は数少ないが、衣笠 (2009) や田中 (2010) の論考がある。

文献

秋元美世 (2010)『社会福祉の利用者と人権—利用関係の多様化と権利保障』有斐閣

Beauchamp, T.L. and Childress, J.F. (1979) 'PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS' (=1997, 永安・立木監訳『生命医学倫理』成文堂)

Biestek, F.P. (1957) 'The Casework Relationship' (=1996, 尾崎新・福田俊

子・原田和幸訳『ケースワークの原則—援助関係を形成する技法—〔新訳版〕』誠信書房)

石川時子 (2007)「パターナリズムの概念と正当化基準—『自律を尊重するパターナリズム』に着目して—」『社会福祉学』48, (1), 5-16.

石川時子 (2009)「能力としての自律—社会福祉における自律概念とその尊重の再検討—」『社会福祉学』50, (2), 5-17.

衣笠一茂 (2009)「ソーシャルワークの『価値』の理論構造についての一考察—『自己決定の原則』がもつ構造的問題に焦点をあてて—」『社会福祉学』49, (4), 14-26.

National Association of Social Workers (NASW) (1999, 2008) 'Code of Ethics', (<http://www.naswdc.org/pubs/code/code.asp>) 2014.11現在

沖倉智美 (2012)「『支援つき意思決定』の理論と実際—知的障害者当事者の『自己決定』をどのように考えるのか—」『対論 社会福祉学の論点 5 ソーシャルワークの理論』157-84.

清水哲郎・伊坂青司(2005)『生命と人生の倫理』放送大学教育振興会

田中耕一郎 (2010)「〈重度知的障害者〉の承認をめぐって—Vulnerabilityによる承認は可能か—」『社会福祉学』51, (2), 30-42.

[シンポジウム]

意思決定におけるソーシャルワークの射程 ～地域における成年後見活動の実践を通して

吉田 麻希*

ソーシャルワーカーが成年後見活動に携わる意義

社会福祉サービスの提供が原則的に契約に基づいて行われるようになったことから、財産のない低所得者であっても、自力で契約できないことを補える家族等がいなければ、成年後見制度の利用が必要とされるようになった。財産管理だけでなく身上監護面に関する支援も強調されるようになったことで、判断能力が不十分な人に起こりがちな消費者被害や被虐待といった権利侵害を防止し、その権利行使を支援しようとする際、成年後見制度が有効な社会資源として認知され、活用されるようになった。福祉専門職であるソーシャルワーカーが、制度に繋ぐ役割や成年後見人等を担う役割で、この制度に関与するようになっていく。

1999年の民法改正では、「本人保護」に加えて、「自己決定の尊重」「ノーマライゼーション」「残存機能の活用」が基本理念として掲げられるようになり、『成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなくてはならない。』（858条）と、本人意思の尊重と身上配慮の義務が成年後見人等に課せられた。

「自己決定の尊重」「ノーマライゼーション」

「残存機能の活用」、これら、ソーシャルワークの倫理・価値と共通する理念を「本人保護」と調和させ、実践レベルで具現化することは容易ではない。それでも、判断能力が不十分であっても、自分のことは自分で決める、地域社会で支援を得て自立した生活ができる、そんな事例を1つ1つ積み重ね、示していくことは、実践家が目指すところだ。今の時代にソーシャルワーカーがこの制度に関わる意義だとさえ、感じる。私は、裁判所に権限と責務を付与された成年後見人として、また、地域包括ケアに参加するソーシャルワーカーとして、各々の機能を意識しつつ一体的に活用して、この課題に取り組んでいる。

生活場面での「意思決定」支援のプロセス

「意思決定支援」は、ソーシャルワークプロセスを通して行われる意思形成から意思表示、意思実現へとつなげる一連の支援である。単なる意思確認とは違う。権利主体であるご本人に歩調を合わせ、周囲との関係性や調和にも配慮しつつ進めていく。生活場面での意思決定支援のプロセスを、実際を通して考える。

〈危機介入〉

私は、福祉的アプローチを必要とする方々の成年後見人等を担ってきた。ある人は誰に訴え

*Maki Yoshida : 吉田麻希社会福祉士事務所

ることもせず、困りごとを抱え込んだまま不自由な生活を続けていた。ある人は怒りや暴力でケアを拒み、孤立を深めていた。これらの事例は力になってくれる身寄りがないため、制度利用にたどり着けないまま、日々の生活の安心・安全、保健医療・介護サービスの適切な利用、住居や施設の確保など、生活課題が山積していた。判断能力が低ければ低いほど、自分にとって何が必要かを悟ることが難しい。行政、地域包括支援センター、高齢介護や障害福祉サービスに携わる方々が親身な働きかけをした。しかし、『ほおっておいて』『誰の助けもいらない』が、言葉とは裏腹のSOSだと感じて、また、自分の利益のための適切な判断ができないとわかっているにもかかわらず、支援者は、本人が支援を拒んでいればいるほど、同意や納得を得ておきたいものだ。また、そのようにせざるを得ない。すっかり消耗しているクライアントにとっては煩わしく不可解で、事態は変化しなかった。成年後見人は権限を与えられているため、これとは違った動きが可能だ。

クライアントとの初対面では、『私は、裁判所から〇〇さんのお手伝いをする役目を仰せつかりました。よろしくお願ひします。〇〇さんとは、できれば、生涯の長いお付き合いをさせてほしいと思っています。困っていることがあれば教えてほしい。何か望みがあるなら、どうすればかなえられるか、一緒に考えさせて下さい。〇〇さんの役に立ちたいのです。』といった挨拶をする。クライアントに歓迎されることはなく、たいてい、無視されるか無関心を装われる。それでも、しばらく黙って傍にいと、キーワード「裁判所」「生涯」「役立つ」が気になるのか、口を開いてくれる。そうでなくても、徐々に緊張した空気が和らいでくる。そのタイミングで、例えば、滞っている支払いやサービス契約の代理締結など、『急を要することだけは、私に任せてほしいのですが、よろしいですか？大丈夫です、任せてください。〇〇さんの代わりに、責任をもってやっておきます。』と請け負うことにしている。衣食住が破綻したところ

に尊厳ある生活も望めない。事態の收拾が先決と判断する。本人意思の尊重がないがしろであることは間違いないが、本人保護を目的にした権限行使である。この場面では、成年後見人の立場と権限が大いに機能する。

但し、目的は他にもある。ソーシャルワーカーの意図は、ご本人の意思決定の機会を、先延ばしに確保することにある。混乱と悪循環、非日常の中でクライアントはパワーレス状態にある。例えば、買い物に行こうとするたび『財布がない』、これが引き金で、連日、近隣を巻き込んだ大騒動を起こしている認知症高齢者の事例。收拾がつかないまま時間が過ぎ、トラブルに巻き込まれている近隣や関係者のストレスは膨らむ一方だった。ご本人は助言や説得に耳を貸さず、興奮して怒っていると思えば、疲れ切つてぐったりしていた。『自宅での生活はもう、限界』『本人のためにも、どこか施設に』の声が周囲に高まり、成年後見の審判申立が行われていた。私はまず、トラブルの引き金になっている状況を無くしたかったが、ご本人は、『通帳はともかく、自分の財布まで人に預けたくない』『人の世話になっていることを世間に知られたくない』と主張する。やむを得ず、「へそくり作戦」と称して、管理している本人の財産から、日常の買い物ができる程度の現金を自宅のあちこちに忍ばせた。関係者の協力を得て、本人が『お金がない』と言ったら、不安が昂じる前にすぐ現金の在処を伝えることにした。幸い、騒動は収まった。事態を介入によりいったん收拾させることは、この事例では、本人意思と相容れない方針をかわし、この先、ご本人の意思を尊重した支援を展開するための猶予を生み出すためのものであった。私自身が、在宅生活が可能か状態の見極めをするための猶予もほしかった。この場面では、ソーシャルワーカーのアセスメント力が発揮される。ソーシャルワーカーは、クライアントと近隣や関係者との相互作用に着目してその接点に介入している。具体的な対処方法は、ご本人の行動パターン、生活の場の観察、支援者の協力体制を把握して決定した。

〈本人理解〉

誰かの介入によってニーズが充足したとしても、それだけではご本人の生活は満たされない。人の生き方や人生はそれぞれの価値観により多様である。お仕着せでなく、ご本人が「かくありたい」と願うことの上にこそ、私らしい生活が築かれる。成年後見人はご本人を深く理解することで、代理人の役目を果たせる。本人にとって大切なことを聞かせてもらえる存在になりたいと思う。そのために、信頼関係に基づいた援助関係を築きたい。ソーシャルワークプロセスは、これを軸に展開されていく。

クライアントの中には、そもそも自分で決めた経験がない人がある。自分が決めたことをことごとく否定された体験があったり、思うことを口にしていいと知らされていなかったりもする。疾病や障害のために、特別な配慮がなければコミュニケーションできない人がある。問いかけに知らん顔をしたり、トンチンカンな応答に終始するため、意思疎通ができないと諦められ、いつしか、問われることもなくなった人もある。専門職の支援者がそのような態度をとれば、家族・親族、知人、近隣など身近な人たちも、積極的に関わろうとしなくなりがちだ。個別的な配慮や働きかけ方を工夫して、コミュニケーションを図り、それが可能なことを示したい。

私は訪問面接では、日々の出来事、生活史、生活上の困りごと、嗜好や関心事、幸福や喜び、苦しさやつらさ等々、ご本人から聞かせてもらう。クライアントの話は必ずしも正確・的確でない。関係者や関係機関からの情報で補い、修正する必要があるが、ソーシャルワーカーは面接において、事実と同時に、そこに伴う感情を大切に聴き取る。直接、ご本人から聞くことは、その点でかけがえない。心を傾け、五感を研ぎ澄ませる。

日々の出来事について感想を求めることも多い。各種サービスの利用や集いへの参加があっても、その事実をすっかり忘れていることもある。それでも、思い起こして何かと話してくれ

る。そこには、クライアントの人柄や物事の考え方がよく表れる。『本当に楽しかったよ』『〇〇さんと会えた』『良くもないが、悪くもない』とどちらかと言えば肯定的な言葉には、『よく参加されましたね』と一緒に喜ぶ。『金輪際、あそこには行きたくない』『おかげで疲れ切った』とどちらかと言えば否定的な言葉は、要対策だ。事情を問うと、本人はうまく説明できず『もう、どうでもいい』と投げ出してしまふことが多いので、サービス提供者等に問い合わせる。『怒らせるような事実はない』『ご本人はこちらでは機嫌よくされていた』『真に受けたくない』と釈明や抗議を受けることもあるが、『見当識が落ちているので、勘違いや誤解の可能性もあるけれど、意外なことに怒っている可能性もあるので、思い当たることがあれば教えてほしい。』と協力をお願いする。ご本人が諦めているからといって、ソーシャルワーカーが諦める理由にはならない。理由や原因がわかれば対応策がとれる。そうならなくても、ご本人は否定的なことを口にしても受けとめてくれることを体験して安心する。サービス事業者等には、私の本人本位の立ち位置が伝わるはずだ。

何度訪ねても、顔をそむけたまま黙りこむ人もあるが、クライアントも、私を値踏みしているはずだ。慣れること、馴染むことに時間がかかる人も多い。ご本人のペースを尊重して、根気強く『あなたのことが知りたい』とメッセージを送り続ける。怪訝そうな表情が消えるころには、次第に対話のチャンネルが開かれていく。『これでは、私の暮らしとは言えない』と、クライアントが苦痛に感じているものの正体を話し出す。『どこで誰と暮らすかまで、他人に決められたくない』と、支援を受け容れなかった理由を話し出す。本当は「かくありたい」、ご本人にとって大切なことが話題に上るようになって来れば、援助関係が整いつつあると判断できる。

〈小さな経験と試行錯誤〉

危機介入によって日常を取り戻したクライア

ント、権利主体として当たり前前に尊重されるようになったクライアントは、徐々に力を取り戻して行く。日常の些細なことからでいい。好きか嫌いか、どれを選ぶか、選択したり、決定したり、機会を意識的に増やしていく。食卓に何を並べてほしいか、部屋の使い勝手はこれでもいいのか、寒暖の調整は自分でできるか、欲しいものや出かけた場所はいいか、聞いてみる。生活上の小さな選択や意思の表明でも、生活が変化すれば、手ごたえがある。自己効力感が生まれ、自信につながる。

あるクライアントの例。急に入院になったので、私が入院のための着替えや物品を取り急ぎ、買い揃えた。ところが、パジャマを手にしたまま、促しても着替えない。入院が嫌なのかと思い、『なにか、心配なことがありますか』と聞くと『こんな派手な色は着たことがない』の返事。いつも見るのがダークな色目だったので、違うものを選んだのだが、一言、好みを聞くべきだったとお詫びした。いつの間にか、私にきちんと伝えてくれるようになっていた。

ただし、うまくいかないこともある。短期入所会で会えると楽しみにしていた馴染みの顔がなくて落胆した。通所施設の行事に参加する予定が、発熱でドクターストップになり悔しい。携帯電話がほしくてたまらず購入したけれど、電話代がかさんで困った。選択や決定を間違えることも、つまづくこともある。事を為せば、何らかの結果がついてくる。悲喜こもごもを楽しめないまでも、受け止めなければならない。選択や決定をするだけでなく、感情を収め、結果を受けとめる体験も積んでいけるよう支援する。体験の時機をとらえ、フォローアップすることが大事だ。

精神障害があり閉じこもりがちになっていた事例。支援者チームの協議で、週1回、通所を利用することが話し合わせ、ご本人も同意した。どうすればご本人が気に入ってくれるか、送迎、参加プログラム、食事での特別な配慮も含めて準備万端、整えられた。しかし、当日、ご本人は頑として動かず、『行くなんて、言っていない』

とうまくいった。意思確認は計画担当者が1度したきりだった。気が変わったというより、そもそも、提案を断わり切れなかったと判断された。『再確認して、やっぱり行かないと言われたらと思うと聞けなかった。』のが支援者チームの本音で、私はそのことを薄々感じていたが、計画担当者への気兼ねもあったし、何より、あわよくばこの機会にと事を焦ったことを認めざるを得なかった。この事例では、前言を翻したとご本人を責めることは到底できない。準備状態を作る、決めることを強制しない、周囲のお膳立てで、あたかも本人意思のように装った意思尊重は厳に戒める、深く反省し学んだ。

一方、認知症高齢者の事例。ご本人が、『同窓会もこれが最後。今までも欠かしたことはないし、私は級長だったから、今回も行かなくては。でも・・・』と躊躇しつつヘルパーに案内状を差し出した。ケアマネジャーを中心に支援者チームが協議した。次第に身なりを構わなくなり、ヘルパーの身体介護を拒否することが増えている。同窓会に行くことを目標にして、ご本人にケアを受け容れてもらう機会にしようと決めた。ヘルパーがご本人に『大丈夫、私たちが準備を手伝いますよ』と促すと、早速私に『美容院に行って、靴も新調しなくては』とお金を届けてほしいと連絡が入った。下着や紙パンツの交換、歯磨きなど、これを機にスムーズに受け容れるようになった。当日は、洋服ダンスに眠っていた上等のスーツに着替え、さっそうと用意されたタクシーに乗り込んだ。同窓会から帰ると、さすがに疲れた様子だったが、『今日は頭が冴えていた。級長としての挨拶も、すべてうまくいった。』と満足げに話した。その後、相当に病状が進行してから、この記憶は長くとどまり、クライアントの自信の源のようだった。もちろん、支援者チームの拠り所ともなった。同窓会に行きたい気持ちが、いったん羞恥心やプライドを横において、身体介護を受け容れることにつながった。目標をもつことは本人を励ます。支援者と目標を共有して一緒に課題を乗り越えることで、援助関係は強まる。

〈意思決定の支援の担い手〉

私は、成年被後見活動において、クライアントをネットワークで支えることを心がけている。医療・介護の担当者、行政機関、地域包括支援センターといったコアの支援者チームだけでなく、親族・知人・近隣、関係機関が加わったネットワークは、クライアントにとって貴重な資源である。コアメンバーの立場や職能に応じた支援と親族や知人、地域の方々の理解と協力が、ゆるやかに連携していることは、大きな支えだ。クライアント自身に加われる時を期待しながら、まずは仲介者として参加する。クライアントが混乱の中で失った関係を取り戻していくための一助ともなりたいと思う。

意思決定支援は、クライアントとソーシャルワーカーとの援助関係の中で完結するものではない。私は、意思決定支援が一定すすんだ時点からは、ネットワークに加わる人たちが意思決定支援の大切さを知り、ご本人に関わってくれことを願っている。意思形成では、クライアントの周囲に様々な考えや立場の人々が存在し、影響を与えることが自然だ。意思表示にあたっては、誰に意思を表明するかはクライアントが決めていいことだろう。成年後見人の活動とその権限行使も、多くの人々の目にさらされることで、適切さが担保されると思う。

〈より大きな決定へ〉

ただ、支援のネットワークは欠かせない存在であるだけに、状況によっては、大きな圧力となり得る。クライアントは次第に、生活上の事柄に限らず、人生に大きな意味をもつ事柄についても、意思表示をし始める。それだけ、エンパワメントされたと言えるが、事と次第によっては、大きな反発が生じる。『なぜ、本人意思に重きをおくのか、決めるのが後見人の役目ではないのか。』と。ソーシャルワーカーには、権利擁護の視点を明確に、本人意思の尊重について啓発する役割が期待される。ネットワークが本人本位に機能するための大切な働きかけだ。

特別養護老人ホーム入居の高齢の精神障害者

の事例。初対面の挨拶では『自分のことは、あまり話したくない』と口をつぐんだが、訪問を繰り返すうち、『家に帰りたい。ここから出してくれ。』と打ち明けた。転倒・骨折で入院前から入居したが傷は癒えていた。歩けるようになっても帰宅させてもらえないと憤った。実力行使なのか、施設のケアを受け容れておらず、深刻な状況があった。私は、自宅復帰は選択肢の1つと判断した。在宅時の支援者チームと施設に相談すると、『入所継続に必要と考えて後見人を立てたのに。』『とても、近隣が受け容れない。』と取り合ってもらえなかった。クライアントは、もともとの障害に加齢が加わり、判断能力の不十分さから、自身を危険にさす行為、近隣に迷惑や心配をかける行為が続き、孤立していたという。支援者チームが良いと考えることと本人の意思とが明らかに相違・対立していた。本人保護が本人意思の尊重か、最善の利益をどこに見出すか、悩んだ。在宅生活のリスクと本人意思、限られた地域資源と必要な支援の不均衡、近隣関係を焦点に、支援者チームのカンファレンスが何度も繰り返されることになった。

〈調和して生きる〉

人は、好むと好まざるとに関わらず、様々な関係性の中に生きているし、それなしには生活は成り立たない。当たり前地域で暮らし続けるためには、互いに尊重し合い、調和して生きていくことが大切だ。判断能力が不十分で社会的ハンディキャップをもっていたとしても、それは変わらない。成年後見人は代理人として本人利益を代弁するが、度を越した干渉や介入がある場合は別として、対立してご本人を孤立させることは厳に慎まなければならない。ソーシャルワーカーは、クライアントのまわりに支援者を繋ぐ役割を果たさなくてはならない。所詮、一人では何もできない。最善の利益を見出すには、根気も時間もかかる。ただ、クライアントは『私は嫌われているから、帰してもらえない。』『私はこの歳だ。時間がない。』と急く。『拒ま

れているのではない。あなたのことを心配してくれている。理解を得て、支援してもらえるようにお願いしているから、待ってほしい。待たせて申し訳ない。』と説明を繰り返した。支援者が集い、共に知恵を出し合う努力を続ければ、より高いレベルでの協働が実現されるはずだ。私がまず確信しなければ、クライアントも支援者を信じることができないただろう。クライアントも「かくありたい」の実現のために、堪えて待った。結果、自宅復帰がなかった。

〈根拠ある支援〉

意思決定支援は、クライアントが「私らしく生き抜く」ことに価値をおいた援助であり、取り組むべき課題だ。しかし慎重でなくてはならないと、いつも自分に言い聞かせる。成年後見人には、クライアントの利益を損なわぬよう万全を期す責任がある。1999年の民法改正は大きな転換であったが、後見事務の範囲が拡大されたわけではなく、成年後見人等に法律上予定されているのは、なお、「代行決定」である。権限行使を控えるなら、判断根拠1つ見通し1つ、正しいソーシャル・アセスメントから導かなく

てはならない。意思決定支援はそれ自体、法律行為でも付随する事実行為でもない。家庭裁判所がこの取り組みを評価し、報酬に反映させることはできまい。相当な時間と労力を費やすだけでなく、リスクも負うのである。

最後に

地域で暮らす高齢者や障害者の個別の意思が尊重されるよう、支援を続けたいと思う。意思決定支援のプロセスは、援助関係を軸に展開される。クライアントのエンパワメントを促す過程でも、クライアントが失われた関係を取り戻していく過程でも、これがいかに鍛えられているかが試される。

生涯にわたる支援を続けていけば、いつか、成年被後見人からその意思を聴き取ることも確かめることも難しい時期を迎える。その日を迎えるまでに、ご本人の「かくありたい」がソーシャルワーカーである私に刻まれ、ご本人の言動がイメージの中で動き出すほどになっていたら・・・、そんなことを思いながら、苦心算段を続けている。

[シンポジウム]

意思決定におけるソーシャルワークの射程 —緩和医療における実践から

田 村 里 子*

はじめに

医療ソーシャルワーカーはその養成課程の中で多岐にわたる学びを得る。その中でもクライアントの「自己決定の原則」は、最も強く深くたたき込まれ、文字通り「骨身に染みている」と言っても過言ではない。そして現任者となって後は、現場で出会う多くの事例をとおして、その実際はどうすることかを突きつけられ、自らを問われつづけることとなる。昨今ほとみに、迅速に結果を出すことへの圧力が増強される日常にあって、自己決定の価値を堅持しようとするソーシャルワーカーとしてのアイデンティティが、揺るがされる現実がある。

緩和医療を実践場とし、がん患者と家族の相談支援を行う立場より意思決定におけるソーシャルワークについて、緩和医療の現場で出会う意思決定の局面と支援の視点から、実践を通し述べたい。意思決定に含まれる課題を明らかにしつ、意思決定におけるソーシャルワークの射程について考察する。

*用語規定

論を進めるにあたり、以下のように用語を規定する。

- ・自己決定：(self determination)
自分自身や生活のありかたについて、自ら決めていくこと

- ・意思決定：(decision making)

特定の目標を達成するために、複数の代替案から、最善の解を求めようとする行為

この規定から考えるに、医療現場では、さまざまな選択の局面において意思決定を重ね、医療行為がすすめられている。では、その意思決定において、ソーシャルワークが担うことは何であるか。その射程、すなわち「力の及ぶ範囲」、「何が出来ることであるのか」を、筆者の実践領域から考えたい。

・緩和医療の現場における意思決定の局面と支援

緩和ケアの移行は、治療について望む選択肢がない中での選択の結果である事は少なくない。その場合は、その選択への折り合いを助けるといことが、支援となる。また、本人自身の意思決定に至らないままの、環境的な要因や外的な方向付けの結果として、緩和ケアへの移行に至ったということも多い。ゆえに、対象者自身が意にそぐわないことを選択することの苦渋と、決めないまま導かれた「結果」や、発せられなかった意向の行き着く所へ、思いを馳せつつ、寄り添いながら支援する。

緩和医療の中では、時間の過ごし方の選択である外出や外泊、思い出づくりのイベントなど

*Satoko Tamura : WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部

日常生活における小さな選択も、限りある人生についての選択であり、時に生命の問題に直結する可能性をはらむ。

そして具体的に療養の中で、生命の力の衰えが認識される状況で、栄養補給について、胃瘻や腸瘻の増設の検討や、経鼻チューブ、IVH、末梢からのルートの検討、また、そもそも補液や水分補給はどこまでしていくか等々、医療側から医学的な説明と共に提案があり、選択の局面が連続してもたらされる。たとえば胃瘻の増設の選択は、どこで過ごすかの療養場の選択に直結する問題となる。それは、次の療養場所を想定しつつ、まさにその後の人生の過ごし方の選択ともなる。

苦痛緩和が容易ではない状況となった場合、医療者からの緩和策としてのセデーションの提案は、患者と家族にとっては生命の選択と直結した局面と捉えられる。そのような意識によって緊張を高める家族が、いかにしてこの状況に向き合い考えていくのか。その家族にとって、援助者としてのソーシャルワーカーが共に歩む存在と認識されうるのか。まさに「共に在ることの質」が支援する側に問われる。

さらに、看取りが近づき、最期についての意向を表明された折の患者や家族の「最期まであきらめずに手をつくしてほしい」、あるいは「自然に看取ってほしい」などの言葉には、常に曖昧さが存在する。その表現するところは、実に個別である。言葉を発した真意を押し量りつつ、その言葉の意味する所にたどりつくには、深い対象者理解を必要とする。それを医療チームに橋渡しし、その意向や希望に適合する医療的介入とは、具体的にはどういうことなのかを、共に医療の受け手側の意向を考え、意思決定の内容を実現することをサポートする。ソーシャルワーカーの通訳機能やアドボカシーが、求められる局面と考える。

・意思決定の環境整備と課題

こうした場面における意思決定の前提として、

常に、意思決定のための環境整備、選択決定の状況を整える支援が必要となる。まず、医療の中でなされる意思決定の前提として、情報の課題は大きい。提示される選択肢について、その内容や選択後のプラス面マイナス面の十分な理解が、当事者には難しいことも多い。医療の担い手側と受け手側には、絶対的な知識の差がある背景を鑑みて、その意思決定が十分理解された上でのものなのか、その場面で流されずに、医療の受け手側に情報の不足はないのか、について現況をつまびらかにする必要がある。情報不足についてのアドボカシーは、意思決定のための環境整備として必要な意思決定支援といえる。

意思決定場面では、医師などの医療者の価値判断の影響を受けやすく、パターンリスティックな状況に陥りがちである。こうした点に、常に注意を喚起しつつ臨むことは、意思決定支援の必須の姿勢である。

意思決定支援は、迫りくる病態変化や迅対対応の流れの中、常に時間制限との闘いを余儀なくされる。限定された時間の中で熟考し、意思決定支援をいかに妥当なものにできるのか、支援する側に切実な課題となる。

医療現場の意思決定を考えるにあたり、代理意思決定者となった家族への支援についても、言及しておきたい。緩和医療の現場では、病態の進行に伴う意識状態悪化などにより、意思決定が困難な本人に替わって、家族が意思決定をする場面は少なくない。こうした家族への支援は重要である。代理意思決定に伴う家族の心理的な負担や自責感が大きく、また決定を巡って家族間の葛藤が生じる事も多い。これは従来、家族へのケアとして捉えられているものではあるが、医療における意思決定支援の重要な一つの局面として、家族の代理意思決定については考慮すべき課題と考える。

・意思決定のプロセスに生じていること

これらの意思決定の場面には、様々な葛藤が

内包されることが少なくない。

たとえば、医療者の考える最善の利益と当事者の選好が異なる場合、また患者本人と家族の意向に相違がある場合、また家族内の意向が不一致であり家族間の合意形成へ向けた調整が必要な場合などがある。これらは、方向を見いだすために合意形成へ向けた支援をしていく必要がある。しかしいずれも多くは一筋縄では行かず、そこには様々な価値が交差する。意思決定支援には、臨床倫理的な課題が多く含まれている事が多い。ゆえに、意思決定への介入や支援は諸刃であることが、強く実感される。

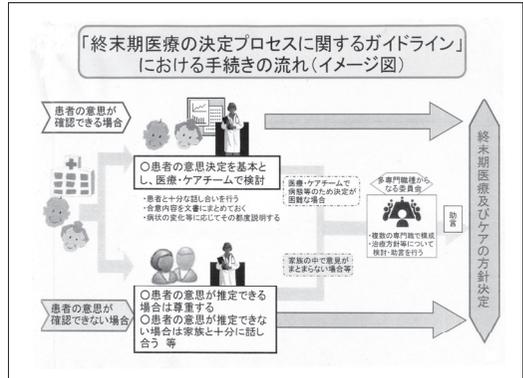
・医療チームメンバーとしてのソーシャルワーカーの意思決定支援

医療チームの一員としてのソーシャルワーカーが行う意思決定支援として、「意向の明確化」がある。時に、当事者自身が初めから、はっきり自分がこうしたいという、明確な意向を表出する事が乏しい場合もある。面接を通して、今までどんなふう生きてきたかというライフレビューや、人生の選択の局面をもたらしたライフイベントを語ることで、「今、ここでは」「こうしたい」という意向が明確化されていく。その際、援助者の価値が誘導要因にならないよう、本人自身の価値や、人生の事情、個人にとっての最善といった個別化されたものに行き着くためのサポートは、まさにソーシャルワーカーの個別化の支援である。そこで明確になった意向を実現していくために、具体的なソーシャルサポートを展開することとなる。

言うまでもなく、医療における意思決定支援は、当然ソーシャルワーカーのみで行うのではなく、チーム医療として行われる。厚生労働省より平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が出されている。私は厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」の委員として、平成18年よりこのガイドラインの策定に関わった。「患者家族にとって現場でどのようなガイドラインがあるとよい

のか」という視点に立ち、「特定の医療機関や医療の領域と限らずに、日本の様々な医療機関で使えるガイドラインを作る」のために、患者家族からの相談を承っているソーシャルワーカーの立場から、発言することを求められた。

図1は、その考え方、流れを図示したものである。



(厚生労働省ホームページ)

このガイドラインの重要な点は、「患者の意思の確認から始まること」「患者の意思決定を基本とし、医療・ケアチームで話し合いながら進めること」「患者の意思が確認できる場合はそれを尊重し充分話し合う」、「意思が確認できない場合は、家族と話し合いを進めながら方針を決定していく」という点である。

また、以下は、ガイドラインの解説編を抜粋したものである。

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン
厚生労働省 平成19年5月

終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要

1 終末期医療及びケアの在り方

- 患者とその家族のインフォームド・コンセント(十分な情報に基づく決定)
- 終末期医療における医療行為は、医療・ケアチームによって、慎重に判断すべき
- 「医療の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等」は医療ケアチームによって「医学妥当性と適切性」を下に慎重に判断
- 緩和ケアの重要性(可能な限り疼痛や不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な課題も含めた総合的な医療およびケア)

注6. 人が終末期を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することが望まれます

・積極的な安楽死については言及しない 明記

(筆者作成)

具体的には、「医療機関において人生の最終段階における医療に係る相談等を行う相談員を選定し、国立長寿医療研究センターが実施する相談員研修に参加させること。相談員は看護師もしくは医療ソーシャルワーカー等とする」となっている。事業を行う医療機関を全国よりの公募し、書類評価他のモニタリングを経て、初年度は、10の医療機関が対象となった。

・意思決定におけるソーシャルワークの射程

意思決定におけるソーシャルワークの射程とは、医療現場に数々ある選択の局面、意思決定場面で、そこにどれだけ本人自身が深くコミットし自身が反映された自己決定がなされるか、を支援することであると考えられる。誤解を恐れず言うならば、医療現場には「意思決定場面の自己決定権」を主張したい場面があることも現実である。そこをソーシャルワーカーとして、どのように支援していけるのかが問われる。

意思決定のための医療チームへの橋わたしなどの環境整備と、決定したことの実現に向けた情報サポートなどのソーシャルサポートは、ソーシャルワーカーならではの支援が可能である。そして、個別の人生への敬意と尊重を基盤とした、アドボカシーとエンパワーメントが不可欠なのである。「意思」を持つ個人の存在であり、それがどのくらい表現されているのかへの意識が重要となる。「本人の意思」を柱に支援が展開されるゆえである。ソーシャルワーカーとしての「立ち位置」「向き合い」が、実際には支援のカギとなる。

おわりに

ソーシャルワーカーは、個人が自己の人生や生活課題について自ら選び決定していくという「自己決定」を、実践の価値として存在する専門職であると考えられる。こうした自負をよりどころに、医療の受け手の側に立ち意思決定支援を行う専門職として、当事者主体に貫かれた意思決定支援とは何か、を志向していきたい。

参考

厚生労働省 ホームページ

- 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/dl/saisyu_iryou05.pdf
 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/dl/saisyu_iryou06.pdf
- 「患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制について」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/dl/saisyu_iryou01.pdf

〔論文〕

電話相談における医療ソーシャルワークの意味

—その限界と可能性—

鳥 巢 佳 子*

Key words : 電話相談, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ, 媒介者, 相互援助システム

I. 研究の背景と目的

ソーシャルワーク実践において面接は、非言語的な情報や面接空間の問題も含んだ対人援助のスタイルを前提としており、ソーシャルワーカー（以下SW）の実践現場における面接も直接相談者と顔をあわせる対面形式が中心である。電話は相談者との連絡調整などに用いる補完的なツールであり、一貫した面接の手段として電話を用いる機会は少ない。

「電話相談」という用語の定義は、社会福祉学や心理学の領域で辞書的に明確にされていない。電話相談という形態でのソーシャルワークについては1980年発行の『ソーシャルワーク研究』に特集されているが、それ以降は学術雑誌で大きく取り上げられていない。当時のわが国の電話相談としては、自殺防止活動を主体とする「いのちの電話」、青少年対象の非行防止と悩み事相談、乳幼児の育児電話相談、栄養・療養相談、性や婦人科的な問題に関する医療電話相談、精神障害や心の悩み相談、老人及び重度身体障害者のための福祉電話があげられており、行政機関の専門家から民間ボランティアに相談活動が移行されてきたことが指摘されている(荒

川 1980)。荒川はボランティアの有効活用の推進と同時に専門家による情報提供およびサービスの重複を避けるために情報の分配・調整をする地域の情報センターの出現を期待すると述べているが、ソーシャルワーカーがいかにか電話を活用していくかという点については言及していない。

北川(2006)は電話による相談活動をソーシャルワーク実践としてとらえ、電話を媒介とした面接ととらえた。北川は電話相談の特性として、①「即時性」、②「広域性」、③「匿名性」、④「対等性と主導性」をあげている。面接室で対面で行われる伝統的な面接技法と決定的に異なる点については、①「突発的かつ一時的であること」、②「インテーク面接手続きもなく開始されること」、③「主訴や情報が相談者からのものに限定されること」、④「非言語的情報の収集困難」、⑤「ゴール設定を即断する必要があること」、⑥「閉鎖性による影響をうけやすいこと」をあげている。その特性を確認して「電話による相談活動は、独自の有効性を備えているがゆえに、相談活動のなかで固有の守備範囲があり、他の面接技法の代用物として機能しているわけではない」(北川 2006 : 63) としている。

*Keiko Torisu : 天理大学

また、面接について久保(2007:349)は「ワーカーが援助活動における重要な手段として活用する、クライアントとの目的を持った意図的なコミュニケーションの方法」と定義している。

本稿ではこれらの定義をもとに、電話相談を「ワーカーが援助活動における重要な手段として活用する、電話を媒介としたクライアントとの目的を持った意図的なコミュニケーションの方法」と定義し、SWによる電話相談を電話による医療ソーシャルワーク実践と位置づけて論じる。

本研究で対象とした電話相談の現場である認知症疾患医療センター(以下センター)は、認知症の鑑別診断・治療と介護相談や情報提供が可能な専門機関¹⁾であり、SWによる電話相談を主な援助方法とする特徴をもつ。先行研究となる各地のセンターによる実践報告は、鑑別診断で取り扱った認知症疾患の症例検討と相談援助機能に関する実践報告に大別された。相談援助機能に関しては業務統計の分析にとどまり、相談援助の実態の調査はされていない。そのため相談援助機能は相談件数で評価され、実際どのようなソーシャルワーク実践がされていたのかという問題については触れられていない。新たな角度から問題を提起するためには、相談者のニーズに直接向き合うSWの立場からソーシャルワーク実践の実態を検証することが必要であった。

本研究では、認知症の当事者と家族援助に提供された電話相談の実態をSWの視点から分析し、電話による医療ソーシャルワーク実践の意味を考察することを研究の目的とする。自宅から気軽に利用できる電話というツールを用いたソーシャルワーク実践の意味を探求することは、地域に埋もれた相談者への援助の促進の可能性の発掘につながると考える。

なお、本研究では基本的な用語の定義として、当事者は認知症と共に生きる能動的な存在であるという認識にたち「認知症者」(宮永 2007)を認知症の当事者を示す用語として採用する。

II. 研究の方法

1. 調査の対象

本研究では、機関ごとの業務の差異や地域性による影響を回避するため調査対象を一施設に限定し、1990年2月に近畿圏で初めて開設された兵庫県阪神南圏域にあるセンターを選定した。調査機関では開設時より複数のSWが交替勤務体制をとり、組織的に個別相談を受理し協働して援助する体制が確立されていた。

調査ではセンターの個人援助事例記録を分析対象とした。記録は相談の時間的経過に沿って、単純な応答以外の発言は逐語的に誰が発話した内容であるかは必ずわかるように記述される。相談の匿名性や守秘義務を保障するために通話の録音や電話のモニタリングは行わないため、会話を忠実に反映した逐語録を作成することは不可能であり、相談者理解のプロセスをSW自身が記述したテキストとして記録には調査に必要な記述がされていると判断した。

分析対象期間は200件の予備分析の結果、1年間の相談件数について月ごとのばらつきはほとんどなく記録数が膨大なためデータ収集時期の限定が必要と判断し、開設時からのSWの勤務体制が維持された1990年2月から新要綱が通知される前の2008年3月末までの各年度の初期(4~5月)、中期(9~10月)、末期(2~3月)の6ヶ月間とした。

調査機関の全体の事例記録数は1990年2月から2008年3月末までの間で匿名事例を含めて4085件である。分析対象期間の記録数は、個人援助事例記録1815件、匿名事例記録409件の合計2224件である。

2. データ収集方法と倫理的配慮

データ収集はデータ分析のプロセスと並行した。援助回数が事例により異なるため分析は電話初回相談に限定し、電話番号案内など単純な情報提供事例を除外した。最終的なデータ数は、個人援助事例記録は除外条件に該当する210件を除いた1605件、匿名事例記録は除外条件に該

当する37件を除いた372件、合計1977件であった。

認知症者の性別は男710名、女1198名、不明69名であり、年齢構成は40歳未満が3名、40歳以上が1819名、不明が155名であった。

相談者の続柄は、認知症者本人75名、配偶者321名、子942名、子の配偶者333名、母1名、兄弟姉妹44名、孫26名、その他親族63名、医療職（医師・看護師・MSW・PSW）22名、行政関連職（市役所・保健所・民生委員）20名、介護関連職（ケアマネジャー・ヘルパー）8名、知人・近隣住民24名、その他不明98名であった。

倫理的配慮として、記録に書かれた個人情報や機関名やSWを特定する情報については特定できないように修正削除を行った。また、バリエーションを表すための記録文中のSWの記述は誤字脱字を補う以外の修正は加えずに用いた。

3. 分析方法

(1) 分析焦点者と分析テーマの設定

分析方法は、相談者の匿名性や主観的語りによってのみ行われる特性を有する電話相談の援助のプロセスに焦点をあてるため、木下(1999)の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach: 以下、M-GTA)を採用した。データ分析に際して、M-GTAにおける二つの分析上の視点を定めた。まず、分析焦点者を「センターのSW」とした。また、分析焦点者が相談者をどのように理解して援助したのかという観点から「センターのSWによる電話相談の相談者理解のプロセス」を分析テーマとした。

(2) データ分析の作業過程とM-GTAの質の確保

分析上の視点と分析テーマに照らしてデータからバリエーションを抽出し概念やカテゴリを生成し関係性の検討を繰り返し、主要なカテゴリ群をサブカテゴリとして生成し、全体の分析結果を関係づける動きや分析テーマに基づいたストーリーラインを検討し、サブカテゴ

リーを統合するコア・カテゴリを生成した。

分析対象が相談記録であり、理論的飽和化については調査者の判断が分析上のバイアスとなることを回避するため、開設時から電話相談に従事して業務を熟知しておりM-GTAを用いた研究指導経験を有する管理者SWによるメンバー・チェックングを繰り返し行った。

Ⅲ. 結果

1. ストーリーライン

調査結果として、表1に示す70の概念、16のサブカテゴリ、6つのコア・カテゴリが生成された。ストーリーラインを作成し、ストーリーラインに対応するコア・カテゴリの関係図(図1)と、ソーシャルワーカーが理解した相談者と環境の関係図(図2)を作成した。なお、本文中の表記でコア・カテゴリは【 】, サブカテゴリは〈 〉, 概念は『 』によって示すものとする。

生成されたストーリーラインを以下に示す。

センターのSWによる電話相談の相談者理解のプロセスは、【相談者を取り巻く外壁】の発見と、認知症者と家族が繰り返す【「私とあなた」の世界の再構築】の状況を理解することから展開する。

相談者は、【匿名という安心】として表れる電話で本音をぶつける行動を行う。この行動により電話相談の場で本音に基づく面接が展開され、SWは対話が認知症によって認知症者と家族の関係性が変容していくプロセスである【「私とあなた」の世界の再構築】に影響を与えることを理解する。

また、【「私とあなた」の世界の再構築】において、SWは相談者が、認知症によって家族の隠れた問題が浮き上がってくる【冰山の一角】を抱えていることに意識を向ける。【冰山の一角】は相談者の語りに現れたり、相談者自身も気づいていない場合があり、SWは支持的に傾聴することで氷山の全貌への接近を図る。

表1 生成されたコア・カテゴリー、サブカテゴリー、概念の一覧表

コア・カテゴリー	構成するサブカテゴリー	構成する概念
【相談者を取り巻く外壁】	〈ゲートキーパー〉	『リスク回避のための追い出し』(12) = 入院入所を要する状態であるが、認知症の周辺症状のため病院施設側からリスク回避のための退院退所を言い渡される。
		『サービス利用というきっかけ』(32) = 福祉サービスの利用の条件として診断を指示されたことで、受診を決断すること。
		『医師による受診抑制』(46) = 認知症専門医の受診を希望しているが、かかりつけ医に相談して止められてしまうこと。
		『リスク回避のための締め出し』(59) = 身体合併症で治療を要したり自宅生活が困難な状態だが、認知症があるということで入院入所など利用を拒否されること。
	〈外圧との戦い〉	『医師に迫られる取り引き』(3) = 本人の生活制限や身体的ダメージと、家族の介護負担のいずれをとるかという取り引きを医師から迫られる状態。
		『第三者の指摘』(20) = 隣人や友人など家族にとっての第三者からの指摘で認知症の問題に気づくこと。
		『専門機関による振り回し』(26) = 専門機関が相談者に間違った情報を提供したりした結果、相談者がそれに影響されてしまうこと。
		『未来の丸投げ』(31) = 本人の今後の方針決定について、家族にすべてを委ねられてしまうこと。
	〈医療との向き合い〉	『自分から医師には言い出せない』(1) = 診断・治療内容への疑問などの形をとって、または、話を聞いてもらえないと感じているなど、医師とのコミュニケーションがうまくいかないという思いがある。
		『よりよい病院探し』(21) = 認知症の診断は受けており家族もそのことを受け入れているが、よりよい病院を探して転医を検討している状態。
		『どんなことをされるのか』(45) = センターの対象者や鑑別診断や治療の内容についての確認作業。
		『受診拒否』(50) = 本人が受診を拒否すること。
		『自己診断』(57) = 受診や服薬や治療終了の時期などを、主観的な判断のみで行うこと。
		『医療ケアの限定化』(70) = 身体合併症のために必要な医療的ケアの自己管理が認知症のためにできなくなること。
	〈制度の不均衡〉	『マネジメントの停滞』(39) = 専門職が介護サービス計画をたてるものの本人や家族の意向とかみ合わずマネジメントが停滞すること。
『非現実的な申請』(53) = 本人の状態は施設入所が適切であるが、待機が猛烈に長いなどで非現実的な入所申し込みになること。		

		『末端まで浸透しない制度』(54) = 制度利用を必要とする人のところまで制度の内容が周知されておらず手付かずの状態になっていること。
	〈容赦ない傷つけ〉	『身体拘束される』(18) = 施設や病院で、ベッドや車椅子に縛り付けられている。 『家族の勧誘』(44) = 本人からの相談で診断予約など覚える必要のある要求を行う場合に、本人を傷つけないように家族を相談の場に誘うこと。 『だまし連行』(51) = 嫌がる本人をだまして受診や施設などの目的地に連れて行くこと。 『わからないという見切り』(56) = 本人のいるところで、認知症でもう何もわからないという前提で遠慮のない振る舞いをする態度。 『隠蔽したいスティグマ』(65) = 直面する事実が相談者にとってはスティグマと判断されるため、隠蔽せねばならない・隠蔽できるのかと悩むこと。
【「私とあなた」の世界の再構築】	〈自己像の尊重と解体〉	『変化への戸惑い』(23) = 認知症によって本人の言動や行動が変化していくことに戸惑い、心身が振り回される体験。 『本人には言いにくい事実』(28) = 本人には自尊心を傷つけるような事実を言えないという介護者の思い。 『本人の世界と現実の齟齬』(34) = 本人が現実ととらえている世界は現実と異なるものであるが、本人が了解せず周囲が困惑する状態。 『かなり進んだ「初期」』(38) = 客観的には認知症がかなり進行しており初期とはいえない状態であるが、相談者は認知症の初期ととらえている。 『本来の自己像の尊重』(47) = 認知症になる前の自己像を重視する姿勢。 『変化の否認』(49) = 本人の変化を周囲から指摘されているが、相談者は否定しており変化はないということを証明したい態度。
	〈絶え間ない見守り〉	『入院しても目が離せない』(4) = 入院入所しているが、付き添いを求められる、医療スタッフから本人の行動への対応が大変だなどのコメントを聞いて、結局体も心も休まらないという状態。 『他者への委託による進行』(13) = 手元を離れ入院入所すると認知症が重症化するという経験。 『本人に気づかれない間の相談』(16) = 本人が寝ていたり他の部屋にいたり外出している少しの隙に相談をしている。本人が戻ることが相談終了に直結する。 『トラブルからの免責』(48) = 認知症であることを立証することでトラブルから本人を免責する、あるいはトラブルを未然に防ごうとする試み。
	〈混乱に陥る〉	『つじつまのあわない電話』(7) = 相談者の語る内容に整合性がないと認められる。 『突然の顕在化』(19) = 認知症の問題が突然あらわになること。

		『筋道の通った堂々巡り』(43) = やり取りそのものはしっかりしているため、個々のコミュニケーションとしては筋道が通っているが、忘れてしまうため同じところで足踏みしている状態。
		『歪みの肥大化』(61) = 認知症の影響で、もともとある本人の偏った性格が強くなること。
	〈不安定な位置づけ〉	『あいまいな相談者の位置づけ』(9) = 相談者が認知症者と日常的に密接とは言い切れず、問題解決を願っているが決定権も有していない状態。
		『救援の伝達』(35) = 相談者が助けを求められたものの、詳細不明であったり方策が思いつかず救援の伝達者として相談してくること。
		『まきこまれの回避行動』(42) = 攻撃から一步引いた位置にすることで、まきこまれるのを回避しようとする。
【氷山の一角】	〈家族の駆け引き〉	『家族間の摩擦の回避』(2) = 本人を介護しているために生じる具体的な問題が、家族間の摩擦を生じさせるときに、自分の負担で摩擦を回避しようとする。
		『寝た子を起こすな』(37) = 本人の認知症について家族間の見解が異なり、状況改善のためのはたらきかけを提案しても否定される状態。
		『嫁いだ娘という位置づけ』(41) = 婚出した娘という立場では実家の認知症の問題に積極的に介入できないと、認識させられること。
		『認知症による亀裂』(55) = 認知症の問題によって、家族の関係が悪化すること。
		『関係のリセットによる安楽』(62) = 以前は衝突のあった関係が、認知症が進むことで緩和され楽になったという体験。
		『介護者役割への軌道修正』(63) = 介護のために仕事を辞めるなど、個人としての生き方を軌道修正して介護者役割を担うこと。
		『つじつま合わせ』(64) = 意思疎通を図るために、因果関係がかみあわなくても話を通そうとすること。
	〈多層化するケア〉	『多重療養』(27) = 認知症者だけでなく他の家族も療養を必要としており、引き取りや入院入所の負担が介護者の限界を超えること。
		『老老介護』(36) = 高齢の介護者が介護のマネジメントを行っている状態で、相談者も危うさを抱えた状態。
		『守るべき存在との対立』(58) = 介護者が最も尊重したいと考える者の利益と認知症者の利益が対立すること。
		『三世代介護』(67) = 孫が祖父母世代の介護を行っている状態。
		『認認介護』(68) = 双方が認知症の高齢者夫婦の生活に伴う相談。
【匿名という安心】	〈行き場のない叫び〉	『どこでもいいから放り込みたい』(11) = 本人を受け入れてくれるところであればどこでもいいから入院・入所させたいという強い訴え。

		『今すぐ何とかしてほしい』(22) = 本人が相談者には了解不可能な状態でそばにいるが対応できず、外部に救援を求めて電話をしてきた状態。
		『一方的な吐き出し』(52) = 認知症の相談ではないかもしれないが、高齢者への行き場のない思いを一方的に訴える行動。
	〈匿名性の確保〉	『一方的な終結』(10) = 自分でどうすべきか決めたらとたんに話が途中で電話を切ってしまう。
		『地元では聞きにくい』(17) = 個人的な事情で、認知症について地元では受診や相談がしにくいという思いを抱えている。
		『名乗らないから言える本音』(25) = 電話で顔も見られず名乗らなくてもよいことから口にできる心の底にある思い。
		『秘密保持の確認』(30) = 相談したことが外部に漏れることはないかという不安からくる確認作業。
		『かっこ悪い』(33) = 受診やサービス利用を世間体を気にして行わない。
【疑問の解消】	〈現状への疑問〉	『このままほっておいていいものか』(5) = なんとか生活しているものの、問題が改善したとは思わず迷っている状態。
		『現在の治療への不信』(8) = 現在受けている治療によって、本人のADLが低下したなどの経験を持ち、不信感を抱いている状態。
		『関わる意味への問いかけ』(15) = 反応の少ない認知症者にはたらきかけることに意味があるのか、無意味ではないのかと悩む状態。
		『教科書的な知識との違い』(24) = 教科書で学ぶ介護技術や接し方が、実際の認知症者の介護では通用しないという実感。
	〈明らかにする〉	『共通認識の基盤づくり』(6) = 本人が認知症なのか、なぜこのような状態になっているのかということについて全員を納得させるための答えを求めている。
		『払拭しきれない不安』(40) = 本人が物忘れなどを自覚しており仮に否定されても発症の不安を抱えて相談してくること。
		『即時解決への期待』(60) = 電話してすぐ診断を受けたり問題解決ができると期待すること。
【地図を失う】	〈人生を揺さぶる大震災〉	『被災体験』(14) = 阪神淡路大震災で被災したことが、認知症に影響を与えてしまったと家族がとらえている状態。
		『地震による根こそぎ喪失』(29) = 阪神淡路大震災による自宅損壊、家族の死去などで環境を根こそぎ失ったことにより認知症が影響を受けること。
		『介護者の被災』(69) = 介護者が震災で被災しており、自身の生活も脅かされる中で介護を任されている状態。
		『目印の喪失』(66) = 本人が住みなれた生活空間や身近な家族などを失ってから、認知症の症状が顕在化・進行する様子。

図1 認知症センターのソーシャルワーカーによる電話相談の相談者理解のプロセス

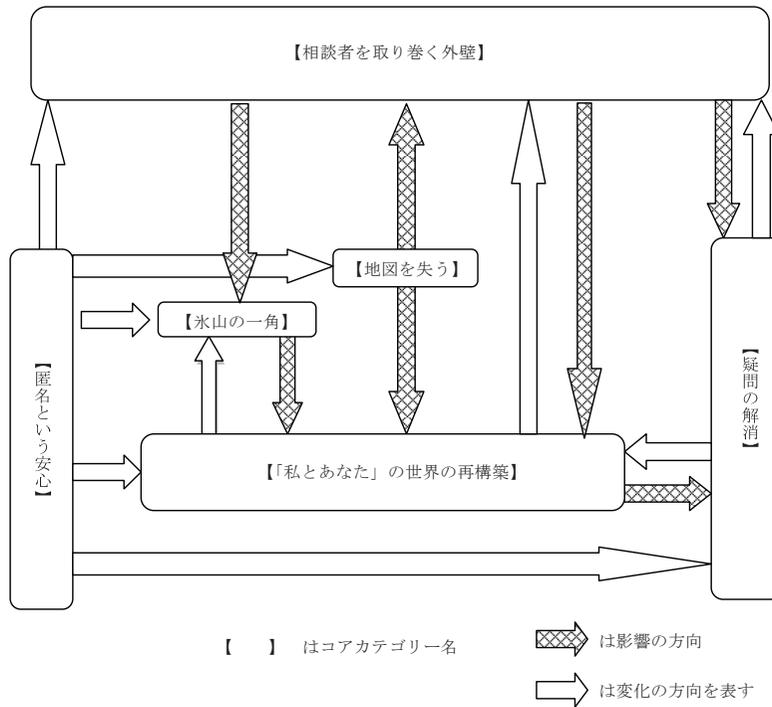
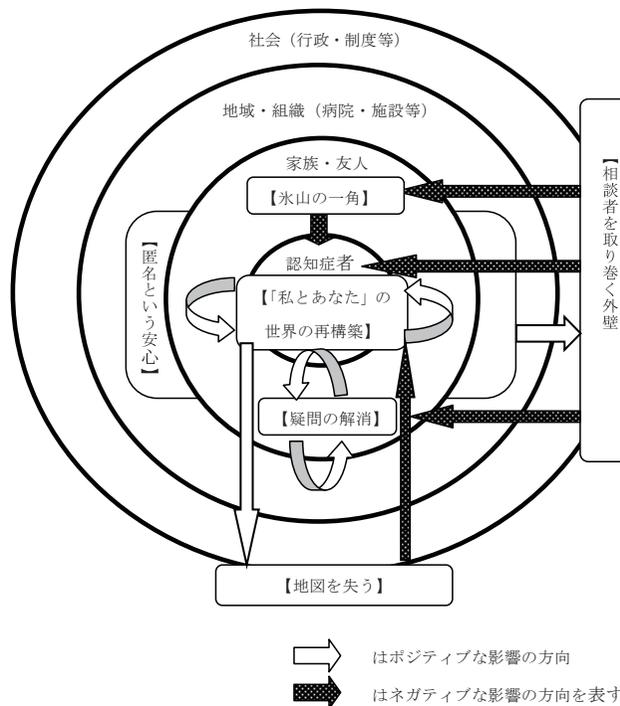


図2 電話相談のソーシャルワーカーが理解した相談者と環境の関係図



一方で、外部機関や社会制度と認知症者や家族の間に【相談者を取り巻く外壁】が存在し、認知症者と家族の生活を圧迫する場合がある。社会・組織を覆う外壁は突破困難であり、相談者はなかなか外部とのつながりが形成できない。SWは【相談者を取り巻く外壁】の発見を通じて、相談者と外部との関係の不均衡に注目する。同時に、認知症と呼称は変わっても専門職を含めた他者からの拒絶や侮蔑感を感じた相談者の傷つき体験をSWは傾聴する。

さらに、予期せぬ出来事が人生を揺るがす影響を与えることがある。住み慣れた地域から転出したり身近な家族の突然の死などによって、認知症者は失いつつある認知機能を経験的に補完してくれる【地図を失う】。また、阪神淡路大震災によって生じた生活の変化は、調査地域の認知症者と家族が体験した特異な【地図を失う】経験である。SWは電話相談でも相談者の喪失体験を受けとめ、【地図を失う】ことがさまざまな形で相談者に長期にネガティブな影響を与え続けることを考慮しながら慎重に傾聴を続ける。

そしてSWは、閉塞した悪循環の中にあると思われる相談者が自発的に悪循環からの脱出を試み、今ある問題を順番に解決しようとする【疑問の解消】を行い、電話をかけてきたこともその現れであることに気づく。相談者は困難の中にあっても今抱えている疑問を解消しようとしており、疑問の解消が【「私とあなた」の世界の再構築】につながる。

また、【相談者を取り巻く外壁】への働きかけも変化していく。認知症の進行や家族関係の変化によって新たな疑問が生じたとき【疑問の解消】が再度試みられ、新たな循環を継続する。SWが【疑問の解消】行動の受け手として認知症者と家族につかず離れずの緩やかな距離で寄り添い続けていくことが、変容する認知症者と家族を援

助し続けるために重要になる。

2. コア・カテゴリーの詳細

調査結果から、相談者理解のプロセスには認知症者と家族の間で繰り返される循環的な動きと、認知症者と家族に外部からの圧力として働きかける動きの存在があるという側面があることが明らかになった。ストーリーラインを構成するコア・カテゴリーについて報告する。

(1)【匿名という安心】

【匿名という安心】は、〈匿名性の確保〉によって可能になる〈行き場のない叫び〉として現れる。非難されることなくネガティブな本音を受けとめてもらえる経験は相談者にとって新鮮であり『名乗らないから言える本音』を語ることができる。

『一方的な終結』も匿名性が確保されているために起きる現象である。対面面接であれば退室するまでは相手とのコミュニケーションが必要となるが、電話は受話器を置いてしまえば終了する。SWは、相談者が電話を置く終結行為が一方的に行われることも前提にして優先する必要がある援助を判断する。

(2)【「私とあなた」の世界の再構築】

【「私とあなた」の世界の再構築】における「私とあなた」は、相談者が認知症者でない場合は「相談者である私と認知症者であるあなた」であり、相談者が認知症者である場合は「認知症者である私と他者であるあなた」という関係性の象徴である。

認知症者に対する相談者の位置づけは、直接的な関係から一歩引いた〈不安定な位置づけ〉となることがある。変容する認知症者との生活で、認知症の問題でコミュニケーションの不全状態を抱えた相談者は〈混乱に陥る〉。認知症の進行や家族関係の変化によって、相談者は再び〈不安定な位置づけ〉に置かれる。この循環が家族の持つ認知症者の〈自己像の尊重と解体〉に影響する。家族は『変化への戸惑い』を最初

に経験する。そして、認知症者のいくつかの失敗体験を経て『本人には言いにくい事実』を内心に重ねる。さらに認知症が進行すると、相談者は『本人の世界と現実の齟齬』にどう向き合うかと悩む一方で、認知症者の変化を認めたくない・否定したい思いが影響し『かなり進んだ「初期」』という判断を導く。相談者は、現在の自己像はあくまでも認知症による変化であり『本来の自己像の尊重』を続けるが、認知症者としての本人しか知らない介護関係者などへの不信や孤独感を深める要因にもなる。

(3)【氷山の一角】

【氷山の一角】は、電話相談で語られる問題が水面下に潜在する家族の問題の象徴であることを示す。伝統的な家族観の変容や家族構成の多様化による〈多層化するケア〉が〈家族の駆け引き〉に影響しあう。それらは、『多重療養』や『老老介護』や『認知介護』の状態や、介護者と認知症者の利益が対立する『守るべき存在との対立』や『三代介護』として現れる。

相談者はこれまで回避した〈家族の駆け引き〉を経験する。相談者が認知症者の変化に気づいても、『寝た子を起こすな』という状態や『嫁いだ娘という位置づけ』や『認知症による亀裂』に苦しむ。具体的な問題で家族間の摩擦が生じると『家族間の摩擦の回避』を行う。意思疎通を図るための『つじつま合わせ』が『関係のリセットによる安楽』体験のきっかけになることもある。しかし、相談者は介護のために退職するなど『介護者役割への軌道修正』を選択し、ライフコースを変更していくことで家族関係の円滑化を実現しようとする場合もあり、摩擦の回避には家族の犠牲的行動が伴う場合もある。

(4)【相談者を取り巻く外壁】

【相談者を取り巻く外壁】は認知症者と家族の生活を圧迫する。外部機関や社会制度を利用する場合、病院や施設・行政機関などが〈ゲートキーパー〉として立ちはだかる。

認知症への不安を感じても『医師による受診

抑制』によって受診の機会を逸する。その後『サービス利用というきっかけ』を経て入院入所申請をするが『リスク回避のための締め出し』にあう。なんとか病院や施設を利用しても『リスク回避のための追い出し』を経験する。また、〈制度の不均衡〉により外部とのつながりが形成できず『マネジメントの停滞』や『非現実的な申請』を経験し、『末端まで浸透しない制度』も相談者を苦しめる。

さらに相談者は〈医療との向き合い〉を余儀なくされる。相談者は『自分から医師には言い出せない』と思い『よりよい病院探し』行動を起こす一方で、『受診拒否』や『自己診断』を行う場合もある。『医療ケアの限定化』を経験した相談者はセンターへの相談にも『どんなことをされるのか』と確認作業を入念に行う。

認知症者と家族は、外壁である〈ゲートキーパー〉と〈制度の不均衡〉からの圧力と攻防を繰り広げることとなり〈外圧との戦い〉に身を投じる。外圧は『第三者からの指摘』から始まり、認知症を疑われる人の近隣とのトラブルなどの形を借りて現れる。受診した医療機関では『医師に迫られる取り引き』経験をする。さらに、介護保険などの制度活用を試みると『専門機関による振り回し』と『未来の丸投げ』に直面して家族はより深い疲弊に陥る。

さらに認知症者と家族は、認知症のために〈容赦ない傷つけ〉も体験する。家族は『だまし連行』の一方で、認知症者の尊厳を守るために『隠蔽したいスティグマ』体験を自らの傷つきとしている。また、施設や病院で『身体拘束される』認知症者の姿に相談者は戸惑い傷つく。それに対して職員は『わからないという見切り』態度で接するため、認知症者と家族の心の傷は一層深まる。

電話相談でも傷つけ行為を余儀なくされるときがある。認知症を疑う人自身が鑑別診断を求めて相談した場合、本人だけで予約を取るとそのことを忘れるおそれがある。また、認知症疾患と診断された場合に家族がそれを知らないために起きるリスクを考える。そのため、認知症

を疑う本人からの相談で診断予約など覚える必要のある要求を伴う場合に『家族の勧誘』が原則としてなされる。相談者は納得される場合が多いが侮蔑ととらえる場合もある。

(5) 【疑問の解消】

【疑問の解消】は相談者が閉塞した悪循環からの脱出を図ろうとする自発的な行動である。相談者は〈現状への疑問〉を〈明らかにすること〉を求める。〈現状への疑問〉とは、『このままほっておいていいものか』という疑問や『現在の治療への不信』である。また、認知症者とのかかわり続ける中で『関わる意味への問いかけ』を行い、『教科書的な知識との違い』を実感する。

これらを〈明らかにすること〉は、認知症を疑われるその人からの行動としては『払拭しきれない不安』として現れる。また、相談者が家族の意識を一本化するために『共通認識の基盤づくり』を試みる。電話相談に対しても『即時解決への期待』をふくらませる動きとして現れる。

(6) 【地図を失う】

【地図を失う】は認知症者の認知の道標になるものが失われることで生活に変化が生じることである。認知症者は、認知機能が低下してもなじみの生活空間では生活を継続できる場合も多い。調査地域は大規模自然災害体験を有し、SWも電話相談で相談者の体験を共感的に理解していた。本調査の特徴的なコア・カテゴリとして説明する。

1995年1月17日に発生した阪神淡路大震災は、兵庫県を中心に広域に被害が生じた未曾有の災害であった。〈人生を揺さぶる大震災〉で浮き彫りになったのは、災害医療の中で積み残され周囲に気を遣って避難所を離れるなどひっそりと生活を続ける認知症者と家族であった。都市の復興が進む中で認知症者と家族にとっての復興は進まず仮設住宅での新生活も認知症者には混乱の原因になった。自宅跡に改築された新居

も認知症者にとって住み慣れた我が家ではなく親しい隣人も散歩で見慣れた風景もない。『被災体験』は長く語られる相談者の記憶であった。

さらに『地震による根こそぎ体験』は震災がなければ経験することがなかった壮絶な喪失体験とSWに理解された。概念名に「根こそぎ」という表現を用いたのは、喪失体験の壮絶さや、相談者たちが生活の根を強引な力で抜き去られたという意味を解釈したためである。虚弱な高齢の相談者が、避難所や屋外での避難生活を経て仮設住宅や復興住宅・周辺地域への転居で心身のバランスを崩して助けを求める相談もみられた。

『介護者の被災』も深刻であり、自らの生活再建も目途が立たない中で認知症が進行していく本人の介護に苦しんだ末の相談もみられた。ある家族は本人の妄想を伴う周辺症状に困り果てて電話してきたが、これは仮設住宅の狭い部屋の中で二人だけで24時間目が離せない状態での電話だった。認知症者を支える家族も被災者であり地域の施設や医療機関も機能不全に陥った悪循環が続いたが、誰もが被災者という共通理解の下で、家族が「よそ様と比べると申し訳ない」と自分たちで抱え込むことを余儀なくされた背景もあった。SWは突然の危機からネガティブな影響が長期にわたり形を変えながら続き、家族の生活史による個性があると理解していた。

また、ライフサイクルの中で『目印の喪失』を経験することは誰にも起こりうるが、配偶者や子の死亡、引取りによる転居などは認知症者には大きな喪失体験である。なかには定住外国人で子どもがおらず日本人の配偶者の死亡によって認知症が進行し、母国の文化に基づく世界が自己認識の中心に戻ったため日本語の理解が乏しくなり生活困難となったものもみられた。調査地区は歴史的に定住外国人も多く、同じ母国の者がコミュニティを形成している場合は母国文化に基づく支援が提供される場合がある。しかし、母国コミュニティのない少数派の外国人にとっては深刻な影響を及ぼす。

IV. 考察

電話相談では相談者の語りは主観的な判断からなるため事実関係の客観性は保証されない。SWはその前提をふまえて認知症者と相談者の置かれた状況を理解し、相談者と環境とのかかわりを見極める。ここでいう状況の理解とは、相談者の生活の場に起きる社会制度や専門機関とのかかわりなど環境との接点にある問題へのアセスメントである。アセスメントでは個人や家族の問題にとどまらない地域社会の問題、組織や社会制度などメゾ・マクロレベルのシステムがもつ問題が発見される。これが【相談者を取り巻く外壁】である。個別援助だけでは問題解決につながらない場合もあり、外壁である機関や制度への働きかけや、外壁を回避することで問題を解決する必要も生じる。外壁は複数の場合もあり、外壁の発見は悪循環の解消に必要な働きである。現在「認知症」と表現される状態は、2004年12月までは「痴呆」と表現されていた²⁾。「痴呆」から「認知症」へ表現が変わっても本質が変わらなければ意味がない。相談者はこれ以上傷つくのであればサービスを利用せず家族内に問題を囲い込もうと思いつめたり、スティグマから逃れられる場がないかと考える。SWは彼らの無力感からの回復を目指す。

また、外壁から身を守りあう家族の中でも認知症者をめぐって関係性の不均衡が生じる。相談者の家族内の位置づけは多様であり、相談者は家族関係の不均衡に影響され、不均衡を修正しようと試みる。外壁への対抗策としてネガティブな変化により均衡を取り戻した場合には悪循環が形成される。軋みを一手に引き受けた相談者の心身の疲弊は増大し、その矛先が認知症者に向かう場合がある。また、軋みによる他の家族への影響が出現すると相談者は疲弊の限界を迎える。【氷山の一角】状況を発見することも、悪循環を解消し疲弊からの解放を促す働きである。

しかし、不均衡や圧力による悪循環に陥った相談者は何もできずに手をこまねいているわけ

ではない。【疑問の解消】に向き合うことが相談者の力を高める。SWは電話をかける行為そのものが相談者の力の現れであることを積極的に支持し、相談者の努力や体験を受けとめ【疑問の解消】への取り組みにSWが共に向かい合う存在であることを伝える。これまで専門機関の指示に従うという位置づけを自らに課していた相談者は、SWと対等に向かい合う経験によって悪循環の断ち切りのポイントを模索し始める。

相談者は外部との関係性だけでなく、認知症者との関係においても状況の変化に影響されながら【「私とあなた」の世界の再構築】を繰り返す。認知症になる前の本人の自己像を知る相談者は、認知症である本人しか知らない医療者やサービス提供者などが理解する自己像との違いを常に意識しながら生活する。認知症者の自己像にあわせて生活しながらも、人生を生き抜いた成熟した自己像を尊重してほしいという相談者の思いは、現実にままならない認知症者とのコミュニケーションの中で虚無感や苛立ちとして表出されることもある。

しかし、【疑問の解消】によって新たな力を得た相談者は、今の現実も家族の歴史と地続きになっていることに気づく。【「私とあなた」の世界の再構築】は認知症者と家族の間で認知症の進行などの影響を受けながら変容していくが、そこには外部要因の影響がある。SWは、今ある相談者の「私とあなた」の世界がどのようなものと相談者の語りから推し量る。今の世界観がネガティブなものである場合は、相談者と共にそれを読み解きながら世界観の解体と再構築のプロセスに寄り添う。

一方、失われる認知機能を補完する【地図を失う】体験は、認知症者と家族の生活を突然脅かす。調査地区はライフサイクルの中で遭遇する危機だけでなく、全く予期せぬ大規模自然災害を経験した。過去に戦争という大きな危機を経験した高齢者にとっても、阪神淡路大震災の被災経験は未曾有のものであった。SWは、相談者にとって生活再建が困難であるという現実

だけでなく、誇りやつなかりを失うことが自己の存在そのものを揺るがすことをあらわにした体験が生活の根を失うという人間の存在を根源的に脅かす危機であったことを理解していた。

V. 結論

センターの電話相談には北川（2006）の指摘した電話面接の特性が現れており、電話による医療ソーシャルワーク実践と考察できた。

電話相談は相談者の発信なしには成立しない。相談者は緊張と不安の中で語るうちに、センターは未知の機関であるがセンターにとっては自分が未知の相談者であるということに気づく。相談者が不満の対象に直接反撃を試みることは今後の関係性を考えると困難な作業である。相談者は電話でSWに不満を訴えても否定されず受け入れられる経験を、抑圧されることで失いかけた自尊感情を呼び起こす契機とする。相談者の自尊感情を呼び起こし擁護するアドボカシー実践と抑圧からの解放は、電話による医療ソーシャルワーク実践においても可能である。

また、相談者の潜在的な力の存在を電話をかける行為によって相談者自身が実感することが可能である。相談者がストレングスを意識できるように対話を通して寄り添い、問題解決のプロセスを支え続けるエンパワメント実践も可能である。

また、SWは電話相談の内包する危機介入の要素に配慮しつつ、相談者の問題に社会福祉専門職として第三者の視点でアセスメントを行うことが可能である。相談者の語りからのアセスメントによって、相談者側からみた外部システムとの不均衡を把握できる。匿名性を保障した相談であるため直接双方に働きかけることが困難な場合もあるが、相談者が問題を抱え込まないように肯定的に評価し克服を図るプロセスを支えることができる。

電話相談では、SWが関係の不均衡に直接関与しないことで相談者が本音を語ることへの抵抗感を軽減させてパートナーシップを芽生えさ

せる。そして、相談者が環境と対等に向かい合おうとする力を生み出す過程にSWは支持的に寄り添い続け共に歩む。関係の均衡が形成された相談者は自分で問題を解決したことで新たな力を得る。しかし、状況の変化によって新たな不均衡が生じたときに相談者は再び電話を手にするかもしれない。SWは状況の変化に応じて再び相談者のいる場所から共に歩み始め、相談者と共に新たな関係の均衡を形成する。

この循環によって均衡状態を保持し続けようとする動きは、岩間（2000）の媒介理論モデルで示されたクライアントが不均衡を克服しシステムと対等に向かい合い続けるための媒介者としてSWが機能し続けることを表す。これは、電話の特性を活かしつつ一回性の援助を積み重ねることによりクライアントの循環的な相互援助システムを形成するという電話によるソーシャルワーク実践の独特な意味を表す。

以上より、電話による医療ソーシャルワーク実践はクライアントとシステムとSWによる相互援助システムの形成を促進する循環的な活動であり、相談者に緩やかに寄り添い続ける媒介者として相談者と環境との関係の均衡状態を保持し続け、クライアントと環境の関係の不均衡の存在を社会に発信し続けることが電話による医療ソーシャルワーク実践の意味であると結論する。

本研究では、調査によって得られた知見が限定された調査機関における現象の構造化であることが研究の限界である。しかし、これまであまり着目されなかった電話によるソーシャルワーク実践の意味を探求したことで、SWの相談者理解と関係形成という問題にたたき台を示したことは本研究の意義と考える。

保健医療分野では、がん対策基本法の施行により診療連携拠点病院における地域住民を対象としたフリーアクセスの相談支援体制の確立など、所属機関の患者にとどまらないメゾレベルの実践が増加している。今回生成されたグラウンデッド・セオリーを異なるソーシャルワーク実践の場で検証することも、今後の課題である。

付記

本稿は、日本社会福祉学会第57回全国大会で行った日本福祉大学大学院修士論文の調査報告に指摘をふまえて加筆・修正をしたものである。

注

- 1) 認知症疾患医療センターは、1989年に制定された老人性痴呆疾患センター事業実施要綱に基づき全国に設置された老人性痴呆疾患センターを起源としたが、介護保険法の施行などに伴い設置根拠となる老人性認知症指導対策事業が2006年に廃止となり事実上の廃止に追い込まれた。相談者のニーズがあるにもかかわらず事業廃止が決定された根拠として、センター間の活動に大きなばらつきが認められたことが指摘されている(淵野 2008)。ところが2008年に認知症疾患医療センター運営事業実施要綱が厚生労働省より通知され、従来のセンターは新たに認知症疾患医療センターとして再生した。この急転換の背景には、認知症支援策が介護保険制度に代表される高齢者対策に偏り、認知症を疾患として支援する精神科医療対策の必要性が求められた経緯がある(淵野 2008)。
- 2) 「痴呆」という表現は侮蔑的であり実態を性格に表現しておらず、このような状態にある者への誤解や偏見の解消を図るための一環として新たな用語の検討を行う目的で厚生労働省による有識者の検討会が開催さ

れた。それは、厚生労働省老健局が2004(平成16)年6月より開催した「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」(座長：高久史麿(日本自治医科大学長・日本医学会長))である。この会の報告をもとに、候補となった用語に関するパブリックコメントの募集がなされ、そこで選出されたのが『認知症』という表現である。これを受けて、厚生労働省老健局長名で出された通知(「『痴呆』に替わる用語について」：老発第1224001号)によって2004年12月24日以降行政用語は一斉に変更された。

参考文献

- 荒川義子(1980)「電話相談とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』6(3), 134-142
- 淵野勝弘(2008)「老人性認知症疾患センターの果たしてきた役割」『老年精神医学雑誌』19(1), 22-28
- 岩間伸之(2000)『ソーシャルワークにおける媒介実践論研究』中央法規
- 木下康仁(1999)『グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生』弘文堂
- 北川清一(2006)『ソーシャルワーク実践と面接技法—内省的思考の方法—』相川書房
- 久保美紀(2007)「面接」山縣文治・柏女霊峰編集委員代表『社会福祉用語辞典 第6版』ミネルヴァ書房
- 宮永和夫(2007)『若年認知症の臨床』新興医学出版社

Significance of medical social work services by telephone
—Possibilities and Limitations—

Keiko Torisu

Tenri University

The purpose of this study is to examine the significance of medical social work practice by telephone. Qualitative research was carried out using data from 1,977 telephone social work case records.

Results show that the social worker was able to understand the client's situation from the phone conversation and to perform an ongoing assessment of client and environment relationship. The significance of medical social work practice by telephone is that it capitalizes on the characteristics of the telephone of which the client proactively makes the first call. It gives client the freedom from suppression, advocacy from guarantee of anonymity, and empowerment building on client's strengths. In addition, it seems to maintain a balance in the social worker- client relationship which gives a unique significance of assuring continuity as an ongoing social work practice through accumulation of different interventions. The authors concluded that the significance of medical social work by phone is that the social worker continues to treat the client with compassion, maintain a balance in the client-environment relationship as a mediator, and raise awareness in the disparities and problems existing in meso- and macro- level systems such as institutions and policies.

Key words: medical social work by telephone, Modified Grounded Theory Approach, mediator, mutual aid systems

〔論文〕

自殺遺族サポートグループの参加効果 ーグループに参加した遺族のナラティブを基にー

渭川 雄基*

Key words : 自殺遺族, サポートグループ, 効果

1. 研究の目的と背景

警察庁の統計では自殺者は1998年から連続して年間3万人を超え、2012年にようやく3万人を下回り、27,828人となった。2006年制定の自殺対策基本法に基づき、厚生労働省は自殺者親族等へのケアに関する検討を重ね、遺族の分かち合いの会の充実を推奨している。この分かち合いの会は遺族だけで運営する自助グループと行政や専門家等が支援するサポートグループなどその形態や運営方法は様々である。NPO法人自殺対策支援センターライフリンクのホームページによれば日本全国の分かち合いの会の数は60箇所以上になる。孤立している遺族にとってこれらのグループがどのような助けになるのかを知ることは有益であり、また同時にソーシャ

ルワーカーにとっても自殺遺族への援助に際して、事前にその参加効果を理解しておくことは重要である。本研究では自殺遺族サポートグループの参加効果を参加者の視点から、彼らの語りを基により具体的に理解し、援助方法の検討に繋げることを目的とする。

2. 研究方法

1) 調査対象者と調査時期

同一の自殺遺族サポートグループに1年以上継続して参加した者3名を調査対象者とした(表1参照)。当該グループでは参加者が3～5人の小グループに分かれ、一定のルールのもと、それぞれの経験を話し、体験や心情を分かち合う。調査対象としたサポートグループは2カ月

表1 調査対象者の基本情報

	性別	年齢	亡くした人	死別期間		会参加期間
				(会初参加時点)	(調査時点)	
A	女性	50代後半	息子	6年後	7年後	1年半
B	女性	40代後半	夫	1年後	3年後	1年半
C	女性	40代前半	夫	3ヶ月後	2年後	1年

*Yuki Ikawa : 摂津市福祉事務所

に1回開催され、遺族と市民からなるボランティアによって運営されている。ボランティアは主に小グループでの分かち合いの司会（ファシリテーター）を務める。調査は2008年11月に行った。調査当時のグループ平均参加者数は10名程度である。

2) 調査方法

先行研究から自殺遺族サポートグループの参加効果を以下の手順で整理した。その結果を基に、インタビュー調査を用いて参加効果の具体的内容について検討した。

第一に、自殺遺族のサポートグループに関する研究・資料を「CiNii (NII 論文情報ナビゲータ)」、「Psychology and Behavioral Sciences Collection」、及び「socINDEX with Full Text」で検索したところ1) 自殺遺族グループの理論的解説が行われている文献（① Appel & Wroblewski, 1987；② Clark & Goldney, 1995；③ Pietila, 2002；④ Mitchell et al,

2003；⑤藤井, 2004）、2) グループの効果を量的に評価した文献（⑥ Hatton & Valente, 1981；⑦ Renaud, 1995）、3) グループのプロセスを理解する為の文献（⑧吉野, 2003）が見つかった。またアメリカの自殺遺族グループ運営マニュアル（⑨ Heart Beat, 2003）と⑩ WHO（2000）のマニュアルを参照した。⑪梁（2006）の論文は未刊行であるが、自殺遺族のサポートグループのモデル構築を試みており、重要な先行研究として参照した。

第二に、上記の文献から参加効果として記述された部分を抽出し、表2に示すように9項目に分類し、それぞれを定義した。

最後に、先行研究では具体化しきれなかった参加効果の内容をより深く理解するためにインタビュー調査を行った。インタビューではサポートグループに参加する前の状況とグループ参加過程でどのような感想を持ったかを聴きとった。参加者のナラティブを基に参加効果をもたらした背景、文脈やそれらの効果の限界について考

表2 自殺遺族サポートグループの参加効果

*参考文献は上記文献の付番のとおり

参加効果	定義	参考文献
1) 安心感の獲得	参加者が傷つけられることなく、安心を得ることで孤独が和らぎ、他者との繋がりを実感する。	②、⑥、⑧
2) 感情の表出	死別に関して抑圧していた心情を表出することで心身のストレスが軽減し、悲嘆過程を促進させる。	③、⑤、⑦
3) 正常化	参加者が他者に言えなかった自己の経験を普遍化させ、心身の状態を正常だと認識し、自己の消極的な印象を軽減させる。	①、③、⑥
4) 経験知による問題対処方法の取得	参加者が体験して得た知識をもって相互に問題対処方法を教え合い学び合う。	①、②、④
5) ヘルパーセラピー	参加者が助けを求めるだけでなく、自ら他者を助けることで自分の能力を実感する。	②、⑥、⑨
6) モデリング	参加者が互いに人生のロールモデルとしての役割を果たす。	①、②、⑨
7) 社会資源の情報獲得	利用できる社会資源を知り、問題解決に役立てる。	②、⑨、⑩
8) 自己肯定感の向上	劣等感を抱えた参加者が自己肯定できるようになる。	①、③、⑨
9) 比較・逆比較	参加者が他の参加者の経験を過小評価、または過大評価をすることで、評価された側が傷つく。	⑧、⑪

察した。なお、個々人特有の状況、主観、ストーリーを重要視するため、半構造化面接を採用し、一問一答にならないように工夫をした。1名につき2時間程度のインタビューを実施し、ICレコーダーで録音して逐語録にして分析をした。今回筆者は調査者としてインタビューを行ったが、当該グループのボランティアとして以前から関わっており、調査対象者とは1年以上関わった信頼関係の上で本調査が成り立っている。

3) 倫理的配慮

調査対象者はグループに参加してから1年以上経過しており、グループの運営に参加する等精神的に落ち着いている状況下で調査を行った。調査対象者に口頭でインタビューの許可をとり、研究論文のデータにし、発表することを了承してもらった。調査協力を離脱したい場合においても申し出てもらえれば可能であることを確認した。

3. 結果と考察

グループに参加するにあたって参加者はどのような状況で足を運び、参加するようになったのかを最初に聴き取った。インタビューの中でAとCは故人の自殺を止められなかったことへの罪悪感について話をしてくれた。Aは以下のように語った。

A：辛くて辛くて本当に私が殺したなって。そんなこと思い出したら、本当に死んだ方がましだ。死んだ方が楽だって思うやん。それで悩んで悩んで、生きていけない生きる資格はないって自分で思って、こんなだったら死んで謝りに行こうって。皆本当に喋れなくなったし、喋りたくもなくなった。家庭くらいで喋るくらいで、でも家庭でも自己暗示するのよね。頭がおかしくてね、私は死ぬんだって、食事も喉が通らない。あの子だってひもじい思いしてたんだろって。

自殺による死別反応である侵襲的想起(Jacobs & Prigerson, 2000) がAを追い詰めている。

A：運転していても学生の姿見て、自転車見て目を閉じるくらいだったもん、目が潰れたらいいなって。何を見ても学校の近くに来るとき、そこ通るとき、私だけじゃなく、皆あるんちゃう？繋がるもの全て見たくない。だから車に乗るのも恐いし、自分自身を消したいくらいだもんね。

息子の死を思い出させるものを見るとAは突発的に自責感に駆られていた。後に精神科病院に入院し、治療を受けた。その数年後にグループに参加した。CもA同様に自殺の責任を感じている。

C：私の場合はずーっと、食事食べた直後にね、亡くなったということで、ひょっとしたら止めてたんちゃうかなってずっと思ってたんでね。その自殺を。食い止められたんちゃうかなっていう、自責の念がね、すっごい当時苦しかったんで。あの時、ちょっと悶々とした時に物音には気付いたのに、すぐに(上の階に)上がって見に行かなかったから。あそこで見に行ったら助かったのかって、ずーっと苦しかったの。

自殺を「人には言えない経験」と感じた人は他人や社会から不審に思われるのではないかと恐れている。Aは息子の自殺を話せなかった理由について以下のように語った。

A：(遺族会に参加して話し始める時) 最初の言葉が辛かったね。だって絶対言えなかったもん人に。私の場合は何か自死っていうのはあまりにも、弱い自分の息子、弱かったんだって思われるような気がしてね。だからやっぱりそのことが隠したかった。何て親だっけ、やっぱりそれって思われなくなかったね。

子供を自殺で亡くした場合、世間から責任を

問われるのは親であり、人には決して言えないとAは言う。一方、Bは夫の自殺を人には知られてはいけないと直感で思った。

B：すごい孤独、周りに例えば病死やったらたまにね、ご主人を病気や交通事故で亡くされたって言ったらわりとオープンに言えるっていう思いもあるんですけど、これはとにかく人に知られてはいけないっていうのがまず頭に出てきて。

以上のように、調査対象者は自殺を止められなかったことへの罪悪感や自責感を抱え、社会的に孤立した状況でグループに参加した。

1) 安心感の獲得

参加者が傷つけられることなく、安心を得ることで孤独が和らぎ、他者との繋がりを実感する。

A：ああ、ここだって思ったね。ここだったら居てはるんやなって。ここだったら話せるなって。そして自分の地域じゃないじゃない。だから私は行くのよね。だから全てが言えるじゃない。ここ（地元）だったら全てが繋がるでしょ。〇〇市（グループがある市）だったら私は喋れるんですって。思いっきり喋れるんですって。

B：同じような体験してる人ばかり来てると思ったから。逆に安心。そこに来たら何か答えを見つかるかもしれへんし、同じような境遇の人に出会えるかもしれへんし。だから一人でこもっていたらそれこそうつになったり、（中略）その集いのおかげで、何回も何回も生きたいって気持ちを起こさせてもらったから。

Aは人には言えなかった気持ちをグループの中では思い切り話せると思えた。また、Bは苦悩の先にある答えをこのグループでは見つけられるような気がした。いずれも同じような境遇の人の集まりが、安心感をもたらせた。この安

心感はグループの参加者による非審判で受容的な態度のもと、経験を分かちあうことによって得られる（Heart Beat, 2003）。死別による悲嘆状態にあり、劣等感を抱えた人々にサポートグループが安心できる場所を提供することで、グループの凝集性を高め、孤独感を減少させる（Hughes, 1995）。自殺遺族にとってこの安心感は喪の作業を促進させるカタルシスの為でもあり（Renaud, 1995）、死別反応を正常化し、劣等感を減らす為でもあると考えられている（Appel & Wroblewski, 1987）。

参加者が初期段階で安心感を得られるかどうかは重要課題である。安心感を得られればそれを基に経験の分かち合いが進み、様々な効果が得られる。参加者に安心感を持ってもらうためには分かち合いの場において守秘義務が重要であり、会の冒頭で説明されなければならない。

2) 感情の表出

死別に関して抑圧していた心情を表出することで心身のストレスが軽減し、悲嘆過程を促進させる。

A：はじめ緊張がちがちよ、言いに来ただけだけど、言うのも、私喋れるかな、って「私は何年前に長男を亡くし」のところまでわーっと泣いてしまっ、言葉にならない、そしたら皆があったかい目で見えてくれたからね。何でもここでは喋れるんですよ、ってそういう話をされて、本当に泣いたね。ここで初めて人の前でそういうこと言ったじゃない。（中略）ここでは喋れる、私が探してた所だって思いがあったよ。喋れるっていうか聞いてもらえるっていうかね。

B：自殺で亡くしたことを社会で言えるようになったのは遺族会のおかげ、そこにずっといたら自分は安心できるんやけれど、逆にふっと振り返ったら、ここに自分がずっとおれるわけじゃなくて、自分の普通の生活に戻る。下界に戻るっていうか、でも一番生活しているのは下界の自分やから。そこでもやっていける自分を

作りたい。その為には何回も何回も遺族会に参加して、これでもかこれでもかって自分を吐き出して、自分なりに消化していく。

C：とにかく体験きいて欲しいって思いもあって、こういうこと体験してしまったっていうか自分の思いを吐き出したくて、亡くなり方が亡くなり方やからわりと抑えてるでしょう。誰にでも言えない。ここでは言うてはいいいんだけ抑えてる分「わー」って言いたかったんですよ。聞きたいよりもその時は勝ってたかもしれないですけどね。(中略)自分が話したのは、どういう経緯で亡くなって、どういうふうに主人の親から責められたとかぶちまけたんやと思いますわ。

Aはサポートグループを「ここが私の探していたところだ」と述べている。参加者が温かい目で見してくれたからこそ初めて安心して大きな声を出して泣くことができた。Cも泣きながら抑えていた感情を吐き出した。夫の親から責められたことをグループの中で「ぶちまけた」と表現している。

参加者の最も大きなニーズは審判されない安全な環境で感情や考えを表出することと言われている (Renaud, 1995)。サポートグループでは死別まつわる心情を話すことを奨励し、抑圧された感情を吐き出すことが健康的だと言われている (Hatton & Valente, 1981)。しかし、吉野 (2003) のグループ参加者は「泣くと少し楽になるが、何年たっても悲しみは変わらない。何年経っても一生忘れることは無い」と述べており、「抑圧を吐き出すと健康になる」という簡単な因果で捉えられない場合があることを示している。

Bは日常生活で生きていける力を身につけなければならないと思っており、感情表出による精神的負荷の解消は根本的な解決にならないと述べている。これは Stroebe ら (2001) の悲嘆過程の二重コーピングモデルの妥当性を示している。参加者は喪の作業をしながらも同時に

日常生活の問題に対処していかなければならない。それに Heart Beat (2003) のマニュアルでは抑圧していたものを話すといっても死の細かな描写などをグループで話すことは他の参加者の二次的トラウマになる可能性があるので制止するように勧めている。

3) 正常化 (normalization)

参加者が他者に言えなかった自己の経験を普遍化させ、心身の状態を正常だと認識し、自己の消極的な印象を軽減させる。

C：たまたま配偶者を亡くされた方とお会い出来たというのもあるんですけど、年齢は違いますが、おんなじ様な人いるんやっていう意味ではね、ちょっと安心したというか、ああ私だけじゃないな、ご主人亡くされた人は、やっぱりいるやんって思ったね。たまたま多かったですよね、初回参加の時ご主人亡くされた方が。配偶者亡くされた方で1グループできるぐらい。妙にほっとしたっていいですか、特別なことなんですけど、何も私だけが経験してる訳じゃないんやっていう意味ではね。

グループの参加者はそれまで隠していた感情は異常ではなく、当然起きうる正常なものだと認識し、不安を軽減させることが出来る (Appel & Wroblewski, 1987)。Cは同じ立場の人、すなわち夫を亡くして小さな子どもを育てている女性を探してグループに参加した。別のサポートグループでは「夫を亡くした妻の立場」にいる人とは巡り会えなかった。しかし、このグループでは初回において同じ立場の人数名と出会うことができた。同じ立場の人と会うことで「私だけではない」という思いに至り、孤独感や「自分がおかしいのではないか」という疑問は軽減できた。グループの参加者が自らの経験を話すことは「自分が経験したことは起きうることだ」と再認識し、孤独を和らげるプロセスである。

自殺遺族は異常な体験をしたと思えば思うほど社会から孤立して塞ぎ込んでしまうため、正

常化の効果は遺族の精神的負担軽減に重要な役割を果たしている。

4) 経験知 (experimental knowledge) による問題対処方法の取得

参加者が体験して得た知識をもって相互に問題対処方法を教え合い学び合う。

C: こういう時はどういう風にしてはるんやろうって思うところがあるので、例えばうちみたいに、それは2、3回目、回数行ってからのことになると思うんですけど、親と断絶してしまって、墓は向こうの墓に入っていると。そんな風にして供養はどのようにすればいいのか。断絶してるのに、声かけてまた集まって、そんな顔も見えないわとか、どうせののしりあいになるのに、辛い思いするから会いたくない。でも一周忌のあれはどのように執り行ったらいいのか、喪主やからそういう時にみんな他の人間関係どうやってやってきてるのって、そういう疑問はありましたね。(中略) Bさんも同じことやけれど、向こうの親と断絶になってるから、うちの場合はこういう風にやってきたってうちの場合はって形でね、話してくださいましたわ。自分だけで勝手にお墓に参って、こっちでお経あげてもらって、それで集まってどうこういうのはねもうしてないよってね。自分の納得のいく供養の仕方でもいいんじゃないってね。あそういうふうやってる人もいるんだって。ある意味ね、じゃあ別にこだわらなくていいんかって思うようになってね。

経験知は経験によって実感され、そして生活に密着した具体的で分かりやすい知識の相互提供である。Cの場合「親族と断絶している状況での夫の供養の仕方」という極めて特殊な状況についての情報を得たいと思っていた。これは専門家が知識をもって答えるよりも実際に似た様な体験した人のほうが当事者の心情に沿って助言できると言えよう。Bは「～すべき」というように対処方法を押し付けるのではなく、自

分がした方法をただ述べるに留めたことがCにとっては受け入れやすかった。

岡(1994)は「経験知」の理論を自助グループが自助グループに成らしめる鍵となる理論として位置づけている。専門家による知識は臨床や実験等の科学的な知識を基盤にしているのに対し、経験者が得た知恵は実感を伴い、分かりやすく、同じような経験をした人にとっては参考になることがある。自殺遺族サポートグループにおいても問題やストレス対処の方法を学ぶことで参加者が希望と自信を持つことができる(Renaud, 1995)。

5) ヘルパーセラピー

参加者が助けを求めるだけでなく、自ら他者を助けることで自分の能力を実感する。

A: この人に言葉のプレゼントとかね、この人の為に何かができると嬉しいとか、思ってることを言えたときに幸せじゃない自分も。だからそれを言う為には、その(自作の)ホームページで言ったテーマをね、私はこうしたらこの人が元気になるっていうこと書いたつもりだから。こうやってやってますよっていうことを何にもならないアホみたいなことかもしれないことを、自分にしたら嬉しかったと思ったことを、誰でもなんか暖かい気持ちになるような気もしませんか。変に自慢してるとかそういうのではなくって、そういうことを言っていきたいと思うわけ。

B: 私が1年(グループに)行かせてもらって、このまま隠していききたいというのと、世の中にもっと大変な人がいるからそんな大きなことはできないけれどちょっと役に立つことをしてみたい。(ある遺族から)「自分ができることから始めてはどうか」って、言われて、そうですね、何ができるかなって。

Aは日々沸き起こる自責感と死にたいという気持ちを完全に打ち消すことはできない。ただ、自作のホームページに田舎の素晴らしさや日々

の様子を綴ることで安らぎを得ていた。自身が書いた文章や言葉を同じような状況にある人が見て喜んでもらえたら嬉しいと語った。Bはグループに参加するにつれてサポートグループのスタッフとしてボランティアをしたいと考えるようになった。それは自信をつける為というよりも、他の遺族の痛みを知り、力になりたいと一心に考えたからである。

経験知は獲得した側だけでなく、提供した側にとっても人の役に立つことが出来たという経験が自己肯定感を高める (Riessman, 1965)。人の力になることで自分の能力を再確認し、また社会的に受け入れられていることを実感する (Kaye, 1997)。厳しい罪悪感を抱える遺族にとって自己肯定をすることは苦難であるので、この効果の意義は高い。

6) モデリング

参加者が互いに人生のロールモデルとしての役割を果たす。

C：だいぶん年上の方ですけど、Bさんは比較的近くですから。そう、心強かったんですよ。それに亡くなった経緯っていうかね、本当の経緯は全然違うんですけど、Bさん自身から教えてもらったんですけど、亡くなり方とか、子どもさんが大きいとはいえ、まだ学生の当時中学生やったって言うし。主人の両親に責められたことが凄く似てた部分があって。Bさんは何年か前の自分を見てみたいやって当時の私を見てね。私は話をきいて、似てる経緯を辿って来られたんやなって思って。それでも頑張っただけでここまで来てはるんやっていうのはある意味励みになったりしてね。そういう意味ではグループに行った意味が、収穫って言ったらおかしいですけど、もう一度行ってみようと思いましたがね。

CはBというモデルを見つけたことが最初にグループに来た時に得た収穫だったと振り返っている。自殺による死別後、誰にも心情を理解

して貰えず、また夫を亡くしてどのように子どもを育てていけばいいか分からなかった。年上のBが配偶者の自殺を経験しながらも生活できている姿にCは励まされている。

自殺遺族サポートグループにおいても経験豊かな遺族 (Seasoned survivors) が、参加して間もない参加者に経験を話すことによってこれから生きていく希望になり (Heart Beat, 2003)、モデルを見ることで参加者は自分の今の状態を客観的に評価できる (Pietila, 2002)。サポートグループの大きな目的は生きる希望を得ることである。

7) 社会資源の情報獲得

利用できる社会資源を知り、問題解決に役立つ。

B：多重債務の方もどこに行ってもいいか分からへんから。自分が体験して思ったけれど、一つの窓口で全部紹介してくれる所があったら凄く楽やったのになって思って。一つ一つがバラバラで全部自分で調べないといけないから、しんどいことがあった時に一人で対応していくのが本当にしんどい。

C：まず吐き出す場が欲しいっていう感じで参加させて貰って、同じ立場の方の話をきいて、同じ思いやなって安心感を得られたことは大きかったですけど、あと冷静になってくると色々な手続きがあるじゃないですか。急な亡くなり方なので、全く予期せぬ亡くなり方をしているので、手続き上のことで、世帯主が亡くなって、どういうことを手続きしていかなあかんのか、全く分からない状況でほうり投げられて。(中略)ここに相談行かれたら、いうところを教えてくださいだけでもね、全然違うんやろうなって。

一般的にグループワークにおいて持てる社会資源を参加者に提供することが重要な機能として位置づけられている (Toesland & Rivas, 2009)。Bは生活の相談や法律相談を一つの窓

口で受け付けて欲しいと希望している。Cはグループに参加して数回経った後に夫が会社でパワーハラスメントに遭ったことについて弁護士に相談をしたいと思うようになった。しかし、ある弁護士に電話をしたところ「裁判費用のことなんかより、亡くなった旦那さんの無念を晴らすのが大事でしょう。とにかく事務所まで来てください」と強引だったことで、不審に思うようになった。サポートグループで自殺遺族の立場を考慮してくれる弁護士の紹介を望んでいた。現在都道府県や政令指定都市では遺族の相談窓口が設置されている。また、サポートグループも社会資源の紹介ができる窓口になり得る。精神保健福祉機関や法律事務所等との連携を望む遺族もいる。

8) 自己肯定感の向上

劣等感を抱えた参加者が自己肯定できるようになる。

A：(死にたいって気持ちは) 実は今もある。心の中にはある。それを思ったらあるから、怖いから、何かをするって感じ。(中略)死にたいって気持ちがあるからそれを踏み台にして何かをしていかないと生きていけない。それでいたらぼろって言葉に出てしまう。本当に思った言葉が出てしまうからね。それをね(息子の)お嫁にきかれたら大変だって思う気持ちがあるから、だから楽しいこと見つけようって。

B：何でも自分のことが肯定される所が果たしていい所かなって思うんですよ。いつもこう同調、大変ね、とかそうだよねとかじゃなくって、こういう風にしたら自分が変わるかもしれないし、こういう風にしたら考え方も変わるかもしれないって言う、そういう所がいいんじゃないかと思うんだけど。なかには合う合わないって(遺族会を)あっち行ったりこっち行ったりする人もいるかもしれないけれど。(中略)自分の思ってることを全て肯定してくれる所ばかりだったら現実的に自分の生活に戻っていた

時に、対応できないというか。

C：それはやっぱり回を重ねるうちに自分自身もステップアップしてるんやなって思ってるんですよ。押さえ込んでたら多分ここまで行っていかなかったなって思うんですよ。あれだけ自責の念が強かったから自分のせいじゃない、止められなかったんやってどっかで思いつつある自分もあるんで。(中略)とにかく自責の念から解放されたいって思いはありますね。

遺族が抱える自責感は後追い自殺にまで向かわせることがある(高橋, 2002)。また、他者からの責任追及や配慮のない言葉で自尊心が傷つけられることがある。サポートグループへの参加は自己肯定感の向上に繋がると言われており(WHO, 2000)、社会の不条理さを認識したり(Hatton & Valente, 1981)、誰かの力になることで自身の存在意義を確認したり(Appel & Wroblewski, 1987)、分かち合いで体験を話したりすること(Pietila, 2002)によって自己肯定感は向上していく。しかし、彼ら3名にとって自己肯定をすることは簡単ではなかった。Cはグループに参加するにつれて自責感が軽減するのを感じた。一方で、グループの参加を終結し、ボランティアとして関わるようになったAであっても今も死にたい気持ちはあると語った。Aは「息子を殺してしまった」という想いを払拭することはできない。

受容的なグループに参加していると、グループと一般社会とを二分化してしまい、ついつい自分を肯定されるグループに依存してしまうというのがBの意見である。Bの目標は受容的なグループに留まるのではなく、一般社会で生きていく術を手に入れることである。Bはグループ参加の目的が自己肯定だけではないことを示唆している。

9) 比較・逆比較

参加者が他の参加者の経験を過小評価、または過大評価をすることで、評価された側が傷つ

く。

A：「子どもの方がもっと辛いよって」言葉が出てたと思う。これ（分かち合いのルール）を読ませてもらうと比較してはいけないんだって気付いたよね。頭の中に入ってなかったんだよね。ご主人を亡くすのは大変だろうけれど、子どもの方が大変だと思うよって言ったと思う。

C：私のケースを他の人が聞いて、さっきまで食事をしてたのに家の中でそういうこと（自殺）が出来るのを見て「とても私は止められなかったと思えるようになった」って言った方もいらしたしね。（中略）もう複雑でしたよ。その人は楽になったやろうけど、うちの場合はそれでも止められてたんちゃうかなってどこかで拭い去れないものはね、言って貰ったことによって楽になったってことはないですよ、その人は楽になったと思いますよ。

自殺遺族のサポートグループに参加することで逆効果になる主な原因の一つは参加者同士が批評しあい傷つけあうことである（梁，2006）。例えば「貴方はまだいいわね。夫を亡くしたんでしょう。私は子どもを亡くしたのよ」と言われると、言われた側は恐縮してしまい、自分の経験が過小評価されたと感じる。一方、梁は逆に相手の悲劇を過大評価することを「逆比較」と呼んでいる。「貴方は可愛そうね」と言われると、場合によっては「貴方より私の方がまだましだ」と言われているように捉えられる。

グループに参加し始めの頃、参加者は「とにかく自分の話をきいて貰いたい」とすがりつく思いで必死に参加する。この時人のことを配慮する余裕を持つよりも自分が受け入れてもらえるかという不安が先行する。このように自身に余裕が持てないとき、比較・逆比較のリスクは高いと考えられる。参加者は人を傷つけようと悪気をもって比較対象にするのではない。Aはインタビューで「グループのルールがなければ無意識に人と比較して、相手を傷つけてしまっ

たかもしれない」と素直に述べてくれた。

自分より立場が厳しい人を見て自分が「まだましだ」と安堵する方法は下方比較（Wills, 1981）と呼ばれている。藤井（2004, 172）のグループ参加者も同じような体験を報告している。

苦しく、辛い日々を送っているのはなにも自分だけではないことを知ったのです。ある意味では自分よりもっとつらそうな方もいたりして…（中略）自分だけが世界で一番不幸だと思っていた気持ちが少しずつ変わってきました。失礼な言い方かもしれませんが、なにかほっと安心した気分になりました。

グループのなかでも下方比較が行われ、逆比較されたと感じる参加者がいることを示したのはCであった。彼女は他の参加者より「貴方は助けられる確率が高かったのに駄目だった。私ならなおさらだ」と言われたのである。

同じような立場の人と会うことで正常化されて安心を得る効果や具体的な経験知を分かち合えることはあるが、一方で比較をしやすい対象となり得る。

4. 結論

本研究では遺族にとって自己肯定感の向上が容易ではないこと、または遺族によっては自己肯定できるグループに依存することが目的でないと感じていることが理解できた。グループワーク実践者はこのことを真摯に受け止め、遺族のその時折の心情を察せなければならない。

サポートグループの参加効果は参加する遺族の相互作用によって発揮されるものである。よりよい効果が得られるように分かち合いの人数が多ければ続柄別にグループ分けをすることが重要である。BとCのように同じ配偶者を亡くした小グループで体験を分かち合えば安心感、感情の表出、正常化、経験知の共有、モデリングの効果が発揮されるだろう。

一方、グループ運営において注意すべきリスクについても理解できた。ヘルパーセラピーの効果が転じて比較・逆比較にならないように分かち合いの会のルール設定が望ましい。参加者は自分の体験や心情を述べるに留め、他の参加者の経験や考え等を批評しないように留意すべきである。

5. 本研究の限界と課題

本研究は調査対象者が3名と少ないため、今回の結果だけではサポートグループの参加効果が普遍的なものを実証された訳ではない。サポートグループの質を向上させるためにはそれぞれの効果をより深く理解する主旨の研究が求められる。例えば比較・逆比較の種類やパターンにはどのようなものがあるか、会を進行するファシリテーターの技術がどのように参加効果に影響するのかについて検討すべきである。今回取り上げていない効果についても検証する必要がある。調査対象者とは別の参加者は、分かち合いの会が亡くなった人との繋がりを感じる場となっていることを話してくれた。今後も参加者の視点に立った効果検証に係る研究が期待される。

謝辞

本論文の作成にあたり、終始熱心なご指導を下さった関西学院大学の小西加保留教授に、また本研究の趣旨をご理解頂き、調査にご協力下さった遺族の方々に深く感謝申し上げます。

参考文献

Appel, Y. H. & Wroblewski, A. (1987). Self-help and support groups: Mutual aid for survivors. Edward J. Dunne, E. J., McIntosh, J. L., & Dunne-Maxim, K. (Ed.). *Suicide and Its Aftermath: Understanding and Counseling the*

Survivors. W W Norton & Company Inc, 215-233.

Clark, S. E. & Goldney R. D. (1995). Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis*, 16 (1), 27-33.

藤井忠幸 (2004). 「『分かち合いの』のすすめ」*グリーンケア・サポートプラザ編『自ら逝ったあなた、遺された私一家族の自死と向きあう』*朝日新聞社, 169-185.

Hatton, C., L. & Valente, S. M. (1981). Bereavement group for parents who suffered a suicidal loss of a child. *Suicide and life-threatening behavior* 11, 141-150.

Heart Beat (2003). *Support groups for suicide survivors after suicide*.

Hughes, M. (1995). *Bereavement and support: Healing in a group environment*. Taylor & Francis.

Jacobs, S., & Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: a review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death studies*, 24, 479-495.

Kaye, L. W. (1997). Self-help support groups for older women. *Hemisphere*.

Mitchell, A. M., Gale, D. D., Garand, L., & Wesner, S. (2003). The use of narrative date to inform the psychotherapeutic group progress with suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 91-106.

岡知史 (1994). 「セルフヘルプグループの援助特性について」『上智大学文学部社会福祉研究平成5年度年報』3-21.

Pietila, M. (2002). Support groups: a psychological or social device for suicide bereavement? *British Journal of Guidance & Counselling*, 30 (4), 401-414.

- Renaud, C. (1995). Bereavement after a suicide: A model for support groups. In Mishara, B. L. (Ed.). *The impact of suicide on family and friends*, Chapter 4, NY: Springer, 52-63.
- Riessman, F. (1965). 'Helper'-therapy principle. *Social Work*, 10, 27-32.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (2001). 「死別体験へのコーピング（対処）の二重過程モデルから見た意味の構成」 Neimeyer, R. A. (Ed.). *Meaning Reconstruction and the Experience of loss*. American association of Psychiatry. 富田拓郎・菊池安希子訳 (2007) 『喪失と悲嘆の心理療法』金剛出版, 第3章, 68-82.
- 高橋祥友 (2002). 「わが国の自殺の実態について—自殺者三万人時代にどう対応すべきか— 『こころの科学』 102 (3), 2-8.
- Toseland, R., & Rivas, R. (2009). *An introduction to group work practice* (6th ed.). Boston: Ally & Bacon.
- Wills, T. A., Downward Comparison Principles in Social Psychology, *Psychological Bulletin* vol.90 No.2, 1981 pp.245-271.
- World Health Organization (2000). *Preventing suicide How to start a survivor's group*. Geneva.
- 梁誠崇 (2006). 『自殺遺族をめぐるサポートグループの実践的モデル構築のこころみ』大阪大学人間科学研究科平成17年度修士論文, 未公刊.
- 吉野淳一 (2003). 「成員の自死で亡くした家族の喪の作業への支援—グループの適用—」 『北星学園大学大学院論集』 (6), 49-67.

Effects of participating in a support group for bereaved by suicide

—Based on narratives of participants—

Yuki Ikawa

Settsu Welfare Office

It is said that care for survivors of bereavement by suicide has become increasingly important in Japan. This interview research of three survivors is conducted with the aim of understanding the effects of participating in a support group more concretely from participant's point of view. Previous works indicate that the effects of participating in a support group for survivors are : 1. gaining a sense of security; 2. releasing feelings; 3. normalization; 4. gaining empirical knowledge how to problem-solve; 5. helper-therapy; 6. modeling; 7. getting information on social resource; 8. increased self-esteem; and 9. comparison and counter-comparison. These effects are exerted by interaction between participants. If participants are many in groups, we should divide them into small groups based on their relationships with the deceased. Moreover, to reduce negative effect, it is necessary to make rules such as confidentiality and not to judge each other in the support group.

Key words: suicide, bereavement, support group, effect

〔論文〕

地域包括ケア政策下における「居所選択」支援の課題 —医療ソーシャルワーカーは患者と家族の「居所選択」に どのように貢献しうるか—

日比野 絹 子*

Key words : 地域包括ケア、医療ソーシャルワーカー、居所選択、退院

I. はじめに

2011年、地域包括ケアの理念は介護保険法上に規定された（厚労省 2011）。地域包括ケア政策は、単なる介護保険制度改革ではなく医療提供制度改革も含んでおり（二木 2013）、その主な対象は今後人口高齢化が急速に進む都市とその近郊である（田中 2011 2012）¹⁾。

地域包括ケアの考え方では、住まいと住まい方が基本とされており、「本人・家族の選択と心構え」と「自己決定」が強調されている。2014年3月の地域包括ケア研究会報告書では「自らの意思に基づいた選択」の重要性が示された（MURC 2014）²⁾。しかし、高齢化の進展とそれに伴う慢性疾患や障害を持つ高齢者の増加により、受療・入院の機会が増えることが予想され、医療機関において、今後の生活場所となる居所の選択（以下、「居所選択」）の機会の増大が予想される。加えて、医療機関で入院・治療中に「居所選択」することは、特に、高齢期においては、個人差はあるものの能力の喪失を経験しながら意思決定をせまられることにつながる。そこでは、家族が患者の代わりに推定して「居所選択」を行う実態もある。そのため、

患者と家族の生活場所についての意思決定における医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の支援の重要性は、今後、単身世帯の増加や高齢化の進展とそれに伴う慢性疾患や障害を持つ高齢者の増加が予想される中、ますます高まると考える。

これまでの医療ソーシャルワークにおいては、医療機関の機能分化と連携の推進に伴い退院支援のあり方とその重要性は繰り返し検討されてきた。しかし、地域包括ケア政策下においては、医療・介護の提供体制の再構築に取り組むことが必要であり（内閣官房 2013：11）、既存の医療提供体制のパラダイムシフトが必須の条件となる（高橋ら 2013：36）。

地域包括ケア政策下における MSW の支援については、これまでの退院支援研究で明らかにされている課題を踏まえた上で、退院支援という医療者の論理からの検討ではなく、「居所選択」の行為の主体である患者とその家族の視点から、新たに必要とされる研究及び実践上の課題を検討することが重要と考える。

*Kinuko Hibino : 日本福祉大学大学院博士課程

II. 本研究の目的

本研究の目的は、地域包括ケア政策下における「居所選択」支援の課題を明らかにすることである。そのために、以下、3つの点から文献検討を行う。第1に、地域包括ケアの導入及び概念の変遷を整理し、地域包括ケア政策下における「居所選択」に関わる注目すべき点を示す。第2に、介護保険政策下における高齢者の住宅施策の経緯を踏まえ、地域包括ケアの基盤となる居所に期待されている役割について整理する。第3に医療機関の機能分化と連携の促進下における退院支援研究を概観し、「居所選択」の行為の主体である患者とその家族の視点からの検討として十分か否か、確認する。

III. 研究方法

本研究では、これまでの退院支援研究で検討されてきた論点や知見を整理し、そのことを踏まえ、地域包括ケア政策下における「居所選択」という新たな枠組みでの支援の課題を検討するため、文献検討を行う。

文献検索については、医療機関の機能分化と連携が推進された第2次医療法改正以降の1992年から2014年7月までに発表された文献を中心に確認した。

検索方法については、国内データベース「CiNii(国立情報学研究所 NII 論文情報ナビゲータ)、MAGAZINEPLUS、医学中央雑誌 web、メディカルオンライン、MedicalFinder」を使用し、「地域包括ケア or 地域包括ケアシステム」「病床機能分化 or 医療機関の機能分化」「退院支援」「退院援助」「退院困難」をキーワードに、地域包括ケア政策に関する文献1375件、医療機関の機能分化に関する文献229件、退院支援及び退院援助等に関する文献1749件を検索対象とした。加えて、政府の検討会資料、厚生労働省等が行った調査報告の確認、医療福祉・ソーシャルワーク、社会福祉、保健医療政策等関連の著書、研究誌・関連雑誌等を確認した。その上で、

論文の選定については、本研究の表題及び目的に関連しない文献、抄録のみのも、退院支援の促進・阻害要因が示されていないものを除外し、最終的に本論文の表題及び目的に該当する文献65件を選定し検討した。

IV. 地域包括ケアの導入・政策推進と論点

1. 地域包括ケア導入までの経緯

地域包括ケアの概念は、普遍的かつ継続的なケアニーズと、高齢者の疾病構造の変化に伴うケアニーズの認識枠組みの変換に対応するため提唱された。しかし、必ずしも新しい概念ではない。

地域包括ケアの概念は、広島県公立みつぎ総合病院の山口昇医師らが、昭和50年代以来、寝たきりゼロを目指して構築した、保健、医療、福祉の連携システムに始まる。山口氏による地域包括ケアとは「医療を切り口」として強調された、「治療だけではなく、疾病の予防から治療、さらにその後のリハビリ、ケア（介護）までを含む地域包括医療・ケア」である（高橋2012：13）。

2000年4月には「利用者の選択権」を根本理念とした介護保険法が施行され、2003年の高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」において地域包括ケアの構築が提言された（厚労省2003）。具体的には、2015年の高齢者介護（高齢者の尊厳を支えるケアの確立）に向けた方策として、①介護予防・リハビリテーションの充実、②生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系、③新しいケアモデルの確立（痴呆性高齢者ケア）、④サービスの質の確保と向上が挙げられている。

2008年度の老人保健健康増進等事業による「地域包括ケア研究会報告書」において、地域包括ケアシステムが明確に定義され（厚労省2009：MURC 2010）、2011年の介護保険法第5条第3項（2011年6月改正、2012年4月施行）において地域包括ケアの理念が規定された。地域包括ケアシステムという新たな用語は、地域

包括ケアを実現する仕組みとして用いられている（太田ら 2011：4）。慢性疾患や障害を持つ高齢者のケアは、地域生活が基盤となるため、地域包括ケアシステムについては、病院基盤のものや地域福祉基盤のものとの2つの源流から論じられている（高橋 2012：高橋ら 2013：太田ら 2010：2011：2012：白澤 2013：西村 2013：馬場ら 2014）。

改正介護保険法では、2025年を目標年にして、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される地域包括ケアの実現への取り組みが示されている。その背景には、高齢化の進展とその地域差の拡大が予想されること、特に都市部を中心に75歳以上人口が急増すると予測されていること（内閣府 2014）、2025年から2040年までは、高齢者数及び死亡数がピークに達し、後期高齢者数が再び増加し始めること等（MURC 2014）がある。

2. 地域包括ケア研究会における地域包括ケアの概念の変遷

地域包括ケア研究会（厚労省 2009）では、地域包括ケアシステムは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生きる場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。

しかし、その具体的な概念については少しずつ変化し、今後も変化し続けるとされている（厚労省 2009：MURC 2010：2013a：2014）。

2009年の地域包括ケアの概念には、住まいは他の要素と並列的に位置づけられ、リハビリテーションは必要な要素に含まれていなかった。しかし、2012年には、住まいは他の要素と並列的な取り扱いではなく、住まいは基本とされ、その住まいを基本として、介護、医療、保健、生活支援があるという考え方に变化した。そして、2013年には、住まいと住まい方という考え方が

すべての基盤となり、看護、リハビリテーションが加わった（MURC 2013）。注目すべきは、2013年の概念図は、社会福祉と生活支援が基本にあり、その上に専門的な支援が提供されることを意味していることである。他面、「本人・家族の選択と心構え」が強調され、報告書には「常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある」ことが明記されている（MURC 2013a）。

田中は、日本介護経営学会第8回総会・記念シンポジウムの基調講演で「老後に対して、本人や家族の覚悟が必要」「1人で死ぬという覚悟」と強調している（田中 2013）。

3. 地域包括ケア政策を推進する上での論点

地域包括ケアの考え方は、住まいと住まい方が基本にある。住まいは地域包括ケアシステムの前提条件とされ、保健・医療・介護などの専門サービスが提供される前提とされている（MURC 2014）。地域包括ケア政策下において、注目すべき点は以下の3つである。

第1に、地域包括ケアは、二つの独立した概念「community based care（地域を基盤としたケア）」と「integrated care（統合型のケア）」を同時に試みていることに、他国にはない特徴がある（高橋 2012：54）。筒井（2012）は「介護予防という公衆衛生的な予防活動に加えて、低所得者対策としての住宅施策をも integration の対象として、そのシステム化を図るといった考え方や、これらを地域圏域を基盤として同時に展開しようとする試みは、国際的にも稀有な例」と強調する。

第2に、二木（2012：175：177）は、地域包括ケアシステムについては、5年、10年の単位で医療・介護政策上の位置を考える必要があること、「保健・医療・福祉複合体」への新たな追い風になること、を強調している。加えて、地域包括ケアの範囲に急性期医療は含まれていない点について、「地域で保健・医療・福祉サービスを切れ目なく提供するためには、それぞれ

の地域の条件に応じて、『地域包括ケアシステム』内および、それと急性期の『医療サービス医療提供体制』間での連携を形成することが不可欠」と指摘する。この点については、2014年3月の地域包括ケア研究会報告書（MURC 2014）において、新たに、急性期医療を含めた医療提供体制が強調された。

第3に、宮島（2013）は、地域で継続性を持って暮らすことができれば「たらい回し」や「介護難民」という言葉は死語になるとしている。日本の病院・施設群は、提供するケアに応じて機能別になっており、「たらい回し」は、医療介護の供給のあり方がもたらした構造的な問題と指摘する。地域包括ケアシステムの構築においては、自助・互助・共助・公助の役割分担の必要性が強調されている。

4. 地域包括ケア政策の中核的サービスとされている「定期巡回・随時対応サービス」

2012年4月、地域包括ケアの中核的サービス（厚労省 2013a）とされている「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」サービス（以下、定期巡回・随時対応サービス）が創設された。定期巡回・随時対応サービスは、単身・重度の要介護者であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で生活が継続できることを目的としている。従来の居宅介護サービスではサービスの提供が断片的であること、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していること、医療と介護の連携が不足していること等の問題に基づき創設された「新しいサービス類型」である（MURC 2011）。24時間365日、在宅にしながら施設ケア同様のサービスが利用できる、日中を中心とした自由度の高いサービス（MURC 2012）として創設された。

「集合住宅における定期巡回・随時対応サービスの提供状況に関する調査研究事業」（厚労省 2013b）の結果では、利用者数は、地域展開事業所は平均8.7人に対し、集合住宅事業所は平均24.1人と約3倍であった。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2013b：63）の報告書によると、病院のMSW等との連携状況について、定期巡回・随時対応サービスの参入事業所と未参入事業所の連携状況の比較の結果では、「参入事業所で『日頃から病院のMSW等からの利用者紹介や相談をよく受けていた』『病院のMSW等から利用者紹介等の連絡はたまにあった』に割合が高い」と報告されている。地域包括ケア政策の中核的サービスとされている定期巡回・随時対応サービスだが、参入障壁については職員の体制構築に関して障壁と考える事業所が多いとの報告がある。

5. 地域包括ケアの基盤となる居所に期待されている役割

地域包括ケア政策では、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービスと並んで、サービス付き高齢者向け住宅が3つの柱とされている。

高齢者住宅の問題は、高齢化の進展の速さから、高齢者人口の多さへと変化したことが背景にある。介護保険制度創設以降、大都市部を中心に、不足する特別養護老人ホームの代替として、グループホームや有料老人ホームが激増した（二木 2007：272）。有料老人ホームは、1985年の97から2012年の7549へ増加している（厚労省 1997：2012）。しかし、施設需要を満たすには至らず、2014年3月の調査時点では、特別養護老人ホームの入所申込者の状況は52.2万人となり、5年間で10万人増加した（中日新聞 2014）。東京都社会福祉協議会が行った調査（2011）では、必要性があっても十分に利用できない施設について、病院を対象にアンケート調査を行った結果、8割以上が「特別養護老人ホーム」と回答している。また、同質問を地域包括支援センターにも行っており、9割が「特別養護老人ホーム」と回答している。

2001年、高齢者が可能な限り自宅で暮らし続けられるよう、高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下、高齢者住まい法）が制定され、高齢者向け優良賃貸住宅や高齢者専用賃貸住宅

等の供給が図られた。介護保険法との関係においては、2006年から高齢者専用賃貸住宅は、老人福祉法の有料老人ホームと軽費老人ホームに加え、高齢者専用賃貸住宅のうち一定の居住水準等を満たし、届け出がされているものについては、特定施設の対象とされた。

上記の流れを受け、2011年には、高齢者住まい法の改正法が成立し、サービス付き高齢者向け住宅制度がスタートした。創設の背景には、高齢者単身・夫婦世帯の急激な増加、要介護度の低い高齢者が特養申込者となっている状況、高齢者住宅の不足、がある。その内容は、従来の高齢者専用賃貸住宅等の制度を廃止し、新たに安否確認・生活相談を必須とするサービス提供が義務づけられたものである。

二木（2014：127）は、「厚生労働省がリアルな認識に基づいて、今後、有料老人ホームやサ高住が急速に整備され、そこでの死亡が急増することを期待しているのは確実」「医療のバックアップのないサ高住での死亡が急増することも考えにくい」と指摘する。

サービス付き高齢者向け住宅のあり方について武藤（2013：64）は、今後、平均在院日数が増えつつ短縮化する中で、『疑似病床』モデルや『移行病床』モデルが考えられると指摘する。「社会保障・税一体改革大綱」（2012）の「在宅サービス・居住系サービスの強化」の項では、「切れ目のない在宅サービスにより、居住生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる」と明記されているが、日本の貧困レベルが相対的貧困、絶対的貧困のいずれの定義においても上昇傾向にある（橘木ら 2009：307）なかで、居住継続の保障とコミュニティの維持はその重要な要件といえる（早川 1998：108）。

V. 医療機関の機能分化・強化と連携の促進とこれまでの退院支援研究

1. 医療機関の機能分化・強化と連携の促進と医療法改正の主な経緯

医療機関の機能分化・強化と連携は、数次にわたる医療法改正により促進されてきた。

1985年の第1次医療法改正では、医療計画制度が導入された。背景には、医療機関の地域偏在の解消があった。そのために、地域の体系的な医療提供体制の整備を促進し、医療資源の効率的活用や医療機関の相互の機能連携の確保等が目的とされた。

1992年の第2次医療法改正では、医療機関の機能分化を図る観点から、「特定機能病院」及び「療養型病床群」が制度化された。第2次医療法改正以降は、患者に対する情報提供の推進が図られ、1997年の第3次医療法改正では、医療計画制度の充実が図られた。医療計画については、病院病床の総量規制中心の計画から、地域医療のシステム化の構築のための計画へと見直され、新たに「地域医療支援病院」が制度化された。

2000年の第4次医療法改正では、さらに機能分化の推進として「一般病床」と「療養病床」が創設された。医療と介護の連携を進め生活の質（QOL）を重視した医療が提供されるよう、病院病床の療養病床、介護老人保健施設等への転換を図る医療機関を支援するなどの施策が掲げられた（土生 2003）。そして同年、高齢者の「社会的入院の是正」による高齢者の入院医療費の抑制を目的とする介護保険制度が創設された。

2006年の第5次医療法改正では、質の高い医療サービス体制の構築を目指し、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直しを通じて、医療機能の分化・連携の推進が図られた。2006年度診療報酬改定で「在宅療養支援診療所」が創設されたことも見落とせない点である。

数次にわたる医療法改正を踏まえ、医療と介護の一体改革を目指した「社会保障・税一体改

革大綱」(2012)では、病院・病床の機能分化・強化の推進と地域包括ケアシステムの構築の推進が示されている。

2. 医療機関の機能分化・強化と連携の促進下の退院支援の研究

退院支援研究については、医療機関の機能分化・強化と連携の促進下において、多くの研究がなされており、主に、以下の3点について、数多くの報告がされている。

第1に、医療機関の連携においては、MSW等は、多岐にわたる情報を収集し、連携先の選別や各専門職との連携などの役割を担っていることが報告されている(藤田 1999: 吉田 1999a: 福田 1999)。退院支援については、退院調整部門が設置されている病院のほうが、連携の必要性に関する認識が高いことも確認されている。

第2に、平均在院日数の短縮が促進されるなか、スムーズな退院支援を行う為に、スクリーニング導入、アセスメントツールの開発、退院調整システム構築等の取り組みがなされていることが、MSWの退院支援研究と退院調整看護師の退院支援研究の双方から明らかとなっている(加藤 2012: 高山 2000: 川添 2011: 小原 2012: 大倉ら 2011: 藤澤ら 2006: 鷺見ら 2007)。金子ら(2007)は、早期退院の阻害要因については、「医療処置」が全国的に高いことを明らかにし、「病院の在宅医療機能および退院支援に関する実態調査」(日本医師会 2012)では、退院調整において患者と家族に話をするタイミングは「病状が安定し退院の目的がたった頃」が66.1%で最も多かったことを報告している。

第3に、自宅退院の条件については、二木が1983年に「脳卒中患者が自宅退院するための医学的・社会的諸条件」を明らかにしている。この論文は、本研究の文献検討の対象期間より前の論文であるが、自宅退院の条件を明らかにした初期の重要論文の1つであるため、取り上げる。二木(1983)の論文で明らかにされた知見

は、その後の退院支援の研究においても確認され、十分な蓄積がなされている。退院困難に関する研究では、医療処置があること、家族形態(一人暮らし、介護者がいない)、家族の意思等が大きく関係していること(近藤ら 1999: 転院問題を考える会 2003: 佐原 2006: 永田ら 2007)、病床機能によって困難要因の大きさに特徴があること(吉田 1999b)が明らかにされている。高齢患者の退院に伴う家族の在宅療養の困難要因について、本杉ら(2008)は、「介護の困難さ」「医療システムの壁」「患者の心身の不安定さ」「家族とのあつれき」を明らかにしている。また、介護老人保健施設からの在宅復帰に関連する要因の研究について、池崎ら(2006)は、『「病院往復群」が41.4%と最も高い』ことが示され、「病院往復群」と「在宅往復群」では、要介護度、在所期間、家族の介護力が有意に異なることを明らかにしている。

VI. 考察

考察では、文献検討を踏まえ、地域包括ケア政策下における「居所選択」支援の課題として、筆者が重要と考える3つの点を示す。

第1は、2014年3月の地域包括ケア研究会報告書において「自らの意思に基づいた選択」の重要性が示されている点である。医療機関での「居所選択」は、時間的な制約、医療者側の慣習の影響を受け、患者本人よりもその家族の意向が優先される実態もある。「居所選択」の過程における支援については、形式的な整備にとどまらないよう、選択の意向の有無、選択能力の有無など、患者の意向と家族の意向が十分反映されたものでなくてはならないと考える。加えて、「居所選択」の行為の過程においては、患者の意向と家族の意向に相違があることが少なくないため、患者の意向と家族の意向には、どのような局面で異同が生じるのか、実態を丁寧に捉えることが必要である。

第2は、地域包括ケアシステムについては、病院基盤のものと地域福祉基盤のものと2つ

の源流から論じられている点である。2014年地域包括ケア研究会報告書では急性期医療・病院の役割が示されており、地域の特性に応じたネットワークの構築が求められる。そのため、MSWの支援過程においては、『生(LIFE)』をめぐる支援を行う(田中 2014:15)という原点にたち、病床機能に応じた支援体制を検討することが必要といえる。

第3は、医療機関における「居所選択」は「非日常の環境」下における選択であり、患者と家族は、限られた時間の中で「居所選択」までの意思決定を重ねることとなり、そこには「困難さ」が伴う点である。この点については、これまでの退院支援研究において、特に、退院困難の要因の研究から明らかにされており、十分な研究が蓄積されてきた。一方で、居所については、「自宅」と「在宅」の定義の区別が曖昧なまま、議論されてきた点は見落とせない。加えて、在院日数の短縮等、医療の提供者の論理から語られた(永田 2004)研究がほとんどであることも否めない。地域包括ケア政策下における「居所選択」の支援を考える上では、患者と家族が望む居所はどのような環境であるのか、「自宅」以外の居所をどのように捉えているのか、検証していくことが重要である。

Ⅶ. 結論

地域包括ケアの概念は今後も変化し続けるとされている(厚労省 2009: MURC 2010: 2013a: 2014)。これまでの退院支援研究の延長線上での検討では、患者と家族が納得する「居所選択」の知見を得るには十分でないと考える。これまでの退院支援研究から得られた知見を活かしつつ、「居所選択」という行為の主体である患者と家族の視点から実証研究を積み重ねていくことが求められる。加えて、「居所選択」の支援においては、単なる患者紹介や情報提供といった「引き継ぎ」のレベルにならないよう、地域で継続性を持って暮らすためのケアの継続性や整合性を確保(高橋 2012 宮島 2013:

32) した支援体制の構築が求められる。

謝辞

本論文を執筆するにあたり、ご指導いただきました日本福祉大学学長二本木立先生、日本福祉大学大学院田中千枝子教授に、感謝申し上げます。

注

- 1) 田中は、2025年になっても後期高齢者数にそれほど変化がない地域のあり方にも言及し、それぞれの地域ごとにふさわしい仕組み作りが求められるとしている。
- 2) 本論文では、「三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング」の略称である「MURC」を用いる。

引用文献

- 馬場園明・窪田昌行『地域包括ケアを実現する高齢者健康コミュニティいつまでも自分らしく生きる新しい老いのかたち』九州大学出版会, 2014.
- 中日新聞朝刊「特養待機者52万人 厚労省集計5年で10万人増」総合3面, 2014. 3. 26.
- 藤澤まこと・普照早苗・森仁実・ほか「退院調整看護師の活動と退院支援における課題」『岐阜県立看護大学紀要』6(2), 35-41, 2006.
- 藤田緑郎「病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴」『医療社会福祉研究』8(1), 11-17, 1999.
- 福田明美「退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能」『医療社会福祉研究』8(1), 18-26, 1999.
- 土生栄二「医療提供体制の改革のビジョン」と第4次医療法改正による病床区分」『病院』62(12), 982-987, 2003.
- 早川和男『居住福祉』岩波書店, 第3章, 108,

- 1998.
- 平野優子「在宅人工呼吸療法を行う ALS 患者における身体的重症度別の医療・福祉サービスの利用状況」『日本公衛誌』57(4), 298-304, 2010.
- 池崎澄江・星芝由美子・坂巻弘之・ほか「介護老人保健施設における在宅復帰に関する施設要因と利用者要因の分析」『病院管理』43(1), 9-21, 2006.
- 石附敬・和気純子・遠藤英俊「重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因」『老年社会科学』31(3), 359-365, 2009.
- 金子美智子・佐原まち子・神原奈緒美・ほか「大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する研究Ⅰ—全大学病院アンケート調査による地域比較—」『医療社会福祉研究』13/15, 36-37, 2007.
- 加藤由美「退院支援における MSW と看護師の共通点と相違点」『病院』71(4), 316-321, 2012.
- 川添恵理子「わが国における1999～2009年の退院計画に関する文献の概観」『日本在宅ケア学会誌』14(2), 18-25, 2011.
- 児島美都子・内山治夫・近藤修司・ほか「急性期病床・療養型病床における患者の実態調査報告書—ソーシャルワーカーの退院援助に関連させて— (平成18年度科学研究費補助金調査報告書)」2007.
- 近藤克則・安達元明「脳卒中リハビリテーション患者の退院先決定に影響する因子の研究—多重ロジスティックモデルによる解析—」『日本公衛誌』46(7), 542-550, 1999.
- 厚生労働省「社会福祉施設等調査：結果の概要」1997, 2012.
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/23-22c.html>).
- 厚生労働省「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」2003.
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>).
- 厚生労働省「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」2009.
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>).
- 厚生労働省「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」2011.
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/177-6c.pdf>).
- 厚生労働省「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料【振興課関係】7. 定期巡回・随時対応サービスの推進について」2013a.
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002xhcw-att/2r9852000002xhz3.pdf>).
- 厚生労働省「集合住宅における定期巡回・随時対応サービスの提供状況に関する調査研究事業（結果概要）」2013b.
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000041745.pdf>).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域包括ケア研究会報告書」2010.
(http://www.murc.jp/politics_c1/care/report_1_55.pdf).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「24時間在宅・訪問サービスに関する調査研究事業 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書」2011.
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000013b5e-img/2r98520000013c5w.pdf>).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問サービスのあり方に関する調査研究事業報告書」2012.
(http://www.murc.jp/uploads/2012/07/report_1.pdf).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「(地域包括ケア研究会) 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

- 2013a.
(http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域の実情に応じた定期巡回・随時対応サービス・小規模多機能型居宅介護等の推進に関する調査研究事業報告書」2013b.
(http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=145603&name=2r98520000034m6b_1.pdf).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「(地域包括ケア研究会) 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」2014.
(http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf).
- 宮島俊彦『地域包括ケアの展望 超高齢社会を生き抜くために』社会保険研究所, 第1・5章, 2013.
- 本杉亜里・北島英治・田中千枝子「高齢者の退院における家族の困難—多面的システムから捉えるアセスメントの視点—」『医療社会福祉研究』16, 25-34, 2008.
- 武藤正樹『2025年へのロードマップ』医学通信社, 第2章, 64, 2013.
- 永田智子「退院支援実践の現状と課題」『癌と化学療法』31, 159-161, 2004.
- 永田智子・村嶋幸代「高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因」『病院管理』44(4), 5-17, 2007.
- 内閣府編集「平成26年版高齢社会白書」第1章, 2014.
- 内閣官房「社会保障・税一体改革大綱について(平成24年2月17日閣議決定)」2012.
(<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihousyokakugiketitei/240217kettei.pdf>).
- 内閣官房「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」2013.
(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>).
- 日本医師会総合政策研究機構「病院の在宅医療機能および退院支援に関する実態調査」No.252, 2012.
(<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=473>).
- 二木立「脳卒中患者が自宅退院するための医学的・社会的諸条件」『総合リハ』11(1), 895-899, 1983.
- 二木立『介護保険制度の総合的研究』勁草書房, 補章, 272, 2007.
- 二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房, 第4章, 175, 177, 2012.
- 二木立「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える」『日本医事新報』4630, 30-31, 2013.
- 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 第3章, 127, 2014.
- 西村周三監修 国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして—』慶應義塾大学出版会, 2013.
- 小原真知子『要介護高齢者のアセスメント—退院援助のソーシャルワーク』相川書房, 2012.
- 大倉美紀・石原ゆきえ・山内真恵・ほか「東京都内の病院の退院調整部署に関する調査」『日本医療マネジメント学会雑誌』11(4), 251-255, 2011.
- 太田貞司編『地域ケアシステムとその変革主体—市民・当事者と地域ケア—』光生館, 2010.
- 太田貞司・森本佳樹編『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館, 2011.
- 太田貞司編『大都市の地域包括ケアシステム—「見えにくさ」と「描く力」—』光生館, 2012.
- 佐原まち子「高齢者の退院支援と地域ネットワーク—退院援助にかかわるSWの視点」『日本老年医学会雑誌』43(2), 163-165, 2006.
- 斎藤博子「退院困難の要因に関する研究」『病院管理』44(4), 45-52, 2007.

- 齋藤潤・永田智子・木佐俊郎・ほか「急性期病院と回復期リハビリテーション病棟間の脳卒中地域連携パスと転帰に影響する因子の検討」『リハビリテーション医学』47(7), 479-484, 2010.
- 白澤政和『地域のネットワークづくりの方法—地域包括ケアの具体的な展開—』中央法規, 2013.
- 鷲見尚己・奥原芳子・安達妙子・ほか「大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証」『看護総合科学研究会誌』10(3), 53-64, 2007.
- 橘木俊詔・浦川邦夫『日本の貧困研究』東京大学出版会, 第9章, 307, 2009.
- 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 第1-3章, 2012.
- 高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—』オーム社, 2013.
- 高山恵理子「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証—特定機能病院における「退院計画」援助の定着—」『社会福祉学』41(1), 99-109, 2000.
- 田中千枝子『保健医療ソーシャルワーク論』勁草書房, 第2章, 15, 2014.
- 田中滋「地域包括ケアシステム体制とあるべき地域連携体制の構築」『MMGP 医療情報レポート』105, 4-9, 2011.
- 田中滋「同時改定は「医療と介護は一体」というメッセージ 地域包括ケアシステムの視点からの評価」『訪問看護と介護』17(7), 596-598, 2012.
- 田中滋「日本介護経営学会第8回総会・記念シンポジウム概要 1. 基調講演「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」」2013. (www.kaigokeieigakkai.jp/8soukai130303kouenroku.pdf).
- 転院問題を考える会「第2回転院調査報告書—MSWによる患者・家族に対するアンケートの結果から」2003.
- 東京都社会福祉協議会『退院後, 行き場を見つけづらい高齢者—医療と福祉をつなぐ新たなシステムの構築を目指して—』2011.
- 筒井孝子「日本の地域包括ケアにおけるサービス提供体制の考え方—自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた—」『季刊・社会保障研究』47(4), 368-381, 2012.
- 吉田雅子「退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査」『医療社会福祉研究』8(1), 2-10, 1999a.
- 吉田雅子「病院機能別にみる退院問題の特徴と医療ソーシャルワーカー援助機能の研究(概要)」『医療と福祉』68(33-1), 73-81, 1999b.

Issues concerning support for “selecting living placements” under the community-based integrated care policy in Japan
—How can medical social workers contribute to patients and their families’ decisions on “selecting living placements” —

Kinuko Hibino

Graduate School of Social Well-Being and Development, Nihon Fukushi University

The purpose of this paper is to clarify decisions on “selecting living placements” under the community-based integrated care policy from the patients and their families’ viewpoints. Specifically, a review of the literature on medical social work under the community-based integrated care policy in Japan was conducted. Developments and vision of the community-based integrated care policy were sorted and consequently, important points on support for “selecting living placements” were examined.

Community-based integrated care policy emphasizes the importance of “decision-making” by patients and their families on the patient’s living placements and their lifestyle. Increase in the number of older adults with chronic illness and or disability requires a larger contribution by medical social workers toward decision-making on “selecting living placements.”

In the discussion, the following three topics were addressed: 1) Treating disagreements between patients and their families after taking into consideration the patient’s capacity to make a decision on his/her “living placements”; 2) Necessity of constructing a support system according to the hospital’s functions; and 3) Providing support which understands the patients and their families’ difficulty on deciding “living placements” in a medical setting.

Key words: Community-based integrated care, medical social worker, selecting living placements, discharge

編集後記

第22巻・第23巻の合併号をお届けします。

会員の皆様には大変お待たせし申し訳ありません。

特に早くに掲載が決定していた投稿者の方々には、大変ご迷惑をおかけしました。編集委員会のお願いに依頼原稿がうまく揃わなかったことと、投稿原稿の減少が重なり、昨年度は発行を中止せざるを得ませんでした。編集委員の不手際を深く反省しております。

今年度は積極的に投稿を募る中で、多数の応募をいただきました。しかし査読プロセスの途中で年度末を迎え、来年度に掲載が回る方々も複数いらっしゃいます。

編集委員より投稿を強くお願いしておいて申し訳ありませんが、合併号であるとの事情もあり、発行年度を守りたい気持ちをお察いただき、なにとぞお許しください。

査読委員の体制も強化し、より皆様にご利用いただける、保健医療領域のソーシャルワークの学会誌として努力いたしたく存じます。投稿・ご意見等をお寄せいただき、さらなるご支援を賜りますように深くお願い申し上げます。

また投稿規定が不確実で2種類が回っていたことがあり、統一した規定としてここで再度提示させていただきます。また投稿時期も11月とはなっていますが、ギリギリの締め切りを意識されるよりも、投稿して査読を経て採用（可否の決定）のプロセスに時間がかかる関係上、早期に投稿いただくことが確実な掲載への重要な点と考えます。

学会誌の電子化など将来に向けて改善しなければならない課題が山積しておりますが、なにとぞよろしく願い申し上げます。

2015年3月

編集委員会 田中千枝子
小西加保留

医療社会福祉研究 第22巻・第23巻

発行日 2015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

（公社）日本医療社会福祉協会事務局内

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 2015

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 22/Vol. 23

Keynote Speech

Comparison in Mourning Work between Modern Society and
traditional Society

—Examining Religious Contribution to medical Services Satoshi Kato

The supported decision making and an advocacy world Syoichi Sato

Symposium

Multiple levels of self-determination and its support

—Focusing the concept, target, and methodology — Tokiko Ishikawa

Social worker's role in helping client to decision making Maki Yoshida

Range of the social work in the decision making

—From practice in the palliative medicine Satoko Tamura

Articles

Significance of medical social work services by telephone

—Possibilities and Limitations— Keiko Torisu

Effects of participating in a support group for bereaved by suicide

—Based on narratives of participants— Yuki Ikawa

Issues concerning support for “selecting living placements” under the
community-based integrated care policy in Japan

—How can medical social workers contribute to patients and
their families' decisions on “selecting living placements”—

..... Kinuko Hibino

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)