

医療社会福祉研究

第27巻

基調講演

「聴く」ことの意味

—死生学の立場から—

藤井美和

シンポジウム

「聴く」ことの再考 —ソーシャルワークにおける今日的意味—

東日本大震災による死別体験者の苦しみの研究を通して

安井優子

30年間の実践を通しておもうこと

川口真理子

医療ソーシャルワークにおける「聴く」という実践行為の意味

林 眞帆

ディスカッション

論文

回復期リハビリテーション病棟における

ソーシャルハイリスクのある患者特性分析と患者支援

榊原次郎

保健医療福祉領域の専門職における離転職に関する要因の文献的検討

—医療ソーシャルワーカーの離転職に関する研究に向けて—

倉本亜優未

2019年3月

日本医療社会福祉学会

目 次

基調講演

- 「聴く」ことの意味
—死生学の立場から— 藤井美和 1

シンポジウム

- 「聴く」ことの再考 —ソーシャルワークにおける今日的意味—
- 東日本大震災による死別体験者の苦しみの研究を通して 安井優子 17
- 30年間の実践を通しておもうこと 川口真理子 29
- 医療ソーシャルワークにおける「聴く」という実践行為の意味 林 真帆 39
- ディスカッション 47

論文

- 回復期リハビリテーション病棟における
ソーシャルハイリスクのある患者特性分析と患者支援 榊原次郎 51
- 保健医療福祉領域の専門職における離転職に関する要因の文献的検討
—医療ソーシャルワーカーの離転職に関する研究に向けて— 倉本亜優未 65

[基調講演]

「聴く」ことの意味 —死生学の立場から—

藤井美和*

1. はじめに

今年の大会のテーマ「聴くことの再考」を考えるにあたって、まず私の研究領域である死生学の立場から「聴くことの意味」について問題提起させていただき、そこから一緒に聴くこととは何かを考えたいと思います。そこで前半は、「死生学」について基本的な立場をお話させていただき、後半は「聴く」ことが「死生学」の立場から見るとどういうことなのか議論し、最後に「ソーシャルワーク教育に何が必要なのか」についてお話ししたいと思います。

問題提起

「聞くこと」と「聴くこと」は何が違うのか。「聞く」は、門の外から耳をつけて聞く、「聴く」は耳と目と心で傾聴する、と言われたりします。このよう言ってしまうと、「聞く」と「聴く」は「きき方」の違いつまり技法や方法の違いと捉えられてしまいます。しかしこの二つは、きき方の違いやきき方の問題ではなく、本質的に大きな違いがあるのではないかと考えます。そうであるなら「何を」きくのか、「どのように」きくのかにおいても違ってくるということになります。これについて考える前に、まず「死生学」について簡単にお話させていただきます。

2. 死生学とは

「死生学」は、英語では Thanatology とされています。この語源は、ギリシャ語の Tanatos（死）と Logos（言葉・心理・論理）であり、この二つが組み合わされた言葉だとされています。そこで、Thanatology をそのまま訳すと「死の学問」となります。しかし、「死生学」には、「生」（生きる）が入っています。それはなぜでしょう。

「死」はただそれだけで、単独に存在しているわけではありません。死は、生きている私たちが経験するものであり、死を見ることによって生きることはより明確に見えてきます。私は、「死生学」を「死を含めて生きることを考える学問」と定義しています。例えばこのように考えると分かりやすいでしょう。みなさんが体調を崩し、病院で診察を受け、突然「あと半年しか生きられませんよ」言われたとします。このとき「死ぬ」ということが、そこで初めて自分の問題になります。人間が死ぬことはみんな知っているのですが、私たちはそれを実感して生きているわけではありません。「あと半年です」といわれた時、「それが自分に起こるのだ」と、死に対する感覚が大きく変わります。そして多くの方は「あと半年をどう生きようか」と考える一つ、死ぬことが自分の問題となった時、「いかに生きるか」というテーマが真に迫って

*Miwa Fujii : 関西学院大学人間福祉学部教授

くるのです。「死生学」は、死を含めて生きる、生きることの中の最後の大きな仕事死が死ぬことである、このような考え方が基本にあります。

「死生学」は、いかに生きるか一つ「生きること」一を考える学問ですから、これはある特定の人の課題ではなく、私たち人間すべての課題だということになります。つまり、病気の方や高齢の方といった死に直面している方々「だけ」の課題ではなく、子どもから大人まで、心身健康な人もそうでない人も、すべての人にとっての普遍的な課題なのです。

このように死生学は、すべての人の課題に向き合うものであり、特定の領域を対象とする学問ではありません。ソーシャルワークに関わる皆さんは、「いかに生きるか」を支えるプロフェッショナルです。まさに目の前の人が生きていくこと、生活しその人生を歩むことに関わっておられる。その意味で「死生学」は、社会福祉に大きく貢献する学問だといえます。

2-1 全人としての人

「死生学」は、いかに生きるかを考える学問であるといいましたが、「人がいかに生きるか」を考えるためには、人間を丸ごと、全体として見なければなりません。人の全体を捉えるとき、それを「全人」として捉えるといいます。「全人」というのは、例えば病気の人を「患者さん」、学校にいけない（いかない）子どもを「不登校の子」というように、問題を中心に捉えるのではなく、まず目の前に存在する人を、さまざまな側面を持った「人」と捉えることです。生活問題や困難をもっていたとしても、それはあくまでその人の一側面。人間というのは他の側面もあって、そこには豊かな側面もたくさんあります。問題や困難だけを強調して、その人がまるで問題のある人と捉えるのは、その人を全人として捉えているとは言えません。問題や困難はその人の一側面でしかありません。しかもそれは変化するものです。それがすべてではないのです。

学際学問

死生学は人間を「全人的」に捉えるため、さまざまな学問を援用します。哲学や宗教という形而上学も視野に入れており、そこが他の科学的アプローチと違うところです。なぜなら、生きること、死ぬこと、どのように生きるのかを考えることは、生活問題より前にある、人間の根源的な問題だからです。「人は死ぬのに、なぜ生きるのか」「なぜこんなに苦しまなければならないのか」。このような問いは科学的・合理的思考によって答えが出るものではありません。もちろん科学的知識や方法論は使います。しかしその前段階にある根本的な問い「人はなぜ生きるのか」「人はなぜ苦しむのか」一こういうところに近づくためには、形而上学を含めて全人としての人を見ていかなければならない、そのような立場に立っているのが「死生学」です。

切り捨てられた Spirit — Spirituality

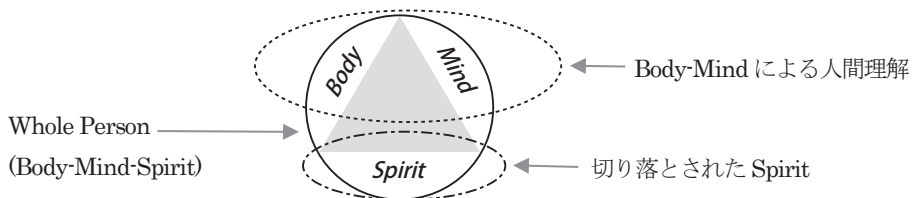
「全人」というのは何か。人間は Body-Mind-Spirit（身体と心とたましい）をもった存在として捉えられてきました（図1）。しかし17世紀に西洋で起こった科学革命によって、ものごとを合理的・科学的に説明する（実証する）ことが正しいという価値観が広まりました。この価値観が医学に広まったものが西洋医学の考え方です。Spirit (Spirituality) は、科学的・合理性からは説明できない分野ですので、「全人」の重要な一部であったにもかかわらず、人間の側面から切り離されていくことになったのです。その後どうなっていったかという、人間は Body と Mind だけで理解され、「この人の問題は身体（病気）を治せば解決する」「メンタルの問題はこの種の薬で改善される」というようになっていきました。そして Body-Mind で説明できないものについては、あえて語らない。近年、Body-Mind においても、脳に特別な地位が与えられるようになっていきます。脳が人間を支配しているかのように扱われ、脳機能の何かが変われば人は変わるとか、脳の機能から人

の苦しみを理解したり、実存的苦痛を和らげようとすることも起こっています。私たちの日常においても、知的レベルや脳機能が生活を支配し、能力の高いことや脳が正しく機能していることが重要であることが注目されています。それでは「精神障害や知的障害のある人は問題なのか」「認知症のある人は人間として価値がないのか」ということになってしまわないでしょうか。人間はそもそも統合体として存在していたはずなのに、ある特別な部分がよいか悪いかによって人間の尊厳まで評価される。そういう危機感を、個人的にもっています。

ソーシャルワークでは Body-Mind-Spirit という捉え方よりも、人を「身体的存在」「心理的

存在」「社会的存在」であると捉える方が一般的です。この3側面については皆さんも慣れ親しんでこられたと思います。そして現在はこの3側面に、スピリチュアルな側面（スピリチュアルな存在）を加えた4側面から人を「全人」として捉えることが主流になりつつあります。近年ソーシャルワークの中で、人を「スピリチュアルな存在」として捉えようとする動きは、Spiritually-Sensitive-Social Work として実践されています。つまり、「生きる意味はあるのか」「なぜ人は苦しむのか」「なぜこのような状況で生きなければならないのか」という人間存在の根源的痛みに目を向けることによって、「全人」としての人間を理解していこうというものです。

図1 全人としての人 Body-Mind-Spirit



藤井美和 (2015) 『死生学と QOL』 p.50

2-2 スピリチュアリティとは

では人間を統合する4つ目の側面、スピリチュアリティとはどのようなものでしょう。スピリチュアリティは、死生学の中でも中心的概念とされています。拙著『死生学と QOL』(p.58)ではスピリチュアリティを次のように説明しています。「人間存在に意味を与える根源的領域であり、同時に、人がその意味を見いだしていくために希求する、自己、他者、人間を超えるものとの関係性、またその機能と経験、「したがってスピリチュアリティは人間存在やいのちの在り方を理解し判断する際の価値基準を含む」。わかりやすく言うと、このようなことです。人間は意味を求めて生きる存在です。この存在意味をどこに求めていくのか—自分自身の「内面的な追求」(自己)による場合もあるでしょうし、

「人との関係」(他者)の中で自分の意味を見出していくこともあるでしょう。また「人間を超える何か、自然や宇宙、いのちを与えてくださった大いなるものや神」(人間を超えるもの)に求めることもあるでしょう。私たちはどこから来たのかわかりません。また死後どこに行くのかも科学的にはわからない。人間を超えるもの、いのちを与えたものとの関係の中で、存在意味やその行先を見いだしていくこともあります。またスピリチュアリティは人間存在に「意味」を与える根源的領域ですから、それを基にして、いのちの在り方を評価する際の「モノサシ」(価値基準)が生まれると言えます。スピリチュアリティはこのような性質をもっているのです。

意味と関係性

スピリチュアリティの本質を示すものとして、「意味」と「関係性」を上げることが出来ます。

「意味」は、自らの存在や生きる根拠となるもの、つまり生きることやいのちそのものに「意味」を与えてくれるもの。言い換えると、「どんな状況にあっても自分の存在をよしとできる」その根拠を与えてくれるものだということです。「関係性」とは、自らの存在意義を何らかとの「関係性」の中で見出していくということです。先に述べたように、「あの人がいるから私もいる」というように、人とのつながりの中で存在意義を見出すこともあれば、人間を超えるものとの関係性の中で存在価値を見出すこともあります。例えば、重い病気から奇跡的に回復した人や、海や山で遭難したにもかかわらず奇跡的に生還してきた人が、「私は何かに生かされていると感じました」とか、「まだ果たすべき役割があるから生きなさいと言われていたのだと思う」というような言葉に現れています。それは決して、家族や友人から言われたものでなく、人間を超える何らかとの関係性の中で、生きなさいと言われてたり、生かされていると感じているのです。また自然の中での自分の存在の小ささを感じることで、今ここに生かされていることが奇跡であるというような発見をすることもあります。これも人間を超える何か大なるものとの関係性のなかで、存在価値を見出しているといえるでしょう。英語ではSomething GreatとかHigher Powerと言われるものです。

2-3 スピリチュアルペイン

このスピリチュアルな領域に生まれる苦しみを「スピリチュアルペイン」といいます。自分の存在をよしとできないことから生まれる苦しみとも言えます。「意味」においても、「関係性」においても痛みが生じます。「意味」においては、「私に生きる意味があるのだろうか」「私の人生には何の意味もなかった」とその苦しみが表示され、「関係性」においては、「私は誰にも

必要とされていない」「私は誰にも愛されていない」「私なんか、いたって、いなくたって何も変わらない」というように、すべての関係がプツリと切れてしまっている、そのような苦しみとして表現されたりします。これが人間の「根源的な痛み」、スピリチュアルペインです。

病む者としての経験

ここでスピリチュアルペインを考えていくにあたって、私自身の病の経験をお話しさせていただきます。私は大学を出てからある新聞社で働いていました。大変忙しく、毎日夜遅くまで仕事をしていましたが、自分が望んだ仕事でしたので、しんどいけれど楽しく、やりがいがあると感じていました。ところが工作中突然、右後頭部がハンマーで殴られるように痛くなり、左手がじんじん痺れ出しました。そして3日間でアツという間に全身麻痺になり、救急病棟に運ばれました。指一本も動かない、瞬きも息もできない状態で、主治医からは、「藤井さん、今晚はどんなことでもしてあげるからがんばりなさい」といわれました。その時、私の心の中から沸き上がってきたのは、「私は何のために生きてきたんだろう」というものでした。それは私にとって衝撃的な問いであり苦しみで、涙が溢れました。翌日、主治医の先生がこられて「藤井さん、もう死にませんよ。死なないけれど、1年後に車椅子に乗れたらいい方です。一生寝たきりかもしれません」といわれました。「死にません」と言われたのは嬉しかったのですが、直後に「一生寝たきりかもしれません」と聞いた時、私は「これから何のために生きるのだろうか」と思いました。私が生きるとなると、家族が私の世話をすることになるでしょう。「生きていても家族の迷惑になるだけでは…」「何もできないのに生きるってどういうことなのだろう」と苦しみました。今お話しした二つの問い、一つは死に直面して「私の人生は何だったんだろう」というこれまでの生に対する根源的な問い、もう一つは生きることに直面して「これから生きるって何の意味があるんだろう」という

生きること自体を肯定できない問い。どちらも危機的な状況で現れてきた人間の実存的な苦しみです。

生活困難の背景にある痛み

「スピリチュアルペイン」という言葉自体は、ターミナルケアではよく使われます。死に直面したり、重篤な病気になった時に表れる「なんでこうなってしまったんだろう、私が生きてきた意味はあるのだろうか」という痛みは、スピリチュアルペインとして取り上げられます。しかしスピリチュアルペインは、死を前にした人だけの痛みではありません。今お話ししたように、生きることに関しても死に直面しても、どちらにおいても「スピリチュアルペイン」は生まれるのです。

例えば、貧困のために差別される人。ホームレスの人が中学生に火をつけられ、「おまえは社会の邪魔者だ」「存在する意味なんてありませんよ」と言われる。これを受けた人たちの苦しみ、これもスピリチュアルペインです。障害のために社会から排除される人。今、問題になっている優生保護法における不妊手術の問題もそうです。人間であるのに価値のないものとして扱われる。「なんで自分がこんな目にあわないといけないのか」。これも人間が生きる根源的な痛み、スピリチュアルペインです。高齢者にもこの痛みはあります。若い時はいろんなことが出来たわけですが、高齢になると、まずは体力が落ちます、弱くなっていくわけです。そうすると誰かの助けが必要になる。忙しい身内や友人に助けてほしいとお願いするのは気が引ける。「人に助けられて生きていくことはつらい」と思う方もあるでしょう。「長く生きすぎた」「早くお迎えがきてほしい」というのも、存在そのものの痛み、スピリチュアルペインです。この痛みは子どもにもあります。例えば虐待される子ども。他の家はみんな、お父さん、お母さんに可愛がってもらって、お家に帰ったらおいしいご飯も食べられる。お風呂にも入れる、お話ししてもらえるのに、「なんで僕は、私は、

家に帰ると叩かれたり、怒鳴られたり、外に放り出されるの。ご飯も出てこない」という子どもはいます。「なんで自分は生まれてきたんだろう」「こんなにされるのなら生まれたい方がよかった」と、小さい心を痛めて生きる苦しみを訴える子どももいます。これもスピリチュアルペインです。また人間関係や、いじめで傷つく人。職場や学校にいても、そこに自分の存在がないかのように扱われる。何をやってもすべて罵倒される。「いじめ自殺」といわれていますが、自分の存在が消されてしまうことから、生きていくこと自体が辛い、終わりにしたいという根源的な痛み。これもスピリチュアルペインです。さらに、愛する人を亡くした人にもスピリチュアルペインはあります。「愛するこの人、この子がいたから自分の人生に意味があった。なのに、亡くなってしまった。」「後を追いたい」「今はただ脱け殻のように生きているだけ」という人もいるでしょう。これも生きる意味を亡くし、そこに痛みを生じているわけですから「スピリチュアルペイン」といえるのです。

ただ漠然とスピリチュアルペインを持つ場合もあります。病気もなく、危機的な状況にあるわけではないけれど、生きる確信がない、支えがない、生きている実感がないと訴える若い人たちはたくさんいます。あるとき研究室にきた一人の学生が唐突に「先生は私が元気で、毎日楽しく過ごしていると思っていますよね」というのです。その人は、確かに友だちも多く、人からも信頼され、就職もポンポンと内定をもらう学生でした。ところがその学生はポロポロと泣き出して、「私は周りの人が薦めることは全部やってきました。でも何のために生きているかわかりません。私には生きる確信がないのです、中身がスカスカです」というのです。漠然と襲われる生きる意味や生きる確信のなさ。これもスピリチュアルペインです。若者、特に10代の自殺率が減っていかない背景にはこのようなことも考えられます。

スピリチュアルペインは認知されていなかった

ただで、危機的状況によって、あるいは、ふとしたきっかけによって誰にでも生まれてくる痛みです。決して心（メンタル）の病ではありません。ホロコーストからの生還者で『夜と霧』を著したV. E. フランクルは、この種の痛みは、「もっぱら人間であるが故の痛み」だといいます。つまり、人間はどんな状況においても意味を求め、意味を見出そうとして生きる存在だということです。

実は、今お話しした例は全部ソーシャルワークの対象です。すべて皆さんのソーシャルワーク実践の中で起こっていることですね。ところがソーシャルワークにおいて「スピリチュアルペイン」が、どれだけ注目されているかという、実践の中でも教育の中でも、極めて少ないのが実情です。

2-4 世界保健機関（WHO）の人間理解

— 全人回帰

実はスピリチュアリティやスピリチュアルペインという概念は、ずいぶん前から世界保健機関（WHO）で注目すべきものと主張されてきました。WHO「健康の定義」は、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」とあります。これは、肉体的、精神的、社会的という3つがウェルビーイングの状態であること、それが健康であると説明したものです。しかしWHOは1998年、「健康の定義改正案」を提出しています。「健康とは完全な肉体的（physical）、精神的（mental）、spiritual、及び社会的（social）福祉のdynamicな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」、これが改正案です。この改正案については当時、共産国等の反対で議論することが却下されましたが、WHOはすでに緩和ケア定義においては、スピリチュアリティを加えた4側面から全人的理解を表明しています。

体が弱く、認知症もあり、社会的に活動していない人は、3領域の健康の定義に従えば不健康だということになります。しかし、その方が

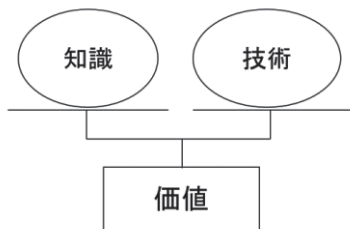
「私は生まれてきてよかった、みなさんありがとう」と最期を迎えることもあります。スピリチュアルな領域が満たされていれば、3つの領域がよい状態でなくても全体的なウェルビーイングは高いといえます。逆に先程の学生の例のように、心身共に健康で社会活動も人間関係も豊かであっても、何のために生きているのかわからないという苦しみがあるのは、3領域は満たされていないということ。そのためにいのちを絶つことがあることを考えると、人間理解においてスピリチュアリティは外せない領域である—それが今の世界的な考え方となってきています。

私は、2000年にWHOの日本メンバーとして、日本人のスピリチュアリティが何を示しているのかという調査に参加したところ、統計学的に有意であったスピリチュアリティの下位概念は、「人間関係」「生きる規範（宗教）」、そして「超越性」の3つでした。現在は、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）は、スピリチュアリティを加えた4領域のウェルビーイングによって構成されているといわれています。言い換えるとWHOの動きは、Body-Mindでとらえてきた人間をSpiritを加えた「全人」へ回帰させようとする「全人回帰」の動きだと言えます。

こういった全人への回帰を見ると、ソーシャルワークも考えなければならないことがあるのではないのでしょうか。ソーシャルワークは「知識」と「技術」と「価値」の総体であるといわれてきました。しかしこの3つは並立しているわけではありません。「価値」が「知識」と「技術」を支えていると考えられます（図2）。たとえば核分裂の「知識」があって、核分裂の「技術」もある。現実的には原子爆弾を作ることが出来る状態だとして、作ってよいのかということは、「価値判断」の問題です。「価値」とは、何がより望ましいか、何が善であるかという判断基準のモノサシです。生殖医療の知識も技術も発展していますが、その「知識」と「技術」を使ってクローン人間を作ってよいのか、これ

も「価値判断」の問題です。ソーシャルワークが「価値」を大切にしているのは、知識と技術で人間を見たり、問題を解決するのでなく、「人間とはそもそもどういうものなのか。人の苦しみに関わることはどういうことなのか」という価値が根底にあるからです。そうでないと、「何でもあり」になります。脳に重きがおかれていることを心配するのも、同じです。人間全体を見た時、脳の機能の善し悪しが尊厳を決めるのか、そもそも「ソーシャルワークは人間の尊厳にどんな価値をおいてきたのか」、このあたりの議論をもう一度していかなければならないと思います。

図2 ソーシャルワークにおける価値・知識・技術



藤井美和 (2018) 「社会福祉における価値—いのちの視点から」 『人間福祉研究』 p.45

2-5 人称の捉え方

もう一つ「死生学」で重要なことを紹介いたします。「死のとらえ方」です。「いのちのとらえ方」といってもよいと思います。既にご存じだと思いますが、フランスの哲学者ジャンケレヴィッチが『死』という著書の中で提唱したものです。人の死をとらえる時、「三人称の見方」「二人称の見方」「一人称の見方」がある。立場の違いによって見える世界は全く違います。「三人称の死」は客観的な一般論。情報が必要で冷静に考えて分析する見方です。「二人称」「一人称」の見方は「自分にとって生きること、死ぬことはどういう意味を持つのか」「いのちとは何か」といった、より主観的な見方になり

ます。

ここで一つ、詩を紹介したいと思います。重度の脳性麻痺の富永房江さんの詩、「勝手にするな」という詩の冒頭部分です。「不幸な娘だと かわいそうな娘だと 人は私にいうけれど 勝手に決めるな ばか野郎。ひと目見ただけの人間に 何がわかる 私の幸せを知らないくせに 勝手に決めるな ばか野郎」。私たちは、目の前の人を、「障害者」とか「高齢者」とか、カテゴリーに括って遠くから眺めていることが多いのではないのでしょうか。そして車椅子に乗っている富永さんを見て「かわいそうだな、不幸だな」と思うのです。それは私たちの「三人称の見方」です。しかし富永さんはそうではない。勝手に決めるな、ひと目見ただけの人間に何がわかる。あなたは私の幸せを知らないじゃないか、とおっしゃる。これは「三人称」の見方への「一人称」からの訴えだと思います。私たちは「三人称」で物事を見る時、その人のもっている世界観を無視してしまう。個々の世界観を排除して考えた方が、また客観的に見る方が、物事がうまく進むからです。皆さんの関わりにおいても、そういうことはたくさんあると思います。「その人のことを考えていたら大変だから、とりあえず客観的に進めていくことが大切だ」という理屈です。

もう一つご紹介するのは、妻を介護し看取った70代の男性です。この男性は18年前、医療過誤で植物状態になってしまった妻を、仕事を辞めてずっと介護しておられました。「あなた、えらいわね、よくそこまでなさるわね」「奥さんは幸せね」と、周りは皆そのように言っていました。介護して16年目のある時、妻が心筋梗塞を起こし救急車で運ばれ、救急の医師から、「もうどうにもできないから覚悟してください」と言われた時のことです。その男性は「僕は16年間ずっと妻を見てきたから、こんなところで一人で死なせるわけにはいかない。連れて帰ります」と、妻の管を全部抜いてもらってICUから自宅に連れて帰りました。その時に私に送

られてきたメールです。

「私がかけつけた時は、まるで死んでいるように見えました。救急医の話では心筋梗塞を起こしているが、手遅れでカテーテルなどでできず、手の施しようがない。いつ再発するか予断を許さないということで最期を自宅でみとることにしまして自宅に引き取りました。しかし奇跡的に退院して1カ月後の誕生日を迎えることができました。思えば、最初に倒れてから16年の長きにわたり、身動きもできず、言葉も話せない苦しい中で、家族の生きる支えとなってくれことは、どんなに感謝しても足りません。主が彼女を苦しみから解放するために召されるのであろうと思いつつも、1日でも長く生きてほしい気持ちを抑えることができない日々を過ごしております」。

「介護している人は大変、介護されている人は幸せ」—これは「三人称」の見る世界です。

「一人称」から見る世界は全く違っていました。「最初に倒れてから16年、家族の生きる支えとなってくれたことは、どんなに感謝しても、足りない」。これが「一人称が見る世界観」です。三人称の視点では、その人が本当のところ何を考え、何を幸せに思っているかは見えないのです。当事者が「それでも私は幸せだ」と言っても、「本当かな」という人もいるのです。それほど、頭の中は「三人称」のステレオタイプで凝り固まっています。私たちが、その方の「一人称の世界」を理解するには何が必要なのか考える必要があります。

「一人称の主観的な世界観」は、スピリチュアリティやスピリチュアル・ウェルビーイングの観点であるとも言えます。ですから三人称の立場から、「こんな苦しい状況で、何が楽しいのだろう」と見えても、それは一人称の世界、スピリチュアリティを見ているとはいえないのです。

私たちが関わりの目標にする「QOL（クオリティ・オブ・ライフ）」についても同じです。QOLを「生活の質」にしてしまうと、「生活がうまくいけばよい」「社会的な問題や環境が改

善されればよい」という見方（客観的アプローチ）になってしまいます。しかし、そうではありません。QOLはもともと「主観的」なもので、「体が悪くても、自分はこの体で幸せだ」と思ったらその人のQOLは高いとされます。客観的な数値が悪いから、QOLが低いということではありません。QOL研究においてコンセンサスが取れているのは、QOLは「主観」であるということです。ここでのQOLはあくまで「全人」としてのQOLです。「生活の質」ではなく、その人の考える「人生の質」「いのちの質」と考えてほしいのです。これが今の「死生学」の中心となる議論です。

スピリチュアリティとQOL。みなさん、医療ソーシャルワーカーになろうと思ったのは「病をもつ人、苦しんでいる人に近づいていきたい、何かできないだろうか」という思いだったはず。ところが医療機関からの要請やケース量が多いことによって、「速く、客観的に、問題なく」、そのために一生懸命になってしまっ

3. 「聞くこと」と「聴くこと」

では後半に入って、「聞くこと」と「聴くこと」について、死生学の立場を援用しながら考えてみたいと思います。

「聞くこと」と「聴くこと」は何が違うのか、私はこのように考えています。「聞く」というのは情報の獲得、これまでの話で言えば、「三人称的」に情報を集めるということです。情報をとる目的のために、「目的」に聞く。ですから、結果（情報）が大切なのです。目的的に聞くのに結果がなかったらこれは大変です。「聞くこと」はデータをとる、情報をとる、そこに意味がある。一方、「聴く」というのは目の前の人との関わりの入り口だと思います。関わりは、「三人称」では成り立ちません。ですから聴くことには、集めるべき情報、求められる結果を目的にするという観点はありません。

3-1 ソーシャルワーカーにとっての「聴く」

ソーシャルワーカーは目の前の人と関わる時、何も持っていません。聴診器も注射器もありません。だからこそ、ただ「聴く」ということを携えて目の前の人と関わることになります。「何を情報としてとってくるか」ではなく、「どうか関わるのか」つまり関わりそのものであるプロセスが大切なのであって、そこから何をえられるかという結果は目的ではありません。しかし関わりから知り得た事柄は、「聞く」ことによって得られた情報より結果的に、はるかに深いものであるのです。なぜなら聴くことから得たものは、「情報」ではないからです。その人の苦しみであったり、その人の訴えるメッセージだからです。つまり「聴く」ことは、目の前の人への苦しみに近づきたいという、関わる側の「態度」そのものだといえるのではないのでしょうか。

医療ソーシャルワーカーの方々の、「病をもつ人に関わりたい」という思い、これが専門職としてスタートする際、皆さんの中にあった思いだったのではないのでしょうか。しかし今や、「思いだけ持っていたら、仕事が進まない」といわれる状況にあるかもしれません。そこはソーシャルワーク実践そのものをもう一度見直していくべきところではないかと思うのです。短い時間での関わり、要領よく合理的に進めることが重要になってくると、「聴く」より「聞く（情報をとること）」が目的となってしまう、結果、ソーシャルワークの「価値を土台とした実践」から離れてしまうことになってしまいます。

3-2 「聴くこと」

ースピリチュアルペインを聴く

先にお話ししたように、人の苦しみは簡単に表出するものではありません。情報を取ることを目的にお話を聞いても、スピリチュアルペインのような苦しみは出てきません。苦しみは心の奥底に押し込められていることが多いのです。私は、スピリチュアルペインには3つの特徴があると考えています。一つは「普遍性」。これは、

誰にでもある、誰でももっている痛みであるということ。二つ目は「潜在性」。誰にでもあるけれど表には出ていない。むしろ順風満帆な時は、「人生に意味がある」と思っている。しかし病気になったり、危機的な状況に陥ったり、何かをきっかけに心の奥底に隠されていたものが顕在化するのです。そして大切なのが3つ目の「主観性」という特徴です。この「主観性」は「聴くこと」と大きく関係しています。

「こんなになってしまって、生きる意味があるのだろうか」というような根源的苦しみに対して、医師の治療や投薬によって、「私の生きている意味はこれだったんだ」とわかることはありません。また立派なカウンセラーが、「あなたは〇〇のために生きているんですよ」と言ったとしても、「ああ、わかりました。私はそのために生きていたのですね」とはなりません。スピリチュアルペインは、医学的治療やカウンセリングの対象とは全く異なる「主観的な苦しみ」です。「なぜ自分は苦しむのか」「自分の生きる意味は何なのか」という問いの答えは、苦しむ人自身が見出すものであるということです。治療や他者が答えを差し出すものではないのです。このように、「聴く」ことは情報を得ることではなく、また得られた情報によって治療やアドバイスを提供することでもありません。「聴く」ことは、その人の苦しみ（スピリチュアルペイン）にどのように関わるかということに大きく関係しています。

私は入院中、お見舞いに来てくださったたくさんの方々から、「藤井さんはこれまで仕事で大変だったんだから、ちょっとお休みしなさい」ということで病気になったのよ。折角だからこれを機会にしっかり養生してくださいね」という言葉をもらいました。けれど、ちょっとお休みするために、こんな病気になるのは私自身は全く納得できません。その言葉は、それを発する人にとっては意味がある。しかし苦しむ人にとって同じように意味があるかという、そうではないのです。病気の意味や苦しみの意味は、その人が見出す主観的なものです。それを周り

からああだ、こうだいうものではない。

「聴く」ことが人の苦しみに関わることだと
して、ではどのようにかかわればよいのでしょ
う。私たちはすぐに、「方法論」（つまりどうす
れば聴けるのか）に目がいってしまいがちです。
しかし方法ではないのですね。私たちは、ここ
で大きく考え方を変えなければならないのです。
「どうすれば聴けるのか」ではなく、「どうす
れば聴かせて（関わらせて）もらえるのか」。
つまり、私たちは人の苦しみを聴かせてもらえ
る人間であるか—私たちが自らに問うことが必
要になってくるのです。ここに「聴く」ことの
一番大きな意味があるのではないかと思います。

3-3 「聴くこと」—関係性のあり方

「聴く」というのは耳を傾ける技法でもなく、
情報を得るということでもなく、自らの「関係
性」をあらわす態度であると言えます。ALS
で全く体が動かない閉じ込め状態(TLS)にな
ったお母様を看取った川口有美子さんの『逝か
ない身体—ALS 的日常を生きる』で川口さん
が書いているのは、目の前の愛する人と対話す
るのは言葉がなくてもいい、と。その人の息づ
かい、体温、皮膚、大切な植物を世話するのと
同じように、その人に「心を向ける」ことで「関
係性」はちゃんとできている。「聴く」ことは言
葉による関係性でなく、その人に近づく人間に
なれるのか、つまりその人に心向けられる人
間であるか、自分自身が問われることなのです。

では自分自身が問われる関係性とはなにか、
また具体的に何が問われるのでしょうか。

一つは「価値観」です。私たちは、物事を判
断するとき、自分の価値観つまりモノサシによ
って判断しています。「なぜこの程度でこんな風
になるのだろう」「こうしてくれれば、早く退
院につながるのに」というように、「こうあ
ってほしい」という自分のモノサシで、人の苦し
みや困難までも測ってしまうのです。しかし、
聴くことが関係性の始まりだとすれば、まず問
われるのは、「自分のモノサシを手放し、目の

前の人を丸ごと受け入れることができるか」と
いうことです。目の前的人是、生活問題や困難
を持った人かもしれません。しかし、その苦し
みは、病気、災害、経済的破綻等、人生の大き
な危機から生まれています。「一人称の世界」
で起こっていることは、その人にとって、人生
がひっくり返るほどのことなのです。その人に
近づきたいと思うなら、「情報」ではなく、ま
ずその人の「痛み」に耳を傾けることができ
るかという、自らの態度を問い直すことが必要
です。自分のモノサシを一旦手離して、「あり
のままのその人を受け止めることができますか」
という問いかけを受けること、そこから関わり
は始まるのだと思います。

もう一つ問われることがあります。それは、
「自らの限界を引き受けることができますか」
というものです。自分のモノサシを捨て、目の
前の人を「丸ごと受け入れよう」としても、その
人の痛みを完全に理解することは出来ません。
「一人称」の痛みを、他者である私たちが「わ
かる」とはいえないのです。これが私たちの「限
界」です。その「限界」を認めなければ、関わり
は傲慢か絶望のどちらかに陥ってしまいます。
支援がうまくいったら「自分ってすばらしい」
という「傲慢」。うまくいかなかったら「自分
はだめだ」という「絶望」。この「限界」は訓
練や知識が足りないからというのではなく、
人間はそういうものだというのです。つまり
人間はトレーニングや経験によって人の痛み
が理解できるようになるのではなく、どこまで
いっても人の痛みを理解することは出来ない、
そういう限界を持っているのです。

確かに「限界を認める」ことは難しい。みな
さん、資格をお持ちですね。社会福祉士などの
資格は「できること」に対して付与されるもの
です。ですから逆の、「できない」という「限界」
を認めることには抵抗があります。しかし、人
間は目の前の人を完全に理解することが出来
ないという「限界」があることを受け入れ
ることによって、はじめて苦しむ人との「新
しい関係」が生まれるのです。

苦しむ人は、どうにもできない状況にあるという意味で、自らの「限界」にぶつかっています。またワーカーの側は、関わろうとするけれども、その人の苦しみを完全に理解することは出来ないという「限界」に向き合っています。どちらも「限界」の中にある。この時はじめて、苦しむ人と関わろうとする人が同じ地平に立つということになると思うのです。「支援しますよ」と近づいて来られたら、苦しんでいる人は小さくなるしかない。自分は「助けられる存在」なのだということ突き付けられるだけです。

入院中のことですが、お見舞いに来られたある方が病室に入らずに扉のところまで泣いておられました。私は目の玉だけが動きましたので、その人と目が合った。その方は頭を下げてちょこちょこ部屋に入って来られて「ほんとに何もできません」と泣かれたのです。私にとっては、「何もできない」と泣いてくださる方が、励ましの言葉をかけていただくより、ずっと大きな支えになりました。あるナースはバイタルのチェックが終わった後も帰らずにずっとベッドサイドに立っておられました。見るとその方は血圧計を抱えて泣いておられたのです。そして「藤井さん、辛いね」とおっしゃって、ぼろぼろと泣かれたのです。そして「藤井さん、辛いけど、神さまの力は弱いところに完全に現れるからね」とおっしゃってくださいました。これは聖書の言葉です。私がクリスチャンだということを知って、ご自身もクリスチャンであったその方は、聖書の言葉で私を慰めてくださったのです。私はその時、初めてお昼間に泣くことができたのです。今から思えば、泣かせていただいたのだと思います。またこういうナースもおられました。私は全身麻痺でしたから2時間おきに体位交換していただいていたのですが、夜勤のあるナースは体位交換の後、必ず背中をさすってから次の患者さんのところにかかれるのです。それは30秒、いえ、もっと長かったと思います。先のナースもそうですが、このナースも、「何か辛いことありますか」とか「どこか痛いところありますか」とは聞かないのです。

その方たちは私を見て、何か気持ちがあふれてきて、そのようにしてくださったのだと思います。それは決して「お仕事」として、してくださったことではないとそう思います。人は関わりの中にその人間性が現れる。仕事としては体位交換をすることだけなので、「背中をさする時間があったら他の患者さんのことをしてください」と同僚からは言われるかもしれない。また、個人的な信条を話すことについて「そんなこと、言う必要ありません」と言われるかもしれませんが、**Spiritually-Sensitive**というのは、まさにこのようなことを言うことだと思います。人の苦しみに近づこうとする時、「その人の苦しみはどれほどのものだろう」と、具体的問題よりその苦しみに思いがいく。それが、その人に「関心を寄せる」ということだと思います。

「目の前の人を丸ごと受け入れることができるか」、「自らの限界を認めることができるか」というのは、関わる側が問われることなのです。

3-4 二つの関係性

聴くことは関わり態度だと言いましたが、この関わり、「関係性」には二つあります。一つは「人との関係性」。これまでお話ししてきたように、苦しむ人からすると「ありのまま受け入れられる」という関係性です。赤ちゃんの時は、人はありのままに受け入れられていたものです。何もできなくてもそこにいるだけで尊い存在とされていました。ところが、成長していくと人は多くのものを手に入れていきます。そうすると、次第に持っているもの（何を持っているか）に価値を置くようになり、何もないと自分の存在価値までないように思ってしまう。私は職業人生として、30歳前でしたが、客観的に見るととてもよい時期に、何もかもなくなりました。もっているものは全てなくなりました。しかしその時初めて、「何も持たない自分がありのままに受け入れられる」という経験をしました。

私は神戸のポートアイランドにある最先端医療の病院に入院していました。救急病棟から移っ

た9階の脳神経センターの部屋は神戸港に面していて、毎朝、“さんふらわあ”というフェリーが九州から神戸港に入っていくのが見えました。白い船体に太陽の赤いマークがついている美しいフェリーが、青い海と青い空の中を走っていく、その姿がとても美しく、同室の患者さんたちは、ベッドを起こしてもらったり、起き上がる方は窓側に体を傾けて、「来た、来た」と楽しみに見ておられました。それは毎日来るのですが、毎日楽しみ見ておられました。患者にとっては、それしか外の世界はないのです。それが闘病生活、入院生活です。私は全身麻痺の状態でしたので、残念ながらそれを見ることは出来なかったのですが、ただ想像するばかりでした。

私の向かいのベッドにおられた53歳の女性はいつもニコニコしていた方で、悪性リウマチのため10代から車椅子生活となり、長年ステロイドの治療を受けておられました。骨がもろくなっているため、ナースから「一人でベッドから車椅子に移らないでくださいね。落ちたら大変だから必ずナースを呼んで下さいね」と言われていました。ところがある朝、その方が一人で起きて車椅子に乗ろうとなさっている。私は全身麻痺ですので、ナースコールも押せません。目の玉だけは動きましたので、ただ見守るしかありませんでした。朝早い時間だったので、夜勤ナースの数が少ないことを知っているその方は、一人でお手洗いにいかれるのだろうと思っていました。その方は、うまい具合にストンと車椅子に入ったのでほっとしたのですが、その方はそのまま私のベッドサイドに来られたのです。そして、私の頭のところに車椅子をピタッとつけられました。視線を落としますと、その方の膝の上には手鏡が乗っていた。そしてその手鏡を、細く曲がらなくなった手で「うーん」と伸ばして、私の顔のところにもってこられた。「藤井さん、見える？」と。そこに写っていたのが“さんふらわあ”だったのです。寝たきりで見ることでできなかった“さんふらわあ”をその方が見せてくださいました。遠くからやってくる“さんふらわあ”に合わせて、少しずつ

手鏡の角度をかえながら。その長い時間の中で、その方がおっしゃったのは一言だけ。「藤井さん、見える？これが“さんふらわあ”よ」と。ただそれだけでした。フェリーが神戸港に入ると、その方はまた、膝の上に手鏡を乗せてご自分でベッドに帰っていかれました。私の入院中の原風景は、手鏡の中の“さんふらわあ”です。

「かわいそう」とか「何かしてあげよう」ではなく、ただ一緒に泣いてくださるナース、ただ手鏡で外の景色を見せてくださった同室の患者さん。何も持たなくても、共に喜んだり、悲しんだりすることを通して、私は「ありのままに受け入れられる」という経験をしました。これは私にとって、私の人生において、ものすごく大きな経験になっています。

人との関係性—支え合う関係性

「受け入れられた」とクライアントがそう感じるとき、おそらく関わっている方も「受け入れられている」のだと思います。つまり、「関わらせていただいた」ということだと思います。人を受け入れるというのは一方的ではなく、お互い、双方向だと思うのです。「支えられている」と思っても「支えている」、「支えている」と思っても、実は「支えられている」、これが本当の意味での「人との関係性」ではないでしょうか。その背後に「あなたはそのままで尊い」という態度、価値観がないと、人を「ありのままに受け入れる」ことは難しいということです。そして、そこにも「限界」がある。ありのままに受け入れようとするところに難しさもあれば、人の苦しみをわかりきれないという「限界」もある。その時に必要になってくるのが「人間を超えるものとの関係性」です。それは、目に見える世界の中でエビデンスに基づいて、科学的に合理的に「このようにやっていけばいい」という見方とは全く異なる関係性です。

人間を超えるものとの関係性—委ねる関係性

患者さんが「限界」を感じた時、関わる側が「限界」を感じた時—互いに無力に向き合った

とき人は初めて同じ地平に立ちます。そしてその「限界」をどこかに預けていくという、限界の先（委ねる先）が必要になってきます。

ホスピスができた時、このようなことがよく言われました。「あなたは今、死に向き合う人。関わる私もいつか死ぬ人。どちらも死を背負っている『同じ』存在です」と。私はこれには違和感を持ちます。「私もいつか死ぬ人」といっても、関わる側は元気で現れるのですから。死にゆく人は、「あなたは元気じゃないですか。あなたは今、使命感に燃えているではないですか」と。どうしたって上と下、助ける側と助けられる側になってしまいます。自分が無力であるということ、それを引き受けるという、そこまできかないと、苦しむ人と関わる人は同じ立場に立てない。そしてそのとき、無力である、この「限界の先」をどこに預けていくのか。これが双方にとっての課題であり、お互いに必要なことなのです。こういったことは、これまで語られてこなかったことだと思います。

全人としての苦しみを「聴こう」とするなら、それは合理的世界観だけでは不可能です。そこにはBody-Mindだけでなく、「人間を超えるものとの関係性」が必要になってきます。実はこのことは、様々な学問分野で言われてきました。ただスピリチュアリティとか、Spiritually-Sensitiveという言葉が使われていなかっただけなのです。例えばV. E. フランクルは、スピリチュアルペインを持つ人に関わろうとすると、出来ることがあるとすれば、それは、その人の宗教的な窓を閉ざさないことだと言っています。今、見ている世界観と違う窓を開けておくことが大切だと。

また、L. トルンスタムというスウェーデンの老年学者も、ライフサイクル論を唱えたE. H. エリクソンも、超越的概念としての「老年的超越」を主張しています。人は歳を取るにつれて出来ないことが増え、自尊心やセルフエスティームが下がっていく。しかし「物質的、合理的」視点から「神秘的、超越的」視点に移行することで、出来なくなっていくことがあった

としても、その人生の満足度は増加すると。今までもっている価値観を手離して新しいモノサシをもつことの大切さを主張しているのです。物質的、合理的視点には限界がある。それを手離す、その時に「QOL」—「人生の満足度」が生まれると。仏教哲学者の鈴木大拙先生も、「限界がきた時が神仏の出番」と言います。限界が来るまでは、人は合理的世界観の中で満足感を得て生きていられる。しかし限界が来た時に初めて、人間を超える世界が重要になってくる、そういう意味です。

実はこれらはみな人間の限界を超える「スピリチュアリティ」の一側面について語っているのです。むしろ、人生の意味や、人生の質を突き詰めていくと、そこにたどり着くのだと思います。スピリチュアリティは、これまで語られてこなかったわけではありません。心理学や精神医学の中に押し込められて見えていなかっただけです。人間の苦しみ、患者さんの苦しみは、心理学や精神医学を使って合理的に理解できるわけではありません。そこにある根源的苦しみや生きる意味を脳の働きや情動から理解することができないことは、おそらく皆さんわかっておられる。スピリチュアリティやSpiritually-Sensitiveは、科学的思考が優先されたことによって隠されてきた（あるいは、科学の中に埋没していた）のです。本質的に科学的合理性で語ることでできない形而上的なもの（性質）を、そこから引き揚げて「全人に戻そう」、人間をBody-Mind-Spiritで理解しよう、というのが「全人回帰」の考え方です。そうであれば、「聴くこと」は、Body-Mindの側面ではなく、Spirit（スピリチュアリティ）に焦点を当てることによって可能になる。それによって合理的に説明できない人の苦しみに関心を寄せることが出来る、ということだと思います。

4. ソーシャルワークへの提言

4-1 ソーシャルワークの原点回帰

この全人回帰は、ソーシャルワーク実践や教

育にも必要だと考えます。「知識」や「技術」を習得することを中心に考えるのではなく、それを使う「私」—ソーシャルワークは、この「私」しかいませんから—、「私の人間性」を耕すことでしか、本当に苦しむ人には近づけないと思うのです。

けれども専門職の方は、「そんな理想なことをいっていても無理です」「やらないといけないことがいっぱいあって、そんなことしていたら仕事は進まない」。そうおっしゃるかもしれません。確かに現場はそうなのでしょう。けれど、「そのとおりです。余計なこと言いました、ごめんなさい」とは言いません。もしそれが専門職なのだ、としてしまったら、それはソーシャルワーカーでなくてもできる仕事になってしまいます。人の苦しみに関わろう、寄り添おうという人たちが、その人の根源的痛み、「スピリチュアルペイン」を聴くことは、ただ単に何かを聞いて次の手を打ってあげようということとは違う次元だからです。ソーシャルワーカーは何に価値をおくのか。教育の中でも、知識と技術が偏重されていたことを振り返って、「自分は聴かせてもらえるような人間であるのか」、そこを考えていかなければならないと思います。

このように「聴く」ことの意味は、一つには「関係性の入り口」、ワーカーがクライアントの苦しみを「聴く」態度にあるのだということです。もう一つは、ワーカーが「聴く」ことを自分に問うところに意味がある。「聴く」ことを手段や技術としての「聞く」と捉えるのではなく、私自身の問題として、聴かせてもらえる人間なのか、また「聴く」ことにどんな価値を見出すか、それを問い直すことそのものに「聴くことの意味」があるのではないかと思います。

4-2 ソーシャルワークへの提言

最後にソーシャルワーク実践と教育への提言として、ソーシャルワークの原点回帰の必要性を上げたいと思います。

人間の捉え方としての「全人回帰」は、人間の原点への回帰であるともいえます。ソーシャ

ルワークも、もう一度ソーシャルワークの「原点への回帰」が必要ではないでしょうか。確かにソーシャルワーク実践においては、アセスメント、介入、具体的には退院支援が重要になっています。そのため、知識と技術はますます重要になってくるでしょう。しかし先に述べたように、クライアントの問題の背景には、その問題がどんなものであっても必ず、スピリチュアルペインが隠れています。そこに敏感である Spiritually-Sensitive であること。それが全人として人を見ること、QOL を見ることにものではないかと思えます。

この身一つ、丸腰のソーシャルワーカーは、「知識」や「技術」を獲得する以前に、自分自身が何か—「人間とはなにか」「いのちをどう捉えるのか」について考えることが必要です。

専門職者は「何かが出来る者」ではありませんが、人間が出来ることはむしろ限られています。どんなに優秀なワーカーでも、神様でもスーパーマンでもありません。必ず限界にぶつかります。それでよいのだと思います。むしろ、できないことを受け入れることで初めてクライアントと同じ立場で苦しみに向き合うことが出来るということ。そのような意味づけを見出していくことが必要だと思います。合理的に割り切って、ちゃっちゃと仕事をしている人の方が、退院や転院に結び付けられているかもしれません。たとえ苦しみを聴いたところで、結局ゴールは合理的なプロセスの結果と同じものかもしれません。淡々と情報をとって制度を利用するやり方と、その人のことを気にしながら「なんかうまくいかないけれど・・・こういうことになってしまったけれど、これが精一杯かな」と思いながら、いっしょに歩いていくのとは、結果は同じであっても、プロセスは同じではないでしょう。ソーシャルワークはプロセスです。「あなたの希望に応えられなくてごめんなさいね」というワーカーに、「そんなことないですよ、あなたは私のしんどさにいつも付き合ってくれましたよ」と。あるいはクライアントの希望通りの結果でなくても、「私のことを一番よくわかっ

てくれるあんに言われたら仕方ないですわ」と。それはクライアントがプロセスを評価しているということだと思います。結果がすべてなら、事務的能力の長けた人がすればよいのです。でもそうではないです。その方と一緒に在ること、お互いの限界を引き受けて一緒にそこに在るからこそ、援助関係とは違う関係性がそこに生まれるのだと思います。ワーカーの態度は、聴くことを含め、ソーシャルワークの価値に関わる問題です。価値、知識、技術の総体としてのソーシャルワークへの原点回帰を考えるべきだと思います。

もう一つ、研修等において考えていただきたいのは、「事例」を検討するのではなく、「自分の言葉や態度」を検討することです。「事例検討」でなく「自分検討」のようなものです。なぜ、その言葉を発したのか、なぜそのような言葉で伝えたのか。言葉というのは、常に自分のもっている価値観を表しています。「もうすぐ治りますよ」と励ますのは、病気は「治る方がよい」と思っているからです。治るのが好ましいことで、治らないのは良くないこと思っている、だから「治りますよ」と励ますのです。治らない人の「ああ、もうあかんかもしれんな」に対して、「そんなふうに諦めちゃだめだ」と言う。言われる方にとってはつらいだけということもあるのです。「クライアントがどんな言葉を発したか」よりも、「自分なぜその言葉を使ったのか」—その言葉から是非自分自身の価値観を「自分検討」してほしいです。そういうことからワーカーの人間性の部分、プラス α の

部分を耕していけるのではないかと思います。

将来はAIが出てくることでしょう。クライアントの情報を隅々まで収集して資源につなげたり、データ上適切な形で転院や退院を進めていくことでしょう。データの活用はAIの得意とするところですが、しかしそれがすべてではない。ソーシャルワーク実践は、ワーカーがそのプロセスでいっしょに悩むことや、自分の限界を知り自分のためさを背負って一緒に行くというところに逆に、意味があると思います。

AIは「限界」を評価しません。限界があれば、それはさらに「改善」されていくだけ。私は人間がもっている「限界」は、人間に関わる時に絶対に必要なことだと思っています。人はどうしてもコントロールできない限界として、必ず「死」を迎えます。だからこそ、どう生きるか考えるのです。限界を受け入れないAIには、人の苦しみを理解することは出来ないでしょう。

ソーシャルワークは、ある意味人間らしい専門職ではないかなと思います。このようなユニークな専門職集団が、科学的合理性の世界である医療機関の中に存在していてよいと思います。この時代、医療の中でのソーシャルワークは大変だと思います。しかし自分自身が「どういう姿で聴こうとしているか」「聴くということが自分にとってどういうことなのか」を考えることに、ソーシャルワークの意味を問うところがあるのだと、ソーシャルワークの本質への原点回帰があるのだ、ということで、今日のお話を終わらせていただきたいと思っています。ご静聴ありがとうございました。

[シンポジウム]

「聴く」ことの再考 ーソーシャルワークにおける今日的意味ー 東日本大震災による死別体験者の苦しみの研究を通して

安井 優子*

1. はじめに

私は中学時代に、両親が相次いでがんを患ったのですが、その時母を担当して下さっていた看護学生との出会いから看護師を志すようになり、主に緩和ケア領域で看護師として10数年勤めて参りました。

そして今から8年前に、緩和ケア医だった夫を、がんで在宅で看取りました。夫との死別後はしばらく強い喪失感・悲嘆に襲われて過ごしていましたが、次第に元々夫が医学生の時にお出逢いし、心から尊敬していた藤井美和先生の元で、死生学・スピリチュアリティについて学びなおし、夫の分まで何か私自身、いのちについて、生きること・死ぬことについて、若い人たちにお伝えしていけるような自分へと成長していきたいという思いが湧き上がり、死別翌年、関西学院大学人間福祉学部にて1年生から入学させて頂きました。

私のソーシャルワーク（以下SW）との出逢いは、大学入学後、精神保健福祉士の養成カリキュラムを知り、チャレンジしてみようと履修した授業を通してでした。地域の精神科デイケアへ実習に行かせて頂いた時に、精神保健福祉士のスーパーバイザーが、医師や看護師が聴診器や薬などの道具を持つのに対し、「ソーシャ

ルワーカー（以下SWr）は存在そのものが仕事なんだ」と仰られた御言葉が今も強く胸に残っています。

学部卒業後は、大学院の修士課程に進学し、ご縁を頂き、東北をフィールドに研究を続けて参りました。今日はその研究の中で、私がお出逢いさせて頂いたお二人の被災者の方の貴重な語りについて、また私自身が東北で教わったことを、自分なりにお伝えさせて頂き、皆様と一緒に「聴く」ことの意味について再考させて頂きたいと思います。

2. 研究の背景

これまで私は「東日本大震災による死別体験者が苦しみの中で求めるもの」というテーマで研究に取り組んで参りました。私とそのテーマで研究したいと考えた動機は、私自身が夫と死別して丁度1周忌の時に東日本大震災が発生し、私自身、愛する人をただ1人喪っただけでもこんなに悲しくて辛いのに、ある日突然震災・津波で、自らのいのちも危機に遭い、その上、愛する家族・仲間・仕事・住居等を一挙に喪った被災者の方々の苦しみはどれほどのものだろうか。その苦しみの中で、被災者の方たちは何を求めたのか知りたい。また、震災直後から被災

*Yuko Yasui：関西学院大学大学院人間福祉研究科博士課程後期課程

地で、宗教・宗派の枠組みを超えて、アウトリーチでの傾聴活動を行っていらっしゃる宗教者・臨床宗教師の方が、実際どのように実践されているのかに強い関心を抱いた為です。

震災後、東北地方ではハード面での復興が進む一方、自殺する被災者の方も存在し、長期的なこころのケアが必要とされています。厚生労働省は、震災に関連した自殺原因として「健康問題が最も多い」（厚生労働省自殺対策推進室 2017）と報告していますが、その「健康問題」の具体的内容については示されていません。健康について WHO は従来の「身体的・精神的・社会的側面がすべて満たされた状態」（公益社

団法人日本 WHO 協会 2018）との定義に新たにスピリチュアルな領域を追加した改正案を提出しています（図1）。

人の健康を脅かす苦しみには、身体的・精神的・社会的な苦しみ等、複数の苦しみ関係していると考えられます。しかしやはり、人間の苦しみについて考える際には、スピリチュアルペインに目を向けなければ、苦しみを真に理解することは出来ないのではないだろうか。ひとりの人間の健康について考える際には、WHO が改正案で示しているようにスピリチュアルな領域を含めた全人として人間を捉える視点が重要なのではないかとの問題意識を抱きました。

研究の背景

- ・震災後ハード面での復興が進む一方、自殺する被災者の存在
(2017 厚生労働省自殺対策推進室「東日本大震災に関連する自殺者数」)

- ・世界保健機構(WHO)の健康の定義改正案(赤字が追加部分)
「肉体的(physical)、精神的(mental)、spiritual 及び社会的(social)福祉のdynamicな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」(1999 厚生労働省 第6回厚生科学審議会資料)

- ・人間の苦しみ・健康について考える際には、スピリチュアルな領域を含めた全人として人間を捉える視点が重要では？

図 1

3. スピリチュアリティ・スピリチュアルペインとは

先程、藤井先生が基調講演の中でもお話しして下さっていましたが、スピリチュアリティとは「意味」と「関係性」をキーワードとして接近することができる概念であり、「人間の尊厳の確保や QOL を考える為に必要な本質的なもの」（藤井 2013：225）、「人間の存在を支える根源的な領域」（藤井 2010：523）であります。また、北米のソーシャルワーク実践にスピリチュアリティやホリスティックな視点を取り入れ、新たなパラダイムを確立した研究者、カンダにより

ますと「宗教的か非宗教的かには拠らず、人間存在とその文化の普遍的特質を示すもの」（Canda and Furman=2014：5）、「意味、目的、道徳性、超越、well-being の探求、自己・他者・究極的実在との関係の探求に関わる特質を示すもの」（Canda and Furman=2014：47）であります。

またスピリチュアルペインとは、自己と自己・他者・宗教を含む人間を超越する大いなるものとの関係性において「生きる意味やその関係性を見出せない苦しみ」（藤井 2010：54）であります（図2）。

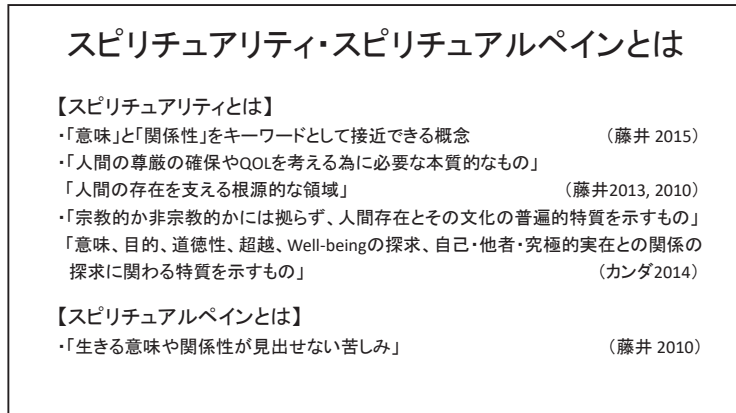


図 2

4. 研究方法

私は震災後、宮城県の住職・臨床宗教師である金田諦應老師らが始めた傾聴移動喫茶「カフェデモンク」への参加経験がある、愛する人と死別体験をした被災者2名の方に、お話をお聴かせ頂くご縁を頂きました。

カフェデモンクは、マスターの金田老師を中心に、宗教・宗派の枠組みを超えた宗教者が、避難所や仮設・復興住宅の集会所等でお茶やケーキを無料提供しながら、被災者のお話に耳を傾ける移動式のカフェです(図3)。そこでは特定の宗教の布教や伝道は一切禁止されてい

ます。

また、臨床宗教師とは、福島県で震災以前から緩和医療、在宅ケアに携わってこられた故・岡部健医師が、その構想を練ってこられたもので、震災後も宗教・宗派を超えた宗教者による支援活動継続を希望する被災者の声を基に設立された専門職です。「被災地や医療機関、福祉施設等の公共空間で心のケアを提供する宗教者」(日本臨床宗教師会 2016)のことをいいます。

私はお二人の被災者の方にお話をお聴かせ頂く前に、宮城県沿岸部の仮設・復興住宅の集会所を中心に開催されたカフェデモンクに、度々、金田老師のお寺から一緒に同行させて頂きまし



図 3

た。会場の準備や参加者の皆さんと一緒にお茶を飲みながらテーブルに座らせて頂く中、まずは現地の雰囲気や自分自身の肌で感じることで、そうした中で、少しでも現地の人と信頼関係を築けるように努めました。また、カフェデモンクのみならず、老師には、ご家族の皆様と一緒に大自然の中にある露天風呂や、宮城から山を越えて秋田に入り、西馬音内盆踊りという死者と生者の交流といわれる盆踊りに連れて行って頂き、その伝統衣装まで着させて頂くなど、東北地方の雄大な自然・伝統文化を実際に肌で感じる体験までさせて頂きました（図4）。

お話をお聴かせ頂いたA氏・B氏お二人の方の属性です（図5）。A氏は69歳男性で、64歳

の時、当時88歳の母親を自宅で津波による低体温症で亡くされた方で、先祖代々曹洞宗の檀家さんでした。B氏は35歳女性で、30歳の時、当時2歳の腕に抱いていた息子さんが津波で流されて行方不明となり、2ヵ月後に遺体で発見された方でした。信仰する宗教は特にないと答えられましたが、実家は先祖代々仏教の檀家であるということでした。お二人には、震災以前から今日までのライフストーリーについて、自由に語って頂きました。

今回は「聴く」ことを再考するというテーマをふまえ、A氏・B氏がお話の中で、限界の苦しい気持ちとして語られた語りに着目してみたいと思います。

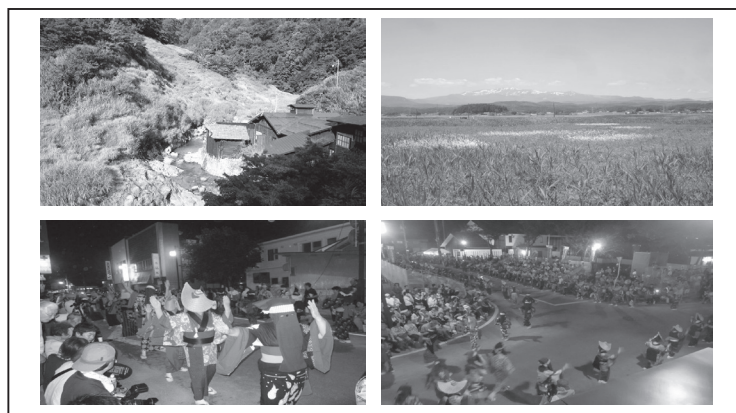


図4

研究方法						
【調査方法】						
・2016年6月～8月 A氏・B氏2名を対象に半構造化面接によるインタビュー調査実施（希望によりO県内の各々の自宅にて実施）						
・インタビュー時間：A氏/4時間19分44秒 B氏2時間14分12秒						
【調査協力者の属性】						
	性別	年齢	居住地	職業	死別状況	宗教
A氏	男性	69歳	O県C市	無職 (以前は漁師等)	64歳の時に、当時88歳の母親を自宅で津波による低体温症で亡くす	曹洞宗
B氏	女性	35歳	O県D市	無職 (以前は飲食店勤務等)	30歳の時に、腕に抱いていた2歳の息子が津波で流され行方不明に。2ヶ月後遺体で発見される	特にこだわり無し

図5

5. 限界の苦しい気持ちとして語られた語り

A氏・B氏が震災後5年間のプロセスの中で、限界の苦しい気持ちとして語られた語りについてその一部をスライドにあげさせて頂きました(図6)。

A氏が語られた図6の4)の「シンポジウムで最後質問して、溜まってたことを吐き出したの。母親の3回忌、祈りの心がないお坊さんに拝んでもらっても有難くねえんだ。それなら俺が仏壇に向かって拝むことの方に意味があるんじゃないかねえか。どうしたら良いのや、教えてくれ」という語りは、A氏のこれまでの宗教観と、震災後、実際の宗教・宗教者との在り方との間で生じた齟齬に対し、自分の信念をどう落とし込めば良いのかわからない「自己のアイデンティティに関わる苦しみ」が表された語りではないかと私自身考えました。A氏は母親の葬儀での金銭問題を巡り、震災以前からの菩提寺の住職への不満をさらに募らせていました。そして震災から2年後、菩提寺からの母親の3回忌法要の通知を機にその怒りを爆発させました。A氏は当時開催された宗教者・宗教学者が集うシンポジウムで、図6の4)のように、答えの出ない自分の中の苦しみの問いを直接ぶつけました。この時の状況はまさしくA氏の「自己のアイデンティティに関わる苦しみ」がピークに溢れ出

した状態、即ち限界状況だったのではないかと推察されます。

またB氏が語られた、津波で行方不明だった息子が2ヵ月後に遺体で発見され、遺骨で自宅に戻ってきた時の心境を振り返られた、図6の1)の「何も無くなってしまって…。もう生きてる意味がわからなくなって…」という語りや、「仮設に1人でいると、何で私生きてるのかなって、辛くて…。それで自傷行為して」、「生きてる意味が本当にわかんなくて…。息子にすごい逢いたくて…。もう限界だった」という語りは、自分のいのちの意味・自己存在の意味を自分自身に問うても答えを見出せない「生きる意味がわからない苦しみ」、そして図6の2)の「息子が津波で流される夢を何回も見て…。何で自分だけ生き遣ったんだってずっと…」、「誰かに本当に救いを求めたくて…。息子が私を恨んでいないか、寂しくしていないか、和尚さんならわかるかもと思って…」という語りは、息子を救えず「自分だけが生き遣ったことに対する強い罪責感の苦しみ」、また図6の3)の、仏壇の息子の骨壺の前で寝たきりで過ごしていた当時についてのB氏の「私、息子のお骨を食べようとしたんです。そしたら息子がもう1回自分のお腹の中に入って生まれてきてくれるかと思って。周りは腫物を触るような状態で…。誰にも私の気持ちなんてわかるわけないって、お骨の前

限界の苦しい気持ちとして語られた語り(1)

1) 生きる意味がわからない苦しみ

『何も無くなってしまって…(涙)。もう生きてる意味がわからなくなって…(B)』『仮設に1人でいると、何で私生きてるのかなって、辛くて…それで自傷行為して(B)』『生きてる意味が本当にわかんなくて…X(息子)にすごく逢いたくて…もう限界だった…(B)』

2) 自分だけが生き遣ったことに対する罪責感の苦しみ

『Xが津波で流される夢何回も見て…何で自分だけ生き遣ったんだって…ずっと…(B)』
『誰かに本当に救いを求めたくて…Xが私を恨んでいないか、寂しくしていないか、和尚さんならわかるかもと思って…それまではどこに求めているかもわからなかった(B)』

3) 孤独の苦しみ

『私、Xのお骨を食べようとしたんです。そしたらもう1回自分のお腹の中に入って生まれてきてくれるかと思って(涙)。周りは腫物を触るような状態で…(中略)誰にも私の気持ちなんてわかるわけないって、お骨の前で本当に1人でした(B)』『矛盾してるけど、絶対やった時(自殺未遂)って誰かに助けを求めます。本当はわかってほしいんでしょね。でも誰もいないから、そうやってSOS出しちゃうとか(B)』

4) 自己のアイデンティティに関わる苦しみ

『(シンポジウムで)最後質問して溜まってたことを吐き出したの。母親の3回忌、祈りの心がないお坊さんに拝んでもらっても有難くねえんだ。それなら俺が仏壇に向かって拝むことの方に意味があるんじゃないかねえか。どうしたら良いのや、教えてくれと(A)』

図6

で本当に1人でした」という語りや、1人仮設住宅に残され、自殺未遂を繰り返していた当時の心境について振り返った「矛盾してるけど、絶対自殺未遂をやった時って、誰かに助けを求めます。本当はわかってほしいんですよね。でも誰もいないから、そうやってSOS出しちゃうってどうか」という語りは、「孤独の苦しみ」が表された語りではないかと考えました。

A氏、B氏共に、それぞれ「苦しみに対し自分なりの答えを見出すことができず、その苦悩がピークに達する状態」の時を、「限界の苦しい気持ち」として語られました。

藤井らはスピリチュアルペインについて、スライドのように(図7)7項目に分類し述べています。先程お話ししたA氏・B氏お二人の苦しみは、全て生きる意味や、自己と自己・他者・超越的存在との関係性が見出せない苦しみであり、また藤井らの7項目の分類に内包される苦しみであると言えます。そのことから、愛する人と死別した被災者が抱えてきた苦しみとは、スピリチュアルペインであると捉えることができ、人間の苦しみの根源には、人間が普遍的にもつ実存的な苦しみ(スピリチュアルペイン)があることが明らかとなりました。

限界の苦しい気持ちとして語られた語り(2)

・藤井ら(2009)のスピリチュアルペインの7項目の分類
①命の意味(生きている意味への問い) ②苦悩の意味への問い
③人生の価値 ④孤独 ⑤罪責感 ⑥限界 ⑦死や死後の世界への問い

・「限界の苦しい気持ち」として語られた語り
1)生きる意味がわからない苦しみ
2)自分だけ生き違ったことに対する罪責感の苦しみ
3)孤独の苦しみ
4)自己のアイデンティティに関わる苦しみ
■藤井らの7項目に内包される苦しみ(スピリチュアルペイン)

図7

6. 結論

結論としては、人間の苦しみの根源にはスピリチュアルペインが存在するということが、そして、東日本大震災による死別体験者が苦しみの中で求めるものは「苦しみに対し自分なりに意味を見出すこと」であり、その「意味を見出すこと」においては、「人との温かい交流」、「宗教性の提示への希求」、「自己と向き合うこと」が鍵となることが明らかとなりました。A氏・B氏はそれら3つが相互作用する中、その苦しみをいかに自分の人生として引き受けていくか、「自分なりに意味を見出すこと」で、それぞれ

の人生の物語を再び紡ぎはじめていくことが可能となっていました。

また、豊かな自然や風土の中で培われ、土着化した宗教を含むその地域一体の独自の文化が、人々の苦しみの意味づけに大きな影響を与えていることが示唆されました。

7. カフェデモンクの傾聴活動

金田老師らによるカフェデモンクの傾聴活動は、震災・津波でそれまでの人生の物語の歴史的背景の中で培ってきた価値観・社会関係が一気に破壊され、様々な苦しみを抱える人々の「人

との温かい交流、「宗教性の提示への希求」、「自己と向き合うこと」、その全てにしなやかに寄り添い、共に苦しみを背負い悶絶し、1人ひとりが「苦しみに対し自分なりの意味を見出し」、人生の物語を再生していけるまでをつなぐ極めて重要な活動でした。

金田老師は、宗教者として答えを差し出すのではなく、1人ひとりがそれぞれ自分なりに答えを見出し、自分の人生の物語を紡ぎはじめることができるよう、傍に踏みとどまり、ときには上手くいかないこともあることまで含め、丸ごと引き受け、共に伴走することを大切にしておられました。

また金田老師は、例えばA氏がシンポジウムの質疑応答で答えの出ない苦しみを直接ぶつけられた時、突然のことにその場では誰もそのA氏の問いに言葉を返すことができない状況の中でも、すぐさま壇上から「もう少しその話聴かせて」とA氏の元へ駆け寄られ、丁度その数日後にA氏の暮らす地域で開催予定だったカフェデモンクにA氏に来てもらえるようお願いされました。そして、カフェデモンクで、仏教者や神道・牧師など10名くらいの人で、A氏の言葉にならない唇の動き、葛藤や怒り・苦しみに、ひたすら耳を傾け、全て吐き出してもらい、ありのままを受けとめられました。カフェに来た時、深刻な表情だったA氏は、帰る時にはニコニコ笑顔で、みんなが、まるで別人のようだと驚かれたそうです。

また、B氏から「息子は今どこにいるのですか。私を恨んでいないでしょうか。教えて下さい」との手紙を受け取った老師は、すぐにB氏に連絡し、B氏のいる仮設へ向かわれました。でも向かっている途中で、自殺未遂を図られたB氏は、老師が到着した時には、病院に搬送されており、それでも老師はその場でしばらく帰って来るかどうかさえわからないB氏のことを待っていたと言います。後からそのことを知ったというB氏は、私に、老師が待っていてくれて嬉しかった…とお話されました。そのように、老師は1人ひとりの苦しみの限界状況において、

救いを求めるころの叫びを敏感にキャッチし、そのタイミングを逃さずにかかわることを重視しておられました。

スピリチュアルペインに寄り添おうとする援助者・専門職者には「専門職としての自分自身を手放し、ひとりの人間としてただその傍らに寄り添うこと」（藤井 2015：191）が求められます。藤井先生は、寄り添いとは「何かをすることとは逆のかかわりであり、寄り添う自分がまずひとりの人間としてその価値観を問われながら、目の前の人をありのまま受けとめ、そして何もできない自分を了解した上で、なおそこに在ること」（藤井 2015：194）と述べておられます。金田老師は、私のインタビュー調査に同行して下さった帰りの車内で「震災から丸5年。被災地でずっと活動してきたけど、一度たりとも自分たちの活動に満足したことはない。いつもこれで良かったのか、自分たちの活動は何か意味があったのかと問い続けてきた。自分たちこそ被災者の方々から多くのことを学ばせてもらってきた」と語られました。私は、震災後、瓦礫の中から、絶えず被災者1人ひとりと共に悶絶し、寄り添ってこられた老師の、決して奢り高ぶられることのない、そのどこまでも謙虚に自己を問い続ける姿勢に熱く胸を打たれ、金田老師、そしてカフェデモンクという場は、真の寄り添い、スピリチュアルケアを実践している人であり、場であるということを確認しました。

8. 私にとって「聴く」こととは

緩和ケアで死を前にした人やそのご家族とのかかわり、そして夫との死別を経験してきた私自身が、東日本大震災により愛する人と死別された被災者の方にお話をお聴かせ頂く時に、大切にしていたことを、ここで自分自身振り返り考えてみたいと思います。

「聴く」にも、支援に必要な家族構成や現病歴等、基本的な情報を収集する時の「聞く」と、その人のこころの奥底にある、言語化もできな

い、こころの呻きのような声を聴く時の「聴く」等があります。私がお話をお聴かせ頂こうとした時の「聴く」は、後者の方の「聴く」です。

その時に大切にしたこと1つ目は、今この瞬間に、ここで、震災・津波をご経験され、その後も苦しみを抱えながら懸命に生きてこられた被災者の皆様と、関西で暮らしてきた私が、出逢わせて頂き、思い出すのも辛い苦しい体験や思い、お1人お1人のかけがえのない人生の物語をお聴かせ頂けることへの感謝の気持ちです。

私がカフェデモンクに参加させて頂いた2回目の時の忘れられない体験ですが、カフェが始まり、参加者の皆様がそれぞれテーブルに着かれご歓談される中、私自身まだ緊張感いっぱい、会場のどこにしようか所在なくしていましたら、金田老師が「安井さん、こっちに来て。ここに座りなさい」と、ある1つのテーブルに呼んで下さいました。それでそちらのテーブルに緊張した面持ちで着かせて頂いたのですが、少しして金田老師が「あのね皆さん、この安井さんもね、ご主人を亡くされたんだよ」とテーブルの皆さんに私のことをご紹介下さいました。そしたら、テーブルの皆さんが一斉に「そうなの、若いのに辛い思いしたんだね」「大変だったね」「この方も仮設でご主人看取られたんだよ」等と口々にお声をかけて下さって、その一瞬にして、被災者の方と、関西から調査に来た私の間にあった壁が一気に取り払われるような…、震災と病気で原因は異なりますけど、語り手と聴き手の区別等はなく、ひとりの人間と人間、同じ人間として、同じ辛い死別を体験したというところから、一気に境界線がなくなり、グンとこころの距離が縮まる感覚を体感させて頂き、その感覚は今も強く胸に残っています。そこから、皆さんがそれぞれの思いを真剣にお話下さり、こんなポツと関西からやってきた私やのに…と本当に有難くて感謝の気持ちいっぱいでお聴かせ頂いていました。

大切にしていたこと2つ目は、笑顔を忘れずほがらかに、丁寧なやわらかい言葉づかい・態度をこころがけることです。これは私自身、看

護師時代から患者さん・ご家族とかかわらせて頂く時に心掛けてきたことでもあります。金田老師の御言葉に「聴き手と語り手の相互作用」という御言葉があります。その時の聴き手と語り手によってその間に生じる空気は異なってくる、その空気をいかに敏感に感じとれるかということが双方にとってとても大事になってくるということです。また、この夏に老師のお寺に寄せて頂いた時に、老師のところを訪ねて来られたノンフィクション作家の奥野修司さんと老師が一緒にお話をされる中で、例え何の飾り気もない病院の白い壁の一室ではあっても、聴く人の顔によって話す方も話す内容が変わってくる。特に苦しみを抱えている人は敏感にその聴く人の顔を見ている。それによって話す内容は変わる。聴く人は、語り手の鏡であり、語り手はその聴き手から反射して返ってくる自分の語った言葉を通して、自分なりの人生の物語を新たに一つ一つつくっていくことができると仰られていて、そういった御言葉からも、やはり相手がいづれでも安心して話せるような雰囲気を基本的にいつも自分自身纏っていることを大切にしたい。そして聴き手として、語り手の鏡である自分をいつも磨いていきたいと改めて考えさせられました。

大切にしていたこと3つ目は、東北の風土・文化を含め、あなたを「理解したい」という思っている気持ちを、言葉や態度、全身で真摯に伝えるということです。

私が初めて参加させて頂いた石巻でのカフェデモンクの帰り道で、金田老師が「石巻の男の人は漁師が多いから、はじめ知らない人が聴いたら、『怒ってるの?』としか思えないような口調のこともある。でもそれはきちんと聴いていけば、全然怒ってないんだ。荒い口調の言葉でも、こっちに近づいてきてくれるってことは、親しみをもって来てくれてるということなんだ。そういうところから関係性ができていく。やっぱり地元には、地元の人でしかわからない、その土地土地の風土や文化、歴史に基づいた気質や微妙なその言葉のニュアンスがある。本当の

ケアをしようと思ったら、それが理解できるその土地の人じゃないとケアできないんじゃないかな。地元の人同志だからこそできるケアがあると思うよ」と仰られました。今の私なら、老師がそう仰られた言葉の意味はすごくよくわかります。でもその時の私は、関西で生まれ育った私にはやっぱり東北の人の思いを理解することはできないのかな…とちょっと悔しいような、寂しい気持ちになりました。でもそれで改めて、私、関西人で、東北の人とは異なる文化に生まれ育ったけど、それでもちょっとでも東北の風土・文化を知りたい。東北の地、特有の文化を背景に語られる言葉やその微細な思いを、私自身どこまで敏感に受けとめて、正確に理解できるかはわからないけど、でもそれでも「あなたのことを理解したいんです」という思いだけは真摯にもっていよう。今、目の前にいるあなたからお話をお聴かせ頂けるひとときを何より大切にしたいと思っています。あなたの思いを少しでも分かち合わせて下さいという気持ちで、語られる言葉や態度に集中することを大切にしていこうと決意させられました。

また、先程もお話させて頂いた大自然の中の露天風呂や、山を越えての盆踊り等東北の自然・伝統的文化を実際に肌で感じさせて頂いた体験は、やはり、その東北の地で生まれ育ったお二人がお話の中で、例えば、実際に震災後、山に登ってところが癒されたというお話や、湯治に行って心身共に癒されたお話、また東京の友達のマンションから宮城へ帰る電車の中で、宮城の山の景色を観た時に、ああやっぱり俺の居場所はここだと思ったと語られた御言葉をお聴きした時に、その言葉の背景にあるお二人の思いを、関西育ちの私ながら、想像する力、お二人の思いに共感できる力を、何より強烈に育んで頂くことができたと思います。改めてとても貴重なフィールドワークを行わせて頂いたことに感謝しています。

大切にしていたこと4つ目は、お話をお聴きしながら、自分自身の中に流れる感情にもできるかぎり素直に誠実であることです。自分の感

情をそのまま相手に出すというのは、専門職という立場から考えた時には、危険なことであるかもわかりません。私自身、看護師時代から、看護師は患者さんの前では泣いてはいけないという教育をずっと受けてきました。でも緩和ケアで、あるひとりの患者さんの看取りの時に、必死で涙を堪えていたら、看護師長から「安井さん、泣きたい時は泣いてもいいよ」と仰って頂いて、その時初めて患者さん・ご家族の前で涙を流したのですが、後日、病院を訪ねて来て下さったそのご家族に「看護師さんがあの時一緒に泣いて下さって嬉しかった」と言っていたことがありました。その時私はそのご家族の御言葉に、そっか…。専門職ではあっても、ひとりの人間として、患者さん、ご家族とかかわらせて頂く中で、一緒に泣きたい時は泣いて、嬉しい、良かったと思う時は一緒に喜んでいいんだとハッと気づかされて、それからは私自身の素直な思いをできるかぎり相手の方にもお伝えできることを大切にするようになりました。今回お話をお聴かせ頂いた時にも、お二人それぞれと一緒に泣いたり笑ったりしながら、お話をお聴かせ頂いていました。

大切にしていたこと5つ目は、ひとつの言葉や表情・態度から、その人の苦しみ・悲しみを自分なりに想像できるかぎりイメージを膨らませ、その人の世界に入り込み、自分の中に引き寄せるような感覚です。私の場合は、自分も死別体験があることから、愛する人と死別された方のお話をお聴きする時に、例えば「息子が死んでいなくなった世界で、自分の生きてる意味がわからない」と仰られた時にも、自分が体験してきた思いと重ね合わせて、そのワンフレーズからその人がこれまで抱えてこられた苦しみ・悲しみの世界の想像が一気に広がるというところがあると思います。でもそれと同時に、自分も夫との死別を体験はしていても、死別体験は1人ひとりの人生の文脈の中で異なる個人的な体験でもあり、自分の体験と全く同じように捉えてはいけないと、その人に一気に同調しそうになる自分をどこかでブレーキをかけている自

分も存在するというような感覚です。

金田老師が「その場やその人からにおいたつようなもの、そこに流れる言葉にはならない言葉をいかに感じとり聴くか」ということが大切とお話して下さっていました。私も自分自身が死別体験をしたことから、わかったような気になって傲慢に聴くのではなく、体験したことがあるからこそ、繊細に感じとれる部分、感覚を大切に、言葉にはならない声までも感じとりたいたと集中していました。

大切にしていた6つ目は、自分の育ってきた文化での価値観・思い込みによる否定的なジャッジはしないということです。金田老師が「真実は現場に、目の前にある」とお話されるように、事前に少しその人の情報を知っていたとしても、今目の前に存在するその人と自分との相互作用の中で、自分が感じるその人を大切にします。まっさらな気持ちで対話を通してその人をまず感じ、知るということを大切にしました。

これまで、東日本大震災により愛する人と死別された被災者の方にお話をお聴かせ頂く時に、私自身大切にしていたことを振り返らせて頂いてきました。そして今の私にとって「聴く」こととは、ということを改めて考えてみた時に、それは「聴く」ことにより、ひとりの人間として、同じ人間として、自分自身の人間性が問わ

れているということである…という考えに至りました。

9. スピリチュアリティに配慮したソーシャルワーク (Spiritually-Sensitive Social Work) とは

ここからは、スピリチュアリティに配慮したソーシャルワーク (Spiritually-Sensitive Social Work 以下 SSSW) 教育の必要性について少しお話をさせて頂きたいと思います。米国では約20年前から SSSW が重視され、National Association of Social Workers (NASW) の倫理綱領や、The Council on Social Work Education (CSWE) の実践ガイドラインでは、スピリチュアリティ・宗教に対する理解や実践の必要性、それらに関する教育基準を定めています。

カンダのいう SSSW とは、スライドのように (図8) 示されています。SW が「人々と環境とその相互作用する接点に働きかける」(特定非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会 2017) のに対し、SSSW とは「全体的人間とは何か、全体的環境とは何かを再考すること」(Canda and Furman=2014 : 329) を意味します。

また、カンダらの全米の SWr を対象とした

スピリチュアリティに配慮したソーシャルワーク
Spiritually-Sensitive Social Work (SSSW) とは

【SSSW実践とは】

- ・「クライアント(以下CL)の最も高い目標、最も深い意味、最も実質的な必要に対応するものであり、宗教的・非宗教的であれ、CLの霊的観点を尊重し、共感と知識と技能をもってそれを配慮する関係を通して、人間の完全な可能性を育もうとする。全ての人と全ての存在にとって平和と正義を促進するもの」
(カンダ 2014)
- ・SW:「人々と環境とその相互作用する接点に働きかける」(特定非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会)
- ・SSSW実践:「全体的人間とは何か、全体的環境とは何かを再考すること」
(カンダ2014)

図 8

「実践におけるスピリチュアリティと宗教に関する2008年度全国調査」(図9)では、「終末期の病」、「死別」、「薬物乱用」、「自然災害の被災」、「養子縁組」、「性的虐待」の順に、SW 実践に

おいて SWr が CL に対しスピリチュアリティの話題を取りあげることに肯定的な結果も示されています。

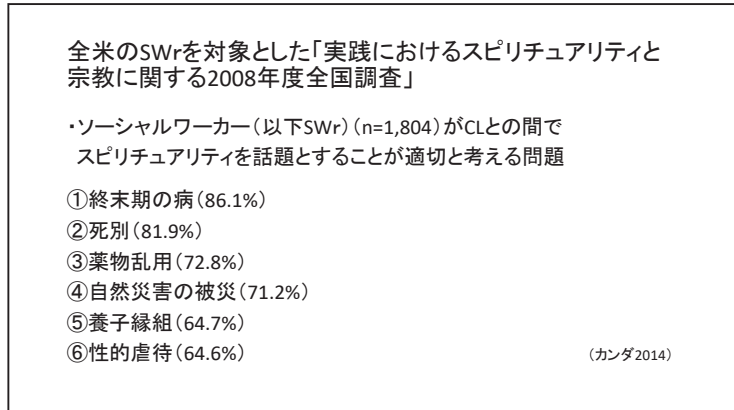


図9

10. 限界状況にある人に寄り添う SWr に重要なこと

日本においても、自然災害による被災地での SW 実践のみならず、先程の調査結果に示されたようなあらゆる領域で、CL の苦しみや生活のしづらさに寄り添う SWr の皆様に、人は限界状況の時、生きる意味や自己存在の意味といった実存的な問題に苦しむということを理解して頂くことがまず重要であると考えます。またその問題は科学的・合理的な視点や思考だけで、こういうデータがあるから、あなたの生きる意味、自己存在の意味はこうですと示されて、解決できるようなものではなく、人は自分なりのその意味づけを、現代では非科学的・非合理的とされる宗教や、あるいは自然との触れ合い、宇宙的な観点からいのちを捉える視点など、人間を超える存在との関係性に求めるということを理解して頂くことも重要と考えます。そして、科学的・合理的な視点だけでは解決できない未知なる死や死後の世界といった人々の苦しみにまで、宗教・宗派を超えて、医療・福祉専門職

の皆様と共に協働し、CL に共に伴走していこうという臨床宗教師のような宗教者の皆様もいて下さっていることを是非 SWr の皆様にも知って頂いて、互いに協働して、より一層 CL を全人的に理解し、その苦しみに寄り添っていくことができたらと考えます。

以上のことより、今後は日本においても、CL のあらゆる生活問題の背後に必ずや存在する人間の根源的苦しみ(スピリチュアルペイン)に敏感に気づき、配慮することのできる SSSW が必要と考えます。その為には、スピリチュアルな領域も含め、CL をひとりの全人として尊重し、人と環境に関するホリスティックなアプローチをする SSSW を実践できる SWr の教育が重要と考えております。

また、SSSW は CL の Spiritual well-being のみならず、全体的環境の中の一部である SWr 自らの Spiritual well-being をも高めていく上で重要と考えます。何故なら、真の寄り添いとは「寄り添う側が、自らの限界と向き合い、自己の価値観を問われること」(藤井 2013)であり、SSSW は『専門職種』としてだけで

なく、ひとりの人間として自らのスピリチュアリティにも敏感」(藤井 2017: 64) なのだからです。そして「聴く」力は、全体の人間・全体的環境とは何かを再考するものである SSSW 実践の土台となる力であると考えます。ご清聴ありがとうございました。

〈参考文献〉

- Canda, E. R. and Furman, L. D. (2010) *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping*, Oxford University Press. (=2014, 木原活信・中川吉晴・藤井美和監訳『ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティとは何か—人間の根源性にもとづく援助の核心—』ミネルヴァ書房)
- 藤井美和 (2010) 「スピリチュアルケアの本質—死生学の視点から」『老年社会学』31(4)
- 藤井美和 (2013) 「人の苦しみとスピリチュアルペイン—ソーシャルワークの可能性—」『ソーシャルワーク研究』38(4)
- 藤井美和 (2015) 「死生学と QOL」関西学院大学出版
- 藤井美和 (2017) 「死生観にかかわる教育—ソーシャルワーク教育における課題—」『社会

福祉研究』128

- 藤井理恵・藤井美和 (2009) 「増補改訂版 たましいのケア—病む人のかたわらに」いのちのことば社
- 公益社団法人日本 WHO 協会 (2018) 「健康の定義について」『WHO を知ろう』(<http://www.japan-who.or.jp/commondity/kenko.html>)
- 厚生労働省 (1999) 第 6 回厚生科学審議会総会資料「WHO 憲章における『健康』の定義の改正案について」(http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1108/h0819_6hyml)
- 厚生労働省自殺対策推進室 (2017) 「東日本大震災に関連する自殺者数 (平成28年)」(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou/12200000/Shakaiengokyokushougai/hoken/fukushi-bu/h28kakutei_5.pdf)
- 日本臨床宗教師会 (2016) 「趣意設立書」(<http://www.sicj.or.jp/prospectus/>)
- 特定非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会 (2017) 「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義の日本における展開」(http://www.jasw.jp/news/pdf/2017/20171113_national-exp.pdf)

[シンポジウム]

30年間の実践を通しておもうこと

川 口 真理子*

1. はじめに

川口です。よろしく申し上げます。私は昭和58年9月に大阪府済生会吹田病院（以下吹田病院）に入職しました。新人、中堅、部署の責任者と立場は変わりましたが、ずっと同じ職場で業務をして来ました。昨年からは直接支援から離れ、組織内の仕組み作りにシフトし、縁あって大学で演習も担当しています。少し長くなりますが、今日は最初にバックグラウンドというか、自己紹介を兼ねて30年間何をしてきたかをお話しします。次に、そういう私が、出会った患者さんや家族とのやり取りで印象に残っている言葉を事例を挙げて紹介し、私がお話を聴く時に心がけてきたことやお話を聴く原動力について、そしてその後で、現場のソーシャルワーカー（以下SW）を横で見ていることをお話しします。ずっと現場でやってきましたので理論は苦手です。若いSWの方達の明日からの参考になることがあれば良いと思います。

2. 30年間やってきたこと

～SWとしての基礎作り期～

先輩と向かい合わせの机、横に患者さんが座るソファがある、6畳程の「オールインワン」の部屋で、ライブで先輩の面接を目にする日々が始まりました。先輩と同じように話したり聞いたりしているつもりなのに、一問一答という

か話が途切れてしまう、先輩とは話が弾むのに何故だろう、と不思議に思うようになりました。先輩と患者さんとのやり取りを見たり聞いたりしているうちに、吹田病院は地域密着型というか、患者の家族や親族も通院していて、先輩と顔見知りということが珍しくないことに気づきました。面接技術に加えてこれが先輩の強みだとすると、先輩のマネをしてもかなわないわけで、私は何で勝負をするかなと考えるようになりました。

新人の手に合いそうな依頼がくると、先輩は「患者さんの話をきいておいで。何か頼まれても約束したらアカンよ、先輩に相談してきますって言って帰って来るのよ」と、私を病室へ送り出してくれました。一人で患者・家族とお話するのは楽しい時間でした。この頃お会いした室料差額の支払いを心配していた患者さん、何度かお話をするうちに、息子夫婦に残すつもりだった貯金を医療費に使うことを決め、「(自分の死後)貯金が全然ないことを知ったらお嫁さんはどんな顔するかしら？私見られへんのが残念だわ」と笑うのを見てびっくりしましたが、暗い顔をしていたのに腹を括ると変わるんだなど、その方とお話をするのが楽しくなってきました。今考えると先輩は大胆というか、偉かったですし、患者さんのほうも、頼りない若いSWに皆さんいろいろな話をして下さったなあと思います。

当時は、例えば脳卒中なら1ヶ月ベッド上で

*Mariko Kawaguchi：大阪府済生会吹田医療福祉センター地域包括ケア担当課長

安静、6ヶ月リハビリをして退院というふうに、入院は月単位で、発症直後からリハビリを経て退院に至るプロセスに寄り添い、患者・家族と繰り返し面接して関係を結んでいくことができました。また、病院全体の時間の流れもゆっくりで、他部門とゆっくり話をする時間があり、他職種の倫理、対象者観、人生観、社会人としてのふるまい等たくさんを学ぶことができました。また、定期的に他院の先輩SWから、援助スキル以外の「知恵」を学ぶ機会もあり、2回目の面談に家族が来なかったと話す、「相談に来て良かったと思わなかったら次は来ないよ。相談したことと違うことでも良いから、何か『お土産』を渡してごらん」と知恵をもらい、次の機会に試してみたりしました。

～SWとしてのスキルアップ期～

平成14年12月先輩が退職し、SW部門の責任者になりました。先輩のやっていることを見ていましたが、実際に管理業務をしてみると、誰に何を聞きどう返せば良いのかわかりませんでした。共通言語がなかったんですね。事務系の管理職の会議に入れてもらい、組織人としての共通言語や聴く力を習得しました。2年ほどかかったと思います。この頃始まったリハビリテーション科入院のチームにSWも入って、週1回半日回診・カンファレンスで医師や看護師、セラピスト達と濃厚な付き合いをするようになりました。職種によって大切にしていることが異なり、同じことを見たり聞いたりしても、違う解釈になることを理解する時間でもありました。SWだけではなく、他職種もカルテ記載を始め、私も頑張っただけこれ書いていたら、病棟師長から、「カワグチさんの言いたいことはよくわかるけどねえ、長いよ！A先生なんか老眼だし読まないかも」と言われました。がっかりした反面、自分が伝えたいことが相手が知りたいこととは限らないことに気づきました。スタッフと話をするときは、相手は何を大切にしているかに関心があるかを知ること意識してみました。電子カルテへの移行時期でもあり

ましたので、SWへの援助依頼票や報告書を作ったり、SWのカルテ記載へのスタッフの反応を見ながら、支援方針や経過の記載内容や書き方をルール化して、SWの動きを可視化していきました。

その頃SWのことをとても良く理解している（上位の）医師がいて、時々その医師から見たSWの特性や課題をネタにして話をしていました。あるとき、以前の勤務先で医療費が払えない外国人についてSWに相談したら「使える制度がない」と言われたので、専門職として無責任だ、制度の説明なら自分でもできるぞと怒鳴りつけた、と話したあとで、「アンタならどうする？」と聞かれました。私は「うちは無料低額診療事業（の診療費減免）でいけますよ」と即答し、「良かったな、済生会で」と二人で笑いましたが、「制度がない」と言ったことがある身ですので冷や汗が出ました。叱り飛ばされたこともありましたが、この先生と付き合いなかで、組織の一員としてどうあるべきか、SWの役割をどう見せるかを考えるようになりました。相手からの期待にどう応えるか、このひとたちに何が必要か、SWである自分は何ができるかを考えるだけではなく、できることを見極めてアクションを起こさないといけないと理解した時期でもありました。そのためにも患者・家族の話をしっかり聴く。スタッフに伝える際には、伝わるチャンネルにして、SWの判断も添え、利用出来るものがないときは知恵や代替案をひねり出してみました。「生活を支えるプロ」「お話を聴くプロ」として患者・家族の話をしっかり聴き、スタッフに伝えるうちに、「そんなことを言うてはるんか」「退院は早くならないけど、1回目の外来のときにADLが下がってないような気がする」「SWの退院支援って患者・家族のQOLが上がる」と評価されるようになりました。対応に困る患者がいると他の病棟師長から聞いた病棟師長から「『なんでSWに相談しないの？』って言っといたよ」と声を掛けられたこともありました。院内でSWの人気が出てきて、私達の知らないところ

で他の職種からSWの増員要請が出たりもして、SWが増えて行きました。人数が増えればスタッフがSWと付き合う機会が増える、SWの力が評価されるという流れになって、今SWは私を入れて14人います。

済生会は無料低額診療事業や社会福祉法人としての社会貢献事業を行う必要があり、SWはその窓口として、つながりを求めて地域に出向きます。院内で培った「聴く力」を地域で活用しました。地域はどのような状況にあるか、地域の中で病院がどのように見られているかを把握して、それに対して病院の持つ機能・強みで地域に提供できることは何かを考え、院内に持ち帰って報告したり、時には事業の提案をしています。また、SWとしてのスキルを患者・家族だけに使うのではなく、病院という組織の一員としても使おうと、病院の障害者雇用に首を突っ込んだり、併設施設との風通しを良くしようと交流会を開いたりしていると、再雇用になった時に業務としてやれということで、吹田医療福祉センター地域包括ケア担当課長、吹田病院人事課就労支援担当課長、地域医療支援部門の人材育成・地域包括ケア担当というよくわからない肩書きになってしまいました。障害を持つ職員と話をしていると、スタッフから「〇さんと話をしているときのカワグチさんはめっちゃ楽しそうですよ」と笑われます。自分でもそう思

いますし、いろいろ肩書きはあるけど、やっぱり私はSWだと思います。

3. 私は何を聴いてきたか

というようなSWの私は、これまでたくさん患者・家族のお話を聴いてきました。寄り添えたこと、寄り添えなかったこと、後になって気づいたこと、たくさんの気づきや学びがあります。このへんの言葉はとても印象深いものです（スライド①）

脳卒中になって、布団の中で10年間過ごした男性がいました。麻雀に行って倒れたので、これ以上私に迷惑を掛けなと、歩けるのに奥さんに家から出して貰えませんでした。骨折で入院してきたので、家から出るチャンスだと思って老健に入所してもらいました。奥さんはあっさり同意されましたが、本人は行くのは嫌だと涙目なのを「すぐに帰ってきて良いから」と、送り出しました。3ヶ月後退所して初めての受診の時に、私を見かけ、満面の笑みで大きな声でこう呼びかけてくれました。入所中麻雀を楽しみ、次もこのメンバーと一緒に4人で入所予約をしてきたとのことでした。もう飛び上がるほど嬉しくて、一緒に関わっていた訪問看護師に電話してしまいました。その後度々入所して、入所中に心筋梗塞で亡くなりました。奥

寄り添えたこと、寄り添えなかったこと、後になって気づいたこと…

- ・「川口さーん！行ってよかったわ～次の予約して帰ってきてん」
(10年間の引きこもりを経て老健を利用した患者)
- ・「あれだけ喜んで行ってた老健で亡くなって、本人は本望やと思うわ」
(上記患者の妻)
- ・「あれ？私はなんでこんなこと話してるんやろ、おかしいですね」
(親族間のもやもやを口にした姪)
- ・「なんかね、夫婦の歴史が消えてしまうみたいで」
(リハビリ継続にこだわる夫)
- ・「もうしんどくなりました」
(献身的に介護していた難病患者の夫)

スライド①

さんがどう思っているのか気になっていたのですが、「(本人は)本望やと思うわ」と言って下さいました。「思うわ」の後に「けどね」と続くのかも一瞬思いましたが、気にしないことにしました。

高次脳機能障がい短期記憶が入らなくなった患者さんのご主人が、リハビリにこだわって退院を拒否していました。何回目かのお話で、「この前ね、僕が薬を飲んでたら家内がそれ何やと聞きよったんです。3年前に手術したがな、忘れたんか?って言ったら、ふ〜んでしまいました。悲しいてねえ・・・なんかね、40年の夫婦の歴史が消えてしまいたいんで」と話されました。だからもっとリハビリをと要求するのかと思って、「リハビリで思い出してくれへんかなって?」と聴いてみると泣き出され、「無理やってわかってるんですけどね」と。ご主人も内心ではわかっておられたのでしょうか。吹っ切れたのか、その後はあつという間に自宅へ帰って行かれました。別の高次脳機能障がいの方で、衝動的になった方の奥さんが、ご本人のことを「主人だけど(元の)主人じゃない」と評価されたのが印象的で、同じような症状への対応に悩んでいる別のご家族に紹介してみたら、「そうなんです!うちだけじゃないんですね!」と表情が一変しました。同じ立場の方の言葉に共感されたのでしょうか。

難病になった女性がいて、ご主人が仕事も辞めて献身的に介護していたのですが、時々愚痴を言いに来ていて、その日もひとしきり話をして別れ際に、「もうしんどうになりました」とポツツと言われました。何か暗くて、あれ?っと思ったのですが、「長くなりましたもんね、いろいろありますよね」と言って別れました。その後すぐに「無理心中を図りご主人が生き残った」と聞き、しまった!と後悔しました。気がつかなかったのではなく、いつもと違うように感じたのにそのままにして、あれだけ献身的に介護していたご主人を犯罪者にしてしまった、寄り添っていなかったと。呼び止めてお話を聴いていても同じ結果だったかもしれません、アラームが鳴っていたのにスルーしてしまった後悔は、何年たっても続いています。それ以来、気になるときは呼び止めてお話を聴いています。

下腿切断をした男性がいました(スライド①)。身体も声も大きくて。入院後3ヶ月たっていて、転院話に乗らなくて病棟やリハビリが困っていると聞き、手を挙げてお話を聴いてみたら、これからどうするか、誰も本人の希望を聞いていないし本人もそのことを言っていない(スライド②)。本人の美学もあったようですが、あら〜です。何度か話をしてわかったのは、彼にとって自宅は、唯一残った自分が頑張った証だったんですね。ああ、だから家へ帰りたかったのか

リハ病院への転院を勧めるスタッフと摩擦が生じ、カンファレンスで「退院困難な我が儘患者」と評価された下腿切断のKさん。手上げして話をきいてみた。

SW: 病院は嫌なん? 本人: ふん

SW: なんで? 本人: あれしたらあかん、これしたらあかん、って嫌やねん
腹立つねん

SW: これからどうしたい? 本人: 家に帰りたいねん

SW: 誰かに言うた? 本人: 言うてへん

SW: なんで? 本人: 誰も聞きはれへんもん

そういうことか!

しばらくして彼から聴いた話

会社を興して財産を築き、家族と暮らすために家を建てた事業に失敗したとき妻子は出て行き、彼には家が残ったKさんにとっては「頑張った自分の証としての家」



スライド②

と。でも、入院直後だったらこの話は聴けなかったと思います。

救急搬送されてきた1人暮らしの高齢男性が、入院は嫌だと言っていると若いSWから連絡がありました。少し前にも入院したことがあり、施設入所のお話を断って家に帰ってしまったので、私は他のSWと一緒に他家を訪問したのですが、「放っておいて下さい」と追い返されてしまった方でした。救急外来に行ってみると、ベッドの足元でスタッフが固まっていて、私が入っても状況は同じ(スライド③④)。息苦しくなって廊下に出たら、前の退院の時に自宅へ送ってくれた介護タクシーに会い、「Sさんが救急車で来て、帰ると言ってるけど無理よね」と言って

みたら、「送りますよか?」と。え?ほんとに?で、地域包括支援センター(以下包括)SWが「僕一緒に乗っていきますわ」と言い、だだだどと段取りをして、張り切って「家に帰れるよ」とSさんに言ったら、無言で。スタッフ一同え?っとなって。看護師や包括が「家に帰るって言ってたじゃない」と言っても無言で見つめるだけで。「今日は泊まっていきますか?」「はい」。そして、Sさんは病棟へ上がっていきました。

なぜこのような展開になったのか、そもそもSさんはどうしたかったのか、わかりません。このとき私は、Sさんの支援をどうこうというより、どんなひとなのだろうと、関心というか

自宅で動けなくなり、地域包括支援センターSWが同乗して救急搬送されてきたSさん。救急外来で入院を巡って押し問答となり、若いSWからSO Sがあり救急外来でお話しをした。

SW: 入院しませんか

本人: (薄目を開けて) 帰ります

SW: 動かれへんでしょ? 大丈夫ですか?

本人: (目を閉じて) もうすぐ死にますから放っておいて下さい

SW: もうすぐ死ぬから放っというってゆうてはるけど、今すぐじゃなそうやし、それまではどうします?

本人: …(無言で目を剥く)

SW: でもやっぱり入院は嫌ですか?

本人: …(無言でうなずく)



スライド③

頭を冷やそうと廊下に出たら、本人を知っている介護タクシーに会った。そこでの立ち話を契機に、家へ帰る流れになった

SW: ○タクシーさんが送ってくれるからお家に帰れますよ。(地域包括の)Sさんがついて行ってくれるって

本人: …(閉じていた目を大きく見開き、息を飲んだ ように見えた)

SW: おうちに帰るんですね?

本人: (じっと見つめて) ……

SW: 入院は嫌なんですか?

本人: (じっと見つめたまま) ……

SW: もしかしてお家に帰る自信無い?

本人: ……はい

SW: 今日は泊まっていきますか?

本人: (うなずいて) はい

うっそお! マジ?

スライド④

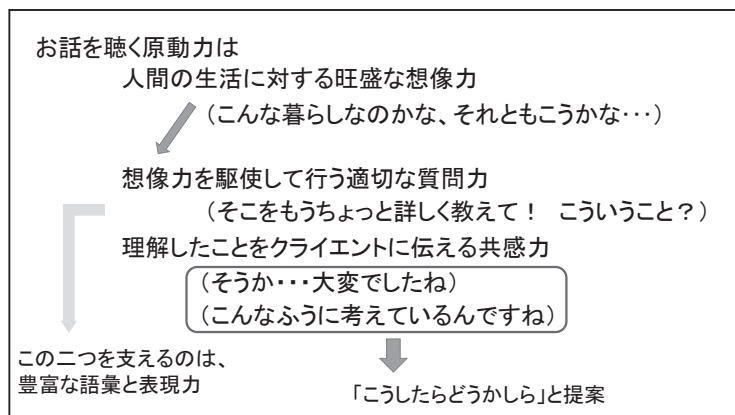
興味を持って話をしていました。この前は引っ
込んだけど、もうちょっと話をするぞと。みんな
が支援しようとしているなかで、ただ話を聴
こうとする私に戸惑って、Sさんはついうなず
いてしまったのかもしれない。

下腿切断のKさんの場合では、病棟やりハス
タッフと揉めているなかで、初めて自分の話を
聴いてもらったので、ガードが緩くなったのかも
しれませんが、入院直後だったら、ああいう
展開にはならなかったように思います。二人とも、
周囲は一生懸命支援しよう、資源につなご
うとしていました。でも、私はちょっと違うア
プローチをしたと。体制を作ったり資源を投入
することだけが支援ではなく、お話を聴くだけ
ということもありではないかと思っています。
私は、行き詰まったら、本人に「どうしたい？」
と聞くことにしています。自分で言ったことは
結構頑張るひが多いです。すばっと聴ける
SWの力は、大したものなのかもしれません。

私がSWとしてお話を聴くのは、このひとは
どんな生活をしているのだろうと想像する
ところから始めて、こんな感じです（スライド
⑤）。想像したことを確かめる、「もうちょっと
詳しく教えて」とか「こういうことかしら？」
と質問する。そして、それを理解したことを相
手に伝える、「大変でしたね」とか「こういう
ことなんですか？」と共感して伝える。自分が

理解するだけではなくて、理解したよと伝える
ことが大切なのではないかと。これが「SWが
聴く」ということなのではないかと。質問する
力と共感する力を支えるのは日本語の力なん
ですね。私達は、話したり考えたり書いたり、全
て日本語を使っているんですね。SWにこんな
に日本語の力があるなんて思ってもみません
でした。理解したよということを相手に伝えて、
それによって初めて信頼関係というか、関係が
できる。関係があるから「こうしたらどうかし
ら」という提案に耳を傾けてくれるのではない
かと思っています。

私はお話を聴くときに心がけてきたこと
（スライド⑥）。学生にも言うのですが、嫌
いな人は嫌いで良いと思うんです。この人は苦
手というか好きじゃないことは、自己覚知して
おく必要がありますけど。自分がいい加減な
ところがあるので、相手に無理を言わないよ
うに気をつけています。全部きっちり確認
していくのは、事情聴取みたいで、自分も
しんどいですし相手もどうなのかなと。経
験が浅かったころによくやってしまっ
たのですが、いろいろ説明していると、
相手は「そうですね」と返事をする
けどその通りにはしてくれない。この
返事が続いたら、相手は話を合
わしているだけかもしれないので、
確かめる必要があります。丁寧な
言葉遣いは必要ですが、時には
相手の口調に合わ



スライド⑤

お話を聴くときに心がけてきたこと

- 嫌なひとを理解しようとするが、好きになろうとは思わない
- 自分ができないことは相手に求めない
- そのことが相手にとってどのような意味・価値があるかを考える
- 緻密さと「まあいいか」を使い分ける
- (相手の)「そうですね」という返事の連続は要注意
- 敬意は払いつつ、会話のチャンネルを合わせる
- 印象深い言葉は、心の引出しに入れて、同じような状況のひとつのお話に使ってみる
- 微妙なニュアンスで使い分けるために言葉のストックを増やす
- 語られていることが、ストーリーとして成り立つか反芻してみる

スライド⑥

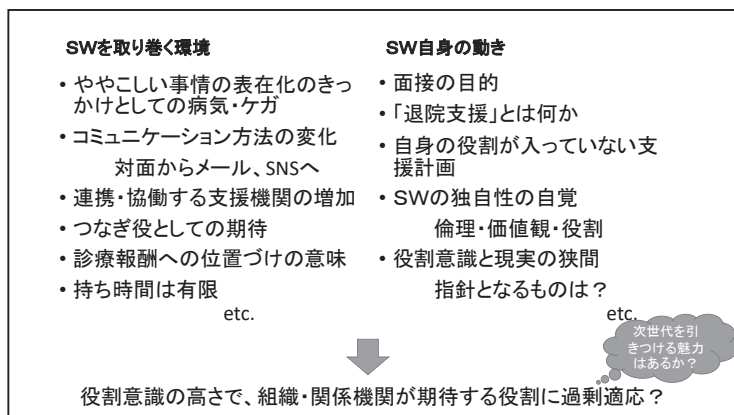
せることもあります。馬鹿丁寧はかみ合わないというか。それから、心に残る言葉があれば覚えておいて、同じような状況のひとつのお話のときに使ってみる、これはとても有効ですし、言葉のストックを増やすことができます。相手のお話が一つのストーリーとしてさーっと流れていくかどうか、頭の中で確認します。すっきりしないところは何か無理があるというか、自分の解釈が違っているのか相手の話が矛盾しているのか、ということです。

SWがお話を聴くということは、クライアントや家族と、「お話をする」「聞く」だけではなく、お話、言葉に込められたエッセンスを

キャッチする。そして、それに対して、自分は何者であるか、何ができるか、やるべきかを考える、やることのデメリットも考える、そのうえで一歩踏み出すことなのではないかと考えています。

4. 今、横で見ていると SW は

今私は立場的に SW を横から見ているような感じなのですが、退院支援で注目されるようになって、SW を取り巻く環境がどんどん変わり、SW の動きも変わってきています。(スライド⑦) 少し前までは「病気やけがに伴ってお



スライド⑦

こってくる様々な困りごと」なんて言っていますが、今は元々ややかしい事情を抱えていて、そこに病気やケガが「上乘せされる」、あるいは病気やケガをしたためにややかしい事情があることが表面化した、というひとたちが増えていますよね。コミュニケーションの取り方も、どんどん変わってきて。LINEになると短いコメントのやり取りのようで、若い人達はそれを文章にしていくことがなかなかできない。SWだけではなくて、医師も看護師も、多分若い患者や家族もそうなっている。良いとか悪いとかではなく、そういう時代になったというか。社会資源が整備されてきて、患者・家族に関わる関係機関がたくさんありますし、院内でも多様な職種が関わっている、支援する人がクライアントをぐるっと取り囲むような感じですよ。

退院支援が診療報酬上に位置づけられたことによって、病院にSWがどんどん配置されています。以前はSWの存在そのものがオプションでしたし、SWが関わるのもオプションでした。それが今では、SWが関わるのが制度化されてルーティン化しつつあります。すごく忙しくなっていて、限られた時間で誰から何の話を聴くのかしらという感じです。SW自身の動きでみると、病棟担当SWの自己紹介は「退院支援担当の〇です」ということが多いようで、退院支援以外のことはどうなっているのかなと思ったりします。面接は退院支援の情報収集の場となり、流れに乗ってもらおうというか、いかに上手く次のところにつないでいくか、ということに一生懸命になっているようで。うっかりすると、SWの役割が入っていない支援計画を立ててしまう。介護保険サービスを利用するか、授業でも学生がずらーっと利用する社会資源を挙げてくるので、「SWはつなぎ屋か？」と聞くと「え？」と。それじゃあ専門職とは言えないよなんて冗談めかして言ったりして。病院だったら、順調にリハビリが進んでるかな、サービス利用準備はという確認はいるよ。それだけじゃなくてね、患者・家族とお話をして、サービスを使って家で暮らす、とか施設に入る

ことで良いのかな？気持ちに変わりはない？と確かめたり、それに向けて覚悟してもらおうというか、腹を括ってもらおうのよ、ここが腕の見せどころなのよと言うと、「そうなんです！」と表情が変わります。つなぐことを期待されて、それに一生懸命応えようとして、特に若いSWは自分を見失っているというか、SWの独自性を見失っているのではないかと思うことがあります。学生もそう思っちゃってる。SWは役割意識が高いだけではなく、組織や関係機関の期待に応えられてしまいますし、応えようとし過ぎているのではないのでしょうか。

まとめにかえて

最近家族が入院手術することになって、担当医から術前の説明を受ける機会がありました。淡々とした説明でしたが、最近では外来でもクラークやMSがいて、うちの病院だと診察室内が混雑してざわざわしていますが、私と家族と医師の3人だけの静かな診察室で、医師のPHSも鳴らなくて。私達に向き合ってくれていると感じる心地よい空間・時間で、SWはだいたいが可愛くない患者・家族なのですが、話が始まってすぐに「この先生は大丈夫、お任せしよう」と思ってしまいました。ベテランのSWは、「若いSW達は本当に忙しくて、患者さんとお話をする時間がないんです」と言いますが、このときのお話は全体でも15分程度、信頼関係の構築は関わる時間の長短に左右されないのではないかと、思える経験でした。

SW実習生から「SWさんって、患者さんともっと面接していると思っていました」と言われることがあります。「現場ではね・・・」と答えたりしますが、それで良いのかどうか、彼らにそう見るとすれば、SWとしてはちゃんと話を聴いているのだと見せないといけないうちかもしれません。見せてさあどう思う？と投げかける。経験の浅いSWの「地域連携パス適用の患者さんが家に帰りたいたいと言います・・・」というつぶやきにどう答えるか。「家に帰った

い」と言われて、言葉通りに受け取っているのかもしれない。とすれば、「なぜ家に帰りたいのかしら?」と問い返して、「家に帰りたい」という言葉に込められたクライアントの思いを聴くように仕向ける。そうすれば「どうすればよいか」というところまで落とし込めるようになるかもしれません。反対にあれもこれも自分で抱え込んでしまう SW もいます。どちらにしても、面接でもやもやしたものを持って SW 部門に帰ってきた時に、上司なり先輩なりにタイムリーに聞いてもらい、あるいは、帰ってきたときの様子が気になれば、上司や先輩が声を掛けられたら良いのになと思います。上の SW ほど忙しくて席にほとんどいない、というような SW を取り巻く環境を変えることはできないでしょうか。実習生で言えば、今は実習もカリキュラムが詰まっていてこなすのに四苦八苦していますが、それでも隙間を作って、話を聴く経験を積ませる必要があるのではないかと。クライアントのまわりに沢山いる「支援をする

人」ではなく、フリーハンドで話を聴く実習生にだからこそ語って貰えることがあるように思います。こういう経験の蓄積が SW の聴く力につながるのではないのでしょうか。

私が SW として成長していった時期と、今とでは SW を取り巻く状況は大きく変わっています。今日お話ししたことを今そのままやっても同じ展開になるはずがありません。昔はもっと丁寧に仕事をしていたよと、遠い目をしてても牧歌的な時代は戻ってきませんし、先に進めません。SW のかわりがルーティン化した今の状況のなかで、全てのクライアントに丁寧に、質の高い支援をということが継続可能でしょうか。次の世代に、お話を聴く楽しさ味わってもらうためには、SW の育成のありかただけではなく、時代に合った方法論や業務展開のありかたが出てきても良いのではないかと、思います。とりとめのないお話になってしまいましたが、ご清聴ありがとうございました。

[シンポジウム]

医療ソーシャルワークにおける 「聴く」という実践行為の意味

林 眞 帆*

1. はじめに

今回のシンポジウムでは、高次脳障害のある方の研究をもとに報告させていただきます。実は、私自身が実践や研究を通じて本人の話を聴いた者の責任を感じる事が多くありました。それは、私を信じて絞り出してくるお話を聴いたとき、彼らの苦しみや嘆きを受け止め、希望や期待を実現しなければならないという思いを強く感じた経験でもあります。本日の私の報告は、聴かせていただいたことが、「聴く」という行為が実践上どのような意味をもつかについてご報告したいと思います。

具体的には、ソーシャルワーカーの聴くという行為によって展開されるマイクロレベルの実践事例と、院内の新たなシステムづくりに取り組んだメゾレベルの実践事例をご紹介します。聴くことの今日的意味について参加者の皆さんと考えたいと思っています。

2. 研究・実践に影響を与えた理論と実践

私自身は、リハビリテーション専門病院で中途障がい者の方々を対象に社会復帰の支援をしてきましたが実践や研究で悩んだ際に私に重要な示唆を与えてくださった先生方の文献をご紹介します。私にとっては、「聴く」ことの重要

性を気づかせてくださり、本人との向き合い方を学ぶものとなったものです。岡村重夫先生は、「個人は自己の生活要求を放棄するわけにはいかないであって、生活者としての主体性をどこまでも主張する。社会関係の障害という点に障害者の生活問題がある」と述べています。特に障がい者の生活課題は、社会問題の障害として立ち現われると言われていました。このことは、ソーシャルワーカーとしても研究者としても本人の「語り」には、本人と社会の関係性がみえてくること、そして、どのような関連のなかで苦しさを味わっているのかという視点を持ち聴いていくことの重要性を示してくれました。また、空閑浩人先生は本学会のご講演のなかでも話をしておられましたが、ソーシャルワークは、「障害とか、身体的な問題にかかわらず、社会とのつながりのなかで、その人の存在の意味をきっちり確認しながら生きがいや日々の行動への意欲を得る機会を保障していくことである」と言われており、「生活者の困難は、個人の存在の揺らぎ、喪失なんだ」ということがとりわけ印象に残っています。それを踏まえて自分の経験を振り返ると、障害のある方が語るとき、すんなりと語ってくれるわけではなくて、時折、自分の人生や出来事に対して目をそらし、後ろ向きの発言を聴くことがありましたが根気強く関わっていくなかで、苦しくともソーシャルワ

*Maho Hayashi : 別府大学文学部人間関係学科

カーとして向き合っていくことが彼らの一歩を支えることになるのだと気づいたことを覚えています。私の恩師である岩間伸之先生は「人生というのは本人以外の何者でもない。どのような問題に対しても本人が解決をすることをどこまでもソーシャルワークが支えていくんだ。それが実践の価値なんだ」と言われていました。高次機能障害のある方は、言葉を発することが難しかったり、記憶の問題もあって、お話を聴くこと自体に課題がある方たちです。研究のなかで挫折しそうになることがありましたが、「ソーシャルワーカーや研究者が手を離したら、その方たちを誰が救うのか」という強いお言葉を得たことで研究を進めてくれることができました。聴くことを諦めたらいけないという研究者としての使命感や価値観をもつことができた出来事でした。

実践をしていた頃の私は、本人の支えになりたい、何かできることはないかと、与えるだけの援助を考えていたように思います。そのため、自分のスキルの向上に関心が向き修士論文はスーパービジョンがテーマでした。しかし、前述した理論にふれ、実践を省みると実践は本人と共にあることに気づいていきました。

その経験のなかでいくつか私が大切にしていることがあります。ひとつは、生活が自分たちの努力と手段を講じながらおこなうものである限り、生活問題は、本人が自覚して取り組むべきであるということです。もう一つは、実践が本人主体であるならば、研究もまた本人の感じている生活のしづらさや、本人の自身の課題に対する不断的努力、工夫に注目することが大切であるということです。それをもとに理論を構築することが実践に貢献できる理論となるのではないかと考えています。その理論構築を試みることが、研究者として大切にしていることです。そのため、本人・ソーシャルワーカーの語りを重視しながら研究に取り組んでいます。

3. 〈ことば〉を受けとめた先に視えるもの

高次脳機能障害のある人の地域生活支援に関する研究から本人へのインタビューのなかで〈聴くこと〉を通じて理解できたことが3点あります。高次機能障害という障害はなかなか本人が認識をしづらいことから、自己の認識と現実が起こっていること、自分がやったことの実事との間にずれがあることで苦しんでいることがわかりました。そして、記憶という大きな障害から積み重ねていけない体験をしていきます。この2つのことが自分自身をいつまでも、継続的に否定していくという課題を生んでいたこともわかりました。もう一つは、一般的に障害の領域では言われることですが、「本人への偏見、無理解、差別など社会からの継続した否定」ということがありました。それは、自尊心を傷つけられることでもあり、意思のある自己が否定されるものです。たとえば、自己決定に参加させてもらえず、ワーカーの支援が家族中心となっていくということから、社会的な存在感が低下したり、無視をされるということが起きていました。このようなことは、本人の「語り」を通じて現実的な生活課題として明らかになってきたことです。そして、この課題を抱えつつもご本人はどういうふうに日々を生活してきたのだろうということを考えたところ、困難な状況があっても自分自身で自分の生活を変えていこうとする力があることを見出すことができました。受傷してすぐの頃は、「私は障害ではないんだから」と障害者手帳の取得を拒否した方が「自分を他者にわかってほしい、今の行為は障害の後遺症なんだと理解してほしい」からと、思い直して障害者手帳を申請するということがありました。つまり、他者の自分への理解を促すために自分なりに努力をして不本意だけでも、手帳を取得する、自分を変えていこうとしたことを聴いたとき、彼らには、自分を変え、他者を変えていこうとする力があるのだとわかったのです。

また、環境や社会というシステムに影響を与

えて、自分の居場所を確保したという話を伺いました。障害特性を理解してもらえず、幾度も解雇されても「それでも諦めずに私はこういう障害なんだと宣言し、いくつもの仕事に挑戦していった」というのです。結果、障害者施設の調理場の仕事に就いただけでなく、施設を利用している高次機能障害の方を今度はサポートする側に回るというところまで5年かけてたどりついたということでした。このような本人のもつ力は、本人の「語り」から聴くということなしには明らかにすることができませんでした。

他方、このような苦しさをもって、こういう努力をしている人たちに対して現場側はどのように支援しているのか、ワーカーの実践事例をもとにお話を聴き支援のあり方について考えてきました。ワーカーの方々の話からは、社会資源を使ってどうのということではなく、本人とソーシャルワーカーの関わり合いのなかで、徹底的に本人の話を聴いていくことで本人の変化が現れてきたということがわかりました。最初の頃は「それは違うのよ、こういうことなのよ」「こうだったじゃないの」という関わり方だったそうです。しかし、何をいっても理解してくれなかったり、そこに軋轢が出てきたりということの繰り返しで、それならば「本人の言い分を徹底的に聴いてみよう」という援助に変えてみたそうです。すると、本人から「自分のためにみんなが協力してくれる、自分のために家に集まって自分の生活のことについて考えてくれる」ということばが発せられるようになったそうです。それ以降、ワーカーの助言も聞き入れながら問題の解決に対して本人自身が解決の仕方を提案するようになっていきます。これは、自分だけではなく、他者にも関心を寄せたことを示していると思います。このように「聴く」という実践行為は、本人の理解を進めることだけでなく、本人がありのままの自分を開示する機会を与え、それによって本人自身が自分の問題に向き合うことを支えることになると考えました。ワーカーの語りから、本人の変化は、「聴く」という実践行為によって導かれることを明

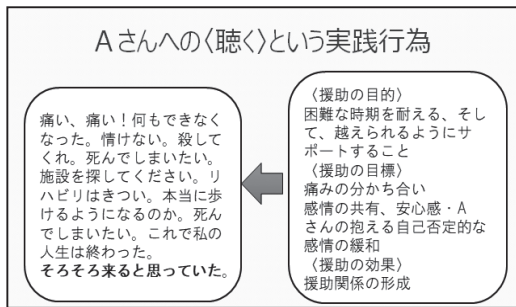
らかにすることができたのです。

4. 「聴く」という実践行為の意味

ここでもう一つの事例をご紹介します。

ソーシャルワーク研究で報告したのですが「もとの私に戻れなくても、私は私なの。私の人生なの」と発言したAさんの事例です。Aさんとワーカーの関わり合いから〈聴くこと〉の意味について考えてみました。Aさんは、突然、脳梗塞を起こして全介助の状況になりますが同時に高次機能障害が激しく一人での生活が難しくなります。また、結婚ができなかった理由が実家にあると思ひ込み、家族とは疎遠になっています。近くにいる妹が唯一、繋がりがある存在でしたが妹は両親の面倒を代わりに見てきたことから、「本人のせいなんだから自業自得だ。私には小さな子どもがいるから、あの人の面倒はみられない。今だって大変なんだ」と本人を快く思わない状況でした。Aさんは、最初は全介助でベッドの上で寝たきりだったので、「痛い、何もできなくなったから殺してほしい、死んでしまいたい」「施設を探してください」と言ったり、リハビリをしてもなかなか回復しないことで「自分の人生は終わってしまった」と嘆いたり、不安定な状態でした。しかし、このようなAさんの話を聴き続けたワーカーをAさんは待つようになります。「そろそろ来ると思っていた」と、ワーカーと話すことを心待ちにするようになります。すると、「もう一度、自分が地域で暮らしていた時にかかわった人たちと会いたい」と告げるようになり、次第に「誰にも迷惑はかけたくないが、一人で暮らしたい」と退院後のことを語り始めました。Aさんは、「妹には迷惑をかけたくない。しょうがないから病院にいるかな。できるだけ長くおいてねと言うこともあるけれど、家族のことは恨んでいない、わかっているんだ。でも素直になれなかった。やっぱり自分の自由がほしい。わがままだと思うけど」とワーカーに話したそうです。遂にカンファレンスで、「たとえもとの私に戻れなく

でも、私は私なの、私の人生なんだから私に決める権利がある」と言ったそうです。また、妹は、「自分一人では決められない。あの人にとって何が一番いいのかわからない」とワーカーに不安を告げつつ、「でもやっぱり姉を見捨てられない。私よりしっかりしているから姉さんが望むなら仕方ない」とAさんの自宅退院を承認しました。



この事例を実践行為として分析してみました。ソーシャルワークは、このような状況にいる人に対して、今の困難な状況を捉え、それを乗り越えていくために心理的なサポートをおこないます。ワーカーの「聴く」という援助は、このような人々の苦しみを自分も分かち合い、その環境を共有することで理解を深めていくこととなります。ワーカーからは、「私が話を聴くことによってAさんが安心感を得られたらいい、Aさんの死にたいと言うことばを言わせないようにしたい、自己否定の感情を緩和してあげたら」という思いで毎朝、毎夕、その部屋に5分か10分、訪室したと聴きました。「そろそろ来ると思った」というAさんのことばは、援助関係が形成されたことを示していると思いますが、それは「この人は私に関心を寄せてくれている、味方である」と思ったのではないかと考えることができます。その根拠は、久保美紀先生の文献にあります。

利用者の語りには、苦しみや困難さなど喪失体験が含まれおり、「聴く」とは、その喪失体験の追体験である。クライアントとワーカーの対話という相互行為のなかでクライアントは、自己を捉え直し、創造的な自己へと生成される営みとしての意味をもつ。他者の悲観苦痛を代わってひきうけることはできないという事実を認識した上で、嘆き苦しんでいる他者とともに〈ある〉ということが、聴くことの根源的な意味ではないだろうか（久保美紀2003）

私は、このことから「聴く」という実践行為は、Aさんが自分自身に向き合うことや、この障害をもつ自分の新しい生き方を保証する意味があると捉えました。また、他者とともに〈ある〉ことが重要であることについては、秋山智久先生の立ち尽くす援助ということばが示しています。何もできないがただ傍らにいるその存在に支えられることが援助のなかにはあるということです。一番しんどいときに、ただそこに来てくれるだけで力をもらえることがあります。

Aさんの語りのなかでは、「もう一度会いたい」「自分はこうありたい」とか、または妹のことを心配しながらも自分の気持ちを表出しています。その時にワーカーは、聴くことを通じて「自分の問題とか自分の家族に少し目を向けてほしい、将来を悲観し、人生は終わった、死にたいとかいうより、今の自分と自分の家族のことに目を向けてほしい」と思い聴いていたと言います。また、Aさんの葛藤にも目を向け、「自分の体が動かなくなった時、今まで生きてきて存在した人がこれまでの生活ができ難くなるのは必然的にわかるだろうし、一人で生活することがどのくらい大変かは想像に値する。そのなかで揺れるだろうことも想定して、揺れを支えることを達成目標にあげた」と言われていました。私は、ワーカーの専門的な関わりや聴くという実践行為の背景には、Aさんが感情を素直に表出できるという確信があったのだろうと理解しました。以上のことから、ワーカーの聴く実践行為は、Aさんがこれからの生活のあり方について今の状況から一歩先の未来に向けて考える力を得ることに繋がったと言えるので

はないかと思うわけです。

鷺田清一先生の著書にある一節ですが「じぶんのことばを受けとめてもらえる経験、じぶんのことばを聴きとってもらえる経験が、受苦者にとってはとても大きな力になる」を確認できた気がしました。「聴く」ことを通じて、Aさんはことばを受けとめてもらえ、ひとりではない自分を確認できたのではないのでしょうか。

自分を確認するためには、先程の藤井美和先生の手鏡の話ではありませんが、自分の顔を見るためにも鏡をみなければわからないし、自分がいま、どういう状況でどういう表情をしているか、すべて他者を介して理解していくことを考えると、他者の存在はとても重要なものとなります。聴いてくれる相手の存在は、生きる大きな力となることは言うまでもないでしょう。

また、鷺田先生は、『「聴く」というのは、何もしないで耳を傾けるという単純な受動的な行為なのではない。それは、語る側からすればことばを受けとめてもらったという、たしかな出来事である。聴くことがことばを受けとめることが他者の自己理解の場をひらく』と、そして「聴く」とは、「聴くという仕方での他者への具体的な関わり」なんだとも述べています。「聴く」という行為そのものが他者への関わり、援助の行為だということが理解できます。

5. 「聴く」という実践行為の効果 その1 — 価値の実践 —

次に「聴く」という実践の効果についてお話ししたいと思います。ワーカーは、Aさんや妹のポジティブな語りだけを引き出したのではなく、Aさんや妹を相互に媒介しながら代弁していく機能を果たしていました。その機能によって二人の関係性が修復されたのだと思います。「聴く」という行為は、相手の気持ちを汲み取っていく、そして聴きっぱなしにするのではなく、意図された応答を重ね、本質的に相手をわかっていく過程です。援助のためには、相手を「わかる」ということなしにワーカーが何をすれば

いいのかは見いだすことはできないものです。そういう意味で「聴く」という実践なしに、ソーシャルワークは当然のことですが、成り立たない。また、「聴く」という実践の効果は、本人の変化、本人が少しでも自分自身のことを主体的に考え、行動し、または自己決定を支えていくことにもなるし、本人や妹の新たな関係づくりも「聴く」ことにおいてワーカーの媒介によって実現することができます。それは、本人主体のソーシャルワークを進めるという効果です。聴くことは、すなわち、【本人主体】の援助の具体化であります。

Biestek は、「聴くという現実的な方法は、自分の問題を共有してくれたと感じ、自分の重荷を分かち合ってくれる相手がいることを実感することになり、困難な状況に立ち向かう強さやエネルギーをもたらす」と述べています。このことは、本人が問題を解決していこうとするそれを支えるためには、「聴く」という現実的な方法によって、その力を付与する、ストレングスやエンパワーメントといわれる方法論の始まりとして「聴く」ということの重要性を示していると思います。

聴くという現実的な方法は、自分の問題を共有してくれたと感じ、自分の重荷を分かち合ってくれる相手がいることを実感することになり、困難な状況に立ち向かう強さやエネルギーをもたらす。

(Biestek 1957=2006)

ソーシャルワーカーからすると「聴く」という行為は援助を進めるための行為ですし、一人の人間として深く理解していこうという行為でもあります。ソーシャルワークは、何を実現するかという価値があってこそ目的が見いだせ、その目的を達成するためにソーシャルワークの機能や役割が選択されていくわけです。「一人の人として大事にしたい」という尊厳、または

「肯定したい」という価値に根ざした実践を展開するためには「聴く」ということを省いてはならない。そして聴いてもらえたことでクライアントは自分自身が肯定されるというメッセージを受けとることができるのではないのでしょうか。生きていく意味や価値を本人が自覚するためには「他者」の承認が必要になることを鷲田先生や中村先生がおっしゃっていますが、他者の承認を得ることで自分を肯定し、課題に向き合うことが支えられるということであり、それは、解決を進めるための本人の一步になります。

私は大分大学時代のマスターの指導教員が関西学院大学の竹内愛二先生の門下だったこともあり、竹内愛二先生の「ソーシャルワークは価値の実践なんだ」の教えがその後の実践や研究のなかで影響を与えました。

その意味で「聴く」という行為そのものは、森岡先生の「かかわってほしい」という本人からの訴えへの「応答」であると思いますし、鷲田先生がおっしゃるように本人の尊厳を支えるという意味では、ワーカーがその人を注視することでは「プライド」は贈れないということ踏まえ、ソーシャルワークの「聴く」という行為は、まさに「価値を実践する」ことにほかならないと考えています。

価値の実践としてのソーシャルワーク

訴えかけの本質とは、他者に対するある種の全体的な関与の要求であり、他者に対してこういう状態にある私に関心を向け、関わってほしいという「ささえの訴えかけ」である。
(森岡1994: 216-217)

プライド(尊厳)は、他者にとって自分が何か意味のある存在であることを身に沁みて知っていること、他者による是認や他者からの注視によって贈られるもの。
(鷲田2009:22)

実践としてソーシャルワークとして大事なことです。もう一つメゾレベルの実践への展開として重要であることを急性期病院の事例をもとにお話したいと思います。ここでは、ソーシャルワーカーと退院援助看護師の役割を明確にして、医療度の高い人またはケアマネと既に繋がっている人はこの看護師に任せ、意思決定の能力が不足する人や初めて在宅福祉を利用する人には、ソーシャルワーカーが担当するという棲み分けをしています。つまり、退院支援にソーシャルワーク機能が必要な患者をMSWが担当するということです。困難事例を担当するMSWたちは、意思決定ができない人たちへの支援についての問題意識をもっていました。「少ない意思表示だが、家族に伝えきれなくて、または十分に意思を反映できない」、そのことについての解決方法に悩んだということです。それは、患者の話を「聴く」という実践から立ち上がった問題意識です。その時ちょうど、若い先生たちが自分たちだけで医療行為を決める不安があるという相談があり、これは好機だと。これを戦略的に使わなくてどうすると思われ、権利擁護委員会を立ち上げましょうと提案し判断能力の不十分な患者の意向や意思をできるだけ聞き取りながら委員会で反映させ、代弁機能を担いながらサポートする仕組みをつくったそうです。

〈聴くこと〉の意味-メゾレベルの実践

- ◆権利擁護委員会の必要性を認識することを可能にしたもの
患者の意向や意思を知り、その反映の難しさを体験
⇔〈聴く〉実践
- メゾレベルの実践とは、主としてクライアントを取り巻く家族やそれ以外の組織、ピアグループ、ソーシャル・ネットワークに対してソーシャルワーカーが働きかけ、システムに変化をもたらし、問題解決を援助するための専門的活動
(Hepworthら1997=2004:140)
- 個のニーズや課題を解決するための組織づくり

6. 「聴く」という実践行為の効果 その2 —マイクロからメゾへの展開—

聴くという行為は、かけがえのない一人の人間であることを支える社会福祉の価値の具象化であると整理をいたしました。これはマイクロの

そういう意味で「聴く」という実践はマイクロの実践でもありますが、システムづくりというところでも意味のある、ワーカーの専門的な援助と言えるでしょう。

7. おわりに

「聴く」ことは、クライアントが自らの問題に向き合い、解決に取り組むことを支える力になります。言い換えれば、本人主体の援助を推進するソーシャルワークには欠かせない行為であると言えるでしょう。また、クライアントとソーシャルワーカーの相互作用のなかでクライアントの変化を支える重要な援助行為と言えます。

ソーシャルワークは、クライアントが自らの尊厳を失うことなく、必要な医療や福祉資源を活用し、現在から近未来にわたる〈いのち・暮らし・生き方〉を支えるシステムをつくることが求められます。このシステムがクライアントに必要なものである限り、クライアントの語りからその必要性が明らかにされなければなりません。

今回、「聴く」というテーマをいただいたわけですが、医療ソーシャルワークとは何かが見えにくくなっている混沌とした時代のなかで、そのあり方については私も考えてきました。

稲沢公一先生が「社会福祉の現場に身をおくということは、苦しみを背負う人々に向き合うことである」とし、そこから逃れられない、だから葛藤を抱えると述べています。また、8月に日本協会の専門研修のなかで鈴木五郎先生が言われた「対人援助は、〈ことば〉に向き合うものだ」は、胸に響きました。これらのことは、ソーシャルワークについて再び考えていくなかで、とても重く深いことばとして心に残っています。

以上のように、私の実践と研究を通じて「聴く」ことが専門職の実践として重要であること、丁寧に聴く実践を通じて、医療ソーシャルワークは新たな役割や機能を果たしていくことができるのではないかということをご報告させていただきました。どうもありがとうございました。

〈参考文献〉

- Biestek, F. P. (1957) *The Casework Relationship*, Loyola University Press.
 (=2006 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳 『新訳改訂版ケースワークの原則—援助関係を形成する技法』)
- 林眞帆 (2018) 『高次脳機能障害のある人とソーシャルワーク 本人の力を活用した援助の可能性』相川書房。
- 稲沢公一 (2002) 「第3章援助者は『友人』たりうるか」古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・児島重紀子著『援助するということ—社会福祉実践を支える価値規範を問う』有斐閣。
- 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。
- 古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・児島重紀子 (2002) 『援助するということ—社会福祉実践を支える価値規範を問う』有斐閣。
- 小松源助 (1993) 『ソーシャルワーク理論の歴史と展開—先駆者に迎えるその発達史』川島書店。
- 空閑浩人 (1999) 「ソーシャルワークにおける対象認識に関する考察—生活の「主体」としての個人に焦点を当てて」『ソーシャルワーク研究』24(4), 245-250。
- 久保美紀 (2003) 「ソーシャルワークにおける『聴く』ということ—意味生成の過程として」『明治学院論業』690, 155-175。
- 村田久行 (1996) 「傾聴の援助的意味—存在論的基礎分析」『東海大学健康科学部紀要』第2号, 29-38。
- 森岡正博 (1994) 「『訴えかけ』と『自己』」森岡正博 (編著)・赤林朗・斎藤有紀子・佐藤雅彦・土屋貴志『ささえあいの人間学』法蔵館, 212-220。
- 中村剛 (2011) 「社会福祉における承認の重要性—A. ホネットの承認論を理論的基盤として」『社会福祉研究』111, 85-91。
- 岡本民夫、平塚良子編 (2010) 『新しいソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房。

岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会。

佐野真紀（2015）「傾聴ボランティアが持つ課題についての一考察『聴くこと』の意味をめぐって」『障害者教育福祉学研究』第11巻，39-44.

鷺田清一（1999）『聴くことの手—臨床哲学試論』阪急コミュニケーションズ。

鷺田清一（2009）『噛み切れない想い』角川学芸出版。

[シンポジウム]

ディスカッション

林：みなさんは当然、「聴く」ことが重要だと思っておられると思います。しかし、今の医療現場の中では、みなさんも葛藤を抱えていらっしゃると思います。ここからのシンポジウムは、どのように実践の中身を深め、「聴く」ことを展開していくのか、できるのかについて、みなさんにご提示できたらと考え、これからのディスカッションに入っていきたいと思います。

川口さんからは実習生を受け入れるスーパーバイザーとして、若い人への教育や実習生への教育、非常勤で大学生を教えておられる立場から、どういう取り組みをすれば「聴く」ことの大事さがわかるのか、そこでがんばってやっていけるかについてお話をいただければと思います。よろしくをお願いします。

川口：今の若い方のコミュニケーションのとり方が私たちの世代とは全然違うんですね。大学の2、3年生に演習をもっていますが、2年と3年ではまた違って2年生はキラキラで、キャッチーな言葉なんですけど、エッセンスをうまくとらえる。話をしてもフレーズはうまい。しかしそれをつないでいくことに慣れていない。どうやってつなぐことを引き出していか。支援をするための面接ではなくて、フリーハンドだからこそ語ってもらえる話があると思うのですが、実習生や若いひと達がそういうお話を聴く経験を積んで「こんなひとがいるんだ」と理解していく機会があればということが一つあるのかなと。

林：シンポジウムの打ち合わせの際に、「若いワーカーたちが社会資源を活用していくことを中心に、そこを重要視してやっていく。悪いわ

けではないが、『本人が帰りたいといったから』という言葉だけで、深い意味を除いて言葉だけで援助していくことに危惧する」というお話を川口さんから伺いましたが、そこを考えると教育現場で、あまりにも社会資源を活用することだけを教えていくと、厚労省の教育指針に則ってやっていくとそうなるんですが、もっと深い理解をするところをじっくり、カリキュラムの中でもっていけたらいいかなと思います。それが不足しているところがあるかなと思ったりしますが、実習生を受け入れた時に何を最初を感じるかという観点から考えるといかがでしょうか。

川口：私達のころとは違い、今の実習は忙しいですし実習計画を長い時間をかけてつくって、実習にこられた時点で燃え尽きている実習生もいるんですね。もう少し、思い込みなしで実際に体験するという感じできてくれたらと。でも、大学に行ってみてそれは難しいことなんだと知ったんですけど。例えば実習中に隙間の時間を作って、「なんで帰りたいんだろうね」と考えるように仕向けることができれば良いのですが。ただ現場は時間がなくて。

林：現場は苦しんでいて、それでも一生懸命生きている人たちがいっぱいいらっしゃるのに、その人たちのことをしっかり見てこない、見られない学生が多かったことは私も教育の中で気になったところなんです。本人の言葉の意味をしっかりと理解しないで、ただ介護保険申請というところだけしかしないワーカーを育てても、それでは社会福祉の専門家といえるのかという思いがあって。演習科目の中で「社会資源を活用す

る」ことを最後の方にして「この事例の中で本人が何に苦しんでいるのか、どうしてそれが課題になっているか」を徹底的に事例研究でやる科目を設定しています。実際に実習に就いて事例研究をしていくことがルールですが、1コマ一人ずつを事例研究をするんですが、焦点化するのには「本人」なんです。援助の仕方とかよりも「本人がどういう状況なのか。その問題をもたらしているのは何か。その結果、本人はどのような思いなのか」を議論するんですが、ほんとに学生が変わってきたというか、現場で長く続けし、どんなに苦労があっても、どんなブラックなところでも「3年はここで修行します」と離職率もほとんどなくて。仕組みを変えた前後の違いをみると、とても教育の責任を感じたという記憶があります。今も継続していますが、よし悪しはさておいて、力のあるワーカーを育てようとする今の教育カリキュラムは不足があるというか、難しいかなと、4年間でものすごい分量の知識を入れていくこともあるので。

では、教育実習生等々の中で、今から何ができるかを考える上で、安井さんの研究テーマが「プログラムの開発」ということですので、ソーシャルワーク教育の観点から日本のソーシャルワーク教育に、今いえる範囲で、ご指摘いただけないでしょうか。

安井：米国ではカンザス大学でエドワード・カンダ先生が、実際に「ソーシャルワーク実践におけるスピリチュアルな多様性 (Spiritual Diversity in Social Work Practice)」という授業をされています。授業は通年授業の全15回で、例えばシラバスの内容を見ますと、「文化的に適ったスピリチュアリティにセンシティブなソーシャルワークの価値」、「コンパッション、正義、奉仕への召命」、「実践と研究のためのスピリチュアリティの意味」、「スピリチュアルな多様性 (抑圧・エンパワメント・社会正義に関する問題)」、「ソーシャルワークにおける多様な宗教的観点」、「ソーシャルワークにおける多様な無宗派のスピリチュアルな観点」と

いったテーマがあげられています。

その授業では、カンダ先生の著書である *Spiritually-Sensitive-Social Work* のテキストのリーディングが毎回予習・復習として求められます。また、テキストでは各章ごとに、自己省察のための演習課題があげられていまして、その演習課題の実践とレポートを学生は提出することになっています。レポートのねらいとしては、「自己覚知」、「専門家としての問題の気づき」、「自分の個人的・専門家としてのストレス、限界を知ること」等があげられています。

その演習課題の具体例として「あなたにとって共感 (コンパッション) とはどのような意味をもっていますか」という「共感の象徴」というワークがあります。そのワークでは、ソーシャルワーカーという職業にまつわる自伝を書いてみる。また、3枚の紙を用意して、1枚は「幼少期」、もう1枚は「現在」、そして最後の1枚は「将来の理想」と名前をつけ、「幼少期」の用紙には、自分の記憶にある共感的な人物、また自分の文化的・宗教的な伝統・背景から共感の象徴となってきたものや、自分の感情・考え等を絵や言葉にして書いてもらう。「現在」の用紙にも同じように書いてみる。「将来の理想」の用紙には、将来達成したい共感の理想について想像し書いてもらう。そして最後に3枚の紙を比較して、その変化を振り返り、そこに示唆されている今後の成長の機会について考えてみます。

その他にも、文化的・宗教的な違いを橋渡しする交友関係や専門的関係をもったときのことを考えて、自分や他者の中にあるどのような特質がそのようなつながりを可能にしたのか、自分が相違と共に、共通の目的や共通の人間性を見出したのであれば、それがどのようなものを説明する。そして、それらの特質をどのようにソーシャルワーク実践の中に適用していけば、自分とは大きく異なる文化的・宗教的背景をもつクライアントに対しても、共感的理解や尊重の気持ち、協力関係を高めていくことができる

かを考えてみるといった演習課題があげられています。

あとは授業における教育方法としては、具体的な行動実践（直接フィールドに出かける）、グループごとのプレゼンテーション等が行われています。

プレゼンのトピックとしては「アルコール中毒・薬物乱用の12ステップのグループとの協働」、「ヘルスケアの場でのチャブレンとソーシャルワーカーの協働」、「死にゆく人たちのためにスピリチュアリティに取り組む」、「ソーシャルワーカーのホスピスでの哲学と実践」、「青少年のスピリチュアリティの発展のために創造的なアートを用いる」等があげられています。

林：安井さんからの内容は教育そのものもそうだし、実習指導者がかかわる意味で大きな示唆を与えるものではないかと思います。安井さんの報告にあるような教育のあり方が重要になってくると思います。「人と人は同じではないが、でも違うわけでもない」という観点を学生や現場の若いワーカーが理解することを、どうやって働きかけるか。体験しかないというか、経験しかないのでしょうか。その意味で他の現場のワーカーの方たちが今、困っているのが「時間がない」ということだろうと思います。学生が急性期の現場実習について経験したのは、3人のワーカーがいて、2人はコンピュータの前から離れない。電話をかけ、電子カルテなのでそれを見て家族に電話をする。もう一人のワーカーは時間があるだけ病棟にいつている。「できるのね」という話です。みんながコンピュータの前にいるのであれば「できない事情が何かあるのかな」という話ですが、学生は「できる」と思うと。一人の人はやっている、短い時間だけど、いつて帰ってくるだけの短い時間だけど、1人に会うのが精一杯のようだけど、足しげく通っていく。「その違いは何か？」と問われて、答えることができなかつたんですが。以前、読んだリッチモンドのペーパーの中で、かつてソーシャルワーカーのことを「電話交換手のようだ」

と揶揄された時代があったこと思い出しました。送致をする、資源がなくて、自分のところだけでサポートできなければ別のところへ送ることで電話連絡するということがあったのかもしれませんが、事情が違うので何ともいえませんが。これらの課題は、単なる時間の問題でしょうか。

川口：聴いてないわけじゃないんだけど、それを現場に落としこむ作業をしないで次のステップにいていただくための段取りに目が向くというか。聴いてないわけではない、ワーカーである以上。キャッチできているかどうかということが一つと、若い人たちが落とし込むゆとりがない、時間がないかもしれないんですけど。あれもこれも自分の中に抱えこんでしまうという。

林：深まらないということですか。事実はちゃんと掴んでいるが、「なぜそういうのか、それは何か」という、そこに関心がいつていない。

川口：だから「ジレンマは、あまり感じなかつた」ということがあるのかなと。

林：言ったということだけで物事が進むということですか。

川口：受け止められなくてスルーするのかもしれない。「じゃ、どうしたらいい？」というレベルまで落としこんでいかなないのかなと。

林：中堅や上司も忙しいということもあるかと思いますが、スーパービジョンがどれだけできるかわかりませんが、若手の方がいつてきた時、「なぜそう思うの、なぜ？」という問いかけを続けていくことで関心に向かう方向は形づくっていつけるのかなと。

川口：上の人間も忙しいので、朝、顔をあわせると夕方まで顔を合わさないこともあつたりす

るので。もやもやしたものをもって帰ってきた時、タイムリーに、そこにきていないとずれちゃうのかなということがある。環境というのを考え直さないといけないのかなと。

林：そうですね。なかなか答の出ない話ですが。3人で打ち合わせをしたときの話題ですが、先人たちが病院の中でソーシャルワークができる環境をつくってきてくれたわけですが、「制度に乗って広がってきたけれど、今のままだと、その歴史が途切れてしまって本来の医療ソーシャルワークが活躍できる場がなくなるのではないか」という話が出ました。私たちが歴史をつないでいくためには、かつて我々が「こういうことができる」ということで制度に乗せることが

できたわけだから、今、自分たちが「こんなことができる」ということを、もう一度、指し示すことを共通の課題としてはどうかと。私は実践から離れていますが、実践をされている川口さんの30年の歴史を途切れさせないために「ワーカーはこういう仕事なんだ」ということを、難しいけれど、いかに社会に向けて医療ソーシャルワーカーのこれからを、もっと豊かにするためにも今回のテーマである〈聴くこと〉を再考することは、必要なことではないかと思います。何らかの形でみなさんの次の実践、思考のなかに止まってくれるシンポジウムであればと思っています。今日はどうもありがとうございました。

〔論文〕

回復期リハビリテーション病棟における ソーシャルハイリスクのある患者特性分析と患者支援

榎 原 次 郎*

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟から退院した患者のソーシャルハイリスク（以下 SHR とする）を分析し、その特性を明らかにし、明らかになった特性からソーシャルワーカーに求められる患者支援について考察することである。

対象は、回復期リハビリテーション病棟を退院した患者で、SHR は 1) 生活保護世帯、2) 経済的相談あり、3) 年齢40歳未満、4) 独居だが身寄り又は支援者あり、5) 身寄りや支援者なし、6) 家族が認知症もしくは精神疾患ありの 6 項目を選定し、後ろ向き研究 (retrospective study) にてデータを収集した (N=558)。分析は、項目をクラスター分析し、類型化された分類間などで、差異を比較した。

その結果、119名が SHR に該当していた。入院日数は、SHR あり群の方が長かったが、類型化された分類間では、入院日数が短い群と長い群に分けられた。また入院日数の長い群は、自宅復帰率が低かった。機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure : 以下 FIM とする) 得点は、SHR の有無で有意差はなかったものの、SHR があっても自宅復帰している患者は FIM 得点が高かった。ソーシャルワーカーは、SHR が複数混在している患者であっても、FIM を高める本人への動機づけを行い、生活様式や社会環境を整えることで、自宅退院・社会復帰を支援していると考えられた。

Key words : ソーシャルハイリスク, 患者特性, クラスター分析, 回復期リハビリテーション病棟

I. はじめに

1. 研究の背景

近年、病院の機能分化が進み、地域連携パスなど治療機能と退院支援を内包した退院計画が重視されている。しかし、その計画からこぼれ落ちる可能性のある方、医療依存度の高さや介護者不足から、退院に大きな不安を抱く方、元々の地域生活上の脆弱性（生活困窮・身寄り

がない等）のある方など、社会的リスクをかかえる患者が増えている（山田・神崎・吉村ほか 2007、上山崎 2010、田中 2016）。医療ソーシャルワーカーは、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることが厚生労働省健康局長通知平成14年11月29日健康発第1129001号「医療ソーシャルワーカー業務指針」で定められている。このため、社会的なリスク

*Jiro Sakakibara : 霞ヶ関南病院

をかかえる患者への支援は、医療ソーシャルワーカーの根幹的役割であるといえる。

2000年に施行された介護保険、医療構造改革以降の医療ソーシャルワーカーが行うべき業務として椋野（2013）は以下の6項目、1）退院援助、2）虐待対応、3）ホームレス対応、4）生活保護の被保護者への対応、5）被災者対応、6）患者や家族の納得のいく受診・受療援助をあげている。特に2）・3）・4）・5）は社会的リスクに関連する項目といえ、今後より支援の必要性が増す項目であると考えられる。また、家族関係や経済的課題等の社会的な問題を抱えている患者は、転院について敬遠されがちという報告（伊藤 2006）がされており、社会的リスクのある患者は入院が長期化する可能性から、ソーシャルワーカーの介入は早期から開始することが求められている（小島・雲野・角田ほか 2014）。

一方、介護保険法施行と同じ年に創設された回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟とする）は、2017年の時点で8万床を越え、今もなお届出数が増加している。この病棟の目的は、急性期病院から早期に入院させ、集中的なリハビリテーションを実施することで、在宅復帰を推進すること（石川 2013）にある。社会保障制度改革国民会議報告書（2013）でも、急性期から回復期等まで、患者が状態に見合った病床で、その状態にふさわしい医療を受けることができるよう、設備人員体制を確保する必要性が指摘されている。このように、急性期から在宅生活期への橋渡しを行い、医療介護連携の中核となる回復期病棟は、わが国の医療政策上、重要な位置を担っていると考えられる。現在、全国回復期リハビリテーション病棟協会でも、回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する実態調査（2018）の中で、社会的リスクとして経済的問題の有無・患者支援者の有無2項目について調査を行っている。その中では、専従社会福祉士のいる病棟といない病棟では、社会的リスクのある患者の自宅復帰率が、専従社会福祉士のいる病棟の方が高いとの結果

が示されており、今後も社会的リスクのある患者支援について強い関心が寄せられている。

2. 先行研究の動向

医療機関において社会的なリスクの高い患者群は、社会的ハイリスク群やソーシャルハイリスク（以下 SHR とする）群と呼ばれており、その定義や項目を概観する。定義としては、「退院後に疾病管理が必要で、障害を残す可能性が高い疾患があり、退院後に療養生活上の問題が生じやすいと予測される社会的属性」（原田 2011：48）や、「患者が安心して治療を受け、社会復帰することへの阻害要因」（水留・長竹・坂田ほか 2011：33）がある。ソーシャルワークの必要介入基準からの研究では、脊髄損傷・終末期・身寄りなし・脳血管疾患・キーパーソン不在の項目が、早期の介入が望ましいと示されている（宮内・大出・高橋ほか 2014）。転院について介入する際の受け入れ阻害要因（林 2010）としては、吸引などの医療行為・転倒転落対策実施・行動障害・経済的困難・身元保証人不在であり、これらを有する患者へは早期支援の必要性が指摘されている。退院支援やその介入へのスクリーニング項目としては、社会保険中央病院1993年版でも、「単身ないしは高齢者のみ世帯で70歳以上などの年齢や世帯に関するもの・身体障害者手帳有無や屋内生活自立かといった障害に関するもの・難病や精神疾患、医療処置、がんなどのターミナル期といった疾病に関するもの・その他経済的課題や情緒的に不安定な患者家族」（田中 1996：69）があげられており、医療構造改革以前より SHR への支援は必要とされていた。これら先行研究の定義や項目からは、疾患と社会的状況が併せてあげられていることと、早期介入・早期支援の重要性が指摘されていることがわかる。

また、回復期病棟における転帰に影響をおよぼす要因や、在宅復帰患者の特性分析についての先行研究は、医学的臨床症状に関する研究（浅川・居村・臼田ほか 2008、西尾・平野・伊藤ほか 2010、眞河・小田・小林ほか 2013）

が多く、社会的要因の検討（伊藤・佐藤・濱田ら 2011）もなされているが、医師・理学療法士・作業療法士からの研究が多い。一方、ソーシャルワーカーからの研究は、急性期や救命救急センターでのソーシャルワーカーが介入する生活課題や SHR について（木村・竹本 2010、水溜・梶尾・天野ほか 2010）、療養型病院への転院支援の困難性（再掲：林 2010）などの先行研究は確認できる。しかし、回復期病棟入院患者の SHR に関連する研究は、30代で活用できる社会資源の少なさから、患者の抱える生活困難事象を分析した事例研究（久保 2017）や、回復期ソーシャルワーカーの職務遂行度調査から、短期間で生活再建に対する意思決定を求められている実態を明らかにした研究（木島 2018）など限られている。今のところ、退院患者全体を対象データとして捉え、SHR のある患者特性から患者支援までを分析した研究は確認できていない。

3. 研究の目的

上記のような研究背景と先行研究の動向を踏まえ、本研究では回復期病棟から退院した患者のソーシャルハイリスクを分析し、その特性を明らかにし、明らかになった特性からソーシャルワーカーに求められる患者支援について考察することを目的とした。

II. 研究の方法

1. 調査方法と調査対象

調査方法は、回復期病棟から退院した患者のインタビューシート・ケース記録から、後ろ向き研究 (retrospective study) にて集計したデータに基づく、量的調査である。調査に用いた変数は、SHR 項目と SHR を把握した時期、基本属性（性別・年齢・入院期間・日常生活動作・転帰先）とした。

調査対象は、2016年4月1日から2017年8月31日の17か月間に、著者の属する回復期病棟を退院した患者558名（死亡退院、急変転院は除

く）である。

2. 分析に用いた変数

先行研究からの定義と項目を参考に、回復期病棟におけるソーシャルワーク経験15年以上の社会福祉士6名で、本調査に関する SHR の操作的定義を協議した。まず、先行研究で挙げられているその患者に起因する疾患（脳卒中・認知症・精神疾患・意識障害・転移がんなど）を、SHR の定義に入れるか検討した。この際、今回の研究は回復期病棟における SHR であり、回復期病棟は入院対象となる疾患が脳卒中および骨折などの疾患が限定されていること、選定への協議に加わった病院管理者（医師）からも、ソーシャルワークとしての研究であり、疾患といっても疾患名だけではなく、その重症度や複数の疾患が重複する患者も多く、疾患名で SHR とするかは議論の余地があるとの意見を得た。そこで、今回は患者に起因する疾患は含めず、主として患者・家族に起因する社会的リスクに焦点をあて、操作的定義を行うこととした。最終的に本研究では、「退院後の生活に大きな支障をきたす可能性がある患者・家族の社会的なリスク」と定義した。

SHR 項目は、先行研究や実際に他病院で使用されている項目、著者の所属する病院の現状を踏まえ、1) 生活保護世帯、2) 経済的相談あり、3) 年齢が40歳未満、4) 独居だが身寄り又は支援者あり、5) 身寄りや支援者なし、6) 家族が認知症もしくは精神疾患ありという6項目を選定した。1)、2) の選定については、先行研究や他病院で使用されている項目にも入っているが、生活保護世帯だけではなく、最低生活費を下回っていても生活保護を受けていない、もしくはこれから支援や制度につなげていくための相談もハイリスクと考え選定した。3) 患者の年齢については、当院は65歳以上の高齢者の入院が多く介護保険サービスを利用し退院する方が多い。2号被保険者の年齢に該当する方でも、特定疾病に該当される方が多く、40歳以上の方が単純に SHR とは考えにくい状況があ

るため、40歳未満をSHRと選定した。4)、5)については、先行研究でも独居であることでSHR項目にあげられているが、独居であってもフォーマル・インフォーマルサービスの導入や、社会的交流からのキーパーソン有無によっても、転帰先・在院日数・支援の特性が異なる可能性を考え、項目を分けることとした。6)は患者本人の疾患名からはSHRに該当させないとしたが、当院の退院支援の現状からは、内服の自己管理ができていない方や、その方へも支援が必要な家族の認知症や精神疾患によって、支援の困難性が増していることが多いことから、SHRとして選定することとした。

入院期間については入院日数だけでなく、入院日数割合という変数を設けた。これは回復期病棟の場合、対象疾患によって疾患別入院算定期限が60日から180日と異なっているため、単純な入院日数では厳密な比較にはならない。入院日数割合は、疾患別入院算定期限を1として、実際の入院日数の割合を算出したものである。入院日数を割合で算出することで、疾患ごとの算定期限のばらつきに左右されず比較可能となる。

日常生活動作の尺度は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure : 以下FIMとする) を用いた。FIMは既に信頼性と妥当性が確保されている世界標準のADL評価法で、回復期病棟でも入院基本料算定等に使用されている。運動項目は13項目で各項目を1～7点の7段階で評価するものである。得点が高い方が、機能的自立度が高いことを意味する。また、本調査では、入退院時だけでなく回復期病棟のアウトカム評価で用いられる実績指数を変数に取り入れた。実績指数はリハビリテーション効果の実績を数値化するもので、FIM得点の退院時と入院時の差を入院日数割合で除したものである。

3. 分析方法

SHRあり・なしの2群およびSHR項目ごと、クラスター分析によって類型化されたSHR群

間に分けて、基本属性(性別・年齢・入院日数・入院日数割合・日常生活動作・転帰先等)を比較し、 χ^2 検定・t検定または一元配置の分散分析を行い、差異を確認した。なお、統計解析は、SPSS Ver.21.0 for Windowsを用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は、医療法人真正会霞ヶ関南病院倫理委員会において、承認を受け実施をした。ケース記録からの事例記載については、その内容の本質を損なわないように、大幅に修正した。

III. 調査結果

1. 調査対象者の基本属性およびSHR有無による比較

調査対象者は558名で、SHR該当者は119名(21.33%)であった。表1-1に全体とSHR有無による基本属性の比較を示す。

性別については、全体と比較するとSHRなし群では、女性の方が多かった(全体女性54.48%、SHRなし群女性56.04%)のに対して、SHRあり群では、男性51.26%と多い傾向にあった。年齢は、全体では24歳から101歳に分布し、SHRあり群(平均72.89歳)となし群(76.37歳)では、有意にあり群の方が低かった。しかし、これはSHR項目に40歳未満を挙げているので、当然の結果といえる。入院日数はSHRあり群の方が長かったが、入院日数割合でも、SHRなし群(68.33%)とあり群(77.57%)では、有意にあり群の方が長いことがわかった。FIMに関連する項目では、入院時・退院時・実績指数ともにSHRなし群とあり群では、ほぼ同程度の得点であった。転帰先はFIM関連項目と同様、SHRなし・ありに関わらず、自宅退院が8割弱となっており、介護保険施設や高齢者住宅等への退院割合も、ほぼ変わりなかった。自宅以外の転帰先で多い順として、SHRなし群では、老人保健施設・有料ホーム等・特別養護老人ホーム・長期療養型病院であったが、SHRあり群は下位の順番が逆で、特別養護老

人ホームへの入所よりも、長期療養型病院への転院が多い傾向にあった。

また、表1-2に示すように、SHRあり群の中で、自宅退院・自宅外退院を分けて比較すると、性別と年齢はほぼ同程度であったのに対し、入院期間・入院日数割合は、自宅退院群の方が有意に短く、FIM(入院時・退院時・実績指数)

については、自宅退院群の方は有意に得点が高かった。

SHR項目が把握した時期は、インテーク面接(入院前面談)時が87名と最も多く、次いで患者の病状固定時18名、患者の社会環境変化時3名となっていた。なお、21名はケース記録などに時期等が分かる記録がなく、不明とした。

表1-1 調査対象者の基本属性とSHR有無の比較 (N=558)

		全体(N=558)	SHRなし(N=439)	SHRあり(N=119)	
性別	男性	254(45.52%)	193(43.96%)	61(51.26%)	
	女性	304(54.48%)	246(56.04%)	58(48.74%)	
年齢	平均値(SD)	75.63歳(13.03)	76.37歳(12.06)	72.89歳(15.89)	p<.05
入院期間	平均値(SD)	97.07日(54.65)	95.79日(52.83)	101.80日(60.93)	
	入院日数割合(SD)	70.77%(39.72)	68.93%(39.94)	77.57%(38.28)	p<.05
FIM	入院時運動FIM(SD)	45.86(19.79)	45.24(19.50)	48.13(20.78)	
	退院時運動FIM(SD)	68.32(22.19)	68.00(22.09)	69.49(22.59)	
	実績指数(SD)	34.77(48.58)	35.05(53.27)	33.75(24.65)	
転帰先	自宅	439(78.67%)	345(78.59%)	94(78.99%)	
	老人保健施設	67(12.01%)	53(12.07%)	14(11.76%)	
	特別養護老人ホーム	14(2.51%)	12(2.73%)	2(1.68%)	
	長期療養型病院	14(2.51%)	10(2.28%)	4(3.36%)	
	有料ホーム・サ高住等	24(4.30%)	19(4.33%)	5(4.20%)	

表1-2 SHRあり群での自宅・自宅外退院比較 (N=119)

		自宅退院群：94名	自宅外退院群：25名	
性別	男性	49(52.13%)	12(48.00%)	
	女性	45(47.87%)	13(52.00%)	
年齢	平均値(SD)	72.03(16.96)	76.12(10.65)	
入院期間	平均値(SD)	94.15(57.32)	130.56(66.59)	p<.01
	入院日数割合(SD)	72.46%(35.92)	96.80%(41.45)	p<.01
FIM	入院時運動FIM(SD)	53.18(18.48)	29.12(17.95)	p<.01
	退院時運動FIM(SD)	75.84(17.95)	45.60(22.57)	p<.01
	実績指数(SD)	36.88(25.20)	21.99(18.58)	p<.01

2. SHR 項目ごとの比較

SHR あり群119名の内、1項目該当者は104名、2項目該当者は14名、3項目該当者は1名であった。このため、実人数は119名、延人数は135名として、その SHR 項目ごとの内訳を表2に示す。

性別による男女比の差が一番多かったのは、生活保護世帯であり（男性70% 女性30%）、男性割合も最も高かった。女性の割合が高かったのは、年齢40歳未満（62.5%）で、次は独居だが身寄り支援者あり（53.1%）であった。平均年齢は、SHR 項目として挙げられている年齢40歳未満が一番低い（34.13歳）のは当然であるが、身寄り・支援者なし（56.75歳）、生活保護世帯（67.9歳）が50代、60代という比較的年齢が低い方の SHR 項目であった。入院期間は年齢40歳未満が最も低く（72.25日）、次いで独居だが身寄り又は支援者あり（79.88日）であった。入院日数割合でも同じく、年齢40歳未満

（55.63%）、独居だが身寄り又は支援者あり（70.67%）と、この2項目は他に比べ低い結果となった。FIM に関しては、独居だが身寄り又は支援者ありが入院時得点・退院時得点共に一番高く、次いで年齢40歳未満であった。実績指数は年齢40歳未満が一番高かった。転帰先は、年齢40歳未満は8名全員が自宅退院をしていた。次いで自宅退院率が高かったのは家族に認知症・精神疾患あり（85.7%）、独居だが身寄り又は支援者あり（78.7%）の順であった。逆に一番自宅退院率が低かったのは、生活保護世帯（40%）であった。

ここまで SHR 項目ごとの比較をしたが、複数項目にまたがっている対象者もあったことから、それらを意味のあるまとまりに分け、その群間を比較するために、クラスター分析を用いて、SHR 項目を類型化した。

表2 SHR 項目ごとの基本属性（N=135）

		生活保護世帯 (N=10)	経済的相談あり (N=43)	年齢40歳未満 (N=8)	独居だが身寄り 又は支援者あり (N=49)	身寄り・ 支援者なし (N=4)	家族に認知症・ 精神疾患あり (N=21)
性別	男性	7(70%)	24(55.81%)	3(37.50%)	23(46.94%)	2(50%)	13(61.90%)
	女性	3(30%)	19(44.19%)	5(62.50%)	26(53.06%)	2(50%)	8(38.10%)
年齢	平均値(SD)	67.90歳(15.56)	71.86歳(11.28)	34.13歳(6.15)	76.94歳(12.81)	56.75歳(8.42)	73.95歳(16.40)
入院期間	平均値(SD)	143.70日(93.84)	117.86日(57.58)	79.25日(69.30)	79.88日(41.44)	187.50日(79.27)	96.05日(45.06)
	入院日数割合(SD)	102.50%(69.64)	79.74%(33.79)	55.63%(38.74)	70.67%(34.80)	113.00%(40.44)	76.19%(25.07)
FIM	入院時運動FIM(SD)	40.50(25.19)	38.37(21.94)	56.50(21.22)	58.80(15.90)	47.25(24.06)	43.19(17.35)
	退院時運動FIM(SD)	51.60(31.95)	60.44(23.92)	70.25(27.28)	81.12(10.02)	67.50(36.39)	69.14(20.72)
	実績指数(SD)	32.65(45.66)	33.55(26.12)	40.52(47.74)	37.43(23.48)	21.37(18.87)	34.25(19.23)
転帰先	自宅	4(40%)	29(67.44%)	8(100%)	43(87.76%)	3(75%)	18(85.71%)
	老人保健施設	3(30%)	10(23.26%)	0(0%)	2(4.08%)	1(25%)	2(9.52%)
	特別介護老人ホーム	0(0%)	2(4.65%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	長期療養型病院	2(20%)	0(0%)	0(0%)	2(4.08%)	0(0%)	0(0%)
	有料ホーム・サ高住等	1(10%)	2(4.65%)	0(0%)	2(4.08%)	0(0%)	1(4.77%)

3. クラスター分析による類型化された SHR 分類の比較および多重比較

SHR 6項目の複数該当を考慮して、クラスター分析を実施した。Ward 法を使用するデンドロ

グラムにて、再調整された距離クラスターの結合状況とその内容から5つに分類（家族認知症等群、独居身寄りあり群、40歳未満群、SHR 混在群、経済的相談あり群）が可能となった。

SHR 項目ごとの6分類からクラスター分析後の5分類では、生活保護世帯と身寄り・支援者なしという2項目が消え、新たにSHR混在群という項目が追加されるという変化が生じた。

家族認知症等群21名は、家族に認知症・精神疾患ありが中心で、一部が家族に認知症・精神疾患ありに独居だが身寄り又は支援者ありと、経済的相談ありが重なっていた。独居身寄りあり群は、独居だが身寄り又は支援者ありというSHR 1項目だけで構成されている39名であった。40歳未満群も年齢40歳未満というSHR 1項目だけで構成されている7名であった。SHR混在群は、身寄り支援者なしや生活保護と身寄り支援者なし、生活保護と40歳未満と独居だが身寄り又は支援者あり、経済的相談と独居だが身寄り又は支援者ありなど、複数のSHR項目が重なっていることの多い13名で構成されていた。経済的相談あり群は、経済的相談ありが中心で、一部に独居だが身寄り又は支援者ありが重なっていた39名であった。

各クラスターの基本的属性とその群間の比較について、表3-1および3-2に示す。性別で

は、SHR混在群の男性比率が高く(69.2%)、次いで家族認知症等群(61.9%)であった。平均年齢では、40歳未満群が一番低く(33.29歳)、次いでSHR混在群(66.08歳)であった。この2グループだけが60代以下であった。入院日数・入院日数割合では、40歳未満群が日数・日数割合共に一番低く、次いで独居身寄りあり群であった。一方、SHR混在群は入院日数155.08日、入院日数割合104.85%と唯一100%を超えていた。SHR混在群は、家族認知症等群および独居身寄りあり群と比較して入院期間が有意に長く、入院日数割合も独居身寄りあり群と比較して有意に長かった。FIMに関しては、入院時は経済的相談あり群が最も低く、退院時はSHR混在群が最も低かった。実績指数ではすべての群間において、有意差の生じるような得点ではなかった。一方、転帰先で自宅退院率が最も低いのはSHR混在群であり、他の群が70%を超えているのに対し、この群だけが53.8%とほぼ半数が在宅復帰できていなかった。また、SHR混在群だけが長期療養型病院への退院が15%を超えていた。

表3-1 クラスター分析デンドログラム結果5分類 (N=119)

		家族認知症等群 (N=21)	独居身寄りあり群 (N=39)	40歳未満群 (N=7)	SHR混在群 (N=13)	経済的相談あり群 (N=39)
性別	男性	13(61.90%)	15(38.46%)	2(28.57%)	9(69.23%)	22(56.41%)
	女性	8(38.10%)	24(61.54%)	5(71.43%)	4(30.77%)	17(43.59%)
年齢	平均値(SD)	79.14歳(11.69)	79.49歳(11.68)	33.29歳(6.13)	66.08歳(14.17)	72.31歳(11.61)
入院期間	平均値(SD)	96.05日(45.06)	74.31日(37.09)	88.43日(69.40)	155.08日(92.80)	117.03日(59.74)
	入院日数割合(SD)	76.19%(25.07)	70.54%(34.01)	62.43%(36.31)	104.85%(63.77)	78.97%(34.94)
FIM	入院時運動FIM(SD)	43.19(17.35)	59.62(13.91)	54.00(21.61)	44.69(23.51)	39.38(22.40)
	退院時運動FIM(SD)	69.14(20.72)	81.36(9.20)	68.00(28.65)	59.46(31.46)	61.41(24.21)
	実績指数(SD)	34.25(19.23)	35.19(18.25)	25.74(24.88)	31.69(40.06)	34.17(27.18)
転帰先	自宅	18(85.72%)	34(87.18%)	7(100.0%)	7(53.85%)	28(71.80%)
	老人保健施設	2(9.52%)	1(2.56%)	0(0.0%)	3(23.08%)	8(20.51%)
	特別養護老人ホーム	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(5.13%)
	長期療養型病院	0(0.0%)	2(5.13%)	0(0.0%)	2(15.38%)	0(0.0%)
	有料ホーム・サ高住等	1(4.76%)	2(5.13%)	0(0.0%)	1(7.69%)	1(2.56%)

表3-2 クラスタ分析デンドログラム結果5分類（多重比較）

I	II	年齢		入院期間		入院日数割合		入院時FIM		退院時FIM		FIM実績指数	
		平均値の差 (I-II)	有意確率	平均値の差 (I-II)	有意確率	平均値の差 (I-II)	有意確率	平均値の差 (I-II)	有意確率	平均値の差 (I-II)	有意確率	平均値の差 (I-II)	有意確率
家族認知症等	独居身寄りあり	-.34	1.00	21.74	.61	.06	.98	-16.43	.02*	-12.22	.21	-.94	1.00
	40歳未満	45.86	.00**	7.62	1.00	.14	.92	-10.81	.70	1.14	1.00	8.51	.94
	SHR混在	13.07	.02*	-59.03	.03*	-.29	.20	-1.50	1.00	9.68	.69	2.57	1.00
	経済的相談あり	6.84	.21	-20.98	.64	-.03	1.00	3.81	.95	7.73	.66	.08	1.00
独居身寄りあり	家族認知症等	.34	1.00	-21.74	.61	-.06	.98	16.43	.02*	12.22	.21	.94	1.00
	40歳未満	46.20	.00**	-14.12	.97	.08	.98	5.62	.95	13.36	.54	9.45	.89
	SHR混在	13.41	.00**	-80.77	.00**	-.34	.04*	14.92	.11	21.90	.01*	3.50	.99
	経済的相談あり	7.18	.06	-42.72	.01*	-.08	.86	20.23	.00**	19.95	.00**	1.02	1.00
40歳未満	家族認知症等	-45.86	.00**	-7.62	1.00	-.14	.92	10.81	.70	-1.14	1.00	-8.51	.94
	独居身寄りあり	-46.20	.00**	14.12	.97	-.08	.98	-5.62	.95	-13.36	.54	-9.45	.89
	SHR混在	-32.79	.00**	-66.65	.09	-.42	.12	9.31	.84	8.54	.91	-5.95	.99
	経済的相談あり	-39.02	.00**	-28.60	.73	-.17	.82	14.62	.35	6.59	.94	-8.43	.92
SHR混在	家族認知症等	-13.07	.02*	59.03	.03*	.29	.20	1.50	1.00	-9.68	.69	-2.57	1.00
	独居身寄りあり	-13.41	.00**	80.77	.00**	.34	.04*	-14.92	.11	-21.90	.01*	-3.50	.99
	40歳未満	32.79	.00**	66.65	.09	.42	.12	-9.31	.84	-8.54	.91	5.95	.99
	経済的相談あり	-6.23	.46	38.05	.22	.26	.20	5.31	.91	-1.95	1.00	-2.48	1.00
経済的相談あり	家族認知症等	-6.84	.21	20.98	.64	.03	1.00	-3.81	.95	-7.73	.66	-.08	1.00
	独居身寄りあり	-7.18	.06	42.72	.01*	.08	.86	-20.23	.00**	-19.95	.00**	-1.02	1.00
	40歳未満	39.02	.00**	28.60	.73	.17	.82	-14.62	.35	-6.59	.94	8.43	.92
	SHR混在	6.23	.46	-38.05	.22	-.26	.20	-5.31	.91	1.95	1.00	2.48	1.00

(*p<.05. **p<.01)

クラスタ分析による類型化された SHR 分類を比較した結果から、各々の特性を下記にまとめる。

家族認知症等群	独居身寄りあり群	40歳未満群	SHR 混在群	経済的相談あり群
比較的男性が多く、年齢は平均79歳と高齢である。入院日数割合は標準偏差のばらつきも低く平均的で、自宅退院が多い。	女性が多く、高齢である。比較的早期に退院ができている。自宅退院が多いが、療養型や有料ホーム等に転院される方もいる。	回復期病棟の特性の影響もあるが、人数が7名と最も少ない。FIMの実績指数が一番低いのに、全員が自宅退院できている。	40歳未満群に次いで、年齢が若い。唯一入院日数割合が100%を超えている。自宅退院と施設退院がほぼ同数となっている。	男性が多く、入退院時のFIMが低い。入院日数割合が2番目に高い。収入等の課題があり、多床室のある老健や特養への転帰が多い。

4. SHR 混在群の自宅・自宅外退院の比較

SHR 混在群 (13名) は、入院日数・入院日数割合が最も高く、自宅退院率が最も低い特性を示したことから、この群を更に分析した。こ

の群の SHR 項目としては、身寄り・支援者なしが2名で、それ以外は、身寄り・支援者なし+生活保護世帯1名、身寄り・支援者なし+経済的相談あり1名、生活保護世帯+独居だが身

寄り又は支援者あり3名、生活保護世帯＋独居だが身寄り又は支援者あり＋40歳未満1名、生活保護＋経済的相談あり5名という内訳であった。身寄りなし・生活保護世帯・経済的相談ありなどが重なりあっており、最も SHR の高い群であるといえる。性別は、男性9名、女性4名で男性の方が多かった。年齢は、66.08歳で比較的若い群であった。

転帰先については、自宅退院群は7名、自宅外退院群は6名となっており、SHR 混在群で

あっても、自宅退院がなされていることに着目し、自宅退院と自宅外退院に分け、年齢・入院期間・入院日数割合・FIM 得点および実績指数を比較した(表4)。年齢は自宅退院群の方が低く、入院日数も入院日数割合も自宅退院群の方が、低い傾向となった。FIM に関しても、入院時・退院時 FIM 得点は、自宅退院群の方が高く、実績指数も自宅退院群の方が高い傾向にあった。

表4 SHR 混在群の自宅・自宅外退院比較 (N=13)

		自宅退院群：7名	自宅外退院群：6名
性別	男性	6(85.71%)	3(50%)
	女性	1(14.29%)	3(50%)
年齢	平均値(SD)	60.29歳(11.63)	72.83歳(14.76)
入院期間	平均値(SD)	125.71日(94.60)	189.33日(85.53)
	入院日数割合(SD)	74.86%(53.55)	139.83%(59.92)
FIM	入院時運動FIM(SD)	63.86(9.12)	22.33(10.73)
	退院時運動FIM(SD)	85.00(4.90)	29.67(19.18)
	実績指数(SD)	50.06(45.31)	10.26(19.12)

IV. 考察

以上の調査結果から、回復期病棟の目的や使命(脳血管障害など重度の患者を早期に入院させ、集中的なリハビリテーションを実施することで、在宅復帰を推進する)から重要項目として考えられる入退院の日数・ADLの回復・転帰という3軸から患者特性を考察する。また、それに該当するケース概要を加味しながら、これらの患者特性からソーシャルワーカーに求められる患者支援について、ミクロ・メゾ・マクロの視点を踏まえ考察する。

1. SHR と入院日数・入院日数割合からの考察

SHRの有無において、一つでもSHRに該当した群は、入院日数が長い傾向にあり、入院日数割合は有意に高かった。しかし、クラスター

分析を行い、SHR分類をした結果では、入院日数や日数割合が短い群(独居身寄りあり群、40歳未満群)もあった。この2群は転帰先も自宅退院が多かったことが特徴的といえる。関連するケースとしては、20代の患者で、脳出血後の遷延性意識障害あり、気管切開・胃瘻といった重医療の状態であっても、両親は退院への意欲が高かった。そこで、ソーシャルワーカーは親達で障害者支援センターや在宅サービス事業者との連絡を取り、患者にとって必要なサービスや退院後の支援体制について、話を進めていける方法・手段などを伝えることで、患者本位の退院を早期に行えるような関わりをしていた。先行研究では、30代で障害を受けた患者の母親が強く自宅退院を希望される中であっても、患者本人の自己決定が守られるような支援の必要性(再掲：久保2017)が述べられている。また、

独居身寄りあり群では、実際の援助事例で90代独居、家族は他県に住んでいる方でも、元々地域の体操教室で教える立場として参加していた背景から、その友人たちのインフォーマルネットワークを活用し、再度独居生活に戻ったケースなどが確認された。このことは単に家族の有無だけでなく、実際に支援ができるキーパーソンや支援者の有無、その関わり程度・役割などをアセスメントしていくことも必要と考える。

このように、先行研究ではSHRがあると、入院が延びやすいと考えられる側面があるが、その項目や分類ごとに深く分析していくと、単純にそれだけでは長期化とはならない要素も含まれている。特に、介護保険利用ができない40歳未満の若年患者や、独居であっても身寄りや支援者などが存在する場合は、家族や支援者の持っている力をアセスメントし、ソーシャルワーカーとの役割分担をしたり、地域住民のネットワークや支援体制を強化させたりすることで、疾患別入院算定期限を超えずに退院できる可能性もあると考えられる。

一方、SHR項目で生活保護世帯、身寄り・支援者なし、SHR分類でSHR混在群では、入院日数や日数割合が長くなっていた。実際の援助事例としては、元々脳梗塞による要介護4で、経済的課題を抱える内縁の夫がいたが入院中に急死したため、市長申し立てによる成年後見を行った。そのためなかなか転帰先が見つからず、更には待機期間も長くなったことから入院が長期化していた。インテーク時にも、ソーシャルワーカーはSHRを認識していながらも、患者を取り巻く新たな環境の変化によって、更に支援困難性が増す場合がある。変化をすぐに把握し支援方針の転換を図ること。それに伴う社会資源の導入、多機関と協働する力も必要と考えられる。ここでは、制約のある入院日数の中で、多機関だけでなく、インフォーマルや近隣住民のネットワーク構築など、メゾレベルの実践が求められると考えられる。

2. SHRとFIMなどADLとの関連からの考察

SHR有無による比較では、入院時・退院時・実績指数すべてにおいて、ほぼ同程度のFIM得点であった。特にわずかではあるが、SHRあり群の方が入院時・退院時共に高い得点であったことも含め、SHRの有無とADLは直接的には関連しないと考えられる。クラスター分析後の分類間の比較においてもFIMに関しては、入院時は経済的相談あり群が一番低く、退院時はSHR混在群が最も低いなど、特定の群に高低差は生じてはいなかった。実績指数でもすべての群間において、有意差の生じるような得点ではなかった。このことから、SHR分類とその患者のADL(FIM得点)の改善についても、直接の因果関係はない可能性が考えられる。

しかし、SHRあり群の中で、自宅退院群と自宅外退院群のFIM得点と転帰先との比較をしたところ、自宅へ退院した群は、入院時・退院時・実績指数ともに有意にFIM得点が高かった。同じく、SHR混在群のFIMに関しても、入院時・退院時FIM得点は、自宅退院群の方が高い傾向にあり、実績指数の得点差は40点の差をもって、自宅退院群の方が高い傾向にあった。つまり、SHRがあつたり混在していたりしても、FIM得点が高ければ自宅退院となっていることから、単純にSHRが混在しているからといって、自宅に退院できないと、短絡的に決めつけることもできないと考えられる。実際の援助事例からも、ある50代男性は身寄り・支援者がおらず、脳梗塞左片麻痺で経済的課題も抱えていた。しかし不全麻痺であったため、杖を用いながら元々の会社まで電車通勤が可能となることが、経済的課題解決の手段となった。ソーシャルワーカーは、最寄り駅までのセニアカー訓練の提案・駅の駐輪場にセニアカーを置く交渉・電車の乗り降りへの実地リハビリテーションなど退院までの方針を取りまとめ、復職支援を行っていた。

回復期病棟では、適切なりハビリテーションの量と質の提供によって、自宅退院を目指して

いる。家族関係や経済的課題等の社会的な問題を抱えている場合は、回復期や療養型病院への転院について敬遠されがちという報告（再掲：伊藤 2006）もあるが、回復期病棟側が SHR の有無で、入院可否を判断することはあってはならない。SHR が混在している人であっても、マイクロレベルである個別支援から FIM を高める本人への動機づけを行い、生活様式や社会環境を整える支援が、ソーシャルワーカーには求められていると考えられる。

3. SHR と転帰先との関連からの考察

考察 1 でも触れたが、SHR 分類独居身寄りあり群、40歳未満群は、入院日数が短いだけでなく、自宅退院率が高い群でもあった。これは主に家族やフォーマル・インフォーマルの支援体制を整えやすいと考えられ、独居というリスクファクターも介護保険や自治体の生活支援サービス、住民同士の支え合いなどが機能し始めた今日では、リスクとして顕在化されにくくなっているとも考えられる。しかしながら、SHR 混在群のように、転帰先が自宅となったものは約半数にとどまり、ADL の影響もあるが、総じて自宅退院が難しい群もある。そのような中でも、生活保護世帯・独居で自殺念慮のある男性、ADL も車椅子移動で症状固定であったが、車椅子対応可能な住宅転居・精神科訪問看護導入・元大工という特性を活かし、ものづくり教室の開催など居場所づくりに賛同してくれた通所リハビリテーションセンターを探すなど、ソーシャルワーカーが支援の中心軸となり、他職種他機関を巻き込みながら新しい資源を共有し、在宅復帰が可能となった例もある。このことは、SHR をインテーク面接時に発見・把握することだけでなく、その方の ADL や病状固定状況に合わせながら、支援していく必要性を示唆していると考えられる。本研究では、SHR を社会的リスクに焦点をあてたが、病状や ADL ・障害の程度などの身体的側面を、ソーシャルワーカーも意識していかなければ支援できないということも、改めて認識できたといえよう。

一方、別の視点から SHR と転帰先を考えると、SHR あり群や SHR 混在群では、特別養護老人ホームへの入所者が少なく、長期療養型病院への退院が多かった。これは、入院・入所費用の自己負担額を考慮し、身体障害者手帳による重度心身障害者助成を受けて長期療養型病院へ退院支援をしていることが考えられる。また、特別養護老人ホームや老人保健施設では、ユニット型個室の施設形態が多く開設されているが、生活保護の方や経済的課題のある方では、ユニット型の個室料金が支払えず転帰先を変更するといった調整も、ケース記録からも見受けられた。入居者の QOL 向上を考えてのユニット型個室ではあるが、低所得の方々にとってはせっかく介護保険施設に入りたいと思ってもそれが入りにくく、従来型多床室が空くまで別の場所で待機をしないといけないという現状があると考えられる。これらの諸課題は、SHR 該当者の権利を侵害する事象ともいえる。今回の調査は 1 病院だけであるが、このような SHR と転帰先の課題は、多くの SW が経験していると思われる。マクロレベルのソーシャルワーク実践となる全国的な調査研究など、ソーシャルアクションにつなげる機会を設けることも私達には求められていると考えられる。

V. 研究の成果と限界および今後の課題

以上のように、SHR のある患者特性を明らかにした上で、特徴的なケース支援の実際も合わせて述べながら、患者支援について考察をした。本研究の成果は、社会的なリスクを中心に選定し調査を行ったが、クラスター分析することで分類によっては、ハイリスクとは位置付けにくい項目も発見できた。SHR を一側面だけから考えたり、先入観から支援困難とレッテルを貼ったりしてしまわぬよう、捉え直す必要がある。また、転帰先・入院日数はそれぞれの SHR だけでなく病状や、心身機能の身体・精神的側面、世帯や生活環境などの社会的側面が交差し影響をおよぼしていたこともわかった。

ソーシャルワーカーは、インテーク時だけでなく、入院中の病状や社会的環境の変化についても、キャッチできるアンテナを立て、他職種他機関を巻き込みながら支援方針の取りまとめができるよう、様々なステークホルダーに働きかけを行っていた。

本研究の限界としては、1病院の限られた期間内の調査分析であることがあげられる。SHRの項目ごと、SHRの分類ごとに転帰先・入院日数などを分析したが、何が最も影響を与えている因子なのかは、この研究では明らかになっていない。

今後の課題としてはSHR項目の精査を行い、転帰先・入院日数などに影響を与える因子を明確化する必要がある。そのような状況の中でも、SHR混在群は自宅退院が難しく、入院が長期化する傾向があることが分かったので、混在群への患者支援を集積し、ソーシャルワーク援助内容を標準化できるよう、質的な研究も合わせて行う必要がある。

〈文献〉

浅川育世・居村茂幸・白田滋ほか(2008)「回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害者の転帰に影響をおよぼす因子の検討—FIM総得点90点以下の症例を対象に—」『理学療法科学』23(4), 545-550.

原田とも子(2001)「ソーシャルハイリスクスクリーニング基準の開発」『病院』60(4), 48-49.

林祐介(2010)「MSWによる療養型病院・施設への転院阻害要因を有する患者の早期把握とその効果」『病院』69(9), 722-724.

石川誠(2013)「回復期リハビリテーション病棟の使命」『MEDICAL REHABILITATION』162, 1-6.

伊藤郁乃・佐藤広之・濱田康平(2011)「リハビリテーション後の転帰と在院日数に影響を与える社会的要因の検討」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』

48(8), 561-565.

伊藤正子(2006)「医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題」『現代福祉研究』6, 81-101.

上山崎悦代(2010)「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察—期待される役割と葛藤の検証」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』6, 67-81.

木村亜希子・竹本与志人(2010)「ソーシャルワーカーが介入する生活課題の状況—救命救急センターのケースを通して—」『医療と福祉』44(1), 52-58.

木島貴宏(2018)「回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーの役割に関する探索的研究—職務遂行度による職務分析の視点から」『医療と福祉』51(2), 42-50.

小島好子・雲野博美・角田圭佑ほか(2014)「救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援」『日本臨床救急医学会雑誌』17(3), 395-402.

古谷野亘(1988)『多変量解析ガイド』川島書店.

久保茂樹(2017)「退院援助における「狭間」についての—考察—回復期リハビリテーション病棟でのソーシャルワーク実践の一例から—」『ソーシャルワーク研究』43(3), 218-225.

宮内佳代子・大出幸子・高橋理ほか(2014)『ソーシャルワーク介入実務基準を決定するためのハイリスク項目に関する調査報告書』平成25年度厚生労働省科学研究補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進事業).

水溜丹都子・梶原英輝・天野博之ほか(2010)「救命救急センターにおけるソーシャルワーカーの業務実態調査」と「救命救急センター長へのアンケート調査」『医療と福祉』43(2), 4-12.

水溜丹都子・長竹教夫・坂田智子ほか(2011)『救急医療における社会福祉士の役割—救命救急センターにおける業務実態調査を通

- して～』平成24年度診療報酬改定に関わる要望書，公益社団法人日本医療社会福祉協会，32-44.
- 棕野美智子（2013）「医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する～政策の視点から～」『医療社会福祉研究』21，1-29.
- 西尾大祐・平野恵健・伊藤志保ほか（2010）「回復期リハビリテーション病棟における重症脳卒中患者の転帰と臨床的特徴」『脳卒中』32（1），86-90.
- 齋藤堯幸・宿久洋（2006）『関連性データの解析法—多次元尺度構成法とクラスター分析法—』共立出版.
- 社会保障制度国民会議編（2013）『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—』内閣官房社会保障改革担当室.
- 真河一裕・小田知矢・小林靖（2013）『愛知県西三河南部東医療圏における脳卒中地域連携パスのアウトカム分析：— FIM 階層別脳卒中患者のプロファイル—』第48回日本理学療法学会大会抄録集.
- 田中千枝子（2016）「保健医療領域における「連携」の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42（3），5-16.
- 田中千枝子（1996）「第1章対象者の発見と特定」手島陸久編『退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム—』中央法規，60-77.
- 山田朋子・神崎早苗・吉村結実ほか（2007）「退院調整における入院時リスクアセスメントスクリーニング導入効果の検討」『日本医療マネジメント学会雑誌』7（4），530-535.

Analysis of patient characteristics and patient support with social high risk in the Recovery Rehabilitation Unit

Jiro Sakakibara

Kasumigaseki Minami Hospital

The purpose of this study is to analyze social high risk of patients discharged from Recovery Rehabilitation Unit and to clarify their characteristics and patient support. The subject was a patient who was discharged from the Recovery Rehabilitation Unit. Social high risk was defined as 1) a household receiving welfare, 2) receiving financial consultation, 3) age under 40 years old, 4) living alone, but having relatives or other support, 5) having no relatives or other support, 6) having family members with dementia or psychosis. The research method was a retrospective study (N=558). For the analysis, the items were clustered, and the differences were compared among classified clusters. As a result, 119 people corresponded to social high risk. Findings show that social workers were motivating themselves to raise the Functional Independence Measure even among patients with multiple social high risks. And they were supporting their return to society by arranging living and social environments.

Key words: Social High Risk, Patient Characteristics, Cluster Analysis, Recovery Rehabilitation Unit

〔論文〕

保健医療福祉領域の専門職における 離転職に関する要因の文献的検討 —医療ソーシャルワーカーの離転職に関する研究に向けて—

倉 本 亜優未*

本研究は、医療ソーシャルワーカーの離転職に関する研究に有用な資料を得ることをねらいに保健医療福祉領域の専門職における離転職に関する要因の文献を精査し、現在の研究の到達点と今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。医学中央雑誌 Web 版を用い、1983～2018年に発表された論文のうち、保健医療福祉領域の専門職における離転職（意向）に対して設定した説明変数が統計学的に有意な相関関係を示した論文を選定した。632編の論文のうち組み入れ基準を満たす論文は53編であり、看護職を対象とする研究が多くを占めていた。文献内容を精査した結果、離転職（意向）の関連要因は、個人属性、心理的要因、組織要因、環境要因の4つに分類され、医療ソーシャルワーカーにも共通する可能性がある要因が確認された。また、これら要因との関連性の検証には差の検定や相関分析、回帰分析等が用いられていた。今後は、得られた知見を参考に医療ソーシャルワーカーを対象とした研究で未検討であった要因との関連性を検討するとともに、構造方程式モデリング等を用いて2変量以上の因果関係を検証し、医療ソーシャルワーカーの離転職に関する研究を一層進展させることが望まれる。

Key words : 保健医療福祉領域の専門職, 離転職, 文献的検討

I. 緒言

わが国では、少子・高齢化の進展、疾病構造の変化ならびに科学・医療技術の進歩によって医療をめぐる環境が変化し、病気と共存しながら生活の質の維持・向上を図る必要性が高まってきた（厚生労働省 2016a）。その一方で、家族構造・形態は多様化および縮小化しており（厚生労働省 2016b）、複雑かつ複合化した生活課題が入退院に伴って発生・顕在化し、諸制度・サービスの活用を要する患者・家族が増加

している。しかしながら、諸制度・サービスは専門分化しており、患者・家族が自ら情報収集し状況に適した選択を行い継続的に利用することは難しく、これらに精通した専門職の存在が重要となる。

なかでも医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker : 以下、MSW）は、社会福祉の観点から医療と地域生活をつなぎ、包括的・継続的な医療提供ならびに在宅療養生活の実現に寄与する専門職であり、その役割に期待が寄せられる（厚生労働省 2002）。2005年における

*Ayumi Kuramoto : 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科保健福祉学専攻

MSW としての社会福祉士の従事者数は2,695.5人であったが、2006年度診療報酬改定においてその名称が標記されたことを契機に従事者数は増加し、2016年には10,906.9人にまで達している(厚生労働省 2005; 2016c)。一方で、これに伴って臨床現場からは離職者が多いことが報告され(保正 2013)、何らかの手立てを要している。しかしながら、MSW を対象とした離転職に関する研究は緒についたばかりであり、離転職に至る過程の記述や要因の探索にとどまっている(山川 2009; 真嶋ら 2014; 山口ら 2014; 杉山ら 2017)。

MSW の離転職とストレス要因の関連性が明らかになれば、MSW の職場定着に向けた介入策の検討が可能となり、そのことが患者・家族の生活の質の維持・向上に寄与すると推察される。しかしながら、先述のとおり MSW を対象とした離転職研究は僅少であるため、看護師や介護福祉士といった近接領域の専門職に関する知見をもとに、研究進展を試みる必要がある。

そこで本研究は、MSW の離転職に関する研究に有用な資料を得ることをねらいに、保健医療福祉領域の専門職における離転職に関する要因の文献を精査し、現在の研究の到達点と今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、専門職としてその職業や職場を辞めたいか否かに着目し、以下のように定義付けを行った。

1) 離職(意向)

離職を「現在の職業を辞めること」とし、離職意向は「現在の職業を辞めることに関する意向」とした。なお、「現在の職場で働き続けたいが、現在の職業を辞めたい」という意向は離職意向として扱った。

2) 転職場(意向)

転職場を「現在の職場を辞めること」とし、調査時の職業の継続の有無は不明であるが、調

査時の職場を辞めたことが明らかかな場合は「転職場」とした。また、転職場意向は「現在の職場を辞めることに関する意向」とし、「現在の職業は続けたいが、現在の職場を辞めたい」という意向も含めた。

3) 離職・転職場意向

離職・転職場意向は「現在の職業および職場を辞めることに関する意向」とした。

4) 離転職(意向)

離転職を「現在の職業または職場を辞めること」とし、離転職意向は「現在の職業または職場を辞めることに関する意向」とした。

2. 分析対象

医学文献データベース「医学中央雑誌 Web 版」を用いて検索し、英語あるいは日本語で記述されている論文を分析対象とした。検索用語は「医療ソーシャルワーカー or 社会福祉士 or 精神保健福祉士 or ソーシャルワーカー or 看護師 or 介護福祉士 or 介護支援専門員 or ケアマネジャー」'離職 or 離転職 or 退職' とし、論文のタイトルまたは抄録にこれらの用語が使用され、1983~2018年の35年間に国内で報告された論文を対象とした。

3. 論文の選定基準と選定方法

一般化可能性の高い業績を選択することを目的に、Stuckら(1999)のSystematic Literature Reviewの方法を参考に、次の5つの組み入れ基準を設定して論文を選定した。

- ①原著論文であること
- ②調査対象が国内であること
- ③離転職(意向)に対する適切な説明変数が示されていること
- ④設定した説明変数が目的変数(離転職(意向))に統計学的に有意な相関関係を示すこと
- ⑤分析対象の専門職データが複数の施設・機関から収集されていること

論文の選定に先立ち、離転職に関連する要因を詳細に検討するため、職務継続に関する論文

を除外した。その後、組み入れ基準を満たした論文を資料に、離転職（意向）の関連要因と解析方法を精査した。

Ⅲ. 結果

データベースを用いた検索で抽出した論文は632編であり、組み入れ基準を満たす論文の総数は53編であった（図1）。離転職（意向）の関連要因を整理すると、個人属性、心理的要因、組織要因、環境要因の4つに分類できた（表1～4）。なお、専門職種の内訳はMSW 3編、看護職48編、介護職3編（看護職と介護職を対象とする論文1編を含む）であった。

1. 個人属性と離転職（意向）の関連性

離転職（意向）と関連が確認された個人属性

は、年齢、性別、世帯状況、最終学歴、身体状態、経験年数、転職経験、職位、勤務状況、給与、担当病棟の11要因であった。

年齢に関して、真嶋ら（2014）はMSWを対象としたロジスティック回帰分析の結果、離職意向（オッズ比（以下、OR）：0.956, 95% Confidence Interval（以下、95% CI）：0.914-0.999, $p=0.0447$ ）および転職場意向（OR：0.905, 95% CI：0.836-0.980, $p=0.0135$ ）と負の関連があったことを報告している。その一方で、病棟看護師を対象に重回帰分析を行った研究（Tei-Tominaga et al. 2011）では離職・転職場意向（ $\beta=0.053$, $p=0.043$ ）、介護福祉士を対象に構造方程式モデリングを用いた研究（原野 2017）では離職意向（ $\beta=0.132$, $p<0.05$ ）および転職場意向（ $\beta=0.252$, $p<0.05$ ）との間に正の関連があったことを報告している。

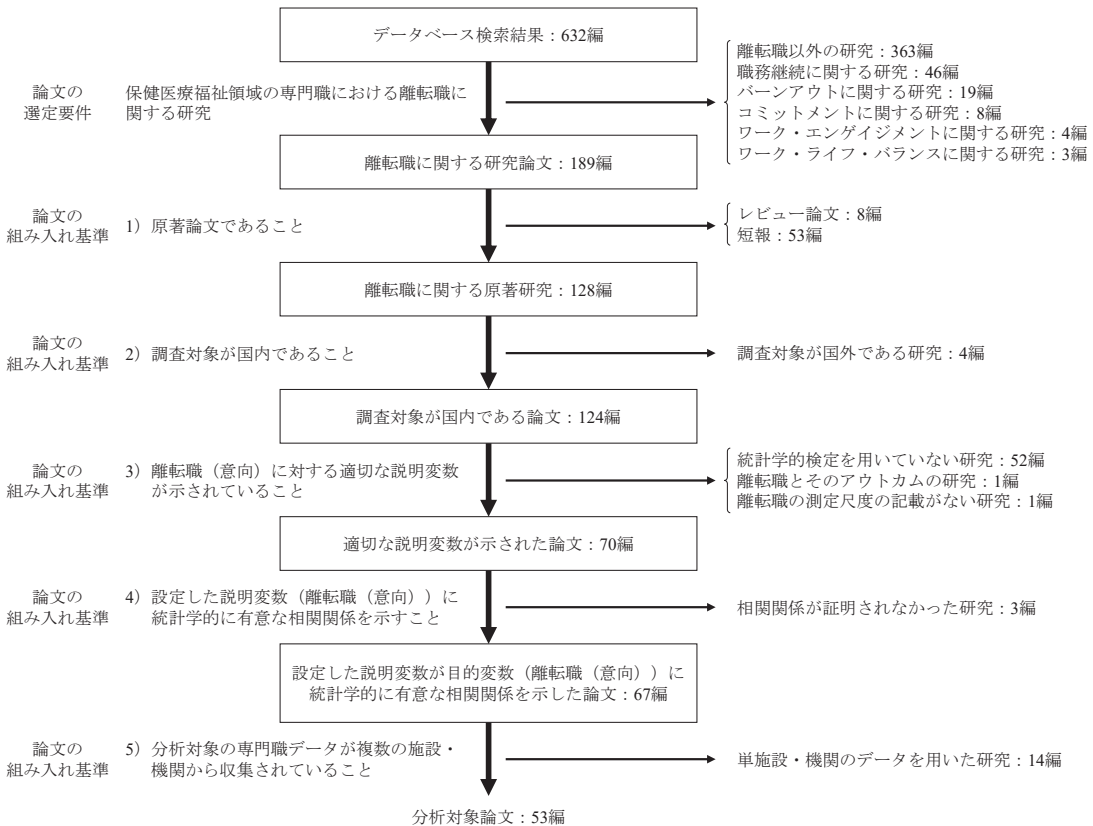


図1 論文の選定基準および選定方法

性別について柏原 (2016) は、介護福祉士において転職場経験をしている者は女性に多かったことを報告している (OR : 1.955, 95% CI : 1.054-3.626, $p=0.033$)。

離転職 (意向) に関連する世帯状況は、婚姻状況 (池田ら 2011; 渡邊ら 2011; 宮崎 2012)、子どもの有無 (渡邊ら 2010; 荒川 2011; 宮崎 2012; 白石ら 2013)、子どもの数 (山田ら 2017)、世帯人数 (宮崎 2012)、世帯収入 (宮崎 2012) と多様に検討されていた。病棟看護師を対象にカテゴリカル回帰分析を行った池田ら (2011) の研究では、婚姻状況が有意な負の関連を示し ($\beta = -0.29$, $p < 0.01$)、未婚である方が離職・転職場意向が高かったことを報告している。また、白石ら (2013) は χ^2 検定の結果、子どもがいる方が離職意向が有意に低かったことを報告している ($p < 0.01$)。

最終学歴に関しては Sajo ら (2016) によってロジスティック回帰分析を用いた検討が行われ、大学以上である場合において転職場意向が有意に低いことが確認されている (OR : 0.48, 95% CI : 0.27-0.85, $p=0.012$)。

身体状態について田邊ら (2011) は、離職・転職場意向との関連を重回帰分析により検討し、簡易版蓄積疲労徴候インデックス18項目を用いて測定した身体的疲労と正の関連を示したことを報告している ($\beta = 0.255$, $p = 0.008$)。

経験年数と離職率の関係について、病棟看護師を対象にロジスティック回帰分析を用い検討した結果、伊東ら (2017) は新卒に比して既卒が5.601倍 ($p=0.023$)、荒川 (2011) は1年経る毎に0.954倍 ($p=0.010$) 高かったことを報告している。

転職経験に関しては、宮崎 (2012) が40歳未満の正規職員および非正規職員、ならびに40歳以上の正規職員における離職意向との正の関連を確認している ($\beta = 0.415$, $p < 0.01$; $\beta = 0.494$, $p < 0.05$; $\beta = 0.455$, $p < 0.01$)。

職位に関して山口ら (2014) は、MSW を対象に構造方程式モデリングを用いて検討した結果、管理職であることが転職場意向に負の関連

を示したと報告している ($\beta = -0.10$)。

勤務状況について、柴田ら (2012) は χ^2 検定の結果、訪問看護師において常勤に比して非常勤である場合に離職を考える人が多いことを報告し ($p < 0.05$)、藤田ら (2010) はロジスティック回帰分析の結果、病棟看護師において夜勤回数が多いほど離職意向があることを報告している (OR : 1.60, 95% CI : 1.08-2.37, $p < 0.05$)。

給与については、渡邊ら (2010) によって病棟看護師1年目と5年目のいずれにおいても有意な負の関連があったことが示されている ($\beta = -0.14$, $p < 0.01$; $\beta = -0.31$, $p < 0.01$)。

担当病棟と離職・転職場意向の関連について池田ら (2011) は、Mann-Whitney の U 検定の結果、外来と救命救急 ($p < 0.05$)、内科病棟と整形外科病棟 ($p < 0.01$) など複数の病棟間で有意差があったことを報告している。

2. 心理的要因と離転職 (意向) の関連性

離転職 (意向) と関連が確認された心理的要因は、QOL、ワーク・ライフ・バランス、個人特性、心理状態、意欲、自尊感情、自己効力感、ストレス対処能力・特性、バーンアウト、職務満足、ワーク・エンゲイジメント、組織コミットメント、離転職意向、実践能力、業務負担感の15要因であった。

個人特性に関して、藤田ら (2010) はホープ尺度を用いて測定した目標指向性と離職意向の関連をロジスティック回帰分析により検討し、負の関連を確認している (OR : 0.79, 95% CI : 0.64-0.98, $p < 0.05$)。

心理状態について、金子 (2014) は CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) 日本語版により測定した抑うつの有無が、離職意向 (OR : 2.33, 95% CI : 1.96-2.77) および転職場意向 (OR : 2.23, 95% CI : 1.89-2.64) にそれぞれ関連していたことを報告している。

バーンアウトの測定には日本語版 MBI (Maslach Burnout Inventory) が用いられ、真嶋ら (2014) はその下位尺度である脱人格化

のみが MSW の離職意向と関連していた (OR : 1.216, 95% CI : 1.077-1.373, $p=0.0016$) ことを報告する一方で、大植 (2015) は情緒的消耗感 (OR : 1.14, $p<0.05$)、脱人格化 (OR : 1.17, $p<0.01$)、個人的達成感 (OR : 0.91, $p<0.05$) が病棟看護師の離職意向に関連していたことを報告している。

川内ら (2011) は、ワーク・エンゲイジメントを Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale により測定し、その下位尺度である Vigor (活力) および Dedication (献身) において離職意向の有無による差がみられたことを報告している ($p<0.05$)。

組織コミットメントと転職場意向に関して、MSW においては山口ら (2014) が構造方程式モデリングを用いた検討の結果、負の関連性 ($\beta=-0.66$) があったことを報告し、病棟看護師では Ishihara ら (2014) が相関分析により負の相関があったことを報告している ($\gamma=-0.56$, $p<0.001$)。

実践能力について高瀬ら (2015) は、看護実践能力自己評価と離職意向が入職 3、6、9、12ヶ月後のいずれの時点においても有意な負の相関があったことを確認している ($\gamma=-0.36$, $p=0.004$; $\gamma=-0.36$, $p=0.004$; $\gamma=-0.38$, $p=0.002$; $\gamma=-0.37$, $p=0.003$)。

3. 組織要因と離職（意向）の関連性

離職（意向）と関連が確認された組織要因は、組織属性、組織風土、組織の管理・運営体制、職場環境、職場教育、仕事の要求度、役割ストレス、職場内サポートの 8 要因であった。

組織属性に関して難波ら (2009) は、病床数が多いほど病棟看護師における転職場意向が高かったことを報告している ($\beta=0.110$, $p<0.05$)。また、Tei-Tominaga ら (2011) は病院の所在地が大都市であることが離職・転職場意向と有意な関連があったと述べている ($\beta=0.071$, $p=0.008$)。

職場環境の中でも職場の人間関係について、真嶋ら (2014) は上司との関係と MSW の転

職場意向が有意な関連を示していたことを報告し (OR : 3.113, 95% CI : 1.588-6.104, $p=0.0009$)、山住ら (2017) は職場の対人関係のストレスと病棟看護師の離職意向 (OR : 1.24, 95% CI : 1.05-1.46, $p=0.012$) および転職場意向 (OR : 1.67, 95% CI : 1.40-2.00, $p<0.001$) が有意に関連していたことを報告している。

職場教育と離職率の関連について西園ら (2009) は、病棟看護師を対象とした重回帰分析の結果、1人当たりの院内教育費が少ないほど離職率が有意に高かったことを報告している ($\beta=-0.50$, $p<0.05$)。

役割ストレスに関して、真嶋ら (2014) は MSW を対象としてロジスティック回帰分析を行った結果、離職意向に職務葛藤が有意に関連したことを報告し (OR : 0.477, 95% CI : 0.249-0.912, $p=0.0251$)、病棟看護師を対象として t 検定を行った瀬川ら (2010) は、離職意向に役割ストレス尺度の下位尺度である役割の曖昧さが有意に関連していたことを報告している ($p<0.05$)。

職場内サポートについて Tei-Tominaga (2013) は、ロジスティック回帰分析を用い上司・先輩からのサポートと離職・転職場意向の負の関連性を確認している (OR : 0.824, 95% CI : 0.691-0.981, $p=0.030$)。また Suzuki ら (2008) は、縦断研究によって同僚からのサポートがないことが離職のリスクを 1.63 倍高めていたことを報告している ($p<0.01$)。

4. 環境要因と離職（意向）の関連性

離職（意向）と関連が確認された環境要因は、職場外サポート、医療環境および社会背景の 3 要因であった。

職場外サポートに関して、山岸ら (2010) は χ^2 検定の結果、仕事をするための家族、親戚および友人等身内によるサポートの有無によって有意差がみられたことを報告している ($p=0.004$)。医療環境については、岡戸ら (2008) が都道府県別病院数と離職率の関連性を確認し

ている。社会背景について、藤原ら（2009）は常勤離職率を目的変数、地域特性指標を説明変数とした重回帰分析の結果、単独世帯割合（男性65歳以上）（ $\beta=0.316$, $p=0.006$ ）、核家族世帯割合（ $\beta=0.206$, $p=0.020$ ）、初婚年齢（女性）（ $\beta=0.407$, $p<0.001$ ）が関連していたことを確認している。

IV. 考察

1. 個人属性と離転職（意向）の関連性

年齢に関して、若いほど離転職意向が高いことを報告した研究（真嶋ら 2014；Sajio et al. 2016；山田ら 2017）もあれば、年齢が高いほど離転職意向が高いことを報告した研究（Tei-Tominaga et al. 2011；原野 2017）もあり、見解は一致していなかった。また世帯状況に関して、既婚であること（池田ら 2011；渡邊ら 2011；宮崎 2012）や子どもがいること（渡邊ら 2010；荒川 2011；白石ら 2013）と離転職者の割合もしくは離転職意向の低さが関係しており、家庭を有している人は離転職意向が低いと推察された。しかしながら、子どもの中でも幼児がいる場合においては離職意向が高いことを報告する研究（宮崎 2012）もあり、今後検討の余地がある。

離転職（意向）に経験年数が短いことが関係していると報告する研究（荒川 2011；白石 2013）がある一方で、長いことが関係していると報告する研究（渡邊ら 2011；伊東 2017）もあった。また、管理職の立場にあることが転職場意向を低めるとの報告も確認された（山口ら 2014）。経験年数を経ることは、職位をはじめ多様な変化が生じると想定されることから、今後はその長短のみならず交絡要因もふまえた検討が必要である。

勤務状況に関して、2交代制や3交代制といった勤務形態（池田ら 2011）、夜勤の有無（白石ら 2013）やその回数（藤田ら 2010；渡邊ら 2010；荒川 2011；渡邊ら 2011）などが関連していることが報告されているものの、これらは

看護職特有の業務形態・状況であり MSW を対象とした研究には援用し難い内容であった。また、看護職において担当病棟によって転職場割合または離転職意向が異なることが確認されたが（池田ら 2011；川内 2011）、MSW を対象とした先行研究（真嶋ら 2014；山口ら 2014；杉山ら 2017）では担当病棟の差異等をふまえた検討は行われていなかった。しかしながら、MSW においても各病棟における患者の疾病・病状および診療報酬の算定要件・施設基準等によって離転職（意向）が異なる可能性が考えられるため、今後検討が求められる。

2. 心理的要因と離転職（意向）の関連性

離転職（意向）と関連する心理的要因として挙げられた15要因のうち、MSW を対象にした研究（真嶋ら 2014；山口ら 2014；杉山ら 2017）ではストレス対処能力・特性、バーンアウト、職務満足、ワーク・エンゲイジメント、組織コミットメントの5要因のみしか確認されておらず、今後はこれら以外の10要因について関連性を検討する必要性が示唆された。また、自己効力感は病棟看護師の離転職意向の説明変数として有意に関連することが報告されていたが（池田ら 2011；竹内 2016）、これはワーク・エンゲイジメントの規定要因でありアウトカムであるとされている（島津ら 2012）。よって、今後の MSW を対象とした離転職研究では、関連要因のみならず各要因間の因果関係をも明らかにし、より具体的な介入策を検討することが求められる。

3. 組織要因および環境要因と離転職（意向）の関連性

個人が組織に所属しその一員となる時、ストレスに直面することは避けられず（田尾 2003）、ストレス反応を引き起こす。この反応は心理的・情動的反応、生理的・身体的反応、行動的反応に分類されるが、心理的・情動的な慢性反応は離転職意向に関連するため（岩田 1997）、離転職研究において組織ストレスの検

討は欠かせない。最も包括的な職業性ストレスモデルとされる NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) 職業性ストレスモデルでは、仕事上のストレッサーとして物理的環境、対人関係の葛藤、仕事のコントロール、量的な作業負荷など13項目を挙げ、これらが心身の健康に影響を及ぼすプロセスを仮定し、このプロセスに個人的要因、仕事外要因および緩衝要因が影響を及ぼすと考えられている (Hurrell et al. 1988)。本研究はヒューマン・サービス組織における専門職を対象としたが、提示された組織要因の多くは NIOSH 職業性ストレスモデルにおける仕事上のストレッサーと同様の内容であった。また、NIOSH 職業性ストレスモデルにおいて緩衝要因とされるソーシャルサポートに関して、上司や同僚からの職場内サポートが離転職意向と負の関連を示したことが報告され (Suzuki et al. 2006 ; Suzuki et al. 2008 ; Tei-Tominaga et al. 2009 ; Tei-Tominaga et al. 2010 ; 柴田ら 2012 ; Tei-Tominaga 2013 ; Ishihara et al. 2014 ; 村田ら 2014 ; Sajio et al. 2016)、家族や友人等による職場外サポートについても同様の結果が確認された (山岸ら 2010 ; 柴田ら 2012)。したがって、NIOSH 職業性ストレスモデルがヒューマン・サービス組織にも適用される可能性が示唆された。しかしながら、ヒューマン・サービス組織の多くは保健・医療・福祉の異なる職種別に形成された利害を同じくする専門職の集合体であり、そこには異質な集団間での競合関係が内在している (田尾 1995 : 17-22)。本研究において医師等の他職種との関係性を検討した研究は2編と少なく、加えていずれも看護職を対象とした研究であった (渡邊ら 2011 ; Ishihara et al. 2014)。よって、今後の MSW を対象とした離転職研究では、ヒューマン・サービス組織の特徴をふまえるとともに、組織における MSW の特異性等を考慮し他職種との関係性等を検討する必要がある。

また、時代背景やその影響性を考慮するため、介護保険制度の施行前後に報告された関連要因

を確認したところ、介護保険制度の施行以前の研究 (伊藤ら 1989) によって報告された個人特性、心理状態、職務満足、組織コミットメント、離転職意向、業務負担感、組織の管理・運営体制ならびに職場環境は、2000年以降に実施された調査研究においても確認されており、介護保険制度施行の影響性は考えられにくいと推察された。しかしながら、本研究において2000年以前の論文は伊藤ら (1989) による1編しか得られていないことから、時代の影響性を完全に否定できるものではなかった。時代背景やその影響性をふまえた検討を行うためには、今後の後続研究において定性的研究等を対象とした検討が必要になると考えられる。

V. 結論

本研究では、保健医療福祉領域の専門職における離転職 (意向) に関する要因を検討した論文に関し、組み入れ基準を設定し選定した53編の論文を精査した。その結果、離転職 (意向) に関連する37要因が確認され、それらは個人属性、心理的要因、組織要因、環境要因の4つに分類された。これらのうち、MSW を対象とした研究で関連が検討されていた要因は10要因であり、今後は未検討であった要因について本研究結果を参考に検証していく必要性が示唆された。特に、本研究では看護職を対象とした研究が多くを占めたものの、心理的要因に関しては MSW にも共通して関連する可能性が示され、今後の研究に援用することができるかと推測された。なお、多くの先行研究においてロジスティック回帰分析が用いられていたが、今後は他の分析方法を用いた検証も求められる。例えば、構造方程式モデリングでは、①直接観測できない潜在変数を導入し、因果関係の構造を分析することや②理論や先行研究の知見等を基に演繹的または帰納的に導き出した仮説モデルを用いて分析することなどが可能であり (山本 2002 : 5-6)、新たな示唆が得られると考えられる。

また、看護職では継続教育の受講が努力義務

化され、病院組織に占める従事者の割合が高い一方で、MSW において専門性の向上は倫理責任として規定されるにとどまり、その組織は小規模少人数である。さらに、看護職と MSW では業務内容のほか夜勤の有無等の勤務体制も異なる。よって、MSW を対象とした研究には本研究から得られた組織要因に関する知見は援用し難く、MSW の特徴をふまえた検討を行う必要がある。とりわけ、MSW の援助活動が第 2 次分野の福祉実践であることから、役割の曖昧性に関する検討が必要だと考える。この点に関して先行研究（真嶋ら 2014）では、離転職（意向）と関連が確認された役割ストレスの測定において介護職を対象に作成された尺度を援用しており、MSW の実態を適切に反映しているか否かについて検討の余地を残している。また、現状では MSW の所属組織の現状や実態についての報告は少なく、十分な調査や議論が行われていない。そのため、今後の課題として、まずは MSW を対象にインタビュー調査等を実施することが求められる。そして、得られた内容を基に離転職（意向）に強く関連する要因や要因間の因果関係を解明することが可能となれば、MSW の離転職への介入策の検討に寄与できるものと考えられる。なお、MSW の離転職（意向）に関する研究について、その進展が期待されるなかで、僅少なながらも先行研究の知見を精査し、加えて他専門職の知見を参考にし、現在の到達点と今後の課題を提示できたことは本研究の成果であったといえる。

本研究の結果、先行研究では離転職意向の測定に関して独自に設定した項目が用いられ、その多くが 1 項目のみで構成されていたことが確認された。質問項目がひとつしかない場合、被検者の回答時の気分によって結果が左右され、その変動が測定結果に直接現れる危険性がある（村上 2006：2-3）。よって、複数項目から成る信頼性と妥当性を備えた測定尺度の検討も今後の課題である。同時にその測定においては、MSW の離転職の特異性をふまえ、法人内移動や職種変更等を考慮することも求められる。

文献

- 荒川千秋 (2011) 「女性看護師の離職に関連する要因——関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から」『日本看護研究学会雑誌』34(1), 85-92.
- 安東由佳子・片岡 健・小林敏生・ほか (2013) 「神経難病病棟に勤務する看護職の精神的健康および行動的ストレス反応と心理的ストレス反応の関連」『ストレス科学』28(2), 132-140.
- 藤原奈佳子・勝山貴美子・宮治 眞・ほか (2009) 「病院看護職員離職率と地域特性としての医療環境および社会的背景との関連」『社会医学研究』26(2), 87-96.
- 藤田優一・藤原千恵子 (2010) 「小児看護を実践する看護師の属性、個人特性、職務ストレスが離職願望に与える影響——小児病棟と成人との混合病棟での分析と比較」『日本看護研究学会雑誌』33(2), 85-94.
- 古屋肇子・谷 冬彦 (2008) 「看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討」『日本看護科学会誌』28(2), 55-61.
- 原野かおり (2017) 「介護福祉士が受けるハラスメントと職務・職場継続意向の関連」『厚生生の指標』64(6), 29-35.
- 保正友子 (2013) 「医療ソーシャルワーカーの業務継続中断を規定する個人と環境との相互作用に関する研究枠組み」『立正社会福祉研究』15(1), 27-33.
- Hurrell, J. J. and McLaney, M. A. (1988) Exposure to job stress: A new psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 14(1), 27-28.
- 池田道智江・平野真紀・坂口美和・ほか (2011) 「看護師の QOL と自己効力感が離職願望に及ぼす影響」『日本看護科学会誌』31(4), 46-54.
- Ishihara, I. (2014) Effect of organizational

- factors and work environments on newly graduated nurses' intention to leave, *Japan Journal of Nursing Science*, 11(3), 200-210.
- 伊東美奈子・光永悠彦・井部俊子 (2017) 「病院における既卒看護師の採用と早期離職に関する全国調査——新卒採用者との比較からの考察」『日本看護科学会誌』37, 254-262.
- 伊藤聖子・柿宇土敦子・小原さえ子・ほか (1989) 「新人ナースの離職願望とその要因——個人と職場に関する要因に焦点を当てて」『日本赤十字社幹部看護婦研修所紀要』5, 29-42.
- 伊藤てる子・金子さゆり (2012) 「小児科看護師の抑うつ傾向が医療安全と離職意図に及ぼす影響」『日本赤十字九州国際看護大学紀要』11, 1-9.
- 岩田 昇 (1997) 「主観的ストレス反応の測定」『産業ストレス研究』5, 7-13.
- 金子直美・小長谷百絵 (2017) 「介護老人保健施設で働く看護職の離職意向に影響を及ぼす因子——ワーク・エンゲイジメントに注目した介入を目指して」『昭和学会誌』77(2), 170-180.
- 金子さゆり (2014) 「急性期病棟で働く看護師の抑うつ傾向と医療安全および離職意図との関連」『名古屋市立大学看護学部紀要』13, 19-25.
- 柏原正尚 (2016) 「介護福祉士の離職行動に影響を及ぼす要因——介護福祉士養成施設卒業生アンケート調査による分析」『介護福祉学』23(2), 137-144.
- 樫原理恵・長谷川智子 (2011) 「看護師の組織文化に対する認識と離職行動への影響に関する分析」『日本看護管理学会誌』15(2), 126-134.
- 柏木聖代・田宮菜奈子・村田昌子 (2009) 「訪問看護ステーションにおける看護職員の採用・離職の実態と職員増減の関連要因」『プライマリ・ケア』32(4), 209-217.
- 川内恵美子・大橋一友 (2011) 「二次医療圏の国公立病院で働く助産師・看護師の Work Engagement 及び職務満足度と離職意思の関係」『日本看護管理学会誌』15(1), 39-46.
- 厚生労働省 (2002) 「医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省健康局長通知)」 (http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf?id=0429232000, 2018. 7. 18)
- 厚生労働省 (2005) 「平成17年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況」 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/05/kekka1-4.html>, 2018.7.19)
- 厚生労働省 (2016a) 「平成28年度版厚生労働白書——人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える」 (<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>, 2018. 7. 18)
- 厚生労働省 (2016b) 「平成28年国民生活基礎調査の概況」 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>, 2018. 7. 18)
- 厚生労働省 (2016c) 「平成28年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況」 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/02_02.pdf, 2018. 7. 19)
- 真嶋智彦・山川敏久 (2014) 「医療ソーシャルワーカーの離職意向の要因に関する研究——東北地方の MSW を対象とした調査をもとに」『医療と福祉』95, 47(2), 43-52.
- 宮崎 悟 (2012) 「女性看護師の就業意識に関する実証分析」『日本医療・病院管理学会』49(3), 147-157.
- 村上宣寛 (2006) 『心理尺度のつくり方』北大路書房.
- 村田尚恵・分島るり子・長家智子 (2014) 「就職6ヵ月後の新卒看護師の職業性ストレス

- と離職願望との関連性の検討」『インターナショナルNursing Care Research』13(3), 91-99.
- 水田真由美・上坂良子・辻 幸代 (2004) 「新卒看護師の精神健康度と離職願望」『和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要』7, 21-27.
- 難波峰子・矢嶋裕樹・二宮一枝 (2013) 「Organizational Climate, Organizational Commitment and Intention to Leave among Hospital New Nurses in Japan」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』19(1), 1-7.
- 難波峰子・矢嶋裕樹・二宮一枝・ほか (2009) 「看護師の組織・職務特性と組織コミットメントおよび離職意向の関連」『日本保健科学学会誌』12(1), 16-24.
- 西園民子・平井さよ子・飯島佐知子・ほか (2009) 「A県下における院内教育の成果に影響する要因の分析——院内教育の構造・過程との関連」『日本看護管理学会誌』13(2), 58-65.
- 緒方泰子・永野みどり・福田 敬・ほか (2011) 「病棟に勤務する看護職の就業継続意向と看護実践環境との関連——The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index(PES-NWI)日本語版の応用」『日本公衆衛生雑誌』58(6), 409-419.
- 小木曾加奈子・阿部隆春・安藤邑恵・ほか (2010) 「介護老人保健施設におけるケアスタッフの仕事全体の満足度・転職・離職の要因——職務における9つの領域別満足度との関連を中心に」『社会福祉学』51(3), 103-118.
- 大植 崇 (2015) 「看護師におけるバーンアウトと離職の意思との関連性」『兵庫大学論集』20, 11-18.
- Ohue, T., Moriyama, M. and Nakaya, T. (2011) Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses, *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 76-86.
- 岡戸順一・坪井塑太郎 (2008) 「GISを用いた都道府県単位の看護職員離職率の地図化および地域格差の検討」『厚生指標』55(7), 21-27.
- 鬼澤典朗・松永保子 (2011) 「新卒看護師の蓄積的疲労徴候と離職願望の関連——新卒保健師および新卒歯科衛生士との比較」『日本看護研究学会雑誌』34(4), 45-53.
- Saijo, Y., Yoshioka, E. and Kawanishi, Y., et al. (2016) Relationships of job demand, job control, and social support on intention to leave and depressive symptoms in Japanese nurses, *Industrial Health*, 54, 32-41.
- 瀬川有紀子・石井京子 (2010) 「中堅看護師の離職意図の要因分析——役割ストレスと役割業務負担感の関連から」『大阪市立大学看護学雑誌』6, 11-18.
- 柴田滋子・川名ヤヨ子 (2013) 「訪問看護師が離職を考える理由と職場内・外サポート体制との関連」『了徳寺大学研究紀要』7, 113-120.
- 島津明人・江口 尚 (2012) 「ワーク・エンゲイジメントに関する研究の現状と今後の展望」『産業医学レビュー』25(2), 79-97.
- 白石葉子・灘波浩子・岡本恵里・ほか (2013) 「三重県における看護職員の離職の意志と職場環境との関連」『三重県立看護大学紀要』17, 35-45.
- 杉山明伸・保正友子・植木博之・ほか (2017) 「医療ソーシャルワーカーの業務継続意向の関連要因に関する研究」『医療と福祉』102, 51(1), 53-61.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M. and Nikolaus, T., et al. (1999) Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review, *Social Science & Medicine*, 48, 445-469.

- Suzuki, E., Itomine, I. and Kanoya, Y., et al. (2006) Factors Affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals, *Journal of Occupational Health*, 48(1), 49-61.
- Suzuki, E., Itomine, I. and Saito, M., et al. (2008) Factors affecting the turnover of novice nurses at university hospitals: A two year longitudinal study, *Japan Journal of Nursing Science*, 5(1), 9-21.
- 高瀬美由紀・井場ヒロ子・藤井宝恵・ほか (2015) 「新卒看護師の看護実践能力とその向上度が離職意思に与える影響」『日本職業・災害医学会会誌』63(1), 14-18.
- 竹内久美子 (2016) 「新卒看護師の「やめたい」気持ちと「自己効力感」の変化」『千葉県立保健医療大学紀要』7(1), 3-9.
- 田邊智美・岡村 仁 (2011) 「看護師の離職意向に関連する要因の検討——緩和ケア病棟における調査結果をもとに」『Palliative Care Research』6(1), 126-132.
- 田尾雅夫 (1995) 『ヒューマン・サービスの組織——医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社.
- 田尾雅夫 (2003) 「組織ストレスのマネジメントのための理論的枠組みを考える」『人間環境学研究』1(2), 9-14.
- Tei-Tominaga, M. (2013) Factors related to the intention to leave and the decision to resign among newly graduated nurses: a complete survey in a selected prefecture in Japan, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(4), 293-305.
- Tei-Tominaga, M. and Miki, A. (2010) A Longitudinal Study of Factors Associated with Intentions to Leave among Newly Graduated Nurses in Eight Advanced Treatment Hospitals in Japan, *Industrial Health*, 48(3), 305-316.
- Tei-Tominaga, M., Miki, A. and Fujimura, K. (2009) A cross-sectional study of factors associated with intentions to leave among newly graduated nurses in eight advanced treatment hospitals: job stressors, job readiness, and subjective health status, *日本公衆衛生雑誌*, 56(5), 301-311.
- Tominaga, M. T. and Miki, A. (2011) Factors associated with the intention to leave among newly graduated nurses in advanced-treatment hospitals in Japan, *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 33-46.
- 富永真己・西村美八 (2015) 「看護職員の人材確保の取り組みの実態と、確保と定着の困難さ及び離職率との関連——A県の施設の全数調査」『日本医療・病院管理学会誌』52(4), 209-219.
- 鳥原真紀子・中西睦子 (2008) 「救命救急センター看護師の離職願望と職務満足、組織コミットメントとの関係」『国際医療福祉大学紀要』13(2), 16-24.
- 塚本尚子・野村明美 (2007) 「組織風土が看護師のストレス、バーンアウト、離職意向に与える影響の分析」『日本看護研究学会雑誌』, 30(2), 55-64.
- 渡邊里香・荒木田美香子・清水安子・ほか (2011) 「若手看護師における退職の予測要因の検討」『本看護管理学会誌』15(1), 17-28.
- 渡邊里香・荒木田美香子・鈴木純恵 (2010) 「若手看護師の離職意向に関連する個人要因と組織要因の検討——1年目と5年目の比較」『日本看護科学会誌』30(1), 52-61.
- 山田桜子・伊東美佐江・掛田崇寛・ほか (2017) 「中小規模の病院に勤務する看護師の基本属性とライフスタイルおよび離職意向の関連」『厚生指標』64(7), 21-26.

- 山岸洋子・輪島裕子 (2010) 「奥能登地域における公立病院看護職者の定着性と職務満足に関する実態調査」『看護実践学会誌』22 (1), 42-47.
- 山口麻衣・山口生史・高山恵理子・ほか(2014) 「医療ソーシャルワーカーの組織コミットメントと離職意図との関連」『社会福祉学』55(2), 1-10.
- 山川敏久 (2009) 「医療ソーシャルワーカーの退職に至る要因——入職1年以内に退職を決めた事例」『東北福祉大学研究紀要』33, 119-128.
- 山本嘉一郎 (2002) 「第1章 共分散構造分析とその適用」山本嘉一郎・小野寺孝義編『Amosによる共分散構造分析と解析事例』(第2版), ナカニシヤ出版, 1-22.
- 山住康恵・北川 明・安酸史子 (2017) 「就職後6ヶ月目の新人看護師の離職願望に影響する要因に関する研究」『共立女子大学看護学会誌』4, 9-17.

**A Systematic Literature Review for Turnover-Related Factors among Professionals
in the Field of Health and Social Welfare
—Towards the Studies on Turnover of Medical Social Workers—**

Ayumi Kuramoto

Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

The purpose of this study was to clarify the current level of research as well as implications for future research by investigating the extant of literature on turnover-related factors among professionals in the field of health and social welfare.

I conducted a systematic literature review of studies published between 1983 and 2018 using the database (Ichushi) that reported statistical associations between some stressors and turnover (intension) among professionals in the field of health and social welfare. Consequently, 53 articles met the selection criteria among 632 articles, and most of those subjects were nurses. Turnover (intension)-related factors were classified into four: personal attribute, psychological factor, organizational factor and environmental factor. The χ^2 test, *t*-test, Mann-Whitney test, correlation and regression analysis were used to examine those factors.

Further study is suggested to confirm the causal relationship of more than two variables using structural equation modeling.

Key words: Professionals in the field of health and social welfare, Turnover, Systematic literature review

「医療社会福祉研究」投稿規定

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

〒550-0001

大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

日本医療社会福祉学会事務局

電話：06-6441-5260

E-mail jsswh@a-youme.jp

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて15,000字以内とする。(字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる)。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
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. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領(引用法)」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。

日本医療社会福祉学会『医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル
----	------	------

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

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

II 掲載についての評価 (該当する項目 1つ に○をおつけください)

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

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

「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

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

「実践報告」「調査報告」

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

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

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

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

「研究論文」

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

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

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

注、文献、付記など

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

編集後記

2018年度より編集委員に加えていただきました。不慣れなことも多い中、編集委員の先生方と事務局の方々のお支えで、学術誌の発行に至るまでのプロセスを学びつつ微力ながら携わらせていただきました。そして、ここに『医療社会福祉研究』第27巻をお届けできますことを嬉しく思います。

今回は、まず第28回日本医療社会福祉学会大会について掲載しております。大会のテーマは『「聴く」ことの再考—ソーシャルワークにおける今日的意味—』です。藤井美和先生に死生学の立場から基調講演をいただきました。さらにシンポジウムは、東日本大震災において死別を経験された方々の語りを聴くこと、MSWとして聴くこと、高次脳機能障害の支援を通して聴くことといった多様な視点がシンポジストから提示され、改めて「聴く」ことを考える場となりました。第28回大会は台風のために来場できなかった方も多かったかと思います。本巻を通じて、大会にふれていただければ幸いです。

また論文2本が掲載されております。投稿された論文の中には残念ながら掲載に至らなかったものもありますが、査読のプロセス自体が今後の研究に資するものであったという投稿者の声に、改めて査読を丁寧に進めていくことの大切さを感じました。編集委員会では、投稿者、査読者を始めとする会員の方々からのご意見等を取り入れて、投稿者が確認事項を投稿時に点検できるチェックリストを作成することなどを検討しております。論文の投稿、査読がよりしやすい仕組み作りを行って環境を整えていきたいと思っております。

なお本誌は2019年度の第28巻より、一般社団法人日本保健医療社会福祉学会による学会誌「保健医療社会福祉研究」と名前を変えて発刊致します。学会員の皆様に、また学会の発展のためにも、より良い内容をお届け出来ますように努めてまいります。

今後とも何卒よろしく願い申し上げます。

2019年3月

高瀬 幸子 (文責)
高山恵理子
小西加保留

医療社会福祉研究 第27巻

発行日 2019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）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

電話：06-6441-5260

E-mail：jsswh@a-youme.jp

発行責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 小西加保留（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2019

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 27

Keynote Speech

The Meaning of “Listening”:

From the Viewpoint of the Shisei-Gaku (Thanatology) Miwa Fujii

Symposium

Reconsideration of “Listening” —The Meaning in Social Work—

The Suffering of the Bereaved Who Survived the Great East Japan

Earthquake and Tsunami Yuko Yasui

Thinking through 30years Experience of My Social Work Practice

..... Mariko Kawaguchi

Significance of Listening Practice in Medical Social Work

..... Maho Hayashi

Discussion

Articles

Analysis of Patient Characteristics and Patient Support with Social High

Risk in the Recovery Rehabilitation Unit Jiro Sakakibara

A Systematic Literature Review for Turnover-Related Factors among

Professionals in the Field of Health and Social Welfare

—Towards the Studies on Turnover of Medical Social Workers—

..... Ayumi Kuramoto

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)