

北海道社会福祉研究

第40号

〈論文〉

ホームヘルパーは「重度知的障害者」との関わりをどのように経験しているのか？

ー現象学的アプローチによる記述と分析を通してー

久野 真知子・・・ 1

成年後見人等による医療同意の現実と同意権付与を可能にする諸条件

ー社会福祉士の後見実務に関するインタビュー調査からー

堀田 満生 鈴木 道代
・・・ 14

〈調査報告〉

北海道旭川市の精神保健医療福祉の形成過程における精神保健ソーシャルワークの所在

永井 順子 松浦 智和
・・・ 26

いじめ被害経験を有する学生のリジリエンス資源

米田 龍大 中村 和彦 志渡 晃一 大友 芳恵
・・・ 38

編集規定・投稿規定・執筆規定・査読報告書 ・・・・・・・・ 45

編集後記 ・・・・・・・・ 47

2020年3月

(社) 日本社会福祉学会北海道地域ブロック

北海道社会福祉学会

【論文】

ホームヘルパーは「重度知的障害者」との関わりを どのように経験しているのか？ —現象学的アプローチによる記述と分析を通して—

How do home-helpers experience relationships with
"people with profound intellectual disability"?
: Description and analysis by phenomenological approach

久野真知子（北星学園大学社会福祉学研究科博士後期課程）

要旨：

本研究の目的は、ホームヘルパーが、明確な言葉で自らの思いを語ることのない「重度知的障害者」との関わりをどのように経験しているのか記述し、分析を加えることである。

調査方法は、同行訪問による参与観察とインタビューである。3名のホームヘルパーより得られたインタビューデータから逐語録を作成し、現象学的アプローチによって記述、分析した。その結果、(1)訴えが見える、(2)見守りができるようになる、(3)「自分」を出し合えるようになる、(4)「不安」に留まっていられる、というホームヘルパーたちの経験が明らかとなった。これらの経験は、介助の方法や技術に関すること、というよりはむしろ、目に見える介助行為に至る手前で生起している経験であり、「重度知的障害者」と関わるホームヘルパーの実践が、いかなる固有の意味経験の上に成り立っているのかを捉える一助となったと考えている。

Keywords：重度知的障害者，ホームヘルパーの経験，現象学的アプローチ

I. はじめに

重度の知的障害があり、明確な言葉で自らの思いを語ることの無い人たちがいる。彼らにとって、「自分の家で暮らす」、「学校・仕事に行く」、「遊びに行く」等々、私たちが日々当たり前のように送っている生活は、何らかの介助を継続的に受けることによるのみ可能となる。関わる側は、相手からの明確な意思表示が無い中であって、彼らが発する声の大小、表情の変化、動作、視線など、小さなサインを察知できるよう気を配る。また、<いま/ここ>の姿だけでなく、前後の文脈も辿りつつ、その小さなサインの意味を自問しながら関わる。このような関わりは、何か特別なニーズに基づくものではない。「重

度知的障害者」¹⁾にとって介助を受けることは、困り事が生じたことへの一時的な対処ではなく、日常生

活の営みそのものである。

精神薄弱者福祉法（現知的障害者福祉法）制定以降、知的障害者に対する福祉施策は、その障害特性から「できなさ」に焦点をあて、その施策の中心であった入所施設において、彼/彼女らは、常に対象化され、指導、訓練、援助の「受け手」の位置に置かれてきた。その後、ノーマライゼーション思想、国際障害者年等の影響を受けながら、施設処遇の改善、措置制度から契約制度への転換、そして、2006年に施行された障害者自立支援法では「地域移行」を明確に打ち出し、援助の場を「施設から地域へ」とシフトさせていく。このような援助の「場」の転換とともに、一律の日課に沿った集団的支援から個別的支援へと、「援助関係」の転換も模索していくことになる。

この、地域生活における「新しい援助関係」に関する先行研究を概観してみると、大きく3つの転換

を捉えることができる。第一に、本人の『『する能力』から『存在する』こと自体に視点を変えることによる援助関係の転換』（中野 1998：48）である。入所施設における集団生活は、職員と入所者を「管理 - 被管理」という関係に位置づけてきた（鈴木 2004：17）。そして「知的障害」というインペアメントに焦点を当て、知的障害の「程度」に応じた治療・教育、ADLに応じた指導・訓練等を実施してきたのである。そこに、個々の「生活」あるいは「生活する人」という視点は見出しにくい。

鈴木は、本人が、自分自身の人間存在としての価値を自覚できるように支援する「認識の支援」の重要性（鈴木 2004:14）を提起している。知的障害者を、固有の「生」を生きる一人として捉えることは、多様な「生」のあり様を肯定することであり、「異なった主体の位置を認めること」は、新たな援助関係を構築していく可能性がある（松倉 2001:1）。このような視点の転換は、援助を必要とすることにステイグマを付与しない。

第二に、一方向的な援助の提供者-受け手という関係から、「共働」を指向する関係性への転換である。清水は、「共同行為は、＜互いに向かい合う＞と＜共に何かに向かう（何かに与る）＞との相互交替を通して遂行される」とし、提案する時は向かいあい、提案された行為に対しては共に向かうやりとりによって、両者は合意に至るといふ（清水 2000:135）。そして古井は、本人の希望、ニーズに対して、その順序を「〇〇ができるようになったら」という「ステップ方式」ではなく、活動の提案と実施を互いに確認しながら進めていく「選択肢形成サイクル」を提起している（古井 2009:41）。このように一方的に援助を「提供する側-受ける側」から、「共働」へと関係性を転換するとともに、支援者の立ち位置も、向かいあいつつ、時に、横並びで同じ方向を向くような柔軟性を見出すことができる。知的障害者を客体化するとき、支援者は状況を外側から眺めるような位置に留まる。しかし、ここで述べられてきた新たな援助関係においては、支援者もその状況に関与し、経験を共にするような立ち位置へと変化している。このような関係のもとであれば、意思決定の結果もまた、関与した者たちで共に引き受け、知的障害者本人のみに帰することはなくなるのではないだ

ろうか。

第三に、固定的関係から可変的關係への転換である。沖倉は、「ワーカーは当事者を固定的、静的に捉えず、可變的、動的な存在として関わっていくことが重要」であり、「臨床場面との呼応による臨機応変性が求められる」と述べている（沖倉 2012:239）。また鈴木は、「表現の支援」として、彼らの、言語によらない「身体の微妙な表現」から何を伝えたいのか想像し、解釈し、応答する能力や感性が問われること、そのような支援を行うためには、彼らとの継続的な人間関係が必要であることを示唆している（鈴木 2004:21）。この鈴木を示唆は、「相手のかたわらにあつてコミュニケーションを保ち続ける（沖倉 2012:237）」こと、「知的障害者が安心できる信頼関係を基盤とし、自己選択のプロセスに寄り添いつつ、一緒に考える関係（植戸 2011:154）」とも共通しており、「過程」に寄り添う支援のあり方を見出すことができる。

先行研究が捉えた「新しい援助関係」とは、普遍的な支援のあり方を提起すると同時に、固有の生活を捉え、固有の関係性を見出そうとしていると言える。それは、構造的な面接によるアセスメントでは捉えきれない生活のあり様への接近を示唆するものである。特に、継続的な介助を必要とする「重度知的障害者」にとって、どのような関係性の中で生きていくのかは極めて重要であり、視点の転換等、援助関係の枠組みの提起に留まることなく、関係性の内実を捉えた実証的な研究が求められていると言える。なぜなら、「重度知的障害者」が「自分の家」で暮らしながら、支援の対象者として受動的な存在という位置に留められてしまうならば、住む場所が「地域」へ移動しても、生活の内実は変わらず、むしろ「家」という、より小さく見えにくい私的な空間の中で、生活はさらに閉ざされる危険性を孕んでいるからである。

このような問題意識を踏まえ、本研究では、地域における個別的支援の中心的な担い手であり、施設ではなく、本人の自宅で支援に携わるホームヘルパーの経験に焦点をあて、ホームヘルパーが「重度知的障害者」との関わりをどのように経験しているのか記述し、分析を加えることを目的とする。

II. 研究方法

1. 経験を記述、分析する方法としての現象学的アプローチ

本研究において捉えようとしている、「重度知的障害者」と関わるホームヘルパー（以下ヘルパー）たちの経験は、言語によらない本人の様々な表出を、本人からの何らかの意思として受け止めようとするヘルパーの態度や意識の働きであり、その受け止め方によってヘルパー自身の行為が決まってくるような経験である。そのため、例えば先輩ヘルパーが新人ヘルパーに関わり方を伝えようとする時、「(相手を)見てればわかるよ」としか言い表せず、自分がどのようにそこにいるのか、その行為の意味を他者に語ることは難しい。それは、人称的關係性のもとで育まれた「実践知」とも呼べるものであり、「10cm左手が上に動いたからトイレに行きたいのかな」というような根拠を自覚した行為ではなく、ヘルパーの身体が自然と動くような、無意識の内に文脈を辿るような経験である。

このような経験の「意味」に着目し、意味経験の成り立ちを明らかにしようとする哲学が「現象学」であり（榎原 2014 : 2）、近年、この現象学的方法を用いた研究が看護領域で蓄積されている。現象学的看護研究に取り組む西村は、看護師たちの経験に照らして、「自覚していなかったことは、体験され、身体化されているかもしれないが、明確な言語化には至っていない事柄である」と述べる（西村 2014 : 109）。現象学的研究は、意識的でない経験を明らかにすることに適しており（松葉 2014 : 2）、一人の語りを、語り手が抱える文脈の絡み合いを大事にしながらから単独で分析して、そのなかに潜む構造を取り出そうとする（村上 2013 : 345）。筆者は、この現象学の知見や方法を用いた現象学的方法であれば、目に見える介助行為の提供に留まらない「重度知的障害者」と関わるホームヘルパーの経験を捉えることができるのではないかと考える。

2. 調査概要

1) 調査方法と具体的な分析の手続き

研究協力者の選定は、西村(2001:50)の「語り手に要求されること」²⁾を参考に、某市内の居宅介護事業所に勤務するヘルパー3名に協力を依頼し、了承を

得た。

Z居宅介護事業所（以下Z事業所）は、支援費制度以前に設立され、入所施設のように決められた日課ではなく、本人が「今やりたいことを、今できるように」するために立ち上げた事業所である。また、X居宅介護事業所（以下X事業所）は、利用者の多くが、重度の知的障害に加え、重度の身体障害を併せ持っている。相談支援事業所を通じて、このX事業所に勤務し「ヘルパーの仕事が好き」と語るCヘルパーの存在を知り協力を依頼した。

調査方法は、参与観察とインタビューである（表1）。ヘルパーたちの語りの文脈を理解するため、インタビューと併せて、サービス提供場面（事象が生み出されている「場」）での参与観察を実施した。得られたインタビューデータを基に、個人、場所が特定されないよう加工し、仕草なども書き込んで、逐語録を作成した。それを何度も読み返すことによって、全体の雰囲気や流れを捉えた。そして、西村（2014:122）、村上（2013:342）らの視点を参考に、主語・述語に注意し、文脈を辿りながら経験を記述した。その際、既存の言葉に当てはめることのないよう、ヘルパーが、自らの関わりをどのように経験しているのか、という問いを常に置き、逐語録との行き来を繰り返しながら、語りの中の要素を見出し、要素と要素の関係やその背景を捉えるよう留意した。

尚、研究協力者に対しては、分析結果を提示し、記述内容と経験が一致しているかどうか確認している。

2) 倫理的配慮

研究、調査内容、取り扱いについて居宅介護事業所、研究協力者に趣旨説明を口頭、研究協力依頼書にて行い同意を得た。また、参与観察の実施については、居宅介護事業所を通して、利用者の家族から同意を得ている。

本文中の記載に際しては、研究協力者及び、利用者が特定されないよう、無作為のアルファベット、記号等を使用した。

表 1：研究協力者・調査概要一覧

研究協力者	参与観察日時	インタビュー実施日・時間
A (Z 事業所)	2014 年 6 月 20 日 (15:15~19:30)	2014 年 7 月 14 日 (1 時間 40 分) 2014 年 8 月 7 日 (2 時間 20 分)
B (Z 事業所)	2015 年 3 月 26 日 (15:15~20:00)	2014 年 7 月 14 日 (40 分) 2014 年 8 月 19 日 (3 時間)
C (X 事業所)	2014 年 11 月 11 日 (15:45~19:00)	2014 年 11 月 17 日 (2 時間 10 分)

Ⅲ. 結 果

作成した逐語録，参与観察時に見聞きしたことを基に，ヘルパーたちの細かな言い換えや，言い淀みなどにも留意し，意識的に語られたままではなく，その語りの文脈を捉えつつ分析した結果，「1. 訴えが見える」，「2. 見守りができるようになる」，「3. 『自分』を出し合えるようになる」，「4. 『不安』に留まっていられる」という 4 つの経験が明らかとなった。

1. 訴えが見える：A ヘルパーの経験から

Z 事業所を利用している Y さんは 19 歳の男性で，「あー」，「いー」というような声，腕や手の振り，身を乗り出すような動作等で何かを訴えている。Y さんは，Z 事業所を小学生の頃から利用しており，A ヘルパー（以下 A さん）とは 10 年程の付き合いになる。A さんは，Y さんとの関わりについて，他のヘルパーから，「こういう時どうしたらいいですか」と聞かれても，具体的なアドバイスは難しく，「見てればわかるよ」としか言えないという。

A: 基本，利用者さんからの訴えを待っている部分はあるので，利用者さんをじっくり見ると，訴えが…何かを訴えてるってことには，まず気づけるかなって言う部分では，まずは利用者さんを見てほしいってところと，…<中略>…多分今，一瞬の手の動きで，何かを訴えたっていうのは読み取っている部分が多分あると思うんですね…付き合ってる中で，…<中略>…で今(Yさんが)手挙げただけで見えた？っていう感じで…<中略>…彼は訴えてくれるので…<中略>…だからその小さなサインを見逃していると，気付いたとき

には怒ってる，っていう場面はありますよね

※ゴシック体表記は逐語録からの引用箇所。下線は，分析の手がかりとした語り。

A さんは，ヘルパーの仕事は「基本，利用者さんからの訴えを待っている」ことだと言う。「利用者さん」という表現からは，これが Y さんとの関わりに限られたことではなく，ヘルパーとしての基本的な姿勢のようなものであることが分かる。

まず，Y さんが「訴えてくれる」人であるということ，このような A さんの捉えが，「Y さんを見る」という行為へと A さん自身を促すのである。新人ヘルパーへの引き継ぎ場面を思い起こしながら A さんは，「で，今 (Y さんが) 手挙げただけで見えた？っていう感じで」と語る。Y さんが手を挙げたという行為を，新人ヘルパーも見えていたかもしれない。しかし，手が上がったという動きを見ることと，それを Y さんの何らかの訴えとして受け取ることとは経験が異なる。

A: 今までの経験上，多分今手挙げたのは，なんか，お茶がほしいとかビデオ変えてほしいとか，…<中略>…なんていうんでしょう，手を見てとか，顔を見てっていうとそこだけになってしまうので…<中略>…想像つきますよね，一振りていرونなことを訴えている，場面場面でこちらが何を受け取るかって言う部分，ですよ

A: 普段食べる量を考えると，もう食べたくないっていう，口の閉じじゃないなっていう，じゃあこっちゃんっていう

A: こっちゃん，みたいな，探るみたいなの…感じですかね。…彼はサインを出してくれているので，そこをなるべく見逃さないように，って，で，このサイン

はなんだろうから始まるじゃないですか

Aさんは、Yさんとの関わりを10年ほど積み重ねている。「今までの経験」とは、その10年という時間の中で育まれてきたものだ。Yさんの腕の「一振り」や、「口を閉じている」という状況から、Aさんがその都度何を受け取るのか、その受け取り方によって、AさんがYさんにかかる次の言葉や、Aさんの身体の動きが決まってくる。またAさんは、Yさんとの関わりでの積み重ねの中で、Yさんの「普段」が分かるようになっていく。この「普段」を分かっていることも、Aさんが、Yさんのサインをどのように受け取るかを左右させる。Yさんの行為を、Aさんは「見逃さないように」受け取り、「なんだろう」、「こっちか」と探りながら応答する。Yさんが口を閉じていることが、「(おなかいっぱい)もう食べたくない」なのか、「このおかずじゃない」なのかでは、Aさんの応答は異なる。

Yさんは、明確な言葉で語ることはない。そのようなYさんからの様々な形でのサインによる訴えは、Aさんにとって「聴く」のではなく「見える」という経験なのだ。

2. 見守りができるようになる:Bヘルパーの経験から

Bヘルパー(以下Bさん)は、Z事業所で働き始めた頃の気持ちを、「当時Yちゃんとか色々な利用者さんもいて、まあずっと長く付き合っていたらいっかなみたいな」と語った。その言葉通り、Bさんは10年以上Yさんと付き合っている。

インタビューの途中、自らの関わりについて、「なんだろう、難しい」と、Bさん一人ではそれ以上語りが出ず、新人のGヘルパーを招き入れる場面があった。そのため、一時的にGヘルパーも交えたインタビューとなった。

G:みなさんが作ってくれてるYさんに対する資料を見たときに、あまり積極的な人との関わりが、なんかYさん自身好きじゃないって書いてあったので、自分の中では、あまり自分から行くことしないで、Yさんが何かしてって言ったならそれに対応するって感じで

B:なんかね近づいて、の、僕を一人にしてください

オーラが

新人のGヘルパーは、自分が直接Yさんと会う前に、先輩からの引き継ぎや、資料によってYさんを知る。そしてGヘルパーは、資料に書かれていた内容を受けて、「自分から行く」のではなく、Yさんが「してって言ったなら」、それに「対応する」という姿勢をとる。一方Bさんの語りからは、Yさんからの要望より先に、「なんかね近づいて・・・」と自ら近づき、Yさんの「僕を一人にしてくださいオーラ」を感じて、その場を離れている状況が見て取れる。

B:あとYちゃんの場合は、いっつも普段とかキーボードとかしてるじゃないですか。で、具合悪いとか体調悪いとか、けっこう横に・・・なるんですよね、自分でね。だからなんかずっと横になってるからなんか熱計ってみましょうかみたいな

B:まあ気づきっていうか、うーん・・・で熱計ったら熱あるみたいな、うんうん

B:で、そういうのを一応見守り、だからあの人サボってんじゃないとか思われてるかも知れないんですけど、一応そういうのもちゃんと見てますよみたいな(笑)。だからなんか今日随分横になるなとか、なんか眠そうだなとか、でそういうのも必ず、うん、頭にいれて、そうね、もしかしたら発作くるかもとか

B:必ずしも、ほんとに見てるだけではなくって

B:(新人は)なんでできないんだって思っちゃうけど、今私たちができるからそう思うだけであって

B:だって手を出すのは簡単だもん。うん、ね

Bさんが「気づきっていうか」と語るように、例えば、Yさんが「横になる」、「眠そう」な姿に、Bさんは気がつく。この「気づき」の背景には、Bさんが、Yさんとの時間を重ねる中で分かるようになった、Yさんの「いつも」、「普段」の姿がある。Bさんは、Yさんが、「いつも」より横になったり、眠そうな様子に気づいて、それを必ず頭に入れておき、熱を計ったり、「もしかしたら発作くるかも」と、予測をたてて備えながら、そこに居る。

Bさんは、このような「見守り」という関わりは、「あの人サボっているんじゃないか」と思われるか

もしれないと語る。「あの人」という語りから、BさんとYさんのことを知らない人、ヘルパーの仕事を知らない人など、自分たちと関わりのない人から見たら、自分の姿は「さぼっている」ように映るのではないかとBさんは感じている。

しかしBさんが、「今私たちできるから」と語るように、見守りは、最初から「できる」のではなく、時間をかけて「できるようになる」ことなのである。言葉を話さないYさんとの関わりは、Yさんからの具体的な発信を待つことに留まらず、「ちゃんと見て」、「気づいて」いくことが重要になる。それは、「見ているだけではなくって」、「ちゃんと見ている」という、Yさんへの一つの積極的な関与の仕方であるように思われる。

Bさんにとって見守りとは、最初から見守るつもりで距離を置くのではない。「一人にしてほしい」というYさんの訴えに応えるという支援の一つの形なのである。Bさんは「手を出すのは簡単」だと語る。それは、「しない(手を出さない)」ということも重要な一つの関わりのある様であることを表わしている。

3. 「自分」を出し合えるようになる:Cヘルパーの経験から

X事業所を利用しているIさん(以下Iさん)は27歳の女性で、「あー」、「うー」などの声や、その声の大小、一瞬ぱっと手(肘から上の部分)を挙げるといった仕草等によって何かを訴えている。Cヘルパー(以下Cさん)とは、5年程の付き合いになる。

C: 全く初めての人とお話しますっていう不安感だけじゃなくて体を触られたり、食事をさせられるっていうまず、すごい不安感が襲ってくるんだと思うんです。で、最初はやっぱりタイミングも合わないんですよ。その、口に運ぶタイミングも合わないし、こちらの声が届いてないんですよ

最初の時、Cさんが介助に向かう行為は、Iさんたちにとっては、「不安感が襲ってくる」経験なのではないか、とIさんの状況を推し測るように語っている。「タイミングも合わない」と繰り返すCさんの語りからは、Cさんが、Iさんに声をかけつつ食

事を口元へと運びながらも、Iさんが口を開いて食事を受け容れるタイミングと合わずにやり直すような状況が垣間見える。このような状況をCさんは「こちらの声が届いてない」と表現する。CさんからIさんへと向けられる行為や声が、Iさんの身体の手前で、それ以上中に入ることができず押し戻されているように見える。

C: 関わる利用者さんは、もうこれ以上ないっていうくらい裸を人に見せます。もう自分だったらありえない、知らない人に、ねえ、うち取り替えてもらったりお風呂入れてもらったり、色んなことされなきゃいけないわけじゃないですか、そこに抵抗もできないし、..<中略>..だから、もう、無条件に自分を出さなきゃいけない利用者さんがいるので、自分もなるべくは、自分たちは仕事は仕事だけど、でもちゃんと、自分、私はこういう人なんですよっていうのを、..<中略>..で、自分もなるべくそういう風に、ちゃんと自分を出すように

Cさんは、自分たちヘルパーの前で裸を見せて、色んなことされなきゃいけないIさんたちを、「無条件に自分を出さなきゃいけない」人たちだと語る。「知らない人」に対して自分を出すIさんに促されるように、Cさん自身も「自分」を出す。

C: やっぱり重度の方って感覚、で、こうお付き合いしないと分からない部分ってあるんですけど

C: で、だんだんやっぱり慣れてきて、ちょっとこうなってくると少しちょっと違う表情が出たり少しちょっと違う態度が出たりっていうのはあるので、ん、やっぱそれは、自分は、一区切り3年って思ってるんですよ..<中略>..んー、その相手もあつCさんだからこういうやり方で支援をしてくれるんだってわかってもらえて、自分もなんとなくこの利用者さんに対してどういう状況でも、どういう場所に行ってもフォローをしながら介助ができるっていう形に一つになるのにはなんとなく3年くらいかかっているかな

Cさんは、「一区切り3年」、「なんとなく3年くらい」と語った。Cさんの中にある「3年」とは、I

さんたち利用者が自分から行動(「ちょっと違う表情」や「ちょっと違う態度」が出る)を起こすようになること、Cさん自身も、利用者に対してどういう状況、場所でも「介助ができる」という手ごたえを感じて、「一つになる」経験だ。また、最初の時「知らない人」としてIさんたち利用者に映っていた自分が「Cさん」となり、「不安感が襲ってくる」ような経験が「支援をしてくれる」へと、Cさんの語りは変化している。

C: どこに行っても変わらない態度で、変わらない介助ができてるな—って思えるようになるのに3年ぐらいかかるのかな—って思って、それ超えたら、…<中略>…そういう基(もと)があつてのそこから更に、になるので

C: 更に、もっとこう自分を出してもらうためにちょうどいい言葉がけをしてとか、—ということをもっと気づいてとか、…<中略>…もっともっと個性的な関わり—ってうか

C: お客さん同士みたいな、—関わりでさぐりつつあったのが、—ひと単位があつてそれは人によって何年—って違うと思う

C: そう思い起こして

C: そう、こっちからも、—ちょっとそれやめてみたいな、—Iなんか完全にそうなんだけど、—そんなに怒んなくなつて分かるから—みたいなの、—そういう言葉が、—こう出せる—ってうか、—またその言葉に対して、—でも早くやってくれないじゃん—みたいなの、—さらに返ってくる声のかけあい—みたいので、—それでもそれが一段落ついて—また普通に笑って会話ができる—って、—でもIとかは—最近や—つと—です—ね

Cさんは、「3年」という区切りを超えた後、そこから更に「自分を出してもらう」ための「言葉かけ」や「気づき」を増やしていく。そして「もっともって個性的な関わり」へと関係を深化させていこうとする。それは、Iさんだけに自分を出してもらうことではない。Cさん自身も自分を「出せる」ようになるのだ。Iさんに合わせていくことだけを目指すのではなく、Cさんから「ちょっとそれやめて」とか、「そんなに怒んなくなつて分かるから」とIさんに対して、Cさん自身の主張を「出せる」ようにな

り、Iさんもまた、そんなCさんに対して返していく、テンポの良いかけ合いのような時間をCさんは経験している。Iさんへと向けた声が届かずに押し戻されていた経験が、お互いへ届き、それを受けて返ってくる声のかけあいへと、相互に行き来するような、交流する経験へと変化している。Cさんは、このような関わり合いは「最近や」と語る。「お客さん同士みたいな」、探りつつあった関係が、息の合った相方のような、「IさんとCさんの関係」へと、5年という時間の中で醸成させてきたように思われる。それは、Cさんが「思い起こして」と語るように、その都度の変化を経験してきたのではなく、現在という時間において語られ、捉え直された経験である。

4. 「不安」に留まっていられる:Cヘルパーの経験から

時間を積み重ね、一つ一つ拾いながら個性的な関係を目指し、相手を「わかる」ようにと努力する一方で、Cさんは以下のように語る。

C: 介助自体は—当たり前—に日常的にや—つてて慣—れてるので、—自分—が—ご飯—作るの—とおなじ—感覚、—だし

C: もう—こう—だから—こう、—この利用者さん—見て—ああ—そろ—そろ—こう—だ—な—とか—ああ—だ—な—とか、—その—流れ—で—改—めて—思—う—と—こ—ろ—で—も—何—でも—ない—部分—な—の—で、—だし、—コミュニケーション—にしても—そう—だ—けど、—その—表情—見—たり—とか、—何—を—見—て—あ—っ—こ—の—ぐ—ら—い—こ—う—な—ん—だ—ら—う—な—つ—て—確—か—に—こ—う—だ—つ—て—絶—対—な—も—の—は—何—年—や—つ—て—も—絶—対—に、—思—わ—な—い—よ—う—に—つ—て—い—う—か、—常—に—ク—エ—ス—チ—ョ—ン—マ—ー—ク—ツ—け、—な—が—ら—の、—問—い—か—け—だ—つ—た—り—に—は、—そ—こ—だ—け—は—や—っ—ぱ—り—ね、—ど—う—し—て—も—う—ん、—気—を—付—け—て—ま—す—け—ど、—決—め—つ—け—ち—ゃ—う—と—や—っ—ぱ—り—終—わり—な—の—で、—そ—う—い—う—不—安—な—部—分—は—ね、—ず—つ—と—や—っ—ぱ—り—変—わ—ら—な—い—で—す—よ—ね、—で—も、—も—し—か—し—た—ら—不—安—を—不—安—に—思—っ—て—い—ら—れ—な—か—つ—た—ら、—も—う—続—け—て—い—け—な—い—か—も—し—れ—な—い—で—す—よ

Cさんは、「介助自体」は、「自分にご飯を作るのと同じ感覚」だと言う。「介助自体」とは、一つ一つの介助を行うための動作であり、Cさんの身体が自然と「流れ」るように動いていく状況を見てとることができる。このように「改めて思うところでもな

んでもなく」Cさんの身体が動いている時、同時にその視線は、目の前の利用者に向けられている。そしてCさんは、利用者の「表情」や「何か」を見て、「確かにこうだって絶対なもの、何年やっても絶対に思わない」ように、「常にクエスチョンマーク」をつけるよう気を付けていると語った。Cさんの流れるような行為と、常に一瞬留まるような意識が、同時に存在しているように思われる。

Cさんは、自らの経験を再確認するように「やっぱり」という言葉を繰り返しながら、「常にクエスチョンマークをつけ、・・・そこだけはやっぱり・・・気を付けている」、「決めつけちゃうとやっぱり終わり」であり、「不安な部分は、ずっとやっぱり変わらない」と、語りを繋いでいく。しかしその後、「でも、もしかしたら」と、ふと立ち止まるような言葉を挟み、「不安を不安に思っていられなかったら、もう続けていけないかもしれない」と、自らのあり様を着地させた。「確かにこうだって・・・絶対に思わないように」と自らの意思として語りながらも、「不安に思っていられなかったら」と、そのように自らが促されなければ続けていけないかもしれない、とCさんは言う。

C: 自分たちが当たり前に思ってる動作とか感じてることが、・・・<中略>・・・どれだけその、理解して生きているんだろうって言ったら、もうまったく、そこそ予測がつかないっていうか、うん、生きてるっていうこと自体何なんだろうって感じて・・・たりしないのかなとか一

C: 24 時間って、この人にとってどんな時間なんだろう、一日ってなんなんだろうって顔見ててすごく思うことは、うん、ありますね、うん

C: 全く対処がなくて、どう接していいのか、わからない、重度の方だと多いので、うん

Cさんは、自分の目の前にいる、Iさんをはじめとする「この人」の、「顔」を見ている。そして、この人にとっての「生」、「時間」、「一日」がどのような経験なのか、思い巡らせ、自問する。しかし「自分たちが当たり前に思っている動作とか感じてること」の延長ではまったく予測がつかず、自らの行為を次へ移すことができず留まっているようなCさん

の状況が垣間見える。

3名のヘルパーたちの経験は、『考える』よりも前に『感じる』というレベルで行われている身体的交流（河野 2014 : 21）であり、介助行為に至る手前、あるいは介助行為と同時に生起している経験であったと言える。

IV. 考察

現象学的アプローチを用いて記述、分析したヘルパーたちの経験は、知的障害者を援助の対象として客体化し、指導、訓練という名目のもと、ADLの自立を重要視してきた視点とは質を異にする経験であった。本項では、得られた結果を基に、先行研究が模索する「新しい援助関係」の内実について考察していく。

1. 相手に促されるように「在る」こと(受動と能動の同時性)

従来の知的障害者に対する支援観や関係性に照らしてみれば、重度知的障害者は常に指導、訓練、援助の「受け手」の位置に置かれてきた。しかし、「基本、利用者さんの訴えを待つ」というAヘルパー(以下Aさん)の態度や、Yさんを見守るBヘルパー(以下Bさん)のあり様は、Yさんを「受け手」の位置に留めていない。

Aさんは、「(ヘルパーは)基本、利用者さんからの訴えを待っている」と言う。「待つ」という行為は、Aさんが、利用者であるYさんの訴えを受け取るため、自らの存在を引いて、受動的位置に置き、そこに留まっているということである。しかし、Aさんの「待っているあいだ」には、能動的なAさんの姿も捉えることができる。Aさんは、待ちながら、Yさんを「じっくり見て」、訴えに「気づいて」、その訴えを「読み取っている」。それは、Aさんが「受動(引きながら)」と「能動(見る、読み取る)」を同時に経験しているということだ。これは、「見守りができるようになる」Bさんの経験とも重なる。「見守り」は、直接的な介入ではなく、ヘルパーが事態に備えて待つような状況である。Yさんの自宅で過ごすBさんは、自らの存在を引いて受動的位置に置き、「しない(手を出さない)」ことと、BさんがYさんへと関心を向け「見る、気づく」という能動的な

行為を同時に経験していた。

言葉を話さないYさんとの関わりにおいて、AさんとBさんは、Yさんをよく見ている。それは視覚に限定された働きではなく、「近づく」、「気づく」、「感じる」など、AさんとBさんが、Yさんを身体全体で捉えようとする働きだと言える。

例えばAさんは、『手を見てて』、『顔を見てて』って言うと、そこだけになってしまう」と語った。それは、「訴えが見える」経験が、「視覚」という知覚経験のみで成立しているのではないことを言い表している。Aさんの「訴えが見える」経験とは、Aさんが、Yさんの手の一振りや口の動きを「手が上に数センチ動いた」、「口を閉じた」と、目に見える事実を捉えているのではなく、「お茶がほしい」、「他のおかずが食べたい」など、YさんからAさんへと向けられた「訴え」として受け止めているということである。Aさんの中で「さまざまな知覚が互いに確かめ合って」（Merleau-Ponty =1967:23）、Yさんの行為が、その都度の意味を帯びて立ち現れているように思われる。

またBさんの視線も同様に、Yさんの横になる姿を、「熱があるかも」、「もしかして発作くるかも」という意味を帯びた現われとして受け止めている。それは、Bさんが意識的にYさんを「見て」、「判断して」、「介助する」という一方向的な営みではない。例えばBさんは、Yさんに近づきつつも、「一人にして下さいオーラ」を感じて、そのオーラをまとったYさんに促されるように、Yさんから離れる。また、「熱を計る」という行為は、「3回横になったから」という数値に基づくような判断ではなく、「今日、随分横になる」、「なんか、眠そう」というBさんの感覚によるものだ。西村は、「〈身体〉固有の次元における患者への運動志向性が、気づかぬうちに患者のふるまいに意味を与えているのであり、『地』とは、この次元における関係の濃密さや馴染みによってその都度、流動的に決められているものといえる」と述べる（西村 2001:189）。Bさんは、そのようなYさんの状況に引き込まれるように、熱を計るという行為へと促されている。それは、「ちゃんと見て」、「気づく」Bさんの能動的な関与であると同時に、Yさんの「ふるまい」にBさんが促されている、受動的な関与であるとも言える。上述の西村の言葉を

借りれば、Bさんの〈身体〉の運動志向性が、Yさんへと引き込まれるような「在り方」を可能にしている。

このような「在り方」は、従来の援助関係が陥りやすいパターンリズムを遠ざけ、一方向的な援助の提供ではなく、お互いを行き来しながら支援関係が成り立っていくことを可能にするのではないだろうか。

2. 連続した時間の中に自らが開かれていること

1) 更新されていく経験

筆者がCヘルパー（以下Cさん）のサービス提供場面に同行したとき、Cさんは「Iさんからの訴えが）分からなくても、何か、こうだと（Cさん自身で）判断しないと、次の行動に行けない」と語り、その後のインタビューでは、「利用者さんの表情や何かを見て、確かにこうだって絶対なものは、何年やっても絶対に思わないように、常にクエスチョンマークをつけるよう気を付けている」と語った。それは、相手からの明確な意思表示が無い中であって、Cさんが常に自問しながら関わっている経験の表われであろう。筆者は、Cさんに同行した3時間余りの時間の中で、Iさんの表情や声を、「笑ってる」のか「怒ってるのか」、また、その理由は何か、何度も変更しているCさんの姿を目の当たりにした。

Merleau-Pontyは、「まなざしは、われわれに或る幅の時間にたいする支配を許し、総合を実現するが、これらはそれ自体が時間的現象であって、流れすぎていくものであり、それもまた時間的な新たな働きのなかで捉え直されることによってしか存続することはできない」と述べている（Merleau-Ponty =1974:55）。

Cさんの経験は、目標を定めて、その達成を目指しているのではない。むしろ、達成したと断定することから自らを遠ざけ、常に「捉え直す」ための「問い直し」に、自らを開かれた状態にしておくような経験なのではないだろうか。

2) 重ねてきた「質的な時間」の経験

Aさんは、「今までの経験上」、「今」のYさんの手の動きを、「お茶がほしい」、「ビデオを替えてほしい」等の訴えとして受け止める。また、「普段食べて

る量を考えると、「もう食べたくない」という口の閉じではなく、「じゃあこっちか」と他の理由を探っていく。「訴えが見える」経験とは、その瞬間だけに存在するのではなく、時間を積み重ねて「普段」を作りつつ、その経験に支えられるようにして、立ち現れるような経験なのだ。

Bさんの経験も同様だ。Bさんが、「今私たちできるから」と語ったように、見守りは、最初からできるのではない。例えばBennerは、「人は自分のそれまでの経験に対する自分なりの解釈を持ってその都度の現在を生きており、その意味で現在という瞬間は人生の過去の瞬間すべてと結びついている。そして過去と現在のこうした意味的結びつきを背景として、何か未来の可能性として立ち現れてくる」

(Benner=1999:124)と述べている。このBennerの「時間性」の捉え方は、Aさん、Bさんの経験と重なる。BさんはYさんとの関わりを積み重ねる中で、Yさんの「普段」や「いつも」が分かるようになり、このような過去から積み重ねてきた経験に支えられ、その先のYさんの姿を予測させ、「今」の具体的な行為へと促されている。Yさんと積み重ねてきた経験が、Bさんを、いつもと違うYさんに気づかせ、「発作くるかも」と備えたり、「具合悪いかも」という予測へとつなげて、今、「熱を計る」という行為につながっていく。

Bさんは、Yさんとの関わりを10年積み重ねてきた。Yさんと距離をとって座っているBさんの姿は、他の人が見たら「あの人、さぼってんじゃない」と思われるような光景だ。しかし「手を出すのは簡単」というBさんの語りが示しているように、BさんとYさんが積み重ねてきた時間が「地」となって、「しない(手を出さない)」という関わりへと促されていく。それは、「介助する仕事」という仕事上の規範、引き継ぎ資料等によって得た知識に基づく「対応」という仕方から、少しずつ、二人の関わり合いの中で、その都度、自ずとヘルパーの動きや位置が決まっていくような過程であるように思われる。

「訴えが見える」こと、「見守りができるようになる」ことは、時間をかけて「できるようになる」時間性を帯びた経験であり、Aさん、BさんとYさんがそれぞれに積み重ねてきた10年の中に質的な時間の変化を捉えることができた。

また、Cさんは「一区切り3年」と語った。そして、「どこに行っても変わらない態度で、変わらない介助ができてるな—って思えるようになるのに3年ぐらいかかるのかな—って」と語りを繋ぐ。3年とは、時計によって刻まれた時間の長さではない。「できてるな—って思えるようになるまで」の時間だ。Cさんの語りは、最初の頃、CさんからIさんへと向けられる介助が、知らない人から襲われるような経験であったのが、Cさんだからこういう介助をしてきているという経験へと変化していく。Cさんが語る「3年」という経験の中に、Iさんにとって「知らない人」として映っていた自分(Cさん)が、一人の「Cさん」へと変化していく質的な時間の変化を捉えることができる。

知的障害者への支援は治療・教育の延長線上で語られ、知能検査などのデータが重視されてきた経緯がある。言葉と話さない重度知的障害者は「測定不能」とされ、最重度に位置づけられることもある。また、「知能指数(IQ)」、「精神年齢」の算出は、成人してもなお、知的障害者を大人としてみなさず、知能指数や精神年齢という数値の中に閉じこめ、質的な時間の変化を見えにくくさせてきたと言えるかもしれない。Bennerの「時間性」の捉えに照らしてみれば、目の前の相手を、一つの数値に留めることは、その先の未来の描き方も固定させてしまうことになる。

3人のホームヘルパーの経験は、個々の人間的関係性のもとで育まれてきた経験が、その先の未来を描かせ、現在の関わりへとつながっていること、だからこそ、連続した時間の中に、支援者自らが常に開かれている態度の重要性を示してくれている。

3. 存在と向き合うこと

1)「自分」を出し合う

Cさんにとって、ヘルパーの前で裸を見せて介助されるIさんたちの姿は、無防備で受動的姿であると同時に、「無条件に自分を出さなきゃいけない」姿として映る。このようなIさんに促されるように、Cさんは自分も「自分」を出す。そして、CさんはIさんにもっと自分を出してもらえるように、ちょうどいい言葉がけをしたり、もっと気づいていけるような関わりを目指していく。そのような時間を重

ねる中で、「お客さん同士みたい」だった関係が、お互い自分を出し合う「私」と「Iさん」の交流する経験へと変化していく。

ヘルパーと利用者は、契約制度による「サービス提供者 - 利用者」として出会い、そこから、介助行為の一方的な提供ではなく、実際の関わりあいを通じて、CさんとIさんのような固有の関係性を築いていく。3人のヘルパーは自らの経験を、「付き合ってる中で（Aさん）」、「付き合っていたら（Bさん）」、「お付き合いしないと（Cさん）」と、「付き合う」という言葉で表現していた。「付き合う」とは、一方的に成り立つ経験ではなく、また、1回ごとに完結する経験でもない。「付き合ってる中で」という語りに象徴されるように、一回ごとの経験は連続した時間の中で繋がっている。例えば、一口の食事の量、それを口に運ぶタイミングなど、その都度決まっていくお互いの呼吸のような関わりや、それによって生み出されていく空気感は、個々の関係性の中で、「付き合っていく中で」築かれていく固有のものである。

2)「他者」を経験する

Cさんは、Iさんたちが、自分の生活や生きていることそのものを、どのように感じているのか「予測がつかない」、「自分たちが当たり前で思っている動作と意味が一致していないことが多すぎる」と語った。Cさんは、自分を出し合えるようになり、Iさんとの関係性が少しずつ築かれていくような変化を経験しながらも、「不安を不安に思っていられなかったら、もう続けていけないかもしれない」と語った。それは、不安を無くしていくことを目指すのではなく、「不安に留まっていられる」ようなあり様が、この仕事を続けていくための不可欠な条件であると、Cさんが感じているということだ。またCさんは、「全く対処がなくて、どう接していいのかわからない」と語り、Iさんの姿を捉えながらも、近づくための手掛かりが全く無く、それ以上近づくことができない、Iさんと自分との間の縮まらない「距離」も経験している。

児島は、『私』にとって『理解可能である』ということ的前提にして他者を『こういうものだ』と決めつけ、あるいは『こう思っているに違いない』と

付度しても、それは他者を理解したことにはならない」と言い(児島 2015:11)、表象を拒む他者の「声」に応えるためには、ワーカー自身が早急に答えを出そうとはならず、「私」は常に問いを開いたままにしておかねばならないと述べている(児島 2015:15)。「決めつけないこと」、「不安に思っていること」は、他者に対して「分からない」と閉ざすことではない。むしろ、CさんがIさんの生活を自らの論理で決めつけることができず、Iさんとの対話に常に開かれ、状況に促されるように自らを置いているということだ。Cさんは、筆者が同行した時に「(自分が)どう判断するかで、(自分の)次の行動が変わる。それって、(Iさんの)人生を変えちゃうことにもつながっていく」と語った。YさんやIさんたちの行為が、周りにいる人たちにどのように受け止められるのか、この受け止められ方に、YさんやIさんの生活の多くが委ねられている。自らとIさんとの非対称な関係性をCさんは経験している。

重度の知的障害がある人たちとの関わりは、ヘルパーをはじめとする支援者たちが「考え」、「一度判断する」側面が多い。しかし同時に、目の前の彼／彼女たちが「他者」として出現することも多いのだ。支援者たちは、相手を分かるようになったり、何かができるようになる、時間とともに変化していく経験と、常に「分からなさ」に留まっているような経験、このような一見矛盾するような経験の絡み合いの中に居続けることが求められているのではないだろうか。

V. おわりに

本研究の意義は、第一に、ヘルパーが経験しているながらも、具体的な実践記録としては残されていない、言語化の困難な側面を記述できたことである。例えば、知的障害者の支援において重要であるにも関わらず、介助行為としては「何もしていない」とみなされる「見守り」という時間がどのように成り立っているのか記述できたことは、必要な介助時間を算定する際の根拠ともなり、知的障害者にとって、障害福祉サービスがどのような役割を果たしているのか、その一端を明らかにできたと考えている。

第二に、ヘルパーが「重度知的障害者」を支援し

ていく中で、どのような関係性を築いていくのか、現場で支援に携わる人の語りを通して実証的に明らかにできたことである。特に、『他者』を経験する」記述は、支援者側の一方的な支配を不可能にする経験であり、支援関係の非対称性という構造に、新たな視角を見出したといえる。

実際に「重度知的障害者」が支援を受けて自立生活していること、その実践や生活の様子は、寺本、岡部、末永ら(2015,2008)の書籍をはじめ、渡邊(2016:192)、清水(2009:15)らが紹介している。そのなかでは、長時間介助を利用した知的障害者の自立生活がどのように成り立っているのか、生活と支援の実際が細やかに提示されている。本研究で記述したホームヘルパーの経験は、このような支援が、単なる仕組みとしてではなく、いかなる固有の意味経験の上に成り立っているのかを捉える一助となったと考えている。

しかし、本調査は3名の記述・分析に留まっており、ホームヘルパーを代表する経験とは言い切れない。また、一人の生活には、一人のヘルパーだけでなく、複数のヘルパー、更には他の職種も含めた支援者たちが関与している。本人を取り巻く多様な関係性を記述することができれば、本人がどのような関係性の中で生活しているのか包括的に捉えていくことができ、地域をフィールドとした支援の実証的研究の蓄積に貢献できると考えている。今後の課題としたい。

謝辞

本研究への協力依頼に快く応じてくださったヘルパーAさん、Bさん、Cさん、同行させていただいたYさん、Iさんに、心より感謝致します。

※本論文は、2016年3月に、北星学園大学社会福祉学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

注

1) 本論において「重度知的障害者」とは、重度と言われる知的障害があり、常時何らかの介助を必要とし、自ら、言葉で意思表示をすることのない人たちを言う。

2) 西村は、自身の研究テーマに照らし、看護師が患者から何かを感じるとするという知覚経験を、量的にというより、質的に豊かに経験していること、自分自身の経験をできるだけ豊富に、かつ緻密に言語表現できることが要求されると述べる(西村2001:50)。

文献

Benner,Patricia.andWrubel,J.(1989)The Primacy of Caring :Stress and Coping in Health and Illness, Addison-Wesley Publishing Company (=1999,難波卓志訳『現象学的人間論と看護』医学書院)

古井克憲(2009)「重度知的障害者が求める地域生活支援における障害者と支援者との関係性とは：パーソン・センタード・プランニングにアクティブサポートモデルを導入した支援の成果と実施過程に関する質的分析から」『社会福祉学』50(1),41-56.

児島亜紀子(2015)『『他者に基礎づけられた倫理』の可能性——傷つきやすい他者への応答』児島亜紀子編著『社会福祉実践における主体性を尊重した関わりは可能か—利用者・援助関係を考える—』ミネルヴァ書房,2-26.

河野哲也(2014)「第1部 第2章 現象学の歴史」松葉祥一、西村ユミ編集『現象学的看護研究 理論と分析の実際』医学書院,17-26.

松葉祥一(2014)「序論 現象学的研究を学ぶために」松葉祥一、西村ユミ編集『現象学的看護研究 理論と分析の実際』医学書院,1-6.

松倉真理子(2001)「社会福祉実践における『他者』の問い：脱近代ソーシヤルワーク議論の意味」『社会福祉学』42(1),1-11.

Merleau-Ponty,M.(1945)PHÉNOMÉNOLOGIE DE LA PERCEPTION, Editions Gallimard (=1967,竹内芳郎、小木貞孝訳『知覚の現象学 1』みすず書房.)

Merleau-Ponty,M.(1945)PHÉNOMÉNOLOGIE DE LA PERCEPTION, Editions Gallimard (=1974,竹内芳郎、木田元、宮本忠雄訳『知覚の現象学 2』みすず書房.)

村上靖彦(2013)『摘便とお花見 看護と語りの現象学』医学書院.

- 中野敏子(1998)「知的障害のある人たちへの援助活動：ソーシャルワーク研究動向と課題」『発達障害研究』第20巻第1号,45-52.
- 西村ユミ(2001)『語りかける身体—看護ケアの現象学』ゆみる出版.
- 西村ユミ(2014)「第4章データを読み、分析し、記述する」松葉祥一, 西村ユミ編集『現象学的看護研究 理論と分析の実際』医学書院,122-150.
- 岡部耕典(2015)「第10章パーソナルアシスタンスという<良い支援>」寺本晃久, 末永弘, 岡部耕典, 岩橋誠治『ズレてる支援! 知的障害/自閉の人たちの自立生活と重度訪問介護の対象拡大』生活書院.
- 岡部耕典(2013)「特集I 個人的な経験と障害の社会モデル—知的障害に焦点を当てて—」『障害学研究9』明石書店,8-64.
- 沖倉智美(2012)『支援つき意思決定』の理論と実際—知的障害当事者の『自己決定』をどのように考えるのか—『対論 社会福祉学』第5巻,217-245.
- 榊原哲也(2014)「ケアの現象学入門」朝日カルチャーセンター横浜, 2014.8.30,9.13 配布資料.
- 清水明彦(2009)「第1章『私はここに居ます』ちえさんの自立の物語」特定非営利活動法人 PAS ネット編『権利擁護で暮らしを支える 地域をつないだネットワーク』ミネルヴァ書房,15-39.
- 清水哲郎(2000)『医療現場に臨む哲学II：ことばに与る私たち』勁草書房.
- 鈴木良(2004)「知的障害者の自己決定支援の思想と方法に関する一考察」『社会福祉学』45(2),14-23.
- 寺本晃久, 末永弘, 岡部耕典, 岩橋誠治(2008)『良い支援? :知的障害/自閉の人たちの自立生活と支援』生活書院.
- 寺本晃久, 末永弘, 岡部耕典, 岩橋誠治(2015)『ズレてる支援! 知的障害/自閉の人たちの自立生活と重度訪問介護の対象拡大』生活書院.
- 植戸貴子(2011)「第4章 知的障害者の『自己決定』をめぐるジレンマ—ワーカーのジレンマ経験から支援関係を見直す—」松岡克尚, 横須賀俊司『障害者ソーシャルワークへのアプローチ—その構築と実践におけるジレンマ』明石書店.
- 渡邊琢(2016)「障害者地域自立生活支援の現場から思うこと」『現代思想』青土社, 第44巻第19号,192-203.

【論文】

成年後見人等による医療同意の現実と同意権付与を可能にする諸条件 — 社会福祉士の後見実務に関するインタビュー調査から —

The reality of medical consent by adult guardians and conditions enabling
consent rights to be granted
-From an interview research on guardianship practices of social workers-

堀田 満生（社会福祉法人音更町社会福祉協議会）

鈴木 道代（札幌医学技術福祉歯科専門学校（非常勤講師））

要旨：

本研究では、成年後見制度の課題である成年被後見人等への医療行為における同意（権）問題に対して、成年後見人等への医療同意権付与を限定的に肯定する説と各種職能団体の見解をレビューすることで現状と主要な見解との相違を明らかにし、成年後見実務を行っている社会福祉士へのインタビュー調査により得られた内容を意味のまとまりで切片化し、コード化、カテゴリー化の流れで分析した。その結果、成年後見人等への医療同意権の付与の可能性については、同意が可能となる医療行為の種類・範囲の明確化や法整備、倫理委員会といった第三者機関の設置が、その要件として必要であることが改めて明確となった。また、社会福祉士としての成年後見人には社会福祉士の倫理綱領に基づいた医療行為場面への関わりが可能であること、その一方で倫理綱領を踏まえたこの課題への解決に向けた働きかけが必要であることが示唆された。

Keywords：成年後見制度，医療同意（権），社会福祉士，意思決定支援

I. 問題意識

成年後見関係事件の概況（最高裁判所事務局家庭局2018）によれば平成29年1月から12月の1年間の成年後見事件の申立，利用件数はそれぞれが増加傾向にある。また開始原因は認知症が最も多い。ここで注目すべき点は、成年後見人等¹⁾と本人との関係についてである。「親族以外の第三者が成年後見人等に選任されたものは、全体の約73.8%」であり、親族が成年後見人等に選任されるよりも上回っている。そして第三者の成年後見人に社会福祉士が含まれるが、他の専門職種に比べ対前年比が約10.4%の増加となっている。加えて、申立ての動機については、「預貯金等の管理・解約(42.0%)」に次いで、「身上監護(20.5%)」「介護保険契約(9.8%)」となっている。すなわち、①第三者後見の増加，②第三者後見人のなかにおける社会福祉士の受任率の増加，③財産管理以外の身上保

護にかかわる事項の申立て動機の増加という以上3点の事由から、福祉専門職である社会福祉士への期待が高まるものであると考える。このような制度自体の利用増加傾向にあるなか、2016年に施行されたのが成年後見制度の利用の促進に関する法律（以下、利用促進法）であり、特に利用促進法第11条第3項では「成年被後見人等であって医療、介護等を受けるに当たり意思を決定することが困難なものが円滑に必要な医療、介護等を受けられるようにするための支援の在り方について、成年後見人等の事務の範囲を含め検討を加え、必要な措置を講ずること」ということから成年被後見人等にかかわる事務範囲の拡大等、意思決定支援者として成年後見人等に新たな役割が設けられる可能性が窺える。

今後、利用促進法の成立に伴い成年後見制度の利用の増加が見込まれること、その利用者として認知症高齢者が多いこと、親族からの支援を見込めない者や、

家族形態の変化により、単身或いは高齢者のみの世帯が増加するなか、医療を受けるに当たっての意思決定を支援するために成年後見人等に何らかの役割を期待されているとすれば、やはり成年後見制度成立以降、いまだ法的規定がないことによって課題として残る医療行為への同意権問題の解決が必要であると考えられる。

II. 目的

成年後見制度における医療行為への同意権問題を解決するためには、成年後見人等に医療行為への同意権を付与することが一つの方法としてあると考えるが、この問題に対する現状把握と実際に成年後見人等がこの問題に対してどのような認識・対応をしているのかを把握する必要があると考える。また、この現状を把握することは利用促進法における医療場面の意思決定支援での成年後見人等の役割にも影響すると思われる。

そこで、本研究ではこの問題に対して、先行研究により成年後見人等への同意権付与を限定的に肯定する説と各種職能団体の見解をレビューすることで現状と主要な見解との相違を明らかにし、社会福祉士にインタビュー調査を実施することで医療行為場面で成年後見人等に医療側がどのような役割を求めているのか、また、どのような条件が成年後見人等に医療行為への同意権を付与することを可能にするのかという2つの観点から成年後見人等に求められている役割について明らかにすることを目的とする。

そこから、改めて何が成年後見人に医療行為への同意権を付与する要件となるのか、また成年後見人としての需要が高まる社会福祉士がこの問題に今後どのように向き合う必要があるのかを提示することが可能になると考える。

III. 先行研究の検討～成年後見制度における医療行為への同意権問題を巡る見解

1. 医療行為への同意権付与の問題に対する肯定説

現在、成年後見人等には医療行為に対する同意権を付与しないということが制度のあり方であるが、ここ

では成年後見人等に医療行為に対する同意権付与を肯定し、一定の見解を示している上山説を概観する。

上山は、成年後見人は利用者に対する医療行為の場面について、成年後見人が事実上の（外形上の）同意権行使をせざるを得ない場合の留意点として、専門職後見人としては最低限、「医療同意権に関する医療機関への説明」、「家族への説明と意見調整」、「家庭裁判所との連携」の3つを行う必要があるとする（上山2008：119）。そして、上山（2008：117）は医療場面における成年後見人の役割について『「コンセント（同意）」にかかわる権限（医療同意権）が成年後見人にはないとしても、実は『インフォームド（説明）』の部分についてはまだ関与する余地が残されている」とする。つまり、成年後見人には診療契約を締結した際に生じる見守り義務の要請として、過剰医療、医療機関の監視・監督といった医療機関による治療内容の適切性の確認に加えて、利用者に代わって治療内容の説明を求められることができるということである。

このようなインフォームドの部分における成年後見人の役割を踏まえて、上山は限定的肯定説の立場をとりコンセントの部分について「利用者が同意能力を欠く状態にある」ことを前提条件としたうえで次の4点を挙げている。「病的症状の医学的解明に必要な最小限の医的侵襲行為（触診、レントゲン検査、血液検査等）」と、「当該診療契約から当然予測される、危険性の少ない軽微な身体的侵襲（一般的な投薬・注射・点滴、骨折の治療、傷の縫合等）」に限定して、成年後見人等の医療同意権を肯定してよい。また、その行為が本人の推定的意思に合致するか、あるいは少なくともこれに反しない場合には、「健康診断および各種検診（ただし、重大な手術に匹敵するような危険性のある検査は除く）」と、「各種予防接種の受診（施設等で実施されるインフルエンザの予防注射等）」についても医療同意権を認めてよい（上山2008：120）としている。

このように上山説では、インフォームド・コンセントの観点から成年後見人等の必然的な役割として説明を受けること・求めることを挙げている。他方、限定的肯定説の立場から医療行為の程度、診断等の程度によって成年後見人等による同意の可能性を肯定していることがわかる。

2. 職能団体の見解

(1) 医療機関・医師会の見解

『医師の職業倫理指針第3版』（公益社団法人日本医師会2016：4-5）（以下；『指針』）ではインフォームド・コンセントについて(3)患者の同意のなかで「患者に十分な判断能力がない場合には、親権者や後見人などの法的代理人、患者の保護・世話に当たる患者家族あるいは福祉関係者などの患者の利益擁護者（以下、『患者の利益擁護者』という）に対して患者本人の場合と同様の事項を説明し、その理解を得たうえでのインフォームド・コンセントを得ておくことが必要である」とされている。『指針』において明確なのは医療業界において成年後見人等から同意を得ることができるという理解がなされていることであるが、このような理解は成年後見制度からすれば間違いであることは言うまでもない。

次に『医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究 平成29年度総括・分担研究報告書』（山縣2018）（以下；『報告書』）である。『報告書』（2018：3）によれば「医療にかかわる意思決定が困難な患者への対応では『医療行為の同意』に苦慮しており、医療行為の同意を、成年後見人に求めている現状も窺えた。今後、成年後見人は身上監護の点から、医療行為の意思決定の支援に参加してもらうことが望まれる」というまとめをしている。また『報告書』（2018：6）の研究結果では「医療従事者であっても成年後見制度の詳細について理解が不足している可能性」があることが指摘されており、『『医療行為の同意』を、成年後見人の職務内容と答えた回答者は、40.9%を占めていた』という。

そして『報告書』（2018：7）において「成年後見人に同意を求めたことのある医療行為は、医療機関の種類ごとに異なる」として「成年後見人に医療行為の同意を求めた具体的なケースは、『精神科病院』では『予防接種』と答えた回答者の割合が47.9%と最も高く、『特定機能病院』では『侵襲を伴う検査』、『終末期にかかわる治療』と答えた回答者の割合がそれぞれ43.8%と最も高く、『地域医療支援病院』においては『侵襲を伴う治療』と答えた回答者の割合が52.8%と最も高かった。その他の医療機関では『終末期にかかわる治療』と答えた回答者の割合が最も高かった」という

ことである。

加えて、『報告書』（2018）の『第66回社会保障審議会医療部会資料2-2』（社会保障審議会医療部会2019：7）（以下；『資料』）には、医療に関わる意思決定が困難な場合に成年後見人等に期待される具体的役割として①契約の締結等、②身上保護、③本人意思の尊重、④その他（親族への連絡・調整（親族の関与の引き出し））を挙げ、注目すべき点は「※医療機関は成年後見人等に同意者へのサインを強要することがないように注意。医療機関が成年後見人等に説明を行った旨の事実確認を残したい場合の対応方法も明示」と記載がある。

『指針』において記載されている誤謬が臨床の場において起きていることが窺える。ただ、この現状を踏まえて『資料』において「成年後見人等に同意者にサインの強要をすることがないように」という注意書がされているが、同意することが可能な者が他にいない限り、成年後見人等にその責任を求める事例が起り得ること、そのことが実務上の負担となっていると推測できる。

(2) 日本弁護士連合会(以下;日弁連)の見解

日弁連(2005：1)は成年後見制度施行から6年を迎えて制度改善、改正の検討を行うための『成年後見制度に関する改善提言』（日本弁護士連合会2005）（以下；『改善提言』）として12項目を挙げている。そのうちの一つに「医療同意と後見人の職務」がある。

日弁連(2005：5)は「(1)判断能力を喪失した者に関しては、第三者の医療同意に関する法の整備に早急に着手すべきである。(2)制度の内容としては、成年後見人に対し、医療行為について同意権を与え、死亡の恐れや重大かつ長期に及ぶ障害の発生するおそれのある医療行為については別途の機関による許可事項とすべきである」という。提言の理由について日弁連(2005：17-18)によれば成年後見人が同意を求められて困難な立場に立たされていること、その内容として「予防注射、胃潰瘍手術、経管栄養、胃瘻、足の切断などで成年後見人が同意を求められた」とある。そのため「現実に被後見人が医療を必要とするとき、その必要性の程度によっては、後見人が同意して医療を受けさせることもあり得るであろう」という。これを踏まえて2011年『医療同意能力がない者の医療同意

代行に関する法律大綱』(日弁連 2011 : 11-17) が提案された。第 1 条には「この法律は、医的侵襲を伴う行為(以下『医療行為』という。)を受けることに同意する能力を欠く成年者が医療行為を適切に受けるための同意の代行及びこれに必要な事項を定めることにより、同意能力を欠く成年者の適切な医療行為を受け権利を保証することを目的とする」とある。

そして第 3 条には「同意代行者」としてその 4 項に「本人が同意代行者を選任していないとき、又は第 2 項によって選任された同意代行者が同意権の代行を行うことができず、若しくは第 8 項の規定に該当することになったときは、以下の順に従って同意代行者となる。一 家庭裁判所の審判により医療行為の同意権限を付与された成年後見人(省略)」というように「同意代行者選任制度の創設」規定があり、同意代行者として成年後見人が第一順位者として位置づけられている。

また、第 4 条では「同意権の内容」として「通常の医療行為の同意代行」「重大な医療行為」をわけ、前者については「その範囲で単独で決定できる代行権を付与するものとする」、後者については「行政機関としての医療同意の審査機関を設け、この審査機関により第一次審査をさせることとし、これを医療同意審査会とした」とある。

日弁連は成年後見人に医療行為に関する同意権付与をするための法案を提言している。そこでの医療行為の内容の区別は上山説と類似しているが、成年後見人等とは別に第三者機関の設置を規定している点は実務的な立場から、被後見人に迅速に適切な医療を受けさせるための代理決定をしたとしても、より重篤な医療行為に関しては、成年後見人等への負担の軽減を含め、それを判断するのに必要な情報及び、辿るべきプロセスを第三者機関の介入を得ることで、判断の妥当性の担保を図るものであると考えられる。

(3)リーガルサポートの見解

『医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言』(公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート 2014 : 1) (以下、『提言』) は意思決定能力を喪失した場合の医療行為の同意の問題について「立法による新しい仕組みが、現在の医療現場においても実効性のある制度となる」とい

うことでアンケート調査を実施している。第三者後見人による同意について「『後見人に医療行為の同意権があるわけではないことを知らなかった』医療機関が 56% もあり、医師の要請に応じて、やむなく同意したと回答した会員は 73% にのぼる。同意権限がないことを理由に会員が同意しなかった場合には、i 保存的な治療を行った (15%)、ii 医師の判断で医療行為が行われた (32%)、iii 他の者に同意を求めた (45%) と、医療機関の対応は様々である」という結果が得られている。そして、「医師から同意を求められる内容は、比較的軽微な医療から、眼球摘出や、下肢の切断等の重大な医療に関する非常に重い決定を求められるものまで多岐にわたる。これまで、不安定な立場のまま同意した後見人等は、直接命にかかわる重い決定を行ったことに対する不安を抱え、一方、同意しなかった後見人等は、本人の医療を受ける権利を護れなかった思いに悩まされてきた。何ら法的な裏付けもない中、ほとんど第三者後見人等の善意によって、本人の医療を受ける権利は護られてきたといえよう」として指摘する(『提言』2014 : 5)。

そこで『提言』(2014) において医療行為の代行決定に関する法整備のリーガルサポートとしての基本的な考えを示している。『提言』(2014 : 35-36) では、第三者による医療行為の代行決定として後見人等を位置づけ「医療を受ける権利を保障するための『セーフティネット』としての役割」があるとする。また、代行決定順位としては後見人等が本人があらかじめ指定した者、家族に次いで第三順位であるが、「身上配慮義務に基づき、でき得る限り決定プロセスに参加し、関係者と協働して家族の代行決定を支援することが望ましい」(『提言』2014 : 38) と指摘する。さらなる役割として「本人の医療行為について常に関与すること、後見人以外の者が代行決定者となる場合「その医療行為が本人の身上配慮に基づいて行われているか否かを確認すること」、「医療機関は本人の治療を行うにあたり家族が本人の代行決定を行う場合には身上監護代理権のある後見人等の承諾を得なければならない」(『提言』2014 : 38) としており、代行決定者としては第三順位であるが、その求められる役割は重大である。

さらに、相談機関の設置として大学病院等の倫理委員会の設置はもちろんのこと、地域支援システムの横

断的な連携をアドバイスできる相談機関の必要性を提言している。

IV. 利用促進法の概要

先述したように 2016 年利用促進法が成立し、同法第 12 条第 1 項には成年後見制度の利用促進に関する基本的な計画（以下；『基本計画』）の策定義務がされており、医療場面における意思決定支援との関連でいえば『基本計画』（内閣府 2017：25）には「まずは、医療の処置が講じられる機会に立ち会う成年後見人等が医師など医療関係者から意見を求められた場合等においては、成年後見人等が、他の職種や本人の家族などと相談し、十分な専門的助言に恵まれる環境が整えられることが重要であり、その上で、所見を述べ、又は反対に所見を控えるという態度をとるといったことが社会的に受け入れられるような合意形成が必要と考えられる」とある。

利用促進法、『基本計画』では、少なくとも医療場面において成年後見人等に何らかの役割を期待しているがその内容は定かではない。このことは、成年後見制度においても未だ成年後見人に医療行為への同意権が付与されていない現状が影響していると考えられる。

ただし、岩井（2019：11）は成年後見制度利用促進基本計画における専門職の役割について「弁護士・司法書士には、法律の専門家として、適正な財産管理を中心としつつ、本人の意思の尊重および本人の身上への配慮が後見人の義務とされている制度の趣旨に沿って、本人の意思決定支援や身上保護に係る福祉的な観点からも本人の最善の利益に適合する形で本人の財産の適切な活用が確保されるように後見・監督等の職務を遂行することが期待されており」、「社会福祉士には、福祉の専門家として、本人の意思決定支援や身上保護に係る福祉的な観点に重点を置いた後見・監督等の職務の遂行が期待されており、社会福祉士が自ら後見人として財産管理を担当する場合においても財産の活用のあり方については上記の福祉的な観点特に重視した運用が求められることになる」と指摘する。

V. 研究方法

先行研究、職能団体の見解を踏まえて本研究における目的のために成年後見人等が医療同意を求められた場合の認識・対応と医療場面における意思決定支援に対する認識に関する質問内容を設定する。なお、詳細な質問内容は紙幅の都合上割愛するが、以下が質問項目である。

【質問内容】

0. 基本情報

（氏名、年齢、所属先・現職（何年）、成年後見人としての活動年数と受任ケース数）

1. 医療行為場面において同意を求められたことはありますか？
2. （1の内容を踏まえて）あなたは成年後見人に医療行為への同意権限を付与されたほうが良いと思いますか？
3. 利用促進法において医療場面における意思決定支援の一員として成年後見人も位置づけられているがそれについてどのように思うか？あるいは何ができると思うか？（ただし、成年後見人の求められる役割は明確ではないことを告げる）

本研究で社会福祉士を対象とするのは、上述したように専門職後見人である弁護士、司法書士それぞれの職能団体についてはすでに成年後見人に医療行為への同意権付与の必要性を肯定している一方で、専門職後見人としての需要が高まってきている社会福祉士（会）としての見解は定かではないということによる。

そのため本研究では、研究者の実践領域で接する機会がある社会福祉士に事前に依頼文を作成し本研究に（日時等も含め）賛同を得られた社会福祉士を対象²⁾として、フォーカス・インタビューを実施し、そこで得られた内容を意味のまとまりで切片化し、コード化、カテゴリー化の流れで分析する。その際、田垣（2004：155）によれば「1グループにつき、4人から8人くらいが適当とされて」いるということであったが、少人数にすることでより多く発言してもらい本研究に対する情報量を得るため1グループ3人とした。またインタビューガイドは事前に社会福祉士であり、成年後見人等としての実務経験もある共同研究者に

試行し作成した。

倫理的配慮については、本調査で知り得た情報は個人が特定できないように扱い、また本研究以外の目的以外では使用しないこと、本インタビューにおいて答えたくない質問には答えないことも可能であり、中止することも可能であること、そのような行動をとったとしても対象者に不利益は及ばないことを伝え、同意を得た。

VI. 結果と考察

1. 結果

本インタビュー調査の対象は本研究の趣旨に同意を得られた成年後見人活動を実践している3名の社会福祉士で、年齢、成年後見人等としての活動年数、受任件数は表1のとおりである。

本調査の目的について具体的に多様な考えを引き出すためにフォーカスグループインタビューを実施（時間 47 分）、研究協力者3名の同意を得て録音し、逐語録を作成した。

表1 インタビュー対象者

	年齢 (代)	活動年数	受任件数
1	50	7	5
2	50	13	12
3	40	9	4

インタビュー内容を意味のまとまりで切片化し、コード化、カテゴリー化の流れで内容を分析した結果、コード148、カテゴリー52、となった。また1～3の質問項目から3つのコアカテゴリーを作成し、これらの関連図を図1に示した。以下、コアカテゴリー【】、カテゴリー□、コード「」として表記し、インタビュー内容の一般化を行う。

【医療同意の現実】として支援者が「本当に」「まとも」に感じる【正式な医療同意場面】は2つある。1つは「定期的イベント」である【恒例のインフルエンザ】、もう1つの【様々な疾患】として【盲腸】「胃ろう」【両下肢の切断】それらに伴う【手術】がある。

【医療同意が求められる場所】としては【施設に入所している間】や【長期入院している病院】が挙げられる。

この時の【支援者の役割】としては【夜中に呼び出される】ことや、親類と【一緒に話を聞く】「本人に説明する」がある。

そしてこの役割に付随する【インフォームドのされ方】には【医師からの病状説明】「医師として私自身の判断で手術しますと言ってくれて」【胃ろうをつけましょうかどうかどうしましょうかという話】という形である。これに対する【コンセンツのあり方】には【医療同意の権限なしと説明】「ケースバイケース」【同意書を書かせてもらったケースは1件】というように【支援者としての同意権限なし/にもかかわらず同意をする】ことがある。

なぜ【支援者としての同意権限なし/にもかかわらず同意をする】に至るのかというと、【親族の存在の有無】【類型による本人の状態】が関係する。さらに、実際に同意を実施するかしないかは別として【本人の最善の利益の視点】も関係するという。

ただ、支援者は【判断に迷ったとき（社会福祉士）会の誰かに相談する】ということはある。「判断に迷う場合はやっぱり1回は確認したい」というように同意の実施・否実施に関する【判断に迷ったときの相談・確認】はしたいと思っているが、実務をする支援者からすると、この問題に対しての【家庭裁判所への期待は薄い】と感じている。

次に【医療同意権付与の是非】に関する認識として「なんとも言えない」「難しい」というようにまさに【微妙】な課題であり、【悩む】「重たい」「厳しい」という形容がされるほど【苦悩】を伴う。なぜ【微妙】であり【苦悩】を伴うのか、その一つに【責任の負担】を挙げる。また【緊急度】、【一般化したもの】、【医療の種類】も【責任の負担】に関係してくる。その一方で、【キーパーソンの不在の時】、【誰かがやるしかない時】、【最善の利益を考えた時】には【付与されないなら付与されないなりにやっている】という【それなりの対応】をしている。ただし、【それなりの対応】の際に医療同意権が【免罪符として機能】するかもしれない可能性を危惧する。

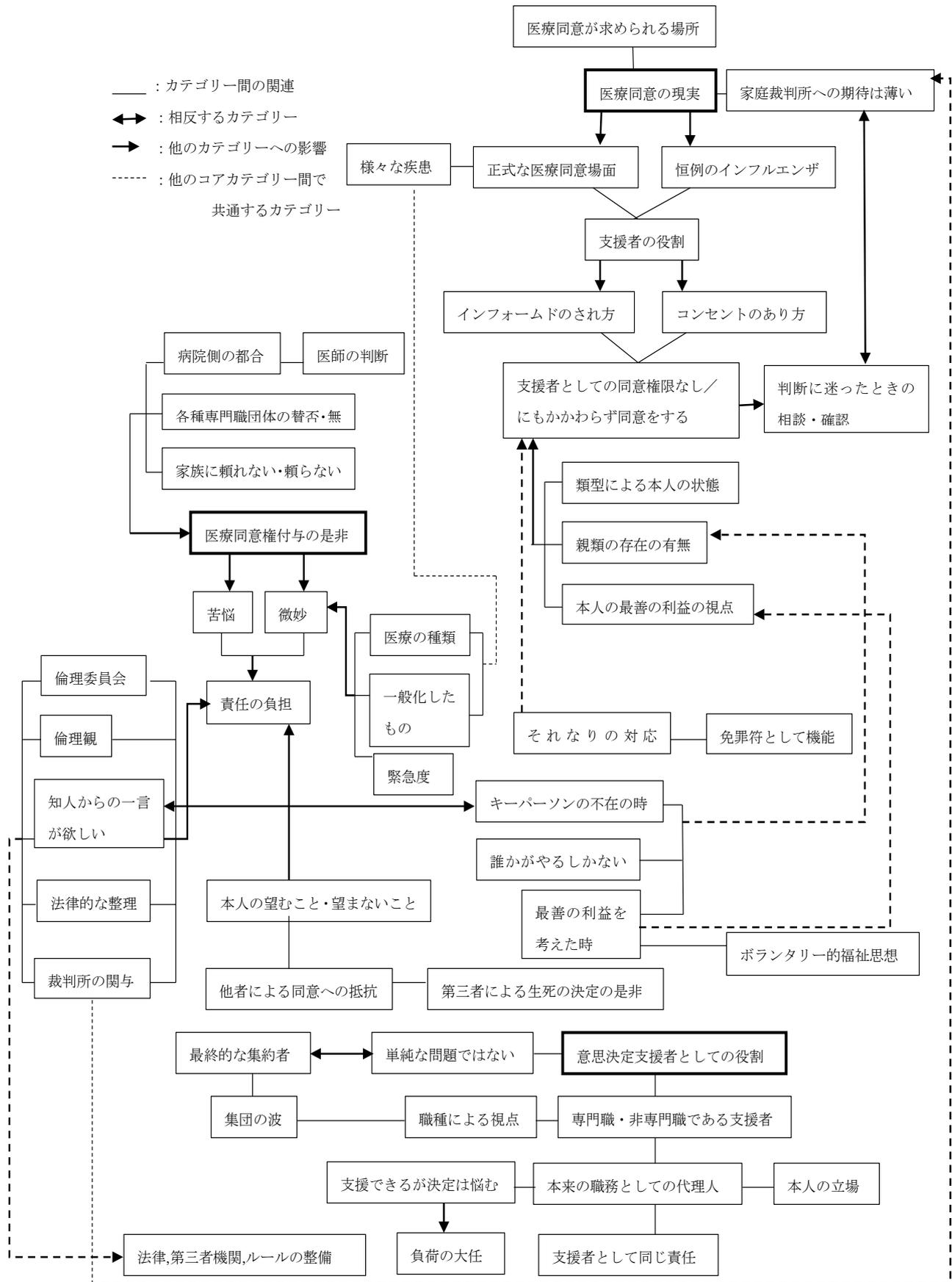


図1 医療同意の現実とその是非, 意思決定支援者としての役割の関係性

また、[最善の利益を考えた時]に関連するのが「福祉の分野に」と「本人のためにこれをしてあげたらいよいよね」「ボランティアな考え」といった[ボランティア的福祉思想]である。けれども、[本人の望むこと・望まないこと]の両方を考えたり、自分自身の価値観である[第三者による生死の決定の是非]、「容易く他人に自分の命をあずけられない」というように[他者による同意への抵抗感]を考えると、先の[微妙]であり[苦悩]を伴う[責任の負担]になる。

このような、【医療同意権付与の是非】に対して、「病院側・医者が訴訟を避けるためには結局は」という[病院側の都合]（ここには、最終的に[医師の判断]によって医療行為が実際されることも含まれる）、[家族に頼れない・頼らない]、この問題に対する専門職団体に対する見解の相違である[各種専門職団体の賛否・無]といった病院、家族、専門職団体（職種）の存在が影響するが、[倫理観][倫理委員会][法律的な整理][裁判所の関与][知人からの一言が欲しい]ということを成年後見人は望んでいる。

最後に【意思決定支援者としての役割】について「社会福祉士だけではなくて、市民後見人みたいな人もしているわけだし、親族だってしているわけだし」というように[専門職・非専門職である支援者]がいる中で[職種による視点]が影響するが[本来の職務としての代理人]は、[支援者として同じ責任]をもち[本人の立場]に寄り一方で、「後見人が全てを背負っているのはすごく重い」「僕の一言でその人が亡くなった場合だとか考える」という[負荷の大任]を帯びるといふ。[負荷の大任]が帯びるのは、「意思決定支援で支援というところで止まるのだったら別にいい」「本人の意思を決定する支援をすることはできても」「支援はいくらでもするけど」という[支援できるが決定は悩む]がある。

このような状況に対して「単純にわれわれ基準でいいんじゃないか悪いんじゃないかとは言えないのかなと思ってしまう」[単純な問題ではない]が[法律、第三者機関、ルールの整備]、あるいは、[集団の波]があることで支援者として[最終的な集約者]になれるという認識がある。

II. 考察

ここでは、(1)「医療同意の現実と同意権付与の是非」、(2)「意思決定支援者としての役割」、それぞれの観点から成年後見人等に医療行為への同意権を付与するための要因と成年後見人としての需要が高まる社会福祉士がこの問題に今後どのように向き合う必要があるのか考察する。

(1)医療同意の現実と同意権付与の是非

医療行為場面における専門職後見人の役割として上山(2008)は、医療同意権に関する医療機関への説明、家族への説明と意見調整、家庭裁判所との連携の3つを挙げている。この点からすれば、本調査における対象者も医療同意が求められた際には[コンセンタのあり方]として成年後見人等に医療同意に関する権限がないことを説明している。家族への説明と意見調整についても「医療同意を求められた事例なんですけど、その時は両下肢の血管の石塊化で脚を切断するという手術だったんだよね。たまたま管内に妹さんがいたので、妹さんに確認をとって手術したんですよ。また2か月後に違う脚が石塊化してて、切断しなければならなくて、妹さんに確認したら、もう私だけでは判断できないということで、親族で話をしてもらったんだけど、やっぱり(決断は)無理で、医師に投げたんだ。医師の方で今回は手術はしませんということで、その後1か月足らずで亡くなったということがありましたね」といった発言からも、説明を受けること、成年後見人等に医療行為への同意権がないことを説明すること、家族間の調整をすることが成年後見人等の役割であり、その職務を果たしていることが言える。

けれども、[親族の存在の有無][類型による本人の状態]によっては[支援者として同意権限なし/にもかかわらず同意をする]現実があるのも確かである。ただしここでの[にもかかわらず同意をする]というのは上述したように医療機関に任せる、説明を受けた上で異議を述べない、といった内容を付記するという対応であるが、そのような対応の結果、医療行為がなされているのも事実である。このような事実上の同意は『指針』においても成年後見人等に医療行為に対する同意をすることが求められていること、医療現場に対する実態把握の調査の『報告書』においても、実

際に成年後見人等の役割として医療行為への同意が含まれていると理解している医療関係者がいること、現に、成年後見人等に同意を求めたことのある医療機関がある、ということからも窺える。

なぜ、事実上の同意が権限のない成年後見人等としてせざるを得ないのか、それは「真っ先に考えるのは本人の利益なんですよ。実際インフルエンザの件については、同意権は無いけれども、同意しないことで本人がインフルエンザで亡くなるとか、より重篤化するリスクが増える、また本人がかかることでそこから感染源になって他のメンバーの人達に感染させちゃうという危険も考えられると、そうするとじゃあ接種しないよりも接種する。副作用も含めて、そちらの方が比べたらまだいいんじゃないか。そう考えれば本人の利益に適うという点で同意するというのはありだと思うんですよ」という発言からも「本人の最善の利益の視点」が影響すると言える。ここでの最善の利益とは、同意を得られずにインフルエンザの予防接種ができないことで生じる重篤化よりは、本人の生命を優先するということと、施設入所者全体の利益という双方の意味が含まれていると考えられる。

その一方で、「様々な疾患」〔緊急度〕〔一般化したもの〕〔医療の種類〕によっては「支援者としての役割」が異なる。つまり、先述したような「支援者としての同意権なし／にもかかわらず同意をする」か、「医師の判断」に委ねるといった対応をとる。しかし、ここでの「様々な疾患」〔緊急度〕〔一般化したもの〕〔医療の種類〕を成年後見人等として何か明確にしているかといえそうとも言い切れないことが窺えるが、インフルエンザはこの問題においては恒例の行事のような位置づけであることは上述した通りである。

このように成年後見人等に医療同意が求められているが、その範囲の認識が明確ではない、あるいは、曖昧な現実に対して日弁連が提言した『医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱』において「同意権の内容」として「通常の医療行為の同意代行」「重大な医療行為」をわけ、前者については「その範囲で単独で決定できる代行権を付与するものとする」とされ、上山（2008）が提示している最小限、軽微な医療行為の程度と検診・受診という範囲はその基準として有効であることから、第一に医療行為への同意権付与を可能するための要件として医療行為の程度・種

類が挙げられる。

しかし、現実問題として成年後見人等に医療行為への同意が求められているにも関わらず、その是非を問うと「微妙」という回答があった。その背景には「責任の負担」がある。また、「医療同意の現実」の時と同様に、「家族に頼るっていう時代ではもうなくなってきているんですよ。だからちゃんとしたシステムを作ろうっていう考えはあるんですけどなかなかどうやったらいいのか、僕もまだわからない」という発言からも「家族に頼れない・頼らない」ということ、「最善の利益を考えた時」には、結局のところ「それなりの対応」をしなければならないのだからという認識があり、それが「医療同意の現実」にもあった「支援者としての同意権なし／にもかかわらず同意をする」ということに繋がるといえる。その一方で、仮に成年後見人等に医療行為への同意権が付与された場合、本人の為に（最善の利益の為に）医療行為がなされることの是非等の事柄を検討するプロセスを経ずに医療行為への同意権があるというその事実が「免罪符として機能」してしまい決定（同意）につながるのではないかとこの抵抗感があり、これは支援の流れのなかで、その適切性を担保し、関係者の意識の変化や合意形成を促進させる過程、すなわちプロセスゴールを重視する社会福祉士としての考えの表れとも考えられる。そして「医療同意権付与の是非」つまり、成年後見人等に同意権を付与すべきか、付与すべきではないということを考えることは「各種職能団体の賛否」が影響するため、一概にどちらともいえないという現状は、成年後見人等、特に専門職後見人にとっては行動を妨げるものになると考える。

加えて、この問題を広く捉えた場合、そもそも個人的に「他者による同意への抵抗」があること、「第三者による生死の決定の是非」の問題とも関連してくるため、その是非を問うたとしても、明確な返答ができないということになる。

ただし、先述したように医療行為への同意権付与を可能するための要件が医療行為の程度・種類であるならば、この時、『法律大綱』では「重大な医療行為」については行政機関として医療同意審査会の設置を提示しており、『提言』では病院内における倫理委員会をはじめとする相談機関の設置を提示し、上山（2008）は専門職後見人の役割に家庭裁判所の役割を

挙げている。また医療行為への同意権を付与される場合、その受任者として弁護士、司法書士の法律の専門職や福祉専門職である社会福祉士の他、法人や市民後見人等がいるなかで、一律に同意権を付与することが困難であると考え、「医療行為の現実」において「判断に迷ったときの相談・確認」の必要性があることを踏まえ³⁾、身近な「知人からの一言が欲しい」というレベルから「倫理観」「倫理委員会」「法的な整理」「裁判所の関与」が医療行為への同意権付与を可能するための第二の要件として必要になる。

この時の「倫理委員会」の設置は医療機関内においても必要であるが専門職後見人においては、この問題に対応するための職能団体内において「倫理委員会」の設置が必要であると考え。ただし、委員会といった組織の設立が困難である場合の行動のあり方として専門職としての成年後見人等であるならば、その専門職としての「倫理観」に相当する倫理綱領を基底にしながらこの問題に応じることは可能であると考え⁴⁾、それが岩井(2019)の指摘していた福祉的な視点ということになると考える。

(2) 意思決定支援者としての役割

成年後見制度における医療行為の同意権問題は、利用促進法における意思決定支援者としての成年後見人等の役割にも影響する。つまり『基本計画』(2017)では医療の処置が講じられる機会に立ち会う成年後見人等が医師など医療関係者から意見を求められた場合等においては、成年後見人等が、他の職種や本人の家族などと相談し、十分な専門的助言に恵まれる環境が整えられることが重要であるとされている。

本調査では専門職後見人として「支援できるが決定は悩む」とあるように、成年被後見人に関する情報提供、家族との連絡調整といった従来の身上監護業務としての支援は可能であるが、同意に相当する決定は困難であるということである。これは「専門職・非専門職としての代理人」がいるなかで「職種による視点」があるため、どのように医療行為場面、特に同意の問題を解決するのか意思決定支援においても、支援のあり方と決定のあり方をどのように線引きするのかという問題が生じると言えよう。

ただし、「単純な問題ではない」という認識がある一方で、「集団の波」があれば「最終的な集約者」に

なれるということからすれば意思決定と支援の両方を実践できるという認識があるとも言える。ここでの「集団の波」はまさに、意思決定支援の場面にある医療従事者等の他の職種の意見であり、それを成年後見人等として調整することで、これまでの「医療同意の現実」「医療同意権付与の是非」にあった本人の最善の利益につながると考えられる。この時、成年後見人等の意思決定支援について上山(2019:18-19)が「成年後見人等が行う意思決定支援には特別な要素が含まれている」として2点挙げている。それによれば「成年後見人等は、①民法858条に基づく本人意思尊重義務を負っているとともに、②本人の自己決定に干渉できる法的な代行決定権限(法定代理権、取消権等)を持っているからである」という。そして、①の観点から意思決定支援を行うことは法的に義務付けられており、②の観点からは本人の権利擁護にあたって「代行決定の手法を適切に使い分けことが求められる」とし、使い分けの段階として「『支援の第1ステージ(自己決定支援型の権利擁護)』と例外である『支援の第2ステージ(他者決定型の権利擁護)』と分け、第2ステージは本人の保護を十全に図れない場面の最終手段として行うことになる」とする。つまり「原則である第1ステージでの支援の流れの中で、特定の時点における特定の項目についてのみ、単発的な例外として認められるにすぎない」と指摘していることからすれば、成年後見制度における医療行為への同意もまた、特定時点、特定項目に相当し、「最終的な集約者」として成年後見人等が意思決定支援を担うことも可能であろう。

VII. 結論

本研究では、これまで成年後見制度における医療同意権の問題において指摘されてきた現実問題が社会福祉士としての成年後見人等にも生じていること、その状況においても成年後見人等として医師・医療機関から患者である成年被後見人等に関する説明を受けること、家族間の連絡調整、成年後見人等として同意をすることができない旨を説明するといった役割を遂行しているということが明らかになった。成年後見人等としての役割遂行をしながら、医療行為への同意権を付与するためには同意が可能となる医療行為の

種類・範囲や法整備、倫理委員会といった第三者機関の設置がその要件として必要であるという認識があることが改めて明確になった。

専門職後見人が、その専門性による価値が成年後見人としての職務遂行にも影響を与えるのならば、社会福祉士としての成年後見人は、この問題に対して提言を示している弁護士、司法書士、あるいはこの問題に関する実態把握を実施している医療機関からすると法制度という構造に働きかけるというよりは、現状維持の傾向にあると思われる。また、井手ら(2019:85)はソーシャルワークのグローバル定義にある「社会変革」について『社会資源の発掘・開発・創出』という文言として置き換えているように、成年後見人等の担い手として社会福祉士の需要が高まっているという意味でも、法律専門職ではなく、福祉専門職として成年後見制度に携わる意義を再認識し、成年後見制度が真に利用者にとってメリットがあり、受任者にとっても無理のない活動となるよう、持続可能な制度内容となるように継続的な働きかけが必要である。また、より実務レベルにおいて成年後見人等への医療同意権付与を可能にする諸条件を明確にするためには成年後見活動を実施している社会福祉士に加えて、他の専門職に対するインタビューを実施することが必要であり、今後の研究課題であると考ええる。

謝辞

本研究のインタビュー調査に際し、研究の目的等を了承し、快くインタビューに応じて頂いた3名の社会福祉士の方に心より感謝致します。

注

- 1) 本研究では、インタビューの調査対象者が後見類型だけではなく保佐類型を受任し実践活動をしていることから成年後見人等と表記する。またそれ以外の表記は諸研究者等の表記のままとする。
- 2) 呉(2004:126-127)によれば、研究者の質問に答えてくれる人をインフォーマント(情報提供者)と呼び、研究対象であるインフォーマントを選出する場合には「信頼できる知り合いを紹介してもらう方法」があるという。ここでの知り合いとは「研究者の日常生活で常に接し、すでにある程度の関係が成立し研究者を信頼して情報を提供してくれる協

力者を指す」という。このように「意識的あるいは必然的に知り合いをインフォーマントすることは『関係者抽出法(オンソア法)』と呼ばれる」(呉2004:131)とする。関係者抽出法を用いることによって、呉(2004:128-129)によれば、第一に「研究者と協力者の暗黙的なルール、既有知識が常に働く」、第二に「身体感覚の共有が伴う空間イメージが容易である」、第三に「ローカルなことばでのやりとりができる」、第四に「調査者も当事者としての視点をもつ」という特徴があるとする。この特徴を踏まえ第一・二の点については成年後見人として医療場面において医療同意を求められる状況をイメージしやすいということ、第三の点については、成年後見人として、社会福祉士として使用される用語の共有がしやすいということ、第四の点についてはインタビュアーがインフォーマントと同様の体験をしているという点からも本研究では研究対象の選出方法として「関係者抽出法」とした。

- 3) 本調査において医療行為への同意について[判断に迷ったときの相談・確認]の必要性が言われていたが、その際の[家庭裁判所への期待は薄い]という認識がある。
- 4) 例えば、社会福祉士の倫理綱領、それに基づいた『社会福祉士の行動規範』からすれば「I. 利用者に対する倫理責任 2. 利用者の利益の最優先 2-3. 社会福祉士は、援助を継続できない何らかの理由がある場合、援助を継続できるよう最大限の努力をしなければならない」とある。本研究の調査対象者がこの観点から最善の利益の視点の重要性を答えていたかは定かではないが、この規程は社会福祉士としての成年後見人等が医療行為への同意権がないことによる援助継続が可能でない場合においては、現に成年被後見人等の最善の利益を考えて医師に同意を委ねて、医療行為の継続につなげている。ただ、「12. 権利侵害の防止 12-1. 社会福祉士は利用者の権利について十分に認識し、敏感かつ積極的に対応しなければならない」「12-2. 社会福祉士は、利用者の権利侵害を防止する環境を整え、そのシステムの構築に努めなければならない」「12-3. 社会福祉士は、利用者の権利侵害の防止についての啓発活動を積極的に行わなければならない」、 「II. 実践現場における倫理責任

1. 最良の実践を行う責任 1-3. 社会福祉士は、福祉を取り巻く分野の法律や制度等関連知識の集積に努め、その力量を発揮しなければならない」という規程からすれば、成年後見人等として医療行為への同意ができないことによる成年被後見人が受ける不利益（医療行為、手術等が受けられない、受けるまでの時間がかかる等）を権利侵害として捉えて、その状況を防止するための環境、システム構築をしていくために、やはりこの問題に対して社会福祉士（会）として関与していく必要性を説くことができる。

文献

- 井手英策・柏木一恵・加藤忠相他（2019）『ソーシャルワーカー—「身近」を革命する人たち』筑摩書房。
- 岩井伸晃（2019）「成年後見制度の実効性の拡充と専門職の役割」『実践成年後見』81, 3-13.
- 上山 泰（2008）『専門職後見人と身上監護』株式会社民事法研究会。
- 上山 泰（2019）「第1章意思決定支援と成年後見制度」公益社団法人日本社会福祉士会編『意思決定支援実践ハンドブック～「意思決定支援のためのツール」活用と「本人情報シート」作成～』民事法研究会, 6-23.
- 呉 宣児（2004）「4データを収集する」無藤隆・やまだようこ・南博文他編『ワードマップ質的心理学 創造的に活用するコツ』新曜社, 92-131.
- 田垣正晋（2004）「5個別の方法」無藤隆・やまだようこ・南博文他編『ワードマップ質的心理学 創造的に活用するコツ』新曜社, 134-181.
- 吉田 栄（2004）「重度知的障害者への身上配慮」『実践 成年後見』9, 113-119.
- 山縣然太郎（2018）『医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究』平成29年度総括・分担研究報告書, 山梨大学大学院 総合研究部医学域 基礎医学系 社会医学講座。
- 社会保障審議会医療部会（2019）「第66回社会保障審議会医療部会資料2-2」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504346.pdf>,2019.9.16)。
- 公益社団法人日本医師会（2016）「医師の職業倫理指針第3版」(<http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken>

/20161012_2.pdf,2019. 9.19)。

公益社団法人日本社会福祉士会の倫理綱領（2005）「社会福祉士の行動規範」(https://www.jacsw.or.jp/01_cs_w/05_rinrikoryo/files/rinri_kodo.pdf,2019.12.7)。

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート（2014）「医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」(https://www.legal-support.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/pdf/act/index_pdf10_02.pdf,2019. 9.14)。

内閣府（2017）「成年後見制度利用促進計画」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-1200000-0-Shakaiengokyoku-Shakai/keikaku1.pdf>,2019.9. 6)。

日本弁護士連合会（2005）「成年後見制度に関する改善提言」(https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2005_31.pdf,2019. 9.19)。

日本弁護士連合会（2011）「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」(https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf,2019.9.19)。

最高裁判所事務総局家庭局（2018）「成年後見関係事件の概況—平成29年1月～12月—」(http://www.courts.go.jp/vcms_lf/20180622kkoukengaikyou_h29.pdf,2019. 9.1)。

【調査報告】

北海道旭川市の精神保健医療福祉の形成過程における 精神保健ソーシャルワークの所在

A Study on Position of Mental Health Social Work in the Formative Process of
Mental Health and Welfare Services in Asahikawa City, Hokkaido

永井 順子（北星学園大学）

松浦 智和（名寄市立大学）

要旨：

本稿は、1950年代～1980年代に旭川市において精神保健医療福祉の体制が整備されていく過程を明らかにし、精神保健ソーシャルワーク（以下、精神保健SW）の所在を検討することを目的とした。方法として文献等の検討とインタビュー調査に基づく歴史研究を実施した。その結果、旭川市では各精神病院医師の組織的な取り組みや道立旭川保健所保健婦の働きがあり、1970年代以降、家族会や当事者活動が開花したことが明らかになった。そのなかで、準公立の総合病院のソーシャルワーカーの業務の一部として精神保健SWの萌芽が見られた一方で、郊外の私立精神病院においては、「作業療法助手」によるソーシャルワーク的実践が積み重ねられた結果、PSW（精神科ソーシャルワーカー）という職種が院内に位置づいたことが確認された。また、その過程におけるPSWとしてのアイデンティティの形成は、同種のアイデンティティを持つ者の存在によって促進されたことが示唆された。

Keywords：北海道旭川市，精神保健医療福祉の歴史，精神保健ソーシャルワーク，精神科ソーシャルワーカー

I 研究の背景と目的

1964年の日本精神保健福祉士協会の設立から50年以上が経過し、日本における精神保健医療福祉領域のソーシャルワーク（以下、「精神保健SW」と記す）は一定の歴史を重ねてきた。しかし、その全国史についても豊富とはいえないが、地域の独自の精神保健SWの歴史については、さらに体系的な研究は乏しい。北海道においては、十勝や浦河など全国的にみても優れた活動を有しながら学術研究は少なく、各種史料・資料も散逸した状態であることが推察された。

そこで筆者らは、広域である北海道について、第三次医療圏である道南、道央、道北、オホーツク、十勝、釧路・根室の6区域に分け、区域ごとの精神保健SWの歴史を調査、分析、記述することを目的とした研究を実施した。研究の過程では、6区域のうちにはその内部にそれぞれ特徴を異にする活動区域を含む箇所があり、6区域単位で精神保健SWの歴史を語ることに

に難しさのあることが明らかになってきた。たとえば道央は札幌市を含み、さらに、二次医療圏区分でいう後志（小樽市など）、西胆振（室蘭市、登別市など）、東胆振（苫小牧市など）、日高（浦河町など）に異なる実践が含まれることは研究開始当初から予想していたが、研究の結果、それぞれの特徴が一層明らかになってきている。また、道北では、上川中部（旭川市など）、上川北部（名寄市など）、宗谷（稚内市など）に特筆すべき精神保健SWの展開があり、それぞれ個別の記述を残す価値があると考えられる。本稿では、道北上川中部の旭川市に焦点をあてる。

旭川市では1955年に旭川赤十字病院に精神神経科が開設し、ほどなく4つの私立精神病院が設立、1963年に市立病院に精神病棟が完成した。本稿では、1950年代～1980年代に旭川市において精神保健医療福祉の体制が整備されていく過程を明らかにし、精神保健SWの所在を検討することを目的とする。

II. 研究方法と倫理的配慮

旭川市の精神保健医療福祉の形成過程に関わる文献、史料・資料収集と検討を行う歴史研究を実施した。また、旭川圭泉会病院の先駆的 PSW (精神科ソーシャルワーカー)^{注1}である乳井雅子氏 (現・上川相談支援センターねっと顧問、元・旭川圭泉会病院社会復帰・地域連携部部長) に自身の活動の履歴等に関するインタビュー調査を実施した (2019 年 6 月 17 日)。さらに、旭川厚生病院で長くソーシャルワーカー (以下、SWer) として勤務した中澤香織氏 (現・札幌大谷大学短期大学部教授) に情報収集のためのインタビュー調査を実施した (2020 年 1 月 10 日)。実施に際しては研究の趣旨と倫理的配慮等について書面にて説明を行い、対象者の同意を得た上で IC レコーダーにて録音した。インタビューで得られた内容については、一つの歴史的証言として、他の文献、資料・史料と照合しながら本研究の参考とした。なお、本研究は、北星学園大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得て実施した (19-研倫 4 号)。

III. 研究結果

1. 旭川市における精神保健医療福祉の草創期の概観

旭川市の精神保健医療の前史としては、1925 年に市立精神病者監置所 (30 坪) が旭川救護院に付設されたことがあげられる。その後道路建設の妨げになるなどの事情があり、1941 年には救護院から分離して、市立総合病院予定地の隣接地に移築された。この監置所が、1950 年の精神衛生法の公布により精神病舎に転じて、伝染病隔離病舎であった市立緑橋病院の裏側に建築された (旭川市史編集委員会 1959 : 564)。それに先駆けて 1941 年には、北海道大学精神医学教室 2 期生の相川正義により相川病院が開設しており (隣接する師範学校からの強い反対があり、建設には苦労したという) (北海道精神病院協会 1998 : 132)、戦後まもなくの旭川市の精神科医療は同院が主に担っていた^{注2}。なお、1937 年には北海道内初の保健所として旭川保健所が設置されたが (旭川市医師会 1980 : 404)、精神衛生業務の実施は 1965 年の精神衛生法改正以後のことであった。

その後、1955 年には旭川赤十字病院に精神神経科

(100 床) が開設 (全国赤十字病院で最初の精神神経科) (旭川赤十字病院 1986 : 44)、1956 年には 1923 年に佐竹清秀が内科と小児科で開設した佐竹病院に佐竹郁夫が勤務し、精神科を開始したと思われる (辻 1960 : 113、佐竹 1980 : 119、塚本 1988 : 4)。1957 年 5 月には直江病院 (60 床) が開設し、1961 年には佐竹、直江両病院が統合して旭川精神病院 (120 床) となった (北海道精神病院協会 1998 : 202、旭川圭泉会病院 HP)。1960 年 11 月には高橋精神神経科病院 (40 床) (北海道精神病院協会 1998 : 266、メイプル病院 HP)、1962 年 11 月には豊岡病院 (50 床) が開設され (北海道精神病院協会 1998 : 259)、1963 年 8 月に市立病院に精神棟 (100 床) が完成した (市立旭川病院開院 50 周年記念誌編集委員会 1981 : 27)。道北の名寄市、士別市、稚内市を始め北海道では、公立、準公立の精神科が私立に先駆けて設置され、その後も地域の精神科医療の中心を担っている例が多く見られるが、私立の精神病院が 1960 年代前半までに複数整備され、公立病院も含め病院間の協力体制を築いたのは旭川市の特徴である。1957 年には、相川病院の相川正義、直江病院の直江善男 (元・網走向陽ヶ丘病院)、旭川赤十字病院精神神経科の高橋順、佐竹病院の佐竹郁夫、名寄市立病院精神科の荻野武敏、士別市立病院精神神経科の塚本隆三により「道東北精神科医懇話会」が結成され、1965 年には「旭川地区の精神科医の“ゆるやかな連帯の会”」として「旭川精神医学研究会」となった (塚本 1988 : 4、旭川市医師会 1980 : 495)。同じ 1965 年には旭川精神衛生協会が発足している。

旭川精神衛生協会の設立の契機は、精神衛生法施行後、東京で行われていた「全国精神衛生大会」に因んで北海道では札幌市で行われていた「全道精神衛生大会」が、各地への普及という目的から、まずは函館市、次いで旭川市で開催するという話が出たことによるという (旭川精神衛生協会 1985 : 19)。函館では北海道で最も早く 1956 年に函館精神衛生協会が発足しており、旭川精神衛生協会は 2 番目の発足であった (北海道精神保健協会 1993)。直江善男は「旭川精神衛生協会 20 周年記念座談会」の席で、設立の理由について以下のように話している。「作ったのは啓蒙普及のほか、当時の精神病院に対して非難攻撃があつて我々にも加害者意識があつたものですから、その辺の

ところを少しずつ判って貰おうという形で始まったかと思います」。そして「市役所にお百度踏んで協力をお願いしたんですけど、予算のかかる話には乗ってくれない。そのとき、『保健所だけでもやりましょう』と言われたのが熊谷（太市）所長で、『それでは』ととんとん拍子に話が進んだということです」とのことで（旭川精神衛生協会 1985：19、（ ）内引用者補足）、実際、旭川精神衛生協会は旭川保健所を事務局として、まずは「精神衛生相談室の開設、巡回相談の実施、一般市民への精神衛生研究大会の開催、講演会への講師派遣、会報の発行」を開始した（塚本 1988：6）。1965年に発刊し、翌年からは年2回発行されている会報『旭川精神衛生』は同協会、および旭川市における精神保健医療福祉の展開を伝える貴重な資料である。旭川精神衛生協会の足跡については、同協会の「創立50周年記念誌」として編まれた『旭川精神衛生』94号に詳しいため、ここでは詳細は省くが、精神科医療関係者のみならず、関連する諸領域を巻き込み、実質的な活動を今日まで継続している。

1965年の精神衛生法の改正により、都道府県に精神衛生センターが設置されることになった際には、旭川精神衛生協会を足場に旭川市として手を挙げたが、土壇場で札幌市における設置が決まったそうである（旭川精神衛生協会 1975：22、塚本 1988：6）。このことから、旭川精神衛生協会を構成した医師たちが、狭義の精神科医療のみならず、広く地域の精神衛生に関心をもっていたことが伺える。

1965年からは旭川市内の精神病院合同で入院患者のソフトボール大会や卓球大会も開催していた（及川 1978：19、塚本 1976：14）。その背景として、「昭和30年頃より向精神薬の開発に伴って、生活療法（作業・レク・開放化）の活発化がはじまり、旭川市内の各病院に於てもそれぞれの病院単位で作業やレクリエーションが工夫され、活発に実施されるように」なり、「1 病院内だけの閉鎖的なレクには限界があるとして、1 歩進めた合同のレク・ソフトボール大会が実施」された」と及川（当時、旭川精神病院作業療法士）は述べている（及川 1978：19）。

このように 1960年代の旭川市では、各精神病院が生活療法など当時としては先進的な精神科医療に取り組み、かつ、病院間で協力して精神衛生活動に熱心に取り組む状況があり、1970年代以降、家族会や当事

者活動が開花していく。

本稿が対象としている旭川市の精神保健医療福祉の歴史的展開過程（1990年代まで）における主要な出来事を表1の年表にまとめた（表1）。

2. 1970年代の精神保健医療の状況

本節では、家族会や当事者活動が開花していく背景として、1970年代の旭川市における精神保健医療の状況を整理する。

塚本（1976）によれば、当時旭川市には「精神科をもつ公立総合病院が3カ所、私立精神病院が4カ所、私立精神科診療所が1カ所あり、全精神科病床数は853床であるが、その診療圏は、旭川市を中心とした道立旭川保健所管内1市8町（人口38万）が主なものであり、これに精神病床のない隣接する富良野保健所管内（人口58万）と道北地区より流入してくる患者が加わっている」状況であった。人口万対病床数は1974年末で全道が31床超に対し旭川保健所管内は22床であり、1975年12月1日現在の病床利用率は109%であるが、精神科医療施設8ヶ所に勤務する精神科専門医は常勤14名とパート1名の計15名で、医師1人あたり入院患者約57名と、全道平均81名に比べ恵まれた状況にあることも指摘されている（塚本 1976：13）。なお、伊東ら（1977）が1974年末の保健所の資料に基づいて作成した「医療施設の地域別在住者取扱状況（通院・入院を含む）」によれば、旭川医療圏（旭川保健所管内と富良野保健所管内）の通入院者総数は2,867名で、在住地域は旭川が81.9%、富良野が5.0%、北空知の深川が3.0%、道北の士別と稚内がそれぞれ2.4%と1.5%となっている（伊東ら 1977：64）。

表1. 旭川市の精神保健医療福祉の歴史的展開過程

年	月	出来事
1925年	12月	市立精神病患者監置所設置 → 1950年市立旭川病院精神病舎へ
1937年	4月	市立旭川病院開設 (旭川市立診療所から改称)
	6月	相川正義、精神科5床開業→1941年、相川病院開設
1955年	7月	旭川赤十字病院精神神経科 (100床) 開設 (部長・高橋順)
1956年	7月	佐竹病院に佐竹郁夫勤務
1957年	5月	直江病院 (60床) 開設 (院長・直江善男)
	12月	道北精神科医懇話会結成→1965年旭川精神医学研究会に
1960年	11月	高橋精神神経科病院 (1991年～医療法人順真会メイプル病院) (40床) 開設 (院長・高橋順)
1961年	12月	旭川精神病院 (1987年～旭川圭泉会病院) (120床) 開設、直江病院閉院
1962年	11月	豊岡病院 (50床) 開設 (院長・森正義)
1963年	8月	市立病院に精神病棟 (100床) 完成 (部長・塚本隆三)
1965年	1月	旭川精神衛生協会設立→秋～「精神衛生センター」設置運動
1966年	7月	旭川厚生病院に精神科 (54床) 開設 ^{**}
		高橋精神神経科病院患者家族会、相川病院患者家族会結成
	9月	旭川精神病院患者家族会結成
	10月	市立旭川病院患者家族会結成
1967年	1月	四条診療所開設 (所長・佐竹郁夫) ^{**}
1969年	2月	旭川精神障害者家族連合会発足 (旭川精神衛生協会事業として→1970年12月独立)
	9月	旭川断酒会発足
1971年	4月	旭川市職親会で精神障害者受け入れ ^{**}
1974年	4月	保健所で断酒会会員による酒害相談開始
1976年	5月	旭川保健所社会復帰学級「ポピー学級」開設
	6月	在宅精神障害者回復者クラブ「あおぞら友の会」発足
	11月	旭川医科大学付属病院精神科神経科 (33床) 開設 (科長・森田昭之助)
1978年	4月	旭川市精神障害者入院費助成制度開始
1979年	3月	旭川精神病院ソーシャルクラブ「アップル会」発足
1979年	12月	医療法人六樹会聖台病院 (100床) 開設 (院長・藤本達哉) [*]
1980年	11月	旭川市ののちの電話開設 ^{**}
		精神障害体験者の集い「水曜会」発足→1982年4月、「さあくる・ふれんど」に改称
1983年	4月	しらかば共同作業所発足
1985年	4月	旭川連合断酒会発足
1987年	1月	丸谷病院 (2床) 開設 (医長・丸谷真知子) ^{**}
1988年	5月	旭川圭泉会病院に精神科デイケア設置
1989年	5月	コスモス共同作業所設立 ^{**}
1990年	1月	ボランティア養成講座開講→1995年7月精神保健ボランティア「ともだちの会」発足 ^{**}
1994年	12月	ななかまど共同作業所設立 ^{**}
1995年	7月	PSW組織「ふくろうの会」発足
1996年	10月	医療法人社団直江中央クリニック (現・医療法人社団直江クリニック) (院長・直江裕之) 開設 ^{**}
1998年	6月	ひだまり作業所設立 (ふくろうの会による)

筆者作成。なお出典については本文に記載の出来事については本文を参照。本文に記載のない出来事については、表中に※を付した。それぞれの出典は以下。※北海道精神病院協会1998：244、256、265、259-260、※※佐竹1980：119、※※旭川精神衛生協会2016：32-33

以上からは、病床数が全道平均よりも少なく—1976年11月には旭川医科大学付属病院精神科神経科33床が加わる（北海道精神病院協会1998：244）—、地元の患者が多いなか、医師数に恵まれていたことが、医師らが地域精神衛生活動を推進する背景となったと推察される。

さらに、道立旭川保健所は北海道で最大規模の保健所であり、機構内に精神衛生指導係が置かれて専属の職員3名が配置され、保健婦は10名であったという（塚本1976：13）。旭川保健所の保健婦であった八代紀子氏は保健所の精神衛生業務における保健婦活動を次のように振り返る。「業務の中で実質、位置づけられたのは昭和42年だったと思います。丁度私が旭川保健所に入った年で、臨時の職員が、一生懸命訪問記録カードを作成しておりました。この頃から少しずつ訪問活動に着手し、訪問の指針を作ったり、保健婦の研修会で、精神衛生関係を取りあげたりしました。又、昭和46年には市内の精神病院で実習するなど、昭和40年代には、訪問活動を中心に知識を得ることに重点が置かれていました」（八代1985）。また、1990年に旭川保健所普及課保健婦係長であった大久保洋子氏は、同所の保健婦活動25年を振り返るなかで、1966年に「保健所における精神衛生実施要領」（衛発第76号厚生省公衆衛生局長通知「保健所における精神衛生業務について」別紙「保健所における精神衛生業務運営要領」と思われる）が出され、同年の「保健婦業務計画」の中に「精神訪問の強化」があがり、実際に増えたことを紹介している。さらに昭和40年代の状況を以下のように述べている。「昭和44年～46年は旭川精神障害者家族連合会設立、旭川断酒会結成、児童問題懇話会開始等、精神衛生活動が地域の中に広がりました。保健婦も種々の地域活動に参加し、そして、訪問の強化、保健婦の精神衛生活動体系づくり等、市内の精神科医師の強力なバックアップを受けて体制を整えています。＜中略＞昭和40年代後半は精神科医師の指導、協力により病院の臨床実習、症例検討等を行ない、精神訪問活動を飛躍的に延ばしました。全道の中でも先進的な活動をしていたと思います」（大久保1990：48）。

上記のとおり、地域精神衛生活動に熱心な医師たちの組織的な取り組みがあり、また、実働を道立旭川保健所の保健婦たちが支えたことが、この時期の旭川市

の精神保健医療の特徴だった。他方で、北海道の他地域では同じ時期に保健所と病院に勤務するPSWとの連携が始まっている。たとえば、帯広では1968年から各病院の医師、PSW等と管轄市町村の保健婦等による担当者会議「精神衛生に関する事例検討会」が開催されており、1975年からは精神科医とPSWによる月1回の周辺保健所訪問診察が実施された（永井ら2019）。このようなPSWの関与した精神保健SWの展開はこの時期の旭川市では見られなかった。1960年代後半からの地域精神衛生活動においてPSWの関与がみられないのは旭川市の特徴といえる。

次に、1970年代の地域精神衛生活動の中で開花していった家族会、当事者活動について見ていく。

3. 家族会、当事者活動の状況

(1) 家族会、回復者クラブ「あおぞら友の会」

家族会の結成は1966年に始まる。7月に高橋精神神経科病院と相川病院、9月に旭川精神病院、10月に市立旭川病院で患者家族会が結成された。1968年8月には「旭川精神障害者家族連合会準備懇談会」が発足し、11月に旭川精神衛生協会事業の一つとして家族会活動が承認を得、翌年2月に「旭川精神障害者家族連合会」（以下、旭家連）が正式に結成された（旭川精神障害者家族連合会1980：15）。結成当初からスローガンとして、「私たちの3つの目標」～「1. 病気になったとき安心して治療を受けられるように（精神病の医療費の10割給付）」「2. 病気が治ったときすぐに働けるように（精神病者の雇用促進）」「3. 病気が治らぬときも暮していけるように（充実した扶養年金制度の確立）」～を掲げている（駒井1969：31）。

1970年には精神衛生協会から独立した組織となり、上記目標を達成するべく、1971年には「精神障害者に対する社会福祉制度の充実について」を市に陳情、旭川市議会で採択されている。1972年には「旭家連だより、第1号」を発行、1973年から医療費補助の陳情活動を行い、1978年4月から旭川市精神障害者入院費助成制度（月1万円）を開始した（旭川精神障害者家族連合会1980：15-18。武田2016：10）。1976年6月には、長い療養生活のために孤立しがちな精神障害回復者の交流の場として回復者クラブ「あおぞら友の会」の開催を呼びかけた。発足式には家族、当事者を合わせ、約100名が参加したという（駒井1976：13）。

「あおぞら友の会」は、「スポーツ、ダンス、ハイキング、社会見学、趣味のサークルをとおして、仲間作りに主眼をおいた集まり」であり、ボランティアとして「医師1名、病院職員2名（ケースワーカー1名、臨床心理士1名）、その他2名」のほか、4病院にある家族会から当番を決めて2名ずつ毎回支援を行っていたという。当初は月1回で家族が付き添ってくる人が多かったが、1977年5月から月3回になるとともに家族の付き添いが減り、1978年2月から毎週火曜日に開催し、会員だけの参加が大半になったと報告されている（菅原1979：27）。

1983年には「社会復帰に向けたものが欲しい」とする家族会の切実な要望から、医療機関、行政も協力し、全道で札幌市、江別市に次ぐ3番目の作業所として「旭川しらかば共同作業所」が発足した。手工芸品製作やレクリエーションを中心に週3日（月水金）の活動であったという（武田2016：10、堤2016：18-19）^{注3}。

(2)断酒会

旭川断酒会は1969年9月に結成された。相川病院の断酒会活動が発展したものであるという。当時、北海道内に断酒会は室蘭市と札幌市にしか存在せず、3番目の結成（会員31名）であった。発足当時は相川病院の講堂で月1回活動していたが、NHKの放送で取りあげられたことから参加者が増え、月2回となったという。1970年から「おしるこ忘年会」を開催、1971年からは機関紙「あさがを」を発刊、1972年には北海道断酒連合会の全道大会を旭川で開催した。1973年には近隣の断酒会と「合同花見例会」を実施（深川、滝川、1974年から砂川も参加）、1974年中央支部が発足（その後、4支部に）、また、保健所内に当事者酒害相談員による酒害相談所を開設した（中山1980：20-21、塚本1988：8）。1977年2月には道北ブロックの研修会として「断酒学校」を国立大雪青年の家で実施、9月に「北海道大雪断酒学校」と名付け、高知県の「村松断酒学校」、島根県の「山陰断酒学校」に次ぐ日本で3番目の断酒学校となった。他方で、会員数の増加や運営の仕方への意見の相違などがあり、1978年には「旭川断酒新生会」が分裂して誕生、1985年には「旭川北断酒会」「旭川大雪断酒新生会」も発足し、各断酒会の連携交流のため「旭川連合断酒会」が発足、同時に単身者の集いである「旭川連合青年部」が誕生、翌

年に女性会員の会として「アイリスの会」が発足した。以降も継続的に活動している（相川1989、南2016）。

(3)社会復帰学級「ポピー学級」

1975年、旭川保健所が精神障害者の社会復帰の促進をはかるための実施保健所となり、家族会を始めとする関係者の期待が高まった。しかし保健所の体制は弱く、予算も精神衛生事業総額80万円のみというなかで始められたのが社会復帰学級だった（駒井1976：14）。開始は1976年5月、月2回、5ヶ月間を1コースとし、目的は「まず体力づくりを主に、レクリエーション、話し合いなどを通して生活の意欲を持たせる。仲間と一緒に作る喜びを得る。そうして協調性、社会性向上をめざし、自信をもって回復への努力をするように援助を行うこと」であった。対象は、趣旨に賛同する参加希望者で、「イ. 主治医の許可のある人（各市内の病院より候補者を推せんして貰う）ロ. 家族の協力の得られる人（会場が遠距離になるため、一人で来れるまで家族の同伴可能な人）ハ. 今回は20~30才までの女性とした。ニ. 人員は10名程度。」という条件がついた。会場は保健所ではなく、神楽福祉センターを借用した。第1回生は6名であったそうである。1回めに「友達づくりができるように、リボンフラワーを作った」ことから、その花の名前を学級名にしたそうである。その後のプログラムは、料理、七宝焼、レース編み、レコードを持ち寄ってのコンサートであった。学級の効果として、家庭でも料理を作った、学級生同士のグループができた等が報告されている（藤田1977）。

1976年6月には回復者クラブ「あおぞら友の会」が発足し、同じ会場で開催していた。当初は「車の両輪のように歩んで」いたそうだが、内容が類似しているためにそれぞれが位置づけを悩むことになり、1984年4月には各施設の代表者が集まり、企画の見直しをはかったそうである（八代1985）。

1980年11月には「あおぞら友の会の夜版みたいな形で」（八代1985：47）、回復し就労している人たちを中心とした集いとして「水曜会」が発足。これは塚本（1990）によれば「旭川保健所の森本玲子氏の努力で誕生」したという（塚本1990：22）。森本氏については、本研究で実施した乳井氏へのインタビューにおいて、乳井氏が入職した1973年頃に旭川精神病院の心

理士であったこと、1～2年後には北海道の機関に転職したことを確認した。よって1980年までに今度は旭川保健所に異動してきたと思われた。また、1979年から旭川厚生病院のSWerだった中澤香織氏によれば、「水曜会」の発足に際しては森本氏から中澤氏と当時旭川赤十字病院のSWerであった大坂英治氏に声がかかり、3人で開始したとのことだった。しかし、1年ほどして中澤氏が家庭の事情により活動に参加できなくなり、その後、森本氏が転出したことによって一時中断したが、1982年4月より名称を「さあくる・ふれんど」に変えて再発足、事務局を保健所に置いた（浜口1982、八代1985）。会員は「患者グループ42名、支援グループ27名」の計69名であったという。プログラムを決めず、交流を楽しむ会として定着した（浜口1982）。

以上の諸活動は、旭川精神衛生協会の機関紙に紹介されていることに鑑みると、同協会のバックアップを得たものであったと考えられる。また、それらは旭川保健所、相川病院、神楽福祉センターと、旭川駅に比較的近い市街地を拠点としていた。一方、そこからは離れた東旭川町の旭川精神病院では、独自に精神保健SWが育まれた。その主な担い手が今回インタビュー調査を実施した乳井氏である。そこで、以下では4項で、乳井氏へのインタビュー結果から旭川精神病院における精神保健SWの展開を辿り、5項で乳井氏と中澤氏へのインタビュー調査をもとに旭川市の精神保健SWの動向を確認する。

4. 旭川精神病院における精神保健SWの展開

(1) 旭川精神病院における作業療法、患者会

「アップル会」の運営

乳井氏は1973年に旭川精神病院に入職、当初「作業療法助手」として勤務したとのことであった。「福祉職というポジション」がなく、「作業療法士の部下ということで、その当時はOT室とっていましたが、作業療法のお部屋に配属になったというような状況」だったという。この作業療法士は先述した及川氏である。当時の直江善男院長が乳井氏の学ぶ短期大学（幼児教育を学ぶ課程であった）で教鞭をとっていたことも就職の縁となったそうで、「将来的には福祉職を目指して採用という枠が、まあ初めてできたというか、そういうお気持ちを先生が持っていました」と述

べており、もともとSWerへの志向があった乳井氏は就職後、通信教育で社会福祉を学んだそうである。

当時の作業療法（以下、OT）の内容であるが、「午前中は作業療法をやって、午後からレクリエーションをやるというような、大きく二つのプログラムだった」ようだ。「作業療法は1年中を通してできる<中略>木彫りの熊を、ワックスをつけて磨くっていう作業があったんですよ」とのこと、その作業は「民芸品屋さんから下請けでお仕事いただいて、何時間かかけて磨き上げて、1個につきいくらかの磨き代、みたいなかたちで、やりましたね」という。これは及川氏や院長が知り合いの民芸品店から仕事をきていたのではないかとということで、作業に参加している患者数は22～23人くらいであったという。これらの作業で得られた“工賃”であるが、月に1回の茶話会やジギスカン・パーティなどに活用され、患者たちの楽しみとなっていたそうである。また、院外作業も乳井氏の入職以前から「作業療法の一環で<中略>東旭川の中にある、養豚所とか、木工所とか、そういうところと協力をして、院外作業っていうかたちで」既に開始していたとのことだった。

レクリエーションについては、郊外の精神病院ゆへの広大な敷地を活用したソフトボールやテニス、屋内では卓球や百人一首なども行われていた。「全てのレクがそうなんですけど、当然、自分のいる機関でもやりますけど、それを、他の、旭川市内のところと大会をやるんです」「ですので、目標があるので、バレーにしてもソフトボールにしても卓球にしても、結構、うん、頑張ってる（笑）」と乳井氏は述べていた。なお、作業療法士がいたところは旭川精神病院だけで、他の機関は看護師が担当していたそうである。また、合同レクを実施するために各医療機関の担当者の会議も開催され、「旭川精神医学研究会」が活動費の支援をしていたのではないかとのことだった（旭川市医師会史編集委員会2000：365にもその旨の記載あり）。

1979年に旭川精神病院では、「アップル会」という患者会が誕生している（佐々木1985：15に記載あり）。この会について乳井氏は以下のように述べる。「先代の院長（直江善男氏：引用者補足）が75年くらいから、患者さんを外に出そうっていう動きがあったんですよ、病院の中で。出て行けそうな人、ご家族が受け入れてくれそうな人を、院長がそういうふう判断

した患者さんについては、とにかくその、一度家に戻って、そこから病院に通ってきなさいと。で、僕のスクラップを手伝って、とか。いろんなその、役割を持たせて、何かこう、孤立させないっていうようなことをやってらした先生だったんですね。その結果、「患者の集まり」がで始め、「その後に入ってきた医者も結構積極的にやってくださる先生で。あの一、夜みんなで食事に行きましょうみたいなこともやり始めたんですよ。で、外にいる、退院している患者さんは、夜出かけるのも結構大変だと思うんですけど、入院している患者さんで、退院予備軍みたいなところを、一緒に外出ってかたちで外に連れて行って、夜食事をして帰ってきましょう、みたいなことをやっているなかで、患者さんたちの集まりがとっても強くなっていった」という。そして「みんなの会の名前がほしいね、っていった時に、患者さんの中から、そのメンバーの中から、あの『アップル会』っていうのがある、っていう名前がポツと出たんですね。で、そうだね、そうだね、みたいな感じになって、その『アップル会』『アップル・ファミリー』みたいな、ファミリーっていうことばにとっても患者さんが、こう惹かれるところがあつたりして、『アップル会』っていう会ができて、『アップル・ファミリー』っていう冊子ができるみたいなかたちで、で、それも、みんな患者さんたちが記事を集めて、こう自分たちで書いて、なんかこうお配りするみたいな感じで、始めて、そのアップル会っていうのは、そういうみなさん、患者さんたちが自主的に集まって、やってたものですね」とのことだった。

夜の食事会については市内の中心部のビルの地下のお店で行っていったそうだ。「そこは結構理解を示して、当然、予約するときに、こちらの連絡先も言いますから、<中略>精神科の患者さんたちの集まりだっているのがわかりますよね。それでも非常になんか理解を示してくれて、だからどうのっていうのはなかった」「それこそ、在宅の人も来ると40名くらいになることもありましたね」と当時の思い出を語っていた。一方で、夜に外出して帰宅することを見守るために、同伴する病院スタッフを厚くしてもらいながらも、「すごい疲れしましたが(笑)」と述べていた。このような活動は乳井氏にとっても挑戦であったといえよう。そのなかで乳井氏はOT室の所属でありながら、SWerとしての自身を意識し始めたようだ。それは乳

井氏が、患者と多くの時間を過ごすなかで、患者の主体性や自己決定を尊重し、生活を豊かにするというソーシャルワークの必要性を感じ、その理念に重きを置いた支援に自負を持ったということであるようにインタビュー結果から思われた。そして、1980年頃に及川氏が十勝療養所に移り、院内で乳井氏は「作業療法助手」から「ワーカー」へと位置づけが変化していったという。

(2) 旭川圭泉会病院デイケアの誕生、「相談室」の立ち上げ

1987年に旭川精神病院は旭川圭泉会病院となり、1988年にデイケアを立ち上げている。その背景には、「それくらいずっと患者さん、通ってきていたりだとか、それはまあ再診料しか取れない状態で、あの一、患者さんとの関係を、患者さんが治療を中断しない関係を作るってことをやってきて、っていうのがありましたね」と、実績のあつたことが大きく作用した。つまり、直江善男院長が在宅の患者の行き場や役割を作りたいと試みたことから、患者の自主組織であるアップル会が生まれ、そこに乳井氏が福祉的視点を多分に含んだ支援を実施してきたことが大きかったと思われる。そして、「デイケアを立ち上げてみたいなことになってくると、病棟兼OT兼務はちょっとできないよね、感じにもなって」と、乳井氏がデイケアの立ち上げに際してはコアスタッフの1人として活躍し、PSWを名乗るようになった。乳井氏は1985年4月～1986年5月の間で日本PSW協会北海道支部の会員にもなっている(日本精神医学ソーシャルワーカー協会北海道支部1986:16)。

なお、当時旭川圭泉会病院副院長であった猪俣(1988)も、「当病院では社会復帰活動として、家族会活動、回復者クラブ、就労援助、アパート捜しなどを行ってきたが、デイ・ケア活動は昭和53年1月から開始した。病院内の設備を利用して、工芸・美術・喫茶・料理などを行っていた。昭和55年頃からは、退院患者の病院周辺での単身生活の増加に伴って、デイ・ケア活動も活発化し、ほぼ20～30名の患者が通院していた」とし、1986年に病院の新改築が行われたことに伴ってデイケア専用施設の建築が始まり、専従の職員が定められたこと、1987年6月には建物完成し、病院とは独立した活動が開始したこと、1988年5月

に厚生省（当時）の認可を受け病院附属型のデイケア施設として全道 6 番目、道北では最初に正式発足したことを記述している（猪俣 1988 : 33）。

インタビュー結果に戻るが、1990 年には乳井氏は自ら願い出て、院内に「相談室」を作るにいたる。デイケアのスタッフが充実する一方で、認知症の患者が増えてきたことから相談窓口の必要性を訴え、病院経営の中核を担う事務長にも認められたことが大きかったという。2000 年代には旭川圭泉会病院の関連施設が拡大していくことに並行して、相談室の PSW も増えていったとのことだった。現在、この相談室は「社会復帰・地域医療連携部」に位置づいており、10 名以上の PSW が所属している。医局や事務部門とは異なる一部署としてソーシャルワーク部門があることは旭川圭泉会病院の特徴だが、これは他ならぬ乳井氏の功績であった。

5. 旭川市内の精神保健 SW の動向

まず、精神保健 SW に限らず SWer という意味では、旭川市で最古は国立療養所旭川病院（現・独立行政法人国立病院機構旭川医療センター）にいた亀谷廣氏であり『北海道医療社会事業協会 30 周年記念誌』

（30 周年記念誌編集委員会 1987 : 3）に亀谷氏の活動の記載あり一、次いで旭川赤十字病院の浜口英子氏であると思われた。『旭川赤十字病院 70 周年記念誌』の記載から、浜口英子氏の入職は 1960 年、そして 1978 年に二人目の SWer（大坂英治氏と思われる）が採用されている（旭川赤十字病院 1986 : 159、368）。旭川厚生病院には 1973 年に SWer として中平大吾氏がいたことが確認できた（中平 1973）。その後任として竹田芳之氏が入職し、1979 年の中澤氏の入職で 2 人体制になった。旭川赤十字病院、旭川厚生病院ともに精神科があり、中澤氏によれば、SWer は精神科の業務も担当し、退院支援（アパート探しや退院後の訪問など）も行っていたという。実際、中澤氏は入職時から日本 PSW 協会北海道支部の会員であったが、PSW に特化したアイデンティティを有しておらず、SWer として自身を認識していたとのことだった。

この当時旭川市立病院には SWer はおらず、乳井氏によれば「公立とかになると、ま、その（笑）、規格外じゃないですけど、なんていうんでしょう、医者、ナース、事務員以外の、そういう仕事は、採用できない

から、個人病院だから置けるんだわ、いいね」と旭川市立病院の塚本医師から聞いていたそうである。

1987 年の社会福祉士国家資格化の前後には、上記のほかに PSW として、高橋精神神経科病院（現・メイプル病院）に栗野（後に奥村）明子氏、相川病院に「マスダ氏」がおり、そして、1990 年代に入ると旭川市立病院にも相談室が設けられ、市役所の生活保護課から長田和敏氏が異動してソーシャルワーク業務に従事したという。

乳井氏によれば、この頃から「PSW がこう、あの点在してくると、ちょっとこんなことで困ってるのよ、っていう横の連絡がとつてもつくようになった」そうである。さらに、「なんといっても、あとはあの一、P の、精神保健福祉士の資格化がその十年後に出ますから、そしたら、ふふふ、もうみんな勉強する、あはは（笑）なおさら集まる、みたいな」とのことで、1995 年には乳井氏が名づけ親となり、旭川市内の PSW の集まりである「ふくろうの会」が発足している（奥村 1996 : 38 に記載あり）。

市立病院の長田氏の協力で「ふくろうの会」は、市街地に患者の集う場所として「喫茶ひだまり」をつくり、それが 1998 年に「ひだまり作業所」へと発展していくことになる。このように PSW の横のつながりは、それぞれの機関内業務のための連絡から始まり、これを越えた地域の社会資源の開拓という成果も生み出したのである。

なお、この頃には日本 PSW 協会北海道支部内においても乳井氏は、旭川地区の PSW を代表するような役割を担っていた。入会した初期の頃は「組織部長」のような役割で名簿作成などに携わっていたそうだが、1990 年代には役員、2000 年代には常任理事も務めた。このような経過のなかで乳井氏は、所属機関内のみならず旭川市及び北海道内の専門職集団においても PSW を自認し、また他者からも PSW として認知されていたといえよう。

IV 小括：1960～1980 年代の旭川市における精神保健 SW の所在

以上に見てきたように、1960～70 年代の旭川市では、地域精神衛生活動に熱心な医師たちの組織的な取り組みがあり、実働を道立旭川保健所の保健婦たちが

支え、家族会、回復者クラブや断酒会、社会復帰学級などの活動が展開されていた。その時代にはSWerの数は少なく、その必要性も十分に認められていたとはいえない。しかし、1970年代後半からは旭川赤十字病院や旭川厚生病院ではSWerが精神科の業務も担い、退院支援等を行っており、1980年の「水曜会」の発足も担った。このことは旭川市における精神保健SWの萌芽と位置づけることができると思われた。また、旭川精神病院では、「作業療法助手」として入職した乳井氏が、患者会活動を支えるなかで「福祉職」としての意識を持ち続け、全道でも早期に病院附属型のデイケアを誕生させることに貢献した。その過程で乳井氏はPSWとしてのアイデンティティを形成していったが、それを支えたのは、自らの「福祉職」への志向、福祉的視点を必要とする患者の存在に基づく活動、院内での評価、そして、旭川市内や北海道内で同じくSWerとして活動する者の存在であったと考える。とりわけ、社会福祉士、精神保健福祉士の国家資格化という出来事は、専門職集団としての仲間の存在を意識させ、病院における医療専門職とは異なる福祉専門職としてのアイデンティティの醸成に役立ったことが指摘できよう。

旭川市の精神保健医療福祉の形成過程における精神保健SWの所在を検討する本稿の研究からの示唆として以下の3点をあげる。1点めに、1960年代以降の精神科医や保健所保健婦による精神衛生活動は、精神保健SWが生まれる土壌として前史的な意味をもった。精神衛生活動それ自体がソーシャルワーク的であると評価することもできるが、そこにソーシャルワークの価値や理念が存在していたわけではなく、患者の社会復帰を志向する精神衛生活動がその後の精神保健SWの展開の土壌となったとすることが妥当と考える。2点めに、旭川市では準公立の総合病院に早くからSWerが採用され、ソーシャルワーク業務の一部として早期に精神保健SWを担っていたが、私立精神病院においては先にソーシャルワーク的实践が積み重ねられ、その結果PSWという職種が院内に位置づいた。このことから、機関の種別ごとに精神保健SWの展開を迫る必要性が改めて確認された。3点目に、精神保健SWの担い手のPSWとしてのアイデンティティの形成は、同種のアイデンティティを持つ者の存在によって促進された。この点は乳井氏へのインタビュー結

果から示唆されたことだが、旭川市内や北海道内で同種の働きをするSWerの存在は一種の“鏡”であり、国家資格化以前にPSWとしてのアイデンティティを獲得することに役立っていた。これは、専門職がその定義からして専門職集団の組織化を必要とすることも合致していよう。

本稿では旭川市の精神保健医療福祉の形成過程を明らかにすることを目的とし、1950～80年代を対象としたため、旭川市の精神保健SWの展開の十分な検討には至っていない。1990年代以降の展開については継続して調査を実施する。

注

注1 1964年に発足した日本精神保健福祉士協会は当時、日本精神医学ソーシャルワーカー協会という名称であり、PSW (psychiatric social workerの頭文字)は「精神医学ソーシャルワーカー」の略称であったが、「精神科ソーシャルワーカー」と称されることもあり、また1997年の精神保健福祉士の国家資格後は主に精神保健福祉士を指す。本稿は国家資格化以前の年代を対象としているため、主に「精神科ソーシャルワーカー」の意味でPSWを用いた。

注2 『旭川市史』では精神衛生法の発布を昭和23年と記載(誤りと思われる)し、「昭和23年度精神病患者調」として市立精神病院に男:3名、相川精神病院に男:延べ712人、女:延べ341人の患者がいたことを記している(旭川市史編集委員会1959:564-565)。

注3 旭川しらかば共同作業所の発足にいたる過程では、市立病院の塚本隆三医師を中心として旭川市に「精神衛生社会生活適応施設」等の社会復帰施設を設置しようとする運動があったことを、旭川しらかば共同作業所の堤久男理事長からご教示いただいたが、これについては別稿を設けたいと考える。

謝辞

長時間にわたるインタビューに快く応じてくださった乳井雅子氏、中澤香織氏、貴重な情報提供をくださった堤久男氏、資料の閲覧・複写にご協力くださった旭川市中央図書館の職員の皆様に、心よりお礼申し上げます。

附記

本稿は、2017～2019 年度科学研究費助成事業「北海道における精神保健ソーシャルワークの歴史記録と教育コンテンツの構築」（課題番号：17K04230）の成果の一部である。

文献

相川正志（1989）「旭川における断酒会活動 20 年」『旭川精神衛生』49, 15-22.

旭川圭泉会病院 HP

<https://www.keisenkai.or.jp/history> (2020.1.15)

旭川精神衛生協会（1975）「座談会『この 10 年をふりかえって』」『旭川精神衛生』21, 19 - 27.

旭川精神衛生協会（1985）「旭川精神衛生協会 20 周年座談会 話題 成人式を迎えた協会一より確かな歩みを求めて一」『旭川精神衛生』41, 17 - 28.

旭川精神衛生協会（2016）「旭川精神衛生協会 50 年のあゆみ」『旭川精神衛生』94, 32 - 33.

旭川精神障害者家族連合会（1980）『旭川精神障害者家族連合会創立 10 周年記念誌』

旭川赤十字病院（1986）『創立 70 周年記念誌』旭川赤十字病院

旭川市医師会（1980）『旭川市医師会史（Ⅱ）』旭川市医師会

旭川市医師会史編集委員会（2000）『旭川市医師会史（Ⅲ）』旭川市医師会

旭川市史編集委員会（1959）『旭川市史 第二巻』旭川市役所

藤田恵子（1977）「旭川保健所で実施している社会復帰学級」『旭川精神衛生』24, 8-10.

浜口英子（1982）「さあくろふれんどー精神病との闘いの中で一」『旭川精神衛生』35, 28-29.

北海道精神病院協会（1998）『北海道精神病院協会史 1958-1998』北海道精神病院協会

北海道精神保健協会（1993）『創立 40 周年記念誌』北海道精神保健協会

猪俣光孝（1988）「旭川圭泉会デイ・ケアセンター」『旭川精神衛生』47, 33 - 35.

伊東嘉弘・佐々木敏明・樋口治子ほか（1977）「北海道における精神科医療圏について」『精神衛生センター年報』8, 53 - 64.

駒井透（1969）「旭川精神障害者連合家族会の出発」

『旭川精神衛生』8, 30-31.

駒井透（1976）『『あおぞら友の会』に参加しませんか？』

『旭川精神衛生』23, 13 - 14.

メイプル病院 HP

<https://www.maple-hp.net/> (2020.1.15)

南博「現在までの精神衛生に係る活動を振り返る」『旭川精神衛生』94, 12 - 14.

永井順子・佐藤園美・橋本菊次郎ほか（2019）「北海道における精神保健ソーシャルワークの生成要因～函館、室蘭、帯広の歴史の比較検討から～」『日本精神保健福祉学会第 8 回学術研究集会プログラム要旨集』（武蔵野大学），67

中平大吾（1973）『『あなた』への手紙』『旭川精神衛生』16, 31 - 33.

中山徳松（1980）「旭川断酒会 10 年の歩み」『旭川精神衛生』30, 20 - 23.

日本精神医学ソーシャルワーカー協会北海道支部（1986）『P.S.W 支部通信』11

及川征海（1978）「旭川市内精神病院合同レクについて」『旭川精神衛生』27, 19 - 21.

奥村明子（1996）「ふくろうの会あれこれ」『旭川精神衛生』63, 38 - 39.

大久保洋子（1990）「北海道旭川保健所保健婦活動 25 年間を振り返って」『旭川精神衛生』51, 47 - 49.

30 周年記念誌編集委員会（1987）『北海道医療社会事業協会 30 周年記念誌』斉藤桂紀

佐々木敏明（1985）「北海道における精神医療の現状と社会復帰活動」『精神障害と社会復帰』5 (1), 4 - 15.

佐竹郁夫（1980）『ロータリーを巡るエッセー』佐竹著書刊行発起人会

市立旭川病院開院 50 周年記念誌編集委員会（1981）

『市立旭川病院開院 50 周年記念誌』市立旭川病院

菅原昭夫（1979）「あおぞら友の会の 3 年間」『旭川精神衛生』29, 27 - 29.

武田久子（2016）「旭家連のあゆみ」『旭川精神衛生』94, 9 - 11.

辻太郎（1960）『旭川市医師会史』旭川市医師会

塚本隆三（1976）「地方中都市（北海道旭川）の精神医療」『精神医学』18 (6), 13 - 21.

塚本隆三（1988）「旭川における精神衛生活動の展開」

『心の健康』72, 3 - 14.

塚本隆三 (1990) 「家族会との 20 年」『旭川精神衛生』
51, 20 - 24.

堤久男 (2016) 「『しらかば』 32 年のあゆみ」『旭川精
神衛生』 94, 18 - 20.

八代紀子 (1985) 「地域精神衛生と保健婦活動—私自

身の体験の中から—」『旭川精神衛生』 41,47.

【調査報告】

いじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源

Resilience resources of students with bullying experience

米田 龍大（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科博士後期課程）

中村 和彦（北星学園大学社会福祉学研究科）

志渡 晃一，大友 芳恵（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科）

要旨

本研究の目的は環境要因に注目し，非いじめ被害経験学生といじめ被害経験学生の比較から，いじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源に関する示唆を得ることである。2018年4月～9月に道内12の高等教育機関に所属する学生2,693名を調査し，2,260名（87.6%）から有効回答を得た。いじめ被害経験の有無による層化後，目的変数を抑うつ症状（CES-D），説明変数を精神的回復力尺度，家族関係，日常生活満足度として関連を検討した。いじめ被害経験者334名の内，117名が低うつ群（35.0%）に該当した。いじめ被害経験が有りながらも抑うつ傾向にない者（以下：レジリエンス群）の特徴として，心理的要因を調整した上でも，良好な家族関係や対人関係の日常生活満足度が高い等，環境面のレジリエンス資源について独立した関連が認められた。非いじめ被害経験群との比較では，いじめ被害経験群の特徴として「家族の愛を感じる」の項目で関連がみられた。

Keywords: 学生，いじめ，レジリエンス (Resilience)，抑うつ，横断研究

I. はじめに

平成30年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」（文部科学省，2019）によると，わが国において認知されたいじめの件数が54万件を超え，過去最高値を記録した。いじめ被害直後の影響は周知の事実であるが，長期的影響についても報告されている。坂西（1995）は過去のいじめ被害経験について当時の苦痛が大きい程，身体的に疲れやすく，精神的不安を感じやすいことを指摘している。荒木（2005）は，いじめ被害体験者が青年期後期において対人的ストレスイベントを多く体験しているわけではないにもかかわらず，非被害体験者よりも不安や抑うつ傾向にあることを示している。水谷・雨宮（2015）は小中学校時代のいじめ被害経験が自尊感情の低下を通じて，大学生現在の幸福度を低下させると述べている。いじめ防止対策推進法などに基づく対策も取られているが，いじめの被害に遭う者は依然として多く，長期間にわたり身体的・精神的な困難を引き起こすいじめは重大な逆境状況といえる。

一方でこうした逆境に遭ったにもかかわらず，その後，不適応状態を示さない者も一定数報告されており，その一因としてレジリエンス (Resilience) に注目が集まっている。レジリエンスについて統一された定義は未だないが代表的な定義をみると，「レジリエンスとはその人にとって重い逆境，重大な困難・難事が表れる中で，個人の心理的，社会的，文化的，身体的，物的資源から本人に作用するものを探し出し (navigate)，順調な生活 (well-being) を維持する能力であると共に，これらの資源が文化的に本人にとって意味ある方法で提供され，利用できるように，交渉する (negotiate) 個的・集合的な能力のことである (Ungar, M., 2008; Unger, M., =2019)」や「困難な状況や，脅威的な状況にもかかわらず，適応する過程，能力，結果を指す (Masten, A. S. ・ Best, K. M. ・ Garmezy, N., 1990)」と定義されている。これらレジリエンス概念の中核要件は，逆境に遭遇することと，逆境状態にあったにもかかわらず，その後，適応的な状態を示すことだといわれている (秋山, 2019; 平野, 2016)。

レジリエンスの促進要因や保護要因などは総称し

てレジリエンス資源（秋山，2019；Olsson, C. A.・Bond, L.・Burns, J. M. et al, 2003）と呼ばれているため本論でもレジリエンス資源という語を使用する。わが国におけるレジリエンス研究は、レジリエンス資源の中でも個人要因である心理的特徴などに焦点を当てた尺度開発や尺度の構成要素の検討が中心であり（庄司，2009；佐藤・金井，2017），物理的環境や対人関係など環境要因との関連については十分に焦点が当てられていない。レジリエンスを生み出すには、適応状態を個人の心理的要因のみに求めるのではなく、環境資源と個人特性の交互作用が必要だといわれており（Fraser, M. W., =2009：33；仁平，2014），広く環境までも視野に入れたレジリエンス資源の検討が必要である。

いじめ被害経験からの回復については、個人の心理的要因だけではなく環境要因についても重要だと思われるものの、これまでいじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源について環境面に焦点を当てた研究は十分に行われていない。いじめ被害は誰もが経験する可能性があり、その影響を早期に軽減することは、後の健康で有意義な生活の実現に向けて重要だと考えられる。そこで本研究では特に環境要因に焦点を当て、いじめ被害経験のない学生といじめ被害経験を有する学生を比較し、いじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源に関する示唆を得ることを目的とする。

II. 方法

1. 調査期間・対象・実査方法

2018年4月から9月に北海道内にある12の高等教育機関に所属する学生2,693名を対象に無記名自記式質問紙票を用いた集合調査を行った。

2. 調査項目

調査項目は、1) 性・年齢、2) いじめ被害経験の有無1項目、3) 米国国立精神保健研究所開発疫学的うつ病評価尺度（以下：CES-D）日本語版20項目、3) 家族関係に関する3項目、4) 日常生活満足度9項目、5) 精神的回復力尺度（以下：ARS）21項目とした。

3. 集計・分類・分析方法

回収した質問紙票をもとにデータセットを作成した（Microsoft Excelを使用）。質問紙票の回収数は2,580名分（95.8%）であり、目的変数および性・年齢に欠損があった者を除いた有効回答数は2,260名分（87.6%）であった。

CES-D日本語版は抑うつ傾向のスクリーニング尺度であり、20項目4件法で質問し、既定の方法にて合計点を算出した。合計点は0点から60点の範囲に分布し、高得点であるほど抑うつの傾向がある。先行研究（米田・児玉・安藤ほか，2019；島・鹿野・北村ほか，1985）を参考に16点以上を「高うつ群」、16点未満を「低うつ群」とした。なお、レジリエンス研究では逆境と回復の定義が必要であり（庄司，2009），いじめ被害経験の有無による層化後、荒木（2005）に倣い、いじめ被害経験を有する対象者を「高うつ群」と「低うつ群」に分類し、いじめ被害経験があるにもかかわらず、現在低うつ群に該当する者をレジリエンスが発揮されている状態とした。

家族関係に関する項目は各項目の該当・非該当を質問し、いずれかを選択してもらった。日常生活満足度は1点（満足していない）から10点（満足している）の10件法で質問し、7点以上を「満足群」、7点未満を「普通・不満群」として2群に分類した。

ARSはレジリエンスの心理的特性を測定する尺度であり、21項目5件法で質問する。既定の方法で合計点を求めた。合計点は21点から105点の範囲に分布し、先行研究（児玉・米田・安藤ほか，2018）と同様に74点以上を「高ARS群」、74点未満を「低ARS群」として2群に分類した。

4. 解析方法

解析にあたり、目的変数をCES-D、他の変数を説明変数とした。単変量解析としてFisherの正確確率検定、多変量解析としてロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行った。有意水準は5%（両側検定）とした。

5. 倫理的配慮

調査対象となる学生に対し、1) 公表に当たり、結果は統計的処理を行い、個人が特定されることはないこと、2) 得られたデータは研究以外の目的での使

用はしないこと, 3) 調査への参加・不参加により不利益を被ることはないこと等を書面及び口頭で十分に説明し, 調査紙票の提出をもって同意したものとみなした。北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得て行った(承認番号: 17N024024)。

Ⅲ. 結果

1. 基本属性

表 1 に対象者の基本属性を示した。いじめ被害経験を有する者は 334 名 (男性 98 名, 女性 236 名) であった。低うつ群該当率について, いじめ被害経験なし群 (1,077 名, 55.9%) と比較し, いじめ被害経験あり群 (117 名, 35.0%) では有意に該当率が低かった。高 ARS 群についてみると, いじめ被害経験あり群 (125 名, 38.2%) といじめ被害経験のなし群 (809 名, 42.8%) で該当率に有意差は見られなかった。

表1. 基本属性

	いじめ被害経験あり	いじめ被害経験なし	p
全体	334 (14.8)	1926 (85.2)	-
男性	98 (11.8)	734 (88.2)	-
女性	236 (16.5)	1192 (83.5)	-
平均年齢±SD	20.1 ±2.7	19.5 ±1.9	-
低うつ群	117 (35.0)	1077 (55.9)	<0.01
高ARS	125 (38.2)	809 (42.8)	0.13

p: Fisherの正確確率検定
SD: 標準偏差
低うつ群: CES-D16点未満
高ARS群: ARS74点以上

2. 抑うつ傾向と心理的要因との関連

表 2 にいじめ被害経験別の抑うつ傾向と ARS の関連を示した。単変量解析の結果, いじめ被害経験あり群, いじめ被害経験なし群ともに高うつ群と比較し低うつ群では, 高 ARS 群の該当率が有意に高かった。多変量解析の結果, いじめ被害経験あり群では高 ARS 群について高うつ群を基準とすると低うつ群のオッズ比は 3.8 (95%CI : 2.4-6.2) であり, 独立に関連が認められた。また, いじめ被害経験なし群についてオッズ比は 4.7 (95%CI : 3.8-5.7) であり独立に関連が示された。

表2. いじめ被害経験別にみた抑うつ傾向とARSの関連

	いじめ被害経験 あり					いじめ被害経験 なし					n(%) ^a
	低うつ群	高うつ群	p	OR	95%CI (下限値 — 上限値)	低うつ群	高うつ群	p	OR	95%CI (下限値 — 上限値)	
	117 (100.0)	217 (100.0)				1077 (100.0)	849 (100.0)				
高ARS群	67 (58.8)	58 (27.2)	<0.01	3.8	(2.4 — 6.2)	621 (58.1)	188 (22.9)	<0.01	4.7	(3.8 — 5.7)	

p: Fisherの正確確率検定

OR: 高うつ群を1とした場合の低うつ群のオッズ比を示した

ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法, 調整変数: 性・年齢)

高ARS群: ARS74点以上

a: 一部例数が異なる

3. 抑うつ傾向と家族関係との関連

表 3 にいじめ被害経験別の抑うつ傾向と家族関係との関連を示した。単変量解析の結果, いじめ被害経験あり群について高うつ群と比較し低うつ群では「家族の仲が良い」「家族の愛を感じる」の 2 項目で該当率が高かった。性・年齢及び ARS で調整した多変量解析の結果, 独立した関連が認められたのは「家

族の愛を感じる」の 1 項目であり, 高うつ群を基準とした時の低うつ群のオッズ比は 1.7 (95%CI : 1.0-2.8) であった。いじめ被害経験なし群ではすべての項目で高うつ群と比較し, 低うつ群で該当率が高かった。多変量解析の結果, 「家族の仲が良い」の 1 項目で独立した関連が認められた (オッズ比 1.6 [95%CI : 1.3-1.9])。

表3. いじめ被害経験別にみた抑うつ傾向と家族関係の関連

n(%)^a

	いじめ被害経験 あり				いじめ被害経験 なし			
	低うつ群 117 (100.0)	高うつ群 217 (100.0)	P	95%CI OR (下限値 — 上限値)	低うつ群 1077 (100.0)	高うつ群 849 (100.0)	P	95%CI OR (下限値 — 上限値)
1 家族とよくコミュニケーションをとる	91 (77.8)	159 (69.1)	0.10		818 (76.0)	555 (65.4)	<0.01	
2 家族の仲が良い	86 (73.5)	129 (59.4)	0.01		777 (72.1)	497 (58.5)	<0.01	1.6 (1.3 — 1.9)
3 家族の愛を感じる	82 (70.1)	112 (51.6)	<0.01	1.7 (1.0 — 2.8)	625 (58.0)	408 (48.1)	<0.01	

p: Fisherの正確確率検定

OR: 高うつ群を1とした場合の低うつ群のオッズ比を示した

ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法, 調整変数: 性・年齢・ARS)

a: 一部例数が異なる場合がある

4. 抑うつ傾向と日常生活満足度との関連

表4 にいじめ被害経験別の抑うつ傾向と日常生活満足度との関連を示した。単変量解析の結果、いじめ被害経験あり群の低うつ群で該当率の高かった項目は「講義(ゼミ・実習含む)に満足している」「学校施設に満足している」「同級生との関係に満足している」「学校生活全般に満足している」「家族・学校以外の友人知人との関係に満足している」「家族との関係に満足している」「私生活全般に満足している」の7項目であった。包括的質問である「学校生活全般に満足している」と「私生活全般に満足している」を除く7項目について性・年齢及びARSで調整した多変量解析の結果、独立した関連が認められたのは「同級生との関係に満足している」「家族との関係に

満足している」の2項目であり、高うつ群を基準とした時の低うつ群のオッズ比はそれぞれ1.9(95%CI: 1.1-3.3)および2.8(95%CI: 1.5-5.3)であった。いじめ被害経験なし群についてみると、すべての項目で高うつ群と比べ低うつ群で該当率が高かった。多変量解析の結果、「講義(ゼミ・実習含む)に満足している(オッズ比1.4[95%CI: 1.1-1.8])」「先輩との関係に満足している(オッズ比1.3[95%CI: 1.1-1.7])」「同級生との関係に満足している(オッズ比1.6[95%CI: 1.3-2.1])」「家族との関係に満足している(オッズ比1.9[95%CI: 1.4-2.4])」の4項目で独立した関連が示された。

表4. いじめ被害経験別にみた抑うつ傾向と日常生活満足度との関連

n(%)^a

	いじめ被害経験 あり				いじめ被害経験 なし			
	低うつ群 117 (100.0)	高うつ群 217 (100.0)	P	95%CI OR (下限値 — 上限値)	低うつ群 1077 (100.0)	高うつ群 849 (100.0)	P	95%CI OR (下限値 — 上限値)
1 講義(ゼミ・実習含む)に満足している	53 (45.3)	68 (31.3)	0.01		485 (45.1)	221 (26.0)	<0.01	1.4 (1.1 — 1.8)
2 学校施設に満足している	49 (41.9)	59 (27.2)	0.01		435 (40.4)	236 (27.8)	<0.01	
3 教員との関係に満足している	46 (39.3)	64 (29.5)	0.09		418 (38.9)	187 (22.1)	<0.01	
4 先輩との関係に満足している	65 (56.0)	101 (46.5)	0.11		623 (58.1)	328 (38.9)	<0.01	1.3 (1.1 — 1.7)
5 同級生との関係に満足している	89 (76.1)	113 (52.1)	<0.01	1.9 (1.1 — 3.3)	875 (81.3)	510 (60.3)	<0.01	1.6 (1.3 — 2.1)
6 学校生活全般に満足している	77 (66.4)	73 (33.6)	<0.01		682 (63.4)	320 (37.8)	<0.01	
7 家族・学校以外の友人知人との関係に満足している	94 (80.3)	138 (63.6)	<0.01		916 (85.1)	584 (69.1)	<0.01	
8 家族との関係に満足している	99 (84.6)	132 (60.8)	<0.01	2.8 (1.5 — 5.3)	924 (85.8)	568 (66.9)	<0.01	1.9 (1.4 — 2.4)
9 私生活全般に満足している	95 (81.2)	115 (53.0)	<0.01		852 (79.2)	441 (51.9)	<0.01	

p: Fisherの正確確率検定

OR: 高うつ群を1とした場合の低うつ群のオッズ比を示した

ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法, 調整変数: 性・年齢・ARS)

a: 一部例数が異なる場合がある

IV. 考察

いじめは短期的、長期的に健康や生活の質の悪化に繋がる逆境状況であり、わが国においていじめの被害経験を有する者は少なくない。さらに諸外国で行われた調査では、思春期や青年期のいじめ被害経験が成人期以降の精神衛生的問題のリスク要因となる可能性も報告されている(Copeland, W. E.・Wolke, D.・Angold, A. et al, 2013 ; Sigurdson, J. F.・Undheim, A. M.・Wallander, J. L. et al, 2015)。こうした状況下において、いじめ被害に遭ったとしてもその後、健康で有意義な生活を実現するための方策を検討することは重要な課題だと思われる。そのため本研究では特に環境要因に焦点を当て、いじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源に関する示唆を得るために分析を試みた。その結果、いじめ被害経験がありながらも現在抑うつ傾向にないレジリエンスを発揮できている群（以下：レジリエンス群）では、心理的要因に加え、周囲の対人関係や日常生活の満足度が高いなど、環境面でのレジリエンス資源も充実していた。

心理的要因であるARSについてみると、いじめ被害経験の有無にかかわらず、高うつ群と比較し低うつ群で高ARS群該当率が高かった。ARSはレジリエンスを導く心理特性であり(小塩・中谷・金子ほか, 2002)、従来いじめ被害経験の有無による層化はされていないものの、様々な場合にレジリエンスと抑うつ症状が負の関連にあることが示されている(田中・兒玉, 2010 ; 立石・立石, 2011)。本研究の結果、ARSについてはいじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源であると同時に、より広く精神的健康の保持や増進に関連する要因だと推察する。

次に環境要因との関連について単変量解析の結果をみると、レジリエンス群の特徴として、家族関係では家族の仲が良く、家族の愛を感じていた。また、日常生活満足度についてレジリエンス群は総じて講義や学校施設、同級生との関係に満足しており、学校生活全般に満足していた。さらに家族・学校以外の友人知人との関係、家族関係など私生活全般に満足していた。古木・森田(2009)によると家族や友人などの他者からの受容的態度や現在の自分への満足感を高めることが挫折経験から自己受容につなが

る過程において重要であることを示唆しており、本研究もこれを支持する結果であった。さらに学生という部分に引き付けると、ゼミや実習も含む講義や学校施設の満足度も関連しており、講義を行う教員の工夫や学校施設の充実など環境面の整備が学生にとって重要なレジリエンス資源となる可能性が考えられる。いじめ被害経験なし群との比較についてみると、いじめ被害経験なし群では、いじめ被害経験あり群で関連の示されていない「家族とよくコミュニケーションをとる」「教員との関係に満足している」「先輩との関係に満足している」について関連が認められている。この差異については検出率の差である可能性が考えられる。

多変量解析についてみると性・年齢、ARSで調整した場合において、いじめ経験あり群では「家族の愛を感じる事」、「同級生との関係に満足している事」「家族との関係に満足している事」の3項目で有意な関連が認められており、すべてレジリエンスを促進する方向のオッズ比を示している。これは従来いじめ被害経験を有する学生のレジリエンス資源とされていた心理的要因に加えて、対人関係などの環境要因が重要なレジリエンス資源となり得る可能性を示唆している。今後、いじめ被害経験からの回復において、個人の心理的側面を強化する働きかけだけではなく、家族関係や友人関係の充実など環境面の整備や調整を充実させることがレジリエンス資源となる可能性があるかと推察する。

さらに家族との関係について、いじめ被害経験あり群といじめ被害経験なし群で違いがみられたことは興味深い結果である。岩崎・海蔵寺(2011)による事例検討では当事者の言葉に「親は自分自身のことを客観的には知っていたが自分を受け入れてくれない気がした」とあり、その後、継続的な交流を重ねる中で「やっと親子になれた」という語りがみられ、それが回復の契機になった可能性を示唆している。いじめという重大な逆境からの回復において重要となるのは、単なる気分転換のために和気藹々と仲良く話をしているということではなく、より根底に流れる安心感や自分自身を大切にされている、一人の個人として尊厳をもって接してもらっている、つながりを感じられることが重要だと推測する。今回いじめ被害経験の有無により関連要因に違

いがみられたことは、こうした背景を含んでいる可能性が考えられる。しかし仲が良いことと愛を感じるものの差異について十分な知見は得られておらず、今後どのような体験が愛を感じることにつながり、レジリエンス資源となるか更なる検討が必要である。

本研究の有効性は十分に検討されていなかったいじめ被害を有する学生のレジリエンス資源について環境面に焦点を当て検討し、性、年齢、心理的要因を調整したうえでも環境要因がレジリエンス資源となり得る可能性を示唆したこと、いじめ被害経験の有無で層化したうえでの比較を行い、いじめ被害経験がある者に特徴的なレジリエンス資源となる可能性がある要因を示したことがある。限界及び課題として、横断研究であるため因果関係の推定が困難である点が挙げられる。いじめ被害経験時期やいじめ被害の重症度などについては十分に把握できておらず、今後、経験時期や重症度を層化した上での検討を行うことが課題である。さらに今回注目した家族関係と日常生活満足度以外の要因も含めた検討を要する。特に重要性が示唆された「家族」という資源がない場合についても今後の検討課題となり得ると思われる。

文献

- 秋山薊二 (2019) 「人のレジリエンス資源から見るソーシャルワーク」『関東学院大学人文科学研究報』42, 31-50.
- 荒木剛 (2005) 「いじめ被害体験者の青年期後期におけるレジリエンス (resilience) に寄与する要因について」『パーソナリティ研究』14, 54-68.
- 坂西友秀 (1995) 「いじめが被害者に及ぼす長期的な影響および被害者の自己認知と他の被害者認知の差」『社会心理学研究』11 (2), 105-115.
- Copeland, W. E.・Wolke, D・Angold, A et al (2013) 「Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence」『JAMA Psychiatry』70 (4), 419-426.
- Fraser, M. W (2004) 「Risk and Resilience in Childhood: An Ecological Perspective」 (=2009, 門永朋子・岩間伸之・山縣文治『子供のリスクとレジリエンス』株式会社ミネルヴァ書房.)
- 平野真理 (2016) 「レジリエンス～多様な回復を尊重する視点～」『広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要』15, 27-30.
- 古木美緒・森田美弥子 (2009) 「挫折経験から自己受容に至るプロセス：大学生を対象にして」『日本教育心理学会総会発表論文集』(静岡大学), 177.
- 岩崎久志・海蔵寺陽子 (2011) 「過去のいじめられ経験からの回復過程について—自己否定感のあるクライアントの事例を通して」『流通科学大学論集 人間・社会・自然編』24, 29-39.
- 児玉壮志・米田龍大・安藤陽子ほか (2018) 「高等教育機関に所属する学生のレジリエンスとその関連要因」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』14, 65-71.
- Masten, A. S・Best, K. M・Garmezy, N (1990) 「Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity」『Development and Psychopathology』2 (4), 425-444.
- 水谷聡秀・雨宮俊彦 (2015) 「小中高時代のいじめ経験が大学生の自尊感情と Well-Being に与える影響」『教育心理学研究』63 (2), 102-110.
- 文部科学省 (2019) 「平成 30 年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」(<https://www.mext.go.jp/content/1410392.pdf>, 2019. 1. 10)
- 仁平義明 (2014) 「レジリエンスとは何か」『児童心理』68 (11), 13-20.
- Olsson, C. A・Bond, L・Burns, J. M et al. (2003) 「Adolescent resilience: a concept analysis」『Journal of Adolescence』26, 1-11.
- 小塩真司・中谷素之・金子一史ほか (2002) 「ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性-精神的回復力尺度の作成-」『カウンセリング研究』35, 57-65.
- 佐藤暁子・金井篤子 (2017) 「レジリエンス研究の動向・課題・展望：変化するレジリエンス概念の活用に向けて」『名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要. 心理発達科学』64, 111-117.
- 島悟・鹿野達男・北村俊則ほか (1985) 「新しい抑うつ性自己評価尺度」『精神医学』27 (6), 717-723.
- 庄司順一 (2009) 「レジリエンスについて」『人間福祉学研究』2, 35-47.

- Sigurdson, J. F・Undheim, A. M・Wallander, J. L (2015)
「The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood」『Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health』9, 1-13.
- 田中千晶・児玉憲一 (2010)「レジリエンスと自尊感情, 抑うつ症状, コーピング方略との関連」『広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要』9, 67-79.
- 立石恵子・立石修康 (2011)「作業療法学科学生 of 臨床実習における抑うつとレジリエンス」『九州保健福祉大学研究紀要』12, 113-116.
- Ungar, M (2008)「Resilience across Cultures」『The British Journal of Social Work』38 (2), 218-235.
- Ungar, M (2019)「Factors and Processes Associated with Resilience among Children and Youth」(=2019, 秋山薊二監訳・中村和彦共訳「子ども・若者のレジリエンスに関連する要素と過程」『ソーシャルワーク研究』45 (3), 52-62.)
- 米田龍大・児玉壮志・安藤陽子ほか (2019)「高等教育機関に所属する学生の抑うつ症状と首尾一貫感覚およびレジリエンスとの関連に関する専攻別検討」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』15, 39-43.

機関誌『北海道社会福祉研究』編集規程

1. (名称) 本誌は、北海道社会福祉学会の機関誌『北海道社会福祉研究』と称する。
2. (目的) 本誌は、原則として本会会員の社会福祉研究の発表にあてる。
3. (発行) 本誌は、原則として1年に1号を発行するものとする。
4. (投稿規程) 原稿の投稿は、所定の規程に従う。
5. (編集) 本誌の編集は、編集委員会が行う。編集委員は、理事会において選出する。
6. (掲載) 原稿の掲載は、審査結果に基づき編集委員会が決定する。
7. (事務局) 編集委員会事務局は編集委員会委員長の所属機関におく。
8. (著作権) 本誌に掲載された著作物の著作権は一般社団法人日本社会福祉学会に帰属する。

(附則)

1. 本規程は、2009年2月28日より施行する。
2. 本規程は、2013年4月1日より施行する。

機関誌『北海道社会福祉研究』投稿規程

1. 共同研究者も含め、投稿者は北海道社会福祉学会会員であること、または、学会への会員登録を申請中であること。ただし、機関誌への掲載は、学会入会承認後であることとする。
2. 論文、研究ノート、調査報告、実践報告、資料解題は、原則として本会会員による自由投稿とする。
3. 投稿する原稿は未発表のものに限る。日本社会福祉学会研究倫理指針「F 二重投稿・多重投稿」を参照し、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。なお、添付する資料には、既発表論文・報告書等のみならず、現在査読中であるものも含む。
4. 投稿原稿は、1編ごとに独立、完結したものと扱い、審査過程に挙げる。したがって、表題に「上、下」「1報、2報」「I、II」等をつけない。
5. 投稿の締切りは、毎年11月末日とする。
6. 印刷した原稿およびUSBメモリあるいはCD-R等の提出媒体を、北海道社会福祉学会機関誌編集委員会事務局宛てに送付する。
7. 投稿論文掲載の可否は、審査の上、編集委員会が決定する。
8. 投稿された原稿は2年間保存のうえ、廃棄する。
9. 投稿論文の審査結果に不満がある場合には、文書にて編集委員会に申し立てることができる。また、編集委員会の対応に不満がある場合には、北海道社会福祉学会理事会に不服を申し立てることができる。
10. 研究動向欄は、社会福祉に関連する研究動向のレビュー・紹介にあて、掲載については編集委員会が依頼を行う。
11. 書評欄は、国内外の社会福祉研究に関する批評にあて、その依頼は編集委員会が行う。
12. なお採用された投稿論文は電子化のうえ北海道社会福祉学会HPへWEB登録される。また、J-STAGEでの閲覧が可能となる。その著作権は一般社団法人日本社会福祉学会に帰属する。
13. 本規程の改廃は、編集委員会で検討し、理事会の承認を経て行う。

- 付則
1. 本規程は、2009年2月28日より施行する。
 2. 本規程は、2013年4月1日より施行する。
 3. 本規程は、2016年4月1日より施行する。

機関誌『北海道社会福祉研究』執筆要領

1. 共同研究者も含め、投稿者は北海道社会福祉学会会員であること、または、学会への会員登録を申請中であること。ただし、機関誌への掲載は、学会入会承認後であることとする。
2. 本誌には、論文、調査報告、実践報告、研究ノート、資料解題、研究動向、書評などの欄を設けるが、原則として本会会員による自由投稿とする。
3. 投稿する原稿は、未発表のものに限る。もし同じデータ、事例、資料等に基づいて投稿者が執筆した別の論文、報告書等（共同執筆を含む）があれば、投稿時に添付すること。また、投稿原稿は、1回ごとに独立・完結したものとして扱い査読を行うので、表題に「上、下」「1報、2報」「I、II」等をつけない。
4. 投稿原稿は、図表・注・引用文献を含めて2万字（400字詰原稿用紙換算で50枚）以内とし、図表は1点につき600字換算とし、図表込みで2万字以内を厳守すること。ただし1頁全体を使用する図表については1600字換算とする。
5. 投稿の締切りは、7月、11月、3月の月末とする。
6. 投稿論文掲載の可否は、編集委員会による審査の上、投稿者に結果が通知される。
7. 投稿する原稿の執筆にあたって
 - ・原則としてワープロまたはパソコンで作成し、縦置A4版用紙に横書きで、1600字（40字×40行）で印字した原稿2部とCD-Rを提出する。
 - ・投稿に際しては、印字した原稿に3枚の表紙をつけ、本文にはタイトル（英文タイトル併記）のみを記載し、所属、氏名、会員番号を記載しないこと。
 - ・表紙の1枚目には、①タイトル、②原稿の種類、③所属、氏名（連名の場合は全員）、④連絡先を記入する。なお、掲載時には読者からの問い合わせを可能にするために、原則として連絡先（住所または電子メールアドレス）も掲載するが、希望しない場合はその旨明記すること。また、原稿の種類は①論文、②調査報告、③実践報告、④研究ノート、⑤資料解題、⑥研究動向、⑦書評から選択する。
 - ・表紙の2枚目には、和文抄録（400字以内）とキーワード（5語以内）を記載する（無記名）
 - ・掲載決定通知後の最終原稿は次のとおり作成する。
 - ① 本文・注・引用文献は、ワードかテキスト形式で保存したファイル（添付ファイル送付可）および縦置きA4版用紙に編集委員会の指定による様式（40行×23字の2段組み）、タイトルはゴシック16ポイント、著者名は12ポイント、本文は10.5ポイント明朝で印字した原稿を1部提出する。
 - ② 図表は、本文とは別に1葉ごとにA4版にコピーして提出する。図表の挿入箇所は、本文に明記する。なお、特別な作図などが必要な場合には、自己負担を求めることがある。
8. 原稿およびCD-R等は、北海道社会福祉学会編集委員会事務局に送付する。
9. 文章の形式は、口語体、常用漢字を用いた新かなづかいを原則とする。注や文献引用の記述形式は、「日本社会福祉学会機関誌『社会福祉学』投稿規定〔引用法〕」によるものとする。
10. 投稿原稿に利用したデータや事例について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記すること。
11. 投稿論文の査読は、著者名等を匿名にて行っているため、文献等の標記の際には、本人の著であっても「著者」「拙稿」とはせず、筆者名による表記とする。また、査読に対する回答の必要がある場合は編集委員会宛てにこれを行う。
12. 国内外の研究動向欄は、社会福祉に関連する研究動向のレビュー・紹介にあて、掲載については編集委員会が依頼を行う。
13. 書評欄は、国内外の社会福祉研究に関する批評にあて、その依頼は編集委員会が行う。

（附則）

1. 本要領は、2017年4月1日より施行する。

□編集後記

巷ではワニが話題になっていたようです。いつ亡くなるのか、本人は知らずに時を過ごす姿に、多くの人々が「わが身を思った」のでしょうか。時はまさに新型コロナ騒ぎ。すべての生き物は、限りある時間の中で生きているんだなあ、と、今更ながら、今を大切に生きる、ことの重さに、思いを巡らす、今日この頃。論文は、まさに研究をする者にとっての生きた証かもしれませぬ。(Y)

現在進行形で、コロナウィルスのためどの教育機関も新年度に向けて大わらわです。一日も早く日常を取り戻したいですね。さて、論文を完成させることは容易いことではありません。行きつ戻りつ、時に立ち止まり。でも諦めずに前へ進んだ人だけがゴールできます。今回は掲載に至らなかった方も次の機会に向かって頂ければと思います。(K)

北海道の地域での実践をまとめた投稿が多くなり、地方学会誌として多少なりとも役割を果たしているのではないかと考えています。私たちの生活を豊かにする営みの一助になれば嬉しいのですが。(O)

この3月はコロナウィルスの影響から会議が開催できないこともあり、編集委員長に頼りきりになってしまいました。申し訳ありませんでした。学会誌を維持していくことの大変さとともに、平常通りに物事が進むことの有難さを改めて感じました。(N)

文章をスラスラとたやすく書ける方はそうそういないだろうと推測しますので、原稿を形にするまでにはお一人おひとりが大変なご苦勞をなさただろうと思いながら、味わい、読ませていただきました。投稿を断念なさった方もその努力はきっと次につながると思います。原稿を通してまたお目にかかれることを楽しみにしています。(m)

小雪であった今年の北海道ですが、春の雪どけとともに、今年もオオハクチョウが飛来してきました。社会が窮するときでも、季節は変化し自然の営みがあることに気づかされております。社会の変化に敏感であると同時に、歴史を重んじ歴史や自然からの学びを得ていきたいものです。次年度も多くの研究者のみなさんの研究成果を期待しております。(O)

北海道社会福祉研究 第40号

発行日 2020年3月31日
編集 (社)日本社会福祉学会北海道地域ブロック編集委員会
発行者 中村 和彦(会長)
発行所 (社)日本社会福祉学会北海道地域ブロック
〒004-8631 札幌市厚別区大谷地西2丁目3-1
北星学園大学社会福祉学部 松岡 是伸研究室
TEL 011-891-2731(代表) FAX 011-896-7660
印刷 北海道リハビリ
〒061-1195 北広島市西の里507番地1
