

博士学位論文

精神保健福祉士の抱えるディレンマと社会的責務に関する研究  
— 精神障害者の地域移行・地域定着を視座にして —

鹿児島国際大学大学院  
福祉社会学研究科 社会福祉学専攻

茶屋道 拓哉

2014年3月

## 目 次

序 章	1
1. 精神保健福祉の現状と精神障害者	1
2. 研究者としての私	2
3. 本研究における中心命題への接近と反証可能性に対する検証プロセス	3
第1章 先行研究の動向と研究課題	5
1. 尾崎新の「ゆらぎ」と本論で扱う「ディレンマ」の関連性の整理	5
2. ソーシャルワーカーとその実践領域が抱える根本的なディレンマ	7
3. ディレンマの構成要素（方向性）	8
4. 精神保健福祉領域のディレンマに関する先行研究の整理	15
5. 専門職の抱えるディレンマへの対処方法	17
6. 小括（課題と展望）	19
第2章 精神保健福祉施策における歴史的課題	24
1. わが国における精神保健福祉施策の変遷と課題	24
1) 精神病患者監護法前後における社会防衛思想と私宅監置	
2) 精神病院法と戦時下における精神科病院	
3) 精神衛生法の制定・改正と精神病院ブーム	
4) 精神障害者の人権と精神保健法	
5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と社会復帰施策の拡充	
2. 精神保健福祉士の誕生—精神科医療との関係に着目して—	39
第3章 近年における地域移行・地域定着をめぐる精神保健福祉施策の変遷	43
1. 2000（平成12）年以降の精神保健福祉に関する施策の概観	43
2. 地域移行支援におけるメゾレベルでの実践	46
3. 退院促進・地域移行支援と病院経営	48
4. 退院促進・地域移行・地域定着実践に関するエクソレベル実践	50

第4章 精神保健福祉士の機能と役割—社会的責務の視点から—	56
1. 精神保健福祉士の実践領域の広がり	56
2. 社会的責任と社会的責務	56
3. 精神保健福祉士法に示される「義務等」	57
4. 倫理綱領における「精神保健福祉士の責務」	58
5. 精神保健福祉士の機能と役割（日本精神保健福祉士協会における『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版』の検証）	63
1) 精神保健福祉士の基本的視点	
2) 精神保健福祉士の業務	
3) 医療機関における精神保健福祉士の業務指針	
4) 精神保健福祉士の業務実態	
6. 退院促進・地域移行支援における精神保健福祉士の社会的責務とその課題	70
7. 小括	72
第5章 調査研究の方法とプロセス	74
1. 研究方法	74
2. 研究対象	74
1) 対象地域	
2) 対象者	
3. 倫理的配慮	76
4. データ収集・分析	77
第6章 調査結果①ディレンマの構造	81
1. 精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造（アウトライン）	81
2. 「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ	84
1) クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ	
2) 孤独を伴う内省	
3. 組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ	113
1) 精神保健福祉士として抱える社会的使命と	

その位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ

- 2) 重要視される経営的側面と精神保健福祉士の本質的使命の間で抱えるディレンマ
- 3) 入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題
- 4) 人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ

第7章 調査結果②ディレンマへの対応の構造・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 163

1. 精神保健福祉士のディレンマへの対応の構造（アウトライン）・・・・・・・・・・ 163
2. 専門性を糧にした連帯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 165
  - 1) 精神保健福祉士の専門性を「見せる」
  - 2) 孤立しないよう全体性を意識する
  - 3) クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い
3. 成長と変化を見つめる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 204
  - 1) 時間の経過と変化（時熟）の受け入れ
  - 2) 受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み

第8章 調査結果の考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 229

1. 精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造の考察・・・・・・・・・・・・・・・・ 229
  - 1) ディレンマとともに存在する内省プロセス
  - 2) 組織と精神保健福祉士のディレンマ
2. 精神保健福祉士のディレンマへの対応の構造の考察・・・・・・・・・・・・ 241
  - 1) ディレンマへの対応とバーンアウト・スーパービジョン
  - 2) 時間の経過と変化、成長の鳥瞰
3. ディレンマとディレンマへの対応の関係性・・・・・・・・・・・・・・・・ 248
  - 1) 関係性の概念図
  - 2) 情動中心型対処行動により解消・軽減されるディレンマ
  - 3) 問題中心型対処行動により軽減されるディレンマと矛盾として残るディレンマ

終章・・ 255

1. 本研究の到達点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 255
2. ソーシャルワーク・アイデンティティへの希求・・・・・・・・・・・・ 256

3. 残された課題への展望	258
謝 辞	261
文 献	263
資 料	274

## 序 章

### 1. 精神保健福祉の現状と精神障害者

わが国における精神保健福祉の現状と課題を考える際、320.1 万人と言われる精神障害者そのものの数（平成 25 年度版障害者白書）と、避けて通ることのできない事柄として肥大化した精神病床数（337,842 床）、そして厚生労働省精神保健福祉対策本部が 2004（平成 16）年 9 月に示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で明らかにされた 72,000 人の社会的入院患者の存在がある。1968（昭和 43）年に WHO から派遣された D.H.クラーク氏が行った日本の精神科医療に対する勧告「クラーク勧告」（入院患者の抑制と地域精神医療体制の充実、精神科ソーシャルワーカー等アフターケア体制の充実）から 40 年以上が経過した現在でも、この勧告内容が通用する（／してしまう）部分がある。

ただし、精神科医療サービスも全く変化がなかったわけではない。入院患者に対する SST（Social Skills Training：社会生活技能訓練）の診療報酬化や、退院後の外来通院サービスとして精神科デイケアやデイナイトケア、ショートケアの体制がつくられてきた。近年では、精神科救急医療体制整備事業による精神科救急情報センター、精神科救急入院料病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」）の設置も進んでいる。社会的入院問題に関係する部分としては、2003（平成 15）年にモデル事業としてスタートした「精神障害者退院促進支援事業」（現在の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」）や、地域定着を推進するため「精神障害者アウトリーチ推進事業」など拡充されてきてはいる。

他方、福祉施策としては 1993（平成 5）年の障害者基本法の制定を皮切りに精神疾患を抱える者が「障害者」として規定されたことを受けて、福祉サービスの拡充がなされてきた。また、社会福祉基礎構造改革の影響を受け、福祉サービスの量の拡大と質保障、利用者の権利保障体制が拡充されてきた。障害者福祉サービス事業については、それまでの措置制度から契約制度へと移行を行い、2003（平成 15）年 4 月の「支援費制度」、2006（平成 18）年の「障害者自立支援法」、2013（平成 25）年の「障害者総合支援法」の制定・施行が行われてきた。また利用者の権利保障体制としては 2000（平成 12）年の介護保険法施行に合わせて創られた地域福祉権利擁護事業や成年後見制度もある。

しかし、入院患者や通院患者の権利保障制度に大きな変化は見られていない。制度として入院患者の「退院請求」や「処遇改善請求」（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律：第 38 条の 4）は準備されているものの、その機能が十分に果たされているとは言い難く、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」の経過を概観しても社会的入院患者の現状に決定的な

影響を与えるだけの要素には成り得なかったのである（第3章にて詳細を述べる）。

## 2. 研究者としての私

本研究は第5章以降において質的研究法を用いている。自ら「問い」を立て、その「問いに対する調査」を行っている。そこで、得られた質的データを解釈しながら分析を行う者＝「研究者としての私」の存在について述べておく必要がある。

時間をさかのぼるが、筆者は鹿児島県で生まれ、育ち、高校を卒業後、本学の社会学部社会福祉学科へ入学した。在学中に精神保健福祉士法の制定と施行が行われ、本学でその養成課程が設置されたのが「精神保健福祉士との出会い」であり、そこで「精神保健福祉士として生きていく」契機を得た。その後、鹿児島県内の民間精神科病院に精神保健福祉士として勤務した。当時の状況は介護保険法が施行されたばかりの年であったことや、1995（平成7）年度からの「障害者プラン」の完成年度末に向け、当時の精神保健福祉法上の社会復帰施設（現在の障害福祉サービスなど）の開設に伴う取り組みが各精神科病院を中心に行われることもあって、精神保健福祉士が非常に重宝されていた。社会復帰施設には精神保健福祉士の必置義務があったためである。その一方で、社会復帰施設の設置を推進する精神科病院の精神保健福祉士の異動による補充や新規採用による精神保健福祉士の配置などが多く、精神保健福祉士自体は20代・30代の若年層が多くを占めていた。さらに、鹿児島県は当時も現在でも、わが国において人口に対する「精神病床」数（都道府県別）が最も多く、そして平均在院日数も長いことで知られている（厚生労働省（2013）『病院報告』）。

そのような状況下で精神保健福祉士として精神科病院に採用され、病院の精神保健福祉士として業務を行う一方で、年度ごとに計画されている医療サービスとしての精神科デイケア・デイナイトケアの立ち上げや福祉サービスとしての共同住居、精神障害者社会復帰施設の立ち上げにかかわっていくことになった。この医療サービスや福祉サービスの新設にかかわったことが筆者の精神保健福祉士としての価値観、考え方や生き方に大きな影響を与えることとなった。

この博士論文を執筆する前段階として、筆者は本大学院福祉社会学研究科社会福祉学専攻修士課程（現在の博士前期課程）で「脱施設化と精神障害者社会復帰施設の関係性に関する基礎的研究」と題して修士論文を作成した。そこで「クライアント中心」のサービス提供の不十分さやその原因となる医療機関（社会復帰施設の母体組織）と精神障害者社会復帰施設における関係性が有意には作用していなかったことなどから発生するサービス提供体制の間

題について明らかにしてきた。しかし、この研究はさらなる核心領域「サービス提供にかかる精神保健福祉士自身の抱える課題の検証」について課題を残したものであった。この自ら残してきた「核心領域」に迫るため、敢えて、退院できるはずの社会的入院患者を抱える側に社会復帰を促進する立場として存在している「精神科病院における精神保健福祉士」の抱える課題に接近していこうとしているのである。

### 3. 本研究における中心命題への接近と反証可能性に対する検証プロセス

さて、先に述べたような状況下における退院促進や地域移行・地域定着では、クライアントを中心にした支援や社会復帰を促進する役割を担う精神保健福祉士の果たしていく役割は大きい。精神保健福祉士は全国に 60,875 人おり（平成 25 年 9 月末日現在：公益財団法人社会福祉振興・試験センター調べ）、このうち、7,428 人が精神科病院の常勤として勤務している（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ）。この数字に着目すると、「72,000 人の社会的入院患者に対して精神保健福祉士はどのような支援を行っているのか」また「7,428 人の精神保健福祉士が有効に機能していないのは何故か」という問いが立ってくる。

多くの精神保健福祉士が精神科病院に勤務し、地域移行・地域定着のための様々な取り組みを行い始めている。そこに至ってもなお、社会的入院の問題は解消されていない。そこで、本研究では「精神保健福祉士が抱えるディレンマによって精神障害者の地域移行・地域定着が阻害される」という中心命題を設定し、それを補完する作業を「反証可能性に対する検証」という形式で採る。

まず、第 1 章では「精神保健福祉士が抱えるディレンマにはどのような研究がこれまでになされてきているのか」について、精神保健福祉士だけに限らず、広く対人援助職の抱えるディレンマに関する先行研究の整理を行う。そこで中心命題との関連性から本研究の価値と研究方法や課題を明確化する。次に第 2 章で「精神障害者に対する精神科医療や福祉サービスがわが国においては歴史的にどのように発展してきたのか。そもそも、精神保健福祉の歴史的根本問題にはどのようなものがあるのか」について歴史と制度施策の変遷をたどる中で退院を阻害する風土や歴史性の検証を行う。第 3 章では現在の退院促進や地域移行・地域定着に関する施策とそれに伴うサービスの実践例を例示しながら「クライアント中心の支援がなされているか」「権利擁護システムの運用上に問題や課題がないのか」について検証を行う。第 4 章では「精神保健福祉士の業務や役割が明確になっておらず、精神保健福祉士自身の社



会的責務や立場性の曖昧さが与える中心命題への影響」について専門職団体の倫理綱領や業務指針を精査することで明らかにする。そして、第5章から第8章における調査研究（質的研究：インタビュー調査）の実施と分析、考察を行うことで「退院促進や地域移行・地域定着に際し、精神保健福祉士にどのようなディレンマが存在し、それらがどのように影響しているか」という中心命題に対し、最終的に迫る形での検証を行う。

これらの反証可能性に対する検証プロセスを経ることで、未だ見ぬ「精神保健福祉士の抱えるディレンマと社会的責務」の関係性を明らかにする「仮説創設」のための手続きとしてこの研究を位置づけたい。

## 第1章 先行研究の動向と研究課題

対人援助に従事する専門職（以下、専門職とする）においては、各々が保有する倫理観や社会正義に対する考え方に拠り、対象となる人びとの支援に当たる。しかし専門職と利用者や組織間においては様々なディレンマ<sup>1)</sup>が発生する。特に近年、精神保健福祉領域<sup>2)</sup>において「脱施設化」や「社会的入院患者の解消」、「地域移行支援（地域定着）」が重要な施策課題として取り上げられる中、その支援を担う精神保健福祉士が抱えるディレンマは複雑なものがあると推察される。精神保健福祉士が職務として本質的な社会的使命<sup>3)</sup>を抱えつつ、医療的・管理的色彩の濃い精神保健福祉領域で勤務するという、ある種マージナル・マン<sup>4)</sup>としての側面からも同様のことが言えよう。

では、そもそも専門職が抱えるディレンマはどのようなレベルで発生しているのか。一般的に考えられるディレンマはマイクロレベルのディレンマ（専門職が抱えるディレンマ）であり、専門職個人がその対象となる人や環境との関係性の中で発生させるディレンマとして想定される。しかし、これ以外にもメゾレベルのディレンマ（施設の管理運営面で組織が抱えるディレンマ<sup>5)</sup>、アカウンタビリティディレンマ<sup>6)</sup>）やマクロレベルのディレンマ（社会福祉政策レベルあるいは市場・国家関係のディレンマ<sup>7)</sup>）があり、それらが相互に作用している。本章では、専門職の抱くディレンマに関して、これまで発表されてきた研究論文や実践報告をその成り立ちや構成要素に焦点を絞りながら整理する。そして精神保健福祉士のディレンマに関する先行研究と以上の結果を対比させながら、まだ十分とは言えない精神保健福祉領域でのディレンマ研究の課題と方法を明らかにしたい。

### 1. 尾崎新の「ゆらぎ」と本論で扱う「ディレンマ」の関連性の整理

社会福祉実践において、援助者やクライアント、家族が体験する「ゆらぎ」について詳細に記述・分析した著書がある。尾崎の『「ゆらぐ」ことのできる力—ゆらぎと社会福祉実践—』である。ここでは、尾崎の示している「ゆらぎ」と筆者が研究の対象としようとしている「ディレンマ」の関係性について触れておきたい。

尾崎は「ゆらぎ」について先行する文献の整理を行った結果として、以下のように定義している（尾崎 1999 : 294）。

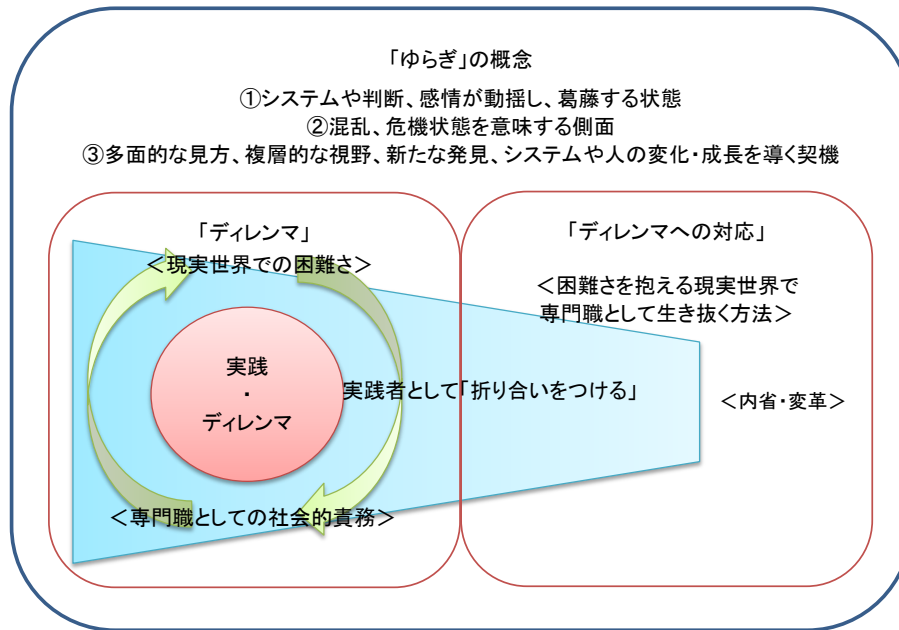
「ゆらぎ」は、まず物事の基礎、システム、あるいは人の判断、感情などが動揺し、迷い、葛藤する事態である。そして、動揺や葛藤はしばしば混乱、危機につな

がるために、「ゆらぎ」は混乱、危機を意味することも少なくない。

しかし、以上の文献にも見られたように、「ゆらぎ」を変化・成長・再生の契機と捉える見方も存在する。「ゆらぎ」には、もともと「ゆらぐ」ことができる余地や幅が不可欠である。したがって、「ゆらぎ」は振幅性、幅の広さ、「多様性」の意味を含み、幅の広い見方や新たな考え方を創造する契機という意味を持つ場合がある。システムも、人も、「ゆらぎ」を経験して初めて、幅広い見方、多様な思考方法を獲得することができるという考え方である。本書では、「ゆらぎ」を以上の3つの側面をあわせもつ状態と定義する。すなわち、①「ゆらぎ」は、システムや判断、感情が動揺し、葛藤する状態である。また、②「ゆらぎ」は、混乱、危機状態を意味する側面を持つ。しかし、③「ゆらぎ」は、多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人の変化・成長を導く契機でもある。

このように、尾崎は「ゆらぎ」について援助する側や家族、クライアントにとって混乱や危機といったマイナスの要因として捉えているだけではなく、その混乱や危機状態そのものを意味したり、むしろそういった状態を経験することができる幅があることにより援助職やその環境の成長を促すプラスの因子を備えるものと意義づけている。

他方、本研究で取り扱う「ディレンマ」は先に示した通り、「相反する二つの事の板ばさみになってどちらとも決めかねる状態。抜き差しならない羽目。進退両難」という状態を指す。つまり、「ディレンマ」は尾崎の言うところの「①システムや判断、感情が動揺し、葛藤する状態」、「②混乱、危機状態を意味する側面」に近い。「現実世界での困難さ」を抱えるクライアントや家族に対する支援（実践）を「専門職としての社会的責務」を担いながら行おうとする時、あるいは、様々な立場性の人や環境との調整を行う時など、矛盾や支援の困難さの背景として「ディレンマ」を抱える。そして「ディレンマへの対応」はそのような支援者自身が「困難さを抱える現実世界で専門職として生き抜く方法」である（【図 1-1】）。つまり、「ゆらぎ」と「ディレンマ」は、中身や扱うエリア（領域）についてはほぼ同義であるが、その視座（捉え方）に大きな差があるのである。



【図 1-1】「ゆらぎ」概念と本研究の対象となる「ディレンマ」の関係性

## 2. ソーシャルワーカーとその実践領域が抱える根本的なディレンマ

ソーシャルワーカーには、その所属する専門職団体などにより倫理綱領やそれに伴う基準・行動指針などが定められている<sup>8)</sup>。これらがディレンマを抱えた際の一定の判断基準にもなろう。当然であるが、各々のソーシャルワーカーによって、発達とともに備えてきた価値基準は異なり、様々な体制のもとでソーシャルワーク実践を行うといった環境に身を置く。では、倫理綱領はそういった「根本的な部分」によって生じるディレンマへの明確な判断基準になりえているのだろうか。

李によれば、社会福祉援助技術には二つの倫理があるとされる。一つは「原則倫理」で、もう一つが「徳性倫理」である。原則倫理はソーシャルワーカーが厳しく守るべき義務としての拘束的な倫理綱領であるのに対して、徳性倫理は法的制裁が加えられないソーシャルワーカーの自発的で感性的な倫理である。また、原則倫理を支え、援助関係を円滑に進めながらクライアントとの信頼関係を高める促進剤の機能が徳性倫理にはあるとする(李 2005:7)。感性的な部分に依拠するところの強い特性倫理は、各々のソーシャルワーカー自身の極めて内面的な部分で発生し、明文化・明確化し難い倫理であると言える。

また、田中は次の3点から、そもそもソーシャルワーク実践領域が抱えるディレンマについて分析している。①利用者の「自己決定」を最大限に尊重し、創造的、生産的な援助実践を展開することによって、利用者の福祉や自己実現が達成されるという、人間の自由に関す

る民主主義的理念が実際のソーシャルワーク実践に統合するには多くの困難がある。②利用者の自己決定の最大限の尊重という価値（カント主義）と、ソーシャルワーカーによる利用者の福祉・利益の追求という価値（パターナリズム）との間には、必然的に葛藤やディレンマが生じる。③ソーシャルワーク実践における功利主義的側面。つまり、ソーシャルワーカーの多くは機関・組織によって雇用されており、法的あるいは業務上の規定の制約の中でソーシャルワーク実践を行っている。そして、一般的には利用者の利益や善だけでなく、公共の福祉の推進をはかって行くことが求められている。つまり、個人の福祉と功利、社会正義に関する原則との間の矛盾である（田中 1999：64-66）。

精神保健福祉領域における根本的なディレンマを扱った上記と類似する研究として横山が行ったものが挙げられる。そこでは現在の精神保健福祉領域の状況と精神保健福祉士の関係性を『排除』の施策展開がなされその社会防衛的色彩を少なからず保持したまま現行の法的基盤となっているこの領域はソーシャルワーカーにとって自らの職業的価値である『社会正義』を強く意識させられると同時に、その『社会正義』を内面化させたソーシャルワーカーであるほどジレンマを進化させやすい」としている（横山 2004：24）。さらに横山はその精神保健福祉の現場が抱える「価値の二重拘束性」について、「精神保健福祉領域では歴史的に社会統制機能が強く存在し、医療がそれを担ってきており『社会的入院』群が医療機関にとどまり続けることが常態化している」とし、「結果としてソーシャルワーカーは、入院継続のための『援助』を展開する担い手にもなりうる」という「社会統制的機能」と、医療従事者に共有される「インフォームドコンセント」「患者中心」「全人的医療」などの理念を具体化させようとする機能であり、ソーシャルワークでは「社会正義」「主体性尊重」「自己決定」などの伝統的な職業的価値観が強調され、クライアントの個々の自己実現を主体的側面に添いながら支援する機能であるとする「クライアントの自己実現促進機能」の間で上記のディレンマが生じるとしている（横山 2004：25）。精神保健福祉領域という極めて特徴付けられた領域における精神保健福祉士のディレンマの実態を『排除』対『社会正義』、『社会統制機能』対『クライアントの自己実現促進機能』という構図から明らかにしている。

### 3. ディレンマの構成要素（方向性）

まず、そもそもディレンマにはどのような種類やその成り立ちの背景（構成要素）があるのかを分析したい。ソーシャルワーク実践領域に限らず、対人援助職のそれまで裾野を伸ばし、概観してみるといくつかの先行研究が散見される（【表 1-1】）。

【表 1-1】は CiNii（NII 論文情報ナビゲータ）において、表中の検索キーワードを基にアクセスし、抽出された文献のリストである。筆者はこれらの文献の収集を行い、研究手法、研究対象に対しどのような調査方法を行っているのか、また得られたデータ分析の方法について解釈しながら読み込みを行った。以下に、本研究と関連する文献について精査しながら整理していきたい。

【表 1-1】 対人援助・ソーシャルワーク実践領域における「ディレンマ」に関する先行研究

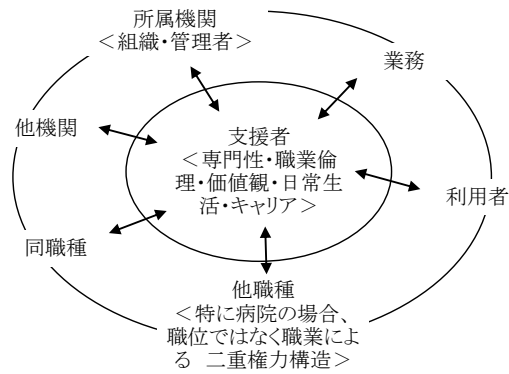
番号	検索キーワード	著者名	論文名	雑誌名	出版年	巻	号	ページ
1	専門職—ジレンマ	荒木暁子ほか	乳幼児期の障害児を育てる家族の意思決定に関する研究：家族と専門職が捉える意思決定上の困難とサポートの実態と期待	千葉大学看護学部紀要	2008	30		37-42
2	専門職—ジレンマ	鶴宏史	アメリカにおける保育者の倫理綱領の策定過程に関する研究：我が国の保育領域の専門職倫理研究および実践の課題	神戸親和女子大学研究論叢	2008	41		109-120
3	専門職—ジレンマ	藤川いづみ	全米幼児教育協会の倫理規定に関する研究(3)保育者の倫理的ジレンマとは何か	和泉短期大学研究紀要	2008	28		87-94
4	専門職—ジレンマ	中尾久子ほか	倫理的問題の認識に関する助産師の専門性と職業キャリア	生命倫理	2005	15	1	112-119
5	専門職—ジレンマ	真壁幸子ほか	看護学生の看護ジレンマの構造と看護基礎教育における倫理教育の課題：コールバーグ理論を基に	新見公立短期大学紀要	2004	25		155-160
6	専門職—ジレンマ	中村健一ほか	職域における健康情報管理の現状と健康情報の収集・利用についての産業保健専門職の意識	産業衛生学雑誌	2001	43	4	76-90
7	専門職—ジレンマ	石橋潔	専門職化のジレンマ：看護婦の専門領域規定を事例にして	総合社会福祉研究	1999	14		103-111
8	専門職—ジレンマ	渡辺裕子ほか	倫理的ジレンマに関する統計的研究—保健・医療・福祉の5つの専門職の比較	看護学雑誌	1997	61	11	1046-1052
9	専門職—ジレンマ	瀧川薫	専門職意識に関する帰納的分析：精神科領域に勤務する看護士との面接を通して	東海大学健康科学部紀要	1996	2		9-19
10	専門職—ディレンマ	勝原裕美子	モラル・ディレンマと看護専門職の組織内キャリア	一橋ビジネスレビュー	2003	51	1	50-64
11	専門職—ディレンマ	渡辺裕子	医療・福祉専門職の倫理的ディレンマのための分析枠組みとその活用	駿河台大学論叢	1995	11		161-187
12	社会福祉—ジレンマ	清水房枝ほか	高齢長期入院患者の退院に向けての支援システムの必要性—退院を困難にする問題と支援システム—	三重看護学誌	2008	10		83-87
13	社会福祉—ジレンマ	楠木美貴子	一人暮らし高齢者の「援助拒否」と援助ジレンマの研究—生活実態の肯定的再認識の必要性—	社会福祉士	2007		14	124-132
14	社会福祉—ジレンマ	横山登志子	地域生活支援をめぐる精神科ソーシャルワーカーの本質的使命—2つのジレンマを手がかりとして—	社会福祉学	2006	46	3	109-121
15	社会福祉—ジレンマ	李仁之	社会福祉援助技術に必要な五常倫理の徳性的特徴	東日本国際大学福祉環境学部研究紀要	2005	1	1	3-18
16	社会福祉—ジレンマ	須田木綿子ほか	介護保険制度下における介護老人福祉施設の適応戦略とジレンマ—探索的研究—	社会福祉学	2004	45	2	46-55
17	社会福祉—ジレンマ	森川美絵	「ケア・ワークの評価」論の視座：欧米における研究の検討	人文学報	2004		20	65-103
18	社会福祉—ジレンマ	秦康宏	スウェーデンの介護サービスの実態と職員倫理的ジレンマについて	社会福祉士・精神保健福祉士海外研修・調査事業報告書	2004			25-51
19	社会福祉—ジレンマ	木谷滋	福祉国家・福祉レジームのジレンマに関する社会学的・政治学的分析	章の根福祉	2004		36	261-273
20	社会福祉—ジレンマ	須田木綿子	社会福祉領域における民間非営利組織の日本比較—アカウンタリディレンマの視点から（特集 NPO）	家計経済研究	2004		61	20-28
21	社会福祉—ジレンマ	鈴木哲司	現代救急医療とその展望：小児救急医療の現状と21世紀に向けた救急医療政策の提言	千葉商大論叢	2003	41	1	43-81
22	社会福祉—ジレンマ	北村光子ほか	介護福祉士の就労意欲に関する研究：佐世保市およびその近接地域の介護福祉士（社会福祉学科共同研究）	長崎国際大学論叢	2003	3		185-193
23	社会福祉—ジレンマ	相馬朝江	豊かなケアへの道 援助者の倫理的ジレンマと燃え尽きの予防	月刊福祉	2003	86	1	94-97
24	社会福祉—ジレンマ	小松聖司	対人援助業務従事者の葛藤やジレンマに関する考察—葛藤やジレンマの蓄積に関するモデルの構築とシミュレーションによる検証—	社会福祉学	2001	42	1	23-33
25	社会福祉—ジレンマ	小松聖司	知的障害者生活ホーム世話人の葛藤やジレンマに関する考察—埼玉県生活ホームにおけるアンケート調査の相関分析結果から—	障害者問題研究	2001	29	2	165-177
26	社会福祉—ジレンマ	八田和子	介護保険及び補完施策の機能と限界—介護保険における「普遍性」のディレンマ	社会問題研究	2000	50	1	37-51
27	社会福祉—ジレンマ	田中尚	ソーシャルワーク実践における価値のジレンマを巡る課題 (1) ソーシャルワーク実践における価値論の変遷から	岩手県立大学社会福祉学部紀要	1999	2	1	61-68
28	社会福祉—ジレンマ	佐々木裕彦	現場に吹く風、都市型大規模施設のジレンマ	社会福祉研究室報	1995	5		12-22
29	社会福祉—ジレンマ	森恒夫	アメリカ社会福祉のジレンマ—活路を開けないレーガン流財政再建	エコノミスト	1985	63	48	32-39
30	社会福祉—ジレンマ	広瀬幸雄	社会的ジレンマゲームの実験研究—特にコミュニケーションと個人特性の要因に関して	社会福祉評論	1980	48		74-53
31	社会福祉—ジレンマ	中桐宏文	地方財政における福祉とそのジレンマ（地方自治体財政窮乏化における福祉行政）	月刊福祉	1977	60	12	19-25
32	社会福祉—ディレンマ	西内章	高齢者生活支援における社会福祉士が自問する内容とその構造	高知女子大学紀要、社会福祉学部編	2008	57		45-51
33	社会福祉—ディレンマ	沖田佳代子	介護サービス計画の決定作成における倫理的ディレンマ—ケアマネジャーに対する訪問調査から—	社会福祉学	2002	43	1	80-90
34	社会福祉—ディレンマ	沖田佳代子	ケアマネジメントにおける倫理的ディレンマの経験に関する研究	社会福祉実践理論研究	2002	11		1-10
35	社会福祉—ディレンマ	沖田佳代子	高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意識決定—ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する議論からの一考察—	社会福祉学	2002	42	2	150-160
36	社会福祉—ディレンマ	ニノミヤアキエ ヘンリー 岡知史 木原活信【他】	ソーシャルワーク実践における価値と倫理のディレンマ	社会福祉実践理論研究	2000	9		11-31
37	社会福祉—ディレンマ	沖田佳代子	ケースマネジメントにおける倫理的ディレンマ—在宅介護支援センター相談員への面接から—	社会福祉研究	1997		69	107-115
38	社会福祉—ディレンマ	藤田真理子	象徴の連続性と生活秩序の再定義：米国カリフォルニア州白人の定年退職者の事例から	民族学研究	1988	53	1	58-85
39	社会福祉—ディレンマ	全厚生秩父学園 支部有志	障害者施設労働者のディレンマ—障害者・福祉労働者の解放をめざして—	現代の眼	1976	17	9	266-275
40	ソーシャルワーク—ジレンマ	高橋恭子	ソーシャルワーク実践における倫理的ジレンマについての一考察—アセスメントモデルを活用して（特集 福祉・保健・医療のネットワークとソーシャルワーク）	ソーシャルワーク研究	1999	25	1	47-53
41	ソーシャルワーク—ディレンマ	高橋恭子	ソーシャルワーク実践における倫理的ディレンマについて：1980年から現在までの欧米の研究動向を概観して	人間福祉研究	2002		5	1-17
42	精神保健福祉—ジレンマ	近藤重昭	精神医学のジレンマ	病院・地域精神医学	1996	38	2	173-177
43	精神保健福祉士—葛藤	西隈亜紀	重度知的障害を持つ人の施設入所をめぐる葛藤	精神保健福祉	2005	36	2	153-157
44	精神保健福祉士—葛藤	山中達也	利用者と向き合いながらPSWとして悩み続けるちから—「援助者への援助」という視点—	精神保健福祉	2005	36	2	131-134
45	精神保健福祉士—葛藤	松本すみ子	PSWが深化・進化していく過程と「悩み続けるちから」	精神保健福祉	2005	36	2	135-138
46	精神保健福祉士—葛藤	牧野田恵美子ほか	「パネルディスカッション 悩める精神保健福祉士のために—アイデンティティ・価値・倫理綱領—」	精神保健福祉	2002	33	3	256-263
47	精神保健福祉士—葛藤	高木健志	「かかわり」につまづくこと—「向き合うこと」の意味に気付くきっかけとなった事例を通して—	川崎医療福祉学会誌	2005	14	2	367-370

鶴は、アメリカにおける保育者の倫理綱領の策定過程を研究する中で、Feeney と Sysko が行った倫理的ジレンマに関する調査を基に、その関係別（①保育者—親、②保育者—保育者、③保育者—管理者、④保育者—機関、⑤機関—機関）、問題内容別（①非専門的行為、②価値、信念、生活様式、③内部方針、④密告：内部告発、⑤他機関への照会、⑥情報管理、⑦個人のニーズと集団のニーズの対立、⑧資源の配分、⑨義務感の葛藤、⑩子どもの虐待とネグレクト、⑪離婚と後見、⑫カリキュラム：プログラム実践、⑬クラス運営：プログラム実践）の内容を説明している（鶴 2008：112-113）。ここで言われている関係別を別の視点、特にソーシャルワークにおけるそれとして捉えなおすと、（①支援者—利用者（家族）、②支援者—支援者、③支援者—管理者、④支援者—機関、⑤機関—機関）と捉えることができ、問題内容別のその多くも同様に取り扱うことができる。

関係別に発生するディレンマについては、中尾らが助産師に対する調査の中から、看護上の問題となる問題場面で、「悩む」という行為と「直面した」に着目している。「悩む」は、「対象者間のニーズの相反」、「最善でないと感じる医師の指示に従う」、「同僚へ指摘できない」、「対象者のプライバシーが守られていない」の順であげられている。問題場面に「直面した」は「最善でないと感じる医師の指示に従う」、「能力を超える仕事」、「同僚へ指摘できない」の順であげられている。さらに、治療や支援の様々な場面における医師と助産師の意見が異なることを挙げ、「対象を捉える視点の違いや関わり方の違いが影響していること」や、助産師が認識する倫理的問題の内容の特徴として、「助産師の主体性」を挙げている。「最善でないと感じる医師の指示に従う」が「悩む」および「直面した」の双方で高い回答率を示し、「対象者間のニーズの相反」が「悩む」で高い回答率を示しているのを、助産師が持つ高度な専門性、職業倫理観や価値観を基盤にした行動および職業に対する責任感と深く関連づけている（中尾ら 2005：113-117）。

勝原は、専門職（看護師）におけるモラル・ディレンマとして、①日常生活におけるディレンマ、②組織におけるディレンマ（特に医療機関においては職位ではなく職業による二重権力構造が根底にある）、③専門職としての生き方を問われるディレンマ（職業アイデンティティの根幹に触れるような出来事があった場合、組織の中でどう生き抜くかが、その後のキャリアを形成する。例えば「理不尽だから辞める」という態度であったり、「倫理と組織の間にコンフリクトを感じながらも責任を持ってその組織に居続ける」）の三つを挙げている（勝原 2003：52）。





【図 1-2】 対人援助職におけるディレンマ構造

【図 1-2】は上述及び以下に示す先行研究以外の文献<sup>9)</sup>も含め、整理してきたディレンマの構成要素と方向性を筆者が図式化したものである。ここで示すように、対人援助職におけるその関係性からディレンマについて言及したこれまでの研究から、その構造は単一化されたものではなく複数の視点からの構造的把握が必要であることがわかった。また、支援者を取り巻く構成要素はそれぞれ相互に作用しつつ、支援者との間でディレンマを発生させていることも示唆された。つぎにはその対象をソーシャルワークの実践領域に幅を狭めて別の視点からさらに検討してみたい。

沖田は、在宅介護支援センター（当時）におけるケースマネジメント業務を行う担当者に対し半構造化面接を行い、その結果得られたディレンマとして、①「援助の責務 対 資源やシステムの限界」、②「クライアント中心 対 ケアプランの実施」、③「クライアントの自己決定 対 専門職の判断」、④「在宅介護継続への援助 対 施設入所申請についての検討」、⑤「ケースマネジメントにおけるプライバシーの保護 対 多職種による情報の共有化」を挙げ、これらが相互に関連しあうことを指摘している（沖田 1997：108）。また、これ以外の要素として、歴史的、社会的、文化的脈絡の影響としての家族（特に女性）の介護負担を組み込んだ在宅福祉のあり方や、公的責任及び在宅サービスの最低基準を不明確にしたままの委託事業化、さらに医療費抑制から介護への傾斜、実施体制の不整備など全体的な圧力としての社会福祉政策そのものが、ケースマネジメントにおける倫理的ディレンマに影響を与えるとしており、そういった政策による圧力の下で（1）機関（受託法人）がケースマネジメントに影響を与え、（2）自他の組織を問わず、チームの共同作業が影響を与え、（3）ケースマネジメント実践そのものに影響がある、としている（沖田 1997：112-113）。

さらに沖田は、高齢者のケアマネジメントに携わる介護支援専門員らの生の知識を収集・

分析し、介護サービス計画の決定作成で生ずる「倫理的ディレンマ」の経験について調べている。そこでは質的研究法が用いられ、分析の結果、次に示すケアマネジャーのディレンマを抽出している。まず、一つは「本人の自律性支援」対「援助する義務」により引き起こされるもので、具体的には「サービス利用における抵抗」や「本人の自由意思の尊重」対「安全確保の責任」などが挙げられる。二つは「介護サービス計画における本人対家族の不一致」により引き起こされるもので、具体的には「本人の自立支援」対「家族の介護負担の軽減」、「本人が家族の介護に依存し、介護サービスの利用を拒否する事例」、「本人のサービス利用に対する抵抗に反し、家族が介護サービス利用を勧める事例」、「本人のサービス利用意向に反し、家族がサービス利用を拒む事例」などが挙げられている。三つは「在宅介護の継続」対「施設入所」により引き起こされるもの、四つは「異なる専門職間の葛藤：介護サービスの医療化」の中で引き起こされているもの、五つは「組織間関係の葛藤」が与えている影響、六つは「ケアマネジメントにおける情報提供と秘密保持」の中で引き起こされているもの、七つは「ケアマネジャーの所属する組織との葛藤」により引き起こされるもので、具体的には「公正・中立の問題」、「ケアマネジャーの就業形態」などが挙げられている（沖田 2002b : 82-88）。

また、渡辺は、医療福祉専門職として眼前に生じている状況にいかに対処するのかという「行為のディレンマ」を「役割のディレンマ」と「価値のディレンマ」の二つから説明している（渡辺 1995 : 163）。まず、「役割のディレンマ」を四つのレベルから捉えている。一つ目は「役割期待間ディレンマ」として、患者本人の役割期待と家族の役割期待の差により生ずるものとしている。二つ目は「役割期待—役割観念ディレンマ」であり、他の専門職が寄せる役割期待と自分自身のそれとの差がこれにあたるとしている。三つ目は、「役割観念間ディレンマ」であり、例えば「研究者であり且つ臨床医である」といった二つの社会的役割を併せ持つ立場の中でのディレンマを示している。最後に、「役割観念内ディレンマ」である。これは自己内面の深いレベルで発生するものであり、「どのように判断したらよいか分からない」といった状況を示すとされている（渡辺 1995 : 166-168）。

他方、「価値のディレンマ」については次の四つの方向性から分析を行っている。①「限定性—無限定性」については、自己や他者を評価するときに、性格・能力・態度・役割等について、問題に関係のある部分に限定して評価するか、問題に関係のない部分も含めて評価するかという行為の判断基準であるとしている。これは、特定の地位に対する「役割規定のディレンマ」と考えられ、「役割観念内ディレンマ」のレベルにおいて出現するとしている。②

「普遍主義—個別主義」については、他者に接する場合に、他のすべての人と等しく一般的な態度で接するか、他の人とは区別された特別な個人として接するかという行為の判断基準であるとしており、「視点の交錯によるディレンマ」でとしている。ゆえに、自己と他者の食い違いである「役割期待—役割観念ディレンマ」や、「役割観念間ディレンマ」のレベルにおいて現れるとされる。③「感情性—感情中立性」については、他者に対応するときに、客観的な事実に基づいて行為をするか、感情に従って行為をするかという判断の基準であるとしている。これは、特定の地位における「役割規定のディレンマ」と考えられるため、「役割観念内ディレンマ」のレベルにおいて現れることが多いとされる。④「自己志向—集団志向」については、個人が行為をする場合に、個人の欲求充足を優先するか、その人が属する集団の存続・発展を優先するかという行為の判断基準であるとしている。これは、視点の交錯によるディレンマであり、「役割期待—役割観念ディレンマ」や、「役割観念間ディレンマ」のレベルにおいて現れるとされる。⑤「結果志向—手段志向」については、個人が行為をする場合に、結果を自己の意図に導くことを重視するか、正しいと考える手段を取ることを重視するか、という判断の基準であるとしている。これは、「役割規定のディレンマ」と考えられ、「役割観念内ディレンマ」のレベルにおいて出現するとされる（渡辺 1995 : 169-173）。

一方で、北村らは視点を若干変え、「やりがい」と「現実」の間でディレンマを起こしている状態の介護福祉士の職業意識や社会的地位、就労意欲について分析を行っている。そこでは、就労意欲の現状においては仕事面で「身体的負担」、「精神的負担」を感じると就労意欲を欠き、辞職を考えるようになる。また、その理由として「賃金の低さ」や「仕事内容のきつさ」、「運営方針への不満」、「社会的地位の低さ」が挙げられている（北村ら 2003: 188-193）。この「賃金の低さ」が生み出す意欲の後退やそれがゆえに引き起こされるディレンマは単純な問題ではない。それが原因で「社会的地位の低さ」を援助者自身を感じるようになり、「賃金の低さ」がゆえに、「自己研鑽」の機会に恵まれない。よって「専門的技術・知識」が涵養されないという悪循環を生むと考える。介護福祉士の抱えるディレンマであるが、労働者（被用者）として就労意欲から生み出されるディレンマについて論じられている。また、このような賃金や労働条件により派生するディレンマは援助者自身の抱えるディレンマであるが、先に述べたメゾレベル、マクロレベルのディレンマとも相互に作用していると言える<sup>10)</sup>。

西内は高齢者の生活支援を担う社会福祉士、介護支援専門員の「自問する」内容を分析している。その構造は、①「利用者への関わりを問う」、②「家族への関わり方を問う」、③「支援目標や支援方法を問う」、④「自分の関わり方を問う」、⑤「他の支援者の意思を問う」で

あった（西内 2008：47-50）。この内容はマイクロレベルのディレンマに収束されているが、体的な部分から自身の内面に迫る部分（対内的な部分）に至るまで「自問する行為」を分析している。

#### 4. 精神保健福祉領域のディレンマに関する先行研究の整理

このように、対人援助職の実践領域あるいはソーシャルワーク実践領域においてはディレンマを縦断的に分析することで、その構造について一定の結論を得てきている。ここで精神保健福祉領域に目を向けてみると、具体的項目についていくつかの先行研究がある。それらについて以下に整理していく。

西隈は、自己決定能力に乏しく社会的入院状態が 40 年続いている患者とのかかわりの中で、本人の意思確認ができないままの支援の中での「葛藤」を事例検証的に振り返り、分析している。クライアントに制度を充てるという行為（手段）により自己決定の過程に客観性・中立性をもたせて、援助者自身が安心したかった（目的）としている。さらにその支援過程における支援者の心的変化のプロセスを、①A さんを長期にわたり病院に閉じ込めていた精神医療体制への怒り、②A さんを入院させ続けた家族への不信感、③A さんを入院させ続けた病院の職員であることへの罪悪感、と分析している（西隈 2005：157）。

松本は、精神保健福祉士の「悩む」<sup>11)</sup> 行為について、①ソーシャルワークそのものに対する悩み、②組織に関する悩み、③上司や同僚、関係職種との人間関係形成についての悩み、④社会人・組織人としての知識やありよう、⑤性格傾向や PSW としての適性など自分自身についての悩み、⑥精神障害者に対する内なる偏見、の 6 つに整理している（松本 2005:136）。

また、精神保健福祉士の職能団体である日本精神保健福祉士協会は、その倫理綱領改正に際し、協会内で議論を交わす場を設けている。そこでは以下のように精神保健福祉士のかかえるディレンマが記されている（牧野田ほか 2002：256-263）。

- ・支援方針に関して、他の専門職との意見に相違が見られ、PSW としての価値・倫理的判断をする上で、クライアントの不利益になるとはいえ保護の為に権利に干渉してよいのか悩む。
- ・受診拒否の在宅患者が地域住民からの苦情により、指定医の診察後措置入院になった。PSW としてクライアントの生活権を擁護するための自己決定と住民の保健福祉を保障する責務という、相反する 2 つの立場を擁護することから生じたディレンマ

と考えられる。

- ・PSWの人数が少ない中で、クライアントの立場に立って「これは間違っているのではないか」と声を大にしても、なかなか改善されないという困った現実がある。
- ・「家族会をつくりたい」というと、「明日から来なくてもいい」というようなこともあった。「やるんならクビを覚悟で一緒にやろう」と話していた現実があった。
- ・「病院で行われている人権侵害」と「地域で行われている人権侵害」は同質である。作業所やグループホームでかかわって言葉巧みにその人の生き方を制限していくことは、パターンリズムなのか、それともその人に対する人生の選択の制限なのか、あるいは専門性を発揮して援助しているということなのか、まことに見えにくい。

さらに、横山の論文に社会的背景を見据えた指摘が見られる。そこでは、精神医療が地域生活支援を視野に入れたときに生じるソーシャルワーカーのディレンマとして次の2点を挙げている。①医療機関の経営面（診療報酬）への直接・間接の貢献度を高める一方、これらを手厚く・丁寧にすればするほど「生活の医療的管理」になる。これまでの医療（治療）至上主義的な思考を、そのまま地域生活支援にあてはめて利用者の生活を管理・指導するという「ねじれ現象」が生じる。②地域生活支援業務は他の専門職や非専門職を退ける排他的独占業務ではないため、他者に明確に提示しにくいことがある（横山 2006 : 111）。

この2点に先立ち、「精神医療が国家や社会から社会防衛的役割を担わされてきた歴史的背景を考えると、その精神医療が生活を視野に入れたとき管理や指導の対象として生活を捉えることは想像に難くない。『よかれ』と信じてなされる管理や指導が、生活の細部にまでなされることへの警戒感や違和感をソーシャルワーカーの立場から表明し、なにをどのように地域生活を支援するのか自他に問い続けることはいまこそ重要である。」と述べている（横山 2006 : 111）。このことは特に、社会復帰の拡充が謳われてきた時期やその後の状況からも分かるように、理念や制度として作られた部分と現実的な部分での精神保健福祉士の職責におけるディレンマであると考えられる。またこのことは先に述べた田中の指摘するところの被用者としての脆弱性を抱えた精神保健福祉士の立場（田中 1999 : 66）を如実にあらわしている。

【表 1-2】 先行研究にみるソーシャルワーク実践領域でのディレンマの整理

著者	沖田 (1997)	沖田 (2002b)	渡辺 (1995) 役割のディレンマ1) 価値のディレンマ2)	西隈 (2005)	松本 (2005)	日本精神保健福祉士協会 パネルディスカッション	横山 (2006)
対象 レベル	ケースマネジメント従事者	ケアマネージャー	医療・福祉専門職	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士
ディレンマのレベル ↑ マイクロ ↓ メソ ↓ マクロ	「援助の責務」対「資源やシステムの限界」 「クライアント中心」対「ケアプランの実施」 「クライアントの自己決定」対「専門職の判断」 「在宅介護継続への援助」対「施設入所申請についての検討」 「ケースマネジメントにおけるプライバシーの保護」対「多職種による情報の共有化」 「援助の責務」対「資源やシステムの限界」	「本人の自律性支援」対「援助する義務」 介護サービス計画における本人対家族の不一致 「在宅介護の継続」対「施設入所」 ケアマネージャーの所属する組織との葛藤 異なる専門職間の葛藤：介護サービスの医療化 ケアマネジメントにおける情報提供と秘密保持 組織間関係の葛藤	役割観念内ディレンマ1) 限定性-無限定性2) 感情性-感情中立性2) 結果志向-手段志向2) 役割観念間ディレンマ1) 普遍主義-個別主義2) 自己志向-集団志向2) 役割期待間ディレンマ1)	家族への不信任感 病院の職員であることへの罪悪感 精神医療体制への怒り	性格傾向やPSWとしての適性など自分自身についての悩み 精神障害者に対する内なる偏見 社会人・組織人としての知識やありよう 組織に関する悩み 上司や同僚、関係職種との人間関係形成についての悩み ソーシャルワークそのものに対する悩み	クライアントの立場に立った支援の困難さ 専門性の発揮と自己決定権の保障 自己決定権の保障と地域住民の福祉の保障 他職種との意見の相違	「生活の医療的管理」に関するディレンマ ソーシャルワークの固有性に関するディレンマ

これまでの先行研究を概観する中で、精神保健福祉領域における精神保健福祉士のかかえるディレンマについては、ケースを通してのかかわりの中での分析や、個別的な報告の中で散見されるものの、総体的な観点からディレンマの構造分析を視野に入れた「縦断的」な研究は見られていない（【表 1-2】）。なお、ここで言う「縦断的」とは、精神保健福祉士に起こる一事象としてのディレンマ場面と社会的なレベル（マイクロ～マクロ）で捉える事である。したがってそれは単純に時系列として検証する形式の「縦断的」とは異なる（無論、質的研究、インタビューの中で、精神保健福祉士が成長や変化について言及する場面もある）。同表に示したように、横山の指摘（横山 2006：111）はその領域の特徴から迫ったものであるが、その特徴の中での精神保健福祉士のかかえる個別的なディレンマの構造（マイクロレベル）までは触れられていない。

## 5. 専門職の抱えるディレンマへの対処方法

これまで専門職の抱えるディレンマの構造について述べてきた。ここではその専門職が抱えているディレンマに対してどう対処してきたかを、【表 1-1】の各先行研究に立ち戻って、検

討・整理をしてみたい。

中尾らは、助産師が抱えるディレンマへの対応を分析している。そこでは、「関係者（当事者）と話し合う」と「第三者に相談する」が最も多く、「文献を読む」「一人で悩む」と続いている。「倫理委員会などに持ち込む」は少ない。また「倫理委員会などに持ち込む」については経験年数が長い者が有意に高い。さらに、悩んだり直面している倫理問題について「ない」は50歳代の年長の助産師で多く、「分からない」は20歳代に多い（中尾ら 2005：116）。倫理的問題に対する認識の差異には年齢や職業キャリアが影響していることがうかがえる。倫理的問題の第三者への相談に関しては、倫理委員会などへの持込が少ない（特に20歳代）としている。

北村らは先に述べた就労意欲の低下に対して、職場内で「専門的技術・知識」が認められることで「辞職」の希望の減少傾向や就労意欲の継続がうかがえ、とし、「よき理解者」が存在することで介護福祉士の「将来性」や「職に対する誇り」が得られたという結果を示している（北村ら 2003：192）。ここで言う、よき理解者とは職場内のスーパーバイザー的役割もしくは同職種でなくともコンサルタントとしての役割を果たせる人のことであろう。こういった機会を職場内で得られることの意味は大きい。特に精神科病院に勤務する精神保健福祉士の場合、その職域におけるその数は看護師のそれと比較してごく少数（マイノリティ）である。また、専門職としてのキャリアを積み重ねる中で、そのステージごとに発生するディレンマもある<sup>12)</sup>。そのステージごとに適切な研鑽の機会が職場内というごく身近なところで受けられ、それが抑止力となるのであれば、専門職の精神的負担も軽減できよう。こういったスーパービジョンやコンサルテーションの機会の保持について、山中は、援助者自身を感じる苦しみの感情を表に出せない現状や、それを後回しにしていること、あるいはそういった感情を持つてはならないと思込んでしまっている現状から、「援助者のサポートシステムの構築」として実践的な取り組みを紹介している。そこで「ワーカーとしての私自身が自らの苦しみに気を配り（意識化）、自らが選んで実行（行動化）すること。自分だけの手に負えない問題については誰かの手にゆだねること。」の重要性を指摘している（山中 2005：131-134）。また松本も、ディレンマへの対処として「適切なスーパービジョンの機会や研修の場を提供していくこと」、「PSWが自分であるいはPSW同士で悩み会える場と機会を十分に提供していくプログラムを組み込んでいくこと」を示しており、そこで「悩み続けるちから」は、PSW実践の深化・進化の重要な原動力になるとしている（松本 2005：138）。

援助関係という視点からのディレンマへの対応についてみてみたい。例えば、援助者自身

のかかわったケースを丁寧に振り返ることで、ディレンマについて一定の整理を行っているケースもある。高木は、PSW としての価値と同時に自身の感情との中で葛藤した経験を持った事例を振り返り、援助者がクライアントそして自らの葛藤と「むきあうこと」の意義について検証している。そしてその援助プロセス（患者に対する印象の変化）を整理することで自身の価値観について向き合うことが出来たとしている（高木 2005:367-370）。さらに西隈は、先に述べたケースの振り返りを通して、「PSW は、個々のケースに寄り添いながら、本人との関係性の中で、悩み続け、考えていくこと。安易に妥協しないこと。そして何か動きがあったあとには、必ず振り返り、検証し続けること。それらが PSW の使命である。」と述べている（西隈 2005 : 157）。そして、松本は「PSW は違和感や戸惑い、不安やわからなさに向かい合い、それらを保ち続けながらこのプロセスを繰り返していく中で、自らの実践を深化・進化させることが可能になるのである。」としている（松本 2005 : 137）。横山は「現場」に存在する価値の交差にあってソーシャルワーカーとしていかにあるべきかという本質的な問いにさらされ、それが蓄積、濾過されてソーシャルワーカー個人の中に次の視点を見いだしている。それは、ソーシャルワーカーの自己規定がクライアントを自己とは異なる「他者」として捉えている視点を持ちつつも、援助関係を明確な二者構造とは必ずしも捉えず、むしろ「自らの延長線上にクライアントを見いだす」ことで「専門家」としての役割を引き受けつつ自らの生き様に照らして、クライアントとの連帯点を見い出しているとする（横山 2004 : 30-31）。

このように、ディレンマへの対処についても、スーパービジョンの活用や職能団体による研修機会の保持など、個別の対応についていくつかは示されてはいるものの、どのように精神保健福祉士がその専門性と向き合い、ディレンマを解消してきたかについて体系的かつ詳細に分析してきたものは見当たらない。

## 6. 小括（課題と展望）

これまで、対人援助職におけるディレンマ構造の先行研究と精神保健福祉領域における精神保健福祉士のそれに関する先行研究を精査してきた。本章の目的は、対人援助職の領域まで視野を広げ、関連するディレンマに関する先行研究を整理し、そこから精神保健福祉士の抱えるディレンマについて接近する事を目的としていた。まず、ソーシャルワーク実践領域における根本的なディレンマについて述べたが、脱施設化を目の前にした精神保健福祉領域というかなり特徴的な世界における精神保健福祉士も同様のディレンマを抱えるといえる。



精神保健医療の実践領域ではその医療と保護が優先されがちである。「患者(利用者)のため」や「家族のため」といったパターンリズミ的な関わりや被用者として立場が精神保健福祉士の本来持つべき価値観とミスマッチを起こすことは容易に想像できる。このような矛盾をはらむ職業であり、時代の要請に応じることを社会的責務とする専門職においては、その時代におけるディレンマの構成要素と構造を分析し、倫理綱領における原則や基準がどの程度ディレンマに対する判断基準になりえるのか、またその対応法などについて検証され続ける必要がある。功利主義的側面がいつそう強くなる社会（規制緩和や新自由主義の浸透）であることも視野に入れると、ソーシャルワーク実践におけるそれと倫理基準との関連性も検証されるべきである。

また、具体的な精神保健福祉士の抱えるディレンマについて論じているものがいくつか散見されるものの、体系的に分析・研究したものはない。そのような中で、対人援助職に広げて検証した結果、そもそも専門職の置かれている状況（環境）や制度や施策が専門性に大きな影響を与えることが分かった（マクロレベルのディレンマ）。これについては前述したとおり、精神保健福祉領域においても同様のことが言える。さらにこの領域では一人のクライアントに対し、多くの職種がその根拠となる「知識」・「技術」・「価値」・「倫理」をもとに支援に当たる。それは個人のごく内面で向き合うディレンマ（ミクロレベルのディレンマ）だけでなく、当然、チームアプローチやコンサルテーションなどにより意思の疎通や相互のコミュニケーションが図られるのは前提となるものの、役割や立場（社会的地位）の問題もあいまってディレンマに陥ることであろう（メゾレベルのディレンマ）。

他方、「ディレンマ」を考えていくうえで、「専門職の役割形成上の課題」も見過ごしてはならない。岩本はソーシャルワーカーの役割形成における課題として重要な2点を示している。まず1点目はとして、ソーシャルワーカーの専門性を論じる上で「属性モデル」に対する評価がはっきりしていない事を挙げ、これらの整理と同時にソーシャルワーカー内部の本質論と対外的な戦略的行為とを区別して両者を使い分けることを明確にすることを提案している。2点目は、ソーシャルワーカーの活動は所属組織と切り離すことが出来ないにもかかわらず、ソーシャルワーカーの組織への関心は高いとは言えず、組織論に基づく研究も乏しい。ソーシャルワーカーは専門職活動のフィールドである組織のあり様を正しく理解し、組織と専門職活動を結びつける技術を身につける必要があるとしている（岩本 2011 : 133）。

本稿のはじめにも述べたが、精神保健福祉士は地域移行支援、脱施設化時代におけるキーパーソ的な職種といわれる。それ故、精神保健福祉士がスムーズにその職責を全うするた

めに、この時代における（この時代だからこそ抱える）ディレンマの構成要素と構造を捉え、彼らがそれにどう抗い、専門性を発揮しているのかを分析・把握する事が今後の課題といえる。専門職が抱えるディレンマは、結果として捉えるのではなく、沖田の論文に記述されているような諸要因（沖田 2002b : 80-90）と専門職間の相互作用で織り成され形成されていると考えるならば、ある一時点における状況分析としての横断的研究だけでは限界がある。Uwe Flick は、質的研究の意義を「様々な限定付のナラティブこそ必要である。なぜなら人間に関わる事象は、それが起こる地域、時間、状況といった特殊な条件の影響を強く受けるからである」としている（Uwe Flick=2002 : 4）。このように、例えば、年齢層や精神保健福祉士としてどのようなキャリアを経てきたのか、またそれと抱えるディレンマの構造の関連性、さらには、彼らが具体的にどのような場面で誰（何）に対してディレンマを抱えるのか等を本人の「語り」の中から見出していくことが必要である。このような動的内容や質的变化を把握する意味において、縦断的・質的研究における帰納的分析の中からそれらの相互作用を明らかにしていく事にこそ、今後の研究課題がおかれるのではないか。

#### 【注】

- 1) ディレンマ=dilemma: 相反する二つの事の板ばさみになってどちらとも決めかねる状態。抜き差しならない羽目。進退両難（『広辞苑』より）。なお、本研究の第5章以降において行う、質的研究（インタビュー調査）でもこの「ディレンマ」を使用するため、インフォーマントに対する用語の定義を理解しやすくする意味において『広辞苑』を参照した。
- 2) ここでの「精神保健福祉」の概念は、堀口の言うところの「精神保健医療における福祉」ならびに「精神障害者の福祉」双方を含む概念として対応する（堀口 2003 : 3-13）。
- 3) 例えば田中は、精神保健福祉士の社会的役割について「社会的入院や無権利状態を解決し、全国の 217 万人（1996 年患者調査）の精神障害者の自立と社会参加を支援するために、包括的なリハビリテーションの展開と住む場や働く場の創出に役割を發揮する新しい専門職」とし、さらに精神障害者に対する理解の仕方を「『疾患をもつ患者』『障害をもつ者』『健全さをもつ者』といった医学モデル・障害モデル・健康モデルの三位一体の全体存在で理解している」とし、その独自の専門性を主張している（田中 2001 : 88）。
- 4) マージナル・マン=marginal man : 異質な文化をもつ複数の集団（社会）に属している人間、あるいは、いずれの集団（社会）にも属さない各集団の境界に位置する人間。境界

人、限界人、周辺人。統一的な価値体系や一貫した思考・行動様式を確立し得ないことが多い。自らの文化的マージナリティ（境界性）を生かし、現実に対応していく場合には、特定の文化に完全に同化している人間にはなしえない創造性・革新性が示されることがある（『社会学小事典：新版増補版』より）。

- 5) 須田らによれば、措置制度を通じて、社会福祉活動に関する財政の管理は中央省庁によって行われてきたが、その結果として「公的な事業を民間法人が財政的な側面をあまり心配せずに事業展開できるといった日本独特の仕組み」が形成された。そして、サービス供給組織内部は「ケアの専門集団しか存在していない状態」となった。ルースカップリング理論の言うところの二重核のうち「管理核」は中央省庁が担い、「技術核」はサービス提供組織が担当してバランスを維持してきた。ところが、介護保険制度の施行などにより中央省庁による「管理核」の論理が特養内にも取り込まれ、「ケアの専門集団しか存在していない状態」であった施設にも「管理核」的要素が形成・強化されつつあるとしている（須田ら 2004 : 46）。
- 6) 須田は、アカウントビリティディレンマについて「対人援助に従事する民間の非営利組織は一般に、具体的なサービス提供と同時に、市民の利益を代弁するためのアドボカシー活動が期待される。そしてサービスを効率よく提供するためには、1) サービス供給システムをマニュアル化する、2) プログラムをルーティン化して作業の単純化をはかる、3) コストを削減する、4) 資金源を少数化することでシステムの簡素化をはかる、5) サービス利用者数やサービス利用時間の増加などの客観的効果を追求する、等の要素が組織に求められる。一方、アドボカシー活動を展開するためには、1) 資金源を多様化させることで組織の独立性・中立性を確保する、2) 社会的に不利な立場にある人々の利益に配慮する、3) クライアントやその他の活動関係者の意見を傾聴する、4) 問題意識を高めるための対話に時間とエネルギーを惜しまない、等の姿勢が求められる。そういったことが求められるも、対応ができない矛盾を言う。」と説明している（須田 2004 : 22）。
- 7) 森川は、これに応ずる例として「(a) ケア・ワーカー全般の社会的地位・賃金の相対的高さは、家族と家族外サービスとの代替規模を狭め、家族の無償のケア負担を増加させることに対応し、(b) 家族の無償のケア負担を軽減するために、ケアの代替を一般化しようとするれば、ケア・ワーカーの劣悪な職、すなわち社会的地位・賃金の相対的な低さに行き着くというジレンマが浮かび上がる。」を挙げている（森川 2004 : 87）。
- 8) 例えば、日本精神保健福祉士協会の倫理綱領（2004 年採択）には「1.クライアントに対

する責務、2.専門職としての責務、3.機関に対する責務、4.社会に対する責務」に対し、それぞれ倫理原則と倫理基準を設けている。

- 9) 例えば、沖田（2002a）、尾崎（1999）、楠木（2007）、小松（2001）、瀧川（1996）、藤本（2006）など。
- 10) 例えば森川は、職としての不利な状況は、①雇用保障や職業上の福祉給付という手段を通じてある程度緩和される可能性、②教育による社会的技能の訓練（人的資本の充実）の必要性、を指摘している。ケア・ワーク雇用の大規模な創出は、保護・保障のない低技能・非熟練サービス職の広がりセットになるよりは、基本的な雇用保障をはじめとするワーカーの福祉の充実とセットであること、さらに、ケア・サービスの技能訓練や教育を通じてケア・ワークの人的資本の充実が図られることとセットになることの重要性を示している（森川 2004 : 97）。
- 11) 松本は「揺らぐ」、「悩む」、「考える」に対する一定の整理を行っている。すなわち、「揺らぐ」とは動揺や葛藤などがかき立てられる事態に直面した際に個人の中に生じる不安定な反応もしくは状態であり、一方「考える」は物事の判断や決定に向けて思考する行為であるという点であるとしている。さらにそこには、含まれる情緒的要素による心的影響の多少が関係してくるとしている。さらに「悩む」を「揺らぐ」と「考える」の中間的存在として位置づけている（松本 2005 : 136）。
- 12) 勝原は、臨床現場における看護師の「臨床能力発達段階」におけるモラル・ディレンマを『ベナー看護論：達人ナースの卓越性とパワー』Benner, Patricia. (1984) *From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, CA : Addison-Wesley Publishing Company (パトリシア・ベナー著、井部敏子他訳、医学書院) を参考に①【初心者 (Novice)】、②【新人 (Advanced Beginner)】、③【一人前 (Competent) ・中堅 (Proficient) ・達人 (Expert)】の三段階に分類しそれぞれで抱えるディレンマの特長について説明している（勝原 2003 : 50-64）。

## 第2章 精神保健福祉施策における歴史的課題

### 1. わが国における精神保健福祉施策の変遷と課題

#### 1) 精神病患者監護法前後における社会防衛思想と私宅監置

近代のわが国における精神障害者支援（当時に対策としての側面が強い）施策（特に法制）の始まりは、1900（明治33）年の精神病患者監護法である。この法律制定前後は、明治政府による富国強兵・殖産興業政策に重きが置かれる一方で、精神障害者に対する対策はいわゆる「治安維持・社会防衛モデル」に基づいていた。精神障害者に対する具体的法制度がないまま慣習として精神障害者を座敷牢などに収容する「私宅監置」が行われていた。そのような中で、1883（明治16）年に「相馬事件」<sup>1)</sup>が起こる。田中は「相馬事件の発生によってこれまでの私宅監置まかせの明治政府の無策ぶり（私宅監置自体徹底されていたわけではなかった）をあわてさせ、1894（明治27）年、警視庁の「精神病患者取扱心得」で治安処遇が固まった後、国家監置への整備が認識されるようになってきた」としている（田中 1996：2）。この時期には、精神障害者に対する処遇の方法を定めた法律も存在していた。広田は「行政警察規則；1875（明治8）年」、「瘋癲人・不良子弟等の私宅鎖固に関する東京警視庁布達；1878（明治11）年、改正布達；1880（明治13）年」、「不法監禁の防止を図る瘋癲人取扱心得（警視庁布達）；1884（明治17）年」、「精神病患者取扱心得 1894（明治27）年；警視庁訓令」等を示しながら、その処遇方法について「いずれも法制度として体系化されたものではなく、警察による精神障害者への日常的干渉と、その処遇のチェック機能を規定したものであった」としている（広田 2004：12）。このような背景の中で、精神病患者監護法が制定される。以下、精神病患者監護法の主な内容を概観したい。

- (1) 精神病患者の監護義務者（義務を履行すべき者の順は以下の通り）として、後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会で選任した四親等以内の親族を位置づけた【精神病患者監護法第1条】。また監護義務者がいないか、いてもその義務を履行できないときは住所地、所在地の市区町村長に監護の義務を負わせることとした【精神病患者監護法第6条】。
- (2) 監護義務者のみが、精神病患者を監置できることとし【精神病患者監護法第2条】、精神病患者を監置するには、行政庁の許可を得なくてはならない【精神病患者監護法第3条】。
- (3) 行政庁に監置を監督する権限を与える【精神病患者監護法第7条】。

- (4) 私宅監置室や公私立精神病院の精神病室は監置室として行政庁の許可が必要（許可があれば私宅を監置室として使用することができる）【精神病患者監護法第9条】。
- (5) 監護に要する費用は被監護者が弁償することとし、被監護者にその弁償能力がないときは扶養義務者の負担とした【精神病患者監護法第10条】。

この内容からわかるように、結果として私宅監置を合法化することで、国家による監置と同義となり、より一層「治安維持・社会防衛思想」が深まったと言える。また、いわゆる「家族」が精神障害者本人に対する直接・間接的支援や経済的支援（負担）を担わされることも法律に規定されたと言える。

## 2) 精神病院法と戦時下における精神科病院

1919（大正8）年に精神病院法が公布されたが、この法制定の直接のきっかけとなったのが呉秀三らの著した『精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其ノ統計的觀察』である。これにより悲惨な私宅監置の状況（「我邦十何万ノ精神病患者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」という呉秀三らの報告）が明るみになった。このほかにも当時の看護者が記した資料（浦野シマ『日本精神科看護史』）の中には「極端に云えば動物の飼育に似たるもの」といった記載があるなど、当時の劣悪な収容環境があったことが分かっている。これらの実情を受け、精神病院法が制定されている。以下、精神病院法の主な内容を概観したい。

- (1) 内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができるとした（任意設置）【精神病院法第1条】。道府県において設置された精神病院は地方長官の具申によって、第1条により設置した精神病院とみなすことができるとした【精神病院法第6条】。この精神病院に対して、建築・設備費の二分の一、運営費の六分の一を国庫が補助する【精神病院法第3条】。また、内務大臣は第1条の規定により設置した精神病院に代わるもの（代用精神病院）として、公私立精神病院について期間を定めて指定することができるとした【精神病院法第7条】。
- (2) 地方長官は、医師の診断により、①精神病患者監護法により市区町村長が監護す

べき者、②罪を犯したもので司法官庁が特に危険があると認めた者、③療養の道なき者、④地方長官が入院の必要を認める者等を（1）の精神病院に入院させることができるとした【精神病院法第2条】。

(3) 地方長官は入院した者から入院費の全部又は一部を徴収できるとした。ただし、入院者より徴収が出来ない場合はその扶養義務者より徴収することとした【精神病院法第5条】。

さらに、精神病院法制定後のわが国の取り組みについて、広田は当時の実態を次のように記している（広田 2004：40-41）。

1920年の第一次世界大戦後の慢性的な不況は、公立精神病院を設立するだけの余裕もなく、精神病患者の処遇は精神病患者監護法に基づく病院・私宅監置から抜け出すこともなかった。その実態として、病院法公布後、1935年末までの16年間に認定または設立された病院は、1920年に東京都立松沢病院が精神病院法による精神病院と認定され、1924年に英国皇太子を迎えるにあたり、危険であるとの理由から県立鹿児島保養院が設立され、1926年には私宅監置者が監置室を抜け出し、通行人を殺傷した事件を契機に大阪府立中宮病院が設立され、ついで1929年に神奈川県立芹香院、1931年に福岡県立筑紫保養院、1932年に愛知県立城山病院が設立されたものの、法制定時に年間2、3か所の公立精神病院を設置するとの目論見は経済不況の下で、16年間の間にわずか6か所で認定・設立されたにすぎなかった。

このように、劣悪な私宅監置の状況を打破すべく制定された精神病院法であるが、依然として「医療」としての側面よりも「治安維持・社会防衛」の運用を担う側面が非常に強い。各県立精神病院の設置背景を見ても、積極的な医療展開・医療保障ではなく、消極的手段としての設置があったことがうかがえる。精神病院法が制定されてもなお、私宅監置を認めた精神病患者監護法が廃止されなかったことも、その状況を助長した要因の一つとして挙げられよう。さらに、精神病患者監護法により家族に様々な責任が負わされたわけであるが、医療としての枠組みを作ってもなお、公的な医療保険制度の未整備から家族の経済的支援（負担）は軽減されることなく、むしろ大きく覆いかぶさっていったと言える。

また、歴史的に見れば精神病院法施行後、わが国は、1931（昭和6）年の満州事変を皮切

りに、1937（昭和 12）年の日中戦争を経て、1941（昭和 16）年の太平洋戦争へと突入し、急激な富国強兵・軍国主義へと傾倒していく。このような中、わが国の精神病患者数は【表 2-1】のようになっており、それに対する施設数は非常に少なかったことがうかがえる（【表 2-2】）。

【表 2-1】 昭和 6 年末の精神病患者数

精神病院法適用	{	公立病院	1,535 人
		代用病院	2,055
精神病患者監護法適用	{	病院監護	3,997
		病院外施設	6,472
		一時監置	136
そ の 他			59,536

資料：太陽美術出版部（2010）『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』p22.

【表 2-2】 昭和 6 年末の施設数と収容人員

施設の種類	施設数	収容人員
公立精神病院	6	1,712
医育機関附属精神科病室	14	904
私立精神病院	78	10,525
公私立精神病患者収容所	81	517
公私立病院精神科病室	10	188
計	189	13,844
神経、瀑布の保養所	50	714
総 計	239	14,561

資料：太陽美術出版部（2010）『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』p23.

### 3) 精神衛生法の制定・改正と精神病院ブーム

太平洋戦争終結後、わが国では新憲法が制定される。そこではいわゆる三大原則（基本的人権の尊重、国民主権、平和主義）を基盤とし、国民の生存権の保障と社会福祉、社会保障、公衆衛生の増進に対する国の責務が明確に示された（【日本国憲法第 25 条】すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。【同第 2 項】国は、すべての生活部面



について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない)。この新憲法体制下で 1950 (昭和 25) 年に精神衛生法が制定される。なお、この精神衛生法の制定により精神病患者監護法と精神病院法の二法が廃止されることとなった。すなわち、半世紀にわたって行われてきた「合法的な私宅監置制度」がようやく廃止されることとなった。以下、精神衛生法の主な内容を概観したい。

- (1) 精神障害者の医療及び保護を目的とする法律とし、精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上の考え方が取り入れられた【精神衛生法第 1 条】。さらに、それらを推進するための国や地方公共団体の責務が示された【精神衛生法第 2 条】。
- (2) 都道府県に精神病院の設置を義務付けた【精神衛生法第 4 条】。また、都道府県知事は都道府県立の精神病院に代わる施設として都道府県以外の者が設置した精神病院を指定病院として指定することができるとした【精神衛生法第 5 条】。
- (3) 都道府県は、精神衛生に関する相談及び指導、精神衛生に関する知識の普及を図る施設として、精神衛生相談所を設置することができるとした (任意設置)【精神衛生法第 7 条】。さらに、都道府県知事が必要に応じて医師などによる精神障害者の訪問指導を行わせる規定を設けた【精神衛生法第 42 条】。
- (4) 保護義務者の制度を設け【精神衛生法第 20 条】、保護義務者の役割として、①自傷他害防止監督義務、財産保護義務、診断に関する医師への協力義務等を規定した【精神衛生法第 22 条】。
- (5) 一般人からの診察及び保護の申請【精神衛生法第 23 条】、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度を設けた【精神衛生法第 24~26 条】。
- (6) 自傷他害のおそれのある精神障害者に対する「措置入院」の制度を設け【精神衛生法第 29 条】、その入院に要する費用は公費で負担することとした【精神衛生法第 30 条】。
- (7) 医療及び保護のため必要がある場合は精神障害者本人の同意がなくとも保護義務者の同意で入院させることができるとした【精神衛生法第 33 条】。
- (8) 措置入院の必要があるものの、やむを得ず直ちに精神病院に収容できない場合に、保護義務者は都道府県知事の許可を得て精神病院以外の場所で「保護拘束」

をすることができることとした【精神衛生法第 43 条】。

(9) 措置入院や保護拘束が必要かどうかを決定するため精神衛生鑑定医制度が設けられた【精神衛生法第 18 条】。

戦争による精神病床の減少を回復させていたとはいえ、当時のわが国における精神病床数は 3 万床に満たず、十分な精神医療が提供できる体制が整っていたとは言い難かった。しかし、歴史的に見ればこの後、精神科病床数は急速に増加していく。当時の状況について、加藤によれば、厚生省は 1952（昭和 27）年に、精神科病床を含む精神医療の在り方について WHO（世界保健機構）にコンサルタントの派遣を要望し、アメリカ（当時のアメリカは精神病床の増加が国の医療費増加の問題点となっていた）のポール・レムカウ氏とダニエル・ブレイン氏を招聘しており、地域精神保健や在宅医療の推進、10 万床を目標にした精神病床の設置、コメディカルスタッフの養成と配置を勧告したとしている（加藤 2000：48-51）。

このような勧告がなされたにもかかわらず、先に述べた精神衛生法の概要を見てもわかるように、「医療及び保護」を謳ったとはいえ、完全に国家として精神障害者に対する「治安維持・社会防衛」を排除した姿勢になったとは言い難く、精神障害者に対する隔離の思想を根底におく精神病床数の増床政策がとられていく。顕著に表れた施策は 1954（昭和 29）年の精神衛生法改正であり、そこでは、民間精神科病院等における精神病床の設置と運営に係る費用の国庫負担（二分の一）がなされるようになった。また、1958（昭和 33）年には厚生省医務局長通知「特殊病院（結核・精神）に置くべき医師その他の従業員の定数について」（いわゆる「精神科特例」）が出される。これにより、精神医療における職員配置基準を医療法施行規則第 19 条の例外的運用として大略三分の一でよしとした。以後、この規定により精神医療の基盤整備は特例扱いとなり、多くの影響を受け、精神病床数の急激な増床（いわゆる精神病院ブーム）の先駆けとなったのである。

他方、精神障害者の家族も「保護義務者」として多くの義務を背負わされていることが分かる。特に「自傷他害防止監督義務」を負わされたことで、高柳らによれば、殺人を起こした統合失調症患者の家族に対し「保護義務者の監督防止義務違反」として保護義務者に損害賠償が命じられる判決がなされたとしている（昭和 47 年：高知地裁判決、平成 10 年：仙台地裁判決）（高柳ら 2007：50-53）。精神障害者の医療について家族が発言権を持つ重要性や精神障害者本人の自己決定権を家族が補う意味からすれば必要とされる理解もできる。しかし、この義務により家族が自らを防衛しようとする時、意図をもって入院に同意したり、

退院に反対したりすることも可能であり、それによって精神障害者の基本的人権が損なわれたり長期入院や社会的入院の温床となったことは想像に難くない。

精神衛生法施行後 15 年の経過を目の前にして、精神医学の進歩や未治療の在宅精神障害者の実態などが明らかになるにつれ、精神障害の発生予防から治療、社会復帰までの一貫した法体制の整備が急がれていた。そのような中、1964（昭和 39）年、「ライシャワー事件」が起こる。この事件は当時の駐日アメリカ大使が統合失調症の少年に刺されて負傷した事件であった。これに対し当時の朝日新聞は「異常者の犯罪 野放しにするな」、「…春になると精神病患者とが変質者というのが増えるものだ。毎年毎年同じようなことを繰り返している。今度のライシャワー大使の殺傷事件も春先。精神病患者だった。このような危険人物を社会に野放しにしておくというは大変に問題であって、犯人が精神的であったからといって刑を軽くしたりしてはいけない」などと取り上げている（朝日新聞：1964）。

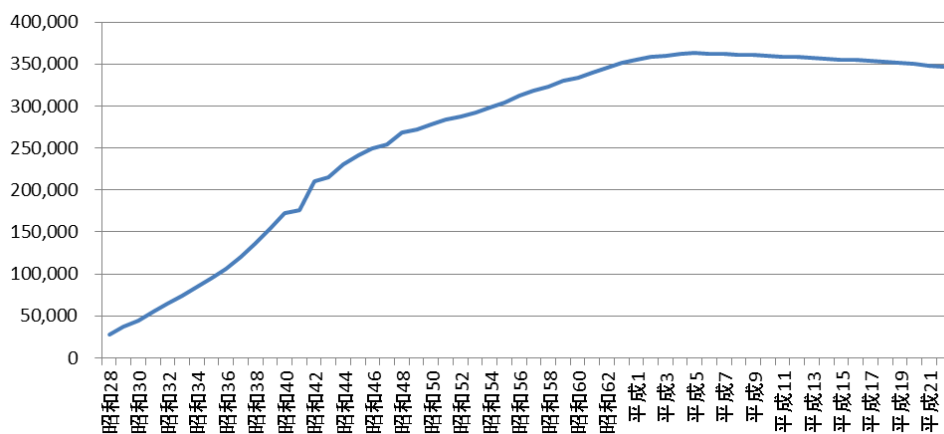
このような社会的背景によって、加速するかに見えた精神障害者の社会復帰施策も大きな変化は見られなかった。以下、精神衛生法の 1965（昭和 40）年改正の主な内容を概観したい。

- (1) 地域における精神保健行政の窓口として保健所を位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとした（任意配置）。在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化した【精神衛生法第 42~43 条】。
- (2) これまでの精神衛生相談所を精神衛生センターとし、精神衛生に関する調査研究、地域における相談及び指導のうち複雑又は困難なものを取り扱うこととした【精神衛生法第 7 条】。
- (3) 精神障害者の外来通院における医療保障を促進するため、通院医療費の二分の一を公費負担する制度を新設した【精神衛生法第 32 条】。
- (4) 警察官、検察官、保護観察所長及び精神病院の管理者について、精神障害者に関する通報・届出制度を強化した【精神衛生法第 24~25 条の 2, 26 条の 2】。

この改正によって、保健所に精神衛生相談員が配置されることとなった。この資格要件については、精神衛生法第 42 条に「学校教育法に基づく大学において社会福祉に関する科目を修めて卒業したものであって、精神衛生に関する知識及び経験を有するものその他政令で定める資格を有する者のうちから、都道府県知事又は保健所を設置する市の長が任命する」と

明記されている。つまり精神科ソーシャルワーカー（後の精神保健福祉士）の先駆けとして、任意ではあるが配置が行われた。しかし、田中によれば、この法改正によって「公衆衛生・予防」の概念が導入され「公衆衛生モデル」が登場したものの、地域におけるこれらの施策は精神衛生相談員一つをとっても配置した保健所はごくわずかで、今日においても全国配置されていない状況である」（田中 1996：4）とされ、理念先行で現実的に施策による実質的効果が現れなかったことがうかがえる。

精神衛生法について、田中は「むしろこの法律の主要な側面は、その後の展開でも明らかのように、入院手続き法としての性格から、その後の精神病院の急増を支えるものとなった」（田中 1996：4-5）、「精神病院は『奥座敷』とか『固定資産』などと呼ばれるようになり、悪徳病院が横行し、その経営者は各地で長者番付の上位を占めるまでに至った。つまり隔離収容処遇の完成は同時に隔離政策の破綻をもたらした」（田中 1996：5）と評している。このように、精神衛生法の制定と改正、精神科特例の創設や民間精神科病院等における精神病床の設置と運営に係る費用の国庫負担などの施策も相まって、この時代はいわゆる「精神病院ブーム」を迎える【図 2-1】。



資料：厚生労働省病院報告をもとに作成

【図 2-1】わが国における精神病床数の推移

精神病床の増床という方法以外の施策に関しては、1970（昭和 45）年に「精神障害者回復者社会復帰施設」、1974（昭和 49）には「デイ・ケア施設」、1979（昭和 54）には「精神衛生社会適応施設」の運営要項が示され、施策拡充の様相は見せていた。その施策推進の背景にあったのは 1965（昭和 40）年の精神衛生法の一部改正における付帯決議、即ち「精神

障害者の社会復帰促進のための施設設置」であり、それをもとに検討した日本精神神経学会の「中間施設に関する小委員会」の報告である。以下、その報告の一部（江熊ほか 1969：1）を記載する。

- I. 精神科医療体系における、いわゆる「中間施設」なるものの位置づけを明確にしたうえでその機能、構造が論じられなければならない。
- II. 精神障害者の社会復帰促進のために当面必要な施設
  1. 「精神障害者社会復帰医療センター」

一般精神病院では社会復帰活動の不可能、不適切な患者を対象とする独立した病院
  2. 精神障害者「更生施設」
    - (1) 「後療法」としての作業施設
    - (2) 「後療法」としての宿舎

精神障害者に対する働きかけは「医療」と「更生」が同時になされなければならないが、常に医療の傘の下に置きながら強力に更生をはかるものでなければならない。

医療施設でもなく更生施設、福祉施設でもない、あいまいな「中間的」施設というものは、現在の段階では考えない方がよい。

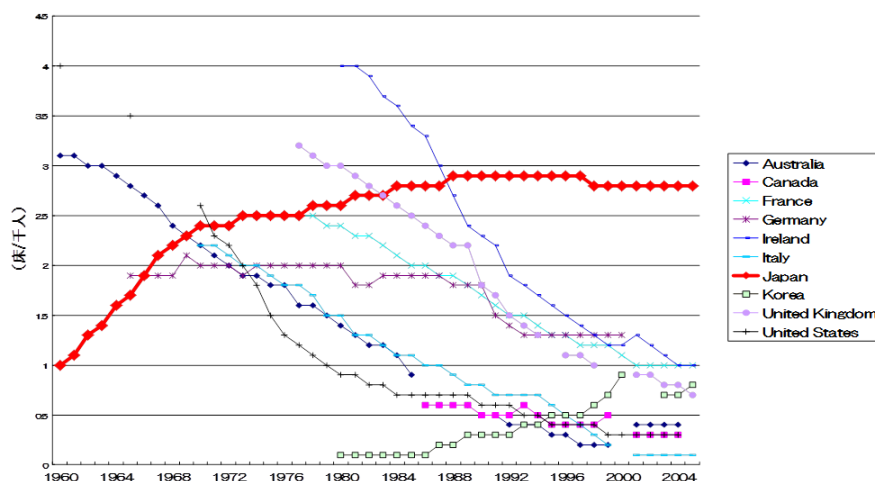
従来精神病院以外に、地域社会に密着した社会復帰医療を中心とする病院が必要になる。そこでは出来るかぎり病院的雰囲気を少なくし、作業場面、レクリエーション場面など、豊富な人間関係の中で、社会生活のための「第二の診断」―「生活特性」を診断し、それにもとづいて訓練（職業訓練、適応訓練）、家族調整など具体的な社会復帰の準備を行う。

「肥大化しつつあった」精神科病床数を抱える精神医療体制の中にあってもなお、精神医療は精神障害者の退院後の生活や人生の多くの部分を飲み込み、精神科医療の「ある意味での管理下」に置こうとしていたことで患者の生活の質（QOL）が抑制される可能性を残した発想で社会復帰施策の検討が開始されていたことが分かる。社会復帰や生活支援（社会的リハビリテーション）を精神科医療が担うことについて、後に大島は「居住サービスという社

会的リハを精神病院が行う場合、一つには現代社会の精神病院に対するスティグマが新たな社会的不利を生み出すこと、いま一つに、通常の社会生活では、（もしあったとしても）生活のごく一部にすぎない治療構造を持った人間関係が、生活の大部分を覆う可能性がある事、などを考慮に入れなければならない」と述べている（大島 1989：123）。また、このような背景の中で社会復帰施策が進められたことは、社会復帰施設そのものが単独で地域の中に設置されるようなことがむしろ少なくなり、「病院の敷地内のデイケアや作業所に通い、病院と垣根を一つ越えた援護寮や福祉ホームに住む精神障害者が増えつつある」（浅野 2000：86）状況を後に生んだ要因の一つと言えよう。

また、先に精神科病床を含む精神医療の在り方について WHO（世界保健機構）よりコンサルタントとして派遣されたポール・レムカウ氏とダニエル・ブレイン氏から勧告が行われたことを紹介したが、精神病床数が「肥大化しつつあった」この時期にももう一つ重要な勧告が行われていた。1968（昭和 43）年のクラーク勧告（Clark, D. H. =1968：165-191）である。WHO（世界保健機構）はイギリス・ケンブリッジの精神医療改革で実績を上げた D.H. クラーク氏（フルボーン病院院長）を派遣した。勧告の中で D.H.クラーク氏は、①政府に対する勧告（長期在院者・地域精神衛生活動の不十分さ）、②精神病院の改善（入院患者の抑制・積極的治療とリハビリテーション）、③精神病院の統制（国家的監査官制度）、④健康保険制度における精神医療の拡充、⑤ソーシャルワーカーを活用したアフターケア体制の拡充、⑥就労を視野に入れたリハビリテーション体制の拡充、⑦専門家の訓練、の必要性を示している。【図 2-2】は、わが国と世界各国の精神病床数（床／人口 1,000）の推移を示したものである。クラーク勧告が行われて時期を挟んで、わが国と世界の精神科病床数が逆転しているのが分かる。その後の経過を見ても、結果としてわが国はこの「クラーク勧告」を受け入れず、世界でも突出した精神科病床数を「保持するようになってしまった」のである。この経過をたどると、この政策決定は一つの「不作為」とも言うべき大きな罪であるとも言える。わが国の精神科病院の多くは民間精神科病院であり、諸外国において公立（国立や州立）精神科病院の建設が進められた上での脱施設化とは大きく異なる諸相を呈さねばならない。伊勢田はこの重要な政策の変遷について、「今日から見れば、この政策決定は後世に重大な禍根を残すものとなった。というのは、先進諸国では、脱施設化政策への合意は形成され、しかも少なくない国々で実行に移されていた時期であり、また、当時は病床数の削減は現在ほどには必要なく、病院の閉鎖をしなくても済む比較的痛みの伴わない政策転換であったからである」とし、さらに「当時の厚生省の課長がクラーク勧告に関する記者会見で「斜

陽のイギリスから学ぶものは何もない」と話し、全く注目されなくなった」（伊勢田 2000 : 36）という歴史的事実を紹介している。



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）  
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

【図 2-2】世界各国における精神病床数の推移

#### 4) 精神障害者の人権と精神保健法

1965（昭和 40）年の精神衛生法改正の目論見は地域医療の充実や社会復帰施策の拡充であったが、結果として社会復帰施設は十分に設置されなかった。むしろ肥大化していった精神病床と同様に入院患者の社会的入院傾向は強まっていったと言える。そのような精神科病院が①精神科特例等による「少ない・安価な労働力」、②「民間精神科病院」としての経営を考えながら生き残る必要性、③本人の意思に依らない「強制的な入院システム」を保有している、④民間精神科病院に「頼らざるを得ない精神保健行政」の中で、精神障害者の人権を踏みにじるような事件が明るみになる。宇都宮病院事件<sup>2)</sup>である。この宇都宮病院事件によりわが国は国際法律化委員会（ICJ）と国際保健専門職委員会（ICHP）の合同調査を受けることとなった。日本の精神科医療体制の杜撰さが世界から批判を浴びることとなりようやくわが国は精神障害者の人権や社会復帰に本腰を入れ、法改正を行うこととなったのである。またこの法改正の背景には国連の動きも後押しをしている。1975（昭和 50）年に採択された「障害者の権利宣言」に端を発し、1981（昭和 56）年の国際障害者年、1982（昭和 57）年の「障害者に関する世界行動計画」、1983（昭和 58）年～1992（平成 4）年までの「国連・

障害者の 10 年」などの世界的な動きである。以下、1987（昭和 62）年に制定された精神保健法の主な内容を概観したい。

- (1) 国民の精神的健康の保持増進を図る観点から、法律の名称を精神保健法とした【精神保健法第 1 条】。
- (2) 精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられ、精神病院の管理者に対して任意入院適用の努力義務が設けられた【精神保健法第 22 条の 2】。
- (3) 入院時等における書面による権利等の告知制度が設けられた【精神保健法第 22 条の 3 など】。
- (4) 精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度に改めた【精神保健法第 18 条】。
- (5) 入院の必要性や処遇の妥当性を審査する精神医療審査会制度が設けられた【精神保健法第 17 条の 2】。
- (6) 精神科救急に対応するため、応急入院制度が設けられた【精神保健法第 33 条の 4】。
- (7) 精神病院に対する厚生大臣等による報告徴収・改善命令に関する規定が設けられた【精神保健法第 38 条の 6, 38 条の 7】。
- (8) 入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設（日常生活を営むのに支障のある精神障害者が日常生活に適応できるように、訓練・指導を行う精神障害者生活訓練施設及び雇用されることの困難な精神障害者が自活できるように訓練を行う精神障害者授産施設）に関する規定を設けた【精神保健法第 9～10 条】。

宇都宮病院事件の影響も相まって、精神障害者の人権に配慮した内容となっている。特に任意入院制度の設定や書面での告知、精神医療審査会の設置など、これまでにない新しい要素を取り入れている。また、社会復帰施設の設置が始まったことなどをみても地域精神保健活動の萌芽期に入ったともいえる。この精神保健法は 5 年後の見直し規定に基づき、1993（平成 5）にも改正されている。以下が改正された精神保健法の主な内容である。

- (1) 精神障害者の社会復帰への配慮として「医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、又は事業を行うに当



たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民の理解と協力を得るように努めなければならない」とする規定が設けられた【精神保健法第 2 条の 3】。

- (2) 円滑な支援体制を構築するため「国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」とする規定が設けられた【精神保健法第 2 条の 3 第 2 項】。
- (3) 精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が第二種社会福祉事業として法定化された【精神保健法第 10 条の 2】。
- (4) 精神障害者の社会復帰施設等における処遇方法の研究開発や精神障害者に対する理解を得るための啓発広報活動等を行う、厚生大臣の指定法人として精神障害者社会復帰促進センターが設けられた【精神保健法第 51 条の 2】。
- (6) 保護義務者の名称が保護者とされた【第 20 条など】。
- (7) 入院措置が解除された精神障害者を引き取る保護者については、当該精神病院の管理者又は当該精神病院と関連する社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、援助を求めるとの保護者に関する権利規定が設けられた【第 22 条の 2】。
- (8) 入院措置が解除された精神障害者と同居する保護者等については、その負担の軽減を図る観点から、保健所の訪問指導等の対象として位置づけた【第 43 条】。

社会復帰施策を本格化し、そのサービスの内容を充実させ、精神科病院から社会復帰施設、そして地域生活へという一連のモデルが重視され始めてきた。また、保護者の背負う「義務」はこれまでと大きく変わらないものの、その「権利」について明文化されたことは家族支援の潮流ともなったと言える。

##### 5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と社会復帰施策の拡充

精神障害者の「福祉」の増進を推し進めていくために大きな役割を果たしたのが 1993（平成 5）年の障害者基本法であった。同法では障害者の基本的人権の尊重や自立と社会参加のための支援を謳っていたが、これまで「障害者福祉」の対象から除外されていた精神障害者をその対象と位置付けたことでより一層の福祉サービス供給体制、権利擁護体制などが強化

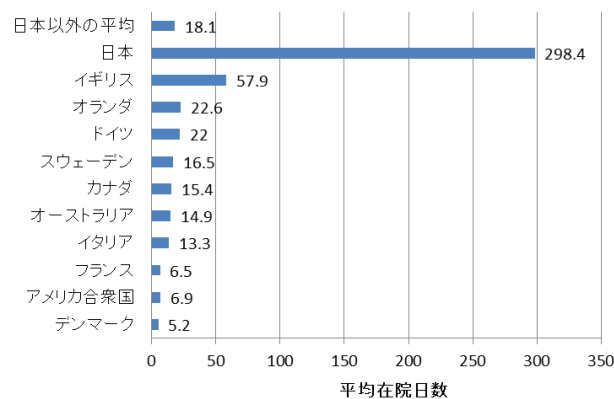
されることとなったのである。この後押しもあって、1995（平成 7）年に、精神保健法が改正され「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）」が制定される。以下、精神保健福祉法の主な内容を概観したい。

- (1) 法の目的として「社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加のための必要な援助を行う」【精神保健福祉法第 1 条】とした。
- (2) 第 6 章に「保健及び福祉」という項目が追加されるとともに、精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員に福祉の業務を加え名称を変更した（精神保健福祉センター【精神保健福祉法第 6 条】、地方精神保健福祉審議会【精神保健福祉法第 9 条】、精神保健福祉相談員【精神保健福祉法第 48 条】）。これまで制度として保有していなかった「精神障害者保健福祉手帳」が制度化【精神保健福祉法第 45 条】、さらには社会復帰施設が 4 類型化へと拡充【精神保健福祉法第 50 条の 2】された。
- (3) 正しい知識の普及啓発や相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実と市町村の役割の明示【精神保健福祉法第 46～47 条】

精神保健福祉法はこの後、社会福祉基礎構造改革や 2000（平成 12）年の「介護保険制度」や「成年後見制度」の施行、2003（平成 15）年成立の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」、2005（平成 17）年の「障害者自立支援法」の影響を相互に受けながら、1999（平成 11）年と 2005（平成 17）年にも改正を行っている。他方、このような一連の改革期にあっても先に述べた宇都宮病院のような人権を侵害する事件（栗田病院事件<sup>3)</sup>、大和川病院事件<sup>4)</sup>など）が起これ、それに対する社会的な反応があったが故、「精神障害者の人権」や「入院から地域生活支援へ」という法改正の流れが生まれたことも記しておく必要がある。

1999（平成 11）年の改正では、①精神障害者の人権に配慮した医療の確保（精神医療審査会の機能強化、精神保健指定医の役割強化、医療保護入院の要件の明確化、精神科病院に対する指導監督の強化）、②緊急に入院を要する精神障害者の「移送制度」の創設、③保護者の義務を軽減、④在宅福祉事業として従来の精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）に加え、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプ）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）を追加するなどしている。

また、この間、2003（平成 15）年には厚生労働省内に設置された精神保健福祉対策本部が「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を、翌 2004（平成 16）年には、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を示し、「受入条件が整えば退院可能な社会的入院患者」を約 70,000 人と推計し、その現状と課題について①国民意識の変革、②精神医療体系の再編、③地域生活支援体系の再編、精神保健医療福祉施策基盤強化などの重点項目から迫っている。先に諸外国と比較した際の、わが国における精神病床数の多さを示したが、それにとどまらず、その「平均在院日数」の長さも社会的入院を生む要素として注目される必要がある。【図 2-3】は、諸外国とわが国における精神科病床における平均在院日数を比較したものである。諸外国と比較して突出していることが分かる。



資料：2005 年診断分類別精神及び行動の障害（OECD Health Date 2008）  
日本は厚生労働省「患者調査」退院者平均在院日数より

【図 2-3】 世界各国の精神病床における平均在院日数

その一連の施策の動きの中で精神保健福祉法も大幅に変えていく必要があった。大塚が「この改革ビジョンの具体化が精神保健福祉法改正として反映されるという手続きを想定していたが、身体障害者及び知的障害者に対する支援費制度の財源破綻と、介護保険制度に関する財源論との流れから強く影響を受けて生まれしてきた障害者自立支援法に盛り込まれる形で精神保健福祉法の一部が関連法の扱いで改正されることとなった」（大塚 2008：259-260）とするように、2005（平成 17）年の精神保健福祉法改正では、①入院患者の処遇改善のための取り組み（過去に改善命令を受けた精神科病院に入院する任意入院患者の病状等を報告させる、長期入院患者に同意を再確認する仕組みの構築、隔離・身体拘束等の行動制限に関して台帳の整備）、②精神障害者の適切な処遇の確保、③精神科救急体制の確立などが行われるにとどまっている。

本節では、近代の精神障害者福祉施策の変遷をたどることで、施策面から見たわが国の退院促進・地域移行・地域定着の取り組みのルーツをたどる事や、民間精神科病院や家族に精神障害者に関する諸課題を背負わせ続けてきた（政府の側からすれば、この二者に依存してきた）歴史の再認識を行うことができた。これらの問題はいわゆる「古くて新しい課題」であり、歴史が積み重ねられ、その潮流に大きな分岐点（入院中心から地域生活中心へ）が現れるほど、精神科病院は様々な役割の変化を担わなければならないし、それに伴う大きな機構改革の必要性（病床の削減や病院機能の変化、それに伴う人員の整理）が生じたり、利害関係が複雑化（場合によっては潜在化）してくる。このような中で「折り合いをつける」施策や調整者としての人（専門職）が求められたとも言える。それが、この後に記載する精神障害者の権利擁護や社会復帰を担う職種としての精神保健福祉士であったとも言えよう。

## 2. 精神保健福祉士の誕生—精神科医療との関係に着目して—

これまで述べてきたような関連法や施策の変遷が行われる中で、1997（平成 9）年に国会で提案された。同法案の提案理由について小泉純一郎厚生大臣（当時）は「我が国の精神障害者の現状につきましては、諸外国と比べ入院して医療を受けている者の割合が高く、また、入院して医療を受けている期間が著しく長期にわたること等が指摘されており、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図る上で、その社会復帰を促進することが喫緊の課題となっております。こうした状況を踏まえ、精神障害者の社会復帰に関する相談及び援助の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図り、精神障害者やその家族が安心して必要な支援を受けることができるよう、新たに精神保健福祉士の資格を定めることとし、この法律案を提出することとした次第であります」（1997 年第 140 回通常国会衆議院厚生委員会）としている。本法はその後、1997（平成 9）年 12 月の第 141 回臨時国会において全会一致で可決成立した。

この精神保健福祉士法の成立の背景について田中は次のように述べている（田中 2001:83）。

—<前略>しかし、何れの場合も社会福祉関連職能団体の意見がまとまらず、加えて医療関連有力職能団体の反対などもあり、これまで国家資格として陽の目を見なかった経過にあった。前者は「医師の指示」に象徴されるように、医療の「傘」に入るという福祉アイデンティティの揺らぎへの危機感であり、後者は、「療養中のお世話」に代表される業務範囲を巡る、福祉の医療への浸食に対する抵抗感からで

ある。しかし現実には PSW の役割が評価されるようになり、精神科デイケアやナイトケアの診療報酬算定配置職種の規定をはじめ、精神保健福祉相談員（精神保健福祉法）など保健医療における PSW の配置の定め、精神障害者社会復帰施設での位置づけなど現行制度でも定められるようになってきた。こうしたなかいまや精神病院、精神科診療所などの医療機関、保健所、社会復帰施設、作業所など合わせて約 5000 人の従事者が生み出されてくるといった無資格かつ「特異」な専門職が実体化してきた。したがって、国家資格化はそうした実態の追認にほかならない。〈後略〉—

このように医療の「傘」であるとか、医療と福祉の関係性であるという議論が行われながらも、実態として先行して作り上げられてきた各病院や機関での役割・業務をもとに日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（当時）を中心に資格化がなされていった。さらに、この資格化の思想的基盤には、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会が示していた国家資格に関する「基本 5 点」がある。この基本 5 点は、①PSW の専門性の理論的・実践的基盤は社会福祉学にあること。②その実践にあたっては「クライアントの自己決定の原理」が貫かれること。③「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動」を進めるとした協会の基本指針が支障を受けないこと。④国家試験の受験資格は協会の会員資格である福祉系 4 年制大学卒であること。⑤専門職としての業務にふさわしい裁量権を認めるものであること。とされ、後の国家資格化における重要な基盤となった（荒田 2004 : 131）。

こういった資格化の背景により、出来上がった精神保健福祉士法にもその足跡を見ることができる。精神保健福祉士法第 41 条には「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療サービス、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 条第 1 項 に規定する障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない」とされ、同条第 2 項では「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たって精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない」としている。

この法文上で鍵になるのが第 2 項に示されている「精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない」という部分である。高橋はこの「主治医の指導」について以下のような見解を示している（高橋 2008 : 282）。

精神保健福祉士には、個々の精神障害者の精神疾患の状態や治療計画、医学的に必要な配慮等の保健の観点をふまえて相談援助を行うことが求められている。そのために主治医の「指導」を受けることが必要とされているが、この「指導」は、精神保健福祉士の社会復帰援助業務や援助方針を拘束するものではなく、「指導」を受けた精神保健福祉士にその指導の採否の選択を許すものである。ただし、主治医に対し援助や相談の経過等を報告する義務はあると解されている。

このような一連の資格化の背景や、その当時の専門職団体として社会的認知や立場性を獲得する方法としての国家資格化とそれに伴う内省作業の間には多くのディレンマがあった。この資格、すなわち、「社会福祉学を基盤としながらも保健・医療・福祉に横断的に関わる専門職」そのものが抱えるディレンマは、現在の精神科病院という医療領域に勤務し、その社会的使命を果たそうとする精神保健福祉士が抱えるディレンマの根源ともいえるのではない。近年、社会的要請や価値の裏付けのために獲得してきた診療報酬上の位置づけは、明らかに「医師の指示」のもとに業務を遂行せざるを得ず、医師との対等な連携関係からその様相を変え、資格そのものが保有するディレンマになっていると言えよう。

#### 【注】

- 1) 相馬事件 旧相馬藩主相馬誠胤の入院をめぐり家臣錦織剛清が、これをお家乗っ取り事件として10数年に渡り著名な精神科医を巻き込みつつ、マスコミへの告発や起訴を繰り返した。最終的には1894（明治27）年、錦織が誣告罪となった。
- 2) 宇都宮病院事件 1984（昭和59）年3月、同病院での①職員による患者への暴行、②傷害致死、③集団暴行、④無資格診療（脳波、心電図、レントゲン撮影、注射など）、⑤脳の違法摘出、⑥看護料不正請求、事件隠し）が明るみになり、国内外の注目を集めた（栗原1984：284-295）。
- 3) 栗田病院事件 1996（平成8）年、同病院において院長による①入院患者の預金の無断引出、②入院患者や元患者を巻き込んだ所得税法違反（脱税）、③人権侵害や処遇の劣悪さ（面会の制限、信書の発信制限、退院請求拒絶、医療環境・病院施設の不備）、④退院患者と労働契約を結ばず「使役・搾取」を行っていたことなどが明らかになった（内村1999：91-99）。

4) 大和川病院事件 1997（平成9）年、同病院における①医師や看護師の水増しによる診療報酬の不正受給、②医師や看護師による満足な治療が行われていない、③画一的な投薬や点滴、④懲罰的な保護室の使用（乱用）、などが明るみになり、大阪府により認可取り消しとなった事件（里見 2003：868-871）。

### 第3章 近年における地域移行・地域定着をめぐる精神保健福祉施策の変遷

#### 1. 2000（平成12）年以降の精神保健福祉に関する施策の概観

ここでは、2000（平成12）年以降の精神保健福祉施策を概観したい。この時期は1999（平成11）年の精神保健福祉法改正があった直後であり、なによりも社会福祉基礎構造改革の流れを受けて介護保険法が施行され「措置から契約へ」という保健福祉サービスにおける当事者主体・自己決定（それに伴う権利擁護）などが求められる中で、長期の入院患者を抱える精神科医療の改革は必須であったと考えられる（このほかにも第2章で示したような障害者福祉サービスの改革との連動もあった）。その状況も相まって、政府は矢継ぎ早に精神保健医療福祉に関する改革のための基盤となる検討会や報告書、結果としての施策を発信、実施してきた（【表3-1】）。

この中で、特に注目すべきは、2004（平成16）年9月に示された厚生労働省精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」と、2009（平成21）年9月今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」の二つと、社会的入院の解消に対し国が積極的に関与しだした2003（平成15）年の「精神障害者退院促進支援事業（この後、精神障害者地域移行支援特別対策事業、さらに精神障害者地域移行・地域定着支援事業と名称変更）」である。



【表 3-1】 2000（平成 12）年以降の精神保健福祉に関する施策

年 月	内 容
2002（平成 14）年 12 月	社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書 「今後の精神保健医療福祉施策について」
2003（平成 15）年	精神障害者退院促進支援事業の開始
2003（平成 15）年 5 月	精神保健福祉対策本部中間報告 「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」
2003（平成 15）年 9 月	厚生労働省障害保健福祉部 「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」
2004（平成 16）年 3 月	厚生労働省障害保健福祉部 「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」報告書
2004（平成 16）年 8 月	厚生労働省障害保健福祉部 「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ
2004（平成 16）年 8 月	厚生労働省障害保健福祉部 「精神病床等に関する検討会」最終まとめ
2004（平成 16）年 9 月	厚生労働省精神保健福祉対策本部報告 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
2004（平成 16）年 10 月	厚生労働省障害保健福祉部 「今後の障害保健福祉施策について」（改革のグランドデザイン案）
2005（平成 17）年 6 月	障害者雇用促進法改正
2005（平成 17）年 11 月	障害者自立支援法
2005（平成 17）年 11 月	精神保健福祉法改正
2008（平成 20）年	精神障害者地域移行支援特別対策事業（精神障害者退院促進支援事業からの変更）の開始
2009（平成 21）年 9 月	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」
2010（平成 22）年 1 月	内閣府 「障がい者制度改革推進会議」
2010（平成 22）年	精神障害者地域移行・地域定着支援事業（精神障害者地域移行支援特別対策事業からの変更）の開始
2010（平成 22）年 4 月	厚生労働省 「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」
2010（平成 22）年 5 月～	厚生労働省障害保健福祉部 「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」 「自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめ」

まず、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に注目してみたい。この「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、厚生労働省内に設置されたいわゆる「三検討会」（「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」、「精神病床等に関する検討会」、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」）の議論とその結果としての「最終まとめ」や「報告書」を受ける形で示されたものである。この「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の最大の焦点は「受入条件が整えば退院可能な精神障害者 70,000 人」<sup>1)</sup>の存在を認め、その解消と精神科病床数の削減に向けた具体的数値目標<sup>2)</sup>を掲げ、その達成のための指針を示したことである。また、これらの目標を達成することで、約 70,000 床相当の精神科病院における病床

数の削減が促されるとした。

2003（平成 15）年にモデル事業としてスタートした「精神障害者退院促進支援事業」はその後、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」、そして「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」として名称と有り様を徐々に変化させながらも、約 10 年の実績を積んできた。それまで入院患者の退院についてはその精神科病院の治療システムの中でほぼ決定されていたが、これらの事業が出来たことで、「精神科医療の持つ退院に関する決定権（ある種の権力）に対する地域の関係機関によるゆるやかな介入」が始まったとも言え、一つには「精神科病院の透明化・社会化」、二つには「地域の関係機関・人材の有効な活用と精神科医療を取り巻くネットワーキング」が推進された事が波及効果として挙げられよう。

【表 3-2】精神障害者地域移行・地域定着支援事業の実績

	実施自治体数	全圏域数	実施圏域数	実施圏域数 ／全圏域数	事業対象者数 (人)	退院者数 (人)
平成 15 年度	16 (含指定都市 1)	—	—	—	226	72
平成 16 年度	28 (含指定都市 3)	—	—	—	478	149
平成 17 年度	29 (含指定都市 5)	—	—	—	612	258
平成 18 年度	26 都道府県	385	148	38.4%	786	261
平成 19 年度	42 都道府県	389	236	60.7%	1,508	544
平成 20 年度	45 都道府県	386	295	76.4%	2,021	745
平成 21 年度	47 都道府県	372	309	83.1%	2,272	790
平成 22 年度	47 都道府県	371	329	88.7%	2,411	859

※平成 15 年度から平成 17 年度まではモデル事業、平成 18 年度から 19 年度までは精神障害者退院促進支援事業として実施。

※平成 20 年度から 21 年度までは精神障害者地域移行支援特別対策事業として実施。

※平成 22 年度は精神障害者地域移行・地域定着支援事業として実施。

※退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を越えて退院した者の数は含まれていない。

資料：厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料」  
「精神障害者地域移行・地域定着支援事業による実績」をもとに筆者が作成

他方、これらの事業の運用結果としての実績に注目してみたい（【表 3-2】）。2003（平成 15）年度から 3 年間のモデル事業を終え、2006（平成 18）年度から本格実施となった本事業であるが、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で示された「立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年間で進める」とした目標からすれば、退院患者数に限ってみると大きな成果を出しているとは言えない。特に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示された 2004（平成 16）年から 5 年（中間点）を経過した 2009（平成 21）年度までの退院患者数を累計しても 3,000 人に満たず、70,000 人という目標には遠く及ばない。

## 2. 地域移行支援におけるメゾレベルでの実践

しかし、先に述べた「地域の関係機関・人材の有効な活用と精神科医療を取り巻くネットワークワーク」がなされた事例もある。「精神障害者地域移行支援特別対策事業」や「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」では、精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う地域体制整備コーディネーターや、利用対象者の個別支援等に当たる地域移行推進員の配置を柱として進められている。以下に、これらの事業における各地での取り組みを振り返りつつ、この役割を担う人と施策の関係について概観したい。

まず、退院促進支援に関しては大阪での取り組みが著名である。原は 2003 年に実施された退院促進支援事業の対象者 44 名への取り組みを分析している。そこでは、①本人への効果として「退院後のイメージの具体的促進」がみられ、②家族への効果として「家族が退院に反対していたものが退院への理解や協力、不安の軽減、本人への肯定的な評価」などの効果が上げられている。また、③関係機関スタッフの変化として「積極的な受け入れやきめ細かな対応を行うなど、地域機関との連携の強化や共有化、入院患者への働きかけ」などがみられるようになったとしている。さらに、④波及効果として「他の入院患者の興味の喚起、事業利用者の体験報告などによる積極的関与など」も挙げている（原 2005：179-187）。

法野は、松山市を中心とした中予地域での取り組みを振り返り、「『支援』の中に、恒常的な日常生活の支援が多く含まれており、それを提供できる施設の数は限られている。ケアホームの増設があっても、すぐに埋まってしまい、現存の法人では、これ以上の増設は難しい」としている。さらに本事業の導入により「推進員が院内に入ってくることのメリットは大きい」としながらも、「推進員は、所属する事業所の業務を抱えながら事業に携わるため、負担が大きくなる」としている（法野 2009：100-102）。

伊東は島根県出雲圏域での取り組みを総括している。ここでは、退院促進支援事業が制度化される以前より、出雲地域精神保健福祉協議会が設置され、関係機関や当事者グループ、家族会などが構成員として連携作りの場、課題を明らかにし、取り組みの方向を共有化する場、取り組みの成果を確認する場と位置づけられている。さらにケアマネジメントに関する試行事業や、在宅推進支援事業などの先駆的な事業展開を図り、入院中から継続的なかわりを持って地域移行するスタイルが定着し、長期入院の問題について現状把握から社会資源開発までを検討する場が保障されるとともに、関係機関のネットワーク化や機関の枠を越えた多職種チームによる支援が強化されたとしている（伊東 2009：404-408）。

この他にも、広島県西部保健所管内での取り組みによる医療職の意識変化に関する報告(桐

原ほか 2009 : 658-661)、長野県での住居確保に対する取り組みやピアサポーターの導入に関する報告(竹入ほか 2007 : 56-57)、京都市での取り組みによる「関与した人の意識的な変化」についての報告(渡辺ほか 2008 : 337-339)などが見られる。

こういった一連の事業への取り組みのほか、精神障害者に対して早期退院を実施し、地域生活支援に ACT (Assertive Community Treatment : 包括的地域生活支援プログラム) を用いた報告<sup>3)</sup> や長期入院を予防するという視点にたった「クリニカルパス」を導入した取り組みの報告<sup>4)</sup> などが散見されるようになった。これらの先駆的な取り組みや、先に述べた地域移行支援特別対策事業における効果を概観してみると、精神障害者の退院の促進や地域移行に関しての実績を挙げたということだけにとどまらず、関係する人々(事業を利用した精神障害者本人、その他の入院患者、退院を受け入れる家族、精神科病院のスタッフ、関係機関、地域住民など)に対する意識改革が図られてきたことの意味は大きいといえる。それらの活動が各地で徐々にではあるが胎動をはじめ、ネットワーキングされる中で地域住民を巻き込み、精神障害者を受け入れる街づくり、地域づくりへと展開することが可能なところまで届き始めている。さらに、精神障害者自身の本事業への積極的な参画(ピアサポーターや事業活用による体験談の報告など)も見られる。「リカバリーの決定的要素は、その人が自分自身を回復させ、よみがえらせることである」(Charles A. Rapp, Richard J. Goscha = 2008 : 37) とあるように、まさに、精神障害者が「主体的に」活動に取り組み、地域の中で回復していく過程を見せはじめている。これらは、先の関係する人々の意識改革にも同様のことが言え、地域住民や専門職、さらには精神障害者本人が、個々の「変化の可能性」に気付き、リカバリー概念を享受することが出来はじめているといえよう。

しかし、メゾレベルのシステムを運用していくうえでそこにはまだ多くの課題を残している。笠は「所属する機関の枠を乗り越えて他の機関内でサービスを提供し、関係機関間の有機的な連携をはかる」ことを「アウトリーチ」と定義しなおした上で、その「アウトリーチ」により、当事者を取り巻く環境を整える取り組みがまだ見られないことを指摘している(笠 2008 : 45-60)。また、その退院促進に関わる自立支援員については、事業者側、利用者側、市町村や保健所など地域支援機関、病院スタッフ、自立支援員、家族、社会的、それぞれに支援上の問題要因があることを分析し、自立支援員が抱える「不満」、「困惑」、「不安」、「孤立感」などのネガティブな感情があることも指摘されている(中添ら 2006 : 33-38)。さらに自立支援員の支援体制上の課題として「チーム内の調整と理解」もある。そこでは支援する側の認識の差として、退院の可能性や患者の能力に対する看護師や医師との差、それ

によるチーム内での協働の難しさが挙げられている（中添ら 2007：91-97）。また、退院後の問題として、障害福祉サービス事業所の事業・活動支援センター・グループホーム等が社会的入院と同じ状態（「働く準備のつもりで来たけど、まわりをみたら5年、10年通っている人がいてあきらめました」「一般就労したいと言ったら『待っていてください』と言われた」）になる可能性も指摘されている（岩上 2010：23-27）。

このように、精神障害者の退院促進・地域移行について各地での取り組みは進んできていることは評価できるが、そこには各支援者の抱える困難さや所属する組織・職種との関係性の中から見直さなければならない問題がまだ残されていることが分かる。特に「主体性の尊重」を重要視する精神保健福祉士の社会的責務がその場面でどのように発揮されているのか、医療機関などに所属する精神保健福祉士の抱える不安やディレンマとの関係も見据えながら、近年増加の一途をたどってきた社会資源のあり方やその効果、そこでの運用上の課題なども検証しなければならない時期に来ている。

### 3. 退院促進・地域移行支援と病院経営

退院促進や地域移行を強力に進めていくということは、つまるところ精神科病院の病床の削減を行っていくということでもある。多くの精神科病院が民間法人によって経営されるわが国において<sup>5)</sup>、病床が削減されるということは、精神科病院にとって経営的側面を見直す必要があるわけだが、そのような局面における病院の機能分化や病床削減について、各病院でどのような取り組みがなされているのかにここでは着目したい。

東谷は、300床あった精神科病院について、退院支援チームを中心とした支援を行い、約10年間で130床の削減を行った実践を報告している。病床数削減の背景には看護師不足もあり病床を削減せざるを得なかった時期もあるとしながらも、法人内での施設の設置、訪問看護の強化、外来看護師の増加、退院後の外来患者の定期的通院を図るための綿密なカンファレンスの継続により、病院経営を安定させたとしている（東谷 2008：32-35）。

澤は「精神障害者が地域生活を送るための四つの要素」として①住まう場、②活動する場とプログラム、③サポートする人々とその連携、④地域の人々の理解と受容を挙げている。またそれに応じる形で「さわ病院」における地域化についても取り組んでいる。そこでは、病院機能の変化を通じて多様な専門職種を配置しつつ、外来機能（デイケアや訪問看護）を充実させることで病院や患者に対する医療経済的側面からの安定を図ってきたことを報告している（澤 2003：412-422）。

一方で、西澤は、退院促進や地域移行支援に取り組んだ状況とその重要性を示しつつも、診療報酬改定の政策誘導（退院前訪問指導料、訪問看護指導料、地域移行支援加算、地域移行実施加算など）に沿い、退院促進を行った結果、空床が増え、経営が圧迫されたことを報告している（西澤 2010 : 53-58）。

地域移行を強力に推進するほど大きな課題として挙げられるのが「住居の確保」である。しかし障害者自立支援法下では、様々な福祉サービス事業に対する補助金が実質的に削減され、厳しい運営が続いている。そのように、社会資源が不足する中、医療機関が福祉サービスなどに該当しない一般のアパートを設置することへの危惧もある。東は、医療機関の機能として支援体制を整備する必要性に理解を示しながらも、病院の敷地内に設置されたアパートで病院と同じ給食がデイケアで提供され、訪問看護が行われる現状に、「その人の望む暮らしとのギャップがありすぎる。地域生活は決して入院の延長ではなく、新しい人間関係の中で、暮らしを考えていくという視点を医療従事者が持たなければならない」との考えを示している（東 2008 : 42-48）。同様な立場から森谷も指摘を行っている。脱施設化の活動のひとつとして始められたデイケアがインスティテューショナルリズム (institutionalism) を生み出す可能性を示唆し、その危険性を回避するためには、支援者であるスタッフ自身が地域に目を向け、通所者の一人ひとりが地域社会との交流を豊かなものへと展開できるかどうかと指摘する（森谷 2004 : 13-29）。さらにそのような非営利医療機関が医療サービスと福祉サービス、入院・入所サービスと在宅サービスを「垂直統合」している「複合体」化について、経済的効果や患者の利便性の向上というメリットだけでなく、①地域独占、②福祉の医療化による福祉本来の発展の阻害、③クリーム・スキミング（利益のあがる分野への集中）による利潤拡大、④中央・地方政治家・行政との癒着、といったマイナス面も指摘されている（二木 1998 : 41）。

また、結果としての退院や生活の維持がなされても、時間経過において居住場面や（保護的）就労場面からのより一層の地域社会への進展がなく、限定的あるいは特定の支援者との関わりに終始しているような“再施設化 (re-institutionalization)” に関する指摘（三浦ほか 2007 : 67-72）もある。そこでは、その要因の一つとして退院後の社会資源の配置のされ方に関して当事者・スタッフ間の“不一致”を挙げている。そして、本来なら院内において精神保健福祉士は当事者への最良な代理者・弁護者になるべきであるにもかかわらず、法令や病院内スタッフ力動から「当事者のニーズより、まずは主治医の指示」から支援が始まる傾向があるとしている。

このように、政府の積極的な政策の誘導により、一部の精神科病院で積極的に病床削減や機能分化を行う取り組みがなされはじめてはいるものの、そのペースは遅々としている。さらに、政策を逆手に取り、先に述べた精神障害者の置かれている環境や状況を理解しながらも、精神医療が退院した後の精神障害者の自己決定や主体性の尊重といったものに対し配慮しないような、退院後の精神障害者の QOL を考えないような取り組みがなされることへの懸念が残る。特に「複合体」や施設の中で支援が自己完結していく事については、「地域で精神障害者を支援していく」という施策の理念や精神保健福祉士の社会的責務と乖離する。この問題に関しては精神保健福祉士個人の取り組みというよりも、専門職団体による問題提起やその対応が必要となる。

#### 4. 退院促進・地域移行・地域定着実践に関するエクソレベル実践

1970年代以降のソーシャルワーク実践のパラダイムの転換は、人と環境の複雑な関係性やそれらが相互に影響し合うことの意味に着目してきた。また、そのことは漠然としていた生活概念を整理するとともに、支援対象の大きさとそれによって複雑さの度合いが異なることを明確にしたとされる（中村 2002：26-29）。Bronfenbrenner は生態学的環境をそれぞれが次々に組み込まれていく様な位相的に同じ中心を持つ入れ子構造のような4つのシステムに類型化（マイクロ、メゾ、エクソ、マクロシステム、後にクロノシステムを包含した5類型化）している（Bronfenbrenner=1996：17-45, 351-355）。この中で、エクソシステムを「発達しつつある人を積極的な参加者として含めていないが、発達しつつある人を含む行動場面で生起する事に影響を及ぼしたり、あるいは影響されたりするような事柄が生ずるような一つまたはそれ以上の行動場面である」としている（Bronfenbrenner=1996：27）。また、安梅らは、エクソシステムを「メゾシステムを介してマイクロシステムに影響を与える要素であり、『利害関係者』などがある。ここでは市町村の関係機関に情報提供やサポートを行う都道府県の施設機関、直接当事者にはかかわらないものの、メゾシステムに人材や資源、ソフトを供給する役割を担うケア、農業、商業、環境関連の団体など」としている（安梅ほか 2008：16-22）。このような視点に立ち、ここでは以下に地方精神保健福祉審議会（以下、審議会）と精神医療審査会（以下、審査会）をエクソレベルの機関として位置づけて論考を進める。この二つの機関は、精神障害者の地域移行支援に直接かかわらないものの、地域移行支援やそれに関する権利擁護を考える際、精神障害者を取り巻くメゾシステムを介してマイクロシステムへ重要な決定や強い影響力を与えるため、エクソレベルでの関係機関として成立する。

では、その精神保健福祉士が活動する実践レベルの各地方自治体における精神保健福祉に関する施策推進のための重要な機関である審議会ではどのような取り組みがなされているのか。審議会は都道府県および指定都市に置かれ、精神保健および精神障害者の福祉に関する事項を調査審議する機関であり、都道府県知事の諮問に対する答申のほか、意見具申を行う。ここでは、東京都、大阪府、二つの自治体の審議会での取り組みに着目して、その機能のあり方を考えてみたい。

池末は、東京都審議会での取り組みを報告している。池末はこの機能を活用し、その委員として、①すべての入院患者の総点検、②二次医療圏単位の社会復帰施設などの数値目標の設定、③市町村単位のグループホーム、ホームヘルパー派遣事業の数値目標の設定などを提言している。さらにこの審議会では3つの部会が設けられ、医療体制の問題、社会復帰と地域生活支援の問題、発生予防と心の健康づくりの問題の検討がなされている（池末 2004 : 47-54）。

また、大阪府では先に示した「大和川病院事件」による精神障害者への人権侵害が大きく取り上げられ、それもあいまって、早い段階から国に先駆けて退院促進に取り組んできた経緯がある。大阪府審議会では、知事の諮問に対する答申の中で「社会的入院を精神保健福祉施策のあり方に起因するものとし、入院中の様々な制限や一律的な支援により自立と社会参加を目指す意欲を減退させてきた」としている（大阪府精神保健福祉審議会 1998 : 13）。さらに、知事に対する意見具申の中で社会的入院の問題にふれ、「入院の長期化や入院患者の高齢化に伴い、家族による受け入れが困難となっている実態に依存して『引取人のいない人は退院は無理』と放置してきた病院経営者側の姿勢は改められるべきであり、その果たしている責任は重い。決して、精神保健福祉施策の遅れ、家族の見放しや地域の偏見のみに責任を帰すことのできる問題ではない」とするなど、人権の尊重を根底に置いた精神医療の根本的な改革の必要性を訴えている（大阪府精神保健福祉審議会 1999）。

審議会が積極的に果たした役割やその価値について報告した例は、上記のようなケースを除くと非常に少ない<sup>6)</sup>。いみじくも、審議会は2005（平成17）年の法改正により必置規定が撤廃され、各都道府県・指定都市の裁量にゆだねられるようになった。また、ここに精神保健福祉士が積極的に参画し、そこでの役割と精神保健福祉士としての社会的責務との関連性から捉えたような報告も見当たらない。ともすれば、審議会は形骸化しがちになる。都道府県・政令指定都市単位で、精神障害者がどのような立場にあるのか、また、精神障害者とその「環境」がどのような関係性を持っているのかなどをアセスメントし、地域づくりに反



映させていく必要がある。マクロレベルで打ち出された施策を具体的にどのように取り組んでいくかについて検討していく中で、精神保健福祉士としての視点を注ぎ込んでいくこともできよう。そういった視点に立って、計画や点検・評価を積極的に行う場、つまり審議会というエクソレベルでのシステムづくりや、その有用性が検証される必要があると考える。

次に、審査会の果たす役割についてみたい。審査会は精神科病院への入院について公正な審査を行う独立的な機関として、都道府県知事（指定都市の市長）のもとにおかれている。審査会の持つ機能は大きく分けて二つある。ひとつは、入院患者本人や保護者、または代理人からの「退院請求」や「処遇改善請求」に対する審査である。もうひとつは、措置入院や医療保護入院等により入院する患者に関する病院からの「定期病状報告」に対する審査である。

そもそも、長期入院患者に関する第三者からの「監視（モニタリング）」という意味において、この機関の果たす役割は大きい。特に、本人の意思によらない入院形態<sup>7)</sup>のうち、医療保護入院患者数は近年増加傾向にあり、入院患者全体の約4割を占める<sup>8)</sup>ことなどから見ても、この機関が効果的かつ即時的に対応できるか否かが患者の権利擁護に大きな影響を与える。ここで、実際にどの程度の数の定期病状報告や退院請求が行われ、審査によりどのような結果が得られているかを見てみたい（【表3-3】）。

【表3-3】精神医療審査会における審査の状況（定期報告・退院請求の審査状況）

平成22年度

	定期報告（医療保護入院）			定期報告（措置入院）			退院請求		処遇改善請求	
	審査件数	審査結果		審査件数	審査結果		審査件数	審査結果	審査件数	審査結果
		他の入院形態への移行が適当	入院継続不要		他の入院形態への移行が適当	入院継続不要				
全国計	90,313	1	4	2,140	6	1	2,218	76	282	24
（割合）		0.001%	0.004%		0.28%	0.05%		3.42%		8.51%

※東日本大震災の影響により、宮城県のうち仙台市以外の市町村が含まれていない。

資料：平成22年度衛生行政報告例より

まず、医療保護入院や措置入院に関する審査件数とその結果であるが、いずれも審査数に対し入院形態の変更や入院の必要性に否定的見解、すなわち、精神科病院の示した判断に対し異を唱えた結果を示したものはごくわずかである。また、退院請求や処遇改善請求につい

てみても、そもそもの請求件数の少なさも議論の余地はあるが、審査結果も上記と同様に非常に少ない数字となっている。

次に審査会の状況であるが、その平均は、審査委員数が 17.2 名、開催回数 25.2 回／年、1 回あたりの平均審査件数が 54.8 件となっている。各都道府県、指定都市により大きな差があることも分かっている（1 回あたりの平均審査件数の最大値は 113 件、最小値は 3 件）<sup>9)</sup>。審査会への退院請求や処遇改善請求が少ないということは、それだけ入院患者の満足度が高く、請求そのものを行っていないとも考えられるが、大曾根らの述べているように、それと反して、患者の声が外部に届きにくいと、または、病院内外での情報の流通が不十分であるとする考えもある（大曾根 2004：1-17）。

これまでも、審査会の機能不全が指摘されてきた<sup>10)</sup>が、山崎は 1999（平成 11 年）年の精神保健福祉法改正により審査会の機能が強化された（書類審査の段階で入院継続や処遇内容に疑義があれば、退院や処遇改善の請求がなくとも、報告徴収権や審問権を駆使して、審査会が「能動的」に調査および審査活動を行うことができると規定された）ことにより、ともすれば権限の行使を怠ったとして「不作為」責任を問われる可能性も出てきたとしている（山崎 2003：115-134）。さらに篠原は、自身が審査会の委員として審査を行ってきた立場から、審査会の意義と役割に関して、「扱う審査件数の多さと地域格差の存在」や「医療委員の病歴や鑑別診断名、薬物治療の内容への関心の偏重。合議体の中で多数を占める医療委員からの発言から、審査会の判断が医療モデルになりやすい」などの問題点を挙げている（篠原 2008：47-55）。さらに、「診察内容やケースワークの必要性に言及できる権限裁量の必要性、当事者の権利擁護に十分機能を発揮できていない」などの意見も見られる（四方田 2009：249）。審査会における委員構成の中で有識者委員として権利擁護の担い手である精神保健福祉士が配置されているものの、委員としての数や合議体そのものの量的体制の問題から、今後の制度改正や各都道府県や指定都市における改善の余地がある。精神科病院内での処遇に対する権利擁護やソーシャルワークの展開に対する外部からの評価という点において、精神保健福祉士としての社会的責務に拠った視点を審査会にさらに注ぎ込む体制作り、または精神保健福祉士が委員である場合はそういった活動が保障される必要性があると言える。現状の審査会の体制では「能動的」に精神医療の現場に介入することには困難があり、その数や質、さらには全国的に統一された基準（判断基準）を設定するなどの「体制の一般化」が必要となる。また、同時に、各精神科病院において精神障害者がこの制度を「主体的に活用することができる」ように支援をしていく必要がある。精神障害者の置かれている環境や状況

11) を理解していながら、「申請をすることができる」という状態だけを作り、精神障害者自身が申請する／できるように支えなかったり、患者や家族・保護者任せにしたりするのは、施策や「社会的責務を負う精神保健福祉士」自身の「不作為」ともなりかねない。

#### 【注】

- 1) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、補足として次の文言が添えられている。「受入条件が整えば退院可能な者は、1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上の入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。また、平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、このうち約3.4万人が14年時点まで入院していることから、結果として平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。」
- 2) 「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標」として、①各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下にする。②各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする。の2点を掲げた。
- 3) 例えば、伊藤ら（2003：36-41）、西尾ら（2009：409-412）、藤田ら（2006：39-46）、高木（2004：1114-1117）など。
- 4) 例えば、谷岡ら（2007：58-66）など。
- 5) 平成18年における精神科病院1,645のうち、「大学病院、国立／独立行政法人、都道府県立、その他公立」を除く「法人、個人、その他」による設置は1,364（82.9%）に上る（厚生労働省精神・障害保健課調べ）。
- 6) 白澤らの報告では、「全体的にみると都道府県精神保健福祉審議会の活動は低調であり、多くの問題を抱えている精神保健福祉の現状を考慮するならば、明らかに抜本的な見直しが必要である。構成委員に当事者、福祉問題専門家、弁護士等権利擁護専門家を加え、その機能に精神保健福祉に関する包括的な計画立案など政策提言機能を持たせるべき」としている（白澤ら1998：304-314）。
- 7) 精神保健福祉法による入院形態には、任意入院、医療保護入院、措置入院、緊急措置入院、応急入院があるが、このうち、長期にわたり本人の意思によらない入院継続を履行できるのは、医療保護入院と措置入院である。

- 8) 厚生労働省精神・障害保健課調べ。
- 9) 厚生労働省「第 21 回今後の精神保健医療福祉のありかた等に関する検討会 資料」(2009 年)
- 10) 例えば、木村は審査会の都道府県からの独立や審査会の職種別構成比の均等化、審査会の決定に対する関係者の不服申し立て権利の創設など八つの提言を行っている（木村 2008 : 140-142）。
- 11) 例えば、「精神医療では患者は、自分の状態を理性的に判断できる状態にない（病識がない）とみなされたり、自分の行動を適切に制御できない（危険性がある）とみなされたりしがちであり、実際にそうである場合があることも完全に否定できない。そのため精神保健福祉法自体が強制的に治療が行える場合を認めている。そしてこれが一般医療以上に治療者と患者の関係を引き離し、治療者の『優越的地位』を『支配的地位』にまで押し上げてしまう危険性を内包させることになってしまうのである」（池原 2002 : 16）など。

## 第4章 精神保健福祉士の機能と役割—社会的責務の視点から—

### 1. 精神保健福祉士の実践領域の広がり

これまでも述べてきたように、精神保健福祉士法は1997（平成9）年12月の第141回臨時国会において全会一致で可決成立した。これまでに60,847名（公益財団法人社会福祉振興・試験センター調べ：平成25年8月現在）が登録を行っている。その活躍の場は医療機関（精神科病院・診療所、総合病院精神科）や生活支援サービス事業所（相談支援事業所、地域活動支援センター、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、自立訓練事業、救護施設、児童養護施設など）、福祉行政機関（自治体、保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター）、司法施設（保護観察所、矯正施設）、雇用支援機関（ハローワーク、障害者就業・生活支援センター）、社会福祉協議会、介護保険関連施設、教育機関、企業など、裾野を伸ばしていつている。このうち、精神科病院には7,248人の精神保健福祉士（常勤）が勤務している（平成23年度厚生労働省精神保健福祉資料より）。

### 2. 社会的責任と社会的責務

では、その精神保健福祉士の機能や役割、社会的責務に注目していきたい。そもそも、「社会的責務」とは何か。まず、この用語の整理を行う必要がある。「社会的責務」と類似する語句として「社会的責任」がある。これは、そもそも「企業の社会的責任（corporate social responsibility）」を語源とするものである。しかし、財団法人日本規格協会によれば、「現在では、様々な組織が持続可能な社会への貢献に責任があると考えられるようになり、企業だけではないという意味で、単に social responsibility（社会的責任）となっている。ここで、社会的責任とは、組織活動が社会及び環境に及ぼす影響に対して組織が担う責任のことをいう」（財団法人日本規格協会2010：1）とされており、国際標準化機構（ISO）において「社会的責任（social responsibility）」の呼称で国際規格「ISO 26000」が制定されている。他方、本論で扱う「社会的責務」は精神保健福祉士としての個人にかかる責務に焦点を当てている。しかしながら、「社会的責任」を担うのが組織であるにせよ、その実態としての行為を行うのは最終的場面では「個人」にゆだねられる部分が多い。精神保健福祉士においても所属する組織における組織人としての社会的責任と同時に、国家資格を持つものとしての社会的責任を負っているといえる。

次に、「責任（responsibility）」と「責務（duty, obligation, responsibility）」について考えてみたい。「責任」は「政治・道徳・法律などの観点から非難されるべき責（せめ）・科（と

が)」（広辞苑）とされ、「責務」は「責任と義務。また責任として果たすべきつとめ。せめ。つとめ」（広辞苑）とされている。さらに「義務 (duty, obligation)」は「自己の立場に応じなければならないこと、また、してはならないこと。法律主体にある人に課せられる法的な拘束。⇔権利」（広辞苑）とされている。それぞれの語句は類似しているが、その様相はわずかに異なり、個人や組織に課せられる強制力という面では、①義務、②責務、③責任という順となる。よって本研究では精神保健福祉士に課せられる「社会的責務」を上述した「社会的責任」より高次の機能として捉えることとしたい。

### 3. 精神保健福祉士法に示される「義務等」

精神保健福祉士法においても、精神保健福祉士に課す「義務」という記載のされ方がなされている項目がある。精神保健福祉士法第4章「義務等」の項においてこれらに関連する部分は5項目挙げられる。まず、第38条の2（誠実義務）として「精神保健福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない」とし、第39条（信用失墜行為の禁止）では、「精神保健福祉士は、精神保健福祉士の信用を傷つけるような行為をしてはならない」、第40条（秘密保持義務）では、「精神保健福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。精神保健福祉士でなくなった後においても、同様とする」、第41条（連携等）では、「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療サービス、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第1項に規定する障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない。」同2項では「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たって精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない」、第41条の2（資質向上の責務）では、「精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助に関する知識及び技能の向上に努めなければならない」というように示されている。なお、ここは「義務等」の項目であり、第41条の2のように「責務」と記されているものや、「義務等」に対する罰則規定は第44条「第40条の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない」にみられるように、「秘密保持義務」に違反した場合にのみ作用するようになっている。

#### 4. 倫理綱領における「精神保健福祉士の責務」

援助関係や他職種との連携、組織の中での役割発揮の上で様々な問題（例としてのディレンマ）に遭遇したとき、その行為の指針となるものが倫理綱領である。秋山によれば、「客観的価値の基盤としてソーシャルワーカーの間にコンセンサスが得られたものが「倫理綱領」である。専門職団体の倫理綱領の機能としては、価値志向的機能、教育・開発的機能、管理的機能、制裁的機能の4機能が考えられる。そのいずれもがプロフェッションのメンバーと社会によって承認された価値を示すものであるが、なかでも、価値志向的機能に表された実践の方向付けは重要である」とし（秋山 2005 : 385）、プロフェSSIONALである専門職と社会との関係性の中で生み出された指針としての倫理綱領の重要性と価値志向的機能による実践の重要性を説いている。さらに秋山は社会福祉実践と価値の双方を両立させることの重要性について次のように述べている（秋山 2005 : 386）。

社会福祉実践は単に技術によってのみ遂行されるわけではない。社会福祉実践は、G.コノプカがその博士論文『ソーシャルワークの哲学』の中で E.C.リンデマンの言葉として引用したように、「価値概念の含まれた事実」(fact infused with value) ※<sup>a</sup>に直面しており、価値的に見なければその意味を理解することのできない事柄と常に向き合っている。その意味では、ソーシャルワーク実践は方法以外にも、価値・目的・社会的承認の上に成立している※<sup>b</sup>。従って、ソーシャルワーカーは、「事実と価値の双方の世界に住んでいる」※<sup>c</sup>のであり、「魂無き専門家」(M.ウェーバー『資本主義の精神とプロテスタンティズムの倫理』)になることは許されない」

※1 Gisela Konopka, Eduard C. Lindeman and *Social Work Philosophy*, The University of Minnesota press, 1958, p.11.

※2 H.パートレット, 小松源助訳『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房, 1978年, 251頁の参考資料 NASW の「ソーシャルワーク実践の基礎的定義」より.

※3 Gisela Konopka, op.cit.,p.13.

このようにソーシャルワーカーはクライアントやその周囲の環境を含めた客観的事実とソーシャルワーカーとしての価値観、クライアントや周囲の人々が持つ多様な価値観によって引き起こされた事実の中で援助関係を形成している。また、藏野が「ソーシャルワーク展開の内容や結果は、利用者の生活や生命という人間の根源的な問題にきわめて深くかかわっていく事柄である。したがって、人間の尊厳や人権を尊重するという倫理的規範が必要である」としている（藏野 2012 : 41）ように、自らをも含む多様な価値観をいかにして客観的に理解

し実践の中で活用、発揮するののかについて指針として定めているのが専門職団体の保有する倫理綱領であるといえる。

精神保健福祉士の倫理綱領について述べる前に、精神保健福祉士を包含する意味において「ソーシャルワーカーの倫理綱領」(【表 4-1】)について述べておきたい。「ソーシャルワーカーの倫理綱領」は社会福祉専門職団体協議会(日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会、日本医療社会事業協会、日本精神保健福祉士協会)における代表者会議によって2005(平成17)年1月に制定されたものである。なお、日本精神保健福祉士協会は2005(平成17)年6月の総会においてこれを承認している。「ソーシャルワーカーの倫理綱領」は①前文、②価値と原則、③倫理基準の3層から構成されている。②価値と原則の中では、「人間の尊厳」、「社会正義」、「貢献」、「誠実」、「専門的力量」についての指針がしめされており、③倫理基準は「利用者に対する倫理責任」、「実践現場における倫理責任」、「社会に対する倫理責任」、「専門職としての倫理責任」にみられるように人・場・社会・専門職としての自己に対しての「責任」の基準を設けている。

次に日本精神保健福祉士協会の倫理綱領(【表 4-2】)を見てみたい。公益社団法人日本精神保健福祉士協会は1964(昭和39)年に設立された日本精神医学ソーシャルワーカー協会を前身としている。1988(昭和63)年6月に日本精神医学ソーシャルワーカー協会として制定された倫理綱領に改訂作業を重ねながらつくられたものである。「日本精神保健福祉士協会倫理綱領」は、①前文、②目的、③倫理原則、④倫理基準の4層から構成されている。③倫理原則および④倫理基準では「クライアントに対する責務」、「専門職としての責務」、「機関に対する責務」、「社会に対する責務」というそれぞれの項目について、「責務」という強いメッセージ性を保たせながら原則と行動の基準を示している。

この中で「社会に対する責務」という項目がある。本研究で扱う「社会的責務」との相違についてここで示しておく必要がある。倫理綱領の中で述べられている「社会に対する責務」は、クライアント、専門職(精神保健福祉士としての自己・同職種)、所属機関等に対する責務と区分したうえで「社会」を限定的なものとして定義し、「福祉と平和のために、社会的・政治的・文化的活動を通じた社会への貢献」や「地域および社会の活動に参画し、社会の変革と精神保健福祉の向上に寄与する」という原則や基準における指針の一部を構成するものとなっている。他方、筆者が用いる「社会的責務」とは精神保健福祉士自身、さらには精神保健福祉士とクライアントの関係性にとどまらず、それを含む社会環境の相互作用の中で果たされていく責務をターゲットとしているため、倫理綱領の中で挙げられている「クライエ



ントに対する責務」、「専門職としての責務」、「機関に対する責務」、「社会に対する責務」を包含する概念として用いるため様相を異にしている。

## 【表 4-1】ソーシャルワーカーの倫理綱領

### 前文

われわれソーシャルワーカーは、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する。われわれは平和を擁護し、人権と社会正義の原理に則り、サービス利用者本位の質の高い福祉サービスの開発と提供に努めることによって、社会福祉の推進とサービス利用者の自己実現をめざす専門職であることを言明する。

われわれは、社会の進展に伴う社会変動が、ともすれば環境破壊及び人間疎外をもたらすことに着目する時、この専門職がこれからの福祉社会にとって不可欠の制度であることを自覚するとともに、専門職ソーシャルワーカーの職責についての一般社会及び市民の理解を深め、その啓発に努める。

われわれは、われわれの加盟する国際ソーシャルワーカー連盟が採択した、次の「ソーシャルワークの定義」(2000年7月)を、ソーシャルワーク実践に適用され得るものとして認識し、その実践の拠り所とする。

### ソーシャルワークの定義

ソーシャルワーク専門職は、人間の福利(ウェルビーイング)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。(IFSW:2000.7.)

われわれは、ソーシャルワークの知識、技術の専門性と倫理性の維持、向上が専門職の職責であるだけでなく、サービス利用者は勿論、社会全体の利益に密接に関連していることを認識し、本綱領を制定してこれを遵守することを誓約する者により、専門職団体を組織する。

### 価値と原則

- I. (人間の尊厳) ソーシャルワーカーは、すべての人間を、出自、人種、性別、年齢、身体的精神的状況、宗教的文化的背景、社会的地位、経済状況等の違いにかかわらず、かけがえのない存在として尊重する。
- II. (社会正義) ソーシャルワーカーは、差別、貧困、抑圧、排除、暴力、環境破壊などの無い、自由、平等、共生に基づく社会正義の実現をめざす。
- III. (貢献) ソーシャルワーカーは、人間の尊厳の尊重と社会正義の実現に貢献する。
- IV. (誠実) ソーシャルワーカーは、本倫理綱領に対して常に誠実である。
- V. (専門的力量) ソーシャルワーカーは、専門的力量を発揮し、その専門性を高める。

### 倫理基準

#### I. 利用者に対する倫理責任

1. (利用者との関係) ソーシャルワーカーは、利用者との専門的援助関係を最も大切にし、それを自己の利益のために利用しない。
2. (利用者の利益の最優先) ソーシャルワーカーは、業務の遂行に際して、利用者の利益を最優先に考える。
3. (受容) ソーシャルワーカーは、自らの先入観や偏見を排し、利用者があるがままに受容する。
4. (説明責任) ソーシャルワーカーは、利用者に必要な情報を適切な方法・わかりやすい表現を用いて提供し、利用者の意思を確認する。
5. (利用者の自己決定の尊重) ソーシャルワーカーは、利用者の自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していただけるように援助する。
6. (利用者の意思決定能力への対応) ソーシャルワーカーは、意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する。
7. (プライバシーの尊重) ソーシャルワーカーは、利用者のプライバシーを最大限に尊重し、関係者から情報を得る場合、その利用者から同意を得る。
8. (秘密の保持) ソーシャルワーカーは、利用者や関係者から情報を得る場合、業務上必要な範囲にとどめ、その秘密を保持する。秘密の保持は、業務を退いた後も同様とする。
9. (記録の開示) ソーシャルワーカーは、利用者から記録の開示の要求があった場合、本人に記録を開示する。
10. (情報の共有) ソーシャルワーカーは、利用者の援助のために利用者に関する情報を関係機関・関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう最善の方策を用いる。
11. (性的差別、虐待の禁止) ソーシャルワーカーは、利用者に対して、性別、性的指向等の違いから派生する差別やセクシュアル・ハラスメント、虐待をしない。
12. (権利侵害の防止) ソーシャルワーカーは、利用者を擁護し、あらゆる権利侵害の発生を防止する。

#### II. 実践現場における倫理責任

1. (最良の実践を行う責務) ソーシャルワーカーは、実践現場において、最良の業務を遂行するために、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。
2. (他の専門職等との連携・協働) ソーシャルワーカーは、相互の専門性を尊重し、他の専門職等と連携・協働する。
3. (実践現場と綱領の遵守) ソーシャルワーカーは、実践現場との間で倫理上のジレンマが生じるような場合、実践現場が本綱領の原則を尊重し、その基本精神を遵守するよう働きかける。
4. (業務改善の推進) ソーシャルワーカーは、常に業務を点検し評価を行い、業務改善を推進する。

#### III. 社会に対する倫理責任

1. (ソーシャル・インクルージョン) ソーシャルワーカーは、人々をあらゆる差別、貧困、抑圧、排除、暴力、環境破壊などから守り、包含的な社会を目指すよう努める。
2. (社会への働きかけ) ソーシャルワーカーは、社会に見られる不正義の改善と利用者の問題解決のため、利用者や他の専門職等と連携し、効果的な方法により社会に働きかける。
3. (国際社会への働きかけ) ソーシャルワーカーは、人権と社会正義に関する国際的問題を解決するため、全世界のソーシャルワーカーと連携し、国際社会に働きかける。

#### IV. 専門職としての倫理責任

1. (専門職の啓発) ソーシャルワーカーは、利用者・他の専門職・市民に専門職としての実践を伝え社会的信用を高める。
2. (信用失墜行為の禁止) ソーシャルワーカーは、その立場を利用した信用失墜行為を行わない。
3. (社会的信用の保持) ソーシャルワーカーは、他のソーシャルワーカーが専門職業の社会的信用を損なうような場合、本人にその事実を知らせ、必要な対応を促す。
4. (専門職の擁護) ソーシャルワーカーは、不当な批判を受けることがあれば、専門職として連携し、その立場を擁護する。
5. (専門性の向上) ソーシャルワーカーは、最良の実践を行うために、スーパービジョン、教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図る。
6. (教育・訓練・管理における責務) ソーシャルワーカーは教育・訓練・管理に携わる場合、相手の人権を尊重し、専門職としてのよりよい成長を促す。
7. (調査・研究) ソーシャルワーカーは、すべての調査・研究過程で利用者の人権を尊重し、倫理性を確保する。

## 【表 4-2】日本精神保健福祉士協会の倫理綱領

### 前 文

われわれ精神保健福祉士は、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざし、社会福祉学を基盤とする精神保健福祉士の価値・理論・実践をもって精神保健福祉の向上に努めるとともに、クライアントの社会的復権・権利擁護と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職としての資質の向上に努め、誠実に倫理綱領に基づく責務を担う。

### 目 的

この倫理綱領は、精神保健福祉士の倫理の原則および基準を示すことにより、以下の点を実現することを目的とする。

1. 精神保健福祉士の専門職としての価値を示す
2. 専門職としての価値に基づき実践する
3. クライアントおよび社会から信頼を得る
4. 精神保健福祉士としての価値、倫理原則、倫理基準を遵守する
5. 他の専門職や全てのソーシャルワーカーと連携する
6. すべての人が個人として尊重され、共に生きる社会の実現をめざす

### 倫理原則

1. クライアントに対する責務
  - (1) 【クライアントへの関わり】精神保健福祉士は、クライアントの基本的な人権を尊重し、個人としての尊厳、法の下での平等、健康で文化的な生活を営む権利を擁護する。
  - (2) 【自己決定の尊重】精神保健福祉士は、クライアントの自己決定を尊重し、その自己実現に向けて援助する。
  - (3) 【プライバシーと秘密保持】精神保健福祉士は、クライアントのプライバシーを尊重し、その秘密を保持する。
  - (4) 【クライアントの批判に対する責務】精神保健福祉士は、クライアントの批判・評価を謙虚に受けとめ、改善する。
  - (5) 【一般的責務】精神保健福祉士は、不当な金品の授受についてはならない。また、クライアントの人格を傷つける行為をしてはならない。
2. 専門職としての責務
  - (1) 【専門性の向上】精神保健福祉士は、専門職としての価値に基づき、理論と実践の向上に努める。
  - (2) 【専門職自律の責務】精神保健福祉士は同僚の業務を尊重するとともに、相互批判を通じて専門職としての自律性を高める。
  - (3) 【地位利用の禁止】精神保健福祉士は、職務の遂行にあたり、クライアントの利益を最優先し、自己の利益のためにその地位を利用してはならない。
  - (4) 【批判に関する責務】精神保健福祉士は、自己の業務に対する批判・評価を謙虚に受けとめ、専門性の向上に努める。
  - (5) 【連携の責務】精神保健福祉士は、他職種・他機関の専門性と価値を尊重し、連携・協働する。
3. 機関に対する責務 精神保健福祉士は、所属機関がクライアントの社会的復権を目指した理念・目的に添って業務が遂行できるように努める。
4. 社会に対する責務 精神保健福祉士は、人々の多様な価値を尊重し、福祉と平和のために、社会的・政治的・文化的活動を通し社会に貢献する。

### 倫理基準

1. クライアントに対する責務
  - (1) 【クライアントへの関わり】精神保健福祉士は、クライアントをかけがえのない一人の個人として尊重し、専門的援助関係を結び、クライアントとともに問題の解決を図る。
  - (2) 【自己決定の尊重】
    - a クライアントの知る権利を尊重し、クライアントが必要とする支援、信頼における情報を適切な方法で説明し、クライアントが決定できるよう援助する。
    - b 業務遂行に関して、サービスを利用する権利および利益、不利益について説明し、疑問に十分応えた後、援助を行う。援助の開始にあたっては、所属する機関や精神保健福祉士の業務について契約関係を明確にする。
    - c クライアントが決定することが困難な場合、クライアントの利益を守るため最大限の努力をする。
  - (3) 【プライバシーと秘密保持】精神保健福祉士は、クライアントのプライバシーの権利を擁護し、業務上知り得た個人情報について秘密を保持する。なお、業務を辞めたあとも、秘密を保持する義務は継続する。
    - a 第三者から情報の開示の要求がある場合、クライアントの同意を得た上で開示する。クライアントに不利益を及ぼす可能性がある時には、クライアントの秘密保持を優先する。
    - b 秘密を保持することにより、クライアントまたは第三者の生命、財産に緊急の被害が予測される場合は、クライアントとの協議を含め慎重に対処する。
    - c 複数の機関による支援やケースカンファレンス等を行う場合には、本人の了承を得て行い、個人情報の提供は必要最小限にとどめる。また、その秘密保持に関しては、細心の注意を払う。  
クライアントに関係する人々の個人情報に関しても同様の配慮を行う。
    - d クライアントを他機関に紹介する時には、個人情報や記録の提供についてクライアントとの協議を経て決める。
    - e 研究等の目的で事例検討を行うときには、本人の了承を得るとともに、個人を特定できないように留意する。
    - f クライアントから要求がある時は、クライアントの個人情報を開示する。ただし、記録の中にある第三者の秘密を保護しなければならない。
    - g 電子機器等によりクライアントの情報を伝達する場合、その情報の秘密性を保証できるよう最善の方策を用い、慎重に行う。
  - (4) 【クライアントの批判に対する責務】精神保健福祉士は、自己の業務におけるクライアントからの批判・評価を受けとめ、改善に努める。
  - (5) 【一般的責務】
    - a 精神保健福祉士は、職業的立場を認識し、いかなる事情の下でも精神的・身体的・性的いやがらせ等人格を傷つける行為をしてはならない。
    - b 精神保健福祉士は、機関が定めた契約による報酬や公的基準で定められた以外の金品の要求・授受をしてはならない。
2. 専門職としての責務
  - (1) 【専門性の向上】
    - a 精神保健福祉士は専門職としての価値・理論に基づく実践の向上に努め、継続的に研修や教育に参加しなければならない。
    - b スーパービジョンと教育指導に関する責務
  - 1) 精神保健福祉士はスーパービジョンを行う場合、自己の限界を認識し、専門職として利用できる最新の情報と知識に基づいた指導を行う。
  - 2) 精神保健福祉士は、専門職として利用できる最新の情報と知識に基づき学生等の教育や実習指導を積極的に行う。
  - 3) 精神保健福祉士は、スーパービジョンや学生等の教育・実習指導を行う場合、公正で適切な指導を行い、スーパーバイザーや学生等に対して差別・酷使・精神的・身体的・性的いやがらせ等人格を傷つける行為をしてはならない。
  - (2) 【専門職自律の責務】
    - a 精神保健福祉士は、適切な調査研究、論議、責任ある相互批判、専門職組織活動への参加を通じて、専門職としての自律性を高める。
    - b 精神保健福祉士は、個人的問題のためにクライアントの援助や業務の遂行に支障をきたす場合には、同僚等に速やかに相談する。また、業務の遂行に支障をきたさないよう、自らの心身の健康に留意する。
  - (3) 【地位利用の禁止】精神保健福祉士は業務の遂行にあたりクライアントの利益を最優先し、自己の個人的・宗教的・政治的利益のために自己の地位を利用してはならない。また、専門職の立場を利用し、不正、搾取、ごまかしに参画してはならない。
  - (4) 【批判に関する責務】
    - a 精神保健福祉士は、同僚の業務を尊重する。
    - b 精神保健福祉士は、自己の業務に関する批判・評価を謙虚に受けとめ、改善に努める。
    - c 精神保健福祉士は、他の精神保健福祉士の非倫理的行動を防止し、改善するよう適切な方法をとる。
  - (5) 【連携の責務】
    - a 精神保健福祉士は、クライアントや地域社会の持つ力を尊重し、協働する。
    - b 精神保健福祉士は、クライアントや地域社会の福祉向上のため、他の専門職や他機関等と協働する。
    - c 精神保健福祉士は、所属する機関のソーシャルワーカーの業務について、点検・評価し同僚と協働し改善に努める。

## 5. 精神保健福祉士の機能と役割（日本精神保健福祉士協会における『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版』の検証）

### 1) 精神保健福祉士の基本的視点

精神保健福祉士の国家資格化の背景については先にふれた。またこの背景には先に示した社会的入院の問題だけではなく、また、この背景には「宇都宮病院事件」、「大和川病院事件」など、精神科医療における人権問題が社会的注目を浴びたこともある。さらに、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（当時）における「Y 問題」<sup>1)</sup> とそれに対する議論と対応、そこから得られた「課題の一般化」等において、精神障害者本人や家族に対する権利擁護への更なる意識と責任性がここで培われたと言えよう。これらの歴史的経緯を見ても、当初から、精神保健福祉士（当時の精神科ソーシャルワーカー）に課せられた社会的な責務は社会的入院患者の社会復帰、さらには精神障害者や家族の権利擁護のための取り組みがその主たる役割であり、条文にそのことが反映されたことがうかがえる。

では、ここで精神保健福祉士の視点、目的や価値に関して述べられた文献を概観してみたい。荒田は精神保健福祉士の視点と目的について論じている。その中で、「視点」については、①個と全体の状況性を考える視点、②クライアントの立場を尊重し、人権を擁護する視点、③クライアントの自己決定を尊重する視点、④クライアントを理解する視点、を挙げており、またその「目的」として①社会参加の促進と医療の社会化、②地域生活支援と地域づくり、③「患者」から「生活者」への転換、を挙げている（荒田 2002 : 24-35）。

また荒田らは、Butrym の示したソーシャルワークの基本的な価値前提（「人間（権）尊重」：精神障害者が自らの生活課題に取り組んでいけるような条件整備、エンパワメントの実現のため当事者の主体的な活動、「人間の社会性」：クライアント自身とクライアントを取り巻く社会環境や状況に焦点化、クライアントとの協働による解決への援助、「人間の変化の可能性」：社会復帰は主体性の回復の過程、変化の可能性への信頼と見出す努力）に沿いながら精神保健福祉士の価値を整理している（荒田ほか 2009 : 64-72）。

さらに田中は、精神保健福祉士の社会的役割について「社会的入院や無権利状態を解決し、精神障害者の自立と社会参加を支援するために、包括的なりハビリテーションの展開と住む場や働く場の創出に役割を發揮する新しい専門職」とし、その独自の専門性を主張している（田中 2001 : 88）。

このように、昨今の退院促進や地域移行を中心的課題とする時代にあっても精神保健福祉士の社会的責務とは、精神障害者の社会的復権について彼らの主体性や権利を尊重しつつ、

彼らの抱える課題を社会との関係性の中で捉えなおしながら、その過程を支え、地域との接点づくりあるいは地域づくりそのものに働きかけることであると整理できる。

では、専門職団体である日本精神保健福祉士協会では精神保健福祉士の機能や役割をどのように位置づけているのであろうか。1989（平成元）年に、前身である日本精神医学ソーシャルワーカー協会が『精神科ソーシャルワーカー業務指針』を作成・公表しているが、その後の社会状況の変化や活動領域の広がりなどから 2010（平成 22）年に『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第 1 版』（以下、『業務指針及び業務分類』）を公表している。『業務指針及び業務分類』では、精神保健福祉士はソーシャルワーカーの視点に立つものであり、ソーシャルワーカーの基本的視点として、①利用者の権利擁護、②ソーシャルワーカーとしての自己の先入観や偏見を排し、利用者を受容する、③利用者の援助にあたっては、利用者の利益を最優先する、という基本的視点を強調している。加えて、精神保健福祉の利用者が抱える特殊な問題・課題に対して、長期にわたる隔離収容の歴史、長期在院患者の取り組みの進展の遅々とした状況から利用者のパワレスが引き起こされていることを理解した上での精神保健福祉士の視点として、①主体性の回復、②安心して居られる場や所属できる場や信頼できる人の獲得、③ピアサポート、を提示し、さらに業務を行う上で共通して貫かれなければならない視点として、①人と状況の全体関連性、②自己決定、③ストレングス（視点）、④地域性を捉える、⑤権利擁護（すべての人間の平等、知る権利の保障、苦情解決、アドボカシー、情報開示等）を示している。また、これらの基盤となる視点に経験や成長といった要素、経験の少ないものへの鳥瞰となるようなわかりやすさを加え、①クライアントとのかかわりを通して広がる視点、②時系列変化を加味した精神保健福祉士の視点、③精神保健福祉士の視点からみた視点の比較、④コミュニティワーク実践における精神保健福祉士の視野、について構造図を作成し指針の一つとしている（社団法人日本精神保健福祉士協会 2010: 11-13）。

①「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」は「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」では、クライアントと同じ目線に立つだけでなく、同時にクライアントの足下に広がる地域社会や資源を見据え、地域のアセスメントやニーズ把握まで含まれている。また、②の「時系列変化を加味した精神保健福祉士の視点」では、精神保健福祉士が専門職として経験を積む時系列変化を示しており、クライアントとの信頼関係の深まりと、それによって見えてくる生活の幅、必要な地域資源の見え方も広がってくることを表している。また同時に地域社会にとって資源である精神保健福祉士が成長することで、地域社会の将来像を描き、様々なソーシャルアクションに結びつけて考えることができるようになることも

示している。③の「精神保健福祉士の視点からみた視点の比較」では、所属機関と精神保健福祉士のスタンスによって見える視点の違いを表している。特に地域をアセスメントするためには柔軟性をもって、自らの所属する機関も客観性をもってみることの重要性を示唆している。そして、④の「コミュニティワーク実践における精神保健福祉士の視野」では、コミュニティワーク実践におけるミクロ、メゾ、マクロの各レベルでの視点の違い、さらに鳥瞰的な視野による地域アセスメントにも触れている。必要に応じて、マクロの視点で政策立案の見地から地域を捉えたり、目の前の事に戻ったりする縦断的視野を立体的に表している。さらに精神保健福祉士の経験と力量の向上に伴って、その地域における役割の高さもかわってくるのがポジションレベルで示されている（社団法人日本精神保健福祉士協会 2010：11-13）。有意な経験の蓄積の中で自己や所属機関を客観視できるようになったり、クライアントとのミクロレベルでのかかわりの向こうにメゾ・マクロレベルにおける自己の社会的役割を鳥瞰できるようになるプロセスが示されている。

また、『業務指針及び業務分類』では、精神保健福祉士がソーシャルワーク業務を展開するにあたり、どの業務にも共通して貫かれなければならない「理念」として、①自己実現、②QOLの保障及び向上、③地域生活支援、④安心安全な暮らし／生き方、⑤エンパワメント、⑥主体性の尊重、⑦自尊心（セルフエフィカシー）、⑧本人主体、⑨リカバリー（回復・再構築）を示している（社団法人日本精神保健福祉士協会：2010）。

このように、精神保健福祉士である前提として抱える「ソーシャルワーカーの基本的視点」、「精神保健福祉士の視点」、「精神保健福祉士として業務を行う上での視点」は、実践を行う者の基本的指針となるものであり、これらが他者との関係や自らの内面において「揺さぶられる」状況が起こった時に「社会的責務との間で発生するディレンマ」となるのである。

## 2) 精神保健福祉士の業務

『業務指針及び業務分類』では精神保健福祉士の業務特性に関する整理がなされている。それは、日本精神保健福祉士協会の保有する倫理綱領をもとに、倫理基準ごとに必要とされる責務や目標、目的、機能、共通する視点について示したものである（【表 4-3】）。注目してみたいのは、「ソーシャルワーク機能概要」において目標レベルを①個人／集団、②専門、③組織、④地域、⑤社会／共生と設定し、それぞれの目標が相互作用し補完しあうことで責務を果たしていけるような構造になっていることである。ただし、別の視点で考えるとこれらのうちの一つが機能不全状態に陥る（＝精神保健福祉士がディレンマを抱える）と、他のレ

ベルにおける責務も果たしていけなくなるという事を表しているのである。

【表 4-3】精神保健福祉士の業務特性に関する整理

倫理綱領（社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領）					
倫理基準	倫理基準 1	倫理基準 2	倫理基準 3	倫理基準 4	
	クライアントに対する責務	専門職としての責務	機関に対する責務	社会に対する責務	
ソーシャルワーク機能概要					
レベル	①個人/集団	② 専門	③ 組織	④ 地域	⑤ 社会/共生
精神保健福祉士の責務	人々のニーズに応じ生活者の視点でかわることで、その人の持つ力が発揮できるような支援を行う。	目標①、③、④、⑤を遂行できるように、精神保健福祉士としての力量を備える。	目標①を組織として遂行できるように組織づくり。	目標①を果たすための地域内の調整、連携等（生活レベル）。	目標①を果たすための社会づくり（政策レベル）。
目標	人々が持っている力を発揮し、主体的に本人が望む生活を実現する。	人々の持っている力を肯定的に評価し、主体的に生きられるような支援（かかわり）を担保する。	組織が人々の人権を尊重し、公共性を保持し、円滑な運営を促進する。	地域の中で本人が望む暮らしを保障するための地域づくり。	本人が望む暮らしを保障するための社会施策を進展させ、改善する。
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人、集団（グループ）、地域（コミュニティ）、社会の主体性を尊重し、それぞれがそれぞれなりに力をつけていくプロセス（エンパワメント）を支援する。</li> <li>・本人の訴えや語り、思いに寄り添い、受容、傾聴、共感等の援助技術を活用した「かかわり」をととして信頼関係を構築する。</li> <li>・本人の望む生き方、暮らしと合わせて、今おかれている生活の現状把握（本人の力、生活のしづらさ、周囲環境の状況など）、困っていること（ニーズ）を的確に把握し、望む生き方、暮らしに近づけるための具体的な方策をとともに考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職としての資質を向上する。</li> <li>・専門職としての行為（行動）基準、価値、倫理を共有し推進する。</li> <li>・サービスの提供や共有における効率と効果の増大を図る。</li> <li>・専門職として組織内及び/あるいは社会的要請に応じて各種会議等へ参加し専門的知見から意見を述べる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会的ニーズを充足するための組織運営を行う。</li> <li>・サービスに関して利用者のニーズ中心の組織運営を行う。</li> <li>・組織内の人権意識を高め、個性を重視したサービス提供を促進する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人々が地域の中でよりよい暮らしをするための、フォーマル及びインフォーマルネットワークづくり</li> <li>・地域内に不足している社会資源を開発</li> <li>・開拓するセルフヘルプグループ活動への支援、精神保健福祉の課題について地域住民と共有する。</li> <li>・スティグマの克服にかかわる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法令、規則等の理解、解釈する。</li> <li>・ニーズに応じた政策展開を提言する。</li> <li>・不適当な政策や法令の見直しまたは改善を申し入れる（運用の適正化）。</li> <li>・農村地域等、人的資源が不足している地域への支援。</li> <li>・災害時等の支援。</li> </ul>
機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受理（インテーク）</li> <li>・審査（スクリーニング）</li> <li>・選別（トリアージ）</li> <li>・事前評価（アセスメント）</li> <li>・エンパワメント</li> <li>・情報収集</li> <li>・情報提供</li> <li>・支援計画（プランニング）</li> <li>・支援</li> <li>・各種制度の申請</li> <li>・利用に関する支援</li> <li>・グループワーク</li> <li>・プロセス評価（モニタリング）</li> <li>・事後評価（エヴァリュエーション）</li> <li>・連携/調整/コーディネート</li> <li>・紹介/リンケージ</li> <li>・セルフヘルプ、ピア活動への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己研鑽</li> <li>・教育・育成（スーパービジョン）</li> <li>・研修企画・開催</li> <li>・記録</li> <li>・調査、統計</li> <li>・研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理、運営</li> <li>・コーディネーション</li> <li>・協議</li> <li>・コンサルテーション</li> <li>・苦情解決</li> <li>・連携/調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域理解/地域アセスメント</li> <li>・資源開発・開拓</li> <li>・組織化</li> <li>・ネットワーク化</li> <li>・動員/誘致</li> <li>・紹介/交流促進</li> <li>・ソーシャルアクション</li> <li>・啓発</li> <li>・予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政策分析</li> <li>・政策主張</li> <li>・政策展開</li> <li>・啓発/企画</li> <li>・予防</li> <li>・災害支援</li> </ul>
視点（共通）	共通視点：自己実現、主体性の獲得（尊重）、受容、人権と権利擁護、エンパワメント、ストレングス視点、自己決定、人と状況の全体性、地域性の把握、秘密保持 抱えている状況：ジレンマ				

資料：社団法人日本精神保健福祉士協会（2010）『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版』

### 3) 医療機関における精神保健福祉士の業務指針

『業務指針及び業務分類』では、医療機関における精神保健福祉士の業務指針に関する整理がなされている（【表 4-4】）（社団法人日本精神保健福祉士協会 2010：52-57）。「主な機能と提供されるサービス」は受診時の対応や入院中の継続的生活支援、家族支援、チーム医療のメンバーとしての業務、地域における社会資源の展開、存続、協力など多岐にわたっている。また、「対処する問題の主要なカテゴリー」についても、専門的問題への対応から職業問題、生活設計、人間関係、虐待問題など、人が生活を営む上で対面する重大な課題についての対応を求められていることがわかる。

【表 4-4】 医療機関における精神保健福祉士の業務指針

主な機能と提供されるサービス		
・受診受療相談(インテークあるいは受診時の評価・スクリーニング)	・家族問題支援	
・心理社会的アセスメント(事前評価)及び援助計画	・居住支援	
・情報の提供と紹介	・社会参加と活動への支援	
・危機介入	・集団支援(デイケア・グループ活動・集団療法)	
・入院中の相談支援	・家族への支援(家族教室・家族ミーティング・教育)	
・患者と家族の支援と権利擁護	・精神科以外の受診受療相談	
・退院支援(退院・転院及びアフター援助計画)	・チーム医療のメンバーとしての役割とその調整	
・外来通院中のフォローアップ	・地域における社会資源の展開、存続、協力	
・日常生活支援	・研修・教育・調査・研究	
・経済的問題支援		
対処する問題の主要なカテゴリー		
・患者とその家族の疾病、及び受診・入院したことによって起きる問題	・家族機能の問題	
・職業的・教育的問題	・住居及び生活設計の問題	
・法律上の問題	・人間関係問題	
・経済的問題	・虐待の問題	
指針	内容	キーワード
1	受診前・受診初期の心理社会的評価(スクリーニング)	スクリーニング、アセスメント、危機介入
2	心理社会的アセスメントと計画	アセスメント、支援計画、ストレングス
3	包括的な支援の実施	連携、コーディネート、リンケージ、モニタリング
4	チーム医療(他職種との連携)	連携、コーディネート、ケア会議
5	地域との連携	アセスメント、アンチスティグマ、地域移行
6	グループの活用	グループダイナミクス、リハビリテーション、リカバリー、エンパワメント
7	積極的介入(虐待、早期介入、アウトリーチ、自殺予防等)	権利擁護、危機介入、再発防止、関係修復

資料：社団法人日本精神保健福祉士協会（2010）『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版』をもとに筆者が作成

#### 4) 精神保健福祉士の業務実態

日本精神保健福祉士協会は構成員（精神保健福祉士であり協会に加入しているもの）がどのような現場でどのような活動を行っているのかについて、その活動の場、対象、連携協力者、内容などについて明らかにするための業務実態調査を行い、2009（平成 21）年 3 月に『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』（以下、『業務実態調査報告書』）を公表している。

この『業務実態調査報告書』によれば、個々の業務内容の目的（勤務先の分類×業務分類大項目）（【表 4-5】）は「生活支援」が 45.7%（精神科病院勤務については、40.5%）を占め、「医療に関わる支援」や「社会的役割の獲得・回復のための支援」を中心として担っていることがわかる。他方、「機関運営」については、精神科病院勤務の者が関わっている割合は 7.0%となっており全体 11.8%より低い水準になっている（機関運営に携わっていない）ことがわかる。



業務内容の目的（勤務先の分類×業務分類中項目）（【表 4-6】）では、医療機関勤務の者について、「日常生活支援」の割合が 9.9%（精神科病院勤務については、9.4%）福祉施設等勤務者の半数以下の数値となっている。また、医療機関勤務の者は「入院支援」（3.4%）より「退院支援」（7.4%）であり、特に精神科病院勤務については「入院支援」（3.6%）に対し、「退院支援」（9.3%）と圧倒的に多くなっており、社会復帰や退院促進のための活動を積極的にやっていることが明らかになっている。

また、「勤務先の分類×実施業務」（【表 4-7】）によれば、医療機関勤務に関して「面接 当事者」や「電話 関係機関」、「記録」の割合が高くなっているのと同時に、「一緒に活動する」や「見守り・声かけ」、「施設運営管理業務」がここでも低くなっている。フォーマルな精神保健福祉士としての面接や連携活動において高い数値である一方、クライアントに「寄り添い」ながら、伴走者としての役割を医療機関では果たしにくくなっているといえる。

最後に「勤務先の分類×連携職種」（【表 4-8】）を見てみたい。精神保健福祉士の実践領域の広がりとともに、多様な職種と連携していることがわかる。当事者や家族も連携の対象になっていることに精神保健福祉士の専門的特徴があるともいえる。ただし、精神科病院勤務の者について言えば、医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士など所属機関内での連携がその多くを占めており、関係機関の多様な職種との広がりが見られると言える段階にまでは至っていない。

【表 4-5】業務内容の目的（勤務先の分類×業務分類大項目）

	業務数合計	生活支援	医療に関わる支援	教育に関わる支援	社会的役割の獲得・回復のための支援	環境に働きかける支援	普及啓発	ネットワーク形成	資源開拓・創出	自己研鑽	教育・養成	機関運営
全体	6,728	45.7	21.9	0.5	7.3	1.6	1.2	2.3	0.8	0.9	1.8	11.8
行政機関勤務	245	41.6	13.9	0.8	5.7	2.0	3.3	2.0	0.4	1.6	6.1	18.4
関連団体勤務	106	32.1	8.5	0.0	7.5	2.8	2.8	0.9	0.0	0.0	0.9	44.3
司法機関勤務	25	60.0	4.0	0.0	0.0	28.0	0.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0
労働関係機関勤務	15	33.3	0.0	0.0	60.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7
医療機関勤務	3,606	40.3	35.5	0.6	5.5	1.7	0.6	1.4	0.6	0.9	1.9	7.3
うち精神科病院	2,111	40.5	35.8	0.3	5.4	2.2	0.6	1.4	0.6	0.8	2.2	7.0
障害児・者福祉施設等	2,424	53.3	5.1	0.3	10.4	1.0	1.6	3.6	1.2	0.9	1.4	15.8
その他福祉施設等	292	56.2	8.6	0.7	2.1	2.4	2.1	2.7	0.0	1.7	0.7	17.8
その他	15	53.3	26.7	0.0	0.0	0.0	6.7	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：社団法人日本精神保健福祉士協会『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』（2009年）をもとに筆者が作成

【表 4-6】業務内容の目的（勤務先の分類×業務分類中項目）

業務数合計	精神保健福祉に 関わる相談	受診支援	入院支援	退院支援	入所支援	退所支援	生活・ 問題調整上の 苦情処理・処遇改善	経済問題調整	危機介入	教育問題調整	就労支援	住居支援	日常生活支援	心理情動的支援	当事者活動に 関わる支援	記録	連絡・調整・伝達	支援会議	プログラム活動などの 運営活動などの	所属機関内の各種会議	情報処理	所属機関内運営事務	所属機関内の施設・ 備品管理維持設	広報活動	地域関連機関の各種 会議や行事への各種 協力参加への各種	ボランティア育成	研修・学会の参加	関係者への教育指導・ 研究など	その他
全体	0.6	3.3	1.9	4.3	0.8	0.5	7.1	4.2	0.9	0.2	3.4	1.1	14.7	5.4	1.4	8.6	13.1	2.3	4.9	3.8	2.8	2.5	2.9	0.8	1.4	0.1	0.5	1.3	3.0
行政機関勤務	4.1	5.7	1.2	2.4	1.2	0.4	4.9	3.7	0.4	0.0	1.6	0.0	16.3	5.3	2.9	5.3	6.9	4.1	0.4	4.5	5.7	1.2	0.4	2.4	2.0	0.0	1.6	4.5	7.8
関連団体勤務	1.9	3.8	0.0	1.9	0.0	0.0	4.7	3.8	0.9	0.0	0.9	0.9	14.2	2.8	1.9	6.6	6.6	0.9	2.8	6.6	1.9	14.2	5.7	7.5	0.9	0.0	0.0	0.9	6.6
司法機関勤務	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	48.0	0.0	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	8.0	0.0	4.0	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0
労働関係機関勤務	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医療機関勤務	0.6	4.9	3.4	7.4	0.6	0.3	9.4	6.5	1.2	0.2	1.8	1.2	9.9	4.5	1.1	9.0	13.9	2.1	5.0	3.9	3.1	1.1	1.5	0.3	0.7	0.0	0.4	1.3	3.1
うち精神科病院	0.4	4.1	3.6	9.3	0.8	0.4	8.8	7.6	1.2	0.1	1.2	1.4	9.4	3.4	0.9	8.5	15.3	2.2	3.8	4.5	3.5	1.2	1.2	0.4	0.7	0.0	0.4	1.6	2.8
障害児・者福祉施設等	0.3	0.9	0.2	0.5	1.2	0.8	4.0	1.6	0.6	0.0	6.1	1.3	20.3	6.4	1.5	8.3	12.8	2.6	5.3	3.5	2.1	4.2	4.6	1.0	2.5	0.2	0.5	1.2	2.3
その他福祉施設等	0.3	1.7	0.0	0.0	0.7	0.3	7.2	0.0	0.3	0.3	1.0	0.0	25.7	8.2	1.7	9.9	14.0	2.7	3.1	3.1	4.1	2.4	7.2	1.0	1.4	0.3	0.7	0.3	1.7
その他	0.0	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	13.3	20.0	0.0	0.0	13.3	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：社団法人日本精神保健福祉士協会（2009）『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』  
をもとに筆者が作成

【表 4-7】具体的実施業務（勤務先の分類×実施業務）

業務数合計	当事者	家族	当事者と家族	合同による面接	面接			電話			グループワーク			見守り・声かけ	一緒に活動する	自己研鑽	知識・ 講義・術指 導・	広報活動	施設運営管理業務	施設維持管理業務	企画・立案	調査・研究	代理行為	社会的活動	待機	その他							
					当事者	家族	当事者	所属機関内職員	関係諸機関	記録	当事者	家族	当事者														間接的	直接的					
					15	33.3	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0														0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
全体	6,728	14.4	2.8	1.5	1.2	5.3	3.6	12.5	2.9	10.3	2.5	0.1	4.4	0.8	0.3	4.5	2.8	6.5	1.9	1.6	6.2	0.5	1.2	0.5	1.6	3.3	2.4	1.1	0.7	0.6	0.1	1.8	
行政機関勤務	245	12.7	6.1	0.8	1.2	8.2	2.0	19.2	1.2	6.9	2.5	0.0	2.4	0.8	0.8	0.0	0.4	4.1	2.9	4.5	3.3	0.8	2.9	1.6	0.8	0.4	7.3	2.0	0.0	1.2	0.4	4.1	
関連団体勤務	106	4.7	0.0	0.0	0.0	0.9	3.8	23.6	6.6	8.5	0.8	0.0	3.8	0.9	0.0	0.9	2.8	3.8	2.8	3.8	3.8	0.9	0.9	1.9	4.7	5.7	2.8	0.9	0.0	1.9	0.0	1.9	
司法機関勤務	25	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	16.0	0.0	12.0	7.5	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	24.0	4.0	0.0	12.0
労働関係機関勤務	15	33.3	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7
医療機関勤務	3,606	15.3	3.9	2.0	1.3	4.8	4.9	13.2	4.3	10.8	3.3	0.2	4.0	0.2	0.4	1.6	1.2	8.2	1.4	1.4	7.2	0.4	1.4	0.3	0.9	1.4	1.9	1.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
うち精神科病院	2,111	15.1	4.1	2.1	1.5	3.1	5.4	13.7	4.7	10.6	2.3	0.1	3.5	0.2	0.4	1.5	0.9	9.1	1.1	1.8	8.2	0.5	1.6	0.2	0.8	1.1	2.3	1.1	0.7	0.2	0.0	1.9	
障害児・者福祉施設等	2,424	14.6	1.0	0.7	1.0	6.4	2.0	10.6	1.2	9.7	1.4	0.0	4.7	1.6	0.2	9.0	4.7	4.5	2.6	1.7	5.4	0.5	1.0	0.6	2.4	6.1	2.9	1.3	0.3	0.3	0.0	2.2	
その他福祉施設等	292	7.9	1.7	1.0	0.7	1.4	1.4	8.9	1.7	13.4	1.7	0.0	7.5	1.4	1.0	7.9	9.9	6.8	2.7	0.7	4.1	1.4	0.7	1.0	2.7	6.8	2.1	0.3	1.7	0.9	0.1	1.0	
その他	15	6.7	0.0	13.3	0.0	13.3	13.3	20.0	0.0	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	6.7	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	1.0	

資料：社団法人日本精神保健福祉士協会（2009）『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』  
をもとに筆者が作成

【表 4-8】連携者（勤務先の分類×連携職種）

	業務数合計	特になし	当事者	家族	民生・児童委員	ボランティア	一般市民	機関管理者	医師	看護師	精神保健福祉士	ソーシャルワーカー 医療	社会福祉士	介護福祉士	ケアマネジャー	ホームヘルパー	指導員・支援員	作業療法士	心理士	栄養士
全体	6,728	45.5	3.6	2.1	0.2	0.7	0.2	2.8	7.6	15.8	16.8	1.3	1.6	1.3	1.7	0.7	7.4	3.9	3.8	0.7
行政機関勤務	245	42.0	2.0	2.0	0.0	0.4	0.0	0.4	5.7	2.4	20.8	1.6	1.6	8.0	4.0	1.6	2.0	0.4	2.0	0.0
関連団体勤務	106	41.5	1.9	0.9	0.0	0.9	0.0	6.6	2.8	0.9	17.0	0.0	1.9	0.0	0.0	0.0	12.3	0.0	1.9	0.0
司法機関勤務	25	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0
労働関係機関勤務	15	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.7	0.0	0.0	0.0
医療機関勤務	3,606	42.4	2.8	2.6	0.2	0.2	0.1	1.4	12.3	24.9	15.7	1.7	0.7	0.4	2.0	0.5	1.7	6.8	6.3	0.7
うち精神科病院	2,111	40.5	3.2	2.4	0.3	0.0	0.0	1.3	12.6	26.4	16.5	1.8	0.8	0.6	1.8	0.6	1.8	7.1	6.1	0.9
障害児・者福祉施設等	2,424	50.5	4.6	1.4	0.1	1.4	0.4	4.9	1.9	5.1	19.3	0.7	2.4	1.2	5.0	0.6	16.2	0.7	0.7	0.7
その他福祉施設等	292	45.9	6.2	2.4	1.0	0.7	0.0	4.1	7.0	12.3	9.9	2.4	5.5	14.4	10.6	2.4	6.2	0.3	1.7	1.7
その他	15	66.7	6.7	6.7	0.0	6.7	0.0	6.7	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0
	薬剤師	臨床検査技師	保健師	事務職員	ソーシャルワーカー 福祉事務所	社会福祉協議会職員	（地域福祉権利擁護事業） 生活支援員	ハローワーク職員	障害者職業センター職員	社会復帰調整官	裁判官	弁護士	検察官	警察官	司法書士	行政書士	社会保険労務士	教員・養護教諭	企業カウンセラー	保育士
全体	0.5	0.3	3.2	4.1	2.4	0.4	0.1	0.2	0.4	0.1	0.0	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.3	0.0	0.4
行政機関勤務	0.0	0.0	20.4	5.3	4.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.4	0.4	1.6	0.4	0.0	0.0	1.2	0.0	0.4
関連団体勤務	0.0	0.0	2.8	3.8	8.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
司法機関勤務	0.0	0.0	0.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0	0.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
労働関係機関勤務	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医療機関勤務	0.8	0.5	2.0	4.7	3.0	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0
うち精神科病院	1.2	0.9	2.1	4.6	2.8	0.6	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2	0	0	0	0	0	0.2	0	0
障害児・者福祉施設等	0.1	0.1	3.1	2.8	1.2	0.6	0.0	0.4	0.7	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.2
その他福祉施設等	0.0	0.0	5.5	6.2	0.7	0.7	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.8
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：社団法人日本精神保健福祉士協会（2009）『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』をもとに筆者が作成

## 6. 退院促進・地域移行支援における精神保健福祉士の社会的責務とその課題

ここまで、精神保健福祉士の社会的責務について、精神保健福祉士法や専門職団体の倫理綱領、業務指針や業務分類などを参考に整理を行ってきた。そこには個人的関係性のマイクロレベルの責務から所属組織や地域社会といったメゾレベルでの社会的責務、そして政策へのコミットという点でのマクロレベルでの責務があり、それらが相互に作用したり補完しあったりする中で精神保健福祉士は活動を行っている。

さて、精神障害者の退院促進や地域移行に関しては、精神保健福祉士がキーパーソンとしての役割を果たしていく中で、その社会的復権に向けた主体性の尊重や権利擁護といった部分における社会的責務はますます増加している。第3章で述べたエクソレベルにおける機関

の本質的な役割を遂行するためには、精神保健福祉士の働きかけが成否を握るといえる。エクソレベルにおける自治体の計画立案に精神保健福祉士が精神障害者とともに参画し、そのレベルでの社会的責務を遂行することに意義がある。さらに、入院患者の権利擁護のためには精神医療審査会などの「外発的動機付け」による監視と、精神科病院自身の変革という「内発的動機付け」の双方向からの取り組みが必要である。特に、自らの権利を守ることの出来ない人たちの側に立って、その権利を擁護し主張することは、その職業が始まった当初からソーシャルワーカーの職業実践の主要な部分であった（遠塚谷 2005：45-69）のである。そういう意味からも、この「内発的動機付け」としての精神科病院における精神保健福祉士の社会的責務は大きな意味を持つ。

他方、地域移行支援に関するメゾレベルでの課題に着目したい。元来、精神障害者の退院に関しては、本人や保護者の意見はもちろんであるが、基本的に各精神科病院の中で決定されてきたものであった。しかし、近年の地域移行支援特別対策事業における地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員の役割<sup>2)</sup>を見ると、病院内完結型の支援とは明らかに様相を異にする、精神科医療への「ある種の透明性の担保」を投げかけた、意図的なものであるといえる。あるいは、肥大化した精神科病床数や社会的入院患者に関する脱施設化や地域移行といった理念を具現化するためには、民間精神科病院の自主的取り組みだけでは困難があるとされ、そこまでしなければ民間精神科病院の脱施設化・地域移行は進展しなかったとも言える。精神医療については、法制度上、きめ細かな地域医療計画は立てられておらず、精神病床の機能分化も未成熟な部分を残している。施策で掲げられた理念と所属機関の経営的側面との間で精神保健福祉士の社会的責務が揺れ動き、その責務を全うできないことも十分に考えられる。経営判断に任せた方策なき医療の供給が、儲かる医療すなわち収容医療を肥大させ、経営しやすい地域への病床偏在を招いた（伊藤 2005：26-30）のであれば、この時期における地域移行支援にも具体的かつ明確な方針とそれに伴う公的な配分がなされなければならない。そうでなければ、地域移行支援のシステムや具体的目標としての72,000人の退院やその後の彼らの生活の帰結は、これまでの政策上の失敗を繰り返す危険性を伴う。つまり、ミクロ・メゾ・マクロあるいはエクソといったすべてのステージで精神保健福祉士の社会的責務遂行に向けた活動の保障がなされる状態になれば、相互に作用したり補完し合っている社会的責務の関係性からすると非常に脆弱性を抱えた職種であると言えるのである。

## 7. 小括

第2章から第4章において、権利擁護システムや精神保健福祉士の地域活動への参画のあり方と精神保健福祉士の社会的責務と対比させることで、その課題を明らかにすることを試みてきた。ここでは、権利擁護体制の透明化やそれを行う「所属機関を有する精神保健福祉士」の質・活動保証、さらに内発的な取り組みを支えるための身分保障などの充実が課題となり得る。究極的に社会的責務を限りなく優先させていくためには「所属をなくす（公的な立場への位置づけによる権利擁護への参画や精神科病院への派遣による身分保障など）」、あるいは「ペイシェント・アドボケイター」としての立場から精神障害者の支援に携わる事が考えられる。社会的責務を遂行できないディレンマを抱えた精神保健福祉士が数多く存在し続けることは、地域移行支援の流れをさらに減速させる。結果社会的入院患者が病院内に留まり続け、社会復帰のキーパーソンと成りえなければ、精神保健福祉士に対する社会からの信用や期待も減少しかねない。

医療サービスにおけるソーシャルワーク介入や福祉サービスが点数化されるようになり、経営志向が強まってきている。そのような時代において精神保健福祉士が社会的責務を果たそうとする時、そこには様々なディレンマが生じる<sup>3)</sup>。制度や施策を「運用する」のはあくまでも「人」であり、その「人（支援者）」の倫理や価値が大きく影響する。精神障害者がリカバリーを享受できるような各レベルでの取り組みを円滑に進めていくためには、その質担保のための透明性の確保、この取り組みのキーパーソンであり、権利擁護（外発的・内発的）を行う精神保健福祉士にどのような社会的責務遂行上の困難さ（ディレンマ）があるのかを明らかにし、それらを踏まえた上での制度設計の見直しや活動を保障するシステムが必要になるといえる。

### 【注】

- 1) 1973年横浜で開催された第9回日本PSW協会全国大会・総会の場で、Y氏から「私はあなたたちによって不当にも、無理矢理精神病院に入院させられた」、「二度と人権を無視し、侵害することのないように、各々現場の一線で働いているPSWに訴える」とした「Y問題」が提起された（高橋 2008：106）。『「Y問題と協会活動」』（大野 2004：86-97）ならびに「Y問題調査報告により提起された課題の一般化について」（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 2004：171-180）に詳しい。

- 2) 「地域体制整備コーディネーター」の役割：退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整を行う。「地域移行推進員」の役割：精神科病院等における利用対象者に対する退院への啓発活動、個別支援計画作成と計画に基づいた院外活動に係る同行支援等直接支援を行う。(厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課「厚生労働省政策レポート 精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組み～入院医療中心から地域生活中心へ～」より抜粋)
- 3) 例えば、横山は、①医療機関の経営面（診療報酬）への直接・間接の貢献度を高める一方、これらを手厚く・丁寧にすればするほど「生活の医療的管理」になる。これまでの医療（治療）至上主義的な思考を、そのまま地域生活支援にあてはめて利用者の生活を管理・指導するという「ねじれ現象」が生じる。②地域生活支援業務は他の専門職や非専門職を退ける排他的独占業務ではないため、他者に明確に提示しにくいことがある。という 2 点を挙げている（横山 2006：111）。

## 第5章 調査研究の方法とプロセス

### 1. 研究方法

本研究では、精神科病院に勤務する精神保健福祉士の地域移行・地域定着支援を行う際に抱えるディレンマとそれに対する対応の構造を明らかにするため、先行研究の整理によって筆者が図式化した「対人援助職におけるディレンマ構造」（【図 1-2】）にもとづき、インタビューガイドを作成し、精神科病院に勤務する精神保健福祉士に対し個別インタビュー（半構造化面接：約 60～90 分程度）を行った。質的調査研究法を採用した理由は、専門職が抱えるディレンマについて、結果として捉えるのではなく、人と環境の相互作用の中に身を置き、そのディレンマがクライアント、環境、専門職間の相互作用で織り成され形成されていると考えるならば、ある一時点における状況分析としての横断的研究だけでは限界があるからである。そこで、様々な条件下で勤務する精神保健福祉士のディレンマとその対応構造を明らかにするために、帰納的分析法として質的調査研究法（ここでは特に、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ：以下、M-GTA）を採用した。

### 2. 研究対象

#### 1) 対象地域

本研究の対象なる精神保健福祉士を抽出するにあたって、対象者の勤務する地域の設定を行った。対象となる地域は鹿児島県と設定した。鹿児島県内の精神科病院で勤務する精神保健福祉士を対象としたのは、人口対精神科病床数の多さ、平均在院日数の長さ、などが理由として挙げられる。このような状況下における精神保健福祉士のディレンマの特徴を探ることで、わが国全体における精神保健福祉士の抱える課題の明確化や解決に向けた取り組みの一助とすることができると考えられる。

ここで、鹿児島県における精神科医療や精神保健福祉士に関する状況を厚生労働省の示している「精神保健福祉資料 平成 23 年度 6 月 30 日調査の概要」を基に簡単に概観したい。

まず、精神科病院の概況からみてみたい。鹿児島県における精神科病院は全国精神科病院の設置主体と比して、総合病院における精神科の少なさ（全国：13.2%、鹿児島：3.8%）が注目される。また、わが国の特徴でもあるが、国公立の精神科病院がそもそも少ないのが現状であるが、そのような中でも全国平均よりも民間精神科病院（国公立精神科病院以外）への依存度が高くなっている現状（全国：87.9%、鹿児島：98.1%）がうかがえる。また、人口 10 万対精神科病床数における全国平均は 269.2 床となっているのに対し、鹿児島県は

585.0 床となっており、全国で最も精神病床数の多い地域となっている。わが国の精神病床における平均在院日数の長さ（298.1 日）が、世界でも突出していることについては先に述べたが、その中でも鹿児島県は全国で 2 番目の長さ（420.1 日）となっている。鹿児島県は平均在院日数の長期化に伴い、10 年以上 20 年未満の患者層（全国：11.4%、鹿児島：13.0%）および、20 年以上入院を継続している患者層が（全国：11.4%、15.7%）となっており、全国平均に比べて高くなっている。また、これに従い、高齢層（65 歳以上）の精神障害者が数多く精神科病院にとどまっている（全国：50.3%、鹿児島 53.6%）こともわかる。

このように、本研究の調査対象とした鹿児島県は、人口に対する精神科病床数が全国で最も多い地域であり、長期入院傾向とそれに伴う入院患者の高齢化が進んでいる地域であることがわかる。

## 2) 対象者

調査地域を鹿児島県と設定したことで、鹿児島県内における精神科病院に勤務する精神保健福祉士の中から質的調査研究法の対象者の抽出を行った。対象者の抽出に当たっては、精神科病院に勤務していれば誰でも良いというわけではなく、3 年以上の臨床経験を持つ精神保健福祉士とした。「3 年以上の臨床経験を有する者」を対象とした理由には以下の 2 点があげられる。

まず、1 点目は、精神保健福祉士の職能団体である公益社団法人日本精神保健福祉士協会の保有する生涯研修制度の視点から検討を行った。この生涯研修制度では、段階（経験）を踏んだ研修体系を準備している。その中では①基幹研修Ⅰ（入会時～3 年度未満の構成員）、②基幹研修Ⅱ（入会から 3 年度経過し、基幹研修Ⅰ終了後、概ね 3 年度以内）、③基幹研修Ⅲ（基幹研修Ⅱ終了後、概ね 3 年度以内）、を経て研修認定精神保健福祉士となり、④更新研修（5 年度ごと）を受講することで認定精神保健福祉士となるような、一定の資質担保のためのキャリアパスシステムを保有する。この中で、基幹研修Ⅱの対象者（3 年程度の経験者）は「職場で少し発言力が出てくる」、「いろいろなことが見えてくるので、自分から仕事を組み立てられるようになる」、「日常業務はできるけれど、これでよいのか自信がない」状態にある時期とされ、基幹研修Ⅱを「専門性に裏打ちされた実践の意味が分かり始める」ためのステップとしている（公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2013：iv）。

2 点目は、他領域になるが Benner の示した「看護師のキャリアステージ」（Benner=2005：17-27）から検討を行った。ここでは、看護師のキャリアステージを 5 段階（初心者レベル



(Novice)、新人レベル(Advanced Beginner)、一人前レベル(Competent)、中堅レベル(Proficient)、達人レベル(Expert))に分けている。この中で「一人前レベル(Competent)」とは、2～3年の経験者であり、意識的に立てた長期の目標や計画を踏まえて自分の実践を捉え始める時期とされ、「中堅レベル(Proficient)」は、状況を局面の視点ではなく、全体として捉えることが出来、経験と最近の出来事から明らかとなる「大局観」を得る時期としている。これら2点のようなキャリアステージに関する前例をもとに「実践上のディレンマやそれに対する対応を語るができる能力」が発生する精神保健福祉士(質的調査研究のインフォーマントとして量・質ともに豊かなデータを得られる者)を「3年以上の臨床経験者」と設定した。

対象地域と対象者の条件設定を終えたのち、対象者の選定に着手した。対象者は、調査開始時点ですべて決定していたわけではなく、「理論的サンプリング」<sup>1)</sup>を用い、その結果選んだ精神保健福祉士である。対象者は全部で10名(男性5名、女性5名)であり、役職を持つ精神保健福祉士が5名となっている。また、7名が精神保健福祉士養成課程を有する保健福祉系4年生大学卒業で、2名が福祉系大学卒業後に精神保健福祉士養成施設(専門学校)卒業、1名が専門学校卒業後に精神保健福祉士養成施設(専門学校)を卒業している(【表5-1】)。

【表 5-1】 調査対象者の属性

No.	記号	年齢	性別	経験年数	学 歴	病院内の現業 PSW数	対象者の役職	他の保有資格	調査日
1	A	30	男	7年8か月	保健福祉系4年大学卒	5名	PSW室室長	社会福祉士	2009.11.8
2	B	29	女	7年5か月	保健福祉系4年大学卒	6名	なし	社会福祉士・保育士	2010.9.20
3	C	28	男	5年8か月	保健福祉系4年大学卒	4名	なし	社会福祉士	2010.11.26
4	D	34	男	10年7か月	専門学校卒→養成専門学校卒	6名	なし	保育士・幼稚園教諭Ⅱ種	2010.11.26
5	E	27	女	4年9か月	保健福祉系4年大学卒	18名	なし	社会福祉士	2012.12.8
6	F	27	女	4年9か月	保健福祉系4年大学卒	7名	なし	社会福祉士・介護福祉士	2012.12.14
7	G	48	男	26年0か月	福祉系大学卒→現任者講習	4名	医療相談室主任	なし	2013.3.27
8	H	37	男	14年2か月	福祉系大学卒→養成専門学校卒	8名	地域医療福祉連携課課長	介護福祉士	2013.3.28
9	I	29	女	7年2か月	保健福祉系4年大学卒	4名	地域連携室室長	社会福祉士・介護支援専門員・相談支援専門員	2013.6.7
10	J	29	女	7年2か月	保健福祉系4年大学卒	4名	相談室主任	社会福祉士	2013.6.7

### 3. 倫理的配慮

質的調査研究を実施するにあたっては、①研究の目的・意義、②研究方法・期間、③研究協力への自由意思(断った場合でも不利益を被ることはない)、④研究協力への拒否権(同

意後であってもいつでも拒否することができる）、⑤プライバシーの保護、⑥個人情報の保護の方法、⑦研究中・終了後の対応方法の7点について書面をもって説明し、同意書（2部作成の上、参加者・研究者双方で保管）に署名捺印の上、調査研究に着手した。なお、本調査研究に関しては、鹿児島国際大学教育研究倫理審査委員会に倫理審査申請を行い、同委員会より承認を受けている。

#### 4. データ収集・分析

質的調査研究の進め方は先に示したとおり、「対人援助職におけるディレンマ構造」の図にもとづき、インタビューガイドを作成しインタビュー（半構造化面接：約60～90分程度）を行った。対象者が決定するたび、事前の了解を得るため、電話にて趣旨説明を行い、了解が得られた時点で、研究の目的や下記のインタビューガイドについて事前に郵送し、読み込んでおいていただくことで豊かなデータを得られるように配慮した。

①精神障害者の地域移行支援（退院促進）に関して、感じるディレンマの内容。

②そのディレンマをどのような状況や場面で感じることが多いか。

③具体的に何と何の間でディレンマを感じるか。

- ・あなた自身（精神保健福祉士）と支援対象となる患者（利用者）や家族
- ・あなた自身（精神保健福祉士）と他の専門職
- ・あなた自身（精神保健福祉士）と管理者（管理組織）
- ・あなた自身の所属する機関と他の機関との間におけるもの
- ・制度・施策及びサービス供給体制に対するもの
- ・あなた自身（精神保健福祉士）の実践について
- ・その他

④そうしたディレンマに対して、どのように対処・工夫してきたか。

⑤ディレンマがおきてしまう背景には何があると思うか。

⑥その他、地域移行支援について、困難を感じること。

また、収集したデータは①調査対象者に対して行った質的インタビューデータ（音声）、②インタビュー実施時や、インタビュー終了後に追加的に情報収集のために連絡を取った際の記録（感じたことや印象、メモ：フィールドノート）である。分析にあたって最も使用し

たものは①の質的インタビューデータであり、②は副次的なデータとして活用した。

さらに、分析にあたって分析テーマ<sup>2)</sup>を設定した。分析テーマは、以下の2点とした。

①精神障害者の地域移行（退院促進）支援に関連して、精神保健福祉士が抱えるディレンマの対象と内容。

②精神保健福祉士は、そのディレンマをどのように受け入れ、対応（処理）しているのか。

なお、分析焦点者<sup>3)</sup>は「ディレンマを抱え、それに対処している精神保健福祉士」とした。ディレンマを抱える精神保健福祉士には、その対象があり、それとの相互作用の中で日常実践を行っている。しかし、ここではあくまでも対象となった精神保健福祉士の内面に起っている事象を般化することが研究テーマとそれを遂行する上での分析テーマであるため、このように設定した。

以上にもとづき、M-GTAを用いて、分析ワークシート<sup>4)</sup>を作成しながら生成された概念<sup>5)</sup>、そして、その概念と関係するカテゴリー<sup>6)</sup>を生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果（グラウンデッド・セオリー）を次章以降でまとめる。なお、コアカテゴリーは《 》で、カテゴリーは〈 〉で、サブカテゴリーは〔 〕で、概念は“ ”とし、太字で示す。

## 【注】

- 1) Glaser & Strauss (=1996) によれば「理論的サンプリングとは理論を産出するために行うデータ収集のプロセスである。このプロセスを通じて分析者はデータの収集とコード化と分析を同時に行い、どのデータを次に収集すべきか、それはどこで見つけてくるべきか、といった決定を行う。このプロセスの目的は理論が浮上してきたときに、これを発展させることにある。データ収集のプロセスは浮上しつつある理論によって統制を受ける」としている。
- 2) 木下によれば、「研究テーマは通常その研究の目的や意義が反映されるので、比較的大きなテーマ設定となる。研究計画の段階ではむしろそれでよいのだが、そのままではデータとの間に距離ができ密着した分析がむずかしくなりやすい。そこで、研究テーマを **grounded on data** の分析がしやすいところまで絞り込む必要がある。これが分析テーマの

設定である」としている（木下 2003 : 131）。

- 3) 木下によれば、分析焦点者を設定するということについて「特定の人間に焦点をおいてデータを解釈していくことを意味する。分析焦点者は通常、面接の対象者となる。—<中略>—分析焦点者の設定には、分析を促進させるという意味だけでなく、また、その研究の目的に沿う分析になるだけでなく、もう一つの重要な特性がある。それは、こうして生成された概念は当然、ほかの人にとっても理解しやすいし、したがって実践にも応用しやすいということである。例えば、患者に焦点をおいた分析結果は自分に引き寄せて、つまり、自分の行為を当事者化して理解しやすいので、患者はもとより、患者との相互作用に参加する可能性のあるナースや他の専門職、家族員などにとっても理解しやすい内容となる。分析結果として提示されるグラウンデッド・セオリーの実践的活用を重視する立場からも、分析焦点者の設定は必要であり、有効である」としている（木下 2003 : 138-139）。
- 4) 木下によれば、「修正版 M-GTA では、実際の概念生成は、分析ワークシートと呼ぶ書式を使って完成させていく。ワークシートは概念ごとに作成していくので、概念の数だけできることになる。したがって、オープン・コーディングの結果は分析ワークシートとして具体的な形になる。これと並行して、個別概念以外の分析上のアイデアをまとめた理論的メモ・ノートをつけ始め、後に選択的コーディングの検討結果をこれに記録していく」としている（木下 2003 : 187）。
- 5) 木下によれば、「データを解釈した結果はすべて概念と呼び、これを分析の最小単位とする。概念の他はカテゴリーの用語だけで十分とする」とし、修正版 M-GTA のポイントを①「データと概念の距離はすべて一定とする。データを基点に 1 次コード、1 次コードから 2 次コード、2 次コードから 3 次コードという形で分析が進むにつれてデータとの関係が“中継点”を経由するのではなく、解釈によって生成されたすべての概念が常にデータと直接対応関係の確認ができるようにしている。これにより coding & retrieval と grounded on data はもっと徹底した形をとることができるようにしている」、②「データとその解釈から生成した概念を【研究する人間】をはさんで非連続化する。分離する。—<中略>—データに密着した (grounded on data) 分析を行うが、ひとたび概念が生成できたらデータを捨てる意味、あるいは、視点をデータの側から概念の側に切り替えることの意味は、このことを指している。データを最重要視しながらも、その後にデータから分離しなくてはならないのであり、これを方法的に導入しなくてはならない。修正版 M-GTA では分析ワークシートを用いることで、データ本体からの分離を行う。データに密着した

分析で coding & retrieval の条件をも満たしているから、安心して解釈の側にシフトできるのである。」、③「データと概念の距離は一定かつ直線的であるが、そうして生成された概念はバラツキが生ずるということである。オープン・コーディングで行う概念生成作業の結果、その中には限定された説明力のものから包括的な説明力をもちうるものまで混在している。—<中略>—修正版の方法は特別なものではなくグラウンデッド・セオリー・アプローチの諸特性を素直に技法化したものである。あるいは、質的データを解釈するとはどういうことかを自然に考えた結果とも言える。誰であってもデータからの解釈にはそれなりのバラツキがあるもので、要はそれを一定のレベルに分類することで1次、2次、3次のように分析の包括的構成を序列的にはかろうとするのか、それともバラツキを自然のこととして捉え、その自然さを活かしたまとめ方を考えるかである。修正版 M-GTA は後者の立場であり、その意味では一種の発想の転換なのである」としている（木下 2003 : 150-153）。

- 6) 木下によればカテゴリー化の作業について「修正版 M-GTA では、個々の概念について他の概念との関係をひとつずつ検討していく。ひとつの概念を基点にそれと関係のあるもうひとつの概念を見出していく作業を繰り返す。つまり、分析の最小単位は概念であるが、その次の単位は二概念の関係である。二概念が関係づけられたら、それに関係してくる概念は何かを考えるのである。後はその作業を継続して行う。複数の概念から成るカテゴリーは、その延長で必ず浮上してくる。データに密着した (grounded on data) の分析から概念を生成し、どの概念もデータの解釈から直接生成されているので、次にそうした概念を個別に関係づけながらカテゴリーを創っていく方法は、地べた (データ) から築き上げていくのであるから極めてグラウンデッド・セオリー・アプローチ的なのである。」としている（木下 2003 : 210-213）。

## 第6章 調査結果①ディレンマの構造

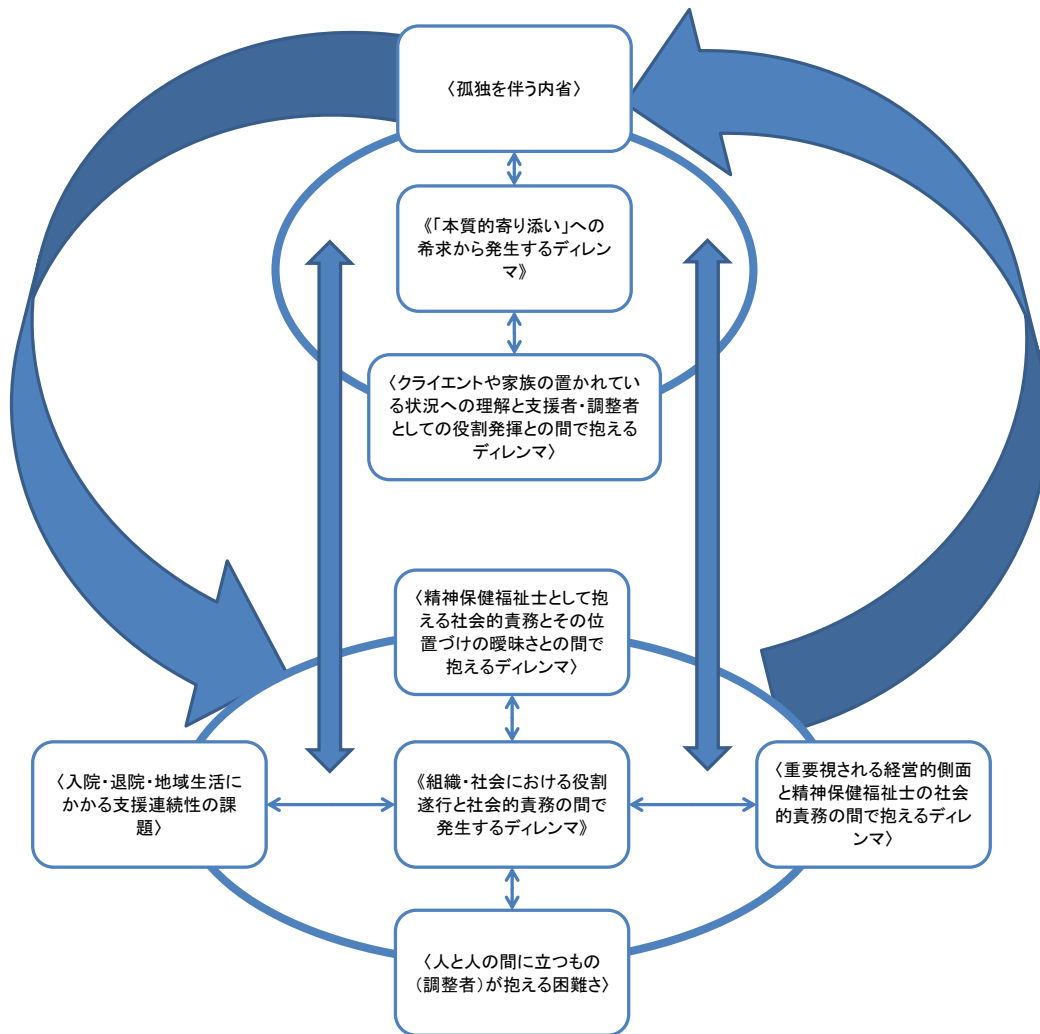
### 1. 精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造（アウトライン）

まず、分析テーマ①「精神障害者の地域移行（退院促進）支援に関連して、精神保健福祉士が抱えるディレンマの対象と内容」にもとづき、精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造を明らかにしていきたい。ここで、確定したコアカテゴリーは 2、カテゴリーは 6、サブカテゴリーは 20、概念は 80 であった（【表 6-1】）。

【表 6-1】精神障害者の地域移行支援にかかわる精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造

（コアカテゴリー）	（カテゴリー）	（サブカテゴリー）	“概念”
「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ	クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ	入院生活に満足するクライアントの存在	退院したくないクライアント 「病院一家」という認識に立たされるクライアント 「居心地の良い空間」としての病院 家族の高齢化による受け入れ困難
		時間の経過と家族の高齢化・家族機能の変化	面識のない家族 家族の高齢化による病院へのアクセスの困難さ 家族の住む地域の遠隔
		クライアント・家族の主体的思いに挟まれる	入院前のクライアントの病態像による負のイメージ 一生入院して欲しい家族の存在 家族の抱える「わからなさ」 クライアントの地域生活における責任の所在 家族が気にする「世間体」 家族のニーズと本人のニーズの相違 クライアントの希望と現実的支援をタイムリーにマッチングさせることの困難さ
	孤独を伴う内省	精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立	吐露されるディレンマ 部署が違うことで困難さが同職種でも共有されにくい 組織内スーパーバイザー体制の未確立 上司がスーパーバイザー 「見えないスキル」への客観的評価の不在 コミュニケーション不足 管理職やスーパーバイザーになる体制の未確立
		地域移行やクライアントに対する責任の重さ	パターナリズム的思考に陥る クライアントの人生を抱える感覚 地域移行＝精神保健福祉士の役割＝責任の重さ
		変革への諦めともどかしさ	志向性を共有することで「善くなる」 「諦めている」事に対するもどかしさ
		専門職としての自律・自立性のあり方に対する懸念	専門職としての立場を主張しない同職種に対する憤り スキルアップに対する意識のズレ 医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念 主張しあう関係性への期待 「支援への償い」に対する懸念 都合よく用いる代替機能へのもどかしさ 学ぶ機会への躊躇 「なるようになること」「折り合いをつけること」へのディレンマ
		精神保健福祉士と他職種の立場性の違い	アセスメントにおける視点の相違（医学モデルと生活モデル） 訪問看護における他職種との役割の相違 権利擁護の在り方に対する他職種との考え方の相違 エンパワメントの視点に立つ精神保健福祉士と他職種の視点（生活の医療的管理）の相違 他職種に対するクライアントの思いを代弁する際に生じる困難感 治療責任者である医師の職務領域に踏み込むことの戸惑い
		精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値	社会資源利用に係る書籍作り 「精神保健福祉士は何で雇う」という認識 疎かになるソーシャルワーク（クライアントの「今ここで」に向き合えない） 精神保健福祉士不在の退院支援 他者の苦情の窓口になる苦しさ
		業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ	「やりがい」や「精神的負担」に対する低報酬 診療報酬上の評価の低さと連動する院内での評価 退院支援における経営組織とクライアントのタイミングの相違 病床稼働率を視野に入れさせられる
重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ	供給過多な（診療報酬のための）医療サービスの提供への疑問 「退院＝デイケア・訪問看護」というパターン化された支援への疑問 退院支援対象のクライアントが作為的に「選ばれる」		
組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ	入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題	組織人（被用者）として越えられない壁	組織人（被用者）として越えられない壁
		退院が「非日常」になっている病院	専門的治療体制の未確立 県下（メソレベル）の取り組みの低調さが病院に影響する 退院を「諦め」ている職員が存在 タイミングを逸することのできない退院支援
		関係機関の受け入れに対する否定的態度	精神障害者をターゲットにした障害福祉サービス事業所の少なさ 積極的な連携関係を持たない保健所職員 地域移行支援に否定的態度を示す福祉事務所ケースワーカー 本人主体でないケアマネジャーのかかわり 理不尽な要求（条件）を示す市営住宅担当職員 「失敗」のないスムーズな退院支援以外を許容しない雰囲気他機関
		法人ごとのクライアントの囲い込み	障害福祉サービス事業所ごとのクライアントの囲い込み 地域移行支援における法人内完結型への疑問
		制度設計に対するディレンマ	地域移行・地域定着における施策（含：診療報酬）の不十分さ 医療サービスと福祉サービスの類似性と理解の不足 「救」が評価される仕組み 利用しやすい住居サービスの不足
		支援連続性における困難さ	未治療者や退院しなくなったクライアントに対するアウトリーチシステムの不在 支援方針等の連続性上の課題 支援チームの連続性上の課題 病院へのアクセスの不備
	人と人に関わり立つもの（調整者）が抱える困難さ	職種間連携・調整の困難さ	職種間の調整の困難さ カンファレンス日程調整の困難さ チームとしての合意形成の困難さ カンファレンスが常態化していないが故の情報共有の困難さ 他者に合わせて支援を行うため時間取れない
		精神保健福祉士への操作的関与	専門職と経営者の間に立たされる風潮 専門職同士の意見の調整者としての役割

また、「精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造」について抽出されたコアカテゴリー等の相互関係を示したい。調査対象者へのインタビュー時に得られた1次的データ(逐語記録)と抽出された構成要素について、再度往還しながら図式化を行ったのが【図 6-1】である。



【図 6-1】精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造

さて、ここでは【表 6-1】ならびに【図 6-1】を概観しながら、精神障害者の地域移行支援にかかわる精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造の全体像(ストーリーライン)について述べていきたい。

精神保健福祉士が入院患者の地域移行支援を行う際、クライアント本人も含めた多くの関係者(院内外)と協働して支援にあたる。そこでは、クライアント中心の支援を行うことを使命としてかかわる精神保健福祉士と関係者の間でしばしばディレンマを抱えていることが

分かった。それは《「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ》であり、精神保健福祉士の基幹となる「価値」や「倫理」を「自己の置かれた状況」との間で問い、〈クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ〉に表されたように支援者・調整者として役割発揮をするうえでクライアント本人と家族との間で両者の主体的思いに寄り添おうとするあまり、ディレンマを生じていることが明らかになった。また、「本質的寄り添い」を希求するに当たっては「自己の置かれた状況」について自分自身とそれを取り巻く環境との間で往還させながら〈孤独を伴う内省〉を行っている。

さらに、上述した支援に係る「多くの関係者」の中で精神保健福祉士は生きている。そこには精神保健福祉士が存在する様々な理由や根拠があり、それ故に生じている、《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》もあった。そして、クライアントの主体性を尊重することがその社会的責務であるが故、他の関係者との間で価値観の違いを感じ、〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉を生じていた。精神保健福祉士という専門職に対する社会的評価の低さから、自己の崇高な社会的責務に価値を見いだせなくなっている現状があった。また、「ほとんど全て」と言っている精神保健福祉士は「被用者」である。その立場性をベースにクライアントの権利擁護をしようとする時に感じているのが〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉であった。そのような立場性に付随するように、以下のようなディレンマも生じている。クライアントの生活をベースとした支援に関する方針を持つ精神保健福祉士は、その「生活」について「入院前」、「入院中」、「退院後」と切り分けて考えることなく、生活すべての全体性を鑑みながらかかわりを重ねる。しかし、そこには関係者との間で〈入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題〉があることが明らかになった。これは入院前・入院時～退院時・退院後と一貫性のある、切れ目のない（シームレスな）クライアント中心の支援連続性を担保したい精神保健福祉士とそうなりえていない現実的問題の間に発生している。そのようななかで調整役を担う（／担わされる）のが精神保健福祉士であるが、調整者としての役割を發揮するときに発生する〈人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ〉を抱えている。日程調整に始まり本質的問題にかかる意見調整を担う際に、人と人の間に立つものとして、自己の都合を最小化してしまうなど大きな課題を抱えている。



## 2. 「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ

コアカテゴリーのひとつめである《「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ》は、〈クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ〉ならびに〈孤独を伴う内省〉といったカテゴリーによって構成されている。ここでは、これら二つのカテゴリーについて生成の成り立ちを見てみたい。

### 1) クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ

このカテゴリーは【表 6-2】に示す通り、三つのサブカテゴリー（〔入院生活に満足するクライアントの存在〕、〔時間の経過と家族の高齢化・家族機能の変化〕、〔クライアント・家族の主体的思いに挟まれる〕）で構成されている。退院支援を行う上で、歴史的にクライアントの置かれてきた状況やその結果としての今のクライアントの状況に理解を示しながらも、調整者としてクライアント・家族間のそれぞれの思いに挟まれ、そこで生ずるディレンマから抽出されたものである。

【表 6-2】 〈クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ〉

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔入院生活に満足するクライアントの存在〕	“退院したくないクライアント” “「病院＝家」という認識に立たされるクライアント” “「居心地の良い空間」としての病院”
〔時間の経過と家族の高齢化・家族機能の変化〕	“家族の高齢化による受け入れ困難” “面識のない家族” “家族の高齢化による病院へのアクセスの困難さ” “家族の住む地域の疲弊”
〔クライアント・家族の主体的思いに挟まれる〕	“入院前のクライアントの病態像による負のイメージ” “一生入院していて欲しい家族の存在” “家族の抱える「わからなさ」” “クライアントの地域生活における責任の所在” “家族が気にする「世間体」” “家族のニーズと本人のニーズの相違” “クライアントの希望と現実的支援をタイムリーにマッチングさせることの困難さ”

精神保健福祉士の社会的責務の一つに、「社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと」（精神保健福祉士法第 2 条）がある。特に長期入院を予防し、地域生活の維持継続（地域移行・地域定着）が求められ、そのキーパーソンになっている現在、社会からの要請は強さを増している。そのような中で、長期入院の弊害ともいえる「ホスピタリズム（施設症）<sup>1)</sup>」に陥っているクライアントと向き合う際、[入院生活に満足するクライアントの存在]の捉え方でディレンマを感じている。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “退院したくないクライアント”

<F 氏>

自分たちは「絶対こっち（地域）の生活の方がいいのに」って。「病院で生活するよりいいのに」って思うんですけど。ご本人さんは変わることがすごく不安なので「絶対病院がいい」と言われて。私たちの的には、良い、綺麗なところとか、個室で設備の整っている所が絶対いいと思っけても、ご本人さんは、汚くて狭い所がいいって。最初はこっちもまだ入職して 1 年目とかだったので、「絶対退院しないといけない」って意気込んでいて、患者さんがなかなか言ってくれなくて「どうしよう」って焦って。

長期の入院によりクライアントの陰性症状（無為・自閉）的要素が生活障害として残存する。それに加え、クライアントの家族の構造の変化、社会の変化との中で、ある意味では「変化してこなかった」精神科病院内での生活に依存的になっていたことから発生したクライアントの状態との間で抱えるディレンマである。人は誰も大きな変化の中で生きていくことに困難さを感じたり、そこで様々な受苦を経験する。しかし、その経験の蓄積により「生きる力」が育まれ、社会と自己との間での上手な関係のとり方や、社会生活上のスキルを身に着けるのである。しかし、当該するようなクライアントの状況では、そういう「機会」が与えられなかったともいえるべきであり、本来育まれるはずであった社会的スキルが涵養されなかったとも言える。

## ② “「病院＝家」という認識に立たされるクライアント”

<G氏>

退院をしてほしいけど、退院をしたくないという患者さんがいたり…。

その人が退院したくないって言って、「ここが長くいるから、家みたいだからいい」って、「今更どこも行きたくない」っていう人がいらっしやって。

すごく嫌なところじゃなくて生活する分には不自由はないけど、「病院は長くいるもんじゃないな」って思うような、なんかそんな風になってくれればいいんですけどね。

地域で生活してる人は、「身の回りのことを最低限自分でしなくちゃいけなくて、その先に仕事もしなくちゃいけなくて」みたいな感覚を持つんでしょけど、その感覚が全くない、全く別世界の快適さみたいな中に生活している。

上記の“退院したくないクライアント”とも密接に関連する。長期入院に伴い、例えば「住所が病院になっている」、あるいはそれに伴い、日常生活に必要な用品のほとんどが病院にある状態になっているクライアントの抱える想いとの間で抱えるディレンマである。あるいは長期入院により、入院当初「保護者」であった両親の高齢化やそれに伴う死亡、同胞世代の家族構造の変化に伴い、住む家を失ってきたクライアントも多い。「住所が病院になっている」ということは、必要な公共の情報や私的な情報伝達がすべて病院を通して行われることによって、クライアントの社会生活におけるアイデンティティが精神科病院に依存的状態になる。そうなることで必然的に「病院＝家」という感覚が醸成され、それが退院への意欲を育めなくなっている要因の一つでもある。

## ③ “「居心地の良い空間」としての病院”

<H氏>

患者さんがまず退院したがるんないっていうのはありましたね。職員から見れば退院して、住んで支援すれば生活できそうなんですけど。自分たちがホテルで長期で暮らすのと一緒ですよ。何もかも、食事も出てくるし、洗濯も人によっては職員に頼んだり業者に頼めばしてくれる、そういう状況なので、もう出たくないっていう意見が多かったですね。

毎日のように誰かしら関わらないといけないっていうのがあるようですね。30年40年も入院されている方ですと、実質一日フリーで過ごすというのに不安があるみたいですね。

近年の精神科病院は様々なサービスが提供される。それはクライアントにとってアメニティの水準を高めることでもあったり、家族にとってみれば「お世話する負担」を軽減するものもある。しかし、これはある種の「パラドックス (paradox)」を生む。精神科医療の提供者側や政府はかつての宇都宮病院事件に代表されるような人権を無視した精神科医療からの脱却をめざし、「入院中心から地域生活中心へ」という政策誘導も行ってきた。結果、様々な精神科病院におけるサービス提供の水準は高まったが、それがクライアントにとって「居心地のいい空間」となることで、そこから脱却するモチベーションを下げることにもなっている。

また、クライアントの長期入院に伴い、地域生活のキーパーソンとなる家族構造における変化から【時間の経過と家族の高齢化・家族機能の変化】によるディレンマを生じている。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “家族の高齢化による受け入れ困難”

<H氏>

高齢者の方がやはり多い地域ですので、まあ家族といっても入院されている患者様のご両親とかご兄弟ですよね。となると、やっぱり高齢になっておられて、もうお亡くなりになられたり、自分の生活が精一杯、介護保険を利用されたりというような生活状況。

<E氏>

ほんとに長い方たちって、ご家族がご高齢でいらっしゃって、そのご本人を支援するだけのお力を持っていないっていうケースがほとんどなんですよ。

<H氏>

ほとんどが高齢のために年金生活の家族の方ですね。「自分たちはもう年金生活で預金があったとしても、家族の分まで出せない」という意見が多かったですね。

長期入院による家族の高齢化の問題にとどまらず、地域全体の抱える課題を見据えた発言でもある。クライアントにとっての「キーパーソン」の多くは家族であり、かつて「保護者」となっていた両親である場合が多い。先にも述べた、両親の高齢化やそれに伴う死亡、同胞世代の家族構造の変化などにとどまらず、それ故発生する家族自身の困窮した生活状況があるため、「キーパーソン」としての役割を担っていただくことに対するディレンマといえる。他方、これは「家族」に過大な負担を強いてきた制度の仕組みによる家族の困難さゆえに発生する問題でもあるといえる。

## ② “面識のない家族”

<H氏>

家族がだんだん亡くなって身寄りの方がですね…。身寄りの方が亡くなって面倒を見てくださる方、身内や身寄りがおられない。長期入院の方はですね。よくあるケースは、甥御さん姪御さんに当たる方でも地元におられるのに「面識もない」と言われて。そういう人は甥と叔父とかそういう関係で近い関係であっても、地元の病院の精神科の病院に入院しているのは知っているけれども、「会ったことがないから」と言われるケースが多いです。

<E氏>

自分のことに置き換えても、自分の家があるのに、ちょっと離れた従姉のお姉ちゃんに「面倒を見てください」って突然言われても「そんなの無理だ、やっぱり自分に置き換えたときにも、やっぱりご家族ってそうやって受け入れがたいのかな」って気持ちもわかる反面、でもご本人の気持ちに立てば協力者になって欲しいと思うところが私の中では揺れますよね。

クライアントが長期入院をしている間、家族構造が変化することで、これまでクライアントと直接的にかかわってこなかった世代が直面する課題である。これには二つの側面があるといえる。一つは、家族構成員の中において、長期の時間的経過の中で精神障害を抱えるクライアントがどういう位置づけをされてきたのかという課題。もう一つは、それを受け入れ続けてきた精神科病院がどのような形で変化する家族構造と向きあってきたのかという課題でもある。ごく近年になって、社会的入院・長期入院の課題が指摘され、その社会的責務を

負わされている精神保健福祉士が、歴史的構造の中で発生した課題を背負ったことで抱えたディレンマとも言える。

### ③ “家族の高齢化による病院へのアクセスの困難さ”

<H氏>

面会に来ていただきたくてもなかなか「足」がないとか、自分の病院があるとかですね。そういうのがありますよね。電話で病状を説明しようにもやっぱり耳が遠かったりとか。子どもさんとかが県外から帰ってきたときを見はからって、また来ていただくとかそういう所ですね。急な病状悪化で連絡をとりたくてもとれないっていうことが多いですね。結構、携帯電話持ってる方もいらっしゃって、こちらもまあ把握してるんですけど、いざ電話すると繋がらない。あんまり使わないんでしょうね。

家族の高齢化やそれに伴う経済的課題、それに伴ってある意味では制限されてきた「家族の生き方」が影響していると考えられる。ただし、それだけではなく、精神科病院の「立地条件」に関わる問題でもある。多くの精神科病院は市街地内に設置されることは少なく、郊外や山林地域に設置されることが多い。それは「隔離・収容」を念頭に置いた「社会防衛思想」に基づく精神障害者施策が与えてきた影響であるともいえる。

### ④ “家族の住む地域の疲弊”

<H氏>

なかなか遠方で来れなくて、亡くなった後来られるとか、数日まあ翌日ぐらいですけど。ここは働く場所がないっていうのもあるんでしょうけども。

漁業の方も多いですよ。船に乗ってて、どうにか連絡とつてもすぐにこちらに出向くことが出来ないとか。肝心の同意も取れない事とかありますね。

これは、地域性的問題でもある。過疎化の進む地域においても精神科病院の必要性はある。しかしながら、本来クライアントが住んでいた地域で治療を行い、家族のもとへ退院していくことがスムーズではあるが、過疎化の進む地域に家族がその地域において仕事を

見出すことができずに、その地域を離れることもしばしばある。そのような中では、本来住んでいた地域にクライアントが「取り残される」という実態を生む。

〔時間の経過と家族の高齢化・家族機能の変化〕の部分で述べたのは、時間の経過による家族の抱える具体的困難さから生じるものが主であった。一方、次に述べる〔クライアント・家族の主体的思いに挟まれる〕は、その時間的経過を経てなお残る（／経たからこそ発生する）家族の心的負担感から生じたものであり、それが精神保健福祉士の抱えるディレンマにつながっている。これは、ここまで示してきた二つのサブカテゴリーに密接な関係をもつものである。退院したいクライアント、退院を支援することを社会的責務とする精神保健福祉士、そして受け入れる家族の間で、精神保健福祉士は大きなディレンマを抱えている。精神保健福祉士にとってはクライアントだけでなく、クライアントの家族も支援の対象だからである<sup>2)</sup>。クライアントと家族というある種のステークホルダー（stakeholder）双方に働きかけ、調整を行うところに根本的なディレンマの背景がある。このサブカテゴリーは七つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “入院前のクライアントの病態像による負のイメージ”

<G氏>

家族に入院前の暴言・暴力・器物破損、そんなのがイメージで残ってるので、「また絶対そうなる」みたいな感じで。退院させたら「あんたらは責任とってくれるのか」みたいな感じで、「そんなに退院するんだったら警察呼んでやる」みたいなことまで言われたこともあります。本人さんはもう退院できるんだし、退院をさせてあげたいと思う。それなのに、なんで家族が反対するんだって。

家族の言われる気持ちもわかることはわかるんだけど、それを100%無視はできないんだけど。そこを説得できなかったというか、そういう部分もディレンマっていうのですかね。

長期入院の精神障害者の多くは統合失調症患者である。当然、前提として精神症状が入院前にあり、陽性症状（幻覚・妄想・イライラ感・興奮）によってコントロールされた行為としての暴言や暴力の被害を家族が受けていることはしばしばある。家族自身にとっても家族教室や家族会など「家族の回復の場」が設けられてはいるものの、そういった機会に参加す

る家族の多くは、すでに地域で精神障害者とともに生活している人たちである。家族にとってみれば、そういった苦痛がクライアントの入院によって取り除かれ、ある意味では「安心・安全」な時間を享受できる時間を得たともいうことができる。そして、入院加療によってクライアントの陽性症状は改善されていくものの、精神科病院の閉鎖的環境や隔離収容政策のあおりを受け、家族にとってみればそれを確認する機会に恵まれず、入院前のイメージが長期にわたって残っている。

## ② “一生入院していて欲しい家族の存在”

<G氏>

退院ができそうなんだけど家族が反対する。「入院で、もうずっと一生見てくれて」って言って。本人さんに退院を少し進めていこうかってするんだけど、家族の反対に本人さんが押し切られてそれを納得してっていうか、そんな感じの人がいたりするところはディレンマ。

様々な理由から生まれたであろう家族の発言である。先に述べてきたような家族の抱える状況や、不安などから生まれる発言である。長期入院のクライアントの家族にとってみれば、当時の精神科医療体制では現在のような「地域生活中心」といった概念もなく、家族もそのつもりで「精神科病院に任せていた」といえる。それが近年になって施策が変化したわけだが、家族はその施策の変化に合わせて生き方やライフスタイルを変える必要に迫られている。そこからの発言であり、家族に退院後のクライアントのすべてをお願いするわけではないが、精神保健福祉士としての家族への退院に係る説明の際に、こういったディレンマを抱えるようになっていく。

## ③ “家族の抱える「わからなさ」”

<H氏>

元気な方であっても、30年40年病院に入院している人が地域へ出てきて普通に生活できるとは思わないということなんですよね。

<E氏>

やっぱり長くされている方は、ご兄弟がもうご存命でいらっしやらない、ご親族の方々がキーパーソンになってきている。だから各種連絡、お金のこととか、甥御



さん姪御さんからしてみたら、「そんなこといきなり言われても」って思われるんですけど、じゃあそれをどれだけご理解していただけるのが難しさだなんて思います。

<F氏>

「再入院できるのか？」っていう質問が一番多かったです。

クライアントの精神症状の改善の程度、クライアント自身を知らない家族、そして退院後精神症状が再燃した時の不安などから出てくる「わからなさ」である。「わからない」から不安が先に立ち、構える。それが拒否的態度をうみだす。入院中からの「家族の回復」に精神科病院が積極的に関与できていない事やそれを支える公的な仕組みの欠如から発生するものといえる。家族とパートナーシップを築きながらクライアントを支える仕組みを作ろうとする精神保健福祉士のスタンスを揺さぶるものである。

#### ④ “クライアントの地域生活における責任の所在”

<H氏>

退院したからといって、病院の敷地内（グループホーム）とはいえども完全には24時間管理ではないですよ。一般のアパートと同じ作りですし、そこで、「何かしら問題を起こした時は病院が責任をとってくれ」というのはやっぱり家族から言われますよね。

「可能な限り自己決定や自己選択に基づいた自由な日常生活を送って欲しい」とする精神保健福祉士の価値観を揺さぶる発言である。家族の不安、そしてこれまで精神科病院というある種の閉塞的環境下でクライアントの行動や制限されてきたことで得られてきた安心感が無くなることからくる不安でもある。家族の意向に沿った福祉サービスの設定は困難であり、クライアントの人権を尊重しようとする精神保健福祉士の価値観と家族の想いや背景への理解との間で発生するディレンマである。

## ⑤ “家族が気にする「世間体」”

<G氏>

お父さん、お母さんもだったかな。学校の先生をしていらっしやったんですよ。  
だからそういう世間体みたいなものがあつたかもしれないですね。

家族自身のクライアントに対する偏見と同時に、地域社会の理解の無さや歴史性から生まれた偏見から生まれた家族の姿勢でもある。精神疾患に対する国民の理解や普及啓発といった施策も取られてはいるものの、理解の浸透には時間がかかる。また、理解とそれを行為するのは別の次元であり、精神保健福祉士は時間のかかるこういった一連の問題と長期的に付き合うことになる。

## ⑥ “家族のニーズと本人のニーズの相違”

<I氏>

家族も怖い思いをしたりすると、なかなか「受け入れたくない」とか、「家族の縁を切る」っていうところもあつたりして。それでも本人が退院したいと言っても、ずっと家族が「絶対ダメ」って。本人は絶対退院したくて、できれば「家族と一緒に生活したい」ってというのが一番の思いって言うようなときに、折り合いがつかないって時にディレンマっていうのがあります。

今までの家族の歴史もあるので、そこを簡単に、「じゃあ、今後仲良くしてください」ってい言えるわけではないです。ある方は、10年間家族が「絶対ダメだ」って言って、本人も最初「退院しない」っていうことだったんですけども、だんだん周りが退院したりだとか、退院支援事業に入って話をしていくうちに、「近くของกลุ่มホームに入る」っていう気持ちが出てきました。それでも、最初は家族が「ダメ」って言って。本人はできれば「家族に応援してほしい」っていう気持ちがあるので、「一人暮らしをする」という本人の一つの思いは叶っているんですけども、「家族の理解がほしい」っていうところはまだ叶っていないですね。

クライアントの主体的な想いに寄り添い、調整者としての役割を果たそうとする時、これまで述べてきたような家族との想いの狭間で、身動きが取れなくなる状態である。「家族も

クライアントとして支える」精神保健福祉士の想いを前提に、クライアントの退院に伴い、家族の協力を得る場面で発生するディレンマである。

### ⑦ “クライアントの希望と現実的支援をタイムリーにマッチングさせることの困難さ”

< E氏 >

(クライアントの) やりたい希望っていうのはたくさんあると思うんですよね。ただそれが横にリンクしない。でもそれは病気の特徴なのかなと思うし、ご本人さんの能力でもあると思うので。患者さんに対して感じるのは、「じゃあおうちを出て一人暮らしをしたい」、「じゃあお金が無いから生活保護をもらいたい」、「でも福祉的な就労は嫌だからちょっとしたバイトをタウンワークで見つけない」。でもそれぞれ全部希望なんですよね。でもこの希望を同時期にもしくは縦に並べて始めるためには……。その前にある小さなお山が四つか五つあったとしたら、「この四つや五つをどう伝えようかな」とか、でも「本人にとっては必要じゃないのかな」って。

クライアントのニーズに応えようとする時、そこには様々な制約が発生する。それはクライアント自身の現実検討能力から発生するものであったり、現実に即していたとしても精神保健福祉士自身に提供できるだけの技術や経験がなかったり、あるいは環境として提供できなかったり、そもそも役割が違っていたりするとクライアントのニーズや希望に添えないことが起こる。そういった中で、現実的に「一歩前進するための提案」を行うが、それがともすれば精神保健福祉士にとっては、「クライアントの主体的思いを歪曲しているのではないか」「想いに寄り添えず、遠回りしているのではないか」といった自省の機会を生み出し、ディレンマを抱えさせることとなっている。

#### 2) 孤独を伴う内省

このカテゴリーは【表 6-3】に示す通り、四つのサブカテゴリー（〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕、〔地域移行やクライアントに対する責任の重さ〕、〔変革への諦めともどかしさ〕、〔専門職としての自律／自立性のあり方に対する懸念〕）で構成されている。そもそも「ディレンマを抱えている」ということは個々の精神保健福祉士が内省を行うからこそ生じるものであり、日常実践の取り組みに対し疑問を抱えたり、振り返ったり

するプロセスの中で発生しているものである。ただし、その内省のプロセスの多くを精神保健福祉士は組織的に確固たる立場性を保有していない中で行っていたり、スーパーバイザーが不在の中で行わざるを得ない状況になっており、これらはそこで生ずるディレンマから抽出されたものである。

【表 6-3】 〈孤独を伴う内省〉

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕	“吐露されるディレンマ” “部署が違うことで困難さが同職種でも共有されにくい” “組織内スーパービジョン体制の未確立” “上司≠スーパーバイザー” “「見えないスキル」への客観的評価の不在” “コミュニケーション不足” “管理職やスーパーバイザーになる体制の未確立”
〔地域移行やクライアントに対する責任の重さ〕	“バタナリズム的思考に陥る” “クライアントの人生を抱える感覚” “地域移行＝精神保健福祉士の役割＝責任の重さ”
〔変革への諦めともどかしさ〕	“志向性を共有することで「苦しくなる」” “「諦めている」事に対するもどかしさ”
〔専門職としての自律/自立性のあり方に対する懸念〕	“専門職としての立場を主張しない同職種に対する憤り” “スキルアップに対する意識のズレ” “医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念” “主張しあう関係性への期待” “「支援への慣れ」に対する懸念” “都合よく用いる代弁機能へのもどかしさ” “学ぶ機会への躊躇” “「ゆるくなること」・「折り合いをつけること」へのディレンマ”

精神科病院に勤務する精神保健福祉士の多くは、その組織内で専門職としての数が少ない立場に置かれている。この辺りによく精神保健福祉士の口から出てくる比較対象が看護職である。医療モデル志向（すべての看護師がそうであるわけではないが）の職種と、クライアントの権利擁護を行いながら生活全体を捉えようとする生活モデル志向の精神保健福祉士の間では、志向性の違いとして精神保健福祉士の語りから吐露される。院内だけでも、そのような状況に置かれている精神保健福祉士がその専門性を発揮しようとするとき、様々な困難さがあり、それらと向き合いながら自己の実践を内省しているのである。組織内外で経験

を蓄積し専門職として、あるいは社会人として「育っていく」わけであるが、対象者から語られたのは、〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕であった。このサブカテゴリーは七つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “吐露されるディレンマ”

<C氏>

最初は文句言っとけば良かったんですよ。何も知らないから。例えば、「病院しつかりしろよ」とか、「院長何やってんだよ」、「行政何やってんだよ」とか。怒りまくってたわけですよ。噛みつきまくっていたんですけど、逆に色んなことを知ると両側面が見えてきたりするとか。相手のことも分かれば分かるだけ向こうの葛藤とかわかるし。そうなってくると一層、がっついていけない部分が出てくる。そういう部分が逆にディレンマ。今までだったら噛みついて「何でならないんだ」、「何でならないんだ」ってその自分の主張だけを一方的に話していた。何て言うのかな若さとか、そういうのもあったんでしょうけれど、逆にそういうのが、「関係を壊すだけなのかな」って思ったりとかして、「噛みつくだけが能じゃねえかな」みたいに変わってきた。それでいて「やっぱり自分はその患者さん、そういう障害のある人たちの立場に立ってやっていきたい」っていうことだけは変えたくないから。変えたくない。それが変わったらもう辞めますよね。そこにディレンマがある。

精神保健福祉士として様々なことに関わりながらディレンマは蓄積される。その蓄積されたディレンマや疲弊感は言語として吐露される。その吐露している状態そのものに対してディレンマを抱えている状態である。施策の変化に合わせて、精神保健福祉士自らの置かれた環境の変革への期待を抱くが、現状とのすり合わせの中でその変革が進められない（／進まない）時にディレンマは蓄積され、その蓄積が言語化された場面で起こっている。

### ② “部署が違うことで困難さが同職種でも共有されにくい”

<F氏>

先輩（別の部署）は退院した後のことをよく見ていらっしゃるから、自分たちが病棟にいるときなんかは、先輩の言っていることもあまりピンと来なかったり、「退

院したらこういうことが困るんだよ」とか教えてくれていたんですけど、それがなかなかうまく処理が出来なくて。

同じ病院に勤務する精神保健福祉士であれば、自らが抱える困難さや少数の職種が故、「分かってほしい」あるいは「分かっているだろう」と同じ価値観を他者に求めがちになる。しかし、配属されている部署が違う事（例えば、外来担当・デイケア担当・病棟担当）などにより、同じソーシャルワークを実践していても、それぞれが置かれた状況を理解することが困難な場合に発生する。これは、精神保健福祉士としての所属機関での OJT (On the job training) をはじめとする「育ち」や「キャリア育成」の課題でもあり、もっと引いて考えると、個々の精神保健福祉士の資質や、精神保健福祉士養成プロセスから大きな影響を与えられているものでもある。

### ③ “組織内スーパービジョン体制の未確立”

<E氏>

スーパービジョンができていないっていう。本当に時間をとって、こうでした～っていう、スーパービジョンとしてのくくりではできていない現状。本当に、その辺にいた人とか、ちょっと部署で集まった時に、「こんなケースなんですけど、どうしましょうかね～」みたいな。そんな感じで聞いたりっていう。自分がこれではよかったのかなっていう感じがして、なんかあんまり「自分では消化できていないんだな」って思いますね。

<I氏>

そうですね。育つというところでは、自分が一番上で上司はもう早く結婚退職でいなくなってしまったのって、そういう点では相談、スーパービジョンを受ける機会は、自分から進んで先生（出身養成校の教員）とかに言わないと基本的にはないという状況なので。それとあわせて、後輩たちに関しても、私がやっているところをみて、今そうになっているところがあるので、そこで「今、自分がやっていることが果たして本当に合っているのかな？」というところを悩んだりとか。あと、理解してもらいたいけど上手く伝えられなくて。この病院の中での精神保健福祉士が、周りのどの病院の精神保健福祉士もこんな風なんだっていうようなイメージが周囲の人についていく。それについて、「これでいいのかな～」っていうところとの葛藤

があります。

一緒に「あ～そうだよ、でもこうだったんだよ～」って、同期とかだとそんな話から深まりがあるんですけど、後輩たちに1回こうドライに話されると、「あっそうだよ～」という感じに自分が引いてしまうので。そこをこう後輩たちがまた気遣って優しくしてくれるんですが、「もう少し話を深めたいな～」っていうところが出来てないな。

<J氏>

(スーパービジョンとか) できてないです。(後輩の話は) 聞いてあげますけど。(自分の事は) 入ってきた頃に上司が一人しかいなかったのも、ほんと相談する相手がいなくて困りましたね。年が離れすぎていて何相談したらいいかわからないんです。40歳ぐらい離れていました。もうどうしようもなくって、もう辞めようって思いましたほんとに。1回、1回思ったんですけど、結局続けて。孤独でした。上司が休むと私ひとりなんですよ。

先に、OJTによる「育ち」や「キャリア育成」の課題について述べたが、精神保健福祉士は組織の中で日常的に行われるスーパービジョンの機会に恵まれていないことが多い。同職種との日常的会話の中や愚痴の言い合いとして、困難感を「一時的に消化する」機会があっても、成長やキャリアアップを理想とするのであれば、体系化された機会とスーパービジョンを受ける事が業務として日常実践に組み込まれる必要がある。さらに、精神保健福祉士という国家資格ができてまだ10数年しかたっていない事や、国家資格化前から精神科ソーシャルワーカーとして精神科領域で勤務していた人材の少なさを背景とした「スーパービジョンを担える人材の不足」も要因として挙げられる。また、個々の精神保健福祉士の母校である精神保健福祉士養成校の教員がスーパーバイザーを担う機会も散見されるが、タイムリーなライブスーパービジョンは担えず(スーパーバイザーである精神保健福祉士の置かれた環境に対する深い理解の不足)、不全感が残ることもある。

#### ④ “上司≠スーパーバイザー”

<B氏>

「ここまでは私の仕事として勤めたい」と言っても、「ここはワーカーの仕事じゃない。これは看護師さんの仕事だ」って線引きが上手というか線引きをされる方(上

司) がいて。でもどうしてもまたがるどころが出てくるんですけど、その仕事をしていると「それは看護師に返して」とか、自分の「ここまではやってもいいだろう」という範囲と、上司の範囲がちょっとずれる時があって、そうなったときにこそこ隠れて動いてしまったりとかします。自分は「ここまではしたい」と思うところでも、上司は「もうそこから先は看護師の仕事だから」と言われるとストレス。じゃないですけど、自分はやりたいんですよね。そこを。

上司である同職種の精神保健福祉士を「スーパーバイザー」として信頼できない理由には様々な要因が考えられる。上述されているような「精神保健福祉士としての価値観の明らかな違い」がある場合などは顕著に表れる。そのような場合にはスーパーバイザーが最も求めるであろう「支持的スーパービジョン」の機能が果たされにくくなる。また、組織において、多くは上司がスーパーバイザーとなる場合がある。「管理者である上司(スーパーバイザー)」と「管理され指導を受ける部下(スーパーバイジー)」という構図のままスーパービジョンが構成されがちである。その関係性においては、ある意味で大きな「権力の差」が生じる。

「スーパーバイザー」は専門的知識や技術、経験を持ち合わせており、それを「スーパーバイジー」に対し提供する。一方、「スーパーバイジー」は専門的知識や技術を求める立場にあり、「スーパーバイザー」に依存しなければならない状態がそもそもの前提としてある。

「経験者」には、バイザーとしての職責と同時に、「新人」を育て、職場・職域で一定の評価を得ていかなければならないという側面もある。さらには、「どのような部下(同僚)を育てたか」が「経験者」の直接の評価(場合によっては精神保健福祉士そのものの評価)にも繋がると考えるとどうだろう。「スーパービジョン=援助者の援助」と考えたときに、この「関係性」が肯定的にのみ作用するだろうか。「援助する側」や「それを受ける側」が同格であることを基本軸としているソーシャルワーカーの専門性からすると、そもそもの部分で「ズレ」が生じているのかもしれない。

#### ⑤ “「見えないスキル」への客観的評価の不在”

<A氏>

大学で学んだことをずっと実践でやっていると「現場では使い物にならない」という捉え方をされるので。その辺の乖離が。やっぱりスキルの問題もあって。スーパービジョン体制が自分がないので。自分がスーパーバイジーとして誰か相談



して、それに対してスーパービジョンしてもらえないので。その辺が少し心配になってきて、「自分は本当にスキルは上がってきているのだろうか」という思いをしたりとか。その辺がちょっと不安ですね。

人は誰しも他者に「認められたい」という願望を持つ。精神保健福祉士として他者に認められるためにはそれを「可視化」する必要性があり、評価の対象や項目が作られる必要がある。そういった一連の評価項目そのものが用いられていなかったり、所属組織内において同職種がいたとしても、部署が違うことによって業務の内容が異なったり、現在の自分のスキルを身近にいる誰かと比較することができなかつたりする。先に記述した「身近なスーパーバイザー」の存在がなければ尚更発生しやすいディレンマとも言える。また、後述する【精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値】とも関係してくるディレンマである。

#### ⑥ “コミュニケーション不足”

<D氏>

スタッフから「こういう患者さんが来て、私に面接希望です」という、そういう連絡事項は多々あるんですけど、それ以外は本当はないですね。後輩の精神保健福祉士がたまにちょこちょこ、「これはどうしますか」とって相談はあつたりしますし、業務が終わってたばこ吸ってる時は話します。その時くらいですかね。あとは本当皆無ですね。これがディレンマかなと。(コミュニケーションが)ないのがディレンマというか、コミュニケーション図る時間もないですね。ゆったりしている時間が無いんですよ。

業務過多によって発生しているディレンマとも言える。また、精神保健福祉士同士、あるいは他職種との人間関係が悪化すると発生する。社会人として業務に取り組むため、業務中における不要なコミュニケーションは、組織の中で当然問題視される。しかし、人と人との間に立ち、関係性を調整していくソーシャルワーク業務を円滑に行うためには、こういった「ゆとり」や「業務と業務の間の日常的コミュニケーション」も必要となってくる。しかし、多くの精神保健福祉士は後に記述する“他者に合わせて支援を行うため時間で動けない”に

表出されるような課題を抱えており、それが日常的なチームワークの構築にも大きく影響する。

#### ⑦ “管理職やスーパーバイザーになる体制の未確立”

<I氏>

自分自身も指導を受けていない自信のなさから、「後輩たちをきちっと指導出来ないな～」というところは感じますね。向上心じゃないですけど、「もっとこうしたい」とか「もっと」っていうのが、あまり（後輩から）聞かれない。「今度（退院）どうなの？」って言っても、「いや～。今ここで安定した生活がいいんです～」って言うような感情を持っているので。だったらそれを自分としては、出来るだけ「もっとこうしたい、もっとこうしたい、患者さんとこうしたい、こうしてやっていきたい」って思っただけなんですけど。今の（クライアントの）意思で（病院内での安定を）求めているっていうのであれば、「このまま置いておく意思を大事にしておくことなのかな」、「いやそのなかでもっとこうしたい方がいいんじゃないかな～」って私なら聴きだして行くのかな～っていうその葛藤がありますね。

国家資格化が行われてから 15 年余りが経過しているものの、その歴史はまだ短い。そのような中で、比較的年齢層の若い専門職も組織の中で管理職を担っていくことがある。自身の業務との中でディレンマを抱えながらも管理職としての役割を「模索しながら」果たしていかなければならない。管理職を「担う」というよりも「担わされている」感覚のほうが強い。管理職になることで新たに発生する業務は組織の中で伝達され深めていくと考えられるが、管理職としての責務の担い方を体系的に学ぶ機会が保障されていない。キャリアプロセスの中に「昇進・昇格」に伴う試験など設定されている場合は少なく、いわゆる「管理職とは」について研鑽する機会も保障されているとは言い難い。

また、「地域移行・地域定着」という近年の施策の前提には、退院促進や社会復帰というキーワードがあった。先に示したように、これを象徴する職種として誕生したのが精神保健福祉士であったともいえる。そのようななかでは、「地域移行・地域定着」を一手に引き受け、任される（／担わされる）感覚があるようである。そこで、【地域移行やクライアント

に対する責任の重さ] というディレンマが生じている。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “パターンナリズム的思考に陥る”

<E氏>

「こうリスクがあるから」とか、「こういう不安があるから」っていうのを（先回りしてクライアントが苦労しないように）パターンナリズム的に考えてしまうのか、それとも「地域に帰った時にこの人が恥をかかないように」ではないですけど、やっぱりそれなりに生活できるように、人権が守られるようにする、損失が出ないようにって考えたらやっぱりこれは必要なんじゃないかっていうのが迷うところです。

退院の支援を行う時にクライアントに対し、良かれと思い「失敗させない。嫌な思いをさせない」ということを根底においている支援の在り方を自省した結果、生まれてくるディレンマであるといえる。クライアントの自己決定や自己選択のもと、「失敗する権利」を機会として設け、そのプロセスに寄り添い、その失敗した経験から新しい社会的スキルをクライアントが得ることを支え、アフターケアまでを担うのが理想の支援と考えられる。しかし、多くの現場で働く精神保健福祉士は「なるべく失敗しないように」や「失敗することで家族や他職種に諦められる」ことを恐れたり、「クライアント本人の退院へのモチベーションを下げない」といったパターンナリズム的思考に陥ることでクライアントの「失敗する権利」を結果として奪うことにもなっている。

### ② “クライアントの人生を抱える感覚”

<B氏>

ワーカーの仕事って結構「その人の人生を抱えている」じゃないですけど、すごい背負ってしまうことになるので、そこでいつも悩むというか。本人が考えてすることだから、こちらもそこまで考え込まなくていいとは思んですけど、でもやっぱりここでの決断をこちらがアドバイスしてその通りになったりしたら、こちらもやっぱり責任を負うというか。そうなったときに「自分の考えでこの人の人生が変わっちゃうって怖いな」って思う時があって、そこは仕事をしている中でも、独特の仕事だなんて思いますね。

生活者としてクライアントを捉え、精神保健福祉士と出会うまでの受苦に寄り添い、これからの生活をクライアントのペースに合わせながら検討していく。その中でクライアントは様々な矛盾や困難さを抱えるが、その一つ一つについてクライアントを取り巻く環境との接点の中で調整をし、折り合いをつける作業を共に歩む。それは、単純に時間的・空間的に限られた中でサービスを提供するのではなく、サービスを提供する側でありながら、クライアントの立場に寄り添い、長期的な生活支援者としての視点でかかわりを行うため、発生する感覚であるといえる。

### ③ “地域移行＝精神保健福祉士の役割＝責任の重さ”

<A氏>

自分が責められるんじゃないかなってところ。患者さんの生活を「勝ち負け」とかそういうのじゃないんですけど。やっぱり「退院をする」、「長期的な患者さんが退院をする」ってのは、必ず反対の意見も出る。その理解のもとやっぱりチームとして退院という方向に進むんですけど。やっぱり「最終的にほらだめだったね」って言われるような気がする。その辺がやっぱり、「ほらだめだったでしょ」という風に、「精神保健福祉士のせいにされたりするんじゃないかなあ」って言う様な気持ちがあって。

<E氏>

うち（病院）に急性期病棟があって。急性期病棟で治療が終われば急性期病棟から退院する、あるいは、急性期病棟から安定すれば、開放病棟にいてもらってちょっと様子を見て退院する、っていうのが大きな流れだったんですけど。まあそうすると「閉鎖病棟が動いていない（退院支援に向けた取り組みが始まっていない）」じゃないかと。じゃあこの「動いてない」のは何でなんだ。（その責任）ワーカーという話に経営陣のほうからなって。閉鎖病棟の患者さんが退院できないことに対して、「ワーカー何をしてるんだ」って。でもワーカーの気持ちとしては、こう、そこはワーカーサイドで決めれるんだろうかって。

精神科病院の中において、「退院支援」が病院という大きな組織の方針と成り得ていなかったり、チーム医療における退院支援の体制が「役割分担」として精神保健福祉士だけに収

斂されていると、このような感情を抱えることになってしまう。他職種も決して退院に対して否定的な感覚を持っているわけではない。しかし、組織として他職種がどのように退院支援のプロセスに関与していくかが不透明であったり、その他職種の退院支援に関する活用法が組織として未熟であった場合に、そもそも精神障害者の社会復帰を中心命題に据えている精神保健福祉士に責任や役割が結果として集約されがちになってしまう。

さらに、様々なディレンマや組織内での身動きのとりにくさ、役割発揮の困難さを継続して抱えることで、現状の変革に対し「諦め」にも似た感情を抱くことは少なくない。その前提には、現状に満足せず、クライアントや社会の変化に合わせて自己のかかわりを変化させようと試みを続ける職種であることが求められていることがある。それが、【変革への諦めともどかしさ】として表出されているといえる。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “志向性を共有することで「苦しくなる」”

<C氏>

諦め……。なんか、どっかそれ（入院中心）が当たり前、なんていうか歴史もあるじゃないですか。今までのそういう精神科自体の。そういうところからだと思うので、根深いものはあるんでしょうけど。やっぱりなんとかして、「ちょっとずつ動かしていきたいな」っていうのはありますよね。だから「相手にどうして欲しい」っていうのはあんまりないんですよね。「もうちょっとこう考えてよ」っていうのは。それより前に、「今からなんとかかなって行かないかな」っていう。相手にも求めると自分がきつっていうのもある。一種の防衛じゃないけど。そういうのもあるかもしれない。やっぱり求めすぎるときついですよ。もともとそういう背景があって今があるわけだから、そこを「こうしてよ」って言ったってなかなか。

精神保健福祉士の持つ社会的責務やその志向性を他者にも求めることで、うまく理解され協力関係が築ければいいが、そうならないケースに発生するディレンマである。社会福祉の専門職として強く訴えていきたい部分に対し、他職種の養成のされ方や、そもそもの志向性の違いなどから発生する部分だけでなく、職場の同僚として対立関係になることを避けるこ

とで、精神保健福祉士としての社会的責務と向かい合えなくなることもその要因の一つとして挙げられる。

## ② “「諦めている」事に対するもどかしさ”

<G氏>

諦め……。何になるんだろう。いろいろ退院促進の事だけじゃなくていろんなことについて文句も言っていました。結構言っていました。言うけど何にも改善されないうっていか。

色んな提案もしました。何回も。院長・師長・事務長とかいるところで言いました。みんなで提案をしたんですけど。10の内1個ぐらい何か取り入れてもらえたのかもしれないけど、あんまり目立って、「この問題点でここをこう改善していきましょう」みたいなのがあんまり進んでいないんですよ。最初の頃は本当「カッコ」なって言っていましたけど。諦めでもないような。諦めているわけ……。諦めてたら……。諦めてはいいです。諦めじゃないですね。常に「こうありたい」「こうしたい」みたいなのは、思っていますね。

<C氏>

うちはやはり「経営の方に重きが置いてあるのかな」って思うわけですよ。それは分からなくはない。そうせざるを得ないだろう。自分が同じ（経営者の）立場だったら「職員抱えて全部潰していいか」ってそうはいかないですよ。だからと言って患者さんをお無碍にして、そのままにしているとは思わないけど。でも、どっかでやっぱり「どっちかを諦める」っていうことをしないと2つ良いとこ取りっていうのは今の状況においてはできないのかな。「じゃあどうするか」ってなったら「制度とかそういうところに問題があるんじゃないのか」って思いますね。

今、「診療報酬の入院部門が下がった」とかっていう感じですけど、やっぱりそうとう各病院はそこに対して外来部門（デイケアなど）で点数を稼ごうとする。ただ今度はそのデイケアはデイケアで「デイケア留まり」っていか。デイケアが居場所になっちゃって「そこから（次のステージへ）」っていうところが無くなっていく。デイケアの点数が高いからそこで留まってしまふ。デイケアがゴールじゃないんですけどね。「本当にこれでいいのかな」って。

ただそれに対してあんまり言えないですね。どっかでやっぱり疲れるじゃないですか。そういうの變えていくのって。デイケアのスタッフもやっぱり向き合いたくない。思っではいるみたいですけど。「このままでいいのか？」って。だけどそれをどうこうしていくにはやっぱり相当なエネルギー使います。ある程度上に従っていくような形で流していく。日々を過ごしていくっていうので諦めですかね。まあそんな気持ちなのかな。諦めもあるんじゃないですかね。

はっきり言えばそれ（今の精神障害者の置かれた状態）で僕らが飯食ってる部分もあるんですよね。やっぱり。もっと広く施策から考えてもらわなきゃ、「退院促進なんて本当に進むんだろうか？」っていう話ですよ。

病院自体も多少考えなければ。どこにじゃあ患者さん入院しているんですか？やっぱり精神科の民間の病院に入院しているわけですよ。であれば、その気持ちって多分考えられてないと思うんですよね。引き下げればそれでいいとかか外来部門で目立ったデイケアで点数あげればいいかってそういう問題ではないんじゃないですかね。

「変革していこう」「これまでの入院中心の姿勢を変えて、クライアントの主体的な想いに寄り添い、地域生活を中心に進めていこう」とする精神保健福祉士が、歴史的背景や現在の社会情勢、組織人として、被用者として感じる限界のなかで「変わらない・変えられない」事に対する「諦め」に近い感情を抱えることがある。しかし、対象者たちの発言を追いかけると完全に諦めているわけではなく、“「諦めている」事に対するもどかしさ”を抱えているのである。もどかしさを抱えるということは、「今の状態に納得している」という事ではなく、時勢や機会をうかがって、次の機会を待っているという事でもある。

そして、精神保健福祉士という専門職が大切にしている「自己覚知」<sup>3)</sup>という内省のあり様に付随したディレンマが【専門職としての自律/自立性のあり方に対する懸念】として表れている。また、精神保健福祉士の専門職団体である公益社団法人日本精神保健福祉士協会における倫理綱領によれば、倫理原則に「2. 専門職としての責務」として、「(1) 専門性の向上：精神保健福祉士は、専門職としての価値に基づき、理論と実践の向上に努める。(2) 専門職自律の責務：精神保健福祉士は同僚の業務を尊重するとともに、相互批判を通じて専門職としての自律性を高める」と記載されている。こういった倫理が揺さぶられ、専門職と

しての自己を洞察する上で発生しているディレンマといえる。このサブカテゴリーは八つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “専門職としての立場を主張しない同職種に対する憤り”

<A氏>

この前、（経営者が）「病院の古い建物を共同住居に」って言ったときに、反対の話しをして。人道的なものだったりとか、「監査で問題になってきますよ」っていう、ちょっと遠回しに話しをしたりとかしました。その辺で他の精神保健福祉士は黙ってて。「何でなんも言わないんだろう」っていう苦しさもありますね。「僕がおかしいのかな」って思ったりとか。本当の僕たちのプロフェッショナル性を考えれば、「そういうところに共同住居をつくるなんておかしい」っていう話しが出来ないといけないって、僕は思ってた。

他の精神保健福祉士は何も言わないけど、「どうしてだろう？」っていう気持ちでとか、そういう「言わない方が利口なのか？利口な生き方なのか？」って、そういう気持ちになるときもある。

職場の中で、精神保健福祉士としての専門性を問われる場面で、いかにしてそれを「見せる」か。そして、精神保健福祉士として譲れない「価値や倫理」にふれる様な場面に遭遇したとき、一人の精神保健福祉士としての態度ではなく組織に所属する精神保健福祉士全体として足並みをそろえた姿勢を表出する必要がある。しかしながら、その足並みがそろわない、即ち、「同じ精神保健福祉士としてそれでいいのか」と同僚の精神保健福祉士に問わねばならないような場面で抱えるディレンマでもある。精神保健福祉士としての資質の担保、組織内外における教育管理体制と大きく作用する部分である。

### ② “スキルアップに対する意識のズレ”

<A氏>

自分が管理職という立場もあるので、「他の精神保健福祉士も含めて他の場所を知って欲しい」っていう気持ちがあって。病院のソーシャルワーク職務。「他の病院ではこういう仕事をしてる」とか、「人脈」であったり、「ネットワーク」であったりとか。勉強会とかもするんですけど、僕が「行けて言ったら行く」とか、



そういう捉え方をされるので。他（の病院や機関の取り組み）も見て欲しいなっと思っています。「興味を抱かせるためにはどうしたらいいんだろう」とか、最近ではそういうところで悩んだりしますね。「勉強会してもなんの意味があるの?」とか、そういう捉え方をされると「少し辛いな」という思いもありますね。

精神保健福祉士法第 41 条（連携等）には、「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療サービス、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 条第 1 項 に規定する障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない」と記され、同 41 条の 2（資質向上の責務）には「精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助に関する知識及び技能の向上に努めなければならない」と示されている。これら一連の組織内外における「精神保健福祉士となった後の育ち」に関連するディレンマであり、精神保健福祉士同士の意識の差が生み出すものといえる。

### ③ “医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念”

<A 氏>

どうしても、最終決定が医師になったりするので、医師に最終決定があつて。それで、全て責任を医師になすりつけていたっていうのもあつて。各専門職が自立性を失っているんじゃないかなって。医師が全て判断をするので、結局、「医師に投げればその決定に従えばいい」として、それで「結局なにか責任があつたら医師が責任を取ればいい」という考えになってないかな。

だからある意味、僕たちがしっかり各専門職として責任を持つということと、ちゃんとプランを立てるということであつたり、「プランや戦略」、「目標とプラン」がないと、僕たちの職種も、他の職種も全く意味がないって思う。

医療において、医業を行うことが許されるのは医師であり、その結果、治療における指示が医師より出される。指示が出されるという事は治療に対する最終的な責任を持つのは医師<sup>4)</sup>であり、その責任が故、慎重な行為や判断が医師に求められる。そういう状態に置かれて

いる医師に対し、精神保健福祉士自らの行為や判断を行わず（あるいは、精神保健福祉士としての見解や所見を表明せず）、「医師の指示に従っていればいい」とする同僚の精神保健福祉士に対するディレンマである。先に述べたように、精神保健福祉士と医師の間には「指示」ではなく「指導」の関係がある（精神保健福祉士法第 41 条 2 項）。「指示」ではなく「指導」であるがゆえに得られているはずの専門性発揮の機会を自ら放棄しており、それに対する同職種としてのディレンマとも言える。

#### ④ “主張しあう関係性への期待”

< C 氏 >

僕の理想は「喧嘩できる関係」が理想。喧嘩できていい方向に向かっていく。お互いに「主張し合って」っていう。だけど、喧嘩っていう表現はあんまりこう好ましくないっていうか、良なくて。「仲良くやっていく」みたいな。なんかワーカールの集まりとかでも、「喧嘩をしない」っていうなんか一つの暗黙のルールとして「喧嘩をしないみたいな」っていうのがあったりとかして。それがわかる部分もあったりして。だけど自分は「喧嘩していいものを作りたい」っていう方がある。「相手にも理解されたうえで言いたいことを言い合える。喧嘩もするけど最後の目的は一緒なんだよ」っていうのが理想。だけどどっかでやっぱり喧嘩すると関係が悪くなるっていうのがあるから。

支援に関する自己の理想や考えを主張し、議論の中からお互いを理解しあい、クライアントの最善の利益を保証するための方針を探って行きたいとする精神保健福祉士と、そのような関係性に遠慮しがちな同職種との間で発生するディレンマである。議論すること、主張することには責任と行動が伴う分、主張する精神保健福祉士には重荷となる。それを回避するという事は「行動しない」あるいは「現状維持」で良しとする感覚の表れともいえ、現状からの脱却であったり、社会の変革を促そうとするソーシャルアクションをソーシャルワーク実践の本質とする精神保健福祉士が感じるディレンマである。

## ⑤ “「支援への慣れ」に対する懸念”

<C氏>

今年…去年がとっても忙しくて。患者さんの動きとかもすごく激しかったので。自分の課題なんですけど、自分自身も年数を重ねてきて「このケースはこうしよう」とか、結構パターン化しているところもあって。だから雑になったのかもしれないって。

病院としても、「退院支援のカンファレンスをやる」っていうこととか、「施設入所」とか「グループホーム入所」っていう件数も増えたので、病院自体も「慣れ」っていうか、そういうのが、あるのかなって、自分も含めて。だから、就職したての頃はすごく実感があつたし、みんなで心配することもあったし、もちろん支援をやってからの心配とかも、「みんなしてたな～」って。今となってはもう、「送り出すことで終了」みたいな。そういう雰囲気もちょっと出てきたなって。そこは質としては下がったのではないかなと思って。前の質に戻った方がいいのかな。

その「丁寧さ」っていうので思ったのが、退院をしていった患者さんの、戻ってくる（再入院になる）早さが、結構早かった気がするんですね。3 か月持たない方とかいて、この前も訪問看護スタッフ達が、よく知らないまま支援をしていたりとか。だから「入院サイン」だったりとかを見過ごして。カンファレンスの数自体も減ってきてる。「一回やりましょう」「頑張りましょう」って言っても…だんだん「しなくても別に大丈夫かな」、「申し送りで言っておけばいいよね」っていうようなことも実際増えたんですね。

なんて言うのかな、本当、それは「自分が慣れてしまったのかな」っていう風に思うんですけど。でも、そこがなくても特に難なく退院したっていうケースとかもあって。

支援が「パターン化」したり、「慣れてしまう」ということは、例えば F.P.Biestek の示したケースワークの7原則のうち「個別性の原則」（Biestek=2006:137）や、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の倫理綱領における倫理原則にも相反する姿勢となってしまう。一方で、これらは、精神保健福祉士自身が「自省」するプロセスの中で生まれるものであるため、「自省する環境がある」あるいは「専門職として自省する能力がある」が故に発生す

るディレンマであるといえる。また、その「慣れ」の主体は精神保健福祉士本人だけでなく、精神保健福祉士を含むチーム医療を担うスタッフすべてが対象となっている。

#### ⑥ “都合よく用いる代弁機能へのもどかしさ”

<E氏>

「そういう（退院して地域で生活できる）力があるんです」、「そこはあなたたちに（家族）には迷惑かけないですよ」っていうのを伝えはするんですけど。まあでもその代弁が本当の本人の気持ちなのか、こちらの都合なのかなっていうのが常々あって。どうしてもこっち（家族）に納得していただくために、ご本人さんの気持ちをお借りして、お伝えするような時は「よかったのかなこれで」っと・・・

クライアントの主体的意思を基に、クライアント自身とその環境の接点の中で起こる摩擦に対し介入する時、精神保健福祉士は「権利擁護」の一環として「代弁機能」を用いる。しかし、ここで挙げられているディレンマは自己の用いている代弁機能への「疑問」であり、「退院したいクライアント」と「退院支援を業とする精神保健福祉士」の立場性を踏まえた自省の結果表れているディレンマであるといえる。

#### ⑦ “学ぶ機会への躊躇”

<E氏>

（先輩たちから）「そういう（専門的：アルコール依存症患者へのソーシャルワークなど）勉強もしたらいいよ」、「いろいろ（研修会や学会などに）参加したらいいよ」って言われるんですけど、なかなか、自分の中で勇気を踏み出せないのがあって。たぶんそれは、今までそうしなくても「何とかなってきた」っていう事を自分の中で作り上げてしまっているの。新たな自分のスキルとか、そういうところを開拓しなければいけないっていう事に何年か経験した今、思い始めているところです。

精神保健福祉士として、自己研鑽の義務を念頭に置きつつも、「何とかなってきた＝最終的に困らなかった」現状に満足し、スキル獲得のための研修を躊躇している精神保健福祉士

自身に対するディレンマである。先に述べた“スキルアップに対する意識のズレ”と対峙する側の精神保健福祉士から生まれる概念でもある。

#### ⑧ “「ゆるくなること」・「折り合いをつけること」へのディレンマ”

<I氏>

「したたかさ」ってきれいな言葉ではないかもしれないんですけど。先生（主治医）を立てながらも、こっちとしては患者さんに寄り添いたい気持ちというか、患者さんの気持ちを先生（主治医）に伝えたいという中で、「したたかさ」ができました。折り合いをつけるために。ちょっと難しいところでは、状況を良くしようとする中で、変に今この状況の中で「ベスト」というか、「ベター」を自分たちがこう選択していないかなって。

自分たちが見ている状況とか、他のスタッフから聞いた状況、家族の気持ち、地域の気持ちっていうものの中で、「こうするとよくなる」と見たてた時に、「ベター」ってところに落としこんでないかなって心配もありますよね、それも一つのディレンマかもしれないですね。

教科書とかでは「本人主体」って言う風になっているけども。どうしてもこの状況や全体性を見たときに、患者さんの意見をとった方がいいんだけども、やっぱり「全体で」みたいな。最大公約数というか。最大公約数というのは結局、患者さん・家族だけの最大公約数じゃなくて、支援者を含めたところでの最大公約数を探るところが、自分で「したたかだな」って。

これは、次章で述べる「ディレンマへの対応」の中で抽出された【「ゆるくなる」ことで現実を受け入れられるようになる】というサブカテゴリーに対応するディレンマである。クライアントに対する支援を「限りなく理想的な形で行いたい」とする精神保健福祉士も様々な環境との接点の中で、完璧な支援や体制、周囲からの理解を求めた結果（ベストな体制）、身動きが取れなくなり、時間だけが経過するよりも、一定の段階（ベターな体制）が踏まれることを実践していく。そのことに対しての問いかけから発生するディレンマであるといえる。

### 3. 組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ

コアカテゴリーのふたつめである《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》は、〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉、〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉、〈入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題〉、〈人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ〉といったカテゴリーによって構成されている。ここでは、これら四つのカテゴリーについて生成の成り立ちを見てみたい。

#### 1) 精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ

このカテゴリーは【表 6-4】に示す通り、三つのサブカテゴリー（〔精神保健福祉士と他職種の立場性の違い〕、〔精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値〕、〔業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ〕）で構成されている。精神保健福祉士としての役割について精神保健福祉士自身は確固たるものを保有していても、他者にそれが受け入れられていなかったり、分かりづらかったりすることで、正当な社会的評価を得にくくなってきている。そういった状態から生じたディレンマから抽出されたものである。

【表 6-4】 〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉

定義：精神科病院における精神保健福祉士として抱える社会的責務は、多くの医療職種とは異なり、クライアントの立場に立ち権利擁護・自己決定の支援を行うことが中心である。これらは、医師からの指示や命令による行動を採る他の職種から理解されにくく、また明確に診療報酬上に位置付けられているとは言い難い。このような社会的評価が院内における評価にも連動することで、様々な業務遂行の困難さ・社会的責務に対する価値の見出しにくさを抱えることになる。

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔精神保健福祉士と他職種の立場性の違い〕	“アセスメントにおける視点の相違（医学モデルと生活モデル）” “訪問看護における他職種との役割の相違” “権利擁護の在り方に対する他職種との考え方の相違” “エンパワメントの視点に立つ精神保健福祉士と他職種の視点（生活の医療的管理）の相違” “他職種に対するクライアントの想いを代弁する際に生じる困難感” “治療責任者である医師の職務領域に踏み込むことの戸惑い”
〔精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値〕	“社会資源利用に係る書類作り” “「精神保健福祉士＝何でも屋」という認識” “疎かになるソーシャルワーク（クライアントの「今ここで」に向き合えない）” “精神保健福祉士不在の退院支援” “他者の苦情の窓口になる辛さ”
〔業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ〕	“「やりがい」や「精神的負荷」に対する低報酬” “診療報酬上の評価の低さと連動する院内での評価”

精神保健福祉士として支援活動を行う中で、その活動の根拠となるものの曖昧さから生まれてくるディレンマである。これは、精神保健福祉士に限らず、ソーシャルワークそのものの曖昧さということもできよう。ソーシャルワークの固有性について Butrym は、「ソーシャルワークは、その他の「援助専門職」と同様に、困難の予防と、それからの解放をとおし、人間の福祉の向上をはかることを目指している。ソーシャルワークの固有の関心は、つねに、人間の生活の問題に向けられてきた。しかし、この関心のあらわれ方は、時代とともに、様々な理由で変化してきている」（Butrym＝1986：1）としている。さらに、吉川らが「ソーシャルワーク実践の特質は、社会とそこに生きる人間の特質でもある。社会は動いている。そこに生きる人間もその生活の中で変化していく。『複雑性』『不確実性』『曖昧性』『流動性』という変化し続ける人間と社会の動的な特質がある。そのため、このような社会と人間に関わるソーシャルワーク実践にも、『柔軟性』『即応性』という特質が要求される」（吉川ら 2006：2）と述べているように「不確かさ」が根底にあることは否めない。そういったことが背景となり、〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉が生じているともいえる。

このような中で、精神保健福祉士は「被用者」として「組織人」として活動が続けることがほとんどであるが、その「活用のされ方」に関しては、関係性の中で生まれるため、精神保健福祉士のみがその専門性を理解していても円滑に進むものではなく、関係者の理解が必要になってくるため、〔精神保健福祉士と他職種の立場性の違い〕に関するディレンマが生じやすい。このサブカテゴリーは六つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “アセスメントにおける視点の相違（医学モデルと生活モデル）”

<A氏>

人格障害の方が、例えば薬一つにしても、クレーム的な事を看護師に言ったりとかすると、「文句や苦情」としてそのまま捉えたりする。「それじゃ治療はできないんじゃないか」というような、そういうズレも感じる。でも、その本人が「苦情」として挙げているのは、実は「ニーズ」だったりとかする。もちろん苦情的なものもあるけれど。その辺のひとつの苦情としても捉え方というのも少しズレがあるんじゃないかなあっていうのを感じますね。

アルコール依存症関係の専門職をしてて思うことは、まず、断酒ということだけに囚われてしまって、アルコールを飲酒したその背景だったりとか、その辺に関して医療職との違いがある。僕たちは、やっぱり依存症になる生活環境であったりとか、家族環境を考えるんですけど。その辺に関しては全く考えられていない。逆に、自分達も、生物学的な視点の不足があったりとかするんですけど。もっとその辺をお互いに勉強しあっていく必要があるんじゃないかなあっていう感じがします。

<C氏>

「僕らが勉強してきたのは医学モデルじゃない」という思いが強くて、僕ら「生活モデルでやっていきたい」という思いが強いので、どうしてもそこが近寄っていかない気がしますよね。「課題があるからこの人駄目だよ」みたいな感じでどうしても言われちゃうと。

「だけどこんな風にできてる部分、良い部分があるじゃないですか」ということも言うけれども、それ以上に「この課題があるじゃない？」という風な切り返しをされればなかなかですね、「厳しいかな」という思いがあったりとか。



他職種とアセスメントの視点は違って当然である。その違いこそが専門職たる所以でもある。しかし、アセスメントの相違において「他者の視点を受け入れられない」、あるいは「自分の視点を理解してもらえない」ときにディレンマが発生する。それらは、特に精神保健福祉士が Charles A. Rapp や Richard J. Goscha の示している「ストレンジ志向のアセスメント」(Charles A. Rapp&Richard J. Goscha=2008 : 128-134)でクライアントをとらえようとする時に発生する。クライアントに対する評価がマイナス（問題点や弱み）のみに作用するときや、クライアントの持つ強みや伸びしろ、希望などに作用しないときにディレンマを感じている。

## ② “訪問看護における他職種との役割の相違”

<A氏>

情報を提供して「本人がこうしたいな」って、「こう利用したいな」っていう訪問看護であったりとかが理想なんですけど・・・訪問看護は今月から精神保健福祉士も行くようになったんですけど、看護師だけで行ったりしていて。すごく人間的にも優しい看護師さんであったりするんですけど。僕が訪問看護をすると、生活の場所をリアルに見れる事を活かしたマネジメントをしていくっていうのはあるんですけど、看護・医療食になってしまうと、訪問看護をしても、血压測って「調子はどうですか」、「お薬は飲んでますか」っていう訪問看護だけで終わるのでなかなか続かなかったりとか。

この課題も上述した「視点の相違」に関連して発生するディレンマである。ただし、この場合は「訪問看護」という診療報酬に位置付けられた行為についての「方向性の違い」という点で大きく異なる。「訪問看護」は基本的に看護師と精神保健福祉士がセットで訪問を行うことで診療報酬が発生する。そのため、二つの専門職が同時にクライアントの住まいを訪問することになるので、事前に方向性のすり合わせや役割の分担を行う必要もある。それらのプロセスが担保されていなければこのようなディレンマを抱えるようなことになったり、他職種の果たそうとする役割が理解できずにディレンマを抱えることとなる。

### ③ “権利擁護の在り方に対する他職種との考え方の相違”

<A氏>

入院患者さんに対する認識は全く違うんじゃないかなと。僕たちは患者さんを「一人の人間」として、生活面をみていくんですけど。看護師の人達は、ちょっと子ども扱いていうか。そういう雑な扱いをしたらこの人たちの生活というものは守られないんじゃないかなと。人権的なところの配慮というところもすごく差があるんじゃないかなって思います。

例えば言葉遣いであつたりとか、その人に対する呼び方に対しても、個人名の呼び方に関しても、僕たちが考えている一般の方に対する話し方と、やっぱり医療職が患者さんをあだ名で呼んでしまつたりとかする部分で、基本的なところに差を感じる。

「看護師の指示に従わないとだめだ」っていう捉え方をしていたりとか。話し方一つにしても、少し幼稚的な話の仕方をされる方もいらっしゃるんですけど。それは、自分たちより年上の患者さんに対してして、「自分の親がそうされたら」って考えた場合に・・・15年、20年、入院している患者さんは、僕たち若手にとっては、だいぶ年上の方で、もう50歳前後。自分たちの親と同じぐらいの年齢だったりするんですけど。やっぱり指示に従わないと、「もうあの人はだめだ」という捉え方をしたりとか。

いろんな行動の制限をされてる。医療上は必要なこと以外に制限されているのは「ちょっと違うな」っていうような感覚を持つ。もちろん医療が必要な部分はいいいんですけど。食事に関して「時間を守らせる」もちろん時間帯ってのはあるんでしょうけど。名前を食堂の机に書いたりとか、そういうのも自分としては「どうなのかな」って感じるんですね。あと、まあ精神科に長く勤務していて少し「慣れ」っていうところもあるんじゃないかなって思います。先輩がそういう形をしていると、若手も同じような対応をどうしてもしているの。その辺の負の連鎖みたいなのはあると思います。だから教育的なところは必要じゃないかなっていうふうに感じます。

精神保健福祉士は対象となるクライアントの尊厳を考え、その視点に立った「振る舞い」を行う。たとえ、クライアントが長期にわたり入院しているからといって関係性を近く保ち

「親しみを込めた呼称」に疑問を抱えている。また、治療における関係性の構造について、精神保健福祉士は「治療者とクライアントが同格」であり、パートナーシップに依った関係性の構築を基本的視座としている。これに対し、他職種の中で、先に述べた「アセスメント視点の相違」から「問題や課題」に焦点化したかかわりの結果、治療者とクライアント間に大きな権力の差に基づいた構造を持ち込み、「治療者の意に沿わないクライアント」に対し、否定的な接し方をしている場合に、大きなディレンマを感じている。

#### ④ “エンパワメントの視点に立つ精神保健福祉士と他職種の視点（生活の医療的管理）の相違”

<A氏>

お薬にしても、「何で、退院した後、しっかりお薬を飲ませなかったんだ」って看護の方には言われるんですね。「僕たち（看護師）が一生懸命治療してやっと退院出来たのに、なんで一回一回ちゃんとお薬を渡して、本人が強制的にでも飲めるようにしてあげないと、ご本人がかわいそうでしょ。また状態が悪くなって入院してくるでしょ」って言う。だけど僕たちは、「人権的な配慮や本人たちの自己決定がある」という考え方があるので。もちろん指導であったりとか、本人がどうしてもしないだろうとか言う場合は、プランももちろん立てていって、「こうした方がいいんじゃないか」という提案もする。でも、最終的には本人が決めることでもあるので強制が出来ないというところ葛藤があります。

クライアントを肯定的に捉え、発達・成長の可能性を持つ存在であり、何よりもエンパワメント (empowerment)<sup>5)</sup>の視点でクライアントを捉えようとする精神保健福祉士にとって、上述されているような「生活の医療的管理」の視点でクライアントに関与しようとする他職種と接点を持つとき、人の基本的人権の尊重の観点、自己決定の尊重の視点から大きなディレンマを感じる事となる。

#### ⑤ “他職種に対するクライアントの想いを代弁する際に生じる困難感”

<A氏>

医師には言えないことを僕たちに話をしてくれたりしますね。僕たちが「先生お薬がきついですよ」、「患者さんがなんかお話があるみたいですよ」、「この辺に関し

てはちょっと調整とか、相談に応じていただけないですか」、って代弁したりすることがある。もちろん医療上に必要なお薬であれば全然僕たちは何とも思わない。それが適切なお薬でその相談に応じて、「こういうお薬でインフォームドコンセントをしてこういう形なんだ」っていうのを患者さんに還してくれればいいんですけど。薬のことを言われるとやっぱり医師というのはプライドが高いので嫌がられたりだとかしますね。「本人にも何度も言ってんだから。もうそこまであんたたちがする必要はない」という捉え方をされたら、「少し辛いな」って。僕たちは「お薬を変えて欲しい」という事を医師に言っているのではなくて、「お薬を変えて欲しいという患者さんの相談に対して説明をして欲しい」というお話をするんですけど。

クライアントの主体的意思が治療組織の方向性と違った感覚を持つときがある。その際に、精神保健福祉士は、代弁機能を果たすことでクライアントの意思を治療チームに持ち込む。しかし、その行為は同じ組織の中で、チーム医療のメンバーでありながら対立した立場性を持つことになる。その精神保健福祉士の立場性が他の職種からすると厄介がられる。そのことは、自らの使命を果たそうとする精神保健福祉士にとってディレンマとなる。

## ⑥ “治療責任者である医師の職務領域に踏み込むことの戸惑い”

<B氏>

完全に陽性反応がとれないと、「退院させない」っていう医師も中にはいて。その患者さんをどういう風にこっちで医師に説明して、「この状態だったら地域生活ができますよ」って言うのを、伝えていくかっていうのですごく迷うことはありましたけど。

こっちが「やっぱりこの方は退院できるんじゃないですか」って思う方でも、医師が「どうしても NO」って言ってしまおうとすごく難しくて。面白いこだわりがあったりするんですよね。その医師によって。何なんでしょうね。「この人は退院 OKなのに、この人はだめなんだ」とか。

普通、陽性症状がとれたら退院になると思うんですけど、ある先生は、陰性症状に入っても逆に退院させないので、「じゃあいつだったら退院できるの？」って思います。躁うつの人とか特に難しい。もちろん躁状態のときは退院させてくれないですけど、やっとな普通の状態になったその場で退院させてくれれば良いけど。

すぐ「うつになっちゃうから」って言って、ずっと2年、3年。その状態の良いときにこちらとしては退院させて、あとちょっとフォロー入れていって、というのを提案はするんですけど。いや、「この人はすぐにうつになるから」って。経験もあるんでしょうけど。なかなか病状のところなので、そこまで踏み込んで行けなかったりするっていうのがありますね。そこが領域というか、こっちは生活の部分ですね。医師はやっぱり病気の部分をターゲットにするから、その部分まで踏み込んでいいのかっていうところですごく悩めますね。やっぱ病状が絡んでくると、こちらではあまり言っちゃいけないところだからと思って。

このディレンマは、経験のある精神保健福祉士が自らの実践の中で培ってきた「実践知」によるクライアントに対する評価と、医師の評価が食い違う時に発生している。そして、「保健・医療・福祉にまたがる国家資格」である精神保健福祉士でありながら、医学の分野に長けた医師の評価を前にして、自らの意志と対立する視点での発言を躊躇しているのである。さらに、先に述べたディレンマの概念“**医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念**”が発生する前に抱えるディレンマである。この「戸惑い」の結果、「最終決定は医師が行えばいい」と自らの職責を主張しなくなることで「医師に依存する」結果を生んでいるともいえる。

また、精神保健福祉士として活動するときに先に述べた「曖昧さ」が精神保健福祉士個人に起因してディレンマを抱える場合や、その「曖昧さ」ゆえに他者に理解されにくく、「被用者」「組織人」としての活動のしにくさにつながる。つまり、こうありたいと思う実践家像とそうなれない（／なる機会を与えられない）場合に抱えるディレンマである。そのような時に【**精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値**】へとつながっている。このサブカテゴリーは五つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “社会資源利用に係る書類作り”

<C氏>

書類整理みたいな事務的な部分について割かれる比重が多くなってきました。自立支援関係の書類が特に。それ以外にも（生活保護の）要否意見書だったりとか。

先生（医師）達が全て受けられない部分はですね、書いてもらったもの（下書き）を代理で書くみたいなことはありますよね。そういうことが増えれば自然と自分たちが患者さんに関わる時間が減ってきますから。そういうところで「待ってくれ」って患者さんに言われてる一方で、そっち（書類整理や作成）の方ばかり頼まれてる時とか、だんだん「あれ？自分たちじゃなくてもいんじゃないか」と思ったりします。事務職の人でもこう代理で書くっていうのはできないのかなって思ったりする部分です。自分の価値っていうのが見えなくなる時っていうのはそういう時が強いかな。

<J氏>

すごい書類整理が多くって、本来の業務が遂行できないっていうか。自立支援医療とかの申請とかですね、あとは診断書の打ち込み、送付。それ以外にも、結構雑用をすごくやられる。

クライアントの日常生活や医療を支えるための仕組み（生活保護・障害年金・雇用保険・自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳など）を活用するとき、それらを受給するため、あるいは受給を継続していくために必要な「書類」が出てくる。これらはクライアントにとって必要なものであり直接・間接を問わずクライアントの QOL に関わってくるものである。では、なぜ精神保健福祉士はこの業務を行うことにディレンマを感じるのか。それはこれらの書類を作成する時間により、クライアントに直接かかわる時間が削減されているからである。「社会資源の活用」が精神保健福祉士の専門性の一つでもあるが、その長所を生かそうとすればするほど、精神保健福祉士にとっての原点である「直接的なクライアントかかわり」が低下していくという矛盾が生まれるのである。

## ② “「精神保健福祉士＝何でも屋」という認識”

<A氏>

結構何でも屋さんって風に捉えられてしまっています。逆に、「広く認知してもらいたい」って思いがあって動きすぎると、「何でも屋さん」っていう風に他職種に捉えられたりとか。その辺の線引きというものを、僕の方でも見極めていく必要があるのかなあって。

クライアントの生活を支援するという事は、実に多岐にわたることである。対象となるクライアントの状況によって精神保健福祉士の仕事が規定されたり、精神保健福祉士自身によって組織内での仕事が規定されることもある。他の職種で埋められない支援領域（他の専門職分野の残余カテゴリー）をなんとか埋めていこうとするその豊かな取り組みは、ともすれば領域がはっきりしている他の職種からすれば、曖昧さを抱える職種として見られたり、それゆえ「何でもやってくれる」と無理難題を押し付けられたりすることも出てくる。

### ③ “疎かになるソーシャルワーク（クライアントの「今ここで」に向き合えない）”

<A氏>

仕事量が多くなりすぎて、「一つ一つ丁寧に関われなくなっているんじゃないか」と感じるのを感じます。本当、ケースが多すぎて。一つ一つのスピードを意識しすぎて。なんか本当は、もっとここで世間話がしたくても、問題点にスポットを当てて全部スタートしていくので、「本当のニーズとして掴めてないんじゃないか」と思ったりしています。

時間的な余裕が無くなって。理想としては、僕は一人一人しっかりマネジメントしたい。カンファレンスも含めてやっていきたいというのもあるんですけど。それが現場にいると本当年間に5例やれば大成功で。

<I氏>

ワーカーが患者さんとゆっくり話をする場がないっていうのがあって。急性期とかじゃ当然なんですけど、（ゆっくり話をする相手としての）メインが家族とかっていう風になってしまって。なので時間外とかとりあえず5時半までには本人のところにあがれずに、5時半過ぎてからちょっと（自分の業務が）落ち着いてくるので。病棟にあがって患者さんたちご飯の後にちょっと話しに行ったりとか。時間内にはやっぱ病棟に上がれないっていうのはありますね。

私は、患者さんの「ちょっと待って」の重さって自分が考えてたんですけど、ちょうどそここのところで自分としては「他の面談入ってるから今はごめんなさい。その後でも来ます」というのを、「きっと今話したかったことってあるんじゃないか。今しか話せないこととかがあったんじゃないかな」と思うと、今話せないけど、こちらも約束があるし、私も体がひとつしかないし、全部に完璧ではないっていうディレンマがありますね。

先に述べた“社会資源利用に係る書類作り”や、後述する“他者に合わせて支援を行うため時間で動けない”といった業務や労務のあり様に関連して発生しているディレンマである。業務の適正量が設定されにくく、これまでそういった設定が見られなかった専門職ゆえのディレンマとも言える。「クライアントのための精神保健福祉士」でありながらも、そのクライアントを支援するためのクライアントに対する直接的な支援ではなく間接的な関与が優先している場合に発生するディレンマであるといえる。また、理想とする支援のあり様と、精神保健福祉士の置かれている現状、そして、精神保健福祉士の目の前で時間の経過とともに「流れていくケース」との往還を内省する作業の中でもこのディレンマを抱えている。

#### ④ “精神保健福祉士不在の退院支援”

<G氏>

時々、「なんでこっちに相談がなくてそっちで話が進んでるの？」って私はよく言ってるんですけど。それを考えると「なんでかな？」って考えつつも、うちらが普通に「もうちょっと自分たちの仕事、ここのこういうのうちらがするんだからちょっとそっちで話進めないで」みたいなのがちょっと足りないのかなって。事務長がいうんですけど、うちらに退院促進を期待してないんですよ。退院促進をすると患者さんが減るからって。

退院支援や社会復帰支援、そしてそのための関係調整を「担いたい」あるいは、それらの「キーパーソンでありたい」とする精神保健福祉士が組織の中で思うような活用がなされない時に発生するディレンマであるといえる。また、こういった「組織における精神保健福祉士の役割」が明確化されていなかったり、組織の方針として「退院促進や地域移行を積極的に推進していく方針」が定まっていない中で雇用されている精神保健福祉士のディレンマであるともいえる。

#### ⑤ “他者の苦情の窓口になる辛さ”

<B氏>

グループホームの世話人の方がいるんですけど、その方と自分たちのワーカーとしての関わりにすごい違いがあって、「そこは家族にも伝えなきゃいけないだろう」



っていう事柄を本人と世話人さんだけで決めたりとかしてたり。押し付けちゃいけないとは思いますが、本人をグループホームに入れることになって、家族としては「病院の方が本人を退院させるって決めて、グループホームに入れることになったから、よろしくをお願いします」っていう感じで。結局グループホームに入ったから入ったでその後、家族からの連絡がなくなったりして。その病院のスタッフからの苦情が自分たち PSW にくるんですよ。結局こちらとしては退院して、グループホームに入って、（患者の）情報がなかなかない中で、家族からの苦情なりを聞いたときに、またそこでも板挟みになっているというか。

結局、「どうしてこういうことになっているのかな」と思って世話人さんに話をしたら、「家族とはほとんど連絡はとりません」という話になって。でもやっぱり家族の方が嫌とは言ったけど保証人にはなってくれていて、連絡先として載ってる以上は「何かあったらやっぱり連絡をしないといけない」というところで、自分たちが家族にすることと、世話人さんがすることの間ですごいギャップを感じるというか。

一度、グループホームに入っている人が車を買ったんですよ。そのことを世話人は知ってたんですけど家族は知らなくて、家族が本人から話を聞いて、「えっ。グループホームに入ってた車買うとはどういうことだ」となって。それも苦情が病院のワーカーの方に入って、そこで事実関係の確認から始まり、本人からも話を聞いたりとか、やっぱり病院の中ではないことを病院のワーカーがやる。

人と人の間に立ち、他者との関係性の中で存在価値を発揮する精神保健福祉士であるが、関係者同士の調整の中で、本来であれば互いに言えないマイナスの感情を調整者である精神保健福祉士に対して吐露される場面がある。また、入院生活から退院後の地域生活へ「繋いでいく」役割をにおいては、環境の変化やそのプロセスの中で発生する様々なクライアントの抱える課題やトラブルが、あたかもその支援を担う精神保健福祉士自身の問題かのように収斂されていることからこれらは発生している。

そして、このカテゴリ内で最後に示されたのが、**【業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ】**である。精神科病院という限られた空間の中で、他の職種にみられない特徴的な実践を行っていることや、社会的要請の高い業務を遂行しているのにもかかわらず、それに

対する社会的評価の低さから発生しているディレンマである。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

① “「やりがい」や「精神的負荷」に対する低報酬”

<A氏>

低賃金で仕事が多く、お昼ご飯も食べる時間がなかったりとか、夜中の十時まで仕事をずっとして。看護師さんなんかを見てるとお茶して、ゆっくりで「羨ましいな」って思いながら。でも、低賃金で忙しいし、患者さんであつたりとか、ご家族であつたりとか、地域の苦情をリアルに受けるところなんで。その辺で、本当に板挟みになって。それなのに「僕なんかの給料・評価はこれだけなんだ」っていうところで、辛いなって思う。でも、給料の話っていうのはなかなか組織にしづらいところがあつて。時々なんかその給料面で「自分はこれでこの仕事をずっとやっていけるだろうか」、「自分の家族も守っていかなきゃいけない」っていうその辺の不安はありますね。

でも、「やりがい」はかなりありますね。やっぱり、回復を見たりとか。僕は朝、「えづく（吐き気）んですけど、それでも毎日一生懸命やってこられたっていうのは、やっぱり何かしらこの仕事が「楽しい」って思っているからで。自信が無くなるときもありますけど。それでも自分の価値観の問題かもしれないんですけど、いいことか悪いこととかは別にして、自分を頼ってきてくれたりとか、自分を社会的なものとしてみんながこう相談してくれたりとか。自分の社会的な価値観としてすごくこの仕事はやりがいがあつて楽しい。僕はだからいろんな人にこういう仕事を紹介して、学生や実習生なんかでも、「是非仲間を増やしたい」って思っています。

賃金さえ、給料さえもう少し上がってもらえれば。給料は上がっても、仕事量が増えるってことではなくて。それは本人のバイタリティーの問題であつたりとか、いろいろあると思うんですけど。給料が上がれば、もっと自分たちとしても「安心して仕事に取り組めるんじゃないかな」っていうのはあるので。

民間精神科病院の精神保健福祉士にみられる特徴的なディレンマであり、待遇に関する思いは専門職として生きていくうえでの「将来不安」の表れでもある。多くの精神保健福祉士はこの仕事の「やりがい」という積極・肯定的な評価と同時に「精神的負担」という消極・

否定的評価を併せ持っている。そして、「やりがいがあるから今の待遇で良い」とか「精神的負担に対し待遇を改善して欲しい」という二項対立の要求を行っているのではなく、「やりがい」を社会的・公益性の高い仕事を担っていると捉え、その役割発揮のプロセスの中で発生する「精神的負担」の双方に対する評価としての待遇を求めていることから発生しているディレンマであるといえる。

## ② “診療報酬上の評価の低さと連動する院内での評価”

<B氏>

ワーカーって微妙な立場で。お金をなかなか稼げなかったりとか、サービス部門の方のところに入ってきちゃって、病院の中での位置づけがすごく難しいなっていうところではあるんですけど。点数を取れるのは今、退院前の訪問くらいで、あとはもうなかなか取れないので、病院の中にいると、そこは難しいですよ。OTとか明らかに点数がついてきて。

ワーカーは国家資格でもあって、結構患者さんに近い存在ではあるんですけど、病院の経営的なところでは、以外と点数に全然ならないので。人によっては「ワーカーいなくても別に病院は困らない」とかそういう風に思っている人もいますので。そこで難しいやり辛さを感じることはありますね。

<G氏>

診療報酬をとれる職種じゃないっていうか、お金をとれない職種。他の看護師さん、作業療法士さんなんかに比べて、うちらよりあとにできてきた作業療法士さんなんか、作業療法とかで点数ぼんぼん稼いでいるので、経営サイドにとってはやっぱり作業療法士の方がうけがいいんですよ。そこらへんは感じますね。

上述した“「やりがい」や「精神的負荷」に対する低報酬”を生み出している根拠（＝診療報酬点数）との間で発生するディレンマである。病院という組織の収入の多くは診療報酬点数によって占められている。近年こそ、精神保健福祉士の配置による診療報酬点数の加算が見られるようになってきたり、特定の診療報酬を得るための専門職配置条件に精神保健福祉士が認められたりするようになってきたが、業務のすべてにおいて認められているわけではなく、単独で行うクライアントに対する相談援助そのものについての点数などは認められていない。この診療報酬上の位置づけが、病院という組織における、ある種の支配構造(Hierarchie)

上の序列に相当していくことで、組織内における発言力（＝精神保健福祉士としての社会的責務の果たしやすさ）ともつながってくるのである。

## 2) 重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ

このカテゴリーは【表 6-5】に示す通り、三つのサブカテゴリー（〔役割としてのベッドコントロール〕、〔クライアントの希望（主体的意思）と提供されている医療サービスの相違〕、〔組織人（被用者）として越えられない壁〕）で構成されている。精神保健福祉士としてクライアントの立場に立ち、権利擁護やそれに伴う代弁の機能を果たそうとする時、精神保健福祉士は自らの所属する組織と対峙（対立する関係）になる。しかし、組織の一員でありながら対立する関係に自らの身を置くことは困難やそれに伴う自身の立場性の悪化を招く。そういった状態から生じたディレンマから抽出されたものである。

【表 6-5】 〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉

定義：クライアントの立場に立ち権利擁護・自己決定の支援を行うことが中心の精神保健福祉士は、所属する精神科病院という組織（経営体）の抱える使命と相反する立場に置かれることがある。組織（経営体）の意に反して自らの責務を優先させようとする時、被用者としての立場から発生する限界を感じるようになる。	
〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔役割としてのベッドコントロール〕	“退院支援における経営組織とクライアントのタイミングの相違” “病床稼働率を視野に入れさせられる”
〔クライアントの希望（主体的意思）と提供されている医療サービスの相違〕	“供給過多な（診療報酬のための）サービスの提供への疑問” “「退院＝デイケア・訪問看護」というパターン化された支援への疑問” “退院支援対象のクライアントが作為的に「選ばれる」”
〔組織人（被用者）として越えられない壁〕	“組織人（被用者）として越えられない壁”

わが国の精神科病院の設立主体の多くは民間の法人であること、そして病院で勤務する精神保健福祉士の多くが「被用者」であることはこれまでも述べてきた。この状況下にあっては「被用者」として「組織人」として組織の中に自らを位置づけなおし、専門職として果たすべき社会的責務と常に向き合って折り合いをつけていく必要がある。そこで、ソーシャルワークの固有性である「個別性の尊重」や「クライアントの権利擁護」を果たしていこうとすると、systematic かつ automatic に組織経営やそれに基づく地域移行支援を行おうとすると多くの矛盾と向き合い、時には〔役割としてのベッドコントロール〕を担わされ、立ち止まって考えることを余儀なくされている。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “退院支援における経営組織とクライアントのタイミングの相違”

<I氏>

それこそベッドが満床になったらすぐ「（退院）どうですか」って医師に聞かれる。そこから退院の準備を始めても、途中で患者さんの気分がムラが出てきたり、体調のムラがあったり、思いがけないアクシデントが出てくる。いちばんあると思うんですけど、家族がやっぱり...「何かあった時には」っていう思いがある。それこそタイミングです。「だったらほかの人を退院させようか」っていう風になってしまう。

<E氏>

退院支援の委員会で「目標何人」という形でいつも掲げるんですね。そうすると、本人が思っているタイミングと違うタイミングで退院をしていかせてしまうこととかがあって。例えば（委員会で）「12月の中頃にはもう退院して入居ができそうなんだけど」って言ったら、「いや、今年はもう目標値達成しているから年を越えてもらう」って言われて。そうすると、「来年の目標人数の一人に入るから」という話もありつつ、でも本人は「もうここまで一生懸命頑張った早く退院したい」、ご家族も、「ああここまで頑張ったね」って。とっっても、いい条件なんだけど、でも、その兼ね合いでちょっと（入院を）延ばしていただいたり、もちろんそれには、「医療費がかかる」って思ったりとかします。

「入院する必要がなければ退院するのが当然」、「クライアントの退院可否判断が病床状況に左右されてはならない」、「必要なときに必要な支援をクライアント中心で行う」といった専門職でなくとも理解できるところが当たり前のことが組織の中で履行できていないときに発生するディレンマである。専門職としての倫理以前に、社会人や人としての倫理観が揺さぶられている状況である。また、組織として退院支援や地域移行に関する「目標」が立てられる時、それが組織にとっての都合に左右されたり組織のための目標にすり替わると、このディレンマは発生する。

## ② “病床稼働率を視野に入れさせられる”

<I氏>

病院のベッドコントロールのところっていうのは悩むところです。特にここ2、3年でベッドがすごく空くようになってきました。「退院したい」って言う患者さんがいて、また、病院側・運営側・管理者側としては「ベッドが空くと収入が減る」という事があって。その中で「退院したい」って患者さんが言っていることを、先生（医師）の様子を伺いながら患者さんとの調整を進めていかないといけないところに、憤りというか、ディレンマを感じますね。

自分は「今この病院で勤めている」というところがあり、その病院のワーカーとして求められているのは、やはり「ベッドを空けない・埋めないといけない」というところを求められているというところがあるので…。先生（医師）たちが自分たちに対して持っているイメージとしては「入退院の調整をする」部分を求められているような気がします。ベッドが空いていると、そこに関して「誰か入院がいたらとりましょう」とか、ベッドが逆に埋まってくると、「誰か退院いない？」っていう感じで退院を進めやすくなるというか。

「PSWにとっては退院支援っていうのが一つのその生きがい、仕事のやりがいだと思うから、それはぜひ頑張ってもらいたい。けどベッドが埋まったらね」という雰囲気がある。

上述した“退院支援における経営組織とクライアントのタイミングの相違”とも関連するが、このディレンマの主眼は「満床である」あるいは「空床がある」といった病院内の状況を視野に入れた支援をしている自分自身の状態に対するディレンマである。「クライアント中心の支援を」と考えながらも、結果としては組織の意向を見据えたり、組織の移行に流されながら支援を行わざるを得ない自分自身に対するディレンマである。

また、上述したようなベッドコントロールといった役割上のディレンマにとどまらず、自らもその診療報酬に位置づけ社会的責務を果たす根拠となりえている「精神科デイケア」や「訪問看護」各種の地域移行支援に関する事業において、経営的側面から派生した援助の片棒を担がされている感覚を抱いている。それは、【クライアントの希望（主体的意思）と提

供されている医療サービスの相違] という形で表出している。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

① “供給過多な（診療報酬のための）サービスの提供への疑問”

<A氏>

訪問看護で「診療報酬を取れ」とかいう圧力がある。「1 人件費を増やしたんだから、デイケア、訪問看護でもっと点数を上げろ」って言う。「あなた達は診療報酬を取れない職種だから」よくこれは事務方に言われるんですけど。そういうところでお金的なものを言われたら「辛いな」っていうのはありますね。それが、本人たちがやっぱり望んでないことであつたりとかすると。

だけど、自分たちが訪問看護の提供などを行う時、どっちかっていうと、「選ばせている」っていうより「利用したらどうですか」って、なんか「説得してるんじゃないかな」って思うときがあつて。その辺で少し組織として、「自分たちの立場を守るために、訪問看護を増やさないと」っていう（意識）があるので。ゆっくり腰を据えて「じゃあ、こうゆうことで訪問看護必要だよな」って話をしながら「あなたは選ぶ権利ありますよ」っていう形ではなくて、「訪問看護入れていきましょう」っていうような話しになってしまうところが、少し自分の理想とは食い違っているのかなつて。

先に述べた“診療報酬上の評価の低さと連動する院内での評価”と相反するディレンマである。社会的地位を高める（＝診療報酬で位置付けられた役割を積極的に遂行していく／させられる）ことで、むしろクライアントの想いやサービスの必要度とのマッチングが図られない時に発生するディレンマである。自己決定やインフォームド・コンセント、インフォームド・チョイスといった医療や福祉サービス提供の基本原則との矛盾の中でディレンマを抱えている。

② “「退院＝デイケア・訪問看護」というパターン化された支援への疑問”

<B氏>

退院になった時に訪問看護とかデイケアとか、そういうのに繋がったりっていうのも仕事ではあるんですけど。そこで患者さんとしては「退院したんだからそこには

行きたくない」っていう方が多くて。でも先生（医師）としては「最初のうちは毎日でも行きなさい」って。そこの調整で、どっちが良いんだろうなってことはありますね。病院としてはそういうのに繋げていっぱい行ってもらって、お金を稼いでもらったほうが良いとは思いますが、「退院＝デイケア・訪問看護に毎日通うのだけが、地域での生活ではない」っていう気持ちもあって。

先に述べた“エンパワメントの視点に立つ精神保健福祉士と他職種の視点（生活の医療的管理）の相違”や、上述した“供給過多な（診療報酬のための）サービスの提供への疑問”と関連する概念である。入院中の支援から退院後の地域生活への「繋ぎ」のなかで、クライアントの退院後の生活の不安を取り除くために、本人主体で生活をコーディネートしたり、その現実的なイメージを持ってもらうための支援を行う。そこでは本来、クライアント本人の希望する豊かな地域生活のための有機的な営みが提供されるべきであるが、「生活の医療的管理」の視点や「サービスの供給過多」により、クライアントの望む生活と大きく異なったものを精神保健福祉士として示さねばならなかったり、その支援を担わねばならなかったりする。その状態で発生しているディレンマである。

### ③ “退院支援対象のクライアントが作為的に「選ばれる」”

<I氏>

10代や20代の子たちは1～2か月もたたないうちに「退院させよう」「まずそこから取り組もう」ってなる。「え？じゃあ先生、その前の長い人たちは？」と聞くと、「それはまた後からでいいよ」って言われたことがある。もちろん、「全部だめ」って言われている訳じゃなくて、先生（医師）からも、「まずはここからしよう」とは言ってくれているんですが。こちらのずっと病院にいる人たちの思いってどうなるのかなっていうところのディレンマとかありますね。

精神保健福祉士にとってみれば、長期入院をしている人から先に退院支援を行い、病院全体として退院支援に向けた土壌を作っていく思いがあるにもかかわらず、「退院しやすい人」から退院をさせていくことが医療的な公平性に欠けると感じ、ディレンマを感じている。長期に入院することで施設症を生み出し、それに伴って退院支援の対象となりにくいという負の循環の表れでもある。



そして、これら経営的側面に関するディレンマに関して、根底にあるものとして表出されたのが、〔組織人（被用者）として越えられない壁〕である。組織の指示命令系統の中で生き、また、多くの場合、精神科病院の経営者が医師である時、精神保健福祉士（だけに限らないが）はチーム医療の横並び上のメンバーでありながらも支配構造（Hierarchie）の中に組み込まれ、専門性を発揮できなくなっている。このサブカテゴリーは一つ概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “組織人（被用者）として越えられない壁”

<I氏>

うちの場合は院長が一番上で、院長先生が良い、悪いという退院のOK、NGを基本的に院長が出すんですね。院長先生次第で1回ダメってなると、それを「いや、先生こんないいところがあって」っていうのがあっても「いや、あの人はダメだから、家族が困るし」っていうのがあるので、そこが難しいです。

<B氏>

それこそ昔ながらの病院で、「看護師に意見も言えない」じゃないですけど、なかなか「こうしたらいいのに」っていうのを言えない雰囲気というか。それこそ医師に話しかけるのも緊張する感じだったので、意見は全然言えなかったですね。

<C氏>

やっぱり自分たちにはそうやって院長とかそういう上がいますし、そこに「越えられない壁」があって。先生（医師）たちは先生たちで、経営者は経営者で国とか制度っていう一つ越えられない壁があると思うので、段階的にある以上はどうしてもそっちからくる葛藤とかもあると思うので、そういう意味では同じ方向までは向ききれないかなと。

<A氏>

就職して7年過ぎたんですけど、「自分達も食べていけないといけない」っていうのがどうしてもあって。お金のなところも、経営的のところも、無視ができないなっていうところがあったりとか。病院としても精一杯自分達の生活っていうのを守っていかないといけないなっていうのがあるので、その辺がやっぱり頭をちらつかせたりしています。

精神保健福祉士はチーム医療の一員としての側面と、組織人や被用者としての側面を併せ持つ。チーム医療としての横並びの関係性を保有しながら、組織のなかでの支配構造（Hierarchie）の中に身を置かねばならない。これまでも述べてきたように、組織において精神保健福祉士の置かれる位置は決して高い位置ではなく、コントロールされる側に身を置くことが多い。そのような中では、組織の経営サイドと対峙するような関係は避ける傾向がみられ、結果として組織の意向に沿うような行動をとることになる。その一連の自らの置かれた状況とそれに伴う行為から発生しているディレンマである。

### 3) 入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題

このカテゴリーは【表 6-6】に示す通り、五つのサブカテゴリー（〔退院が「非日常」になっている病院〕、〔関係機関の受け入れに対する否定的態度〕、〔法人ごとのクライアントの囲い込み〕、〔制度設計に対するディレンマ〕、〔支援連続性における困難さ〕）で構成されている。退院支援は、対象となるクライアントに対しその時だけ支援をすればいいものではなく、「入院時・退院時・地域生活の維持継続」と、一連の流れの中で様々な職種や機関が有機的に作用していく中で行われる必要がある。しかし、多くの臨床場面ではそういった状況には置かれておらず、そこから生じたディレンマから抽出されたものである。

【表 6-6】 〈入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題〉

定義：精神科医療における長い歴史の中で、未だ精神障害者の地域生活は多くの人・社会にとって「非日常」であり「不慣れ」な要素が多い。そこには入院時支援・入院中支援・退院時支援・地域生活支援といった一連の支援プロセスにおいて支援する人や組織、制度上の様々な「不都合」が存在し、それらが精神保健福祉士の抱える社会的使命と一致しないとき、多くのディレンマが生じる。

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔退院が「非日常」になっている病院〕	“専門的治療体制の未確立” “県下（メゾレベル）の取り組みの低調さが病院に影響する” “退院を「諦め」ている職員の存在” “タイミングを逸することのできない退院支援”
〔関係機関の受け入れに対する否定的態度〕	“精神障害者をターゲットにした障害福祉サービス事業所の少なさ” “積極的な連携関係を持たない保健所職員” “地域移行支援に否定的態度を示す福祉事務所ケースワーカー” “本人主体でないケアマネージャーのかかわり” “理不尽な要求（条件）を示す市営住宅担当職員” “「失敗」のないスムーズな退院支援以外を許容しない雰囲気その他機関”
〔法人ごとのクライアントの囲い込み〕	“障害福祉サービス事業所ごとのクライアントの囲い込み” “地域移行支援における法人内完結型への疑問”
〔制度設計に対するディレンマ〕	“地域移行・地域定着における施策（含：診療報酬）の不十分さ” “医療サービスと福祉サービスの類似性と理解の不足” “「数」が評価される仕組み” “利用しやすい住居サービスの不足”
〔支援連続性における困難さ〕	“未治療者や通院しなくなったクライアントに対するアウトリーチシステムの不在” “支援方針等の連続性上の課題” “支援チームの連続性上の課題” “病院へのアクセスの不備”

クライアントを生活者として捉える精神保健福祉士は、入院時、入院中、退院後といった節目の中で、それらを切り分けて考えることなく、一連の支援に関して一貫性と地域生活を意識・イメージした支援を行うよう心掛けている。当然、その前提には「退院することが前提の入院」が意識下にあり、入院時から退院をイメージしてかかわりをもつ。しかしながらそこには、クライアント側の課題や、精神科病院という組織上の課題、長年にわたって民間精神科病院への入院に依存してきた国の施策などを背景として、一貫性を持った支援や院内外の関係者とそういった感覚の共有化がなされていない現状もある。そのような中で、〔退院が「非日常」になっている病院〕と自己の社会的責務との間でディレンマを抱えている。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “専門的治療体制の未確立”

<B氏>

特にうちの病院は、アルコール専門病院じゃないので、そういう患者さんがいても専門的治療はできないんですよ。だけど、やっぱり「地域にいと周りに迷惑をかける」とか、その担当の人もやっぱり大変で「ちょっと入れといてくれ」っていう、ケースが多いですね。

<C氏>

難しいですね。先生（医師）たちも忙しい。少ないんですよ。あとは診療部門の先生（医師）が少ないので、どうしてもちょっと弱いと思うんですよ。そうすると「受け」が弱いので。例えば患者さんが来て、100人いれば100人を診療部門が受けれる状況じゃないわけで。そうであれば、「in」がないので「out」ばかりあるとどうしてもやっぱりバランスがずれてくるじゃないですか。これが、診療部門がもうちょっと充実してくれれば「in」の方が増えるのでやっぱり体調が悪い方なんかは頻繁に入院したりとかっていうことも。「入院できる時に入院」して、「退院できる時に退院」してっていう、早いサイクルっていうのも少しでも作れたらって思うんですけど。

<E氏>

その人にかかわるスタッフで集まれば、「慣れ」も出てくるので。見立てが苦手な方とか、もちろん自分も苦手なので、そうなるそろったスタッフで支援のスピードだとか濃度も違ってくる。

精神科の中でやっぱり重度の精神遅滞の方とかいらっしゃいますよね。表現は悪いかもしれないんですけど、やっぱり知的障害の方に対する声掛けの仕方とか、態度とかっていうのは、看護の勉強ではされてきていないことが多いので。本人さんたちのそういうストレス耐性とか考えると、やっぱり「施設とかそういう環境で過ごしてもらった方がいいのかな」っていうケースがあったとしてもなかなか言えない部分があつて。

明らかに病状があまり思わしくなくて、「判断能力が低下してるだろうな。だから後で聞いても記憶が定かじゃないだろうな」っていうことが予想される患者さんに対して、「こういうことをしたよ」っていうのを、口頭報告だけしているとか。書類が一つあるとすると、こちらが控えをとれば、あとで本人さんも困らないことがあ

るんですけど。本人が「うん」と言った、「いない」と言った、「わかった」と言ったという。もちろんそれは「自己決定」と言われればそうなんですけど、院内にいるからこそ、その能力とか、「できる・できない」に気づいてあげれて、「気を配れるんじゃないかな」って思えるところがありますね。だって本人が「うん」って言ったからって言っても...確かに「うん」と言ったかもしれない。でもそれって本当に分かっている「うん」と言ったのか？そこには「私と患者さん」もしくは「あなたと患者さん」しかいないから。そうすると普通不安になるかと。

先輩の精神保健福祉士から引き継いだケースで、「なんでこの人もうちちょっとここに気づいてあげられなかったのかな」って思ったりするけど、言えないし。「じゃあもうそれはこっちで、今の担当が気づいた」ってことでフォローしていけばいいんですけど。なかなか時間的に足りない時とかがあって、そういうときはなんかすごく、「ああ」って気持ちになりますね。

自らの所属する組織（精神科病院）で提供できているサービスやその水準とクライアントの求める治療やサービス提供水準、あるいは精神保健福祉士として提供したい内容や水準との差によって発生するディレンマである。同じ精神保健福祉士であっても、他の精神保健福祉士の実践水準と自己の求める水準との間に差がある時に生じる。また、特にアルコール依存症などの精神作用物質による中毒・依存症においては認知行動療法などを組み合わせ、集団・個別の精神療法を通じた ARP（Alcohol Rehabilitation Program）<sup>6)</sup> の提供など特徴的な取り組みが必要になる。そういった医療の提供体制がとられていない中でクライアントを受け入れている状況でも起こっているディレンマである。

## ② “県下（メゾレベル）の取り組みの低調さが病院に影響する”

< C氏 >

やっぱりどうしてもまだ「馴染みがない」。大きく言えば、県でもどうなのかなっていうのがありますよね。特にうちなんかはそういうのが「まだ今からなのかな」っていう感覚はありますよね。そういう中で今ほんと動き出したっていう感じはあって・・・。その中にはもちろん色々ありますよね。もちろんその職員だったりスタッフが「県全体が活発じゃない」とまだ思っているんですよ。どこかで。そうい

う中で「まだ始まったばかりだ」という感覚で一つは落ち着いているんじゃないですか。

退院促進や地域移行・地域定着にかかる雰囲気醸成は各精神科病院で必要になってくる取り組みであるが、このディレンマは、そもそも都道府県としての積極的な姿勢を感じられないことからつながるものである。都道府県レベルのこれらの取り組みが低調であると、それを受ける立場である各精神科病院においてそういった土壌が形成されないという思いからのディレンマである。

### ③ “退院を「諦め」ている職員の存在”

<A氏>

長期的な入院の患者さんがいると、どうしても看護師の方は医療的な立場から「もう退院は難しいと」最初から諦めに入ったり。じゃあその「諦め」に対して何かこう退院的な動きを出そうとしても、なかなかうまくいかなかったりとか。看護師や医師との認識の違いがちょっと精神保健福祉士にはあるんじゃないかなというのを感じます。

〔精神保健福祉士と他職種の立場性の違い〕とも関連しがちだが、このディレンマについては立場性の前にそもそも「退院を諦めている」のであり、すべての看護師や他職種がこのようなクライアントに対する理解の仕方をしているわけではない。専門性に関連する要因というよりも職員個人の考え方や倫理観、使命感によって左右される問題でもある。

### ④ “タイミングを逸することのできない退院支援”

<I氏>

ベッドが空いているとそこに関して（経営者側から）「誰か入院がいたらとりましよう」とかなったり、ベッドが逆に埋まってくると、「誰か退院いない？」っていうような感じで退院を進めやすくなるというか。そのタイミングを見計らって退院の伺いをしないと。一度先生が「この人は退院できないよ」と感じに、レッテルじゃないですけど、「この人は無理」というのを貼ってしまうと、「その人はほんとに退院が後回しになっちゃう」というのがうちのところとしてはあるので。

自分たちのタイミングを見誤るとその人が後回しになって、「あの人は無理なんだから」って言われちゃうっていうのはありますか。

精神保健福祉士は先に述べてきたとおり、「役割としてのベッドコントロール」を抱え、常に“病床稼働率を視野に入れさせられる”という状態になっている。また、組織の運営の中で“退院支援における経営組織とクライアントのタイミングの相違”も見られている。そのような中で、クライアントの退院に関して組織的承認が得られると、そのタイミングを逸するわけにはいかない。次にこの機会が回ってくるまでにかかる時間を勘案した時、重圧にも似たディレンマを抱える。

また、精神保健福祉士が所属する病院内で退院への意思統一が図られ、そのための支援が行われたとしても、地域の関係機関による理解不足や負担感を背景に、シームレス (seamless) な支援連続性を担保するための双方の歩み寄りが困難な場合が見られる。結果としてそれらが、「関係機関の受け入れに対する否定的態度」という負の感情として表出することとなっている。このサブカテゴリーは六つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “精神障害者をターゲットにした障害福祉サービス事業所の少なさ”

<F氏>

自分が入職して1年目のときはまだ、自立支援もそんなに浸透しているような年ではなくて、包括支援センターでも「精神障害者はうちではないよ」っていう感じだったんですよね。ヘルパーの事業所においても「私達は身体的（身体障害者の支援が中心）だから」と断られて。「自立支援法で三障害一緒になったから」っていう風に言っても断られたことが多くて。じゃどうしたら引き受けてくれるのかなって思っていました。この地域に精神の事業所がなかったですね。今もない。精神をメインとした事業所が。ヘルパーはないですね。就労移行支援関係は一つだけ精神科病院がもっている所があるんですけど。

2006（平成18年）の障害者自立支援法の施行により障害種別に関わらず障害福祉サービス事業所において各種の福祉サービスの提供を受けることができるようになったが、各事業

所はこれまでの障害種別に応じた対象者をその事業所の持つ特徴として受け入れがちになっていることから生ずるディレンマである。このような形で法が施行されても、結果として「得意分野・不得意分野」という形で受け入れ態勢が整わないのであれば、法施行の本質的意味をなさず、クライアントの地域生活上の範囲やQOLは制限をされてしまう。

## ② “積極的な連携関係を持たない保健所職員”

<B氏>

保健所とかはやっぱ抱えているケースが多いので、できれば「こっちとしては関わってもらいたい」というケースがあっても、「2か月に1回くらいしか行きません」とか、協力を得るっていうのがちょっと難しかったり。情報とかは伝えて、「こういう方が退院するので協力をお願いします」とは言うんですけど。

例えば病院と保健師さんとかそういうところの温度差じゃないですけど、「そっちは病院とかがフォローしているから、うちはあまりタッチしません」とって思っ  
てらっしゃるのかもしれないけど、こちらは「どっちかという行政の方も繋がって  
てもらった方が後々もいいかな」と思いますけど、その温度差があるかな。

退院後、クライアントの地域生活を維持・継続していくための重要な機関が保健所である。地域保健法第6条には「保健所は、次に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う」と定められており、その10項に「精神保健に関する事項」と示されている。精神保健福祉士にとってみれば、クライアントの地域生活を支えるうえでの様々な社会資源の一つとして保健所があり、「こういうクライアントが地域で生活を始めた」ということを「顔の見える形で」地域の精神保健福祉行政機関である保健所につなごうとしているのである。他方、保健所側から考えると様々な社会資源が増えてきた結果、保健所の機能はごく限られた指導や手続き上の役割、措置に関する事項になってきている（小さな政府方策の結果）ため、保健所自体の地域で生活する精神障害者への直接的なかかわり（精神保健福祉士側から見て、地域に継続して存在する公的機関として果たしてほしい役割）自体があいまいになってきているといえる。



### ③ “地域移行支援に否定的態度を示す福祉事務所ケースワーカー”

<B氏>

反対っていうのは、もし生活保護の人だったら、福祉事務所の担当の方は、嫌がりますね。結局は。大抵アルコールの人とかそうなんですけど、「今は病院だから飲んでないけど、帰ったら結局飲んでしまうから。もうちょっと入れといてよ」っていう、「少しでも退院を先に延ばしたい」って感じの人がすごく多い。

<H氏>

最近言われたのは、「何十年も入院してる人を、なんで今更施設（地域）に出す必要があるのか」と。もう治療レベルじゃないし、特に内科的な対応が必要とされるわけでもないのに。（そうすると）若い方でも、生活保護で来られると、あとあとのことを考えると「受けたくないよね」っていう話にもなる。そうすると、今度は本人のためにはならないですもんね。治療が必要なのに。

退院先として元の家に帰そうとすれば、担当ケースワーカーによっては拒否が強く。ほとんど一般市民と同じような拒否をする方もいらっしゃいます。あと、明らかに「他の市へ引っ越ししてくれ」っていう対応される方もいらっしゃいますし。

「次の住家を」って言ったときに、本人の要望は、「生まれ育った近く」、「借家であってもそこで育っていたりしているところ」、その辺を希望されるんですけど、福祉も力を入れない。（福祉事務所に）動いてもらいたいのもあって、声掛けして「どうですか」って言うと「あたっているんだけども、なかなか」という返事。それで「どこあたってるんですか」って言うと、離れた市町村とかを当たっていて、本人の要望を聞かない。あきらかに「外に出したいんだろうな」って言うようなケースもあったりしますね。

生活保護の実施機関である福祉事務所は生活保護法第 27 条「（指導及び指示）保護の実施機関は、被保護者に対して、生活の維持、向上その他保護の目的達成に必要な指導又は指示をすることができる」とし、同条 2 項においては「前項の指導又は指示は、被保護者の自由を尊重し、必要の最少限度に止めなければならない」、同条 3 項においては「第 1 項の規定は、被保護者の意に反して、指導又は指示を強制し得るものと解釈してはならない」とされている。また、同法 27 条の 2 においては、「（相談及び助言）保護の実施機関は、要保護者から求めがあつたときは、要保護者の自立を助長するために、要保護者からの相談に応

じ、必要な助言をすることができる」とされているのである。つまり生活保護の担当ケースワーカーはクライアントと対立する関係ではなく、クライアントの「主たる支援者」としての側面を強く持つはずであり、ともすれば、「生活保護担当ケースワーカーの役割」をいつの間にか病院の精神保健福祉士が担わされてしまっている側面もある。その部分において対立姿勢を持つケースワーカーとの間にディレンマを発生させている。

#### ④ “本人主体でないケアマネージャーのかかわり”

<I氏>

アルコールについて、「本人は飲んでない」ってずっと言い張ってるので難しいところなんですけど。地域の関係者は「いや絶対アルコールは飲んでる」、本人は「飲んでない」っていうところで。多分、「癌のせん妄なのかな」っていうところはあって。結果として、うちに来たんですけど、本人は「もう精神科は絶対嫌だ、早く帰りたい」っていうので。元々借金があったり何だったりで、地域の中では問題視とかしていて。点滴中も自分で抜去して帰っちゃうような方だったので、どこの病院も「うちは嫌だ」っていうような方で。

うちに入院していざ退院（末期がんのため家での看取りを考えた上で）となった時に、ケアマネさんとつながって、「じゃあお家に」となった時に、本人を入れて話をする時には、ケアマネさんは「じゃああなたの帰りたいときに帰りましょうね」だったんですけど。いざ、ふたを開けるとまだ入院費も十分に払えてなかったりしていたので。

結果、本人の目の前では「あなたを大事にしましょう」っていうケアマネさんだけけど、いざ、本人がいなくなったら「でもお金ないから。じゃあとりあえず、2か月後にしましょうか」って言う。本人としても「ケアマネさん絶対」じゃないですけど、今までも実際お世話になっているし、その後に、「でもお金がないからねえ。うーん」っていう風に全部誘導して。その中でもお金の管理は全部社協とかで、本人に1円も握らせない。病院の支払いも病院から社協に直接請求するから本人はお金持たなくていいとかで。すごい管理的なところになってしまって。最後の担当者会議は本人が入らなかったんで、「本人は会議入るんじゃないですか？」っていう話をしたら、「いや、本人はもういいんです。全部私が把握してますから」っていうような感じで言われて。「それでいいの？」っていう。

自立支援協議会とか、自分自身がケアマネを取る時の研修会でも、「困難事例」として出るのが全部精神科の患者さんで。「えっこれ困難じゃないじゃん」って、なんかこっちとしてはよくよくあるというか。それで「ここに相談して、こうして、治療して、またお家に帰ればいいじゃん」っていうところが、皆の困難事例の終末というか終結が「全部精神科に入院させたので終わりました。これで皆地域の人たち安心です」みたいなのがあって。じゃあ「この入院した人は結果どうなったの？」とか「この人今後どうやっていくの」っていうのは全部ないので。「えーなにこれ」っていうのはありますね。

高齢精神障害者の場合、入院時から退院生活を営む際にケアマネージャーとの連携が発生してくる。精神保健福祉士にとってみれば、ケアマネージャーは親和性の高い職種であり重複する価値観を保有するはずの専門職である。しかし、精神障害に対する理解が得られていなかったり、クライアント中心のかかわりができていない、あたかもケアマネージャーが地域の代表者のような立場でクライアントに否定的な態度を示す場合など、このようなディレンマを発生させている。

#### ⑤ “理不尽な要求（条件）を示す市営住宅担当職員”

<J氏>

市役所に行って住民課の方に、市営住宅の申し込みますよね。そうなった時にいろんな条件を付けてくる職員の方がいらっちゃって。例えば「じゃあ何か事が起きた時に責任を持ってくれる人の同意書を得てください」とか。ちょっと納得がいかなかったんですけど。なんとか同意が得られて持っていたら「いや、やっぱりこの同意書だけでは弱いですね」って言って断られたりとか。理不尽です。すごく。「じゃあ、どうしたらいいんですか？」って言ったら、「その市営住宅に住んでいる他の住居人の方で責任を負ってくれる人がいたらいいですよ」とか言われて。

退院後、安価に住居を探そうとした場合、最も利用しやすいはずである公営住宅が「利用しにくい状況」にされる場合に生ずるディレンマである。「利用しにくい状況」にしているのが、申込者が多いからとか、クライアント自身の生活状況と関連する問題であれば精神保健福祉士の理解もあると考えられるが、公営住宅の担当職員が「対立関係」になった時に生

ずるディレンマである。ここでも「公営住宅の担当職員」が「広義の支援者」になり得ておらず、精神保健福祉士にとって「市営住宅の職員が行えるとよい」と考える役割を精神保健福祉士に求められている時にディレンマを抱えているのである。

#### ⑥ “「失敗」のないスムーズな退院支援以外を許容しない雰囲気その他機関”

<I氏>

他の法人とのやりとりの中で「一度失敗したらもうダメ」って言うところですね。そのタイミングというところと重なると思うんですけど。「失敗」っていうのはたとえば施設で規則に反してアルコールを飲んじゃったとか、あと幻聴とかに支配されて殴り合いの喧嘩をしちゃって入院となった場合に、こちらとしては本人が「もとの施設に戻りたい」と言えば、当然そのコースをみんなで頑張っって考えていっていくんですけど、でも「うちは絶対とりません」と拒否される。

退院後のクライアントの生活（施設入所など）の中で様々なトラブルが生じ、再入院となった場合、再度その施設に入所することが困難になる場合に生ずるディレンマである。「症状が再燃する」ことや「症状にコントロールされ生活障害が生ずる」ことが障害であり、精神障害者の生活のしづらさの要因であるにもかかわらず、それらが理解されずに拒否的態度を施設側に示される。施設生活とはいえ、クライアントにとってみれば生活の場であるはずなのに、そこでの失敗を許されないという、厳しい現実との間で、病院にいてクライアントを「送り出す」、そして再び「受け入れる」精神保健福祉士はディレンマを感じているのである。

さらに、先に〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉のところで挙げたディレンマと連動するのが、〔法人ごとのクライアントの囲い込み〕である。組織の経営を精神科病院という枠より広い枠で考えたときに「法人」の問題が発生する。経営的側面でのディレンマとも言えるが、法人内のサービスメニューに支援が限局される、あるいは、他の法人の保有するサービスメニューを活用しにくいということは、クライアントに対し、質の高い連続性のある支援を行うことの困難さを生むものでもある。よって、このカテゴリ内の構成要素として位置付けている。このサブカテゴリは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “障害福祉サービス事業所ごとのクライアントの囲い込み”

<F氏>

例えばその設置している施設の事業元とかを辿ったら、あんまり良くない。いまNPO法人がいっぱい建っているんです。最近そういったトラブルが多くて。今までのように福祉をされている方とかがされているのではなくて。一般企業がNPO法人を立てて、B型の事業所やグループホームしようかなっていう方が、最近結構多くて。その、支援者としてどうなんだろう。メンバーさんに施設に来るのを強要したりってこの見聞きします。「もっと来なさい」とか、「そんなこと言うの？」って思っ

あとは、通院されている患者さん同士がお知り合いで、一人の方がグループホーム入居者で、そこへもう一人の方が遊びに行った時に、向こうの施設長の方が来られて、遊びに行った方に「うちに住まない？」とか勧誘を受けたりとか。そして、その方は別の事業所に通っているのに、グループホーム併設の作業所に「うちに来ない？」とか言っていたり。事業所間でのクライアントの取り合いってこの感じなのかな。自立支援法との関係で。

後述する【制度設計におけるディレンマ】やその中にある“「数」が評価される仕組み”と関連するが、これらのディレンマが一つの現象として他機関に散見される場合に精神保健福祉士が抱えるディレンマでもある。多様なサービスメニューが多様な事業者によって提供されているのであれば、クライアントはそのメニューを自由に選択し、利用する権利を持つ。しかし、そこに各事業者の「経営的感覚」が、サービスを利用するクライアント（サービスを利用しなければ生活を維持し難いクライアント）に照射されることでこのような現状が発生するのである。公平性、公益性、クライアントの主体性の尊重という観点で精神保健福祉士はディレンマを感じている。

## ② “地域移行支援における法人内完結型への疑問”

<A氏>

これは1年目から感じていることで。入所施設に関しては、病院という敷地内にあって。かつ、診療報酬的な部分の話と関係するんですけど、デイケアにはほぼ毎日通わないといけない条件がついたりとか。共同住居にしても、一般のアパートって

いう形ではなくて、本当にデイケアに毎日行かないといけない。それで、自炊もできなかったり、制限があったり、買い物に行くのにも制限がかかったりとか。地域活動支援センターが病院内にあったりとか。なんのための社会復帰施設なのかなって。もっとリハビリテーションの要素を考えられなかったのかなって。地域の住民の方から施設を作るにあたっては反対運動が起きたりとか、その辺もあったので。いろいろ法人として苦慮したところはあると思うんですけど。部屋の一つをとって病院のベッドが置いてあったりとか。うーん。本当に本人たちや私たちが生活者として意識出来るような施設ではないっていうところが残念ですね。

上述したディレンマの概念“**障害福祉サービス事業所ごとのクライアントの困り込み**”が自らの所属する組織（法人）で行われている実態に対するディレンマである。上述した内容と同様に、後述する【**制度設計におけるディレンマ**】やその中にある“**「数」が評価される仕組み**”と関連する。そこでは医療をベースとした法人内で入院から退院支援、地域生活支援が展開されることで、クライアントの日常生活の広がり制限されてしまう事や、その前提として、クライアントが治療者・支援者という強力な権力構造のもとに生活しなければならなくなってしまう現状に対する疑問から生ずるディレンマでもある。

支援連続性を阻むものは、それを担う「人」や人が集った形としての「組織」だけではない。クライアントに一連のサービスを提供しようとする時に、クライアントの年齢の問題や、障害福祉サービスと介護保険サービスの連動性の問題、クライアント個人の生活課題に対し複数の機関がサービス（異なる設置根拠法など）を提供しようとするとき【**制度設計に対するディレンマ**】を生じている。また、支援結果が「内容」より「数」として求められる評価システムでは、組織や法人内の問題にとどまらず、メゾレベルでの評価のされ方や施策全体に対する不全感を生じているのである。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “**地域移行・地域定着における施策（含：診療報酬）の不十分さ**”

<C氏>

（政策として）「地域に」って言うてるわりに、地域で生活することへのメリットって病院にはそんなにない。やっぱり入院に重きが置かれるのかなっていう気が

するわけですね。まずそこをもうちょっと外来に重きをおけるような（政策にしないと）。じゃあどうするかってなったら制度とかそういうところに問題があるんじゃないのかなって思いますよね。

今、入院部門の診療報酬が下がったっていう感じですけど、相当各病院はそこに対して、例えばその単純に「デイケアの点数が上がった」だとかそれこそ「（退院して）施設中心だ」とかなんだかんだ言ったりとかしてますけれども、もっとね別のところの拡充が必要だと思うんですよ。病院自体も多少考えなければ。じゃあ「どこに患者さん入院しているんですか」という話ですし。やっぱり民間の精神科病院に入院しているわけですよ。そうであれば、その気持ちって多分考えられてないと思うんですよね。「入院の（診療報酬点数）を引き下げればそれでいい」とか「外来部門で目立ったデイケアで点数上げればいい」とってそういう問題ではやっぱりないんじゃないですかね。

<H氏>

「退院支援実施加算」というのも、診療報酬としてあって。それがあつて、病院がそのような動きになって動きやすくなった部分もあります。でもその反面、病院としては評価されるでしょうけど、長期の方を出すことで評価されて診療報酬はつくでしょうけど、診療報酬が加算されるのは残った患者さんなんですよ。退院したくても、退院できない方たち、がなぜか翌年以降、残っている年に加算されて支払いをするシステムになってしまっている。

<D氏>

もう少し国とか地方の行政が本気で取り組んでほしいですね。「退院者何人」とか言っているけどそれに対しての「予算はどうか」とか「制度はどうかとか」。「退院したい」とって言う思いに応えるために、「グループホームもうちょっと造れるようにしたらどうか」とって一番に思うんですよ。そういう障害者福祉サービス分野にもっとお金をかける。スタッフの人数をちゃんと確保する給料はもちろん出していけるような、そういう風にして欲しいなと思いますね。

あとは、その精神保健福祉手帳のサービスの幅を広げていただきたい。身体障害・療育手帳みたいにですね。鹿児島市は恵まれていて友愛パスとかあるんですけど他の郡部とか JR とかはないです。病院に通いたくてもアクセスの問題で通えない。だから退院出来ない。

<C氏>

市や行政があんまり福祉に関心が、無い。薄い。後手後手な雰囲気は否めない。近隣の他の市町とかありますけれども。その中で自立支援協議会自体も際立って遅い。地域移行に限らず福祉全般ですね。そこで支援していますけれども。

施策の展開の遅さや内容の不十分さによって「精神科医療に取り残され続けるクライアントがいる」ことで生ずるディレンマである。精神保健福祉士は「入院中心から地域生活中心へ」という国の方針に大きな希望を抱き、自らに課せられた社会的責務の大きさやそのための役割発揮の機会を待っている。しかしながら、結果としては組織の中で自らの果たす使命のためには「施策の拡充や認識の浸透」に頼らざるを得ない部分もあり、自分自身の力で組織の中で退院促進や地域移行・地域定着のあり様を示していくことができずにディレンマを感じている。

## ② “医療サービスと福祉サービスの類似性と理解の不足”

<E氏>

70歳過ぎの患者さんで、疾病としてはアルコール依存症で。今回が初回の入院だったので、出来たら、退院後も本人も保っていきたいっていうのがあって。年齢からすると、ホームヘルパーさんとかを使っていい年齢なので、そこまで調整したんですけど。疾病のせいなのかわからないんですが、うちの病院に訪問看護があるっていうのもあるんですけど、ケアマネさんにお断りをされたんですよ。でも訪問看護は、状態把握とか生活支援が主だから、直接に援助はしないんですよ。だから、本人ができないところを一緒にお手伝いしてほしい。男性なので、どうしてもちょっと清潔保持ができにくくなりますし...。まあ、いろんな理由があげられて。最終的には「役割がよくわからない」と。精神科と訪問看護とがあるのに、「ケアマネがついて、ヘルパーを入れることの役割がよく見えない」って言われてお断りをされて。

でも「別なところに相談をしようか」ってなったんですけど、退院の時期も近づいていたので、「ヘルパーさんが集わないことで退院を延ばす」っていうのも、本人さんにとってもちょっとモチベーションが下がってしまうこともあるので。本人に話をしたら「自分でまず頑張ってみて、必要だなって思ったらまた相談させてく



ださい」ってことだったので。こっちが本人さんのお気持ちに甘えるような気持ちになって。その機関...やっぱり介護保険関係になると、なかなか精神科の疾患があるということで、難色を示されることとかありますね。

クライアントの地域生活を支える仕組み(広い意味では社会保障制度)は広範囲にわたり、複雑化している。似たようなサービスが医療サービス・福祉サービスで行われていたりすると、本質的なサービスの意味や内容、クライアントへの必要の程度を検討したり解釈することなく「サービスをつなぎ合わせる」事だけに終始しがちになっている。そのようなサービス提供者や機関と地域生活を営もうとするクライアントの関係に関与しながら観察していることでこのようなディレンマが生じている。

### ③ “「数」が評価される仕組み”

<G氏>

地域移行の担当者会議みたいな何回かしましたけど。プロセスっていうか内容はどうであれ、「国や県は数だけをあげたかったんだろう」なみたいなのは感じましたよね。中身っていうよりもとりあえず、地域移行で退院する患者さんの数をただ増やしたかったんだろうなど。その会議とかで支援方法だとかもうちょっと突っ込んだ話、ケースの中身っていうのはほとんどなかったですよ。「うちの病院はこんな感じでやっています」っていうような報告しても、例えば、ワーカーさんたちだけだったらもうちょっとその内容の話とかできますよね。その内容の話はそんなに濃くなかったんですよ。

病院によっては最初から、本当簡単な人を上げてきて、「これって別に地域移行支援に出さなくてもいいんじゃないの」って。入院期間もたった1年とか2年とか3年とかですよ。もう地域移行って言うんだから、もうちょっと長期の方で、困難ケースじゃないけど、そういうのを出して、いろんな市町村とか色んな人たちの力を借りてみたいなのが、本来の地域移行支援じゃないのかなって、僕は思ったんですけど。だから「数さえあがればいいや」みたいな感じで、簡単な人を出すところもありました。

<H氏>

退院前指導とかで、1人の患者さんにつき相談員と看護師と一緒に出たりしますけど。1日ばかりとかそういうケースも多いんですよね。退院前指導とかでアパート探しに、病院と離れた市町村に行くこともありますよね。そこを希望されれば、そのこのほうまで。もう、丸1日スタッフとられて。そこはちょっと、やっぱし、気になるところではありますよね。

わが国においては、様々な福祉サービス、医療サービスのサービス提供事業所に対する対価の支払い方は基本的に「出来高払い」である。この出来高払いの場合、サービス提供の行為（数）が多ければ多いほどサービス提供機関の収入が増えることになる。また、重度の精神障害者を退院させても、軽度の精神障害者を退院させても行政組織は「退院者1名」とカウントする。つまり、結果としての数だけ評価され、内容としての「質」は評価されないのである。このことは、先に示してきた“供給過多な（診療報酬のための）サービスの提供への疑問”や“障害福祉サービス事業所ごとのクライアントの困り込み”、“地域移行支援における法人内完結型への疑問”などの根底にある組織の経営姿勢を生み出す要因となっており、精神保健福祉士はこの根底にある問題に気づいているのである。

#### ④ “利用しやすい住居サービスの不足”

<H氏>

退院時期的なものもあるんでしょうけど、退院先がないというものがありますね。自宅以外として社会復帰施設が少ない。そこに申し込むにしても、とりあえずはその母体である精神科病院への転院で様子をみられて、いつになるか分からないその施設の空きを待たないといけない状況。近隣の施設への入所の方向に話を話してもなかなか。「今まで（病院で）見てくれたんだから、長年見てくれたんだから、そのまま見てほしい」と言われたりもする。

最近あったのが、生活保護で入院されていた患者さんのケースで、長期入院になり、家族がいなくなる。本人さんも高齢化して退院後、障害者施設よりも、どちらかというところ、もう介護保険施設が良いってなった際に、生活保護受給者ですので、後見人、保佐人もおられないと、申請自体ができない。あとどこが見るかって、面倒見てくれるところがない。福祉事務所にも「介護保険施設への入所を」という

話をして、「申込をしていきたい」という話をして、それについては了解なんですよ。でも、いざ入所の順番が決定してから言われるのが「入所契約書には私たちはかけません」と。何か所か、福祉事務所で調べていただいたんですけども、「どこもそのような対応をしていますから」って感じで。保証人の役割を果たす人がいない。

保証人がどなたもおられないという問題があるんですよ。市営住宅をあたったら保証人が二人必要なんですよ。それで誰もおられない。まだそういう対応なんですよ。障害者やホームレスの人に連帯保証人提供事業を行っている NPO に相談して、二人とも保証人を確保ができるという話があつて。それを担当職員にかえしたら、「どういう関係か」っていうのを言われて。「NPO でこういう団体ですよ」って説明をしたんですけど「NPO とかそういうのはダメだ」と。市町村によってはそういう行政もありました。とにかくなんか避けたいみたいな。どうにか本人の希望もありますので、叶えてあげたい、戦って叶えたいところはありますが、やっぱり制度的な問題が立ちはだかつて。

入院しているクライアントにとって退院後の生活の場（住居）がある、あるいは安定して供給されているということは大きな安心を生むものであり、かつそれを支える精神保健福祉士にとっても心強い存在である。しかし、こういった住居があるにもかかわらず、それを利用することが困難（利用のしにくさ、制限がある）な場合、精神保健福祉士にとって対立するような関係性が生まれる。また、先に述べた【関係機関の受け入れに対する否定的態度】や、その概念“地域移行支援に否定的態度を示す福祉事務所ケースワーカー”、“理不尽な要求（条件）を示す市営住宅担当職員”、“「失敗」のないスムーズな退院支援以外を許容しない雰囲気その他機関”と関係し、その「手続き」の際に制度的要因に関連し発生するディレンマであるといえる。

そして、最後に【支援連続性における困難さ】が挙げられる。これはクライアントを「受ける」存在としてあり続けた精神科病院に対する疑問でもあり、入院時・入院中・退院後という一連の支援システムの中で、一貫性が保たれにくい各専門職間の見解に対する疑問、そして、スタッフの異動による顔の見える関係の構築と維持の困難さから構成されている。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査し

ていきたい。

① “未治療者や通院しなくなったクライアントに対するアウトリーチシステムの不在”

<F氏>

病院だけが全部（患者さんの支援を）背負ってやっても、退院した時とかうまくいかないっていうのを何度か経験して。「病院だけで行ける」って挑戦しても、悪くなった時にどこも相談するところとか、(状態の悪くなってしまった患者さんを) 見つけてくれる所っていうか、つながらなくて。

病院側としても訪問看護も拒否されていて、デイケアも参加されていなくて通院もされない方については、「積極的に来い」とは言わない。そういった中で「あの人は来なくなったね」くらいの感じになっていて。何年後かに警察に保護されて病院に連れてこられたっていう方も結構いらっしゃったので。病院の方針。そういった、システムがないっていうのと。来る者拒まず去る者追わず、みたいな雰囲気がありますね。

<G氏>

未治療であったり治療中断っていうところの患者さんに対して、病院側からの治療介入というか、もうちょっといい方法がないのかなって思ったりしますよね。最近もちょっとあったんですけど「往診してもらえませんか」という相談があったりするんですけど、現状できないし、うちも「全く未治療の人の相談があっても往診にもいけないし」みたいな。家族は苦しんでいるというところ、もうちょっといい方法がないかなって。家族が苦しんでいる＝患者さん本人も一番大変だと思うので、そこに人権に配慮した治療への強制力じゃないですけど、なにかいい方法ないのかなってそんな思ったりしますね。

多くの医療機関は「病院に来たクライアント」を対象とする。すなわち、「病院に来ない」クライアントについて積極的に追わない。それは「回復しただろう」や「完治しただろう」、「医療サービスが必要なくなっただろう」という観点が前提である。ただし、精神障害者の場合、多くは継続的治療や服薬が必要である。しかし、多くの「病院に来ない」精神障害者は「来れない」という理由を抱えていることに対する精神保健福祉士の気づきがある。この「病院に来ることができない」クライアントに対し、人権に配慮しながら、いかに適切な医

療サービスを提供できるのかについてアウトリーチシステムを視野に入れながら自身の置かれた所属組織との関係の中で考えることでディレンマを生じている。

## ② “支援方針等の連続性上の課題”

<I氏>

OTの退院支援っていうプログラムがあって。それも「ミートローフを作る」とか、なんかちょっとわからないですけど。「難しい○○ケーキを作る」っていうようなご飯のメニューとかで。それよりは、ラーメンばかり食べられても困るんですけど、「ラーメンにちょっと野菜切って入れようか」とかそういうことをこっちとしてはして欲しい。一人でミートローフとかなかなか作らないですよ。材料費も作業療法なら病院から出せるっていうので、OTとしては「なるべくOTの時に本人たちの食べたいものを美味しく、今じゃないと食べられないものを食べさせたいっていう気持ちと本人たちの食べたい気持ちを大事にしてる」っていうことなので。「そうじゃないと食べられないよな」と思いつつ、でも「退院支援」ってしてるなら、ご飯を、固めのご飯や、やわらかめのご飯、という風に炊けるようにっていうことだったりとかできると思うんです。「今必要な支援」と「少し長い目で見た時の支援」、支援の連続性っていうところでは、この例の方なんか「はぁ」って思うところが、失敗というか「はぁ」っていうのがあるんですけど。

<E氏>

退院支援に関して向こう（退院先の介護保険施設）もケースワーカーさんがいらっしゃるんですけど、そことの温度差というか、こちらがしたことを継続してやったださるところもあれば、「僕たちじゃ見えないところもあるので、どうぞこっち（入院中の病院での）の情報をください」っておっしゃる方もいらっしゃる、もう逃げっていう方もいらっしゃるの。

医療側からすると、「ここちょっと心配だから介護保険でしてあげられないのかな」っていうのが出てくるんですけど。そこがタイミングとして「やっぱり遅かった」って思うこともあるんですよ。「この人もっと早く（サービスを）入れとけばよかったんじゃないかな」って思うこともあるし。それはもう、なんか自分たちを責めますし。「ああやっとならばよかった」「（サービスを）入れてくれればよかったのに」っていう気持ちですね。

あと、やっぱり終わった後のケースの振り返りっていうのが病棟できていない。退院した後のケースの振り返りっていうのはほとんどできていないので、再入院して「じゃあやっぱりこうだったね」って再入院に至らないとなかなか振り返らないので。そこらへんは他の職種とももちろん自分も然りなんですけど。

退院前のクライアントに対し提供されるチーム医療の中で決定されてきたアセスメントとそれに伴う支援方針は、退院後の地域生活の入り口部分まで見据えて照射されているものである。しかし、その方針が地域との関係機関のすり合わせの中で活用されなかったり、全く別のものになったりする。あるいは入院と地域生活を結ぶカンファレンスがなかったりすることで結果としてクライアントが不利益をこうむることが予想され、そこで発生するディレンマであるといえる。

### ③ “支援チームの連続性上の課題”

<E氏>

去年くらいかな。ちょっと（退院支援委員会の）人が入れ替わったので。経営メインの話が表に出たりして、人がちょっと入れ替わったので。委員会の雰囲気も変わってきているんですけど。結構（退院支援に）慣れた方が、患者に会って、「患者さんのために」という意見もあったんですけど、やっぱり慣れてない方がそうするとその経営に沿うような話がメインなのかなっていう雰囲気になっちゃうので。なかなかこう意見も昔ほど活発に、でなくなったなあっていうのが印象ですね。

<J氏>

入院、退院後、退院する時その他の地域生活支援っていうその支援がちゃんとこう継続、連続していくかっていうところでやっぱり困難があるのかな。なんか入院したら保健所のかかわりは終わり、誰かがかかわり始めたら保健所も終わりという具合に。もう「引き継ぎをされた」ような感覚がありますよね。中にはすごいちゃんとやってくれる方もいらっしゃるんですよ。でもそういう方が異動すると、また「初めから」で終わりですね。「いや～終わってないよこのケースは！」みたいな。（保健所の方に）退院したらかかわっていただけるとありがたいんですけどね。うちからも伝えられなかったんで、うちの方にも責任があるのかなと、やっぱ個人情報とかいろいろ考えちゃいますよね。

支援の連続性を考えると、「支援内容や方針」の連続性だけでなく、「支援する側」が連続的・継続的にクライアントに関わることができているかという課題もある。当然様々な機関や部署において「異動」や「退職」などに伴う担当者の変更はつきものであるが、それが頻繁であったり、その変更の際にクライアントを中心とした引き継ぎ（支援の内容や方針についても）がなされていないと、結果としてクライアントが不利益を被ったり、支援方針や内容に大きく影響を与えることから生じるディレンマである。

#### ④ “病院へのアクセスの不備”

< C氏 >

最近のケースでいえば、福祉有償運送・福祉タクシーみたいなものの取組みっていうのがまあこの市には無くて。隣の市はもうスタートしてるんですけど。この市はなかなかそれが始まらない。それは予算的なものももちろんあるでしょうけど。働きかけしても、なかなか上が「うん」と言わない。

どうしても遠方の人とか交通の便がこっちは悪いですから。通院っていうとかなり制約があつて。といつても、車をみんながみんな持っているわけではない。運転ができるわけではない。そうなったら頼るところはバスかタクシーか自転車か。でも、バスとか本数も少なく、走ってないです。それこそ普通に車で行ったら15分かかる所に循環バス使えば40分かかったりとかして。そんなことはですね、なかなかできないかな。大変かな。少しでもそういうのが安くできるような取組みっていうのをもう隣の市ではしてて、そういう協議会なんかも立ちあがっているの中で話はしているけれども、やっぱりうちの市はなかなか腰が重い。

先に述べた“未治療者や通院しなくなったクライアントに対するアウトリーチシステムの不在”と考え方としては反対の立場から発生しているディレンマである。「病院に来れない」クライアントの課題について「病院の立地条件」やアクセスのための公共サービスの不備に着目していることから生じているディレンマである。

4) 人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ

このカテゴリーは【表 6-7】に示す通り、二つのサブカテゴリー（〔職種間連携・調整の困難さ〕、〔精神保健福祉士への操作的関与〕）で構成されている。調整者としての役割をクライアント支援に照射されない部分においても求められることからこのディレンマは発生しているといえる。

【表 6-7】 〈人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ〉

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔職種間連携・調整の困難さ〕	“職種間の調整の困難さ”
	“カンファレンス日程調整の困難さ”
	“カンファレンスが常態化していないが故の情報共有の困難さ”
	“他者に合わせて支援を行うため時間で動けない”
〔精神保健福祉士への操作的関与〕	“専門職と経営者の間に立たさされる風潮”
	“専門職同士の意見の調整者としての役割”

このカテゴリーは、調整者としての役割を担うものが故に発生するディレンマであるといえる。院内外の多職種連携チームでカンファレンスなどの調整を行う際に、日程調整や意見上の調整を担う時発生するディレンマでもあり、複数のメンバー間で様々な調整を行う時に、最も都合を調整しやすいのが「自分自身」でもある。それ故に発生する〔職種間連携・調整の困難さ〕がここには見られる。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

① “職種間の調整の困難さ”

<E氏>

「家に帰りたい」という気持ちだけくめば、本人のお気持ちを尊重すれば「退院はできないんですか」とって（立場に）なるんですけど。そこはワーカー一人の力では、本人さんの気持ちを叶えてあげられないので。「『他の職種とももちろん先生（医師）達も一緒に考える』という方針でいきたいところなんですよね」とってこのを医師にお返しするんですけど、「ワーカーが調整しないから（先に進まない）。ワーカーが調整しないから」とってというのはさんざん言われてきて。



まあ、決してプラスのそこばっかじゃないですし、ほんとはストレングスでプラスに考えないといけないんですけど、でも、難しいことは難しかったりするんで。難しいものを、「じゃあ何で補えるかっていう」きっとそれがストレングスなんですけど。でも、なかなかそういう言い換えとかでは、やっぱり医療職種との差があって伝わりにくいので。

ここでいう「調整」とは **adjustment** というよりも **coordination** という側面で捉えられる。コーディネート (**coordinate**) は『精神保健福祉用語辞典』によれば「援助過程においてよりよいサービスが提供されるよう調整していくこと」とされ、また『現代福祉学レキシコン』ではコーディネーションとして「コーディネーションには二つのレベルがある。一つは地域社会における福祉・保健・医療・教育…に関するマクロレベルの調整。もう一つは高齢者、障害児者などの個別的ニーズに対応するマイクロレベルでの調整」とされている。このような高度な役割をこれまで述べてきたような組における精神保健福祉士の位置づけや他職種との関係性の中で果たしていくことに大きな困難とディレンマを抱えているといえる。

## ② “カンファレンス日程調整の困難さ”

<C氏>

地域で行われるカンファレンスとか、なかなか自分たちも業務の合間縫って行くことすら出来ないぐらいの状況ですよ。微妙な時間にされていたりすると厳しいですね。時間を動かしてまでっていうのは言いきらないですよ。

<I氏>

保健師さんとの調整なんですけど、ただ「忙しい」っていうことすごく言われてました。「措置案件があるから」っていうので。「なかなか動けないのよね」っていうのは言われて。ただ、反対に「相談とかカンファとかに呼んでくれない」っていう事を漏らしていたりしたことがあったんですけど。「病院が呼んでくれない」って。忙しいと呼びにくいところもあったんですけど、退院促進事業だったりすると、「一緒にしましょうよ」っていうふうに呼びやすかったので呼んでいたんですけど。

支援チームとしての方針を決定していくためには多くの職種や機関がそれを共有するための場と時間を共有させる必要がある。それがカンファレンスの場でもあるが、精神保健福祉

士だけでなく、多くのチーム構成員にとって日常的な業務の中で、カンファレンスが「常態化」していなければ、それぞれの業務の間を縫って「新しく」日程を設定する必要がある。また、国が推進する事業（精神障害者地域移行・地域定着支援事業）などであれば積極的な行政機関の参加姿勢が見られるが、日常的な退院支援ではそうなりにくい現実もある。その調整を担う事は「新しい仕事」とみなされる事を相手に与えることでもあり、その負担感から発生する種々の感情を精神保健福祉士が受けることにもなる。また、自らが他の機関に呼ばれるときにも日程調整の困難さを感じる事となる。

### ③ “カンファレンスが常態化していないが故の情報共有の困難さ”

<G氏>

うちの病院、カンファレンスっていうのはあんまりないんですよ。「しよう。しよう」っていうんですけど。受け持ち担当の看護師と僕だけで話だったりとか。患者さん本人と主治医だけで話が進んじゃって病棟の主任がまだそういうこと知らなかったりとか。院内の連携っていうかそこら辺がまだできていない。

作業療法士と先生（医師）が話してて「もう退院させよう」みたいな感じで。「本人にも春ごろには退院できるようにちょっと話したから」みたいな。「ちょっとなんとかしてね」っとか言ってくるけど、看護とうちらで話したら「いや、ちょっと待ってよー。あの人あんな風に安定して見えているけど幻聴が収まってないんだから、ちょっと無理よ」みたいなのはありますね。

たとえばワーカーと作業療法士と看護師と医師といたら、本来ならもちろんこの四人、四職種で集まってカンファレンスをしてから、「じゃあこの人の計画を立ててからすすめていきましょう」っていうのが当たり前だと思うんですけど。どっかの二人で話がすすんじゃって。ある程度本人にも退院の話をしてから、遅れてみんなにその情報がまわってきたみたいなっていうのがありますけどね。ちょっとみきり発車しすぎちゃって一部の担当者だけです。

カンファレンスが常態化していないことによって、退院支援に係るクライアントの支援方針やそれに伴う退院スケジュールなどを共有できない。このことが根底にあり、先に述べた“精神保健福祉士不在の退院支援”にもつながってくる。また「カンファレンスがない」ということはチーム医療が浸透していないという事でもあり、各専門職が役割を発揮しにくか

ったり、その役割をクライアントの課題に照射した専門職としてのアセスメントを表出する機会を得られないという事にもなる。結果として、“**医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念**”というディレンマにもつながってくるのである。

#### ④ “他者に合わせて支援を行うため時間で動けない”

<H氏>

業務量が多いっていうのもあるんですけど、他の職種と比べれば「時間で動けない」。なかなか「時間で動けない」っていうのがありますよね。例えば、心理であれば「何時から何時までカウンセリング」とか、OTであれば「何時から何時で活動。それ以降で記録」とかいうのがありますけど、想定外の相談等も入ってきますし。入院とかですね。周りに合わせないといけないですね。なので、予定してた事務的な書類、例えば、障害年金の申立書とかの原案づくり、診断書関係の情報収集とか、そういうまとめる時間が、逆にとられたりとか。っていうので、ちょっと残業してとか。

人と人の間に立ち調整や仕事をするとき、他者に迷惑をかけずに最も都合よく調整する方法は、自らの都合を後回しにすることである。精神保健福祉士としての仕事の多くは人を相手にする仕事であり、自分自身が道具でもある。そのため、自らの都合を他者のニーズに合わせる必要があり、人と接しないでいい作業（ただし、クライアント支援のために進めなければならない作業）は後回しになってしまうのである。

また、精神保健福祉士は調整役を担う者であるが故、あるいは地域移行の鍵を握る職種であるため、他の職種から【**精神保健福祉士への操作的関与**】を受ける場合がある。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “専門職と経営者の間に立たさされる風潮”

<E氏>

外来スタッフの訪問看護とか、外来に携わっているスタッフからしてみたら、先生達からしてみても「せっかく退院できたんだから、地域生活をできるだけ長く続

けてもらいたい。どうにかぎりぎりまで頑張って、ここで保ってもらいたい。踏ん張ってもらいたい」っていう、本人の力を信じて入院させないとか「入院がもしかしたら必要かもしれないけど、ここ、たぶんこの支援があればなんとか頑張れる」ってケースとかも「空いているんだから入れないの？」っていう声とかがあつて。そこがちょうど治療者、援助者、経営者の間に結構ワーカーが立たされたっていうか、なんか「(間に) 入れられた」っていう気持ちで。できたら私たちは援助者の方にももちろんいきたいんですけど。まあ、その組織に属している社会人として「いやそれは関係ないです」っていうのも言えない気持ちもありますし。役割として「そこだよ」って言われたわけではないんですけど、なんか、流れとして、ここにそれを求められているんだらうなっていう風潮ではありますよね。

精神保健福祉士として本意ではない〔役割としてのベッドコントロール〕を担わされつつも、それに対し沿わなければならない環境（〔組織人（被用者）として越えられない壁〕）があり、かつ、退院支援のキーパーソンである以上、退院支援に対して基本的価値観を共有する他職種であったとしても、「その調整は精神保健福祉士」という風潮に追いやられるという事である。価値観を共有するチームの構成員として同じ立場性で経営サイドと対峙していきたくとも、その役割を当てられるという部分で発生しているディレンマである。

## ② “専門職同士の意見の調整者としての役割”

<B氏>

患者さんが高齢な方で、看護師さんとしては「ADLも低下してきているので、介護が必要になるから、できればどっか施設に移ってほしい」という思いがあつて。でも先生（医師）としては「精神症状がまだあるから病院での入院が必要」というときに、看護師さんはワーカーを使って本人を出そう（退院させよう）とするんですよ。

操作して、先生（医師）に「こういう人だから施設に退院させてって言ってよ」ってワーカーに言ってくるんですよ。でも私からみても精神症状がまだ酷いから、施設向きではないっていうのは分かるんですけど。それでも看護師さんはADLだけみて、こっちに丸投げしてくるんですよね。自分で医師に言えないからでしょうね。多分、退院とかのことに關しては結構ワーカーの意見を医師とかも話を聞いてくれ

るので、「ワーカーを通した方がスムーズに行く。そこを通すと早いぞ」みたいな感覚を持っているのだと思います。

<A氏>

最近思うのは、医師同士があんまり仲が良くなって、医師によって判断が違ったりだとか、その辺の間に挟まれて。どっちの判断について行けばいいんだらうっていうのは結構あつたりしますね。各職種としてプライドがないといけないというのは分かるんですけど。やっぱりほかのこう、他の意見を聴きながら、ベストじゃなくてもベターな方向を進めていくのもあるんじゃないかなって。でも、ある医師に「A氏こっちだよ」って言われて、で、他の医師に「なんでこんなことをするの！」って言われたりとか。その辺の辛さはありますよね。よく他の人には「あまり巻き込まれないように」とか「間に挟まれないように」とか言われるんですけど、どうしても立場上、間に挟まれること多くて。その辺の辛さがありますね。

「調整者」という専門職の持つイメージが、組織内のスタッフに与えている影響ともいえる。専門職間の調整を行うのが役割であったとしても、それはあくまでも「クライアントの支援に」向かうためのものであり、組織内の人間関係の調整のためや、専門職同士が直接調整したりコミュニケーションをとれば済むものを担わされることで発生しているディレンマであるともいえる。

#### 【注】

- 1) hospitalism (病院症)あるいは施設症 (institutionalism) ともいい、集団的収容生活の心身に及ぼす影響をいう。ベンダー (L.Bender) が、早期に乳児院に預けられ母親の愛情や接触のなかった小児では、発育遅滞、衝動性、感情不安定、人格発達の障害がみられると指摘して以来、施設での養育の心身に及ぼす影響が重視されるようになった。さらに、成人も含めた長期入院者にみられる意欲低下、依存傾向、退行現象など、あるいは精神障害者のいわゆる荒廃現象なども本症に起因することも多い (加藤ほか 2003 : 258) といわれている。また、小此木は、フロイト (Sigmund Freud) の示した「患者の側の治療への抵抗」 (病的利得) のうち、二次利得 (secondary gain) に注目し、これについて「病気であるがゆえに、むしろ家庭からのストレスを回避し、社会の荒波にもまれることもな

く、病院に安住したり、病気の中で暮らすことが、自分を守り、引きこもる手立てになっている場合がある」（小此木 2004：446）としている。

2) 例えば、大島は専門職家族支援を行う上での二つの家族観を明確に整理しておくことが必要だとしている。そこでは、「『治療対象者としての家族』という家族観は、家族病因論仮説が科学的根拠を持たないことが立証されたために否定されているが、専門職のなかに根強く残っている。この視点から家族支援を行うと家族内の原因探しが行われ、結果として家族が追いつめられて自責の念に陥る危険性がある。また、『治療協力者としての家族』のみに限局した家族観については家族自身が同時に自らの生活を営みながらケアを行っている現実を忘れてはならない。『援助者としての家族機能』が過度に行われると、『生活者としての家族機能』が障害され、このような家族状況は本人の経過に悪影響を及ぼす」（大島 2010：281-282）と説明している。

3) 自己覚知（self-awareness）「ワーカーは、その個人や所属する集団からの主観や、科学的な客観への『とらわれ』から脱し自由になることが必要で、そのためには、これらの主観や客観の特性と限界を自覚し、洞察し、そのことによって『とらわれ』から自由にならなければならない。こうしたソーシャルワーカーの側における自己覚知は、ケースワークの中で自ら学び、また、スーパービジョンで指導されるものでもあり、逆転移などの防止にもなる」（日本社会福祉実践理論学会 2004：68）

4) 医師法第 1 条には「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と示されている。

5) エンパワメント（empowerment）について『【新版】社会福祉実践基本用語辞典』では、「人と環境の関係の質に焦点を当て、人びとが、生活の質に悪影響を与え資源およびサービスへのアクセスを制限する外的条件に抵抗し、それを変化させるパワーを増強させ、自分自身の生活のあり方をコントロールし自己決定できるように支援し、かつそれを可能にする資源の再配置を含む公正な社会の実現を目指す過程」（日本社会福祉実践理論学会 2004：12）としている。

6) 例えば、国立病院機構久里浜医療センターで行われている ARP は TMACK（Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive-behavioral Therapy. Kurihama version）と呼ばれ、入院当初に行われる第 I 期治療において、アルコールへの囚われ（とら）からの解放、禁断（離脱）症状に対する解毒治療、肝障害などの身体合併症に対する身体治療を中心としている。その後行われる第 II 期治療（リハビリテーション治療）は依存

症やアルコールの害について正しい知識を身につける酒害教育、抗酒剤などの薬物療法、心理社会的治療を中心にしている。心理社会的治療は従来の集団精神療法(ミーティング)、認知行動療法、断酒会・AAなどの自助グループ参加、作業療法、家族教育などが含まれる。(国立病院機構久里浜医療センター <http://www.kurihama-med.jp/news/index.html>)

## 第7章 調査結果②ディレンマへの対応の構造

### 1. 精神保健福祉士のディレンマへの対応の構造（アウトライン）

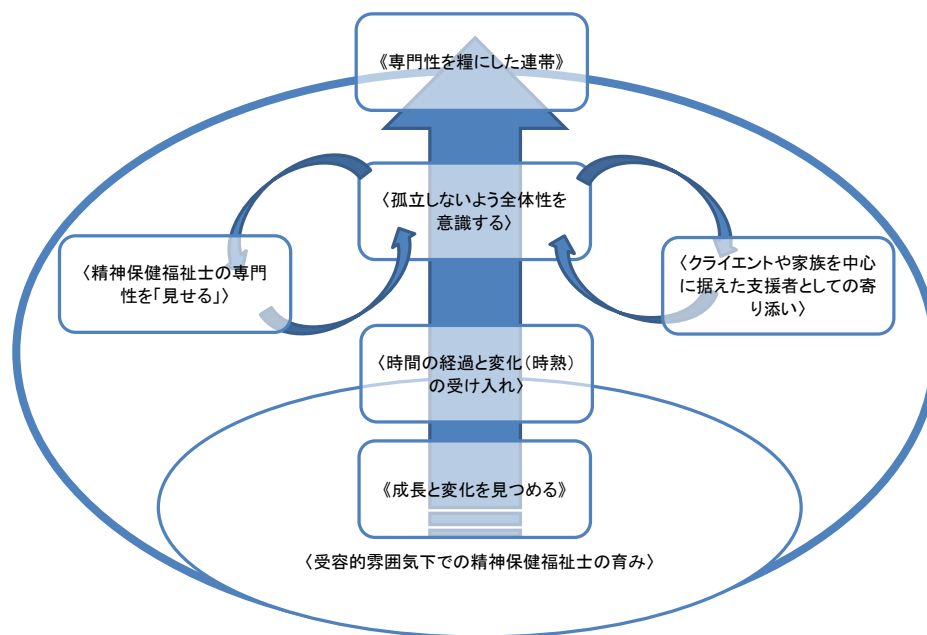
次に、分析テーマ②「精神保健福祉士は、そのディレンマをどのように受け入れ、対応（処理）しているのか」にもとづき、精神保健福祉士の抱えるディレンマへの対応の構造を明らかにしていきたい。ここで、確定したコアカテゴリーは2、カテゴリーは5、サブカテゴリーは17、概念は71であった（【表7-1】）。

【表7-1】精神障害者の地域移行支援にかかわる精神保健福祉士のディレンマへの対応の構造

《コアカテゴリー》	《カテゴリー》	〔サブカテゴリー〕	“概念”
専門性を糧にした連帯	精神保健福祉士の専門性を「見せる」	精神保健福祉士を見せる	院内研修での講義 行動で示す 権利擁護の視点をカルテに残す 管理組織に対する権利擁護の説明 具体的社会資源・手当の提示 専門的視点を言い続ける
		クライアントを見せる	クライアントの日常生活の様子を伝える クライアントのストレス評価を共有する
		地域生活の豊かさを伝える	地域で生活するクライアントを他職種に伝える クライアントに地域生活をイメージさせる モデルとしての先輩クライアントの存在
		精神科医療の歴史性への理解	地域移行に不慣れな他職種を理解 歴史に埋もれた患者・家族への理解
	孤立しないよう全体性を意識する	人と人を繋ぐ・巻き込む	主治医を使う 専門職間の協力姿勢を見せる 他機関や多職種との根回し 情報収集でカンファレンスを補う 効果的な多職種カンファレンスへの参画 院外関係者のカンファレンスへの誘導 先駆的取り組みを学ぶ機会の創出 地域の実情に合わせた地域支援の提案
			管理職の精神保健福祉士に対する理解 精神保健福祉士に対する組織的評価 生活者の視点に立つ他職種の存在 理解ある不動産業者 医師を納得させるカンファレンス 他職種・関係者の考えの受容と傾聴 精神保健福祉士の組織的位置づけの明確化 多職種協働のアウトリーチ 退院支援を精神保健福祉士で抱え込まない
		専門性を理解し合う	協力姿勢（開かれた雰囲気）を見せる 情報共有方法の明確化 他職種からの情報の提供 新鮮な情報収集機会の提供と共有
			日常的チームワーク
	クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い	家族への寄り添いと安心感の提供	他職種に対するクライアントや家族の想いを代弁 カンファレンスでクライアントや家族の想いを代弁
		クライアントを中心とした関係調整	
		クライアント・家族の想いを代弁する	
	成長と変化を見つめる	時間の経過と変化（時熟）の受け入れ	「ゆるくなる」ことで現実を受け入れられるようになる
折り合いをつける			現実主義になる（ベストではなくともベターの選択） 経営的側面への理解 「諦め」の替りを見つける
時間的経過による自己の変化			支援の在り方を振り返る余裕 意見の発信 時熟を待つ間の目配り
時間的経過による環境の変化			退院促進に慣れる 経験・関係性をもとに他者に受け入れられる 社会的裏付けの蓄積
受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み		同職種間の考え・固有の立場性の共有	同じ立場性での仕事 同職種の支援方法に対する理解 病院の精神保健福祉士としての誇り リカヴァリーモデルへの期待 一緒に悩んでくれる上司
		スーパービジョン「的」活動の実施	聴いてもらうことで辛さを軽減 管理職を使う 信頼関係を根底においた相互指摘 否定されない安心感
		専門職団体等とのつながりの維持	同級生（同職種）とのつながり 他病院の取り組みを知る 院外研修会への参加と癒し



また、「精神保健福祉士の抱えるディレンマへの対応の構造」について抽出されたコアカテゴリー等の相互関係を示したい。調査対象者へのインタビュー時に得られた1次的データ（逐語記録）と抽出された構成要素について、再度往還しながら図式化を行ったのが【図 7-1】である。



【図 7-1】精神保健福祉士の抱えるディレンマへの対応の構造

さて、ここでは【表 7-1】ならびに【図 7-1】を概観しながら、精神障害者の地域移行支援にかかわる精神保健福祉士のディレンマへの対応の構造の全体像（ストーリーライン）について述べていきたい。

ディレンマを抱える精神保健福祉士はその特徴的な専門性を活かしつつ、《専門性を糧にした連帯》を目指し、日々の実践を行っている。ディレンマは先に述べたように支援チームのメンバーとの間で発生したり、クライアント本人や家族との間に挟まれることで発生している。しかしながら「社会復帰」や「退院・地域移行支援」を主眼に置く精神保健福祉士が、その使命を独りで背負い、広範囲にわたる支援のターゲットに関与していくには困難さがつきまとう。まず、自己と他者（精神保健福祉士と他職種や他者）の相違を踏まえ、〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉ことで特に精神科病院内で少数派である精神保健福祉士の役割を伝えることを試みている。それは「人と環境の全体性」を志向する精神保健福祉士がクライアントの生活を支える環境の中で調整者としての役割を発揮しながらも、〈孤立しな

いよう全体性を意識する）ことであつたり、〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉という精神保健福祉士の本質的使命から外れることなく使命を果たすために必要な取り組み（折り合いをつける作業）であるといえる。

また、ある一定の時期にディレンマを抱えても、その場でディレンマを解消したり、何かに積極的に取り組んだりすることではなく、ある一定の期間について自己と他者を含めた時間の流れや環境の変化を鳥瞰する（《成長と変化を見つめる》）ことで、自らのモチベーションを維持増進していることも明らかになった。まず、〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉では、ディレンマの起きた状況やクライアントとの関係を、ややもすると放置しているようにさえ見えるときでも、時熟を待ち、効果的なタイミングを狙った支援を行っている。また、ディレンマへの対応の根本になくなくてはならないものの存在に精神保健福祉士は気づいている。それが〈受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み〉であり、その環境を上手く活用したり作ったりすることで、自己の専門職としての特徴を活かすようにしていることが分かった。

## 2. 専門性を糧にした連帯

コアカテゴリーのひとつめである《専門性を糧にした連帯》は、〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉、〈孤立しないよう全体性を意識する〉、〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉といったカテゴリーによって構成されている。ここでは、これら三つのカテゴリーについて生成の成り立ちを見てみたい。

### 1) 精神保健福祉士の専門性を「見せる」

このカテゴリーは【表 7-2】に示す通り、四つのサブカテゴリー（〔精神保健福祉士を見せる〕、〔クライアントを見せる〕、〔地域生活の豊かさを伝える〕、〔精神科医療の歴史性への理解〕）で構成されている。退院支援を行う上で、ディレンマを抱える対象者に対し、自らの役割を様々な局面で「見せ」たり、支援のターゲットであるクライアントの姿を「見せ」、歴史的にクライアントの置かれてきた状況やその結果としての今のクライアントの状況に理解を示しながら、地域生活の豊かさを示すことでクライアントや関係者の変化を促そうとしていることがわかる。

【表 7-2】 〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔精神保健福祉士を見せる〕	“院内研修での講義” “行動で示す” “権利擁護の視点をカルテに残す” “管理組織に対する権利擁護の説明” “具体的社会資源・手当の提示” “専門的視点を言い続ける”
〔クライアントを見せる〕	“クライアントの日常生活の様子を伝える” “クライアントのストレングス評価を共有する”
〔地域生活の豊かさを伝える〕	“地域で生活するクライアントを他職種に伝える” “クライアントに地域生活をイメージさせる” “モデルとしての先輩クライアントの存在”
〔精神科医療の歴史性への理解〕	“地域移行に不慣れな他職種を理解” “歴史に埋もれた患者・家族への理解”

先に述べた精神保健福祉士が抱えるディレンマのなかに「位置づけの曖昧さ」に関するものが見られた。これは吉川らが述べている、そもそもソーシャルワークの対象となる領域が抱える『複雑性』『不確実性』『曖昧性』『流動性』（吉川ら 2006：2）を背景とした根本的ディレンマへの対応でもある。この「曖昧さ」があるが故、他者（他職種にとどまらず、クライアントや家族にとっても）から見れば「何をする人なのかわからない」「どう使えばいいのかわからない」「何でもやってくれそう」という思いを抱くことは少なくない。そのようななかで精神保健福祉士はクライアントとの関係を中心に据えながら果たすべき役割を具体的に実践し、体現していく。すなわち〔精神保健福祉士を見せる〕ことで、ディレンマへ対応しようとしている。このサブカテゴリーは六つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

① “院内研修での講義”

< A 氏 >

人権。特に精神科というのは行動を制限されるということが、一番大きなところだと思うので。その辺を分からずにただ精神科に勤めていたら、感覚が麻痺して行動制限するのが当たり前じゃないかっていうような捉え方をされるので。そこを僕たちがリアルに「精神科特有でこういう行動制限がされているんだ」って伝えてい

く。それで「法律上でもこういうふうに決まっているんだ」っていうところを。精神科というものはその辺がごっちゃになってしまったりとか、曖昧になってしまったりだとかがあるので、その辺は定期的に。この前も、「人権擁護」というところで講義をさせていただいていたんですけど。

精神科領域で勤務する各専門職は、さまざまな機関で研修を受ける機会を持っている。しかし、ここでは精神保健福祉士が自ら精神保健福祉領域で注意すべき権利擁護のあり方について研修を行っている。これは、クライアントの権利擁護を院内で進めていくという表面的な目標と、精神保健福祉士としての権利擁護に関する考え方を院内で広める、精神保健福祉士の視点を他職種に理解してもらおうという真の目標を備えているのである。

## ② “行動で示す”

<A氏>

自分との患者さんとの面接とかを患者さんの許可を得てから、看護師に少し入ってみてもらったりとか。同席してもらって、少しこれは自分がちょっと精神保健福祉士の仕事を知って欲しいというところがあったので、見てもらったりだとか。あと、僕たちの仕事について「どういう仕事をしているんだ」って興味のある看護師さんがいたりするので。その時がチャンスだと思って、「僕たちの仕事はこういうことを中心にやっているんだ」ってお話をしたりだとか。あとは直接少し（対立する立場性になったとき）「こうじゃないか」っていう話をする時ですね。その捉え方なんですけども。言える時と、言えない時があります。もちろん、信頼関係のある看護師さんもあるし、その職場でうまくいかない、ちょっと苦手だなって自分が感じている看護師さんもあるので。自分としては、「看護師はいないといけない職種であるとともに、僕たちには出来ないことが必ず出来る」というのがあるので。その辺はもちろん否定するのではなくて、その辺も大事にしながら。

クライアントに対する自らの専門的なかわりの仕方を直接他職種に見せる場面を設定している。ディレンマのサブカテゴリーで示した【精神保健福祉士と他職種の立場性の違い】や【精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値】といったディレンマの要因は自らの内省で起こるものだけではなく、他者との間で発生している。院内外を問わずに、

精神保健福祉士の役割を言葉で伝えるのには限界がある。そこで、他職種と協働する中で、自らの役割を見せていくことで理解を促そうと試みているのである。

### ③ “権利擁護の視点をカルテに残す”

<A氏>

もちろん病院である以上、医療が中心になってくるので、その中で僕たちが「人権」っていうところで「何を護れるか」っていうところで考えていきます。今は、法律的なもの、精神保健福祉法が大きいのでその辺に関して、行動制限をもっと明確にこういう風にした方がいいんじゃないかと提案したりしています。実は、行動制限表というのを自分で作って一人一人の患者さんがどういう行動制限をされているんだっていうのが、看護師さんにも分かるように一つのカルテに、一つの表として作っているところです。（そうすることで）「ああ。こういう仕事をしているんだな」とちょっと理解していただけるかなと。

精神科病院内において、クライアントの権利擁護を担うという重大な役割を持っている精神保健福祉士は、クライアントの治療や支援に関してすべての職種に共通して用いられる様式である「カルテ」に権利擁護の視点に沿った記録を残していくことで、医療職種の意識の変容を促している。権利擁護について「精神保健福祉士だけが分かっていたらいい」とか「そこは自分たちだけの役割」という制限された役割を求めているのではなく、自らの考えや社会的視点を組織内において般化することで、結果として精神保健福祉士と同じ意識・価値観を持つ医療職種を増やそうとしているといえる。

### ④ “管理組織に対する権利擁護の説明”

<A氏>

（経営サイドが）「病院の跡地を共同住居にしよう」って言った時、反対の意見を言いました。人権的なものだったりとかあるので。変な話、「監査で問題になってきますよ」っていう、ちょっと遠回しに話をしたりとかしてる。まだまだ「そういうところで自分がみんなの前でそういう話を言えた」っていうのが、「まだそういう気持ちが残ってたんだ」って、（自分自身に）安心感がもてたりとか。

今でも言っているんですけど。3回、4回と（経営サイドに）呼ばれて、「まあ、大丈夫だから」とかそういう話をされるんですけど。それも自分としては、例えそうならなかったとしても、自分としての意見が通らなかったとしても、結果的にです。ただ、「自分としての、プロとしての責任」というのは少し果たせたんじゃないかなっていう風に思っています。まだ今から戦いなんですけど。ただ言わなかったら僕はずっと後悔して、何のための自分の職種なのかなってのが多分分からなくなる。それが一番恐いですよね。

所属する組織がクライアントの人権や社会的に許されないであろう対応をしようとする時、精神保健福祉士は組織と対峙・対立する関係性に陥る。人権的・社会的に許されない精神科医療の過去の歴史的課題（宇都宮病院事件など）について、専門職としての養成教育の中で学びを深めてきているからである。ただし、ディレンマの構造にも示したように【組織人（被用者）として越えられない壁】も当然そこには存在する。しかし、そのような中でも自らの職責を果たそうとしている自分自身の行為を確認することで、ディレンマに対する折り合いをつけているとも言えよう。

#### ⑤ “具体的社会資源・手当の提示”

<F氏>

看護師長とか、病院のカンファの中で、「こういう風なサービスを準備したら退院できますよ」とか、「この方は、ADLで自立しているし、高齢者の場合だったら、自立しているから、今こうやってサービスを利用できますよ。申込みできますよ」、「だからこんな風にすればできるんですよ」って。「出来るよ」、「どうすれば出来る」っていうのを提示していくようにしています。

（クライアントが利用している作業所などに対し）「こういった時は、こうしたらいいですよ」とか言ったりします。「こういった作業は得意だけど、こういった作業は苦手だから、こういう声掛けをしたらいいですよ」とか。あとはご本人さんの希望を伝える。「ご本人さんはこういう時、症状が悪いときはこんな風にできるから、こういった時には、こういう声掛けをしてほしいって言ってました」というのを伝えています。

先に示した“**行動で示す**”という行為は自らのかかわり（技術）を見せる側面が強い。ここでは、具体的にクライアントの地域生活を支えるための社会資源や社会的な手当（知識）を他職種に見せる（伝える）ことで、精神保健福祉士の役割の理解を促進しようとしているのである。ただし、単に社会資源に関する知識を知っていればいいという事ではなく、クライアントの住まう地域の実情に応じた知識や、自らの作ってきた（あるいは所属している）ネットワークを基にした「**生きた知識（＝知恵）**」が表出されることで他職種からの理解が得られるといえる。

## ⑥ “**専門的視点を言い続ける**”

<G氏>

そうですね。その、「バン」って（精神保健福祉士としての立場に立ったことを）言っただけで諦めじゃなくて、割と定期的に「ちょこちょこっ」と言い続けていこうみたいな。それで言ったからと言ってすぐ結果は求めてはいない。今言ったからといってすぐ何かこう改善してくれるのではないんだらうけど。言わないと。それに気づいてもらえないし、忘れられるから、みたいな感じで。そんなスタンスですね。

精神保健福祉士の所属機関における〈**孤独を伴う内省**〉については前章で述べてきた。院内において決して多い職種ではなく、それに伴う組織的位置づけも脆弱になりがちである。そのような中では、精神保健福祉士として組織や他職種と対立するような価値観におかれたとき、〔**変革への諦めともどかしさ**〕を抱えるが、その前段階やそれへの対応として変わらなくとも“**専門的視点を言い続ける**”ことで、「諦めている自分」に対し発生しているディレンマを解消しようとしているといえる。

また、精神保健福祉士は様々な場面においてクライアントの可能性や変化を伝えようとする。「障害者だから」とか「以前のような病態があったから」などという可能性を否定するような認識や態度のままで、社会復帰や退院・地域生活に否定的態度を示す者に対し〔**クライアントを見せる**〕ことで、理解を生み出そうとし、自身の抱えるディレンマの軽減を図ろうとしている。それは、精神保健福祉士がクライアントを中心とした支援（回復の主役はクライアントである）をしようと心掛けるからこそ、その変化や可能性をいかに伝えるか考え

た結果であるともいえる。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “クライアントの日常生活の様子を伝える”

<A氏>

結構、僕なんかは（精神保健福祉士が作成している）相談記録を見せたりすると、（他職種が）「こんなことを話すんだ」というところで捉えてくれたりとか。意外と「診察現場では知らない話っていうのを知ってもらいたいなあ」というのがあるので。その辺に関しては少し力を入れてやっています。それと、住む場所とか、その辺ハード面についてだったりとかは、どこでもいいという訳ではないので、その辺の生活のしやすさや環境面に対してもっと深く一緒に考えられたら違うんじゃないかな。

<F氏>

病棟で一つ成功した事例があったら、他の看護師さんとかも「あ、退院できるんだ」となっていく。「今その人、元気にしてますよ」「デイケアに来てますよ」とか、「訪問に行ったときにこんな風に言ってましたよ」とか、「あのとき看護師さんに助けてもらったから～」とか、なんか看護師さんが元気になるような声を還していくようにしています。

他職種と専門的視点が違ったりすると〔精神保健福祉士と他職種の立場性の違い〕からデレンマが生ることについて前章で述べてきた。それは「生活の視点」を共有できていないことから生じているものである。ここには、クライアントの入院生活における日常的会話から得られた評価や医療的なかわりだけでは見えてこない生活者としてのクライアントの姿を他職種に伝えることで、他職種のクライアントに対する評価（アセスメント）の広がりをもたせたり、自らと同じような価値観を持つ理解者を増やそうとする営みである。

### ② “クライアントのストレングス評価を共有する”

<F氏>

退院援助訪問とかも看護師と一緒にいたりすることで、「この人がこんなに来たよ」というのが見せられる。他にも、作業療法士の人に言って「今度の作業



療法のプログラム時、一緒にこれをさせてくれない」とか言ったりして、出来る事を他の専門職の人に見てもらったりする。そうすることで、なんか、「やらせたら意外に出来るのよ」というのが徐々に病棟の中で出てきた。

<C氏>

そうですね。「本人を見てもらえれば大丈夫」と言ってもらえる機会が来るかもしれないので。その時のために本人が「頑張りたい」という気持ちが出てきてる時って、何かそこにアプローチできるっていうか。そういう喜びっていうのかな。やりがいみたいなものはあるので。

その家族の反応でも全然違うし、「いやあ」とか「それでも」という感じの方には、ちょっとずつ返していける（正のフィードバック）部分もありますし。実際外出して「えっ、こんなに違うんですか」と言ってくれる人もいますし。そこから定期的な面会・外出がスタートしたりですね。どこかでその「会ってないからだよ」という部分も半分あったりして。

クライアントのリカヴァリーや主体性を尊重しようとする精神保健福祉士の視点は例えば、Charles A. Rapp や Richard J. Goscha (=2008 : 128-134)の「ストレングス志向のアセスメント」の視点が基盤となっている。クライアントの「人と環境の相互作用」を評価するとき、「問題志向のアセスメント」で見失っている気づきやクライアントの持つ可能性から離れていくことについて他職種に理解を促すとき、こういった「ストレングス志向のアセスメント」を精神保健福祉士自身が言語化していくことでメッセージとして他職種に発している。

多くのクライアントの「退院したくない」や「退院後の生活が不安」といった訴えに対し、精神保健福祉士は自らの職責との間でディレンマを抱えている。そこでは、**〔地域生活の豊かさを伝える〕**という方法を用いて対応している。そのためには精神保健福祉士自らが「地域」をどのように捉え、そこで生き、得られる「正のメッセージ」をクライアントに対してフィードバック（クライアントや周囲の人に対して語るができるか）できるかが鍵となり、地域で生活することの産物としての「地域で生活し続けるクライアントの存在＝入院しているクライアントのモデルとなる存在」を知っていたり、そういったクライアントと継続したかわりを持つことが必要である。すなわち、社会人としての経験と専門職としての蓄積の双方が重要であり、それが対応として表出したものである。このサブカテゴリーは三つ

の概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “地域で生活するクライアントを他職種に伝える”

<C氏>

どうやったら少しでも、一つの病棟でもいいからそこに（クライアントの地域で生活する豊かさが）浸透するかとか、そういう諦めがちな人（他職種）とかってというのは、どうやたらうまく協力していつてくれるのか考えてきました。まあ最初は半強制的な部分があるかもしれないけど、そこからこう面白さっていうのかな、その人の本来の目的っていうか諦めじゃない気持ちが出てくると思う。やっぱり地域で生き生きしている人たちを見ると、自分たちも最初は心配だったけれど「地域でやっていけるんだ」、「やっぱり生活できるんだな」っていうのを実感出来るし、そういうのっていうのがなかなか直接的に関われてなかったりすると気づけてない部分もあるのかなと思ったりするので。

先に示した“クライアントの日常生活の様子を伝える”よりも地域生活への移行に関して一歩進めた形で“地域で生活するクライアントを他職種に伝える”ことにより、他職種自身が「地域生活の豊かさ」を理解したり、クライアントのもつ「ストレングス」に気づいたりすることを促そうとする働きかけである。他職種自身のクライアントや地域生活への「諦め」を回復させたり、予防したりすることで、組織内において退院促進や地域移行・地域定着の雰囲気醸成しようとしている。

### ② “クライアントに地域生活をイメージさせる”

<F氏>

（長期入院のクライアントが）外食をずっとされてないから、「刺身食べたい」と言われたので、刺身を食べるのを目的でついでに家を見に行こうかという感じで連れ出した。（それをきっかけに）なんかすごい試行錯誤をして。向こうの施設（高齢者向けのマンション）の管理者の方に協力していただいて。退院や引っ越しではなく、1週間体験外泊みたいな感じで、先生（主治医）にお願いをして。

そこに「いいお家が出来たって聞いたから、どうでしょう」って言って。そしたら、看護師さんが、「洋服がないから洋服を買いに行きたいんだけど」って。でも、

看護師さんに行っても「もったいないからって言って買わないんだよね」って看護師に言われて。じゃあ「買いに行きましょうよ。ジャンパー見に行きましょうよ」って言って。「ついでに家も見てください」っていうような感じで誘い出しています。

本人さんにも、「ここでずっと生活していて、ここで死にたいんですか」って問う時もあります。「退院できますよ。自分で決めてください。そのための支援はさせていただきます」って気持ちを高めるような問いかけもしたりします。

長期に入院してきたクライアントの支援を行う時、クライアント自身の抱える不安の多くは「退院後の地域生活の具体的なイメージできない」事によるものが多い。それらは、【入院生活に満足するクライアントの存在】として精神保健福祉士の抱えるディレンマの一つともなっていた。衣食住にとどまらず、あらゆる日常生活場面について具体的検討だけでなく、その事前準備としての動機づけの段階から工夫を行っている。

### ③ “モデルとしての先輩クライアントの存在”

<F氏>

退院後グループホームとかで1年間生活していて、この方が（当初のスタッフ側の考えより）すごく問題もなくて。思っていたよりもなくて。いろんな面倒を見てくれる。だから、「今度こういう人（クライアント）が来るんですけど」と事前に話をしておくと、「いいですよ」って言ってくださったっていうのもあって。結構、その人がいるときに（退院予定のクライアントと）話を聞きに行ったりしてる。

上述した“クライアントに地域生活をイメージさせる”時、最も効果的に用いられていたのが“モデルとしての先輩クライアントの存在”であった。例えば同じ病院で一緒の入院生活をしてきた「先輩クライアント」が地域生活を営んでいる姿から、自分自身の可能性や希望を見出すことにつながったり、先輩クライアントと退院支援に入ったクライアントを接触させることで、具体的な疑問を解消できたりする。精神保健福祉士は退院した後のクライアントともネットワークを構築し、重要な人的社会資源として「先輩クライアント」を活用している。

また、〈精神保健福祉士の専門性を見せる〉という大きなくくりの中で、精神保健福祉士は専門職となるプロセスの中で培ってきた知識や歴史的事実に対する見解、その後の社会構造の変化や精神保健福祉領域におけるパラダイムシフトなどを鳥瞰したうえで、現実世界で起こっている事象に対する態度を表す。それは〔精神科医療の歴史性への理解〕として家族や他職種といったクライアントを取り巻く環境への働きかけであったり、歴史的な流れと一連の時間軸の中におけるクライアントのライフヒストリーを見据えたかかわりとして表出されている。また、それらの態度は、現実世界の中での様々なクライアントを取り巻く環境と精神保健福祉士の目指す支援のあり様とのなかで生まれる矛盾を解釈する中で発生している。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “地域移行に不慣れな他職種を理解”

<C氏>

もともとそういう背景があって今があるわけだからそこをこうしてよって言ったってなかなか。なんかどっか「それが当たり前」なんていうか歴史もあるじゃないですか。今までのそういう精神科自体の。そういうところから（変えていく必要がある）だと思うので、まあ根深いものはあるんでしょうけど。やっぱり「なんとかしてちょっとずつ動かしていきたいな」というのはありますよね。だから相手（他職種）にどうって言うの（大きな変化を求める）はあんまりないんですよ。「もうちょっと考えてよ」というのは。

「何故、地域移行やストレンクス視点のアセスメント、権利擁護の視点を持つものが自分たちだけ（のよう感じている）なのか」という問いを抱えがちであり、あたかも他職種がそういうことを全く考えていないかのような感覚に陥ることがある。そこで大きな変化を求めても対立する構図を作るだけで、“志向性を共有することで「苦しくなる」”様な状況を生む。そこで、精神保健福祉士は他職種が地域移行に不慣れだったり、感覚として保有していない背景（各専門職としてのそもそもの特性や精神科医療の中での育ち）への理解のなかでディレンマを解消しようとしている。

## ② “歴史に埋もれた患者・家族への理解”

<A氏>

長期的な入院の患者さんに関しては、どうしても今までの精神科医療の時、10年くらい家族に連絡をとってなくて、僕が連絡をすると「警察に訴える」とか、そういう話までされたりとか。 どうしていいか分からなくなったりとかするんですけど。その辺も「チーム医療で動けたらな」っていう風に思っていて。家族が亡くなっているのを10年後くらいに病院が知ったりとか、今その整理を病院の中でしたりとかしているんですけど。

クライアントの退院について家族が受け入れられなかったりする背景について、そのディレンマの対象を家族だけに収斂するのではなく、結果的に長期入院を認めてきた精神科医療そのものやわが国の制度の在り方によって「影響を受けてきた人たち」と解釈することで、クライアントや家族を再認識しようとするものである。長期入院により積極的にかかわってこなかった病院から家族に対する支援を再度見つめなおし、取り組んでいこうとする姿勢に表れている。

### 2) 孤立しないよう全体性を意識する

このカテゴリーは【表 7-3】に示す通り、三つのサブカテゴリー（〔人と人を繋ぐ・巻き込む〕、〔専門性を理解し合う〕、〔日常的チームワーク〕）で構成されている。少ない同職種の状態で組織の中で対立関係を気づくのではなく、他者理解を行うことで組織全体のバランスを考えながら活動をしている。また、専門的なチームワーク以前に職業人としての関係者との日常的なかかわりの中から生まれるチームワークを重要視していることが明らかになった。

【表 7-3】 〈孤立しないよう全体性を意識する〉

定義：精神科病院で働く精神保健福祉士は、社会的使命を果たしていくために「孤立」を避けている。その中では他者に対して一方的に自己の専門性を理解してもらうような姿勢ではなく、他者に対する理解を前提とし、全体性の中の自己の専門性を意識化し、チームの中での自己の特徴的役割を果たしていけるようにしている。

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔人と人を繋ぐ・巻き込む〕	“主治医を使う” “専門職間の協力姿勢を見せる” “他機関や多職種との根回し” “情報収集でカンファレンスを補う” “効果的な多職種カンファレンスへの参画” “院外関係者のカンファレンスへの誘導” “先駆的取り組みを学ぶ機会の創出” “地域の実情に合わせた地域支援の提案”
〔専門性を理解し合う〕	“管理職の精神保健福祉士に対する理解” “精神保健福祉士に対する組織的評価” “生活者の視点に立つ他職種の存在” “理解ある不動産業者” “医師を納得させるカンファレンス” “他職種・関係者の考えの受容と傾聴” “精神保健福祉士の組織的位置づけの明確化” “多職種協働のアウトリーチ” “退院支援を精神保健福祉士で抱え込まない”
〔日常的チームワーク〕	“協力姿勢(開かれた雰囲気)を見せる” “情報共有方法の明確化” “他職種からの情報の提供” “新鮮な情報収集機会の提供と共有”

他職種と比して精神科病院の中では数として少ない職種であり、その専門性を発揮しようとする時、孤独を伴う経験を重ねる。それは院内で唯一特徴的な立場として「権利擁護」という完全にクライアントの側に立った視点で精神科病院という組織と対峙したり、その視点でのかかわり、チーム内での働きをしようとするときに顕著に現れる。〈精神保健福祉士の専門性を見せる〉ことも一つの孤立の解消法であるが、ここでは全体性を意識しながら協働したり、志向性を共有することでディレンマへの対応を行っている。〔人と人を繋ぐ・巻き込む〕とは、単なるネットワーキングにとどまらず、円滑な連携体制を目指した協働体制の構築であったり、その先にある人的資源の開発・コミュニティディベロップメントとも言うことができる。このサブカテゴリーは八つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “主治医を使う”

<B氏>

そこ（生活保護担当者に退院の必要性を伝える場面）でも、やっぱり主治医の力を借りて。主治医から「こういう病状だからここにいる必要はないんですよ」っていうことを伝えてもらって。そこで（生活保護担当者に）OK をもらった上でこちらは動きだせるという感じですよ。主治医には、素直に「生活保護の担当の方がこういう風な考えをお持ちで、退院をちょっと延ばしてほしいとのことなんですけど、先生の方から本人さんの病状とか退院についての見込みを直接伝えてもらっていいですか。病状についてはこちらが伝えることはできないので」って。（事前の準備をしておいて生活保護担当者に）「主治医の方からも話を聞いてみてください」という形で。

自らの専門的領域では補完しきれない部分（特に医療的要素）について、医師の持つ専門性を用いる場面である。〔**地域移行やクライアントに対する責任の重さ**〕というディレンマに対して、地域移行に係る業務の一切を精神保健福祉士だけで抱え込むのではなく、他職種を有効に活用するという視点に立ったものである。しかし、一方でこの医師への働きかけが「自らの専門的領域では対応しきれない部分を補完する」ことを超えて行われる場合、医療における医師の持つ権威性や権力を「うまく使う」あるいは、それに「依存する」という要素が発生してくる。その意味においては、“**医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念**”というディレンマの概念と表裏一体になってしまう可能性を抱えた対応といえる。

## ② “専門職間の協力姿勢を見せる”

<C氏>

ケースに全体で取り組むっていう地域移行支援なんかでもそうなんですけど、そういう多職種カンファの機会が増えてきたので、逆に自分たちが多職種で集めてカンファをすることで、その良さじゃないけどそういうのをアピールしていけたらと思いますけどね。

同時に協力してくれる人とか同じ考えを持っている人っているわけで。そういう人たちと「まずは一緒にやっていくことで浸透させていこう」っていう感じだった

りとか。あとはそういう全体の勉強会じゃないですけど「共通認識みたいなのを持とうよ」みたいなことをちょっとずつ働きかけていくところ。そういう考えが一緒の人から順に浸透させていく方がスムーズっていうか、早いのかなっていう感覚を持っている。

精神保健福祉士が地域移行や地域定着について、孤独に他職種に訴えていくのではなく、既に存在する「共通の価値観を持つ他職種」と協働し、一緒にやっている姿を他のスタッフに見せることで浸透させていこうとするものである。孤独に役割を遂行するという事は、他の職種からすれば受け入れられなかったり、対立する存在としてみなされることも出てくる。それに対する予防でもあり、他職種のもつ役割の領域の中で自分の役割と重複する部分を大事にしたり、アピールすることで「理解されやすさ」を表に出していこうとする営みでもある。

### ③ “他機関や多職種との根回し”

<J氏>

(理不尽な要求を突き付ける市営住宅担当の職員は) すごく理不尽です。「じゃあ、どうしたらいいんですか？」って言ったら、「その市営住宅に住んでいる他の住居人の方で責任を負ってくれる人がいたらいいですよ。」とか。それは結構問題にして。福祉の事業所とかが集まって。なんかその中に市役所の関係者とかもいろいろ含まれているそういった定例会があって。その中で何とかしてもらったっていう。

<A氏>

(医師に) 今の自立支援法であったりとか、その辺をまず理解して欲しいということと、あと、病院を退院したりしたら終わりという認識があったり。「いろんな福祉サービスが今地域にはあるんですよ」っていうのを知ってもらうところを目的にしたりとか。「保健所とか福祉事務所であったりとか、その辺が抱えている問題も病院とは無関係じゃないんですよ」、「病院にも関係する相談があっけきていますよ」って、少し知ってもらいたいというのもあったので。その辺に関して説明をして参加してくださいってお話しをしたら、主治医は比較的雰囲気良く、「じゃあ行こうか」みたいな感じで地域のカンファレンスに参加してくれる。



一つの大きな課題に対し、自分一人の働きかけで対応するのではなく、様々な調整や情報交換を行うことで「協働する人」を作っていく。これは孤立化の防止でもあり、精神保健福祉士が抱えている疑問や社会的な課題、ディレンマといったものの「般化」に繋がる大切な作業でもあるといえる。それらが地域における課題であれば、地域全体の課題として捉え問題提起を行う。これはコミュニティソーシャルワークにも繋がってくる「ソーシャルワーク実践技術としての対応」といえる。

#### ④ “情報収集でカンファレンスを補う”

<F氏>

人は足りないです。だったら、それなりの仕事をすればいいと思うんですけど。結構、みんな頑張っちゃう。(無理をして) 限りなく自分たちでしてしまう。あとシステムとしてどんな風にワーカーが介入するかっていうことが全くできていないので。たとえば、カンファレンスとかもうちの病棟はないんですよ。カンファがないから、自分たちが病棟の申し送りの時間に病棟に行って、(退院に向けた取り組みや支援経過について)「この人どうなんですか」って聞いたり。例えば、病棟の方から「この人こうなんだけど」って言ってきたりですね。

精神保健福祉士として所属病院で勤務する者の数が不足すれば、当然彼らが理想とする支援の在り方から離れた実際上の業務を行うことになる。また、組織の中でカンファレンスといったクライアントが退院に向かうための共通の方針やタイムスケジュールを確認する機会が得られない中では、「クライアントの最善の利益のために」際限なく役割をこなしていこうとしがちになってしまう。そのため、**〔地域移行やクライアントに対する責任の重さ〕**を抱え込んだり、様々な役割をこなせばこなすほど、“**「精神保健福祉士＝何でも屋」**という認識”につながったりもする。そこで、クライアントの支援に関する必要な情報を自ら取りに行くことでカンファレンスを補ったりしている。この行為は**〔精神保健福祉士を見せる〕**という対応の仕方とも共通している部分である。

#### ⑤ “効果的な多職種カンファレンスへの参画”

<B氏>

うちの病院は比較的、医師も退院とかについて結構積極的な方が多くて。だから

こっちも「退院」ってなったときはチームでミーティングを何回かもって出すって  
いう仕組みがちょっとできてくるので。病院内は比較的良かったですね。まずは、  
精神保健福祉士、主治医、病棟の看護師、あと、デイケアに繋がりそうな人だった  
ら、デイケアのスタッフとか、訪問看護のスタッフとか、あと、作業療法士と栄養  
士も入っていました。ちょっと拒薬傾向にある人とかは、薬剤師も入って。精神保  
健福祉士は「ここは出来ますよ」とか「こうすれば出来ますよ」とかって。そこ（支  
援方針や価値観）の違いをどう埋めていくかが、カンファンスとかの中で出し合え  
ているので、比較的共有はしやすくなっています。

その発言する場があるというか、多分そういう話し合いの場がなければ、「こう  
いう風にすればいいですよ」というのを、全体で共有はできないって思うんです  
けど、そういう場があることで、「看護師さんはこう思っているんだ」、でも自分  
たちは、「患者さんこう思っていますよ」とかいうのが言えるので、その場ではカ  
ンファレンスが役に立っているかな。

「退院支援をチームで行う」という価値観が組織の中に根付いていることによって、精神  
保健福祉士は孤独にならなかつたり、〔地域移行やクライアントに対する責任の重さ〕を一  
人で抱えずに済んでいる。これは精神保健福祉士自身の積極的な取り組みというよりも、そ  
のような環境に身を置くことで安心感や自己肯定感を享受できているということである。

## ⑥ “院外関係者のカンファレンスへの誘導”

<B氏>

一人で抱え込まずに、いろんな人を巻き込んでますね。それこそ、病院の関係者  
はもちろんなんですけど、地域の人だったら保健所の人とかにも相談して、「ちょ  
っと様子を見てもらえませんか」とか、そういう形で地域のカバーが必要な人とか  
は、関係機関にもちょっと協力をお願いしたりとかして。一人だとすごく重いので。  
できるだけカンファレンスに周りを巻き込んでいます。

病院の担当が自分だとしたら、それこそデイケアの担当、訪問看護の担当とかそ  
れぞれのワーカーなり看護師さんなりに「病院ではこういう状況でした」、「家族  
にはこういう関係になってます」というのを伝えて、そこで情報を共有することで  
こっちも楽になるというか、だから「何かあったらまたお願いします」とか。

多分こっちの熱意もあると思うんですけど。こっちがあっさり言ったら、向こうもそこまで真剣にはしないんですよ。だけど積極的にこっちが「こういう方で、できるだけ介入を」っていう。やっぱこっちのお願いの度合いで多分変わってくると思いますね。それこそカンファレンスと一緒に入ってもらったりとか。

退院支援について、退院後の地域生活を視野に入れ地域の社会資源として関係機関にカンファレンスに参加してもらっている。この行為は【地域移行やクライアントに対する責任の重さ】を一人で抱え込まないという事につながったり、関係機関が同一法人に限られない場合などは【法人ごとのクライアントの囲い込み】を回避したりすることにもつながる。ただし、すべての他機関が積極的に関与してくるとは限らず、この対応プロセスの中では、【関係機関の受け入れに対する否定的態度】から生じるディレンマの連鎖も当然出てくることになる。

#### ⑦ “先駆的取り組みを学ぶ機会の創出”

<H氏>

もうすぐ（施設への入所申請をして）1年半になるんですけど、まだ未だに申請が途中のままという方もおりますね。1年半になるので、ちょっと今回、病院のほうで後見人の研修を外部から呼んで、実績のある社会福祉士の方、NPO法人、自分で事務所をされている方を呼んで病院主催の研修をするんですけど。そこにちょっとその（受け入れを拒んでいる）事業所を呼んでいるところなんですけどね。理解をしてもらうために。

制度や施策は日々大きく変動し、それによるクライアントの捉え方や支援のあり方も時間の流れとともに大きく変化していく。精神保健福祉士は精神科病院の中だけで活動しているのではなく、様々な環境との作用の中でその役割を果たしていつている。そこでは、自分の所属する組織では取り組んでいないような新しい取り組みであったり、他機関の特徴的な取り組みにふれる機会が多い。そのような「先駆的取り組み」に関する情報を、自らの所属する組織だけでなく、「変わってほしい」と願っている（ディレンマの対象となっている）関係機関にも門戸を広げて伝える機会を創出しようとしている。

## ⑧ “地域の実情に合わせた地域支援の提案”

<J氏>

退院先としてグループホームがあったらいいのに。一軒家を借りられたりとか。一軒家がすごく空いているんですよ。この地域って。お年寄りが多いので、亡くなったりして、結局空き家になっているところを整備して何とかできたらいいのになって。病院として1回考えたことがあったんですけど、立ち消えになっちゃいましたね。その時は、街中にそういう空き家があって女性のグループホームに改造しようという所までいったんですけど。病院の建て替えとかあって、お金がないってことになって。でも、またしばらくしたら提案していきたいと思っています。

また、孤立化しないためには、先に示したような〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉に象徴されるように自己の専門性を伝えたり、〔人と人を繋ぐ・巻き込む〕といった精神保健福祉士側からの積極的な働きかけの前提には〔専門性を理解し合う〕という環境が準備される必要がある。それは、他から精神保健福祉士について理解されたり評価されたりする事だけにとどまらず、精神保健福祉士が他者を理解することで関係が保たれ、他者理解の中で自らの役割を再確認する作業でもある。このサブカテゴリーは九つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “管理職の精神保健福祉士に対する理解”

<H氏>

今の看護部長は、かつて病棟師長でもあったので、相談員（精神保健福祉士）が入って一緒に何かしらしてたっていうのもあるので。（精神保健福祉士の役割を）分かってきているのはなおさらいいのかなって思いますね。その上、今（精神保健福祉士の管理職である自分の）上司としているので、自分（看護部長として）の看護スタッフだけのことじゃなくてこっちの動きも把握しないといけない。大変だとは思いますが逆にならなくていいかなって思います。

〔精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値〕というディレンマを背景にして、精神保健福祉士は〔精神保健福祉士を見せる〕というディレンマへの対応を行いながら、職場の中で専門性に対する理解を深めようとしている。しかし、この“管理職の精神保

健福祉士に対する理解”があることで、自らが遠回りに専門性を見せたり、「分かってもらうための活動」をせずとも、スムーズに業務ができるという点において、環境的要因としてのディレンマを生まないシステムが表出されたものである。

## ② “精神保健福祉士に対する組織的評価”

<D氏>

言って良いのか悪いのかよく分かんないんですけど、結構残業料を付けて貰っているの。「こんなに貰っていいのかな」って。そんな大した仕事してないのになって思うくらい付けて貰っていることがあるので。そこはきちっと自分の仕事を見て貰っているっていうか、評価されてるなって。残業時間もやっぱり夕方になってくると、かなりそういう能力って落ちるんですよ。午前中15分で済んでいた記録が40分かかったりする。きつくても、貰っているからいいかなって。そんな感覚ですね。

これも上述したことと同じように、スムーズに業務ができるという点において、環境的要因としてのディレンマを生まないシステムである。また、【職種間連携・調整の困難さ】から“他者に合わせて支援を行うため時間で動けない”精神保健福祉士の特徴や困難さを理解した上での評価、また、広い意味では【業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ】に対する組織側の対応が採られているという点で、ディレンマの解消につながっているともいえる。

## ③ “生活者の視点に立つ他職種の存在”

<D氏>

そこ（生活の視点）を大事に指導方針を立てていくんですね。薬だったり。だから、院長をはじめ、他の何人かの医師も「生活どんな？」、「食欲どんな？」、「どんな食べ方をしている？」、「何を食べている？」という風に精神保健福祉士に聞いてくる。「日中何してる？」、「どこで何してる？」、「パチンコしてる？」、「パチンコ屋でいくら使ってるの？」とか。もうそりゃすごいですよ。だから、僕の中では精神保健福祉士とか医師とかっていうそういう職種じゃなくて、その人を見る一人の人間個人として見るようにはしていますね。だから、もちろんその中には

専門性、精神保健福祉士なら精神保健福祉士の専門性とかあると思うんですけど。生活とかを見てつぶさに感じとって方針を立てたりしてくのは、うちの医師はすごいなど。

精神保健福祉士としてクライアントを生活者として捉える視点を精神保健福祉士が一人で抱えていると感じると、他職種に対して排他的な感情を抱いたり孤独感を生み出す要因にもなる。それらは、【精神保健福祉士と他職種の立場性の違い】として大きなディレンマを生む。しかし、このように理解のある他職種がいることで、そのようなディレンマは生まれにくく、先に述べたような“専門職間の協力姿勢を見せる”ことが可能になったり、“効果的な多職種カンファレンスへの参画”に身を置くことができるという正の連鎖を生み出すことができる。

#### ④ “理解ある不動産業者”

<F氏>

外泊訓練で、事実上はもう退院なんですけど、ご本人さんには「いつでも（病院に）戻ってきていいから」って伝えて。「退院して今日の晩御飯が気に入らなかつたら戻ってきていいから」って主治医にも言ってもらって。本人さんとしては、わざと病院に荷物を置いたままで、病院に帰れることを前提にして。それで、1週間ごとに「どうする？」って聞いていって。1週間を繰り返していって、3か月経って。「3か月たったけどどうする？」って言って、「じゃあ、このままいようかな」って。それで「いてもいいよ」って。その高齢者向けマンションの管理者の方がだいぶ理解があって。1週間おきでいいよみたいなこととか言ってくれていたから出来たことです。あとそのマンションに、長らく同じように30年間入院されていた方が、入居していて、10年間そこで生活しています。

先に述べたように、“クライアントに地域生活をイメージさせる”ためには、精神保健福祉士個人の取り組みや入院している病院のスタッフだけでは豊かな取り組みが行われぬ。このように、“理解ある不動産業者”の存在が精神保健福祉士の活動を後押し、クライアントのスムーズな地域移行そして、地域生活の継続に寄与している。そのスムーズさを生むこ

のような関係機関の存在によって精神保健福祉士のディレンマが解消されたり、生まれなかったりしている。

#### ⑤ “医師を納得させるカンファレンス”

<E氏>

もちろん（退院に関して）マイナスなところがあったとしても、「先生（医師）ここ難しいかもしれないけど、これでフォローできないですかね」って。まず主治医に納得・安心してもらうためのカンファレンス。やっぱり、先生（医師）達が一番責任を負う立場。例えば「もし突発的な事故があったらどうしよう」っていうのが常につきまとしてらっしゃると思うんですけど。やっぱり、「なるべくフォローできる体勢」っていうのを先生（医師）達にご存じの方もいらっしゃるんですけど、そうじゃない方もたくさんいるので。そこは訪問看護とかも含めて、「いや、そこはここまですますよ」とか。先生に打診するよう。なんかもう先生に打診するためのカンファレンスをしてるようなところもあるんですけど。先生（医師）達も「是非、提案していただきたい」って、「僕たちはコメディカルに支えてもらってるんだよ」って思ってくださってる先生（医師）とかも結構いる。

<I氏>

本当は院長先生を含めてのチームなんですけども、ほかのスタッフとも情報を共有して他のスタッフからも院長先生の耳に入れるチャンス（機会）自体を増やすとか。そういう意味合いが強い。院長先生以外の主治医がいる場合には、その主治医と他のスタッフとで一緒にある程度の段階まで準備をしておいて、ここぞという時に「ここまでもう出来ているからどうですか」という風に院長先生や家族を含めてですね説明できるようにしています。

精神保健福祉士としてクライアントの退院支援にかかわるとき、“治療責任者である医師の職務領域に踏み込むことの戸惑い”というディレンマが発生していた。また、そのディレンマにより“医師への責任集中とそれによる責任逃れ感覚を持つ精神保健福祉士への懸念”も発生している。チーム医療に基づく退院支援やカンファレンスが実施されているとはいえ、退院支援において強力な判断力や決定権を持つのは医師である。その医師を上手く納得させ

るための試みとしてカンファレンスを用いているのである。医師が納得することができれば退院支援に前向きな姿勢が得られ、支援もスムーズに進むといえる。

#### ⑥ “他職種・関係者の考えの受容と傾聴”

<B氏>

最初は（対決姿勢を）持っていたんですけど、今は結構その生活保護担当の人達とも、ちょっと話ができるようになって。向こうもこっちに愚痴るわけですよ。

「今までこういうことがあって自分たちも大変な思いをしてきてね」っていうのを聴いたりもするんで。そしたら「大変だったですね」って。でもこちらは「退院させることになりますよ」って。普通に愚痴みたいな感じでこっちに言ってくる時とかは、こっちもカッとかわずに、そういう気持ちなんですね。

<I氏>

（他職種について）自分が知ろうともしてなかったし。実際に看護師さんの仕事内容とか、あと栄養士さんの栄養指導の現場とか、その後もどんな指導したって記録とかを一緒に見たりとかすると、「すごい一生懸命皆その人のことを思っている」っていうのがわかると、なんかすごく恥ずかしかつたなあというか。自分ばかり、なんかむきになってた。「皆、思うがゆえ」っていうところなので「きちんと本人を据えて」っていうところをすればまた違ったのかなと思いますね。

自己の考えや価値観を一方向的に押し付け、対立関係の中に身を置くのではなく、精神保健福祉士としてまず、他者理解を進めていくという視点で関係者に関わる姿勢の表れである。他者の置かれた状況を理解することで、一方向的な自己の価値観の押しつけの抑止につながり、ディレンマを軽減させる。クライアントや家族に関わるように関係者に対しても「受容や傾聴」を行い、理解しようとする姿勢を他者に見せることで安定した関係性を前提とした支援チームを組んでいこうとしている。

#### ⑦ “精神保健福祉士の組織的位置づけの明確化”

<H氏>

うちは、他の職種（作業療法士や臨床心理士）とも部屋が一緒です。その辺はうまくしっかりやりながら他の職種とも連携が取れてるかなと。あとは訪問看護のス



スタッフも一緒ですね。在宅であればあと居宅とか訪問看護ステーションも一緒なので。壁なしですね。その良さをうまく使っている。

多分、うまくいっているのは組織図があるからです。自分は相談室の責任者ですけど、その上に看護部長がいるんですね。看護部がメインなんですよ。メインっていうか看護部があってその下に病棟とか外来、デイケアとか作業療法とかあるので、自分も相談室のできることは全部、常に看護部長に通すんですね。だから看護部長がその辺はまとめてくださるので。それが目的で。以前は違ったんですけども、看護部に入ったっていうのもあるんですけど、看護部の中の地域医療福祉科なんですよね。

<H氏>

やっぱりその病院の上が精神保健福祉士をどう使おうかっていうところと、精神保健福祉士が「病院でこんな働きをしたい。役割をしたい」というところがだいぶ一致しているんですかね。ほかの病院さんの話をすると、診療報酬に見合った人件費が出せないから取り入れてもらえないとかいうのを聞いたりするので、確かに診療報酬で加算がこんな認められていても、それなりの専従の人員配置をするまでは収入がないので「確かにそうだよな」とは思いますけど、患者さんのためを思えばですね。そのあたりのところが、病院の経営理念として持っているのもその辺はすごくありがたいと思いますね。人件費率はかなり高いですし、うちは。理事長も把握しているんですけど。でもやっぱり「専門職があってこそからの医療だ。病院だ」、「専門職は宝だから」というのをここ最近口にしてますね。どんどん人件費率は上がってるんですけど。

先に“**管理職の精神保健福祉士に対する理解**”について述べているが、管理職個人としてだけではなく、組織としての精神保健福祉士に対する理解である。このためには組織としての退院促進や地域移行・地域定着に対する明確なスタンスが背景になればならず、それは精神科病院の保有する理念や運営方針に反映されていることもある。特に組織の第三者評価が重要視される近年では「病院機能評価」の項目にも位置づけられている。組織としてのこれらに対する明確なスタンスが、精神保健福祉士の活動を後押しすることになり、ディレンマを発生させない要因ともなっている。

## ⑧ “多職種協働のアウトリーチ”

<J氏>

中には高齢者で「(病院に)来たくない!!」っていう人がいるんですよ。昔ながらの病院ですから、もう昭和30年ぐらいから「あそこの神経病院行きたくない」っていう人がいるので。でも、別に来てもらわなくて往診とかでもいいって先生が言ってくさっているんで、とにかく。先生の都合がつくときだけなんですけど。

あとは施設に行ったりとか。そういう時はやっぱりなんかニーズに寄り添っているって感じがしますね。ま、患者さんっていうよりは家族のニーズに添えているような感じがしますがね、家族が「連れて来れない!」って。「暴れる」とか、「嫌がる」とか、「車から飛び降りそうで怖い」とか。そこに一緒にセットでついて行ったりします。

退院後のクライアントの支援を行う際、〔支援連続性における困難さ〕の中で“未治療者や通院しなくなったクライアントに対するアウトリーチシステムの不在”、“病院へのアクセスの不備”が発生する。これらに対し、近年アウトリーチシステムが制度化(精神障害者アウトリーチ推進事業)されたり、ACT(Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム)を行う医療機関の増加、医師による往診などが再び注目され始めている。この取り組みに精神保健福祉士が関与することで、クライアントの継続的支援ができていない状態に対するディレンマの軽減につながっている。

## ⑨ “退院支援を精神保健福祉士で抱え込まない”

<D氏>

カンファレンスは地域移行を行う上でかなり大きな役割を果たしていると思います。それがなければ、どう動いていいか分かんない。僕なんか分かんない時はそこで先生に聞いて、そこでコミュニケーションとって動いていっていると思うんですけど。というのが、自分だけで責任を抱え込まないで済むっていう。やっぱり一番、自分の負担が軽くなるっていうこの感覚。みんなが同じ時間、同じ話を共有するっていうことは、そこで決まることとかもみんなでも共有してるって思えば、プレッシャーにあまり感じなくなる。「そこに関してはそんなに報告しなくてもいい」とか、先生(医師)も入ってるので、「医師にわざわざ報告しなくてもいい」とか、そこ

である程度の支援の方向性、道筋、指示がバシッと決まるので。結局、自分が退院の要だって思っていた荷物をみんなで共有できるっていう感じですかね。

<I氏>

まあ変わったか変わらない人たち（生活保護担当者）もいるんですけど。結果、絶対お金（保護費）を出さないって言うけれども、その、病院としての立場を利用して（説明したりします）。相手はしぶしぶ納得して。そこはもう対決ですね。組織を使って。

“地域移行＝精神保健福祉士の役割＝責任の重さ”という感覚としてのディレンマに対し、組織的な対応や他職種との共通理解の上で精神保健福祉士が社会的責務を果たしていくという事である。孤立しないための重要な要素であったり、「専門性を理解する／される」という相互作用があって作られる状態を活かした対応である。また、「組織を使う（盾にする）」という方法は、これまでの歴史的背景を踏まえ、地域の中で精神障害者を「受け入れてきた」立場性を活かしたものであるといえる。

さらに、専門職としての働きかけや職場内の理解だけでなく、職場の同僚あるいは関係機関との【日常的チームワーク】としてディレンマに対応している。精神保健福祉士には特徴的な目に見える「ツール」が無い。精神保健福祉士自身がツールとして用いられることが多い。そのため多様なスキルが必要とされている。他方、ツールが自分自身である場合、ケースの対応ごとに他者との関係性は構築されるわけではない。「専門職として」の前に「社会人として」あるいは「人として」他者と良好な関係性を維持することが支援チーム作りの基盤となり、円滑な支援の根底となっている。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “協力姿勢（開かれた雰囲気）を見せる”

<I氏>

普段もちろん話ができる人を作るっていうのと、あとまあ飲み会とか結構参加します。はい、行って話をして。でもまあ、「こんなところも（お願いしたい）」っていうのはやっぱりそこで（話の中で）入れ込んでいたりとか。

日常的な普段のところでは、ほんとに些細なことですけど、クリスマス会をしたりとかいろんな連携室のイベントをします。对患者さんだけではなくて、自分たちの中であるっていうのをちょこちょこやっていて。院内でも「連携室の中のチームワークがいいね」っていうところまではどうにか形が出来てきた気はするので。そこは確かにギスギスしている部署が院内にもあるので。みんなに「あそこはちょっと行きづらいよね」ってなったら困るので、とりあえず入ってきてもらいやすいようには今なりつつある。

< F 氏 >

最初は結構、受け入れをお願いする障害福祉サービス事業所から「いや無理ですよ」って言われて。でもこっちが無理やりこじ開けるから、余計に上手くいかなくて。「三障害受け入れないといけないんですよ」って言ったり。でも、「そっちが受け入れやすいようにこっちも協力するから」って言って理解を求めたりしてきました。

他機関や他職種とのチームワークを形成するために、業務外の時間や業務外のコミュニケーションを積極的にとっていく機会を作っている。その開かれた雰囲気の中で精神保健福祉士として思いを伝えたりしている。また、精神保健福祉士側の思いを一方向的に伝えるのではなく、そのような機会を設けられるような雰囲気や、その設けた結果としての協力姿勢を様々な場面で見せることで、多くの人の輪を作っていこうとする取り組みである。

## ② “情報共有方法の明確化”

< F 氏 >

(クライアントに) 「病院と事業所では連携もできるから、困ったときには作業所の方に行って、作業所の方から病院に電話するっていうのは大丈夫ですか」と事前に本人に、「ここ共有してもいいですか」、「三つ。病院と本人さんと作業所が、ヘルパー事業所でも、連動していいですか」って同意をもらっておく。同意がもらえたら「(連絡して) いって本人が言っていましたよ。だから連絡くださいね」って事業所に伝えておく。

他機関の支援者とクライアント支援における情報共有の方法を、日常的取り組みの段階から明確化しておくことで、関係機関に安心感を与え、支援のネットワークの広がりを見せることができている。【関係機関の受け入れに対する否定的態度】は、家族のクライアントの受け入れに対する否定的態度と同じように、「わからなさ」や「不安」から生じている。その不安を軽減する（結果として精神保健福祉士のディレンマも軽減する）働きとしてこのような取り組みが行われ、クライアントとの関係性を見据えながら、関係機関側が病院とどう関係を保っていくのかを明確にしていこうとするものである。

### ③ “他職種からの情報の提供”

<F氏>

退院前訪問の時に栄養課にお願いをして、患者さんのお弁当を特別にちょっと作ってもらったことがあって。はい。看護師の人に「どうすればいいですかね？やっぱり私が買ってきましょうか、こっそり」とか言って話をしたら、「いや、前確かあの時、お弁当を作ってもらった記憶がある」って。「大丈夫、いけると思う。私が言っておくよ」って言ってくださってお願いをしてくれて。

日常的なコミュニケーションが図られ、他職種と良好な関係性が構築されている結果、このような情報提供ができる関係になる。こういった他職種の組織内における種々の経験を基にした取り組みが精神保健福祉士にも情報伝達され、般化されていくことで精神保健福祉士の取り組みにも幅が増えたり、【精神保健福祉士と他職種の立場性の違い】はあるにせよ、同じ組織に所属する者としての共通の立場性を見出したり、「孤立する感覚」を軽減することになる。

### ④ “新鮮な情報収集機会の提供と共有”

<I氏>

ちょっとおもしろい講演とかあったりすると、（周囲のスタッフ：後輩・部下に）「一緒に行こう」、とりあえず「こんなのいいよね」とか言い合って。ネットとかの記事とか本とか買って行って、「これおもしろかったよ」という風に。あんまり「押しつけがましいってところがあるかな」って思うんですけど。少しでも（学んでほしい）っていう思いがあって。「一緒にしよう」と言ったことは嫌と

は言わないので、とりあえず一緒に「こういうこともあるんだよ」っていうのは伝えて行って。そこをどう選択していくかっていうのは、本人たちの自主性でもあるのかもしれない、芽を潰さないように。でも出したいところもある。伸ばしたいところもある。

情報収集の機会を自分だけのものにするのではなく、周囲のスタッフに対しても提供することで、それを媒介としたコミュニケーションや精神保健福祉士としての考えや思いを共有する機会を作ろうとしている。〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕な中で〔専門職としての自律/自立性のあり方に対する懸念〕を抱えることはしばしばみられてきたが、それに対する積極的解決法ではなくとも、考えや思いを共有する機会を得ることでディレンマを軽減させようとする試みである。

### 3) クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い

このカテゴリーは【表 7-4】に示す通り、三つのサブカテゴリー（〔家族への寄り添いと安心感の提供〕、〔クライアントを中心とした関係調整〕、〔クライアントの想いを代弁する〕）で構成されている。精神保健福祉士は「人と人」あるいは「人と環境」の関係性の中で役割を発揮しながら業務を遂行する。そこでは、利害関係があつたり、精神障害を抱えるクライアントを受け入れられない状況に遭遇し、様々なディレンマを抱えている。そこで精神保健福祉士は自らの立場性や役割をディラン間の対象に対して前面に押し出すのではなく、クライアントや家族を中心とした支援（寄り添い）を行いながら、支援者としての立場性を守ることでディレンマと向き合っている。

【表 7-4】 〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉

定義：精神保健福祉士は関係性の中でその役割を果たしていこうとするため、人と人の中で多くのディレンマを抱えがちになるが、基本となる「クライアントや家族」に最大限寄り添った支援を心がけることで、支援者として「ぶれない」ようにしている。

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔家族への寄り添いと安心感の提供〕	“クライアント・家族のニーズをすり合わせた社会資源・情報の提供” “クライアントとしての家族への対応” “病院に「戻れる」安心感の提供” “病院が出来ることの提示” “地域移行のための段取りの説明と支援”
〔クライアントを中心とした関係調整〕	“自己決定を支えるための本人・専門職間の調整” “退院に向けた本人・家族間の関係改善・調整” “クライアントが専門職に向き合う機会の設定” “クライアント中心の支援体制の設定”
〔クライアントの想いを代弁する〕	“他職種に対するクライアントや家族の想いを代弁” “カンファレンスでクライアントや家族の想いを代弁”

これまで述べてきたソーシャルワークの持つ「曖昧さ」や「不確実性」、あるいは他者と良好な関係を構築・維持するための方法として〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉ということや〈孤立しないよう全体性を意識する〉という対応を行ってきたことが分かった。さらに、ここからは精神保健福祉士自らの価値観や倫理観、そしてそれにとまなう判断基準に迷う時、ソーシャルワーカーの原点とも言うべき「クライアント中心にケースを考える」姿勢を保とうとしている。F.P.Biestek による「ケースワークの7原則」や、C.R.Rogers の「来談者中心療法」など、精神保健福祉士になる過程において知識や技術として身につけてきたもの、あるいは、実践と日々の振り返り（自省：Reflection）の中で育まれてきたものが、ディレンマ状態に陥ったさいの重要な判断・行為の基準となっている。特に家族のクライアントに対する態度や姿勢でディレンマを抱えることが多く〔クライアント・家族の主体的思いに挟まれる〕に表されるようなディレンマの構造があった。しかし、多くの精神保健福祉士は「家族もクライアントである」と受け止め、〔家族への寄り添いと安心感の提供〕というように支援ターゲットとして働きかけをしている。このサブカテゴリーは五つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

① “クライアント・家族のニーズをすり合わせた社会資源・情報の提供”

<D 氏>

例えば、本人が（退院先を）「アパート」って言うんだけど、「いや家族はちょっと待って」ってなった時に、その折衷案っていうか。「では、グループホー

ムはどうですか？」みたいな提案をする。そうしたら「そこはお金は大丈夫なんですか？」とか言われる。「では、生活保護の検討をしましょうか」とか。家族が「私だけ責任持てませんよ」って言ったら、「本当に病院の近く、隣にグループホームありますから」とか、(スタッフの常駐する)生活訓練施設を情報提供したりして。家族が「病院から離れているじゃないですか?」、「いきなり住めるんですか?」っていう人もいた時には、「じゃあ、そこで体験(外泊)しましょう」ってその調整をしたりとか。

〔クライアント・家族の主体的思いに挟まれる〕時に発生するディレンマに対する対応である。クライアントの退院や地域移行に向けた取り組みを最優先に考えるため、家族・クライアントに様々な社会資源や情報、安心感を提供する中で、調整機能を発揮している。精神保健福祉士として保有する知識や実践経験、技術そのものがディレンマへの対応方法となっている。

## ② “クライアントとしての家族への対応”

<A氏>

入院の時は、「一生入院させてください」とか「もう出さないでください」っていう家族であったりとか、息子さんが急に発症して、その親のすごく混乱した状況とかいろいろ見るんですけど。僕たちが見ているのは、ご本人さんだけではなくて、その家族環境であったり、地域の状況であったりいろいろ見ていくんですけど。

まず、「退院させないでくれ」というご家族に関しては、もっと僕なんか家族教室であったりとか、チームとして、医師とか看護師さんも含めて面会に来てもらう努力をしたりとか、そういうところも必要なんじゃないかなっていうように感じます。やっぱり家族が抱えている問題っていうのも結構大きかったりするんで。その辺に僕たちがもっと共感してあげたりとか「どうして退院させたくないんだろう」っていうところをもっと問題解決を図っていければ、違う方向になるんじゃないかなって。ほとんど援助が難しい状況になるにも関わらず、やっぱりそういう状況でも入院の手続きに来てくれたりとかしている。そういうところにもっと丁寧に僕たちが関わる必要があるんじゃないかなって。どうしても入院となると、ご本人さん、患者さんだけ。家族っていうところに焦点が向かない場合もあるので、そういう意



味でも僕たち精神保健福祉士も勉強していくっていう。その「相談者っていうのは家族なんだ」っていうところをもっとリアルに追及していく必要があるんじゃないかって。

<F氏>

家族の方は、「自分はその人と結婚してからずっと暴力。昔の鹿児島県の男尊女卑。はいはいって聞いていて、働きもしないのに暴力を振るっていて、やっと解放されたんだ」って。

一緒にシートを書いて、「これについてはこういったサービスがあるんだ」、「これについては役場がこんな風にフォローしてくれるんだ」っていうのをやり取りしていった。「じゃあ、ここを役場の人にこんな風に協力してくれないかっていうのを一緒に聞いてみましょうよ」って。「今度みんなで集まって話し合いをするからその時にぜひ来て、私はこんな風になってたっていうのを教えてくださいよ」って言って。家族も言える時間が大切だと思った。言える場所っていうのを作ってあげないといけないんだ。

クライアントや精神科病院に対して「退院しないで／させないで欲しい」という家族の思いを“家族の抱える「わからなさ」”すなわち「不安や混乱」と受け止めることで、家族を「クライアントの退院を阻む対立者」ではなく、クライアントとして受け止めなおそうとするものである。家族の「不安や混乱」を一つ一つ丁寧に受け止め、その問題の背景を探り、家族自身が回復していくことを促すことで、結果としてクライアントと良好な関係を築きなおそうとする働きかけである。精神科病院では家族教室や家族会への間接的支援などでこのような働きかけは行われている。

### ③ “病院に「戻れる」安心感の提供”

<F氏>

外泊訓練で、事実上はもう退院なんですけど、ご本人さんには「いつでも（病院に）戻ってきていいから」って伝えて。「退院して今日の晩御飯が気に入らなかつたら戻ってきていいから」って主治医にも言ってもらって。本人さんとしては、わざと病院に荷物を置いたままで、病院に帰れることを前提にして。それで、1週間ご

とに「どうする？」って聞いていって。1週間を繰り返していって、3か月経って。「3か月たったけどどうする？」って言って、「じゃあ、このままいようかな」って。

<F氏>

10年以上入院している方の家族からしてみれば、「ずっと音信不通でよかったのに、いきなり退院の話がふってわいた」みたいな。そこで、最初の方はこっちも構えていて。戦うみたいな感じで。「納得してもらおう。説得」みたいなスタンスでやっていたのかな。でも、だんだん話をしていくうちに家族もなんかわからないから。わからないからこそ苦しんでいた。わからないから不安に思っていたこともあるんだなって。例えば、再入院できるかっていうのが一番多かったです。困ったとき、病状が悪化したときに。「1回退院させたら、また入院させてくれるの？」って。自分が受け持ったケースではそういう風に言われる家族の方が多くて。それを最初に言うようにしたらスムーズに「あ。なら、いいよ。悪くなった時にまた入院させてくれるならね」って。

この対応方法も、“家族の抱える「わからなさ」”や“クライアントの地域生活における責任の所在”といった家族側の不安や混乱、負担感に対して行われるものである。退院したクライアントを引き受けると「これまで病院がすべて面倒を見てくれていたのに、あとは全部自分達（家族）がやっていかなければならないのか」といった不安を抱える。また、過去の入院に至る背景から「入院させることの困難さ」を思い返し、「症状が再燃した時に再び入院できるのか」という思いを抱く。そこで、精神科病院の役割と「再入院できること」やその時の対応方法などを事前に提示しておくことで、家族の心的負担を減らし、受け入れに向けた安心感を持ってもらうよう工夫を行っている。

#### ④ “病院が出来ることの提示”

<E氏>

もしかしたら本当はご家族の力を信じて（退院後の支援を）お願いをしていくべきかもしれないんですけど。やり方としてベストかはわからないんですけど、「病院がどこまで協力できるんだよ」ってご家族に対しての安心材料を、患者さんの力ももちろんなんですけど伝えていくようにしています。私たちスタッフが出せるも

のを、ほかのスタッフと一緒に見つけていくようにして、その安心材料をご家族に少し提示させていただいて、お気持ちが変わるのを待つ。

訪問看護とかがやっぱりそういう役割を担ってくれて、地域で支えてくれている。医療の現場ではですね。「うちのスタッフがおうちに伺わせていただいて、ご本人さんの様子見てますよ」、「調子が悪くなれば私たちがいち早く気付ける体制をとってますよ」とお伝えして。でも、その一言だけでも「変わる」という印象もあった。

上述した“クライアントの地域生活における責任の所在”より、やや広い概念である。先にも述べた家族のクライアントを受け入れるにあたっての不安や孤独感を払拭するため、「病院が出来る事」を提示し、家族にとって「頼っていい存在」としての病院の姿勢を示している。精神科病院の利用は入院と通院だけではなく、各種の社会資源とのネットワークを生かした見守り体制や危機介入体制、デイケアや訪問看護などの外来通院患者のためのメニューがあることの情報提供などを行うことで、受け入れに向けた安心感を持ってもらうよう工夫を行っている。

#### ⑤ “地域移行のための段取りの説明と支援”

<H氏>

(退院が不安だという家族に対して) 定期的な訪問と支援とかいう形をとらしてもらおうということで理解してもらおうようにしています。預金が少ない方は入院中に少しずつ本人とも話して預金をある程度の生活預金を蓄えて。それでやっていけるという、年金あるいは生活保護でやっていけることを保障して家族の了解をとっていくということですね。

<G氏>

家族を呼んで確か 2 回くらいは話をしたと思うんですよ。病棟のスタッフ、主治医を交えてですね。最初は「直接自宅退院じゃないから」と。「アパート退院です」と。「こっちでアパートも探すから」ということですね。そこら辺の段取りまでできる予定は立てます。保証人についても、いない時は(連帯保証人提供事業を行っている) NPO 法人に頼もうと思っていました。

「退院する」という事を現実的に捉えていくには時間と準備を要する。“クライアントに地域生活をイメージさせる”という準備を行うことで、クライアントの意識の変容を行ってきたように、家族に対してもその準備を行うための段取り（タイムスケジュールやクライアント・家族・病院側の役割やサポート体制）を伝えたり共有していく中で、家族の不安に耳を傾け、家族の立場にも立った退院のあり様を模索していることがわかる。

また、先にも述べたが「クライアントを中心とした対応に立ち戻る」感覚を大事にしている。ともすれば、「専門性を発揮するための退院・地域移行支援」ともなりかねなかったり、〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉ことが「目的」となってしまうたりする。また、経営組織の方針とクライアントの希望が乖離している時などに抱えるディレンマもある。こういった一連の現象はソーシャルワークの本質的狙いからすると大きな逸脱である。そこで、〔クライアントを中心とした関係調整〕に立ち戻ることで、その逸脱の程度を抑制しようとしている。これは精神保健福祉士の権利擁護機能における「調整機能」<sup>1)</sup>の表れでもある。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “自己決定を支えるための本人・専門職間の調整”

<B氏>

その時（クライアントがデイケアの提供回数に納得できていない時）は、主治医に一度見学に行ってもらって、そこで本人の気持ちを聞きながら数を決めますね。結構、主治医に協力をもらってますね。いろんな意味で。結局、調整が多いです。それを考えると。本人は直接言えないからこちらで気持ちを伝えるけど、後は主治医が本人に話したりとか。でも、できるだけその患者さんの意見は伝えるようにはしてますね。

直接先生の方から「こういう風に思うからこの回数がいいと思うんだ」というのを本人に伝えてもらって、本人が納得すればそれで良いし、納得しなければまた繰り返しですね。

〔クライアントの希望（主体的意思）と提供されている医療サービスの相違〕などのディレンマを発生させている状況に対し、調整機能を働かせることでディレンマに対応している。

クライアントの主体的思いを他職種に直接知ってもらう機会（“クライアントが専門職に向き合う機会の設定”）とも関連するが、そのための調整やそこで果たされる代弁や権利擁護の姿勢を用いていることがわかる。ただし、あくまでも「調整」に終わるため、そこでクライアントが理解できなかつたりする場合など、やはり医師や経営サイドとの間にある「保有する権力の差」から“治療責任者である医師の職務領域に踏み込むことの戸惑い”や「組織人（被用者）として越えられない壁」は継続してディレンマとして残ることとなる。

## ② “退院に向けた本人・家族間の関係改善・調整”

< B氏 >

家族の人に、「こういう気持ちで家族がいるんですよっていうことを、本人に伝えて良いですか？」って聞くんですよ、電話の中で。そこで「良い」ということであれば、「〇〇さんは病状は良くなってきているけど、今まで家族にこういうことしてきて、家族の方は、やっぱり不安に思っている」と伝えます。「そういう気持ちがある」っていうのを知った上で、「家族の方にも退院についてのお願いを改めてちゃんとしないといけないし、昔のことについて、やってきたことが悪いと思うんだったら、ちゃんと謝ってこないといけないですよ」ていうことをお話をして、そういう形で調整することはあるんですけど。

「家族はこういう気持ちらしいよ」ていうので、結局そこで堂々巡りというか。家族と本人はまだ直接話してなかつたりするので、そこで話し合いの決着がつかないときは、主治医と精神保健福祉士と本人と家族、四者で話をするところとかが何回かありました。家族と本人だけで話していると感情的になって、先に進まないんですけど、先生とか精神保健福祉士がちょっと中間に入ることによって、少し冷静に話ができる。患者さん本人もちょっと譲るところ、家族も譲るところ、お互いの譲りどころをそこで話し合いすることで、見つけることができたり、出来ないこともあるんですけど。

クライアント自身に家族の考えを伝え（家族の思いのクライアントへの代弁）、クライアント自身が課題に直面化し、それに対する対応を「調整」として共に進めていこうとする姿勢である。また、精神保健福祉士だけがその役割を担うのではなく、「人と人を繋ぐ・巻き込む」という意味において他職種・医師を積極的かつ有効に活用としている。クライアント

本人と家族の間に立って、先に述べてきた〔家族への寄り添いと安心感の提供〕を図っていくことで、家族に冷静に「退院することへの積極的評価」を促そうとしている。

### ③ “クライアントが専門職に向き合う機会の設定”

<F氏>

精神療法とかで病棟に先生が来てくださった時に、（退院を希望しているが主治医に言えない）本人さんに、「こうこう先生に言ったらいいですよ」って言って。本人さんに話をして、「退院したいなら、ちゃんと退院したいって言ってください。私も横にいますから」とか言って。（退院にあたって生活保護を申請するのは）本人の権利だし、最低限の生活を営むのに必要なお金なんだと患者さんと言っても、主治医は納得されなくて。障害年金のお金はいくらかっていう具体的金額を先生に提示して、「生活保護の最低基準生活費の方が大きいんですよ」って。だから「障害年金の人は障害年金だけで生活するのは、生活保護の人より低いから、生保を申請するのは当たり前なんです。そういった制度なです」って、さらっと言って。

“自己決定を支えるための本人・専門職間の調整”をクライアントを中心に行っていくために、クライアントが発言できるよう促したり、訓練をしたりする事前の準備や取り組みである。このプロセスにより、〔クライアントを見せる〕という対応にもつながり、他職種が直接クライアントに接触し、考えや主体的思いを聴く機会を設けるという権利擁護の一つの機能である。ただし、これも受け入れられない場合や変化が見られない場合、やはり医師や経営サイドとの間にある「保有する権力の差」から“治療責任者である医師の職務領域に踏み込むことの戸惑い”や〔組織人（被用者）として越えられない壁〕は継続してディレンマとして残ることとなる。

### ④ “クライアント中心の支援体制の設定”

<E氏>

特に私が（カンファレンスの）司会をするときは、やっぱり「患者さんがその場でしゃべれるように」っていう雰囲気作りはするようにして。患者さんからしてみれば、のけ者の気持ちだし、「自分のいないとこで、自分の思っていること以

外のことが決まっているんじゃないか」って。自分がされても嫌なので、そんな知らないところで決まっていくなんて嫌なので。

主治医から、「なるべく最初は本人抜いて」って言われるんですけど。「別によくないですか」って。結構そこは小生意気でも言って。それで、ご家族に「患者さん入ってもいいですか」っていう風に。聞かなくてもほんとはいいことなんですけど、なるべく最初から居ていただけるようにしたくて。

クライアント中心の支援をしていくために、退院に関するカンファレンスの際にクライアントをカンファレンスに招く（誘導する）ことで、クライアント自身が「今どのような状況にあるのか」、「どのような人たちが、どのように自分（クライアント）に関わっていかしているのか」を知る機会や、「意にそぐわない支援が行われようとしていないか」を確認する機会としている。それは、カンファレンスに参加するスタッフや、それ以外の場面での関係者に【クライアントを見せる】という取り組みでもある。ただし、精神保健福祉士としてクライアントの中心の支援体制を追い求めていくためには、【専門性を理解し合う】や“精神保健福祉士の組織的位置づけの明確化”がなされている必要があり、なされていない中でこのような働きかけは精神保健福祉士の孤立化を加速させることにもなりかねない。

精神保健福祉士は【クライアントを中心とした関係調整】だけでなく、最終的な意思決定場面や、クライアントの主体的思いと対立している存在と向き合う時、【クライアントの想いを代弁する】ことで役割遂行を行おうとしている。それは精神保健福祉士の権利擁護機能における「代行・代弁機能」<sup>2)</sup>の表れでもある。精神保健福祉士が自らの立場性から主張し、対峙や対決するのではなく、この機能を有効に活用することで、ディレンマへの折り合いをつけている。このサブカテゴリーは二つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “他職種に対するクライアントや家族の想いを代弁”

<J氏>

（デイケアに参加したくないクライアントについて）そんなに休みがちでも否定とかはしないで、「受け止めてあげようかな」ってところではあるんですけど。あまりにも生活のリズムが崩れていたらやっぱりちょっと指導とか、先生に報告とか

はしますよね。どうやらお薬も飲めていないみたいとかなったら、もうさすがに。

「デイケアっていうサービスがマッチしていないよ」っていうことを主治医に返していく。デイケアのスタッフだとか外来の看護師さんだとかと相談したりだとかして、「この人どうやって対応していこう」とかっていうのは、私だけじゃなくってみんなで考えるようにしています。どうしても私の主観的だけになってしまうので。

“自己決定を支えるための本人・専門職間の調整”と関連するが、“クライアントが専門職に向き合う機会の設定”を設定しても、クライアント自身が向き合うことが困難な場合や、そのパワーが無い状態だと精神保健福祉士がクライアントの言葉を用いて代弁することをしていく。また、この「代弁」について、それを担う精神保健福祉士が主観的にならないよう他職種と協働して代弁機能を果たそうとする営みは、他職種に対し【精神保健福祉士を見せる】という事や、【人と人を繋ぐ・巻き込む】という側面も併せ持っている。

## ② “カンファレンスでクライアントや家族の想いを代弁”

< E氏 >

今、私がお仕事させていただいているところは、結構、皆さんから意見をいただけるので、私が「ここがたぶん家族心配なんですよね」っていうのを、病棟に関して「なかなか看護師さんに対して言いづらかった」って言ってくださる家族とかもいるので。それで、「お話しされますか？」って言ったら、「いや、そんなこと聞いたらお忙しいでしょうから」って。やっぱりご遠慮されるので、そこは私が代わりに伝えて。それで、わざわざそのためにお話とかはないんですけど、面談させていただいたときに少しご返答させていただけるような形だといいかんと思ってます。

クライアントや家族が他職種に対して「こうあってほしい」という思いを持っていても「言いづらい」事がある。それは精神保健福祉士自身を含め、治療・支援者とクライアントの間に発生している「権力の差」から生じているものである。その一つ一つの事象を取り上げ、カンファレンスの場で代弁することで、関係者の変容を促し、クライアントや家族がスムーズな支援を受けれる体制を作ることに寄与している。ただし、ここでも支援チームの中において「クライアントや家族の側に立つ」という事が役割として認知されていなかったり（【精



神保健福祉士と他職種の立場性の違い] ) すると、同じ支援チームに存在しながら違う価値観を持つものとして排他的に扱われる可能性を持っているといえる。

### 3. 成長と変化を見つめる

コアカテゴリーのふたつめである《成長と変化を見つめる》は、〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉、〈受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み〉といったカテゴリーによって構成されている。ここでは、これら二つのカテゴリーについて生成の成り立ちを見てみたい。

#### 1) 時間の経過と変化（時熟）の受け入れ

このカテゴリーは【表 7-5】に示す通り、四つのサブカテゴリー（〔「ゆるくなる」ことで現実を受け入れられるようになる〕、〔折り合いをつける〕、〔時間的経過による自己の変化〕、〔時間的経過による環境の変化〕）で構成されている。様々なディレンマを抱え、その時や対象に応じた対応を行ってきているが、多くのディレンマはその場での対応だけでは変化することは少なく、ディレンマを持ち越しがちになる。その時に抱える継続したディレンマへの対応ともいえる。

【表 7-5】 〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔「ゆるくなる」ことで現実を受け入れられるようになる〕	“人に合わせた考え方” “「諦め・対立」をしない” “実践しながら考える” “クライアントの自己決定を見守る” “受け流す”
〔折り合いをつける〕	“現実主義になる(ベストではなくともベターの選択)” “経営的側面への理解” “「諦め」の替りを見つける”
〔時間的経過による自己の変化〕	“支援の在り方を振り返る余裕” “意見の発信” “時熟を待つ間の目配り”
〔時間的経過による環境の変化〕	“退院促進に慣れる” “経験・関係性をもとに他者に受け入れられる” “社会的裏付けの蓄積”

様々なディレンマと向かい合う時、精神保健福祉士はディレンマそのものを「回避」あるいは、そのディレンマを発生させる対象となる人や経験を受け流したり、離れたりするような行為としての対応を見せていることが分かった。ともすれば、「自らの社会的責務を放棄している」あるいは「クライアントの抱えている困難さに寄り添っていない」、「問題を放置したままにしている」とも受け取られかねない対応でもある。しかし、個々の状況を精査すると、精神保健福祉士はそのおかれた状況について決して「諦め」しているわけではなく、クライアントに関心を持ち続け、時間の経過による変化（クライアント・環境・自己）を観察しながら、最良のタイミングを待った支援を狙っていることが分かった。精神保健福祉士自身の変化もその対象であり、経験の蓄積と現実との折り合いの中から【「ゆるくなる」ことで現実を受け入れられるようになる】という内省による気づきを得ている。このサブカテゴリーは五つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “人に合わせた考え方”

<B氏>

「ゆるく」になりましたね。いろんな人を見てきているので。患者の病状にしてもそうですけど、いろんな性格の人とか、いろんな家族歴とかそういうのを見てくると、「こういうこともあるんだな」って、「いろんな考え方がある」っていう。目の当たりにして見て、なかなか自分の考えだけで話をするとか、そういうことは少なくなってきたなって。「ゆるく」になりましたね。性格的にはちょっと真面目で、結構思ったらこう（真っ直ぐ）なんですけど、ほとんど緩く。「こういう人もいるんだよな」って。「こういう方法もあるんだよな」っていうのをすごく最近感じますね。それだと自分も楽になるんですよ。良いのか悪いのか分かんないんですけど。「この人はこういう考え方だから」って。「この人はこの人」、「自分は自分」って、ちょっと距離を置くことで援助しやすくなる。1年目、2年目は、患者さんとのやり取りで泣いたりとか、行政とのやり取りで苛々したりとかしてたんですけど、最近そこがあんまりなくなって。「ゆるく」なったですね。でも、ある意味では鈍感になっているのかもしれないですけど。

「ゆるくなる」というこのサブカテゴリーのコードが最も象徴された概念である。精神保健福祉士として「こうあらねばならない」という思考から多様な価値観や人の生き方を受け

入れるようになることで、自らの専門性の押しつけや他者に対する排他的ものの見方考えを減少させる作用を持つ。他職種に対して【専門性を理解し合う】という意味でも用いられるが、ここではそれより広い考え方で、自らの専門性にとどまらず、人間としての変容が可能性として秘められる。

## ② “「諦め・対立」をしない”

<C氏>

そうですね。ジレンマを抱えていくと同時にやっぱりちょっと現実主義になりましたかね。夢ばっか見ている仕方ないから、足元の一步からって感じが強くなった。二、三步飛び越すことへの諦めはあるかもしれない。「ゆるくなった」っていうよりも、なんか自分の位置や微力さ、力のなさっていうか、そういうものが分かった上で。なんか出来る事っていうか、そっちの方を「やっていくしかない」っていう感じですかね。（周囲の人や機関に）噛みついていても仕方ないから少しでも自分の味方になってくれるように働きかけるっていうか、動き出さなきゃほんと虚しいって感じがする。もったいないかなと。「やんや」言っているけども本当仕方ないというか。現実を見て状況を知って出来るところからっていうところしかもうないのかなっていう。そういう意味では経験で変わってきた部分かなと思いますね。尖っている自分も嫌いじゃなかったですけどね。「諦めない気持ちを持っていたい」とは思ってるんですけど。

【専門性を理解し合う】や【日常的チームワーク】を通して、自らが組織やチームの中で孤立しないようにしていくためには、まず対立関係になることを予防する必要がある。それは専門的役割を發揮したりする前段階の作業でもあり、機能的なチームの運営に欠かせない要素である。そのことで自らが「諦め」に似た感情を抱くことを軽減したり、組織の一員として他者を理解した上で今「出来る事」を再発見し、役割を再構築していこうとする働きでもある。

### ③ “実践しながら考える”

<D氏>

最初のころは、例えば関係する他の機関・事業所側に「こうして欲しい」という思いとかで、それをメインに話して。例えばヘルパー事業所とか、ケアマネの居宅とか、あと他の医療機関であったりとか、まあいろんな所があるんですけど。要請というか「こうして欲しい」というのが強ければ強いほど、もうジレンマの塊になってすごい負担抱えて。でも、だんだん時間が経過するにつれて「事業者もそこまでしか出来ない。そこまでしとけば、してくれればいいのかな」と思えるようになってきたんですね。「ゆるくなる」というのはあると思います。

結局、関係を調整していくっていうのは、例えば患者さんが退院する前に、ご本人さんだけでなく事業者側とか病院側も持っている退院後の不安なこと心配なことだと思うんですね。服薬しなければ病状悪化するし、隣近所に迷惑かける。「じゃあそれに対してどういうアプローチをしていこうか」という実践の策をいろいろ考えて。それに対して「こうしてほしい。ああしてほしい」とかなので。「もっと細かいとこお願いします」というのは、最初ガチガチだったんだけど。でも実際卒にはめてカチカチにしてて、相手の事業所とかもそれでなんとかやってくれたこともあったりとか。もしくはそこまでいなくても緩やかな「ざっくばらんに」という事もあったんですけど、結果は同じなんですよ。確かに「ゆるい」という表現は当てはまりますね。僕もいちいち悩まないですもん。今は。

やる前から「ああでもない。こうでもない」とって、他の人からいろいろ「もっとこうしろ。ああしろ」と言われるのが不安で、もうガッチガチで自分でやってたんですけど、もう今だったら、思った瞬間に取り掛かるか考えないようにするか、その場面での自分なりの対処法がありますね。悩まないようにしてます。悩むぐらいだったら僕は、動きます。「動く」というのは、いろんな方法があると思うんですね。これどうにか気になるって思ったら出ますね。それはやっぱり、主治医へ報告したり、他の看護スタッフに話をして「方向性どう」と聞いてたりとか、もうそれで解決するんで。とにかく一步動くことですね。でもこれは多分経験を踏まないとわからないし出来ないと思います。

「ゆるくなる」とってのは、「悩まない」、「深く考えない」、「いちいちぐだぐだ言わない」となれば、それだけ動かないといけないし、それだけ結果を出さな

いといけないっていうのがあるんですね。「悩まない」っていうのは、結局動いて事を解決して自分なりに納得出来るようなところまで持って行っているの、結構緻密だと思いますね。

様々なディレンマや目の前にある大きな乗り越えなければならない壁、精神保健福祉士として置かれた状況や立場性など、多くのことを考えながら（考えたうえで）実践をしていこうとすると、身動きが取れなくなることがある。そうならないように、物事を前に進めようとしながら、そのプロセスの中で戸惑い、立ち止まり、考える、という事を繰り返すようにしている。同じようにディレンマを抱えるのであれば、物事を進めながら、解決法を探りながら、精神保健福祉士としての自らの実践経験を積み重ねながら進んでいこうとするものもある。

#### ④ “クライアントの自己決定を見守る”

<B氏>

「自分の価値観を患者さんに押し付ける」じゃないですけど。「これは私だったらこうするのにな」って思うところがあって。でも最近変わってきたんですけど。患者さんは患者さんなりの考え方があるから、「そこをやっぱり見守っていかないと」っていう。最初はそこですごいジレンマがあったんですよ。「いや。こうしたほうが絶対良い」っていうのがあって。それを結構患者さんに「こうした方が良いですよ」っていうのを迷いなく言っちゃって。でも結局それは自分自身の考えであって、みんながみんなそういう風に考えているわけじゃないので。今は「あなたがそう思っているんだったらまずそれをしてみて、もしだめだった時はこういうこともありますから」っていう風に、ちょっと視野を広げて見れるようにはなってきたかな。

<F氏>

（クライアントが）「退院しない」って言ったときはきつくてジレンマもあって。その中で自分も「意気込みすぎてたな」っていうのと、「どうしたら伝わるかな」って言うのがありましたね。「なんでだろう。こんな絶対退院できるのに」って。待ってる間、ちょっと気が抜けたときは、結構その、気楽な感じで見れたんですけど、それまではすごく苦しくて。「しなきゃ。しなきゃ」って。それで、いろんな

スタッフと話しをしたり。他職種と同職種の先輩ですね。そういった中で、ああ、「こういった考え方もあるんだ」、「こういった支援の形もあるんだ」っていった中で、「この人はこの人の中で自分の生き方を選択するのがいいのかな」って。「自分が代わりに責任を果たすのではなくて、ご本人さんが自分で責任を果たせるようにすればいいんじゃない」っていうのが今もけっこう残っていて。

クライアントにとっての最善の利益を考えていくと、いつの間にか、“**クライアントの人生を抱える感覚**”になり、“**パターナリズム的思考に陥る**”ことで本来の役割を見失ったり、ともすれば、「そうする事がクライアントにとってメリットになる」など勝手に思い込んだりしがちである。このような自己の実践を振り返り(内省)することで、自己覚知することできているからこそ、「見守る」ことの重要さに気づいているのである。

#### ⑤ “受け流す”

<G氏>

一応、組織の中の一人なので、経営的などころも少しはやっぱり考えないといけないんだろうなっていうのは時々感じはしますね。でも、まあ正直言うと「またいつものことを言っているな」みたいな感じでさらっと最近流していますけどね。最近「またか」みたいな感じでさらっとやっていますね。もう慣れちゃいましたね、「またいつものことか」って。「若い頃は」っていうか昔は単刀直入に、「ぼん」とそのところだけを言って、「ここ、こうしましょう。これじゃおかしくないですか」みたいなことを言っていましたけど。最近、単刀直入に言っても「変わらないものは変わらない」と。だからなんか、どうなんでしょう。そこを何か違う方法で「なんかやっついこうか」みたいな。気持ち的にはそんな感じです。

様々なディレンマを抱えた状態のままであったり、あるいは一つ一つのディレンマの対象に対して対立・対峙を続けていくと、変化が起きなければバーンアウトが起こってしまう。ディレンマを感じたその場で反応するのではなく、一度「受け流す」ことで、対立関係を作らずに「孤立化」を防ぎ、〈**時間の経過と変化(時熟)の受け入れ**〉を待つのである。

また、精神保健福祉士がディレンマを抱える背景には「困難さを打破したい」あるいは「体制を変革することでクライアントにとって良好な環境を準備したい」という要素がある。しかし、そういった環境の変化や、体制の変革などはクライアントの求めるニーズに合わせたクライアントの持っている時間的制約の中では常に対応できるものではなく、長期的視野に立ったかかわりが必要となる。そのような中で精神保健福祉士は【折り合いをつける】行為を通して、「多くを変えられない自己」と向き合っている。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

### ① “現実主義になる（ベストではなくともベターの選択）”

<I氏>

私も含めてチームで「大体、この人（退院）いけそうだよ」とか、もちろん「本人が退院したい」ということを主治医に伝え続けながらも、「したたかさ」というか、退院の準備を進めておく。主治医を立てながら、でもこっちとしては「患者さんに寄り添いたい気持ち」というか、「患者さんの気持ちを先生に伝えたい」という中で、「したたかさ」がでてきました。ちょっと難しいところでは（精神保健福祉士が）状況をうまくしようとするので、変に今この状況の中でベストというよりベターを自分たちがこう選択している。

「ゆるくなる」とも関係するが、クライアントの退院支援のあり方や支援方針について、理想を追い求めているのは、時間だけが経過（精神保健福祉士として何もできない状況が続く）し、結果としてクライアントにとって良好なタイミングで支援がなされなくなってくる可能性がある。ベストではなくとも、支援を前に進めていくために現実的な「一手」を選択することでディレンマと向き合っている。

### ② “経営的側面への理解”

<C氏>

（デイケアに退院後のクライアントが溜まる現象について）やっぱり嫌ですよ。デイケアだったらデイケアのスタッフもなんかやっぱり向き合いたくない。スタッフも思っているみたいですけどね。僕自身も「このままでいいのか」、「食堂じゃないよ」という感覚って持っているんですけど。だけどそれをどうこうしていく

にはやっぱり相当なエネルギー使います。上（経営サイド）に従ってある程度、従うような形でダーッと流していく。日々を過ごしていくっていうので諦めですかね。まあそんな気持ちなのかな。だってしょうがない部分もあると思う。はっきり言えばそれで飯食ってる部分もね。難しいですよ。だから難しいですよ。お金の出所っていうところですよ。やっぱり。もっと広く考えてもらわなきゃやっぱり退院促進なんて本当に進むんだらうかっていう話。

そうですね。経営者としてはどこもそういう風なところはあるのかなと思います。よそは、例えば理事長と院長が別だったり経営者と院長が別だったりってするところは、その経営者と院長とで多分葛藤があると思うんですよ。やり取りがあると思うんです。院長はそういう促進したいという思いだろうし。うちは一緒なので、どっちかっていうとやっぱり経営の方に重きが置いてあるのかなって思うわけですよ。だからそれっていうのはまあわからなくはない。さっきも言いましたけど。自分が同じ立場だったら職員抱えて「全部潰していいか」ってそうはいかないですよ。

<C氏>

（グループホーム設置の）要望もあったりしましたけど。病院が採ったのはアパートを（病院の）敷地内で造って。（自分としては）敷地外をいうのも考えたんですけども。取りあえず敷地内で造って様子を見ようと。そうすると家族の方も「敷地内だったらいいですよ」という感じで。結局、本当は敷地外が好ましいのは病院としても私としてもわかっている。けれども、その家族の了解を得るために敷地内という事があったんです。30年40年の長期入院の方を出すにあたっては、家族の方の理解をとるために「敷地内にとりあえずは」ということで。結局はそこをアパートですけど施設みたいな役割を担ってもらって。実際に一般のアパートに移った方も何ケースかありますね。

〔クライアントの希望（主体的意思）と提供されている医療サービスの相違〕や“地域移行支援における法人内完結型への疑問”といったディレンマに対し、〔組織人（被用者）として越えられない壁〕が精神保健福祉士の前に存在する。この〔組織人（被用者）として越えられない壁〕に抗う、あるいは抵抗し続けることでは、自らの立場性を悪化させたりする事になったり、そもそも組織人・被用者である以上、精神保健福祉士としての役割を發揮す



る機会を失ってしまうことにもなりかねない。自分たちの身分保障の不全感（〔業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ〕）を解消しようとするのであれば、方法の一つとして受け入れていかざるを得ない部分でもある。ただし、当然、このディレンマの対応では〔専門職としての自律/自立性のあり方に対する懸念〕は払拭されず、〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉に反する対応方法になっているともいえる。

### ③ “「諦め」の替りを見つける”

<G氏>

「今人数（入院患者）減ってるから、急いで退院させなくてもって言ってたよ」って。「だから来週の退院じゃなくて、ちょっと今月いっぱい待ってもらってさ。来月の退院でいきましょうか」って逆にこっちから言ってる自分がいたりしますよね。もう嫌です。嫌なんですけど、嫌なんですけど。そうなっちゃってますよね。なんか僕は性格的にそこらへんはそれで割りきっちゃうんですよ。その分を「その他の部分の患者さんへのサービス」であったりとか、「入院中の質の向上」じゃないですけど、何かどっかの部分にもっていかないといけないよなみたいなのは思ったりしますね。

ただ闇雲に（入院を）伸ばすんじゃなくて、「ちゃんと外出とか外泊とか退院前訪問指導できちっと再入院を繰り返さないためのきちとした手順を踏んであげましょうよ」みたいな話をもっていきますね。多分、折り合いつけてるんだと思います。

“現実主義になる（ベストではなくともベターの選択）”や“経営的側面への理解”を示していくという事は、一方では自らが発揮したいと願う専門性や役割の一部について「諦め」ていく作業でもある。しかし、精神保健福祉士は単純に諦めるのではなく、諦めることにより低下した自らの役割やモチベーションを別の方法で補完することによって「精神保健福祉士としての自己」を保つように努力していることが分かった。

先に、精神保健福祉士は自分自身が支援の「ツール」であることにふれた。それはツールそのものが「成長する」存在であることを根拠づけるものであり、その成長する存在である自分そのものや時間的経過がディレンマを解消する要素であることに気づいている。それは

〔時間的経過による自己の変化〕という形で表出されている。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “支援の在り方を振り返る余裕”

<F氏>

入職当初は精神保健福祉士も少なかった。自分も（支援に）疲れていたり、うまくいかなかった時に「なんでこうなの？」、「どうしてそんな事業所選んだの？」とか、退院した後、その施設側でトラブルが起きたときに、「どうして予測できなかったの？」とか、（他職種に）聞かれるのは普通だと思うんですよ、ただ単に「どうしてか？」っていう疑問もあるし、今後もあるし、今後のことを含めてそこは精神保健福祉士として事前に気づくべき点だなとは思いますが。その時は「なんでそんなこと言うの？起きてしまったものはしょうがないじゃない」っていう感じだったんですよ。入職した当時は思っていました。今は、他の精神保健福祉士も増えていたりして「もっとこうすればよかった」とか分かる機会が増えてきたので、後輩たちに伝えたりします。だけど後輩たちは後輩たちの考え方とか信念をもってやってるからあまり口を出さないで患者さんに不利益を被らない程度で。でも「（自分も後輩も）きっと（以前より）ちゃんとやれてるんだろうな」っていうのは感じる。

精神保健福祉士として組織の中に身を置き、様々なクライアントや関係者との出会いの中で実践を重ね、「成長していく自分」を客観視できた時にディレンマは軽減されている。その時間の経過の中で様々な人からの直接・間接の正のフィードバックが大きな要因になっているといえる。他方、精神保健福祉士は、〈孤独を伴う内省〉に代表されるように、〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕やその要因として“組織内スーパービジョン体制の未確立”、“上司≠スーパーバイザー”、“「見えないスキル」への客観的評価の不在”といったディレンマも抱えているのである。こういった体制が確立されていない場合、孤独な振り返りの中でも内省の営みを行うことで、種々のディレンマに対応し続けているといえる。

## ② “意見の発信”

<B氏>

多分、自分の経験年数もあるとは思いますが。「最初は入りたてで言えなかった」というのがあるんですけど、今は言えるようになってきましたね。

自分の中でも「こういうケースだとこういう風になる」という、想定がちょっとできるようになって。「前はこういう方もいましたよ」とか、その他の方を例えに出して話をできたりとか。そういうので相手にも理解されやすいような条件がと整ってきたのかなって。3、4年くらいしてきてから、何か自分の中に蓄積されていたものを上手く伝えられるようになってきた。

<C氏>

自分ができる範囲で。本当はもう一步したい気持ちはあるけれども、自分が今ある状況での精一杯ではできているし、したいこともだいぶ。今の自分の（所属組織からの）信用だったりそういう部分からも、意見が通る部分がちょっとはあるわけじゃないですか。そういうところでほんのちよっとかもしれないけど変わっていく部分もあったりとか。

意見を聞いてもらえる状況もあったりとかっていうところでは、多少の達成感じゃないけどそういう部分もあるわけじゃないですか。

“意見の発信”ができるようになった自分を再確認することで昇華されていくディレンマの様相が表れている。また、“意見の発信”ができるという事は、「意見を受信する他者」の存在があるから可能になっていることであり、周囲の変化と同様に、自ら意見を発信することができるようになる（自己の変化）ことで、周囲のさらなる変化に対する可能性が開けてくることから生じるディレンマの軽減である。

## ③ “時熟を待つ間の目配り”

<I氏>

柏木先生<sup>3)</sup> ですかね。「時熟」という。「時が熟す」ということを聞いて。これ大事にしようって。（退院の希望が出ていなかったクライアントに対し）でも「何もしないよりは、やっぱり」と思って話しかけたら、いきなり「退院したいんですけど、退院相談するのはIさんですよ」って急に言われて。「喋りました」っ

ていうのがあったり。今、動いても本当にどうにもいかないケース、もう逆に自分が関わらなくなって新しく後輩が来たときに、急にポンっと新しい顔やキーパーソンが登場したりなんだったり。私のケースだけではなく、他の子の手に移ってから急に動き出すってこともあるので。

自分たちだけのおかげだけじゃなくて、周りの色んな相互作用で患者さんが（動き出す）。例えば、ある一人の方は、その時入院して3年。新聞記事を見て急に「ぱっ」と、「やっぱり周りから言われてたけど。やっぱり退院しようと思います」というのを急に言われた方がいたりとか。その時が本人の「ぱちっ」でタイミングがあったときなのかなって思います。そういうのがあったので、自分を慰めるためにも「時熟」って言う言葉を大切にしています。

「時熟」による自己と他者の変化を待つことができるようになること、そしてそれ以前に「時熟」による変化が起こることへの気づきを精神保健福祉士が理解しているという事である。「待つ」という「何もしていない」、あるいは「諦めて放置している」ように思われる状況でも、その間のクライアントや環境の変化に対する目配りで〔入院生活に満足するクライアントの存在〕、〔時間の経過と家族の高齢化・家族機能の変化〕、といった家族やクライアントとの間で発生するディレンマだけでなく、〈入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題〉に表されてきたような組織の変化にも敏感に対応しようとしているものである。

精神保健福祉士自身の時間的経過による変化への気づきは、他者や環境にも向けられている。長い時間をかけて構築されてきたわが国の精神保健福祉システムは、ごく近年になって大きな転換点を迎え、「入院中心から地域生活中心へ」という政策主導のもと変化を始めた。その変化のなかで生み出された国家資格でもある精神保健福祉士はその変化の遅々とした状況にディレンマを抱えつつも、一方で、緩やかではあるが〔時間的経過による環境の変化〕に直接・間接的に関与したり、あるいはその変化そのものに希望や期待を見出すことで、ディレンマへ対応しようとしている。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “退院促進に慣れる”

<E氏>

わりとこう地域に生活に慣れた方もいらっしゃる、開放病棟の中で看護師さんたちも退院促進に変な話けっこう慣れてきたといいますか、その考え方が染みついている。早めの段階で自立訓練ですね。生活力について結構ピックアップして訓練に移行しているので、金銭管理だったりお薬の管理だったり外出の範囲だったり。ほぼ日中「(病棟に) みんないない」ってくらいお出かけしているんですよね。たぶん病棟に行っても10人くらいしかなくて。「みんなどこに行ったんだろう」って思うくらい。

もちろん(退院促進)委員会があるので、基盤というか風潮というか流れはあるんですけど。病棟にいったら「退院していく患者さんが多いんだよ」っていう。まあ慣れてらっしゃる。

結構「カンファレンスをしましょう」って発信してくれる役割の方がいらっしゃる環境で仕事している。精神保健福祉士サイドで発信して「カンファをしましょう」っていうことは特に私は。ちょっと苦労しているってことは特には今はないんですね。

退院促進や地域移行・地域定着を「どうやっていいかわからない」あるいは、その中で各職種が果たす役割が不透明だったりすると抵抗感や困難感を抱える。しかし、精神保健福祉士だけでなく他職種も経験を重ね、対応に慣れてくることで不安や困難さは軽減してくる。この「慣れてくる」という感覚を持ってもらうために、精神保健福祉士は〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉プロセスの中で、〔クライアントを見せる〕や〔地域生活の豊かさを伝える〕、「専門的視点を言い続ける」という実践を継続して行っているといえる。

## ② “経験・関係性をもとに他者に受け入れられる”

<D氏>

変な話、他の人達はどうか分かんないんですけど、自由にさせてもらってますね。その中で指導とかも来ることはあるんですけど、ある程度は言ったこともすんなり通っていく。僕はわりと経験上多いかなと。任せてもらってる部分もあるんですけど、そのかわり逐一報告ですね。もう、その都度その都度したことに対して逐一報

告ですね。その信頼関係だと思えますね。やりっぱなしで主治医に報告しないでいくと、あとあと「何やっているんだ」ってなってしまう。

患者さんの支援はもちろん。何て言うんですかね。患者さんを取り巻く他との連携であるとか、支援に関することはすぐ精神保健福祉士が使われる。でも、本当僕も入って間もないころは、周りのスタッフが敵だと感じていたんですね。他職種。もちろん、僕は、今になってすごい分かるんですけど、スタッフとして入ってきたての僕って何者かって分かんないじゃないですか。その時いきなり患者のことで聞かれて、「何こいつ」っていう感覚が多分あるし。「あなた一体どういう仕事出来るの」っていうのが多分あると思うんですね。それがどんどん院内で自分がいるっていうことだったり、業務していく中で、他のスタッフから認識されるようになったんだと思います。

前までは「この人にこんなこと言ったら逆に反撃食らうんじゃないかな」とか「怒られるんじゃないかな」とか「相手にされないんじゃないか」とかそういう思いが先立って。全然話とか病状の話とかよっぽど勇気を振り絞らないと出来ない時期もあった。そこに踏ん切りを付けるまでに時間がかかる。それがすごくきつかった時もあったんですけど、今は全然。

上述した〔時間的経過による自己の変化〕や〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉、〈孤立しないよう全体性を意識する〉といった一連のディレンマへの対応を重ねていくこと、あるいは同じ組織の一員として協働を重ねていくことで、関係者に受け入れられるようになる。それは時間的経過を必要とするものであり、時間の経過とともに他者の精神保健福祉士に対する姿勢が変化してくるものである。この変化が良好に作用した時、精神保健福祉士の「孤独感」や「分かってもらいにくさ」といったディレンマが軽減される。

### ③ “社会的裏付けの蓄積”

< F 氏 >

地域移行支援事業がすごく役に立った。それまで自分たちが支援してたけど「(部門ごとで) できなかつたら、事業にあげます」っていう風にコロッと変わった。今までは、福祉課に「(クライアントの生活のための) 井戸とかを整備をお願い」と相談しても、「うちは土木課じゃないから関係ない」、「いや。うちは障害福祉課

だからね。関係ないよ」とか言ってたのが「やりましょう」みたいな。「掛け合ってみますよ」って。

<H氏>

地域移行実施加算もでてきたってことで。結構、病院全体が（退院支援に）取り組むようになってきた。「3か月内」を目標に。逆に管理者や委員長のほうからは「ちょっと空きすぎ」って言われるけど。それにつられて、特に急性期病棟に入院されてない他の病棟に入院された方も医師たちは同じ扱いをされるので。それにつられて、他のスタッフも意識が変わって、短期的に退院支援するようになってきますよね。

以前と比べれば、かなり精神保健福祉士が配置されてますので、いろいろ患者さんに対する相談窓口があったりとか、療養とか認知症治療病棟についても退院支援ですね。そういう人員として精神保健福祉士は認められてるので。あと、先ほどから言ってる地域移行実施加算についてもそういう退院を促進していく部署が必要で、その部署には精神保健福祉士がいないといけないとかありますので。結構、「精神保健福祉士を専従」っていう診療報酬が増えてますので。当院では精神保健福祉士が絡んでる診療報酬は全部加算できるように対応してるんですよ。

病院自体も変わりましたよね。制度等によって。なので、以前とすれば病院に対するディレンマっていうのは減ってきましたよね。他の病院さんとか聞くとまだ大変なところもあったりして。それ考えると本当うちはいいなって思いながら。

制度や施策の変化に精神保健福祉士は敏感であり、施策に反映されているような「退院促進・地域移行・地域定着」あるいは「入院中心から地域生活中心」という使命を抱えている。組織がそういった一連の動きに対して対応していなかったり、鈍感であるとディレンマを生じやすい。しかし、時間の経過とともに組織がその変化に気づき組織の変革につながってくる。そうすると、“精神保健福祉士の組織的位置づけの明確化”がなされ、〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉や〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉といったものの一部分は軽減されてくる。

## 2) 受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み

このカテゴリーは【表 7-6】に示す通り、三つのサブカテゴリー（〔同職種間の考え・固有の立場性の共有〕、〔スーパービジョン「的」活動の実施〕、〔専門職団体等とのつながりの維持〕）で構成されている。〈孤独を伴う内省〉に代表されるような精神保健福祉士の抱えるディレンマがあるが、それに対し、「形式や体系化はなされていないが、受容的雰囲気を得られる場所を探す」精神保健福祉士の行為の表れでもある。

【表 7-6】 〈受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み〉

〔サブカテゴリー〕	〔サブカテゴリー〕に含まれる“概念”
〔同職種間の考え・固有の立場性の共有〕	“同じ立場性での仕事” “同職種の支援方法に対する理解” “病院の精神保健福祉士としての誇り” “リカヴァリーモデルへの期待”
〔スーパービジョン「的」活動の実施〕	“一緒に悩んでくれる上司” “聴いてもらうことで辛さを軽減” “管理職を使う” “信頼関係を根底においた相互指摘” “否定されない安心感”
〔専門職団体等とのつながりの維持〕	“同級生(同職種)とのつながり” “他病院の取り組みを知る” “院外研修会への参加と癒し”

ソーシャルワーク実践領域においては、様々なディレンマを抱えたり、支援に関する困難さを抱える場面で「スーパービジョン」や「コンサルテーション」といった方法がとられる。しかしながら今回の研究においては、臨床で働く精神保健福祉士に対して効果的かつ組織だったスーパービジョンの体制が採用されているケースは見当たらなかった。そのような中でスーパービジョンの形式を採ってはいないものの、受容的雰囲気下における〔同職種間の考え・固有の立場性の共有〕する機会を得ていた。このサブカテゴリーは四つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。



## ① “同じ立場性での仕事”

<H氏>

もうほとんど自分（管理職）としては、あんまり指示じゃないですけど、アドバイスすることもありませんね。逆に、同じ立ち位置でするように心がけてるので。下のスタッフからすれば、「管理者としてどうなのかな」と思われているところだと思っただけでも。結構、相談もしてくれますし。相談っていうよりもどちらかといえば確認なんですよね。「こうしたいんですけど、いいんですか」という形。自分も入ったころから、そういう部署なんですよね。なので、自分も上としてやりやすい。各スタッフが意見や考えまで持ってきてくれるので。それに対して「いいんじゃないか」とか「そこはこうとかしたほうがいいんじゃないか」とかいう感じで。

実際、長期の方で退院支援できない方もいらっしゃるんで。いくら病院が評価されるとはなっても、（結果として）「残っている患者さんの診療報酬で（加算をとる）」っていうのもどうなのかなっていう話をよく相談室では話します。

朝夕ミーティングをしています。朝であれば、その日の対応する予定の患者さんの「こうゆうことをこの方についてこうゆうことをします」と。夕方については実際行ったケースについて話をしますし。その中でスタッフは「こんな事例」とか「こういう問題があってどうすればいいですかね」ということでみんなで話し合ったり、「自分としてはこうしたいんだけど、それで他に意見はないですか」とかという感じで。意見を聞く時間を設けています。

“組織内スーパービジョン体制の未確立”、“上司≠スーパーバイザー”、“「見えな  
いスキル」への客観的評価の不在”など、〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕  
があっても、まず同じ職種が組織内に存在するという事が、個々の精神保健福祉士の「精神的  
支え」になっていることがわかる。形式的なスーパービジョンが採られていなくとも「同  
じ立場性で」目的を持って雇用されている同職種との日常的なコミュニケーションに癒され  
る場面から抽出されたディレンマへの対応である。

## ② “同職種の支援方法に対する理解”

<E氏>

支援のやり方とか「見立て」っていうのについて、もちろん精神保健福祉士で十人十色違うので。その統一っていうのはきつとしなくていいことだと思うんですけど。本人（それぞれの精神保健福祉士）にとっては、なんて言うんですかね…。必ずしも「1から10までこのマニュアルにあること全部しなければいけない」とかいふことを規定しなくていいっていう意味の「しなくていい」なんですけど。

ただまあ、視点が違うなって思うことも、やっぱりおんなじ職種でもあって…。「こんなこと気づくんだ。じゃあそれ真似させてもらおう」って思うこともあり。

同職種が実践している場面にふれ、そこから自らの実践に照射し、学びを深めようとする営みである。教育されたり、教えあったりするという形式を採らずとも、「すでに実践している身近な同僚」を模倣し学習していくことで、自らのスキルアップを図ろうとする行為で、孤独感の解消にもつながる対応方法である。

## ③ “病院の精神保健福祉士としての誇り”

<I氏>

それこそ母校の先生が「早く地域に出ろ」って。「ずっと病院にとどまるな」っていうこと言われるんですけど。講演会かなんかで、「医療機関の精神保健福祉士としても誇りを持ってもいいんだよ」っていうところを聞いて。「そっかあ」って。

「病院にいるからこそできることがまだあるんじゃないか」っていうのは考えますね。そう思ってそこがジレンマの解決じゃないですけど。そう思えば少し救われるというか、慰めになっているのかもしれないですね。

ディレンマが蓄積し、そのディレンマへの対応によっても軽減されなかつたりすると、「精神科病院に精神保健福祉士が存在する意味や価値」を見いだせなくなる。研修教育を受ける機会によってこのような感覚を再度保てるようになっていく。内省のプロセスで精神保健福祉士として「できないこと」を評価していくより、自ら「できていること」を評価していくことで自己の存在意義を再確認しようとする営みである。

#### ④ “リカヴァリーモデルへの期待”

<C氏>

考えとしては、（精神保健福祉士として共通する）一つのものを持ってやっていける術はあるのかなという気はしますけどね。そういうのはリカヴァリー。リカヴァリーモデルを共通概念にして、そこを勉強してみんなで作っていきこうっていう取り組みをしているから。リカヴァリーモデルなんていったら、自分たちは結構「馴染み」じゃないけど詳しくは知らなくても結構馴染みのある言葉。だからそういうところでもって病院が展開していくといいなっていう気持ちもあります。

近年、精神保健福祉領域で注目されている「リカヴァリー概念」<sup>4)</sup>への希求である。【精神保健福祉士と他職種の立場性の違い】から生じるディレンマに終始するのではなく、他職種とも共有できるクライアントに対する支援モデルが一般化されてきていることへの期待であり、それにより孤立を防ごうとする思いの表れでもある。また、「期待する」という事は、【時間的経過による環境の変化】への期待でもあり、【専門性を理解し合う】という事が前提として必要になってくる。

先に、今回の対象ケースの中では、組織だったスーパービジョンの体制が採用されているケースは見当たらなかったことを述べた。各職場には「管理職」がいるものの「管理職＝スーパーバイザー」という構図にまでは至っておらず、また経験のある精神保健福祉士は自身が管理職になっている場合、所属組織内にスーパーバイザーを担ってくれる存在がいなかったり、組織外に求めることまでには至っていない。そのような中で精神保健福祉士はスーパーバイザーとスーパーバイザーという関係性は結ばれていないが、【スーパービジョン「的」活動の実施】を通して今後の体系だったスーパービジョンを模索しており、そのプロセスの中でディレンマの解消を図ろうと努めている。このサブカテゴリーは五つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

#### ① “一緒に悩んでくれる上司”

<E氏>

どうしても経営のことについて、はさまれる環境に勝手に置かれることはあるんですけど。こっちの管理職お二人については、「じゃあそれを私たちにあげなさい」

っていうことはなくて、どちらかというとならちと一緒になんてくれる上司なんです。

“組織内スーパービジョン体制の未確立”や“上司≠スーパーバイザー”というディレンマが存在していたが、だからといって上司の存在をすべて否定しているわけではなく、「聴いてくれる存在」や「一緒に悩んでくれる存在」として活用している。それは上司（経験の蓄積した専門職）を同じ立場性と捉え、【同職種間の考え・固有の立場性の共有】の対象として用いている場面でもある。

## ② “聴いてもらうことで辛さを軽減”

<A氏>

同職種の人に聴いてもらったりとか。けど解決にはならなかったりしますけど。でも聴いてもらって、言うだけでも、「まあ少しは楽になるかなあ」って。しばらくしたら自分でも「こうしたらいいんじゃないか」っていうのは出来たりするんで。あまりその「一時的な感情に流されないように」って気をつけていますね。

<B氏>

人に相談するくらいですね。自分だけで抱えているとどんどん溜まっていくんですよ。でも人に話すと、その人も情報知っててくれるので、「またこういうことがあったよ」っていう相談することで楽に…。出すと。旦那（精神保健福祉士）にもそうですけど。「わかるよ。わかるよ」って言うだけで安心する。

「解決できない」とわかっていても“聴いてもらうことで辛さを軽減”することができる。自己の内面に残る苦しさや消化できないディレンマを吐露することで「快」の感情を得ようとしている。これらは、精神保健福祉士自身が日常的に用いる受容や傾聴の技術であり、それを「受ける」ことで、楽になったり癒されようとしていることがわかる。

## ③ “管理職を使う”

<D氏>

最初、本当にむかついていましたね。（退院支援に関心を示さない他職種に対し）「やる気あるの？」って思って、「いい加減にせえよ」って。その方のことを「ち

やんと頑張っただけで欲しいな」っていうのはありましたけど、今はもうあまりないですね。看護師っていう枠じゃなくて、その人ひとりの人。やっぱり、しっかり考えを持ってもらえる看護師の方も意外という。でも「それは精神保健福祉士の仕事でしょ」って。「私は入院してる患者さんの目の前のケアをするのが私の仕事です」って人は…。やっぱり人ですかね。その職種っていうよりも。

それで、そのことを後で師長に、「こういうことがあった」って言って。やっぱり教育していただくっていうことを考えて。現場のことを教えていただきたいという。こちらも（原因が）あるので。そういう考えを少しでも持っているのと持っていないのとでは、支援について違ってくると思うので。そういうの少しでも改善していただければと思って事務長とか師長とか。

病院の管理職が精神保健福祉士に近い理念とか信念を持ってなければ相談もできないわけで。改善まで行くかどうかまではちょっと僕も。改善できてますって自信を持って言えはしないんだけど、話をして、聞いてもらって、「あっそうだよね」って言うのは、まだすごいかなとは。よく愚痴聞いてくれますね。そしたら、「ほっ」として。「ああ、言ってよかった」って。そういうところでもいちいち悩まずになりましたね。

上述した「聴いてもらう」相手が管理職の場合である。組織を上手く使おうとする行為であり、“精神保健福祉士の組織的位置づけの明確化”がなされていると、その効果は促進される。また、組織における【専門性を理解し合う】機会ともなる。他方、同じ組織に所属する他のスタッフからは「管理職を使う」という行為に対し、否定的メッセージを受けやすい。自らの役割や責任の範疇で困難を解決しようとせず、「権力」を持つものを利用しそれにゆだねる行為は理解が得難いものでもある。

#### ④ “信頼関係を根底においた相互指摘”

< F 氏 >

細かいところなんですけど、方向的には絶対「うん」ってみんなが言うんですけど。それまでの段取りとかの仕方についてちょっと意見が食い違ったり。「そこはこういった方向が。こっちからいった方がいいんじゃない？」とか。自分が本人さ

んに紹介しようとした施設だったり「なんでここなの？」って「ばっ」って言われると、「お！」と思って。納得したり、気づかされたりする。

先に述べた“**管理職を使う**”という行為を、自らの役割や責任の範疇で困難を解決しようとするのである。そのためには、指摘しあう相互の信頼関係が前提になくはならず、**〔専門性を理解し合う〕**、**〔日常的チームワーク〕**といった平時からの取り組みがなされていなくてはできないものである。また、この相互指摘の中から“同職種の支援方法に対する理解”は一方的に見て学ぶといった学びが多い側面ではなく、直接的なやり取りによる教育的効果も見られると考えられる。

#### ⑤ “否定されない安心感”

<F氏>

自分の考え方とか、支援の方向とか計画とかっていうのについて、私の悪い癖なんですけど、結構病棟とか先生（医師）には「向こうの立場にたって、わかる言葉で言わないと伝わらないんだ」って、気を遣ったりするんですけど。同じ精神保健福祉士だとそういうことはちょっと抜けて。結構自分の普段喋っている喋り方で。

「当たり前。絶対うんって言うよな」みたいな感じで話して。「こういう方向でいいですよね」っていうのを安心して確認できる。

“**同じ立場性での仕事**”とも関連するが、同職種の中で「暗黙知」として共有できている概念があるからこそ「分かってもらえる」、「自己の立場性を否定されない」という安心感が得られる場がある。「否定されない」という事は「最小限の肯定」でもあり積極的に自らの社会的責務を全うしていく後押しをしてもらっている感覚を享受できるという事である。

また、「受容的雰囲気」によるある種の「癒し」は所属する組織内だけでもたらされるものではない。志向性を共有する**〔専門職団体等とのつながりの維持〕**は貴重な機会を与えている。そこには相互作用があり、自ら求める場合や求められる場合が考えられる。このサブカテゴリーは三つの概念で構成されている。以下、調査対象者の発言をもとに精査していきたい。

## ① “同級生（同職種）とのつながり”

<C氏>

自分たちは（出身の）学校で、そういう感じで集まりもありますし、クラスでもそれこそ話したりしてたんで。そういうのはやっぱり支えにはなりますよね。後輩っていうか僕は先輩にもあんまりしないかもしれないです。同級生が一番。

<I氏>

他のところの「後輩がどうなのか」というのは同期とかと話をしたりとか。先輩たちと話をしてどんな風に（後輩の教育を）していますか？っていう話をすると、「うちの子もこうだよ」というのとか聞いたりしたり。

同じ時期に同じ場所で学びを深めた同級生とは、その後の進路が同じような精神科病院だった場合に、ディレンマを含む経験の蓄積のされ方が似たような時期に重なりがちになる。また単なる同職種よりも「養成のされ方」を共有しているという事は、限りなく近い価値観を共有していることでもある。それは、「自分と同じ時期に同じ感覚を抱く貴重な第三者」の存在であり、特に同職種であるため、先に述べたような〔同職種間の考え・固有の立場性の共有〕、〔スーパービジョン「的」活動の実施〕といった側面も併せ持つ。

## ② “他病院の取り組みを知る”

<G氏>

「ぼん」と具体的に話しを出すことはないですけど、何か流れて話したりとかは。「うちはこうだけどそっちの病院はどう？」みたいな感じで。たまになんか、〇〇さんに話したりとか、〇〇君とかに話をしたりとか。そういう意味でも専門職団体があるっていうのはいいですね。これがないとですね。うちのこの病院の現状っていうのがどういうところにあって、他のところと比べてどうなのかっていうのが分からない。やっぱり、他の色々な病院っていうか「他の精神保健福祉士たちはどんな風に仕事してるんだ」とか「どんなことを取り組んでるんだ」というのが分かんないですね。それこそ精神保健福祉士協会の理事をしてて、いろんな情報収集して。一般的に時代に沿った精神科をやっているところとうちを客観的に見ながらやっているのが事実ですね。

専門職団体での活動を行うことで、他の精神科病院などでの取り組みを知る機会を得ている。自らの所属する組織が社会の中でどのような立ち位置にあるのかは、組織の中だけでは見えてこない部分がある。そういった意味で自己の取り組みや所属組織を客観視するという内省的作業につながっているといえる。

### ③ “院外研修会への参加と癒し”

<J氏>

研修会とかは好きなんで。行ったりします。精神保健福祉士協会の研修とか、九州精神科病院協会の学会とか。自分で発表するのとかは嫌いなんですけど、聞くのは好きなんで。「あ～そうそう。こういうので悩む」とか。そういうところで共感したりしますね。

研修や育ちの機会を組織の中だけに求めるのではなく、組織外の活動に積極的に参加している。組織から離れて様々な取り組みを見聞きすることで、上述したことと同様に、自分の実践や所属する組織が社会の中でどのような立ち位置にあるのかを再確認し、日常実践を行っていくモチベーションにつなげている。

#### 【注】

- 1) 岩崎によれば、精神保健福祉士の権利擁護機能のうち、「調整機能」は、「機関内外の人的・物的資源を活用し、クライアントのニーズに添う状況をつくり出す機能⇒入り口から出口に至る関与」（岩崎 2010：166）としている。
- 2) 岩崎によれば、精神保健福祉士の権利擁護機能のうち、「代弁・代行機能」は、「人権を擁護するソーシャルワーカーの中核的機能であり、自己主張しきれないクライアントの主張を支援する機能」（岩崎 2010：166）としている。
- 3) 柏木昭氏のこと。聖学院大学総合研究所名誉教授。公益社団法人日本精神保健福祉士協会名誉会長。
- 4) 例えば、Patricia Deegan は、リカヴァリー概念について「リカヴァリーは、一つの過程、生活の仕方、姿勢、日々の課題への取り組み方である。それは、完全な直線的過程ではない。時々、われわれの進路は気まぐれで、われわれはたじろぎ、後ずさりし、取り直し、



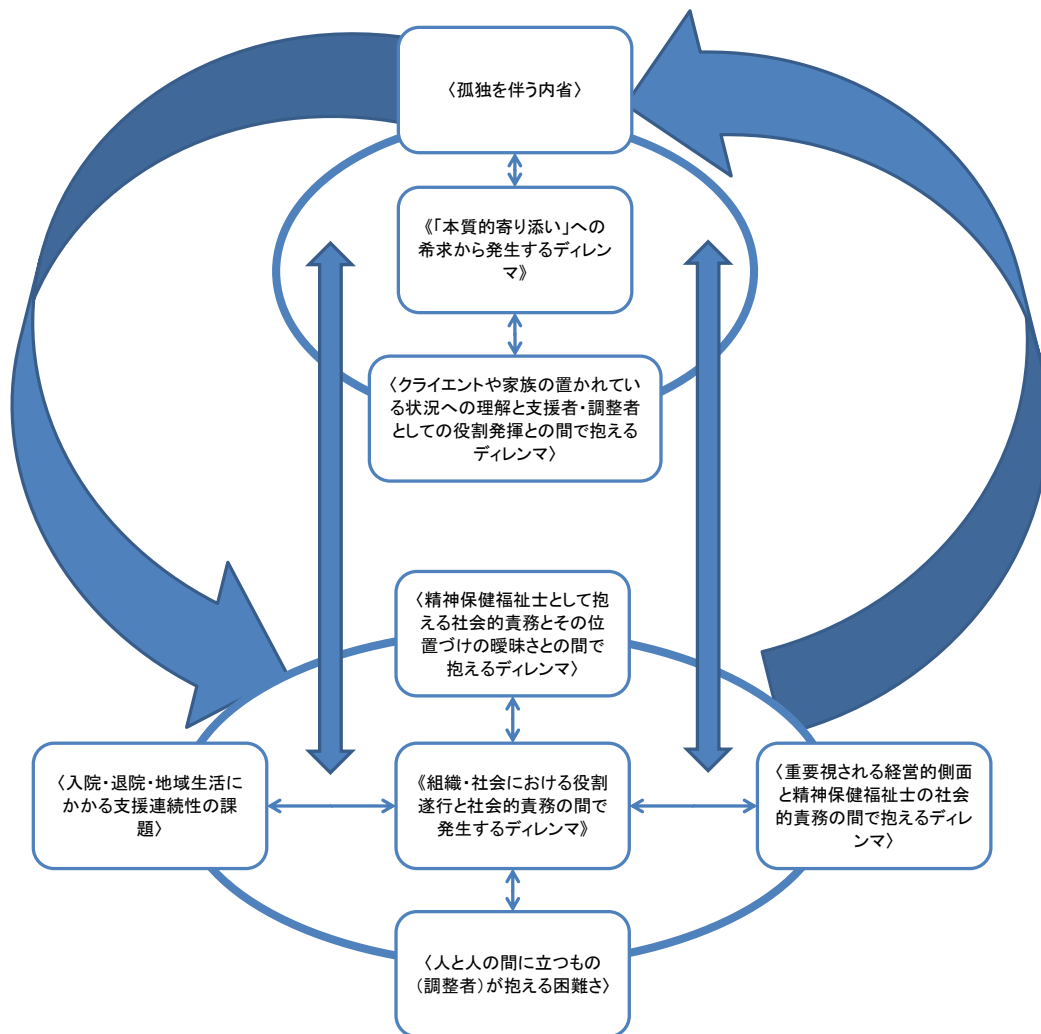
そして再出発する…求められることは課題に立ち向かう事であり、新たな価値ある誠実さと能力障害の範囲内かそれを越えた目的を回復させることである。願いは、意味のある貢献ができる地域で、生活し、仕事をし、人を愛することである」としている (Deegan 1988 : 15)。

## 第8章 調査結果の考察

### 1. 精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造の考察

分析テーマ①「精神障害者の地域移行（退院促進）支援に関連して、精神保健福祉士が抱えるディレンマの対象と内容」にもとづき、精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造を第6章で明らかにした。ここでは、コアカテゴリーは2、カテゴリーは6、サブカテゴリーは20、概念が80抽出され、全体のストーリーラインについて述べてきた。ここでは、さらに、そこで示された構成要素（コアカテゴリー、サブカテゴリーなど）間の作用と精神保健福祉士の社会的責務との関連性について、それを導いた経過、および得られた結果からどのような推定や解釈が可能かについて考察していく。

まず、「精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造」について抽出されたコアカテゴリー等の相互関係を示したい。調査対象者へのインタビュー時に得られた1次的データ（逐語記録）と抽出された構成要素について、再度往還しながら図式化を行ったのが【図8-1】（再掲）である。



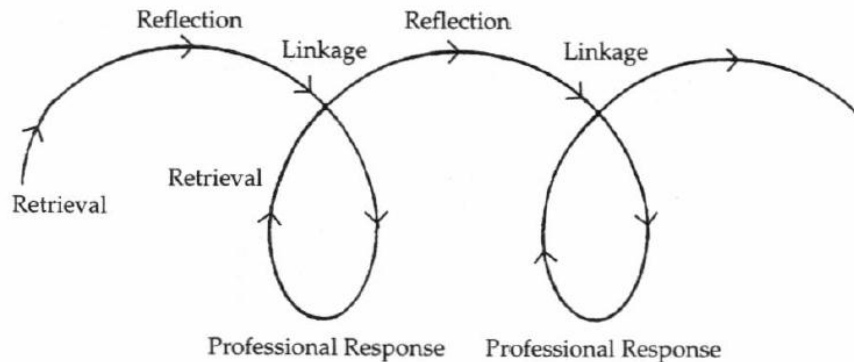
【図 8-1】 精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造（再掲）

1) ディレンマとともに存在する内省プロセス

コアカテゴリーのひとつである《「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ》は、このディレンマの構造を考える上で根幹になるものである。ここで、なぜ敢えて「本質的寄り添い」という表現になっているのかについて言及しておきたい。ソーシャルワーク実践を行う上で、「クライアントに寄り添う」とはよく耳にするものである。ここで言う「寄り添う」とは、当然、外形上の身体的な動きを表現するためのものだけに限らず、気持ちや心を表現すること（＝気懸りを持つ・かかわる）を意図として使われる。つまり形而上的なニュアンスで「寄り添う」が用いられる。そして「寄り添う」ためには寄り添う者（ソーシャルワーカー）とは別の「主体者＝クライアント」が必要になるのである。この「主体をクライエン

トにおく」という事は、クライアントに対する「かかわり」を重視しつつ、『業務指針及び業務分類』の中の「精神保健福祉士としての共通の視点」（主体性の獲得・尊重、受容、人権と権利擁護、エンパワメント、ストレングス視点、自己決定など）に収斂されていると言える（第4章における【表4-3】「精神保健福祉士の業務特性に関する整理」を参照）。しかしながら、臨床現場でクライアントに向き合う精神保健福祉士から語られた内容は「精神保健福祉士として一定の役割を担い、クライアントにかかわりながらも、自己の果たすべき社会的責務との間で抱えるディレンマ」であった。それは「寄り添う」という事を「全くできていない」という認識に立っているわけではなく、受容や傾聴といった対クライアントにおけるレベルの範囲においては丁寧に実践されている。他方で、「本質的に寄り添う」ためには、自らの置かれた立場性に目を向けなければならず、それは《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》との間で「本質的に発揮しきれない社会的責務」が存在し、クライアントとの間で「本質的に寄り添いきれない」部分があるからである。そこで敢えて《「本質的に寄り添い」への希求から発生するディレンマ》というコアカテゴリー名をつけている。《「本質的に寄り添い」への希求から発生するディレンマ》は、ミクロレベルの対クライアントや対家族間において発生するディレンマであり、倫理綱領に示される倫理基準の【利用者に対する倫理責任（利用者の利益の最優先、自己決定の尊重）】、【クライアントに対する責務（自己決定の尊重）】との間で抱えるディレンマであるといえる。

また、《「本質的に寄り添い」への希求から発生するディレンマ》に内包される〈孤独を伴う内省〉は、上述したような理由からくる《「本質的に寄り添い」への希求から発生するディレンマ》と《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》との間を往還するプロセスの中で発生するものである。この「内省する」作業は、理論と実践の統合のプロセスの中で作用するものであり、M. Bogo & E. Vaydaによれば、それらを「Integration of theory and practice(ITP)ループモデル」として以下の【図8-2】のように示している（M. Bogo & E. Vayda 1998 : 4）。



資料：Marion Bongo & Elaine Vayda(1998) The Practice of Field Instruction in Social Work Theory and Process 2nd edition,p4.

【図 8-2】ITP ループモデル

ソーシャルワーク実践は「Retrieval（想起する：思い出す）」、「Reflection（内省：考えてみる）」「Linkage（結合）」、「Professional Response（専門職としての対応）」を経る。そして、ソーシャルワーク活動は累積的であるとともに、進行していくため、ループ状（環状）の経過をたどる。それぞれのソーシャルワーカーにおける実践上の出会いは、過去の経験や新しい知識、将来の予測、計画などが織り込まれていく（M. Bogo & E. Vayda1998：3）。そして「内省する」作業について次のように述べている（M. Bogo & E. Vayda1998：5）。

ソーシャルワーカーは、集めた情報を内省のプロセスにかけるよう教え込まれているが、私たちは内省のプロセスをループの中で次の段階とみなしている。内省（Reflection）は「自己覚知」という注目すべき要素を含んでおり、それはソーシャルワーク実践の標準的な原則とされてきた。内省（Reflection）は、それがループの中で使われている限りでは実践の状況に関してのソーシャルワーカーの個人的な連想の探査である。個人的な連想は、パーソナリティの様式、同じような生活体験への特異的な反応、すなわち内面化された文化的価値に起因するかもしれない。内省の目的は、これらの過程のそれぞれについての自己認識を得ることにある。

個人の主観的な反作用は、内省（Reflection）によって思い出される。そしてなされた援助への潜在的影響について探ることができる。真実として受け取られているかもしれないが、しかしその人の民族性、人種、文化、性によって形作られた個人的な

世界観に属している文化的な構成概念であるところの仮定とか信念を吟味することが同じく重要である。他の仮定や信念の妥当性を認めることによって、開かれた対話をワーカーとクライアントの間で始められる。個人的な体験もまた、それがクライアントの状況に関するときは、認められるべきである。同じような体験は結びついたり理解したりすることを助けることができる一方、それぞれの個人は同じ生活での出来事に独自の反応をすることを認めることが重要である。加えて、状況が進展し、ループが繰り返し起こるにつれて、ソーシャルワーカーは変化を起こそうと計画した介入の効果について考えるようになる。このようにして、内省（Reflection）が遂行された援助についての継続する評価を形成し始める。

つまり、ソーシャルワーカーが個人的に内省（Reflection）を行うということはクライアントとのかかわりの場面の振り返りだけにとどまらず、クライアントと専門職としての自己が置かれた環境や関係性にも着目すること、そしてそれらを通じた「自己覚知」の重要性について説いているのである。

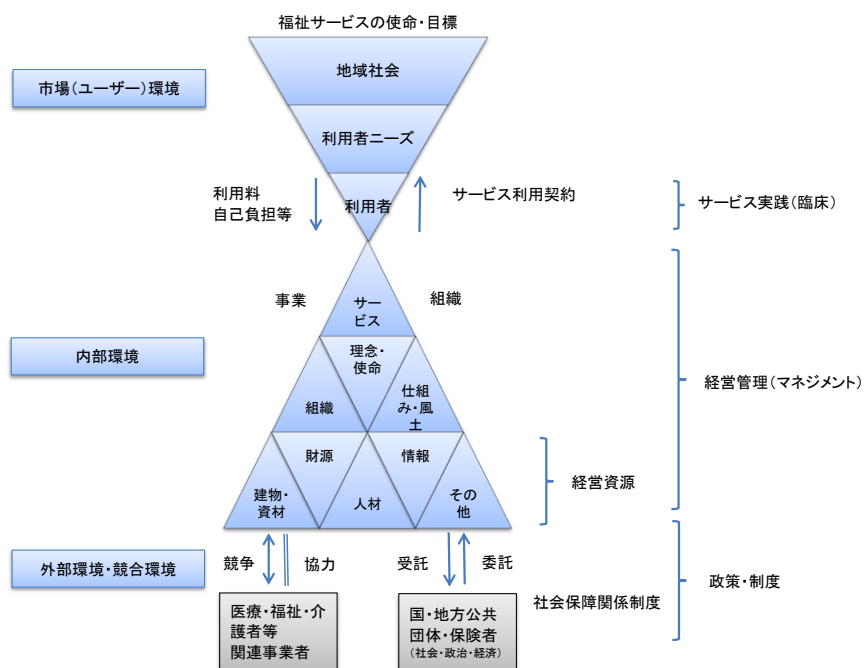
そして、この「内省」をすることが当然と考えていたり、そもそもソーシャルワーク実践の中に「内省」が組み込まれていると考えている精神保健福祉士達は、そのプロセスを一人で抱え込みがちになり、様々な困難感を消化できずに〈孤独を伴う内省〉というディレンマを抱えている。この「孤独」の背景には、〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕がある。これは、「精神保健福祉士としての成長」を希求しているがゆえの産物であり、それは時代とともに変化するクライアントや家族、社会のニーズに添って（寄り添って）行きたい（自分自身が変化していく）という思いから発生する。その根底にあるのは、自己研鑽に関する責務であり、精神保健福祉士法上の【資質向上の責務】や倫理綱領に示される倫理基準の【専門性の向上】、【専門職自律の責務】との間で抱えるディレンマであるといえる。

## 2) 組織と精神保健福祉士のディレンマ

〔地域移行やクライアントに対する責任の重さ〕は、そもそも精神保健福祉士が社会的責務として保有する精神保健福祉士法第2条に示された「地域相談支援の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと」を第一義的な社会的責務として考えた際に、その特徴的な立場とそれを担う者の少なさから発生している。これはこのような特徴を持つ精神保健福祉士固有の

ものであり、それ故、〔精神保健福祉士と他職種の立場性の違い〕から他職種に対するディレンマや分かってもらえなさ、曖昧さ、そして孤独感へと照射されているミクロからメゾレベルで起こるディレンマであるといえる。

〔変革への諦めともどかしさ〕については、精神保健福祉士個人の中で起こるディレンマであるが、組織の中での現実的課題や社会の変化に合わせた組織変革が行われない状況下でのディレンマでもあるため、倫理綱領に示される倫理基準の【実践現場における倫理責任】<sup>1)</sup>との間で抱えるディレンマとも言える。また、これらの事は『業務指針及び業務分類』において、「人々のニーズに応じ、生活者の視点でかかわることで、その人も持つ力が発揮できるような支援を行う」という個人や集団レベルの目標を達成するための「組織づくり」を業務特性として示しているが、『業務実態調査報告書』では、「所属機関内の運營業務」に携わる機会が少ないことが示されており、それを裏付けるディレンマとなっている。つまり「アドミニストレーション」<sup>2)</sup>の機能を果たそうとするプロセスの中でそれを果たすことができないような環境があり、それが《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》、ここでは特に〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉と相互に作用している。



資料：社会福祉士養成講座編集委員会編（2013）『福祉サービスの組織と経営第4版』p9.

【図 8-3】福祉サービスをめぐる内外の環境と経営管理

〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉には“組織人（被用者）として越えられない壁”が存在している。従来より、福祉サービスは【図8-3】のような市場（ユーザー）環境、内部環境、外部環境・競合環境のなかで、組織運営や事業経営が行われている。その内部環境にある「理念・使命」を核とした経営管理が臨床におけるサービス実践へと落とし込まれる。これは、医療サービスにおいても同様のことが言える。医療機関が質の高い医療サービスを提供していくため、第三者評価による認証を受けようになってきている。その認定機関である「公益社団法人日本医療機能評価機構」がいわゆる「病院機能評価」を行っている。この「病院機能評価」とは、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかどうかを評価する仕組みであり、評価の結果明らかになった課題に対し、各病院が改善に取り組むことで、医療の質向上を継続的に図っていこうとするものである。この病院機能評価の中においても「4. 理念達成に向けた組織運営」という評価における大項目が存在している（公益社団法人日本医療機能評価機構 2012：28-34）。しかしながら、精神保健福祉士がその組織運営の一部を担うようなポジションに位置付けられていなかったり、そもそも〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕が作用することでディレンマは促進される。このメゾレベルにおける〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕には二つの側面を持っていることが分析経過からわかっている。それは、「精神保健福祉士という専門職としての成長」としての側面と「組織内における管理職へのキャリアアップ」という側面である。所属組織内における精神保健福祉士の活動の文化の根付きはいまだ浅く、職種としての数も、看護職などの管理組織体制が整備されているような数の多い職種と比較しても非常に少ない。つまり組織内における「管理職の枠」が少ないだけでなく、管理職になるためのプログラムも未構築な状態ともいえる。医療サービス提供の本体である所属組織（精神科病院）の運営や経営に携わっていくためにはこのキャリアアップのプロセスが不可欠であり、それによって組織内における専門性の発信力につながり（所属組織の理念に関する意思決定プロセスや実行プロセスに関与する）、結果としてマイクロレベルにおけるクライアントに対するサービス実践として収斂されていくといえる。

また、〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉として組織にどのように精神保健福祉士自身が「処遇」されているかは、〔精神保健福祉士の役割・業務の曖昧さ＝見いだせない価値〕から発生する部分もあり、相互に補完し合ってい



る。つまり、精神保健福祉士自身が感じている専門職としての「曖昧さ」は、所属組織側も感じるものであり、結果として「組織側の精神保健福祉士に対する処遇のしにくさ」が「精神保健福祉士として見いだせない価値」を発生させていることになる。

【精神保健福祉士と他職種の立場性の違い】は、自己の社会的責務やそれに付随するクライアントへのアセスメントや対応と他職種との違いから生ずるものである。これは倫理綱領に示される倫理基準の【他の専門職との連携・協働】や【連携の責務】が果たし難い環境に陥っているという事である。この背景には先に述べたような「理解」の問題と同時に、人権や自己決定といった【クライアントに対する責務】を果たしていない他職種の問題がある。しかしながら、この「違い」が有為に作用する場面においては、その「違い」あるからこそ専門職としての独自性が特徴づけられたり、社会的意義が存在するのである。さらに、自己への理解を求める前提に、他職種への理解も当然必要なはずであるが、そこでディレンマを生じる結果となっている。

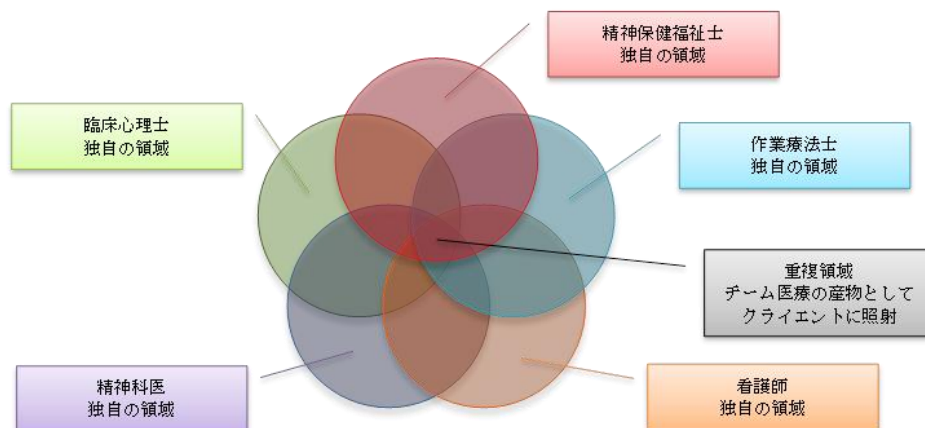
さて、これまで、わが国では多職種チームアプローチあるいは多職種協働・連携といった概念が用いられ、実践されてきた。この多職種チームを中心としたモデル（multidisciplinary team model）と超職種チーム（transdisciplinary team model）の双方の特徴からこの多職種協働・連携について考えてみたい。西尾は多職種チームと超職種チームの特徴について【表 8-1】のように示している（西尾 2002：380）。多職種チームは個々の専門性を最大限活かすため、アセスメントや計画、支援が職域ごとに設定されがちである。それは、情報の共有であったり他職種の行っているクライアントに対するはたらきかけを「知っている」という程度にとどまりがちで、統一されたアセスメントやチームとして得られた産物が直接クライアントへのサービスに注ぎ込まれることは少ない。

【表 8-1】 チームモデルの比較

	多職種チーム	超職種チーム
アセスメント	職域毎に分類	同席かつ包括的
サービス利用者の参加	個々のスタッフとの面接	積極的に参加するチームメンバーの一人
支援計画の作成	職域毎に分割	スタッフと利用者による共同計画
支援計画の施行	支援計画中の職域に関連した部分を担当	計画施行とモニタリングにチームとして責任を持つ
コミュニケーションの流れ	非公式	定期的なチームミーティングの中で情報、知識、技術が共有される
根底にある哲学	多職種の重要性を認識している	統合された支援計画を実行するにあたり、あらゆる局面で職域を越えた仕事をする
スタッフの成長	職域毎の独立性	職域を越えて機能する統合的要素としてのチームの建設

資料：西尾雅明（2002）「脱施設化の理念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性」『病院・地域精神医学』p380.

他方、超職種チームでは、根底にある哲学として「職域を越えて仕事をする」ことで「職域を越えて機能する」チームとして成長させる。当然、アセスメントも多職種が同席のもと行われ、認識と方向性を一致させる。これは、【図 8-4】に示したように、超職種チームではお互いの役割に重複する点があり、その重なりあいを持ってしてクライアントにチーム医療を提供する。他方、他の専門職種が重複できないエリアがその専門職の独自の領域であり、大切にしなければならない「社会的責務」の一つでもある。精神保健福祉士においては、それが「クライアントの自己決定」や「権利擁護」の視点になるといえる。多くの精神保健福祉士が勤務している精神科病院の現状では、このレベルにまだ到達していないがゆえ、こういった一連のディレンマが発生しているともいえる。



【図 8-4】 超職種チームにおける各職種の領域

しかし、ここでひとつの問いが発生する。「所属機関の中で、本質的な権利擁護は行えるのか」という事である。簡単な例を挙げてみたい。入院しているクライアントに対する退院請求や処遇改善請求（精神保健福祉法第 38 条の 5）を「することができる」ことを情報提供しているだけでは本質的な権利擁護とは言えない。そのようなことがないような所属機関内における予防的関わり、実践、そして、クライアントがその権利を行使しようとしたときに、クライアントの側に立って（寄り添って）権利侵害者である所属組織と向き合うことが本質的に可能なのかという事である。調査結果の中では【組織人（被用者）として越えられない壁】が所属組織の中にあり、精神保健福祉士として「積極的に行いたい業務や担いたい役割」がある一方、組織人として「仕方なくやらされている業務や担わされている役割」があった事も事実である（例として【役割としてのベッドコントロール】、【クライアントの希望（主体的意思）と提供されている医療サービスの相違】）。そこでは、〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉が発生している。これらは、社会的責務として倫理綱領に示される倫理基準の【利用者の利益の最優先】や【権利侵害の防止】、【自己決定の尊重】などに触れていることを精神保健福祉士が感じているからであり、広義の解釈をするならば、倫理綱領に示される価値と原則における【社会正義】が内面で問われているのである。このようなディレンマについて Frederic G. Reamer は、「分裂したロイヤリティ」と表現し、次のように述べている（Frederic G. Reamer=2001：154）。

個人開業や独立開業ではないソーシャルワーカーは、ときどきクライアントと雇用主の利益の間で引き裂かれていることに気づく。管理者の決定、または機関の実践が、クライアントを知らない間に害しているという事をソーシャルワーカーが信じたときに、これが発生する。これらの状態が分裂したロイヤリティの問題をソーシャルワーカーに与え、そのとき実践者は、雇用主の利益かクライアントの利益のいずれが優先するかを選択しなければならない。

このようにクライアントを主体とし、クライアントに寄り添いながら権利擁護を果たしていこうと、精神保健福祉士は所属組織内で社会的責務を果たしていこうとする。そこでは組織の果たそうとする役割とずれが生じ、「組織人でありながら組織の中で異質な存在」になりうる。この種の問題は、精神保健福祉士国家資格制定の前から散見された問題でもある。こ

れについて日本精神保健福祉士協会はその『日本精神保健福祉士協会 40 年史』の中でいくつかの事例を挙げ、次のように述べている（社団法人日本精神保健福祉士協会 2004：32-33）。

精神医療の現場に現れた矛盾は、精神障害者の人権に深くかかわろうとするために PSW 自身の身分や生活に不安定をきたすという問題と、逆に PSW 自身の身分の保身が招く精神障害者の人権抑圧の問題でもあった。

病院の PSW が患者の立場に立って社会復帰を促進する際に生じる PSW の地位の低さと不安定さを示す事例としては、三重県の精神科病院で食費のピンハネ問題が新聞報道され、病院の PSW が解雇されそうになったことや、東京都の病院では患者の社会復帰を巡って病院と対立した「I」PSW が解雇を命じられた事件が発生した。後者の事例としては『ルポ・精神病棟』で告発された病院における、当協会員による入院患者の選挙権行使にまつわる人権侵害の問題や、愛知県の病院において PSW が実質的に医師の業務役割を引き受けていた問題などであった。

この種の問題は古くて新しい、継続的な問題でもある。時代とともに精神障害者の人権に関する諸問題への取り組みや、社会的入院問題へのクローズアップから様々な施策が打ち出されてきてはいる。この間、精神保健福祉士という国家資格もできた。しかし、そこに至ってもなお、本質的に変わらない問題として残っている。そのことが今回の調査結果から明らかになったと言える。

精神保健福祉士は社会的責務を精神保健福祉士法や倫理綱領などにより背負っているが、一方で付与される「権限」が非常に限られていることに気づく。精神保健福祉士が「業務独占」ではなく「名称独占」であることもその理由の一つであるが、精神保健福祉士が果たそうとする社会的責務は精神保健福祉士自身に付与された権限の行使ではなく、「クライアントの側に存在する権利を守ることで自らの社会的責務が全うされるという立場性」にあるのである。この立場性は先に掲げた〈クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ〉にも強く作用している。ここに新たな矛盾やそれに伴って発生してきた国家資格やソーシャルワーカーという存在そのものが元来抱える制度設計上のディレンマがある。

さらに、〔業務や社会的責務に対する社会的評価の低さ〕もこれらには関係する。不安定な立場性やそれらによって発生する種々のディレンマの原因が「社会的評価（診療報酬上の位

置づけ、院内での評価)」に起因するという側面と、そういった社会的評価がなされないために、負担感に対する報酬の低さが発生し、精神保健福祉士として活動していくこと（生きていくこと）のモチベーションを保つことを困難にしている。

ソーシャルワーカーや精神保健福祉士の「権限」という点から考えると、**〈人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ〉**にも大きな作用がある。精神保健福祉士の業務の中にある「連携・調整」については、精神保健福祉士がネットワーク活動を行う上で重要な役割である。また、職種間・機関間のカンファレンス、ケース会議などの日程調整や情報共有の機会の保持のためにも必要な役割である。権限が不明瞭な中でこの役割を担う時、調整する上で一番犠牲にしがちなのが自らの都合になることは容易に推測できる。「クライアントの支援のために調整をお願いします」が権限として行使されないのであれば、そこに「申し訳なさ」が重なり、負担感を募らせる。まして、この一連の連携・調整を行う精神保健福祉士の業務に対する診療報酬上の評価はないために、負担感に対する評価という形での解消には繋がらない。

ソーシャルワーカーや精神保健福祉士は生きづらさや困難を抱えるクライアントの目の前にある状況だけをアセスメントの対象としない。人と環境を捉える視点や、個々の生活から共生社会の実現へ向けた働きかけを行う。そのプロセスでは時間の経過にともなう人の成長・発達や変化、そしてクライアントと援助者の関係性の変化という概念が存在してくる（例：第4章にて紹介した社団法人日本精神保健福祉士協会の示している「時系列変化を加味した精神保健福祉士の視点」など）。その点において、クライアントへの支援を**〈入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題〉**というディレンマの中で行っていることが明らかとなっている。特に連携は時間軸を同じにした横断的な連携や支援はよくなされている。しかしながら、クライアントの変化や環境側の変化、時間の経過と関わるものの存在を意識した縦断的連携はなされていないことが調査結果から分かっている。退院支援を担う時、それは入院している状況への支援と継続しながら、退院後の支援を検討し、関係機関と連携を図っていくことが必要になってくる。〔**関係機関の受け入れに対する否定的態度**〕、〔**支援連続性における困難さ**〕には、そういった入院から退院へとシフトしていく中で、様々な変化の中に生きるクライアントと関係者の変化、支援者側の変化と連続性を持ったかかわりへのディレンマが表出されている。

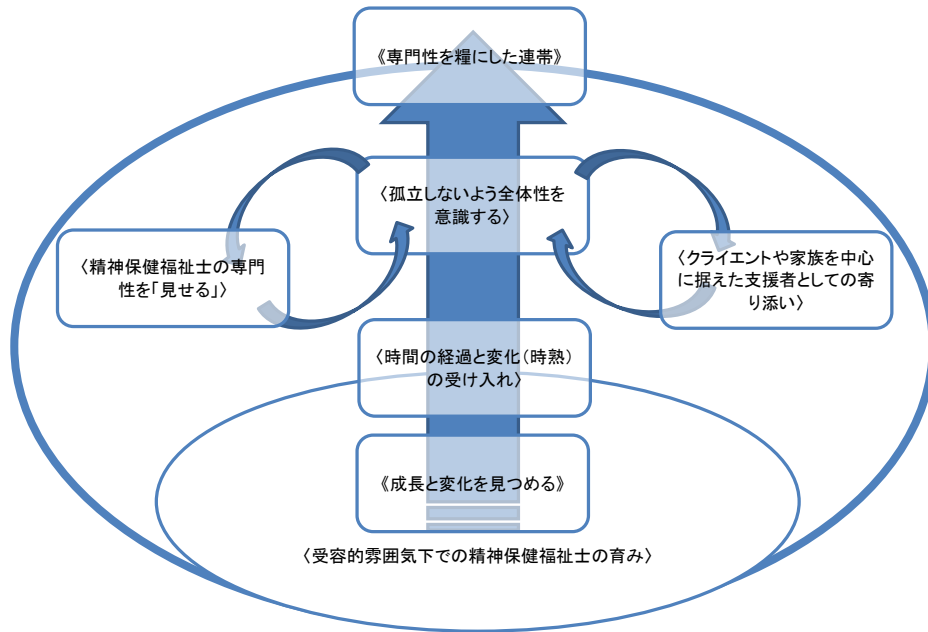
〔**関係機関の受け入れに対する否定的態度**〕は、同じ保健医療福祉のサービスを担っているはずの関係機関に対し、根底にあるべき人の幸福や人間の尊重といった価値と原則を共有

できていないことから生じるメゾ・マクロレベルのディレンマである。それぞれの関係機関には法的根拠があり、そこで果たすべき役割も定められている。例えば福祉事務所は社会福祉法第14条に規定された「福祉に関する事務所」であり生活保護法を中心とした福祉三法ないし福祉六法を所管している。さらに「現業を行う所員」（いわゆるケースワーカー）は同法第15条に「現業を行う所員は、所の長の指揮監督を受けて、援護、育成又は更生の措置を要する者等の家庭を訪問し、又は訪問しないで、これらの者に面接し、本人の資産、環境等を調査し、保護その他の措置の必要の有無及びその種類を判断し、本人に対し生活指導を行う等の事務をつかさどる」、「社会福祉主事でなければならない」と規定されている。すなわち、生活保護で入院をしているクライアントの退院支援に深くかかわる専門職であり、その支援の根拠が「本人に対し生活指導を行う」と明確に示されているのである。そういった存在である他機関の専門職と連携を行いながら支援連続性を担保していこうとする時に、他機関の専門職が「役割を遂行していない」と感じる時にディレンマが発生する。協働で退院支援を担えない状況下では、精神保健福祉士自身が「本来、他機関の専門職が果たすべき社会的責務を担わされている状態」になっているともいえる。この背景には、精神保健福祉士が果たすべき社会的責務が他者との関係性で成り立つものであるが故に発生するディレンマでもあり、目の前の【利用者の利益の最優先】、や【社会正義】といった倫理や価値を尊重し、実行するために抱え込んでしまうディレンマでもある。

## 2. 精神保健福祉士のディレンマへの対応の構造の考察

分析テーマ②「精神保健福祉士は、そのディレンマをどのように受け入れ、対応（処理）しているのか」にもとづき、精神保健福祉士の抱えるディレンマへの対応の構造を第7章で述べた。ここでは、コアカテゴリーは2、カテゴリーは5、サブカテゴリーは17、概念が71抽出され、全体のストーリーラインについて述べてきた。ここでは、さらに、そこで示された構成要素（コアカテゴリー、サブカテゴリーなど）間の作用と精神保健福祉士の社会的責務との関連性について、それを導いた経過、および得られた結果に関し、若干の説明を加えたい。

まず、「精神保健福祉士の抱えるディレンマへの対応の構造」について抽出されたコアカテゴリー等の相互関係を示したい。調査対象者へのインタビュー時に得られた1次的データ（逐語記録）と抽出された構成要素について、再度往還しながら図式化を行ったのが【図8-5】（再掲）である。

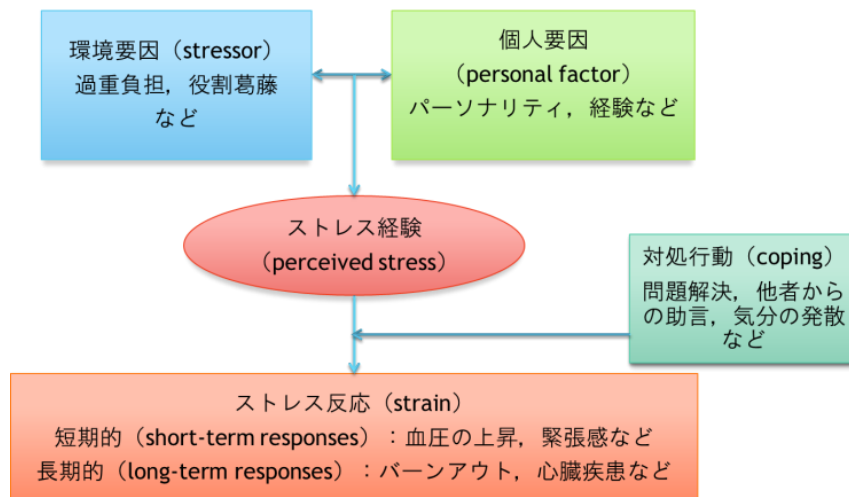


【図 8-5】精神保健福祉士の抱えるディレンマへの対応の構造（再掲）

#### 1) ディレンマへの対応とバーンアウト・スーパービジョン

精神保健福祉士が担う地域移行や退院支援に関する先行研究が少ないことは第 1 章で述べてきた。そして、それに対する対応に関してもまだ十分な研究結果を得られてはいない。「ソーシャルワーカーの倫理的ディレンマへの対応」について焦点を絞るといくつかの先行研究が散見される。その中で、Lowenberg, F.M. と Dolgoff, R. は倫理的ディレンマを解決するための優先順位について、「第 1 に ERS (Ethical Rules Screen) を試みる。①ワーカーの個人的倫理観よりも倫理綱領を優先させる。②倫理綱領を適用できればそれに従う。③もし倫理綱領に具体的な適用策がないとき、EPS に従う。EPS (Ethical Principles Screen) の優先順位は、①生命の保護、②平等、③自由・自立、④最小限の害、⑤生活の質、⑥プライバシーと秘密保持、⑦誠実さと開示」(Lowenberg, F.M. & Dolgoff, R. 1996 : 63) のように示している。また、これらの前提として「ディレンマの状況を知る」ことや「スーパーバイザーからの情報・助言を得る」(川村 2002 : 69-71) が必要になる。しかし、対象者から語られたディレンマの内容とそれに対する対応はこれらとは必ずしも一致しない。ディレンマの内容は対クライアントやその周囲の環境だけで起こっているものではなく、自らの所属する機関との関係性に起因するものや、それによって対応ができないでいる状態が散見されるケース、さらにはソーシャルワークそのものが保有するディレンマ、スーパーバイザーの不在があった。そのような状況下におけるディレンマの対応は、「対応としては消極的」だが、バーンア

ウトを防止するための対処行動が中心になっていると考えられる。そこで、ここでは、バーンアウトの要因や対処法と、本研究にて抽出されたディレンマへの対応を合わせて考えてみたい。



資料：田尾雅夫編（2001）『組織行動の社会心理学』北大路書房，p100.

【図 8-6】 バーンアウトの原因

田尾はバーンアウトの原因を【図 8-6】のように示している（田尾 2001 : 100）。バーンアウトの直接の要因になるストレスの経験は環境要因と個人要因に分類され、それらが引き起こしたストレスに対し、対処行動がなされなかったり、その許容範囲を超えることでストレス反応のひとつの結果としてバーンアウトが起こる。この対処行動のひとつが今回抽出された「ディレンマへの対応」であるといえる。この対処行動はさらに以下の【表 8-2】のように分類されている（田尾 2001 : 105）。



【表 8-2】対処行動の分類

対処行動の種類	具体例
<b>問題中心型対処行動</b> 情報検索 (information seeking) 問題解決 (problem solving)	専門家や友人に相談する 関係者の意見を聞く 問題解決のために積極的に行動する 関係者間の利害を調整する
<b>情動中心型対処行動</b> 気持ちの調整 (affection regulation) 気分の発散 (emotional discharge)	問題を悲観的に受け取らない しばらく問題を放置しておく 怒りや不満を他人にぶちまける 飲酒などで緊張を和らげる
<b>評価中心型対処行動</b> 客観的な分析 (logical analysis)	問題を多様な観点から捉えなおす

資料：田尾雅夫編（2001）『組織行動の社会心理学』北大路書房，p105.

ここで、本研究で抽出された「ディレンマへの対応」を見てみたい。まず、精神保健福祉士は時間的経過に敏感であり、時間的経過の中の自己の変化や環境要因に目を向けている。これは M. Bogo & E. Vayda が示した「Reflection：内省」のプロセス（M. Bogo & E. Vayda1998：5-6）と重複する。すなわち、〈受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み〉という環境への着目と、〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉という時系列変化によって生じる自己と環境の変化を感じることで感情面でのディレンマに対する対応がなされていたり、役割発揮におけるディレンマに対しては、成長と環境の変化を対象に照射できるようになることでディレンマを軽減していることがわかる。また、この〈受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み〉について注目してみたい。ディレンマを抱え、身動きが取れなくなった場合、岩崎の言うように、「一人で抱え込まずに開示し、スーパービジョンやコンサルテーションを受ける」（岩崎 2012：132）ことの重要性はよく言われる事である。スーパービジョンの方法としての機能<sup>3)</sup>を考えるならば、これらのディレンマ（感情や問題）に対する決定的要素ともなる。福山はそれらの機能を臨床の場で用いる際のチェックシートを【表 8-3】のように示している（福山 2005：205）が、このような管理的機能に対する「チェック項目」や「明確にするポイント」そのものについての曖昧さが存在していたり、それを確信できる段階に至っていないという資格制度上のディレンマがある時、このスーパービジョンの機能は果たされにくい。

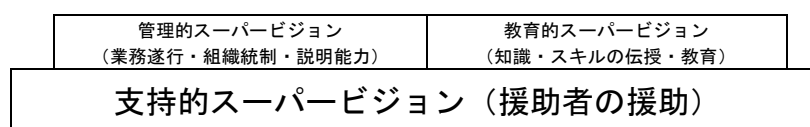
【表 8-3】スーパービジョンのチェックリスト

機能の確認	チェック項目	明確にするポイント	チェック/○印
管理機能 「何をしたか」 「何をしようとしているか」	①職務・職責、役割・機能をj確認する。	仕事上の立場・職位、責任範囲	
	②業務・援助行動の計画性を確認する。	援助目的・計画・援助期間・援助内容・具体的効果	
	③業務・援助の考え方や視点に社会福祉の専門性に関する理論・情報・技術・価値を活用したかを確認する。	理論・知識 技術 情報 価値	
	④業務・援助の効果予測を確認する。	効果 限界	
教育機能 「何が不足しているか」	上欄 4 項目についての不足部分を確認する。		
支持機能 「何を悩んでいるか」	上欄 4 項目にまつわる悩み、不安、自信喪失を確認する。	悩み 不安 自信がない	

資料：福山和女（2005）『ソーシャルワークのスーパービジョン』ミネルヴァ書房，p205.

つまり、スーパービジョンの形態や内容以前に、精神保健福祉士の所属組織内での位置づけや業務の範囲を明確にしておかなければならないことに気付かされる。そして、多くの場合、それらがなされていない現状にあることが本研究で分かっている。精神保健福祉士自身の役割や業務の範囲が曖昧なままその使命を遂行すると、様々なところで問題が生じることは想像に難くない。それは精神保健福祉士自身の内面で起こるものであったり、援助の過程や場面で表面化しやすい。そうすると、多くの精神保健福祉士がスーパービジョンに求めることは「支持機能」に限定されがちになる。

この、支持的スーパービジョン（援助者の援助）の重要性を説いた村田は「対人援助の臨床で、ワーカーの不満・自信喪失・無気力はそれだけで単独に存在するものではなく、必ず具体的な仕事上の困難や失敗、組織上の矛盾などがそこに混在している」（村田 2010：200）と示している。本来であれば、村田の言うように、支持的スーパービジョンを基盤とした【図 8-7】の上部構造（管理的スーパービジョンと教育的スーパービジョン）へ展開していくべきところが、そこに留まりがちになるのも上述したような理由と合致する。



資料：村田久行（2010）『援助者の援助—支持的スーパービジョンの理論と実際—』川島書店，p5.

【図 8-7】 スーパービジョンの構造：新たな枠組み

ただし、多くの調査対象者の語りからも分かっているように、スーパービジョン体制は確立さ

れていないのが現状であり、その部分に対するディレンマの蓄積も見られた（〔精神保健福祉士として「育つ体制」の未確立〕、「組織内スーパービジョン体制の未確立」など）。スーパービジョンは、先に示した村田の言うように「援助者の援助」が根底にある。よって、「スーパーバイザー（以下、バイザー）である援助者」が元気になる、あるいはスッキリするといった「快」の感覚や感情を持ってそれを終えることが肝要であろう。しかし、あくまでも、スーパーバイザー（以下、バイザー）とバイザーの「関係性」が根底にあるため、有意にのみ作用するとは言い難い。次の二つのスーパービジョンを例にとって考えてみたい。

- ① 職場内のスーパービジョン（職場の上司・経験豊富な者がバイザーを担うパターン）
- ② 職場の域を超えたスーパービジョン（外部の人間をバイザーとして招いたパターン）

この二者にどのような特徴が見られるだろうか、ここでは、そのメリットではなく、批判的考察から迫ってみたい。所属機関内に複数名の精神保健福祉士が配置されている事が前提になる①の場合、タイムリーなスーパービジョンができるというメリットがあることは言うまでもないが、「管理者である上司（経験者）」（以下、経験者）と「管理され指導を受ける部下（新人）」（以下、新人）という構図のままスーパービジョンが構成されがちである。その関係性においては、ある意味で大きな「権力の差」が生じる。「経験者」は専門的知識や技術、経験を持ち合わせており、それを「新人」に対し提供する。一方、「新人」は専門的知識や技術を求める立場にあり、「経験者」に依存しなければならない状態がそもそもの前提としてある。「経験者」には、バイザーとしての職責と同時に、「新人」を育て、職場・職域で一定の評価を得ていかなければならないという側面もある。さらには、「どのような部下（同僚）を育てたか」が「経験者」の直接の評価（場合によっては所属機関内における精神保健福祉士そのものの評価）にも繋がると考えるとどうだろうか。「スーパービジョン＝援助者の援助」と考えたときに、この「関係性」が肯定的にのみ作用するだろうか。「援助する側」や「それを受ける側」が同格であることを基本軸としているソーシャルワーカーの専門性からすると、そもそもの部分で「ズレ」が生じているのかもしれない。簡潔に述べると、「経験者」には「バイザーとしての特徴的な資質」が要求されるということである。

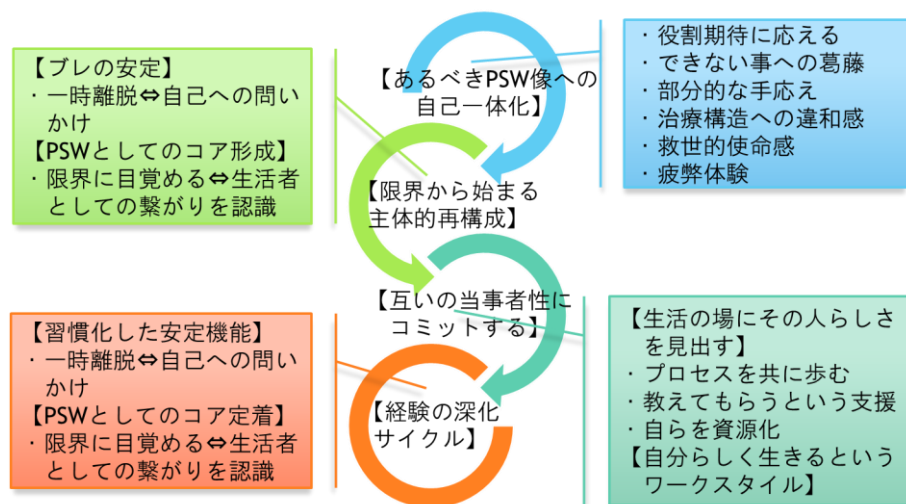
では、②の場合はどうだろうか。この立場性であれば、職場環境に左右されない。つまり、客観性の保持が有意であったり、「バイザーとしての職責だけがその機関内で作用する」といったメリットも考えられる。他方、精神科病院内の精神保健福祉士の置かれた職場内の詳細な状況をつかんでいないという面や、タイムリーに介入できないという難点もある。加えて「バイザーがバイザーを選ぶ」システムがなければこの機能はうまく作用しない。

この二つの観点と本研究におけるディレンマの構造のからすると、スーパービジョン体制は決

して十分とは言えない状況にある。つまり、必要に応じて「気軽にスーパービジョンを受ける機会」が担保されていないので、「問題中心型対処行動」や「評価中心型対処行動」をスーパービジョンによって促進することができずにいる。そのような状況下においても精神保健福祉士は確立されたスーパービジョンの場の代替として「受容的雰囲気のある場所」を求めていた。そこで、「情動中心型対処行動」を行うことで、現在のモチベーションをかりうじて維持している（バーンアウトを防ぐ）状況にある（＝消極的な意味でのディレンマへの対応）と言える。

## 2) 時間の経過と変化、成長の鳥瞰

また、〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉は、成長する自己への気づきや情動の変化（例：「ゆるくなる」ことで現実を受け入れられるようになる）、〔折り合いをつける〕、環境の変化に身を委ねることで、「情動中心型対処行動」がとられたり、あるいは環境の変化が起ることで間接的に「問題中心型対処行動」をとれるようになる事が促進される現状にあるといえる。なお、この「成長」というポイントに焦点を絞っている横山は、役割葛藤などから発生した自己への問いかけが、経験と成長に合わせて精神保健福祉士としてのコアを定着させるとしている（横山 2006：29-42）（【図 8-8】）。これは、時間を逆に捉えることで、成長プロセスにおけるディレンマの必要性を示しているものともいえる。



資料：横山登志子（2006）「「現場」での「経験」を通したソーシャルワーカーの主体的再構成プロセス—医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーに着目して—」『社会福祉学』47（3），p29-42 をもとに筆者が作成

【図 8-8】 医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーが  
経験を通して獲得する援助観の生成プロセス

さて、《成長と変化を見つめる》という視点の先には、所属組織や関係機関間で孤立しないための営みや、クライアントの自己決定や主体性の尊重を推進していく、すなわち精神保健福祉士自身に課せられた社会的責務を全うしていくための方法が集約され、《専門性を糧にした連帯》として収斂されている。これら連帯のための様々な対応は、「ソーシャルワーク実践」における技術や根底にある価値観と実によく重複している。《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》に対しては〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉ことで曖昧さや分かりにくさに対する攻めの姿勢を、他方、〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉を行うことで、倫理綱領や自らの社会的責務などを盾としてディレンマを防ごうとする姿勢が見られる。そして、この両方のディレンマへの対応を推進していくうえで欠かせないのが「チーム医療スタッフ」の存在や関係機関である。この関係性の中で生きるという特徴を持つ精神保健福祉士がディレンマの中で生存していくために、「自己理解」だけではなく「他者理解」を前提としたチームワークが必要であり、〈孤立しないよう全体性を意識する〉ことを心がけていることが明らかとなっている。このことよって、〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉ことで曖昧さや分かりにくさに対する攻めの姿勢と〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉を行うことでディレンマを防ごうとする姿勢の両者が円滑に機能し、「問題中心型対処行動」がとられているのである。

### 3. ディレンマとディレンマへの対応の関係性

#### 1) 関係性の概念図

ここまで、抽出・整理してきたディレンマの構造ならびにディレンマへの対応の構造分析の考察を行ってきた。以下にその両者の関係性について図式化【図 8-9】を試み、考察を深めたい。



【図 8-9】 デイレンマとディレンマへの対応の関係性

【図 8-9】のように精神保健福祉士の抱えるディレンマは《成長と変化を見つめる》プロセスにおいて、情緒面において解消・軽減されていくことがわかる（情動中心型対処行動）。他方で、ディレンマに対して《専門性を糧にした連帯》の中に身をおいたり、意識して周囲に働きかけることでそれを軽減しようとする働きかけも見られる（問題中心型対処行動）。しかしながら、この問題中心型対処行動の多くは「ディレンマの解決の方法」としては矛盾を残す部分があることがわかった。以下、その双方に着目した考察を行いたい。

## 2) 情動中心型対処行動により解消・軽減されるディレンマ

精神保健福祉士の抱えるディレンマのコアカテゴリーである《「本質的寄り添い」への希求から発生するディレンマ》と《組織・社会における役割遂行と社会的責務の間で発生するディレンマ》の双方は、《成長と変化を見つめる》という内省のプロセスにおいて、感情面におけるディレンマをある程度解消したり軽減することができている。これは同職種間でのコミュニケーションや専門職団体への参画により、〈受容的雰囲気下での精神保健福祉士の育み〉が「場」として設定されているからである。この「場」こそが、ディレンマを抱える精神保健福祉士に安心感とある種の「癒し」を与え、情緒的安定を図ることを促進している。精神保健福祉士はクライアントの支援を行う際に「ピアカウンセリング」や「ピアサポート」、あるいは「家族会」、「セルフヘルプグループ」という場や機能を用いることがある。臨床現場の実践プロセスの中で傷つき、疲れ、苦しみ、疲弊していく自己に対しても、同様な「場と機能」を備える「受容的雰囲気のあるグループ」を求め、関与している。また、このような安心かつ否定されない環境が、精神保健福祉士自身や環境をターゲットとした〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉ができる余裕を生み出しているともいえる。こういった「可変性を持つ未来への期待」も精神保健福祉士の情緒的安定に大きく貢献していることがわかる。

## 3) 問題中心型対処行動により軽減されるディレンマと矛盾として残るディレンマ

### ① 役割発揮上のディレンマの解消とその矛盾

まず、精神保健福祉士としての役割発揮をしようとする際に発生するディレンマに注目したい。それへ対応として「役割発揮を行うことで解消していこうとする」自己矛盾を抱えている。倫理綱領や倫理基準を順守していこうとする自己の内面における判断基準の補強として有効な活用法であったり、クライアントの支援にかかる表面的な他者への関与や、継続して検討せずともよい事項などへの働きかけを行う分には有効である。ただし、例えば〈クラ

イェントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ) に対し〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉という方法には矛盾が生じる。また、〈クライアントや家族の置かれている状況への理解と支援者・調整者としての役割発揮との間で抱えるディレンマ〉と〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉や、〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉と〈精神保健福祉士の専門性を「見せる」〉という行為においても同様のことが言える。すなわち、これらのディレンマとその対応では本質的な解消・解決には至らないことがわかる。

## ②組織的取り組みがなされないことで残るディレンマ

これまでも述べてきたが、ほとんどすべての精神保健福祉士は何らかの「組織」に所属している。また、本研究の対象となる精神保健福祉士は精神科病院という「組織」に所属している。それだけではなく、院内のスタッフや他の機関を含めた支援チームにも同時に所属することになる。そのため、精神保健福祉士が組織の中で役割発揮を行う時、自らがディレンマに対する方法として他者や組織に対して関わる場合に矛盾が発生する。例えば〈孤独を伴う内省〉は組織の中で自らの振りをを行う際、「分かってもらえなさ」や「スーパーバイザーの不在」などが原因で起こるものであり、それに対し組織的取り組みのないまま〈孤立しないよう全体性を意識する〉という取り組みを行っても自らの組織における身の処し方を考えたり、組織人としての精神保健福祉士の役割を考えるにとどまりがちになり、根本的な解決には至らない。また、〈入院・退院・地域生活にかかる支援連続性の課題〉においても、精神保健福祉士はチーム医療の一部を担うにすぎず、〈孤立しないよう全体性を意識する〉を継続的に行ってもチームの中で「異質な存在」として扱われないようにする、あるいは「組織にうまく順応する」ことで情緒的安定を図ることが中心になりがちになるとも言える。

さらに、〈重要視される経営的側面と精神保健福祉士の社会的責務の間で抱えるディレンマ〉に対し、〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉という方法では矛盾が生じる。これも、倫理綱領や倫理基準を順守していこうとする自己の内面における判断基準の補強として有効な活用法ではあるが、クライアントと所属組織という「二重のロイヤリティ」に縛られている状態の精神保健福祉士で、自己の立場性の保全を優先的に考える時に矛盾が生じ、ディレンマの根本的解決にはならない。また、所属組織側がどのような働きかけを精神保健福祉士自身に行うかも重要な要素であるが、精神保健福祉士が権利擁護を積極的に行おうとする時、組織にとって対立関係に位置付けられることで身分が守られにく



いということはこれまでの歴史的事実（日本精神保健福祉士協会 2004：32-33）としてわかっているところである。さらに〈精神保健福祉士として抱える社会的責務とその位置づけの曖昧さとの間で抱えるディレンマ〉が存在する中で、〈時間の経過と変化（時熟）の受け入れ〉で対応できる部分は、先に述べたような情動中心型対処行動が中心になるため、精神保健福祉士の内省のプロセスの中で「可変性を持つ未来」への期待から自己の成長やキャリアの蓄積に関心が注がれる。あるいは組織の変化や組織をも含む社会環境、制度施策の変化への期待により情緒面でのディレンマは軽減する。しかし、この精神保健福祉士の抱く環境の変化への期待は、現在抱えている精神保健福祉士という「個」が抱えているディレンマと大きな乖離が存在するのも事実である。「個」の内面で起こっているディレンマが社会環境との間でどのような関係性を持ち、その社会環境にどのように働きかけていけばよいのかに気づき、実行することは容易なことではない<sup>4)</sup>。そのためにはスーパービジョン体制の確立や、ソーシャルアクションを実行できる技術と経験、それを許容する環境が必要となってくる。特にソーシャルアクションには「個」の持つ力だけでは作用せず、その「個」考えや意見を集団として集約、社会との関係の中で吟味し専門職団体などを活用しながら進めていく必要がある。そのプロセス<sup>5)</sup>にはは多くの時間とエネルギーを要することもわかっている。ここでも、ディレンマへの対応としてソーシャルワークが用いられることでディレンマが持続してしまっていることがわかる。

### ③曖昧さ・根拠・不明瞭な権限により持続されるディレンマ

精神保健福祉士が社会的責務背負い役割や機能を果たしていこうとする時、一方で付与される「権限」が非常に限られていることや、専門職としての曖昧さや不透明な根拠について先に述べてきた。この状況下において、〈人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ〉が〈クライアントや家族を中心に据えた支援者としての寄り添い〉や〈孤立しないよう全体性を意識する〉という行為によって対応されようとする時、表面的な対処や一時的な行動におけるディレンマは軽減するが、本質的な部分での変化や困難さは解消されないで残る。特に孤立しないために全体性を意識してソーシャルワーク実践を行う事は、「窮屈さ」を精神保健福祉士に与え、それが〈人と人の間に立つもの（調整者）が抱える困難さ〉を再促進しているとも言える。

### ④評価中心型対処行動としてのスーパービジョン・管理機能の不足とその関係性

体系立てられたスーパービジョン体制の未確立により、精神保健福祉士としての育ち方に大きな課題があることもわかった。他方、そういう状況下においては、先に述べたように内

外の同職種や受容的雰囲気の下で情緒的側面におけるディレンマの解消を図る（情動中心型対処行動）。しかし、それでは根本的な課題の解決には至らず、一時的な情緒の安定は保たれても時間の経過とともに同じディレンマを抱える（ディレンマのルーティン化）ことも想定できる。そこで、自らの育ちを客観的評価により確認していくプロセスや、教育され、育つ（専門職として、組織人として）ためのシステムが必要になるのである。そのためにスーパービジョン（管理的・教育的）体制が求められるが、これまで述べてきたようにその体制は圧倒的に不足している。それはスーパーバイザーの数そのもの不足やその役割の担いにくさという部分からの影響もある。

例えば、「スーパーバイザーになる」ためのプロセスとして、日本精神保健福祉士協会では「認定スーパーバイザー」という専門職団体内の認定資格を保有している。ただし、この資格を保有しているのは全国で58人とどまっている。なお、調査対象となった鹿児島県には存在しない（日本精神保健福祉士協会 2013：認定スーパーバイザー登録者一覧）。さらに、資格はなくとも組織内でスーパービジョンがなされることのデメリット、組織外のスーパーバイザーを招いたパターンのデメリットなどから定着しにくい状況もある。結果として精神保健福祉士は「評価中心型対処行動」の機会に恵まれていないこととなる。さらに、スーパーバイザーにとどまらず、管理職になる体制の未確立という問題もある。「管理職になる」ということは組織の運営にコミットできるようになるという事であり、ある程度の組織内における「権限」を与えられることで精神保健福祉士の組織での位置づけを強化したりその視点を組織に注ぎ込む役割を担えるようになる（組織レベルのディレンマについて対応できるようになってくる）という事である。

#### 【注】

- 1) 「ソーシャルワーカーの倫理綱領」（社会福祉専門職団体協議会：日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会、日本医療社会事業協会、日本精神保健福祉士協会）によれば、この【実践現場における倫理責任】は、「1.（最良の実践を行う責務）ソーシャルワーカーは、実践現場において、最良の業務を遂行するために、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。2.（他の専門職等との連携・協働）ソーシャルワーカーは、相互の専門性を尊重し、他の専門職等と連携・協働する。3.（実践現場と綱領の遵守）ソーシャルワーカーは、実践現場との間で倫理上のジレンマが生じるような場合、実践現場が本綱領の原

則を尊重し、その基本精神を遵守するよう働きかける。4.（業務改善の推進）ソーシャルワーカーは、常に業務を点検し評価を行い、業務改善を推進する。」とされている。

- 2) 例えば、重田は、アドミニストレーションについて「その組織の機構・運営過程を調整し、また職員の勤務条件その他の整備をはかるなどして、その組織目的を完遂し、また、目的そのものも社会変動に伴う地域住民のニーズの変化に対応するように検討し修正するはたらきなど多面的な活動を統括したひとつの組織活動」（重田 1971：4）としている。
- 3) 黒川は、スーパービジョンの機能に基づいた方法について①行政的（管理的）スーパービジョン、②教育的スーパービジョン、③支持的スーパービジョンの重要性について示している（黒川 1992：59-85）。
- 4) 例えば、アメリカの社会学者 Charles Wright Mills は「社会的想像力」という概念を提示する中で「一人の人間の生活と、一つの社会の歴史とは、両者をともに理解することなしには、そのどちらの一つをも理解することができない。／けれども普通人々は、自分たちが耐えている苦難を、歴史的変化や制度的矛盾という文脈の中で把握してはいない。自分たちが享受している安楽を、そこで生きている社会の巨視的な変化には結びつけて考えないのが普通である」（Mills=1965:4）と述べ、さらに「もしわれわれが現代社会の構造における動態的变化を理解しようとするならば、変化の長期的展開を確認した上で、いかなるメカニズムのなかでそのような展開動向がひきおこされ、社会構造が変化していくのかを問題としなければならない」（Mills=1965:199）としている。
- 5) ソーシャルアクションのプロセスとして、「①主導集団・実践主体の形成、②フォーマルグループの形成、③行動計画作成と合意形成、④直接行動の展開、⑤交渉や協議、⑥活動の総括」（吉池 2007：157）がある。

## 終章

### 1. 本研究の到達点

本研究は「精神保健福祉士が抱えるディレンマによって精神障害者の地域移行・地域定着が阻害される」という中心命題に向かい、それを証明する作業を行ってきた。そのプロセスの中で精神保健福祉士や精神障害者の置かれた環境、精神保健福祉士が抱えるディレンマの構造と対応、そして関係性を明らかにしてきた。その結果、精神保健福祉士には多くのディレンマの要因があり、それらによって地域移行・地域定着が阻害されていることと同時に、そのディレンマと向き合い、抗う中で可能な限りの社会的責務を果たしていこうと試みを継続している精神保健福祉士の姿も明らかになった。

精神保健福祉士の抱えるディレンマは、内省に関するディレンマを除いて、対所属組織や他機関、他職種、同職種など自己を含めた集団で発生することが多い。この集団の中において発生するディレンマ解決の方法には、①退去 (Withdrawal)、②制圧 (Subjugation)、③多数決 (Majority rule)、④少数派の多数派同意 (Minority consent to majority rule)、⑤妥協 (Compromise)、⑥統合 (Integration)」などの方法がある (Konopka=1967 : 86-87) ことも知られているが、調査対象となった精神保健福祉士はこのうち①～④の方法を採っているとは言えず、「時熟を待つ」という観点から⑤に近い行為を行ったり、⑥に限りなく近づけるための弛まぬ努力をしている (=結果としてディレンマを継続して持ち続ける) ことが分かった。これは、調査対象者が「精神科病院に勤務する現役の精神保健福祉士」であったため、バーンアウトした者が対象ではなかったことも要因の一つといえる。よって、ディレンマの構造や対応は「タイムリーにディレンマを抱えていても、可能な限り社会的責務を果たそうとするプロセスにある者」に限定されていたと言える。その点において、本研究の限界があるといえる。

また、本研究の対象者が上述したような「タイムリーにディレンマを抱えていても可能な限り、社会的責務を果たそうとするプロセスにある者」であった場合、ソーシャルワークそのものを肯定的に捉えていたり、自己の成長や可変性のある未来への希望を持ち、その自身の置かれている困難さについて言語化できている人たちが対象である。すなわち、経験の程度は違えど、ある種の「ソーシャルワーク・アイデンティティ」を確立できている人たちが対象であった。ディレンマの構造のなかで抽出されたソーシャルワークそのものの持つ「曖昧さ」などに関して、言語化できたからこそ得られたデータがあったわけだが、そうでない対象者 (経験年数の浅い人やキャリア蓄積の不十分なもの) の場合、このあたりに関する要

素はさらに混沌としてくる可能性を持つ。さらに、序章で述べたとおり、研究者としての私（＝調査者・分析者）が、精神保健福祉士としてのキャリアを持つ者であったことも有意にばかり影響しているとは言えない。分析の中で調査者が精神保健福祉士であるが故、対象者との間に存在する「共通の価値観」や「不文律」、「精神科医療の中での精神保健福祉士の生き方」などが存在した。調査者の立場がそうでない場合はさらに具体的に描かれる可能性もあったと考えられる。

さらに、本研究の対象者は第5章で述べたとおり、「鹿児島県」という精神科医療体制において極めて特徴的な地域に存在する精神保健福祉士であった。よって本研究の成果は、あくまでもこの地域における精神保健福祉士のディレンマやそれへの対応を帰納法的に分析し、構造の一般化を図ったものである。しかし、この極めて特徴的な地域におけるこれらの構造は、わが国全体のこれからの地域精神保健医療福祉の体制を再構築していく上で、見逃してはならない重要なエッセンスが含まれているとも言える。

## 2. ソーシャルワーク・アイデンティティへの希求

元来、精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）は、制度と制度の狭間や、社会との矛盾の中にあり困難さを抱える人の側に立ち、その困難さや矛盾を共に解釈しながら寄り添い、結果としての権利擁護を行ってきた。それはなすべき使命や社会的責務の遂行であり、社会や国が見過ごしてきた不作為問題の社会化であり、個人の問題を社会の問題として再構築してきたソーシャルワーカーたちの豊かな営みであった。そしてこの不作為問題へかかわりながら、様々な取り組みを行う中で体制（システム）を創ってきたのである。それを支えてきたのが「ソーシャルワーク・アイデンティティ」であったことは言うまでもない。

さて、ここで「ソーシャルワーク・アイデンティティ」とディレンマについて触れておきたい。高沢は、倫理問題を含む「社会福祉の価値」や「ソーシャルワークの存在理由」の概念が、臨床分野で重要なキーワードとして用いられているような現状について、社会福祉のグローバルな変化の一つとして顕著になってきた「市場主義」の導入との関係の中で、「社会福祉制度の拡充は、その大半は現物給付によって構成されており、そのうち福祉サービスという直接行為を媒介とする給付に依拠して制度が組み立てられている。このことが、社会福祉における倫理や同義についての論議が、制度を問題にしているのか、制度を構成している人間を問題にしているのか、の区別を難しくさせている」（高沢 2005:21-22）と述べている。価値や倫理に付随する様々な問題とサービス運用の体制（システム）は別の問題であったは

ずが、体制の整備と同時にその体制の中に精神保健福祉士が組み込まれていくことで、これらの問題を一緒に考えていかざるを得なくなったともいえる。つまり、精神保健福祉士を含むソーシャルワーカーの「ありたい姿」や果たしたい「社会的責務」という価値・倫理的立場性と同時に、社会保障制度に代表されるシステムの相互作用の中で精神保健福祉士のあり様を考えていく必要があるのである。特に、現代における「法制度化された精神保健福祉士」という存在は、社会保障制度を作り上げたり運用したりする「体制」によってコントロールされているともいえるのである。ここに至っては「ソーシャルワーカー＝精神保健福祉士」という図式に疑問を持つ必要さえ発生してくる。

そして、自ら制度を創り、結果としてそれを運用する「体制」によって生み出された＝「法制度化された精神保健福祉士」において、この手の課題に真っ向から対応する事そのものにディレンマがあるのではなかろうか（ヤマアラシのディレンマ）。ここで挙げられている「不作為」や「措置」、「介入」を現代の精神保健福祉の根本問題である「歴史性を伴う社会的入院患者の問題」やそれに対する「対応としての施策の変遷」、「介入者としての精神保健福祉士」、「遅々として進まない退院促進・地域移行支援」と重ねてみることで、精神保健福祉の根本問題は精神保健福祉士の中に介在するディレンマやそれへの対応だけでは、すでに解決することができないこともわかる。これらは本研究の枠組みを超えたソーシャルワーク理論研究を通じて今後補完されていく必要があると考える。

個々の精神保健福祉士は、こういった目の前のクライアントが抱える個別的矛盾により生じる困難さへの直接的支援はできていても、個別の問題を社会の問題として普遍化して解決を図ろうとするレベルまでは到達できていない。しかし、後者のような取り組みに対して刺激を受けたり、それを希求する姿勢を持っている。2000（平成12）年に、世界心理社会的リハビリテーション学会によって日本の五つの精神保健福祉活動がベスト・プラクティスとして選ばれたが、その中でも精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）も多く選出されている（①門屋充郎：帯広・十勝圏域における生活支援【帯広ケア・センター】、②谷中輝雄：ごくあたりまえの生活の実現を目指して【やどかりの里】、③寺谷隆子：全員参加と協働の地域支援【JHC板橋】など）。また、2007（平成19）年に厚生労働省及び国立精神・神経センターから発表された国内のベスト・プラクティスにおいても、ソーシャルワーカーが注目されている（①向谷地生良ら：当事者研究・当事者の地域活動【べてるの家】、②田尾有樹子ら：退院促進と地域生活支援【巣立ち会】）。このような取り組みの多くは、精神科病院とは離れた地域での活動であり、個々の精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の日常実践の疑問や

戸惑いや立ち止まりなどから生まれ、広がりを見せてきた活動である。そこには、彼らの「ソーシャルワーカーとしての生き方」が刻まれており、これらがまさに精神科領域におけるソーシャルワーク・アイデンティティを支えるものとなっていることは言うまでもない。ディレンマを抱え続ける状況にあっても、多くの精神保健福祉士は精神科病院に残っているのである。すなわち、精神科病院の中に身を置きながらも、精神科病院を出て地域で実践を積み重ねる先駆者達から還元されるソーシャルワーク・アイデンティティを受け、精神科病院の中でソーシャルワークを積み重ねることの意義を再確認し、社会的責務の果たしようを考えているのである。

また、ソーシャルワーク・アイデンティティを養成段階から育むような取り組みも多くなされてきたとは言い難い。「国家試験に受からなければ精神保健福祉士になれない」というシステムに加え、臨床で求める「即戦力」が、いつの間にか養成課程の中では「社会福祉サービスの知識や提供のための技術に長けていること」に置き換えられている風潮も見られてきた。それは、サービス体制の運用に終始している（／せざるを得ない）昨今の精神保健福祉士達の活動をみれば明らかであり、この社会的価値性を見出しにくくなってしまったソーシャルワーク・アイデンティティをいかにして育み、新たな価値づけをそこにしていくかを考えていかなければならない。

### 3. 残された課題への展望

精神保健福祉士のディレンマを軽減し、退院促進や地域移行・地域定着をより円滑に進めていくためには、精神科病院に勤務する精神保健福祉士が保有する「二重のロイヤリティ」によるディレンマへの抑止力が必要となってくる。精神保健福祉士は組織の中で起こる様々な支援上の困難さについて、精神保健福祉士としての自己との価値観との対比の中でディレンマと感じるのだが、それは組織の中で起こっている現象が、自己の基準との対比の中で「違反」として表出した時にディレンマとなっているともいえる。岡本は組織違反における抑止となる概念として「職業的自尊心」を挙げている。この職業的自尊心は①職務的自尊心（職業を通じて社会に貢献している。仕事にやりがいがある）と②職能的自尊心（けがをする可能性があると感じる。訓練が重要だ）という二つの因子から成り立っており「全体として職務自尊心が高いほど、組織的違反、および、関連する変数が低い傾向が有意であることが示唆される。このことから、職務的自尊心を高く維持する方略を社会技術の一つとして位置付けることが可能であると考えられる。従来、企業教育は、もっぱら法的側面、安全面におい

てのみなされる傾向があったが、それに加えて職業的自尊心を調整する企業教育を構築することで違反防止に貢献する可能性が大きく示唆される。また、それ以外にも、組織における対人コミュニケーションや、福利厚生政策のあり方などによって、間接的に職業的自尊心を調整する可能性が考えられる」としている（岡本 2006 : 251-254）。

つまり、組織には「働きがい」や「社会貢献」のモチベーションを高く持たせるための方策が必要である。ソーシャルワーク専門職はこの「働きがい」や「社会貢献」については従来よりそもそも高いという文化を醸成しているが、本研究のようなテーマに焦点化した「退院促進や地域移行・地域定着を担う精神科病院の精神保健福祉士」に関しては、これまで述べてきたような継続的なディレンマの保持が見られるため、精神保健福祉士の活動全体と上述した限られた業務範囲の間では職務的自尊心における満足感の差異がみられると考えられる。組織はこの職業的自尊心を担保するためのあらゆる方策として「精神保健福祉士の特殊な立場性への理解とその保証」そして「現実的なディレンマに対する対価としての賃金や福利厚生施策の保障」が必要になってくる。ただし、この方法については「精神保健福祉士の側」だけで議論して結論が出るものではなく、社会保障制度全体の中で考えられた結果が各組織に反映されていかなければならない。そのためには、国によってその資質を担保された国家資格としての職能団体（日本精神保健福祉士協会）が個々の精神保健福祉士からエビデンスの集積を行い、政策決定過程に反映させていく営みが必要になる。

所属組織の持つ理念や目標そのものが、精神保健福祉士のディレンマにつながっていることはそう多くない。第三者評価などにおいて必要な概念であるため、むしろ肯定的なメッセージが組織の理念や目標には掲げられる。しかしながら、その組織の目標達成のための方法や過程において精神保健福祉士がディレンマを抱えているのである。このような場合に問われるのは「組織における目標管理（目標による管理）のあり方」や「組織におけるマネジメントの仕方／され方」である。近年、Drucker, P.F.によって1950年代に提示された「目標と自己統制による管理」が再度注目されているが、精神科病院という組織内においてもこうした動きが出てきてもいい。精神保健福祉士自身もこの「組織をマネジメントする／される」事について長けていく必要がある。無論それは、精神保健福祉士養成教育から臨床での豊かな「育ち」のプロセスにおいて育まれる必要がある。

また、「二重のロイヤリティ」を軽減するという意味においては、精神科病院内で特徴的な立場に立つ精神保健福祉士が、究極的にクライアントの側に立って社会的責務を果たしているようにするならば、所属組織との直接的雇用関係から切り離す必要がある。切り離して考え



ないのであれば、組織違反に対する最後の抑止力としての内部申告や内部告発（岡本 2006 : 255）を保証する仕組みが必要になる（公益通報者保護法により精神保健福祉法など精神障害者の医療や福祉に関する法律なども対象となっはいる）。しかし、その権利を保有することでの抑止力にはつながるが、「関係性を原点において社会的責務を遂行する精神保健福祉士」の立場性から、それを実行することで自らのストロングポイントである「関係性」の均衡を失うことは大きな損失にもなる。さらに、雇用形態上、被用者としてのリスクともなる。そして、何よりも大前提として精神保健福祉士自らの特徴的領域（権利擁護）をアウトソースすることは、その機能と役割を放出するということが気づかなければならない。

逆に、直接的雇用関係から切り離していく場合、例えば、精神保健福祉士を地域精神保健活動の第一線機関である保健所が行政職員として雇用し、精神科病院へ派遣することも考えられる。あるいは、すでに法人格を保有する専門職団体から各精神科病院への派遣を行う形も考えられる。それは専門職団体を精神科医療システムに対する「エクソシステム」として再確認することでもある。エクソシステムである専門職団体に身を置いた精神保健福祉士がマイクロ・メゾシステム上（例えば精神科医療の中）においてもクライアントの支援に関わる。そうすることで、これらの取り組みはいずれも「雇用者—被用者」間の持つ力関係を二者間のみで完結することなく三者関係になるのである。三者関係になることにより、パワー（ある種の権力）の不均衡を防ぐ作用も出てくる。さらには、精神科病院にとってのステークホルダーとしての精神保健福祉士の役割を「クライアント中心の支援」に集中させるためでもある。もちろんそこには、第三者評価の有効な活用（認証システムやそのプロセスの中に第三者性を保有した精神保健福祉士の存在が組み込まれる）が必要になってくる。

## 謝 辞

本稿を終えるにあたり、博士論文作成のために御指導・御協力いただいた多くの方々に心より御礼申し上げます。序章でも記したが「教育研究者としての私」の根源は、民間精神科病院にある。その中で30年を超えるほどの長期入院患者の方々と出会い、その方々の退院支援や地域生活継続支援に携わる中で、筆者自身が多くのディレンマの経験をしたことが契機となった（成長と内省の経験を与えられた意味にもおいて）。そこで、精神保健福祉士の抱える「ディレンマ」や「困難さ」、なんとなく思い描いている「共通認識」を形にしたい思いがあり、本学大学院修士課程の門を叩いた。そして、保健福祉系大学における精神保健福祉士養成教育機関において教育研究者として生きる機会を得、学生や現場実習指導者たちと向き合う中で、このディレンマを何とか形にして伝えたいとの想いを抱え続けてきた。

さて、鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士後期課程に身を置き、本研究を進めるにあたっては同研究科の先生方のみならず、実践・教育研究分野、そして当事者の方々など実に多くの方々からの御協力・御示唆を賜った。

まず、何よりも、指導教員（主査）として修士課程に入学してから現在まで御指導いただいた大学院福祉社会学研究科教授の高木邦明先生にまずお礼申し上げたい。「想いを世に問う」事の大切さとそのプロセスのための研究手法、教育研究者としての「構え」に至るまで、有形無形にわたる今の教育研究者としての私の根幹を作っていただいた。真摯に「学問する」・「研究する」先生との出逢いが無ければ今の私は無いと思っている。伏してお礼申し上げます次第である。

副査であった研究科長・教授の田畑洋一先生には学部時代の私の「青い」卒業研究論文の指導から、修士・博士課程における医療・社会保障における当事者中心の視座のあり方について貴重な示唆をいただいた。そして何より、日本社会福祉学会の活動などを通じ、様々な機会を与えていただき、見守っていただいた。心よりお礼申し上げます。

同じく副査である同研究科教授の高山忠雄先生には、博士後期課程への入学時から相談に乗っていただいた。まだ迷いのあった私を前に、「博士論文とは何か」という大きな枠組みを持った問いを投げかけて下さっただけではなく、研究計画や研究方法の設定について「何をどう書くか」の重要性についても説いてくださった。心よりお礼申し上げます。

質的研究法については、同研究科教授の高橋信行先生に二人三脚とも言うほどの御助力と御示唆をいただいた。M-GTAの基本的枠組から分析に至るまで丁寧にご指導いただいた。広い視点から鳥瞰した先生のディレンマの捉え方を御示唆いただく時間はとても刺激的で、研

究者としての視座を鍛え、幅を広げる時間だった。心よりお礼申し上げたい。

精神保健福祉士の実践知について御教示いただいたのは福祉社会学部准教授の岡田洋一先生であった。折に触れ、個と社会と往還の中で起こっている様々な矛盾と精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の立ち位置を御指導いただいた。教育研究者となった私の中に眠るソーシャルワーク・アイデンティティを揺さぶり続けていただいた。心よりお礼申し上げたい。

さらには、現在の職場である九州看護福祉大学の諸先生方、FAITH を中心とした研究室の卒業生や所属ゼミの学生にも、教育・研究において様々な機会を与えていただいていることに対し厚く御礼を申し述べておきたい。また、これまで公私両面において支えてくれた多くの仲間たち、そして家族に対して心から感謝の意を伝えたい。特に、妻の支えなしでは教育研究に専念することが出来なかった。記して感謝を申し上げる。

本研究の成果が、臨床に介在する精神保健福祉士達にとって、微力ではあるが「道標」となり、結果として多くのクライアントや家族にとっての利益に繋がればと願う。

## 文 献

### 【序 章】

- 岩田正美ほか編（2006）『社会福祉研究法 現実世界に迫る 14 レッスン』有斐閣.
- 北川清一ほか編（2010）『ソーシャルワークの研究手法 実践の科学化と理論化を目指して』相川書房.
- 公益財団法人社会福祉振興・試験センター（2013）「社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の都道府県別登録者数」.
- 厚生労働省（2013）「病院報告」.
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（2013）『精神保健福祉資料 平成23年度6月30日調査の概要』.
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部（2004）『精神保健医療福祉の改革ビジョン』.
- 内閣府（2013）『平成25年度版 障害者白書』.
- 二木立（2006）『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房.

### 【第1章】

- Uwe Flick（1995）*QUALITATIVE FORSCHUNG*, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. (=2002, 小田博志ほか訳『質的研究入門—人間の科学>のための方法論—』春秋社.)
- 岩本操（2011）「ソーシャルワーカーの「役割形成」に関する文献的考察—病院組織におけるソーシャルワーカーの自己規定に着目して—」『大正大学大学院研究論集』35, 129-135.
- 沖田佳代子（1997）「ケースマネジメントにおける倫理的ディレンマ—在宅介護支援センター相談員への面接から—」『社会福祉研究』69, 107-115.
- 沖田佳代子（2002a）「高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定—ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する議論からの一考察—」『社会福祉学』42（2）, 150-160.
- 沖田佳代子（2002b）「介護サービス計画の決定作成における倫理的ディレンマ—ケアマネジャーに対する訪問面接調査から—」『社会福祉学』43（1）, 80-90.
- 尾崎新（1999）『「ゆらぐ」ことのできる力—ゆらぎと社会福祉実践—』誠信書房.
- 勝原裕美子（2003）「モラル・ディレンマと看護専門職の組織内キャリア」『一橋ビジネスレビュー』東洋経済新報社, 51（1）, 50-64.
- 北村光子ほか（2003）「介護福祉士の就労意欲に関する研究—佐世保市およびその近接地域の

- 介護福祉士—」『長崎国際大学論叢』3, 185-193.
- 楠木美貴子 (2007) 「一人暮らし高齢者の「援助拒否」と援助ジレンマの研究—生活実態の肯定的再認識の必要性—」『社会福祉士』14, 124-132.
- 小松聖司 (2001) 「知的障害者生活ホーム世話人の葛藤やジレンマに関する考察—埼玉県生活ホームにおけるアンケート調査の相関分析結果から—」『障害者問題研究』29 (2), 165-177.
- 須田木綿子 (2004) 「社会福祉領域における民間非営利組織の日米比較—アカウンタビリティジレンマの視点から—」『家計経済研究』61, 20-28.
- 須田木綿子ほか (2004) 「介護保険制度下における介護老人福祉施設の適応戦略とジレンマ—探索的研究—」『社会福祉学』45 (2), 46-55.
- 高木健志 (2005) 「「かかわり」につまずくこと—「むきあうこと」の意味に気付くきっかけとなった事例を通して—」『川崎医療福祉学会誌』14 (2), 367-370.
- 瀧川薫 (1996) 「専門職意識に関する帰納的分析：精神科領域に勤務する看護師との面接を通じて」『東海大学健康科学部紀要』2, 9-19.
- 田中尚 (1999) 「ソーシャルワーク実践における価値のジレンマを巡る課題(1)：ソーシャルワーク実践における価値論の変遷から」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』2 (1), 61-68.
- 田中英樹 (2001) 『精神障害者の地域生活支援』中央法規.
- 鶴宏史 (2008) 「アメリカにおける保育者の倫理綱領の策定過程に関する研究：我が国の保育領域の専門職倫理研究および実践の課題」『神戸親和女子大学研究論叢』41, 109-120.
- 中尾久子ほか (2005) 「倫理的問題の認識に関する助産師の専門性と職業キャリア」『生命倫理』15 (1), 112-119.
- 西内章 (2008) 「高齢者生活支援における社会福祉士が自問する内容とその構造」『高知女子大学紀要, 社会福祉学部編』57, 45-51.
- 西隈亜紀 (2005) 「重度知的障害をもつ人の施設入所をめぐる葛藤—自己決定のむずかしい人への PSW の援助とは—」『精神保健福祉』36 (2), 153-157.
- 藤本修編 (2006) 『現場に活かす精神科チーム連携の実際—精神科医、心理士、精神科ソーシャルワーカーのより良い連携を求めて—』創元社, 248.
- 堀口久五郎 (2003) 「「精神保健福祉」の概念とその課題—用語の定着過程の検証—」『社会福祉学』44 (2) 3-13.
- 牧野田恵美子ほか (2002) 「パネルディスカッション 悩める精神保健福祉士のために—アイデンティティ・価値・倫理綱領—」『精神保健福祉』33 (3), 256-263.

- 松本すみ子 (2005) 「PSW が深化・進化していく過程と「悩み続けるちから」」『精神保健福祉』36 (2), 135-138.
- 森川美絵 (2004) 「「ケア・ワークの評価」論の視座：欧米における研究の検討」『人文学報』20, 65-103.
- 山中達也 (2005) 「利用者と向き合いながら PSW として悩み続けるちから—『援助者への援助』という視点」『精神保健福祉』36 (2), 131-134.
- 横山登志子 (2004) 「精神保健福祉領域の「現場」で生成するソーシャルワーカーの援助観—ソーシャルワーカーの自己規定に着目して—」『社会福祉学』45 (2), 24-34.
- 横山登志子 (2006) 「地域生活支援をめぐる精神科ソーシャルワーカーの本質的使命—2つのジレンマを手がかりとして—」『社会福祉学』46 (3), 109-121.
- 李仁之 (2005) 「社会福祉援助技術に必要な五常倫理の徳性的特徴」『東日本国際大学福祉環境学部研究紀要』1 (1), 3-18.
- 渡辺裕子 (1995) 「医療・福祉専門職の倫理的ディレンマのための分析枠組みとその活用」『駿河台大学論叢』11, 161-187.

## 【第2章】

- Clark, D. H. (1968). *ASSINGMENT REPORT*. Geneva: World Health Organization. (= 1968, 加藤正明 (監訳) 日本における地域精神衛生—WHO への報告. 精神衛生資料, 16, 165-191. )
- 朝日新聞 (1964) 1964 (昭和 39) 年 3 月 25 日 朝刊.
- 浅野弘毅 (2000) 『精神医療論争史—わが国における「社会復帰」論争批判—』批評社.
- 荒田寛 (2004) 「資格化と今後の方向性」社団法人日本精神保健福祉士協会事業部企画委員会編『日本精神保健福祉士協会 40 年史』へるす出版.
- 伊勢田堯 (2000) 「クラーク勧告の意味するもの—歴史的検証—」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』288, 36-39.
- 内村修 (1999) 「栗田病院事件について」『法と精神医療』13, 91-99.
- 江熊要一ほか (1969) 「精神障害者の社会復帰促進のための施設について—日本精神神経学会「中間施設に関する小委員会」案—」『病院精神医学』24, 1.
- 大島巖 (1989) 「精神保健法と社会的リハビリテーション—援護寮、福祉ホームなどの福祉施設を中心として—」『社会精神医学』12 (2), 123-130.

- 大塚淳子（2008）「7.精神保健福祉法 2005（平成 17）年改正」精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『改訂第 3 版増補新版 精神保健福祉論』へるす出版.
- 加藤正明（2000）「精神衛生法の制定からの 10 年」精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会『精神衛生法施行 50 周年（精神病患者監護法施行 100 周年）記念 精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規.
- 栗原雅直（1984）「宇都宮病院事件—医師自身の問題として—」『世界』 468, 284-295.
- 里見和夫（2003）「大和川病院事件から精神医療を問う」『精神神経学雑誌』105(7), 868-871.
- 高橋一（2008）「精神保健福祉士法の意義と内容」精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『改訂第 3 版増補新版 精神保健福祉論』へるす出版.
- 高柳功ほか（2007）『改訂精神保健福祉法の最新知識—歴史と臨床実務—』中央法規.
- 田中英樹（1996）『精神保健福祉法時代のコミュニティワーク』相川書房.
- 田中英樹（2001）『精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーカー—』中央法規.
- 広田伊蘇夫（2004）『立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史—』批評社.

### 【第 3 章】

- Charles A. Rapp, Richard J. Goscha (2006) *The Strengths Model-Case management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition.*, Oxford University Press. (=2008, 田中英樹監訳)『ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント—第 2 版』金剛出版.)
- Urie Bronfenbrenner (1979) *The Ecology of Human Development., Experiments by Nature and Design.*, Harvard university press. (=1996, 磯貝芳郎ほか訳『人間発達の生態学』川島書店.)
- 東美奈子（2008）「医療と地域の連携を進める—精神障害者地域移行支援特別対策事業の概要と今後の展望—」『精神科看護』35（12），42-48.
- 安梅勅江ほか（2008）「第 2 章 コミュニティ・エンパワメントのシステム構造」安梅勅江（編）『コミュニティ・エンパワメントの技法—当事者主体の新しいシステムづくり—』医歯薬出版.
- 池末亨（2004）「精神障害者の社会的入院解消のための課題」『障害者問題研究』32（1），47-54.
- 池原毅和（2002）「1 精神障害のある人の人権」関東弁護士会連合会（編）『精神障害のある

人の人権』明石書店.

伊藤順一郎ほか (2003) 「日本における包括的地域生活支援プログラム (ACT) の展開の可能性」『病院・地域精神医学』45 (4), 36-41.

伊東秀幸 (2009) 「精神障害者の退院促進と地域支援事例—全国の取り組み—」『公衆衛生』73 (6), 404-408.

岩上洋一 (2010) 「地域移行支援は地域の課題—精神障害者地域移行支援特別対策事業を通じて—」『精神医療』57, 23-27.

大阪府精神保健福祉審議会 (1998) 『大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて』.

大阪府精神保健福祉審議会 (1999) 『精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について (意見具申)』 (<http://kokoro-osaka.jp/siryoku/ikengusin.html>).

大曾根寛ほか (2004) 「精神障害者の権利擁護システムの研究—精神医療審査会の機能と今後の課題—」『放送大学研究年報』22, 1-17.

笠修彰 (2008) 「精神障害者退院促進支援事業における精神保健福祉士の役割について (1)—精神保健福祉士の<アウトリーチ>の必要性に着目して—」『九州社会福祉研究』33, 45-60.

木村朋子 (2008) 「第3章ⅡC 精神医療審査会制度」精神保健福祉士養成セミナー編集委員会 (編) 『改訂第3版増補新版 精神保健福祉論』へるす出版.

桐原美紀子ほか (2009) 「地域にひらかれて精神障害者が存在するために—地域移行支援事業による地域ケアシステムの再構築—」『保健師ジャーナル』65 (8), 658-661.

澤温 (2003) 「地域精神保健福祉の医療経済的側面—さわか病院での試みと諸外国の試みの比較から—」『病院・地域精神医学』45 (4), 412-422.

白澤英勝ほか (1998) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (精神保健福祉法) の抜本的改正に向けて」『病院・地域精神医学』40 (4), 304-314.

高木俊介 (2004) 「精神障害者への包括的訪問サービスの構築をめざす—ACT-K プロジェクトについて—」『日本精神科病院協会雑誌』23 (11), 1114-1117.

竹入由香ほか (2007) 「長野県における精神障害者の退院支援について」『信州公衆衛生雑誌』12 (1), 56-57.

谷岡哲也ほか (2007) 「社会的入院の精神障害者の退院促進のためのクリニカルパス」『日本精神科病院協会雑誌』26 (3), 58-66.



中添和代ほか(2006)「精神障害者の退院促進と人材育成の課題—自立支援員に焦点をあてる—」『香川県立保健医療大学紀要』3, 33-38.

中添和代ほか(2007)「精神障害者の退院促進に向けた支援体制づくり」『香川県立保健医療大学紀要』4, 91-97.

中村佐織(2002)「ミクロ・メゾ・エクソ・マクロ」黒木保博ほか編『福祉キーワードシリーズ ソーシャルワーク』中央法規.

二木立(1998)『保健・医療・福祉複合体』医学書院.

西尾雅明ほか(2009)「地域における精神障害者への包括的支援事例に学ぶ」『公衆衛生』73(6), 409-412.

西澤美津子(2010)「精神科病院と地域生活支援」『精神医療』57, 53-58.

原るみ子(2005)「大阪府における退院促進支援事業と地域での取り組み」『日本社会精神医学会雑誌』14(2), 179-187.

東谷美智子(2008)「病床を削減しながら、新たな動きをつくりだす」『精神科看護』35(12), 32-35.

藤田大輔ほか(2006)「岡山県における新たな試み—ACT おかやま」『精神医療』43, 39-46.

法野美和(2009)「精神障害者地域移行支援特別対策事業が始まって」『精神保健福祉』40(2), 100-102.

三浦勇太ほか(2007)「再施設化をきたさない脱施設化方法の検討—統合的治療・支援がもたらせるもの—」『日本精神科病院協会雑誌』26(3), 67-72.

森谷就慶(2004)「精神科リハビリテーションにおける病院付設型デイケアの有効性と限界」『保健福祉学研究』3, 13-29.

山崎敏雄(2003)「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」浅井邦彦(編)『平成13~平成15年度厚生労働科学研究 入院中の精神障害者の人権確保に関する研究』115-134.

渡辺恵司ほか(2008)「京都市における退院促進支援事業の2年間の結果報告」『病院・地域精神医学』50(4), 337-339.

#### 【第4章】

秋山智久(2005)『社会福祉実践論 [方法原理・専門職・価値観]』ミネルヴァ書房.

荒田寛(2002)「第2章 2.精神科ソーシャルワーカーの視点」「第2章 3.精神科ソーシャ

- ルワーカーの目的」 柏木昭（編）『新精神医学ソーシャルワーク』 岩崎学術出版社.
- 荒田寛ほか（2009）「第2章 2-4 精神保健福祉士（PSW）の価値と倫理」 柏木昭ほか（編）『これからの精神保健福祉』 へるす出版.
- 伊藤哲寛（2005）「新自由主義政策下での精神保健福祉改革—グランドデザインの行方—」『日本精神科病院協会雑誌』 24（5）， 26-30.
- 大野和男（2004）「『Y 問題』と協会活動」 日本精神保健福祉士協会事業部出版委員会（編）『日本精神保健福祉士協会 40 年史』 へるす出版， 86-97.
- 藏野ともみ（2012）「第2章第2節 社会福祉士の専門性」『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』 中央法規.
- 財団法人日本規格協会（2010）『やさしい社会的責任—解説編—』.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会（2009）『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会（2010）『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版』.
- 田中英樹（2001）『精神障害者の地域生活支援』 中央法規.
- 遠塚谷富美子（2005）「第3章 精神障害者の権利擁護—社会的公正確保のために—」 石神文子ほか（編）『精神障害者福祉の実践—当事者主体の視点から—』 ミネルヴァ書房， 45-69.
- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（2004）「Y 問題調査報告により提起された課題の一般化について」.
- 横山登志子（2006）「地域生活支援をめぐる精神科ソーシャルワーカーの本質的使命—2つのジレンマを手がかりとして—」『社会福祉学』 46（3）， 109-121.

## 【第5章】

- Glaser, B.G. and Strauss, A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine. (=1996, 後藤隆ほか訳『データ対話型理論の発見：調査からいかに理論をうみだすか』 新曜社.)
- Patricia Benner (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. (=2005, 井部俊子（翻訳）『看護論—初心者から達人へ「専門性とは何か」（新訳版）』 医学書院.)
- Uwe Flick (1995) *QUALITATIVE FORSCHUNG*, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. (=小田博志ほか（2002）『質的研究入門—人間の科学>のための方法論—』 春秋社)

- Vivien Burr (1995) *An Introduction to Social Constructionism*, London : Routledge. (= 1997, 田中一彦訳『社会的構築主義への招待一言説分析とは何か』川島書店.)
- 新睦人 (2005) 『社会調査の基礎理論』川島書店.
- 萱間真美 (2007) 『質的研究実践ノート 研究プロセスを進める clue とポイント』医学書院.
- 木下康仁 (1999) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生』弘文堂.
- 木下康仁 (2003) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い』弘文堂.
- 木下康仁 (2007) 『ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法』弘文堂.
- 木下康仁ほか (2003) 『分野別実践編 グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.
- 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 (2013) 『生涯研修制度共通テキスト (第2版)』中央法規.
- 厚生労働省 (2011) 「精神保健福祉資料 平成23年度6月30日調査の概要」.
- 佐藤郁哉 (2002) 『フィールドワークの技法 問いを育てる、仮説をきたえる』新曜社.
- 住友雄資 (2007) 『精神保健福祉士のための地域生活支援活動モデル 対人援助職の成長プロセス』金剛出版.
- 長崎和則 (2010) 『精神障害者へのソーシャルサポート活用 当事者の「語り」からの分析』ミネルヴァ書房.
- 三毛三予子 (2003) 『生活再生にむけての支援と支援インフラ開発 グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み』相川書房.

## 【第6章】

- Biestek, Felix Paul (1957). *The Casework Relationship*. Chicago: Loyola University Press. (=2006, 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則-援助関係を形成する技法 (新訳改訂版)』誠心書房.)
- Charles A. Rapp, Richard J. Goscha (2006) *The Strengths Model-Case management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition*. (=2008, 田中英樹監訳『ストレングスモデルー精神障害者のためのケースマネジメントー第2版』金剛出版.)
- Z. Butrym (1976) *The Nature of Social Work*, The Macmillian Press. (=1986, 川田誉音訳『ソーシャルワークとは何か』川島書店.)

大島巖 (2010) 「なぜ家族支援か—「援助者としての家族」支援から、「生活者としての家族」支援、そして家族のリハビリ支援へ—」『精神科臨床サービス』vol.10, 281-282.

加藤正明ほか (2003) 『新版 精神科ポケット辞典』弘文堂.

京極高宣監修, 小田兼三ほか編 (1998) 『現代福祉学レキシコン (第2版)』雄山閣出版.

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 (2013) 『倫理綱領』 (2013年4月21日採択版).

小此木啓吾 (2004) 「精神科臨床における治療とは」『改訂 精神医学ハンドブック』創元社.

社団法人日本精神保健福祉士協会, 日本精神保健福祉学会監修 (2004) 『精神保健福祉用語辞典』中央法規.

日本社会福祉実践理論学会編 (2004) 『【新版】社会福祉実践基本用語辞典』川島書店.

吉川公章ほか (2006) 「ソーシャルワーカーの成長に関する研究の方向性と課題」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』vol5, 1-15.

#### 【第7章】

Charles A. Rapp, Richard J. Goscha (2006) *The Strengths Model-Case management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition*. (=2008, 田中英樹監訳『ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント—第2版』金剛出版.)

Deegan, P.E. (1988) *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation*, 11(4), 15.

岩崎香 (2010) 『人権を擁護するソーシャルワーカーの役割と機能—精神保健福祉領域における実践過程を通して—』中央法規.

吉川公章ほか (2006) 「ソーシャルワーカーの成長に関する研究の方向性と課題」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』vol5, 1-15.

#### 【第8章】

Frederic G. Reamer (1999) *Social work values and ethics*, Columbia University Press. (=2001, 秋山智久監訳『ソーシャルワークの価値と倫理』中央法規.)

Lowenberg, F.M., Dolgoff, R. (1996) *Ethical Decisions for Social Work Practice, 5th ed.*, F.E. Peacock.

Marion Bongo & Elaine Vayda (1998) *The Practice of Field Instruction in Social Work Theory and Process 2nd edition*, University of Toronto Press.

- Mills, C. Wright (1959) *The Sociological Imagination*, New York: Oxford University Press.  
(=1965, 鈴木広訳『社会的想像力』紀伊国屋書店.)
- 岩崎香 (2012) 「専門職倫理と倫理的ジレンマ」日本精神保健福祉士養成校協会編『新・精神保健福祉士養成講座 3 精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規.
- 川村隆彦 (2002) 『価値と倫理を根底に置いたソーシャルワーク演習』中央法規.
- 黒川昭登 (1992) 『スーパービジョンの理論と実際』岩崎学術出版社.
- 桑田耕太郎ほか (2010) 『補訂版 組織論』有斐閣.
- 公益社団法人日本医療機能評価機構 (2012) 「病院機能評価 機能種別版評価項目 精神科病院<3rdG:Ver.1.0>評価の視点/評価の要素」.
- 重田信一 (1971) 『アドミニストレーション』誠信書房.
- 社会福祉士養成講座編集委員会編 (2013) 『福祉サービスの組織と経営第4版』中央法規.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会 (2004) 『日本精神保健福祉士協会 40年史』へるす出版.
- 高木邦明 (2000) 『障害者福祉と実習教育の展開』中央法規.
- 田尾雅夫 (1999) 『組織の心理学 [新版]』有斐閣.
- 田尾雅夫 (2001) 『組織行動の社会心理学』北大路書房.
- 田尾雅夫ほか (2009) 『非営利組織論』有斐閣.
- 西尾雅明 (2002) 「脱施設化の理念とこれからの精神保健・医療・福祉機能分化の方向性」『病院・地域精神医学』45(4), 375-381.
- 日本精神保健福祉士協会 (2013) 「認定スーパーバイザー登録者一覧 <http://www.japsw.or.jp/kaiin/kensyu/8.html>
- 福山和女 (2005) 『ソーシャルワークのスーパービジョン』ミネルヴァ書房.
- 村田久行 (2010) 『援助者の援助—支持的スーパービジョンの理論と実際—』川島書店.
- 村田文世 (2009) 『福祉多元化における障害当事者組織と「委託関係」—自律性維持のための戦略的組織行動—』ミネルヴァ書房.
- 横山登志子 (2006) 「「現場」での「経験」を通じたソーシャルワーカーの主体的再構成プロセス—医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーに着目して—」『社会福祉学』47(3), 29-42.
- 吉池毅志 (2007) 「第3章地域援助技術 (地域啓発活動)」日本精神保健福祉士養成校協会編『精神保健福祉援助技術各論』中央法規.

【終章】

Konopka, G. (1963) *Social Group Work – A Helping Process*, Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A. (=1967, 前田ケイ訳『ソーシャル・グループワーク 援助の過程』全国社会福祉協議会.)

岡本浩一 (2006) 「社会技術の開発・実装事例Ⅱ (分野横断型) 3.社会技術としての社会心理学」堀井秀之編『安全安心のための社会技術』東京大学出版会.

高沢武司 (2005) 『福祉パラダイムの危機と転換』中央法規.

高柳功 (2008) 「インフォームド・コンセント再考」中谷陽二編『精神科医療と法』弘文堂.

## 「精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造と対処法に関する研究」 の説明および同意書

本研究は、下記の目的・方法で行うものです。研究の主旨をご理解の上、ご協力をお願いいたします。同意される場合は、同意書にご署名ください。

### 記

#### 1. 研究の目的・意義

この研究は、精神保健福祉士が実践現場において、その支援プロセスや環境などにおいて抱える「ディレンマ=dilemma（相反する二つの事の板ばさみになってどちらとも決めかねる状態。抜き差しならない羽目。進退両難。）」とそれへの対処について、その構造の分析を行うものです。また、この研究は、今後の精神保健福祉士養成教育や職能団体での研修、有意なソーシャルワーク活動の展開だけでなく、広く地域福祉の向上に寄与するために行うものです。

#### 2. 研究方法・期間

この研究は、研究者（右記参照）により行われる個別インタビューを録音し、逐語記録として起こされたデータを質的に分析します。インタビュー調査期間は平成〇〇年〇〇月～平成〇〇年〇〇月です。

#### 3. 研究への協力の自由意思

この研究への協力は、お断りになることもできます。お断りになった場合でもあなたが不利益を被ることは一切ありません。研究への協力は、自由意思によって行ってください。

#### 4. 研究への協力の拒否権

この研究への協力を同意した場合であっても、いつでも途中でやめることができます。研究の協力をやめることによって不利益を被ることは一切ありません。遠慮なく、担当者（研究者）に申し出てください。

#### 5. プライバシーの保護

この研究にご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。また、研究のデータおよび結果は、研究の目的以外に用いることはありません。

#### 6. 個人情報の保護の方法

個人情報の保護のため、氏名やそれに付随する情報はデータ作成の段階から匿名性を担保できるよう工夫して使用します。研究結果を公表する場合は匿名性を守ります。

#### 7. 研究中・終了後の対応方法

本研究に関して、研究中・終了後に生じるさまざまな相談については担当者（研究者）が担当します。質問がございましたら、右記の連絡先にお問い合わせください。

以上

<研究者>

氏名：茶屋道 拓哉（ちゃやみち たくや）

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程

【所属】九州看護福祉大学看護福祉学部社会福祉学科 専任講師

〒868-0065 熊本県玉名市富尾 888

TEL 0968-75-1800（代表）

0968-75-1870（研究室直通）

E-mail: taku\_cha@kyushu-ns.ac.jp

---

## 研究への協力の同意書

私は、左記の研究【精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造と対処法に関する研究】について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法、などについて十分に説明を受け、理解しました。

そこで、私の自由意思にもとづいてこの研究に協力することに同意します。

日付：平成 年 月 日

参加者（署名・捺印） \_\_\_\_\_ ⑩

研究者（署名・捺印） \_\_\_\_\_ ⑩

※本同意書は2部作成の上、参加者・研究者双方で保管します。



精神保健福祉士の抱えるディレンマの構造と対処法に関する分析

<インフォーマントに関する情報>

性別（ 男 女 ）

年齢（ 歳）

学歴（ 高校 専門学校 大学 ）

資格取得（ 現任者講習 専門学校 大学 ）

保有資格（ 精神保健福祉士 社会福祉士 その他 ）

臨床経験（現在事業所での経験年数 年 ヶ月 通算経験年数 年 ヶ月）

担当ケース数（ 約 ケース）

自身の役職（ 無 有 ）

管理職の有無（ 無 有 ）

事業所の設置主体・運営主体（ ）

事業所の持つ他のサービス事業（ ）

事業所における同職種数（ 名）

<インタビューガイド>

1. 精神障害者の地域移行支援（退院促進）に関して、ディレンマを感じることはありますか。
2. そのディレンマとは、どのようなものでしょうか。どのような状況や場面でディレンマを感じる人が多いですか。
3. また、それは誰との間でディレンマを感じますか。

※インフォーマントからのデータの引き出しに深まりがない場合、以下の7つを提示する。

また、そうでない場合も実際に引き出されたディレンマについてどれに該当するか確認しつつディレンマについて理解をもってもらい、以下の質問につなげる。

- ①あなた自身（精神保健福祉士）と支援対象となる患者（利用者）や家族
- ②あなた自身（精神保健福祉士）と他の専門職
- ③あなた自身（精神保健福祉士）と管理者（管理組織）
- ④あなた自身の所属する機関と他の機関との間におけるもの
- ⑤制度・施策及びサービス供給体制に対するもの
- ⑥あなた自身（精神保健福祉士）の実践について
- ⑦その他

4. ディレンマがおきてしまう背景には、どのようなことがあると思いますか。
5. そうしたディレンマに対して、どのように対処されていますか。
6. その他、地域移行支援について、困難を感じることはどのようなことでしょうか。
7. 追加事項（上記3.を問う中で必要に応じて使用：）
  - 1) 関係を調整するうえでどのようなディレンマを抱えていますか。
  - 2) 連携を取る人との間では、どんなディレンマがありますか。
  - 3) 社会復帰や地域移行という目的は他職種と一緒にだが、考え方や方針が違うからディレンマが発生するのですか。それについてどう思いますか。
  - 4) カンファレンスを促すような体制づくりで気をつけて取り組んでいることはありますか
  - 5) 病院は精神保健福祉士にどんな責任を負ってもらっていますか。また、それと病院（所属機関）の中での立場との関係を教えてください。
  - 6) 精神保健福祉士としての責任の重さについてどのようなことを考えますか。
  - 7) 地域の人や行政から「病院は隔離施設としての機能」と見られる感覚がありますか？また、それについてどんなことを感じますか。
  - 8) 生活保護行政（福祉事務所）が退院について嫌がる具体的な理由を教えてください。
  - 9) 保健所の保健師が退院後に積極的に関われない理由を教えてください。
  - 10) 家族理解が得られていない中での退院について、どのようなディレンマを感じますか。
  - 11) 同僚・上司・部下への「つらさ」、「きつさ」の言いにくさがありますか。
  - 12) 精神保健福祉士同士の相談のしにくさやディレンマの有無、その内容を教えてください。
  - 13) コーディネート・管理の役割を行う上でのディレンマがあれば教えてください。
  - 14) 経験と他職種との関係について感じていることがあれば教えてください。
  - 15) 経験とディレンマの質の関係について感じていることがあれば教えてください。
  - 16) 利害関係を協働志向に持っていくための取り組みにはどのようなものがありますか。