

大分大学福祉健康科学部紀要

ISSN 2758-7061

福祉健康科学

第 4 号

2024年3月

目 次

原著論文

ソーシャルワークにおけるバイステックのコミュニケーション・モデルの活用に関する研究
ーマインドフルネスの視点の併用ー 中山 慎吾 …………… 1

遠隔健康管理をめぐる制度的課題

ーフランスの法制度との比較考察ー 松本 由美 …………… 19

資 料

第3回地域共生社会の実現に向けたセミナー

「子どもたちの立ち直り支援を考える」 …………… 37

基調講演1

「つまずきからどう支えて、どう立ち直るのか」

東京都立大学人文社会学部准教授 竹原 幸太

基調講演2

「どんな境遇の子も見捨てない、支援の限界をチームで突破する」

特定非営利活動法人スチューデント・サポート・フェイス代表理事 谷口 仁史

付 録

『福祉健康科学』執筆要領 …………… 53

〔原著論文〕

ソーシャルワークにおけるバイステックの コミュニケーション・モデルの活用に関する研究 ーマインドフルネスの視点の併用ー

中山 慎吾¹

本研究は、マインドフルネスの視点と実践を援用しつつ、バイステックのコミュニケーション・モデルをソーシャルワークの教育と実践に活かす方策について検討することを目的とする。福祉の仕事の多くは利用者との対面的状況において、従事者の側で対応に困る場面に出会う可能性を含む。それに対応する準備のための教育＝学習資源の1つとして、バイステックが『ケースワークの原則』の「原則3 統制された情緒的関与」で示したコミュニケーション・モデルに着目する。そのモデルでは、クライアントの感情的要素を重視しつつ、コミュニケーションを①感受性、②理解、③反応の3つの要素に区分している。また、マインドフルネスの視点と実践法を援用することで、「感受性」を利用者の感情とワーカーの感情の双方に関わるものとして位置づけ、感受性を高めるためのトレーニング法も活用できる等の利点がある。

キーワード：フェリックスP. バイステック、ケースワークの7原則、マインドフルネス、ソーシャルワーク

1. はじめに

福祉の仕事に従事する人たちに、仕事について思うことをたずねると、利用者との関わりの楽しさなどへの言及の一方で、様々な困難、たとえば利用者との関わりの困難さへの言及も見られる。その一例としては、どう対応すればいいか迷ってしまう利用者の言動への直面が挙げられる（中山2019）。

福祉の仕事の多くが利用者との対面的状況を含むものである限り、従事者の側で対応に困る場面に出会う可能性は、その頻度は様々なものであるとしても、必ずあると言ってよい。そのような場面对応するための準備を、福祉の仕事につく前、または仕事をしながら、行っていくことは意義がある。準備のための手がかりの1つとして、バイステックによる『ケースワークの原則』を挙げることができる。半世紀以上前に出版された著作であるにもかかわらず、日本のソーシャルワーク教育では彼が示した7原則が扱われ、現場のソーシャルワーカーにおいても想起されることが多い。その理由の1つには、7原則がシンプルな言葉で表現されており、直感的に理解しやすい点があると思われる¹。

7原則が多くの福祉関係者に意識されていることは、福祉従事者にとっての教育＝学習資源としてバイステックの著作を活用するための前提として、意味がある。本研究で注目したいのは、対面的状況におけるクライアントとワーカーのコミュニケーション・モデルと呼べるものが展開されている、「原則3 統制された情緒的関与」の章の内容である。

1 大分大学福祉健康科学部社会福祉実践コース

そこで展開されているコミュニケーション・モデルの各要素としては、「感受性」「理解」「反応」といった一般的語句が用いられている。しかし、その説明内容にはバイステックに特徴的なものが含まれ、現在のソーシャルワーカーにとっても示唆的である。たとえば、バイステックが重視している、クライアントの感情に対するワーカーの側の感受性は、現在のソーシャルワーカーにとっても意味のある視点である。そして、ワーカーの感受性を育むための方法を工夫することは、私たちに求められる課題であると言える。

バイステックの著作に焦点を合わせた研究としては、7原則を概観しつつ対人援助で重視すべき点を示すもの、利用者の自己決定に焦点を合わせて検討を行っているものが比較的多い(武田ほか2016, 山内2021)。他方、原則3に示されたコミュニケーション・モデルに関しては、安井(2003)において7原則の検討の一部として若干の検討が見られるが、ロジャーズとの比較という限られた視点で「感受性」「理解」「反応」の3要素を簡潔に概観しているにとどまる。

バイステックが示しているコミュニケーション・モデルを、福祉従事者がより効果的に活用するうえで、方策の1つとして考えられるのは、マインドフルネスの視点と実践を援用することである。マインドフルネスに関する基本的説明では「感受性」や「判断をせずに」という概念が重視されているが、これらはバイステックの7原則でも重視されているものである。バイステックの著作とマインドフルネスとの関連については、池埜(2017a)のマインドフルネス研究でバイステックの援助関係論に短い言及がなされている。しかし、そこではバイステックのコミュニケーション・モデルとマインドフルネスの関連性を扱ってはいない。池野による指摘を敷衍し、バイステックのコミュニケーション・モデルに対するマインドフルネスの視点と実践法の活用の方策を探索することは、意義があると考えられる。

マインドフルネスは、仏教の考え方や瞑想法などを参考にして、欧米を中心に主に心理療法における技法の1つとして発達してきた。たとえば、うつなどの心理的問題のある人への心理療法としてカバットジン(Kabat-Zinn 1990=2007)によるマインドフルネスストレス低減法(MBSR)、シーガルら(Segal et al 2002=2007)によるマインドフルネス認知療法(MBCT)などが開発されている。また、心理的問題のある人以外にも、マインドフルネスの活用が勧められ、実践されてきている。

日本においても、心理療法の一部としての実践とともに、必ずしも心理的問題のない人々に対するマインドフルネスの活用が試みられている。たとえば、医療分野や高齢者ケアなどでの活用がある(高宮ほか2018, 黒川ほか2018)。福祉従事者に対しては、池埜(2017a, b)による研修プログラムの開発と実施の例がある。欧米においても、福祉従事者や福祉教育へのマインドフルネスの活用が試みられている(Berceli et al 2006, Kessen2016, Lee et al 2016, Hick 2016)。

マインドフルネスの活用の可能性としては、たとえば、私生活と仕事双方での活用を視野に入れて、福祉従事者のワークライフバランスという観点からマインドフルネスの活用の可能性を検討することも可能であろう。しかしながら本稿では、冒頭に示した、福祉従事者の仕事に伴う困難への対応への関心に基づき、福祉従事者の仕事に焦点をあてて、検討することにした。

2. 研究目的と研究方法

本研究は、マインドフルネスの視点と実践を援用しつつ、バイステックのコミュニケーション・モデルをソーシャルワークの教育と実践に活かす方策について検討することを目的とする²。

本研究でははじめに、対面的状況における困難への準備に資する教育＝学習資源として、とくに『ケースワークの原則』の原則3の章で示されているコミュニケーション・モデルを整理しつつ、それとの関連性という観点から、他の章の内容も参照する。次に、マインドフルネスの発展に中心的役割を果たしたカバットジンの著作に主に基づき、マインドフルネスの視点やトレーニング法、対面的状況における応用について整理する。以上の作業を通じてバイステックのコミュニケーション・モデルをより効果的に活用する可能性を探索するとともに、今後取り組むべき課題について考察する。

本研究は文献研究であり個人情報を含むデータは扱わないが、他の研究者の研究成果の引用を適切に行い剽窃などがないようにするなど配慮し行われた。本研究は特定の企業からの資金は一切用いておらず、利益相反がないかたちで行われた。

3. バイステックのコミュニケーション・モデル³

3. 1 統制された情緒的関与

『ケースワークの原則』の「原則3 統制された情緒的関与(Controlled Emotional Involvement)」の冒頭の部分でバイステックは、コミュニケーションという言葉を使いながら、次のように述べている⁴。どんなコミュニケーションも双方向的である。一般的に、コミュニケーションの内容は3つのカテゴリーに分けられる。考えのみ、感情のみ、考えと感情の両方、の3つである。ケースワークの面接におけるコミュニケーションの内容は、多くの場合、考えと感情が結合したものである。たとえば公的扶助の受給要件を満たすかを確認するための援助で事実に関する情報を集めている場合でも、ケースワーカーはクライアントの感情に敏感な状態にある(sensitive)。ソーシャルケースワーカーは、思考と感情のレベルの両方においてコミュニケーションするスキルを必要とする(Biestek 1957→1992: 48-9=2006: 75-6)。

バイステックは、「統制された情緒的関与」の構成要素として、「感受性(sensitivity)」、「理解(understanding)」、「反応(response)」の3つを挙げている。これらの要素は実践においては深く関連し合っているが、分析的に区分しつつ説明する、としている。この3要素に即して展開されている議論を、本研究では、バイステックのコミュニケーション・モデルと呼ぶこととする。

原則3の章のはじめに示されている、「統制された情緒的関与」の定義と見なせる記述は、以下のように、この3要素の特徴を端的に示すものとなっている。「統制された情緒的関与は、クライアントの感情へのケースワーカーの感受性、クライアントの感情の理解、そしてクライアントの感情に対する意図的で適切な反応である。(Biestek 1957→1992: 50=2006: 77)」

以下、3要素について、原則3でのバイステックの説明に沿ってさらに検討する⁵。なお、この原則3では、3つの要素それぞれを説明するにあたり、ガルシア家、ブルースター家、サンカ家への援助に関する3つのケース記録が引用されている。

なお、ここで原則3と原則2の関連性に言及しておく。原則3では、ワーカーによる情緒的関与が扱われているのに対し、「原則2 意図的な感情の表出 (Purposeful Expression of Feelings)」では、クライアントによる感情の表出が扱われている。これら2つの原則は、ワーカーとクライアントのコミュニケーションにおける感情の側面に注目している点で共通している。ただし、原則2では、クライアントの側、原則3ではワーカーの側に焦点をあてているという違いがある。

原則2では、自由に自分の感情—とくに否定的感情—を表現したいというクライアントのニーズが重視されている (Biestek 1957→1992: 35=2006: 54)。また、バイステックの説明によると、クライアントの感情の表出は、たとえば、プレッシャーや緊張の緩和、問題やクライアントの人格の理解、心理的サポート、ワーカーとクライアントの関係を深めることなどの目的に関わる (Biestek 1957→1992: 38=2006: 58-9)。他方、自分に注意を集めるために敵対感情を表現するなど、ワーカーは感情表現を理解する必要はあっても表現を励ますべきではない場合もある (Biestek 1957→1992: 40=2006: 63)。

3. 2 感受性

「感受性」について、バイステックは次のように述べている。「感受性」とは、本質的には、クライアントの感情を見たり聴いたりすること (seeing and listening to the feelings of the client) を意味する。時にクライアントは、自分の感情を言葉にしなかったり、あるいは言葉にできなかったりする。自分の感情を言葉にしない場合でも、クライアントは自分の感情を、目に見えるあるいは聞こえるかたちで示している。話す速さ、ためらい、表情や姿勢、服装、手の使い方などは、クライアントの感情の手がかり (clues)、クライアントの感情を示すもの (indices) である (Biestek 1957→1992: 50-1=2006: 77-8)。

なお、クライアントの感情に対するワーカーの感受性の発達に役立つものとして、経験、スーパービジョンとともに自己訓練 (self-discipline)⁶ が挙げられ、次のような説明がなされている。ワーカーの自己訓練は、ワーカーのニーズや感情に気づくこと (awareness) に関連している。そのような気づきは、ワーカー自身のニーズや感情がワーカーの感受性をブロックしないことにつながる。ワーカーは、クライアントの感情が聞こえなくなったり見えなくなったりしないような仕方で、面接におけるワーカー自身の一連の思考を管理することを覚える (Biestek 1957→1992: 54=2006: 84)。

「感受性」に関する説明では、「言語化されない感情」が重視されている (Biestek 1957→1992: 50, 52=2006: 78, 80)。そこで引用されているガルシア家のケース記録は、クライアントが感情を十分に言語化していない場合のワーカーの感受性の例として示されている (Biestek 1957→1992: 50-1=2006: 78-9)。

他方、「感受性」に関する説明の中で、ガルシア家のケース記録に続いて、ブルースター家のケース記録が引用されている。その記録は、「理解を感受性に結合する必要性 (the need of joining understanding to sensitivity)」をも示している、とバイステックは指摘している (Biestek 1957→1992: 52-3=2006: 80-2)。その記録のどの箇所が「理解」かをバイステックは明示していないが、ルイスと父親、継母のそれぞれの様子から各自の感情にワーカーが気づくことが「感受性」にあたり、3者相互の関係という観点で感情を

理解しようと試みるのが「理解」にあたると考えられる。各自の感情への気づきとしての「感受性」と、関係性に沿った感情の「理解」の双方が、面接の場において同時進行でなされている、ということであろう。このケース記録についてのバイステックによる説明に見られる、「敏感な状態での観察 (sensitive observation)」は、感受性に関わる表現であり、「[人間] 関係についての仮の評価 (tentative evaluation of the relationship)」は、理解に関わる表現だと判断できる⁷。

3. 3 理解

次に、「理解」については、次のように説明されている。専門的援助者としてワーカーは、クライアント、あるいはクライアントの問題と関連するものとして、感情の意味を理解する必要がある。感情の意味の理解にとって、人間の行動についての知識が不可欠である。その知識は、心理学、精神医学、その他の社会科学、あるいは自分の生活経験の内省、専門的実践などに由来する。また、その知識には、人に共通するニーズの知識や、ストレス時の人間の反応や防衛のパターンなどの知識を含んでいる。人間の行動についての一般的知識は、特定のクライアントをよりよく理解し援助するうえでの枠組み (framework) として活用される。個別化 (individualization) もまた、クライアントの問題の情緒的要素と環境的要素の相互関連性を見るうえで役に立つ (Biestek 1957→1992: 55=2006: 84-6)。

理解に関する説明において、バイステックはブルースター家のケース記録を引用している。そこでは、ルイスの感情の意味について、「言葉どおりの表面的な意味」とは異なる「真の意味」についての、ワーカーの理解が示されている、としている。たとえば、ワーカーはケース記録の中で次のように記している。

「この面談において、私の受けた印象は、次のようなものである。すなわち、ルイスの自立[的態度]や自分の状況についての合理的議論は、とても孤独でひどく傷ついた少女の真の依存欲求に対する強い防御[的態度]だ、という印象である。私は、父親に対する彼女の敵意は、父親への強い愛着を示すものだと感じた。」(Biestek 1957→1992: 56=2006: 86)

ブルースター家への面談は毎週、3か月間行われたが、その間になされたスタッフ間の議論の様子も、ケース記録から引用されている。その議論は、クライアントの感情に関するワーカーの理解を高めるのに役立ったとバイステックは評している。ケース記録では、たとえば、感情の転移によりルイスが徐々にワーカーを母親的人物として活用しつつある、というスタッフの推測が記されている。

このように、「理解」は、直接的なコミュニケーションを離れた場や時間においても、担当のワーカー以外の人々のサポートも得つつ、行われうる。また、様々な理論や枠組みを援用しつつ、仮説の構成や推測を含む、思考による作業という面が強いと判断できる。

3. 4 反応

「反応」については、次のように説明されている。感受性と理解は、反応のための手段である。クライアントに対するワーカーの感情レベルにおける反応は、援助関係において最も重要な心理学的要素である。反応は、必ずしも言語によるものではない。反応は、本

質的には、態度と感情の反応であり、知識と目的によって導かれる。反応は、第一に「内的反応 (internal response)」である。内的反応においてワーカーは、意識的に、目的をもって、「クライアントの感情と一体感を抱く」。内的反応は、「繊細な感受性をもった温かく人間的な専門人が、援助ニーズをもつ他の人間の感情を共に味わうこと」である (Biestek 1957→1992 : 58=2006 : 90-1)⁸。内的反応に関する、このバイステックの説明の意味はやや不明瞭だが、内的反応の中核にワーカーによるクライアントへの共感が含まれると解しうる。

さらにバイステックは、「反応」について次のように述べてもいる。反応は、第一に内的なものだが、言葉、表情、話す調子、行動など、何らかのかたちの「外的表出 (external manifestation)」を通じてクライアントにコミュニケーションされる。反応の外的な形式は、相対的には重要ではない。ワーカーが望ましい内的反応をしている場合、その外在化は自ずとなされるものである。したがって、この領域におけるワーカーのスキルの向上に関しては、内的反応の外在化の仕方よりも、内的な感情反応の成長により多くの注意を向けるべきである。反応は、「どれだけ完全に『心から』生じるか (how thoroughly it comes “from the heart”)」に依じてのみ意味をもつ。なお、ワーカーが自分の反応を言葉で表すべきかどうかは、それぞれの時や面接において、非常に個別的なものであり、一般化できない (Biestek 1957→1992 : 59=2006 : 91-2)。

また、バイステックは、反応と目的との関連性について次のように述べている。ワーカーは、既知の目的を念頭において、意識的に、慎重に、反応できるように努めるべきである。ただし、時にワーカーは、ぼんやりとだけ目的を意識している状態で、直感的な反応に頼らなければならないかもしれない。反応の前提となる目的の例としては、次のような例が挙げられている。クライアントに心理的サポートを提供するという目的。クライアントが自分の感情をワーカーに表現するうえでの安心感を強めるという目的。深い感情を表現するにはまだクライアントが十分に成熟していない場合に、より深い感情を表現するのを防いで、現時点で表現した感情にクライアントが焦点を合わせるのを助ける、という目的 (Biestek 1957→1992 : 60=2006 : 93)。

ワーカーの反応の例として引用されているケース記録では、基本的に、言葉によって表現された様々な反応が示されている。それらは、今日のソーシャルワーカーも用いている開かれた質問や感情の反映などの働きかけと重なる。なお、引用されたケース記録には、内的反応に相当するものが必ずしも明確に示されていない。

なお、反応が「『心から』生じる」ということについて、次のような説明がなされている。「『あなたがどのように感じているかわかります』『それはあなたにとってとても大変なことに違いありません』等々のフレーズは、内部に生じたものでなければ (unless they spring within) 効果的ではない。本能的に、少なくともクライアントは、言葉だけであることの空虚さに気づくことができる。」 (Biestek 1957→1992 : 59=2006 : 91-2)

これは、外的反応としての言葉による表現が、内的反応としてのワーカーの内面における感情や態度を前提としていることが重要だ、ということであろう。内的反応と外的表出の関係についての説明や引用は、バイステックによって必ずしも十分になされていない。さきに参照したバイステックの説明から判断すると、次のように整理できよう。

ワーカーは、言葉による表現とともに、自分が発する言葉に合った表情や話し方、姿勢

やしぐさ、という非言語的な表現をクライアントに示している。その際、言語的、あるいは非言語的な表現の前提として、その外的表現の元となる感情をワーカーが心の中で感じることが重要である。ワーカーの感情は言語的・非言語的表現に反映され、クライアントの側の受けとめ方に影響を与える。そのため、ワーカーの側の感情のあり方が効果的コミュニケーションにおいて重視される。

内的反応と外的表出の関係は、以上のように整理できる。なお、さきに示したように、内的反応に関して「クライアントの感情と一体感を抱く」、「他の人間の感情を共に味わう」といった説明がなされており、内的反応においては、クライアントの感情への共感が重要だとバイステックは考えていたと思われる。ただし、その時点の特定の目的に合わせて反応のあり方を調整する必要をも強調している。反応は、クライアントへの共感と、目的に合わせた調整の双方を含むプロセスとして理解しうる。

3. 5 クライアントの「現実」の理解

「原則4 受容 (Acceptance)」では、受容の行為の3つのステップとして、原則3における「感受性」「理解」「反応」と類似するプロセスが、やや異なる言葉を用いて示されている。すなわち、「(1) 知覚すること (perceiving)」, 「(2) 治療的理解 (therapeutic understanding)」, 「(3) それ [治療的理解] を [クライアントに] 関連のある現実として認識すること (acknowledging it as a pertinent reality, 以下、認識すること)」の3つである (Biestek 1957→1992: 70=2006: 110)⁹。「感受性」「理解」「反応」との対応関係は、次のようだと考えられる。すなわち、「知覚すること」は「感受性」に対応し、「治療的理解」及び「認識すること」は、「理解」に対応する。

原則4で「感受性」「理解」とやや異なる言葉を示している理由の1つは、次の点にあると推測される。原則3ではクライアントの感情に焦点をしばって論じられていたのに対し、原則4では、クライアントの感情を重視しつつも、感情以外の側面も含めたクライアントの現実の全体に焦点が広げられている、という違いである。たとえば、「知覚すること」の説明では、「ケースワーカーは、はじめに、受容しようとするものを客観的にしっかりと見なくてはならない」としている (Biestek 1957→1992: 70=2006: 110)。

「受容」の定義を示す原則4の文章は、ペーパーバック版で17行に及ぶ比較的文長であるが、その中には、次のような内容が含まれている。すなわち、最初に、「受容は、ありのままのクライアント (the client as he really is) をケースワーカーが知覚し、関わるという行為の原則である」と述べている。そして、「ありのままのクライアント」に含まれるものとして、強さと弱さ、肯定的及び否定的感情、建設的及び破壊的態度と行動などを挙げている。さらに、「受容の対象は、[クライアントに] 関連のある現実 (pertinent reality) である」と述べている。「受容」の定義を示す文章には、以上のような内容が含まれている (Biestek 1957→1992: 72=2006: 113-4)。

「治療的理解」と「認識すること」は、“部分と総合”の関係にあると考えられる。すなわち、相対的に部分的な理解である「治療的理解」を組み合わせ、クライアントのいわば全体像を理解するのが「認識すること」である、という関係である。なお、「治療的」という言葉を含む「治療的理解」という表現は、心理面の介入を重視する診断派などのアプローチ、あるいは現在のクリニカル・ソーシャルワークと親和的である。しかし、“部

分的理解から総合的理解へ”というありようは、——「現実」をどのようなものとして描くかはアプローチによって異なるとしても——多くのアプローチに共通するものだと考えられる。

3. 6 「ワーカー自身の感情」の重要性

原則3においては、さきにふれたように、「反応」とは本質的には態度と感情の反応である、と述べられていた。「原則4 受容」と「原則5 非審判的態度 (The Nonjudgmental Attitude)」においても、ワーカーの側の態度への着目が見られる。原則4の冒頭では、受容に関して、行動がなされる前の「内的傾向性 (internal disposition)」としての“態度”と、“行動”とを区別しつつ論じられている。“態度”という概念は、知的確信にもとづくものでありつつ、「感情に彩られた意志の方向性」だとも説明されている (Biestek 1957→1992 : 70=2006 : 109)。

ありのままのクライアントを受容するうえで、原則4の説明において強調されていることの1つとして、クライアントに対する敬意がある。また、承認も不承認もしない (without approving or disapproving) ことの重要性も強調しているが、これは原則5で示されている態度と重なる。

「原則5 非審判的態度」について、次のように説明している箇所がある。「効果的であるためには、ケースワーカーの非審判的態度は、クライアントによって感じられなければならない。そして、ケースワーカーが非審判的態度を感じる限りにおいて、クライアントは非審判的態度を感じるであろう。(Biestek 1957→1992 : 96=2006 : 153)」この説明のうち、「ケースワーカーが非審判的態度を感じる限りにおいて」の部分は、原則3で示されるワーカーの「反応」のうち、ワーカーの内的反応に相当するものと言える。

以上のように、本質的には態度と感情の反応であるところの「反応」は、原則4や原則5などでも扱われていると言ってよい。先に見たように、反応においては、ワーカー自身の感情のあり方が重要とされる。他方、適切な反応に適した態度や感情をもつことと、対照的とも言える指摘として、原則3では、ワーカーのニーズや感情がワーカーの感受性をブロックしないよう、ワーカーが自分のニーズや感情に気づけるようになることが重要だといったバイステックの議論が見られた。それと類似する議論が、原則4でも見られる。

原則4では、受容にとっての障害として、いくつかの点が挙げられている。そこでも、自己理解の重要性が指摘されている。その際、自己理解 (self-awareness) は、「何よりも、自分自身の態度や感情の理解 (an awareness of one's own attitudes and feelings) を意味する」とし、次のように述べている。自己理解がなければ、ワーカーは、「自分自身の感情をクライアントに帰する (imputing his own feelings to the client) という自然の傾向性」に従いがちになる。ワーカーは、クライアントの感情表現を切り落としてしまい、特定の状況へのクライアントの感情がどうであるかについて、誤った結論を下してしまいがちになる。かくして、実際にはワーカーは、ありのままの現実を知覚しないということになる (Biestek 1957→1992 : 82-3=2006 : 131-2)¹⁰。

自己理解についての、このバイステックの議論は、ワーカー自身の感情のあり方が、クライアントの感情を「理解」することにも悪影響を与えうることを指摘していると考えられる。

4. マインドフルネスの視点と実践

4. 1 マインドフルネスの定義と自己訓練法

カバットジンは、マインドフルネスについて次のように述べている。「マインドフルネスは、特定の方法で——意図的に、現在の瞬間に、判断をせずに——注意を向けることを意味する。このような注意は、現在の瞬間の現実に対するより大きな気づき、明晰さ、そして受容を育む」（Kabat-Zinn 1994=2012：4）¹¹。

現在の瞬間に注意を向ける対象には、五感や体の中の感覚のほか、思考や感情など、様々なものが含まれる。ただし、マインドフルネスに関わるトレーニングにおいて、判断をせずに注意を向ける対象として、とくに重視されているのは、呼吸などに伴う体の中の感覚や、音が聞こえる感覚などの五感である。

マインドフルネスに基づく自己訓練の典型例としては、呼吸に注意を向ける自己訓練がある。呼吸に注意を向ける自己訓練について、カバットジンによる説明を整理すると、以下ようになる¹²。日々の生活の中で、一定時間、何かをするのをやめて、呼吸に注意を向ける時間をもつ、という訓練である。その間に、何らかの考えや感情が生じた際には、それを受けとめたとうえで、呼吸に注意をもどす、といった対応がとられる。このような訓練を通して、現在の経験に集中しやすくなり、また、心のおだやかさを得ることができるとされる（Kabat-Zinn 1994=2012：6-7, 1990=2007：87）。

マインドフルネスに基づく自己訓練法としては、呼吸や五感に注意を向ける方法が一般的だが、考えや感情に焦点を合わせた自己訓練法もある。考えや感情に焦点を合わせた自己訓練法について、カバットジンによる説明を整理すると、以下ようになる。一定時間、心に浮かんでくる考えや感情の一つ一つに注意を向け、受けとめるという作業を続けるものである。その際、次々に浮かんでくる考えや感情にとらわれて、心ここにあらずといった状態となった際には、一時的に呼吸に注意を向けた後、一つ一つの考えや感情を受けとめるという作業に戻る、といった対応がとられる（Kabat-Zinn 1990=2007：112-3）。

なお、カバットジンの説明によれば、このような自己訓練の時間に限らず、呼吸を意識することは、注意を集中するのを助け、現在の瞬間に自分自身をつなぎとめ、心がさまよった時に自分自身を引き戻すためのアンカー（an anchor line）として役立つとされる（Kabat-Zinn 1994=2012：20）¹³。

なお、杉浦（2016：98-106）は、カバットジンによる定義を示しつつ、マインドフルネスの特徴として次のような点を指摘している。マインドフルネスにおける“注意”の特徴は、オープンな気づきとも呼ばれるように、幅広い事象への気づきを広げ、あるがままに物事を観察するといった点にある。また、“判断をせずに”という心理的態度は、否定的思考が浮かんでも、そこから距離をおき、それ以上考え込んだり、否定的思考をなくそうとしたりするなどの否定的な反応を積み重ねないことを含んでいる。

4. 2 日常生活における活用

呼吸に注意を向ける自己訓練は、日常生活でも役に立てることができる。日常生活における応用の1つとして、カバットジンは、日常生活において、短時間でも体の感覚や呼吸に注意を向ける時間をもつことを勧めている（Kabat-Zinn 1990=2007：265-268）。たとえば、1時間に1分間だけ仕事を離れて呼吸に注意を集中したり、電話の呼び出し音が鳴っ

ている間などのきっかけを見つけて呼吸に注意を集中したりする、というものである。

カバットジンが勧めるこのような応用には、相互に関連する2つの要素を見出さう。現在の経験に注意を集中することと、気持ちを落ち着けることである。これらのうち、マインドフルネスの意義として、少なくとも一般の人々に意識されやすいのは、後者の、気持ちを落ち着けることであると思われる。つまりマインドフルネスは、いわばリラクセーションのための一技法としてイメージされやすいという一面がある¹⁴。

しかしながら、マインドフルネスに基づく実践の意義としては、単に気持ちを落ち着けることではなく、現在の経験に注意を集中するという点に注目すべきであろう。それには、杉浦の言う“幅広い対象への気づき”や“否定的思考などから距離をおく態度”といった面が含まれる。

日常生活におけるマインドフルネスの活用のもう1つの例として、通勤時の運転における活用が挙げられる (Kabat-Zinn 1990=2007: 262)。カバットジンがストレス・クリニックで関わった会社員の1人は、マインドフルネスの訓練を続ける中で、出勤する時の運転の仕方も変わってきた。すなわち、大通りではなく車の少ない裏道を通してゆっくり運転し、その間ずっと呼吸と運転のみに注意を向けることで、会社に着く頃には仕事にとりかかる準備が整った状態になるという。この例のように、日常生活における特定の行動を、呼吸に注意を向けつつ行うことも、可能である。呼吸が「アンカー」の役割を果たし、ラジオや考えごとなどで心がさまようことを防ぐ、というわけである。

4. 3 対人関係への応用

マインドフルネスの日常生活における応用のもう1つのあり方として、カバットジンは、対人関係における応用のあり方を論じている¹⁵。

カバットジンによれば、対人関係において大切なのは、一つ一つの瞬間における相手と自分それぞれの思考、感情、話し方などに注意を向けること、注意を“今、ここ”におけるその人とのコミュニケーションに向けることである。相手の話に対して、否定したり、議論したり、闘ったり、抵抗したり、善悪の評価をすることなく、静かに耳を傾けるようにすることで、相手も自分が受け入れられていると感じるようになる (Kabat-Zinn 1990=2007: 249-250)。

カバットジンは、相手に対面している際には、自分の感情に注意を向けることが大切だと強調し、次のように述べている。ある特定の考えや感情をもつことは悪いことだ——たとえば“男が泣いたりするのは悪いことだ”——と思い込んでいる場合、自分の本当の感情を押し殺してしまうことになる。自分の感情を軽視したり、感情に過剰に反応したりすると、問題が生じる。対人関係において主張をする場合、“あるがままの自分の感情”に、判断を伴わずに意識を向けることが重要である。自分の感情を、良いも悪いもない感情として意識することができれば、怒りや脅威を感じたときに現れてくる自分の受動的態度や敵対的な態度をコントロールすることができる (Kabat-Zinn 1990=2007: 251-3)。

このようにカバットジンは、対人関係において、現在の瞬間における相手の言葉や感情に注意を向けるとともに、自分自身の言葉や感情にも注意を向けることが大切だとしている。自分の感情については、判断をせずに注意を向けることの重要性が強調されている。

5. 考察

5. 1 「感受性」の対象の拡張

コミュニケーションのあり方をモデル化する場合、自分の側からの発話を起点として、こちら側からの働きかけを相手がどう理解し、反応するか、というかたちで描くこともできる。それに対して、バイステックのコミュニケーション・モデルは、相手の側の言語的あるいは非言語的表出を手がかりとしつつ、相手の感情についてこちら側の感受性から描くという方式をとっている。

バイステックのコミュニケーション・モデルと、マインドフルネスの視点と実践とを比較してみると、バイステックにおける「感受性」と、マインドフルネスにおける、現在の瞬間に注意を向けることが、類似している。

バイステックの「感受性」は、基本的に、クライアントの感情に対する感受性に限られている。マインドフルネスにおいて注意を向けうるのは、現在の瞬間に経験される多様な対象である。たとえば、対面的状況で注意を向ける対象としてカバットジンが重視しているのは、話をしている相手の感情などとともに、自分自身の感情である。感受性を向ける対象と位置づけてはいないものの、バイステックは、ワーカーの側の感受性をブロックしないように、ワーカー自身の感情に気づくことを重視している¹⁶。

マインドフルネスの視点を援用するならば、バイステックのコミュニケーション・モデルを以下のように修正することが考えられる。すなわち、「感受性」を、クライアントの感情とワーカーの感情の双方に関わるものとして位置づけることができる。また、「感受性」に関して、“判断を加えずに注意を向け気づくこと”という説明を含めることもできよう。

なお、バイステックは、『ケースワークの原則』で、「感受性」に関わるワーカーの能力を高めるための方法を、必ずしも明確に示してはいない。他方、マインドフルネスにおいては、現在の瞬間に注意を向けるための自己訓練の具体的方法が示されている。そのような自己訓練の繰り返しを前提としつつ、対面的状況においても、その場での“呼吸”が、心を落ち着かせて、自らの注意を現在の瞬間につなぎとめるための「アンカー」の役割を果たすものとして示している。

これらの、対面状況を離れた場所・時間での自己訓練や対面的状況における「アンカー」としての呼吸の活用は、感受性を高めるための方法の1つとして位置づけることができる。

5. 2 ワーカー自身の感情と「理解」「反応」

バイステックのコミュニケーション・モデルにおける「理解」は、心理学や社会科学などの知識を活用しつつなされる。「反応」は、内的反応に基づきつつ、その時点での支援の目的に即して調整される。

また、先に見たように、「自己理解」に関するバイステックの議論には、ワーカー自身の感情のあり方が、クライアントの感情を「理解」することに悪影響を与えうるとの指摘を含むと考えられる。ワーカー自身の感情についての「自己理解」の重要性と関連すると思われる議論が、次のようなミシュナらの議論に見られる。ソーシャルワークの授業の中で、授業の進行を混乱させる学生の発言があった際、発言した学生とまわりの学生それぞ

れの考えや感情への気づきだけでなく、教員の側の考えや感情にも気づくことが、教員による対応のためには重要である。教員の側の考えや感情の例としては、学生からよく思われたい、葛藤状況に気づかないふりをしてやり過ぎしたい、といった願望が挙げられる。教員は、自分の内面への気づきを考慮に入れることで、学生に対するバランスのとれた発言を考えやすくなる (Mishna et al 2007 : 532-4)。

以上のミシュナらの議論の中の、学生に対するバランスのとれた発言を考えることは、バイステックのコミュニケーション・モデルにおける「反応」と対応していると考えられる。ミシュナらの議論は、ワーカー自身の感情のあり方が、「反応」においても影響を与えることを示唆しているように思われる。

5. 3 感情管理とパーソナリティ成長

ワーカー側の感情について、考察すべきもう1つの点としては、反応が「『心から』生じる」ことの重要性をバイステックが指摘している点がある。この議論は、ホックシールドが『管理される心』で「表層演技」と「深層演技」という概念を用いて展開した感情管理の議論を想起させる。

ホックシールドは、「深層演技」と「表層演技」について、次のように述べている¹⁷。客室乗務員のような対人サービス業においては、お辞儀をする場合にも、心のこもったお辞儀をすることが期待される。しかし、各業務に適した感情を常にもつことには、難しさもある。乗客とのやりとりの中で怒りなどの感情が生じることもある。このような状況において、行動に適した感情を自分の内に生じさせる工夫、あるいは怒りなどの感情をしずめるための工夫が「深層演技 (deep acting)」である。他方、各業務に適した感情を生じさせることができない場合、あたかもその感情を抱いていると見えるような仕方で行動することが「表層演技 (surface acting)」である (Hochschild 1983=2000 : 20, 39, 62, 154)。

また、ホックシールドは、「深層演技」と「表層演技」の例に関して、次のような例を挙げている。客室乗務員が怒りをしずめる、あるいは怒りを生じるのを予防するための深層演技の例としては、ときどき意識的に深呼吸して首の筋肉をリラックスさせようとする、こと、「この乗客は飛ぶのが怖いのだ」とか「この乗客は子どもみたいだ」と考えること、などが挙げられる。必要とされる深層演技が誘発できない場合になされる表層演技の例としては、「はい、ジョーンズ様」「お気持ちはわかります」のように、乗客の名前や共感の言葉を多用すること、などが挙げられる (Hochschild 1983=2000 : 62-3, 128)。

以上の2つの段落で示されるような、仕事の場における「深層演技」や「表層演技」のありようは、「感情の商品化」と呼びうる。「感情の商品化」について、ホックシールドは次のように論じている。感情がうまく商品化されるときには、自分の心を込めたサービスについて乗務員はあるていどの満足感を得る。しかし、業務の高速化などの影響で深層演技をうまくやりぬくことができなくなると、表層演技に後退してしまい、表現はうわべだけのものとなる (Hochschild 1983=2000 : 154, 157)。

ホックシールドは、マインドフルネス自体に言及してはいないが、深層演技の例として深呼吸することを挙げていることから、マインドフルネスを援用した対人関係の場での呼吸などの活用は、深層演技という観点からも理解することができると考えられる。

なお、ホックシールドの議論は、対面的状況における、その場での対応に関するもので

ある。それに対し、バイステックの言う「内的な感情反応の成長」は、より長期的なパーソナリティの変化を示唆している。パーソナリティの変化のための道筋や方法は様々であろうが、マインドフルネス、あるいはそれに関連する自己訓練はその1つとなりうる。

* 本研究は科学研究費補助金（基盤研究(C) 21K02019）の助成を受けたものです。

文 献

- Berceli, David and Maria Napoli (2006) A Proposal for a Mindfulness-Based Trauma Prevention Program for Social Work Professionals, *Complementary Health Practice Review*, 11(3), 153–165.
- Biestek, Felix P. (1957) *The Casework Relationship*, 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]』誠信書房.)
- Hochschild, Arlie (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, The Regents of the University of California. (=2000, 石川准・室伏亜希訳『管理される心—感情が商品になるとき』世界思想社.)
- 池埜聡 (2014) 「マインドフルネスとソーシャルワーク—日本における社会福祉実践へのマインドフルネス導入の課題」『人間福祉学研究』7 (1), 81–98.
- 池埜聡 (2017a) 「マインドフルネスがもたらすソーシャルワーク援助関係への影響—社会福祉従事者の主観的変容を踏まえた探索的研究」『人間福祉学研究』10 (1), 91–116.
- 池埜聡 (2017b) 『福祉職・介護職のためのマインドフルネス—1日5分の瞑想から始めるストレス軽減』中央法規出版.
- Kabat-Zinn, Jon (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, Delta. (=2007春木豊訳『マインドフルネスストレス低減法』北大路書房.)
- Kabat-Zinn, Jon (1994) *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation for Everyday Life*, Hachette Books. (=2012田中麻里監訳『マインドフルネスを始めたあなたへ』星和書店.)
- Kessen, Christine (2016) Living Fully: Mindfulness Practices for Everyday Life, in Hick, Steven F. (ed.) *Mindfulness and Social Work*, Oxford University Press, 31–44.
- 黒川由紀子・フォーク阿部まり子 (2018) 『高齢者のMBCTマインドフルネス認知療法—うつ, 緩和ケア, 介護者のストレス低減など』誠信書房.
- Lee, Jacquelyn J. and Sarah A. Himmelheber (2016) Field Education in the Present Moment : Evaluating a 14-Week Pedagogical Model to Increase Mindfulness Practice, *Journal of Social Work Education*, 52 (4), 473–483.
- Mishna, Faye and Marion Bogo (2007) Reflective Practice in Contemporary Social Work Classrooms, *Journal of Social Work Education*, 43 (3), 529–541.
- 中山慎吾 (2019) 「障害者施設職員の肯定的仕事観に関する研究—自由回答に基づく分析」『鹿児島国際大学福祉社会学部論集』38 (1), 42–57.

- 中山慎吾 (2023a) 「福祉従事者の仕事における直接的経験の意味についての考察——“マインドフルネスの視点の活用”に焦点をあてて」(2023年10月9日, 日本社会学会大会報告, 立正大学) .
- 中山慎吾 (2023b) 「社会福祉従事者におけるマインドフルネスの活用の可能性——Biestek による援助関係論を手がかりに」(2023年10月15日, 日本社会福祉学会第71回秋期大会報告, 武蔵野大学) .
- Hick, Steven F. (2016) Mindfulness and Social Work: Paying Attention to Ourselves, Our Clients, and Society, in Hick, Steven F. (ed.) *Mindfulness and Social Work*, Oxford University Press, 1 – 30.
- Segal, Zindel V., J. Mark G. Williams, and John D. Teasdale (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, The Guilford Press. (=2007越川房子監訳『マインドフルネス認知療法 うつを予防する新しいアプローチ』北大路書房.)
- 杉浦義典 (2016) 「マインドフルネスの心理学的基礎」 貝谷久宜・熊野宏昭・越川房子編著『マインドフルネス—基礎と実践』日本評論社, 97–113.
- 高宮有介・土屋静馬 (2018) 『いのちと向き合うあなたへ セルフケアできていますか? マインドフルネスを活かして』南山堂.
- 武田建・津田耕一 (2016) 『ソーシャルワークとは何か バイステックの7原則と社会福祉援助技術』誠信書房.
- 山内陽子 (2021) 「対人援助における自己決定をめぐる試論—F. P.バイステック (1978) を手がかりに」『青山学院大学教育学会紀要教育研究』65, 13–19.
- 安井理夫 (2003) 「バイステックの『ケースワークの原則』再考—ロジャーズのクライエント中心療法との比較を中心に」『同朋福祉』9, 67–105.

注

- 1) バイステックの『ケースワークの原則』では、ハミルトンやホリスなどの著作、とくにハミルトンの引用が多く見られるが、事業所の機能を考慮に入れる必要性の指摘も見られる。いわゆる診断派と機能派の折衷的立場でありつつ、どちらかと言えば診断派に近い立場にあると考えられる。また、援助関係としては、比較的長期間の支援が念頭に置かれていると言ってよいであろう。しかし、7原則を示す語句は、「個別化」「受容」というようにシンプルな表現であるがゆえに、多様な実践の状況に柔軟に適用しうると考えられる。
- 2) 本論文は、中山 (2013a, b) による口頭発表の骨子に基づきつつ、内容を精査し直したうえで執筆したものである。
- 3) バイステックの『ケースワークの原則』に関して、尾崎ら (2006) の新訳改訂版とともに、1992年にRoutledgeから出版されたペーパーバック版の英文も参照した。このペーパーバックは、奥付によると、Unwin Human Ltd. から1961年に出版されたものの再版である。なお、尾崎ら (2006: 238) の新訳改訂版は、「できるだけわかりやすい表現で訳出」するとの意図をもって訳されており、ペーパーバック版と照らし合わせてみると、英文と一致しない部分が多いと感じられた。そのため、本研究においては、ペー

パーバック版の英文に基づいて、バイステックの著作からの引用やまとめを示すこととした。

- 4) 以下、この段落では、ペーパーバック版の英文に基づき、バイステックの文章をまとめている。ただし、英文の該当箇所の全てをそのまま訳出すると、冗長な表現となりすぎるとの判断から、英文の意味を変えないようにしつつ、バイステックの言葉を一部省略しつつ示すこととした。英文をそのまま訳している部分については、「」で括弧で示すようにした。以上のような方針で示した文の最後に、ペーパーバック版の該当ページを示した。本論文における、バイステックの文章のまとめ、及び、他の著者の文章のまとめにおいても、同じ手続きをとることとした。
- 5) バイステックは「ケースワーカー」「ソーシャルケースワーカー」という表現を用いているが、本研究では原則としてワーカーと表現する。ただし「」を付けて本文をそのまま引用する箇所では、バイステックの表現どおりに示した。
- 6) self-disciplineは、新訳改訂版では自己研修と訳されているが、本稿で用いた自己訓練という表現とほぼ重なる。なお、self-disciplineには、セルフコントロールに近いような、自己規律や自制といった意味もある。
- 7) 原文をそのまま訳して「」を付けて引用する際、原文では省略しているが、言葉を補ったほうが理解しやすい場合、その言葉を「」を付けて示す。
- 8) 「」を付けて引用した2箇所の原文は、それぞれ“identifies with the feelings of the client” “the sharing of a warmly human professional person with fine sensitivities in the feelings of another human being who is in need of assistance” である。
- 9) 原文ではperceivingとtherapeutic understandingはイタリック体で表記されているのに対し、acknowledging it as a pertinent realityでは、acknowledgingのみがイタリック体で表記されている。pertinentという言葉は、『研究社新英和大辞典(第6版)』(2002年)では、他の類似語との違いを説明している箇所で、「考慮の対象になっている事柄と決定的に関係がある」と説明されている。
- 10) self-awarenessは、自己覚知とも訳しうる。自己覚知の意味は様々に検討され提案がなされているが、バイステックがself-awarenessで意味するものは、比較的シンプルなものであると思われる。なお、池埜(2014)は、マインドフルネスが自己覚知のあり方に影響をもたらすことを論じている。
- 11) この引用箇所の原文に該当する英文を2008年発行のkindle版から引用すると、以下の通りである。Mindfulness means paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally. This kind of attention nurtures greater awareness, clarity, and acceptance of present-moment reality. この段落における「」の中の日本語は、和訳が「ですます調」になっていることもあり、この英文を筆者が訳し直したものである。以下、カバットジンの著書からの引用及び著書の内容をまとめた文は、カバットジンの和訳に基づいているが、できる限りkindle版も参照し、内容を確認している。ただし参照したkindle版は、和訳の元となった版の後に刊行された新版である。Kabat-Zinn (1990) に関しては、2013年発行のkindle版を参照した。
- 12) 以下、この段落では、カバットジンの著書の訳書の関連箇所におけるカバットジンによる説明に基づき、内容をまとめている。そして、内容をまとめて示した文章の最後に、

引用注を付けることとした。本論文における、カバットジンの文章の内容をまとめて示す文においても、同じ手続きをとることとした。なお、訳書からそのまま引用している部分については、「」で括って示すようにする。

- 13) アンカーは、船を一定の場所につなぎとめるため“いかり”に結ばれた綱，からの類比による言葉である。なお，an anchor lineという英語はkindle版を参照して付した。それに対応する言葉としては，和訳では錨索という表現が用いられているが，分かりにくくなると考え，ここではアンカーという表現を用いた。
- 14) マインドフルネスに限らず，呼吸法は広くリラクセーションの方法の1つとして行われている。
- 15) なお，さきに見たバイステックの議論が，ワーカーとクライアントの援助関係に焦点を合わせて展開されているのに対し，マインドフルネスにおける議論は，少なくとも本研究で参照したカバットジンの著作においては，対人関係一般の対面的状況に関する議論にとどまっているという違いはある。
- 16) そのようなワーカーの自己理解は，対面的状況におけるリアルタイムの自己の思考や感情の把握に必ずしも限られていない。しかしながら，対面的状況におけるワーカー自身の感情の把握も，ワーカーの自己理解に含まれると考えられる。
- 17) 以下，この段落では，ホックシールドの著書の訳書の関連箇所におけるホックシールドによる説明に基づき，内容をまとめている。そして，内容をまとめて示した文章の最後に，引用注を付けることとした。それ以降の段落においても同様の方法をとる。なお，訳書からそのまま引用している部分については，「」で括って示すようにする。

Applying Biestek's Communication Model to Social Work Practices by Incorporating the Perspective of Mindfulness

Shingo Nakayama

This study examines how Biestek's communication model can be applied to social work education and practices. To this end, we incorporate the perspective of mindfulness into an aspect of the model. Most social workers perform their work through face-to-face interactions with their clients. However, such situations may be sometimes difficult to manage. We focus on educational/learning resources that could help prepare social workers to handle demanding situations. Thus, we reference the communication model of Felix P. Biestek in *The Casework Relationship*. In particular, we concentrate on the chapter titled "Principle 3 : Controlled Emotional Engagement." This component of Biestek's model considers the communication process to include three elements, namely, (1) sensitivity, (2) understanding, and (3) reaction, focusing emotional factors of the client. This simple model can be used in conjunction with varied approaches. We can identify sensitivity as a process related to both the client's and social worker's emotions by integrating the perspective of mindfulness into this aspect of the model. We can also employ mindfulness training techniques to enhance sensitivity in social workers.

Keywords : Felix P. Biestek, Seven principles of casework relationship, Mindfulness, Social Work

〔原著論文〕

遠隔健康管理をめぐる制度的課題 —フランスの法制度との比較考察—

松本 由美¹

限られた医療資源を有効に活用して医療アクセスを確保するために、情報通信技術を活用した医療提供や健康管理が注目されている。日本では医師以外の医療従事者の遠隔介入はいまだ限定的であり、十分な検討が行われていない。また、遠隔健康管理は、災害時の避難所における健康問題への対応策としても検討する必要がある。一方でフランスでは2004年から法整備が進められ、今日では、コ・メディカルを含む多様な医療従事者の遠隔介入が可能となっている。

本稿は、避難所における遠隔健康管理をめぐる制度的課題を明らかにすることを目的とする。この目的のため、遠隔健康管理をめぐるフランスの法制度を検討し、比較考察を行った。それにより、日本において遠隔健康管理を実施する上での課題と、災害時にそれを活用するために必要な取組みを明らかにした。

キーワード：遠隔健康管理、避難所、フランス

はじめに

高齢化が進み、人口減少に直面する日本においては、限られた医療資源を有効に活用して医療アクセスを確保することが求められており、医療提供や健康管理における情報通信技術の利活用に関心が寄せられている。なかでも医師による遠隔の診療（以下、オンライン診療という）は、過疎・へき地等における医療の確保の観点からも重要となっている。一般に、オンライン診療にはビデオ通話が用いられ、対面での診療とは異なり、医師は患者と直接接触することなく診療を行う。新型コロナウイルス感染症の流行下では、非接触での診療によって医療従事者や患者等の感染リスクを軽減できることからオンライン診療の活用が進み、制度環境の整備も段階的に進められた。2020年4月からはオンライン診療を初診から行うことが可能となり¹、2022年度の診療報酬改定では情報通信機器を用いた初診・医学管理等の診療報酬上の評価が定められた。

遠隔で診療を行う医師に加えて、諸外国では、医師以外の医療従事者（看護師、理学療法士等）も遠隔で患者を支える役割を担っている²。日本では現在のところ、これらの医療従事者の遠隔介入は限定的であり³、法整備も十分には行われていない⁴。人口高齢化によって慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人々が増加しており、今後は日本においてもさまざまな専門職が地域住民の健康を遠隔で支えることが必要になってくると考えられる。

情報通信技術を用いた医療従事者の遠隔介入は、限られた医療資源で物理的に離れた場所から人々の健康を支えることを可能にするため、災害時の医療対応や被災者の健康管理の手段としても期待される。近年、日本では地震や豪雨等の自然災害が頻発しており、被

1 大分大学福祉健康科学部社会福祉実践コース

災した住民が一定期間、避難所で過ごすことを余儀なくされるケースも少なくない。避難所では医療アクセスの制限や環境面での制約によって健康問題が生じることがある。情報通信技術を用いて避難所の外側から被災者の健康管理を行うことができれば、このような問題状況を改善することができるかもしれない。

筆者の参加する大分大学研究力強化推進プロジェクト「自然災害時の避難所における健康危機管理（2021年度～2023年度、研究代表者：徳丸治教授）」では、「環境」「感染症」「健康管理」の3つのアクションを軸として研究が進められている。このうち、「健康管理」の遠隔介入チーム（チームリーダー：河上敬介教授）では、避難所に避難した地域住民の健康を遠隔でサポートするための介入方法に関する研究が行われている。災害発生直後は交通の遮断や医療従事者の不足等によって被災者の健康問題に十分に対応できない場合がある。このような状況において、情報通信技術を用いて避難所の外側から被災者の健康を支えるための方法とその有効性を明らかにすることが遠隔介入チームの課題である⁵。我が国においては、情報通信技術を用いた避難所の医療支援の検討や実施の試みは緒に就いたばかりである⁶。とりわけ医師以外の医療従事者による遠隔介入のあり方については十分な検討が行われておらず、本プロジェクトの遠隔介入研究の進展が待たれるところである。

本稿は、本プロジェクト（遠隔介入チーム）の研究の一環として、避難所における遠隔健康管理をめぐる制度的課題を明らかにすることを目的とする。なお、本稿では、「遠隔健康管理」という用語を、理学療法士や看護師等の医師以外の医療従事者が遠隔で行う地域住民の医療的なサポートや健康維持・増進のための介入を意味するものとして用いる。

1. 研究の方法

避難所における遠隔健康管理の制度的課題を検討するために、本稿では次のような研究アプローチをとる。まずは、災害時ではなく「平常時」の遠隔健康管理の法制度について検討し、現状や課題を明らかにする。「災害時」の遠隔健康管理については、平常時のそれを緊急的に活用するものとして検討することができるのではないかと考える。

しかしながら、日本の法制度をベースにして、このようなアプローチから遠隔健康管理の検討を行うことには困難を要する。先に見たように、現在のところ、医師によるオンライン診療には一定の広がりが見られ、それをめぐる制度整備も進められているが、看護師、理学療法士等のコ・メディカルによる遠隔健康管理は十分に普及しておらず、法制度の検討も行われていない。つまり、現在の日本には「平常時」の遠隔健康管理をめぐる制度的基盤がなく、「平常時」の法制度から「災害時」の対応を考えるというアプローチには限界がある。

このような研究上の問題をふまえて、本稿では、フランスにおける遠隔健康管理の法制度を検討の対象とし、そこから日本への示唆を導き出すことを試みる。検討の対象国をフランスとする理由は次の通りである。まずは、遠隔医療の政策的、実践的な取組みが進んでいることである。欧州連合（EU）によって遠隔医療が推進されるなか⁷、フランスでは2004年から医師による遠隔医療の法整備が進められてきた。現在に至るまでの約20年間、遠隔医療をめぐる政策的取組みや議論が重ねられている。さらに、近年、医師以外の医療従事者による遠隔の健康支援をめぐる法整備が行われ、多様な専門職の遠隔介入が可能と

なった。日本において理学療法士等のコ・メディカルの遠隔健康管理のあり方を検討するうえで、フランスの政策的取組みは重要な先行例である。また、フランスの医療保障システムには日本と共通する特徴が多くみられ、比較可能性が高いことも理由として挙げられる。日本と同様にフランスではすべての住民が公的医療保険によってカバーされており、いわゆる国民皆保険の状態が実現している。両国の医療保障において公的医療保険が果たす役割は大きく、遠隔健康管理を導入・推進するためには医療保険との関係についても検討する必要がある。フランスでは医師の行う遠隔医療の一部や特定の専門職が実施する遠隔の健康支援は公的医療保険の給付対象となっており、地域住民が遠隔で医療的支援を受けやすい状況が整備されている。

以上から、遠隔健康管理をめぐるフランスの法制度と取組みの現状を把握し、比較検討することを通じて、日本において遠隔健康管理を制度的に確立し、地域住民が利用しやすい仕組みとして普及させていくために必要な対応を明らかにすることができると考える。そのうえで避難所での遠隔健康管理についても、恒常的な制度を緊急的に活用するものとして検討することが可能となる。

本研究は文献研究であり、フランスにおける遠隔健康管理の法制度の整備プロセスとその具体的な内容を、関連の法令、政策文書および先行研究を用いて明らかにする。それをふまえて、日本において遠隔健康管理を実施するための制度的課題について考察するとともに、避難所での遠隔介入の課題について整理することとしたい。本稿のような研究アプローチおよび研究方法による遠隔健康管理の研究はこれまで行われていない。本研究は遠隔健康管理をめぐる制度・政策研究として、さらに被災者の支援方法を検討するための基礎的研究として意義があると考えられる。

2. フランスにおける遠隔医療

(1) 遠隔医療の導入と展開

フランスの医療保障システムにおいて、情報通信技術を用いた医療提供はどのように位置づけられているのだろうか。まずは、その基盤となる法制度を確認しておきたい。フランスでは、医療供給体制や医療従事者にかかわる法令は、公衆衛生法典 (Code de la santé publique) として体系化されている⁸⁾。情報通信技術を用いた医療は、公衆衛生法典において「遠隔医療 (télémédecine)」(L.6316-1条) および「遠隔健康支援 (télésoin)」(L.6316-2条) として定められている。ここでは、まず前者の「遠隔医療」をめぐる法制度を検討する。

すべての人に医療アクセスを確保することは、フランスの医療保障政策における重要な政策目標である。一方で、医師不足等により医療へのアクセスが困難な地域が存在し、政策的な対応が求められている状況がある。このようななかで、医療アクセスの保障や医療の質を改善する手段として遠隔医療に期待が寄せられるようになった。遠隔医療をめぐる法制度の整備は、2004年8月13日の医療保険に関する法律 (以下、2004年法)¹⁰⁾ によって開始された。同法32条により、「遠隔医療は、とりわけ、患者とかかわる医師のコントロールと責任のもとで、医療行為の実施に適したコミュニケーション手段により、職業倫理規則の厳守のもと遠隔で医療行為を行うことを可能にする」ものであるとされた。しかしながら、遠隔医療の位置づけや方法は不明確であり、この法文による具体的な効果は見られな

かった (Renaudie 2020 : 7)。

つづいて、2009年7月21日の病院改革と患者、健康および地域に関する法律(以下、2009年法)¹¹ によって遠隔医療の位置づけがより明確に示され、遠隔医療は情報通信技術を用いた遠隔の医療実践の一形態であると定められた(同法78条)。同法の定めによる遠隔医療は、医療従事者 (professionnels de santé) と患者との間で、あるいは医療従事者間で行われるが、医療従事者のなかに医師等の医療職 (professionnel médical)¹² が存在していることが不可欠である。遠隔医療によって、診断、リスクのある患者に対する予防的な観察、治療後の経過観察、専門的意見の要請、治療の決定の準備、医薬品の処方、給付・行為の処方・実施、患者の健康状態の見守りを行うことができるとされた。

2009年法を受けて、2010年には遠隔医療に関するデクレ (首相が定める政令)¹³ が制定され、遠隔医療の5つの型が示された。それらは「遠隔診療 (téléconsultation)」 (医師等による遠隔での患者の診療)、「遠隔鑑定 (téléexpertise)」 (医師等による遠隔の他の医師等への意見の要請)、「遠隔医療観察 (télésurveillance médicale)」 (医師等により遠隔で行われる患者の経過観察に必要な情報の解釈、治療の決定等)、「遠隔医療支援 (téléassistance médicale)」 (医師等による遠隔での他の医療従事者の行為の支援) および「救急医療対応 (réponse médicale)」 (電話による救急時の対応等) である。このうち、遠隔診療、遠隔医療観察、救急医療対応は医師と患者との間で、遠隔鑑定と遠隔医療支援は医療従事者の間で行われる遠隔医療である。

遠隔医療の法的な枠組みが整備された後、地域や対象を限定した遠隔医療が試行的に行われた。試行段階の遠隔医療の財源は、おもに地域圏介入基金 (fonds d'intervention régional) と呼ばれる公的な基金から供給された。この基金を通じた財源によって2015年には25万7814件の遠隔医療が実施された (Apollis 2020 : 25)。

試行を経て、遠隔医療を公的医療保険の対象とするための検討が始まった。フランスでは、公的医療保険の対象となる医療の実施方法や料金の決定において、医療保険者と医師組合との間で締結される全国レベルの医療協約が重要な役割を担っている。この医療協約によって合意形成がなされたのち、「遠隔診療」に関しては2018年9月から、「遠隔鑑定」に関しては2019年2月から、医療保険からの報酬支払いが行われることとなった。なお、5つの遠隔医療のうち「緊急医療対応」については、緊急医療援助サービス (services d'aide médicale urgente, 「SAMU」と呼ばれる公営の緊急医療体制) の枠組みにおいて、従来から当該サービスを実施する病院に対して公的財源が供給されている (Apollis 2020 : 23)。

(2) 個人医療情報と遠隔医療

医療アクセスの確保といった政策課題に対応するためには遠隔医療の利用が広がっていくことが望ましいが、実際には、それを妨げるような制度・システム上の課題が存在していた。多様な医療従事者が遠隔医療にかかわる場合には、医療従事者間で患者の医療情報を共有する必要がある。このため、遠隔での医療提供を効果的・効率的に実施していくためには、医療情報の電子化や医療保障システムのデジタル化が不可欠となる。しかしながら、日本の現状に照らしても医療のデジタル化が容易でないことは想像に難くない。フランスでも医療のデジタル化のために多くの時間と政策的努力を要した。

患者の医療情報を電子的に保存し、管理する取組みは、2004年法に盛り込まれた個人医

療情報 (dossier médical personnelé : DMP) 制度によって開始された。同法により、医療保険の受給者は、医療の連携、質および継続性を高め、よい健康水準を確保するためにDMPを利用することができるようになった。「デジタル化された健康手帳 (carnet de santé numérique)¹⁴⁾」とも説明されるDMPは、個人別に取りまとめられた医療・健康情報の電子的なストックである。患者はDMPにアクセスして医療情報をいつでも確認することができる。また、医療従事者は患者のDMPを共有し、よりよい医療提供を行うことが可能となる。

患者の情報共有をめぐる安全性は次のように確保されている。まず、フランスに住む人々は医療保険からの給付を受けるために必要な情報が電子的に記録された「ヴィタルカード (carte Vitale)」(保険証のようなもの)を保有している。くわえて、デジタル上の個人を特定し、同姓同名の誤りやアドレスの指定ミスを回避するために、電子的な医療の身分証明書 (identité nationale de santé) が発行されている。一方、各医療従事者は、その職業的アイデンティティに関する情報が電子的に管理された「医療従事者カード (carte de professionnel de santé)」を保有している。DMPにアクセスする際にはこれらの情報による確認が必要となるため、患者にかかわる医療従事者以外のDMPへのアクセスや誤った情報のやりとりは生じない仕組みとなっている。

2004年法によるDMP制度の導入以降、その利用を広げるための政策的な取り組みが行われてきた。しかしながら、DMP制度は技術面において多くの問題を抱えており、このことは遠隔医療の推進を妨げる要因ともなっていた (Renaudie 2020 : 8 - 9)。このようななか、2016年の医療システム現代化法¹⁵⁾によってDMP制度の改善が図られることとなった。同法によりDMPの名称は新たに「共有医療情報 (dossier médical partagé, 略称は同じくDMP)」と変更され、制度をとりまく問題への対応やDMP利用の拡大が図られた。

DMPには患者の薬の服用履歴、既往症、アレルギー、医療保険の償還履歴、入院・診察の記録、検査結果等患者の医療・健康情報が含まれる。これらの医療情報等を医療従事者が共有することによって医療従事者間の連携が促進されるため、慢性疾患の患者に対する継続的な健康管理がより容易になるとともに、治療や検査の重複を回避することが可能となる¹⁶⁾。遠隔医療を行う医師等も、連携する他の医療従事者と対象患者のDMPを共有して質の高い医療を提供することができる。

このように医療のデジタル化（とくにDMPの普及）は遠隔医療を展開するうえで不可欠な基盤であり、フランスではそれらは並行して進められてきた。近年では、DMPを活用しながら患者を遠隔で支援することができる医療従事者の範囲と行為・活動が拡大され、遠隔の健康支援の可能性が大きく広がった。次に、医師以外の医療従事者による多様な遠隔介入をめぐる法制度の整備について検討していく。

3. フランスにおける遠隔健康支援の創設

(1) 遠隔健康支援とは

今日、遠隔医療は、フランスに住む人々の医療アクセスを確保するための重要な医療提供手段となっている。しかしながら、遠隔医療の実施には医師等の医療職のかかわりが不可欠であり、対象となる医療行為も一定範囲に限定されている。地域住民の医療アクセスを改善するとともに健康の維持・増進、疾病の悪化防止を推進していくためには、多様な

専門職の介入や連携が必要である。

このような状況のもと、2019年7月に制定された医療システムの組織と転換に関する法律（以下、2019年法）¹⁷の53条によって「遠隔健康支援」が導入された。遠隔健康支援は、情報通信技術を用いて遠隔で実施される健康支援のための実践活動（*pratique de soins*）であり、薬剤師と医療補助職（*auxiliaires médicaux*、看護師やマッサージ・運動療法士等）によって行われる。遠隔健康支援の導入によって、医療職以外の専門職による遠隔の支援やサービス提供の可能性が大きく開かれることとなった。なお、遠隔医療には、遠隔鑑定（医師等による遠隔の他の医師等への意見要請）などのように患者を直接の対象とせず医療従事者間で行われる医療行為も含まれるが、遠隔健康支援は薬剤師あるいは医療補助職が「患者」に対して行う活動に限定されている。

遠隔健康支援として患者に提供される実践活動には次のようなものがある¹⁸。

- －言語治療のセッション：対面での状態チェックを行った後、言語聴覚士が患者の同意を得て、遠隔でのセッションによる継続支援を行う。
- －リハビリテーションのプログラム：虚弱な患者に対して、当該患者があまりに複雑な移動を行わないで済むように、運動療法士¹⁹が遠隔でリハビリテーションのセッションを実施する。
- －治療に関する助言：慢性疾患患者に対して、看護師が遠隔で治療的教育セッションを提供する。

（2）遠隔健康支援をめぐる法制度の整備

遠隔健康支援という新たな医療提供手段を導入するにあたっては、対象とする専門職、提供する支援・サービスの範囲、提供方法等を検討する必要がある。2019年法（53条）によって、遠隔健康支援の活動内容は、高等保健機構（*Haute Autorité de santé*）²⁰の意見をふまえて、保健医療担当大臣のアレテ（大臣が定める省令）によって定められることとされた。このため、高等保健機構には、質と安全が確保された遠隔健康支援の実施条件、およびそれに参加する専門職の種類についての見解を示すことが求められた。つまり、質の高い遠隔健康支援を安全に実施するための検討が高等保健機構に委ねられたことになる。具体的には、次のような流れで準備が進められた。

2019年9月に、当時の連帯・保健大臣が、遠隔健康支援の質と安全を確保するための検討作業を高等保健機構に付託した。高等保健機構に課せられたのは、①専門職種ごとに、遠隔健康支援を実施すべきではない臨床的状況、活動範囲および対象者を定めること、②遠隔健康支援の望ましい利用と実践の質に関する推奨（*recommandations*）を策定することであった。これを受けて検討作業が行われ、2021年2月には検討方法やプロセス、検討内容をとりまとめた報告書「遠隔健康支援の質と安全－実施のための望ましい実践」

（*Haute Autorité de santé* 2021a）と推奨事項が示された同タイトルの説明文書（*Haute Autorité de santé* 2021b）が公表された。以下では、前者の報告書に基づいて、遠隔健康支援をめぐる法制度の検討方法や検討内容について見ていく。なお、遠隔健康支援にかかわる医療従事者として検討の対象となったのは、表1に示す18の専門職である。

表1 遠隔健康支援にかかわる専門職

職種	行為のデクレ (法令による定め)	医師の処方/ 自由なアクセス	DMP(共有医療情報) へのアクセス
薬剤師 (Pharmacien)	なし (薬剤師の独占)	/	あり
看護師 (Infirmier)	あり	処方が必要 (あるいは医師の助言)	あり
マッサージ・運動療法士 (Masseur-kinésithérapeute)	あり	ミックス	あり
足治療士 (Pédicure-podologue)	あり	自由なアクセス	あり
作業療法士 (Ergothérapeute)	あり	処方が必要	あり (自由開業の作業療法士は アクセスなし)
精神運動士 (Psychomotricien)	あり	処方が必要	あり (自由開業の精神運動士は アクセスなし)
言語聴覚士 (Orthophoniste)	あり	処方が必要 (緊急時を除く)	あり
視能訓練士 (Orthoptiste)	あり	処方が必要 (緊急時を除く)	あり
診療放射線技師 (Manipulateur d'électroradiologie médicale)	あり	処方が必要	あり
臨床検査技師 (Technicien de laboratoire médical)	なし	/	なし
補聴器製造技士 (Audioprothésiste)	なし	処方が必要	あり
光学眼鏡技士 (Opticien-lunetier)	なし	処方が必要	あり
補装具作製技士 (Orthoprothésiste)	なし	処方が必要	あり
足装具作製技士 (Podo-orthésiste)	なし	処方が必要	あり
義眼製造士 (Oculariste)	なし	処方が必要	あり
エビテーゼ作製士 (Épithésiste)	なし	処方が必要	あり
人工補整器製造士 (Orthopédiste-orthésiste)	なし	処方が必要	あり
栄養士 (Diététicien)	なし	ミックス	あり

出典：Haute Autorité de santé（2021a: 29-30）より作成。

高等保健機構は、次の三つの段階で検討を進めていった。第一段階は各専門職の活動を分析することである。つづいて第二段階は、各専門職の職業的な実践に遠隔健康支援を組み込むことができるかどうか、遠隔健康支援の対象から外すべき特定の状況があるかどうかを明らかにすることである。第三段階は、遠隔健康支援の質と患者の安全を確保するための望ましい実践の推奨を作成することである。

これらの課題を遂行するために高等保健機構は、対象となる18のそれぞれの専門職について、①遠隔健康支援に関連する職業的活動について定めた法文等の検討、②利害関係者（団体）との協議、③学術的文献の分析²¹を行った。このうち、利害関係者（団体）との協議は、各専門職を代表する団体（職能団体、連合組織等）等と利用者代表から遠隔健康支援に対する意見を聴取するという形で行われた²²。

ここでは、マッサージ・運動療法士（以下、運動療法士という）に注目して、法制度の整備への職能団体等のかかわりについて確認しておきたい。フランスの運動療法士は、健康増進、予防、運動療法の診断、対象者の動作・器官機能の障害 (troubles) および機能的能力の欠如・悪化の治療を行う、日本の理学療法士に相当する専門職である。運動療法士が行うことのできる職業的行為は公衆衛生法典 (R. 4321 - 1 ~ 13) において具体的に定められている。なお、運動療法士が健康増進、予防、運動療法の診断および調整された身体活動を行う場合は医師の処方不要であるが、治療の目的で介入する場合は医師の処方が必要である (Haute Autorité de santé 2021a : 67)。遠隔健康支援の検討にあたって高等保健機構は、マッサージ・運動療法士協会 (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 職能団体) とマッサージ・運動療法連合 (Collège de la Masso-Kinésithérapie, 関連団体の連合組織) からの意見聴取を行った。これらの関係組織からは、運動療法士は在宅の患者に対してビデオ通話での運動指導や動機づけを行いうること、遠隔健康支援はとくに移動が困難な慢性疾患患者に適合すること、連携された医療提供に運動療法士が十分に参加するためには遠隔健康支援が不可欠であることなど、遠隔健康支援の導入に向けたポジティブな意見が表明された。また、運動療法における介入の全領域を遠隔健康支援の対象とすべきであるが、新規患者に対する初回の対応、手を使う治療（授動、マッサージなど）、より慎重な観察が必要な心血管の活動は対象から外すべきであるとの意見が出された (Haute Autorité de santé 2021a : 68 - 9)。その他の専門職に関しても、運動療法士の場合と同様に高等保健機構から関係組織への意見照会等が行われ、総合的な検討が行われた。

検討の結果、高等保健機構は、対象となった18のすべての専門職によって遠隔健康支援が実施されることを前提とし、行為・活動の範囲については、対面での実施が必要な場合を除き、すべての支援やサービス提供を対象とするという見解を示した (Haute Autorité de santé 2021b)。これをふまえて、2021年6月には遠隔健康支援の活動を定めるアレテが発出され、「専門職と患者の対面での直接接触あるいは患者のもとでは使用できない特定の設備が必要な支援 (soin) を除き、医療補助職あるいは薬剤師は本公衆衛生法典に定められた権限を遠隔で行使することができる」と定められた。このようなプロセスで、医師以外の専門職が遠隔で患者を支援するための法的枠組みが整えられた。

(3) 遠隔健康支援の制度化を促した背景

遠隔健康支援の制度化をめぐる検討は全くの白紙の状態から行われたわけではない。とくに遠隔医療が先行して実施されていたことは、新たな遠隔健康支援の導入の背景として重要であったと考えられる。遠隔健康支援において配慮が必要な取組みや対応は遠隔医療と共通する部分も多いため、このような経緯が遠隔健康支援をめぐる検討を後押ししたといえる。

もう一つの注目すべき背景は、新型コロナウイルス感染症による公衆衛生上の緊急事態への対応として、薬剤師、看護師、運動療法士等の9つの専門職²³による遠隔健康支援が特例的に認められ、実施されたことである。運動療法士に関しては、2020年4月から遠隔健康支援が実施できるようになり、ビデオ通話による実施等の条件を満たした場合には公的医療保険から100%の償還が行われた。このように、新型コロナウイルスの感染拡大期に遠隔健康支援が活用され、医療へのアクセス確保が図られたことは、フランスの医療保障システムにおいて遠隔介入をさらに拡大するための重要なステップになったと考えられる²⁴。公的医療保険における遠隔健康支援の特例的な扱いは、2021年に遠隔健康支援をめぐる法整備が行われたことをもって終了し、現在は、通常の公的医療保険の償還ルールに則った対応が行われている。コロナ禍の緊急対応としての限定的な措置ではあったが、9つの専門職による遠隔健康支援の実施が法的に認められ、実施されたことは、本格的な遠隔健康支援の制度化を容易にしたと考えられる。

4. 遠隔健康支援の実施

医療従事者が患者に対して遠隔健康支援を安全かつ効果的に提供するためには、適切な場所・設備の確保のみならず、法制度や倫理規定の遵守、情報の保護、支援・サービス内容の適切性の判断等が求められる。ここでは、遠隔健康支援の実施における推奨事項をまとめた説明文書 (Haute Autorité de santé 2020, Haute Autorité de santé 2021b) に基づき、遠隔健康支援の実施における留意点を確認しておきたい。

(1) 事前の環境整備

遠隔健康支援を実施するうえでは、対面で行われる場合と同様に、それぞれの専門職の業務規程、職業倫理、専門職の望ましい実践のルール、医療情報の秘密保持の遵守が求められる。患者の医療情報の扱いについては、対面での医療提供と同様の配慮が必要となると考えられる。高等保健機構の説明文書では、遠隔健康支援における個人情報の扱いに関しては、情報の保護に関する一般規則、医療情報のホスティングに関する規制および医療情報システム安全総合政策を遵守したツールを使用することが推奨されている。さらに、実施場所への侵入防止、情報関連部署の安全確保、資格付与の管理、アクセスの追跡可能性の確保、トラブル管理への安全策を講じることが求められている。

遠隔健康支援は、さまざまな場所から提供されることが想定されるが、十分に視覚的な確認を行うことができ、双方向のやり取りの質と秘密保持が確保される静穏と明さを備えていることが必要である (遠隔健康支援を利用する患者に対しても同様の環境での実施を助言することが望ましい)。また、設備については、適切なインターネット接続、画像通信手段、さらにデータの交換・共有・ストックを可能とするITツール、遠隔健康支援の

内容を患者のDMPに記載するためのITツールを整える必要がある。

(2) 実施前の説明と確認

遠隔健康支援という手段を用いるかどうかは、それを実施する専門職が一方的に決めるのではなく、患者と専門職が共同で決定する。実施前に患者に対して十分な説明（情報通信技術の使用、選択可能な代替手段、やり取りの秘密保持、個人情報の扱い、医療情報の保護と安全など）を行い、同意を得る必要がある。さらに、遠隔健康支援を実施する専門職は、あらかじめ、対面の実施ではなく遠隔で支援を行うことの適切性を判断する必要がある。具体的には、専門職は、以下の観点から遠隔健康支援の実施が適切であるかどうかを確認しなければならない(Haute Autorité de santé 2020：3, Haute Autorité de santé 2021b：4)。

- － 患者の臨床的状況
 - － 遠隔でのコミュニケーションと技術的手段の利用に対する患者の能力
 - － 身体的・心理的・社会職業的・家族的要因
 - － 提供する支援やサービスの性質（遠隔健康支援は専門職と患者の対面での直接的な接触を必要とする状況、あるいは患者のもとでは使用できない特定の設備を必要とする状況には適さない）
 - － 遠隔の健康支援に適合させなければならない専門職の実践
 - － 場所、設備あるいは材料に関する特別な要求があるかどうか
 - － 望ましい支援・サービスの実施およびその後の患者の引受けに必要な情報の利用可能性
- これらの観点から検討し、対象患者が遠隔健康支援の利用に適さない場合は、担当する専門職は患者の状況に応じて対面での実施や在宅の訪問等を提案することとなる。

(3) 実施段階

初回の支援・サービスの提供は、患者と専門職の関係を構築するために可能な限り対面で実施することが望ましいが、医療アクセス確保の観点から初回から遠隔で実施することが適切な場合もある。遠隔健康支援は、電話ではなく、本人の特定と会話がより容易にできるビデオ通信で行われる。なお、対象となる患者が遠隔健康支援を受ける際に、他の医療従事者や近親者、援助者、通訳が付き添うことも可能である。

遠隔健康支援を実施した後、専門職は、患者の健康状態と今後の支援・サービス、処方権限がある専門職の場合は処方について患者に説明する。また、専門職は遠隔健康支援の実施内容を記録する必要がある。これは、実施日時や実施した行為、場合によっては行った処方等を患者のDMPに記載することにより行われる。

遠隔健康支援が広く利用されるためには、遠隔で提供される健康支援が公的医療保険の対象となり、利用する患者の経済的負担が軽減されることが望ましい。これについては遠隔健康支援を導入した2019年法において、当該活動を医療保険の給付対象とすることが可能となるよう法的な整備がなされた(Haute Autorité de santé 2021a：13)。医療従事者が遠隔健康支援を行った場合に公的医療保険から具体的にどのように報酬が支払われるかということについては、遠隔医療の場合と同様に、医療保険者と当該専門職を代表する組織との間で締結される協約において定められる。

5. 考察

本稿では、フランスの遠隔医療および遠隔健康支援をめぐる法制度について検討してきた。これらの検討をふまえて、比較の視点から、日本において遠隔健康管理を実施するうえで検討しなければならない課題について考えてみたい。

一つ目の検討課題は、遠隔介入における医師以外の医療従事者の役割である。フランスでは、医師等の実施する「遠隔医療」にくわえて、薬剤師と医療補助職が担う「遠隔健康支援」が制度化された。これにより、患者や地域住民がさまざまな専門職による健康支援を利用しやすい状況が整えられた。日本でも情報通信技術を用いた医療や健康支援の拡充を目指すのであれば、医師以外の医療従事者のかかわり方や医師との役割分担について検討を行う必要があるだろう。

二つ目は、遠隔健康管理における質と安全性の確保である。フランスでは、遠隔健康支援の質と安全性を確保するための検討作業を高等保健機構が担った。また、同機構は推奨される事項や対応を整理し、医療従事者等に対して望ましい遠隔健康支援のあり方を示している。フランスの経験から、情報通信技術を用いた支援やサービス提供に関しては、とくに質と安全性に関する慎重な検討が必要であること、それらを確保するための仕組みづくりが必要であることが示唆される。

三つ目は、遠隔健康管理の法整備までのプロセスである。フランスでは、遠隔医療の導入においても本格的な法整備の前に試行が行われ、コロナ禍では特例措置による遠隔医療と遠隔健康支援が実施された。また、高等保健機構での検討作業においては各専門職への意見照会が行われるなど、広く関係当事者を巻き込みながら準備が進められた。これらのプロセスは法整備に向けた各専門職および市民の合意形成を促したと考えられる。日本において遠隔健康管理を導入する際にも、試行や特例実施、検討プロセスへの関係当事者の参画等について検討することは有益であると考ええる。

四つ目は、個人医療情報の扱いである。フランスでは、情報通信技術を用いた医療提供のあり方の検討とあわせて、患者の共有医療情報（DMP）制度の整備が進められてきた。DMP制度は、遠隔医療や遠隔健康支援を実施するうえでの重要なインフラとなっている。日本でも遠隔健康管理の実施においては医療情報の管理や共有のあり方が検討課題となる。現在、マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認によって医療機関等が患者の診療・薬剤情報等を閲覧できる体制が整備されつつある。あわせて、医療情報をオンラインで利活用するうえでの個人情報保護措置も講じられている²⁵。今後、遠隔健康管理の導入によって患者の医療情報を共有する専門職等の範囲や機会が拡大する場合、現在の仕組みで適切な情報保護が実現されるのかどうか、十分な検討が必要である。

五つ目は、遠隔健康管理と公的医療保険との関係である。フランスでは、遠隔で提供される医療および健康支援の主要な部分は公的医療保険の給付対象となっている。これによって、医療・健康面でのサポートが必要場合には経済的な事情に大きく左右されることなく遠隔健康支援を利用することが可能となっている。日本で遠隔健康管理を実施する場合には、支援やサービスが遠隔で提供されることのメリット・デメリット等を医療保険においてどのように評価するのが重要な検討のポイントとなる。

フランスにおける遠隔健康支援は制度化されたばかりであり、政策の評価や効果の検証はまだ十分に行われていない。今後もフランスの遠隔健康支援の実施状況に注目しながら

ら、医療保障システムにおける情報通信技術の活用可能性について考えていく必要がある。

6. 災害避難所での遠隔健康管理

最後に、日本において災害避難所で遠隔健康管理を行うための課題について整理する。「平常時」の遠隔健康管理の法制度をベースとして考えると、環境面で大幅な制約がある「災害時」の遠隔健康管理を実施するためには、以下のような取組みを進めていく必要がある。

一つ目は、災害時の遠隔健康管理を実施するための前提として、平常時の遠隔健康管理の利用を広げることである。避難所という特殊な環境のなかで、情報通信技術・機器を使用して遠方の医療従事者とコミュニケーションをとることは、被災者にとっては容易なことではない。避難所における遠隔健康管理を円滑に行うためには、平常時においてもそれが広く利用され、地域住民にとって身近なサービスとなっていることが望ましい。そのため、平常時における遠隔健康管理の制度化と災害時におけるその活用について、同時並行的に検討を進めていく必要があると考える。

二つ目は、個人情報保護の問題への対応である。本稿で検討したフランスの遠隔健康支援では、対面実施の場合と同水準の個人情報保護への配慮（適切な医療情報システムや実施場所の確保、医療従事者の守秘義務等）が要請されていた。日本においては、まずは、現在取り組まれている平常時のオンライン資格確認（医療機関等）、およびマイナンバーカードの保険証利用（患者）における個人情報保護を確実なものとするのが求められるが、あわせて災害時の医療情報の利活用をめぐる個人情報保護のあり方についても検討を進める必要がある。今のところ、政策的な関心は、主に災害時に被災者の診療・薬剤情報を確認することにあるが²⁶、今後は、避難所の地域住民への医療・健康面での遠隔介入を前提として個人情報保護の問題を考えなければならない。避難所での遠隔介入においては、とくに適切な実施場所の確保が課題となる。避難所の構造や広さなどによっては個人情報保護への十分な配慮が困難な場合もあると考えられるため、①避難所における個人情報保護のための環境整備（限られた環境のなかでどのような工夫や対応が可能か）、②個人情報保護に関する災害時のルール（厳守すべき事項、緩和することが可能な事項等）について検討を行う必要がある。

三つ目は、医療情報システムの整備である。現在、取り組みを進めているオンライン資格確認とマイナンバーカードの保険証利用が広く国民に浸透すれば、フランスの共有医療情報システムと同じような機能をもつ医療情報システムが日本でも構築されることになると考えられる。2023年11月現在、約9割の医療機関・薬局がオンライン資格確認システムを導入しているが、その一方で、被保険者（患者）のマイナンバーカードの保険証利用はあまり広がっていない²⁷。今後、医療保障におけるマイナンバーカードの利用が一般化し、平常時の医療情報システムを確立することができれば、避難所における遠隔健康管理の効率的かつ効果的な実施が可能となる。被災者の医療・健康情報を医療従事者が共有できれば、避難の初期段階における被災者の医療関連情報の収集は、自然災害あるいは避難所生活により生じた健康問題に関するものに限定することができる。これが実現すれば、遠隔健康管理は、被災者の医療・健康上のニーズに対応するためのより安全で効果的な介入方

法になるのではないだろうか。

おわりに

本稿におけるフランスとの比較考察を通じて、避難所における遠隔健康管理の制度的課題を明らかにすることができた。本稿では、医療従事者が被災者と「一対一」で向き合っ
て実施する遠隔健康管理について検討を行ったが、避難所に避難した地域住民への遠隔支
援の方法としては、一定のグループに対する支援や避難住民全体を対象とした支援プロ
グラムも考えられる。多様な専門職が情報通信技術を活用して被災者の健康を支えるこ
ができるよう、今後も継続的な検討と取組みを進めていく必要がある。

<引用文献>

- Apollis, Benoît (2020) Télémédecine et remboursement des actes, *Revue de droit sanitaire et social*, Janvier-Février 2020, 23 – 32.
- Haute Autorité de santé (2020) Qualité et sécurité du télésoin, Critères d'éligibilité (Validée par le Collège le 3 septembre 2020) .
- Haute Autorité de santé (2021a) Qualité et sécurité du télésoin, Bonnes pratiques pour la mise en œuvre, Rapport d'élaboration.
- Haute Autorité de santé (2021b) Qualité et sécurité du télésoin, Bonnes pratiques pour la mise en œuvre, Fiche (Validée par le Collège le 18 février 2021) .
- Renaudie, Olivier (2020) Télémédecine, téléanté, télésoins : des paroles aux actes, *Revue de droit sanitaire et social*, Janvier-Février 2020, 5 – 12.
- République Française (2019) Étude d'impact, Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 13 février 2019.
- 厚生労働省 (2023a) 「オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～」(令和5年4月) (<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001085572.pdf> 2024年1月7日閲覧) .
- 厚生労働省 (2023b) 「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」(第99回社会保障審議会医療部会(令和5年6月2日), 資料1 – 1) .

注

- 1) 「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(厚生労働省, 令和2年4月10日事務連絡)による。
- 2) 医師以外の医療従事者による遠隔の健康支援は、アメリカ, カナダ, イギリス, オランダ, スウェーデン, オーストラリア等で実施されており, 糖尿病等の慢性疾患の治療, 精神医学, 外科手術後の医学管理に寄与することがいくつかの国際的な出版物において示されている(République Française 2019 : 103)。
- 3) 民間の医療機関等による遠隔リハビリテーションの試みが見られるが, 公的医療保険の給付対象とはなっていないため, 自費で利用するサービスという位置づけにとどまっている。
- 4) 厚生労働省の社会保障審議会医療部会において, オンライン診療を含む遠隔医療の活

用についての検討が行われている。第99回社会保障審議会医療部会(令和5年6月2日)の資料では、医師と患者間での遠隔医療の多様な形態の一つとして、患者側に看護師、理学療法士等の医療従事者が同席し、医師の指示に基づく検査や処置、リハビリテーション等を実施する例が示されているが(厚生労働省 2023b: 7-8)、現在のところ遠隔医療の形態の整理にとどまっており、具体的な検討は行われていない。

- 5) 遠隔の支援方法としては、遠方の専門職と被災者とのビデオ通話を可能とする自律走行ロボットを避難所に設置し、それを用いて理学療法士や看護師等が遠隔で健康管理を行うことを想定している。
- 6) 2020年7月の九州豪雨の避難所において、オンライン診療の仕組みを活用した支援が試みられた(防災ニッポン+「災害時にオンライン診療! 避難所で持病の薬を受け取る仕組み考案」(<https://www.bosai.yomiuri.co.jp/biz> 2023年10月21日閲覧))。また、第99回社会保障審議会医療部会の資料には、オンライン診療等の期待される役割の一つとして、災害時の活用が挙げられている(厚生労働省2023b: 6-7)。
- 7) 欧州委員会により2002年に発表された「eEurope 2005: みんなの情報社会 (une société de l'information pour tous)」のなかで、インターネットへのアクセスを拡大し、電子的なやりとりを発展させる方向が打ち出された。さらに、2004年に発表された「つながる医療 (Santé en ligne) - ヨーロッパ市民の医療を改善する」のなかで、保健医療の領域における情報通信技術の活用の進展を目指した活動計画が示された(Renaudie 2020: 6-7)。
- 8) 医療保険の給付(費用の償還)等については、社会保障法典(Code de la sécurité sociale)において定められている。
- 9) フランス語の「soin」には、治療や手当、看護、処置、健康維持・増進のための支援など、医療従事者が患者に対して行う治療的なかわりや健康面でのサポート等、幅広い行為・活動が含まれる。公衆衛生法典における「téléssoin」は、薬剤師と医療補助職(看護師、マッサージ・運動療法士等)が、物理的に離れた場所から患者に対して「soin」を行うことを意味するが、これに対応する適切な訳語が見つからない。そのため、本稿では、フランスの公衆衛生法典の定めに従って薬剤師と医療補助職が行う患者の支援やサービスの提供を「健康支援」と呼び、それを遠隔で行うことを「遠隔健康支援」と表記する。
- 10) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- 11) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- 12) フランスで医療職とされるのは、医師、歯科医師および助産師である。
- 13) Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine.
- 14) 医療保険のウェブサイト (Le Dossier Médical Partagé(DMP)en pratique) による (<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique> 2023年10月15日閲覧)。
- 15) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- 16) 注14の医療保険のウェブサイトによる。
- 17) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du

système de santé.

- 18) 保健・予防省のウェブサイト (Le télésoin) による (<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/le-telesoin> 2023年10月15日閲覧)。
- 19) 正確には「マッサージ・運動療法士」であるが、ここでは保健・予防省のウェブサイトの表記に従い「運動療法士」としている。
- 20) 高等保健機構は、保健医療分野における質の向上を目的とする独立した公的機関である。専門職の望ましい実践を促し、推奨を策定することは高等保健機構の重要な任務の一つである。
- 21) 学術的文献の分析は、フランスと外国における関連文献の調査、Medline (National Library of Medicine, アメリカ合衆国) の文献目録情報に基づくシステマティックレビュー、各専門職の組織および学会に関するインターネットサイトの調査、関係団体等への関連資料の提供依頼により収集された文献により行われた (Haute Autorité de santé 2021a : 19–21)。
- 22) 各専門職の職能団体等からの意見聴取は、2019年9月から2020年6月にかけて実施された。また患者・利用者代表からの意見聴取も2020年6月にビデオ会議で実施された (Haute Autorité de santé 2021a : 17–9)。
- 23) 9種類の専門職とは、薬剤師、看護師、マッサージ・運動療法士、足治療士、作業療法士、精神運動士、言語聴覚士、視能訓練士、栄養士である。
- 24) 公衆衛生上の緊急事態への対応としては「遠隔健康支援」のみではなく、医師や助産師の実施する「遠隔医療」に関しても特例的な措置が実施され、医療保険からの100%の償還が行われていた (<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau-activites-autorisees-tele-sante.pdf> 2023年10月23日閲覧)。
- 25) オンライン資格確認を実施する医療機関等が患者の診療・薬剤情報等を閲覧する場合には、患者本人からの同意を得たうえで、マイナンバーカードのICチップ内の電子証明書を用いて医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が情報にアクセスすることとなっている。また、患者がマイナンバーカードを保険証として利用する場合には、顔認証等による本人確認が行われることなどの個人情報保護措置が講じられている (厚生労働省 2023a)。これらの仕組みは、フランスのDMP制度における情報共有のための個人情報保護措置に相当すると考える。さらに、オンライン資格確認の普及にともない医療機関等にはネットワーク関連のセキュリティ対策がより一層求められるため、国が定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」が改定され、2023年6月に第6.0版が公表された。
- 26) デジタル化された医療情報を災害時に活用するため、医療機関等はマイナンバーカードによる本人確認ができなくても被災した患者の診療・薬剤情報等にアクセスできることとなっている (災害時の特別措置)。また、被災した患者本人はスマートフォンから自分の服薬履歴等を確認できる。厚生労働省のウェブサイト (「被災者の方の服薬履歴等を確認できます!」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001187225.pdf> 2024年1月7日閲覧) による。
- 27) 2023年11月のオンライン資格確認の利用件数が約1億6766万件であったのに対して、

マイナンバーカードの保険証利用によるものは約727万件にとどまる。厚生労働省のウェブサイト（「オンライン資格確認の導入について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html#onsk_gimuka 2024年1月7日閲覧）による。

Challenges of Institutionalizing Remote Health Management — A Comparative Study with the Legal Development in France —

Matsumoto Yumi

In order to ensure access to medical care by making effective use of limited medical resources, medical care provision and health management using information and communication technology are attracting attention. In Japan, remote interventions by non-physician health-care professionals are still limited and have not been fully examined. Remote health management should also be considered as a measure to address health problems at evacuation centers in the event of a disaster. In France, legislation has been developed since 2004, and today it is possible for various medical professionals, including allied health professionals, to intervene remotely.

The purpose of this paper is to clarify the institutional issues surrounding remote health management in evacuation centers. For this purpose, I examined and conducted a comparative analysis of the French legal system for remote health management. I clarified the challenges in implementing remote health management in Japan and the efforts necessary to utilize it in the event of a disaster.

Keywords : remote health management, evacuation center, France

〔資 料〕

第3回地域共生社会の実現に向けたセミナー 「子どもたちの立ち直り支援を考える」

(2023年12月2日(土) 大分大学旦野原キャンパス第1大講義室)

大分大学福祉健康科学部では、2021年度より大分県からの受託事業「地域共生社会の実現に向けた実務者ネットワーク構築事業」において、本学学生や一般市民への福祉啓蒙活動として、毎年「地域共生社会の実現に向けたセミナー」を開催し、多様な視点から研究実践報告や意見交換を行っています。第3回では、「子どもたちの立ち直り」に関する理論と実践について2つの基調講演が行われました(福祉健康科学部の学部生42人を含む77人が参加)。

《基調講演1》

「つまずきからどう支えて、どう立ち直るのか」

東京都立大学人文社会学部准教授 竹原 幸太 氏

《基調講演2》

「どんな境遇の子も見捨てない、支援の限界をチームで突破する」

特定非営利活動法人スチューデント・サポート・フェイス 代表理事 谷口 仁史 氏

※以下は、基調講演を要約したものです。

基調講演1：つまずきから、どう支え、どう立ち直るか

○竹原講師：



写真1 竹原幸太講師

■子ども・若者の育ちを支える「社会」とは

私は、東京都立大学で教育哲学を教えています。教育哲学は少し堅苦しく聞こえるかもしれませんが、人が生きていくこと、あるいは人が生き直していくこととはどういうことなのかを、実践と理論を往還させながら考えるものです。

最初に、今日の子どもや若者の育ちを支える社会とはどんな社会なのだろうかということを、こちらの絵を手がかりに考えてみたいと思います(写真1:妻と義母)。この絵は実は2つの絵が重なる非常に有名な隠し絵です。若い女性の横顔や、ご高齢の女性の横顔にも見えます。これからお話するのは、様々な価値観の人がいて、社会は構成されているということです。この絵のように、多様に見える社会も、一つの価値観だけでは1つにしか見えないかもしれません。本日のテーマで言いますと、「つまずいて、しんどい思いをしている人達は世の中に本当にいるのですか?」という人もいるのかもしれませんが。実際は様々な背景を有する人たちが社会は構成され、誰もがしんどさや困難に直面することはあり得るわけです。ここで聞きたいのは、苦しみや悲しみや或いはしんどさが、ずっと「常態化した状態」でいるのか、それとも社会で生きていく中で「変わっていくきっかけ」があるのかです。そして、変わっていくきっかけがあるとすればどういうものなのか、そこに福祉や教育がどのように関わり得るのかを考えてみたいと思います。

世間の若者の声を聞いてみますと、子どもの貧困問題などに関わって、「結局は生まれた先によって自分の運命が決定づけられてしまう、つまりは親ガチャで、育ちというものは運なんだ」と嘆く若者達がいるわけです。ある実践家によれば、現実に見出せない若者の中には、「明日、戦争が起きないかな、すべてリセットになるから」と嘆く人もいます。「自分の出自や家庭環境、あるいは地域等、すべてゼロベースになる。それによって初めて平等性が担保されるだろう」と。世の中は平等だとか、日本国憲法で基本的人権とか書いているけども、その子ども達からすると「プログラム」規定に過ぎないとの悲痛な叫びで、そこに先の親ガチャ論が共感を得て言説化されています。実際、今現在、国際社会では戦争が生じている中で、こうした声が若者から浮上することは深刻だと思います。もっとも、格差社会に注目する研究では、生まれた環境によって、学力あるいは社会的資本の獲得状態が決定づけられつつあると指摘する研究もあります。この点をもう少し分析してみますと、出自等にキャリアが決定づけられた社会構造を見直し、出自や所得等の状況に関係なく、皆に平等にチャンスを保障する仕組みを作ったのが近代社会の論理でした。それに対して、親ガチャ論がある種の共感を得てしまう現代社会というのは、進化したというよりは、前近代社会、つまり宿命論への先祖返りになっているのかとの疑問も生じます。ネガティブな世界に方向づけられ、そこから脱却できない子ども世界の事象の一例として、スクールカースト等も議論されています。ここでは、「ポジティブな世界で描かれている人達」と、「ネガティブな世界で描かれている人達」の2つの世界の区分が前提にあるわけです。

この前提に即せば、「ポジティブな世界」の人達は、家庭環境に恵まれて、人間関係も良好で勉強から部活動でも活躍している。さらに主体性がある自己肯定感が高い。他方で、「ネガティブな世界」の人達はその逆で、家庭環境に難しさがあり、人間関係も不調で、親や教員との不和があり、いじめや不登校状態にあったり、学校内では目立たずに陰キャである等と描かれます。そして、「ネガティブな世界」に陥ると、「家庭や学校も生

きづらい、まるで監獄のようだ」と描かれるわけです。こういう形で「ネガ」と「ポジ」が対比するように語られているんですが、ここで疑問なのは、例えば「ポジティブな人」が「ずっとポジティブか?」といったら、そんなことはなくて、何かのきっかけで、ここでいう「ネガティブな人」のような状態に陥ることはないかという点です。家庭や健康状況、友人関係の変化等、ライフイベントで絶えず変わりますし、「ネガティブな人達」がずっとこういう状態にいるわけでもないわけです。つまり、「ネガ」も「ポジ」も表裏一体であり、「対比」というよりは「反転」するようなものではないかと。本日のテーマに即せば、「つまずき」は、世間では「ネガティブ」な事象と見られがちですが、それをいかに意味づけて「立ち直り」、「ポジティブ」に生き直していくのか、つまり、「ポジ」を「ネガ」に変換する＜分岐点＞とは何なのかを問うことが重要と考えます。言い換えれば、仮に今、「ネガティブな状態」にあるとしても、それを常態化させずにそれを次の成長発達のプロセスに組み替えていけるような社会とはどんな社会なのか、その社会における教育や福祉の働きかけとはどのようなものを問いたいのです。この後の各実践報告にそのヒントが豊富にあると思います。

■つまずき・失敗に対する社会の対応

そもそも、最近の社会はつまずきや失敗というものをどういう風に捉えているのでしょうか。ここでは、2020年代に起きている子ども・若者問題を手がかりに、社会が子ども・若者問題をいかなる＜眼差し＞で見ているのかということを紹介したいと思います。

先ほど言及した＜分岐点＞の視点に立つと、孤立、孤独、生きづらさを抱えた若者達の「SOSの声」の受信先が重要ですので、「SOSの声」を傾聴する人は誰なのかを問うてみたいと思います。結論を先取りすると、「つまずき」、ここで話題にするのは特に「少年の不良・非行問題」としますが、その傾聴者はソーシャルワークや教育関係者ではなくて、「繁華街の人々」に囲われつつあります。いわゆる闇社会の人達が「SOSの声」を受容・傾聴し、言葉巧みに闇ビジネスに誘っていく構造になっていないかを問いかけてみたいと思います。

この問いと関連して、私達の社会がつまずきや失敗に対して、非常に神経過敏になっている状況も浮かび上がります。例えば、日本は少子高齢社会ですから、子ども研究では、もはや子どもはマイノリティとの指摘もあり、分母と分子の考えに即せば、「子ども1人に対して向けられる大人の眼差し」の網の目は細くなってきました。さらにその「大人の眼差し」は、「大人の教育期待値からはみ出た問題」程、見えやすくなるわけです。つまり、「自分達が想定した状態と全く違う次元の子どもの問題」は、非常に見えやすくなるという状態があるわけです。ですので、「大人社会が望む健全さ」からはみ出た子ども達には、「対策」が施されていくわけです。その「対策」作りは以下のような論理を招いています。まず、私達の教育期待を遥かに越えた「不健全」な子ども達を「健全」に戻そうとなり、「指導・補導」対策に磨きをかけます。そうしますと、「問題」化される子どもが増え、青少年問題が増加傾向となり、さらに「指導・補導」を強化せねばと堂々巡りになっていきます。つまり、「教育意識」の拡大が「健全育成」対策の悪循環を招く側面もあるわけです。例えば、少し前までは、遅刻常習者、夜間徘徊等を「悪ガキ」と見て、大人の注意で済まされていたケースが、非行の早期予防等の掛け声のもと、健全育成条例等

を設けた場合、条例違反として「悪ガキ」が正式な「問題少年」とカウントされるわけです。そして、その「カウント数」が「エビデンス」となり、「こんなに問題少年が増え、治安が悪化している」との言説を作り、さらに教育意識が高まり、「対策」に磨きがかかるわけです。

非行の早期予防は重要ですが、ここでの「落とし穴」は、「なぜ、子ども達がそのような状態になっているのか？」という背景を読む視点がない点です。「行為」ばかり見ていると、先の悪循環から抜け出せません。しかし、最近のいわゆるトー横キッズ問題とか、大阪の道頓堀のグリ下問題等を見ますと、そうした悪循環を招いているようにも見えます。近時はSNSを通じて繁華街に群れる若者の不良・非行が社会問題化され、ここ数週間でも、マスコミでは大麻グミの規制をどうするか、或いは、市販の薬を大量に飲み込んで現実逃避するオーバードーズ問題をいかに規制・補導するか報じられています。規制・補導を厳格化した場合、「その場」からは問題はなくなりますが、「根治」になっているかは別です。トー横キッズの一斉取締まりを実施した場合、少年達は「違う場」に移動して同じ問題を繰り返している。

例えば、最近、新宿の大久保で若い女性が立ち並び、売春交渉を行う「立ちんぼ」という事象が報じられています。こうした問題も、ある場所で立ちんぼ行為が禁止されたら違う所へ移動する、或いはface to faceじゃなくてSNS上に場所を変える状況になっているだけではないでしょうか。SNSを介した場合は、「闇バイト」の誘いもあり、特殊詐欺とか集団強盗とかに取り込まれる危険もあります。

しかし、世間では、「なぜ、立ちんぼや闇バイトに手を染めるのか？」を問う前に、「こうした行為に手を染めるのは犯罪だと法律に書いてあり、知っているはずだ」、「犯罪行為への罰則を強化し、違反したらどうなるかを事前に示しているわけだし、それを違反した場合は自己責任だろう」、さらには「18歳成年にもなったわけだから、自己責任は当然だろう」といった論理が強く出てくるわけです。また、2021年の少年法改正では、対象年齢を20歳未満とするのは保持しましたが、18歳・19歳を「特定少年」という考え方にして、まだ非行はしていないけれど、将来重大な非行を起こしそうな「虞犯少年」というものを支援対象外にしました。つまり、繁華街にたむろするような層を支援対象外としたわけですが、本来はこうした18歳・19歳の層こそ、「罰」じゃなくて「早期支援・介入」していけるような仕組みが必要ではないか。それを手放してしまったのではないかも問われるわけです。

こうした現象が生じている背景には、社会は多様な人々で構成されているという感受性が鈍感になっている側面があるかもしれません。例えば、「子どもの貧困は本当にあるんですか？」ということ言う人すらいます。同僚の阿部彩先生などは、近時、都立大に子ども・若者貧困研究センターを作って、子どもの貧困に関わる大規模調査を実施し、この問題を数字で見えるように努力されています。こうした研究はとても重要だと考えます。なぜなら、現在は「貧困を感じる層」と「全く感じない層」が存在し、「全く感じない層」は貧困のしんどさに共感ができないばかりか、ある場合は、「日本社会はこんなにも平等になって潤っているのに、貧困になるのは自己責任である」等、ヘイトスピーチの如く自己責任を煽り、逆に煽られた側は、「世の中、結局は親ガチャだ。どんなに努力しても報われることはない」と貧困・格差を正当化する言説作りを助長してしまうからです。

■失敗やつまずきの背景にあるもの

昨今の社会は、「失敗やつまずきには敏感」なんだけれども、「孤独や失敗、つまずきの背景に何があるのか想像することに鈍感」になっていないか危惧されます。そして、その鈍感な状態に忍び寄ってくるのが、闇の世界からの「悪魔の囁き」ではないかというのが私見です。

報道等によれば、「闇ビジネス」と呼ばれる世界にはマニュアルがあると指摘されています。最近、ホストの世界で違法な売掛金が横行していたことが発覚しました。ここでは、10～20代の若年女性をターゲットに依存関係を作り上げて貢がせていき、支払いが滞った場合、風俗業に斡旋していくようなビジネスモデルがあると言われています。逆に、動画配信して成人男性から段階的にお金を巻き上げていく「いただき女子」も問題となり、そこにもマニュアルがあり、それを売っていたという事件も生じています。けれども、実はこの問題でもホストへ貢ぐ資金作りだったとも報じられていました。そして、こうした状態から抜けられなくて、「見たくない現実」から少しでも離れ、「現実逃避したい」という段階で忍び寄って来るのが「薬物問題」だとも指摘されています。

先の例でいれば、「なぜ、青少年がトー横やグリ下で歪な場所を作るのか?」と問えば、学校や地域コミュニティで、居場所感みたいなものがあるのか否かが気になります。「孤独・閉塞感」みたいなものがあり、学校・地域でそれらが「受信」されず、SNSを介して、同じような状態にある子ども達が集まっているとすれば、これも1つの居場所なのかもしれません。しかし、やや歪で「不安定な居場所」に悪い大人が入って来ると、「現実逃避して、皆で楽しくなろうよ」と遊びの肩代わりとして、ドラッグに手を出して沈んでしまう。最近のオーバードーズ問題等は、こうした状態が顕在化し、見えてきたのではないのでしょうか。

ここには、「助けて」とか、「ちょっとしんどいんだよ」というのを感じて欲しい切実な「ニーズ」があると思うのですが、それを日常世界で「傾聴」してくれる人が誰もいない。じゃあ、SNS、或いはそこで知り合った誰かに話してみようとなってくると、徐々に「闇の世界」の人達が忍び寄り、闇ビジネスに染めていくような構図となっているように見えます。先程の「立ちんば」でも、「いただき女子」でも、問題の背景に何があり、誰が受容・傾聴するかが「分岐点」であり、悲しいことに、ホストの売掛金問題とともに「犯罪社会」の方に沈んでいる現象が見えているのが現在なのではないのでしょうか。

やや状態は異なりますが、男子非行をみても、「生きづらさ」や「貧困」状態につけまされ、犯罪社会に沈められている傾向が観察されます。例えば、SNSで「高額バイト」と称するものにアクセスし、即席的集団が形作られ、高級時計店等に覆面を被って、「強盗」するような稚拙な犯行が生じています。「手軽に稼げる高額バイト」の宣伝につられ、応募してみたら、いわゆる特殊詐欺だったと。しかし、闇ビジネス事業者は、お金を稼ぐことが難しく貧困状態にあったり、自己肯定感の低かったりする少年を言葉巧みに褒めるわけですね。「お前はこれだけ出来てすごいね。もっとやれるんじゃないか? もっと稼げるよ。幹部になれるかもしれないね。」という風に褒めていくわけですね。

ただ自分がやっていることに「被害者」がいて、恐ろしいことに気付いて、「辞めたい」と言った時にはもう時すでに遅しで、「何言っているの? お前の家族の情報も、お前の運転免許証も全部持っているから、もう抜けられないよ」と言われ、沈めていくわけです。

最終的に逮捕されると蜥蜴の尻尾切りのように、闇バイト雇われ者は捕まる一方で、指示を出している人になかなか辿り着かないのが、「闇ビジネス」の難しさともいわれます。その点をずっと追って、最近逮捕に至ったのが、ルフィーと名乗り、東南アジアにアジトがあった事件です。いずれにしても、言葉巧みに傾聴依存、或いは褒め言葉から恐怖の方向に沈められてしまうと、なかなか抜けていくことが難しくなってしまうということです。

これらの事象が、なぜ今顕在化してきているのかと言えば、コロナ禍のステイホーム、ソーシャルディスタンスといった標語とシンクロしていると思うのです。具体的に言いますと、ステイホーム・ソーシャルディスタンスの時期、家庭内虐待とかDVが見えなくなり、ソーシャルディスタンスで人と関われない「孤独感」がSNS上の「誰か」に移行してしまったのではないかと。コロナ禍で望まぬ妊娠が増えていたことも指摘されており、SNS上の出会いの中で性的接触があつてこういう状態の問題が起きていたように思えるのです。

さらに時短とか休業要請が出て、夜の街も収益が下がり、それをどのようにカバーするのかという事情も重なり、ホスト売掛金問題が顕在化してきたのではないのでしょうか。アフターコロナ時代に顕在化した「沼」は、ステイホームとかソーシャルディスタンスといったコロナ禍で、「声をあげにくいけど声をあげたい」といった若者のニーズと「闇ビジネス業界」のニーズが合致してしまった現象にも思えるのです。つまり、こうした若者のニーズを「学校や地域コミュニティでいかに受容・傾聴できるか？」というのが、社会福祉や教育関係者に問われているわけです。いつまでも、「孤立や孤独、失敗に鈍感な社会」ではいられないわけですね。少なくとも、トー横、立ちんば、いただき女子等、様々な語彙で語られる問題少年がたくさんいると見なすのではなく、そういう「状態」に落ちる背景への創造力とニーズ分析が必要です。つまり、「問題行為」ではなく、「人」としてどう向き合っていくのかが問われてくるんだろうと考えます。その教訓をかつての事例なんかも踏まえながら考えてみたいと思います。

児童福祉をめぐる世論を観察しますと、被虐待児や発達障がい児への「ケア」の必要性は説かれながらも、非行少年には「ケア」より「責任・罰」が求められる傾向にあります。ただ実態を見てみますと、相澤仁先生も勤務されていた児童自立支援施設や、法務省管轄の少年院入所者の実態調査を見てみますと、生育歴で半数或いは6割ぐらいが、被虐待経験有りなんです。実は世間で「責任・罰」を求めている非行少年は、「ケア」を求めている「被虐待児」でもあるわけです。ここでも、先ほど申した「人」を見る前に「行為」を見て、何がニーズなのかという議論が深っていない状況が浮かび上がります。また、統計上、少年非行はずっと減っていますが、世論調査では、非行は増えているとの意識も存在し、実態と世論との間で「錯覚」が生じているわけです。そういう「錯覚」がどこから生じているのかと言えば、冒頭紹介したように「教育期待値から外れた事例」は社会へ脅威をもたらすものなので、一件当たりの報道時間が長くなるわけです。SNSとかでも、ネット配信の記事でも。そうすると非行数が減っていても、少年事件報道に接触する時間が長くなり、社会の治安が悪化しているんじゃないかと「錯覚」を起こしてしまうわけです。

このような「行為」を見る世論に対して、「行為者」を見るのが教育や福祉の役割があ

るはずで、往々にして、非行ケースなどは「複合的なニーズ」が重なっておりますので、多機関・多職種の視点を重ねるチーム支援が必要です。この点はこの後の各報告にも繋がっていかばと思います。子ども問題を見るとき、これは家庭の問題とか世代間連鎖の問題っていうものが芽づる式で見えてくるような事例っていうのは、山ほどあるわけですね。児相なんかに行っても子ども支援の前に親支援じゃないかっていうこともよく言われるわけです。つまり、多職種・多機関がつながりながら、複雑な背景を丁寧に読み解き、子どもと家族全体を支援していく地域社会の形が問われているんだろうと思います。

しかし、実際それをどう進めるのかってところが、まさに実践の知恵を出さないと、難しいところです。重大な少年事件などを時系列で見ても、後になって「ああ、ここが介入ポイントだった」って気付くようなケースは少なくないです。この後、谷口さんの報告等でも話題になろうかと思うのですが、少年事件なんかを見てみると、困難な局面を突破するチーム支援が上手く機能しないばかりか、機能不全になっていることがあります。

例えば、「川崎市中1男子生徒殺害事件（2015）」を例にすれば、川崎市は子どもの権利条例があり、不登校の居場所づくりや、スクールソーシャルワークを早くに整備して社会制度が整っていました。しかし、社会資源があっても、困難性を抱えた少年には届かず、「子どもの世界」と「大人が準備した社会資源」との距離が問われた事例だったとも思います。こういった社会資源に繋がらず、社会的排除状況にある少年達が作り上げた「歪な居場所集団」の中で、一人の少年の死を招くという悲劇が生じました。ですので、今後、困難を抱える少年達に、学校や地域コミュニティがいかに関わっていけるのかが問われたわけです。この後の第2部のスクールソーシャルワークの報告等でも、この点は話題になろうかと思いますが、「どうやって子ども・若者の生きづらさ、孤独などを受信し、耳を傾けていくのか?」、「そこで何となく気付いたことを、誰とどのように共有していくのか?」、こういった議論を具体的に進めていかないと、いつまでも早期介入のタイミングが見えてこないと思います。そして、ここにこそ、「少年達のもがき」を受け止める「大人・社会の役割」が求められ、「分岐点」があるのだと考えます。つまり、SNSから闇ビジネスに吸引されないための力というか、「社会の力」が試されているだろうと思います。

もっとも、「スクールソーシャルワーカーは、自治体により雇用形態や配置基準が違う」とか、「連携とかチーム支援と叫ばれているけど、誰がいかにアセスメントし、どのタイミングで共有するのか?」、「アセスメント後、どのように介入・支援するのか?」等、様々な課題もあるかもしれません。こうした課題も踏まえ、例えば、一つのマニュアルではないですが、困難に直面した場合の動き方の知見を重ね、共有していくなどしないと、いつまでも、連携が具現化していかないように感じます。だからこそ、この後、実践を皆で共有していくことが重要だと思います。

■魁育：「失敗してもいいんだよ」と言えるコミュニティの寛容性

私自身は、つまずきや発達、或いは失敗はネガティブ経験と見なされますが、それを成長・発達に変えていくような「概念」がないのかと考えてきました。先ほどの青少年の補導対策でもお話ししてきたように、「つまずき」や「失敗」に対しては、対策論は取られます。対策論も必要ですが、「つまずき」や「失敗」は次なる自分を形成していく、成長

発達過程と表現するような概念がないと、いつまでも対策論に留まってしまいます。もっとも、重大事件であれば「被害者」もいるわけです。それでも、「被害者」に向き合い、自分の過去は消せないけど、それを踏まえてどうやって生きていくのか考え続け、生きていくことが求められます。私は、それを立ち直り・甦り（更生）のための教育的働きかけとして、「甦育（そいく）」という概念を立ててみました。詳しくは『失敗してもいいんだよ』（本の泉社、2017）、『立ち直り・甦りの教育福祉学』（成文堂、2022）という本に書いていますので、ご参照ください。

先に紹介したように、SNS等でも厳罰論が台頭する時代、つまりきから、立ち直り、回復していく社会を再構するためには、時代や周囲に翻弄されない軸が必要だろうと考えています。1度、「ネガティブな状態」に陥ると、ネガティブラベルが貼られ、セカンドチャンスが無い社会・時代が形成されていないかと危惧しています。

それだけに、一人の人間、成長発達していく権利とそれを支える社会の有り様、質を問い、支援を展開するソーシャルワークの仕事に期待したいと思います。本日のテーマとひきつければ、個人をサポートしつつ、それを可能とする社会をもデザインしていくのが、まさに地域共生社会の中身になってくると思います。

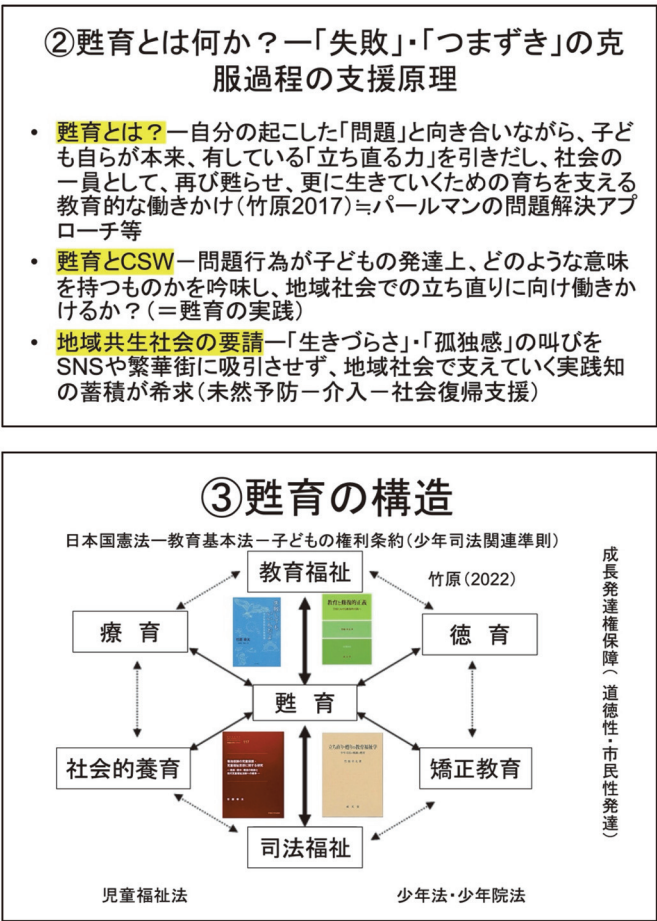


図1 甦育の概要と構造

もっとも、本日お話ししたテーマと関わって提起した「甦育」は、概念ですから、教育・福祉・少年司法の実務者の知恵、或いはその支援を経て、今を生きる当事者の声を重ねて、甦育の実質化を考えていく必要があります（図の構造）。そして、それらの実践知を重ねながら、生きづらさや孤独感の叫びを、SNSや繁華街に吸引させず、未然予防から、介入、社会復帰支援までトータルに展開していくことが、地域共生社会の具体的な中身になってくると思うのです。

当然ながら、SNSを全否定しているわけではありません。現実社会があった上で、SNSがあると考えており、先ずは、その現実世界の土台として、「失敗してもいいんだよ」と言える地域コミュニティの寛容性を育む重要性を指摘しておきます。その寛容性は、「子どものSOS」をSNSから地域コミュニティに呼び戻していく要素になるのかもしれないなと考えているからです。

最後に、失敗やつまずきを排除する社会から、それらを成長発達のプロセスに変換出来る寛容な地域社会の姿のヒントは、この後、様々な実践報告の中にあるかと思います。引き続き、甦育を実質化する知恵を皆さんと考えていきたいと思っています。

基調講演2：どんな境遇の子も見捨てない、支援の限界をチームで突破する

○谷口講師：



写真2 谷口仁史講師

■課題認識とアウトリーチの重要性

我々が1番に念頭に置いているのは、我が国が世界で最も深刻な状況にある子どもの孤立、そして社会的孤独、社会的孤立にかかる問題で、とりわけ、過去最多を更新した子どもの自殺者数に象徴される極めて厳しい現実を如何に変えていくのか、という点に注目しています。

実際に、10年以上引きこもるなど問題が複合化するご家庭。そして、連日我々の窓口が届く子ども達のSOSの声に示唆されるように、コロナ禍で社会的孤立にかかる問題は確実に深刻化しています。こういった現状を目の当たりにして言えるのは、やはり従来の待ちの姿勢、相談者が自ら足を運ぶことを前提にした支援の限界です。しっかりと、当事者の元に支援を届けていく、アウトリーチ型の取り組みを強化しなければ、命を守れない。そういった厳しい現状にあると考えています。

そこで、アウトリーチを基軸に、社会的孤立にかかる相談窓口のワンストップ化を進めています。子ども若者育成支援推進法に基づいて、ひきこもり地域支援センターや職業的な自立を支援する地域若者サポートステーション事業、そして生活困窮者自立支援法にかかる取り組み。これを我々のNPOが大きなプラットフォーム機能を果たすことによって知見化を図って、あそこへ行けば何とかなるよと言ってもらえるような窓口に努めています。

なぜこういった役割を我々のNPOが担うことになったのか、これは一言で言えば、アウトリーチの取り組みにあります。非常にニーズが高く、24時間365日体制を整えざるをえない状況にありました。年間の相談件数は、2年連続で8万1千件を越えています。実際、コロナ禍であまりにも異常な数字が出ていますので、その直前の3年間の平均をご紹介しますが、全ての子ども達の通る道、学校教育が36%を占めている。そして、行政や専門機関からお寄せいただく相談が7割近く占めています。なぜここまでの状況が生まれているのかと言うと、従来の枠組みでの支援に限界が来ているんです。やはりカウンセリングベースで何とかしようとしてもどうやら上手くいかない。そういった事例が相当数増え

ている象徴ではないかと思っています。

では一体どんな困難を抱えているのか、2,400名の実態調査をご覧ください(図1)。
84.2%が対人関係に困難を抱え、28.7%が障害と依存行動。4割強が精神疾患・発達障害等の配慮が必要になるということで、これは比較的、表に出てきやすい問題なので把握がしやすいというものですが、我々が着眼しているのは、63.7%の子ども達が実は生育環境に困難を抱えているということです。貧困・虐待・DV・保護者の精神疾患、或いはヤングケアラーにかかるような介護問題も含めてということですが、本人の自立にそういった影響を与えてしまっているということが明らかになっています。

ですから、いくら本人にカウンセリングを一生懸命やっただとしても、やっぱり効果は限定的です。家族も疲弊しているわけですから、家族にも支援を届けていくという発想がなければ、本質的な改善には繋がらない可能性があるということです。こういった家族環境も含めて、射程を広げて実態調査をやっていると、問題は複合化することによって、解決が困難になっている実態が明らかになる。84.7%の子ども達が、相談の受付時に既に複数領域での困難を合わせ持って抱えていた、多重困難ケースであったということです。となると、従来の縦割りの対応では限界だということを、ここで感じていただけるんじゃないかと思います。

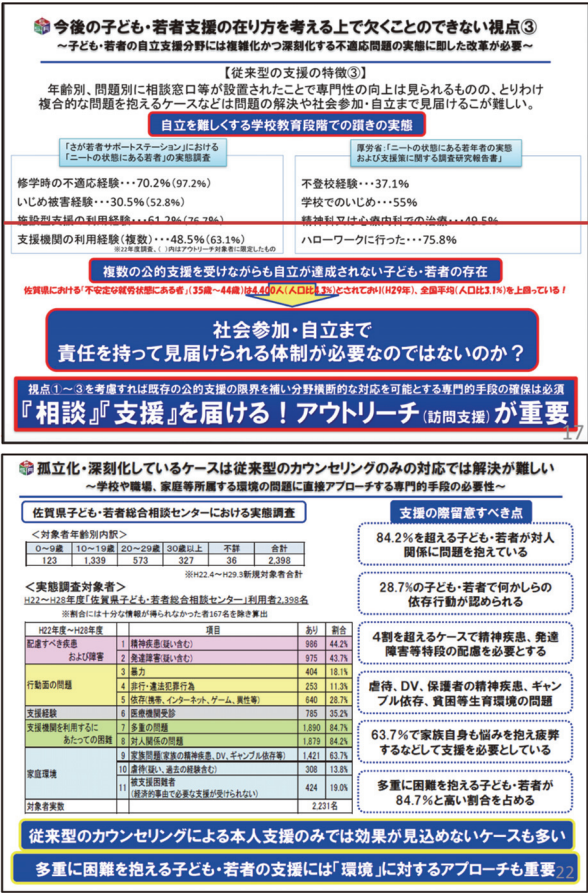


図2 孤立化・深刻化しているケースは従来型のカウンセリングのみの対応では解決が難しい

■多職種連携

従来の公的支援の枠組みの限界をどうやって突破していけばいいのか。工夫点を3点ほどご紹介します。

まず1点目は多職種連携、これを前提とした組織を作りました。ご覧いただいているように、国家資格を中心に我々の組織には、細かい民間の資格まで入れると29種の有資格者が集っています(図2)。その理由は、1つは問題が深刻化していること、ならばそれぞれの最先端の知見を活用していこう。当然この考え方も重要ですが、問題は複合化しているわけですね。そこで、入口にこそ実は多角的に検証出来るアセスメントの仕組みが必要なのではないかと考えたんです。やはり複合化した問題に対して精度の高いアセスメントを行うためには、喧々諤々しっかりと議論を尽くして、その子にとって何が一番最適な支援プランなのかを議論出来る環境を整える必要がありました。そもそも思春期の子供達は大人に対して不信感が持っていたり、抵抗感を持っていたり、更には専門家に対して、アレルギーを持っている子も少なくありません。ならば、そこも目を向けなきゃいけないということになります。となった時に当然関係性を重視していくわけですが、この関係性も相対的要素を加味して検証していかないと、上手く関係性が築けないと思っています。当然本人の周りには家族関係があったり、最近では外部関係者が関わる中で傷つきが発生し、いよいよ誰も信じられないということで孤立が発生をするわけです。どんな親御さんに育てられたのか、或いはどんな人達との出会いがあったのかによって、受け入れられる支援者の像自体が変わってくる。だったら我々が再度社会の側からアプローチする時には、その子にとって受け入れやすい存在って、どんな存在なんだろうということを徹底的に考え抜くことが重要になってきます。

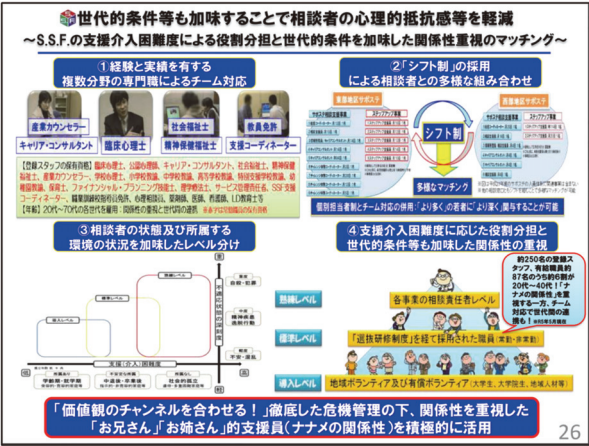


図3 世代的条件も加味することで相談者の心理的抵抗感等を軽減

■価値観のチャンネルを合わせる

孤立する子ども達の中には、特に支援者の誘いの手を払い退けちゃうようなそういった拒絶感を持っている当事者に共通する思い、一言で表現すればこんなことかなと思っているんです「どうせ私のことなんて誰も分かっちゃくれない」そういった否定的な感覚・感

情が、様々な傷つきを重ねる中で発生してしまっている。ならば、やはりまず我々が再度アプローチをする時には「あれっ、これまで出会ってきた人と、大人達と、あの人どうやら違うな。もしかしたら分かってくれるかもしれない」という、この「かも」という状態を事前に丁寧に作っていくのが、アウトリーチの時には重要になってきます。その際、1つの手段・重要なポイントとして我々がやっているのが、この価値観のチャンネルを合わせるという作業です。

この価値観のチャンネル合わせ、そして心を開いてもらうためには非常に重要なアプローチの考え方になってくるわけですが、決して難しいことと言っているわけじゃないんです。人と人だからこそです。まずは子ども達が好きだと思っているものに対して、我々も好きだと言えるような状態を事前に作る。興味関心を持っているものがあれば、我々もそこに積極的に関心を寄せて、まずは本人の価値観にしっかりとリーチしていく。極端な話、今オンラインゲームに依存している子ども達が増えています。だったら、それで引きこもっている状態が発生し、誰からの助けも拒絶しちゃう。そこに、いきなりオンラインゲームを否定して入って、上手く関係性作れますかという問題があるんです。だったら我々は、それをチャンスと捉える。大抵のオンラインゲームは24時間365日を往復していますし、さらにSNS機能が確実に付いています。ならば、一旦我々もその世界に飛び込んでみて、その子がその世界でどんな立ち回りをしているのか、何を実現しようとしているのか、そういったものを感覚的に理解出来るようになると、今度はその子が現実社会をどのように認識しているんだろうか、そういった気持ちを察することが出来るようになってくる。その次、じゃあどういうプロセスで、手段を使って接触をすれば現実の世界でもしっかりと繋がる事が出来るのか、こういったことが見えてくるっていうことです。

しかしながら、この価値観のチャンネル合わせ、難しい時代に突入しました。価値観が多様化して、急速にしかも変化を遂げていく時代です。世代のギャップが実は関係性を作る上での障壁になる場合があるということです。そこで我々人材育成の仕組みと連動させることによって体制を作っています。全体で250人の登録スタッフ、有給職員が90名弱。世代構成でいくと、実は6割方が20代・30代、比較的若い世代で構成されている。それは、いわゆる斜めの関係性の、お兄さんお姉さんのアプローチを上手く入口では活用することが、従来の窓口の限界突破に繋がるんじゃないかと考えました。勿論、残りの4割は40代から70代まで、各世代を意識的に雇用しています。それはそれぞれの世代の文化が違ってきますし、更に、家族シェアというところでは先輩方がお持ちの経験・知恵、これは非常に重要になってきます。つまりは世代的条件も加味出来る、組織体制を作ることで限界突破を図りました。

■ネットワーク構築

3点目の限界突破の工夫は言うまでもなく、ネットワークです。1つの組織で出来ることにも限界があります。ならばそこを予め認めた上で、しっかりと対策を打つ、そういうことが出来る人達との繋がりを大事にするという考え方に至りました。

我々は、今でこそ法制度に基づく様々な協議会の構成機関の一つになっていますが、最初からこんな立場があったわけじゃありません。様々な関係者・関係団体とのネットワーク構築を経て、今があるということであります。平成15年、組織を立ち上げたと同時に作っ

たのがご覧のネットワークです。特徴は「緩やかな連携」です。まず、主義・主張・やり方は一旦置いて、佐賀県にどんな人がどんなことで頑張ってくださっているのか。これを俯瞰的に把握出来るネットワークを作ろうという取り組みを展開しました。700団体にご協力をいただいて、このガイドブックを発行するに至ったわけです。人も予算も限られていますから、どこにどう注力すれば地域全体が良くなっていくのか。戦略を立てるためにも、まずは地域全体のことをしっかりと把握をすることが必要だった。子ども達のために最低限の情報をテーブルにつけましょう。こういう取り組みを展開しました。となると次は課題も見えてきます。課題解決のためのネットワーク作り、それを、共に「あ、問題だね」感じた人達とのネットワーク作りを着手します。一例を挙げれば、150種の職業人のネットワーク『若者の味方隊』。子ども達が働くことについて疑問に思った時に気軽に相談出来る、そういった職業人のネットワークを作りました。そこから発展的に構築をしたのが『職親制度』。困難を抱えた子ども達を受け入れてくださる、理解ある事業主の集まりです。

このように地域の課題解決のためのネットワーク作りを経て、次の段階に築いたのは、地域で出来ることの限界もあるなという気付きでした。これはもう全国的に補っていくしかないよねということで、全国組織の立ち上げにも積極的に参画をしています。生活困窮者自立支援全国ネットワーク、この分野では最大規模で1,800人ほどです。これだけいけば佐賀で出来ないこと、実は大分だったら実現出来ることって沢山あります。ならば、一旦外に出て立ち直りの機会をくれる。これはあって良いと我々は思っていますが、支援計画立てる時に現地でこういった取り組みが行われているのか知らなければ、選択肢に入ってこないわけです。だからこそ予め、こういう大会を開催することによって、各地の取り組みしっかりと我々も把握することによって可能性を高めていく、こういった取り組みをしています。

コミュニティ・メンタルヘルス・アウトリーチ協会は、今年も1月に九州産業大学で全国大会を開催いたします。矢野さんにもご登壇いただく予定ですが、これは、ACT（アクト）と言って、精神医療分野の全国ネットワークで、24時間365日多職種のチームが、本当に命をかけると。その取り組みと我々のような教育・福祉分野のアウトリーチ実践団体が組んで、重度の精神障害を負ったとしても地域で暮らしていける、そういった包摂的な社会を作っていこうと取り組みを進めています。そして九州若者サポートネットワークでは、相澤先生、矢野さんの元で私も学ばせていただいています。社会的擁護の取り組みを、更に発展をさせていこうという取り組みです。

これだけ多くの関係者・関係団体とのネットワークを作るのも維持するのも大変なんです。我々、手弁当で全てがスタートします。行政じゃありませんからね。でもなぜそういった労力がかかることをやるのか、「どんな境遇の子も見捨てない」、今の言葉で言えば「誰一人取り残さない」、そういった覚悟に基づく取り組みを進めていかなければ、今起きている社会的孤立にかかる問題、貧困・虐待、これぐらい仕方がないか、誰かやってくれるだろうと先送りしちゃう。それは世代を越えて連鎖をして、その裾野が広がって、より解決が困難になったのが今の時代なんです。もうそこに我々気付いちゃいました。だったら気付いた我々の世代でその悪循環は断つ。そういった覚悟が必要なんだろうと思います。

その覚悟が立った途端に、見えてくるものがあります。それは言うまでもなく、一人で出来ることの限界です。だったらどうするのか、先程も申し上げた、出来る人に頭下げてチームを作って、組織を作って、ネットワークを作って、そこで解決への可能性を1ミリでも高めていこうではないか。こういった組織作りの考え方、限界突破の工夫3点目、ご紹介をさせていただきました。

こういった体制を元に、実際にどんな支援を今時代が求めているのかということで、事例をご紹介します。30代の引きこもり状態になった男性の実例です。我々アウトリーチをかけるためには、事前に徹底的に準備をしていきます。過去どういった人とどのように関わってくださったのか、必須の聞き取り事項です。彼にはこれだけ多くの関係者が関与して、なお上手くいかなかった。1つはニーズに寄り添えてなかった。当事者と関係性が築けていなかったが故に、そういった本来ニーズを把握出来ずに、それぞれの思いでアプローチをしてしまっていた。もう1つは情報連携ができていなかった。こんな働きかけしたらこんな拒絶反応返ってきた、その一言でも気付ければ、共有出来れば、同じ轍は踏まない選択肢が出来るんですが、それが出来ないと当事者を追い込んでしまう。

実はこういったケースは珍しくないんです。我々の就労支援の窓口で行った実態調査が、63.1%アウトリーチです。63.1%は過去に複数の専門家、或いは専門機関の支援を受けていて、それでもなお上手くいわずに孤立をしている。当然相談支援に対して拒絶反応MAXの状態になります。高齢の引きこもりにも同様なことが言えます。60数%から77%が過去に相談に来たが、上手くいわずに長期化をして深刻化していく。こういった生きる意欲も保てない状態になった当事者に、再度アプローチをする際、やはり事前準備を徹底に行います。「「ピンポン、何とかセンターです、相談に来ました。」」そんな安易なアプローチは上手くいかない、むしろリスクを発生させてしまうということです。しっかりと同じ轍は踏まない、マイナスにならないアプローチを行うと同時に、もう1つ大事なのは、これだけ過去の傷つきで人と繋がる力を奪われた状態にある当事者に関わるわけですから「こういう所の人は支援してくれるから行ってみたら」そんな安易なアプローチ、繋ぎでは上手くいかないんです。一緒に伴走をしながら解決をしていく。自立まで皆で見届けられる体制を作っていこうよという考え方が重要なだろうと、我々考えています。

とはいえ多職種連携は、工夫も必要です。まずは経験則で語るのではなく、エビデンスベース、根拠に基づいた支援を展開します。と同時に、共通のアセスメント指標を作る必要性があると思っています。やはり、専門や資格が違えば使う専門用語も違う、組織を跨げば文化も違うわけで、多職種連携は異文化コミュニケーションの観点がなければ成立しない。だからこそ、共通のアセスメントが出来るように、共通言語となるようなアセスメント指標の開発も行う必要があるということです。

■職親さん：職業観の修正

我々は、認知行動療法を応用的に活用したプログラムを展開しています。やはり不遇な経験を重ねれば、人間批判的な物事の考え方になることがある。善意で周りが言葉かけしても、それを悪意と変換してしまう、認知に歪みが生じてしまう。だったらどういう経験を積み直せば、本来社会で円滑にコミュニケーションをとれるようになるのか。そういった認知の状態になるのか、支援者側がしっかりと意識を持って関わっていく必要性がある

ということです。しかしながら実際は、地域なんです。皆地域で暮らしていくからこそ、その入口となる職親さんの存在は非常に重要になります。我々は同行支援して同じ時間を同じ場所で一緒に汗を流します。こういったリアルな流動的な場面でこそ、実はコミュニケーションの苦手意識とか見えてくるわけです。そこで修正をかけていくということにもなります。

もう1つ大事なのが、地域の多様な職種の方々にご協力をいただいているということです。全ての仕事に価値があり、職業観の修正というのにも必要なんです。今は夢を追え、好きなことを仕事にしろ。余りにもメッセージが強すぎて、結果、5年10年空白があって、社会に出ると絶望する。当然毎日頑張ってた奴らには勝てやしない。しかも、頑張って就職したところで人生負け組だみたいなね。好きな仕事に就けないですから。そんな元々働くってそんなことかい？ということから、もう1回我々考え直さないといけない。だからこそ、地域の多様な職種の方々にご協力をいただいています。

例えば流れ作業で、もう袋詰め面倒くさい、単純作業です。でも、いつもお世話になっている何々さんが、次の工程になったら関わってくると、迷惑かけないようにちょっと丁寧に結んでおこうかなみたいな感じになって、作業より自分で考えて意味を見出していく。

その仕事に誇りを持って働いている方々との出会いは、いくら我々専門職が「この仕事って楽しいよ、良いよ」って言ったところで伝わらない。こういう人達との出会いの中に実は、色んな意味を見出していくというのがコミュニケーションの重要な点なんです。つまりは、関係性の中で意欲とか働く価値観、こういったところを育むことが出来る、この職親制度の重要性があります。

『福祉健康科学』執筆要領

紀要編集委員会

- 1 『福祉健康科学』に投稿された原稿については、大分大学福祉健康科学部における紀要の発行及び投稿に関する内規（令和2年福祉健康科学部内規第5号）に定められた査読を行う。
- 2 原著論文とは、研究の学術的貢献度および論文としての完成度が高くオリジナリティを有する論文である。研究ノート、事例研究とは原著論文のレベルには達しないものの掲載することが有意義と認められるものとする。
- 3 使用できる言語は、日本語又は英語とする。
- 4 原稿は、表紙、表紙の次のページ、本文、から構成され、原則としてワープロソフトで作成するものとする。日本語の原稿は縦置き、A4版に横書きで、全角40字×40行にて作成する。英語の場合は、これに準じた任意の様式とする。表紙の次のページを1ページ目としてページ番号をつけるとともに、全てのページに行番号をつけ、本文にも続けて記載する。原稿の電子ファイルは編集委員会事務局（福祉健康科学部事務局総務係fukusisomu@oita-u.ac.jp）に提出するものとする。投稿に際して推薦が必要な場合は、原稿とあわせて推薦書を提出する。
- 5 原稿の字数又は語数は次のとおりとし、これには表紙、表紙の次のページ、図表、図表のタイトルと説明、引用文献、は除く。
 - （1）原著論文は上限を2万字（日本語の場合）または6,000語（英語の場合）とする。
 - （2）研究ノート、事例研究、調査報告等（調査報告、実践報告、資料、書評）及びその他紀要編集委員会が認めるものは、上限を1万字（日本語の場合）または2,000語（英語の場合）とする。
 - （3）図表は合わせて5枚までとする。
- 6 原稿には、次の内容を記載し、1つのWordファイルとして提出する。
（別紙参照）
 - （1）表紙
 - ①日本語及び英語の表題（タイトル）と副題（サブタイトル、任意）
 - ②原稿の種類：原著論文、研究ノート、事例研究、調査報告等（調査報告、実践報告、資料、書評）及びその他紀要編集委員会が認めるもの
 - ③著者全員の氏名（ローマ字を併記）・所属
著者氏名・所属については、著者氏名に「上付き」で番号を表示し、次の行に番号を付けて所属を記す（紐づけする）。

例： ○○○○¹・△△△△²・□□□□^{1,2}

1 大分大学福祉健康科学部心理学コース

2 大分大学福祉健康科学研究科臨床心理学コース

④福祉健康科学部の学生・卒業生または福祉健康科学研究科の大学院生・修了生が筆頭者の場合は、専任教員名（原則として、指導教員）

⑤連絡先（郵便番号、住所、電話番号、メールアドレス）

（2）表紙の次のページ

①要旨（日本語及び英語、日本語は400字以内、英語は200語以内で作成）

②キーワード（日本語・英語でともに5個以内で作成する）

③利益相反（COI）の有無

例：COIがない場合 『COIなし』

例：COIが存在する場合 『著者○○は□□社の社外取締役役に就任している』

『著者◎◎は株式会社△△から奨学寄付金* *円を受けている』

※利益相反（COI）が存在する場合には、方法にも上記文章を記すこと。

④研究倫理において承認番号を得ている場合は表記する（該当しない場合、記載は不要）

（3）本文

①本文は「表紙」，「表紙の次のページ」の次のページの1行目から始める。

②表は引用文献の後に掲載する。表を掲載する位置は、本文中に括弧に入れて示す。

例：（表1はここに掲載）

※表の番号や表のタイトルと説明は、個々の表の上に記す。

③図は引用文献の後（表がある場合は表の後）に掲載する。図を掲載する位置は、本文中に括弧に入れて示す。

例：（図2はここに掲載）

※画質の解像度に問題がある場合には修正を求めることがある。

※図の番号や図のタイトルと説明は、個々の図の下に記す。

例：図1 実験プロトコル

同意の得られた学生を無作為に2群に分け、それぞれにAメソッド、Bメソッドによる介入を実施した。6ヶ月後に、C試験によりD特性を評価し、それぞれのメソッドの有効性を検討した。数値は平均（95%信頼区間）で示す。

図2 我が国における代表的な地震災害

過去30年間に我が国において発生したM7以上の地震を示す。GHAE 阪神淡路大震災；GEJE東日本大震災；KE熊本地震。

④倫理研究に関する表記を方法に記す。

ヒトを対象とする研究である場合は、福祉健康科学部倫理委員会又はそれに相当する委員会による承認を受けている旨を、承認番号とともに記すこと。動物を対象と

する研究である場合は、大分大学動物実験委員会による承認を受けている旨を承認番号とともに方法に記すこと。これらの承認が必要か否か著者では判断がつかない場合は、それぞれの委員会等に事前に相談すること。

(4) レイアウトは以下の通りとする。

- ①表題（タイトル）は16pt, 副題（サブタイトル；）は12ptで、日本語の場合は明朝体を、英語の場合はTimes New Romanを使用する。
- ②その他は10.5ptとする。日本語の場合は明朝体を、英語の場合はTimes New Romanを使用する。日本語の句読点は「,」「。」とする。数字については、明朝体かTimes New Romanのいずれかに統一し、半角か全角のいずれかに統一する。
- ③提出する原稿の余白は全て、上35mm, 下30mm, 左右30mm（Wordデフォルト設定）とする。

7 文献の記載等は、専門領域に応じて、次のように行うものとする。

(1) 理学療法コース（福祉健康科学部）、健康医科学コース（福祉健康科学研究科）

文献は本文の引用箇所の肩に1), 2)・・・8)などの番号で示し、本文の原稿の最後に一括して引用番号順に記載する。記載の方法は、次の例示による。

雑誌の場合：PubMedのCite機能のAMA Formatを用いる。日本語雑誌の場合は、それに準じた表記とする。

- ・Tashiro N, Sugata H, Ikeda T, et al. Effect of individual food preferences on oscillatory brain activity. *Brain Behav.* 2019 ; 9(5): e 01262.
- ・相垣敏郎, 堀内貴之. ショウジョウバエゲノムにおける遺伝子機能の集積化と多様性. *細胞工学*2004 ; 23 : 448－451.

単行本の場合

- ・Crosskey, R. W.: First Update to the Taxonomic and Geographical Inverntory of World Blackflies. 80 pp., The Natural History Museum, London, 1999.

単行本の中から分担執筆者が書いた一部分を引用する場合

- ・Currie, D. C.: Black Flies(Diptera: Simuliidae)of the Yukon, with Reference to the Blackfly Fauna of Northwestern North America. pp. 563 ? 614. In: H.V. Danks and J. A. Downes, eds., *Insects of the Yukon.* 1,034 pp., Biological Survey of Canada, Ottawa, 1997.

訳本の場合

- ・Chauvin, R.: *The World of Insect*, 1967. 日高敏隆, 平井剛夫訳：昆虫の世界. 311 pp.,平凡社, 東京, 1971.

(2) 社会福祉実践コース（福祉健康科学部）、福祉社会科学コース（福祉健康科学研究科）

執筆にあたっては、日本社会福祉学会・機関誌『社会福祉学』執筆要領〔引用法〕(最新版)又は日本社会学会編集委員会『社会学評論スタイルガイド(「注」「引用」「文献」に関する部分)』（最新版）に従う。

（3）心理学コース（福祉健康科学部），臨床心理学コース（福祉健康科学研究科）

「心理臨床学研究」又は「心理学研究」の書式に準じる。詳細や具体例については最新版の「心理臨床学研究論文執筆ガイド又は「心理学研究執筆・投稿の手引き」を参照すること。

付則

この要領は，令和2年10月14日から施行する。

この要領は，令和4年7月13日から施行する。

この要領は，令和5年7月12日から施行する。

推 薦 書

年 月 日

大分大学福祉健康科学部長 殿

フリガナ

氏名（自署）

私は、投稿者_____が『福祉健康科学』第 _____号に投稿する原稿
に関して、執筆内容・図表全てに、捏造、改ざん及び盗用等の不正がないことを確認し、
推薦いたします。

-
- 「捏造」 : 存在しないデータ、研究結果等を作成すること。
「改ざん」 : 研究資料、機器又は研究過程を変更する操作を行い、データ、研究活動に
よって得られた結果等を真正でないものに加工すること。
「盗用」 : 他の研究者のアイディア、分析、解析方法、データ、研究結果、論文又は用
語を当該研究者の了解又は適切な表示なく流用すること。

別紙

【表紙】

表題は 16 pt, 副題は 12 pt で,
日本語の場合は明朝体を, 英語
の場合は Times New Roman を
使用する。

その他は 10.5pt とする。

提出する原稿の余白は全て,
上 35mm, 下 30mm, 左右 30mm。

Word デフォルト設定
とする。

【表紙の次のページ】

「表紙の次のページ」より
行番号とページを入れる
(本文にも続けて記載)。

数ページに及ぶこともあり得
る。

【本文】

本文は「表紙の次のページ」
の次のページの 1 行目から
記載する。

行番号

1 つの Word ファイルにして提出

- ① 日本語の表題・副題
英語の表題・副題
- ② 原稿の種類
- ③ 著者全員氏名・所属
- ④ 選任教員名 (筆頭者が
学生・院生・修了生等
の場合)
- ⑤ 連絡先

- 1 ① 要旨 (日本語)
- 2 ...
- 要旨 (英語)
- 3 ...
- 4 ② キーワード
- 5 ...
- 6 ③ 利益相反の有無
- 7 ④ 倫理承認番号

1

- 8 (例) I 問題と目的
- 9 ...
- 10 ...
- 11 ...
- 12 ...
- 13
- 14
- 15

2

紀要編集委員

飯田 法子（紀要編集委員長）

河上 敬介

徳丸 治

松本 由美

※50音順

福祉健康科学

第4号

2024年3月20日発行

発行人 大分大学福祉健康科学部
学部長 片岡 晶志

発行所 （〒870-1192）大分市旦野原700番地
大分大学福祉健康科学部

印刷所 〒870-0023 大分市長浜町1丁目2-2
株式会社 明文堂印刷

**BULLETIN
OF
The Faculty of Welfare and Health Sciences
OITA UNIVERSITY
No.4**

CONTENTS

Original Article

Applying Biestek's Communication Model to Social Work Practices by Incorporating
the Perspective of Mindfulness

Shingo Nakayama..... 1

Challenges of Institutionalizing Remote Health Management
— A Comparative Study with the Legal Development in France —

Yumi Matsumoto.....19

Record

Third Seminar Concerning the Realization of Community Cooperation: “Thinking about
support for children in recovery”37

Keynote Speech 1

How to provide support for children recovering from setbacks

Associate Professor Kota Takehara, Faculty of Humanities and Social Sciences, Tokyo
Metropolitan University

Keynote Speech 2

Through teamwork breaking through limits to support regardless of circumstances so that
no child is abandoned

Representing Director Hitoshi Taniguchi, Non-Profit Organization “Student Support
Face”