

## 精神障害をもつ人に対するアセスメントツールの導入 ——臨床ソーシャルワークの新たな問題

吉村夕里 京都文教大学  
Yuri Yoshimura Kyoto Bunkyo University

### 要約

近年、日本のソーシャルワーク実践は、障害者ケアガイドラインのような、利用者の社会生活を評価するアセスメントツールが導入されるという、新しい局面を迎えている。本研究の目的は、利用者の自己決定やインフォームドコンセントの結果とされる、アセスメントツールを使用した精神障害をもつ人へのソーシャルワークのプロセスを明らかにすること、そしてツールを使用した臨床ソーシャルワークの問題点を明確化することである。筆者による臨床心理士や精神保健福祉士へのインタビュー調査の結果、①アセスメントツールを使用するソーシャルワークは面接場面における利用者 - 専門職関係を基盤にしている、②ツールは利用者と支援者の非対称な関係のなかで使用されている、③ツール使用の合意形成は専門職の技術や方法によって恣意的に操作可能である、ことを明確化した。以上の結果は、利用者 - 専門職間に対称的な相互交渉のシステムを確立することの重要性を明らかにしている。

### キーワード

精神障害をもつ人、臨床ソーシャルワーク、アセスメントツール

### Title

**The Introduction of Tools for Assessing Individuals with Mental Disabilities: Current Problems in Clinical Socialwork.**

### Abstract

Recently, socialwork practice in Japan has encountered the introduction of assessment tools for the establishment of care-guidelines for individuals with disabilities. The purpose of the present research is to clarify the process of socialwork that uses assessment tools, which is considered to be the result of the individual's self-determination and informed consent. In addition, the present research identifies the current problems in areas of clinical socialwork that utilize such assessment tools. Analysis of interviews conducted on clinical psychologists and psychiatric social workers revealed the following. 1) The areas of socialwork that use assessment tools are grounded in the relationship that exists between users and professionals in the counseling setting. 2) Assessment tools are used in the asymmetrical relationship that exists between users and professionals. 3) The skills and methods of professionals can be used to arbitrarily manipulate the consensus building process regarding the use of assessment tools. The results of the present research demonstrate the importance of establishing a symmetrical negotiation system for users and professionals.

### Key words

individuals with mental disabilities, clinical socialwork, assessment tools

## はじめに

本研究の目的は、精神障害をもつ人<sup>1)</sup>のソーシャルワークに焦点をあて、アセスメントツールを使用した臨床技術の問題点を明確化することである。明確化のための作業として、第一に、精神障害をもつ人の生活支援活動のなかにアセスメントツールが位置づけられていく動向を整理する。第二に、「直接的・対面的関係」を背景に、「ツールを介した関係」が構成されることを前提として両者の特徴を考察する。第三に、専門職自身へのインタビュー調査から、ツール使用の合意形成プロセスに焦点化して、専門職が使用する技術や方法を明確化する。最後に、アセスメントツールを使用した臨床ソーシャルワーク技術の問題点を明確化する、という展開を試みる。

障害者ケアマネジメント事業以降、アセスメントツールを使用した臨床ソーシャルワーク技術は普及しつつあるが、その根本的な課題を面接場面における専門職の意識や行動、利用者-専門職のシステム関係の力動や構造に焦点をあてて、具体的に分析した研究は筆者の知る限り存在せず、その必要性は大きいと思われる。

## 1 精神障害をもつ人を対象としたツール

本研究の主題には、医療やリハビリテーション分野で発展してきた評価尺度やインストルメントなどの存在が関わっている。それらは、1960年代の脱施設化に伴い、欧米における地域ケアプログラムの効果研究のために使用され始めた。1980年代からは、EBM（根拠に基づく医療 Evidence Based Medicine）の影響を受けて、測定領域が精神症状から社会生活の領域へと拡大していき、アセスメントツールとしても使用されるようになっていく。以下に、評価尺度やインストルメントなどが個別的な支援の目的として、情報収集や評価のための「ツール」としても位置づけられるようになっていく現状を概観する。

## 1 「ツール」と「評価」

医療やリハビリテーション分野では、精神障害をもつ人に対して、「評価尺度」「インストルメント」などと呼ばれる用具類（ツール）が、「評価」を目的に使用されてきた。また、近年のケアマネジメントやソーシャルワークのアセスメントでは、利用者の社会生活に関する情報収集や評価の目的として、パッケージにされた様々な用具類を指して、「アセスメントツール」と呼んでいる。

ところで、「評価尺度」という言葉は「評定」「評価手技」「評価手法」「指標」などの言葉と区別されずに現実には曖昧に使用されている（古川，2000）。元来、「評価尺度」は精神医学的判定に使用される質問紙や面接基準などのうち、精神症状の重症度評定を目的にしたものを示し、「インストルメント」は、スクリーニング、診断、症状プロフィールを目的にしたものを示してきた（北村，1995）。だが、質問紙、面接基準などは、精神医学的判定以外の目的でも使用されるようになっていく。たとえば、リハビリテーション分野では、支援に関連する評価の対象は精神症状から社会生活機能、QOL（Quality Of Life）、自己概念へと拡大し、使用される質問紙や面接基準を「評価尺度」や「評価手技」と呼んだりしている。このような現実に合わせて、本研究における「ツール」とは、情報収集や評価の目的として、面接場面で使用される「評価尺度」と「インストルメント」全体を示すものとする。

次に、「評価」と「査定」「アセスメント」「エバリュエーション」の関係に言及する。「アセスメント」「エバリュエーション」は、ソーシャルワークやケアマネジメントの生活支援プロセスの一局面を指す言葉である。狭義には、「アセスメント」は情報収集に基づく支援計画作成のための「事前評価」もしくは「査定」。「エバリュエーション」は支援プロセスの最終局面で行う「事後評価」の意としても使用されている。それに対して、「評価」という言葉は、包括的な意味で使用されており、アセスメント、モニタリング、エバリュエーションのいずれの時点でも「評価」は行われる（丸山，2000）。本研究では、支援局面を問わない広義の意では「評価」を、ソーシャルワークやケア

マネジメントの生活支援プロセスの一局面では、支援計画作成時は「アセスメント」、終結時は「エバリュエーション」とする。

## 2 医療やリハビリテーションにおける評価

### (1) 評価を実施する理由

精神障害をもつ人のリハビリテーションで評価を実施する理由について、ウィング (Wing, 1981/1989) は、①精神的及び身体的障害の種類とその程度を同定する、②発達させうる潜在的な才能を発見する、③利用者と合意のうえで、短期および長期の目標を明確に定め、それらを達成するためのリハビリテーションの計画を立案する、④この計画を基礎に適切なサービスの場所を決める、⑤進歩を定期的にモニターして、リハビリテーション計画を必要に応じて修正する、をあげている。

必要とされる評価の対象は、「精神の障害」「環境的条件」「再発・再入院・地域での生活日数などの指標」「症状の程度・疾患の状態」「利用者本人の意欲・希望・満足度」「QOL (Quality Of Life)」「社会生活機能」などとされる (大島, 1994)。また、介入の結果だけではなくプロセスを重視した過程評価も重要視される (Moxley, 1989/1994)。一般に、アセスメントでは、問題発見のための包括的なプロフィールの把握が、エバリュエーションでは、支援の標的に対応する形の評価が重視される (大島, 1994)。

### (2) 症状評価から社会生活評価まで

わが国では社会生活上の障害に関する実証研究は遅れており、社会生活評価尺度や QOL 評価尺度は少なかつた。しかし、1990 年代には社会生活評価尺度や主観的 QOL 評価尺度が開発されると共に、欧米の評価尺度が邦訳されて使用されるようになっていく (角谷・ヒューバート, 2001)。

現在、精神障害をもつ人の医療やリハビリテーション分野では、症状評価尺度は「PANSS」が、症状と社会職業的機能の包括的評価は「GAS」や「GAF」が使用される。また、社会生活評価尺度は病棟など、保護性の高い場所は「REHAB」の日本版が使用され、作業所やデイケアでは日本で開発された「LASMI」が主に使用されている (丸山, 2000)。評定方法は、利

用者の行動を直接・間接に観察したり面接したりして専門職が行うものと、利用者自身が行うものがある。面接では、評価項目と各項目の得点の意味のみを明記し、具体的な質問までは規定しないもの、質問文まで明記した (半) 構造化面接によるもの、自己報告を求めるもの、自記式調査票によるものがある。

### (3) 精神科デイケア施設

「評価」を実施しているリハビリテーション施設としては、近年急速に普及している精神科デイケア施設<sup>2)</sup>がある。なお、わが国では、デイケアという名称は医療の枠外の保健所デイケアにも、医療機関で実施される診療報酬上のデイケアにも用いられている。保健所デイケアは「憩いの場」的な機能が中心となっているが、医療機関のデイケアは対象、治療目標、期間、プログラム、人員いずれも様々である (田原ら, 1990; 藤ら, 1994)。

民間精神病院の設立するデイケアは、設立母体病院の外來患者を対象としており、利用者の平均年齢が高く、入院既往歴がある人が多く、通所期間も限定されていない所が多い。このタイプの日本のデイケアは、慢性期の人に対する維持療法が中心であり、英米のデイサービスに相当する。大学病院、精神科診療所、公立の精神保健福祉センター附属のデイケアは、入院歴を持たない青年期の人の割合が高い所が多く、治療訓練的な通過施設として、期限を区切る所もある。このように、デイケアという名称でも実際には内容が異なり、一律にはとらえられない (野中, 2000)。

医療機関のデイケア施設では、費用対効果が常に問われる診療報酬体系に組み込まれており、施設やプログラム全体の効果に対する統計的、量的な実績の証拠作りという、政治的・施策的な理由を含んだ効果研究を目的としたニーズが強調されてきた<sup>3)</sup>。そのため、特に大学病院や公立の精神保健福祉センター附属のデイケア施設などでは、包括的・定量的な効果研究が求められるようになり、評価尺度やインストルメントなどが使用されていた。しかし、利用者の多様化などに伴い、リハビリテーションの目標設定も個別化していき、評価尺度やインストルメントの使用は、そうした効果判定よりも個別的な支援ツールとしての位置づけが強調されるようになっていく (野中, 2000)。ツ

表1 精神科デイケア施設における評価の実際

受理時	予備通所～通所開始	6ヶ月ごと	退所時
初回面接	アセスメント	モニタリング	終了 or 継続
入所申込書, 調査票, アンケート(診断・通所動機・生活状況の確認・主治医の診断の照会)	PANSS, GAF, LASMI, 生活満足度スケール(利用者スタッフによるリハビリテーションの目標設定とプログラムの決定)	PANSS, GAF, LASMI, 生活満足度スケール(目標設定やプログラムの見直し)	PANSS, GAF, LASMI, 生活満足度スケール(目標設定やプログラムの振り返り)

ルの使用目的は、効果研究のための使用と個別的なアセスメントツールとしての使用に大別できるが、両者は明確に区別されていない。同じツールを使用しても使用目的が異なったりする。

#### (4) 精神科デイケアにおける評価の実際

筆者が勤務していた京都府精神保健福祉総合センターのデイケアプログラムにおける評価の実際を以下に例示する(表1)。

最初に、診断、通所目的、生活状況などを確認するための調査票を用いた自己報告式の面接や自記式のアンケートが、主にソーシャルワーカーによって実施される。次に、アセスメントの期間が定められ、デイケアの医師による様々な症状評価、利用者による主観的QOL評価、複数のスタッフによる社会生活評価などが、面接や家庭訪問によって実施される。これらの結果に基づいて、チームアセスメントが実施され、リハビリテーションの目標が設定されたりプログラムが決定され、文書による利用契約が利用者とデイケア施設の間で結ばれることとなる。なお、近年は利用者の希望や要望、利用者と専門職の対話、利用者参加型の評価と目標設定が重視されるようになってきている(中村・角谷, 1998)。

選択されるプログラムは、多職種協働によるグループアプローチとしては、認知行動療法的アプローチ、家族心理教育的アプローチ、力動精神療法的アプローチ、スポーツや創作活動などがあり、個別的アプローチとしては、心理職によるカウンセリングなどがある。これらのアプローチから利用者との合意に基づいてプログラムが選択され、組み合わせられて実施される。プログラム実施以降は、モニタリングや、最終時のエバ

リュエーションでもツールを使用して評価されることとなる。

さらに、各専門職が独自に使用する評価尺度やインストルメントなどもある。たとえば、作業療法士は労働や作業能力に関する評価尺度などを、心理職は心理テストや知能検査などを使用している。これらは、評価や査定として使用される場合、言語的な表示が困難な人に対するコミュニケーションの手段として使用される場合や、利用者の興味関心によって使用される場合がある。

### 3 ソーシャルワークが直面する新たな問題

社会生活評価尺度などが、利用者に対する個別的なアセスメントツールとして、精神障害をもつ人の医療やリハビリテーション以外の分野で組織的に使用され始めたのは、平成10年度からモデル事業として始まった「精神障害者ケアマネジメント事業」<sup>4)</sup>からである。同事業では「精神障害者ケアガイドライン」が開発されており、ケアマネジメント従事者<sup>5)</sup>が、定型のアセスメント票に基づいて利用者との面接を実施し、本人の希望を把握すると共に、専門職判断に基づくケア必要度を判定して、ケアプランを作成することになっている(表2)。

同ガイドラインは、介護保険と同一視されるに至った高齢者ケアマネジメントとは異なり、マネジメント技術も使用されるアセスメントツールも一技術としての位置づけを離れていない(三品, 2003)。しかし、①ソーシャルワークの方法のひとつとされていたケアマネジメントが、生活モデルやエンパワメントを標榜し、アセスメントツールを使用した短期処遇モデルの

表2 精神障害者ケアガイドライン アセスメント票の構成

A 本人の希望	B ケア必要度 対人サービスのニーズ	C 環境条件・ 個人条件	D 社会的不利尺度	E ニーズのまとめ ・ケア目標
調査票（問診）	専門職が5段階評価	調査票（問診）	専門職が4段階評価	専門職が記入
10領域 困っていること、現在の生活への全般的満足度、日常生活の場、日常生活の支え手への希望、利用してみたい資源等	8領域 ①自立生活能力（18項目） ②緊急時の対応（2項目） ③配慮が必要な社会的行動（4項目） ④ケア必要度得点の算出	6領域 ①社会的機能レベルの好影響 ②不利に働く条件 ③家庭条件 ④家族以外で信頼関係を持てる人 ⑤社会的支援の状況 ⑥医療との関係について、主に自由記述	5領域 ①生活費等、経済的問題 ②住まいの問題 ③日常生活の活動の場 ④支え手の問題 ⑤その他の問題	「本人の希望」 「家族の希望」 「ケア必要度」 「社会的不利尺度から必要と判断」 「ケアマネジメント従事者が特に必要と判断」 のまとめ・ケア目標の設定

生活支援プロセスを提唱していること、②精神障害をもつ人の医療やリハビリテーション分野が、ツールを使用したプログラム評価や個別的なアセスメントを探求し始めていること、以上の2点がソーシャルワークにツールの使用という新たな問題を突きつけるようになったのである（吉村ら、2000；吉村、2003）。

精神障害をもつ人に対する日本の伝統的ソーシャルワークでは、直接的・対面的関係を前提として、長期処遇に基づく生活支援活動が主に取り組まれてきた（太田、1992）。ソーシャルワーカーがアセスメントツールを使用することは稀であり、使用される用具は、問診のための調査票、活動記録、他機関や他職種への情報提供の文書、利用者とのコミュニケーションのための手紙やアンケート程度のものであった。このようなソーシャルワーク実践は、ケアマネジメント事業が開始されたことによって、アセスメントツールを使用したチームアプローチへと、変化を促されている（精神障害者ケアガイドライン検討委員会、1998）。

ケアマネジメントにおいて、アセスメントツールを導入する目的は、第一に利用者の生活の全体像を客観的情報として把握して、サービス実施計画を作成する、第二に把握した情報を利用者と専門職、あるいは専門職同士が共有するという2つの目的のためだとされる。また、利用者判断と専門職判断に差異がある場合は、その差異を評価尺度によって明示でき、利用者との相

互交渉を促せるとされている（大島、1999）。だが、生活支援活動に使用されているアセスメントツールは、利用者の生活についての全体像を把握したり、利用者-専門職あるいは専門職同士の評価の差異を同定することのみに使用されたりしているわけではない。専門職が所属するサービス実施システムにおいては、アセスメントツールを使用する仕組みが既に固定されており、とにかくツールを使用しなければならないという現実が起こり始めているのではないだろうか。

## II 支援場面における利用者-専門職関係

ツールを使用した情報収集や評価が実際に行われるのは、利用者-専門職関係によって構成される面接の場である。面接の場面は、「直接的・対面的面接」と「ツールを介した面接」に分けられる。「ツールを介した面接」を「図」とすれば、「直接的・対面的面接」は「地」となる。そして、「図」の部分を検討するためには、「地」の部分に生じる様々な力動も視野に入れる必要が生じる。ツールを介した臨床ソーシャルワーク技術の問題を明確化するための前提として、両者に関わる実践上の問題点を考察する。

## 1 背景

ソーシャルワークは、利用者の社会生活全般に関わる「調査」（情報収集や社会生活評価）と「支援」が結合することによって成り立つ活動である（Margolin, 1997/2003）。しかし、両者は常に結合しているわけではなく、調査だけが実施されて支援が充分に行われないうち、社会生活評価が個人の能力に関する機能評価に焦点化してしまう場合がある。利用者にとっては、「いろいろ調査されるが、サービスの実施に結びつかない」「問題点や欠点を調査され、指導・訓練・管理される」体験である。そして、専門職による調査はサービス利用者の選別につながる、専門職による社会生活評価は環境側の要因を問わないで、利用者側に環境への適応を促すための個体能力評価であるとの批判が生じる（長野, 2004; 長野, 2005）。

社会生活評価などを含んだアセスメントに対する批判的視点を含む先行研究には、ストレングスモデル（Rapp, 1998/1998）やナラティブモデル（McNamee & Gergen, 1992/1998）などからの指摘、精神障害をもつ人を対象とした主観的 QOL 研究<sup>6)</sup>、精神医療ユーザーからの指摘（O'Hagan, 1983/1999）、などがある。上記の観点からの批判は、①利用者が生活のなかで「できないこと」を「できるようにさせること」に目的をおいた機能評価が主体である、②「できないこと」を個体の能力に還元して、克服の努力にサービスが焦点化する、③利用者の「できること」「やりたいこと」などが評価されず、“ストレングス”の視点が欠けている、④サービス利用者の評価能力への疑問がたびたび指摘される反面、支援者の評価は「科学的・客観的評価」とみなされ、利用者の主観的評価が軽視されている、⑤利用者の語りの文脈や、主観的な生活世界を了解する視点が欠けている、⑥利用者-専門職の力の不均衡に対する専門職の無自覚さへの指摘、などがある（吉村, 2003）。

以上の批判は、社会生活評価などを含むアセスメントツールが使用される構造を支えている利用者-専門職のシステム関係の問題、情報の認識過程に関わる問題、ツール自身の問題などが関連している。このうち、情報の認識過程との関連では、ラップが主張する“ス

トレングス”（Rapp, 1998/1998）を取り入れた利用者主導のモデルの必要性などが提起されている（三品, 2001）。ツール自身の問題は、EBM に基づく定量研究によって信頼性や妥当性が検討されている。しかし、重要でありながら見落とされがちなのは、ツールが現実で使用されている場面の力動や構造に関連する問題である。以下に、ツールが実際に使用されている面接の場で生じる利用者-専門職間の様々な力動からくる問題を考察する。

## 2 「直接的・対面的関係の問題」

利用者-専門職間の力動を考察する際、両者の相互作用だけに焦点をあてるのではなく、相互作用が行われている面接の場の構造を分析する必要がある。専門職と利用者や社会との関係については、フリードソン（Freidson, 1970/1992）が、臨床の場に生じる専門家とクライアント間との私的な相互作用、社会と特定の専門職業集団との公的な相互作用に分けて、両者に関わる問題点を考察している。彼は、臨床場面に生じる専門職とクライアントとの葛藤や視点の対立には、文化・教育の相違から生じる問題があり、この問題解決のために公的・制度的手段を権威として用いるところに専門職の特有さが存在すると指摘する。フリードソンによって指摘されている臨床場面の構造上の問題は、直接的・対面的関係で行われる専門職の評価や情報収集に対しては、どのような影響を与えるのであろうか。ソーシャルワークのアセスメントを例として以下に考察する。

現代のソーシャルワークのアセスメントでは、環境評価が重視される。また、精神障害者ケアマネジメントにおいても環境条件は重視され、利用者に対して使用されるアセスメントツールには、環境を含んだ評価項目が含まれている。環境評価が重視される背景は、生態学的視座をもつと言われる生活モデルに負うところが多く、ソーシャルワークの統合化論も「人と環境」に対するアセスメント概念を強調してきた（太田, 1992）。

しかし、わが国では「生活モデル」は「医学モデル」と対比させて、ノーマライゼーションや利用者主導といった言葉と共に、スローガンの的に使用される向

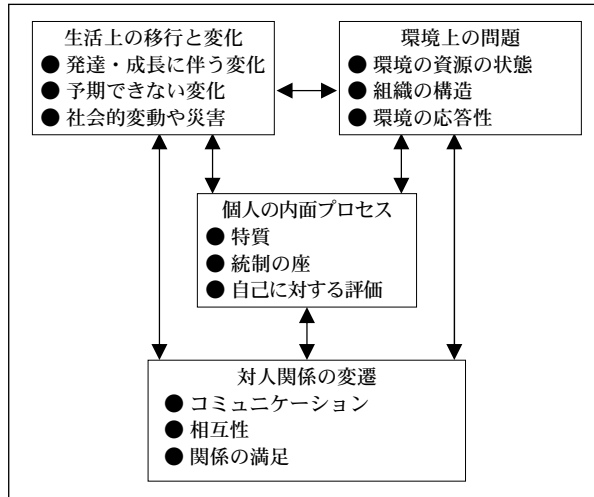


図1 生活モデル (Simeon, 1996 を参考に著者が改変作成)

があり (岩田・光本, 2004), その中身については曖昧に扱われている。生活モデルは「人と環境」を一元システムとみなして, その互恵的な交互作用を重視し, 成長や発達, 適応を妨げる生活問題のストレスを「生活上の移行と変化」「環境上の問題」「対人関係過程」「個人の内面プロセス」などのシステム関係から認識するエコロジカルなモデルである (図1)<sup>7)</sup>。

したがって, 生活モデルを標榜する実践においては, 「人と環境」双方に対するアセスメントが重視されるべきである。だが, 直接的・対面的支援関係から利用者の環境に関わる情報を把握することは, 実際は困難であると思われる。面接場面の構造と密接に関連する問題が存在するからである。

直接的・対面的場面では, 人は場の構造に組み込まれる。面接の場は, 「個」としての利用者と「我々」意識をもつ専門職によって構成されるシステムである。利用者-専門職によって構成されるシステムには, 利用者は「私」として専門職に向き合い, 専門職は専門職システムに所属する「我々」として利用者に向き合うという特徴が認められる。「明日はサービスを利用する立場にいたくない者」と「明日も専門職という立場にいたい者」によって構成される場面においては, たとえ協働作業が行なわれたとしても, 背景には異なる文脈が存在している<sup>8)</sup>。

利用者は「我々」という文脈を使用することに抵抗をもち, 専門職は「個人」という文脈を使用することに抵抗をもつのである。面接の場における両者の主体性の文脈は異なっており, 主体性のあり方には非対称な関係が存在する。利用者は専門職の属する集団システムに個として向き合い, 専門職は集団システムとして利用者個人に向き合う。つまり, 専門職が対峙するのは利用者が属する環境ではなく, 自分の前にいる環境から引き離された個人としての利用者だと言える。直接的・対面的面接の場合, 「人と環境」のアセスメントを行うといっても, 対峙している「人」に対するアセスメントを行う形にしかならない。実際は「個人」に対するアセスメントである。

また, 専門職は自身の目の前にいる人が属するシステムを実感しようとしても, 実際には利用者が属する家族関係程度のシステムしか実感できない。環境アセスメントは, 利用者が所属するシステムや環境にも目配りをしてこそ成立するものであり, 利用者個人に対峙して行う環境アセスメントでは, 情報収集に偏りが見られ, 状況の認識にも錯誤が生じかねない。利用者-専門職のシステム関係の非対称性が反映される情報に基づく環境アセスメントには, 限界があると思われる。

表3 直接的・対面的関係とツールを介した関係

情報の特徴	直接的・対面的関係	ツールを介した関係
構造	2項関係	3項関係
属性	1次情報（直接的）	2次情報（媒介的）
要素	共通感覚（間身体感覚）優位	視覚（文字言語）優位
機能	同一化・内在化・具体化	距離化・外在化・相対化
関係	直面的・実存的・個別的	間接的・抽象的・普遍的

### 3 「直接的・対面的関係」と「ツールを介した関係」

アセスメントツールが導入される意図には、直接的・対面的関係から得る情報に比して、ツールを介した関係の方が、利用者に関する情報を客観的かつ包括的に把握できるという前提がある。この前提を受け入れる前に、直接的・対面的関係から抜け落ちる情報は何か、あるいはツールを介した関係から抜け落ちる情報は何か、そして、両者はどのような位置関係にあるのか、を考察することが重要である。

表3は「直接的・対面的関係」と「ツールを介した関係」から得られる情報の特徴を対比的にまとめたものである。

利用者・専門職が構成する閉鎖的な2項関係が「直接的・対面的関係」であり、2項関係に「ツール」や「ツールを使用して外在化された情報」が媒介として挟まれるのが、3項関係である「ツールを介した関係」である。直接的・対面的関係にツールという「もの」が挟まれることによって、場面構成は2項関係から3項関係に変化する。3項関係への変化は双方にとって、2項関係がもつ間身体的な圧迫や緊張をほぐすという側面もある。3項関係は2項関係に比して、関係を距離化・外在化・相対化する側面を本来的にもっていて、場面を統制したり方向づけたりすることに向いている<sup>9)</sup>。いわば、システムを外部的な視点で見ることに適している。そして、「ツール」が共有される場合は、協働的に外在化する余地が生まれ、対話が促進される場合もある。

ツールを介した関係から得る情報は、直接的・対面的関係から得る情報に比して、情報源が利用者の主観的評価であれ、専門職による他者評価であれ、評定者

の主観や認識に影響されるという属性をもつという意味で2次情報である。また、視覚や文字言語が優位な要素をもつ情報でもある。それ故、情報を個人や状況から距離化・外在化して相対化できる、間接的・抽象的・普遍的に情報を扱える、という特徴をもつ。これらの特徴は、情報が利用者・専門職関係において対称的に共有され、相互交渉に活用されれば、目標の設定や解決方法の選択について対話を促すという長所になる。情報を外在化して対称的に共有できる3項関係が成立すれば、問題を抱えて悩む利用者側にとっては、自分と問題を切り離せる、今までとは違った視点から問題を対象化して扱える、問題に対する深刻さを軽減できる、その作業を専門職と協働して行える、というメリットが生じる。

ただし、問題となるのは、「ツール」の所在である。3項関係では、「もの」を操る立場にいる者、すなわち「ツール」を所有する立場にいる者が構成場面を統制する。したがって、最も安易なツールの使用方法は、専門職がツールを完全に占有して、相互的な表示や応答を遮断する手段とすることである。また、ツールを使用できることを科学的・客観的な方法がとれる専門職としての技能の証しだとみなして、専門職のツールの占有を合理化することである。これらはツールを施行される側から見れば、「相手だけがゲームのやり方とその結果を知っている」<sup>10)</sup>という状態であり、クライアントにとって不快で不利なツールの使用法である。現実の利用者・専門職関係では、ツールは常に情報収集のみに機能するわけではない。情報の遮断、相互交渉の遮断にも機能すると思われる<sup>11)</sup>。



### III ツール使用の合意形成についてのインタビュー調査

「直接的・対面的関係」と「ツールを介した関係」の双方に関わる問題として、利用者 - 専門職関係の非対称性とツールの所在の問題をとりあげて考察した。以上を前提として、次に、「ツールを介した関係」をとりあげて、特定のツールが制度化された場合の問題を考察する。具体的には、ツール使用の合意形成に焦点化して、専門職が使用する当該ツールの説明とは直接関係しない技術や方法を明確化する。

#### 1 目的

インフォームドコンセントや利用者の自己決定の結果とされるツール使用の合意形成が、利用者と専門職との関係や、専門職を取り囲むシステムとの関係のなかで、どのように形成されていくのかを明確化することを目的とした。

#### 2 対象

調査対象者は、A 県及び B 県の精神保健福祉分野などで働く専門職である臨床心理士、精神保健福祉士計 10 人であり、雪だるま式に確保した (snowball sampling)。

内訳は、リハビリテーションにおいてアセスメントツールを使用したり、ソーシャルワークにおいて精神障害者ケアガイドラインなどを実際に使用したりした経験のある精神保健福祉士 6 名 (2 名は臨床心理士資格も保有)、日頃からアセスメントや心理療法の道具として様々なツールを活用している臨床心理士 4 名 (2 名は精神保健福祉士資格も保有) である (表 4)。臨床心理士を対象としたのは、臨床心理分野では伝統的に心理療法において様々なツールを使用しているところから、近年使用されているソーシャルワークにおけるアセスメントツールとの違いが対比できるのではという狙いがあった。

### 3 データ収集手続き

インタビューの実施期間は 2004 年 8 月～11 月。インフォーマントとの面接は 1 人 1 時間程度で、インタビュー前に、研究目的、内容の匿名性や途中中断の自由の保障、音声記録についての依頼、記録の管理責任、連絡先などを明記した文書を手渡して、口頭で説明したうえで同意を得た。インタビューは、あらかじめ用意した大まかな質問事項に基づく半構造化面接を実施した (表 5)。また、ブレインストーミングの手法も取り入れて、その結果をもとに話し合う場面を作り、自由な会話を引き出すように努めた。

### 4 分析方法

インタビューの内容をテープレコーダーによる音声記録に残し、音声記録をもとに書き起こした逐語録を分析した。分析方法は、グラウンデッドセオリー (以下、GT 法) を援用した。GT 法 (Glaser & Strauss, 1967/1996) は、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究方法であり、ここでは実務者向きに修正された修正版 GT 法に準じた (木下, 2003)。修正版 GT 法は、①ヒューマンサービス領域、②限定されたマイクロレベルの社会的相互作用、③明確化した内容にプロセス性があること、④今後の実践展開に活用できることが期待される事象、などの分析方法として適切だとされている (木下, 1999)。

以上の特徴から、「ツールを介した関係」を専門職自身がどのように認識しているのかを専門職の意識や行動に焦点をあてて把握する、専門職の側が使用する技術や方法を専門職自身の語りによって明確化する、を目的とした本調査の趣旨に合致していると判断した。加えて、本調査には、筆者自身が精神保健福祉士や臨床心理士の資格を有する専門職であり、インフォーマントが本音を語ってくれやすい立場にいるという利点もあった。

具体的な分析手順としては、最初にデータ全体に目をとおしたうえで、分析焦点者としてインフォーマント 2 名 (A, B) の逐語録をとりあげて、リサーチクエスションに関わると思われた具体例に対して集中的

表4 インフォーマントの属性

ID	性別	専門職資格	所属歴	臨床経験年数
A	女	臨床心理士	医療機関	7年
B	女	臨床心理士（・精神保健福祉士）	医療機関	13年
C	女	臨床心理士（・精神保健福祉士）	医療機関・相談機関	7年
D	男	臨床心理士	相談機関	30年
E	女	精神保健福祉士	相談機関・医療機関	26年
F	女	精神保健福祉士	相談機関	2年
G	男	精神保健福祉士（・臨床心理士）	相談機関	12年
H	女	精神保健福祉士（・臨床心理士）	相談機関・医療機関	25年
I	男	精神保健福祉士	医療機関・相談機関	30年
J	女	精神保健福祉士	相談機関・医療機関・社会復帰施設	37年

表5 質問項目

<p>1 日頃の臨床活動のなかで、ツール（評価尺度、インストルメント、アセスメントツールなど）を使用した面接を実施されることはありますか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あるとすれば、利用されているツールはどのようなものですか</li> <li>・どのような場面でどのような目的で、どのような手順で使用されていますか</li> <li>・評価尺度やアセスメントツールから得た情報はどのように利用されていますか</li> <li>・利用者に対して配慮をされていることはありますか</li> <li>・ツール使用を拒絶されたことはありますか</li> </ul> <p>2 ツールを使用した面接は利用者となあたとの関係に何か影響を与えているでしょうか</p> <p>3 あなたがもし利用者ならツールを使用した面接を受けることをどのように思いますか</p> <p>4 ツールを介した面接と直接的・対面的な面接の違いやそれぞれの長所と短所を最低3つずつあげて下さい（ブレインストーミング）</p> <p>5 ツールを介した面接ではどのような配慮が必要だとお考えですか</p>
---

な分析を試みた。次いで、具体例を解釈・定義して、他の逐語録の具体例との類似比較と対極比較を繰り返しながら、概念生成とカテゴリーへの収束化作業を同時並行的に行い、概念間の関連性を解釈してストーリーラインを作成した。以下に、インタビュー調査の結果と整理を行うが、その際には、インタビュー調査結果の包括的な分析を行った「インタビュー調査分析1」と、ツール使用の合意形成に焦点化して分析した「インタビュー調査分析2」とに分けて論じる。

## 5 インタビュー調査分析1（包括的分析）

### (1) ツール使用の長所と短所

ツール使用の長所としては、[客観性][比較可能性][測定可能性]など、[科学性]に基づく特徴があげられた。たとえば、以下の発言である（括弧内はインフォーマントのID）。

「客観性をもてたりする」(A)  
 「データとしてツールを活用する時にとっても比較がしやすい。1年後、2年後とか」(A)  
 「客観的な情報を提示することができる」(B)

「アプローチの方法を考え、効果を測定する材料となる」(B)  
 「他のスタッフが入手した情報とも正確に比較することが可能な情報が得られる」(D)  
 「スタンダードがはっきりした標準化された情報が得られる」(D)  
 「客観的な評価が可能」(F, G)

加えて、[利用者との相互交渉への活用]を長所としてあげた専門職もいる。たとえば、

「客観的なことを伝える時にすぐコミュニケーションがとりやすいし、相手に説明しやすいし、理解していただきやすいところ」(A)  
 「本人と状況を確認しあえる」(B)  
 「面接の展開の一助となる」(C) など

短所としては、[束縛性][限定性]があげられていた。

「面接者もクライアントもツールに束縛される」(A)  
 「押しつけや決めつけがされる危険がある」(B)  
 「内容が援助側によって限定される」(B)  
 「クライアントとの関係をその切り口だけで測ってしまう」(D)  
 「方法論として支配されてしまう」(I)  
 「きめられた内容に縛られるのはしんどい」(J) など

同時に、[束縛性][限定性]がもつ長所と短所の[両義性]に言及した専門職もいる。

「記録は他のスタッフに説明しやすい反面、クライアントのその他の要因も含む能力によっては、誤った結果がそのままデータとして残ってしまう」(G) など

伝達における記録の利便性を長所としてあげると共に、誤っているデータが残ることを危惧する者。

「枠組みがあるというのは、話が拡散しないとい

うメリットでもあるし、デメリットでもあると思う。焦点がぼれるが、それ以外のことは情報として入ってこなくなってしまう」(H)  
 「面接の構造が安定するので、面接者と被面接者が守られる」(I) など

ツール使用が場面の構造化につながるとして、構造化された場面の両義性を指摘する者がいた。

さらに、「クライアントと向き合うのが嫌でツールを防衛として使用する専門職がいる(A)」として、[防衛として使用されるツール]の例を報告した専門職もいる。この専門職は以下のように説明している。

「ツールの陰に隠れてツールを楯にしているような人がいます。ツールがあるから面接ができるというか。ツールがないと面接できない、ツールがないと怖いというか。本当はクライアントとは向き合えないから前にぼんとおいているというか。」(A) など

以上から、専門職はツールの科学性を長所として評価しているが、その短所として束縛性・限定性を感じていること、束縛性・限定性は両義的にもとらえられており、利用者との相互交渉に活用できる半面、相互交渉を阻害する場合もあるとしていた。

## (2) 合意の要因

ツール使用のインフォームドコンセントについては、全員が重視していたが、時には「意味を感じないツール」や「自分の判断ではなく所属する組織が使用を決定しているツール」を使用していた。その理由は、「ツールを使用しないと自分自身の力量を疑われたり、組織の方針に従っていないと思われたりする(C)」  
 「そのなんというか、そういうことになっている、やってもらふことになっている(C)」  
 「今やっていることはそれを必ずやってもらわないと仕事がすまない。それ(判定)をしないと仕事が進まないというリスクがかかりますから、やります(D)」などであった。そして、興味深いことに、専門職が本意にツールを使用する時でも、3例の拒絶例の報告を除いた、ほとんどの利用者から合意を得ることに成功していた。

利用者から合意を得られたことについては、職場の

システムによって異なる以下の要因があげられた。初回来談者に対して、面接基準や質問紙に基づく面接を行う方針をもつ相談機関に所属する専門職は、「ツール使用を嫌がるというか、そういう人は面接そのものを嫌がるから来ないと思う (C)」と述べている。また、ツールを使用した判定業務がシステム化している相談機関にいる専門職は、「ツールによる判定を拒絶するのではなく、そもそもそういう人は世間体などを気にして相談そのものに来ないと思う (D)」と述べている。彼らは、相談あるいは判定業務が他の機関を組み込んだ形で既にシステム化されている職場に所属している。来談者に対する相談サービスが業務の中心であり、訪問による面接は日常的には行われていない。そして、相談サービスの入り口の部分でツールを使用した面接を行うことが慣例となっている。このような職場では、「来談できる人」「来談する人」とは面接を嫌がらない人である、ツール使用に対する理解が既にある程度はできている人である、また、そうでない人は「来談しない」と解釈される傾向があると思われた。

それに対して、来談者に対するツール使用が日常業務として位置づけられていない職場に所属する専門職の意識は異なるようである。彼らはケアマネジメント事業など、特定の事業で指示されているツールは使用する。しかし、日常的な相談サービスにおけるツール使用の可否は、個々の専門職の自由裁量に委ねられている。彼らの相談業務の大半は、面接や訪問による利用者との直接的・対面的面接である。このタイプの職場に所属する専門職は、「利用者のニーズをきちんと把握したいと思って、自分なりに作成した質問紙を使用することがある (J)」と言う。また、「(ケアマネジメントのアセスメントツールなど組織的に使用を指示されたツールについては) あれ、しんどいなと思いつながら使っていた (J)」とも言う。この専門職は、「信頼のある人ならしてくれる (J)」「口うるさそうな人には最初からツールを使用しない (J)」と述べている。「口うるさそうな人」の具体例としては、「日ごろから窓口でいろんなことを言う人」「要望が多く不機嫌な人」「こちらとの関係の悪い人」をあげている。また、「やりやすい人をお願いするという形かな (E)」と述べた専門職もいる。以上と関連して、2つの問題が生じると思われる。

第一は、判定業務が他の機関を組み込んだ形で既にシステム化されている地域において、特定のツール使用が前提になっている判定そのものを利用者が拒絶すること、来談しないこと、に対する社会的意味づけについての問題である。「やってもらうことになっている (C)」「それを必ずやってもらわないと仕事がすまないと (D)」と「面接そのものを嫌がる (C)」「相談そのものに来ない (D)」という専門職の言葉の背景には、以下の対比的な枠組みが存在すると解釈できる。「来談した場合は必ずツールを使用した判定が実施される」と「来談しない」という2者選択の枠組みである。このような枠組みのなかでの選択を、利用者側の純粋な自由選択とみなせるのかという問題である。

本稿で前述したフリードソンは、独占的・排他的な専門職業務は、「受け取るかしからざれば去れ」という教義に基づいた方法で業務が遂行されるとする。この教義によって、専門家にかかるのはクライアントの自発的意思に基づく行為であるとされ、上記のような事態はクライアントの自由を擁護するという点から正当化される、専門職は自分の知見と助言の正しさを論証する義務から免除されるとする (Freidson, 1970/1992)。この論に立てば、判定業務を独占的・排他的に実施する機関が存在する地域では、利用者側にとって、ツールを使用した判定に合意しないということは、そもそも相談サービスの対象として扱われない、サービスの対象から排除される、という問題が起これると思われる。

第二は、主に直接的・対面的面接が実施されている現場においては、利用者のニーズ把握を目的としたツールは、[要望を述べる口うるさそうな人々]よりも[要望を述べない受動的な人々]に使用される傾向があるという問題である。この傾向は、「要望が多く不機嫌な人 (J)」「こちらとの関係の悪い人 (J)」にはツールを使用せず、「やりやすい人をお願いする (E)」「いい関係がもてる人を選ぶ (I)」「信頼のある人ならしてくれる (J)」という専門職の言葉から解釈できる。[要望を述べる口うるさそうな人々]に対しては、ニーズ把握を目的としたツールは専門職側の判断によって使用されることが断念される、彼らに対する情報提供や説明は最初から放棄される、という問題があると思われる。

### (3) 専門職の統制感と自己規制

ツールの使用について利用者から合意を得るプロセスは、専門職自身がツール使用について統制感を保持できる場合とそうでない場合では異なっている反面、共通した技術や方法も認められた。

統制感が保持できている場合、専門職が行うツールの選定は個別具体的であり、利用者への対応を描写する専門職の口調は断定的で歯切れがよく、声も大きく、力のこもった印象を受けた。たとえば、以下のような発言である。

「人間関係ができてからやる。疑問があれば最初にちゃんと扱って、了解していただいてから使う。相手にとってやりやすく、これからの面接の助けとなるようなツールを選びます (A)」。「相手に主体があるので“嫌だ”と言われれば使用しないし、そのようにあらかじめ言う (C)」。「使うことのメリットを説明してツール (の選択) に関する希望を聞いたりする (B)」。「後のカウンセリング場面でじっくり話し合えるようにするために、相手の了解を得てやっている (D)」。「ちゃんと説明する (H)」。

ツール使用に対する意味づけについては、以下のような発言が得られた。

「表面上はわからなかったことに気づく場合がある (A)」。「言葉の少ないクライアントの場合は、面接内容を膨らませるために使う (B)」。「語り得なかった感情や要求を知って面接に活用できる (C)」。「今までは了解できなかったことが了解できたりする (D)」。「クライアントの悪いところしか目につかないことがあるし、一面的にしか相手を見ないことがある。ツールを使用してちゃんと答えてくれたりすると、“そうか今までちゃんと聴かなかった”と気づくことがある (E)」。「それまでは話されなかった内容が話されることがある (F)」。「言葉数の少ない人とコミュニケーションがとれる (G)」。「今までの面接のふりかえりに使える (H)」。「思いがけない話の発展に利用できるし、関係者にそれを具体的に示せる (I)」。「相手のことが正しく理解できるようになる (J)」。

これらの発言から、専門職は直接的・対面的面接では、「了解できないこと (C)」。「見ないこと、聴かなかったこと (E)」があると、反省的に自分の面接技術をとらえていると解釈できる。この反省的な態度に

よって、ツールから得た知見を再帰的に面接に活用しようとしていると思われる。ツールから得た知見は、専門職の直接的・対面的面接技術を補うもの、たとえば言語的な表示や表現に困難をもつ人との相互交渉を促進させたり、彼らの主観的な要求を把握したりするものとされる。つまり、自分の面接技術を批判的に吟味するための素材としてツールを使用している、ツールは専門職の個別的な臨床に対する自己規制の道具として意味づけられている、と思われた。

それに対して、統制感が保持できない、不本意なツール使用について利用者への対応を描写する専門職の声は全員が顕著に小さくなり、悲しそうな語り口になる (A)、淡々と語る (C)、早口になる (D)、苦笑する (E)、という様子が観察された。たとえば、以下のような発言である。

「やりたくないことを言えるという方はこう知識のある方だろうし。その知識もない弱者に対して自分もこうやっている場合は、責任を感じています。“おかしいのではないか”と私が上に訴える義務があるのかなとか (A)」。「いろんな政治的な力とか上司から言われたことは仕方がない (C)」。「組織の決定と私の考えが違う場合、組織の決定としては利用者と言うけれど、利用者から受け入れられなかった時、組織からも私の利用者への伝え方の技術が問題とされて責められるとすごく疲れる時はありますね (C)」。「(使用目的の説明は) しない。私自身わかっていないから (E)」。

これらの発言から、統制感が保持できない、不本意なツール使用に対しては、専門職は、利用者や専門職システムについて倫理観の圧力に晒されている様子が伺えた。

### (4) 情報の伝達

統制感が保持できる場合もそうでない場合も、専門職はツールから得た情報のすべてを利用者や関係者に必ずしも生のままで伝えているのではなく、「こだわりの強いクライアントとか、すごく結果を気にするクライアントには結果をそのままに言わない (B)」など、専門職のフィルターをとおして、利用者の状態に「配慮した」返し方となっていた。さらに、「主治医の指示で評価尺度を使用しても、利用者にごんざいに病名を告知したがる主治医には、はっきり結果を報告

しない場合もある (B)」「他のスタッフや関係者の性格などを考えて直接には伝達しないことがある (D)」など、関係者や同僚など、専門職が所属するシステムに対しても同様の統制が試みられている。

その際、特に配慮されているのは、医学的診断と処遇に影響を与える情報であり、直接的・対面的面接を実施している専門職が利用者や関係者のパーソナリティ特徴、今までの関係性などの諸要素を考慮して、伝達すべき情報とそうでない情報を取捨選択していた。すなわち、情報についても直接的・対面的面接を実施している専門職が統制しようとしており、統制の目的は、利用者の傷つきやすさへの配慮であると思われる。他方、「情報開示請求があるかも知れないので、結果を読まれることを意識して記録を作成する (G)」など、利用者や関係者への情報開示を意識して情報を管理する専門職も存在した。

以上から専門職は、①情報が固定化したり独り歩きしたりすることを恐れている、②そのことを避けるために情報を統制しようとする、③利用者を情報の独り歩きから庇護する、という意識があると思われた。

## 6 インタビュー調査分析2 (ツール使用の合意形成)

次にインタビュー調査に基づいて、専門職自身が「意味を感じないツール」「本意なツールの使用」を、利用者に「積極的に受け入れさせる」すなわち、「自己決定させる」ための技術や方法について概念化を試みる。

### (1) 合意形成についての概念化

逐語録から、①ルーチン化の告知、②集団圧力の匿名的な活用、③使用目的・意味の希薄化、④人間関係の活用、という4つの主な概念を生成した。以下に概念生成と定義を示す ([ ] 内は概念名を表す)。

#### [ルーチン化の告知]

「まあそういうことになっている」とか、あの、こちらの側がそうするというのを明確にしますね。タイプとしてはこちらが中心みたいな。言い方が悪いですけど (C)」「それを必ずやらしてもらわないと仕事が進まないの。仕事を遂行するために使用せねばなら

ないというリスクがかかっているからやります (D)」

「今は設定した形のこれだけのことを聞いていきますね」という感じのインテーク面接ですね。一応ルーチンですね (G)」「暗黙の。“今後のこともあるので”みたいな感じで書かせてもらいます (J)」などの逐語録に基づいている。利用目的や意味を積極的には説明せず、事務的にツールを使用している、あるいは所属するシステムのなかではツール使用が既にサービス利用の前提として「ルーチン化」していることを直接的に、または間接的に利用者に示していると解釈した。さらに、「クライアントのなかにはこれを (半年ごとに) すると退院できるのではないかと思ひ込んでする人がいます (A)」など、専門職による定期的評価の実施を、退院援助にあたってのルーチン業務になっていると利用者が錯誤しているのを否定しないという例も含めた。概念定義は、「事務的にツールを使用する、あるいはツール使用しないとサービスが受けられないという説明、ほのめかし、または利用者がそう思っていることを修正しない」とした。

#### [集団圧力の匿名的な活用]

「皆さんに同じことを聞くのですよ」みたいな印象をもっていただいたりします (A)」「誰もが受けているものです。あなただけが特別ではない (B)」「皆さんにしてもらっているのですよ」ということでやっている (C)」「皆が同じ道具を使って同じ立場で検討するとか、同じ土俵に乗っているのであればそれ程強い抵抗をもつことはないですね (D)」などの逐語録に基づいている。「皆さん」「誰もが」という3人称の匿名の集合体を使って、ツール使用への集団圧力として活用している、「あなただけが私のツール使用に合意しなかったことになりますよ」という人間関係や組織におけるマイナスの意味づけを回避させる指示がほのめかされていると解釈した。概念定義は、「利用者を匿名の集団として扱い、他の利用者たちが既にそのツールを画一的に使用しているという説明を行う、あるいは専門職が所属する組織を匿名のシステムとして扱い、システムがツール使用を指示していると説明する」とした。

### 〔使用目的 意味の希薄化〕

「“たいしたことはわからないのですけれども、こころの元気さとか、そういうのがわかるくらいなのです”とか、“簡単な検査なのです”とか、あまりたいそうに言わないのですよ (A)」「たとえば、“レントゲンの検査とか、血液検査とかしているようなひとつのものです”と (B)」「ケースを迷わせるといけないので (C)」「6 ヶ月に 1 回の儀式みたいな感じかな。“ちょっとして下さい”とか言う (E)」「“そんなに難しいことではないよ”と (J)」などの逐語録に基づいている。「たいそうに言わない」「血液検査」「儀式」などの言葉は、ツール使用の目的や意味を希薄にしてハードルを軽減するための表現であると解釈した。概念定義は、「ツール使用の目的や意味を希薄にする」とした。

### 〔人間関係の活用〕

「一緒に座っていることを楽しんでいらっしゃる場合もあって、それが報酬というか楽しんで“検査自体関心は無いのだけど”という方もいらっしゃいます (A)」「“まあすいませんね、我慢してちょっとやって下さい”ということが多いかな。(利用者が専門職に対して)“あなたの顔を立ててやる”という感じかな (B)」「“いろいろしんどい部分はあるだろうけど、あまりしんどくならないように配慮することもできる。わからないことがあったら聞いて下さい”とか、そういうことは言いますね (C)」「“お願いしてやっている感じかな (E)」「“しんどいとか戸惑いもある。“分からない場合は一緒に考えましょうか” (G)」「“悪いけどやらして”と言った (J)」「“信頼のある人なら多少向こうは許してくれる (J)」などの逐語録に基づいている。「一緒に」「楽しむ」「我慢して」「配慮する」「お願いする」「一緒に考える」など、利用者 - 専門職間の人間関係を強調する、利用者に合わせる意図があると解釈した。概念定義は、「ツール使用に伴う専門職の配慮を保障したり一緒に遂行したりすることを保障する、あるいは専門職が利用者に対してへりくだった態度をとる」とした。

### (2) 合意形成の技術や方法

図 2 に基づき、生成した概念などを用いてツール使

用の合意形成に使用されている専門職の技術や方法を説明する。

相談受理の時点で、「口うるさそうな人には最初からツールを使用しない (J)」「やりやすい人をお願いするという形かな (E)」など、[要望を述べない受動的な人] に対してツールを使用し、ツールの使用を拒絶しそうな [要望を述べる口うるさい人] を排除する選別が行われる。次いで、[ルーチン化の告知] によって、「ツール使用は既定のシステムになっている」という専門職が占有している [情報の取捨選択された伝達] が行われる。[集団圧力の匿名的な活用] によって、暗に「もし、あなたがツールの使用を受け入れなかったら、あなただけがしなかったこととなりますよ」という [ラベリングへの圧力] がかけられる。

[使用目的・意味の希薄化] によって、「たいしたことはないのですよ」というツール使用に伴う [ハードルの軽減] が実施される。[人間関係の活用] によって、「あなたの役割遂行を私も一緒に協力してやりますよ」「一緒にすることであなたの負担を軽くできますよ」「あなたが協力することで私の職務も遂行できますから頼みますよ」など、利用者 - 専門職間の人間関係を強調して、[固有の関係への期待] をもたせる、という恣意的な技術や方法が認められる。以上の技術や方法は、次の 2 つの戦略とカウンセリング技術にまとめられる。

① [ルーチン化の告知] と [集団圧力の匿名的な活用] は、利用者に [制度的な圧力] をかけ [マイナスの意味づけの回避] を図らせる戦略である。② [人間関係の活用] は、利用者 - 専門職関係の [プラスの意味づけ] を図り、専門職が [利用者の満足感を高める] 戦略である。[使用目的・意味の希薄化] は、ツール使用に伴う [ハードルの軽減] を実施するものである。また、単にハードルを軽減するだけではなく、「ケースを迷わせるといけないので (C)」「不安や負担感がある場合は丁寧に聴きとる (C)」など、利用者への配慮も示されていると解釈した。配慮を支える方法や技術は、[職業的感情管理] (Hochschild, 1983/2000) と、傾聴や受容などの臨床技術によって構成される [基本的関わり行動] (Ivey, 1982/1985) と呼ばれるカウンセリング技術であると思われる。このカウンセリング技術は、[マイナスの意味づけの回

避]から信頼関係に基づいた相談関係を成立させる方向へ、すなわち、[プラスの意味づけ]への橋渡しのな役割を果たしていると解釈した。以上の戦略で使用される技術や方法の主な対象と効果は、次のとおりである。

[ルーチン化の告知]と[集団圧力の匿名的な活用]は、初回相談あるいは、関係が薄く相談関係がまだ形成されていない利用者(A, B, C, D, E, G)に実施されていた。これらは、[制度的圧力]に基づく受身的な[同意]を引き出す効果があると解釈した。[職業的感情管理]や、[基本的関わり行動]と呼ばれるカウンセリング技術は、相談関係の形成が目指される利用者(C, F)に主に実施されていた。[使用目的・意味の希薄化]は、相談関係が成立している利用者(C)と顔見知りの利用者(A, B, E, J)に実施されていた。これらは、相談関係という相互作用に基づく[合意]を引き出す効果があると解釈した。[人間関係の活用]は、相談関係が安定している利用者(A, B, C, E, G, J)に実施されていた。これらには、利用者の満足感を伴った[能動的な合意]を引き出す効果があると解釈した。

### (3) 専門職の発話と合意形成プロセス

次に、図3にしたがって、専門職の発話において言及された利用者-専門職関係における利用者の位置づけと、合意形成プロセスとの関連を考察してみる。

専門職の発話には、[利用者集団の構成員][利用者一般][2人称関係]という利用者-専門職関係における利用者イメージへの言及が含まれる。同時に、専門職が扱う情報には、[過去の情報][今の情報][今後の情報]という時間的なイメージも含まれている。図3のX軸は、専門職の発話に含まれる利用者イメージを、Y軸は専門職が発話のなかで扱う情報に含まれる時間的なイメージをあらわす。専門職の発話には、この2軸で構成される面に、利用者のイメージを位置づける言及がある。これらは、次の3つの位置づけに大別されると思われる。

第一の位置づけの特徴は、次のとおりである。専門職は、「皆さんに同じことを聞くのですよ」みたいな印象をもっていただいたりします(A)」「皆さんにしてもらっているのですよ」ということでやっている

(C)」など、「皆さん(A, C)」という言葉によって、「特定の利用者」を[利用者集団の構成員]とみなした発話をする。だが、「特定の利用者」にとって、「専門職の語りのなかに存在する“利用者集団”」は、実在性が感じられない匿名の集合体である。「特定の利用者」と「専門職の語りのなかに存在する“利用者集団”」の関係の特徴は、[匿名性]にある。「特定の利用者」は、ツール使用という専門職が提示する課題に対して、「専門職の語りのなかに存在する“利用者集団”」が過去にどのような対処を行ったか、についての情報をもたない。情報は専門職がもっている。「誰もが受けているものです。あなただけが特別ではない」(B)」などの発話は、[利用者集団の対処法]という専門職がもつ[過去の情報]として、利用者に伝達されていると解釈する。

第二の位置づけの特徴は、次のとおりである。ツール使用という専門職が提示した課題に対して、利用者が「今」「ここ」であらわす「不安や負担感(C)」などの感情は、「丁寧に聴きとる(C)」「一緒に考える姿勢をもつ(F)」など、専門職の[職業的感情管理]や、[基本的関わり行動]というカウンセリング技術によって聴きとられる。だが、このカウンセリング技術は、専門職にとっては特別なものではない。「特定の利用者」だから使用される技術ではなく、専門職が相談関係や、その基盤となる信頼関係の成立に向けて、利用者に対して一般的に使用している基本的な面接技術である(Ivey, 1982/1985)。ここでの専門職-利用者関係の特徴は、個人の属性を[利用者]という[一般代表性]に帰属させて専門職が関わっていること、「不安や負担感(C)」など、[利用者の状態]という[今の情報]に専門職が焦点をあてていること、であると解釈する。また、この第二の位置づけにおける利用者-専門職関係の成立を前提として、ツールの使用目的や意味を「説明する-される」という関係が形成され、[使用目的・意味の希薄化]が行われると思われる。これは、「たいそうに言わない(A)」「ケースを迷わせるといけないので(C)」など、[利用者の状態]に配慮しながら行われており、[職業的感情管理]や、[基本的関わり行動]というカウンセリング技術も活用されている。同時に、これから行うツールについての情報を伝達するという意味もあり、次に示



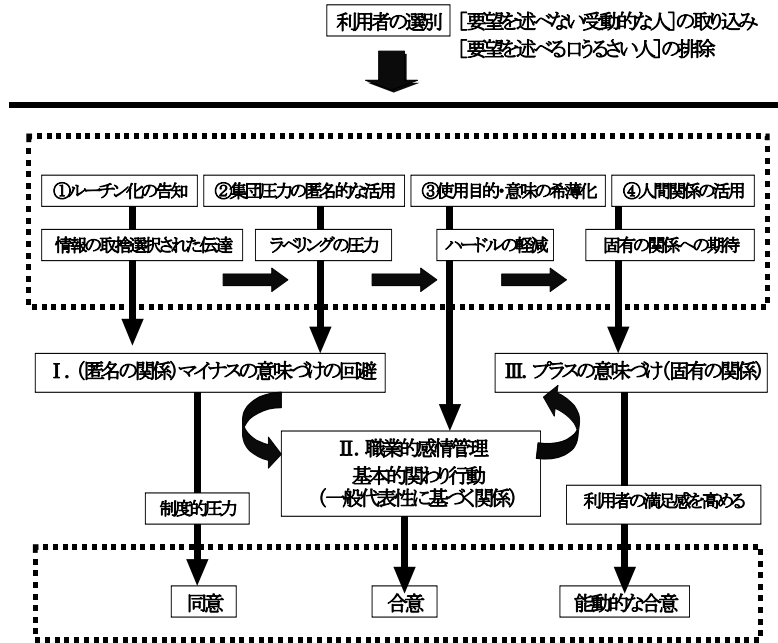


図2 ツール使用の合意形成

注) 援助プロセスはⅠ→Ⅲに進行するが、ツール使用の合意形成プロセスでは、常にⅠが起点となるわけではない。専門職の属する職場のシステムや利用者と専門職のそれまでの相談関係の歴史などによって起点は異なる。

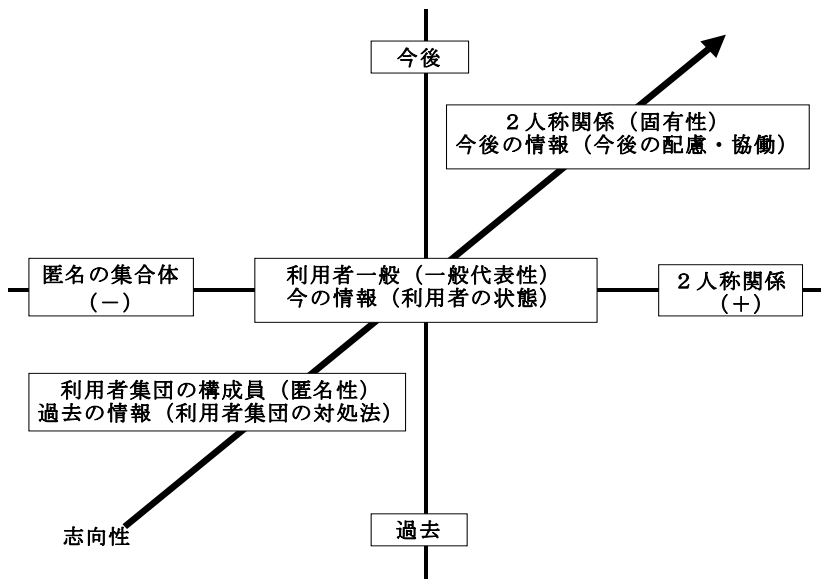


図3 専門職の発話のなかでの利用者イメージの位置づけ

す第三の位置づけの特徴とも重なっている部分があると解釈する。

第三の位置づけの特徴は、次のとおりである。専門職は利用者に対して、「お願いする (E)」「「まあいいませんね。我慢してちょっとやっちゃようだい」(B)」「「悪いけど」(J)」などと発話しており、権威的な地位にはいない。これから、利用者が遂行するだろう、ツール使用という課題に対しては、「しんどくならないように配慮することもできる」(C)」「「分からない場合は一緒に考えましょうか」(G)」という言葉を使って、[今後の配慮・協働]を提案する。これらは、利用者-専門職関係についての[今後の情報]の伝達でもあり、専門職は、利用者-専門職間の[2人称関係]の[固有性]に焦点をあて、利用者の期待や[満足感を高める]関わりをしている、と解釈する。これまでに述べてきた利用者イメージの位置づけと専門職の戦略との関連を整理すると、以下のとおりになる。

第一の位置づけの対象は、初回相談あるいは相談関係が形成されていない利用者であり、彼らに対しての戦略は、[ルーチン化の告知][集団圧力の匿名的な活用]という技術や方法である。これらは[マイナスの意味づけの回避]を図る戦略である。第二の位置づけの対象は、信頼関係の形成が指される利用者であり、彼らに対しての戦略は、[職業的感情管理]や、[基本的関わり行動]というカウンセリング技術である。また、相談関係が成立している利用者や顔見知りの利用者には、[使用目的・意味の希薄化]が行われる。第三の位置づけの対象は、相談関係が安定している利用者であり、[人間関係の活用]という技術や方法が採用される。これは[プラスの意味づけ]を図る戦略である。

援助プロセスでは、利用者の位置づけは相談関係がいったん成立すれば、第三の位置づけへと時間的順序性をもって動くことが一般的だと思われる。また、利用者-専門職関係は一般的な人間関係同様、様々な要因で可逆的に変動する。ツール使用とは無関係な他の要因に基づく変動も起こりえる。本調査では確認できなかったが、専門職の戦略が失敗して利用者の位置が転落したり、逆に著しい成功を収めて一足飛びに向上したりすることもあるのかも知れない。ツール使用の

合意形成が試みられる際、常に第一の位置づけが起点になるのではなく、専門職の属する職場のシステムや、利用者と専門職のそれまでの相談関係の歴史などによっても起点は異なる。たとえば、初回来談者にツール使用が義務づけられている職場と、相談関係が既に成立している利用者に対するケアマネジメントなど、特定の事業の開始によってツールを使用する職場では、利用者の位置づけには差異が生じる。前者は第一の位置づけが起点になり、後者では相談関係は既に成立していて第二、第三の位置づけが起点になる場合もあるという違いである。

しかし、利用者の現実の位置がどこにあるとも、また、その位置が可逆的に変動したとしても、専門職の発話は利用者の位置づけを高める方向に向けられると解釈する。専門職は利用者の位置が変動しても、どの位置が起点になったとしても、これらの戦略で使用されるコミュニケーションの受け取りを利用者が拒否する「ロウるさい人」にならない限りは、基本的にはその位置づけが向上するような働きかけを継続すると思われる。このような働きかけを専門職が恣意的に行う限り、利用者-専門職関係は損なわれることはなく、維持もしくは向上する方向に総体としては向かうと思われる。

他方、今回のインタビューでは、専門職が本意に感じるツールの使用について、所属するシステムの側に働きかけて翻意を促したという報告は、少なくともその時点では皆無であった。また、ツール使用の合意形成に使用される専門職の戦略では、いずれも表面上は専門職倫理には触れないような方法が採用されている。たとえば、ソーシャルワーク倫理は、利用者の「主体性の尊重」「自己決定の原則」などを古くから現在に至るまで重視してきた (Biestek, 1957/1996; 日本ソーシャルワーカー協会, 2005)。専門職にとっては統制感が保持できない、時に個人的に倫理的葛藤を伴う、不本意なツール使用についても、「利用者の自己決定に基づく主体的な選択」という、職業的な倫理原則に表面上は大まかに合致する方法が採用されている。所属するシステムの側に働きかけるよりも、専門職のコミュニケーション技術を用いて利用者の側から合意を形成することの方が容易であり、「自己決定」の倫理原則にも合致できると思われる。その結果、専

門職と専門職が所属するシステムとの間の対立や葛藤が回避でき、その関係は維持できると思われる。

以上から、利用者の自己決定に基づくとされるツール使用における合意形成は、志向性を高める戦略ともいえる一種のセールストークのスキルを駆使して、恣意的に操作可能であり、制度や利用者・専門職の固有の人間関係は、温存・維持される構造になっていると思われた。

#### (4) 利用者からの拒絶生起とその要因

それでは、利用者がツール使用を断るという場合には、どのようなプロセスが存在するのだろうか。このプロセスについての例は、「拒否する力のない人というか。“本当はしたくなくてもそう言えないだろうな、この人は”と思う人がいる (A)」「“したくない”と言う人は最初から相談に来ない人じゃないかな (H)」などの発言に見られるように実際には少ない (A, J から 3 例の具体例が報告されたのみ)。また、「最初から相談に来ない人」については、本調査では十分に分析できなかった。しかし、3 例中 2 例の報告から、拒絶を可能とした専門職側の関わりの要因としては、[拒絶例に関する情報提供] [拒絶を受け入れて相談を継続する] があげられ、利用者側の要因としては、[拒絶例を身近に見聞きする] があげられた。以下に逐語録に基づいた説明を加える。

[拒絶例に関する情報提供] は、「“拒否する人もいますよ” (A)」「“嫌がる人もいます” (J)」などに基づいている。専門職は利用者に対して過去に拒絶した事例があったことを明快に告げている。[拒絶を受け入れて相談を継続する] は、「(断られた場合は) “あ、そうですよね” とかあっさり引き下がって相談を継続しますね (A)」「(用具をすべて片付けて) 話を聞いた (J)」などに基づいている。専門職は、利用者の拒絶を受け入れたうえで相談を継続していた。[拒絶例を身近に見聞きする] は、「1 人が拒否して。それを見て “拒否していいのだな” と思って本当に “嫌” と言われたことがあります (A)」「1 回目より 2 回目の施行の時に、他の人の様子を見聞きして断られたような気がします (A)」などに基づいている。他者が拒絶する場面を身近に見ることが、拒絶という対処法の学習になると解釈した。

さらに、利用者の拒絶に対する専門職の反応としては、専門職が組織内部の政治力学を具体的に利用者へ説明し、利用者の「自己決定」に基づく政治的な動きを暗に勧奨した事例が報告されている。この場合は、「組織の事情をある程度利用者へ説明することもあります。こういうシステムになっているからとか、私にはどうにもできないとか (C)」など、専門職が所属するシステムに関する情報をありのままに伝達して、専門職の組織内の立場を損なわずに利用者が動くことで解決していた。

#### (5) インタビュー調査の限界と展望

本調査には、①筆者が同業者であることを前提にインフォーマントが発言している、②同業者としての感情移入や共感が分析を妨げる、③拒絶例のプロセスの分析が不十分である、などの限界があった。それにもかかわらず、ツール使用の合意形成に活用される専門職の技術や方法には、恣意的な操作性が認められることを、専門職自身の語りから明確化した意義は大きいと思われる。調査の限界は同時に、同業者であるが故に、面接の構造、所属システム、利用者から受ける圧力などを体験的に了解できる、インフォーマントに同一視して、専門職システムの内側から語りを引き出せる、という利点でもあった。

ツール使用の合意形成に活用されている専門職の技術や方法は、専門職が所属するシステムとの関係、利用者との関係の両方を維持しようとする専門職自身の適応的な対処行動であると解釈する。利用者へ不利益を与えているのなら、対処行動を再構築するべきである。そのためには、外部的な視点から批判するだけでなく、専門職自身が自らの意識と行動を、所属するシステムや、利用者・専門職関係の力動と結びつけて、問題を外在化して検討していくことが必要である。

### IV アセスメントツールを使用した臨床技術の問題と今後の課題

評価尺度やインストルメントの測定領域は、「利用者主体」という言葉のもとで、主観的な領域も次第に

重視されている。たとえば、主観的 QOL、自己概念、自己効力感などである。また、人と環境のアセスメントという概念のもとで、個人の社会生活の領域までもツールはその測定領域を拡大していつている。個人の内面から社会生活の全領域がその対象と位置づけられているのである。さらに、「利用者参加」「協働」という言葉のもとで、利用者を含めたチームアセスメントに測定結果が活用できるとされる。

他方、現実のソーシャルサービスでは、ケアマネジメントの手法を導入したシステムが推奨されている(厚生労働省介護保険制度改革本部, 2004; 厚生労働省障害保健福祉部, 2004)。そのシステムでは、情報収集や評価のためのツール使用を含めたインフォームドコンセントが、サービスの入り口部分でまずはじめに実施される様々な手続きのなかに組み込まれる。ツール使用の合意形成が行われる基盤や前提として、面接の場における利用者-専門職間の力動や構造は問われず、利用者との合意形成は、インフォームドコンセントや利用者の自己決定の結果とされがちである。そこに至る前提や基盤の部分は不問にされ、ツール自身の問題を検討したり、入り口から後の部分に成立している利用者-専門職間の相互交渉のあるべき姿を議論したりすることは、その指摘に重要な観点があったとしても、一面的になるとと思われる。

一般に、アセスメントツールを使用した臨床技術の適切さは、ツールの信頼性や妥当性、情報収集や情報の認識過程における利用者主導モデルの採用、インフォームドコンセントに基づく利用者の自己決定、によって判断される傾向がある。これに対して、今回の調査は、利用者側の不利益を検討するうえで、ツールが使用されている面接の場を成り立たせている構造や力動を分析することが重要であること、インフォームドコンセントや利用者の自己決定の結果とされるツール使用の合意形成は、専門職の臨床技術やコミュニケーションスキルを恣意的に活用することによって操作可能であること、を明確化した。また、ツール使用の合意形成に活用されている専門職の技術や方法は、専門職が所属するシステムとの関係、利用者との関係の両方を維持しようとする専門職自身の適応的な対処行動である、と結論づけた。

この結果は、アセスメントツールの使用が制度化さ

れた場合に生じる利用者側が蒙る不利益を示唆する。利用者が合意して提供した情報が、①専門職との相互交渉に共有できる道具として活用されない、②「ツール」や「ツールを使用して外在化された情報」が、利用者の言語的・非言語的表示を遮断するための道具とされる、③情報収集が個人に対する機能評価に焦点化される、④情報を専門職が所有する、⑤制度の維持、情報収集や評価が自己目的化する、という可能性である。

以上は、利用者とのコミュニケーションスキルや、利用者の語りを支持しながら行う対称的な言語的相互交渉の重要性だけを強調しても解決にはならない。情報収集や評価のためのツールが実際に使用されているのは、利用者-専門職の関係システムによって構成される面接の場であり、面接の場の力動や構造を背景にして、インフォームドコンセントが実施されていることを前提とすべきである。その一方で、ツールは場に拘束された機能しかもちえない、という基本的な認識もつべきである。さらに、ツールが実際に使用されている場の力動や構造から生じる問題への検討、ツール使用の合意形成に実際に活用される専門職の技術や方法も検討されねばならない。これらの検討を生かして、利用者-専門職の対称的な相互交渉を保障できるシステムを作りあげること、専門職によるツールと情報の占有を排除すること、さらに、利用者の語りや、語りに困難を抱える利用者の表示・表出行為を支持して外在化できる技術を地道に積み上げること、などが今後の課題であると思われる。

## 謝 辞

本調査に協力していただいたインフォーマントに感謝します。御校閲いただいた質的心理学研究の査読委員の先生方、ご指導を受けた立命館大学文学部の佐藤達哉先生、立命館大学先端総合学術学術研究科の先生方、西日本M-GTA研究会の皆さんに感謝します。

## 注

- 1) わが国では「精神障害者」という名称が一般的ではあるが、支援対象は「精神障害者」(mentally

disabled person) でなく、個別性を持つ普通の市民であるとして「精神障害をもつ (のある) 人」(person with mental disability) と表現されつつある。本研究では法律や宣言や研究論文で固有名詞になっている以外は、「精神障害をもつ人」や「利用者」とした。しかし、「disability」という言葉を使用することに対しては「当事者」の異論もあることは押さえておくべきであろう。

- 2) 診療報酬上の精神科デイケア施設の開始は 1974 年である。当初は施設基準の厳しさから、一部の公設施設で実施された程度で、経済性が求められる民間精神病院では数病院での実施に留まった。1990 年代半ばから政策的な後押しを受けて急速に増加して 2000 年には、全国 991 カ所となった(日本精神神経科診療所協会地域福祉デイケア委員会, 2000)。なお、国の障害者プランでは、精神障害者生活訓練施設などの設置数は目標値に対しては、8 割程度の達成状況に終わったが、精神科デイケア施設 1000 箇所設置の目標値に対しては、118%の達成率となった(内閣府政策統括官(総合企画調整担当)付障害者施策担当, 2004)。
- 3) 英米では、脱施設化の影響を受けて、入院に代わり急速にデイサービスが増加し、1970 年代には、再発率や社会的機能のうえでデイサービスが入院や外来よりも優れているという効果研究が相次いだ。しかし、以後の研究では、症状、社会的機能、経済的視点でも一定した結果は得られていない(野中, 1996)。
- 4) 平成 10 年度からモデル事業(精神障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業)が開始され、平成 11 年度からは障害者介護等支援サービス整備推進事業(ケアマネジメント整備推進事業)が開始された(精神障害者ケアガイドライン検討委員会, 1998)。
- 5) 介護保険を運用する際に創設された資格である介護支援専門員(ケアマネージャー)とは異なり、資格試験はなく、担い手の職種も特定されていないわけではない。
- 6) WHO プロジェクトは、「精神分裂病の QOL 会議」(1995)において、①精神病の治療結果測定のために他の従来の測定を併用してもしなくても、QOL の測定をするべきである。②精神分裂病(現:統合失調症)と診断された大多数の個人から得た主観的情報には信頼性があり、急性精神病期が過ぎた後の患者を焦点にし、主観的評価を使用することに問題は発見されなかった。③QOL の概念は、第一に個人の主観的理解を基本としており、精神病の患者であっても例外ではない。④インフォーマル、または専門の支援者による評価も QOL 情報の補足として活用

することはできるが、それを QOL と呼んだり、主観的 QOL に混合したりするべきではないとしている。このような文脈の精神障害の主観的 QOL 研究には利用者の「主観」を重視する観点がある(Lehman, 1983; 角谷, 1995)。

- 7) スイスの心理臨床家であるシメオン(Simeon, 1996)がジャーメインら(Germain & Gitterman, 1980)などをもとにして作成した生活モデルのアセスメントの概念図を筆者が一部改変したものである。
- 8) 団(1991)は、病院における治療場面について、「明日は患者でなくなりたいと思う人と、明日は医者でなくなりたいとは思わない人によって構成された場である」と指摘している。
- 9) 本稿インタビュー調査において、ある専門職は、「その場の主導権というのか、巻き込む、巻き込まれるとか、コントロールする、されることが多々起こる。それでくたくたになるのですけど、ある種のツールであるとそれを防げるという」と発言している。
- 10) ある専門職は、「あなたが利用者ならツールを使用した面接を受けることをどう思いますか?」との質問に、「ゲームでいったら向こうはたくさん情報を知っているが、こっちは知らない、知らされていないみたい。対等だとか言ってもそれはないでしょ」と答えている。
- 11) 本稿Ⅲ. 5 (1)「防衛として使用されるツール」(A)の発言。

## 引用文献

- Biestek, F.P. (1996). ケースワークの原則 新訳版: 援助関係を形成する技法(尾崎新・原田和幸・福田俊子, 訳). 東京: 誠信書房. (Biestek, F.P. (1957). *The Casework Relationship*. Chicago: Loyola University Press.)
- 団志郎. (1991). ヒトコマ漫画における笑いの成り立ちと家族面接における笑顔. 長谷川啓三(編), 構成主義: ことばと短期療法 (pp.241-244). 東京: 至文堂.
- Division of Mental Health World Health Organization. Geneva, 21-22. September 1995 Report. Meeting on Quality of Life in Schizophrenia.
- Freidson, E. (1992). 医療と専門家支配(進藤雄三・宝月誠, 訳). 東京: 恒星社厚生閣. (Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atterton Press.)
- 藤信子・田原明夫・山下俊幸. (1994). デイケアとその評価. 精神科診断学, 5 (2), 165-172.

- 古川壽亮. (2000). エビデンス精神医療——EBP の基礎から臨床まで (p.149). 東京: 医学書院.
- Germain, C.B., & Gitterman, A. (1980). *The Life Model of Social Work Practice*. New York: Columbia University Press.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1996). 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 (後藤隆・大出春江・水野節夫, 訳). 東京: 新曜社. (Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of ground theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.)
- Hochschild, A.R. (2000). 管理される心: 感情が商品になるとき (石川准・室伏亜希, 訳). 京都: 世界思想社. (Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.)
- Ivey, A.E. (1985). マイクロカウンセリング: “学ぶ—使う—教える” 技法の統合: その理論と実際 (福原真知子・相山喜代子・國分久子・楡木満生, 訳編). 東京: 川島書店. (Ivey, A.E. (1982). *Basic Attending Skills*. Framingham, MA: Microtraining Associates.)
- 岩田正美・光本秀仁. (2004). 日本社会福祉学会第52回大会シンポジウム抄録.
- 角谷慶子. (1995). 精神障害者における QOL 測定の試み. 京都府立医科大学雑誌, 104 (12), 1413-1424.
- 角谷慶子・ヒューバート真由美. (2001). 機能評価. 精神科臨床サービス, 1 (2), 190-194.
- 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. 東京: 弘文堂.
- 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実際: 質的研究への誘い. 東京: 弘文堂.
- 北村俊則. (1995). 精神症状測定の理論と実際, 第2版 (p.7). 東京: 海鳴社.
- 国連世界保健機構. (1995). 精神分裂病の QOL 会議. (Division of Mental Health World Health Organization. Geneva, 21-22. September 1995 Report. Meeting on Quality of Life in Schizophrenia.)
- 厚生労働省介護保険制度改革本部. (2004/01/09). 第1回介護制度改革本部資料.
- 厚生労働省障害保健福祉部. (2004/10/12). 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.
- Lehman, A.F. (1983). The Well-Being of chronic mental patient. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-73.
- Margolin, L. (2003). ソーシャルワークの社会的構築: 優しさの名のもとに (中河信俊・上野加代子・足立佳美, 訳). 東京: 明石書店. (Margolin, L. (1997). *Under the Cover of Kindness: The Invention of Social Work*. Charlottesville: University Press of Virginia.)
- 丸山晋. (2000). 評価の目的と意義. 蜂谷英彦・岡上和雄 (監修)・安西信雄ほか (編), 精神障害リハビリテーション学 (p.142). 東京: 金剛出版.
- McNamee, S., & Gergen, K.J. (Eds.). (1998). ナラティブ・セラピー: 社会構成主義の実践 (野口裕二・野村直樹, 訳). 東京: 金剛出版. (McNamee, S., & Gergen, K.J. (Eds.). (1992). *Therapy as Social Construction: Inquiries in Social Construction*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.)
- 三品桂子. (2001). 精神障害者のケースマネージメントとストレングズ視点. ソーシャルワーク研究, 27 (1), 32-40.
- 三品桂子 (編). (2003). 利用者主導を貫く精神障害者ケアマネージメントの実践技術 (日本精神保健福祉士協会, 監修). 東京: へるす出版.
- Moxley, D.P. (1994). ケースマネージメント入門 (野中猛・加瀬裕子, 監訳). 東京: 中央法規出版. (Moxley, D.P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.)
- 長野英子. (2004). この20年間を振り返って. 病院・地域精神医学, 46 (4), 372-375.
- 長野英子. 精神障害者ホームヘルパー制度格闘記, その1. <http://nagano.dee.cc/> (情報取得 2005/03/05)
- 内閣府政策統括官 (総合企画調整担当) 付障害者施策担当. (2004/01/29). 障害者プランの進捗状況 (平成14年度末) について.
- 中村道彦・角谷慶子. (1998). 精神科リハビリテーションの評価. 精神科診断学, 9, 333-340.
- 日本精神神経科診療所協会地域福祉デイケア委員会. (2000/03). 精神科デイケア全国現況調査.
- 日本ソーシャルワーカー協会. (2005). ソーシャルワーカーの倫理綱領.
- 野中猛. (1996). 精神科デイケアにおける効果の検討. 作業療法ジャーナル, 30, 799-804.
- 野中猛. (2000). 分裂病からの回復支援 (pp.203-211). 東京: 岩崎学術出版.
- O'Hagan, M. (1999). 精神医療ユーザーのめざすもの: 欧米のセルフヘルプ活動 (中田智恵海, 監訳. 長野英子, 訳). 大阪: 解放出版社. (O'Hagan, M. (1983). *Stopovers: On My Way Home from Mars*. London: Survivors Speak Out.)
- 大島巖 (編). (1994). 特集 精神科リハビリテーションとその評価. 精神科診断学, 5, 145-231.
- 大島巖. (1994). 精神科リハビリテーションに必要とされる評価. 精神科診断学, 5 (2), 145-152.
- 大島巖. (1999). 高橋清久・大島巖 (編), ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネージメントの進め方 (pp.44-55). 東京: 精神障害者社会復帰センター

(全家連).

太田義弘. (1992). ソーシャル・ワーク実践とエコシステム. 東京: 誠信書房.

Rapp, C.A. (1998). 精神障害者のためのケースマネジメント (江畑敬介, 監訳. 濱田龍之介, 訳). 東京: 金剛出版. (Rapp, C.A. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. New York: Oxford University Press.)

精神障害者ケアガイドライン検討委員会. (1998). 平成9年度厚生科学研究, 精神障害者ケアガイドライン.

田原明夫・高石薫・西山靖子・加藤典子・山下俊幸. (1990). デイケアの治療の場としての有効性. 病院・地域精神医学, 101, 86-102.

Wing, J.K., & Morris, B. (1989). 精神科リハビリテーション: イギリスの経験 (高木隆郎, 監訳). 東京: 岩崎学術出版. (Wing, J.K., & Morris, B. (1981). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*. Oxford: Oxford University Press.)

吉村夕里・角谷慶子・香河博子・中村道彦. (2000). ケアマネジメントの手法を使用したデイ・ケアでのアセスメント: 実施事例の分析から, 第14回公設精神科リハビリテーション施設研究協議会抄録.

吉村夕里. (2003). 精神障害をもつ人の生活世界のアセスメント: リハビリテーションにおけるソーシャルワークの視点. 龍谷大学大学院研究紀要 社会学・社会福祉学, 11, 73-90.

(2005.3.28 受稿, 2005.11.24 受理)