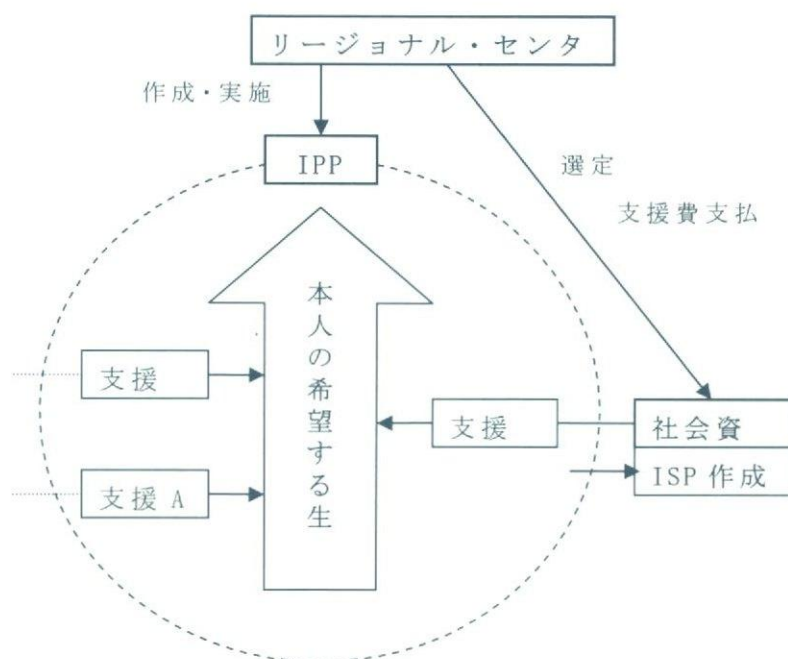


われる。また、各社会資源への支援費用はリージョナル・センターを通じて支払われ、社会資源のサービス内容が不相当であると判断されれば、新たな社会資源が選定される。つまり、本人の希望する生活を中心に支援を含む計画（IPP）を作成し、そのIPPを軸としたISPによって一貫性のあるサービスが適切な社会資源によって提供される支援システムが、リージョナル・センターによる支援システムなのである。

(2) 個別支援計画の構成要素、プロセス、支援者のスキル

厚生労働省「障害者・児施設のサービス評価基準」（2000）には、利用者に応じた個別支援プログラムとして「個別支援計画の策定」や「個別支援計画の実施」に関する評価項目及び着眼点が挙げられている。それによると、施設を利用する人達の個別

図1 IPPを軸とした支援システム



ニーズは、地域自立や職業的自立を目指す、あるいは施設において安定した生活を送りたいというふうに多種多様であることを前提に、利用者のQOLとエンパワメントを重視した個別支援が行われなければならないとある。また、表2はサービス評価基準の大項目2「利用者に応じた個別支援プログラム」を整理したものであるが、ここには個別支援計画を中心とする支援プロセスと支援システムの全体像が表れていると考えられる。

つまり、個別支援計画を中心とする支援プロセスは、インテーク（1-①、新規利用者の場合）、アセスメント（2-①）、会議による個別支援計画の作成（2-②）、利用者との合意（2-③）、サービス提供（3-①）、モニタリング（3-②）と続

き、個別支援計画に明記された目標に達成すれば終結となる。また、地域移行を身近に感じるための機会や情報提供を経て、利用者のニーズが地域移行の場合、個別移行計画の作成、必要なプログラムの実施、地域移行により個別移行計画が終了すれば、退所後の支援が提供される。そして、全てのプロセスにおいて、社会生活力プログラム、地域資源に関する学習及び体験の機会、利用者自身の権利意識を高めるプログラム等といったエンパワメント理論に基づくプログラムが必要であり、家族への情報提供や学習機会の提供、相談支援、一時帰宅中のプログラム提供といった家族との連携が必要な要素として位置づけられている。

この支援プロセスの課題は、個別支援計画の有効期限つまり目標の達成期限が不明確な点と、個別支援計画の達成に関する評価が位置付けられていない点である。前者については、2003年に支援費制度が導入され、従来の措置による処遇から契約による支援に移行される際、個別支援計画の有効期限は1年となった。後者については、個別支援計画とそれに基づく支援の質、つまり、計画の策定に障害者本人が参画しているか、計画は具体的であるか、現状に比して1年後の状態像が明確であるか、利用者の自己決定やエンパワメントといった基本理論を踏まえているか、日々の支援が計画に基づいて提供されているか、複数支援者によって支援が提供される場合に計画の共

表2 サービス評価基準に見る個別支援プログラム

中項目	小項目
1) 相談と利用施設の選択	① サービス内容の説明と利用に係る支援
2) 個別支援計画の策定	① 利用者状況とニーズの把握（アセスメント）
	② 計画の策定及び定期的な見直しに必要な会議
	③ 具体的な個別支援計画について利用者と合意
3) 個別支援計画の実施	① 個別支援計画に基づくサービスの提供
	② サービスの適否に関する日常的な確認と改善
4) 地域生活への移行	① 地域生活を感じるための情報と機会の提供
	② 地域生活への個別移行計画の策定 ※)
	③ 個別移行計画を評価し必要なプログラムを提供
5) 退所後の支援	① 退所後のアフターケアを実施
6) エンパワメントの視点	① エンパワメント理論に基づくプログラムの実施
7) 家族との連携	① 家族に対する日常的な情報提供と連絡
	② 一時帰宅中の利用者及び家族への支援

※) 家族と同居している利用者の単身生活への移行を含む。

(厚生労働省「障害者・児施設のサービス評価基準」より作成)

有は充分であるか等によって実質的な質が左右される部分が多い。すなわち、有効期限の課題を含め支援プロセスにおける各段階について、旧来の「処遇計画」から脱

却した実質的な充実がなければ、個別支援計画による支援は形骸化してしまうのである。

一方、IPPによる支援システムとの比較でみると、主として、障害者本人の位置づけと計画の策定及び実施における中立性について大きな違いがあると考えられる。まず、本人の位置づけについてであるが、先にも述べたようにカリフォルニア州においてはランターマン法によって障害者が「権利を持つ人」と位置付けられ、権利の内容についても法律によって明確にされているため、IPPにおいても、地域社会で生活することを前提に、支援を受けることも含めて権利主体と位置付けられている。そこには、当然、エンパワメントの理論や方法も含まれる。それに対して、これは個別支援計画に限った課題ではないが、我が国においては障害者の権利が充分明確には確立されておらず、また特に障害者施設では旧来の措置による処遇が提供される状況が非常に長く続いてきた影響もあり、権利主体としての障害当事者という位置付けが曖昧（ないし不安定）であると考えられる。それが、支援プロセスにおける当事者主体の支援、地域移行の位置づけ、また実際に支援を提供する支援者のスキルにも影響を与えているのではないだろうか。

また、計画の策定及び実施における中立性については、IPPがサービス提供事業者以外の機関（リージョナル・センター）によって作成され、支援プロセスが管理されるのに対し、障害者施設利用者の個別支援計画は、サービス提供事業者である施設によって作成され、支援プロセスも同様に管理される。カリフォルニア州においては、サービス提供事業者の選定及び変更の権限、また支援費支給についてまでリージョナル・センターが権限を持っているため単純には比較できないが、個別支援計画について中立性が担保しにくい現状では、個別支援計画の質的評価、支援提供とモニタリングを含む支援プロセスの管理、個別支援計画及び提供された支援に関する評価について困難や不具合の生じる可能性が高いと考えられる。そして、このような難しい状況だからこそ、直接支援を担当するサービス提供職員はもとより、サービス管理責任者や施設管理責任者には重要な役割と責任があり、いずれも相当に高度な専門的スキル（専門性）が求められているのである。

1. 3 ホスピタリズムとその周辺領域

－ヒューマン・サービス組織の課題－

1.3-1 入所施設の課題

入所施設の課題に関する研究は、さまざまな分野で異なった角度から貴重な研究が行われてきている。

その中でもホスピタリズムの研究はもとより、アービング・ゴッフマン(Erving Goffman : 1961)の著したアサイラム(ASYLUMS)におけるトータル・インスティテューション(Total Institution 全制的施設あるいは完全なる施設と邦訳)の研究、またイギリスのジリアン・ワグナー(Gillian Wagner : 1988)の入所施設ケアに関する独立検討委員会による報告書「Residential Care : A Positive Choice」、いわゆるワグナー・レポートはたいへん有名である。

一方、医療社会学は、第二次世界大戦後のアメリカにおいて成立し、病气行動、医療者－患者関係、医師・コメディカル、病院・組織、医療産業、等々の角度から幅広く研究を行ってきた。本研究における入所施設の組織あるいは専門職－障害者の関係にも大いに示唆を与えてくれる分野である。

集団と個の関係は古くからの課題である。特に組織について、社会福祉や医療、教育の現場で重大な問題となっているバーンアウトの研究をはじめ、ヒューマン・サービス組織の研究も組織と人間行動の関係について興味深い成果を社会心理学は導き出している。

同時に、集団や組織と人間の関係について、多様な組織論や管理論、組織行動論が著されてきた。

しかし、なんと言っても衝撃的なのはナチスによるユダヤ人の大量虐殺、いわゆるホロコーストの解明であった。その中にはソロモン・アッシュ(Solomon Asch : 1955)の同調実験をはじめとし、1963年のスタンリー・ミルグラム(Stanley Milgram)の服従実験、1971年のフィリップ・ジンバルドー(Philip Zimbardo)の監獄実験がある。これらの実験は人間の残虐性を明らかにした権威主義的行動の代表的な古典的研究であり、世界中にたいへんに大きな衝撃を与えた。

さらに、昨今の組織不祥事の問題に社会心理学の視点からアプローチして導き出された岡本浩一ら(Kouichi Okamoto : 2006)の「属人思考」「属人風土」という組織風土の研究も権威主義の日本的展開を克明に検証したもので、内外の学界で高く評価されている。

それぞれの分野の研究を下敷きにしながら、入所施設における生活支援がより有効に機能するための課題はなにか、地域生活への移行がスムーズに行われるためには何が課題か、ヒューマン・サービスにおける入所施設に共通の課題は、研究分野の垣根を越えて、従来いわゆるホスピタリズム(施設病)と言われてきたものは何か、その援助のあり方の課題はどこにあるのかを明らかにすることが必要であると考えられる。

ICFにおける「個人因子」「環境因子」の視点から、また障害者と支援者、双方の立場から、そして組織に対する人間(障害者、支援者を含む)という観点から、さまざまな

角度からの視点を織り交ぜながら、先行研究の文献から概観してみたい。

1.3-2 心理学からみたホスピタリズムの定義

心理臨床大事典(1992 培風館)によると、ホスピタリズムの定義は、以下のとおりである。

「ホスピタリズム Hospitalism

本来、病院設備・制度上の不備による非衛生状態を指す用語であったが、現在では、

①入院や療養生活が長期化した患者に特有の人格的变化、

②母親と離れて養護施設で育てられたこどもに認められる心身両面にわたる影響、

という2通りの意味をもつ概念として、施設症(Institutionalism)とほぼ同義に使われている。」

まず①の「入院や療養生活が長期化した患者に特有の人格的变化」の定義について検討する。

心理臨床大事典によると、その歴史的経緯について、

「長期入院患者に関する研究は、第二次世界大戦後、主として社会精神医学的な視点から進められた。すでに1900年代初頭、E・ブロイラー(Eugen Bleuler)により、精神病院で長期入院者の大半を占める精神分裂病については、症状慢性化に対する病院環境の促進的側面が指摘されていた。その後、精神病院のみならず、結核や癲(らい)病など、隔離治療を余儀なくされたり、慢性身体疾患のために長期の入院・療養生活を送る患者にも共通の特徴がみられることが明らかとなった。」

ホスピタリズムの特徴について、

「長期滞在型の病院や療養所は、施設外との交流が少なく、一般の生活空間に比べて過剰なまでに保護的である。患者はこのような環境に守られる一方で、いわば準拘禁状態にあり、環境への適応のためには退行状態に陥らざるを得ない。」

「そのため、意欲減退、活動性の低下、感情鈍麻、外界への無関心、単調な思考や会話、身だしなみへの配慮の欠如など、外見上の変化を含む人格的な変容が起こり、社会に戻った後、生活上の困難を抱えることになりやすい。」と解説している。

さらに、

「前出のような特徴は、慢性精神分裂病における陰性症状や器質的变化ととらえられ、欠陥状態という名のもとに長年治療の対象とは考えられていなかった。現在も同様の見解が否定されたわけではないが、閉鎖的で単調な病院生活が、いったん患者の自発性や主体性を後退させてしまうと、社会復帰に際して重大な障害が生じることは周知の事実である。」と警告している。

また、その予防および治療について、

「したがって、ホスピタリズムを予防する意味では、できる限り早期の退院が望ましいが、さまざまな事情で入院生活が長引く患者に対しては、医師、看護師、臨床心理士、作業療

法士などがチームを組み、生活療法をはじめとする積極的なリハビリテーション・プログラムを準備して、患者の社会生活能力の維持・獲得への援助を行うことが求められる。」とされ、地域移行への課題について、また入所施設の専門機能や社会的役割、支援プログラムについて指摘がされている。

また、

「①、②はいずれも環境要因により発生し、症状の特徴は類似しているが、①は長期にわたる保護的環境への適応行動、②は対象喪失に対する抑鬱反応がその根底にあり、成因や症状形成のメカニズムは異なっている。」

と書かれている。

この定義によると、ホスピタリズムの発生する要因はいずれの場合も「環境要因」である。患者や障害者本人に発生の要因はない。一方は「適応行動」「退行現象」であり、他方は対象喪失に対する抑鬱反応で、ともに「あたりまえ」の反応からはじまっているといえる。

また、両者の症状の特徴は類似しているとされている。

抑鬱状態が引き起こされたとするならば、何よりも治療が必要であろう。しかし環境から自己を防衛せざるを得ない状況におかれて発生したことが原因であるならば、本質的に治療すべきは患者なのか、病院や施設、援助技術や方法を含めた環境の改善なのかを議論すべきである。適応行動や退行現象という用語でもって環境因子の課題を個人因子に置き換えてしまっては本末転倒であり、大きな矛盾が存在する。

したがって、ICFにおける「個人因子」の視点からすれば抑鬱状態が引き起こされる個人差についても検討すべきあるが、特に発生要因としての「環境因子」についての検討がたいへん重要であることは明白である。入所施設においては「環境因子」としてのサービス提供事業者を、サービスを直接に提供する人材の「知識」「方法」「援助感」はもちろんで、「組織」自体をさまざまな角度から分析することも必要となるのは当然の帰結である。

つぎに、②はこどもについての研究からホスピタリズムの概念が説明され、対象喪失に対する抑鬱反応が根底にあるとしている。

心理臨床大事典によると対象喪失は以下のように説明されている。

「対象喪失とは、①愛情や依存対象の喪失(相手との別離、失恋、離婚、配偶者・近親者の死、母親離れ、子離れ等)、②住み慣れた社会的・人間的環境や役割からの別れ(引っ越し、転勤、退職、海外移住、結婚、進学、転校等)、③自分の精神的拠り所となるような自己を一体化させていた理想、国家、学校、会社、集団の心理的喪失(敗戦、革命、失職等)、自己価値(社会的名誉、職業上の誇りと自信、道徳的確信、自己像等)の毀損、低下、④自己所有物の喪失(ペット、財産、住居等)、⑤医療場面で起こる病気・手術・事故等による身体的喪失、身体機能の障害、身体的自己像の損傷などをいう。これらの対象喪失は、それぞれの発達期や年代に応じた特有の課題と結びついて体験される。」

このように、対象喪失それ自体は年齢あるいは施設への入所に直接的には関係のない、

一般的にどこでもだれにでも起こりうる概念である。しかし、入所施設の利用者については若年時より長期にわたって施設サービスを利用しているケースも多く、ホスピタリズムの定義の②の影響と思われるケースも見受けられる。

また中途障害によつての利用も近年はたいへんに増えており、障害受容の課題も大きく、抑鬱反応を示して治療を必要とするケースもある。

このように、なんらかの形で対象喪失を経験しているケースがほとんどであり、極論すれば程度の差こそあれ、住み慣れた地域から施設に入所することは対象喪失にあたると言えるし、逆に地域移行についても同様のことがあり得るため、慎重な対応に留意すべきである。

このように、対象喪失による抑鬱反応を根底とする課題をもつて施設で育てられた「子ども」にだけ認められる限定的なものとしてのみ考えることには、入所施設の現場の今日的視点からはいささか違和感を感じる。

また①の定義による「入院や療養生活が長期化した患者に特有の人格的变化」は、「特有」とすることで、ホスピタリズムの本質が「入所」施設に限定されてしまつて、見えなくなつてしまつていのではないかと思われる。単純に「入所」と「地域」に分ける分析の枠組みが課題かと考える。

身体障害者や知的障害者、精神障害者、児童あるいは高齢者施設においても、入所施設におけるホスピタリズムに関して、まずは症状の特徴を明らかにすべきである。次いで、その成因や症状形成のメカニズムについて、適応行動あるいは対象喪失、あるいはトラウマも含めた視点で個々の生育歴や生活歴、ライフステージも含めた検証が必要であろう。当初のホスピタリズムの研究は1930年代の乳児院や養護施設の研究からスタートし、フロイド(Sigmund Freud)の精神分析の影響を大きく受けて個人の内的経験に着目したところに特徴があると考えられる。ホスピタリズムを症状論として新たに定義することも必要である。

本研究においては「意欲減退、活動性の低下、感情鈍麻、外界への無関心、単調な思考や会話、身だしなみへの配慮の欠如など、外見上の変化を含む人格的な変容」「自発性や主体性の後退」に着目して他の研究との関連性について検討する。

一方、リハビリテーション心理学の研究から南雲直二(Naoji Nagumo : 2002)は貴重な見解を述べている。わが国では障害受容の問題について、いまだにタマラ・デンボー(T. Dembo)らの価値転換論やステージ理論が教え続けられているが、その問題点を「社会受容 障害受容の本質」において鋭く指摘し、障害受容の概念を根底から問い直している。その要約というべきまえがきを引用して視点の整理を試みる。

「障害を負った後の心の苦しみをどう緩和するか？ その方法論がリハビリテーション心理学です。第二次世界大戦後のアメリカで産声をあげたこの学問は、アメリカではゆっくりと、しかし着実に発展してきています。ところがこの国では足踏みしているように見受けられます。なぜでしょうか？ その原因の一つが障害受容をいまだに「万能薬」として扱っていることにあると思います。確かに障害受容はアメリカでも初期の頃は有力な方

法でした。しかし今日ではアメリカのリハビリテーション心理学の「教科書」に、その文字を見ることはなくなりました。一方では万能薬、もう一方では教科書からの消失、この差は単に日米の文化の違いとして片づけるわけにはいかないと思います。」

「障害受容のどこが問題なのでしょう？」

そこで、まず、障害を負った後の心の苦しみにから考え直しました。苦しみに二通りありました。一は自分自身の中から生じるもの、二は他人から負わせられるものです。障害受容とはこの二つの苦しみを緩和する方法でした。ところが、一に対するものを自己受容、二のそれを社会受容と呼ぶことにすると、日本では自己受容イコール障害受容となり、社会受容が姿を消してしまいました。つまり他人から負わせられる苦しみは存在しないか、存在したとしても見ないことにしたのです。

これが障害受容の問題の一つです。社会受容に目を向けることがなくなったため、障害受容は両輪の一方を欠いた理論になってしまったのです。しかも問題はそこだけにとどまりませんでした。とりわけ自己受容を一人歩きさせる結果になったことは重大だったかもしれませぬ。というのは障害受容のもう一つの問題は自己受容に関わるものだからです。」

つまり、苦しみを緩和する方法としての障害受容は本来的にふたつの概念から成り立っているということである。整理すると、

1. 自分自身の中から生じるもの → 自己受容
 2. 他人から負わせられるもの → 社会受容
- となる。

そして日本では、

障害受容 = 自己受容, 障害受容 ≠ 社会受容

となってしまったということであろうか。

南雲直二(Naoji Nagumo)は、自己受容のたいへん大きな問題点としての「すり替え現象」を以下のように述べている。

「自己受容のどこが問題なのでしょう？」

一つには、自己受容はその適応範囲に限られているにもかかわらず、あらゆる苦しみに適応されてきたことです。先に万能薬と言ったのはこのことです。そのため患者は我慢できない心理症状といえども我慢しなければならず、さらには自らの手でそうした症状を克服しなければなりません。それはまた、誰のための受容か、といった受容全般に関わる問題ともつながっています。自己受容は額面どおりに受け取れば、確かに「私のため」です。しかし「私のため」というよりもむしろ家族や医療関係者を含む社会の人のためであることのほうが事実に近いようです。」

さらに社会受容の重要性について以下のように指摘している。

「(中略)重要な考え方に、「人が生きる意味を見いだすのは社会の人々との相互作用においてである」という社会的相互作用論がありますが、こちらのほうは社会学の中で議論されているだけです。ちなみにこの考え方からすれば、リハビリテーション心理学の中心課題の一つである「障害者が再び生きる意味を見いだすことができる」のは、自己受容で

はなく社会受容にあるということが容易に導かれます。」

「実践面ではさらに目を見張るものがあります。自立生活運動やバリアフリー運動がそれです。自立生活運動の拠点である自立生活センターは今日では全国に百か所近く設置され、また、ハートビル法、交通バリアフリー法、「欠格条項の見直し法」などバリアフリーに向けた法整備が着々と進められてきています。リハビリテーション心理学がそっぽを向いている間にも、障害者は自らの生活を守るため社会受容を押し進めてきているのです。それだけ社会受容は障害者の生活にとって大切だともいえます。」

そしてまえがきの最後に、次のように締めくくっている。

「これが本書の要約です。要するに、自己受容は障害者を隘路^{あいろ}に導くものであり、社会受容こそが活路を開くものだ、ということです。」

南雲直二(Naoji Nagumo)の指摘のように、従来の生活支援や個別支援計画の視点は、個人因子へのアプローチに偏りすぎていたのではないかと思われる。南雲直二(Naoji Nagumo)は「万能薬」という言葉をつかっているが、様々な課題を自己に還元するようなアセスメントや生活支援になっていないであろうか。

要するに社会的相互作用論に基づいた環境要因へのアプローチが個別支援の根幹であり、ホスピタリズムについても同様の視点から、障害者当事者あるいは支援者の立場を超えて、どのようなメカニズムに基づいて相互作用がなされているのかを見ていくべきである。

つまり、ホスピタリズムにおける成因や症状形成のメカニズムについて、精神分析的視点では自己に還元する色合いが濃すぎると思われる。

また「エンパワメント」の概念との関連性を検討すべきである。

ジョン・フリードマン(John Friedmann : 1992)は「エンパワメント」の概念を確立したといわれているが、エンパワメント(empowerment)を「心理的」「社会的」「政治的」レベルで検討してる。

「ディス・エンパワメント(disempowerment 力の剥奪・無力化)」と「自発性、主体性の後退」、 「ホスピタリズム」は環境要因と社会的な相互作用の視点で検討すべきであり、単に個人因子、なかんずく心理的な課題のみに限定して検討すべきではないことを明確に示している。

1.3-3 トータル・インスティテューション

アメリカの社会学者のアービング・ゴッフマン(Erving Goffman : 1961)による「アサイラム」は入所施設のトータル・インスティテューション(Total Institution 全制的施設あるいは完全なる施設と邦訳)としての実態を入院患者のサイドに立った研究法を持って余すところなく描き出した古典的研究である。

E・ゴッフマン(Erving Goffman)は「多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に、相当期間にわたって包括社会から遮断されて、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場所」をトータル・インスティテューション(Total Institution 全制的施設

あるいは完全なる施設と邦訳)と名付けた。

E・ゴッフマン(Erving Goffman : 1961)によると、トータル・インスティテューションには以下のような特徴があると具体的に指摘している。

(久田則夫 Norio Hisada : 1996)施設職員実践マニュアルから引用)

- 地理的な「隔離」
- 衣食住や医療・介護などが 施設内で「自己完結」
- 私物の制限
- 「地域社会」との接点が消失
- 「社会的役割」の剥脱
- 「地域社会」で育んだ生活様式や習慣の剥脱
- 集団による集団のケア
- 同一サービス, 集団メニュー, ルールの強要
- 「効率性」の追求
- 「管理」中心, 「指示・命令」ケア
- 一方通行の「コミュニケーション」
- 「ワンパターン」, 変化や刺激に乏しい生活, ケア
- 「個性」の軽視
- 「レッテル」張り
 - 「何もできない」人, 「劣った」人, 「自分でしようとしないう人
 - 「指示に従うだけ」の人
- 「受身」の生活の強要
- 「自己認識」の低下

また、E・ゴッフマン(Erving Goffman)によるとトータル・インスティテューションには以下の5類型があるとされている。

- ①能力を欠き無害と感じられる人々を世話する施設
(老人ホームや孤児院など)
- ②自分で身の回りの世話ができず, しながら意図せず社会に脅威を与える可能性のある人のための施設
(精神病院や結核療養所など)
- ③意図的な危害を加えると感じられる人々を社会から隔離する施設
(刑務所など)
- ④一定の課題のより効果的な遂行のために設置された施設
(兵営や寄宿学校など)
- ⑤世間から隠棲するための施設
(修道院など)

E・ゴッフマン(Erving Goffman)はアサイラムのはしがきにおいて、

「当時も現在も変わらないわたしの信念は、どんな人々の集団も — それが囚人であれ、未開人であれ、飛行士であれ、また患者であれ — その人々独自の生活〔様式〕を発展させること、そして一度それに接してみればその生活は有意味で理にかなっており正常である」と述べている。

「有意味で、理にかなっている」ということは、ホスピタリズムの心理学的研究における「適応行動」と共通するものがある。

またこのことはたいへん重要な意味を持っている。入所者は「有意味で、理にかなっている」行動を取ることができる能力を持っているということである。

障害者を無能力者として位置付けてしまった生活支援のあり方が問われるということであり、E・ゴッフマン(Erving Goffman)はストレングス・モデルの源流を指し示していたと言え、リ・フレーミングの必要性がここにある。

したがって、どのような環境を選択し、構築、提供するかはたいへんに重要な意味を持っており、生活支援のあり方が問われる。

E・ゴッフマン(Erving Goffman)は入所者の生活体験をモデル化し、次のように示している。

①自己イメージの無力化

入所の際に、それまでのアイデンティティ・キット(衣服や氏名)を剥奪され、規格品を支給されたり、番号づけをされるなどして、それまでの自己イメージを無力化される。

②新たな自己の再編成

施設内における公式・非公式の規則やサンクション(sanction 社会統制の手段の一。社会の構成員がある行為に対して行う制裁、または助長)を学ぶ。

この過程で様々な適応行動、つまり状況からの引きこもり、反抗(妥協の限界線)、受け入れ(植民地化)、積極的同化(転向)、などをとったり、非公式の文化を発展させたりする。

コー(R. M. coe, 1978)は入院の3つの基礎メカニズムとして、

①日常生活における自己イメージの剥脱

②資源の統制

③移動の制限

を通して、患者は普段の生活から引き離され、病院で没個人的な一患者としての地位に甘んじることとなると延べ、E・ゴッフマン(Erving Goffman)のモデルを一般病院にも適用可能な形に再構成している。

この分野の研究によって、施設ケアの逆機能が強調され、欧米でのコミュニティ・ケア

重視の流れが生み出されるきっかけとなったと言われている。

1.3-4. ワグナー・レポート

入所施設の課題について、イギリスではジリアン・ワグナー卿(Gillian Wagner)が詳細かつ貴重なレポート(1988)を作成している。

ワグナー・レポートは入所施設における種々の課題を詳細に報告し具体的な提言を行ない、施設における援助の原則を明らかにしている。

わが国においても共感して理解できる部分が数多く見られ、20年も前の報告であるが、時を超え国や制度の違いを超えて新鮮に感じる部分が多い。

障害者自立支援法が施行された現代の日本において、入所施設はどのような社会的使命を果たすことが求められているのか、また入所施設からの地域移行をどのようにして実施するか、参考にすべきところが多々あるたいへんに重要な報告であるが、わが国の障害者施策や実践の現場において、検討されたり反映されているとはまったく持って言いがたい。

特に、ワグナー・レポートは「入所施設ケアの積極的選択」の章を一番最初に設けて、「施設に入所する人は、積極的な選択の結果として入所してこべきであり、そこでの生活は、積極的に評価しうる経験であるべきである。この二つの要件は、あらゆる入所施設サービスを適正に機能させるために欠かすことができない。」と述べている。

日本では、一部を除いて、多くの入所施設の利用者は必ずしも自ら望んでその施設にいるとはいえない現状がある。契約になったとはいえ、現状では他の選択肢がないために、やむを得ず入所という選択をせざるを得なかった場合が大半である。

サービス提供事業者側にあつては、本人のニーズを優先するとしながらも、サービス提供を優先し、経営上の理由からも施設利用を勧めている事例もある。

相談支援を受けることもなく、受けても適切に機能せず、本人の意向を置き去りにし、十分なニーズ・アセスメントもなされず、短絡的に入所調整にかけられるような、ずさんで安易な実態がサービス提供事業者や行政を含めた現代日本には厳然とある。

ワグナー・レポートは入所施設そのものを否定するのではなく、積極的な選択として、どのように再生すべきであるかを検討したものと言える。

その巻頭には以下のように書かれている。

「本委員会では、初期の段階で、伝統的に定義されているような入所施設ケアの役割についてのみ関心を寄せていては、労役場に起源を発するようなスティグマをもともと有しているケア・システムを維持させるだけになるということ、あるいは、利用者の権利を擁護したり、選択の幅を広げることにはならないという認識を固めていった。」

「本報告において委員会が行おうとしたことは、入所施設に関する一般の認識および社会的ケア全体の中での位置づけを基本的に変えることである。」

「本委員会では、以下のような認識をしている。

つまり入所施設サービスは、もはや独立のものとして考えることはできず、地域における

ケアに連続する一部とみなさなければならない。」

これらの認識はたいへんに興味深い。これを裏返してみたときに、入所施設サービスは「独立したもの」であり、「地域から離れた」、地域におけるケアあるいは生活に「連続していなかった」ということである。

まさに、E・ゴッフマン(Erving Goffman)がアサイラムの中で指摘していたことを、時と場所を変えて詳細な調査に基づいて検証し、表現をあらため時を超えて再び指摘していると言えよう。

(1). ワグナー・レポートにおける入所施設の課題

ワグナー・レポート(1988)の巻頭に、

「入所施設で働いている者からの手紙は、

- 自分たちが低く評価されていること、
 - 職員の士気が低いこと、
 - 研修の機会がないこと、
 - 入所施設活動の原理に関する理論がないこと、
 - 実践の善し悪しを決定する基準がないこと
- 等に言及していた。」とある。

これは現場の実態と支援者が直面している課題について端的に現していると思われる。特に、職員研修の重要性を指摘し、提言と原則を示している。これらの提言や原則が示されているということは翻って、それが行われていないことが調査の結果明らかになったということである。

また、原則の中で、「住宅ニーズとサービス・ニーズとは明確に区別されるべき」であると明言しているが、わが国の障害者自立支援法において、このことが完全とは言えないが理念として、やっと反映されてきたように思われる。しかし実態としては緒についたばかりであり、今後の具体的展開が待たれる。

さらに、「何人も、在宅でも利用できるサービスを受給するために、永住の地である自宅を離れることを求められてはならない」という原則は、たいへんに重く受け止めなければならないものである。

このように、ワグナー・レポート(1988)はわが国の入所施設においても、たいへんに重要な指摘であると思われるので、多くの提言と原則の中から本研究に関連すると思われるところを一部抜粋し、以下に引用しておく。

(2). ワグナー・レポートの提言(抜粋)

- すべての上級職は、ソーシャルワーク資格をもつ職員で満たされるべきである。
- あらゆる施設が職員研修計画を作成する必要がある、またこれは監査を受けるべきである。
- 入所施設の仕事に配置転換されたソーシャルワーク資格を有していない人は、配置

転換研修を受け、また上級職に任命された人はできる限り早く、ソーシャルワークの資格研修を受けるよう要求されるべきである。

○定期的な職員会議を開き、これを個別かつ集団としての職員開発を進めるために活用すべきである。

(3) .ワグナー・レポートの原則(抜粋)

○施設入所をする人は、それを積極的選択として行うべきである。

○住宅ニーズとサービス・ニーズとは明確に区別されるべきである。

○何人も、在宅でも利用できるサービスを受給するために、永住の地である自宅を離れることを求められてはならない。

○入所施設での生活は、積極的な経験であらねばならず、入所者が他のいかなる場で享受しうるものよりも、素晴らしい生活の質が保障されるべきである。

○地方自治体は、入所施設やその他のサービス等、少数民族コミュニティ出身の人の特別なニーズを充足するために精力を注ぐことが急務である。

○入所者はすべて、市民としての権利を保障される。一人ひとりの権利の行使を保障しうよう、様々な手段が講じられる必要がある。権利が侵害される状況では、保護手段が講じられるべきである。

○入所者は、地域のあらゆる支援的サービスの利用権が継続されるべきである。

○入所者は、地域が提供する娯楽施設、教育施設等を利用すべきであり、各自の選んだ親戚や友人を招待したり、会ったりする権利を有すべきである。

○入所施設の職員は中心的な資源であり、それにふさわしく待遇されるべきである。職員の係わりの重要性が認識され、強化される必要がある。

1.3-5. 医療社会学の視点とスティグマ・病人役割・ラベリング

進藤雄三(Yuzoh Shindo)・黒田浩一郎(Kouichiro Kuroda)編による「医療社会学を学ぶ人のために 1999 世界思想社」は広範な医療社会学の分野をポイントを押さえて解説しており、概観するための良書である。

池田光穂(Mituho Ikeda : 1992)によると、スティグマとは、認知可能な「しるし」のことを言い、その「しるし」によってある社会集団がその人を「望ましくない」と価値づけるときの「しるし」ことをいう。

E・ゴッフマン(Erving Goffman : 1970)によると、「ある特定の特徴がスティグマを生むのではなく、それに対する他者との反応との関係がスティグマという現象の本質」である。

的場智子(Tomoko Matoba : 1999)は「病気にスティグマが張られることは、自己への価値観、他者との関係構築、社会との関係において影響を与え続けることになる」と指摘している。

T・パーソンズ (Talcott Parsons)は「病人役割(sick role)」の概念を提唱し、「患者」となったことで担う社会的役割の研究をしたことで有名である。

それによると、病者に期待される役割として、以下の4項目をあげている。

- ①病気に対する責任の免除
- ②通常の役割遂行からの一時的免除
- ③望ましくないものとして病気を受け入れ回復に努力する責務
- ④専門家の援助を求め、それに協力する責務

T・パーソンズ (Talcott Parsons)は病気であることについては一律に道徳的責任を問わないとした。しかし、回復の見込みのある急性疾患をモデルとし、また医師－患者が上下関係にあることを前提にしている点、さらに文化差や民族差に基づく病気の徴候に対する反応を考慮していない点を批判された。

T・パーソンズ (Talcott Parsons)の「病人役割」概念は、病気行動を説明する上で、自身も認めているように不十分なところもあるが、理念型として用いることで、広範囲にさまざまな病気行動を明らかにすることができるとも言われている。

E・フリードソン (Eliot Freidson)はラベリング理論に基づき、病者の行動を説明しようとした代表である。ラベリング理論は特定の集団が持つ定義や認識という観点で病者の行動を分析する枠組みを提供する。

E・フリードソン (Eliot Freidson)によると、「生物学的状態としての心身の異常そのものは医学がというような客観的な実在ではなく、その症状が病気とラベリングされるか否か、それがどのような社会的意味を持つかは認識者の側次第」であるとした。

また、「病気とは社会的に意味付与された状態であり、その意味付与者、被付与者、そして第三者からなる社会的相互作用において生じる社会現象である」とたいへん重要な指摘をしている。

上記のように、E・ゴッフマン (Erving Goffman)の指摘する他者との反応との関係やE・フリードソン (Eliot Freidson)の認識者との社会的相互作用による社会的意味、前述した南雲直二 (Naoji Nagumo : 2002)の社会受容における指摘をあらためて確認したい。

社会との関係や相互作用は一般社会についても重要な概念であるが、施設外との交流が少なく準拘禁状態にあるといわれる長期滞在型の病院や療養所、あるいは入所施設においては特に注目すべき事柄のひとつと思われる。入所施設という集団・組織は、その社会的相互作用の密度がたいへんに濃いといえる。

自覚されているかどうかは別として、集団や組織の内部において「障害者役割」あるいは「障害者」として「社会的」に意味付与されたり、あるいはスティグマが張られたりしていると考えられ、そのメカニズムについて、さまざまな検証すべき重大な課題があると思われる。

1.3-6. パーンアウト研究からみたヒューマン・サービスの課題

バーンアウトの研究成果は、ヒューマン・サービスを提供する入所施設について、多くの示唆を与えている。

同時に、支援プログラム上の課題や組織としての課題も見えてくる。

これらの点を踏まえながら、視点を変えて社会心理学のヒューマン・サービス組織についての研究成果から眺めてみたい。

(1). ホスピタリズムとバーンアウト

バーンアウトは燃え尽き症候群といわれることも多いが、ヒューマン・サービスの分野で関心を集めており、ソーシャルワーカーや看護師、教師の職業病ではないかとまで言われるようになってきている。

このバーンアウトをストレスの中に位置付けた研究成果を概観し、理論的な把握をしバーンアウトの本質を理解しておくことは本研究にとっても意味のあることと思われる。

サービス提供者におけるバーンアウトの研究は、サービスを受ける側のホスピタリズムの研究と何らかの関連性があることが考えられる。特に抑鬱反応が引き起こされるメカニズムについて重要な示唆を与えてくれている。

(2). バーンアウトの理論的定義と研究動向

C・マスラック(Christina Maslach 1976)によると、バーンアウトとは「極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群」であるとされている。

バーンアウトの測定については、マスラックらの研究がもっとも著名である。その研究から生まれたバーンアウト測定尺度のMBI(Maslach's Burnout Inventory)は多くの研究者によって採用されている。

MBIは因子分析の結果、22の質問項目、以下の3次元の尺度で構成されている。

I. 情緒的消耗感(emotional exhaustion)

私は自分の仕事で、情緒的な消耗を感じる。

私は日々仕事を終えたあと、疲れ果てたと感じる。

私は朝起きたときに疲労を感じ、その日の仕事を他の日にまわさなければならない。

一日中人びとと共に働くことが、私にとってはまったくの負担となる。

私は自分の仕事で精根が尽きる思いがする。

私は自分の仕事によって欲求不満を抱く。

私は自分が職務に対し熱心に働きすぎていると感じている。

人びとと共に働くことは、直接に、私には多すぎるストレスを課している。

私は自分が進退窮まる事態にいるような気がする。

II. 個人的達成感(personal accomplishment) (逆転項目)

私は自分の対象者がどのようにものごとを感じているのか、たやすく理解することができる。

私は自分の対象者の問題を非常に効率よく取り扱っている。

私は自分の仕事を通じて、他の人びとの生活に積極的に影響をおよぼしていると感じる。

私は非常に精力的であると感じる。

私はたやすく自分の対象者とともにくつろいだ雰囲気を作り出すことができる。

私は自分の対象者に近しく働きかけたあと、自分の気分が引き立つと感じる。

私はこの仕事において、多くの価値ある事を成しとげてきた。

自分の仕事において、私は情緒的な問題を非常に冷静に取り扱っている。

Ⅲ. 脱人格化 (depersonalization)

私は自分がある対象者をあたかも彼らが人格を持たない“物体”であるかのように取り扱っていると感じている。

私はこの仕事につく以前よりも、人びとに対して冷淡になってきた。

私はこの仕事で自分を、情緒的に無感覚にさせていくのではないかと心配している。

私はある対象者の身には、何が起こっても心底からは気にしない。

私は対象者たちが彼らの問題のうちの一部について、私を責めているように感じる。

いままでの研究結果から、MBIは、基本的に「情緒的消耗感」、「個人的達成感の後退」、「脱人格化」の3因子構造が支持されてきているが、3因子間の独立性について、特に「情緒的消耗感」と「脱人格化」の独立性についてはさらなる検証の余地がある。

ホスピタリズムの症状である「意欲減退、活動性の低下」はバーンアウトにおける情緒的消耗感と、また「感情鈍麻、外界への無関心、単調な思考や会話」は脱人格化と類似していると考えられ、抑鬱反応として見るべきであるという指摘もある。

バーンアウトが重症化して治療が必要となるケースもあり、鬱病の視点からアプローチすべきであるとの意見もある。したがって、ホスピタリズムも同様なアプローチが考えられる。しかしバーンアウトの成因とメカニズムについては鬱病とは異なるとの研究もあり、今後の詳細な検証が必要である。

(3). バーンアウトの状況要因

最近の研究では、バーンアウトの原因を個人的特性に求めるよりも、どのような状況でバーンアウトが経験しやすいのか、その背景やプロセスの研究、いうなれば「個人因子」から「環境因子」に重点が置かれてきている。ここに本研究の要点があり、発生するメカニズムに着目したい。

C・マスラック(Christina Maslach : 1978)も、バーンアウトを社会的、状況的原因という観点から理解し治癒していくことが最善であると述べている。

田尾雅夫・久保真人(Masao Tao, Masato Kubo : 1996)はバーンアウトを引き起こす状況要因を以下の5つに分けて検討している

- (i) 作業環境
- (ii) 管理体制
- (iii) 役割葛藤
- (iv) ソーシャル・サポート

(v) 社会的要因

その中でいくつかの注目すべき点がある。

(i) 作業環境

①. 仕事の切迫感

仕事の切迫感は、バーンアウトの症状のうち、情緒的消耗感の直接の原因になっているということが確かめられている。

また、必要とされる努力の量が多くなるほど、バーンアウトしやすくなることがジャクソン(Jackson et al : 1987)によって報告されている。

②. 自律性

自律性がバーンアウトの発症に密接に関わっている。

自ら決定権がないことや、自律性に乏しいことの問題点を「自律性が不足しがちで、過重な負担を受けても自分たちだけではできることが限られ、ストレスが集積してバーンアウトが発症すると考えられる」としている。

これはホスピタリズムの定義でも指摘されていた自発性・主体性の後退と関連が推察される課題であり、また、エンパワメントにも直接影響することと思われるので特に留意したい。

(ii) 管理体制の不備

①. 一方的なコミュニケーション構造

指示を受けるだけ、命令されるだけという一方的なコミュニケーション構造がストレスと密接に関わっている。

また、意思の疎通を欠く職場ではバーンアウトが生じやすい(Borland : 1981)

さらに、パインズとカフリュ(Pines & Kafry : 1978)もソーシャルワーカーについての退屈感尺度を用いて、自分の仕事に対するフィードバックを受け取ることのない人ほどバーンアウトしがちであると報告している。

この「一方的なコミュニケーション」については、前述のE・ゴッフマンによる「アサイラム」(1969)において指摘されたとおりであり、重要な要素と思われる。

②. 無秩序な組織体制

結果としてスタッフの労働過多や消耗感につながる。

③. 体制化(仕事重視のリーダーシップ)が高く、配慮(人間関係重視のリーダーシップ)が低いリーダーシップスタイルはバーンアウト傾向を高める。

④. 極度に不安を喚起する職場はバーンアウトを発生させる。

(iii) 役割ストレス

役割葛藤や役割の曖昧さと、バーンアウトとの関係を調べた研究は多い。

シュワブとイワニッキ(Schwab & Iwanicki : 1982)は教師について役割葛藤とバーンアウトとの関係を調査しMBI尺度の3因子との重回帰分析を行った結果、役割葛藤は情緒的消耗感、脱人格化と密接に関係があり、役割の曖昧さは、個人的達成感に強く関わっている要因であることが確かめられた。この結果から施設への入所にもなつて、

地域あるいは家庭その他での役割喪失または入所した施設における自らへ役割期待の曖昧さや役割獲得の失敗等の関連性が考えられる。まさに対象喪失に関わる課題であり、ホスピタリズムとの関係は大きいと思われる。

田尾(Masao Tao : 1989)はバーンアウトを規定する最も重要な要因に「役割の曖昧さ」を上げており、前述した対象喪失の広範な課題からも、障害者福祉における自立を支援する点から特に注目すべき事柄であると思われる。

(iv) 職場集団

① レイタとマスラック(Leiter & C・Maslach 1988)は職場の上司や同僚との関係を評定させ、MBIとの関係を調べた。その結果、上司や同僚との関係がうまく行っていないものほど情緒的消耗感を体験しやすいとの結果を得ており、多くの研究が人間関係がよくなるとバーンアウトに陥りやすいとしている。

② 一方、まわりの人に支えられることの重要性も指摘されている。

ザベルとザベル(Zabel & Zabel 1982)は障害児学級の教師について、バーンアウトが少ない教師は、管理者や同僚のほか、両親からの支持も受けていることが明らかにされている。

ストレス研究において、支持的な関係が大いに有効であることはすでに周知のことであり、バーンアウトとの関係は明かである。多くの研究によってソーシャル・サポートがバーンアウトを軽減する結果が報告されている。

③ ソーシャル・サポートをしやすくする組織風土

支持や相互信頼を生む風土がバーンアウトの軽減に効果的であることを明らかにした研究もある。このことは、ソーシャル・サポートがしにくくなる組織風土や支持や信頼が得にくい組織風土についても注目すべきであろう。

(v) 社会的要因

ストレスは職場の中だけで発生するものではなく、地域や家族、様々な場で発生する。同時に、ソーシャル・サポートを期待できるものでもある。視点を広げて検討する必要がある。

人間関係やストレス研究における支持的関係、ソーシャル・サポートの問題は、障害者における相談支援の必要性・重要性についても共通する課題である。

したがって、バーンアウトを引き起こす状況要因と障害者における生活支援、特に入所施設における課題点には共通する項目が見い出される。

1.3-7-1. ヒューマン・サービスにおける「組織」の特徴

さて、「環境因子」のなかで、特に「組織」に着目してみたい。

田尾・久保(Masao Tao, Masato Kubo : 1996)によると、ヒューマン・サービスのための組織には必ず利用者が存在する。

ヒューマン・サービス組織の存続には利用者のニーズや地域の課題という外からの影響に対して有効に対処できることが不可欠であり、外部の環境とは密接な相互依存関係にある組織である。

ニーズに効果的に対応する、つまり、介護やソーシャルワークなどの十分な福祉サービスや専門的情報、生活支援を地域に提供することで、組織の正当性が確かなものとなり保たれている。そのために、環境適合的な開放系システムを備えなければならない。

ほとんどの入所施設は外部環境の曖昧さに場当たりの対応し、個々の部分が緩やかに結びついているようなところがある。

組織から見ると、その外部環境である利用者がもっているニーズはたいへんに多種多様である。利用者はさまざまなニーズを組織内に持ち込もうとし、利用者以外の家族や関係者のニーズも存在し、地域における福祉ニーズはますます増大している。

田尾・久保(Masao Tao, Masato Kubo : 1996)は「組織」の運営管理について、

「ニーズへの対応、つまり

1. 「環境に適合すること」と同時に、
2. 「システムの動揺を回避するために曖昧さを極力低減すること」という相反する機能が求められる」と指摘している。

ニーズに逐一对応していると、組織のシステムそのものが根底から揺さぶられることもありうる。「組織への影響を極力少なくし、限定的なものにとどめておきたいと考えるのは運営管理上の課題」と指摘している。

(1). クライアント取り込みによる支配関係の形成

田尾・久保(Masao Tao, Masato Kubo : 1996)によると、「組織はその発達段階によるが、すべからず官僚制システムを採用することになる」という。以下は、田尾・久保(Masao Tao, Masato Kubo : 1996)の報告をもとに検証してみたい。

まず、「官僚制システムによる経営というのは、そのメンバー、つまり成員性が明らかで、誰と誰がそれに該当するかを決めたうえで、組織の権限の及ぶ範囲が決まり、応諾しなければならない人、強いて規則に従わせなければならない人が特定されてはじめて、管理運営できる」

「メンバーである人、ない人という境界があって、組織は経営の合理性が貫徹できるのである。その境界が揺らぐと、組織は命令の連鎖を維持できず、崩壊に至る」とされている。

また、ヒューマン・サービス組織の大半はメンバーの境界が曖昧である。

したがって、組織の運営管理を指向すると必然的にメンバーシップが明らかではない人たち、つまり利用者を組織のなかに取り込まなければならなくなる。

ミルズら(Mills et al. : 1983)やミルズとモリス(Mills & Morris : 1986)によれば、このような人たちを部分従事者(partial employees)と位置づけた。サービス提供事業者としての立場からも、経営に彼らの「協力」がなければ管理運営に支障を来すことになる。

つまり、ヒューマン・サービス組織は「協力」を調達することになる。