

精神科救急医療機関における ソーシャルワーク実践に関する考察

羽 鳥 恵 一

1. 背景と目的

近年、精神科医療の現場は急速に救急急性期化が進んでおり、精神科救急医療機関における精神科ソーシャルワーカー（以下、MHSW：Mental Health Social Worker）には、早期のアセスメントから退院支援、さらには再入院防止にかかる手立てまで、短期的・危機的介入だけでなく、将来的な予防をも含めて対応する力が求められるようになってきている。また、統合失調症を含めた精神疾患が軽症化している一方で、精神科病院に入院となる患者や外来相談などで持ち込まれるニーズは多様化しており、一面的な支援で対応できるようなものではなく、なっている実情もある。そのため MHSW には、様々なニーズに対応できる力量が求められるようになってきていると言える。

しかしその一方、精神保健福祉士の国家資格が定着する中で、ソーシャルワーク実践のマニュアル化が進み、ソーシャルワーク研究の動向としてもそのエビデンスを問う科学的手法が主流となっている感がある。これについては、平塚良子も近年の研究動向を踏まえ、ソーシャルワークの実践モデルや思想、理論に関する検討が漸減している傾向を指摘している（平塚 2010：43）。精神科ソーシャルワーク実践の現場においても、上述のような精神科医療の現状と軌を一にするように、退院支援をいかに効率化、簡素化するかが問われるようになってきて

いるのが現状である。

実際に精神科病院における MHSW の実践を報告したものとして、堀内亮らが国立精神・神経センター国府台病院で行った調査を見ることができる（堀内ほか 2008）。これは国府台病院において、精神科救急病棟の施設基準を取得する前後を比較して MHSW の介入に関するデータを分析したものである。ここでは、MHSW による実際の介入理由として、退院問題、心理・社会的問題、経済的問題、受診・受療問題、社会復帰問題の 5 つを挙げ、MHSW が入院早期から介入し、心理社会的課題に取り組む必要性を論じている。ただしその一方で、MHSW の実際の支援内容については触れられていない。しかし、本来問われなければならないのは、MHSW の実践内容であり、そこでの MHSW の経験知であろう。経験知とは、確かに科学的に実証することが難しい、むしろ技術におけるアートとでも呼ぶにふさわしいものである。平塚も、「ソーシャルワーカーのサイエンスにアートが生きる、相互の関係が成立する実践科学：臨床科学モデルの確立は不可欠」（平塚 2010：52）と指摘しており、今日のソーシャルワーク研究において問われているのは、このような「実践科学：臨床科学」の確立であるとしている。

そのため本論では、まずはソーシャルワーク実践理論の変遷を踏まえ、その技術論に見るアートについて検証する。その上で、実際に筆者が勤務する精神科病院（A 病院）の精神科救

急病棟でのデータを取り上げ、MHSWの援助実践の実際を分析するとともに、MHSWの援助技術におけるアートについて検討を行うものとする。なお本論では、ソーシャルワークの技術論における科学的手法に基づくスキルやテクニックに対し、ソーシャルワーカーの経験知に基づいた技術をソーシャルワークのアートと操作的に定義することにする。

2. ソーシャルワーク実践理論における技術論

ここではソーシャルワークの実践理論を概観し、その中で議論されてきた技術論を整理してみたい。その上で、ソーシャルワークの援助技術に根差すアートについて検証する。

2-1. ソーシャルワークの技術とは何か

ソーシャルワークの実践理論は、リッチモンド(Mary E. Richmond)により体系化が図られたとするのが通例である。リッチモンドは『ソーシャル・ケース・ワークとは何か』の中で、「ソーシャル・ケース・ワークは人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通してパーソナリティを発達させる諸過程からなり立っている」(Richmond=1991:57)と述べ、人間が社会環境との関係性の中に、しかも個性をもって存在していることを指摘している。その上で、ソーシャルワークは本人と社会環境との間の不調和を客観的な根拠をもって「診断」(Richmond=2012)するとともに、意図的に調整を図ることが専門的技術であるとしている。ここでは、クライアントと社会を包括的に捉えつつ、クライアントの抱えるニーズを個別化して捉えるといった、両面を併せ持った専門職としてのソーシャルワーカーが想定されている。リッチモンドは、そのようなソーシャルワ

クを担うソーシャルワーカーには、「訓練と専門的経験を通じて生来の才能を発達させる」(Richmond=1991:4)のために多大な努力が必要と考えている。

リッチモンドにより専門化を目指されたソーシャルワークに対して、例えばパワーズ(Swithun Bowers)は、「ソーシャル・ケースワークは、クライアントと彼の環境の総体のすべてまたは一部との、よりよい適応のためにふさわしいコミュニティ資源と個人の能力とを活動させるため、人間関係の科学についての知識と、関係における技能とが、使用されるひとつの技術(アート)である」(Bowers=1967:57)と定義している。ハミルトン(Gordon Hamilton)もまた、「如何なる職業においても実践はそれ自体一つの技術(アート)であり、そこにはそれぞれの文化に適応した著しい多種多様さが現われる余地がある」(Hamilton=1967:60)と述べ、リッチモンドによるソーシャルワークの「診断」の側面を発展させている。ハミルトンは、リッチモンドの言う人間と社会環境との関係性を前提に、「ワーカー＝クライアント関係を意識的にまた統御しつつ利用すること、これがケースワーク過程の中心をなす」(Hamilton=1960:31)として、ソーシャルワークに精神分析による概念を導入し、診断主義アプローチを展開している。それに対して、タフト(Julia J. Taft)やアプテカー(Herbert H. Aptekar)は、ソーシャルワーカーはクライアントを全人的な人間として理解しつつ、その目的に即して、機関の機能に応じて共に作業することが目指されるとした、機能主義アプローチを提唱した。ここでは、ソーシャルワークを開始期、中期、終期といった過程として捉え、「〈一連の面接〉が一つの過程を構成しているのであって、この過程こそ、あらゆるケースワークの基本であり、基礎になっている」(Aptekar=1968:164)として、ソー

シャルワークの機能や過程を重視している。

このような、診断主義と機能主義を折衷しようとしたのが、パールマン (Helen H. Perlman) である。パールマンは、人間と社会環境との関係性、クライアントとソーシャルワーカーの相互作用を重視しつつ、ソーシャルワークの要素を、「人」「場所」「問題」「過程」の4つに分け、それぞれに分析を加えた (Perlman=1958)。ここにおいても、現在のアセスメントに位置づけられる「診断」をする際、問題を措定して、将来を想像するソーシャルワーカーの力は、「われわれが『印象』と呼んでいる本能、直覚、洞察、そして半ば形成された概念の群がりをはっきりした認識にすることに他ならない」 (Perlman=1958:151) と考えられている。また、バートレット (Harriett M. Bartlett) は、ソーシャルワークの価値と知識を共通基盤に置き、人と社会との相互作用における社会的状況の個別性を重視することにより、ソーシャルワーク実践を決定するという形で、診断主義と機能主義の統合を試みた。そして、ソーシャルワークの社会的機能、アセスメントにおける専門職的判断、介入的活動などを明確化している (Bartlett=1978)。バートレットは、このような形でソーシャルワークの専門職化を目指しつつも、ソーシャルワーカーは、状況の中に参加する一方で、客観的に考察できる距離を取り、実践に取り組む必要があると指摘している。

このように統合化を図られたソーシャルワークは、1980年代に入り、システム理論や生態学の影響を受け、エコロジカルモデルが導入されることとなった。ジャーメイン (Carel B. Germain) とギッターマン (Alex Gitterman) によれば、ソーシャルワークは「環境の中の人間 (person-in-environment)」 (Germain & Gitterman=2008:4) の概念をもとにした統

合的な実践であり、ソーシャルワーカーとは、「人々のさらなる成長の可能性を引き出したり、また、人間の可能性を促すための多様な支援的な環境を増進する人間:環境の交換 (相互作用) を目指す専門職」 (Germain & Gitterman=2008:9) として位置付けられている。このようなエコロジカルモデルは、ストレンクスモデルと切り離すことはできない。サリーブイ (Dennis Saleebey) は、あらゆる個人、グループ、家族、コミュニティはストレンクスを持っており、いかなる環境でも資源であふれていると考え、ソーシャルワーカーは実践の中でそれらを見出し、クライアントが活用できるよう支援する必要があるとしている (Saleebey 2008)。さらに、エコロジカルパースペクティブとストレンクスパースペクティブは、ジョンソン (Louise C. Johnson) とヤンカ (Stephen J. Yanca) によるジェネラリストアプローチにも影響を及ぼす。ここでは、ソーシャルワーカーには「クライアントのおかれた状況を評価し、変化への取り組みに向けた適切な関心を向ける単位 (units of attention) や取り組みの焦点といったシステムを決定することが求められる」 (Johnson & Yanca=2004:1) のであり、心理学や社会学といった社会科学を基礎に、ソーシャルワークの取り組みが整理されている。ジョンソンとヤンカは、そのようなソーシャルワークの科学性を追求してソーシャルワークの技術を捉える一方、ソーシャルワーカーの創造的姿勢を「ソーシャルワークのアート」とし、「知識と価値と技術の活用の中に科学とアートが融合されて、専門職業的なソーシャルワークの本質が発揮される」 (Johnson & Yanca=2004:78) と述べている。さらに、「対人サービス提供システム全体が何らかの形で時間制限を持つサービス形態へと移行しつつある」 (Johnson & Yanca=2004:275) とし、ソーシャルワーク実践が何

らかのゴールを想定した時間期限を持つサービスへと移行しつつあること、その中で効率的にクライアントに関わる必要性があることを指摘している。このような多様なゴールを想定した援助計画を検討するためには、ソーシャルワーカーの創造的姿勢が重要になると考えられる(Johnson & Yanca = 2004 : 99)。

このように、ソーシャルワーク実践理論を概観すると、少なからずアートに裏打ちされた技術論が意識されてきたことが理解できる。ただし、いずれの理論においても、アートの実際については詳述されてはいない。

2-2. 日本におけるソーシャルワークの技術論

日本においても、ソーシャルワークはその科学性に主眼を置いて導入が図られてきた。例えば竹内愛二は、ソーシャルワークを「生活上の種々なる問題と関連して個人又は家族が陥った社会関係の不調整を個別的に再調整することによって、人格の成長発達をなさしめるためにとられる科学的認識に即した技術的過程」(竹内 1950:14)と定義し、科学的前提に基づいたソーシャルワークの技術論を展開している。しかしその一方で、ソーシャルワーカーの指示が「人間的には、どこまでも暖かいものが、明かに感じられるものでなければならない」(竹内 1950 : 26)とした上で、「ワーカーの個人的な性格や、感情などが非常に重要性をもつのみならず、彼の性格や、感情などが、面接の相手、特に被助者との関係にどう響いて来るかということが、甚だ重大な問題になる」(竹内 1950 : 27)と指摘している。ここには、ソーシャルワークの技術がスキルだけに収斂しないものであることが示唆されている。また、大塚達雄も、「ケースワークは、科学であり技術である、あるいは、科学であろうとしている」(大塚 1960 : 31)としつつも、ソーシャルワークを「人間への尊敬

と愛情をもたないでできるような、口先だけの技術ではない」(大塚 1960:33)とし、ソーシャルワーカーの「自己確知」の必要性を指摘している。このようなケースワークの技術について、仲村優一はパワーズによるソーシャルワークの「アート」を引き合いに出し、「科学的方法たることをめざしながらも、そこに生ずる結果は、ちょうど、芸術作品が個々の芸術家の持ち味を表現しているのと同じように、個々のケースワーカーごとに異なるものがある」(仲村 1964 = 2003 : 14)と述べる一方、「アート」という言葉が、名人芸のようなものを思わせる側面があるため、用いられなくなってきていると指摘している。

ソーシャルワークの技術論は、その科学性をめぐり、その後も議論が展開されることになる。例えば本出祐之は、従来の信仰や信念に基づく慈善事業としてのソーシャルワークから脱却し、客観性を主張しうる実証的根拠を前提とした科学的に自立したソーシャルワークの必要性を指摘する(本出 1956)。しかしその一方で、例えば、足立叡がソーシャルワークの技術主義的偏重に対して、「人間関係学」に基づく「臨床社会福祉学」という概念を用いて新たなソーシャルワーク理論の確立を試みたり(足立 1996)、阿部志郎がソーシャルワーカーの姿勢を、クライアントの『呻き』を、全人格的に受けとめ、いかに主体的な自己の存在をあげて対応するかが問われるので、知識や技術をどう活用し生かすかの『態度』と『精神』の問題」(阿部 1997 : 10)として捉えたり、嶋田啓一郎が「社会科学における技術的中立性の理論は、社会福祉実践においても、ワーカーとクライアントとを、相互に人格的係わりのない客体として対置し、本質的に私と汝との出会いを拒むことによって、人間関係の非人格化、即人間失格の状態に導く」(嶋田 1980 : 278)と

して、信仰に根差したソーシャルワーク実践を提唱したりしている点などは、いずれも客観的かつ実証の根拠を前提とした科学的ソーシャルワーク理論に対する反論であると言える。

近年では、2020年に「ソーシャルワーカーの倫理綱領」が改正され、その中に「ソーシャルワーカーは、すべての人々を生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面からなる全人的な存在として認識する」(日本ソーシャルワーカー連盟 HP) という条文が新たに設けられた。例えばエドワード・カンダ (Edward R. Canda) は、スピリチュアリティを生の意味や道徳性、自己や他者との適切な関係性、そしてすべてに影響をもたらす超越的他者との関係性を見出すための生の方法と捉え (Canda 1998)、「人間存在とその文化の普遍的特質を指し示すものとして、すなわち、意味、目的、道徳性、超越、ウェルビーイングの探究や、自分自身・他者・究極の存在との深遠な関係の探究にかかわる特質を指し示すもの」(Canda = 2014 : 5) と定義している。また、木原活信も、スピリチュアリティを「人間を超越する存在との関係性を創生するもの、人間存在の意味を創生させるものの総称」(木原 2003 : 13) と位置付け、「①人間の4側面(心理的、身体的、社会的、霊的=スピリチュアル)の一つという側面的理解、②人間の全体性を包含するもの、③人間の核であり、その根源をなすもの」(木原 2021 : 101) と捉えている。スピリチュアリティは、確かに宗教性との関連など、多分に議論を要する概念であると考えられる。ここではあくまで心理、身体、社会と並列的に位置づけられると同時に、それらを包含して人間を一元的に捉えうる概念であることを指摘しておくに留めるが、このようなソーシャルワーカーの姿勢が重視されてきていることも、ソーシャルワークの科学偏重への反動と見ることができよう。

このように、ソーシャルワークの技術論は科学的な自立性を目指す一方で、アートとしても捉えられることが理解できるであろう。しかし、ここでもアートの詳細については議論されていない。やはり、求められるべきは、ソーシャルワークのアートを実践に即した形で検討することなのではないかと考える。

3. 精神科救急医療の現状

以上のようなソーシャルワークの技術論におけるアートについて、実践場面に即して検証を行うべく、ここではA病院におけるデータを取り上げ、精神科救急病棟におけるMHSWの援助実践の実際を分析する。

3-1. 精神科救急病棟の実際

精神科救急病棟とは、2002(平成14)年の診療報酬改定で新たに創設された精神科入院基準である。施設基準を見ると、年間の入院患者の6割以上が非自発的入院、4割以上が向こう3か月以内に精神科への入院歴がない新規入院患者であること、6割以上が3か月以内に自宅へ退院すること、などの条件がある。診療報酬上の単価を見ると、入院後1か月以内が3,579点、1か月を超えると3,145点となっており、精神科で最も高い医療費が設定されている。しかし、入院から3か月を超えると新規算定外患者とみなされ、精神病棟入院基本料15対1(830点)に減額されることになる。また、精神科を退院してから3か月以内に入院歴がある場合にも新規算定外患者とみなされる。したがって、施設基準や診療報酬の観点から、精神科救急病棟への入院は3か月を限度とし、退院後3か月以内は再入院をしないようにする意図が暗黙裡に働くことが理解できるであろう。

2013(平成25)年「精神保健及び精神障害

者福祉に関する法律」の改正では、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現が謳われている。具体的には、医療保護入院患者の退院による地域生活への移行を促進するために必要な体制の整備、精神科病院に新たに退院後生活環境相談員を配置し、入院診療計画に記載する入院期間を超える入院となる場合には、医療保護入院者退院支援委員会を開催することが義務付けられた。これにより、全ての医療保護入院患者に対して、入院後7日以内に通知文書をもって、担当相談員が選任されたことや退院に向けての支援内容などについて説明しなければならないこととなった。なお、退院後生活環境相談員には、医療保護入院患者に対して退院に向けた相談支援業務を行うこと、地域援助事業者等と連携を図り、必要に応じて地域援助事業者を紹介しなければならないこと、入院診療計画に記載する入院期間を超える入院となる場合には、退院支援委員会を開催することも義務付けられている。このように、精神科救急病棟では、入院早期から医療保護入院患者の退院に向けて取り組むことが法律上にも明記されることとなったのである。

例えば、A病院では合計102床となる精神科救急病棟2単位があり、緊急を要する患者の入院対応を行っている。A病院が立地する医療圏域には、救急救命センターが1病院、救急告示病院が12病院あり、自殺企図等で救急隊から救急病院に搬送され、その後も希死念慮などが継続している患者の転送先としての機能も果たしている。具体的に2020年度には、A病院全体の入院件数1,272件に対して、救急医療機関からの入院が293件(23.0%)となっている。また、救急隊から直接搬送を依頼されるケースもあり、2020年度には年間41件(入院24件、外来17件)の受け入れを行っている。

次いで、A病院の精神科救急病棟を概観してみる。平均在院日数は、概ね40～50日となっており(表1)、毎月の入院件数は月によるばらつきはあるものの、それぞれの病棟ごとに、30名前後となっている(表2)。休日・夜間の臨時受診や緊急の入院もあり、月平均で30件前後の件数を応需している(表3)¹⁾。また、救急病棟における医療保護入院患者の退院支援委員会は2病棟を合わせて年間35件ほどの開催にとどまっております(表4)、このことは、入院診療計画書に記載された入院期間を超えて入院が長期化する医療保護入院患者が各病棟で月1～2名程度になることを示している。言い換えれば、救急病棟に入院する患者の約5%が3か月を超えて長期化しているものであり、逆に、それ以外の入院患者は長期化せず、3か月以内または所定の入院期間以内に退院されている、ということでもある。なお、入院患者の割合は、約40%が統合失調症や統合失調症型障害及び妄想性障害、約35%が気分障害、残りを、認知症を含む器質性精神障害、精神作用物質使用による精神及び行動の障害、神経症性障害やストレス関連障害及び身体現性障害、といった症状の患者が占める形となっており、その入院の要因や患者の病態も多様化していることが理解できる(表5)。

A病院では電話や来談による入院相談の全般をMHSWが応需している。その結果、MHSWが入院の必要性や緊急性を判断し、救急担当医師や病床調整看護師と連携して入院患者の受け入れを調整することで、必然的にトリアージ機能を担うことになる。また、入院の可能性がある場合には、退院支援を担当するMHSWと連携し、入院前の情報を共有するとともに、入院診察への陪席を誘導する。これにより、入院後の担当MHSWが入院患者の入院までの経緯や当時の生活状況、利用していた社会資源や関係

機関をいち早く知ることができる。場合によっては、入院と同時に関係機関との連絡調整を開始し、本人が入院となった経緯を理解するとともに、退院後の理想的な生活をイメージして、それに必要な社会資源や支援体制を再検討することができる。また、入院診察に陪席した医療保護入院患者の場合には、退院後生活環境相談員選任のお知らせ文書による告知も可能となる。さらに、それと同時に初回面接を行うこともできるため、特に家族の意向を確認するには貴重な機会となる。中には家族が遠方、または疎遠の場合もあり、入院時の顔合わせを逃すと電話による連絡調整しかできなくなり、退院まで顔を合わせないといったことにもなりかねない。

そのためにも、入院前の情報収集、入院時の初回面接による早期の支援は、早期退院を目指すうえで重要な要素となると考えられる。

さらにA病院では、急性期クリニカルパスを設け、入院から退院までに職種が行う業務を細分化している。MHSWは、入院から2週間以内に初回のパスカンファレンスの設定、開催が業務化されており、それまでの間に本人や家族との面談、入院前に関係していた関係機関からの情報収集を行い、入院に至った経緯と同時にその課題を整理することになる。初回のパスカンファレンスでは、それぞれの職種から、入院時の課題が取り上げられるとともに、入院後の患者本人の状態について情報共有がなされ

(表1) 平均在院日数 ※単位：日

	2019年度	2020年度
X病棟	46.3	50.0
Y病棟	48.5	49.6

(表2) 入院者数 ※単位：人

病棟		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
X	2019年度	28	35	30	31	31	32	32	27	26	42	28	32
	2020年度	25	37	30	32	22	30	23	27	24	28	25	32
Y	2019年度	28	29	31	34	27	25	28	23	28	27	20	28
	2020年度	30	27	29	28	21	32	23	21	30	24	19	25

(表3) 夜間・休日時間外受診及び入院者数 ※単位：人

2019年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
外来	11	33	19	16	16	22	11	13	21	21	14	6
入院	19	23	15	15	8	18	22	13	16	28	14	13
合計	30	56	34	31	24	30	33	26	37	49	28	19

(表4) 退院支援委員会開催数 ※単位：回

	2019年度	2020年度
X病棟	24	20
Y病棟	8	16

(表5) 入院患者病名割合 ※単位：%

病棟 \ ICD-10		F0	G3	F1	F2	F3	F4	F5	他のF	他のG	その他
X	2019年度	5	7	3	42	31	6	1	5	0	1
	2020年度	4	6	4	38	37	7	0	4	0	1
Y	2019年度	7	5	3	36	38	6	0	4	1	0
	2020年度	5	6	1	40	36	8	0	3	1	0

る。また、今後の治療方針や退院の目途、退院後の生活イメージなども共有し、入院中に各職種による取り組みが整理される。必要であれば、退院までの間に2回目のパスカンファレンスを設定する。MHSWには、退院に向けたサービスの調整や新規利用の準備、必要に応じた地域援助事業者との顔合わせや関係者会議、退院前訪問指導の実施などが業務として設定されている。

3-2. 精神科救急病棟における精神科ソーシャルワーカーの実際

A病院におけるMHSWの業務の実際を概観すべく、2021年4月～6月の3か月の間に救急病棟に入院した患者138名を対象に、MHSWの支援についての分析を行った²⁾。入院形態は、非自発的入院（医療保護入院76.8%、応急入院5.0%、措置入院0.7%、鑑定入院0.7%）が115名で83.3%を占め、任意入院が23名（16.7%）であった。また、入院期間は、1週間以内が8名（5.8%）、2週間以内が6名（4.4%）、1か月以内が21名（15.2%）、2か月以内が42名（30.4%）、3か月以内が43名（31.3%）、3か月超えが18名（13.0%）であった。なお、3か月を超える入院患者のうち、半数の9名は65歳以上であった³⁾。

入院患者のうち、MHSWが関与しなかった患者はわずかに1名（0.2%）で、休息目的で任意入院となった、特に支援の必要性を有しない患者であった。137名（99.8%）に対しては何らかの支援を行っており、関与開始までの期間は、入院当日（0日）が67名（48.6%）、入院翌日（1日）が30名（21.7%）、翌々日（2日）が18名（13.0%）、3～6日が14名（10.1%）、7日が1名（0.7%）、8日以上が7名（5.1%）であった。初回の関わりが8日以上の子の入院形態は、任意入院が4名、医療保護入院が1名、

応急入院が1名、鑑定入院が1名という内訳となっている。ここから見ても、入院後2日までの早期に何らかの支援を行っていることが理解されよう。また、関与が遅れた患者は、自発的な入院で課題が早期に表面化しなかったか、もしくは応急入院や鑑定入院といった治療を優先する中で、MHSWの支援が後回しになったかであると考えられる。

初回時の具体的な支援内容については、医療保護入院のお知らせ文書のみが34名（24.6%）、初回面談が14名（10.1%）、関係機関との連絡調整が13名（9.4%）、文書及び面談が35名（25.3%）、文書及び連絡調整が31名（22.5%）、面談及び連絡調整が2名（1.5%）、文書と面談の上での連絡調整が5名（3.6%）、パスカンファレンスを含めたカンファレンスが3名（2.2%）となっている。文書のみで初回の関わりを行った医療保護入院患者のうち2名は、その後具体的な関わりを持たずに、この時のみで退院しているが、それぞれの入院期間は6日、15日と短くなっている。なお、それ以外の135名（97.8%）に対しては、初回以降にも、何らかの具体的な支援を行っている。関与回数は、初回と別に1回（計2回）が5名（3.6%）、初回と別に2回（計3回）以上が130名（94.2%）となっており、複数回にわたって何らかの支援を行っていることが分かる。

具体的な支援内容については、本人、家族に対する面談が130名（94.2%）、関係機関との連絡調整が75名（54.3%）、パスカンファレンスを含む院内のカンファレンスが65名（47.1%）、関係者会議や退院前カンファレンス等の地域援助事業者を含めたカンファレンスが35名（25.4%）、介護サービスや障害福祉サービス、訪問看護や入居先施設の提案、在宅生活にかかるサービス提供、自立支援医療制度や障害年金、障害者手帳などの制度紹介、成年後見

制度の申請手続きなどといった各種制度・サービスの情報提供が46名(33.3%)、退院前訪問指導が7名(5.1%)、退院後の外来予約や地域援助事業者への退院日の伝達など、各種連絡調整が51名(37.0%)、入院期間が3か月を超えた場合の退院支援委員会の開催が6名(4.4%)、家賃の支払いや入院費の支払い、転院や退院時の送迎、職場上司面談などのその他の支援が7名(5.1%)となっている。なお、調査期間中、3名の患者から担当MHSWへの苦情や提供したサービスへの不満が生じ、上席のMHSWがフォローに入る事案が生じている。ここからも、本人、家族との関係形成の難しさ、さらには本人や家族に合った的確なサービスを判断する難しさを垣間見ることができよう。

このように、精神科救急病棟におけるMHSWは、面談による本人、家族との関係性の形成を前提に、病院内の多職種チームや地域援助事業所との連携を行っていることが理解できる。また、相談の内容は、介護サービスや障害福祉サービス、各種社会保障制度の説明、場合によっては自宅への訪問や各種手続きへの同行など、非常に多岐にわたるものとなっている。例えば慢性期疾患の方で、本人に身寄りとなる親族もおらず、着の身着のまま入院した場合などは、入院中に必要な物品を持参すべく、入院早々に自宅訪問を行わなければならないであろうし、応急入院で身寄りのない場合には、72時間以内に本人の居住する市区町村の管轄窓口と連絡を取り、市町村長の同意による医療保護入院に切り替える必要も出てくる。また、入院費用に不安がある場合には、高額療養費制度の手続きや、場合によっては、入院当日に生活保護の新規申請を行うこともある。中には、住居がない、もしくは家主から強制退去を迫られているという場合もあり、入院中に居住先を確保することが求められることもある。さらには、家賃の支

払いや退院時の送迎など、病棟のMHSWが既存のサービスの間隙を埋めるような支援を行うこともあるのである。

精神科救急病棟では入院期間が限られることもあり、MHSWには早期の退院を想定した関わりが求められる。そのためにも、本人の痛みや苦しみといった感情を直観的かつ共感的に理解し、諦めずに関わり続ける姿勢を示すことで、本人に信頼してもらうと同時に、迅速かつ正確に本人の生活上の困りごとを把握し、家族や地域援助事業者と協働して本人を支える仕組みづくりを行うことが求められる。その際の計画は、退院を想定した限定的なものではなく、退院後も長期的に実践できるものでなければならない。本人のあるべき理想的な未来を想像し、将来起こりうるであろう事態を予測、想定しつつ、制度やサービスなどを提供していく必要があると言えるのである。

4. 精神科救急病棟における精神科ソーシャルワーク実践

前節までの精神科救急病棟の実情を踏まえ、ここでは精神科救急病棟における退院後生活環境相談員の養成テキストに見るMHSWの援助内容を概観した上で、MHSWの援助技術におけるアートについて検証する。

4-1. 退院後生活環境相談員としての精神科ソーシャルワーカーの業務と役割

先述のような医療保護入院患者に対する退院後生活環境相談員は、業務の内容上、精神保健福祉士が担うことが多いと考えられる。退院後生活環境相談員養成研修テキストでは、退院後生活環境相談員となる精神保健福祉士の役割として、入院当初から本人及び家族の意向を確認し、入院前に関わりのあった機関から情報収集

を行い、早期アセスメントを行うとともに、退院を阻害しうる社会的課題を明らかにし、課題解決を図ることで早期退院、社会的入院の解消を目指す（厚生労働省「退院後生活環境相談員養成研修テキスト」）。具体的には、入院の診察場面から陪席をし、入院早期に本人、家族と面談を行うことで入院に至った経緯や社会生活上の背景、利用していた社会資源や関係機関の情報を整理し、退院後の支援を想定していく。また、本人や家族に必要と考えられる情報を的確に提供し、本人、関係者とともに将来的に希望される生活の実現に向けて支援を行うとされる。その際、本人主体、自己実現の原理に基づき、パートナーシップを形成しつつ、支援することが求められる。また、エコロジカルパースペクティブに基づく、人と状況の全体関連性を念頭に、マイクロ・メゾ・マクロの連続性において現象を捉え、バイオ・サイコ・ソーシャルの全体性の中で支援を展開する必要があるともされている。

さらに、退院後生活環境相談員を担う精神保健福祉士の技術として、①関係形成技法、②面接技法、③アセスメント、④個別援助技術、⑤集団援助技術、⑥地域援助技術（コミュニティワーク）、⑦ケアマネジメント、⑧チームアプローチ、の8点を挙げて説明している。その際、例えば関係形成については、インタラクシートやアセスメントツール、入院診療計画書などを用いて支援するとされる一方、「傾聴」「受容」「共感」を前提に、バイステック（Felix P. Biestek）による7原則（Biestek=2006）を取り上げている。また、チームアプローチでは、クライシスプランの作成が大切とされる一方、多職種が日常的に声を掛け合える風土や、本人の気持ちの揺れを地域援助事業者と共有すること、地域の社会資源を見聞きする必要があるとされており、その技術論は非常に多彩な内容となってい

る。

このように、精神科救急病棟におけるMHSWの援助実践の実際を見ると、目の前のクライアントにどこまで力を注ぐかは、MHSW個人の判断や力量に委ねられていると考えられる。このような力量は、確かに長年の臨床体験や自己研鑽によって培われていくものであるとも考えられるが、逆を返せば、このことは精神科ソーシャルワーク実践の質が、そこで関わるMHSWの個人的な能力や資質の問題に転嫁されてしまいかねないことを示しているとも言える。これについては安井理夫も、「属人的な勘や経験、熟練した技などに依拠しなければ、ソーシャルワークは専門的な支援として成立しえない」（安井2009:33）と述べており、最終的にはMHSWの「属人的な勘や経験」に任せてブラックボックス化してしまっている精神科ソーシャルワーク実践の現状を批判している。このような視点から見ても、精神科ソーシャルワークの援助技術におけるアートについて、改めて実践に即して捉え直す必要があると言えるであろう。

4-2. 精神科ソーシャルワーカーの技術（アート）の実際

精神科ソーシャルワーク実践の場合、その焦点は、不適応を起こしている社会環境や人間関係との調和や再適応となる。そのため、本人の変化だけでなく、環境の変化や新たな社会資源や制度・サービスの利用といった、本人を取り巻く周辺へのアプローチも求められる。そのため、様々な援助技術を折衷的に用いる必要性が生じてくる。具体的には、心理社会的アプローチにおける心理的側面を重視したアセスメント、機能的アプローチにおける機関の役割を意識した地域援助事業者との連携、問題解決アプローチに見られるような援助プロセスを意識

した関わり、行動療法的アプローチによる認知と行動の関連性の分析やクライシスプランのようなツールの作成など、非常に多岐にわたる実践理論を本人に合わせて折衷的に用いるのである。場合によっては、ソーシャルアクションやソーシャルプランニングといった、行政や政治にも働きかけて政策立案に提言をしたり、新たな組織開発をしたりといった、メゾ・マクロの視点が求められることもある。特に精神科救急病棟では、時間制限がある中での支援が求められるため、MHSWはいかに早くクライアントの退院後の生活をイメージできるかが問われることになる。このように、MHSWには、それぞれの実践理論に精通するとともに、それを個々のクライアントに対して的確に用いることのできるジェネラリストとしての力量が求められると言えるであろう。このような様々な理論や技術の組み合わせ方、それが本人にいかにか適合するかを想像する力こそが、ソーシャルワークのアートの一側面であると考えられるのである。

その一方で、A病院でも9割以上の患者に面談を実施していたように、ソーシャルワーク実践においても面接技術は大変重要な技術である。面接におけるアートは、古くはサリヴァン(Harry S. Sullivan)の「アンテナ感覚」(Sullivan = 1986)や、神田橋條治の「コツ」や「センス」(神田橋 1984)などといった、精神科臨床における直観や洞察力、感性や想像力に見ることができるものである。サリヴァンは、精神科医が「アンテナ感覚」を研ぎ澄ませて、面接場面で「関与的観察」を行う必要性を指摘している。サリヴァンの面接技法を踏まえ、前田重治は「芸」から心理面接の場面を分析している(前田 1999)。このように、面接におけるアートは、精神医学や心理臨床といった隣接領域において、議論をされ続けてきているものであり、精神科ソーシャルワーク実践においても、改めて

問われなければならないであろう。

また「関与的観察」は、ショーン(Donald A. Schön)の言う「行為の中の省察」(Schön = 2001)にも通じる。ショーンは「反省的实践」についても述べており、専門家には専門職としての権威を脱ぎ捨て、実践の不確実性の中で新たな知を発見することが重要であると指摘している。また、ショーンの言う「反省的实践」を考えた時、アンダーソン(Harlene Anderson)とグリーシャン(Harold Goolishian)がクライアントこそが専門家であるとして、専門職の無知の姿勢を重視するあり方も思い浮かべることができるであろう(Anderson & Goolishian = 1997)。これはドミナントなストーリーに対してクライアントそれぞれのオルタナティブなストーリーを重視するナラティブアプローチにおける専門職の姿勢でもある。MHSWの実践においても、クライアントの主体性や個別性を重視した関わりが重要視されるが、その際の基本的な立場として、ナラティブアプローチは重要な理論になると考えられる。また、ナラティブアプローチの理論的背景には、現実の意味構成は対話(ダイアローグ)から始まると考える社会構成主義(Gergen = 2004)がある。ここでは、現実の意味は固定的なものではなく、個人によって多様に変化するとともに、そこに参加する人々の対話の中から無数に形成される不確実なものと考えられている。このような考え方を家族療法に用いているのが、アンデルセン(Tom Andersen)の提唱するリフレクティング・チーム(Andersen = 2001)であり、これを精神科臨床に応用しているのが、セイックラ(Jaakko Seikkula)によるオープンダイアローグ(Seikkula = 2002)である。ここでは、問題解決を志向するのではなく、あくまで対話を目的とした対話が目指され、専門職の基本姿勢として、不確実性への耐性、対話主義、多声性の3

点が求められる。また、対話を内的対話（垂直的ポリフォニー）と外的対話（水平的ポリフォニー）として捉え、参加者に内的対話を促すように専門職によるリフレクティングを行うとともに、それぞれに生じた内的対話を想像する間主観性が求められるとしている（Seikkula & Arnkil = 2019 : 208）。精神科救急病棟における MHSW にも、単に入院に至った問題を洗い出し、その解決を図って退院を目的とするのではなく、クライアントとの対話を重ね、本人の内的世界や垂直的ポリフォニーを想像する姿勢が求められるのである。

なお、このような姿勢でクライアントに向き合うとき、例えば尾崎新が MHSW の自己覚知を重視し、逆転移を含めた感情を援助関係の中に活かすあり方を提案しているように（尾崎 1994）、MHSW 自身の自己覚知が非常に重要になる。先述のように、近年ソーシャルワーカーには、クライアントをそのスピリチュアリティをも含めた全人的な存在として理解する姿勢が求められるようになってきている。特に精神科病院では、自殺企図後の患者、虐待や DV による被害を受けた患者、大切な人を亡くした後の悲嘆に苦しむ患者など、多くのスピリチュアルな痛みを抱えた患者が入院してくることになる。そのようなクライアントに向き合うとき、MHSW に求められる技術は一面的なマニュアルやテクニックで通用するようなものではなく、本人のスピリチュアルな側面までも意識した関係形成技法が必要になると言えるであろう。その場合、精神科救急病棟の MHSW には、自身のスピリチュアリティへの自覚を持ちつつ、「反省的実践」に立ってクライアントとの関係性を構築し、院内の他職種や地域援助事業者とのチーム形成を目指す技術が必要になる。こうした面接技法や関係形成技法もまた、ソーシャルワーク技術におけるアートの一側面と捉えられるの

である。

以上これまで、ソーシャルワーカーの経験知に基づいたソーシャルワークのアートに通じる実践技術について概観した。このような技術は、一面では名人芸のような、いわば到達すべき職人技のようにも捉えられるであろう。しかし、アートはあくまでも目指されるべき理想形で、到達点があるわけではない。いやむしろ、MHSW の感性や人間性といった経験知に基づき、「反省的実践」の上でクライアントと共に協働していく、「今、ここ」における支援のあり方と捉える方が妥当である。大谷京子も「今」という状況をどのように分析し、何を目的にしているのか、その上でどういう立場に立ち、クライアントをどのように捉え、どういう関係を形成しようとしているのか、文脈と目的に照らして省察する必要がある」（大谷 2012 : 185）と指摘しているように、そのためには MHSW 自身の「今、ここ」における省察や自己覚知が必要になるのである。これは、MHSW の姿勢の問題であり、それによっては精神科救急病棟における MHSW はもとより、あらゆる MHSW の実践で取り組むことができると考えられる。このように、MHSW には自らの実践を常に振り返りつつ、クライアントの置かれた文脈と目的の中で、MHSW 各々のその時の経験知に基づき、様々な技術を組み合わせて実践に取り組む姿勢が求められていると言えるのである。

5. 考察及び今後の課題

以上これまで、精神科救急医療を取り巻く現状を概観し、精神科救急病棟でのデータを検証し、そこでの MHSW の援助実践を検討した。確かに、今回の検証は限定的なものであり、このデータが全ての精神科救急病棟における MHSW の実情を示す妥当性を持つとは言いき

れないであろう。しかし、それでも精神科救急病棟における MHSW が実際にどのような援助実践を行っていたかを明らかにすることはできたのではないかと考える。特に、入院早期から本人、家族と関係性を形成し、それぞれのニーズを的確に把握して、適切な制度やサービスを提供していく取り組みは、単純にマニュアル化できるようなものではない。中でも、慢性期のクライアントは、治療抵抗性やアドヒアランスの低さなどから通院の継続が難しく、症状の悪化を呈して再入院を余儀なくされることもあるであろうし、そのようなクライアントに対して、MHSW がそれぞれの経験知に基づいた「反省的実践」を意識しつつ、家族や地域支援事業者と協力しながら長期的な視点で支援することは、本人の変化に対する早期の気づきや何らかの手立ての構築はもちろんのこと、結果として、本人の安定した地域生活の継続に繋がりと考えられる。このように、精神科ソーシャルワーク実践では、ソーシャルワークの専門化や科学化を目指すだけでなく、クライアントの感情を直観的に理解し、クライアントに共感的に向き合うとともに、ソーシャルワーカーとクライアントとの関係性やワーカー自身の感情を実践の中で活用し、実際の援助過程の将来やクライアントの未来に対して創造的かつ予知的な感性を持つといった、まさにアートと呼ぶにふさわしい技術のあり方が問われていると言えるのである。

なお、本論では精神科救急病棟における実践の一端を明らかにしたが、その実践の詳細を検討するには至らなかった。特に、面接場面や関係形成の実際、ナラティブアプローチやオープンダイアログによる実践など、現場実践の事実に即した検証が欠けていると思われる。また、MHSW の自己覚知におけるスピリチュアリティの気づきやクライアントとの協働のあり

方などについても詳述することができていない。今後は、ソーシャルワークの実践理論や隣接領域の技術論におけるアートを改めて検討するとともに、精神科救急病棟における対応事例の分析や MHSW の関与観察などを通じて、MHSW の援助実践の詳細を検証することで、ソーシャルワークのアートをより実証的かつ具体的に明らかにしていく必要があると考えている。

【注】

- 1) COVID-19 に伴い、2021 年 3 月以降、夜間・休日における時間外受診及び入院者数が大幅に減少している。そのため、本研究では 2019 年度の数値を基準値として採用した。
- 2) COVID-19 による緊急事態宣言や A 病院におけるクラスター感染の発生等があり、入院患者数や対象層は 2019 年度、2020 年度と単純な比較は難しいと考えられる。しかし、MHSW による介入のあり方には大きな変化は見られないと思われたため、直近の 3 か月に絞って分析を行った。
- 3) 入院が長期化する患者の半数が 65 歳以上の高齢者であった理由として、①介護サービスを新規に導入する場合、要介護度が確定するまでに時間がかかる、②介護サービスを用いても在宅生活が困難であった場合、入居先施設を検討しなければならず、施設見学や選定、入所判定などに時間を要する、③家族が働き盛りの場合が多く、なかなか連絡が取れずに相談することが難しい、などの理由を挙げることができる。

【引用・参考文献】

- 阿部志郎 (1997) 『福祉の哲学』誠信書房。
- 足立毅 (1996) 『臨床社会福祉学の基礎研究』学文社。
- Andersen, Tom (1991), *The reflecting team : dialogues and dialogues about the dialogues*, W W Norton & Co Inc. (=2001, T. アンデルセン [著]、鈴木浩二 [監訳] 『リフレクティング・プロセス : 会話における会話と会話』金剛出版)。
- Anderson, Harlene and Goolishian, Harold (1992), *Client is the Expert*, McNamee, Sheila and Gergen, Kenneth J. eds, *Therapy as social construction*, Sage Publications, Inc, 22-29. (=

- 1997, H. アンダーソン・H. グリーシャム「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ」、S. マクナミー・ケネス J. ガーゲン [編]、野口裕二・野村直樹 [訳]『ナラティブ・セラピー：社会構成主義の実践』金剛出版).
- Aptekar, Herbert H. (1941), *Basic concepts in social casework*, Chapel Hill : University of North Carolina Press. (=1968, H.H. アプテカー [著]、黒川昭登 [訳]『機能主義ケースワーク入門』岩崎学術出版社).
- Bartlett, Harriett M. (1970), *The common base of social work practice*, National Association of Social Workers. (=1978, H. M. パートレット [著]、小松源助 [訳]『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房).
- Biestek, Felix Paul (1957), *The Casework Relationship*, Loyola University Press. (=2006, F. P. バイステック [著]、尾崎新・福田俊子・原田和幸 [訳]『ケースワークの原則』誠信書房).
- Bowers, Swithun (1950), *The Nature and Definition of Social Casework*, *The Principles and Techniques in Social Casework ed*, Cora kasius, New York Family Service Association of America. (=1967, S. パワーズ [著]、松本武子 [訳]「ソーシャル・ケースワークの本質と定義」、松本武子 [編訳]『ケースワークの基礎』誠信書房).
- Canda, Edward R. (1998), *Spiritually sensitive social work : Key concepts and ideals*, *Journal of Social Work Theory and Practice*, 1 (1), 1-15, Retrieved 10 February 2009.
- Canda, Edward R. and Furman, Leola D. (2010), *Spiritual Diversity in Social Work Practice : The Heart of Helping*, *Second Edition*, Oxford University Press. (=2014, エドワード R. カンダ・レオラ D. ファーマン [著]、木原活信・中川吉晴・藤井美和 [監訳]『ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティとは何か：人間の根源性にもとづく援助の核心』ミネルヴァ書房).
- Gergen, Kenneth J. (1994), *Realities and relationships : soundings in social construction*, Harvard University Press. (=2004, ケネス J. ガーゲン [著]、永田素彦、深尾誠 [訳]『社会構成主義の理論と実践：関係性が現実をつくる』ナカニシヤ出版).
- Germain, Carel B. and Gitterman, Alex (1996), *The life model of social work practice: advances in theory and practice, Second Edition*, Columbia University Press, New York. (=2008, C. B. ジャーメイン・A. ギッターマン [著]、田中禮子・小寺全世・橋本由紀子 [監訳]『ソーシャルワーク実践と生活モデル (上)』ふくろう出版).
- Hamilton, Gordon (1940), *Theory and Practice of Social Casework*, Columbia Univ. Press. (=1960, G. ハミルトン [著]、四宮恭二監修・三浦賜郎 [訳]『ケースワークの理論と実際』上巻、有斐閣).
- Hamilton, Gordon (1950), *Helping People...The Growth of Profession, The Principles and Techniques in Social Casework ed*, Cora kasius, New York Family Service Association of America. (=1967, G. ハミルトン [著]、木村嘉男 [訳]「人々を援助すること：専門職業の成長」、松本武子 [編訳]『ケースワークの基礎』誠信書房).
- 平塚良子 (2010)「メアリー・リッチモンドによる臨床科学モデルの現代的意義」大分大学大学院福祉社会科学部研究科 紀要 (13)、43-54.
- 本出祐之 (1956)「ソーシャル・ケースワークにおける最近の問題点と実証研究の意義」大阪市立大学家政学部紀要 3 (1)、21-27.
- 堀内 亮・西田 崇大・山本 啓太・薬師寺 あかり・長竹 教夫・安井 玲子・早川 達郎・海老根 いく子 (2008)「ソーシャルワークの最前線：精神科救急病棟におけるソーシャルワーカーの役割」一般社団法人国立医療学会『医療』62 (2)、84-88.
- Johnson, Louise C. and Yanca, Stephen J. (2001), *Social work practice : a generalist approach, 7th Edition*, Allyn and Bacon, Boston. (=2004, ルイーズ C. ジョンソン・ステファン J. ヤンカ [著]、山辺朗子・岩間伸之 [訳]『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房).
- 神田橋條治 (1984)『精神科診断面接のコツ』岩崎学術出版社.
- 木原活信 (2003)『対人援助の福祉エートス：ソーシャルワークの原理とスピリチュアリティ』ミネルヴァ書房.
- 木原活信 (2021)「ソーシャルワークと身体／身体性」

- ソーシャルワーク研究 47 (2)、97-109.
- 厚生労働省「退院後生活環境相談員養成研修テキスト」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokusho-ugaihokenfukushibu/0000096969.pdf>, 2021.9.30).
- 前田重治 (1999) 『「芸」に学ぶ心理面接法』誠信書房.
- 仲村優一 (1964=2003) 『ケースワーク』『仲村優一 社会福祉著作集第三巻 社会福祉の方法：ケースワーク論』旬報社.
- 日本ソーシャルワーカー連盟 (JFSW) 「倫理綱領」(<http://jfsw.org/code-of-ethics/>, 2021.9.30).
- 大谷京子 (2012) 『ソーシャルワーク関係：ソーシャルワーカーと精神障害当事者』相川書房.
- 大塚達雄 (1960) 『ソーシャルケースワーク：その原理と技術』ミネルヴァ書房.
- 尾崎新 (1994) 『ケースワークの臨床技法：「援助関係」と「逆転移」の活用』誠信書房.
- Perlman, Helen H. (1957), *Social casework : a problem-solving process*, University of Chicago Press. (=1958、ヘレン H. パールマン [著]、松本武子 [訳] 『ソーシャル・ケースワーク』全国社会福祉協議会).
- Richmond, Mary E. (1917), *Social diagnosis*, Russell Sage Foundation. (=2012、メアリー E. リッチモンド [著]、杉本一義 [監修]、佐藤哲三 [監訳] 『社会診断』あいり出版).
- Richmond, Mary E. (1922), *What is social case work? : an introductory description*, Russell Sage Foundation, New York. (=1991、メアリー E. リッチモンド [著]、小松源助 [訳] 『ソーシャル・ケース・ワークとは何か』中央法規出版).
- Saleebey, Dennis (2008), *The Strengths Perspective: Putting Possibility and Hope to Work in Our Practice*, Sowers, Karen M. and Dulmus, Catherine N. eds, *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare*, John Wiley & Sons, Inc.
- Schön, Donald A. (1983), *The reflective practitioner : how professionals think in action*, Basic Books. (=2001、D. ショーン [著]、佐藤学・秋田喜代美 [訳] 『専門家の知恵：反省的実践家は行為しながら考える』ゆるみ出版).
- Seikkula, Jaakko (2002), *Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence*, *Journal of marital and family therapy*, 28 (3), 263-274.
- Seikkula, Jaakko and Arnkil, Tom E. (2014), *Open Dialogues and Anticipations: Respecting Otherness in the Present Moment*, National Institute for Health and Welfare. (=2019、J. セイックラ・T. アーンキル [著]、斉藤環 [監訳] 『開かれた対話と未来：今この瞬間に他者を思いやる』医学書院).
- 嶋田啓一郎 (1980) 『社会福祉体系論：力動的統合理論への道』ミネルヴァ書房.
- Sullivan, Harry Stack (1954), *The Psychiatric Interview*, The William Alanson White Psychiatric Foundation, W. W. Norton & Company Inc, New York. (=1986、H. S. サリヴァン [著]、中井久夫他 [訳] 『精神医学的面接』みすず書房).
- 竹内愛二 (1950) 『ケース・ワークの技術』中央社会福祉協議会.
- 安井理夫 (2009) 『実存的・科学的ソーシャルワーク：エコシステム構想にもとづく支援技術』明石書店.

<要旨>

精神科救急医療機関における ソーシャルワーク実践に関する考察

羽 鳥 恵 一

精神科医療の現場は、近年急速に救急急性期化が進んでおり、様々なニーズを抱えた患者が精神科救急病棟に入院となる状況が生じている。そのような中で、精神科ソーシャルワーカーには多様なニーズに対応できる力量が求められるようになってきている。本研究では、このようなソーシャルワーカーの力量を明らかにすべく、まずはソーシャルワークの実践理論を概観し、技術の科学化を目指す一方で、その背後に援助技術におけるアートが意識されていることを明確にした。その上で、精神科救急病棟におけるソーシャルワーク実践の実際を分析した。その結果、入院の早期から支援を開始し、本人や家族、院内の多職種チームや地域援助事業者との関係形成を基本に、本人の退院後の生活を想像した必要な制度やサービスの提供や、既存のサービスの間隙を埋めるような援助の実際を明らかにすることができた。そこでの実践は、実に多様な実践理論を折衷的に用いて行われるようなものであり、クライアントの全体像を直観的、共感的に理解し、ソーシャルワーカーとクライアントとの関係性、ワーカー自身の感情を実践に活用し、実際の援助過程の将来やクライアントの未来に対して創造的かつ予知的な感性を持つといったものであった。これらはまさにアートと呼ぶにふさわしい技術であり、本論では、このような精神科ソーシャルワークの援助技術を、援助実践の実際に即して明らかにしている。

キーワード：精神科救急、ソーシャルワーク実践、アート

< 英文要旨 >

A Study on Social Work Practice in Psychiatric Emergency Services

Keiichi HATORI

In the field of psychiatric care, the emergency phase has rapidly progressed in recent years, and patients with various needs are admitted to the psychiatric emergency medical institution. Under such circumstances, psychiatric social workers are required to have the ability to deal with a wide variety of patients. This ability of social workers is not only scientific technology, but also Art that relies on social workers' own sense and intuition. The purpose of this study is to clarify the Art of psychiatric social work practice in line with actual practice. We first surveyed the practical theories of social work and have clarified that the Art is considered behind them, while aiming for the scientification of social work practice. And then, we extracted detailed data in the psychiatric emergency ward at the psychiatric emergency medical institution where I work and analyzed the practice of social work practice. As a result, psychiatric social workers began interventions early in the patient's hospitalization, attempting to form good relationships with the patients, their families, in-hospital multi-occupation teams, and community aid providers, provided the necessary social security systems and services that imagined the life of the patients after discharge, and worked to fill the gap between services by providing services that existing services do not have. Social work practices in psychiatric emergency ward are carried out by combining a wide variety of practical theories and applying them to individual clients, performed with an intuitive and empathic understanding of the client's emotions. In addition, social workers in psychiatric emergency ward utilize the relationships between the client and the social worker and the worker's own emotions in practice, need to have a creative and predictive sensitivity to the future of the actual practical process and the future of the client. These are just the abilities that deserve to be called the Art. In this paper, the Art of psychiatric social work practice is clarified in the actual situation of practice.

Key words: Psychiatric Emergency Service, Social work practice, art

