

平成 16 年度 博士論文

指導教授 高橋重宏 教授（主査）
指導教授 佐藤久夫 教授（副査）

「 ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度に関する研究
ー 精神障害者地域生活支援センターに焦点をあてて ー 」

A Study on Social Work Practice Skills
- Focusing on Community Mental Health Centers in Japan -

日本社会事業大学大学院

博士後期課程

22010007 福島喜代子

目次

序 章

第1節	はじめに	1
第2節	この研究の目的	4
第3節	研究の背景と意義	7
第4節	研究で使用する用語	11
第5節	論文の構成	13

第2章 先行研究調査

第1節	ソーシャルワーク実践について	14
第2節	精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践について	39
第3節	精神障害者地域生活支援センターについて	54

第3章 研究の方法

第1節	調査の対象	63
第2節	データの収集方法	63
第3節	調査の枠組みと調査項目の策定	64
第4節	ソーシャルワーク実践スキルの項目の翻訳	65
第5節	プレ調査の実施	66
第6節	データ入力とデータ・クリーニング	66
第7節	分析の方法	67

第4章 研究の結果

第1節	精神障害者地域生活支援センターの運営	69
第2節	精神障害者地域生活支援センターの利用者	75
第3節	精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの実態	80
第4節	ソーシャルワーカー（回答者）の属性	97
第5節	ソーシャルワーク実践スキルとソーシャルワーク実践の評価指標	101
第6節	ソーシャルワーク実践に影響を与える要因	122
第7節	サービス・プログラムの提供の度合いとそれに影響を与える要因	128
第8節	今後身につけたい援助の方法、技法、技能等	135

第5章 考 察

第1節	ソーシャルワーク実践スキルの定義	137
第2節	精神障害者地域生活支援センターの運営の実態	138
第3節	精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの実態	147
第4節	ソーシャルワーク実践スキルとソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）	151
第5節	先行研究におけるソーシャルワーク実践評価指標との比較	155

第6節 ソーシャルワーク実践に影響を与える要因 160

第7節 サービス・プログラムの提供の度合いに影響を与える要因 174

第8節 精神保健福祉分野のソーシャルワーカーが身につけたい援助の方法、技法
技能等 180

第9節 本研究の限界と意義 182

第10節 今後の課題 188

謝 辞 196

資 料

A 米国におけるソーシャルワーク実践の教科書に用いられる文献 A

B 調査票 B

C ソーシャルワーク実践評価指標（日本版） C

文献目録 I ～IX

表 番号、名称

表 2-1	全国一斉調査による精神障害者総数、病床数、私宅監置数	41
表 4-1	運営主体の法人格	69
表 4-2	常勤スタッフの中の精神保健福祉士の人数	70
表 4-3	当事者の雇用の有無（非常勤スタッフとして）	70
表 4-4	相談・助言について市町村の委託の有無	70
表 4-5	センターを開所する時間	71
表 4-6	センターを閉所する時間	71
表 4-7	夜間（閉所後）の電話相談の受けつけ	72
表 4-8	併設施設	72
表 4-9	法人や法人グループの持つ施設の種類	73
表 4-10	登録メンバー、常連メンバー	75
表 4-11	登録メンバー数	75
表 4-12	常連メンバー数	76
表 4-13	若年層のメンバーの占める割合	79
表 4-14	日常生活の家事に関する援助	80
表 4-15	個人の生活目標・課題に合わせた具体的援助	81
表 4-16	住居や就労に関する情報提供	83
表 4-17	就労支援に関する具体的援助	84
表 4-18	利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワーク やピア活動の支援	85
表 4-19	家族への援助、家族との交流支援	87
表 4-20	地域への援助、地域との交流支援	88
表 4-21	地域の関係機関との連携・ネットワークづくり	90
表 4-22	サービスやプログラムの提供頻度（提供頻度の高い順）	92
表 4-23	サービスやプログラムの種類と提供の度合い（高い順）	94
表 4-24	サービス・プログラムの介入レベルと提供の度合い（高い順）	96
表 4-25	回答者の性別	97
表 4-26	回答者の年齢	97
表 4-27	回答者の学歴	98
表 4-28	回答者の短期大学・大学での専攻分野	98
表 4-29	回答者の国家資格の保有状況	98
表 4-30	回答者の社会福祉分野、精神保健福祉分野における経験年数 （何年目か）	99
表 4-31	ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の分布状況（質問順）	102
表 4-32	ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度（頻度の高い順）	110
表 4-33	Item-total Statistics	105
表 4-34	主成分分析の結果（ソーシャルワーク実践を構成する要素）	118
表 4-35	ソーシャルワーク実践の下位指標のスコア	115
表 4-36	ソーシャルワーク実践の実践頻度への影響を共分散分析した結果	125
表 4-37	推定周辺平均値（従属変数：ソーシャルワーク実践）	126
表 4-38	4つの因子に影響を与える要素、共分散分析の結果	128
表 4-39	サービス・プログラム提供の度合いに影響を与える要因	132
表 4-40	サービス・プログラム提供の度合いの推定周辺平均値	133
表 4-41	今後身につけたい援助の方法、技法、技能等	134
表 5-1	先行研究と本研究の比較	155

図 番号、名称

図 1-1	ソーシャルワーク実践とサービス・プログラムの充実度の関係 (研究課題概念図)	6
図 4-1	開所時間 (24 時間方式)	71
図 4-2	閉所時間 (午後)	71
図 4-3	併設施設の種類	73
図 4-4	法人または法人グループの持つ施設の種類	74
図 4-5	登録メンバー数	76
図 4-6	常連メンバー数	77
図 4-7	登録利用者数と常連メンバー数との関係	78
図 4-8	食事や調理の方法の助言	80
図 4-9	食事サービスの提供	80
図 4-10	買い物への同行	81
図 4-11	自宅の掃除等の援助	81
図 4-12	個別面接	82
図 4-13	社会復帰施設・事業等の相談・助言	82
図 4-14	服薬管理の直接援助	82
図 4-15	日常生活金銭管理	82
図 4-16	住居探し同行	82
図 4-17	緊急時自宅訪問等対応	82
図 4-18	住居に関する情報提供	83
図 4-19	就業に関する情報提供	83
図 4-20	求人先開拓	84
図 4-21	就職後の職場訪問	84
図 4-22	SST (社会生活技能訓練)	85
図 4-23	サポートグループ	85
図 4-24	セルフヘルプグループ	86
図 4-25	サークル活動支援	86
図 4-26	ピアカウンセリング	86
図 4-27	ピアホームヘルプサービス	86
図 4-28	家族教室開催	87
図 4-29	家族会の側面的援助	87
図 4-30	家族と連絡、話し合い等	88
図 4-31	家族の相談対応、家族面接等	88
図 4-32	喫茶室などの運営	89
図 4-33	地域住民向け配食サービス	89
図 4-34	地域住民向けイベント	89
図 4-35	ボランティア養成講座	89
図 4-36	地域その他機関との連絡会議 (主催)	90
図 4-37	他機関との連絡会議 (参加)	90
図 4-38	電話等による連絡調整等	91
図 4-39	医療機関との連絡、情報交換	91
図 4-40	社会福祉分野における経験年数	99
図 4-41	精神保健福祉分野における経験年数	100
図 4-42	ストレス解消法をともに考える	103

図 4-43	問題再発を予防する方法を提案する	103
図 4-44	利用者の考えや感情などを反映する	103
図 4-45	衣食住等のアセスメントをする	103
図 4-46	感情表出を手助けするために質問を深める	103
図 4-47	利用者が過去の経験から学ぶのを手助けする	103
図 4-48	他施設・機関のサービス提供状況をモニターする	104
図 4-49	利用者と信頼関係を築くために共感を示す	104
図 4-50	過去の人間関係の影響を共に考える	104
図 4-51	利用者の権利を擁護するために代弁する	104
図 4-52	機能不全な思考を減らす手助けをする	104
図 4-53	他施設・機関のサービスを具体的に紹介する	104
図 4-54	利用者の課題に関する社会問題や法政策を考察する	105
図 4-55	利用者と共に援助目標を定める	105
図 4-56	新たな問題発生危険を予測する手助けをする	105
図 4-57	問題への具体的な対処方法を提案する	105
図 4-58	自分の言動の結果もたらされる悪影響の理解を助ける	105
図 4-59	これまでの問題解決への取り組みから学ぶ手助けをする	105
図 4-60	自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝える	106
図 4-61	利用できる事業やサービスについての情報提供	106
図 4-62	利用者の課題を具体的な言葉で表現する	106
図 4-63	考えや感情を他人に効果的に伝えるお手本を見せる	106
図 4-64	新たな問題解決技能を実際の生活場面で練習する手助けをする	106
図 4-65	コミュニケーションのコツを利用者と共に考える	106
図 4-66	問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝える	107
図 4-67	成果があったとき自分をねぎらう方法を示す	107
図 4-68	援助の目標を具体的に設定する	107
図 4-69	「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにする	107
図 4-70	やらねばならない作業をやりとげる方法を提案する	107
図 4-71	利用者がうまく決断できるよう手助けする	107
図 4-72	不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える	108
図 4-73	援助の効果の有無や程度を評価してもらう	108
図 4-74	情緒的（心理的）なサポートをする	108
図 4-75	自信をもってもらうためにこれまで成し遂げたことを指摘する	108
図 4-76	他人の機能不全の行動に巻き込まれない方法を伝える	108
図 4-77	他施設・機関とネットワークづくりをする	108
図 4-78	「いろいろなことを打ち明けたい」と思えるよう手助けする	109
図 4-79	ソーシャルワーク実践のスコアの分布	121
図 4-80	第1因子の分布（問題予防や課題解決スキル）	116
図 4-81	第2因子の分布（信頼関係を築くスキル）	116
図 4-82	第3因子の分布（対人関係技能や自己評価を高めるスキル）	116
図 4-83	第4因子の分布（ケースマネジメントのスキル）	116
図 4-84	サービス・プログラムの提供の度合い	122
図 4-85	ソーシャルワーク実践とサービス・プログラムの提供の度合いの関係	124

第1節 はじめに

社会福祉学は理論と実践の統合を目指した学問である。社会福祉学は隣接分野の学問の知見を取り入れながら、社会福祉学の理論を形づくってきた。そして、社会福祉の現場では、社会福祉の目的に向かって理論に基づいた実践が重ねられてきた。一方、社会福祉の目的に沿った実践の中から新たな理論が見出され、社会福祉の理論を形づくってきた。そのような繰り返しの中から、社会福祉学は発展してきたといえよう。

社会福祉の現場に従事する者の目指すべき方向性や理念は、根源に通低するものを生かしながら時代とともに少しずつ変遷してきた。そして、今、この学問の歴史的な発展の成果として、社会福祉の目指すべき方向性や理念についての議論は成熟期を迎えているように思われる。根本（2000）が「われわれはすでにある価値基準やエコシステム思考といった基本的な視点を共有している」と指摘しているように、国際的にも、日本国内においても、社会福祉の目指すべき方向性や理念について、かなり共通の認識が形づくられてきているといえよう。例えば、社会的に抑圧された状況にある人々に対して積極的に力を増強していき、社会的な抑圧状況にも介入していくエンパワーメント（Lee, 1994; 茨木, 2001）や自己実現（大橋, 2000a）、ストレングス視点（Saleeby, 1996）などの理念に対して、対峙するような概念がもう一方の目指すべき方向性として議論されることはほとんどない。ただし、社会構成主義の立場から客観的な認識方法や絶対的な価値に疑義を持ち、現実には人々の日常のコミュニケーションのなかで不断に構成されつくられていくという立場（木原, 2002）からすると、前述したような目指すべき方向性や理念もまた絶対的なものではなく、人々が作りあげてきているものとみるのであろう。とはいえ、社会構成主義を基盤とするナラティブ・モデルによるソーシャルワーク実践を行い、利用者の物語を解体し脱構築したとしても、最終的に得られる利用者の心理的・身体的・社会的状態は、他のソーシャルワーク実践が目指すところと大きな差異はないといえよう。

国際ソーシャルワーカー連盟のソーシャルワークの定義によると、ソーシャルワーク専門職は、社会の変革、人間関係における問題解決、人々のエンパワーメント、そして人々の解放を促すことによって人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指していくとしている。そして、ソーシャルワークは人間の行動と社会システムに関する理論を利用し、人々がその環境と相互に影響しあう接点に介入するとしている。（注：日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会、日本医療社会事業協会で構成した IFSW 日本国調整団体による定訳の語彙を用いている。）

このような中、今、社会福祉学、そしてソーシャルワーク研究に残されている大きな課題の1つが、そのような人間の行動と社会システムに関する理論を利用してソーシャルワーカーが実際に介入する方法、つまりソーシャルワーク実践のあり方、そしてそれを構成するソーシャルワーク実践スキル等をどのように整理し、どのように教育し、どのように現場の実践に活用していくかという課題である（木戸, 2003; 久保田, 2004; 平塚, 2002）。

例えば、根本（2000）は、日本のソーシャルワーク研究においては理論のみの紹介で日本での例証が提示されないまま観念的な論述が繰り返されることが課題であるとし、ある高齢者の入所施設における事例について睡眠薬の処方が解決策として示されたケース検討会の様子を例示したうえで、実務家は「どのようにしてこの人と他の同室者の人権を守るのか、そこが知りたいことだろう」と問題を投げかけている。また平塚（2002）は「学生、あるいは実践者の実際的な行為は、それを発動させるなんらかの事態を認識したゆえの意図的な行為のはずである。にもかかわらず、その認識が容易でないのは、実践者や学生の価値や知識の不足、知識の意識的・意図的な適用上の問題、価値や知識自体の間違いや不完全などによるものと思われる」と指摘している。このように、理論を伝える側は理論の観念的な紹介になりがちであり、一方の実践家の側は自分たちの具体的な行為を、専門家としての価値を基盤にした知識とスキルを活用によるソーシャルワークの目的に沿った行為であると認識したりすることの困難性が指摘されている。

論者は社会福祉の中央団体の職員として勤務していたころ、社会福祉の現場で働く人々を対象とした研修の企画を行ったり、先進的な取り組みを広報誌等で人々に周知したりしていた。そのとき、社会福祉の現場で働く人々はどうのような学問的背景を経てその職業に就いた者であれ、抽象的なレベルでは概ね社会福祉の目指すべき方向性や理念について理解しており、その方向性で実践を行おうという意思を持っているということを感じた。しかしながら、科学的に評価できたわけではないが、現場では地域または施設・機関によって、提供するサービスやプログラムの「度合い」や「質」に差があることを感じざるを得なかった。

日本全国どのような地域であれ、施設・機関であれ、専門職によるサービス提供がなされる以上、サービスやプログラムの「度合い（＝頻度）」や「質」が一定（以上）のものであることが理想である。論者も、前職で社会福祉の現場で働く人々向けの研修の企画や広報誌の特集記事を組むことなどを通して、社会福祉の実践レベルを向上させるために微力ながら力を尽くしてきたつもりであった。そして、その中で政策・施策のあり方や課題に焦点をあてたり、社会福祉の実践の目指すべき方向性や理念について焦点をあてる研修や広報誌の特集を多く企画し実施してきた。そして論者自身も、日本の伝統的な社会福祉の学問体系に基づいた研修などを受講し、政策・施策や理念についての知識を多く得てきた。

ところがそのような研修を終えても、広報誌の特集を読んでも、目指すべき方向や理念に向かって実践したいときに、「どのような選択肢があるのか」「具体的には何をすればよいのか」「どのようにすればよいのか」「どのような順番で行えばよいのか」などの疑問が現場の人々に（また論者自身にも）残ることを感じざるを得なかった。

教科書を読んでも、「援助の実施」や「介入」の項目は他の「アセスメント」や「援助計画づくり」、「モニタリング」、「評価」などの項目と均等に分量が割かれ、記述量は限られていた。記述量が一定以上あったとしても、具体的に何を、どのように、どの順番で行うかについての記述は限られていることが多かった。実際には、社会福祉の現場の実践でソーシャルワーカーは「援助の実施」あるいは「介入」に最も多くの時間を割き、その選択肢も多く、迷いがちであるため、その部分の指針を最も必要とするはずではないだろうか。

また、演習を用いる研修に参加しても、演習を用いた書物を読んでも、架空の事例につ

いて抽象的な「あり方」を理解したり、議論したりすることにとどまりがちであった。また、その内容もアセスメント（利用者の理解）とニーズに（架空の）社会資源を結びつけることでよしとするブローカーケアマネジメントについて考察することにほとんどの時間や労力が割かれた。そのため、実際に利用者、家族、地域に対してソーシャルワーク実践をするときに、具体的に「どのような選択肢があるのか」「何をすべきか」「どのように関わるべきか」について時間や労力が割かれることは少なかった。

さらに、これまで多くの現場の方々の実践を見聞きして、社会福祉の目指す方向性や理念を抽象的なレベルでは理解し、その方向性に向かって実践する意思はあっても、具体的な行動（言動）のレベルでは、人によって行動（言動）の頻度や内容にはかなりの差異があることを実感してきた。このような具体的な行動（言動）を評価する指標はなかなか見当たらなかった。

先駆的で高く評価される実践をしている人々でさえ、社会福祉の目指すべき方向性や理念に沿った実践をしていると確信しながら、1つ1つの具体的な行動（言動）は暗中模索しながら行っていた。それらの人々は、自分の行っている1つ1つの具体的な行動（言動）を人に説明することに困難を感じることも多く、他者に対して、自分がなぜさまざまな選択肢の中からその特定の行動（言動）を行ったのか、どのように行ったのか、どのような順番で行ったのか、などの説明が困難なこともあった。そして、そのような先駆的な実践が周りから「専門職として、理論に基づいた実践を構成する行動（言動）の積み重ね」として評価されることなく、自分の実践に自信がもてないまま孤軍奮闘している姿を見聞きしてきた。

このようなことから、社会福祉の学問体系や教育の中で、ことに日本では一般的に、政策・施策や理念についてはしっかり学ぶことができるものの、社会福祉援助技術、あるいはソーシャルワーク実践の部分については、体系化や教育内容の細分化が十分ではないのではないかと思われた。

社会福祉学の理論を基礎とした実践が、より多くの社会福祉の現場において確信をもつてなされるためには、社会福祉学を学んだものがソーシャルワーク実践を抽象的なレベルのみならず具体的なレベルで理解し、身につけて実践できることが必要である。それは、社会福祉教育の中で演習を用いて（ソーシャルワーカーとしての言動の指針が何も示されないままに）ただ利用者やソーシャルワーカーの役割になりきってロールプレイをすれば身につく、というものではない。ソーシャルワーク実践を具体的に理解し、用いることができる技能として伝えていくためには、ソーシャルワーク実践とは何か、それを構成するものはどのような要素か、どのようなソーシャルワーク実践スキルから成り立っているのか、などについて整理し、明らかにしていくことが必要だと思われる。そして、ソーシャルワーク実践を構成するひとつひとつの具体的な実践スキルを示して、学んだ者が意識的に選択して実施することができるように教育していくことが必要と思われる。

なお、ある特定の施設・機関の実践が、利用者や他の職種や関係者から評価されるとき、その理由はその施設・機関に「良い人」が所属しているからだと言われて片づけられることが多い。このようなときの「良い人」とは、性格の良い人、人柄の良い人などの性格面や、人と関わりがうまくできる人、フットワークの軽い人、人とネットワークづくりがで

きる人、などの行動傾向面の一般的な評価、また、人生経験を積んだ人、などの経験に対する評価、などのニュアンスが多く含まれているように思われる。そこには、社会福祉学を基盤とした専門知識や技術があることを尊重するニュアンスはあまり含まれていないように思われる。確かに、対人援助職が精神的に安定していることや、対人援助職が的確に共感する力、尊敬の念の表現、温かみ、誠実さなどを有することが利用者の援助にプラスの効果を及ぼすことは実証的な研究においても明らかにされている (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994)。

しかし、性格面、行動傾向面、経験などの側面が「良い」人でさえあれば、その人がどのような行動（言動）を積み重ねても、その人の行うソーシャルワーク実践は評価されるのであろうか。性格、行動傾向、経験などが同じように「良い」が、ソーシャルワークの専門知識や技術を持たない他の人がきて実践をすると、それは異なる結果になるのではないだろうか。

仮に「良い人」が所属している施設・機関において、「良い実践＝他者に効果が認められ、評価される実践＝充実したサービス・プログラムの提供」が行われているとすると、その施設・機関で、どのようなソーシャルワーク実践、どのようなソーシャルワーク実践スキルがより多く用いられているかを研究することには意義があると思われる。そして、それらのソーシャルワーク実践スキルと、提供されているプログラムやサービスの多様性や充実度との関係についても研究することに意義があると思われる。

人々が「良い人」だと評価する人が、実際は社会福祉学の専門知識と技術を生かした実践を行っていて、ソーシャルワーク実践スキルをより多く活用してソーシャルワーク実践を行っている「良いソーシャルワーカー」であるということが証明できれば、社会福祉学の理論と実践の意義がより一層鮮明にできることになる。教育や研修においても、そのようなソーシャルワーク実践や具体的なソーシャルワーク実践スキルを教えたり、身につけたりさせやすくなる。このことによって、人格が基本的に安定した者でさえあれば、経験年数が少なくとも、ソーシャルワーク実践スキルを身につけ、スキルの活用を積み重ねることによって、効果のあるソーシャルワーク実践ができることが明らかになり、人に評価されるような良い実践を繰り返し広げられることになるであろう。

その結果、より多くの施設・機関において「良いソーシャルワーカー（＝良い実践ができるソーシャルワーカー）」が自分の実践に確信をもって仕事をし、より多様で充実したプログラムやサービスの提供がなされることになるであろう。

このようなことから、本論ではソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践とそれを構成するソーシャルワーク実践スキルを研究することとした。その際、精神保健福祉分野で幅広く専門性を活かしたソーシャルワーク実践を行うことが期待されている精神障害者地域生活支援センターに焦点をあてて研究を行うこととした。

第2節 この研究の目的

本研究においては5つの研究課題を柱として立てた。これらを実証的に研究するために、

調査を実施し分析を行う。第1から第4までの研究課題は作業仮説となり、主に量的調査を行い、統計的な分析手法を用いて仮説を検証する。第5の研究課題については質的調査を行い、質的調査の分析手法を用いて分析し、考察する。

(1) 精神障害者地域生活支援センターの運営とサービス・プログラムの内容を明らかにする

1つめの研究課題は、精神障害者地域生活支援センターの運営とサービス・プログラムの内容を明らかにすることである。精神障害者地域生活支援センターについて、これまでに運営の実態の他にプログラムやサービスの提供の度合いまで調査した先行研究はない。そこで、この部分については探索的研究となる。

(2) ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を明らかにし、ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版の作成を試みる

2つめの研究課題は、精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーが行うソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を明らかにし、ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版の作成を試みることである。ソーシャルワーク実践はソーシャルワーク実践スキルの活用の積み重ねから行われている。本研究においては、まず、ソーシャルワーク実践を構成する代表的なソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を明らかにする。続いて、それらのソーシャルワーク実践スキルを基に構成したソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版の作成を試みる。そして、本研究において測定を試みている「ソーシャルワーク実践」を構成する要素（因子）を明らかにする。このような研究はこれまでわが国では行われておらず、いずれも探索的研究となる。さらに、先行研究として米国で開発されたソーシャルワーク実践スキル評価指標（尺度）との比較検討を行う。

(3) ソーシャルワーク実践に影響を与える要因を分析する

ソーシャルワーカーは、さまざまなソーシャルワーク実践スキルを活用してソーシャルワーク実践を行っている。先の研究課題によりソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）が開発されるので、3つめの研究課題として、本研究で測定を試みているソーシャルワーク実践に影響を与えている要因を分析する。ソーシャルワーク実践には、高等教育機関における専攻分野、国家資格の有無、そして精神保健福祉分野における経験年数などが影響を与えている要因として考えられるので、どのような要因が影響を与えているかについて統計的な分析を行う。

(4) ソーシャルワーク実践の頻度の高いソーシャルワーカーが所属していると、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いは高いという仮説の検証を行う

4つめの研究課題は、ソーシャルワーク実践の頻度の高いソーシャルワーカーが所属していると、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いは高いという仮説の検証である。本研究においては、この仮説の検証を統計的な分析手法を用いて行う。

(5) 精神保健福祉分野のソーシャルワーカーが身につけたいと感じている援助の方法、技法、技能等を明らかにする

5つめの研究課題は、精神保健福祉分野のソーシャルワーカーが身につけたいと感じている援助の方法、技法、技能等を明らかにすることである。今後身につけたいと感じている援助の方法、技法、技能等についての自由記述の回答を、質的な分析手法を用いて分析する。この部分も探索的研究である。

本研究の枠組みを表す研究課題の概念図を次に示す。本研究は、このような研究課題の概念図を解明するために行うものである。

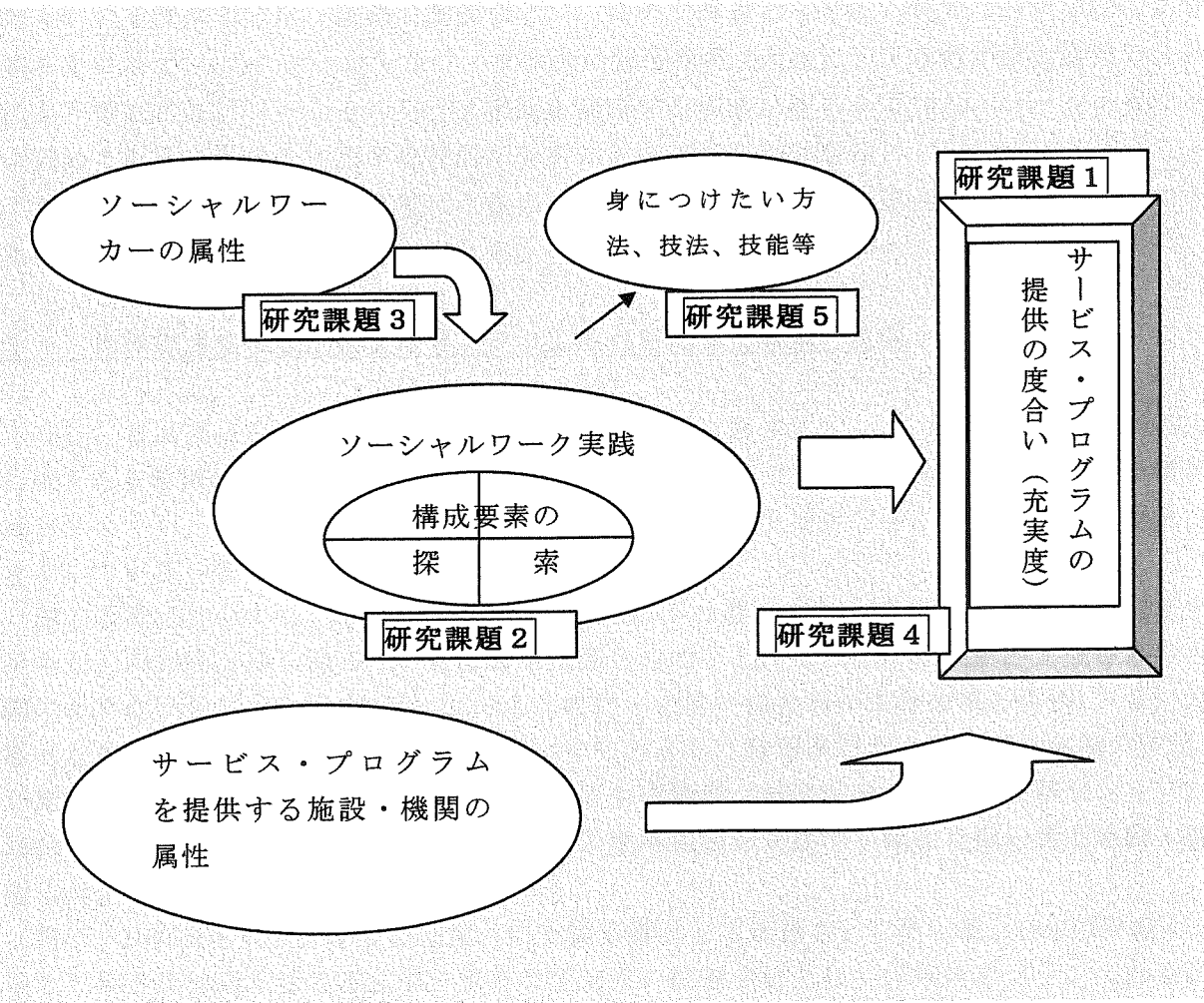


図 1-1 ソーシャルワーク実践とサービス・プログラムの充実度の関係 (研究課題概念図)

第3節 研究の背景と意義

本研究は、これまでに数多くなされてきた社会福祉学や隣接領域の学問分野の貴重な研究と実践の基盤の上に成り立つものである。本研究では、これまであまり焦点があてられてこなかった研究課題、ことにソーシャルワーク実践やソーシャルワーク実践スキルに焦点をあて、それらと社会福祉の施設・機関が提供するサービス・プログラムの関係等を多面的に考察をしていくことにその特徴と意義があると考えられる。

本研究によって、具体的には（１）精神障害者地域生活支援センターの運営実態と提供されているサービス・プログラムの実態が明らかになる。そして、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに影響を与える要因が統計的な分析によって明らかになる。（２）精神保健福祉分野のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践やソーシャルワーカーが活用するソーシャルワーク実践スキルが文献研究及び調査結果の統計的分析により明らかになる。（３）現場のソーシャルワーカーが今後身につけたいと考えている援助の方法、技法、技能などが、質的な調査をもとに、質的な分析手法により明らかになる。（４）ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版が調査結果の分析により作成され、ソーシャルワーク実践を構成する要素が明らかになり、ソーシャルワーク実践に影響を与える要因が統計的な分析によって明らかになる。

これらのことにより、本研究は今後の社会福祉の実践、教育、研究に資することのできる研究となるのではないかとと思われる。

1 精神障害者地域生活支援センターに焦点をあてた背景と意義

現在、日本には約 204 万人の精神障害者がいると推計されている（厚生労働省、1999）。1,669 ある精神科を有する病院（平成 13 年 6 月末現在）に入院している約 33 万人の精神障害者のうち、約 7 万人は受け入れ体制が整えば地域で生活ができるにも関わらず退院できないでいるいわゆる「社会的入院」とであるとされる。

国の政策においても、精神保健医療福祉の改革が目標とされ、「入院医療中心から地域生活中心」の方向へ推し進めていく方針が確認されている。そして、地域生活支援体系の再編のために、（１）ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編、（２）重層的な相談支援体制の確立、（３）市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備、が施策の基本的方向として打ち出された（厚生労働省「精神保健医療福祉改革ビジョン」、2004 年 9 月）。このような中、精神障害者の地域生活を支援する機能を担い得る施設・機関に対する期待は高まっている。

特に、1996（平成 8）年度に地域生活支援事業として創設され、その後、1999（平成 11）年度の精神保健福祉法改正により社会復帰施設に位置づけられ、新障害者プランでは全国で 470 箇所の設置が目標とされてきた精神障害者地域生活支援センターに期待される役割は大きい。精神障害者地域生活支援センターは、地域の精神保健及び精神障害者の福祉に

関する各般の問題について、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行うとともに、保健所、社会福祉事務所、精神障害者社会復帰施設との連絡調整などを行うための施設とされている。

さらに、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）は、第 49 条で市町村が精神障害者からの希望に応じて精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業、もしくは精神障害者社会適応訓練事業などを利用できるよう相談・助言を行うことを規定しているが、この相談・助言に関する事務について市町村が精神障害者地域生活支援センターに委託できることも規定（同法第 49 条第 1 項）している。また、「社会的入院」を余儀なくされている精神障害者の「退院促進支援事業」の拠点としても、精神障害者地域生活支援センターは大きな役割を果たしてきた。さらに、厚生労働省の「精神保健医療福祉改革ビジョン（2004 年 9 月）」の中で、障害福祉圏域における市町村単位の相談支援体制のスーパーバイズの役割や、専門性が高い危機介入的な事例等について中心的な役割を担うものとして精神障害者地域生活支援センターの機能強化を段階的に図る方針が明確に打ち出された。

このように大きな役割と機能を期待されている精神障害者地域生活支援センターであるが、その実践内容や利用者数には開きがあり、それらの実態が明らかになるような調査研究は限られたものしか存在しなかった。

精神障害者地域生活支援センターの実践報告はさまざまな形でなされてきた（戸高、2001；堅田、2001；山岡、2001a）が、それぞれのセンターの運営方式やサービスの概要を実践報告することが目的であるため、運営のあり方やサービス内容についてほとんど実証的な研究はなされてはいない。

また、精神保健福祉地域生活支援センターの実態についての量的調査では、運営の実態・支援活動実施の有無・利用者の実態などについて調査したもの（寺田、2001）、独立型、併設型のメリット・デメリットを考察したもの（荒川、2001）、施設形態・交通の利便性・スタッフ配置状況・利用者の状況・サービス実施の有無・相談内容・地域交流・地域との連携状況などを調査したもの（岩上、2001）があるが、具体的なサービス・プログラムの内容や頻度を網羅的に調査したものや実際のソーシャルワーク実践の内容や頻度などを調べたものはない。集計の仕方も単純集計によるものと運営主体によるクロス集計のみとなっており、多変量解析などは行われていない。

そこで、本研究においては精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムの提供の度合いを明らかにし、精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムの提供の度合いが、運営主体、スタッフ、メンバーの数や所属するソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度などによってどのような影響を受けるかを実証的に研究する。

2 精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に焦点をあてた背景と意義

1987 年に精神障害者社会復帰施設の一部が法定化されて以来、我が国の精神保健福祉施策としてはハード面の整備に重点がおかれてきたが、社会復帰のための支援を行う人材（ソフト）面での充実を行うことが不可欠であるとの認識から、精神保健福祉士法が 1997 年に制定され、1998 年から施行された。ここに社会福祉士から 10 年遅れてようやく精神保健

福祉分野のソーシャルワーカーのための国家資格が創設された。

精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践は、このような国家資格化の後に始まったものではなく、国家資格化の前から連綿となされてきた。しかし、精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に焦点をあてた先行研究は多くはない。

精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーの事例研究や実践報告は多くなされており（寺谷、1970；松永、1970；白石、1981；岩田、1985；谷中、1993；門屋、1993；日野田、2000；寺谷他 1994）、これまでに多くの貴重な報告がなされてきた。これらの報告においては個々の施設・機関のサービスやプログラムの提供の実態が描写されていることが多く、実践報告としては非常に参考になる。しかし、他の施設・機関に一般化できるような考察がなされているものや、普遍的な理論づくりへ結びついているような研究は少ない。

精神保健福祉分野のソーシャルワーカーの業務に関する研究はなされてきたが（窪田・小野・小林、1966；佐々木、1983；鈴木・端山、2004）、これらの研究においてソーシャルワーカーの業務内容については一定以上明らかにされているものの、それらの業務とソーシャルワーク実践やソーシャルワークの理論との関係性については必ずしも考察がなされていない。

一方、精神障害者の地域生活支援のあり方についてのモデルを示す研究（岡村、1999；田中、2001a；寺谷、2000）や精神保健福祉分野においてどのような方向性をもってソーシャルワーカーが仕事を行うべきかについての研究（柏木、1999；谷中、2000b；荒田、2002；藤井、2004）が近年になって示されてきている。これらの研究は示唆に富み、ソーシャルワーク実践の理念や方向性を示す上で貴重な研究である。ただし、これらの研究において具体的なソーシャルワーク実践の援助方法、技法、技法等が示されることはほとんどない。

なお、特定の方法論に関する研究ではグループワークに関するもの（岩田、1983）や、個別支援に関するもの（谷中、1982）などがあり、特定のサービスに関する研究では精神障害者社会適応訓練事業に関するもの（立石、2004）などがあり、特定の援助方法の効果の研究では、外勤療法（南、1981）や行動療法（白石・阿部・吉川、1982）、デイケア（和田・柏木、1981）などに関する研究がある。数は少ないがこれらの研究の成果は制度・政策の充実やソーシャルワーク実践の質の向上に反映されてきた。

しかしながら、これまで精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）のソーシャルワーク実践に焦点をあてた研究は、アセスメント期に限定したもの（栄・岡本、2004）を除いてはほとんどなかった。さらに、ソーシャルワーカーがさまざまな実践を行うことによって、施設・機関のサービスやプログラムの充実度にどのような影響を与えるかの研究もなかった。本研究においてはそれらの点についても実証的な研究がなされることになる。

3 ソーシャルワーク実践とソーシャルワーク実践スキルに焦点をあてた背景

社会福祉の現場におけるソーシャルワーク実践は、日々の1つ1つの行動（言動）の積み重ねである。ソーシャルワーカーの行動（言動）は、たとえそれが自然になされたものであっても、ソーシャルワークの目的に即した行動もあれば、そうとは言えないものも含まれる。ソーシャルワーカーが専門職である以上、ソーシャルワーカーの行動（言動）は

でき得る限り専門職としての判断に基づいた、これまでの知見や先行研究において効果的と判明しているようなソーシャルワーク実践スキルの積み重ねであることが望ましい。

一方、ソーシャルワーカーは、援助の対象としている利用者、援助の場面、所属する機関、おかれている状況、実践する地域などによって選択し活用するソーシャルワーク実践スキルが異なる。さらに、ソーシャルワーク実践をしている者の意図する方向性や選択するモデル、選択するアプローチなどによっても、そのときどきに選択し活用するソーシャルワーク実践スキルは異なる。また、同じような利用者を対象に同じような場面でソーシャルワーク実践を行うとしても、ソーシャルワーカーの選択し得る行動（言動）として「効果的である」とされるソーシャルワーク実践スキルは1つに限られたものではない。このようなことから、ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルは無数にあり得る。

しかしながら、ある特定の国、ある特定の民族、ある特定の地域などにおいてそこで働くソーシャルワーカーがとるソーシャルワーク実践の内容や傾向は、一定数以上のソーシャルワーカーの代表的なソーシャルワーク実践スキルの活用状況等を調査し、調査結果を分析することによって、ある程度明らかにすることが可能であるといえよう。また、ある特定の利用者を対象として働くソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の内容や傾向も、そのような利用者を対象とした一定数以上のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルを調査し、調査結果を分析することによってある程度明らかにすることが可能である。

これまで社会福祉分野の研究では、利用者を対象に調査を行い、データを収集、集計、分析することは比較的多く行われてきた。利用者を対象とした研究は質的なものであれ、量的なものであれ、社会福祉分野におけるさまざまなサービスやプログラムの提供の効果などを判断するのに貴重な材料を提供してきた。

ところが、社会福祉分野において、サービスを提供する側であるソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践やソーシャルワーク実践スキルについての研究はあまり多くはない。先述したように、いくつかの貴重な研究の積み重ねによって、ソーシャルワーク実践の方向性や理念は示され、またソーシャルワーク実践のモデルやアプローチは示されてきた。これらの研究は今後の社会福祉のあり方やソーシャルワーク実践のあり方を示し導く貴重な研究であった。ところが、ソーシャルワーク実践の方向性や理念が示され、またモデルやアプローチが示されても、その中で必ずしも具体的なソーシャルワーク実践スキルが示されてはこなかった。

具体的なソーシャルワーク実践スキルが示されないために、現場で働くソーシャルワーカーは試行錯誤しながらそのようなモデルやアプローチに「沿うかもしれない」あるいは「沿うに違いない」ソーシャルワーク実践スキルを積み重ねることによって、ソーシャルワーク実践をしてきた。また、たとえ具体的なソーシャルワーク実践の研究がなされても、ともすればある特定の施設・機関で働くある特定のソーシャルワーカーの実践報告にとどまってしまう、それらの実践を一般化させて他の者が応用したり適用したり比較したりすることが可能な研究はほとんどなかった。

このように、ソーシャルワーク実践やソーシャルワーク実践スキルについては、これまで科学的に検証可能な形での研究はあまりなされてこなかった。その結果、さまざまな地

域、さまざまな分野において、ソーシャルワーカーという専門職がどのような内容やどのような傾向のソーシャルワーク実践を行っているかということや、その実践の中身である1つ1つのソーシャルワーク実践スキルは何であるのかということを説明するための一般化された材料がほとんどないのが現状である。

そこで、本研究においては、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践やソーシャルワーク実践スキルに焦点をあてて研究をすることとした。具体的には、精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の調査を行うこととした。そしてこの調査の分析を通して、ソーシャルワーク実践を構成する要素を明らかにし、代表的なソーシャルワーク実践スキルを明らかにしていく。さらに、本研究によって、ソーシャルワーク実践の評価指標の日本版が作成されることになる。このことにより、ソーシャルワーク実践の評価とサービス・プログラムの提供の度合いとの関係性などを実証的に検証することができることとなる。

これらの研究の結果は、今後、社会福祉の研究、教育、研修、実践、そして政策に資するものとなる可能性が高いと思われる。

第4節 研究で使用する用語

本研究において使用する用語について整理をしておきたい。

社会福祉学は、社会学や心理学など隣接分野の知見をとりいれながら固有の発展をしてきた学問であるが、その最大の特徴の1つは、社会福祉学が理論と実践の統合を目指した学問であるということであろう。本研究では、その実践の部分に焦点をあてて論じることを目的としている。

そのような中、社会福祉学を背景とした実践を、社会福祉実践と呼ぶことがある。また、社会福祉の専門家が実践の中で用いるツール・手段のことは「社会福祉援助技術」、「社会福祉の方法」、「技法」、「技能」、「アプローチ」などと呼ばれている。しかし、これらの用語の定義や使用方法は、必ずしも定まったものではなく、それぞれの言葉がそのときどきによって異なる定義のもとに使用されている。

そのような混乱をさけることができる言葉として「ソーシャルワーク」がある。もともと社会福祉学は、欧米で発達してきた学問の知見をとりいれながら日本においても独自の発展をしてきたが、欧米の言語をそのまま日本語の中でカタカナで用いることは、「ケアマネジメント」「コミュニティワーク」などの例でもみられ、日本の社会福祉学の文献などでも混乱なく用いられている。

そこで、本研究においても、社会福祉学を基礎とした実践について「ソーシャルワーク」、あるいは「ソーシャルワーク実践」と呼ぶことしたい。また、社会福祉の分野で専門職として社会福祉学を基盤とした知識と技術・技能を用いながら現場で実践する者を「ソーシャルワーカー」と呼ぶ。そして、特に本研究の焦点を精神保健福祉分野におけるソーシャルワーク実践にしていることから、必要に応じて「精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカー」や「精神科ソーシャルワーカー」などを用いている。

本研究の研究課題を追求し本研究の目的を達成するためには、ソーシャルワーカーが行う実践のうち、その総称としての「ソーシャルワーク実践」と、「それを構成する1つ1つの活動や行動（言動）」を区別する必要がある。そのため、本研究については、後者は操作的な定義を行う必要があった。そこで、本研究においては「ソーシャルワーク実践スキル」を「ソーシャルワークの価値を基盤にして行う特別な知識や訓練を要する行動（言動）」と操作的に定義して用いたい。

英語の skill は「熟練、老練、巧妙、巧みさ、じょうず、わざ、技術、技能、スキル」などと一般的に訳され（『リーダーズ英和辞典（第2版）』、1999）、社会福祉学においてスキルは一般的に「技能」と訳されてきた。「技能」は「技芸を行ううでまえ。技量」であり（『広辞苑（第5版）』、1998、下線は論者による）、また、「うでまえ」は「身につけた技術・能力。てなみ。」とされている（『広辞苑（第5版）』、1998、下線は論者による）。「技術」は「科学を実地に応用して自然の事物を改変・加工し、人間生活に役立てるわざ」である（『広辞苑（第5版）』、1998、下線は論者による）。「わざ」はいくつかの意味があるが、ここでいう「わざ」は「すること。しわざ。おこない。行為。（『広辞苑（第5版）』、1998、下線は論者による）」の意で用いられているといえよう。このように、日本語の「技能」は行為と能力双方の意味において用いることができる言葉である。

一方、英語の skill は可算名詞としては「a type of work or activity which requires special training and knowledge（特別な知識や訓練を要する作業や行動）」、不可算名詞としては「skill is the knowledge and ability that enables you to do something well（スキルとは何かをうまく行うために必要な知識と能力のことを指す）」という意味で用いられる（『Collins COBUILD English Dictionary for Advanced Learners（3版）』、2001）ように、skill を可算名詞、不可算名詞いずれとして用いるかによって、片方は行動や作業を、もう片方は能力のことを指すことになる。英語の文献においては、そのときの文脈に応じて、2つの同音異義語のような扱いで無理なく2通りに用いられている。英語の文献において skills と複数形で使用されている場合には、その文章において skill という名詞は可算名詞として用いられ、「能力」のことではなく「行動」のことを指していることになる。しかし、後述するように日本の先行研究においては、この一般名詞を可算名詞、不可算名詞の区別を認識しないまま翻訳がなされてきた。これまで、どちらかという「能力」の意味にとる定義が多いものの、文脈からは「行動」の意味に用いられているものが多い。このように可算名詞、不可算名詞の違いを認識しないまま skill の定義についての議論がなされたために、日本の先行研究においては多少の混乱がみられる（岡本・平塚編著、2004；奥田、1989 他）。

本論においては前述したように「ソーシャルワーク実践スキル」を「ソーシャルワークの価値を基盤にして行う特別な知識や訓練を要する行動（言動）」として操作的に定義する。スキル及び skills の意味からこのような操作的定義を行うことに無理はないものと思われる。

なお、本研究において用いている「行動」は「言動」と同義であり、身体的な活動のみならず、言語的な活動も含む。「言動」という言葉を用いることもあるが、常に言動という言葉で統一すると、言動という言葉の持つニュアンスによって論証が妨げられることがあるため、行動という言葉も使用している。

最後に、本論において、ソーシャルワーカーに総合的に求められる能力、またソーシャルワーク実践スキルなどを活用できる能力として、先行研究にならって「コンピテンシー」の用語を用いることとしたい（ボーゴ・高橋、1991；Bogo、2004）。ソーシャルワーカーは、専門職としてのコンピテンシーを求められる。コンピテンシーとは、ソーシャルワーカーが専門職としての価値・知識・技能をソーシャルワーク実践の中で効果的に活用することのできる能力のことを指す。

第5節 論文の構成

本論文は5章構成となっている。本章（序章）では、本研究の目的と研究課題、そして本研究の背景と意義、使用する用語等について述べる。第2章では、ソーシャルワーク実践、精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践及び精神障害者地域生活支援センターについての先行研究調査を行う。第3章においては、本研究の研究方法について述べる。第4章においては、調査の結果を示す。その中で、本研究の5つの研究課題に関する調査結果を報告する。そして、第5章では、本研究全体についての考察を行い、今後の研究、教育、実践及び施策に関する課題について考察する。

第 1 節 ソーシャルワーク実践について

1 米国におけるソーシャルワーク実践に関する研究の動向

(1) 実証的研究の必要性

1960 年代後半以降、米国では社会的・政治的な要請から社会福祉のプログラムの評価やソーシャルワーク実践の効果の評価などが求められるようになってきた。調査の方法も発達し、心理学における行動理論の応用、客観的な測定手段の活用などによって、プログラム・サービスの評価やソーシャルワーク実践の効果の評価が行われるようになってきた。なかでもシングル・システム・デザインによる実践の評価を行う研究方法が注目され、実証的研究に基づく実践を重要視する動き (empirical practice movement) が現れてきた (Witkin、1996)。

しかし、シングル・システム・デザインによる調査研究は、実践の客観的評価の限界、効果測定のためのアセスメントツールの精度とその結果の一般化の限界、また特定のクライアントへの実践結果を一般化することの限界、効果があるとされたソーシャルワーク実践を他のクライアントに適用しようとするときのマッチングの問題など、数多くの課題が指摘されてきた (Wakefield & Kirk、1996)。ソーシャルワーカーが調査研究の原則を用いながらソーシャルワーク実践を修正していくことは評価されるものの、主観的評価やシングル・システム・デザインによる研究結果をソーシャルワーク実践の科学的根拠とすることの限界の指摘 (Herie & Martin、2002) もある。また、シングル・システム・デザインによる調査研究において、ソーシャルワークの介入自体は同じであったにも関わらず、一方のグループのみに自記式の評価を定期的に求めたところ、事後調査の結果が比較統制群に比べて部分的にプラスとなった報告 (Slonim-Nevo & Anson、1998) がなされたりした。これらのことから、シングル・システム・デザインによる調査研究法はその一般化や実践への応用に課題があるとの認識がなされるようになってきた。その後、シングル・システム・デザインによる調査研究法は当初の厳格な運用ではなく、実践家が活用しやすいようクライアントのニーズに応じた柔軟な適用の仕方などが強調されるようになってきた (Witkin、1996)。

その後も社会福祉サービスについての説明責任を果たすためやプログラムやサービスの効率性を証明するために、ソーシャルワーク実践の実証的研究の試みは積み重ねられてきた。ソーシャルワークの実践家と研究者が協働で調査を計画し、介入計画をたてて実践と研究を並行して行っていくモデルは、Design & development (D&D) research (デザインと開発モデル) あるいは intervention research (実践に介入しながら研究する調査) と呼ばれて一時期脚光をあびた。例えば、Shilling (1997) は、社会福祉サービス提供団体とその団体に所属するスタッフと協働しながら研究者が行うソーシャルワーク実践の介入の調

査 (intervention research) の方法を編み出し、実践家との協働で継続的な関わりを通して質的調査と量的調査の側面を有した調査を行う方法の有効性を論じている。このように、ソーシャルワーク実践についての調査研究は試行錯誤が重ねられてきている。いずれにしても、いかに実践に適用しうるような調査研究を行うかが大きな課題となって追い求められてきているといえよう。

(2) ソーシャルワーク実践に関する実証的研究

ソーシャルワーク実践やその他の対人援助職の実践の「効果」を測定するためには、結果について影響を及ぼすであろう複数の要素を定め、操作、測定してから実践し、実践の結果やその他の要素を客観的に測定しなければならない。近年、そのような実践に関わる要素を定義し、操作し、結果のみならずさまざまな要素を測定する尺度が開発されたことにより、効果測定の調査研究がなされるようになってきた。また、得られた調査結果について、複数の要素を同時に投入して分析し得る多変量解析の方法も多く開発され進化しつつあり、実証的な研究が定着してきた。例えば、対人援助職(ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、精神科医など)が利用者に対して行う実践のプロセス(心理療法、ケースワーク、グループワークなどの過程)や要素が、利用者への援助の結果、つまり効果にどのような影響を及ぼすかについての実証的研究は数多くなされ、1950年から1994年の40数年の間だけでも2,354もの研究が学術雑誌等に掲載されている(Orlinsky, Grawe & Parks, 1994)と報告されている。

ソーシャルワーク実践についても、実証的研究の重要性は強調されてはいるものの、倫理面の問題、実践の焦点を絞る難しさ、実践の効果測定の困難さなどのため、研究全体に占める割合が圧倒的に多いわけではない。社会福祉関係の研究論文のうち、ソーシャルワーク実践の効果の実証的研究は、1994年までの過去5年間に主要雑誌に掲載された論文(2,273本)の12%であった(Gorey, 1996)。また、1993年から1997年に社会福祉関係の主要13誌に掲載された1,849の論文の分析では、「調査研究」の論文と分類できるものは863論文(47%)であった。そのうち、1つの変数を取り扱う「叙述的(descriptive)」なものが314論文(36.0%)、2つ以上の変数の関係を分析した「説明的(explanatory)」なものが423論文(49.0%)、そしてソーシャルワーク実践の「効果測定(control)」であるものは126論文(15.0%)であった(Rosen, Proctor & Staudt, 1999)。

とはいえ、ソーシャルワーク実践の効果は着実に実証されつつあり、1990年から1994年にかけて主要13誌に掲載されたソーシャルワーク実践の効果の実証的研究(88論文)のメタ分析によると、ソーシャルワーク実践の対象となった利用者のうち、77.7%の利用者がソーシャルワーク実践の対象となっていない者と比較して実践による効果を得られたことが明確となった。これらのソーシャルワーク実践の効果は、個人、家族、グループ、地域のいずれのレベルにおいても実証されていた。また、調査の分析方法(比較統制群との調査であれ、そうでないものであれ)、調査方法(質的調査であれ量的調査であれ)を問わずソーシャルワーク実践の効果がみられた(Gorey, 1996)。

主要な学術雑誌に掲載された個人、グループ、家族を対象にしたソーシャルワーク実践についての実証的研究論文(45論文)の介入の焦点とその効果を分析したところ、利用者

個人に介入の焦点をあてているものでは、認知行動療法など個人の変容を志向した理論を基盤にしたソーシャルワーク実践の効果が高かった。一方、利用者以外のシステム（組織や地域）を介入の焦点にしているものでは、ジェネラリストアプローチ、システム論などを基盤にしたソーシャルワーク実践の効果が高いことが明らかになった（Gorey, Thyer & Pawluck, 1998）。

なお、主要13誌に掲載されたソーシャルワーク実践の効果を測定した126の論文のうち、他の実践家や研究者がそのまま復元（replicate）可能なほどソーシャルワーク実践や調査研究の方法の詳細が十分に記述されているものは42%（53論文）にすぎなかった。また、効果を測定するために用いられた基準（尺度）が主観的なものや相対的なものではなく、十分「具体性の高い」ものは57%であった。これらの結果、今後、ソーシャルワーク実践について実証的研究がより多くなされることが望まれ、また、実践家や後続の研究者が実質的に参考にできるよう、その結果の公表の際にはソーシャルワーク実践や調査研究の方法を十分具体的に描写することの必要性がいわれている（Rosen, Proctor & Staudt, 1999）。

なお、このように利用者に対する効果測定の要素を含む実証的研究は多いものの、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践やその構成要素、ソーシャルワーク実践スキルなどを調査研究の対象とした実証的研究は非常に限られている。

（3） ソーシャルワーク実践の基盤とされている理論

ソーシャルワークに関する研究や実践はどのような理論を基盤としているのか。1952年から40年間に出版されたソーシャルワーク実践に関する主要文献（315文献）で引用されている文献（4,096文献）の内容分析によると、社会福祉学の文献を引用するよりも隣接領域の学問分野の文献を引用する割合が年々高まってきていることが明らかとなっている。また、ソーシャルワーク実践が隣接領域の学問分野における特定の理論を基盤にして論述されている論文の割合は、学術雑誌「Social Work」で41.6%、「Social Service Review」で23.6%、「Families in Society」で35.1%もあった。基盤とされている隣接領域の学問分野における理論では、「システム理論」が最も多く（23文献）、続いて「社会学習理論」（20文献）、「精神分析理論」（19文献）、「役割理論」（18文献）、「ネオフロイト理論」（14文献）の順であった（Bush, Epstein & Sainz, 1997）。また、主要13誌に掲載された個人、グループ、家族を対象にしたソーシャルワーク実践についての実証的研究（45論文）で基盤とされていた理論は、認知行動療法が半数近く（22論文）を占め、続いてジェネラリストアプローチによるもの（課題解決型アプローチを含む）（10論文）、システム論を基盤にしたもの（8論文）との結果であった（Gorey, Thyer & Pawluck, 1998）。

（4） 研究結果を実践に反映させることの必要性

ソーシャルワーク実践に関する知識は、利用者の特徴、実践の現場、そして援助の目的によっても、それを一般化して適用すべきか否かが異なってくる。そのようなことから、米国においても知識や理論をソーシャルワーク実践に適用することの困難さは指摘され、また教育の中で最も中心的な課題とされてきている（Rosen, 1994）。科学的に証明された

実践に関わる知識は、社会福祉学の体系の中に整理され、蓄積され、それが個々のソーシャルワーカーの実践の1つ1つの判断において適切に用いられてこそ、当初の研究目的が達成されるといえよう。そこで、ソーシャルワーカーが実践の中でどのような根拠に基づいて実践の判断をしているのかなどについての研究も行われるようになってきている。

ソーシャルワーカーがソーシャルワーク実践の中で行った決断の根拠とその決断の理由を説明することが可能か否かを調査した研究では、ソーシャルワーカー（73人；平均7.3年の経験年数）は、（1）対処方法を定める、（2）長期目標の決定、（3）短期目標の決定の3項目では、9割の者が決断理由を説明できたのに対して、（4）介入方法の選択については、65%の者しか決断理由を説明することができなかった。決断の根拠は「ソーシャルワークの価値」に基づいた決断が過半数であるのに対して、「理論や概念」に基づく決断が24%、「実証的研究の結果」に基づく決断は0%であった（Rosen、1994）。また、ソーシャルワーカーがインテーク面接資料から、利用者の課題について立てる仮説の内容、仮説を検証するために得ようとする情報の種類、そして、その過程での考察内容を分析した調査によると、ソーシャルワーカーは自分の立てた仮説に相反する情報よりは仮説に同調する情報を得ようとする傾向にあるものの、考察内容は極めて非審判的な態度を保持する傾向にあることが明らかになった（Osimo & Rosen、2002）。

このように、米国においてもソーシャルワーカーが実証的研究に基づく知識に基づいたソーシャルワーク実践を行うことや、ソーシャルワーク実践の決断根拠を説明することの困難性が指摘されてきている。

説明責任を果たすため、あるいは効率性の追求のために実証的研究に基づく実践の重要性が言われ、実証的研究が積み重ねられたとしても、社会福祉の現場で実践するソーシャルワーカーがそのような実証的研究の結果を適切に活用できなければ本来の目的は果たせない。社会福祉の研究者の間で、これまで研究結果を確実に実践家に行き渡らせることの努力が不足してきたことも指摘されている（Herie & Martin、2002）。

そこで、実証的研究の結果を実践家に行き渡らせる努力の必要性が強調されるようになってきた。さまざまなソーシャルワーク実践に関する調査結果をソーシャルワーカーに行き渡らせ、実践に確実に適用してもらうためのモデルも示されている。具体的には、カナダのオンタリオ州でアルコール依存症者等の援助に携わる1,000人近くの者を「調査研究結果の消費者」として位置づけ、（1）ターゲットを定めて関わる、（2）現場で試行する、（3）知識と技術を現場の援助者にトレーニングする、（4）電話によるコンサルテーションへの応対や社会福祉サービス提供団体の会議への電話による参加、そして（5）フリーダイヤル（通話料無料）による相談受付などを通してフォローアップとサポートをする、などの項目に沿って実証的研究の調査結果を確実に実践家に理解させ、実践に適用させるような試みがモデルとして示されている（Herie & Martin、2002）。

（5） 科学的根拠に基づいたソーシャルワーク実践の難しさ

対人援助を行う専門職にとって、科学的根拠に基づいた実践は近年の最重要課題の1つとなっている。医学、精神医学、臨床心理学などに続いて社会福祉学の分野においても科学的根拠に基づいたソーシャルワーク実践（Evidence-based social work practice）の重

要性が明確に打ち出されるようになってきた。それにも関わらず、改正された米国のソーシャルワーカーの倫理綱領において、利用者に「実証的研究に基づいた効果的なソーシャルワーク実践を受ける権利」を保障していないことを批判した論文が主要雑誌「Social Work」誌に掲載された（Myers & Thyer、1997）。このことから推測されるように、実証的研究に基づくソーシャルワーク実践を保障することには困難が伴う。ソーシャルワーク実践を科学的根拠に基づいて行うことに対する障壁については、（１）一般（素人）の人々が経験し生活の中で対処することと、ソーシャルワーク実践をする者が課題とし援助の中で行うことが類似していること、（２）社会福祉学には科学的な知識を積み重ねること、実践を評価すること、そして調査の方法や結果を実践に活かしていくことが求められてきた。ところが、科学的であることや知識に基づいた実践を指向することに対して、「機械的である」、「非人間的である」、「利用者が本来持っている力をそぐ」、「個人や文化的な多様性を考慮にいていない実践になる」などの批判に常にさらされてきた。（３）ソーシャルワーク実践の一般原則を特定の状況におかれている特定の利用者に対して表意的に適用することに無理がある、などが指摘されている（Rosen、2003）。

このように科学的根拠に基づいたソーシャルワーク実践は必ずしも容易なことではないが、効果的で説明責任を果たせる実践を専門職として追及していくためには、今後も常に追い求めなければならない。

（６） ソーシャルワーク実践やソーシャルワーク実践スキルに関する研究

ソーシャルワーク実践やソーシャルワーク実践スキルについてはさまざまな研究が積み重ねられてきたが、その多くは個別の経験や質的なデータの分析に基づく実践の理論化という方向をとってきた。

米国におけるソーシャルワーク実践についての先行研究に関しては、米国のソーシャルワーク教育で「ソーシャルワーク実践」の教科書として用いられている文献を対象に論者が分析を行った。BCAT（国立情報研究所の目録所在情報データベース：680万件）を利用し、1994年（米国のCSWEがカリキュラム原則を改定した年）以降に発行された“social work practice”の用語を含む文献（145冊）を調査した。検出された145の文献のうちソーシャルワーク実践が焦点ではないもの（22文献）、利用対象者を限定したもの（52文献）、援助方法・アプローチなどを限定したもの（45文献）を除外し、版を重ねた文献の旧版（10文献）を除外して入手できた8文献と、独自に調査して得た2文献を加えた10文献の内容を分析した。すべての文献の構成を分析し、それぞれの文献をソーシャルワークの主な援助過程に沿って（１）アセスメント、（２）計画、（３）援助の実施（介入）、（４）モニタリング、（５）評価、（６）その他、に分けてその分量を比較した。その結果、どの文献においても（３）援助の実施（介入）に割く分量が多く、最も少ない文献において21.5%、多い文献では74%もの分量が割かれており、平均で42.9%（いずれも大判の教科書で、そのうちの平均165ページ）であった。なお、この（３）援助の実施（介入）に分類したページの中には、インテーク面接などにおいても用いられる面接技法や、個別援助の中で応用する精神療法の基本概念や進め方などを含めている。また、コミュニティワークにおける具体的な援助の技法などの項目も含めている。いずれにしても、この「援助の実施（介

入)」に含めたのは、ソーシャルワーカーが実践の中で個人、家族、グループ、地域に対して行う援助の方法、実践スキル、テクニック、アプローチの具体的描写の部分である。なお、これらの文献の「援助の実施（介入）」の描写で、「援助方法」「技法」「技能」「アプローチ」などの類似用語間の境界は不明確であった。また、1つの文献で「スキル」として紹介されているような内容が、他の文献においては「アプローチ」あるいは「テクニック」として紹介されていた。そのため、ソーシャルワーク実践スキルのみを複数の文献から単純に抽出して整理することは不可能であり、また、あまり意味がないと判断した。この分析の詳細は日本社会福祉学会の全国大会において口頭発表した（資料A；福島、2003b）。

一方、ソーシャルワーク実践の利用者に対する効果測定の研究をはじめ、実証的研究の重要性が認識されるようになってきた。利用者の心理的な状態などを測定する尺度の開発はすすめられ、妥当性や信頼性の検証がされて広く用いられる尺度も多く開発されるにいたっているものの、ソーシャルワーカーの行うソーシャルワーク実践そのものを評価する尺度はほとんど開発されてこなかった（O'Hara & Collins, 1997）。

ソーシャルワーカーの業務遂行の評価を目的としたものでは、Holdenらが開発した病院ソーシャルワーカーの「自己効力感スケール」はあるが（Holden et al., 1996; Holden et al., 1997a; Holden et al., 1997b）、これらは病院ソーシャルワーカーとしての業務（例えば患者や家族への援助、文書作成、チームによる業務遂行、ストレスマネジメントなどの業務）を遂行する能力についての自己効力感の程度を評価するためのものであり、本研究における具体的な実践スキルの活用頻度の評価指標とは目的や評価対象を異にするものである。

また、カナダのトロント大学のソーシャルワーク実践のコンピテンシー要素の評価表が日本に紹介されてきているが、この評価表は学生のソーシャルワーク実習の評価を目的としたものであり、学生の実習の成果について実習指導者が評価するものである。また、コンピテンシー要素の下位に位置する「ソーシャルワーク実習生として求められるスキル」を1つ1つ評価するものとなっており、項目数が膨大（1997年に改正されたもので8領域、199項目にもものぼる）であることに特徴がある。さらに、評価の内容は、1つ1つのスキルの理解や活用の「能力」を測定するものとなっている（前田、1985；ボーゴ・高橋、1991, University of Toronto, 1997）。最近の研究では、このような数多くのスキルの能力を測定する必要性については議論があり、個々のスキルの上に位置づけられるような要素、すなわち（1）他者との関係づくりをする能力、及び（2）ソーシャルワーカーの専門性を理解して実践の中で適用する能力、の2つの要素が上位にあることが明らかになってきていることや（Bogo, 2004）、能力を測定することにはさまざまな困難が伴い、同じ学生を異なる実習指導者が1年目と2年目において評価したところ、2つの評価はかろうじて統計的に有意な相関関係がみられたものの、極めて低い相関関係しかみられなかったなどの課題があげられている（Bogo et al., 2002）。

ソーシャルワーク実践スキルの評価指標としては O'Hara & Collins (1998)が開発したものがある。O'Haraらはソーシャルワーカーの選択的、心理・社会的アプローチの立場から、ケースワーク、精神療法、ケースマネジメント、ソーシャルワーク実践等の効果に関する実証的研究の結果をもとに、ソーシャルワーク実践スキルの項目を選定することとした。そして精神療法やケースワークの実践の効果に関する研究(Lambert & Bergin、

1994; Orlinsky et. al, 1994)), ケースマネージメントに関する研究 (Rothman, 1991; Shulman, 1992)、実践の評価に関する研究 (Bloom et al., 1995; Corcoran & Gingerich, 1994) をもとに、ソーシャルワーク実践スキルを 75 項目に絞りこんだ。これらのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度について、社会福祉学を専攻する 285 名の大学院生を対象に自記式の 5 点法のリッカートスケールを用いて調査し、その結果を因子分析したところ、(1) 治療的、(2) 支持的、(3) 援助計画・評価、(4) ケースマネージメントの 4 つの要素がソーシャルワーク実践の構成要素として抽出された。この結果から 33 項目のソーシャルワーク実践評価指標 (尺度) が開発され、信頼性 (内的一貫性) や妥当性は充分高いと検証されている。O' Hara らは、ソーシャルワーク実践スキルとは「ソーシャルワーカーが行う意図的な援助活動全般」を指すとしている。

続いて O' Hara, Collins & Walsh (1998) は、現場経験の長いソーシャルワーカー (281 名; 修士号 (社会福祉学) 取得後平均 13 年の経験) を対象に同様の調査を行った。この調査結果を因子分析したところ、4 つの因子が抽出され、(1) 治療的、(2) 支持的、(3) ケースマネージメントの 3 要素は、先の調査と同様の結果となった。しかし、この調査では 4 つめの要素として「自己洞察促進」の因子が抽出された。この調査からは 23 項目のソーシャルワーク実践スキル評価指標 (尺度) が開発された。なお、大学院生に対する調査では「治療的」要素が最も比重が大きかったが、経験者を対象とした調査では「支持的」要素が最も大きな比重をしめた。

開発されたソーシャルワーク実践スキル評価指標 (尺度) を用いて O' Hara らは、ソーシャルワーカーがどのような対象者に対してどのようなソーシャルワーク実践の構成要素をより高い頻度で用いるのかを分析した。その結果、中程度の精神障害者を多く援助するソーシャルワーカーは、軽度あるいは重度の精神障害者を多く援助するソーシャルワーカーよりも「支持的」なソーシャルワーク実践スキルをより高い頻度で活用することがわかった。また、虐待、学校における問題、暴力、家族や夫婦間、あるいは失業の問題等を抱えるクライアントの多いソーシャルワーカーほど、「治療的」なソーシャルワーク実践スキルをより高い頻度で活用する傾向が明らかになった。

一方、路上生活者、重度の精神障害、薬物依存、失業、貧困や差別等の問題を抱えるクライアントの多いソーシャルワーカーは、「ケースマネージメント」のソーシャルワーク実践スキルを活用する頻度が高くなる傾向があった。そして、中程度の精神障害、薬物依存、虐待、暴力、家族や夫婦間の問題や職場での問題などのかかえるクライアントの多いソーシャルワーカーほど「自己洞察促進」のソーシャルワーク実践スキルをより高い頻度で活用することが明らかになった (O' Hara & Collins, 2000)。

トロント大学におけるソーシャルワーク実践のコンピテンシー要素の評価表と O' Hara らの開発したソーシャルワーク実践スキルの評価指標 (尺度) との主な相違点は、(1) トロント大学のものは「実習生に求められるスキル」という切り口から教員や実習指導者らを選択し作り上げてきた項目票であるのに対して、O' Hara らのは「利用者に対して効果的である」と実証されたソーシャルワーク実践スキルを先行研究から選択していること、

(2) トロント大学のものは「能力」を測定することが目的であるのに対して、O' Hara らのものは「活用頻度」を測定することが目的であること、(3) 結果的にトロント大学のもののほうがより広範囲な「実習生としてのスキル」をカバーしており、「人前で発表する

スキル」「記録をするスキル」などが含まれるのに対して、O' Hara らのものは利用者、家族、グループ、地域の他機関との直接的な関わりの中で活用するスキルがより具体的で細分化されて列挙されていることにある。

そこで、本論においては日本の現場のソーシャルワーカーの「能力」を測定することが目的ではなく、どのようなソーシャルワーク実践を行っているのか、ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度はどのようなものかを測ることが目的であるため、O' Hara らの評価指標(尺度)を基盤に日本のソーシャルワーク実践についての調査研究を行うこととした。

(7) 米国におけるソーシャルワーク実践に関する研究の動向と課題

このように、米国におけるソーシャルワーク実践に関する先行研究について概観してきた。これらのことから、以下のような動向がみてとれる。

第1に、ソーシャルワーク実践に関する実証的な研究を行うことは、社会福祉サービスについての説明責任を果たすためや、プログラムやサービスの効率性を証明するなどの社会的・政治的な要請にも沿うものであるとの認識が深まってきている。それゆえに、ソーシャルワーク実践についての実証的研究は試行錯誤しつつも、今後、より一層実証的研究を行うことが求められることであろう。

第2に、ソーシャルワーク実践やその他の対人援助職の実践の「効果」の測定がすすめられるようになり、それらの研究の数は相当蓄積されてきている。社会福祉関係の主要雑誌に限ると、実証的研究の割合が断然多いというほどではないものの、確実に増えてきている。その中で、ソーシャルワーク実践の効果の実証は積み重ねられてきており、特に、認知行動療法、ジェネラリストアプローチ、システム論などを基盤にしたソーシャルワーク実践の効果が実証されてきている。なお、実証研究については後続の研究者や実践家が参考にできるよう、実質的・具体的に研究発表をすることの重要性が強調されてきている。

第3に、国際ソーシャルワーカー連盟のソーシャルワークの定義においてもソーシャルワークは「人間の行動と社会システムに関する理論を利用する」とされているように、ソーシャルワーク研究において社会福祉学のみに限定せずに、隣接領域の学問分野の知見を取り入れた研究が多くなってきている。

第4に、ソーシャルワーク実践に関する実証的研究が積み重ねられつつあるのにも関わらず、それを社会福祉の現場でソーシャルワーク実践に反映させることの困難性も研究されている。そこで、実証的研究の結果を実践家に行き渡らせるための実験的、研究的な取り組みも行われ、注目を浴びている。一方、科学的根拠に基づいた実践の必要性は認識されるものの、それを利用者に保障することの困難性が指摘され、また、ソーシャルワーク実践が生身の人を対象とした実践を必要とするため、「科学的なもの」に対する拒否感なども障壁となっていると指摘されている。

第5に、ソーシャルワーク実践の効果もさることながら、ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルについても研究が重ねられている。しかし、これまでどちらかというと「利用者に対する効果の有無」に実証的研究の焦点があてられてきたこともあり、米国においても「ソーシャルワーカーの実践」のレベル、内容、質、頻度などに焦点をあてた実証的研究が多いわけではない。そのためソーシャルワーク実践について何

らかの測定を行うことができる評価指標（尺度）も本研究で参考にしようとしている研究を除いてほとんどない。

これらのことから、実証的研究の必要性、ソーシャルワーク実践に焦点をあてることの意義、そして、ソーシャルワーク実践スキルについての研究の必要性などが明らかになってきた。そこで、本研究においては、ソーシャルワーク実践についての実証的研究を行うこととした。特に、利用者の心理的・社会的側面の変化を対象とした効果測定研究ではなく、サービスを提供する側であるソーシャルワーカーの実践や行動に焦点を当てた研究を行うこととした。このことにより、今後我が国におけるソーシャルワーク実践やソーシャルワーク教育の発展に資することのできる研究を行うこととしたい。

2 米国における精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践について

米国のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の内容が全般的に明確になるような研究はそれほど多くはない。Timberlake、Sabatino & Martin (1997) の研究において、米国で州発行の免許や資格保持者で経験年数5年以上の「上級ソーシャルワーカー」2,640人（平均年齢52歳、修士号取得後平均22年間の経験年数）を対象に、45の臨床的な技術（clinical techniques）の活用頻度を調査している。これらのソーシャルワーカーは82%が精神保健福祉の分野で働いており、週に平均35時間直接援助に携わっている。ソーシャルワーカーは、利用期間の定めのない利用者に対して「自信を持ち、自己評価を高められるようにする」（80%）、「情緒的（心理的）なサポートを提供する」（80%）、「自己洞察を促す」（79%）、「対人関係上の課題を明らかにする」（78%）、「抵抗を取り除くよう援助する」（77%）、「防衛や繰り返されるテーマについて明確化や修正をする」（76%）、「アンビバレンス（両面価値的）な気持ちを取り扱う」（76%）、「変化への抵抗の気持ちに向き合う」（76%）、「別離や終結の課題に取り組む」（76%）、「精神内部のテーマや課題を明確にする」（75%）、「過去のことを振り返り、話し合う」（75%）、「対人関係の技能の獲得を援助する」（74%）、「転移の課題に取り組む」（73%）、そして、「決断をできるよう促す」（70%）などの臨床的な技術を「よく用いている」と報告されている。

エンパワーメントを指向したソーシャルワーク実践の研究では、重い精神疾患を患っている長期入院患者（8割が犯罪経験者）へのソーシャルワーク実践に関する質的調査の研究がある。この研究では利用者が援助計画の決定に参画するためには、（1）精神症状の安定、（2）情報を理解し決断する技能を有することが必要条件となることが明らかとなった。したがって、精神保健福祉分野におけるソーシャルワーク実践において、自己決定を重んじるあまりに精神症状が安定しない精神障害者にまで自己決定を強いることはかえって不適切であると結論づけている。なお、自己決定を重んじた結果、援助計画策定会議に利用者本人が参加できたとしても、利用者は「提案された計画への同意を求められている」というプレッシャーを感じることも明らかとなった。また利用者には、（1）選択可能で、かつ（2）利用者の能力に見合った選択肢の提案が、自己決定の援助に必要不可欠であり、（3）援助計画の実施が計画どおりされないと無意味であることも指摘された（Linhorst et al., 2002）。

先述したように、米国では直接援助に携わる「上級」ソーシャルワーカーの8割以上が

精神保健福祉分野のソーシャルワーカーであることを自認している。そのような中、ソーシャルワーク実践の効果を測るためには、本来精神障害者の「生活の質」を計測する尺度が必要とされるはずである。ところが、利用しやすく、短時間で計測可能な精神障害者の生活の質を計測する尺度はほとんどない。ソーシャルワーク実践の効果の測定において、心理的な側面を計測する尺度が主に用いられているのが現状である。このようなことから、Greenley、Greenberg & Brown (1997) はすでに開発されていた長時間のインタビューを用いた精神障害者の生活の質の尺度を基に、24 項目の自記式の尺度を開発した。この尺度を用いた調査の結果によると、社会サービスを自分の意思で受けている精神障害者のほうが、自分の意思に反して利用している者よりも生活の質の評価は高いなどの結果が明らかになっている。

近年、精神保健福祉分野においてますます効率性が追求されるようになったこともあり、ソーシャルワーカーに期待される役割はますます高まっている。

1960 年代は、精神科医が精神障害者の治療の全般的な責任を負い、薬の処方と精神療法を自ら行っていた。この頃は臨床心理士が心理テストと集団精神療法などを行い、臨床ソーシャルワーカーは包括的な心理・社会的アセスメント、家族関係問題、そして退院計画援助を行うなど、精神保健福祉に携わる専門職間の役割分担が明確であった。しかし、1970 年代には臨床ソーシャルワーカーの数が飛躍的に伸びて精神科医の数と並ぶようになり、ソーシャルワーク教育の内容も充実してきた。1980 年代後半には、臨床ソーシャルワーカーと臨床心理士はそれぞれ 3 倍の数に増加し、精神科医の果たすべき役割は限られるようになってきた。さらに、1990 年代以降、医療費管理組織 (HMO) が精神保健福祉の分野でも医療費の使途の決定権限を実質的にもつようになり、治療や援助の効率性が追求され、臨床ソーシャルワーカーは「安い費用で質の高いサービスを供給できる人材」として重宝されるようになってきた (Cohen、2003)。

現在、米国における精神保健分野の精神療法、集団精神療法などの 65%は臨床ソーシャルワーカーによって提供されている。精神保健福祉分野の専門家が用いる治療方法は、医療費管理組織の意向に沿わざるを得ない情勢にあり、長期療法よりは短期療法が、精神力学的アプローチよりは行動療法や認知行動療法による援助が、そして、個別援助よりはグループに対する援助が「より好ましい援助方法」とされ、ほとんどの専門職がそのような方向で援助せざるを得ないようになってきている。そして、同時にケースマネジメントの重要性が再認識され、もともとソーシャルワーカーが独占的に行ってきた業務分野であるため、その重要性がよりクローズアップされることにより、医療費管理組織からますますソーシャルワーカーが重宝されるようになってきていると指摘されている (Cohen、2003)。

米国における精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践についての先行研究から、以下のようなことが明らかになった。

第 1 に、米国においては経験年数の長い免許や資格保持をして直接援助に関わっているソーシャルワーカーのうち、かなりの割合 (82%) のものが精神保健福祉分野で働いていると自認しており、それらのソーシャルワーカーが用いる臨床的な技術の調査によると、利用者の自己評価を高めるような働きかけや、信頼関係を築くような働きかけ、自己洞察を深めるような働きかけなどが実践の中で多く用いられていた。

第2に重い精神疾患を患っている精神障害者に対しての援助においては、精神症状の安定や情報を理解したり判断したりできる技能があることを前提にはじめて利用者自身の自己決定が本人のためになることや、援助計画に同席しても、利用者には「同意しなければならない」とのプレッシャーがかかること等が質的調査の結果から明らかとされた。

第3に精神障害者に対するソーシャルワーク実践の効果を測定するためには、利用者の「生活の質」を測定するような尺度の開発が必要となるが、利用しやすく短時間で計測可能な尺度はほとんど存在しないことが課題とされている。

第4に、経済的な理由からも、医師や臨床心理技術者と比較して割安な人件費で質の高いサービスを提供できるとされるソーシャルワーカーはますます重宝され、精神療法、集団精神療法などもその65%がソーシャルワーカーによって提供されている。サービス提供の内容はより短期に、そして認知行動療法を基盤としたアプローチやグループを対象とした援助がより多く用いられるようになってきている。

このようなことから、本研究において、日本の精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践に焦点をあてた調査研究を行い、米国のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践と比較検討を行うことに意義があると思われる。

3 日本におけるソーシャルワーク実践に関する研究の動向

(1) 社会福祉援助技術、ソーシャルワークに関する研究の位置づけと課題

社会福祉に関する研究においては、当初は社会そのものや制度・政策に関する研究のほうが多く積み重ねられる傾向にあった。一番ヶ瀬(1965)は1945年から1965年の戦後の社会事業研究を5つの時期に分けて考察している。その中で、社会福祉援助技術に関しては「社会保障制度そのものが未発展のままであったため、専門技術はその正しい適用の条件をもたず、むしろ政策的に利用されるか空転する傾向がみられた(第2期=1948-1951)」としている。そして、「それまで移入してきたアメリカの専門技術さらに方法論を統合したもの、日本のなかでどう適応するかについての研究がうまれてきた」ものの、「政策論との接点は見出されていない(第4期=1955-1959)」と指摘し、第5期(=1960-1964)の再編成志向期において、政策論のほうで方法論をも包含していく動きがでてくる一方、技術論的視点にたつものもその社会的枠組みへの考察を深めようとの動きがでてきたと指摘した。そして、方法論についての研究では、今後実践体験の積み上げのなかから適正条件の確認を行い政策への具体的要求をすることと、心理主義一辺倒に終わらず生活を構造的につかんでいくべきだとしている。

このような政策論と技術論の二分論についての研究では、柴田(1965)が社会事業の内容を「社会からの脱落者の救済とその予防のための行為」と定義しておいて、戦後の社会事業研究を、(1)社会的なものに重点をおくものと、(2)個人的なものに重点をおくものに分け、それぞれの代表的文献を分析し、両者の立場が「相容れざる原理となって対立している」と考察している。しかしながら、「個人的な重点をおく」立場に分類された竹内自身は「いわゆる技術論の存在をみとめない」から、「必然的に政策論対技術論という対立的アプローチには加担しない」として、政策的なものや専門社会事業的なものを継続的

にとらえる立場を明確にしていた（竹内、1965）のが興味深い。

竹内(1977)は「専門社会事業」としてケースワークをはじめとして、グループワーク、コミュニティ・オーガニゼーションなどを我が国に紹介してきたが、昭和の初期には「これらの専門社会事業に関心を示す社会福祉関係者はごく稀」だったと述懐している。また関心がないばかりか、社会福祉援助技術などは「ものごとの仕方の体系」とであるとされ、「技術は非本質的なもの」という批判もあり、この立場に対してはさまざまな反論もなされた（中園、1965）。例えば、貧困者から貧困を取り除くのは制度の持つ機能であるが、制度の取り扱わない人間を扱うものが必要となり、その必要性から社会事業、具体的にはケースワークが必要となったなどの主張がなされてきた（園、1965）。

なお、岡田（1975）は、ソーシャルワークを「物事の仕方」にすぎないとした孝橋正一がのちに『続社会事業の基本問題』の中で社会福祉従事者をソーシャルワーカーという言葉で代表させ、「実践主体」としてソーシャルワーカーを強調するようになったことを指摘している。岡田はソーシャルワークとは「倫理的主体性をもったソーシャルワーカーの専門的実践の体系である」とし、ソーシャルワークが日本の社会において福祉国家・福祉社会の体制の充実に不可欠であること、日本にあった価値観をうちたてる必要性、そして国際社会福祉の発展に寄与していく必要性を指摘した。

その後、社会福祉援助技術に関する研究は積み重ねられ、社会福祉の対象、主体、方法のあり方についての研究の中で、1970年代以降も社会福祉の専門技術や知識の体系が問題になり、教育機関や専門職能団体のあり方や、対象者との関係で科学的方法論に立脚した方法・技術の有用性を検証していく必要性（岡本、1970）が指摘されてきた。

1980年代に入って、施設福祉サービスから在宅福祉サービスへ社会福祉政策の焦点が移行していくに伴いソーシャルワーカーに期待される役割も変化し、ソーシャルワーカーが独自の機能と役割を担っていくためには、視点・方式・手法をソーシャルワークの内部で体系化し、発展させ、実践を通じで立証していくことの必要性が強調されるようになった（岡本、1982）。一方、宮本（1984）は「無批判的輸入論」が主張される中、対人援助の技術において「日本的」であることを求めるあまりに現実を肯定したり大勢順応してしまっただけで社会福祉が閉塞状況へと導かれることへの懸念を示し、比較研究の立場から、文化的な差異を相互に尊重し、日本の特殊性の折出と同時に他の社会にも共通して含まれている普遍的な特徴が日本社会に現れていることを明らかにすることの必要性を説いた。そして、日常の実践体験を通じたワーカー＝クライアント相互の経験や観察を手がかりとして、そこから逆に日本文化論の一元的な基本構造を明確化しつつ、その文化がよしとする理想や価値を疑い相対化していくべきであると主張した。

1990年代に入っても依然としてソーシャルワークの援助技術や方法に関する研究では理論的支柱が明確ではなく、周辺隣接領域からの科学を借用し依拠して進められて発展してきたことの限界と、独自の科学方法論を保有することの必要性が指摘されている。そして、現場におけるソーシャルワーカーの日常的で専門的なかわりの中で得られるさまざまな体験を一定の科学的方法にしたがって系統的に集積していく方法を開発していくことの必要性が指摘された（岡本、1997）。

なお、高沢（2001）が「わが国で戦後長く続いた社会福祉研究における臨床科学と政策科学との不毛な対立は、今ではほぼ終息したといえることができる」としているように、社

会福祉研究が具体的な問題解決に責任を負うことの必要が増すにつれ、両者の対立はあまり意味をなさなくなってきた。

(2) ソーシャルワーク実践の方向性やモデルを示す研究

ソーシャルワーク実践がどのような方向を目指すべきであるか、あるいはどのようなモデルに準拠するべきかなどは常に政策動向の影響を大きく受けてきた。特に1990年の社会福祉関係八法改正以降、地域自立生活支援の必要性が強く認識され、地域を基盤としたソーシャルワーク実践やそのような実践のできるソーシャルワーカーの養成が時代の要請となった経緯については大橋(2000b)の分析に詳しい。さらに、政策論に比べて「社会福祉の方法や援助技術、中でも従来二次的とされた」方法や技術についての理論や研究が在宅福祉の推進や国家資格の確立などの政策的な動向の影響を受けて重視されるようになった過程については高田(2001)が整理している。ここで高田はソーシャルワークの焦点が人と環境との相互作用であると「認識されて久しい」ものの、それを実践のレベルに具体化するかが課題であるがなお達成されたとはいえず、「依然としてアメリカを中心とした理論の紹介が多い」と断じている。

確かに、1960年代から1980年にかけてのアメリカのソーシャルワークの政策と実践の動向を分析し、1960年代は *advocacy*、1970年代は *accountability*、1980年代は *efficiency* がソーシャルワーカーの課題となったこと、教育カリキュラムの核は知識、価値及び統合化されたアプローチにあったこと、実践理論の研究がすすみ、その多くは「ソーシャルワーカーは介入行為による変革者である」と考えていること、ソーシャルワークにおける調査の重要性の認識が高まってきたことなどを分析した高田自身の研究(高田、1983)、児童の入所施設においてアメリカの特定のアプローチを紹介し、その適用の可能性を考察したもの(林、1990)、ライフモデルの沿革と概要の紹介(岡本、1992)、ソーシャルワーク実践の共通基盤を探る中で生態学的アプローチ及びシステム論的思考が主要な要素となり、ジェネリック・ソーシャルワークが導入されてきた経緯の紹介(佐藤、1998)、ジェネラリストアプローチにおいては、ソーシャルワーカーが個人から政策までのすべてのシステムを対象とし、システム理論やエコロジカルな視点を用いて多数の介入方法の中から最適なものを選択して適用し、問題解決のプロセスを実践することであると解説したもの(渡部、1998)など、この間ソーシャルワークに関して発表されてきた研究論文の多くはアメリカにおける実践の方向性や理論の紹介を中心とした研究ではあるが、日本における適用の可能性などに言及しているものも多い。

さらに、すでに紹介されてきた理論を日本に適用するときの可能性や課題を論証の対象とした研究も積み重ねられてきた。例えば、ジェネリック・ソーシャルワークは、「これからのソーシャルワーク実践に必要な視野・視点・発想・志向・方法への示唆を与えるという抽象的概念にとどまっている」として日本における課題をあげ、中でも実践過程の展開局面に支援ツールとしてコンピュータを導入することの必要性を強調したもの(太田、1998)や、社会福祉基礎構造改革後の日本におけるソーシャルワークのあり方や課題として、(1) サービス利用者をサービスの消費者(コンシューマー)ととらえ、対等な関係の確立、(2) 個人の多様なニーズへ対応できる地域における総合的な支援、(3) 多様なサ

ービス提供主体の参入の促進、(4) サービスの質と効率性の向上、(5) サービスの提供者側と利用者側との健全な緊張関係、(6) サービスへの苦情処理にソーシャルワーカーが従事すること、そして(7) 住民参加による福祉文化の創造の必要性などをあげたもの(佐藤、1999)などは、アメリカの理論の紹介にとどまらず、日本のソーシャルワークそのものを論証の対象としている。

さらに近年、既に紹介されてきた特定のモデルを掘り下げた上で日本への適用性を検証した研究が発表されてきている。岩間(2000)はウィリアム・シュワルツによって構築されたソーシャルワーク理論(相互作用モデル/媒介モデル)を詳細に分析した上で、それを理論的に発展させソーシャルワークモデルとして「媒介・過程モデル」を提示している。岩間の研究は「媒介・過程モデル」におけるソーシャルワーカーの機能を「対等に向かい合わせる」と「媒介し続ける」の2つに焦点づけし、ソーシャルワーク実践の過程ごとにクライアントとシステムの相互作用関係に焦点をあて、「媒介」機能の具体的展開を5段階に分けて論証していること等にその特徴がある。また、ウィリアム・リードを中心に体系化されてきた課題中心モデルはすでに山崎によって翻訳、紹介されてきたが(注: 当時は「課題中心ケースワーク」として紹介された)(山崎、1979)、伊藤(2001)はこのモデルの発展、特徴、そしてこのモデルの適用状況を分析し、日本における今後の適用の可能性を検討している。

一方、木戸(2003)は、地域を基盤とした独自の総合的社会福祉実践に関するモデルを提示している。木戸は一都市における25人のソーシャルワーカーの実践内容を分析した結果、理念としては家族、組織、地域などのレベルに焦点をあてるべきだと認識しながら、実際には個人のニーズの充足に焦点をあてた実践に偏りがちであるということを指摘している。そして、今後は社会福祉の援助技術の理論を取り入れ、理論を応用したときの実践効果を測る必要性を提示している。

このようにソーシャルワーク実践一般についても英米の理論の紹介を中心にしたものから、理論の日本への適用を考察したもの、日本での課題や可能性に焦点づけたものや独自のモデルを提示したものなど、ソーシャルワーク実践の方向性については一定の研究成果が積み重ねられてきた。

(3) ソーシャルワーカーの専門性とソーシャルワーク実践に関する研究

ソーシャルワーカーは専門職志向を持つようになり、効率性と合理性と科学性を追及すると同時に社会的な使命を果たすことをも大きな目標としてきた(岡本、2000)とされる。ソーシャルワークの専門職性に関しては、英米の状況と日本での適用の可能性を考察した研究(仲村、1983)、文献研究とともにソーシャルワーク業務の特定化、標準化を目指した研究(奥田、1988; 奥田、1992)などがすすめられてきた。さらに、社会福祉士等の国家資格化の歴史的経緯と意義を明らかにしながら、ソーシャルワーカー資格の国際比較及び福祉専門職の専門性について論じ、社会福祉専門職の質の向上と人材養成の必要性を説いた研究などがなされてきた(京極、1992)。

近年では、福祉職内での(主にケアワーカーなどとの)線引き及び援助職間での(看護職などとの)線引きの両面において明確でないことが課題であること、ソーシャルワーカー

一は福祉職外からの専門性評価は薬剤師や学校教師などと並んで概して高いのに比べて、福祉職内の自己評価が概して低いことが指摘されてきている。今後は社会福祉職者が専門職、ソーシャルワーカーとしての自覚をもち、自己評価をあげていくことが必要とされてきた（小山、1997）。

そこで、専門職としての行為は客観的な知識に基づくもので、人一般の行為とは明らかに異なるものであり、ソーシャルワーカーが利用者や第三者に対して支援する過程を体系的に説明することが必要であることが指摘されてきている。そのためには、（１）利用者が直面している生活課題を発見・理解・分析する方法、（２）問題解決の方策・手順などを目的意識的な過程として計画すること、（３）計画に基づいたソーシャルワーク実践を行うことなどの作業を標準化することの必要性が掲げられている（北川、2001）。

なお、介護保険の導入に伴ってケアマネジメントの重要性が強調されることに伴って、ソーシャルワークの専門性の追求もないまま「ジェネラリスト」や「ケアマネジメント」の方法ばかりが強調されることについては警鐘がならされている。渡部（2003）が分析、懸念するように、日本のソーシャルワーク実践に関しては、目的や理念においては国際的にも通用するようなものが掲げられているにも関わらず、（１）価値が実践において必ずしも守られていない、（２）実践の対象が限定されている、（３）ソーシャルワーカーの役割は「ブローカー（仲介）」ばかりが強調されてその他の役割に対する言及がほとんどない、（４）援助方法、介入方法では「ケアマネジメント」ばかりが強調され、その他の介入方法に関する言及がほとんどない、（５）援助計画が「ケアプラン」と同義とされ、人と問題と環境との関係のアセスメント等が援助計画及び援助内容に生かせない、（６）利用者との関係形成の部分で一方的な提案、助言あるいは単なる言いなりの関係が成り立っているなど問題が多い、（７）自己決定の前に利用者の問題解決へのモチベーションを高めるプロセスなどがほとんど考えられていない、（８）既存のサービス（ホームヘルプサービス等）の利用で生活改善がなされない場合は、単に「困難事例」と片付けられてしまっていて利用者の援助がなされなくなってしまう、ことなどが大きな課題であると指摘されている。

また、佐藤（2003）が指摘するように、実践の中でケアマネジメントの機能を果たすためには、地域に選択可能な社会資源が十分存在することが必要となる。十分な社会資源がない状態であってもソーシャルワーカーが行う効果的なソーシャルワーク実践はあるはずである。

このように、ソーシャルワークの専門職性を研究、考察する上においても、ソーシャルワーカーが、自分たちの行為をソーシャルワークの目的に沿った意図的な行動（言動）であると説明できないことへの懸念が指摘されてきている。ソーシャルワーカーが自分たちの専門性に自信を持つためには、自分の行動（言動）をソーシャルワーク実践スキルの活用した結果として示すことが必要とされるように思われる。

（４） ソーシャルワーク実践の援助技術・技法に関する研究

このように、ソーシャルワーク実践の方向性やモデルに関する調査研究は一定以上あるものの、より具体的なレベルにおいてソーシャルワーク実践を調査研究したものは、ほとんどが事例研究や実践報告になってしまい、ある特定の事例の質的データの提示と実践の

ふりかえりが中心となっているのが現状である。事例への対処や一施設・機関の実践を、どのように他の利用者、他の施設・機関において応用したり適用し得るかについての考察や記述がなされることは少ない。

ソーシャルワーク実践の理念や方向性と事例研究や実践報告などとの間に位置するものとしては、ソーシャルワークの援助技術やソーシャルワークの技法に関する研究があげられる。国家資格準備のための教科書などにおいては、近年「援助技術」の下位概念として「技法」の表現が用いられることが多く、「社会福祉援助技術」「精神保健福祉援助技術各論」などの科目の中で、記述されている。

ソーシャルワークの援助技術や技法に関する研究はそれほど多くはない。例えば、グループワークを相互援助システムの中で援助技術として駆使していく方法についての調査研究（黒木、1985； 黒木、1997）。面接技法については、面接の過程に沿った留意点（「入室時の状態観察」「面接開始」）、コミュニケーションの仕方（「質問は簡潔に」「話し方はゆっくりと大きな声です」）、理念的な項目（「エンパワーメント」）などを合わせてケアマネージャーの「面接の技法」として解説したもの（今井、2003）。また、ソーシャルワーカーなどの対人援助職が行う「連携・コーディネート」に焦点をあて、10の事例を分析し、利用者への援助の際には「情報伝達のあり方」や「他職種間のコーディネート」機能が重要性であるとの調査研究（本田、2003）などがある。

（5） ソーシャルワーク実践スキル、コンピテンシーに関する研究

ソーシャルワーク実践のスキルやコンピテンシーに関する先行研究については、その定義を中心に研究がなされてきた。先述したように、英語の skill は可算名詞（つまり複数形などを用いて）として「a type of work or activity which requires special training and knowledge（特別な知識や訓練を要する作業や行動）」を指し、一方、不可算名詞（つまり複数形は決して用いないで）として「skill is the knowledge and ability that enables you to do something well（スキルとは何かをうまく行うために必要な知識と能力のことを指す）」を指すとされている（『Collins COBUILD English Dictionary for Advanced Learners（3版）、2001』）。このように skill を可算名詞、不可算名詞いずれとして用いるかによって、片方は行動・作業を、もう片方は能力のことを指すことになる。

以下にみられるように日本の研究の中で全般的に「能力」として定義してきたものが多い。しかし、「能力」と定義しておきながら「行動」の概念も含めて説明しようとするために説明に無理が生じていることがあるように思われる。英語の文献において無理なく用いられ、日本語に訳すとすれば2つの意味を持つ同音異義語に近い形で扱ったほうがよい skill と skills の用語を、可算名詞、不可算名詞の区別を認識しないまま翻訳がなされ、skill の定義についての議論がなされたために、日本の先行研究においては多少の混乱がみられる。

前田（1984）はソーシャル・グループワークに焦点をあてながら、方法と技能と技法についてわかりやすく定義、解説している。

「ソーシャル・グループワークとは、ソーシャルワークの一方法である。方法とは、目的達成のための一連の手続き、順序立ったやり方である。」

「方法を実際に用いていく時、道具として必要なのが技法、あるいはテクニックである。」

「援助の方法があり、その方法の中で用いていく道具である技法があっても、その技法を実際に使いこなせる能力がワーカーになれば、その人は効果的に働くことができない。知識としての方法や技法をいくら理解していても、ワーカー行動として実践にうつされなければ意味がない。(中略) ワーカーの能力は一朝一夕では身につかないのである。このためには訓練と熟達が必要である。このように技法を熟練して用いていける能力が(中略)技能(スキル)なのである(下線は論者による。太字は原文のまま)。」

この前田の解説によると技能(スキル)は能力を指すことになるが、同じ論文の中で、前田は以下のように述べている。

「先に述べられたようなソーシャルワークの技能が、具体的な実践の中で、どのようなワーカー行動となってあらわれてくるのか(下線は論者による)。」

こちらの文章の中で、「技能」は「行動としてあらわれてくるもの」とされているように、「特別な知識や訓練を要する行動(可算名詞としての skills)」に近い意味で用いていると解釈できるのではないだろうか。また、前田(1984)はこの論文の後半で「グループの目的を明確にするスキル」、「相互作用のパターン変化をおこしていくスキル」、「問題を細分化していくスキル」などをあげてソーシャルワーカーが実践の中で行う具体的な行動を例示し、これらの実践には「うまく行うために必要な知識と能力(つまり不可算名詞としての skill)」が必要であることを論文全体を通して説いており、全体としての整合性をもたせている。

小松(1983)は社会福祉実践の方法の構成要素として立場、関係、過程、技能の4つに分けて論じ、

「技能は、社会福祉実践における課題もしくは活動を遂行していくために不可欠な適性と能力を総称しているが、基本的にはルイス(Lewis, H.)が考察しているように、知識・行為・意図と価値、スタイルという4つの次元から構成されているとみることができる。したがって、技能は多面的な複合体であるため、統一的に体系づけていくことは困難で、さまざまな試みがなされているというのが現状である(()内の英文表記、下線は論者による)。」

とし、その後 Shulman、Loewenberg、Haines の3者がそれぞれ整理したソーシャルワーク実践技能を紹介している。なお、ここではじめに引用されている Lewis の論文の表題は“The structure of professional skill”であり、これは不可算名詞の skill で「能力」の意味で用いられている。一方、その他に引用されている Shulman の“The skills of helping: individuals and groups”、そして、Loewenberg の“Core concepts and skills for social work practice”及び Haines の“Skills and methods in social work”の3

文献の表題から明らかなように、これらの文献の「skills」は複数形で用いられており、いずれも「行動」を意味する可算名詞として用いられている。このように、論文の前半においてはソーシャルワーク実践技能を「適性や能力」とであると定義しながらその定義の多様性について言及し、後半ではソーシャルワーカーの行うべき活動や行動を列挙した文献から「特別な知識や訓練を要する行動」にあたるスキルを列挙して紹介している。

なお、小松は同じ文献で competence を「生活体が環境と相互交渉しながら成長・進歩・維持していく能力を総称しておる概念で、「適合性」「適応化能力」などとも表現できる」として紹介し、人間の発達を総合的にとらえていく上で基本にすえるべきものとして重要視されるようになっていることを指摘している。このときの competence は、ソーシャルワーカーではなく、クライアントの competence のことを指し、社会福祉の実践によってクライアントの competence が促進されるべきものとして紹介されていた。

奥田（1989）は英米の先行研究を参考にしながら方法、技法、技能を定義している。

「「方法」はさまざまな意図をもって援助活動に組み込まれる多次元的な活動目標を遂行するために合理的に考案された問題解決のための技法やその具体的な手段を体系的にまとめあげたものである。」

「「技法」は個々の援助活動においてソーシャルワークの方法を具体化する過程で、援助を行う、あるいは援助の効果を高めるために独自に一定の科学的手続きの下で開発された標準的な手法であり、サービス活動において諸技能を具象化し、手段化した特定の技術を編成し、具体的な介入目標に従って科学的成果を援用して実践される専門的介入手法である。」

「「技能」はかかる技法を専門的援助関係を通じて実際に駆使できるよう、ソーシャルワーカーがあらかじめ体得しておくべき、技量、能力、および資質活用能力の総体である。ソーシャルワークの技能はこれら三者の相互連関から成り立っており、ソーシャルワーク実践は生得的あるいは後天的な個人的特性（中略）を持つソーシャルワーカーが、養成課程や実践場面あるいは再教育などの各段階において行われる学習に基づいて保有した技能を通して行われる（下線は論者による）。」

と定義している。さらに

「ソーシャルワーカーは、いかなる場合や場面においても効果的なサービスを提供できるように、サービスの対象や目的、あるいは問題によって選択された方法に適用できるような具体的な技法に精通し、それらを適切かつ有効に活用できるようさまざまな技能を修得しておく必要がある（下線は論者による）」

奥田はこのように方法、技法、技能を整理したものの、「技能」の定義においては不可算名詞としての skill、つまり「能力」を強調している。しかし、上記に引用した後半の部分において「技法を（中略）適切かつ有効に活用できるようさまざまな技能を修得しておく」とまとめている。このときの「修得するさまざまな技能」は可算名詞としての skills、つまり「特別な知識や訓練を要する作業や行動」のことを指していると解すほうが理解しやすい。それゆえ、奥田がこの論文の後半で独自に整理している「ソーシャルワークの技

能」は基本的技能 (skill base) と専門技能 (technical base) に分類され、下位技能として「面接技能」「契約技能」「情報収集技能」「問題解決技能」「事後評価技能」などが列挙され、これらはいずれも可算名詞としての skills、つまり「特別な知識や訓練を要する作業や行動」であると解釈したほうが理解がしやすいであろう。そして、これらをうまく行うためには不可算名詞としての skill、つまり「何かをうまく行うために必要な知識と能力」が必要となってくるのである。

岡本・平塚他 (1999) によると、スキルの定義や位置づけは「明確ではない」が、

「ソーシャルワーク実践の構成がより明確にされるようになり、スキルは実践の構成要素の (知識、価値、スキル) の 1 つになった (153 ページ)。」

「スキルは学習したことを具体的に展開する能力 (ability) の面とその能力を通して立ち現れる行動 (doing, action) の面との「一体的統合的な合成物」として考えることができる (154 ページ、下線は論者による)。」

などとして能力と行動双方の定義について触れ、ソーシャルワークのスキルがソーシャルワークの専門性との関連において体系化されていくことと、スキルについての研究が深められ、それに伴ってその教授法、学習法などを総合的に推進する必要性を説いている。

平塚 (2004) は岡本・平塚編著による『ソーシャルワークの技能』の中でソーシャルワークにおけるスキルの諸定義を整理 (6-8 ページ) し、スキルの定義にみられる記述表現において「スキルを行為 (行動)とみるもの、能力、いずれでもないの 3 つの記述がある」と分析しながら、自らは次のように定義している。(下線は論者による)

「ソーシャルワークのスキルとは、クライアントの生活・人生における価値の実現に向けて、ソーシャルワーカーの自己の感覚・直感、生活・人生における経験、教育・訓練による学習経験・専門職としての実践経験などの経験知 (実践知) を呼び覚まし、科学的知識体系と選択的・効果的・創造的に用いることのできる実践能力の総体 (コンピテンス) を通して具現される熟練した技 (わざ) をいう。換言すれば、スキルは、ソーシャルワーカーの事象の認知・認識能力、価値実現に向けての援助行為への変換推進能力とからなる実践能力 (コンピテンス) が、ソーシャルワーカーをして具体的援助行為に示される熟練した統合的一体的技術表現である。それはソーシャルワークの全体構造のなかに位置する (11 ページ、下線は論者による)。」

先述したようにスキルが英語の文献などにおいて行動を指すものと能力をさすものがあるのは skill が可算名詞と使用されているか不可算名詞として使用されているかによってそもそもの用法が異なることからくる。それゆえ先行研究の成果を同じ定義の中に果実化させようとする努力の結果としてこのような長い定義がなされたのであろうか。同じ文献の中で他の章においてこの定義の直接の引用はなされず、例えば、牧 (2004) は

「ソーシャルワークのスキルはソーシャルワーカーが専門知識を活用してクライアントを援助して

いくうえで必要な内的な能力であり、さらに専門的なさまざまな知識と技術技法が効果的に活用できるための学習により、実践事例の諸感受を統合して知覚する認知能力、知識を習得する能力を基礎とし、内的資質に導かれて援助行為として表現できることをいう。したがって援助活動を行っていくうえで、学習により獲得し実践の体験を通して習熟し、実行可能なものではなくてはならない（161 ページ、下線は論者による）。」

と定義してから、スキルの展開と援助過程について記している。確かに平塚（2004）が分析しているように、スキルには属人的なアートとしてのスキルと、知識と結びつきやすいテクニカルなスキル（10 ページ）があるであろう。このような定義や位置づけのしにくさを踏まえて、岡本（2004）は「まえがき」で岡本・平塚らによるこの文献がソーシャルワークのスキルについての先駆的な研究であることを強調し、「終章（194-199 ページ）」において

「スキルは概念的に把握ができて、それらを具体的な実践場面で自由自在にあるいは縦横に駆使できるようにマスターしておかなければ役に立たない性格のものである（194 ページ、下線は論者による）。」

と述べ、今後の課題としてスキルを「体得」することの必要性を明確にするとともに、スキル研究を通じてソーシャルワークの研究方法を深めていくことが今後の課題であると結んでいる。

このように一方では能力を指す不可算名詞として用いられながらも、行動を指す可算名詞としても用いられる skill や skills の概念を補うために、ソーシャルワーカーの「能力」の概念を強調したいときに、英米の文献において competence の概念が用いられてきた。

前田（1985）がトロント大学における実習と訓練のシステムを日本にまず紹介し、competency-based education という概念が 1970 年代後半よりアメリカやカナダのソーシャルワーク教育関係者の注目を集めていることを紹介した。トロント大学ではソーシャルワーク技能演習（スキルラボ）の授業でまず「コミュニケーションスキル」や「問題解決スキル」を身につけたか否かを実習前後に評価することが紹介されている。また、先述したように、ソーシャルワーカーが身につけるべき実践技能を 8 領域、87 項目（219 の下位スキル）をあげてそれぞれの到達度を評価するシステムとなっていることが紹介されている。

ここで前田が Bogo の編集（1985）による “Training practice skills for social work students” という文献を紹介しているように、スキルは “skills” のことであり、可算名詞のスキルで「特別な知識や訓練を要する行動」を指す。前田も 32 ページにおいて

「それぞれの領域における能力（注：これは skills であるので、実際は「行動」である）をあげて、それを学生の具体的な行動として定義づけを行い、一つ一つの記述に努めた。その結果としてまとめられたのが後述する 87 の実践能力要素（注：こちらは “competency elements” という言葉の訳であるので、「能力」という訳語があてはまる）である。」（括弧内及び下線は筆者による）。」と紹介

している。

competence とは「the ability to do something well or effectively (何かを上手に、あるいは効果的に行う能力) (『Collins COBUILD English Dictionary for Advanced Learners (3版)、2001』)」とされ、不可算名詞としてのみ用いられる用語である。この言葉を用いることによってソーシャルワーカーが実践の中でさまざまなソーシャルワーク実践技能 (skills)、つまり特別な知識や訓練を要する行動、を活用する「能力」を測定したり評価したりすることの必要性が強調されるようになってきている。

コンピテンシーの概念に焦点をあてて日本に紹介したのは高橋重宏である。ボーゴ・高橋 (1991) において、ソーシャルワーク実践におけるコンピテンシーとは

「ソーシャルワーク実践に必要な知識 (knowledge)、技術 (skills)、判断力 (judgement) をいう。」
「このコンピテンシーを日本語の「能力」に訳してしまうと本来の意味が表せなくなるので、本稿ではコンピテンシーとしてそのまま使用した。」

と紹介し、Guttman らの次のような定義を引用している。

「コンピテンシーのもつ個別的な部分が、さまざまな理論的モデルによっていろいろと定義されているが、この用語は、常に効果的に実践をする能力を説明するために使用されている。したがってこの用語は、ある一定の基準に基づいて判断された、実践の質的な評価ともつながっているのである (下線は論者による)。」

なお、Bogo (2004) は competency を次のように定義している。

「the degree to which an individual can use or translate the knowledge, skills, attitudes, and judgement associated with a profession into a set of complex behaviors and perform effectively within the scope of professional practice (専門職としての実践の中で、個人が専門家として有すべき知識・技能・態度及び判断を、複雑な一連の行動に用いたりあてはめたりすることができ、かつ、効果的に実行できる程度のことを指す。)」

このように、コンピテンシーはそれぞれのソーシャルワーク実践の技能 (=特別な知識や訓練を要する行動=skills)、知識等を効果的に実践の中で効果的に活用する「能力」を評価するときに特に用いられる用語である。

トロント大学においてソーシャルワーク実践が competent にできる学生を教育することを目的として作成され、改正された “competency elements and skills” は8領域、82の技能に整理された。ここで紹介されている評価表の解説にあるように、実習生の技能の評価は「1. 実習生は技能の意味・目的を理解していない」「2. 技能を理解してはいるが、それを実践できない」「3. 技能を理解しており、まだ自信はないが、それを積極的に実践するよう試みている」「4. 技能を効果的に活用している」「5. 技能を体得し、常に適切に技能を活用している」の順に評価することとなっている。このように、スキル (特別な

知識や訓練を要する行動)をどのような程度まで理解したり活用できているかの「能力」を評価する内容となっている(ボーゴ・高橋、1991)。

本論では第1章第4節で述べたように、ソーシャルワーカーが行う実践のうち、その総称としての「ソーシャルワーク実践」と、「それを構成する1つ1つの活動や行動(言動)」を区別する必要があったため、「ソーシャルワーク実践スキル」を「ソーシャルワークの価値を基盤にして行う特別な知識や訓練を要する行動(言動)」と操作的に定義した。そして、コンピテンシー(専門的な価値・知識・スキルを専門職としての行為の中で効果的に用いる能力)を構成する重要な一要素としてこれらのソーシャルワーク実践スキルがあるということを前提に研究をすすめていくこととする。

なお、ソーシャルワーク実践スキルについては、英米の文献において列举されたスキルを日本に紹介したもの(小松、1983;園、1965;ボーゴ・高橋、1991)や事例研究などにおいて実際に用いられたスキルを列举したもの(前田、1984)などがあり、スキルという言葉を用いないで技法、実践原則などの言葉で同様なソーシャルワークの行うべき行動や行為が列举した研究もあるが(今井、2003;黒木、1985;黒木、1997)、ソーシャルワーク実践全般としてどのような実践スキルが必要であるかなどについて整理・研究したものはない。

(6) 社会福祉援助技術・方法の教育について

ソーシャルワーク実践の技能を強化、開発する手段としては、ケース記録、ケース会議、事例研究、スーパービジョン、コンサルテーションなどがあげられてきており(奥田、1989)、また、実習教育の中で目標を明確化し、獲得すべき能力やスキルを明確にすることの必要性が説かれてきた(前田、1985;ボーゴ・高橋、1991)。しかし、日本の現場で圧倒的に多数を占めている通所・入所施設などの実践に、これまで教科書などで紹介されてきた理論をそのまま適用するのには困難も伴うため、「生活場面面接」や「構造化されていない面接」などとして日常の生活場面での関わりなどの実践の重要性を意識化し、顕在化することの必要性も指摘されている(久保、2002)。

窪田(2000)は、社会福祉の現場のソーシャルワーカーは学生時代に習得したソーシャルワーカー理論をベースにしながら次々に新しいアプローチ等を学び、自らの体系を絶えず作り替えているとしている。そして、ソーシャルワーカーが持つべき基本的な価値体系や理論があり、その基礎が十分にしっかりしているときにはじめて異なった側面を強調するソーシャルワーク理論が意味を持つと説いている。また、現場において指導者は、課題と職場の状況に応じて有効なソーシャルワーク理論の適用を示唆しつつ現実的な課題解決を共に推進していくスーパービジョンを展開することの必要性を指摘している。今後の課題として、基本的部分の教育を徹底的に行って、ソーシャルワークの特性を他からも明確に認識できるような状況を作り出していくこと、本人が自覚していないニーズを顕在化させたり、積極的な介入を行ったりする理論や技法を実践の中に浸透させることが必要であると説いている。

久保田(2004)は次のようにスキルの教育・訓練の必要性を説いている。

「ソーシャルワークは価値・知識・スキル(技術)の総体であり、はじめにスキルありきではない。

スキルはソーシャルワークの諸価値と整合性をもち、理論から導きだされたものでなければならない。ソーシャルワークは価値の実践といわれ、専門性の構成要素のなかで価値が重要な位置を占めていることはいうまでもない。価値を具体的援助活動において機能化するのがワーカーのスキルであり、スキルの展開としてソーシャルワーク実践をとらえる作業が必要になってくる。したがって、技術至上主義に陥る愚は避けなければならないが、スキルの教育と訓練が専門職業としてのソーシャルワークには不可欠である(177 ページ)」

そして、久保田(2004)は「スキルの教育・訓練/学習プログラム(試案)(185 ページ)」を示し、スキルの認知的理解(講義、ビデオ、教材)、スキルの経験的理解(疑似実践)、スキル獲得の予備的確認(達成度の測定)、スキルの試行(現場実習)、スキル獲得の確認(総合評価)という過程をたどってソーシャルワーカーがスキルを獲得していくプログラムを提案している。久保田は獲得し行為化するべきものとしてスキルをとらえている(175、184 ページ)。この久保田のとらえ方は、論者の定義に近いソーシャルワーク実践スキルが想定されており、ここではそのようなソーシャルワーク実践スキルの活用ができるようになるための教育・訓練プログラムが示されているといえよう。

(7) ソーシャルワーク実践の研究方法に関して

ソーシャルワーク実践の研究方法に関しては、現場におけるソーシャルワーカーの日常的で専門的ななかかわりの中で得られるさまざまな体験を、一定の科学的方法にしたがって系統的に集積していく方法を開発する必要性が指摘されてきた(岡本、1997)。そして、ソーシャルワーク実践の意図と経験を理論化するためには、実践経験自体を言語化し、なんらかの形で測定し、意図・経過・結果を示さなければならない(高橋、2002)。また、日本においても Evidence-based-practice、すなわち証拠に基づくソーシャルワーク実践が求められることが強調されるようになってきた(平山、2003)。

本論における精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に関する先行研究調査(第2章第2節)においても、圧倒的に実践報告や事例研究が多いことからわかるように、日本のソーシャルワーク実践の研究では質的研究法による研究が数多くなされ、積み重ねられてきた。しかし、事例研究法はデータ収集の方法が主観的であるとの欠点もあり(高橋、2002)、研究結果の一般化の限界もあるため、研究が現場のソーシャルワーカーに伝授されにくく、応用されにくいことは否めなかった。

とはいえ、具体的事例から一般知見への一般化(抽象化)は必ずしもすぐになされるものではないことを認識した上で、事例研究はモデル構成、反証、稀有な特殊事例、啓示的な事例などとして示す場合に有効であり、このような場合には事例研究を行うことによって新たなモデル構成、一般知見への批判・反証、一般知見の拡張、一般知見への新たなアプローチの可能性の啓示などができ、ソーシャルワーカーが自己の専門的性能を高めていくことの指摘がなされ(米本、2002)、事例研究がより必要かつ有効な研究方法として取り扱われるようになってきた(岩間、2004; 米本、2002)。また、理論を構成するためにはより洗練された質的研究法が近年用いられるようになってきており(高橋、2002)、洗練された質的研究法が詳細に紹介され(木下、2003; 岡、2003; 木原、2004)、そのような質的

研究法による調査研究も発表されてきている（三毛、2003；三毛、2002）。

また、量的研究方法と質的研究方法の利点と課題を整理した研究（高橋、2002；藤井、2004）、量的研究方法と質的研究法の具体的な進め方をあわせて紹介したもの（平山、2003；久田、2003）なども発表されている。

一方、日本においても仮説検証が可能な実証的研究、特に量的研究方法による研究が多くなされるようになってきている。人の営みである生活や社会福祉実践を量的な研究方法で研究することについては限界が指摘されてきたことは確かである。しかし、量的研究法は論理の客観的妥当性を示すことができることが最大の特徴である（高橋、2002）。近年においては、調査対象を抽出するサンプリングの方法も洗練されてきており、研究結果の一般化をより説得力をもっていえるようになってきた。そして、量的なデータを取り扱う統計的な手法で、一度に複数の変数を取り扱い、それぞれの変数の影響をコントロールした上で変数同士の関係性が検証できるようになってきたため、社会科学系の調査において量的研究法の研究結果がより説得力をもつようになってきた。

このようなことから、本論においては量的な研究方法と質的な研究方法の両方の方法を用いて研究を行うこととした。

（８）日本におけるソーシャルワーク実践に関する研究の動向

このように、日本におけるソーシャルワーク実践に関する先行研究について概観してきたが、これらのことから、以下のような研究の動向がみてとれる。

第１に、日本において社会福祉に関する研究の中では制度・政策に関する研究に重点が長く置かれてきており、ソーシャルワークの援助技術や方法に関する研究は比較的少なかった。

第２に、ソーシャルワーク実践の方向性やモデルは近年示されるようになってきており、従来ともすると欧米のモデルの紹介にとどまりがちであったものが、日本における適応性も含めた検証がなされるようになってきている。

第３に、ソーシャルワーカーの専門性の研究は深まりつつあるものの、目的や理念においては国際的な方向性と合致したものが共通認識されているに対して、実践においては「ケアマネジメント」ばかりが強調されていることへの懸念が掲げられている。今後、利用者の動機づけ、問題解決の方策・手順、計画に基づいたソーシャルワーク実践などがなされることが課題として指摘されている。

第４に、ソーシャルワークの援助技術や技法についての研究は限られている。

第５に、ソーシャルワーク実践スキルについては概念研究がなされてきており、skillが可算名詞であるか不可算名詞であるかによって異なる訳を今後は行う必要があり、可算名詞の場合には「活動や行動」として受け取る必要がある。そして、ソーシャルワーカーとしての価値に基づき、専門的な知識とスキルを活用する「能力」のことをコンピテンシーという概念で総合的にとらえることの意義が明らかにされてきている。しかしながら、これまでソーシャルワーク実践スキルの具体的な中身の研究はほとんどなされてこなかった。

第６に、ソーシャルワーク教育の中でソーシャルワーク実践スキルを意識し、スキルの

獲得や向上が図れるような教育の必要性が強調されてきている。

第7に、ソーシャルワーク実践の研究方法については、洗練された質的研究の方法が紹介され、用いられるようになってきており、その意義が深まってきている。一方、量的研究方法を用いることによってより厳密に仮説の検証が可能な実証的研究がなされるようになってきた。ソーシャルワーク実践についても量的調査を行うことによって、研究の妥当性や客観性についてより説得力を持つことの意義が意識されるようになってきている。

これらのことから、日本の先行研究において、ソーシャルワーク実践に焦点をあてた研究はまだ数が限られていること、特に具体的なソーシャルワーク実践スキルに焦点をあてた研究はないこと、そして、ソーシャルワーク実践に関しての実証的研究の必要性が認識されつつあることが明らかになった。そこで、本研究においては、日本のソーシャルワーク実践についての実証的研究を行うこととした。そして、ソーシャルワーク実践を構成する重要な要素について明らかにし、ソーシャルワーク実践を構成する具体的なソーシャルワーク実践スキルを示し、そのことによって、ソーシャルワーク教育の中でどのようなソーシャルワーク実践スキルを身につけ、向上させていくことが必要であるかを明らかにするための研究を行っていくこととしたい。

第2節 精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践について

1 精神障害者の支援の制度・政策的な位置づけの変遷

精神障害者に対する認識は時代とともに変遷し、認識の変化にともなって精神障害者の処遇や支援の内容も移り変わってきた。精神障害者の地域生活の支援については、政策面、実践面、研究面の3側面にわけて拙稿（福島、2003a）において整理したが、本論に関連する先行研究についてはここで触れておきたい。

（1）精神病院法制定以前の時代 ―医療や保護の責任が明確でない時代―

精神病は古くから「病」として認識され、精神病を患う者は「障害」を持つ者として認識されてきた。日本で精神医学的な記述がはじめに現れる「大宝律令（702年）」の改定版である養老律令（718年）の第四巻「戸令」では、身体障害や疾病を程度に応じて「殘疾（ぜんしち）」、「癡疾（はいしち）」、「篤疾（とくしち）」の三段階に区分し、その段階に応じて種々の保護を与える規定があった。精神病を患う者は、「癲狂（てんわう）」の表現に含まれ、「狂」が精神異常を、「癲」が癲癇（てんかん）を意味した。癲狂は、悪疾（ハンセン氏病のこと）や両目の視覚が機能しない者などと共に3つの段階で最も重い「篤疾」に区分された。篤疾にあたる者は、罪を犯しても刑が減免され、租税が免除され、また看護人がつけられるなどと定められていた（井上他、1994）。このように、日本では古くから精神病は「病」として認識され、病の結果障害のある状態として扱われ、病気ゆえに判断を誤ることがあることや働けないことに対して寛大であり、また治療の対象とする文化があった。それがその後のさまざまな宗教的な治療施設へと結びついていった。

京都府の岩倉村では、後三条帝（在位1068年-1085年）の皇女が急性錯乱のような病状になったときに、岩倉大雲寺境内の「霊泉」を飲み、昼夜観世音に祈誓したところ、病がたちまち治ったとする伝説がある（小俣、1998）。この水がその後「御香水」と呼ばれるようになり、1640年〜1700年頃より精神障害者が岩倉大雲寺に集まるようになってきた。精神障害者は「籠り堂」と呼ばれる建物に家族あるいは「強力（ごうりき）」と呼ばれる付添人（看護者）とともに籠もった。すると寺を中心とするコミュニティには参詣人相手の茶屋が出店するようになり、その数は最盛期で110軒を超えた。そのうちに、籠り堂に入りきらない参籠人を一部の茶屋が「下宿料」を徴収して宿泊させるようになった。1818年には4軒の茶屋（茶見世）が寺より「営業」を許可されている。これらの茶屋がやがて「旅館（はたご）」と呼ばれるようになり、明治時代になって「保養所」と称せられるに至った（加藤、1996）。

精神障害者を対象に何らかの「治療」を行う施設は、この他にも全国各地に存在した。小俣（1998）はこれらの施設を5つに分類している。第1は前述した岩倉大雲寺も含まれ、その起源を平安中期まで遡ることができる「密教系水治療型施設」である。これらの一部が明治期以降に精神病院になっている。第2の類型が、おおよそ南北朝期から室町初期にかけて現れる「漢方治療型浄土真宗寺院」である。これらは都市近郊の平野部に位置し、

明治以降に精神病院に転化していつている。第3の類型が、江戸期以降に現れもっぱら読経によって精神病の治療を行った日蓮宗系の「読経治療型施設」である。第4の類型は、江戸期に大都市に現れた漢方医による「精神病専門の私的診療施設」である。そして、最後に第5の類型として「獄舎由来の精神病院施設」をあげている。これらの施設においては、精神障害者の隔離や身体拘束がなされることはあったものの、一時的なものであるかあるいは症状の特に重いものに限定されていた（小俣、1998）。

入所していた（収容されていた）者以外の多くの精神障害者は、家庭や地域で生活をしてきたものとみられる。その一部は路上生活を余儀なくされていた。都心部では、治安目的からこれらの路上生活者を収容する施設も存在した。例えば、江戸時代の「乱心者」は「溜（たまり）」と呼ばれる路上生活者の収容所に預けられていた。現存する精神病院の一部はこのような溜が原形となっている（加藤、1979）。

一方、岩倉村の茶屋の患者処遇に対しては批判もなされるようになり、京都府は京都府立癲狂院を1875年に設立し、1878年には岩倉村の茶屋に精神障害者を宿泊させることを禁止した。しかし、この京都府立癲狂院は設立後わずか7年で財政難から廃院となり、精神障害者たちは再び岩倉に集まるようになった。1884年には私立の岩倉病院が設立され、岩倉村は岩倉病院とそれを取り囲む10カ所の保養所、さらに院外施設として付近の農家にも精神障害者が寄宿して家族看護を受けることができる「コロニー」とも称されるコミュニティを形成していった。最盛期の岩倉村の精神障害者の延総数は743名であった。このように精神病を患う者を地域全体で受け入れ、それらの者がその地域で治癒を目指して生活することを支援するシステムのあるコロニーが日本に存在していた。しかし、戦時下の1945年に岩倉病院は陸軍病院として接收され廃院となった。保養所の一部はのちに精神病院へと発展した（加藤、1996）。

19世紀に入ると、制度として座敷牢や私宅監置が公認されることとなる。文化・文政（1804-1829）以後江戸では、精神障害者の犯罪、とくに放火や殺人を「予防」するために、官に願い出て認められると牢に入れることや檻をつくって閉じこめる座敷牢などが認められていた（吉岡、1982）。その後1900年（明治33年）に精神病者監護法が制定され、精神障害者の監護義務者は警察を経由して私宅・精神病院・精神病室への監置の許可を受けることとなった。ここで私宅監置は、戦後の1951年まで半世紀にわたり公認された制度として残されることとなった。

1909年（明治42年）の精神障害者の実態調査によると、その頃の患者数約2万5千人、病床数約2,500床、私宅監置数約3,000人であった。私宅監置されている患者の境遇については懸念も表明された（精神医療史研究会、1974）。また、その後1917年（大正6年）の精神障害者の全国一斉調査では、患者数約6万5千人、病床数約5千床とされ、私宅監置を含め約6万人の患者が医療の枠外にあるという実状が問題視された。1931年（昭和6年）の精神障害者の全国一斉調査では、患者総数約7万余人に対して病院等に収容されている者の数が約1万5千人とされ、人口あたりの病床数が諸外国に比べて10分の1の低さであると指摘された（精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会、2000）。

表 2-1 全国一斉調査による精神障害者総数、病床数、私宅監置数

	患者総数	病床数	私宅監置	地域生活が想定される患者数
1909 年	約 25,000 人	約 2,500 床	約 3,000 人	約 19,500 人
1917 年	約 65,000 人	約 5,000 床	約 4,500 人	約 55,500 人
1931 年	約 70,000 人	約 15,000 床	約 6,789 人 (1930)	約 48,211 人

< 出典：精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会、2000；吉岡、1982 >

公的医療保険制度などが確立していなかった時代には、治療施設に入院できる者は富裕な縁者を持っている者たち及び犯罪を犯した者に限られていた（加藤、1979）。ただし、精神病に効果があるとされる薬の開発は 1950 年代に入ってからであり、それまでは病院で「医療」を施すといっても効果的な治療法がほとんどなかった時代である。病院への入院の有無がすなわち精神障害者の生活の質を決定するとは断定できない。

表 2-1 の数値から、精神障害者のうち大部分の者が病院へ入院させられたり私宅に監置されることなく、病を患いながらも何らかの形で地域生活を維持していたことがうかがえる。少なくとも一部の精神障害者は家族や親戚の世話を受け、コミュニティで受け入れられていたと思われる。中には路上生活をしていた者もいた。例えば、加藤（1979）は、大正・昭和初期の精神障害者の処遇についてまとめ、「大部分の精神障害者の処遇は、私宅に監置される以外には、共同体から追われ（82 頁）」路上生活者となるか、あるいは「呪術的色彩の濃い民間療法に頼らざるを得なかった（82 頁）」という。また竹村（1988）は、昭和の初め頃（1920 年代後半）東北地方の町で地主階級の呉服商を営む自分の生家では、その地域に「放置された」精神病を患う者ら複数の者が「乞食」としてやってくるので、おにぎりのようなものを毎朝用意して分け与えていたという。竹村はこのことから、少なくとも地方都市で精神病患者を忌み嫌う風習はなく、弱者として同情の対象となっていたという（竹村、1988、12-13 頁）。確かに、このような地方都市では、少なくともコミュニティから追い払ったり強制的に収容しなかったのであろう。しかし、これらの路上生活者が地域で生活するために必要な援助を受けていたとは言い難い。

（2）精神病院設立と病床数の増加の流れ ー治療の対象としての精神障害者ー

明治に入り、1875 年（明治 8 年）に日本で最初の公立精神病院である先述の京都府癲狂院が設立され、その後東京府癲狂院（1879 年）、私立の加藤瘋癲病院（1878 年）などが開設された（精神保健福祉研究会、2001）。1919 年（大正 8 年）には精神病院法が制定され、精神病に対する公共の責任が明確化された。しかし、私立病院を「代用精神病院」として指定できると規定されたため公立精神病院の建設は進まなかった。精神病院建設の本格的な政策誘導が始まったのは、精神病患者監護法と精神病院法を廃止して引き継いだ精神衛生法が制定された 1950 年（昭和 25 年）以降のことである。精神衛生法の制定によって私宅監置制度はようやく廃止された。都道府県の精神病院の設置義務が明記され、自傷他害のおそれのある精神障害者には「措置入院」の制度が設けられ、その費用は公費負担となっ

た。1954 年より、精神病院の設置・運営経費の 2 分の 1 が国庫補助の対象となった。1958 年には、医療法に精神科「特例」が導入され、精神科の医師は一般病院の 3 分の 1、看護婦は一般病院の 3 分の 2 の配置でよいこととなった。1960 年に長期低利の医療金融公庫融資がはじまり、精神病院建設ラッシュとなり、1955 年には 4 万 4 千床であった病床数は 1965 年には 17 万 2 千床と膨れあがっていった（精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会、2000；田中、1996）。

1950 年代に向精神病薬が開発され、精神障害者の症状の一部に有効な薬物療法が施されるようになり、諸外国では 1950 年代から 1960 年代にかけてをピークに病床数が減少に転じていった。これに対して、わが国ではその後もやみくもに精神科の病床数が増加していった。精神科病床の大半が民間の医療法人から提供されている状況の中で、病床数をコントロールする機能が働かなかったといえる。行政も医療関係者も精神障害者の「収容」を目指すばかりで、精神障害者の地域での生活を支えるという発想は政策動向からはみえてこない。

この時期、精神障害者家族会結成の機運が高まっていた。1964 年に日本精神神経学会シンポジウムで、精神障害者の家族代表として招待された石川正雄氏（後の全国精神障害者家族連合会会長）は、政府への 7 つの要望の 1 つとして「ベッド数の速やかな増設」及びベッドの「適切な配置」を要望し、ベッドの絶対数の不足のために入院できないでいる患者や無理な退院を余儀なくしている患者がいると訴えている。併せて保健所において「要入院患者の捕捉」及び「退院者の指導保護」を行う専門職員の配置と「アフターケア施設」が要望されている（竹村、1988。63-64 頁）。この時期当事者に一番近い立場で活動していた家族の間でも、まずは「病床数の増加」と「患者を速やかに入院させる体制」の整備が望まれており、「精神障害者の地域での生活を支援する」ことについての情報提供はなされておらず、ほとんど念頭に置かれていなかった様子が窺える。

(3) 精神障害者の地域医療・地域保健活動の開始　－医療・保健の対象としての精神障害者－

1965 年（昭和 40 年）に精神衛生法が改正され、通院医療費の公費負担がはじまった。保健所に精神衛生相談員が配置できることとなり、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業が強化され、保健所や精神衛生センターを中心とした地域精神衛生活動が明確化された。残念ながら、精神衛生相談員（現・精神保健福祉相談員）の配置が保健所に対して義務化されなかったため、保健所におけるソーシャルワーク専門職の配置は全国的な展開をみることはなかった。

またその前年の 1964 年（昭和 39 年）に、米国の駐日大使が統合失調症（精神分裂病）の少年に刺されて負傷してしたライシャワー事件の影響のため、精神病院が地域医療の担い手のみならず、精神障害者の地域生活の管理者としての役割を担わされることとなった（岡村、1999、69 頁）。

1960 年代前半は東京都でも保健所の活動の大半は結核対策が占めていたが、1961 年には精神科医による週 1 回の相談を、1964 年には精神科受療中断者への訪問を始めている。そこへ、法改正により一気に保健所が地域の精神衛生活動の中心的役割を担うこととなっ

た。1966年には都内の10保健所に精神衛生相談員が配置され、精神科嘱託医を迎えて精神衛生相談を開始し、1973年には国のモデル事業として保健所デイケアを開始した。また、保健所が酒害相談、家族会への支援や管轄地域内における精神障害者の作業所づくりに早くから関わってきた（三多摩精神看護研究会、2000）。

1970年（昭和45年）にようやく精神障害回復者社会復帰施設が、1979年（昭和54年）には精神衛生社会生活適応施設（1987年に精神障害者援護寮と名称変更され、現在は精神障害者生活訓練施設）が設けられた。岡村（1999）が指摘しているように、わが国においては1970年代に病院中心主義から地域中心アプローチへと政策の方向性が転換された以後も精神病院・病床数は増大しつづけていた。

1984年（昭和59年）に医療従事者の不足する中で無資格者による診察が行われたり、看護助手らの暴行により患者が死亡したりした宇都宮病院事件が報ぜられた。同年、国連人権委員会の下部組織である差別防止と少数者保護の小委員会において日本の精神障害者の人権問題が取り上げられ、日本で精神障害者の人権が十分に保障されていないことが批判された（精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会、2000）。

日本は諸外国に比べ格段に精神病床数が多いこと、入院期間が長いこと、精神障害者の地域生活支援の施策が少ないことなど、日本における精神障害者の処遇や施策のあり方が国際的な注目を浴び、指摘され、国際世論の圧力（いわゆる外圧）があったことにより、国内でも精神障害者の処遇や施策のあり方の見直しの機運が高まることになった。

（４） 精神障害者の地域生活支援の発展 ―福祉の対象としての精神障害者―

1980年代後半になってようやく精神障害者が福祉の対象として位置づけされるようになってきた。1987年（昭和62年）の「精神保健法」の制定により、はじめて「精神障害者社会復帰施設」として生活訓練施設と授産施設が法定された。1993年（平成5年）の改正では「精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）」が法定化された。

障害者基本法が成立し（1993（平成5）年）、これまでは病者として医療・保健のみの対象として扱われてきた精神障害者が、ようやく身体障害者、知的障害者とともに障害者として並記され、福祉サービスの利用者としての位置づけが明確化された。

1995年（平成7年）の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）」の制定により、社会復帰施設は生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の4施設類型となった。また、通院患者リハビリテーション事業（現在の社会適応訓練事業）も法定化された。ここまでの社会復帰施設は「働く場」あるいは「住む場」等の箱物（＝ハード）が重要な要素とされるものばかりであった。また、この法律改正時に精神障害者保健福祉手帳制度も新設され、精神障害者も障害者福祉施策の対象となった。ただし、精神障害者が利用しうる障害者福祉サービスの数はまだ限られていた。

人口1万人あたりの精神病床数は、日本は1990年の時点で人口1万人対29床と、米国の6.4床、イギリスの13.2床、ドイツの16.5床などと比してかなり多い。公立病院が中心であった諸外国では、地域に各種の社会復帰施設とサービスを整備しながら確実に病床数を減少させてきた。それに比べて日本では民間病院の比率が病院数で約81%、病床数で約89%と圧倒的に多く（氏家、1998）、精神保健システムの中で強大な地位をしめる巨大

な医療産業マーケットが形成され（岡村、1999、78 頁）、病床数を確実に減少させることへの大きな障壁となってきた。精神病院の在院患者数は 1991 年の 34 万 9 千人をピークによりやく減少しはじめ、精神病床数は 1993 年の 36 万 2 千 900 床をピークに徐々に減少してきている。

国の予算配分を分析した先行研究によると、国の精神保健関係予算において概算的に入院医療対応分に比べて通院医療対応分が上回ったのは 1993 年度がはじめてであった。また、国の精神保健対策費の中で措置入院費と社会復帰対策費の予算額の割合は 1994 年になってようやく逆転している（岡村、1999）。このように、名実ともに国が精神障害者の地域における生活を支援することに施策の重点をシフトしてきたのは、1990 年代に入ってからである。そして、厚生労働省より 2004 年 9 月に「精神保健医療福祉改革ビジョン」が示され、国の政策も「入院医療中心から地域生活中心」の方向へ推し進めていくことが確認されている。地域生活支援体系の再編のために、（１）ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編、（２）重層的な相談支援体制の確立、（３）市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備、が施策の基本的方向として打ち出されるにいたった。

（５）精神障害者の支援の制度・政策的な意義づけの変遷

精神障害者の地域生活支援に焦点をあてて、我が国の制度・政策の変遷を概観してきた。このことから、次のようなことが明らかとなった。

第 1 に、医療や保護の責任が明確でなかった精神病院法制定前の時代においても、精神障害者は存在していた。日本においては精神病は古くから「病」として認識されてきた歴史があり、コミュニティ全体で精神障害者を受け入れ、世話をする地域さえあった。私宅監置が制度化された後も、多くの精神障害者が病院に入ったり私宅監置されることなく地域において生活していた。ただし、一部の者は路上生活を余儀なくされていた。

第 2 に、精神病院の建設や運営について国が政策的な後押しをするようになった後、精神障害者が病院に長期にわたって「収容」されることが多くなった。向精神病薬の開発後欧米においては病床数が減少する傾向が顕著になったあとも日本では病床数は増加し続けた。その結果、多くの精神障害者が長期間にわたって入院生活することとなり、その一方で地域生活をサポートするような制度・政策は発展しなかった。

第 3 に、1960 年代半ばより地域医療や地域保健が展開されるようになり、わずかずつではあるが地域において精神障害者が支援を受ける体制が整えられるようになってきた。1948 年以降、精神科を有する病院でソーシャルワーカーを雇用するところがでてきたものの、ソーシャルワーカーの関心も入院生活の質の向上などに向きがちであり、身分の不安定さもあいまって精神障害者の代弁者としての機能を十分に果たすには限界があった。そのような中で宇都宮病院事件が 1984 年に報道されることとなった。これが諸外国の注目を浴びることとなり、我が国の精神障害者の地域生活支援の制度・政策の充実に向けての大きな転換点となった。

第 4 に、1980 年代後半に入ってからようやく精神障害者の地域生活支援に関する制度の充実が図られるようになり、1994 年度に精神保健関係予算においてはじめて措置入院費用の予算額を社会復帰対策関係予算額が上回った。そして、2004 年 9 月に示された、「精神保健

医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」への方向性の転換が明確になされたことは意義深い。

このような中、本研究においては、精神障害者の地域生活支援の要として機能を果たすことが期待されている精神障害者地域生活支援センターに焦点をあてて研究を行うこととした。

2 事例研究、実践報告

精神障害者の地域生活を支援する活動にほとんど何も公的資金が用意されない時期から、精神障害者が地域で生活することへの支援の必要性が認識され、福祉や医療関係者の実践の積み重ねがなされてきた。

(1) 精神科ソーシャルワーカーの実践報告

精神科病院にソーシャルワーカーが配置されたのは1948（昭和23）年であり、その後、1964（昭和39）年には60人のソーシャルワーカーが結集し、日本精神医学ソーシャルワーカー協会が設立された。初期の頃の協会の関心時は入院者の病棟の適応（生活療法）、院外作業などであったが、その後、精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW という略語も用いる）の解雇の危機への対応、人権侵害の訴えへの対応などに追われる時期もあった。1982年に日本PSW協会宣言で精神科ソーシャルワーカーはクライアントの社会的復権と福祉のための専門的社会的活動を推進することを明確な目標とし、その後、クライアント主体や地域生活支援などにその焦点が移っていった（柏木、2002）。

精神科ソーシャルワーカーの実践報告では、1970年代において病院の精神科ソーシャルワーカーの立場から地域でソーシャル・クラブの運営を行った実践報告（寺谷、1970）、わが国ではじめて国立の病院においてデイケアを始めた試行錯誤についての率直な実践報告（松永、1970）、後に生活訓練施設のモデルとなった東京都立世田谷リハビリテーションセンターの宿泊部門（中間施設）の活動報告の中で社会的援助や心理的援助の必要性を考察した報告（見浦、1981）、同センターの宿泊部門の利用者の中断要因の研究（渡辺・富山、1985）、デイケア活動の中での自治会組織活動の研究報告（坂口、1985）、断酒会の側面的支援の実践報告（真野、1981）、精神病院のソーシャルワーカーとしての業務内容と組織内でソーシャルワーク職が認識され定着してきた過程の考察（白石、1981）、保健所のソーシャルワーカーとしての実践を通して精神障害者の生活のしづらさやグループワークの展開過程の考察をしたもの（岩田、1985）等がなされてきている。

(2) 医療関係者の取り組み

医療関係者の取り組みで精神障害者の地域生活支援に結びついた実践の報告では、入院しながら昼間は地域の農家や工場で働く院外作業療法（西脇、1996、54-55頁）、閉鎖病棟の開放病棟化（西脇、1996、62頁）、入院時からデイケアへ通わせ、退院後のデイケアと訪問看護サービスの提供の先進的取り組み（水野、1988）、病院の敷地内に共同住居を用意

して退院させる取り組み（片山、1998）などが積み重ねられてきた。これらの取り組みについては、医療機関が退院後も「医療の傘」の下に患者を抱える動きであるとして批判がないわけではないが、家族や地域での受け入れが拒否的であった時代に病院関係者が工夫を重ねて行ってきた実践であった。これらの実践の積み重ねが精神科作業療法（1974 年）、精神科デイケア（1974 年）、精神科ナイトケア（1986 年）、精神科訪問看護指導料（1986 年）等の社会保険診療報酬における点数化につながっていった。

（３） 地域を基盤としたソーシャルワーク実践の発展

地域で精神障害者の生活を支える先駆的な実践の中心的役割を担ってきたのはソーシャルワーカーたちである。1970 年代以降、全国各地でさまざまな取り組みがはじめられている。その中で代表的な実践報告について概観したい。

埼玉県さいたま市（当時大宮市）では 1970 年に退院した精神障害者との共同生活をはじめ、中間宿舎、デイケアと活動を広げていった取り組み（谷中、1993）があった。初期の共同住居では（１）食事づくりへの援助、（２）服薬の自己管理への援助、（３）規則正しい生活への援助、（４）就労への援助、（５）一人暮らしへの援助が必要であった（谷中、1995）としている。その後、これらの活動は（１）社会復帰活動から生活支援活動へ、（２）日常生活における生活支援、（３）危機的状況への対応、（４）環境・生活を整えることを通しての支援へと重点を移していく。精神障害者との「ごくあたりまえの生活とつきあい」を模索しながら新しいサービスを繰り広げてきた活動が、後にさまざまな形で国の精神保健福祉施策に反映されていくことになる（谷中、1995）。やどかりの里は 1990 年に社会復帰施設を開設し、作業所とケア付き共同ホーム（グループホーム）を増やしていった。そして、精神障害者を地域で支えるためには「住む場」と「働く場」の他に、当事者同士がいつでもお互いに支え合い、気軽に相談しあい、仲間と「憩える場」が必要であるとして 1992 年に独自事業として「生活支援センター」を開設した。この生活支援センターは 1996 年の国の補助事業化を受けて活動を継続している（谷中他、1999 年）。

1976 年には、東京都小平市において保健所の保健師から「地域に精神病院を退院した患者さんが毎日通える場所がほしい」と要望され、精神障害者専門の共同作業所「あさやけ第二作業所」が開設した（伊藤、1998）。

1981 年には、東京都板橋区において民間の精神病院のソーシャルワーカーたちが出資しあい、JHC 板橋会を立ちあげた。その後 JHC 板橋会は、当事者の声に耳を傾け意見を取り入れながら活動を広げ、夜間グループ、SST（生活技能訓練）、過渡的雇用、援助付き雇用などの具体的な生活支援や就労支援を積極的に展開してきた（寺谷他、1994）。またピア・カウンセラー等の養成研修、ピア・カウンセリング事業の開始（丹羽薫、1997）、クラブハウスの開設・運営、そして初期の頃から地域との交流や地域への文化の発信のあり方を追求してきた（寺谷他、1994）。

1982 年には、北海道の十勝地区において精神障害者の共同住居が開設された。この共同住居は地域のいずれの病院からの退院者にもオープンで、その運営は精神科ソーシャルワーカー中心の任意団体に任されていた（門屋、1993）。また北海道の浦河町では 1984 年に共同住居が開設し「べてるの家」の活動が始まった（べてるの家の本制作委員会、1992）。

岡山では1984年に、日野田らが“shared care”を地域生活支援の理念としながら、共同作業所を開設している。日野田は、「ユーザーそれぞれの人生と生活上のニーズに関わる地域生活支援は、サービスの個別性と高度な質が求められるものであり、本来集団的な訓練・教育等はあまりなじまない」とし、しかし「マンパワーの確保のため、またユーザーのニーズに応じて、複数のそれ自体では異なる機能を持つ施設等を整備してきた」としている（日野田、2000）。また和歌山では、1986年に後の「麦の郷」の母体となる作業所が開所された（伊藤、1998）。

これらの先駆的な実践にはいくつかの共通性がみられる。（１）「無」から「有」を創り出していること（先駆性と創造性）、（２）地域の既存の機関（病院、障害者の作業所等）に所属していた福祉専門職スタッフが中心となって実践をはじめていること（地域性と福祉的視点）、（３）精神障害者の声を活かして共同で活動内容などをつくりあげてきていること（当事者重視と共同性）、（４）当事者の個別のニーズに応じて提供できるサービスを広げていっていること（個別性と発展性）、（５）「働く場」あるいは「住む場」の提供という「箱物＝ハード」のサービス提供からはじめて、次第に個別の生活援助、ケースマネジメント、当事者同士のピア・サポート（相互援助）の促進、グループ活動、当事者の自己決定を尊重した地域生活支援、緊急時の相談・対応などの「サービス提供＝ソフト」に重点が移っていること（ハードからソフトへ重点の移行）などである。

3 精神保健福祉分野のソーシャルワーカーの業務に関する研究

精神保健福祉分野においてソーシャルワーカーがどのような業務を行うかについては、アルコール依存症者の入院患者に対する医療ソーシャルワーカーの業務分析調査（窪田・小野・小林、1966）、北海道の精神科ソーシャルワーカーの業務調査（佐々木、1983）、1960年代から1980年代にかけての病院・保健所・診療所におけるソーシャルワーク実践と他職種の実践との関係を比較・分析したもの（加納、1986）、職業的アイデンティティ・人権擁護について言及しながらPSWの業務に言及したもの（柏木、1987）、精神障害者地域作業所の援助業務に関する調査と、作業所の機能、役割、職員の業務をまとめた研究（鈴木・端山、2004）等がある。

また、業務に関わる研究としてスーパービジョン及び研修については全国的な実態が調査報告されている。PSW協会会員を対象とした調査（回答者数883人；回収率45.4%）によると、日本PSW協会主催や国立精神・神経センター精神保健研究所主催、日本精神病院協会主催、職場の研修など7種類の研修はそれぞれ6%～70%の割合の者が受けており、研修によって評価が分かれ、現場の実践に役立ったものは7種類のうち4つであった（80%強の者が評価）。また今後受けたい研修内容として、家族療法、面接法、ケアマネジメント、スーパービジョンのあり方、グループワークの技法など、ソーシャルワークの援助技術・技法に関するものが多く（45%）、精神医療の仕組みや関連する社会資源（25%）が次いで多かった。

一方、スーパービジョンは89%が希望しており、80%が定期的なスーパービジョンを希望しているものの、スーパービジョンを受けたことがある人は27%にすぎず、その内訳は個人スーパービジョン53%、グループスーパービジョン35%であった。福祉系大学の教員によ

るスーパービジョンの希望が 48%で最も多く、職場外の同業者から受けたい者が 30%であった。スーパービジョンには援助技術の向上 (37%)、仕事上で悩んでいる問題の解決 (19%)、所属機関・施設におけるサービス・役割の理解 (17%)、自己覚知 (16%) などが期待されていた。スーパーバイザーとしての経験をもつ人は 21%であり、管理的・教育的・支持的機能に広く関わっていたが自らのスーパービジョンのやり方や内容に自信がなく、スーパーバイザーに対する教育やサポートを求める意見がかなりだされていた (柏木ら、2000)。

4 精神障害者の地域生活支援に関する研究

精神障害者の地域生活支援に関する研究は、生活支援のあり方や方向性を抽象的に論じたものが多く、具体的な機関やソーシャルワーク実践の内容についての研究はほとんどみられない。

精神障害者に対する偏見やスティグマを主要な研究テーマとした研究で、精神保健福祉分野のソーシャルワーカーは、医師と同様の「精神医療における医療構造を理解し、そこにおかれている患者を理解し援助する」という枠組みを持つものの、「患者の生活構造」に焦点をあてて処遇していくと指摘し、また、患者を「生活者」としてとらえて社会復帰を可能にする必要な治療や援助を施すものとしている。一方、精神障害者患者本人と家族を対象としたソーシャルワーカーの周知度と相談機能についてアンケートした結果、周知度や相談率が予想よりも低かったことをふまえ、ソーシャルワーク専門職や専門機関の広報の不足、専門教育の必要性、スーパービジョン体制の確立の必要性、チームプレーやネットワークづくりの不足などがあげられている。そして、今後、統一性をもったカリキュラムを創設し、系統だった現任訓練を導入することの必要性が指摘されている (白石、1994)。

戦後の精神保健行政の流れを検討しながら現代を歴史的転換期として認識し、精神病者の生活の困難の改善に社会福祉政策と実践がどのように貢献しうるのかを検証しているのが岡村 (1999) である。岡村は戦後を「放置的在宅主義の時代」、「病院中心主義の時代」、「地域中心型アプローチへの時代」、「統合型アプローチ (統合ケアモデル) の時代」の 4 期に分けて概観し、今「統合ケアモデル」設計への模索と形成が始められているとしている。一方、単身で生活する精神病者の 10 年間の追跡調査の分析とあわせて、精神障害者の「統合ケアモデル」には「安定的で柔軟な医療サービス」と「日常的に提供される生活相談サービス」がアフターケアサービスとして継続的に提供されることが必要と提言している (岡村、1999)。

類似した名称ながらよりコミュニティワークを志向し、また、専門家以外によるオルタナティブサービスを重視する「統合的生活モデル」を提唱しているのが田中 (2001a) である。田中は精神障害者の地域生活支援には広義の医療・リハビリテーション・生活支援を包括した概念として、「統合的生活モデル」が必要であるとしている。田中は「臨床的に傾斜しがちな精神医学ソーシャルワーカーの志向性をより地域にシフトする必要 (25 頁)」があるとし、専門家の新しい役割と評価は「地域全体のデザイン力、コンサルタント力」にあるとする。専門家による個別援助には否定的であり、地域全体への働きかけを行うことにより地域にサポートシステムを構築することに焦点をあてた、コミュニティ志向のソーシャルワーカーとしての援助が大切だという立場である。

精神障害者の地域生活を支える支援と制度には、保健所、地域作業所、社会復帰施設・施策、就労援助、家族会活動、そして精神科ソーシャルワーカーの5項目が柱で、中でも地域作業所の働きが重要であることを指摘しているのは牧野田（1999）である。

寺谷（2000）は、精神障害者リハビリテーションを精神障害者の全人的復権を究極の目的とするものととらえ、それを「地域自立生活支援システム」の主要な構成要素として位置づけている。「地域自立生活支援」には精神障害者が一人の人間として可能な限り生活の場を地域に置いたままで、必要なサービス（環境的条件）を利用して自ら潜在する可能性（個体的条件）を開発・発揮して自己実現を果たすためのケアマネジメント機能が必要であるとする。その特徴は利用者主体であり、またサービスが「施設に属するものではなく、利用する人の生活に属する」という観点であり、利用者が選択する各種サービスの提供に力点を置くことである。また寺谷は、地域生活支援活動を行う共同作業所には、環境的支援（啓発活動、権利擁護活動）と自立生活力の強化（地域生活自立支援、職業生活自立支援）の2つの役割を担う必要があるとしている（寺谷、1995）。さらに、アドボカシーとエンパワーメントが必要であり、「参加奨励の協働活動」を行っていくことの重要性を説いている（寺谷、2002）。

「地域生活支援論の理論構築はこれから」で、「実践に役立つ、活動の現場からの理論形成が求められている」としているのは上野（2000）で、地域生活支援における専門職の役割は「精神障害者の生活を必要に応じて直接支援すること」であり、その人の生活状況や病状に応じた適切な支援を具体的に提供するが必要と強調する一方、精神障害者が地域で活用できる社会資源を創出していくための活動の必要性から、地域における啓発活動や街づくりを行うことも必要であるとしている（上野、2000）。

岡上（1997）は、医療施設以外の場所である地域の小規模作業所に精神障害者が通っていることは「明治以降の分裂病の処遇史にとって時代を画したできごと（107頁）」であると指摘し、作業所は「伝統的な意味での専門性に縛られない敷居の低さ、ユニークな開放型の活動、日々の活動の転換の自由さ（109頁）」を持ち、保健所や他機関のソーシャルワーカーなどのかかわりにより、当事者の主体性が尊重され、当事者たちが社会に向けて発言しはじめたと評価している。今後は、「訓練、訓練という政策関係者の話に惑わされずに（116頁）」、人間にとって不可欠な「することと役立つことの実体化（118頁）」を目指して地域で生活する精神障害者を支援していくことが必要であると指摘している。

このような地域生活支援を重視する立場に対して、主に医療関係者を中心に、精神障害者には「リハビリテーション」こそが必要であるとの意見がある。秋元（1999）は、精神保健福祉法には、「リハビリテーション」の視点が欠落しているとし、「厚生行政ではリハビリテーションが福祉という概念のなかに埋没（14頁）」し、「リハビリテーションは福祉の名のもとにその専門性を失い、一般市民の福祉制度のなかに埋没されている（15頁）」と批判している。精神障害者が必要とするのは、「第1に医療・看護、医学リハビリテーション、第2に社会的リハビリテーション・社会福祉、第3に一般雇用」であるとしている（秋元、1999）。野中（2000）もまた、精神障害者の中でも統合失調症の患者には「リハビリテーション」が必要であるとする。野中はリハビリテーションには（1）生活技能訓練、（2）家族への心理教育、（3）就労支援の等の技術が必要であるとし、これらのさまざまな支援を統合する中核的な技術として「ケースマネジメント」を位置づけている。そし

て、既存の社会福祉事務所、社会福祉協議会、保健所などわが国独自の体制でケースマネジメント制度を導入するのもよいが、「精神障害者地域生活支援センター、精神保健協会などで新たに設定するほうが導入しやすいだろう（126 頁）」と指摘している。末永（2003）も「ケアマネジメント」を中核とした地域生活支援ネットワーク形成の必要性を強調している。

このように、精神障害者の地域生活支援に関する先行研究では、「精神障害者の生活を支援すること」などの個別援助にどちらかといえば重きを置く考え方（白石、1996；岡村、1999；岡上、1997）と、「地域全体への働きかけ」などコミュニティソーシャルワークに重きを置く考え方（田中、2001a）と、それら両方の必要性を重視するジェネリック・アプローチに近い立場（上野、2000；寺谷、2000）がある。また、ケースマネジメント（ケアマネジメント）を中核的な技術と位置づけ、ニーズとサービスを結びつけることに重点を置く立場もある（野中、2000；末永、2003）。

いずれの先行研究にも共通していえることは、地域に実際に生活している精神障害者には個別のニーズがあり、そのニーズに応じた具体的なサービスの提供が必要であることを強調していることである。となると誰がその担い手になるにせよ、個別のニーズに応じた直接的な個別あるいはグループへの援助を行う者が必要となる。また、具体的なサービスが地域で未だ不足しがちな状況においては、そのような具体的なサービスを創りだしたり調整したりする技術（ピアサポートへの側面的援助、ケースマネジメントやコミュニティワーク）が必要とされていることである。

5 精神科ソーシャルワーカーの方向性やモデルの研究

精神科ソーシャルワーカーの方向性やモデルの研究では、抽象的な方向性を示した研究が多く、実践内容を網羅的に具体的に示したものはほとんどない。精神科ソーシャルワーカーの足跡を俯瞰して、谷中（2000b）は、日本の精神保健福祉分野のソーシャルワーカーは（1）アメリカの力動精神医学の影響を受けた精神科医に育てられたこと、（2）大学の社会福祉教育の中ではケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク等のアメリカにおける方法論を学び、実践で応用してきたこと、（3）それがややもすると社会状況と患者とののかかわる視点への認識が欠けることになったことを指摘している。そのうえ民間病院に採用されて働くという立場では、利用者側の立場にたって精神医療に対して発言する力に限界があったことなどを指摘している。今後、精神保健福祉分野のソーシャルワーカーは、精神障害者の社会復帰・社会参加を推進する役割を共通課題とし、ケアマネジメントの導入によってケアマネージャーとしての役割を担うことになるであろうと考察している。吉塚（2001）も精神障害者へのホームヘルプサービスの導入などに伴い、サービス提供時の援助技法としてケアマネジメントが必要であると考察している。

その他、精神保健福祉分野においてどのような方向性をもってソーシャルワーカーが仕事を行うべきかについてもいくつかの研究がなされてきた。精神障害者個人と全体の状況性を考える視点、人権擁護、自己決定の尊重、クライアントの理解などが重要であると説き、個人の疾病や病理に焦点をあてる医学モデルとは異なり、人間関係や社会関係の経験を重視し、環境や生活上の変化に注目する「生活モデル」に基づいて支援を行っていくべ

きであり、社会参加の促進、地域生活支援と地域づくり、患者から生活者への転換などを求めていくことが必要としている（荒田、2002）ものや、人と状況の全体性の理解、クライアント自己決定の原理、「関係」の概念が重要であり、時間の考え方においては寛容であること、チーム医療の中でソーシャルワーカーとして独自性を表明し意見交換できることなどが、ソーシャルワーカーとしての精神保健福祉士には大切であるとするまとめ方（柏木、1999）などがある。その他、精神保健福祉士の資質の向上と他職種との連携の強化が、精神保健福祉の施策を進めて精神障害者の地域生活の支援を推進していく上での大きな課題の1つであることの指摘や（高原、2003）、「生活支援モデル」を掲示する中でソーシャルワーカーと当事者とのパートナーシップ形成、当事者同士のピアの力、そして家族の力などを検討しながら、それぞれとの「関係性」を鍵概念として新たなモデルをうちたてようとしているものもある（藤井、2004）。

6 特定のサービス・プログラム、援助方法についての研究

特定の援助方法や援助技術についての研究もなされてきた。たとえば、集団活動においてPSWが果たす役割や機能についての考察の研究（岩田、1983）、個別の関わりを通してワーカー・クライアント関係についての考察（谷中、1982）などである。

また、特定のサービスに関する研究では、精神障害者社会適応訓練事業の現状と課題についての研究（立石、2004）などがあり、特定の援助方法やアプローチなどの効果を検証した研究もあり、外勤療法の成功要因についての研究（南、1981）、精神病院のレクリエーションプログラムへの行動療法導入による参加率の変化の単一事例計画法による研究（白石・阿部・吉川、1982）、デイケア通所者の行動能力、意識に関する研究では、外来患者のほうがデイケア通所者と比較して日頃の対人関係をうまく処理しうる能力、日常生活を営む上で基本的に必要な能力、健康管理を自分自身で行う能力すべてにおいて高いという結果がだされ、精神障害者に対して対人関係技能を高める援助の必要性を指摘した研究（和田・柏木、1981）、文献研究によってデイケアが医学モデルから生活モデルへ転換してきた分析を行った研究（柏木・荒田、2000）、権利擁護機能を精神保健福祉分野のソーシャルワーカーがどのように果たしているのかを事例分析を通して検討した研究（岩崎、2001）などがある。

7 精神障害者和其他のシステムとの関係の研究

精神科ソーシャルワーカーによる援助のみに限定した研究ではないが、大原（1996）は精神障害者の享受しているソーシャルサポートと生活適応に関する関係についての研究で、精神障害者が享受している手段的サポートと生活技術との間には相関関係があり、また社会参加の度合いと情緒的サポートとの間にも相関関係があることを実証的に明らかにしている。

家族に対する支援の仕方については、牧野田（2000）が整理して留意点と家族教育プログラムの必要性を強調している。この中で牧野田は家族に対するサポートの内容について5点掲げているが、これらはいずれも家族の情緒的サポートと社会資源や情報の提供など

に関するものである。

8 精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に関する実証的研究

精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に関する実証的研究は限られている。栄・岡本（2004）は精神科ソーシャルワーカーの精神保健福祉実践活動について、「アセスメント期」に限定して現状とその実践活動に影響する要因を探っている。大阪と京都の精神科ソーシャルワーカー（所属先は医療機関が4割、保健機関が2割、社会復帰施設が13%）に、アセスメント期の実践活動（41項目）の活動頻度を4点法のスケールでたずねている。探索的因子分析の結果、6因子が最適となり、因子ごとの平均値の比較では、「クライアントの自己決定に関する支援活動」が最も高く3.41点、「クライアントの全体性に対する理解活動」が3.41点、「グループの一構成員としての参与観察活動」が3.35点、「社会資源の基本的な情報に関する情報収集活動」が3.19点、「クライアントの危機状況に関する情報収集活動」が3.03点、「さまざまな入手経路を活用した情報収集活動」が2.78点であった。

この研究において、最も多くの因子の活動頻度に影響を与えているのは「年齢」「経験年数」であった。これに対して精神保健福祉士資格の有無は、第2因子の「クライアントの自己決定に関する支援活動」に対してのみ統計的に有意な影響がみられたが、それ以外の因子に関しては統計的に有意な影響はみられなかった。「担当ケース数」は「グループワークの一構成員としての参与観察活動」の因子については、ケース数が多いほうが活動頻度が低いとの結果がみられた。なお、この調査は保健所へのソーシャルワーカーの配置が最も充実している地域のソーシャルワーカーを対象にした調査であるということを反映してか、「社会資源の基本的な情報に関する情報収集活動」の実践頻度は「保健機関」が他の機関よりも活動頻度が高いとの結果であった。これ以外の因子では、機関の種類による統計的な有意差はみられなかった。

9 精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践についての先行研究の動向

これまで精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践についての先行研究の動向を概観してきた。これらのことから以下のような動向がみてとれる。

第1に、社会福祉の他の分野と同様に、精神保健福祉分野においても実践報告や事例研究の形をとっている先行研究が断然多い。精神科ソーシャルワーカーの実践報告についても援助の過程に沿った丁寧な実践報告もあるが、所属する施設・機関とサービス内容の紹介に近いものも多い。一方、精神障害者の地域生活支援には医療関係者が果たしてきた役割も大きくあり、そこにチームの一員としてソーシャルワーカー職が積極的な役割を果たしたこともうかがえる。

第2に、地域を基盤としたソーシャルワーク実践は先駆的な取り組みを行ったソーシャルワーカーたちの試行錯誤の積み重ねから発展してきており、それらの実践報告や事例研究からは（1）先駆性と創造性、（2）地域性と福祉的視点、（3）当事者重視と共同性、（4）個別性と発展性、（5）ハードからソフトへ重点の移行などが共通した特徴としてみられた。

第3に、精神保健福祉分野のソーシャルワーカーの業務分析の研究はある程度なされてきた。一方、研修とスーパービジョンに焦点をあてた調査研究からは、現場のソーシャルワーカーは研修やスーパービジョンの必要性を認識しながら、なかなか希望に沿った研修やスーパービジョンを受けられないでいる現実が明らかとなった。

第4に、精神障害者の地域生活支援に関しては、近年、いくつかの総合的なモデルが示されてきており、それらは大きく分けると(1)個別援助に重点を置くもの、(2)コミュニティへの働きかけに重点を置くもの、(3)両方の必要性を重視するもの、そして、(4)ケアマネジメントを強調するもの、などがあるが、いずれも地域に生活する精神障害者に個別のニーズがあり、そのニーズに応じた具体的サービスを提供する必要性の強調に共通点がある。しかしながら、いずれのモデル研究も理念や概念が示されることが多く、ソーシャルワーク実践の内容については具体的な記述は限られている。

第5に、精神科ソーシャルワーカーの方向性やモデルについての研究も比較的理念的、抽象的なものが多い。また、具体的にとりあげている場合は、いくつかの原則や概念をとってそれを中心に論じたもので、ソーシャルワーク実践を包括的に論じたものはみられない。

第6に、特定のサービス・プログラム、援助方法についての研究、また、精神障害者和其他のシステムとの関係に焦点をあてた研究ではいくつか実証的な研究がみられ、利用者に対する効果測定の研究は数は少ないがある。

第7に、ソーシャルワーク実践に関する実証的研究は、アセスメント期のソーシャルワーク実践に限定したものがあり、本研究の結果との比較検討も含めて考察していきたい。

このようなことから、我が国において精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に焦点をあてた研究は数少ないこと、特に実証的な研究はほとんど存在しないことが明らかになった。そこで本研究においては、精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に焦点をあて、ソーシャルワーク実践を構成する要素を明らかにするなどを研究課題としてあげながら、実証的な研究を行っていくこととした。

第3節 精神障害者地域生活支援センターについて

1 精神障害者地域生活支援センターのあり方や位置づけに関する研究

精神障害者地域生活支援センターのあり方や位置づけについては、さまざまな意見が表明されてきている。精神障害者地域生活支援センターの成り立ちや先駆的な活動の研究で、ケアマネジメント機能を有することの必要性と、職員確保・養成や研修制度の充実などを課題としてあげたもの（住友、1996）、精神障害者地域生活支援センターを精神障害者社会復帰施設としてではなく、むしろ在宅福祉事業である居宅生活支援事業の一環に位置づけたほうがよかったと指摘したもの（田中、2001b）、制度創設当初求められた病院や社会復帰施設への併設型ではなく、単独型でさまざまな資源と連携して運営する「地域ネットワークの拠点」となるように設置すべきだとの指摘（田中、2001b；池末亨、2001；全国社会福祉協議会・心身障害者団体連絡協議会、2000；谷中、2002）がなされてきた。その後、単独での設置が可能となり、単独型のセンターが増えてきている現状にある。いずれにしても、さまざまな関係団体（共同作業所全国連絡会、1997；全国社会福祉協議会・心身障害児団体連絡協議会、2000）や多様な職種（野中、2000；浅井、1999；吉塚、2001）から、精神障害者地域生活支援センターが果たす役割や機能への大きな期待が表明されてきた。

2 専門職としての支援内容に関する研究

精神障害者地域生活支援センターの支援内容に関しては、精神障害者の地域生活支援を「東洋的な共生思想を踏まえ、身近な地域の住民との連帯と協働の活動を通じて、精神障害者が住民とともに暮らせる場づくりによって、望ましい精神保健や福祉文化の形成」をめざすべきとし、「専門性を有したプロフェッションである専門職と、当事者性を発揮する利用者主導のセルフヘルプ活動と、その関係に素人性をもったレイマンとしてのボランティア」を加えた三者が参画する運営計画をするべきであるとの指摘（石川、2001）があるが、生活モデルを確立して医療・保健との連携を進めること、総合的なサービス提供をするためにケアマネジメントを導入すること、地域生活支援ネットワークを構築することが強調され（谷中、2002）、精神保健福祉士への期待が大きく、精神障害者地域生活支援センターの精神保健福祉士が、期待されている業務にソーシャルワーカーとして耐えうるかどうかは今後の課題だとされている（谷中、2001）。

3 実践報告、活動報告

精神障害者地域生活支援センターの実践報告や活動報告はさまざまな形でなされてきた。報告の焦点に特徴があるものとしては、事業開始以前からの実績を基盤に相談や食事サービス、多様なグループ活動を積み重ねてきた実践報告（上野、1999）、ピアカウンセリングの意義と貢献を強調した実践報告（寺谷、1999）、就労支援に重点をおいた実践報告（倉知、2001）や、就労支援への取り組みからあっせん型雇用支援センターの受託に発展していっ

た実践報告（柳瀬、2001）、三障害を対象とした24時間相談体制を有する総合相談センターの実践報告（曾根、2001）、サテライト施設の意味づけを強調した実践報告（山岡、2001a；山岡、2001b）などがある。

開設経過やサービス内容の報告を中心としたものでは、地域の関係機関で構成された準備会を母体に内容や運営まで定め、相談の場や当事者の交流の場として発展してきた実践報告（戸高、2001）や、当初から相談機能を中心とすることを目的にはじまったセンターの実践報告（山本、2001）、サロンとしての活動から活発にグループ活動が生まれてきた実践報告（堅田、2001）、県家族会がはじめたセンターの実践報告（小嶋、1999）、地域の実情に応じた創意工夫の必要性和利用者の規則正しい日常生活の支援を強調した実践報告（中島・五十嵐、1999）、日常生活支援のニーズに対応した相談機能の必要性を強調した実践報告（中西、1999）、援護寮に併設して開設され、地域住民や行政との交流を広げていった報告（杉田・沼田・佐々木、1999）もある。

精神障害者地域生活支援センターの果たす特定の機能に焦点をあてた報告では、危機介入の事例報告を含めた実践報告（今福、1999）、センターの存在がもたらす安心感を強調した実践報告（増山、1999）、利用者の病状安定化や再燃防止の必要性を強調した実践報告（小林、1999）、医療法人立であっても会員の思いを反映して「生活モデル」に基づいた支援をすることによるメリットなどを考察した実践報告（大谷・山本、1999）などがある。

4 質的調査による研究

精神障害者地域生活支援センターの利用者がセンターをどのように利用し、どのような支援を受け、どのようなことが役に立っていると感じているかについて、利用者4人に対するグループインタビューの筆記記録が報告されている（広江、2001）。

5 量的調査による研究

精神保健福祉地域生活支援センターの実践内容や運営方法についての量的な調査も、これまでにいくつかなされてきた。荒川（2001）の研究では、52施設からの回答を得ている（1999年時点では99施設開設していた）。この報告では自由記述欄の分析から「職員不足」、「休日・夜間の対応の難しさ」などが指摘され、独立型及び併設型のセンターのメリット・デメリットが考察されている。

寺田（2001）の研究では、172施設からの回答を得ている（2000年調査時点で217施設開設していた）。この研究からその当時のセンターの運営状況や利用者の状況がわかる。例えば、常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されているセンターは6割強であり、未配置のところは3割であった（2005年度末まで配置は強制されていない）。休日や夜間の対応では（当時留意事項とされていた）、日直・宿直体制をとっているところが2割あり、携帯電話等で対応しているところが4割あった。支援活動の内容では、相談事業はすべてのセンターで行っており、レクリエーション、服薬・通院援助、憩いの場の提供はほとんどの施設で実施していた。家事援助、金銭管理、身の清潔保持、給食、入浴サービスは過半数のセンターで行われていた。利用者は40歳代が3割弱、50歳代が2割強、60歳以上が7.7%

であった。利用者の7割強が統合失調症であった。そして3割弱が独居、約半数が家族との同居であった。

上野(2001)は東京都内の17箇所(調査当時)のセンターの活動内容等について研究報告をしている。都内のセンターにおいてオープンスペースの利用者の1か月の延べ人数は33人から496人、実人数は15人から204人と幅があった。相談内容の統計では、電話相談は多い順に(1)話し相手、(2)対人関係、(3)病気、(4)家族に関することであった。面接相談は多い順に、(1)対人関係、(2)病気、(3)家族関係、(4)金銭、(5)就労、(6)センターに関する問い合わせであった。地域の他機関との連携はそれぞれ行っているものの、その広がりや内容には差異があったことが報告されている。

岩上(2001)の研究では、129箇所からの回答を得ている(2000年の調査時点で201箇所開設されていた)。その結果、単独設置型が14%にのぼること、運営主体は社会福祉法人が43%、医療法人が40%であること、精神保健福祉士が施設長以外に未配置のセンターが調査当時4割にのぼっていたこと等が明らかになっている。利用者は、30歳代が3割強、40歳代が4割弱、50歳代が2割であった。サービスやプログラムは、来所相談、電話相談ともに実施率100%であり、訪問サービスが88%、昼食サービスが44%、地域への広報活動の実施率は9割、普及啓発活動は7割弱の実施率であった。サービス実施状況を社会福祉法人と医療法人とで実施率を単純比較したところ、夜間の来所相談や夜間の電話相談も含めてほとんどのサービスについて社会福祉法人のほうが高い実施率であることが報告されている。相談内容は(1)日常生活の相談、(2)気持ちを汲み取る相談、(3)一日のできごとの相談の順で多かった。これらの相談内容を「主訴のはっきりしている相談」と「気持ちをくみ取る相談」とに分け、それぞれをセルフヘルプグループの支援の実施の有無およびピアカウンセリングの実施の有無とでクロス集計して数値を単純比較したところ、これらの当事者同士の支援活動の側面的な援助を行っているセンターのほうが「主訴のはっきりしている相談」が多い傾向にあるという報告がなされている。また、地域交流、ボランティア活動、市町村との連携などについて自由記述の報告がなされていた。

中西(1999)の勤務する精神障害者地域生活支援センターでは、閉所する夜9時以降はスタッフの携帯電話への転送によって24時間電話相談による対応をしているが、1999年3月の相談内容の分析によると、夜9時以降翌朝9時までの間の12時間に、ひと月で80件の電話を受け、閉所時間帯にもかかわらず27件の面接を行っており、「おしゃべりや近況報告」が主たる内容であるものが多く半数を占めるが、「不安解消」のためがその次に多い結果となっている。

このように精神障害者地域生活支援センターを対象とした量的な調査はいくつかあるが、ソーシャルワーカーのサービス・プログラムの実践頻度を調査したものや、ソーシャルワーク実践に焦点をあてた調査はされてこなかった。調査結果の分析も単純集計と、単純なクロス集計による比較のみとなっており、多変量解析などはこれまで行われていない。

6 精神障害者地域生活支援センターとは

(1) 精神障害者地域生活支援センターの位置づけ

精神障害者地域生活支援センターは 1996（平成 8）年度予算で「精神障害者地域生活支援事業」として創設された。その後、1999 年（平成 11 年）の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正により、法第 50 条の 2 に列記された精神障害者社会復帰施設の 5 番目の施設へと位置づけを変えた。

（２） 精神障害者地域生活支援センターの目標値

精神障害者地域生活支援センターは平成 14 年度までの 7 か年の計画を表した「障害者プラン」の目玉事業として創設され（全国精神障害者社会復帰施設協会、1996）、地域における精神障害者の生活を支援する中核的な役割を担っていくことが期待されてきた。当初概ね人口 30 万人当たり概ね 2 ヶ所ずつ、社会復帰施設に付置して「精神障害者地域生活支援事業」として実施することが目標とされた。障害者プランで定められた目標値と比較して、なかなか設置数が伸びなかったという実情があるものの、厚生労働省の新・障害者プランでは 2007 年度（平成 19 年度）までに全国で約 470 カ所の配置が目標とされている。

（３） 精神障害者地域生活支援センターの事業内容

精神障害者地域生活支援センターは、精神保健および精神障害者福祉に関する法律第 50 条の 2 の第 6 項において

「地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行うとともに、第 49 条第 1 項の規定による助言を行い、併せて保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等との連絡調整その他厚生労働省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする施設とする。」

と定められた。このことにより、それまでは「働く場」や「住む場」を提供する施設が中心であった精神障害者社会復帰施設に、はじめて「相談・援助」を中核的な働きとして期待される施設・機関が位置づけられた。このように精神障害者地域生活支援センターは精神障害者の相談に総合的に応じて指導・助言及び必要な援助を行うこととされている。

同条文中で引用されている法第 49 条第 1 項では、

「市町村は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた精神障害者から求めがあったときは、当該精神障害者の希望、精神障害の状態、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘案し、当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設又は精神障害者居宅生活支援事業若しくは精神障害者社会適応訓練事業の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。この場合において、市町村は当該事務を精神障害者地域生活支援センターに委託することができる。」

と定めている。

また、同条文中の「その他厚生労働省令で定める援助」については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第 33 条で

- 1 調理、掃除その他の自立した生活を営むための日常生活上の世話
- 2 自主的な活動、地域及び家族との交流等の機会の提供
- 3 住居、就業その他の日常生活に必要な情報の提供

と定められ、多様で多岐にわたる援助が求められている。

なお、精神障害者地域生活支援センター設立当初の1996年（平成8年）5月10日付で示された「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」においては、精神障害者地域生活支援センターの事業内容が次のように定められていた。

（１）日常生活の支援

生活の基本である住居、就労、食事等、日常生活に即した課題に対して、個別・具体的な援助を行うとともに、生活機能や対人関係に関する指導・訓練等を行う。

（２）相談等

電話・面接及び訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続き等日常的な問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安、孤独感の解消を図るための助言、指導を行うとともに、必要に応じて関係機関等への連絡を行う。

（３）地域交流等

ア．場の提供

レクリエーション等障害者の自主的な活動、地域住民との交流等を図るための場を提供する。

イ．生活情報の提供

住宅、就職、アルバイト、公共サービス等の情報提供を行う。

（４）その他

地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業を行う。

これらの内容はほとんどが現在の法令通知において残されているものといえよう。

一方、同要綱の項目６の「事業の実施及び留意事項」においては

（１）実施主体は、年間及び月間の事業計画を定め、本要綱に定めた事業を計画的に実施するものとする。

（２）実施主体は、休日・夜間の緊急の対応に備え、あらかじめ関係機関等と協議し、連絡方法等について定めておくものとする。

（３）実施主体は、支援等を行った精神障害者等に関する基礎的事項、支援・サービス計画の内容、実施状況及び課題等を記録するとともに、継続的支援の適正な実施を図るものとする。

（４）本事業の主旨を踏まえ、毎日実施することを原則とし、職員の勤務時間を調整する等により、夕方、夜間、休日等利用度の高いと考えられる時間帯に対応できる運営体制を採るものとする。

（５）宿泊の制限

施設内に宿泊することは、真にやむを得ない一時的な不安回避等の場合のみとする。

（６）自主的活動の育成

仲間作り、リーダー育成の観点から、自主的な活動を援助する、ピアカウンセリングなど、当事者の経験等を生かした運営方策を試みる。

（７）ボランティアの育成

地域におけるボランティアの育成、導入を図る。

（８）利用メンバーの登録制

継続的な相談指導の観点から、利用者については登録制とする。ただし、登録外利用者を制限するものではない。

（９）都道府県及び指定都市は、本事業の適正、かつ、積極的な運営を確保するため、支援相談等の内容、処理状況等について、年１回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、必要に応じ

事業実施状況の調査・指導等を行うものとする。

(10) 関係機関等の連携

事業の実施に当たっては、地域生活支援のための概ねの対象地域を定め、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、医療機関、社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム等の関係機関や家族会、障害者団体などとの連携を図る。

とさまざまな事業内容に加えて、「休日・夜間の緊急の対応の備え」や「ピアカウンセリング」「ボランティアの育成」など現在の法令通知では明示されていない項目が留意事項として列記されていた。その後、この通知文及び要綱は廃止され、2000（平成 12）年の「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準」において以下のように定められるようになった。

第 39 条「精神障害者地域生活支援センターには、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

(1) 相談室、(2) 静養室、(3) 談話室、(4) 食堂、(5) 調理場、(6) 地域交流活動室兼訓練室、(7) 便所、(8) 洗面所、(9) 事務室

同条 2 項（略）

続いて利用者の処遇に関する計画、処遇の方針、生活指導等については以下のとおりである。（他の精神障害者社会復帰施設と共通の条文が定められている）。

第 18 条 精神障害者社会復帰施設は、利用者について、その心身の状況及び病歴、その置かれている環境、その者及びその家族の希望等を勘案し、その者の同意を得て、その者の処遇に関する計画を作成しなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に関する計画について、利用者の処遇の状況等を勘案し、必要な見直しを行わなければならない。

第 19 条 精神障害者社会復帰施設は、利用者について、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

2 利用者の処遇は、利用者の処遇に関する計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して、行わなければならない。

3 精神障害者社会復帰施設の職員は、利用者の処遇に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

4 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。

第 20 条 精神障害者社会復帰施設は、利用者が生活習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるようあらゆる機会を通じて生活指導を行わなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

3 精神障害者社会復帰施設は、常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

なお、この基準で用いられている「処遇」という用語については平成 12 年に示された「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について」の通知文の中で別紙として「精神障害者社会復帰施設運営要綱」が示されている。その中で「処遇」や「援助

の提供」の用語について

第1 精神障害者社会復帰施設の処遇について

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準に規定する処遇とは、利用者の依頼や相談に応じて、助言、指導、訓練その他の利用者に必要な援助を提供することである。本要綱における「援助の提供」の用語は、精神障害者社会復帰施設の在り方に鑑みて、設備運営基準における「処遇」の用語に代えて使用するものである。

と示されており、精神障害者に対する援助において相談、助言、指導、訓練が中心的役割を果たすものであることが改めて示されている。

このように、改正された法令通知を総合的にみると、精神障害者地域生活支援センターの旧来の要綱で示されていた事業内容や留意事項と重なる部分はあるものの、他の精神障害者社会復帰施設と一律の、より抽象性の高い内容の事業内容が示されることとなった。この要綱においてもなお強調されているのは、(1) 利用者の意思の尊重、(2) 援助計画や再アセスメントの必要性、(3) 個別のニーズに対応した援助計画や援助の実施の必要性、(4) 利用者の生活の自立に向けた援助の必要性、(5) レクリエーション活動の必要性、(6) 家族との連携や交流の重要性などである。そして、法律、施行規則、通知、要綱を総合的にみると、精神障害者地域生活支援センターにおいては、個人レベル、家族レベル、地域レベルへの積極的な介入を行うことが想定されていることが読み取れる。

本研究においては、これらの法令通知で示された事業内容と、前述した実践報告にみられる内容とを合わせて精神障害者地域生活支援センターの実践内容を研究することとした。

(4) 精神障害者地域生活支援センターの職員配置

精神障害者地域生活支援センターの職員の配置基準は精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準第40条において以下のように定められている。

(1) 施設長 1以上、(2) 精神保健福祉士 1以上、(3) 精神障害者社会復帰指導員 3以上

2 前項各号に掲げる職員は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち2人は非常勤とすることができる。

同基準第41条では年間及び月間の事業計画を定めること、職員の勤務時間を調整すること等により、適切な処遇を行う努力義務規定が定められている。そして、第42条では利用者の登録制が規定されている。

また、同基準の附則第5条において、経過措置が定められており、平成17年3月31日までの間「精神保健福祉士」とあるのは、

「精神保健福祉士又は精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者」

と定められている。なお、旧来の要綱においては、この部分は「精神科ソーシャルワーカー」と定められていたところである。

職員の資格要件も他の精神障害者社会復帰施設と一律に同基準において定められている。職員の資格要件については以下のとおりである。

第 17 条 施設長は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に 5 年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であって、施設を運営する能力を有すると認められるものでなければならない。

2 精神障害者社会復帰指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。

(1) 学校教育法に基づく大学において、心理学若しくは教育学の課程を修めて卒業した者又は同法に基づく大学において、心理学若しくは教育学の課程において優秀な成績で単位を修得したことにより、同法第 67 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者

(2) 学校教育法に基づく大学において、社会福祉に関する科目を修めて卒業した者又は同法に基づく大学において、社会福祉に関する科目を修めて、同法第 67 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者

(3) 学校教育法の規定による高等学校若しくは中等教育学校を卒業した者、同法第 56 条第 2 項の規定により大学への入学を認められた者若しくは通常の課程による 12 年の学校教育を修了した者(通常の課程以外の課程によりこれに相当する学校教育を修了した者を含む。)又は文部科学大臣がこれと同等以上の資格を有すると認定した者であって、2 年以上精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に従事したもの

(3) 前 2 号に掲げる者のほか、精神保健及び精神障害者の福祉に関し相当の学識経験を有すると認められる者

精神障害者地域生活支援センターがこのような職員配置基準であることから、本研究においては、特に精神保健福祉士かつ又は精神科ソーシャルワーカーに焦点をあてて調査を行うこととし、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーク実践の中心的な役割を担う職員から回答を得ることとした。

(5) 精神障害者地域生活支援センターに求められる実践内容

精神障害者地域生活支援センターの原型となる実践を行ってきた谷中が当初の構想の中で一番力説したのは精神障害者が「憩う場」の必要性であり、それは特定のプログラムを持たないものを想定していた(谷中、2000a)。しかし、それは妥当であろうか。

谷中は精神障害者地域生活支援センターをゆるやかな居場所として位置づける一方で、そこでの「生活支援の方法」としては、(1)生活支援会議(報告と連絡と相談)、(2)登録と記録、(3)資源の開発、(4)他機関との連携、(5)支援体制づくり、(6)能力の開発、(7)持ち味の発揮、(8)当事者中心、(9)仲間の支援、(10)自己決定、主体性への促し、(11)家族支援をあげており(全国精神障害者社会復帰施設協会、1996、96-104頁)、個別具体的な個人の生活支援や地域を対象とした実践が必要とされる内容を提示していた。

これらから読みとれることは、谷中が「憩う場」と表現しながらも精神障害者地域生活支援センターに精神障害者の地域生活支援に関する総合的、包括的な実践を求めているということである。つまり、精神障害者地域生活支援センターでは精神保健福祉士などのソーシャルワーカーが、地域で生活する精神障害者を具体的に支援するために目標をたてて、

(1)個人の日常生活上のニーズへの援助、(2)当事者のグループ活動の直接及び側面的援助、(3)家族への援助、(4)個人のニーズと地域の社会資源の結びつける援助、(5)

地域の関係機関との連携、ネットワークづくり、(6) 地域の住民への啓蒙活動、(7) 社会資源の開発、等を行うために援助計画やプログラムを作成し、幅広く専門性の高いサービス提供することが必要とされている。精神障害者の地域生活を支援するために、ミクロ、メゾ、マクロレベルすべてのレベルにおいて、個々の精神障害者のニーズに応じた適切なソーシャルワーク実践を行うことが求められているといえよう。

第 1 節 調査の対象

本研究では、2003 年 8 月末の時点で厚生労働省から入手した名簿に掲載されていた精神障害者地域生活支援センター415 箇所全てに調査票を送付した。したがって、本調査は悉皆調査である。

本調査は各センターに所属する「精神保健福祉士かつ／または精神科ソーシャルワーカー」1 名に無記名で回答を依頼した。前述したように、精神障害者地域生活支援センターには施設長 1 名、社会復帰指導員 3 名（うち 2 名は非常勤でも良い）の他、精神保健福祉士または精神科ソーシャルワーカー 1 名が配置されることになっている（2005 年までは経過措置により精神保健福祉士は配置しなくともよい）。そこで、このような形で調査の依頼をすることによって、それぞれの精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーク職に就いている者から回答を得ることになる。よって、精神保健福祉士かつまたは精神科ソーシャルワーカーを総称してソーシャルワーカーと記述する。

第 2 節 データの収集方法

1 調査方法の概要

本研究では郵送法による調査を行うこととした。調査票は 2003 年 10 月に発送し、初めは 2003 年 11 月末を締め切りとした。締め切りから 1 か月経過した段階で、予想以上の回答があった（229 箇所）。その反応の良さから、督促によって回収率が上がることが予想されたため、2004 年 1 月に入って未回答の精神障害者地域生活支援センター（186 箇所）に回答依頼のハガキを送付した。その結果最終的に 268 箇所からの回答があり、回収率は 64.6%となった。回収したすべてが有効回答票であった。

2 郵送法を用いた理由と限界

本調査では、精神障害者地域生活支援センターに所属する精神保健福祉士かつ／または精神科ソーシャルワーカー 1 名に回答を依頼した。調査回答者は専門職である。回答者が調査票に直接回答を記入する能力があること、自分で都合の良い時間帯に記入してもらえること、調査員の影響による回答の質の低下を考慮する必要がないこと、限られた予算で全国の精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーを対象とした調査を行えることなどの利点があるため、郵送法とした。

郵送法による調査の回収率をあげるために、調査票のページ数及び質問項目数を極力少

なくした。精神障害者地域生活支援センターや回答者の属性に関する項目は極力絞った。対面調査と異なり、郵送法による調査では質問の意味や意図の徹底が不十分になりがちであるため質問文の作成には細心の注意を払い、最終的な調査票を確定する前に予備調査を実施した。

3 調査の工夫

記入しやすい調査票とするため、調査項目の順序、選択肢の配列、調査票の文字、回答欄のレイアウト等に配慮した。調査の目的や意義を明確にし、調査が任意のものであること、調査結果の限定的利用などを明示した依頼文を添付した。

回収率をあげるため、受取人払の返信用封筒を同封した。調査時期は、真夏や年末を避けて秋口に送付し、11月末を締め切りとした。先述したように未回答のセンターに督促のハガキを送付して調査への協力依頼を行った。また、調査終了後に調査結果の概要を希望者に送付することとして送付希望の有無を記入してもらった。

第3節 調査の枠組みと調査項目の策定

1 設問項目の策定

精神障害者地域生活支援センターのプログラム・サービスの実態と、そこに所属するソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度が明らかになるよう、設問項目を策定した。まず、ソーシャルワーク実践スキルを最重要の設問項目として確定し、続いてソーシャルワーカーの基本的属性に関する設問項目を確定した。

精神障害者地域生活支援センターにおけるサービスやプログラムの実態を明らかにするために、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準、精神障害者社会復帰施設運営要綱、及び先行研究調査（実践報告や事例研究）を参考に設問項目を確定した。最後に、精神障害者地域生活支援センターの基本的属性として運営や利用者に関する項目を絞り込み、確定した。

2 設問の形式

質問内容に応じて質問の形式を決定した。精神障害者地域生活支援センターにおけるサービス・プログラムは、提供の度合いを5点の順序の尺度でたずねることとした。精神障害者地域生活支援センターの運営に関する項目は、それぞれの内容に応じた選択式の質問項目とした。調査項目数を絞るために削減した項目もあり、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの内容などについては自由記述の項目も設定した。

ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルは、スキルの活用頻度を5点のリッ

カートスケールによってたずねることとした。ソーシャルワーカーの基本的属性に関するものの一部（専攻分野等）は選択式の質問項目とした。

3 質問文の作成

簡潔で明瞭な表現とすること、否定語はできる限り使用しないこと、論点が2つある質問はしない（ダブル・バーレル質問はしない）など、質問文の作成の際に注意すべき点を考慮しながら質問文を作成した。質問項目と選択肢の文章は原則として論者が作成した。

ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルについての調査項目は O' Hara が米国の大学院生（実習終了後の院生）と、現場経験のあるソーシャルワーカーを対象に実施した研究において使用した項目をもとにした（O' Hara & Collins、1997； O' Hara、Collins & Walsh、1998）。O' Hara らの研究によって開発されたソーシャルワーク実践スキル評価指標の項目はすでに論文に掲載されていたが、調査に使用したすべての項目を入手するために第一執筆者であるボストン大学の O' Hara 氏に直接連絡をとり、本研究の趣旨を説明して調査で使用した 75 項目の印刷された調査票を郵送してもらった。最終的には後述するように本調査においても O' Hara 氏らが開発した評価指標の項目のみを使用した。翻訳の経緯等については次項で説明する。

第4節 ソーシャルワーク実践スキルの項目の翻訳

英語のソーシャルワーク実践スキルのリストを日本語リストにするために、次のような段階を経た。調査の質問項目を異なる言語に翻訳したときに、それらの質問項目が文化的な背景に合致し、言語的に適切で、概念上意味のある、かつ、両言語で比較可能なものとするためには、次のような段階を経た翻訳方法が有効とされている（Yoshihama、1996、p102）。

英語のソーシャルワーク実践スキルのリスト（第1次英語リスト）を、医療・保健・福祉分野の論文抄訳を主たる業とする日本語が母国語である者に依頼して日本語へ翻訳してもらった（第1次日本語リスト）。この第1次日本語リストを、論者の本務校の学生 10 名にみてもらい、日本語としての意味がわかりにくいところを指摘してもらった。この指摘をもとに、論者が質問項目の修正を行った（第2次日本語リスト）。

第2次日本語リストを、英語を母国語とする大学教員（英語教育担当）に依頼し、日本語から英語へ翻訳してもらった（第2次英語リスト）。この2重翻訳を行った第2次英語リストと、元となった第1次英語リストとを比較し、質問項目の意味に差があるか否かを大学教員（英語教育担当）と論者がともに検討した。差異が大きい質問項目については日本語訳に手を加えて修正を行った（第3次日本語リスト）。

その後、社会福祉援助技術を専門とする研究者及び社会福祉調査を専門とする研究者に第3次日本語リストのすべての項目を検討してもらい、日本語表現および質問項目としての妥当性について意見をもらい、それをもとに項目を修正した（第4次日本語リスト）。

なお、第4次日本語リスト作成までの段階においては、O' Hara らの研究ではじめに使

用した 75 項目すべてを日本語に訳し検討してきた。しかし、この研究者らの助言に基づき、O' Hara らの 2 つの論文で示された 2 つのリストのうち、はじめのリスト (33 項目) に含まれた全ての項目 (O' Hara & Collins, 1997) と、2 番目の論文で示されたリスト (23 項目) の 4 つめの因子に含まれた 4 項目 (O' Hara, Collins & Walsh, 1998) を加えたものに絞り (第 5 次日本語リスト)、これらの 37 項目のみを調査項目として残すこととした。はじめの論文と 2 番目の論文において、第 1、第 2、第 3 因子は含まれる項目が多少異なるものの、同じ命名がなされた 3 つの因子となったからである (O' Hara & Collins, 1997; O' Hara, Collins & Walsh, 1998)。

37 項目に絞られた第 5 次日本語リストをもとに、論者の本務校の精神保健福祉分野での実習を終えた学生 (第 1 次リストのときとは別の学生) 10 名に依頼し、すべての項目について読み上げながら、日本語としての意味や、ソーシャルワーク実践スキルとして具体的に何を指すのかが理解できるか否かについて確認した。その意見をもとに、さらに論者が若干の修正した (第 6 次日本語リスト)。

この第 6 次日本語リストをもとに、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカー 10 名にプレ調査を実施し、質問項目の不備や不明な点などを指摘してもらった。その指摘をもとに再修正を行った (第 7 次日本語リスト)。このプレ調査については次項で説明する。

第 5 節 プレ調査の実施

最終的な調査を実施する前に 2003 年 9 月に精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーに協力を依頼してプレ調査を行った。関東圏に集中しないように、地方の精神障害者地域生活支援センターに所属する者や元職員も含めて 10 名のソーシャルワーカーに依頼した。

プレ調査は論者が調査票を持参あるいは郵送し、自記式で回答してもらった。回答のしにくい項目、わかりにくい項目、わかりにくい表現、選択肢がない項目などの指摘を依頼した。プレ調査の結果を集計し、それらをもとに調査票の質問項目や選択肢を修正して最終的な調査票を作成した。

第 6 節 データ入力とデータ・クリーニング

回収した調査票をすべて点検し、記入漏れ、記入の間違いなどについて論者がチェックを行った。記入漏れについては、可能な範囲で補足聞き取りを行った。

その後、調査票のデータ入力を依頼した。数値のデータ入力は、2 回入力したものを比較して誤入力をチェックする体制をとった。

データ入力の後、数量的なデータについては度数分布表を打ち出した。異常値について

は調査票を確認し、適宜修正を行った。さらに、論理的に矛盾する回答を発見するため、あり得ない変数の組み合わせを示すケースをコンピュータで検索し、適宜修正した。自由記述のデータも入力して一覧表を作成した。

第7節 分析の方法

数量的なデータの入力、分析には SPSS 11.0 for Windows を用いた。

1 単純集計

数量的なデータはまずは単純集計を行った。そして、度数分布、平均値、標準偏差値、最小値、最大値などを求めた。特に、精神障害者地域生活支援センター及びソーシャルワーカーの属性等についての基礎的なデータについてはこれらの数値を得て、分析を行った。また、第1の研究課題（作業仮説）である精神障害者地域生活支援センターの運営と実践の内容も主にこれらの数値から分析を行った。さらに、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の実態などについても分析を行った。

2 2つの変数の関係について

数量的なデータについては、2つの変数の関係についての分析を行った。
いずれも質的変数の場合、クロス表によって変数間の関係を分析した。
また2つの変数がいずれも量的変数の場合、相関関係を分析した。

3 複数の変数の関係について

数量的なデータについては、複数の変数の関係についての分析も行った。
ソーシャルワーク実践を構成する代表的なソーシャルワーク実践スキルについて、複数の変数同士の関係を分析するために因子分析を行った。因子分析を行うことにより、2番目の研究課題（作業仮説）であるソーシャルワーク実践を構成する要素が明らかになる。因子分析は主成分分析法を用い、規準バリマックス法による直交回転を用いた。
従属変数が量的な変数で、独立変数は質的な変数や階層化された変数の場合、分散共分散分析を行った。独立変数の中に量的な変数が含まれている場合にはこれを共変量として投入して同時に分析した。
具体的には、3番目の研究課題であるソーシャルワーク実践に影響を及ぼしている要因を明らかにするために、従属変数にソーシャルワーク実践のスコアを投入した。そして、影響を及ぼしていると考えられる項目（属性変数）を独立変数に投入して分析を行った。また、4番目の研究課題（作業仮説）である、「精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムには、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度が影響を及ぼし

ている」か否かを検証するために、従属変数に精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いのスコアを投入した。そして、影響を及ぼしていると考えられる項目を独立変数に投入して検証した。

4 質的なデータについて

質的なデータについては、調査票からすべて書き写して一覧表を作成した。質問項目と回答に応じて、分類が可能なものは分類して集計を行った。いくつもの要素が含まれるような長い回答については、一文節ごとに内容を判断してコードを付与していった。そしてコードごとに集計を行って内容分析をした。

本章においては、研究の結果をとりまとめる。

第 1 節においては、精神障害者地域生活支援センターの運営の実態についての調査結果をまとめる。

第 2 節においては、精神障害者地域生活支援センターの利用者の実態についての調査結果をまとめる。

第 3 節においては、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの実態についての調査結果をまとめる。

第 4 節においては、ソーシャルワーカー（回答者）の属性等についての調査結果をまとめる。

第 5 節においては、ソーシャルワーク実践スキルとソーシャルワーク実践の評価指標についての調査結果をまとめ、分析する。

第 6 節においては、ソーシャルワーク実践に影響を与える要因を分析する。

第 7 節においては、サービス・プログラムの提供の度合いとそれに影響を与える要因について分析する。

第 8 節においては、ソーシャルワーカーが今後身につけたい援助の方法、技能、技法について分析する。

第 1 節 精神障害者地域生活支援センターの運営

1 運営主体について

表 4-1 運営主体の法人格

		箇所数	パーセント
法人の種類	社会福祉法人	122	45.5
	医療法人	96	35.8
	NPO 法人	15	5.6
	社団法人	11	4.1
	地方自治体立	7	2.6
	財団法人	8	3.0
	その他	9	3.3
合 計		268	100

精神障害者地域生活支援センターの運営主体の法人格で、最も多いのが社会福祉法人で 45.5%であり、その次に多いのが医療法人で 35.8%であった。なお、数は少ないが NPO 法人

が 15 箇所、社団法人が 11 箇所あった。その他の内訳は、家族会、地域の任意団体、生協法人等であった。

2 職員について

表 4-2 常勤スタッフの中の精神保健福祉士の人数

		箇所数	パーセント
精神保健福祉士	いない	11	4.1
	1 名	87	32.5
	2 名	97	36.2
	3 名以上	73	27.2
	合 計	268	100

精神障害者地域生活支援センターの常勤スタッフの中に精神保健福祉士が何人いるかをたずねたところ、いないところは 11 箇所 (4.1%) にすぎず、1 名いるところが 3 割を超え、2 名いるところが最も多く 36.2% であり、3 名以上いるところも 3 割近くにのぼった。

表 4-3 当事者の雇用の有無(非常勤スタッフとして)

		箇所数	パーセント
当事者であるスタッフ	いる	37	13.8
	いない	231	86.2
	合 計	268	100

精神障害者地域生活支援センターのスタッフに精神障害者である当事者の方がいるか否かについてたずねたところ、いるところは 37 箇所 (13.8%) であった。

3 運営状況に関して

表 4-4 相談・助言について市町村の委託の有無

	箇所数	パーセント
委託を受けている	67	25.0
委託は受けていない	201	75.0
合計	268	100

精神障害者地域生活支援センターは精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において、市町村から精神障害者社会復帰施設や精神障害者居宅支援事業の利用についての相談・助言などについて市町村から委託を受けることができると規定されている。そこで市町村から委託を受けているか否かたずねたところ、67 箇所、約 4 分の 1 のセンターで委託を受けているとの回答があった。なお、7 箇所の地方自治体立の精神障害者地域生活支援センタ

ーについては、集計の都合上委託を受けているほうに含めた。

表 4-5 センターを開所する時間

何時台	箇所数	パーセント
午前 0 時	3	1.1
午前 7 時	3	1.1
午前 8 時	79	29.5
午前 9 時	118	44.0
午前 10 時	50	18.7
午前 11 時	5	1.9
正午	6	2.2
午後 1 時	4	1.5
合 計	268	100

表 4-6 センターを閉所する時間

何時台	箇所数	パーセント
午後 3 時	2	0.7
午後 4 時	18	6.7
午後 5 時	81	30.2
午後 6 時	49	18.3
午後 7 時	59	22.0
午後 8 時	36	13.4
午後 9 時	16	6.0
午後 10 時	4	1.5
午前 0 時	3	1.1
合 計	268	100

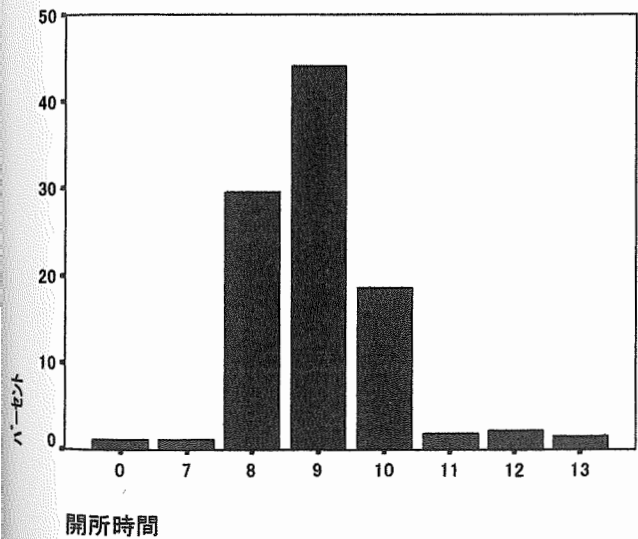


図 4-1 開所時間（24 時間方式）

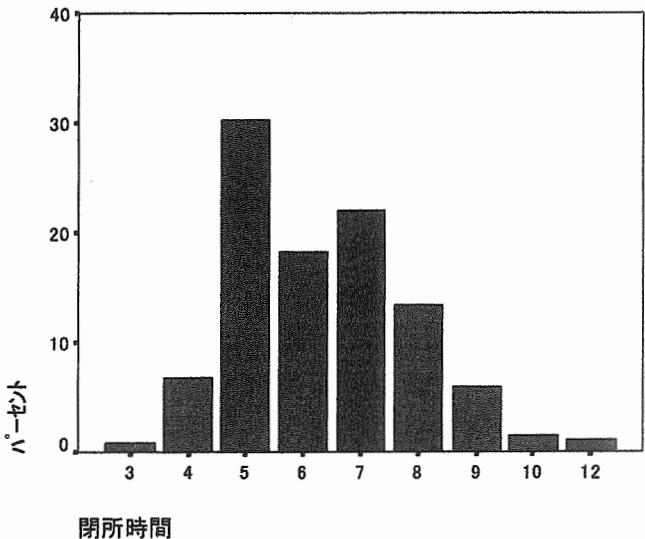


図 4-2 閉所時間（午後）

精神障害者地域生活支援センターは、開設当初の運営要綱では「休日・夜間の緊急対応の備え」が留意事項に定められていた経緯もあったことと、当初は他の精神障害者社会復帰施設への併設をすることが原則であったこともあり、開所曜日や開所時間、閉所時間、そして夜間の対応体制などについてさまざまな工夫がなされている。曜日によってかなり開所時間帯を違えている精神障害者地域生活支援センターも多いことから、ここではそれぞれのセンターで最も一般的な（多くの曜日に適応される）開所時間帯を集計した。

回答のあった精神障害者地域生活支援センターのうち 3 箇所は 24 時間開所していた。午後 10 時まで開所しているところが 4 箇所、午後 9 時まで開所しているところが 16 箇所、

午後 8 時まで開所している 36 箇所と合わせると、約 22%は夜 8 時以降まで開所している。

その分曜日などによって開所する時間を遅めに設定するところも多いが、それでも午前 7 時には開所しているところが 3 箇所、午前 8 時開所が 79 箇所の約 30%であった。午前 9 時までに全体の約 75%のセンターが開所している。

さらに、自由記述で開所日の方針をたずねた。土曜に開所しているセンターはかなり多く、日曜・祝日開所のセンターも一定数以上あった。365 日開所しているセンターもあった。

表 4-7 夜間（閉所後）の電話相談の受けつけ

	箇所数	パーセント
ほとんどなし	73	27.2
年 1 回以上	16	6.0
月 1 回以上	15	5.6
週 1 回以上	25	9.3
ほぼ毎日	139	51.9
合計	268	100

閉所後に電話相談等の受け付けをしているか否かをたずねたところ、73 箇所（約 27%）ではほとんど行っていなかったものの、139 箇所、半数以上のセンターにおいてほぼ毎日夜間の電話相談を行っていた。週 1 回以上が約 1 割、月 1 回以上が 15 箇所、約 6%で行われていた。

自由記述でどのような方針によるかたずねたところ、夜間の電話相談への対応は併設施設や関係病院との連携によって行われているところがかかなりあった。しかし、一部のセンターでは、精神障害者地域生活支援センターの数少ない職員が交代で携帯電話を持ち帰って対応していた。

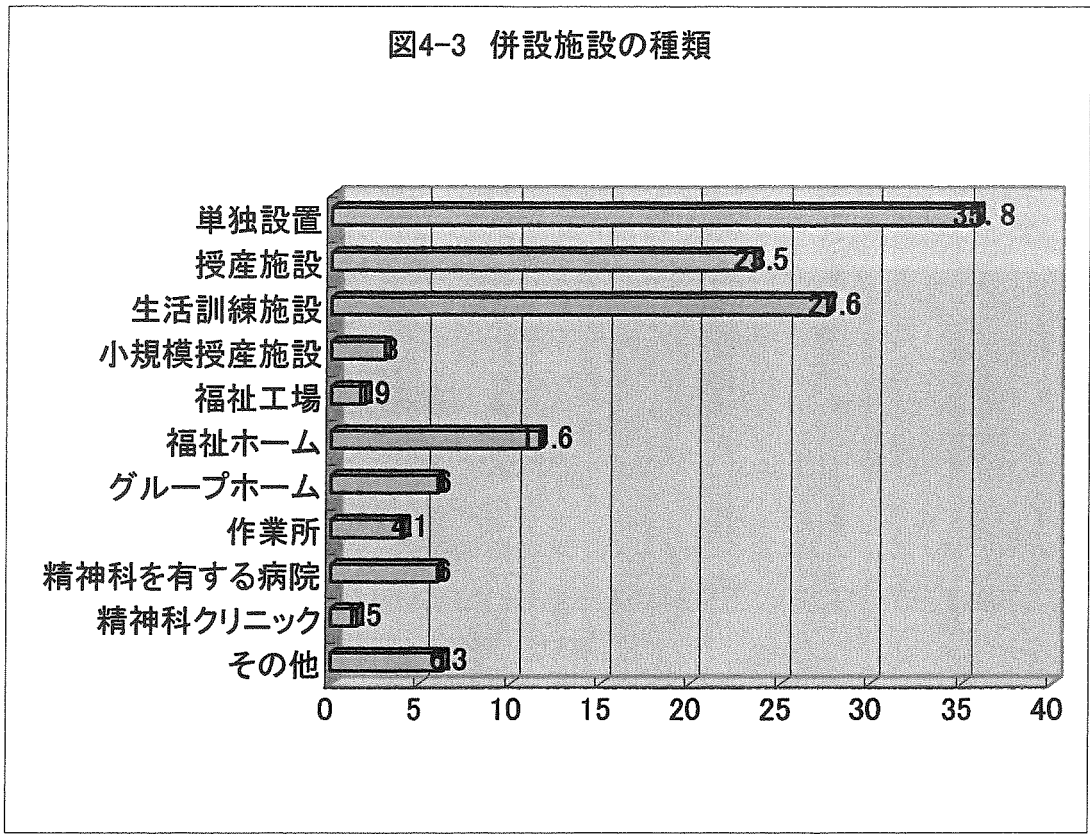
4 併設施設について

表 4-8 併設施設（複数回答あり、n=268）

併設施設の種類	箇所数	パーセント
単独設置	96	35.8
授産施設	63	23.5
生活訓練施設	74	27.6
小規模授産施設	8	3.0
福祉工場	5	1.9
福祉ホーム	31	11.6
グループホーム	16	6.0
作業所	11	4.1
精神科を有する病院	16	6.0

精神科クリニック	4	1.5
その他	17	6.3

図4-3 併設施設の種類の種類



精神障害者地域生活支援センターと同じ建物にある併設施設についてたずねた。その結果、物理的に同じ建物の中に設置された併設施設のない精神障害者地域生活支援センター（いわゆる単独設置のセンター）が全体の約 36%あった。物理的に併設している施設では、授産施設を併設しているのが約 24%、生活訓練施設を併設しているセンターが約 28%あった。また、精神科を有する病院が 6 %、精神科クリニックが 1.5%で同じ建物にあった。

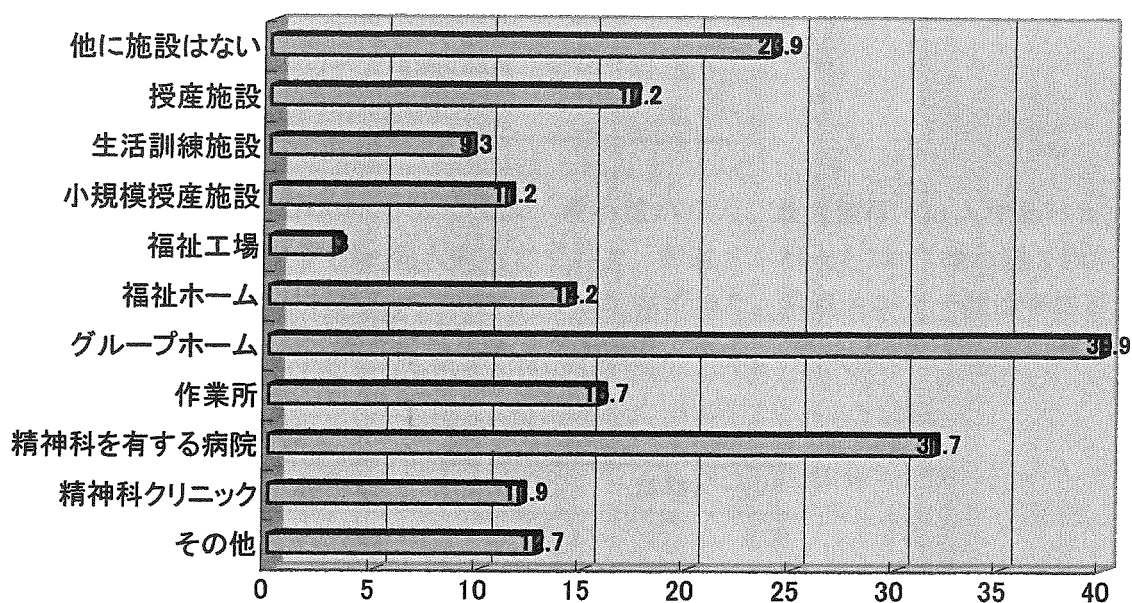
その他の内容は共同住居、デイケア、他障害の生活支援事業などであった。

表 4-9 法人や法人グループで持つ施設の種類の種類（複数回答あり、n=268）

施設の種別	箇所数	パーセント
ない	64	23.9
授産施設	46	17.2
生活訓練施設	25	9.3
小規模授産施設	30	11.2
福祉工場	8	3.0
福祉ホーム	38	14.2
グループホーム	107	39.9

作業所	42	15.7
精神科を有する病院	85	31.7
精神科クリニック	32	11.9
その他	34	12.7

図4-4 法人または法人グループの持つ施設の種類の割合



物理的に同じ建物にはないが、同じ法人や法人グループなどで有している施設についてたずねた。グループホームを有している割合は高く、4割にのぼった。法人グループで他の施設・機関を持たないところが全体の約4分の1あった。授産施設は約17%で有しており、福祉ホームは14%であった。病院は約3割、クリニックは約1割で有していた。

その他では、「共同住宅」との回答がかなりあった。また、ホームヘルプサービスの事業所を併設しているところも数は多くないがあった。救護施設、就業・生活支援センター、生活支援センターなどを併設しているところもあった。

第 2 節 精神障害者地域生活支援センターの利用者

1 登録メンバー、常連メンバー

表 4-10 登録メンバー、常連メンバー

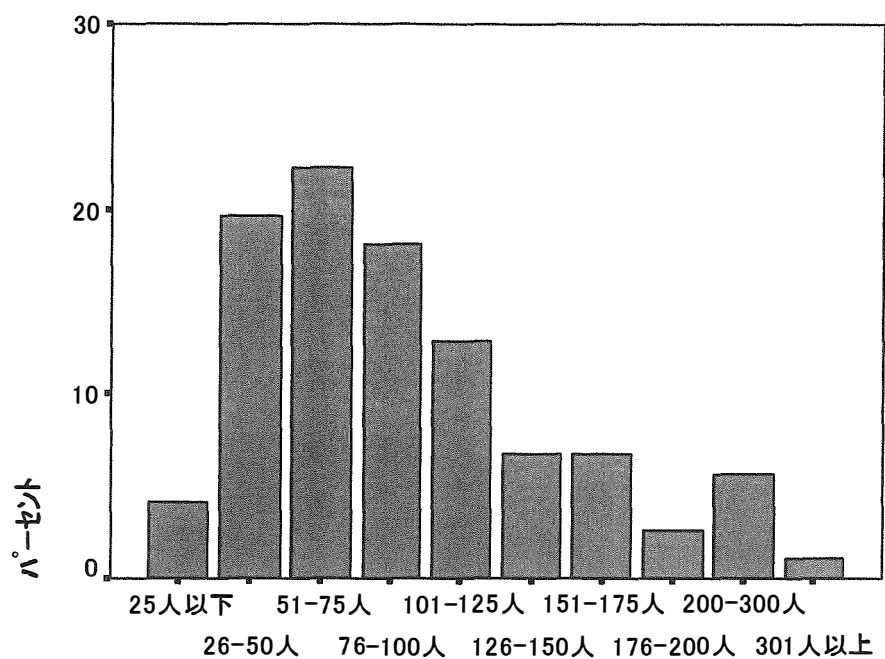
	登録利用者数	常連メンバー数
平均値	96.0	26.9
最小値	6	2
最大値	420	120
標準偏差	62.5	18.1

登録メンバー数は平均が 96.0 人であり、最小値が 6 人、最大値は 420 人であった。

また、いわゆる常連メンバーの人数をたずねた。常連メンバーとは、「概ね週 1 回以上来所あるいは電話相談などがあるメンバー」としてたずねた。常連メンバー数は平均が 26.9 人であり、最小値が 2 人、最大値が 120 人であった。

表 4-11 登録メンバー数

	箇所数	パーセント	累積パーセント
25 人以下	11	4.1	4.2
26-50 人	52	19.4	23.8
51-75 人	59	22.0	46.0
76-100 人	48	17.9	64.2
101-125 人	34	12.7	77.0
126-150 人	18	6.7	83.8
151-175 人	18	6.7	90.6
176-200 人	7	2.6	93.2
200-300 人	15	5.6	98.9
301 人以上	3	1.1	100
小 計	265	98.9	
無回答	3	1.1	
合 計	268	100	



登録利用者数(階層)

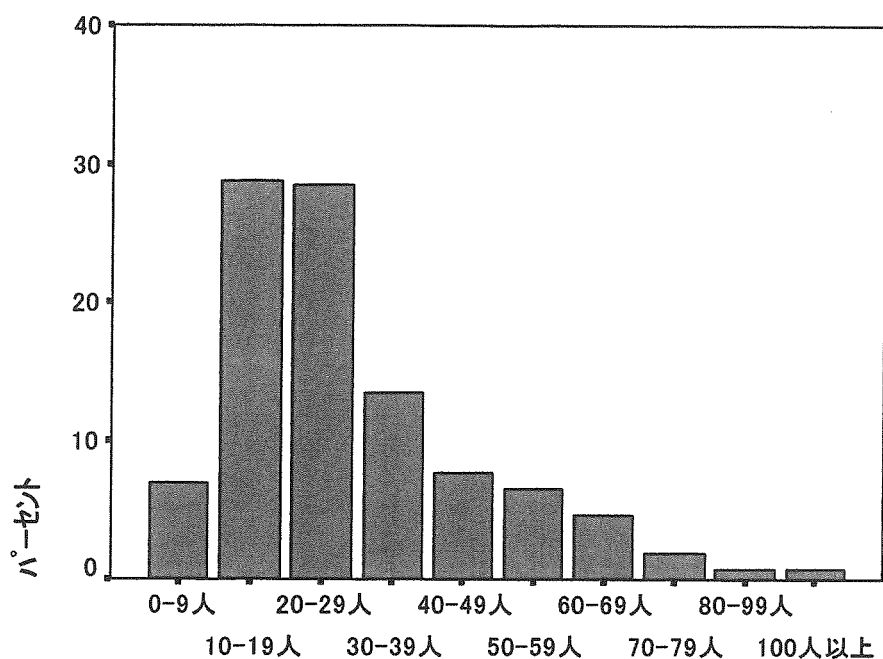
図 4-5 登録メンバー数

登録メンバーは 51-75 人が 59 箇所 22%を占め、76-100 人の 48 箇所（約 18%）と合わせて 4 割近くである。さらに、これに 26-50 人の 52 箇所約 20%と合わせると約 6 割となる。

一方、200-300 人が 15 箇所約 6 %あり、300 人以上の登録メンバーを抱える 3 箇所と合わせて、約 7 %が 200 人以上の登録利用者を抱えている。

表 4-12 常連メンバー数

	箇所数	パーセント	累積パーセント
0-9 人	18	6.7	6.9
10-19 人	75	28.0	35.8
20-29 人	74	27.6	64.2
30-39 人	35	13.1	77.7
40-49 人	20	7.5	85.4
50-59 人	17	6.3	91.9
60-69 人	12	4.5	96.5
70-79 人	5	1.9	98.5
80-99 人	2	0.7	99.2
100 人以上	2	0.7	100
小 計	260	97.0	
無回答	8	3.0	
合 計	268	100	



常連メンバー数(階層)

図 4-6 常連メンバー数

常連メンバーとは、先述したように概ね週 1 回以上来所あるいは電話相談などがあるメンバーとしてたずねた。開所からそれほど時間がたっていないセンターにも調査に協力していただいたことも関係していると思われるが、常連メンバーが 10 人未満のところも約 7%あった。常連メンバーが 10-19 人のセンターが約 29%であり、20-29 人のセンターの 27.6%と合わせると全体の 5 割以上となる。一方、常連メンバーが 50 人以上のところも全体の 15%ある。

このことから、20 人前後の利用者を常連の利用者としてサービスやプログラムを提供している精神障害者地域生活支援センターが多い一方、かなりの大人数の常連メンバーを対象にさまざまなサービスやプログラムを提供せざるを得ない精神障害者地域生活支援センターもあることがうかがえる。

2 登録利用者数と常連メンバー数との関係

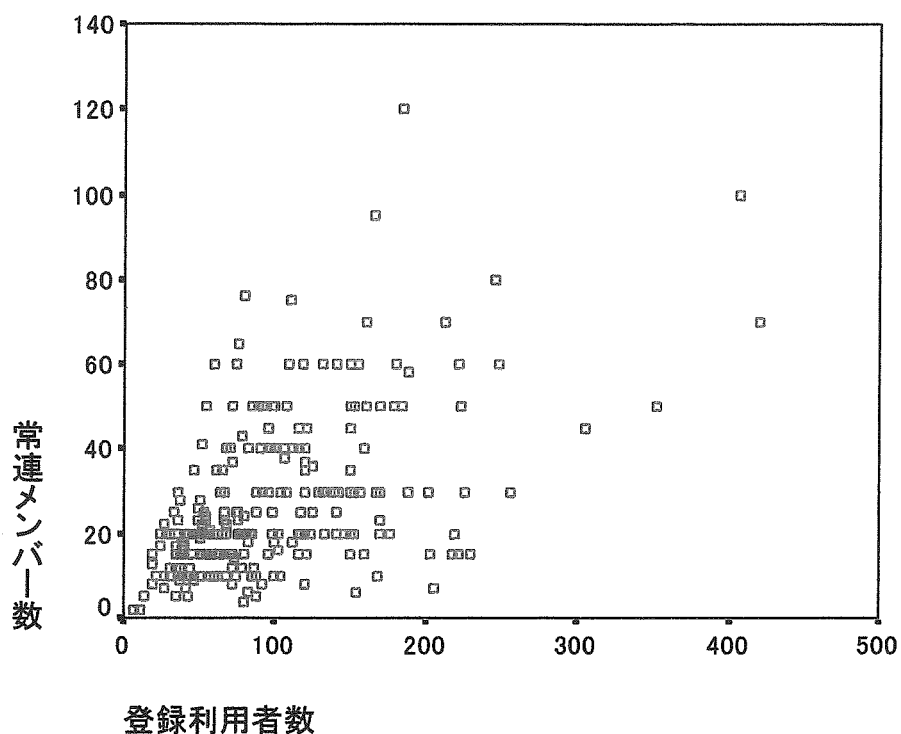


図 4-7 登録利用者数と常連メンバー数との関係

登録利用者数と常連メンバー数との間の関係を分析したところ、統計的に有意な相関関係がみられ（有意確率=0.000、 $p<0.01$ ）、Pearson の相関係数は 0.5218 となり、相関関係はかなり高いものであった。登録利用者数と常連メンバー数との散布図は図 4-7 のとおりである。全体の傾向として、登録利用者数の多いほど、常連メンバー数も多い。

一部（左上部）のセンターでは、登録利用者数と常連メンバー数が近い数値となっているが、一部（右下部）のセンターでは、登録利用者数の数に比して常連メンバー数が少ない。

3 若年層のメンバーの占める割合

表 4-13 若年層のメンバーの占める割合

	箇所数	パーセント	累積パーセント
0～9%	12	4.5	4.7
10～19%	46	17.2	22.9
20～29%	68	25.4	49.8
30～39%	65	24.3	75.5
40%以上	62	23.1	100
小 計	253	94.4	
無回答	15	5.6	
合 計	268	100	

登録メンバーのうち若年層のメンバーが占める割合をたずねた。ここで若年層とは「調査を行った年の年末（2003 年末）において 35 歳未満であるメンバー」とした。無回答が 15 箇所あったが、それ以外の精神障害者地域生活支援センターから回答を得ることができた。

若年層のメンバーが 4 割を超えるところが 62 箇所約 23%であった。また、若年層のメンバーが 30-39%であるところが 65 箇所（約 24%）あり、3 割以上のところが合わせて約 5 割となった。このことから、精神障害者地域生活支援センターの半数以上では若年層の精神障害者がかなりの割合で登録をしており、これらのセンターにおいては若年層を対象とした援助を行う必要性が高いということがうかがえた。

一方、若年層メンバーが 2 割未満のところが 68 箇所約 23%であった。また、20-29%が若年層メンバーであるところが約 27%であった。これらのセンターにおいては、どちらかといえば中高年層の精神障害者への援助の必要性が高いことがうかがえる。

第 3 節 精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの実態

精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの項目は第 3 章第 3 節で述べたように、精神障害者地域生活支援センターに関する法律、施行規則、通知、要綱等をもとに網羅的に調査項目を選定した。その上で、文献調査と精神保健福祉分野の実践家へのヒアリングをもとにいくつか追加し、32 の調査項目を設けた。調査の結果は、サービス・プログラムの性質から（１）日常生活の家事に関する援助、（２）個人の生活目標・課題に合わせた具体的援助、（３）住居や就労に関する情報提供、（４）就労支援に関する具体的援助、（５）利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援、（６）家族への援助、家族との交流支援、（７）地域への援助、地域との交流支援、（８）地域の関係機関との連携・ネットワークづくりに分類してまとめた。

精神障害者地域生活支援センターでそれぞれの項目について「していないあるいはほとんどなし（＝１）」、「年１回以上月１回未満（＝２）」、「月１回以上週１回未満（＝３）」、「週１回以上（＝４）」、「ほぼ毎日（＝５）」の５段階でたずねた。本論で、以下においては、「していないあるいはほとんどなし」を「ほとんどなし」、「年１回以上月１回未満」を「年１回以上」、「月１回以上週１回未満」を「月１回以上」として記したい。

1 日常生活の家事に関する援助

表 4－14 日常生活の家事に関する援助【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年 1 回以上	月 1 回以上	週 1 回以上	ほぼ毎日
食事や調理の方法助言	23(8.6)	29(10.8)	124(46.3)	71(26.5)	21(7.8)
食事サービスの提供	69(25.8)	14(5.2)	48(17.9)	72(26.9)	65(24.3)
買い物への同行	72(26.9)	62(23.1)	97(36.2)	30(11.2)	7(2.6)
自宅の掃除等の援助	113(42.2)	78(29.1)	56(20.9)	18(6.7)	3(1.1)

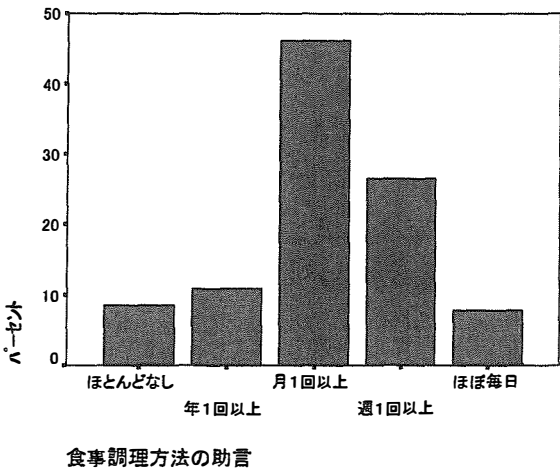


図 4-8 食事や調理の方法の助言

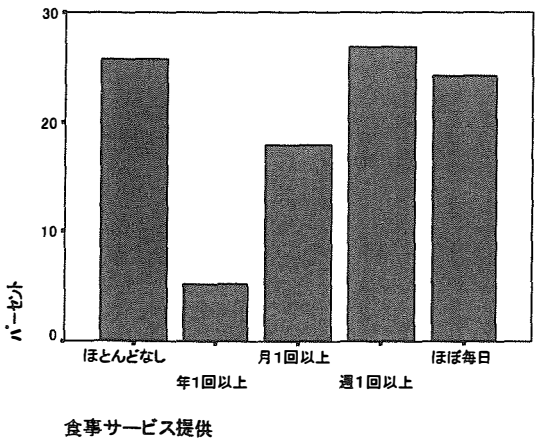


図 4-9 食事サービスの提供

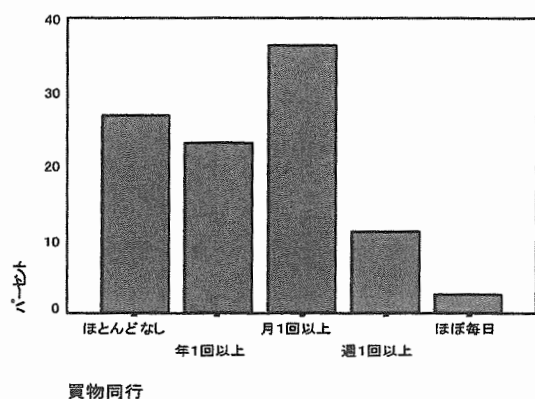


図 4-10 買い物への同行

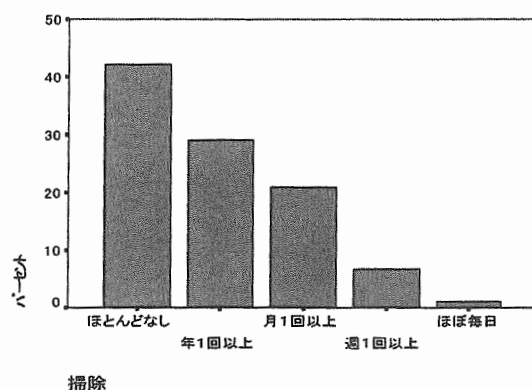


図 4-11 自宅の掃除等の援助

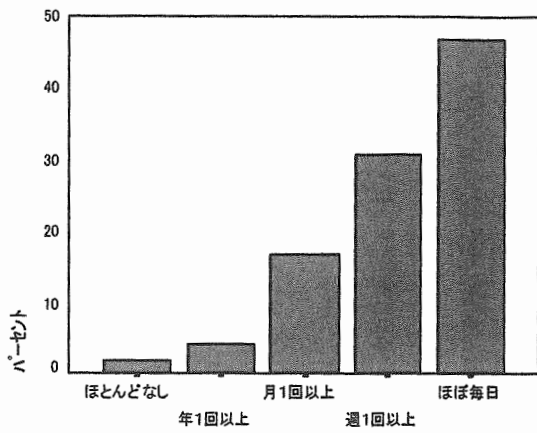
日常生活の家事に関する援助では、食事のメニューや調理の方法についての助言などは約半数のセンターで月1回以上行われている。ほぼ毎日食事サービスを提供しているところが全体の約4分の1あり、週1回以上提供しているところと合わせて半数以上となっている。

買い物などへの同行を月1回以上しているセンターが全体の約3分の1以上あり、自宅の掃除等の援助は約2割のセンターで月1回以上行っている。このように、日常生活の家事に関して具体的援助や細かい助言がきめこまやかに行われている。

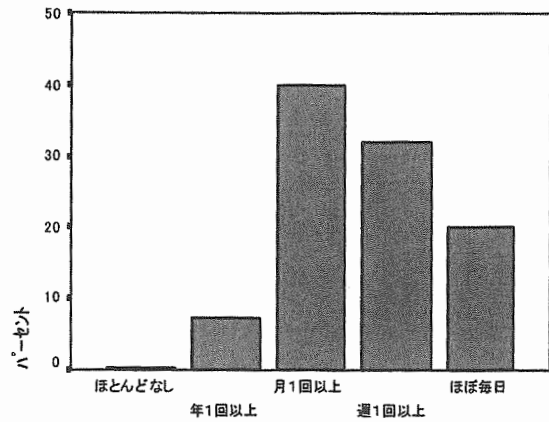
2 個人の生活目標・課題に合わせた具体的援助

表 4-15 個人の生活目標・課題に合わせた具体的援助【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年1回以上	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
利用者と課題や目標を話し合う個別面接	5(1.9)	11(4.1)	45(16.8)	82(30.6)	125(46.4)
社会復帰施設や事業の相談・助言	1(0.4)	20(7.5)	107(39.9)	86(32.1)	54(20.2)
服薬管理の直接援助	170(63.4)	20(7.5)	26(9.7)	24(9.0)	28(10.4)
日常生活金銭管理	101(37.7)	33(12.3)	42(15.7)	63(23.5)	29(10.8)
住居探しへの同行など	94(35.1)	129(48.1)	39(14.6)	5(1.9)	1(0.4)
緊急時に自宅訪問等の対応	44(16.4)	113(42.2)	69(25.8)	37(13.8)	5(1.9)



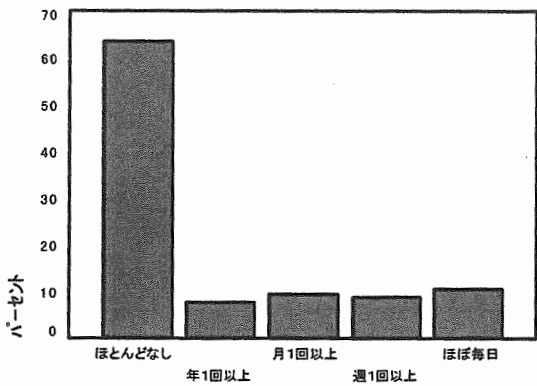
当事者個別面接



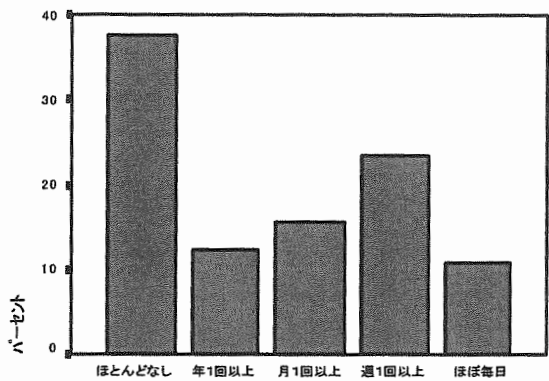
施設・事業利用相談

図 4-12 個別面接

図 4-13 社会復帰施設・事業等の相談・助言



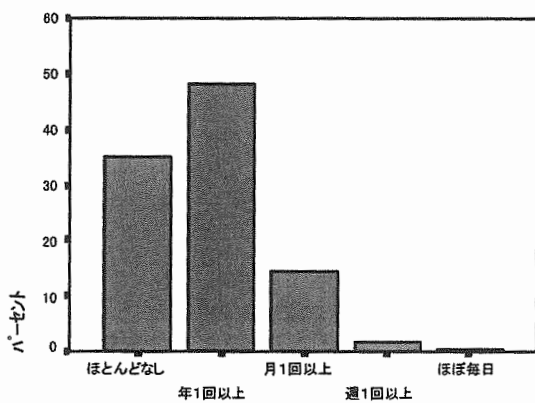
服薬管理



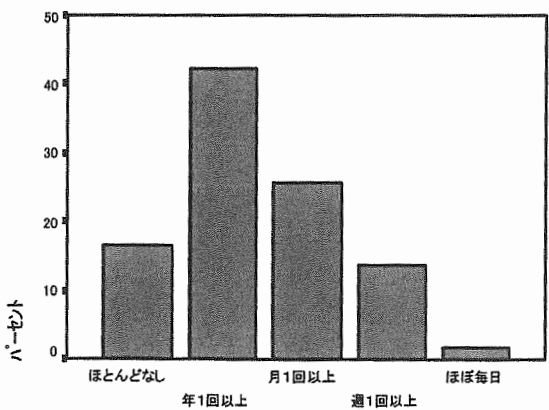
日常生活金銭管理

図 4-14 服薬管理の直接援助

図 4-15 日常生活金銭管理



住居探し同行



緊急時自宅訪問

図 4-16 住居探し同行

図 4-17 緊急時自宅訪問等対応

個人の生活目標や課題に合わせた具体的な援助では、利用者の心配ごとや課題・目標な

どを話し合うための個別面接は約半数のセンターにおいてほぼ毎日行われており、週1回以上と合わせると約8割弱にものぼる。精神障害者社会復帰施設や精神障害者居宅生活支援事業などの利用についての相談や助言も2割のセンターでほぼ毎日、3割のセンターで週1回以上行われ、合わせて全体の5割にのぼる。

個別の利用者に対して服薬管理の直接援助をほぼ毎日行っているセンターが1割、週1回以上行っているセンターが1割あり、合わせて2割にのぼる。日常生活金銭管理についてもほぼ毎日行っているセンターが約1割、週1回以上行っているセンターが2割強あり、月1回以上の約15%と合わせて全体の約半数となっている。住居探しへの同行などは約15%のセンターで月1回以上行っており、年1回以上行っているところが全体の約半数である。

緊急時に本人の状態を確認するなどのために自宅訪問などを行うことは約14%のセンターで週1回以上行っており、25%強のセンターで月1回以上行っており、年に1度は行う4割のセンターと合わせると全体の8割以上となる。これにより、精神障害者地域生活支援センターが本来的な医療機関ではないにも関わらず、利用者の緊急時における第1次的な対応を行っている様子がわかる。

このように、利用者の個別具体的な課題や目標などに応じて、精神障害者地域生活支援センターがきめこまやかに対応、支援をしていることがうかがえる。

3 住居や就労に関する情報提供

表 4-16 住居や就労に関する情報提供【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年1回以上	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
住居に関する情報提供	47(17.5)	123(45.9)	77(28.7)	13(4.9)	8(3.0)
就業に関する情報提供	16(6.0)	49(18.3)	105(39.2)	70(26.1)	28(10.5)

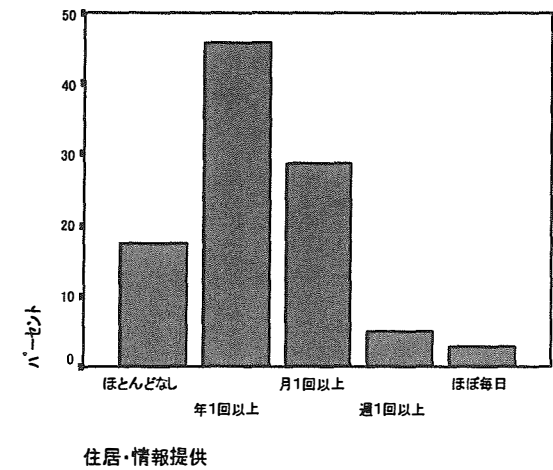


図 4-18 住居に関する情報提供

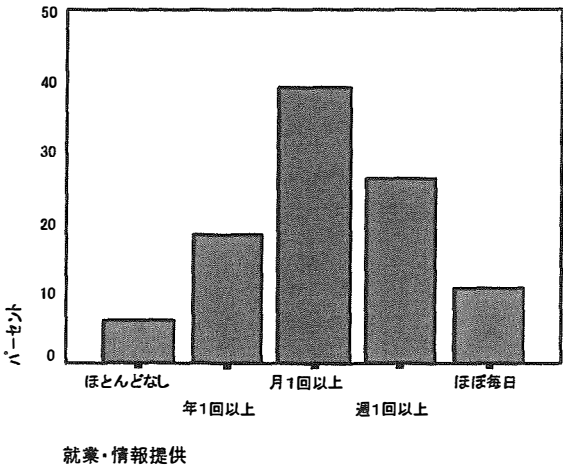


図 4-19 就業に関する情報提供

住居に関する情報提供は3割弱のセンターで月1回以上行っており、就業に関する情報提供は1割のセンターでほぼ毎日、約26%のセンターで週1回以上、4割のセンターで月1回以上は行っている。

4 就労支援に関する具体的援助

表 4-17 就労支援に関する具体的援助【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年1回以上	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
求人先開拓など	108(40.3)	93(34.7)	54(20.2)	12(4.5)	1(0.4)
就職後の職場訪問など	115(42.9)	77(28.7)	53(19.8)	19(7.1)	4(1.5)

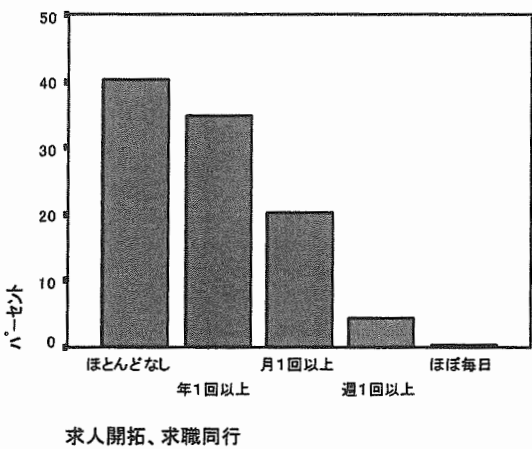


図 4-20 求人先開拓

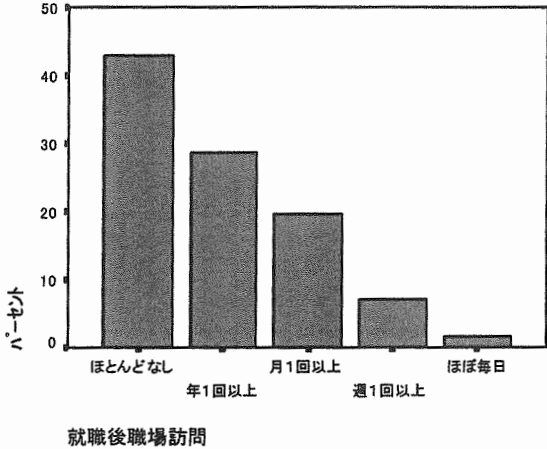


図 4-21 就職後の職場訪問

精神障害者の地域生活支援の中で、就労支援に関するニーズは大きいものの課題も多いところである。精神障害者地域生活支援センターにおいて求人先の開拓なども行っているセンターは多く、約5%のセンターでは週1回以上、2割のセンターでは月1回以上、年1回以上開拓している3割強のセンターと合わせると全体の6割は求人先開拓を行っている。

利用者が就職した後のサポートの必要性が近年指摘されているところであるが、精神障害者地域生活支援センターにおいて就職後の職場訪問など行っているセンターも多く、約7%で週1回以上、約2割のセンターで月1回以上、そして約3割のセンターでは年1回以上はそのような活動を行っている。

5 利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援

表 4-18 利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援
【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年 1 回以上	月 1 回以上	週 1 回以上	ほぼ毎日
SST（社会生活技能訓練）の実施	182(67.9)	40(14.9)	32(11.9)	12(4.5)	2(0.8)
サポートグループ実施 （日常生活上の課題についてのミーティング等）	50(18.7)	29(10.8)	145(54.1)	35(13.1)	9(3.4)
セルフヘルプグループ支援	114(42.5)	38(14.2)	84(31.3)	29(10.8)	3(1.1)
サークル活動支援	70(26.1)	27(10.1)	71(26.5)	91(34.0)	9(3.4)
ピアカウンセリング提供	189(70.5)	26(9.7)	27(10.1)	22(8.2)	4(1.5)
ピアによるホームヘルプサービス	256(95.5)	3(1.1)	6(2.2)	2(0.8)	1(0.4)

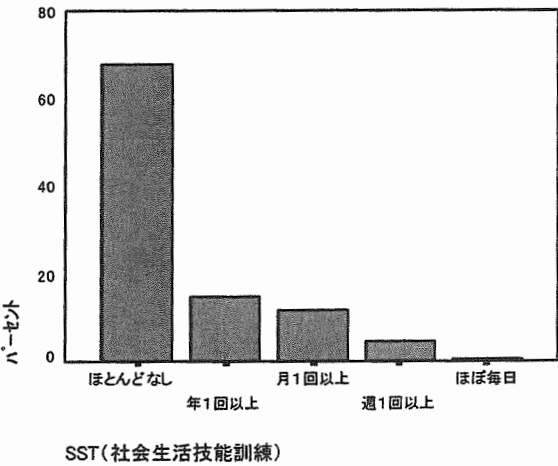


図 4-22 SST（社会生活技能訓練）

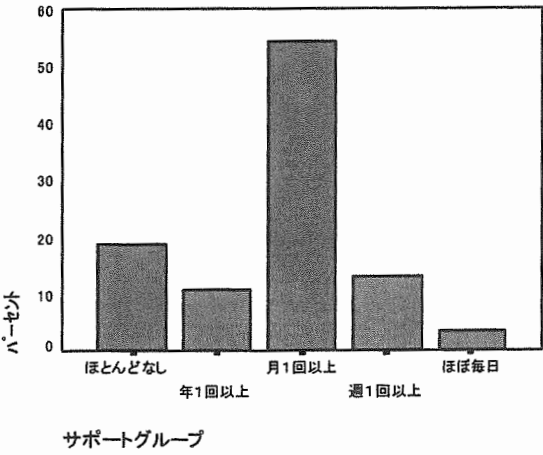
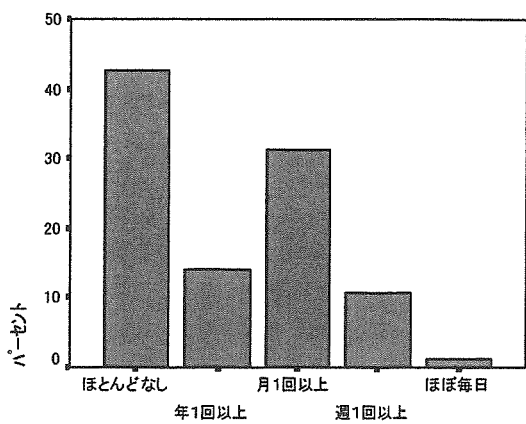
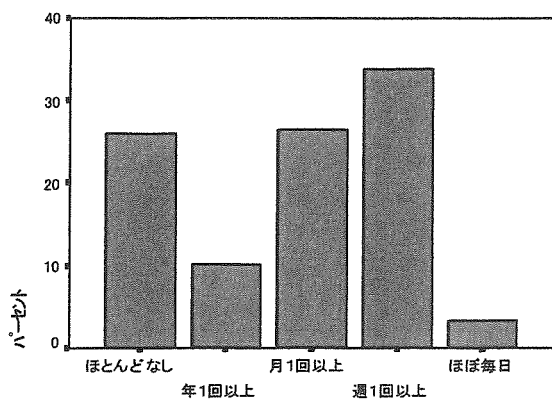


図 4-23 サポートグループ



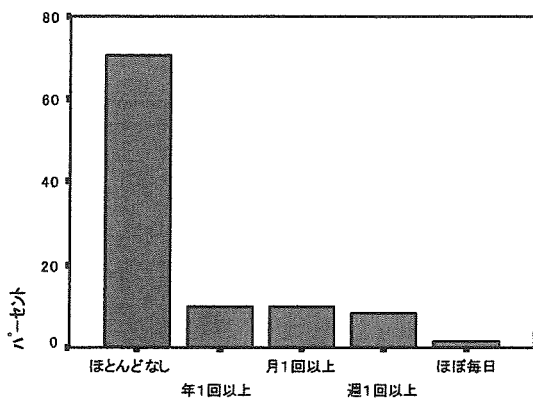
セルフヘルプグループ

図 4-24 セルフヘルプグループ



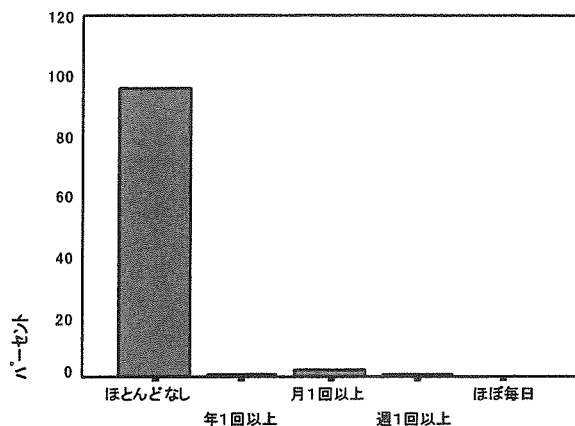
サークル活動支援

図 4-25 サークル活動支援



ピアカウンセリング

図 4-26 ピアカウンセリング



ピアホームヘルプサービス

図 4-27 ピアホームヘルプサービス

精神障害者地域生活支援センターには多数の利用者が登録し利用している。利用者はそれぞれ個別ニーズを抱えているが、共通のニーズや目標に合わせた支援もさまざまな形で行われている。

社会生活技能訓練（SST）は2箇所ではほぼ毎日行っており、12箇所では週1回以上行っており、合わせて5%となる。1割強では月1回以上行っており、月1回より多く実施しているところは合わせて2割弱である。

サポートグループ（日常生活上の課題についてのミーティング等）はほぼ半数のセンターで月1回以上実施しており、ほぼ毎日実施の9箇所と週1回以上実施の13.1%のセンターと合わせると約7割にものぼる。

利用者同士のピア活動の側面的支援もかなり行われており、セルフヘルプグループの実施は1割強のセンターで週1回以上実施し、3割強のセンターで月1回以上実施している。また、将棋クラブや写真クラブのようなメンバーのサークル活動の支援は週1回以上の実施が3割を超え、月1回以上実施している約26%のところと合わせて半数以上となる。

ピアカウンセリングは4箇所ではほぼ毎日行われており、週1回以上実施のところと合わせると約1割となる。また、1割のセンターでは月1回以上実施している。

先進的な取り組みといえるピアによるホームヘルプサービスを実施しているところは数少ないが、あわせて9箇所では月1回より多く実施していた。

6 家族への援助、家族との交流支援

表 4-19 家族への援助、家族との交流支援【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年1回以上	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
家族教室などの開催	154(57.5)	71(26.5)	43(16.0)	0(0)	0(0)
家族会の側面的支援	96(35.8)	95(35.5)	72(26.9)	3(1.1)	2(0.8)
家族と連絡をとったり話し合う	31(11.6)	78(29.1)	115(42.9)	36(13.4)	8(3.0)
家族の相談対応、家族面接の実施	12(4.5)	89(33.2)	131(48.9)	28(10.5)	8(3.0)

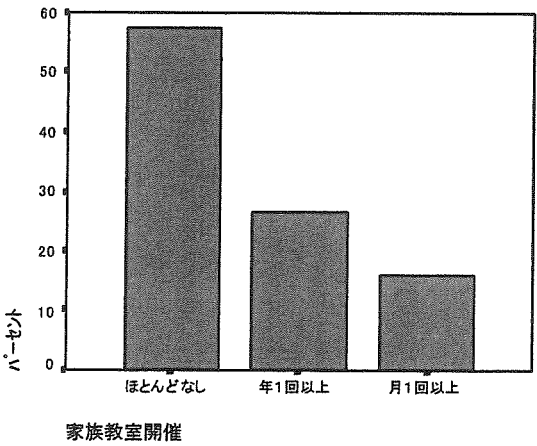


図 4-28 家族教室開催

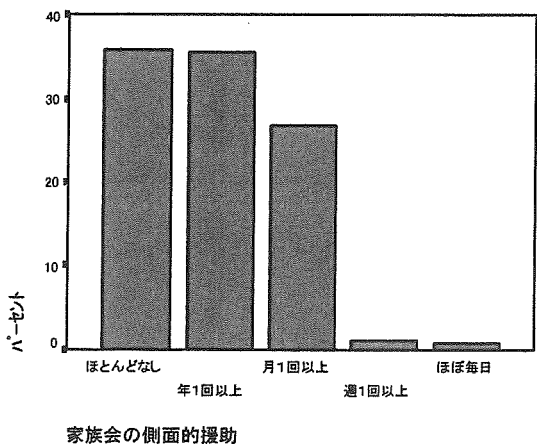


図 4-29 家族会の側面的援助

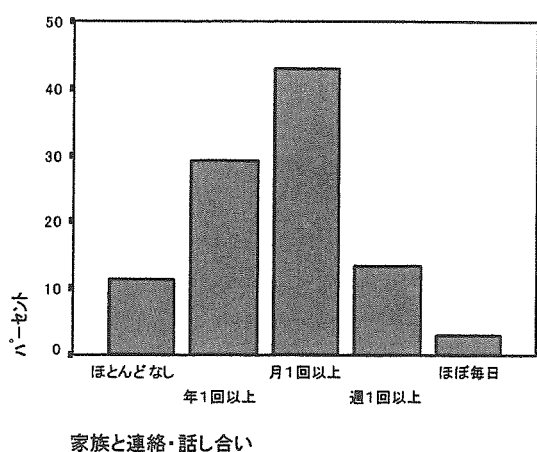


図 4-30 家族と連絡、話し合い等

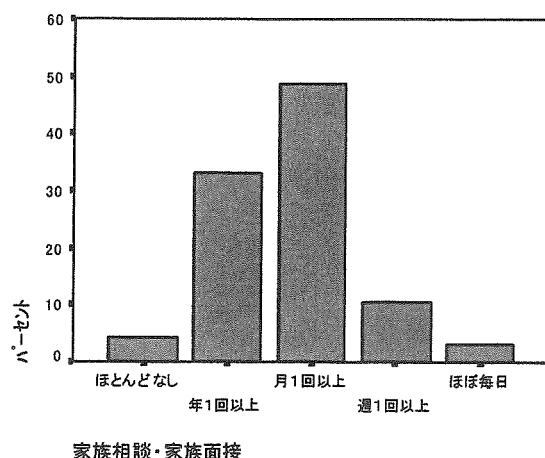


図 4-31 家族の相談対応、家族面接等

家族への援助や家族との交流支援については、家族教室などを月1回以上開催しているところが16%あり、年1回以上開催している約27%のセンターと合わせると全体の4割あった。家族会の側面的な支援は月1回以上行っているところが約27%、約36%で年1回以上行っている。

家族と連絡をとって、メンバーのことについて話し合ったり提案したりする援助はほぼ毎日している3%のセンターと、週1回以上行っている約13%のセンターで合わせて16%となり、4割強のセンターにおいて月1回以上行っている。

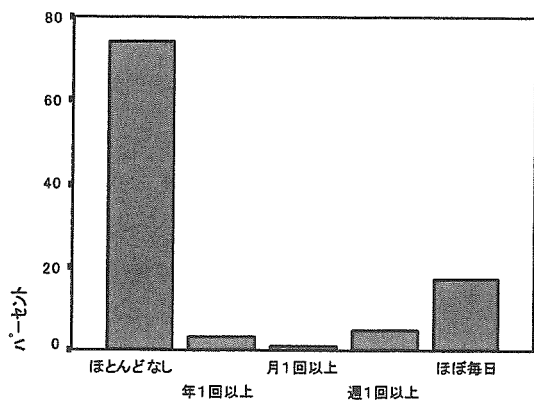
家族の悩みへの相談や、利用者（当事者）を含めての家族面接などは、3%のセンターでほぼ毎日、約1割のセンターで週1回以上行っており、全体の半数近くのセンターにおいて月1回以上行っている。

このように、当事者である利用者のみならず家族に対する援助も、家族会などへの側面的援助にとどまらず、かなりの割合で直接的な支援を行っていることがうかがえる。

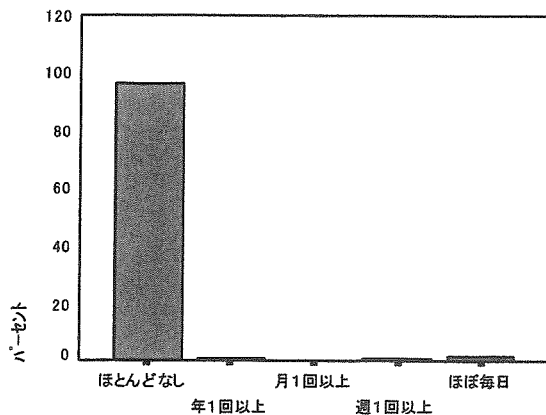
7 地域への援助、地域との交流支援

表 4-20 地域への援助、地域との交流支援【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年1回以上	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
喫茶室などの運営	198 (73.9)	8 (3.0)	3 (1.1)	13 (4.9)	46 (17.2)
地域住民向け配食サービスの提供	259 (96.6)	2 (0.8)	1 (0.4)	2 (0.8)	4 (1.5)
地域住民も参加するイベントの開催	52 (19.4)	165 (61.6)	41 (15.3)	9 (3.4)	1 (0.4)
ボランティア養成講座の開催	178 (66.4)	87 (32.5)	3 (1.1)	0 (0)	0 (0)



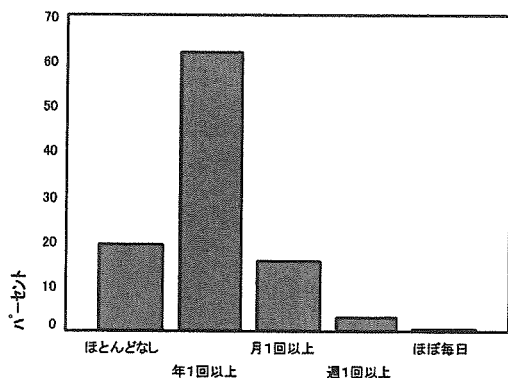
喫茶室運営



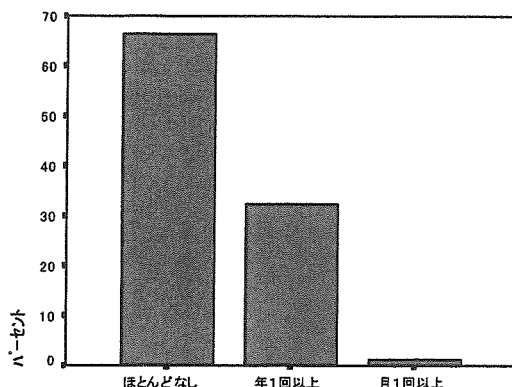
配食サービス提供

図 4-32 喫茶室などの運営

図 4-33 地域住民向け配食サービス



地域住民参加イベント



ボランティア養成講座

図 4-34 地域住民向けイベント

図 4-35 ボランティア養成講座

地域との交流をするためのプログラムの実施などもさまざまに行われている。地域住民も利用できる喫茶室などは約 17%のセンターでほぼ毎日、約 5%のセンターで週 1 回以上行われていた。また、地域住民向けの配食サービスは数少ないが 9 箇所年 1 回以上実施されていた。

地域住民も参加できるようなイベントの開催は 3%のセンターで週に 1 回以上、約 15%のセンターで月 1 回以上、6 割強のセンターで年 1 回以上開催されている。また、ボランティアの養成講座は約 3 割のセンターで年 1 回以上開催されている。

表 4-21 地域の関係機関との連携・ネットワークづくり【箇所数（パーセント）】

	ほとんどなし	年 1 回以上	月 1 回以上	週 1 回以上	ほぼ毎日
地域の他機関との連絡 会議の主催	74 (27.6)	104 (38.8)	85 (31.7)	5 (1.9)	0 (0)
地域の他機関との連絡 会議への参加	5 (1.9)	102 (38.1)	145 (54.1)	16 (6.0)	0 (0)
電話等による情報交 換、サービス調整	4 (1.5)	12 (4.5)	96 (35.8)	99 (36.9)	57 (21.3)
医療機関との連絡、情 報交換	4 (1.5)	39 (14.6)	99 (36.9)	88 (32.8)	38 (14.2)

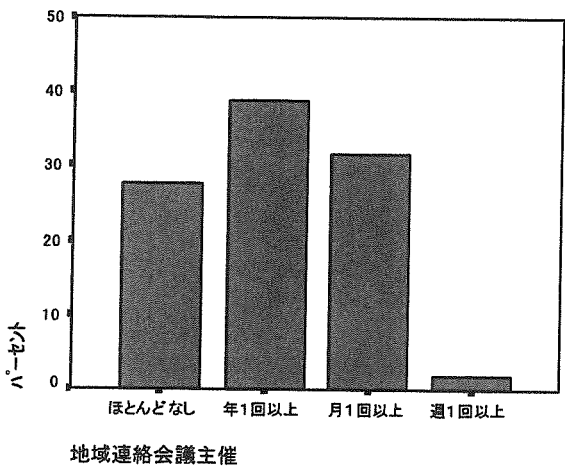


図 4-36 地域他機関との連絡会議（主催）

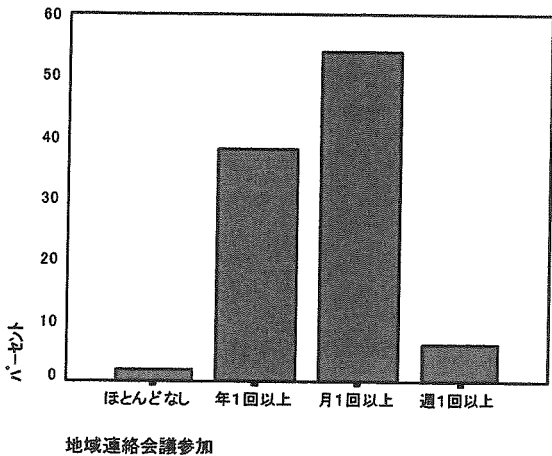


図 4-37 他機関との連絡会議（参加）

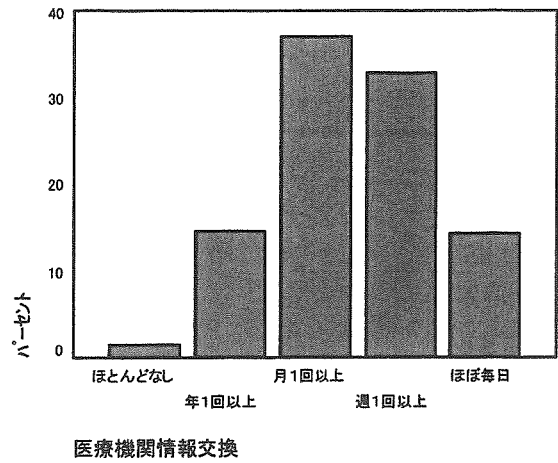
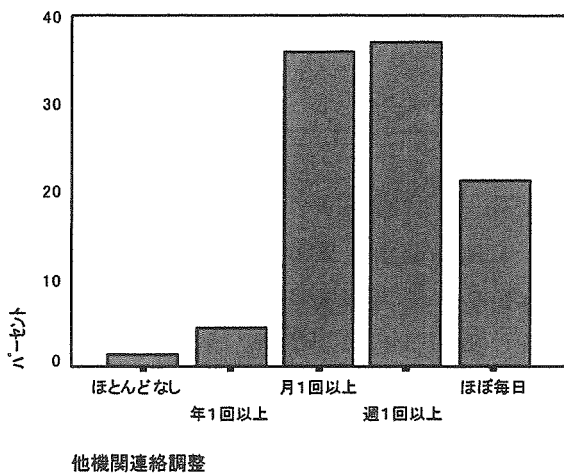


図 4-38 電話等による連絡調整等

図 4-39 医療機関との連絡、情報交換

地域他機関との連絡会議は約3割のセンターで月1回以上主催しており、4割弱のセンターで年1回以上主催している。5箇所においては週1回以上主催していた。

地域他機関が主催している連絡会議への参加は、5割強のセンターが月1回以上参加している。また、4割弱のセンターが年1回以上参加している。

地域他機関と電話等で連絡をし、情報交換やサービスの調整をするような援助は2割強のセンターでほぼ毎日実施し、4割弱のセンターで週1回以上実施しており、4割弱のセンターでは月1回以上実施していた。

医療機関と連絡をとって利用者の状態についての確認や情報交換をしているのは、ほぼ毎日しているセンターが約14%、週1回以上のセンターが3割強あり、約37%のセンターで月1回以上行っている。

これらのことから、精神障害者地域生活支援センターが地域の関係機関との連携やネットワークの要となっている状況がうかがえる。

表 4-22 サービスやプログラムの提供頻度（提供頻度の高い順）

サービスやプログラムの内容	平均	標準偏差
1 利用者の課題・心配ごと、目標を話し合う個別面接	4.16	0.97
2 他機関と電話等による情報交換、サービス調整	3.72	0.90
3 社会復帰施設や事業の相談・助言	3.64	0.90
4 医療機関との連絡、情報交換	3.44	0.96
5 食事サービスの提供	3.19	1.52
6 就業に関する情報提供	3.17	1.04
7 食事や調理の方法助言	3.14	1.01
8 サークル活動支援	2.78	1.26
9 家族の相談対応、家族面接の実施	2.74	0.82
10 サポートグループ実施	2.72	1.02
11 家族と連絡をとったり話し合う	2.67	0.95
12 地域他機関との連絡会議への参加	2.64	0.62
13 日常生活金銭管理	2.57	1.46
14 緊急時の対応や自宅訪問	2.43	0.98
15 買い物の同行	2.40	1.08
16 住居に関する情報提供	2.30	0.92
17 セルフヘルプグループ支援	2.14	1.12
18 地域他機関との連絡会議の主催	2.08	0.82
19 地域住民も参加するイベント開催	2.04	0.72
20 掃除を行う援助	1.96	1.00
21 服薬管理の直接援助	1.96	1.43
22 就職後の職場訪問など	1.96	1.02
23 家族会の側面的支援	1.96	0.86
24 求人先開拓など	1.90	0.90
25 喫茶室などの運営	1.88	1.58
26 住居探しへの同行など	1.84	0.76
27 ピアカウンセリング提供	1.60	1.06
28 家族教室などの開催	1.59	0.75
29 SST（社会生活技能訓練）の実施	1.55	0.92
30 ボランティア養成講座開催	1.35	0.50
31 配食サービスの提供	1.10	0.57
32 ピアによるホームヘルプサービス	1.09	0.47

本調査においては、精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムの提供の状況について、提供している頻度に応じて5つの選択肢を用意してたずねた。これらの変

数は、値の等間隔性が保証された間隔尺度や比率尺度ではない。しかし、一定の序列を表す順序の尺度となっており、数値が高いほど実施頻度が高いようになっている。それぞれのサービスやプログラムの項目ごとに回答値の平均値を算出することにより、実践頻度の多寡を比較することができることとなるので、比較することにした。

その結果、表 4-22 に示されるように、精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムについてたずねた 32 項目の中で、もっとも提供頻度の高いのが「利用者の課題・心配ごと、目標等を話し合う個別面接」であり、2 番目に高いのが「地域他機関と電話等で連絡し情報交換やサービスの調整をする」であった。さらに「社会復帰施設や居宅生活支援事業等の利用についての相談や助言」が 3 番目に高く、続いて「医療機関と連絡をとり、メンバーの状態について確認や情報交換をする」が 4 番目であった。これらの結果から、精神障害者地域生活支援センターが利用者ひとりひとりのニーズや課題に応じ、目標に向かって援助を行うためにきめこまかなサービス提供を行っていることがうかがえる。

なお、精神障害者地域生活支援センターのスタッフがプログラムの実施計画をたて、利用者の中から参加者を呼びかけて募ったり、地域へ広報活動をしたり他機関へ連絡する等、計画的に実施する必要があるようなプログラム活動では、32 の項目のうち 8 番目に「サークルの活動支援」が、10 番目に「サポートグループの実施（日常生活上の課題などについての話し合い、ミーティング）」が、18 番目に「地域他機関との連絡会議などの主催」、そして 19 番目には「地域住民も参加するイベントの開催」などがあり、精神障害者地域生活支援センターのスタッフが地域や利用者の共通の課題に合わせてさまざまなプログラムを計画し、実施している様子が見えてくる。

日常生活上の援助に関する項目では、5 番目に「食事サービスの提供」があり、7 番目に「食事や調理の方法助言」、13 番目には「日常生活金銭管理」、15 番目に「買い物の同行」、20 番目には「掃除を行う援助」、21 番目には「服薬管理の直接援助」が入るなど、精神障害者の地域生活の様子を一人ひとり細かく把握した上で、具体的・実質的な援助がなされている。

表 4-23 サービスやプログラムの種類と提供の度合い（高い順）

提供頻度の高さ	平均	日常生活家事	個人課題援助	住居・就労情報提供	就労具体的援助	グループ・ピア活動支援	家族援助・家族交流	地域援助・地域交流	関係機関連携
1	4.16		○						
2	3.72							○	
3	3.64		○						
4	3.44								○
5	3.19	○							
6	3.17			○					
7	3.14	○							
8	2.78					○			
9	2.74						○		
10	2.72					○			
11	2.67						○		
12	2.64								○
13	2.57		○						
14	2.43		○						
15	2.4	○							
16	2.3			○					
17	2.14					○			
18	2.08								○
19	2.04							○	
20	1.96	○							
21	1.96		○						
22	1.96				○				
23	1.96						○		
24	1.9				○				
25	1.88							○	
26	1.84		○						
27	1.6					○			
28	1.59						○		
29	1.55					○			

30	1.35							○	
31	1.1							○	
32	1.09					○			
平均		2.68	2.77	2.74	1.93	1.98	2.24	2.02	2.72
順位		4	1	2	8	7	5	6	3
略称		家事	個別	情報	就労	グループ	家族	交流	連携

8つに分類したサービス・プログラムの種類と提供の度合いとの関係を見るために表4-23をまとめた。この表からもわかるように、精神障害者地域生活支援センターにおいては、非常に多様なサービス・プログラムの提供をまんべんなく行っていることがわかる。

それぞれのサービス・プログラムの提供の度合い全体の中での位置づけを比較するために、それぞれの分野ごとに当該分野に含まれるサービス・プログラムの提供の頻度の平均値を求めた。

その結果、8つのサービス・プログラムの分類の中では、「個人の生活目標・課題に応じた具体的援助」が最も高い頻度で提供され、続いて「住居や就労に関する情報提供」、「地域の関係機関との連携・ネットワークづくり」、「日常生活の家事に関する援助」が続いた。この4種類はかなり近い数値となったことから全国的に高い頻度でサービスやプログラムの提供がなされていることがうかがわれる。

続いて「家族への援助、家族との交流支援」、「地域への援助、地域との交流支援」、「利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援」、「就労支援に関する具体的な援助」の順となった。これらの4者の数値もかなり近いものであり、特定の種類のサービス・プログラムの提供の実施頻度が特に低いということにはならなかった。

11 サービスやプログラムの介入レベルと提供の度合い

表 4-24 サービス・プログラムの介入レベルと提供の度合い（高い順）

提供の 高さ		平均	個人 レベル	グル ープ レベル	家族 レベル	地域 レベル
1	利用者との個別面接	4.16	○			
2	他機関と電話等による情報交換、サービス調整	3.72				○
3	社会復帰施設や事業の相談・助言	3.64	○			
4	医療機関との連絡、情報交換	3.44				○
5	食事サービスの提供	3.19	○			
6	就業に関する情報提供	3.17	○			
7	食事や調理の方法助言	3.14	○			
8	サークル活動支援	2.78		○		
9	家族の相談対応、家族面接の実施	2.74			○	
10	サポートグループ実施	2.72		○		
11	家族と連絡をとったり話し合う	2.67			○	
12	地域他機関との連絡会議への参加	2.64				○
13	日常生活金銭管理	2.57	○			
14	緊急時の対応や自宅訪問	2.43	○			
15	買い物の同行	2.40	○			
16	住居に関する情報提供	2.30	○			
17	セルフヘルプグループ支援	2.14		○		
18	地域他機関との連絡会議の主催	2.08				○
19	地域住民も参加するイベント開催	2.04				○
20	掃除を行う援助	1.96	○			
21	服薬管理の直接援助	1.96	○			
22	就職後の職場訪問など	1.96	○			
23	家族会の側面的支援	1.96			○	
24	求人先開拓など	1.90	○			
25	喫茶室などの運営	1.88				○
26	住居探しへの同行など	1.84	○			
27	ピアカウンセリング提供	1.60		○		
28	家族教室などの開催	1.59			○	
29	社会生活技能訓練の実施(SST)	1.55		○		
30	ボランティア養成講座開催	1.35				○
31	配食サービスの提供	1.10				○
32	ピアによるホームヘルプサービス	1.09		○		

精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供が、社会福祉実践の介入の目標とすべき個人、グループ、家族、地域のすべてのレベルに対して行われているかを確認するため、同じサービス・プログラムの提供の度合いの順位表を、個人、家族、グループ、地域のレベルに分けて表 4-24 にまとめた。

その結果、項目も多い「個人レベルへの介入」が高いほうに多くみられるものの、「地域レベルへの介入」も多く、また「グループへの介入」も「家族への介入」も高い頻度のほうに項目がみられ、幅広く実践が行われていることが明らかとなった。

第 4 節 ソーシャルワーカー（回答者）の属性

1 回答者の基本的属性

回答者の基本的属性は、表 4-25 から表 4-28 までのとおりである。男性が 4 割弱、女性が 6 割強であった。平均年齢は 35.2 歳、標準偏差が 10.6 であった。

最終学歴は大学卒が 8 割以上、大学院卒が 5%弱であり、合わせて 85%を超えている。短大や大学における専攻分野は 6 割強が社会福祉学を専攻しており、次いで多い専攻は心理学であり、その割合は 1 割であった。看護学・保健学の専攻は約 4%にすぎなかった。

表 4-25 回答者の性別 (n=267)

		人数	パーセント
性 別	男性	103	38.4
	女性	164	61.2

表 4-26 回答者の年齢 (n=264)

		年齢	人数	パーセント
平均値	35.2	20-24	26	9.7
標準偏差	10.6	25-29	73	27.2
		30-34	63	23.5
		35-39	19	7.1
		40-44	34	12.7
		45-49	15	5.6
		50-54	15	5.6
		55-59	11	4.1
		60-69	6	2.2
		70-79	2	0.7

表 4-27 回答者の学歴 (n=264)

学歴	人数	パーセント
高校卒	7	2.6
専門学校卒	18	6.7
短大卒（2年制）	11	4.1
短大卒（3年制）看護学校を含む	1	0.4
大学卒（保健師、助産師養成課程を含む）	216	81.2
大学院・修士課程あるいはそれ以上	13	4.9

表 4-28 回答者の短期大学・大学での専攻分野 (n=241)

専攻分野	人数	パーセント
社会福祉学	146	60.6
心理学	24	10.0
教育学	16	6.6
文学・史学・哲学	12	4.9
経済学・経営学	10	4.1
看護学・保健学	9	3.7
社会学・社会心理学	8	3.3
法学・法律学	7	2.9
その他	9	3.7

2 回答者の国家資格の保有状況

表 4-29 回答者の国家資格の保有状況

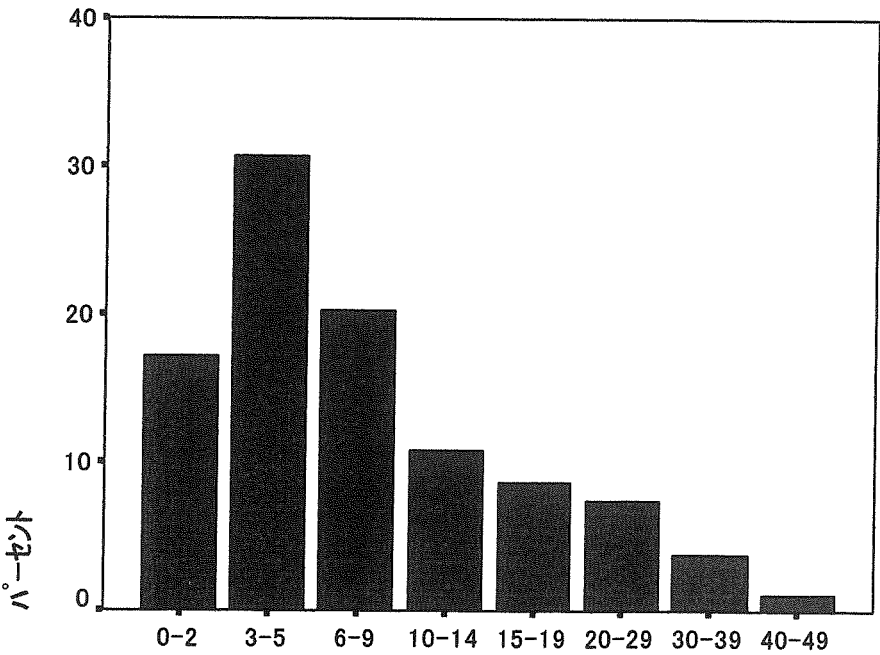
資格名		人 数	パーセント
精神保健福祉士	あり	228	85.1
	なし	39	14.6
	無回答	1	0.4
社会福祉士	あり	76	28.4
	なし	190	70.9
	無回答	2	0.8

回答者の国家資格の保有状況は、精神保健福祉士資格保有者が 85%を超えていた。また、社会福祉士資格保有者も全体の 4 分の 1 以上の 28.4%であった。

3 回答者の経験年数

表 4-30 回答者の社会福祉分野、精神保健福祉分野における経験年数（何年目か）

社会福祉分野 平均 9.1 年 (SD=8.6)				精神保健福祉分野 平均値 8.0 年 (SD=7.5)			
年数	人	%	累積%	年数	人	%	累積%
0-2	46	17.2	17.2	0-2	55	20.5	20.6
3-5	82	30.6	47.9	3-5	82	30.6	51.3
6-9	54	20.1	68.2	6-9	51	19.0	70.4
10-14	29	10.8	79.0	10-14	34	12.7	83.1
15-19	23	8.6	87.6	15-19	22	8.2	91.4
20-29	20	7.5	95.1	20-29	13	4.9	96.3
30-39	10	3.7	98.9	30-39	9	3.4	99.6
40-49	3	1.1	100	40-49	1	0.4	100
小 計	267	99.6		小 計	267	99.6	
無回答	1	0.4		無回答	1	0.4	
合 計	268	100		合 計	268	100	



福祉分野経験年数

図 4-40 社会福祉分野における経験年数

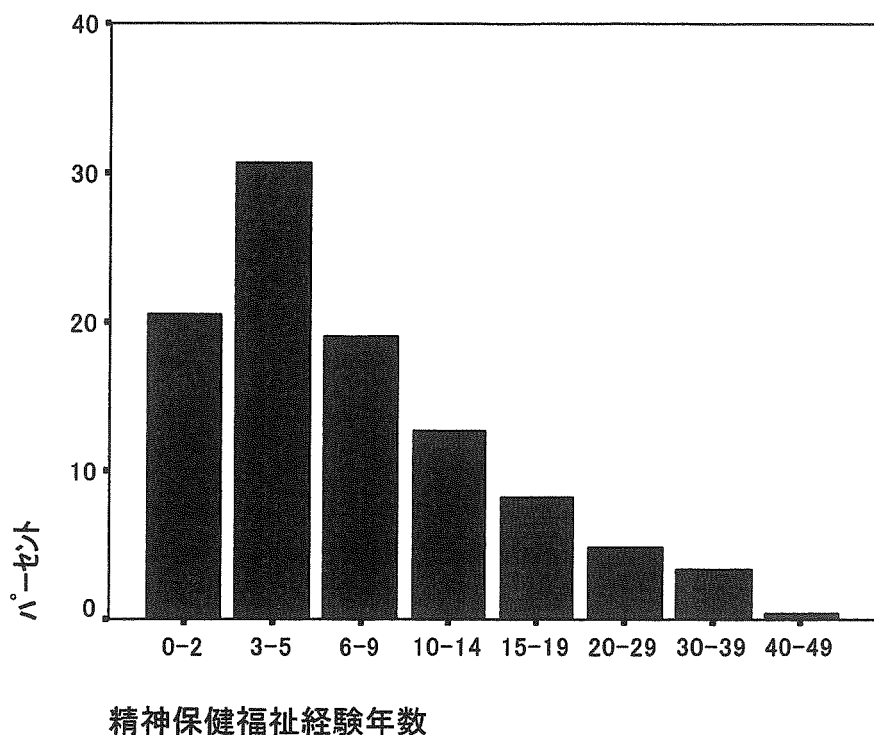


図 4-41 精神保健福祉分野における経験年数

回答者の社会福祉分野での経験年数は平均で9.1年にのぼった(標準偏差は8.6)。また、精神保健福祉分野での経験年数は平均で8.0年であった(標準偏差は7.5)。

経験年数が2年目までが社会福祉分野では17.2%、精神保健福祉分野では20.6%であった。また3-5年目までは、社会福祉分野でも精神保健福祉分野でもそれぞれ82人であり、全体の約3割であった。よって、社会福祉分野では経験年数が5年目までが合わせて5割弱、精神保健福祉分野では5年目までが合わせて5割強であった。

一方、経験年数が40年以上になる者が社会福祉分野では3名、精神保健福祉分野では1名いた。社会福祉分野での経験年数が20年以上の者は全体の約13%にのぼり、精神保健福祉分野でも1割弱にものぼった。

精神障害者地域生活支援センターが事業として開始されてから調査時点でまだ10年経過しておらず、大半のセンターが設立して数年以内であるにもかかわらず、精神保健福祉分野での経験年数が6年以上の者が全体の約半数を占めている。まだ歴史の浅い精神障害者地域生活支援センターではあるが、その期待される役割や機能の重要性に鑑み、経験豊かなソーシャルワーカーが中心的な役割を果たしていることがうかがえる。

第5節 ソーシャルワーク実践スキルとソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）

1 ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度

ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルは、第2章の先行研究調査の結果及び第3章の調査項目の策定で触れたような経過により37項目にしぼりこんだ。それぞれの項目について5点法のリッカートスケールによってたずねた。

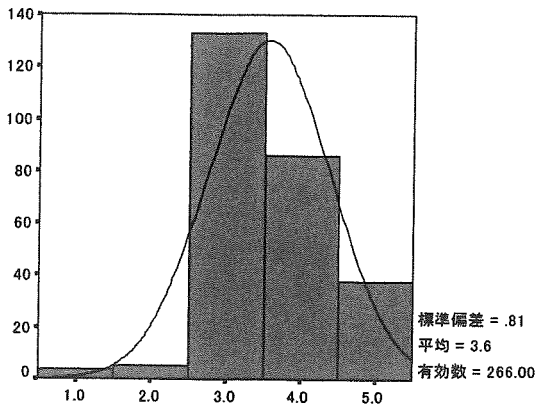
各精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカー（精神保健福祉士かつ／または精神科ソーシャルワーカー）1名に回答してもらい、回答者が現在の職場（つまり精神障害者地域生活支援センター）において、個人・家族・グループなどの主たる援助対象者に対して行っているソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を選択してもらった。選択肢は、「しない、ほとんどしない（＝1）」、「めったにしない（＝2）」、「普通にする（＝3）」、「よくする（＝4）」、「いつもする（＝5）」の5つとした。

ソーシャルワーク実践スキルの分布状況は次ページの表4-31のとおりである。

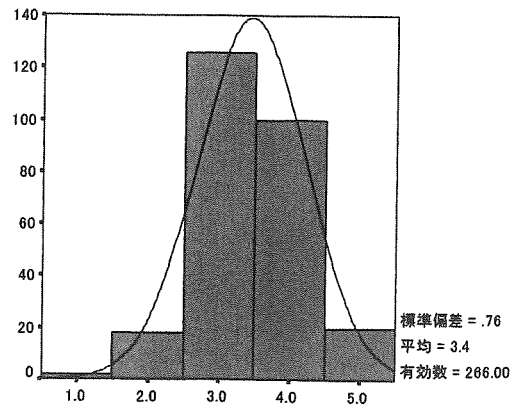
その結果、図4-42～図4-78に示されるように、いずれの項目も正規分布に近い形での分布となった。

なお、表4-31の質問項目はスペースの関係上簡略化した表示とした。正式な質問項目については後述の表4-32、表4-34や添付の資料Bを参照していただきたい。

表4-31 ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の分布状況(質問順)		(N=266)				
番号		ほとんどしない	めったにしない	普通にする	よくする	いつもする
1	ストレスを解消する方法をともに考える	4(1.5)	5(1.9)	133(50.0)	86(32.3)	38(14.2)
2	問題再発の繰り返しを防ぐ方法を利用者に提案する	2(0.8)	18(6.8)	126(47.4)	100(37.6)	20(7.5)
3	利用者の考えや感情などを反映する	2(0.8)	11(4.1)	124(46.6)	94(35.3)	35(13.2)
4	衣食住等のアセスメントをする	10(3.8)	49(18.4)	147(55.3)	41(15.4)	19(7.1)
5	感情表出を手助けするために質問を深める	5(1.9)	20(7.5)	140(52.6)	66(24.8)	35(13.2)
6	利用者が過去の経験から学ぶのを手助けする	2(0.8)	16(6.0)	138(51.9)	79(29.7)	31(11.7)
7	他施設・機関のサービス提供状況をモニターする	6(2.3)	38(14.3)	145(54.5)	60(22.6)	17(6.4)
8	利用者と信頼関係を築くために共感を示す	3(1.1)	0(0)	71(26.7)	110(41.4)	82(30.8)
9	過去の人間関係の影響を共に考える	6(2.3)	28(10.5)	142(53.4)	68(25.6)	22(8.3)
10	利用者の権利を擁護するために代弁する	6(2.3)	80(30.1)	134(50.4)	37(13.9)	9(3.4)
11	機能不全な思考を減らす手助けをする	10(3.8)	42(15.8)	148(55.6)	54(20.3)	12(4.5)
12	他施設・機関のサービスを具体的に紹介する	1(0.4)	12(4.5)	131(49.2)	89(33.5)	33(12.4)
13	利用者の課題に関する社会問題や法政策を考察する	3(1.1)	57(21.4)	145(54.5)	44(16.5)	17(6.4)
14	利用者と共に援助目標を定める	2(0.8)	20(7.5)	123(46.2)	81(30.5)	40(15.0)
15	新たな問題発生の危険を予測する手助けをする	8(3.0)	50(18.8)	139(52.3)	54(20.3)	15(5.6)
16	問題への具体的な対処方法を提案する	5(1.9)	11(4.1)	137(51.5)	88(33.1)	25(9.4)
17	自分の言動の結果もたらされる悪影響の理解を助ける	1(0.4)	33(12.4)	154(57.9)	61(22.9)	17(16.4)
18	これまでの問題解決への取り組みから学ぶ手助けをする	1(0.4)	7(2.6)	146(54.9)	83(31.2)	29(10.9)
19	自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝える	7(2.6)	69(25.9)	140(52.6)	42(15.8)	8(3.0)
20	利用できる事業やサービスについての情報提供	0(0)	2(0.8)	112(42.1)	108(40.6)	44(16.5)
21	利用者の課題を具体的な言葉で表現する	0(0)	9(3.4)	121(45.5)	99(37.2)	37(13.9)
22	考えや感情を他人に効果的に伝えるお手本を見せる	10(3.8)	77(28.9)	129(48.5)	39(14.7)	11(4.1)
23	新たな問題解決技能を実際の生活場面で練習する手助けをする	17(6.4)	92(34.6)	119(44.7)	30(11.3)	8(3.0)
24	コミュニケーションのコツを利用者と共に考える	3(1.1)	21(7.9)	131(49.2)	88(33.1)	23(8.6)
25	問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝える	6(2.3)	45(16.9)	123(46.2)	80(30.1)	12(4.5)
26	成果があったとき自分をねぎらう方法を示す	21(7.9)	79(29.7)	113(42.5)	44(16.5)	9(3.4)
27	援助の目標を具体的に設定する	3(1.1)	40(15.0)	132(49.6)	61(22.9)	30(11.3)
28	「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにする	4(1.5)	21(7.9)	130(48.9)	65(24.4)	46(17.3)
29	やらねばならない作業をやりとげる方法を提案する	11(4.1)	71(26.7)	131(49.2)	43(16.2)	10(3.8)
30	利用者がうまく決断できるよう手助けする	0(0)	11(4.1)	164(61.7)	65(24.4)	26(9.8)
31	不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える	2(0.8)	40(15.0)	142(53.4)	61(22.9)	21(22.9)
32	援助の効果の有無や程度を評価してもらう	31(11.7)	106(39.8)	104(39.1)	19(7.1)	6(2.3)
33	情緒的(心理的)なサポートをする	1(0.4)	14(5.3)	122(45.9)	86(32.3)	43(16.2)
34	自信をもってもらうためにこれまで成し遂げたことを指摘する	3(1.1)	6(2.3)	126(47.4)	97(36.5)	34(12.8)
35	他人の機能不全の行動に巻き込まれない方法を伝える	6(2.3)	42(15.8)	155(58.3)	56(21.1)	7(2.6)
36	他施設・機関とネットワークづくりをする	3(1.1)	17(6.4)	121(45.5)	71(26.7)	54(20.3)
37	「いろいろなことを打ち明けたい」と思えるよう手助けする	3(1.1)	26(9.8)	144(54.1)	65(24.4)	28(10.5)



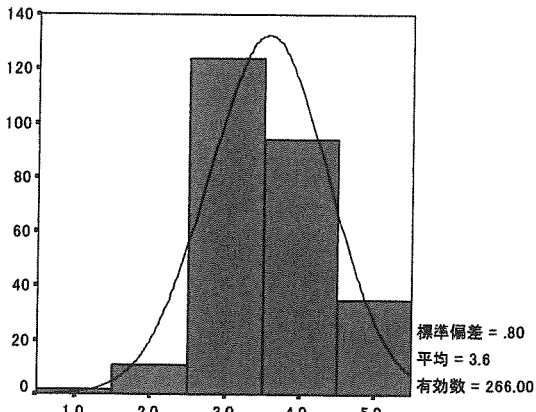
ストレスを解消する方法を共に考えるsw01



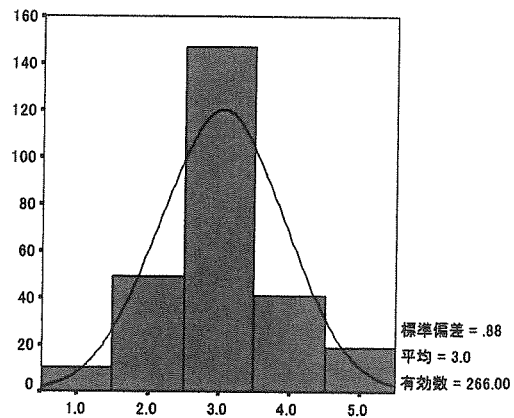
問題再発の予防法を提案するsw02

図 4-42 ストレス解消法をと共に考える

図 4-43 問題再発を予防する方法を提案する



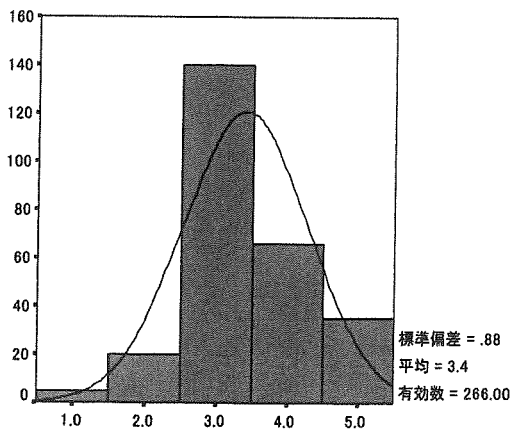
利用者の感情や考えの反映(反射)をするsw03



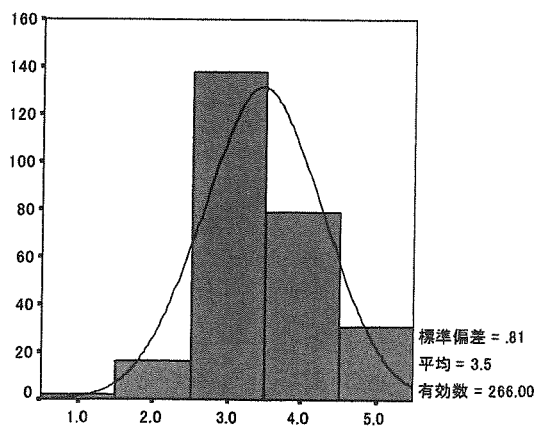
衣食住などの状況をアセスメントをするsw04

図 4-44 利用者の感情や考えなどを反映する

図 4-45 衣食住等のアセスメントをする



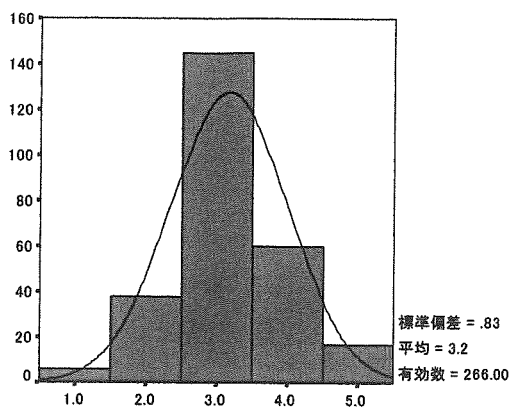
感情表出を促すよう質問を深めたりするsw05



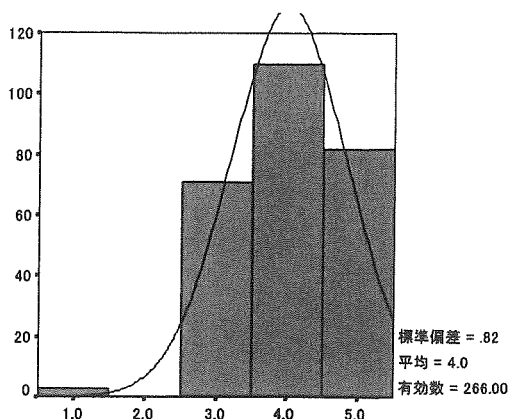
過去の経験から学ぶことを手助けするsw06

図 4-46 感情表出を手助けするために質問を深める

図 4-47 利用者が過去の経験から学ぶのを手助けする



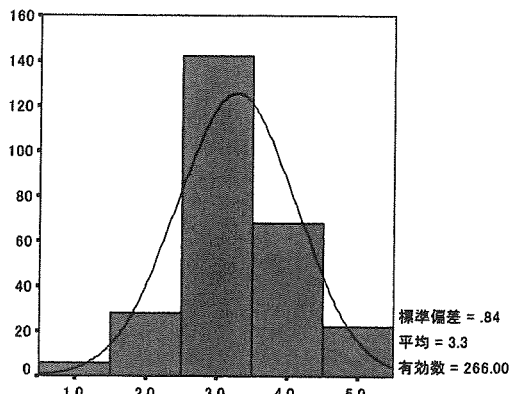
他施設・機関が提供しているサービスをモニターするsw07



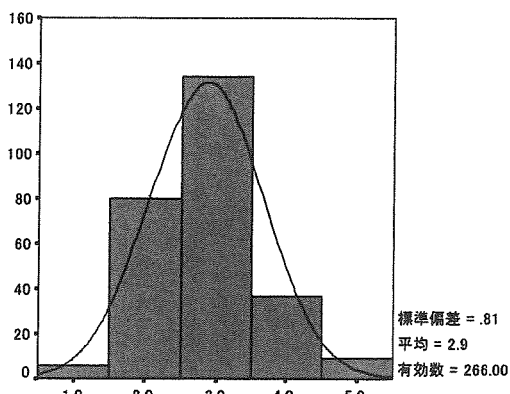
信頼関係を築くために共感をするsw08

図 4-48 他施設・機関のサービス提供状況をモニターする

図 4-49 利用者と信頼関係を築くために共感を示す



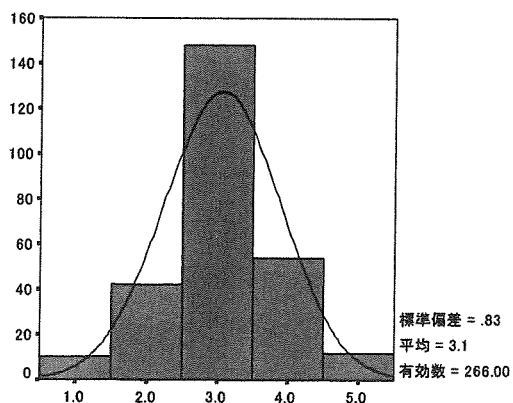
過去の人間関係の影響を共に考えるsw09



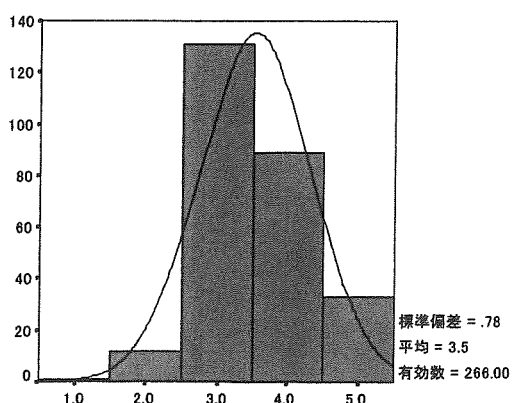
権利を擁護するために代弁するsw10

図 4-50 過去の人間関係の影響を共に考える

図 4-51 利用者の権利を擁護するために代弁する



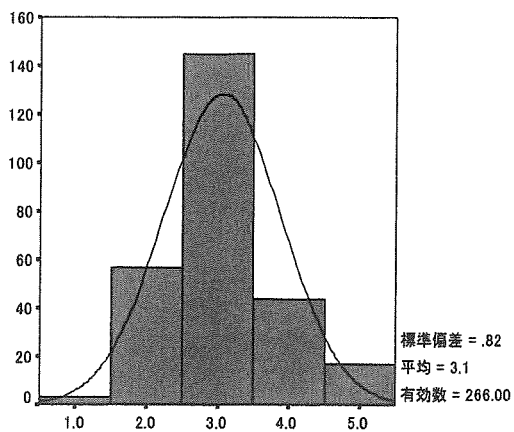
機能不全な思考を減らす手助けをするsw11



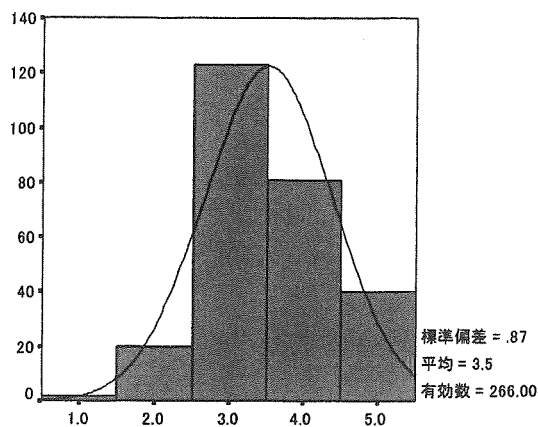
他施設・機関のサービスを具体的に紹介するsw12

図 4-52 機能不全な思考を減らす手助けをする

図 4-53 他施設・機関のサービスを具体的に紹介する



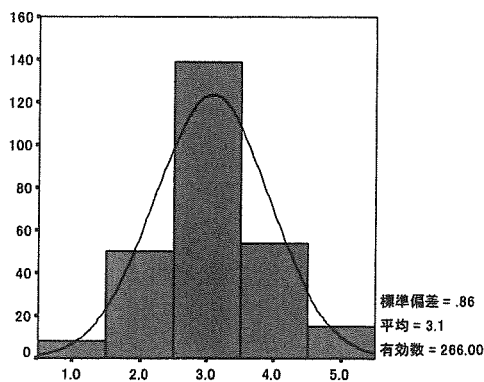
抱える問題に関する社会問題や法政策について考察するsw13



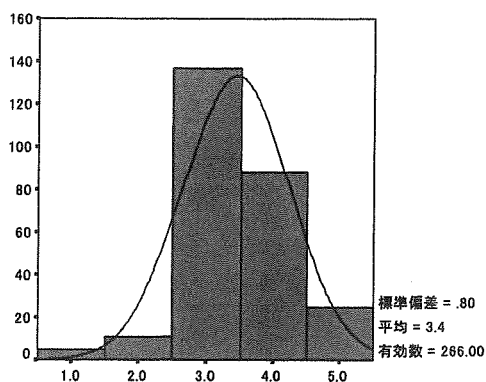
利用者と共に援助目標を定めるsw14

図 4-54 利用者の課題に関する社会問題や法政策を考察する

図 4-55 利用者と共に援助目標を定める



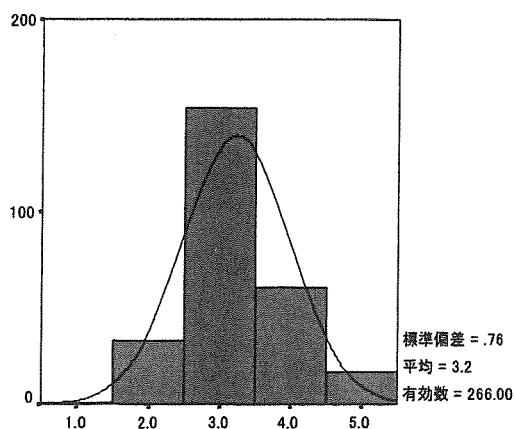
新たな問題発生危険性を予測できるよう手助けするsw15



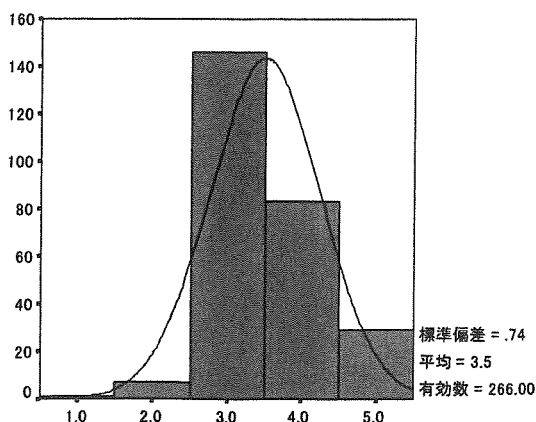
利用者自身の問題に対処する方法を具体的に提案するsw16

図 4-56 新たな問題発生危険性を予測する手助けをする

図 4-57 問題への具体的な対処方法を提案する



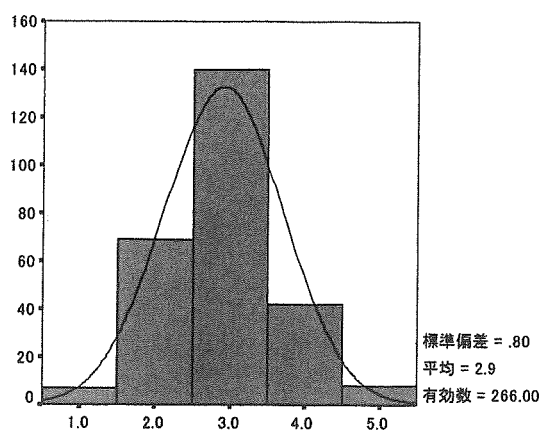
自分の言動の帰結の理解を手助けをするsw17



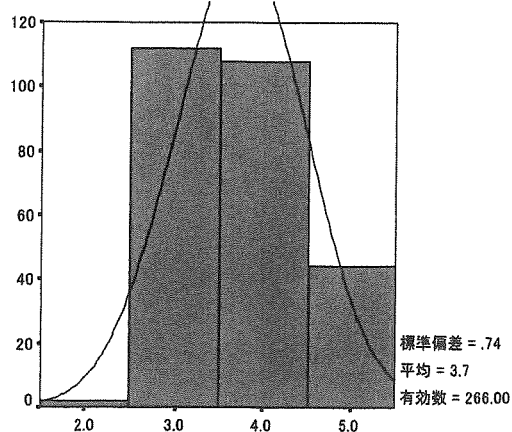
過去の問題解決への取り組みから学ぶことを手助けするsw18

図 4-58 自分の言動の結果もたらされる悪影響の理解を助ける

図 4-59 これまでの問題解決への取り組みから学ぶ手助けをする



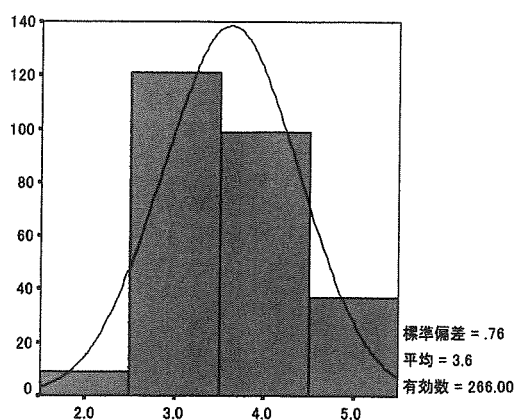
自分の感情に対応する方法を伝えるsw19



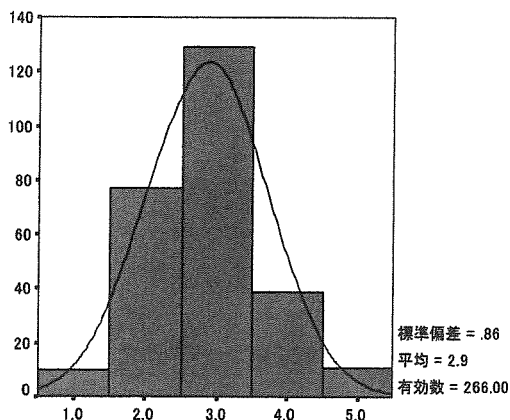
利用できる事業やサービスについての情報を提供するsw20

図 4-60 自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝える

図 4-61 利用できる事業やサービスについての情報提供



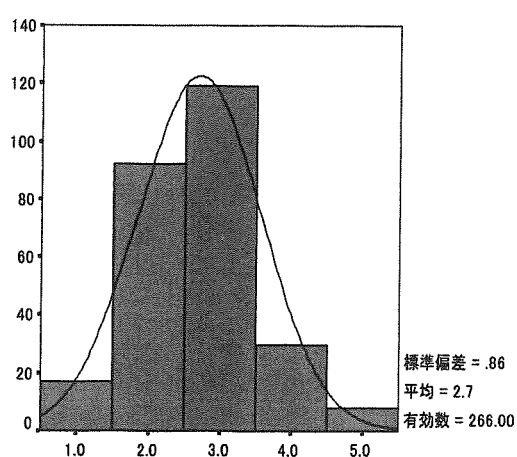
利用者が抱える課題を具体的な言葉で表現するsw21



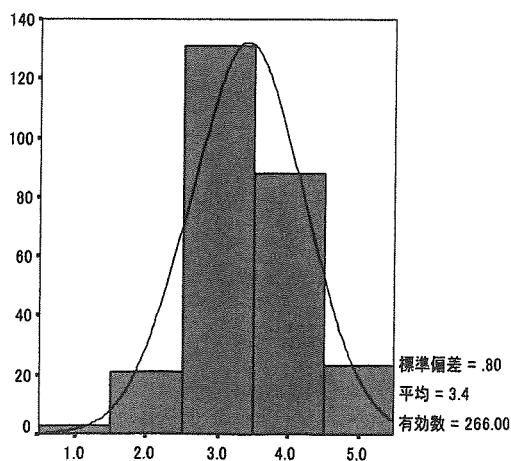
考えや感情を他人に効果的に伝えるお手本をみせるsw22

図 4-62 利用者の課題を具体的な言葉で表現する

図 4-63 考えや感情を他人に効果的に伝えるお手本を見せる



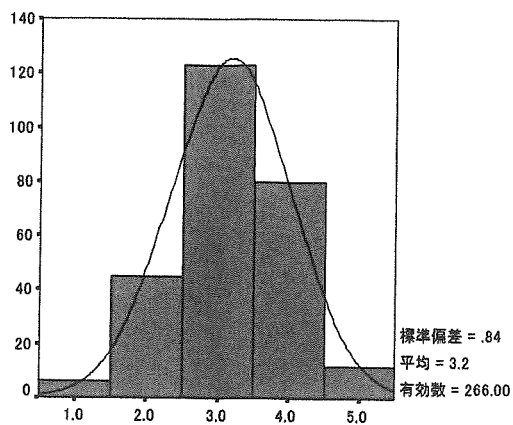
問題解決技能を生活場で練習する手助けをするsw23



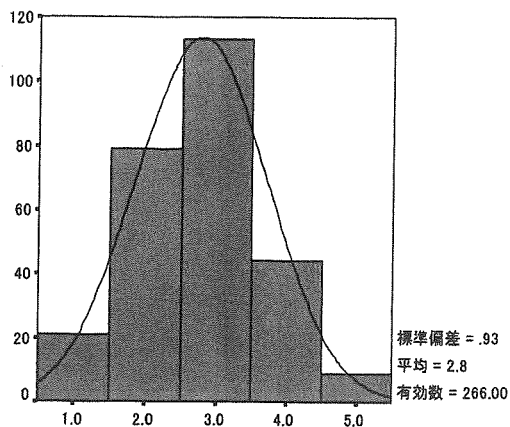
コミュニケーションのコツを利用者とともに考えるsw24

図 4-64 新たな問題解決技能を実際の生活場で練習する手助けをする

図 4-65 コミュニケーションのコツを利用者と共に考える



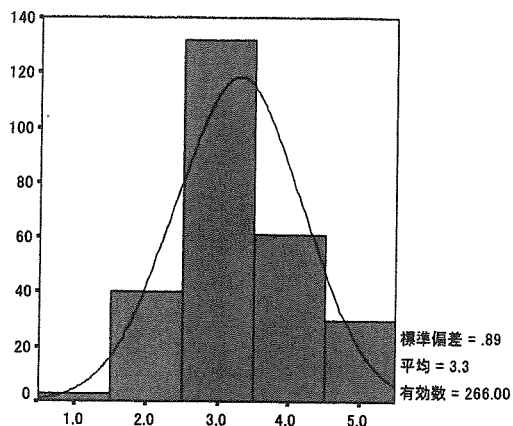
問題行動の処理やコントロールの方法を伝えるsw25



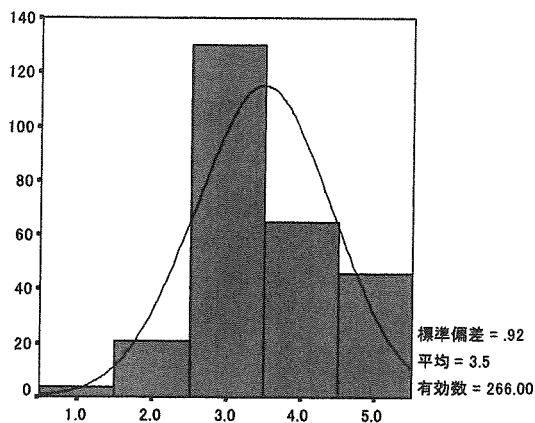
自分をねぎらい、ごほうびを与える方法を示すsw26

図 4-66 問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝える

図 4-67 成果があったとき自分をねぎらう方法を示す



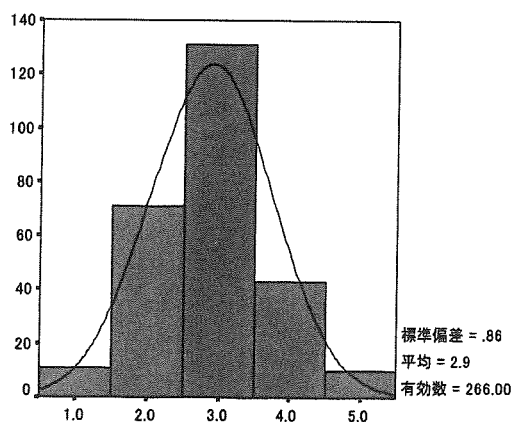
援助の目標を具体的に設定するsw27



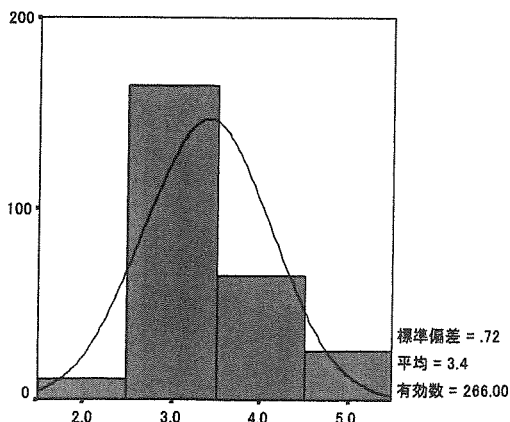
あるがままに受け入れられていると実感できるようにするsw28

図 4-68 援助の目標を具体的に設定する

図 4-69 「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにする



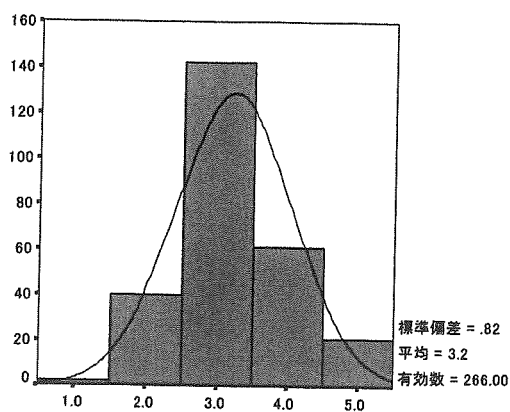
作業を効果的にやりとげる方法を提案するsw29



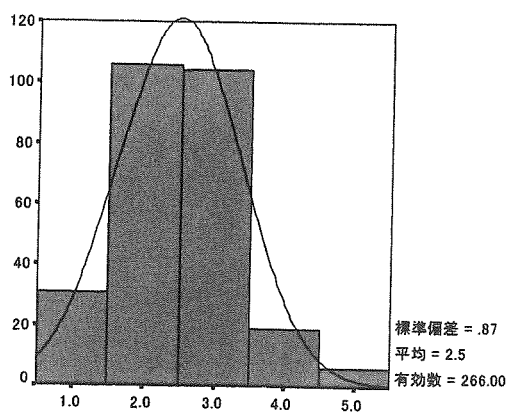
利用者がうまく決断できるよう手助けをするsw30

図 4-70 やらねばならない作業をやりとげる方法を提案する

図 4-71 利用者がうまく決断できるよう手助けする



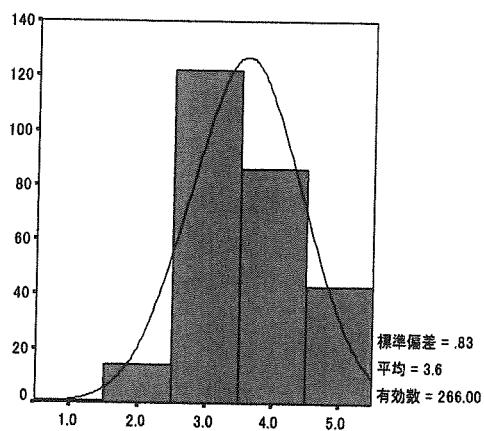
不健康な行動パターンを減らす方法を共に考えるsw31



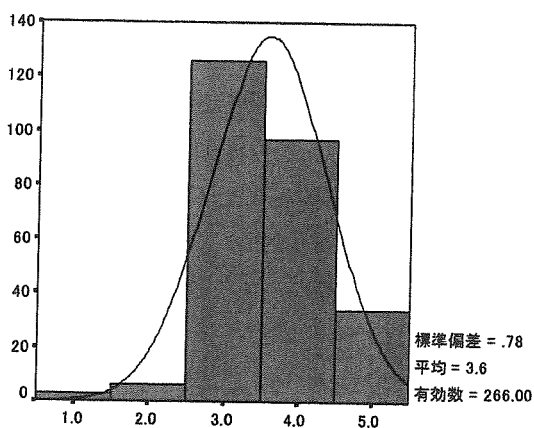
援助の効果の有無や程度を評価してもらうsw32

図 4-72 不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える

図 4-73 援助の効果の有無や程度を評価してもらう



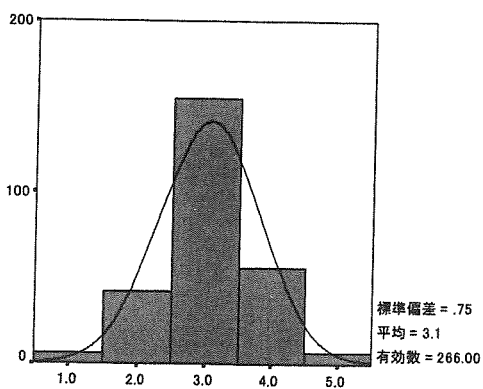
情緒的(心理的)なサポートをするsw33



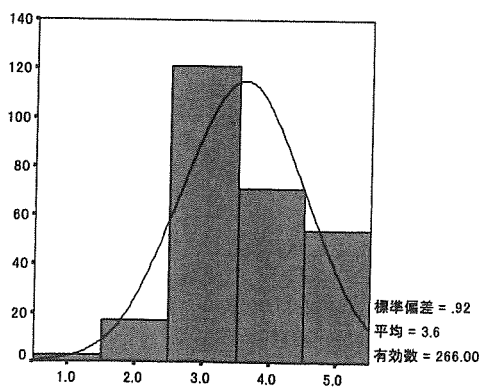
利用者が成し遂げたことを指摘し自信をもってもらふsw34

図 4-74 情緒的（心理的）なサポートをする

図 4-75 自信をもってもらうためにこれまで成し遂げたことを指摘する



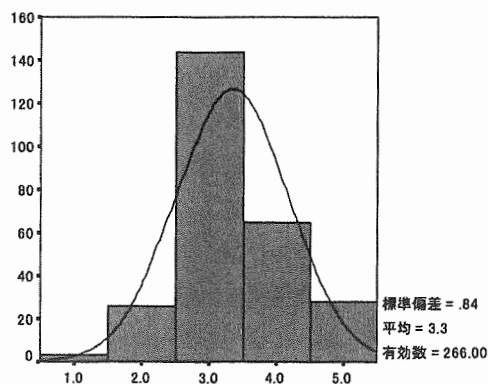
他人の機能不全な行動に巻き込まれない方法を伝えるsw35



サービス調整のため他施設・機関とネットワークづくりをするsw36

図 4-76 他人の機能不全の行動に巻き込まれない方法を伝える

図 4-77 他施設・機関とネットワークづくりをする



「いろいろなことを率直に打ち明けたい」と思えるよう手助けする。

図 4-78 「いろいろなことを打ち明けたい」と思えるよう手助けする

2 ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の多寡

ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度については、先述したように5点法によるリッカートスケール上でたずねた。リッカートスケールは、それぞれの値が等間隔の尺度上に位置した値として結果を取り扱うことができる。したがって、本研究においても回答者がソーシャルワーク実践スキルについて等間隔の尺度上の5つの値のいずれかを回答したとみなすことができることになる。そこで、それぞれのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の値の平均値を算出して比較すれば、ソーシャルワーカーがどのようなソーシャルワーク実践スキルをより高い頻度で行っているか、どのようなソーシャルワーク実践スキルを行う頻度は比較的低いかを分析することができる。そこで、次ページの表 4-32 においてソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の平均値を比較し、頻度の高い順に並べた。

表4-32		ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度(頻度の高い順)		
順位	番号		平均値	標準偏差
1	8	利用者との信頼関係を築くために共感を示す	4.01	0.82
2	20	利用者が利用できる事業やサービスについての情報を提供する	3.73	0.74
3	21	利用者の抱える問題を具体的な言葉で表現する	3.62	0.77
4	36	サービスを調整するために他の施設・機関とのネットワークづくりをする	3.59	0.92
5	33	情緒的(心理的)なサポートをする	3.59	0.83
6	34	利用者に自信をもってもらうために利用者がこれまで成し遂げてきたことを指摘する	3.58	0.78
7	3	あなたが利用者をよく理解していることを伝えるために利用者の考えや感情などを反映したりする	3.56	0.8
8	1	利用者とストレスを解消する方法をともに考える	3.56	0.81
9	12	他施設・機関のサービスを具体的に紹介する	3.53	0.78
10	14	利用者と共に援助の日標を定める	3.52	0.87
11	18	利用者がこれまでの問題解決への取り組みから学ぶことを手助けする	3.5	0.74
12	28	援助関係の中で利用者が「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにする	3.48	0.92
13	6	利用者が過去の経験から学ぶのを手助けする	3.45	0.81
14	16	利用者自身が抱える問題へ対処する方法を具体的に提案する	3.44	0.8
15	2	問題再発の繰り返しを防ぐ方法を利用者に提案する	3.44	0.76
16	30	利用者がうまく決断できるよう手助けする	3.4	0.72
17	24	他の人とコミュニケーションのコツするときのコツを利用者と共に考える	3.4	0.8
18	5	埋もれた感情の表出を助けるためにやさしく質問を深めたりする	3.4	0.88
19	37	あなたに対して「いろいろなことを率直にうち明けたい」と利用者が思えるよう手助けする	3.33	0.84
20	27	援助の目標を具体的に設定する	3.28	0.89
21	9	これまでの人間関係が今抱える問題へ及ぼす影響を利用者とともに考える	3.27	0.84
22	17	利用者の言動が結果的に自分の問題へ悪影響を及ぼしていることの理解を助ける	3.23	0.76
23	31	利用者の不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える	3.22	0.82
24	25	自分の問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝える	3.18	0.84
25	7	他施設・機関や援助者から受けているサービスの質や内容をモニターする(見守り、確認する)	3.17	0.83
26	15	利用者が新たな問題発生 of 危険のある状況を予測できるよう手助けする	3.07	0.86
27	35	他の人の機能不全な行動に巻き込まれないようにする方法を伝える	3.06	0.75
28	13	利用者の抱える問題に関する社会問題や法政策について考察する	3.06	0.83
29	11	利用者の抱える問題に悪影響を及ぼしている機能不全な思考を減らす手助けをする	3.06	0.83
30	4	利用者の持つ衣・食・住などの資源の状況をアセスメント(評価)する	3.04	0.88
31	19	自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝える	2.91	0.8
32	29	やらねばならない作業をより効果的にやりとげる方法を利用者に提案する	2.89	0.86
33	22	自分の考えや感情を他人に効果的に伝える方法をモデルで示す(お手本を見せる)	2.86	0.86
34	10	利用者の権利を擁護するために利用者を代弁する	2.86	0.81
35	26	成果がみられたときに自分をねぎらい、ごほうびを与える方法を示す	2.78	0.93
36	23	新たに学んだ問題解決技能を、利用者が実際の生活場面で練習できるよう手助けする	2.7	0.86
37	32	利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう	2.48	0.87

精神障害者地域生活支援センターにおいて、ソーシャルワーカーがソーシャルワーク実践の中で最も高い頻度で活用しているソーシャルワーク実践スキルは「利用者との信頼関係を築くために共感を示す」であった。2番目に「利用者が利用できる事業やサービスについての情報を提供する」が多くなされていた。3番目は「利用者の抱える問題を具体的な言葉で表現する」であり、4番目は「サービスを調整するために他の施設・機関とのネットワークづくりをする」であった。5番目は「情緒的（心理的）なサポートをする」であった。

これらのソーシャルワーク実践スキルのリストの中で活用頻度の最も低かったのは、「利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう」であった。次に活用頻度の低かったのは「新たに学んだ問題解決技能を、利用者が実際の生活場面で練習できるよう手助けする」であった。

3 相関関係の分析 ー統計的有意性、相関係数の検討ー

ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルに関する37項目は、それぞれの項目（変数）に対する値が1～5までの等間隔の尺度上の値で表される量的な変数である。2つ以上の量的な変数が調査の結果として出されたので、相関行列の分析を行った。相関行列の分析とは、2つの項目の間でどのような相関関係があるのか、あるいは相関関係がないのかを分析することである。この分析をすることにより、2項目間で、あるソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の回答の傾向ともう一方のソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の回答の傾向がどれくらい似通っているか否かを検討することができる。

2項目（変数）間の相関関係は Pearson の相関係数（両側）により判断した。Pearson の相関係数は、2つの変数の間の相関関係を-1から1までの間の値で表す。この数値の大きさを比較することにより、相関関係の大きさを他の変数間の関係と相対的に評価できる。2つの変数間の相関係数が大きい場合は、2つのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の回答の傾向がより近い傾向を示していると判断でき、2つの変数間の相関係数が小さい場合は、2つのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の回答の傾向には類似点が少ないと判断できる。

また、統計的な有意性についての検定を行った。これは2つの変数間の相関関係が、そもそも統計的に有意であるといえるか否かを検定している。本調査の場合は両側5%の確率を有意水準として判断し、5%の有意水準で統計的に有意であると判断された場合には、2つの変数間の相関関係があると統計的にもいえると判断することとした。

その結果、37項目全般にわたり、ほとんどの2つのソーシャルワーク実践スキルの組み合わせにおいて相関関係は統計的に有意であるとの結果となった。相関係数はほとんどが0.1～0.4くらいで示された。

4 相関関係の分析 ー相関関係の高い項目の検討ー

それぞれの項目間の相関関係のうち、まず相関関係が特に高い2項目（変数）について個別に検討した。相関係数が高いということは、2つの項目について似たような傾向の回

答がなされたということを示す。相関係数があまりに高い場合には、論者としては異なる2つのソーシャルワーク実践スキルを計測しようとしていながら、結果的に同じ（またはほとんど相違のない）ソーシャルワーク実践スキルを計測してしまっている可能性が高い。そこで相関係数の高い2項目についてその結果等を分析し、場合によってはその組み合わせのうちの片方の項目を最終的な分析からはずす必要がある。同じ、あるいはほとんど相違のないソーシャルワーク実践スキルを示している2つの項目を、ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルのリストに残す必要はないし、残してしまうと同じ（またはほとんど相違のない）ソーシャルワーク実践スキルを同じリストの中で重複して計測してしまうことになるからである。

相関係数を比較したところ、「他施設・機関のサービスを具体的に紹介する（sw12）」と「利用者が利用できる事業やサービスについての情報を提供する（sw20）」の2項目の間の相関係数は0.628と高かった。また、「利用者と共に援助の目標を定める（sw14）」と「援助の目標を具体的に設定する（sw27）」の2項目の間の相関係数は0.621と高かった。さらに、「利用者が過去の経験から学ぶのを手助けする（sw06）」と「利用者がこれまでの問題解決への取り組みから学ぶことを手助けする（sw18）」の2項目間の相関係数は0.602と高かった。これらの3つの組み合わせが0.6を超える相関係数となり、他の2項目間の相関係数が概ね0.1～0.4であることと比べると際立った。（注：（ ）内は変数の名称と質問の番号を表している。）

これら3組の項目については英語の原文にも戻って検討し、それぞれの度数分布の状況、歪度なども検討した。これら3組の項目は、それぞれが確かに異なるソーシャルワーク実践スキルを表しているものの、実際に行うソーシャルワーカーの行動（言動）はかなり似通ったものであり、重複する面があると判断した。特に、英語の原文においてはそれぞれの項目で使用している動詞やその他の表現、語順などが異なるものの、日本語らしい日本語に翻訳しようとしたときに、かなり似通った表現にならざるをえなかったということを確認した。そこで、それぞれの組み合わせから3項目削除することとした。（sw06、sw20、sw27の3項目を削除することとした。）

5 相関関係の分析 ー相関関係の低い項目の検討ー

ソーシャルワーク実践スキルに関する37の項目（変数）の相関行列の分析から、他の多数の項目と有意な相関関係がない、あるいはあっても低い項目があるか否かを検討した。ある項目が他のさまざまな項目のいずれとも相関関係がみられないとなると、その項目は他のいずれの項目とも同じような回答の傾向をすることがないということを示していることになる。

ソーシャルワーク実践を構成するようなソーシャルワーク実践スキル37項目全体をもって、ソーシャルワーク実践を計測しようとしている本研究の趣旨からみると、ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルのすべての項目（変数）が、他の項目との間である程度以上の相関関係を有する必要がある。37項目のうち、他のさまざまな項目いずれともほとんど相関関係がみられないような項目があるとすれば、その項目はここで計測しようとしているソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキル

のうちの1項目としてふさわしくない項目である可能性が高い。ある程度以上の相関関係のある複数の項目が存在することによって、それらの項目から構成されるソーシャルワーク実践のリストが、ソーシャルワーク実践を計測する妥当性を有するといえるからである。

2項目間の相関関係はPearsonの相関係数(両側)により判断し、ひとつひとつの項目と他の項目との間の2項目間の相関係数を検討した結果、ある特定の項目(変数)が他の多数の項目と統計的に有意な相関関係がない、あるいはほとんどないような項目は全くなかった。

さらに、Item-total Statisticsの結果について分析を行った(表4-33)。Item-total Statisticsでは、多数の項目で構成されているリストの中から1つの項目を除いたときに、その項目を除いた結果リスト全体の平均値やクロンバッハの α 係数がどれくらい変動するかをみる。そのことにより、1つの項目が除かれたことのリスト全体への影響を分析する。クロンバッハの α 係数は、複数の項目の分布状況に内的な整合性があるか否かを判断するための分析方法であり、その値は0から1までの値として算出される。この値が高ければ高いほど、その項目のリストは内的整合性が高いと判断される。

分析の結果、1つの項目(変数)を除いたときのクロンバッハの α 係数は0.90から0.92の間に分布し、いずれの項目についても非常に高い数値を示した。このことから、ある項目を除いたことによって全体への影響が甚大であるような項目はないということが判明した。

相関係数とItem-total Statisticsの分析の結果、他の項目と特に相関関係が低い項目はないという判断になった。

表 4-33 Item-total Statistics

Item-total Statistics				
項目 番号	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SW01	117.662	289.221	.503	.941
SW02	117.778	289.585	.526	.941
SW03	117.662	288.255	.549	.941
SW04	118.184	287.260	.528	.941
SW05	117.823	284.976	.610	.940
SW06	117.767	285.772	.638	.940
SW07	118.056	289.050	.498	.941
SW08	117.214	288.652	.517	.941
SW09	117.951	286.794	.570	.941
SW10	118.361	292.005	.405	.942

SW11	118.162	285.955	.610	.940
SW12	117.692	291.324	.444	.942
SW13	118.165	290.599	.445	.942
SW14	117.707	286.955	.549	.941
SW15	118.154	286.206	.581	.940
SW16	117.782	287.764	.571	.941
SW17	117.996	287.981	.592	.940
SW18	117.726	285.823	.698	.940
SW19	118.316	287.198	.590	.940
SW20	117.493	291.662	.459	.941
SW21	117.605	287.493	.606	.940
SW22	118.357	287.378	.539	.941
SW23	118.523	287.217	.541	.941
SW24	117.820	285.650	.647	.940
SW25	118.045	284.119	.667	.940
SW26	118.444	289.614	.420	.942
SW27	117.940	285.000	.596	.940
SW28	117.741	288.351	.467	.942
SW29	118.335	288.571	.498	.941
SW30	117.823	288.380	.608	.940
SW31	118.000	287.276	.567	.941
SW32	118.737	290.127	.433	.942
SW33	117.635	289.236	.489	.941
SW34	117.647	289.158	.526	.941
SW35	118.162	289.268	.548	.941
SW36	117.635	289.516	.429	.942
SW37	117.887	288.727	.506	.941

6 信頼性の検討

ソーシャルワーク実践を評価できる指標（尺度。以下、尺度とのみ記述することもある）の日本語版を作成するにあたって、作成しようとしている尺度が信頼性を有するものであるか否かを検討する必要がある。本研究で作成しようとしている尺度の信頼性の検討は、内的な整合性を検討することによって行うこととした。

内的整合性とは、尺度を構成する項目への回答値（すでに得られているデータ）を分析し、回答者からリストを構成する複数の項目を通して一貫した回答が得られているか否かを分析するものである。本研究の場合は、前項ですでに用いたクロンバッハの α 係数を用いてリスト全体の内的整合性の有無を検討することとした。クロンバッハの α 係数は、複数の項目の分布状況に内的な整合性があるか否かを判断するための分析方法であり、その

値は0から1までの値として算出される。この値が高ければ高いほど、その尺度は内的整合性の高い尺度であると判断される。

そこで、本研究に用いたソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキル37項目（変数）全体のクロンバッハの α 係数を算出した。その結果、クロンバッハの α 係数は0.9423ときわめて高かった。

また、先述した相関関係の分析の結果、最終的なリストから省くこととした3項目を除いた34項目についてもクロンバッハの α 係数を算出した。その結果は0.9367となり、これも非常に高い値となった。クロンバッハの α 係数の数値が0.9以上であるということはリスト全体の内的な整合性が非常に高いことを意味する。そこで、本研究において作成しようとしているソーシャルワーク実践を評価指標（尺度）（日本語版）は内的整合性が充分であると判断できることとなり、この観点からみた信頼性は十分であることがわかった。

7 妥当性の検討

（1） 妥当性の検討の必要性

ソーシャルワーク実践は、多数のソーシャルワーク実践スキルの積み重ねによって構成されている。詳説すれば、ソーシャルワーク実践は、ソーシャルワーカーが現場においてそれぞれ所属する機関・団体における立場に基づき、自分が援助しようとしている利用者と利用者を取り巻く状況についてアセスメントを行い、アセスメントを下に援助計画をたて、その援助計画に沿った介入を行うためにソーシャルワーク実践スキルを活用することになる。そこで、ソーシャルワーク実践は、その日、その時の判断で行う多数のソーシャルワーク実践スキルの積み重ねによって成り立っている。

ソーシャルワーカーが業務の中で行う無数の行動（言動）は、ソーシャルワークの価値を基盤にして行う特別な知識や訓練を要する行動（言動）、つまりソーシャルワーク実践スキルの活用になっている場合もあれば、必ずしもそうならないこともある。また、ソーシャルワーカーによってはより多くのソーシャルワーク実践スキルを活用するのに対して、他のソーシャルワーカーは知識と訓練を要するソーシャルワーク実践スキルをあまり活用しないで利用者を援助しようとしていることがあると推測される。

当然のことながら、ソーシャルワーク実践は、本研究の調査のために選択された項目のみによって成り立っているわけではない。しかしながら、ソーシャルワーク実践の頻度を相対的に評価したり判断したりするために、ソーシャルワーク実践を構成する代表的なソーシャルワーク実践スキルを絞りこみ、それらのソーシャルワーク実践スキルのみを項目（変数）として選択し、それに対する回答（値）を求めることによって、ソーシャルワーク実践の頻度を測定する（相対的に評価する）ことは可能なはずである。例えば、介護を必要とする人が他人の介護を必要とする状況や場面は数多く存在するが、介護保険の認定においては介護が必要となるような代表的な場面（項目）における本人の日常生活動作能力などの状況（値）を確認し、それを総合的に集計し、判断することによって介護の必要度を判定している。このように、ソーシャルワーク実践もソーシャルワーク実践を代表するようなソーシャルワーク実践スキルを選択して項目（変数）として定め、項目ごとにその

活用頻度を回答（値）として得て、総合的に集計することによって相対的なソーシャルワーク実践の頻度を評価できるようになる。

本研究において検討しているソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）は、複数のソーシャルワーク実践スキル（項目）から構成されている。これらのソーシャルワーク実践スキル（項目）は、ソーシャルワーカーが実践の中で活用するソーシャルワーク実践スキルのうち、これまでの社会福祉学や隣接領域の学問の実践や研究の知見から特に効果的であるとされてきたものである。

しかしながら、これらのソーシャルワーク実践スキルの組み合わせによって、論者がこの評価指標をもって測ろうとしていることが本当に測れているのか否かを判断する必要がある。選択された34のソーシャルワーク実践スキル（項目）によって、ソーシャルワーク実践の頻度が測れているのか否かについて検討することが妥当性の検討をすることになる。

（2） 妥当性の検討の方法

評価指標（尺度）の妥当性の検討においては、構成概念の妥当性を検討することが重要となる。ソーシャルワーク実践のような多様で多岐にわたる概念や行動の組み合わせとして説明できる包括的な概念を有するものの尺度を作成するためには、その作成した尺度がいくつかの構成要素（共通因子）の組み合わせから成り立っていると分析でき、その分析結果が説得力をもって説明できることが重要となってくる。本研究の場合、ソーシャルワーク実践が統計的な分析によって抽出されたいくつかの下位概念（共通因子）から構成される上位概念であるということが説得力をもって説明できれば、このソーシャルワーク実践の尺度が構成概念の点において妥当性があるといえることになる。

そこで、ソーシャルワーク実践がどのような要素（共通因子）から構成されているのかを検討するために、因子分析を行うこととした。因子分析を行い、同じ因子（要素）をもつ項目群が代表している概念が何であるかを検討することによって、本研究におけるソーシャルワーク実践の評価指標が何を測っているのかを検討することができる。

因子分析とは、変数間の関係を成り立たせている「因子」を見つけだし、変数と因子との関係で変数間の関係を説明しようとする分析方法である。因子分析はある尺度を構成する複数の項目が存在し、それぞれの項目の調査結果から得られた値（データ）が多次元空間に分布しているときに、その多次元空間にすべての値から最も近い距離のところに直線を引くことによって因子を抽出していく。本研究の場合、因子分析によって変数（ソーシャルワーク実践スキル）間の関係を成り立たせている因子（要素）を見つけ出し、それぞれのソーシャルワーク実践スキルと因子との関係で、34項目すべてのソーシャルワーク実践スキル間の関係を圧縮して説明することが可能となる。

本研究において因子分析は主成分分析法によって行うこととした。主成分分析法は、社会科学系の研究において最も標準的に用いられる因子分析の手法である。（注：主成分分析と因子分析を別の概念によるものと説明する文献もあるが、もともと主成分分析は因子分析の一手法として開発されたものであることから、本論においては、主成分分析は因子分析の一つとして位置づけて説明することとする。）複数の因子を抽出するにあたっては規準バリマックス法による直交回転を用いた。規準バリマックス法による直交回転は、社会科学系の研

究においては最も標準的に用いられる手法である。

(3) 因子分析の結果の検討

調査では 37 項目のソーシャルワーク実践スキルについてたずねたが、前述したように相関関係が特に高く、同じようなソーシャルワーク実践スキルを測定している可能性が高いと判断した 3 つの組み合わせに含まれる 3 項目を除く 34 項目について因子分析を行った。

因子の数の上限を定めないで、固有値 1 以上で主成分分析を行うと、因子の数が 8 になった。因子が 8 もあるのでは、ソーシャルワーク実践を構成する因子（要素）の数として多いし、それぞれの因子の項目群を分析したところ、構成概念として説明し得るような結果とはならなかった。そこで、因子の数を順次投入して結果をみることにした。因子の数を 2 から 7 の間に定めて順に結果を分析していったところ、因子を 4 つに定めたときに累積因子寄与率も十分高く、ソーシャルワーク実践を構成する要素を明確に説明できる最適の結果となった。その結果が次ページに示されている表 4-34 である。表 4-34 に示されているように、第 1 因子は 10 項目、第 2 因子は 9 項目、第 3 因子は 7 項目、第 4 因子は 8 項目からなり、合計 34 項目が 4 つの因子にバランスよく分かれる結果となった。因子負荷量も大きく分散することなかった。因子負荷量とは、項目（変数）と因子との関係の強さを表す数値である。因子負荷量は $-1 \sim 1$ の数値をとり、絶対値の大きさがその変数と因子との関係の強さをあらわす。第 1 因子の因子負荷量が 0.738 とは、その項目（変数）と 1 つめの因子との関係が極めて強いことを表している。同じ項目（変数）の第 2 因子の因子負荷量が 0.204 とは、その項目（変数）と第 2 因子との関係が弱いことを示している。

各項目（変数）の 4 つの因子に対する因子負荷量を検討した。「利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう (sw32)」の項目は、いずれの因子に対しても 0.40 以上の因子負荷量を持たず、第 1、第 3、第 4 因子の 3 つの因子に 0.30 以上の因子負荷量を示し、第 4 因子に対する因子負荷量の中では高かった (0.364)。この項目は先述したように、ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度が最も低い項目であった。しかし、この項目は本来的に重要であり、因子分析の結果のとおり計画や評価に関する項目が多い第 4 因子に含まれる項目として残すことが妥当と判断した。その他は、因子負荷量がいずれの因子に対しても特に低い項目（変数）はなかった。

2 つ以上の因子に対して同様に高い負荷量を示す項目（変数）についても検討した。その結果、「他の人とコミュニケーションするときのコツを利用者と共に考える (sw24)」の項目が、第 1 因子の因子負荷量が 0.430、第 3 因子の因子負荷量が 0.441 となり、第 3 因子に含まれる結果となった。第 1 因子は問題の予防や課題の解決に関する項目が多い因子であり、第 3 因子は対人関係技能を高めるような項目の多い因子である。この項目 (sw24) が両方の因子に対して因子負荷量が高いのは当然のことと思われ、内容的にはまさに「対人関係技能」の主要な要素になるため、因子分析の結果のとおり第 3 因子に含めて残すことが妥当と判断した。その他には、2 つ以上の因子に対して同じくらい高い負荷量を示す項目はなかった。さらに、全体として因子を構成する項目群の説明に矛盾するような結果は含まれなかった。そして、すべての項目（変数）が特定の因子に所属することが一定以上明瞭となり、特定の項目をこの時点で削除する必要はないと判断した。

表4-34 主成分分析の結果(ソーシャルワーク実践を構成する要素)

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
利用者自身の抱える問題に対処する方法を具体的に提案するsw16	0.738	0.204	0.09	0.096
利用者の不健康な行動パターンを減らす方法を共に考えるsw31	0.654	0.211	0.148	0.122
問題再発の繰り返しを防ぐ方法を利用者に提案するsw02	0.578	0.193	0.149	0.159
利用者の抱える問題に悪影響を及ぼしている機能不全な思考を減らす手助けをするsw11	0.553	0.3	0.27	0.129
利用者がうまく決断できるよう手助けをするsw30	0.541	0.382	0.147	0.145
利用者が新たな問題発生の危険のある状況を予測できるよう手助けするsw15	0.527	0.117	0.22	0.345
利用者の言動が結果的に自分の問題へ悪影響を及ぼしていることの理解を助けるsw17	0.516	0.257	0.35	0.105
他の人の機能不全な行動に巻き込まれないようにする方法を伝えるsw35	0.489	0.131	0.298	0.227
やらねばならない作業をより効果的にやりとげる方法を利用者に提案するsw29	0.486	0.042	0.43	0.069
利用者が抱える問題を具体的な言葉で表現するsw21	0.406	0.354	0.323	0.165
利用者との信頼関係を築くために共感を示すsw08	0.083	0.738	0.062	0.213
情緒的(心理的)なサポートをするsw33	0.29	0.63	0.022	0.071
援助関係の中で利用者が「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにするsw28	0.026	0.61	0.284	0.099
埋もれた感情の表出を助けるためにやさしく質問を深めたりするsw05	0.05	0.575	0.345	0.36
あなたが利用者をよく理解していることを伝えるために利用者の考えや感情などを反映したりするsw03	0.322	0.541	0.081	0.205
利用者がこれまでの問題解決への取り組みから学ぶことを手助けするsw18	0.4	0.505	0.276	0.26
あなたに対して「いろいろなことを率直に打ち明けたい」と利用者が思えるよう手助けするsw37	0.285	0.498	0.105	0.181
利用者に自信をもってもらうために利用者がこれまで成し遂げてきたことを指摘するsw34	0.427	0.497	0.108	0.036
利用者とストレスを解消する方法をともに考えるsw01	0.312	0.437	0.166	0.156
新たに学んだ問題解決技能を利用者が実際の生活場面で練習できるよう手助けするsw23	0.101	0.051	0.725	0.343
自分の考えや感情を他人に効果的に伝える方法をモデルで示す(お手本をみせる)sw22	0.23	0.097	0.664	0.194
成果がみられたときに自分をねぎらい、ごほうびを与える方法を示すsw26	0.158	0.232	0.615	-0.093
自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝えるsw19	0.308	0.276	0.576	0.109
自分の問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝えるsw25	0.484	0.163	0.556	0.186
これまでの人間関係が今抱える問題へ及ぼす影響を利用者とともに考えるsw09	0.17	0.316	0.488	0.282
他の人とコミュニケーションするときのコツを利用者とともに考えるsw24	0.43	0.331	0.441	0.157
利用者の抱える問題に関する社会問題や法政策について考察するsw13	0.088	0.154	0.117	0.659
利用者の権利を擁護するために利用者を代弁するsw10	-0.05	0.142	0.214	0.655
他施設・機関のサービスを具体的に紹介するsw12	0.355	0.047	-0.084	0.624
サービスを調整するために他施設・機関とのネットワーク作りをするsw36	0.098	0.131	0.106	0.62
利用者の持つ衣・食・住などの資源の状況をアセスメント(評価)するsw04	0.197	0.209	0.175	0.566
利用者と共に援助の目標を定めるsw14	0.257	0.289	0.078	0.534
他の施設・機関や援助者から受けているサービスの質や内容をモニターする(見守り、確認する)sw07	0.192	0.326	0.146	0.415
利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらうsw32	0.346	-0.132	0.356	0.364

(4) 因子寄与率、累積因子寄与率の検討

因子寄与率は第1因子 14.26%、第2因子 12.22%、第3因子 10.92%、第4因子 10.35%となった。因子寄与率とは、変数の分散の合計のうち、それぞれの因子が説明している部分の比率である。すなわち、因子分析によって抽出された因子によって、この尺度がもともと測定しようとしているもの（本研究の場合はソーシャルワーク実践）のどれくらいの割合を説明することができるかということを表す数値である。

また、累積因子寄与率は 47.75%となった。累積因子寄与率とは、抽出された複数の因子（本研究の場合は4つの因子）を合計したものが、この尺度がもともと測定しようとしているもの（ソーシャルワーク実践）のどれくらいの割合を説明できているかを示す数値である。累積因子寄与率が 50%に近い数値となったということは、社会科学系の研究において主成分分析を行った場合の累積因子寄与率としては十分高いといえる。

(5) 4つの因子の命名について

それぞれの因子を構成する項目群をみたところ、第1因子は「利用者自身の問題に対処する方法を具体的に提案する」「不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える」「問題再発の予防法を提案する」などの項目から構成され、「問題」「予防」「〇〇する方法」などの要素が共通してみられる。この因子を「問題予防や課題解決のスキル群」と名づけることができるであろう。

第2因子は「信頼関係を築くために共感をする」「情緒的（心理的）サポートをする」「あるがままに受け入れられていると実感できるようにする」などの項目から構成され、「共感」「あるがままに受け入れる」「感情表出」などの要素から成り立っている。この因子を「信頼関係を築くスキル群」と名づけることができるであろう。

第3因子は「問題解決技能を生活場面で練習する手助けをする」「考えや感情を他人に効果的に伝えるお手本をみせる」「自分をねぎらい、ごほうびを与える方法を示す」などの項目から構成され、「人間関係」「自分」などの要素が共通してみられる。この因子を「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」と名づけることができるであろう。

そして、第4因子は「抱える問題に関する社会問題や法政策について考察する」「権利を擁護するために代弁する」「他施設・機関のサービスを具体的に紹介する」などの項目から構成され、「代弁」「サービス紹介」「政策」などの要素がみられる。この因子を「ケースマネジメントのスキル群」と名づけることができるであろう。

なお「ケアマネジメント」ではなく「ケースマネジメント」の用語をあえて使用したのは、現在、介護保険導入後の日本の現場の一部においてみられるような「仲介（ブローカー）」機能のみを中心としたケアマネジメントと同じ概念として扱われることを避けるためである。また、高齢者を対象とした福祉分野などにおいては確かにマネジメントの対象となるのは「ケア」、つまり「介護」であるために、さまざまな介護サービスを仲介することによってかなりの役割を果たすことができよう。しかし、精神保健福祉の分野においては家事援助や身体介護などの「ケア」のマネジメントのみでは到底利用者の生活の質の向上を図るようなソーシャルワーク実践はできない。そのために、あえてケアマネジメント

という用語は避け、米国などで精神保健の分野で未だ中心的に使用されているケースマネジメントの用語を使用することとした。精神障害者の利用者の心理・社会・身体的な状況を総合的にアセスメントした上で、十分な情報を提供し、理解や判断の手助けをし、動機づけを手助けし、利用者の意図に沿った意思表示ができるように援助し、必要に応じて権利擁護や代弁機能も果たし、地域におけるネットワークづくりなどをも含む「ケースマネジメント」を行うことが、この因子の中に含まれていると判断した。

したがって、第1因子が問題の予防や課題の解決を手助けするソーシャルワーク実践スキルを、第2因子が利用者との信頼関係を築くソーシャルワーク実践スキルを、第3因子が自己評価や人と関わる時に必要な技能を高めるソーシャルワーク実践スキルを、そして第4因子がケースマネジメントをするソーシャルワーク実践スキルを測定していると解釈できる。このことから、この尺度はこれらの4つの要素から構成される上位概念を測定しているといえる。このような4つの概念で構成されるものが、ソーシャルワーク実践であるという説明は成り立つと考えられる。よって本研究で使用した34項目は、「ソーシャルワーク実践」を測定しているといえよう。これにより、本研究で開発しようとしているソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）は、ソーシャルワーク実践の頻度の尺度としてある程度以上の説得力をもつものといえる。

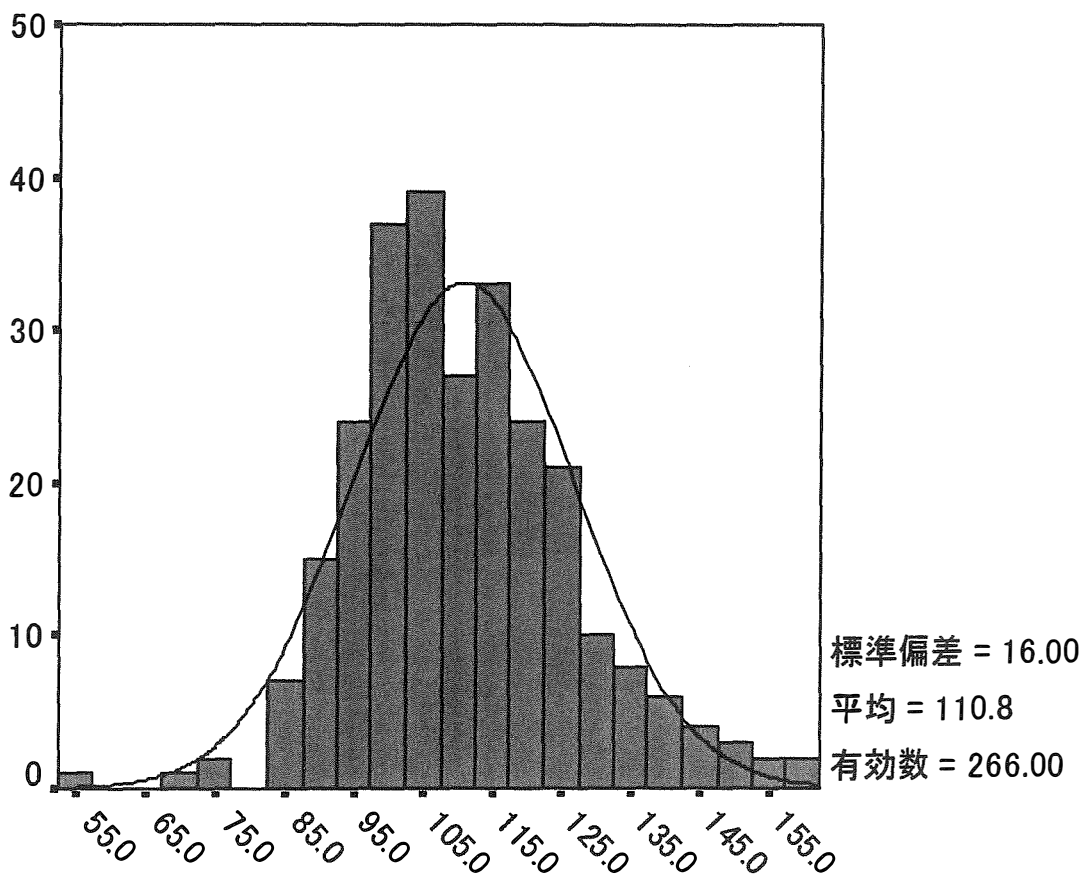
8 ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）

本研究において用いたソーシャルワーク実践スキルに関する34項目を、ソーシャルワーク実践の頻度の評価指標（尺度）として用いることができるか否かについて検討するために、これまで信頼性、妥当性の検討を行ってきた。信頼性については主に内的整合性を、妥当性については主に構成概念妥当性の検討を行い、その結果示された4つの因子から判断して、本研究における評価指標（尺度）がソーシャルワーク実践を評価する指標として一定以上の表面的妥当性をも有するとも判断できよう。そこで、本研究において用いたソーシャルワーク実践スキルに関する34項目は、ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）として概ね信頼性、妥当性を有し、適切なものであるといえることができる。

9 ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の合計スコア

ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の回答値をそれぞれ合計し、合計得点の記述統計量や分布状況をみることにした。34項目それぞれの回答を「しない、ほとんどしない」から「いつもする」までに1～5ポイントをあて、ポイントを合計した。そして、ソーシャルワーク実践の評価指標の合計スコアを集計・分析した。

理論的には34から170までの数値があり得るが、調査の結果、最小値55、最大値159、平均値110.8、標準偏差16.0の結果となった。その分布状況は図4-79に表されるように標準分布に極めて近い形となった。このように、本研究によって開発されたソーシャルワーク実践の評価指標は、正規分布に近い形での分布が得られるような尺度となっていることがわかった。



ソーシャルワーク実践

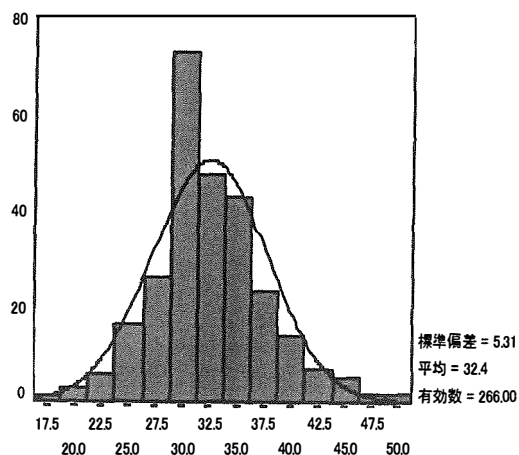
図 4-79 ソーシャルワーク実践のスコアの分布

ソーシャルワーク実践が4つの因子で説明できるため、それぞれ因子ごとの平均スコアなどを算出した。その結果を表4-35に示している。第1因子（問題予防や課題解決のスキル群）は最小値18、最大値50で、平均は32.42であった。第2因子（信頼関係を築くスキル群）は最小値15、最大値45で、平均は32.00であった。第3因子（対人関係技能や自己評価を高めるスキル群）は最小値8、最大値33で、平均は21.10であった。第4因子（ケースマネジメントのスキル群）は最小値13、最大値38で、平均は25.24であった。各因子の分布状況は、図4-80から図4-83に示したように正規分布に近かった。

それぞれの下位尺度（指標）ごとの実践頻度の多寡は、項目数で除した数値を比較することによってできる。下位尺度（指標）に含まれるソーシャルワーク実践スキルの項目（変数）数は第1因子が10、第2因子が9、第3因子が7、第4因子が8であるため、それぞれのスコアを除したところ、その数値は第2因子（信頼関係を築くスキル群）が3.56で最も高く、第4因子（ケースマネジメントのスキル群）が3.26で続き、第1因子（問題予防や課題解決のスキル群）は3.24、第3因子（対人関係技能や自己評価を高めるスキル群）は3.01の順となった。

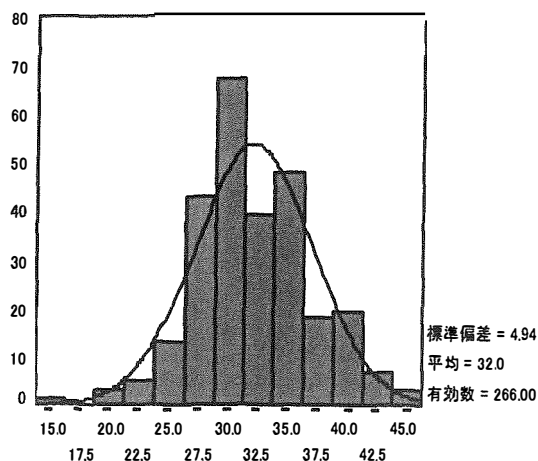
表 4-35 ソーシャルワーク実践の下位指標のスコア

	第 1 因子 （問題予防や 課題解決のス キル群）	第 2 因子 （信頼関係を 築くスキル群）	第 3 因子 （対人関係技 能や自己評 価を高めるス キル群）	第 4 因子 （ケースマネ ージメントのス キル群）
平均値	32.42	32.00	21.10	25.24
中央値	32.00	32.00	21.00	25.00
標準偏差	5.31	4.94	4.21	4.28
最小値	18	15	8	13
最大値	50	45	33	38
項目数 （変数数）	10	9	7	8
平均スコア （項目数で除 した数値）	3.24	3.56	3.01	3.26



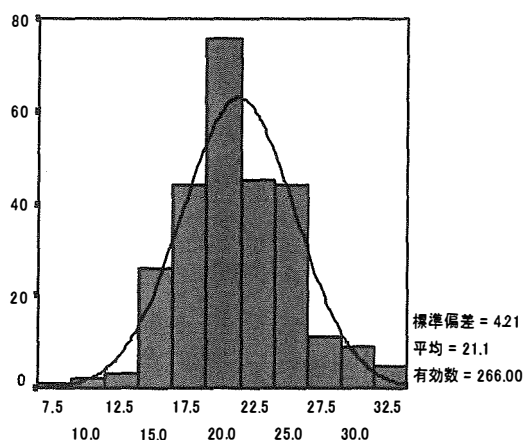
第1因子(問題予防や課題解決の因子)

図 4-80 第 1 因子の分布



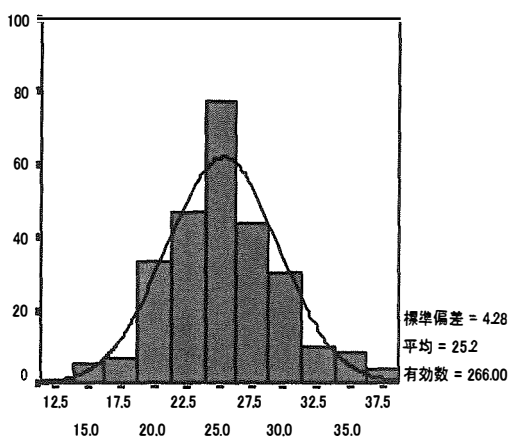
第2因子(信頼関係を築く因子)

図 4-81 第 2 因子の分布



第3因子(対人関係技能や自己評価を高める因子)

図 4-82 第 3 因子の分布



第4因子(ケースマネジメントの因子)

図 4-83 第 4 因子の分布

11 4つの因子の信頼性の検討

4つの因子の信頼性を検討するために、それぞれの因子を構成する項目（変数）の内的整合性を検討することとした。

第1の問題予防や課題解決のスキル群の10の項目（変数）の内的整合性を検討するためにクロンバッハの α 係数を求めたところ、0.8635となった。

第2の信頼関係を築くスキル群の9項目（変数）のクロンバッハの α 係数は0.8414であった。

第3の対人関係技能や自己評価を高めるスキル群の7項目（変数）のクロンバッハの α 係数は0.8340であった。

第4のケースマネジメントのスキル群の8項目（変数）のクロンバッハの α 係数は0.7828であった。

いずれの因子もクロンバッハの α 係数が0.75を超えるものとなり、このような評価指標の下位尺度としては内的整合性は十分高いといえる。

第6節 ソーシャルワーク実践に影響を与える要因の分析

1 共分散分析

本研究において測定を試みているソーシャルワーク実践の度合いは、ソーシャルワーカーによって異なることが判明した。ソーシャルワーク実践は、それぞれのソーシャルワーカーが特定の施設・機関に所属し、それぞれの利用者に対して各利用者の状況に応じて活用するソーシャルワーク実践スキルの積み重ねからなっている。そこで、ソーシャルワーク実践の多寡にはどのような要因が影響を与えているかについて分析を行うこととした。ソーシャルワーク実践の多寡には単一の要因が影響を与えているのではなく、複数の異なる要因が影響を及ぼしていることが想定される。そこで、複数の要因を同時に、また、それぞれの影響をコントロールして分析できる多変量解析を行うこととした。

この場合、従属変数（目的変数）はソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）のスコア（値）であり、独立変数（説明変数）にはソーシャルワーカーの属性など複数の項目を投入することが妥当と思える。回答者の属性など複数の項目が量的変数ではなく、質的変数であり、同時に属性の変数であることから分散分析（analysis of variance＝ANOVA）を行うこととした。また、影響を与えていることが推測される要因の中には精神保健福祉分野における経験年数などの連続量の変数も含まれることから、これらの連続量の変数を共変量（covariate）として同時に投入して分析することとした。そこで、分散共分散分析（analysis of covariance＝ANCOVA）を行うこととした。

（注：なお、これらの2つの分析を総称して共分散分析と呼ぶことも多いことから、本論においては、以下共分散分析と記述する。）

ソーシャルワーク実践の度合いに影響を及ぼし得る要因として、性別、精神保健福祉士資格の有無、社会福祉士資格の有無、学歴、高等教育機関における専攻が社会福祉学であるか否か、精神保健福祉分野での経験年数の6つの項目（変数）について分析をした。

これらの項目のうち、性別、精神保健福祉士資格の有無、社会福祉士資格の有無、学歴、高等教育機関における専攻が社会福祉学であるか否かの5項目はいずれも属性変数であり、質的変数である。これらの項目（変数）は固定因子として分析した。なお、学歴については、高校卒及び3年制の短大卒の回答者がそれぞれ1名であったため、高校卒、短大卒（2年制）、短大卒（3年制）を合わせて1つの変数として分析した。

一方、精神保健福祉分野における経験年数は連続量の量的変数であることから、共変量として分析することとした。なお、本研究においては精神保健福祉分野における経験年数のほか、回答者の年齢、社会福祉分野における経験年数の3つの属性を尋ねている。これ

らの項目（変数）は互いに極めて相関関係の高い変数となった。具体的には、回答者の年齢と福祉分野における経験年数の相関係数が 0.733、回答者の年齢と精神保健福祉分野における経験年数の相関係数が 0.665、そして福祉分野における経験年数と精神保健福祉分野における経験年数の相関係数が 0.739 であった。つまり、これらはお互いが極めて似通った傾向をもって分布しているということになる。このような相関関係の高い複数の変数は、互いに共線性を有することになる。共線性を有する複数の変数を同時に投入することは、多変量解析の分析の正確さを損ねることになる。そこで、これらの 3 つの項目（変数）を同時に共変量として投入すべきではないということになる。

一方、ソーシャルワーク実践の頻度のスコアと回答者の年齢、社会福祉分野における経験年数、精神保健福祉分野における経験年数との関係をみるために、それぞれの 2 変数間の相関関係を分析してみたところ、順番に回答者の年齢（0.189）、社会福祉分野の経験年数（0.206）、精神保健福祉分野の経験年数（0.156）となり、3 つの変数の中では社会福祉分野における経験年数が最も相関関係が高く、その次に年齢、そして、精神保健福祉分野の経験年数という順番となった。

本研究においては、これらの 3 つの項目のうち、本研究で最もソーシャルワーク実践との関係を分析したい「精神保健福祉分野における経験年数」を投入することとした。単純に人生の経験年数（年齢）や他の分野も含めた社会福祉分野の経験年数よりも、精神保健福祉分野における現場経験がソーシャルワーク実践に与える影響を分析したいと考えたからである。

ソーシャルワーク実践の頻度について共分散分析を行った結果、表 4-36 のような結果となった。有意確率の水準を 5 % としたところ、有意確率が 0.05 未満であるのは「精神保健福祉分野における経験年数」のみであり、この項目（変数）のみがソーシャルワーク実践の実践頻度のスコアへ統計的に有意な影響を及ぼしている要因といえることがわかった。

その他の性別、精神保健福祉士資格の有無、社会福祉士資格の有無、学歴、高等教育機関における専攻が社会福祉学であるか否かについての 5 項目は、いずれも有意確率が 5 %（0.05）より大きな数値となっており、統計的に有意ではないことがわかった。

表 4-36 ソーシャルワーク実践の実践頻度への影響を共分散分析した結果
従属変数： ソーシャルワーク実践

ソース	自由度	F 値	有意確率
修正モデル	7	1.366	0.221
切片	1	1442.169	0.000
性別	1	1.555	0.214
精神保健福祉士資格	1	0.019	0.892
社会福祉士資格	1	0.273	0.602
専攻（社会福祉学か否か）	1	0.753	0.387
学歴	2	0.828	0.438
精神保健福祉分野での	1	5.209	0.023*

経験年数			
誤差	229		

1 R2 乗 =0.040 (調整済み R2 乗 = 0.011)

*p<0.05

2 推定周辺平均、一元配置の分散分析結果の確認

共分散分析は、複数の独立変数（本研究の場合は、性別、資格の有無など）が従属変数（本研究の場合は、ソーシャルワーク実践の頻度）に影響を及ぼしていると推定できる場合に、他の変数（項目）の影響をコントロールした場合の平均値の推定値（推定周辺平均値）を算出することができる。例えば、男女別の推定周辺平均値とは、資格の有無、学歴、専攻分野、精神保健福祉分野における経験年数などがそれぞれの基準値（平均値のような値）にコントロールされている（基準値である）と数学的に仮定して計算したときの、男女別のソーシャルワーク実践の評価指標のスコアの推計値のことである。推定周辺平均を比較することによって要因と共変量の影響をコントロールした場合の比較ができることになる。

本研究の結果では、精神保健福祉分野における経験年数以外の要因はソーシャルワーク実践の頻度に統計的に有意な影響を及ぼしていないという結果がでており、当然それぞれの項目の属性ごとにみた推定周辺値もほとんど差がみられない。表 4-37 にみられるように、性別、精神保健福祉士や社会福祉士資格の有無、学歴、高等教育機関における専攻が社会福祉学であるか否かのすべての項目において他の項目の影響を除くようにコントロールしたときに、ソーシャルワーク実践の推定周辺平均値にはほとんど大きな差はみられない。

表 4-37 推定周辺平均値 従属変数：ソーシャルワーク実践

項目（変数）		平均値	標準誤差
		107.563	4.771
男性	(n=93)	107.881	4.964
女性	(n=144)	110.565	4.820
精神保健福祉士資格なし	(n=30)	109.009	5.210
精神保健福祉士資格あり	(n=207)	109.437	4.835
社会福祉士資格なし	(n=161)	109.871	4.725
社会福祉士資格あり	(n=76)	108.575	5.131
高卒、短大卒	(n=12)	104.641	5.028
大学（保健師、助産師養成課程を含む）	(n=213)	110.369	1.797
大学院・修士課程あるいはそれ以上	(n=12)	112.658	4.845
社会福祉学専攻	(n=139)	108.207	4.970
社会福祉学専攻でない	(n=98)	110.239	4.871

モデル：回答者 精神保健福祉分野経験年数 = 7.82 での共変量で推定します。

多変量解析の結果、さまざまな属性変数がソーシャルワーク実践の頻度に影響を及ぼしていないということは判明したが、念のためソーシャルワーク実践の頻度を従属変数とした一元配置の分散分析をそれぞれの属性変数ごとに行った。その結果、精神保健福祉士資格の有無（0.956）、社会福祉士資格の有無（0.215）、学歴（0.806）、専攻が社会福祉学であるか否か（0.386）のいずれの属性変数も、有意確率が大きく有意水準を超えた。したがって、いずれの項目（属性変数）もソーシャルワーク実践頻度に統計的に有意な影響を及ぼしていないことが確認できた。

3 ソーシャルワーク実践の4つの因子に影響を与える要因の分析

ソーシャルワーク実践の構成概念の妥当性を判断するために因子分析をした結果、本研究で作成されたソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版では4つの因子が抽出された。4つの因子は、前述したようにそれぞれ「問題予防や課題解決」、「信頼関係を築く」、「対人関係技能や自己評価を高める」、「ケースマネジメント」スキル群と命名された。

下位尺度（指標）はそれぞれ7～10の項目から構成されており、1つ1つが独立したソーシャルワーク実践の一側面を測定できる尺度となっている。そこで、各因子に影響を与える要素の分析をするために下位尺度（指標）の合計スコアを集計し、それぞれの値を従属変数（目的変数）とする共分散分析を行った。独立変数（説明変数）及び共変量として投入する変数はソーシャルワーク実践の共分散分析と同じ変数とした。

その結果を表4-38に示した。表に示されるように、有意確率が5%の水準より小さな値となったものは第4因子（ケースマネジメントのスキル群）の精神保健福祉分野における経験年数のみになった。その他の因子については、統計的に有意な影響を与える要素は確定しなかった。

有意水準を10%にすると、第3因子（対人関係技能や自己評価を高めるスキル群）については性別と精神保健福祉分野の経験年数が有意となる。推定周辺平均値を確認したところ、男性が推定周辺平均値が20.383であるのに対して女性が21.462とであり、対人関係技能や自己評価を高める因子に関しては、統計的な有意水準を引きあげれば、精神保健福祉分野の経験のほかに性別が影響を与える要素といえ、男性よりは女性のほうがこのようなソーシャルワーク実践スキルをより多く活用する傾向にあることがわかった。

表 4-38 4つの因子に影響を与える要素、共分散分析の結果（有意確率）

	第1因子 （問題予防 や課題解決 のスキル 群）	第2因子 （信頼関係 を築くスキ ル群）	第3因子 （対人関係 技能や自己 評価を高め るスキル群	第4因子 （ケースマ ネージメン トのスキル 群）
性別	0.438	0.109	0.057*	0.935
精神保健福祉士資格	0.481	0.984	0.796	0.494
社会福祉士資格	0.448	0.896	0.383	0.985
社会福祉学専攻	0.648	0.240	0.340	0.720
学歴	0.371	0.404	0.425	0.741
精神保健福祉分野経験年数	0.286	0.122	0.074*	0.000**

*p< 0.10 **p< 0.05

第7節 サービス・プログラムの充実度に影響を与える要因の分析

1 サービス・プログラムの提供の度合い

第3節において、精神障害者地域生活支援センターの実践内容についての集計結果をまとめた。本研究の研究目的の1つに、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの充実度に影響を与える要因の分析がある。

そこで、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いを数量的な変数として表すことができないかを検討することとした。本研究では、精神障害者地域生活支援センターが提供しているサービス・プログラムを網羅的に32項目あげ、それぞれの提供の頻度について回答を得ている。そして、これらのサービスやプログラムに関する調査項目は、個別、集団、家族、そして地域に対してさまざまなレベルに対して働きかけるものが含まれていることは前述したとおりである。それぞれの項目ごとの回答は、「しない、ほとんどしない」「年に1回以上行う」「月に1回以上行う」「週に1回以上行う」「ほぼ毎日行う」の5段階の順序であらわされている。これらの5つの段階は等間隔なものではない。しかし、1つ目の項目よりは2つ目の項目、2つ目の項目よりは3つ目の項目、3つ目の項目よりは4つ目の項目、4つ目の項目よりは5つ目の項目がよりサービスやプログラムの提供頻度が高いことが確実といえる5段階以上の順序で表される順序変数

となっている。このような変数は、一般に量的変数として取り扱って統計処理することが可能とされている。

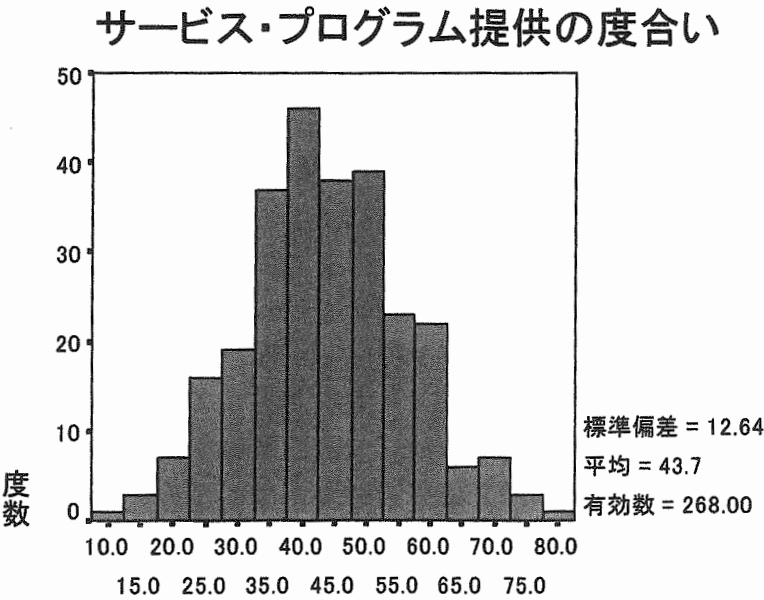
そして、本章第3節の調査結果に示されたように、それぞれのサービスやプログラムごとの分布状況は大きく偏る項目は非常に限られており、かなりの項目が標準分布（正規分布）に近い形となる分布となった。1つの回答（値）に5割以上が集中するような分布状況は多くはみられなかった。

このようなことから、本研究の調査は精神障害者地域生活支援センターが提供しているサービス・プログラムを網羅的にたずねており、それぞれの項目ごとに平均値の値に最も度数の高い回答結果となる項目（変数）がほとんどとなっており、総合的にみて精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いを測ることができると考えられる。

そこで、上記の回答項目の「しない、ほとんどしない」に1、「年に1回以上行う」に2、「月に1回以上行う」に3、「週に1回以上行う」に4、「ほぼ毎日行う」に5の値を割り当て、それぞれのポイントを合計したスコアを集計して分析してみることとした。

集計の時には、合計スコアの起点が0となるように、すべての項目から1点（データに欠損値がないため、全体から32ポイント）を差し引き集計した。その結果を図4-84に示した。

精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いの合計スコアの集計結果は、平均値が43.69、中央値が43、標準偏差が12.64であった。理論的な最低値は0、最高値は144ポイントであったが、集計結果は最小値が10、最大値が78であった。集計結果から、サービス・プログラム提供の度合いの合計スコアは正規分布に極めて近い形での分布となった。そこで、このサービス・プログラムの提供の度合いを連続量の変数として取り扱うことができると判断した。



サービス・プログラム提供の度合い

図 4-84 サービス・プログラムの提供の度合い

2 サービス・プログラムの提供の度合い（充実度）に影響を与える要因の選択

サービス・プログラムの提供の度合い（充実度）にはどのような要因が影響を与えているのか否かについて分析することとした。

サービス・プログラムの提供の度合いに影響を与え得る要因として、運営法人の種類（医療法人か、社会福祉法人等かなど）、物理的に他の社会復帰施設と併設されていない単独設置であるか否か、常勤スタッフに含まれる精神保健福祉士の数、常連メンバーの数、そして精神保健福祉士のソーシャルワーク実践のスコアなどが考えられた。

運営法人の種類は、本研究において当初は医療法人、社会福祉法人、地方自治体などの他にも属性を分けてたずねたが、NPO 法人と社団法人は社会福祉法人と同じ変数に、そして、財団法人とその他の運営団体を地方自治体と同じ属性で「その他」として3つの属性に再分類して分析することとした。

サービス・プログラムの提供の度合いに影響を与えうる定量的な変数として、登録メンバー数と常連メンバー数（概ね週1回以上の利用のある利用者数）とが考えられたが、これらの2つの変数は相互に相関関係が高く、Pearson の相関係数は 0.528 になった。このように相関関係の高い複数の変数を多変量解析に同時に投入するには、共線性の問題がある。そこで、両方を投入するよりは、どちらかのみを投入して分析することが望ましいと考えられた。そこで、サービス・プログラム提供の度合いとの相関係数をみってみることとした。その結果、登録利用者数との相関係数は 0.127 であり、常連メンバー数との相関係数は 0.202 となっていることがわかった。両方の変数ともにサービス・プログラムの提供の度合いとの間に統計的に有意な相関関係があるが、その中で、実際に利用している利用者数の影響を他の項目（変数）と共に分析するほうが、本研究の目的に照らし合わせて望ましいと思われたので、常連メンバー数のみを分析に投入することとした。

3 サービス・プログラムの提供の度合いとソーシャルワーク実践との相関関係の確認

サービス・プログラムの提供の度合いに影響を与えている可能性の高い要因として、スタッフの中で中心的な役割を期待されている「ソーシャルワーク職」に就いているスタッフのソーシャルワーク実践の頻度が考えられる。本研究においては、ある特定の精神障害者地域生活支援センターが提供しているサービスやプログラムの実践頻度を回答に求めた。それとは別に「精神科ソーシャルワーカーかつ／または精神保健福祉士」に回答を求め、回答者のソーシャルワーク実践スキルの活用頻度をたずねた。精神障害者地域生活支援センターのスタッフの配置は前述したように施設長1名、精神保健福祉士（または精神科ソーシャルワーカー）1名、社会復帰指導員3名（うち2名まで非常勤可能）である。そこで「精神科ソーシャルワーカーかつ／または精神保健福祉士」の者1名に回答を求めれば、必然的にその組織のサービス・プログラム提供の中心的役割を担っているスタッフ（ソーシャルワーク職に就いているスタッフ）から回答が得られるものと想定できた。

それぞれのサービスやプログラムの実践については、「食事サービスの提供」や「地域の他機関との連絡・調整」「ピアカウンセリング」など具体的なサービスやプログラムを指定

して回答を得ており、これらの項目とソーシャルワーク実践の各項目とは同じものを測定しているものとは思えない。そこで、それぞれが異なるものを測定し得ているものとして、2つの量的変数の関係を確認するために相関関係を分析した。

統計的な計算を行う前に、サービス・プログラムの提供の度合いのスコアとソーシャルワーク実践のスコアとの関係を散布図で確認したところ、図 4-85 のようになり、サービス・プログラムの提供の度合いと、ソーシャルワーク実践の実践頻度との間には正の相関関係がみられる。

次に、2つの項目（変数）の間に統計的に有意な相関関係があるか否かや、相関関係の強さをみるために相関関係の分析をした。もしも、相関係数が 0.708 以上のような高い数値となれば、変数の分散のうち 50%以上が相関関係によって説明されてしまうこととなり、表面的には別のことを測定しようとしながら、結果的に同じものを測定していることを疑う必要がでてくる。また、あまりにも高い相関係数がみられる場合には、たとえ全く異なるものごとを測定した変数であっても、共分散分析を行うときの共変量として2つの項目（変数）を同時に投入することを控える必要があるかもしれない。

両変数の相関係数を求めたところ、サービス・プログラムの提供の度合いと、ソーシャルワーク実践の頻度との間の Pearson の相関係数は 0.451 で統計的に有意であることが判明した（有意確率=0.000、 $p<0.01$ ）。0.451 という相関係数の数値は、一定以上の相関関係があり、一方が増加したときに他方が増加していくような相関関係があることを示している。しかし、この値は同じものを測定していると判断しなければならないほど高くはないと判断でき、2つの変数をともに共変量に投入することはできると判断した。

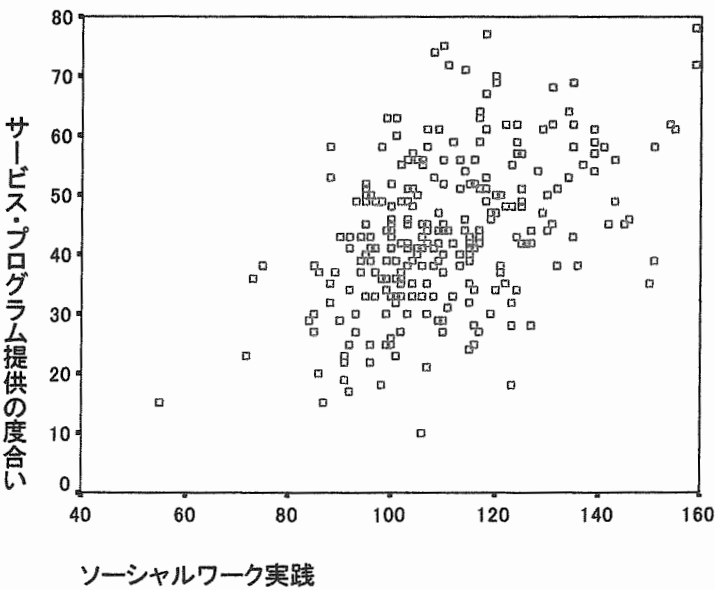


図 4-85 ソーシャルワーク実践とサービス・プログラムの提供の度合いの関係

4 サービス・プログラム提供の度合いに影響を与える要因

サービス・プログラム提供の度合いに影響を与える要因の分析として共分散分析を行う

こととし、運営法人、単独設置か否か、常勤スタッフの精神保健福祉士数を固定因子（属性変数）の要因として、常連メンバー数とソーシャルワーク実践の頻度を共変量（量的変数）の要因として同時に分析することとした。

その結果を表 4-39 に示した。共分散分析の結果、サービス・プログラムの提供の度合いには、運営法人の種類、単独設置であるか否か、常勤スタッフの精神保健福祉士の数などは統計的に有意な影響を及ぼさないことがわかった。しかし、常連メンバーの数とソーシャルワーク実践の頻度は統計的に有意な影響を及ぼしていることがわかった。つまり、常連メンバーが多いほど、サービス・プログラムの提供の度合いは多くなり、また、スタッフの中でも精神保健福祉士（かつ、または精神科ソーシャルワーカー）のソーシャルワーク実践の頻度が高いほど、その精神障害者地域生活支援センターにおけるサービス・プログラムの提供の度合いも高いということがわかった。

表 4-39 サービス・プログラム提供の度合いに影響を与える要因
被験者間効果の検定
従属変数：サービス・プログラム提供の度合い

ソース	自由度	F 値	有意確率
モデル	9	439.829	0.000
運営法人	2	0.524	0.593
単独設置	1	0.900	0.344
精神保健福祉士数	3	0.559	0.643
常連メンバー数	1	7.872	0.005*
ソーシャルワーク実践	1	61.311	0.000*
誤差	249		
総和	9	439.829	0.000

R2 乗 = 0.926（調整済み R2 乗
=0.924）

*p<0.05

共分散分析においては、前述したようにそれぞれ異なる影響を与え得る要因相互の影響を取り除いた上での各項目の平均値の推定値（推定周辺平均値）を求めることができる。例えば、運営法人が社会福祉法人か医療法人であるかによってその精神障害者地域生活支援センターにおけるサービス・プログラムの提供の度合いの平均値が異なるようにみえても、それは実際にはそこで働くスタッフのソーシャルワーク実践の頻度の多寡による影響による差であることがある。このような他の要因の影響をコントロールして（除外して）推定周辺平均値を統計的に計算することにより、特定の要因の単独での影響を分析することができる。その結果を表 4-40 でみた。

本研究の結果では、ソーシャルワーク実践の頻度と常連メンバー数以外の要因は、サービス・プログラムの提供の度合いに統計的に有意な影響を及ぼしていないという結果がでており、当然のことながらそれぞれの項目ごとにみた推定周辺値もほとんど差がみられな

い。

表 4-40 サービス・プログラム提供の度合いの推定周辺平均値

従属変数： サービス・プログラム提供の度合い

項目（変数）	平均値	標準誤差
全 体	43.936	1.261
運営法人		
社会福祉法人、NPO、社団法人（n=144）	44.966	1.182
医療法人（n=93）	43.542	1.481
地方自治体立、その他（n=21）	43.299	2.611
単独設置か否か		
単独設置ではない（n=164）	44.652	1.317
単独設置である（n=94）	43.220	1.608
スタッフの精神保健福祉士の数		
精神保健福祉士はいない（n=11）	47.049	3.576
精神保健福祉士は 1 名（n=85）	43.158	1.405
精神保健福祉士は 2 名（n=94）	42.391	1.362
精神保健福祉士は 3 名以上（n=68）	43.145	1.504

モデル：常連メンバー数 26.75、ソーシャルワーク実践=110.55 の共変量で推定します。

多変量解析の結果、ソーシャルワーク実践の頻度や常連メンバーの数以外のさまざまな項目（変数）は、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに影響を及ぼしていないということが判明した。

念のため、サービス・プログラムの提供の度合いを従属変数とした一元配置の分散分析をそれぞれの変数ごとに行った。その結果においても、運営法人（0.528）、単独設置か否か（0.145）、精神保健福祉士の数（0.558）のいずれの属性変数も、有意確率が大きく有意水準を超えた。したがって、いずれの項目（変数）もサービス・プログラムの提供の度合いに統計的に有意な影響を及ぼしていないことが確認できた。

第 8 節 今後身につけたい援助の方法、技法、技能等

本研究においては、回答者である精神障害者地域生活支援センターの精神保健福祉士かつ、または精神科ソーシャルワーカーに対して、「精神障害者地域生活支援センターのスタッフとして今後身につけたい援助の方法、技法、技能等」を自由記述で回答してもらった。回答者のうち 193 名から具体的な記述を得ることができた。その自由記述の回答をすべて書き出し、一フレーズごとにコード化して集計を行った。

その結果を表 4-41 に示した。

具体的な記述をしてくれた回答者 193 名の 1 割以上が（１）個別援助方法、ケースワーク、個別の課題、個別の目標の設定、（２）面接やカウンセリングの技法、（３）利用者主体、ストレングス視点による援助、エンパワメント視点による援助、（４）SST の方法や技法、（５）ケアマネジメント、ケースマネジメント、ケアプランづくり、（６）地域のネットワークづくりの 6 点をあげた。

次に、具体的な記述をしてくれた回答者の 5%以上が（１）ニーズの正確な把握、アセスメント、（２）病気、障害の深いレベルにおける理解、（３）グループワークの方法、技法、（４）個別支援のネットワーク、個別支援のシステムづくり、（５）関係機関との連携、調整、価値観の共有、（６）社会資源の情報収集、社会資源の活用の 6 項目をあげた。

個別具体的にあげられた援助の技法や技能で特徴的なものをあげると、（１）危機介入の仕方、不調時の対応の仕方、（２）就労支援、ジョブコーチ的な支援、職業リハビリテーション、（３）複合問題家族への支援、家族関係の調整、家族の高齢化への対応、（４）セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート、（５）ピアカウンセリングの支援、（６）コミュニティワーク、コミュニティオーガニゼーション、（７）制度の活用、制度利用の促進、（８）就労先開拓、職場開拓、（９）自己研鑽にはげむ、自己覚知を深める、などがあげられた。

表 4-41 今後身につけたい援助の方法、技法、技能等

援助の方法、技法、技能等	回答数
個別の利用者への支援に関して	
個別援助方法、ケースワーク、個別の課題の設定、個別の目標の設定	35
面接技法、カウンセリング技法	32
利用者主体、エンパワメントな援助、ストレングス視点による援助	20
理論を実践に反映する援助、理論に基づいた援助	3
過剰な支援はしない、ゆっくり見守る支援	4
ニーズの正確な把握、アセスメント	17
病気、障害の正確な理解、深い理解	14
交流分析、心理的アセスメント	2
受容、共感、受けとめる、信頼関係を築く技能	3
認知や行動に働きかける支援、認知療法的アプローチ	4
危機介入の仕方、不調時の対応の仕方	6
就労支援、ジョブコーチ的な支援、職業リハビリテーション	7
自立生活支援プログラム	1
引きこもりの方への対応	2
人格障害の方への対応	3

社会的入院の方の退院促進の対応	1
重複障害の方への対応	4
病識のない方、服薬拒否の方への対応	1
アルコール依存症者への対応	1
依存的な利用者の方への対応	2
若年層の利用者への対応	1
障害の受け入れとカミングアウトの支援	1
家族への支援に関して	
家族教室、心理教育的アプローチの方法	4
複合問題家族への支援、家族関係の調整、家族への支援、家族の高齢化への対応	7
高 EE（感情表出の高い）家族への支援	1
集団への支援、ピア支援の側面的支援に関して	
グループワークの方法、技法	13
SST の方法、SST を開催したい、SST の技術を向上させたい	22
セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート	9
ピアカウンセリングの支援	6
個人と地域への支援、つながりの構築に関して	
ケアマネジメント、ケースマネジメント、ケアプランづくり	34
個別支援のネットワーク、個別支援のシステムづくり	12
地域への支援に関して	
コミュニティワーク、コミュニティオーガニゼーション	8
ネットワークづくり	22
関係機関との連絡、調整、価値観の共有	17
関係機関との会議の進め方、関係機関との連絡の仕方	4
チームアプローチの技法	1
医療機関との連携、連絡・調整	2
行政機関との連携、連絡・調整	4
社会資源の情報収集、社会資源の活用	10
制度の活用、制度利用の促進	9
ボランティアの活用、ボランティアの育成	3
成年後見制度の活用、権利擁護活動	2
地域住民への広報・啓発活動、PR、偏見をなくす活動	
	5

社会資源の開拓・開発	4
就労先開拓、職場開拓	7
ニーズの掘り起こし、訪問によるニーズ把握、リーチアウト	4
精神障害者地域生活支援センターの組織、活動に関して	
ニーズをプログラム、活動づくりに反映していく	3
当事者職員との協働関係づくり	1
苦情等への対応の仕方	1
スーパービジョン	1
その他、知識、技術の習得	
他の障害（知的障害、身体障害）に関する知識を深める	2
法律についての知識を得る	2
自己研鑽にはげむ、自己覚知を深める	6
その他（社会性を身につける、教養を身につける、護身術、ストレッチ・呼吸法）	5

第5章においては、研究結果から明らかになったことについて考察を行う。その際、以下のような項目に分けて考察をしていくこととする。

第1節においてはソーシャルワーク実践スキルの定義について考察する。

第2節においては精神障害者地域生活支援センターの運営の実態について考察する（第1研究課題）。第3節においては精神障害者地域生活支援センターの実践の実態について考察する（同じく第1研究課題）。

第4節ではソーシャルワーク実践スキルとソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）について考察し（第2研究課題）、続く第5節においては本研究において作成された日本版のソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）と米国のソーシャルワーク実践スキル尺度との比較を行い、その共通点と相違点について考察する。

第6節においてはソーシャルワーク実践の頻度に影響を与える要因について考察する（第3研究課題）。第7節においては精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに影響を与える要因について考察する（第4研究課題）。

第8節においては精神保健福祉分野のソーシャルワーカーが身につけたい援助の方法、技法、技能等について考察する（第5研究課題）。

第9節においては本研究の限界と意義について考察し、第10節において今後の課題を（1）研究の課題、（2）教育の課題、（3）実践の課題、（4）施策の課題に分けて考察する。

第1節 ソーシャルワーク実践スキルの定義

ソーシャルワーク実践スキルの定義はこれまで先行研究の中で議論の対象となってきた。そもそもソーシャルワーク実践スキルは「能力」を指すのか「行動」を指すのかということを中心に議論が繰り返されてきた。しかしこれまでの先行研究の中で、英語の skill を可算名詞、不可算名詞のどちらとして用いているかの認識をしないままに議論、翻訳がなされてきたために多少の混乱があったことは否めない。skill は不可算名詞として使用されるときは「能力」の意味になるが、多くの英語の文献の表題や見出しなどにおいては skills、つまり可算名詞として複数形で使用されており、このときの skills は「行動」を意味する。詳説すると、skills は「特別な知識や訓練を要する作業や行動」を意味する。これらのことから、本研究においてはソーシャルワーク実践スキルを「ソーシャルワークの価値を基盤にして行う特別な知識や訓練を要する行動（言動）」と操作的に定義して論ずることとした。

ソーシャルワーク実践は、グループワークやコミュニティワークのように「目的達成のための一連の手続き、順序立ったやり方」などの「方法」の組み合わせで行われる。そして、方法を実際に用いていく時には「道具として」「技法あるいはテクニック」が必要とな

る（前田、1984）。しかし、これらの方法や技法はソーシャルワーク実践の最小単位ではない。さらに細分化した単位でソーシャルワーク実践をとらえることによって、ソーシャルワーク実践がより教示しやすく、より訓練しやすくなるはずである。そこで、本研究においては最小単位であるソーシャルワーカーの行動（言動）に着目した。ソーシャルワーク実践は、1つ1つのソーシャルワーカーのとり行動（言動）の積み重ねである。それらのソーシャルワーカーの行動は一般の人が特別な知識や訓練なしにとる行動とは異なり、専門家としての特別な知識や訓練を要する行動の積み重ねであることが望まれる。ソーシャルワークの価値を基盤にして行う特別な知識や訓練を要する行動（言動）が、ソーシャルワーク実践スキルなのである。そして、ソーシャルワーカーは利用者や利用者を取り巻く状況についてアセスメントを行い、そのアセスメントに基づいて援助計画をたて、援助計画に沿ったソーシャルワークの介入を行う。介入はソーシャルワークの方法や技法の組み合わせから成り立つ。そして、それらのソーシャルワークの介入を成り立たせる1つ1つの行動（言動）がソーシャルワーク実践スキルである。ソーシャルワーカーはソーシャルワーク実践スキルを活用することによってソーシャルワーク実践を行う。

今後のソーシャルワーク実践の教育は、ソーシャルワーカーの目指すべき理念や方向性を十分に教えることや、ソーシャルワーク実践を構成する方法や技法を伝授することのみならず、より小さな単位であるソーシャルワーク実践スキルについて教授することに、より一層の力を注ぐべきであろう。スキルを身につけるためには、ソーシャルワークの専門家として必要な知識と訓練の両方を要する。このような教育を通して、社会福祉の現場でソーシャルワークの価値に基づきソーシャルワーク実践に関する知識とスキルを十分活用できるような、コンピテンシーを有するソーシャルワーカーが養成されていくことになるであろう。また、すでに現場で実践しているソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク実践スキルを充分活用できているか否かを意識しながら実践を積み重ねていくべきであろう。本研究においてはこれらの重要性が研究全体を通して浮かび上がってきたと考える。

第2節 精神障害者地域生活支援センターの運営の実態

1 社会福祉法人・NPO法人・社団法人を合わせた割合が過半数に

本研究において、精神障害者地域生活支援センターを運営する法人の割合は医療法人が35%強にとどまり、社会福祉法人（45.5%）をはじめNPO法人（5.6%）や社団法人（4.1%）、そして家族会や地域の運営委員会など、社会福祉を主たる目的とする法人や団体による運営が過半数を占めているという実態が確認された。先行研究（岩上、2001）においては、社会福祉法人による運営が43%に対して医療法人によるものが40%と、その割合が拮抗していたことと比較すると、明らかに社会福祉法人立などによる運営の割合が増加している傾向を示しているといえよう。

精神障害者地域生活支援センターは、1996年に社会復帰施設に併設して設置する「精神障害者地域生活支援事業」として認められ、1999年の精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）の改正により、精神障害者社会復帰施設の1つとして位置づけられた。精神障害者社会復帰施設は精神障害者が社会福祉の目的に沿ったサービスやプログラムの提供を受け、社会生活や日常生活を送ることができるように援助する入所や通所の形態を有する施設である。中でも精神障害者地域生活支援センターは精神障害者の地域生活を支援するのが本来的な目的である。このようなことから、精神障害者地域生活支援センターは精神障害者への医療サービスを提供する機関とは異なる機関としての位置づけがなされ、地域の中で精神障害者への社会福祉サービス等を提供する機関として位置づけられ実践が積み重ねられるのが望ましいといわれてきた（田中、2001b；池末、2001；全国社会福祉協議会・心身障害者団体連絡協議会、2000）。

しかし、精神障害者が社会福祉サービスや社会福祉施策の対象として法律のかつ政策的に認められたのは、1993年に障害者基本法が制定されてからである。先駆的な活動を展開してきた精神障害者小規模作業所（共同作業所）などをのぞくと、日本では地域の中で公的な補助金・助成金などを用いて精神障害者に対して社会福祉サービスが提供されてきた歴史は非常に浅い。そのため、全国的にみて医療機関と保健機関のみが精神障害者に対するサービスを実質的に提供しているという地域がまだ多いという現実がある。また、当初精神障害者地域生活支援センターは他の精神障害者社会復帰施設に併設することを条件に設置され、併設の対象となった生活訓練施設や授産施設などが医療法人によって設置・運営されたものが多かったという傾向もあった。このようなことから、医療法人が運営する精神障害者地域生活支援センターが多い傾向が続いたが、調査時点においては、すでに社会福祉法人やNPO法人による運営がなされることが多くなったことが明らかになった。

入院による治療の必要性がない精神障害者が必要な医療サービスを受けながら、地域における生活を維持していくためには、今後は社会福祉や地域福祉を主たる目的とする法人や団体によるサービスやプログラムを受けることが重要となってくるであろう。なぜなら、精神科を有する機関を運営する医療法人は、精神疾患を有する人々の治療や医療のための保護を主たる目的としており、精神障害者の人々の地域での生活の質の向上を目指した支援を行うには限界がある。これに対して、社会福祉法人やNPO法人は社会福祉を目的とし、人々の生活の質の向上、自己実現、尊厳ある生活などを目的とする機関であり、地域で生活する精神障害者の人々の生活の質の向上を目指した実践を行うことができる。社会福祉法人やNPO法人であれば、特定の医療機関の患者であることを条件に利用登録を認めるなど一部の地域で報告されているような運用をすることなく、中立的な立場で地域にある複数の医療機関と連携をとりながら精神障害者の地域生活支援を行うことができるという利点がある。したがって、社会福祉法人、NPO法人などの団体による運営がなされる精神障害者地域生活支援センターの割合が増加しているということは望ましいと思われる。一方、医療法人による運営の精神障害者地域生活支援センターでは、特定の病院や診療所の患者に利用を限るなどの運用をせずに、中立的な立場で地域の複数の医療機関と連携しながら活動を行うことが望まれるであろう。

2 スタッフの有資格者の割合の増加

先行研究においては、精神保健福祉士の配置状況が低いことが報告されてきた。寺田（2001）の研究では、2000年時点で精神保健福祉士の配置がないセンターが6割強であり、岩上（2002）の研究では施設長以外に精神保健福祉士未配置のセンターが4割であった。しかしながら、本研究において常勤のスタッフに精神保健福祉士が含まれない精神障害者地域生活支援センターは約4%のみとなっており、95%を超えるセンターに常勤の精神保健福祉士が配置されていることが明らかとなった。常勤スタッフの中で精神保健福祉士が1名のみのセンターは3割にとどまり、2名いるところが36%、3名以上いるところが27%にもものぼっており、有資格者の配置状況がすすんでいる実態が明らかとなった。

精神障害者地域生活支援センターは職員配置は4名で事業開始をした。事業開始の1996年の時点では、精神保健福祉士資格はまだ制定されていなかった。その後、職員は増員され、施設長1名、精神保健福祉士（経過措置として精神科ソーシャルワーカーでも可）1名、精神障害者社会復帰指導員3名（そのうち2名は非常勤とすることができる）の5名配置となった。

一方、精神保健福祉士資格の法制化は1997年になされ、施行された1998年からの5年間は現場経験を有するものに対しては精神保健福祉士の受験資格の取得に特別な措置がなされてきた。これらの効果もあって、それまで資格を保有していなかったスタッフの資格取得がすすんだことも背景にはあるであろう。

精神障害者の地域生活支援について、大きな役割と期待を担っている精神障害者地域生活支援センターにおいて、有資格者の配置がかなりのスピードですすんでいることは望ましいことと思われる。今後、すべてのセンターに国家資格保持者が配置されることが望まれるであろう。また、このような有資格者の配置状況の実態に応じて職員の配置規準を上げたり、補助金の算定規準の見直しなどが行われることが求められよう。

本研究においては、スタッフに関してはこの他に当事者スタッフの雇用の状況をたずねた。精神障害者地域生活支援センターにおいて非常勤職員の配置が認められる中、先駆的な取り組みをしてきた施設では精神障害者である当事者を非常勤スタッフとして雇用してきた。本研究において当事者の雇用状況を確認したところ、当事者を非常勤スタッフとして雇用しているセンターは13.8%であることが明らかとなった。

3 長時間、長期間に及ぶ開所

精神障害者地域生活支援センターの事業開始当初の実施要綱において、「留意事項」として「休日・夜間の緊急対応への備え」が記されていた。そのためセンターの開所時間は全体として長く、土・日や祝祭日における開所が工夫されているところが多い。また、曜日によって開所時間や閉所時間を変則的に設定していることが多い。本研究では一週間の中で最も多いパターンの開所時間と閉所時間について集計した。単純な開所時間、閉所時間

の計算にはなじまないが、全体的な傾向をみることは可能である。

1) 早くから遅くまで、日曜祝祭日も開所する努力

全体の7割以上が午前9時には開所している。午後5時までに閉所するセンターは決して多くなく、その割合は約37.4%にとどまり、24時間開所している3箇所のほか、全体の2割は閉所が午後8時以降であった。

自由記述からは、土曜日の開所はほとんどのセンターで行われていること、日曜祝日の開所も多いこと、そして365日無休で開所しているセンターもあることがわかった。このように、精神障害者地域生活支援センターは朝早くから夜遅くまで開所しているところが多く、祝祭日の開所に努めているところがかかりあった。

2) 半数が夜間閉所後もほぼ毎日電話相談を受け付け

夜間、閉所後の電話相談をほぼ毎日受け付けているところが全体の過半数(51.9%)にのぼった。「ほとんどなし」は全体の27%にすぎなかった。自由記述において、どのような体制で夜間閉所後の電話相談を受け付けているかをたずねたところ、併設施設や関係医療機関との連携によって夜間の電話相談の受け付けへ対応しているところがかかりあった。このような対応は望ましいと思われる。一方、一部のセンターにおいては職員がセンター専用の携帯電話を交代で持ち帰り、夜間の電話相談への対応をしている実態が明らかになった。

3) 4分の1のセンターで相談・助言を市町村から受託して実施

市町村から精神障害者社会復帰施設や精神障害者居宅支援事業の利用についての相談・助言について、精神保健福祉および精神障害者の福祉に関する法律に基づいて委託を受けているか否かについては、4分の1の精神障害者地域生活支援センターが委託を受けていると回答した。

4) 開所曜日・開所時間の評価と課題

このような長時間、長期間に及ぶ開所時間は、利用者にとっては望ましいことと思われる。いくつかの側面からこのようなセンターの努力は高く評価できる。

第1に、精神障害者地域生活支援センターはいつでも利用可能で開かれた存在として機能していることが評価されるべきである。精神障害者地域生活支援センターの利用者は登録制になっている。登録制であるということは、利用をするか否か、どのような時間帯に利用するかなどが利用者に任されていることを意味する。そこで、利用者からみたときに精神障害者地域生活支援センターがいつでも利用可能で開かれたイメージであることが望

ましい。また、利用者が利用しやすい、あるいは利用したいと思う時間帯や曜日に利用できるような曜日や時間帯に開所されていることが必要となる。

本研究の結果、精神障害者地域生活支援センターは全国的に長時間、長期間に及ぶ開所をしていることが明らかになった。就労している精神障害者や引きこもりがちな精神障害者であっても利用しやすい時間帯や曜日に開所し、閉所後の電話相談への対応体制を有していることが多いなど、まさにいつでも利用可能で開かれた存在として機能できるような工夫がなされている。

第2に、精神障害者地域生活支援センターは夕方から夜間にかけてのニーズへの対応や緊急時の第1次的対応など重要な機能・役割を担っていることが評価されるべきである。精神障害者の地域生活支援では、夕方から夜間にかけてのニーズへの対応が常に大きな課題となってきた。精神障害者の生活を支えるネットワークの中に、医療機関や利用型の精神障害者社会復帰施設、公的機関の窓口が閉まってしまう時間帯に対応できるサービスが必要とされてきた。医療機関から提供されるべき精神科救急サービスは、近年政策的な後押しもあって全国的に整備されつつある。しかし、夕方から夜間にかけてのニーズは精神科救急サービスを利用する条件が満たされるほどに重篤なものばかりではない。精神科救急サービスを利用しなければならないほど重篤な状態になる前に、利用者の状況を把握している精神障害者地域生活支援センター等が対応することによって、より危機的な状況の予防がなされていると評価するべきであろう。

本研究の結果、精神障害者地域生活支援センターの閉所後もほぼ毎日電話相談を受け付けているセンターが過半数（51.9%）にのぼることがわかった。また、別の質問項目において、夜間に限らないがセンターは「緊急時に自宅訪問等の対応」をほぼ毎日（1.9%）、週1回以上（13.8%）、月1回以上（25.8%）、年1回以上（42.2%）の高い割合で行っていることが明らかになった。このように、精神障害者地域生活支援センターは夕方から夜間にかけてのニーズへの対応や緊急時における第1次的な対応を相当担っていることが明らかとなった。このような役割や機能を精神障害者地域生活支援センターが担っている意義は大きく評価されるべきである。

第3に、精神障害者地域生活支援センターは地域の実情に応じて創意工夫をしながら対応体制を整えていることが評価されるべきである。精神障害者の地域生活を支えるためには多様な時間帯における対応体制が必要とされ、また、柔軟な対応体制が必要とされてきた。午前9時から午後5時までの利用、そして施設・機関へ利用者自身が出向くことによってしか利用できなかった従来の社会福祉の通所利用型の施設・機関のような対応体制では、精神障害者の地域生活支援のニーズには応えられないことを意味する。

本研究において精神障害者地域生活支援センターは、全国的に地域の実情に応じて創意工夫をしながら柔軟な対応体制を整えている実態が明らかになった。利用できる曜日や時間帯は幅広く、電話のみによる利用も可能であるなど、従来の社会福祉サービスを提供してきた施設・機関と比較しても格段に柔軟で充実した対応体制といえよう。利用者である精神障害者の特性を踏まえて、このような柔軟な対応体制づくりが全国的になされていることは特に評価されるべきである。

一方、施設・機関や従事する職員にとってはどのような課題がみられるだろうか。長時間、長期間、夜間をも含めた相談受付体制を5人（そのうち2名は非常勤でよいとされている）の職員体制で行うことには非常な困難が伴うのではないだろうか。

第1に、勤務体制の課題や勤務している職員数の課題がある。精神障害者地域生活支援センターは5人の職員配置で、そのうち2人は非常勤職員でかまわないとされている。そこで、実質的には施設長を含めて3名の常勤職員と2名の非常勤職員で長時間・長期間開所できるように勤務体制を組まざるを得ないことになる。開かれたセンターを目指し、柔軟な対応体制を目指せば目指すほど職員の勤務体制に無理が生じがちであり、特定の曜日や時間帯に勤務している職員数が極端に希薄なものにならざるを得ないなどの課題が生じるであろう。当初は併設施設があることが前提であったが、現在は単独設置も認められている。利便性の高い駅前などにサテライトセンターを設置するような取り組みも多くなされるようになってきている。このような職員配置規準のままで、精神障害者地域生活支援センターに期待されている機能を担い続けることには無理が生じるのではないかという懸念がある。

なお、併設施設や法人グループの他施設との連携による対応体制の工夫は評価されるべきである。事業開始当初は精神障害者社会復帰施設への併設が設置条件であったことから、閉所後の電話相談などに対しては併設施設・機関のスタッフが対応する工夫が多くなされている。また、同じ法人グループに所属する病院の当直や夜勤スタッフが対応する工夫もなされている。このような協力体制をとることができる精神障害者地域生活支援センターにおいては、職員の勤務体制もそれほど過酷なものにはならないかもしれない。また特定の時間帯における職員配置状況が極端に希薄にはなることはないかもしれない。

しかし、併設施設があることが条件ではない以上、単独設置のセンターにおいてもニーズに応じた柔軟な対応ができるような現実的な職員配置を行うことが望まれる。

第2に、職員の過重労働の危険性が課題である。一部の精神障害者地域生活支援センターにおいては、閉所後の電話相談に対応するために、職員がセンター専用の携帯電話を持ち帰って閉所後の相談への対応をしていることが本研究において明らかになった。利用者にとっては、夜中でも安心して顔見知りのスタッフに相談できるという利点がある。そのため、このような柔軟な対応体制や工夫をとることは評価すべきである。しかし、非常勤職員も含めて交代制で持ち帰るとしても、1人の職員あたり週に1度以上そのような対応をしなければならないとなると、職員の過重労働の危険性が懸念される。利用者にとってはよい取り組みであったとしても、職員に過重な負担がかかるようでは貴重な人材が燃え尽きてしまったり、短い勤務年数で入れ替わってしまうことが懸念される。

第3に、労働関係法令の遵守が課題である。精神障害者地域生活支援センターは従業員数の少ない事業所である。病院のような大きな組織と異なり労働関係法令などにおいても例外扱いされがちであり、労働関係法令の遵守などについて情報も指導も行き渡らないことが多いことが推測される。そのような中であっても、職員の労働条件などは最低限の法令順守はなされるべきである。

本研究によって、精神障害者地域生活支援センターは柔軟な対応をしていることが明ら

かになった。そのような柔軟な対応は評価すべきである。しかし、閉所後の緊急対応に応じて夜間に利用者宅を訪問したり、夜間に持ち帰った携帯電話によって長時間の相談に応じたりしても、精神障害者地域生活支援センターの職員に対して夜勤手当や当直手当などの手立てはなされていないのではないかと推測される。また、長時間の開所、夕方から夜間にかけての開所、日曜・祝祭日の開所などが入り、職員の勤務体制が複雑なシフトになっていることが推測される。このようなことから、精神障害者地域生活支援センターなどにおいて労働関係法令について最低限の法令順守がなされているのかについてさえ懸念が生じる。入所や入院の必要な施設・機関のほうか、かえって法令を遵守しながら勤務体制のシフトや手当での支払いがなされていると思われる。

精神障害者地域生活支援センターに対する期待は大きく、すでに地域の中で実質的で重要な役割や機能を果たしている。このようなセンターが永続的に経験と力のあるスタッフによって運営され続けるためには、職員の労働条件についても十分に配慮していく必要がある。

4 3分の1は単独設置、一方で併設施設は多様

本研究では、併設施設について、まず物理的に併設し同じ建物にある施設の有無とその種類をたずねた。続いて法人としてあるいは法人グループとして有している施設についてたずねた。

精神障害者地域生活支援センターは単独設置が全体の3分の1を超えている(35.8%)。事業開始当初は他の社会復帰施設への併設が設置条件であったものの、現在は単独設置が認められ積極的に単独設置がすすめられている結果と思われる。

併設施設では生活訓練施設が最も多く(27.6%)、授産施設(23.5%)が続いている。数は多くないが精神病院が16箇所、精神科クリニックが4箇所、物理的な併設施設となっている。

法人あるいは法人グループとして所有している施設は、併設施設以外には「ない」ところが23.9%にのぼったが、グループホームを最も多くのセンター(39.9%)がもっていた。また、病院が31.7%にのぼった。このように、併設施設、法人グループとして設置している施設は多様となっている。

併設施設が多様であったり、多数あつたりすることには長所と短所が存在する。長所は、第1に、併設施設が多様であったり多数あることによって、精神障害者地域生活支援センターの利用者に対して、より具体的な情報提供がしやすく、利用援助にあたっても迅速な対応ができる。第2に併設施設があることによって、地域の他の社会資源との連携も容易にしやすいという点である。

しかし、併設施設が存在し、その結果その併設施設の利用者以外への広報活動などが進まず、併設施設の利用者に利用者が偏ってしまうと、精神障害者地域生活支援センターの本来の目的が果たせなくなる。例えば、授産施設に併設されていて登録者も常連の利用者もほとんどが授産施設の利用者となってしまうと、わざわざ異なる精神障害者社会復帰施

設として精神障害者地域生活支援センターを設立した意義が見出せなくなってしまう恐れがある。

調査結果からは、たとえ授産施設や生活訓練施設に併設されていても、開所時間や広報活動、利用者に対するサービスやプログラムの内容の工夫などによって、精神障害者地域生活支援センターの本来の目的に沿った利用者の利用がすすみ、併設施設の利用者とは異なる層のニーズに応じたサービス・プログラムの提供がなされているところが多いことが推測された。そのような施設においては、併設施設があっても併設している施設の利用者に利用が偏ることはなく、夕方から夜間にかけての時間帯や土・日・祝日など、他の福祉・保健・医療機関がほとんど対処しないような時間帯や曜日に開所したりする工夫を重ね、広く利用がすすんでいることが推測された。

医療機関に併設されていたり、あるいは法人グループの中核施設として医療機関を有している場合にも長所と短所がある。医療機関が中核施設としてある場合には、精神障害者の医療面でのニーズに関する情報やコンサルテーションを得やすく、利用者もスタッフも安心して精神障害者への社会福祉的なサービスやプログラムの提供をすることができるという利点がある。しかし、あまりにも特定の医療機関との結びつきが強い精神障害者地域生活支援センターでは、地域の他の医療機関を利用している精神障害者の利用を阻む雰囲気があったり、利用者からみて利用しにくい障壁があるように感じられる危険性がある。

調査結果からは、たとえ医療機関に併設されていたり医療機関が法人グループの中核施設としてある場合においても、大谷(1999)が強調しているような生活モデルに基づく実践やさまざまな工夫を行うことによって、特定の医療機関以外の利用者についても積極的に広報し、受けいれているところが多いことが推測された。そして、このような精神障害者地域生活支援センターでは中立的な立場でその地域における他の医療機関とも連携し、その地域の精神障害者の生活支援を行っていることが推測された。

5 登録者数は平均で 100 人近くにのぼり、常連メンバーは平均 30 人弱にのぼる

本研究において、精神障害者地域生活支援センターは登録者数・常連メンバー数ともかなりの数にのぼることが明らかになった。

精神障害者地域生活支援センターは利用者の「登録制」をとっている。登録しているメンバーの数は調査時点で平均で 96.0 人にのぼり、100 人近くとなった。最小値は 6 人、最大値は 420 人であった。また、本研究では「常連メンバー」を「概ね週 1 回以上来所あるいは電話相談などがあるメンバー」と定義したずね、その結果は平均で 26.9 人となった。最小値は 2 人、最大値は 120 人であった。

先行研究では、東京都内のセンターにおける 1 箇月の延べ利用人数が最小値 33 人、最大値 496 人と幅があり、実利用人数が最小値が 15 人、最大値が 204 人であったという報告がある(上野、2001)。常連利用者の平均値が約 27 人であったという本研究の結果から精神障害者地域生活支援センターの延べ利用人数を推測するとかなり大きな数値になることから、利用が増加傾向にあることが伺える。

登録者数の他に定義があいまいになりがちな「常連メンバー」の数をたずねたのは、利用登録をしても利用登録者全員が継続的に精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムを利用しているとは限らず、実利用との間に乖離があると思われたからである。利用登録した精神障害者の方のうちどれくらいが「常連メンバー」であるのかを知ることによって、精神障害者地域生活支援センターが実質的に支援している利用者数の概数を把握しようとした。また、常連メンバーの数を知ることによって、利用登録しながらほとんど精神障害者地域生活支援センターを利用することのない利用者数の概数も把握することができる。

本研究においては、登録利用者数と常連メンバー数との関係をみるため相関関係を分析した。その結果、2者の相関関係は高く、登録利用者が多いほど常連メンバー数も多いという傾向がみられた。Pearsonの相関係数は0.5218となり、統計的に有意であった。しかし、登録利用者に占める常連メンバー数の割合には格差があり、登録利用者数は多くても常連メンバー数がかなり少ないところもあれば、登録利用者の中のかなりの割合が常連メンバーであるところもある。

早い時期に開設した精神障害者地域生活支援センターにおいては、地域に同じような利用登録型の施設がほとんど存在しなかった時期に開設し、その結果多数の精神障害者の方々が登録したことが考えられる。その後、その地域に新たな精神障害者地域生活支援センターが開設され、利用者が利用登録を残したまま別の精神障害者地域生活支援センターを利用するようになるようなこともあると推測される。このような精神障害者地域生活支援センターにおいては利用登録者数は多いが、常連メンバー数は利用登録者数と比較すると少なくなることが推測できる。

本研究においては、開設してからの年月の短い精神障害者地域生活支援センターも含まれている。そのようなセンターは地域における認知度がまだ高くないため、登録利用者も常連メンバー数も少ないことが推測される。開設してからの期間が短いがゆえに登録利用者数や常連メンバー数が少ないところは、今後さらに増加していくことが予測される。一方、開設してからの年月は一定以上あるにも関わらず利用登録者数、常連メンバー数ともに少ない精神障害者地域生活支援センターについては、広報の方法、関係機関との連携方法、利用者受け入れのルールや進め方などについて工夫をする必要があるかもしれない。

職員配置が常勤3名、非常勤2名の合計5名にすぎない精神障害者地域生活支援センターにおいて、これだけの数の精神障害者が利用登録し、また常連の利用者として利用していることは、精神障害者地域生活支援センターが果たしている役割の大きさをあらわしている。職員配置と比較しての利用者数は、他の精神障害者社会復帰施設と比較しても多いといえよう。他の精神障害者社会復帰施設では、例えば授産施設は利用者定員20名以上39名以下で職員は5名（その他に医師1名）の配置となっている。生活訓練施設においても、利用者定員20名以上39名以下で職員は5名（その他に医師1名）の配置である。

本研究結果から、精神障害者地域生活支援センターは相当な数の利用者（利用登録者、常連メンバーともに）のさまざまなニーズに対応していることが推測できる。そして、年月が経つにつれ利用登録者数、常連メンバー数ともに増加していくことが推測される。他

の精神障害者社会復帰施設に比較しても、職員配置に対する利用者数は大きいといえ、今後さらに利用者数の増加が予測される中、職員配置の見直し等が課題といえよう。

6 若年層の利用者の割合が3割を超えるところが過半数

本研究では、精神障害者地域生活支援センターの利用者に占める若年層の利用者の割合を把握するため、若年層のメンバーを「調査を行った年の年末において35歳未満であったメンバー」と定義し、利用登録者全体に占める割合をたずねた。実数の回答を求めるのは煩雑となり、回答率の低下を招く恐れがあったため選択肢を設けてたずねた。その結果、若年層の割合が3割を超えるところが全体の過半数であることが明らかとなった（無回答を除くと、若年層の利用登録者が4割を超えるところが24.5%、3割を超えるところが25.7%で、あわせて過半数となった）。このような精神障害者地域生活支援センターにおいては、若年層の利用者に応じたサービス・プログラムの工夫が求められるであろう。

一方、2割強の精神障害者地域生活支援センターでは若年層の割合が2割未満であり、これらのセンターにおいては中高年の精神障害者の利用者が多いことがうかがえる。このような精神障害者地域生活支援センターでは、中高年の精神障害者のニーズに応じたサービス・プログラムの工夫が求められるであろう。

精神障害者地域生活支援センターは、その成り立ちや取り組みによって対象となる精神障害者の年齢層にかなりの幅があることが明らかとなった。このように異なる年齢層が対象となると、各々の精神障害者地域生活支援センターにおいてサービス・プログラムの内容を対象者に合わせて工夫していくことが求められる。

第3節 精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの実態

1 多様なサービス・プログラムの提供

本研究の調査結果から、精神障害者地域生活支援センターは多様なサービス・プログラムの提供をしていることが明らかとなった。

本研究においては、精神障害者地域生活支援センターに関する法律、施行規則、通知、要綱等を詳細に調査し、精神障害者地域生活支援センターに求められているサービスやプログラムを調査項目に含めるようにした。そのうえで、文献調査と精神保健福祉分野の実践家へのヒアリングから項目をいくつか追加して32項目についてたずねた。サービス・プログラムの実施の有無のみならず、それぞれのサービス・プログラムの提供の度合いを「していない、あるいはほとんどなし＝1」から「ほぼ毎日＝5」の5段階でたずねた。それぞれのサービス・プログラムの提供の度合いを5段階の順序の尺度上の値で回答を得るため、回答値の平均値を計算することによって、それぞれのサービス・プログラムの平

均的な提供の度合いをみることができる。

本研究の結果、精神障害者地域生活支援センターは多様なサービス・プログラムを提供しており、(1) 日常生活の家事に関する援助、(2) 個人の生活目標・課題に合わせた具体的援助、(3) 住居や就労に関する情報提供、(4) 就労支援に関する具体的援助、(5) 利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援、(6) 家族への援助、家族との交流支援、(7) 地域への援助、地域との交流支援、(8) 地域の関係機関との連携・ネットワークづくり、のいずれの種類のサービス・プログラムもかなりの高い頻度で提供されていることが明らかになった。

サービス・プログラムをその性質から8つの種類に分けて分析したが、それぞれの種類に属するサービス・プログラムの提供の度合いの平均値を計算して比較も行った。その結果、この8つの種類の中では「個人の生活目標・課題に応じた援助 (2.77 ポイント)」が最も高い頻度で提供され、続いて「住居や就労に関する情報提供 (2.74 ポイント)」、「地域の関係機関との連携・ネットワークづくり (2.72 ポイント)」、「日常生活の家事に関する援助 (2.68 ポイント)」の順番でサービス・プログラムが提供されていた。それに続いて「家族への援助、家族との交流支援 (2.24 ポイント)」、「地域への援助、地域との交流支援 (2.02 ポイント)」、「利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援 (1.98 ポイント)」、「就労支援に関する具体的援助 (1.93 ポイント)」の順番であった。

「就業に関する情報提供」と「求人先開拓など」及び「就職後の職場訪問など」をあえて異なる種類に分けたのは、「情報提供」をセンターで行うことに比べて後2者のような具体的な援助は時間もかかり、より目的意識をもった利用者のニーズの把握や関係機関への働きかけが必要となるからである。種類ごとの比較では「就労支援に関する具体的援助」は最も低かったが、少ない職員体制でこのような個別具体的な援助も行っていることは評価するべきであろう。

「利用者の共通のニーズや目標に合わせたグループワークやピア活動の支援」も種類ごとの平均値の比較では2番目に低いものであった。後述する本章第8節の「今後身につけたい援助の方法、技法、技能」では「グループワークの方法、技法(13名)」「SSTの方法等(22名)」「セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート(9名)」「ピアカウンセリングの支援(6名)」と合わせて50名があげている(具体的な回答は193名から寄せられた。なお、各項目の数値には重複回答が含まれている)。この領域の援助方法、技法、技能に関する関心の高さが明らかになったとともに、高等教育機関や資格取得のための教育・訓練の中で十分にこれらの項目についての知識やスキルの教育が十分にはなされていないことがうかがえる。

本研究の結果、精神障害者地域生活支援センターは多様で多岐に渡るサービス・プログラムを提供していることが明らかになった。

2 個人、グループ、家族、地域へと幅広いレベルに対して働きかけをしている

本研究では、介入目標ごとのサービス・プログラムの提供状況を確認するため、個々のサービス・プログラムの提供の度合いと介入レベルを確認するために第4章第3節において表4-24を作成し分析した。その結果、精神障害者地域生活支援センターは社会福祉の実践の介入目標とするべき、個人、グループ、家族、地域のすべてのレベルへ幅広く介入していることが明らかとなった。中でも精神障害者個人に対する援助は細やかなものになっており、精神障害者の地域生活支援を行い、精神障害者の生活の質の向上を図ることのできるような援助がなされていた。地域に対する援助もさまざまな形で行われており、地域住民との交流やボランティアの養成などが行われる一方、地域の関係機関との連携や情報交換なども頻繁に行われていた。グループへの援助や家族への援助も個人レベルや地域レベルと比較すると控えめではあるがかなり実施されており、全く実施されないような介入レベルはみられなかった。

このように、精神障害者地域生活支援センターは大きな偏りを持つことなく、期待に沿って幅広いレベルへの介入を行っている。

3 個々のサービス・プログラムの提供の度合いには差異がある

それぞれのサービス・プログラムの実施状況及びその提供の度合いは、精神障害者地域生活支援センターごとに大きく異なる。特定のサービス・プログラムの項目の回答が極端に「全くなし、あるいはほとんどなし（1ポイント）」、あるいは「ほぼ毎日（5ポイント）」に偏ることはほとんどなかった。

本研究においては、前述したようにサービス・プログラムの実施の有無のみならず、提供の度合いまで含めてたずねた。提供の度合いを5段階の順序の尺度上でたずねたことによって、その平均値を算出すればそのサービス・プログラムの全国的な提供の度合いを比較することができる。そこで、第4章第3節の表4-22においてサービス・プログラムの提供の度合いを高い順にしてまとめた。最もよく提供されている「利用者の課題・心配ごと、目標を話し合う個別面接」の平均値は4.16であった。この項目のみ平均値が4を超え、全国的に少なくとも週1回以上提供されていることが明らかになった。各サービス・プログラムの項目ごとにみると、「ほぼ毎日（5ポイント）」や「週1回以上（4ポイント）」提供しているセンターがほとんどすべての項目でみられるのにも関わらず、平均値が4を超える項目は他にはなかった。このことから、センターごとに利用者のニーズや地域の実情、施設・機関の方針に合わせて個々のサービス・プログラムの提供の度合いも異なることが明らかになった。

2番目に平均値が高かったのが「他機関との電話等による情報交換、サービス調整（3.72）」であり、続いて「社会復帰施設や事業の相談・助言（3.64）」、「医療機関との連絡・情報交換（3.44）」、「食事サービスの提供（3.19）」、「就業に関する情報提供（3.17）」、「食事や調理の方法助言（3.14）」である。ここまでの項目が平均値が3以上となり、全国

的に平均して月1回以上は提供されているサービス・プログラムといえる。これらのサービス・プログラムは個人への援助もあれば地域とのネットワークづくりに関するものもあり、多岐にわたる。

一方、サービス・プログラムの提供が全国にみてほとんど、あるいは全くない、とみられるような項目はほとんどみられなかった。ただし、「ピアによるホームヘルプサービス(1.09)」は平均値が「全くなし、あるいはほとんどなし(1ポイント)」に近い数値となった。さらに、「配食サービスの提供(1.10)」と「ボランティア養成講座の開催(1.35)」は平均値が1.5よりも低い数値となった。「ピアによるホームヘルプサービス」や「配食サービス」は、先駆的に一部の精神障害者地域生活支援センターが実施しているサービス・プログラムである。実施しているセンターにおいては高い頻度で行われているものの、全体としてはほとんど行われていないことが確認された。一方「ボランティア養成講座」は、実施するとしても高い頻度で行われることが予想されるような項目ではなく、提供の度合いの平均値が低いことは予測されたことであった。そのような項目としては、他に「家族教室などの開催(1.59)」があり、これらは元来毎日や毎週行うようなプログラムではないので、平均値が低いことは予想通りであった。

「SST(社会生活技能訓練)の実施」は平均値は1.55で決して高くはないが、ほぼ毎日(0.8%)、週1回以上(4.5%)、月1回以上(11.9%)、年1回以上(14.9%)の実施となり、すでに全体の約3分の1のセンターで定期的に実施されていることが確認された。また、後述する「今後身につけたい方法、技法、技能等」の質問に対して具体的な回答を寄せた者の1割以上の者(22名)が「SSTの方法、SSTを開催したい、SSTの技術を向上したい」をあげており、関心の高さをうかがわせた。

このように、個々のサービス・プログラムの実施の有無はセンターごとに大きな違いがあることが明らかになった。また、「実施している」サービス・プログラムであっても、その提供の度合いには差があり、本研究においては、提供の度合いも含めて明らかにすることができた。

第4節 ソーシャルワーク実践スキルとソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）

1 ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度は正規分布している

本研究の結果、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の回答は37項目全てにおいて正規分布に極めて近い形で分布することが明らかになった。

ソーシャルワーク実践スキルの項目は、先行研究の調査結果から絞り込み37項目にした。ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度は、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーが「現在の職場において、個人、家族、グループなどの主たる援助対象者に対して行っている」ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度をたずねた。回答は5点法のリッカートスケールを用い、「ほとんどしない=1」「めったにしない=2」「普通にする=3」「よくする=4」「いつもする=5」の5つの選択肢の中から選択してもらい回答を得た。

ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度が正規分布している結果から、ソーシャルワーカーによってソーシャルワーク実践スキルの活用頻度が異なり、項目ごとに人によっては高い頻度で活用し、人によっては低い頻度で活用しているといえることになる。

37項目全てにおいて「普通にする（=3）」の値を選択した回答者が最も多かったが、その割合が全体の5割を超えるものは37項目中18項目であり、55%を超える項目は5項目にすぎない。1つの項目を除いて60%を超える項目は存在しない。特定のものが生じる割合をリッカートスケールを用いて調査集計した場合、特に5件法を用いた場合に、真ん中の変数に最も多く回答が集まることは自然なこととされている。それゆえ、「普通にする=3」の回答が最も多いこと自体は予測の範囲内であり、自然なことと解することができる。ただし、真ん中の項目をどのように表現するかについては工夫の余地があるであろう。今回は米国の先行研究のものをできるだけ忠実に翻訳しようとしたためにこのような名称の変数でたずねることとなった。しかし、リッカートスケールを用いる場合に、数値のみを表して尋ねる方法もあり、今後、その点については検討していく必要があるであろう。

一方、全く回答のない値がある項目もほとんどなく、「利用者が利用できる事業やサービスについての情報を提供する（sw20）」、「利用者の抱える問題を具体的な言葉で表現する（sw21）」、「利用者がうまく決断できるよう手助けする（sw30）」の3項目は「しない、あるいはほとんどしない（=1）」の値の回答が全くなかったが、それ以外の項目（変数）についてはすべての値に回答が分布した。

このことにより、ソーシャルワーク実践を構成するソーシャルワーク実践スキルとして選択し、絞りこまれたこれらの37の項目はソーシャルワーク実践の評価指標となる尺度を構成する項目としてふさわしいといえよう。

2 ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の多いもの、少ないものの検討

本研究において 37 のソーシャルワーク実践スキル項目それぞれの活用頻度を 5 段階のリッカートスケールでたずねた。この回答の平均値を算出して比較をすれば精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーが用いるソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の多寡を分析することができる。

37 の項目の中では精神保健福祉分野のソーシャルワーカーは「利用者との信頼関係を築くために共感を示す (sw8)」を最も高い頻度 (平均 4.01 ポイント) で活用していた。続いて、「利用者が利用できる事業やサービスについての情報を提供する (sw20)」(平均 3.73 ポイント)、「利用者の抱える問題を具体的な言葉で表現する (sw21)」(平均 3.62 ポイント)、「サービスを調整するために他の施設・機関とのネットワークづくりをする (sw36)」(平均 3.59 ポイント)、「情緒的 (心理的) なサポートをする (sw33)」(平均 3.59 ポイント)、「利用者に自信をもってもらうために利用者がこれまで成し遂げてきたことを指摘する (sw34)」(平均 3.58 ポイント) が活用頻度の高いソーシャルワーク実践スキルであった。

これらのソーシャルワーク実践スキルは利用者個人との信頼関係を築くためのものも含まれれば、地域を対象にしたものも含まれる。従って、ソーシャルワーカーは限られた狭い対象や方向性に向けて限られた理論に基づいたソーシャルワーク実践スキルを活用するのではなく、広い対象、広い方向に向けてさまざまな理論を基礎としたソーシャルワーク実践スキルを活用していることが明らかとなった。

3 ソーシャルワーク実践の評価指標 (尺度) の日本版の作成と構成要素の探索

ソーシャルワーク実践は一人一人のソーシャルワーカーが多数のソーシャルワーク実践スキルの活用を積み重ねることによって成り立っている。本研究においてはそれらのソーシャルワーク実践スキルの中から、代表的なソーシャルワーク実践スキルを先行研究の結果及び本研究における調査結果の分析から 34 項目に絞りこんだ。そして、これらの 34 項目から構成されるソーシャルワーク実践の評価指標 (尺度) の日本版の作成を試みた。評価指標 (尺度) の作成の際には、信頼性、妥当性を検討することが必要となる。信頼性については内的整合性を検討した結果、クロンバッハの α 係数が 0.9367 と非常に高い数値を示した。このことから、本評価指標 (尺度) には一定以上の信頼性があると判断できるといえよう。

妥当性については、構成概念妥当性を検討した。構成概念妥当性を検討するために行った因子分析 (主成分分析法、規準バリマックス法による直交回転) は、4 つの因子によるものが最適な結果となった。因子数は第 1 因子 (10 項目)、第 2 因子 (9 項目)、第 3 因子 (7 項目)、第 4 因子 (8 項目) となり、4 つの因子にバランスよく分かれた。因子負荷量が大きく分散することもしなかった。因子寄与率は第 1 因子 (14.26%)、第 2 因子 (12.22%)、第 3 因子 (10.92%)、第 4 因子 (10.35%) であり、累積因子寄与率は 47.75% となり、50% に近い数値となった。これらの数値は、社会科学系の研究においては充分高いといえる。こ

のことから、本評価指標（尺度）には一定以上の妥当性があると判断できるといえよう。

4つの要素はそれぞれの因子を構成するソーシャルワーク実践スキルの内容から判断して命名し、第1因子を「問題予防や課題解決のスキル群」、第2因子を「信頼関係を築くスキル群」、第3因子を「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」、第4因子を「ケースマネジメントのスキル群」と名づけることにした。ソーシャルワーク実践は確かに、利用者と信頼関係を築くことから始まり、問題再発の予防を行い、対人関係技能や自己評価を高め、課題解決を図り、ケースマネジメントを行いながらコミュニティにおける社会資源開発やネットワークづくりなどを行う。このような項目が含まれる4つの下位概念から構成されるのが「ソーシャルワーク実践」であるという説明には、一定以上の説得力があるといえよう。これらのことから、一定以上の表面的妥当性もあると判断できよう。そこで、本研究において開発されたソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）はソーシャルワーク実践を測定する尺度として概ね信頼性、妥当性を有し、適切であると判断できた。

これらの4つの因子ごとの実践頻度の平均値を比較したところ、精神保健福祉のソーシャルワーカーは「信頼関係を築くスキル群（平均 3.56 ポイント）」に属するソーシャルワーク実践スキルを最も多く活用し、続いて「ケースマネジメントのスキル群（平均 3.26 ポイント）」、「問題予防や課題解決のスキル群（平均 3.24 ポイント）」、「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群（平均 3.01 ポイント）」の順に活用していることが明らかとなった。

なお、評価指標（尺度）を開発する場合は、信頼性と妥当性の検証が必要とされる。本研究において作成した日本版ソーシャルワーク実践評価指標（尺度）については一定以上の信頼性が検証された。尺度の開発を行うためには妥当性の検証についてはさらなる検証を行うことが望ましいといえよう。

確かに、ソーシャルワーク実践スキルの評価指標（尺度）の信頼性をより高いレベルで検証するためには、他の分野の、あるいは他の精神保健福祉分野の施設・機関で働くソーシャルワーカーを対象にした再調査を行い、その結果と比較検討することがより望ましいとされる。しかし、本研究においては、米国ですでに開発され、再調査された評価指標（尺度）の日本版を作成することが目的であることから、再調査まで行わなくとも一定以上の信頼性が担保できると判断した。また、時間的、予算的な制約もあり、本研究において再調査まで行うことは計画をしなかった。日本における再調査は今後の課題として後述している。

妥当性の検証においては本研究で検証している構成概念の妥当性のみならず、外的基準を用いて基準関連妥当性を検証することがより望ましいとされる。しかしながら、先行研究調査のところで述べたように、ソーシャルワーク実践スキルに関しては日本はもとより欧米においても比較検討が可能なような既存の評価指標は存在しない。そこで、本研究においては基準関連妥当性は検討しなかった。今後、基準関連妥当性を検証することは今後の研究の課題として後述している。

4 ソーシャルワーク実践の構成要素について

本研究の結果、日本の精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践では、利用者との信頼関係を築くために必要なソーシャルワーク実践スキルや利用者のニーズと社会資源を結びつける仲介ケースマネジメントに含まれるソーシャルワーク実践スキル以外にも、ソーシャルワーク実践において明確に活用されるスキル群があることが確認された。

ソーシャルワーカーは信頼関係を築くまでの過程で必要とされる受容、共感、反映などのソーシャルワーク実践スキルや、アセスメント、計画づくり、ニーズと社会資源を結びつける、モニタリングなどの仲介ケアマネジメントに含まれるソーシャルワーク実践スキルのみならず、利用者の課題解決や対人関係技能の向上などのソーシャルワーク実践スキルや、コミュニティに働きかけるソーシャルワーク実践スキルを大切なソーシャルワーク実践スキルとして活用していた。そのため、日本のソーシャルワーク実践においても「信頼関係を築くスキル群」や「ケースマネジメントのスキル群」の他に「問題予防や課題解決のスキル群」や「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」が抽出され、「ケースマネジメントの因子」に含まれるソーシャルワーク実践スキルの項目は仲介ケアマネジメントにとどまるものではなかった。このような要素も含めてソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）とすることは妥当であるといえよう。

5 ソーシャルワーク実践のスコアの分布

本研究において作成された日本版のソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の回答者のスコアの分布は、最小値が 55 ポイント、最大値が 159 ポイント、平均値が 110.8 ポイント、標準偏差が 16.0 となり、図 4-79（100 ページ）で示されたとおり正規分布に近い形となっていることが確認された。

このことから、ソーシャルワーク実践の頻度はソーシャルワーカーによって異なることが明らかになった。ソーシャルワーク実践を構成する個々のソーシャルワーク実践スキルの活用頻度に差異があることは前述したとおりであるが、そののみならず、代表的なソーシャルワーク実践スキルで構成されるソーシャルワーク実践評価指標（尺度）のスコアもソーシャルワーカーによってばらつきがあり、より高い頻度で行う者もいれば低い頻度で行う者もあることがわかった。

ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の度合いを評価する指標（尺度）は日本においてこれまで存在しなかったもので、このような評価指標（尺度）が作成されたことには意義があると思われる。今後は、ソーシャルワーク実践そのものと他の要素との関係性の研究にこの評価指標（尺度）を用いることができる。この評価指標（尺度）が他の分野に適用しにくいということであれば、この評価指標（尺度）を材料に他の分野における同様の尺度の開発を試みることもできよう。

なお、この評価指標（尺度）で測定しているのは、あくまでもソーシャルワーク実践スキルの活用の頻度であってソーシャルワーク実践の能力の測定を試みているのではない。

ソーシャルワーク実践のスコアの高低は、そのソーシャルワーカーの能力を表さない。ソーシャルワーク実践のスコアが高いソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク実践スキルを活用している度合いが高いということを意味しているだけである。そこで、主たる援助の対象者や所属する施設・機関によってソーシャルワーク実践の頻度は同じソーシャルワーカーでも異なることもある。

第5節 先行研究におけるソーシャルワーク実践スキル評価指標との比較

第2章の先行研究調査で明らかにしたように、ソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の開発はこれまでほとんどなされてこなかった。類似した目的を有する評価指標（尺度）の開発は実習生の能力を測定対象としたもの（Bogo、2004）、医療ソーシャルワーカーの自己効力感を測定対象としたもの（Holdenら、1996）などがあるが、これらは現場のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度を測定しようとしたものではない。現場のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルの頻度を測定したものは、O’ Hara らの研究で開発されたソーシャルワーク実践スキル評価指標（Social Work Practice Skills Inventory）しか見あたらない。そこで、本研究においては、日本の精神保健福祉分野のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の実態を明らかにするとともに、O’ Hara らの研究をもとに日本版のソーシャルワーク実践の頻度の評価指標（尺度）の作成を試みた。以下にO’ Hara らの開発した評価指標（尺度）と本研究において作成した評価指標（尺度）との比較を行った。

表 5-1 先行研究と本研究の比較

	本研究	O’ Hara & Collins, 1997 (第1次調査)	O’ Hara, Collins & Walsh, 1998 (第2次調査)
回答者	精神保健福祉分野の ソーシャルワーカー (精神障害者地域生活 支援センター)	大学院実習生 1年生：155名 2年生：182名	ソーシャルワーカー (実習先施設機関の 実習指導担当者他)
回答者数	266名	285名	281名
平均年齢 (標準偏差)	35.2 (SD=10.6)	30.7 (SD=8.6)	43.4 (SD=8.9)
女性の割合	61.2%	87.7%	70.8% (性別無回答3.6%)
平均経験年数	8.0年	4.7年	13.0年

(標準偏差)	(SD=7.5) 精神保健福祉分野の 経験年数	(SD=4.7) 社会福祉サービス分 野の経験年数	(SD=8.9) MSW 取得後の経験年数 (注：社会福祉学修士)
最終学歴	4年生大学 (81.2%) 大学院修士課程以上 (4.9%)	大学院修士課程 在学中 (100%)	大学院修士 (95.4%) 博士課程 (3.6%) 2つ以上修士 (1.1%)
所属機関 の種類 (実習先機関等)	精神保健福祉 (精神障害者地域生 活支援センター)	精神保健 (37.5%) 学校 (13.0%) 児童福祉 (7.0%) 家族サービス (7.0%) 医療 (6.0%) 依存症 (4.2%) 司法福祉 (3.9%) 高齢者 (3.2%) 産業福祉 (2.8%) 発達障害他 (2.0%) その他 (9.5%)	精神保健 依存症 児童福祉 家族サービス 産業福祉 他
最適な因子分析 結果 (全項目数／累 積因子寄与率)	4 因子 (34 項目／47.75%)	4 因子 (33 項目／52.1%)	4 因子 (23 項目／60.6%)
第 1 因子 (項目数／ 因子寄与率)	問題予防や課題解決 のスキル群 (10 項目／14.26%)	Therapeutic skills (治療的スキル群) (16 項目／28.0%)	Supportive skills (サポートスキル群) (7 項目／31.2%)
第 2 因子 (項目数／ 因子寄与率)	信頼関係を築く スキル群 (9 項目／12.22%)	Case Management skills (ケースマネー ジメントスキル群) (7 項目／11.9%)	Therapeutic skills (治療的スキル群) (7 項目／12.6%)
第 3 因子 (項目数／ 因子寄与率)	対人関係技能や自己 評価を高める スキル群 (7 項目／10.92%)	Supportive skills (サポートスキル群) (6 項目／7.2%)	Case Management skills (ケースマネー ジメントスキル群) (5 項目／9.5%)
第 4 因子 (項目数／ 因子寄与率)	ケースマネージメン トのスキル群 (8 項目／10.35%)	Treatment Planning /evaluation skills (援助計画・評価スキ ル群) (4 項目／5.0%)	Insight facilitation skills (洞察促進スキル群) (4 項目／7.4%)

内的ー貫性	0.937 (全体)	0.91 (全体)	0.91 (全体)
クロンバッハ α	第1因子 (0.86)	第1因子 (0.92)	第1因子 (0.86)
係数	第2因子 (0.84)	第2因子 (0.86)	第2因子 (0.81)
	第3因子 (0.83)	第3因子 (0.79)	第3因子 (0.81)
	第4因子 (0.78)	第4因子 (0.78)	第4因子 (0.80)
評価指標 (尺度) の研究への応用	(1) 回答者の属性と の関係性の分析 (2) プログラム・サ ービスの提供の度合 いとの関係性の分析	なし	利用対象者の抱える 問題の内容 (例: 重篤 な精神障害、虐待な ど) と、それぞれの因 子のスキルを活用す る頻度との関係性の 分析 (O' Hara & Collins, 2000)

(1) 調査対象

O' Hara らの先行研究では、第1次調査が大学院生 (平均年齢 30.7 歳、87.7%が女性、経験年数平均 4.7 年) を対象としており、第2次調査では現場のソーシャルワーカー (平均年齢 43.4 歳、70.8%が女性、修士号取得後経験年数平均 13.0 年) を対象としていた。本研究の回答者は平均年齢 35.2 歳、61.2%が女性、経験年数は 8.0 年であった。本研究の対象者は年齢及び経験年数において、O' Hara らの2つの調査対象のほぼ中間にあたっている。回答者数は O' Hara らの第1次調査が 285 名、第2次調査が 281 名であるのに対して、本調査は 266 名であり、少し小さい数値ではあるがかなり近い数値となった。基本的な属性をみる限りにおいて、O' Hara らの2つの調査と本研究にはかなりの類似性があるといえよう。

O' Hara らの研究対象は米国のソーシャルワーカーである。米国において、特に都市部を中心とした州においては、専門家としてのソーシャルワーカーとして認知され、雇用されるためには一般的に大学院 (修士) レベルの教育が必要とされている。これに対して、日本では概ね4年生大学卒業レベルの者が国家資格を取得することが想定されている。米国において専門家が大学院レベルの教育を必要としているのは、何もソーシャルワーカーに限ったことではなく、弁護士や医師など社会的認知レベルの高い専門家も、4年生大学を卒業したのみではなれない社会的な仕組みになっている。それに比べて日本においては、弁護士は従来4年生大学卒業レベルの者が国家資格を取得してきたのであり、また、医師は6年生とはいえ、大学院入試を経て入学する仕組みではない。このようなことから、社会的に「専門家」として認知されるにあたって必要とされる学歴のレベルが確かに米国と日本では異なるものの、特にソーシャルワーカーという専門職について比較するときに、

米国で大学院卒レベルが必要とされるからといって、本研究と比較検討ができないということはないといえよう。

本調査の回答者は全員精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーであるが、0' Har a らの調査の回答者には精神保健のほか、児童福祉、司法福祉、産業福祉、発達障害などの領域で実践するソーシャルワーカーが含まれていた。しかしながら先行研究調査で明らかになったように、米国においては8割を超えるソーシャルワーカーが自分のことを「精神保健福祉分野」のソーシャルワーカーであると認識しており(TimberlakeSabatino & Martin, 1997)、精神保健福祉分野のソーシャルワーカーとしての知識と技術が基盤となっていることが想定される。このようなことから、0' Har a らの調査と本研究の調査を比較検討することには一定以上の意味があると思われる。

(2) 調査、分析の方法

0' Har aらの2つの調査では、75項目のソーシャルワーク実践スキルの調査を行い、因子分析の結果因子負荷量の低いもの(第1次調査では0.60未満のものや2つ以上に重なるもの、第2次調査では0.50未満のもの)を半数以上省いて、最終的な評価指標(尺度)を開発した。0' Har aらの第1次調査によって開発された評価指標(尺度)は33項目であり、第2次調査によって開発された評価指標(尺度)は23項目であった。

本研究においては第3章で述べたように、調査研究の専門家のアドバイスに従って0' Har aらの第1次調査で開発された評価指標(尺度)に最終的に残された33項目と、第2次調査で開発された評価指標(尺度)の第4因子(自己洞察促進のスキル群)に含まれた4項目を合わせた37項目で調査を行った。本研究では、先述したように相関係数が特に高い3組の項目の内容を検討した結果、それぞれの組み合わせがソーシャルワーク実践スキルとして類似したものを指していると判断し、ソーシャルワーク実践スキル項目の1項目ずつ、合計3項目を省いた。そして、すべての因子に対して因子負荷量が0.40未満の項目「利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう(sw32)」を削除することを検討したが、第4章第5節で述べたようにその項目の重要性、その項目が第4因子のケースマネジメントのスキル群に含まれることの妥当性などからあえて残すこととした。その結果、本調査の評価指標(尺度)は34項目となった。

なお、3つの研究ともに主成分分析法でバリマックス法による直交回転で因子分析を行っていることは同じである。

(3) 因子分析の結果

0' Har aらの2つの先行研究においても、また本研究においても、ソーシャルワーク実践を構成する要素として「信頼関係を築くスキル群」と「ケースマネジメントのスキル群」が見出された。0' Har a らの調査では後者は「サポートのスキル群」と命名されたが構成するスキル項目はほぼ同じである。

本研究における「信頼関係を築くスキル群」と0' Hara らの「サポートのスキル群」はいずれもソーシャルワーク関係を築く基礎となる要素であり、ソーシャルワーク実践の最も大切な柱として認識されてきた要素であることから、米国においても日本においても共通して抽出されたといえよう。本研究においては第2因子となったが、0' Hara らの第1次研究では第3因子、第2次研究では第1因子であった。

「ケースマネジメントのスキル群」にはアセスメント、計画、ニーズと社会資源を結びつける介入、モニタリング、代弁、権利擁護などを含む項目がみられ、ソーシャルワーク実践の大切な要素として、米国においても日本においても共通して抽出されたのであろう。本研究においてはこの要素は第4因子となったが、0' Hara らの第1次調査では第2因子、第2次調査では第3因子であった。

米国において「治療的スキル群」として第1次調査（第1因子）においても第2次調査においても（第2因子）1つのまとまった要素と抽出されたソーシャルワーク実践スキル群の因子が、日本においては2つの異なる因子として抽出され活用されていることが明らかとなった。日本ではこれらのスキル群は「問題予防や課題解決のスキル群（第1因子）」と「対人関係技能や自己評価を高める因子（第3因子）」に分けられて認識され、活用されている。

最後に、米国では0' Hara らによる2つの先行研究において、第1次調査では「援助計画・評価のスキル群（第4因子）」が、第2次調査では「洞察促進スキル群（第4因子）」が抽出されたが、これらの要素に含まれたソーシャルワーク実践スキルの項目は、本研究においては他の因子に含まれ、異なる因子としては認識されなかった。なお、0' Hara の2つの研究では、第1次調査で「援助計画・評価のスキル群」に含まれた項目は第2次調査においては4つの因子に対する因子負荷量が小さくなったためにいずれも省かれてしまった。また、第2次調査において抽出された「洞察促進スキル群」は、第1次調査においてはやはり因子負荷量が小さい項目であったために省かれた項目であった。本研究においては0' Hara らの調査で「援助計画・評価のスキル群」に含まれていた「利用者と共に援助の目標を定める（sw14）」や「利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう（sw32）」などの項目は本調査の「ケースマネジメントのスキル群（第4因子）」に含まれた。0' Hara らの調査で「洞察促進スキル群」に含まれていた「これまでの人間関係が今抱える問題へ及ぼす影響を利用者とともに考える（sw09）」は、本調査の「対人関係技能や自己評価を高めるのスキル群（第3因子）」に、「利用者の言動が結果的に自分の問題へ悪影響を及ぼしていることの理解を助ける（sw17）」の項目は本調査の「問題予防や課題解決の因子（第1因子）」の項目に含まれた。

0' Hara らの第1次調査では累積因子寄与率は52.1%、第2次調査では60.6%と極めて高いものとなったが、本研究においては47.75%であった。因子寄与率とは、前述したように変数の分散の合計のうちそれぞれの因子が説明している部分の比率であり、因子分析によって抽出された因子によってこの評価指標（尺度）がもともと測定しようとしているもの（本研究の場合はソーシャルワーク実践）のどれくらいの割合を説明することができているかということを表す数値である。0' Hara らの研究と比較すると本研究の累積因子寄与

率は少し低い数値となったが、社会科学系の調査においては本研究の結果も十分に高いものといえる。

(4) 信頼性

0' Hara らの研究においても本研究においても、尺度の信頼性については内的一貫性を検証し、クロンバッハの α 係数を求めて検討している。0' Hara らの研究では尺度全体のクロンバッハの α 係数が第1次調査、第2次調査ともに0.91となり、本研究では0.937となり、いずれも高い信頼性が確認された。また、下位尺度（指標）の信頼性もいずれの研究ともにおおむね高かった。

(5) ソーシャルワーク実践評価指標（尺度）の活用

0' Hara らの調査において開発された評価指標（尺度）は、それぞれのソーシャルワーカーが援助している利用者の抱える課題によって、どのソーシャルワーク実践スキル群がより多く活用するかが分析されている（0' Hara & Collins, 2000）。本研究ではソーシャルワーク実践のスコアに影響を及ぼす要因の分析、施設・機関の提供しているサービス・プログラムの提供の度合いとの関係性を分析した。今後もこれらの評価指標（尺度）をさまざまな研究で用いることが可能といえよう。

第6節 ソーシャルワーク実践に影響を与える要因

本研究ではソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版を作成した。その評価指標（尺度）の値（スコア）に影響を及ぼす要因を明らかにするために共分散分析を行ったところ、ソーシャルワーク実践の頻度には「精神保健福祉分野における経験年数」が統計的に有意な影響を及ぼしていることが明らかになった。その他の属性である性別、精神保健福祉士資格の有無、社会福祉士資格の有無、学歴、高等教育機関における専攻（社会福祉学であるか否か）の5項目についてはいずれも統計的に有意な影響がみられなかった。なお、最終的な分析を行う前に、その他の属性として、ソーシャルワーカーの所属する法人の種類についても影響を及ぼし得る要因として投入して共分散分析を試みた。しかし、ソーシャルワーカーの所属する法人の種類（社会福祉法人、医療法人、その他など）もソーシャルワーク実践の頻度に統計的に有意な影響を及ぼしていないことが明らかとなった。そこで、ソーシャルワーカーの所属する法人の要素については、むしろ各精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに影響を及ぼし得る要因として分析することとした。

本研究のこれらの結果は、栄・岡田（2004）による精神保健福祉分野のソーシャルワー

カーの「アセスメント期」の活動頻度についての先行研究結果と類似したものとなった。栄・岡田の研究では、アセスメント期の実践活動について抽出された6因子についてそれぞれ一元配置の分散分析を行い、性別、精神保健福祉士資格の有無、年齢（階層）、経験年数（階層）、担当ケース数（階層）、所属機関の影響について分析した結果、多くの因子に対して年齢と経験年数が統計的に有意な結果となる一方、他の要因は、統計的に有意でない、あるいは単純な影響ではないことが多かった。以下では本研究の結果について考察した。

1 精神保健福祉分野の経験年数が高いほどソーシャルワーク実践の頻度は高い

本研究の結果、精神保健福祉分野における経験年数が高いほど本研究で測定を試みているソーシャルワーク実践の頻度が高くなることが明らかになった（ $df=1$ 、 F 値=5.21、有意確率=0.023、 $p<0.05$ ）。つまり、精神保健福祉分野においてソーシャルワーカーとして従事した経験年数が高いほど、効果的とされる代表的なソーシャルワーク実践スキルをより多く活用してソーシャルワーク実践を行っていることが実証された。ちなみに本研究の回答者の経験年数は平均で8.0年、標準偏差は7.5年であった。2年目までの者が20.6%を占め、3年から5年目までの者30.6%と合わせて半数を超えた。最長は40年で1名であった。

4つの下位尺度（指標）のスコアに影響を与えている要因について共分散分析を行ったところ、第4因子の「ケースマネジメントのスキル群」についてのみ精神保健福祉分野における経験年数が統計的に有意な影響を持っていた（ $df=1$ 、 F 値=13.85、有意確率=0.00、 $p<0.05$ ）。有意確率の水準を10%の水準にまであげれば、第3因子の「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」のスコアについても精神保健福祉分野における経験年数が統計的に有意な影響があった（ $df=1$ 、 F 値=3.219、有意確率=0.074、 $p<0.1$ ）。

ソーシャルワーク実践の多くは、対象となる精神障害者などとの関わりを中心に積み重ねられるものである。精神障害者の地域生活を支援し生活の質の向上を目指すような働きかけは、社会福祉の現場以外ではそう機会があるものではない。精神障害者一人一人はユニークな存在であるものの、一般的にそのような人々を多く援助する経験を積み重ねれば積むほど、ソーシャルワーカーはより効果的なソーシャルワーク行動を選択するようになるといえるのであろう。そこで、利用者が存在する現場での経験を多く積むことによって、効果的とされるようなソーシャルワーク実践スキル、つまりソーシャルワークの価値に基づき特別な知識や訓練を要する行動をより多く活用できるようになるといえよう。そのようなソーシャルワーカーはより高い頻度で意識的にこれらのソーシャルワーク実践スキルを活用しているために、ソーシャルワーク実践の評価指標のスコアも高いものになったといえよう。

4つの下位尺度（指標）それぞれのスコアに影響を与える要因を分析したところ、全体を通して有意確率5%の水準で精神保健福祉分野の経験年数が統計的に有意であったのは、第4因子のケースマネジメントのスキル群に対してのみであった。このことから、特に

ケースマネジメントのスキル群に含まれるような項目、つまりニーズとサービスを結びつける仲介ケアマネジメントのみならず、援助計画をたて、代弁機能を果たし、地域の中でネットワークづくりを行い、援助の評価を行うなどのソーシャルワーク実践は、経験年数の高いソーシャルワーカーほど意識的に確実にを行っていることが推測された。さらに、同じ施設・機関の職員として従事している場合であっても、経験年数の高いソーシャルワーカーほど地域とのネットワークづくりなどにおいて中心的な役割を担うことが多いことの影響も考えられよう。

また、対人関係技能や自己評価を高めるスキル群については、有意水準をあげれば精神保健福祉分野における経験年数が統計的に有意であるという結果となった。このことは精神保健福祉分野における経験年数が高くなるにつれ、利用者に対して対人関係技能や自己評価を高めるような働きかけを行うことが多くなることを意味する。経験年数が高くなるにつれ、そのようなソーシャルワーク実践の重要性を認識し、意識的にそのような働きかけを行うようになると推測できる。

経験年数の低いソーシャルワーカーの場合は、試行錯誤しながら実践を行うことになり、何が効果的な働きかけであるのかを明確には理解しないままに精神障害者を援助しようとしている者が一定以上いることが予想される。

この結果は、これまで現場で職員を採用するときに「現場経験のある人がほしい」というような要望がなされることも多いことから、現場では経験的に理解していたことであろう。そのことが本研究においては科学的な方法によって実証されたといえよう。

これらのことから、ソーシャルワーク教育において「現場経験を積む」ということの重要性が改めて明らかになった。一方、現場そのものではないにしても、擬似的な体験を社会福祉教育や現任教育の中でより多く取り入れていくことの必要性が示唆された。社会福祉のニーズを抱える利用者に対して具体的にどのようなソーシャルワーク実践を行うのかについては、できるだけ実際の事例を用いたり、現場に似通った場面構成の中でソーシャルワーク実践スキルが身につくような教育を行う必要があるといえよう。

2 精神保健福祉士資格の有無の影響はみられない

本研究の回答者の 85%が精神保健福祉士資格保持者であったが、精神保健福祉士資格の有無は本研究で測定を試みているソーシャルワーク実践の頻度に統計的に有意な影響を及ぼしていなかった ($df=1$ 、 F 値=0.019、有意確率=0.892、 $p>0.05$)。念のため一元配置の分散分析も行ったが、統計的に有意な結果は得られなかった。このことから、高等教育機関や精神保健福祉士養成機関における精神保健福祉士資格取得のためのカリキュラムをこなし、国家資格試験に合格した者と、精神保健福祉士資格を有しない者との間には、本研究で測定を試みているようなソーシャルワーク実践の頻度の統計的な有意差がみられないということになる。

精神保健福祉士とは、精神保健福祉士法の第2条の定義によると「同法28条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び

技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とするもの」とされている。

精神保健福祉士資格保有者は、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的な知識のみならず技術を持っていることが求められ、また、精神障害者に対して相談、助言、指導、必要な訓練などの援助を行うことのできる者とされていることが明らかである。

精神保健福祉士試験の科目は、(1) 精神医学、(2) 精神保健学、(3) 精神科リハビリテーション学、(4) 精神保健福祉論、(5) 社会福祉原論、(6) 社会保障論、(7) 公的扶助論、(8) 地域福祉論、(9) 精神保健福祉援助技術、(10) 医学一般、(11) 心理学、(12) 社会学、(13) 法学の 13 科目とされている。これらの科目には精神保健福祉論、地域福祉論、精神保健福祉援助技術等が含まれており、精神障害者地域生活支援センターにおけるソーシャルワーク実践を行う上で、必要な知識が要求されているといえよう。

また、精神保健福祉士受験資格を得るためには、大学などの高等教育機関や養成施設において指定された科目を履修することが求められている。その科目は、上記の精神保健福祉士試験の科目の他に（注：精神保健福祉援助技術の科目は養成施設等において履修する科目としては精神保健福祉援助技術総論と精神保健福祉援助技術各論の 2 科目となる）、精神保健福祉援助演習、精神保健福祉援助実習がある。

これらの科目において求められている目標や内容は、「精神保健福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容について」という 1998（平成 10）年に定められた通知により明らかにされている。この通知によると「精神保健福祉援助技術総論」は、

（1）精神障害者を中心とした社会福祉サービスと援助活動について理解させる、（2）精神障害者を中心とした社会福祉援助活動の目的・価値等を具体的事例に基づいて理解させる、（3）社会福祉援助活動における専門的援助技術の体系について理解させる、（4）精神保健福祉士と専門的援助技術について理解させる

が目標とされている。

「精神保健福祉援助技術各論」では、

（1）精神障害者の疾病及び障害に配慮した個別援助技術（ケースワーク）について具体的事例に基づき理解させる、（2）精神障害者の疾病及び障害に配慮した集団援助技術（グループワーク）について具体的事例に基づき理解させる、（3）精神障害者ケアマネジメントについて具体的事例に基づき理解させる、（4）精神障害者を対象とした地域援助技術（コミュニティワーク）について具体的事例に基づき理解させる、（5）精神障害者を対象とした援助技術について具体的事例に基づき理解させる

が目標とされている。

「精神保健福祉援助演習」では

（1）精神保健福祉士の専門的援助技術及びリハビリテーション技法について、実技指導を中心とする演習形態により具体的事例を取り上げ、個別指導及び集団指導を通してその精度を高めつつ習得させる。（2）学生自身が自分自身で学習し、考え、主体的に行動する態度を養成する。

が目標とされている。

「精神保健福祉援助実習」では

(1) 現場体験を通して精神保健福祉士として必要な知識及び技術並びに関連知識の理解を深める、
(2) 精神保健福祉士として必要な知識及び技術並びに関連知識を実際に活用し、精神障害者に対する相談援助及びリハビリテーションについて必要な資質・能力・技術を習得する、(3) 職業倫理を身につけ、専門職としての自覚に基づいた行動ができるようにする、(4) 具体的な体験や援助活動を、専門的援助技術として概念化し理論化し体系だてていくことができる能力を涵養する、(5) 関連分野の専門職種との連携のあり方を理解することが目標とされている。

そして、精神保健福祉士の国家資格取得のためには、高等教育機関や精神保健福祉士養成施設において上記の13の指定科目を履修し、近年合格率70%前後の国家試験に合格し、登録しなければならない。なお、精神保健福祉士の資格については、1998年度の第1回国家資格試験から第5回国家資格試験までの5年間は、現場経験が5年以上ある者には指定された講習を受講することによって指定科目を履修したものとみなされる措置があった。このことから、現在の国家資格取得者の中には高等教育機関や精神保健福祉士養成施設における教育を受けた経験がない者も一定以上含まれている。

このような高いハードルを乗り越えることが求められる国家資格取得者と、そのような国家資格を保有しない者との間で、本研究において測定を試みたソーシャルワーク実践の活用頻度について統計的に有意な差がみられなかったことについて考察をしたい。

第1に、本研究において比較しているのは、国家資格試験の合格者と不合格者ではないことについては留意しなければならない。精神保健福祉士資格は施行されて間もない国家資格である。それゆえ、経験の長いソーシャルワーカーほど、自身が高等教育機関などを卒業して時間が経過した後に精神保健福祉士資格の制度が施行されたことが多い。そこで、前述したように5年以上の経験年数を有する現場のスタッフのためには、指定された講習を受けることで国家資格試験の受験資格があることとなる5年間の経過措置が設けられた。この措置によってかなりの現場のソーシャルワーカーが国家資格を取得したことが予測される。しかし、人によっては、国家資格の受験資格を取得しなかったり、あるいは、国家資格の受験資格はとつても国家資格の試験を受験しなかったことが考えられる。ゆえに、本研究において比較している精神保健福祉士の国家資格保有者と、資格を保有しない者との間では、国家資格取得を得るまでに受けた教育や研修の内容にはそれほど差がないこともあり得るということは勘案しておかなければならない。

第2に、精神保健福祉士国家資格の目的を考慮する必要がある。精神保健福祉士とは、法律で「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的な知識及び技術を持っている者」であり、「精神障害者に対して相談、助言、指導、必要な訓練などの援助を行うことのできる者」と定められている。そこで、国家資格取得のための試験は、「精神障害者を援助する上で必要な専門的な知識のみならず技術をも有しているか否か」を評価するために行いたいところであるが、実際は精神障害者を援助する上で必要な「知識」を有するか否かに焦点をおいて評価せざるを得ない面があることが考えられる。

実際に、13 の試験科目のうち、「援助技術」に関する科目は1科目のみである。問題数は13科目すべて同数にはせず、援助技術の科目に割く割合が大きいことや、他の科目（精神保健福祉論や精神科リハビリテーション学等）においてもかなりの割合で事例問題が取り扱われていることから、国家資格試験の中ででき得る限りソーシャルワーカーとしての援助技術についての知識について重点的に評価しようとする工夫がみられる。

しかし、「精神保健福祉分野において働く上で必要とされるさまざまな知識」の中には、当然「援助技術についての知識」も含まれるものの、そのような知識のみを持ってして「精神保健福祉分野において働く上で必要な知識を一定の水準以上有している」とすることは不適切といえよう。そこで、援助技術のみならず、精神医学や公的扶助、あるいは、社会復帰施設の種類などの知識を一定以上正確に理解し、判断できるか否かについて判断することについて、国家資格試験の意味が見出せるであろう。精神保健福祉士の国家資格試験に合格した者は、確かに精神保健福祉分野において働く上で必要とされるさまざまな知識（例：精神医学、精神科の入院形態、精神障害者社会復帰施設の種類と目的、社会保障、公的扶助などの知識）を一定以上の水準で有しており、かつ、援助技術についての知識も一定以上の水準で有しているということがいえる。ただ、そのことが、ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度に統計的に有意な差が生じさせるほどの影響を及ぼしていなかったということになる。

第3に、精神保健福祉士の国家試験の実施方法が筆記試験であるという課題がある。国家試験の中で、他の科目と比較して、援助技術について評価する割合がたとえ十分に高かったとしても、五肢択一の筆記試験では、精神保健福祉士として精神障害者に対して相談、助言、指導、必要な訓練などの援助を行うための「援助技術について知識がある」か否か、「援助技術について理解している」か否か、「援助技術について選択肢があるときに適切な判断ができるか」か否かの評価を中心に行わざるを得ないであろう。そこで、精神保健福祉士の国家資格を有するものは、援助技術についての知識量、理解力、判断力において一定の水準以上にあることは確かに言えるであろう。しかし、資格取得者や受験者が、そのようなソーシャルワーク実践の援助技術やより具体的で細分化された構成単位であるソーシャルワーク実践スキルを実際の現場において、利用者に対して「活用する」か否かについては、ペーパーによる五肢択一の試験においては正確には評価し得ないということが考えられる。国家資格において、受験者が実践現場においてどの程度行動に移すことができるか否かを評価することには限界があるといえるし、また、そのようなことを重点的に評価することが国家資格の目的ではないということになる。

第4に、精神保健福祉援助技術総論や精神保健福祉援助技術各論において教授されている内容の課題がある。養成施設の授業内容の指針づくりのために示されたものとはいえ、先述の通知を分析することによって、援助技術に関する科目においてどのようなことが教授されることが想定されているのかが理解できる。これらの目的、内容、項目などをみるかぎりにおいては、何か特定の要素が極端に不足しているとは思えない。我が国の社会福祉教育において、特に援助技術系の科目で教えられていることは、国内及び福祉先進国（特に英語圏の国々）の経験と知見の積み重ねからなるものである。科目の構成に特に偏りは

ないと思われる。

各科目においてそれぞれの援助技術を「具体的事例に基づいて」理解することが目的としてあげられていること自体は評価されるべきである。しかし、実際の教科書等においては、精神障害者の属性や生活内容、生活歴などの描写に相当な分量が割かれている。そのため、援助する側であるソーシャルワーカーの関わり方、実際の言動、利用者のモチベーションをあげるためには何をしたのか、問題予防や課題解決をおこなうためには具体的に何をおこなったのか、対人関係技能や自己評価を高めるためには具体的に何を行ったのか、などについての描写が割愛されてしまったり、ほとんど具体的にないきらいがある。また、特定の事例に対する特定の関わりとして紹介するあまりに、それでは普遍的にどのようなことが大切なのかなどについての記述まで至っていないこともある。特定の事例のことをどのように普遍的に応用していくかまで、教育していくことが今後求められるのではないかと。教科の中でソーシャルワークの援助技術についてある程度学んだとしても、それが現場における実践において応用できるような形で教育がなされていない可能性がある。これらのことから、国家資格取得をしても、国家資格を有していなくとも、現場においてソーシャルワーク実践のスキルを活用している頻度には統計的に有意な差は見られないという結果になったことが考えられる。

第5に、精神保健福祉援助技術演習の科目に関する課題がある。精神保健福祉援助技術演習の科目においては、「専門的援助技術及びリハビリテーション技法について、実技指導を中心とする演習形態により具体的事例を取り上げ、個別指導及び集団指導を通してその精度を高めつつ習得させる」ことが目的の1つとされている。もしもこの科目に十分な時間が割かれ、一人一人の学生が「実技指導」を受けているのであれば、本来的には精神保健福祉士の国家資格取得者のソーシャルワーク実践の頻度は高くなるのではないかと予想される。しかしながら、本研究において測定を試みたソーシャルワーク実践頻度に関してみると、そのような結果にはならなかった。

精神保健福祉援助技術演習において、ある特定の事例をとりあげ、その事例について「話し合う」ということを中心に演習を行うことが前提にされているような教科書もみられる。このことから、我が国において一般に「演習」では、架空の事例について話し合いで検討することが演習の内容として想定されていることが考えられる。演習の中で事例検討を行うことは確かに重要なことである。しかし、架空の事例について「精神障害者の心理・社会・身体的状況」のアセスメント、あるいは、「ニーズとサービスを結びつける」ことに重点が置かれる事例検討のみを行ってはいは、ソーシャルワーカーとして相談援助、指導、訓練の中で具体的に「どのように関わるか」や「さまざまな選択肢の中から実際に何を行うか」「どのような具体的なスキルを用いるか」などについてはあまり習得できない危険性がある。

精神保健福祉援助技術演習の中で「実技指導」が積極的に行われているのであればいいのであるが、実技指導についてほとんど触れられていない教科書もある。内容の濃い実技指導を行うためには指導する側にも力量が必要であるということもあり、時間がない中ではなかなか個別や集団での実技指導は十分にはなされていないのかもしれない。

さらに、一部の養成施設においては、通信教育によって国家試験の受験資格が取得できることになっている。スクーリングの時間は一定数あるものの、非常に限られた時間であり、限られた時間で精神保健福祉援助演習やその他の科目を履修してもなかなかソーシャルワーカーとしての実践スキルを身につけるまでにはいたらない可能性があることが考えられる。

第6に、精神保健福祉援助実習の目的と時間的な限界についての課題があげられる。精神保健福祉援助実習では、25日、180時間以上の現場実習が一般に行われている。すでに現場経験が一定以上ある者については実習は免除となる。

精神保健福祉援助実習の5つの目的のうちの1つが「精神保健福祉士として必要な知識及び技術並びに関連知識を実際に活用し、精神障害者に対する相談援助及びリハビリテーションについて必要な資質・能力・技術を修得する」である。精神保健福祉士として現場において実践をするにあたって必要なソーシャルワーク実践スキルを修得することが実習の目的の1つであるとすれば、実習にあてられる日数や時間が不十分であることが考えられる。例えば、大学院レベルとはいえ、米国の社会福祉大学院においては最低限900時間以上の現場実習が求められる。そして、各州の資格や免許を取得するためには、たいていの場合、有免許（資格）者からの週1回のスーパービジョンを受けながら、大学院卒業後常勤で2年程度働いてはじめてそれぞれの州の資格や免許の受験資格が生じる。このことをみても、現行の精神保健福祉援助実習の時間数では、ソーシャルワーカーとして専門性を発揮するためには必要な現場経験の時間は十分ではないことが推測される。精神保健福祉士の国家資格を修得した後も、現任研修などを通じて十分にソーシャルワーク実践スキルを修得できるような体制がなければ、なかなかソーシャルワーク実践スキルの活用頻度はあがっていかないのかもしれない。

第7に、精神保健福祉援助実習の体制の問題が考えられる。現在の実習は、内容、指導体制ともに現場の実習指導者の裁量に任される割合が高い。論者自身の経験からは、現場では少ない人的資源と時間を最大限に駆使し、現場への十分なメリットがないにも関わらず、後輩を育成するために多くの学生を受け入れ、十分な指導をしようとしていることが理解できる。しかし、（1）人的資源の絶対的な不足、（2）時間的な不足、（3）現場にほとんどメリットがない体制の中での大きな負担、（3）ガイドラインが不十分であったり、ガイドラインに強制的な要素がほとんどないままに現場実習が行われていることなどから、精神保健福祉援助実習は決して理想的な体制のもとでなされているとは言い難いということが指摘されよう。

第8に、精神保健福祉援助実習の目的の設定の問題がある。高等教育機関や精神保健福祉士養成施設における実習では、先述した通知により（1）精神保健福祉士として必要な知識及び技術並びに関連知識の理解を深める、（2）知識及び技術並びに関連知識を実際に活用し、精神障害者に対する相談援助及びリハビリテーションについて必要な資質・能力・技術を習得する、（3）職業倫理を身につけ、専門職としての自覚に基づいた行動ができるようにする、（4）具体的な体験や援助活動を、専門的援助技術として概念化し理論化し体系だてていくことができる能力を涵養する、（5）関連分野の専門職種との連携のあり方を

理解することが目標とされている。

実際には、限られた実習時間の中で達成できる目標は細分化され具体的なものであることが望ましいので、それぞれ高等教育機関や養成施設において学生に目標の設定をさせ、また、実習現場のほうでもより具体的なものを要求することが多い。その結果、精神保健福祉援助実習の目的は必ずしも統一されたものにはなっていない。精神保健福祉援助実習の目的は(1)利用者に関わること、(2)ソーシャルワーカーの業務の理解、(3)組織・機関のサービスやプログラムの内容の理解、(4)地域や社会資源の理解など多様なものになりがちであり、これらの点のいずれもがソーシャルワーク実践に必要な要素ではあるものの、結果的に実習で達成することができる目的には偏りがあるのが現状であろう。学生は実習の中で通知で示された目的にあるような、相談援助やリハビリテーションに必要な施設・能力・技術を「習得する」までにはなかなかいたらないということが考えられる。

このようなことから、精神保健福祉士の国家資格は、援助技術についての知識や、精神保健福祉士としての必要な知識について一定の水準以上のものであるということの評価にはつながるが、現状においては、資格取得者が、資格を取得していない者と比べてソーシャルワーカー実践スキルをより高い頻度で活用するとはいえないということが実証された。

3 社会福祉士資格の有無の影響はみられない

本研究の回答者の約 28%が社会福祉士資格保持者であった。社会福祉士資格保持者はほとんどが精神保健福祉士資格保持者でもあり、社会福祉士資格を有しながら精神保健福祉士資格を有しない者は6名であった(76名のうちの7.9%)。社会福祉士資格の有無も、本研究で測定を試みているソーシャルワーク実践の頻度には統計的に有意な影響を及ぼさなかった($df=1$ 、 F 値=0.273、有意確率=0.602、 $p>0.05$)。念のため一元配置の分散分析も行ったが、やはり統計的に有意な結果は得られなかった。このことから、高等教育機関や社会福祉士養成機関における社会福祉士資格取得のためのカリキュラムをこなし、国家資格試験に合格した者と、社会福祉士資格を有しない者との間には、本研究で測定を試みているようなソーシャルワーク実践の頻度の統計的な有意差がみられないということになる。

社会福祉士とは、社会福祉士及び介護福祉士法の第2条第1項の定義によると「同法28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、その他の援助を行うことを業とするもの」とされている。

社会福祉士資格保有者は、社会福祉に関する専門的な知識のみならず技術を持っていることが求められ、また、精神上の障害があることなどにより日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談、助言、指導などの援助を行うことのできる者とされていることが明らかである。

社会福祉士試験の科目は、(1)社会福祉原論、(2)老人福祉論、(3)障害者福祉論、(4)児童福祉論、(5)社会保障論、(6)公的扶助論、(7)地域福祉論、(8)社会福

祉援助技術、(9) 心理学、(10) 社会学、(11) 法学、(12) 医学一般、(13) 介護概論の 13 科目とされている。この中に障害者福祉論、地域福祉論が含まれ、また、社会福祉援助技術が含まれていることから、精神障害者地域生活支援センターにおけるソーシャルワーク実践を行う上で、必要な知識が要求されているといえよう。

これらの科目において求められている目標や内容は「社会福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容並びに介護福祉士要請施設等における授業科目の目標及び内容について」という 1987（昭和 62）年に定められ、その後 2002（平成 14）年に改正された通知で明らかにされている。この通知によると「社会福祉援助技術論」は、

(1) 基本的コミュニケーションや人との付き合い方などの円滑な人間関係形成を図るための方法について理解させる、(2) 人権尊重、権利擁護、自立支援等の観点を踏まえた社会福祉サービスと援助活動の関係について理解させる、(3) 福祉専門職と専門援助技術の関係について理解させる、(4) 社会福祉援助活動の展開過程を重視しながら、その目的・価値・原則及び体系とそこにおける共通課題について理解させる。(5) 社会福祉援助活動における専門援助技術の体系について理解させる、(6) 社会福祉援助技術に由来する倫理について理解させる。

が目標とされている。

「社会福祉援助演習」では

(1) 社会福祉の専門援助技術を、具体的な事例や援助場面を想定した実技指導（ロールプレイング等）を中心とする演習形態により、社会福祉援助技術に関する講義及び現場実習と関連させながら、個別指導ならびに集団指導を通してその精度を高めつつ習得させる、(2) 学生個々人が自分自身で学習し、考え、主体的に行動する態度を涵養する、(3) 演習のなかで、具体的に人権尊重、権利擁護、自立支援について理解し、実際に行動できるようにする。さらに、在宅での生活支援も視野に入れて理解させる。

が目標とされている。

「社会福祉援助技術現場実習」では

(1) 現場体験を通して社会福祉専門職（社会福祉士）として仕事をするうえで必要な「専門知識」「専門援助技術」及び「関連知識」の内容の理解を深める、(2) 「専門知識」「専門援助技術」及び「関連知識」を実際に活用し、相談援助業務に必要となる資質・能力・技術を習得する、(3) 職業倫理を身につけ、専門職としての自覚に基づいた行動ができるようにする、(4) 具体的な体験や援助活動を、専門的援助技術として概念化し理論化し体系だてていくことができる能力を涵養する、(5) 関連分野の専門職種との連携のあり方及びその具体的内容を理解する

ことが目標とされている。

さらに、近年になって新たに追加された「社会福祉援助技術現場実習指導」では

(1) 社会福祉援助技術現場実習の意義について理解させる、(2) 社会福祉援助技術現場実習を通じて、養成施設で学んだ知識、技術等を具体的かつ実際に理解できるよう指導する、(3) 実践的な技術等を体得できるよう指導する、(4) 福祉に関する相談援助の専門職としての自覚を促し、専門職として求められる資質、技能、倫理、自己に求められる課題把握等、総合的に対応できる能力を習得できるよう指導する

ことが目標とされている。

このように、国家資格を取得するための科目や、高等教育機関や養成施設において履修することが定められている科目の内容などをみる限りにおいては、精神保健福祉士と社会福祉士との間で、社会福祉援助技術、つまりソーシャルワーク実践に関して習得することが求められている内容には大きな差異はないといえよう。

そこで、社会福祉士と精神保健福祉士の国家資格取得者が精神障害者地域生活支援センターにおいてソーシャルワーク実践を行うにあたってどのような差異が考えられるのかを考察したい。

第1に、資格取得者の援助の対象者や援助の内容を比較する必要があるであろう。社会福祉士は先述したように「精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者」をも援助の対象として規定されており、それらの者に対して「福祉に関する相談に応じ、助言、指導、その他の援助を行う」とされている。また、国家試験科目には「社会福祉援助技術」、「障害者福祉論」「地域福祉論」「医学一般」が含まれており、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーク実践において必要とされるような内容と合致する資格であるといえよう。そこで、精神保健福祉士がソーシャルワーク実践の対象と想定している者と、社会福祉士がソーシャルワーク実践の対象と想定している者とは重なり、双方とも精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーとしての職務に就くのにふさわしい資格といえよう。

第2に、資格の取得の難易度についてみる必要があるであろう。社会福祉士資格はソーシャルワーカーとしての国家資格として、精神保健福祉士より約10年先んじて創設された資格であり、また、合格率が精神保健福祉士と比較してもかなり低く20数%であることから、受験している者の学力がほぼ同程度であるとする（注：同じ大学の同じ学部・学科からそれぞれの国家資格の受験をして、それぞれが全国平均と似通った合格率になることも多く、精神保健福祉士の合格率のほうが一般的に社会福祉士の合格率よりは高い）、より難易度の高い資格ともいえ、ソーシャルワーカーの国家資格として社会により良く認知された資格であるといえよう。

第3に、資格を取得するために受験する科目や履修する科目の差異をみる必要があるであろう。社会福祉士の受験資格を取得するために行う社会福祉援助技術現場実習においては、精神障害者に接したり、精神障害者に対するソーシャルワーク実践について学んだり、習得したりする機会は限られている。精神科を有する病院、精神保健福祉センターや精神障害者社会復帰施設などにおいて現場実習を行ったのでは、社会福祉士の受験資格は得られない。ただし、精神障害者が入所している救護施設や婦人保護施設などが実習先として認められているので、一部の者は社会福祉実習を通して精神障害者の方の援助の現場に触れることもある。この点からいうと、社会福祉士のみの資格取得は、精神障害者と接する機会が少なく、また、精神障害者に対するソーシャルワーク実践について現場の経験を通して学ぶ機会は少ないことが考えられる。

これらのことから、社会福祉士資格取得者は、国家資格が想定している援助の対象者や援助の内容においては、精神保健福祉士と似通ったことが求められているものの、実際に高等教育機関や養成施設における教育や研修の中で精神障害者と接する機会や精神障害者

に対するソーシャルワーク実践を学ぶ機会は限られていることが多いと考えられる。

このようなことを踏まえて、社会福祉士資格の保有者と、資格を有していない者との間にソーシャルワーク実践スキルの実施頻度に統計的に有意な差がみられなかったことについて考察していきたい。これまでみてきたように、両資格の間に多くの類似点があることから、前述した精神保健福祉士資格で考察したことと同じようなことが考察される。つまり、(1) この研究で比較しているのは国家資格の合格者と不合格者ではないこと、(2) 国家資格の目的と評価の内容、(3) 国家資格試験の実施方法、(4) 社会福祉援助技術の科目における教授内容、(5) 社会福祉援助技術演習の科目における教授の方法、(6) 社会福祉援助技術現場実習の目的と実習日数、(7) 社会福祉援助技術現場実習の体制、(8) 社会福祉援助技術現場実習の目的の設定の仕方などに関する課題やその影響である。

社会福祉士と精神保健福祉士が同じ社会福祉学を基盤にした国家資格であるため、ソーシャルワーク実践の活用頻度に与える影響については、両資格とも共通の結果となることはある程度想定された。しかし、両資格ともに社会福祉学を基盤とし「専門的知識」のみならず「技術」を有している者とされ、「相談に応じ、助言、指導などの援助を行う」ことを業とする者が有する資格とされる以上、ソーシャルワーク実践の活用頻度が非保有者と比較したときにその程度有無の判断材料にはならないという結果については課題があるといえよう。

4 学歴の影響はみられない

学歴もソーシャルワーク実践の頻度に統計的に有意な影響を与えなかった ($df=2$ 、 F 値 $=0.828$ 、有意確率 $=0.438$ 、 $p>0.05$)。最終学歴が高校・短大レベル (13.9%) であろうと、大学レベル (81.2%) であろうと、大学院レベル (4.9%) であろうと、ソーシャルワーク実践の頻度には統計的に有意といえるような影響はみられなかった。このことから、教育を受けた期間の長さはソーシャルワーク実践の頻度に影響を与えないことが推測される。

5 性別の影響はほとんどみられない

性別 (男性 38.4%、女性 61.2%) もソーシャルワーク実践の値には統計的に有意な影響はなかった ($df=1$ 、 F 値 $=1.555$ 、有意確率 $=0.214$ 、 $p>0.05$)。ただし、4つの因子それぞれの下位尺度 (指標) のスコアを従属変数として共分散分析を行ったところ、有意確率の水準を 10% の水準にまであげれば、第 3 因子の「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」のスコアについては、統計的に有意な影響があった ($df=1$ 、 F 値 $=3.663$ 、有意確率 $=0.057$ 、 $p<0.1$)。男性と女性それぞれの推計周辺平均値を確認したところ、女性 (21.462 ポイント) が男性 (20.383 ポイント) を上回っており、対人関係技能や自己評価を高めるスキル群の活用については、女性のほうが活用の度合いが統計的に有意に高いということが明らかになった。

短大や大学などの高等教育機関における専攻分野が社会福祉学である（58.5%）か社会福祉学ではない（41.5%）かも、ソーシャルワーク実践の頻度に統計的に有意な影響を与えなかった（ $df=1$ 、 F 値=0.753、有意確率=0.387、 $p>0.05$ ）。一元配置の分散分析を行っても、結果は統計的に有意ではなかった。

このことから、大学や短大における社会福祉教育は、精神保健福祉分野で活用が期待されるようなソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を高めるものにはなっていないかもしれないということが推測される。このことからいくつかの考察をしておきたい。

第1に、社会福祉教育の目的に、ソーシャルワーク実践の頻度の高い人材を養成することが含まれているか否かを検討する必要がある。本研究のソーシャルワーク実践評価指標（尺度）で測定を試みているソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を高めるような教育が、社会福祉教育の目的に沿っていない可能性もあるからである。しかし、ソーシャルワーク実践の頻度は、精神保健福祉分野における経験年数が高いほど統計的に有意に高いということが明確になった。このことから、本研究で作成された評価指標（尺度）は少なくとも現場において経験年数を積めば積むほどに活用頻度が高くなるソーシャルワーク実践スキルから構成される評価指標（尺度）になっているといえよう。

1980年代半ばまで大学は職業教育を行うところではなく、リベラルアーツを教えるところであるという意識が強かったために、日本社会事業学校連盟が認定した教育課程の卒業者に社会福祉を实践できる資格を有しているという認定証を交付する制度の提案も多くの反対意見にあった経緯が述べられている（大橋、2003）ように、教養を身につけることが大学教育の目的とされた時期もあったであろう。逆に、大学教育などにおいて、研究者の養成や制度・政策の立案者の養成のみを目的としているのであれば、ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度が高い者の教育を目指す必要はなくなる。

しかし、現在では社会福祉士国家試験の受験資格を取得できる高等教育機関または養成施設は約200校もあり、4年制大学の4校に1校は社会福祉士国家試験の受験資格を取得できるカリキュラムを有している。また、精神保健福祉士国家試験の受験資格を取得できる高等教育機関または養成施設も約100校となっている。重複している共通科目があるとはいえ、国家資格ごとに指定科目が13科目もあり、専門教育の中で国家資格関連の科目が占める割合も増えている。論者の本務校においては毎年卒業する者の約8割、就職する者の約9割が社会福祉の現場に就職することからみても、社会福祉教育を受けた学生はかなりの割合でソーシャルワーカーとして（あるいは関連の職種に就いて）現場で働くといえよう。したがって、社会福祉教育は一方ではソーシャルワーク実践スキルの活用のできる人材の養成を目的の中に含有するべきであろう。また、ソーシャルワーク実践スキルは社会福祉以外の現場で働くにあたっても対人関係やネットワークづくりに応用できる有用なものが多いと思われる。

第2に、本研究で測定を試みているようなソーシャルワーク実践の力は、高等教育機関で教育することに限界がある可能性について検討する必要がある。特に高校を卒業して

すぐの18歳や19歳の青年期の学生が社会経験もないままに入学してくる日本の高等教育機関において、短い現場実習と教室における授業を中心とした教育ではソーシャルワーク実践スキルを身につけることに限界があるのかもしれない。まずは国家資格を取得するために関係法令や制度・政策についての知識を身につけ、社会福祉援助技術についても基本的な知識と技術を学び、高等教育機関を卒業したり養成機関を修了し、国家資格を取得した後に、ソーシャルワーク実践スキルを身につけるような教育や訓練がより一層必要なのかもしれない。

そうであるならば、現場で働きはじめた初期の頃のスーパービジョン体制と現任教育訓練に一層の力をいれる必要があるのではないだろうか。先行研究調査で触れたように、精神保健福祉士協会会員を対象とした調査では、89%の者がスーパービジョンを希望しながらスーパービジョンを受けた経験がある者は27%にとどまり、職場内でのスーパービジョンを希望する者の割合は少なく、福祉系大学の教員によるスーパービジョンを希望する者が最も多く48%であった(柏木ら、2000)。

第3に、社会福祉教育の課題では国家資格試験との関係についての考察の中であげた国家資格の受験資格取得のための指定科目に関する考察も重複する。国家資格の受験資格取得のための指定科目に限らずともより一般的な社会福祉教育に関して、以下のようなことの影響が考えられるのではないだろうか。

(1) 社会福祉教育全般の中では、制度の歴史的変遷、現行の制度・政策、抽象的な理念などに教育内容が偏りがちなのではないか

(2) ソーシャルワーク実践の力をつけるための教育が質・量ともに不足しているのではないか

(3) ソーシャルワーク実践について教授する科目(例:精神保健福祉援助技術総論、精神保健福祉援助技術各論、社会福祉援助技術論等)の中で、社会福祉の「方法(例:ケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク等)」は教授され、「ソーシャルワークの援助過程(例:アセスメント、プランニング、モニタリング等)」は説明されるのに対して、現場のソーシャルワーク実践の中で最も時間や労力が割かれるべき「介入」の中身についての教育が、質・量ともに不足しているのではないか

(4) ソーシャルワーカーは現場で実践を行うときにはソーシャルワーク援助過程の「介入」の選択肢をたくさん有し、その中から最適なものを選択して実施することになるが、その選択肢であるソーシャルワークの技法や、より具体的なソーシャルワーク実践スキルが十分に教授されていないのではないか

(5) ソーシャルワーク実践スキルが「特別な知識と訓練を要する行動」として具体的に伝わっていないのではないか

(6) 演習形式の科目(例:精神保健福祉援助演習や社会福祉援助技術演習)などにおいて現場経験の代替体験として事例検討を行っても、「利用者の理解」や「利用者のニーズと既存の社会資源を結びつけるブローカーの役割」について考察することに偏りがちで、「利用者の問題予防や課題解決をどのように行うか」「利用者の対人関係技能や自己評価をどのようにして高めるか」「ネットワークづくりや政策への働きかけについてどのように考

えるか」などについての考察が十分ではないのではないかな。

(7) 演習形式の科目(例：精神保健福祉援助演習や社会福祉援助技術演習)などにおいて、カリキュラム指導の目的に「実技指導を行う」、「ロールプレイなどを活用する」などが掲げられているにも関わらず、学生に実際の場面を設定しての実技指導やロールプレイなどはなかなか行われることがなく、話し合いによる事例検討に偏りがちなのではないかな。

(8) 精神保健福祉援助実習や社会福祉援助技術現場実習、社会福祉援助技術現場実習指導などの実習教育とその他の大学で行われる知識・理論教育との統合が十分に行われていないのではないかな、などの点が考えられる。これらの課題について今後も研究していく必要があると思われる。

最後に、本研究の調査は精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーを対象にしたものであるので、その結果を他の施設・機関のソーシャルワーカーや他の分野のソーシャルワーカーのことに一般化することには慎重でなければならない。しかしながら、本研究調査結果の示唆するものを真摯に受けとめ、今後に生かしていく必要があると思われる。

第7節 サービス・プログラムの提供の度合いに影響を与える要因

精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いについて影響を及ぼしている要因を探るため共分散分析を行った。運営法人、単独設置であるか否か、常勤の精神保健福祉士の数を属性変数として投入し、常連メンバー数及びソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践のスコアを共変量として投入した。その結果、常連メンバー数及びソーシャルワーク実践のスコアについては統計的に有意な影響を与えていることが明らかになった。

1 運営法人の違いは統計的に有意な影響を与えていない

運営法人の違いは、精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムの提供の度合いに統計的に有意な影響を与えていなかった($df=2$ 、 F 値=0.524、有意確率=0.593、 $p>0.05$)。

精神障害者地域生活支援センターの運営法人が社会福祉法人・NPO 法人・社団法人(55.2%)であるか医療法人(35.8%)であるか、地方自治体立やその他であるか(9.0%)は、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに影響を与えていなかった。念のため一元配置の分散分析を行ったが、統計的に有意な影響はみられなかった。このことから、運営法人の種類のみによってはサービス・プログラムの提供の度合いの違いは判断できないということが明らかになった。

2 単独設置である否かは統計的に有意な影響を与えていない

精神障害者地域生活支援センターが単独設置であるかないかについては、サービス・プログラムの提供の度合いには統計的に有意な影響を与えていなかった ($df=1$, F 値=0.900、有意確率=0.344、 $p>0.05$)。

利用者が特定の社会復帰施設や医療機関に所属するか否かに影響を受けることなく利用するためには、単独設置がより望ましいとの考え方がある (田中、2001b; 池末、2001; 全国社会福祉協議会・心身障害者団体連絡協議会、2000; 谷中、2003)。単独設置の精神障害者地域生活支援センターは増えつつあり、限られた職員数で意欲的な取り組みがなされていることが本研究の先行研究調査からもうかがえた。また、駅前などの利便性の高い場所にサテライトの精神障害者地域生活支援センターを設置する動きなどもなされ (山岡、2001a; 山岡、2001b)、その意義が強調されている。

単独設置であるか否かがサービス・プログラムの提供の度合いに影響を与えていないことから、単独設置が併設型の精神障害者地域生活支援センターと同様にサービス・プログラムを提供しているものの、必ずしもより多くのサービス・プログラムを提供しているわけではないことについてはいくつかの考察ができる。

第1に開設してからの年数の影響が考えられる。精神障害者地域生活支援センターは事業開始当初、社会復帰施設に物理的に併設することが条件であったため、併設型の方が開設してからの年数は一般的に長い。第2に、職員の絶対数の影響が考えられる。単独設置の精神障害者地域生活支援センターは物理的に他の社会復帰施設や医療機関から離れたところに設置されていることが多いと推測される。併設型の精神障害者地域生活支援センターにおいては、併設している社会復帰施設のスタッフと合同でサービス・プログラムを実施したり、利用者が合同で参加するようなサービスやプログラムを実施している可能性が高い。その結果、そのような合同のサービス・プログラムも本研究の回答に含まれることとなるであろう。単独設置の精神障害者地域生活支援センターでは純粋にセンター単独のサービス・プログラムのみが測定されたことになる。第3にサービス・プログラムの提供の目的・理念がある。単独の精神障害者地域生活支援センターのほうが、地域の精神障害者の「サロン」のような役割を果たすことを目的として運営されていることが多いと推測される。駅前などの利便性の高いところに設置され、いつでも精神障害者がぶらりと立ち寄ることができる場の提供を目的としていることもあろう。スタッフから積極的にさまざまな働きかけをするよりは、利用者同士の交流の場の提供を目的としている場合もあろう。このような精神障害者地域生活支援センターにおいては「憩いの場」の提供のために長時間の開所などの工夫がなされている可能性が高いが、本研究の調査項目にあるようなサービス・プログラムの提供の度合いは必ずしも高くはない可能性がある。単独設置の精神障害者地域生活支援センターと単独設置ではない精神障害者地域生活支援センターとの間にサービス・プログラムの提供の度合いに差はないという結果には、これらの要因が影響していることが推測される。

3 常勤スタッフの精神保健福祉士の数は統計的に有意な影響を与えていない

常勤スタッフである精神保健福祉士の数は、サービス・プログラムの提供の度合いに統計的に有意な影響を与えていなかった ($df=3$ 、 F 値=0.559、有意確率=0.643、 $p>0.05$)。念のため一元配置の分散分析も行ったが、統計的に有意な影響はみられなかった。

本研究の中ですでに分析したように、精神保健福祉士資格取得の有無はソーシャルワーク実践の頻度にも影響がなかった。このことから、サービス・プログラムの提供の度合いに影響がみられなかったことはある程度予測できる結果であった。

精神保健福祉士の数（常勤）はサービス・プログラムの提供の度合いに統計的に有意な影響を与えていなかった。精神保健福祉士資格を有しないスタッフばかりが従事する精神障害者地域生活支援センターであっても提供するサービス・プログラムの度合いは高いこともあるし、逆に精神保健福祉士が3人以上従事していても提供するサービス・プログラムの度合いは低いこともあるということになる。

念のため、スタッフの中の精神保健福祉士の数とそれぞれのセンターの所属する都道府県との関係を確認したが、精神保健福祉士の数には地域的な偏りはみられなかった。精神保健福祉士の少ないセンターも、多いセンターも全国どのような地域においてもみられた。

4 常連メンバー数が多い精神障害者地域生活支援センターではより多くのサービス・プログラムの提供がなされている

常連メンバー数は、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに統計的に有意な影響を及ぼしていた ($df=1$ 、 F 値=7.872、有意確率=0.005、 $p<0.01$)。常連メンバーが多いほど、精神障害者地域生活支援センターが提供しているサービス・プログラムの提供の度合いが高いことが明らかになった。

本研究では常連メンバー数と利用登録者数の両方について回答を得ている。常連メンバー数と利用登録者数との間には強い相関関係はみられた (Pearson の相関係数が 0.522、有意確率=0.000、 $p<0.01$)。とはいえ、図 4-7 の散布図でもみられるように、利用登録者数とに常連メンバー数の数値がかなり近い精神障害者地域生活支援センターもあれば、2つの数値に大きな開きがある精神障害者地域生活支援センターもある。つまり、利用登録をしても継続的に利用する利用者（常連メンバーとなるような利用者）の割合は、センターによって差異があった。本研究においては、常連メンバー数のほうが実際にサービス・プログラムの提供を受けている実人数に近いという判断から、共変量に常連メンバー数を投入した。

念のため、常連メンバー数と登録利用者数とのどちらがサービス・プログラムの提供の度合いにより強い影響を及ぼしているのかをみるために、共分散分析の共変量に常連メンバー数の代わりに登録利用者数を投入したところ、登録利用者数も統計的に有意ではあったが有意確率は常連メンバー数よりも低かった ($df=1$ 、 F 値=5.569、有意確率=0.019、

$p<0.05$)。そこで、常連メンバー数のほうがサービス・プログラムの提供の度合いにより強い影響を及ぼしていることが確認できた。これらのことからいくつかのことが考察できる。

第1に、利用登録した後も継続的に週1度以上利用するようないわゆる「常連メンバー」になるか否かは、利用者ごとのニーズに沿ったサービスやプログラムの提供があるか否かと関わりがあるのではないかと推測される。多様なサービスやプログラムが利用者のニーズに応じた形で高い頻度で提供されている精神障害者地域生活支援センターであれば、利用登録後に継続的、定期的な利用者となる可能性が高いことが推測できる。

第2に、共分散分析の独立変数と従属変数の決定は、論者の設定したモデルにあてはめて行っている。共分散分析の独立変数と従属変数との関係が統計的に有意だという結果から、単純に因果関係を結論づけることはできない。そこで、逆に、利用登録者数が増えて週1回以上利用するようないわゆる常連メンバーが増加した結果、利用者のニーズに応じて精神障害者地域生活支援センターがさまざまなサービス・プログラムを提供するようになったという説明もできる。このことから、精神障害者地域生活支援センターは地域の精神障害者のニーズに応じて提供するサービスやプログラムに工夫を凝らすようになり、また、その提供頻度も高くなってきているという推測も成り立つ。

いずれにしても、常連メンバーの数が多いほど精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いは多いという傾向が明らかになった。

5 ソーシャルワーク実践の頻度の高いソーシャルワーカーが所属する精神障害者地域生活支援センターはサービス・プログラムの提供の度合いが高い(第4仮説の実証)

本研究において、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供の度合いに、センターに所属しているソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度が統計的に有意な影響を及ぼしていることが明らかになった($df=1$ 、 F 値=61.311、有意確率=0.000、 $p<0.01$)。1%の有意水準で統計的に有意であるということはソーシャルワーク実践のスコアはサービス・プログラムの提供の度合いに対してかなり強い影響を与えているといえることになる。このことにより本研究の第4の研究課題である仮説が実証されたことになる。

サービス・プログラムの提供の度合いとソーシャルワーク実践の頻度の値との間にはかなり高い相関関係がある(Pearsonの相関係数=0.461、有意確率=0.000、 $p<0.01$)ことがすでに2変数の相関関係の分析や図4-85の散布図から明らかであった。しかし、サービス・プログラムの提供の度合いに対するソーシャルワーク実践の頻度の影響のみならず、他の変数の影響も合わせて分析することが好ましいと思われたために共分散分析を行った。共分散分析は、このように複数の変数(属性変数と連続量の変数)を同時に投入することによって、お互いの変数の影響をコントロールした上での影響を分析することができる。

これらのことから、いくつかのことが考察できる。

第1に、2つの相関係数かなり高かったことから、サービス・プログラムの提供の度合いとソーシャルワーク実践の頻度が結果的に異なるものを測定しようとしながら、結果的

に同じものを測定してしまっている可能性について検討しなければならない。前述したように両者の相関係数は0.461である。もしも相関係数が0.708以上のような高い数値となれば、変数の分散のうち50%以上が相関関係によって説明されてしまうこととなり、表面的には別のことを測定しようとしながら結果的に同じものを測定していることを疑う必要がでてくる。しかし、0.461という数値はそれほどまでには高くない。また、サービス・プログラムの提供については「あなたの所属されているセンターでは、利用者（登録メンバー個人、グループやその家族を含めて）や地域住民に対して、以下のような援助やプログラム・サービスの提供をどれくらいの頻度で行っていますか。」と質問している。このことから、回答者本人のみならずセンター全体としてのサービス・プログラムの提供の度合いをたずねていることになる。また、質問項目は「買い物への同行」や「自宅の掃除等の援助」「服薬管理の直接的な援助」「就職先への訪問など具体的な就職後の援助」など家事援助に含まれるような項目や就労支援に関わる項目など具体的なプログラム・サービスに関する頻度をたずねる内容になっており、これらとソーシャルワーク実践の質問でたずねているソーシャルワーク実践スキルの項目は異なるものといえよう。これらのことから、サービス・プログラムの提供の度合いとソーシャルワーク実践の頻度は異なるものが測定できているといえるであろう。よって、調査結果からサービス・プログラムの提供の度合いにソーシャルワーク実践の頻度が影響を及ぼしているといえることができる。

第2に、従事しているソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度は本研究で影響を検討した他のどの項目（変数）よりも強い影響を及ぼしていた。

ある施設・機関が充実したサービス・プログラムを提供しているときに、その施設・機関のスタッフの力が大きな影響を及ぼしていることは経験的に推測できた。このことが、本研究によって精神障害者地域生活支援センターについては実証されたことになる。

社会福祉のサービス・事業は人次第であるといわれることがある。法令通知によって提供すべき基本的なサービス・プログラムが全国一律となるよう定められている精神障害者地域生活支援センターのような機関であっても、サービス・プログラムの提供の度合いにはかなりの差があった。そして、サービス・プログラムの提供の度合いにはセンターの運営法人、有資格者数、単独設置であるか否かなどの要素は統計的に有意な影響がみられないにも関わらず、常連メンバー数とともに所属するソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度は統計的に有意な影響がみられた。このことから、単純に有資格のスタッフを増員するよりも、ソーシャルワーク実践スキルを活用する力のあるスタッフを配置することがサービス・プログラムの充実により強い影響を与える可能性が高いといえよう。また、スタッフのソーシャルワーク実践スキルの習得状況をあげることによってより充実したサービス・プログラムの提供がなされる可能性が高いといえよう。

第3に、精神障害者地域生活支援センターがサービス・プログラムの提供を充実させているのは、そのセンターに単純に「いい人」がいるからというような抽象的な表現しか説明方法がないわけではなく、従事するソーシャルワーカーにソーシャルワーカー実践をより高い頻度で行う力があるからだといえることが明らかになった。

本研究において「いい人」であるか否かを異なる変数として測定して投入しているわけ

ではないので、本研究の結果から「いい人」であるかということと「ソーシャルワーク実践の頻度が高い」ということとの影響の度合いの比較はできない。測定が困難と思われる抽象的な「いい人」であるか否かというような要素の影響の有無は未だ説明できないが、従事するソーシャルワーカーが「ソーシャルワーク実践を構成する代表的なソーシャルワーク実践スキルをより高い頻度で活用する力がある」から、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの提供が充実していると説明できるということが明らかになった。そして、このような要素はこれまで経験的には現場で実感されており、例えば新たに資質と力のある職員を得たいときに「ソーシャルワーク実践力のある人」などの表現はせずに「いい人」と表現されてきたことが考えられよう。

このことから、従事するソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度が高いと、提供されるサービス・プログラムが充実するということがいえることになる。職員を配置するときには、ソーシャルワーク実践スキルを活用できる者を採用したほうがサービス・プログラムの充実に資する可能性が高いといえよう。また、すでに現場で実践するソーシャルワーカーがソーシャルワーク実践スキルをより多く身につけ活用するようになれば、結果的に提供されるサービスやプログラムも充実する可能性が高いといえよう。

第8節 精神保健福祉分野のソーシャルワーカーが身につけたい援助の方法、技法、技能等

本研究においては、回答者から今後身につけたい援助の方法、技能、技法等についてたずねた。その結果を分析したところいくつかの傾向がみられた。

1 基礎的な援助の方法、技法、技能を身につけたい割合が高い

精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーは、利用者に対する具体的な援助の方法や技法、技能を身につけたいと感じていることが多かった。具体的な記述をしてくれた回答者 193 名の 1 割以上があげたのが（１）個別援助方法、ケースワーク、個別の課題、個別の目標の設定、（２）面接やカウンセリングの技法、（３）利用者主体、ストレングス視点による援助、エンパワメントを志向した援助、（４）SST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング）の方法や技法、（５）ケースマネジメント、ケアマネジメント・ケアプランづくり、（６）地域のネットワークづくりなどに分類された 6 項目であった。

これらの項目は、本来的にはソーシャルワーカーを教育する高等教育機関や養成機関において教授され、習得することが想定されている基礎的な援助の方法、技能、技法等である。回答者はこれらの基礎を知らないのではなく、教科書で読んだり、理念や概念は知っているのではないかと推測される。また、日々の実践の中で、それらの基礎的な知識は生かしているのではないかと推測される。そうではあっても、地域で精神障害者の地域生活を支援していくにあたって、より具体的なソーシャルワーク実践スキルを身につけたいという意向や、より高度な技法や技能を身につけたいという精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーの意向がこれらの回答に反映しているのではないと思われる。

2 利用者と利用者を取り巻くシステムや環境との相互作用へ働きかける方法、技法、技能を身につけるニーズが高い

具体的な記述をしてくれた回答者の 5%以上があげたのが、（１）ニーズの正確な把握、アセスメント、（２）病気、障害の深いレベルにおける理解、（３）グループワークの方法、技法、（４）個別支援のネットワーク、個別支援のシステムづくり、（５）関係機関との連携、調整、価値観の共有、（６）社会資源の情報収集、社会資源の活用などに分類された 6 項目であった。

これらの項目は、高等教育機関や養成機関におけるソーシャルワーカーの養成過程で身につけることが目標とされている社会福祉の援助技術、技法に含まれるものであるといえる。これらの項目についても、回答者は知らないのではなく、理念や概念は知っているのではないかと推測される。また、日々の実践の中でこれらの知識を生かして実践しているのではないかと推測される。しかし、これらの項目は現場のソーシャルワーカーが実践する上でより切実に「身につけたい」「具体的にできるようになりたい」ソーシャルワーク実

践の過程の一部であったり、ソーシャルワーク実践スキルであったりするといえよう。また、利用者と利用者を取り巻くシステムや環境との相互作用の接点に介入するようなソーシャルワーク実践スキルを含む項目が多く含まれているのが特徴である。

「ケースワーク」や「コミュニティワーク」の必要性は理解していても、現場でソーシャルワーク実践をしてみると、ソーシャルワークの展開過程の一部である「アセスメント」や「個別支援システムづくり」、「ネットワークづくり」などの必要性を実感するようになるということではないだろうか。これらの回答に表されるようなソーシャルワークの展開過程の一部を確実に行えるようになりたい、あるいは具体的なソーシャルワーク実践スキルを身につけたいというソーシャルワーカーの意向が表れているように思われる。

3 より具体的で個別的な援助の技法、技能

数はそれほど多くはないが、より具体的にあげられた援助の技法や技能で特徴的なものをあげると、(1) 危機介入の仕方、不調時の対応の仕方、(2) 就労支援、ジョブコーチ的な支援、職業リハビリテーション、(3) 複合問題家族への支援、家族関係の調整、家族の高齢化への対応、(4) セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート、(5) ピアカウンセリングの支援、(6) コミュニティワーク、コミュニティオーガニゼーション、(7) 制度の活用、制度利用の促進、(8) 就労先開拓、職場開拓、(9) 自己研鑽にはげむ、自己覚知を深める、などがあげられよう。

これらの項目をみると、精神障害者の地域生活支援にいかに関わり知識が必要とされ、高度な援助の技法、技能が求められるかということが推測される。

(1) の危機介入の仕方、不調時の対応の仕方、(3) 複合問題家族への支援、家族関係の調整、家族の高齢化への対応、(7) 制度の活用、制度利用の促進、(8) コミュニティワーク、コミュニティオーガニゼーション、(9) 自己研鑽にはげむ、自己覚知を深める、などがあげられたのは、一方では精神障害者は症状や障害の程度が一定ではなく、変化しやすいことと、もう一方で精神障害者の課題には家族や地域の問題が広く深くからんで複雑な課題を形成すること多いことが背景にあるのであろう。このような中、精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーは、持っているすべての知識や技術を動員してソーシャルワーク実践を積み重ねているものの、これらの個別具体的な援助の技法・技能を身につける必要性を感じているということであろう。

(2) 就労支援、ジョブコーチ的な支援、職業リハビリテーション、(8) 就労先開拓、職場開拓などがあげられたのは、将来精神障害者は症状が落ち着き、障害を受容し克服していく可能性が高いので、より豊かな社会生活を目標とするべきであるということが背景にあるのであろう。就労に向けての具体的な支援のニーズは高く、そのようなニーズへの対応が精神障害者地域生活支援センターにおいて大きな課題となっているのが現状であろう。

(4) セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート、(5) ピアカウンセリングの支援があげられたように、精神障害者の支援にはピア（仲間）の存在を生かすことが欠かせない要素であろう。そこで、これらの支援をするための知識や方法が求められてい

践の過程の一部であったり、ソーシャルワーク実践スキルであったりするといえよう。また、利用者と利用者を取り巻くシステムや環境との相互作用の接点に介入するようなソーシャルワーク実践スキルを含む項目が多く含まれているのが特徴である。

「ケースワーク」や「コミュニティワーク」の必要性は理解していても、現場でソーシャルワーク実践をしてみると、ソーシャルワークの展開過程の一部である「アセスメント」や「個別支援システムづくり」、「ネットワークづくり」などの必要性を実感するようになるということではないだろうか。これらの回答に表されるようなソーシャルワークの展開過程の一部を確実に行えるようになりたい、あるいは具体的なソーシャルワーク実践スキルを身につけたいというソーシャルワーカーの意向が表れているように思われる。

3 より具体的で個別的な援助の技法、技能

数はそれほど多くはないが、より具体的にあげられた援助の技法や技能で特徴的なものをあげると、(1) 危機介入の仕方、不調時の対応の仕方、(2) 就労支援、ジョブコーチ的な支援、職業リハビリテーション、(3) 複合問題家族への支援、家族関係の調整、家族の高齢化への対応、(4) セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート、(5) ピアカウンセリングの支援、(6) コミュニティワーク、コミュニティオーガニゼーション、(7) 制度の活用、制度利用の促進、(8) 就労先開拓、職場開拓、(9) 自己研鑽にはげむ、自己覚知を深める、などがあげられよう。

これらの項目をみると、精神障害者の地域生活支援にいかに関わり知識が必要とされ、高度な援助の技法、技能が求められるかということが推測される。

(1) の危機介入の仕方、不調時の対応の仕方、(3) 複合問題家族への支援、家族関係の調整、家族の高齢化への対応、(7) 制度の活用、制度利用の促進、(8) コミュニティワーク、コミュニティオーガニゼーション、(9) 自己研鑽にはげむ、自己覚知を深める、などがあげられたのは、一方では精神障害者は症状や障害の程度が一定ではなく、変化しやすいことと、もう一方で精神障害者の課題には家族や地域の問題が広く深くからんで複雑な課題を形成すること多いことが背景にあるのであろう。このような中、精神保健福祉分野におけるソーシャルワーカーは、持っているすべての知識や技術を動員してソーシャルワーク実践を積み重ねているものの、これらの個別具体的な援助の技法・技能を身につける必要性を感じているということであろう。

(2) 就労支援、ジョブコーチ的な支援、職業リハビリテーション、(8) 就労先開拓、職場開拓などがあげられたのは、将来精神障害者は症状が落ち着き、障害を受容し克服していく可能性が高いので、より豊かな社会生活を目標とするべきであるということが背景にあるのであろう。就労に向けての具体的な支援のニーズは高く、そのようなニーズへの対応が精神障害者地域生活支援センターにおいて大きな課題となっているのが現状であろう。

(4) セルフヘルプのサポート、利用者同士の支援のサポート、(5) ピアカウンセリングの支援があげられたように、精神障害者の支援にはピア（仲間）の存在を生かすことが欠かせない要素であろう。そこで、これらの支援をするための知識や方法が求められてい

る。

4 幅広いレベルに介入、援助するための技法・技能が求められている

このように、精神保健福祉分野の現場で働くソーシャルワーカーは、幅広いレベルにおける介入についてより高度で深い援助の方法、技能、技法を身につけたいと考えていることが判明した。そして、それらは社会福祉の援助の方法にとどまらず、より具体的な技法やソーシャルワーク実践の一過程、ソーシャルワーク実践スキルなどについての知識と技能を身につけたいものと願っていることが明らかになったといえよう。

第9節 本研究の限界と意義

1 調査の対象に関して

(1) 精神障害者地域生活支援センターを対象にしたことの限界と意義

本研究においては精神障害者地域生活支援センターを対象に調査を行った。文献研究でみえてきたように、わが国では精神障害者が社会福祉のサービスやプログラムの対象として政策的に位置づけられたのはごく最近のことである。また、精神保健福祉の中核的な法律である「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の改正が1995年になされて初めて法律名に「福祉」の言葉が入れられたことから明らかなように、精神保健福祉分野における社会福祉サービスやソーシャルワーク実践の政策的、法律的な位置づけは、つい最近までみられなかった。法律的、政策的な位置づけがほとんどない中、小規模作業所や共同住宅の取り組みなどの実践が社会福祉関係者を中心に各地ではじまり、その流れが今の法体系に結びつき、精神障害者社会復帰施設として法定化された。中でも5番目に社会復帰施設として位置づけされた精神障害者地域生活支援センターは、地域の精神障害者の個別援助のみならず地域の福祉の推進などを担うことが期待され、「ソーシャルワーク」を実践する新しいタイプの社会復帰施設として位置づけられ、活動を展開してきた。本研究においては、厚生労働省の新・障害者プランの目標値「470箇所」にかなり近い「415箇所」まで設置がすすんだ段階で、精神障害者地域生活支援センターに焦点をあてて調査を実施することができた。このことにより、わが国の精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践の最新の実態を把握することができたと思われる。

調査は、全国の精神障害者地域生活支援センターを対象に悉皆調査を行った。悉皆調査を行ったことにより、精神障害者地域生活支援センターの実態に関しては調査対象の抽出方法(サンプリング)によって調査結果の誤差が生じる危険性はないといえる。そのため、本研究から得られた結果を精神障害者地域生活支援センターの実態については一般化する

ことができるといえよう。

精神保健福祉分野には、社会福祉サービスを提供している施設・機関は他にも存在する。精神障害者社会復帰施設としては授産施設、福祉工場、生活訓練施設、福祉ホームなどがあり、前2者は主に福祉的就労の場、後2者は主に住居を提供する施設とはいえ、これらの施設においてもソーシャルワーク実践は行われている。また、精神科を有する病院や精神科クリニックなどもあり、これらの機関に所属するソーシャルワーカーも先駆的にソーシャルワーク実践を行ってきた。さらに、精神保健福祉センター、保健所、地域の保健センターなどにおいても精神保健福祉相談員やその他のソーシャルワーカーの配置があり、それぞれソーシャルワーク実践をしている。本研究調査は、これらのほかの施設・機関をも含めた調査ではないため、本研究の結果を精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践に一般化するのには限界がある。

しかしながら、2004年9月に厚生労働省から示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においても「入院医療中心から地域生活中心へ」と明確に打ち立てられたように、精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践は全般的に精神障害者の地域生活支援や維持を目標としたものとなってきた。本研究の調査対象となった精神障害者地域生活支援センターは、精神障害者の地域生活を支援するソーシャルワーク実践が施設・機関の目的そのものとなっている。本研究において、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーを調査対象としたことによって、精神障害者の地域生活支援に専念した場合のソーシャルワーク実践の実態が明らかとなったといえよう。そこで、本研究の調査結果を精神保健福祉分野において、地域生活維持を目標としたソーシャルワーク実践に一般化することはある程度可能であるといえよう。

(2) ソーシャルワーカーを対象にしたことの限界と意義

本研究において、精神障害者地域生活支援センターの職員の中でも「精神保健福祉士かつ、または、精神科ソーシャルワーカー」を指名して1名に回答を依頼した。精神障害者地域生活支援センターでは、施設長1名、精神保健福祉士1名（経過措置として精神科ソーシャルワーカーでも良い）、精神障害者社会復帰指導員3名の合計5名の職員配置となっており、このような配置の中で精神保健福祉士かつ/または精神科ソーシャルワーカーの方に回答していただいたことにより、各施設・機関のキーパーソンとしてソーシャルワーク実践を行っている者から回答を得ることができた。本研究では精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの内容のみならず、ソーシャルワーク実践の実態を把握するために、ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度の細かい回答を得た。このことによって精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーク実践の実態がかなりの精度で把握できたと思われる。

社会福祉分野のソーシャルワーク実践は、精神障害者を対象としたソーシャルワーク実践のみならず、高齢者、児童、身体障害者、知的障害者、低所得者、ドメスティック・バイオレンスの被害者などあらゆる方々を対象に行われている。本研究は、精神障害者が主

たる利用者である施設・機関におけるソーシャルワーク実践を対象としたものである。そのため、他の分野のソーシャルワーク実践について一般化することには限界がある。

本研究が参考にした O' Hara らの調査は、精神保健福祉に精通したソーシャルワーカーを対象にしたものであるが、その援助の対象は児童から高齢者まで多岐にわたるものであった。O' Hara らの調査が広範囲な利用者を対象としたソーシャルワーク実践についての調査結果であることから、本研究も日本における精神障害者以外の対象者に対するソーシャルワーク実践に応用し得る要素が多いと思われる。本研究結果は、日本のソーシャルワーク実践に普遍化しうる要素を含んでいるといえよう (O' Hara & Collins, 1997 ; O' Hara, Collins & Walsh, 1998)。

特に、精神障害者の方々は精神疾患のために認知や行動に障害が現れてしまうことが多く、そのような障害に対して働きかけを行うことが精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践には不可欠な要素といえよう。そのため、本研究の調査結果で明らかとなった「問題予防や課題解決のスキル群」「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」の活用頻度は他の分野においては異なる結果となる可能性もある。

他の分野におけるソーシャルワーカーを対象にした同様の調査を行うこと、そして、他の分野のソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践との比較を行うことが今後の研究課題である。本研究において作成されたソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の日本版を他の分野においても活用すること等によって、今後実証的な研究がすすめられることが望まれよう。

2 調査の方法に関して

(1) 郵送法による調査

本研究では、郵送法による調査を行った。郵送法による調査は、回収率が低くなる傾向があること、回答の得られない項目や欠損値が多くなりがちであること、などの限界がある。本研究においては、調査の依頼の仕方、調査票の作成や返信の仕方などに関して特に配慮を行った結果、郵送法による調査にしては高い回収率（64.6%）を得ることができた。そして、回答を寄せた精神障害者地域生活支援センターに地域的な偏りはみられなかった。ただ、和歌山県の精神障害者地域生活支援センターからは回答を得ることができなかった。また、佐賀県は調査時点の名簿になかった（開設していなかった）。そのため、この2県の精神障害者地域生活支援センターの実践については調査結果に含まれていない。それ以外の全ての都道府県からは1箇所以上の回答を得ることができた。

専門職であるソーシャルワーカーから回答を得ることができたためか、全てを有効回答票とすることができ、無効回答票はなかった。調査項目は全て任意で回答を依頼したが、回答の得られない項目は非常に少なく、無回答の項目はほとんどなかった。そのため、欠損値のほとんどない回答（データ）を得ることができた。

(2) 自記式の調査方法

本研究は、自記式による調査を行った。ソーシャルワーク専門職による記入がなされたので、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムの内容やその他の実態をほぼ正確に把握した回答が得られたと思われる。

ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践については、個々のソーシャルワーク実践スキルの活用頻度をリッカートスケール上の5点（ほとんどしない、全くしない（＝1）からいつもする（＝5））から選択する方式をとった。そもそも、人間の行為である「ソーシャルワーク実践スキルの活用」の頻度を客観的に測定、把握することは困難なことである。本研究はソーシャルワーカー本人に自記式でソーシャルワーク実践の頻度を回答してもらったので、客観性という点においては限界があるといえよう。自記式であることから、本研究においてソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を尋ねていることについて回答に偏りが出る可能性はある。例えば資格を有する者が客観的な状態と比較して低く回答したり、あるいは、資格を有しない者が客観的な状態と比較して高く回答したりといった、客観的な事実とは異なる回答を得ている可能性はある。しかし、どのような属性を有するかについての影響がどのような回答方向へ偏るのかは一概にはいえない。そのため、それぞれの属性などの要因ごとに一方への偏りの可能性について考察することはあまり意味がないといえよう。

自記式の調査は客観性という点において常に限界がある。そこで、他者による評価のほかが客観性を担保しやすいことも考察する必要がある。しかし、人間の長時間に及ぶ行為を同一人物が同一の基準に基づいて客観的に測定・評価するためには、現在のところ録画がほとんど唯一の選択肢となる。そのような方法では、一個人あるいは数少ない事例の短い時間・期間の研究しかできない。収集するデータ数を増やすために、一定数以上のソーシャルワーカーの観察参与調査やインタビュー調査を試みると、ソーシャルワーカーの個々の行為の頻度を比較可能な形で測定・評価し得なくなる。その上、数多くのソーシャルワーカーを対象に1人の研究者で調査をするには限界がある。

収集するデータ数をさらに多くするために調査員の協力を得た場合には、調査員間の評価基準を一定に保つことが困難となる。複数の者が評価するのであれば結果的に客観的で正確な測定は担保しえなくなり、ソーシャルワーカー本人がそれぞれ回答した者との差異はますます小さくなってしまう。例えば、客観的に把握し得る「頻度」の評価ではないが、学生としてのソーシャルワーク実践の「能力」の評価を複数の実習指導者にさせたところ、同一の大学院学生の2年間に渡る評価でさえかろうじて統計的に有意な相関関係がみられたものの、相関関係は極端に低かったとの報告もある（Bogo et al., 2002）。

本研究は、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践スキルの活用の実態を把握し、ソーシャルワーク実践の構成要素を明らかにすること、ソーシャルワーク実践とサービス・プログラムの提供の度合いとの関係性を明らかにすることなどに研究目標があったので、より多くのソーシャルワーカーから相対的な評価ができるデータを得て、客観的に分析することに主眼をおいた。また、ソーシャルワーク実践に関する調査項目を一定数以上

設定することによって、同一のソーシャルワーカーの複数の項目間の差異も把握することができ、結果的にソーシャルワーク実践の相対的な評価がよりしやすくなる調査とした。このようなことから、本研究において自記式による調査を行ったことには意義があると思われる。

(3) 統計的な分析手法

本研究では、一部は質的なデータを収集し分析したが、大半は量的なデータを収集して統計的な分析手法によって分析した。人間の行う行為や対象者との関係などを数値による調査によって分析することについては、未だ感覚的なものも含めて抵抗もあるかもしれない。確かに、人間の行為や対象者との関係は叙述的な質的なデータによって表現することによっていきいきとした描写が可能になるということには変わりはないであろう。しかし、質的なデータのみによる分析は、ソーシャルワーク実践などの人の行為・言動等を調査対象とした場合、限られた領域の一事例については非常に詳細な分析が可能となるが、複数のソーシャルワーカーのさまざまな地域におけるソーシャルワーク実践を客観的に測定・評価することはほとんど不可能となる。全国的なソーシャルワーク実践の傾向などの分析が調査目的である場合には、質的なデータのみによる分析では天文学的な人的、時間的資源を費やす必要がでてくるので実際的には不可能となる。

一方、統計的な解析による分析手法は年々洗練されてきており、人間の行う行為や人々との関わりについても科学的に分析することが可能になってきている。人間の行う行為や、人々との関わりには常に複数の要素が影響を及ぼしている。例えば、ソーシャルワーカーの行うソーシャルワーク実践の結果、何らかの変化が存在するとして、その変化に影響を与える可能性のある要素が複数存在している場合、それらの複数の要素の影響を同時に科学的に分析し、統計的に有意な影響はどの要素にあるのか、あるいは、それぞれの影響の大きさの比較などは、統計的な手法による分析によってはじめて科学的に実証し得る。本研究は、多変量解析を用いることによって、そのような複数の要因の影響を同時に分析し、実証したことに意義があると思われる。

本研究においては、できうる限りの丁寧さをもって収集された量的データを用いて、統計的な解析による分析を行った。その結果、ソーシャルワーク実践を構成する要素が明らかになり、日米のソーシャルワーク実践の比較が可能になり、ソーシャルワーク実践に影響を及ぼす要因が明らかになり、ソーシャルワーク実践とサービス・プログラムの提供の度合いの関係も明らかになるなどの実証的研究となった。これらの点において、本研究の意義があると思われる。

(4) 評価指標（尺度）について

本研究において、ソーシャルワーク実践の日本版の評価指標（尺度）を作成した。評価指標（尺度）が活用可能なものであるためには、その評価指標（尺度）に十分な信頼性と

妥当性が保証されていなければならない。

本研究の調査は精神障害者地域生活支援センターを対象にした悉皆調査であり、同じ対象者に対して行うのは1回限りのため、信頼性の検討は内的一貫性のみを検討している。時間と資源の限界から、他の施設・機関や他の分野におけるソーシャルワーカーを対象とした調査は実施しなかった。そこで、本研究による評価指標（尺度）をソーシャルワーカー一般のソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）とするためには、他の施設・機関で働くソーシャルワーカーを対象にした調査を行い、その結果を検証する必要がある。現段階においては、本評価指標（尺度）は精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践についての評価指標（尺度）であるということについては、信頼性が一定以上保証されているといえよう。

ソーシャルワーカー一般のソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）とするには、今後異なる分野のソーシャルワーカーを対象に同様の研究を行うことが必要となる。そのような研究の積み重ねにより、本評価指標（尺度）の信頼性の検討が一層行われることが望まれよう。

本評価指標（尺度）の妥当性は、表面的妥当性と構成概念妥当性について検証した。これらの2点の検証がなされていることによって、本評価の妥当性も一定以上の保障がなされているといえよう。

妥当性の検討をより深く行うためには、基準関連妥当性なども検討することが望まれる。しかし、本研究において開発された評価指標（尺度）は日本ではじめて開発されたものであり、欧米においても先行研究として比較可能なものは本研究で参考にした O' Hara らの研究によるもののみであった。他にソーシャルワーク実践の頻度を評価できるような基準は存在しないことから、基準関連妥当性の検証は行えなかった。今後、同様な評価指標（尺度）が開発されたあかつきには、基準関連妥当性の検証が行われることがのぞまれよう。

3 調査の結果に関して

本研究においては精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーを対象にした調査を中心に、ソーシャルワーク実践に焦点をあてて研究を行った。調査は精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーのみを対象としたため、他の分野、他の現場において働くソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践についてまで本研究の調査結果を一般化することには限界がある。

しかしながら、ソーシャルワークは、どのような分野のどのような人々を対象とする場合においても、活用する援助の方法、技能、技法は共通のものとされている。それゆえに、国家資格が2つになっても「社会福祉援助技術」と「精神保健福祉援助技術総論及び精神保健福祉援助技術各論」はお互いに読み替えが可能な科目として取り扱われている。このことから、援助の対象者や実践の現場がどのようなものであれ、そこで活用されるソーシャルワーク実践のための方法、技法、そしてソーシャルワーク実践スキルは共通のものとといえよう。このことから、他の分野におけるソーシャルワーク実践につ

いてもある程度までは一般化することが可能であるといえよう。

本研究においては、次のようなことが実証的研究によって明らかになったことに意義があるといえよう。

第1に、今後の精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践において中心的な役割を果たすことが期待されている精神障害者地域生活支援センターの運営とサービス・プログラムの実態が明らかになった。

第2に、ソーシャルワーク実践スキルの活用頻度について評価できる評価指標（尺度）の日本版が作成された。このことにより、ソーシャルワーカーが行うソーシャルワーク実践の活用頻度、すなわち、利用者や利用者を取り巻く環境や地域に対して行う「働きかけ」の頻度について評価する指標が示されることとなった。

第3に、ソーシャルワーク実践の構成要素が明らかになった。本研究において測定を試みているソーシャルワーク実践の構成要素は、これまでのソーシャルワーク教育の中においても強調されてきた「信頼関係を築くスキル」や「ケースマネジメントのスキル」のみならず、「問題予防や課題解決のスキル」や「対人関係技能や自己評価を高めるスキル」の4つから構成されるという説明をすることが可能であることが実証的な研究によって明らかにされた。

第4に、ソーシャルワーク実践の頻度に影響を与える要因が実証的に明らかになった。本研究において測定を試みているソーシャルワーク実践スキルの活用頻度には、経験年数が影響を与えていることが明らかになった。なお、高等教育機関における専攻分野、国家資格の有無、性別などについては統計的に有意な影響がほとんどみられなかった。

第5に、ソーシャルワーク実践の頻度の高いソーシャルワーカーが所属している精神障害者地域生活支援センターにおいては、精神障害者地域生活支援センターにおいて提供されているサービス・プログラムの提供の度合いも高いという仮説が実証された。

第6に、ソーシャルワーカーが身につけたいと感じている援助の方法、技法、技能等が明らかになった。本研究の調査対象である精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーが身につけたいと感じている援助の方法、技法、技能等の傾向が明らかになった。

これらのことが実証的に明らかにされたことに本研究に意義があるといえよう。

第10節 今後の課題

1 研究の課題

本研究において、今後の研究の課題としていくつかのことがあげられよう。

第1に、ソーシャルワーク実践やサービス・プログラムの効果の測定が今後の課題としてあげられる。本研究においては、精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践やそれを構成するソーシャルワーク実践スキルについて分析を行うことができた。これらのソーシャ

ルワーク実践スキルの1つ1つの項目は、先行研究で述べたようにこれまで効果が実証されているものである。そして、そのようなソーシャルワーク実践スキルを積み重ねたソーシャルワーク実践をより高い頻度で活用しているソーシャルワーカーが所属している精神障害者地域生活支援センターでは、利用者へのサービスやプログラムの提供がより充実していることが明らかとなった。

しかし、本研究はソーシャルワーク実践の効果測定を目的としたものではない。精神障害者地域生活支援センターのサービスやプログラムの高い頻度での提供が利用者にとって、実際に効果があるか否かは、利用者を対象とした調査を行わなければ明らかにはならない。

利用者に対する効果測定を行うためには、利用者の生活の質などを測定できる信頼性と客観性の担保された評価尺度が必要となる。特に、精神障害者地域生活支援センターのような多様で多岐にわたる援助や介入を行っている機関の効果を測定するためには、精神障害者の症状や心理的側面のみの測定では、とうていその効果を測定することはできない。利用者の生活の質や利用者の社会生活の質などを総合的に測定できる評価尺度が必要となる。先行研究調査において明らかになったように、現段階において、そのような精神障害者の生活の質や社会生活の質などをも含めて総合的にソーシャルワーク実践の効果を簡易に測定できる評価尺度はほとんど存在しない。そこで、今後は社会福祉実践の目的である利用者の生活の質の向上や社会生活の質の向上などが総合的に測定できるような測定尺度の開発が求められよう。その上で、ソーシャルワーク実践の効果の測定やサービス・プログラムの効果の測定を研究することが求められよう。

第2に、今後は、精神保健福祉分野の他の施設・機関に所属するソーシャルワーカーがどのようにソーシャルワーク実践を行っているのかを研究し、本研究との比較をすることが課題としてある。本研究では、精神障害者地域生活支援センターに焦点を絞って研究を行った。その理由は先行研究の結果から明らかになったように、精神障害者地域生活支援センターが歴史的にも、政策的にも、実践的にも精神保健福祉分野のソーシャルワーク実践の集大成となるような機能・役割を期待されているからであった。また、本研究の調査結果から、実際に精神障害者地域生活支援センターは幅広いレベルに対して充実したサービス・プログラムの提供を行っていることが明らかになった。しかしながら、精神保健福祉士の有資格者が2万人を超えてさまざまな施設・機関に所属してソーシャルワーク実践を行っていることと比較しても、本研究の対象となったのは、精神保健福祉分野のソーシャルワーカーのほんの一部の者にしかすぎない。また、今後、精神保健福祉分野の他の施設・機関に所属するソーシャルワーカーによってどのように行われているのかを研究し、本研究との比較をすることによって本研究の意義がより深まるものと思われる。

第3に、今後は、障害者（知的障害者や身体障害者）福祉、児童福祉、高齢者福祉をはじめ、他の分野におけるソーシャルワーク実践を明らかにすることが課題である。

本研究においては、精神保健福祉分野に焦点を絞ってソーシャルワーク実践の研究を行った。これは、本研究が最も参考にした米国の先行研究の対象となったソーシャルワーカーが精神保健を基盤に実践していることが多いことがその一因でもある。一方、日本の社会福祉分野ではソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを持って実践を行っていても、その実践内容においてソーシャルワークとケアワーク（介護・保育や家事援助）を識別することが容易ではない分野もあり、本研究においてははじめからそれらの者も含めて研

究対象とするのは適切でないと判断した。ソーシャルワークとケアワークの関係は、日本の学会等で一つの焦点となっている課題であるが、本研究においてはあえてソーシャルワークとケアワークの関係に焦点をあてないようにしてきた。

そのような理由があるにせよ、ソーシャルワーク実践は本来は広い範囲の利用者を対象にするものである。今後は、障害者（知的障害者や身体障害者）福祉、児童福祉、高齢者福祉をはじめ、他の分野においても同様の研究を重ねることによって、ソーシャルワーク実践が重層的に明らかとなり、他の分野のソーシャルワーク実践との相違点も明らかになるものと思われる。他の分野においては異なるソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）が必要とされる可能性もあるので、本研究を基礎として新たな評価指標（尺度）の開発などがなされることが望ましいであろう。

2 社会福祉教育の課題

本研究から、高等教育機関における専門が社会福祉学であることや、国家資格である社会福祉士や精神保健福祉士を有することが、ソーシャルワーク実践の頻度を高くする要因であるという結果は得られなかった。この結果については、今後の研究においてもさらなる検証が望まれる。

本研究の結果、精神保健福祉分野における経験が長いほど、本研究におけるソーシャルワーク実践の評価指標（尺度）の頻度も高くなることが明らかになった。このことは、現場経験を通じて頻度が高まるソーシャルワーク実践を、本研究の評価指標（尺度）は一定以上の精度をもって測定し得ているといえる。そこで、本研究が測定を試みているソーシャルワーク実践と、高等教育機関、養成機関や資格試験で教授している知識、技術の間に多少なりとも乖離があることが推測される。

そこで、社会福祉教育に関していくつかの課題が考えられよう。

第1に、高等教育機関や養成施設における教育内容と方法について一層の工夫が求められよう。ソーシャルワーク実践については、社会福祉援助技術、精神保健福祉援助技術などの科目のもとに教育が行われていると思われる。これらの援助技術に関する科目で、ソーシャルワーク実践の理念、方向性を教授することは大切なことであり、今後もさらに深めていく必要がある。しかし、理念や方向性にとどまらずに援助の方法、技術、技法、技能などについてより具体的にソーシャルワークの介入、ソーシャルワーク実践スキルなどを含めて教授していくことが求められよう。

第2に、高等教育機関や養成施設における社会福祉援助演習、精神保健福祉援助演習など演習に関する科目等で、事例検討を今後もより多く、より深めていくことが必要であろう。そして、事例検討で「利用者の理解」や「社会資源の不足」「利用者のニーズに社会資源を結びつける」などを考察したり理解するだけではなく、「利用者との信頼関係を具体的にどのように築いていくのか」「利用者に対してどのような介入を選択して行うのか」「利用者との関係でどのような実践スキルを活用するのか」「関係機関との連携のためにどのような具体的な働きかけをするのか」など、具体的な行動（言動）レベルでの事例検討を行うことが求められよう。

第3に、高等教育機関や養成施設における社会福祉援助演習、精神保健福祉援助演習な

ど演習に関する科目等では、事例検討のみならずソーシャルワーク実践スキルを身につけるための教育を意識的に行うべきであろう。このことに関しては、社会福祉士資格制定時からその必要性が強調されてきたところである（高橋、1987）。ソーシャルワーカーの養成教育の中で、意識的に、学生と利用者や家族、地域の関係者との関わりなどを、模擬場面を設定して実際にロールプレイ（行動リハーサル）などを通して実技指導を行うべきである。また、コミュニケーションスキルを身につけるための体験学習なども必要である。そのようなことを通して、具体的な行動（言動）レベルでソーシャルワーク実践を身につけることができよう。それらが、実際に現場での実践においてソーシャルワーク実践スキルの活用頻度を高めることにつながると思われる。

第4に、少なくとも精神保健福祉分野におけるソーシャルワーク実践においては、利用者とソーシャルワーカーとの間の信頼関係を築くまでの「信頼関係を築くスキル」や社会資源と結びつける「ケースマネジメントのスキル」なども大切であるが、その他に「問題予防や課題解決のスキル」や「対人関係技能や自己評価を高めるスキル」も大切な要素であることが認識された。そこで、援助技術に関する科目や演習に関する科目の中で、そのような要素がソーシャルワーク実践の中で活用されるような教育がなされることが求められよう。

第5に、人間の行動や社会システムに関する理論については、たとえそれが社会福祉学の隣接分野の学問領域の知見によってたつものであったとしても、対人援助やソーシャルワーク実践に資するものであれば、積極的に教育していくべきであろう。国際ソーシャルワーカー連盟はソーシャルワークは「人間の行動と社会システムに関する理論を利用」するものであるとしている。日本の教育においても、漫然と教養教育の中で「心理学」の履修を求めることにとどまらずに、心理学の中でも特に対人援助やソーシャルワーク実践に応用されてきている行動理論、認知行動療法、システム論などの比較的新しい知見などがしっかりと教育されるような仕組みを意識的に作っていくことが求められよう。これらの理論等をしっかりと理解することによって、「問題予防や課題解決のスキル」や「対人関係技能や自己評価を高めるスキル」についての理解が深まり、そのようなスキルを実践場面で効果的に活用することができるようになるであろう。

第6に、社会福祉教育の中で現場実習の位置づけを一層重視し、その質を高めていくことが求められよう。

高等教育機関や養成機関におけるカリキュラムの中で、社会福祉援助技術実習や精神保健福祉援助実習が行われている。本研究の結果から、現場経験がソーシャルワーク実践の頻度の多寡に影響を与えることが明らかになったものの、高等教育機関における専攻が社会福祉学であることや国家資格を有するか否かは、本研究におけるソーシャルワーク実践の頻度の評価指標（尺度）による評価に影響を与えなかった。そこで、今後、社会福祉の教育の中で現場実習の位置づけが一層重要視され、その内容が深められ、質が高められることが求められよう。

第7に、実習生を送り出す側の体制、実習生を受け入れる機関の受け入れ体制について検討していくことが必要である。実習生を送り出す側は、実習で学生が現場における「利用者の理解」や「社会資源の状況」を理解することを求めることにとどまりがちであることが推測されるが、ソーシャルワーク実践はそれらの要素のみならず、学生がソーシャル

ワーカーの卵として「何を行うか」「どのような選択肢があるか」「選択肢が数ある中で、なぜそのような関わりをしたのか」などを検討することも実習目標の一部であることを認識させ、それらを実習の中で生かすようにしていくべきであろう。

実習生を受け入れる側は、時間がない中、人材養成の一旦を担わされることに負担が多いことが考えられるが、学生が「利用者の理解」「社会資源の不足」「社会の偏見」などを実感したりすることを手助けすることにとどまらず、学生自身がソーシャルワーカーの卵として利用者と接するときに、具体的に「どのような言動をするのか」「どのような言動を行う選択肢があるのか」「どのような言動をすることがより適切か」などについて考察できるよう手助けすることが求められよう。そうすることによって、現場実習がより現場における実践経験に近いものになるのではないだろうか。

そして学生の実習について、(1) 準備、(2) 実習中の指導、そして(3) ふりかえりの3つの段階すべてにおいて高等教育機関や養成施設が責任をもって関わり、教育し、学生の実習内容を深めていくことが求められよう。

3 実践の課題

本研究の結果、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーは多様で多岐にわたるソーシャルワーク実践を繰り広げていることが明らかとなった。また、精神障害者地域生活支援センターは充実したサービス・プログラムの提供をしていることが明らかになった。ソーシャルワーク実践がより多くのニーズを抱える利用者になされることによって、精神障害者地域生活支援センターのサービス・プログラムはより充実した内容の濃いものとなる。そうして精神障害者地域生活支援センターが、政策的にも現場においても評価されることになると思われる。本研究で明らかになったことから、実践に関してもいくつかの課題があげられよう。

第1に、本研究の結果から、同じ精神障害者地域生活支援センターでありながら、それぞれの施設・機関で提供されている利用者へのサービスやプログラムの度合いには差があるということが明らかとなった。これは、一部の精神障害者地域生活支援センターにおいては開設されてからの年月が浅いということが一因として考えられる。また、地域性や物理的な理由から実際の利用者の数が伸び悩んでいる精神障害者地域生活支援センターもあることから、実際にニーズのある利用者の数が多くはない地域に存在する精神障害者地域生活支援センターもあることが一因として考えられる。

しかし、精神障害者地域生活支援センターは一定の人口を抱えた地域ごとに設置がすすめられてきた。精神疾患の発病率は地域によって大きな差はないとされていることをかんがみると、それぞれの精神障害者地域生活支援センターのキャッチメントエリア内で生活している精神障害者の数にはそれほど大きな差はないと推測される。それぞれの地域で、社会復帰施設など他に利用しうる社会資源の多い少ないはあるにしても、登録性である精神障害者地域生活支援センターはこれらの社会復帰施設や医療機関と並行して利用することも可能であり、潜在的に存在する利用対象者の数にそれほど大きな差はないとみられる。このようなことから、サービスやプログラムの提供の度合いが控えめな精神障害者地域生活支援センターにおいては、今後他の精神障害者地域生活支援センターの先進的な取り組

みを参考にして、地域の実情と利用者のニーズに応じたプログラムやサービスの提供に取り組んでいくことが望ましい。

第2に、精神障害者地域生活支援センターは新しい機関であったということもあり、精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーカーは開設以来それぞれの地域で手探りでソーシャルワーク実践を重ねてきたと思われる。また、一人一人の利用者、家族、グループ、そしてひとつひとつの地域の実状に合わせてソーシャルワーク実践を重ねてきている。今後は、これらの取り組みが全国的に情報交換され、良い実践が全国的に広まっていくことが望まれる。

第3に、ソーシャルワーカーのソーシャルワーク実践の頻度は、精神保健福祉分野における経験年数が長いほど高くなることが本研究から明らかになった。座学による社会福祉教育よりも現場における実践から学ぶことが多いことから、地域や施設・機関において事例研究等を行い、同僚や地域のソーシャルワーカー仲間とピアスーパービジョンを行い、社会福祉や他分野の専門家の協力を得てスーパービジョンやコンサルテーションを受けるなどして、現場で働きはじめてからより一層ソーシャルワーク実践の質を高め、ソーシャルワーク実践スキルを活用できるようにしていくことが求められよう。このような努力によって、経験年数の浅いソーシャルワーカーであっても、より早い時期から質の高いソーシャルワーク実践を行うことができることになるとと思われる。

第4に、本研究の結果、精神保健福祉分野におけるソーシャルワーク実践は「信頼関係を築くスキル群」と「ケースマネジメントのスキル群」の他に、「問題予防や課題解決のスキル群」や「対人関係技能や自己評価を高めるスキル群」が主要な要素として含まれることが明らかになった。今後、精神障害者の地域生活への移行や維持の援助を行っていくにあたり、ソーシャルワーカーはこれらの要素を利用者の課題・目標に応じて組み合わせて活用していくことが必要となる。

第5に、本研究の結果、ソーシャルワーク実践を構成する代表的なソーシャルワーク実践スキルの活用頻度には差異があることが明らかになった。ソーシャルワーカーがソーシャルワーク実践を行うにあたって、利用者の課題・目標に応じて、適切で効果的なソーシャルワーク実践スキルの活用が行われているかについて、ソーシャルワーカーは絶えず振り返り、そのときどきの状況に応じて修正し、改善していくことがのぞまれよう。ソーシャルワーク実践の価値、理念や方向性についての抽象的な理解にとどまらず、ソーシャルワーク実践における具体的な行動（言動）としてソーシャルワーク実践及びソーシャルワーク実践スキルが身につき、活用されていくことが望まれる。

4 政策の課題

精神障害者地域生活支援センターが果たしている役割と機能は、期待に背かず大きいものであった。精神障害者地域生活支援センターに関して政策の課題をいくつかあげたい。

第1に、精神障害者地域生活支援センターはサービス・プログラムを非常に高い頻度で提供している。このように幅広いサービスやプログラムの実施を展開してきた施設・機関は、精神保健福祉分野ではほとんど存在しなかった。このこと自体をより一層評価してい

くことが必要であろう。評価に伴って財政的な手当てがなされることが望まれよう。

第2に、精神障害者地域生活支援センターは開所時間、夜間の対応、祝日や休日の対応など、他の施設・機関が対応してこなかったような時間帯や曜日などに多様な利用者のニーズへ対応してきている。このような貴重な役割を果たしていることを評価しつつ、労働関係法令を遵守した勤務体制ができる環境を整えていくべきである。

第3に、精神障害者地域生活支援センターにおいては、人的配置規準が十分ではないのではないかと懸念される。それにもかかわらず、担うべき役割の多さから有資格者が多く配置されている。充実したサービス・プログラムを提供し、長い開所時間を維持することによって「開かれた」存在である精神障害者地域生活支援センターの位置づけを維持するためにも、職員配置の増員等が望まれるであろう。

第4に、地域の精神保健福祉の要となる精神障害者地域生活支援センターの活動をより活発により意味のあるものにするために、精神障害者地域生活支援センターが立地している市町村のみならず、そのキャッチメントエリアに含まれる市町村や関係する都道府県において、精神障害者地域生活支援センターの正当な評価をすすめていくことが望ましい。正当な評価とともに補助金を上乗せするなどの対応が望まれる。

第5に、精神障害者地域生活支援センターの利用者は非常に多くなっている。このように多くの利用者が登録し、常連メンバー数も多い精神障害者地域生活支援センターが数多く存在することを考えると、より身近な地域で精神障害者地域生活支援センターの利用ができるよう、人口あたりの配置規準そのものを見直すことが望まれよう。そして、全国どの地域の精神障害者でも、精神障害者地域生活支援センターの利用ができることが望まれよう。市町村レベルにおいて自立支援計画事業などを実施することは望ましいが、核となる機関が明確でないとなかなか精神障害者の地域生活支援を推し進めることは容易ではないと思われる。より身近な地域で精神障害者地域生活支援センターが機能することが求められよう。

第6に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン（厚生労働省、2004年9月）」でも示されているように、障害福祉圏域において、市町村単位の相談支援体制のスーパーバイズや、専門性の高い危機介入、広域的な調整などについて精神障害者地域生活支援センターが中心的な役割を担うためには、精神障害者地域生活支援センターの機能強化を本格的に行うことが必要である。改革ビジョンで示される内容はすでに各精神障害者地域生活支援センターにおいて取り組みつつあるものではあるが、スタッフの有する専門的な知識と技術・技能をより一層充実させ、それらを十分に生かせるような体制づくりが望まれるところである。

第7に、社会福祉の専門職スタッフ（ソーシャルワーカー）をどのように養成し、どのような基準で資格を付与するかについては、継続的に検討し見直していくことが求められよう。国家資格の確立は評価されるべきことであつたが、国家資格を取得するためのカリキュラムや要件などについては今後も見直しがなされ、より効果的なソーシャルワーク実践がなされるようなソーシャルワーカーの養成カリキュラムが提供されることが望まれよう。国家試験において実技試験を行うことの困難性についての指摘や、試験の内容が現場

で役立つものを中心となるように改善されてきた評価もされてきているが（京極、1997）、さらに今後改善の余地のある部分については改善することが望まれよう。

第8に、高等教育機関や養成機関における教育を卒業後、そして国家資格を取得した後にはじめて現場経験を積み始めるソーシャルワーカーが多いという現状に鑑みて、継続教育や現任研修のあり方について検討し、見直していくことが求められよう。確かに、これらについてはすでに専門職団体、業界団体などが継続教育研修や現任研修の機会を提供している。それらをより一層充実させていくことが重要である。しかし、現任研修などへの参加が各施設・機関や個人の判断にゆだねられたままでは、研修に参加する機会に差が残ることになる。そこで、資格維持等について一定の要件を課す必要があるか否かなども含めて、継続教育や現任研修のあり方について政策的にも検討していくことが求められよう。

また、スーパービジョンの必要性については、先行研究において明らかになったように現場のソーシャルワーカーの間で必要性が強く認識されているにも関わらず、実際には継続的にスーパービジョンを受けられている現場のソーシャルワーカーは数少ない（柏木他、2000）。スーパービジョンが重要であることは社会福祉士の国家資格制定当時から指摘されてきており（京極、1987）、近年においてもなお重要な課題として指摘されているところである（岡本、2003）。現場のソーシャルワーカーが自分の実際に援助している利用者との関係を振り返り、必要な管理的機能、教育的機能、支持的機能を備えたスーパービジョンを受けられる体制が求められているといえよう。

謝 辞

この論文をまとめるにあたり多くの方々のご協力をいただきました。

まず、何よりも本研究の調査にご協力下さった全国精神障害者地域生活支援センターの方々、とりわけお忙しい中、調査票に記入するお時間を割いてくださった精神科ソーシャルワーカー（かつ、または）精神保健福祉士の方々に感謝しています。本当にありがとうございました。

研究指導をしてくださった日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科の先生方にはひとからならぬ感謝をいたしております。特に、主任指導者の高橋重宏教授のいつも変わらぬお気遣いと励ましがなければこの研究がまとまることはありませんでした。また、副指導者の佐藤久夫教授にも貴重なお時間を割いていただき、論文の構成やまとめ方などご指導とご助言をいただきました。さらに、認定試験や論文審査を通して、今井幸充教授、大橋謙作教授、京極高宣教授に的確で鋭いご指摘とご助言をいただいたことに感謝しています。また、寺谷隆子教授にも励ましをいただきました。

力不足と絶対的な時間不足の状態にありながらこの研究をまとめることができたのは、本務校であるルーテル学院大学の教職員の方々のご支援のおかげです。とりわけ、前田大作教授と前田ケイ教授は、博士後期課程に進学するときから一貫して研究のすすめ方、調査票づくり、研究のまとめ方など細かい点にいたるまで丁寧にご指導、ご助言をくださり、励まし続けてくださいました。先生方との出会いがなければ研究者としての今の私はありませんでした。また、増野肇教授にも調査票づくりなどで貴重なご指導、ご助言をいただきました。本当にありがとうございました。調査の英文項目の翻訳等では、教養部門のジャン・プレイゲンズ助教授にご協力をいただきました。さらに、博士後期課程に在学中、西原雄次郎教授、市川一宏教授、金子和夫教授はそのときどきの学科長としてさまざまなご配慮をしてくださいました。感謝しています。

ボストン大学の O' Hara 教授は先生ご自身の研究の調査票の原票を米国から郵送してくださるなどの貴重なご協力をくださいました。先生の先行研究とご協力がなければこの研究は成り立ちませんでした。

本調査のプレ調査や調査票作成の過程で貴重な時間を割き、意見を寄せてくださった方々にお礼を申し上げます。特に、現場のソーシャルワーカーとして、矢崎久さん、高橋真智子さん、鈴木あおいさん、小泉裕子さんのご協力とご指摘には助けられました。また、左近りベカさんと島津屋賢子さんは、多くの時間を割いて調査の集計作業等を丁寧に手伝ってくれました。

ミシガン大学の吉浜美恵子准教授がわたしのソーシャルワーカー兼研究者としてのモデルです。吉浜准教授の調査研究のすすめ方、まとめ方に多くを学びました。

現場の実践家としていつも多くの示唆を与えてくださっている精神科ソーシャルワーカーの方々にも感謝しています。日本の精神保健福祉分野の実践の質の高さがあるからこそ、このような調査研究をまとめることができました。中でもクッキングハウスの松浦幸子代表の実践にはいつも触発されています。また、本務校の学生たちの実習先として実習生を受け入れてくださっている病院、社会復帰施設、精神保健福祉センター等のソーシャルワ

ーカーの方々に感謝しています。

調査研究をすすめる中で、日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科の高橋ゼミの方々にもゼミの発表などを通してさまざまなアドバイスをいただきました。ありがとうございました。

精神面でも実質的にもわたくしの論文執筆活動を支え続けてきてくれた父・福島英明と母・福島精子に感謝します。最後に、良き理解者であり、サポーターであり続けてくれた夫・中山勝博に感謝します。そしていつも笑顔をみせて励まし続けてくれた娘たちに感謝します。ありがとう。

なお、本研究の一部は独立行政法人日本学術振興会による平成 16 年度科学研究費「基盤研究（個人研究）」補助金の交付を受けて「精神障害者地域生活支援センターのソーシャルワーク実践のあり方についての研究」として実施しました。

資料A-1 1994年以降に出版された“social work practice” をタイトルに含む文献の内容分類

	ソーシャルワーク 実践	方法を限定したものの	対象を限定したものの	アプローチに限定したものの	理論、原 論をテーマにしたもの	他の学問 領域との 組み合わせ	小計	合計
2003	1	1	2				3	4
2002	3	1	6	3			10	13
2001	3		7	2	2	3	14	17
2000	2	3	4	2		2	11	13
1999	0	8	6	3	1	4	22	22
1998	4	1	6	2		2	11	15
1997	4	3	5	3		1	12	16
1996	3	2	6	4		3	15	18
1995	2		3	2		3	8	10
1994	4	3	7	2		1	13	17
	26	22	52	23	3	19	119	145

2003	Techniques & Guidelines of SWP (6th)	Sheafor & Horejsi	Allyn & Bacon	2
	*The practice of SW (7th)	Zastow	Brooks/Cole	3
2002	Direct SWP (6th)	Hepworth, Rooney & Larsen	Brooks/Cole	1
	Clinical SWP: an integrative approach	Cooper & Lesser	Allyn & Bacon	4
	The general method of SWP (4th) McMahon	Timberlake, Farber & Sabatino	Allyn & Bacon	
2001	SWP: a generalist approach (8th)	Johnson & Yanca	Allyn & Bacon	5
	The empowerment approach to SWP (2nd)	Lee	Columbia Univ	6
	Generalist SWP: empowering approach (3rd)	Miley, O'melia, & Dubois	Allyn & Bacon	
	*Clinical SW: beyond generalist practice w/ I, G, Maguire		Brooks/Cole	7
2000	Techniques & Guidelines of SWP (5th)	Sheafor, Horejsi & Horejsi	Allyn & Bacon	
	Advanced Generalist SWP	Derezotes	Sage	8
1999				
1998	SWP: a generalist approach (6th)	Johnson & Yanca	Allyn & Bacon	
	Generalist SWP: empowering approach (2nd)	Miley, O'melia, & Dubois	Allyn & Bacon	
	SWP: an introduction (3rd)	Coulshed & Orme	Macmillan	
	Generalist SW : context, story, partnership	Locke, Garrison, & Winship	Brooks/Cole	
1997	SWP: a critical thinker's guide	Gambrill	Oxford Univ.	9
	Techniques & Guidelines of SWP (4th)	Sheafor, Horejsi & Horejsi	Allyn & Bacon	
	Direct SWP (5th)	Hepworth & Larsen	Brooks/Cole	
	Principles of SWP: generic practice approach	Hancock	Haworth Press	10
1996	The general method of SWP (3rd▽)	Mcmahon	Allyn & Bacon	
	SWP: an ecological approach	Pardeck	Auburn House	
	Environmental practice in the human services	Neugeboren	Haworth Press	
1995	SWP: a generalist approach (5th)	Johnson & Yanca	Allyn & Bacon	
	Generalist SWP: empowering approach (1st)	Miley, O'melia, & Dubois	Allyn & Bacon	
1994	SWP: bridges to change	Hoffman & Sallee	Allyn & Bacon	
	The integration of SWP	Parsons, Jorgensen & Hernandez	Brooks/Cole	
	The empowerment approach to SWP (1st)	Lee	Columbia Univ	
	Techniques & Guidelines of SWP (3rd)	Sheafor, Horejsi & Horejsi	Allyn & Bacon	
	*=Dataに含まれていなかったもの			

資料 A-3 方法、対象、アプローチが限定されたりした文献の主要テーマ

方法	対象	アプローチ	理論、原論	組み合わせ、テーマ	数
2003 evaluation	disability family health				3
2002 organiztn leadership	mental health health & mental health family health school family & children law	cognitive-integrative brief treatment strength perspective			10
2001	culturally diverse depressed mothers vulnerable & resilient populations ethnicities Asian amc. Elderly HIV AIDS & the law long-term care	attachment theory(翻訳) object rel. theory & self psy	shifting paradigms theoretical prspctv	psychopharmacology religious traditions ethics	14
2000 community SW macro ethical decisions	urban youth families immigrants refugees military	empowerment (ed) strength prspctv		law counseling	11
1999 exercises evaluation case studies ethical dilemmas policy analysis counseling skills field education research	nontraditional urban str child & adolescent child development school multicultural issues aging persons	ethnic-sensitive SWP(2nd) Canadian perspective short-term treatment	postmodern critical prsp	law spiritual diversity SW day to day human behavior theory & sw	22
1998 exercises & activities	ethnicity mental disorders social problems lesbian & gay School African-Amc families	empowerment(ed) empirical(ed)		human bhvr & envrmnt (2nd) foundations(ed)(2nd)	11
1997 case management conflict resolution SWP w/ groups	families elderly adolescents children HIV	relational systems model fml thrp strength prspctv (ed) systems approach		controversial issues	12
1996 exercises & activities social policy & planning	school children elderly nursing home setting couples cultural diversity	competence(ed) the life model feminist theories ethnic-sensitive SWP(1st)		future issues(ed) spirituality in economic crisis	15
1995	homeless people adult services surrogate parent	ego psychology attachment theory<<原著>>		human bhvr & envrmnt (1st) foundations (ed)(1st) practice-sensitive Sw edu	8
1994 social welfare policy intervention research ethical decision-mkng	the elderly involuntary CI women's strengths troubled youth geriatric health care health care settings medical SWP(翻訳)	healing electronic tools		knowledge-based expert syst	13
22	52	23	3	19	119

ソーシャルワーク実践に関する教科書として使用されていると推測できる書籍：内容、介入(実施)部分の割合等

書名	発行年	著者	出版社	内容	頁数	全頁数	%
Direct social work practice (6th)	2002	Hepworth, Rooney & Larsen	Brooks/Cole	援助過程それぞれの段階で、特に直接援助の場面において、さまざまな援助・介入の方法について、解説・指針・具体的手順・具体的な言葉かけや会話の描写（複数、例示として示してある）、留意点などが描写されている。	233	600	38.80%
Techniques & guidelines of social work practice (6th)	2003	Sheafor & Horejsi	Allyn & Bacon	援助過程すべての段階、すべてのレベルにおいて、さまざまな技法の解説と具体的手順、留意点。非常に具体的な描写。手順、あるいはワーカー・クライアント間の会話のやりとりの描写。小項目ごとに参考文献を明示。間接援助技術も含む。同様に具体的	138	622	22.20%
The practice of social work (7th)	2003	Zastrow	Brooks/Cole	援助過程に沿った記述。個人、グループ、家族、組織、地域などの各レベルにほぼ同じ分量を配分。各レベルでも計画から終結までほぼ同じ分量を配分。モジュールとして巻末に多様な心理療法の解説。（11種類）	169	519	32.50%
Clinical social work practice: an integrative approach	2001	Cooper & Lesser	Allyn & Bacon	臨床ソーシャルワークの援助方法の解説。力動精神的アプローチや認知行動療法的アプローチの代表的な理論と鍵となる概念の解説に、事例でのワーカーとクライアントの逐語記録が示される。	112	222	50.50%
Social work practice : a generalist approach (8th)	2001	Johnson & Yanca	Allyn & Bacon	ソーシャルワークに関する視点（歴史を含む）、ワーカー・クライアント・環境の相互作用の過程、そしてソーシャルワークの援助過程の3部構成。臨床的な療法に関する言及は少ない。	91	424	21.50%
The empowerment approach to social work practice (2nd)	2001	Lee	Columbia Univ	エンパワメントアプローチを基盤。豊富な事例（特に貧困、搾取されているグループの事例を全世界から）をあげながら、クライアントが自分の力で取り巻く環境を変革させていくことに力点。ナラティブ・構造主義的アプローチも視座に入れながら解説	224	432	51.90%
Clinical social work : beyond generalist practice with I, G, F	2001	Maguire	Brooks/Cole	臨床ソーシャルワークの援助方法の解説。システム論を基盤としたアプローチを4類型。また、個別援助の基盤として力動精神的アプローチ、行動療法アプローチ、認知療法アプローチ、短期型アプローチについて主要な用語の解説と事例での具体的援助方法の描写。	230	311	74.00%
Advanced generalist social work practice	2000	Derezotes	Sage	さまざまなアプローチの仕方を選択し、組み合わせせながら実践できるよう、各アプローチの基本的考え、鍵となる概念、実際の事例での援助内容などを解説。また、専門家の自己研鑽の方法に言及。	104	243	42.70%
Social work practice: a critical thinker's guide	1997	Gambrill	Oxford Univ.	援助過程に沿った章立て。それぞれの手順ごとに具体的なコツなどを整理し、描写。「状況の中の人」への援助方法。社会問題、サービス提供上の課題などにも言及。	176	667	26.30%
Principles of social work practice : generic practice approach	1997	Hancock	Haworth Press	バイステックの7原則に沿って具体的に事例に沿って説明。さらにエンパワメントについても言及。	172	253	68.40%

1. 援助の内容、プログラム・サービスの提供について

精神障害者地域生活支援センター（以下、センター）では、地域の実情に合わせて、さまざまな援助やプログラム・サービスの提供がなされていることと思われます。あなたの所属されているセンターでは、利用者（登録メンバー個人、グループやその家族を含めて）や地域住民に対して、以下のような援助やプログラム・サービスの提供をどれくらいの頻度で行っていますか。最もよくあてはまる選択肢に○をつけてお答えください。

	1	2	3	4	5
	ほとんど行っていない、全く行ったことがない（ほとんどなし）	この1年間で行ったことがある（年1回以上）	月に1回以上おこなっている（月1回以上）	週に1回以上行っている（週1回以上）	ほぼ毎日行っている（ほぼ毎日）
		ほとんど なし	年1回 以上	月1回 以上	週1回 以上
1-1 日常生活上の援助や情報提供に関して					
問1 食事のメニューや調理方法の指導・助言	1	2	3	4	5
問2 食事サービスの提供	1	2	3	4	5
問3 買物への同行	1	2	3	4	5
問4 利用者宅の掃除を実際に行う援助	1	2	3	4	5
問5 生活技能訓練（SST）の実施 （グループでも、個別でも）	1	2	3	4	5
問6 サポートグループの実施 （日常生活上の課題などについての話し合い、ミーティング）	1	2	3	4	5
問7 服薬管理の直接的な援助 （薬を日中預かるなど）	1	2	3	4	5
問8 日常生活金銭管理の具体的援助 （週単位で金銭を渡すことや、家計簿の確認をするなど）	1	2	3	4	5
問9 住居に関する情報提供	1	2	3	4	5
問10 住居探しへの同行などの具体的援助	1	2	3	4	5
問11 社会復帰施設や事業の利用の相談・助言	1	2	3	4	5
問12 就業に関する情報提供 （求人情報、求職活動や就職そのものに関する情報提供など）	1	2	3	4	5
問13 新たな求人先開拓などの求職活動への具体的援助	1	2	3	4	5
問14 就職先への訪問などの就職後の具体的援助	1	2	3	4	5
問15 緊急時に本人の状態を確認するために訪問するなどの対応	1	2	3	4	5
問16 当事者本人の課題・心配ごとや目標等 について話し合うための個別面接	1	2	3	4	5

	ほとんど	年1回	月1回	週1回	ほぼ毎日
1-2 自主的な活動、当事者の相互支援に関して	なし	以上	以上	以上	
問17 セルフヘルプグループの支援 (特定の課題を持つものが相互に支援しあう自助グループの支援)	1 2 3 4 5				
問18 サークル活動の支援 (将棋クラブや写真クラブのような活動を行うメンバーの会の実施)	1 2 3 4 5				
問19 ピアカウンセリングの提供	1 2 3 4 5				
問20 ピアによるホームヘルプサービスの提供	1 2 3 4 5				
1-3 家族との交流に関して					
問21 家族教室などの開催 (心理教育的グループ、家族のサポートグループなども含める)	1 2 3 4 5				
問22 家族会のプログラムの助言、場所の提供等の側面的支援	1 2 3 4 5				
問23 家族と連絡をとり、メンバーのことに ついて話し合ったり、提案したりする	1 2 3 4 5				
問24 家族の悩みへの相談や当事者を含めての家族面接	1 2 3 4 5				
1-4 地域との交流に関して					
問25 地域住民も利用できる喫茶室などの運営	1 2 3 4 5				
問26 地域住民向けの配食サービスの提供	1 2 3 4 5				
問27 地域住民も参加可能なイベントの開催 [具体的に :	1 2 3 4 5]				
問28 ボランティア養成講座の開催	1 2 3 4 5				
1-5 地域その他機関との連絡調整に関して					
問29 地域その他機関との連絡会議の主催	1 2 3 4 5				
問30 地域その他機関との連絡会議への参加 [主催機関 :	1 2 3 4 5]				
問31 地域その他機関と電話等で連絡し、 情報交換やサービスの調整をする	1 2 3 4 5				
問32 医療機関と連絡をとりメンバーの 状態について確認や情報交換をする	1 2 3 4 5				

1-6 貴機関で提供しているサービスについてこの他のものを簡潔に教えてください。

]

調査票番号 []

問 33	開所開始時間	午前・午後	時	分		
問 34	閉所時間	午前・午後	時	分		
問 35	夜間（閉所後）の電話相談の受付	1（ほとんどなし）	2（年1回以上）	3（月1回以上）	4（週1回以上）	5（ほぼ毎日）
[具体的な対応方法：]				

1-8 市町村からの委託について

問 37 貴センターでは、精神障害者社会復帰施設等の利用に関する相談や助言について市町村の委託を受けていますか。

1 委託を受けて行っている 0 委託は受けていない

問1 貴センターを運営する組織の法人格はどれにあてはまりますか。

1 社会福祉法人 2 医療法人 3 NPO法人 4 社団法人 5 地方自治体立
6 その他 [具体的に]

問2 貴センターには精神障害者を対象とする併設施設（物理的に建物を併設している施設）はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

0 単独設置である（併設施設はない）

1 授産施設（小規模授産施設は含まない） 2 生活訓練施設（援護寮）
3 小規模授産施設 4 福祉工場
5 福祉ホーム 6 グループホーム
7 作業所 8 精神科を有する病院
9 精神科を有するクリニック（診療所）
10 その他 [具体的に :]

問3 貴センターの運営法人、設置法人や法人グループで有する、問2でご回答いただいた以外の施設で精神障害者を対象としているものについてうかがいます。あてはまるものすべてに○をつけてください。なお、法人格は別であっても実質的に同じ法人グループの施設として機能している場合には、あてはまるものすべてに○をつけてください。

0 問2で答えた以外の施設はない、あるいは単独設置である

1 授産施設（小規模授産施設は含まない） 2 生活訓練施設（援護寮）
3 小規模授産施設 4 福祉工場
5 福祉ホーム 6 グループホーム
7 作業所 8 精神科を有する病院
9 精神科を有するクリニック（診療所）
10 その他 [具体的に :]

4 スタッフ（職員）について

- 問1 地域生活支援センターの常勤スタッフで精神保健福祉士である方は何人いらっしゃいますか。あてはまるものに○をつけてください。
- 0 精神保健福祉士はいない
 - 1 精神保健福祉士が1名
 - 2 精神保健福祉士が2名
 - 3 精神保健福祉士が3名以上
- 問2 地域生活支援センターの非常勤スタッフに当事者の方はいらっしゃいますか。あてはまるものに○をつけてください。
- 0 非常勤スタッフに当事者（精神障害者の方）は含まれていない
 - 1 非常勤スタッフに当事者が含まれている
 - 2 その他
- 1あるいは2と回答された場合、当事者をスタッフとして雇用するときの条件や方針があれば教えてください：
- []

5 利用者について

- 問1 登録メンバーの人数を教えてください。 []名
(回答していただいている今現在、あるいは直近で把握されている数値。)
- 問2 登録メンバーのうち1968年（昭和43年）以降生まれの方（＝2002年12月末日時点で35歳未満の方）の割合は概ねどれくらいですか。
- 1 0～9% 2 10～19% 3 20%～29% 4 30%～39% 5 40%以上
- 問3 登録メンバーのうち、いわゆる「常連メンバー」として地域生活支援センターに日常的に関わっている（概ね週1回以上来所や電話相談などがある）メンバーは何人くらいですか。概数でお答えください。
- []名くらい

6 利用者への援助について

地域生活支援センターのソーシャルワーカーとして利用者を援助してきた中で、これまでに最も援助に工夫を要した（あるいは援助に時間がかかった、援助が困難であった）（現在も援助を継続している利用者も含める）利用者への援助について簡潔に教えてください。

- 問1 その利用者の方の抱える課題は
- 問2 その利用者へどのような援助を行いましたか
- 問3 今後、地域生活支援センターのスタッフとしてどのような援助の方法、技法、技能を身につけたいとお感じですか。

7 ソーシャルワーク実践について

ソーシャルワーカーは利用者と利用者の置かれている状況に応じ、さまざまな実践技能を駆使して利用者を援助されています。あなたが地域生活支援センターのスタッフとして利用者を援助するときに、次に掲げるような援助をどれくらいの頻度で行われるかを教えてください。これらの質問は、あなたの実践のレベルの問うものではありません。あなたや他のソーシャルワーカーが現場でどのような実践をより多く行うかの全体像を把握するための質問です。なお、ここで利用者とは、あなたの援助の主たる対象者のことを指し、個人、家族、またはグループを含みます。

あなたが、現在の職場において実際にどれくらいの頻度で以下に述べるような援助を行うかについて、どうか可能なかぎり正確にお答えください。5つの選択肢の中から最もよくあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

あなたは利用者を援助するときに		ほとんど しない	めったに しない	普通に する	よく する	いつも する
問1	利用者とストレスを解消する方法をともに考える	1	2	3	4	5
問2	問題再発の繰り返しを防ぐ方法を利用者に提案する	1	2	3	4	5
問3	あなたが利用者をよく理解していることを伝えるために 利用者の考えや感情などを反映したりする	1	2	3	4	5
問4	利用者の持つ衣・食・住などの資源の状況を アセスメント（評価）する	1	2	3	4	5
問5	埋もれた感情の表出を助けるためにやさしく質問を深めたりする	1	2	3	4	5
問6	利用者が過去の経験から学ぶのを手助けする	1	2	3	4	5
問7	他の施設・機関や援助者から受けているサービスの質や内容を モニターする（見守り、確認する）	1	2	3	4	5
問8	利用者との信頼関係を築くために共感を示す	1	2	3	4	5
問9	これまでの人間関係が今抱える問題へ及ぼす影響を利用者と ともに考える	1	2	3	4	5
問10	利用者の権利を擁護するために利用者を代弁する	1	2	3	4	5
問11	利用者の抱える問題に悪影響を及ぼしている機能不全な思考 （健全に機能しない考え）を減らす手助けをする	1	2	3	4	5
問12	他施設・機関のサービスを具体的に紹介する	1	2	3	4	5
問13	利用者の抱える問題に関する社会問題や法施策について考察する	1	2	3	4	5
問14	利用者と共に援助の目標を定める	1	2	3	4	5
問15	利用者が新たな問題発生危険のある状況を予測できるよう 手助けする	1	2	3	4	5
問16	利用者自身の抱える問題へ対処する方法を具体的に提案する	1	2	3	4	5
問17	利用者の言動が結果的に自分の問題へ悪影響を 及ぼしていることの理解を助ける	1	2	3	4	5

ほとんど しない	めったに しない	普通に する	よく する	いつも する
-------------	-------------	-----------	----------	-----------

あなたは利用者を援助するときに

問 18	利用者がこれまでの問題解決への取り組みから学ぶことを手助けする	1 2 3 4 5
問 19	自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝える	1 2 3 4 5
問 20	利用者が利用できる事業やサービスについての情報を提供する	1 2 3 4 5
問 21	利用者の抱える問題を具体的な言葉で表現する	1 2 3 4 5
問 22	自分の考えや感情を他人に効果的に伝える方法をモデルで示す（お手本をみせる）	1 2 3 4 5
問 23	新たに学んだ問題解決技能（スキル）を、利用者が実際の生活場面で練習できるよう手助けする	1 2 3 4 5
問 24	他の人とコミュニケーションするときのコツを利用者と共に考える	1 2 3 4 5
問 25	自分の問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝える	1 2 3 4 5
問 26	成果がみられたときに自分をねぎらい、ごほうびを与える方法を示す	1 2 3 4 5
問 27	援助の目標を具体的に設定する	1 2 3 4 5
問 28	援助関係の中で利用者が「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにする	1 2 3 4 5
問 29	やらねばならない作業をより効果的にやりとげる方法を利用者に提案する	1 2 3 4 5
問 30	利用者がうまく決断できるよう手助けする	1 2 3 4 5
問 31	利用者の不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える	1 2 3 4 5
問 32	利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう	1 2 3 4 5
問 33	情緒的（心理的）なサポートをする	1 2 3 4 5
問 34	利用者に自信をもってもらうために利用者がこれまで成し遂げてきたことを指摘する	1 2 3 4 5
問 35	他の人の機能不全な行動に巻き込まれないようにする方法を伝える	1 2 3 4 5
問 36	サービスを調整するために他の施設・機関とのネットワーク作りをする	1 2 3 4 5
問 37	あなたに対して「いろいろなことを率直にうち明けたい」と利用者が思えるよう手助けする	1 2 3 4 5

8 回答者ご自身について

最後にあなたご自身のことについていくつかの質問にお答えください。

- 問1 性別 1 男性 2 女性
- 問2 あなたの年齢 []歳
- 問3 福祉分野で仕事を始めて何年めになりますか []年め
- 問4 精神保健福祉分野で仕事を始めて何年めになりますか []年め
- 問5 精神保健福祉士資格をお持ちですか 1 はい 0 いいえ
- 問6 社会福祉士資格をお持ちですか 1 はい 0 いいえ
- 問7 最終学歴を教えてください
- 1 高校
 - 2 専門学校（ただし、短大・大学卒業後に専門学校を終えられた方は、短大・大学のほうに○をつけてください）
 - 3 短大（2年制）
 - 4 短大（3年制）看護学校を含む
 - 5 大学（保健師、助産師養成課程を含む）
 - 6 大学院・修士課程あるいはそれ以上
- 問8 問7で3・4・5・6と答えられた方にうかがいます。大学・短大における専攻分野について教えてください
- | | |
|--------|--------------|
| 1 社会福祉 | 2 教育 |
| 3 心理 | 4 看護 |
| 5 作業療法 | 6 その他（具体的に) |

これでアンケートは終わります。お忙しいところご協力くださいまして本当にありがとうございました。

9 このアンケート調査について

- 問1 このアンケートに答えていただく中で、何か疑問を感じたり嫌な思いをしたりしたことはありますか。あったらお教えてください。
- 問2 このアンケートについて何かご質問やご意見がありますか。あったらお教えてください。

お忙しいところ本当にご協力ありがとうございました。

資料C | ソーシャルワーク実践評価指標（日本版） |

ソーシャルワーカーは利用者と利用者の置かれている状況に応じ、さまざまな実践技能を駆使して利用者を援助されています。あなたが利用者を援助するときに、次に掲げるような援助をどれくらいの頻度で行われるかを教えてください。なお、ここで利用者とは、あなたの援助の主たる対象者のことを指し、個人、家族、またはグループを含みます。

あなたが、現在の職場において実際にどれくらいの頻度で以下に述べるような援助を行うかについて、可能なかぎり正確にお答えください。5つの選択肢の中から最もよくあてはまるものを1つ選択してください。

あなたは利用者を援助するときに

(ほとんどしない・・・1、めったにしない・・・2、普通に・・・3、よく・・・4、いつも・・・5)

問1	利用者自身の抱える問題へ対処する方法を具体的に提案する	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問2	利用者の不健康な行動パターンを減らす方法を共に考える	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問3	問題再発の繰り返しを防ぐ方法を利用者に提案する	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問4	利用者の抱える問題に悪影響を及ぼしている機能不全な思考（健全に機能しない考え）を減らす手助けをする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問5	利用者がうまく決断できるよう手助けする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問6	利用者が新たな問題発生危険のある状況を予測できるよう手助けする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問7	利用者の言動が結果的に自分の問題へ悪影響を及ぼしていることの理解を助ける	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問8	他の人の機能不全な行動に巻き込まれないようにする方法を伝える	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問9	やらねばならない作業をより効果的にやりとげる方法を利用者に提案する	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問10	利用者の抱える問題を具体的な言葉で表現する	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問11	利用者との信頼関係を築くために共感を示す	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問12	情緒的（心理的）なサポートをする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問13	援助関係の中で利用者が「あるがままに受け入れられている」と感じられるようにする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問14	埋もれた感情の表出を助けるためにやさしく質問を深めたりする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問15	あなたが利用者をよく理解していることを伝えるために利用者の考えや感情などを反映したりする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問16	利用者がこれまでの問題解決への取り組みから学ぶことを手助けする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問17	あなたに対して「いろいろなことを率直にうち明けたい」と利用者が思えるよう手助けする	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問18	利用者に自信をもってもらうために利用者がこれまで成し遂げてきたことを指摘する	1・・・2・・・3・・・4・・・5
問19	利用者とのストレスを解消する方法をともに考える	1・・・2・・・3・・・4・・・5

問 20	新たに学んだ問題解決技能（スキル）を、利用者が実際の生活場面で練習できるよう手助けする	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 21	自分の考えや感情を他人に効果的に伝える方法をモデルで示す （お手本をみせる）	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 22	成果がみられたときに自分をねぎらい、ごほうびを与える方法を示す	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 23	自分の向き合い難い感情に対応する方法を伝える	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 24	自分の問題行動を処理したりコントロールしたりする方法を伝える	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 25	これまでの人間関係が今抱える問題へ及ぼす影響を利用者とともに考える	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 26	他の人とコミュニケーションするときのコツを利用者と共に考える	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 27	利用者の抱える問題に関する社会問題や法施策について考察する	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 28	利用者の権利を擁護するために利用者を代弁する	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 29	他施設・機関のサービスを具体的に紹介する	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 30	サービスを調整するために他の施設・機関とのネットワーク作りをする	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 31	利用者の持つ衣・食・住などの資源の状況をアセスメント（評価）する	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 32	利用者と共に援助の目標を定める	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 33	他の施設・機関や援助者から受けているサービスの質や内容をモニターする （見守り、確認する）	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5
問 34	利用者に援助の効果の有無や程度を評価してもらう	1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5

文 献 目 録

(a)

- 秋元波留夫(1999)「序章 精神障害者リハビリテーションへの道」『精神障害者のリハビリテーションと福祉』所収。1-18。 中央法規出版。
- 秋元波留夫・調一興・藤井克徳 (1999)『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規出版。
- 荒川英之 (2001)「併設型と独立型のメリット、デメリット」『Review』37, 20-21.
- 荒田寛 (2002)「P S Wの役割と課題 ―精神障害者の社会参加と生活支援の視点―」『社会福祉研究』84, 50-57.
- 浅井邦彦 (1999)「精神障害者地域生活支援センターはコミュニティケアのキ・ステーション!」日本精神病院協会誌 18(8), 6-7.

(b)

- Bergin, A. E. & Garfield, S.L. (Ed) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed)*. John Willey & Sons.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P. & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist Variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed)*. 7th Chap. 229-270. John Willey & Sons.
- Bloom, M., Fischer, J., & Orme, J.G. (1995). *Evaluating Practice: Guidelines for the Accountable Professional*. Allyn & Bacon.
- Bogo, M., Power, R., Regehr, C., Globerman, J. & Hughes, J. (2002) Evaluating a measure of student field performance in direct service: testing reliability and validity of explicit criteria. *Journal of Social Work Education*. 38(3), 385-401.
- Bogo, M. (2004). Evaluating social work students' practice competence: Content and methods. (未発表原稿)
- ボーゴ, M. & 高橋重弘 (1991)「トロント大学大学院ソーシャルワーク学部における CBE の最近の発展―コンピテンシー要素・技能・評価表を中心に―」『社会福祉研究』51, 15-21.
- Bush, I. R., Epstein, I. & Sainz, A. (1997). The use of social science sources in social work practice journals: An application of citation analysis. *Social Work Research*, 21(1), 45-56
- べてるの家の本制作委員会 (1992)『べてるの家の本』 べてるの家。

(c)

- Cohen, J.A. (2003). Managed care and the evolving role of the clinical social worker in mental health. *Social Work*, 48, 34-43.
- Cooper, M. Lesser, L.G. (2001). *Clinical Social Work Practice: An Integrative Approach*. Allyn & Bacon.
- Corcoran, K.J., & Gingerich, W. J. (1994). Practice evaluation in the context of managed care. *Research on Social Work Practice*.

(d)

- Derezotes, D.S. (2000). *Advanced Generalist Social Work Practice*. Sage.

(f)

- 藤井達也(2004)『精神障害者生活支援研究』学文社
- 藤井美和(2003)「9章 測定」平山尚他『ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法』所収。203-227.
- 藤井美和(2004)「ヒューマンサービス領域におけるソーシャルワーク研究法」『ソーシャルワーク研究』29(4), 28-35.
- 福島喜代子 (2003a)「精神障害者の地域生活支援の変遷についての一考察」『社会福祉論叢 (日本社会事業大学)』160-181.
- 福島喜代子 (2003b)「ソーシャルワーク実践スキルについての一考察」『第 51 回社会福祉学会報告要

旨集』(四天王寺国際仏教大学) p. 147。

福祉士養成講座編集委員会編 (2001)『社会福祉援助技術論Ⅰ』中央法規出版。

福祉士養成講座編集委員会編 (2001)『社会福祉援助技術論Ⅱ』中央法規出版。

福祉士養成講座編集委員会編 (2003)『社会福祉援助技術演習』中央法規出版。

(g)

Gambrill, E. (1997). *Social Work Practice: A Critical Thinker's Guide*. Oxford University.

Gorey, K. (1996). Effectiveness of social work intervention research: Internal versus external evaluations. *Social Work Research*, 20, 119-128.

Gorey, K.M., Thyer, B.A. & Paluck, D.E. (1998). Differential effectiveness of prevalent social work practice models: a meta-analysis. *Social Work*, 43(3), 269-278.

Greenley, J.R., Greenberg, J.S. & Brown, R. (1997). Measuring quality of life: A new and practical survey instrument. *Social Work*, 42(3). 244-254.

(h)

Hancock, M. R. (1997) *Principles of Social Work Practice: Generic Practice Approach*. Haworth Press.

Henry, W.P., Sturupp, H.H., Schacht, T.E. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (4th ed). 11th Chap. 467-508. John Wiley & Sons.

Hepworth, D. H., Rooney, R.H. & Larsen, J. (2002). *Direct Social Work Practice (6th ed)*. Brooks/Cole.

Herie, M. & Martin, G. W. (2002). Knowledge diffusion in social work: A new approach to bridging the gap. *Social Work*, 47, 85-95.

Holden, G., Cuzzi, L., Rutter, S. et al. (1996). The hospital social self-efficacy scale: Initial development. *Research on Social Work Practice*, 6(3) 353-365.

Holden, G., Cuzzi, L., Rutter, S. et al. (1997a). The hospital social work self-efficacy scale: A replication. *Research on Social Work Practice* 7(4), 490-499.

Holden, G., Cuzzi, L., Rutter, S. et al. (1997b). The hospital social work self-efficacy scale: A partial replication and extension. *Health & Social Work*, 22(4), 256-263.

林浩康 (1990)「入所施設におけるソーシャルワーク実践の再考」『社会福祉学』31(2), 70-86.

蜂矢英彦 (1978)「精神科リハビリテーションの今日的課題」『ソーシャルワーク研究』4(1), 2-8.

日野田公一 (2000)「第10章第7節 精神障害者地域生活支援センター」蜂矢英彦・岡上和雄監修『精神障害リハビリテーション学』所収。316-321。金剛出版。

久田則夫編 (2003)『社会福祉の研究入門』中央法規出版。

平塚良子 (2002)「ソーシャルワーク・マインドを育成する実習教育を目指して」『社会福祉研究』84, 84-89.

平塚良子 (2004)「第1章 ソーシャルワークにおけるスキルの意味」岡本・平塚編著『ソーシャルワークの技能』所収。1-20。ミネルヴァ書房。

平山尚・武田丈・藤井美和 (2002)『ソーシャルワーク実践の評価方法』中央法規出版。

平山尚他 (2003)『ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法』ミネルヴァ書房。

広江仁 (2001)「利用者からみた地域生活支援センター」『精神保健福祉』32(4), 289-292.

本田芳香 (2003)「高齢者の地域生活の継続性と保健・医療・福祉の連携」日本社会事業大学博士学位論文甲第13号。

(i)

茨木尚子 (2001)「当事者のエンパワメントを支える支援とは」『社会福祉研究』80, 95-101.

一番ヶ瀬康子 (1965)「戦後社会事業論史研究序説」『社会福祉学』6, 21-40.

池末亨 (2001)「地域生活支援の要として活動を展開するために必要なこと」『Review』37, 8-12.

今井幸充 (2003)「ケアマネジャーの面接技法」『老年精神医学雑誌』14(9), 1090-1095.

今福恵子 (1999)「私の街に生活支援センターができた」『日精協誌』18(8), 24-28.

井上光貞・関晃・土田直鎮・青木和夫 (1994)『律令 新装版』岩波書店。

石川到覚 (2001) 「地域生活支援センターに望まれる役割と機能」『精神保健福祉』32(4), 271-275.
 伊藤富士江 (2001) 『ソーシャルワーク実践と課題中心モデル』川島書店。
 伊藤静美 (1998) 「「麦の郷」の活動」『現代のエスプリ』367, 112-128.
 伊藤善尚 (1998) 『街の風に吹かれて』ネットワーク 夢工房。
 伊藤善尚 (2000) 「精神障害者地域生活支援センターの活動と今後の課題」『心と社会』31(3), 59-64.
 岩上洋一 (2001) 「わが国における精神障害者地域生活支援センターの現状—全国状況調査を中心に—」『精神保健福祉士』32(4), 320-326.
 岩間伸之 (2000) 『ソーシャルワークにおける媒介実践論研究』中央法規出版。
 岩間伸之 (2004) 「ソーシャルワーク研究における事例研究法」『ソーシャルワーク研究』29(4), 36-41.
 岩崎香 (2001) 「精神科ソーシャルワークにおける権利擁護機能—事例分析による検討」『ソーシャルワーク研究』27(1), 12-18.
 岩田泰夫 (1983) 「精神障害者の集団活動と PSW」『ソーシャルワーク研究』9(2), 123-130.
 岩田泰夫 (1985) 「現在の精神医療状況と PSW の実践—実践の軌跡を追って」『精神障害と社会復帰』5(1), 79-96.

(j)

Johson, C. L. & Yanca, S. J. (2001). *Social Work Practice: A Generalist Approach (8th ed)*. Allyn & Bacon.

(k)

Kondrat, M. E. (2002). Actor-centered social work: re-visioning “person-in-environment” through a critical theory lens. *Social Work* 47, 435-448.
 柏木昭 (1987) 「自己決定権の尊重と社会福祉アイデンティティ」『法学セミナー増刊』37, 178-183.
 柏木昭 (1999) 「ソーシャルワーカーとしての精神保健福祉士」『精神保健福祉』30(1), 4-8.
 柏木昭 (2002) 「ソーシャルワーカーは病院精神医療をどう生きたか 1970 年代、1980 年代を中心に」『精神保健福祉』33(2), 101-107.
 柏木昭・荒田寛 (2000) 「精神科デイケアのパラダイム転換の展望」『聖学院大学論叢』12(2), 65-81.
 柏木昭他 (1996) 『精神医学ソーシャルワーク (三訂版)』岩崎学術出版。
 柏木昭他 (2000) 「精神保健福祉士のスーパービジョンおよび研修の体系化に関する研究」『精神保健福祉士』31(1), 39-46.
 堅田三絵 (2001) 「住む場、働く場、憩う場作りの中で「なごやかサロン」の走ってきた 3 年間」『Facilities Net』5(1), 22-26.
 片山義郎 (1998) 「精神病院と地域精神医療—都市型精神病院—」『こころの科学』79, 81-86.
 加藤博史 (1979) 「精神障害者処遇関係史—大正・昭和初期を中心に—」『精神障害と社会復帰』1(2), 78-91.
 加藤博史 (1980) 「精神障害者処遇関係史—昭和 10 年代を中心に—」『精神障害と社会復帰』2(1), 71-78.
 加藤伸勝 (1996) 『地域精神医療の曙』金芳堂。
 門屋充郎 (1993) 「社会復帰施設は社会モデルを中心に—精神病院の付属施設から社会資源へ—」『日精協誌』12(9), 37-41.
 加納光子 (1986) 「精神科治療の流れにおけるソーシャルワークの実際と今後の問題点について」『ソーシャルワーク研究』12(3), 58-63.
 北川清一 (2001) 「社会福祉実践と自己点検・自己評価—専門職としての成長に生かすために—」『社会福祉研究』80, 69-74.
 北島英治・白澤政和・米本秀仁編著『社会福祉援助技術論 (上)』ミネルヴァ書房
 木戸宣子 (2003) 「地域を基盤としたソーシャルワーク理論の実践への適用性—社会福祉実践の総合的展開の課題—」日本社会事業大学博士学位論文甲第 14 号。
 木下康仁 (2003) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 (質的研究への誘い)』弘文堂。
 木原活信 (2002) 「社会構成主義によるソーシャルワークの研究方法—ナラティブ・モデルによるクライアントの現実の解釈—」27(4), 285-292.
 木原活信 (2004) 「ソーシャルワーク実践への歴史研究の一視角」『ソーシャルワーク研究』29(4), 12-19.
 京極高宣 (1987) 「ソーシャル・ワーカーの職務の専門性とは何か」『社会福祉研究』41, 25-31.

- 京極高宣 (1992)『日本の福祉士制度—日本ソーシャルワーク史序説』中央法規出版。
- 京極高宣 (1997)「福祉専門職制度 10 年の評価と課題 —ソーシャルワーカー資格を中心に—」『社会福祉研究』69, 42-49.
- 共同作業所全国連絡会 (1997)『みんなの共同作業所』ぶどう社。
- 久保紘章 (2002)「実践と理論をつなぐもの」『社会福祉研究』84, 78-83.
- 窪田暁子・小野哲郎・小林育子 (1966)「医療ソーシャルワーカーの機能について」『社会福祉学』7, 126-142.
- 窪田暁子 (2000)「ソーシャルワーク理論と実践をつなぐ」『ソーシャルワーク研究』26(1), 4-10.
- 久保田美紀 (2004)「第 9 章 スキルの教育と訓練」岡本・平塚編著『ソーシャルワークの技能』所収。175-193. ミネルヴァ書房。
- 倉知延章 (2001)「就労と生活を一体的に支援するセンターを目指して」『Review』37, 34-37.
- 蔵野ともみ・八重田淳 (1998)「ソーシャルワーク理論の概念構成に関する考察」『社会福祉学』39(1), 230-243.
- 黒木保博 (1985)「グループワーク論の新しい展開をめざして (三)」『評論・社会科学』(同志社大学紀要) 26, 87-95.
- 黒木保博 (1997)「グループワーク論の新しい展開をめざして (四)」『評論・社会科学』(同志社大学紀要) 38, 101-120.
- 黒木保博・白澤政和・牧里毎治編著 (2003)『社会福祉援助技術演習』ミネルヴァ書房
- 黒木保博・福山和女・牧里毎治編著 (2003)『社会福祉援助技術論 (下)』ミネルヴァ書房
- 厚生労働省 (1999) 厚生省大臣官房統計情報部患者調査
- 厚生労働省 (2004)「精神保健福祉改革ビジョン」
- 国際法律家委員会編 (1996)『精神障害者の人権-国際法律家委員会レポート-』明石書店。
- 小嶋清志 (1999)「家族会がはじめた生活支援事業」『日精協誌』18(8), 20-23.
- 小林英一 (1999)「地域生活支援の原点を考える」『日精協誌』18(8), 29-32.
- 小松源助 (1983)『『社会福祉方法原論』序説』『社会福祉学』24(1), 1-50.
- 小山隆 (1997)「ソーシャルワークの専門性について」『評論・社会科学』38, 65-82.
- 古谷野亘・長田久雄 (1992)『実証研究の手引き—調査と実験の進め方・まとめ方—』ワールドプランニング。
- 古谷野亘 (1988)『数学が苦手な人のための多変量解析ガイド』川島書店。
- 近藤昭子 (2001)「公立地域生活支援センターの役割」『精神保健福祉』32(4), 285-288.

(1)

- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed)*. 3rd Chap. 72-113. John Willey & Sons.
- Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and process. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed)*. 3rd Chap. 72-113. John Willey & Sons.
- Lee, J.A.B. (1994). *The Empowerment Approach to Social Work Practice (2nd ed)*. New York: Basic Books.
- Linhorst, D. M. et al. (2002). Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. *Social Work*, 47, 425-434.

(m)

- Maguire, L. (2001). *Clinical Social Work: Beyond Generalist Social Practice with Individual, Groups, Family*. Brooks/ Cole.
- Myers, L. L. & Thyer, B.A. (1997). Should social work clients have the right to effective treatment? *Social Work* 42, 288-298.
- 前田ケイ (1984)「グループワーク方法の技能 (スキル) をめぐって」『キリスト教社会福祉学研究』17, 6-18
- 前田ケイ (1985)「カナダのトロント大学における実習と訓練のシステム」『ソーシャルワーク研究』11(1), 31-35.

- 牧洋子 (2004)「第8章 スキルの展開と援助過程」岡本・平塚編著『ソーシャルワークの技能』所収。162-174. ミネルヴァ書房。
- 牧野田恵美子 (1999)『精神障害者の地域生活 (新訂版)』一橋出版。
- 牧野田恵美子 (2000)「精神保健福祉現場の家族支援」『ソーシャルワーク研究』26(3), 25-31.
- 増山明美 (1999)「括弧付けしない生活支援のありかた」『日精協誌』18(8), 33-37.
- 松田徳一郎編 (1999)『リーダーズ英和辞典 (第2版)』研究社。
- 松永宏子 (1970)「精神障害者に対するデイ・ケアの展開—スタッフのかかわり方を中心に—」『社会福祉学』11, 80-84.
- 松尾太加志・中村知靖 (2002)『誰も教えてくれなかった因子分析』北大路書房。
- 真野元四郎 (1981)「断酒会とソーシャルワーカー」『ソーシャルワーク研究』6(4), 210-212.
- 見浦康文 (1981)「精神障害者のリハビリテーション—ソーシャルワーカーの経験から—」『ソーシャルワーク研究』7(4), 256-260.
- 三毛美予子 (2002)「ソーシャルワークの調査方法としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ」『ソーシャルワーク研究』27(4), 18-27.
- 三毛美予子 (2003)『生活再生にむけての支援と支援インフラ開発—グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み—』
- 水野昭夫 (1988)『若草病院デイケア日誌—精神障害者を家族の中へ社会の中へ—』日本評論社。
- 南彩子 (1981)「精神障害者の社会復帰の一方法としての外勤療法について」『ソーシャルワーク研究』7(4), 275-281.
- 南彩子・武田加代子・杉本照子 (1989)「保健医療におけるソーシャルワーク面接の構造分析」『社会福祉学』30(2), 41-63.
- 南山浩二 (1996)「精神障害者家族の認知と対処に関する研究」『社会福祉学』37(1), 38-55.
- 宮本義信 (1984)「対人援助技術の「日本的展開」—比較研究の視点から—」『社会福祉学』25(1), 63-84.

(n)

- 中西亜紀 (1999)「地域生活支援センター「ゆりの木」の役割」『日精協誌』18(8), 15-19.
- 仲村優一 (1983)「日本におけるソーシャルワーカーの位置と専門職としての課題」『社会福祉研究』32, 37-42.
- 中島直子・五十嵐良雄 (1999)「地域生活支援センター武甲の森」『日精協誌』18(8), 8-14.
- 中園康夫 (1965)「戦後におけるケースワーク研究の動向と課題」『社会福祉学』6, 72-82.
- 新村出編 (1998)『広辞苑(第5版)』
- 西脇巽 (1996)『生まれ変わる精神病院』萌文社。
- 丹羽薫 (1997)「精神障害者の第一線に当事者パワーを活かす—JHC 板橋のプログラム展開の中で—」岡上和雄監修『精神障害者の地域福祉—試論と実践最前線—』所収。相川書房。
- 根本博 (2000)「理論構築のための事例研究の方法」『ソーシャルワーク研究』26(1), 11-18.
- 野中猛 (2000)『分裂病からの回復支援』岩崎学術出版社。

(0)

- O' Hara, T., Collins, P., & Walsh, T. (1998). Validation of the Practice Skills Inventory with experienced clinical social workers. *Research on Social Work Practice*, 8 (5), 552-563.
- O' Hara, T. & Collins, P. (1997). Development and validation of a scale for measuring social work practice skills. *Research on Social Work Practice*, 7, 228-238.
- O' Hara, T. & Collins, P. (2000). Matching practice skills with client problems: using the practice skills inventory with experienced social workers. *Journal of Social Service Research*, 26(3), 49-64.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—noch einmal. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (4th ed).* 8th Chap, 270-376. John Willey & Sons.
- Osmo, R. & Rosen, A. (2002). Social worker's strategies for treatment hypothesis testing. *Social Work Research*, 26, 9-18.
- 岡知史 (2003)「第7章 質的調査研究法」久田則夫編著『社会福祉の研究入門』所収。115-148. 中央法規出版。

- 岡上和雄 (1997) 「地域における精神障害者の福祉的課題の焦点」 岡上和雄監修『精神障害者の地域福祉-試論と実践最前線-』所収。相川書房。
- 岡村正幸 (1999) 『戦後精神保健行政と精神病者の生活-精神保健福祉序論-』法律文化社。
- 岡本民夫 (1970) 「70年代の社会福祉の課題 - 対象者との対応関係を中心に -」『社会福祉学』11, 11-22.
- 岡本民夫 (1982) 「ソーシャルワーカーの役割」『社会福祉学』23(1), 57-76.
- 岡本民夫 (1992) 「社会福祉実践におけるライフモデル」『教育と医学』10, 28-34.
- 岡本民夫 (1997) 「社会福祉における方法と技術—その方法論をめぐる課題—」『評論・社会科学 (同志社大学紀要)』57, 49-64.
- 岡本民夫 (2000) 「ソーシャルワークにおける研究方法の課題」『ソーシャルワーク研究』25(2), 11-16.
- 岡本民夫 (2003) 「社会福祉教育の国際比較—専門職アイデンティティ形成とカリキュラムの構造—」『社会福祉研究』86, 45-52.
- 岡本民夫 (2004) 「終章 ソーシャルワークにおけるスキル研究課題」岡本・平塚編著『ソーシャルワークの技能』所収。194-199。ミネルヴァ書房。
- 岡本民夫・平塚良子他 (1999) 「ソーシャルワークのスキルに関する研究枠組み」『社会福祉学』40(2), 150-171.
- 岡本民夫・平塚良子編著 (2004) 『ソーシャルワークの技能』ミネルヴァ書房。
- 岡田藤太郎 (1975) 「日本の社会とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』1(1), 2-9.
- 奥田いさよ (1988) 「ソーシャルワークの職務分析に関する試論」『社会福祉学』29(1), 65-93.
- 奥田いさよ (1989) 「ソーシャルワークの技能 —ソーシャルワークにおける援助技術の体系化をめざして—」『ソーシャルワーク研究』15(1), 51-57.
- 奥田いさよ (1992) 『社会福祉専門職性の研究』川島書店。
- 大橋謙策 (2000a) 『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』万葉舎。
- 大橋謙策 (2000b) 「社会福祉構造改革と人材養成の課題 —地域自立生活支援とコミュニティ・ソーシャルワーカー—」『社会福祉研究』77, 18-25.
- 大橋謙策 (2002) 「地域福祉計画とコミュニティソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』28(1), 4-10.
- 大原美智子 (1996) 「精神障害者の生活適応とソーシャルサポート」『社会福祉学』37(1), 88-99.
- 太田義弘 (1998) 「ジェネラル・ソーシャルワークの意義と課題」『ソーシャルワーク研究』24(1), 4-10.
- 大谷京子・山本幸良 (1999) 「地域生活支援センター「ちのくらぶ」」『日精協誌』18(8), 42-46.
- 小俣和一郎 (1998) 『精神病院の起源』太田出版。

(r)

- Rosen, A (1994). Knowledge use in direct practice. *Social Service Review*, 68, 561-577.
- Rosen, A (2003). Evidence-based social work practice: Challenges and promise. *Social Work Research*, 27(4), 197-208.
- Rosen, A., Proctor, E.K., Morrow-Howell, N. & Staudt, M. (1995). Rationales for practice decision: Variation in knowledge use by decision task and social work service. *Research on Social Work Practice*, 5, 501-523.
- Rosen, A., Proctor, E.K. & Staudt, M.M. (1999). Social work research and the quest for Effective practice. *Social Service Research*, 23, 4-14.
- Rothman, J. (1991). A model of case management: Toward empirically-based practice. *Social Work*, 36, 520-528.

(s)

- Saleebey, D (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work* 41(3), 296-305.
- Schilling, R.F. (1997). Developing intervention research programs in social work. *Social Work Research*, 21(3), 173-180.
- Sheafor, B.W. & Horejsi, C.R. (2003). *Techniques & Guidelines of Social Work Practice (6th ed)*. Allyn & Bacon.
- Shulman, L. (1992). *The skills of helping: Individuals, families, and groups*. Itasca,

- Peacock.
- Sinclair, J. (Ed) (2001). *Collins COBUILD English Dictionary for Advanced Learners (3rd ed)*. Harper Collins. Canada.
- Slonim-Nevo, V & Anson, Y. (1998). Evaluating practice: Does it improve treatment outcome? *Social Work Research*, 22, 66-74.
- 榮セツコ・岡田進一 (2004)「精神科ソーシャルワーカーのアセスメント期における精神保健福祉実践活動 ―その現状と関連要因―」『社会福祉実践理論研究』13, 39-56.
- 坂口信貴 (1985)「精神分裂病者のデイ・ケア活動」『ソーシャルワーク研究』10(4), 256-262.
- 佐々木敏明 (1983)「北海道における精神医学ソーシャルワーカーの現状と課題」『ソーシャルワーク研究』9(2), 84-88.
- 三多摩精神看護研究会 (2000)『地域で生活をすることを支えて 精神障害者との出会いから 50 年』やどかり出版。
- 佐藤久夫 (2003)「第 1 章 障害者の定義と障害者福祉の法のサービス体系」定藤、佐藤&北野編著『現代の障害者福祉』所収。有斐閣。
- 佐藤豊道 (1998)「ジェネリック・ソーシャルワークの出現の経緯」『ソーシャルワーク研究』24(1), 24-30.
- 佐藤豊道 (1999)「社会福祉基礎構造改革とソーシャルワーク：意義と課題」『ソーシャルワーク研究』25(2), 4-10.
- 柴田善守 (1965)「社会事業研究の方向について」『社会福祉学』6, 11-20.
- 『新版・社会福祉学習双書』編集委員会編 (2002)『社会福祉援助技術論』全国社会福祉協議会。
- 白石大介 (1981)「ソーシャルワーカー定着化のための諸条件とその実践的裏づけ」『ソーシャルワーク研究』7(1), 41-48.
- 白石大介 (1994)『精神障害者への偏見とスティグマ』中央法規出版。
- 白石大介・阿部恩・吉川真 (1982)「精神病院におけるレクリエーション・プログラムへの行動療法導入の取り組み」『ソーシャルワーク研究』8(2), 138-142.
- 社会福祉教育方法教材開発研究会編 (2001)『新 社会福祉援助技術演習』中央法規出版。
- 社会福祉法規研究会監修 (2003)『社会福祉六法 平成 16 年度版』新日本法規出版。
- 社会福祉士・介護福祉士社会福祉主事制度研究会監修 (2002)『社会福祉士・介護福祉士社会福祉主事関係法令通知集』第一法規出版。
- 末永カツ子 (2003)「精神障害者を支援するネットワーク構築に向けて」『社会福祉研究』84, 58-63.
- 須加美明 (2003)「訪問介護の質を図る利用者満足度尺度案の開発」『老年社会学』25(3), 325-338.
- 杉田多喜男・沼田由喜子・佐々木桂 (1999)「援護寮併設型生活支援センター「のぞみ」の試み」『日本精神病院協会誌』18(8), 53-58.
- 住友雄資 (1996)「精神障害者福祉と地域生活支援」『日本の地域福祉』10, 103-117.
- 鈴木康三・端山晴子 (2004)『作業所職員応援ブック』相川書房
- 精神医療史研究会 (1974)『呉秀三先生―その業績』呉秀三先生業績顕彰会
- 精神保健医療福祉の改革ビジョン (2004)厚生労働省。
- 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編 (2000)『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規出版。
- 精神保健福祉研究会監修 (2001)『我が国の精神保健福祉 平成 12 年度版』厚健出版。
- 精神保健福祉研究会監修 (2003)『我が国の精神保健福祉 平成 14 年度版』厚健出版。
- 精神保健福祉研究会監修 (2004)『我が国の精神保健福祉 平成 15 年度版』厚健出版。
- 精神保健福祉研究会監修 (2003)『精神保健福祉関係法令通知集 平成 15 年版』ぎょうせい。
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会編 (2004)『精神保健福祉援助演習』中央法規出版
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編 (2001)『精神保健福祉援助演習』へるす出版
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会編 (2003)『精神保健福祉援助技術各論』中央法規出版。
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編 (2001)『精神保健福祉援助技術各論』へるす出版。
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会編 (2003)『精神保健福祉援助技術総論』中央法規出版。
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編 (2001)『精神保健福祉援助技術総論』へるす出版。
- 曾根直樹 (2001)「総合相談センターで 24 時間相談体制を実現」『Review』37, 30-33.
- 園 直樹 (1965)「社会事業理論の研究」『社会福祉学』6, 1-10.

(t)

- Timberlake, E.M., Sabatino, C.A. & Martin, J.A. (1997). Advanced practitioners in clinical social work: a profile. *Social Work* 42, 374-385.
- 高田真治 (1983) 「社会福祉方法論の動向—アメリカ社会福祉政策とソーシャルワーカー」『社会福祉学』24(2), 79-99.
- 高田真治 (2001) 「社会福祉実践研究の到達水準と展望—福祉政策の外圧と実践要素具象化の内発性—」『社会福祉研究』80, 13-19.
- 高橋信行 (2002) 「量的研究法と質的研究法の対立と和解」『ソーシャルワーク研究』27(4), 4-12.
- 高橋重宏 (1987) 「社会福祉専門教育と研修に求められるもの」『社会福祉研究』41, 50-55.
- 高原亮治 (2003) 「精神保健福祉施策の現状と課題—社会参加とノーマライゼーション」『社会福祉研究』84, 28-35.
- 高沢武司 (2001) 「社会福祉理論の目標水準と基盤の変化—一次世代への傍論的パースペクティブ」『社会福祉研究』80, 6-12.
- 竹村堅次 (1988) 『日本・収容所列島の六十年』近代文藝社。
- 竹内愛二 (1965) 「独自の学問的体系を」『社会福祉学』6, 41-45.
- 竹内愛二 (1977) 「ケースワークと新実存主義的カウンセリング」『ソーシャルワーク研究』3(1), 318-321.
- 田村健二・坪上宏・浜田晋・岡上和雄編 (1982) 『精神障害者福祉』。相川書房。
- 田中英樹 (1996) 『精神保健福祉法時代のコミュニティワーク』相川書房。
- 田中英樹 (2001a) 『精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーカー』中央法規出版。
- 田中英樹 (2001b) 『市町村精神保健福祉業務のすすめ方』萌文社。
- 立石宏昭 (2004) 『地域社会で支える精神障害者の就労訓練』西日本法規出版。
- 寺田一郎 (2001) 「生活支援センター調査にみる現状と課題、そして今後の展望」『Review』37, 16-19.
- 寺谷隆子 (1970) 「精神障害者と社会福祉—コミュニティ・ケア (PSW の立場から)—」『社会福祉学』11, 72-79.
- 寺谷隆子編 (1994) 『心のハーモニーを街に奏でる—JHC板橋の実践—』やどかり出版。
- 寺谷隆子 (1995) 「共同作業所」。昼田源四郎編『分裂病者の社会生活支援』所収。金剛出版。
- 寺谷隆子 (1999) 「保健・医療・福祉の統合への戦略—地域生活支援センターの実際から—」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 38-41.
- 寺谷隆子 (2000) 「社会的位置づけ」蜂矢英彦・岡上和雄監修『精神障害リハビリテーション学』所収 (第1章、第4節)。31-39. 金剛出版。
- 寺谷隆子 (2002) 「自立生活支援と実践課題」『社会福祉研究』84, 41-49.
- 戸高洋充 (2001) 「さまざまなサービスの活用と連携の中心になるセンターづくり」『Review』37, 22-25.

(u)

- University of Toronto (1997). *Field Practicum Manual*. Faculty of social work, University of Toronto.
- 上野容子 (1999) 「地域生活支援センターの概要と今後の方向性」『日精協誌』18(8), 47-52.
- 上野容子 (2000) 「地域生活支援」蜂矢英彦・岡上和雄監修『精神障害リハビリテーション学』所収 (第7章、第5節)。199-204. 金剛出版。
- 上野容子 (2001) 「東京都の実践からみた区市町村とセンターとの役割と連携」『Review』10(1), 12-15.
- 氏家憲章 (1998) 『変革期の精神病院』萌文社。

(w)

- Wakefield, J.C. & Kirk, S.A. (1996). Unscientific thinking about scientific practice: Evaluating the scientist-practitioner model. *Social Work Research*, 20(2), 95.
- Witkin, S. (1996). If empirical practice is the answer, then what is the question? *Social Work Research*, 20(2), 69-75.
- 渡辺敏幸・富山羊子 (1985) 「精神科リハビリテーション活動の指標」『ソーシャルワーク研究』10(4), 286-295.

- 渡部律子 (1998) 「ソーシャルワーク教育におけるジェネラリストの視点」『ソーシャルワーク研究』24(1), 31-45.
- 渡部律子 (2003) 「改革期におけるソーシャルワークの行方—「対等な関係」「利用」「支援」の概念をてがかりに—」29(3), 172-181.
- 和田修一・柏木昭 (1981) 「デイ・ケア通所者の行動能力及びデイ・ケアに対する意識の研究」『精神衛生研究』28, 109-119.

(y)

- Yoshihama, Mieko (1996) Domestic violence against women of Japanese descent: understanding the socio-cultural context. UMI dissertation services.
- 谷中輝雄 (1982) 「精神障害者とかかわりから学んだこと」『ソーシャルワーク研究』8(3), 189-195.
- 谷中輝雄 (1993) 『谷中輝雄論稿集 I 生活』やどかり出版。
- 谷中輝雄 (1995) 「共同住居における生活支援」昼田源四郎編『分裂病者の社会生活支援』所収。金剛出版。
- 谷中輝雄他 (1999) 『生活支援Ⅱ—生活支援活動を創り上げていく過程—』やどかり出版。
- 谷中輝雄 (2000a) 『精神障害者の生活の質の向上を目指して』やどかり出版。
- 谷中輝雄 (2000b) 「精神障害者福祉とソーシャルワーク—精神医学ソーシャルワーカーの活動の足跡—」『ソーシャルワーク研究』25(4), 63-69.
- 谷中輝雄 (2001) 「地域生活支援センターへの期待」『精神保健福祉』32(4)267-270.
- 谷中輝雄 (2002) 「精神障害者福祉の現状と課題—歴史を踏まえて—」『社会福祉研究』84, 21-27.
- 柳美子 (1994) 『茶の間のおばさん』やどかり出版。
- 柳瀬敏夫 (2001) 「生活支援センターから生まれた雇用支援センター」『Review』37, 38-41.
- 山岡聡 (2001a) 「医療法人が地域に展開する地域生活支援センター」『精神保健福祉』32(4), 277-280.
- 山岡聡 (2001b) 「なぜ「サテライト」が必要なのか」『Review』37, 42-45.
- 山本誠 (2001) 「相談機能を中心としたセンター開設の取り組みから」『Review』37, 26-29.
- 山崎道子 (1979) 「ケースワークの動向とケースワーク理路の七つのアプローチ」『ソーシャルワーク研究』5(4), 278-285.
- 吉岡眞二 (1982) 「日本における精神障害者」田村健二・坪上宏・浜田晋・岡上和雄編『精神障害者福祉』所収。相川書房。33-50.
- 吉塚晴夫 (2001) 「精神障害者の生活支援を進めるために —精神障害者福祉の新展開—」『社会福祉研究』80, 102-108.
- 米本秀仁 (2002) 「一例が語るもの」『ソーシャルワーク研究』27(4), 271-275.
- 米本秀仁・安井愛美 (1989) 「実践構造論：序説」『社会福祉学』30(2), 1-20.

(z)

- Zastrow, C.H. (2003). *The Practice of Social Work (7th ed)*. Brooks / Cole.
- 全国社会福祉協議会・心身障害者団体連絡協議会 (2000) 『障害者地域生活支援センター基本構想』全国社会福祉協議会・心身障害者団体連絡協議会。
- 全国精神障害者社会復帰施設協会編 (1996) 『精神障害者地域生活支援センターの実際』中央法規出版。