

# 急性期病院のソーシャルワーカーの業務遂行過程と 役割喪失過程との悲嘆作業構造

大賀 有記\*

## 抄録

1980年代以降日本の医療を取り巻く社会情勢は変化し、効率的かつ効果的な医療供給体制整備が急がれている。それに伴い、保健医療職種間でのクロスオーバー化等が進み、医療ソーシャルワーカーの役割は変化、多様化、あいまい化しており、ソーシャルワーカーの困難感が高まっている現状がある。本研究では、ソーシャルワーカーの役割のあいまい化が顕著である、急性期病院における脳血管疾患の患者家族支援に着目した。M-GTAを用いた質的調査を行った結果、役割変化への取り組み過程にみる困難の質と構造が明らかになり、ソーシャルワーカーの専門的支援構造を提示することができた。この支援構造は、業務遂行過程と役割喪失過程の2つの軸の相補的な働きかけあいにより成立しており、二重螺旋状に発展的に継続していくことが明らかになった。この強固な支援構造は、いかなる変化が起きてもソーシャルワーク支援を継続し、患者家族を支援し続けることの普遍性を示しているといえる。

**Keywords**：ソーシャルワーク支援、急性期病院、ソーシャルワーカー、役割喪失、悲嘆作業

## I. 研究背景

1980年代後半以降、日本の医療提供においては効率が重視され、特に急性期病院では、早期退院体制の強化、保健医療職種間でのクロスオーバー化等が顕著になっている。疾病ごとに医療供給対策は整備されており、そのなかでも脳血管疾患は、退院促進施策の典型的対象となっている。脳血管疾患においては、患者家族の治療要請や期

待が高い傾向にあり、退院計画が体制的に整備されているにも関わらず、急性期病院からの退院がスムーズに進みにくい現状も少なくはない。

また、そのような背景のもと、病院で働くソーシャルワーカーの役割は変化、多様化し、あいまい化している。本来のソーシャルワーカーの業務とは何かという議論も盛んになっており、ソーシャルワーカーは業務遂行困難を感じつつ、試行錯誤の取り組みを続けている現状がある。この様相は、早期退院施策の対象であり、多職種がかかわる脳血管疾患の患者家族の支援において、最も典型的に表れているといえる。

\* Oga, Yuki  
愛知県立大学教育福祉学部

人権と社会正義を活動の理念とするソーシャルワーカーが、このような混沌とした状況にあることは、患者家族の権利擁護の観点からも大きな問題であり、喫緊に解決すべき課題と考える。

## II. 研究目的

本研究の目的は、急性期病院における脳血管疾患の患者家族に対して、ソーシャルワーカーが行う支援に焦点をあて、役割変化への取り組み過程にみる困難の質と構造を明らかにし、ソーシャルワーカーの専門的支援構造を提示することである。そのために、リサーチクエッションを3つ定めた。それは、1) ソーシャルワーカーの直面する困難の構造は、役割変化とそれに適応する取り組み過程からなるのか、2) その取り組み過程はどこをたどるのか、3) 役割の変化が喪失をともなうものであるならば、その取り組み過程は悲嘆作業の文脈の中で捉えられるのか、というものである。つまり、業務遂行上の困難と役割変化に対する適応との関係、その適応の過程、適応過程の理論的文脈を捉え、ソーシャルワーカーの支援構造を追究しようとするものである。

## III. 先行研究レビューと理論的視座

ソーシャルワーカーの直面する困難について、医療の効率的提供が社会問題となってきた1980年代後半から2013年までの文献レビューを行った。その結果、困難の影響要因は、1) 短期集中治療と早期退院体制、2) 地域完結型医療体制、3) 他職種との関係性、4) 困難の交互作用、の4点に分けられた。しかし、いずれも困難の事象の研究であって、困難の構造について言及したものは見当たらなかった。そこで、困難の構造を明らかにする為に必要な理論的視座として、役割理論、喪失概念、悲嘆作業過程の理論、組織システム論を取り上げた。以下に説明する。

### 1. 役割理論

医療ソーシャルワーカーは、自己、患者家族や、病院組織、地域、文化など、ミクロレベルからマクロレベルまでの多システムとのかかわりの中で、ソーシャルワーカーとしての役割を求められ、それを自己の中に受け入れ、その責務を担う。この点においては、Mead (=1973) が提示した社会的自我論の中で説明可能であると考えられる。社会的自我論は、人と社会とのかかわりの中で、人が社会的な期待を主体的に受け入れる過程において、個人の自我が社会的なものになるという考え方である。このような社会的自我が形成される過程で、人は内省し自分と向き合ったり、他者と関わり役割を取得したり、社会や国家のようなマクロレベルの存在とのかかわりをもったりするとされる。この理論は、医療ソーシャルワーカーが置かれている複雑な現状の理解に役立ち、ソーシャルワーカーの抱える困難や取り組みの説明に活用できると考える。

ここで役割の定義を概観したい。役割の定義は多岐にわたっているが、役割の共通概念についての文献研究の結果、「社会的位置に対して、期待され、要求される規範的行動パターン」(上子1979:37)を役割の最も適切な定義であるとまとめているものもある。また役割のキー概念には、①社会的位置、②規範、③期待、④行動パターン、があげられている(Fukuyama 1998)。役割に基づく行動は、社会的規範にそった意図性や目的指向性があるため、行動に至る思考を含む意味で行為(Parsons et al.eds.=1960)と表現することができる。また行為は、心理システムの構成要素でもあり(Luhmann=1995)、社会的規範にも基づくため、社会的・文化的側面ももつ(Parsons et al.ed.=1960)。したがって行為は、「意図性や目的指向性をもった行動とそれに関連する思考と感情からなり、それは心理・社会・文化的側面をもつもの」と定義できる。以上より、役割の構成要素については、①期待、②社会的位置、③規範、④行為、の4点とし、役割の定義として、「個人の社会的位置との関係における、期待と規範に基

づいた行為」とする。

医療ソーシャルワーカーという役割をとるとき、これに結びつく、患者家族、院内多職種、病院組織、職能集団、地域関係機関等を関連づける一連の役割が含まれている。このような役割関係の総体は役割群 (role-set) と呼ばれ、人が特定の社会的地位を占めることによって伴う一連の役割相互の関係を意味し、社会構造の部分をなすもの (Merton=1961) と考えられている。医療ソーシャルワーカーは、患者家族との関係だけでなく、院内多職種、病院組織、職能集団、地域関係機関等との関係の中で役割を発揮するのである。医療ソーシャルワーカーはこの特定の役割群のかかわりの中でバランスを保って役割を遂行することにより、支援効果をあげることができるといえる。

## 2. 喪失に関する概念

一般に、変化が必然的に喪失を伴うことは指摘されている (福山 2004; Harvey=2002)。例を挙げると、子どもが巣立つという家庭内における変化は子どもがいた家庭環境の喪失を伴う (Neimeyer=2006)。人のまわりの環境が変化した時、人は以前の環境を喪失している。ゆえに、変化と喪失は同義であると考えられる。例えば病気になる身体機能の一部を喪失したという場合、それは部分喪失ではなく体調の変化という側面で捉えられる場合がある。部分喪失は変化という側面で理解されることもあるが、それは喪失の観点から説明可能な事象なのである。

以下喪失とは何を示すのか定義を確認する。例えば Harvey (=2002: 28) は重大な喪失を、「人が生活のなかで感情的に投資している何か一愛する人の死、関係の解消、人以外のモノなどを失うこと」と定義している。つまり喪失とは、その人が大切に思っているものをうしなうことなのである。それゆえに、喪失には苦悩がともなう。医療ソーシャルワーカーにとって自身の役割は大切なものであり、その一部でもうしなうことは苦悩を伴い、日常業務上の変化が生じるのである。以上より、医療ソーシャルワーカーが役割の変化に

おいて困難を感じるということは、役割の喪失を体験しているといえる。医療ソーシャルワーカーの役割の変化は、役割の喪失であると考えることができる。

本研究における喪失とは「その人にとって大切なものの一部または全体をうしなうことであり、環境の変化をひきおこす性質をもつもの」とする。そして「役割喪失」については、「その職を担う者にとって重要な役割の構成要素の一部をうしなうことであり、役割全体の変化をひきおこす性質をもつもの」とする。

## 3. 悲嘆作業過程に関する理論

初めに悲嘆について定義したのは Freud (=1970) であり、ここでは悲哀という言葉を用いて、悲哀は愛する者やその代わりになった抽象物の喪失に対する反応であるとしている。従来悲嘆は、喪失による心理的な側面の過程として捉えられてきた経緯があるが、次第に心理的なものだけではなく、喪失後の人間の生活適応過程全体への取り組みとして悲嘆が注目されるようになってきている (Neimeyer=2006; Stroebe et al.1999)。ここで、悲嘆のそのような側面に着目し、人が能動的に喪失に取り組んでいるという観点から、悲嘆作業という言葉の本研究ではもちいることとする。本研究における悲嘆作業とは「喪失によって生じる環境の変化に適応していく行為」と定義する。

## 4. 組織システムに関する理論

医療ソーシャルワーカーの直面する困難は業務遂行上起こり、組織のシステムの中で生じている。業務とは、個人のその所属組織における役割行為であって、その遂行には責務が伴う。そのため、組織システムについての理論的特性を確認することが必要となる。

一般システム理論 (Bertalanffy=1973) において、システムとは相互作用を伴った諸要素の複合体と定義され、これらの相互作用は秩序を保っていると示されている。そしてシステムは単純に部

分の合計ではなくそれ以上のものになるとされ、常に流動している動的な状態にあり、部分と部分との関係は循環的な関係になっていると説明されている。部分が交互に影響しあいながらも、全体としてある一定の秩序を保っているのが組織というシステムなのである。システム内では、一方向的な相互作用ではなく、生態学的視点からの交互作用、すなわち二者以上のものが相互に影響を与え合う過程を通じて、自身やその関係性を適応的に変化させていく作用 (Germain et al.=2008) が生じていると考える。

組織とは、特定の目的を求めめるために構成された社会単位 (Parsons 1960) とされ、その目的を追求するため最も能率的に機能するようにつくられている (Etzioni=1967)。組織で生じやすい組織成員のジレンマは、組織の一員としてその役割と調和することができないところから発生する (Etzioni=1967) とされる。職場組織において、専門職が専門性を発揮することができないとバーンアウトに陥りやすい (清水ら 2002) と指摘もされている。医療ソーシャルワーカーをはじめ専門職は、その病院組織の一員として協働し、同時に専門性を発揮することが組織を維持するうえで必要といえる。つまり、専門職の役割が組織システムに位置づけられたとき、専門職の役割の行為は、組織としての仕事である業務上の行為となるのである。

以上を踏まえて、本研究では、医療ソーシャルワーカーの調査を行った。

## IV. 調査設計

本研究における調査は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, 以下 M-GTA とする。) を用いて行った。

### 1. 調査目的

本調査の目的は、急性期病院のソーシャルワーカーが業務遂行上負担を感じた脳血管疾患の患者

家族とのかかわりから、ソーシャルワーカーの一連の体験過程を明らかにすることである。負担は、支援という業務遂行上の困難や責任感から発生してくるものと考えられるため負担は業務遂行にとまなう感覚といえる。

脳血管疾患は突然発症することが多い。それに伴い、患者家族の精神的混乱が大きく、治療要請や希望も高い傾向がある。そして生活環境の変化も大きいのが特徴である。加えて、入院期間が短期に限定されていることから、ソーシャルワーカーは早期に退院支援を開始し、発病により変化した生活環境への適応について、短期間で支援効果を上げる必要がある。そのような背景のもと、患者家族や病院組織、地域関係機関等との関係において支援の困難性が高く、ソーシャルワーカーが試行錯誤している現状がある。

ソーシャルワーカーは、脳血管疾患の患者家族に対する支援において、どのような体験をしているのだろうか。本調査では、急性期の脳血管疾患の医療現場に焦点をあて、ソーシャルワーカーが業務遂行上負担を感じた患者家族との一連の体験過程を明らかにしていく。

## 2. 調査のプロセス

### 1) 調査協力者

本調査の協力者は、急性期病院で脳血管疾患の患者家族に対する支援をおこなっているソーシャルワーカーである。選定基準は、①急性期病院での脳血管疾患の患者家族支援の経験が3年以上あること、②現在もその支援にあたっていること、とした。本基準を設けた理由は、経験が一定以上あり、広い視野から時代に即応した体験を聞き出すことが可能であると考えたためである。そして、①職能団体の役員などを担った経験がある人、②地域や組織内で指導的役割を担った経験がある人、③①と②の該当者からの紹介がある人、に調査依頼の呼びかけを行い、調査概要を説明し、趣旨に同意した人を調査協力者とした。調査対象者のサンプリングについては、理論的サンプリングを基本に置き、M-GTAにおける継続的比較分析

を用いたスノーボール式サンプリング法の組み合わせを行い、詳細は表1の通りである。合わせを行った。最終的な調査協力者は15名であ

表1：調査協力者の基本属性

仮名	経験年数	年齢	性別	所属病院の特性
A	15年	30歳代後半	女性	二次救急
B	15年	40歳代後半	女性	二次救急
C	13年	30歳代後半	男性	三次救急、大学病院
D	17年	30歳代後半	女性	二次救急
E	5年	30歳代後半	男性	二次救急
F	14年	30歳代前半	女性	三次救急
G	23年	40歳代後半	男性	三次救急
H	5年	30歳代後半	女性	二次救急
I	14年	30歳代後半	女性	二次救急、大学病院、脳卒中センター有
J	14年	30歳代後半	男性	三次救急、大学病院
K	16年	30歳代後半	女性	二次救急
L	17年	40歳代後半	女性	二次救急、大学病院
M	7年	20歳代後半	男性	三次救急、大学病院
N	4年	30歳代前半	女性	三次救急、大学病院
O	8年	30歳代後半	女性	二次救急

## 2) 調査期間およびデータの収集方法

調査は、2010年7月から2011年1月までの期間で、調査対象者に半構造化面接を実施した。インタビューでは、原則として自由に、面接に臨む際に負担を感じた1事例の患者家族への支援経過について語ってもらった。また、倫理的配慮として、インタビュー実施に当たり、ルーテル学院大学研究倫理委員会の承認を受けた（申請番号：10-08）。

## 3) データ分析：分析焦点者と分析テーマの設定

本調査における分析焦点者は、急性期病院で脳血管疾患の患者家族の支援を担当しているソーシャルワーカーとした。分析テーマについては、データとのすり合わせにより推敲を重ね、最終的に「急性期病院のソーシャルワーカーの脳血管疾患の患者家族支援における役割喪失にともなう悲嘆作業過程」とした。

## V. 分析結果と考察

M-GTAにおいては、結果は概念やサブカテゴリー、カテゴリーを用いた結果図で示され、それをストーリーラインとして説明していくかちをとる。本調査の結果図は、図1の通りである。最終的に採用した概念数は32、サブカテゴリーは9、カテゴリーは6である。なお、概念は< >、サブカテゴリーは[ ]、カテゴリーは【 】として記している。

### 1. ストーリーラインと結果図

急性期病院のソーシャルワーカーは、入院中の脳血管疾患の患者家族に対して支援を行うとき、まず【支援に向かう不安】を抱く。彼らから激しい怒り等をぶつけられ、しかも病院の早期退院体制強化策も相俟って、ソーシャルワーカーは【働きと支えをうしなう】状況に陥り、支援について膠着した状態を体験する。自問自答していくなか

で、ソーシャルワーカー自身を感じているつらさは、その状況下で患者家族が体験している苦しみと同じ質のものであると気づく。そこで、苦しみを担っている彼らの力を引き出すことにより支援が進むと判断し、ソーシャルワーカーは支援行為の【膠着状態のひもとき】を試みる。しかし、ときに支援は思うようには進まず【行き詰まり】、試行錯誤の支援行為を繰り返していく。この円環

的な歩みを経て、ソーシャルワーカーとしての専門職性を【活かすことに向き合う】ことができる。この一連の行為は【発展的に継続】し、ソーシャルワーカーは成長していくのである。

この歩みが、急性期病院のソーシャルワーカーの脳血管疾患の患者家族支援における役割喪失にともなう悲嘆作業過程である。

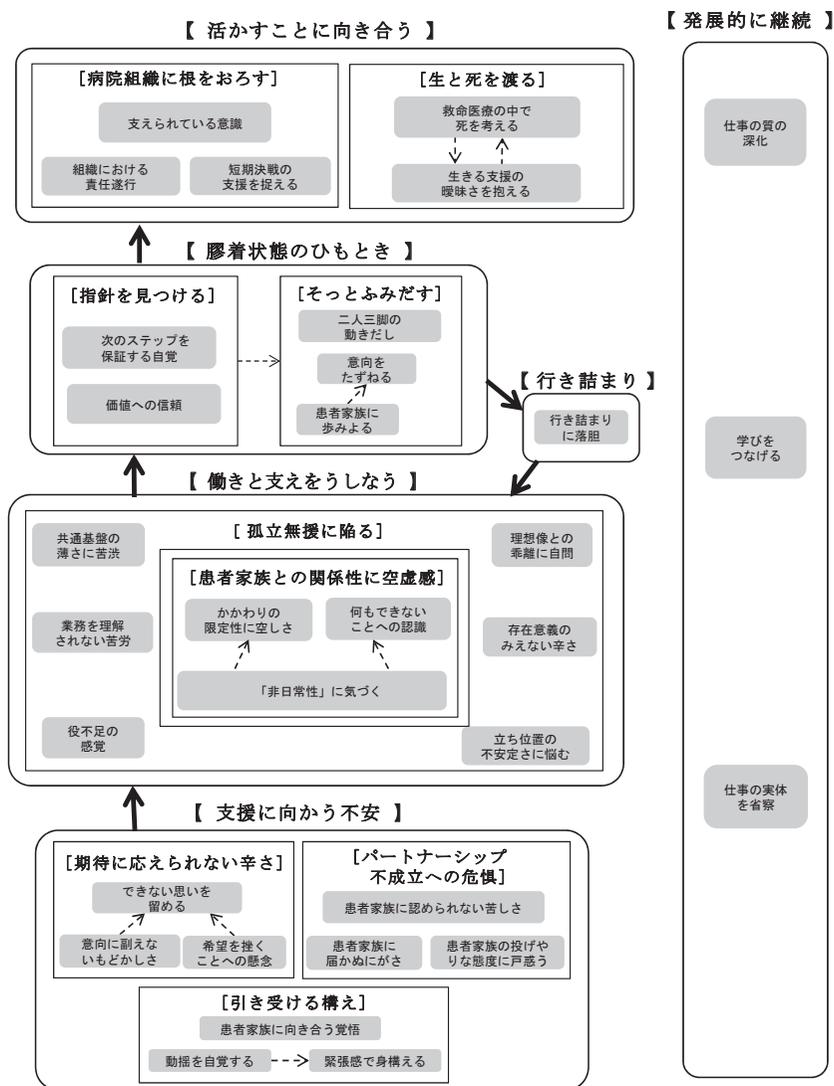


図1 結果図:急性期病院のソーシャルワーカーの脳血管疾患の患者家族支援における役割喪失にともなう悲嘆作業過程

## 2.【支援に向かう不安】と役割喪失の予期との関係

急性期病院のソーシャルワーカーは、脳血管疾患の患者家族への支援において、支援開始前から不安を抱えていることが調査結果から読み取れた。患者家族が突然の発症に戸惑っているなか、ソーシャルワーカーは彼らに対し、入院後早期から退院支援を始めることになる。入院期間が短期に設定されていることや、利用できる社会資源が限定されることなどからも、実際は患者家族の期待に副うような支援はできないことをソーシャルワーカーは始めから予想している。そこでソーシャルワーカーは、患者家族と協働し課題に取り組むことが難しいのではないかと不安を抱くのである。不安は、まだ起きていないことを予感して恐れる防衛機制（加藤ら編 2011）を指している。この不安は、ソーシャルワーカーとして業務遂行できないのではないかとという事態を予期して恐れているものといえる。

ソーシャルワーカーは急性期の脳血管疾患の患者家族支援において、ソーシャルワーカーとして業務遂行できないのではないかとという事態を予期し、その事態を回避しようと防衛する。この流れが【支援に向かう不安】といえる。この現象は、急性期病院の短期集中治療と早期退院体制強化策を背景に患者家族がもつ不安がソーシャルワーカーに伝わり、ソーシャルワーカーもまた支援という業務遂行について不安になるさまを示していると考ええる。クライアントである患者家族とソーシャルワーカーは影響し合う（Dominelli 2002）。これは、患者家族の健康の喪失にともなう悲嘆作業過程（大賀 2008）にソーシャルワーカーが対応している様が表れているといえる。ソーシャルワーカーが、患者家族の喪失に対する否認や怒りの力動を察知し、業務を果たせないのではないかと予感する一方で、業務上の役割を果たすためにそれを防衛しようとする行為が【支援に向かう不安】として表層化したと考える。

この不安は、予期悲嘆との関連で説明することもできるといえる。予期悲嘆とは、死に関連する

ものだけではなく、病気の進行などに伴って患者家族が体験する多様な物理的、心理社会的喪失に対する広義の反応（Rando 1986）として説明されている。これを本研究にあてはめれば、ソーシャルワーカーが業務上の役割を喪失するのではないかとすることを予期しながら、心理的、社会的、文化的な多様な体験をすることを示している。そしてこの不安は、役割喪失を回避しようとする作業にあたるといえる。喪失の事実を「予期」というかたちで回避していると考えられるのである。ゆえに【支援に向かう不安】は、役割喪失への予期の悲嘆作業の表れとして、悲嘆作業の一つのフェーズに位置づけることができると考える。

## 3.【働きと支えをうしなう】感覚と役割喪失への直面との関係

役割喪失の事実は見えにくく分かりにくい。そこで、【働きと支えをうしなう】という感覚から役割喪失の事実を推定し、そして業務の膠着状態、つまり役割喪失への直面について考察する。役割喪失にともなう悲嘆作業を考える際、役割喪失がどこでどのように起きたのか捉えることが肝要であるからである。

急性期病院の脳血管疾患の患者家族への支援において、ソーシャルワーカーの業務は、ソーシャルワーカーひとりで遂行できるものではなく、クライアントである患者家族、院内他職種、病院組織、同職種や職能集団等との協働作業により、初めて遂行できるものである。一方でそれぞれとの関係に行き詰まりが生じることが多々ある。そのようなとき、ソーシャルワーカーの業務遂行は困難を極める。そして、結果的には[孤立無援に陥る]感覚と[患者家族との関係性に空虚感]といった役割を喪失したというような二つの感覚に直面することが調査結果から示されていた。そしてそのとき業務上の役割行為はすでに取れなくなっていたことから、役割喪失に直面していたといえる。

役割喪失は、役割群との関係を加味し、役割の構成要素である①期待、②社会的位置、③規範、④行為の4つのうち、一部もしくはすべてをうし

なうことを指す。さらに言えば、その構成要素それぞれも複数のものから成り立っている。例えば期待のなかには、患者家族からのものや、病院組織からのものなど様々なものがあり、期待すべてをうしなうこともあれば、その一部をうしなうこともある。この4つの構成要素は互いに影響し合っており、一つをうしなえば全体が変化する。役割は最終的には行為で表されるため、期待、社会的位置、規範のいずれか一つでもうしなえば、行為が変化したり、行為自体が取れなくなったりする。つまり行為の変化は役割喪失であるといえる。

【働きと支えをうしなう】感覚をもち、実際に業務遂行困難が生じている現状において、ソーシャルワーカーは役割喪失感に直面する。さらに、役割喪失感が生じる要因のうち非常に大きな位置を示すものは、非日常性に立脚した、患者家族の抱える問題に対し「何もできないことへの認識」である。非日常的な出来事に対し、過剰反応によって人々が無関心になる(市村ら2005)ことや、否認というかたちをとってその状態に適応し人々が生きていく(野田1992)ことは指摘されている。これは急性期病院入院中の患者家族の状況と類似していると考えることができる。

ソーシャルワーカーが患者家族の非日常にかかわるということは、患者家族への支援も実感を伴わない空虚なものとなる可能性が大きいことを示す。急性期病院のもつ「非日常性」は、患者の発病に伴う健康の喪失について、患者家族の否認を生み出しやすい。加えて、患者家族は早期退院の必要に直面しており、病状を否認したまま退院の準備をする傾向がある(大賀2008)。そのため、実際には体に麻痺が残り、退院後の生活に支障が生じることが予想されても「別になにを準備する必要もないのだからいままでどおりこれからも一人で大丈夫だ」(大賀2008:48)などと言い、ソーシャルワーカーの支援を断る患者家族も少なくはない。急性期病院という非日常の世界で行われる、患者家族の自己決定もまた日常の実感を伴ったものにはなりにくい。急性期病院は、患者家族が健

康の喪失の事実を否認というかたちで回避しやすい構造になっているといえるのである。クライアントである患者家族が健康の喪失を否認しているところに、ソーシャルワーカーは支援というかたちで、彼らに喪失への直面化を促そうとする。しかし彼らは非日常の世界にいるため、直面化の作業を行うことは難しい。そのことが、ソーシャルワーカーの[患者家族との関係性に空虚感]を強め、ソーシャルワーカーの役割喪失感への直面化を促す結果となっているといえる。支援が進まない状況において、ソーシャルワーカーが抱く【働きと支えをうしなう】感覚は、役割喪失への直面の表層であると考えられる。つまり、役割をうしなったとする事実がみえにくく分かりにくいいため、喪失感から喪失の事実を推定することになる。これは、あいまいな喪失現象(Boss=2005)との関連で説明することができる。

先に示したように、悲嘆作業は、存在していた大切なものがうしなわれたという事実が生じてから始まるとされることが多い。つまり喪失の事実、もしくはその決定的な予期があって初めて悲嘆作業が開始されるというものである。しかし、喪失の事実があいまいでありながら、悲嘆作業が行われていることは多々ある。それは、もはや家族のことが認識できなくなったアルツハイマー病の親を介護し続ける子どもの喪失感(Boss=2005)などに代表される。つまり、喪失の事実の認識よりも喪失感の自覚が先行される場合である。喪失感とは、死別のように明らかな喪失により生じる場合もあれば、なにをうしなったのかははっきりしない場合にも生じる。後者があいまいな喪失として説明されており、本研究で扱う役割喪失もここに該当するといえる。調査結果からわかるようにソーシャルワーカーは、期待、社会的位置、規範の3つのうち1つ以上が変化、つまり役割の構成要素の一部を喪失した場合も、常に役割行為をとろうとしていた。役割行為が成立しているため、他の3つの役割の構成要素がうしなわれたとしても、役割全体としてはうしなわれていないことになる。つまり役割は変化していると見なされ、4つ

の要素すべてをうしなっていないため、役割喪失は部分喪失にとどまる。それゆえに役割の喪失の事実としては分かりにくく、喪失としてのあいまい性を伴う。

以上から【働きと支えをうしなう】という感覚は、役割喪失に直面した際のソーシャルワーカーの業務遂行困難感として生じたものであり、実際の業務の膠着状態を示しているといえる。【働きと支えをうしなう】という感覚は、役割喪失へ直面の表れとして悲嘆作業の二つ目のフェーズに位置づけることができると考える。

#### 4.【膠着状態のひもとき】と役割喪失からの脱却との関係

業務の膠着状態に陥っていたソーシャルワーカーは、役割喪失感に直面していた。支援を進めるためには、業務遂行上の困難感、つまり役割喪失感から脱却する必要があった。しかしここで強調したいのは、役割喪失感を否定するのではなく、直面していた役割喪失感の意味を考え捉え直し、そこを踏み台にして業務遂行に向かっていくという行為の過程である。その作業が業務遂行の【膠着状態のひもとき】であり、役割喪失感と役割喪失からの脱却である。この脱却の現象は、一旦体験した役割喪失感の意味を考え、その意味を業務に位置づけ、それを活かして業務遂行できるようにすることといえる。この脱却の現象は、役割喪失感の意味を十分認識した上での役割喪失感の回避とも考えられる。

悲嘆作業過程において、喪失の回避は喪失の直面と同様に重要な意味をもつ。喪失の回避は、一般に喪失の事実を回避し、無感覚になったり、否認したりすることを指す (Neimeyer=2006)。ここで着目している役割喪失感の回避は、役割喪失感の否認ではなく、役割喪失感に直面し膠着した支援状況を認識した上でそれを打開するために必要不可欠で建設的な作業であり、支援の大きなターニングポイントでもあると考えられる。ソーシャルワーカーは、業務遂行上の様々な困難感に直面し、実際の支援も行き詰まることも少なくは

ない。この役割喪失感への直面と回避による悲嘆作業は、ソーシャルワーカーが役割喪失を体験している状況下で、業務遂行し続ける過程の一部であると考えられる。急性期病院におけるソーシャルワーカーの専門職性は、どのような状況にあっても支援という業務を遂行し続けるところにあるといえよう。

以上から、【膠着状態のひもとき】は、役割喪失の回避の表層として悲嘆作業の三つ目のフェーズに位置づけることができると考える。

#### 5.【行き詰まり】から【働きと支えをうしなう】へ、そして【膠着状態のひもとき】まで：役割喪失への直面との脱却のくりかえしの関係

喪失への直面と喪失からの回避のくりかえしについては、悲嘆サイクル (Neimeyer=2006) と悲嘆作業の二重過程モデル (Stroebe et al.1999) においても説明されている。そこでは喪失への直面と回避は繰り返され、いずれ適応に至るとされている。患者家族は、ゆれながら健康の喪失への悲嘆作業過程を歩んでいる。そしてこの取り組みにより患者家族は喪失に対応する力をつけていくといえ、彼らは同じ平面でゆれているのではなく、ゆれながら力をつけその歩みは上に向かって展開されているのではないかと考える。ソーシャルワーカーの行う支援は、そのような患者家族の取り組みや生きざまとして表現される悲嘆作業を尊重したかたちで行われる。患者家族も喪失への直面と回避を悲嘆作業というかたちで揺れるため、その取り組みを尊重するソーシャルワーカーの支援の様も揺れる。揺れた結果が表面化したのが、役割喪失感への直面であったり、その脱却のくりかえしであったりするといえるだろう。患者家族の悲嘆作業に対する取り組みの力を支援に取り入れるという観点が、ソーシャルワーカーの役割喪失への直面と回避のくりかえし作業から脱却するために必要であると考えられる。役割喪失への直面と回避を示した【行き詰まり】は、悲嘆作業の四つ目のフェーズに位置づけることができるといえるだろう。

## 6. 専門職性を【活かすことに向き合う】ことと役割喪失への適応との関係

ソーシャルワーカーはどのような困難な状況であったとしても、自らの専門的力を発揮し、その専門性を高めることが、社会福祉士の倫理綱領の価値と原則で謳われている。ソーシャルワーカーの専門職性とは、どのような困難な状況にあったとしても、その困難な状況に苦しみながらも対応し続け、クライアントへの支援をし続けるところにあるといえる。[病院組織に根をおろす]、そしてそのうえで[生と死を渡る]ことにより、急性期医療現場の中で人の生と死を支援するソーシャルワーカーとしての専門職性を【活かすことに向き合う】ことができるのである。病院組織に根をおろしてこそ、役割は業務として認められ、ソーシャルワーカーの専門職性は、ここで発揮することができるといえる。そしてこの専門職性は、<生きる支援の曖昧さを抱える>ことをしながら<救命医療の中で死を考える>というように、生きることと死ぬことを問い続けていく過程でもある。ソーシャルワーカーは、生と死を常に自らの業務のなかで問い続けながら、また患者家族に対応し続けていく。つまり、また患者家族の抱える困難に向き合い、自らの役割喪失を体験しそこから脱却し、専門職性を省察していくという過程について螺旋を描くように繰り返し、その専門職性を徐々に高めていくのである。これがソーシャルワーカーの専門職性への適応であるといえ、ソーシャルワーカーの役割喪失にともなう悲嘆作業過程の五つ目のフェーズであり、ひとつのゴールとなりうるといえる。

## 7.【発展的に継続】することと発展螺旋状の支援展開

専門職性を【活かすことに向き合う】ことができたソーシャルワーカーは、患者家族への支援に継続的かつ発展的に取り組んでいけることがわかった。そのために必要なのが、ソーシャルワーカーの仕事の実体を問い、役割行為を省察することである。業務は組織に強く規定される性質をも

つが、仕事は組織だけでなく専門職性にも大きく規定される性質をもつといえる。ソーシャルワーカーとして組織で役割を發揮し、それを仕事として継続していくためには、専門職性を發揮し続けることが必須となる。そのポイントが、業務遂行に悩み苦しんだ末の<仕事の質の深化>である。仕事を【発展的に継続】するサイクルが、ソーシャルワーカーの支援をより専門性の高いものにしていく。

刻々と状況変化する患者家族を支援し続けていく過程は、【支援に向かう不安】を体験し、【働きと支えをうしなう】状況に陥り、【膠着状態のひもとき】を行い、【行き詰まり】、役割喪失への直面と回避をくりかえし、専門職性を【活かすことに向き合う】という一連のサイクルの繰り返しである。この支援のサイクルは、支援が終結するまで、実際には多くは患者が退院するまで続く。このサイクルは、平面ではなく、螺旋のようなサイクルを描きながら上へ向かって展開されるといえる。それを表したのが【発展的に継続】である。この動きはスパイラルモデル（Malcom2005）に酷似している。支援の過程において、患者家族の状況は刻々と変化し続けており、患者家族自身もその状況に対応すべくゆれながら悲嘆作業を進め、喪失に対応する力をつけていっている。そして、患者家族の取り組みの様が進化し続けるに及び、ソーシャルワーカーの支援もまた様を変え、螺旋を描くように進化し続けるといえる。そしてこのサイクルは、一事例の支援過程だけではなく、ソーシャルワーカーの成長過程も示しているといえ、このサイクルをとることによりソーシャルワーカーは専門職として成長し続け、どんな困難な状況下においても支援を継続していくことができると考えられる。

## 8. 小括：業務遂行過程と役割喪失にともなう悲嘆作業過程との相補的關係

本調査から明らかになったことは、業務という枠組みの中で役割を遂行することにより、役割喪失は一部喪失に留まることであり、ソーシャル

ワーカーが離職したり業務遂行不全が生じたりすることがないことである。つまり、悲嘆作業が業務遂行過程に支えられている構造をとっているために、どのような困難が生じても、悲嘆作業を通じ確実に役割喪失に適応していけるのである。業務遂行過程と役割喪失にともなう悲嘆作業過程の2つの軸が支援行為を支えているといえるのである。

一方で、役割喪失にともなう悲嘆作業過程により役割の質は深化していくため、それに伴い業務はより強固なものとなり、業務遂行過程はより頑丈な流れとなる。この2つの軸の相補的な関わりあいによりソーシャルワーカーの役割行為は強化、高度化していくと考える。ソーシャルワーカーの役割行為は、2つの過程の軸の間で生じる悲嘆作業によって支えられているといえる。つまり、2つの軸の間で悲嘆作業が生じているのであり、役割喪失に対してのみではなく、業務遂行過程においても悲嘆作業は影響してくる。役割の変化と喪失は同時に起こり、また悲嘆作業も同時に始まっていた。ゆえに、役割喪失にともなう悲嘆作業過程は、役割喪失過程と同義であり、業務遂行過程と役割喪失過程の間で生じている悲嘆作業は、ソーシャルワーカーの役割行為をより強く発展させる作用をしているといえる。

また、本調査では悲嘆作業の5つのフェーズとして、①役割喪失の予期、②役割喪失への直面、③役割喪失からの脱却、④役割喪失への直面と脱却のくりかえし、⑤役割喪失への適応、を示した。本調査で提示した悲嘆作業過程は、この5つのフェーズを平面的にたどるのではなく、発展的な螺旋を描くようなかたちでこのフェーズをたどるような構造となっていることが示唆された。そして、患者家族の悲嘆作業がソーシャルワーカーの悲嘆作業に影響していること、患者家族の取り組み姿勢や生きざまを重視するソーシャルワークの価値が、ソーシャルワーカーの役割喪失からの脱却や役割喪失への適応に有用であることも示唆された。そこで、支援にはソーシャルワーカーの悲嘆作業に関連して、いくつかのクリティカルポイ

ントが存在していることが考えられ、そのポイントが専門的支援構造の要となっていることが推察された。

## VI. ソーシャルワーカーの業務遂行過程と役割喪失過程との悲嘆作業構造

業務遂行過程と役割喪失過程について支援を構成する2つの軸であることに着目し、その2軸の関係について支援の5つのクリティカルポイントからの考察を示す。

第1局面は、パートナーシップの不成立を危惧することであり、患者家族と目標を共有した支援が現実にはできないのではないかとという苦しみが表示されている。業務遂行過程においては、パートナーシップ成立は当然のものであり、これをとれないことは業務遂行不全へとつながる。しかし実際に業務遂行不全が生じないのは、ソーシャルワーカーがパートナーシップの不成立を危惧し、役割行為をとれないのではないかと予感し、必然的にそこに対応していこうとするからである。これは業務遂行において、パートナーシップ成立が難しいという予期が生じたとき、役割喪失過程軸が業務遂行過程軸の働きを補おうとかかわる現象を示していると考えられる。

第2局面は、組織内で孤立無援に陥ることであり、ソーシャルワーカーは2つの方向の悲嘆作業を体験する。役割は、自らが社会に働きかけ続け、常に社会的存在意義を問う行為を通じ、その時々社会情勢との関係の中で獲得され、変化していく性質をもつ。業務は、そのように獲得した役割を所属組織に位置づけていくことにより得るものであり、組織から一方的に提示されるものではないといえる。業務遂行過程は、組織でソーシャルワーカーとして仕事をするを支える強固な軸となる。組織上の業務の質が変化すると、業務の基となっている役割も変化する。つまり役割喪失が生じ、それに適応するための悲嘆作業も発生する。これが業務遂行過程軸で生じる現象である。そしてまた同様の現象も役割喪失過程軸で起こ

る。役割喪失が生じると、役割を組織に当てはめた業務も変化し、それに適応するための悲嘆作業も発生する。業務遂行過程軸と役割喪失過程は相補的な関係にあり、この2軸の力のバランスを支えているのが悲嘆作業という柔軟な動きであるといえる。

第3局面では、患者家族との関係性に空虚感をもつことである。そこでは業務遂行が危機的な状況にあり、ソーシャルワーカーは支援を省察することが示されていた。支援という業務を継続するためには、業務遂行過程軸が守備できる範囲で役割喪失過程軸が動くことが必要となる。つまり、支援業務を拡大、発展させていく必要がある場合、業務遂行過程軸の働く範囲を役割喪失過程軸の力をもって、広げることが必要となるのである。業務遂行過程軸の守備範囲が広がったことによって、さらに役割喪失過程軸の動きも大きくなる。この支援構造から、ソーシャルワーカーは自ら業務を拡大、発展させることが可能となるといえる。

第4局面は、支援にそっとふみだすことである。これは、ソーシャルワーカーが組織でその専門的役割を担うための行動の指針が必要と判断し、業務遂行過程軸に働きかけた結果が実った様相を示している。つまり専門職としての役割行為の指針が、組織におけるソーシャルワーカーの業務遂行の指針になっていったのである。ソーシャルワーク専門職の価値を組織における業務遂行基準として位置づけることができたといえる。ソーシャルワーカーが主体的に2軸に働きかけることから、ソーシャルワーカーは役割を業務として位置づけ、自らが置かれている環境に適応し、組織に存在意義を見出すことができるといえる。

第5局面では、生と死を熟考することが行われていた。これはソーシャルワーカーとして生と死をどう支援するかという専門職性の検討であり、価値をどうみるかという観点であると考えられる。生と死の考え方については多様化し、病院の医療職の中でも患者家族の意向に合わせた医療を提供すべきという考え方も広がりつつある一方、患者のQOLを重視した医療行為はあまり進んでいない

のが実情である。これは病院組織としての救命についての業務遂行の指針が、あいまいな状況にあることを示しているといえる。この不安定な状況において、ソーシャルワーカーは病院の一職員として、かつソーシャルワーク専門職として、患者家族を支援していく必要がある。ここでソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク専門職としての役割行為基準を用いて業務遂行基準をつくる作業を行う。つまり、価値を基準にしたソーシャルワーカーとしての行為を業務遂行基準に位置づけようとする試みである。これは、病院全体の患者家族支援に価値を位置づける働きにつながり、ソーシャルワーカーの専門職性の発揮であると考えられる。この様相は、役割喪失過程軸が、ソーシャルワーカーの業務に大きな影響を与える病院組織の業務遂行基準に積極的に働きかけている様といえる。この働きにより、ソーシャルワーカーの業務は創られていくのである。そして病院組織や社会にも働きかけることができるという観点からは、メゾ・マクロレベルの支援が可能となるといえる。

このような作業を通じてソーシャルワーカーの仕事は深化していく。この作業は、進行していく性質のものであって終結はない。仕事が深化すればするほど、この2軸の間の悲嘆作業の動きは大きくなっていき、業務は広く深くなる。つまり新たな分野でまた困難は発生し、役割喪失は生じることが必至となる。そしてまたそれに対応するべく、2軸は動いていく。ソーシャルワーカーの支援は、この5つのクリティカルポイントを繰り返したどる、二重螺旋状の発展的な構造となっているといえる。

## VII. 結論

ソーシャルワーカーの支援構造について5つの視座をえることができた。

1点目は支援構造の二つの軸である。ソーシャルワーク業務を遂行しようとする業務遂行過程軸と、ソーシャルワーカーの役割の一部を喪失しそれによって生じた役割の変化に適応しようとする

役割喪失過程軸が、相補的に作用することにより、支援行為は支えられていた。2点目は支援過程である。支援は、ソーシャルワーカーの役割喪失に対し、予期し、直面し、回避し、また直面と回避をくりかえし、適応する、という局面の過程から成っていた。3点目は、ソーシャルワーカーの対応の仕方の変容の構造である。支援のクリティカルポイントとなる5局面においては、ソーシャルワーカーは業務遂行過程軸と役割喪失過程軸の働きを利用し、対応の仕方を変化させながら価値に基づいた対応をしていた。4点目は、ソーシャルワーカーの支援の展開構造である。これは5つのクリティカルポイントを循環し、常に対応方法を変容させ続ける発展的な展開である。5点目は、ソーシャルワーカーの悲嘆作業の構造である。ソーシャルワーカーは、業務遂行過程軸と役割喪失過程軸に主体的に働きかけることにより、悲嘆作業を通じ、うしなった役割についてつらく感じるだけでなく、新しい役割を創造していくことができるのである。変化し続けるソーシャルワーカーの役割行為は、悲嘆作業によって支えられているのである。

以上から、業務遂行過程軸と役割喪失過程軸との悲嘆作業構造を用いて、ソーシャルワーカーはどんな困難な環境にあっても支援を継続し、また発展させていくことができるといえる。

#### Ⅷ. 本研究の限界および今後の課題

本研究の限界は、研究の対象が急性期病院で脳血管疾患の患者家族支援にあたっているソーシャルワーカーに限定されていること、質的研究法の一つである M-GTA を研究方法として採用している関係から方法論的限界があることであり、すなわちこの支援構造はそのまま具体的支援場面で適用できるものではなく実践者がその時々々の状態に合わせて応用し活用する必要があることである。今後は他の支援現場のソーシャルワーカーや、経験年数の浅いソーシャルワーカーを対象を絞った調査も行い、今回の研究結果との比較も行いたい。

そしてソーシャルワーカーの支援対策の創造、具体的には介入時期を明確にしたスーパービジョン体制の検討などを今後の課題としたい。

#### 謝辞

本調査にご協力いただいた15名のソーシャルワーカーのみならず、本紙の原版にあたる博士論文をご指導いただきました福山和女先生、西原雄次郎先生、山口麻衣先生をはじめ諸先生方に深く御礼申し上げます。

#### 文献

- Bertalanffy, L. (1968) *General System Theory: Foundations, Development, Applications*, George Braziller. (=1973, 長野 敬・太田邦昌訳『一般システム理論—その基礎・発展・応用』みすず書房.)
- Boss, P. (1999) *Ambiguous Loss - Learning to live with unresolved grief*, Harvard University Press(=2005, 南山浩二訳『「さよなら」のない別れ 別れのない「さよなら」—あいまいな喪失』学文社.)
- Dominelli, L. (2002) Chapter1. Anti-oppressive practice in context, Dominelli, L. and Payner, M.eds., *Social Work ; Themes, Issues and Critical Debates 2nd ed.*, Palgrave Macmillan, 3-19.
- Etzioni, A. (1964) *Modern Organizations*, Prentice-Hall. (=1967, 渡瀬 浩訳『現代組織論』至誠堂.)
- Freud, S. (1917) *Mourning and melancholia*. (=1970, 井村恒郎・小此木啓吾・ほか訳『悲哀とメランコリー』『フロイト著作集第6巻』人文書院, 137-149.)
- Fukuyama, K. (1998) *Influences of selected characteristics of professional supervision on job satisfaction, productivity and autonomy of professional social workers in Japan*, A Dissertation Submitted to the Faculty of the National Catholic School of Social Service of The Catholic University of America In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Doctor of Social Work, 10-11.
- 福山和女 (2004) 『『喪失』—心の空白への援助—悲しみを支えるワーク』岡安大仁・市川一宏編『生きる—生きる今を支える医療と福祉』人間と歴史社, 83-96.
- Germain, C.B. and Gitterman, A. (1996) *The Life Model of Social Work Practice Advance in Theory and practice 2nd ed.*, Columbia University Press(=2008, 田中禮子・小寺全世・橋本由紀子監訳『ソーシャルワーク実践と生活モデル(上)(下)』ふくろう出版.)

- Harvey, J.H. (2000) *Give Sorrow Words : Perspectives on Loss and Trauma*, Taylor & Francis. (=2002, 安藤清志監訳『悲しみに言葉を—喪失とトラウマの心理学』誠信書房.)
- 市村弘正・杉田 敦 (2005) 「世界について」『社会の喪失—現代日本をめぐる対話』中公新書, 136-171.)
- 加藤 敏編 (2011) 「不安」『現代精神医学事典』弘文堂, 900-902.
- 上子武次 (1979) 『家族役割の研究』ミネルヴァ書房.
- Luhmann, N. (1984) *Soziale Systeme : Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Suhrkamp Verlag. (=1995, 佐藤 勉監訳『社会システム理論(下)』恒星社厚生閣.)
- Malcom, P. (2005) *The Construction of Social Work Theory, Modern Social Work Theory 3rd.ed.*, Palgrave Macmillian, 3-24.
- Mead, G.H. (1934) *Mind, self and society*, University of Chicago Press. (=1973, 稲葉三千男・滝沢正樹・中野 取訳『現代社会学大系第10巻 精神・自我・社会』青木書店.)
- Merton, R.K. (1957) *Social Theory and Social Structure : Toward the Codification of Theory and Research*, The Free Press. (=1961, 森 東吾・森 好夫・金沢実・ほか訳『社会理論と社会構造』みすず書房.)
- Neimeyer, R.A. (2002) *Lessons of Loss : A Guide to Coping*, Center of the Study of Loss and Transition. (=2006, 鈴木剛子訳『<大切なもの>を失ったあなたに—喪失をのりこえるガイド』春秋社.)
- 野田正彰 (1992) 『喪の途上にて—大事故遺族の悲哀の研究』岩波書店.
- 大賀有記 (2008) 「急性期病院における患者と家族の体験する悲嘆作業—3つの『観察軸』を用いたソーシャルワーク・アセスメント」『社会福祉学』49(3), 41-52.
- Parsons, T. (1960) *Structure and Process in Modern Societies*, The Free Press.
- Parsons, T. and Shils, E.A. eds. (1954) *Toward a General Theory of Action*, Harvard University Press. (=1960, 永井道雄・作田啓一・橋本 真訳『行為の総合理論を目指して』日本評論社.)
- Rando, T.A. (1986) A comprehensive analysis of anticipatory grief perspective, process, and problem, Rando, T.A.ed., *Loss and anticipatory grief*, MA Lexington Books, 3-37.
- Stroebe, M.S. and Schut, H. (1999) The dual process model of coping with bereavement : Rationale and description, *Death Studies*, 23, 197-224.
- 清水隆則・田辺毅彦・西尾祐吾編 (2002) 『ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト—その実態と対応策』中央法規.

# Grief Work Structure Consisting of a Social Work Serving Process and the Role Loss Process of Social Workers in Acute Hospitals

Oga, Yuki

Since the 1980's, the social circumstances around Japanese medical care have changed. The medical care supply system is improving efficiently and effectively. Along with this though, the crossover of the roles of health care professions have been improving, the difficulties felt by health care social workers are standing out. This study focuses on cerebrovascular disease patients and the support of their families. Especially in this field, the roles of health care social workers have been ambiguous. From the qualitative research used by M-GTA, two things have become clear.

1. The difficulty of quality and structure in the process of changing roles for health care social workers.
2. Professional support structure of the social workers.

The support structure consists of a social work serving process and a role loss process. In this dual axis approach each works with the other and its structure develops as double spiral. The strong support structure shows a universality of continuous social work service, and provision and support of patients and their families even when change occurs.

**Keywords:** Social work service, acute hospital, social worker, role loss, grief work