

高知県精神障害者地域移行支援特別対策事業における専門職の課題抽出 —プロシューマーと専門職による協働支援に着目して—

朝比奈寛正¹

(2016年9月23日受付, 2016年12月14日受理)

Professional challenges extraction in Kochi Prefecture mental disorders regional migration support
special measures business

— Focusing on by cooperating support prosumer and professional —

(Received : September 23, 2016, Accepted : December 14, 2016)

Hiromasa ASAHINA¹

要 旨

2011年度高知県精神障害者地域移行支援特別対策事業において、初めてプロシューマーが導入された。そこで、プロシューマーと協働した専門職6名を対象にフォーカス・グループインタビューを実施し、協働する専門職の課題を抽出した。結果、専門職には<専門職のうしろめたさ>といった自己批判的傾向が根底にあり、常に何らかの不安を抱いていた。プロシューマーと協働支援をすると、<先取り不安>や<実際の不安>は減退した。しかし、<今後の不安>が残存しており、事業終了以降にプロシューマー活用はされていない。よって、今後の専門職の課題は、スーパービジョンなどによる不安や自己批判傾向の軽減である。また、多職種が安心して取り組めるシステムの構築が示唆された。

Abstract

In fiscal 2011, Kochi Prefecture mental disability community to aid the migration special measures business, is the first prosumer has been introduced. Therefore, we conducted a focus group interviews to target the professionals 6 people who cooperate with the prosumer, and extracted the problems of the profession to be cooperating. A result, the profession is in the underlying self-critical tendencies, such as <profession of guilty>, was always hugging some anxiety. When the prosumer and cooperation assistance, <anticipate anxiety> and <actual anxiety> was decline. However, it is not the prosumer leverage since the <future of anxiety> has remained, the completion of the project. Therefore, the issue for the future of the profession is the relief of anxiety and self-criticism trend due to super vision. In addition, construction of a system of multi-occupations tackle with confidence has been suggested.

キーワード：高知県, 専門職, プロシューマー, 課題抽出, 協働支援

Keywords: Kochi Prefecture, profession, prosumer, challenges extraction, supported cooperative

1 高知県立大学大学院人間生活学研究科博士後期課程・修士 (社会福祉学)
University of Kochi, Graduate School of Human Life Science, doctoral course (M. A.)

1. 背景

精神保健福祉領域において、従来は施設収容が中心であり、専門職主導の支援が展開されていた。しかし、地域生活を中心とした社会復帰や地域移行支援に方向転換されるようになり、近年では、セルフヘルプやピアサポートなどの当事者による支援へと転換されつつある（相川；2014, 岩間；2000, 岩田；2003, 行實；2013）。同時に専門職の間でも、当事者主体・リカバリ志向の専門職が現れるようになった（門屋；2013, 松田；1994, 松田；2005, 松田；2007）。そのような背景と相まって、サービスの受け手である当事者が支援者として養成・育成されるようになってきた（相川；2013b, 向谷地；2004, 根本；2006, 添田；2014）。さらに、医療や福祉、行政機関のスタッフとなり、サービスの送り手となった当事者及び、ピアサポーターに関わった専門職の実践報告も散見されるようになってきた（青木；2007, 榎本；2005, 古屋；2014, 加藤；2005, 河島；2010, 小林・田尾；2013, 児玉；2013, 中谷；2013, 野口・英武・中西；2013, 根本；2010, 小川；2013, 佐藤；2012）。しかし、このような当事者による支援活動は端を発したばかりである。現時点では、依然として専門職中心で構成された支援が中心であり、海外では「ピアサポーターの活躍を阻害する大きな要因は専門職者である」という研究成果も示されている（Gates,L.B・Akabas,S.H；2007）。

精神保健福祉領域におけるプロシューマーに関して、相川（2013a：183）は日本においては「プロシューマーが今だ希少な存在であり、社会的なポジションが認知されていない」と述べている。近接的な意味合いを持つピアサポートに関して、坂本（2008：48）はピアサポート活動や長期入院になっているピアの退院促進等の課題について、「専門職によっては積極的に広げようとしないうという現状を変えようとしないう、変えたがらないう現状があることが問題提起された。」と述べている。また、橋本（2013：7）は専門職による支援との関係において、「協働する専門職がピアサポーター

活動の限界を理解し、ピアスタッフとの協働を考えているのかという課題が残っている」と述べている。

高知県では2004年より、精神障害者退院促進支援モデル事業（2006）を実施し、大阪府精神障害者社会復帰協会（2007）のピアサポーター活動等を参考に社会的入院患者の退院意欲の喚起に取り組んでいた。具体的には、精神科病院の社会的入院患者に対して、入所型の自立訓練・生活訓練事業所（旧・精神障害者生活訓練施設）を利用して複数の入所者が、モデル事業に取り組んでいた病院に出向き、茶話会を行い、退院の意欲喚起や地域生活の情報提供を行うなどの取り組みがされていた。なお、この当時のピアサポート活動は無報酬であり、高知県自立促進支援協議会（以下、県協議会）の構成員であった精神保健福祉士がピアサポーターを募っていた。

2008年からは、高知県精神障害者地域移行支援特別対策事業（以下、県事業）に移行して実施された。同年、県協議会ではピアサポートの人材育成が検討されたが、ピアサポートの必要性や、実施責任の所在、育成研修等の課題が解決できず、人材育成には至らなかった。特に、ピアサポーターになりうる人材発掘が困難であった。

2011年の県協議会において再度、ピアサポーターの活用を検討した際、一医療機関から3名（表1）の推薦があった。この時点ではピアサポーターと県協議会構成員（推薦した医療機関のスタッフ除く）は面識が全く無かった。その為、地域体制整備コーディネーターが面接を行った上で導入する事となった。なお、従来のピアサポーターと異なる点は「現に在宅生活を送りながら、医療サービス又は福祉サービスを継続的に利用している者」と「県事業の対象となった精神障害者と面識があること」と「県事業内で実働1回毎に3,000円の金銭報酬を支給すること」の3点であった。特に、金銭報酬を支給してピアサポーターに関わった事例は、高知県の精神保健福祉分野では初めての試みであった。

表1 プロシューマーの概要

生活歴	フォロー体制	役割	支援回数
60代男性. C病院で1年以上の入院を経て、アパートで独居生活. 日中は地域活動支援センターを利用. C病院に定期的に通院中. 対人支援経験なし.	医療機関	地域活動支援センターの紹介及び利用体験談など経験知を伝える. 独居生活のメリット・デメリット踏まえ、地域生活継続のポイントについて助言を行う.	1回
60代男性. C病院で1年以上の入院を経て、アパートで独居生活. 大家や近隣住民との交流が良好. C病院に定期的に通院中. 対人支援経験なし.	医療機関	地域生活体験として、外泊時に自身のアパートの一室を提供する. 退院後の生活不安を傾聴する. 生活費抑制のための工夫など、独居生活上の指導と助言を行う.	2回
60代男性. C病院退院後、利用者が退院する近隣地域在住. 近隣の不動産情報に熟知している. 通院はしていないが、C病院の院内プログラムには不定期に参加している. 対人支援は自助グループやC病院の院内プログラムで学んでおり、受診勧奨等の経験あり.	医療機関	居住支援として、住居探しや不動産屋及び大家との折衝、賃貸契約の同行、入居準備の補助を行う. 生活支援として、ライフラインの手続きや生活指導を行う. 退院後の独居生活におけるよろず相談及び見守り訪問する.	7回

なお、本実践におけるピアサポーターは、相川(2013a:186)が定義している「保健医療福祉サービスおよび支援の受け手（利用者・消費者/コンシューマー）であり、かつ自らが受け手（利用者・消費者）であるサービスおよび支援と同領域の保健医療福祉サービスおよび支援の送り手（提供者/プロバイダー・生産者/プロデューサー）であり、彼らが提供（生産）しているサービスおよび支援によって、金銭的対価として報酬給与を得ている者」に合致する。よって、本論ではピアサポーターではなく、プロシューマーと呼称する。

2. 目的

従来は県事業終了後に県協議会が構成員及び事業を利用した関係機関の専門職にアンケートを配布し収集していた。そのため、実際に関わった専門職同士が県事業に対する振り返りを face to face で共有することは、個人単位でしか行われて

いなかった。そこで、本報告の目的として、まずプロシューマーと協働した専門職が一堂に会してプロシューマーとの支援活動を振り返り、県事業で初めて導入されたプロシューマーについて、協働した専門職がどのような心境であったのかを共有することとした。そして、協働する専門職の課題を抽出する事とした。

3. 意義

高知県では1963年より、アルコール依存症や薬物依存症といったアディクション領域ではピアサポートやプロシューマーによる支援は行われている。しかし、精神保健福祉領域では専門職と連携することはあっても、同じ事業や職場で共に支援を提供するという意味での協働は見られない。よって、協働した際の専門職側の課題は明らかにされていない。今回、専門職が協働で支援をした際にどのような心境であったかを明らかにするこ

とは、専門職がプロシューマーと協働する際の課題抽出の糸口となりうる。また、県事業の実践報告が本県の子精神保健福祉領域の一資料になりえると考ええる。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、調査を実施した時点では、筆者が現場の専門職という立場であった為に、本報告に関しては、筆者の所属している職能団体の倫理的配慮に則り、以下のような手続きをとった。調査対象者には事前に研究目的、方法、対象、研究期間、自由意志による参加、拒否、撤回の自由、プライバシーの保護、情報管理の徹底などを記した文書と口頭による説明を行い、十分納得したことを確認した後に、同意書にて了承を得た。

一方、プロシューマーに関しては、調査対象者ではないものの、事前に研究目的、方法、プライバシーの保護、情報管理の徹底などを説明し、十分納得したことを確認した後に口頭で論文の公表化などの同意を得た。

さらに、本報告に該当していたC病院の管理者にも同様に事前に研究目的、方法、プライバシーの保護、情報管理の徹底などを説明し、十分納得したことを確認した後に口頭で論文の公表化などの同意を得た。

5. 方法

調査対象者は、県事業において、プロシューマーに直接関与し共に支援を提供した専門職全員である(表2)。データ収集の方法として、特定の情報と経験を共有する複数の人間のかかわりに関する情報を集め、系統的に整理して新しい課題を発見するために、インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。今回は全員が一堂に会して、共に支援経過を振り返りながら、比較的自由に語り合っ、心境を共有することが目的であった為に、フォーカス・グループインタビュー法を採用した。フォーカス・グループインタビュー法とは、グループダイナミクスを応用した質的な情

報把握の方法である。最大の特徴は、グループダイナミクスの応用により、単独インタビューでは得られない奥深くそして幅広い情報内容を引き出すことが可能な点である。他にも、日常生活の延長線上での「現実そのまま」の情報に接近できることや、メンバーを主体とした質的情報把握、メンバーの行為とその行為に意味を与える背景状況の両方を把握が可能であることが挙げられる。フォーカス・グループインタビュー法の限界性として、サンプル・バイアスが生じやすいことや、他者の意見に引きずられるやすいことなどが挙げられる(安梅 2010)。

フォーカス・グループインタビューによる調査は、2012年11月16日に筆者が勤務するC病院内のミーティング室にて約100分程度実施した。なお、自験例であった為、県事業に全く関与していないスタッフをインタビュアーとして参加させた。

インタビュー内容は、調査対象者の承諾を得た上でICレコーダーに録音した。さらに、ハンディカメラで録画した。ICレコーダーで収集したデータを基に逐語録を作成した。録画したデータについては、調査対象者の反応を観察記録に記述していった。次に、一次分析として、逐語録に観察記録を加味しつつ、研究テーマと照合して重要な言語(重要アイテム)を抽出した。さらに、二次分析として、抽出した重要アイテムをフォーカス・グループインタビューの質的研究法を用いて、類型化(重要カテゴリーの抽出)した。なお、重要アイテムからカテゴリーを生成する際、中規模のカテゴリーができた場合は、サブカテゴリーとして生成した。

6. 結果

フォーカス・グループインタビューの結果、プロシューマーと協働した専門職の心境として、導入前では「専門職のうしろめたさ」「先取り不安」「警戒心」の3つのカテゴリーに分類された(表3)。次に、協働支援中では「実際の不安」「プロシューマーを民生委員のイメージと重ね合わせ

る「仲間意識」「安心感」の4つのカテゴリーに分類された（表4）。

次に、協働支援終了後では「今後の不安」「プロシューマーの専門性」「専門職の意識変容」の

表2. 調査対象者

所属	職種	資格	年齢	経験年数	性別
A 相談支援センター	地域体制整備コーディネーター	精神保健福祉士	30代	10～20年	女
A 相談支援センター	地域移行推進員	保健師	60代	30～40年	女
B 相談支援事業所	相談支援専門員	社会福祉士	40代	10～20年	男
C 病院	医師	医師	50代	10～20年	男
C 病院	病棟看護師	看護師	30代	10～20年	女
C 病院	ソーシャルワーカー	精神保健福祉士	30代	10～20年	男

3つのカテゴリーに分類された（表5）。本論では、各カテゴリーを中心に説明する（以下、カテゴリーは< >で、サブカテゴリーは[]で、重要アイテムは“ ”で示し、すべてゴシック体・太字としている。説明の根拠となる調査対象者が語った言葉（生データ）は、「 」でくくり、9ポイントで記載した）。

6-1 プロシューマー導入前

1) <専門職のうしろめたさ>

専門職がクライアントに対して、日々の業務の中で[表面的な関わり]や[専門職の意図的な情報提供]など、[不十分な対応]をしているのではないかという意見があった。さらに、専門職が自身の対応について[反省]する事も多く見受けられる。また、[専門的援助の限界]を感じている事もあった。

「何かプログラムがあって、行きたい時に行って、相談も乗ってくれるよ、ぐらいしか、本当にありきたりの話しかしない。」

「多少ええことのほうが前面に出ますけど、まあ出していきながら、あのあれですね、まあ場所としての位置づけとか、こういうことをやっていますとか、たまにはこういう方もおられたり。で、最初は悪い面のことをかくして、かくしてというか、あとあとの方に濁していくようなかたちで、

まずは来ていただくというところでお話をしている」

「どうしても今の支援者っていうのは作業所につなげる、医療につながった、よかった、みたいなところで、…そのなかで借金やったり、人間関係のトラブルとかある、そこにまでなかなかサービスがまだいけてない。支援者もそこまでやれてない。」

2) <先取り不安>

専門職がプロシューマーを導入する際には、[未体験による不安感]と、[プロシューマーの過干渉に対する心配]などを抱えている。これらの不安は、責任の所在や自身の支援活動、支援システムにも影響を及ぼしている。

「ピアの状態悪化が、病状が悪化するんじゃないかとか、本人が先走って距離感が近すぎたらどうしようとかってあったんだけど、…ただ、それって僕らの不安であって。」

「デメリットを感じたのは、だから不安です。リスクのどこまでっていうところが、やっぱりどの手段とか諸々決まっていらないなか、手探りのなかやっていくなかで、今回さっき言ったように、提供してもらったところに乗ったってところなんであれですけど」

「すごい人を選んでもなと正直思ったんですけど

ど. まあやり過ぎなかったらええなと, どうして なんて関わっていくということで, どういうこ
も思ってしまった.] にとっていう感じで, 大丈夫?みたいな感じで.]
「初めてのことで, 結局当事者の方が支援者と

表 3. プロシューマー導入前

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム
専門職のうしろめ たさ	表面的な関わり	形式的な話で顔合わせ
		ありきたりな話しかしない
		形式的なことを話す
	専門職の意図的 な情報提供	サービスの良い点を前端的に話す
		悪い点は濁して, 来てもらう関心をひきつける
	専門的援助の限 界	クライアントと専門職ではアパルトが探せない
		専門職の支援だけの限界
		専門職が関わっても, クライアントに変化がなかった
		専門職の寄り添いや受容には限界がある
		専門職は情報不足のために住居支援は不安
		退院後の生活が全然イメージできない
	不十分な対応	ちょっと頑張ればできることが専門職は面倒くさい
		同じ生活レベルで一緒に考える視点が専門職にない
		専門職は公的社会資源に繋げて支援が終わっている
		生活上の問題があっても, サービスが不十分で利用できない クライアントまでは支援できていない
	反省	自分達よりも当事者に近い存在が関わったほうが良いのでは ないか
専門職ではだめかもしれない		
先取り不安	未体験による不 安感	こんなことがあったらどうしよう
		専門職の先入観
		今までにはない取り組みに対する不安
		最初は専門職全員不安を抱えていた
		当事者が専門職になって大丈夫か
		仕組みを作っておかないと, 何かが起こったときに全員が責 められる
		当事者に協力してもらうことが初めて
		今回が初めて

		プロシューマーが経験豊富だと、専門職に劣等感がある
	プロシューマーの過干渉に対する心配	プロシューマーがやりすぎて、疲れることを心配
		支援しすぎることを不安
		プロシューマーの過干渉が心配
		先いく人のフォローは荷が重い
警戒心	責任の所在	プロシューマーを専門職が支える
		病院に責任を持ってもらいたい
		誰かにイニシアティブをとってもらいたい
	未経験のことに 対する用心	当事者からの関わりの必要性は分かっていたけど、実際に当事者と共に行動する機会がなかったから慎重になる
		リスク回避として事前にプロシューマーを知っておきたい
		石橋をかなりたたくように慎重にしなければ危険
	リスク	構造化されておらず、手探りで行うことは困難
		プロシューマー導入には、リスクが先立つ
		何かあった時にプロシューマーが支援対象になる事

3) <警戒心>

専門職は、プロシューマーを導入する際に[責任の所在]と[リスク]を想定している。また、[未経験のことに對する用心]から注意を払っている。この点から、プロシューマーのメリット・デメリットを吟味しているが、デメリットを優先的に検討している。

「今回は病院がイニシアティブをとってくれて、今後も病院がある程度イニシアティブをとってやっていただく、その方の病状とかもあるので、あれですけど」

「どんな方が支援に入るのか、やっぱりちゃんと知っておかないと、何かあった時どうしてもリスクマネジメントじゃないですけど、何かあった時にどんな人かも事務局は知らないのかというのは、ちょっと心配だったので」

「やはりリスクっていうところをすごく、色々なことですね、リスクのほうが先立ってしまう。」

6-2 プロシューマーとの協働支援中

1) <実際の不安>

実際に専門職がプロシューマーと協働支援を行

う段階では、[プロシューマーの危機に対する懸念]や[プロシューマーの熱意に対する不安]を抱いている。

「我々の側の心配なところは、巻き込まれてしまうところですね。今回の場合は違うのかもしれませんが、そういう多少の治療のほうに不安があるというところはあります。」

「お世話焼きさんになりすぎるんじゃないのかなと思ったのは正直思いました。そこは病院さんをお願いするしかないと思うんですけど。」

「一所懸命にすごい、こうなりすぎてちょっと心配。」

「多分ご本人さんは、そういうことをやりたいという人は結構責任感があったりする方やろうと思うので、ちょっと思った以上に頑張ってしまうて負荷がかかるんじゃないだろうか」と

2) <プロシューマーを民生委員のイメージと重ね合わせる>

専門職は、プロシューマーを民生委員に近いイメージと重ね、対人援助者として意識するようになる。

「変わらないのかってぐらいのお声がけで帰られたりとかもするので、こうどっぷりとつかる、僕本当に、わりとイメージが民生委員さん、必ずキーポイントにおられるような印象を受けた」

「そこの配慮の考え方が、自分らのルールってどうか、配慮ができちゅうかなってというのがすご

く感じた。本当にむしろ民生委員さんっていうイメージ。」

3) <仲間意識>

専門職は、プロシューマーと[信頼関係の形成]をし、[チームの一員]として認めるようになり、

表 4. プロシューマーとの協働支援中

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム
実際の不安感	プロシューマーの危機に対する懸念	状態悪化時はどうしよう
		プロシューマーが巻き込まれてしまう危険性
	プロシューマーの熱意に対する不安	プロシューマーの一生懸命さが心配になる 頑張りすぎて負荷がかかるのではないかな
プロシューマーを民生委員のイメージと重ね合わせる		プロシューマーが民生委員のイメージ 入院経験のある民生委員さんのイメージ ボランティア
	チームの一員	生活に密着したプロシューマーの報告によって、退院が検討できる
		チームの一員という考え方
プロシューマーはチームの一員であり対等な関係		
仲間意識	信頼関係の形成	プロシューマーと医療機関との強い信頼関係
		プロシューマーがチームに入ることによってクライアントと専門職の距離が縮まる
安心感	任せても大丈夫	不安はあったが、理解していたから任せられた
		プロシューマーを知っているので任せても大丈夫
		プロシューマーに会って心配は少なくなった
	頼りになるプロシューマー	地元のプロシューマーだと一緒に動いて心強い
		プロシューマーの配慮に感心
		プロシューマーが心強い 身近にプロシューマーがいることのありがたさ

仲間として認識している。

「チームの一員としてピアサポーター、その上下関係じゃなくて、そのなかで支えてもいいだろうし、助言してもいいだろうし、ということになるのかなというイメージに。」

「ピアサポーターがチームの一員であったりとかっていうほうが、すごくこの上からじゃなくてっていうところに繋がってくるのかなと感じま

した。」

4) <安心感>

プロシューマーと関わった専門職は、支援行動を共にする過程で[任せても大丈夫]と感じるようになり、[頼りになるプロシューマー]と評価し、プロシューマーに安心感を抱くようになっていく。

「僕もBさんのことは知っていて、多少の不安はあったけど、でも大体わかっているから、だから任せられるし、外泊させてもらったんですけど。」

「担当だったからある程度知っていましたので、じゃあ、お任せして大丈夫だろうというところがあった。」

「私もあそこの地域知りませんので、安心して

一緒に探せるゆうあたりではすごい心強かったです。」

「すごい心強いなと思いました。」

6-3 プロシューマーとの協働支援終了後

1) <今後の不安>

プロシューマーとの協働支援を振り返ってみ

表5. プロシューマーとの協働支援終了後

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム
今後の不安		プロシューマーを十分に理解していないと不安
		今後、今回のように上手くいくのか
プロシューマーの専門性		既存にない専門職の存在が大事
		プロシューマーという専門職
専門職の意識変容	新たな価値観の変化	職種の価値観が変わった
		専門職としての価値観の変化
		専門職が変わることを考えさせられる
	視点の拡がり	専門職がプロシューマーに教わる立場になる
		思考自体を柔軟に変えていく見方が専門職には必要
		密着できるような視点を持たないと駄目
	活動の可能性	一歩踏み込んだ活動をしなければならない
		支援対象者プラス、当事者のフォローが大事

て、今後、プロシューマーとの協働を視野に入れた場合の懸念を感じている。

「今回のように上手くいくのかってところの不安がどうしても立つところが正直なところやったです。」

「今後形が変わって〇〇病院さんじゃないところの病院さんでこういうことを受けた時にですよ、ね、関わりをしてくれない場合に、そういう方を、っていうところになった時に、どうやっていう不安は今でもあります。」

2) <プロシューマーの専門性>

プロシューマーとの協働を通して、既存にない専門性としてのあり方を認めるようになっていく。

「ピアサポーターという、支援者みたいな位置づけのほうが、入っていきやすいかもしれない」

3) <専門職の意識変容>

プロシューマーに関わった専門職は、自身の[新たな価値観への変化]や[視点の拡がり]、[活動面の可能性]といった自己洞察によって、自身が変わっていったことが確認できている。

「当たり前であるような支援ってというのが、ちょっと違うフィールドになると大事になってしまっていく、その新たな価値観というか、考え方自体を柔軟よく変えていくっていう見方が支援者には必要なのかなって。こういう場でやった時に、見方を変えていくっていうことが大事なんじゃないかなというのは思いました。」

「やろうというすごい熱意というか、それをやることですごくいい方向にいったし、やったことはすごくいいけど、そしたらどこの病院も、そうやってやるかとかあった時、やっぱり先広がらないとか、引くとか言ったでしょう。そのあたりは一步踏み込んでやらないかんし。色んなことを超えてやらんと、いかんところがあるのかなと思う。」

7. 考察

フォーカス・グループインタビューの結果を分析し関係図を作成した(図1)。本事例はプロシューマーとの協働支援によって、特に大きなトラブルなく、無事に退院し、地域生活に移行できたケースであった。

県事業としての役割は十分に果たせ、成果もあった。にもかかわらず専門職は終始なんらかの

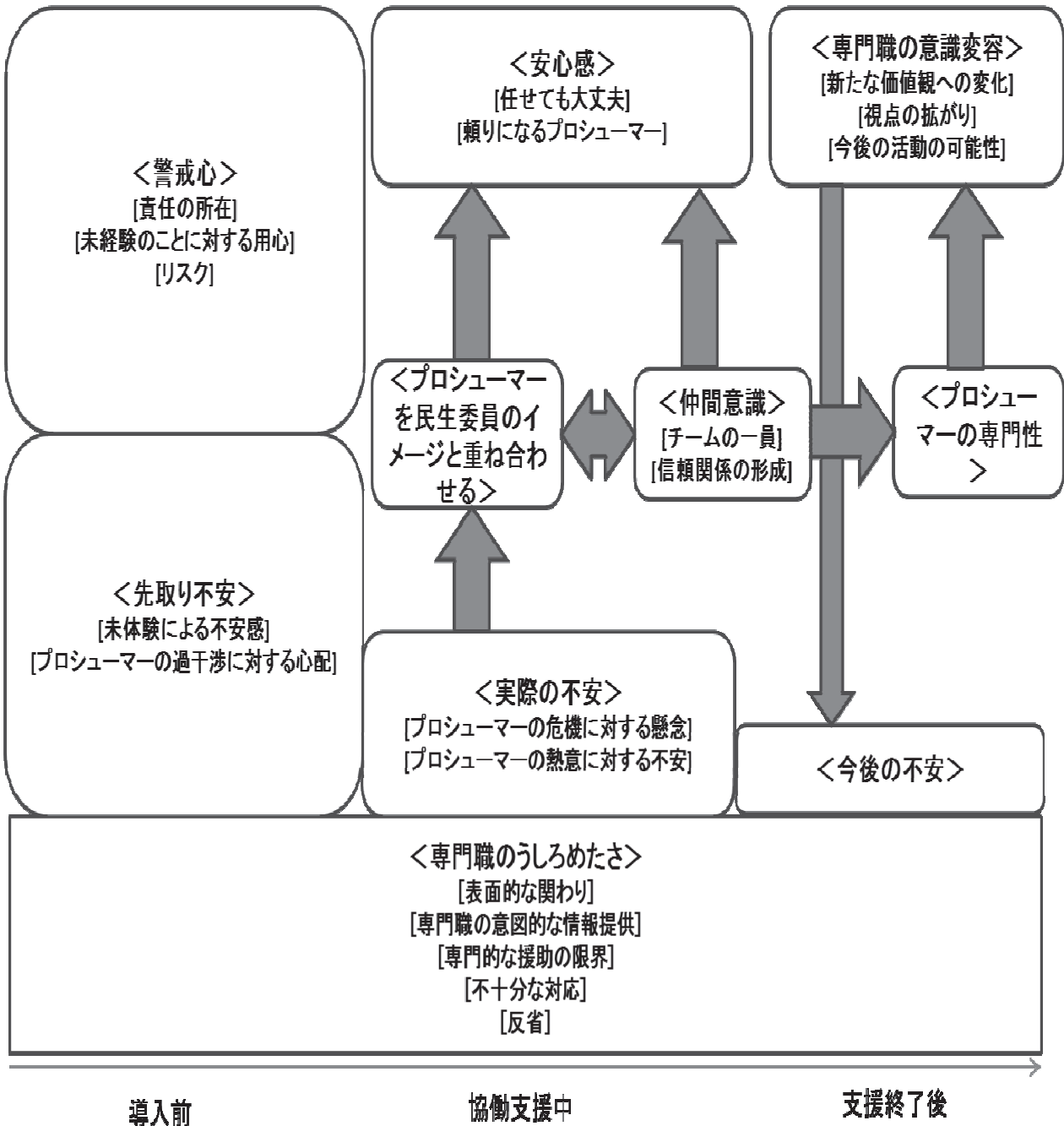


図1. プロシューマーと協働した専門職の心境

不安を抱いている。このことは観察記録でも確認できており、全員が認めている。そこで、先行研究と比較しながら、主に専門職の不安に着目して論じる。

(1) プロシューマー導入前

本調査に協力した専門職達は、日常の業務では表面的なかかわりや、専門職の意図的な情報提供などの不十分な対応を反省している。また、専門職のみでは効果的な支援が行えなかった経験もあり、専門的援助の限界を感じている。どの専門職も10年以上の経験年数があるが、自身の援助内容のいたらない部分に焦点を当てる自己批判的・反省的傾向が見られる。そのため、専門職の根底には、プロシューマーとの関わり以前に、＜専門職のうしろめたさ＞が内在している。この＜専門職のうしろめたさ＞は、重要アイテムの多さから、専門職の心理面では大きな比重を占めており、専門職が取り組む課題である。課題解決のためには、自己研鑽やスーパービジョンなどによって自己肯定感を確認する必要性があり、今回のフォーカス・グループインタビュー自体が、自己覚知の一端になりえた可能性がある。

先行研究と比較すると、県事業の専門職たちは、Shon（1983）が提唱する「反省的実践家」とは若干意味合いが異なる。「反省的実践家」とは、「専門家の専門性とは、活動過程における知と省察それ自体にあるとする考え方」であり、「行為の中の知」、「行為の中の省察」、「状況との対話」という3つの概念で説明される。今回の結果で得た専門職は、暗黙知や知識、経験の蓄積による専門性の向上というよりも、罪悪感や不全感、日頃の業務上の至らなさなどのネガティブな思考が強く、今後、本事例のようにプロシューマーと協働するといった新たな展開への躊躇が見られる。よって、反省的実践家とは言い難い側面がある。

導入までは、プロシューマーの関わる姿勢などにも不安が生じている。これは、専門職の実際の

体験から生じるものではなく、予測や想像の要素が強く、「何かあったら…」「もし、…になったら…」「…いう事態になってしまったら…」という＜先取り不安＞が強い。さらに、専門職の多くがプロシューマーとの協働は未経験の取り組みだったこともあり、“病院に責任を持ってもらいたい”や“誰かにイニシアティブをとってもらいたい”といった[責任の所在]や[リスク]などの＜警戒心＞が生じている。そのため、本調査の対象者からは専門職が安心して取り組めるようなシステム構築や、責任の所在の明確化、リスク回避が望まれていた。本県事業では、支援システムは未構築であったが、責任の所在が明確にプロシューマーを推薦した医療機関にあり、結果的に専門職が想像するリスクを伴う状況が、利用者とプロシューマー間、専門職とプロシューマー間、専門職と利用者間のいずれにおいても発生しなかった。このため、＜先取り不安＞と＜警戒心＞が存在しつつも、プロシューマーと共に、支援活動に取り組めた事例と考えられる。

(2) プロシューマーとの協働支援中

プロシューマーとの協働が円滑に展開されるしたがって、専門職とプロシューマーとの間に信頼関係が形成される。専門職は地域在住の民生委員とイメージを重ね合わせ、＜プロシューマーを専門職として認識＞し、支援チームの一員として協働することで、プロシューマーに対する＜仲間意識＞が芽生えている。この時点では、＜先取り不安＞や＜警戒心＞は減退し、「プロシューマーがクライアントになるかもしれない」という危惧が、「チームでどのように支援を展開するか」に変化している。

実際に行動を共にすると、専門職が危惧していた状況が起きず、先取り不安などが杞憂になったことが大きい。さらに、専門職が想定していた以上に、プロシューマーの地域生活に密着した活動によって、地域移行支援が円滑に行われるようになったことも、良い意味で専門職の想像を裏切る

形となった。具体的な活動をあげると、“専門職は情報不足のために住居支援は不安”や“クライアントと専門職ではアパートが探せない”など、賃貸住宅に関する情報を地域住民でもあるプロシューマーが把握しており、情報提供のみならず同行支援や不動産屋との交渉をするなどのサポートができた点があげられる。他にも、[専門職の意図的な情報提供]は、社会資源を利用しているプロシューマーは、福祉サービスの良い点と悪い点の双方を説明するなどの工夫が見られた。

“専門職は公的社会資源に繋げて支援が終わっている”という点も、クライアントが退院した後も適宜、訪問し医療機関との連絡・報告・相談を続けるなどの支援を継続していた。クライアントが地域の賃貸住宅に退院し、1ヶ月程度のフォローアップを経て、支援終了が近くなると、専門職のプロシューマーに対する「警戒心」は減退し、評価は高くなっていった。

ただし、プロシューマーがいつクライアントになってしまい、専門職の支援対象になるかという危惧から、＜実際の不安＞が生じている。それでも、専門職がプロシューマーと直接関わったことで、＜不安感＞と相反する＜安心感＞が生じている。特に、懸念されていたのは、プロシューマーが巻き込まれて対処できなくなり、プロシューマーもクライアントとして、専門職がフォローしなければならない事態である。この場合、専門職にとっては、事業対象外のクライアントが出現することとなり、強い負担を感じる状況となる。よって、リスクマネジメントに対する要望が強くなる。

先行研究と比較すると、坂本（2009）の「自己省察機能の確立」は、常にピアサポーターとの相互関係において、精神保健福祉士が、気づきを得て主体的に変わることにも挑むプロセスにある。県事業における専門職達は、プロシューマーと協働して支援を展開するプロセスで、＜先取り不安＞と＜警戒心＞を抱きつつも実践すると、実際にはプロシューマーが心強く、安心して任せられたた

めに、専門職に＜安心感＞が芽生え始める。結果、気づきを得て主体的に変わる機会となった。

(3) プロシューマーとの協働支援終了後

支援終了後に、専門職の中では、既存の専門職では十分に行えなかった支援をプロシューマーが行ったことで、「プロシューマーの専門性」を認識するようになった。この段階では、既存の専門職とプロシューマーを比較して、自身の援助内容のいたらない部分に焦点を当てることが少なくなり、[新たな価値観への変化]、[視点の拡がり]、[活動の可能性]といった点で[専門職の意識変容]をもたらしている。プロシューマーとの協働によって、専門職も刺激を受けることが多いと考えられる。以上のことから、専門職はプロシューマーとの関わりを通じて、ネガティブな心境を抱えていたとしても、責任の所在を明確にして、プロシューマーと支援行動を共にすることで、自己覚知を促すことが出来ると考えられる。

先行研究と比較すると、相川（2013b：259）は「ピアサポーターの導入、そしてそれによって得られる効果は、専門職者の意識変革次第だといっても過言ではありません」と述べている。確かに、県事業における専門職達は、プロシューマーと共働することで「プロシューマーの専門性」を認識し、意識変容をもたらした。

しかし、専門職を支える構造が未確立な状況下であったので、＜今後の不安＞が大きく、県事業が終了してプロシューマーとの関わりが無くなった後も残存している。この場合の不安感は、自己批判やプロシューマーに対するものではなく、支援体制や事業システム自体、プロシューマーによる支援の一般化など広範囲にまたがっている。つまり、今回のケースはたまたま上手くいっただけであり、他の事業や医療機関では通用しないのではないかと不安を感じ、今回の経験を次のケースに活用することを躊躇している。現に県事業で専門職が得たものを展開していく、もしくは専門職の社会資源としてプロシューマーを活用すると

いう活動はみられない。結果、県事業ではプロシューマーを導入する支援システムの構築までには至らなかったと言える。

8. 結論

県事業でプロシューマーと協働した専門職には、〈専門職のうしろめたさ〉といった自己批判的傾向が背景にあり、プロシューマーに対して終始、不安を抱えていることが明らかとなった。この不安は一定しておらず、プロシューマー導入前では、〈先取り不安〉や〈警戒心〉といったネガティブな心理を抱えている。実際にプロシューマーと協働支援を行っていくうちに、〈プロシューマーを民生委員のイメージと重ね合わせ〉るなどして〈仲間意識〉を持ち、〈安心感〉が生じるようになる。それに伴い、〈先取り不安〉や〈警戒心〉は減退し、「プロシューマーがクライアントになるかもしれない」という危惧が、「チームでどのように支援を展開するか」に変化している。協働支援終了後は、既存にない〈プロシューマーの専門性〉を認識するようになり、〈専門職の意識変容〉が芽生えるようになり、専門職に新たな心境をもたらした。

県事業では、プロシューマーに対する責任の所在を明確にして、プロシューマーと支援行動を共にしたことで、自己省察や意識変容が促された。しかし、〈実際の不安〉は減退したものの、〈今後の不安〉が残存しており、事業終了以降のプロシューマー活用は見られない。

今後の専門職の課題は、1つ目は、専門職の抱える不安や自己批判傾向を軽減するために、スーパービジョンや事例検討及び事例研究などで、さらなる自己覚知を図っていくことである。2つ目は、今回のプロシューマーとの協働のように、新たな取り組みを行う場合、個人に負担が偏らないように、多職種やプロシューマーが安心して取り組める支援システム作りに取り組むことである。

9. 本研究の限界

まず、本調査の限界を述べる。今まで高知県で事業として、プロシューマーを活用した事例はない。よって、複数のフォーカス・グループインタビューを行い、比較分析を行うことができなかった。さらに、本調査は、一自治体の限られた人数の対象者による調査結果であり、質的調査の性質上、数値による調査の妥当性を統計学的理論に基づいて評価することは困難であった。よって、本調査結果をもって、プロシューマーと協働した専門職の課題すべてを明らかにできたとは言い切れない。また、本報告での実践課題では、専門職側の課題しか抽出していないため、プロシューマー側の課題も抽出する必要がある。

謝辞

本調査を実施するにあたり、ご多忙の中、多大なご協力をいただいた関係者の皆様に対し、心より感謝申し上げます。

文献

- 相川章子（2013a）「精神保健福祉領域におけるプロシューマーに関する研究」『大正大学社会福祉学会鴨台社会福祉学論集』36, 176-186.
- 相川章子（2013b）『精神障がいピアサポーター活動の実際と効果的な養成・育成プログラム-』中央法規.
- 相川章子（2014）「ピアスタッフの現在と未来-日本の精神保健福祉の変革を目指して」『精神医療』74, 36-45.
- 安梅勅江（2010）『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ / 論文作成編』医歯薬出版.
- 青木朋子（2007）「当事者による退院促進（生活サポーター）活動の支援」ふあっと20周年記念誌刊行委員会編『ふあっと 出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会 20年の軌跡』やどかり出版.
- 榎本務（2005）「当事者活動が地域と病院の架け

- 橋に」『精神科看護』32 (10) 44-47.
- 古屋龍太 (2014) 「ピアスタッフとは何者か？ -境界に立ち続ける人々-」『精神医療』74, 3-7.
- Gates, L.B. & Akabas, S.H (2007) Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34 (3), 293-306.
- 橋本達志 (2013) 「当事者による支援活動 (ピアサポート) の現状と課題 -PSW との協働を考える」『精神保健福祉』93, 44 (1), 4-7.
- 岩間文雄 (2000) 「セルフヘルプ・グループと支援者の協働のために」『関西福祉大学研究紀要』2, 141-154.
- 岩田泰夫 (2003) 「患者会などのセルフヘルプグループで蓄えられてきた援助の原理 -ヘルパーセラピーの原理とプロシューマーへの変換を中心にして-」『精神科臨床サービス』3 (4), 428-436.
- 門屋充郎 (2013) 「ピアサポート活動から見える新しい支援の関係性」『精神科臨床サービス』13 (1), 11-16.
- 加藤真規子 (2005) 「精神障害がある人々の自立生活の形成 -ピアサポートセンターこらーるたいとうの実践-」『桃山学院大学社会学論集』39 (2), 187-215.
- 河島京美 (2010) 「ピアサポーターの活動を中心に始めた退院促進事業 -東京・練馬の地域生活支援センターの取り組み-」『精神医療』57, 28-31.
- 小林伸国, 田尾有樹子 (2013) 「巣立ち会におけるピア活動とは」『精神科臨床サービス』13 (1), 52-56.
- 高知県退院促進支援事業・自立促進支援協議会 (2006) 『平成17年度高知県精神障害者退院促進支援モデル事業報告書』高知県地域福祉部障害保健福祉課.
- 児玉洋子 (2013) 「地域移行ピアサポーターの活動から」『精神保健福祉』93号, 44 (1), 25-27.
- 松田博幸 (1994) 「セルフヘルプ・グループと支援者による専門性の共有と課題: セルフヘルプ・クリアリングハウスの実践より」『社会問題研究』43 (2), 353-376.
- 松田博幸 (2005) 「セルフヘルプ・グループの文化が援助者に与える影響 -あるリカバリング・ソーシャル・ワーカーからのインタビューより-」『社会問題研究』55 (2), 65-101.
- 松田博幸 (2007) 「セルフヘルプ・グループがソーシャル・ワーカーのアイデンティティに及ぼす影響 -あるソーシャル・ワーカーからのインタビューより-」『社会問題研究』57 (1), 1-33.
- 向谷地生良 (2004) 「浦河における「当事者スタッフの育成」の歩みと課題」『精神障害リハビリテーション』8 (1), 39-45.
- 中谷真樹 (2013) 「精神科病院においてピアサポート活動をどのように始め、定着させるか: 精神的困難を経験した人たちと一緒に働く経験から学んだこと」『精神科臨床サービス』13 (1), 100-105.
- 野口博文, 英武まさ子, 中西章子 (2013) 「ピアサポーターを雇用して」『精神科臨床サービス』13 (1), 48-51.
- 根本節子・吉川範子・田崎淑子 (2006) 「ピアサポート活動の動向と課題 -ピア・サポート活動におけるピア・トレーナーの活用を考える-」『筑波大学附属駒場論集』46, 171-179.
- 根本忠典・大熊美美子・太田耕平 (2010) 「精神科病院におけるピア・サポートの実践報告」『ピア・サポート研究』7, 45-49.
- 小川瑛子 (2013) 「自分の強みとすべての経験を活かして精神保健福祉士として働く」『精神科臨床サービス』13 (1), 76-79.
- 大阪府精神障害者社会復帰促進協会 (2007) 『Kanjiさんの青空 -ほくは精神科病院から25年ぶりに退院しました-』ぎょうせい.
- 坂本智代枝 (2008) 「精神障害者のピアサポート

活動におけるエンパワメントの条件に関する研究－グループインタビューにおける複合分析を通して－』『大正大学社会福祉学会 鴨台社会福祉学論集』17, 41-52.

坂本智代枝（2009）「精神保健福祉士がピアサポーターを支援する経験を通して成長するプロセスに関する研究」高知県立大学大学院健康生活科学研究科2009年度博士論文.

添田雅宏（2014）「「ピア精神保健福祉士」設立までの経緯と現状」『精神医療』74, 54-58.

佐藤真吾（2012）「精神科病院におけるプロシューマーの意義 当事者が語ることの有用性」『北海道作業療法』29（2）, 72-77.

Donald A. Shon（1983）The Reflective Practitioner, How Professionals Think in Action（=2001, 佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵－反省的实践家は行為しながら考える－』ゆみる出版）.

行實志都子（2013）「大阪府の精神障害者ピアヘルパー制度について」『精神科臨床サービス』13（1）, 62-65.

