

研究ノート

ソーシャルワークへの構造主義人類学の適用

——神話モデルによる患者理解——

柳田千尋*

I. 序論 退院支援の残された問題と支援モデル

1. 研究の背景

(1) 退院支援と「面倒な患者群」

本稿では病院のソーシャルワーカーの患者理解のあり方について考察する。救急病院では要介護高齢者等の退院支援に業務が集中している。退院支援の発端は、1990年代にさかのぼる。1993年には、アメリカのソーシャルワーカーが「早期退院においてソーシャルワーカーの包括的な視座、関係職種や機関及び患者や職員間のコミュニケーションを生み出す能力が重要である」と講演した（アンベッケン 1993: 6）。そして、同国の「退院計画（discharge planning）」が輸入された（手島ほか編 1996）。それ以来この「退院計画」がソーシャルワーカーの最も重要な業務の一つとなった。こうして病院から出される退院の話に驚く一般の人々の姿には「家族側と医療者側のギャップの大きさ」があり、医療ソーシャルワーカーはその後導入されるケアマネジメントをすでに実践し、この問題の臨床での混乱とシステム化の重要性について展望している（吉田 1999: 2）。一方で臨床では、「医療の圧力に従わざるを得ない現実」により、退院援助における尊厳とクライアントの自己決定の原則に反し、「患者・家族を納得するように誘導する面接≒納得よりも悪い説得」をしていた（佐原 1997: 17-18）。

こうして、「効率的で、かつ、患者に不利益を与えない院内業務のシステム化が重要」となり（高山 2000）、政策的には、医療費の高騰から社会的入院を解消するために介護保険制度が施行、介護支援専門員（ケアマネジャー）が新設され、患者を介護サービスの利用者に転換し、その介護給付の対象に移行させる制度改革が続いた。その連携の方法としてケアマネジメントが導入され、「地域包括ケアシステム」の構築が進んでいる。ケアマネジメントでケアの体制の構築が難航するなどの患者は困難事例と言われ、その退院を阻害する要因が研究対象となった（松浦 2010: 33, 40; 大沢 2010）。そしてそうした患者群の早期の抽出を図るためにスクリーニングが適用された（伊藤ほか 2000）。日本医療社会事業協会の調査によれば、困難事例の援助時間の第1位は、「患者・家族が転・退院を拒否している（57件平均支援時間4.8時間）」で、第2位が「介護力がない（日中独居）（315件3.6時間）」であった（日本医療社会事業協会社会保険部会急性期委員会 2008: 15）。第2位は、数が多いが介護サービスや施設の活用というケアマネジメントで解決しやすいのに対し、第1位は、本稿の対象となる事例群である。

また、ソーシャルワーカーと看護師など多職種との協働に際し、「ソーシャルワーカーは少数派の立場で葛藤しながら患者家族のよりよい生活の実現に奮闘」してきたとされる（上山崎 2010）。このようにソーシャルワーカーは、「退院促進だけを追求する道具にならないようにするために」（杉崎 2006: 3）、「退院後の受け入れ不安、介護の困難さ、医療システムの壁、患者の心身の不安定さ、家族とのあつれき等があり、そのアプローチとして、ライフイベントへ介入し、環境の改善を試みることによって、患者・家族の退院後の生活を視野に入れた退院援助を行う」など（本杉ほか 2008: 32）、患者家族との面接において支援に必要な情報収集を行い、その人の背景も聞き取ってきた。それ

キーワード：退院支援、面倒な患者、先住民の知、神話モデル、患者理解

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2016年度3年次転入学 共生領域

でも、それらの面接が功を奏しない時がある。

それらの事例群は、主に4つのタイプに分類できる。第一に、まだ治っていないと退院に納得しない「理解が悪い」タイプ、第二に、ひとり暮らしができると必要サービスを受け入れない「サービス拒否」タイプ、第三に、数日での再入院を繰り返す「サービス調整不足」タイプ、第四に、施設入所をすすめても拒否する「施設入所拒否」タイプである。本稿ではこうした不合理で非論理的な患者を「面倒な患者群」と称する。「面倒」としたのは、専門職だけでなく患者群も面倒なことになったと認識していると想定したからである。けれどもこの両者が認識する面倒な事態には差異がみられ、その差異を埋めようとソーシャルワーカーや他の専門職は説得に努めているのかもしれない。

これまで退院支援の場面で、ソーシャルワーカーの役割は、家族間、医師・看護師・医療関係職種専門職、介護サービス等の多くの専門職、機関等との連絡・調整の役割を果たすことが強調されてきた。こうした病院経営へのメリットと、患者の生活やその尊厳、主体性を尊重するソーシャルワークの価値という実践原則とが相反し、自分のなすべきことへの視点や姿勢が定まらないソーシャルワーカーは少なくない。退院支援が主たる業務となる中で、ソーシャルワーカーは、退院後の患者の生きる場をいかに設定するかについて関心をもち、短期間で利用者の訴えを傾聴し、選択肢を提示し、決定してもらうという一連のプロセスをスムーズに行うことを重要視してきた。つまり、他機関との連携が可能となる一方で、こうしたケアマネジメントでは解決できない「面倒な患者群」がソーシャルワークの中心的課題となってきた。

(2) 「先住民」と「面倒な患者群」と「専門職」の関係

現代社会は世界の様々な側面でグローバル化とダイバーシティの時代を迎え、分野を超えた新たな展開を模索している。ソーシャルワークも例外ではなく、改正グローバル定義には「地域・民族固有の知 (indigenous knowledge)」が盛り込まれ、「先住民の知」を重視することが明記されている (国際ソーシャルワーカー連盟 2014)¹。本稿では、近代における植民地主義や西洋による、不合理で非論理的な人々という「先住民」への見方を、現代社会のソーシャルワーカーが出会う「面倒な患者群」の理解に適用する。「先住民 (民族固有)」を「面倒な患者群」に、「西洋」を「専門職」に置換してみたい。この試みにより、「民族固有 [面倒な患者群] の知は、西洋 [専門職] の理論や知識によって過小評価され、軽視され、支配された」という視点が成り立つ。

こうした患者の見方をするにあたり、筆者は、文化人類学者レヴィ=ストロース (Claude Lévi-Strauss, 1908-2009) の『野生の思考』(Lévi-Strauss 1962=1976) や『悲しき熱帯』(Lévi-Strauss 1955=[1977] 2001) で論じられている他者理解の視座 (まなごし) が参照に値すると考えた。それは、先住民の「たわごと」に真剣に耳を傾けたレヴィ=ストロースの「聞き取り方」に学ぶということである。また、なぜ今ふたたびレヴィ=ストロースかという点については別稿に記す。本稿ではこれを用いて上記の「面倒な患者群」、すなわち専門職から見て不合理で非論理的な理解しがたい患者群を理解するための支援モデルの構築を試みる。

2. 支援方法の流れと「神話モデル」

(1) 「科学主義」と「物語主義」モデル

ソーシャルワークの主要な支援モデルは、ジェネラリスト・ソーシャルワークとして統合されてきた (田嶋 2010)。これらを科学主義 (EBM) の流れとすれば、もう一方には物語主義 (NBM) の流れがある (図1を参照)。この2つの流れは、医療の領域 (とりわけ慢性の病) で、根拠・統計を重視する「根拠に基づく医療」の必要性に加えて、患者の自己物語・語りを重視する「語りに基づく医療」の必要性が生じたこと (早川 2009)、あるいは「病に苦しむ者」と「それを援助したいと願う者」という二者関係のなかで、専門職の世界と日常生活を同時に語る理論が求められたことに由来する (江口ほか 2006)。

そもそもナラティブ・セラピーが発達した背景に、専門家のスタンスの問題があった。批判の対象とされたのは、1950年代の伝統的な家族療法のセラピストの客観的な観察者としての「クライアントよりもクライアントのことを知っており、クライアントの進むべき道を知っている」というものである (早川 2009:84)。この研究の流れは、「患者の世界の現象学的理解=物語りから次第に語る行為の交互作用的構造=物語ることに関心点を移してきた」とさ

れる(橋本 2004)²。早川正祐によれば、こうした手法としての「自己物語」は、筋立てに合う出来事を時間軸に沿って配列することで成り立っている(早川 2009: 93)。そこで無視された出来事に着目して別の筋立ての物語をつくり、解釈＝物語の在り方が変わることによって治療の効果を期待することができる、と早川は論じた。このように物語モデルは医学、看護、心理学、人類学などにおいてひとつの重要な枠組みとなっている(橋本 2004)。ソーシャルワークで物語モデルを用いる研究としては、たとえば困難事例や多問題家族へ適用する「支援しない支援の方法」を適用した荒井(2004, 2014)の例がある。本稿の「構造主義のモデル」も困難事例の物語を題材とする。そこで本稿のモデルは、物語主義(NBM)の流れでなおかつ社会構成主義より前に構造主義として位置づくという構図から出発する。

(2) 構造主義と神話モデル

本項では、物語モデルとの対照から導かれる、構造主義的なナラティブ分析のモデルの特徴について論じる。構造主義の「構造」とは、「要素と要素間の関係とからなる全体であって、この関係は、一連の変形過程を通じて不変の特性を保持する」とされる(レヴィ＝ストロース 1979a: 37)。レヴィ＝ストロースは、構造主義的な分析手法の特徴を3点あげている。すなわち、第一は要素と要素間の関係とを同一平面においている点、第二は「不変」の概念で、探究しているものは他の一切が変化するとき、なお変化せずにあるものという点、第三に「変形(変換)」の概念で、これによって「構造」と「体系」の違いが理解できる点である(レヴィ＝ストロース 1979a: 38)³。こうした「構造」への着目が、彼による神話研究の中心的な要素であった。

こうしたレヴィ＝ストロースによる「構造」分析の手法をふまえ、本稿では構造主義的なナラティブ分析のモデルを「神話モデル」としたうえで、ソーシャルワークの対象となる「面倒な患者群」が語る行為の事例を「神話事例」、患者の語りを「神話」に置換する。そして、このように患者の語りの「構造」を分析する方法を「神話分析」と称する。患者の語りを「神話」とする意義は、神話は不合理で、荒唐無稽な作り話であり(大橋 1979: 184)、神話が明確な実用的機能をもっていないからである(Malefijt 1974=1986: 401)。この非実用的な性質によって、社会的に期待された役割や機能が最小化された患者の語りには、無意識に隠されていた患者自体に内在する原理が浮かび上がる。この手法により、患者の論理の部分を取り出す。

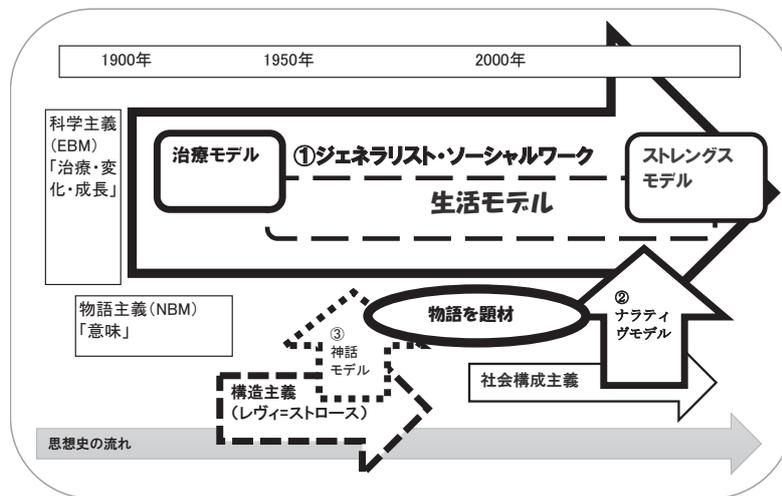


図1 三つのソーシャルワーク理論の位置関係 (筆者作成)

(3) 「神話モデル」の「神話」とは

西洋で神話(ミュトス)とは、一般的にロゴスに対立し、不合理で、荒唐無稽な作り話である。レヴィ＝ストロースの神話論の基礎は、このような非合理とされる神話の論理(ロジック)を明らかにしてその復権を図ることである。この復権は『野生の思考』にある先住民の(大橋 1979: 184)、すなわち現代の患者らの論理的な思考の復権である。

レヴィ＝ストロースの『神話論理』では、その神話が「音楽」のように構成されている(Lévi-Strauss, 1964-

71=2006-2010)。またレヴィ＝ストロースによれば、神話とは「動物と人間がまだ互いに切り離されておらず、それぞれが宇宙に占める領域がまだまだはっきり区別されていなかった、非常に古い時代におこったことの物語」だという。また彼はその神話の重要な性格は、「時間的統合機能」と「複数コードまたは多重コードの使用」であり、「民話」とも「科学的説明」とも異なったものであるという。さらに彼によれば、「時間性はすべてひとまとめにし、同じ論理の型に入れて」しまい、「まったく別々の学問に属するものとして違った原理で説明しようとするような事柄を、何でもこの大きな1つの中に押し込んでしまおう」とする。そして神話は、「われわれが満足している説明よりもはるかに野心的で、またはるかに複雑な論理をもった説明を与える」というのである（レヴィ＝ストロース 1979b: 66-8）。

翻って、ソーシャルワーカーが取り扱う相談は、単なる個別面談では済まない広範なヒト・モノ・カネ・バシヨなどで構成される諸要素とその関係から成る事象である。この複雑性を説明するために『神話論理』の手法が適合するのではないかと考えた。

Ⅱ. 本論 「神話モデル」による患者理解

1. 研究目的

本研究では、「面倒な患者群」と位置づけられてしまう患者の語りを分析対象とするが、この人びとの問題やその解決のあり方の検討ではなく、このような「面倒な患者群」をソーシャルワーカーがどのようにして理解できるのかを明らかにする。それはソーシャルワーカーと患者の思考の差異の解消が効果的であると考えたからである。

レヴィ＝ストロースによれば、「神話の固有性の目的は、現実的だが抑圧されている感情に、捌け口をあたえること」だとされる（Lévi-Strauss 1958=1972: 230）。本稿では「面倒な患者群」の物語である「神話事例」に内在する論理の抽出を試みる。患者の論理が見出されれば、両者の思考の差異が埋まる可能性が高まる。差異が解消されれば、ソーシャルワーカーの「面倒な患者群」の見方が変わる可能性がある。そこで本研究では、神話事例を分析し隠された論理を探究する。

2. 研究方法

(1) 「神話分析」について

「神話分析」の手法は、「二項対立」、「変換」、「媒介」という三つの段階に大別することができる（レヴィ＝ストロース 1979b: 68-79）。第一段階では、語られた内容、社会生活の経験を二項対立の総和に還元していく。第二段階では、神話すべてに不変の要因があることを見出す。第三段階では、幾つかの項目を対立させた後でそれを集め結び合わせ、外面の矛盾を乗り越える方法を見出す。この項目間の対立を調停する方法は二つあり、一つは「両者を近づけて、はじめの矛盾・対立をなくす方法」、もう一つは「両者を離れたままにしておいて、どちらとも異なるが、どちらにも関係のある第三項を両者の間に導入する方法」である（レヴィ＝ストロース 1979b: 68-79）。

患者の語りをそのままこの三段階にあてはめるのは、その内容の過多や混乱した時系列から困難である。そこで、時系列に理解される物語を同一平面に配置しなおす「時間的統合」をするために、「地理・経済・社会・宇宙（霊的側面）」というコードを取り入れる。これはレヴィ＝ストロースの神話研究の初期の代表作である『アスディワル武勲詩』（Lévi-Strauss 1958=[1974] 1993: 21-33）で用いられた分析枠組みであり、このコードがソーシャルワーカーの分析項目に近似している点で、本稿の事例分析に採用した⁴。

(2) 事例について

本稿でとりあげる「神話事例」は、入退院を繰り返えし、最終的に施設（老人ホーム）への入所に至った患者Aの語りである。聞き取りは××年5月20日・25日・29日の3回にわたり、病院のソーシャルワーク室において、各40分ほど行い、その場で聞き取った内容をノートに記録した。また、患者の退院後には、書き取った内容を患者本人に確認し、患者のその後の展開を追記した。本「神話事例」は、様々な要素を含んだ、明確な内容であり、被調査者に本研究への参加の意思があり、分析対象として選定した。

患者 A は、聞き取り調査を行った時点で 65 歳の男性であり、日常的な移動に車いすを使用しており、比較的早い語り口で話し上手である。彼は××年 3 月 11 日から 4 月 6 日にかけて入院してリハビリ目的で転院、その後自宅退院したが、同年 5 月 4 日に再入院し、同 25 日の退院時には施設（老人ホーム）に入所した。

患者 A は、過去に頸髄損傷で二度の手術を受け、身体障害肢体不自由 2 級と要介護 2 の認定を受けていた。彼は数年ほど前から胃潰瘍も含めて 8 回入院し、そのうち 7 回はインタビューを実施した病院への入院であった。転倒後の入院は、治療がないため退院になるが、また転倒し再入院となる彼の入院の形態は「社会的入院」とされた。

また、生活保護を受給していた彼は、退院後に自宅で生活することを希望し、加えて転宅を希望していたが、生活福祉課の許可を得ることができず、結果として退院先をなかなか決めることができなかった。そのような彼に対し、生活保護ワーカーは施設入所を勧めたが、彼はその選択肢を拒否していた。さらに、老人保健施設も彼の入所を断っていた。その理由は、家族の不在と⁵、1 日あたり 10 本もタバコを吸うという喫煙習慣、尿道カテーテルが入りづらいという、医療的なケアの難しさであった。

聞き取り調査を行った際、患者 A は、一人暮らしの困難さと今度転倒したら全身不随になるという不安感をもっていた。彼は筆者との二回目の面談の際に、大型の肘をかけるタイプのロフストランドクラッチ（Lofstrand Crutch）という杖で病室からソーシャルワーク室にやってきて、「もう無理だ。歩けない」と言って椅子にどっかと座った。筆者は、彼が生活保護ワーカーを通して近隣の老人ホームに申し込むことになった際に詳しくそれまでの事情を聴くことになった。

(3) 倫理的配慮

聞き取り調査にあたっては、調査対象である患者 A に研究への協力の要請を行い、研究協力のあり方を説明し、患者 A 本人の承諾を得、説明同意書に署名のうえ、個人が特定されないよう基本情報や出来事について加工した。特に、語りにおける重要な場面や要素に関しては、患者 A 本人に確認し、関係する個人や組織が特定できないよう配慮を行った。また、患者 A が調査への参加を中止したい場合などでも当人が不利益を被ることはないという説明し、了承を得た。

Ⅲ. 分析結果

1. 時間的統合後の 4 つのコードの内容

本節では、時系列で理解される患者 A の語りを、レヴィ＝ストロースの神話分析における、地理・経済・社会・宇宙（霊的側面）という 4 つのコードを用いて、同一平面に再配置する。これにより、歴史的流れに「時間的統合」を行った。

(1) 「地理」

患者 A の移動を県名で示すと、「山形県→埼玉県→愛知県→神奈川県→北海道→埼玉県→東京都→群馬県→山形県→東京都→埼玉県→山梨県→埼玉県→東京都」となる。また、彼の居住形態や活動の場は、「家出→裏山→友達の家→石原裕次郎記念館の運河→石狩川→野営→山小屋暮らし→実家で静養→ドヤ生活→アパート→入院→アパート→入院→施設入所→リハビリ入院→施設→リハビリ入院」である。患者 A によれば、彼の最初の東京は逃避行であった。そして、先述したように、彼は最終段階で埼玉県のホームに入所したものの、東京でのアパート生活に戻りたいと主張し、リハビリ病院に二回移動した。

このように、「地理」というコードに則して、患者 A の語りに表れた重要な要素を分類し、再配置すると、患者 A の地理的な所在の中心は関東、なかでも東京都と埼玉県であったことがわかる。また、彼にとって移動の意味は、居所がないがゆえの居所探しである、と考えることができる。

(2) 「経済」

患者 A によれば、彼は中学時代からアルバイトを行い、自衛隊時代には 10 種類以上の免許を取得した。彼がこれ

までに従事した仕事は、アルバイト7職種以上、自衛隊と叔父の工場の事務であり、交通事故に遭った後ギャンブルで稼いだという。患者Aによれば、彼は離婚後、逃避行に入り職を転々とし、これが原因で身体を壊している。彼が受けた傷病としては、「交通事故→脊椎損傷→リハビリ→転倒繰り返す→全身不随になるかもという宣告」、「休養、アルコール依存症、服薬自殺未遂、胃潰瘍再発、腸閉塞」、彼に関わる福祉の制度的要素は、「生活保護、自立支援センター、身体障害者手帳2級」である。彼は身体的には、運動機能、精神機能、内科的疾患という3つの面で苦しみを感じている。彼は人間関係がうまくいかなかったり体を壊したりしても、稼ぐ努力を続けているといえる。

このように、「経済」というコードに則して、患者Aの語りに表れた重要な要素を分類し、再配置すると、患者Aは稼ぐ能力があるにもかかわらず、身体の前側面に不調をきたしているということがわかる。

(3) 「社会」

患者Aによれば、彼の実家は、中学時代から母子家庭である。彼は母から良よく褒められ、叔父（母の妹の夫）や兄からもその時々温かい支援を受けた。彼の結婚は、その叔父の一言で成立したようだ。工場に13年勤め、マイホームパパとなった。彼は、29歳のときに交通事故に遭い、その後、浮気がばれたことにより夫婦関係と家庭が壊れていくという経験をした。夫婦関係・家族関係の修復を試みるも彼は相手にされず、誰も知らない東京を目指し逃避行に入ったと語る。そして、彼はこの逃避行の間に仕事を転々として体調を崩した、という。彼は東京に戻り、やり直そうとしたが、生活保護の申請に至り、生活保護ワーカーや近所ともうまくいかず厄介者扱いされたと語る。こうした状況下でも、患者Aはやけになることはなく、冷静に世の中を見ていたようだ。彼はこのように口や頭が達者でも、全身不随に対しては恐怖を覚えた。「自分のことは自分でしたい」と彼が自分自身の自虐的な生活を変えたきっかけは、断酒会でのケースワーカーとの出会いであった。

このように、「社会」というコードに則して、患者Aの語りに表れた重要な要素を分類し、再配置すると、患者Aは親族、家族、社会との人間関係がうまくいくときといかないときがあることがわかる。

(4) 「宇宙（霊的側面）」

患者Aによれば、彼はギャンブル、占いやジンクスが好きで、スポーツが大好きで、自主的にリハビリを続けている。多くのことに素直に興味を持ち、周囲の意見を気にすることなくそれらに取り組んできた、と語る。「自分のことは自分でしたい。実家にもう一度帰りたい。子どもたちに会いたい」という。彼がこれまでの人生経験のなかで最も恐怖を感じたことは、アパートで無差別殺人事件があり、数分の違いで被害にあっていたかもしれないという出来事と、全身不随の可能性を言われたことだったようだ。断酒会で、人は一人では生きていけないと悟ったのだ、と語る。

このように、「宇宙」というコードに則して、患者Aの語りに表れた重要な要素を分類し、再配置すると、患者Aはまだ生き生きと歩いて生きていたいということがわかる。

以上の語りの分析から、患者Aは、居所や経済面、人間関係の三側面において不安定な状況にあるにもかかわらず、歩くことや自由に生きることを諦めていない人物であることがわかる。

2. 神話分析

本節では、時間的統合をした患者の語りから「神話分析」する。すなわち、まず、コード内の二項対立と他のコードとの対立項を見出し（表1を参照）、患者の型を規定する。次に「変換」を行い不変の要因を見出す。最後に「媒介」に関して検討する。この作業により、患者の語りの深層に隠された意味を探る。

(1) 第1段階「二項対立」

患者の型は、二項対立と他のコードとの対立項によって規定される。語りの分析から、患者Aは、都会のアパートに戻り、自由で自立した普通の生活を送りたいと希望を持ち続けていた。しかし、弱気になり、やむなく施設入所に承諾してしまった。その後、リハビリを諦めず、施設からリハビリ病院へ二度も入院して、階段も含めて歩け

表1 対立に関する分析結果

	「二項対立」	他のコードとの「対立項」
「地理」	〔田舎／都会〕〔居られない／居たくない〕〔転ぶ／歩く〕	〔つなぎの場所〕〔厄介者〕〔希望〕〔逃避〕
「経済」	〔安定／不安定〕	〔最低限の収入〕〔生活保護〕 〔疾患／肢体不自由／精神〕〔逃避〕
「社会」	〔身内／他人〕〔頼れる人／頼れない人〕〔理解者／厄介者〕	〔専門職〕〔立ち直りのきっかけ〕 〔見捨てられる〕〔逃避〕
「宇宙」	〔諦め／諦めない〕 〔取り戻せない／やり直したい〕	〔自由〕〔自立〕〔孤独〕〔恐怖〕

るようになっていく。患者の型は、似たようなことを繰り返すが、「諦めない人」、「粘りの人」である。

(2) 第2段階「変換」

患者の型は、「都会のアパートで自立した生活を送ることを諦めない人で、粘りの人」であった。患者Aが諦めないでいられたのは、その時々をつなぎの場所や支えてくれる人の存在があったからであろう。これが表面上の第一次構造である。構造分析では、さらに第二次構造の「直接的に識別し、説明できないもの」を探求する（Fages 1968）⁶。そこで、他のコードとの対立を集めて結び合わせ、変換できるものを検討した。

退院という出来事は、入院患者にとって、「追い出される（discharge）」ことを意味する場合が少なくないだろう。それに対し、患者Aにとって退院という言葉は「去る（Leave）」ことに変換される⁷。つまり、彼にとって退院は「うまくいけばアパートに戻ることができる」という「希望」につながる。しかも、彼にとって病院は、歩行訓練をしてくれる有難い場所である。通常、悪い事態になってそこから逃げることを「逃避」というが、患者Aの理解はそうではない。彼は、一回目のリハビリ病院からの退院では、アパートに退院するという期待はずれてしまったが、再びリハビリ入院をした。しかも患者Aの都会に戻るとい希望に近い病院であった。

(3) 第3段階「媒介」

一方で、患者Aが専門職による在宅生活は困難という判断により押し付けられた施設に居なければならない時に、彼が自由で自立した生活に逃避するには、患者自身の歩行能力の獲得だけでは難しい。他方で、患者Aがリハビリ目的の入院を二回したという事実は、彼が歩行訓練に努めたことを示すとともに、そうした彼の様子を見た関係者に、彼への協力意欲を喚起したのではないだろうか。つまり、患者Aはリハビリ目的の入院を諦めない粘りの行為によって、自ら支援の流れを引き寄せたと解釈できないだろうか。

3. 小括

患者Aは、第一段階として表面的にみれば自由・自立に対して「粘り」で対応している。第二段階でその背後にある深い隠された意味が「逃避」にあることが示された。この「粘り／逃避」の二項対立は、彼の人生の岐路で繰り返されていた。

そのようにみると、粘りと逃避は、人生全体にわたって交互に出現する関係にあり、不変性を示していた。表面的には粘りと逃避は相容れないものに見えるが、彼のなかでは同じことであった。そしてこの彼の論理は、「協力者」という媒介項を出現させていた。

IV. 考察

患者Aは救急病院を退院後、自分のやり方で施設を出る対策を進めていたが、患者の人生を賭けた逃避は、一度入ったら出られないというイメージの強い入所施設で、通常実現しがたいことである。彼が地理、経済、社会、身体各側面で転落していくにもかかわらず、希望を持ち続けられたのはこの逃避の論理によって説明できる。彼のこの専門職の想像を超える行為化の論理を「素の感性」と呼んでみたい。レヴィ＝ストロースは「表面的な意味は重要

ではない」と再三強調する (Malefijt 1974=1986: 401)。これをソーシャルワーカーに当てはめてみれば、患者 A を粘りの人と解釈するのは表面的であり、彼を深く理解できたとはいえない、ということを知ることができる。

1. 「面倒な患者群」の求めるソーシャルワーカー

退院支援における要介護患者の行き先選びは、とてん式やフローチャート式であり、その複雑さから案内人が欠かせない。その連携システムを拒否する「面倒な患者群」がある。この人たちは行き先選びの支援を望んでいない。しかもその人たちの状況や要求は個別性が高く、一様ではない。しかし、第二次構造でみたような隠された重要な何かがあると推測できる点で彼らを一つの群とした。その重要な何かを知るためには、第一に専門職のいう退院促進の理由と、彼らの退院拒否の理由の差異を明らかにすること、第二に彼らの拒否の意味や論理を聞きだし認めることである。それによって少なくともその人たちとソーシャルワーカーの相互の見方は変わるだろう。

なぜこの「面倒な患者群」は、面倒なのだろうか。専門職の専門的なサービスを素直に受け入れないからだとするならば、その理由は表面的である。この人たちは無意識のニーズが満たされればサービスを受け入れるのである。そこで隠された何かがあるという論理を適用すると、彼らの要求は、その人自身もわかっておらず、それをソーシャルワーカーにわかってほしい、という難題であったのである。そうであれば意味不明に癇癪を起して周りを困らせている人も理解できる。すなわち第二次構造にある無意識をソーシャルワーカーに掘りあててほしいということである。ソーシャルワーカーには、その人がどこの部分を認めてもらおうとしているのかを、迅速に見つける役割と力量が求められていた。神話モデルにおけるソーシャルワーカーは、信頼されるインタビュアーとして機能するのである。

2. 「面倒な患者群」の神話モデルによる理解

本「神話事例」を従来の見方で捉えるならば、患者のがんばる姿に対して協力するワーカーの姿は、権利擁護や寄り添う支援関係として理想的である。一方、グローバル定義の「知」から学ぶソーシャルワークとは、先住民が植民地化で虐げられたことに「反転」する方法である。すなわち、「面倒な患者群」が専門職から「過小評価され、支配された」時の専門職への反撃や、自己主張がみられた時のソーシャルワーカーの関わり方である。

本「神話事例」でみたように、ソーシャルワーカーがある「聴き方」をすると、患者は自発的に解決のロジックを開発して行為化してくれる（ように見える）。このようになぜかうまくいく「聴き方」は、「現実的だが抑圧されている感情に、捌け口をあたえる」聴き方であった。神話分析の結果この「神話事例」には、語りの奥底に患者の「逃避」の論理が見いだされた。

この神話分析により掘り当てられた患者の行為化の素の感性である「逃避」は、退院支援の解決方法として、患者が「納得」という点で、専門職の「説得」と比較しても遜色はない。また、専門職が「面倒な患者群」を合理的な人と理解することが難しいという点で、専門職側の患者理解の不完全さの一端が明らかとなった。その意味で、面倒な患者の理解の仕方について、神話モデルの可能性が開かれた。

3. 「物語モデル」と「神話モデル」について

「物語モデル」と「神話モデル」の共通点は、第一にジェネラリスト・アプローチでは解決できない「困難事例」に対処しようとする点、第二に物語を題材としている点である。その困難事例に対して、物語モデルでは、協働による再著述を通して患者の物語の解釈を変えて心理的な解決を促す。一方、神話モデルでは、一見、非論理的な患者の論理を明らかにして患者を理解しようとする。その方法は物語を分節化し構造化する手法がとられる⁸。

両モデルは、共通点もあるが、目的、手法において同一とはいえないようである。しかしまだ入り口の議論であり、両モデルの差異の明確化は稿を改めたい。

4. 小括

本稿でいう面倒な患者とは、職員の労力や時間が取られる患者である。このような面倒な患者は、非合理的な発言や行動が多いので、通常のコミュニケーションも取りにくく、患者が何を希望しているか捉えにくい。面倒な患者

らは意識や知力にはあまり問題のない人も多く、患者自身は色々なことを考えているかもしれないが、なぜか伝わりにくい。また、他人のいいなりで自分の物語を作り変えたくないという特徴もある。

この人たちから見れば、専門職などの関係者は、全く異なる他者と見られていて、どうしても同じ立場で助けてくれる存在に思えないかもしれない。専門職から見れば、「面倒な患者群」とは自分たちと全く異なる他者だと感じてしまい、うまく対応できないのかもしれない。通常のソーシャルワーカーと患者の相互関係でも、立場が違うことが前提であり、こうした場合、従来のアプローチでは対応が難しい。

そこで、この人たちの特性を踏まえ、その発言を読み取り、既存の方法のように現状に合わせて患者ら自身の物語を変えてもらうようなことなく、現実的な対応をとる方法が必要となってくる。これが、新たな枠組みとして「神話モデル」を登用した理由である。

V. 結論 神話モデルによる患者の理解

本研究では、神話のように不合理、非論理的とみなされてきた「面倒な患者群」の合理性の一端を明らかにした。その手法は、実用的機能をもたない神話概念を用いた、問題解決を志向しないソーシャルワークである。それは、その人の物語を変えない、即ち、変化や成長を支援の目標としないという意味である。隠された無意識が語られる神話モデルは、患者が自分で解決を発見し行為化するソーシャルワークであり、非問題解決志向のソーシャルワークの可能性を持つ。ソーシャルワーカーは、その時、退院支援の煩雑さから一時期解放されるが、それは仕事の放棄ではなく、患者の求めであった。

レヴィ＝ストロースが最大の敬意を払う一人である言語学者のヤーコブソンは、「人が話すのは、聞いてもらうためだから」であり、「人が聞いてもらおうとつとめるのは、理解してもらうため」であり、そのために「多様な言語音を解釈し、分類し、境界画定しうるためには、音が負わされている意味を考慮しなければならない」と講義した(Jakobson 1976=1977: 49-50)。ソーシャルワーカーによる「語り」の介入の意義は、「話し手(患者:引用者注)の心理状態を反映する何かではなく、聞き手(ソーシャルワーカー:引用者注)の聴取能力に働きかけるものであり、しかもその機能が無意識の過程で果たされるという視点」(渡辺 1996: 90-92)にある。「面倒な患者群」は、ソーシャルワーカーの聴取能力に期待しているが、それはほぼ患者自身にさえ意識されていない。それゆえに難問にみえるのである。その聴取は、共感とは違う、他者への深い共感をもちつつ、直ちには彼らを理解する手立てがないというソーシャルワーカーの意志によって実践される。

補注

- 1 「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義注釈」では、「植民地主義の結果、西洋の理論や知識のみが評価され、地域・民族固有の知は、西洋の理論や知識によって過小評価され、軽視され、支配された」ことを反省し、「先住民たちも、その独自の価値観および知を作り出し、それらを伝達する様式によって、科学に対して計り知れない貢献をしてきた」ことを認めた。これにより、「西洋の支配の過程を止め、反転させようとする」(国際ソーシャルワーカー連盟 2014)。これを本稿では、患者の理解の視座に活用する。
- 2 橋本英樹(2014)によれば、患者世界の構造理解は、70年代に Grounded Theory 学派、80年代は人類学領域、90年代の米国医療人類学で発展した。その内容は、語られる内容よりも、語られた理由に研究関心が移行し、患者と医療者の関わりによって物語られるなど変容していった。
- 3 「体系に手が加わると、バラバラになり崩壊してしまう」(レヴィ＝ストロース 1979a:38)という説明に接し、臨床ソーシャルワーカーにとって、体系的である理論をそのまま実践することの困難性が理解できた。実践者は、無意識に理論を構造化してとらえ、体系を技術レベルに分解して別の体系に変換し、それぞれの場面で用いていると推測した。
- 4 構造主義の「神話分析」において重要なのは、複数の事例の関係を見て、「異なる種類、異なる型の次元の間に奥深い秘かな類似が存在し、ある次元が他の次元と照応するのはなぜかを説明する」(相違は類似である)ことである(レヴィ＝ストロース 1979b: 66)。それに対して一事例のみを扱う本稿の「神話分析」には限界があることを付記しておく。
- 5 患者Aは三人兄弟で、次兄は他界している。入所を検討した老人保健施設の多くは連絡が取れる家族の存在を入所の条件としており、「兄に電話をしても違う人にかかる」という疎遠な状況の患者は入所相談も困難となる。

- 6 『構造主義入門』(Fages 1968)によれば、構造には、第一次構造と第二次構造があり、構造分析は第二次構造を対象とする。第一次構造は、現実のなかで直接的に知覚することができる「もの」、「こと」、である。第二次構造は「直接的に識別し、説明できないもの」であり、これを解明するには、いくつかの人為的な検証を行う必要、すなわち〈再構成〉する必要がある。この応用分野は、「料理、服飾、映画、テレビジョン、情報と広告、神話、コント及び文学的物語、文学」の領域が示され、いずれも人間の広大な領域に属している。
- 7 「退院」の“discharge”のもとの意味は「(荷を)降ろす、(膿を)排出する」などである。「面倒な人を病院から出す」と意識できる。もう一つの「退院」は「去る」を使った“Leaving hospital”がある。本稿のキーワードとしては専門用語である前者を使った。
- 8 ここでの分析方法は、ヤーコプソンの言語学に倣う (Jakobson 1976)。ヤーコプソンの言語学における言語の分析手法では、第一に、区分された物から、表意的価値を担った最小の音要素を取り出す。第二に、関係と体系との最優位性に基づいて打ち立てられる音韻論の理論に接近する。ある音素の存在が、他の音素を喚起し、音素のあいだの対立的関連が、意味を異ならせることを可能にする第一義的価値である。第三に、音素を示差的要素に分裂すれば、新しい型の関連が得られる。

引用文献

- アンベッケン, O. R., 1993, 「記念講演 早期退院 包括的な見直しをもつことの必要性」『医療社会福祉研究』2 (1): 1-7.
- 荒井浩道, 2007, 「技法としてのナラティブ——ソーシャルワークへの応用に向けて」『駒沢社会科学研究』39: 1-26.
- 荒井浩道, 2014, 『ナラティブ・ソーシャルワーク——“〈支援〉しない支援”の方法』新泉社.
- 江口重幸・斎藤清二・野村直樹編, 2006, 『ナラティブと医療』金剛出版.
- Fages, Jean-Baptiste, 1968, *Comprendre le Structuralisme*, Toulouse: Edouard Privat. (=1972, 加藤晴久訳, 『構造主義入門』大修館書店).
- 橋本英樹, 2004, 「病世界の構造と医師との会話における表出」『保健医療社会学論集』(14)2: 19-25.
- 早川正祐, 2009, 「ナラティブ・セラピーとケア——当事者の物語の重視とは何か」『応用論理・哲学論集』(4): 83-97.
- 伊藤祥子・杉原陽子・菊地由生子ほか, 2000, 「退院援助を必要とする高齢者のスクリーニング——スクリーニング票の開発と評価」『医療社会福祉研究』9 (1): 4-9.
- Jakobson, Roman, 1976, *Six lecons sur le son et le sens*, Paris: Les Editions de Minuit. (=1977, 花輪光訳, 『音と意味についての六章』みすず書房).
- 上山崎悦代, 2010, 「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察——期待される役割と葛藤の検証」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』6: 67-81.
- 国際ソーシャルワーカー連盟, 2014, 「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義注釈」(2017年10月1日取得, <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2015/11/SW-Definition-Japanese-translation.pdf>).
- Lévi-Strauss, Claude, 1955, *Tristes tropiques*, (=1977) 2001, 川田順造訳『悲しき熱帯』中央公論新社).
- Lévi-Strauss, Claude, 1958, *Anthropologie Structurale*, Paris: Librairie Plon. (=1972, 荒川幾男・生松敬三・川田順造・佐々木明・田島節夫訳『構造人類学』みすず書房).
- Lévi-Strauss, Claude, 1958, « *La geste d'Asdiwal* », *Annuaire 1958-1959, L'Ecole pratique des hautes études*, 3-43. (=1974) 1993, 西澤文昭訳『アスディワル武勲詩』青土社).
- Lévi-Strauss, Claude, 1962, *La pensée sauvage*, Paris: Plon. (=1976, 大橋保夫訳『野生の思考』みすず書房).
- Lévi-Strauss, Claude, 1964-1971, *Les mythologiques*, Paris: Plon. (=2006-2010, 『神話論理』全5冊, みすず書房).
- レヴィ=ストロース, クロード, 三好郁郎訳, 1979a, 「構造主義再考」大橋保夫編『クロード・レヴィ=ストロース日本講演集 構造・神話・労働』みすず書房: 32-57.
- レヴィ=ストロース, クロード, 大橋寿美子訳, 1979b, 「神話とは何か」大橋保夫編『クロード・レヴィ=ストロース日本講演集 構造・神話・労働』みすず書房: 60-84.
- Malefijt, Annemarie De Waal, 1974, *Images of Man A History of Anthropological Thought*, distributed by Random House; 1st edition, New York: A.A. Knopf. (=1986 湯本和子翻訳『人間観の歴史』思索社).
- 松浦愛, 2010, 「退院援助における医療ソーシャルワーカーと看護師の関わり展開プロセス」『医療社会福祉研究』18: 33-42.
- 本杉亜里・北島英治・田中千枝子, 2008, 「高齢者の退院における家族の困難——多面的システムから捉えるアセスメントの視点」『医療社会福祉研究』(16): 25-34.
- 日本医療社会事業協会社会保険部急性期委員会, 2008, 「社会福祉士等の退院援助調査レポート及び追加資料」『医療と福祉』42 (1): 15.
- 大橋保夫, 1979, 「あとがき」大橋保夫編『クロード・レヴィ=ストロース日本講演集 構造・神話・労働』みすず書房: 177-188.
- 大沢たか子, 2010, 「地域医療連携を阻む診療報酬制度に関する検討——転院事例の実態から」『高知学園短期大学紀要』40: 1-10.

- 佐原まち子, 1997, 「医療における人間の尊厳——ソーシャルワーカーの立場から」『医療社会福祉研究』6 (1): 15-19.
- 杉崎千洋, 2006, 「病院における地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化——患者支援のための院内システムと院外ネットワークの構築・運用」『平成 16・17 年度科学研究費補助金国内調査研究報告書』: 3.
- 田嶋英行, 2010, 「ソーシャルワーク実践モデル相互の関係性の検討——実践モデルの混成活用を成立させるメタモデルの追究を通じて」『文京学院大学人間学部研究紀要』12: 21-39.
- 高山恵理子, 2000, 「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証——特定機能病院における「退院計画」援助の定着」『社会福祉学』41 (1): 99-109.
- 手島陸久編集代表, 退院計画研究会編, 1996, 『退院計画——病院と地域を結ぶ新しいシステム』中央法規出版.
- 渡辺公三, 1996, 「言語活動」『レヴィ = ストローズ——構造』講談社.
- 吉田雅子, 1999, 「退院支援に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査」『医療社会福祉研究』8 (1): 2-10.

Application of Structuralism Anthropology to Social Work: Understanding Talks of Troublesome Patients by a Myth Model

YANAGIDA Chihiro

Abstract:

Medical and welfare specialists tend to regard certain group of patients as “troublesome patients”, who do not fit to the conventional problem-solving approaches. This paper aims to find another way for social workers in hospital to understand these patients. It challenges to apply myth analysis of Claude Lévi-Strauss on talks of these “troublesome patients”, thus applying structuralism anthropology to social work. It analyzed the talk of a male patient, who had refused a specialist recommendation to go to a nursing home, but one day he was hospitalized, and he consented reluctantly to go to a nursing home. The result finds that he had the persistence not to give up a free life on the surface, and the logic of escape was hidden deeply. This means that logic could be found in the talk of “troublesome patient” by applying a myth analysis. A patient is understood by a myth model. In conclusion, the paper argues the possibility of problem-unsolving approach, that social workers find logic in “troublesome patients”.

Keywords: discharge planning, troublesome patients, indigenous knowledges, myth model, patient understanding

ソーシャルワークへの構造主義人類学の適用 ——神話モデルによる患者理解——

柳田 千尋

要旨:

医療および福祉の専門家は、特定の患者群を従来の問題解決アプローチに適合しない「面倒な患者」とみなす傾向がある。本稿では、病院のソーシャルワーカーがこれらの患者を理解するための別の方法を見つけることを目指す。そこで、レヴィ＝ストロースの神話分析をこれらの「面倒な患者」の話に適用することに挑戦する。構造主義人類学のソーシャルワークへの適用である。本稿では、老人ホームに行くという専門家の勧告を拒否していた患者の話进行分析するが、ある日、彼はそれにしぶしぶ同意した。分析の結果、彼は、表面的には、自由な生活を諦めない粘りを持っていた。そして、その底には「逃避」という論理が隠されていた。これは、「面倒な患者」の話に神話分析を導入することにより、論理を見つけることができることを意味している。患者は神話モデルで理解された。結論として、ソーシャルワーカーが「面倒な患者」の論理を見出すという問題解決の可能性があると主張している。