

〈鍵概念〉

受援力に関連する諸問題について

—災害支援からセルフケア支援まで—

宮本真巳

亀田医療大学

On issues related to support-accepting literacy
:from disaster volunteer activities to self-care support interventions

Masami Miyamoto

Kameda College of Health Sciences

I. はじめに

受援力は元来、消防用語や行政用語として限定的に用いられ、東日本大震災の直後から広く知られるようになった言葉で、被災地に対するボランティア支援の申し出を、被災地が受け入れて活用する力量を意味している。被災による打撃が大きかった自治体では、ボランティアの受け入れ体制が整わず、支援の申し入れを断らざるを得ない場合もあったという経緯を振り返る過程で、被災地の自治体関係者の中から被災時のマネジメント能力を高める必要があるとの問題意識が芽生えた。そして、地方が国を動かす形となって内閣府が「地域の『受援力』を高めるために」と題したパンフレットを作成して広報するに至り、受援力の概念に注目が集まった。

受援力という言葉が広く知れ渡るにつれて、受援力を発揮する主体を個人に見立てたらどうかとの提案が相次ぐようになった。さらに発想を広げれば、受援力は自治体と個人に限らずあらゆる集団や組織にとって必要な力であり、受援の中身も被災に限らずあらゆる活動や生活をめぐる困難にまで広がる。保健医療行動科学の立場から問題の焦点を絞れば、受援力とは、健康上の問題を抱えている個人が、問題解決に向けた支援を受け入れ活用する力ということになる。健康問題を抱えた当事者が受援力を発揮できるためには、いくつかの条件が必要と考えられ

るが、とりわけ保健医療の専門職による当事者支援のあり方が問われると考えられる。

本稿では、受援力という概念の健康行動における位置づけ、とりわけセルフケア概念との関連とともに、健康行動の主体である当事者と医療職との援助関係について検討を加え、さらにはこの言葉の導入が健康問題を抱えた人にとって有する意義の明確化を図る。

II. 健康行動をめぐる議論における人間関係論の希薄さ

健康行動は、医学系の健康科学諸領域に加え、社会学、心理学など広範囲の学問分野が重視する基本概念であり、「健康状態の回復、維持、増進という目的の達成にとって有益と判断される行動」として規定できよう。健康科学全般においては、健康行動そのものの有効性の評価に加え、健康行動への取り組みの持続や学習効果を促進する要因の明確化が焦点となる。

関連諸科学の領域も、早くから健康行動に関心を寄せてきた。社会学では、何をもって健康と見なすかに関する価値判断と、健康行動の有効性に関する事実判断の統合に向けて主体が下す意思決定に、社会的な要因がどのような影響を及ぼすかについての解明が焦点となる。また心理学では、健康行動をめぐる意思決定の過程における心の働きや、意思決定を行動に移し目標に向かわせる原動力としての動機づけのありようが焦点になる。

さらには、様々な領域で早くから重要性が指摘されていながら、ようやく近年になって本格的な議論への関心が高まっているのが、健康問題を抱える当事者と専門職の人間関係及びコミュニケーションというテーマである。なお、人間関係とコミュニケーションは、現象としてはほとんど重なっているが、人間関係は人間と人間の相互作用全般を含み、そのうちでコミュニケーションは言語を主としたシンボルを用いたメッセージのやりとりを意味する。

健康状態に問題を抱える当事者に対して、問題解決にとって望ましい健康行動について説明し実行を促すことは、医師に代表される専門職の重要な役割であることについては古くから指摘されていた。そして、健康行動が実行に移されるためには、専門職による正確な情報提供と説得力ある説明を当事者が納得する必要があるという意味合いで、専門職と当事者の人間関係とコミュニケーションの重要さが論じられてきた。ところが、医師がいくら正確な説明に努めても病状改善はもたらされず、結果的に患者は望ましい健康行動を実行していなかったと判明するケースが多いことがわかってきた。

例えば、生活習慣病の代表格である糖尿病の治療では、医師が患者に病状説明と共に運動療法や食事療法を勧めても長続きする患者は少なく、結果的に何年後かには多くの患者に症状が顕在化する。糖尿病以上に深刻な生活習慣病がアルコール依存症であり、大量飲酒に起因する身体疾患の治療を受けた際に、医師から節酒や断酒を指示されながら、実行に至らないままに生命危機や生活破綻に瀕する患者は少なくない。

医師による説明が正確であってもコミュニケーションの有効性は保障されないことは明白だが、正確に説明さえすれば患者に伝わるはずであるという思い込みは今も払拭されていない。どうやら今でも、保健医療の分野においては、医療者の役割を健康行動に関する情報提供と規範の提示に止め、健康行動の実行責任は患者に委ねるという暗黙の前提がある。すなわち、医療者と患者を対等な主体同士による対話と見なす人間関係論及びコミュニケーション論の基本的な前提についての理解は、保健医療の分野に十分浸透していないという実態がある。

Ⅲ. 援助関係論の系譜

健康行動という概念は、患者を健康問題の解決に取り組む主体と見なす反面、患者の自発的な行動を医療職が“要求する”という矛盾を含んでいる。一方で、医療福祉分野の援助者と被援助者の間には対等の人間関係が必要であるとの発想が、人間関係やコミュニケーションの理論や方法論と共に実践に組み込まれ始めたのは1940年代であった。第二次大戦中に治療共同体運動を試みたジョーンズ、同じ時期からの試みを1950年代に来談者中心療法として結実させた臨床心理学のロジャーズ、そしてロジャーズの方法を取り入れた看護学のペプロウと社会福祉学のバイステックが、それぞれの専門分野で先駆的な問題提起を行った。

日本では1960年代に入ると心理職がロジャーズの来談者中心療法を紹介し、1960年代後半には看護職がペプロウらの人間関係論を紹介して「看護婦—患者関係」という表記を用いた。1970年代前半に、援助関係という用語を日本で最初に用いたのは福祉職で、福祉的援助の提供者と被提供者は対等の相互主体であるとの主張を伴っていた。1980年代に入って、心理職、看護職はそれぞれに援助関係という言葉を使うようになったが、共通言語の自覚は3職種共に乏しかったようである。

一方、医師の場合、1980年代初頭、日本における医学史の先駆者である中川米造は、医師が技術者化しつつある状況に疑問を投げかけ、医師は治療者や科学者に加え援助者としての顔を持つ必要があるとの提言を行っているが、この提言が医師の間に浸透しているとは考えにくい。論者の経験を紹介すると、数年前に医学科の4年生を対象とした看護学の特別講義で援助関係論を紹介し、医師を援助職と思うかどうかをその理由と共に尋ねてみたことがある。全学生の三分之一を占めた女子学生の大半が医師も援助職であると思うと述べた一方で、男子学生の半数近くは医師が援助職かと問われると答えに躊躇うと述べていた。その理由の多くは、病変した個所を適切に除去する外科治療の場合、理論に裏付けられた技術の確かさが求められるので、治療者、科学者、技術者の実感はあるが援助者という自己規定はしっくりこないというものであった。

援助関係については、「援助が成立している人間関係」、あるいは「援助を成り立たせる人間関係」という規定が可能であろう。また、人間関係論の看護学への導入者として知られるペプロウは、援助者と患者の親密な人間関係は援助関係の成立条件であるが、患者が援助者により親密な関係を求め依存的となることを許容すれば、かえって援助関係は成立しにくくなると述べている。

ペプロウは、統合失調症の精神療法に初めて成功を収めた治療者として知られるサリヴァンを介して、精神分析的なニーズ論とミードの人間関係論を学び、さらにロジャーズからは、来談者中心療法の基本となる、患者自らによる感情の言語化を促進する技法を取り入れた。そして、患者が自らのニーズ理解を介して自立と成長を遂げる過程を導きながら、援助者自身も成長を目指すことが看護実践の目標であると考えた。

ロジャーズは、患者の生活歴と精神的苦悩の関連についての精神分析的な理解の治療的効果を疑問視し、患者の現在の心境への共感的理解に根ざす援助関係の形成を通じて、患者の成長を支援することを心理療法の目標に据えた。ロジャーズは、自らの生み出した技法の体系化を避けたが、共感、受容、自己一致の3原則に沿った援助関係作りと成長支援の重要性を自らの臨床実践によって示した人であり、ほぼ同時代のペプロウ、バーステックに加え、精神分析学者コフトにも影響を与えたとされている。

IV. 援助行動の概念規定—安全・安楽と自立・成長—

援助関係論の源流はロジャーズの来談者中心療法にあり、被援助者の成長や自立の支援を主要な目的としていることを確認した上で、受援力の位置づけを明確にするために、援助とは何かについてさらに検討を加えておきたい。

援助の一般的な定義は、「悪い状態からより良い状態への移行を助けること」である。心理学的には、他者を援助する行動は、他者のためにはなるが自己には不利益をもたらす利他的行動であると説明されることが多く、確かにそのような一面は否定できない。ただし、社会学的な枠組みからすると、援助行動は社会的な役割遂行の一種であり、援助者としてのアイデンティティを裏付ける根拠が得られるという利己

的な意味合いを持っている。援助職の実感に沿って考えても、援助行動は、その担い手に精神的な負担や消耗をもたらすことがある反面、充実感や生きがいを伴うという二面性を持っているといえよう。

援助関係論が援助の主要な目的とする成長と自立の援助に関しては、成長を促す援助の必要が明らかなのは未熟な場合、自立を促す援助については依存が過剰な場合といえる。ただし、健康状態の悪化が深刻な場合には、成長と自立の支援以上に、生存や安全の確保に向けた保護的な援助の必要性が高まる。深刻な事態とは言えず自力による対処が可能であっても、苦痛や困難が伴う場合には援助は必要である。

心身の健康状態が急速に悪化した状態を医学的には急性期と呼び、医療的な介入が必要と考えられてきた。看護領域では、急性症状に顕れた生命危機と、それに伴う患者の苦痛を回避するための援助を安全と安楽のニーズを満たすための看護と呼び習わしてきた。従って、安全と安楽は急性期に特徴的な援助目標と言えるのだが、看護教育では患者に安全と安楽をもたらすことこそが看護の基本であると強調され、自立と成長の促進に向けた看護は安全・安楽に比べると軽視されがちである。確かに、急性期患者に対しては、安全すなわち生命や予後についての危険防止と、安楽すなわち苦痛の解消に向けた処遇が必要となる。そのためには、患者が危険や苦痛を被らないように保護すること、患者が判断力を失って危険や苦痛を自ら増強しないように患者の行動を管理することが避けられない。しかし、急性期を脱し、回復期に入った患者に対してはどうだろうか。

患者に対する保護と管理は医療職にとって、患者の安全と安楽を保障する上で、時には不可避の働きかけに違いないが、自己決定の禁止ないし制限という対等性を脅かす人間関係であることは否めない。しかも歴史を振り返ると、感染症や精神病の場合を典型として、医療者による患者への保護と管理が患者よりも周囲の利害に傾き、不必要な範囲まで拡張されてきた経緯がある。その点を指して、福祉職とりわけ精神保健福祉の従事者たちは、医療職が疎かにしがちな患者の自己決定権擁護を自らの専門性の柱であると表明してきた。

この問題を整理して、医療職と福祉職のずれを埋

めるには、患者を含む関係者の間で、保護と管理に重点を置いた働きかけが遅延すれば、患者の自己決定権を奪うと共に回復を阻害するという認識を共有する必要がある。さらには、患者行動への一時的な保護・管理と自己決定の制限が許容されるための基準を明確化し、その基準に沿った評価と合意形成のシステムを確立することが喫緊の課題となっている。

V. 援助関係の成立に向けたコミュニケーション

援助関係について具体的な検討を加えるには、健康問題の当事者と援助者とのコミュニケーションについての徹視的な分析が必要となる。コミュニケーション論の先駆者と目されるミードは、「相互に相手の視点をとる」ことがコミュニケーションの成立条件であると述べている。メッセージを送る側は筋道の立った説明をしたつもりでも、相手がどのように聞いているかを視野に入れなければ、予期した通りには伝わらないというもったもなしの理屈である。しかし、ミードの指摘は決してコミュニケーションの常識とはならないまま、すでに100年が経過している。

ミードの指摘に沿って患者の視点をとろうと試みるだけでも、医療者の役割を説明責任に限定したのでは、患者が健康行動の意義を理解し実行に動機づけられるはずのないことがわかる。そして、患者が自分の健康問題をどのように認識し、何を期待しどのような不安を抱えながら、医療者と対面しているかを視野に入れなければ援助関係が成立しないことが実感されるはずである。医療者が患者の心情を思いやるだけでも、両者の相互作用はコミュニケーションらしさを増し、医療者の説明は患者にとって説得力が高まるはずであるが、相手の視点をとろうとする試みには限界がある。相手の視点をとるためには、相手が何を予期しているかを先取りしなくてはならないわけで、それはある程度は可能だが完璧に行うことは不可能に近いからである。

ミードの限界を補ったのは、ベイトソンによる「相手とのずれを埋める」ことによってこそコミュニケーションは成立するという指摘である。相手の視点をとるための努力が限界に達した時、相手とのずれと共にコミュニケーションの不成立を認めないわけにはいかなくなる。しかし、相手とは視点がずれていることが

わかれば、相手と自分とはどのような視野を共有し、どのような独自の視野を有しているのかを確認し合うことができる。こうして我々は、相手とのずれを確認するたびに、自分にはなかった視野を獲得し認識を拡大する機会、すなわち新たな学習の機会を得るというのがベイトソンの指摘の主旨である。

コミュニケーションの限界を、対話に秘められた可能性への信頼によって克服しようというベイトソンの提起は、ナラティブ・アプローチの代表格であるグーリシャンにも受け継がれている。納得のいかないことを見逃さず素朴な疑問を投げかけ合いながら率直な思いを表現し合うことを通じて、自分にはなかった視野を相手から吸収しながら、相手と共に物語を作っていくには、相手への敬意と対話への信頼が欠かせない。

ここで、コミュニケーション場面におけるずれについて、筆者自身がミードとベイトソンの提起を踏まえながら、コミュニケーション場面における内省過程を言語的な相互作用につなぐための方法論として提案してきている「異和感の対自化」に沿って論じておきたい。相手とのずれを突き詰めると、相手の態度や言動についての予期と、相手の示した実際の態度や言動との不一致に帰着する。そして、相手との不一致を察知した瞬間に生じてくる「しっくりこない」という実感を“異和感”と呼ぶことができる。

なお、異和感は誤用であり、正確な表記は違和感であるとの見方が今も根強いが、異和感の表記をあえて選ぶ識者も多く、近年では異和感も許容範囲であるとする国語辞典も増えてきている。違和感の表記は相手が間違っているという自己中心性の意味合いを帯びるのに対して、異和感は単に不一致が生じているという実感を意味するのでより公平な見方に通じ、ベイトソンの考え方に沿った表記であろう。どちらかの表記に統一するよりは、意味合いの違いに応じて表記を分けることが望ましいと考えることもできる。

援助関係を形成していくには、援助者と被援助者の双方が相手の言動によって触発された異和感を率直に投げ返し合うことを通じて、相手とのずれを埋めコミュニケーションを成立させていくという共同作業が必要である。具体的な手順としては、異和感が生じてきたことの察知、異和感を構成する不快な感情の識別、それぞれの感情の意味理解の順に内省を

深めながら、援助関係の継続と双方の視野拡大に向けて、状況に相応しい表現を投げ掛け合うという過程を共有することである。筆者はこの4段階からなる内省と表現の課程を感情活用と名付け、援助者と被援助者の双方が感情活用能力を高めていくことが、援助関係成立の条件であると考えている。

VI. セルフケアとその支援

援助関係論の視点から健康行動の概念を見直すに当たっては、セルフケア概念の推移について検討する必要がある。セルフケアは「健康問題の解決に向けた自己管理」を意味し、健康行動と重なるところの多い概念であるが、看護職が用い始めた概念であるだけに、患者が回復に向けて病状を自己管理するという意味合いが強い。

この概念が使われ始めた1970年代には、患者が医師や看護師の指示を遵守して自己管理を行なうと言う意味で、セルフケアの本質はコンプライアンスであるとされた。1980年代に入り、医療者と患者の話し合いに基づいて一貫した自己管理を行なうとの主旨で、アドヒアランスの重要性が指摘された。1990年代には、患者の自立と主体性を尊重したセルフケアとして、医療職と患者の対等な立場からの合意形成を重視したコンコーダンスの概念が提唱されている。

健康問題を抱える当事者の自立を考えるに当たっては、1980年代以降の社会状況の変化を視野に入れる必要がある。自立は元来、「他に従属せず、援助も受けず、自力で解決すること」という意味合いの言葉であり、健康問題に関して言えば、援助を受けずに自力で解決することを意味する。従って、自立の元来の意味からすると、健康問題における自立とは医療者の援助なしに自力で対処している状態のことであり、医療者による援助を受けながらセルフケアを行っている状態は自立ではないことになる。

しかし、1980年代に入り、社会学や社会福祉学の領域では、全身性障害者による自立生活運動を経て、自力による対処(=自己対処)だけではなく、自己決定に基づく援助希求も含めて自立であるという定義づけが受け入れられた。この新たな定義からすると、医療職による援助を前提としたセルフケアもまた健康問題における自立の構成要素であり、「健康問題を

抱える当事者による自己決定に基づく問題解決と自己管理」と定義し直すことができる。

援助希求行動は相談行動と重なるが、コンコーダンス概念を軸にして診療を行っているイギリスの医療機関では、毎日同じ時間帯を患者の相談を受けるための時間として確保しているという。すなわち、コンコーダンスには、健康問題の当事者に対するセルフケア支援を自立支援の意味合いを込めて行うことが含まれていると考えることができる。

VII. 援助希求行動から受援力へ

自立生活運動の提起によって、援助希求が自立への第一歩であることは明確になったが、健康問題をはじめとする生活上の困難を感じても、相談を実行に移すことを妨げる要因は少なくない。特に大きな障害となっているのは、自己責任概念への捉われである。

自己責任の文字通りの定義は、「自分の意思に基づく行為の結果として不利益を被った人が個人的に取るべき責任」ということになる。一見するととってもらしいこの概念は、不利益を被っている個人に対して、不利益は自己決定の結果であり、自力で処理すべきであるとして、社会的な救済策(=セーフティネット)の実行を回避するための正当化論理に利用されている。とりわけ、リスク社会の到来が告げられた1980年代半ば以降、科学技術とIT化の進行に伴う全世界規模の危険が不可避となり、しかもリスク対処を支える情報処理能力の格差が固定化しつつある。

こうした状況の中で情報弱者は不利益を被りやすく、しかも、自力による対処能力の弱さゆえに自己責任論を信じて、救済策による援助を受ける資格すらないと思いつく可能性が高いとされている。実際に、若くして失職し再就職が不調に終わってホームレスとなった人々の多くが、自己責任を理由に援助希求に消極的で、支援の申し出に応じないという。追い詰められながら自己責任だからと自ら援助を求めず、援助の申し出すら断る若きホームレスの態度は、決して例外的なものではない。これまでも、地域に孤立した高齢者、精神障害者、嗜癖患者の多くが同様の心境から援助を受けることを求めず、援助の申し出があっても受け入れに抵抗を示すうちに力尽きてきた。

すなわち、自立とは「他に従属せず、援助も受けず、

自力で解決すること」という古くからの発想は、自己責任論の装いを纏って説得力を増し、援助を受けないことによって自立心を捨てずに自尊感情を守ろうという姿勢を助長していると考えられる。自力による問題解決が困難な場合には、援助を求めても自立は損なわれないという自立生活運動の提起は、30年を経ても浸透しないままに自己責任論に覆い隠されつつあるかに見える。しかし、リスク社会の到来と共に増した社会的な救済措置を回避するための根拠として自己責任論が利用されていることと共に、援助希求が自立を妨げないばかりではなく、自己決定権と並ぶ人間としての権利であることが広く知られれば、現状を打開するための糸口にはなる。

そして今、受援力の重要性が内閣府によって承認されたことは、重要な契機となり得るのではないだろうか。現時点では、受援力は被災自治体が援助の支援を受け入れて活用する力に限定された用語となっている。しかし、多くの人々がほぼ同時に、病や貧困に起因する生活上の困難が深刻で、自力による対処が難しい上に何らかの理由によって援助を求めることができなくなっている人にとってこそ、受援力が大切であると気づいたという事実には、重要な意味があると考えられる。

援助を受けることによって自尊感情が傷つくと思ってしまうのは、社会的な紐帯を感じられないからであり、多くの人をそう実感させてしまうのは、リスク社会の到来によってデュルケームの言う秩序と規範なきアノミー社会の進行が促進されたためであろう。しかし、援助を受けた体験の安堵感と心地よさを味わうことができれば、それが人間への信頼、コミュニティへの信頼から、社会的な紐帯の再編へとつながっていく可能性がある。

とりわけ、保健医療の領域は、援助関係の形成を通じて大きな社会的な影響力を発揮する可能性を秘めている。他者への信頼感がどんなに希薄な社会でも、心身の苦痛解消を助けてくれた医療者に対する信頼は増しこそすれなくなりはない。無償の善意や好意が信じられない人々が増え、実際にその思わせる事実もないわけではないが、裏切られるのではないかという不安からくる疑心暗鬼が、ことさらに不信感を募らせる場合があるのも事実である。医療場面

では、医療者が患者からの期待に添えない場合もあり、裏切られたと感じた患者や家族に責められた体験が、医療職を委縮させ燃え尽きさせることもある。

援助関係の展開をめぐっては、課題が山積してはいるものの、打撃を受け心身共に弱って自力による問題解決力が落ちて、援助を受けることは自立への第一歩であり少しも恥ではないことの周知は極めて重要である。さらには、体力・気力が低下した人は、パワフルだった時の基準に縛られることによって、ことさらに意気消沈し自信喪失に陥りやすいと心得ておくことも援助実践に役立つであろう。

その意味でも、受援力の概念には、援助を受けたら自立ではないという誤解や自己責任論による呪縛から援助者と被援助者の双方を解き放つ潜在力がある。認知症が痴呆と呼ばれていた時代に赤瀬川源平が、人々に忘れかけていた老人への敬意を思い起こさせると共に、自らの老いへの不安を和らげてくれた老人力という言葉のように。

文献

- 1) 神谷秀之, 桜井誠一:自治体連携と受援力, 個人の友社, 東京, 2013
- 2) 内閣府 (防災担当):地域の【受援力】を高めるために, 東京, 2013
- 3) 吉田穂波:「時間がない」から, なんでもできる, サンマーク出版, 東京, 2013
- 4) NHK クローズアップ現代取材班:助けてと言えない, 文藝春秋, 東京, 2010
- 5) 官本真巳:ペプロウの援助関係論からナラティブ・アプローチへ, 精神科看護, 42:4:28-37, 2015
- 6) 官本真巳:セルフケアを援助する, 日本看護協会出版会, 東京, 1996
- 7) 赤瀬川源平:老人力, 筑摩書房, 東京, 1998