

[共同研究：社会福祉方法論の研究]

ソーシャルワーク実践の方法と課題

岩 田 泰 夫*

目 次

はじめに	6章 ソーシャルワーカーの課題
1章 精神保健法を中心とするわが国の施策の動向	7章 ソーシャルワーク関係の形成
2章 ソーシャルワークの対象	8章 生活上の問題に応じた介入期間の設定
3章 ソーシャルワークの機能	9章 援助モデルの選択と適用
4章 ソーシャルワークの構成	10章 ソーシャルワーク実践の原理と原則
5章 ソーシャルワーカーの役割	おわりに

はじめに

同じ障害者のソーシャルワーク実践と言っても、精神障害を持つ人々のソーシャルワーク実践は、身体障害を持つ人々や知的障害を持つ人々のソーシャルワーク実践とは大きく異なっている。大まかに言えば、精神障害を持つ人々の場合には、一つには精神障害が疾病と共存する障害であるという特徴があり、第2には、障害の問題としてではなく疾病の問題として考えられ、医療を中心とした施策が展開され、社会福祉制度の整備がなされてこなかったという歴史がある。

しかしながら、近年の国際的な動向、精神障害を持つ人および家族、そして精神科領域で働くソーシャルワーカーなどの専門職の運動によって1988年に精神衛生法が精神保健法に改定され、さらに1993年6月に精神保健法が一部改定され、社会復帰施設とグループホームなどが制度化された。また、障害者基本法や地域保健法も既に改定されている。そして1995年5月には「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」が成立したのである。

さて、ここでは、精神障害を持つ人々などの

現状を踏まえつつ、ソーシャルワークの対象と機能と、ソーシャルワーク実践の原理・原則、ソーシャルワーカーの役割や課題などについて検討する。

なお、ここで述べる精神障害とは、精神分裂病を中心とする精神障害であることをお断りしておく。

1章 精神保健法を中心とするわが国の施策の動向

ここにきて次々と精神障害を持つ人々にかかわる法律が改定されている。

「精神保健法」が1995年5月12日に「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」に改定された。既に、「心身障害者対策基本法」は1993年12月に「障害者基本法」に改定されている。また、「保健所法」は1994年7月に「地域保健法」に改定されている。

最近の精神障害を持つ人々にかかわる法律の一連の改定をみると、これらの改定がきわめてゆっくりとしたもので失望させられるが、また法律の主旨を実現するための「財源」と「人」の確保の点で不備がみられるが、大きな流れとしては、以下のような方向にある。まず第1点は医療とともに生活を支える地域福祉の

*本学社会学部

進展であり、第2点は市町村の役割の重視であり、第3点は精神障害をもつ人々を市民としてとらえる視点であり、第4点は精神障害を持つ人々の利用者（CONSUMER）としての登場である。

1. 今回の精神保健法の改定の概略

今回の法律の改定の主要な点は、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」に名称を変えた点に象徴されるが、その象徴される名称に込められた内容を備えているかという点、これはまたはなはだ不十分であると言えよう。以下、主たる改定の内容を示しておこう。

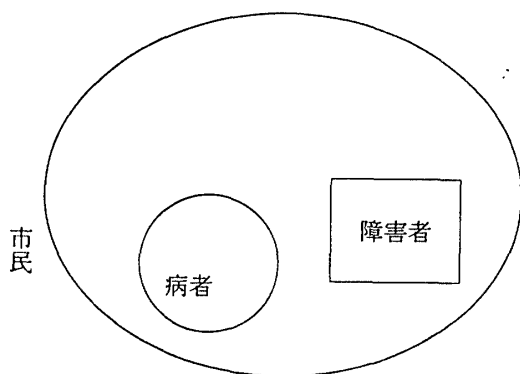
- ①障害者手帳の創設
- ②職親制度の法内事業化

グループホームなどに続いて法律化された意味は重要である。次は、何が法内事業となるであろうか。そして、これらがいつれ「精神障害をもつ人々の福祉法」を創設する力になっていくと思われる。

- ③公費負担医療の変更
- ④市町村の役割の明示

ここ数年の精神保健法の改定によって、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」は、

図1 市民としてとらえる視点



精神障害をもつ人などは、病気をもつ人であり、また同時に障害をもつ人でもあり、そしてそのような病気や障害をもちつつ生きている市民（生活者）である」と定義してきたのである。それを示したのが図1である。この図1では、市民の中に病人や障害者が市民の一部として含まれていることを示している。そのように認識して、精神障害をもつ人々には、①医療と、②社会復帰のための訓練とともに、③社会参加していくためのサービスをさらに提供しようとしている。生活を支えるグループホームなどは既に創設されているが、それに加えて生活の中で利用する交通などの各種の利用料金を割引というものである。

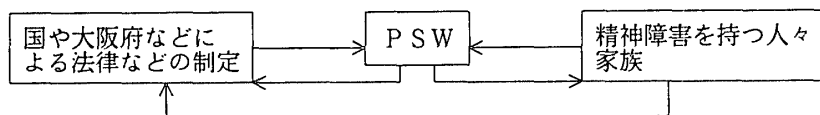
2. 精神障害をもつ人々にかかわる法待の改定の歴史の概観

それでは、精神障害をもつ人々にかかわる法律はどのように改定されてきたのであろうか。

ここでは、精神障害をもつ人々にかかわる法律の改定の歴史をいくつかの角度からみていきましょう¹⁾²⁾。

ご承知のように、法律が改定されるということは、精神障害をもつ人々に対する定義が変更されたということである。精神障害をもつ人々に対する定義の変更によって、制度が改変され、組織やサービス、財源などが新しく生まれ整備される。それによって、例えば、精神保健福祉士が誕生し、サービスを推進する。精神障害をもつ人々および家族は、それらの精神保健福祉士（PSW）やサービスを活用することになる。また、新しい法律の規定にしたがった責任をはたすことになる。例えば、家族は保護者としての責任をになう。それらを示したのが図2である。

図2 精神保健法などの制定と精神障害をもつ人々などの相互作用



1) 厚生省保健医療局精神保健課『我が国の精神保健』
 2) 大島巖他編『精神保健福祉への展開』ミネルヴァ書房, 1983年

このように精神障害を持つ人々にかかわる法律が改定されると、それによって精神障害をもつ人々などの生活と病気をめぐる状況は大きく変わる。

そこで、ここでは、精神障害を持つ人々および家族を援助するソーシャルワーク実践の方法と課題を検討する観点から精神障害をもつ人々にかかわる法律が、精神障害を持つ人達や家族の人々の病気や障害、生活の回復にとって、あるいはまた精神障害を持つ人々と家族との関係にどのような影響を与えてきたのかをみてみることにする。

まず、精神障害を持つ人々に対する施策の主要な変遷を概観してみよう。

A) 入院中心主義から在宅福祉、そして地域福祉に向けた動向

1) 医療の時代

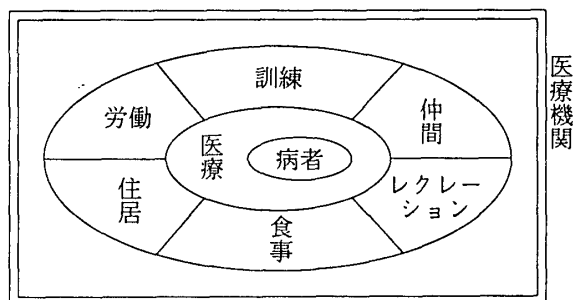
1950（昭和25）年の精神衛生法の成立で、精神障害は医療の対象とみなされ、そして1965（昭和40）年の精神衛生法の改定によって通院医療費などの公費負担制度などが制度化され、ゆっくりとしたスピードで今なお進行中ではあるが、この時から医療の内容と整備に向けた歩みが具体的に始まったのである。

ここでは、精神障害を持つ人々は、病人さんとして定義されている。（図3）

2) 在宅福祉の時代

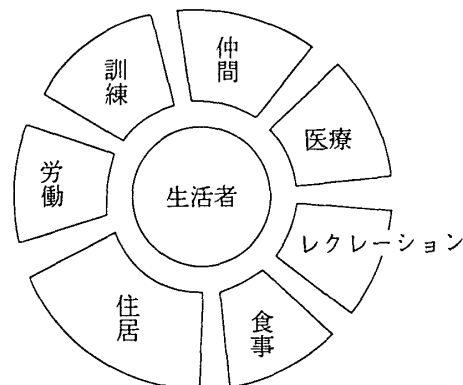
精神保健法が1987（昭和62）年に改定されて（1988（昭和63）年に施行）、授産施設や援護寮

図3 病院での生活



病院では、病気を軸にして、病気を治すために住居や食事、人、レクリエーション、労働、訓練、仲間、医療などの多くの生活が整えられ、また「ケースマネージメント（管理）」されている。生活は医療機関の中で閉じられているのである。

図4 地域での生活



それに対して、地域では、生活を軸にして、生活のための住居、食事、人間、レクリエーション、労働、医療などを整えるのである。それもクライアントの生活者としてのニーズに基づくクライアントの決定によって、ケースマネージメントされるのである。しかも、生活は地域の中で開かれている。

などの社会復帰施設が第2種社会事業として定められ、そしてさらに1993（平成5）年に改定がなされて、生活を支えるグループホームが法内事業として定められ、在宅福祉の時代を迎える。（図4）

ここでは、精神障害を持つ人々は、障害者として定義され、社会復帰のための訓練の対象とされた。したがって、障害を改善するための訓練が整備されたのである。また同時に、生活を支援するグループホームも用意され、地域福祉に向けた歩みもはじまった。

3) 地域福祉の時代

今回の法律の改定では「地域福祉の時代」が強く期待されたのだが、「地域福祉の時代」には至らなかった。

そのうちに、その人がそのままの、ありのままの私で、ありのままの状態生活していけるような地域社会と、そのような生活を支えてくれる地域社会が形成される時代を迎えることであろう。「単に地域で生活する」のではなくて、「地域が人々の生活を支える」時代、地域福祉の時代の登場を迎えたいものである。

次に、精神保健法を中心とする施策の変遷が精神障害を持つ人々およびその家族の病気と生活にどのような影響を与えたのかを概観してみよう。

図5 第1段階

B) 精神障害を持つ人々にとって

精神障害を持つ人々にとって意義の深い法律は、1987（昭和62）年に「任意入院」の入院制度が生まれ、精神障害を持つ人々の主体性を尊重したことである。そして、今回、いろいろな問題を含んでいるが、「障害者手帳の制度」の創設は精神障害をもつ人々を精神障害にかかわる制度の「利用者」にしようとしたことを示し、意義が深い。当然のこととは言え、障害者手帳を申請するかどうかは精神障害を持つ人々にまかせられているし、しかも障害者手帳を利用するかどうかも任されている。今になってやっと精神障害を持つ人々を「一人前」の市民として認めてきたといえよう。今までは、サービスの利用者である精神障害を持つ人ではなく医師や家族などの関係者がサービスの利用にかかわる権限を有していたが、それらとともに精神障害を持つ人々をサービスを利用する権限を持つ人とみなしたのである。



ある。

なお、このことは、何10年も前から家族や家族会は知っていたことである。家族は悩み苦しんでいるからこそ家族会を結成したのである。

D) 精神障害を持つ人々と家族との関係

精神障害を持つ人々と家族との関係の変遷に関しては、次のように幾つかの段階に分けられる。

第1の段階は、「自分たち家族だけでなんとかするしかなかった時代」である。家族の人々は、精神障害を持つ人々に対してあらゆる責任をになっていた時代である。（図5）

第2の段階は、「医療などの資源が提供されたが、家族が主たる責任をになった時代」である。病院が創設されて、精神障害を持つ人々を支えるのは、家族と医療となった。それでも、医療は、家族に責任をおわせた。精神障害を持つ人が退院あるいは社会復帰するということは、家族のもとに帰るという意味であった。すべてが家族に期待されていたのである。したがって、社会と言えば、家族のことであった。

また、病院に入院するかどうかも家族にとっての資源であり、精神障害を持つ人々の資源ではなかったようである。病院への入院や退院の権限は家族にあったのである。（図6）

C) 家族にとって

家族にとって、意味のある法律の改定は、1993（平成5）年の法律の改定である。この法律の改定によって家族は「保護義務者」から「保護者」となり、精神障害にかかわる家族相談にのってもらえるようになったのである。

家族に対する定義が新しくなったのである。家族は、精神障害を持つ人々の病気の治療と社会復帰などを援助する協力者だけではなく、精神障害を持つ人々とともに暮らすことによって悩み苦しむクライアントであり、サービスの受け手としての立場でもあると認識されたので

図6 第2段階

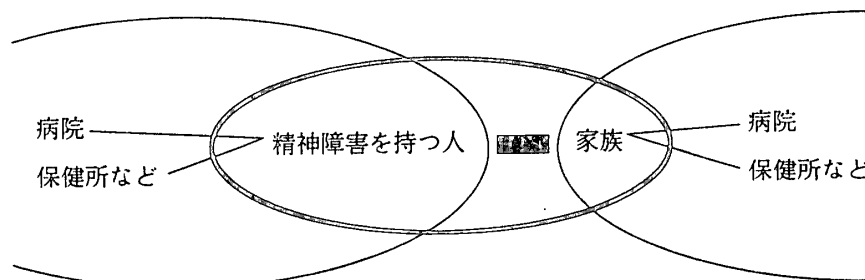


図7 第3段階

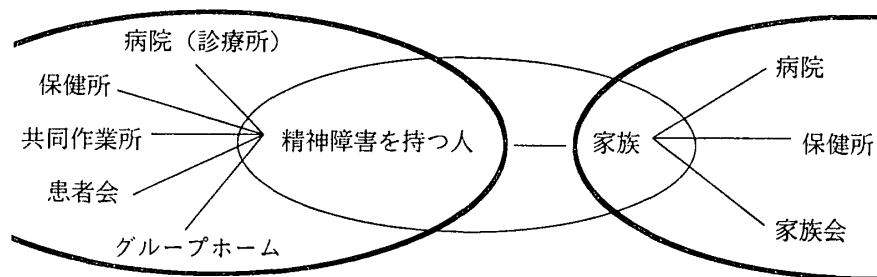
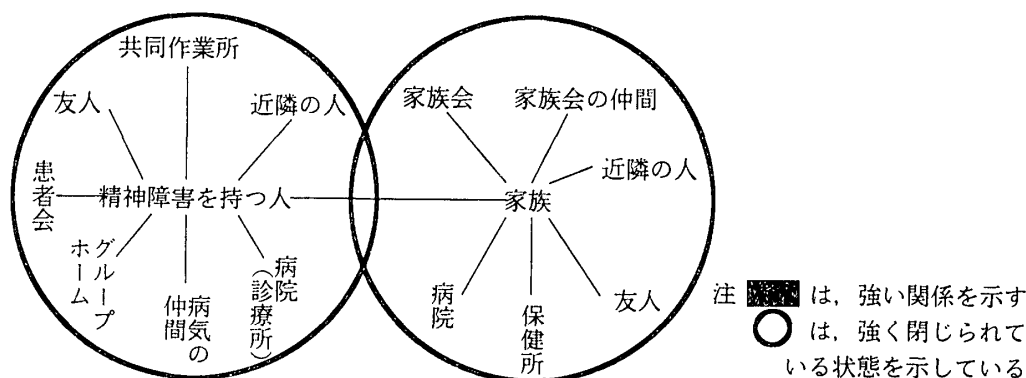


図8 第4段階



この段階では、精神障害を持つ人々は自己決定能力を持つ一人前の市民とはみなされず、家族は大きな負担を負わされて、なおかつ家族関係はゆがめられたのである。

第3の段階は、「家族の責任として家族の中に閉じ込められていた問題が社会的に開かれる機会となるとともに、それぞれが主体的に生きられる方向に向かい始めている時代」である。共同作業所などが生まれて、家族と精神障害の人々にとっても資源となったのである。生活に密着した資源である。(図7)

この展開がきわめて大切で、家族の立場および枠組みが転換された局面である。言ってみれば、手のひらが裏から表にかわるかのように転換される局面である。

第4の段階は、「精神障害を持つ人々も家族もそれぞれがそれぞれに生きられる」時代である。精神障害を持つ人々は家族から自立し、家族は精神障害を持つ人々を保護しなくてよくなり、家族も家族なりの人生を歩んでいけるような時代である。今、私たちが向かっている時代である。(図8)

3. 精神障害に対する家族の対処

今、日本という国の精神障害に対する処遇の歴史を概観してきた。

実は、これは、我が国の処遇の歴史ばかりではなくて、家族の精神障害者に対する対処の個人史でもある。

そこで、精神障害を持つ人々に対する家族の対処の過程を簡単にみてみることにしよう。

まず第1段階で、家族は自分たちだけで何とかしようとする。そして、家族だけではなんとかならないことを知る。今までの家族の対処方法では対処できないことを知る。

そこで、第2の段階を迎える。これは病気であり、医療にすぎるしか方法がないと考え、医療を利用する。しかしながら、病気の治療には医療が有効であったが、障害や生活の回復には医療だけではどうにもならないことを知る。

そこで、第3の段階となる。グループホームや共同作業所なども利用する。そこで、家族は家族なりに家族ができることをしようとする。今までのように精神障害を持つ人のために責任をとるのではなくて、精神障害を持つ人に対して責任をとろうとする。精神障害を持つ人の間

題の何もかもに責任をもつのではなくて、家族は家族ができることをすればよいと確信し、そのように自分を位置付けられるようになる。

こうして、第4段階として、精神障害を持つ人はその人なりにやればよいというように考える。家族は、自分たちが抱え込まないで社会と一緒にあって精神障害を持つ人々を支援できるようにする。

このように、我が国の精神障害をめぐる処遇の歴史と家族の精神障害に対する処遇の個人史をみていくと、国と家族の対処の歴史が同じような過程を辿っているのがわかる。

どうも国の制度や方法論の発展の歴史も個人の対処の発展の歴史も同じように展開されるようである。今ここで述べようとするソーシャルワークに関してもまたそうである。ソーシャルワークでは、まず最初にケースワークが誕生した。そして、グループワーク、コミュニティワークへと続いてきたのである。それに対して個人としてのソーシャルワーカーをみると、多くの人々は、ケースワークを中心としたソーシャルワークを実践し、そしてケースワークの限界を知り、グループワークを、そしてコミュニティワークを実践するようになる。ここでもまた個人の対処方法の歴史と方法論の発展の歴史は同じように展開されているのである。

2章 ソーシャルワークの対象

ここで、上記のような医療福祉状況の中で生活している精神障害を持つ人々の生活上の問題を定めてみよう。これはまた、生活に焦点づけてソーシャルワークの対象となる精神障害を持つ人々の問題を定義することを意味する。

精神障害は、精神障害を持つ人々とその生活にさまざまな広くて深い生活上の問題を生じさせる。これを「生活の障害」とする。生活の障害は、精神障害を持つ人々と社会を含む環境との相互作用として展開される生活の局面において生起し形成される生活上の問題を示している。

なお、ここでいう環境には、友人などの精神的環境、社会制度的環境、物理的な人工環境、

自然的環境などが含まれる。

生活の障害は、「社会生活上の困難さ」であり、以下に示される13の項目（要素）に分類される。

1) 社会的な自己の位置づけと統合の問題

これには、次の2点が含まれる。第1点は、精神障害を自己にどのように統合していくのか、という問題である。精神障害をどのように受け止め引き受けていくのかにかかわる問題である。第2点は、精神障害を持つ自己をどのように社会的に位置づけて、自己のアイデンティティを（再）確立するのかにかかわる問題である。自分は、どのようなものに価値を置き、何のために生きていくのかという「自分（私）探し」の問題である。

2) 生活の感覚や常識などの問題

生活についての感覚や常識、価値（観）の獲得などの問題である。「朝食はパンである」「夕食は6時」「おかずは何品」「掃除は1日に1回」「風呂は毎日」などは、自分の生活の感覚や常識によって決められている。「書籍にはいくらでもお金をかける」「人との出会いを大切ににする」などは自分が大切にしている価値（観）によって決められている。

これらは、通常、毎日の生活体験によって身についていくものである。ところが、精神病院や施設などに長期に入院したり入所していると、「社会の常識」とは異なった「病院や施設などの常識や感覚」が身についてしまう。例えば、「夕食は5時」「廊下を下着姿のまままで歩いてもOK」などなどである。金銭感覚なども薄れてしまう。

3) 主体性の問題

生活の主体者として自分の人生を選択したり、自己決定していくことである。これは、人格の統合性にもかかわる問題でもある。自己決定していく力や選択する力などが関係する。自信や馴れ親しんでいるなどにもかかわる自分らしく生きていく力である。また、同時に選択の対象となるメニューが十分にあるのかどうかにかかわる。メニューが少なすぎるとニーズに適う選択ができないという問題が生じるし、メニュー

が多すぎるとメニューをまとめあげて選ばないという問題が起こる。さらに、それらのメニューに関する情報が十分に提供されているのかなどにもかかわる問題である。

4) 生活管理・設計能力の問題

自分の価値観などにもとづいて生活を組み立て、生活スタイルを選び、生活時間やお金の使い方を決めていく上での問題である。

生活条件を勘案し、長期的な展望を持ちつつ、当面の生活課題を定め、生活を解釈し、生活を形成し、生活を管理し、生活を設計していく上での問題である。

例えば、ピアニストになるためにピアノを習うなどである。

5) <病気—健康>の管理の問題

この問題には、二つのレベルがある。第1は、医療的管理である。通院したり、服薬したり、医師の指示を守ることである。第2は、生活レベルでの病気と健康の工夫と対策などである。病気や健康を察知する力や、食生活の管理などである。

6) 社会生活能力の問題

体力や金銭管理能力、身辺管理能力および一般的な社会資源の活用能力などの問題である。

この力は、社会の変化や社会資源の創設や配置などによってその必要性が変化するという特徴がある。例えば、外食産業などの誕生によって、食事をつくる能力は、必ずしも必要ではなくなっている。またスーパーなどの誕生によって、買い物に必要とされる能力もずいぶんと変化している。お金の計算は、レジがしてくれるし、店員と言葉を交わすこともしなくて済むようになってきている。

7) 生活上の問題に対する対処の問題

生活上の問題に対処していくための対処にかかわる問題である。生活上の問題を明確化し、定義する。生活上の問題を分類したり、細分化したり、時には共通化したり、普遍化する能力などにかかわる。その上で、生活上の問題対処の課題を定める能力が必要とされる。また、ワーカビリティや社会資源を活用していく能力にかかわる問題である。

8) 社会生活技能の問題

どのような技能や資格、特技、趣味などをどの程度有しているのかなどにかかわる問題である。

なお、この社会生活技能などによって対人関係を広げ、生活を拡大していくことができる。趣味を通して人と知り合いネットワークを広げていくなどである。

9) 社会的キャリアの問題

学歴や職歴などの社会的なキャリアに加えて、年齢や性別などがどうかという問題である。

これらは、社会的な場で重要な意味を持っている。例えば、年齢や学歴によって求職の範囲が決められる。しかも、これは、マッチングの問題なのである。高い学歴が有利で、低い学歴が不利なのではなく、またそれを問題にするのではなく、その学歴にマッチングする職場に限定されるということが問題にされるのである。

10) 生活関係の形成と維持の問題

生活にかかわるものや人との関係の形成と維持にかかわる問題である。ここで言うものには、グループ、家や部屋、制度、組織なども含まれる。

11) 生活の場での関係性の問題

家庭や職場、学校、近隣などを含む人やものとの生活関係の関係性がどうかという問題である。第1は、生活における関係性が「弱い」「少ない」というような問題である。第2には、生活関係の関係のパターンがどうかという問題である。例えば、人はそれぞれ依存関係や支配関係、上下関係、不安定な関係などの関係のパターンを持っている。私たちは、どのような関係をもつことに心地良く慣れ親しんでいるのかなどである。それは、また私たちの関係を取り結ぶ傾向を言う。

12) 精神的生活基盤の問題

家族や友人、近隣、仲間などの有無などのソーシャルサポートシステムに関連する問題である。

これは、次の3つに分類することが現実的であろう。まず第1が、家族である。第2が、友人や近隣などの自然なソーシャルサポートシス

テムであり、第3が、教師や医師などによる専門職のソーシャルサポートシステムである。

社会生活技能などと同じように、ソーシャルサポートシステムによって生活は展開される。対人関係を媒介にして生活の場を広げ、生活を切り開き、展開していくのである。

13) 物的生活基盤の問題

住居や財産、職業などの活動の場、収入などがどうなのかという問題である。

これも、2つに分類することができる。ひとつは、住居や財産のような固定的な物的基盤と、職場や収入などのような流動的な物的基盤である。

上記の生活の障害において、1)から13)に向けては、個人の属性とも言えるものから個人の状況を規定する環境（社会）に向かっている。それも、個人の尊厳性にかかわる主体性を中核として環境へと広がっている。つまり、個人の属性に関するものが1)から9)までの項目であり、個人と環境との相互関係にかかわるものが10) 11) であり、環境にかかわる項目が12) と13) である。

生活の障害は、上記の要素に分類でき、それぞれは独立して存在しているが、しかしながらそれぞれの項目は相互に関連し、それぞれは分かち難く存在し、全体としてひとつの生活の障害を統一的に構成していることを認識しておく必要がある。

例えば、今、Aさんは、精神障害などのために社会生活能力を低下させているとしよう。Aさんの社会生活能力の低さが、職業能力などを低くさせたり、対人関係の形成力などを弱めているのである。そして、Aさんは、対人関係を形成できにくいので仲間を得られにくく、またそのためにコネがなくて仕事もみつけにくい。そして、仕事がないと職場で仲間や友人を確保できないし、仲間づきあいの練習もできずますます対人関係の形成能力を低下させてしまう。また収入もないのでレクレーションを楽しんだり、生活の目標に応じて生活課題を定め、それに取り組むこともできにくい。そして生活の場の拡大と財産の蓄積や住居の確保などの物的生

活基盤の蓄積と拡大も困難になるのである。

このように、個々の生活の要素における生活の障害が相互に関連し、多様な生活の障害を形成し、全体としての生活の障害を形成する。また同時に、全体としての生活の障害が、個々の生活の要素における生活の障害を生み出し、影響を与え、生活の障害を形成するのである。

また、個々の13の項目の生活の障害においても、個人と環境としての社会との相互作用の中で生活の障害という問題が生まれ形成されるとい認識が重要である。したがって、4章で述べるように個人と環境との相互作用の局面に介入することが重要である。相互作用の局面に焦点を当てて、そこから個人と環境の両方向への介入が必要とされる。例えば、通常の雇用につくことができにくい精神障害者のAさんの場合には、職場での就労に焦点を当てて、「就労」をどう実現させるかに視点を置いた就労訓練などによる個人の就労能力の育成とともに、雇用制度などの就労条件の整備が必要とされる。

3章 ソーシャルワークの機能

ここでは、精神障害を持つ人々の生活上の問題に対するソーシャルワークの機能をみてみよう。以下は、ソーシャルワークの機能を列記したものである。

1) 社会生活能力の維持や開発、育成、強化などに関する機能

以下は、社会生活能力の強化や改善などに関する問題とその援助である。

- ①医療や社会教育などの活用能力の育成や強化と、そのための資源の整備
- ②グループワークなどによる社会生活能力の開発や育成、強化
- ③生活ホームや授産施設などにおける基本的な社会生活能力の保護や育成など

2) 生活の主体的な展開に関する機能

生活者によって生活は主体的に展開される。自分を実現するために生活を営み、そしてそこから新たなニーズを開発し、新しい生活を展開する。

以下は、このような生活の主体化に関する問題と援助である。

- ①生活の目的や価値観などの形成と設定
- ②自己決定能力の育成
- ③価値観などに基づく生活スタイルの形成と確立
- ④自己決定できるためのお金や時間などの生活条件の確保など
- ⑤生活分野間の関係の調整と改善
- ⑥選択メニューなどの社会資源の開発

3) 生活の拡大と展開に関する機能

これには、レクリエーション活動や共同作業所などでの活動の場の提供と、それによる生活の拡大への援助などが含まれる。

生活を展開していく方法には、2つの方法がある。1つは、人間関係の形成能力に基づいて人間関係を拡大し、生活を展開していく方法である。今1つは、趣味や特技などに基づいて生活を展開していく方法である。

これには、社会資源の開発とともに、生活者の人間関係の形成能力の育成、趣味や特技などの開発と養成などの援助が含まれる。

4) 生活関係の形成と改善に関する機能

人やもの、近隣などとの生活に関する関係の形成と維持、修復、発展、そしてそれらによる生活を支える相互援助とソーシャルサポートシステムの形成と強化などへの援助である。これにはまた、ソーシャルサポートシステムの形成と育成の場の整備と、ソーシャルサポートシステムを形成する力の育成などに関する援助が含まれる。

5) 生活の保護に関する機能

現在のところ、生活の保護の機能は、家族を中心としてなされている。したがって生活の保護機能は、ソーシャルワークにおいては、家族の補完や代理などの援助が中心となっている。援護寮や共同ホームなどの生活施設とそれに関連する諸サービスによって生活の保護機能がなされている。

①生活の補完機能

ホームヘルプサービスやショートステイサービス、給食サービスなどの活用と整備

②生活の保護機能の代理・代替機能

医療機関や生活関連施設などへの入院や入所の利用と整備など

6) 生活の支援機能

心理的なサポートなどの生活への側面的な支援の機能である。

- ①心理的なサポートの機能
- ②生活相談や訪問などによる相談
- ③生活における物的な支援機能

日常生活用具の提供と、サロンやいこいの場などの利用

7) 生活基盤の整備

住宅や雇用、教育、所得、生活保障、医療保障などの生活条件の活用および整備などの援助である。

4章 ソーシャルワークの構成

ソーシャルワークは、直接援助技術と間接援助技術によって構成されている。直接援助技術は、クライアントに直接にかかわる援助技術で、①ソーシャルケースワークと②ソーシャルグループワークの2つの援助技術で構成されている。

それに対して間接援助技術は、①障害者などの生活を支える地域を対象にするコミュニティワークと②地域のニーズなどをリサーチする社会福祉調査法、③社会資源の開発と整備をになうソーシャルアクション、④社会福祉の運営管理をになうアドミニストレーション、⑤社会福祉計画法などによって構成されている。これらの間接援助技術は、社会福祉機関や地域の活動と目的などを定めたり、計画したり、そしてそれらの機能と役割を強化することに加えて、直接援助技術の条件の整備にかかわる援助技術であると言えよう。

さて、これらの直接援助技術や間接援助技術は、相互に関連し合い、また相互に補い合ってひとつの全体としてのソーシャルワークを構成している。したがって、上記の援助技術のどれか一つが欠けてもソーシャルワークはソーシャルワークでなくなるのである。

それぞれの援助技術は、次の2点で相互に補

い合っている。第1点は、クライアントの生活上の問題の対処において、である。第2点は、それぞれの援助技術を相互に補い合って支援し合う点において、である。

以下、今少しこれらについて検討してみよう。

1. 生活上の問題の対処における相互支援

多くの場合、広範囲で重層的な生活上の問題に対しては、ケースワークやグループワーク、コミュニティワークなどの幾つかのソーシャルワークの方法が相互に協同して対処している。

今ここで、事例をあげて具体的に検討してみよう。

図9は、ソーシャルワークにおける援助のアプローチを示している。個人と環境の相互作用の局面である生活に焦点を当てた介入を示している。図10と対比すると、生活に焦点を当てた介入をよりよく理解することができる。

図9 ソーシャルワークの介入のアプローチ

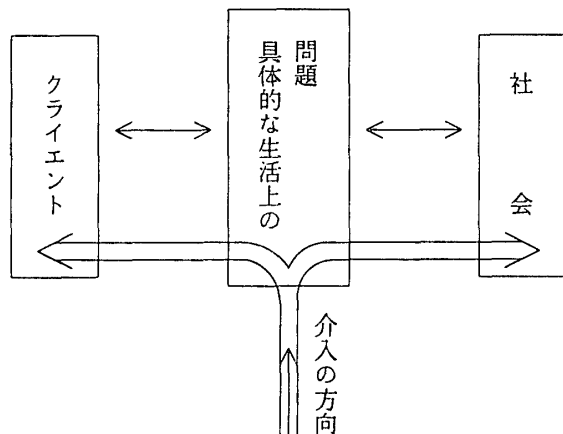
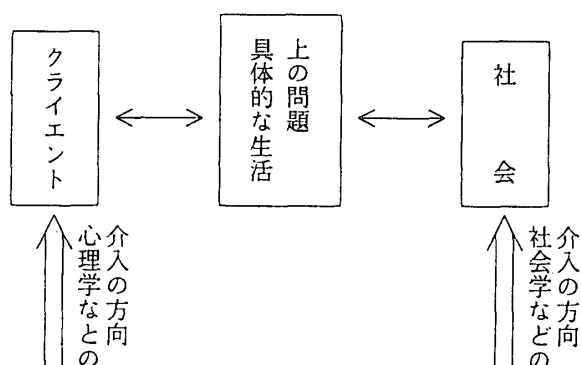


図10 社会学や心理学による介入のアプローチ



今、Aさんの視力の低下による「新聞が読めない」という具体的な生活上の問題を考えてみよう。

これには、例えば、以下のような対処が考えられる。

- ①視力の治療および訓練などによる強化
- ②メガネの活用
- ③拡大鏡の活用
- ④新聞の活字を大きくするように新聞社への働きかけ
- ⑤新聞を読んでもくれるヘルパーなどの人々の活用
- ⑥文章の読み取り発声機の利用などなどである。

また、失業や社会的な孤立などの問題に対しても対処される必要がある。

これらに対して、ケースワークでは、視力の治療や強化などの医療の保障やメガネの購入費用の調達、社会資源の活用、心理的な支援などの援助をすることができる。また、グループワークは、孤立感を癒し、帰属感や友情、仲間や友人の獲得などの援助を提供できよう。コミュニティワークは、ホームヘルパーなどの充実や音訳などのサービス、そして近隣による支えなどによってAさんを支えるであろう。さらに、ソーシャルアクションによって新聞社に働きかけて活字を大きくすることもできよう。

このようなAさんの生活上の問題に対して多様なソーシャルワークの方法が相互に補い合って活用されるのである。

2. 援助技術の相互支援

これは、ソーシャルワークのそれぞれの方法は、それぞれのソーシャルワークの方法を支援していることを言う。例えば、ケースワークは、グループワークや社会福祉調査法、コミュニティワークなどの援助技術の推進を支援しているし、コミュニティワークは、ケースワークなどの援助技術に貢献している。また、グループワークは、ケースワークやコミュニティワークなどの援助技術を支援している、などである。

ケースワークは、コミュニティワークによる

環境の整備によってケースワークの実践を推進できる。例えば、ケースワークで用いられるケースマネジメントの技法も、地域に資源が充足されていると十分に機能できる。このようにコミュニティワークは、ケースワークに社会資源を提供し、ケースワークを支援できるのである。また、ケースワークは、グループワークの援助技術を支援できるし、ケースワークによって得られた資料を提供することによって社会福祉調査法に貢献できる。ケースワークによって地域における問題が浮き上がり、それによって社会福祉調査法はサーベエイではなくてリサーチとなれるのである。

5章 ソーシャルワーカーの役割

図11はパールマン (Helen Perlman) のケースワークの構成要素を参考にして図示したものである³⁾。

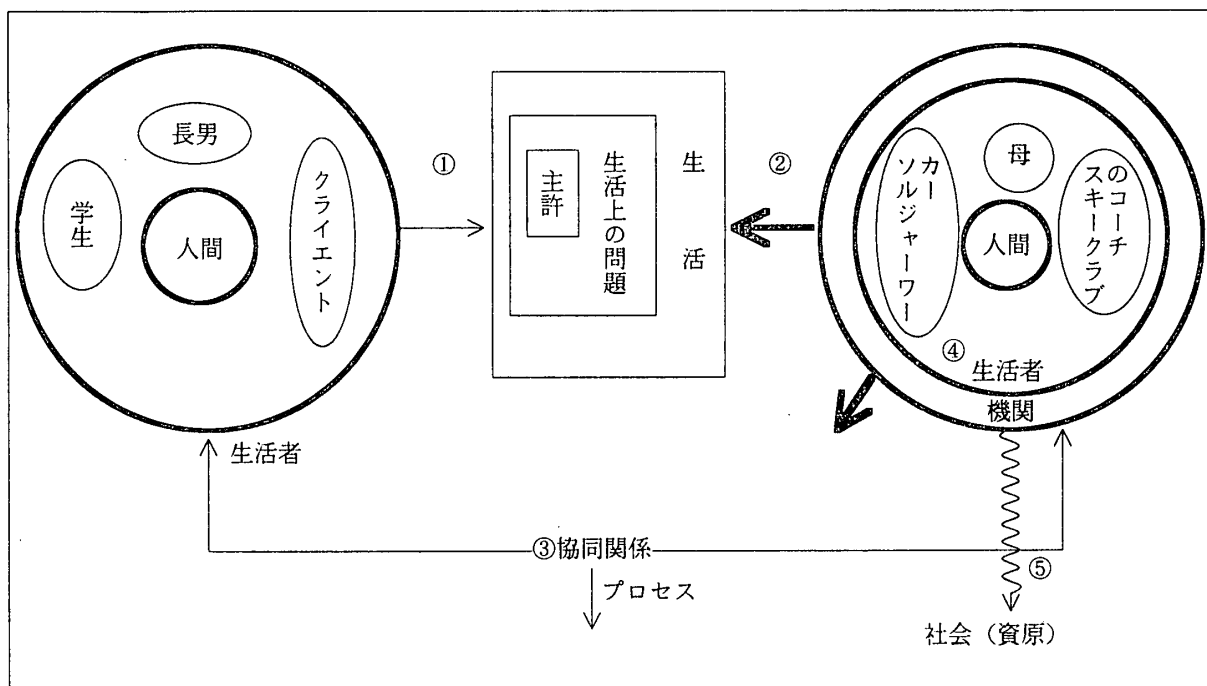
ケースワークの援助の枠組みを示している。クライアントとソーシャルワーカーが協同して生活上の問題に対処していることを示している。

クライアントは、クライアントである前にまず人間であり、ケースワーク関係においてクライアントという役割を担っているだけである。したがって、クライアントは、人間であることを軸にしてクライアントや長男、学生などを含む生活者なのである。また、ソーシャルワーカーもソーシャルワーカーである前にまず人間である。また、ソーシャルワーカーの場合も人間であることを軸にしてソーシャルワーカーや母親、スキークラブのコーチなどの生活者である。さらにそれに加えて、ソーシャルワーカーの場合には、パールマンの言う場所に該当する機関に所属する職員として機関の規定を受けつつ、機関のプログラムを活用し、さらに機関の目的や機能を高めていく役割が求められている。

ソーシャルワークの援助の枠組みにおけるクライアントの立場と役割は、自分の問題に対処する過程に主体的に参加して、時には取り込まれながらも自分の問題に対処し、援助し、援助の方法を開発し、蓄積することである(矢印1)。

このような体験の蓄積によって生まれ形成さ

図11 ケースワークの構成要素



3) H. Perlman 著, 松本武子訳『ソーシャル・ケースワーク』全国社会福祉協議会, 1966年。

表1 ノーマライゼーションの原理と自立生活運動の思想の対比

項目／原理・思想	ノーマライゼーションの原理	自立生活運動の思想
①誰が唱えたか	専門職（援助者）	障害者（利用者）
②誰の何のために	専門職が障害者のための施策を計画し、実施していくための理念であり指針	障害者が自分たちの自己の実現と、そのための社会運動を展開していくための理念であり指針
③原理や思想の焦点	生活（通常の生活と生活条件の実現）	生活者（自己の実現、自己決定と選択）
④障害者のイメージ	市民	生活者
⑤障害者にとっては	同じ市民としての社会的な参加と平等の実現	自分たちの自己実現を実現していくために情報と学習の機会を確保したり、社会を変革していく運動

れてきた「自分を援助する方法」が、AA や JACA（ジェイカ、日本アダルト・チルドレン協会）によるステップである⁴⁾。

それに対して、ソーシャルワーカーの立場と役割は、自分でないクライアントの問題を援助する過程に参加しながら観察・評価し、クライアントを援助する方法を開発し、蓄積することである（矢印2）。

このようなソーシャルワーカーの援助の体験の集積によって形成されたのが多様なソーシャルワークの援助モデルである。例えば、グループワークには交互作用モデルや治療モデルがあり、ケースワークでは課題中心のアプローチや危機介入のアプローチがある^{5~9)}。

ソーシャルワーカーは、それらの援助モデルを習得して、ソーシャルワーク実践を行うのである。言ってみれば、それらの援助モデルとい

う地図をもって目的とする山を登っていくのである。地図は、現地ではないので、現実では地図にはないさまざまな出来事が起こるが、地図に基づいて現地を解釈し対処していけばよい¹⁰⁾。

このようにソーシャルワーカーとクライアントは、それぞれ異なる立場と役割を担うが、その役割の異なる両者が、緊張し対立しながらも協同して生産的に問題に対処し、クライアントの自立とそれがなされる生活を生産するのである（矢印3）。

なお、障害者福祉における原理・原則である自立生活の思想は、矢印1と矢印1によって生まれてきた思想である。自立生活の思想は、障害を持つ人々が自分たちの自立に対処していくための方法の経験の集積によって生まれてきた思想である。それに対してノーマライゼーションの原理は、矢印2と矢印2によって生まれてきた原理を示している。ノーマライゼーションの原理は、援助を提供する専門職の実践の集積によって生まれ形成されてきた原理である（表1）。

6章 ソーシャルワーカーの課題

次に、ソーシャルワーカーが上記のような役割を遂行していく上での課題について検討してみよう。

以下は、それらのソーシャルワーカーの課題

- 10) ハリー スペクトとアン ヴィッケリ編、岡村重夫と小松源助監訳『社会福祉実践方法の統合化』ミネルヴァ書房、1980年。

4) ここでは、JACAによる「ACが回復し成長するための10ステップ」と、AAの「FORK-PSYCHOTHERAPY OF AA」を紹介しておこう（表3・4）

5) 武田建・荒川義子編『臨床ケースワーク』川島書店、1986年。

6) 前田ケイ訳『ソーシャル・グループ・ワーク』全国社会福祉協議会、1967年。

7) 前田ケイ監訳、W. Schwartz 著『グループワークの実際』相川書房、1978年。

8) ロバート W. ロバーツとロバート H. ニー編、久保絃章訳『ソーシャルワークの理論』川島書店、1985年。

9) アギュララ・メズイック著、小松源助・荒川義子訳『危機治療法の理論と実際』川島書店、1978年。

を列記したものである。

1) ソーシャルワーカーはソーシャルワーカーの機能を

ソーシャルワーカーとクライアントの両者は立場と機能が異なり、決して交わることのないパラレルな役割を担っている。ソーシャルワーカーはクライアントにとって代わることができないのである。クライアントを代弁したり弁護するよりはクライアントのセルフアドボカシーを擁護したり支援したいものである。

2) クライアントとの援助関係の形成

ソーシャルワーカーは、クライアントとの援助関係を形成する必要がある。

クライアントとの援助関係は、水路（通路）にたとえられる。ソーシャルワークにおいては、あらゆる援助は、クライアントとの援助関係を通して運ばれる。したがって、ソーシャルワークにおいては援助関係の形成は、援助関係の形成によってクライアントの孤立が脱却されて援助となるとともに、援助を展開していくために必要な水路を築くことでもある。

3) 援助モデルの開発と適用

クライアントを援助する技術を体得するとともに、それらの技術と方法を開発し、蓄積する必要がある。さらに、多くの援助方法の中から問題に応じた適切な援助のアプローチを選択して活用できる能力を開発する必要がある。しかも、個々のクライアントの個々の問題に応じて援助モデルという「地図」を使い分けられる必要がある。そして、その援助モデルという地図を個別化させて活用できる必要がある。

4) ソーシャルワーカーが所属する機関に対する援助

ソーシャルワーカーは自分が所属している機関に向けて援助を展開する役割がある。ソーシャルワーカーの役割などに対する理解を促進させたり、地域における問題に対応できるように機関の目的や機能を刷新させたり、クライアントのニーズに応じられるようにプログラムの改善と整備などをはかる必要がある（矢印4）。

5) クライアントの問題を個別化するとともに共通化・普遍化する

個々のクライアントの抱える問題を共通化し、また普遍化させて、社会に開き、社会資源の開発と整備をはかって地域社会の自治が形成されるような方向性をもった援助実践が必要である。（矢印5）。

6) 対処期間の設定

クライアントの抱える生活上の問題の性質を見極めて、それに応じて対処期間を設定する必要がある。

7) ソーシャルワーク過程の客観化・対象化

ソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク実践を進めていく時には、ソーシャルワークが上記の枠組で展開されていることをたえず認識しておく必要がある。いつも上記の図11を頭の中で画いて、今、何が、なぜ、どのように起こっているのかを冷静に観察し、考えられる必要がある。ソーシャルワーク過程に参加しつつソーシャルワーク過程を観察し、また観察しつつ参加できるようになりたいものである。

8) 自己覚知

それには、自分に対する自己覚知が必要である。自分を知り、理解することが重要である。それも今までの自己覚知の概念を拡大した上で、自己覚知することが大切である。新しい自己覚知の概念とは、ソーシャルワーカーの自己の価値観や認知の特性(①)や、感情などの内面的な反応(②)に関する自己覚知だけではなく、自己の所属している機関の目的や機能(③)、そして所属機関における自己の立場や機能(④)、クライアントの生活上の問題の対処におけるソーシャルワーカーの立場と役割、能力(⑤)、クライアントのソーシャルワーカーに対する認識など(⑥)に関する覚知なども含まれる。それも、上記で述べたケースワークの構成要素を踏まえて、今、クライアントとの協同作業において何が起こっているのかに焦点が当てられて、それに答えられるような自己の覚知が必要である。

なお、今、ケースワークの構成要素を念頭においてみてきたが、これらは、グループワークやコミュニティワークなどでも適用することができる。グループワークやコミュニティワーク

では、それぞれの構成要素は複雑になるが、今、見て来た構成要素を活用することができる。例えば、「クライアント」を「グループ」や「地域社会」に読み替えればよいのである。また、ケースワークにおけるクライアントは、グループワークにおいてはメンバーとグループという2層に読み替えるなど、である。

7章 ソーシャルワーク関係の形成

今、ソーシャルワーカーの課題について述べたが、ここでさらに上記の課題の中から「ソーシャルワーク関係の形成」「生活上の問題に応じた介入期間の設定」「援助モデルの選択と適用」に関して検討してみよう。

まず、ソーシャルワーク関係の形成に関して述べてみよう。

阪神大震災が起こった。多くの家々が被害を被った。私たちは、自分が育ってきた家が崩れて悲しみ涙を流す。また一方で、それを写真に収めて研究の資料にする研究者の人々がいる。私たちの家を対象化し、写真に収めて、震災の現象などを記し、またそれらの原因を究明するのである。

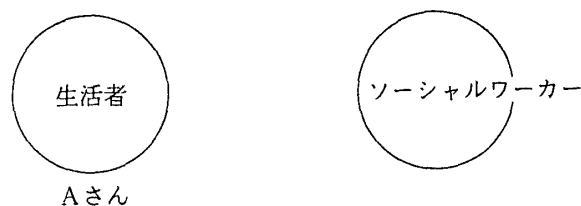
私たちは、私たちの家を対象化し、記録化する人々に怒りを感じる。私は、困惑し、途方に暮れている。それなのに、崩壊した家を対象化し研究の材料にしていることに対する怒りである。

また、私たちは、ボランティアとして震災地を訪れ支援を行う。しかし、多くの人々は、私たちの支援を「拒否」する。もう少し正確に言えば、専門職と関係を持つことに対する拒否である。専門職は「お話すると気分が楽になりますよ」「お元気ですか。夜は眠られますか」と語りかける。それらの言葉に対して、多くの人々は、「いいえ、困っていません」と言う。ソーシャルワーカーと関係を持つことは、自分は問題を持っており、クライアントであることを示すことになる。それで、多くの人々は、専門職と関係を持つことを拒否するのである¹¹⁾¹²⁾。

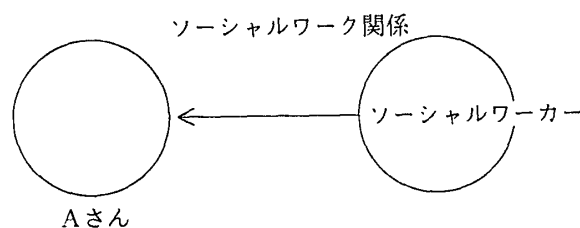
これは、上記で述べた壊れた家を対象化され、

図12 クライアントにされてしまう過程

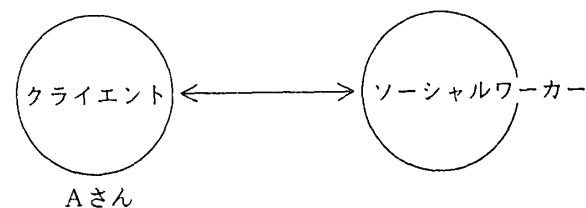
<12-1>



<12-2>



<12-3>



写真を撮られることに対する拒否と同じように、私を対象化され観察され、クライアントに規定されることに対する拒否であると言えよう。

それを図示したのが図12である。Aさんは、ごく普通の生活者であった。ところが、ソーシャルワーカーと関係を持つことによって、Aさんはソーシャルワーカーによって観察され対象化され、クライアントに規定されてしまうのである。

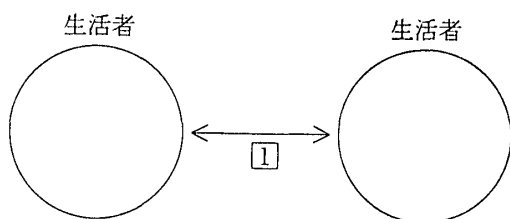
そこで、私たちは、まず自分がソーシャルワーカーとして登場しないようにしたのである。私は、生活者としての私で登場することにしたのである。そこでは、私は、Aさんを対象化しクライアントにする必要もないので温もりのある関係を持つことができる。そして、穏やかな潤いのある心が流れ、心が通い合う。心のしずくが流れて同じ生活者同士の関係が形成される

11) 中井久夫編『1995年1月・神戸「阪神大震災」下の精神科医たち』みすず書房、1995年。

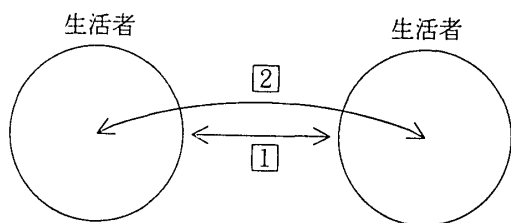
12) アルコールシンドローム39号、1995年6月。

図13 生活者同士の関係の中での相談・援助

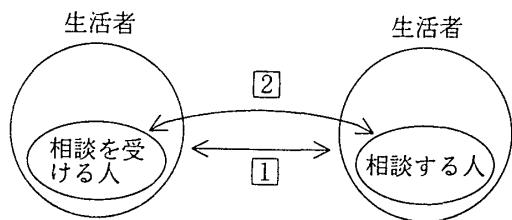
<13-1>



<13-2>



<13-3>



のである。

そして、生活者同士という関係の中で、リングなどを一緒に食べる。会食していると、自然と自分の悩みが語られる。生活者同士という関係の中で「眠られないのが辛いよ」などと語られる。それらを図示したのが図13である。図13-1では、まず、生活者同士の関係が形成されており、そしてその生活者同士の関係の中で相談がなされている(図13-2)。そして、そ

の相談ということを通して相談し合う関係が形成され、「相談を受ける人」と「相談をする人」が生まれてくる。生活者という立場を軸にしたその上で「相談を受ける人」という立場と、「相談をする人」という立場が生まれてくる(図13-3)。

これらの事柄は、以下のことを教えてくれる。

まず第1点は、援助を受けることによって、自尊心を損なわないように援助する必要がある。

第2点は、そのためには、援助過程そのものを重視する必要がある。問題を解決することや結果ではなくて、問題に対処していく過程そのものを重視し、クライアントとの関係を重んじる必要がある。

第3点は、図14が示すように、私たちソーシャルワーカーは、クライアントを人間という側面を核として持ち、そのうえに生活者としての側面をもっており、しかもその生活者の側面のひとつが父親や会社員などの立場と同じようにクライアントとしての立場であるにとらえる必要がある。

実は、このように人々をとらえる視点が、ノーマリゼーションの原理の視点である。

第4点は、したがって、私たちもクライアントもそれぞれ2つの側面を持っているので、2つの関係という水路を形成して、なおかつ2つの水路を活用するようにする必要がある(図14)。

第5点は、しかも、私たちの関係の形成は、図15のようにソーシャルワーカーとしての側面を後方に置いて、関係を形成していくことが重要である。特に、援助を受けることによってス

図14 2つの水路

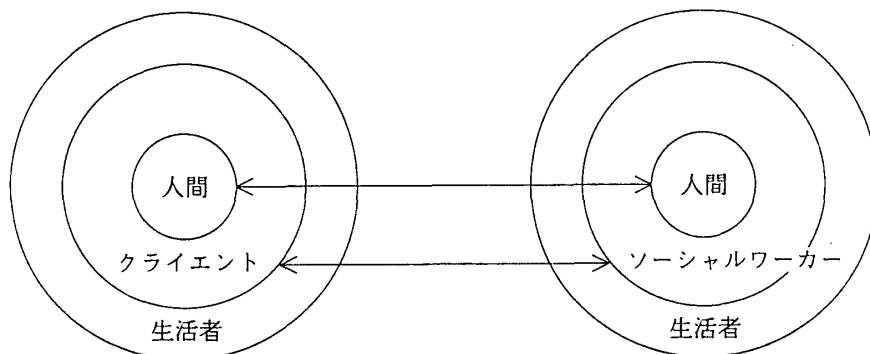
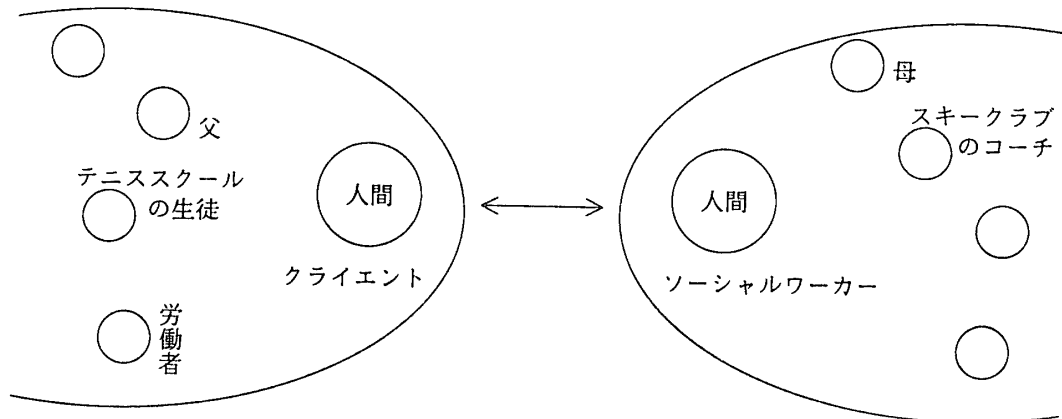


図15 ソーシャルワーク関係



ティグマを持つような問題に関する相談では、クライアントは自分を「人間からはずれたもの」として定義していることがあるので、人間を核とする生活者の中のクライアントに焦点を当てた関係の形成が重要である。

8章 生活上の問題に応じ介入期間の設定

ケースワークのアプローチにおいて介入期間が注目されたのは最近のことで、1970年代の課題中心のアプローチや危機介入のアプローチにみることができる。

課題中心のアプローチは、処遇全般を短期化されるように計画されたものであるし、また危機介入のアプローチは、危機は生活における不均衡状態で最大6週間前後しか持続しなく、その後、一定の安定した結末に至るといふ危機の特質によって、心理的な危機に陥っている人に対して短期間の介入を設定しているのである¹³⁾。

このようにこれらのケースワークのアプローチでは介入期間の問題は全般的な期間の短期化であったり心理的な問題に限定されてなされているのに対して、ここで検討しようとするのは生活上の問題の内容と介入期間の設定との関連であり、生活上の問題の内容によって介入期間を設定する必要があるという主張である。

なお、介入期間は、ここでの主題となる①生活上の問題の内容とともに、②クライアントの主体性の脆弱性の程度や、③時間の持っている意味（例えば、子どもと大人を比較すると、子どもの1年は、大人に比してきわめて重要な意味を持っている）、④クライアントの時間の流れ方（例えば、知的障害を持つ人々などでは、時間は比較的ゆっくりと流れている）、⑤面接間隔や機関の機能などの援助の形態、などとの関連で設定される必要がある。

例えば、クライアントの性質については、以下のことが知られている。在宅生活から施設への入所などの生活の移行（期）では、老人は施設での生活に短期間に早急に適応する必要がある。老人は心身の適応能力が低く、不均衡状態に耐えられる期間が短期間なので長期にわたる不均衡状態や急激な変化は深刻な問題を生じさせるからである。

また、知的障害の人々の時間は、ゆっくりと流れるので時間に余裕をもたせて期間を設定することができる。したがって、新しい施設生活などへの適応は、ゆっくりと進められなおかつ十分な時間が与えられる。

さて、介入期間と生活上の問題の内容との関係についてみると、介入期間と生活上の問題の内容は相互に強く深くからまりあう関係を持っており、生活上の問題の内容によって介入期間が設定され決められる必要がある。しかもそれは、「この生活上の問題は非常に深刻で重

13) 荒川義子「危機介入（上）（下）」公衆衛生44—2. 44—4, 1980年。

要な問題であるので十分に時間をかけて」ということではなく、その生活上の問題の内容によって介入期間が当初から定められているということである。それはちょうど危機理論が教えてくれているところであるが、危機理論によれば、危機は6週間前後で安定に向かうのでその期間内に介入し対処される必要があるという。こころの危機に対しては6週間以内に対処しておかないと、こころの問題はコンクリートのごとく定まって固定化してしまうというのである。介入期間は最初から定められており、その期間内に介入され終結される必要があるというものである。

これは何も心理的な危機に限らず生活のさまざまな問題にも当てはまり、不安定な生活は安定に向かい、そして落ち着き定着し定まるのである。しかもその安定に至る期間は、生活上の問題の内容などによって定められているのである。

1. 介入期間の設定

以下は、それらの生活上の問題の内容を対処期間との関連で検討し、整理し分類し、定めたものである。

1) 緊急の介入

これは、生命の危機に関する緊急の介入で、多くは応急的に24時間以内に対処される。最大で48時間以内である。

これには、病気や怪我などに対する医療の保障、暴行などからの保護、宿泊や食事の提供などの生命にかかわる危険からの保護などが含まれる。

なお、警察署における老人や児童、泥酔者などの保護は、通常は24時間を限度になされている。

2) 一時的で短期の介入期間

これには、上記の生命の危機を発生させるような生活の保護や安全をはかるなどの生活の基本的条件の保障などに関する応急的で一時的な対処が含まれる。これには2週間以内に対処される。

例えば、一時保護所での児童の保護や、緊

急入院後の専門病院への転院のための検査中の期間、生活保護受給の決定、施設入所などの生活の場の確保などである。

3) 短期の介入期間

これには、こころの危機や新しい生活の準備への介入で、6週間前後の期間内に対処される必要がある。この期間は、喪中の期間に相当する。

こころの危機には、例えば死別や転居、離婚、失職などの基本的な生活の条件の変更に起因する危機がある。またこれには、今までの生活との別れと新しい生活の開始などがともなう退院や入所の準備などの生活上の問題への対処が含まれる。したがって、退院などでは、退院が決定されてから6週間前後以内で退院が実行される必要がある。

4) 中期の介入期間(1)

転居などによる新しい生活における日常生活レベルでの適応などの問題に対する介入で6カ月前後の期間内に対処される必要がある。

これには、職場や地域での日常生活の一定の定着と安定のための生活上の問題などが含まれる。通常、私たちの日常生活は6カ月前後で、職場や地域の人々と一定の関係が形成され、医療機関などにもなじみ、通院する道や経路も定まり、どこで何をかうかなども定まる期間である。日常生活レベルでの習慣化とパターン化が進み、日常生活レベルでの具体的な方向が定まり、安定するのが6カ月という期間である。

象徴的に言えば、移り変わった木(生活者)が新たな場という土になじみ根が広がるのに必要な期間ということになる。

また、職業訓練などの部分的な訓練もこれに当てはまる。

なお、職場適応訓練制度や通院患者リハビリテーション事業などの適応期間は、この日常生活レベルでの適応期間である6カ月間となっている。

新しく家庭を築いた家庭が、自分たちの世界を形成し、安定していくのに必要で最大限の期間でもある。「朝食をごはんにするのか

パンにするのか」「掃除は誰が、1週間に何回」などがそれぞれの家庭で定まり、パターン化するのに必要な期間である。

余談だが、たばこをやめてから6カ月間ぐらいすると、たばこをすっている夢をみて驚いて目を覚ますという。アルコール依存症の人々は、断酒して8カ月から10カ月前後してから飲酒している夢をみて冷や汗をかくという。これらは、飲酒や喫煙したい欲求と距離がとれるようになり夢をみることができるのに、6カ月間や8カ月間の時間の経過が必要であるということであろう。6カ月間や8カ月間という期間によって断酒や断煙が心の中で定着に向かうということである。

5) 中期の介入期間(2)

新しい価値に基づく生活スタイルや生活パターンの形成などの生活上の問題などに対する介入で1年半から2年の期間内に対処される必要がある。

これには、新しい生き方などが生活の中で形成されたり、生活全般にかかわる社会生活能力の育成、アルコール依存症の人々の断酒生活の形成などの生活上の問題が含まれる。例えば、アルコール依存症の人々は、断酒するとともに自分の生き方をあらためることに取り組み、新しい生き方をこの期間内に形成

しておかないと、この期間を過ぎてしまうと断酒は定着したが、新しい生き方が形成されなくて、「ドライ・ドラッグ」の状態になることになる。

更生施設などの社会生活能力を訓練するための期間、断酒が生活の中に組み込まれて安定するのに必要でまた最大限の期間である。

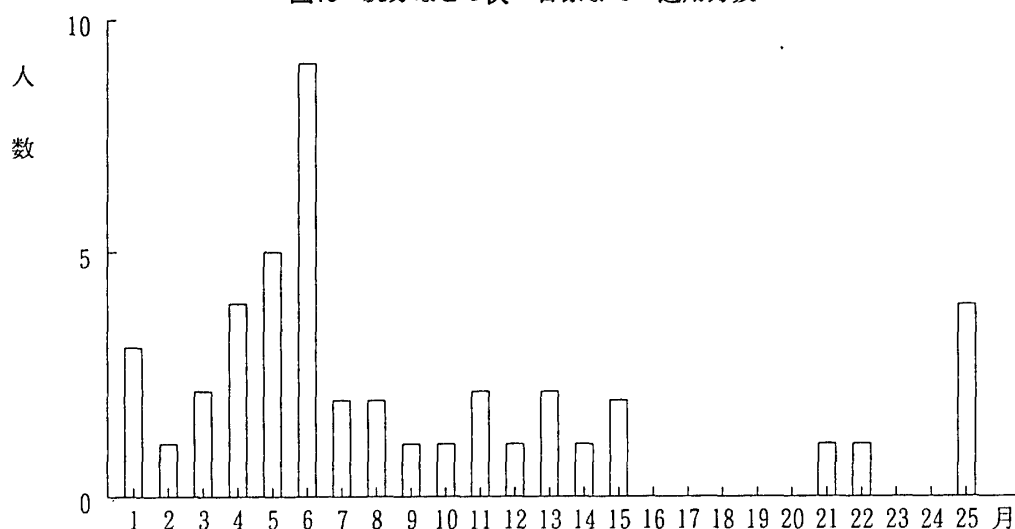
なお、図16は、精神障害を持つ人々の「大阪府社会生活適応訓練(通院患者リハビリテーション事業)」による職業訓練の後に就職していった人々の訓練期間を示したものである。訓練を修了して就職していくピークは6カ月目にあるが、21カ月目から25カ月目のところでも小さなピークがあるのがわかる。このピークは、生活全般が整備されることによって就労訓練が意味をもつことによって生じたピークであると考えられる¹⁴⁾。

6) 長期の介入期間

人格の形成と改善や基本的な生活条件の全体的な再整備にかかわる生活上の問題への介入で、3年から5年の期間内に対処される必要がある。

長期の入院生活をしてきたアルコール依存症の人々や精神分裂病の人々の就労などの援助は、長期にわたる固定した生活を解きほぐす必要もあり、生活の再編のための条件も多

図16 就労などの次の目標までの適用月数



14) 岩田泰夫「職親制度の現状と課題」ぜんかれん精神保健福祉研究所モノグラフ No. 4, 1993年。

岐にわたるので、生活条件をも含む生活全体を整備する必要がある。例えば、精神分裂病についての教育、医療の確保と調整、生活と就労などについての訓練、仲間づくり、ソーシャルサポートネットワークの形成と強化、家族関係の調整、家族への教育と支援、職場との調整と定着への支援などの総合的な援助が必要である。

また、これには、人格の形成や、人それぞれの固有の価値観などが生活の中に組み込まれ定着し確立されるための課題なども含まれる。人格の形成は主に家庭生活の中でなされるが、セルフヘルプグループでの活動や共同生活、具体的な生活上の問題への対処などによってもなされる。

2. いくつかの事例

今、ここで、上記の介入期間と関連させて2つの事例を紹介しておこう。これによって、上記の生活上の問題に対する介入期間の設定が具体的に明らかになるし、また援助計画の策定にも示唆を与えられる。

1) <アルコール依存症のAさんの事例>

ある時、Aさんは、自動車事故を起こして怪我をした。そこで、緊急に医療が提供され、緊急の医療が保障される。これがまず「緊急の介入(2日間)」である。そして入院中に、アルコール依存症やガンなどが疑われ、検査を受ける。また、入院費用は、生活保護の支給が決定され、生活保護費でまかなわれるなどがなされ、生活が保護される。これが、「一時的で短期の介入(2週間)」である。

その後、Aさんは、会社を退職させられる。それで、Aさんは、精神的に大きなショックを受ける。そこで、心理的で精神的な対処がなされる。これが、「短期の介入(6週間)」である。そして、新しい専門病院に転院して療養生活を送る。また、退院して地域での生活を再開し、地域に定着していく課題が生まれる。これらは、いずれも「中期の介入(1)

(6ヶ月間)」である。そして、断酒と断酒を組み込んだ生活の形成の課題に対処していくことになる。これが、「中期の介入(2)(2年間)」である。そしてその後、人格と生活の再編の課題などの「長期の介入(5年間)」が続くことになる。

2) <阪神大震災にみられる事例>

新聞やテレビなどの報道などに接したり、神戸市内などを歩いてみると、上記の生活上の課題が時間の経過とともに生まれてくるのがわかる。

まず最初に問題となったのが、生命を救うということであった。「緊急の介入(2日間)」である。ありがたいことに、時には、1週間を超える期間を与えられ、生命を守られた人々も多い。そして次に、生命を守るための「家」「食料」「衣服」「医療」などの確保が課題となった。「一時的で短期の介入(2週間)」である。そして、それから「こころの問題」が現れてくる。自分のこころに気づき、失ったものに気づき、こころを悩まし、苦しみや悲しみを感じられるようになる。これに対する介入が「短期の介入(6週間)」である。

その次に現れてくるものが、新しい仮住まいの避難所での生活の適応の問題である。避難所の人々との関係と交流、今までの生活のパターンの変更と新しい生活パターンの習得である。あるいはまた、新しい住宅を確保し、新しい生活を営んでいくという課題である。これが、「中期の介入(1)(6ヶ月間)」である。

そして、離職した人々や家族を失った人々は、「中期の介入(2)(2年間)」による生活の全般的な訓練と、生活を再編していく課題である「長期の介入期間(5年間)」をかかえることになる。

ここでの「介入期間の設定」の教えによれば、それらの課題(問題)に対する対処は対処期間内に対処される必要があるということである。

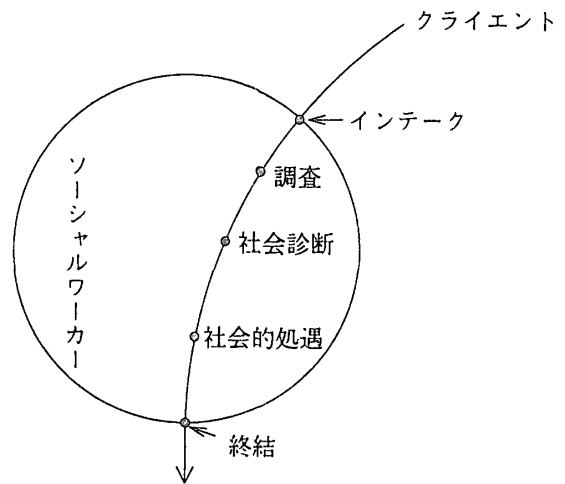
例えば、避難所や仮設の住宅での生活は、一時的でかりそめの生活であるということである。一時的でかりそめの生活は、通常、6カ月を超えてはならない。仮設の住宅で6カ月を過ぎてしまうと、日常生活が定着してしまう。それでは、それは、かりそめの生活ではなくなる。生活に根が生えてきて、安定し、落ち着いてしまう。したがって、一時的な避難所での生活は、6カ月以内に限定される必要がある。6カ月以内にかりそめの生活の解消をはかり、新しく安定できる生活が用意される必要があるということである。

また、これによれば、震災にあった人々の生活の構築には5年間という年月が必要であるということである。そして、5年間という長期的な展望に立ちつつ中期・短期的な課題に対処していく必要があるということである。しかも、それは3年間でも7年間でもなく5年間でなされる必要があるということである。

9章 援助モデルの選択と適用

ソーシャルワークのアプローチ（援助モデル）には、大まかに言って、2つのアプローチが存在する（表2）。1つは、「ソーシャルワーカー中心のアプローチ（医療モデル）」であり、今一つは、「生活者中心のアプローチ（福祉モ

図17 ソーシャルワーカー中心のアプローチ



デル)」である。

ソーシャルワーカー中心のアプローチでは、ソーシャルワーカーがソーシャルワーク過程の中心を占め、ソーシャルワークを主導する。それを示したのが図17であり、クライアントはソーシャルワーカーの援助の枠組の中に入り込み、問題に対処される。援助が終結されると、クライアントはソーシャルワーカーの援助の枠組から退出するのである。それは、あたかも医療機関に入院し、治療を受け、退院していくかのようである。

したがって、ソーシャルワーカー中心のアプローチでは、ソーシャルワーカーがクライアントの生活に強く介入するので、援助期間を限定

表2 ソーシャルワーカー中心のアプローチと生活者中心のアプローチ

項目\アプローチ	生活者中心のアプローチ	ソーシャルワーカー中心のアプローチ
①クライアント（グループなど）イメージ	クライアント（グループなど）を自己決定能力を有し、自己を管理し運営している一人前の主体者として見ている。	クライアント（グループ）を一人前と見ない傾向がある。
②対応する問題の種類	慢性的な問題や主体性にかかわる問題にも活用	生命を守ったり、病気などの問題、それも部分的な問題を扱うのに優れている。
③機能	新生ではないが、主体性を育む機能	治療的および保護的な機能
④ソーシャルワーカーとクライアントとの関係	ソーシャルワーカーとクライアントとの関係は対等で補完的な関係	ソーシャルワーカーが優先で、ソーシャルワーカーとクライアントとの関係は上下関係的である。
⑤援助の期間	長期的で生活全般になってもよく、持続的	介入は一時的で、集中的
⑥援助による依存の発生	自立的で依存を生じさせにくい。	依存を生じさせる傾向がある。

してなおかつ問題を部分化し限定化して利用する必要がある。

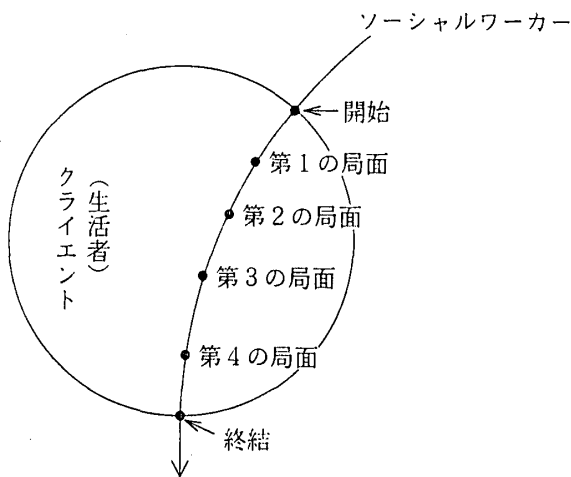
これには、ケースワークにおける診断主義や行動療法などの援助モデルがある。また、グループワークにおいては、ロバート・ヴィンター (R. Vinter) などの治療モデルや行動療法に基づくアプローチなどがある¹⁵⁾。

それに対して、生活者中心のアプローチでは、クライアントがソーシャルワーク過程の中心を占め、ソーシャルワークを主導する。それを示したのが図18であり、ソーシャルワーカーがクライアントの生活の中に入って行って、クライアントとともに問題に対処する。そして問題の対処が終結すると、ソーシャルワーカーはクライアントの生活から抜け出ていくのである。これは、あたかもソーシャルワーカーがクライアントを訪問し、クライアントの生活の中に入って行って仕事を済ませて機関に帰って行くかのようである。

生活者中心のアプローチでは、広範囲な問題に対処できるし、援助期間も比較的長期にわたることもできる。ソーシャルワーカーはクライアントの生活を側面的に支援する人として登場する。

これには、ケースワークにおける危機介入のアプローチや生活モデルのアプローチなどのア

図18 生活者中心のアプローチ



15) 武田建・大利一雄『新しいグループワーク』YMCA, 1980年。

プローチがある。グループワークにおいては、ウィリアム・シュワルツ (W. Shwartz) の相互作用モデルがある。

このように、ケースワークであれ、グループワークであれ、一方の端に生活者の中心のアプローチがあり、もう一方の端にはソーシャルワーカー中心のアプローチがある。

したがって、ソーシャルワーカーは、上記のような援助モデルの存在を十分に認識した上で、以下の3点を心得て実践を進める必要がある。

まず第1には、ソーシャルワーカーは、クライアントとその生活上の問題に応じてそれぞれのアプローチの地図を使い分けて用いられるようになる必要がある。

そして第2には、ソーシャルワーカーは、これらの援助モデルという地図を使って実践できる必要がある。地図は現地ではないので、現地を地図と関連させて解釈し、普遍的な概念を個別化させて現地の意味を読み取れるようになる必要がある¹⁶⁾。地図と照らし合わせながら現地を読み、援助を展開する必要がある。

さらに第3には、また時には、現地での体験によって地図を作り変えることも必要になる。新しい援助モデルの形成である。

このように援助モデルという地図を読みながら現地を歩き (実践)、現地を歩きながら地図を変えて行くことが実践するということである。

10章 ソーシャルワーク実践の原理と原則

ソーシャルワーカーには3つのH (Head と Heart, Hand) が必要とされるが、ソーシャルワーカー実践を構成する要素は、価値と知識、技能の3つの要素である。ソーシャルワーカーの方法は、方法のなかに価値と知識を含みつつ、そして価値と知識によって示される、とハーリエット・バートレット (Harriett. M. Bartlett) は述べている (小松源助訳「社会福祉実践の共

16) ハリ スペクトとアン ヴィックリー編、岡村重夫と小松源助監訳『社会福祉実践方法の統合化』ミネルヴァ書房, 1980年 (再掲)

通基盤」ミネルヴァ書房，1989年）。

以下，上記のソーシャルワーカー固有の要素を踏まえつつ，ソーシャルワーカー実践における原則と特徴，そしてそれに基づいたソーシャルワーカー実践を進めていくための原理と原則をみていくことにする。

なお，ここでは，ケースワークにおける原理と原則を中心にみていくことになるが，それはそれに止まらず広くソーシャルワーカーにおける原理と原則を示している。

1) 現実性の原則

クライアントは，「今，ここ」で生きている。そのようなクライアントの現実的で具体的な生活を具体的に現実的に認識する必要がある。決して，もしもあれが……という架空のもとに計画が立ててはならない。例えば，社会資源やソーシャルワーカーの能力などを確実に現実的に認識して援助する必要がある。

2) 個別化の原則

まず，クライアントは，どこの誰でもない独自で固有な「私」であると認識される必要がある。クライアントは，AさんやBさんであり，かけがえがない私なのである。1人，2人と量的に数えられないのである。また，クライアントが有している生活と生活上の問題に対しても個別化される必要がある。

3) 普遍化の原則

クライアントとクライアントの問題を個別化するとともに，普遍化する必要がある。まず，第1の普遍化は，一人のクライアントの背後に同じ問題を抱えている人々が存在していることを認識することである。第2の普遍化は，一人のクライアントの抱えている問題の背後に同じような問題を抱えている人々の存在を認識することである。例えば，一人のクライアントの死の周辺には，多くの重症の人々がいて，さらにその周辺には軽症の人々が存在することを認識する必要がある。第3

の普遍化は，しかもクライアントとともに悩み苦しんでいる家族などの周辺の人々の存在を認識することである。

このように，ソーシャルワーカーにおいては，先にふれた個別化の原則に基づく実践がおこなわれると同時に，個々の問題を普遍化させ，個々の問題を結び合わせ，繋ぎ合わせて，人々の共通の問題として社会に問いかけ，社会制度の整備に向かう援助を進めていく必要がある。

4) 歴史性の原則

生活は，歴史的な経過の中にある。そしてまた，家庭も地域も社会もそのような歴史を有している。さらにまた，クライアントの生活上の問題も歴史的に形成され，歴史的な経過を有している。したがって，クライアントとクライアントの問題をそのような歴史性の中でとらえ，またそのような歴史性の中で援助していく必要がある。

5) 統合性の原則

生活は，生活者と環境との相互作用として展開され，生活それ自体一つのまとまりをもった全体である。

生活は，学校生活や家庭生活，レクリエーションのための生活などの分野に分けることができるが，それらの個々の生活は，相互に関連しなおかつ一つのまとまりをもった全体としての生活を形成している。

生活上の問題はそのような特徴を持つ生活から生まれ形成されてくることを認識する必要があるし，またそのような生活全体の中で援助される必要がある。しかも，生活上の問題もまたひとつのまとまりをもった固まりであると認識する必要がある。例えば，原因を取り除いたからと言って問題が解決されないことはそれを示している。

6) 総合性の原則

援助は，統一的になされるとともに総合的

図18 問題の発生予防と対処力に関する方程式

$$\text{問題の発生予防と対処力} = \frac{\text{環境} + \text{クライアントの問題に対する脆弱性}}{\text{対処技術} + \text{生活の豊かさ} + \text{ソーシャルサポート}}$$

になされる必要がある。図18は、クライアントの問題の発生予防と対処力に関する方程式である。これによれば、クライアントの「①問題に対する対処技術」「②生活の豊かさ」「③ソーシャルサポート」が強化されればされるほど、またそれに加えて「④問題にとって適切でない環境」「⑤クライアントの問題に対する脆弱性」が減少されればされるほど、問題の対処がなされやすいことを示している。

問題の対処能力を高め、問題に対処していくには、それぞれの①②③④⑤に総合的に介入し、援助していくことが望ましい。例えば、①だけに、または②だけに介入するのではなく、介入が容易でなおかつ有効に機能する点に介入することも含めて、①から⑤までの諸点を総合的に考えて、総合的に援助する必要がある。

7) 肯定性の原則

生活上に問題が出現したからと言って、否定的に考える必要はない。生活になんらかの不都合が生じ、問題が生じてきたと考え、それに素直に耳を傾けて、生活を新しくするための契機と考えて、生活上の問題に対処するようにすれば、それでよいのである。もう少し言えば、問題がないような生活も人生もないし、問題があるおかげで生きられているのである。人生とは、そのような生活上の問題の対処のプロセスであると言えよう。

しかも、もしも問題それ自体の中に問題があると考えられると、そこにスティグマが生じる。問題を有している人は、援助を受けることそのものによりスティグマを付与され、自尊心を傷つけられ、被害を被ることになる。

8) 過程の重視の原則

生きているそのことそのものに意味がある。何ができないかが問題ではなく、自己決定して生きる過程そのものに意味がある。

ソーシャルワークの過程においてもまたそうである。問題が解決されるのが目的ではなく、クライアントとソーシャルワーカーが協同して問題に対処していく過程そのものが重要なのである。

9) クライアントの主体性の原則

私は、私のために生きることによって私になれる。私が私のために時間を使い、私のために決定して生きて行くことによって私になれるのである。

ここでの、クライアントの主体性の原則には、次の2つが含まれる。一つは、クライアントは自分のために生き、自己決定することの尊重である。

第2には、ソーシャルワーク過程における主人公は、クライアントであるということである。クライアントの主体性を尊び、クライアント自身による生活上の問題の定義づけと評価と、生活上の問題の対処がなされていくことを推進しようという原則である。

10) 社会性の原則

クライアントが自分を開き、家族やソーシャルワーカーなどに自分と自分の問題を語り、さらに社会に自分を開き、語れるようにクライアントを支援するという原則である。

言ってみれば、自己開示であるが、しかしながらこれは、社会に向けられた社会的な自己開示である。

自分を開き、自分を語ることによって自分が癒されるし、また問題は多くの仲間の人々の間で対処され、練り合わされ、そしてさらに社会に異議を申し立てられ、社会的に対処される。そのことによって、多くの仲間を得られるし、社会も改善され整備される。そのような社会の自治が形成されるという方向性を持った自己開示である。

11) 目的と方法の一致の原則

これは、自立を目的にしているのであれば、方法そのものが自立的な方法である必要があるというものである。

自立を目的にしていながら、自立を阻害するような方法を用いてはならないという原則である。例えば、クライアントの自立を目的にしていながら、「……しなさい」と指示するような技法は用いないようにしようということである。指示の技法は、ソーシャルワーカーとの関係に上下関係を形成し、また依存

を生じさせ、自立を阻害するからである。

これはまた、この章の冒頭で引用したパートレットの「方法の中に価値と知識を含みつつ」の言葉を示すところでもある。

12) 一体性の原則

一体化という言葉もソーシャルワークにとっては重要な意味がある。この一体化には、3つの側面がある。

第1点は、クライアントと社会を一体化させてとらえ、評価し、介入するという意味での一体化である。

第2点は、資料の収集や評価、介入などを一体化させて進めていくという意味での一体化である。例えば、資料を収集しながら診断し、そして同時に処遇もしているというような援助を行う必要があるということである。

第3点は、既に述べてきたように、クライアントなどの問題の対処においては、ケースワークやグループワーク、そしてコミュニティワークなどの方法を相互補完的に一体化させて活用するという意味での一体化である。

おわりに

今、精神障害を持つ人々などの置かれている歴史と現状を概観し、そして精神障害を持つ人

々などに対するソーシャルワークの対象と機能を規定し、その上でそこにおけるソーシャルワーカーの役割と課題を述べ、最後にソーシャルワーク実践の原理・原則を検討した。

さて、本稿は、「セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践」(やどかり出版、1994年)の続編とも言えるものとなった。「セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践」では、セルフヘルプ運動を中心に述べつつ、セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践の両者の援助方法を比較し、ソーシャルワーク実践とその方法へと展開させた。それに対して、本稿では、上記を受けて、ソーシャルワーク実践を中心に検討した。セルフヘルプ運動とその援助の方法の特徴を視野に置きつつ、ソーシャルワーク実践の方法と課題を中心に述べた。

また、本稿は、最近の著者の実践を踏まえた一連のソーシャルワーク実践論の一つとして位置付けられるものである。今ここでそれらを列記すれば、①「精神障害者の置かれている医療と生活の現状とソーシャルワーク実践の役割と課題」『障害者福祉』有斐閣、近刊、②「アルコール依存症の人々に対する連携の実践と知見」桃山学院大学社会学論集、1995年7月、③「精神科領域におけるソーシャルワークの役割と課

表3 ACが回復し成長するための10ステップ

- | | |
|----|---|
| 1 | 私たちは他人との関係で傷ついたことへのこだわりから離れられず、この執着のために日々の生活がままらなくなっていることを認めた。 |
| 2 | 人間関係へのこだわりは、他人の評価を気にし過ぎるところから始り、自分の意志の力を信じ過ぎたことでひどくなったことを理解した。 |
| 3 | 今までの生き方を支えてきた意志の力への信仰をやめ、他人の評価を恐れることなく、あるがままの自分の心と身体を受け入れようと決心した。 |
| 4 | あるがままの自分を発見するために今までの生き方を点検し、両親との関係から始まる人間関係についての点検表を作った。 |
| 5 | 上記の点検表を、先を行く仲間に見せて語り合い、真の自己の発見につとめた。 |
| 6 | 偽りの自己の衣装の下に隠れていた、真の自己を実感できるようになり、この“もうひとりの自分”と和解しようと思うようになった。 |
| 7 | 今までの生き方の誤りが、真の自己を見失い、傷つけ、成長の最後の段階を踏みそこなったことに由来することに気づいた。 |
| 8 | 自分の生き方の点検を続け、新たに気づいた無理な生き方は勇気をもって変えることを心がけた。 |
| 9 | 自分の命の自然な流れを実感できるようになり、その流れに漂うことの落ちつきを楽しむようになった。 |
| 10 | これら自分の経てきた成長のステップを、まだ親との関係へのこだわりで溺れている人々に正確に伝えた。 |

題』『医療福祉の理論と展開』中央法規出版、1995年6月、などである。

できれば、今少し実践の検討を進め、ソーシャルワーク論を展開させて、一つの著書として

著述できればと強く願っている。

なお、本稿は、総合研究所の共同プロジェクトによってなされてきた研究に多くをおっていることを明記し、深く感謝する次第である。

表4 民衆の精神療法 (FORK-PSYCHOTHERAPY OF AA)

- | | |
|--|--|
| 1. 最初一杯を避け、最初一杯から遠ざかるよう。 | 36. あなた自身の自制できる力を試さないようにしよう。 |
| 2. 24時間の単位でものごとを考えよう。 | 37. こころ良い精神の大掃除をしよう。 |
| 3. アルコール依存症が進行性で宿命的で治らない病気であることを思い出そう。 | 38. 自分自身の毎日の進歩に敬意を払おう。 |
| 4. みずから生きて、他者を生かそう。 | 39. 自分自身の回復を慈しもう。 |
| 5. アクティブで行動的になろう。 | 40. 感謝の習慣を発展させよう。 |
| 6. 平安の祈りを用いよう。 | 41. 自分自身や他者を判断することをしばらくの間、中止しておこう。 |
| 7. 古めかしい決まり切った手順や仕事を変えよう。 | 42. あなたの今までの飲酒の記録を考慮しよう。 |
| 8. いつも何かを食べて、飲んでいよう。それで、いつも、心地よくいよう。 | 43. しやわせを分かち合おう。 |
| 9. 「電話による相談」を活用しよう。 | 44. ノスタルジックな悲しみを避けよう。 |
| 10. スポンサーを見つけよう。 | 45. アルコール依存症が、人々を欺き、途方に迷わせるものであることを思い出そう。 |
| 11. たくさんの休息をとろう。 | 46. 自分自身の行動の責任を受け入れよう。 |
| 12. 第1のことを第1にしよう。 | 47. 自分自身のためにソーバーでいよう。 |
| 13. 寂しさを払いのけよう。 | 49. アノニミティを尊重しよう。 |
| 14. 怒りと憤慨に注意しよう。 | 50. 他の全部が失敗しても、指示に従おう。 |
| 15. あなた自身とうまくやろう。 | 51. 他者を支援して、自分自身を癒そう。 |
| 16. 意気揚々としすぎないように注意しよう。 | 52. 経験や希望や強さを分かち合おう。 |
| 17. 気楽にやろう。 | 53. 自分自身を変える勇気を見つけよう。 |
| 18. 感謝しよう。 | 54. 他者を受け入れる平安を見いだそう。 |
| 19. 最後の飲酒のことを覚えておこう。 | 55. 自分自身の人生を変えることを試みよう。そして、自分を越えたハイパーパワーにゆだねるようになろう。 |
| 20. 薬物などのムードを変えるあらゆるものを避けよう。 | 56. 意思をもとう。 |
| 21. 自己をあわれむのを避けよう。 | 57. 私と一緒にミーティングに参加しよう。 |
| 22. 専門職の援助を求めよう。 | 58. アルコールに対して無力であることを認めよう。 |
| 23. 情緒的なもつれをはっきりさせて、なおかつ、その舵をとろう。 | 59. 自分自身よりも偉大な力を認めるようになろう。 |
| 24. 「もしも、何々であったら…」などの「もしも」のトリップ(わな)を取り除こう。 | 60. 探求し、おそろしくない道徳的な棚卸をしよう。 |
| 25. 飲酒した場合のことを思い悩やまないようにしよう。 | 61. 仲間と一緒に自分自身の人生の資産を分かち合おう。 |
| 26. かつての考えを取り除こう。 | 62. あなたが傷つけた人生のリストを作ろう。 |
| 27. AAのメッセージを読もう。 | 63. できるなら、それらの人生の資産を改めよう。 |
| 28. AAのミーティングに出よう。 | 64. 個人的な人生の資産づくりを続けよう。 |
| 29. 12のステップを試みよう。 | 65. もし、自分が誤っているのなら、その時、すぐさまそれを認めよう。 |
| 30. 自分自身の道を見つけよう。 | 66. 祈り人の規則的な方法を使おう。 |
| 31. 古い習慣を改め、新しいソーバーな習慣を身につけよう。 | 67. 中庸にしよう。 |
| 32. 心を開いておこう。 | 68. あなたのための自分を越えたものの意志を見つけよう。そして、それを実行しよう。 |
| 33. 自分自身の常識や感覚を使おう。 | 69. これらの原理をあなたの人生の出来事に適用し |
| 34. 今を生きよう。 | |
| 35. ソブリエティの初期においては、人生における | |

- よう。
70. 大笑いしよう。
 71. お腹がすくのをさけよう。
 72. 耳をそば立てて聞こう。
 73. 苦痛を分かち合おう。
 74. 肯定的な考えを採用しよう。
 75. サービスを利用しよう。
 76. 違うことよりも類似していることを探そう。
 77. いつわりの自尊心に気をつけよう。
 78. 罪の意識を感謝に置き換えよう。
 79. 自分の正しさを示したり、自分の徳の高さを主張することを避けよう。
 80. 厳しさを伴ったやさしさを実践しよう。
 81. シンプルでいこう。
 82. あなたがはねつけた世界の一部分になるようにしよう。
 83. 自己満足にならないようにしよう。
 84. 霊的な状態を維持しよう。
 85. AAのメッセージを選ぼう。
 86. 信念をもとう。
 87. 自分自身の恩恵を考えよう。
 88. 他者の過ちを強調しないようにしよう。
 89. あるがままの人生を受け入れよう。
 90. 今日の自分のあやまりをみとめて、それを正そう。
 91. 一人でないことを信じよう。
 92. 人を傷つけるような真相を避けるようにしよう。
 93. 自分が不安定な時には、アルコール依存症の人々のフトコロにかかわらないようにしよう。
 94. ゴシップを避けよう。
 95. 自分自身をあざむくことを避けるようにしよう。
 96. 逆境を機会と考えるようにしよう。
 97. 自制を発展させよう。
 98. 必要な変化を恐れないようにしよう。
 99. 門を叩いて、自分を超越るものに委ねよう。
 100. 人生を1日1日で考えよう。さらに、1秒で、瞬間瞬間で考えよう。その時が全てである。
-