

精神障害者家族の友人に対する要望や期待

—精神障害者家族会への量的調査を通して—

田中 祐一朗

(コミュニティ福祉学研究科 博士課程前期課程)

はじめに

2015（平成27）年現在、精神障害者の約7割が家族と共に生活している。病気の状態にもよるが、多くの精神障害者家族は、専門的な知識も乏しいまま、精神障害者と共に生活を行っている。したがって、精神障害者家族への支援を行う必要がある。家族への支援として、病院や保健所といった専門機関による支援などがある。しかし、専門家による支援に満足している家族のみとは限らない。そこで、本研究では、専門家とは異なる立場にある友人に対し、精神障害者家族がどのような役割を期待しているかについて、精神障害者家族会へのアンケート調査において検討する。

なお、本稿は、筆者が2015（平成27）年度に提出予定の修士論文「精神障害者家族の『友人』に対する役割期待の研究」の一部を基に執筆したものである。また、「障害者」の表記は、精神保健福祉及び精神障害者に関する法律（精神保健福祉法）に則っている。

I. 諸言

1. 家族への支援の必要性

1983（昭和58）年、看護助手らの暴行により患者が死亡した宇都宮病院事件が起こった。この様な精神科病院での事件を契機に、1987（昭和62）年には、国内外から精神衛生法の改正を求められ、精神保健法が成立した。精神保健法では、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者復帰施設（精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設）に関する規定が定められた（精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会2000）。この頃から、精神障害者の人権や、地域での生活を訴える声が強くなった。しかし、一般的に理解されている医療の必要性が少ないのに社会的理由および家族の退院不同意により入院を継続する社会的入院（滝沢

2014) や、病院転換型居住施設創設という入院期間が1年を超える長期在院者を支援するための制度の是非などが問題として挙げられており、現在も精神障害者が地域生活を行うには課題が存在している。

2011(平成23)年度現在、精神障害者の精神科病院からの退院先の状況は、32,105人のうち、約65%が家庭復帰等となっている(厚生労働省2014)。精神障害者は、家族と共に生活を行っているケースが現状では多い。この背景には、2013(平成25)年まで精神保健福祉法に組み込まれていた保護者制度が関係している。

保護者制度は、①保護者は精神障害者に治療を受けさせる②保護者は精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力する③回復した措置入院患者を引き取ること、など幾つかの責務を保護者に課せていた制度である。この保護者制度は、家族の精神的、経済的、体力的に履行が困難(全家連保健福祉研究所1993)、1900(明治33)年の精神病者看護法から続く家族責任主義の延長(篠原2013)など、負担が大きいにもかかわらず、家族に精神障害者を監督する風潮を作ってきた。

家族と生活すること自体が悪いわけではない。しかし、問題はいくつかある。障害者家族の自立生活は、家族内部の感情的な巻き込まれが強く、閉鎖的な空間が作られてしまい、社会に開かれる景気を失ってしまうことが問題とされている(岡原2012)。また、家族と精神障害者の双方が病気を理解できないことにより、精神障害者の病気の悪化や再発を生み出す高感情表出を行ってしまう場合がある(藤井2004)。

さらに、客観的な負担(経済的な面、家庭生活の破壊感、近所づきあいや友達付き合いの制限、身体的、精神的な健康が維持できない)や主観的な負担(喪失感、悲嘆、自分を責める気持ち、恐怖、不安)(クリストファー1998)、常に医療機関に受診させ、服薬を勧め、病状を管理する役割を担い、社会復帰のための資源も乏しく、外出や余暇、そして就労などの同伴も家族が担っている(佐藤2006)など精神障害者家族には、精神障害者と生活する上で、様々な負担が存在している。したがって家族への支援が必要である。

全国精神保健福祉会が行った調査では、4,419名の家族のうち、「専門家の多忙さを気遣い、相談をためらうことがあるか」という問いに対し、63%の家族が「ある」と答えている。また、「家族が専門的に相談できる専門家」「家族の相談にのるために訪問してくれる専門家」の存在に対して「不足・やや不足」と回答した家族はそれぞれ80%以上存在している(全国精神保健福祉会連合会2010)。つまり、専門家に十分な相談ができていない精神障害者家族も存在していることが分かる。

近年、ソーシャルワーカーやその他の援助専門家は、ソーシャルサポート(以

下SS) のシステムを研究し、人々が多様な心理社会問題に対処するのを援助するためこれらのシステムを活用する最も効率的な、能率的な手段をより明確に確立することができている。SSとは、ある人のソーシャルシステム、すなわちその人が生活している一般的な社会的環境もしくは生態環境における積極的な相互作用を指している。この環境は、家族、友人、職場における同僚、隣人を含めたインフォーマルなシステムと、ソーシャルワーカー、医師、弁護士、その他の専門家を含めたフォーマルなシステムから構成されている (マグワァイア1991)。

そこで、専門家とは異なる立場の人物が、精神障害者家族の支援にどのような形で貢献するか検討する必要がある。

2. 友人のメリットと定義

本稿では、友人の役割に焦点を当てた。なぜ友人なのか。親密な友人関係には、①精神的健康が高められる②日常に出会う様々な問題の解決を助ける社会資源にもなる③自身の悩みや問題を相談し、友人から心理的なサポートや具体的な援助をえることで、困難な問題を解決することができ、精神的健康を保つことができるといった機能がある (岡田2013)。つまり友人には、専門職とは異なった面での支援を担うことが出来る可能性があることが分かる。

先行研究における友人の定義は、友人関係を「顔や名前を知っている程度の同性の友だち」「会えば話をする程度の同性の友だち」「ある程度の親しい同性の友だち」「最も親しい同性の友だち」の4段階に分類 (山中1994)、「親友」「友達」「顔見知り」の3群に分類 (相澤2003) するなど様々な形で分けている。友人関係の親密さを被調査者の主観を頼りにしてとらえた場合、その定義は必ずしも明確ではない (三島2010)。つまり、友人がどの様な人物を指すかは調査協力者の意識による。そこで、本稿における友人の定義は、親密さや、出会った場所の特定は行わず、調査協力者である精神障害者家族自身が友人と認識した人物とする。ただし、精神障害者家族会に所属している人物は、精神障害者家族にとって、セルフヘルプグループ (以下、SHG) の仲間であるので、友人関係の対象外とする。

3. 精神障害者家族会について

本稿が、調査協力を依頼した精神障害者家族が参加していた精神障害者家族会は、1. 相互支援 (語り合う、相互交流、情報交換と手助け) 2. 学習 (学びあい、知見を広める) 3. 社会的運動 (外に向かっての働きかけ) を行う団体である (全国精神保健福祉会2015)。

家族会は、1960 (昭和35) 年ごろに精神障害を家族が理解するために一部の病院が始めたことが発足のきっかけといわれている。1966 (昭和41) 年には、全国組織である財団法人全国精神障害者家族会連合会が発足し、2007 (平成19) 年に

全国精神障害者家族会連合会が解散してからは、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（通称みんなねっと）が、全国規模の家族会として活動を行っている。現在全国に約1,200の家族会があり、約3万人の家族会員が、さまざまな地域で交流し活動している（全国精神保健福祉会連合会2015）。全国にはおよそ約320万人の精神障害者がいることを考えると、家族会に所属している精神障害者家族は多くないことが分かる。

家族会が行った社会的運動の代表的なものとして、1993（平成5）年に全国精神障害者家族会連合会が日本精神神経学会に対し、精神分裂病という病名の変更を要望している。全国精神障害者家族会連合会では病名の変更に関する意識調査を家族会に対し行うなど、病名変更に関しての社会的運動を実施していた（全国精神障害者家族会連合会2001）。

また、家族会は、①自分たちが自分たちに援助を提供できる②対等な仲間同士がともに育ちあえる③援助の受け手があるとともに、同時に、援助の与え手になれる④安心して自分を話せる⑤自分が自分を援助する人になれる⑥説明しなくても実感してわかり合える仲間の機能を持ち、専門職には出来ない援助ができるといった機能があるSHGである（岩田2008）。

また、精神障害者家族が、他の当事者家族を自分の力で見つけ出すことは容易ではない。その様な場合に、多くの市区町村に存在する家族会は、自身と近い境遇の人物に出会える場なのである。そしてお互いの境遇を理解した上でのコミュニティとしての存在価値もある。家族会によっては市区町村の催し物への参加や、ピクニックや花見といったイベントを実施している。地域で生活をする上で、病気のことを理解された状態で、娯楽に打ち込めることが出来るのは、精神障害者家族の中でも、専門家や家族会以外には病気のことを打ち明けていない家族にとって大切な時間になりうる。つまり、本稿の調査協力者は、インフォーマルな人物を頼りにすることが出来る精神障害者家族が多いと考えられる。

課題としては、家族会員の確保が難しい点がある。既存の家族会員の多くが、高齢の統合失調症の親の立場であり、うつ病や躁うつ病の家族、あるいは子の立場、配偶者の立場の家族は、同じ立場の家族との交流を希望しているにもかかわらず、その病名や年齢の違いから、家族会への参加のしにくさにつながっている場合がある（高村2012）。今回調査を実施した家族会でも、当事者の多くは統合失調症の患者であった。

4. 本研究の目的

精神科医などの専門職とは別に、友人の存在が、どの様な役割を担うことができるかを解明することにより、精神障害者家族の支援の幅を広げることが出来る可能性がある。

また、精神障害者家族が友人に何を求めているか、思っているかを解明することにより、精神障害者家族と友人が、関わりを持つ上での参考の1つになる。

II. 研究方法

1. 調査協力者

本研究の調査協力者は、精神障害者家族会の定例会に参加した精神障害者家族である。関東地方で活動している、5カ所の精神障害者家族会に参加した117名の精神障害者家族から協力を得て、質問紙調査を行った。

2. 調査方法

調査の方法は、各家族会に直接訪問して調査の概要、目的、不利益の防止などを口頭及び紙面で説明した後に質問紙を配布し、その場で直接回収した。調査は無記名で行われ、同意は質問紙の提出で得られることを事前に伝えた。なお本調査は、倫理的な審査を立教大学コミュニティ福祉学研究所倫理委員会に諮り、承認を得た。

3. 実施期間

事前調査を2015年4月に行い、2015年4月から6月にかけて調査を実施した。

4. 回収率

5カ所の精神障害者家族会の105名から回答を得て、回収率は89.7%であった(105/117)。全データのうち3ケースは回答が読み取れなかったため、除外して102人分のデータを用いることにし、有効回収率97.1%であった(102/105)。なお有効回答者の中で、質問項目に対し、無回答であったものは欠損値として扱っている。

5. 調査内容

(1) フェイスシート

調査協力者と当事者(精神障害者)それぞれの年齢、性別、調査協力者から見た当事者の続柄、当事者の病気のために初めて病院を受診した年齢、調査協力者の近所との付き合い方、家族会に参加する頻度、信頼できる専門家の存在、寂しいと感じる頻度、世帯の所得、当事者の病名や日常の過ごし方についてについて質問した。

(2) 友人への役割期待に関する項目

本研究に使用された項目は、SSに関する研究を基に作成した。当事者の病気の

ことを伝えている友人の有無について尋ねた。友人に伝えている調査協力者には、役割期待について10項目を5件法で質問した後、友人への役割期待が実現した場合、調査協力者は自身がどうなるかについても質問した。病気のことを友人に伝えていない調査協力者には伝えられない理由について9項目を5件法で質問した。なお、本稿では、全てを掲載することが出来ないため、結果の一部を抜粋して掲載している。

6. 分析方法

本研究はIBM SPSS Statistics 22を使用し、単純集計、クロス集計による分析を実施した。

Ⅲ. 結果

1. 調査協力者の内訳

調査協力者、当事者（精神障害をお持ちの方）の基本属性は表1～4の通りである。性別の比率は、調査協力者の場合、男性が約28%、女性が約72%であった。また、当事者の場合、男性が約63%で、女性が約37%となっている。性別の割合に偏りがある理由としては、精神障害者家族会員は女性が多く、当事者は男性が多い（精神保健福祉会連合会2010）ことが関係していると考えられる。調査協力者の約82%は、当事者の親であるため、調査協力者の平均年齢は比較的高いものとなっている。病気に関しては幾つかの病名を告げられている場合は、主たるものの一つの回答を頂いている。結果としては全体の約8割が統合失調症を患っていた。

表1. 調査協力者の年齢と性別（数値は人数）

| | 0～49歳 | 50～59歳 | 60～69歳 | 70～79歳 | 80歳以上 | 合計 |
|----|-------|--------|--------|--------|-------|----|
| 男性 | 2 | 3 | 15 | 5 | 1 | 26 |
| 女性 | 6 | 19 | 32 | 13 | 1 | 71 |
| 合計 | 8 | 22 | 47 | 18 | 2 | 97 |

表2. 調査協力者から見た当事者の続柄（数値は人数）

| 息子 | 娘 | きょうだい | 父母 | 親戚 | 夫妻 | その他 |
|----|----|-------|----|----|----|-----|
| 47 | 32 | 9 | 5 | 1 | 2 | 1 |

表3. 当事者の年齢と性別（数値は人数）

| | 0～19歳 | 20～29歳 | 30～39歳 | 40～49歳 | 50歳以上 | 合計 |
|----|-------|--------|--------|--------|-------|----|
| 男性 | 1 | 18 | 22 | 12 | 7 | 60 |
| 女性 | 3 | 7 | 13 | 8 | 5 | 36 |
| 合計 | 4 | 25 | 35 | 20 | 12 | 96 |

表4. 当事者の病気（数値は人数）

| | |
|----------|----|
| 統合失調症 | 81 |
| 躁うつ病 | 5 |
| うつ病 | 2 |
| てんかん | 0 |
| 認知症 | 0 |
| アルコール依存症 | 1 |
| 薬物依存症 | 0 |
| 発達障害 | 3 |
| その他 | 3 |
| 合計 | 95 |

2. 友人への役割期待

図1は、調査協力者に対し、どの様なことを今以上にしたいか、期待しているかに関して1.当てはまらない～5.当てはまる、といった5件法で質問した。質問項目は、①日常的な会話をする事②精神障害者家族にも疲れがあることへの理解③ご本人（精神障害を持つ方）の病状について相談に乗ってもらうこと④ご本人の病気の看病を時々してもらうこと⑤ご本人と生活する時に生じる、苦勞に共感してもらうこと⑥何かあった時にすぐに会えること⑦不満を受け入れてくれること⑧ご本人の病気について有益な情報の提供をしてくれること⑨ご本人の病状について声をかけてくれること⑩友人と趣味で共に過ごすこと、である。それぞれの質問の平均値は、①3.48②2.81③2.27④1.33⑤2.92⑥2.71⑦2.58⑧2.37⑨2.47⑩3.44であった。中央値である3を超えたのは、①と⑩であり、精神障害との関連性は薄い項目である。つまり、専門的な支援より、精神障害者家族は、会話や趣味といった日常的な関わりを求めていることが分かった。

図1. 精神障害者家族の友人に対する要望や期待 (数値は5件法の平均値)

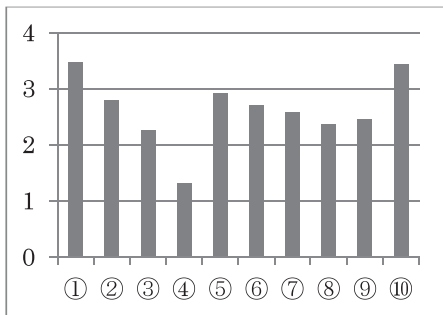


図2は、友人に対する役割期待が実現した場合、自身はどのような状態になっているか質問したものである。①精神障害に関する情報の量が増える②ご本人と接することによって生じる日常のストレスが和らぐ③ご家族と接することによって生じる日常のストレスが和らぐ④ご本人と今より冷静に接することができる⑤ご本人を今より受け入れることが出来る⑥調査協力者自身のために使う時間が増える⑦友人をより頼りにしたいと思える⑧今より寂しいと感じることが少なくなる⑨地域の人との交流が今より活発になる⑩その他、について質問した。なお該当するもの全てに回答を頂いている。結果は、①11名②32名③20名④22名⑤14名⑥10名⑦10名⑧20名⑨9名⑩3名であり、②という当事者とのかかわる際に生じるストレスに関する項目が比較的多かった。

図2. 友人に対する役割期待が実現した場合、当てはまる項目 (数値は人数)

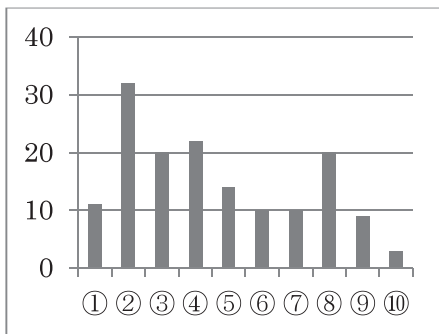


図3、図4は、「日常的な会話」「友人と趣味で共に過ごすこと」という質問と、「ご本人と接することによって生じる日常のストレスが和らぐ」という質問をクロス集計したものである。(図3 $\chi^2 = 0.171$, $df = 4$, $p > .05$) (図4 $\chi^2 = 0.26$, $df = 4$, $p > .05$) 図3、図4の結果より、友人に対する役割期待が実現した場合、

「ご本人と接することによって生じる日常のストレスが和らぐ」と回答した家族は、「日常的な会話」「友人と趣味で共に過ごすこと」が役割期待として「当てはまる」「やや当てはまる」と6割以上が回答していた。

図3. 「日常的な会話をする事」と図2②のクロス集計

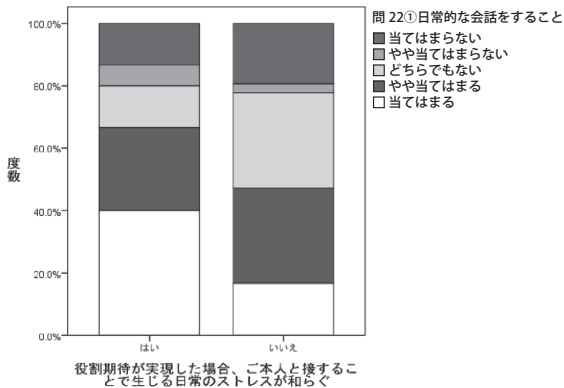


図4. 「友人と趣味で共に過ごすこと」と図2②のクロス集計

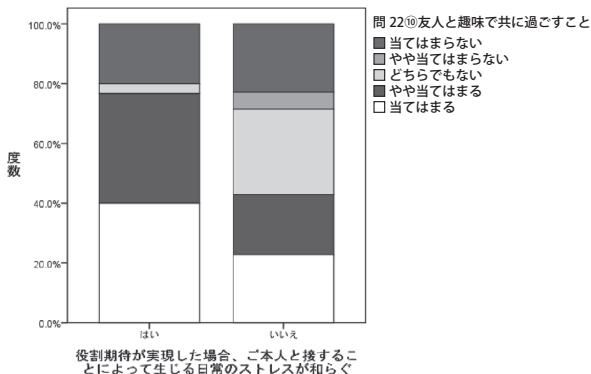


図5は、精神障害者家族は、友人に病気のことを伝えているかについて質問した結果である。結果としては、約7割が病気のことを友人に伝えていることが分かった。

図6は、友人はいるが、病気のことは伝えない精神障害者家族に対し、病気のことを伝えない理由を①精神障害者家族が家族にいると知られたくないから②友人に精神障害に関する知識のある人がいないから③友人と会話をする時間がないから④友人が聞いた時の反応が不安だから⑤精神障害者家族の疲れは理解してもらえないと思うから⑥本人と生活するときを生じるあなたの苦勞に共感して

もらえないから⑦何かあった時にすぐに会えないから⑧あなたの不満を受け入れてもらえないから⑨言えるほど親密な友人がいないから、に関して1.当てはまらない～5.当てはまる、といった5件法で質問した。それぞれの質問の平均値は、①4.08②3.77③2.55④3.58⑤3.79⑥3.15⑦2.67⑧2.08⑨3.00であり、比較的多くの項目が病気のことを伝えない理由として当てはまっていた。中でも、①②④⑤は高い水準で当てはまっていた。この結果より、世間での精神障害に対する偏見が原因により、精神障害者家族は友人に病気のことを伝えていないことが示唆された。

図5. 友人に病気のことを伝えているか

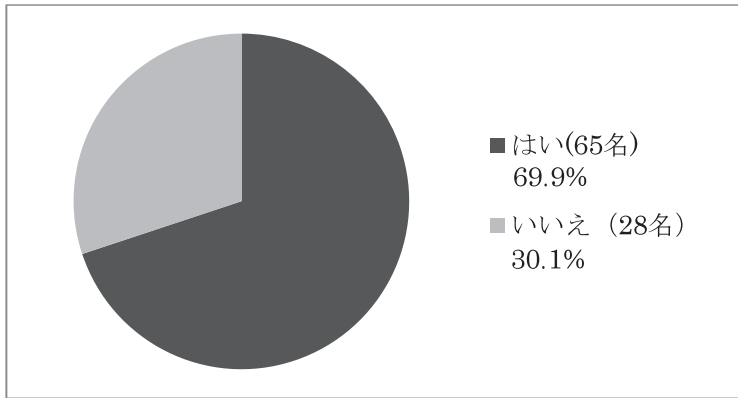


図6. 病気のことを友人に伝えない理由（数値は5件法の平均値）

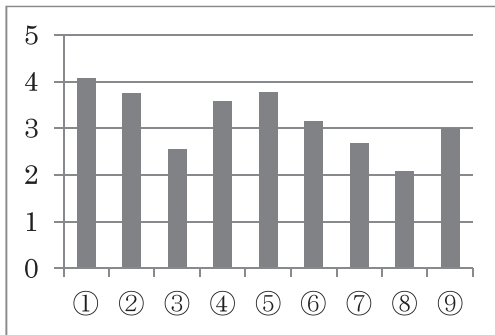
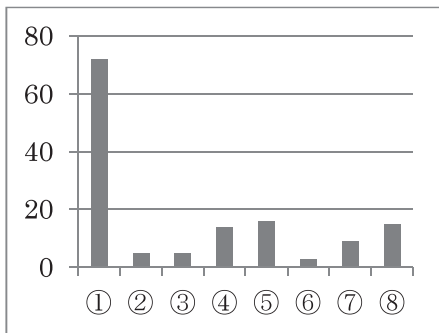


図7は、信頼できる専門家が現在いるか質問した結果である。専門家は、①主治医②看護師③保健師④病院のソーシャルワーカー⑤作業所や地域生活（活動）支援センターの職員⑥行政の職員⑦その他⑧信頼できる専門家は、いない、につい

て質問した。なお該当するもの全てに回答を頂いている。結果としては、①72名②5名③5名④14名⑤16名⑥3名⑦9名⑧15名であった。主治医が信頼できると回答した方は72名いた一方で、信頼できる専門家はいないと回答した方は15名いた。このことから、専門家の中でも、主治医との関係性が重要であると考えられる。また、「その他」では心理士、社会復帰調整官といった回答があった。

図7. 信頼できる専門家の有無（数値は人数）



IV. 考察

1. 日常的なやり取り

図1～図4の結果より、精神障害者家族は、精神障害とは関係のない日常的なやり取りで時間を過ごすことを友人に期待し、気分転換をはかることにより、精神障害者本人と接する際の感情の表出が和らぐことが示唆された。以上の結果から、精神障害者家族の友人は、「日常的なやりとり」によって精神障害者家族のサポートを出来ることが示唆された。

2. 会話を求める意味

精神障害者家族の、友人に対する役割期待は「日常的なやり取り」であることが今回の調査から示唆された。しかし、今回の調査において「ご本人の病気のことを伝えている友人はいますか」という質問を行い、約7割の精神障害者家族が友人に病気のことを伝えていることが分かった。精神障害という一般の人々にとって難しい話を精神障害者家族が会話の中に挙げている理由について、今回の調査では、役割期待についての調査を主体に行ったので、精神障害の話を友人にする理由までは把握することが出来なかった。

図6の結果より、精神障害者家族は、友人に「日常的なやり取り」と同時に、精神障害に対する一定の知識や理解を求めていることが示唆された。友人の精神

障害に対する知識、理解が乏しいことから、家族に精神障害者がいることを伝えていない精神障害者家族が今回の調査で見られた。つまり、人々の精神障害に対する理解が変化することによって、精神障害者の友人に対する役割期待も変化することが示唆された。

3. フォーマルとインフォーマルの両立

本研究では、信頼できる専門家はいないと回答した方は15名いた。SSは、専門職などによるフォーマルな関係と、友人などのインフォーマルな関係があつてこそのものである。今回の調査では、「日常的なやりとり」によって友人のサポートを出来ることが示唆されたが、友人に期待していない部分や担うことが出来ない役割は、専門職などのほかの人物が補う必要がある。

4. 本研究の限界と今後の課題

本稿において、限界点が幾つか挙げられる。第1に、調査項目の多くは、SSに関する研究(波多江2004)等を基に筆者が独自に作成した。したがって、調査協力者にとって調査票が妥当な質問項目であると断定はできない。第2に、本調査への協力を許可して頂いた精神障害者家族を対象としている。加えて、今回調査を依頼した精神障害者家族は殆どが、精神障害者家族会に入会している。したがって対象の選定は無作為ではなく、精神障害者家族のデータとして一般化することは出来ない。今後精神障害者家族が友人に精神障害の話をする理由、友人に加え、専門職や家族会といった機関も含めた精神障害者家族支援を検討する必要がある。

引用・参考文献

- 相川充・高井次郎編著.2010.『展望 現代の社会心理学 コミュニケーションと対人関係』誠信書房：236
- 相澤寛史. 2003. 「同性友人関係における投資モデルの精緻化」. 実験社会心理学研究42 (2) 131 - 145 : 139
- 安積純子・岡原正幸・尾中文哉・ほか. 2012. 『生の技法：家と施設を出て暮らす障害者の社会学』生活書院：123
- 岩田泰夫. 2008. 『セルフヘルプグループへの招待：患者会や家族会の進め方ガイドブック』川島書店：16,38,50
- 岡田涼. 2013. 『友だちとのかかわりを促すモチベーション:自律的動機づけからみた友人関係』北大路書房：13
- 公益社団法人全国精神保健福祉会. 2010. (2015年8月3日閲覧) <http://seishinhoken.jp/profile/families>
- 公益社団法人全国精神保健福祉会. 2010. 『精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究』(2015年8月3日閲覧) http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles_files/src/5.pdf

- 厚生労働省. 2014. 『長期入院精神障害者をめぐる現状』(2015年8月3日閲覧) <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000046397.pdf>
- 佐藤純. 2006. 「精神障害者家族への支援」関西大学 教育科学セミナー 37, 81-93 : 83.
- 篠原由利子. 2013. 「医療保護入院・保護(義務)者制度を巡る論議の変遷」. 佛教大学 社会福祉学部論集9, 99-121 : 102.
- 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編. 2000. 『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規 : 13 - 14.
- 精神保健福祉白書編集委員会編. 2012. 『障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方』中央法規出版 : 83.
- 全家連保健福祉研究所編. 2001. 『精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ-第3回全国家族調査(Ⅱ)病院家族会篇-』(財)全国精神障害者家族会連合会 : 49.
- 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所編. 1993. 『精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93』全国精神障害者家族会連合会 : 134.
- 滝沢武久. 2014. 『検証 日本の精神科社会的入院と家族 精神科長期入院者とその家族について歴史的考察とその実態—精神障害者福祉への政策提言—』. 筒井書房 : 19
- 波多江陽子. 2004. 「精神障害者家族が認識しているSSの実態」. 日本精神保健看護学会誌13(1) 72-80
- 藤井達也. 2004. 『精神障害者生活支援研究 : 生活支援モデルにおける関係性の意義』学文社 : 200.
- 山中一英. 1994. 「対人関係の親密化過程における関係性の初期分化現象に関する検討」. 実験社会心理学研究34 (2) : 105-115 : 107
- Christopher, S, Amenson. 1998. SCHIZOPHRENIA : A FAMILY EDUCATION CURRICULUM.(= 2001.松島義博・荒井良直訳 江畑敬介・稲田俊也・遊佐安一郎監修『家族のための精神分裂病入門』星和書店.) : 215
- Lambert, Maguire. 1991. Social Support Systems in Practice : A Generalist Approach. NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. (= : 1994. 小松源助・稲沢公一訳 『対人援助のためのソーシャルサポートシステム』川島書店.) 14-15