

アメリカの社会福祉実習事例

——在宅高齢者のためのヘルス・アウトリーチ活動

(カウンセリング, 調査研究, プログラム開発を学ぶ総合実習) と
スーパービジョン——

明 石 留美子

社会福祉教育において実習は重要な学習過程であり, 日本で社会福祉士の資格を取得するためには, 厚生労働省が定める実習指定機関で180時間以上の相談援助実習を修了していることが求められている。日本社会福祉教育学校連盟(2015)も, 社会福祉教育機関が適切な社会福祉実習をカリキュラムに含めていることを同連盟への加盟の審査基準として設定している。

アメリカでもフィールド教育, すなわち実習はソーシャルワーク教育の重要な柱であり, ソーシャルワーク教育協議会(Council of Social Work Education: CSWE)は, 実習時間を学部教育で400時間, 大学院教育では900時間と定めている。ちなみに, アメリカでは, 学部卒でなく, 大学院の修士課程を修了したソーシャルワーカーが中心となってソーシャルワークを実践している。本稿では, ニューヨーク州のコロンビア大学大学院スクール・オブ・ソーシャルワークでの筆者の実習事例より, アメリカの高齢者分野の社会福祉実習の在り方を検討する。

1 アメリカの高齢者と高齢者福祉の概況

アメリカの高齢者福祉分野での実習について述べる前に, アメリカでの高齢者事情と高齢者福祉について概観しておく。

(1) 高齢者人口

日本と同様、アメリカでも人口の高齢化は著しく、早急な対応が求められている。アメリカの65歳以上の高齢者は2013年現在4,470万人に達し、総人口の14.1%を占めた (Administration on Aging, 2014)。これは、約7人に1人が高齢者であることを意味する。2040年には、その数は8,230万人に増加し、人口の21.7%を占めると見込まれている。アメリカでは高齢者のほとんどが地域で暮らしており、2013年の施設入所者は高齢人口のわずか3.4%に過ぎなかった。また、在宅高齢者のうち、約28% (2013年現在) が独居世帯であった。図1が示すように、女性は配偶者に先立たれる確立が高いため、女性の独居率は男性をはるかに上回る。

アメリカでは、2013年現在、高齢者の81%が都市部で生活している (Administration on Aging, 2014)。高齢者人口の割合を州別にみると、気候の温暖なフロリダ州 (18.7%) が最も高く、次いでメイン州 (17.7%)、バーモント州 (16.4%)、ペンシルベニア州 (16.4%)、ノースダコタ州 (14.7%) の順となっている。同年の高齢者の貧困率は全国平均で9.5%であり、ワシントンD.C.が17.5%と最も高く、ニューヨーク州では11.6%で5番目に高かった。

(2) 高齢者医療と介護政策

アメリカには高齢者を直接対象とした約50の公共プログラムが存在する (Hooyman & Kiyak, 2011)。そのうち、本章は大学病院によるヘルス・アウトリーチ・プログラムに焦点を当てることから、高齢者医療・介護分野におけるアメリカの高齢者政策を概観する。

アメリカの高齢者医療は、公的医療保険のメディケア (Medicare)、公的医療扶助制度であるメディケイド (Medicaid)、民間セクターの医療保険で保障される。連邦政府が運営するメディケアは65歳以上の高齢者、65歳以下の障害

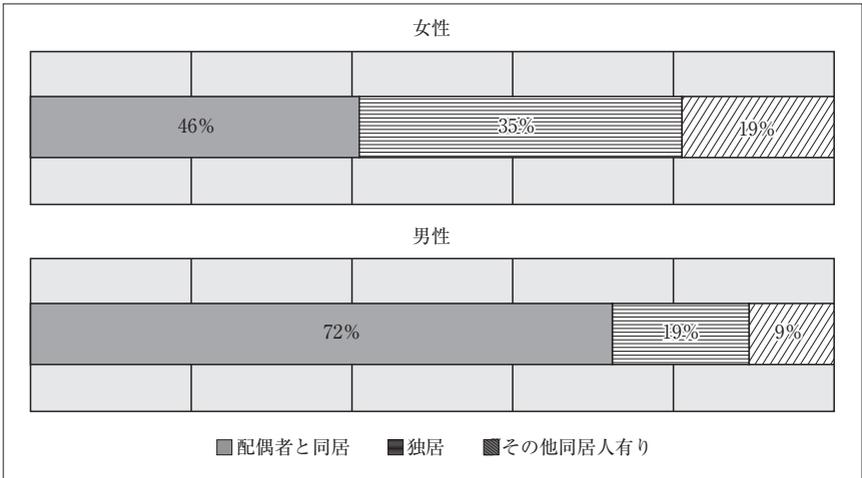


図1 高齢者世帯の状況 (2013年)

者、腎臓病の末期患者を対象とする一方、メディケイドは連邦政府と州政府が運営する医療制度で低所得者を対象とし、受給資格やサービスなどの詳細な規定は各州政府が決定する (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015)。

長期介護を必要とする人口はアメリカでも増加しており、2012年に全米で800万人が有給の介護者から介護支援を受けていた (Harris-Kojetin, Sengupta, Park-Lee, & Valerda, 2013)。しかしメディケアは医療ケアのみで介護を対象としないため (Moon, 1997; Graves, 1995)、長期介護に対する公的支援が必要な場合はメディケイドを申請する。メディケイドでは家事援助を含め総合的な介護支援が受けられるが、低所得者を対象とするため厳しい資産・所得制限があり、申請資格を得るには自己資産のほとんどを消費して規定の保有資産高にまで減少させなければならない (Feder, 2001)。メディケアの受給者が保有できる資産額は世帯人数によって異なるが、ニューヨーク州の例を挙げると、2015年現在、単独世帯で年間9,900ドル (月間所得については825ドル) 以下、2名の世帯では14,500ドル (1,209ドル) 以下である (New York State

Department of Health, 2015)。こうした資産額のほか、自らの葬儀代を保有できる。従って、メディケイドにはスティグマ（社会的汚名）が伴い、多くの高齢者がメディケイドの申請を躊躇する。

介護支援を受けるための他の方策としては、民間の保険会社との契約があるが、高額な保険料、不十分な保険期間とサービス、加入制限などの理由により（Temkin-Greener & Meiners, 1995）、加入は容易でない。2012年現在、民間による有料の長期介護を利用した人々の数は800万人と推定されている（Harris-Kojetin, Sengupta, Park-Lee, Valverde, 2013）。医療費、介護費が高騰するなか、他の先進国と同様、アメリカも入院や施設入所を削減する一方、地域を基盤とした在宅ケアを重視する傾向にある。

（3） 高齢者福祉の概要とソーシャルワーカーの役割

高齢者福祉において福祉機関およびソーシャルワーカーが果たすべき最も重要な役割の1つは、高齢者が尊厳のある生活を送れるように、生活の質（Quality of Life: QOL）の維持・向上を支援することにある。医療費支出が増大する今日、医療費の抑制に貢献することは、医療従事者のみならず、ソーシャルワーカーにとっても重要な責務となっている（中島, 2003）。入院期間の短縮が奨励されるなか、病院で働くソーシャルワーカーは医療チームの一員として患者の入院とほぼ同時に早期退院に向けた退院計画を立てる。また、2013年に高齢者が私費で負担した治療費は平均で5,069ドルに上ったというデータが報告されており、これは10年前の2003年に比べ35%の増加となっている（全人口ではその額は3,631ドル）（Administration on Aging, 2014）。

高齢者が自宅で自立した生活をできるだけ長く送りたいと願い、高齢化対策においても在宅ケアが重視されるなか、地域で暮らす高齢者のニーズに応えるため、高齢者センター（Senior Center）や生涯学習施設を含め地域の福祉サービスの充実が図られている。地域のなかで問題を抱える在宅高齢者を見つけ出

し、ニーズを総合的に把握して関連組織やサービスにつないでいく（福祉士養成講座編集委員会, 1989）アウトリーチ活動は、高齢者福祉機関やワーカーにとって、今後、一層重要性を増す（Lewis, 1997）。加齢による身体機能の低下や交通手段の不備から、多くの高齢者がサービスへのアクセスを阻まれている（Russel, 1997）。アウトリーチ活動は、孤立しがちな在宅高齢者に心理的サポートとコスト面を含めて利用可能なサービスについての情報を提供しサービスに結び付けていくことで、長期入院や施設入所を予防し、医療費や介護費の抑制に貢献する。しかし加速する高齢社会において、人材不足から、高齢者への個別アウトリーチには限界がある。従って、高齢者福祉機関などが、多くの高齢者が便益を受ける、費用対効果の高いアウトリーチ活動を開発していくことが望まれる。

2 実習枠組み

コロンビア大学大学院スクール・オブ・ソーシャルワークの2年に及ぶ修士課程では、院生たちが多くの知識と技能を習得できるように、通常1年次と2年次に異なる分野で実習を受ける。同大学院の場合、各年とも600時間の実習を受けることから、原則として週3日9時から5時まで院生は実習現場で研修を受けることになる。前述のようにアメリカのソーシャルワーク教育協議会（CSWE）は、大学院レベルの社会福祉実習に要する時間を900時間と規定しているが、コロンビア大学の修士課程では2年間のカリキュラムを修了するまでに1200時間の実習が課される。本稿では筆者の2年次の実習経験（2000年9月～2001年5月）に焦点を当てる。

高齢者福祉をフィールドとして選択した筆者は、N大学病院のヘルス・アウトリーチ・プログラムに配属され、週3日間午前9時から午後5時まで在宅高齢者を対象とする実習を受けた。この高齢者福祉実習プログラムは、コロンビ

ア大学大学院、N医療機関、N大学病院の3機関の連携によって運営されるパイロット実習プログラムで、高齢者福祉を専攻するコロンビア大学大学院の院生を対象とした。このプログラムに参加するには、実習生はアドバンスド・ジェネラリスト・プラクティス・アンド・プログラミング（Advanced Generalist Practice and Programming: AGPP）というソーシャルワーク手法を選択する。AGPPとは、カウンセリング、調査研究、プログラム開発など多岐にわたる活動を組み合わせ、社会福祉のジェネラリストとして総合的アプローチ、すなわち統合ソーシャルワーク（仲村・秋山, 2001）を実践するというソーシャルワーク方法である。この実習プログラムは、現場の実習と大学院の授業を有機的に連携させる方法を模索する実験的プログラムで、このプログラムで実習を受けることになった院生8名には、家賃に充当できる程度の奨学金が支給された。

アメリカでは高齢者福祉に介護福祉は含まれず、介護はソーシャルワークの範疇にないが、高齢者福祉は人気のある分野ではなく、この分野の実習を選択する学生は少ない。従って高齢者福祉に従事する人材の養成が高齢化の進むアメリカの福祉教育の重要な課題となっており、この分野での実習生を増加させるために様々なインセンティブが試みられている。

3 実習機関の紹介

(1) 実習機関と対象クライアント

N大学病院のヘルス・アウトリーチ・プログラムは、在宅高齢者を対象にソーシャルワーカーが運営する会員制プログラムで、高齢者の健康およびQOLの維持・向上を目的とする。会員資格は60歳以上で、特別なイベントへの参加費はあるが、入会金や会費はない。ニューヨーク市マンハッタン地区東部にあるこのプログラムには、2001年5月現在、ニューヨーク州とニュージャージー州に在住する4,800名が会員として登録していた。

(2) 活動内容

ヘルス・アウトリーチ・プログラムの主な活動として、ソーシャルワーカーによるカウンセリングとケース・マネージメントがある。ニーズのある会員の家庭を訪問し、カウンセリングを行い、必要に応じて医療機関や各種福祉機関のサービスに照会する。また、会員を対象とした月例健康セミナーやワークショップ、リハビリ施設の見学会を開催するなど、保健教育の場を提供するほか、水泳や絵画など各種の活動を催す。さらに情報提供の一環として季刊紙を発行する。ヘルス・アウトリーチ・プログラムには、アウトリーチを中心とした高齢者部門のほか介護者部門があり、介護を行っている家族などを対象にカウンセリングや様々なサービスへの照会を行う。しかし、アメリカではソーシャルワーカーは直接介護を行わないため、介護部門といっても介護業務に直接携わることはない。

(3) ソーシャルワーカーの役割と人数

ヘルス・アウトリーチ・プログラムの高齢者部門は、常勤ソーシャルワーカー3名、非常勤ソーシャルワーカー1名が、会員の中から募られたボランティアと2名の秘書によるサポートを受けて運営されていた。8名のコロンビア大学大学院からの実習生のうち、この部門に配属された院生は2名。その他2名は介護者部門、1名は関連の高齢者集合住宅、3名は病院内のERすなわち救急救命室にそれぞれ配属された。

N大学病院の高齢者部門のソーシャルワーカーは、主に2つの役割を担う。第1に、前述のカウンセラーおよびケース・マネージャーとしての役割である。会員が抱える問題には、日常生活動作能力 (Activities of Daily Living: ADL) および手段的日常生活動作能力 (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) の低下と社会的孤立に起因する孤独感が多い。N大学病院があるマン

ハッタン地区東部は中流以上の世帯が多いため、経済的な問題を訴える高齢者はそれほど多くない。ヘルス・アウトリーチ・プログラムでは、1名のワーカーが平均して20名のクライアントを担当していたが、人員の不足から、介入が必要な会員に十分に対応できる状況ではなかった。

第2の役割は、月例健康セミナーをはじめ、健康増進を目的とした様々なプログラムの企画運営である。月例セミナーとは、毎月健康に関する異なるテーマについてN大学病院の医師や療法士などが講演を行い、その後に催される懇親会のなかで講演者が参加者の個別相談に応じるというものである。この企画について、テーマの選択、講演者の手配、会員への案内などをソーシャルワーカーが担う。この月例セミナーは人気のイベントで、毎回200名の定員を上回る会員が申し込む。また、新たなプログラムを開発し会員へのサービスの拡大を図るうえで、他の高齢者福祉機関、ニューヨーク州政府、医療従事者、財団とのネットワーキングや協力関係の構築も日々の重要な業務となっている。

4 実習内容・特徴

(1) 実習への準備：実習環境への適応支援

院生たちが実習環境に迅速に適応し、最大限に学べるように、大学院側と実習機関は様々な配慮を行う。2年次の実習先は院生の希望に基づいて1年次の後半に決定し、大学側が各院生に通知する。そのなかで実習先の教育コーディネーターまたはスーパーバイザーも知らされ、院生は実習が始まる前にスーパーバイザーと連絡をとるように薦められる。

この実習機関のスーパーバイザーは白人系アメリカ人の男性で、コロンビア大学大学院スクール・オブ・ソーシャルワークの修士課程を修了していた。教育コーディネーターは実習機関のスタッフで、実習プログラム全体を統括し、実習機関、大学院、実習生との調整を担う。

大学院でのフィールド・アドバイザーは、教員2名が担当した。フィールド・アドバイザーは、現場のスーパーバイザーと連携し、実習生にアカデミックな視点から助言とサポートを与える。この実習プログラムでは、夏季休暇中に各院生が高齢者に面談し、内容をレポートにまとめてフィールド・アドバイザーに提出するという課題が出された。実習開始前にフィールド・アドバイザーが勉強会を設定し、それぞれのレポートをもとにディスカッションを行った。これも院生たちが高齢者と高齢者福祉を理解し、実習環境に迅速に適応するための支援の一環であった。

院生たちには実習機関より、事前の健康診断と各種予防接種が義務付けられた。アメリカに留学する場合、学校側に一定の予防接種証明書を提出するが、通常、抗体の有無は問われない。しかしN大学病院では、すべての就労者および実習生は、麻疹など規定の抗体をもつことが要求される。実習生でも抗体価が確認されるまで、クライアントと接触することが許可されない。

実習初日には合同オリエンテーションが催され、N大学病院で研修するすべてのソーシャルワーク実習生とスーパーバイザーが会した。高齢者福祉を専攻する院生以外に、児童福祉を学ぶコロンビア大学大学院生のほか、他大学院生も含め、総勢およそ30名の実習生が集まった。N病院では毎週1回のグループ・スーパービジョンがあり、実習生全員が参加して学習や意見交換などを行う。

(2) 臨床実習

実習が始まり、課された最初の課題は、自らクライアントを見つけ出すことであった。ヘルス・アウトリーチ・プログラムでは、会員のN大学病院への入院状況を毎日コンピュータで確認する。入院リストには会員名、年齢、病室が記載され、連日4-20名の会員が入院リストに現れる。実習日には、リストを片手に入院した会員を朝一番に一人一人訪ねる。

実習生の役割は、各患者と病室で面接し、家族構成を含めた生活面や心理面

の状況をアセスメントし、退院後の長期ケアの必要性を見極める。面接の状況を記録し、スーパーバイザーに報告を行って、ケアが必要と思われる患者のフォローアップについて話し合う。スーパーバイザーがフォローアップの必要性を認めた場合、実習生がその患者を担当することになる。患者の入院中に家庭訪問の日時を設定し、以後、週一度のペースで訪問し心理カウンセリングを行い、ニーズをサービスに結び付けていく。そのほか、スーパーバイザーによってクライアントが割り当てられることもあり、9ヵ月の実習期間中、常時平均8名のクライアントを担当した。

(3) 調査実習

以上の臨床実習のほか、アドバンスド・ジェネラリスト・プラクティス・アンド・プログラミング (AGPP) をソーシャルワーク手法として選択した院生は、実習先でニーズ調査を行い、その結果に基づき新たなプログラムを立案し、実習機関または関連機関に提案するという訓練を受ける。大学院の授業では2年次の1年間にわたりAGPPの手法を学ぶ。前期には、課題を特定し、ニーズ調査の手法を学び、実習先で調査を実行する。後期には、調査結果に基づいて新たなプログラムを開発し、プログラム提案書を準備して当該者に掛け合う。アメリカの福祉機関では、多くの活動が財団などの民間セクターからの資金提供を受けて運営されている。そのため、費用対効果の高いプログラムを開発し、プレゼンテーションを行う力はソーシャルワーカーにとって大変重要であり、AGPPではそうした能力が養成される。

さらにこの実習プログラムに参加する院生は、必修科目として大学院で通年の調査研究上級クラスを履修しなければならない。この授業では、教授に加え、博士課程の院生が務める2名の教育アシスタント (Teaching Assistant: TA) のもとで、およそ15名の修士生が調査手法を学び実際に調査を行ってデータを統計学的に解析する。8名の実習生は4名ずつのグループに分かれ、高齢者が

介護者のいずれかを調査した。対象は教授によって指定されたが、調査内容は学生が決定する。筆者のグループでは、後述するように、サクセスフル・エイジングの要因調査を行うことになった。

(4) 実習プログラムの特徴

多くの場合、実習生にクライアントが割り当てられるが、この実習プログラムの第1の特徴として、実習生がクライアントを自ら見つけ出すという点が挙げられる。これは、在宅高齢者支援の基本である。

第2の特徴は、福祉、医療、保健の分野で臨床、調査、プログラム開発など様々な課題が組み込まれた総合実習であったという点である。クライアントへの直接支援に加え、調査やプログラム開発まで含んだ実習では、ソーシャルワーカーの多様な役割を体験することができ、将来の方向性を考えるのに有用である。

第3に、大学院の授業と現場の実習が密接に連携していたことである。授業で学習した手法や理論を現場で実践し、その結果を授業にもち帰って考察し発表する。教授や他の院生からの意見や助言を基にアイデアを発展させ、実践に反映させる。こうしたフィードバック過程を通じて、教室で学んだ理論や手法を現場で実践することができる。

第4の特徴は、実習の過程で外部の様々な関連機関を視察する機会が与えられたことである。8名の実習生は、N医療機関、N大学病院ソーシャルワーク部門の教育コーディネーターおよびスーパーバイザーの手配で、ニューヨーク市のリハビリ施設、老人ホーム、老人病院、認知症の高齢者を対象としたデイケア／サービス・プログラム、ホスピス、アルツハイマー協会、生涯学習施設などを視察するほか、各種説明会や会合に参加した。また、訪問看護を行う機関の視察では、看護師と共にハーレムのクライアント宅を訪問し、訪問看護の在り方を学んだ。さらに、N大学病院の他部門に配属された実習生との交換プログラムも設けられ、2名の実習生がパートナーを組んで相互に実習現場を訪

れるという研修日も組み込まれた。様々な機関を視察することで、ニューヨークでの高齢者福祉について総合的な知識が深まり、ニューヨーク市が取り組む高齢社会対策に関して視野が広がる。以下に、実際の実習事例を紹介する。

5 実習事例とスーパービジョン

(1) 実習事例1：在宅高齢者へのアウトリーチ活動

実習が開始して1ヵ月が経過した頃、入院患者を訪問するなかでクラビス氏（仮名）72歳に面会した。この訪問業務では、通常、患者のカルテを読むことはない。患者についての詳細な医療情報が必要な場合は、病棟のソーシャルワーカーに連絡をとる。業務の分担としては、病棟のソーシャルワーカーが当面の退院計画を立てる一方で、ヘルス・アウトリーチ・プログラムのソーシャルワーカーおよび実習生は退院後の心理カウンセリングと長期的なフォローアップを行う。

腰痛の悪化が原因で2日間入院したクラビス氏は、ニューヨーク市郊外のアパートで乳がんを患う夫人と二人暮らしであった。夫人は連日微熱に悩み、歩行も困難で家事ができず、夫人の介護と家事全般をクラビス氏が担当していた。クラビス夫婦には何らかの支援が必要と判断した筆者は、スーパーバイザーに報告しフォローアップを始めた。

まず退院前にクラビス氏と家庭訪問の日時を決めた。最初の訪問では、夫人の状態と夫妻の生活状況を調査することが第1の目的だった。家族状況や環境が複雑でないことからエコマップは描かない。クラビス氏の入院中は近隣の人々の助けを借りて生活したと夫人は説明していたが、体力が衰えているクラビス氏が今後どの程度家事と介護をこなせるのかを判断して支援方法を考えなければならない。夫妻は、日本の国民年金に相当するソーシャルセキュリティと企業年金で生計を立てていたが、市場価格の介護サービスあるいはホームへ

ルパーを賄える経済的な余裕はない。一時間にわたって夫妻のニーズを調査した。

クラビス夫妻との面接では、直接対話やクライアントの表情などを読み取る非言語的自然観察法のほか、1年次のアドボカシーの授業のなかで訓練を受けた、環境を即座に細部まで観察する技術を役立てた。この技法では、居間の壁にかけられたカレンダーに印刷されている写真や書き込まれたメモ、壁にある染みまで観察する。

学年度末に実習が終了するまで、クラビス夫妻を毎週訪問した。筆者はメディケイドを申請し、公的介護サービスを受けてはどうかと夫妻に薦めた。しかし、メディケイドに伴うスティグマのため、申請は受け入れられなかった。また、夫妻と相談のうえ、無料または低料金の各種サービスを提案してきたが、夫妻は最後の段階ですべて拒否した。現況を変えることに抵抗し、自立を主張した。自立の維持は在宅高齢者のQOLを左右する。晩婚のため子どもがなく、体力の衰えから社会からも孤立し始めたクラビス夫妻は、ケース・マネージメント的な支援よりも心理的サポートを強く求め、私の介入は心理カウンセリングが中心となった。これは他のクライアントにも共通する傾向であった。

(2) 実習事例2：ニーズ調査・プログラム開発

AGPPの訓練ではニーズ調査とプログラム開発を行った。前述のように、ヘルス・アウトリーチ・プログラムでは、N大学病院で開催するセミナーやイベントへの参加を会員に奨励することと、地域で暮らす会員に家庭訪問によってアウトリーチするという2つの事業戦略を展開している。

ヘルス・アウトリーチ・プログラムの会員の大半は70歳代の中流家庭の白人女性。現会員が今後さらに高齢化し身体機能の低下が予想されることから、第1の戦略、すなわちセミナーやイベントへの参加奨励は困難になっていくと見込まれる。Ebersole・Hess (1998) の研究では、社会からの孤立は、罹患率

の増加や抵抗力の低下を招くなど、高齢者の心身に悪影響を与えると報告されている。一方、スタッフの不足から第2の戦略である家庭訪問を大幅に増やすことは非現実的である。実際に、入院患者やスタッフからの聞き取り調査のなかで、加齢による障害によって、ヘルス・アウトリーチが主催するイベントに参加できなくなった会員が増加している状況が明らかになった。今後、新たなプログラムを開発しなければ、会員にサービスを提供できる機会は減少する。これが筆者の問題提起であった。

ニーズ・アセスメントの課題について、スーパーバイザーと協議の機会を設け、新たなサービスを提供する必要性を説明しスーパーバイザーの意見を聞いた。スーパーバイザーは筆者の意見に賛同し、健康に関する情報の発信を実現可能な方策として提案した。どのような情報をどのように発信すれば会員のニーズを充足できるのか。この問題をニーズ・アセスメントの課題として取り上げた。

AGPPの前期の授業では、ニーズ調査を計画し実行する。そのなかで、アセスメント前、アセスメント、アセスメント後の3本の報告書を作成する。アセスメント前概要企画書では、Witkin・Alschuld（1995）による3段階のニーズ理論、すなわち、サービス受益者（レベル1）、サービス提供者（レベル2）、資源（レベル3）のニーズがあり、レベル2と3のニーズはレベル1のニーズに基づかなければならないという理論に基づいて、問題提起とアセスメント計画案をまとめた。

ニーズ・アセスメントの対象はN大学病院に入院した会員とした。フィールド・サーベイという調査技法のもとに選択形式の質問表を作成し、応じてくれる会員に訪問面接による質的調査を行った。調査対象の多くが緊急入院患者であるため、最短の時間で信頼性のある結果が出せるよう質問表を工夫し、教授とスーパーバイザーによるコメントと許可を得てアセスメントを開始した。

アセスメント報告書では、ニーズ調査の方法と調査結果の中間報告をまとめ

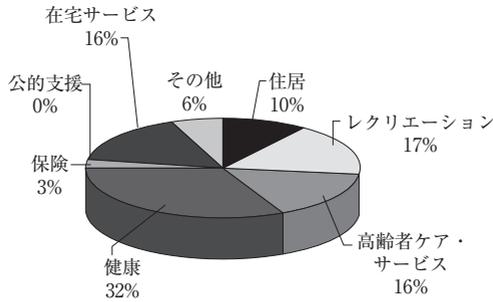


図2 ヘルス・アウトリーチ・プログラムの会員が関心を示す情報の種類

た。最終的に61歳から100歳までの25名（男性10名，女性15名）に調査を行い，分析した結果をアセスメント後報告書の中で解説し，新たなプログラムの提案につなげた。調査の結果，回答者の92%が新たな情報を望んでいることがわかった。図2が示すように，内容としては健康に関する情報が32%と最も高かった。

後期の授業では，まず，プログラム提案書の作成について学ぶ。問題提起，ニーズ調査の結果，プログラム提案，予算，評価計画などを文書にまとめ，プログラムの実現に向けてスーパーバイザーに掛け合う。筆者が提案したプログラムは，ヘルス・アウトリーチ・インフォメーション・シリーズという，高齢者の健康やQOLの改善に役立つ情報を記載した両面1枚のリーフレットを毎月会員に発送するという1年間のパイロット・プロジェクトである。スタッフが簡単なDTP技術で作成でき，全会員に毎月発送する各種案内状に同封するため新たな予算請求も必要ない。この提案に対し，スーパーバイザーから，今後の新しいプロジェクトとして考える，という前向きな回答を得た。実習生の提案が拒否されるケースも少なくない。最悪のシナリオでは実習先の問題点を強調してしまふことになり，トラブルとなるケースもある。当初からスーパーバイザーを巻き込んだこと，ビジネス理論で学んだ交渉術を駆使したことが功を奏したと思われる。

(3) 実習事例3：サクセフル・エイジングの要因調査

ニーズ調査に加え、ヘルス・アウトリーチ・プログラムの会員を対象にサクセフル・エイジングについての要因調査を行った。これは、大学院での調査研究の授業のなかで調査計画をまとめ、実習現場で調査を行い、データを授業にもち帰って解析する量的調査である。同じ実習プログラムの実習生4名で調査グループを組織し、N大学病院で開かれる月例健康セミナーの場を借りて調査を実施することとした。

調査では、サクセフル・エイジングを健康生活の質（Health-Related Quality of Life: HRQL）、すなわち主観的身体健康感と主観的精神健康感と定義し、これらを客観的健康状態、主観的経済状態、ソーシャルサポートの3つの独立変数群で計り、健やかな老後に関係する要因を調査した。この調査では、主観的身体健康感・精神健康感を計る標準測定、SF-36の短縮版であるSF-12を使用し、これに独自の質問を加え、29問の自記式質問紙を作成して、200名のセミナー参加者に配布した。回収率は75%で、回答者の85%を女性が占めた。集めたデータは調査研究の授業のなかで、統計ソフトのSPSSを使って分析した。統計上の解析については詳述を省略するが、t検定を用いて統計学的有意性を調べ、仮説の検証を行った。結果、客観的に良好な健康状態、経済状況に対する満足感、適切なソーシャルサポートのすべてが主観的身体健康感に関係することがわかった。一方、主観的精神健康感については有意な結果は得られなかった。

解析結果を踏まえて筆者の調査グループが提案したのは、高齢者を対象とした運動プログラムや料理教室など、健康増進と社会的ネットワークを兼ねたプログラムの開発、資産管理および消費生活を支えるための助言とサービスの普及であった。こうした結果は、実習機関のスーパーバイザーにも報告する。

(4) スーパービジョン

実習生の活動は、現場での個別スーパービジョンおよびグループ・スーパービジョン、大学院でのフィールド・アドバイザーによるスーパービジョンのなかで話し合われる。実習生はクライアントのカウンセリングをプロセスレコード、AGPPを選択した院生は一週間の活動と次週の計画を週間記録にまとめ、これを毎週指定の期限までにスーパーバイザーに提出する。スーパーバイザーは、スーパービジョンの前にプロセスレコードおよび週間記録に目を通し助言や意見を書き入れる。

スーパーバイザーとの個別スーパービジョンでは、こうした記録を基に毎週一時間にわたり指導を受ける。筆者の場合、前期はプロセスレコード、後期は週間記録をもとにスーパービジョンを受けた。クライアントとの対話のすべてを記録するプロセスレコードは1年次の実習でも提出してきたが、後者は2年次での新たな経験であった。週間記録は、自らの活動を自己評価する良い機会であると同時に、毎週の実行力を示すものでもあり、これをまとめることでクライアントや成果を出すことへの責任を実感する。スーパービジョンでは、前半の30分間でスーパーバイザーに活動を報告し質問をした。後半は、スーパーバイザーが評価と指導を行い、質問に回答する。個別スーパービジョンのなかで、調査についても報告・協議し、プログラムの提案も行った。こうした話し合いを基にスーパーバイザーは半期ごとに実習生に対する評価報告をまとめ、大学院に提出する。通常、実習期間を通じて1人のスーパーバイザーのもとで個別指導を受ける。こうした制度では、実習生の変化と成長の度合いがフォローされると共に、一環した指導を受けることが可能となる。

実習生は、個別スーパービジョンのほか、グループ・スーパービジョンを受ける。N大学病院では毎週1時間にわたるグループ・スーパービジョンが設けられ、約30名のソーシャルワーク実習生が参加して、他分野や他大学院の実習

生と情報交換を行う機会にもなった。ここでは、N大学病院ソーシャルワーク部門の教育コーディネーターが調整役を務め、実習生が報告とディスカッションを行うほか、医療従事者やソーシャルワーカーによる講義が行われた。筆者の調査グループは、グループ・スーパービジョンのなかでサクセスフル・エイジングの調査報告を行い、これにはフィールド・アドバイザーや調査研究の教授も出席した。

そのほか、コロンビア大学大学院からの実習生8名のみを対象としたグループ・スーパービジョンが設けられた。各実習生を担当するスーパーバイザーがもち回りで毎週1時間のセッションを設け、実習状況や問題点、希望などについて話し合った。また、このグループ・スーパービジョンの時間を活用して各種施設を視察した。同じ実習プログラムに配属され、共に高齢者福祉を専攻する実習生たちと定期的に会合することで、実習生の間で相互理解が深まり、精神的な相互支援が生まれる。

こうした現場でのスーパービジョンのほか、大学院ではフィールド・アドバイザーによるスーパービジョンを受ける。月一度のペースを基本に、グループおよび個別セッションが設けられた。現場でのスーパービジョンはクライアントとのケースや課題を中心に行われる一方で、フィールド・アドバイザーとのスーパービジョンでは、高齢者福祉や高齢者を対象としたカウンセリング手法を学ぶなど、より学問的かつ理論的な視座から指導を受ける。そのほか、実習プログラムや現場のスーパーバイザーに関わる問題や不安などについて率直に疑問や意見を述べられる機会でもあった。

6 実習で習得した技能

9ヵ月に渡る実習のなかで養成された第1の技能は、地域の中から問題を抱えた人々を探し出す力である。ソーシャルワーカーにとって、問題を抱えたク

クライアントを自ら発掘していく力を養うことは必須である。また、在宅高齢者の訪問先では、クライアントから回答が困難な質問をされた場合でも頼れる人はおらず、実習であれ自立した行動が求められた。そのため、サービスについての下調べや事前準備を十分に行っておく必要があった。こうした準備作業によって、問題解決力や応用力が高まっていく。実習生にかかわる問題点として、実習生の受動的態度も指摘されているが（福山, 2002）、アメリカの実習では受身姿勢に終始することはできない。

第2は調査技法である。総合実習の一環として質的・量的調査の双方を実践し、現場と授業の連携のなかで専門的な調査を遂行したことで調査力がつく。ニーズ・アセスメントでは実習機関やサービスについて理論的かつ科学的に分析・評価し、プログラム開発に結び付ける力が養われる。

第3に、高齢者福祉についての総合的知識と技能が高まった。また、認知症の高齢者も含め、地域の多様な高齢者を担当する中で高齢者とのコミュニケーション技能についても学ぶことができる。

最後に、高齢者福祉に関する専門的知識や技術以外にも、調査を企画し実行していく課程で、すべての基本となる論理的な思考力や実行力が養われる。

7 総括

(1) 実習プログラムの強み

N大学病院ヘルス・アウトリーチ・プログラムでの実習では、前述のように、現場と授業の調和と連携が十分に計られていたことから、理論を現場において実践することができた。それぞれのスーパービジョンでも、スーパーバイザーから一方的な指導を受けるのではなく、実習生の意見を中心に相互コミュニケーションが奨励され、実習生の自立に向けた教育が行われていた。

臨床や調査など、様々な課題を含んだ総合的な研修も貴重な実習経験となる。

実習プログラムに組み込まれた施設見学も有用だが、こうした施設の選択にも実習生たちの希望が反映される。最後に、実習生が直面する問題に真摯に応えるフィールド・アドバイザーも実習生にとって心強い存在である。面会の依頼に即座に応じ、実習に対する不満などスーパーバイザーに話しづらい事項について、信頼し安心して相談することができるフィールド・アドバイザーは重要である。フィールド・アドバイザーから、実習期間を通してスキル面での指導に加え、精神面でのサポートを受けることで、授業で出される多くの課題と実習の両立、社会福祉の理想と現実のディレンマなど、実習にまつわる様々なストレスから引き起こされるバーンアウト（奈良県社会福祉協議会編、2000）を防ぎ、安定して実習を受けることができる。

（2）実習プログラムの問題点

筆者が実習に問題を感じることはなかったが、同じ高齢者部門に配属され、同じスーパーバイザーのもとで指導を受けた中国系アメリカ人の実習生は、スーパーバイザーとの間で確執を起こした。周知のとおり、アメリカは多民族文化で成り立っており、アメリカのソーシャルワークでは異なる文化をもつ人々との信頼関係の構築が重要な課題として取り上げられる。その実習生は、自らがマイノリティに属することを過剰意識し、白人系アメリカ人であるスーパーバイザーはマイノリティ文化を理解しないと反発した。結果、スーパーバイザーから不満足な評価を得た。現場のスーパーバイザーと実習生との相性は実習効果を左右する。最善の指導を受けるには、受身姿勢に始終するのではなく、スーパーバイザーと信頼関係を築いていこうとする実習生側の積極的な姿勢、主体性と責任をもって実習に当たるといふ姿勢も重要である。

（3）その他

8名の実習生のうち、白人系が4名、アジア系が2名、ヒスパニック系が1

名とすべてネイティブのアメリカ人であり、留学生は筆者のみであった。グループ・スーパービジョンやフィールド・アドバイザーによるスーパービジョンのなかで自己を表現し、共にグループ活動を行っていたためか、8名のチームワークは非常に良く、ピアサポートを形成することができた。実習生が単独で実習先に送り込まれる場合もあるが、グループ実習ではさらに実習効果が上がるのではと思われる。

アメリカのソーシャルワーク教育では、現場での実習期間が長く、従って実習時間数が多いことが特徴としていえる。長期に渡る実習は、実習生の即戦力を養い、実習を終えるころまでにソーシャルワーカーとして自立させることを目指す。アメリカでは、ソーシャルワークを学ぶ学生・院生の多くが卒業・修了後ソーシャルワーカーとなっていく。学ぶ側にとっても学業と実習を両立させていくことは容易ではないが、ソーシャルワーカーとしての即戦力を身に付けるには有用な学びとなる。

参考文献

- Administration on Aging. (2014). A profile of older Americans: 2014. Administration of Aging, U.S. Department of Health and Human Services.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2015). What's Medicare? <<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11306.pdf> (September 14, 2015)>
- Feder, J. (2001). Long-term care: A public responsibility. *Health Affairs*, 20(6), 112-113.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging: Human needs and nursing responsibility*. St. Louis: Mosby.
- 福祉士養成講座編集委員会 (編) (1989)『社会福祉養成講座2 老人福祉論』中央法規出版。
- 福山和女 (2002)「社会福祉方法・技術への実践教育：実習教育の実際と二一世紀への課題」、仲村優一・窪田暁子・岡本民夫・太田義弘 (編)『戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望 IV 実践方法と援助技術』ドメス出版, pp.238-266。
- Graves, E. E. (1995). The growth of long-term care insurance. *Journal of Financial Service Professionals*, 49(5), 84-89.
- Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Park-Lee, E., & Valerda, R. (2013). Long-term care services in the United States: 2013 overviews. National Center for Health Statistics.

- Vital Health Stat. 3(37).
- Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Park-Lee, E., & Valerda, R. (2013). Long-term care services in the United States: 2013 overviews. National health care statistics reports, no. 1. National Center for Health Statistics.
- Hooyman, N.R. & Kiyak, H.A. (2011). Social gerontology: A multidisciplinary perspective. Boston: Allyn and Bacon.
- Lewis, J.S. (1997). Housing and social support needs of elderly persons: A needs assessment in an independent living facility. *Evaluation and Program Planning* 20(3), 269-277.
- Moon, M. (1997). Does Medicare make sense as an age-related program? In R. B. Hudson (Ed.), *The future of age-based public policy* (pp. 144-155). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- 中島恒雄 (2003) 『二十一世紀の高齢者福祉と医療：日本とアメリカ』 ミネルヴァ書房。
- 仲村優一・秋山智久 (編) (2001) 『社会福祉概論』 ミネルヴァ書房。
- 奈良県社会福祉協議会編 (2000) 『ワーカーを育てるスーパービジョン：よい援助関係をめざすワーカートレーニング』 中央法規出版。
- New York State Department of Health. (2015). Medicaid in New York State. Retrieved May 30, 2015 on the World Wide Web: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#income
- 日本社会福祉教育学校連盟 (2015) 「一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟入会審査基準」 〈http://www.jassw.jp/entry/images/140122_02.pdf〉 (2015年5月27日)
- Russel, R. (1997). The senior outreach program of Park Ridge Mental Health: An innovative approach to mental health and aging. *Journal of Gerontological Social Work* 29 (1), 95-104.
- Temkin-Greener & Meiners. (1995). Transitions in long-term care. *The Gerontologist* 35(2), 196-206.
- Witkin, B.R. & Alschul, J.W. (1995). *Planning and conducting needs assessments: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: SAGE.