

日本応用心理学会公開シンポジウム

過重負担の医療・福祉従事者をどう支援するか

企画 内藤 哲雄（信州大学）
司会 大橋 信夫（日本福祉大学）
内藤 哲雄（信州大学）
話題提供者 峯尾 武巳（神奈川県立保健福祉大学）
吉方 りえ（医療法人社団順聖会吉方病院）
山川 庸介（児童養護施設まっば園）
安藤真智子（東京都渋谷区子ども家庭支援センター）
指定討論者 井上 孝代（明治学院大学）
松下由美子（山梨県立大学）

このシンポジウムは平成19年4月14日（土）午後1時30分～4時30分に明治学院大学で開催された。なお、記録に際しては、会場配付資料を含めて掲載するとともに、形式的な挨拶等はできるだけ省略し、質疑応答については要旨をまとめた。

■司会による開会宣言と構成員及び企画内容の紹介

大橋：定刻となりましたので、日本応用心理学会公開シンポジウム「過重負担の医療・福祉従事者をどう支援するか」を開催します。本シンポジウムの話題提供者の方は4名で、いずれも医療・福祉の現場に詳しい方々です。峯尾先生は障害者や特別養護老人ホームでのご勤務のあと大学の社会福祉学科で教鞭を執られており、介護福祉の現場の現実についてお話しいただけるでしょう。吉方先生は、大学病院での過重負担を体験されたあと開業医として勤務されており、医師のバーンアウトの実態についてお話しいただけます。山川先生は、保育士として児童養護施設での実態についてお話しいただきます。安藤先生は、母子自立支援施設、家庭支援センターのカウンセラーとしての体験をお話いただけるものと思います。また、指定討論者は2名で、臨床心理学の専門家であり施設での外部評価委員をされている井上先生には、施設の運営面全体の視点からのコメントをお願いできます。松下先生には、ご専門の看護学の視点からの評価をしていただけるものと考えております。

それではまず、企画を担当された内藤先生に、本



シンポジウムの企画趣旨についての説明をお願いします。

内藤：ポスターに掲載されている企画趣旨は、「今、医療・福祉の現場で何が起きているのか。次々に押し寄せる課題。過重負担にあえぐ職員。精神的にも身体的にも破綻寸前。福祉従事者、管理者、医師が現状を報告し、施設外部評価者、看護教員、社会福祉の専門研究者が問題の背景を解きほぐし、現場従事者と研究者がともに喫緊の課題の解決策を探る。」となっています。もう少し軟らかい表現をし

すと、「医療・福祉従事者の負担過剰の実態を現場から明らかにし、研究者とともに解決策を探る」ということになります。このような企画趣旨に沿って話題提供の先生方と指定討論の先生方を選ばせていただきました。



■各話題提供者の報告内容

ここでは、それぞれの先生方から報告された内容を、資料を含めて概要としてまとめます。

介護現場に何が起きているのか

峯尾武巳

(神奈川県立保健福祉大学准教授)

1. 介護保険制度の動向—労働環境の変化—

皆様ご存知のように少子高齢化に伴う介護問題を解決すべく、2000年(平成12年)4月より介護保険制度がスタートしました。介護保険の目的については、介護保険法第1条及び第2条で説明されているとおり「自立支援」を基本とし「介護サービスの社会化」「尊厳ある老後の社会支援」「自助努力」等がいられています。そして、社会福祉基礎構造改革を受けて、介護サービスの利用は措置制度から利用者本位による契約へと変わりました。

制度開始後2003年の介護報酬の一部改正の中で強調された点は、①介護支援専門員の役割はケアプランを作成することではなく、ケアマネジメントのプロセス全体を管理すること ②介護支援専門員の業務は、個人的な、また1事業所の行う行為ではなく、社会的責任の伴う「制度的行為」であること ③そのためには、利用者の人権、人格の尊厳、個人

の秘密の保護、公正・中立などの倫理や専門的な技能が必要である。と説明されています。この背景には、要支援及び、要介護1・2の認定者の増加と、施設介護から在宅生活への移行の問題等が指摘されています。つまり、介護給付費の増加と増え続ける施設志向にどう対応するかということが課題であるということでした。

そして、この年の6月には厚生労働省老健局長の私的研究会「高齢者介護研究会」から「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—」が発表され、①新しいケアモデルの確立 ②新しい介護サービス体系の確立 ③サービスの質の確保と向上 ④介護予防・リハビリテーションの充実、という四つの方向性が示されました。

この方向性はそのまま2006年の介護保険改正へと続き、①予防重視型システムへの転換 ②施設給付の見直し ③新たなサービス体系の確立 ④サービスの質の確保・向上 ⑤負担のあり方、制度運営の見直し ⑥被保険者・受給者の範囲の検討等がポイントとなっています。



2000年からの介護現場の変化は主として経営面からの視点と介護職員の視点から考える必要があります。経営面からの変化は直接的には保険給付費の増減、つまり収入からの論点です。2000年以前の措置時代は措置費収入と都道府県や市町村が独自に行っていた国基準の人件費への補助金等で成り立っていました。措置費は毎年改定され世の中のもの価動向や公務員給与等の変動に合わせて改定されていました。措置費が保障するものは施設利用者と職員が生活していくうえでの最低の基準であったともいえ

ます。しかし、現在の介護保険制度は利用者の介護度別の収入であり、市町村等からの補助金は財政難等を理由に大半は廃止されました。また、給付費の切り下げを中心とした「良貨は悪貨を駆逐する」とでもいうような市場原理の導入により、そのしわ寄せは結果として利用者負担の増加や職員の給与の引き下げ、ないしは据え置き、常勤職員から非常勤職員への雇用形態の変化、給食等の施設内業務の外部委託化という現象を起こしています。また、「サービスの質の確保・向上」の目標に対して具体的に行われたことは、サービス評価、情報公開、抑制禁止等が挙げられますが、それだけでは介護サービスの質が向上したのかどうかは判断できないのではないかと考えられます。つまり、労働集約型の仕事内容に対して、適切な労働対価はどの程度なのかという議論や、サービスの質の検討を抜きにした施設設備や環境要因のみのサービス評価で終わっているのではないかとこの疑問です。質の問題はサービスを受ける者の主観的な要因も多く、標準的な質とは何をいうのかという問題も含め、まだまだ議論する必要があると思います。いずれにしても、介護が民間企業の参入を初めとした専門的な賃金労働になったのは介護保険以降だとすれば、まだまだこれから問題ではないでしょうか。

2. 介護負担は家族だけの問題なのか

介護負担とは、人口の高齢化に伴い、さまざまな障害を有する高齢者とその介護に携わる家族が増加してきたことによって、1980年代から注目されるようになった概念です。特に認知症を介護することによる家族の介護負担は、認知機能障害に加えて多彩な行動障害や精神症状への対処が求められるため、大きな問題とされています。近年では、介護に伴う身体的疲労や精神的疲弊の結果、うつ状態に陥ってしまう介護者や、高齢者に対して暴力を振るう介護者等が報告されるようになったことから、適切に介護負担を評価し、必要な介入を行うことが求められています。

介護労働は以前から危険、汚い、厳しい、3K、5Kの仕事現場といわれていました。また離職率も高く全産業の離職率16%に比べても21%（2003年12月-2004年11月、厚労省報告書より）と高くなっています。また、介護職員は対人援助職に特有な精神

的、身体的ストレスも高く、財団法人介護労働安定センターがグループホームと特別養護老人ホームのユニットケアで働く介護労働者1,250名を対象として、「介護労働者のストレスに関する調査」を実施、分析を行った結果によれば、介護労働者の85.5%（少なくとも5人に4人）が、職場や仕事においてストレスを強く感じる事柄のあること。特に、多くの介護労働者がストレスを強く感じる事柄は、「夜勤時に何か起こるのではないかとこの不安がある」こと（ストレスを強く感じる人の割合42.9%）、「仕事内容のわりに賃金が高い」こと（35.3%）、「休憩時間がとりにくい」こと（33.3%）、「介護従事者数が不足している」こと（30.5%）と報告されています。介護労働者がストレス解消に役立つと考える雇用管理面での取り組みは、「介護能力の向上に向けた研修」（全回答者の94.6%）や「認知症への理解を深める研修」（94.4%）、「事故やトラブルへの対応体制」（94.3%）、「勤務体制を決める際、職員の要望を聞く機会の設定」（93.6%）などで、これらの問題に対応している事業所では、介護労働者が感じるストレス度が低く、仕事に対する満足度が高く、介護の仕事が続けたいという意向も高い結果となっています。このことから、雇用管理面の取り組みによる職場環境整備と、介護労働者のストレスには大きな関連があることが明らかになりました。多くの介護労働者が抱えている夜勤時の不安や適切なケアができていないといった不安を解消する上で役立つ研修の実施や事故・トラブルへの対応体制の整備等の取り組みが望まれています。また、入居者の生活を重視したグループホームやユニットケアでは、介護労働者が休憩をとりにくい等の問題も明らかとなりました。

このように、介護負担に伴う問題は家族介護者だけでなく、介護労働者こそ介護負担の犠牲者であり、ケアするものをケアする体制づくり（職場環境や社会的評価等）が急がれているのだと思います。

3. 介護労働の変化

介護とは利用者の高齢加齢や障害に伴う生活機能の衰えに対して、入浴や排せつ、家事援助等を直接または間接的に支援を行うことを目的としています。施設において介護はパッケージケアとして複数の介護職員によって365日24時間にわたって計画的に提供されています。介護は以前から介護計画を

立てた上で提供されることを原則としていましたが、施設内における介護は業務時間の流れによって一斉に提供されていました。つまり、業務マニュアルを覚えてしまえば一定水準の介護の提供は可能であったと考えられます。しかし、介護保険制度下では利用者の状況进行评估し、適切な介護計画を個別の立て、実施した結果进行评估する。またその過程では利用者本人や家族等が参画し、一緒に考える。また、集团的ケアから個別ケアへと方法論の変化が起きました。つまり、援助者主体から利用者主体へとパラダイムの変換が起きました。

現在の介護は、ケアプランによって提供され、介護記録はケア提供の根拠と同時に保険請求の根拠、介護事故の際の証拠記録といわれ、書類の作成に追われ、今までの8時間労働の時間内にあれもこれもと行わなければならない状況が発生しました。一方、ユニットケアやグループホームは一人の介護職員が複数の利用者の介護に個別に対応し、それも認知症というより専門的なケアを必要とする高齢者の介護にあたるについて、十分な研修や臨地実習もなく就職したその日から担当しなければならない現状が発生しています。このように広い意味で介護の労働集約が進んでいる現状が、悲惨な介護現場の背景として考えられます。ハード面の整備に比較して介護の質に関する環境条件はいまだ未整備な状態の中で、石川県で発生した事件等を防ぐことができませんでした。

4. 在宅介護を支えるヘルパーの実態

2006年の介護保険改正を含め、現在の福祉の動向は在宅や地域生活支援に向かっています。では、在宅生活を支えるホームヘルパー（訪問介護員）の実態はどうなっているのでしょうか。

訪問介護を担当するホームヘルパーの仕事は、対象者の健康状態等の変化による介護需要の不安定さ（収入の不安定さ等）、各家庭における利用者との一対一の密室での介護（相談できる相手がいない等）、利用者以外の家族介護者との関係性から来るストレス（利用者と家族の考えの違い等）、利用者の権利意識からくるストレス（介護してもらってあたりまえ等）に直面しており、施設の介護職員とは違った困難な状況を背負っています。

ヘルパーの約4割は非常勤職員であるといわれ

ています、その年齢も比較的高く、訪問介護員2級資格者が中心といわれています。訪問介護員における介護福祉士の割合は3割程度といわれています。これらの人々は、子育てが一段落して家計のために働く人、一家の生計人として働く人、さまざまだと思われます。

5. ま と め

社会保障審議会福祉部会「介護福祉士制度及び社会福祉士制度のあり方に関する意見」の報告書では介護職員の就労状況について次のように報告しています。

「産業の平均的な離職率に比べ、離職率が高い。賃金水準が業務内容に見合った水準になっていないのではないか。規模の小さい事業所においては、福利厚生の実が困難である。仕事のやりがいや処遇等を理由に転職する者がいる一方、他分野からの転職も多い。」

介護職員は理想と現実の間で、緊張とストレスを抱えて働いています。一方では、景気回復の中で多くの介護現場から離職者が増え、人が集まらない現状の中、現在の日本の介護現場は多くの非常勤職員や習熟度の低い未経験者によって支えられています。

介護労働が魅力ある仕事として社会的評価を得るために、何をしなければならないのかについて今後とも検討していきたいと考えています。

個人病院医師として

吉方りえ

(医療法人社団順聖会吉方病院医師)



それでは早速ですが、過重負担の医療・福祉従事者をどう支援するかという問題に関しまして、私は個人病院に勤務する医師の立場から皆様にお話したいと思います。

さて、このところ医師の疲弊が大きな社会問題としてマスコミに取り上げられ、また週刊誌などにも医療の実態に関し多くの特集が組まれるようになりました。しかしすでに1970年代半ばアメリカ合衆国では医療・福祉の現場に携わる対人専門職の燃え尽き現象が話題にされ始め、わが国でも1980年代終わりごろからさまざまな燃え尽き現象に関する研究がなされていました。つまりこの問題に関し日本でも25年以上も前から研究されていましたが、これほどの社会問題にはなっていませんでした。

最初に医師の疲弊問題を論ずる前に日本の医療は世界水準と比較してどうなのかという点から見てみたいと思います。

まず経済の指標 GDP 国内総生産に占める総医療費ですが日本は8%。この数字だけでは世界水準との比較ができませんので日本医師会総合政策研究機構、通常日医総研と略しておりますがワーキングペーパー No. 139 でまとめている「医療提供体制の国際比較」を参考にお話を進めたいと思います。最初に OECD 各国における国内総生産に占める総医療費の割合を順位でみますと、1996 年加盟 29 カ国中、日本は 21 位、2004 年加盟 30 カ国中、21 位と長期にわたって日本は医療費後進国から脱することができずにいます。

さらに 1 人当たり GDP と 1 人当たり総医療費支出で見ると(資料 1)、2004 年のデータですが、1 人当たり GDP が平均以上の国の中で 1 人当たり総医療費支出が平均以下は、日本・イギリス・フィンランドの 3 カ国だけ、すなわち日本は経済力に比べて総医療費支出が抑制されていることがわかります。

次に医師数に注目したいと思います。一般的に 1 人当たり GDP と人口 1,000 人当たりの医師数は(資料 2)、1 人当たり GDP が 2 万ドルを超えるまでは 1 人当たり GDP と医師数との間に相関関係を認めますが、GDP が一定水準を超えると人口当たりの医師数の伸びは落ち着く傾向にあります。ところが GDP が平均以上である日本では、人口 1,000 人当たりの医師数が 2.0 人。この数字は OECD 加盟国の平均 3.0 人を大きく下回り最下位です。また 1

人当たり総医療費支出と人口 1,000 人当たりの医師数は(資料 3)、一般的に 1 人当たり総医療費支出が 1,000 ドルを超えるまで、その間に相関関係が認められますが、一定水準を超えると人口当たりの医師数の伸びは落ちていきます。ここでも日本は 1 人当たり総医療費支出 1,000 ドル以上のグループにおいて人口当たりの医師数は最下位です。

こうして国際比較をしていくと日本の医療提供体制は先進諸国に大きく水をあけられており、現在の医療体制では国民を十分に診療できる状態にないと言えるのではないのでしょうか。

では今回は日医総研ワーキングペーパー No. 137 「第 2 回 日本の医療に関する意識調査の結果」を参考に少し述べてみたいと思います。

この調査は国民に「よい医療をいかに提供していくか」を考えるための資料として、日本医師会と日医総研が 2006 年 3 月から 4 月にかけて全国規模で病院医師 684 人、診療所医師 575 人を含む、総数 3,631 人に行った調査です。本日はこのワーキングペーパーの中から医療提供者側の意識を中心にお話したいと思います。

まず「より良い医療を実践するための改革や環境整備」について病院医師と診療所医師それぞれ別々に質問を行った結果です(資料 4)。必要な改革として、病院医師は上位に「医療行為以外の業務軽減」「診療報酬増額」「国民との信頼関係向上」を挙げています。また診療所医師は「国民との信頼関係向上」をトップに挙げており、いずれにせよ医師は患者との信頼関係に高い不安を持っていることが注目されます。

次に、この調査の中で「患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療が行われていると思うか」という質問を調査対象全員に行っているのですが、その回答として「そう思う」あるいは「まあまあそう思う」と答えた国民が 54.8%であったのに対し医師は 92.7%という結果が出ており、意識に差があることが示されています。それに関連して医師を対象に「医師の抱える課題」について質問を行った結果では(資料 5)、「良い医療を提供しても評価されない」と思う医師は全体では 74.8%、「患者への説明に不安を感じている」という医師が 64.4%にも上り、さらに「過労のために良い医療ができていないと思うことがある」と答えた医師が病院勤務の場合では 69.0%いるという点も注目されると思います。

ではここで視点を変え具体的に医師が置かれている状況を見ていきたいと思います。私が最も話題として提供したいのは医師の過労死・過労自殺問題です。実は2004年4月からスタートした新臨床研修制度は、1998年8月に26歳の若き研修医の急性心筋梗塞による過労死をきっかけに研修医の低賃金で過酷な労働環境が社会問題化し、その創設につながりました。また1999年8月に44歳の小児科勤務医の過労自殺。これは最近マスコミでも大きく取り上げられた問題です。

過労死・過労自殺をした医師は、私の身近にもいます。大学の同期生ですが研修医1年目、朝出勤してこないので宿舎に先輩が様子を見に行くと、すでに亡くなっていたそうです。今から25年以上も前で、これほど医師の過労死問題が表面化していない時代でしたから結局彼は闇に葬られた形ですが、このように過労死や過労自殺が疑われながら労災認定を請求していない例はほかにもあると思います。ではここでちょっと別の数値をお示ししたいと思います。

2004年週刊医学会新聞と2005年New Journal of Medicineから引用した数値ですが、医師の自殺率です。他の専門職の2倍、男性は1.14倍、女性は2.27倍です。私自身この数値を見るまで、これほど多くの自分の仲間が自殺している認識はなく、たいへん大きな衝撃を受けました。その後いろいろ調べてみますと、すでに1988年雑誌「看護研究」の中で宗像が「日本の医師の自殺率はかつて一般の人に比較して低かったのに1983～4年ごろからその自殺率が大幅に増加している」と指摘しています。

最近ようやく医師の疲弊問題が社会的に大きく取り上げられるようになりましたが、ではその辺りを掘り下げていきたいと思います。

まずは医師の勤務状況ですが、医師の場合通常の勤務のほかに当直、すなわち夜間も病院内にとどまり入院患者さんや外来の救急患者さんの診療に当たります。そして当直明けに通常の日勤業務を行うのは当たり前のことで、私も大学病院に勤務をしていたころのことですが、当直のときは仮眠2～3時間でそのまま日勤業務に入りました。最近の毎日新聞の調査では当直明け勤務をする医師は75%という数字を出していますが、日本医療労働組合連合会が2006年11月から2007年1月にかけて行った「医師の労働実態調査」の中間報告では、実に96%もの

医師が当直明け勤務をしていると報告しています。このようなことから連続勤務時間についても、71%の医師が30時間以上という実態も浮かび上がってきます。そうした労働条件のもと、私たち医師は満身創痍、聖職者としてのプライドを持って仕事をしていますのですが、そのような医療現場に対して社会はどのように評価しているのでしょうか。

医師の過労死問題に関連して柳沢大臣は「患者を診察している時間だけを見たら医師の労働時間は別にたいしたことはない」と述べ、私たち医師はたいへん驚きました。医師は患者さんを診察するだけが仕事なのでしょうか。患者さんの病態がどのような原因で生じているか文献的に調べる、あるいはスタッフ同士で患者さんの病状の情報交換を行うのも大事な仕事です。

さて、ここまでは医療の一般的な状況についてお話してきましたが、ここからは私の身近な医師たちの生の声を聞いていただければと思います。日常診療の中で私たちがいつも疑問に抱いていることをいくつかお話してみたいと思います。

現在私は一般病床59床 東京都二次救急指定病院で仕事をしています。ここで少し補足しますが、救急にも1次、2次、3次とあり、1次救急は外来で治療できる場合、2次救急は外来通院のみでは治療が困難で入院治療を必要とする場合、3次救急は最も重症で特殊な処置を必要とする場合に対応します。つまり私の勤務する病院は、東京都の指定を受けた入院治療を必要とする患者さんに24時間対応する病院です。

このように同じ急病の患者さんでも病態によって受け入れる病院は異なるのですが、一般の方々は病態が急を要する状態であってもなくても、入院の必要があってもなくても、すべての病院に対しコンビニエンスストアのごとく、365日24時間専門的な医療を求めます。

たとえばこのようなことは珍しくはありません。金曜日の夕方5時ごろの電話ですが「3日前から腰が痛い。もうすぐ仕事が終わるが、これから行くから救急でレントゲンを撮って診察してほしい。1時間後に行くことになると思うが、どうやって病院の受付をすればよいか」という問い合わせです。3日前から痛いのに、しかも仕事ができる状態なのに本当に救急患者さんなののでしょうか？ 可能な限り病

院は患者さんを受け入れ、時間外ですので当直の医師が対応しますが、すると今度は「専門医の診察を受けたい」と患者さんは訴えます。救急で診療を行う場合は専門医が不在のこともあります。ご自分の都合で時間外に来院し、その上専門医の診察を求めるのは無謀とも思えるのですが、いかがでしょうか。

また私どもの病院は整形外科に特化した救急病院ですから高齢者の方が大腿骨骨折で入院することが多いのですが、ご高齢であればあるほど骨折が原因で入院なさったとしても入院経過中に心筋梗塞、脳出血や脳梗塞を併発することも十分ありうるのです。一方で骨折を契機に入院し種々の検査を行うことで初めて大きな病気が見つかることもあります。こうした場合「入院したから病気になった」と冗談にもならないことを言われる場合があります、本当に情けない限りです。

さらに今述べたような合併症を併発した際、ご家族から「なぜ病院に入院しているのに、入院させたのにそんなことになるの？」という疑問を投げ掛けられることがあります。高齢者の骨折はそもそもハイリスクです。入院中だからこそ迅速に対応できることもあるのですが、合併症の併発をご理解いただけないご家族がまれにいらっしゃいます。医師は皆不幸な転帰をたどることを望んでいるわけではなく、私たちはその時その場で可能な限り最善を尽くしています。結果だけを見て「すべて医師や病院が悪い」と言われては士気が低下します。最善の努力をしたにもかかわらず救命できない結果に終わった場合、私たち自身傷ついているのですが、その傷をえぐるかのように結果だけを見て裁判に訴えるなどということになれば本当に二重の苦しみになります。

そして昨今私たち医師を最も悩ませるのはマスコミ報道です。一時医療事故・医療過誤に対し次から次へと厳しい批判を浴びせかけ、恣意的とも言える報道をした時期がありました。テレビも視聴率を上げるために極めてまれな医療事故を何度も取り上げ「悪の根源は医師にあり、医師や病院がすべて悪い」という報道をしていました。でも本当はその陰に医療事故と背中合わせの、過酷な医師の労働環境も要因としてあったのですがその点には触れず、公平性のない報道を繰り返し、医師と患者さんとの溝を深め国民の不安をあおりました。

その結果訴訟を恐れるあまり、リスクの高い診療科に進む医師が激減したどころか現役医師の立ち去りが急増しました。いわゆる「立ち去りサボタージュ」です。つまりリスクの大きい病院の勤務医を辞め、より負担の少ない病院へ移ることや開業医になる現象が加速した途端、今度は一転して毎日新聞は「医療クライシス/忍び寄る崩壊の足音」という特集を組んで医師の仕事はたいへんだという報道。この豹変ぶりは何なのでしょう？ 私たちはマスコミ報道に翻弄されていないでしょうか？ 今一度国民皆が正しい現状を知り正確な知識を得て良識ある判断をすることが大切だと思います。

最後に、この度このような機会に恵まれ医師の疲弊問題に対し心理学専門の先生方が私どもの話を聞いてくださり、さらに先生方から援助の手を差し伸べていただけることはたいへん有難いことと感謝しております。長時間のご清聴ありがとうございました。

入所児童を育てる環境の現状と課題 ～ケース検討会議から学んだこと～

山川庸介

(児童養護施設まつば園保育士)



1. 園概要

園歴史

私の勤務する園は古くから歴史のある園で、昭和2年に現在の施設の土台となる施設が開設され、昭和23年に養護施設として認可されました。昭和25年には昭和天皇も視察されています。

その後大舎制の体制を基盤にやってきたのです

が、平成2年から4年にかけて、一般住宅を借りて、グループホームを二つ開設しました。平成7年にはグループホームから学んだものを活かし、本園を立て替え、体制も小舎制という形にし、現在に至っています。

当園小舎制の体制

当園では、子どもの生活単位集団の小規模化の構成をし、基本的には2歳から18歳の子どもを男女混合縦割りの構成にし、3人の職員が交代で24時間勤務をしています。子どもと職員、子ども同士の密接な人間関係を作れるようにと考えており、その中で社会性を身に付けさせることも大切にしています。より豊かで安定した情緒や精神的成長を図るために、小舎制、グループホームによる家庭づくりを目指します。当園の特徴として、指導員や保育士が全調理をします。

当園小舎制の意義

- ・調理、洗濯、掃除、買い物など、生活の営みを子どもと職員が共に行えることで、子ども自身も生活の営みを身近に感じることができる。
 - ・大舎制などに比べ、より子どもと密に関わることができる。
 - ・日常の生活において、自分で判断することができる機会や、多くの選択肢から選ぶという機会などが自然に増える。
- などです。

1日の生活の流れ

私が担当しているホームの1日の流れの例です。当ホームは6人の児童が生活しており、職員は総長の弁当作りから始まり、食事を基点とし、他の家事などが多々あります。グループホームなので、食材、日用品の買出しなどもあります。買出しなどは、児童と一緒にいくときもあり、その中で、多くのことを学んでいけると思います。

児童と過ごす時間は大切に、できるだけ関わり

たいと思っています。夜は一緒に遊んだり、宿題を手伝うなどしています。

その他、学校行事や、職員会議、園行事、児童の保護者への対応などが入ってくるため、勤務時間前や、勤務時間後を上手に使わなければ難しい状況があります。また、休日は、児童に「サッカーやろう」、「一緒に本屋に行こう」などという言葉をかけられることが多く、一緒に行ってあげたく、断りにくい時もあり、しかし、宿直明け勤務の時など、疲れていて休みたいなど葛藤するときが多いです。「仕事」という視点で断ることが不自然と感ずることもあります。

入所児童年齢（19年4月1日現在）

	未就学	学童	高齢児
割合	18%	42%	40%

平均入所期間、約5年。

入所理由（19年3月31日現在）

	被虐待	養育困難	保護者傷病	その他
割合	27%	22%	47%	4%

当園入所児童の入所理由の近況として、保護者の精神疾患が半分近くを占めるほど増えています。平成17年より配置された、ファミリーソーシャルワーカーという専門職が配置され、家庭調整などの業務を中心とし、役割も重要です。

職員人数（19年3月31日現在）

	園長	副園長	主任	事務	保育士	指導員	専門職	栄養士	心理職	非常勤	合計
人数	1	1	1	1	4	18	1	1	2	3	32

職員勤続年数（19年3月31日現在）

年数	1～5	6～10	11～15	16～20	21～25	25～30	合計
人数	11	5	3	2	2	4	27

園長を除く常勤職員、平均約11年。

職員年齢（19年3月31日現在）

園長を除く常勤職員、平均約37歳。

年齢	20～25	26～30	31～35	36～40	41～45	46～50	51～55	55～60	合計
人数	5	4	5	2	2	0	4	5	27

ケース会議の検討内容

分類	内容	14 年度	15 年度	16 年度	17 年度	合計
発 達	発達障害があるために問題が起きている。または、現在問題はないがその発達障害に合った生活、学習環境をどのように整え対応していくか。	3	2			5
反社会	暴力、窃盗など反社会的な問題が起きている。	3	1	2	1	7
非社会	不登校、引きこもりなど非社会的な問題が起きている。			2		2
親 子	親の精神、生活状態に問題があるために子どもが不安定になっている。		1	1	2	4
ケース数合計		6	4	5	3	18
ケース会議の回数		3	4	5	3	15

ケース検討会議事例（当時の状況で記入）

ケース検討児童	中学生	入所理由	被虐待
特 徴	ADHD 傾向通院中		
検討事項	軽度知的障害児童の手帳取得について、その時期や日常生活の環境整備		
討議内容	・養護学校進学について…本児への説明等。 ・卒業後の生活、福祉サービスについて…住居等。 ・園内での生活サポートについて…視覚的な援助法等。		
講師助言	・本児の特別支援とは何かについて、A 感情、B 行動、C 認知の三つの要素。ADHD の場合、A 衝動性、B 多動性、C 不注意と考えられる。 ・物理的、身体的、社会的環境から、その子どもの事例を挙げる。どこで、いつ、何をしなければならぬのかの現実性を検討すべき。		
ケース検討会議後の経過	・精神科通院継続、後に症状も落ち着き休止。 ・情緒障害学級通級継続。 ・養護学校進学。進学後は中学生の時期には経験できないことを多く経験できるようになった。 ・本児、保護者説明後に愛の手帳取得。 ・地域運動クラブに入部。 ・就労実習後に実習企業にて就職。 ・通勤寮などの福祉サービスの利用。		
それまでに関わった機関	・精神科医 ・学務科、教育相談所、通級学級などの教育機関 ・地域活動 ・児童相談所、福祉事務所、ハートワーク、通勤寮などの福祉機関		

2. ケース検討会議を通じて

平成 14 年度から 17 年度ケース検討会議について

当園では初めてとなるケース会議を開催したのは平成 14 年 6 月でした。それまでは、各グループ内の問題としてとらえ、園全体でその問題を共有しようとする姿勢に欠けていたという反省もありました。しかし、このような経過をたどり、ケース検討会議の必要性は大きく認識されだしました。

ケース会議のアドバイザーには明治学院大学心理

学部心理学科教授の井上孝代先生をお願いをして、現在に至り、合計 18 ケースの問題について話し合ってきました。

3. 子どもたちを育てる中で大切にしていること
職員の関わりの中で

当園では、1 人の児童に対して、1 人の職員が密な関係を取り、関わることを大切にしています。その中でぶつかり合うこともあります、それを乗り

越え深い関係になっていくと考えています。そのことを当園では、個別対応と言っており、1人の児童に対して、中心になる職員の役割を作り、共に考え、感じ、何か事を進める中で、児童が安定した状態を保つようにと心がけ関わっています。また、関連機関などに児童が関わる際には、児童が不安にならないようにと職員は最善の配慮、環境を作ることを大切にしています。

関連機関との関わりの中で

子どもたちを育てていくには多くの機関、多くの人々の協力が必要です。問題により、教育機関、福祉機関、医療機関、地域、警察などさまざまな機関の協力を得ています。特に、入所児童たちは、精神的に傷を負っており、関連機関の協力の必要性を感じます。また、児童たちの保護者対応もする中、保護者が住む地域との連携も必要になってきています。

4. 今後に向けて

一人ひとりの子どもたちがさまざまな生育暦を持ち、当園に入所してきます。そのような子どもたちにまず必要なことは、しっかりと大人に守られながら、安全で、そして安心して過ごせる環境を作ってあげることかと思っています。そのためには、一人ひとりの子どもにより多く時間を費やし、温かみのある人と人との関わり合いの時間を持ちたいと考えています。しかし、日々の日課や、他機関、保護者対応に追われ、それでも子どもたちとの時間を作ろうとし、超過勤務になっているのが現実です。

上記のことを解決する方法として、大きく分け二つの方法があります。

一つは、職員数を増やすことです。職員が複数の勤務になることで、用事の時間が重なった場合でも動きやすくなります。しかし増やすことで、子どもたちと密な関係が取りにくくなることや、職員間での把握がしにくくなる可能性があります。

二つめは1グループ当たりの児童数を減らすことです。現在の法では学童児童6人につき1人の職員の配置となっています。1人の職員が見る児童数を減らすことで、ゆとりを持ち子どもたちを育てていけるかと思っています。子育てには、心も、時間もゆとりが必要であり、特に入所児童たちには大切なことと考えます。

私たち児童養護施設職員の負担を考えたときに、視点を変えれば、児童たちを育てる環境が悪くなってしまうことを指すのかもしれませんが。宿直勤務回数の軽減によって負担を軽減するという方向に進みがちです。また、経費の問題で宿直勤務の職員の人数削減や、特定の職員以外の宿直勤務などになります。そうすると、多くの児童を1人の職員が見ることになり、児童も精神的にも安定しない状況になるかと思っています。児童がその状況の中で生活することこそが、職員の負担になるのかと考えます。

当園では、生活する建物の環境はごく普通かと思われませんが、人間関係という視点では、今できる中で最善の方法を取り、施設規模の視点だけではなく、広く、この社会で児童たちを育てるという視点で見えています。

今後このような問題に対して取り組む中で大切なことは、職員の勤務条件のみの視点にはならず、そこにはいつも子どもたちがいることを決して忘れてはいけないということです。

また、社会の中では児童養護施設に対する認識は薄いように思います。このような施設が、今の時代にどのような理由で、何のために存在しているかを伝えていくことは、社会の中で生きている子どもたちにとって必要なことかと思っています。

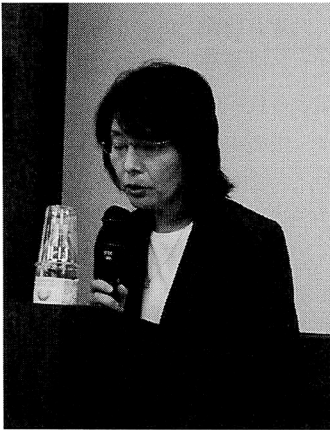
今回話題に挙げたケース検討会議は当園では欠かせないものとなっています。専門家の視点から意見を聞くことは学ぶことが多く、行き詰まりそうになった私たち職員は一度立ち止まり、冷静に今後の援助の仕方を考えることのできる場にもなっています。また、日々関わることの多い教育機関、医療機関などの意見も学ぶことができ、援助の中で活かしています。

最後に、これからも児童養護施設入所児童を育てていく中で、多くの方々の協力が必要になるかと思っています。そして、何よりも、子どもたちのそばにいる私たち職員は、この日本という国の、社会の宝である子どもたちを、それぞれの幸せに進んでいけるようにと、精一杯力を尽くしたいと思っています。

自立援助ホームの実態について

安藤真智子

(東京都渋谷区子ども家庭支援
センター専門相談員)



自立援助ホームについてご存知ない方がほとんどでしょう。

まず自立援助ホームの実態について簡単に述べさせていただきます。次に、自立援助ホームを利用している子どもがどのような子どもたちなのか、そこで働いている職員は、どのような勤務をしているのか、最後にその職員に対して行ったインタビュー調査の結果の一部を紹介します。実態を知り、職員が対応している子どもたちの姿を知っていただくことが、自立援助ホームの職員の方たちの仕事のたいへんさを理解することになると考えます。

資料のうち特に断りのないものは、2004年1月から9月まで行った私の自立援助ホーム職員の調査資料からのものです。

1. 自立援助ホームとは

義務教育を終了した、15歳から18歳までの養育を受ける場所のない子どもたちが、仕事を得て、生活自立していくことを目的とした施設です。実際には、児童福祉法の対象を超えた子ども(18歳以上)がいる場合があります。

2. 自立援助ホーム数と補助金

全国で42カ所の自立援助ホーム(2006年10月

現在)があり、そのうち東京が12カ所、横浜2カ所、神奈川1カ所、埼玉3カ所で首都圏に集中しています。

国からの補助金は、定員6名で年間500万円あまりです。利用者は、利用料(光熱費、食事代など)を3万円から4万円支払うことになっていますが、就労に至らない場合は、支払が滞っていることもよくあります。国からの補助金の他に自治体からの補助金が出ているところがあり、また、経営母体によって、経営基盤の格差があります。経営の苦しいところでは、バザーの収益や、寄付金、物品の寄付(お米などの食料品)に頼っています。

3. 自立援助ホームの物件所有形態(平成17年厚生労働科学研究より)

自立援助ホームの物件の所有形態もさまざまであり、借家賃貸では、かなりの金額の賃料が発生し、そのことが、経営を圧迫しています。

4. 自立援助ホームでの支援

生活支援、就労支援、心理的支援の三つが大きな柱になります。

①生活支援では、施設や崩壊した家庭で育ち、家庭生活の経験のない子どもたちに、経験を通して日常さまざまなことを身に付けていけるようにしています。

②就労支援は、仕事の探し方から一緒にやっていきます。年齢が低いと、就労は困難なため、仕事の探し方から面接の付添、就労先との連絡など、自立を促しながらも、多くの部分を支えていかななくてはならないのです。子どもたちは、働くモデルを家族の中に持たない場合が多いのです。

③心理的支援では、ほぼ100%何らかの虐待を受けているといわれている子どもたちの心の支援です。自立援助ホームにたどり着くまでの彼らの個人史は、生き延びてきた(サバイバー)と言ってよいかもしれません。

自立援助ホームの子どもたちも児童養護施設の子どものように親のいる子どもがほとんどです。しかし、原初的な信頼関係を築くことなく育ってきたため、人間関係を構築することがうまくできません。何らかの精神的な問題を抱えていることもあります。

精神的な問題や、知的な問題、非行、真犯などさまざまな困難を抱えている子どもに個別に対応することが職員に求められています。

5. 自立援助ホームの形態

定員 20 名の寮、5、6 名の定員の小規模型、他の施設と一緒にあった複合型があります。小規模型の場合は、職員勤務型と夫婦住み込み制があり、夫婦住み込みの場合は、自宅が自立援助ホームになっています。職員勤務型といっても、宿泊勤務があり、職員数が少ないためほぼ毎日泊まり勤務をしている職員もいます。職員の日常生活の基盤も自立援助ホームになっている場合が多いのです。

公私の境が見えなくなってしまうのが、自立援助ホームの特徴かもしれません。

6. 利用者

平成 12 年の新宿寮の利用者 52 名の調査では、平均年齢が 20 歳を超えています。また、最高年齢は、37 歳でした。

利用期間については、平均 8.6 カ月ですが、1 カ月で退寮しているものが 52 名中 8 名 (15.4%)、3 カ月以下で退寮したものが 21 名 (40.4%) と短期間で退寮場合があります。また、1 年を超えているものが 8 名、最長は、3 年 6 カ月です。

早い段階で退寮する者は、仕事がうまくいかず、いなくなってしまうたり、職員と衝突して出て行ってしまうたり、また、退寮といっても盗み等で少年院送致になってしまっているケースもあります。

7. 入所経路

入所経路として、最も多いのは、児童養護施設 (42.3%) です。自立援助ホームの子どもの多くが、児童養護施設からの措置変更であることがわかります。児童養護施設に措置されていて、進学しない場合は、退所となります。そこで措置変更をされ、自立援助ホームの利用となりますがその数は児童養護施設の 558 カ所に対して自立援助ホームは、42 カ所です。

8. 利用者の子どもの抱える問題

先に述べたように複雑な個人史を持っている子どもたちの共通点として、ほぼ全員が「被虐待児であ

る」ということが挙げられます。親からの虐待だけでなく、児童養護施設で虐待を受けることもあり、利用者は、人生の早期から、存在を受け入れられず、心に傷を負い、自立援助ホームにたどり着いています。心的外傷を抱えて、自立援助ホームでの生活が始まるのです。

自立援助ホームの子どもたちは、何らかの精神的な障害が疑われる者や、精神科を受診し、投薬を受けている者もいるため、その対応に苦慮しています。また、リストカットや自殺未遂など、危険な状況の子どももいます。多くの子どもが抱える問題として「非行」があります。自立支援施設 (教護院) に何度も措置された子どもが自立援助ホームに入ってくることもあり、それまで自分を支えてくれる場所がなかった子どもたちがいるのです。

自立援助ホームの子どもたちは、「虐待」で心に大きな傷を受け、人生の早期から受け入れられず、さまざまな問題を抱え、非行という行為に走り、自尊心がないままに、自分自身をさらに追い詰めているようです。彼らは、「働き、生きる」という身近なモデルである家族を持たず、安定した一貫した愛着関係を築くこともなく、自立援助ホームにたどり着いています。このように育ってきた彼らは、「生きる」ことをどのようにとらえていったらよいかわからないのです。

子どもたちの生き抜く支えになっていこうとしているのが自立援助ホーム職員の姿です。

9. 職員数

一つのホームに常勤が 4 から 7 名いるホームがある一方で、常勤 0 名というホームもあります。常勤として雇用できる経営基盤のあるところとそうでないところがあるのです。

10. 半構造化面接の結果から

2004 年の調査結果から、職員の悩みは、三つに分類することができました。①福祉職場としての問題 ②職員のストレス ③利用者の子どもの関係です。

11. インタビューシートによる個人面接調査の結果から

ホーム長 (N=9) 職員 (N=12)

2004 年の面接調査の結果、ホーム長は、50 歳代が最も多く 5 名 (55.6%) でした。自立援助ホームの勤務年数については、ばらつきがありますが、前職が福祉施設だった方は 7 名 (77.8%)、そのうち児童養護施設勤務だった方が 4 名 (44.4%) で最も多くいました。児童養護施設、福祉施設に勤務し、年長児童の問題に直面した人たちが自立援助ホームを始めたと思われます。

職員は、30 歳代が最も多く 7 名 (58.3%)、勤務年数は、1 年以上 5 年未満が最も多く 6 名 (50%)、次に 1 年未満が 4 名 (33.3%) です。勤務年数 5 年未満が 10 名 (83.3%)、長期に勤める者が少ないようです。前職は福祉施設が 7 名 (58.3%) と最も多く、ホーム長と同様、児童養護施設勤務が最も多く 6 名 (50%) で、年長児童の自立に関心を持ち、自立援助ホームに勤務するようになったものと思われます。

自立援助ホーム A (職員数 5, 6 名) では、過去 5 年間 (1999~2004 年の間) の採用者が 5 名、退職者が 4 名あり、職員数に対して、職員の離職率が高いといえるでしょう。

次に職員がどのような状況で働いているかインタビューの一部を述べさせていただきます。

①利用者と接していてつらさを感じることは？

	ホーム長	職員
感じる	44%	100%
感じない	56%	

②仕事をしていて楽しいことは？

	ホーム長	職員
利用者との良好な関係	89%	67%
感じない	11%	33%

③やりがいを感じるのは？

	ホーム長	職員
利用者の成長	56%	42%
利用者との日々の生活		42%
その他	44%	16%

④仕事をしていて充実感を感じるときは？

	ホーム長	職員
利用者の成長	45%	25%
利用者とのかわり	33%	50%
その他	22%	25%

⑤ご自身が援助を必要と感じるときはありますか？

	ホーム長	職員
必要	89%	83%
必要ない	11%	17%

⑥ご自身にどのような支えが必要ですか？

	ホーム長	職員
心理的援助	67%	83%
その他	33%	17%

このように、仕事のやりがいや、充実感、楽しさは、利用者に関係している一方で、職員は、利用者たちと接してつらいと感じています。そして、職員では、80%以上が自分自身への心理的援助を求めています。

以上簡単ではありますが、自立援助ホームについて、その利用している子どもについて、更に職員の置かれている状況についてお話をさせていただきました。自立援助ホームのことを少しでも理解していただけたらと思います。

さまざまな問題を抱えた子どもたちに職員個人として対応するには、限界があります。子どもを取り巻く環境改善や、子どもに対応するときに子どもに関わる人たちが連携を取っていくことが必要です。さらに、自立援助ホームの経済的格差をなくし、職員の処遇改善を図っていくことが自立援助ホームの職員が疲弊してホームを去っていくことを防ぐことにつながると考えています。

■指定討論者

以上 4 名の話提供に対してのコメントは以下のようなものであった。

井上孝代 (明治学院大学心理学部教授)



シンポジストの発表はいずれも今日的な問題提起を含み、たいへん興味深く聞かせていただいた。ここでは、あえてそれぞれの問題について言及することをせず、総合的にコミュニティカウンセリングの立場からコメントさせていただきたい。今回の発表に共通してうかがえるのは、職場は異なれ、たとえば医療や施設などで働くいわゆる感情労働者の離職率の高さという問題である。この感情労働者の離職率の高さには、特にコミュニティカウンセリングの支援の必要性を感じた。コミュニティカウンセリングの介入方略としては、①直接的サービスか、②間接的サービスか、③クライアント・サービスか、④コミュニティ・サービスかの4側面が枠組みとしてあるが、職員の離職率の高さをめぐっては、それら4側面すべてにおける支援が必要なのではないかと考えられる。たとえば、個人のストレスマネジメントのスキル向上といったクライアントへの直接的介入はもちろん、労働環境というコミュニティへの間接的介入を行うことで、業務改善やコミュニティ感覚の向上が期待される。このことを臨床心理士としての児童養護施設におけるコンサルテーション活動の経験から実感した。定期的なカンファレンスなどを通して、立場を異にする者の助言・励ましなど心理教育的支援により、職員が自らの専門職としてのアイデンティティをエンパワーされ、コミュニティ全体の空気が連帯的な方向へ変化し、結果的に職場環境の改善につながっていった。

すなわち感情労働者の離職率を低くするには、その職場の風土を理解したうえで、職員自身がエンパメントされるようなコミュニティカウンセリングアプローチによる働きかけが求められよう。

その場合、重要な点は、感情労働者自身のメンタルヘルスの維持・向上という側面だけに介入するだけでは不十分だということである。感情労働をする人々の外的社会的な待遇や労働条件の改善を職場や職種の違いを超えて、根本的に改善していくことが求められているのである。すなわち、感情労働者の生活の質を高めるために、社会的経済的条件の改善のためのアドボカシーと、教育・医療・福祉などのヒューマンサービスを営利主義や競争主義や受益者負担など格差拡大の方向にしている、政策自体を転換するような社会変革への働きかけも感情労働職種に共通するマクロ的な課題だと思われる。私も、一対一のクライアントとの関係を基軸に置きつつも、能力ある若者が、希望を持って、困難を抱えている人を援助し、共に生きていけるような社会を形成することの必要性を留学生援助の実践と研究から痛感した。個人レベル、集団組織レベルだけでなく、社会的なレベルでの専門性も高めていくことが必要である。浜辺に打ち上げられている、一つひとつのヒトデを救うという寓話がある。ヒトデを1匹ずつ救いながらも、根本原因に働きかけることも重要であると指摘したい。

松下由美子 (山梨県立大学看護学部教授)



昨年度、日本看護協会専門職支援・中央ナースセ

ンターで「潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査」を行ったので、そこでの知見を踏まえて発言したいと思います。この調査では、潜在看護職員と看護管理者対象の調査をそれぞれ行い、離職理由に関する認識を比較しています。その結果、潜在看護職員は離職理由の上位 10 位以内に「勤務時間が長い」、「夜勤の負担が大きい」、「責任の重さ・医療事故への不安」、「休暇が取れない」を挙げたのに対して、看護管理者はこれらの「労働条件・労働環境」に関する理由を一切挙げていません。看護管理者は看護職員の離職理由を出産・子育て・介護・夫の転勤・転居など、看護職員個人の事情であると回答し、看護職員の認識と大きなずれが見られました。管理者が職員の離職理由を正確に把握していないため、十分な離職防止策が立てられず、職員が疲弊して職場を去っていくのだと思われます。看護職・福祉職は女性が大半を占める職業ですので、出産・育児・介護といったライフイベントと仕事のバランスがうまくとれるような雇用制度の確立が求められます。

もう一点、本日のシンポジストの発言に含まなかった視点を述べたいと思います。それは、「感情労働」という考え方です。アメリカの社会学者、ホックシールドは、感情労働を「明るく親切でしかも安全な場所でお世話されていると他者に感じてもらえるような外見を保つために、感情を出したり抑えたりすること」と定義しています。看護の現場では、死に瀕した患者、暴力を振るう患者、ナース・コールをひっきりなしに鳴らし続ける患者等々、看護師自身がその対応に悩まされることがたびたびあります。しかし、患者の前では不安な表情や嫌な顔を見せずに感情をコントロールして対処します。このように感情を場面にふさわしいようにコントロールして働き続けることは、実は大きなエネルギーを必要としているのですが、これは看護労働の当たり前の側面としてとらえられており労働の一部としてきちんと評価されていません。このことも、看護師が疲

弊していく一因ではないかと思います。今後は、福祉職も含めた対人援助職の「感情労働」にもっと光を当てる必要があると思います。

■会場からの質問

伊藤武彦（和光大学現代人間学部）

各報告とも、厳しい日本の教育と医療と福祉の現場からの貴重な内容をありがとうございました。そこで質問なのですが、それぞれの領域において、個人レベルや団体レベルを超えて、より社会的な問題として考えていくならば、どのような政策改善を期待するのかをおうかがいしたいと思います。その分野のあるいはその職域の共通の課題とその改善についてコメントをお願いします。

岸 太一（東邦大学医学部）

「より良い医療」を実現するためには、医療従事者側の努力だけでなく、患者側にも相応の努力が求められるのではないかと。現在の医療を取り巻く問題を考えると、一方的に医療従事者側に改善を求めるだけでは限界があるように思われる。どういった医療資源がどこにあるのか、どういうときにそれを利用するのが良いか、医師にかかる際にはどういった情報を提供する準備をしておくか、診察がスムーズに進むか、そういったことを患者側も考え、必要な情報を事前に入手しておくことが求められる時代に入っているのではないかと個人的には考えているが、そのことについてはどう思われるか。

■付記

指定討論者からのコメントと会場からの質疑に対して話題提供者からの応答があったが、はじめの報告と重なる部分が多く、省略する。

最後に司会の大橋先生から、話題提供者、指定討論者、フロアーのみなさんに、3 時間に及ぶシンポジウムへの参加に謝辞が述べられた。

（文責：内藤哲雄）