

●東洋大学社会福祉学会 第3回大会／2007年8月

【基調講演】

福祉臨床の評価研究

野村 豊子（東洋大学）

はじめに

昨日今日と院生の方のご報告から様々なテーマ・研究プロセス・研究成果を伺いました。伺いながら自分のことを振り返ってみますと、変らずにこだわっているのがソーシャルワークの実践、臨床、それから評価だと思えます。昨日古川先生が開催のご挨拶をなさっていた時にアガサ・クリスティーのミス・メープルとポワロ、またコロンボを例えにして研究の方法について極めて分かりやすく、お話を下さったことが印象に残っています。今BSチャンネルで名探偵モンクというユニークな番組を放送しているのですが、古川先生のお話を伺い、自分の研究方法は何だろうかと問い、メープル・ポワロ・コロンボではないだろう、モンクを目指しているのかもしれないとふと思いました。図1はソーシャルワーク実践研究における現実世界・状況・実査・データ・概念構成・理論等のモードです。この実査を行なっている人間が重要です。モンクの「こだわり」というのは、人の気がつかないところが気になります。気がつき方も普通ではないので、そのこと自体がおかしいと他の方に映ってしまう。けれども、本人にしてみれば、それは当然のことなのです。もしも精神科医や仕事

仲間との様々の関係性によって、それから事件の謎解きや治療の展開によってモンクの持ち味のユニークさが少なくなってしまうたら、探偵としての能力はどうなるのかと考えさせられる物語だと私は思っております。実査を行なっている人間にこだわりながらソーシャルワーク実践と評価について改めて考えてみたいと思います。

3つの体験とエピソード

何故ソーシャルワークの実践臨床・評価にこだわっているのだろうかということで、3つの体験やエピソードをお話出来たらと思います。一番目は実践者イコール研究主体であるソーシャルワーカーの存在。あるいはソーシャルワーカーのありかたです。ソーシャルワークを学び始めたころに記憶し、そして今自分の思い出に残っている言葉にワーカー *with* クライアント、それからワーカー *for* クライアント。それは利用者とともに、利用者のために行動するソーシャルワーカーという、みなさんご承知のことだと思います。大学院では行動するソーシャルワーカーは実践者であると同時に研究主体である。それ故に客観性と主観性の両者が欠かせないことを様々の機会を通して鍛えられました。

次に、レヴィーがソーシャルワークの価値について、かなり昔ですが、私が学生の時には昔ではなくて前面に出てきた方なので、昔になったなあと思いつつお話するのですが、レヴィーの価値研究の中でソーシャルワークはどういうことを目指しているのかという問いに対しての考え方は、どのような人間を、そしてどのような社会を、またどのような質が含まれた援助過程をとるという3つの切り口から「あなたは何を善しとする

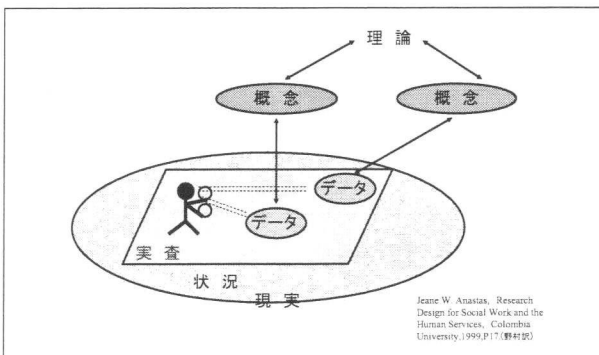


図1 ソーシャルワーク実践研究の基本的要素

のか」という問いを投げかけています。価値面の議論については、ソーシャルワークの価値について、そのあとの代表的な識者であるリーマーが、ソーシャルワーカーが複数の相異なる価値観に向き合ったときのジレンマの相克をどのように解決していくかに関して実践的な方法を示しています。大きな価値基準の必要性や価値の優先順位を決めることの意義について述べています。レヴィーはもっと根本的なところを指摘しています。レヴィーの問うところのどのような人間、どのような社会かということへの応答は、それなりに私も考えていたのかもしれませんが、ただ、どのような質を含んだ方法かという問い自体には、ソーシャルワークは面白いと思いました。どのような質を含んだ方法かということを人間主体の行動に取り入れていく、そして関わり合っている利用者の方と共にまたその方のために然るべき援助を行います。ソーシャルワーカーは関わっている人間であると同時に、それはどのような質を自分自身が生み出すことが出来たか、伝えることが出来たかと常に問いかけ、また振り返り、何らかの評価に関わる決定をしながらプロセスそのものの流れに沿って動いている人間でもあるのだというあたりの、切り口が面白かったです。今でも印象に残っています。

それから3つめのエピソードですが、カナダのトロント大学でソーシャルワークを実際に学び始めた時のことです。レポートを書くとき教員の方が短い間にコメントを下さる、これってすごいなと自分が教員になってみますと、そういうことはなかなか難しい。マスターの1学年の規模が100名です。演習形式で1グループが15人ぐらいだったと思います。コメントは数行の文章に凝縮して書いて下さった。エレメント オブ ソーシャルワークプラクティスという科目が半期を通じて基本的なものとしてあるのですが、そのときのアセスメントの課題が前期の中頃に出ました。だいたい大きなペーパーと小さなペーパーを科目で必ず2つ書かなければいけないということになっていまして、その小さい方だったと思うのですが、都市の知的障害のあるお子さんを抱えたアルコール疾患の家族の問題をアセスメントする課題が出されました。点数はよかったです。次のコメントが

ありました。「あなたは一生懸命勉強してこの家族の問題・課題を分析している。しかしながら、クライアントの方はあなたのアセスメントをどう思うのでしょうか。」と。「クライアントがどう思うかということ」を事例から読みとりなさいというのか」という感覚です。面接してアセスメントしているならそうできるかもしれないけれど、事例を通してその方が私のアセスメントについて、どう感じ取っているかということまでを考えなければならぬのかとショックでした。時と共にその先生が私を含めた学生に伝えたいことは、私が思うところよりも深いところにあるのだと思います。社会福祉、それもソーシャルワークの考え方や援助の方法の根本に適用されるのではないかということ学びました。この体験やエピソードは自分が実践の場面にたくさん出るようになってから、職場で様々なクライアントの方にお目にかかるようになってからも、いつでもそれが引っかかってきました。記録に起こすときではなくて自分の支援や援助、あるいはセラピーや療法でもいいです。向かい合って、そしてその方とともに歩んでいる時にアセスメントをその方はどう思っているのか、一緒に考えたアセスメントなのか、共に歩いていくことのアセスメントを思っているのだろうかということを探り直し自分で考えてきました。いただいた一つのコメント、それがとても印象的で、評価とは何か、関係性をどのように展開しつつ、どこでどのように見つめるのか、今でも新鮮な驚きとして留まっています。

大学院レベルでのソーシャルワーク教育は、実践主体＝研究主体であるソーシャルワーカーの養成を一つの課題としていると思います。そこでは、実践主体としての倫理と同時に研究主体としての倫理も問われます。このあたりは、後半のシンポジウムで補完していただけたと思います。ここでは、実践主体、研究主体、それから質の高い評価のできる人材としてのソーシャルワーカーという在り方を考えたいと思います。また、シンポジウムでお話しする回想法についての理論と実際と照らし合わせながらご理解いただければ幸いです。

評価・科学・アート

図2はEvidence Based Practice (EBP)の基本的理解について演繹的・帰納的論理展開を含めて示したものです。福祉分野において、Randomized Controlled Trial (RCT)は、研究デザインとして採用するには、困難度が高いとの指摘があります(図3)。研究主体としての課題である一方、そのことには臨床実践主体の在り方も関わっています。私自身が回想法を含めて高齢者の心理・社会的アプローチを療法として行う際の条件は、図4に示す10項目です。ソーシャルワークのマイクロ領域の援助プロセスを導入して検討したもので、7番目に示すように効果の多面性を重視しています。9番目に挙げた点について、RCTを採用しない場合にも多面的で質的評価及び量的評価の双方を含む効果評価を行うことにより、EBPに近づくと考えます。また、10番目に述べている通り、療法としての限界を踏まえ、禁忌を提示する在り方は、目的や方法の明確化を図ることにつながります。そもそも評価において、客観的な科学性と実社会改善のための有効性のうち、どちらを優先するかの根本的な問いがあります。また、「一歩進めて評価は科学

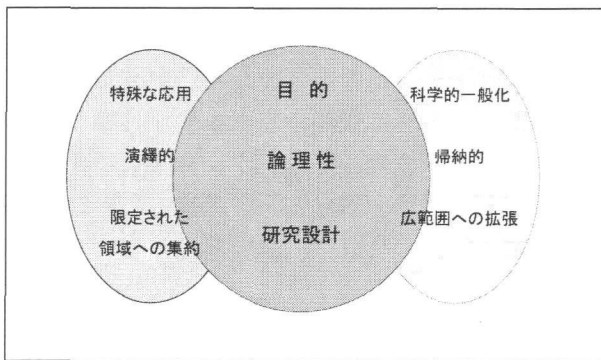


図2 Evidence Based Practiceの基本的理解

- 基本的な研究者連携の不整備
- エビデンスの前提となるデータベース構築が不足
- RCT(Randomized Controlled Trial)に基づく新しいエビデンスの難しさ(RCTは福祉分野において倫理的に困難度が高い)

図3 キャンベル共同計画の課題

- ① 誰に対しての治療や援助なのか対象高齢者の決定
- ② 個々の対象者の多面的な評価による状態の理解
- ③ 治療と援助の目的は何なのか具体的な目標の選定
- ④ 対象と目標別に適切な方法の選定
- ⑤ 多様なアプローチを活用する際、個人に対してか、小集団に対してか、また環境に介入するかの選択
- ⑥ 具体的な実施手続きや予測される変更点を含めて計画の作成
- ⑦ 高齢者自身だけでなく家族・介護者などその方法を行なうにあたっての高齢者の日常生活人間関係に与える影響の理解や予測
- ⑧ 方法の展開内容や変化を蓄積する各種記録の開発・活用
- ⑨ 目標に沿った多面的効果評価を適切な時期に実施し、介入の効果を検証
- ⑩ 療法としての限界や禁忌について提示
※連携の方法・チーム形成の検討

図4 心理・社会的アプローチの療法としての条件

というよりアートと言えるのか?」という問いに対して全て評価は、意思決定者や利害関係者のニーズに適するように形づくられ行われるべきとする説(Cronbach)も参考になります。ソーシャルワークは、科学として成立するのか。アートの側面を切り離すことは意味がなく、科学とアートが両立しているから成立しているものであると考えると、ソーシャルワークの介入評価はRCTの結果の科学性に加えて、アートの側面の質の厳密な確保を伴うものだと思います。アートの側面を学ぶ一つの手続きとして、援助技術を知識に焦点を当てて学ぶと同時に、演習・実習で学生が内在化していく内省的考察の訓練が役に立つと思っています(図5)。内省的学習・考察は、気づきという漠然とした体験を援助方法の諸要素として自分のポケットや引き出しに整理してしっかりしなすことを助けます。ソーシャルワークのアートの側面は、自分のポケットや引き出しの中に今何があるか、また何が不足しているのかに気がついているからこそ培われていくものだと思います。

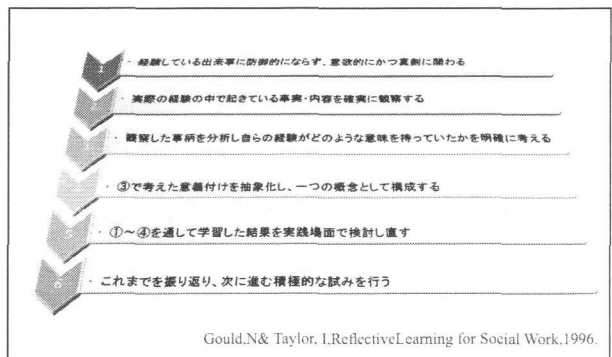


図5 ソーシャルワークにおける内省的学習・考察

实用重視評価・評価者と評価対象者の関係性

福祉臨床の評価研究における最近の動向では、量的研究と質的研究による複合的な検証に加えて、実用性重視の評価論が検討されています。すなわち、評価の根拠を科学性から有用性へと転換することも含まれています。实用重視評価の課題について長尾(2003)は、倫理的側面・評価者と評価対象事業関係者の境界・評価結果活用の意味・評価者の質の4者を挙げています。長尾は、Pattonの実用重視評価論に関し、次の6点を示しています：①評価者の基本的役割は交渉者である；②評価結果の想定利用者の評価への参加が原則となる；③成果重視の評価デザインを採用する；④評価結果を導き出す過程での利用者の参加を促進する；⑤評価結果の報告に含まれる将来への提言を重視する；⑥評価者は事業関係者間の利害関係調整に積極的に関与する。ここで基本的役割は交渉者であるということは、例えば事業関係者で何らかの関係調整が必要な時には積極的に関わる、評価者の人もそこまで関わるのですかという疑問がわきます。それには、様々な理由があると思われます。評価そのものが政治的な影響や圧力から逃れられないので、パワー関係のなかで評価者が関わっていくことが義務であると示されるのかもしれませんが。

評価者と評価対象者との関係性をどう見るかが問われます。エンパワメント評価は、臨床的な側面ではなくて、例えば開発途上国の様々なニーズをもっている地域で大きく展開されている方法だと思のですが、評価者と評価対象者の距離が非常に近いものです。エンパワメント評価(Fetterman 2001)では、またそれに加えてアドボカシーの機能さえも持ちます。福祉の臨床の評価は、アドボカシー機能を持つ評価や距離が極めて近いようなものが実は考えられるのではないのでしょうか。具体的にはどのように可能となるのか。図6は、フォーカスグループについて検討した時に作成したものです。パートナーシップに基づく研究では、このような手法を用いることもできます。

評価者＝評価対象者の場合である自己評価もあります。実習の自己評価・介護福祉職の自己評価・ソーシャルワーカーの自己評価・ケアマネージャー

の自己評価チェックリスト等自己評価はソーシャルワーカーの向上にとって欠かすことができません。

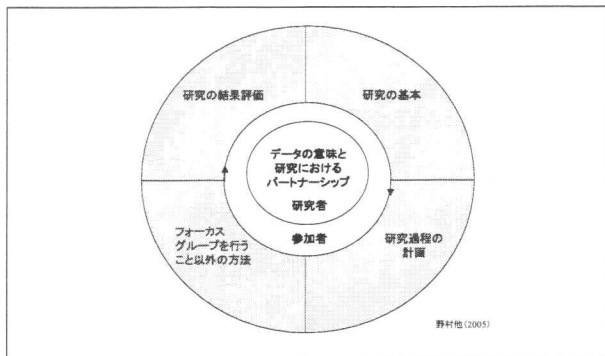


図6 参加型研究の諸段階

臨床評価と事業評価

評価単位とは何か。評価単位は、事業評価、臨床評価、政策評価の3つが示されます。臨床の介入評価の位置づけを考えます。高齢者福祉ではメゾの分野が大事だと申しあげました。小さな個人への介入や小さな規模のグループへの介入というだけではなく、地域の中の〇〇事業への参画や大きなネットワークへの介入のように、メゾ領域と言えるのか分かりませんが範囲は拡大しています。ということは、臨床評価の視点だけではなく、事業評価と臨床評価の複合的な視点が必要となってくるだろうと話は複雑になります。実際に行った調査研究の中で考えてみます。介護予防事業の閉じこもり予防で、15万人という都市において全地区を何箇所にも分けて、50人規模でプログラムを行うときに、それをどのように評価するのか。自分としては丁寧で細かい、そして多面的な臨床評価の成果を予測して検討したいのですが、その事業評価に含み込むことが難しい。以前から継続していた施設の7・8人の方を参加者とした回想法やマイクロレベルの評価の方法では適切ではない。ボランティア養成も検討課題にしていますので教育評価の枠組みも参考になりました。これらの幅広い複層的な展開をどう考えていき、どう評価していくのが難しく、その時もまた現在も試行錯誤を続けています。極めてマイクロな小グループの実験的な評価デザインをそのまま用いることはできません。量的な研究と重なってくるのですが、

幾つかの地域で同種の枠組みを活用して検討・研究を続けています。アワビやホヤがととても美味しい三陸の地域で、回想法のプログラムを作成し、行政の人と勉強しながら、行っている事業があります。研究自体どのように評価していくか。回想法の事業の一番初めに高齢者人口の1/5調査を行いました。1/5の方に調査をし、厚労省や都老研で開発された様々なものを使いました。閉じこもりの定義を、一週間に外出する頻度を用いながら検討した1/5調査です。その1/5調査の結果がどのように出てきたかといいますと、不思議な結果が出てきて、その中のひとつを紹介します。閉じこもっていると考えられる極めて外出頻度の低い方が幸せだという結果がでてきた。何を以て幸せとするかは地域によって大きく異なります。自分の土地を持っていて、自分の土地で色々なものを栽培していて、そして自分の土地内で外出しているけれども、それを越えての外出はしていない。交通網も限られています。外出頻度の少ない人にそういう結果が出たことは、閉じこもりの概念如何も考えなければいけないだろうと振り出しに戻り、また生活する人の幸せに繋がる地域の暮らしの見方に関しても地元の関係者の方達と話し合いました。

そして、全地区を幾つかに分けまして、各地区でグループ回想法を行っています。参加者は1/5調査の対象の方と重なる対象の方です。そのプロジェクトの経過と結果について、どのようにコミュニケーションの変化が見られたか、そして社会関係がグループに参加しているときだけではなく、外とどういう風に関わったかについても検証を行っています。どういう関係のなかで、グループ内で展開したものが般化(行動療法で使われる概念)し、日常生活の行動等へとつながっているのかを検討しています。グループ回想法によって各地域の閉じこもり率が、どれくらい変わったかを計上できるのかと問われることもあります。臨床実践面での質の継続を確保することが基本ですから、計画段階で各グループ構成の差異を仮説に盛り込みながら実施しています。各地区で一つずつになるのですがグループ構成、展開内容に加えて地域差が出てきます。地域の特徴を反映しています。ただ、どれくらいの人に変化がどのように見られたかを

検証する時には、今までの評価方法からはこの経過や結果の意味を判別しかねるという点に関心が高くなります。評価方法と共に実践・介入方法の検証について、どうやってこれを考えたらいいかと悩んでいるのが現状です。

評価の次元と利用者による評価

評価の次元ですが、インプットからプロセス、それからアウトカム、エバリュエーション、エフィシエンシーです。実施前の投入資源、構造システム、実施プロセス、実施過程はどうか。それから実施結果の評価や効率の評価もあります。利用者の評価の4次元をこのように考えていければいいのですが、必ずしもそうはいかないこともあります。人の評価は時を経て変わります。今良いと思っていた人が時を経て良くなかったと思う。それが人間の行う評価というものでしょう。

一つの経験をお話しします。だいぶ以前のことですが、特別養護老人ホームで8人の入居者の方たち、お元気な方達がほとんどですが、お一人軽症の認知症のかたもいらっしゃいました。そのグループの方たちの中に参加させていただいた時のことです。8回のセッションで2ヶ月から3ヶ月ぐらいいらせていただいて、事前、経過中、事後と効果測定をしています。ここでは尺度は用いず、グループワークの評価法で1960年代ぐらいに、カナダでデモックが開発しているコミュニケーションの量と質について参加している観察者が書きとめる手続きを評価方法の1つとして活用しました。一時間のグループだったら、例えば始まってから5分から10分の間の5分間と、30分から35分の5分間と、それから終了する前の40分から45分の5分間という、その三つの時期を見て検証します。それはグループ発達、グループワークの中の構成と絡めていくと妥当だと考えています。三つの時期を例えば8回だったら3×8で24回分の観察データができる。その時の評価ですけれども、ビデオが普及していなかった時代の話です。ただそれほど昔のことでもありません。ハンズ・オン・データとテープによる記録を用いました。今はビデオがありますから、ビデオでもう一度起こすことが出来る。そうすると、ビデオを撮っておくと、今ここでの

観察の視点が粗くなりがちです。臨床的にはハンズ・オン・データの方が役に立つとも思います。ビデオは、分析や研究に役立ちますが、臨床そのものには、活用の方法や見方にもよりますが、頼りにしすぎるのもよろしくないと思えます。参加されたお一人の方は、3回目ぐらいに施設の寮母さんに、「今とっても面白い会が始まって勉強してるのよ」とお話されたそうです。もちろんこちらの意図として勉強をしていただくとは全く考えていなかったのですが。「あのときに出てきた写真が見たいので、図書館にいったり借りてきて欲しいのだけれど」とおっしゃった。そういう変化がいろいろと展開して、このグループの意義に期待をしていました。職員の方もそう思っていました。8人の中のお一人だけ「この会ってなんだったのかしら」とおっしゃった。ちょっと下にうつむき加減で。これは否定的なメッセージであると考えましたが、その時には深く伺うことはしませんでした。ただ、そのこと・その方のことが気にかかっていました。

Cさんに5年後お目にかかりました。その間でお目にかかってはいるのですが、彼女から呼びかけられたのは5年後でした。特養でCさんから呼び止められて、私の名前を覚えて下さっているのです。「野村先生、またあのような会なさって下さらないかしら。」私はびっくりしました。Cさんのお顔を見ると、「楽しかったわー。」「あの会にお出になられていたAさんが亡くなったの。あなたご存知?」「もう一人Bさんが今入院していらっしゃるの、ご存知?」と。AさんとCさんはとても仲が良くていらしかったので、「Aさんが亡くなられてCさんお寂しいでしょうね」と伺いますと、彼女は、「あの会で、その時までお話できていないことをたくさんお話が出来ていて、なんだかお亡くなりになったときに、それを準備していたような気がしたのよね。」とおっしゃいました。会の終了後、彼女の評価は決して良いとは表現されていませんでした。5年の間に、Aさんが亡くなってどれぐらい経つのでしょうか。そして、「あの会をまたやって欲しいわ」と望んでおられました。私は5年前に何を聴き、理解していたのだろうかと思いましたが、その時はグループを行うことは出来なかったのですが、Cさんとお会いして4回ほどお

話を伺いました。昔のお話を中心にしながら、回想法だけではないのですが、息子さんへの想いや今のこと・これからのことも穏やかに話して下さいました。人の評価は変化するものであり、評価の意味を理解することは評価そのものよりも大切であると考えています。誰がどう責任をもって評価するのだろうかという、ここでも振り出しに戻ったように思えました。

利用者の方のためと思い行っている援助、それはもしかしたら家族にとっては評価が高いかもしれませんが、利用者の方にとってはそうでもないのではないだろうか。それから、自分が評価したいと思っても、良かった悪かったと伝えたくても伝えられない方がたくさんいらっしゃるということ。どうこちらで補助して、あるいはお手伝いしながら評価をしていただくのだろうか。それから、少し飛躍しますが、認知症の方が感じていないというのは嘘。理解していないというのも嘘。御自分にとって大事なことを受けとめ、いろいろな感情を持たれる。でもその思いは言語・表情等に表現されないことも数限りなくあります。こちらの面接の方法・お目にかかること・触れ合うことで、あるいは向かい合うことで、コミュニケーションを通じて必ず伝わってきます。伝わらないということはありません。今の高齢者の方は大きな社会関係の中で地域の中で生まれつつ、血縁関係や親族の中で暮らしてこられています。そのような様々な方達や多様な場面で関わり合いになってきた方が、認知症を発症したからといって、培われてきたコミュニケーションの方法やスキルを全く失ってしまうことはありません。評価は出来ないかもしれませんが、面接することはできます。また、その方の想いを伺うことは出来るだろうと思います。

振り返り・評価・回想法の評価例

福祉臨床の援助過程を図7に示します。事後評価・過程評価、それからこの様々な時点で開始、アセスメント、契約、援助計画、実行、調整、介入、過程評価、終結、事後評価、フォローアップと言われる援助活動の見直し。各時点で評価という行為は大切であり、ソーシャルワーカーに身に

ついてほしいと願っています。どういう評価を選ぶのか、評価方式はどんなものかを始めに想定します。これを研究的に行うのかは別にして、自分の行ったことに対する評価を、クライアントとともに、もしくはクライアントのために出来たのかどうか、何が不足しているのか、というあたりの振り返り・評価はプロセスの至るところに入ると考えます。専門職は、振り返りだけではなく、評価に及ぶことが要求され、善し悪しの判断基準を、例えば倫理綱領や様々の倫理を広く深く学びながら展開していきます。ソーシャルワーカーは、自分の行った行為を評価し、迷いがあれば周りに相談をし、評価しながら決めていきます。様々のプロセスの要所要所に評価があり、プロセスは評価の直後に姿を現わすと考えます。

どのような評価の方法を回想法の研究で使っているのかと言うことに関して、次のシンポジウムでお話しする時間がないと思うので申し上げたいと思います。回想法の効果評価で私が重視している点は回想内容の質的分析です。ここはナラティブと重なってきます。ナラティブと回想法を対にして考察することはあまり意味あることとは思えません。しかし、研究方法に関してその歴史的な相違を丁寧に検証することは欠かせないと考えています。回想法の場合は、回想内容の質的分析の以前に回想機能分類について、カナダで回想機能尺度を作った人がいまして、その尺度に基づいているものです。人生の再評価をする人で回想を頻回にするかたは例えばですが、人生の満足度が高いなど量的研究の中での結果を取り入れた分析になります。記述的データそのものから直接分析していくというのではない方法をとっています。

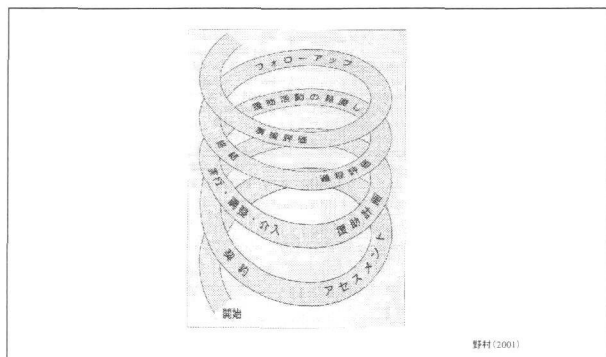


図7 福祉臨床の援助過程と評価

対人相互関係の分析、認知機能に関する諸測度（MMSE・改訂長谷川式・SKT等）、語彙数の変化、各種の投影法による分析（バウムテスト・ロールシャッハ等）、日常生活動作能力も活用しています。

評価デザインについては、図8に示すように、アルツハイマー認知症の方と脳血管性の認知症の方とを分けて、G4群は非介入群という枠組みで検討しました。また図9は、老人保健施設で行ったのですが、無作為抽出のヒアリングを行って、非介入群と回想法介入群、事前事後フォローアップという3つの時期で評価しました。

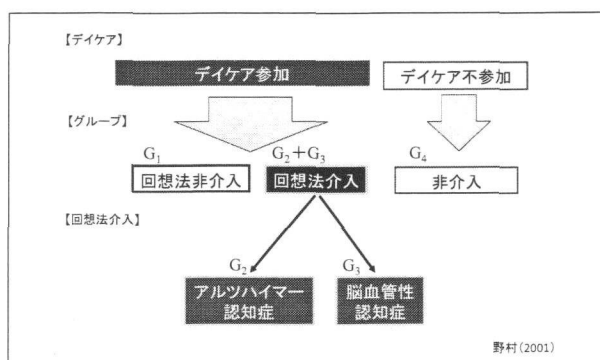


図8 回想法効果評価のデザイン①

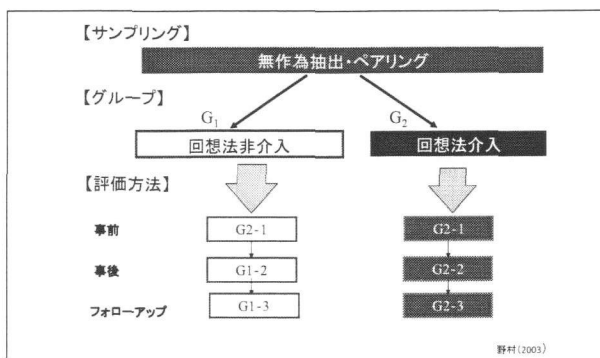


図9 回想法効果評価のデザイン②

実験デザインにおける多様な混乱

実験デザインでは、介入結果に見られる相違と類似がどこから起きるかを検討します。介入による参加者の相違によるもの、また、介入自体が異なった方法で行われているために相違がある場合は介入の準備段階に厳密な検証を行うことで混乱が防げます。不参加者によって結果に相違が出ている場合も見られます。今まで特別な方法に参加して知っているから、例えば回想法がある、思い

出話の会がある、思い出すことは良いと思っておられたら勉強されているかもしれない。今から体験を始める方と思い出を他で伺って「今度は全員でしましょう」、「皆さんで集まってしましょう」という方々では意味が違います。回想法や認知症の方への心理・社会的アプローチの普及や学習のための研修も展開しています。しかしながら、臨床実践家の用いる方法や測定方法が均一ではないために、結果に影響する場合があります。それから意図的でなく、方法に差があるので結果に相違が出ているのかもしれませんが。このような様々な要因を考えながら研究計画・デザインの決定・プロセス評価・結果評価の中で混乱を除くように努めています。

最後に、Scriven(2005)による評価研究におけるチェックリスト(KEC)をご紹介します(図10)。

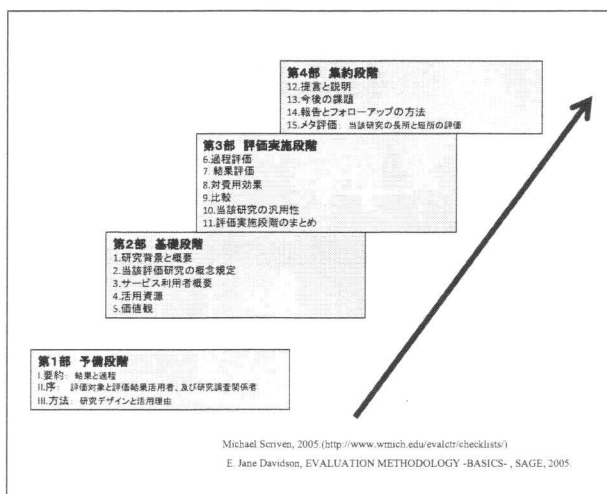


図10 評価研究におけるチェックリスト(KEC)

評価研究のチェックリストで、予備段階・基礎段階・評価実施段階・集約段階の4部構成になっています。報告書を作成する時にガイドラインとなります。また、研究計画を作成する時も見通しを立てることができ、参考としています。

おわりに

福祉臨床の評価研究の基本的な要素と姿勢について、私の体験やエピソードを交えながらお話ししてきました。実践主体＝研究主体であるソーシャルワーカーさらには質の高い評価人材であるソーシャルワーカーの育成をどのように目指すことが

できるか。シンポジウムで引き続き、御一緒に考えを深めていくことができれば幸いです。ご清聴ありがとうございました。