

医療社会福祉研究

第1巻 第1号

~~~~~  
〈記念講演〉

保健・医療におけるソーシャルワーカーの貢献

その役割と専門性……………アキイエ・ヘンリー・ニノミヤ 1

〈シンポジウム〉 現代における医療社会福祉学の課題

医療ソーシャルワークの実践的研究 その課題と方法

……………堀越由紀子 16

医療社会福祉学の理論的枠組……………山手 茂 24

社会福祉学の課題 ソーシャルワークの専門性……………秋山 智久 36

〈論説〉

医療ソーシャルワーカーの課題……………佐藤 豊道 45

〈文献紹介〉

Barry Cournoyer:

The Social Work Skills Workbook ……………森野 郁子 50

~~~~~  
1992年9月

日本医療社会福祉学会

「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 医療社会福祉に関する論文、資料などを掲載する。
2. 著者ならびに共著者は本学会会員に限る。
3. 原稿提出期限は、特に定めるものを除いて随時とする。
4. 原稿の採否は編集委員会で決定する。
5. 本文原稿は原則として、表題・図表・注・引用文献などを含め400字詰原稿用紙30枚とする。
6. 原稿送付先は機関誌担当理事とする。

(〒663 西宮市武庫川町1-1

兵庫医科大学病院医療社会福祉部 橘高通泰)

執筆要領

1. 本文は、400字詰原稿用紙、横書き。ワープロ等の利用の場合は、B5の大きさの用紙で、20字×20行とし、行間は4mm以上あける。フロッピーによる投稿も可能。
2. 論文題名、著者名、所属名、ならびにキーワード(2~5語)を明記。
3. 論文題名には必ず英文表記を付すこと。
4. 引用文献は引用順に、参考文献は著者名でABC順に配列する。

文献の書き方

単行本の場合 著者名：書名、引用頁、出版社名、発行年

雑誌の場合 著者名：論文題名、雑誌名、巻数、最初の頁-最後の頁、発行年

【記念講演】

保健・医療におけるソーシャルワーカーの貢献

—その役割と専門性—

アキイエ・ヘンリー・ニノミヤ*

はじめに

いまご紹介がありました、実は20数年前、私はベトナム戦争に行っていました。そのときに病院のコーディネータをしていたのがこの分野の始まりでした。ベトナム戦争へ行ったのは、私が法律の勉強をしましたので、病院のコーディネイトつまり病院経営をするということでした。しかし社会福祉がわからなくて、医療関係者と協力しながら働いていたときの経験から、社会福祉を勉強しなければいけないと思いはじめ、カナダに帰って、メディカル・ソーシャルワークの勉強をしました。それ以来、20数年間この分野におります。それと同時に、もともとは牧師ですから、病院のチャプレンもしておりました。死に行く人への配慮、癌告知を医師と一緒にして、あとのお世話をするということをしてまいりました。

日本に来てからは、主に障害をもった方々と一緒に仕事をしながら、国連の、特に国際障害者年の仕事をしてまいりました。今年の8月の始めから9月の始めまで、「国際障害者年の10年計画」のエバリエーションのエキスパート・カンファレンスが、アジアとアフリカであったので日本を留守にしておりました。行く前に奥川先生から「講演をしてください」と言われましたので、今日はレジュメを作ってまいりました。

国際障害者年長期計画の3本柱

「国際障害者年の10年」が、1983年から始まり、来年の1992年で終わるといっているので、その総括を国

連の各機関の WHO、ILO、あるいはユニセフ、ユネスコ、UNDP などと一緒にやってまいりました。非常に興味のあることが今回出てまいりました。まだ1カ月も経ってない最新のニュースです。

国際障害者年の長期行動計画（ワールド・プラン・オブ・アクション）がいくつかありますが、3つの大きな柱があります。第1はリハビリテーション、第2が予防、第3が障害に対する正しい認識です。

大きな3つの柱のうち、第1番目のリハビリテーションが大きく転換をしています。何が転換をしたかということ、基本的には価値観が転換したということです。これはとても大事なのです。以前は障害をもった人が、障害をもたない人になること。障害をもった人が健常者になる、ヘルス・アンド・ノーマルという変な言葉が日本語にあります。そうではないのです。障害は「個性」である。ですから、障害をなくすということはおかしいという発想です。障害は個性であるから、社会の市民生活のシステムを変えていく。簡単にいうと、交通、住宅、教育、就労、年金等々を、障害があるなしにかかわらず、市民として生活できるように転換していく。

この基本は何かと言いますと、国連が1948年に出した国連の「世界人権宣言」ということです。いままでは障害者、患者さんの基本的人権を十分充足してこなかった。実は「患者さん」と呼ばれる人たちは市民である、障害をもった人たちも市民である、という発想からリハビリテーションの

* 神戸聖隷社会福祉事業団ホーリスティック社会福祉研究所

基本の価値観が変わってきた。ということは当然システムも変わってくるということです。

2番目の予防について、十分論議したのですが、確かにWHOを中心に障害の予防、伝染病の予防は、プライマリー・ケアも含めて相当成功しました。ところが、障害予防に使った価値観が非常に失敗してしまいました。これはユニセフ、WHOが非常に反省をした点です。「あなた方は栄養をちゃんと摂らないと、あるいはこういうことをしないと失明をします。失明をすると、死んだほうがましです。かわいそうな人生を送らなければいけない」というパターンのものが随分多かったのです。そうすると、失明した方々は死んだほうがましだ、だから予防しようというキャンペーンをずっとやってきたわけです。結局病気に対するネガティブなイメージを用いるメソッドで予防してきたということが大失敗だった。予防は成功したが、障害あるいは病気に対する差別意識を作ってきたということです。これは間違いということで、ユニセフがポジティブな価値観を使って予防したところ、ネガティブなものを使ってやったのと結果が同じだ、という統計がインド、ネパール、ブータンで出てきたということで、これからは1つは病気という価値観、あるいは障害という価値観の見直しをしていかなければいけない、ということを話し合いました。

3番目の社会参加の機会ということですが、これは啓蒙ということで、3本柱の最後の部分が、過去10年間に十分なされてこなかったのではないかな。特に障害をもった方々のセルフヘルプ・ムーブメント、自助・自己決定等々の動き、あるいは障害・病気というそのものの正しい認識が十分なされておらず、まだかわいそうだといった慈善の思想がある。そういうことでできることならば、第2次10年計画をしてはどうかということまで決めておりました。来月のニューヨークの国連総会、そして1992年の総会で「第2次国際障害者年の10年計画」をするかどうかが決まりますが、そういう大きな動きの中で、非常に興味のある、特に私たちにとって大事な言葉の中での論議がありました。これは特にWHO、ILOが、非常に力を入れて世界でやってきた中に、コミュニティ・ベ

ースト・リハビリテーション、CBRと私たちは言っていますが、たぶん日本語では地域に根差したリハビリテーション、コミュニティ・ベースト・リハビリテーションで、これは病院等々の施設中心にリハビリテーションをするのではなく、地域を中心にしていこう、という新しいメソッドです。ですから、保健・医療が施設医療から地域医療に転換するということで、大きくこの10年間やってきた。私も高く評価していますが、このコミュニティ・ベースト・リハビリテーションの言葉を換えようという提案がありました。リハビリテーションという言葉そのものが価値観がある。そしてリハビリテーションは専門家を中心にしていくプログラムである。もう1歩進めていくと住民を中心に行くならば、コミュニティ・ベースト・インテグレーション・サービスとなる。ですからCBISというように言葉を換えようという新しい動きです。

クライアントからコンシューマへ

これはどういうことかと言いますと、非常に注目しなければいけないのですが、いままでは私たちが保健・医療の中で治療ということをやると言っていました。ケアからケアが出てくると。ケアから今度はサービスに転換している。コミュニティ・ベースト・インテグレーション・サービスなのです。ですから、いま日本はケアからケアに行くところですが、国連レベルではケアからサービスに転換しているということです。これは別に新しいことではありません。たとえば1986年に世界ソーシャルワーカー・フェデレーションの会議が東京でありました。そのときに福祉の対象者を「クライアント」と呼ばないで「コンシューマ」と呼んだことを覚えておられると思います。いままで私たちは福祉の対象者をクライアントと呼んでいるが、いまはコンシューマ（消費者）と呼んでいる。これはサービスなのです。市民を中心とする基本的ニーズ・欲求の援助システムということなのです。歴史的に言いますと、ケアというのは医療者を中心に、特に身体的な器官を治療する。ケアというのは、そういう人たちを援助していこう。そしてサービスというのは、市民として、患者と呼ばれている市民を中心に日

常生活要求の充足システムを作っていく。ですから、そこでものすごいシステムの転換が行われてまいります。

そういうことで保健・医療の社会の中で、ソーシャルワークが参加するという事は、ただ単にケアの中にケアが入るという取り方ではないということなのです。もっと具体的に言いますと、医療専門者を中心に作られているケア・ケア・システムを、患者と呼ばれている市民を中心にケア・ケア・サービス・システムを作っていく。ですから、ここは根本的にシステムの作り方が違ってくるわけです。

I. 保健・医療における Patient ? の概念

そういうことを最初に頭に入れておいていただきまして、「保健・医療における Patient ?」ですが、ここで「?」マークを付けたのは、ケアを中心とする医療者は、人間を「Patient」と呼びます。ソーシャルワーカーは、人間を Patient と呼ぶことは基本的にはないはずで、というのは、私たちは市民である、そして人間である、患者と呼ばれている人たちの基本的人権の充足、日常生活市民としての要求の充足ですから、それは Patient ではなく、コンシューマということです。前はクライアントですが、これからはコンシューマという形で呼んでいくので、これは伝統的な言葉で患者ということでクエスションマークなのです。実はそうではないということで歴史をお話します。

1. 歴史

病院というのは、もともと教会、修道院でやったホスピテューム (Hospitium) から出ています。そこは大きく4つぐらいの働きがあって、病気の人のお世話をするという事で、ホスピテュームがホスピタル (病院: Hospital) になりました。それから死に行く人を看取るというのでホスピテュームがホスピス (Hospice) になって、いまターミナルケアをしております。それから旅人のお世話をするというので、ホスピテュームがホテル (Hotel) になって、もともとホテルも病院も同じなのです。ですから、そこでは魂の救済、精神的な援助、肉体的なケア、そしてそこに入ってくる方々は町や村、あるいは市民の方々が来るのです。

そういう意味では教会、修道院というのは、地域の中に密着してあったのです。つまり、ホスピテュームはコミュニティー・センターでもありました。長い歴史の中で見ていきますと、欧米の病院には、大体公立も私立も礼拝堂 (チャペル) があります。これはどの宗派でもそうで、魂のケアをするのです。皆さんがホテルに泊りますと、聖書が置いてありますが、もともとは修道院だったのです。そういう名残りの中で、私たちが生活をしているのですが、もともとホスピテュームでいちばん大事な役割をしたのが、修道女あるいは修道士と呼ばれるケアをする人たちで、あるときにはソーシャルワークをしてきたのです。

医学技術の発達の中で、医師、看護婦あるいは PT、OT、薬剤師といった専門分化をしてくる中で、ソーシャルワークが日本では非常に入ってきにくい状況があったのだと思います。全米ソーシャルワーカー協会は、いまから50年ぐらい前の1949年にベーシック・ヒューマン・ニーズを示しました。私たちの対象者の援助としては、まず家庭の安定維持を挙げ、2番目に労働の機会と経済的安定、3番目に精神的、身体的な健康、そして4番目に余暇時間、レクリエーション等々、5番目に宗教的表現の自由の保障といったことです。アメリカでは、この日常生活要求に基づいてソーシャルワーカーが戦後、病院の中で大きな働きをしています。

たとえば、私自身も日本に来る前の1979年にバレーボールをして、左足のリガメントを全部切って手術を受け、トロント大学の医学部病院に2週間入り、半年間リハビリテーションを受けた経験があります。私は足を負傷しただけで、あとほかはどことも悪くないのです。ですから、病院で何を食べても自由です。私はコーヒーを飲まず、紅茶だけしか飲みませんから、朝はコーヒーがいいか紅茶がいいか、ミルクはどうか、パンはブラウンブレッドなのかホワイトブレッドがいいのか、卵はサニーサイドかスクランブルか、選択をする自由があります。患者は市民であるから、市民は自主的に自分が何を食べるかの自己決定をして選択するというのが、病院の日常生活の中で保障されているわけです。そういうことが北米であたりま

えであるなかで、日本に来ましたら、食事の選択がないのです。そして食事時間も割合早く、社会性のない食事時間なのです。私たちは大体7時ごろ夕食をしますが、5時に食べると8時ごろにはお腹がすいてくるのです。私も国際会議で年に何回も海外に出ますが、時差ボケをします。時差ボケの1つの大きな原因が食事時間なのです。食事時間が変わると消化器系の時間が狂ってしまうのです。病院から出るときと時差ボケすると思います。ですから、病院に行くと、非社会的な存在になるのかなと思っております。

日本の医療の歴史

日本はもともと仏教の慈悲奉仕ということで素晴らしい医療があります。それはなぜかという、魂、そして精神・肉体・地域でのケアというものが、いろいろな形ではありますが、一応あったということです。ところが、明治のレストレーションがあったあと、日本から特にヨーロッパへ医学の勉強に行った方々、そして慶応義塾大学の北里講堂も有名な北里先生の名前からきたのだと思いますが、伝染病等々の細菌医学を日本に導入してくる。ヨーロッパの医療を見てみますと、ペスト・コレラ・チフス・赤痢といった伝染病が、多くの人を死亡させてきたので、医療は地域保健医療に非常に力を入れて発達してきたのです。それができたあとに、注射をすれば治るといって、非常に魔術的な細菌医学に発展をしていくわけですが、ちょうど明治時代に日本の開拓者である医療の専門家が学んできたものは、地域保健医療ではなく、細菌医学を勉強してきたので、注射をすれば治るといって、いまでもおばあちゃんやおじいちゃんが、「病院へ行ったけど、注射も打ってくれない、あれは悪い病院だ」と言うのを聞きます。それは細菌医学の名残りであるかな、と私は思ったりいたします。

結局ある意味では、そういうことから病院が研究所といった性格を持ってきたのです。そういう研究所においては、そこに入っておられる伝染病等々の患者さんは、研究の対象にもなってくるようになりますから、市民あるいは家庭人ということよりも、研究の対象、臓器、そして組織が有機的に組み合わせられた身体的な存在という意味の価

値観が非常に強化されてきたので、別に病院が地域社会と連携をとらなくても、ずっと存在してきてきたという側面を持っています。しかも病院というのは、研究所ですから、象牙の塔で学者のいる所、偉い先生のいる所ということで、ますます一般市民社会からかけ離れてきたことも否定できないのではないかと思います。あるいは病院は医師の住宅を拡大して発達してきたので、家の主は医師で、患者はその世話になっている下宿人のような関係になり、患者を対等の市民として対応することがなされていないのではないかと思います。

そして、第2次世界大戦後、日本が経済復興、あるいは高度経済成長していく過程から、そして国民全体の日常生活の質がどんどん上がってきた中で、病院での生活の質と一般市民の生活の質に格差が出てくれば、患者と呼ばれている市民の不満になってきます。そういう中で、だんだん病院の中における患者と呼ばれている市民の日常生活要求に対するニーズが高まりつつあるのが現状です。

もう1つ、人類の歴史の中で、本当に基本的人権が実践され始めたのは戦後なのです。国連の基本的人権からずっときて、それがだんだん20世紀の後半に市民生活の基本になってきたということ、そういうことの基本的人権の中にインフォームド・コンセントとか、あるいは消費者運動における市民生活の保障ということが、一般社会の中の基本として出てきた中で、患者と呼ばれる市民も同じ要求をこれからしてくるだろう、またもうしつつあるということです。

もう1つ戦後の様子を見ていきますと、非常に興味があるのは、いままで伝染病を中心として治療してきたものが、病気の予防が非常に進んで伝染病が大体なくなったのです。ですから、伝染病を主体とする病院構造という中に、地域の人をなるべく入れない、隔離をしようという性格は強いのですが、いまは伝染病で入る方々は非常に少ないと思います。ですから、病院に入っても、別に隔離する必要もないし、市民生活から遠ざける必要がないにもかかわらず、システムそのものは残ってきている部分もあるのではないかと思います。

病院の中での「出産」「死亡」

それと同時に、いままで病気でない部分の市民生活のある部分が、病院の中に入って来たということもあるのです。たとえば出産です。これは何百年、何千年の間、医療行為ではなかったものが、病院の医療行為の中に入ってくる。たとえば厚生省の統計で見ますと、1950年に病院・施設等の出産率が約4.6%で、ほとんどの人は自宅で生まれているのです。1950年から20年経った1970年には病院等の施設出産が96.1%となり、20年間で市民の家庭で営まれてきた日常生活の出来事が、病院・施設に移ってしまったのです。そうすると、市民でありながら、病院の中で赤ちゃんを産むという行為が、具体的には母親が入院をする。父親も先に生まれた子供も入院できません。ですから、家族の中で妻（母）だけが病院・施設へ単身赴任をするわけです。

これをもう少し心理分析的に考えていきますと、家族の絆というのは、生まれたときがいちばん大事だということが、最近よくわかってきました。これは北米には、バタード・チルドレンという子供を虐待する症候群があります。数年前、カナダでこれを調査していきますと、未熟児が多いということがわかってきたのです。なぜ未熟児が多いかを追求していきますと、病院での幼児の単身生活が長くて、母子分離、家族分離をしているから、子供も親に愛着がない。親も子供に愛着がないから、同じ子供でも、小さいころ病院に単身で長くいた子は、つい親のおつ手が出てしまうのです。ですから、できるだけ出産あるいは入院も家庭に近い、市民生活に近いものにしようと努力しています。私はちゃんとラマーズ法を学び分娩室で医師と一緒に父親として夫として、妻を助けながら3人の子供の分娩を手伝ってきました。父親として夫として、とても感謝をする機会でした。

兄弟関係も、お母さんのお腹が大きくて病院へ行って、しばらく経って帰ってきたら、お腹がペッチャンコでよその子を連れて来たということではなく、子供もパブリック・ケア・ナースがオリエンテーションを何回もして、先に生まれたお姉さん、お兄さんも分娩室に入れてするようなことが、最近カナダで行われてきています。そのよう

に市民としての病院・施設におけるサービスに転換をしてみたいです。

また死ぬという人間の1つのプロセスの中でも、多くの方々が死ぬというのは、家庭的・市民的な営みなのです。これが医療的行為に転換してくるわけです。ですから、以前は家庭の中で、家族・友人とともに分かち合いながら人生の終末期を迎えるプロセスが、病院・施設に入ってくると、伝染病ではないのですが、やはり単身でしか入れず、家族は通うのです。実際にターミナルケアに近付くと、魂や心のニードが、身体的ニードよりも高いわけです。それにもかかわらず、その人を施設に入れてしまうことは、家族から分離する、自分の住み慣れた地域社会から分離をする。極端にいうと、家庭人・市民としてギブアップしてもらおう。これが非常に精神的・肉体的にネガティブに動いている。いまはターミナルケア、末期ケアをどうするかということで、医療者の方々が研究をして、社会福祉との連携をしなければいけない、ということをしきりに言っているのは、ターミナルケアの推進をしている医師・看護婦の方々が、いちばん患者のニードを知っているからです。

ですから、日本の医療制度の中では、伝染病を中心とするようなケアからケアへ、ある部分はサービスに行こうとする。全体的に大きな歴史的な流れの中で、このように日本医療社会福祉学会ができることは、むしろ遅すぎるような形で出てきているわけです。

2. ホーリスティックな Patient の概念

基本的にはソーシャルワーカーというのは、医師の助手ではないのです。私たちは市民である人間（患者）の立場に立って働くものですから、立場が全く違う、システムが違うということなのです。

さらに国連レベルでも、当然 WHO が健康を身体的・精神的・社会的・総合的な存在、すなわちホーリスティックな存在としての健康であると言っています。ですから治療は、ある意味では身体的・精神的・魂的な治療を行えば、それがケアなりサービスになってくる。WHOの進めてきたホーリスティック医療が大きな動きになって、プ

ライマリー・ヘルス・ケア (PHC) は、保健と医療と福祉を連携しなければならない、という基本になってまいりました。ですから、そこでは保健・医療・福祉の3つのうちの1つでも欠けたら駄目だということなのです。日本では福祉が欠けているということは、本当はプライマリー・ヘルス・ケアができていないということなのです。これはまさにこれから日本が発展していく部分だと思えます。

世界のリハビリテーション・インターナショナル (RI) も、以前は障害に対する治療、科学的追究、予防とやってきましたが、リハビリテーションの基本を基本的人権に置く、という転換をしました。1970年の「リハビリテーション10年宣言」では、まさに基本的人権こそがリハビリテーションの基本であると定義しました。国際障害者年の長期行動計画の中を見ていきますと、1つが障害、あるいは病気の予防、それからリハビリテーション・教育・就労・社会参加の機会の平等、それから関係立法、行政への患者さん自身の参加の機会。専門家が作るのではない、患者さんと呼ばれている市民が作っていく。環境の整備をしていくこと。レクリエーション・文化・宗教・スポーツも大事である。それから地域社会活動、人権、あるいは患者さんによる病院等のモニター制度も必要である、ということになっております。

こういうことをまとめてみますと、患者と呼ばれる市民の福祉、すなわち日常生活の欲求というのは大きく分けて3つになると思えます。1つは基本的な生活ニーズです。これは身体的・精神的健康ニーズに社会的健康ニーズが入ってきます。それから衣食住で、食べること・着ること・住むことで、これも最低限度ではなく、クオリティー・オブ・ライフ (QOL) で、できるだけ一般市民社会に近づく衣食住のレベル。それから収入・医療保障・住宅環境、あるいは設備環境が基本的な生活ニーズになります。

2番目が社会的ニーズです。これは患者さん、あるいは市民と呼ばれている方々の教育・就労・住宅・交通・コミュニケーション・環境整備で、特に慢性疾患が増えてきますから、市民生活をしながら、医療サービスを受けるというパターンが

どんどん増えていく。そしてまた、高齢者人口が増えれば増えるほど、市民生活をしながら医療サービスを受けてくるというパターンが、どんどん増えてくることから、社会的ニーズはものすごく、そして急激に拡大してくる、ということが統計から予想されております。

3番目が文化的ニーズです。これは患者と呼ばれている市民のレクリエーション・スポーツ・レジャー等々になってくると思います。

個としての Patient

Patient と呼ばれている市民の概念を大きく分けて、「個」としての Patient、私はこれを「ミクロの領域」と呼んでいます。あるいは内的存在関係です。それから「社会」としての Patient と呼ばれる市民を「マクロ領域」、これを私は外的人間関係と呼んでいます。個としての Patient は、大きく3つに分けられます。身体的存在・精神的存在・魂的存在の3つの領域が個として持っている。そして身体的存在に関しては、日本は医療技術は世界で最もトップ水準にあります。日本はものすごく誇れるぐらい、身体的器官・組織・細胞・DNA 等々の技術キュアの良い質を持っております。こういう意味で私たちは、医師を中心とする医療関係者に非常に尊敬をしなければいけないと思えます。

しかし、それだけで終わってしまうと、結局人間の持っている精神面と魂面が疎かになります。特に精神的な存在では、患者と呼ばれる市民の自己決定、選択という基本を援助していかなければいけません。医療を受けるか受けないかは市民が決めることで専門者は決めてはいけません。

私の友人にOTのフレンチ・カナディアンがいます。私共の施設で働いていました。彼女が山登りで、足に怪我をして膝が大きく膨んできたので病院へ連れていきましたら、医師がそこに注射器を入れようとしていました。そして、「なぜあなたは注射器を私の足に刺そうとするのか。あなたがなぜ注射器を私の身体に刺すのか説明しなければ、あなたは刺す権利がないのですよ、私の同意がなければしてはいけません」と言うのです。「中の液のサンプルを採るのだ」と言ったら、「それならやってください、お願いします」と言うの

です。注射を受けるか受けないかは市民が選択をする、自己決定をするということです。これは延命治療を受けるかどうかを含めての基本的な患者の権利なのです。そういうことでは患者と呼ばれる市民の主体性の権利を持ちながら、もちろんカウンセリング、心の悩み、いろいろな側面を援助していくわけです。患者さんは家庭人でもあり地域人でもありますから、家庭における妻あるいは夫、父親、子供としての役割、自分が病院に入っているために家族はどうなっているのか、会社はどうなっているのかという、いろいろな悩みを持っている。そういうことに対する配慮もしていかなければいけない。

それから特にターミナルケアの場合は、魂のケアをしていかなければいけない。そういうことが非常に調和を持たなければならない時代に入ってきました。調和を崩しますと、非常に悪い結果になります。というのは、最近の研究では、たとえば精神的な存在が身体的な存在と関係があります。私が以前臨床医学を勉強しているときに、癌の発生率とストレスが相関関係があるということは、1960年にドクター・ブースがニューヨークで発表しています。精神的なストレスが癌になるのです。病院でストレスを起したら余計に癌になるというのは当然のことなのです。あるいは職場における人間関係等々も関係してきます。

ですから、身体的・精神的・魂的なケアをします。具体的には身体的な存在には医師が主になります。精神的には看護婦さんが非常にカウンセリングの勉強をしております。ソーシャルワーカーもしております。魂的存在に関しては、宗教者を入れていきます。仏教の坊さん、神道の神主さん、キリスト教であれば牧師さんですが、トレーニングを受けなければなりません。

私は神学校も出ています。大学院で4年勉強していますが、4年間教会、臨床カウンセリングを勉強しました。1年間は病院でインターンをしないと、神学校はいま卒業ができないのです。ですから、聖職者も臨床心理カウンセリングを勉強して、しかも病院で1年間インターンをしなければ牧師になれないというのが、カナダ、アメリカのシステムに変わっているのです。また牧師等々の

聖職者も、病院のチームとして入ってきます。ですから、私が病院のチャプレンをしているときは、ICU(集中治療室)でも、いつでも24時間必要に応じて入っていくのです。家族が5分間面会でも、私は何分でも入っていきます。魂の専門職なのです。そういう訓練を受けた人が病院の中にいます。ですから、メディカル・ソーシャルワーカーも訓練を受けなければいけないということで、とても高度な訓練で、大学院を卒業した人が受けるレベルです。最近はそのでも足りなくて、神学校を卒業して、さらにもう1年間クリニカル・パストラル・エデュケーション(医療教会訓練)を受けて、病院で魂をケアする医療人としての訓練を受けてきている、という存在もあります。

社会人としての Patient

それから社会人としての人間、マクロ領域は、病院に入っている患者さんは家庭人だということを決して忘れてはいけません。家庭から切り離して単身入院するわけですが、タルコット・パーソンズが昔言ったように、患者は社会的権利と義務を免除されるというのは古い話で、市民として入っていくわけですから、この辺の配慮はソーシャルワーカーの領域になってくるわけです。

たとえば、お父さん、お母さんとの関係の薄い人の癌の発生率が高いというのは、どこの国でも証明されています。あるいは夫婦間の愛情関係が悪いと、狭心症にかかる率が50%高いということが出ております。1980年のイギリスのシュライファーなどの調査ですと、配偶者と死別した人の身体的免疫システムには、機能不全が起こるということです。妻に先立たれた夫のTあるいはBリンパ球の数は減らないのですが、リンパ球が外からの刺激に対して対応しなくなっていく。ですから、すぐ病気になって死亡率が高いということです。これは昔からわかっていました。クラウスとカリネンフィルトの研究では、配偶者に死別した人の死亡率は、そうでない人と比べて2~4倍高い。あるいはイギリスの調査では、6カ月以内に配偶者に死なれた方の死亡率は、そうでない方より40%高い。これはまさに夫婦関係、家族関係が身体的に影響を与えているということなのです。です

から、愛情関係の深い夫婦を切り離して病院に入れたら、すぐ帰すか、長期的にいる場合には、夫婦間の、あるいは親子間のケア、サービスを誰かがする必要があります。

そしてまた、企業人としての患者市民ということでは、非常に面白いマサチューセッツの調査があります。仕事の満足度が動脈硬化症の最大のファクターである、ということが調査結果に出ているのです。仕事に満足しているということが、健康の秘訣である。そうでない場合には、不安やストレス、緊張が刺激となって、血液中のカラコリンが非常に上がって、コレステロールのレベルが上がり、狭心症になる率が高くなる。ですから、仕事の満足度を高めることは健康の基本でもあります。仕事を離れて入院している人が、仕事の不安を持っていたら、健康に良くないのです。私たちは入院中全く仕事と関係ないのではなく、病院に入っている患者である市民の企業におけるその人の調整をすることが、大きなメディケアの基本にもなってくるわけです。そういう意味で企業の中でのテーマ、リハビリテーションで言いますと、その人が中途障害をもったときに、すぐ雇用主と連携をしてリハビリテーション・プロセスを進めたときの職場復帰率は、しないときよりもはるかに高い統計が北米で出ています。

たとえば、1年間CVA(脳血管障害)で入院した方がありますと、そのときから職場と話をして、この人は、こういうプロセスで利き手交換等々をして1年経てば、ここまでできるので、職場配置転換をすれば社会復帰できますので、一緒に協力してください、ということを最初のインテークの時点でやっていけば、会社も受け入れるのですが、そういう話をしないで1年間置いたら会社も辞めさせられる、気が付いたら離婚もしている、帰る所はない、それで福祉の施設に来たという方もかなりいます。それは病院にメディカル・ソーシャルワーカーがいないからです。国庫財産つまり施設福祉費用がどんどん増えざるを得ないのです。ソーシャルワーカーを使ったら、必ず国庫財産が助かると私はいつも思うのです。

それからコミュニティ人ということです。私たちは地域の中でいろいろなものに参加しており

す。確かに日本においては富国政策でムラ制度、あるいは家族制度が崩壊しましたが、新しい形で地域が再構築されております。文化センターあるいはいろいろなスポーツ・レクリエーション等々で地域の中でいろいろな方が参加しています。そういう中で生きがいを見付けている方が病院に入ってしまうと、そこから切り離されてしまうのです。そういう方々と一緒にまた病院の中で地域のつながりができるといったシステムも、当然必要になってまいります。

もっと先の話をして、グローバル人、私たちは地球人であることをもう少し意識しなければいけません。特にいま日本で感じるの、一般に呼ばれている不法労働外国人に医療保障がないということです。日本人だからいい、われわれの社会福祉の基本は、人類の幸福と平和であるということであれば、基本的人権の追求が日本人だけということは、ソーシャルな面からはあまり出てこないのです。ソーシャルワーカーというのはグローバルワーカーですから、すべての人類に対してということ、これからの発展の中に入れていかなければいけないのです。

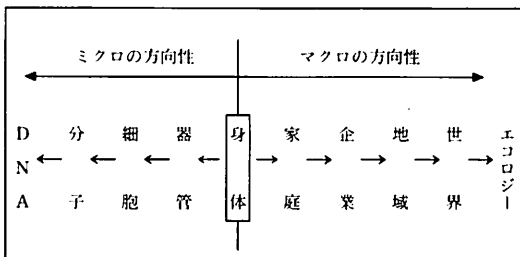
それからエコロジーというのは、先取りをしているようですが、北米ではエコロジーを語らないと社会福祉ができないほどです。病院等々に入っている患者さんも、エコロジー人であります。すなわち地球環境人で地球の有限な資源を分かち合っている存在ということです。患者さんの生活とエコロジーと関係のある部分は、それを援助していくこともこれからのソーシャルワーカーの役割である。ですから、病院の中においてもエコロジー、地球と調和をするような働きをするのは、ソーシャルワーカーの働きである、と私は思っています。

そういう意味では、本当にソーシャルワーカーの役割というのは、大きく期待されていると思います。

3. ホーリスティックアプローチと人間性回復

その中でホーリスティックアプローチと人間性回復ということ、ミクロ領域とマクロ方向性で図に示しましたが、人間を「身体」と書いてある所を中心に考察しますと、身体はいろいろな臓器・

器官、そして細胞・分子・DNA とミクロの部分の研究発達して、さらにお金になるのです。これは非常にお金をかけて調査をして、企業も参加してきます。ですから、特に医療分野においては、ますます専門分化してきます。心臓・肝臓・腎臓と内臓ごとに分化します。分化したものをますます細分化してミクロの方向に行っている。これは1つの医療の専門性の性質です。これはそれでよいのです。しかし、ミクロの世界へ医療が行けば行くほど、マクロの世界とのバランスが崩れてくると、そこで人間性を喪失する可能性が出てきます。マクロの部分は、家庭であり企業であり地域であり地球でありエコロジーである。いまのところ、これはあまりお金になりません。しかし、この領域がまさにソーシャルと呼ばれているソーシャルワーカーの領域なのです。ですから、病院に入っておられる市民の内臓・分子・DNA は医療専門家がケアしていく。股関節の可動域ををちょっと広げる、これは大切なことです。しかし、患者さんの属しているマクロの部分のサービスは、まさにメディカル・ソーシャルワーカーの役目なのです。そういうことを頭に置いておいてください。



(図) 患者・人間のホーリスティック領域

II. 保健・医療における「病氣」の概念

1. 従来の病氣概念

保健・医療における「病氣」の概念ということになりますが、病氣というものをもう一度市民の立場から見直してみる必要があるのではないのでしょうか。病氣というのは、歴史から見ますと、私が昔ベトナムにいたときに、医師が「何の病氣

ですか」と聞くのは「どんな風に当たりましたか」というように、風が病氣を運ぶということです。日本でも風邪、ウインドって使いますね。「どんな病氣ですか」と言っても、全然返事がこないのです。「どんな風があなたにぶつかりましたか」というと、「これはお腹の風です」とか「心臓の風です」とか「頭の風です」とか「目の風です」などということで、風が伝染病をもってくるというものが多いのです。宗教的にこれを理解しますと、病氣になるのは、何か悪い事をしたから悪霊が風によって、その人に乗りうつり病氣になるのだ。あの人は罪人だから病氣になる。そして病氣を癒す人は聖職者である。これは昔からどの宗教でもパターンが決まっているのです。メディスンマンがお医者さんということなのです。

ところが、そういう状況ですと、患者さんは罪人であって、不幸な哀れな存在で弱い存在である、というパターンが生まれて、それを治す医療者は聖職者で慈善者で権力者で、時には警察官でもあるわけです。悪いことをしたから逃げてしまおう。エイズにかかったら、なるべく見付からないように逃げよう。医療者はエイズを探そうといったパターンも出てくることもあるかもしれません。そういう方が病氣になったら、市民権、社会権を剝奪して病院に収容という動きがあった。こういう中においては患者さんは、病氣は悪いのだから、悪い病氣を治すために努力する。そのためには「市民とか家庭人はギブアップしなさい。私の言うことを絶対聞きなさい」というように、権力を持った医療者が弱い罪人に対する対応法があったわけです。罪人というのは、もちろん市民権はないわけで剝奪をするというわけです。そういう形態における病氣の概念が、いまだに何らかの形で日本には残っていると思います。

2. ミクロ領域とマクロ領域の病氣概念

実は病氣というのは、罪を犯したから病氣になるのではない、罪人でもない。むしろ社会的なあるいはエコロジー的な存在として、全体のミクロとマクロの部分の不調和のために、それが病氣という形で出現したのである。それに対する治療は、やはりミクロとマクロの領域からしていかなければいけない、という当然のことなのです。そ

れをミクロの部分だけ治しても駄目なのです。家庭に戻れば、また同じ病気になって戻ってくるというパターンが出てきてしまうのです。DOT(点)と付けたミクロ領域のみの病気概念というのは、ドクター・オリエンテッド・トリートメント (Doctor Oriented Treatment) のことなのです。これはいま日本でいちばん行われているパターンで DOT システムと私は呼んでいます、点でしかありません。

それから、POT (器) システムはミクロとマクロの領域の病気概念をもって、ペイシエント・オリエンテッド・トリートメント (Patient Oriented Treatment) つまり、患者を中心とするトリートメントです。これはケアを中心として、ケアを入れる構想なのです。ところが、患者を中心として保健・医療を作ってくると、COS (コンシューマー・オリエンテッド・サービス) ということになります。患者は市民である。COS はトリートメントではなく、サービスである。コスモスというのは調和という意味があります。自分で勝手に語呂合わせをして喜んでいるわけではありませんが、結局は医療モデルと市民モデルの違いがあります。

どうということかと言いますと、伝統的な医療モデルは病気になるのは悪いことである。そして患者の生物学的器官の不調和である。これはいまの日本でやっている DOT 方式です。これをコスモス方式でいきますと、病気というのは、その市民の生物学的器官ではなく、心理的・魂的・家庭・職場・コミュニティ・経済社会・エコロジーの不調和なのです。ですから、治療という言葉を使うならば、当然ミクロとマクロの部分からケア、ケア、そして、サービスをしていかなければいけない。サービスの一部がケアで、ケアの一部がケアで、別に相対峙していないのです。もっと広く見ているのです。病気の所在が、いままでは患者が病気で、患者が悪い。そうではなくて、COS 方式でいきますと、患者を含む家庭・経済・国家・エコロジーのところに病気があるという見方に転換します。

たとえば、簡単にいうと、公害によって病気になった人たちは、水や空気の汚染を直さない限り、

病気がどんどん進むわけです。喘息を例にしますと、喘息の原因が汚染であれば、もとの職場や家庭に戻ると、また喘息が起きてしまう。あるいは神経性喘息であれば、家庭における不調和、職場における人間関係が、喘息を起こしてしまう。いくら病院でケアをしても、もとの市民生活に戻ったら、また起こってしまうのです。それを含めたサービスをしていかなければいけないのです。

3. ホーリスティックな病気概念

ホーリスティックな病気の治療ということは、いままでは医師と医療関係専門家だけでよかったということから、マクロの部分のソーシャルワーカー、あるいは家族・企業、ときには経済社会システムやエコロジーまでを踏まえた治療になってくるといふ、大きな転換なのです。そして病気の管理は、いままで医師がしていましたが、COS システムでいきますと、病気の管理は患者である市民がするのです。私が管理をするのです。これは当然のことなのです。

しかし、基本的に医師が病気の管理をしますと、この人はどういう病気で、どういう薬を飲んで、というのは言わなくてもいいのです。医師は患者に対して「私に任せておきなさい」と言うのです。患者は「神様、仏様、よろしくお願いします」と医者に拜むわけです。市民モデルの医療はそうではなくて、患者である私に教えてください、どんな病気で、どういう治療を受けたら、どんな効果、こういう副作用があつて、どうなのですかと。それで患者である私が選択をするという、自己決定の基本は、管理者の基本なのです。基本的人権の基本は、自己管理・自己選択・自己決定なのです。日本では基本的人権の基本が、いまだに病院あるいは医療社会の中で未分化、未発達なのです。ですから、治療空間というのは、いままでは病院施設の中のみということがあったのですが、これからは地域社会の中に入っていくを得ないのです。地域社会だけでなく、地球を含むエコロジーが、治療空間に変わってくるわけです。これはエコロジー医療社会の必要からなのです。空気をきれいにすること、自然を守ることが、市民の健康を守るという発想まで出てくるわけです。

そうすると、病人の役割がいままでは罪人とか、

子供、あるいは哀れな存在、欠陥人間ということから、そうではなく、市民である。地球人であって宇宙人であるという考え方を持たなければいけないと思います。いままでの医療における問題点は、患者に問題があるから助ける。しかし、これからは医師や医療専門者に患者が自己の市民権を放棄して依存することが問題なのです。基本的人権を喪失させているそのもの自体が問題なのです。それを救出する人はメディカル・ソーシャルワーカーなのです。メディカル・ソーシャルワーカーだから、役割、基本が違うのです。キュアから発想していくメディカル・システムの人たちにとっては、ソーシャルワーカーはアクセサリで、いてもいなくてもいいのです。そうではなく、本当の人間性回復、市民の発想からくと、ソーシャルワーカーはなくてはならない存在なのです。この辺をキュアの発想のシステムで言っているのか、ケアのシステムで言っているのか、サービスのシステムで言っているのかの違いは、皆さんはわかるようになってほしいと思います。基本的な発想が違うのです。

キュアの発想の中で、いまケアを付加させようとしている部分があります。本来はサービスの発想からケアとキュアに入っていく。これは全然発想が違うことをよく覚えておいていただきたいと思います。

III. 医療ソーシャルワークの役割と専門性

1. DOT から POT、そして COS へ

そういうことで「医療ソーシャルワークの役割と専門性」に移りますが、たぶんこのことは午後シンポジウムで詰めるので、軽く流そうと思っています。いままでご説明したとおりに、DOT から POT、そして POT から COS へ移行するプロセスを、本学会で分析していくというのは、学会のとても大きな役割です。DOT のシステムはどういうポジティブとネガティブな面があるのか。POT はどうなのか。COS を中心とした保健・医療・福祉制度から見る DOT システムを踏まえていかなければいけません。そして、多くの医療専門家は、患者と呼ばれている市民の幸せを願って

いますから、必ず協力してくれます。ただ、システムは、一旦できた法律・行政云々のシステムを転換することはそんなに簡単ではありません。人間の手から離れて動いていますから、これは大変な作業になりますが、説得しなければいけません。説得させるのは学会で理論を積んでいかなければいけないと思います。

1つは、市民としての立場で私たちが医療分野に入っていく、そして患者さんの自己決定・選択・社会参加等々の援助を、もう1度見直す。

2. ソーシャルワーカーのマトリックス機能

それから医療専門家集団の中でのメディカル・ソーシャル・ワーカーのマトリックス組織機能は大切です。特に病院・医療組織は、専門家集団組織なので縦割りなのです。他の組織と比べてこれほどの専門家集団組織というのはほかにありません。国家医師法に基づく医師とか、看護法に基づく看護婦とか、薬事法に基づく薬剤師とか、専門家ばかりです。専門家というのは他の領域の人とのチームワークをとるのが非常に難しい人たちです。自分の領域だけやって、ほかの領域はよくわからないのです。ソーシャルワーカーの専門家はマトリックスなのです。ということは、すべての専門領域にまたがって入っていて、マクロ的に入ってきますから、いろいろな所に入ってチームワークを創って調整していくわけです。もしソーシャルワークが、ケースワークだけをしていたら、それはもうソーシャルワークではないのです。ケースワーカーはソーシャルワーカーではないのです。本当はソーシャル・ケースワークなのです。ですから、市民患者のカウンセリングをしても、その人の夫婦関係・子供関係・家族関係・地域・企業の関係をも踏まえたうえでのアプローチがソーシャル・ケースワークなのです。ですから、MSW が病院に行つて医者のように白いガウンを着るといのは、発想が少し違うと思います。多くの方は知っていると思います。白い服を着るのは伝染病の関係つまりキューア者なのです。ソーシャルワーカーはジーパン、市民の服装でいいのです。

そういういろいろな専門家の方が、素晴らしい技術でキュア、ケア、そしてサービスを作って

きますから、それをつなげていくマトリックスは、縦割りの中の横割組織なのです。ですから、チームワーク、コーディネーションがとても大事です。私もベトナムで病院のコーディネーターをしていましたが、医師・看護婦・薬剤師等のコーディネートをしました。コーディネートがうまくいかないと、インテイクから治療、ディスチャージ、フォローアップができないのです。各部分、部分では素晴らしいことをしていても、全体から見て調和がとれないと、素晴らしいものがかえってマイナスになってくるのです。ですから、私たちは組織におけるマトリックスな存在ということで、病院・医療組織の分析なども学会でやっていかなければいけないと思います。ソーシャルワークの役割が縦割りの中のもう1つの縦割りに入る、あるいは薬事課の下に入ってしまうとか、事務所の下に入ってしまうとか、中にはレントゲン科の下に入っている方もいますが、そういうことではないことを、私たちは認識しなければいけないと思います。

3. アドボカシー

患者である市民のアドボカシーはとても大事なことです。自分のことがよくわからない、という方々に情報を提供して、その人に自己の主体性、そして自己選択・決定を援助するのです。たとえば、アメリカ病院協会が、1973年に出した『患者の権利章典』などを見ると、「患者さんは尊重したケアを受ける権利がある」と言っています。これを本当にソーシャルワーカーがフォローアップしていくのです。

リスボン宣言

1981年に世界医師会が「リスボン宣言」をしました。「リスボン宣言」を私は非常に高く評価しています。今年でちょうど10年目ですが、これは「1. 患者は独立した人格を持った社会人として尊重される」と、世界医師会が10年前に決めたのです。患者は人格を持った社会人、すなわち市民として尊重されると言っているのです。これは基本的人権を尊重することなのです。2番目には、「患者は、自分の病気治療に関して知る権利がある」と言っています。これはインフォームド・コンセントをちゃんとやっているのです。3番目に

は、「患者はプライバシーを十分尊重される権利を持っている」と。これをもう少し具体的にいうと、自分が病院に入っている、これが調査機関、教育機関の対象になっているかどうかを聞く権利もあるし、「私のケースがちゃんと研究材料になっているのですが、それを発表するのですかどうなのですか、教えてください」というのは、当然の権利なのです。4番目は、「患者は、医師や治療方法を自由に選ぶ権利がある」。市民としては、この病気に関しては、A～Dの治療法があります、Aはこういう方法で、こういう結果。それをどうしますかということ、患者に選択させるということ、患者は選ぶ権利、治療を拒否する権利があるということ。これは市民の基本的人権の自己決定権を保障したものです。MSWは、その援助を患者の側にたっています。そのために病院組織はメディカルソーシャルワーカーを市民のスタッフとして入れなければいけません。5番目は、「患者は、自分の病気治療・病院生活（市民生活）について意見を述べる権利がある」。たとえば、私は日常生活の中で、コーヒーが全然飲めないのです。飲むと夜眠れなくなってしまいますので、紅茶が欲しいのです。紅茶もレモンが駄目でミルクで、お砂糖が要らないのです。トーストはちょっと黒焦げになったブラウン・ブレッドでなければ駄目で、しかもライが入っていなければ駄目なのです。それに限りなく近いサービスを受ける生活の権利が私にはあるわけです。ただそれがサービスとしての質の問題です。トロントの病院に入院していたときは、私のニーズは選択できました。それが日本の病院できるかどうかは病院のサービスの質の問題になります。患者は病院生活について、意見を述べる権利があります。病院における生活空間・生活時間・人間関係といった市民である患者についても、いろいろ基本的サービスを提供する必要があります。たとえば各患者が全部電話を持つということは当たり前なのです。大部屋でも2人に1台、両方で届くような電話で、いつでも家族・地域・会社と連絡ができるようなシステムが必要です。もちろん交換手がいって、配慮をしますが、いつでも病院施設の外へリーチができる。日本の病院の個室には電話がありますが、大部屋にはあま

りありません。それは不便で、動けなくなった患者さんが這ってまで電話の所に行く姿を何回も見えています。

6番目は、「患者は魂の問題に関して、聖職者を受け入れる、あるいは拒否をする権利を持っている」。いま聖職者が日本の病院ではほとんど自由に入れません。面会時間だけ入れます。これは魂の配慮がまだまだできていないのです。たとえば、北米の教会は、チャプレンがおりますから、聖職者が病院にスタッフとしているわけです。チャプレンが患者さんの属している宗教の人を呼ぶわけです。ユダヤ教ならユダヤ教のラーバイを呼んでくる、仏教の人は仏教の僧侶を呼んできて配慮をする。そういう空間もちゃんとあるわけです。これはとても大事なことで、末期患者だけでなく、身体が弱った人、あるいは失明をすとか、手足を切断するとかで障害をもって来る人、そういう魂に関するときの配慮をする。これが世界医師会が、患者の権利に関して言った「リスボン宣言」なのです。

4. 患者の人間性回復啓蒙

日本も「リスボン宣言」を承認してくれるといのですが、日本は国連の15ぐらいある基本的人権のうちの7つ程しかまだ批准しておらず、「児童の基本的人権」までこれから批准しようという人権中進国ですから、これからの発展に期待しています。私も国連の会議によく出ますが、経済関係は、日本はものすごく活躍するのです。軍事等安全関係の第1委員会、経済の第2委員会は熱心ですが、第3委員会の社会関係で、日本は先進国でなく中進国なのです。私は、いつも日本が世界でトップというのは、経済がトップ、そして人権中進国ということで、人権の中堅中進国から本当の先進国になる働きは、やはりメディカル・ソーシャルワーカーの、これからの働きに大きくかかっているのではないかと期待しています。その意味で患者の人間性回復の啓蒙は、私たちソーシャルワーカーの大きな使命なのです。

いまお話していることを、本学会で詰めて、それをどんどん発表して、市民の啓蒙、医療者の啓蒙、協力をしていかなければいけません。そういう意味で、この学会はとても期待されていると思

います。そして保健・医療におけるソーシャルなマクロの機能を、もっと理論的に詰めていく必要があります、それを実践していかなければいけません。

5. 医療ソーシャルワークと倫理

医療ソーシャルワークの倫理ということですが、私自身はこの間、カナダへ帰って、倫理の論文を書いてまいりましたが、ものすごく幅が広いのです。メディカルなフィールドの倫理だけでも出版された本はものすごくたくさんあります。

たとえば今日の『毎日新聞』の朝刊に、日本弁護士連合会が、脳死に対して、ノーと言っている、というのがトップ記事になっていましたが、脳死判定委員会、あるいは審議会にソーシャルワーカーは何人入っているかを、私はいつも見るのですが、あまり入っていません。マクロの領域を担当しているソーシャルワーカーが入っていない倫理審議は、どうしてもミクロの領域になってしまうのです。今朝の『毎日新聞』では日本弁護士連合会の決定に対して医師のコメントがありました。弁護士の人たちは臓器移植の現場を知らないから、こんなことを言うのだと言っています。これはミクロの部分では正しいのです。確かに臓器移植をしたら、延命行為もできるし、回復してしまう可能性が大きいのです。この間、私は人工透析学会で基調講演をしましたが、移植がいちばんいいという医師の主張はミクロ領域のみの所見ではわかっているのです。しかし、それをもう少しマクロの部分で見て、家族、地域あるいは地球人として見たときに、どうなるかということ、もう1つの新しい、まだタッチしていない領域も出てくるはずなのです。たとえば、臓器を開発途上国の人から買って来ることもあるわけです。地球人として、金持が貧しい人の臓器を買うことが許されるか、という倫理の問題もかかわってくるのです。いろいろな経済問題もあるのです。

また、無脳症と呼ばれる赤ちゃんが生まれてきます。これは胎児のときに、脳を守るための脳圧が出るドレニッジが詰まって、水圧が高すぎて脳が成長しないために、場合によっては脳波がないのです。脳波がないのは人間ではないということで、いま北米ではドナー・ベイビーの倫理問題が出てきて、そういう赤ちゃんは人間ではないから、

延命装置で長く生かしておいて成長したら、臓器だけを取り出してやろうとか、あるいは植物人間に近いと言われている人たちをたくさん抱えて、いろいろな血液型の人を集めれば、血液製造器として十分使えるとか、今いろいろなことが技術的には出てきているわけです。これをマクロの部分で、家庭人として、「私のお父さんが病院の倉庫の中で血液造成器になっている」ということが起こります。こんなことは許されるだろうかというのは、マクロの部分から見なければいけないのです。倫理の問題というのはいっとも深いもので、これを医療社会福祉学会で詰めていく必要があるのではないかと思います。倫理をもっと基本的な人間の生存ということから、人間の基本的な生活、要求における価値観ということから、マクロの部分を中心に詰めていかなければいけない。私たちにそういう実力は、いまはないと思います。詰めていった倫理問題の中で、私たちがホーリスティックな立場で意見を言うことも大事だと思います。ですから、この学会がちゃんとすれば、本学会は脳死についてはっきりした見解を出せると願っています。

6. QOL 医療の推進

最後に QOL の医療の推進になりますが、クオリティー・オブ・ライフということです。私は、医学書院を通していくつかの論文を書いてきました。4つの領域。1番目が生命の質ということ。2番目には生活の質、特にソーシャルワーカーでは生活は知っていますが、マクロから見ると、もっと幅が広くて深いのです。3番目が人生です。生まれてから死ぬまでのライフ・サイクルとしての人生の質です。人間のいまの存在は、魂・心・身体・家庭・企業・地域・地球人・エコロジーとありますが、歴史的に見ると、生まれてから死ぬまでの時間的なエレメントが入った存在としても見ていけるようなライフ・サイクルの質ということ。最後に人格の質です。人格成長プロセスがありますが、たとえば子供というものが病弱、あるいは病院に長くいて、あるいは病院の中で育っていく子供もいるわけです。子供の人格成長は、お父さん、お母さん、兄弟姉妹といった家庭の中で育つ。また地域の近所の子供たちと一緒に育つ、

あるいは学校で育つ。人間の関係の拡大の中で人格形成がされていくということが、市民の基本原則である。しかし、病院の中で家族や地域から離れて、子供が単身で長期入院した場合、人格形成がどうなっていくのか。こういうことをもう少し分析していく必要があるかもしれません。そうすると、病院の中、あるいは施設の中で育った子供の人格形成が、一般社会の人格形成と違うということであれば、社会適応がしにくいわけです。いま私たちが言っているノーマライゼーション、インテグレーションの逆を結果として行っている場合があります。ということで、病院においては、特に児童の病院においては、限りなく地域・家庭との連携を密着にしていかなければ、その子供の一生の人格の質が著しく阻害される。これはメディカル・ソーシャルワーカーが入っていかなければいけない分野にもなるのです。

む す び

最後に本学会の理論構成の進め方ですが、いつも私は3階建ての建物を考えてほしいと思います。3階建ての土台になるのが、基本の価値観、ベシク・バリューズなのです。これはいまままでお話してきたように、基本的人権といったもの、あるいは基本的日常生活の要求、あるいは人間性、それから病気というものの基本的な価値観の詰め、医療あるいは地域というものを詰める。これは学会の役割です。それを今後達成するためのシステム論を出さなければいけません。2階がシステム論で、3階は実践です。そうすると、私たちは実践の中にいますから、いま行われている実践を、人口統計から医療行動から、それらをみんな分析していく必要があるのです。それをシステムとして整理していく。そうすると、私がいまやったような DOT というシステムが見えてくるわけです。それを今度は1階の基本に落としていきますと、基本的人間性の回復とか、市民という理念に照らします。そして再び2階の新しいシステムつまり COS システムが出てくるのです。それに基づく実践、つまりパイオニア実践をやっているとしていくのです。それをいつも繰り返して

いくわけです。ですから、1階をA、2階をB、3階をCとすると、C、B、Aと入ってきて、AからB、Cに行く。そしてまた新しい実践をして、またシステムを分析したら元に戻る。ですから常に動くわけです。3階、2階、1階、2階、3階、2階、1階というようなシステムで、これを進めていかなければいけないのです。本学会の役割は、主に1階と2階を詰めていくということです。皆さんがおられる現場だけでいくと2階、1階はよくわかってこないでしょう。それをみんなで研究をしていくことが、本学会の基本的な進め方になっていくと思います。時間になりましたので、この辺で終わりたいと思います。

医療ソーシャルワークの実践的研究

—その課題と方法—

堀越 由紀子*

はじめに

ただいまご紹介にあずかりました堀越です。実践の分野から、ニノミヤ先生のお話にのありました3段階の3階からいちばん最初に話をさせていただくことになりました。

まず、前段でお話しするのは、一大学病院での、一人のソーシャルワーカーとしての、13年半の歴史の振り返りです。北里大学病院が出来て今年が20周年ですが、そのうちの13年半を、私も北里大学病院で過ごしてまいりましたことの振り返りです。ですから、これは個人的な体験に根ざすものですから、あのお二人の先生にどの程度これを普遍化していただけるか、それからフロアにいらっしゃる皆様方が、ご自分の病院なりご自分の実践の場所と、私が働いている場所をどう引き付けて考えていただけるかということについては、私の話の力量にかかっていると思います。

I. 北里大学病院および東病院における ソーシャルワーク実践経過

まず、最初に13年半を主観的に4期に区切って説明させていただきます。その後、いま私が考えている自分の職場の中の課題というところに触れたいと思います。

言葉を吟味せずに、自分の勝手な使い方ですべて使っておりますので、ご容赦下さい。私が13年半を振り返ったときに、または北里大学病院の開院以来の20年の歴史を振り返ったときに、やはり、大学病院がどういうふうに私たちに期待をしてきたのかということすなわち内部からのインパクト、それから、社会が大学病院である北里大学病院にどういうふうな要請をしていたのかということ、すなわち外部からのインパクト。それから、何よりも私たちが毎日毎日お目にかかる患者さんや家族の方たちが、私たちにどういうことを求

めているのかということ、それらが渾然一体となって私たちに影響を与え、私たちが歩んできているということに気がきます。

特に1981年の第二次臨調の後の10年というのは、毎年のように医療に係る法律、報告書ですとか、懇談会ですとかがたくさんございまして、さまざまな施策が行われております。振り返ってみますと、大学病院もその影響を確実に受けています。そして、その中で、私たちがどういうふうに時代の波にもまれながらやってきたかということがあります。もちろん私自身が新米ソーシャルワーカーとして出発したときの力量と、いま若干加わった力量とは確かに違いますので、その当時できなかったこともいまの実力をもってすれば出来たのかもしれないとわずかの望みは抱いておりますけれども、私の成長と歩みの過程は、いろいろな要素が絡みはしますが、やはり確実に周りからの影響を受けているということ、前提として申し上げたいと思います。そして、それぞれの時期に北里のソーシャルワーカーが抱えた実践課題に触れたいと思います。

1) I期 昭和46年から53年まで

I期というのは、ちょっと乱暴ですが私が就職する前後ぐらまでを、私が知らない時代として、その当時もいまも働いている病院のいろいろな職種のスタッフから聞いたり、年報をくったりしながら整理したものです。昭和46年に北里がオープンしました頃は、ご存じのとおり全国に医科大学がたくさん新設されまして、特に北里の場合は、新しいコンセプトの病院をつくるというスローガンの下に、開院準備の段階からコメディカルの一員として、対等に医師とともにメンバーに入って、コメディカルの専門性の尊重や、それに基づく組織作り、人員の配置などの充実が図られたというふうに聞いております。は昭和46年開院時より、

*北里大学病院総合相談部

医療相談室に、当時は医療相談部といったそうですが、専任で配置されています。ソーシャルワーカーの仕事は、すごく乱暴な言い方ですが、主に生活の部分を担当相談者としてのソーシャルワーカーの存在があったのではないかという、当時の部長の言葉を載せました。

2) II期 昭和53年から昭和61年まで

II期は、私が就職した昭和53年前後と言っているのかどうかちょっとわかりませんが、その頃から、転院の問題すなわち北里からよその病院ないし施設に転院をするという時の援助というものがすごく増加をしたという印象をもっています。これは高度医療の推進とその恩恵にあずかる方々が多い反面、その結果として生まれてくる新しい障害のタイプというものが、いまから思えばですが、出てきて、結局、病院は適応という尺度を持っていますので、病院の適応ではないけれども、かといって家には帰れないという、そういう方たちを次から次へと別の施設にお移しするという作業を私たちが一生懸命していた時期です。迷いながらもしていた時期です。その後東病院の開院準備などが始まってIII期に移行していきます。

3) III期 平成1年から平成3年まで

III期ですが、ここからIV期にかけては少し詳しくお話したいと思うのですが、昭和61年に東病院が開院しまして、総合相談部という組織が出来てから、今年本院に異動で戻って来るまでの5年間です。総合相談部の発足当時は、行政施策の中にも、保健・医療・福祉の統合ですとか、それからいろいろな学会などでも、保健・医療・福祉の統合ですとか、そういうタイトルが目につき始める直前ぐらいの時期でして、北里は、言い訳をするわけではないのですが、そういう保健施策ができる前から、実はこの総合相談部の構想を持っておりました。というのは、相談の窓口が院内にバラバラにあるのではなくて、1カ所の窓口であったほうが、患者さんやご家族のためにはいいだろうと。動くのだったら患者さんや家族が動くのではなくわれわれスタッフが動けという理念の下に皆で準備を進めたわけです。

そこに配置されたのは、ソーシャルワーカーが5人と保健婦が5人、事務が1人という11人です。

保健婦さんとの共同の仕事というのが、私の個人的な人生、ないしはソーシャルワーカーとしての考え方にも、ものすごく強烈なインパクトを与えたということを強調しておきたいと思います。そのひとつは、われわれは一体何者か、ということをもいつも考えながら仕事をしなければいけなかったということです。保健婦さんと私たちの違いは何だろう、共通点は何だろう、どうやったらお互いの持ち味が活かせるのだろうか、どうやったら1+1が2ではなく3、4になってくるのだろうかというとうなことを毎日考えながら過ごし、正直いってストレスもありましたけれども、得るものも多かった5年間であったかと思います。この頃の外の状況というのは、とにかく高齢化社会の到来が声高に言われ始めまして、保健・医療・福祉の統合が現実的な課題になってきた頃です。これも裏を返せば高齢化社会の到来だけでなく、疾病構造の変化とか、一般の方たちの受療行動の寛容とか、そういうことが生んだ賜物だと思えます。

この時期のソーシャルワーカーの課題は、話が前後しますが東病院の開院時には人員を拡大してもらえたわけですが、ソーシャルワーカーの配置についての問題、つまり折角拡大した人員をどういうふうに位置付けるかということがインパクトとしてありました。これは、精神科では精神科のワーカーが欲しいし、難病の病棟では難病の病棟のワーカーが欲しいしという、そういうドクターサイドからの要求と、それはそうかもしれないが、言われるとおりに各病棟なり各科に所属してしまったら、私たちは本当に共通基盤を持ったソーシャルワーカーとしてやっていけるだろうかという迷いであったかと思えます。最終的には、中央化された組織にワーカーが全部所属していて、そこからそれぞれの持ち場を担当するという担当制を敷きましたが、結果としては、それが良かったのではないかと考えています。そのときの課題は、疾患や病棟や病院が別々であっても、生活を見る視点とか生活のしづらさを捉える視点、または関係性を見る視点というのは同じなのだということ、そしてそうは言っても診療科ごとセンターごと、あるいは疾患ごとのワーカー業務の中で使う技術や、関係性を見る視点の一部は違うというこ

との意識化だったと思います。それから、在宅医療の分野で、先ほど申し上げたように、特に保健婦さんと一緒に働くことが多くなったときに、いろいろなインパクトがありました。この頃は在宅医療が非常に強調され始めました時期ですので、転院ばかりでなく自宅への退院援助、それも医療機器などを持ち込んだかなりハイリスクな退院援助の増加が目立ち始めました。

4) IV期 平成3年から現在まで

それから、IV期というのはいちばん短い期間ですが、東病院での5年間を経て本院に戻って来る時期のあたりから現在までです。北里の本院の総合相談部というのは、非常に大きな縦割りの組織の中に、先ほどニノミヤ先生のお話にもありましたが、マトリックスとしての組織を作るわけですので、それは並大抵のことでなく、その大変さを現在実感しているところですが、ただ、そういうふうに横につなぐ組織とか、横につなぐ活動がないと病院の何かが立ち行かなくなるというふうな感覚は、いろいろな職員が持っているともみえます。先日行われました病院内の職員の昇任試験のレポートに、これからの病院のあり方のようなことについて書かせたところ、総合相談部という文字が出てこない論文は非常に少なかったと審査の先生がおっしゃっていました。ですから、総合相談部に期待するものというのが、やはり縦割りの組織の中で働いている自分たちを、職種によらず、何か新しいやり方で横につないでくれて、自分たちへの指針を示してくれそうだというふうな、非常に手前勝手な言い方かもしれませんが、そういう期待があるのではないかという実感をその先生が持ったというふうに言ってくれました。

ここでの私たちの課題というのは、とにかく総合相談部というものをつくって、それが病院の機能に何をもたらすのか、どういうふうに良くできるのかということと同時に、その中で、ワーカーが果たす役割というのは何なのかということだと思います。「ソーシャルワークの実践課題」としてはいろいろありますが、要は他職種と共同してどんどん共有する部分すなわち同じようなことをやっていく部分と、ワーカーがワーカーとして固有にやっていく部分とが、どの辺で線引きできるの

かということだったと思います。それから、私たちワーカーの仕事というのをきちんと丹念に意識化して、それを在庫整理して何がどれだけあるかを見ることとか、それを踏まえてどういうスキルがもっと必要なのかとか、それから、これは非常に大事なことだと最近気付いておりますが、業務の量がどんどん増えても質を維持していくためのマネジメントの問題だとかがあります。また、1日に2,400から2,500人訪れる外来の患者さんと、1,000近いベッドに入院していらっしゃる患者さんに、たった5人のワーカーを最も効果的に利用していただくための方法を検討するとか、そういうふうなことがとても必要だということに気付きました。

それから、間接的な業務の価値付けとしては、ネットワークとかコーディネーションという言葉が最近流行語のようになっていますが、私たちソーシャルワーカーがやっているネットワークとかコーディネーションは、一体何を指してどういうふうに行っているのかということをきちんと自分たちで価値を付けていこうということが課題ではないかと思っています。

II. 北里大学病院および東病院における ソーシャルワーク実践の今後の課題

1) ソーシャルワーカーの貢献を、実践を通して質と量とで表現する

前項を踏まえて、北里のワーカーの実践の課題を考えると、まずソーシャルワーカーはどんなことに貢献できるのかということ、実践を通して質と量とで表現していくということが大事だと思います。事例検討ですとか、いろんな方法を私たちがやってはいるわけですが、患者さんに対して、または、ご家族に対して、私たちが貢献できているのはどの部分なのか、または、日々一緒に働いている保健婦等々、メディカルスタッフにとっても、私たちがいることがどういう意味を持つのか。ひいては病院機能というものにとって、私たちがどういうふうなことをもたらしているのか、または、北里の大学病院が位置する相模原市という地域にとって、あるいは、神奈川県にとって、ということをもたらしているのか、そういうこ

とをひとつひとつ明らかにしていくことを、何らかの方法でやっていかなければいけないと思っています。それから、私たちは役に立っていると主観的に言うことは簡単なのですが、数量的なこととか、採算性も含めたお金の流れとか、単に儲かる儲からないということではなくてですけども、表わしていかないと、いつまで経っても、役に立っているのだらうけれどもどうもはっきりとは言えないね、というふうになまに今後また10年も20年も歩まなければいけないのではないかという気がしています。ですから、私たちが費やした時間とお金、それから私たちが生み出した時間とお金というのが、どういうふうに表示されるかというのが非常に大きな課題ではないかなと思います。

2) 仕事の効果や生産性を明確にする必要性
ソーシャルワーカーの仕事のほとんどは現行診療報酬制度で算定されない費用なわけです。ただ、ちょっと考えてみますと、例えば看護の仕事がいま非常に話題になっていて、私どもの病院でも看護婦さんの手が足りなくて非常に大変なわけですが、看護の費用も正しく診療報酬に入れられているのかどうか疑問です。病院で働く多くの人々の労力が、ケアとかヒューマンサービスと表現したいと思いますが、それがどういうふうにしたら病院の経営、ないし病院の採算ベースに見合う形できちんと必要なものとして位置付けられるのかということは、単にソーシャルワーカーの診療報酬制度への参入問題を論議するだけでは足りないのではないかという実感を持っています。ただ、何分にも私などは力量が足りませんので、こういうことも含めてこの学会で明らかにしていける何かしらの方向が見出せれば有難いという気がしています。

3) ソーシャルワーク実践のBDP

このBDPというのは、いま私たちの部門の部長をしている先生が口ぐせのように使う言葉ですが、ベスト・デモンストレーション・プログラムとかプラクティスというのだそうです。これは経営とかマネージメントの分野では非常にポピュラーな言葉だそうです。やはり前述のようなことを示すための実践をきちんと提示しなければだめ

だということです。私たちは役立つことをやっているのですと、ただ言うだけでは駄目ですし、従来の日報・月報のつけ方や、ケース記録のまとめ方や、ケースのプレゼンテーションの仕方では表出できない部分があったのだとすれば、それを表せるようにきちんと自分たちの実践の提示の仕方を変えなければいけないと思います。それから、次のことは非常に強調したいことなのですが、私たちを利用してもらうための努力というのが、私たちの病院では、やってもやっても止むところがないわけです。患者さんはどんどん入れ替わりまですし、医師や看護婦の人もどんどん辞めていきます。杉本先生が何かの本に、パイオニアとしての道はいつまで続くのでしょうかと書いておられましたけれども、まるで砂の城を作っては崩し作っては崩しというように、折角いいチームができてそのチームの人たちが去って行くという、そういうむなししい連続が大学病院ないしは大きい病院のワーカーの宿命としてあります。ですから、その中で人が替わっても残っていくような、私たちを使ってもらえるような何かしらの仕組み作りのためには、どうしたらいいかということを考えなければいけないと思います。

4) ソーシャルワークの研究・領域の意識化および明確化

これらの点は、一応項目だけは挙げましたが、どうも私の言葉では十分に言い尽くせないかと思っていますので、あとの2人の先生にお譲りしたいと思います。

III. ソーシャルワーク実践の二つの局面～方法としてのソーシャルワーク／座としてのソーシャルワーク

この項目が、実は今回最も苦勞したところで、こんなに物を考えたのは久しぶりというぐらい悩んだところ。方法と座という言葉を使っていますが、これも非常に練れていません。いかにもわかって書いたように思われてしまうかもしれませんが、実はまだ混沌としたままの状態です。ただ、私が東病院で総合相談部という場所を与えられて、多くの専門職と、衣食住を共有するというと大げさですが、朝から晩までずっと一緒

に働いて、ワーカー同士の日常的な会話、考え方、電話のやり取りなど、全部を他職種の前にさらけ出して5年間やってきた経験によって、さらに、私にとっては非常に貴重な体験だったのですが、疾病性と事例性あるいは医学モデルと生活モデルとが葛藤することは多いものの一見何となく皆が同じようなことをしているように見える精神神経科の分野で患者さんに多くかかわる時間を持つてから、自然に生まれた自分の実感なのです。やはり、ソーシャルワーカーの持っているものがどんどん他の職種にも普及していく、広がっていくということは現実を感じるわけです。何もソーシャルワーカーの専売特許とは言いませんが、ソーシャルワーカーの持っているスタイルとか、雰囲気というものが一緒に働けば働くほど他の職種に広がっていく、それを最初は脅威に感じたいうか、困ったな、私たちが薄まるなというふうに、正直いって思っていた時期もあったのです。しかし、最近はそうではなくて、広がっていけばいいことはどんどん広がっていけばいいのであるし、広がっていくことはむしろ積極的に広げていったほうがいいのだ、というふうに思えるようになってまいりました。ただ、その中で、広げようとしても広がりようがないものとか、または、そこを広げてしまっただけは私たちが薄まってしまって、周りの専門職からも「お前は何をやっているのだ」と言われてしまうような、そういう何か「座」としましたが、何かがあるような気がしているのです。それを端的な言葉で言えないものですから、ここに漫然と書いたことをひとつひとつ説明したいと思います。

1) 方法としてのソーシャルワーク

相談のスタイル

まず、広がっていくことなのですが、チームの中でとりいれられていると思うのは私たちが持っている相談のスタイルです。まず、患者さんや家族の人がどう考えているのかを聞こうとすることとか、それから、何々相談とか、相談業務というふうに北里では言っていますが、相談業務がいろんな職種の中に広がりはじめています。もちろん、看護にしても他の専門職にしても本来相談機能というものは持っているわけですが、いろいろな職種

が何々相談、何々相談という形で相談活動をし始めたわけです。そして、そのときに私たちのスタイルというものを真似てくれているのだろうと私は思います。何人かの人に確かめました、やはり一緒に働いているうちに真似るようになった、というふうに言っていました。それは物理的な道具とか技術とか機械とかそういうものを何も持たない、最も基本的な、プリミティブな、対人援助の方法を私たちの中に見てくれて、それがいいなと思うから真似してくれているのだ、というふうなことを言っている人もいました。

もう1つ、他の職種がワーカーを見ていいなと思うことは、患者さんを中心にどこでもアクセスし、誰とでも連絡をとって自由に動けること。病院の中を科にしぼられず、疾患にしぼられず、または、病院の外であってもしぼられず動けるといふ、その自由さが非常にいいのだそうです。余談になりますが、あるワーカーの送別会のときに、院内からだけでなく地域からも福祉事務所のケースワーカー、施設の人、ボランティアなど本当にいろんな人が来てくださったのを見て、当時の部長であった医師は非常に驚いたものです。病院の人間でこんなに外の機関とネットワークを持って、送別会にこんなにいろいろな人が訪れてくれる職種がほかにあるだろうかというふうに、その先生はすごく感嘆していらっやいました。皆はそういう部分がいいなと思うのだそうです。

コーディネーション

人と人との関係とか、人と制度との関係とか、そういうものを考えていけば必ず、それをコーディネーションするという方向に立ち至るのがソーシャルワーカーの常ですから、その辺の部分が方法としてあります。

心とからだの統合という気運およびQOLの尊重にみられる生活重視の視点

これらも、ソーシャルワーカーの優れた属性ですが、これらについては私のつたない言葉よりも、ニノミヤ先生の午前中の講演を思い起こしていただければと思います。

2) 座としてのソーシャルワーク

それでは問題のソーシャルワーカーの座、すなわち保持すべきことなのですが、これについては、

最近私が体験した事例を述べながら説明をしたいと思います。どうか私が言いたいと願っていることを皆様聞き分けていただければと思います。まず背景として、先ほどのニノミヤ先生のマイクロということでよろしいのかと思うのですが、科学技術というか、自然科学としての医学というか、そういうものがどんどん進歩して実践していけばいくほど、もう一方でそれが起こしてくるインパクトというのが必ずあるということがいえます。それに加えて、病院の組織の細分化や専門化、あるいは病院の組織が元々持っている性質が、私たちに何を要請しているのかということをやはり見極めたいというのが、私がここで述べる4項目です。

どんな時にソーシャルワーカーは個人の意思を基軸にする者であることを意識したか

こう言うと、えらい格好いいのですが、何ということではなくて、在宅の患者さんへの援助を総合相談部あげてしていくようなときに、うしろ楯として非常に高度な技術や機器を持った医学、ないし医療のスタッフを背景に、そこから派遣される者として訪問看護をしている保健婦・看護職と、それから、同じ病院の人間ではあるけれども少し異なる背景をもって訪問に同行しているワーカーには違いがあり、違うものどうしの連携というか分担協力が成り立っている、そういった時の実感だと思います。例えば、病院に戻ってまでしてこれ以上の治療を続けなくて、このまま家に居て仮に寿命が縮まっても、自分の家で自分の配偶者であるご主人ないし奥様を、自分が見ていきたいのだという家族の意思の決定があるとします。これに対して、背後に巨大な病院とか、高度な治療技術を抱えている保健婦は迷ってしまうことがある。病院に帰って、高度な技術を使えばもっと何かできるのがわかっているのに、家族の意思の決定というものに従ってしまっていていいのだろうかというふうに迷う。ワーカーももちろん迷うわけですが、乱暴な言い方をすれば「でもそれでいいのじゃないか」というふうに、保健婦さんよりは思える、言える何かがあるんだということです。そういうふうに言える何かがあるワーカーが、保健婦さんのかたわらにいたることが、その保健婦さ

んにとってはある種の支えになっているという、そういう場面を一度となく、二度となく体験してきて、何かそこら辺にひとつの鍵があるのではないかというのが私の感じです。

患者や家族の意志決定のための十分なインフォメーションをソーシャルワーカーがどのように保証するのか。

最近インフォームド・コンセントという言葉があちこちで使われていますが、自己決定という言葉で表されること、すなわち自分で物事を決めるということですが、決めるという行為は、決めてしまったら落ちてしまう何かを捨てることであると同時に、選んだことにも捨てたことにも責任を負うことであるわけです。ですから本当にインフォームド・コンセントというものをきちんとやっていこうと思ったら、疾患とか治療による影響が全生活に及ぶものであればあるほど、病気や障害がもたらす、生活へのインパクトについての情報が、十分にきちんと最初から入っていなければできないはずで。ちょっとやそつとではとても大切なことを決められるものではないというふうに、私は自分の家族の病気や、目の前に毎日毎日おいでになる患者さんやご家族を見てつくづく思うわけです。私が尊敬している友人の1人が書いた本の中に「専門分化が進み、医師を中心とする医療者がとり得る方法として、開かれた医療チームということがある」という一節がありまして、医師との関係において自己決定を保証するための方策として、療養面だけではなく意思決定のプロセスにいろんな職種が参画しなければ、インフォームド・コンセントなんていうのはこの時代できないと彼は書いています。私はコメディカルの価値を、ワーカーに限らず看護婦さんや薬剤師さんなど、いろいろなコメディカルの人たちの価値を位置付けるためには、まさにその通りなことをすべきなのではないかなと思っています。そうやって情報の量を、とにかくたくさん提供することと、情報の種類をたくさん提供することと、何も決められるものではないと私はつくづく思います。

医療における倫理概念についてソーシャルワーカーが臨む立場

医療における倫理ということが最近取りざたされていまして、倫理委員会についての報道が盛んです。先日、バイオエシックスに関係するあるシンポジウムに出かけたとき、私はいきなりモデル倫理委員会に入ってくれと言われて、フロアから壇上に登らされる経験をしました。まず討論の題材としてあらかじめプレゼンテーションの準備がされていたケースがあったのですが、ソーシャルワーカーの目が何も入っていないのです。非常にデリケートなケースであるにもかかわらず、その人の生活とか、その人の社会背景とか、その人が何を考え何を望んでいるかという情報は、患者の治療に携わった医師とごく周辺のわずかな看護婦さんによって提供されているだけで、ソーシャルワーカーとして意見を述べるなどということをするには全く不十分な情報しかないのです。それがいきなり倫理委員会のケースとして出されたときに、これでは全然検討などはできないということをまず思っていました。そして、ひよっとすると、世の中の倫理委員会というのはいかにも私たちの毎日毎日の仕事から遠いものなのではないかと実感したわけです。

ところが、よく考えてみますと、私たちが毎日毎日やっている仕事の中に、倫理にかかわることがないかという、必ずあるわけです。最近いちばん私が倫理的な観点とのジレンマを感じるのは、先ほども出てきました転院とか退院の問題です。限られた資源しかなくて、これだけ医療のレベルがいろいろになってきているときに、私たちは病院から患者さんを外へお出しする出口の部分で働くわけですが、それが非倫理的になっていないかどうかということすらきちんとチェックしていない。チェックしようとするしていなかったのではないかということに背筋が寒くなる思いがします。それは単に大学病院は勝手に治療しておいでとどんだ外の病院に頼んでけしからんとか、もっと地域に高度な技術がないからこうなるのだなどという目先の論争ではなく、先ほどの二ノミヤ先生のお話にあったように、どちらの視点から何を見るのかという、COSですか、あの辺ともつながるのではないかと思います。実は最近の生命倫理研究会の総会でも、なぜ生殖技術とか、遺伝

子操作とか、脳死とか、臓器移植とかということばかりを語る前に日常医療の中の生命倫理というものが語られないのかという意見が、多くの委員の先生方やフロアの参加者の方から出されたそうです。私は日常医療の中の生命倫理とかということに、いちばん近いところで働いているのは、実はソーシャルワーカーと看護婦さんではないかというふうに思っている者の一人です。

人々が医学あるいは医療技術に期待していることと、それを受けて立っている医学あるいは医療技術を追及している人々からソーシャルワーカーが期待されていること

優れた医学者が、自分の技術をすすんで提供しようとするほど陥る落とし穴があると、最近私は何人かの先端医療の推進者と自負する何人かの医師に言われたことがあります。それは、自分たちが頑張れば頑張るほど、自分たちの仕事は完全ではないので、新しい障害や新しい社会問題を引き起こすことになる。メスを振るえば振るうほど、幸せになる患者さんと同時に一方でたくさんの方が問題が生じてしまう。自分たちはそういう患者さんを生み出そうとしてやっているわけではないのだけれども、宿命的にそうになってしまう。そのときに、あなたたちがいてくれることが、僕らにとっては1つの救いなのだ、ということをおある先生は私に言われました。それは私たちソーシャルワーカーに対する励ましの意味もあるので、割り引きして考えたとしても、私はそういう医師の言葉の中になんらかの鍵がやはりあるのではないかと思います。5、6年前に腎移植の患者さんの生活調査をしたときにも、腎臓移植がうまくいった患者さんは、それはもう何をおいても幸せで腎移植はよかったことに間違いはないのですが、その一方で腎臓移植というものがもたらすインパクトというものが、単に移植医の先生だけでは解決し難いものなのだというデータも多く出てまいりました。

IV. 医療におけるソーシャルワークの課題

方法としてのソーシャルワークを拡大、普遍化しながらも、病院内の専門職チームあるいは地域の関連機関や職種との連携、ひいては社会の中で、

一定の価値にもとづく目的のために保持しなければならぬ座があるのではないだろうか？

最後に、私は本当に思い切って、清水の舞台から飛び降りる気持でこの一文を述べたいと思います。私の中でもまだまだこなれてないのですが、思い切ってこう書いてしまうことで、何か、私自身がここで使った言葉ひとつひとつの意味や中身を考えるきっかけにしたい、そういう思いでおります。

先ほど申しましたように、ソーシャルワークのある部分はどんどん拡大し普遍化し、ほかの職種に取り入れられ広がっていているようにみえます。しかしながら、そういうふう広がっていくソーシャルワーカーの部分は持ちながらも、～専門職のチームの中で、あるいは地域の関連機関との関係の中で、または、私たちが暮らすこの地域ないしこの社会の中で、私たちが医療を良くしたいとか、患者さんの福祉を守りたいとか、そういうふうな価値を指し示す言葉を口にするには、ある種の勇気がいりますが～、しかし、その価値に基づく目的に向かって何かをしていくという、私たちのはそういう動きだと思っております、それをするために、やはり自分の出発点となる何かしらの「座」というものがあるのではないかというのが、私のいまの気持です。

たった30分間の発表でありましたが、これをまとめるに当たっては、大変たくさんの方にお世話になりました。先輩ワーカーの方々、スーパーバイザー、同僚のワーカーたちは、言葉で言い表わしてしまうことにもものすごく躊躇しているということを理解してくれた上で、私の考えを冷静に批判し、または温かく見守り支えてくれました。それから私の同僚である保健婦や医師にもお礼の言葉を言いたいと思います。ありがとうございました。

医療社会福祉学の理論的枠組

山手 茂*

はじめに

ニノミヤ先生の記念講演「保健・医療におけるソーシャルワーカーの貢献—その役割と専門性」においては、哲学・神学からエコロジーまでを含む幅広い学問的研究と豊かな実践経験にもとづくスケールの大きい医療社会福祉理論が提示されました。それに比べると、私がここで提示しようとしている「医療社会福祉学の理論的枠組」は、社会学を中心とする社会福祉学の理論的研究と保健・医療分野で働くソーシャルワーカーの実践的研究にもとづくもので、かなり狭い範囲のものです。したがって、ここで提示する「医療社会福祉学」の理論的枠組はひとつの試案として受け取っていただき、学会員の方々のこれからの研究のためのタタキ台として参考にしていただければ幸いです。

1. 医療社会福祉学の対象と方法

「医療社会福祉学会」の結成準備の過程で、「医療社会福祉学という学問は存在しているのか、存在しうるのか」という疑問が、多くの方々から出されました。日本医療社会事業協会は、「学問的基盤は社会福祉学である」としており、ほとんどの保健・医療ソーシャルワーカーはこの見解に賛成しています。しかし、保健・医療分野で働くソーシャルワーカーは、「社会福祉学を基盤とする」に止まらず、「医療社会福祉学を基盤とする」ことをめざし、「医療社会福祉学を確立し、発展させる」ことをめざすべきではないでしょうか。

日本社会福祉学会は大きな学会に成長していますし、社会福祉学の研究・教育を行う大学・学部・学科は増加しています。しかし、社会福祉学の研究・教育のなかで、保健・医療分野における社会福祉・ソーシャルワークの専門的な研究・教育はどれだけ行われているのでしょうか。社会福祉の

研究者・実践者が増加し、各分野の専門分化が進むのに対応して、地域福祉学会・社会福祉実践理論学会・福祉文化学会など分野別の学会が次々に結成されています。保健・医療分野における専門的な社会福祉実践すなわちソーシャルワークの研究を行うのが医療社会福祉学であり、その確立・推進をめざすのが医療社会福祉学会である、といえるでしょう。

ひとつの学問分野を成立させるには、まず、その対象と方法を明かにしなければなりません。そこで、医療社会福祉学の対象と方法について検討します。

1. 医療社会福祉学の対象

医療社会福祉学の研究対象としては、様々なものがあげられるでしょうが、基本的な研究対象としては、以下の項目があげられるでしょう。

(1) 保健・医療分野における社会福祉・ソーシャルワーク

社会福祉およびソーシャルワークは、社会福祉学の研究対象ですが、医療社会福祉学においては、保健・医療分野における社会福祉およびソーシャルワークの現状と課題を研究対象とします。さらに広く、地域社会における保健・医療と社会福祉の総合化・連携なども新しい研究課題になっています。

(2) 保健・医療分野における援助対象すなわち患者・家族の生活問題とニーズ

医師を中心とする保健・医療においては患者の疾病に関心が集中しますが、社会福祉援助＝ソーシャルワークにおいては生活者として患者をとらえ、患者・家族の生活問題とそこから生じる多面的なニーズを把握すること（「社会診断」）が出発点になります。

(3) 社会福祉とソーシャルワークとの関係

社会福祉学においても、医療社会福祉学におい

* 東洋大学社会学部

ても、社会福祉とソーシャルワークとの関係について明確な理論を確立することが必要です。

- ①社会福祉とは、政策・制度・運動なども含む広い概念です。
- ②ソーシャルワークとは、社会福祉実践における専門的方法・技術を意味する概念です。
- ③「社会福祉」と「ソーシャルワーク」との関係は、総合的・統一的にとらえる必要があります。とくに、保健・医療分野においては、ソーシャルワーカーの資格や配置のための政策・制度、それを推進するためのソーシャル・アクションが社会福祉の重要な課題になっています。

2. 医療社会福祉学の方法

医療社会福祉学が科学として成立するためには、現代の科学に共通する方法によって研究を進めなければならないことはいうまでもありません。現代の科学に共通する基本的方法としては、つぎの三点が上げられます。

(1)実証性

実証性とは、理論を事実によって検証し、事実にもとづいて理論を構成することです。保健・医療分野におけるソーシャルワークは、長い歴史を持ち、多様な理論と実践を積み重ねてきているので、それらにもとづく実証的理論を形成することが、医療社会福祉学の確立・発展のために不可欠です。

(2)理論性

学問的・科学的理論にとっては、実証性ととも理論性が不可欠であることはいうまでもありません。ところが、最近の「医療福祉士」制度化に関する論議を見ると、例えば「受診受療援助」を「診療の補助」と混同しスリカエたりするなど、非論理的な考え方が有力になっています。長い歴史を持つ保健・医療分野のソーシャルワークの政策・実践および専門的理論をふまえた理論体系の構築が、緊急の課題になっています。

(3)実践性

実践性は、現代の人間科学・社会科学にとって、直接的あるいは間接的な要件です。社会福祉学は、実践科学といわれ、実践に直接寄与することが要請されています。ソーシャルワーカーにとっても、

他の専門職と同様に、科学的な理論と方法を実践に生かし、実践の中で研究活動を行うことによって、専門的方法・技術の開発を重ねることが必要です。医療社会福祉学においては、保健・医療分野におけるソーシャルワークの実践にもとづいて理論を構成し、その理論を実践に適用し検証する、という作業を積み重ねることが必要です。

3. 社会福祉学における医療社会福祉学の位置

他の学問と同様に、社会福祉学においても、内部の専門分化が進み、各分野の研究者が集まって分野ごとの研究が組織されつつあります。医療社会福祉学は、社会福祉学の各分野とどのような関係にあり、どのように位置づけられるか、検討してみましよう。

(1) 社会福祉学の一分野としての医療社会福祉学

社会福祉学の内部の専門分野としては、まず、公的扶助論、児童福祉論、障害者福祉論、老人福祉論があげられますが、これらは「福祉6法」にもとづく福祉行政・福祉実践の分野に対応しています。最近では、地域福祉が重視されるにもなあって、地域福祉論も社会福祉学の一分野としてみとめられるようになりました。医療福祉は、社会福祉の実践分野の中でもっとも古い歴史を有する分野のひとつであり、専門的な実践が行われている分野であるにもかかわらず、それに対応する医療社会福祉学は社会福祉学の一分野として確立するに到っていません。その主な原因は、他の分野のように法制化されていないことにあるのではないかと推察されますが、もしそうであるとすれば、日本の社会福祉学は「福祉6法」の範囲でしか専門分野の成立をみとめていない、といわざるをえません。

社会福祉学の一分野として医療社会福祉学を確立するには、社会福祉政策において医療社会福祉を専門分野のひとつとして確立することも大切な条件でしょう。しかし、学問は、本来、現実の政策の後追いをするものではなく、望ましい政策の推進に寄与するためのものです。社会福祉学の一分野として、医療社会福祉学を確立することは、社会福祉学の発展のためばかりではなく、医療社会福祉の確立のためにも必要です。

(2) 保健・医療・福祉を総合する要としての医療

社会福祉学

現代においては、専門分化が進む反面で、総合化が推進されています。医療社会福祉学は、保健・医療分野におけるソーシャルワークの研究を行うことを通して、保健・医療・福祉の総合化を推進する方法・技術を開発することを課題としています。生活保護患者・慢性疾患患者・心身障害者・心身障害老人などに対する総合的ケアのシステムや技法を開発するためには、公的扶助・児童福祉・障害者福祉・老人福祉など各分野との連携も不可欠です。

以上のべた医療社会福祉学の課題をまとめれば、「患者・家族の多面的な生活問題と多様なニーズに対応するために、保健・医療分野におけるソーシャルワークによって、社会福祉の各分野と連携しつつ、保健・医療・福祉の総合化を図る」ことである、といえるでしょう。これは、医療社会福祉学の研究課題であると同時に、保健・医療分野のソーシャルワーカーの実践課題である、といえるでしょう。

(3) 社会福祉学における分野別学会の増加

社会福祉学関係の学会としては、日本社会福祉学会がもっとも会員が多く歴史も長い中心的学会ですが、その他に、基督教社会福祉学会、仏教社会福祉学会や社会福祉実践理論学会、地域福祉学会、福祉文化学会などが結成されています。社会学関係の学会について見ると、日本社会学会を中心に、地域社会学会・都市社会学会・家族社会学会・保健医療社会学会・社会病理学会・労働社会学会など分野別の学会が多数結成されています。医学においても、多数の分野別学会が結成されていることは、改めてのべるまでもないでしょう。このように、各学界で多数の分野別学会が存在しているのは、学問の専門分化に対応しつつ、それぞれの学問を全体として発展させるためです。

II. 医療社会福祉学の体系

ひとつの学問を成立させるには、その対象と方法を明かにした上で、独自の理論体系を構築することが必要です。すでに、保健・医療ソーシャルワークの理論を体系化する試みは、いくつかなされています。ここでは、比較的新しい理論体系を

検討し、新しい理論体系を提案しましょう。

1. 日本医療社会事業協会監修『保健・医療ソーシャルワーク』（川島書店、1985）の体系

本書は、日本医療社会事業協会が、会員の実践的研究の成果にもとづいてまとめた保健・医療ソーシャルワークの体系的理論です。その内容は、次のとおりです。

- (1) 保健・医療ソーシャルワークとは
- (2) ソーシャルワークのプロセス
- (3) 施設別ソーシャルワーク
- (4) 疾患別ソーシャルワーク
- (5) 地域におけるソーシャルワーク
- (6) 医療ソーシャルワークの倫理

この理論体系は、保健・医療機関に所属するソーシャルワーカーの実践に必要な方法・技術に関する理論を体系化したものである、といえるでしょう。その反面、援助対象の理解や保健・医療・福祉政策などに関する理論は十分に展開されていません。

2. 保健・医療ソーシャルワーク研究会編『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック』（理論編）（中央法規出版、1990）の体系

本書は、中島さつき・杉本照子・森野郁子氏を中心になって編集された最も新しい保健医療ソーシャルワークの体系的理論書ですが、その内容は次のとおりです。

- (1) 保健医療ソーシャルワークの基礎
- (2) 援助対象の理解
- (3) 援助方法と展開過程
- (4) 援助における実務の実際

この理論体系も、保健・医療機関に所属するソーシャルワーカーにとって必要な理論と方法・技術の体系です。『保健・医療ソーシャルワーク』と比較すると、基礎理論と対象論が詳細にのべられていること、基本的な方法・技術と展開過程が詳しくのべられていること、など特徴が見出されます。

以上の2冊は、ともに保健・医療分野で働くソーシャルワーカーの手引書として書かれているため、実践に直接かかわるソーシャルワークの方法・技術を中心とする理論体系を示している、と

いえるでしょう。参考のために、アメリカの文献を1冊とりあげてみましょう。

3. R.S.Miller & H.Rehr(eds.);Social work Issues in Health Care (Prentice-Hall, 1983) の体系

本書は、アメリカで、ソーシャルワーカーが活動している分野のうちの最も大きい分野である健康 (Health Care) に関する分野におけるソーシャルワークの論争点に関する理論を体系的にまとめています。その内容は次のとおりです。

- (1) Health settings and health providers
- (2) The consumer and consumerism
Rights and responsibilities of patients
- (3) Legislation and health policies
- (4) Practice roles and functions of the health social worker
- (5) The collaborative process
- (6) Applied social work research
- (7) More issues for the 80s

この理論体系は、保健・医療サービスの提供側と利用者＝患者側との関係を、コンシューマリズムの観点からとらえ、患者の権利と責任を重視し、法制・政策などの動向を分析した上で、ソーシャルワーカーの実践や協働のプロセスについて詳細に論じています。先に紹介した日本の2冊の書物と比べると、保健・医療と患者との関係、法制や政策などが大きくとりあげられ、さらに疾病構造の変化や保健・医療・福祉の課題などの新しい論争点を提示しています。

4. 新しい体系の提案

以上概観した内外の3冊の理論体系書を参考にして、次のような新しい医療社会福祉学の体系を提案したいと思います。もちろん、このような体系的理論を構築することは、個人ではできないので、この学会の会員の共同研究を通じてはじめてできることです。

(1) 医療社会福祉に関する理論・実践・政策・研究・運動の歴史と課題

近代的ソーシャルワークは、「病気と貧困の悪循環」にとりくむことから始まり、長い歴史を経てきています。その歴史のなかから、継承しさらに発展させるべき理論・実践・運動やそれらに関する研究成果を明かにすることが必要です。歴史的

遺産を無視したのでは、将来への適切な対策をたてることはできません。

(2) 現代における患者・家族の生活問題と保健・医療・福祉の総合化

現代においては、社会構造・生産構造・生活構造・疾病構造が変化し、それにともなって健康問題や保健・医療・福祉問題、患者・家族の療養生活問題なども変化し、それらに対応して保健・医療・福祉サービスの総合化が推進されています。このような現状を調査研究するとともに、患者・家族援助チームワークにおけるソーシャルワーカーの専門的役割や、保健・医療・福祉ネットワークとしてのソーシャルワーカーの新しい役割などについて、実践的研究を進めることが必要です。

(3) 患者・家族支援のためのソーシャルワークの専門的技法

この分野は、いままでの保健・医療ソーシャルワーク研究において、中心的な分野とされてきました。しかし、専門的技法の中では、ケースワークやグループワークが専らとりあげられ、アドミニストレーション、マネージメント、ソーシャル・アクションなどはあまりとりあげられなかった、といえるでしょう。

以上のべたのは、医療社会福祉学の体系についてのラフなデッサンにすぎません。一つ一つの項目についてのきめ細かな研究が推進され、その成果が総合されることによって、内容の豊かな学問体系が構築されるのです。

III. 患者・家族の生活問題の分析枠組

保健・医療分野のソーシャルワークの出発点は、人間、とくに患者とその家族の生活問題への認識にあります。そこで、人間の存在構造と生活問題及び患者・家族の生活問題を分析するための枠組について検討します。

1. 人間の存在構造と生活問題の分析枠組

WHOは、「健康」とは「身体的、精神的、社会的に良好な状態」である、と定義しています。このように「健康」を考えると、「福祉」と同じ状態を意味している、といえるでしょう。人間にとっては、身体と精神と社会生活とは密接な関係にある不可分のものであるといえます。そのため、人

間をホリスティック（全体的）にとらえなければならぬのです。人間が、どのような要素から構成されているか、どのように各要素が関連しあっているか、社会的・文化的・自然的環境からどのような影響を受けているか、などを分析するための枠組は、図1のようにまとめることができます。

2. 患者・家族の療養生活問題の分析枠組

患者・家族の療養生活には、疾病そのものから生じる苦痛・支障・不安、労働能力の喪失または減退から生じる職業生活上の支障・所得の減少・失業の不安や家族役割遂行上の困難、それらから生じる家族関係の葛藤など、さまざまな生活問題が連鎖・複合しています。それら多様な生活問題の因果関係を分析した結果は、図2のようにまとめられます。

医師や看護婦など医療従事者は、患者の疾病そのものの診療および療養に直接関わる心身のケアを行っていますが、患者の社会生活上の問題やそこから派生する精神的な問題を解決するための援助、さらに家族に波及している諸問題を解決するための援助を、自らの専門的知識・技術を用いて行うことはできません。患者・家族の社会生活上の問題やそれにとまなう精神的な問題を解決するためには、ソーシャルワーカーの専門的知識・技術にもとづく援助が必要です。

3. 医療ソーシャルワークの課題と援助の方法・技術の専門性

保健・医療分野で働いているソーシャルワーカーが、医師をはじめとする医療職従事者とのように連携し、どのような専門的業務を行っているかについては、多くの調査報告があります。その

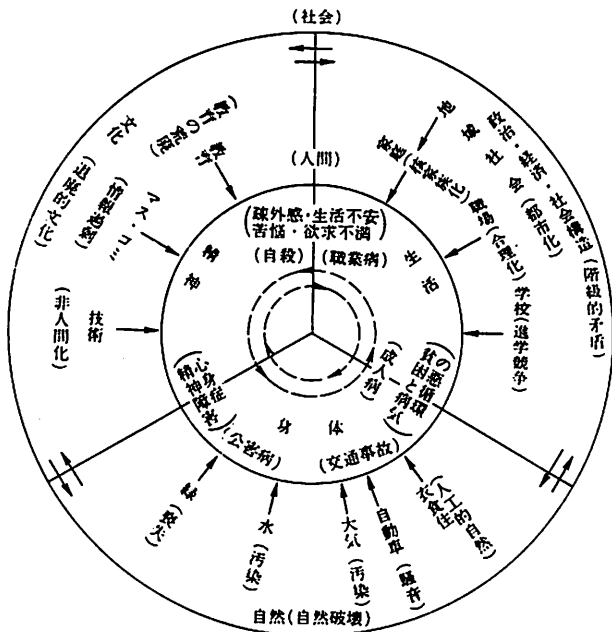


図1 人間の存在構造と生活問題の分析枠組

出所：山手茂『社会問題と社会福祉』垂紀啓房、1988、p. 201

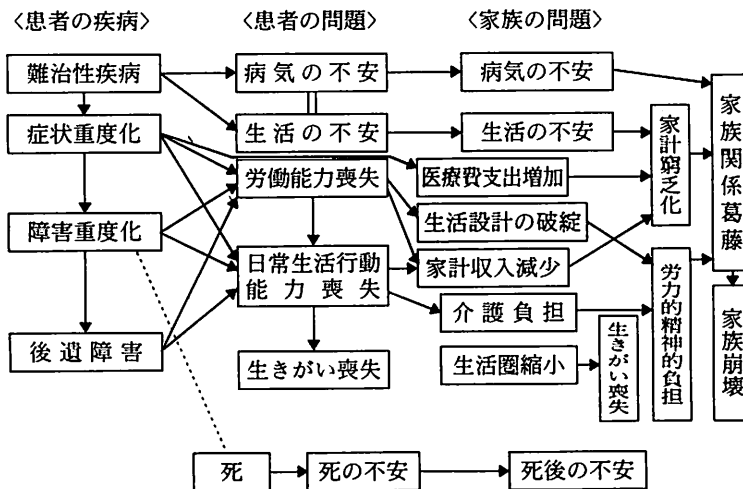


図2 患者・家族の療養生活を分析する枠組

出所：石川浩一他編『重症患者管理ハンドブック』第2版、メヂカルフレンド社、1985、p. 322

うち、一般病院において医師とソーシャルワーカーとがどのように連携し、業務を分担しているかを調査した結果を紹介すると、図3のとおりです。医師は、診断・治療に直接関係する患者の疑問や不安に対しては自ら対応する率が高く、療養

ことは、1989年に厚生省健康政策局によって通達された「医療ソーシャルワーカー業務指針」によっても明かにされています(図4)。慢性・難治性疾患が増加すると同時に、核家族化・都市化が進行しているため、生活問題に悩む患者・家族が増

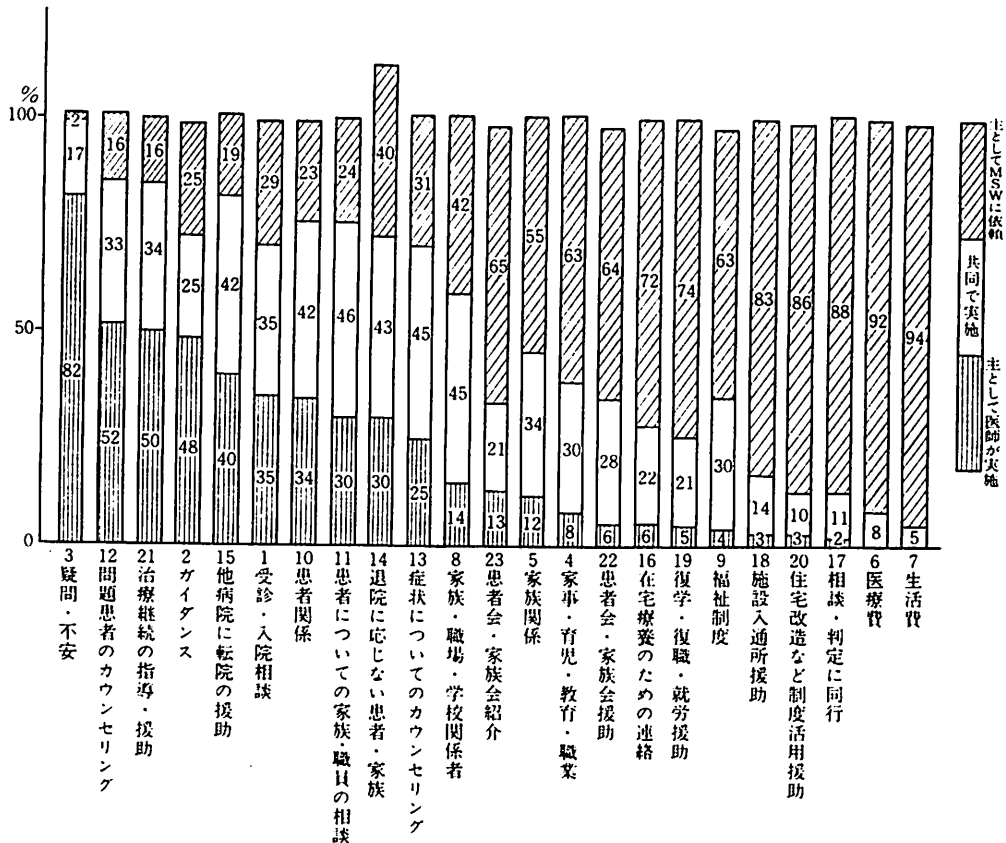


図3 一般病院医師とソーシャルワーカーとの連携・分担

出所：須川豊、山手茂編『ソーシャルワーカーの役割と専門技術』へるす出版、1982、p. 18

生活に関する諸問題についてはソーシャルワーカーに協力を求め、社会生活に関する問題についてはソーシャルワーカーに依頼する傾向が明かにされています。

医療ソーシャルワークにおいては、患者・家族の療養生活・社会生活に関する諸問題の解決を援助することが課題であり、援助の方法・技術は社会科学・人間科学に基づくソーシャルワークの専門的方法・技術である、といえるでしょう。この

加し、医療ソーシャルワークへのニーズはいつそう増大すると予想されます。

IV. 戦後日本における医療社会福祉の発展

戦後半世紀近くの間、わが国に医療社会福祉・医療ソーシャルワークを定着・普及させるためにさまざまな努力が重ねられてきました。その結果、医療ソーシャルワーカーの数は約5千人に増加し、量的にみると相当普及したといえます。しか

〈業務の範囲〉

〈業務の方法〉

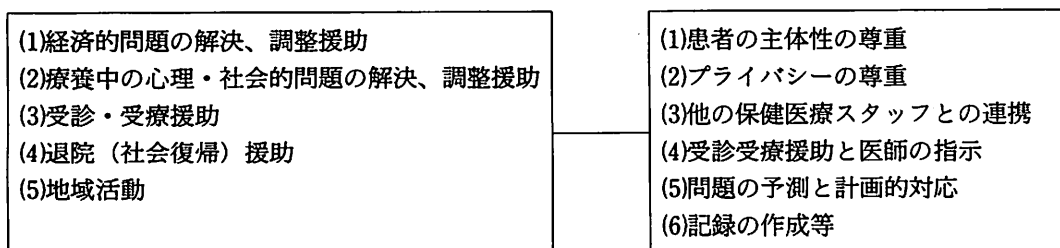


図4 医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生省、1989）の内容

（注）
「受診・受療援助」は、「医師の指示」を要するが、受診・受療という社会的行為をする上での援助であるから、「患者の主体性の尊重」「問題の予測と計画的対応」「他の保健医療スタッフとの連携」などの方法が必要であり、かつ「経済的問題」「心理・社会的問題」の「解決、調整援助」と総合して、ソーシャルワーカーとしての専門的知識・技術・経験・ネットワークなどにもとづいて行なわなければならない業務である。したがって、「保助看法」にもとづいて、「診療補助」として行なわれる看護婦業務とは異なる。

なお、担当課長補佐は、この「診療補助」として患者・家族から「インフォームド・コンセント」を求めるのが「医療福祉士」の役割であると説明しているが、「インフォームド・コンセント」は本来医師の責任において求めるものであり、他の職種はその過程で協力するが、代行すべきではない。

し、専門職団体である日本医療社会事業協会と日本精神医学ソーシャルワーカー協会に加入しているものは、ほぼ半数の2千数百人（両協会に加入しているものもあるので、専門職団体加入者の実数は把握できない）にすぎず、質的な面で問題が残されています。特に、資格や配置に関する制度が未確立であることが、医療ソーシャルワーカーの資質および業務の向上を妨げているといえます。このような状況を克服するには、戦後、多くの先輩によって積み重ねられてきた活動を継承し、さらに発展させることが必要です。

1. 保健・医療ソーシャルワークの普及政策

戦後のわが国における保健・医療ソーシャルワークの普及に関する政策の発展過程を年表にまとめると、表1のとおりです。戦争直後は、GHQの担当者および浅賀ふさ氏などの先駆者（戦前にアメリカに留学したり日本でソーシャルワーク専門課程に入学して学習し現場実践を経験した人びと）の指導によって、保健所・病院にソーシャル

ワーカーを配置し、専門的理論・技法を研修させるための政策が積極的に推進されました。経済成長期に入っても、アメリカのソーシャルワークを学び、疾病構造や生活構造の変化に対応しつつ、保健・医療ソーシャルワークを普及し、質的向上を図るための対策が講じられてきました。最近の10年間には、老人医療・精神障害者ケアなどの分野で、ソーシャルワーク業務の財源保障も着手されています。

今後の課題としては、普及政策の体系化、質的向上のための対策の拡充などがあげられます。質的向上のための対策は、普及政策とは別に、業務に関する対策と資格に関する対策との二つの分野に分けて検討すべきでしょう。

2. 保健・医療ソーシャルワーカーの業務に関する対策

戦後の保健・医療ソーシャルワーカーの業務に関する主要な公的基準・指針についてみると、表2のように、いくつも重要な基準・指針が示され、

表1 保健・医療ソーシャルワークの普及政策に関する年表

昭和22年 4月	<ul style="list-style-type: none"> * GHQ 公衆衛生福祉部「保健所機能の拡充強化に関する件」 ・保健所の事業12項目のひとつとして「医療社会事業」を明記
22年 9月	<ul style="list-style-type: none"> * 保健所法制定（昭和23年 1月施行） ・保健所事業のひとつとして「公共医療事業」（医療社会事業のこと）を明記
24年	<ul style="list-style-type: none"> * 医療社会事業講習会（第1回は1月に10日間、第2回は2月に10日間、第3回は4月から7月に4か月間）
32年 1月	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省国立療養所長「国立療養所における医療社会事業の運営について」 ・1名以上の専任ケースワーカーをおくこと、なるべくその補助者をおくこと
32年 8月	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省社会局長・児童局長「社会福祉事業法第2条第3項に規定する生活困窮者のために無料又は低額な料金で診療を行なう事業について」 ・社会福祉法人立診療施設にケースワーカーを置き医療相談等を行なうこと。
46年 6月	<ul style="list-style-type: none"> * 精神衛生法改正 ・精神衛生相談員の制度化（大学で社会福祉学を履修したもの等を保健所に配置）
44年 6月	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省医務局「病院経営管理指導要領」 ・医療社会事業を病院業務にとりいれ、専門組織を設け、専門教育を受けた専門職員を配置するのが望ましい。
49年度	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省特別研究班「ヘルスマンパワーの開発と将来需給-医療社会事業について」 ・保健・医療機関にソーシャルワーカーを配置する基準と将来需給計画を提示 * 診療報酬点数表で、精神科ソーシャルワーカーの設置を要件のひとつとして、精神科デイ・ケア科の算定が認められた。
49年10月	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省社会局長・児童家庭局長「社会福祉事業法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行なう事業について」 ・医療上・生活上の相談に応ずるために医療ソーシャルワーカーを置き、かつそのために必要な施設を備えること。
49年12月	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省社会局庶務課長・児童家庭局企画課長「無料又は低額診療事業の基準の運用について」 ・医療ソーシャルワーカーは社会福祉主事の任用資格を持つもの、かつ病院にあっては専任が原則
58年 2月	<ul style="list-style-type: none"> * 老人診療報酬点数表で退院時指導料について医師の指導を受けて医療ソーシャルワーカーが指導を行なった場合、算定が認められた。
61年 4月	<ul style="list-style-type: none"> * 診療報酬点数表で、精神科ソーシャルワーカーの設置を要件のひとつとして、精神科ナイト・ケア科の算定が認められた。 * 老人診療報酬点数表で、老人デイ・ケアをより効果的に実施するため、医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいと明記された。
62年 4月	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生省・日本医師会合同病院機能評価に関する研究会・報告書 ・医療ソーシャルワーカーの配置基準の有無が評価項目のひとつとされた。
63年 1月	<ul style="list-style-type: none"> * 老人保健施設の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準において、老人保健施設には相談指導員を置くこととされた。

63年2月	* 厚生省保健医療局長「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」において、精神障害者援護寮及び精神障害者通所授産施設には精神科ソーシャルワーカーを置くものとされた。
63年4月	* 重度痴呆患者デイ・ケア科、重度痴呆患者収容治療科、退院患者理学療法指導科、開放型病院老人協同指導科にソーシャルワーカーの業務が算定できるようになった。

その普及が図られています。昭和49年度の厚生科学研究によって、「医療施設および地域における医療社会事業の業務指針」をテーマとする調査研究が行われ、既存の業務基準における業務内容の比較検討と、当時の保健・医療施設における業務の実態調査の結果がまとめられているのが、表3です。業務基準の内容は、昭和33年の厚生省「保健所における医療社会事業の業務指針」が患者・家族のグループワークもとり入れており、比較的充実しています。しかし、実施率をみると、「デイ・ホスピタル、ナイト・ホスピタルの実施・運営」や「医療・福祉の充実向上のための行政機関への働きかけ」など、既存の業務基準に示されていない業務がかなり実施されており、今後も重点をおいて実施したいと希望する率も高い、といえます。

現時点においては、1989年厚生省健康政策局長の通知によって普及が図られている「医療ソーシ

ャルワーカー業務指針」(図4)が基本となりますが、この業務指針は現場実践に関する調査研究の成果に基づいて作成されており、最低限度守られるべき基準を示している、といえるでしょう。専門職従事者が専門的知識・技術を活用して行う業務実践は、本来アートというべき体得された技術によるものであり、マニュアルどおり正確に行えばよい、というものではありません。しかし、業務指針は、それを実践するにふさわしい諸条件の整備のためにも有効なものですから、十分に尊重され、活用されなければなりません。

3. 保健・医療分野で働くソーシャルワーカーの資格制度化に関する対策

保健・医療分野のソーシャルワークの量的拡大と質的向上のための対策として、最も重要なのは、保健・医療分野で働くソーシャルワーカーの資格制度(養成から資格認定までの制度)を実現する

表2 保健・医療ソーシャルワーカーの業務に関する基準・指針の年表

昭和23年	厚生省「保健所運営指針」(第14章「保健所における医療社会事業」)
27年	全国社会福祉協議会「メジカル・ソーシャル・ワーカー執務基準」
33年	厚生省「保健所における医療社会事業の業務指針」
42年	厚生科学研究「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」
49年	厚生科学研究「医療施設および地域における医療社会事業の業務指針について」
54年	厚生科学研究「医療ソーシャルワーカーの業務における他職種との分担と連携に関する研究」
55年	厚生科学研究「医療ソーシャルワーカーの保健医療分野における専門技術性の位置付けに関する研究」
58年	厚生事業団「厚生年金病院における医療社会事業の業務指針(準則)の制定について」
58年	厚生省「医療ソーシャルワーカーの業務基準について」
59年	労働福祉事業団「メディカルソーシャルワーク業務基準」
平成元年	厚生省「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための依頼」

表3 一般病院、精神病院、保健所でのMSW業務の実態と既存業務基準

業 務 内 容	A 既存の業務基準における業務内容				B (S. 49) 実態調査の結果			
	S. 23 保健所 運営指針	S. 27 MSW 執務基準	S. 33 保健所 MSW 業務指針	S. 42 厚生科学 研究業務 基準案	実 一般病院	施 精神病院	率 保健所	希 望 (注)
1 施設の機能方針およびサービス内容などの説明	○				68.0	95.3	84.0	
2 患者・家族のおつ問題に関する情報収集および社会的要因の把握 (生活歴、問題歴、および人格構造などについて)	○	○		○	75.8	100.0	92.0	○
3 社会(医療)保障制度およびその他の法制度の活用と援助	○		○	○	75.0	95.2	92.0	○
4 社会福祉施設、医療施設等の紹介、活用の援助	○		○	○	66.3	95.2	88.0	○
5 受療不応状態および療養環境の調整	○	○		○	73.5	95.1	88.0	◎
6 患者・家族の態度変容を目的とするケースワーク、面接等	○	○	○	○	80.4	100.0	92.0	◎
7 訪問活動(家庭、学校、職場など)					65.7	85.7	88.0	○
8 関係機関への連絡、照会、依頼	○		○		75.0	95.3	92.0	○
9 患者のグループワーク(話し合い、レク活動など)			○		37.5	90.5	52.0	○
10 家族のグループワーク(家族会など)			○		24.3	66.6	60.0	○
11 荷物や財産上の相談、処理					50.0	83.3	44.0	
12 デイ・ホスピタル、ナイト・ホスピタル(外勤)の実施、運営					10.9	78.6	12.0	◎
13 社会復帰に際しての住居、職場、隣親などの開拓、援助			○	○	69.5	93.5	88.0	◎
14 退院患者のアフターケア(相談、訪問)					65.7	95.3	92.0	◎
15 診断、治療方針決定への参加および治療過程における他職種への助言と資料の提供	○	○	○	○	71.1	95.2	84.0	○
16 他職種・関連機関への社会福祉知識の啓蒙活動	○	○	○		66.5	73.8	72.0	◎
17 地域住民に対する福祉、保健、医療の啓蒙活動		○	○		32.0	38.6	76.0	◎
18 地域内関係施設、機関、団体などの情報交換および協力	○	○	○	○	66.4	88.2	96.0	◎
19 一斉検診、巡回相談への参加(企画、運営)					18.8	16.6	52.0	◎
20 地域での患者・家族および一般市民などの組織づくり				○	12.6	33.3	52.0	◎
21 ボランティアの開発、育成					12.5	9.9	28.0	◎
22 医療・福祉充実向上のための行政機関への働きかけ					56.3	62.0	48.0	◎
23 調査研究活動(学会、MSW・PSW協会などへの参加を含む)		○	○	○	70.3	83.4	80.4	◎
24 実習生の受け入れ、実習指導			○		33.6	59.5	80.0	◎
25 ソーシャルワーカー養成および一般医療従事者への社会福祉教育		○		○	42.2	52.4	40.0	◎
26 記録、資料などの整理、保管、統計資料等の作成					73.5	85.8	92.0	○
27 施設の運営・管理に関する発言の機会(予算・人事・方針など)					43.7	61.9	56.0	○
28 医療事務の取扱い					36.0	40.4	56.0	○

(注) 「MSW・PSWとして、あなたの施設で今後どのような仕事にウェイトを置いてやっていく必要があるとお考えですか」という質問に対する回答(自由記入方式・回答187人・256項目のうち50以上を◎、50未満を○で示した)。

出所: 阪上裕子「医療ソーシャルワーカーの業務とその基準と実態」児島・皆川・山手編「患者に福祉サービスへ医療福祉職制底化関係資料集」法律文化社、1980 p. 66~67

ための対策です。資格が制度化されれば、それにもとづいて配置や財源保障などの対策も進展し制度化されるでしょう。

戦後のわが国における保健・医療分野で働くソーシャルワーカーの資格制度化に関する対策は、表4にまとめられているように、昭和30年前後、昭和40年前後、昭和50年代前半など、何度か関係団体・政府・国会などにおいてとりあげられましたが、いずれも法制度化を実現しないまま、今日に至っています。今日の論争点は、社会福祉士を基礎資格としてその上でスペシフィックな資格として医療ソーシャルワーカー資格を設けるべきか、または社会福祉士とは異なる診療補助職（医療職）として医療福祉士資格を設けるかという点にあります。

この論争点に関する詳細な検討は、このシンポ

ジュウムの秋山報告において行われます。私がここで一言申したいのは、わが国の歴史的経過の研究および国際的比較研究にもとづいて、先輩の志を受け継ぎ、国際交流に参加して役割を果たすことができる資格を制度化すべきである、ということです。

おわりに 「医療社会福祉学の理論的枠組」という大きなテーマを担当し、重要と考える枠組と研究課題について、いままでの研究成果をできるだけ紹介しながら、私見をのべようとしたため、舌足らずになってしまいました。図や表の説明が特に不十分でしたが、それはひとつひとつの図や表をじっくり見て意味を汲みとって頂きたいと思います。

表4 保健・医療ソーシャルワーカーの資格制度化に関する年表

昭和28年	* 厚生省保健所課・東京都医療社会事業家協会「医療社会事業司法案」
32年	* 日本医療社会事業家協会「医療ソーシャルワーカーの身分法の制定」要請決議
37年	* 公衆衛生教育審議会「公衆衛生教育制度の将来について」答申 ・医療社会事業員（medical social worker）社会福祉系大学で養成すること。
40年	* 厚生省保健所に「医療社会事業制度調査打合せ」設置
41-42年	* 日本医療社会事業協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、日本ソーシャルワーカー協会合同委員会「医療社会福祉士法案」作成
43年	* 日本医療社会事業協会「医療社会福祉士法案」の制定運動方針決定 ・社会福祉系大学・大学院卒業者に国家試験受験資格をみとめる
46年	* 中央社会福祉審議会・職員問題専門分科会「社会福祉士法」制定試案発表 ・1種社会福祉士を医療ソーシャルワーカーに
52年	* 日本学術会議「リハビリテーションに関する教育・養成体制などについて」勧告 ・医療福祉士（medical social worker）の資格制度化を確立し、その養成は社会福祉系大学において行うこと
53年	* 日本医療社会事業協会の「医療社会福祉職制度化に関する請願」を参議院社会労働委員会が5月に、衆議院社会労働委員会が10月にそれぞれ採択 ・医療ソーシャルワーカーの資格を認定する法規を設けること、大学・大における医療福祉事業の研究教育体制を確立すること、医療ソーシャルワーカーは保健・医療の分野で働くソーシャルワーカーであること （「医療社会福祉職制度化に関する検討資料〈第3次〉」）
62年	* 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定、日本ソーシャルワーカー協会・日本医療社会事業協会・日本精神医学ソーシャルワーカー協会、連名で厚生大臣に「社会福祉士」制度の改正を要望

平成3年

*日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会「ソーシャルワークの教育・研究について—とくに保健・医療領域に於けるソーシャルワーカーの資格・教育等を中心に—」
(意見)

社会福祉学の課題

—ソーシャルワークの専門性—

秋山智久*

有名なアメリカの経済学者でありますサムエルソンが、学問間格差方式ということを行っています。つまり、学問の緻密性においては格差があって、高度な緻密性を持った学問は下位の学問を支配することができるという説であります。古来、いちばん精密なのは、たとえば数学であり、物理学であり天文学であったのでありますが、社会科学の中では経済学が上位にあり、いちばん緻密性の低いのが社会学だ、と彼は言っているのです。その中におきましても、社会福祉というのは応用社会学というように位置付けられています。果たして社会福祉が学になりうるのかという問いが、社会学関係の人たちの中にあるようです。それでは、医療社会福祉学というのを考えていった場合に、どういうふうにしたらいいのか、という大きな課題があります。

I. ソーシャルワークの専門性

ここでは、ソーシャルワークの専門性を、大きく2つに分けて考えてみました。ひとつは「ソーシャルワークの専門性」ということであり、もうひとつは、「専門職と資格」であります。

まず、「専門性」ということを4つのレベルに分けてみました。

①社会福祉の専門性というのは、「学問としての独自性と高度性」ということです。生活障害解決のための行政・制度の整備ということ、政策からのアプローチを入れて考えていくわけです。②「ソーシャルワークの専門性」。これは個人の問題解決のための理論と価値と方法（技術）の体系であって、そこには心理的なサポートを含みます。③「施設の専門性」とは、「職場の運営・管

理体制に基づく処遇能力の総体」、処遇能力の総体ということになります。そして④「職員の専門性」ということになると、「クライアントの具体的生活問題を発見・分析・援助できる能力」であり、それは単に個人のみならず、チーム実践の中で行われ、さらにそのクライアントの権利を守るためのアドボカシーやソーシャル・アクションの能力を含むということであり、いちばん大切なのは、人権感覚に基づくところの価値観というふうに思われます。

これらがかなり入り混じって、ソーシャルワークの専門性というふうに言われている部分があるかと思えます。

(1) 二つの専門性

「専門性」ということの意味について考えてみたいと思います。

恒藤恭という大変優れた大阪市立大学の学長をされた人がおりました。大変な秀才でありまして、当時の学友が芥川龍之介でありましたけれども、芥川龍之介がどんなに頑張っても決して1番になれなかった、その1番の男がこの恒藤恭であります。彼が『学問の分類』という本を書きます。また、同志社大学の総長であった住谷悦治も『社会科学論』という本を書きます。これらのいっている結論は、「学問の進展は専門分化である」ということであります。どんどん専門化、細分化して検討していくのが学問の進展であると。しかし、そこに幾つかの問題点が出てまいります。つまり、人間の生活を分断しているのではないか、という反省が出てまいります。そこで、そのことを論じたのが、経済学史で大変有名な大塚久雄先生の、「社会科学を学ぶことの意義」という論文であ

*明治学院大学社会学部

ります。これが載っている本の名前が大変素晴らしいくて、『生活の貧しさと心の貧しさ』であります。その中に、大塚先生自身が言っていることを私なりに解釈したのが、理論的専門性と実践的専門性というものであります。

世界各国において、ソーシャルワーカーたちは「何でも屋」だといって苦しめられてまいりました。恐らく病院においても、要するに何でもする人であって、専門性がはっきりしないなどという言い方をされるかもしれませんが、世界のソーシャルワーカーがそのことに悩まされてまいりました。英語でいいますと Jack of All Trades、あらゆる職業のジャックさんという言い方でありませう。このことを少し考えてみたいと思いますが、図1をご覧になっていただきたいと思ひます。この大塚久雄先生の言うところの専門性には、2つあって、左側の理論的専門性の特色は先ほど言ひましたような専門分化であります。しかし、もうひとつ、実践的専門性というものがあり、その特色は総合化であります。これが相互に批判をし合ひてまいりました。理論的専門性からは実践的専門性を何でも屋だといひ、逆に実践的専門性からは、理論的専門性は平和や安全や総合性や生活・人権を忘却している、というふうになんげをしてゐるわけですね。当然、社会福祉学、そしてソーシャルワーク実践というの、この実践的専門性というところに入ってくるわけでありませう。こういう立場からいひますと、われわれは何も、何でも屋であるという声にひるむことはないのでありませう。

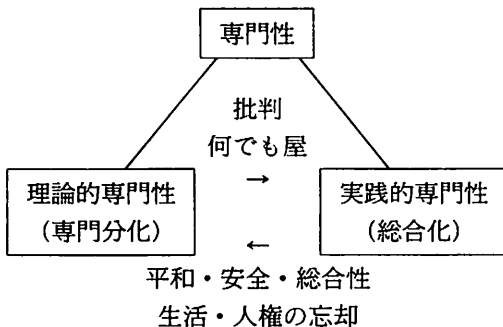


図1 二つの専門性

(2) 専門性検討の困難な理由

それでも専門性を考えていくことが大変に難しい状況にあります。このことは後で述べます社会福祉士及び介護福祉士を作るときにおきまして、厚生省の社会局庶務課当局が大変に困ったようでありまして、その当時の状況を『月刊福祉』の87年8月号に庶務課長が、「あれは、あたかも玉ネギの皮を剥くようなものであった」というふう述べておられます。専門性があると思ひて剥いていくとなくなつてしまつた、というのでありますが、これをどのように考えていくかということでありませう。

「専門性」の検討が困難なさまざまな理由があります。1番目は種々なレベルでの多様性があるからだということですね。つまり、制度政策から実践援助まで、さらには、政策提言・社会計画から各種の療法に近いものまで、そして、心理的サポートからソーシャルアクションまで。それから、分野にいたしましても、児童・高齢者・障害者、その他諸分野の対象というものがあると。それから、行政機関や施設・社協・病院などの現場というものもあるし、そこに理論と方法と価値ということが絡んでゐるということで、大変に多岐にわたるので、専門性をなかなか限定しにくいという問題があります。

2番目は、社会福祉における全体性の原理であります。これはご存じのとおり岡村理論の中の4つの原理の中の1つであります。私は岡村理論の全体性の原理は非常に大切だと思ひております。人間の生活全体を見ていく視野というのは、他の専門分化された専門職にはない部分であります。つまり、社会制度の利用と個人への統合ということを図つていこうとする。この全体性というところから、社会福祉実践の広がり、その困難性というのが出てくるわけでありませう。

3番目に、生活の持つ総合性ですね。生活というのは実に幅が広い。その生活主体の経済的・身体的・心理的な問題というのを抱えなければならないということで、単なる一分野だけでは成り立たないということでありませう。

4番目は、「学問としての『定説』の欠如」ということありませう。学問が成熟しているかどうか

は、この「定説」ということが問題になりますけれども、隣接・基礎科学の多様性と用語の不統一もありまして、社会福祉の用語は、なかなかその意味が定まっていない。たとえば、ソーシャルワークとケアとはどちらが広いのか。ケースマネジメントというのは、従来のケースワークの資源活用というのとどこが違うのか。さらに大きくなってまいりますと、社会体制において、社会主義には社会福祉は存在するのか。これらの論議にしましてどれも、定説が定まっておられません。これは大変に難しいところであります。

しかしこのことについて、一番ヶ瀬先生が、『社会福祉学』の独自性と展開」という論文において、「社会福祉学の『定形化』を急ぐ、それをもって統制化をすすめることでは無い」というふうに注意をしているわけでありまして。

(3) 知識、技術、価値における専門性

ではどのように専門性を考えていくかということに、大変にオーソドックスでありますけれども、「知識・技術・価値」における専門性という捉え方ができます。

イギリスの経済学者でありますアルフレッド・マーシャルが、『経済学原理』という本の中の序文に書いた有名な言葉は、一番ヶ瀬先生によって日本に紹介をされております。つまり、Cool Head and Warm Heart、冷い頭と熱い胸というのであります。しかし、ここには1つが欠けております。その欠けた部分を見事に補ったのが、日本の救世軍の指令官でありました山室軍平の、1925年の講演記録集であります。『社会事業家の養成』と申します。その中におきましては、3つのHという、いまでは大変有名になっている言葉を挙げておりますが、つまり、HeadとHandとHeartの3つであります。ヘッドというのは理論的体系であり、ハンドというのは社会福祉技術の意義であり、ハートというのは、社会福祉における価値というふうに考えていきますと、先ほど言いました経済学者と社会福祉の実践家とは、ここが違うというのが明らかであります。つまり、社会福祉の技術・方法というのが経済学には抜けている。単にわれわれは、観察、分析するのではなくして、その生活困難をどのように解決し援助するかということ

が、われわれの課題であるということでありまして。

ところで、「社会福祉士及び介護福祉士法」が、厚生省から最初に内閣法制局に出されたとき、1987年3月10日ごろであります。社会福祉の専門性とは何であるか、と質問されました。当時、東京におります社会福祉の研究者10人あまりが集められまして、私もその中の1人でありましたけれども、社会福祉の専門性とは何か、という文章作りが大変に苦労いたしました。最終的には、日本社会事業大学社会事業研究所がこれをまとめてB4、10枚の文書にして提出し、それは最近公表されるようになりました。ご存じのとおり、あの中で使われた社会福祉の専門性の事例は、医療ソーシャルワーカーの実践事例でありました。当時、内閣法制局を説得するような事例というのは、いちばんいいのは医療ソーシャルワーカーの実践事例であったのであります。しかし、これは歴史の皮肉でありまして、社会福祉からは医療ソーシャルワーカーは省かれております。

(4) ジェネリックとスペシフィック

世界的に見ますと、ジェネリックとスペシフィックという大きなとらえかたがあります。1923年に開かれた「ミルフォード会議」というのが、6年かかって報告書が出ました。この中で、ソーシャルワークのジェネリックとスペシフィックということが初めて大きな論議になりました。ご存じのとおりこれは、共通の能力・訓練の上に、それぞれ、個別の能力・訓練があるという考え方でありまして。これは現在では広く浸透しております。

医療ソーシャルワークにおいても、共通なソーシャルワークの基礎を踏まえた上で、個別課題としての保健・医療機関における専門性ということを考えていかなければならないということで、これはすでに70年以上経っている基本的な考え方でありまして。さらに、イギリスで考えてみますと、1968年の「シーボーム・レポート」以降、ジェネリック・ソーシャルワーカー、総合的なソーシャルワーカーというあり方が目指されております。さらにその中におきましては、チームとしてのジェネラリストという考え方も取り入れられてきているわけでありまして。ただ、イギリスのソーシャルワーカー資格というのは、来年度に向けて大幅

な改正が考えられているということでもあります。

さて、アメリカで大変有名であります、カリフォルニア大学パークレイのハリー・スペクト教授が「2つのジェネリック」ということを言っておりまして、その中で政策と実践という2つを踏まえることが出来る。つまり、政策制度を踏まえ、政策提言しながら、なお具体的に現場での援助ができるワーカーのあり方というのを考えているわけです。

日本にもってまいりますと、前回の1971年の「社会福祉士法制定試案」のときに、この論議が出てまいりました。これを提起いたしましたのは自治労であります。この自治労の提起は、大変に正論でありました。それは、そこに書いてあるとおりに、「専門職制度は、専門性を保障しようと考えて作られる形態である」と。「それ故、内容である専門性について吟味されなければならない」。つまり、専門性が先であるという正論であります。正論でありますけれども、運動論ではありません。自治労という運動団体が、こういう学問的な正論を言ったということは、私にとっては大変に不思議なことでありましたので、そこで私は、『月刊福祉』（1981.4.）に「社会福祉専門職化をめぐる論点と最近の動向」ということで反論を書きました。「まず『運動論』として資格化を果たし、それをテコとして、労働条件と待遇と専門性の向上を図るという道もある筈である」ということであります。考えてみますならば、弁護士・医者等の専門性は、3,000年の歴史を持っておりますけれども、ソーシャルワーカーの歴史は、高々70年であります。ケース・ウエスタン・リザーブ大学においてグレース・コイルが、グループワークの大学院の授業を始めたのが1921年でありました。70年と3,000年と比較して、専門性が高くなってから資格だというのでは、いつまで待ったらいいのか。逆に資格を作り、そのことによって経済的・身分的な安定を果たした上で、さらに積み重ねていくという運動論があるはずではないか、というのが私の主張でありました。

II. 専門職と資格

従来、日本の専門職の研究は属性モデルによっ

て考えられてまいりました。専門職はどのような属性、どのような条件を持っているか、ということを中心に考えていきます。専門職の価値観・目的であるとか、理論的体系だとか、技術方法だとか、倫理綱領だとかということでもあります。いま、4つ挙げましたけれども、5つ目に挙げるべきものが社会的な承認です。自分ひとりで、専門職であるといっても意味がありません。これを自称専門職と、ウッド・ビー・プロフェッションと申しますが、社会的な承認がなければならぬ。そのためには、世界的に大体2つの方法がありまして、学歴かテスト合格であります。

社会福祉士法に関して、あれは、要するに学歴を問わずに、言ってみれば中学卒でも取れる資格だから意味がないのだ、という人がありますけれども、それはそうではなくて、学歴かテスト合格かということでもあります。この属性モデルの最初の研究は1915年、アブラハム・フレックスナーの研究に始まるというように言われております。ちょうど北里柴三郎先生が、北里研究所を計画し、その建物が出来た年であります。

(5) 「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定過程と問題点

この法律の制定過程において、医療ソーシャルワーカーが社会福祉士になり得たか、ということに関しましては、今日では、歴史的な事実としてかなりのことがわかっております。たとえば、1987年3月2日に、当時の健康政策局計画課長が、社会福祉士にプラス研修ではどうですか、といったことに対して、当時の医療社会事業協会の幹部の人たちは、これを拒否しております。成立してから後、6月29日に祝賀会が開かれましたが、そのときに斎藤十朗厚生大臣が、「あなたたち医療ソーシャルワーカーの人たちが社会福祉士でいいというならば、それは簡単なことですよ」ということを数人の医療社会福祉関係者に言いまして、私も目の前でそれを聞きました。しかしその後、厚生省はいろいろと他の団体との関係などを考えた上で、医療ソーシャルワーカーは入らない、ということに次第に固めてきた部分がございます。

ところで、この法案が厚生省から最初に出たのは、内閣法制局であります。そこで、厚生省から

持っていった文書のなかの「その対象から患者を除外する」という部分が、内閣法制局によって削られました。つまり、患者を除外してはいけないということなのです。当時の社会福祉専門官がそのように報告をしているわけであり、にもかかわらず、医療ソーシャルワーカーは社会福祉士からずっと省かれ続けているわけであり、

この社会福祉士の業務は相談・援助業務、というふうに言われておりますが、相談・助言・援助・指導ということでもあります。この内容がもうひとつ明らかになっておりません。一体、何を相談といい、助言といい、援助といい、指導というのか、そういうような内容を医療社会福祉学会が明確にしていくことも、1つの重要な課題であろう、というふうに思っています。なお、指定施設等の問題におきましては、医療・保健機関が除外されていると同時に、在宅福祉時代と言われながら、実習施設から通所施設が省かれているというような矛盾も残っているわけであり、

(6) 医療ソーシャルワーカーのアイデンティティ

今回の医療福祉士法の中において、医療ソーシャルワーカーは医療関係職種として位置づけられることとなりますが、それでソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを保ち得るのか、それは理論的にも正しいのかという問題であります。新しい医療専門職ができるかもしれないが、それはソーシャルワーカーではないという可能性があります。

さて業務指針の受診・受療の援助の問題ですが、この中には大きな問題点があります。つまり、医療ソーシャルワーカーの業務を医行為として捉えていこうとする、あるいは、診療の補助業務として捉えていこうとすることです。従来、医療ソーシャルワーカーの人たちは、医学の殿堂の中において、生き伸びてきて、しかも着実に数を増やし、その存在を認められている根拠は、決して医療行為の中に踏み込まない、という節度を持ってきたからであります。医療行為に踏み込めば、医師の指示下において診療の補助業務となり、ソーシャルワークの独自性を発揮し得ないということを敏感に感知していたからであり、

す。

ところで、先進国の医療ソーシャルワーカーの資格の問題ですが、現在アメリカは、公的な州の資格を定めている所は39州ありまして、それは保険会社が保険金を払うときに、それを保証するために公的資格でなければならないという、第三者支払い、サード・パーティ・ペイメントのために作られたところの公的な資格であります。これは、各州がバラバラで作ったということだけではなく、全米ソーシャルワーカー協会がソーシャルワーカー資格モデル法というのを作って、各州でもし資格を作るならば、これに基づいて作ってほしいというモデルを示しているということに注目しなければならないと思います。もちろん、アメリカにおいてもイギリスにおいても、ソーシャルワーカーの資格を医療ソーシャルワーカーとそれ以外の人たちと、2つに分けているような国はないのであります。

1987年に、アイルランドのダブリンで国際ソーシャルワーカー連盟の理事会が開かれておりました。そこから厚生省に向けて、日本では医療ソーシャルワーカーを社会福祉から省こうとしているけれども、これは国際的な常識からして大変おかしいことである、という文書を送っております。昨年にも、アメリカの全米ソーシャルワーカー協会の事務局長マーク・バトルという、大変温厚な紳士であります。この人も日本の関係者に向けて、日本のソーシャルワーカーのアイデンティティをしっかりと考えた上で決断してほしいと、2つのソーシャルワーカー資格がつくられようとする事への反対文書を送ってきているわけです。

(7) 関連諸団体の状況

日本学術会議の「社会福祉・社会保障研究連絡委員会」の意見については、午前中のいろいろな挨拶文の中にも出てまいりました。「ソーシャルワークの研究・教育について（とくに保健・医療領域に於けるソーシャルワーカーの資格・教育等を中心に）」という文書であります。これは同会議が述べた意見であります。

学術団体としての日本学術会議が、外へ向かって意見を述べるときに、意見・要望・勧告という段階があります。総会の決議を得ますと勧告とな

って、大変強い力を持つのであります。このことに関しまして、健康政策局の中には、意見であるから程度が軽い、というような発言をなさった方がいますけれども、これについては一番々瀬康子委員長に確かめたのであります。本当ならば時間をかけて「勧告」にしたかったけれども、そのときの緊急な事態に間に合わせるためにやむを得ず「意見」とした、ということでありました。したがって、その内容は、意見だから軽い、勧告だから重いということではなく、内容自体はきちっとしたものであります。

その中で、社会福祉士法の問題として2つの指摘があります。1つは名称独占で終わっていること。2つ目は、人生上の大きな問題である疾病・老い、そして終末期にかかわる保健・医療領域のソーシャルワークが、社会福祉制度において考慮されていないことでもあります。それは、「ソーシャルワークの専門性と保健・医療領域におけるソーシャルワークの養成教育については、国際的にも一定の合意が存在する。それは保健・医療領域におけるソーシャルワーカーは、何よりもまず社会福祉学を学習し、基礎的ソーシャルワークの条件を身につけ、それを基盤として保健・医療と福祉の結合、連携の要として活動する専門職であるということである」と言っているわけであります。

医療ソーシャルワーカーの養成と福祉系大学のカリキュラムに関しても、いろいろな論議があります。川崎医療福祉大学とか、日本社会事業大学とか、現在は東日本学園大学という名前ですがやがて北海道医療福祉大学というふうに名前を変えと言われております、そのような大学などで、いわゆるモデル科目というのが考えられております。このモデル科目を見ますと、医療福祉学関係で14科目、そして医学関係で10科目というのが試案的に考えられているわけであります。

そういうものを日本社会事業学校連盟54校、このうち38校が4年制大学ですが、そこで14科目と10科目を、いまの体制で教えることができるかということでもあります。「社会福祉士及び介護福祉士法」で示めされました国家試験の15科目を揃えるのに、必死でやった大学というのはかなりたくさんあります。そのために、必要な非常勤講師を集

めるため大学の理事会から金を出してもらおうよう説得しなければなりませんでした。

現在この社会福祉士法の中に医療ソーシャルワーカーが含まれていないということもありまして、病院の実習が激減をしております。私どもの1学年230人中、病院実習をやっているのは僅に16人でありまして、その16人の人たちのために、この14科目プラス10科目を新しく設置できるかといいますと、これは難しいことでもあります。前回でさえ大変難しかったものが、少人数の学生のために、そんな金が出せるかというのが大学のほうの考え方であります。

にもかかわらず厚生省は大変に強気であります。この間、9月6日に四国の松山で、精神病院協会の学術シンポジウムというのがあり、このときのシンポジストのメンバーが私と鳥居課長補佐とPSW協会の大野さんでありました。そこでの話であります。日本社会事業学校連盟も、このことを検討してくれるようになった、という発言がありましたが、それは正確ではありません。1989年10月15日、社会事業学校連盟の札幌大会におきまして、それまで4つありました委員会を統一し、「社会福祉教育問題検討委員会」というようにしました。その中で医療ソーシャルワークの問題も考えていく、という決議がなされました。このことは、つい最近も社会事業学校連盟の副会長等に確認をした部分であります。

さて、大きなポイントは、日本ソーシャルワーカー協会であります。日本ソーシャルワーカー協会は、一貫した主張をしております。すなわち、学問的、理念的にもソーシャルワークは社会福祉学を基礎とする、ソーシャルワーカーであると。世界的にも同じであるということでもあります。このことは後で時間があれば、お話をするといたします。

最近の大きな動きといたしましては、日本看護協会であります。同協会の「協会ニュース 第97号」(1991.8.15)において、日本看護協会は、医療福祉士(仮称)資格化についての厚生省案に対する意志を明かにしております。

多くの方がすでにご存じのとおりであります。私はこれを見て、看護協会の人たちはソーシ

ャルワーカーのことを厚生省健康政策局よりもはるかによく理解している、というふうに思いました。

まず、「ソーシャルワーカーは、社会福祉学を基盤として、対象者の持つ社会的、経済的、心理的な問題の相談、援助を業務としております。これは診療行為そのものではなく、受診受療のための側面的な援助であると考えます」としたうえで、「医療福祉士（仮称）制度化のために保健婦助産婦看護婦法の業務独占を解除することには反対である」と述べております。それには、2つの反対理由がありまして、1点目は「医療ソーシャルワーカーは直接の医療に携わる者ではないことから、薬剤師、栄養士のように、医師との指示関係を定める必要はない」。2点目は、「厚生省の説明では、医師や看護婦は忙しく（不足であり）患者へのインフォームド・コンセントが不十分である。またその技術に乏しいといっている。たしかに否定できない面はあるが、かといって保助看法の業務独占を解く理由にはならない」というものであります。

そして最後のところがポイントでありますけれども、「医療における受診受療の相談・援助は、保健婦も看護婦も本来的な業務の重要部分として、地域でも病院でも取り組んでいる。この部分を「医療福祉士」の業務独占として定めることは、重大な問題をひきおこす」。したがって、業務独占を解かれることのないよう強力な運動を展開する、ということであります。

（8）「社会福祉士及び介護福祉士法」の展望

最後でありますけれども、日本ソーシャルワーカー協会は、『ソーシャルワーカーの意識・実践と「社会福祉士及び介護福祉士法」の影響と展望に関する調査』（1990.7）というのをやりました。私はその調査研究委員会委員長という役割で、これは膨大な調査でありまして、送った調査票は8,200であります。日本でソーシャルワーカーと言われる人たちの国際的に発表した数字全体の約14%10万9,000人の中から無作為抽出をいたしました。その中には社会福祉士該当職種もありますけれども、保健・医療機関のソーシャルワーカーももちろん入っておりますし、社協職員も入っておりま

す。したがってこの調査結果は、日本のソーシャルワーカー全体が、何を考えているかを表しているというように考えてもいいと思います。

その結果が、表1であります。「魅力のある資格を3つ挙げてください」というので、第1位、社会福祉士、39.8%、第2位、理学療法士、33.4%、以下表1の通りであります。

表の2、「指定職種に加えるべき職種」、これは複数回答可能であって、指定職種に加えるべき職種の第1位、医療ソーシャルワーカーは81.5%で

表1 魅力ある資格（3つ選択）

順位	資 格	%
1	社会福祉士	39.8
2	理学療法士	33.4
3	教員（小・中・高）	32.7
4	臨床心理士	32.2
5	作業療法士	21.3
6	看護婦	20.6
7	社会福祉施設指導員	19.2
8	手話通訳士	13.3
9	社会福祉主事（任用）	11.1
10	介護福祉士	9.6
11	福祉施設士	9.0
12	保母	6.0
13	幼稚園教諭	4.2
14	栄養士	4.1
15	臨床工学技士	2.9
16	義肢装具士	2.2

表2 指定職種に加えるべき職種（複数回答）

医療ソーシャルワーカー(MSW、PSW)	81.5
社会福祉協議会職員（全社協、県社協）	41.9
社会福祉施設長	39.6
少年指導員（母子寮）	18.8
教母	14.6
保母	13.5

す。続いて社協職員が41.9%、社会福祉施設長、39.6%、少年指導員、18.8%、教母、14.6%、保母、13.5%で、圧倒的に医療ソーシャルワーカーを加えるべきであるというのが、日本全体のソーシャルワーカーの意見ということになります。

(9) 医療ソーシャルワーカー資格化の今後の展望

最近全国において、医療福祉士法に関して賛成者がかなりいて、その組織化が進んでいるように伺っております。その賛成の理由の1つは、病院等において、ソーシャルワーカーはいままで是不採算部門であった。しかし医療福祉士法ができればソーシャルワーカーの業務で診療報酬が取れるということになります。ここに、しかし、しっかりと考えておかなければならないことがあります。たとえば診療報酬は何にでも取れるかというところではありません。たとえば看護婦であっても、外来担当の看護婦や手術室の看護婦には診療報酬が出ておりません。逆に、現時点のソーシャルワーカーであっても、退院指導料がすでに出ております。

医療福祉士法が通ったら診療報酬がもらえるという声があって、それは弱い立場のワーカーからしてみればありがたい、病院長にも顔向けができるというふうに考えていらっしゃるかもしれませんが、果たしてそうであるのか。診療報酬が点数化されたとしても、どの程度のお金が出るかということが問題であります。たとえば精神病院におきまして、精神科医が精神療法をやるときに、これは1週間に1時間1人当たりと限定があって、それがわずかに600円であります。ですから、かりに医療ソーシャルワークに対して診療報酬が出たとしても、1週間に1回で300円ということもあり得るでしょうそれが課たして人件費になるかという問題であります。診療報酬という言葉はいいのですが、その実態をしっかりと押さえないければなりません。

では一体、どのようにしてこの不採算部分を考えていくかということになりますが、ある著名な社会保障関係の学者に、私は相談をいたしました。そうすると、医療の分野において金を出すということは、必ずしも診療報酬点数だけではなくて、

厚生省当局がやろうと思えば、それ以外の方向でも金が出ることはあり得る。それは厚生省の姿勢ひとつである、ということになります。つまり補助金等のやり方であるということです。日本医療社会事業協会の幹部との7月13日の話し合いにおいても、社会福祉施設の措置費と同じように、あなた方が社会局に行って、金を出せという交渉をなささいという言い方をしています。大変難しいことですが、決して全く不可能ではないわけでありませぬ。

最後に、「医療福祉士法」の構想とその問題点について、まとめてお話をしてみたいと思います。

まず、果たしてこれが制定可能であるかということになります。厚生省の説明は常々、1987年5月の国会において、健康政策局長が「健康政策局長が医療ソーシャルワーカーの資格を考えると、国会で約束したのだからやります」という言い方をしております。しかしながらもう一方では、同じ局長であります社会局長が、九州の大分県選出の議員の質問に対して、「医療ソーシャルワーカーが社会福祉士に入るかどうかを検討いたします」と答えているのが、国会の議事録の中に残っているのであります。

さて、2つ目でありませぬけれども、従来の法律の制定の過程において、社会福祉士は障害者を相手にし、そして医療ソーシャルワーカーは傷病者・患者を相手にするという、そういう区分をずっとしていたのでありますけれども、これも四国の松山の会議で、T氏が言ったことは大変重要であります。つまり「自分は障害者と患者の区別はないと思っている」ということでもあります。医療福祉士法における医療ソーシャルワーカーが障害者を取り扱うこともある、ということを行いました。そこで、私はすぐに、「ならば、社会福祉士が傷病者・患者を取り扱うこともあるのではないか」というふうに聞いたわけでありませぬ。

そういうことで、いろいろな成人病等の関係、あるいは在宅医療等の関係においても障害者と患者の区別というのは、つけにくくなってきているというのが現実だろう、というふうに思っております。

さて、3点目でありませぬけれども、現在、保健・

医療・福祉の領域は深刻なマンパワー不足の時代でありますけれども、そこで出てきておりますのが人材確保法であります。この人材確保法で労働省との関係で、かなり強力なものが出そうな雰囲気であります。そのことで健康政策局長は「中心的には看護婦であるが、それに福祉関係者も含めることもあり得る」ということを言っています。ここにもまた2つの乗り入れということを考えているということでもあります。

さて、そういうことからいたしますと、医療ソーシャルワーカーが社会福祉士に含まれる可能性はどうかということでもあります。厚生省は常々、「法律を制定するときから、これは約束事として含まれないということであるから、後で含まそうとすることは無理である」と言い続けております。しかし、これにたいして資格小委員会委員長でありました仲村優一先生は、「それは厚生省の有権解釈であって、いわゆる法律解釈ではない。厚生省が行政当局として自分たちで定めた解釈である」と言っておられます。

まだまだ話したいことがありますけれども、時間になりましたので終りたいと思います。

医療ソーシャルワーカーの課題

佐藤 豊道*

1. はじめに

筆者は、これまでにいくつかの医療ソーシャルワーカーの研修講師や、助言者・コメンテーターなどの役割を体験させて頂いた。筆者は、その過程において、現場のワーカーが直面している共通の課題について考えさせられることが少なくなかった。本稿は、これまでの筆者の体験を元にして、医療ソーシャルワーカーが抱えている課題の整理を試みたものである。現場ワーカーが実践を行う際の一助となれば幸いである。

2. 医療ソーシャルワーカーの実践理論

多くの医療ソーシャルワーカーは、自らの依拠する実践理論を巡って自問自答している。そしてワーカーの多くは、その実践理論を「社会福祉」と答えることが少なくない。多くのワーカーによって提示されるこの答えは、医療ソーシャルワーカーの資格制度を巡って論議されてきた基礎となる学問について述べたものであろう。すなわち、医療ソーシャルワーカーの基礎学問と実践理論が混同されているのである。現場ワーカーの多くが基礎学問と実践理論を「社会福祉」と混同することから混乱がはじまる。すなわち、そのワーカーたちは、「社会福祉」についての解釈が十人十色なので、一致した答えは見いだせないという不可知論に陥る。したがって、自らの実践も、確とした基盤が得られないところで試行錯誤しながら行っている、とどのつまりは自己流の実践で終わっていることが少なくない。自己流の実践なので、その実践がよかったのかどうかについて確信が持てず、したがって自分の実践を他者に説明することができない。これでは専門職として他職種の信頼を勝ち得ていくには無理がある。この混乱を打開するには、基礎学問と実践理論の混同を避けることからはじまる。すなわち、基礎学問として「社

会福祉学」、実践理論として「ソーシャルワーク総論」を基盤に据えることが必要である。

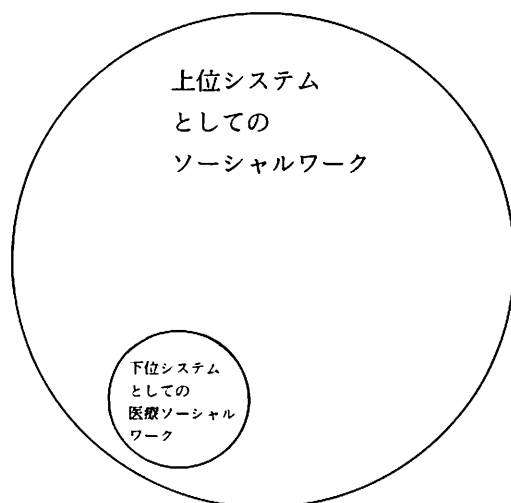


図1 ソーシャルワークと医療ソーシャルワークの関係

医療ソーシャルワーカーは、医療ソーシャルワークを行う者である。医療ソーシャルワークは、ソーシャルワークの一つの分野であり、ソーシャルワークの展開にあたって共通する部分と、医療ソーシャルワークの展開にあたって特別に注意をはらわなければならない部分とがある。すなわち、医療ソーシャルワーカーには、図1に見るように、上位システムとしてのソーシャルワークと、下位システムとしての医療ソーシャルワークの位置関係を明確に認識していることが必要とされる。したがって、医療ソーシャルワーカーの実践基盤は、ソーシャルワーク総論（社会福祉援助技術総論）に求められる。

周知のように、ソーシャルワーク総論（社会福祉援助技術総論）は、社会福祉援助技術各論Ⅰ、

および、社会福祉援助技術各論IIとともに、「社会福祉士および介護福祉士法」（昭和62年）に基づく社会福祉士国家試験の受験科目に指定されている。社会福祉士は業務独占ではなく、名称独占の資格規定であるため、医療ソーシャルワーカーは必ずしも社会福祉士たりうる資格要件を必要としない。しかしながら、医療ソーシャルワーカーがソーシャルワーカーとして機能しようとするとき、その実践基盤はソーシャルワーカーとしての社会福祉士がそうであるように、医療ソーシャルワーカーもソーシャルワーク総論（社会福祉援助技術総論）に求められなければならない。

このように考えると、医療ソーシャルワーカーの個人的経歴が問題になる。すなわち、教育歴や職歴等が医療ソーシャルワーカーのアイデンティティを考えるうえで考慮されるべき要件となる。第一に、医療ソーシャルワーカーが社会福祉系大学を修了しているのか、それともそれ以外の大学修了者か否かが問題となる。第二に、医療ソーシャルワーカーがソーシャルワーク総論（社会福祉方法論、もしくは社会福祉方法総論）を履修していたか否かが問題となる。第三に、現在、刊行されているテキストとしての社会福祉援助技術総論を熟読吟味したか否かが問題となる。これらの要件の前者にすべて該当するワーカーは、基礎学問と実践理論を修得しやすい条件下にあるといえよう。それに対して、後者の要件を満たすワーカーは、一つでも前者を満たすためにさまざまな努力が必要とされる。とくに、社会福祉士および介護福祉士法の制定以前に医療ソーシャルワーカーの職に就いている者や教育課程を修了した者は、社会福祉援助技術総論に関する最新の成果を研修、研究会、独学などによって学ぶ必要がある。というのは、医療ソーシャルワーカーの研修講師やコメントーターの役割などをとおして、教育現場では自明の理となつていられると思われる基本的な事柄でも実践現場では意外に浸透していないことに直面させられるからである。医学や司法の専門職と同様に、社会福祉専門職には最新の学問的成果の吸収が必要とされる。学問としての社会福祉もナマモノであるため、常に最新の成果を導入しないと、腐敗してしまう。その日の実践にばかり目を

奪われ、渦の中に巻き込まれていると、正常な判断ができにくくなる恐れがある。

3. 医療ソーシャルワーカーの所属機関における課題

医療ソーシャルワーカーの所属機関における課題の第一は、職場内の地位の確保である。今日の医療ソーシャルワーカーは身分法が制定されていないこともあって、所属機関においてまちまちの待遇を受けている。すなわち、常勤か非常勤か、一人ワーカーか複数ワーカーかなどの勤務形態によっても、医療ソーシャルワーカーの立場や仕事内容が異なっているのが現実である。機関内で認知されている場合もあれば、そうでない場合も少なくない。認知されている場合でも、認知の程度がそれぞれ異なっているのが現実であろう。医療ソーシャルワーカーの部屋の確保がなされている場合もあれば、机と椅子だけ置かせてもらっている場合もある。このような条件下で、医療ソーシャルワーカーは専門職としての存在意義と地位向上のため全力を傾けている。表1に見るように、

表1 医療ソーシャルワーカーの勤務形態

	複数ワーカー	単数ワーカー
常 勤	I	II
非 常 勤	III	IV

Iが医療ソーシャルワーカーとしての仕事をもつともやりやすく、次いでII、IIIと続き、IVがもつとも困難を極める。

医療ソーシャルワーカーの所属機関における課題の第二は、医療ソーシャルワーカーの業務内容を職場内で周知徹底を図ることである。そのために多くのワーカーは、さまざまな努力を試みている。例えば、日報・週報・月報などを用いて医療ソーシャルワーカーの業務内容の周知徹底を図っている。また、新入職員のオリエンテーションや多くの機会を捉えて、医療ソーシャルワーカーの業務内容についての説明を行うことで、他職種の

理解を図っている。

医療ソーシャルワーカーの所属機関における課題の第三は、同職種のスタッフとの関係の持ち方である。現場ワーカーの幾人かは、同職種でのチームワークの取り方が難しいと指摘する。人間関係の作り方が難しいのは、医療サービス利用者に対してだけではなく、職場内の、しかも同一の仕事を行う同職種の人間関係づくりにおいても困難さがつきまとう。これは、図2に見るように、

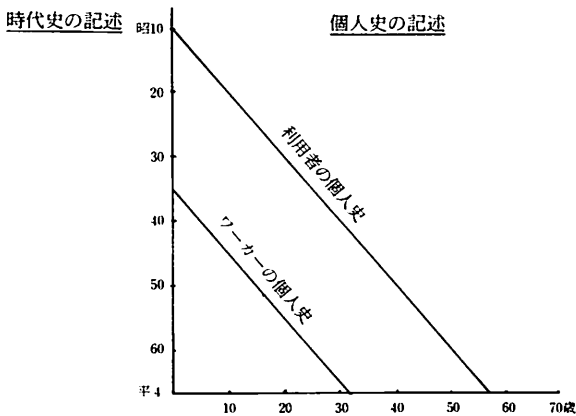


図2 利用者とワーカーの個人史・時代史

(出典：貝塚レイ子「『生きたい』と大声で叫びたい!」『ソーシャルワーク研究』8巻1号，相川書房，1982，31頁より1部修正のうえ，簡略化して作成)

当事者同士の個人史と時代史が乖離しているばかりではなく、個人的な基本的性向とも一部は関係しているものと思われる。ワーカー・クライアント関係を円滑に遂行できるワーカーでも、ワーカー・ワーカー関係が円滑に遂行できない場合も少なくない。この課題を打開するには、ワーカー・クライアント関係を基本に据えて、ワーカー・ワーカー関係に応用展開することであろう。実習生を受け入れている特別養護老人ホームの生活指導員は、ある会合の中で、実習生が来所したとき、「さあ、これからケースワークするぞ」と誓いをたててから、実習指導に入るという気構えを披瀝したことがある。この気構えは、ワーカー・ワーカー関係づくりにあたって、応用が可能である

う。すなわち、このことは、相手を相手の内側から理解することの重要性を物語っている。基本的信頼関係(ラポール)をどのように築いていくべきか、当事者は人間関係の基本にかえて検討すべきであろう。そして、信頼関係づくりにあたっては、自分の方から体を動かして相手に近づき、直接的に接触して働きかけるべきであろう。にもかかわらず、関係が好転せず、にっちもさっちもいかななくなることがある。このような状況は、双方にストレスを引き起こす。したがって、ストレスに対処する方法も考えられなければならない。ストレス対処法も、ワーカーがもつべき技能のひとつであろう。

医療ソーシャルワーカーの所属機関における課題の第四は、他職種のスタッフとの関係をよくすることである。他職種とよい関係をつくるためには、他職種の仕事のなかの一部に自己の役割を位置づけるか、それとも自己の仕事のなかに他職種の役割を位置づけるかが問題となろう。いずれにしても、他職種スタッフと問題を共有するという点では同じである。問題を共有できれば、他職種と協力関係を維持しやすくなり、他職種の助力も得られやすい。このように良循環のシステムを維持するために、医療ソーシャルワーカーは、カンファレンスや回診の機会を捉えて、協力関係づくりに邁進している。この協力関係は一朝一夕にできあがるものではなく、稲穂を实らせるために行う段階的な農作業の進行と同じである。医療ソーシャルワーカーの職場内での地位の向上(たとえば、職務室の確保とか、電話の引き込み等も含む)も、他職種の理解があってはじめて実現可能となることが多いので、課題の達成に努力するべきである。

4. 専門職ワーカーとしての課題

専門職ワーカーとしての課題の第一は、実践の基本的枠組を把持していることである。すなわち、医療ソーシャルワーカーは、図3に見るような、ソーシャルワークの基本的枠組に基づき、行動することが望まれる。ソーシャルワーカーは、組織人と専門職者との間でジレンマを抱えつつ、医療サービス利用者の社会生活機能を強化しようとし

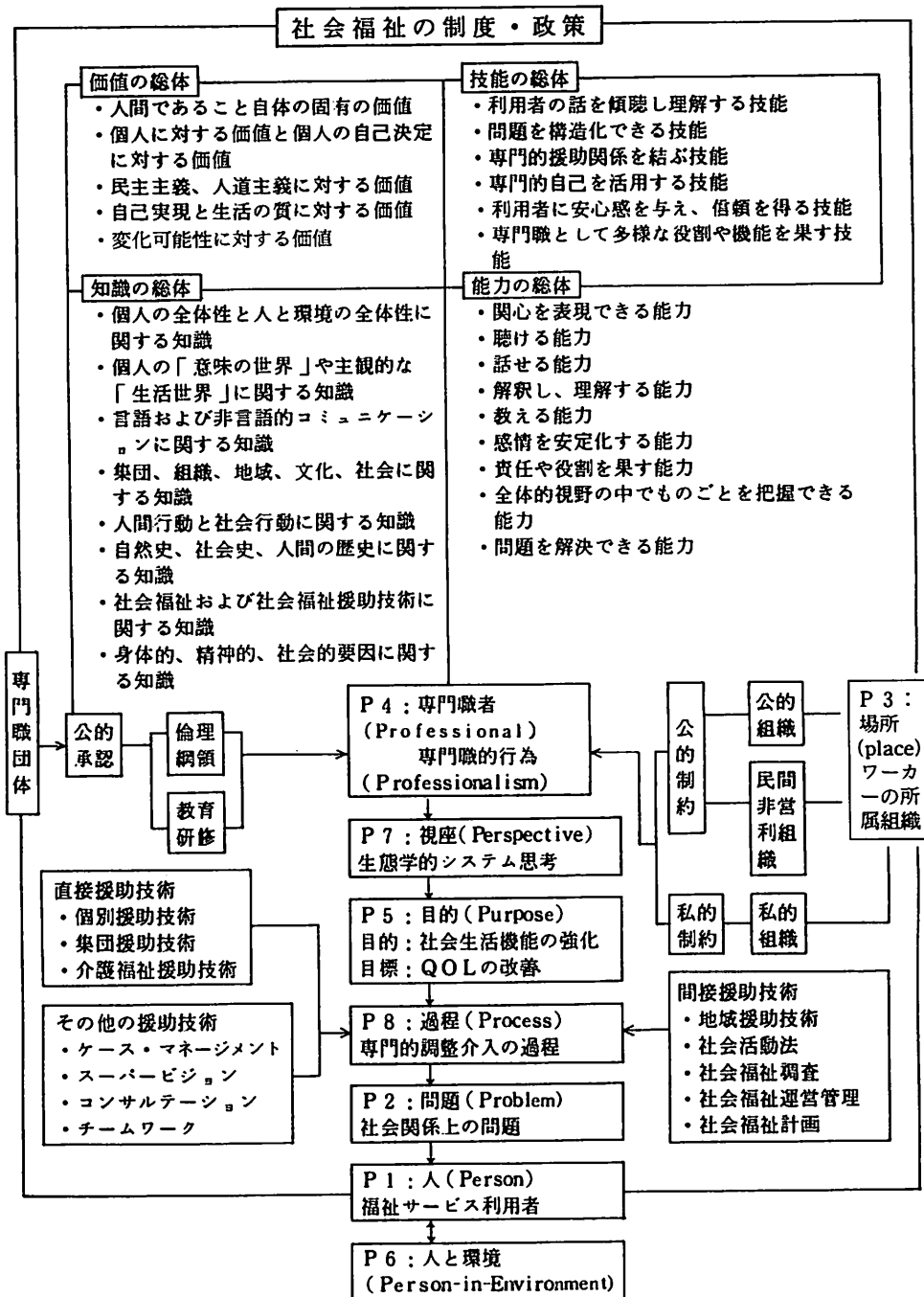


図3 社会福祉援助技術の基本的枠組み (佐藤豊道試案)

(出典: 拙稿『社会福祉専門職と専門援助技術』岡本民夫編『社会福祉援助技術総論』川島書店, 1990, 31頁)

て行動する。ソーシャルワーカーが行おうとするソーシャルワークを規定する要因は何か（組織上の問題、スタッフ間の問題、ネットワーク等の問題等）を明らかにすることもたいせつであると同時に、考えられている限界性を突破するための創造的、開発的实践もまた要求されている。そのためには、医療ソーシャルワーカーはソーシャルワークを行うソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを把持していなければならない。そして、「人と環境」をキーワードとして、「人」（医療サービス利用者）に、「環境」（利用者以外の人、家族、居住環境、地域環境、社会環境、物理的環境等）に、あるいは「人と環境」双方に働きかけるのである。

専門職ワーカーとしての課題の第二は、医療サービス利用者に対して目を向けるばかりではなく、自分たちの地位向上のために社会に働きかけることである。たとえば、地方自治体等に対して医療・保健分野への定数配置要請運動や、専門職団体が志向する形での医療ソーシャルワーカーの国家資格の制定などに対する働きかけが欠かせない。

専門職ワーカーとしての課題の第三は、ワーカーの専門性を高めることである。日常的には、必要と思われる優先ケースから取り上げて、「アセスメント——処遇計画——実施——評価」の過程を、専門的観点から記録し、内容を討議しあうことがだいじである。そのためには、可能な限り自己研鑽の機会を捉えて、学習会、研究会などを組織したり、各段階の研修に参加したり、スーパービジョン、コンサルテーション、ピア・カウンセリングなどの体験も重要になる。さらにこれらに加えて、現場と教育機関との協働関係を模索することも重要になろう。これは、アドバンスド・コースとして位置づけ、中堅ワーカー以上を対象にした協働関係がもたれる必要がある。教育機関も現場から新しい状況を学ぶことができるし、現場も教育機関から新しい理論やアプローチを学ぶことができる。そして何よりも、医療サービス利用者に対する適切な処遇の検討が共有化されていることが重要である。

5. おわりに

医療ソーシャルワーカーは、社会の中でたいへん重要な役割を果たしているが、かれらへの見返り（ほうび）は決して多くはない。むしろ、率直に言って、少なすぎるといえよう。医療ソーシャルワーカーが置かれている諸条件を改善し、魅力と誇りをもって、医療サービス利用者の「生活の質」（QOL；quality of life）を高める仕事を遂行できるように、多重焦点的に「人（医療ソーシャルワーカー）と環境」に働きかけることが求められているのである。

【引用・参考文献】

貝塚レイ子「『生きたい』と大声で叫びたい！」『ソーシャルワーク研究』8巻1号、相川書房、1982、31頁。

佐藤豊道「社会福祉専門職と専門援助技術」岡本民夫編『社会福祉援助技術総論』川島書店、1990、31頁。

【文献紹介】

Barry Cournoyer:
THE SOCIAL WORK SKILLS WORKBOOK,
WADSWORTH PUBLISHING COMPANY,

Belmont, California 49002, 1991

27.8×21.6cm 384頁

森野郁子

WORKBOOK を辞書で引くと「(教科書と並行して、または教科書代わりに生徒に使われる)練習帳」となっている。この本はまさにソーシャルワークの技法に関する「練習帳」である。

著者の COURNOYER は、15年の実践の後に過去10年間インディアナ大学でソーシャルワークの学生を教えている。社会福祉の授業や教科書は“実践について説明する”が学生は抽象的ではなく“如何に実践を行うか”を具体的に知りたいのだ、という要求に答えるために学生と実践家を対象に、本書は書かれた。

本文は次のような11章より構成されている。

1. はじめに、2. 自己覚知と自己理解、3. 倫理に基づいた決断、4. 話し、傾聴する一人間関係における基礎的なスキル、5. 準備、6. 開始、7. 探索、8. 評価、9. 契約、10. 実際の作業、11. 終結

第1章の前に、別記1の様な LIST OF SOCIAL WORK SKILLS という一覧表があり、第2章より順次各技法のひとつ、ひとつについて具体的な説明がなされている。さらにその後質問が設定されそれに自分の文章で答えるように構成されている。また、自分の現在のスキルを10段階で自己評価していく部分もある。

本文では第2章の自己覚知と自己理解の中の、ソーシャルワーカーの“高い自己評価” SELF-ESTEEM (自尊心と訳されている場合もある)の指標にのみ焦点を当てて紹介する。

高い自己評価はソーシャルワーク実践にとって大切である。自己に対する評価と感情が、しっかりとし、強く、そして高いことが望ましいとされ

ている。ソーシャルワーク実践において、クライアントの自己評価を育成、促進するときにソーシャルワーカーの高い自己評価は力となる。また、ソーシャルワーク実践は多大な情緒的なストレスをもたらすので、高い自己評価をもつソーシャルワーカーの方がストレスとよりうまく取り組み、効果的な援助を提供できる。

自己評価の指標を得るための練習問題・として、別記2のような50項目の質問があり、0:当てはまらない、1:すこし当てはまる、2:かなり当てはまる、3:当てはまる、で答える (SELF-ESTEEM INDEX, THE BARKSDALE FOUNDATION, P.O. BOX 187, IDYLLWILD, CA 92349)。採点には偶数番号の回答スコアの合計から、奇数番号の回答スコアの合計を差し引く。それぞれは具体的な問いなので取り組み易い。大学卒業者の平均指標は+22。+65以上は全領域にわたって高い自己評価をもっているとされている。また、努力によりこの指標を高くすることも指摘されている。

このワークブック全体の、練習問題、ケーススタディと一つ一つ取り組みれば、“実践の経験”を得ることが出来る。

別記1

LIST OF SOCIAL WORK SKILLS

Self-awareness and Self-Understanding

Understanding the Influence of One's Family of Origin

Understanding the Influence of Current Situational Factors

Assessing One's Self-Esteem
Assessing One's Acceptance of Others
Assessing One's Assertiveness
Assessing One's Readiness for Social
Work Practice

Ethical Decision Making

Understanding the Legal Duties of Profes-
sional Helpers
Understanding the Fundamental Values
and the Ethics of Social Work
Ethical Decision Making

Talking and Listening — The Basic Interper- sonal Skills

Using Voice and Speech
Using Body Language
Listening: Hearing, Observing, Encourag-
ing, and Remembering
Active Listening

Preparing

Preparatory Reviewing
Preparatory Exploring
Preparatory Consulting
Preparatory Arranging
Preparatory Empathy
Preliminary Planning
Preparatory Self-Exploration
Centering

Beginning

Introducing Oneself
Seeking Introductions
Describing Initial Purpose
Outlining the Client's Role
Discussing Policy and Ethical Considera-
tions
Seeking Feedback

Exploring

Probing

Seeking Clarification
Reflecting Content
Reflecting Feeling
Reflecting Complex Communications
Partializing
Going Beyond What Is Said

Assessing

Organizing Descriptive Information
Formulating a Tentative Assessment

Contracting

Reflecting the Problem
Sharing Worker's View of the Problem
Specifying Problems for Work
Establishing Goals
Developing a Program for Change
Identifying Action Steps
Planning for Evaluation
Summarizing the Contract

Working

Rehearsing Action Steps
Reviewing Action Steps
Evaluating
Focusing
Education
Advising
Representing
Responding with Immediacy
Reframing
Confronting
Pointing Out Endings
Recording During the Work Phase

Ending

Reviewing the Process
Final Evaluating
Sharing Ending Feelings and Saying Good-
bye
Recording the Closing Summary

別記 2

自己評価指標

スコア

1. 私は大抵の場合他人に劣っていると感じている。
2. 私は普段は自分自身に対して暖かく、満足している。
3. 私はしばしば新しい状況に対処出来ないと感じる。
4. 私は大抵の場合接する全ての人々に対して暖かく、友好的に感じる。
5. 私はいつも自分の間違いや、短所を非難する。
6. 私は恥、非難、罪障感、後悔にとらわれない。
7. 私は自分が価値あり優秀であることを示す強い欲求がある。
8. 私は楽しく、積極的に生活している。
9. 他人が私のことをどう思い、どう言っているか大変気になる。
10. 私は他人が“間違ったことをしても”それを改めさせなくても平気だ。
11. 私は承認と賛成をどうしても受けたい。
12. 私は普段は感情の渦巻、葛藤、挫折にとらわれない。
13. 私は負けると大抵憤慨し、“劣っている”と感じる。
14. 私は大抵の場合新しいことを手掛けるときに、平静な自信をもって臨む。
15. 私はともすれば他人を非難し、彼らが処罰されたらよいのと思う。
16. 私は大抵の場合自分で考え、自分で決断を下す。
17. 私はしばしば能力、富、名声のある人に従う。
18. 私は自分の行動の結果に喜んで責任をとる。
19. 私はよく思われたい為に誇張したり、嘘を言ったりしかねない。
20. 私は自分の欲求や希望に優先権を与えることができる。
21. 私は自分の才能、所有物、業績を過小評価しがちである。
22. 私は大抵の場合自分の意見と信念をハッキリと述べる。
23. 私はいつも自分のあやまちや失敗を否定、言い訳、正当化、合理化する。
24. 私は大抵の場合知らない人々の中でも冷静でリラックスしている。
25. 私はしばしば他人を批判し、見くびる。
26. 私は愛情、怒り、敵意、反抗、喜びを自由に表すことができる。
27. 私は他人の意見、コメント、態度にとっても影響されやすいと思う。
28. 私はほとんど嫉妬、羨望、の気持ちを抱かない。
29. 私は“他人をよろこばす専門家”だ。
30. 私は人種、民族、宗教団体に対して偏見をもっていない。
31. 私は“真の自分”を暴露しないかと恐れている。
32. 私は大抵の場合他人に友好的、親切、寛大である。
33. 私はしばしば自分のハンディキャップ、問題、失敗を他人のせいにする。
34. 私は一人のときに不自由、孤独、孤立を感じることはほとんど無い。
35. 私は強迫的な“完べき主義者”だ。
36. 私は賞賛や贈物を当惑したり義務を負ったと感じないで受け入れる。
37. 私はしばしば食事、喫煙、会話や飲酒を強迫的におこなう。

38. 私は他人の業績や考えを尊重する。
39. 私は間違いや失敗を恐れて新しいことに取り組むのを避ける。
40. 私は懸命に努力しないでも友達を作り、その人たちと友達であり続けられる。
41. 私はしばしば自分の家族や友達の行動に当惑させられる。
42. 私は自分の間違い、短所、失敗を快く認める。
43. 私は自分の行動、意見、信条をどうしても弁護したい。
44. 私は不一致や謝絶を“やり込められた”とか拒否されたと感じない。
45. 私は確認や合意を強く必要とする。
46. 私は新しい考えや提案を積極的に受け入れる。
47. 私は普段自分の価値を他人との比較により決定する。
48. 私は頭に浮かんでくるどの様なことでも自由に考えられる。
49. 私は頻繁に自分、自分の財産や業績を自慢する。
50. 私は自分の権威を受け入れ、自分で判断する。

編集後記

◇「保健・医療分野における社会福祉学を確立し、ソーシャルワークの学術的研究を推進する」ことを目的として日本医療社会福祉学会が結成され、設立大会がもたれたのが1991年9月21日であった。この設立大会での記念講演とシンポジウムをまとめたものを特集として編集した。

◇次号からは、保健・医療分野で働くソーシャルワーカーと研究者が共同して、医療社会福祉学の確立・発展をめざす学術団体の機関誌として、さらに充実した内容になるよう、会員の研究・実践の成果が投稿されることを期待している。

◇本学会では、「医療社会福祉学」は社会福祉学の一分野であることを確認している。保健・医療分野で働くソーシャルワーカーの資格・業務・養成などの制度化もこのことを踏まえた専門的理念に基づいて行われることを期待している。そのための実践現場の条件整備、業務の質の向上、それらが患者・家族の福祉の推進に結びつくような学会活動が期待されている。この機関誌の発行もそのような活動の重要な一翼を担うものとなりたいと願っている。

医療社会福祉研究 第1巻第1号

1992年9月1日 発行

編 集 日本医療社会福祉学会
「医療社会福祉研究」編集委員会

編集責任者 橘高通泰（機関誌担当理事）

発 行 日本医療社会福祉学会
〒259-11 神奈川県伊勢原市望星台
東海大学病院総合相談室内

発行責任者 山手 茂（会長）

印 刷 日本電植株式会社
Tel. 06-352-7502

定 価 1100円

September 1992

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.1 No.1

Social Workers' Services for Health and Medical Care	
—Roles and Specialities—.....Akiie Henry Ninomiya	1
How to Qualify the Roles of Social Workers in Health Care Setting	
—Reviewing my Career as a Hospital Social Worker—	
.....Yukiko Horikosi	16
A Frame of Reference for Social Work in Health	
.....Shigeru Yamate	24
A Task of Social Work Science	
—Specialities of Social Work—Tomohisa Akiyama	36
Expected Responsibilities for Hospital Social Workers	
.....Toyomiti Satou	45
Book Review	
Barry Cournoyer: The Social Work Skills Workbook	
.....Ikuko Morino	50

Published by
JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH
(JSSWH)