

医療社会福祉研究

第2巻 第1号

〈記念講演〉

- 早期退院 包括的な見通しをもつことの必要性 …… O. R. アンベッケン 1

〈論文〉

- 骨髄移植・腎移植とソーシャルワーカーの役割についての一考察
—患者・家族への調査結果をふまえて— …… 大本 和子 他 8
- 腎移植におけるソーシャルワーカーの役割
—患者と家族の心理社会的ストレス— …… 宮崎 清恵 14
- 一病院におけるソーシャルワークサービスの定着に関する一考察
—ソーシャルリスクを巡って— …… 田中千枝子 19
- 介護能力へのサポート面接の効果 …… 笹岡 眞弓 他 24
- 単一事例実験計画法の医療ソーシャルワーク実践への応用
—実証主義に基づく実践へのアプローチ— …… 岡田 進一 30
- 日本人の民族差が治療場面での
ソーシャルワーカー—クライアントの相互交流に与える影響性 …… 得津 慎子 37

〈書評・文献紹介〉

- 山川哲也著「臨床医療ソーシャルワーク」 …… 倉石 哲也 45

Georel Krell

- Predicting Patterns of Social Work Staffing in Hospital Setting
Social Work in Health Care, Vol.9(2) 1983 …… 植田 章 48

1993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 橋高通泰)

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、22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

早期退院——包括的な見通しをもつことの必要性

O. R. アンベッケン*
 訳 和 気 純 子**

入院治療を終了した患者の最も迅速で安全な退院は、合理性に関わる問題であるのみならず、多様な専門領域のもつ文化的土壌にあっては本質的に異なる意味合いを含んでいるように思われます。早期退院に対するインセンティブは、医療における異なる職種間において同一ではありません。本講演では、こうした相違する動機や物の見方、さらに起こりうる対立や葛藤について議論したいと思えます。

日本、スウェーデン、その他の諸国を比較すると、在院日数、病床あたり及び1年あたり患者数、そして病院あたり職員数に主要な差異がみられます。それでは、これらの数値のいくつかを提示し、比較検討してみることにいたします。

なぜ、私たちは退院の問題を取り上げなくてはならないのでしょうか。一つの答えは、それが医療費節減にとって決定的な問題であり、また少なくとも間接的にはありますが、近年のスウェーデン医療制度の大規模な改革における課題であったということにもよっています（この点については後ほどふれます）。もう一つの理由としては、患者が身体的にホスピタライズされるばかりでなく、心理的にもホスピタライズされてしまうという危険性が指摘されます。これは、日本においても同様に重大な問題であるはずですが、日本は、平均在院日数が最も長い国であります。1987年には、平均在院日数は44日で、スウェーデンや大多数の西欧諸国に比べると、比較可能な診断ごとに2～6倍も長くなっています。日本の長期ケア制度が一つの原因としてあげられますが、それだけで膨大な差異を説明することはできません。

スウェーデンにおける全疾患の平均在院日数は、長期ケアも含めて1989年時点で19日でした。表1、

表1 日本における平均在院日数（全疾患）

年	1971	1975	1980	1984	1987
数	50.1	55.8	55.1	40.9	44.0

出典: Health and Welfare Statistics in Japan, 1990

表2 年間平均在院日数（傷病大分類の抜粋による）

傷病大分類	日 本				スウェーデン	
	1970	1980	1984	1987	1988	1989
感染症及び寄生虫症	204	118	48	49	9	12
内分泌、栄養疾患等	63	52	61	55	21	19
精神障害	288	333	305	311	73	68
神経系及び感覚器の疾患	78	86	46	44	20	19
循環系の疾患	71	100	84	84	34	32
呼吸系の疾患	24	26	23	25	17	17
消化系の疾患	28	33	33	33	8	10

（出典）Health and Welfare Statistics in Japan, 1990
 Health and Welfare
 Statistic Association, and Margaret Powell &
 Mashahira Anesaki: Health Care in Japan, Routedge,
 London 1990, Hälsan i Sverige, Hälsostatistisk
 Arsbok 1990 and 1991/92, Statistiska centralbyran

2からも明らかのように、日本における平均在院日数にははっきりとした減少傾向はみられません。この対照的な在院期間の説明変数としては、おそらく文化上の相違と経済的インセンティブがあげられますが、もしかすると単に専門職がとる慣行と伝統に起因しているためだけかもしれません。

* リンシュピン大学(Linköping Univ.) ** 東京都老人総合研究所

日本における長い平均在院日数と低いベッド占有率は、一床あたりの治療患者数が少ないという結果をもたらしています。日本では、年間一床あたり7人の患者が治療を受けるのに対して、スウェーデンでは16人、イギリスでは25人、ドイツでは16人となっています(OECD, 1985, p.115)。諸国間の差異の一つには、同じ傷病に対する再受療と再入院の頻度があります(Kawakita, 1989)。平均すると日本人の年間通院回数は15回であるのに対して、アメリカ人は5回、スウェーデン人は3回です。これには、薬の処方、医療保険と自己負担制度とともに、伝統的慣習が数値に影響を及ぼしていることが指摘されます。しかしながら、スウェーデンでは、1980年から1986年にかけて、外来費用は医療費全体の5%の増加をみえています。この背景には、病院に比べて地域の保健センターに対する態度の変化がうかがわれ、近年は保健センターに人気が集まっています。

また、スウェーデンの統計にみられる興味深い相違は男女差です。年間平均在院日数は、1989年の時点で女性の方が10日も長くなっており、いくつかの診断群ではその差はさらに広がっています。例えば、精神障害では、男性の年間平均在院日数が49日であるのに対して、女性は93日です。スウェーデンにおいても、性役割は同一ではないわけですから、スウェーデンの(メディカル)ソーシャルワーカー(MSW)はこれらの数値を見過すべきではありません。(高齢)女性は、スウェーデンにおいても、配偶者を介護するより重い負担を担っています。インフォーマルケアは、今日でもなお最も重要な介護の担い手であり、また今後もそうあり続けるでしょう。スウェーデンでは(日

本も同様に)、女性の方が男性よりも約5年は寿命が長いのですから、施設では非常に高齢な(veryold)な女性患者がより多く入院・入所しております。約半数の女性患者は85歳以上です。

*スウェーデンでは、ソーシャルワーカーはコミュニティケアの分野でも同じ教育で働けるため、“メディカル”という接頭語は必ずしも用いない。

医療費の確保

日本では、病院に対する診療報酬制度は、このところ次第に診療所の通院ケアを優遇するようになり、病院に対しては平均在院日数を減らすインセンティブを与えているようです。厚生省も、医療消費の増加をコントロールするために患者の自己負担増を奨励する努力を行っています。しかしながら、これは明確な結果を出すにはいたっていないようです。日本における、特に高齢者による医療消費の増大は、世界の中でも最も高いレベルとなっています。医療と、とりわけ年金に関する公共支出の増大を予測してみると、2020年までに、スウェーデンが10パーセントの増加であるのに対して、日本は50パーセント近い増加が見込まれています。スウェーデンでは、退職者人口が日本と同じ比率では増加しないためです。スウェーデンの退職者人口は、すでに数十年前の時点で、緩慢な長期的プロセスを経て最高水準にまで達しているのです(Anbäcken, 1991)。

しかしながら、多くの国々における人口構造の成熟化と医療費の増大傾向を加味すると、将来予測は非常に厳しいものとなります。日本、フランス、ベルギーは、医療費の年間増加率が4パーセントを上回ることになるでしょう。スウェーデンの予測は2パーセント、アメリカは1.5パーセン

表3 スウェーデンにおける男女別平均在院日数
(傷病大分類の抜粋による、1989年)

傷病大分類	男	女
内分泌、栄養疾患等	16	22
精神障害	49	93
神経系及び感覚器の疾患	17	21
循環系の疾患	22	44
呼吸系の疾患	14	21
消化系の疾患	7	10

(出典) Hälsan i Sverige 1991/1992, SCB

表4 1975年～1984年の一人当たり実質医療費増大の将来推移

	1980	2040	年間増加率(%)
日本	100	1725	4.2
スウェーデン	100	433	2.2
イギリス	100	262	1.3
アメリカ	100	435	1.5

出典: Future:Eroupe's ageing population, 1989

トです。ちなみに、表4に示された数値は、“単なる”予測にはすぎませんが、費用節減と高齢者ケアの消費と供給のバランスに関するヒントを与えてくれます。病院内外のソーシャルワーカーは、不必要な入院ケアを回避するための、バッファ機能を果たす可能性があります。

高齢者のケア

年齢階級別の病院費用の内訳をみると、高齢者の病院サービスに対する需要が高まっていることがわかります。これは、基本的には高齢者の一日のベッド当たり費用が増えているのではなく、増大しているのは病院サービスの利用水準なのです。表5からもわかるとおり、若い年齢層の一日のベッド当たり費用は、65歳以上と75歳以上の高齢者よりも増大しているのです。スウェーデンにおける一人当たり医療費は、1985年で208,000円でしたが、これは、日本を約30パーセント上回る数字です*。かりに、1985年人口に1975年当時の年齢別サービス利用率と1985年の物価をあてはめれば、一人当たりの平均額は173,500円に過ぎなかったこととなります(Evans, 1991, p.127)。この一人当たり利用率は、1976年から1985年の間に費用額を20パーセント、あるいは各年単位にすれば2パーセント弱上昇させたこととなります。“しかし、これらのすべての増大は、65歳以上、そしてそのほとんどを占める85パーセント近くが75歳以上の高齢者の支払いの増加によって説明されるのです”(ibid)。

後期高齢者の一日当たり病院ケア費用の上昇率が緩く、一方、サービス利用率が高まっていることを考え併せると、多くの部分が長期ケアに費やされている現行の病院制度の実態を窺うことができます(Evans, 1991)。これは、政府にとっても、スウェーデンのMSWにとっても一つの挑戦といえます。1991年より、スウェーデンの地方社会局は、国会の決議により、すべての長期ケア患者のニーズ(緊急時の救急ケアも含む)に対して責任をもつことになりました。この決議の背景となった白書は、伝統的な高齢者医療の視点が改革されるべきであることを指摘しています。この議論は、高齢者のトータルなニーズのなかで、しばしば中

核を占めているのは社会的側面であるというものです(Socialdept, 1989)。

表5 スウェーデンの年齢階級別病院利用と一人当たりの費用(1976年, 1985年*)

年齢階級	1976	1985	変化	変化(%)
0-14				
一人当たり在院日数	0.60	0.47	-0.13	-21.7
一日当たり費用(円)	29,560	59,880	30,320	102.6
一人当たり費用(円)	17,730	28,140	10,410	58.7
15-44				
一人当たり在院日数	1.33	1.01	-0.32	-24.1
一日当たり費用(円)	28,530	49,950	21,420	75.1
一人当たり費用(円)	37,960	50,450	12,490	32.9
45-64				
一人当たり在院日数	3.25	2.53	-0.72	-22.2
一日当たり費用(円)	27,500	38,230	10,730	39.0
一人当たり費用(円)	89,390	96,740	7,350	8.2
65-74				
一人当たり在院日数	8.20	7.69	-0.51	-6.2
一日当たり費用(円)	24,020	32,350	8,330	34.7
一人当たり費用(円)	197,000	248,800	51,800	26.3
75+				
一人当たり在院日数	27.80	34.27	6.47	23.3
一日当たり費用(円)	19,450	26,220	6,770	34.8
一人当たり費用(円)	540,650	898,570	357,920	66.2

出典:Gerdtham and Jönsson(1991) tables 5 & 6
*23円=1SEK

しかしながら、すべての問題が解決されたわけではありません。解決されるべき重要な課題は、治療が終了した患者の非効率なベッドの占有です。とはいえ、昨年は、治療が終了しても病院に滞在している患者は50パーセントも減少しました。治療が終了した患者への代替的な措置を講じる圧力をかけるため、地方社会局は、治療終了後のその患者の医療費の責任をもたされることになったのです。この方法は、期待された結果を生んでいるようです。それでもなお、不必要な急性、あるいは老人科ケアを受けている患者のために地方社会局が負担する費用は、1992年の当初3か月間で65億円にも達しています。MSWは、地域の代表者

らとともに、この措置の過程を担っています。かりに彼らが、改革以前には虚弱高齢者の責任を負うことを躊躇していたとしても、現在は、高齢者により経済的な生活を見つげださなくてはならないという経済的なインセンティブが課されているのです(Weinberger, 1992)。

職員配置

日本の病院における職員配置は、スウェーデンの病院に比べて類似点も相違点もみられます。1ベッド当たりの平均職員密度は日本の場合が0.8であるのに対して、スウェーデンは1.85になっています。医療ソーシャルワーカー(MSW)に関しては、日本は1病院当たり0.4人でした。それに比べると、スウェーデンは夢のような数字で、18.42人です。ただし、スウェーデンの病院の平均ベッド数が435床であることを忘れてはなりません。日本では、約120床です。これは、スウェーデンのMSWは、一人当たり約25床を担当することを意味しています。これらの数値から容易に想像できるように、もちろん制度は均質に組織されているわけではありません。スウェーデンの病院は、病院の外における協力体制を構築させています。日本の病院は、職員配置にしても他の基準にしても、非常に多様です。例えば、日本の全病院の80パーセントを占める民間病院の平均病床数は100以下です。おそらく、MSWのような特殊職員は、病院分類別に大きな格差があるのでしょう。

日本の公立病院は、100床に25人以上の看護婦を配置しており、これはスウェーデンの病院より若干低い割合です。しかしながら、日本の民間病

院になると、8人で、これは50パーセントも低いこととなります(Ikegami, 1989)。スウェーデンとの比較で最も本質的な差異は、MSWに関する数値です。日本における100床単位のMSWは、0.3人であり、スウェーデンの場合は約4人です(表6参照)。

私は、これがスウェーデンにおいて現実なのか未だ確信をもつにはいたっていませんが、組織研究者としては、健康観や疾病観が、病院や医療の組織機構のなかに反映されるべきであると主張しています。組織論は、医療の背後にある理想や価値観と切り離すことができないのです。最終的に、広義な“ヘルス”の概念が、病院における職員配置にも影響を与えてしかるべきでしょう。

焦点となるべき患者

一連の医療サービスのなかで、患者が果たす役割を常に重視していくことは、重要な課題です。組織的、経済的問題は、自覚された患者の視点にたって解決されるべきです。資源が不足している状況下では、専門的、あるいは政治的な視点が魅力的で効果的に思える場合もありますが、すべての提案やイニシアティブは、それらの視点のみから検討されるべきではありません。この患者側の視点に関する論議は数多く、例えば、(1)それは単純に患者の権利の一つにすぎず、人間の権利に関連したイデオロギー的な問題である。(2)高度な質のケアを受けて満足している患者は、ほったらかしにされ、無視されている患者よりも上手く自身の健康上の問題に対処し、医療的な助言に従う。(3)患者のソーシャル・ネットワークや幸福感は、患者自身の健康や、自身を統制していく能力に重要な影響を与える。もしも相違する視点に対立があるのであれば、患者と高齢者の視点を決定的なものとすべきである。

これは、私たちを、医療サービスにおけるより具体的な次元、すなわちミクロな次元に目をむけさせることとなります。様々な退院戦略をみた場合、それぞれにおいて、誰が得をし損をしているのでしょうか。全体的視野の中には、患者、配偶者、雇用主、医師および医療職員、医療ソーシャルワーカー、病院管理者、そして地方自治体が含

表6 日本とスウェーデンにおける100床単位の医療従事者割合(1899-1989)*

	日本	スウェーデン
医師	9	11
看護婦	22	40
准看護婦(助手含む)	22	72
M S W	0.3	4

* 組織機構の差異により、数値は完全には比較可能ではない

出典: Health and Welfare Statistics in Japan, 1990 and Hälsani Sverige 1991/1992, SCB

まれています。

早期退院の定義は、入院治療終了後における患者の最も迅速で安全な帰宅と開放、ということになります。この定義には、明らかに多様な解釈の余地が残されています。また、早期退院のインセンティブについても、異なる医療分野の集団間において多様です。

(1)患者は、それが最も慣れ親しんでおり、安全で快適であると感じ、自分らしくなれる環境であるため、元の環境に戻ることを願っています。患者は、病院ですべてを失った後に、権力、統制力、そして地位を取り戻すのです。もしも患者が女性であれば、彼女は違った見解を持つかもしれません。彼女が入院することによって失ったものは、料理や掃除といった家事の負担である可能性もあります。

(2)医療的治療を終えた医師は、その患者について専門的知識をそれ以上駆使することができません。専門職としての視点からみれば、患者はすでに“興味深いケース”ではないのです。ここに、財政的／経済的要件が視野に入ってくるわけです。医師に、患者をできるだけ長く病院にとどめておくような強いインセンティブが存在しているのでしょうか。あるいは逆に、できるだけ早期に患者を退院させようとするインセンティブがあるのでしょうか。これらのインセンティブが、医師の行為に影響を与えることを示す兆候がみられます。もしも、病院は、治療終了後の患者から、単に宿泊代のみが支払われているのであれば（医療費はいらないのであるから）、患者を早期退院させようというインセンティブが生まれることになるのは当然といえます。

(3)最後の視点は、直接的に病院経営者の考え方を反映することになります。経営者は、常に安全で効率的な退院のためのオプティマムな期間を模索しなければなりません。今日では、誤診による告発数が先進諸国全体で増加しているように思われます。これは、時として病院経営にも影響を与えることとなります。しかし、同時に、これはアメリカに限ったことではないと思いますが、病院は同じ診療報酬であれば、最も安上がりなグループにケア設備の設置をまかせるという事実が示さ

れています（Fries, Ljunggren, Winblad, 1991）。また、スウェーデンのような限定的な予算制度のもとでは、患者の早期退院によって節約を促すインセンティブが与えられます。

(4)スウェーデンのMSWは、触媒的な役割をはたしています。MSWは、医療と看護の周辺でコミュニケーションを図ることができなければならないと同時に、ボランティアなサービスを含めた、患者が利用可能な地域サービスを見渡すことができなくてはなりません。地方自治体とコミュニティケアでは、患者の早期退院をはからなければならないという圧力が増大しています。ナースング・ホームに比べて、一般病院のコストは倍増しています。サービスホーム（スウェーデンにおけるケア付き住宅）のコスト予測は、病院コストの約10パーセント程度に過ぎないでしょう（ケア付き住宅の家賃は、市場レベルで居住者によって支払われるため、この数値に含まれていません）。

誰が、退院計画において先導的役割をはたすべきであり、また、何がその決定に関する原理原則であるべきなのでしょう。私は、それは、患者の周囲を取り巻く資源と、個々の現実的な状況によって決められるべきであると考えます。もちろん、コミュニティケアに対する圧力の増大は、MSWの役割を矮小化させ、地域のソーシャルワーカーの重要性を強調することにつながる可能性もあります。

ケアと退院の計画

最後に、スウェーデンにおけるケア計画グループ（退院も含む）CHUG、および個人レベルのケア計画であるCIPの組織体系と、退院計画においてMSWが果たしうる主要な役割について素描しておきたいと思います。

最も重要な視点は、患者とその家族／配偶者のものであるべきです。つまり、それは少なくとも以下の4つの側面を意味します。1. 身体的、2. 心理的、3. 宗教または精神的、および4. 社会的な側面です。

ここで、スウェーデンにおいて理想的なモデルとみなされているものについて言及してみます。私は、実際にこれが機能していることをこの目で

見てきました。このモデルによれば、退院計画は、患者の受付の時点から始められるべきです。その後、ケア計画グループ（CGB）は、問題、セラピー、リハビリテーション、そしてケアの目標について話し合います。彼らはまた、患者、願わくは（特に患者が高齢者である場合は）患者の配偶者とともに退院後の状況とニーズについて話し合います。CGBの構成メンバーは、患者に応じて多様となります。ケースマネージャーとなる指導的職種も、患者によってシフトしますが、これはソーシャルワーカーと保健婦間の対立源ともなりえます。前述した白書によれば、ケースマネージャーとなるべき職種は、地域のソーシャルワーカーということになっています。

高度な質のケアは、身体的な治療のプロセスに関連しているのみではなく、円滑な組織運営と技術にもかかっていることを理解することが重要です。これは、私たちがしばしば技術的／臨床的な質と呼ぶところのものです。機能的な質は、患者の心理的、社会的側面にも深く関わっています。主観的な信頼感、快適さ、安全性、職員の丁寧さやコミュニケーション能力も、機能的な質に影響を及ぼすその他の要因です。

退院計画も包含するCHUGの成功は、ケアの総合的な質に関わります。ここで、ソーシャルワーカーの役割が強調されなければなりません。もしも、誰かがケアの包括的な視座をもつべきであるとしたら、それはソーシャルワーカーであるべきでしょう。医師は医学的な専門家ですし、看護婦は特定の疾患に関連した看護プログラムのエキスパートであるはずですが。しかしながら、医療ソーシャルワーカーは、病院の内外で諸資源を組合せ、配分することができなくてはなりません。

医療終了後の退院が早くなればなるほど、医療ソーシャルワーカーの能力が重要になってきます。その能力は、関係職種や機関および患者や職員間のコミュニケーションを生み出す能力や技術から構成されています。早期退院は、しかしながら地域における医療的サポートのために適応しうる地域の受け皿しだいであるともいえます。これなくしては、家族が介護負担のほとんどの部分を負わなくてはなりません。スウェーデンにおける受け

皿は、サービスハウス、サービスアパートメント、痴呆性老人のためのグループホーム、在宅ケア、在宅医療等が含まれます。それにもかかわらず、スウェーデンにおいても家族がケア負担のもっとも大変な部分を請け負わなくてはなりません。スウェーデンにおける高齢者ケアの3分の2は家族によってまかなわれているという事実が、推計や調査結果として示されています。

スウェーデンでは、ほとんどの病院が地域ケア組織とのコミュニケーションのモデルを確立しています。それは、ケアが行われている期間や、患者やその配偶者のみならず、在宅ケアの管理職や地域ケアの訪問看護婦らをしばしば含めた退院計画の会議の場で形成されるのです。

MSWの機能は、もしも患者の周辺のコミュニケーションを強化する戦略が最終的に組織化されるのであれば、相当有益になるはずですが。患者に周囲のコミュニケーションを意識させ、特に患者への強い同一のメッセージを生み出すために、それを査定して調整することが、MSWに課せられた業務です。

退院時の病院から地域ケア機関への公的なコミュニケーションは、全体的なケアのプロセスに関する記録の上に積み上げられるべきです。したがって、ケアのプロセスにおいて記録をつけるのは、医師や看護婦のみならず、ソーシャルワーカーでもあるのです。スウェーデンでは、これらのすべての記録は希望する患者には閲覧が許されていますが、これには専門的な対応が要求されます。

最後に、ケアの質に関して議論を戻すと、私たちは、患者が病院から得た情報や、あるいは他人から病院について見聞きしたことが、患者にとっての質の高いケアの一断片になることに気がつくべきです。人々の間に、病院に対する支持的な口コミによるコミュニケーションがあれば、その患者にとってのトータルなケアの質が高くなる可能性は非常に大きいと言えます。もしもMSWが、患者に対する直接的なサポートのみならず、病院のプロフィールの向上にも貢献できるのであれば、患者はその病院から退院した後、より頑強となることでありましょう。

参考文献

- Anbäcken, O: Hälsa – och sjukvården i Japan, in Arvidsson & Jönsson: Sjukavård i andra länder, SNS 1991.
- Evans, R.G: Reflections on the Revolution in Sweden in Culyer (ed) International Review of the Swedish Health Care System. SNS, Occasional Paper, Nr34, November 1991.
- Ikegami, N: The Japanese Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations, International Symposium on Health Care Systems, Taipei 1989.
- Gerdtham, U – G., and Jönsson, B: Health Care in Sweden, An International Comparison. (Hur höga är hälso – och sjukvård utgifterna? – En internationell jämförelse.) VAGAL, Landstingsförbundet, 1991.
- de Jouvenel, Hugues: EUROPE' S AGEING POPULATION. TRENDS AND CHALLENGES TO 2025, Future (a copublication), Butterworth & Co, Guildford, 1989.
- Kawakita, H: HEALTH CARE IN JAPAN. Japan – Hospitals. The Journal of the Japan Hospitals Association. No 8, July 1989.
- MHW: Health and Welfare Services in Japan, Ministry of Health and Welfare, Tokyo, 1990.
- MHW: Point Fee System, Ministry of Health and Welfare, Tokyo, 1990.
- OECD: Measuring Health Care 1960 – 1983: Expenditure Costs and Performance, Social Policy Studies 2, Paris, OECD, 1985.
- Powell, M. & Anesaki, M: Health Care in Japan, Routledge, London, 1990.
- SCB: Hälsan i Sverige, Hälsostatistisk Årsbok 1990, Statistiska Centralbyrån 1990.
- SCB: Hälsan i Sverige, Hälsostatistisk Årsbok 1991/1992, Statistiska Centralbyrån 1992.
- Socialdepartementet. Ansvar för äldreomsorgen (The responsibility for the care of the elderly) Ds 1989:27.
- Sonoda, K: Health and Illness in Changing Japanese Society. University of Tokyo Press, Tokyo 1988.
- Weinberger, D: Halvering av antalet färdigbehandlade på ett år. Landstingsvärlden 10/1992.

骨髄移植・腎移植とソーシャルワーカーの役割についての一考察

— 患者・家族への調査結果をふまえて —

大本和子* 内田敦子*
中山元子* 山川恵里佳*

はじめに

東海大学病院では、骨髄移植・腎移植ともに、1991年に相次いで実施例が100を超えた。

1981年に当院での骨髄移植開始以来、我々ソーシャルワーカーには、遠隔地からの患者や、経済的問題のある場合に、医師から必要な援助が依頼されていた。

しかし、問題を早期発見し、より有効な援助を提供するために、1990年4月からは、小児科患者に限って、医師が、患者の親に、骨髄移植について説明する場に、ソーシャルワーカーが同席し、その直後に、インタークとオリエンテーションすることをルーティン化させた。

一方、腎移植に関しては、1989年、医師からの要請によって、“移植後”の患者を全員面接するようになった。その目的は、個々の患者の移植後の生活状態を把握して、必要な場合には、ソーシャルワーカーの援助を提供することにあった。

“移植前”に関しては、生体腎移植予定者は、移植前の、検査入院時に、全員にインタークとオリエンテーションを実施。(死体腎移植者に対しては、移植前に面接できる体制にはなっていないため、やむを得ず、移植入院中に必ず面接するようにしている)。

このようにして、ソーシャルワーカーにとっても、移植患者への援助をする機会が増えるにつれて、移植を受ける(た)患者や家族が直面する、心理・社会的問題の特徴、およびソーシャルワーカーの援助を必要とする時期、などが明確になってきた。

そこで、移植を受ける患者や家族の問題の実態

を把握し、より効果的な援助が提供できるようにすることを目的として、骨髄移植および腎移植を受けた患者・家族に対して調査を実施した。

本稿では、それらの調査結果を紹介しながら、移植医療におけるソーシャルワーカーの役割について検討する。

1. 二つの移植医療の違い

「骨髄移植」、「腎移植」の二つの移植医療は、“移植”という点では同じである。しかし両者の間では、“移植を受ける目的”、“当院におけるソーシャルワーク援助の主たる対象者”、“援助期間”、“主たる援助内容”には、表1のような違いがある。本論に入る前に、先ずこの点を明らかにしておきたい。

表1

二つの移植の違い

	骨髄移植	腎移植
受ける目的(動機)	(疾患によっては)、唯一の根治療法である	透析から開放されることによるQOLの向上
ソーシャルワーク援助の主たる対象者	患者の親	患者本人
援助期間	主に、移植入院前から退院までの、比較的限定された期間	移植前から始まって、問題が生じるたび、ある意味では、生涯
主たる援助内容	安定した療養生活を送るための妨げとなるような諸問題の解決・軽減のための援助	移植後生じた心理・社会的諸問題の解決・軽減への援助

1) 移植を受ける目的

骨髄移植の患者が移植を受ける目的は、疾患によっては、「“移植”だけが唯一の根治療法」で、患者が骨髄移植に求めるものは「生命の維持」も

* 東海大学病院総合相談室

キーワード: 骨髄移植 腎移植 ソーシャルワーカーの役割

しくは「病気の再発の防止」で、「これしかない医療」の選択である。

一方、腎移植は、「“移植”以外の治療法（＝透析）がある中で選べる治療法」で、患者は、「透析からの開放」、その結果としての「QOLの向上」等を目的（＝動機）として“移植”を選択する。

このように、両者の間では、“移植”に求めるものが異なっている。

2) 当院におけるソーシャルワークの主たる対象者

当院での骨髄移植は、小児科患者がその多くを占めるため、ソーシャルワーカーの援助対象者は、患者本人と言うよりは、主として患者の親である。

しかし腎移植の場合には、援助対象者は、患者本人で、そのうちの心理・社会的問題に直面している者である。

3) 援助期間と主たる援助内容

骨髄移植を実施している医療機関が、全国的に見てまだまだ限られているため、患者の大部分は、遠隔地（外国を含む）から来院しているという、腎移植者にはない特殊な背景がある。従って、骨髄移植患者の場合、ソーシャルワーカーの援助期間は、移植入院の準備期および入院期間中という、比較的限られた期間である。

主たる援助の内容は、安定した療養生活を送れるようになるために必要な諸問題の解決・軽減である。

腎移植の場合には、移植を受けるのは、働き盛りの年齢層が中心で、彼らは、生計支持者である場合も多い。そんな彼らが、移植後、拒絶反応の慢性化などによって、入退院を繰り返したりした場合、社会生活上に様々な障害が生じ、「移植をすれば健康体になると信じていた。こんなはずではなかった」という事態に直面する。

移植前から、ソーシャルワーカーのコンタクトが開始されていると言うものの、当院での、腎移植者へのソーシャルワーカーの関わりは、“こんなはずではなかった”というような状況にある“一部の患者群”に対する、長期に亘る、心理・

社会的援助がその中心となっている。

2. 調査概要

前記のように、「骨髄移植と腎移植とでは、患者の直面する諸問題の質や時期には、差がある」という我々の理解から、二つの調査（以下、「調査A」「調査B」）は、全く異なった着眼点で実施した。

1) 「調査A」

「調査A」は、「骨髄移植を受けた患者の家族が、患者の移植入院によって直面した諸問題の実態」についてである。調査対象は、当院の全骨髄移植患者100人の内の小児科患者80人（死亡者も含む）の親とし、郵送法で1991年6月に実施し、回収率は77.5%であった。

調査項目の主なものは、「骨髄移植の入院のために自宅から離れて、病院近辺（以下「当地」と略す）に滞在したか」、「移植のための諸経費」、「患者以外の子供の養育者の変更や養育上の問題の有無」、「当地滞在に伴う諸問題」、「供血者探し（集め）に伴う諸問題」、等である。

2) 「調査B」

「調査B」は、腎移植を受けた患者に対する調査で、「『術前に持っていた移植に関する知識』と、『術後直面した現実』との間にはどの程度の“ズレ”があったか」、についてである。

調査の対象者は、1988年以降に当院で移植を受け、現在も当院でフォローしている22人で、面接法で、1992年4月に実施した（有効回答数20）。この内、死体腎移植患者は7名、生体腎移植患者は13名であった。

調査項目は、第一に、腎移植について最低限知っておくべき22の項目、例えば、「生着率」、「免疫抑制剤の生涯服用」、「薬の副作用」などについて、「東海大学病院に、移植のために受診する前から知っていた」か、或は「東海大学病院で説明を受けた」のか、または「移植後わかった」のかについてである。

二番目には、「術前の知識」と、「移植後の状態」との間の一致度、逆に言えばどの程度のズレがあっ

たかについてで、第三点として、「移植前に何を知っておくべきであったと、感じているか」についてである。

3. 調査結果

1) 「調査A」

回答者の平均入院日数は165.9日、入院を契機に当地に引っ越してきた2家族を含めて、73.9%が治療のために、自宅から離れて当地に滞在。滞在期間は平均221日であった。骨髄移植を受けるための経費は、600万円以上かかったと答えた者が、全体の30.5%あり、平均して、当地滞在群が

表2

1. 患者以外の子供の養育者の変更
あり 70.5%
2. 養育者の変更に伴う諸困難(%)

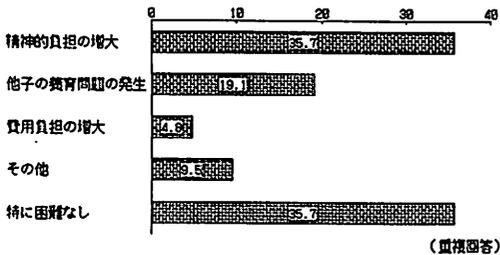
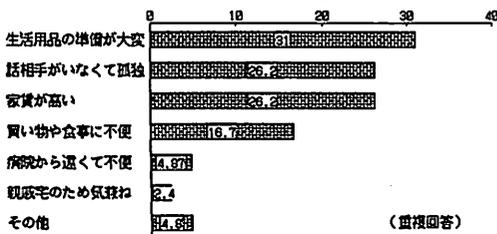
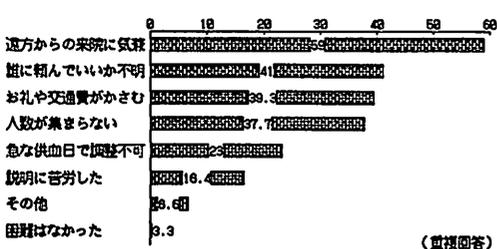


表3、4

当地での生活上の諸困難(%)



供血者探しに伴う諸困難(%)



323.3万円、自宅群で167.7万円であった。

患者以外の子供の養育者の変更は、全体の70.5%、そのために精神的負担が増したり(35.7%)、養育上の問題が発生したり(19.1%)していた。(表2)

当地滞在群が直面した諸困難は、慣れない土地での生活用品の準備が大変(31%)、話相手がいなくて孤独(26.2%)などである。(表3) 供血者検査には、平均して72.3人を集めているが、ほぼ全員が、供血者集めに際して、何等かの困難に直面していた。(表4)

2) 「調査B」

この調査では、表5の通り移植前に、「免疫抑制剤は生涯服用しなければならないこと」や、「移植は健康保険が適応される」などの点については、死体腎移植患者群・生体腎移植患者群、共通して、高い理解度を持っていたことが判った。しかし、「感染しやすいこと」や、「腎機能が低下したら入院しなければならないこと」、「障害年金が停止される可能性がある」等については、両群

表5

移植手術前に患者が知っていた項目 (50%以上のもの)

	死体腎移植患者群	生体腎移植患者群
1	免疫抑制剤の生涯服用 88%	免疫抑制剤の生涯服用 92%
2	健康保険の適用 85%	健康保険の適用 80%
3	飲水・尿量のチェック 71%	術後の透析 76%
4	社会復帰までの期間 71%	入院期間 68%
5	移植後も慢性腎不全 71%	薬の副作用 67%
6	生着率 61%	公費負担の適用 62%
7	術後の透析 58%	社会復帰までの期間 54%
8	再導入の可能性 58%	毎年の検査入院 54%
9	公費負担の適用 58%	
10	入院期間 57%	
11	毎年の検査入院 56%	

表6

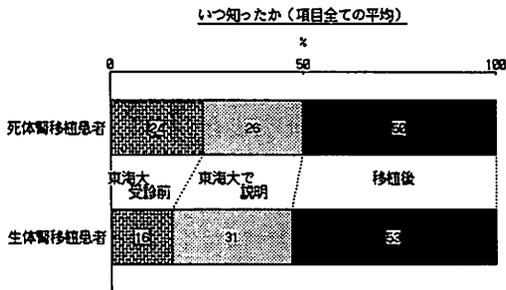
移植手術後知った項目 (50%以上のもの)

	死体腎移植患者群	生体腎移植患者群
1	障害年金停止の可能性 100%	感染症 88%
2	感染症 88%	障害年金停止の可能性 85%
3	腎機能低下等による入院 88%	腎機能低下等による入院 77%
4	妊娠・出産の可能性 88%	塩分やカロリーの制限 77%
5	定期的な外来通院 71%	移植後も慢性腎不全 70%
6	移植後も障害者医療の適用 61%	生着率 69%
7	薬の副作用 57%	飲水・尿量のチェック 68%
8	塩分やカロリーの制限 57%	妊娠・出産の可能性 68%
9	腎機能が正常化 57%	移植後も障害者医療の適用 58%
10		定期的な外来通院 54%
11		腎機能が正常化 54%

とも、「術後知った」と答えたものが、高い比率を占めていた。(表6)

「いつ知ったか」について、調査項目全てを平均すると、移植について知っておくべき項目の半数は、「移植後わかった」と答えていた。(表7)

表7



「術前の移植についての知識が、実際に移植を受けた現在の状態と、実感としての一致度」については、100%一致していると答えている者もいるが、平均すると、死体腎移植群で71%、生体腎移植群は52%で、全体の平均は61%であった。(表8)

表8

術前の知識と現在の状態との一致度

全体	平均: 61% (最高値と最低値をのぞく)
死体腎移植患者群	最も低い者: 5% 最も高い者: 100% (2名) 平均: 71%
生体腎移植患者群	最も低い者: 10% 最も高い者: 100% 平均: 52%

なお、「移植前に知っておくべきだった」と、全員が答えたこととしては、「移植後も食事制限があること」や、「拒絶反応や感染による入院」などの、移植による「リスク」の部分についてであった。

4. 調査から明らかになった心理・社会的問題点

二つの調査から明らかになった心理・社会的諸

問題は以下の通りである。

1) 「調査A」

骨髄移植を受けた患者の親達には、特に母親が、患者にかかりきりのような状態になることによる、患者以外の子供の養育上の問題や、精神的な負担感が生じていた。また、供血者集めに伴う諸困難や、多大な経済的負担の実態などが明らかになった。

特に当地滞在群では、より多額の経済的負担の他に、慣れない土地で、限られた期間での滞り場の確保に伴う困難や、滞り中の孤独感などもあり、自宅との二重生活に伴う、多くの心理・社会的問題に直面することがわかった。

2) 「調査B」

この調査では、移植を受ける前には、「透析や食事制限からの解放」など、腎移植の“メリット”の部分ばかりに目が向きがちで、術後、直面した現実との間に、多くの“ズレ”を感じていたことが明らかになった。

その“ズレ”が大きい場合、現実が起こってきた予期せぬ問題に対処することが出来ず、生活障害を起こしやすいこと、その生活障害は、透析期よりも深刻な場合があり、生活に破綻を来したケースもあることがわかった。

患者の移植前の知識をより深めること、すなわち、「術前の知識 (期待?)」と「術後に直面するかも知れない現実」との“ズレ”を少なくすること、特に、リスク部分についての、患者への、十分な情報提供の必要性と、有効な提供方法の検討が必要であると思われる。

5. 移植医療におけるソーシャルワーカーの役割

以上のような調査結果を踏まえた上で、我々の実践状況も紹介しながら、移植医療におけるソーシャルワーカーの役割として、三つの側面に分類して検討を加える。

1) 患者や家族に対しての役割

患者や家族に対しての役割の果たし方には、次の四つが挙げられる。

① 患者や家族が、移植医療について、より正

確な理解が持てるよう援助すること。

具体的には、医師の説明の場にソーシャルワーカーが同席して、媒介機能を果たす、必要に応じて書籍やパンフレットなどの情報を提供する、体験者や患者会を紹介する、などの方法がある。

我々は、骨髄移植予定者の親に対する医師の説明（所要時間2時間）に同席し、そのあと無菌病棟の見学に同行し、入院生活のイメージ作りや、理解を深めるための援助も、併せて行っている。

当院では、骨髄移植や腎移植を受ける患者や家族が、ソーシャルワーカーの前に現れるときには、「移植を受けること」を、ほとんどの場合、すでに決めている。従って、医師の説明の場に、ソーシャルワーカーが同席した際に、移植を受けるかどうかの「自己決定への援助」という役割を果たすことは少なく、現実には、患者の理解を助けるための援助が、その中心となっている。

患者や家族は、移植医療を「受けるかどうか悩む」よりは、むしろ「何としてでも受けたい」という状態にあるのが通常であることを考えると、この面でのソーシャルワーカーの果たすべき役割は大きいものがあると言えよう。

② 安定した療養生活が維持できるための準備への援助。

この援助のためには、まず患者や家族の移植に対するイメージや、移植のための準備状況をアセスメントし、療養生活へのオリエンテーションをする。

具体的には、必要な費用の準備状況、家族内での役割分担や役割交換の状況、当地滞在の場合の滞在先の確保の見通し、供血者確保の見通し、就労中の場合には、職場での受け入れ状況、入院中の所得保障などをアセスメントする。

そして、現実の必要性との“ズレ”が大きいときには、“ズレ”を埋める方法を検討する。あらゆる社会資源の活用をはじめとして、時には、当地滞在に必要な家財道具を集めて提供したり、当地で、面会時間外に母親が働いて収入を得る方法を検討したり、というようなことも必要となる。

③ 患者や家族の移植前、入院中や移植後の不安感、孤独感など、心理的危機への援助。

医師や看護婦のように、直接治療にたずさわら

ないソーシャルワーカーは、この面で大きな役割を果たすことが出来る。特に個室や無菌病棟入室時には、心理的危機が患者や家族に起こりやすいので、サポートが必要である。

この場合、ケースワーク的援助だけではなく、同じ状況にある者達の支え合いが大いに有効であるので、我々は、セルフヘルプグループを作って、その活動の支援も行っている。

④ 入院中や移植後に、生活設計や家族関係の変化や、破綻に直面した場合、再構築への援助を行うこと。

この場合、家族関係の調整、職場への働きかけなどの具体的援助だけではなく、特に腎移植者では、本人が「生活を再構築していこう」という気持ちになるまでの、心理的援助が重要であると考えている。

2) 移植チームに対しての役割

ここでは、当該患者や家族が、移植医療を乗り切っていけるかどうかの心理・社会的アセスメントを移植チームに報告し、移植の方針に反映させられるようにする、という役割がまず挙げられる。

次に、患者の直面している心理・社会的諸問題を、随時報告し、チーム全体がその認識を深め、その上で医療がすすめられるようにするという役割がある。

3) カンファレンスへの参加

これは、カンファレンスの場で、患者の状態を把握したり、ソーシャルワーカーの立場から発言するという目的だけではなく、ソーシャルワーカーが、移植チームの一員として存在しているということを、他のメンバーに認知されるためのアピールとしての側面もあることを強調したい。そのためには、都合のつく時だけの参加ではなく、「絶えず“いる”」ということが大切である。

4) ソーシャルアクションとして

ソーシャルアクションの内容としては以下のような点が挙げられる。

① 移植を受ける子供とその親が、安い費用で、孤独ではない状態で滞在できる、宿泊施設（＝マ

クドナルドハウス)の設置や、家族が走り回らなくても済むような、供血者登録制度の必要性をマスコミ等を通じて提唱する。

② 移植チームへのソーシャルワーカーの参加の必要性を、あらゆる対象(病院の移植チーム、当該医学会、マスコミなど)に働きかける。

前述の「移植医療におけるソーシャルワーカーの役割」は、あくまで当院での、ソーシャルワーカーの活動から整理したものである。そこで、これからも、新たなニーズや、ソーシャルワーカーが対応すべき問題が出てきたときには、果たすべき役割の追加や変更を、柔軟に行っていかなければならないのは言うまでもないことである。

おわりに

移植を受けるということは、多くのリスクを含み、患者や家族に、大きな犠牲を払うことを強いるものであることから、移植を受ける(た)患者や家族は、様々な時期に、多様な心理・社会的問題に直面する。

近い将来開始されるであろう心臓や肝臓移植などでは、脳死者からの臓器の提供を待たなければならないという、従来経験しなかった課題も生じて来る。そのため、患者や家族の上には、さらに異なった心理・社会的問題の発生が予想される。ソーシャルワーカーは、それらの問題の軽減・解決のために、適切な役割を果たすことが必要である。

脳死移植を今にもスタートさせそうな医療機関の中には、ソーシャルワーカーの置かれていない所も見受けられる。ソーシャルワーカーが、移植チームに欠かせない存在として認知され、移植医療に組み込まれるよう、ソーシャルワーカー側の、取り組みの方針を打ち出す時期にきている、ということ強く訴えたい。

腎移植医療におけるソーシャルワーカーの役割

— 患者と家族の心理社会的ストレス —

宮崎 清恵*

はじめに

本日は今までの事例の検討をもとに、腎移植患者およびその家族の心理社会的問題とソーシャルワーカー（以下ワーカーと略す）の役割について考察を加えたい。

I. 兵庫医科大学病院での腎移植に対するソーシャルワーカーの関わり

兵庫医科大学病院では1983年8月から1992年7月までに95例の腎移植が行われており、これらの男女比はほぼ同数であるが、死体腎が生体腎の約2倍となっている。このうちワーカーが腎移植に伴う問題に対し援助を行ったのは44例(46.3%)である(表1)。

表1 ソーシャルワーク援助対象事例

援助対象総数	44例	(腎移植総数 95例)
男性	25例	(44例)
女性	19例	(51例)
生体腎	18例	(30例)
死体腎	26例	(65例)

(期間：1983年8月～1992年7月)

ワーカーの関わりをみると、最初の6年半は、一般のケースと同じ取扱がなされておりケース数も18例であった。心理社会的問題へ関わることの重要性が医師、看護婦、ワーカーに理解されるようになり、1990年3月から新移植患者全員に対してソーシャルワーカーが面接を開始するようになった。同時に医師や看護婦からの紹介も増え、またワーカーも患者会などを通してその存在のアピールをした。その結果、援助内容も質的、量的に変化し、さらに1992年5月からは、月に2回の腎移

植の専門外来が開設され、ワーカーも適時診察に同席することとなった(表2)。

表2 ソーシャルワーカーのかかわり

① 1983年8月～1990年2月	(腎移植77例)
ソーシャルワーク援助	18例
② 1990年3月～1992年7月	(腎移植18例)
ソーシャルワーク援助	26例
新移植患者へのルーティン面接	16例
旧移植患者への援助	10例
③ 1992年5月	
腎移植専門外来の開設	
ソーシャルワーカーも診察室に同席	

II. ワーカーの関わった事例の概要

ワーカーが関わった44例の概要については、性別では男性25例、女性19例となっている。年齢分布では30代、40代という壮年期の患者が多く、ライフサイクル上の特有の問題を抱えている(表3)。

表3 事例の性別と年齢分布

	10歳未満	10～19	20～29	30～39	40～49	50歳以上	合計
男性	1	2	6	9	6	1	25
女性	—	3	1	6	7	2	19
合計	1	5	7	15	13	3	44

職業については、20代、30代で移植時に無職の人が6人おりこのうち4人が生活保護受給中であった。また働き盛りのサラリーマンが移植者の1/3強を占めており、移植の予後いかんで社会生活に問題を抱えるおそれがあることがわかる(表4)。

援助開始時期については、手術のための入院中は勿論のこと、術後2年以降も援助が必要とされていることがわかる(表5)。

* 兵庫医科大学病院医療社会福祉部

キーワード：腎移植 心理社会的ストレス ソーシャルワーカー

表4 事例の職業と年齢分布

	19歳以下	20～29	30～39	40～49	50歳以上	合計
無職	—	4	2	—	—	6
自営	—	—	1	4	—	5
会社員	—	4	4	3	—	11
公務員	—	—	3	2	—	5
主婦	—	—	5	5	1	11
学生	6	—	—	—	—	6

表5 援助開始時期

	ルーティン面接	その他	合計
腎移植前	—	5	5
入院中手術前	4	3	7
手術後	11	6	17
術後2年未満	1	4	5
2年以上	—	10	10
合計	16	28	44

また移植患者は、1) 経済的問題、2) 制度利用に関する問題、3) 家庭生活上の問題、4) 職業生活上の問題、5) 学校生活上の問題、6) 心理的問題などのような問題を抱えて、ワーカーを訪ねている。これらは疾患を抱える個人が社会生活を営む際に体験する問題とも重なるが、移植医療に特有の状況から引き起こされているものである。

III. 移植患者の抱える状況

移植患者の抱える状況についてみていきたい。

1) 死体腎移植の場合の突然の入院と手術：病院から突然に連絡が入り、心理的にも社会的にも十分な準備期間がないままの手術になってしまうことがある。

2) 移植決定時および移植後の家族力動の変化：移植の選択と決定をめぐる未解決の家族間の心理的葛藤が表面化してきたり、術後の役割の変化への不適応が生じてきたりする。

3) 腎提供者に対する負債の気持ち

4) 移植時にすでにある心理社会的問題：移植前の腎不全の期間にすでになんらかの心理社会的問題を抱えていることがある。

5) 急激な身体上、心理上、生活上の変化：腎不全からの劇的な改善から一種の生まれ変わった

感じを経験する人が多いようである。そして透析がなくなり、自分の時間が増えるという生活上の変化も起こる。

6) 一生涯続ける必要のある服薬および通院：場合によっては突然の入院、頻回の通院を要求される。

7) 拒絶反応や合併症への不安、恐怖

8) 移植患者への無理解と偏見：日常生活能力や心理状態に対して周囲の理解が不十分であり、移植したのだから全くの健康体であると思ったり、反対に特別視されたりする状況がある。

9) ドナー不足のために困難な再移植：移植腎が生着しなかった場合、唯一の希望である再移植がドナー不足のため困難であり、希望が持ちにくい状況に陥る。

10) 透析生活へのマイナスイメージ：移植患者の多くが透析生活からの離脱を願って移植医療を選択している。

11) 移植後生活での高いQOLの期待：少しでも透析の機械から離れた制限のない人間らしい普通の生活を送りたいという希望を持ち多くの人は移植に挑戦している。

12) 社会福祉制度、医療保険制度、年金制度の運用：移植者の生活を支える様々な制度の運用が複雑である。

IV. 事例

[事例 1. 36歳女性]

医学的背景：発病して半年後に透析導入され、導入決定時に主治医より移植を勧められ実母が提供を申しでた。しかし検査の結果不可能となり死体腎移植を希望し、透析歴2年半で、登録後1年半目に移植術が施行された。移植後は軽い拒絶反応にて入院歴はあるものの順調に経過している。

個人的背景：一人娘で生真面目で内省的な性格であり、周囲に合わせて自分を押さえるタイプである。移植のための入院中は、治療や看護には協力的で理解力、自己管理能力ともに良好であった。

社会的背景：結婚後夫の両親と同居し共働きを続け、小学2年生と3歳の娘がいるが、発病後、徐々に夫婦間および夫の両親との歯車がかみ合わなくなり、透析導入後子供を夫の元に残して実家

に帰った。籍は抜けておらず現在離婚について話し合いがなされている。発病を契機に退職し現在は無職で障害年金2級を受給中である。

問題点：まず移植前後に家族関係の葛藤があり、未解決の家庭生活上の問題があった。さらに、移植腎の機能に問題がないにもかかわらず患者の心理状態は不安定で、移植後数カ月は鬱状態で誰とも話したくなく自室に閉じ込めており、それが軽減するとなんでもないことで怒ったり、急に涙が出たり、居ても立ってもおれない感情にかられ、外をうろろうろ歩いたりするようになり、高度な心理的ストレスが存在していた。

問題点の要因：このような問題を引き起こす要因については次のような項目が挙げられる。

1) 価値観の違い、感情的対立の表面化：病院の選択、移植の決定などの場面で、夫やその両親との価値観の違いや感情的対立が表面化してきた。

2) 移植への期待と、現実とのギャップ：思っていたより回復していないと感じたり、何時どうなるかわからない身体を感染症や拒絶反応により実感し、不安が高まっていた。この背景には、移植前に患者が得た情報量が少なかった事や、知識としていても実感として感じられなかったことがある。

3) 婚家に置いてきた子供への罪障感

4) 死体腎提供者への負債の気持ち：人の死と引き換えに大切なものをもらったのだから、元気にならなければ申し訳ないという気持ちが常にあり、強く自分を責めていたようである。

5) 両親の健康上の不安：将来両親を介護する役割をとることになるかも知れないことへの不安や、一人になったときの不安があるという。

6) サポートシステムの機能不全：前述のような様々な不安や苦悩について話し合い、ともに考えていくサポートシステムがうまく機能していない。患者は受診時に明るく元気になった自分を演じており、ストレスがたまり心理的危機状態に陥るまで、医師や看護婦は患者の問題に気付かなかった。また両親には心配かけまいとして、患者は何も言えなかったようであった。医師や看護婦に心理的苦悩を語れなかった原因として、身体症状以外の事を話しても相手にされないのではないかという

恐れがあったとのことである。また他人に悩みを訴えたと励まされ、逆に落ち込んでしまうという体験が患者を臆病にさせていた。

7) 本人の性格と対処規制：患者の自分を責めがちな内省的性格や、婚家先との葛藤を経ての人間不信が問題解決能力に影響を及ぼしていた。

[事例 2. 36歳男性]

医学的背景：透析導入から4カ月後に母親からの生体腎移植を受け順調に経過していた。術後1年3カ月目に急性拒絶反応が生じ、5カ月間の入院生活を余儀なくされた。その入院中、腎機能が次第に低下することから鬱状態に陥り、不穏状態、自殺企図が現れている。退院後、慢性拒絶反応と診断され、いずれ透析となることが医師から本人に告げられている。

個人的背景：生真面目で責任感が強く、自分を押しさえ周囲に合わせるタイプである。知的理解力もあり、移植のための入院時は模範的患者であった。

社会的背景：小学生の子供2人を抱えており、銀行員というストレスのかかる仕事であった。移植後半年間の職場復帰の後、再入院して以来、現在まで1年余り休職中である。

問題点：心理的問題点としては、拒絶反応が出現し腎機能が低下するにつれて鬱状態に陥った。急性症状は服薬にて改善していたが、自宅療養中、居ても立ってもおれない焦燥感、何をしても仕方がないという無力感に支配されることが多く、不安定な精神状態が続いている。職業生活上の問題としては、移植後体調の良いときに人並以上に仕事に打ち込んだ結果こうなったという思いがあり、今の仕事は続けたくない気持ちが強いようであった。しかし次の仕事の目度が立たないという問題があった。経済的問題としては、休職による減給や将来の経済的不安が、持ち家のローンの支払いをかかえ、妻子を養う立場の壮年期の患者にとっては深刻な問題であった。

問題点の要因：このような問題を引き起こす要因については次のような項目が挙げられる。

1) 移植後の医学的状況：拒絶反応が移植後1年以内に現れ腎機能の改善がみられなかった。

2) 移植への期待と現実とのギャップ：患者は

移植前に、様々な知識を得ており、移植後半年経つと移植腎は自分の身体の一部となるという思い込みがあった。そのため、半年間の順調な経過中で、自分は完全に治ったと思い込んでいたようである。従って拒絶反応が出現した時の驚きとショックは非常に大きいものとなっていた。これらの背景には、移植前後患者が得る、または得たい情報は希望を抱かせるような明るい情報にかたよりがちであることが関係しているようである。

3) 腎提供者への負債の気持ち：「元気になるはずだし、そうならないと困る。」という強い気持ちは、母親への負債を反映している。

4) 生活の希望と目標の喪失：この患者の場合、身体も健康で、家計も豊かで自分のライフワークも達成するというに価値をおいており、移植によりそれらが現実のものとなる期待があった。それらの希望が拒絶反応の出現で失われ、人生の目標を見失ってしまったようである。

5) 透析生活の強いマイナスイメージ：いずれ戻らざるを得ない透析生活へのマイナスイメージが強いということがストレスを高めていた。

6) 再移植が困難：こういった移植患者にとり、唯一の希望である再移植が、確率的に困難であるという現実があった。

7) 本人の性格と対処規制：生真面目で融通のきかない本人の性格や、現実をみずに思い込みで処理していくやり方が、ストレスの解消には不適切に働いたようである。

8) サポートシステムの機能不全：移植時の入院中は模範的であった患者が、拒絶反応の出現により一転して問題患者になったことを医療スタッフが理解できず、患者を責める気持ちが強くなったようである。同じように他の患者も、調子の悪い本人を見るのが辛いことなどから次第に遠ざかっていった。

9) 職場環境：金融機関という残業の多い仕事の内容と、営利を追求する企業の体質が本人の療養生活に影響を及ぼした。

10) 経済生活への不安：一家の生計のにない手であれば当然ストレス要因となっていく。

以上二つの事例を紹介したが、2例とも性格的に真面目で理解力も良好で治療や看護にも協力的

であり、患者としては問題ない人達である。しかし移植後の様々なストレスが存在し患者および家族の苦悩が生じている。勿論、患者の全てが同様のストレス状況にあるのではなく、その表れ方や感じ方は個々人の背景により異なる。

筆者が面接した多くの移植患者は、透析生活から離脱できて普通の生活ができることに対して喜びを表現した。多少のストレスは感じて周回の支えや気持ちの切り替え、息抜きによりうまく乗り越えている人もいる。

V. 心理社会的ストレス状況に影響する背景

いままで経験したケースを振り返り、どのような背景が個人のストレス状況に影響を及ぼすのかについてまとめてみよう。

1) 移植後の医学的状況

2) 移植後の身体的、心理的状況の受けとめ方：これには移植前後の情報の与えられ方と取入れ方が大きく関与している。

3) 透析生活と移植生活をどう評価するか：多少のマイナス面があっても、プラス面を評価できればストレスは軽減する。

4) 第三者の善意により自分が生かされていることをどの様に受けとめるか：ある人はそれを励みにし、ある人は無視しようとし、ある人は強い負担を感じる。

5) 患者および家族の性格と対処機制、およびコミュニケーションの能力

6) 自己管理への動機：一生、通院や服薬をし、生活の制限を続けていく動機をどこに求めているかということである。ある人は、家族のために、ある人は透析生活に戻りたくない一心で、またある人はライフワークの実現のために頑張っている。

7) 社会生活や家庭生活での役割があるかどうか：様々な生活の場での役割があることは、自らの価値を高めてストレスを乗り越える力となる。

8) 患者を取り巻くサポートシステムがどれだけ機能しているか

9) 医療機関およびスタッフとの信頼関係が保たれているかどうか：患者が疑問点や不安感を気安くスタッフに相談できるか否か、または患者のさまざまなサインを受け止める姿勢があるか否か

は、定期的に通院する患者にとり大きな影響を及ぼす。

10) 経済生活の安定度

VI. ワーカーの役割

以上見てきた実際の移植患者および家族を取り巻く状況を踏まえてソーシャルワーカーの役割について考えたい(図1)。

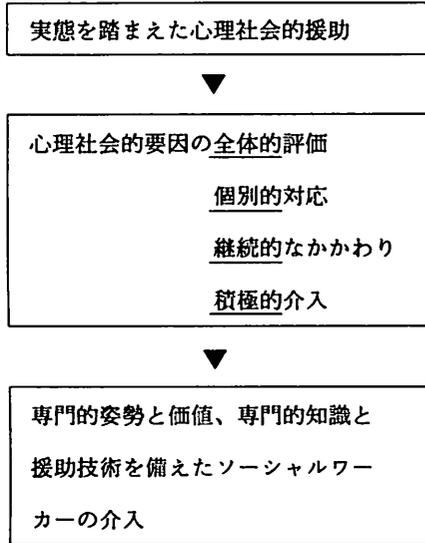


図1 ソーシャルワーカーの役割

移植医療は多くの人々に希望と生きる力を与え、生活の質の向上に寄与している。しかし医療を受ける側の主体である患者の心理や生活の実態について、もう少し眼を向ける必要があるように思われる。移植のみで完結するのではなく、個々の人間にとりどういう生活を提供できるのかに目を向け、少しでも個々の人に価値ある生活を提供できるような援助も考える必要がある。そのためにはいままで述べてきた種々の心理的社会的要因を、全体的に評価し個別的に対応する必要がある。さらにその援助は腎不全の保存的治療期、透析期、移植期を通して継続されなければならない、危機状況の患者が訪れるのを待つよりもこちらから出ていくという積極的介入が要求される。

それには、従来の医師、看護婦というような指

導的な役割をはたすスタッフに加えて、患者と同列の立場でともに問題を解決していく姿勢と価値を持ち、専門的知識や援助技術を備えたワーカーの介入が重要になってくるものと思われる。ワーカーが移植医療の及ぼす身体的、心理的、社会的影響をしっかりとおさえ、自らの職業的価値に立ち援助を行うことにより、ワーカーは、医療スタッフの患者を取り巻く状況の理解に貢献でき、移植医療が患者にとり、より有意義なものになる手助けができると考える。

一般病院におけるソーシャルワークサービスの 定着に関する一考察

—— ソーシャルリスクを巡って ——

田中千枝子*

はじめに

筆者は1990年7月より、一般病院におけるソーシャルワーク部門の新設作業に携わった。この3年間に及ぶ定着化の作業のなかで、医療に福祉の視点が組み込まれることの重要性和同時に、医療組織に対して福祉専門職が入り込む姿勢や戦略・方法論を構築する必要性を痛感した。ここではキーワードとして、“ソーシャルリスク”を使用し、ソーシャルワークの専門性が受け入れられていく組織的定着の過程を辿る。またこれをもとに医療と福祉の関係や、医療福祉の対象についても言及したい。

ソーシャルリスク

ソーシャルリスクとは、ソーシャルワーク援助を必要とする適切な患者の発見・特定を課題としたとき便利な用語である。またそのうち援助を最も必要とする可能性が高い患者集団のことを、ハイリスク患者群という言い方をする。これらは厳密な定義というよりも、より実践的戦略的用語と考えられる。発生地のアメリカでは、退院計画に結び付き、医療経済的貢献の意味合いが強いと考えられている。

しかしここでは、ソーシャルワークの組織内定着をはかるために、組織に対して

- 1) ソーシャルワークとはなにかを効果的に伝達する → “適切”なケースの依頼
- 2) ソーシャルワーク機能を、既存の治療システムや医療チームに脅威や不快感を与えず組み込む → “円滑”な援助計画の遂行
- 3) 『場あたり』や『尻拭い』でなく援助プロセスを経時的に営む → 援助効果が十分認められる

程度に“早期”の出会いなどに着目しつつアプローチを行うために“ソーシャルリスク”を使用する。

適応病院の範囲

こうしたアプローチが有効であると思われる医療機関の規模や性格としては、

- 1) ソーシャルワーカー自身による全員インタークが不可能な規模で、かつ必要な患者が多いもの
そのため他職種からの依頼が不可欠なもの
- 2) 入院から退院、または退院後に至るまでの、通過的または入院・外来の循環的治療プロセスのモデルが、各職種にある程度の幅で共通に存在するもの
- 3) 組織内におけるソーシャルワーカーの役割認識が固定され過ぎず、柔軟性のある動きが許されているもの
- 4) ソーシャルワークの組織的啓蒙活動が、繰り返し行うことが可能な、ある程度の人事的・時間的余裕があるものなどが考えられる。

定着のプロセス=ソーシャルリスクの変化

定着化が進むにつれて、ソーシャルリスク使用の意味合いや目的が変化していく。これを3段階に分ける。

1. 戦略的使用の時期=ハイリスクの強調

ソーシャルワーク部門の創設期であり、他職種からの早期依頼に自動的に直接結びつけ、あるいは特定の人を取り込む必要がある。そこで、戦略としてソーシャルリスクを、リスクファクターとして分類し、それに対応して働きかける対象者および使用する方法を記述した。

* 社会保険中央総合病院

キーワード：ソーシャルリスク ソーシャルワークの機能 ソーシャルワークの組織内定着

ソーシャルリスクファクター

- ① 疾病により障害・再発・再燃が予想されるもの＝リハビリテーション、人工透析、難病どの慢性疾患や癌患者、アルコール依存症、精神疾患患者など
- ② 社会的条件が悪いため、疾病によってさらに困難が予想されるもの＝高齢者、単身者、介護者が高齢・不在、欠損家庭、複雑・不明瞭な家関係、外国人の一部など
- ③ 経済的問題が予想されるもの＝医療費・生活費困窮、個室料金支払い難渋、生活保護患者の一部など
- ④ 疾病の深刻さにより心理・社会的問題が予想されるもの＝植物状態、臨死状態、先天性疾患の出産育児、病状の悪いレベルでの安定、繰り返す入退院、長期入院、ICU・CCU救急入院患者の一部など
- ⑤ 個人的要因に付随して、不利益を被ることが予想されるもの＝患者家族の病状理解が不十分、事務諸手続関係が不案内、情緒的に不安定など

働きかける対象者と方法

①に対応して

この分野は医師看護婦以外の専門職が歴史的にも早くから関わっており、チームアプローチの必要が、お互いの共通認識となっている。その半面、いままで他職種がソーシャルワーカーの役割を果たしてきた自負もあり、参加には注意を要する。

まず集団を動かしているキーパーソンを発見し、理解者となるようにアプローチを行う。これは大抵の場合医師で、介入の糸口は医療費の助成や身体障害者手帳などの制度利用のチェックの必要を主張することが有効である。医療・福祉のコンシューマーとしての患者・家族について話し合うのもよい。また患者の口こみの評価が、他職種にうまく伝わるような工夫も必要である。こうしてこの分

野のルーティンインテークワーカーの役割が確保され、自動的依頼がシステムとして組み込まれることになる。

さらに専門性を受入れて貰うためには、心理・社会的アセスメントを報告書などでチームメンバーに伝え、その意味するところを話し合いによって深めること、さらに定期的にカンファレンスへ出席したり、カンファレンスの機会を意識して設けることも必要である。その結果、「この分野の患者群はハイリスク集団である」とする組織的認識が成立する。

②に対応して

これは特に看護婦による発見が多い。しかし問題は退院直前になって表面化しがちで、そうした尻拭い・後追いでなく、早期依頼に結び付けるための戦略が必要である。ここでのキーパーソンは多くの場合婦長であり、話し合いにより“看護”と“追い出し”役割の並立に関する婦長の心理的負担や、社会資源の知識の乏しさへの不安などを引き出す。

そこでソーシャルワーカーは“追い出し”でなく、“繋ぐ”ことができること、また社会資源の専門家として、良い状態で“繋ぐ”ためには時間がかかることをケースを通じて十分に了解してもらうことが大切である。

これは病院が組織としての“退院計画”を意識することにも繋がり、それに対するソーシャルワーカーへの期待を逆に利用することができる。今まで患者側の社会的条件に対する医師の不信から入院が困難だった患者、病院側の事情で退院を急がされていた患者などに対して、有効な援助の場が広がる。さらに退院ストレスに関してハイリスクの患者群と早期に出会うことによって、退院問題以前の心理・社会的諸問題をあらかじめ解決することで、退院援助もスムーズになる。

これに関しては、1992年8月の筆者の調査によると、実際に退院援助が必要であった患者のうち、直接退院の問題を理由に依頼されたケースは、23%にすぎない。これは一般にソーシャルリスクの高い患者は、結果として退院ストレスにも弱いことを証明していると思われる。

③に対応して

主に事務部門と連携をとる必要のある分野である。単なる事務仕事を避けながら、適切なハイリスクケースを落とさないために、お互いの業務を整理検討する必要がある。また早期の出会い・円滑な援助計画のためには、事務部門の職員の理解を深めるとともに、入院時に相談室のパンフレットを患者全員に渡すなど、患者・家族自身の自発的な相談増加のための配慮が必要である。

④に対応して

これは問題発生の際に職員からの早期依頼が少ない。その理由は深刻な身体的問題に対する、ソーシャルワーク援助の具体的なイメージが湧きにくかったり、また医療側が身体的処置に精一杯で、その他の問題に目が止まりにくい、意識的に目をそらしている場合も多い。ソーシャルワーカーは患者・家族の思いに関して、身体や生命に直接的には触れずに傾聴することができる、また患者の傍らでただ座ることのできる特別な立場性をもつ職種であることの意味を、医師・看護婦に伝えていく。

この立場性はターミナルなどの問題に関して特に顕著である。医療側のペースで進められがちな病状の説明と治療方針に対する家族の理解内容の把握や、みとりに伴う本人・家族の葛藤理解の仕方やその解決方法などに、ソーシャルワークの専門的特徴がよくあらわれている。医療のパターナリズムから一番自由な専門職としての長所を、十分にいかした姿勢が受け入れられる端緒となる。

またこの場合に“ハイリスク”を理由にしたソーシャルワーク介入の必要性の説明は、医療職にとって、治療に対する阻害因子と読み替えることによって、理解しやすいものとなる。また『そうならないために、前もって処遇を行う必要がある』といった予防的視点についても、受け入れやすいと考える。

⑤に対応して

この分野では医療側が投げ出すと、即時に“問題患者”となることが多い。そこでソーシャルワーカーが介入することによって、そう扱われることで、十分な医療サービスを消費できず不利益を被る状況を改善・防止する役割を期待される。しかしこうした状況は、医療側が問題解決・調整に関

してソーシャルワーカーのみに下駄を預けた形になりがちである。それを防止するにはワーカーが、患者・家族とのコミュニケーションがうまくとれない医師・看護婦の悩みや心配を掘り起こすことが大切になる。そしてこれがソーシャルリスクの高い患者として認識され、早期からワーカーが媒介役として、介入できるような医療側の問題意識を磨く必要がある。そしてコミュニケーションや問題の改善を、共に解決していく過程を医療チームとして患者・家族と共有できれば、医療側と対決する単なる敵役や尻拭い役としてのソーシャルワーカー像から、訣別しようと思われる。

以上が、ソーシャルリスクをキーワードに、ソーシャルワークを部門として定着させていく、組織的定着の第一段階と考える。

2. ソーシャルワークの啓蒙の時期＝発生問題のソーシャルリスクによる読み替え

次の段階としては、ケースの発見・特定を適切・円滑・早期に行うため、ケース依頼の理由を退院問題や就職問題などの問題発生局面ではなく、ソーシャルリスクの積み重ねとして置き換えを行う。これはソーシャルワークサービスの定着化を目指す上でも、ソーシャルリスクの意味を噛み砕きつつ伝え、スタッフを啓蒙するためにも大切な視点と思われる。

具体的にはケース依頼の時点で『どうして依頼しようと考えたか』を上記のリスクファクターをもとに、その理由を依頼元に問い返すことを始める。

こうしたやりとりを分析した筆者の調査によれば、1991年度の新規依頼患者数 606件のうち、98件は①に分類されるソーシャルワーク部門定着化の組織的戦略として、自動的依頼システムを設定したため、単独の理由となる。また残りの508件についてみると、依頼理由に複数のファクターがあがったものが89.8%あった。複数の内容は同じ大分類のなかでも、『患者が高齢者で、介護者も高齢だから』など複数の小分類が含まれるものや、『入退院を繰り返す、単身の慢性疾患患者だから』など複数の大分類にまたがる理由が挙げられているものなどいろいろである。結果現状にお

いては、『ソーシャルワーク援助が必要である』とする認識が生じるためには、2つ以上の問題刺激が必要と思われた。

このことは、医療側のソーシャルリスクに関する感受性を磨く必要を、浮かびださせる。そこで発生した問題を一緒にリスクファクターに読み替える作業を通じて、『将来起こりうる社会的な危険度の高い問題を、前もって予防するために依頼する』という、ソーシャルリスクの概念を、医療側に啓蒙することができる。また問題が発生してしまった後ではなく、ソーシャルリスクに対する感受性が高まったが故に、前もって把握できたことをワーカー側が意識的に評価する。こうした教育的フィードバックを何回も繰り返すことで、ソーシャルリスクを利用した啓蒙がはかれるようになる。

これを例証するように、1992年8月の筆者の調査によると、調査対象すべてに関して、複数のリスクファクターが依頼元からあがるようになってきている。

3. ソーシャルワーク機能の内在化の時期＝

ソーシャルリスクの普遍化

病院組織全体として、ソーシャルワーク機能そのものを内在化させていくことは今後の課題である。そこでは適切なサービス供給に関する、組織的コントロールの責任者としてのソーシャルワーカーの役割がクローズアップされる。この背景としては「すべての人間は傷病が生じた瞬間から、新たな意味でソーシャルリスクを背負う」という基本的考え方が据えられる。ソーシャルワーカーはそのリスクの高低や性質を、病院組織がシステムとして判断し、必要ならば解決に向けて動き出せるように仕向けなければならない。またそれらに対応するサービスを、何の目的で、誰が、いつ、どこで、どの様に行う必要があるかをアセスメントし、その判断に関して責任を取る者にならねばならないと思う。

こうしたサービス供給のとらえ方は、ソーシャルワーカーの限られた“力”の配分を次の課題にする。そこではソーシャルリスクををさらに分析することによって、一定の様式によるサービスを

受ける必要性の高い患者群と、さらに特別なサービスを個別に必要とする患者群に分類することが有効であると思われる。これは今後ソーシャルワーカー自身の力を注ぐ方向とその方法論の模索にとって、よい視点であろう。

まとめと若干の問題への応答

一般病院にソーシャルワーク部門を新設する作業に携わった経験から、その専門性を組織として定着・浸透させていく過程と方法論を分析した。

まず部門としての定着化をすすめるために、ソーシャルリスクを要素別に分類し、それぞれに対して組織的戦略的アプローチを行う。またその目的は、専門的ソーシャルワーク介入が必要となる問題に関して、その姿勢や立場性を保持しつつ、適切・早期・円滑の3原則にかなうよう、医療側に配慮されるようにすることである。

次にソーシャルワークを組織的に啓蒙していく作業が必要である。そのため問題をソーシャルリスクの集合体として認識し、そのことを仲立ちとして、依頼元の医療側とソーシャルワーカーの間で、効果的な教育的フィードバックが行われるようにする。ソーシャルリスクをキーワードにすることで、こうした啓蒙活動が容易となる。

最終的には、ソーシャルワークの専門性を、機能として病院組織に内在させていくことを課題とする。そのために病院としてソーシャルリスクを意識したサービスの在り方に関して、管理の責任者としてソーシャルワーカーの役割が強調される。

いわゆるCOS運動の昔から、適切なソーシャルワークの対象と問題を見出すことは、永遠のテーマである。今回はキーワードとしてソーシャルリスクを使い、「すべての人間は傷病を生じた瞬間から、新たな意味でソーシャルリスクを背負う」という認識を基本にする。そしてコンシューマーとしての患者・家族全体に関わる問題として、ソーシャルワークの対象を規定する意味合いを込めた。これは医療福祉の対象論の一方方向性を示すものとも考えられる。

ただしこの考え方に関する若干の問題提起への応答も、合わせて指摘したい。

まず本来の援助対象は低所得者を中心とした要

保護層であり、扱う問題は政策的保護を要するものとする視点である。ソーシャルリスクがあまりにも広く対象や問題を見回すため、本来の援助を本当に必要とするものを見失う危険が指摘される。しかし半面医療のコンシューマーとしての患者・家族の権利や、今まで放置され未解決でありかつ、今後医療の進歩ゆえ広がるであろう問題の大きさを考える。そうした医療が生み出す社会的構造的問題をとらえるためには、経済問題中心の下支えでない形だからこそ、ソーシャルリスクの特徴が生かせると考える。

他方コンシューマーとしての患者・家族の立場性と医療側主導のリスク構想の間の違和感や、医学モデルに毒されている“リスク”という用語使用に抵抗を感じる視点がある。これはリスクという未然のおそれや予想で関わることで、患者・家族の自己決定権の浸蝕になるとか、結局は医療経済主導の退院計画に乗せるためのソーシャルリスクなのだといった批判に繋がる。

これら対しては、ソーシャルワーカーが専門的に積極的に関わることによってこそ、正しい意味合いにすることが可能であることを強調したい。例えば消費することのできるサービスを積極的に開示し、豊かな自己決定に結び付けるための対象発見の手掛かりとする。また退院ストレスだけではなく、多くの社会的刺激・局面において弱者である対象を、早期に発見し問題解決へ導くための手掛かりとして、使用することなどである。

以上、医療組織に対して、ソーシャルワークの専門性を意識した、定着アプローチの方法論を提示した。このソーシャルリスクの使用は筆者の一試案に過ぎないが、実際組織内に専門性を浸透させるときに、周囲の人々の早い理解、幅広い使用対象、ソーシャルワークに関する組織的理解の促進などの点で、長所が顕著であると思われる。今後これが皆様の指摘・批判を受け、組織内定着のための方法論として漸次発展していくことを望んでやまない。

【参考文献】

1) 医療社会問題研究会編：「医療社会事業論」pp. 1～16、ミネルヴァ書房、1971年

- 2) 児島美津子：「寝たきりにさせない福祉」pp.139～143、ミネルヴァ書房、1993年
- 3) 杉本照子：「医療におけるケースワークの実際」医学書院、1966年
- 4) 中島さつき：「医療社会事業」pp.24～53、誠信書房、1964年
- 5) アキエ・ヘンリー・ニノミヤ：「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」『医療社会福祉研究』1巻1号、日本医療社会福祉学会、pp. 1～15、1992年
- 6) 保健医療の専門ソーシャルワーク研究会編：「保健医療の専門ソーシャルワーク」pp. 2～25、中央法規出版、1991年
- 7) 星野有史：「ソーシャルワーク実践の概念化に関する今日的課題」『ソーシャルワーク研究』18巻2号、pp.87～94、1992年
- 8) Paul Bywater, "Case Finding and Screening for Social Work in Acute General Hospitals", Br. J. social Work, vol.21, (1991)
- 9) Janice Paneth and Hannah Lipsky, "Utilization Review and Social Works Role", Professional Accountability for Social Work Practice, (1988)
- 10) Helen Rehr, Barbara Berkman and Gary Rosenberg, "Screening for High Social Risk: Principles and Problems", Social Work, September, (1980)

介護能力へのサポート面接の効果

笹岡 眞弓*
福山 和女**

はじめに

要介護者の増加傾向は、高齢者のみに限られていない。¹⁾介護問題は今や最も深刻な社会問題の一つである。介護者の絶対量の不足という現実問題との取組みに、まずあげられるのはマン・パワーの確保、社会資源の充実である。その対応策の一つとして、外部サービスの提供による家族介護の機能の強化という方針がとられはじめた。

家族機能の低下が著しい現在、それを強化する目的の外部サービスの導入が効果を上げるためには多くの問題がある。袖井はデイケアやショートステイの利用が施設入所の契機となるという例をあげ、外部サービスの利用がサービスの依存を高め、家族の介護継続意志を弱めることもありうる指摘している。²⁾更に、増設される資源が高齢者・障害者の人口比に追いついていけない事実も問題として提起できよう。

ここでは既存の家族介護能力に注目し、その維持・強化にはサポート面接が有効であり、現存の問題への対応策の一つとして評価できると考えた。

サポート面接とは、主要な社会資源の一つである家族の持つ介護能力の維持・強化をめざした介護者への面接である。

この論文はサポート面接の有効性について検討することを目的とする。

枠組みとしては、サポート面接の効果について仮説を立て、介護のダイナミクスを把握し、事例を用いてその用語分析のデータから仮説の妥当性について検証する。また更にこの方法論の課題についても考察することとする。

第一章 仮説設定

危機に直面している人へのサポートの重要性は認識されてきている。³⁾人は突然の大きな危機に

対応することよりも、むしろ絶え間のない危機に対応することの方がストレスがより高いことも指摘されている。⁴⁾介護はまさに危機の継続であり、介護行為に介護者の情緒側面の影響は明らかである。⁵⁾この点からも介護者へのサポート面接の実施は意義深いものと考えられる。

これまでの文献によると、サポート面接の方法論についてはまだ十分に論じられていないと言わざるをえない。特に介護意欲の高い介護者が燃えつきたり、自己の介護内容、質やその価値に自信を失ったり、専門施設への依存度を高めたりする状況が多々みられる。そのため主要な社会資源である家族の活用を目的とする一方法論の確立は必要である。

本稿では、サポート面接を疾病を機に要介護者となった患者を抱える家族の介護能力の再開発をすすめる一方法論として位置付け詳細に検討する。

サポート面接は次の5段階を踏む。

- ① 第一段階：面接の目的提示
- ② 第二段階：家族員の役割の再規定
家族員の能力及び感情把握
- ③ 第三段階：介護限界の言語化
- ④ 第四段階：介護の独自性の尊重
- ⑤ 第五段階：介護評価

この各段階での援助の具体的な枠組みを以下のよう考えた。

a) 第一段階：

この段階では介護者が自己の介護の仕方に対してなんらかの疑問を抱き始めた頃相談面接を開始する。援助目的は、介護者集団が介護する価値について話し合いその介護意欲の持続を図ることとした。

* 東京通信病院 ** 日本ルーテル神学大学 Key word：サポート面接、介護能力の維持・強化、介護ダイナミクス

b) 第二段階：

この段階では家族員の役割の再規定と家族員の能力及び感情把握を主要テーマとした。ある家族をモデルとして次のように設定する。妻であり要介護者である患者をAとし、その夫、こども2人という家族構成である。図1はこの家族が疾病を契機にどの様に変化するかを示したものである。Aさんは病気の発生を契機に、妻・母親の役割を喪失して患者というラベルにおさまる。と同時にこの家族の介護側も一時的に夫・父親・子供という家族員としての機能の喪失が生じ、介護集団を形成する。

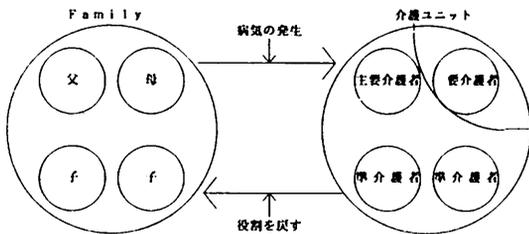


図 1

家族はこうして介護ユニットへと移行する。このユニットは要介護者と介護者及び準介護者の介護者集団からなり、病気との取組み・介護という役割が主要となり、その意味から役割の一元化がなされる。この一元化は介護上の様々な問題、特に介護の過剰負担、介護放棄などの現象を引き起こすと考える。

このように介護のみに専念するという役割の一元化は、介護者としての取組み意欲が高いほど顕著におこると考えられる。また、医療側のスタッフとしては、しばしばこのような家族は介護に熱心な家族と考え、“問題のない家族”として捉えがちである。こうした家族が後に燃えつき傾向を示す例は多く、その時点での援助には限界がある。⁶⁾むしろ予知可能なものとして早期に援助できないものであろうか。

この段階では家族のユニットとしての意欲の総量の温存を図りながら、役割を介護者だけでなく家族員としてのものも再獲得させる面接を早期に行う必要があると仮定した。⁷⁾更に、介護者は要介護者の深刻な意思疎通上の無能力さを安易にあきらめてしまうことが多く見られる。ソーシャル

ワーカーは彼らの独自の家族のコミュニケーション形態の増強を図ることも肝要である。

c) 第三段階：

この段階では介護限界の言語化をその目的とした。介護を「疾病或いは障害をもった人(家族)への物理的、心理的、社会的サポート」と規定する。⁸⁾

家族員の一員が突然障害・病気になると要介護者となり、同時に他の家族員は主要介護者もしくは準介護者とラベリングされ家族集団は介護ユニットに移行する。

この時、この介護ユニット内のダイナミクスについて以下の様に考える。

各家族の介護意欲の量は、それぞれの家族によって、量的には多い少ないの差異がありまた質的にはプラスとマイナスの二つのものが考えられる。この介護意欲量が一つの家族の中で一定だとする。家族の構成員の分担比率も家族の成立のプロセスによって規定されてきたものと考えられる。

図2は、この危機への対応のバランスの崩れを図示した。

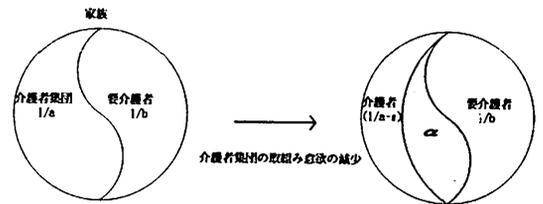


図 2

介護者の取組み意欲が過剰な場合、それは介護者例えばA家族では夫が家族員としての役割を機能せず、介護者としての役割の一元化に陥っているのだと捉えられる。その結果介護者は要介護者への介護能力の自信を失い、情緒的にも不安定な状態になる。しかし病院スタッフや親戚など関係者はこの状態を介護による“過労”からだとして認識する。そのため介護者が疲労を訴えたと、この疲労を取り除こうと安易に負担軽減を図り、つまりα部分に外部サービスの導入を行う。これは介護者の介護意欲量からエネルギーを取り去る結果となり、この家族の介護量のバランスが極端に崩される。

時にはソーシャルワーカーが介護者の負担軽減

のための援助として社会資源の即時導入をはかることがある。これも取組み意欲の減少を引き起こす結果となり、新たな問題を生じさせることも起こりうる。従来の介護負担率（介護者1/a、要介護者1/b）が変化する、つまり介護集団が1/a- α まで介護意欲を減少したとき、 α 部分は責任を表明できない要介護者に振り向けられると規定する。他方、介護者が介護意欲を喪失することにより要介護者にそのしわよせが起こることがありうる。そして、 α を持ち堪えられない要介護者は病状の悪化等も引き起こすことが考えられる。以上の考察から、家族の持っていた介護意欲の総量の急速な低下は介護放棄を招きうるということが明らかとなる。

そこで効果的なソーシャルワーク援助を行うには、家族ユニットとしての介護意欲の量、及び分担比率についてアセスメントする必要があると規定した。そのため介護限界の言語化を促した。

d) 第四段階：

この段階では介護の独自性の尊重をその目的とした。

介護の専門家としては、“素人”である介護集団の介護についての不十分さが眼にとまり、新しいノウハウを教示する傾向に入りやすい。前段階では介護集団の独自性を明確にし、この第四段階では医療スタッフや関係者との歩合わせを図ることをその目的とした。

e) 第五段階：

この段階では介護評価をする。

介護者集団の介護努力の効果として機能回復を認識することをその目的とし、適宜に社会資源の導入を図る。

介護のダイナミックスを上述のように規定し、「介護効果を上げるには介護者集団へのサポート面接によって、潜在的且つ現実的な介護能力の維持・強化が図れる」と仮説を立てた。次章では事例へのサポート面接の概要を記す。

第二章 事例概要及び援助プロセス

事例概要：

患者（女性、47歳、東京都区内在住）は1990年く

も膜下出血をおこし、機能障害として著名な発動性低下、右不全片麻痺、言語機能障害を残した。家族構成は、50歳の夫と11歳、9歳の子供である。

援助プロセス

インテークの前にAさんの夫が病室で居眠りをしていたのを見つけ、ストレス過剰による燃えつき症候群を予想し、ソーシャルワーカーから主治医に面接援助を提案した。インテーク時よりスーパービジョンを受け、経過は約1年間で要し14回の定期面接を行った。援助プロセスは上述の5段階を経た。

① 第一段階（面接の目的提示）

夫が介護していることの価値について話し合い、定期面接の契約を結び夫の思いを傾聴する。

② 第二段階（家族員の役割の再規定と家族員の能力及び感情把握）

深刻で重症の意思疎通上の問題を持つ患者と夫のコミュニケーションの増強を図るため、妻がコミュニケーション可能であることを先ずソーシャルワーカーが認識し、面接の始めに毎回「奥様に相談室での話の内容を伝えましたか？」と聞き、妻とのコミュニケーションパターンの自覚を促す。

夫が介護者であることの価値の増強を図り、介護努力のむくわれなさについて表出させ、感情を把握する。

③ 第三段階（介護限界の言語化）

介護の限界について言語化しても、自分の役割が奪われないことの保証があることを第二段階で確認しておくことにより、患者の問題行動について、また介護者である夫の不安を表出させることは、現実検討能力の維持・強化につながる。

同時に死についての感情表出を促し、受容を強化する。この時、介護のダイナミックスについて考慮し、この時点での夫の不安の安易な引き下げをさせないことが必要である。

④ 第四段階（介護の独自性の尊重）

外泊、退院など社会資源を必要とする段階を迎えて、初めてユニットを崩さない形で補充として

資源の活用を提供する。家族の充実感を損なわず介護意欲の維持を図る。

⑤ 第五段階 (介護評価)

今後の介護の継続のために、夫が自ら選び取った面接という経過の振り返りを通して、夫の介護努力が妻の機能回復をもたらしたことを確認する。

以上の5段階を経て、面接は終了し、介護ユニットに移行したA家族は従来の家族単位の復帰ができ援助目標は達成された。次章では面接記録の用語分析を用い、この効果を検証する。

第三章 用語分析

用語分析は、14回の面接記録の各セッションの3/4の部分の時間帯をとりあげた。40分間の面接であればその20分から30分の経過時である。この時間帯は最も面接の本質が表出された頃であると考えた。面接を受けた夫の言った言葉を用語として抜き出したものを集計して分析した。

用語は次の5項目に分類した。⁹⁾各用語は単語・単文レベルに分け、各段階毎に集計した。

- | | |
|------------------------|-----|
| (1) 覚悟 | 表 1 |
| (2) 期待 | 表 2 |
| (3) 問題行動 (患者・家族) | 表 3 |
| (4) ソーシャルサポート (構成員・内容) | 表 4 |
| (5) 取組み行動 (方法・効果) | 表 5 |

その結果が図3・図4である。これについて以下の様に分析した。

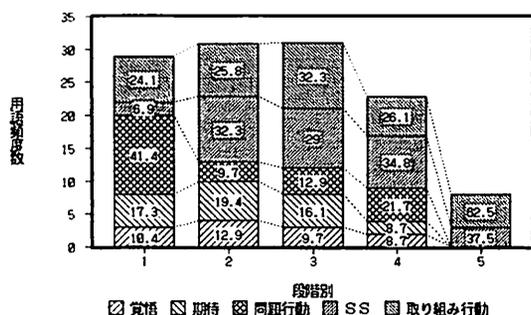


図 3

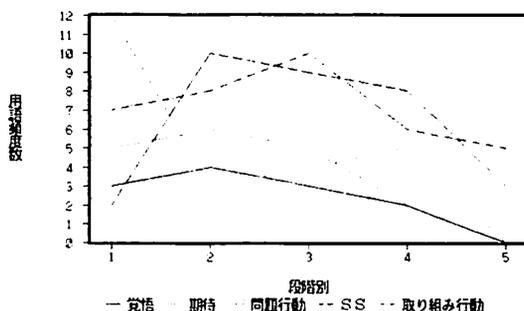


図 4

表 1~3

表 1 覚悟

覚悟	段階	1	2	3	4	5	計
	絶えず頭にある	1	2	1	1		
ふんざりがついた	1	1		1			3
死ぬ	1		2				3
腹をくくる		1					1
計		3	4	3	2	0	12

表 2 期待

期待	段階	1	2	3	4	5	計
	患者機能の向上	2	5	2			
生きていてほしい	1		1	2			4
自宅療養	1	1	1				3
欲が出る	1						1
何とかなる			1				1
計		5	6	5	2	0	18

表 3 問題行動

患者	段階	1	2	3	4	5	計
	知的な理解がない	1	1	1	2		
トイレができない	3		1				4
転院をいそがされる	1	1					2
気持ち悪い				2			2
食事ができない	1						1
管を引き抜く	1						1
水がのめない	1						1
難しい					1		1
B 家族	展望が見えない	1	1	1			3
困る	1		1				2
不安	1						1
酒を飲む	1						1
計		12	3	4	5	0	24

表4、5

表4 ソーシャルサポート

		段階	1	2	3	4	5	計
A 構 成 員	妻		4	2	2			8
	子供		2	1	2			5
	世話してくれる人					3		3
	相談員	1		1				2
	夫婦		1					1
	友人		1					1
	人間					1		1
B 内 容	家族の話を聞く			3				3
	同窓会		1					1
	助かる					1		1
	クッションになる					1		1
	周りから言われる	1		1				2
容 易	話さない		1	1				2
	誰にも理解されない						1	1
	計	2	10	9	8	3		32

表5 取組み行動

		段階	1	2	3	4	5	計
A 方 法	対応方法を考える				2	1	1	4
	おむつをかえる	1				1	1	3
	事前対処	1	1				1	3
	毎日見舞う	1	1					2
	頑張っている			2				2
	水分を摂取させる		2					2
	外泊させる			2				2
	言葉かけ			1	1			2
	一生懸命やっている	1						1
	マッサージ		1					1
	勉強する		1					1
	いろいろ試す		1					1
	チェックする			1				1
	強くする					1		1
	慣れる					1		1
	衝突しない						1	1
	調整する					1		1
	頭をなでる						1	1
	B 効 果	気持よさそうにする	1		1			
改善		1	1					2
表情がでてきた		1						1
生命力				1				1
	計	7	8	10	6	5		36

①「覚悟・期待」の項目は、第一段階から第三段階まで全体の約3割を占めるが、第四段階に半減し第五段階では0になる。

②「取組み行動」については各段階一定量あり、第五段階では平均値(7.2)よりやや低い値(5)である。

③「ソーシャルサポート」については第一段階では少なく第二段階から第五段階まで3割から4割表現され一定化している。特に家族員としての用語数が第二・三・四段階では多く出現した。この分析結果を以下のように解釈した。

①「覚悟」を第三段階まで一定量表出させたことで、現実検討能力が強化され「期待」も同様の割合で減少し両項目ともゼロ値で面接が終了し、現実を受け容れていることが確認された。

②第二段階で家族員の役割の再規定を行い、介護者の急速な介護責任の過少現象を起こさないように介護のダイナミクスを考慮したことで、「取組み行動」の適切な量が維持された。

③「ソーシャルサポート」を平均化させたことで、夫の介護能力を要介護者が妻として家族単位に復帰するまでに維持させることを可能とした。

第四章 結論

サポート面接の実施により、介護者の潜在的現実検討能力の再活用ができ、介護意欲の持続を果たし、要介護者の家族員としての再復帰を可能にした。

この方法論の有効性を検証するためには、事例の量を重ね更に検討することが必要であり、今後の課題とする。

おわりに

ソーシャルワーカーが日々業務として取り組んでいる“面接”から、方法論を編み出すことが今求められている。

役に立つ援助を達成するために、この方法論のさらなる検証に努めたい。

注

- 1) 厚生白書 平成4年
- 2) 袖井孝子:「家族の変化と老人介護の将来」、社会福

社学、32-1、16-36、1991

3) Bonnie E. Carlson, Neil J Cervera :「Incarceration, Coping, and Support」、Social Work、36-4、279-285、1991

4) Mary Van Hook : 「Family Response to the Farm Crisis; A Study in Coping」 Social Work、35-5、425-431、1990

5) Ellen Bartoldus, Beth Gillery, Phyllis J. Sturges :「Job-related Stress and Coping among Home-Care Workers with Elderly People」 HEALTH AND SOCIAL WORK、AUGUST、204-210、1989

6) 福山和女 :「痴呆老人の在宅ケアと家族援助 日本文化の「介護への思いやり」についてその力働を考える」、精神療法、19-2、133-139、1993

7) テーケン, A、福山和女、宮内佳代子 : 「遺族及び老人介護家族に対する包括的アフターケアプログラムの実践(その2)」、死の臨床、15-2、135-136、1992

8) 介護は様々な形で定義されているが、季刊・社会保障研究26巻1号「介護システムの構築」を参考にして定義付けた。

9) 用語分析における(覚悟・期待・問題行動・ソーシャルサポート・とりくみ行動)の五項目については、試案である。

単一事例実験計画法の医療ソーシャルワーク 実践への応用

— 実証主義に基づく実践へのアプローチ —

岡田進一*

1. はじめに

近年、医療ソーシャルワークにおけるサービスの質が問われるようになるにつれて、処遇評価に関心が高まってきている。しかしながら、長い間、ソーシャルワーカーは、調査などの科学的な手法によって得られた知識を利用して実践をおこなってきたのではなく、実践のなかで育まれた知恵 (Practical Wisdom) や直感によって実践をおこなってきた。実際、ソーシャルワークの実践のための理論の多くは、調査などにもとづいて築き上げられたものではない。¹⁾

1973年に、フィッシャー (Fischer) が、「ケースワークは効果があるのか。」と題する論文を発表し、ソーシャルワークの中でおこなわれる処遇に対して大きな疑問を投げかけた。²⁾ それ以降、ソーシャルワーク実践で用いられる処遇を科学的に調査しようとする試みが始められた。³⁾

しかし、ソーシャルワーカーや心理療法士らは、調査者による処遇評価に関する調査に対して、あまり賛同的ではなかった。1970年代、調査者は、グループ間比較実験計画法を主に用いて処遇評価をおこなっていたが、この調査方法を用いて処遇評価をおこなうことに、ワーカーや心理療法士には抵抗があった。⁴⁾⁵⁾⁶⁾ 理由として、その調査方法では、(1)それぞれのクライアントの変化を観察することができない、(2)クライアントの変化のプロセスを観察することができない、(3)処遇をおこなわない統制群を用いるが、実践現場では、倫理上、統制群を用いることができない、などが挙げられる。

そこで、行動療法士や行動ケースワーカーの間

では、臨床現場でも使用できる調査方法が開発され、科学的な方法で処遇評価がおこなわれている。この方法 (単一事例実験計画法) は、医療ソーシャルワーク実践での処遇評価に適していると考えられるので、本稿において単一事例実験計画法の医療ソーシャルワーク実践への応用について考察する。

2. 法則定立型調査法と個性記述型調査法

調査の方法には、法則定立型 (Nomothetic) と個性記述型 (Idiographic) とがある。法則定立型は、人間行動に関する一般的な法則を見いだすために、大量の観察やデータにもとづいて分析しようとする調査方法である。一方、個性記述型は、それぞれの事例の観察や分析を通じて、個人の変化の過程を捉えようとする調査方法である。個人の行動が一定の法則に従って生起しているので、個人の行動を緻密に観察することにより、一般的な法則を導きだすことができるということを個性記述型調査法は前提としている。⁷⁾

法則定立型調査法の具体的な例として、アンケート形式などの質問紙を用いておこなう入院中の患者や患者の家族に対するニーズ調査が挙げられる。また、個性記述型調査法的具体例として、ソーシャルワーカーがよく用いる事例研究法が挙げられる。

調査者は、一般的に法則定立型調査に関心があり、ワーカーや心理療法士は、個性記述型調査に関心があると考えられている。⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾ その主な理由に、ワーカーや心理療法士がクライアントの変化や変化のプロセスに関することに重点をおいていることが挙げられる。そのような個人に焦点をあてる個性記述型調査の一つとして、単一事例実験計画法がある。

*コロンビア大学社会福祉学大学院

キーワード：処遇評価・処遇目標・内的妥当性・ベースライン観察

3. 単一事例実験計画法の一般的な手続き

単一事例実験計画法は、純粋な実験計画法ではなく、統制群と無作為分配(Random Assignment)の手続きを含まない疑似実験計画法(Quasi Experimental Design)といわれている。この方法では、内的妥当性(Internal Validity)を脅かす要因を完全に排除することができないので、データを解釈するときに注意する必要がある。¹²⁾

この方法においては、次のような五つの手続きが必要となる。

単一事例実験計画法を用いておこなう処遇評価の最初の課題は、明確な処遇目標をたてることである。この段階においてワーカーはクライアントの問題を明確に捉え、適切な処遇方法や処遇後に期待される望ましい結果を考える必要がある。

次に、明確にされた処遇目標からクライアントの変化を測定するための方法を考える。ワーカーは観察をおこなう問題行動や心理状態の定義づけをおこない、それらの測定方法を考える。例えば、問題が容易に観察できる行動であれば、その行動は頻度などによって測定することができる。もし、測定する問題が心理状態などの場合、ワーカーは標準化された自己報告型(Self-Report)の心理テストなどを用いて測定することができる。

処遇前に処遇後の変化と比較するために、ベースライン観察(Baseline)をおこなう。その時に図1のような記録をつける必要がある。ベースライン観察時において少なくとも三回、理想的には十回の観察をするか、あるいは、問題行動の頻度や程度のパターンが明瞭に捉えることができるまで、観察するのが望ましい。¹³⁾

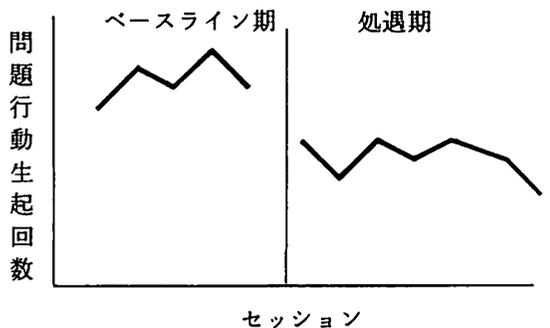


図1 処遇効果が認められる場合の例

ベースライン観察後、処遇を開始し、引き続きクライアントの観察や記録をおこなう。図1に示されているように、観察記録はベースライン観察と同じグラフの中に記入する。クライアントの変化を観察記録を通じて分析し、処遇評価をおこなう。図1のような変化が見られた場合、処遇によって変化が生じたと言える。ただし、処遇導入後のクライアントの変化に影響する処遇以外の要因(例えば、クライアントの成長や環境の変化など)があったかどうかを面接記録などを用いて分析する必要がある。また、図2のように処遇効果の判断が視覚的に困難な場合、統計学的手法によって処遇評価をおこなうことができる。¹⁴⁾

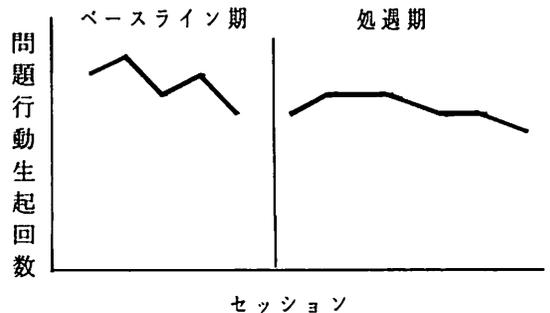


図2 処遇効果を視覚的に認めるのが困難な場合の例

これまで述べてきた手続きは、単一事例実験計画法の中で最も一般的なデザインで、ベースライン期(A期)と処遇期(B期)からなるABデザインと呼ばれるものである。

内的妥当性を脅かす要因を排除するためには、ABデザインではなく、より高度なデザインであるABABデザインやABACデザインなどを使用する必要があるといわれている。¹⁵⁾しかし、実践現場において、そのようなデザインを使用することは難しいと考えられるので、ベンベンステイ(Benbenishty)やブルームとフィッシャー(Bloom and Fischer)は、実践現場の処遇評価のデザインとして、ABデザインの使用を推薦している。¹⁶⁾¹⁷⁾

4. 単一事例実験計画法の医療ソーシャルワーク実践への応用

行動変容アプローチ以外の処遇方法を単一事例実験計画法で処遇評価する場合、しばしば、その手続きをそのまま応用できないことが多い。そこ

で、医療ソーシャルワーク実践へ応用する際に必要となる技法について述べたい。

1) 目標の設定

先に述べたように、ワーカーは処遇をおこなう前に明確な最終目標をクライアントと設定する必要がある。目標が明瞭で、比較的短期間に処遇が終結する場合、最終目標から処遇評価に必要な測定方法を導き出す。

例えば、家族中心ソーシャルワークという方法を用いてクライアントの抑鬱状態をなくすことが最終目標となる場合、ワーカーはクライアントの抑鬱状態の程度を測定するための尺度を見つけなければならない。尺度として、ベック(Beck)の抑鬱評価テスト(Depression Inventory)のような自己報告型の標準化されたテストなどを使用することが考えられる。

処遇前後、先に述べたようなテストを用いて測定し、ワーカーは、ABデザインによって、処遇効果の判定をおこなう。また、処遇効果の正確な情報を得るため、家族にクライアントの抑鬱状態の程度を確かめる必要がある。このように、多角的に情報を集めること(Triangulation)によって、処遇効果を実証することができるのである。

しかし、医療ソーシャルワーク実践の現場では、処遇目標が複雑であったり、処遇目標の達成に長期間を要したりすることがある。このような時、最終目標の代わりに中間目標を設定することによって、¹⁸⁾¹⁹⁾ 処遇評価をおこなうことができる。

2) 中間目標

処遇の中間目標には、手段的目標と部分的目標とがある。これらの中間目標を設定する上で、重要なことは、(1)最終目標と中間目標との関連をワーカーが明確に理解していること、(2)中間目標がクライアントにとって容易に達成できること、(3)中間目標がクライアントの問題解決のプロセスの上で重要な役割を果たしていることなどである。

手段的目標とは、直接、関連しているわけではないが、最終目標を達成するのに非常に有効であると考えられる目標のことである。例えば、コミュニケーションのパターンを変化させることや自尊

心を高めることなどが手段的目標として考えられる。最終目標が中途障害者の障害受容とすると、手段的目標として、障害者の自尊心を高めることが設定され、測定・観察記録がなされる。

もう一つの中間目標の部分的目標とは、最終的な目標を達成する上で、重要な手がかりとなるような目標である。例えば、適応能力を高めることや日常生活のためのスキルを身につけることなどが挙げられる。クライアントの社会性を高めることが最終目標であるとする、クライアントが近隣の人びとに挨拶をするということが部分的目標として設定される。そして、測定・観察記録がなされる。

3) 測定方法

医療ソーシャルワークの実践現場では、多角的な問題を取り扱うことが多い。単一事例実験計画法を用いて処遇評価をする場合、ワーカーは、多角的な問題の中で問題解決につながる最も重要な要因を的確に把握し、その問題の頻度あるいは程度を測定するのに必要な方法を見つけ出すことが不可欠である。

医療ソーシャルワークの実践現場で使用できる測定方法に、問題行動頻度測定法(Frequency Count Method)、二分法型測定法(Dichotomous Method)自己報告型標準テスト(Self-report Standardized Test)、セルフ＝アンカード＝スケール(Self-Anchored Scale)、間接測定法(Unobtrusive Measure)などが挙げられる。

(a) 問題行動頻度測定法

処遇目標が問題行動を変化させることにある場合、この方法が用いられる。例えば、クライアントが小児科病棟の児童で、その問題が他の児童を叩くという行動である場合、ワーカーはそのクライアントが叩くという行動を明瞭に記述し、その行動の頻度を観察記録する。

(b) 二分法型測定法

二分法型測定法とは、クライアントの問題行動が生じたか、しなかったかによって測定する方法をいう。図3のように、この方法は、慢性疾患の外来患者が処方された薬を服用したかどうかなどを観察記録する際に用いることができる。

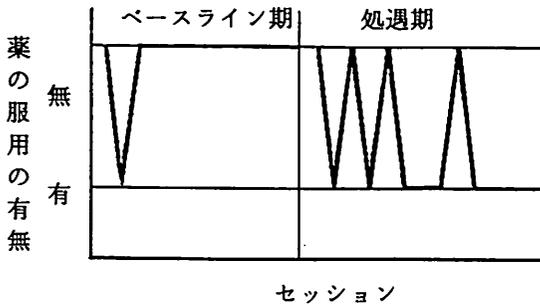


図3 二分法型測定法による観察記録の例

(c) 自己報告型標準テスト

クライアントの感情、認知、心理状態などを測定したい場合、ワーカーは標準化されたテストを用いて測定することができる。自己報告型標準テストは、特に、面接場面以外のクライアントの状態を測定するのに適している。また、標準化されているためテストの妥当性や信頼性は高く、適切な使用によって正確なクライアントの状態を知ることができよう。自己報告型標準テストの例として、先に挙げたベックの抑鬱評価テストなどがある。

(d) セルフ＝アンカード＝スケール

医療ソーシャルワーク実践の中で、クライアントが訴える問題を測定する時、標準化されたテストを使用することができない場合がある。特に、個人差の大きい感情や知覚の変化を測定したい時にセルフ＝アンカード＝スケールが役立つ。²⁰⁾

セルフ＝アンカード＝スケールは、クライアント個人のために作成される測定方法で、比較的容易に作成することができる。具体例を挙げると、ワーカーがクライアントの不安を測定したい場合、ワーカーとクライアントが話し合い、図4のような尺度を作成することができる。正確に測定するため、使用方法をワーカーがロールプレイなどでおこない、平明に説明することが望ましい。

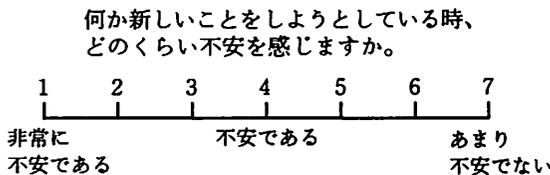


図4 不安を測定するためのセルフ＝アンカード＝スケールの一例

(e) 間接測定法

自己報告型標準化テストなどを繰り返し使用すると、クライアントがテスト内容を覚えてしまい、実際とは異なる反応をすることがある。この現象は、内的妥当性を脅かす要因の一つで、テストング (Testing) と呼ばれるものである。²¹⁾この要因を排除するために間接測定法を用いることが考えられる。例えば、面接をビデオテープに録画し、面接終了後、クライアントの主訴をもとに、ワーカーが測定すべき対象を決め、内容分析や構造分析をする。そして、その分析を通じて処遇評価をおこなうのである。

もう一つの間接測定法に回想ベースライン法がある。先に述べたように単一事例実験計画法を使用する場合、処遇前に少なくとも三回のベースライン観察を必要としている。しかし、医療ソーシャルワークの実践現場においては、そのようなベースライン観察ができないことも多い。そこで、回想ベースライン法 (Retrospective Baseline Method) を使用することが考えられる。²²⁾

実際の観察をすることなく、クライアントが来談する前に関わりのあった他機関からの情報やクライアントの記憶をもとに作成するベースラインが回想ベースラインである。この方法でベースラインを作成する場合、得られた情報やクライアントの記憶が信頼できるものであるかどうかを確認することが望ましい。

5. 単一事例実験計画法を応用する際の問題点

ワーカーが単一事例実験計画法を使用する際に直面する問題点がいくつか挙げられる。まず、ソーシャルワーク実践に使われる一般的なアプローチは、多様な要素から成り立っており、複雑なものも多い。そのため、処遇のどの要素が問題の軽減に関連しているのかを明確に捉えることが非常に難しい。それだけでなく、同じアプローチを使うワーカーの間でさえも使用する技法が異なったり、処遇結果に対する解釈が異なったりし、処遇効果の判定が困難な場合も多い。

また、行動変容アプローチ以外の心理社会的アプローチなどを使用しているワーカーは、クライアントの問題を明瞭かつ測定可能な表現で記述す

6. 今後の課題

るのに不慣れであるといわれている。²³⁾さらに、問題を測定可能な表現で記述することは、単一事例実験計画法の中で重要な手続きであるにもかかわらず、現場のワーカーに馴染みがないので、その方法を実施することが難しいと思われる。

処遇評価の一要素として用いられる中間目標と最終目標との間の関連性に問題が存在する場合は考えられる。中間目標の達成が必ずしも最終目標の達成に有効であるとは限らない。仮に中間目標が達成されたとしても、それは、処遇評価の一部にしかすぎない。²⁴⁾

その具体的な例として、脳血管障害による後遺症として身体に麻痺があるクライアントが退院し、社会復帰しようとする場合を考えてみよう。仮に、中間目標がリハビリテーションを通して就業に必要な技能を習得することで、最終目標が再就職することであるとすると、中間目標を達成できた場合でも最終目標が達成できるとは限らない。このように、中間目標の達成が最終目標の達成を導くとは限らない場合がある。

現在、アメリカのソーシャルワーク大学院では、処遇評価に関する授業が設けられ、修士レベルのワーカーは、基本的な調査の技術を身につけ、少なくとも単一事例実験計画法が実施できる教育を受けている。²⁵⁾

そのような教育努力にもかかわらず、実践現場で単一事例実験計画法を実施しているワーカーは非常に少ない。²⁶⁾²⁷⁾その理由として、(1)十分な時間がない、(2)働いている機関の許可が得られない、(3)クライアントの協力が得られないなどが挙げられる。²⁸⁾日本においても同じような理由で単一事例実験計画法を実施できない可能性があると思われる。

単一事例実験計画法を使ったソーシャルワーク実践の処遇評価が専門誌に多く発表されるようになってきた。²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³²⁾³³⁾しかし、この方法の実践への応用の難しさも報告されている。³⁴⁾その報告では、クライアントの問題が複雑であったり、処遇の目標が多くの環境要因に介入することであったりする場合、この方法を用いて処遇評価を容易におこなうことができないとしている。

医療ソーシャルワークの実践理論を科学的に構築していくためには、単一事例実験計画法に関連する技法・技術の開発を早急におこなうことやソーシャルワーカーにその方法を広く普及させることが重要である。そこで、単一事例実験計画法を医療ソーシャルワークの実践現場に普及させるための今後の課題について提言したい。

- (1) 医療ソーシャルワーク実践理論の中で使用されている概念の明確化・定義づけをおこなう。
- (2) 実践現場で単一事例実験計画法が使用しやすくなるような技術の開発や手続きの改良をおこなう。
- (3) 中間目標と最終目標との間の相関あるいは因果関係に関する研究調査を推進する。
- (4) 社会福祉調査研究者が単一事例実験計画法に関するテキストやハンドブックなどを著し、教材ビデオなどを作成する。
- (5) 単一事例実験計画法を用いて、社会福祉学研究者や医療ソーシャルワーカーが実験的に様々な実践アプローチの処遇評価をおこなう。

7. おわりに

ワーカーがクライアントの問題を明確に捉え、重要な要因を把握し、最も適切な処遇を考え、単一事例実験計画法を用いて処遇評価をおこなうことで、ワーカーの処遇効果を高めることができるものと考えられる。また、単一事例実験計画法による処遇評価がワーカーの質やソーシャルワークの専門性を高めるのに重要な役割を果たすものと言えるであろう。

しかし、単一事例実験計画法の医療ソーシャルワーク実践への応用は、まだ初期の段階であり、今後の課題は多い。単一事例実験計画法がさらに多くのワーカー、研究者、調査者の間で検討がなされ、より使用しやすいものへと改良がなされていくものと思われる。筆者は、本稿を通じて単一事例実験計画法により多くのワーカーが関心を示され、医療ソーシャルワークにおける有効な実践理論の構築に参加されることを望むものである。

医療ソーシャルワーカーが処遇評価を積極的に

おこなうことによって、正確な情報を蓄積していくことができ、さらに、そのような情報の蓄積にもとづく医療ソーシャルワークの実践理論を通じて、ワーカーは効率的で、効果的な処遇をおこなっていくことができるようになると考えられる。そういう意味では、単一事例実験計画法を医療ソーシャルワークの実践現場へ導入することが実証主義にもとづく実践へのアプローチの第一歩と言えよう。

注

- 1) Howe, M. W. (1974). Casework self-evaluation: a single-subject approach. *Social Service Review*, 48 (1), 1-23.
- 2) Fischer, J. (1973). Is casework effective? A review. *Social Work*, 18 (1), 5-20.
- 3) Blythe, B. J. and Briar, S. (1985). Developing empirically based models of practice. *Social Work*, 30 (6), 483-488.
- 4) Meehl, P. E. (1971). A scientific, scholarly, non-research doctorate for clinical practitioners: Arguments pro and con, In R. R. Holt (Ed.), *New Horizons for Psychotherapy: Autonomy as Profession*. New York: International Universities Press.
- 5) Peterson, D. R. (1976). Need for the doctor of psychology degree in professional psychology. *American Psychologist*, 31, 792-798.
- 6) Raush, H. L. (1974). Research practice and accountabilities. *American Psychologist*, 29, 678-681.
- 7) Ford, D. H. and Urban, H. B. (1963). *Systems of Psychotherapy: A Comparative Study*. New York: John Wiley & Sons.
- 8) Balow, D. and Hersen, M. (1973). Single-case experimental designs. *Archives of General Psychiatry*, 29 (3), 319-325.
- 9) Hayes, S. C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 193-211.
- 10) 注1)と同じ引用文献。
- 11) Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, (2), 183-192.
- 12) Campbell, D. T. and Stanley, J. C. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally.
- 13) 注8)と同じ引用文献。
- 14) 統計的な手続きに関しては、芝野松次郎(1986年)「単一事例実験計画法における評価手続き—ARモデルの臨床への応用」『関西学院大学社会学部紀要』52号、33-42を参照のこと。
- 15) 注9)と同じ引用文献。
- 16) Benbenishty, R. (1989). Combining the single-system and group approaches to evaluate treatment effectiveness on the agency level. *Journal of Social Service Research*, 12 (3/4), 31-48.
- 17) Bloom, M. and Fischer, J. (1982). *Evaluating Practice: Guidelines for the Accountable Profession*. New Jersey: Prentice-Hall.
- 18) Nelsen, J. C. (1981). Issues in single-subject research for non-behaviorists. *Social Work Research & Abstracts*, 17 (2), 31-37.
- 19) Rosen, A. and Proctor, E. K. (1978). Specifying the treatment process: The basis for effectiveness research. *Journal of Social Service Research*, 2 (3), 25-43.
- 20) Hudson, W. W. (1985). Development and use of indexes and scales. In R. M. Grinnell, Jr. (Ed.), *Social Work Research and Evaluation (2nd ed.)*, 185-205. Illinois: F. E. Peacock Publishers.
- 21) 注12)と同じ引用文献。
- 22) Reid, W. J. and Smith, A. (1981). *Research in Social Work*. New York: Columbia University Press.
- 23) 注18)と同じ引用文献。
- 24) 注18)と同じ引用文献。
- 25) Robinson, E. A., Bronson, D. E. and Blythe, B. J. (1988). An analysis of the implementation of single-case evaluation by practitioners. *Social Service Review*, 62 (2), 285-301.
- 26) Gingerich, W. J. (1984). Generalizing single case

evaluation from the classroom to practice setting.
Journal of Education for Social Work, 20 (4), 74–82.

27) Welch, G. J. (1983). Will graduates use single-subject designs to evaluate their casework practice? *Journal of Education of Social Work*, 19 (1), 42–47.

28) Richey, C. A. , Blythe, B.J. , and Berlin, S. B. (1987). Do social workers evaluate their practice? *Social Work Research & Abstracts*, 23 (2), 14–20.

29) 注16)と同じ引用文献。

30) Dean, R. G. and Reinherz, H. (1986). Psycho-dynamic practice and single system design: The odds couple. *Journal of Social Work Education*, 22 (2), 71–81.

31) Mutschler, E. (1979). Using single-case evaluation procedures in a family and children's service agency: Integration of practice and research. *Journal of Social Service Research*, 3 (1), 115–134.

32) Slonim-Nevo, V. and Vosler, N. R. (1991). The use of single-system design with systemic brief problemsolving therapy. *Families in Society*, 72 (1), 38–44.

33) 立木茂雄 (1990年) 「行動療法とシステム家族療法の接点」『現代のエスプリ — 家族療法と行動療法』272号、132–146。

34) Dolan, M. M. , and Vourlekis, B. S. (1983). A field project: Single-subject design in a public social service agency. *Journal of Social Service Research*, 6 (3/4), 29–43.

日本人の民族差が治療場面でのソーシャルワーカー クライアントの相互交流に与える影響性

得津慎子*

はじめに

本稿では合衆国におけるソーシャルワークの現場での日本人の民族性について考察し、より効果的なソーシャルワーカー・クライアントの相互交流への適用について論述する。

その多様性、潜在性、文化差、特に言語／非言語的メッセージの表し方と解釈の仕方の違いのため、日本人はアメリカ人のソーシャルワーカーにとって把握しにくいものと思われる。

民族性は人の行動やコミュニケーションを左右する人種・性・社会経済的地位等と同様の変数の一つにすぎない。安易な一般化は避けねばならないのは言うまでもないが、日本人との民族差を知り、理解する事はアメリカ人のソーシャルワーカーにとって有益であるだけでなく、現在の西欧優位な社会規範の文脈において伝統的日本人とアメリカ人の間で、標準的日本人モデルを設定しかねている日本人にとっても有益であると考えられる。何故ならば、日本人の「アメリカナイズ」の程度と「アメリカナイズ」に対する構えの多様性が「『西欧文明優先主義 (Anglo-conformity)』は合衆国で少数民族 (ethnic minority) が生き残るための唯一の手段であろうか？」との問い¹⁰⁾に対する答えを困難にしているからである。

民族性の違うクライアントとの出会いで、第1に考慮されるべきは実際のその民族に対する知識である。第2にコミュニケーションスタイルの違いについての知識も必要であるが、それらは治療場面でのソーシャルワーカーとクライアントの相互交流の過程で、読み取られ意味付けされるものである。第3の点は民族差についてのソーシャルワーカー自身の意識を知ることである。民族差

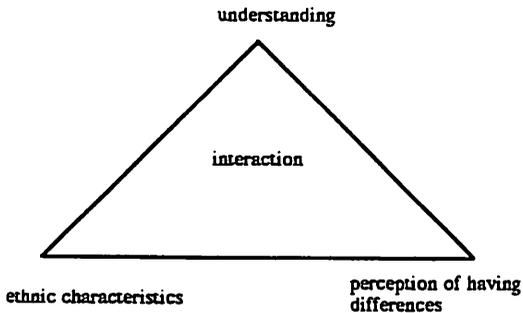
への意識はソーシャルワーカーにもクライアントにも本来の問題のカモフラージュとして働く可能性がある。本当の問題は常に関係の中にあることをソーシャルワーカーは知っていなければならない。

本稿ではソーシャルワーカーとクライアントの相互交流に対する民族差の影響力を主に在米邦人を例にとって論述するものだが、合衆国で民族性について語られる時、日本人の定義は曖昧である。日本国籍の所謂日本人は概ね2-7年間程度滞在すると思われるビジネスマン、研究者、学生とその扶養家族であり、日系アメリカ人は一世から四世、更に、国際結婚の人々とその子孫であり、彼/彼女等の多くは日本語を理解せず当然アメリカ人であるが、双方とも日本民族である。ソーシャルワーク実践において日本人と日系アメリカ人は等閑視されてきた対象であり、在米邦人はもとより日系アメリカ人に焦点化した文献は限られており、本稿では多くをアジア系少数民族²¹⁾についての文献に拠っている。しかしながら合衆国におけるアジア系アメリカ人は29の民族¹⁰⁾を数え、KitanoやShon等は「sansei」のような日系アメリカ人はもっとも白人のモデルに近いと述べており、一般化は困難なところである。

本稿では、第1にソーシャルワーク実践の場における日本人のコミュニケーションの方法を述べる。第2に人々の「違いがある」という認識が相互理解を規定し、いかにその相互関係に影響するかを述べる (Figure1参照)。第3に DSM-III-R に依拠して民族差故に日本人に冠せられやすい誤った診断の真れについて述べ、更に日本人の中に内在化している Anglo-conformity について考慮しつつ、最後にソーシャルワーク実践に向けてのヒントを述べたい。

* システムズアプローチ研究所

Figure 1: How the interaction between a social worker and a client is related with their genuine understandings, ethnic communication pattern, and the perception of having differences.



1. 治療場面での日本人のコミュニケーションスタイルの特徴

日本語は関係性に敏感な言語である。日本語には年功序列的な関係に則った複雑な敬語体系がある。人々は言語を発する時はいつでも上下関係のいずれかの立場をとらざるをえない。日本人は上下関係を意識しながらの会話に慣れているために、英語で敬語を使わないと居心地悪く感じる場合もある。

次に権威の問題がある。日本人はとかく柔順であり、上位にある者の気分を害したくないという傾向がある。「ソーシャルワーカーは家族を適切な行動に導いてくれる知識のある専門家であり、家族はより指示的である権威的専門家を期待している」¹⁶⁾。故に、アメリカ人ソーシャルワーカーは「権威者からの一方的なコミュニケーション」¹⁸⁾となりがちであることにいらだたされる。一方、日本人にしてみれば、一旦専門家に会ってしまえば、それは最後まで彼／彼女を完全に信じて従うことを意味する面もあり、それが日本人に専門家へ援助を求めに行くことを消極的にさせる一因ともなっている。

第3の特徴は「和」の重視である。「直接的な対決はできるだけ避けられる」¹⁶⁾が、この傾向は権威の問題と関連し、特に目上の人に嫌な思いをさせたくないがために「いいえ」を言いたがらない。日本において日本人家族との治療経験を持つ

Colmanは次のようにいらだちを述べている。「わたしは、日本人の家族メンバーが、何かの問題や感情の明確化を迫られて、礼儀正しく静かに『ソウデスカネ?』⁵⁾と言って、それ以上は進まないことに悪戦苦闘した」⁵⁾。

Colmanが「言語が間接的であればあるほど、対人的な関係性が大きくなり、日常のコミュニケーションで重要なのは言葉、行動、情緒的雰囲気⁵⁾のより大きなコンテキストから『読み取る』こと」だと述べているように、日本人自身は言語／非言語的な手掛かりをあらわに示さずともコミュニケーションできる。この他者への期待は「会話の要点をつかむには他者への感受性を頼みとして」¹⁶⁾いることを示している。この他者への信頼が、日本人が依存的にすぎたり、集団主義的な「和」に価値を置き過ぎる徴として西欧の人々の適宜な解釈を阻むとも言える。西欧文化は個人の自立と自発性を強調する。日本人の権威への信頼と和の重視はアメリカ人ソーシャルワーカーには「依存的」として解釈される。実際、相互依存は非常に強調される。

日本語の単語「甘え」は日本人のコミュニケーションの特徴を説明する助けとなるであろう。土居健郎によれば⁷⁾「甘え」は翻訳不能であり、日本人の特徴を説明する象徴的な単語である。人々は自己主張しなくても他者が自分のために何かをしてくれると期待し、それが互いの関係をはかる手掛かりなのである。土居はまた『表と裏』⁸⁾を著し、その中で日本人の特徴を「表一建前」、「裏一本音」という言葉で説明しているが、「建前」はコンテンツ(文字通りの内容)と、「本音」はコンテキスト(関係性に基づいた意味内容)と解釈することも可能である。意味はコンテキストに拠り、コンテキストを暗示する限定された合図はあらかじめの合意によって拾いあげられ、その故にあからさまなキューがなくても互いにコミュニケーションできる。だからこそ「個人的属性に関する知識がないという状況は概して不安を齎す」¹⁶⁾のである。日本人間のそのような強い合意は、集団中心主義的な性質と相まって「違い」は汚名を着せられがちである。

メンタルヘルスの専門家の援助を得ることは日

本では未だに汚名を生じ得る。結果として心身症的訴えを語りがちとなる。又、ソーシャルワーカーは日本人が問題との直面を避け、感情的問題を明確にしないことに苦闘するかもしれない。日本人クライアントは状態が悪くなっても「みんな私のせいです。」と自責するかも知れない。これは謙虚に聞こえるかもしれないが、非難への防衛でもあり、問題の更なる論議を拒絶し、ただ専門家の「正しい」指示を求めるということでもある。

アメリカ人ソーシャルワーカーは、こうした日本人クライアントの前では無力のように感じるかもしれない。しかしながら、すべては関係とコンテキストによって変わるのである。コンテキストと彼／彼女等の関係性を理解する事がソーシャルワーカーとクライアントのより円滑なコミュニケーションを育てるのである。

2. いかにソーシャルワーカーとクライアントの相互交流に民族差が影響を及ぼすか？

合衆国のマイノリティーの歴史をひもとけば、アジア系移民が不当に搾取されてきたことは明らかである。人種の違いに人々が反応するのは自然ではあるが、違いが標準からの逸脱と定義されればそれは否定的に機能する。「違い」と「違いを知ること」が新たな違いを生むのである。「言葉、意見、⁹⁾ 膚の色、肉体的特色の違い」が「越えがたい違い」を作る「違い」に変化するのだが、この「越えがたい違い」を作り出すものは「違い」そのものではなくて「彼／彼女等は我々とは違う」という認識である。

BloombaumやYamamoto²⁾やLoringやPowell¹¹⁾の調査によれば、民族差があるという認識自体が治療者の他者理解に影響を与え、治療者とクライアントの相互交流に影響を及ぼす。又、Sluzki¹⁷⁾はクライアントに特有のものを文化的な特徴に誤って掃す「タイプAエラー」と、文化的特徴をクライアントの特徴として扱ってしまう「タイプBエラー」という治療者が犯しやすい2つの誤りについて述べている。

さらに治療者の民族性を重んじるステレオタイプは「自己成就の予言(Self-fulfillment prophecy)」の引き金ともなりうる。治療者はクライエ

ントと仲良くするために、クライアントのやり方だと仮定したある方法で彼／彼女を扱い、彼／彼女はそれが治療者のやり方だと仮定して、そのやり方に従って反応するかもしれない。

ここで、①日本人のクライアントと日本人のソーシャルワーカー、②日本人のクライアントとアメリカ人のソーシャルワーカー、③アメリカ人のソーシャルワーカーと日本人のソーシャルワーカーの3つの組み合わせについて述べたい。治療場面での参加者は2人—ソーシャルワーカーとクライアントであるが、文化と言う点では3つの文化が遭遇する。クライアントのもともとの社会の価値、新たな社会の価値、ソーシャルワーカーの価値である(Figure 2参照)。故に、これら3つの価値と参加の2者の相互関係が治療場面のコンテキストを定義付ける。役割取得や、役割期待の概念もこの問題とは無関係であり得ない。彼／彼女等はクライアントや治療者の役割を取ることを期待されるだけでなく、日本人やアメリカ人の役割を取ることも期待される。この自分自身への役割期待、他者への役割期待とそれらを相互に知っていることが両者それぞれに複雑な相互影響性を持つ。

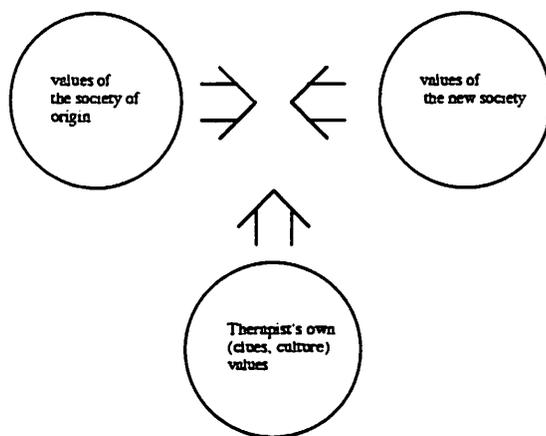


Figure 2: Three cultures concur in the therapeutic situation

①日本人クライアントと日本人ソーシャルワーカー：言語や基本的価値を分かち合い得るのであれば、望ましい組み合わせではある。クライアントのソーシャルワーカーへのテストは日本的コン

テキストをどれほど要求できるか、あるいは無視できるかの判定である。合衆国という場において、既述の3つの価値体系の相互作用、民族性と同化のレベルへの構えの違いが事態をより複雑にする。

② 日本人クライアントとアメリカ人ソーシャルワーカー：もしソーシャルワーカーが、民族差を個人に特有の変数のひとつとして認識していれば、クライアントに様々なやり方で働きかけうるが、ソーシャルワーカーが民族差を無視しても、「文化的聖域」を犯すことを虞れても、適切な処遇ができない。異文化カウンセリングは、異文化適応過程でもあり、適応が無条件に望ましいと仮定されている。日本人は概して権威に従順であるため、権威者の期待を満たそうと努力する。故に、日本人クライアントはアメリカ人的なコミュニケーションパターンに順応している様を示そうとし、それが、ソーシャルワーカーを混乱させるだけでなく、クライアントのアイデンティティの問題と関係して、より深刻な事態を招くこともある。日本人クライアントは、合衆国で期待されているやり方でソーシャルワーカーの前でも振る舞おうとして更なるストレスを生じる可能性もある。

例えば日本人の問題とされることの一つに自己主張的でないことがある。しかし自己主張的でないことが問題である。しかし、クライアントが治療場面でさえ自分をより理解してもらうために自己主張的に振る舞うことが期待されるのは逆説的とも言えよう。

③ アメリカ人クライアントと日本人ソーシャルワーカー：クライアントによってはソーシャルワーカーの職業的権威に疑いを持つかもしれない。それは人種差別の故もあろうし、また、クライアントが彼／彼女等の「違い」が理解の壁であると感じるからかもしれない。ソーシャルワーカー自身の同化と民族性に対する構えが、互いの違いを見過ごしたり、影響されすぎる可能性もある。この場合、クライアントもソーシャルワーカーも違いを本来の問題のカモフラージュとして使いうる⁹⁾。また、アメリカ文化に同化する余り、ソーシャルワーカー自身の民族的アイデンティティが損なわれる虞れもある。

3. 治療場面における日本人のコミュニケーションパターンの誤解に基づく誤った診断や誤った処置の虞れ

精神病の定義は余りにも論議が多すぎ、DSM-III-Rにおいても明確には定義されていない。¹¹⁾ アセスメントや診断は人々を援助するために不可欠な過程である。しかしながら、診断は色々な意味で問題を含んでいる。誤って診断したり、大袈裟に診断したり、過小評価したりする可能性もある。¹⁹⁾ Turnerはクライアントは多面的であるが、ラベルを貼ることは一次元的であり、人々をステレオタイプ化し、「自己成就的予言」となるきらいがあり、人間よりも問題、強さよりも弱さを強調すると診断の否定的側面についても論述している。しかしながら、ソーシャルワーカーが効果的に援助するためには診断は必要であり、「正常」という一つの基準も重要ではある。

「正常」から「異常」を区別するものは「標準」からの逸脱である。今日の世界での支配的な「標準」は白色人種・男性・中産階級の「標準」である。性差別、人種差別、老人差別、同性愛者への差別(homophobia)、ユダヤ人差別(Anti-Semitism)などの差別を被っている人々も、彼／彼女等の異なった「標準」を持っているにも拘わらず、白色人種・男性・中産階級の「標準」に則ってアセスメントされるのである。この標準モデルは個人主義、自立自尊と論理性を強く強調したものでありこれらは西欧文明に特徴的なものである。

ShapiroもMaslowを引用して「学術的心理学は余りに西欧心理中心である。東洋的なものも取り入れるべきである」と述べているが、非科学的であると無視されてきた東洋心理学に注目することも必要であろう。¹³⁾

アメリカ文化と日本文化の違いを知ることは重要である。違う哲学は違う価値を生む。あるのは違いだけで、優越や正否ではない。日本的価値に基づく2つの精神療法、「モリタ(森田療法)」と「ナイカン(内観療法)」は合衆国でも一般的に取り入れられている。「モリタ」では、症状を弱さや不適応の徴しではなくて、強い理想の反映として受容するように教えられる。「ナイカン」はもっと仏教の教えを適用したもので、人間がどれ

ほど相互依存し、罪と無価値さと直面し、その弱さと過ちにもかかわらず、愛され、尊重されてきたかという認識に到達する事を目的とする」²⁰⁾。一方西欧心理学では「自我」の発達に焦点がおかれている。その「自我」は何かを行う主体であるが、東洋心理学においては「我」は単に生かされているだけなのである。かくて、アジアの人々には恩義という感覚が見いだされる。

日本人の一般的特徴が誤解される例として、例えば Masterson は「日本社会においては、母親が子どもの『段階ごとの適宜な欲求不満』を苦痛なしにその全能感に報いたり満たしたりすることで、子どもは自己表現が誇大で全能的で自己中心的となり、これを我々は自己愛的人格障害と呼ぶ¹⁹⁾」と結論づけている。

他にも DSM-III-R の診断基準を満たす診断名としては、鬱病、強迫的障害・強迫的人格障害、社交恐怖・ひきこもり適応障害、自己破滅的人格障害、未成熟人格障害、依存的人格障害等があげられよう。これらに関して、注意深いアセスメントと同時に考慮も必要である。何故ならばこれらの診断は西欧的視座に立ったものであるからである。例えば、Welzel は洞察に満ちた調査を行っているが、それによると日本人男性のコミュニケーションは西欧の女性のコミュニケーションに類似している²¹⁾。「日本人は他者の気分や態度で感じるように基本的に組まれた間接的で曖昧な言い方をするために、明確で論理的な言い方は細心の注意を持って避けられる」と Christopher は述べている。

ところで O'Barr と Atkins は女性の言語は「無力な言語」であるという概念を提案しているが、西欧文化が定義する無力さは必ずしも日本人の間では否定的な意味を持たない。

Welzel は「日本人によれば、ニンゲンラック²²⁾は人間関係において和を保てることを意味する」と語り、Bradshaw は「甘え」と関連付けて「難点は実際はアメリカ文化が人が誰か他の人を甘やかすという状況を許していないということにある³⁾」と結論づけている。

アメリカ的な力への信奉に対するこの問題提起は注目すべき要点の一つである。

それにしても、日本人の「標準」を定める事は困難である。というのもアメリカナイズは日本人に余りにも内在化されすぎており、日本人は今や「現代日本人」¹⁷⁾のモデルの喪失に直面している。そこで、Sluzki が指摘するように、ソーシャルワーカーとクライアントの効果的な関係を築き上げる為、アメリカ人ソーシャルワーカーはまず日本人クライアントのアメリカナイズがどれほど内在化しているかの程度を弁別せねばならぬ。あえて言うならば、日本人に対するソーシャルワーク処遇の最も困難な部分は文化や言語の違いではなくて、日本人の多様性であり、それはアメリカナイズの内在化の程度と構えによる。日本人は伝統的日本人とアメリカ人の間でたゆたっている。さらに、アメリカ人ソーシャルワーカーは彼/彼女自身のアメリカナイズの程度をアセスメントしなければならない。もしもソーシャルワーカーの価値観がマイノリティーはアメリカナイズされねばならないというものであれば、日本人のクライアントを効果的にアセスメントしたり処遇するに求められる柔軟性を失う虞れがある。

4. ソーシャルワーク実践への応用

より巾広い社会的コンテクストで日本人について論述しよう。合衆国での日系アメリカ人のアメリカ文化への「同化」は、日本における戦後の日本人のそれと平行して進んで来たのではないかと想定される。

日系アメリカ人にとっての収容キャンプ経験同様、第2次世界大戦でアメリカ文化に打ちのめされた経験は、戦後の日本人が伝統的な日本人のアイデンティティから遊離することを促進した。独立、自立、論理性、競争力、自己信頼等のアメリカ的価値体系での評価から、日本人は自分達を未成熟だと考え、それに追い付こうと努力し始めた。

いまだに、多くの日本人はアメリカナイズされることがより望ましく、アメリカ社会やアメリカ文化に同化できないと無能であると考えがちである。それは自己像に対する致命的な屈辱である。困難に出会ったり、困難と感ずることが海外での適応能力の欠如を暗示するという認識を持つ故に滞米邦人は余り不満を述べず、むしろ過剰適応と

言われるような例も少なくない。彼／彼女等は、西洋的価値観に基づき、弱点を認めたくない。と同時に、自尊感情から、自分達をハンディキャップのあるもの——差別されるもの——地位の低い者 (one-down position)——として認知したくない。この傾向性は彼／彼女等の力量自体を指すのではなく、彼／彼女等の力量に問題ないとする彼／彼女等の確信によって示される。力量の強調はアメリカ的価値であるが、日本人はどのみち、アメリカ的価値を内在化してきたのである。

しかし有色人種は見ればすぐわかるが故に、彼／彼女等が完全に同化する努力をしても、彼／彼女等はアジア人と認知される。そのゆえに彼／彼女等の民族的アイデンティティや価値を放棄して同化するのには困難である。そこで有色人種は複数の文化を併せ持つ民族 (Multi-ethnicity) となると問題に遭遇する。これは彼／彼女等にとって逆説である。「アメリカ人たれ」というものと「アメリカ人にはなれない」というものである。

合衆国のメンタルヘルスの分野で、民族性に言及した文献の殆どはアフリカ系アメリカ人に関するものである。このことは一つには、アジア系アメリカ人が大きな「社会問題」となっていないという事実に関係する。彼／彼女等は今の所よくやっているし、精神的にも社会的にも逸脱は顕著ではない。人々は彼／彼女等に注意を払う必要はない。かくして、彼／彼女等は「モデルマイノリティ——少数民族のお手本——」と呼ばれる。この成功したアジア系アメリカ人のイメージは欺瞞的だ。あきらかにモデルマイノリティには2つの意味がある。第1はアジア系アメリカ人に対する「君達が『モデルマイノリティ』であり、同化の努力を続ける限り、合衆国にとどまっていた良い」というものである。第2には、それはアフリカ系アメリカ人に対するメッセージでもある。「君達は犠牲者ではない。後からやって来た彼／彼女等はよくやっているのではないか。彼／彼女等を見習うのだ」。こうして彼／彼女等アジア系アメリカ人は、自分達に押し付けられた多数派民族 (majority) の人々にとって都合の良いステレオタイプのイメージと苦闘してきた。

Sue¹⁸⁾等はマイノリティに対するソーシャルワ

ク実践の今後の要請について次のように指摘する。①民族差に敏感な治療者の教育と訓練、②言語・文化を共にする治療者の育成、③メンタルヘルスの専門家の援助を受けることが汚名ではないという信念の唱導、④マイノリティの人々が病理的であるという視点の排除、⑤それらを実現するための調査研究の充実。また、McGoldrick¹²⁾が指摘するように「治療者の役割は、すべての治療と同様文化の仲介人なのだが、それは家族の構成員が自分達自身の民族的価値を認識し、異なったものの見方や経験から展開される葛藤を解決する一助となることである」。異文化をもったソーシャルワーカーとクライアントの出会いこそ、マスカルチャーがマイナーカルチャーに接近する一つの段階であり、それは一方通行的な同化ではない統合の過程において重要である。ソーシャルワーカーとクライアントが互いの違いを認識して、尊重しあえる関係において、ソーシャルワーカーは民族差から解放され、互いの違いを利用できる。この時、McGoldrickの言う「相互受胎 (cross-fertilization)」がソーシャルワーク実践を豊かなものとする。マイノリティにとって、異文化適応や同化だけが合衆国で生き残る唯一の方法ではなく、既述のように、たとえば東洋心理における弱さの受容は、力の信奉という西欧的価値との対極にあるものとして、今日の西欧社会の中でこそ考慮されるべきであり、そのためにも積極的に「標準」を変えていく努力が必要であろう。

結論すれば、効果的な異文化カウンセリングはカウンセラーとクライアントが互いの言語／非言語的メッセージを適切に交換できるときに生じる。民族差を乗り越えようとするいずれの過程においても民族差から自由であることが求められるべきである。つまり、ソーシャルワーカーが自分自身の価値体系から自由であると言い得る時に、ソーシャルワーカーとクライアントの真の出会いが作り出されるのである。

おわりに

本稿は筆者のSchool of Social Work, University of Pennsylvaniaにおける修士論文 (1991年

4月)の抄訳である。

「アメリカ人ソーシャルワーカーのために日本人クライアントのマニュアル様のものが必要である」と筆者に薦め、励まして下さった Dr. Gariti 教授の指導の下に書いたものだが、意識しなければ意識せずすむ「合衆国の日本人」であるという自分自身の立場を強調するようでもあり、新たなステレオタイプの創造ともつながるようでもあり、ある種の違和感をもちながら書いたものである。しかしながら、学生とは言え、合衆国在住の日本人(あるいは日本語の話せる、日本文化に通暁した American Social Worker ここが本当にアメリカという国の面白い所で、とりあえずアメリカ人になるのもごく簡単なのであるが)として経験した2年間の異文化カウンセリングや異文化適応訓練の中で、表現したいことも多くあり、その意味では本当に書きたいものを書いたものである。

帰国後1年半経って読み直してみて、その拙い思考に赤面すると同時に、今ならば否定したいような叙述があることに驚いている。合衆国に滞在する日本人として考える事と、日本に於て日本人として考える事の「違い」に、コンテクストが変わればコンテンツも変わることを改めて再認識した次第である。

また、自分の書いた英文の和訳にも戸惑った。

英文の断定的な言い方もそのまま訳すには大変抵抗があった。単語一つとっても「甘え」だけでなく、英訳の困難な日本語は多く、たとえば「目上」を少し違うと思いつつながら authority figure と英語に置き換えて、その authority figure を今度は再び少し違うと思いつつながら「目上」と日本語にするというようなズレを重ねる作業でもあったことに、言葉の翻訳であれ、解釈であれ、帰るところは、生きてくるくる巡っている人間存在の多面性であることに思いを致した。その一方、帰国直後の国際高等研究所主催の「文化の翻訳可能性」なる国際シンポジウム(1991、京都)で日本人シンポジストが悲観的であったのに反して、外国人シンポジストが楽観的であった事を思いだす。

結局はあくまでも言語・論理でのコミュニケーションを信じる西欧人であり、involuteして(内側に巻きこんで)いく日本人というステレオタイ

プなのであった。大分以前に新聞のコラムで読んだので、出典を詳らかにしないので恐縮ではあるが、ある日系アメリカ人の女子大生が卒業後の希望を聞かれて、日本語で聞かれた時は「早く結婚して子どもを生みたい」と答え、英語では「こういう仕事につきたい」と答えるのだが、それは全く彼女には自然なのだという話を象徴的に思い出す。仕事も家庭も将来の希望であることに間違いはなかるが、その切り口が違う。切り口が違えば、まったく違ったストーリーになるのである。

本稿も現在の筆者の切り口で行けば、あるいはまったく違う論文になったかもしれない、その故にこそ、筆者自身が「これは違う」と批判しつつ、あえて、そのままの抄訳で発表させて頂いた次第である。質量ともに大変荒っぽい抄訳であり、読みづらい思いをおかけしたのではないかと懸念する。抄訳にあたっては、合衆国で読者にアメリカ人を想定して書かれたままで説明を加えてはおらず、又、全章にわたって、特に「甘え」の象徴的現れとも言える家庭内暴力についてや、誤診され得る日本の特徴について等を中心に大幅に省略した。

参考文献

1. American Psychiatric Association. 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3d ed revised. Washington DC.
2. Bloombaum, Milton and Yamamoto, Joe. 1968. Cultural Stereotyping Among Psychotherapist. Journal of Counseling and Clinical Psychology 32 no. 1.
3. Bradshaw, Carla K. 1990. A Japanese View of Dependency: What can Amae Psychology Contribute to Feminist Theory and Therapy? Women & Therapy: A Feminist Quarterly 9 no. 1/2
4. Christopher, R. C. 1983. The Japanese Mind: The Goliath Explained New York: Linden Press/Simon & Schuster.
5. Colman, Cathy. 1986. International Family Therapy: A View from Kyoto, Japan. Family Process. 25 (December)
6. Devore, Wynetta and Schlesinger, Elfriede G. 1987. Ethnicsensitive Social Work Practice 2d ed. Columbus: Merrill Publishing Co.
7. Doi, Takeo. 1973. The Anatomy of Dependence

- Translated by John Bester. Tokyo: Kodansha International Ltd.
8. 1985. *The Anatomy of Self: The Individual versus Society* Translated by Mark Harbison, A. New York: Kodansha International Ltd.
 9. Friedman, Edwin H. 1982. *The Myth of Shiksha In Ethnicity and Family Therapy*. McGoldrick, Monica, Pearce, John K. , and Giordano, Joseph. New York: The Guilford Press.
 10. Kitano, Harry H. L. , and Sue, Stanley. 1973. *The Model Minority*. *The Journal of Social Issues* 29 no. 2
 11. Loring, Marti and Powell, Brian. 1988. *Gender, Race, and DSMIII: A Study of the Objectivity of Psychiatric Diagnostic Behavior*. *Journal of Health and Social Behavior* 29 no. 1
 12. McGoldrick, Monica. 1982. *Ethnicity and Family Therapy: An Overview In Ethnicity and Family Therapy*
 13. Maslow, Abraham, frontispiece for Stewart, R. ed. *East meets West* quoted in Shapiro, S. I. 1986. *The Neglect of Asian Psychology in the United States*. *Psychology* 1 (March).
 14. Masterson, James. J. 1985. *The Real Self: A Developmental, Self, and Object Relations Approach* New York: Brunner/Mazel.
 15. O' Barr, W. M. and Atkins, B. K. 'Wom-ens' Language' or 'Powerless Language'? Mc, S., Broker, R. and Furman, N. eds. 1980. *Women and Language in Literature and Society* New York: Praeger.
 16. Shon, Steven P. ,and Ja, Devis Y. 1982. *Asian Families In Ethnicity & Family Therapy*
 17. Sluzki, Carlos E. 1979. *Migration and Family Conflict*. *Family Process* 18 (January).
 18. Sue, Derald Wing and Sue, David. 1990. *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice* 2d ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.
 19. Turner, F. J. 1984. *Adult Psychology: A Social Work Perspective* New York: Free Press.
 20. Walsh, Roger. 1989. *Asian Psychotherapies In Current Psychotherapy* ed. Cornisi, Raymond J., Wedding A, Judith W. 4th ed. Itasca: F. E. Peacock Publishers Inc.
 21. Welzel, Patricia J. 1988. Are "powerless" communication strategies the Japanese norm? *Language in Society* 17.
 22. Yosioka, R. B., Tashima N., Chew, M. and Murase, K. 1981. *Mental health services for Pacific/Asian Americans*. San Francisco: Pacific American Mental health Project cited in *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice*.

【書評】

山川哲也著『臨床医療ソーシャルワーク』

A 5判 238頁 2,500円
誠信書房 1993年

倉石哲也*

4部構成からなる本書は、書名の通り実践的であり、特に臨床場面における見落とされがちな専門性が著者の経験によって注意深く記されている。著者の意図とは異なるかもしれないが、本書はこれから医療ソーシャルワーカーを職業として考えている学生や、医療機関におけるソーシャルワーク業務を知ろうとする人へのために基本的役割や倫理を知識として授けるための最適な書のように思える。勿論、経験を積んだ上で業務を行っているワーカーにとっては、著者が時折解説するワーカーの落とし穴の指摘が大きな示唆となるであろう。医療ソーシャルワーカーの業務はそれぞれが所属する機関の専門性によって必然的に差が生まれるが、その基本的な業務は利用者との面接、関係機関との連絡調整、院内の関係調整、そしてさまざまな機関・スタッフとの連携のために必要な統計調査など多種多様にわたる。しかもこれらが、入退院理由の全く異なるケースについて、その展開に応じて多様な業務が同時に進行するのである。

評者は学生時代に総合病院でソーシャルワーク実習を行う機会に恵まれた。そこでは大先輩のワーカー達は皆このような多用複雑な業務を当然のごとくこなしていたのであるが、未熟な実習生にはその業務の関連性・統合性はとても想像もつかなかった。本書のように医療ソーシャルワークの業務が明快に示されているマニュアル的な書物がなかったため、一年間の実習で評者が理解できたのはフロントラインである面接の重要性ぐらいであった(業務に対する評者の無理解は、実習に対する評者の取り組みの甘さによるものであり、当時の実習スーパービジョンは内容の濃い厳格かつ専門性の高いものであったことをお断りしておく)。

当時と比較すれば医療ソーシャルワークに関する理論的・実践的専門書は多数発刊されているが、日常業務の中の臨床的な部分について詳細にわたり解説されているものは数量的に少ないと言わざるをえないであろう。マニュアルのと述べてきたのは本書の内容がその重厚さに比べ文章が平易で、同時に医療ソーシャルワーク業務を中心にその専門性も簡潔に記されているという点で即実践対応可能なものであるという視点からのものである。

簡単に本書の内容を紹介し解説を加えさせていただく。まず全体の構成は以下のようである。

第1部 ソーシャルワーク

- 1; 社会福祉
- 2; ソーシャルワーク
- 3; ソーシャルワークの分野
- 4; ソーシャルワーカー

第2部 医療

- 5; ホメオスターシス
- 6; チームワーク
- 7; 医療法
- 8; 疾患
- 9; ソーシャルワーカーと疾患知識

第3部 医療領域のソーシャルワーク

- 10; わが国の現況
- 11; 医療ソーシャルワーカーの課題
- 12; ソーシャルワーカーと医療機関
- 13; 援助手段としての法制度

第4部 ソーシャルワークの実践

- 14; ケースワーク関係
- 15; 面接
- 16; 外来段階でのソーシャルワーク
- 17; 入院段階でのソーシャルワーク

* 大阪府立大学

18； ソーシャルワーク実践上の留意点 付録 医療ソーシャルワーカー業務指針

第1部から第3部では「医療領域におけるソーシャルワーカーを、社会学の知識と社会福祉学の技法を駆使して患者のホメオスタシスを援助するコ・メディカルズの一員として位置づけ」、その専門領域を解説している。

まず第1部では、ソーシャルワークとは何かについて歴史的な流れを簡潔にふまえたうえで、ソーシャルワーカーの専門性が述べられている。その中で著者はまず職業的専門性として竹内愛二の倫理的・奉仕的・専門的・組織的・自主・自営的特徴をあげている。そしてソーシャルワーカーの条件として、人間に対する感受性を養い、知識を身につけ、人間関係についての技能に対する訓練を怠らないこと、を挙げた上で、「ソーシャルワークの専門家になるためには単なるセンチメンタリズムではなく、どのような立場にある人の前でも、今必要としている状況を的確に判断し、適正に対応できる科学的知識が要請される。そのためには人一倍の努力が要請される。」と結んでいる。

第2部では、医療に関する科学的な知識について解説が加えられており、健康についてホメオスタシスの理論を用いながら説明が行われている。また医療行為のチームワーク性についても、パラ・メディカル(para=beside)とコ・メディカル(co=with)の違いをあげ、医療ソーシャルワーカーの専門性は、専門知識に基づいた技法が用いられ、複数の職種とチームを組む点からもコ・メディカルズであると解説している。次に医療行為についての法枠組みをあげたうえで、ソーシャルワーカーが疾患知識を十分に見つける必要性が力説されている。例えば、精神疾患の知識を十分に持たないまま、その領域のクライアントと相談業務を開始し継続してしまう危険性について事例を交え分かりやすく説明されている。またこの部では、経験の浅いソーシャルワーカーや実習生がソーシャルワーカーがとかく頭を痛め易い(評者がその最たるものかも知れないが)、医療に関する知識を、法的知識は具体的に、用語は語源をたどりながら明確に、とそれぞれできる限り平易に理解可能と

しているところに筆者の努力がうかがえる。

第3部では、前半部で「キュア及びケアの担当者が、ソーシャルワーカーにどのような期待をするか、また、ソーシャルワーカーは、この期待に答えてどの様に役割取得するかという課題」について、専門ソーシャルワークの本質を把握するという点から著者の意見が展開されている。そして、後半部では「法律的確・適正な運用と言うのは、法律を正しく理解した上でなされるものである。素人がもっとも陥り易い欠点は、勝手な拡大解釈を平気で運用させようとすることである。ソーシャルワーカーが法律を利用して援助すると言っても、法律の実施機関は別のところである。ソーシャルワーカーは、クライアントにとって最も効果的に役に立つ法律を用いて、クライアントを自立できるように援助するのである。」と、実践場面での関連法制についての解説から運用の仕方についてまで、援助手段としての法制度という視点から医療ソーシャルワークに関する法律の仕組みが具体的に説明されている。従来ソーシャルワーク実践の展開の中で関係法制度を解説するにあたっては、社会福祉法制度とは別に、関連領域として健康保険等の紹介がなされている。しかしそれらの制度については、一般的な解説(紹介)が主で、運用についての具体的な示唆という点では一步距離がおかれた解説となっている。第3部ではその点をカバーするように、運用方法について具体的に解説がなされている。この点が正に教科書的であり、学生の基礎理解から臨床での応用まで考えられた内容となっている。

実践レベルでの対応を可能にするという点では第4部が最も詳細であろう。「ソーシャルワークの実際」と題されている第4部は、クライアントとの専門的な援助関係形成の留意から、外来、入院それぞれのケースの抱える特異性をふまえた上での解説、そしてソーシャルワーカーの日常業務上の注意が他機関への紹介状や送致の方法に至るまで解説されている。特に外来患者、入院患者それぞれのケースへの対応については、個々の心理的社会的なクライアントの特性をふまえたうえでの処遇の展開が述べられている。苦情への対応、対応困難な患者への迅速な処遇などいずれも著者

の長年の経験から導き出された解説であり説得力がある。外来段階での処遇に関してはクライアントの訴えを経済的問題、家族的問題、個人的な特性に関わる問題に分けて分析する必要性が述べられている。解説されているクライアントの特性については、評者にはクライアントやその家族への厳しい指摘がやや多いように感じられたが、これも筆者の彼らに対するいたわりや長年の経験から生まれる信頼や愛着の結果ではないか、と項目を進めるほどに理解ができるようになった。

本書の順序とは前後するが、第4部の第1項はバイスティックの原則に沿って著者の言葉でその専門性が述べられている。それは例えば、「問題はひとつひとつ違う顔を持っている」(個別性)、「感情のカタルシスの場を設定する」(意図的な感情の表出)、「クライアントとの間に心理的距離をおく」(統御された情緒関与)、等である。よく言われる7原則の中で著者は筆頭に「秘密を絶対に守る」(秘密の保持)をあげている。これは「何となく守ってくれるだろう」というクライアントの期待や、「これぐらいは許されるだろう」というワーカーの甘えを、わが国の人権や契約の重要性に対する曖昧な文化から派生するものとして厳しく戒めている。ここから評者は、本書に繰り返し述べられるソーシャルワーカーの倫理に対する著者の一歩もゆずることのない基本姿勢を見る思いがした。

また一方の入院段階の処遇であるが、共通する専門性が導き出されにくい点を具体的にしようと、著者は入院段階での処遇についてクライアントが抱える様々な問題を事例をふんだんに織り混ぜながら、外来の場合と共通にみられる問題として例示を試みておられる。また入院後重要なケアとケアの関係については、クライアントが医療機関にかかる際、クライアントの持つ心理的負担を考慮にいれながら両者の課題の整理が可能な限り行われている。入院治療の中で患者に必要なケア・ケアの両者のバランスの中で、ソーシャルワーカーは自らの役割を医療チームの中で見極めなければならない。と同時に専門職としてクライアントには処置を、チームには適切な指示が適宜提供できなければならないと述べられている。著者は精神

的慢性疾患による入院の項で、ソーシャルワーカーに求められるものを「ソーシャルワーカーは診療協力専門職(co-medical professional)としての役割を果たさなければならない。精神的な問題に関わるという理由から、下請け業(sub-medicals)として医師の下請け業務を請け負って満足しては、ソーシャルワーカーの主体性が不明確になってしまう。」として医療チームの一員としての役割を明快に提唱している。

このような実践での諸問題について解説がなされた後、厚生省健康政策局医療ソーシャルワーカー業務指針検討会によって提示された、医療ソーシャルワーカー業務指針の紹介で本書は結ばれている。

最後に本書に対する全体的な印象を少し述べさせていただくと、これは個人的な印象であるが、対応困難なケースへの処遇を具体的に述べようとする余り、文中にクライアントへの配慮がやや欠けていると思われる部分は何カ所か見受けられるように思われる。これは文中でも述べた点であるが、しかしいずれも難解な表現を避け目に見えず客観的に評価が困難なクライアントの示す様々な問題の理解を平易にしようとする著者の工夫の末と考えられ、改めて医療福祉部門での実践書の内容の多様性とメディカル・ソーシャルワーカーの業務の多面性を痛感させられた。

繰り返し述べてきていることであるが、本書は医療ソーシャルワークが実践レベルで具体的に理解できる好書である。これは評者が何度も述べたことである。それは今回書評をさせていただくに当たり、本書を何度か読み返すうちに、具体的に理解が可能なのは実は本書が著者山川哲也氏の医療ソーシャルワーカーとしての長年の闘いの歴史がそのまま包み隠されることなく記されているからではないだろうか、とそんな思いがよぎったためである。本書を自らの医療ソーシャルワーカーとしての歴史の集大成として執筆された著者に改めて敬意を評したい。

【文献紹介】

Predicting Patterns of Social Work Staffing in Hospital Setting

George I. Krell, MS, ACSW

Gary Rosenberg, PhD

Social Work in Health Care, Vol. 9(2), Winter 1983

DEVELOPING A STAFFING GUIDE

スタッフ配置のための指針の開発

訳 植 田 章*

病院におけるソーシャル・ワーク・スタッフの配置についてなんらかの統一された基準が必要なことは長い間の懸案であったが、79の病院を対象に1975年に行われた調査はそれを最もよく示している（Salary調査、1975年）。その調査によれば125床以下の13の病院では、少ないところで1名、多いところでは6名の専門スタッフが配置されていた。126床～249床の27病院でも、1名から21名の範囲で専門スタッフが配置されていた。また、250床～499床の27病院でも、1名から21名のスタッフがいた。さらに、500床以上の12病院では、最低7名から21名の範囲であった。最後のグループには、40～50名のスタッフがいる病院があった。1975年にアメリカ病院協会の病院ソーシャル・ワーク管理者部会は、（急性期）病院でのソーシャル・ワーク・スタッフ配置の方法の開発計画に着手した。

理事会は1976年までにそのような指針を立てることを特別委員会に命じた。しかし、6年ほど後の1981年まで実用的な計画は完成しなかった。そのプロジェクトを完成させるには、252の病院の参加と2つの調査が必要であった。数年にわたって努力が続けられたにもかかわらず完成が大幅に遅れたことは、病院に対する全国的指針となるような計画を開発する上で、固有の複雑な問題があることを意味している。その過程はまた、人的サービスの提供量を定めることのむずかしさも示している。そしてソーシャル・ワーク・スタッフがゲ

ストとしてみなされている状況でサービスが提供される場合、その難しさはさらに大きくなる。

そのプロジェクトは3つの段階に分けて進められた。第一段階（1975～76年）では、基本的なコンセプトが開発され、そのテストが10～12の主要な病院で行われた。第二段階（1976～79年）では、当初の、コンセプトを科学的に検討するために全国調査が行われ、67病院での試験結果をもとに新たな方法が開発された。第三段階（1979～1981年）では、全国調査で得たデータおよび最終的な公式をとりまとめ、当初のコンセプトを具体化し公式を簡略化した。

第一段階：演繹的公式

委員会は次のことを目的としてこの仕事に取り組んだ。すなわち、将来さらに洗練できるような、しかしまた、今すぐあらゆる病院に適用できるような総合的な公式を開発することであった。そして主な目標が設定された。それは公式は主要な病院のスタッフ配置の方法を反映するものでなければならない。それと同時に、病院全体の実態を考慮したものでなければならないというものであった。そして公式はソーシャルワーク部門が組織化されていない病院の経営者が利用できるものでなければならないし、ソーシャル・ワーク部門はあるが、ソーシャル・ワーク管理者と協力してスタッフ配置を計画したり修正する上で援助が必要な病院の経営者が利用できるものでなければならない。

* 大阪総合福祉専門学校

また、最低限度のサービス水準を確立しながら、個々の病院の特殊なニーズを満たす最大限のサービスを考慮した公式が必要であった。そして、効果的なスタッフ配置計画の開発にとって、次のようなコンセプトが重要であることが発表された。

1. スタッフ配置のために必要なソーシャル・ワーク・プログラムの機能の範囲を明確にし、一致させなければならない。すべての病院が全範囲の機能を提供する必要はないが、それぞれの病院が、ソーシャル・ワーク機能のリストから、どのサービスを提供しようとしているのかを、特定しなければならない。
2. ソーシャル・ワーク部門が提供する機能の数は、必要スタッフ人数に直接関係する。機能はプログラム・サービスに関係し、その部門が実施する機能が多ければ多いほどスタッフは多くの時間が必要となり、必要スタッフ人数も多くなる。
3. 入院患者については、ある特定の時点においてサービスをうける患者の総数は病院の病床数によって制限される。その病院が取り扱う入院患者総数から、ソーシャル・ワークを必要とする患者人数を概算で求めなければならない。
4. サービスを必要とする患者の特徴となっているいくつかのハイ・リスク要因を明らかにすることで、サービスが必要な人数を導き出すことができる。ハイ・リスク要因には、65歳以上の患者、低収入患者（特に公的扶助の対象者）、および高度医療や心理社会的なニーズ（すなわちガン、脳卒中、心臓病等の病気）などの特定のカテゴリーが含まれるであろう。これらのリスクを負う患者について設定された比率（百分率％）を総患者数に当てはめ、ソーシャルサービスを“必要としている”患者数を導き出すのである。考案される公式は、教育レベルにかかわらず、病院が必要とする第一線スタッフに関してのみを想定し、監督および管理者のスタッフ配置基準は明らかにしない。

これらのコンセプトを利用して開発した最初の入院患者公式は以下の通りである。

最初の入院患者公式

ステップ I

月別病院患者総数÷病院ベッド数＝月間回転率
 $1,013名 \div 377床 = 2.7$

ステップ II

サービスが必要な患者の割合(%)×月別病院患者総数＝ソーシャル・ワークを必要とする患者数(活動ケース率)

$25\%(基礎) + 15\%(ハイ・リスク) = 40\% \times 1013名 = 405$

ステップ III

ソーシャル・ワークを必要とする患者数(活動ケース率)÷月間回転率＝期間当たりの活動ケース
 $405名 \div 2.7 = 150$

ステップ IV

期間当たりの活動ケース数÷スタッフの取扱い件数(機能の数に基づく)＝必要ラインスタッフ数
 $150件 \div 25(または15か35) = 6名$

この最初の公式の大きな特徴は次の通りである。

1. 活動ケース率(ACR)は、ソーシャルサービスを必要とする患者の割合(%)を導き出す方法であった。その公式は、病院の主な医療サービス分野(診療科)すなわち、外科病床用に特別委員会の委員が経験から算出した基礎率(%)を使用した。そして、病院はハイ・リスク要因を考慮に入れることにより、サービスを受ける患者の割合を基礎率以上に増やした。このシステムの下で、患者集団の100%までをサービス・グループとし、それに応じたスタッフの規模を割り出すことができるようになった。
2. スタッフ対担当ケース総数の割合は、病院が実施した機能の数を導き出す方法であった。これにより機能の重要性に見合った荷重値が規定された。これは、心理社会的カウンセリング等の11の基本機能と、患者の健康相談等の11の最適機能であり4つのカテゴリーにわたっていた。

病院ソーシャル・ワーク部門は、提供したい機能をチェックした。これによって、ポイント値が得られた。ポイント値が高いほど必要スタッフ数が多くなる。これは公式では、一番多い機能数で

はワーカーひとりにつき15(1-15) ケース、中程度の機能数ではワーカーひとりにつき25(1-25) ケース、一番少ない機能数ではワーカーひとりにつき35(1-35) ケースの割合でスタッフ数を導き出すことができた。実際に利用された数は次の考察に基づいていた。

1. 精神科でのソーシャル・ワークの経験から導き出された、ワーカーひとりにつき15ケースという割合では、最も集中的な専門的サービスを提供すると考えられる。これらの設定では、ケース当たりの時間をより多くするために、ワーカー対ケースの割合が低く、10~15の活動ケースにひとりのワーカーが配置される。
2. ワーカーひとりにつき35ケースという割合は、家族および児童計画に関する州や郡の社会福祉部門への連邦政府からの償還基準に基づいていた。この割合は、ひとりのワーカーがそれだけ担当しても専門的業務の一定のレベルを維持できる最大ケースと考えられた。
3. ワーカーひとりにつき25ケースという割合は、ほとんどの社会的機関では、実際の業務はワーカーの取扱い件数も接触密度も中間的であるという自覚に基づくものであった。

実際と課題—第一段階公式

1975~1976年の間に最初の公式は3回修正された。それは、委員会のメンバーが勤務する病院から入力されたデータや“労働力”比率や計画が好評であったがために“主要”な病院とみなされた大・中・小3つの病床数規模の12病院から得た試験データを反映させるためであった(AHA、1977年)。回答者の多くは、公式が比較的正確に適用されることに気づいていた。つまり、病院のニーズに関する回答者たちの個人的観察を反映するようなスタッフの規模を示していたのである。公式の有効性を妨げる主な問題は、多くの管理者が、自分の部門が提供しているとした機能の数や、基本数を超えるハイ・リスク・ケースの計画について非現実的な傾向にあるということであった。

また、ひとり職場の小さな部門の中には、むしろ十分なスタッフをもつ大きな病院のようにたく

さんの機能を果たすことを示したのもあった。このように、公式を適用した結果は、必要スタッフ数を誇張していたことがわかった。実行する機能を正確に反映するデータを使って公式を再検討すると、スタッフ配置の結果は期待値に近づいた。公式のコンセプトを明確にし、単純化させる必要があるのは明らかとなった。公式は柔軟性がありすぎて、スタッフ数を過大に見積もる可能性があった。もう一つの大きな問題は、外来患者を設定した場合の公式の使用に関するものであり、この場合、現実にはそぐわないスタッフ配置となった。外来分野での公式の有効性には重大な疑問がある。公式は一つの係数として量を数学的に利用するので、外来患者に名ばかりのソーシャル・ワーク・サービスを提供するような多くの状況を現実的に反映していなかったのである。

第二段階：分析的公式(略)

第三段階：修正演繹的公式(略)

一層の修正(略)

修正された演繹的公式

前述の要素により演繹的公式は以下のように修正される。

修正入院患者公式

$$\frac{\text{ベッド数} \times \text{取扱い患者率}^*}{\text{実行機能によるスタッフ取扱件数率}^{**}} = \text{必要スタッフ数}$$

*ACR(活動ケース率)	**SCR(取扱い率)
28%(病床数1~200)	1~13機能=35ケース/1スタッフ
34%(病床数201~500)	14~18機能=25ケース/1スタッフ
40%(病床数501以上)	18機能以上=15ケース/1スタッフ

公式を使って

例として、公式を400床の病院に当てはめてみる。

ステップ1. 取り扱う病床数を決める

(a)総病床数=400床、

または、

(b)年間利用実績(80%)により補正した病床数
=320床

または、

(c)診療科ごとの総病床数

または、

(d)診療科ごとの補正年間利用病床数

	(c)総病床数	(b)占有病床数	(d)占有病床率
内科	180	142	78%
外科	150	125	83%
小児科	20	18	90%
産婦人科	30	15	50%
精神科	20	20	100%
合計	400	320	80.2%

ステップ2. 取り扱う入院患者数を定める

病床数に下記のいずれかの平均活動ケース率をかける：

- 1～200床の病院では、典型的に入院患者数の28%がサービスを受ける。
 - 201～500床の病院では、典型的に入院患者数の34%がサービスを受ける。
 - 1病床数が501以上の病院では、典型的に入院患者数の40%がサービスを受ける。
- 本例の病床数400の病院の場合、活動ケース率として34%が適用される。

ステップ3. 実行する機能により、ワーカーひとりあたりの取扱い件数を求めるステップ1とステップ2の積を下記のいずれかで割る。

- 1病床数1～200の病院では、公式がワーカーひとりあたりにつき35ケースを適用する1～13のソーシャル・ワーク機能をもつ傾向にある。
- 1病床数201～500の病院では、公式がワーカーひとりにつき25ケースを適用する14～17のソーシャル・ワーク機能をもつ傾向にある。
- 1病床数501以上の病院では、公式がワーカーひとりにつき15ケースを適用する18以上のソーシャル・ワーク機能をもつ傾向にある。

本例の病床数400の病院の場合、ワーカーひとりにつき25ケースが適用される。

ステップ4. スタッフ配置方法を定める。

(a)ベッド総数400=5.4名のスタッフが必要。

または、

(b)補正病床数320=年間利用実績から4.3名のスタッフが必要。

または、

	(c)主な診療科の 総病床数	診療科ごと のスタッフ	(d)補正年間利 用病床数	診療科毎の必 要スタッフ数
内科	180	2.4	142	1.9
外科	150	2.0	125	1.7
小児科	20	0.3	18	0.2
産婦人科	30	0.4	15	0.2
精神科*	20	0.8	20	0.8
合計	400	5.9	320	4.8

(*患者の100%がサービスを必要とする)

公式のバリエーションと改良

施設による違いに適用させるため、公式は次のようなバリエーションや改良を考慮にしている。

1. サービスを受ける患者総数を病床単位のサービスで計算する場合、公式は区別して利用される。大規模病院では、病床毎のサービスを受ける患者数を利用するのがよい。
2. 一定の診療分野のあらゆる患者が、それぞれの医療問題の性質上ソーシャル・ワーク・サービスを受ける場合(すなわち精神病、腫瘍等)、サービスを受ける患者の基礎率は、これらの特定の病床に限って100%まで調整することができる。しかし、全体として(急性期)病院の場合、小規模病院は40%、中規模病院は46%、大規模病院は52%を超えて調整すべきではないと考えられる。
3. 病院カテゴリー間の境界点近くの病床規模の病院は、むしろもうひとつのカテゴリーに近いリスクおよびサービス人数比率を示すことができる。この場合、もうひとつのカテゴリー(上か下)を使用すべきである。
4. 外傷センター、公立病院としての役割、ハイ・リスク患者などの特殊な機能を有する病院は、むしろその次に高いカテゴリーを使用すべきである。

5. 他の病床カテゴリーと同じ数のソーシャル・ワーク機能を果たす傾向のある病院は、そのカテゴリーの公式荷重値を試みるべきである。これらの機能は、常時実行されるものとする。

要 約

これまでソーシャル・ワークという職業には、(急性期)病院における仕事に関して、スタッフ配置上の基準や指針がなかった。プログラムや規模において同様の病院が、あまりにも異なったスタッフ配置水準で運営されているので、ソーシャル・ワーク業務や入院患者・家族の心理社会的ニーズである有意義な仕事にムラができています。これはもう何年間も同じであり、人口の老齢化や慢性病、入院治療の高い費用などが表すように、個人のヘルスケアのニーズが高まると、ソーシャル・ワーク・サービスの提供システムを組織化し統一させる必要性が増す。現在のところ何らかのアプローチが試されたという報告もないし、普遍的に応用できるアプローチも報告されていない。

この研究はアメリカ病院協会の病院ソーシャル・ワーク管理者部会の援助の下で1975年に開始され、(急性期)病院の入院患者サービス分野におけるスタッフ配置のための有益な指針を開発した。開発された公式は、病床規模数、特別入院患者サービス、提供されるソーシャル・ワーク機能数、サービスを受けるべき患者数などをもとに、病院におけるソーシャル・ワークのスタッフ配置の方法を考察した。その公式は、普遍的に応用でき、個々の病院の条件に柔軟に合わせることでできるスタッフ基準を示している。その公式は、よりの確な病院・部門の計画づくりを(それはソーシャル・ワーク・スタッフの規模をさまざまな専門的・経営的要因に結びつけるものである)促進させる。演繹的公式によるアプローチは、病院におけるソーシャル・ワーク基準の確立に向けて意義ある前進をもたらした。そして、新たなアプローチについてのさらなる研究、改良、開発の基礎を築くものである。

編集後記

◇本紙創刊号は、本学会の設立総会での記念講演、シンポジウムの内容などが中心であったが、第2号である本号は会員からのいくつかの投稿もあり、学会誌としてより充実した内容となったように思う。

とくに実践の分野から多くの投稿を頂いたことを感謝している。研究分野からの投稿も予定されていたが今回の発行に間に合わず事が出来なかったことが残念であった。

◇「移植医療とソーシャルワーカーの役割」についての昨年の学会での論議では、我々がその問題に専門的な意見を述べるにはまだ相当の実践の蓄積が必要であるとの感が強かった。「倫理」に関わる問題や、高度先端医療の持つ問題の「社会性」についてなど、様々な分野から論議がなされる中で、われわれは相談場面の実態を踏まえて、一定の意見を述べていかなければならないであろう。この問題についての会員からの意見もおおいに投稿していただきたい。

医療社会福祉研究 第2巻第1号

1993年9月10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 橋高通泰（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
Tel. 0463(93)1121 Fax. 0463(92)6175
発行責任者 山手 茂（会長）
印 刷 聖恵授産所

1部定価 1100円

September 1993

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.2 No.1

Early Discharge — The Necessity to Have a Comprehensive Perspective Owe Anbacken	1
A Study of the Roles of Social Workers in Bone Transplantation and Kidney Transplantation — From Researches on the Patients and Their Families — Kazuko Ohmoto	8
The Role of Social Worker in Kidney Transplantation — Psychosocial Stress on Patient and Family — Kiyoe Miyazaki	14
Acceptance of Social Work Profession at the General Hospital — Case Finding and Screening of “Social Risk” — Chieko Tanaka	19
Effects of a Supportive Interviewing Method for Family Caregivers — Care Dynamics — Mayumi Sasaoka	24
Application of Single case Design to Social Work Practice in Health Settings — Empirically Based Practice and Social Work — Shinichi Okada	30
How Ethnic Differences Influence Social Worker — Client Interaction in a Therapeutic Situation	Shinko Tokutu 37

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