

医療社会福祉研究

第4巻 第1号

医療現場における家族ソーシャルワーク	佐藤悦子	1
日本の医療ソーシャルワークの歴史を語る	中島さつき	8
「連携」の評価方法に関する研究 — ソーシャルワーク実践における地域保健福祉機関との連携を省みて —	長竹教夫 青木恭子 簾内信行	16
周産期・新生児期医療におけるソーシャルワーカーの役割と課題	宮崎清恵	24
年金相談の背景にみる心理・社会的問題の検討 — 全国腎臓病患者連絡協議会 電話相談事業の事例を通して —	取出涼子 白石純子、逢沢詳子	32
否定的な感情の意味するもの 老親との葛藤の事例を通してクライアント の内的な発展を目指す援助の考察	沼津雅子	38
<書評>		
白石大介著『精神障害者への偏見とスティグマ — ソーシャルワークリサーチからの報告 —』	佐藤豊道	44

1995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. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する論文、報告、資料、書評などを掲載する。
2. 原稿は他紙に既に掲載されていないもの、また現在投稿中でないオリジナルなものに限る。
3. 著者ならびに共著者は本学会員に限る。
4. 論文には英文抄録（300語以内）をつける。
5. 原稿提出期限は、とくに定めるものを除いて随時とする。
6. 原稿の採否は、査読を行ったうえで編集委員会が決定する。
7. 本文は原則として、表題・図表・注・引用文献などを含め12,000字以内とする。
8. 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。ワードプロセッサ利用の場合は22字×21行とする。フロッピーによる投稿も可能。
2. 原稿題名、著者名、所属、ならびにキーワード（2～5語）を明記。
3. 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

編集委員

秋山智久 荒川義子 大谷昭 橋高通泰 倉石哲也

医療現場における 家族ソーシャルワーク

佐藤悦子*

おはようございます。この講堂は、かなり勾配がきついですね。私は、皆さんの視線にしっかりとらえられている感じがします。まず、話の進め方についてですが、持ち時間は、正味一時間半になっております。それで、レジメは一般的なことから特殊なことまで一応カバーして書いたんですが、話は必ずしもレジメに書かれてあること全部に触れないかもしれないので、ご了承ください。ある項目はとばすかもしれないし、順序も代ったりするかと思います。

1. 今日の家族の特徴

それでは話に入ります。最初に、今日の家族の特徴ということ。家族のおかれている状況を、いろいろな切り口を使って、特徴づけていくことが可能だと思います。その中で、私はこの頃、暴力という概念で家族の直面している問題を整理することにしているのです。これでやりますと、家族援助にとっても直接役立つ問題提起ができるように思いますので。

まず、暴力を規定しておきましょう。個人であっても、家族全体であってもいいんですけど、とにかく当事者ですね、当人が、当人の意志に反して加えられる攻撃的な力、継続的に、しかも非偶発的に、外部から、他者から加えられる力(物理的な力もあれば、心理的な力もある)を暴力とおきます。

次に、いくつかの暴力の実像を考えたいと思います。四つほどあるんですが、まず家族内暴力、それから他の小集団内暴力、それから三番目にはもう少し広がった社会的暴力、四番目に実存的暴力、人間の威厳、dignityに対する脅かし、という意味で実存的暴力が考えられると思います。

最初の家族内暴力ですが、これには方向がいくつかあります。まず、親から子どもへ行く方向、それから子どもから親へ行く方向。それから、子どもから子ども、あるいは親から親と、この四つの方向が考えられます。私たちが一番身近に経験するのは親から子への暴力だと思います。具体的には小児虐待とか、性的虐待とかいわれるもの。それからじわじわと侵していく暴力として、幼児の早期教育。三歳になる前に、歪んだ形で子どもの知性を開発することが盛んですよね。子どもから見れば、暴力以外の何ものでもありません。更に、母親の過干渉、親の子どもを思うあまりの過干渉です。親は一所懸命なんだけど、それしかやり方を知らない、そういう意味での過干渉、あるいは親自体の不安が非常に高いあげくの過干渉等があると思います。母親の過干渉も長い時間をかけて、子どもの成長を阻んだり、撤退させたりします。母親が一所懸命であるだけに、誰にとっても不幸な現象だと思います。

それから、子どもから親へという方向は、これは、俗によくいわれる家庭内暴力です。母親主導で思春期まで来てしまって、葛藤が高まった結果、

* さとう えつこ：立教大学

エイヤッという形でまわりにある器物、あるいは人間、特に愛情と憎悪を両方感じている母親に対して爆発してしまうのが家庭内暴力だと思う。

それから、これもあまり日本ではまだ大きく浮上していないんですが、老いた両親を虐待するという老人虐待です。皆さんの病院ないしはクリニックでも、目に止まることがあるかと思います。中間世代と呼ばれる我々が、親の世代と子どもの両世代にはさまれて、両方の世代に対しての思い入れから、あまり身動きがとれないという事情があります。しかし、老親にしてみれば、心理的に遺棄されたと感じたり、よくされればされるほど文句が言えないし、ありがたいんだけど、どうしようもない寂寥感があるとか、健康がむしばまれるという形で暴力を感じていると思います。

今度は、子どもから子どもへの暴力、これは家庭内暴力をやっているうちに自分の兄弟姉妹に対して振るわれる暴力です。兄弟姉妹というのは、親和性の高いところと、それが逆転して憎しみの対象となるという両方のメカニズムが働いていると思います。

それから最後に親と親ですね、これは配偶者虐待の問題です。背骨が折れるとか目が潰れるとか、その辺までいかないと病院に来ませんし、その実はまだ見えにくい。家族内においての、夫であり妻であることのあり方が、疲労度を増しています。夫も妻もいらついているわけです。相手に対するいらつきもそうですが、自分自身に対するいらつきも加算されますので、配偶者同士の間は暴力的な関係になっているのではないかと。

成人同士の暴力は、職場におけるセクハラ等もありますが、これから我々が考えていきたいのはセラピストとかカウンセラーとか援助を与えるものとクライアントとの間の暴力関係です。これは日本ではあまりきかないのですが、アメリカですとカウンセラーとクライアントの関係が訴訟の対象になっている訳です。援助関係は、踏み込んでいくことで親密になり、それが癒しにつながるわけですが、別れ、終結のときがうまくいかない場合があります。お互いにexposureといいますか、自分を露出しすぎた感じになり、クライアントが「あれは強制的に言われた」とか、「私は、

まだそこまで準備してなかったのに踏み込まれてこういう具合になった」と言って、終結に伴う喪失感をカウンセラーのせいにすることがあります。我々もケースワークやカウンセリングで、閉塞的な二者関係に投げ入れられることが多いですね。援助関係とは変化を目指すわけですから、危険性をはらんだ関係にあるということを実感していかなくちゃならないと思うんです。

あとは社会的暴力ですが、ここでは社会経済的な変動とそれに伴う不安を考えてみたい。例えば、経済的な変動ですが、私たちは飽食の時代を経験したから、自分の欲望を縮小するということとはなかなかできない。一度知った自由は、絶対に奪うことは出来ないともいいましょうか。一度ある程度のお金を持つと、それが少しでも減ると、被剥奪感に襲われます。新しい貧乏ですね。実際に貧富の差が開きつつありますから、階層差が激しくなっています。それから環境破壊、公害なども、ひとつ暴力として捉えた方がいいかもしれません。最後に戦争…。

最後になりましたが、実存的暴力というのは、病とか、老化、死という、自分の意志に反したところで自己に加えられる力。そのために自分の生きざまも変わってしまうという、非常に厳しい状況を実存的暴力という言葉で表してみたのです。

ところで、今述べたような四つの種類の暴力に共通することは、巻き込まれている人間全体が被害者であり、加害者であるということです。暴力は、人間の相互交流、相互交渉の結果生まれてくるわけですから、誰もが加害者であると同時に被害者になる側面を持っています。みんな何かを失っている、だから、それぞれが悲哀を経験するわけです。

例えば性的虐待の例をとると、五歳の女の子を可愛がったあまり、自分の性器を触らせたお父さんの話。そのときには母も父も娘も、それぞれが大きな喪失を経験します。お母さんは、よい母であるという自己像を失います。子どもを危険な目に遭わせたわけですから。それから、異性としての、又、生活の相棒としての夫を失ってしまう。父親は、娘を妻の位置にまで引き上げてしまった訳ですから、妻を失う。また、娘を性的対象とし

てしまったことで娘も失ってしまう。娘は娘でinnocenceを失うわけです。母親に護られて父親に愛されるという五歳児の少女の特権が失われてしまうわけですから、そういう意味での喪失がありますし、自分はよい子なんだという自己像も壊れてしまいます。家族メンバー全員を援助対象とする家族臨床では、それぞれが喪失による悲哀を生きているんだという視点が何よりも大事になります。この場合、援助者としての我々自身も喪失を経験していることを忘れてはならないと思う。

次に、ワーカーとしての我々自身の状況に目を向けてみたいと思います。何年前かにアメリカで流行した”燃えつき症候群”という言葉があります。全力投球ができない状況、あまり将来に希望が持てない状況、そういう全体状況の中で我々ワーカーの活力が非常に低下していたんですね、そういう中で我々は日々仕事をしていたし、家族も日々生きていたということなんじゃないかと思えます。しかし、現在のパスワードはempowermentなんです。自分たちが力を合わせて、寄り添って、お互いにempowerしていくことでburn out状況を切り抜けようという気になっている。昨年アメリカでは、専門家のためのワークショップとかも、家族がどうかということよりも、家族とつき合っていく我々ワーカーのことを考えましょうといった方向で開かれていました。今日のような会も我々ソーシャルワーカーがお互いをempowerすることで、家族に対処しましょうというところに狙いがあるのではないのでしょうか。

2. 今日の家族問題の特徴と病院におけるソーシャルワーク援助についての含意について

この場合にまず、医療の今日の特徴を考えなければならぬと思います。家族問題の特徴というのは、医療の特徴に連動しているわけですから。現在の医療場面で浮上している問題としては、例えば慢性病や老人患者の増加で、キュアではなくてケアが主流になってきたとか、医療技術が高度化したので、もともとの医療の態度、“手を当てる”という本来の癒しが、病院の場ではなかなか

見られないとか、その反動として宗教に走ったり、漢方を選ぶ人が増えてきて、病院に対する信頼が落ちているということがあります。それから医療費の上昇です。

特に、第三者支払いの場合、例えば保険会社がメディカルチャートを見るわけですからプライバシーの問題が出てきます。それから、これまでは生理的な病気だと思った胃がんまでも、メンタルな影響を受けていることが知られているので、医療者側にとっては、医学的に限定される、言ってみればクリーンな治療ができにくくなってきているわけです。アプローチの仕方もチーム医療ですし、プリマドンナでありたい医師にとっては仕事ができにくくなっている。防衛力も強くなるというものです。更に、生命倫理に関する新しい問も突き付けられるし、全体的に病院の中に緊張度が高まっているのではないかと思うんです。ソーシャルワーカーとしても、総合病院であればいろんな職種が入り込んでいますから、他職種の人達とチームワークをよくしていかなければサービスがうまくいかないという状況だと思います。また、消費者意識の向上と連動して患者の権利意識が向上していますから、医療者側が勝手な医療をすることができません。これらのことは、患者とその家族の側にとっては望ましいことですが、医療側にとっては万事不自由になったといえましょう。

それから、もう一つ付け加えておくことは、ソーシャルワーカーにとって若い医師の教育という問題。技術もしっかりしているし、人間らしさも身につけているすばらしい若い医者がいると同時に、どうも威嚇的な若い医者も多くなっている。ですから、彼らを協力する仲間としてどう取り込んでいくかという、若い医者に対する配慮が必要になっていると思います。

次に、家族問題の特徴、つまり家族に対峙するときの難しさを考えましょう。一般的に言って、我々は予防行為が苦手です。例えば、塩分のインテークが高くて、そのために塩分過多になっている場合、それは日常的な困難(difficulty)ですね、その時点で何とかすればいいんですけど、我々は想像力が不足しているから、食事行動を変えて、健康な体になろうと、そういう動きにはならない

訳です。で、病院なりクリニックで我々がつき合う段階ではそれが問題化（Problem. 困難の複合化したもの）していて糖尿病というレッテルがついています。ソーシャルワーカーの役割としては、そういう時には食生活に限らずライフスタイル全般について介入せざるを得ません。これまでの家族関係とか、プライバシーに触るような情報の取り方をせざるを得ない。クライアントの家族にとったら、我々の存在はうっとおしいと思うんですね。できれば自分とお医者さんだけの関係で、そこで全部お願いして、早く帰りたいと思っているわけです。そういうときに、「状況どうなっているんですか」と聞いたり「家族の方も一緒に来てください」なんて言ったら、うるさがられることになりましょう。ですから我々としては、問題解決って何だろうと自問しながら働くことになります。どこまで、どういう形で介入することが、その家族にとってのベストなサービスになるのか、つまり、働きかけの境界を見極めながら介入する、これはしんどいことです。経験的に我々はやっていますが、境界の曖昧さは残ります。

曖昧な中での仕事は100%の充足感を与えてくれません。従って、なかなか自信が持てません。前にも言いましたが、いつも問題解決って何だろうと問うているわけです。

問うときのキーワードとして二つ考えてみましょう。一つはハビング(having)の世界、何かをやる(do)ことでの問題解決。それから、何もしないでそこにいるというビーイング(being)の世界の解決方法。

キュア(cure)というのは、どちらかというハビングの世界における問題解決の方法なんですね、それからケア(care)というのはビーイング、そこにいるということが出発点となる問題解決方法です。その時の相手の言動を読みとって、それに対して応答をしていくという、非常に個別的で、日常的なアプローチです。相手と相手の状況に自分を投げ込む(全力投入)ことは恐ろしいことです。それは自分に直面しちゃうから。何かやらないとそわそわしてくるとか、ちょっと思い出して電話をしてしまうとか、我々自身の時間の使い方、対人態度のあり方を問われます。ソーシャルワーカー

ーという仕事は、ある意味では非常に自由度があるだけに、おもしろい仕事なんですけれど、はっきりした決まりはありません。結果よりもプロセスそのものの方が狙いでもあるし。その時々でハビングとビーイングの両面を使いわけていくということなんじゃないでしょうか。

3. 家族援助の視座

まず、家族の捉え方から話を進めます。(これは、皆さん家族を全体として捉えるということは、耳にたこができるほどお聴きになっているんじゃないかと思うんですが)家族を全体として見ることは、具体的にはサブグループ、二者関係や三者関係を連ねていくということですが。家族関係を中心に考えることはシステム論として定着していますが、実は個もシステムに変わりはないわけです。更に、そこに生身の人間がいるわけで、それはどうしても外せない。そこで、家族を考える場合、家族を構成している個と、それから家族関係、もう一つは生活圏を想定します。つまり、家族というものには個別性と、関係性と、文脈性(状況)の次元があるわけです。家族が暮らしをたてる生活圏(状況)は、ソーシャルワークの伝統的な言葉でいうと、社会資源ということになりますが、それだけじゃなくて、家族がずっと閉じているのか、開きっぱなしなのか、その境界のあり方を問う概念でもあります。あることについては、すごくオープンなんだけど、別のことについては全然外の専門家の助言を得ようとはしない、家族にとって独特の境界がありますが、これが家族援助をする上でかなり大事な情報になってきます。

家族援助の視座ということで、まず家族の考え方を話したんですけど、今度は援助のことですね。何の援助をするか。一言でいうと変化への援助をするわけです。ただし、家族を変化させるときに自分も変化する用意があるかどうかということが、キーポイントになります。何気ないことで、自分も変化するとは考えられないのですけれど、家族に情報を伝えたということで、家族が変化するときは私も変化しているわけです。例えば、事例研究でいえば、相手側とこちら側を含んだ状況の変

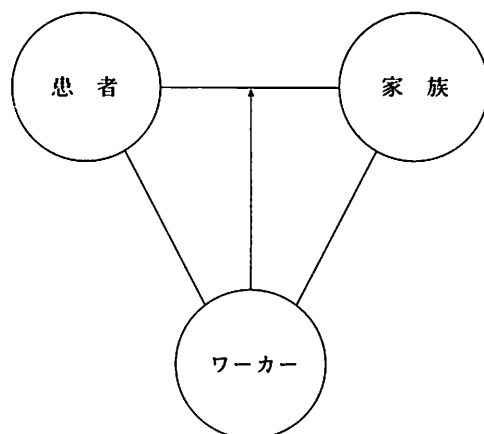
化を過不足なく記述しようという動きがある。今までの事例研究だと、起こっていることを(私の目の前で起こったととらえているのだけど)空中で起こったかのように、誰がどうして、こうしてと、第三者的に述べていく。自分の関わりを過不足なく評価するという手段も手続きもないものですから、過小評価になっちゃうか、過大評価になっちゃうかのどちらかになってしまう。どちらもあまり科学的でないという理由でそれを捨象しています。

相互交渉の結果としての変化を、きちんと事例で記述していくことが必要です。そのように事例報告が書けるためにも、変化する用意があるかないか、という問いをそれぞれが自分に尋ねなくちゃならないのじゃないかと思います。

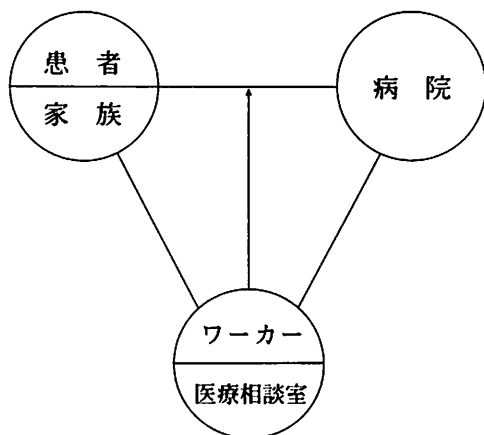
それから、変化の質について。変化というのは、常識的に考えて、例えば疾患がある場合、疾患の不在だと考えられています。問題があれば問題を不在化する。それが解決であると。これは第一次変化といいます。第一次変化は、ギアチェンジではなくて、アクセルチェンジなんですね。アクセルを踏んで速度をあげてますから、足を放せば同じ速度に戻ってしまう。問題には持続と消滅の両方が含まれていますから、消滅だけを狙っても持続する部分が残ってしまいます。ですから、本質的な変化というのは、そこで起こっていないわけです。そうじゃなくって、第二次変化といわれるギアチェンジによる変化が考えられます。ソーシャルワークの場合、入院患者の病状転回があると思います。この状況を巡って、家族や本人との話し合いとか退院準備とか、フォローアップ計画をたてるとか。問題を無くするというのではなくて家族と患者本人と状況の三者の現実の中で、言葉を変えていうと、疾患の持続と消滅を含んだ家族生活という新しい状況を創り出す手助けをすることが、我々の仕事の変化の方向だと思うんです。単純に問題の消滅より、すこし一歩進めましょうというのが第二次変化の考え方ですから、我々が家族援助をするときの目標は、第二次変化となります。

4. 家族援助の実際

家族援助の実際には、まずモデルの問題があります。ここでは、三項モデルを考えています。第一の三者関係は患者と家族とワーカーの作るモデルです(図1)。それからもう一つは、家族の中に患者が入っていて、ワーカーが医療相談室というソーシャルワーク機能に入っていて、病院側があるという三者関係です(図2)。



(図1)



(図2)

この二つの三者関係をあえて三項モデルというのは、いづれの場合にもワーカーは、患者と家族の関係(図1)、患者・家族と病院との関係に介入するのが第一義的役目であることを強調するため

です。付け加えますと、図1は家族コミュニティ、図2は病院コミュニティを想定しています。

我々ソーシャルワーカーとしては病院の中のコミュニティ作りを考えていかなければ、いい仕事はできない。これは、皆さんそれぞれ実行してらっしゃる、あるいは実行していこう、実行ができないということを実行していると思いますが、とにかく皆さんの頭の中にいつもあると思うんですね。

次に家族アセスメントということですが、基本的にはわたしたちは家族を必要とするときにしか、家族のことにはかかわらない。家族も必要なときにしか我々を思い出してくれないし、患者のことも思い出さないかもしれない。基本的には家族は病院にすべてお任せして一息つきたいわけですから、干渉してもらいたくないというのが、基本的なスタンスだと思うんです。病院側としては、患者のこれからの治癒において家族を資源として登用したい。そこで、ソーシャルワーカーが家族に会うことになります。

最初からソーシャルワーカーは病院側の要望に飲み込まれてしまうことが多いんですね。ですから、お医者さんやチームの決断が、即、自分の目的、家族にあう目的になってしまうのが実情だと思うんです。それはそれで、とっかかりとして否定することは無いんですが、そのかわりアセスメントは白紙でやらなければならない。少なくとも二回ぐらい。最初は家族に何とはなしに会う、そういう時間は絶対にとってほしいんですね。これからのプランについて話さなくてはならない、それがメインなんだけれど、とにかく一度会ってアジェンダなしに話を聞く。そうすると、そこにいる人の自己報告という形で情報が入ります。それから次には、今度は家族が二人以上いる場で(例えば患者と配偶者とか)、その二人がどういう言葉のやり取りをするか、行動観察をする。そのときはお互い様で、向こうもこちらを値踏みするわけです。

これがコミュニケーションのアセスメントですが、次に課題への対処にどれぐらい力があるかを見極めるのは周知のことだと思います。私は、家族療法をやっているので、家族内関係の変化を中心にしてきましたし、家族内関係は大事な概念であ

ることは確信的な事実なんだけれど、当人の思い込みとか、夢とか願望とか個の内的な世界にもリアリティがあるから、そういうところをしっかりと見ていくというふうになってきています。それから、家族が生活圏内の諸機関とどう関わっているかという視点ですね。例えば、夜中に赤ちゃんが熱を出したら、まず電話でかかりつけの医者に相談するか、救急箱の薬で母親がまず手当をするのか、具体的なレベルで問題解決にどういう姿勢をとっているか、家族によって違います。大きく分ければ、すぐ人に頼る家族と、なるべく自分たちで対処しようとする家族と二通りありますね。このような具体的な話をしながら、最後にものを言う人はだれなのかを知っていきます。日常的な場面をいろいろ話すことは、回り道みたいですが、家族にジョイニングしていくという点では効率がいい面があると思います。今、コミュニケーションと問題解決の能力の二点を中心にアセスメントをすると申し上げましたが、これは家族全体に視点を当てたものの言い方でした。しかし、家族メンバーひとりひとりの世界を理解することも同時に必要なことなので、次にその点について触れます。

家族全員についてのひとりひとりの内面世界は、ひとつは自分をどう見ているかという自己像、それから他の人とどういう関係を作っていて、それをどういうふうに認識しているかという対人認識、それから三番目には状況認識、つまり入院という状況をどうとらえているか、の三つの側面から見ることができます。この場合、援助構造の一部となっているワーカーは自分のことも考えてほしい。特定の患者さんや家族と関わっている自分の自己像はどうか、自分と患者の関係をどう見ているのか、あるいは、患者家族の行く先とか、これまで生活してきた生活態度とか、いわゆる家族の状況に対してどういう解釈をしているかチェックしていただきたい。

ところで、これまで述べてきたように、我々が日常やっていることに名前をつけたら、家族ソーシャルワークになります。家族ソーシャルワークの立場は、家族を複合的な関係のレベル、つまり個のレベル、関係のレベル、それから対象との関

係のレベルでとらえる構造をとります。

5. ソーシャルワークの専門性

私が訓練を受けたときは、ソーシャルワークの専門性は、プロセスを観察して、それを分析するというプロセスを強調した教育を受けたんですね。プロセスの動きのルールがわかればプロセスを理解できるようになる。そうすれば、構造にも敏感になります。我々は家族ソーシャルワーカーですから、病院の組織を家族モデルでとらえることができますと思います。例えば、病院長はいばっているんだけど、実際は婦長に頭が上がらないとか。家族の比喩は、勢力と連合関係を明らかにするのに役に立ちます。プロセスの専門家だというと没価値じゃないかといわれますが、それでは仕事できません。価値へのコミットメントなしのソーシャルワークは成立しない。家族ソーシャルワークは家族アドボカシーの立場をとります。

家族アドボカシーは、完全に家族側、患者側に立つという意味で、代弁者モデルといわれています。これは、ノーマライゼーションの思想から出てきていますが、消費者又は市民としての権利を家族が主張していくために力を貸し、そのことで自分も変化する。この、自分も変化するという視点がアドボカシー運動には非常に強く出ているんですね。援助者側も活性化され変化していくと。で、そういうものを全部自分でやれるわけがない。もうひとつ、ソーシャルワーカーと技術について一言。技術というと、何かメカニカルな感じがあるから、戸惑いがあるようです。これはマイケル・ポランニの考え方なんですが、彼は技法を、テクニク(技術)とスキル(技能)に分けました。スキルの方は、身体的習熟を経た技法なんです。技術の方はマニュアルがあればできます。ソーシャルワークの技法、例えばケースワーク、集団療法をやることとか、面接法、根回しとかは、体を通して実現していく、いわば全人格をかけた学習の末に身につくものです。スキルの獲得を恐れなくてほしいと思います。

6. 医療現場における家族ソーシャルワークのフロンティアとしてのグリーフワーク(哀悼作業)について

最初に申しましたように、家族問題を暴力ととらえることで、誰が加害者で誰が被害者でということとはなくなるわけです。ひとりひとりが加害者であり被害者であるという目で見てみようではないかという提案です。例えば、死を告知された患者がいて、その家族が苦しむ。家族と一緒に話したり、患者その人と一緒にいたり、予期悲哀の部分はケアするんですが、亡くなってからの後の家族のケアがすっぱり抜けているんですね。だから、その後者の方を、これからしっかりやっていきたいと思います。喪失を経験する家族の同伴者となることの必要性は、これからますます出てくると思うんです。そうして、ワーカーも自分のグリーフワークをそこで一緒にやっていくことです。そのためにも、自分の死生観を把握し、人権に対する感性を磨く。人権意識という際に、普通は市民権のことを指しますが、もうひとつ、実存権といいますが、人間存在の尊厳への畏敬の念を持ちたい。

家族ソーシャルワークのフロンティアはグリーフワークにあることをもう一度申し上げて、私の話の終わりとしてしたいと思います。

日本の医療ソーシャルワークの 歴史を語る

中島 さつき*

I 社会福祉を志して

こういう機会を与えてお話させていただくことを大変喜んでおります。話すことが82年の生涯の中でたくさんございますので、暴走するかもしれませんが、自由に話させていただきます。

私は明治45年に生まれまして、明治、大正、昭和、平成と四代にわたって生きてまいりました。いろいろな方との出会いがあり、継続して一つの仕事をしておりますといろいろな連絡性があるで大変学ぶことが多くございます。

私は五人兄弟の一番上で、三人女の子が産まれました後に大正6年に長男が生まれました。当時流行しましたスペイン風邪に罹り、脳炎を起こしまして発達遅滞になりました。その弟のために大変苦労いたしました。当時はいろいろな施設がございませんので、弟の家庭教師として、病院から何から、全部みてまいりました。小さいながらに長女としての責任感から「こういう人のための施設を作りたいな」というようなことを考えておりました。

小学校を卒業して日本女子大の付属に入りました。それがとても良かったと思っております。と申しますのは日本女子大学は1901年(明治34年)、当時女子に教育はいらなと言われていたときに、成瀬仁蔵が女子教育のため日本女子大学を創ったわけです。この方が非常に独創的な人で、22年後に社会事業学部ができました。

付属の女学校におりましたときに大学部の展覧会があります。栃木の刑務所、ここは女囚だったのですが、そこで子どもが生まれ、育てている囚人たちが作った紙風船を見まして、「私は社会事業学部に入りたい」と考え、入りました。その当時の世の中では社会という字が嫌われ、先生から「社会事業を勉強したらお嫁のもらい手がなくなる」と言われたけれど、行きました。その時の社会事業学部の先生は当時東大とか慶応大学とか一流の先生が、経済学、社会学、社会事業学を教えてくださいました。それから成瀬仁蔵先生がアーノルド・トインビーと米国でお会いになってました。トインビーホールというのは1884年にイギリスでできたのです。日本では神田に片山潜のキングスレー館というのが1917年にできまして、その後日本女子大学にセツルメントを創り、学生の実習の場を作ったのです。

私は社会事業学部に入ってそのセツルメントに4年間通いました。そのころは貧困と疾病の悪循環でコレラ、チブスが流行し赤ちゃんでもころころ死んじゃうんですね。私は1年の時にセツルメントの子どもたちをつれて多摩川にキャンプに行きました。キャンプに行こうと言うときに、日雇い労働者のお父さんが赤ん坊を連れて来て「この子の母親が赤痢で死んじゃった。この子を連れて日雇いに行けない」と言うのです。それでその赤ちゃんを預かってキャンプに行くわけです。おしめを洗って、子どもにミルクを飲ませ、学習を教え

* なかじま さつき：兵庫医科大学名誉教授

ていましたら、東大セツルメントの壁新聞に「キャンプ村お嬢さんがママになり」と書かれました。当時医学部の学生が多く、そこで知り合った人との関係が現在までつづいています。例えば20年かかっている砒素ミルク被害者救済団体の理事長をなさった、前国立公衆衛生院長の曾田長宗先生等です。また後に著名な社会事業家になられた男性も女性もキャンプ村で知りましたが、皆苦難を乗り越えて、社会事業の道を歩まれました。

それから日本女子大の3年と4年に1週間に1回施設を見学します。その時に鐘淵紡績の工場に行きました。入りましたら空気がむんむんしておりました。そこにリンゴの頬をしたかわいい女の子がさらしの襦袢に腰巻きの姿で番をしている。その中はすごく暖かい。それは女工さんのためじゃなくて糸が切れないために湿気を帯びて暖かいです。寄宿舍を見せて欲しいと言ったら、社会事業学科の学生には見せないということでしたが、それでも私たちは無理に行きました。工場を出ますと寒い木の廊下、その隅に水道がありまして、そこで非番の女工さんたちが水で髪を洗っているんです。それから食事を見ましたら、たくわん二切れに味噌汁の貧しいご飯です。あれでは結核になるのが当たり前だと思いました。

そういう現実を見まして、私はいろいろ志に燃えたわけです。そのような実践の中で、今考えますと、まず第一に社会事業の教育が良かったと思います。それから施設の施設長が、例えば岡山の孤児院の石井十次先生などはキリスト教で医者であったのに、それをやめて孤児院を経営されたように施設長が立派でした。非常に勉強になりました。

また強く印象に残っている先生に生江孝之先生がいらっしゃいました。生江先生はキリスト教社会主義者で日本女子大学で社会事業概論からずっと、社会事業に関して4年間習いましたけど、この先生は実践家でした。当時麻薬中毒なんて誰も省みなかったのにご自分で麻薬中毒患者の施設をお作りになりまして、「治り際に布団を蹴破るから、いくら作っても足りない」と、施設長としての苦勞を私たちに示されました。この先生が内務省の社会局の時にマサチューセッツ総合病院のキ

ャボットにお会いになって、日本にも医療社会事業が必要だと考えてはじめて大正15年清水利子さんを済生会病院に置かれました。

II 聖路加国際病院での体験

聖路加国際病院は1901年に聖公会によって建てられた病院です。トイスラー先生が宣教医師で病院を設立されました。そのころはどこの社会事業施設も音楽会などをして寄付でやっておりましたが、聖路加国際病院はアメリカで寄付を集めていました。社会事業部があるというのでアメリカで寄付がたくさん集まりました。

私は聖路加国際病院に2年間勤めました。当時浅賀ふさ先生が昭和4年に入られ、ミス・シップスは正規の医療ソーシャルワーカーの経歴を経て、後から入ってこられました。私はミス・シップスから直接に習いました。

今の健康保険というのは大正15年にできましたが、当時労働者保険でしたから皆自費でした。それで私たちは家庭訪問をしまして、それを全部英語におしましてミス・シップスのところに持っていくわけです。東京朝日新聞の外報部長をしておりました父に英語を直してもらってミス・シップスの所に持っていきます。それをまたミス・シップスが真っ赤に直しまして、秘書にタイプで4枚打たせます。当時は英語で書くということが秘密を保たれるということになりまして、1枚はミス・シップス、1枚はソーシャルワーカー、1枚は会計事務長のところ、1枚は病棟のカルテにはさみまして、経済・家族・社会環境を調べて、ミス・シップスがそれで費用を2分の1にするとか、全部無料にするとかを決めました。

私は聖路加国際病院に入りまして病院ということでは清潔なところであることを初めて知りました。歴史的に見ますと中流、上流は家庭で療養していたんですね。中世に、病院と軍隊と監獄で熱病がでて調べたら同じ菌であり、共通するのは切り捨てる隔離であったと言われました。病院というのは汚いところだと思っていました。ところがしょっちゅう掃除してまして、たまたま他の社会

事業施設から訪ねてくる私の友達から、「あなたは御殿の中でよく社会事業をやってられるわね」と言われました。聖路加国際病院では学ぶべきことがたくさんございました。

私は2年で結婚してやめることになりました。後に、主人が満鉄だったもんですから私が撫順におりましたときに、父親からミス・シプスの手紙が送られてまいりました。その手紙には「あなたは双子だったら良かった。双子だったらあなたの後をいい仕事をしてくれたらろう。」という英文の手紙が送られてまいりました。父親に「こういう手紙は記念にとっておくほうがいい」と言われまして、引き揚げの時持って帰りまして、60年間今でも机の上に額にして飾ってあります。特にミス・シプスは、他のところでは「社会事業学科は赤だ」とか何とか言われたときに聖路加病院に来て初めて私を専門家として扱っていただいたことに大変いい感じを持っております。

また浅賀先生は大変積極的な先生で、公衆衛生看護婦と共同できれいな建物じゃなくて、別棟の木造建てのところで結核患者の相談にのっておられました。浅賀先生は非常に積極的に、畳のないところに結核患者が寝てますと畳をかついて持っていき、社会資源の活用ということですね。浅賀先生は本当にいいお仕事をなさってらっしゃいました。

また浅賀先生から方々に連れて行かれました。婦選獲得同盟、要するに選挙権がありませんから選挙権を獲得する同盟の本部につれて行かれたんです。そこでだいたい夜に秘密会議があるんです。そこに海軍を中退した中佐級の軍人さんが二人ほどまいりまして、「今これから日本は大変なことになる。とにかく兵隊の結核患者や性病患者の多くて困っているのに、軍艦ばかり作って。軍艦一つ作るよりどれだけ病院ができるか分からない」ということを私たちに教えていただきました。

当時は、セツルメントで昨日来たかわいい子が今日来ないので「どうしたの」と聞くと、「昨日焚き火していて着物に火が移って死んじゃった」とうように、しょっちゅう死が迫っている。そういう現状の中におりますと社会について考えざるを得ない状態でございます。それで医療費が大変か

かりますけれど鐘淵でああいう女工さんの姿を見てその時にちょうど有名な外科の先生が東大を定年でおやめになって聖路加病院にいらしたんですね。私の月給が40円の時に倉敷紡績の社長の夫人の盲腸を切るのに1000円その先生に払ったというんで有名になったんです。世の中矛盾だらけの中で社会に対する熱情を向けざるを得ない状態でした。

Ⅲ 東京都での苦勞

GHQの要請で東京都の衛生局に医療社会事業係ができました。GHQは日本の国民の衛生ということよりも、夥しい数の米軍の将兵を日本に送ってまいります。そのころの日本は性病や結核が蔓延している。そうすると異民俗の間では菌の伝播が早いですから自国の兵隊をどう守るかということで最初に手をつけたのが保健所なんです。それで当時GHQの公衆衛生福祉局のサムス准将という方が全国の保健所を整備すること、保健所に性病・結核の治療をすることを命令したんですね。そうすると全国の保健所長会が、保健所は予防機関で治療機関じゃないと言っても聞き入れられなくて、それで保健所の建物を整備することを交換に保健所法を整備したんです。ですから保健所法には性病の治療に関する事項、結核の治療に関する事項というのが入っております。

GHQから言われて、要請といってもそれを守らなかったら衛生局長をクビにするくらいの非常に強いものでしたから東京都では医療社会事業係というのを作りました。3名の吏員と看護の人と保健婦とソーシャルワーカーとして私と3名の合計6名の構成でできたわけです。ところが27年にGHQが帰りましたらもういらないので医療社会事業係はなくなっちゃったんです。私たちは一旦採用されたので仕方がないので、その係長が普及課長になったので普及課の中に医療社会事業科を作って出発したわけです。

それからはいつも「衛生局は衛生のことをすればいいのでどうして福祉をしなきゃいけないんだ。民生局に行けばいいじゃないか」と言われて、私

はしようがないので8月に予算を取るために、自分の書いた本とか資料とかを持って行って医療社会事業の必要性を説くんですけどなかなか認めてもらえない。

東京都では本当に戦いの連続でした。厚生省へも新しい担当技官の所に「医療社会事業は、医療社会事業は」と持って行きました。医師の担当官は一旦分かったらとことんまで味方になってくださるんです。中尾仁一先生や、菊池裕先生から「僕たちの代わりにWHOからシドニー大学へ、医療社会事業で行ってください」と言っていただきました。それは大変むつかしくて厚生省と外務省の試験を受けて行くんですけど、そうしましたら「勝手に厚生省と連絡つけて行った」「試験なんか受けた」「それならば都をやめて行って欲しい」「男の保健所長でさえ行かれないのに女のあなたが行くとは何事だ」とそういう言い方でした。で、まあだんだん理解されるようになり、1962年(昭和37年)にシドニー大学へ行きました。

都では福祉に対してすごく打算的な考えで、私があんまり一生懸命言うので「あなたの後ろに後光が差してるみたいだけれど、福祉じゃ食べていきませんよ」とか、「福祉じゃ予算にのりませんよ」とか、「効果が顕著でなければ予算にはのりません。議会を通りませんよ」とか言われました。私のところで「あなたに会って更生して本当にありがたい」という手紙は7年目に来るんですね。「そんなのろいのでは行政にはのらない」ってことをさんざん言われました。

本当に当時認められませんでした。東京都が認められなかったら全国が認められないので美濃部知事の秘書の所に何回も何回も浅賀先生と二人で行きました。そうしたらその秘書が「今知事は秒単位で動いています。だからあなた方知事に手紙を書きなさい」というので浅賀先生が一生懸命手紙を書かれて、私が持ってつたんです。なかなか返事が来ないんです。その手紙が3カ月たったら私の衛生局の課長の所に来まして「あなたは医療社会事業を担当している。美濃部知事は忙しくてこれに答えられないから美濃部知事の心になって返事をしなさい」。私に返事をしろっていうんです。「どういうおつもりなんですか」というと、「ご趣旨は

よく分かるけど今の現状ではなかなかそういう風にはいかない」と。

そういう風な状態でいつになっても埒があかない。東京都の協会の人に相談いたしましたところ東京都の協会の方が一生懸命になってくださいます。それじゃ陳情しようということになりました。泉橋慈善病院に相談係をおいたというのが日本の医療社会事業の始まりなんですね。その泉橋慈善病院が三井厚生病院といって、今の三井記念病院なんです。最初に新しい病院を建てましたときに、そこに美濃部知事をお呼びしようというので150名集まりまして、私たち陳情したんです。その時はスムーズにいくように、「外国では病院に専門官をおいている。東京都に病院に専門官を置かなくてはおかしい」と言いました。美濃部知事が一言「イエス」とおっしゃったんです。そうしましたらちどころ、保健所は無理でしたけど病院、療育施設に60名近く増えました。ですから行政を動かすのは大変な熱意と手間と費用のかかることで東京都の会員の方が募金をしたりしていろいろ努力をいたしました。

Ⅳ 日本医療社会事業協会への尽力

こういうなかで私は東京都の保健所の医療ソーシャルワーカーのために研究会を作り、それと同時に同じ講師の先生で都内の病院のソーシャルワーカーに呼びかけて研究会を持っておりました。そういう研究会から東京都医療社会事業協会ができあがるわけです。東京都の医療社会事業協会は昭和26年にできました。愛知県の医療社会事業家協会が24年にできました。そういうときに医師である厚生省の担当官がちゃんとその研究会に来て、その医師は勉強するつもりなんです。だんだん厚生省が理解がなくなっちゃって、それから医師から保健婦に監督が移った。それが協会に対して非常に損失であったと自分自身では了解しております。

そういうことで日本協会が昭和28年10月12日にできあがるわけです。

日本協会ができあがりますときにまた分裂が起こったんです。というのは医療社会事業に一貫し

ているのは専門性の追求だと思いますね。行政の方ですと事務官が多いんです。その時に「日本協会を作らなければ」と言っているのは保健所側にいたソーシャルワーカーたちで県では本当にぼつぼつと医療ソーシャルワーカーが置かれているという状態でした。そうすると進駐軍が帰ってしまいますから医療社会事業の声が低くなる。保健所側から「日本医療社会事業家協会を作ろう」という声が広がったんです。そうしまして大会を朝日新聞の講堂で開きまして、基調講演に橋本寛敏先生のお話を伺うことになったんです。そうしましたら聖路加病院の吉田ますみさんと国立東京病院の山本武夫さん、この方が国立で非常に優秀な人でして黒川厚生大臣と東大で同級だった方で初めて国立で作った業務指針もこの方が主になって作られましたが「今、協会を作るのは早すぎる」と総会の席上で分裂宣言したんです。この方たちは別に席がとってありまして、橋本先生をそっちに連れていこうとしたんですね。そこを厚生省の中尾仁一担当官が橋本先生を朝日新聞社にお連れしたときに「日本協会は最初から分裂の協会ですか」と言われました。

日本協会の会員は、その時には190名でございましたけどだんだん増えまして、会費はたぶん年600円だったと思います。会費で殆どやっておりました。ですからその事務局を全部東京都の私が引き受けたわけです。郵送から企画から厚生省への連絡から本当に忙しくしておりまして、でも私は日本の医療社会事業を育てるというために一生懸命やりました。

医療社会事業家協会というのでは普及宣伝ができないと言うので昭和33年に日本医療社会事業協会ということになりまして、これでまた専門性がなくなったと文句を言われました。昭和39年に社会的公認を得るということで社団法人になりました。この手続きは全部東京都の私の所でやったわけです。39年に精神障害者がライシャワー大使を刺したという事件で急に精神衛生相談員というのができて保健所に特命がでたんですね。私は厚生省に行って「誰が精神相談員になるんですか」と言ったら、「保健婦を用いる予定です」と。保健婦が数があるし保健婦の場所を獲得するためにと

いうことなんですけど、PSWのほうではPSWの方がMSWよりも高度なソーシャルワークをしている。MSWは資源の活用とか制度の斡旋をしているだけだと言って39年にまた精神医学ソーシャルワーカー協会が分裂してできちゃったんですね。ますます弱くなりまして、資格問題のことはここでは触れませんが、そのようにしながらでもどうにかこうにか医療社会事業ということをみんなで力を合わせて懸命にやってきたという事実はその通りだと思います。

V わが国の医療ソーシャルワークの問題点

日本でどうして医療ソーシャルワーカーが伸びないのかということをお自分の本に列記してございますのでそれを紹介させていただきます。

日本に医療ソーシャルワークを進めていく上での問題点(注1)

(1) キャボット博士のような優れた臨床医が病人を正しく理解し治療をする上での科学的要求から生まれたのではなく、戦後GHQの要請によって生まれた。すなわち必要性が認められないところにおかれたことが推進されなかった一大原因である。GHQは進駐軍兵士の衛生に配慮し日本の公衆衛生に力を注いだ。他職種の最後に医療社会事業を導入したため医療社会事業についての予算措置も確立しないままに終わった。

(2) 日本にはこのような新しい仕事を実らせるような土壌のないところに種がまかれたこと。医療社会事業は欧米の救貧院等の社会事業施設で貧困な病人を隔離したことから病院(HOSPITAL: 貧困な患者を暖かく処遇するという意味を持つ)が生まれその中で社会福祉的なはたらきゆえ病院社会事業という名称であった。社会保障の推進とともに公衆衛生部門に入りMedical Social Work 医療社会事業といわれるようになったのである。40年間に科学的に高度に発達したものを、聖徳太子以来の慈善救済的な基盤を持つ日本の風土のなかに移されGHQ→国(厚生省)→都道府県→保健所→病院という経路で早急にアメリカの技法が紹介され、とまどいつつ現在に及んでいるのである。

(3) 日本のたて割り行政の中に横割りの仕事が入りにくい。

(4) 法的根拠が薄いので予算が取りにくく、身分法がないので採用がむずかしい。唯一の保健所法第2条に公共医療事業となっているので理解されにくい。

(5) 医療ソーシャルワークの深さをはかるものさしがなく効果を表現しにくい。数量ではかれず効果測定の方法が明確ではない。統計をとっても主観が入りやすいので、兼務者の方が数が多いということも起こり得る。

(6) 医療ソーシャルワークは学問として体系づけられていない。経験的事実があった場合、それが学問として成立するには対象論と目的論と方法論が必要であるが、未だ明確に定義されていない。

(7) 専門職業として伝達訓練する教育制度がなく医療ソーシャルワークの専門教育を行う教育機関がない。

(8) 医療ソーシャルワークが体系化され専門家として優秀なメディカルソーシャルワーカーは増加しても保健医療施設のソーシャルワークは二次的なものであるから、医療チームのなかで他の専門職員との協力を必要とする。日本においてはよい専門チームを作ることの困難性がある。

(9) 専門職に対する社会通念(評価)が欧米と異なる。官庁の認可が優先し目に見える業績しか認められにくい。

(10) 保健・医療教育が患者中心の考え方に貫かれていない。すなわち今日の医療は人間が尊重されていない。医療者優先であり、患者の立場が低く見られている。

(11) 医療制度の矛盾、低医療費制でソーシャルワーカーの機能は点数化されていない。また予防活動、保健指導、生活相談等による病気を未然に防いだとしても全然評価されない。

(12) 医療の場においては生命に直結した数刻を争う場合が多い。そこには目に見える医療技術がはなばなしく展開される。ソーシャルワークによって、困難な問題を抱えた人々を社会適応へと結びつけ、心身症の患者の症状をなくすように努力しても痛みやけいれんに対しての注射、投薬の方が金銭的に高く評価されるという現状である。

(13) 社会保障制度、医療保障制度を一本化する必要がある。

(14) 日本には真の民主主義が発達しておらず、行政の強い力に支配されている。医療ソーシャルワークを推進するには行政の軌道に乗せ、ソーシャルワーカーの身分法を制定し、医療機関内での地位を確立することである。世論に基づいて法律や規制が生まれる国家である以上長年月要しても業務を通して住民に医療ソーシャルワークの必要性を強く浸透させて行かなくてはならない。そして日常の実践活動のなかで現実を見つめ対象者とそのニーズに密着した、われわれの理論と実践の体系を確立することである。

マサチューセッツ総合病院に1905年にキャボットが医療ソーシャルワーカーを初めておきましたね。1905年は明治38年ですけど、1905年には精神障害者のための利用施設とかいろいろあって非常にホスピタルにふさわしい病院だったんです。

日本で老人ホームといえば東京都の養育院ですね。東京都の養育院の成立の過程をみますと明治5年にロシアの皇太子が来られて、その時に大津事件なんかが起こるんですけど。その歴史のなかにこういう風書いてあります。明治5年という明治維新後、明治の時代が設立されたばかりですから浮浪乞食が都内をうろろして、それは帝都の体面上みっともないからこれを本郷加賀屋敷に集めたと書いてあります。ロシアの皇太子が来るので帝都の体面上みっともないから養育院を作った。そういう日本の風土。それと米国のマサチューセッツ総合病院の風土は全然違うんですね。そういうところに進駐軍が医療社会事業をやっても伸びるはずがないと私は実際あきらめておりました。それで東京都を早く定年になってやめたいと思っておりましたところ、杉本照子先生がいらっやって今度兵庫医大に福祉を重視した医学教育を作るので是非と言われて、それで救われたわけです。

VI 保健所で扱ったケース

私は東京都で主に麹町保健所で本庁から行って

相談にのっておりました時のケースを紹介させていただきます。

Fさんのケース(注2)

Fさんはラジオで保健所の性病クリニックを知って来所した患者である。診断名は後期潜伏性梅毒、W氏反応3+であった。

治療費についての問題で担当医からMSWに廻された。面接して事情を聞き、性病予防法を適用して全額免除にし、続けて治療がうけられるようにしたところ、担当の医師から「あの患者はブラウスをときどき新しいのに替えてくるし、いつも身なりをきちんとして香水の匂いもする。全額免除ではおかしいではないか」と言われた。この先生はMSWをよく理解し、保健所に実習に来る人たちに、医療ケースワーカーをソーシャルドクター(社会医)などと紹介される時もあった。私はFさんの社会的背景、経済的状态を説明して納得してもらった。

彼女は11才の男の子を保つ35才の女性であった。終戦後満州から引き揚げてきて、浮浪性の夫のためさんざん苦勞した。梅毒性の疾患は夫からの感染である。数年前に夫はこの母子を捨てて蒸発してしまったので、いろいろ苦勞をなめた後やっと現在の料亭に住み込んで働くようになった。男の子は近隣の妹夫婦にあづけてある。仕事は会計係であるが、女中とちがいチップをはずむ客もなく、自分の食費、子どもの養育費を払った残りは、休日に子どもに会いにゆく時の手土産や交通費と衣類などにあてているが、いつも不足がちな生活であった。

今まで腰が痛んだり、体の調子が悪いと鍼をしたり、売薬を飲んだり姑息な治療をしていた。保健所で無料で治療をうけられ、またMSWに会えてよかったという気持ちをのべた。しかし料亭の仲間たちに病気のことを知られたくない。都合の良いことにはこの店には一流の客が集まり、会計は多くの場合つけで支払われるので、会計係は毎月それぞれの会社に集金に廻らねばならない。彼女はこの保健所の近くにも来るので、そのついでに立ち寄って注射をしてもらえれば、誰にも知られずにすむ。集金に行くときにはいつもさっぱりし

た服装で身ざれいにしていけないと、お金は集まらないものなので、料亭のおかみからも常にそのことを注意され、自分もそのことを心がけている、ということであった。

貧しいから汚い身なりをしているとは限らない。その生活はつらくても、心に明日への夢と希望を持ち、日々を力強く生きていけるように援助するのが、MSWの大きな仕事の一つである。夫に逃げられ子どもとも離れて一人で生活と闘っている女性が、街角の香水スタンドに10円の硬貨を入れて、流れてくる芳香に一瞬、ゆたかな気持ちになるならば、それはそれでまことにほほえましく、楽しい情景ではないだろうか。

わずかなことでございましょうがこのようなことを説明して全額免除を納得してもらいました。

Ⅶ 森永砒素ミルク中毒患者の救済に関わって

日本の公害は赤ちゃんから始まったんですね。昭和30年に森永のミルクに砒素が混入してそれを飲んだ赤ちゃんが1万2千人ぐらい被害を受けている。私が兵庫医大に行きましたのが昭和48年なんですけど、49年に三浦文夫先生が「今度森永の砒素ミルク中毒の被害者に対して、死ぬまで森永から費用がでて面倒をみるっていうそういう支援団体ができたから、あなたそこの委員になってください」と言われました。最初は教育福祉委員、それから救済審査委員、兵庫県の救済対策委員長、評議委員でございまして、兵庫県だけで1200人くらいおります。

しかし重傷者は100名くらいです。そのために19年間ほっとかれましたから私が就任したときには耳が聞こえるのに口がきけない、そういう困難な人が多かったんですね。発達遅滞の人が多くて、それで背はどんどん伸びていきます。兄弟の子どもが「あの子本当に人間の子なの」なんて言われているんですね。私はソーシャルケースワークの語源通りに一人ひとり人間として認めて接触してまいりました。今でもあまり重症なので訪問するのに痛みを感じるのに向こうはちゃんと覚えてて、調

査では言語を話さないって書いてあるんですけど、私の所に来て「先生、先生、さようなら、さようなら」って握手するような非常に感激の日々を過ごしております。

被害者の方からいろいろ教えられることがありまして、そのなかで寝たきりの患者さんを私九州の方で3回訪問したんです。そしたら兄嫁さんが、九州では男の人が威張ってるんで兄嫁さんに全部その寝たきりの人のお世話をさせるんですね。私が訪問していますと奥の8畳の部屋に寝たきりである人ですから何の話をしてしても無表情です。うつろな目をしています。ある時あんまり大変なんで兄嫁さんが、思わず「私の身にもなって頂戴よ」って言ってしまったんだそうです。そうしましたら今までのうつろな目から涙が止めどなく流れてきたって言うんですね。何にも言わないけど、被害者の人は心の中で自分のことをどれだけ悲しんでいるか分からないって、兄嫁さんが感激して私に話してくれました。

一人一人障害が違いますから、問題も一人一人違いますけど各自に適切にソーシャルケースワークをしていることがその方の将来につながるんじゃないかということを私たちは実践しております。そういう意味で、私をちゃんと覚えてくれているんですよ。

神戸の鶴越えのあの溪谷に古い墓園がございます。そこに県のお墓のお掃除に行ってる男の被害者がいまして、私が行くと自分のしたことを私に説明したいものですから、私もいちいち丁寧に応対します。するとある時ふいにそのうちに行きました。そしたら帰ってきて喜んで飛びついてきたんですね。そういうなかで事務所の相談員が「保健婦さんが来ても無表情なのに私が行くとみんな飛びついてくるのは不思議ですね」と感心します。

ある家族では、障害のある弟がいるために縁談が壊れちゃいます。するとお姉さんが「弟が悪いんじゃないのです。私が相手の男の人をつなぎ止める魅力がないからこの縁談は壊れたのです」と、そういう家族もあれば、反対にそれからぐれる兄弟もある。

いろいろでございますけれど、私は福祉の精神ですずっと続けております。明日も神戸で被害者の

親子の交流会がございますので朝から行って来ようと思います。そういう意味で私は一貫して医療福祉の仕事をしてこられたことを大変幸せに思っております。

私はWHOでシドニー大学に行きましたときには50才の時でしたのでそれなりに向こうの熟練したソーシャルワーカーにお会いしました。非常に優雅で心豊かなんですね。私はいまでも心に残っておりますけど、メルボルン大学のソーシャルワーク部長の先生が非常に年上の夫をいたわりながら働いてらして、その姿にお目にかかって非常に心に感ずるものがあったんですね。私はそういう感じた心を大事にしながらこれから謙虚に生きていきたいと思っておりますのでどうぞよろしく願いいたします。

(1) 中島さつき「医療ソーシャルワーク」、誠信書房、1975年、pp126-129

(2) 中島さつき「MSWの目」、看護学雑誌、昭和45年8月号、pp64

本稿は第4回日本医療社会福祉学会で行われた、鼎談「日本の医療ソーシャルワーカーの歴史を聞く」における筆者の発言部分を加筆修正したものである。

「連携」の評価方法に関する研究

—ソーシャルワーク実践における地域保健福祉機関との連携を省みて—

長竹 教夫* 青木 恭子** 簾内 信行***

I はじめに

保健・福祉分野において対人援助に携わっている職種の多くは「保健・医療・福祉の連携」の必要性・重要性を認識してきている。とりわけ病院で活動しているソーシャルワーカーにとって、患者・家族の多様な個別ニーズに対応するためには、多種多様な援助者との連携が必要になってきているので、連携を図り実践しているものが増加してきたと考えられる。

著者が地元の地域保健計画や保健所保健福祉サービス調整会議に、ソーシャルワーカーとして参画した際にも、地域の保健・福祉関係者に連携の必要性は認識されていた。しかし、それが理念のみに止まっており、内容は、連携を単に連絡であったり、情報交換のみを指している場合が少なかつた。そこで、ソーシャルワークの専門援助技術の一つである連携について、ソーシャルワーカーがその効果を客観的に確認でき、評価し、それを明確化しておかなければならないと考える。

この論文では、客観的評価の一つのステップとして、「自分は一体どの程度まで連携ができているのか」「他のソーシャルワーカーはどの程度まで連携しているのか、どのような方法で連携を実践し、連携がどの程度まで到達しているのか」という、連携の到達度を評価し、今後の課題を自分で確認するために役立つスケールを考案することを試み、その成果について若干の考察を加えた。

II 研究方法

水戸市内3か所の総合病院のソーシャルワーカーが、それぞれの病院における退院援助事例において、地域の保健福祉機関と連携して援助したケースを2例ずつ持ちより、計6例について、事例研究を行った。事例は、すべて①退院援助事例、②水戸市及び近隣町村の事例、③終結事例であるという3条件を備えている。

各々の事例報告から地域との連携に関するソーシャルワーク活動であったと考えられるキーワードを取り上げ分析し、検討した。

さらに、それらのキーワードをグルーピングし、評価項目を作成し、それぞれの評価項目ごとにスケールを作成し、それらのスケールに事例検討の際に行ったキーワードに対する分析項目をあてはめ点数化し、視覚化のためレーダーチャートを作成した。

今回の研究は、地域との連携に焦点をあてたので、院内の連携に関する項目は極力除外した。ソーシャルワーカー3名は、4年目、5年目、13年目のワーカーである。

III 結果と考察

(1) 事例の概要

事例は、表1のごとく高齢者世帯が6例中5例で、いずれも介護力が乏しいために、退院が困難と判断されて担当医や病棟婦長からソーシャルワ

*ながたけ のりお：国立水戸病院

**あおき きょうこ：水戸済生会総合病院

***すのうち のぶゆき：城南病院

ーカーに紹介された。援助結果は、5例中3例が在宅療養が可能になり、2例が老人保健施設に入所した。

高齢者以外の1例は、精神疾患のため長期の入院治療後、患者の退院援助にソーシャルワーカーが関わったケースであり、自宅へ退院した。

(2) 事例検討

これら6ケースの報告を分析・検討した方法と経過は、以下のごとくで、事例3および事例5をそれぞれ表2-1、表2-2に示した。

例えば、事例3の援助経過報告のなかで、「自宅退院の方向で調整援助する方針でスタッフならびに老健相談指導員と意志統一した」という部分を3名のワーカーで検討したところ、表2-1に示すように、①ワーカーは患者本人と院内スタッフとの個別協議の後に行われるスタッフ・カンファレンスに老人保健施設指導員を参加させる方針をたて、

②院内カンファレンスに他機関関係者を参加できるように調整し、

③在宅にむけてソーシャルワーカーの果たす役割について確認した、などに分析した。

また「B訪問看護ステーションに依頼していくこととなった」という部分については、

①ソーシャルワーカーが、B訪問看護ステーションの機能について理解している、

②近所の友人が様々な手続きを援助してくれ、在宅生活も援助してくれるという近隣の人間関係を理解した。

③より効果的で継続的した援助が行われるよう、訪問看護ステーション看護婦が来院した際に、院内看護婦と連携してもらうよう調整した。

④相互の看護スタッフがよりスムーズに情報交換できるよう支援した。

などソーシャルワーカーが行っていた行為を分析した。

事例5についても、同様な方法で検討し、表2-2にまとめた。例えば、援助経過報告の中に「ワーカーも長男と同行して老人保健施設を訪問し、具体的な療養生活について(例えば経管栄養

表1 事例の概要

I 76歳 男性	右大腿骨頸部骨折 パーキンソン病	高齢夫婦世帯	重度障害が残存し、妻の介護のみで在宅生活が無理ではないかと病棟婦長より紹介。妻の介護力を支援するため地域関係機関や担当保健婦の協力を得て、在宅療養に結び付いた。
II 81歳 女性	脱水、高血圧、寝たきり	核家族世帯	子供も病弱でうち一人はねたきり状態で、介護力なしと担当医より紹介。保健所保健婦、老人保健施設指導員らと協力して、退院し、その後老人保健施設へ入所となった。
III 71歳 女性	パーキンソン症候群 高血圧症、貧血	単身世帯	老人保健施設に入所中に病状が悪化して入院した患者の退院先が不確定なため病棟婦長より紹介。老健施設指導員との協力のもと、関係機関の訪問援助も行われ、在宅療養となった。
IV 72歳 女性	老人性痴呆、高血圧症 不安神経症	単身世帯	退院および退院後の療養について担当医より紹介。精神保健センター、保健所と協力し在宅療養となった。
V 77歳 男性	進行性球麻痺	高齢夫婦 娘とその子	妻も病弱で介護できる家族がいないために担当医より紹介を経て自宅療養になった。
VI 42歳 男性	精神分裂病	単身 兄夫婦世帯	病状が安定し、退院及びその後のことで担当医より紹介。精神保健センター、保健所と協力して職親への就労援助を行った結果、実家である兄宅へ退院し、職親へ通勤した。

を含めた食事内容、ADLの介護、職業生活等)の情報交換と調整を検討し」という箇所について以下のように分析した。

- ①ワーカーは、K施設へ家族と同行し訪問した
- ②ワーカーは、K施設指導員・婦長と会い情報交換を行うことができた
- ③ワーカーは、K施設の機能について理解した
- ④ワーカーは、K施設協力病院の院長と連絡とれる関係ができていた
- ⑤ワーカーは、K施設指導員と連絡がとれる関係

表2-1 ケース検討の例(事例3)

事例報告	分析
本人の決意も固く、薬の調整で当面ADLは自立に近い状態なので、 <u>自宅退院の方向で調整援助する方針でスタッフならびに保健指導員と意志統一した。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ①ワーカーは、合同カンファレンスの意義を理解した ②ワーカーは、合同カンファレンスに出席した ③ワーカーは、合同カンファレンスにK保健施設指導員を参加させるよう方針をたて調整した ④ワーカーは、K保健施設指導員も交えて合同カンファレンスを設定できるよう連絡した ⑤在宅にむけて、ワーカーの果たす役割を確認した
ヘルパー週2回。訪問看護については、リハビリテーションを本人が非常に強く望んでいることもあり、B訪問看護ステーションからの訪問看護であれば当院の訪問にはないPTによる訪問リハビリを受けられることもあって、 <u>B訪問看護ステーションに依頼していくことになった。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ①ワーカーは、B訪問看護ステーションの機能について理解していた ②ワーカーは、B訪問看護ステーションについて別のケースを依頼した折りに、情報収集を行っていた ③ワーカーは、訪問看護ステーション看護婦が来院した際、院内看護婦と面識をもたせるよう調整した ④ワーカーは、訪問ステーション看護婦と院内看護婦がよりスムーズに情報交換できるよう支援した ⑤ワーカーは、患者とその近隣の間関係について理解した ⑥ワーカーは、訪問ステーション、市役所に情報提供し、訪問援助を依頼した

係ができていた

また、「老人保健施設の指導員、看護婦長に来院してもらい、患者さん本人・家族と面談してもらう」という箇所についても以下のように分析した。

- ①ワーカーは、K施設指導員と看護婦に来院するよう依頼した
- ②ワーカーは、院内スタッフがK施設職員に、医療・看護上の情報を提供しやすいよう援助した
- ③ワーカーは、患者と施設職員との関係性を強化するよう援助した

このように、地域との連携に関わる部分を取り上げ、そこでソーシャルワーカーが、他機関関係者とどのような関係を作っていたか、どのような行を行ったか、などに細分化していった。事例

表2-2 ケース検討の例(事例5)

事例報告	分析
患者さん自身の意見も、一時的には在宅より施設で生活することを納得した。それらを確認し、 <u>ワーカーも長男に同行して老人保健施設を訪問し、具体的な療養生活について(例えば経管栄養を含めた食事内容、ADLの介護、職業生活等)の情報交換と調整を検討してもらった。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ①ワーカーは、K施設へ家族と同行し訪問した ②ワーカーは、K施設指導員・婦長と会い情報交換を行うことができた ③ワーカーは、K施設の機能について理解した ④ワーカーは、K施設協力病院の院長と連絡がとれる関係ができていた ⑤ワーカーは、K施設指導員と連絡がとれる関係ができていた
入所判定会議を経て、入所の方角で検討しているという段階で、 <u>老人保健施設の指導員、看護婦長に来院してもらい、患者さん本人・家族と面接してもらった。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ①ワーカーは、K施設指導員と看護婦に来院するよう依頼した ②ワーカーは、院内スタッフがK施設指導員に、医療・看護上の情報を提供しやすいよう援助した ③ワーカーは、患者と施設職員との関係を強化するよう援助した

1から事例6まで計36行為について検討した結果、116の具体的行為に細分化できた。

(3) グループング

同様な方法で事例1～6について、院外の関係機関や地域との連携に焦点をあて、そこでワーカが行った具体的行為を細分化し、箇条書きにした116について検討したところ、共通の表現や似通った表現で表された行為が認められた。それら箇条書きにした一つ一つの行為をグループングしたところ、表3-1～表3-6にあるように6つに分類できた。すなわち、6グループの評価項目を

表3-1.理解力・アセスメント

<p>予測 サービスの内容 や機関（社会資源）を理解</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、患者に関わっている地域保健担当者を予想することができた。 ●Wer.は、他機関の担当者が、ケースについてどのような動きをするか、かかわってくれるかを予想することができた ●Wer.は、必要なサービスがどこで提供されているか理解した ●Wer.は、必要なサービスがどこで提供されているかを理解している ●Wer.は、公的機関のサービス内容について理解していた
<p>機関の機能・動き方・担当者等 具体的・視覚的に理解</p> <p>他機関担当者も、当該病院の機能やソーシャルサービス部の担当者を理解</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、B訪問看護ステーションの機能について理解していた ●Wer.は、K保健施設の機能について理解していた ●Wer.は、S機関の機能について理解していた ●Wer.は、H機関チームの活動・機能について理解していた ●Wer.は、K施設の機能について理解した ●Wer.は、S社会復帰施設の機能を把握していた ●S機関は、当院の機能について理解していた ●H機関の担当者は、Wer.の位置づけ・役割を理解していた
<p>社会・支援関係を理解、全体の流れの理解</p> <p>理解からアセスメントの実践</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、家族と他機関の関係性を理解できた ●Wer.は、病院とK保健施設との関係性について理解できた ●Wer.は、患者とその近隣の人間関係について理解した ●Wer.は、H機関と患者の関係について理解した ●Wer.は、S施設担当者と患者との関係性を理解した ●在宅に向けて、Wer.の果たす役割を理解した ●Wer.は、合同カンファレンスの意義を理解した ●Wer.は、S機関にどのような人がいて、どのような関わりを持つことができるかをアセスメントできた ●Wer.は、在宅でのケースマネジメントを精神保健相談員が行うことを理解した ●Wer.は、必要度・緊急度をランクづけでき、それに対応して連絡・依頼ができた

第1は、理解・アセスメント、第2は、情報の収集・提供・交換、第3は、連絡・調整、第4は、カンファレンス、第5は、訪問、第6に、社会関係・支援関係の拡充とラベリングした。

6グループは、それぞれが独立したものではなく、図1に示すごとく、相互に関連を持っている。つまり、ソーシャルワーカーの理解・アセスメントから始まって、情報の収集や提供・交換、連絡・調整、カンファレンスや訪問活動を通じて、

表3-2.情報収集・提供・交換

<p>個別的な情報収集から定期的な情報収集へー連絡網の確立</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、他機関において、窓口となる人物を 確認した ●Wer.は、職親から仕事の内容や勤務条件など情報を収集した ●Wer.は他機関が持っている社会資源の情報を的確に聞くことができた ●Wer.は、地域の福祉施設・医療機関の情報を直接収集することができた。 ●Wer.は、B訪問看護ステーションに別のケースを依頼した折に情報収集を行った ●Wer.は、定期的に職親さんと連絡をとりえた ●Wer.は、職親さんから仕事上の様子を情報収集した ●Wer.は、日常的にセンター担当者や精神保健相談員と連絡を取り合っていた ●Wer.は、センター担当者と継続的に連絡をした
<p>地域関係担当者 と意見交換・情報交換</p>	<p>①</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、K施設指導員から退所後の方針について連絡を受けることができた ●Wer.は、地域カンファレンスで、訪問看護婦から求められた家族関係や退院時の状況について答えることができた ●Wer.は、S施設へ患者の状況や担当医からの紹介状を持参し、情報提供した。 ●訪問ステーション看護婦が、医療機関におけるWer.の役割について理解できるようWer.は情報提供を行った ●Wer.は、H機関チームと、患者について情報交換を行った ●Wer.は、K保健施設指導員と今後の方針に関する情報交換ができた（相互の意見交換ができた） ●Wer.は、カンファレンスに出席し、担当者との意見交換を行った。 ●Wer.は、K施設指導員・婦長とあい、情報交換を行うことができた ●Wer.は、訪問先で、社会資源の活用について、他機関担当者と情報交換を行ってきた <p>②</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、訪問ステーション・役所に情報提供し、訪問援助を依頼した ●Wer.は、看護スタッフから相談員に提供しやすいよう支援した。 ●Wer.は、院内スタッフがK職員に、医療・看護上の情報を提供しやすいよう援助することができた ●Wer.は、院内スタッフが施設職員に情報提供できるよう支援した ●Wer.は、訪問看護ステーション看護婦と院内看護婦が、よりスムーズに情報交換できるよう支援した
<p>解決すべき問題 点の共有化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、地域保健担当者との共有化が図られた ●Wer.は、K施設指導員と常日頃より連絡を取り合っているため、患者の情報について共有することができた

社会関係・支援関係が拡充し、それがよりソーシャルワーカーの理解・アセスメントを深めていくと

いう流れを実践しているものであり、この総体が連携を実現していくと考えられる。

表3.3.調整・連絡

I 院内と院外関係者のパイプ役	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、施設担当者が来院できるよう調整した。 ●Wer.は、院内スタッフと地域保健担当者とお互いに面識を持たせることができた ●Wer.は、保健施設指導員が院内で患者と面接できるような場を設定することができた ●Wer.は、K施設看護婦長が担当医と面識を持つことができた ●Wer.は、施設職員と院内スタッフが面識を持てるよう調整した ●Wer.は、訪問看護ステーション看護婦が来院した際、院内看護婦と面識を持たせるよう調整した
II 交渉	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、K施設職員と看護婦が来院するよう依頼した ●Wer.は、地域保健担当者に病院への来院を促すことができた ●Wer.は、勤務形態について職観さんと交渉した ●Wer.は、他機関の備報を集め、その機関と具体的に交渉した
III 調整から関係づくりの強化	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、地域関係者の不安を受け止め、それに対応することができた ●Wer.は、他機関担当者と援助方針を調整することができた ●訪問看護ステーションからの投案に関する要請に院内調整を行うことができた ●Wer.は、K保健施設からの入院依頼を受けて院内調整することができた ●Wer.は、K施設からの受診させたいという要望に答えることができるよう院内調整した ●Wer.は、H機関の当院に対する入院治療の要請に院内調整できた ●医療上の不安をK施設職員が抱いた際には、すぐ対応できるようにWer.が院内調整することができた

表3.4.カンファレンス

地域保健福祉関係者とカンファレンスが開かれる下地を個別に作っている	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、院内スタッフと地域保健担当者が、同じテーブルで話し合いを持つことができるよう調整した ●Wer.は、H機関を含めたカンファレンスを開催できるように院内スタッフと連絡・調整することができた
院内カンファレンスに地域関係者が参加可能に	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、H機関と今後の方針について協議することができた ●Wer.は、K保健施設指導員もまじえて合同カンファレンスを設定することができるよう連絡しえた ●Wer.は、合同カンファレンスに、K保健施設指導員を参加させるよう調整した ●Wer.は、S施設でのカンファレンスの必要性を感じ、カンファレンスを提案した
地域関係者のカンファレンスに参加、必要に応じて院内職員と共に参加・協議	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、合同カンファレンスに出席した ●Wer.は、カンファレンスの必要性を理解し、院内職員の出席を可能にした ●Wer.は地域カンファレンスに出席した。 ●Wer.は、地域カンファレンスで、保健・医療・福祉関係者と協議した今後の方針を立てることができた

表3.5.訪問

個別的訪問	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、患者宅へ訪問することができた ●Wer.自身が患者宅を訪問できた ●Wer.は、訪問ステーション看護婦に指示書を渡すとき面識を持ち、互いにそれぞれの機関における担当者であることを確認した ●Wer.は、S施設へ訪問見学を何度も行っていた
必要に応じて関係者と一緒に訪問	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、患者とS施設へ同行訪問した ●Wer.は、担当医と一緒に職観さんを訪問した ●Wer.は、S施設担当者と職観さんを訪問した ●Wer.は、K施設へ家族と一緒に訪問した
常時、そして相互の訪問	<ul style="list-style-type: none"> ●Wer.は、随時S機関を訪問している ●精神保健相談員も、常日頃から病院相談室へ入室していた ●Wer.とK保健施設指導員は、互いの施設へ定期的に訪問しあっていた ●S機関担当者も、当院へ来院するなど、相互に行き来ができていた ●Wer.と地域保健担当者は、日常的な関わりで面識を持っていた

(4) スケール作成

前述した6つの評価項目について、それぞれの評価項目内部を小グループに区分し、その達成過程をみると、それぞれ大きく三つの段階に区分できた。この評価項目ごとの段階は、その項目の到達度と考え、その区分に従って点数化を試み、スケールとしたものが表4である。例えば、第1の評価項目の「理解・アセスメント」の中には、予測・サービス内容や機関・社会資源を理解、という第1段階、機関の機能・動き方、担当者等具体的・視覚的に理解、他機関担当者も当該病院の機能やソーシャルサービス部の担当者を理解できている状態を第2段階、社会関係・支援関係を理解、全体の流れを理解、理解からアセスメントへの実践が行われている状態を第3段階とし、第1段階から第2、第3段階にそれぞれ1点、2点、3点と評点をつけた。以下同様に、「情報収集・提供・交換」「連絡・調整」「カンファレンス」「訪問」「社会関係・支援関係の拡充」の各評価項目ごとに、表4-1、表4-2に示すごとく3段階に分けられ、それぞれに1点、2点、3点と評点をつけた。

そして、再度事例に戻って、他機関や地域との連携と関係があると思われた箇所を分析し細分化

表3-6.社会関係・支援関係の拡充

<p>○連絡から連携へ</p> <p>相手の動き方など視覚的に理解でき、考えや援助についても相互に理解でき、連携へ</p>	<p>① ●Wer.とK保健施設指導員は、連絡を取れる関係ができた ●Wer.は、M保健所と連絡関係ができていた ●Wer.は、K施設の協力病院の院長と連絡が取れる関係ができていた ●Wer.は、S社会復帰施設の担当者で連絡関係ができていた ●Wer.とK保健施設の相談指導員との連絡関係ができていた ●Wer.は、精神保健指導員に、社会復帰の援助方法について相談ができた ●Wer.は、精神保健相談員と、日常的に助け助けられる関係にあった ●Wer.は、職親さんと相談できる関係づくりを行った ●K保健施設の相談指導員が当院におけるWer.の役割について理解した</p> <p>② ●当院は、S機関との間に助けたり助けられたりという関係ができていた ●当院は、H機関との間に連絡関係ができていた。 ●H関係と、当院は、相補う関係ができていた。 ●当院は、K保健施設と相補う関係ができていた。</p>
<p>○社会関係・支援関係の拡充</p> <p>病院とパイプ役から地域社会の中での地域とのパイへSWの役割が拡充</p>	<p>① ●Wer.は、H機関に患者をつなげることができた ●Wer.は、適切な施設を地域保健担当者と一緒に考え、共同して、家族を施設担当者につなげられた ●Wer.は、患者を支援する家族の関係を理解し、それら家族を保健所相談員につなげた</p> <p>② ●Wer.は、患者と施設職員との関係性を強化するよう援助できた</p>
<p>○全体性</p> <p>地域社会の中で、当該機関と他機関の関係を全体の流れの中で理解し、ケースマネジメントし、モニタリングへ</p>	<p>① ●Wer.は、在宅療養移行期におけるK施設と患者との関係性の中で当院の役割を理解した ●Wer.は、ケースマネジャーが目標を達成するために補完的援助を行うことができた ●Wer.は、S期間の機能が活用できた</p> <p>② (マネジメントへ) ●Wer.は、他機関の担当が、他の関係部署とどのような関わりをもっているかを確認することができた ●Wer.は、S施設担当者と保健所相談員との関係を理解した ●Wer.は、地域関係機関のかかわりを中心にケースマネジメントできた</p> <p>③ (モニタリング) ●訪問することによって、公的サービスの実施後の状況についてモニタリングすることができた ●Wer.は、職場訪問してくれる保健所指導員から、状況を報告され、モニタリングした。</p>

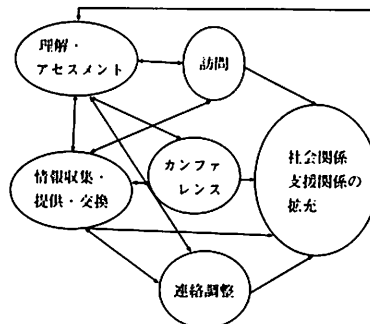


図1 評価項目の関連図

表4-1

評価項目	小項目	評点
理解・アセスメント	・予調 ・サービスの内容や機関、社会資源を理解	1
	・機関の機能・働き方・担当者等 具体的視覚的に理解 ・他機関担当者も、当該病院の機能やソーシャルサービス部の担当者を理解	2
	・社会関係・支援関係を理解、全体の流れの理解 ・理解からアセスメントへの実践	3
情報収集・提供・交換	・個別的な情報収集から定期的な情報収集へ（連絡網の確立）	1
	・地域機関担当者と意見交換・情報交換	2
	・解決すべき問題の共有化	3
連絡・調整	・院内と院外関係者のパイプ役	1
	・交渉	2
	・調整から関係づくりの強化	3

表4-2

評価項目	小項目	評点
カンファレンス	・地域保健福祉関係者とカンファレンスが開かれる下地を個別に作っている	1
	・院内カンファレンスに地域関係機関が参加可能に	2
	・地域関係者がカンファレンスに参加、必要に応じて院内職員と共に参加・協議	3
訪問	・個別訪問	1
	・必要に応じて関係者と一緒訪問	2
	・常時、そして相互の訪問	3
社会関係・支援関係の拡充	・連絡から連携へ、相手の動き方等視覚的に理解でき考えや援助についても相互に理解でき、連携へ	1
	・社会関係・支援関係の拡充。病院と地域のハイフ役から地域社会の中でのハイフ役へSWの役割が拡充	2
	・全体性。地域社会の中で、当該機関と他機関の関係を全体の流れの中で理解し、ケースマネージメントしモニタリングへ	3

された行為が、どの項目の何段階に属していたかを調べ、一つ一つの行為の評点を合計し、レーダーチャートに示したのが図2である。事例2、3、5を比較すると六角型の面の広がり、総体としての連携の到達度を現していると考えられる。

(5) 考察

連携を評価する際に、「連携」それ自体についてスケールを作成し、評価することは困難であると考えられた。ソーシャルワーカーが連携を進めて援助してきた事例を研究した結果、他機関との連携は、様々な活動の総体として認識することが必要である。そのうえで、自分自身が連携していると考えた事例が、どの様な活動から展開されていたかを評価できていくと考えられる。総体としての連携を、他機関や地域との間で行ってきた一つ一つの具体的行為に細分化し分析していくことによって、自分が担当しているケースにおける連携のつくり方について、より客観的にみることができる。そのうえで、グルーピングを行い、評価項目を定め、それぞれの評価項目の達成段階毎に評点を設けた。このようにして評価スケールを作成した結果、事例検討の中で分析した一つ一つの行為が、どの評価項目のどの達成段階に属していたかが調べられ、点数化が可能になったため、レーダーチャートを作成した。このような方法は、自分自身で事例を評価する際に、連携に関する視点を意識化させ、客観化できる手段として活用できると考えられる。

このレーダーチャートを利用することによって、各自、事例を振り返り、自分が行った行為を、客観的・視覚的に理解できることになる。さらに、他のワーカーがどの様な形で連携を進めてきたか、その特徴や到達程度を評価する手段としても活用できると考えられた。このように日常の実践を意識化・客観化し、自己評価することは、ソーシャルワーク援助の質的向上に役立つものと思う。

今後の研究課題として以下の点を検討する必要があると考えている。それは、グルーピングの際に、事例提出者以外の第3者がグルーピングを行って、到達段階ごとの評点を設けるなど、当事者の主観性を取り除く方法を取り入れることによって、より客観的なスケールを作成できるものと思

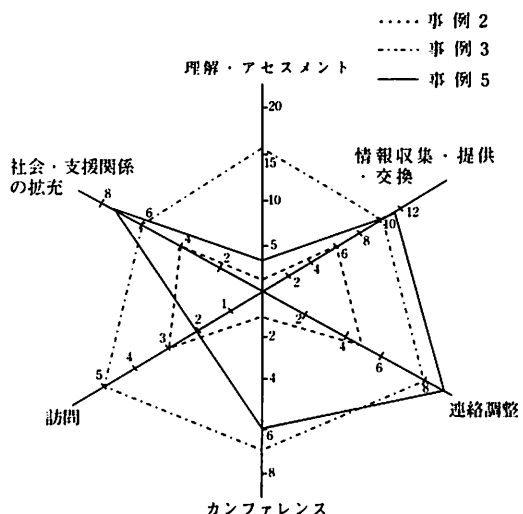


図2 レーダーチャート (事例2・3・5の評価)

われる。

今後とも、連携の評価方法について、事例検討、評価スケールの改善を積み重ねていきたいと考えている。(なお、この論文の要旨は、第4回日本医療社会福祉学会で発表した。)

参考文献

- 1) 小林茂著；社会調査論、文真堂 1981
- 2) 日本医療社会事業協会業務検討委員会報告第2部第1章「連携づくり」、医療と福祉、27(1),1993,2-39頁
- 3) 前田ケイ監修、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、中央法規、1991

キーワード

ソーシャルワーク、連携、評価、レーダーチャート

ABSTRACT

Cooperation to integrate health care , medical care and social care in our community is important. So, we need to have a method of evaluation of performance in cooperative practice.

The method of our study is as follows:

- (1)three social workers in hospital take up and analyze six cases that social worker , public nurse and public welfare organization have supported."
- (2)we take up keywords and examined the keywords related to health and welfare service.
- (3)we try to group into analyzed contents.

As a result ,36 keywords in our cooperative practices indicated 116 actions. We have classified 6 categories and named evaluation item.

Each evaluation item received one mark on a scale of three.

We made rating scales of our actions in each case and diagramed a radar-type chart about the contents of cooperation.

Radar-type charts present our practice and its effect by visual means and clarify our performance of social service.

We think the method of evaluation has validity to examine our cooperative practice.

周産期・新生児期医療における ソーシャルワーカーの役割と課題

宮崎 清恵*

1. はじめに

1988年に、当院に新生児集中治療室(以下NICU)が開設されて以来、ソーシャルワーカー(以下ワーカー)は、100%カバーを心がけ集中的に援助してきた。開設以来7年あまりを経過し、これを機会に今までの援助ケースの実態を概観し全体を把握すると共に、先天異常児の1事例の検討を通して周産期・新生時期医療におけるワーカーの今日的な役割と課題について考察を加えたい。

2. 援助システム

当院では、NICUに患児が入院した直後から医療チームの一員として、ほぼ一定した援助システムにより援助を行っている(表1)。

表1 援助システム

- | |
|---|
| a) 入院からできるだけ2週間以内に家族と面接を行い、心理社会的状況を把握する。 |
| b) 状況に問題があれば継続的に援助する。 |
| c) 心理社会的状況に関する最新の情報をスタッフに適時提供する。 |
| d) 回診やNICU・産科合同カンファレンスに参加し、問題の発見、情報の共有に努める。 |
| e) 退院前に家族と面接を行い、退院時期の調整や退院後の環境整備を行う。 |
| f) 退院前カンファレンスに参加し、退院後の問題点をスタッフ間で確認し、今後の方針を協議する。 |
| g) 退院後、乳児検診時の面接や小児合同カンファレンスへの参加を通してフォローし、状況に変化があれば適時かかわる。 |

3. 援助ケースの概要

1988年5月から1994年3月末までのNICU入院症例総数は647例である。そのうち当部の援助数は593例で男児323例、女児270例であり、入院中に死亡したものは57例である。

(1) 疾患

593例を疾患別に分けると、低出生体重児、先天異常、呼吸障害、仮死、極小未熟児、超未熟児が多いことがわかる。もちろん複数の疾患を合併している場合もある(表2)。

表2 疾患(援助ケース593例)

低出生体重児	190例
先天異常	108例
呼吸障害	100例
仮死	81例
極小未熟児	68例
高ビリルビン血症	56例
多胎	44例
ハイリスク	40例
感染	21例
出血	12例
多出血	10例
その他	17例

(2) 入院期間

入院期間に関しては、3か月未満のケースが515例と全体のケースの8割余りを占めている(表3)。

*みやざき きよえ：兵庫医科大学病院

表3 入院期間（援助ケース593例）

2週間未満	151例
2週間以上～1月未満	151例
1月以上～3月未満	213例
3月以上～6月未満	67例
6月以上	11例

（3）援助期間

援助期間に関しては、3ヶ月未満の比較的短期援助のケースが6割余りある。また1年以上の長期援助が全体の1/6余りの94例ある（表4）。

表4 援助期間（援助ケース593例）

1月未満	166例
1月以上～3月未満	206例
3月以上～6月未満	75例
6月以上～1年未満	52例
1年以上	94例

（4）問題

593例のかかえる問題であるが、医療費の問題は集中治療費が高額となるためほぼ全ケース共通の問題であることがわかる。入院時の心理社会的準備に関する不安は、疾患の性質上、発症が予期せぬできごとでありまた出産と重なって起こる負担を考えると件数が多いのも当然といえる。

疾病や障害に対する不安と受容では、集中治療が障害なき生存を目指していても、実際には慢性疾患や障害を抱えての生活となる場合もあり、この問題が最も当事者にとっては深刻で、援助に時間と専門性が要求されると思われる。

地域の保険医療機関や社会福祉施設の利用に関する問題も115件あった。

心理的適応上の問題も105件あるが、突然の予期せぬ入院や子供の発病を前にして高度のストレスにさらされた家族は時として心理的に適応できず、うつ状態や不眠状態が生じてくる場合がある。

社会保障・社会福祉制度の利用の問題とは、医療費の問題以外の諸施策の利用に関することである。

退院後の生活設計上の問題とは、家族が新たに再編成、再統合していく過程の問題で、例えば母親の仕事をどうするかなどである。

家族関係上の問題では、30例が出生時に両親が

未入籍であった。また家族関係が悪化した事例も多く離婚に至った例もあった。

他の家族員の生活上の問題とは、患児の療養生活と他の家族員の生活との両立の問題である。

その他には医療機関との関係や利用に関する問題、育児・養育に関する問題、患児の死後の心理社会的問題、生活費の問題、親子関係上の問題、将来の生活への不安と進路選択上の問題などがあった（表5）。

表5 問題（援助ケース593例）

医療費の問題	585件
入院時の心理社会的準備に関する不安	359件
疾病・障害に対する不安と受容	224件
地域の保険医療機関や社会福祉施設の利用	115件
心理的適応上の問題	105件
社会保障・社会福祉制度の利用	63件
退院後の生活設計上の問題	58件
家族関係上の問題	55件
他の家族員の生活上の問題	54件
医療機関との関係や利用に関する問題	37件
育児・養育に関する問題	36件
死後の心理的社会的問題	27件
生活費の問題	17件
親子関係上の問題	10件
将来の生活への不安と進路選択上の問題	4件

（5）援助期間別疾患割合

援助期間別での疾患割合としては、1ヶ月未満の援助と1年以上の援助とを比べると1年以上のケースは先天異常、極小未熟児、超未熟児の占める割合が大きくこれらの疾患を抱えた家族の問題が深刻であることが伺える。1ヶ月未満援助の超未熟児14例は全員死亡例であり、1ヶ月未満援助の先天異常児25例のうち5例は死亡例である（図1）。

（6）援助期間別問題割合

援助期間別での問題を比較すると、1ヶ月未満のケースは医療費の問題と入院時の心理社会的不安の問題とで2/3を占めており、1年以上のケースでは各問題がほぼ同じ割合を占め、ワーカーのエネルギーが多くの問題に向いていることがわかる。また、長期援助を要するケースは多問題ケースであるともいえる（図2）。

図1 援助期間別疾患割合

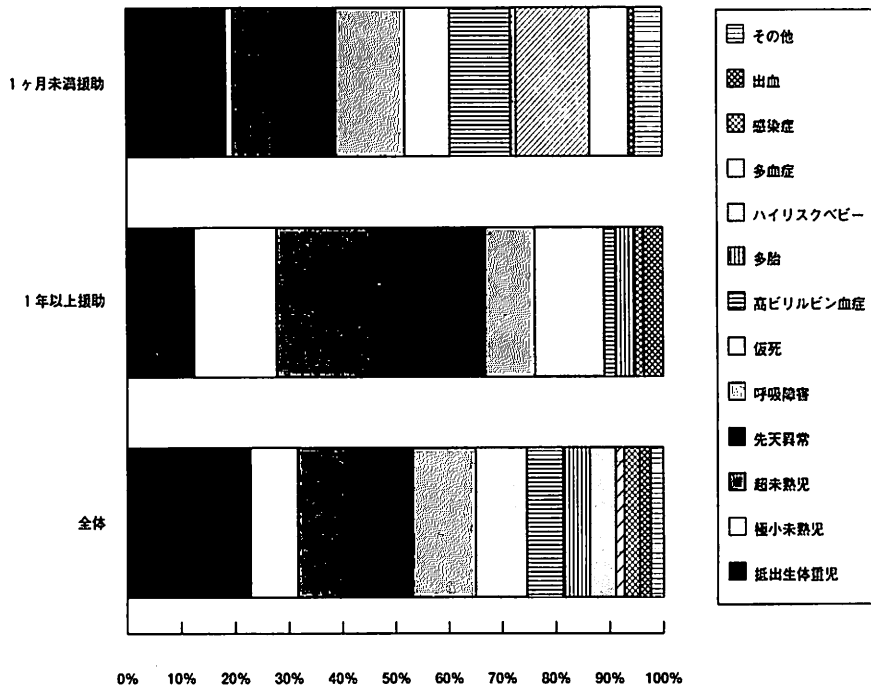
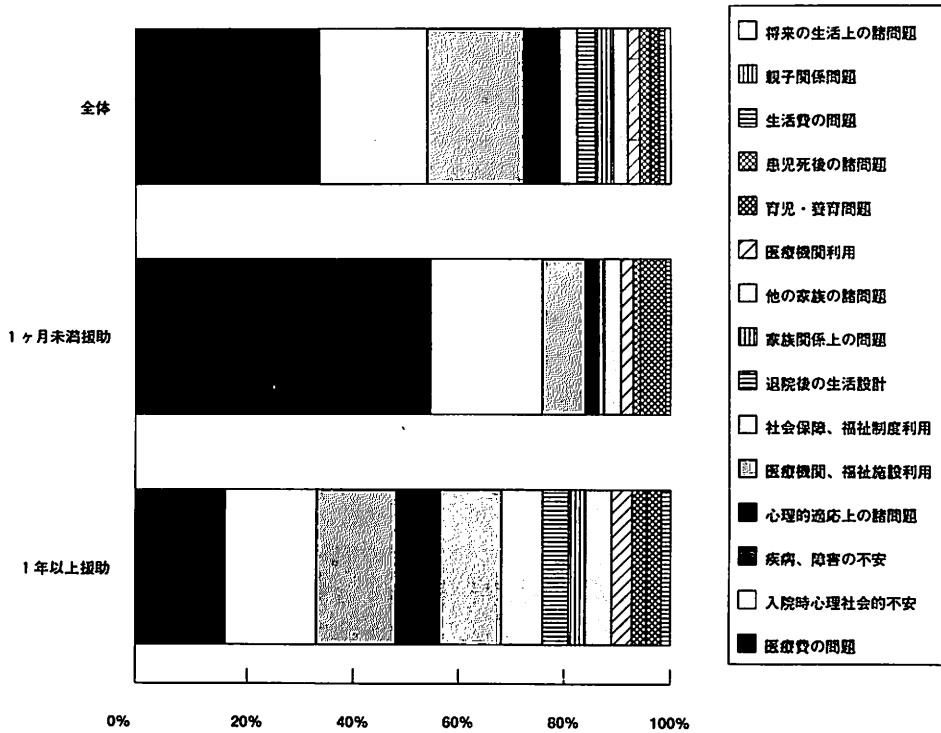


図2 援助期間別問題割合



(7) 先天異常108例での分析

次に1年以上のケースのうち、最も高い疾患割合を占めていた先天異常の108例をよりくわしく見てみる。

1. 入院期間

1か月以上3か月未満の入院が51例と半数弱を占めているが死亡例が20例あった(表6)。

表6 入院期間 (先天異常108例)

2週間未満	24例
2週間以上～1月未満	22例
1月以上～3月未満	51例
3月以上～6月未満	5例
6月以上	6例
	(死亡例20例)

2. 援助期間

3か月以上の長期援助が56例とほぼ半数余りを占めている(表7)。

表7 援助期間 (先天異常108例)

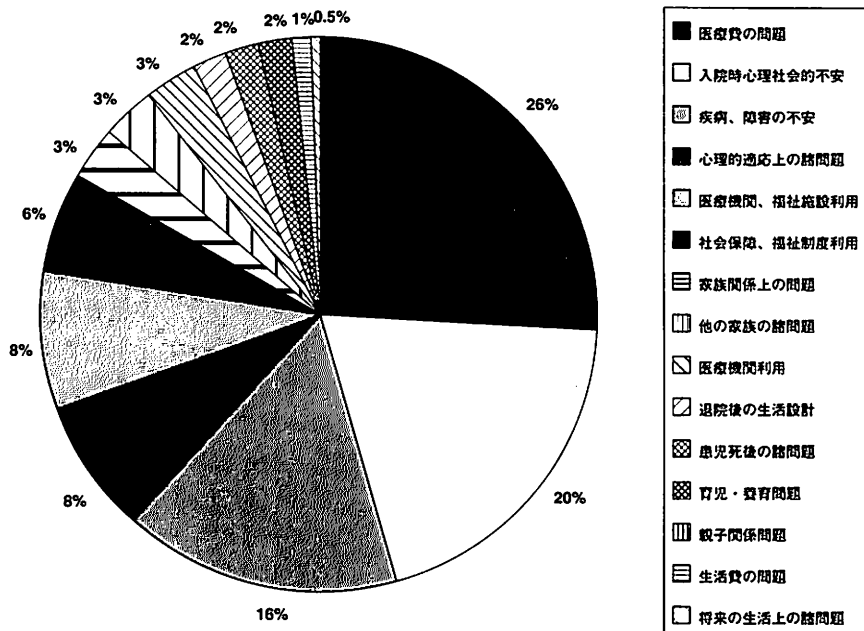
1月未満	25例
1月以上～3月未満	27例
3月以上～6月未満	11例
6月以上～1年未満	18例
1年以上	27例

3. 問題

医療費の問題、入院時の心理社会的不安、疾病・障害の不安、心理的適応上の諸問題、医療機関・福祉施設の利用などにワーカーのエネルギーが等しく向けられていると言える(図3)。

以上当院でのNICU援助ケースを概観してきたが次に先天異常児の一事例について検討していきたい。

図3 先天異常108例の問題



4. 事例検討

(1) 事例の概要

1. 事例：A君

胎児性水頭症により後頭、頭頂葉が欠損して出生した。脳幹部は機能しているので、自力での呼吸と口からの食事摂取はできるが、運動機能や精神機能の発達はほとんど期待できない状態である。

2. 医学的経過

妊娠29週時、当院産婦人科で諸検査の結果、A君には重度の脳奇形があることがわかり産婦人科医より両親に出生後の生存はほとんど望めないことが告げられた。

出生後、全身状態が良好で生存の可能性が大きくなりNICUへの入院となった。3回の手術を経て生後5か月目にはNICUから一般病棟へ移り医師より退院についての話が両親にされるようになった。

3. 社会的状況

父親は41才で日雇いの建築業。月収約30万。母親は36才の主婦。小学1年の長女がいる。サラ金からの借金返済に追われ、会社からも前借りしている。住居は1Kの文化住宅。

A君出生後、父親は仕事も手につかず不況も重なり減収となり、母親は出生後の心理的苦悩と借金の取り立てによるストレスとで心理的に追いつめられ、長女への虐待行為もみられ、夫婦の争いがたえず家族関係が悪化した。

4. 問題状況

問題状況としては、a) 両親と患児の親子のきずなが弱いこと、b) 患児の出生後の家庭生活環境の悪化があった。母親は出産までに胎児をあきらめる努力をしており、出生後その子を再び自分の子として受け入れていくことが難しく、障害児の出生による偏見に耐えられない不安もあり、「子供は生まれてすぐ死んだ。」と親戚に伝えていた。患児に対する拒否反応が強く、家族の面会回数は少なく退院可能な時期になっても引き取りを拒否するという問題状況が発生した。さらに両親の心理的ストレスと、患児が長期間入院するという生活設計の狂いにより、家庭における経済状況、夫婦関係、親子関係が悪化した。

(2) 援助内容

出生直後から母親が退院するまでは、情緒的混乱へのサポート、医療費問題解決への援助、医療スタッフへの心理社会的情報の提供を行った。

最初にA君退院の話が出るまでは、早期に退院させようとする小児科医とほとんど面会にこない家族との間にたち、保健所と方針を協議しつつ地域資源についての情報を収集した。さらに手術を考えている脳外科医と内科的治療のみを考えている小児科医との治療方針が一致しないまま家族に異なった方針が伝えられていたので調整を行った。結局手術が行われることになり、しばらく治療が継続することになった。

母親との面接を通して、A君を受け入れることができない心理的葛藤への援助や今後の親としての関わり方、さらに児童相談所の利用について話し合いを行った。

医療継続期には家族も定期的に来院し、A君との親子関係も少しずつ深まっていき、母親はA君を抱っこした写真をワーカーに見せてくれるようになってきた。この間の援助は医療スタッフとの情報交換が主であった。

A君の症状が落ち着くにつれ退院の準備段階として、一般病棟に転棟し、母親にできるかぎり長時間付き添ってもらおうという方針が医師より家族に伝えられた。ところが家族は付き添いを拒否すると同時に、付き添いの必要のない病院への転院を希望し、更に医師が退院を強く勧めると、その後全く病院に姿を見せなくなってしまった。ワーカーは保健婦と協力して家族の来院を促すとともに家族と話し合い、施設入所の申し込みに至るまでの援助を行った。

入所申し込みから実際の入所に至るまでの2か月は施設の選定および待機の期間であり、児童相談所との連絡調整や入所への具体的調整を行った。退院後は母親と数回面接をしたが、A君は乳児院に良く適応し、母親もA君を病院へ連れていくという役割を果たし、パート就労も始め前向きな生活が営まれている様子であった。

(3) 心理社会的評価

事前評価では障害児への強い拒否感がみられ、親子関係修復への援助と今後の長期的治療を支え

るために医療費負担軽減への援助が中心となると思っていた。全体的状況の評価を行うにつれ受け入れ拒否の背景には経済的、物理的、地域的、文化的なさまざまな要因が存在することがわかってきた。医療スタッフは「親が悪い」という一方的な見方になりがちであったが、ワーカーはA君と家族にとっての最前の利益とは何かを中心に据え、医療スタッフの状況に対する全体的理解を深める援助をした。事後評価では、一連の援助を通して家族と地域社会と行政との協力体制の元にA君を取り巻く環境が改善したと思われる。さらに乳児院入所後も、A君と家族の絆は切れずに良好に継続している。

次にこの事例での検討点について述べてみる。

(4) 検討点

1. 胎児診断後の家族援助

妊娠29週時の「今回の出産はあきらめるように」との医師からの宣告後、院内では援助システムが機能せず、ワーカーへの紹介もなされなかった。母親が保健所に電話を数回して意見を求めているようであるが、保健所からの継続的な援助はなく、病院と保健所との連絡も取られなかった。

2. インフォームドコンセントのあり方

出生直後、医師から父親に症状の説明と共に、手術をしても正常機能回復は望めず、重度の障害を残す可能性が極めて強いという説明がなされた。さらに、医師より翌日までに手術を希望するかどうかを決めてほしいと父親に告げられた。父親は100% 治らないものなら手術せず放置しておいてほしいと一旦は治療を拒否したが、医師より「手術をしないなら母親の退院時に連れて帰ってもらい自宅で管理してもらうことになる」と告げられ、一転して手術を希望したといういきさつがあった。

母親が初めてA君と会ったのは生後11日目であった。合うまでは決心がつかず心理的葛藤を経ての面会であった。脳外科医はワーカーの報告で母親の心理的状況についての情報を得ていたが、脳の模型を見せながら細かく説明をしたため、母親はショックを受けA君との関係の形成が困難となってしまう、以後の面会を拒否するようになった。

その後、NICUから一般病棟に変わるときや、退院についての話し合いの場でも家族を話し合い

に参加させて意見を求めるというよりは、宣告や指示に近い形で医師が意見を伝えた。

問題点としては、医師からの一方的説明や宣告が多く家族の意思意見が医療スタッフに伝わりにくいということ、更に家族の心理社会的状況を情報としては知っていてもそれについて配慮しないまま説明がなされていること、家族の意思決定が心理社会的危機状況の中でサポートなく行われたことなどがあった。

3. 医療チームの連係の取り方

問題点として、院内におけるスタッフ間の連係がうまくなされず、患児と家族に関する情報の共有が適切な時期に適切な方法でなされていなかったことなどがあった。具体的には複数科の医師がかかわる場合の連携や、ソーシャルワーカーへの紹介の時期のタイミングの問題などである。

4. 地域における連携の取り方

地域における保健、医療、福祉の連携の取り方であるが、胎児診断後の連携のまずさなど、適切な時期での連絡と協働が難しい状況であった。ワーカーの介入後は比較的連携がとられたが、当院のように広範囲の地域をカバーする病院では初めてのスタッフと協働することが多く、きめ細かさにかける面がある。

5. 社会制度的側面

社会制度的側面としては、医療、保健、福祉の制度それぞれに改善すべき点がある。医療においては、医療技術の進歩を個人と社会の幸せへと結びつけるための個別的対応と社会的取り組みが軽視され不十分であるということである。

保健においては、行政機関であるという限界もあるが、担当者の交代という問題もあり、個別的で継続的な援助がむづかしいようである。

福祉においては、個々のニーズに応じる施設や地域での社会資源が絶対的に不足している。A君の待機期間が長引いたのはA君のような障害がある子を受け入れてくれる乳児院が少ないからであったし、家族の養育拒否は地域に在宅生活を支える資源が乏しいからでもあった。

6. ソーシャルワーカーの役割

7年間の援助体験を踏まえて周産期、新生児期医療における今日的なソーシャルワーカーの役割

をまとめてみた。

ここで強調したいのは、まず医療技術に生活者の視点を持ち込むということである。

ともすれば医療技術が専門家集団の論理のみで用いられ、誰のため、何のためのものであるかが忘れられている部分がある。ワーカーは生活者の視点を専門家集団の中に持ち込みバランスを取っていく役割があると思われる。そういう姿勢で、ワーカーは家族と葛藤を乗り越えていく歩みをとるにすぎず、その過程でさまざまな倫理的問題に直面する。生存限界ぎりぎりの超未熟児に集中治療が施されることに対して、「生かす努力は無謀なことでは家族や本人に苦しみを与えるだけではないか」との親の思いを訴えられることもある。また、重症の仮死のため人工呼吸により長期間生存している子供を前にして「人工呼吸器ははずせないのでしょうか」と問いかけることもある。

今の日本の医療の場では、このような問いかけは直接医師にぶつけられることは少ないようである。そのような中で、ワーカーは医療の場の倫理的問題について生活者の視点から、問題提起をしオープンな話し合いを重ねていく機会をつくる役割がある。事例で見てきたように、子供と親の権利が矛盾する場合の選択肢をどうするかは、今後従来のように成り行き任せの状況ではすまされない所まで来ていると思われる。技術がより単純でありまた熟練した少数の臨床医により使われていた時代にはこのようなむづかしい選択肢は突きつけられなかったであろう。しかし、現代のように技術が複雑化する一方で熟練した医師でなくともそれらが操作可能になってくれば患児や家族の最善の利益を求めるために、民主的で開かれた話し合いの場と客観的な指標とが不可欠であると思われる。

以上の役割を踏まえた上で、より具体的な機能としては、a) 心理社会的状況の全体的評価を行うこと、b) 心理社会的問題状況への迅速な援助を行うこと、c) 家族の意思決定にかかわる援助を行うこと、d) 家族の代弁的機能を行うこと、e) 医療チームの連携を促進すること、f) 保健・医療・福祉の連携を促進することなどである。

6. 今後の課題

今後の課題としては、まず周産期からの一貫したソーシャルワーク援助を行う必要があるということである。これは医療機関内部の連携の問題でもあり、医療を施す側に、医療を利用する側の人権に対する意識の高まりが必要である。更に少ないマンパワーを如何に有効に利用するかという連携の取り方の工夫が大切になるであろう。そのためにはポイントをいかに押さえていくかという全体を見通した援助が必要になってくるとと思われる。技術の進歩により、人間の幸福とは何かという倫理・価値の部分が深く問われることのないまま様々な選択肢が可能となってきた。

そういう状況の下で、特に現代の日本社会においては個々の現場での選択において混迷の度を深めているように思われる。日本人である我々に幸福をもたらす技術のあり方への模索を国民全体で取り組む必要がある。そのためにはそれぞれの現場での真摯な取組が大切であろう。

参考文献

- 1) 船戸正久・他；「重症仮死児のバイオエシックスー医療チームの意識調査ー」、『日本新生児学会雑誌』、25、656～661、1989
- 2) 北川道弘・他；「妊娠後期に発見される先天異常のカウンセリング」、『産科と婦人科』、57、1685～1693、1990
- 3) 小山豊子・他；「看護の倫理とケアの本質」、『助産婦雑誌』、44、580～588、1990
- 4) 仁志田博司；「超未熟児の生存限界と倫理的問題」、『産科と婦人科』、59、1806～1810、1992
- 5) 仁志田博司；「予後不良の児に対する対応ー倫理的観点からの医療方針決定ー」、『助産婦雑誌』、44、69～74、1990
- 6) 仁志田博司・他；「新生児医療における倫理的観点からの意志決定（Medical Decision Making）」、『日本新生児学会雑誌』、23、337～341、1987
- 7) ロバート・F・ワイヤー；「障害新生児の生命倫理」、高木俊一郎、高木俊治監訳、学苑社、

1991

- 8) 玉國文敏；「生命科学・生殖技術の進歩と新しい人権」、「ジュリスト」、1016、20～28、1993
- 9) 高橋滋；「倫理的な面からみた胎児の評価」、「周産期医学」、23、723～728、1993
- 10) 竹内久彌；「胎児の奇形の診断とその対応」、「周産期医学」、23、627～630、1993
- 11) 高島學司；「医療とバイオエシックスの展開」、法律文化社、1994

cooperation of health and medical care and social welfare.

ABSTRACT

593 babies including 108 with congenital diseases in the neonatal intensive care unit (NICU) in Hyogo College of Medicine Hospital were analyzed regarding their diseases, periods of hospitalization, psychosocial problems and length of social work support. In addition, practical services for a baby with congenital hydrocephalus and disturbance of mental development are also reported.

Primary role of hospital social workers, especially in NICU where hospitalized babies can't express their own will, is to support mainly their families for the best interest of babies as a whole human being. As modern medical technology becomes more advanced and complicated, divested of a human touch, collaborative medical teams of specialized doctors and co-medicals become imperative. And comprehensive evaluation of patients and their families in their bio-psychosocial situation by such teams becomes more and more important.

The role and task, of social workers can be summarized as follow: 1) evaluating comprehensively for psychosocial problems, 2) supporting patients and their families immediately for psychosocial problems, 3) supporting patients and families for self-decision, 4) acting as a advocate of patients and families, 5) promoting cooperative relationship among medical team members, 6) promoting

年金相談の背景にみる 心理・社会的問題の検討

—全国腎臓病患者連絡協議会
電話相談事業の事例を通して—

取出 涼子* 白石 純子** 逢沢 詳子***

研究の目的と方法

透析施設MSW研究会(以下研究会と略)は、1979年に発足した自主研究会で、現在、関東近県の透析医療機関に勤務する医療ソーシャルワーカー(以下MSWと略)46名あまりで構成されている。

全国腎臓病患者連絡協議会(以下全腎協と略)は、1971年に結成された、腎臓病患者やその家族のセルフヘルプグループである。

1990年、全腎協は初の公益的事業の試みとして「電話相談事業」を企画し、協力依頼を受けた研究会は相談員派遣という形で協力している。現在、透析施設における経験5年以上の研究会会員が、月2回、1ケース30分の予約制の電話相談を行っている。我々研究会はこの電話相談事業に協力することから多くの事を感じ、教えられ、研鑽を積むよう努力してきた。全腎協の電話相談担当職員を研究会のメンバーに迎え、電話相談のシステムのあり方・セルフヘルプグループとMSWの連携のあり方など、いくつかの側面からこの相談事業について共同で研究を重ねてきている。事業の発展の経過とセルフヘルプグループとの連携についての報告は、第14回日本医療社会事業学会にて行

った。

相談事業の中で年金の相談はもっとも件数が多く、全腎協の中でも「年金の相談はMSWの専門領域」という認識がある。我々MSWも日常業務の中で積極的に年金の相談にはのっている。しかしこの事業でたくさんの年金の相談に触れる中で、相談の背景にある透析者の心理・社会的状況がより具体的に浮かび上がる経験をした。そこで、今回は、1990年10月から1993年11月までに受けた電話相談282件のうち、年金相談109件の相談記録をもとに事例検討をおこない、透析者の持つ心理・社会的問題を考察した。そして、そこからMSWが年金の相談にのる意味と目的を考察したい。

研究の背景

① 透析者と公的年金の関係

障害者の所得保障制度には、生活保護、社会手当、年金の3種類があるといわれている。その中でも障害年金は、傷病のために働けなくなるなど、障害を原因とする収入減を補ったり、医療費などの生活費の膨張をカバーするためにつくられた。

1991年の血液透析患者実態調査報告書¹⁾によると、約8割の血液透析患者がなんらかの公的年金を

*とりで りょうこ：北里大学病院 **しらいし じゅんこ：横浜第一病院 ***あいざわ しょうこ：横浜第一病院
(透析施設MSW研究会)

受けていた(表1)。年金を受給していない人は約

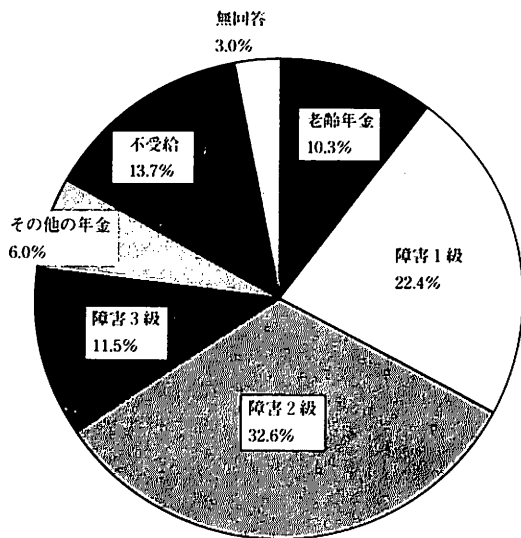


表1) 透析者の年金の種類

14%いた。その理由の主なものは、「初診日に年金に加入していなかった」(21.0%)、「加入期間が不足」(12.0%)、「保険料を納めていなかった」(10.8%)、であった。

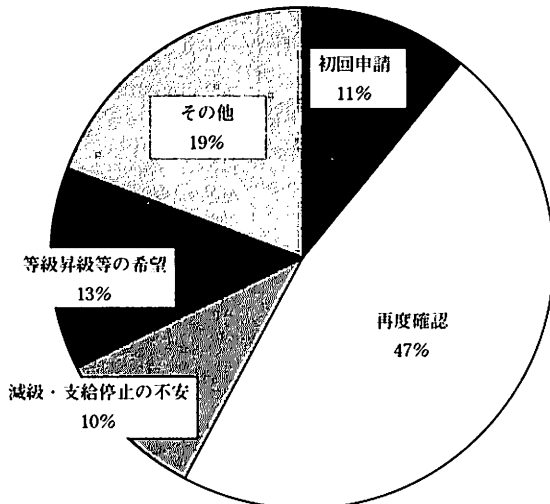


表2) 年金相談内容分類

② 電話相談の内容

1990年10月から1993年11月までに受けた相談282件のうち、年金相談のケースは件数が一番多く109件だった。年金相談の主訴は大きく5つに分類ができた(表2)。

- 初めての申請で単純な情報提供を求める相談
- 以前に年金受給の相談を経験しており、受給は不可能といわれているが再度確認を求めてくる相談
- 等級が下がってしまうことや支給停止への不安についての相談
- 年金の等級を上あげたい・受給額を増やしたいなどの相談
- その他、初診日証明がとれない、重複した障害がある、仕事をやめたい、親元から独立したいなどの相談

これらの相談に対し、MSWは正確な情報の提供や適切な相談窓口の紹介、その他の制度の活用や就労の相談など多種多様な対応を行っていた。

事例検討：年金相談の背景にみる心理・社会的問題の分析

事例1 (図1)

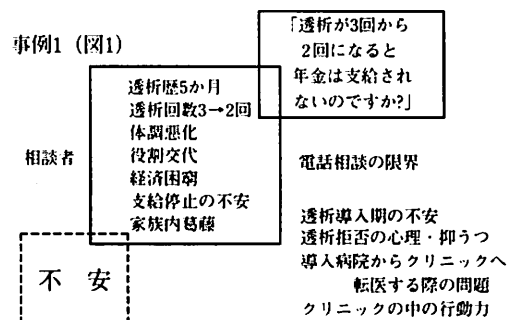
患者：51歳の男性

相談者：本人

主訴：「透析回数が週3回から2回になると障害年金がカットされると聞いた。本当ですか？」

担当MSWが把握した相談の背景：

5か月前に総合病院で週3回3時間の血液透析を導入した。その後クリニックへ転院して外来透析となった。1か月前に厚生障害年金の申請手続は済ませ決定を待っているところである。今月か



らデータがよいという理由で週2回4時間の透析となった。クリニックの仲間が「透析回数によっては年金がカットされる」というのだが本当なのだろうか。

もともとは建築業で、透析導入前に体調が悪いまま退職した。そのため妻がパートにでた。現在妻のパート収入月12万で生活をしている。中学2年と小学校2年の女の子がいて4人暮らし。苦しい家計で、障害年金をあてにしている。

仕事は捜している。職業安定所にも行っているがよい仕事が無い。そもそも週2回の透析に変わってから体調が悪く仕事を始める自信がない。毎晩眠れなくなっている。実は自分が家にいるようになってから中学2年の娘が何かと反抗的で父親としてどう接したらよいか悩んでいる。まだ若いので働かねば、と思うのだが。10歳年下の妻に苦勞をかけて申し訳ない気持ちである。

この事例で担当MSWは、透析導入をきっかけに仕事をやめ経済的に苦しいこと、年金を生活費としてあてにしていたこと、透析回数が減ったためだけに年金が支給停止になると聞いて、生じた不安を受けとめた。更に、透析導入を契機に体調の変化・社会的立場の変化・家庭内の役割の変化がおこったことにも着目した。これは透析導入後一年未満の導入期の不安、とアセスメントした。この時期は、外来通院が始まり、生活が拘束される精神的な圧迫感、社会復帰に伴う種々の困難家庭内での地位役割の変化やそれに伴う家族間の心理的葛藤、身体的不調とそのことで医療スタッフとのあいだに心理的軋轢が生じる時期である。通院先にMSWがいれば、透析を生活に受け入れていくプロセスを共に歩みながら援助を展開できる。しかしこのクリニックにはMSWは不在であった。また、継続援助ができない電話相談の限界もあった。そこで担当MSWは、本人の主訴に対して対応すると共に、サテライトクリニックの医師と信頼関係を結び、まず体調の改善から取りかかる。そのことを、今のつらい状況を乗り越えるきっかけにすることを考えた。そして透析が週2回になったためにかえって体調が悪くなったと思っている本人に、医師に率直に相談していただくことを提案した。そこでまた相談したくなったらいつでも電

話相談を利用することを本人に伝えた。クリニックの医師とのかかわりが本人にとってサポートになることを願いつつ、相談は終了した。

事例2

患者：45歳の男性

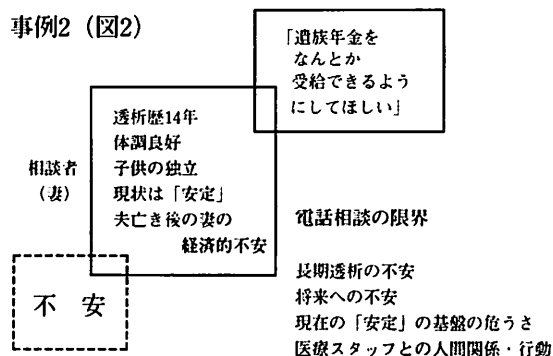
相談者：42歳の妻。22歳と20歳の娘と4人暮らし

主訴：現在厚生障害年金3級を受給中だが「夫亡き後遺族年金をもらえるようにしてほしい」

担当MSWが把握した相談の背景：

夫はもとはサラリーマンをしていた。31歳で血液透析導入。体調も思わしくなく退職し、その後自営業を始めた。妻も当時は8歳と6歳の子供の世話と夫を支える生活。今まで将来のことも考える暇もなく14年が過ぎた。娘が2人とも就職し、ホッとしたところで、夫なき後の妻の老後について夫婦で話し合うようになった。妻が年金に加入していず不安になっている。役所に相談したら「今から妻が年金をかけても支給額が少ないので損」、といわれ国民年金には加入していない。現在夫は体調良好。お金をだして等級が上がるなら保険料の不足分を支払ってでも上げたい。

事例2 (図2)

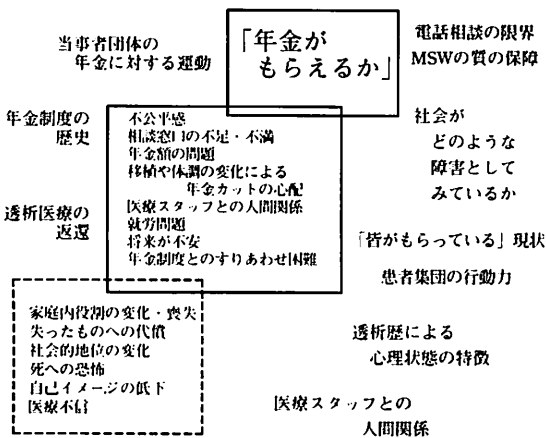


この相談の背景には、透析歴が14年にもなり、その間の生活を家族の力で乗り越えてきた歴史があった。現状は一見「安定」している。しかしそれでも将来の不安が生じる。その根底には、長期透析者の持つ不安と呼べるもの、すなわちこれから起こるであろう体調の悪化、夫を残して先に死ぬ予測、等がある。担当したMSWは、もしこの患者の施設にMSWがいたら、この14年間どん

なに夫婦で頑張ってきたかをサポートし、この相談者の主訴が悪いイメージで受け取られないようスタッフとの調整を手伝ってほしいと願った。遺族年金の受給のためには障害年金の等級を2級以上にする必要がある。体調の如何にかかわらず等級を2級もしくは1級にするよう運動している当事者団体もある。診断書の書き方の工夫で2級になる可能性もある。逆に、医療スタッフは透析者が等級の高い障害年金を受給希望することに複雑な思いを持つことがある。これらの現状を担当MSWは踏まえ、経済的不安を解消することが万一医療スタッフとの軋轢を生むなどデメリットにつながらないか、慎重に妻に添って援助する必要を感じた。そこで医療スタッフとの人間関係も考慮した援助を全腎協のソーシャルワーカー的存在であるスタッフに委託した。

このように相談者は「年金はもらえるか、もらい続けられるか」と問いかけてくるが、そこには様々な心理・社会的背景があった。その他の相談記録の分析も合わせてまとめてみると次のような背景があることがわかった。(図3)

年金相談にみる心理・社会的状況 (図3)



① 不公平感

過去に年金の受給が不可能といわれたが本当に不可能かを確認して来た人の多くは「周りのみんながもらっているのに」と不公平感を訴えていた。また、既に老齢年金を受給している人が「周りの皆が障害年金を受給しており、受給できる金額がちがうのは不公平だ、自分も受給したい」と相談してくるケースが多かった。日々接する仲間が受給していると、「同じように透析をして同じように大変なのに自分だけもらえない」と強い不公平感をもつことがわかった。

② 相談窓口の不足・不満

初めて年金の申請をする相談者や、正確な情報を確認してくる相談者は病院にMSWがおらず、どこに相談するといいかすらわからない人が多かった。また、中には「自分が年金を受給できない理由がわからない」と訴える人もいた。国民年金課や社会保険事務所が身近で親切な窓口としては機能していないこと、そしてMSWがいない施設の多さを実感した。また、「週3回透析をし、その他に仕事をしていれば、平日の9時～5時に相談には行かれない」と時間のやりくりの難しさを訴える相談者もいた。

③ 年金額の問題

等級をあげたい、年金を書き替えたい相談者の多くは、生活を年金に依存しており、その額が低くて生活できないと訴えていた。生活保護は受けたくないが年金では生活できないという相談もあり、年金が最低生活の保障ではなく、あくまでも補うものであることを実感した。また、年金ではまかなえないほど交通費がかかる人もいて何とかしてほしい、との訴えもあった。

④ 移植や体調の変化による年金カットの心配

体調が良くなり仕事を始めたいが所得制限が心配、移植をして支給停止になったがいつ透析に戻るかわからない状態で不安、等の訴えは多かった。今保っている生活が、合併症など体調の変化でいつ崩れるかわからない不安、仕事と透析で物理的にも精神的にもぎりぎりの状態にあり、このままでは燃えつきてしまいそうな不安を抱いている人が多かった。体調が改善してもそのことで年金がカットされるなら将来の不安が大きくなる、とい

う皮肉な心情を訴える相談者も多かった。

⑤ 雇用の機会の少なさ

地方によっては働き口の無いところも多く、最近の不況の影響を受けている人が多かった。そのうえ年金に所得制限がある場合に、就労への意欲を失ってしまっている人もいた。

⑥ 医療スタッフとの人間関係

医師が書類をなかなか書いてくれない、日常生活活動能力の考え方に違いがあるために等級が上がらない、等の問題もあった。

⑦ 将来の不安

これは機械に依存し、いつ自分が倒れるかわからない、という不安やいつまで仕事を続けられるかわからない不安が大きいところから来ていた。

⑧ 年金の制度と慢性疾患患者のすりあわせの難しさ

初診日証明がとれないためだけで年金を受給できないひとや初診日のころにちょうど年金に加入していない人で無年金のひとがいた。カルテの保存が5年しか義務づけられていないことや初診時の病院がすでに無くなっている場合である。また、初診時に、体調がわるいために仕事を中断していたり経済的に困窮して年金に加入していなかった人もいた。

⑨ さらに根底をなされるもの

失ったものへの代償、たとえば役職を外れるなどの社会的地位、一家の大黒柱としての家庭内の役割の喪失、女性としての自己イメージの低下の代償としてせめて年金を受けたい、という気持ちを伝えてきた相談者もいた。

また、移植をして体調が優れない人や書類を親身に書いてもらえないと訴える人が実は根底に医療不信を抱いていたり、自分が確実に死ぬことを実感し死への恐怖を感じたとき、遺族年金のことが頭に浮かんで相談して来た人もいた。

そして、透析医療の歴史や年金制度の歴史、当事者団体が現在展開している運動、透析が社会にどう受け止められているか、透析室という集団の中での透析者同士の影響、医療スタッフとの人間関係、透析を導入してからどれくらい経っているかによって変わる心理状態、等を無視して援助を展開することは難しいことがわかった。

考 察

① 透析者が年金に求めるもの

今回の分析で、透析者は「透析をしている」という切り口での公平性、体調の変化や治療法の選択に左右されず、かつ生活の基盤となる安定した収入、将来の生活の不安に対する補償、失ったものへの代償などを年金に求めていることがわかった。

② 年金制度の問題点

しかし、年金制度がこの透析者の求めに応じるには制度上の問題点が多い。初診日証明書は、カルテを5年間保存すればよいと規定する医師法と矛盾している。支給停止や失権、無拠出年金の所得制限は就労意欲に影響を与えている可能性もある。年金の額では最低生活の保障はできていない。また、医学的診断書を医師が書くのでインペアメントのレベルには対応できても社会的不利に対応できているかが不明である。「お金」が絡むので、一度受給し始めて既に生活の一部となっている年金を何らかの形で失うことへの抵抗も強い。そして、年金に対する正確な知識の広報や年金窓口での対応には「年金受給権を守る」姿勢が欠けている。それと同時に年金制度に対する国民の理解が低い問題もある。

事例の検討で明らかになったように、年金を受給できるかできないか、について具体的に情報を提供することは、現行の年金制度の受給権を守っていることになる。しかしそれだけでは相談者のニーズを充足できない。また、ニーズのすべてに年金という制度が対応すべきなのか、本当は他のサービスの充実が求められているのではないだろうか。

現行の年金制度は腎臓病患者の生活障害に対する所得保障としては未成熟であるたとえば相談の中で、国籍条項のため無年金の人、年金を受給し始めてから子供を持つと加算が付かない矛盾を訴え、社会問題として取り上げてほしい、というものもあった。今回の電話相談は全腎協と共同で行っていたので声をフィードバックし行政への働きかけに生かすことができたと思う。

③ 年金相談におけるソーシャルワーカーの役割と課題

今回の電話相談を通して、年金相談におけるソーシャルワーカーの役割と課題を次のように考察した。

i) 生活障害の把握：個別性と普遍性

障害年金は、症状や障害が「日常生活にどれくらい障害を及ぼしているか」によって支給されるべきものである。生活障害の把握には、その人の病気の受けとめ、もともとのその人の生活スタイル、問題解決能力、家族関係など個別的な問題と、障害が今の社会でどう受け止められているか、医療技術の変遷、疾患の持つ独特の心理状態の変化など個別性では語れない問題とがある。どちらについても十分に理解を深めて援助にあたる必要がある。

ii) 援助能力の向上

年金相談の背景にはシビアな経済的問題や就労にまつわる問題、障害受容の問題などが深く絡んでいる事が多い。適切な介入方法による援助技術を身に付ける必要性を痛感した。特に電話相談では、1回勝負で継続援助が難しい。相談者の問題が深いほど、電話で掘り下げる危険性や限界を感じた。電話相談という場の中で、どこまで介入し、どこには介入しないか、どこを目標に援助するかを判断する能力が求められている。

iii) 福祉の立場から年金制度の在り方を考える

年金制度は、社会が障害をどうとらえているか、その障害の所得保障がどうあるべきか、を反映していくべき制度である。ソーシャルワーカーも「もらうことが目的」の援助ではなく、福祉の立場から、限りある財源でよりよい制度にするには年金がどうあればよいのか、事例を通して常に問い続ける姿勢が求められる。

おわりに

今回、我々は研究を通じ、透析者の年金のかかわりの歴史を振り返る経験ができた。

1970年当時の障害年金の障害認定日は、初診日から3年であった。その頃の透析者は「人工腎の助けで、やっと半人前にでも生きている人間が、障害年金をほとんど給付されないのは不合理である。

3年生存率が13.6%といわれている今、期待できない老齢年金より、せめて生きている間だけでもいまずぐ障害年金をもらいたい²⁾という想いがあった。生存率は低いのに医療費は高く、年金に対する想いは切実であったらと思う。この想いが、透析者の障害認定日を「導入後3か月」に変えた。1974年のことである。このように、病気と治療方法と制度が歴史的背景を持って現在につながっていることを無視して援助は成立しないことを実感した。

以上の事は、SWによる年金相談が「受給できるかできないか」の答えを出すための相談にとどまらず、心理・社会的な背景の理解を踏まえた援助であること、そして援助を通し、時代によって変わりゆく透析者の生活障害に年金がどう対応すべきか常に検証しつづけるべきものであることを示している。

我々に課せられた課題は、電話相談をとおして知りえた透析者の生の声と相談の背景を踏まえ、障害年金が障害に対して給付されるものなのか、生活障害に対して給付されるものなのか、今後どのような制度に成長していくべきなのか、を、透析医療の発展や日本の雇用状況と絡み合わせながら研究していくことだと考えている。

【引用文献】

- 1) 全国腎臓病患者連絡協議会：
「1992年度血液透析患者実態調査報告書」P. 22
発行1992年9月
- 2) 全国腎臓病患者連絡協議会：
「歩みとどまらず一全腎協の20年」
発行1992年3月

【参考文献】

週刊社会保障 vol. 48 No. 1806

否定的な感情の意味するもの

老親との葛藤の事例を通してクライアントの内的な発展を目指す援助の考察

沼津 雅子*

はじめに

私は以下に示す事例を通して、決して珍しくはなくなっているものの、現実には世間からあるいは自分自身の心の中の批判者から「親を棄てる者」という審判を下されることによる苦しみに直面している人々(クライアント=今回の事例においては痴呆を持つ親をみる家族)の苦悩について考え、その苦悩、特に否定的な感情を含む葛藤をクライアントが十分に生きることを通して、ソーシャルワークの基本的な援助の目標である<自由な存在としてのクライアントの自己決定>について考察を深めることを目的とした。

社会生活に適応して生きようとする私たちは世の中のあらゆる基準に拘束されており、拘束されていることすら意識する機会を持たない。問題に対峙してはじめてわれわれは気付かずに過ぎてきた事柄や内面に存在するものと衝撃的な出会いをすることになる。直視できないことであるからこそ、それまで手をつけずに来た部分でもあろう。それゆえに、もし気づき、変化することになれば、自己の発展への大きな変容を意味する。だとすれば否定的なものとの出会いは、実は人が今のままであることに対する抵抗であり、現状からの発展的な変化を無意識的に期待する可能性であると考えられはしないか。しかもその変容は、適切なサポート=専門家の=によって引き出され、実現されると考えられはしないか。

問題解決の際の自己決定をサポートする援助者は自らも既存の基準に対し自由でなければならず、またクライアントが自由に自己決定できることを保証しなければならない。

私たちが問題を抱えた時に押し寄せてくる苦しみや、動揺は一体どのようなもので、どこからやってきているのであろうか。ある種の葛藤からと言ってよいのではないだろうか。ある対象との間に生じる葛藤が、さまざまな要素を投げかけ問題の解決をさらに困難にしてゆくように思える。問題そのものがかなり難解であったり、複雑で多くのエネルギーを費やす困難なものであったとしても、さほど動揺したり、疲弊しないものもある。しかし中にはクライアント自身、さらにはワーカーの内部にもいろいろな否定的な感情・・・抵抗、苛立ち、不快さ、時には怒り・・・等々を呼び起こすクライアントシステムに出会うことがある。その意味を十分掘り下げることは意味のある援助の実現に関係すると思われる。その点を、痴呆の症状を持つ親とその子どもとの関係の中で今回は見てみたいと思う。ここに紹介した事例では、三者とも最終の住処を特別養護老人ホームに決定することになった。決定したのは子どもたちであって、老人本人ではない。これらのケースにおいては決定の主体者は子どもであって、その決定にいたるまでのプロセスに十分関わるのがワーカーの役割であり、十分に深く苦悩して子どもたちによって導き出された結論が、その時のその老人に

*ぬまづ まさこ：分析心理クリニック

とって最も適した結論であるのだと私は言いたい。

事例

A (T.5生 76歳 女) 来談者：次女

心臓疾患あり。夫との二人世帯。隣県に嫁いでいる長女は先妻の子であり、A に関しては実子の次女が主に世話。長女も次女に協力的。夫婦に会話らしきものが以前からなく、老化の進む母を父親はとみに疎んじているという。次女自身もA から母親らしい愛情を感じて育ってきていないという。同居に関して物理的状況よりなりより、情緒的な交流に困難を感じている。特別養護老人ホーム申請を決定し、老人病院に転院。一年半経過したが安定して過ごす。

A はもともと心臓疾患(大動脈弁閉鎖不全、胸部大動脈瘤)があり、治療には手術が考えられるが、痴呆症状の悪化や、幸いに対症療法により症状が安定したことによって医療体制の整った特別養護老人ホームで生活してゆくという計画が立てられた。もともとA 夫婦のお互いの関わり方は少し奇妙である。A が自宅で生活していたときから対話というものはほとんどなく、食事はほとんど近所の食堂で済ましていた。二人はカセットで歌を聴きながら一日中過ごし、A は家事らしきことはほとんどしなかった。日に日に痴呆が進む妻を夫は非常に疎ましく思い、自宅への退院を望んでいなかった。次女は幼い頃から本当に母親の細やかな優しさに触れたことがなく、いつも口うるさく言われた印象だけ残っているそうである。次女は自分の生活を夫と努力しながら築いてきている。夫がささやかな事業をしているため、却ってパートで家計を助けなければならないし、高校受験を直前に控えた娘もいる。しかしそうした生活から来る緊張感は彼女に生きてゆく意欲を与えるものであった。暖かく接してきてもらえなかった母親から今はどっと次女は甘えられており、彼女の心の中には母親への否定的な感情が渦巻き、母親のことに関わる上で多くのエネルギーを消耗し、疲れ切った状態になる。いつもA は眉根を寄せた不安げな表情で、しかもせかせかと何かに追い立てられるように、次女にいろいろと訴え続ける。次女が語ってくれた様々な生活のエピソードから、

彼女が母親と非常に距離を置いてしか接することができないことがよく理解できるのである。そして間隔をあけずにきちっと病院を訪れ、必要なことをしている姿から、私は彼女の苦悩をくみ取らずにおれなかった。次女はこちらが話しかけないと積極的に話さないけれど、母親と十分に関わりを継続しているのである。今も、老人病院を訪ねる日々が続いている。「母にとってこれでいいんやろか・・・と思うんです。でもこうしかできない・・・。」と静かに語っていた。

A の娘は、いつも病院を訪れる時よりもなお重い足取りで帰って行かねばならない。世話をするたびに過去からの関わりが思いだされる。愛されなかったという思いとさらに、決して自分自身が母を愛してはいないという気持ちと、世間が期待する子として役割を遂行することの義務感との葛藤のなかで、病院で見受ける彼女は無表情で無口であった。この表情や、様子から、病棟の婦長は「おかしい」という評価を下してしまっていた。「親子なのになぜ言葉も交わしあわないでただじっとそこにいるのか」と批判的になり、ただただ、娘が母親を病院に押しつけたがっていると言うだけの解釈に終わっていた。

B (M.40生 85歳 男) 来談者：長男の嫁

20年近く同居。数年来B の痴呆が進行。介護に大変な努力を続けてきたものの痴呆症状の悪化が激しく、対応しきれない状態になりながらも一般病院での一時的な入院や、老人ホームのショートステイ利用でつなぐ。孫たちの心理的な動揺が著しく同居は困難という判断に至る。老人病院への入院を決意。家族の所用のため老人ホームのショートステイ利用中衰弱、入院治療一ヶ月後死亡。

B の嫁は、彼女が教えられ育てられた基準に従って期待される嫁、母の役割を十分に遂行し、一生懸命健全な家庭生活を営んできた。「家の中に争いがなく」幸福な家庭生活そのものであった。しかし、誠意をもっていれば報われるはずが家族の平和は崩れ、一人ひとりが不安をかかえ、苛立ち、いさかいが生じてきた。その結果、大切に続けてきた年老いた親を追いやらねばならないという判断を下すことになった。

ある時、Bの孫娘が嫁とともにやってきた。彼女は短大の卒業間近で就職準備に神経が高ぶっている時期であった。この数ヶ月、突発性難聴に苦しんでいた。祖父の突然前触れもなく起こる暴力的な行為などにすっかり怯え、穏やかだった家の中にいさかきも生じてきたことで大変動揺し何も手につかなくなり、抑うつ状態におちいつてしまっていた。こうした若い世代が示す反応はBに優先して救わねばならないものとBの息子夫婦が判断したのは当然のことである。献身的に、しかも決して抑圧してではなく、Bをできる限り在宅で看ようとしてきた人たちにとって、意識的にも無意識的にも父を、あるいは祖父を家庭の中から排除して行こうとしていることの罪悪感と、自分たちの生活を打ち立てて行きたい欲求との間での葛藤が深い苦悩を引き起こしていたと思える。私は彼女たちに自分の生活を大切にすること、と同時に、親だから、祖父だからというのではなく、一人の老いてゆく人間に対して最善を尽くして関わることの意味について考えてみていってくだらうかと問いかけて、そして最終的な結論は彼らが自由な状態で出してよいのだという点を特に保証した言葉を伝えておいた。

C (M.39生 84歳 男) 来談者：長男

近年Cの痴呆進行は著しいが、住み慣れた地方での独居生活が続いていた。ある日、自宅のストーブで火傷を負ったことで入院。その間、日増しに心身両面の機能低下がみられた。休日に長男夫婦(夫婦とも教員)が遠距離を世話に訪れ続けるが限界に達する。息子は少々ケアの質が悪くても、すぐにでも引き受けてくれる老人病院の紹介を依頼してきた。老人病院ではなく、利用できる老人ホーム、老人保健施設などを紹介した上で、在宅での家政婦派遣を計画し、ふたりの疲労の軽減を試みた。特別養護老人ホーム申請。身体的状況は軽快し退院。老人ホームのショートステイを利用しながら在宅生活を一年弱継続した後死亡。

Cの息子は多くの人々から尊敬を集めていた父の名誉が人生の終わりに近づき崩れるのを見て、「安楽死」を心から願った。心から願うという表現は正確ではないのかもしれない。しかし息子夫婦

は本当に疲弊しきっていた。「こんな状態のまま生き続けることは絶対に意味はありませんよ。」と言いきる息子は、遥か彼方に、多くのものを息子に与えた父の輝かしい姿を思い慕う気持ちと、そうした父とは全く別人になり、息子たちの日常生活をすっかり破壊し、束縛し尽くす父への抵抗との間に大きな葛藤をかかえ、深く激しい苦悩の日々が続いていたと推測される。

家族の意味

彼等は三者が三者とも、それぞれの立場を真剣に生きた。みてやりたいけれどみてゆけなくなる状況の中で、変化する自分自身を十分に直視したと思う。彼等は老いた親と関わることは止めなかった。しかし、非常に緊密なところに位置する年老いたものに対して否定的な感情を持たざるを得ない現実の自分自身を、または他の家族メンバーの苦悩を味わい続けた。彼等は逃げることなく、また安易に他者に委ねることなく、ぎりぎりのところまでかかわったということが評価されるべき点であると私は考える。安易に老人を棄てたのではなく、かつ自分自身をも無視しなかった、そのプロセスにこそそれぞれの生の自己実現が展開されていると言ってよい出来事であった。

在宅生活が困難になった年老いた親に対する子の心境は複雑である。自立できなくなった老人の現実の生活のあり方の決定は子どもなど、身近な人々の手にゆだねざるを得ない。「同居」ということを選択肢のなかに含むことができなくなったとき、老いた親の終末の場を他に選ばねばならず、その決定を下すことほど子どもにとって残酷なことではなく、さまざまな葛藤と立ち向かわねばならないことになる。

その時の痛みを子の側が意識的に体験し、また彼等のその意識化の過程にワーカーも意識的に開かれた態度で関わるのが援助の意味であろうと私は考える。彼等が彼等の内的な変化の過程を体験することを十分保証することが必用である。導き出された結果が限りなく、老人自らの意志に近いものであるかどうか、ワーカーの公平な目で吟味されねばならないし、老人の幸福に問題があると考えられるなら彼らとの十分な検討が必要である。しかし、その時子どもの側がワーカーがいだ

くイメージと異なるものを見ていたとしても、その部分にこそ十分に焦点を当ててつきあうべきであって、変更させようと操作的に進んではならない。ワーカーが一定のあらかじめ用意されている、すなわち、社会に共通する基準や価値にもとづく尺度で判断を加えたとしたら、十分に家族に与えられた成長の機会を阻むことになる。

親を扶養するかしないかなどはきわめて皮相な論争でしかない。家族によって関係のあり様はすべて異なる。経済力や、住居形態などで第三者が同居など扶養の能力の判断を加えることは基本的にあってはならないことである。それぞれの関係の意味が十分意識的に整理された上での決定が重要である。この日本社会のおおかたが望ましいと認める在宅介護に踏みきる人は、個人として、その家族としての関係が十分洞察されていなければ、ある意味では親を棄てることの罪悪感から解放されたい面が大きく働いているとも言えるし、自分が認めにくい否定的な感情と出会う機会を自ら、抑圧し、蓋をした結果であるのかもしれない。

家族の意味が再検討されている時代であるが、家族の意味を問うとするなら、問題に出会ったときに、その人の最も深い部分に存在の意味を問いかけてしまわざるを得ない点なのではないだろうか。精神の深い部分で関わらざるをえない問題を家族は投げかける。それは予期できない、そして避けることのできない運命的な遭遇である。

否定的な感情の意味

解決困難な「問題」に直面したときにひとは様ざまなことに気づくことになる。自分自身が望ましいと考え、手に入れたいと願うことの前には大きな障壁があることを知る。適応が阻害されている状況のもとで次第に外側の世界の矛盾や、自分自身の内面に目が向くことになる。ということは人生の危機的なできごとや否定的な事柄は私達を新しい自己に変化させる機会を与えるものとも言えよう。病の意味、現実生活の障害の意味はここにあると言える。「幸福」な時に真理に到達することは少なく、むしろ苦渋に満ちた機会を通してこそ多くを知るはそのためであると思う。

例えば、前述のAの娘はこちらが問いかけない

と語り始めないし、表情から何かを伝えているようにもなかなか思わせない人であったが、このように外側に見える表現には個人差がある。問いかけてもこちらが理解できる反応が返ってこない人がいるものである。だからと言って彼らが考えてないわけでも感じてないわけでもない。私たちが期待した反応が即座に得られないからと言ってワーカーが予定した計画にはずれると思ってしまっただけではないだろうか。援助計画は相手に則して柔軟に見つめられ、変化してよいものである。簡単に解決できない問題の渦中にあれば、たとえ表現が否定的であったり、最初から十分心のうちを明らかにしない人であってもその人の中では人の生と死、人間の存在の意味への問いかけに至るまで深く体験されているのだと思える。

できるだけ消し去りたい否定的な考えや感情が自分の中に、厳然と存在していることを認めざるを得なく、しかも容易に消し去ることができない場合がある。消されれば、自分自身の大切な何かを揺るがすことにつながると思われ、否応なくその事実と対峙し続けければ、思いがけない変化が始まる。やがてそこから新たなものが生まれる。こうした否定的なものを含め意識的に真剣に生きるプロセスはまさしく自己実現のプロセスに相当する。さらに言えば、個人の内的な否定的な感情の体験にとどまらず、「病」や「障害」など「危機」と私たちがとらえる人生のできごとを生きるプロセスも同様に考えられよう。

この変化し続けるプロセスに立ち会い、クライアントを支持してゆくのが専門家としてのワーカーの役割であり、こうした関係を基盤にしてクライアントが自らにふさわしい結論を導き出すことがワーカーとクライアントの共有する目標である。

クライアントには、私たちの社会が一般的に認めている価値に相反すると思える面をどうしても生きなければならない時期がある。クライアントにとってそれは想像以上に苦しい体験である。社会が認めていることと異質な面を生きることは非常に不安なことである。私たちの社会では問題を持つこと自体その人間の価値を低くする側面がある。「問題を持つこと」は否定的な、受け入れがたい、排除すべきことなのである。極端に言って

しまえば、この社会では社会問題を持ったとき、実はもはや人は人でなくなる危険性がある。例えば前述の事例で言うなら痴呆になってしまった人たちであり、さらにはその老人たちとの生活で動きが取れなくなってしまっている家族さえそうである。彼らは十分に自由に自らの望むかたちで生きられないのである。痴呆になることは同時にその人に本来備わっている人間性さえ失ってしまったかのようなのである。(これは他の障害でも同じであり、同様の圧迫を、この社会はその問題をもった人々に強いている。)

生活を主体的に営めなくなったものは多くの欲求を棄てて、自らの生活水準を落とさなければ、現実のこの社会に適應できない生存の危機に瀕する。こうした偏狭で社会資源も不整備な現実と、自己の欲求との間に大きな葛藤が生じてくる。他者によって、社会の枠組みによって暗黙のうちに存在の質を落とすことを強制されてゆく。その強制してゆくものの中にワーカーも入っている可能性が十分あることを認識しなければならない。ワーカー達はクライアントが既存の社会の基準や資源を「ごねることなく」スムーズに受け入れてくれること(このことを適應と勘違いしている)をひそかに目標としている。

自分の生活が自分の意志に反して望ましい方向からはずされてゆくという危機感をいだき始めたとき、クライアントはあらゆる人間関係から孤立してしまったかのような疎外感を味わう。こうした体験はもとにある問題の上にさらに大きい重い圧迫を加えることになる。そうした時間が続いてゆくうちにクライアントの尊厳は次第に奪い去られてゆき、肯定的な自己のイメージのもとでの自己決定が困難となる。

そうした時に、「審判」せずにワーカーがじっと待っていてくれるならばどれほど力強い存在として確認できるであろう。クライアントが否定的な感情に向き合うことを完全に保証されるならば、クライアントは本来の自分の道を歩き始め、自己決定が理想ではなくなる。

クライアントの自由の保証とワーカーの責任

クライアントは自由な発想を保証されるなかで

その個人、その環境に適した自然な判断が可能になる。そうした保証のもとで、クライアント(個人およびその周辺の密接な人々)は内部に存在する本来の潜在的な能力を発揮し、本来の自己が生きることが可能になり、かつ社会生活をよりの確に生きる上での力量を育ててゆくことができるのである。クライアントが自由でなければならない理由はここにある。あらゆる決定の前に、クライアントは自由でなければならない。初めからまとまった整理された物わりの言い答などあるはずがない。現実とぶつかるから、問題として見え始めるのである。種々の葛藤や怒りや、時には逸脱的と思える言動も含めて、それらがワーカーに承認され、保証されなければ、本当の意味でその人のものとなる変容は生まれてはこない。大きな暗闇、醜く、目をそむけたくなるようなものと対峙してはじめて、過去に想像ができなかった新しいものが生まれる可能性がある。ワーカーもクライアントも、否定的な感情ととことん付き合わないことは、潜在する能力の発露を阻むことになる。

ワーカーの役割が一人一人異なる個人を援助することであるなら、私たちワーカーには一回一回新たな価値と向き合うことが要求されている。そのためにはワーカーが集合的な、あるいは他の人々の持つ価値基準から自由でなくてはならない。しかしそれは簡単なことではない。そして、実際は、社会福祉の領域ではワーカー自身の内的なものへの洞察、内省のトレーニングへの関心は極めて低いと言ってよい。自己覚知と言うことが一応学ばれはするが、自分を知ると言っても、意識の前面にあるものだけでは不十分である。私たちが難航するケースについて深く考えるならば、コンプレックスという一つの無意識の機能が端的に私たちの精神の内部の問題を知らせてくれることになる。コンプレックスは、知らぬ間に私達の精神の安定を崩し、動揺を生み出す。このコンプレックスと向き合う努力は重要である。クライアントに意味のある援助とは開かれた態度を持つワーカーによって展開されるものであり、ワーカーが自分自身の葛藤、コンプレックス、を真に認識していることである。クライアントが障壁を前に苦悩して道を切り開くように、援助する側も十分に自

分の否定的な感情を含む、精神の内容に開かれた態度で臨まなければならない。

ワーカーは自分自身が「患者の側にたつ役割を果たす職業に就いている」という認識を一度疑い、検討し直してみるべきである。経験を積むほど、貧弱な社会資源のメニューを提示し、「クライアントの自己決定」と称して、ワーカーが予定する方向にたくみに操作した決定に導いているということが絶対にないと言えるだろうか。実際問題、多くの医療機関のワーカーはその時自分が所属する組織の枠組みによってクライアントの未来を決定づけようとしている。医療の進展はある意味では病院という組織や医師達のエゴイズムの実現であり、その組織に組み込まれているワーカーが真にクライアントセンターという視点で活動することは不可能と言っても過言でない。クライアントは全く自由な立場で問題に臨んでいると言えるだろうか？クライアントは解決すべき問題の前にワーカーと平等に対峙できているのであろうか。いくつかある相談機関の中で、医療の場が特に相談者を卑屈で不自由な立場に追い込む代表的な所であると私は考える。

終わりに

質の悪いサービスを提供されればクライアントは徐々に人間性を貶めて行くことで現実に適応せざるをえない。基準を落として、「仕方がない」という絶望感を伴う決定をワーカーはクライアントに無意識に強いてはならない。貧弱な限られた現在の日本の社会資源のなかでは、クライアントが外的、内的両方の現実に目を向け、問題に対処する力量を伸ばすことをサポートすることに私たちワーカーの援助の意味を問うことができる。

【書評】

白石大介 著

『精神障害者への偏見とスティグマ — ソーシャルワークリサーチからの報告—』

A5判 349頁 3,200円

中央法規 1994年

佐藤豊道*

「保健・医療・福祉の連携」というキーワードがもてはやされているこんにち、本書の副題に示されているように「ソーシャルワークリサーチからの報告」をベースにして、「精神障害者への偏見とスティグマ」が本書によって検討されている。

著者白石大介氏は、関西学院大学大学院社会学研究科を終了した後、向陽病院カウンセリング室長、聖和大学教育学部教授を経て、武庫川女子大学教育研究所・大学院臨床教育学研究科教授、関西学院大学社会学部非常勤講師、向陽病院非常勤ソーシャルワーカー、神戸いのちの電話訓練委員などの要職にあり、医療福祉、臨床ケースワーク、カウンセリングを専攻とし、多数の業績を重ね、臨床福祉系教授として著名である。

本書は、以下のような7章構成から成る。
はじめに

精神医療における本調査の内容と方法

第1章 わが国における精神医療体制の動向

第1節 精神障害の定義

第2節 精神障害者の平均在院日数の長期化にまつわる問題について

第3節 精神衛生法から精神保健法への法改正

第2章 精神医療の歴史的経緯

第1節 病院精神医療中心体制からの離脱

第2節 地域精神医療の台頭とその意義

第3節 精神医療における精神医学ソーシャルワークの歴史と位置づけ

第3章 社会復帰における病院精神医療と地域精神医療

第1節 精神医療における精神病院の新しい位置づけ

第2節 精神病院における新しい療法への取り組み

第3節 社会復帰における地域精神医療の役割

第4章 調査にみる精神障害者の社会復帰を阻む要因

第1節 精神障害者とその家族への偏見とスティグマ

第2節 精神障害者の退院に対する家族の見方

第5章 社会復帰における家族の役割

第1節 患者との家族関係

第2節 患者と人権問題

第3節 患者へのアドヴォカシーの機能

第6章 精神医療におけるソーシャルワーク援助の現状と課題

第1節 本調査にみるソーシャルワーカーの周知度と相談機能

第2節 医療におけるソーシャルワークの援助の問題点と課題

第7章 精神医療の今後の課題と展望

第1節 現代社会とストレス

第2節 病院精神医療の課題

第3節 地域精神医療の課題

第4節 21世紀の精神医療を展望する

調査票

*さとう とよみち：東洋大学社会学部

引用文献
参考文献
索引

以上見たように、本書は、1章で「わが国における精神医療体制の動向」をふまえ、2章で「精神医療の歴史的経緯」を精神医学ソーシャルワークの歴史と絡ませながら跡づけ、3章で「社会復帰における病院精神医療と地域精神医療」を地域精神保健活動と関連づけて議論を展開していることが理解される。いわば、横—縦—キュービクという枠組みの展開である。ここまでがいわば第Ⅰ部としてもよいもので、続く本論を引き立たせる序論(背景記述)の役割を果たしている。

次が、いわば第Ⅱ部本論ともいうべきもので、著者による調査結果が活用され、分析が示されている。第4章「調査にみる精神障害者の社会復帰を阻む要因」では調査で明らかになった「偏見とスティグマ」のマネジメントが課題となっている。第5章「社会復帰における家族の役割」に見られるように、家族自体が偏見とスティグマをどのように乗り越えるのが課題となる。患者の人権問題と患者へのアドヴォカシー(代弁・弁護)機能は、精神保健福祉の中核となるキーワードである。第6章「精神医療におけるソーシャルワーク援助の現状と課題」は、クライアントの生活の全体性に深くかわり、生活の継続性を支援するソーシャルワーク機能の重要性を提示している。

最後に、第Ⅲ部ともいうべき結論部分、第7章「精神医療の今後の課題と展望」が21世紀の精神医療の展望を踏まえて論述されている。

本書の多くの箇所で、「事例」がとりあげられているのも、現実的認識を容易にするための工夫として大いに評価される。

精神障害者本人とその家族に対して、社会調査の方法論を踏まえて調査を実施することには多くの困難性がつきまとう。調査の信頼性と妥当性を得るためには、労力と多額の経費を必要とする。著者は、文部省の科学研究費の助成を受け、当事者やその家族に対して4種類のアンケート調査を実施して、その実情についての現状分析を試みて

いる。

「精神医療における本調査の内容と方法」で明らかかなように、本調査のサンプリングは無作為抽出によって行われたものではない。しかしながら、そのことだけでこの調査の価値を云々することはできない。厚生省が実施した精神障害者に関する実態調査においても、昭和29年から49年まで11回実施されており、その後は実施されていないことから理解できるように、厳密な調査実施は行いがたい。にもかかわらず、著者は、制約された条件下で、可能な限りの努力を重ねている。

調査手法について、いくつか気づいたことをコメントする。まず、第1に、この種の調査の基本項目と思われる調査対象者の診断名、あるいは病状がとりあげられていないのが気になる。というのは、精神障害者といっても一様ではなく、下位分類によって「偏見とスティグマ」が異なることが予想され、それらを混在化させて平均を論じても多様なものをくくり過ぎることになるのではないか。第2に、調査票の作成方法についてであるが、学歴等のあるフェースシートが質問項目の冒頭に置かれているが、これは末尾に置いた方が被調査者の抵抗が少なく済むのではないか。第3に、結果の記述についてであるが、たとえば、「今困っていること」については入院中の患者が66.3%、通院中の患者が49.9%で「入院中の患者の方が16.4%も困っていることを示している」という記述は、母数の異なるパーセントをそのまま比較していることで、誤解を与えるのではないか。「16.4ポイント」もしくは「16.4パーセント・ポイント」と記述すべきではないか。

第4に、調査結果の解釈についてであるが、たとえば、福祉事務所、保健所等の機関には「おおむね2人に1人が「ためらい・気おくれ」を感じている」といってよいことになる。こうした結果から、精神障害者自身やその家族にとって大切な専門機関がスティグマタイゼーションを引き起こしていることになると推察されるといえばいいすぎであろうか。もしそうであるとすればこのことは、こうした専門機関のあり方が問直されなければならないことを意味しているものと考えられよう」という記述があるが、慎重な表現をとっているも

の、このことと専門機関のスティグマタイゼーションとが結び付いているとは言えないのではないか。「ためらい・気おくれを感じた理由」として挙げられている項目をみると、意識のレベルで聞いており(たとえば、「職員の対応が不親切だと思うから」、実態(体験)レベルでの聞き方になっていないことも結果の解釈に慎重にならざるを得ない側面を孕んでいるものと思われる。評者はむしろ、「職員の対応が不親切だと思うから」が患者で13.7%、家族で14.0%という方に注目がいく。

さらに、「今までの社会生活で肩身が狭い思いをされたことがありますか」という設問と、「知っている相談機関」「実際に相談に行った機関」をクロスしてその差を比較して、「こうした相談機関への「来談」」がスティグマタイゼーションの一因となっているとも推測される」というが、確かに推測できなくもないが、相談機関ごとに「実際にそこで相談をしたとき、偏見や差別を受けたましたか」と聞いた方がクロスの分析内容が明確になるものと思われる。数量調査では、確かに調査関心に基づく概要は得られるものの、概要の客観性、科学性を高める試みはさらに研究されなければならない。調査結果が一人歩きすることに注意をはらいつつ、可能なかぎり事実そのものを浮き彫りにする調査方法の検討や開発が不可欠である。生活の全体性にかかわる社会福祉の視点が調査によってさらに精緻さを増す方法を考えるとき、個別事例調査、類型別比較調査、意識レベルの設問ではなく実態レベルでの設問が求められよう。著者は、「精神医学ソーシャルワークにおける専門性とは何か」と問い、「ソーシャルワーカーは社会福祉の視点から患者の生活構造に焦点を当てて処遇していくもの」であり、「患者を1人の生活者としてとらえて社会復帰を可能にする必要な治療や援助が施される」ものと考えているだけに、木目の細かな事例調査研究を期待したい。

本書は、調査を通じて得られた知見を過去、現在、将来の精神医療・精神保健福祉の動向と関連づけながら、制度と理論、方法・技術論を巧みに結び付けたタペストリーとなっている。巻末には、引用文献、参考文献が提示され、専門的知識の確

かさと共に、幅の広さを感じさせるものとなっており、同学者の指針となろう。21世紀の精神医療は、ホリスティック医学を取り入れたもので、患者中心の医療、全人的医療、包括医療、生活モデル等に基づき展開されるであろう。著者は「21世紀は心の時代でもある。「心への医療」が大きな課題の1つとなろう」と指摘する。最後に、「日本人は世間体や人のまなごしを気にしやすく、自己の行動や考えが「世間なみ」から逸脱しているほど、他者との間にズレを感じ、こととしだいによってはスティグマの感情を抱いたり、他者との関係において烙印を押されやすい文化状況にあるといえよう。このような日本人の意識構造をよく認識することにより、全体社会の中でも烙印化を是正する手立てを考える必要がある、もう一方では、セルフ・ヘルプ・グループの普及の過程で、烙印やスティグマの感情を克服し、社会にもはたらきかけていく必要があるのではないだろうか」と述べて、本書を結んでいる。本書出版の意図もこの点に集約されものと思われ、著者の精神障害者およびその家族に対する並々ならぬ愛と、それを自らのライフスタイルに取り入れている姿勢には深い畏敬の念を感じる。精神医療および精神保健福祉に関して、関心をもつすべての人に読んで頂きたい時宜に合った好著である。

医療社会福祉研究 第4巻第1号

1995年9月30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
Tel 0463(93)1121 Fax 0463(92)6175
発行責任者 山手 茂（会長）
印 刷 小西印刷所

1部定価 1100円

September 1995

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.4 No.1

Family Social Work in Medicine	Etsuko Satou	1
A personal History of Medical Social Work in Japan	Satsuki Nakajima	8
Method of Evaluation of Cooperative PracticeNorio Nagatake Kyouko Aoki Nobuyuki Sunouchi		16
The Role and Tasks of Social Workers in Perinatal and Neonatal Care	Kiyoe Miyazaki	24
A Discussion of the Psycho-social Problems in the Background of Pension Counseling for Patients with Kidney Disease -Case Study from the Jaman Assosication of Kidney Disease Telephone Counseling-		
.....Ryouko Toride Junko Shiraisi Shouko Aizawa		32
The Meaning of Negative Feeling -Conflict with Senile parents, and How We can Support the Inner Development of Clients.-	Masako Numazu	38

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH

(JSSWH)