

# 医療社会福祉研究

## 第5巻 第1号

<b>特集</b> 災害とソーシャルワーカー (日本医療社会福祉学会第5回大会報告要旨)		
基調講演		
震災が問いかけたソーシャルワーカーの専門性と使命	ニノミヤ・アキエ・ヘンリー	1
シンポジウム 阪神・淡路大震災と医療ソーシャルワーカー		
大学病院におけるソーシャルワーカーの活動をふり返って	山村 典子	13
適寿リハビリテーション病院におけるソーシャルワーカーのはたらきと在宅療養の動向	松井 久典	18
大阪厚生年金病院のソーシャルワーカーとして	鎌谷田鶴子	22
阪神・淡路大震災とソーシャルワーカー	荒川 義子	30
報告		
日本医療社会福祉学会による被災地におけるソーシャルワーク	武田加代子	34
<b>原著</b>		
医療チームにおけるソーシャルワークの機能に関する一考察—二つの医療機関でのチームにおけるソーシャルワーカー部門の機能比較から—	高山恵理子	43
骨髄移植患者への援助過程におけるソーシャルワーク課題とその実践—東海大学病院における15年間のソーシャルワーク実践を通じて—	山川恵里佳・大本 和子・内田 敦子	51
ソーシャルワーク実践における通訳活動についての一考察	藤田 譲	60
ヘルスケア専門職の「関心領域測定尺度」の作成と比較に関する研究—ソーシャルワーカーと看護職の比較—	松岡 千代・荒川 義子	67
中途障害者の復学に関する諸問題	石井 大輔・田中 渉・松下康一郎	74
<b>書評</b>		
多田羅浩三・小田兼三共編「医療福祉の理論と展開」	植田 章	79
手島陸久編集代表「退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム」	大本 和子	81
報告		
「HIVとソーシャルワーク研究会」活動報告	小西加保留	83

1996年10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。

(〒583 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30

大阪府立看護大学 大谷 昭)

#### 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

荒川義子(編集委員長) 大垣芳美 大谷 昭 倉石哲也 佐々木政人

【基調講演】

# 震災が問いかけたソーシャルワーカーの専門性と使命

ニノミヤ・アキエ・ヘンリー\*

はじめに

今日は、震災とソーシャルワーカーの話をしようと思います。たぶん私が選ばれたのは、私自身神戸に住んでいて震災で被災をした当人だからだと思います。

震災があった日、私たちの家がつぶれて、今は宝塚市の方に仮の住居を借りて生活をしています。レジュメにございますように人間というものをミクロの領域では手とか足とか臓器というような器官、細胞、DNAというような小さなファクターからできている人間としてとらえ、マクロの領域では個人を取り巻く家族、地域あるいは企業、経済、社会、文化、日本、地球、エコロジーの存在として理解します。これは地震というものは、エコロジーという部分で不調和がおきたものが、地球のマグマ等の変動で日本の阪神淡路島というところで地震が起きて阪神地域が崩壊し、そして家族もずいぶん痛みを体験し、市民つまり個人のレベルも痛みを体験しました。地震はマクロのエコロジーのところから始まってミクロの身体器官、細胞にまで被害があったというふうに私、理解をしました。

したがって、rehabilitationをするには、やはりそのミクロの部分からマクロの部分に向かっていやしをしていくのがrehabilitationであります。私が考えているrehabilitationというのは、人間性回復そして基本的人権を含むところの社会性、そして地球市民の回復ということまで含みます。

私自身震災があってから、多くの人々が死を体験したり、その人々の話を聞いたりしました。やはり多くの市民は魂の痛みをかなり持っています。そして、私も経験したんですけれども心理的に痛みを受け、集中力等がなくなる。今年の7月ごろまで、どうしても集中してものが書けないという現象がおきました。同僚の研究者に聞いてみたら、みんなも同じだということで精神的にも相当まいていたなということを確認しました。私が今まで仕事をしていた書斎がつぶれて、本が全部大学の倉庫と私の研究室と私の仮の宿とに分散しました。本を避難させる間、4分の1を捨てました。特定の本を探そうとしても、それが今どこにあるのかわからない状態です。今後、自分のうちをどうするかというようにいろいろ心が悩みます。経済的、社会的なことにも悩みを持っていました。そして、自分自身の生活スタイルもすべて変えなければいけないという状態におかれています。私自身の不調和を調和するのに未だに達成できないでいます。これはたぶん数年かかると思います。

これを家族レベルでみますと、震災が始まる前までは、家族、私の配偶者も子ども二人も一緒に生活していました。今は宝塚市のほうに余儀なく住んでいますので、息子二人がカネディアンアカデミーに通えないので、息子二人は神戸市に下宿しています。今だに親子一緒に生活していなくて、息子二人は週末の土日だけ家に帰っております。

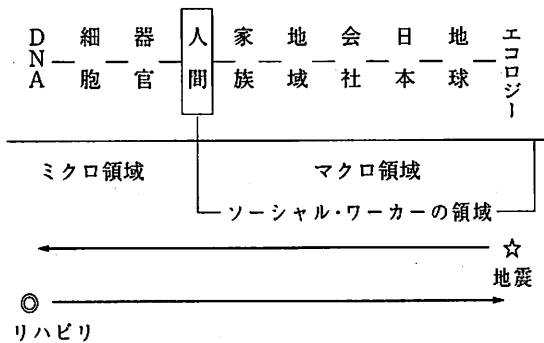


図 I 震災が与えた不調和と新しい調和の方向性 (ホーリスティックアプローチ)

\*Akiie Henry Ninomiya:関西学院大学総合政策学部

そして、夫婦二人だけで住むことにならざるを得なくなりました。しかし、私がいあまり家に帰らないことが多いもので、最近私の配偶者は子どもの下宿の方に泊まり込むことが多くて、家に帰ってもひとりという生活もあります。家庭そのもののシステムが変わってしまいました。来年の2月、神戸に家を再建する予定です。それまでは家庭もぎくしゃくしながら、それなりに調和していきます。私が神戸市の灘区に住んでいたときにいた近所の友達とか、顔なじみの人だとか、行きつけのレストランなども被災をしました。元の家があった地域へ行っても半分ぐらいの人達がもう住んでいない。三日前に初めていつも行きつけのお好み焼屋さんに行きましたら、いつも常連の人達の八割はもういなくなったと御主人が言っていました。行きつけの床屋さんだけは変えたくないの、元の神戸の家の近所のある床屋さんまで行きます。床屋の主人は近隣の住民がいなくなって地域そのものも寂しくなったと言っています。

そして企業経済的な側面も、今度の地震で多くの会社が被災を受けました。特に中小企業がつぶれました。多くの方々が失業しました。中には障害を持った人達もずいぶん今、失業しているということです。ですから、社会経済的にも不調和が起きているというのがあります。それを時間的なプロセスで書いたのが、レジユメの2番目のプロセスとソーシャルワーカーということです。一番目のrescue期、これは地震があった直後救済活動をするということになります。

## I. Rescue期

地震があったとき、私は神戸市北区のしあわせ村という福祉ゾーンで研修会をしていました。そこで、被災しました。そして、私の最初の行動は私がスーパーバイズしている施設の安否確認をしたことです。お昼ごろ灘区の家の方に帰ったときにある光景を見ました。神戸市の被害を受けていない地区の人達はコンビニエント・ストア等で、長い列を作っていました。そこから5分歩いたところでは、家屋の崩壊のため人が死んでいっているのです。そのような二つの現象を見ながら家に着いたら家もつぶれていたということで、そこで

はまさに死んでいく人、怪我をしている人たちを地域住民が助けあっていたということです。

このときたまたま、私の息子が家の近くのある病院に入院していました。午後になって息子の病院に行きました。病院も被災していましたが、建物は崩壊していませんでした。そして午後遅くなって、家の下敷きになって負傷した青年が運び込まれてきました。文化住宅に住んでいて、真ん中の一階に住んでいて、地震があったときには暗闇でわからなかったけれども何かが頭の上に落ちてきた。起き上がれないので一生懸命蹴り破ったら二階の畳にぶつかったので、畳を蹴上げ夫が脱出しました。そして次に、配偶者の妻を掘り起こしました。そして隣の部屋に寝ていた息子を掘り起こすのに素手で二時間かけて掘り起こしました。息子の身体が半分圧迫されて半分麻痺をしたのです。そして、隣の部屋の夫婦と娘二人は死んでいました。そして、その息子連れて近くの病院に行ったら、病院の一階がつぶれてなくて、二階が地上にありました。そして駐車場に戻りましたら、まだ車があるので、その車に乗って以前来たことのあるこの病院に来たのです。

私は震災当日の晩から近所の人達に自分の家から食べ物を持ってくるようお願いしました。たまたま私の家は電気が午後から来ました。電気湯沸かし器でお湯を沸かしてティーとコーヒーをつくりました。昔、私ベトナム戦争中難民救済をしていた経験から、人々がパニック状態になったときにあったかいものを飲んだら多少落ち着くことを知っていたからです。壊れた台所からコーヒーや紅茶を探し出して近所の人達に飲みなさいと言ってサービスしました。そして近所の方に湯沸かし器と電気炊飯器があったら持って来て下さいと頼みました。私の家の近くには六甲の水が出るので、そこで炊き出しを始めました。近所の方々に冷蔵庫や家にある食べ物みんな持ってきて少し管理しようと呼びかけました。そのとき40人ぐらい近所の方が集まってきて、そこで集まった食べ物だけで近所の住民が一週間以上十分食べていけるだけの量があったんです。それで私たちはお米をとがないでそのまま炊いておにぎりを沢山作って病院に運んだりしました。近所の人も皆手伝いました。

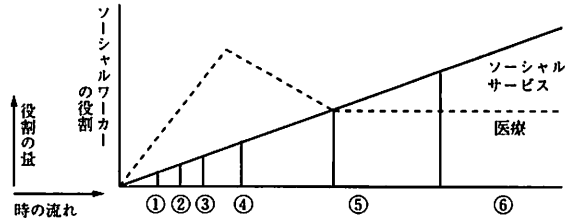
救援活動を一週間ぐらい私たちしていました。そして、病院に運び込まれた患者さんや家族の方々に、必要なものを尋ねました。その方々は着のみ着のままで来ていますから服もない裸足のままだった人もいました。洗面用具から服、靴等を持っていきました。その後一週間たって警察が来て、私達のところは崖崩れで危険なので避難しなさいと言われました。私は家族を連れて兵庫県の北部にある私の関係する施設へ家族を連れていき、自分だけ神戸市へまた戻ってきました。神戸市では友達の家、その後一か月半居候しながら、ここも電気もガスも水道もないところだったんですけども、救援活動をしていました。

最近、病院で私の息子の隣におった青年の家族から手紙が来ました。私たちのことを探して、住所を見つけて手紙を出したのです。その手紙には、息子はその後麻痺したけれども今はrehabilitationをして少しずつ手が動くようになってきました。本当にありがとうございますという手紙が来ました。うれしかったです。震災のとき、救急の必要があるときに、ソーシャルワーカーはいなかった。むしろ隣近所の人が隣近所の人を助けたというのが本当の事です。

その後、学校や公民館等へみんな避難したわけです。それをevacuation期と呼びます。そして、阪神地区の外からreliefとして、救援のボランティアが被災地へ来ました。その中には医療福祉チームにも来ていただいたのがrelief期です。そして今、仮設住宅に市民が入ったのがrehabilitation期、さらに将来仮設に入った方々がコミュニティーに帰っていくのをintegration期と呼んでいます。

最後に新しい街づくり、ニューコミュニティーが出てくることをプロセスとして今、考えています。下のグラフは点線で書いたのがたぶん医療援助のことを考えているんです。線はソーシャルワーク援助の事です。避難、そしてrelief期は医療のニーズが高くなっています。

- ① Rescue期 (救助)
- ② Evacuation (避難)
- ③ Relief期 (救援)
- ④ Rehabilitation (リハビリテーション)
- ⑤ Integration期 (社会復帰)
- ⑥ New Community (新しいまち創り)



図Ⅱ 震災のプロセスとソーシャルワーカー

全国から医療チームが来られてかなり負傷した方々を治療した。それが、今仮設住宅に入りますとかなり落ちこちてきている。そして、おそらくintegration期、そして、ニューコミュニティー期になったときには、医療のニーズは一定のニーズに安定するだろうと思います。ただし、社会福祉、ソーシャルワーカーのニーズはどんどん上がっていくのではないかと思います。そして、evacuation期、relief期のとき以上に、今仮設住宅で生活している人達の救済、その人達をrehabilitationして、いかに市民としてコミュニティーに帰すのかということです。

## II. Community based support system

福祉の町づくりをするのは高齢化社会に日本が入ったからです。Community based support systemを作っていかなければ、日本の高齢化社会の中で高齢化した人達を病院や施設に入所するだけのキャパシティが日本にないので、地域に根ざしたネットワークづくりをしていく。もしそうであれば、そこにおけるソーシャルワーカーの働きというのは、かなりニーズが大きくなるだろうということで、このグラフを作ってみました。

表 I

将来に向けての震災とソーシャルワーカーの役割

1, Rescue期	人間、そして市民としての救助 パニック状態への配慮 情報の収集と提供
2, Evacuation期	医療との連携 衣食住の確保 避難所でのグルーピング (組織化)
3, Relief期	救援システム作り 医療との協力・連携 ボランティアの組織作りとネットワークング カウンセリング (PTSD)
4, Rehabilitation期	リハビリテーション ソーシャルワーク ソーシャル ケース マネジメント
5, Integration期	コミュニティ ソーシャル ワーク コミュニティ ベ이스ド ソーシャル サポート システム作り
6, New Community期	ソーシャル ケース マネジメント コミュニティ ベ이스ド ソーシャル サポート システムの向上 (QOL) 新しい医療社会福祉保障制度にむけてのアドボ カシー

将来に向けての震災とソーシャルワーカーの役割を考えますと、今まで阪神でどういうことが起きたかということのを少し考えてみます。

rescue期には市民が市民を助けるという場面でした。しかし、それは被災をした隣近所だけで、神戸市の中で被災をしていなかった住民はあまり大災害に気がつきませんでした。どれだけの大地震かわからなかったんだと思います。そして、ある人達は、先ほど言ったように食料等の買い占めに走ったという状況でした。一番困ったのが、被災状況等の情報収集と提供でした。私が被災したときに、電気が全部消えたので情報がわからない、何が起こったのかわからない。そして、2時間たってから電気がつきましてテレビを見たら神戸が燃えている。それからアクションを起こして行った。ですから、情報の収集と提供をしていくことが大事で、どれだけの人たちが傷ついていたかということがわからなかつたので、十分隣近所で救助が出来なかった。

①evacuation期

市民が避難をしたという時期になります。多く

の方々には学校や公民館等に行っただけです。そこで衣食住の確保、そして怪我をした方々あるいは病気の方々の医療との連携、そして避難所でのグルーピングということがやっぱり必要でした。そこにおけるソーシャルワーカーの仕事というのは、衣食住の確保ということ、そして医療との連携、それはこの学会が六甲小学校中心にシェアというグループの中でよい働きをしてきたことで実証されています。しかし、避難所でのグルーピングがうまくいったところとうまくいかないところがあります。

統計を見ていきますと、震災後2,400人の高齢者が兵庫県内の特別養護老人ホームを中心に緊急一時入所をしました。そして、1995年9月27日現在では1,045人が震災後、特養を中心にまだ生活をしている。県の調査をみていきますと、神戸市を除いた18箇所の老人関係のホームで936人、そのうち236人が今だに緊急一時入所、そして特別の入所を認めた人が390人となっております。神戸市の調査では、現在緊急一時している方が209人、そして神戸市から市内外の老人ホームへ950人入っています。ですから今、兵庫県の中の老人施設のベッドは満杯です。言葉をかえると、仮設住宅に入っている方々が老人関係施設の移行はとても難しいということです。

②relief期

このreliefのときに、県外から多くの方々々が救援に駆けつけてくれました。その救援システム作り、医療との協力連携、この医療との協力連携では全国のいろいろな医療組織がかなり入ってくれて私たちもかなりその恩恵を受けました。今から反省をすれば地元の医師会との協力がまずなかった。私の友達の開業医は被災直後は緊急治療で多忙でしたけど住民が避難所へ移った頃までの一週間は診療所へ助けを求めました。その後避難所へ行ったほうが医療費がただになるという噂がたちまして、結局、震災後二週間三週間一ヵ月二ヵ月、開業医には患者さんがほとんど来なくなりました。ほとんどの開業医が私が知っているところは、患者さんが一日にあたり5人から10人。ですからもう仕事がない。

そのとき、ちょうど私は神戸ユニオン教会という国際教会が避難所になっておりましたので、そこを中心に救援活動に入ったんです。外国からいろんな救援をしたいという申込みが来まして、あるときはハワイの州知事から、今から医療チームを20人ほど送るんで受入の手配してくれと頼まれました。さらにその医師団に20人ほど通訳が必要だと言われました。私は日本では医師免許がいると思い、厚生省の方に話をしましたら、施設で働くぶんなら特別にできるということで受入準備を少し進めているときに、被災した開業医の方々が患者さんがいなくて困っているということを知り、地元の医師の方が効果がすぐにあるのでハワイの申し込みをお断りしました。そうしたら、今度はソーシャルワーカー20人ほど送るからやってくれと頼まれました。これは結果としてお断りしました。大阪や他府県からソーシャルワーカーの方々が救援に来てくれました。特に私の場合は、在宅障害者の安否確認とか救済ということで県の社会福祉協議会に私たちの職員を派遣してそこで活動をしたんですけども、他府県から来た方々は土地勘がないので状況がよくわからない。それから、どこに連絡したらいいのかコネクションを持っていない。結局やっぱり地元にいる私たちが、土地勘もあるしコネクションもみんな持っているということで、地元のソーシャルワーカーでしか動けなかった。しかし、地域の中でネットワークを張っているソーシャルワーカーの数がものすごく少なかったんで、このへんがうまくいかなかった。

結果としては、施設を使っていた障害者の人達の安否確認はほぼ10日間で全部できました。私たちの施設は二十幾つありますけども、ほとんど通所が中心ですけども、数百人の人達の安否確認は10日でできたわけです。最後までわからなかったのが聴覚障害者、この方々は避難所で顔を見るまで本人の安否確認が分からなかったのです。しかし、地域の中で、福祉施設を使わないで自立している障害を持った方々の様子が正直言って今現在でも十分把握できていません。3月にローラー作戦をして調査しましたが市外に避難した障害者の数や状況がわかりません。

福祉事務所のソーシャルワーカーは、ほとんど

が物資の配給か義援金の配給に回されました。最初の一月間は棺桶作りと死体処理をしていました。ですから、施設は被災した方々を入所させるか、緊急一時入所させるかわかりませんでした。福祉事務所にはワーカーがいなかったので施設はボランティアに被災者を引き受けてきた。私たちの施設も多くの被災した方々、あるいは障害を持った方々が私たちの施設に多く来たということ覚えております。

ひとつ反省というのは、特に在宅の障害者を把握している福祉事務所のケースワーカーさんがほとんどいなくなったというのは、障害者の救援の点で私たちは非常に困った。今度地震があったら、ソーシャルワーカーを動かしちゃいけないということ学びました。

### ③relief期

そして、relief期からボランティアの組織作り、救援のワーキング等のプロジェクトにもいろんなボランティアの方々が入ったんですけども、ボランティア同士の縄張り争いが見られました。私も炊き出しグループをいくつか組織して、いろんな避難所を回ったんですけども、あるグループが間違えて違う避難所に行ったら、他のボランティアグループに我々がここを取り仕切っているからあなたがたが来たら困るという抗議を受けました。ああ難しいなあ、ボランティアさんもヤクザもあまり変わらない縄張りがあるのかなあと思いました。

この点、ボランティアのコーディネーターっていうので一番良くしたのがYMCAとYWCAです。被災したところが神戸市の西側は長田区が焼けたので道路がふさがれて西から入るのが難しいので多くのボランティアは東の大阪からみんな入ってきた。それらのボランティアは西宮あたりで、どうしたらいいんですかと西宮のYMCAあるいは宝塚のYMCAで聞きますと、そこで神戸に連絡してボランティアの受入を組織立てて行いました。

もう一つは、コープ神戸という生活協同組合が大変救援に大きな貢献をしました。これは世界で一番大きな生活協同組合で神戸にあります。ここでは、共同購買グループという組合員さんの方々



が共同で品物を買ってそれを分散する、あの共同購買グループが相互扶助を震災後したということがわかりました。いつも食料を配分していたグループがお互い助けあっていったということ、それは食べ物だけではなくて、relief期には困っている近隣の家庭や老人の介護の世話まで入っていたということがずいぶん報告をされておりました。まさに草の根の住民主体の援助システムでした。

また東灘の助けあいネットワークというボランティアグループがございまして、そこでボランティアの統計をとっていました。最初の一カ月に2月中でボランティアが一番必要になったのは、水汲みでした。そして、3月になりますと水汲みの他に話し相手や様子伺いがものすごく増えてきた、安否確認です。そして、4月になってくると仮設住宅の聞き取り調査だとか資料整理のボランティアがものすごく増えてきた。そして、5月・6月・7月がずっとボランティアの数が多いのが、話し相手や様子伺いでした。7月に入って、ブロックや家の片付けというのがボランティア活動に入ってきました。ですからボランティアの働きも時間の経過によってずいぶん中身がかわってきたということが報告されております。

#### ④rehabilitation期

rehabilitation期に入りまして、仮設住宅が約46,900建てられました。そこで多くの市民が生活しています。仮設住宅には二つの種類があって、一般仮設住宅、これは建設省が設計して6畳と4畳半の二部屋と、お風呂、トイレのユニットとキッチンがついています。高齢者用、障害者用のものは、これは厚生省が入所施設を中心に頭にえがいて設計して、4畳半か6畳一間、お手洗いや炊事場もお風呂も共同使用というものです。ノーマライゼーションの理念は、仮設住宅の援助では無視されました。障害のある高齢者や障害者を一般の仮設住宅から切り離して対応すること、また、その仮設住宅の面積、設備が障害者、介護の必要な高齢者に一般より小さく、またトイレ、風呂、洗面台、キッチンをつけないことは大変残念です。

今、現在、神戸市では在宅福祉の訪問ヘルパーをこれから3年間で二倍に増やすとっています。

これは統計を調べてみましたら、1994年の12月、つまり、昨年12月、神戸市では2,200家庭がホームヘルパーのサービスを受けていました。そして、3年後には4,400家庭にするとということなんですけれども、現在仮設住宅で「介護の必要があり」という人が全体の6.7%いるという調査の結果が出ていまして、それによると約2,935人の方が既にホームヘルパーが欲しいと言っているんです。さらに神戸市というのは140万の人口ですから高齢者率の11%をかけて高齢者人口が15万4千人。そして、高齢者の在宅の方々を先月、高齢者ケアセンター長田が217世帯に対して行いました。その結果をみていきますと、高齢者の世話を誰がしているかという質問調査では「家庭でできる」というもの13%。そして「在宅サービスを受ければできる」というのが44%。「在宅ではやっていけず、施設を利用したい」のが29%。サービスを受けられるという方々と、施設を利用したい、入所したいという方々をあわせると73%の高齢者を抱えている家庭が介護を必要としている。そうすると、人口でみると11万人以上の人達がもうホームヘルパーを欲しいと言っているんですね。それに対して3年後、4,400家庭ができるということを考えてみますと、実に10万家庭以上の方々が高齢者ヘルパーを必要としながらできないという状況があります。ですからこれが、2年後3年後に出てくる大きな問題。

#### ⑤integration期

しかし、このintegration期に入ってきたときに、介護を受けられなければ施設に入所したいという方々が実に29%もある。現実には、施設は満床になっている。今から、施設を3つも4つも5つも作るといっても、せいぜい200床300床ぐらいしか作れないです。多くの方々が高齢家庭や地域の中にありながら十分介護を受けられなくて非常に困った状況になってくるということが、現在予測されております。こういうことを考えてきますと、新しいコミュニティー作り、つまり、これは高齢化社会の到来を頭に入れてきますと、social care managementそしてcommunity based support systemということシステム化していく社会なん



です。もう少し簡単に言いますと、今までの福祉政策が入所施設ということを中心にしてきたが施設の数では十分でなく入所できる人口が限られてきたので、これからは地域の中のケアというシステムを作っていかなければならない。

### Ⅲ. 高齢者社会に向けて

現在、日本には、1億2000万人いますけれども、30年後には約25%の方々が65歳以上になる。実に3000万の日本人が65歳以上になるんです。そのうちの約8%が、常時介護の必要な方になるとなると、240万の人口の高齢者が介護の必要な人口になるということです。そのうち私たちが把握している数字を拾い上げていきますと、特別養護老人が将来たくさん増やしていこうということですが、これがたぶん30万ぐらいのベッド数にしかならないだろう。そして、180万ぐらいある病院のベッドのうち、6ヵ月以上高齢者が占めているのは現在30万人ぐらいありますから、この方々をこれ以上増やさないとという政策ですから、それと、あと老人保健センターや有料老人ホームすべて入れても80万ベッドぐらいにしかならない。そうすると残りの160万人の常時介護が必要な人が、地域の中に生活せざるを得ない社会が来ます。したがって community based social support system を作っていかざるを得ないということが、私たちの医療福祉中の大きな課題になっています。そういう地域に根ざした医療福祉システムというものを神戸市が持っていたならば、地震があったときにそのシステムがそのまま動いたはずで。

ですから、Community based medical and social service system の医療ワーカーもソーシャルワーカーも地域の中のネットワークを持っていますので、それがrescue期でもevacuation期でもrelief期でも、そのネットワークを使ってかなりの救援ができただろうと思います。ですからひとつの私のプレゼンテーションの鍵は、community based social support system を作っていくことが人災の予防であって、そしてまた治療であり、救助であります。そしてrehabilitationの基本的な鍵になるのではないかと考えております。ソーシャルワーカーは、今、何をすべきかということの専

門性、使命ということになりますけれども、rescue期からrelief期の分析と今後の役割の発見の科学的な分析を必要とします。実際何が起きたのか、もっと、もっと数学を突き合わせていかなければなりません。例えば、先ほど言ったように、行政の方では福祉事務所のワーカーがほとんど出払ってしまい、施設を使っている方々の安否、それから地域で生活している障害者の安否は最後まで不明でした。

それから、救援物資の分析もしていかなければならないと思います。例えば、奥尻町で大地震があったときの、救援物資のかなり多くを、一説によりますと1200トンぐらいの救援物資を燃やして捨てたということがあります。私もいろんなところを被災後回ってきましたけれども、ある子どもの施設には4000枚毛布が4000枚山積みになっているんです。困っている、何とかして下さいと言われて、これを配って歩くのが大変だったので。救援物資を配る方もそのニーズがわからないもんだから、あちこち置いていったということがあります。そしてまた、道路の事情もあったんでしょうけども、多くの救援が神戸の東から入って、東灘、灘区、そして中央区と配給されて行きます。テレビ中継の拠点となった灘区の本山小学校は大阪に近く、一番物資が来たところなんです。そして、一番西側の兵庫区、長田区というのは車が入って行けませんでした。その人達はずっと遅くまで、本当に日の丸弁当とお水しかなかった。ですから、物資の配給システムもアンバランスで、西側の奥のほうは自衛隊が中心に最後まで救援をせざるを得ない。テレビを見ると、物が余っている、片方は足りないという状況、そのバランスを誰がするかもわからない、結局は私たち市民が自転車で乗って、何回も何回も往復をして持てる数だけ市の西側の被災者の所へ持っていくというのが現状でした。そのへんも少し分析をしていく必要があります。

それから、やはりcrisis oriented interventionがどのように行われたのか。PTSD(災害後ストレス症候群)のケアの仕方がどうなったのかもこれから分析をしていかなきゃならないんです。今学会では、その当時の六甲小学校の記録集の本が

出ました。いろいろな記録集、医療や福祉を中心にかなり出ています。総合的、システムの福祉のところの記録もずいぶん残し、もう少し編集していく必要があります。

今、国では震災の対策予防ということを学者を集めてしています。その委員をみますとやはり国立大学の先生方を中心に集まっています。国立大学には社会福祉というものはないんです。ほとんどハード面の関係者ばかりです。建物だとか道路だとか交通だとか経済があって福祉がないのです。そうすると、今度の委員の中であまり福祉の部分が入っていないんです。幸いこの学会の委員である秋山先生が、大阪市立大学という公的な学校にいるというので、彼がかろうじて入っています。今そういう学識経験者で作っている機構のこれからのマニュアルはハードが中心になってしまうということを非常に心配しております。

このrehabilitation期にある被災市民への援助ということは、まさに仮設住宅への援助ということになりますけれども、マスコミが強調してきた部分では被災者役割が非常に強調されていると思っています。即ち、被災した方々はしてもらう役割でソーシャルワーカーや政府はしてあげる役割をしなければいけない。そのことがあまりに強調されますと自助自立というrehabilitationの妨げになります。何が何でも行政にしてもらうんじゃないに、自分でできるところは自分でしながらもとの市民生活に戻るといって自律生活文化を作っていかなければならないと思います。岩波ブックレットの「災害救助の文化をつくる」という本を読むと、そこでは被災者役割をあまりにも強調している例が多いので非常に心配をしています。そこではやはり社会福祉サービス援助の市民ニーズに関する調査アセスメント、本当に仮設住宅に入っている方々のニーズは何だろうということを調査しなければなりません。ただ単に、食べ物がない、じゃあ食べ物をつくるということではなしに、やはりちゃんとニーズ調査をしていくということが必要です。そして、そのニーズに基づいた社会福祉のサービス援助システムを図っていくことです。そして、それに関する直接間接の社会福祉サービスのinterventionをしていく。それができたら、モニタ

リング機能を作る、そして社会福祉サービス援助の評価、evaluationをし、さらにまた新しいsocial service support systemのプランニングを形成する。そして、そのような状況を社会に提供していく啓蒙運動をするということがとても大事になると思います。

#### IV. 調査結果

私たち学会では、今神戸市須磨区友が台の仮設住宅で調査をしてきました。74世帯のうち54世帯に聞き取り調査をちょうど終えました。大谷先生、新野先生などと協力して調査しています。これは聞き取り調査で一人に約40分から1時間かけてずっと調査をしてきました。十分、分析していませんが、中間発表をするとADLの状況をみてみます。これは地域型仮設住宅といまして65歳以上の高齢者で一部介助の必要がある、あるいは障害を持った市民が対象のものでございます。ADLの状況は、「日常生活はほぼ自立」「独力では外出可能」が約90.7%。ですから、入所当時は非常に自立している方々のADLです。「屋内生活は概ね自立、外出は要介助」が7.4%。「室内も室外も要介助」が1.9%。ですから、今、地域型仮設住宅に入っておられる方々の多くはADLはよいということです。これをまた1年後2年後同じ調査をしますけれども、このADLが下がっていくのか上がっていくのか、まだわかりません。

今治療を受けている人、継続治療を受けている人が現在85.5%ございました。これは、白内障、糖尿病、精神科、心筋梗塞、ぜんそく、呼吸器系、肺結核、バセドー氏病、脳梗塞、いろいろながあります。治療を受けていない方が14%ですから、ほとんどの方々が通院治療を必要としているという結果が出ております。

全部は発表しませんけれども要点だけ言いますと、家庭との関係をみますと現在の家族との連絡は「よく来てくれる方」という方が33%で、約3分の1が家族との連絡がとれている。「たまに来てくれる」が22%。しかし、「あまり来てくれない。電話がある」が14.8%。「ほとんど連絡ない」が29.6%。最後のふたつ、「家庭との連絡がほとんどない。電話がたまにある」が44.4%。ですか

ら、仮設住宅に移ることによって家庭との連携が、40%以上の方々がもう消えかかっているという現状が出ております。

前住んでいた地域の人達との人間関係がどうなっているかという調査では「今でもかわりなくつきあっている」が25.9%。「ときどき会っている」が16.6%。「ほとんど会えなくなった」が57.4%です。ですから、この地域型仮設住宅に入っている半分以上の方々が、地域における人間関係も失っているという結果が出ております。

現在受けている地域の医療福祉サービスの調査をしますと、全部で74戸のうちの54の調査結果ですけれども、今ホームヘルパーを受けている方が54人のうち5人います。保健婦の訪問が6人。それから給食サービスが3人と出ています。その他にホームヘルパーを派遣してほしい仮設の住人が5人。それから、訪問看護してほしい人が3人。保健婦の訪問を希望する人が2人。医師の診断してほしい人が5人。その他に、給食サービスがほしい人が4人、入浴サービスしてほしい人が2人。これは、お風呂はあるんですけども、浴槽が小さく使用が困難じゃないかと思うんです。一人でお風呂に入れない方が二人いるということです。

現在の生活費の出所ですけれども、公的年金が43.8%。家族からの援助が8.7%、就労、働いている収入が3.5%。そして生活保護が28%。貯蓄で生活している、これは複数回答ですけれども10.5%。実に自分で収入を得ていない人達が多いんです。働いていない人達が大きいということで、この方々を社会復帰させるというのは、生活保護をつけるかあるいは公的年金をつけることしかできないのではないかと思います。この調査を1年ごとに同じ時期にしていこうと思います。

## V. ソーシャル・ネットワークづくり

こういう調査に基づいて、一応、この友が台仮設住宅の援助プログラムにニーズのあうでは社会福祉サービスの援助計画のサジェスションをしていこうと思います。それについて、お金と人と専門性ということも組み合わせ、できるところからプログラムをつくっていくということになろうと思います。そういうことが進んでいきますと、

integration、そしてまたニューコミュニティということになってくると思うんです。これからはやっぱりsocial care managementということをお私達の専門性として研究そして発展をさせていかなければいけないと思います。この在宅ケアのネットワークを作らない限りは、これら高齢化したあるいは障害をもっている仮設住宅の人達が地域の中へ再びintegrateするのは難しいだろうと思います。そのために、5つのサポートシステムがあるんです。アセスメントサービス、医療サポート、社会的サポート、住環境へのサポート、財政的、法的サポートです。それらのプログラムをこれから作っていくうえで、ひとまず研究していく必要があると思います。

①アセスメントですと、生活機能能力、これは家族友人を含む環境の資源を含めてのアセスメントシステム、あるいは身体的、精神的状態の診断と評価システムを作成します。さらに、経済的側面のニーズをどうしていくのか、医療サポートを取り上げますと、医療関係との連携、これは訪問看護あるいは、今後できてくる介護保険制度なんかも含んでいると思います。それから、薬の服用の正確な知識や服用の確認をする、あるいは緊急時のサポートシステム作り、健康診断、歯科治療、あるいはPT、OT、STなどとの在宅福祉サービスのネットワーク作りをつくらないといけない。

②社会的サポートをみていきますと、訪問サービス、あるいは情報の提供の紹介、あるいはホームヘルパーや外出援助をする人達、デイケアセンターだとか他の地域にあるソーシャルサポートシステムとのリンクングということも、私たちはもう少し研究していく必要があります。

③住環境のサポートというのは、住宅関係のアドバイスを修理などのプログラムを作る。あるいは給食サービスです。

④地域の住環境サポートはごみを出すだとかに関係します。ごみを出すのも最近では難しいです。新聞だとかプラスチックだとか金物だとか、お年寄りにはわからなくなっている。私も正直いって被災をして宝塚市に行ってからごみの出し方に困っています。息子2人は学校の近くに下宿を始めました。私の配偶者は時々息子下宿に行ってしまうの

で、私がおみを出さなければなりません。しかし、今日は何の分別ごみを出すのがわかりません。昨日も朝10時ごろごみを出しに行ったら回収車が来た後でした。本当にごみひとつ出すのも非常に難しい。いつどういう種類のごみを出すのかということが指定されているんですけども、今だに私は全然わからないで市民生活をしています。

⑤財政的、法的サポートは収入、就労への援助から、年金の申請、不動産の法的手続き、遺言など多くの援助も必要になります。そういうことを考えていくと、私たちはやはりsocial care managementということをもっともっと専門性の研究と、それに対する職員のソーシャルワーカーの育成ということをしていかなければならないです。

構造社会と共生、社会の共生な働きに関しては、やはり県や市が出してきている復興計画があります。内容は主にハード面、道路だとか建物あるいは経済復興、そういったものが中心でソフト面が非常に小さいということが出ています。これは日本の現在の文化がやはり経済復興が中心で人間性復興がどうしても後に来ていると感じております。

科学的な人間市民生活調査が非常に軽視されています。建物の地震に対する耐性だとか道路の安全性だとか、そういうことは非常に科学的に分析されています。しかし、震災で精神的身体的ダメージを受けた市民の科学的な分析が本当に少ないということです。これを私たちは専門家として分析していかなければならない。例えば、多くの人達が、どうして神戸市の人達は家を建てないのかということと言われるんです。実際現場では空き地が多いです。長崎の雲仙ですとか奥尻町、北海道の島で破壊された人たちの例と比較してみます。例えば奥尻町では家が全部壊れた家屋に400万円の見舞金がいっぺんに支払われているのです。そして家を新築する場合は家財や家具を含めて850万支給しています。神戸市の場合、県と市が合わせて全部で14万くれました。そして義援金を頭割りして10万円。しめて24万円もらっているんです。でも24万円で家は建たないです。それにその24万円も家がないもんだから、当座の費用でみんなたぶん消えているだろうと思います。それに、これも

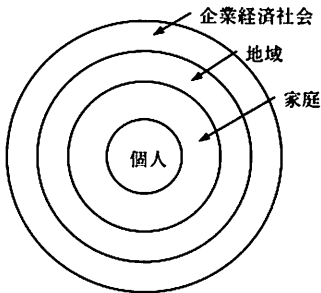
奥尻町のとき義援金が190億。阪神大震災が1,687億。だから、全国から集まった義援金が大きいだろうと言いますが、人口比で奥尻町と比べると阪神の場合は94分の1しかない。ですから、この方々が家を建てて社会に戻ろうということは非常に難しいということが分かります。

これを、もう少し住居ということで調べてみましたら、兵庫県の住宅復興3年計画は2年後の97年度までに12万5千戸を作る。そのうちの6万3千戸は公が建てる、残りは民間の建物を建てるときの補助、助成金にする。今、仮設住宅に入っている方々が48,300とありますから63,000ならば数の上では上回っているんですけども、実際は全壊した家屋が20万、半壊損傷が10万、全部で30万の家が壊れているわけですね。その方々も今一時的にどこかで生活しています。結局はニードからみますと45万世帯の方々が家を探しているの、たとえ12万5千というものができても絶対数が足りない。そうすると仮設住宅に入っている方々は財政的な資金源が少ないので、この方々が2年以内にそこを出て自分の家を買うととか建てるということはまず不可能であります。そうすると公的な住宅に入るとしても、先ほどの調査をみていきますと、非常に収入の少ない方々が多いので、仮設住宅を出てそこに生活できる方々がどれだけいるのでしょうか。私たちが調査した仮設住宅の人のADLがだいたい90%できている方々が多いので、今のADL状況を2年間あるいは3年間維持できたら移られる可能性が少しあるんです。もしADLが急激に落ちていったならば、これは施設、病院等に入院入所ということになるんですけども、施設の方もベッド数が足りません。その方々がどうなるかということについては非常に心配になると思います。

## VI. 福祉文化

共生社会作りと、ソーシャルワーカーの使命という分野で福祉の文化をつくる必要があります。私たち市民が福祉の受益者であってかつ福祉の参加者であるということ。その基本としては競争社会と共生社会というのが私たちの中で同居しております。この競争社会というのは強い人が弱い人

をはじくという基本がございます。これは教育制度も、良い学校、良い大学、良い企業に行って高い給料をもらう、企業に入っても競争する。共生文化というのは、ともに差さえあって生きようという、この両方がこの世の中には必要だと僕は思います。そのときに競争と共生のどちらが上位価値観に入ってくるかが経済大国か生活大国かの違いになると思います。日本の場合はどうも競争価値観の方が共生価値観より上位になっている、この復興計画を見るとまさに企業経済復興ということがまさに前面に出ています。市民生活の共生よりも競争社会の競争力をもっとつけようと、それが神戸市の復興につながるという発想になっていますね。



図Ⅲ 市民の所属構造

家庭を例にとりますと、自分の家庭というものを犠牲にしてまで競争をしません。家庭の中では共生文化が競争文化より強いんですね。家庭の中では競争する人はあまりいないんです。家庭で共生はしても地域の方たちとの間では、隣の家があんない車を買ったからうちも買おうというちょっとした競争はします。しかし地域ではどちらかという共生の方がまだまだ大きいです。その次のレベルの企業経済社会のシステムを見ますと、これはまさに大きな競争原理で成り立っています。つまり、家庭、地域、企業経済社会へとマクロなレベルになればなるほど競争社会が強化されています。経済中心の復興が最初に進めば、地域におけるCommunity support medical social work systemがかなり立ち遅れそうです。そうすると仮設住宅に入っている市民のrehabilitation、社会復帰が困難になるだけではなしに高齢化社会への対応もできなくなります。もしもう一回地震があったときに、もし、コミュニティーの小さな医療福

祉的ネットワークができていればその単位で救援、evacuation integrationができます。市民性回復の資源がコミュニティにあるので回復がかなり早いということが予測されます。そういう意味で市民の視点で災害の対策作りをしていくことと市民のQOL向上のCommunity support systemを作っていくことがやはりこれからとても急務で、これは政府が中心でしていくことだけではありませんから、少なくとも私たちソーシャルワーカーがができる範囲でしていきながらニード調査をふまえてきたことを世間に情報を提供して啓蒙しながら、私たちがそういう共生の上位に立つコミュニティーづくりをしていくことが大事だと思います。

この共生を価値観とするソーシャルワーカーのアイデンティティーというものも、私たちはこれから作っていきたいです。マズローの欲求階層説で少しいろいろ考えてみると、最初の基本的なベーシックの欲求、生理的、生命的な欲求、命を守るというようなもので健康状態あるいはサイコメンタルな部分の欲求をまず私たちはシステム化していかなきゃいけないし、その次には安全欲求、家庭環境の安全性というものを、これは建物だけじゃなしに何かあったときにすぐ隣近所の人が助けてくれることです。例えば、いつも隣人と挨拶を朝しているということです。実際あった例なんですけども、ある日挨拶に出てこないのにおかしいなということで電話をかけたけれども出ない。その家にいるんだということで、戸を叩いてみたら夜中に呼吸器系の症状が出て動けなかった。隣の人がいつも挨拶をする関係だったので、午前中にそのことがわかって病院に入院できたということが先週ありました。ですから、隣どうしの声掛けだけでも、そういうシステムがあれば緊急の時の安全性というものがかなりカバーできるということを私たちは知っています。そういう人間関係、地域におけるネットワークを組むところの家庭環境の安全性、その次に社会的な欲求、友人がいる、買い物をする、そしていろいろお友達のなかで社会的な生活をするということです。最後の欲求がたぶん自我の欲求でレクリエーションだとか自分の趣味だとか旅行をすることです。そういうことをしながら自己実現欲求にいくのかなあと思ったりして



おります。

多方面の角度から研究・調査をして、ソーシャルワーカーのアイデンティティーをもう一度地域における市民生活のところから始めながら、施設中心のソーシャルワーカーからcommunity中心のcommunity based support systemを医療福祉の分野で作っていくことの研究が大切になってくると思います。これはカナダ、北米もそうですけども、地域の住民の相互扶助のシステムがいろいろ重なりながら市民が中心になって、地域に施設ができてくるという歴史と、生徒日本のように政府が中心になって施設を地域に作ってきた違いがあります日本ではほとんどのソーシャルワーカーが施設中心、ほとんどの医師が病院中心になっています。カナダには医師は救急を除いて病院には常駐しておりません、地域にあります。病院は施設ですから、地域にいる医師が共同で使用する設備空間なんです。そうすると、私たちやっぱり地域を中心にソーシャルワークする。これは、以前はCO/CDといったcommuinty organization、community developmentとはちょっと違うんです。それはセルツメントが出てきた手法の発展したものですけれども、community based support systemというのは、個人である市民を中心につくっていくネットワークづくりです。そしてひとりの市民の生活欲求がみんな違うのでパーソナルケアのマネジメントになります。

手作りの個人のニーズにあった医療福祉サポートシステム。要求も人によってみんな違う。糖尿病の人もあれば高血圧の人もいる。いろんな人が市民生活をしています。医療機関とのネットワーク作り、それからその人の趣味だとか友人関係だとか家族構成、収入構成の違い、そういうものをデザインしていくケースマネージャーというものを私たちはこれから訓練して作っていく必要があります。一番やはり急務なのは、ソーシャルケースマネージャーをどのように育成するのか、残念ながらそういうことを中心に緊急にシステムを作っていくないと日本の急激に来る高齢化社会におけるcommunity based social support systemの構築が非常に遅れてしまうだろうということが予想されます。

最後に一つまとめていくと、やはり高齢化社会の対応策として出てくる地域中心のcommunity social support systemをつくるのが、且つ、震災における予防であり、また、それに対する救援の一番ベストな方法ということが今回の震災で少しずつわかってきたということです。

[シンポジウム] 阪神・淡路大震災と医療ソーシャルワーカー

大学病院におけるソーシャルワーカーの活動をふり返って

山村典子\*

I. はじめに

今回の震災により、大学病院のある西宮市も死者1010名、全半壊家屋が598世帯という未曾有の被害を受けた。

次々に運び込まれる負傷者の治療にあたったが、ライフラインの寸断等により翌日からは入院患者さんの転院・外泊を進めざるを得ないような状況で、病院機能の完全復活までに1ヵ月以上を要した。

医療社会福祉部（以下福祉部と記載）では、スタッフ5名中4名が何らかの形で被災したが、当日から今日までの9ヵ月間、職場や地域が崩壊から復旧にむけて流動する中で、直接的あるいは間接的援助を展開してきた。

今回はその活動を振り返るとともに、若干の考察と今後の課題を整理したい。

II. 震災以後に発生した問題状況とソーシャルワーカーの直接的援助

震災以後福祉部で関わったケースの主訴やこれまでの個別の問題、生活背景等を震災との関連で整理すると表1のように5つのケース群に分類できる。さらにこのケース群について統計的に整理をしたのが図1である。

表1 震災に関連して問題状況が発生したケースに関する分類

ケース群	主訴・問題の例
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院機能の停止を理由とする転院・外泊に伴う問題を有したケース群</li> <li>転院先での費用の問題や治療のロスに対する不安</li> <li>末期症状での転院による生への希望の動揺</li> <li>急な外泊での入浴サービス等の確保や介護機器の緊急的なレンタルに関する相談</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院継続中にニードの不足をきたしたケース群</li> <li>家族との連絡がとれず、地域の状況がわからないことからの不安の増大</li> <li>訓練の停滞や先々の回復の遅れへの不安と苛立ち</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>震災により直接的に負傷・障害を負い、生活基盤の崩壊を起こしたケース群</li> <li>強烈な外傷体験により感情を表出できないなどPTSD状況への陥り</li> <li>義援金給付や財産保全等の手続き支援・代行が必要</li> <li>順調な社会復帰を希望する患者と生活基盤が整わない家族との葛藤</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前より何らかの疾病や障害を抱えており、震災後に問題状況の悪化や新しい問題を抱えるようになったケース群</li> <li>非難所でのストレスの増大によるアルコール依存症などの問題行動の再燃や集団生活への不適応</li> <li>患者・家族関係のネガティブな変化と回復意欲の減退</li> <li>以前から抱えていた家族関係の問題の増悪による症状の悪化</li> </ul>
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>震災後の復旧作業等の途中で発症、あるいは事故に遭い障害を抱えることになったケース群</li> <li>復興工事中の受傷の為怒りのやり場がなく、障害受容ができない</li> <li>二次的災害への補償対応の際の不公平感の募り</li> <li>「本人の責任による事象」という周囲の受け止めから発生する家族関係の歪みの発生</li> </ul>

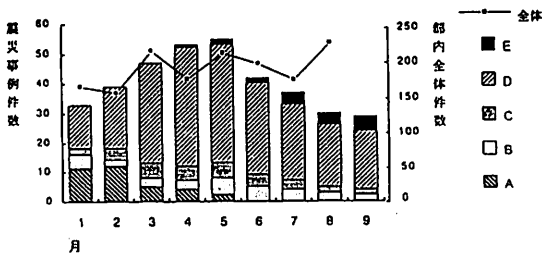


図1 震災関連事例件数推移

1～8月までの総ケース数は935件で、そのうち震災に関連するケースは92件で約1割を占める。月別の変化では、4月、5月において震災関連ケースの全体に占める割合が最も高く、4月が30.1%、5月が25.8%となっている。

時系列での変化を追うと、震災当月より全ての群にわたって問題が発生しているが、2月頃までの初期段階では病院機能の低下を原因とするA、B群のケースが割合として多く、時間の経過とともにC、D、E群のケースが増加しており、特にDのケース群の増加が目立つ。全体のケース数と

\*Noriko Yamamura : 兵庫医科大学病院 医療社会福祉部

しては減少しているが、E群に限っては増加傾向にある。復旧作業に携わる中での事故、発症に伴う生活問題が中心であるが、『本人の責任』を追求される場合も少なくなく、個々の補償にもばらつきがあり不公平感を背景に深刻なケースが多い。

これらの震災関連ケースへのワーカーの関わりは、心的外傷への傾聴から具体的な生活再建に向けての助言、緊急的に決定される震災対策や新たな社会資源情報等の収集や整理と確認、個々のケースにおける本人や家族の行動計画へのアドバイス、手続き代行や同行、家族や周囲との人間関係の調整など多岐にわたる。(事例は巻末資料参照)

特にD、E群のケースでは、時間とともに各ケースが属する社会環境等も変化していく中で、各自が抱える困難点も変化し、問題も多重化、複雑化してくる傾向にあり、今後長期的な関わりを必要とする部分も多いことが予測される。

### Ⅲ. 兵庫医大における間接的援助

#### 1) 学生ボランティアの組織化

震災直後より入院患者を中心に洗濯、買い物といった基本的ニーズの不充足が表出しており、これらにボランティアで対応することを発案し、福祉部より病院管理課や看護部などにボランティアの導入を提案した。

当初は全学的な指揮系統の混乱もあり、ボランティアの必要性に対する認識はそれ程高いとは言えなかったが、震災6日目には全学的ニーズ調査を行なうとともに、ボランティア希望の学生の登録を開始する。

調査の結果、全学的に幅広いニーズの存在が明らかになり、ボランティアの活動範囲は入院患者のニーズの充足みならず、入試関連の手伝いなど幅広いものとなった。(表2参照)最終的にはボランティア登録学生は117名、活動延べ人数は594人にのぼった。この活動は新年度より学生部直轄の学生組織として認可された団体に受け継がれ、ボランティアのみならず、医療の周辺領域への学習も含めた幅広い活動へと発展してきつつある。

この過程において、ソーシャルワーカーは組織化とコーディネーターの役割を担ってきたが、現

在はサークルのアドバイザー的な役割へと変化してきている。ボランティア組織化のプロセスは組織の指揮系統が混乱する中での管理的な側面を重視した『平等性の主張』と我々ソーシャルワーカーの専門性である『現実性の原理』に基づく援助の葛藤でもあり、混乱する時期にこそ、現実をふまえた個別状況に対応していく援助の遂行は必要であったと実感できる。

#### 2) 兵庫県医療社会事業協会会員のMSWを対象とした情報収集・提供活動

震災当時、県協会事務局が福祉部にあったことから、会員に対して安否確認、現在必要としている情報等のニーズ調査を行なった。その調査結果に基づいて、必要とされる社会資源や入院可能な医療機関情報等を行政や関連団体、他地域の病院などから収集して整理し、会員向け情報として配布した。この活動は単に必要な情報の提供だけを目的としたのではなく、当時ワーカー自身のストレスや焦燥感も強まっており、互いに連携しながら専門職としてのソーシャルワーカーの基本的視点を共有し、支えあうことも目的としていた。しかし、この情報提供活動が、その目的をどのように果たし得たのか、また現在もどんな課題を有しているのかについての検証には今だ至れていない。

#### 3) 阪神大震災社会福祉専門職救援活動連絡会への呼びかけ

震災直後より社会福祉関連団体が様々な場所で救援活動を展開していたが、各団体間の組織的な横のつながり等はなく、それぞれが持ち場で奮闘している状況であった。そこで救援活動を行なっている日本社会福祉士会・日本ソーシャルワーカー協会・日本医療社会福祉学会・兵庫県介護福祉士会・日本精神医学ソーシャルワーカー協会・兵庫県ソーシャルワーカー協会・日本医療社会事業協会・透析施設MSW研究会の8団体を対象に、これまでの活動の経過や成果等についての意見交換を行ない、その後の経過や実践から今後の業務や活動に活かせる連携や行動の明確化を目的として連絡会の開催を呼びかけた。3月26日兵庫医大にて初会合を開いて以来9月までに継続して5回会

表2 大学・病院内の学生ボランティア活動内容と活動参加人員

(延べ594人)

月/日	救援隊 薬の配達 メッセージヤー	病院の 水運び	入院患者の 洗濯, 買い物	患者の 通院介助	中学生患者 の学習指導	か				た			づ			け	大学入試 関係	今津中・ 用海小で 支援活動
						6階北 10階西 病棟	第1内 研究室	病歴室	図書館	わかくさ 学級	職員の 自宅							
1/23			5															
24	3	5	1												2			
25	1	9									18				1			
26	1	9									24				2			
27	2	9									14							
28	3	9									10							
29	4																	
30	2	10									13							
31	1	4									8							
2/1	1	6	1								21					27		3
2	2	8								5				1		49		
3	2									6								
4											7							
5	2										8							
6	1	2																3
7	1	2	1							2	7	6	13					3
8	1	2	1								6	8	9					3
9	2	2	1	1								10	13					3
10	1	3								3		12	16					3
11		1										10	22					3
12																		7
13																		1
14												19	9					2
15				1	1							17	10		2			2
16												15	9					2
17												7	7					2
18												10	7					2
19													8					1
合計	30	78	5	2	2	5	2	2	24	114	255	1	7		76			38

合をもっている。これまでは各会の活動報告が中心であったが、今後は各活動の検証方法の模索等が課題になると考えられる。

#### IV. 考察と今後の課題

##### 1) 個別性を尊重した援助活動の貫通と流動する社会資源への対策の必要性

時間の経過とともに、疾病や障害により何らかの脆弱な部分を抱えている人々を中心に問題状況の悪化や、新たな困難状況の発生が続き今後も長期的な関わりが必要と思われるケースが増加しており、問題の多重化、複雑化と社会状況全体の変化を視野に入れた援助が求められている。

震災後9ヵ月が過ぎ、患者や家族の身体的・心理的・社会的側面の回復状況と医療機関としての機能回復ペース、さらには地域社会の復興状況の間には速度にもその質にも乖離が生じてきている。そのような中で福祉専門職として、一人一人の個別性をより一層意識して援助していく必要がある。

同時に、現実の問題に対応する為の新しい制度ができており、運用の窓口もこれまで我々が日常的に連携してきた機関とは異なる場合も多く、連携も未熟で不十分である。このことは、既存の資源やソーシャルワーカーの活動範囲での対応のみでは個別性が強まっているケース支えていくことに限界があることを示しており、限界克服への新しい取り組みが必要とされていることを示している。

これらの現実をふまえたうえでの今後の取り組みの課題として、まづ考えられるのは、個々の地域性や仮設住宅の特性といった地域の個別性をふまえた援助である為の広範な情報収集と相互連携の強化である。具体的には、県医療社会事業協会では実施を検討している各ワーカーの取り組みに関する調査とその検証、今後の課題への提言などがあげられる。

2点目は、院内から地域生活を捉えるという一方向だけのかかわりにとどまらず、医療社会福祉学会のプロジェクトである地域型仮設住宅での生活支援への参加によって得られる生活の実態を掌握した生活支援に対する方法（生活援助の為のマ

ンパワーの確保等）の提言を長期的に行なっていくことを考えている。更に、地元である西宮市の関係機関とは生活支援に関する具体的な連携は得られておらず、大学病院という機能の特殊性をかんがみだ連携への模索は今後の大きい課題である。

##### 2) 所属機関における専門職の力量の強化

ソーシャルワーカーが専門職としての力量を発揮する要素として、院内組織での位置付けの重要性があげられることはこれまでも多かった。

今回我々はボランティアの組織化を通じて、緊急事態下での組織の意志決定の場に名を連ね、実際にその場で我々の専門性に基づく考えを発言し、一部分ではあるがそれは組織に承認される結果を生んでいる。この経験を通じて、MSWの活動をより有効に機能させる為の組織上の位置づけや認知度の重要性を改めて認識した。今後も一層の力量の強化や蓄積の為の行動を意識的に積み上げていく必要がある。

震災から「もう9ヵ月」なのか「まだ9ヵ月」なのか受け取りは様々である。しかし、福祉専門職としての我々の活動は今後こそ数多くの使命を得ているのは紛れもない事実であることを実感している。

#### 資料

##### 事例

Aさん 42才 女性 B市在住

病名 全身挫傷、左腕神経麻痺

##### (入院までの経過)

震災で自宅が倒壊、2日間がれきの中に閉じ込められる。

2日後に救出され、1月19日当院に入院。夫は即死であった。

##### (紹介理由)

「夫の死を知って動揺もあると思われるので、精神面への対応と今後の生活のことで相談ののってあげて欲しい」と病棟婦長より紹介。



### (生活背景)

北陸地方出身。地元の高校卒業後大阪の会社に就職。23才で結婚し退職する。夫は塾の講師をしていた。子供はいない。

夫の両親は既に死亡。Aさんの両親（父68才 母62才）は郷里で健在。今回の夫の葬儀等は全て父が取り仕切り、Aさんも父を頼りにしていた。

### (問題と援助内容)

#### 1. 精神的外傷後のストレス反応（PTSR）と現実不安への援助

紹介当初、Aさんは周囲への要求の増大、言動の退行などのPTSRとともに、金銭や今後の生活手段、障害の残存への絶望感といった現実的な不安が錯綜していた。

ワーカーは約1週間毎日訪室し、本人が話せる範囲での体験や不安を傾聴。同時に現実的な財産や生活等に関する問題解決の方法や、援助資源に関して具体的な情報提供を行ない不安の解消を目指した。

#### 2. 生活再建手続きへの援助

Aさんに関する様々な手続きや申請は全て実父が代行した。それらは震災関連の金銭給付（義援金、夫の災害弔慰金、激励金等）や医療費免除申請・倒壊した自宅からの荷物の搬出・保険証再発行から、年金・ローン・生命保険関連と多岐に渡り、申請要件等も複雑で難解なものが多く、情報整理、優先順位の検討等高齢で遠隔地に住む父へのサポートが必要となった。

#### 3. 父親の精神的ストレスへの支持

父親は、Aさん夫婦の結婚をめぐって、長年確執を抱えていたが、夫の突然の死によって怒りや不満、罪悪感が強まっていた。更に金銭給付に関して地域での中傷が重なり、父のストレスが増大。自信の喪失、Aさんへの悲観的・批判的感情が高まり、父娘関係に微妙な緊張が生じた。

ワーカーは、Aさんを支える存在としての父に対して、心情の傾聴等支持的な面接を繰り返した。

#### 4. Aさんの評価をめぐる病棟スタッフとの共通理解に関して

精神的外傷後ストレス反応やAさんの現在の心理社会的状況への共通理解を得る為、担当看護婦を中心にミーティングを繰り返した。

### (結果と現在の状況)

数多くの手続きが一段落する3月末にはAさんと父の様子も落ち着き、また今後の生活場所などについて、前向きに話が出来るようになった。

Aさんは、手術のため整形外科病棟に転科、左腕の麻痺を除いては、挫傷も治癒し、院内も自由に歩行できるようになった。手術終了後、長期リハビリを目的に実家近くのリハビリ専門病院へ転院する。

転院後も生活関連手続き等に関し、父への情報提供など支持的な関わりを継続中である。

## 適寿リハビリテーション病院に於けるソーシャルワーカーのはたらきと在宅療養患者の動向

松井久典\*

### I. はじめに

私は適寿リハビリテーション病院の松井と申します。スライドを用意しておりますので、恐れ入りますが宜しくお願いいたします。

本日はこのような場にお招きいただきましてありがとうございます。実はこのお話を頂いたとき、お断りしようと思っていたのですが、私自身の癒しの作業につながるのではないかと思ってお引受けした次第です。お隣に座っていらっしゃる兵庫医大を百貨店と例えると、私の所属しております病院というのは、〇〇商会という小さな店屋のようなものですから、私のようなものが出てくる場所ではないのですが、ただ、あの時、そういった「現場」のソーシャルワーカーが何をしていたのかということも、やはりお話ししておく必要もあるかとも思いました。ご報告に来ました。私自身、学問的な事については何もわかっていないので、その部分については先ほどの御講演をご参考いただければと思います。また、今日のお話は特に感情が強く入ってしまう危険性がありますが、そういう話ではできるだけ省いて、できるだけ事実について話をしたいと思います。

話す順序ですが、私がどういうソーシャルワーカーなのかということからまずお話しして、そして、私どもの病院がどういう病院かといったこととお話しをし、次に、震災直後に私がどのような仕事をしてきたかということをお話しをし、最後に私どもの病院は在宅医療についても少し手がけている病院ですので在宅の患者さんの動向についてもお話しできれば、と思います。

まず、私がどういうソーシャルワーカーかという話ですが、私はソーシャルワーカーには4つのフィールドがあると思っております。1つは臨床的な、いわゆる施設内にお越しになる患者さんに

対するソーシャルワークの部分。2つ目には、職能団体ですね。ソーシャルワーカーの協会や地域の協会などについての活動。3つ目は、もう少し広げて地域社会について支援活動をするという部分。4つ目に、いわゆる研究といった部分。この4つがソーシャルワーカーのフィールドだと思っております。その中で私は1番目と2番目しか、厳密に言うと1番目しか活動していないワーカーです。ですから、社会活動や研究といった部分については無縁でして、それが今回の震災における私自身のソーシャルワーカーの活動にもひびいたかと思っています。即ち、普段のソーシャルワーカーのフィールドがこうした緊急時にも当てはまったのではないかと思っております。

次に私どもの病院のご説明ですが、レジメをご覧ください。詳しく載せてありますが、私どもの病院というのは、高速長田という大きな被災地の中心から2km位北の山手にある病院です。特徴としては、脳血管障害を中心としたリハビリテーション病院で、かつ、在宅支援として訪問診療をし、場合によってはターミナルケアも在宅でできるようにお手伝いしている病院です。また、訪問看護ステーションも併設している病院でございます。

### II. 震災の後に起こったこと

地震が起こったのが1月17日ですが、ちょっと見にくいですが、ここが震源ですね。私どもの病院がここ。ちょうどこの赤く塗られているところ、このあたりが地震の被害が甚大だったところです。ですから、私どもの病院は少し山手の方に離れているということがわかっていただけたと思います。

私どもの病院の動きということで、ソーシャルワーカーが何をしていたかということですが、1

\*Hisanori Matsui:医療法人社団康人会 適寿リハビリテーション病院 医療社会福祉部

月17日は緊急入院や搬送に追われておりました。私自身、実は翌18日の明け方の3時まで患者さんの運搬しておりました。といいますのは、系列病院である公文病院がちょうど被災地の真ん中にありましたので、野戦病院化していた公文病院の患者さんを搬送していたのです。それと共に私どもの病院に入院なさる患者さんの病室手配をしていました。私どもの病院の食堂を病室として使わなければならなくなっておりました。また、そうした緊急的に入院なさった患者さんの状況把握もしました。中には、つい先ほどご主人がなくなったという患者さんもいらっしゃって、非常に胸の痛い作業でした。その他、職員安否の情報収集も私が開始しました。それと共に、生活物資の確保の院内緊急会議もいたしました。それで、事務部長の補助で私は事務室に陣取りまして、いろいろお手伝いをしました。

余談になりますが、私どもの病院ではそうした緊急の状態、様々な患者さんが突然多数入院なさったにも関わらず、看護婦さんは苦情も言いませんでしたし、訓練士も物資の調達などで東奔西走してくれました。また、栄養部におきましては、私どもの病院だけではなく、他の被害のあった病院の給食も配給いたしました。ですから、震災当日の朝食もきっちり出していた病院であります。なぜそのようなことができたのかと申しますと、私どもの病院は、普段からマニュアル外の多い病院なのです。突然の指令が飛ぶと、マニュアルを作るより早くやってしまうという、実はそういう病院なのです。ですから、このような突発的なことがおこっても皮肉にもそれが役立ったのです。

いわゆるライフラインは電気・水道・ガスの順で復旧したのですが、ガスが復旧したのが2月15日でした。私自身の話になりますが、私はアパートの2階に住んでいますが、結構アパートの被害も大きかったのです。ですが、そのことに気付いたのが2月の横浜の研修から帰ってからなのです。なぜ気づかなかったのか考えてみますと、周りが全て燃えたり潰れたりしている中で、自分の家が多少傾いていようが雨漏りしていようが全然気にならなかったのです。毎晩遅くまで働いていたので、非常に頭がハイになってしまっていて、そん

なこと全然気にならなかったのです。例えば、公文病院等に患者さんを運んでいたときも、野戦病院のようになっていましたので、畳に患者さんをのせて「先生助けてっ」と言いながら患者さんが来られるわけです。実は既に事切れているわけですが、それをドクターは、ただ首を横に振るだけ。その中には自分の子どもと同じような年齢の御遺体もあるわけです…。

### Ⅲ. 在宅療養患者の動向

在宅療養中の患者さんの様子を見に行っただけというのは、実は次の土曜日になってからであります。大事な大事な在宅療養患者さんの自宅を見に行くのが遅れたという理由は、道路の崩壊や電話が通じにくかったこと、緊急患者さんを優先したことや業務が多忙であったことなどがあつたからであります。特に、医療費の免除等に関する決定が非常に遅くて、そういったことも仕事が繁雑になった理由でありました。

実はこれが私の勤務時間の表で、タイムカードから拾ってきました。9時から5時というのが普通の勤務時間ですが、この様にずっと働き詰めで働いていたと云うことをご理解下さい。

この様な中で、在宅療養中の患者さんがどの様に過ごされたかということも少し調べましたので発表いたします。

性別	女36人 男 20人
平均年齢	79.8歳 ±10.6歳
家族人数	平均 2.9人 ±1.4人
配偶者と同居	23人
子供と同居	16人
主病名	循環器系32人、骨筋肉系16人、 精神神経8人
A D L	J 5人、A 5人、B 18人、C 28人
往診期間	1年未満22人、2年未満11人 3年未満 4人、3年以上19人
震災による家屋被害	全半壊・全半焼22人、一部損壊34人

表1 震災時在宅療養者の特徴

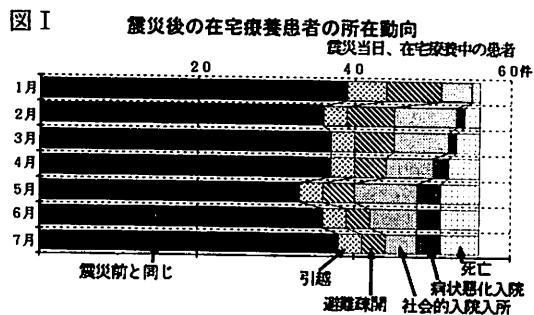
震災当日、56名の方が在宅療養なさってまして、性別は女性が36名で男性が20名でした。平均年齢

は約80歳。そして、家族構成人数としては平均約3名です。疾病名としては、脳血管障害を中心とした循環器系が32名です。ADL状況ではJABCランキングによるとC、即ち寝たきりの方が28名でした。往診開始時期は、1年未満が一番多く、ついで3年以上でした。そして、震災による家屋被害ですが、全半壊・全半焼が22件でした。

これが神戸略地図ですが、私どもの病院のある長田区に往診ケースが一番多いというのがわかっていただけだと思います。39件ありました。

このスライドは長田区の地図ですが、このように患者さんが点在化しております。ちなみに、さきほど公文病院といったのは大体このあたりにありまして、いわゆる被災地、菅原市場の近くです。悲しい話ですが、この場所にお住まいだった患者さんがお一人焼死なさっています。娘さんと一緒に焼死なさいました。その他の患者さんは、身体的には全員無事でありました。

ただ、身体的に大丈夫だったとはいえ、震災後の在宅療養患者さんの所在調査をしますと、社会的入院・入所というのは最初の1ヶ月間は少なく、2ヶ月目になってくると増えてくるのです。また、病状悪化による入院というのも最初の1ヶ月目はゼロなのですが2月3月と時間が経つほど増えてくるのです。こうしたところから、震災当初の1ヶ月間は、在宅の寝たきりの患者さんもなんとなくがんばっていらっやったということが、うかがえるかと思うのです。ところが、2ヶ月3ヶ月と経ってくると、それが耐え切れなくなってきたのではないかと思っております。これらについては、もう少しファクターを吟味しなくてはならない点もありますので、ただいま調査中でございます。



このスライドは、私どもの病院の入院者数なのですが、ここで見ていただきたいのは、1月の17日がここですが、入院数が極端にあがっているのがわかっていただけだと思います。その日に17名の患者さんが入院なさいました。

震災後、私の業務内容も変わりましたが、その資料として震災前後の退院前訪問患者数がこのスライドです。私どもは、退院後在宅に帰られる患者さんはできるだけ退院前訪問をしているわけですが、それが震災前の10月、11月、12月はそれぞれ5件、6件、8件でしたが、震災後極端に減っております。現在も月に3件行けたらいい方です。これは、それだけ在宅に帰ることができる患者さんが少なくなったということの現われかと思っております。

#### IV. 震災で学んだこと

まとめに入りますが、先ほどの山村さんのお話でもありましたが、やはり平素からの連携をいかにとるかがどれほど大事なことをこの震災から学びとりました。一番初めにも申し上げましたが、普段のソーシャルワーカーの働きというものがこうした緊急時にもそのまま現れるのではないかと思っております。それと共に通信手段が途絶えたことも、非常に困りました。ですから、パソコン通信だったら通じ安かったということを引きましたので、私もこの春からパソコン通信を始めました。

その他、最近、震災を長期的な形で見なければならぬということがわかってきました。この間、北海道のソーシャルワーカーの方とお話しする機会があったのですが、北海道には北海道の自然状況に合わせたソーシャルワークがあるそうです。ですから私どもの地区、即ち阪神淡路地区というのも、これからはそうした、震災が起こった地区という形で新しいソーシャルワークというのか、今までとは違う環境になったのだという認識でソーシャルワークをしていくことが大事じゃないかと思っております。

震災から学ぶことは非常に多くありました。震災の体験や状況は、筆舌に表し難いような状態ではありますが、ソーシャルワーカーとして考えた

ときは、これは脅威ではありますが新たな挑戦だと考えることもできます。この部分を強調して私の発表を終えたいと思います。御静聴ありがとうございました。



## 大阪厚生年金病院のソーシャルワーカーとして

鎌谷 田鶴子\*

### (I) 大阪府厚生年金病院の使命

鎌谷でございます。私どもの病院は、公務員以外のほとんどのソーシャルワーカーの方がたぶん加入していただいているであろう厚生年金保険法の第79条に決められた福祉施設のひとつとして社会保険庁から委託された業務、厚生年金病院の運営や有料老人ホームの運営あるいは年金会館の運営、および義肢装具補装具の支給等の内容の事業を行っております。皆様方の保険料で賄われている独特の使命、しかも、整形外科という領域がまだ確立していない段階から整形外科診療を全国的にバックアップする、その実際の提供の場として厚生年金病院というのが日本に7つできまして(総合病院が3つ、リハビリテーション専門病院が4つ) たまたま非常に兵庫県と近い位置に関係がございます。

まず受入入院患者さんは91名になります。特徴的なのは、長田区の2人は共にわが職員の家族で、北区とあるのは大阪市の北区、此花区、西淀川区、これらは大阪市で、中央区の方がもともと芦屋市内を歩いているときに救急隊に収容されておこしになった方ということで、あとの岡山県とか神崎郡とは兵庫医大に入院しておられて、治療の依頼があった方でございます。

位置関係なんですが、太い線が県境でございます。そして尼崎の隣に西淀川区があり、西淀病院も私どもと同様の援助を提供しておられ、そのとなりが福島区で私どもの病院なんです。

次に受入日の様子を見ていただきます。

震災の日当日に入院されたのはお二人で、歩いて入院されました。そのうちの一人が今日のレジュメの中で新聞の体験者の手記を書いて下さった方で、あと一人は何度も当院で入院治療を繰り返しておられる方がお怪我をされて入院されました。

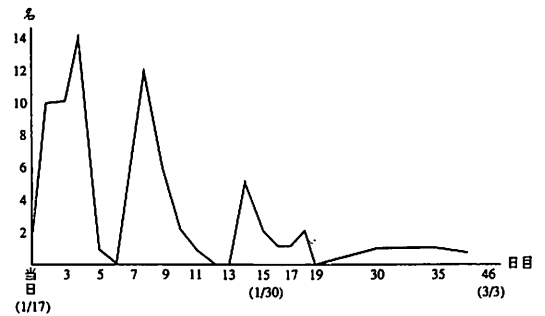


図1 地震発生日以降受入れた入院患者数

そして18日から透析患者さんを、救急隊が「今からすぐ10人連れていく。引き取りに行けないのでよろしく」と一方的な連絡が来たそうで、そのときから大騒ぎの、てんやわんやのサービスが展開するわけでございます。

入院患者さんの受け入れの他に、厚生年金医療振興団といたしまして被災地への支援活動の状況として、全国の全施設から義援金および人的あるいは物的、支援活動を集中する他、24時間体制で生田中学校で2月5日から3月31日まで救護班を投入いたしました。兵庫医大や労災病院といったところに食料を届けたり器具の滅菌作業のお手伝いをしたよう聞いております。次に私が何をしたかをお話いたします。

### (II) MSWの働き

私どもの病院は570床の病院でソーシャルワーカーは2人おります。私の同僚は灘区に住んでおられて、遮断休暇ということで9日めか10日めかに出てまいりました。実は私も被災者でございまして、家の中は何もかもが破損して、壁に穴があいたり亀裂が走ったり、5月30日ごろに家の中を復興するまではほとんど家の体裁をなしていなかつ

\*Tazuko Kamatani : 大阪厚生年金病院 医療社会事業部

たというような状況でございました。そのため17日はどうしても出勤できませんでした。で、病院に連絡をいれましたら被災状況は最低限ですんだとのことでした。室内の整理のためにもう一度休もうと翌日電話しましたところ「あんた、昨日からなんぼの数の電話が院外からかかっているかわかっているのか」と交換手から言われ、とにかく行ってくれるタクシーを探し飛び乗って出かけていったのが18日の11時半ごろだったと思います。

一応、病院は普通に機能しておりまして、職員がかなり阪神間に住まいをいたしておりましたので、80人ぐらい被災していると思いますが、なんか慌ただしいけれども妙に寒いような雰囲気を感じられたわけです。昨日からなにも食べていませんからお昼ご飯を楽しみにしていいたら30分に一回おひつがでてくる。ありつけない職員もありました。とにかく気になるケースに連絡をとろうかと思うんですが、電話が全然通じません。

そうするところへ2時に透析の担当の医師が「今救急隊が搬送してくる。迎えに来ないというから、10人分の宿を今すぐ5時位までに確保してくれ」という要請が入りました。一瞬私は、「それはどういう程度の患者さんですか」と聞き返したんですが「今は非常時だ」と怒鳴られまして「何でもいいんだ、宿をさがせ」ということで、私も一瞬考え、これはだめだ。ひとりではできないはずがないと思ひまして庶務へかけこみ、これは1ワーカーの関われる限界を超えている、病院としてどう対応するか、まずきちんと管理的な立場で一応の指示を出すように言ったんですが、課長等が不在でございまして、大阪府に呼ばれたりしていたんだと思います。私はすぐに院長室に駆けこもうと思ひましたが、ちょうど内科部長が院長室に駆けこみ「どの病院どんな病院でもいいからとにかく医療の設備のあるところへ送り込め」という指示を得ました。それでドクターと私とがあちこち手を回したんですが、救急病院は既に埋まってしまっているんですね、昨日の段階で。直接向かいの救急病院の院長へ電話したら院長が「透析の患者さんなんかよう受けません」と言われ「通院透析で食事管理は御自分でされますから、ただ寝るところだけ確保させてください」って言ったんで

す。そうしたら、6ベッドがあるのに2床だけなら受け入れますといわれ、結局当院へ4人受け入れられました。このためどうしても地元へ帰っていただく方が出ました。残った人はつてを頼って御親戚のうちなんか身に寄せられ一段落したのが7時すぎでございまして。

その翌日から、本当に一人一人の仕事というのが始まったわけです。順を追ってお話しさせていただきたいと思います。まず副院長と総婦長の方から「震災の影響を考えて常より心して頑張れ」と言われましたので「ひとりでは頑張れない、婦長会や医局会でそういう患者さんをきちんと把握して、その中から私どもの方に回してほしい」とこう申しました。

その翌々日、20日から歩ける人は退院していただくという形でベッドの確保が行われ、結果的に、4名の透析患者さんも2月6日までにご入院いただきました。この転入院の援助を行いました。

そのころに整形外科の部長が「ほとんどの人退院先が無い。手をうっていな」と言われました。「え、何人おられますか」と尋ねたら「20人」もと。部長から病棟婦長へ「鎌谷とにかく協力をしろ」とすぐ言って下さいといいましたら、すぐ入院患者のリストが届きましたので、二日間ほどカルテを中心に基礎情報の収集を開始いたしました。病院は被災しておりませんが通院患者さんがたくさん被災しておられまして、みなさん自分のことを訴えたいし相談もしたいしワーカーも安全だったかと聞きに来られ、人の出入りは、山ほどありました。その中で、情報の収集はそういう日常の業務が終わった後、つまり夜7時ごろから始まるわけです。で、だいたい9時から10時近くまでそういう情報を2、3日でとりました。

その間にも、兵庫県MSW協会から“個人として、市民として”被災状況と、あんたのところでできるサービスはなんや?とFAXが入りましたので、何をしたらいいのかわからないから具体的に私にせよということを書いて下さいと回答をお返ししたのを覚えております。又ちょうど私は80前後の友人が多いんですけども、皆独居です。その人達が本当にこわがって私のところに電話を職場や家にしてくるんです。

それで、整形外科と透析患者さんだけではないか  
んと思って、医事課長のところに震災患者さんの  
入院リストとそれから治療費に関する情報を、即  
時提供するように申し入れまして、確実に実施し  
てもらえたわけです。透析と整形外科関係以外の  
患者さん紹介は1月27日から始まっております。  
1月31日から整形外科の入院患者さんへの全局面  
接を開始し、2月の始めには中央区での救護班の  
後半部分になったら出かけなければならぬかもし  
れぬので準備を求められました。

ちょうどそのころには、職能団体のワーカーと  
いたしましては、兵庫県MSW協会から病院の転  
院先探しの大阪の窓口になってほしいという要請  
が来たわけです。私は簡単にはいと言うつもりだ  
ったんですが、副院長へその要請を取り次ぎまし  
て、ともかく当院で受け入れる努力をまずするよ  
うにという回答を得ましたので診療部長へ副院  
長から「ワーカーに協力せよ」というふうに指  
示を出してほしいと。そうでないと動けないと  
いうことを申し上げました。

日生病院の大垣さんに話を伝えましたら、既  
に京都とか岡山とか奈良とかの協会では、それ  
ぞれ県協会が兵庫県協会に援助を申し出ておら  
れるということがわかったわけでした。ところが、  
大阪協会がそれを申し出ていない。これはぜひ  
大阪協会の事業として位置付けてほしい、その  
うえで私に窓口をしろというならささしてくだ  
さる。他の人が出されるんだったらその対応を  
理事会できちんと決めていただきたい。もし私  
が受けるとしても、大阪協会のみなさんの後押  
しがなければ私はやれることが限られていると  
いうことで、早速検討していただきたいと事務  
局に申し入れました。しかし最終的に、黙殺さ  
れてしまいましたので、いたしかたなくその役  
は私が個人であたるということにいたしました。

その頃には同僚も出てまいりましたし、震災  
ケースは、とりあえず最初からの関連があるので  
私が担当すると。新ケースと平常のケースはでき  
るだけ同僚が受けるというふうにしました。私も  
両親も神戸におるものですからライフラインは  
全然機能しないということで、まだ顔を一回も  
洗っていないというような電話が一週間たつても  
きますし、

給水車が来ても運べないというんです。バケツ  
1杯をひとりがひとつづつ運んでも二度と行け  
なかったというようなことで、彼らは地域の老人  
会のメンバーに助けてもらって生命を維持して  
いたような形でございます。ようやく1ヵ月たち  
まして神戸入りをいたしました。

ちょうどそのころに、向かいの病院から「長  
期療養ベッドに余裕が出てきたので適切に利用  
してほしい」という事務局長と婦長さんの来訪  
を受けまして、私と担当婦長との直接交渉で入  
院させていただけるようなシステムを確立いたし  
ました。大体の患者さんのめどがついてきたわ  
けで、もう一度病棟婦長に震災患者さんへのソ  
シャルワークサービスの提供の必要性というも  
のを再点検していただくという作業をいたしま  
した。併せて兵庫県MSW協会より後送可能  
な病院のリストをつくるように要請がございま  
して、大阪協会の名簿を中心にいたしまして電  
話で確認し、作成して山村さんにお送りしたこ  
とを覚えております。そのころ両親や高齢の友  
人がちょっと痴呆のような言動をみせました  
ので、休みを半日いただきまして土日にかけ  
まして小旅行に誘いました。大阪協会の若いメ  
ンバーが3名「ボランティアに参加したいけど  
どうしたらいいか、大阪協会はなぜしないのか  
、どうしたらいいだろう」といった電話をよ  
こされました。それを私は大阪府協会員は  
大阪協会の会長へまず申し出ること、そして  
現に動いているボランティアグループにつな  
がるのも有効なことだ、当学会の活動の紹介  
など助言をしていったという形でございま  
す。そして、ようやく今現在入院しておられ  
る方がお一人というようなどころに入ってい  
まして、私もやっと一段落いたしましたので、  
7月から大和住宅のボランティアに参加さ  
せていただいて現在に至っているというのが、  
これが一連の動きでございます。

実はこれ皆様方のお手元に残すことに非常  
に抵抗があった。大阪MSW協会に対して不  
都合なイメージを植え付けてしまうのではな  
いかという恐れのためです。私が隣接の県  
のワーカーとして何が出来るか、したいと  
思ったかを伝えるには、やはりこれを抜きに  
しては考えられないという発想のもとに、あ  
えて明示いたしました。大阪MSW

協会としましては、「要請があれば協力しましょう」ということであつたらうと思います。それでは実際はだめなのです。

### (Ⅲ) 職務上の辛さ・限界

「おまえは生きていたんだな」という一言を残してご主人が担架の上で亡くなったというような奥さんがいらっしゃる。5人の家族が全員ばらばらになってその中でひとりで亡くなっていく。そのようなケースがありました。

それでもみなさん感情を表現することはなさらないのです。担当医へもナースへも婦長へもみんな苦しみを訴えられないんですね。

それで、私はさきほど武田さんのご報告にありましたように、そっとケースを掘り起こすこと、この病院には私のような職員を職務の者がいることを可能な限りお目にかかって伝えようと思いました。その結果91名のうち36名の方にしかお目にかかることはできませんでした。その方たちの問題は既に前にお話しなさっているのとほとんど重複いたします。毎日30ケースぐらいのケースと関わりを持ち、ワーカーとして暮らす上で、つらかったのは感情のコントロールをすることでした。普段だったら努力するんだけどあっちを向いてもこっちを向いてもそうした方々がおられたのです。6人部屋のカーテンしかないお部屋でつらい話が出てくることも多々ございました。お歩きになられる方は面接室にお越しいただきましたけれどもかなわない方の方が多かったように思います。

### (中絶)

大切なところが言えなくてどうも失礼いたしました。ずっと感情の逆転移を恐れてコントロールしてきた部分がありまして、今日がその場になるとは思ってもいませんでしたけれども、患者さんとともに泣くことが出来なかったことが今日こういうふうな形で出たという自分を認識して帰れることを非常に有り難く思います。

中絶した話の続きですが、私のレジュメの3項目めのところなのですが、どういう姿勢でやったかというのは、あくまでも我々が隣接する立場で

すから、本来は後方支援なわけですね。ところが私のような位置関係にあつたり役目をしょっているような病院では実は被災の当事者でもあるわけです。私自身がそうでありましたように。しかも、集中的で大量なニーズがどっと押し寄せます。負傷以外に治療を依頼されたケースというのはほとんど全部が癌の患者さんです。そして、その方たちがやはりすぐ帰れないということで、入院期間が長くなりましたが、負傷の患者さんの退院は意外に早い時期で決まってしまうました。で、その方たちは、まだ被災していないところで治療を受けられるということに喜びをおっしゃるわけです。そういうような中で、問題を問題として認識されないままで退院されていく可能性が高い。ですから、ものを決めるにはワーカーの姿勢は短期決戦かつ長期戦にも備えるという、このふたつのスタンスが必要であろうと思います。

そしてライフラインを始めとして、生活環境を徹底的に破壊がなされるわけですから、まずワーカーは自分の病院に存在するニーズを的確にマスとしてキャッチしなければならないということです。個別に存在するケースとして認識しているだけではだめですね。まず、それが大前提になる。そのなかで正に個別的な人間関係といいますか、われわれのサービスの提供を確立していかなければならない。それを痛切に感じました。

それから、既存の社会資源はあてになりません。徹底的な広域な、都市社会に起きますから、自分で社会資源をつくりだすぐらいのかなり強引なことをやったこともございます。独居の人の代わりに私が手続きを代行しようとしたら、行政窓口が拘子定規なことをいうので、対抗してあなたのところ(市)から何人の患者さんをおあずかりしている、誰も動く人がいないのにあなたはこういうような行動でいいのですかと、半分たきつけるような言い方をしてしまったことも多々ございます。そのような形で、病院の代表といたしまして、私どもの仕事との説明をして、それでようやく文書による郵送あるいはFAXなどの行為的なサポート、を開くことになりました。そのような断固とした姿勢というのがどうしても必要になってくると思います。

それから、平常業務以外が増加いたします。そのための手抜き、正常業務の手抜きは絶対にできないわけです。ですから総体としてのニーズ、われわれの前に現れるクライアントの総数が非常な数にのぼります。しかも、ケースによっては長期戦にも備えなければならない。ですから私が、一番心したのは、私自身がburn outしてしまわないように理解をすること、これを一番心を配りました。そのために、当初の二人体制になりましてからは、就業時間の設定をいたしました。たまっている仕事、会いたい面接を休日をしたいわけですが、それを戒めました。体力的にもあまり頑丈な方ではなかったので休日を確実にとるようにして、そして武田さんのおっしゃった、そっと掘り起こす作業に専念していったわけです。

#### (Ⅳ) 反省

そのような形のなかで、今、振り返ってみますと、反省点といたしましては、例えば治療費をどうするかということは、医師会を通じましてFAXが入るんですが、遅々としております。私は医療費を払えないという相談を受けたのは5件にしかすぎないわけです。あとは、皆さんお支払いになって帰っておられるわけです。ところがお支払いにならなくてもよかったわけなんです。そういう事情の遅さと、それから私がそういうことに気がつかなくて医事課長、事務局長にアピールし、それでなくても財産をなくし、身体を痛めつけられた人々に医療費の自己負担を平気ですとはどういうことだ、どの方にも請求しないで、マルシンで通るから、なぜできなかったか非常に後悔が残ります。今まで私は、管理的な会議に参加をするということをそれほど大切に思っていなかったのですが、今回を通じましてそういうふうなことの目もち、管理的な役職もいやがらずに積極的に引き受けざるを得ないということを経験として学んだように思います。

大阪協会に関しまして、もっと執拗にもっと広範に働きかけを進めるべきであったと非常に後悔が残ります。それと、ワーカーク的な発想が、逆にこういう緊急事態には邪魔をするわけです。すぐその人のQOLをまず念頭に置いて動こうとしま

すので、動きがとれなくなってしまうわけなんです。資源の限界を自分が作ってしまうという、懸念もあるので、やはり通常の援助とは異なった姿勢をもつ必要があると思います。

中でもそれから、一番私の気にかかっていることはクライアントに対して逆転移の感情を自戒するあまり、逆にニーズを抑制してしまっているかもしれないということです。

ハード面での限界というのは、これは努力工夫すれば可能なのに、それを社会事業部だけで解決しようとしたところに限界を来してしまった、というような反省を感じました。

気づきといたしまして、私自身は、お引受けした震災の患者さんはすべての喪失と引き換えに、ボランティア元年と言われる社会を手にしたわけです。これは、そういうことが元年になったということ自身は不幸なことではありましたが、社会が成熟していく上で、あるいは市民が一市民として本当に成熟していくために、社会にとっても一市民にとっても必要なプロセスであったと思います。そして、人は人によって救われるという信念、これを本当に学生時代に習ったことがどれほどの正当性があるかということ、私は体験いたしました。一般患者さんと被災患者さんの間のギャップは埋めようもなく、彼等は病室のなかで孤立していたというか、融和できなかったことがありました。それに手を添えられなかった自分、そこまで介入できなかった自分の技量のなさ、これは非常に自覚をすることがつらいわけなんですけれども、それは、もう一歩進めて地域社会のなかでも時間がたつに従って被災者への偏見、甘えているというような受けとめ方、そういう言葉が隣接県ではいろいろ言われ始めているという辛い現実をも受け止めたいと思います。

そして、限り無く努力しても限界がある、ワーカーはクライアントの側に立てることがありますけれども、人の痛み、人の苦しみ、それを仕事の対象にしているということの罪障感をずっと若いときからもち続けてまいりました。罪障感を払拭でききらない。で、これは本当にみなさんにお尋ねしたいんですが、払拭する必要があるのかどうか、そのようなところのご意見も聴かせていただ

きたいと思いましたが、それから私自身も荒川先生と同じように、ひとり住まいで、どこに勤めているかもしれない両隣の人、一階上の方、みなさんが一人暮らしの私を気づかせてくださり、私の助けを待っている人がいるということで出勤を続けることができましたのも、両隣の主婦が毎日手紙をいれておいてくれたからです。ねぎらいの言葉と、今日あったこと、これだけは気をつけておいたほうがいいですよと感じたことを手紙で知らせてくれました。同じワーカー仲間は、自分の家から通えとも言ってくれました。いろんな好意を自ら体験して参りました。

だから最後に申し上げたいのは、ボランティア活動と別に、しかし、そういうことの認識、社会が成熟していくなかでも、私たちは視点としては、職能としては、やはり社会サービス、社会システムの中で、いかにひとりとひとりの人間が生存権といえますか生活権が守られていかに眼を向け、あえて目をすえて主張をしていく、やはりそれが私たちが社会に対する役割なのではないだろうかというふうに思っております。

そして、また、これは私の最後の言葉でございますが、クライアントを助けるという形で自分が助けられている、自分の成長を促されているということ深く深く体感いたしました。そして、今ほどこの仕事についていることの喜びを感じていることはありません。そのようなことで、なんだか分析にも何にもならなかったんですが、私はそういう気持ちで今日のお話を終わらせていただこうと思います。ありがとうございました。



表1 震災に関するMSW部の活動

日付	病院のSWrとしての業務	職能団体のメンバーとして	個人として
1.18	<ul style="list-style-type: none"> <li>副院長、総婦長から震災による入院患者へのSWサービス提供に心を配って欲しいの要請→婦長会、医局会でスクリーニングして欲しいと申し出る</li> <li>14:00 HD室管理のDrから“芦屋のQQ隊がHD患者を10名搬送中、10名の今日の宿を確保して欲しい”→MSW部単独での業務をこえと判断、病院としての対応の必要を庶務課へ報告の上対応方検討するように要請したが管理者不在で動けず、内科部長と院長の協議の結果“どこの病院でも良い。病院探しを!!”と結論のもと内科部長らと手分けをして受入れ病院探しに専念したが、いずれの近在のQQ病院も震災の患者をひき受けており又、HD患者への医療提供への不安からベッドの確保困難、内4名(特に高齢、歩行困難者etc)を何とか当院で入院扱いとし、大阪に知人のある人はそこを頼り、残りの人は再度QQ隊により芦屋へ搬送</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>別居の老親への毎日のTel及び家族間の支援体制造りの助言</li> </ul>
1.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記4名を個別のケースとして面談、援助                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Aケース 2月2日 元のサテライトへ転入院</li> <li>Bケース 2月3日 元のクリニックは無理、以前通っていたサテライトへ転入院</li> <li>C・Dケース 2月6日 大阪市内の病院へ転入院</li> </ul> </li> </ul>		
1.25		<ul style="list-style-type: none"> <li>兵庫県MSW協会より被災状況と提供可能なサービスの有無の照会がFaxで入る→即時回答す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>独居の高齢の友人宅へ再々のTel励まし同席</li> </ul>
1.26	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記4名の退院援助の要請</li> <li>整形外科部長より“被災者の大方が退院先が無い。退院時の受皿造りに当たって欲しい、略20名“→部長から病棟婦長へ”Wr業務への協力方要請”をしてもらうようその上で動く事了解、即日入院患者のリストが届けられ基礎情報の収集を開始</li> <li>同僚出勤</li> <li>震災関係患者リスト及び治療費の取扱いに関する情報の即時提供をWrから医事課長へ求め了承され、両情報共2月末日連続した</li> </ul>		
1.27	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科HD患者、整形外科入院患者以外の震災関連のケースが個別に紹介され始める→各々個別のケースとして援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>兵庫県MSW協会より大阪での転院先探しの受入れ窓口になって欲しいとの要請→副院長へ要請を受入れたい旨申し出て“可能な限り当院へ受けるように”回答を得る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同僚へ老親への対応方etc助言</li> </ul>
1.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>整形外科入院患者への全員面接を開始</li> <li>生田中学校での救護班派遣スタッフとして参入の心準備をするように副院長、庶務課長より申入れが有り了承する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>副院長から各診療科部長へMSWへの全面協力の指示を出してもらうよう希望</li> </ul>	
2初旬	<ul style="list-style-type: none"> <li>ニュースソースの確保の為、同僚の自宅へ神戸市の広報をFaxで受け取ってもらうこととした</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記兵庫県MSW協会の要請を大阪MSW協会の協力という位置付けで動く様速に理事会で計るよう協会事務局へ申入れ→黙殺され当Wrが個人で受けることとする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>神戸市灘区、東灘区、中央区入り</li> </ul>
2中旬	<ul style="list-style-type: none"> <li>近在のT病院より長期療養ベッドに余裕有り、適切に利用して欲しいとの申入れを受ける→担当婦長との直接交渉で入院を調整できるシステムとした</li> <li>各病棟婦長へ震災患者へのSWサービスの提供の必要性を再点検してもらいたい旨要請</li> </ul>		
2下旬		<ul style="list-style-type: none"> <li>兵庫県MSW協会より後送可能な病院のリストアップの要請→大阪MSW協会会員名簿を中心に各病院へTelで確認作業</li> </ul>	
3.1		<ul style="list-style-type: none"> <li>上記リスト作成の上回答</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢の独居友人を小旅行へ誘う</li> </ul>

日付	病院のSWrとしての業務	職能団体のメンバーとして	個人として
4.3			
5.末		<ul style="list-style-type: none"> <li>大阪MSW協会の若いメンバーから3名ボランティアへの参加の仕方</li> <li>大阪協会の活動として何故動けないのか、働きかけはどうするのかetc相談のTEL</li> <li>→大阪協会長へ申し出る事</li> <li>現にボランティア活動 (MSWとしての) しているグループへつながる事も有効日本医療社会福祉学会の活動の紹介etc助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>老親を小旅行へ誘う</li> </ul>
7.4	<p style="text-align: center;">                     負傷による長期入院患者への継続的援助                      ↓                 </p>		<p style="text-align: center;">(損壊した自宅の補修終了)</p>
11.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>最後の入院患者退院</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>日本医療社会福祉学会のボランティアに参加</li> </ul>

## 阪神・淡路大震災とソーシャルワーカー

荒川 義子\*

### (1)震災当初の状況と関西学院大学ボランティア支援センターの活動

私は関西学院大学という大学に勤めております。被災地のど真ん中にありますが、幸い高台にあったせいで建物の被害は少なかったのですが、西宮から神戸に住む学生、職員、教員がかなりいて、被災した人が多く、学生が15人亡くなっています。しかし学生の家族まではわからない状態です。それから家を失った人もかなりおられます。教員のなかにも家が全壊して大学の自分の研究室に避難しておられる方がおられました。

昨日私の住む西宮市甲子園口地区で、家がつぶれたところが黒く塗りつぶされた地図が配られました。それを見ますと甲子園口の半分以上が真っ黒なんです。私の家は古いですが鉄骨でできておりますので、まあ何とか助かりました。けれども、周りはかなりつぶれています。

このような状態のなかで生きてまいりました。まず関西学院大学が震災直後からどのような活動をしてきたかをお話します。大学には被災した人たちが避難して来られました。近隣の方をはじめ下宿している学生たちも集まってきました。大学の体育館や学生会館が避難所として開放されました。一方、自然発生的に校門に近いところにある宗教センターに救援のために学生、教員が集まり、そこに救援ボランティアセンターができました。学内にボランティアの募集を出したところ、本学の学生だけではなく、教職員、その家族、近隣の方たちが集まり、救援物資を配るところから始めました。ボランティアセンターの費用は大学がすべて出してくれました。

若い教員でコンピュータに強い人が数人いて、そこに学生たちが加わってボランティアセンター本部を設け、ボランティア登録をするとともに西

宮市内（一部宝塚も入る）の15位の避難所からのニーズを調査し、ニーズに応じてボランティア派遣を行うということをやりはじめました。コンピュータ、電話、FAXの提供が企業からもありましたし、そのやり方にはいろいろ批判もあるかもしれませんが、関西学院大学が朝日新聞を中心にいろいろな情報を報道していったということがあります。それはここでこういうことをやっていますよというニーズを知らせるとともに、住民からのニーズも聞けるという利点がありました。ボランティアセンターでは学生たちが送られてくる物資を引き受け仕分ける役割、それをどこに配るかをご用聞きのように避難所を回ってニーズをみて、そこで調整する役割、ボランティアを適切なところに派遣するというような役割が臨機応変に作られていきました。学生たちのアイデアはすばらしく、救援物資が余っていることがあったらそれと交換するというように他の救援センターとも連携をとり、見事に彼等自身の知恵が働いていたように思います。ボランティア登録をし、それをコンピュータに入れる者、誰がどこにいつ入るかということを手配する者などさまざまで、女子学生は物資を受け付けたり、電話を受け付けたりし、男子学生たちは避難所で泊まり込みをしたり肉体労働をしたりというように、ことが展開をしていきました。ですから、全学で3月末で2500人余りの学生がボランティア登録をし、一番多い日には一日220人の学生がボランティアに出かけていることもありました。

時間がたつにつれてニーズが変わっていきまして、西宮中心から神戸あたりまで出かけるようになり、いろいろなところとも連絡をしながら関学独自のやり方ですすめていったようです。コンピュータやビデオなど機器の好きな教員、学生がいわゆ

\*Tomoko Arakawa : 関西学院大学 社会学部

るケーブルテレビを使って、被災地で開いている店やローカルニュースを伝えていくということをしておりました。

ボランティアセンターでの活動状況も4月に授業が始まってからはボランティアの数が減り、ある程度ニードも充足されてきたということで減少してきました。本学は9月の中ごろに救援ボランティアセンターを一応閉じまして、ヒューマンサービスセンターと名称を代えて、せっかくこれまでやってきたことだし、まだいろいろしなければならぬことがあるから地域に向けての新しいボランティア活動をしようということで、少しは動きつつあり、組織的にも大学の中に位置づけてもらう方向に動いております。これまで大学のボランティアの活動ということについてお話しましたが、この間、大学自体も生き抜くめに必死だったように思います。地震が起こったのが1月17日で、授業が終わるのが25日位でしたから一年の締めくくりの最後の試験前であり、定期試験と大学にとって一番大切な入学試験を控えている時でした。これらを延ばすか延ばさないかということもありましたけれども、とにかく延ばせないということで実施しました。一部強行ともいわれましたがやらざるをえないし、やることができました。

被災のため入試を受けられない学生のためにもう一度入試を行いました。定期試験はほとんどレポートに切り替えました。

そのような中で、私が何をしたいかといいますと、カウンセリングルームの責任ももっていますので、大学の非常時に冷静に見ていることも必要と考え、カウンセリングのスタッフと話し合い、どんな事が起こるか分からない、ボランティア活動に出かけるのもよいが困った学生がいつでも来れるように待つのもよいのではないかということになりました。男性的に、積極的に行動することもよいが、カウンセリングルームは母親的というか女性的視点で見守って行こうじゃないかということになりました。一番気になりましたのが、職員が必死に働いておられる。しかし手伝いようがない。そういう状態ですし、学生の安否を問うことにしました。ところが大学が大きいですから自分のゼミの学生はわかった。しかし2年生でゼミのないとこ

ろがあるんですが、住所や電話番号の一覧表がない。コンピュータ化しているためにすぐ役に立たない。全部名前を拾ってやらないといけないということがあり、苦勞しました。私自身は学生の安否を問うため学生に向けて手紙を書いて発送しました。被災状況をお互いに把握し、又助け合うこと、時間があればボランティアに出かけること、授業、レポートの課題など細かい配慮も含めて80名近くの学生に書きました。

次に家族の中でまず私が思ったことは、私死んだらどうなるんだろうということです。家族には私に友人は何人か、職場の電話番号はわかっても、私が他で何をしているかまったく知らないということです。名簿や重要書類などがどこにあるのかまったく知らないことに気がつきました。そこでまず、私の人や物の整理の必要性を感じました。万一の時の備えは自分だけでなく家族、兄妹に対しておくべきと感じました。

それから、一番ショックだったのは震災に遭ってはじめて、自分はこの地域の住民、家族の一員(兄妹と一緒に住んでいても独立していると思っていた)として認識していなかったし、又そこに生きていなかったということです。兄妹たちの地域のつながり、そこから得るサポートの大きさに驚きました。ところが私がはっきり認識されたのは、ソーシャルワーカーとして教師としての私であったのです。一番最初に電話をくれたのが不登校の学生、そして病院でみている患者さんからでした。施設入所中のほけたおばあちゃんがしっかりした口調でかけてきたり、精神科でいつも悩みを訴えている人が「先生大丈夫ですか」と私にいたわりの言葉をかけてくれました。「大丈夫だ」と言う。「私も大丈夫です」と言い、誰も私に助けてくれとは言わなかった。私はこれを聞いて非常にうれしかったです。私は何もできないが、私が生きていることだけで人の支えになっているんだなど、これは私の慰めに過ぎないかもしれませんがそう感じました。全国のみなさんから安否を問うことや援助の申し出をうけて大変うれしく思いました。しかしそこではソーシャルワーカー、教師という表の顔に対してであり、弱い部分への言葉かけがなかったことが残念でした。

日本医療社会福祉学会、兵庫県PSW、MSWの方からいろんなボランティアについてのニュースが流れてきて、私もしなくてはならないと思いましたけれども、やはり自分の生活の根拠地である関西学院であることが大切と思いました。私は関学のボランティアセンターにもすぐ出かけて活動に参加しようと思いましたが、私自身が被災していて、自分の感情がない、身体は動いてはいるけれども感情がない自分自身をおかしいと思いました。クライシス・インターベンションを研究していて、危機状況における心理的な反応を自分でよく分かっていましたから、自分の状態を冷静に見ながら、自分は正常か疑いながら、家族、友人など、自分の気にかかる人たちのところから訪ねたり、助けたりして、そしてやっと自分が落ち着いたと思ったのが3週間後で、はじめてボランティアセンターに顔を出しました。

## (2)「りんご娘」による避難所への訪問活動とその意義

そこで、「りんご娘」という活動をはじめました。これは避難所にたまたまりんごが余っていたので、それを何か活用できないかということで、りんごをもってお年寄りを訪ねることを考えられたのが神戸の元YMCAの総主事の今井先生で、それが神戸の方でうまくいってなかった。そこで「りんご娘」を学生たちに呼びかけまして、募集をしました。もちろん「りんご息子」も集まりました。始め20人ぐらいが集まり、オリエンテーションをいたしました。お年寄りの話を聴くことのコツを教えようとカウンセリングの傾聴、いわゆるリスニングの練習をしようと思ったのです。私は学生たちが悲しい、重い話を聴いて、つぶれてはいけないと思い、より現実的に対応することを主に感情のどのくらいのレベルに回答したら良いかを試すのに、お互いの自己紹介をしてもらいました。二人一組で互いに自己紹介をもらいしばらく見ておりました。すると学生たちは、もうものすごくいい雰囲気で、ごく自然に話をし、相手の話をよく聞いていたのです。はじめは、私も学生と一緒に避難所のお年寄りのところへ出かけましたけれども、おばさんの私が出るよりは、

若いお嬢さんの方がみんなすごく喜びましたので、私は学生が訪問から帰ってきた時に彼らの話を聴き、アドバイスをしたり、彼らの気持ちを聞きサポートするというにしました。たとえばAの避難所の人とBの避難所の人たちが同じ様なことに関心を持っていたら、その人たちを結びつけたらどうかとか、お年寄りにはりんごは固くてだめだと分かったら、学生たちはその人たちの好きなお菓子や希望される塩辛を持っていったり、薬学をやっている人が、薬学の本が読みたいと言われるとそれを探して持っていくというように言ってあげたりしていました。訪問は必ず二人で組んでいくことにし、二人で助け合いながらやるということにしました。そしてできるだけ避難所内の人たちのグループに入り話を聞く、たとえば雑誌の表紙で手細工をしておられればそれを習うとか、作業をすることに加わったりして、その人たちがお互いに結びつけるようにしてということをアドバイスしたりしました。

学生たちは純粋で素直で、若いということでの役割をしたと思います。ただ、ボランティアセンターに学生たちが帰ってくるとburn outして泣き出したり、あるいは避難所に行ったきりで帰ってこなかったりした学生もあり、スーパービジョンが必要でした。週一回グループで話し合うことをいたしました。私自身は福祉の学生を組織して心のケアをしようと思いましたもうまくいきませんでした。というのは話を聞くと非常に落ち込んでしまうのです。被災していた学生もいるし、被災地に足を踏み入れるだけで落ち込んでしまうので、ボランティアを無理強いしなかったのです。

そうしますと、大学のボランティアではなく、それぞれがそれぞれ好きな別の場所を選んで出かけておりました。

今回の震災で一番目についたのは臨床心理の人達の活動であります。“こころのケア”ということで避難所に入ってこれたのですが、それが見事避難所のニーズとはずれていました。傷ついているはずだから、“心のケア”が必要だとおしつけがましくされたのです。クライアント扱いをしている様で、被災者のなかには反発を覚えた方も多かったようです。専門家として入りこまれたの

で、一対一を中心にしたかかわりで私たちが行ってもかかえこんで協力関係が“もちにくい”ことがありました。

皆様の今日のお話を聴いていまして、ソーシャルワーカーの方たちは非常にうまく機能しておられて素晴らしいと思いました。というのはソーシャルワーカーは人と人をつなぐ仕事をされていることです。お互いが助け合うように援助することでその人だけがうまく機能できるようになるとワーカーは手を抜き、彼らに任すことをしていたことです。臨床心理の方たちもかなり活躍されましたが、どちらかというPTSDなどに注目しすぎて、人と人を結びつけるソーシャルワーカーは大きく違いました。

私がりんご娘でやりましたのも、一人の人のつながりではなくて一人の人を訪ねることで自然に隣の人や周りの人をまき込んでいくことになったのです。あるいは一つの避難所だけでなく他と共通のものがあればむすびつけていくという、そういう機能が必要であったように思います。

### (3)震災を体験して感じた専門職の課題

今回、本当に専門職ってなんだろうと考えさせられました。ニノミヤ先生がおっしゃったんですが、専門職集団や自分の職場中心に動くよりそれぞれが住んでいる地域の中で、どこにソーシャルワーカーが住んでいるのかを把握しておく必要があると思いました。西宮市に住み大阪で働いているソーシャルワーカーは誰がいるか、誰に助けられるかを知っておくことが必要です。大学でも各学部の教職員の名簿はあっても市内に住む人は誰からも把握されていない。最初に言いましたように私自身、地域住民として認識が薄く、地域での活動の仕方が分らなかった。地域内でのソーシャルワーカーのネットワークもあってもいいんじゃないか。職場と家が離れていてすぐ動けない場合、わざわざ遠くへ行かなくてもその地域の市民レベルでできるようなものがないだろうかというふうには私は思いました。

次に私たちのケアをどうするかということについて触れておきたい。医者、看護婦と同様ソーシャルワーカーも援助するのが第一ですから、なかなか

自分がしんどいとは言えないし他から声をかけてもらいにくい。学生が“先生はまいるはずがない”と言いましたが、確かにしっかりしないといけません。しかししんどい。情けないのは事実でした。この場合も同じ職場では弱音は吐けないのです。看護婦さんや小中高の先生方にディブリーフィングを手伝ったりしましたが、なかなか同職場、同職種ではやりにくい。ですから異職種や地域とかで本音や気持ちを言える仲間を持つことの必要性を感じました。言いたいことはいろいろありますが、最後に申し上げたいのは、先日ロサンゼルス震災を経験した子供たちと交流するという目的で、神戸の被災した子どもたちを連れてロサンゼルスに行きました。あちらでこころの癒しのプログラムがありました。ロサンゼルス郊外に住む私の先生であり、友人が言われていたのが、ロス地震の一年後より住んでいる地域で定期的に防災のための勉強会というか、協力グループを作っているということです。それは消防署の人を呼びどういうふうな手順で救急の時に人を助けるとか、災害に備えて何を準備するかというのを聞く。次に自分たちの地域で災害が起きたら自分は何が出来るかということをお互い話し合っているということです。どのように人を助けることができるか、自分は医者であるとか、ナースやソーシャルワーカーであるとかエンジニアであるとか、主婦として食事を作るとかいうことを、各々のできること出し合って話をしているということです。2週間に1回ぐらいのミーティングをして備えているんだと言われておりました。私たち自身は、専門家であるという前にひとりの人間で、自分や、家族友人を大切にしながら生きておりますので震災のような危機的なことが起こると如何にその人たちにより左右されるかということを感じました。対人援助を専門とする仕事だけに自分を大切にす、お互いにケアできる集団としても機能できればと思います。医者、看護婦の方たちは私たち以上に人の生死に関わっておられるので医療における同僚としてお互いにケアしあえる関係作りをしておくことが大切ではないかと考えております。

# 日本医療社会福祉学会による被災地におけるソーシャルワーク

武田 加代子\*

学会のプロジェクトとして行なわれましたこの被災地におけるソーシャルワークが、どのような状況のもとで、どのような考えに基づいて、どのようなことをしたかということを実際に即して、六甲小学校での活動と、その後、現在も継続しています大和公園内仮設住宅での活動について報告したいと思います。

## 《震災当初の六甲小学校での活動》

まず、六甲小学校ですが、丸印がついていますJR六甲道駅から西北へ約1km程のところで、阪急電車の六甲駅の少し南にあります<sup>(1)</sup>。比較的小さな、そしてきれいな小学校で、400人程度の小規模な学校ですが、三方が道路に囲まれているため、火災の際にもどこからでも逃げられるということで、ここへ避難してきた方も大勢おられました。

1月18日に避難住民の数が登録されていて、2800人、1枚の毛布に十何人が寝たとおっしゃっているくらい、本当にぎゅうぎゅう詰めの状態だったようです。その数は急には減少せず、私が最初に行きました1月31日には名簿上では2300人の方がおられました。

今から思えば、その当時の六甲小学校と被災者の方々生活がどのようなものであったかを、記録という意味で映像に収めることができたなら良かったらうなとは思いますが、とてもカメラを向けることができる状況ではありませんでしたし、そういう気持ちにもなりません。それで校舎内の写真は廊下で活動メンバーが自分達を記念撮影した1枚だけです。

最初の3日間でどのようなことをしたかを報告いたします<sup>(2)</sup>。テレビでは見ていたものの、避難所が実際にはどのようなところであるのか、始めから予測してはおりませんでした。それまでしょ

ちゅうテレビで見ていた避難所は本山小学校というので、ずっと写っていましたけれども、かなり整然とした状態で、早くに避難所としての機能も解消されたような学校です。漠然とその学校のようなイメージだけをもっていました、あまり具体的なことは考えておらず、とにかく行ってみなくては、というような気持ちで、報告書にも書きましたけれども、持って行ったものといえばインジウがい薬とおむすび2、3食分と若干の文房具だけでした。

避難しておられた皆さんは本当に寝ているばかりでした。毛布がびっしり敷きつめられていて、体育館のこちらの端からあちらの端へ行こうと思っても人様の部屋へ、他人の蒲団を踏んで行くような感じで、とてもサッと向こうへいけるような状態ではありませんでしたし、たじろぎさえ覚えませんでした。大方の人は目をつむっておられまして、今から思えばあれは拒否的な気持ちの現われだったと思います。生き生きと動いているのは若いボランティアだけでした。一目でボランティアとわかる人達で、私達もそうだったかもわからないのですが、全員スキーに行くようなジャケットを着て、ウエストポーチを着けて、しっかりとした足ごしらえでジーンズをはいているのが、いわばボランティアの制服だったように思います。そういう人達だけは歩いて元気そうなのですが、あとの人はみな寝ておられました。我々のメンバー以外のボランティアの人はみんな声をかけて回るのです。「いかがでしたか」とか、「大変でしょう」というふうに声をかけて回られるのが皆さん嫌だったんだろうとつくづく思います。

シェアというのは国際保健協力市民の会の略なのですが、1983年からインドシナ難民への救援活動を行なっていて、今も行なっていますが、医師

\*Kayoko Takeda : 華頂短期大学



と看護婦と学生から成るグループです。その代表でいらっしゃる本田医師がたまたま私の行った1月31日当時の六甲小学校に、コーディネーターとして行っておられまして、それまでにシェアがどのようなことをされてきたか、また私達にはどのようなことを望んでおられるのかということをお話していただきました。ここにも書いてありますけれども、緊急入院、つまり、震災によって怪我をしたとか、病気が悪化したとかというような方が既に入院及び入所をし終わった段階だったんですが、当時インフルエンザがはやってしまっていて、寒い時期であったのと、ひどく埃っぽくて汚い状況だったので肺炎になる人も多くなってきていたのです。まだまだ寒さも厳しかったですし、衛生状態も悪いし、食事もうまいというので、できるだけ、もうちょっと良い環境へ皆さんが移っていける手伝いをしてほしいというのが、私達への期待だったようです。

その時点では、かなり遠いところも含めて他府県から公的住宅の提供の申し出ですとか、保養所を使ってもよいとか、もっと個人的なレベルでも何人ぐらいまでならお世話できますというような、そういう申し出が沢山寄せられていた時期でしたから、例えば人工透析を週一回受けていて、その人のお父さんは痴呆症で、お母さんが介護しているような家族が体育館におられたのですが、そういう一家を、人工透析の人も含めて他府県でしばらくの間住むこともできたので、お医者さん達は「こんな所があるけれども行かないか」というふうにお勧めになっていました。しかし、そのご家族3人は、「絶対に六甲小学校からは動きたくない」とおっしゃっていました。再三、医師が「でも、もっと悪化するといけないから、風邪をひいたら困るから」と勧めると、大変怒って、「いらんお世話、ほっておいてくれ」と言われたというようなことがありました。お医者さんにしてみると理解できないとおっしゃるわけなんです。で、様々な事情があるんだろうから、ただ良いところがあるから行けというようなことではどうにもならないらしいから、そのへんの様々な事情をいろいろ聴きながら、また、社会的にいろいろな困難を抱えている人も多そうだから、そのあたりのことも

含めてソーシャルワーカーとして援助してほしいというようなことが私達に求められていたことでした。

体育館や各教室へ医師や看護婦が訪問看護という呼び方で訪問がなされていまして。避難しているそれぞれの方のスペースを各自の住居というふうに考えて、保健室を診療所と考えて、避難所内を巡回していたわけですが、それに同行してみると、誰もが避難住民の皆さんに向かって「寒いでしょう」とか、「大変ですね」とか言うのですが、私もそんなふうに言いましたけれど、皆さん決して「寒い」とおっしゃらないのです。「大変だ」ともおっしゃらないのです。「いいえ、寒くありません。大丈夫です」というような答えがかえってきます。あるいは返事をしないとか。医師が何かを問いかけても、私もそっと話しかけましたが、寝たふりをなさる方が多かったです。ということは、いろんな人達から再三再四いろんなことを問いかけられたり、何かを勧められたりして、皆さんいささか辟易なさっていて、もう嫌、少し放っておいてよというようなお気持ちだったのだらうと思います。多くの人がひとつの場所にいて、そしてみんな寝ているという、何か病院というようなイメージです。一見病院か施設という感じがするのですけれども、実際にはここは病院じゃない、施設じゃないんだということを強く思いました。その頃の避難住民の3人に1人はかなり血圧が高く、やはりストレス、食事、寒さということだったんだろうなと思います。

先に述べたようなことが我々に期待されていたことではあったのですが、これは簡単に考えて、どこか他所の場所や、他府県に行かれたら良いというような考え方では援助にならないなと思いました。何人かの方とお話ししましたが、他所に行きたくない理由のひとつは、六甲という土地に対する強い愛着です。高齢者、単身者の多い地域であり、永年住み慣れた土地を離れたくないという気持ちが強く、また、借地、借家の人が多く、自分がどこか遠くに離れてしまうと、借地、借家の権利に関して何か不利益を被るのではないかと、いう恐れもあったようです。また、壊れたとはいえまだ荷物を引き出すことができるかもしれない

め、元の家の近くに居たいという、これも当然の気持ちだと思います。遠くへ行ってしまうと仮設住宅の抽選からはずされてしまうという噂もあり、それも理由のひとつだと思います。「廊下が寒い」なんてことを言うと、医師もソーシャルワーカーも看護婦もみんなが寄ってたかって「もっと環境の良いところへ」と言われるのが本当に嫌なのだということがよくわかりました。

それともうひとつ、廊下が寒いから、では教室へということすら難しいのです。全てが壊れてしまったあと、一週間か二週間廊下でいっしょに過ごした人との関係、あるいは教室で一緒に過ごした被災者仲間という強い結びつきが出来上がっていて、新たに教室に場所がひとつ空いたからといってなかなか入って行くことができないのです。入れてあげたくない気持ちが入れる方の側にはあり、入る方にしても入れてほしくないのです。だから、最後まで、廊下の、しかもお手洗いのまん前にずっと居た人もおられました。もう3月も末になるとかなりスペースは空いていたのですが、いったん出来たテリトリーというのは簡単には変えられないようでした。シェアの人達とどのように働いたかというのを少しスライドで見ていただきたいと思います。

#### スライド

保健室を診察室にして、ありとあらゆる医薬品がありました。

保健室の棚を急遽このように使い、立派な診察室になっていました。

机をざっと片付けてお昼を食べているところです。座る場所が無いのでみんな立って食べているところです。

保健室の4分の1程のスペースを衝立等で少し囲って、毛布を2、3枚重ねて敷いて、そこがナースステーションのような役割を果たしていました。申し送りをしたり、話し合いをしたりカンファレンスをしたりしていました。机は無いので、私もあそこでマニュアルを書きました。

3月4日頃の記念写真で、半数の医療スタッフが写っています。常時20から30人が働いていました。真中で笑っておられるのは栃木から山ほど栃木の

水のボトルを持って救急車にのって来られていたお医者さんです。その救急車はずっと校庭にとまっています、シェアの医療班が六甲小学校以外へ巡回診療をするのに使われていました。

避難して来ている人々が住民なのかクライアントなのかということが常に頭にありました。一見して皆さん困っておられるように見えますし、大変そうな状況ではあるけれど、皆さん問題があるでしょう、大変でしょう、だから相談にいらっしやい、というのは何かまちがっているように思いました。援助に臨む姿勢として、避難所における被災者は援助を受けて当然の人だと考えるのは間違っているというふうに私達は認識しました<sup>(3)</sup>。PTSDという言葉もこの震災以来聞くようになりましたし、心のケアということもこんなにクローズアップされたことはかつてなかったことです。みんな被災者の方のいろんな意味での回復を願ってやって来ているわけですが、相互に連絡が無いのです。ですから、朝「おじいちゃんどうですか」と、どこかのグループがやって来る。そして「今日は話したくない」と言われても、そのグループの人は次に誰にもそのことを申し送ることができないので、午後にやって来たグループもまた「おじいちゃんどうですか」とたずねる。目が合うともう百年目なんです。だから話かけられたくない時はただひたすら目を閉じているということだったのではないかと思います。また、場所的なこともいろんなことを話しづらくさせていたと思います。50センチ離れたところに別の家族が寝ておられるのです。女性、男性、女性、高齢者という順で並んで寝ておられるのを見て、私は最初、はじめの女性と次の男性がご夫婦なのだと思って話をしていたら、実はその方々はご夫婦ではなくて、反対隣の女性が奥さんだったのです。驚きましたけれど、それ程近い距離に隣の家の人寝ているなどということは一生のうちにそう何度もあることではないと思うのです。そういう状況でしたから、自分の気持ちや、プライベートな話をすることは、よほどそれが必要でない限り、とても困難な状況でした。

では、我々はどうのようにするかということを考

え、いつでも話したい時に話しに来ていいです、いつでも援助する用意はありますよということを示しながら待つということと、もちろんニーズを掘り起こさないといけませんが、土足で踏み込むような形では決して行かないでおこう、そっと掘り起こしをしよう。それから、当然、紹介されてくるケースには誠心誠意良い援助をしようという、この3つを原則と決めました。

待つための準備としましては、待つには場所が必要です。来てもらうためには、そこに相手がいづも居るということを知っていただくことが必要ですので、そのことを学校側に話しましたところ、本当にたった1つだけ残っていた、というか意図的に校長先生が残しておられた教室があって、それがアジサイ教室という名前だったのですが、それを提供して下さいました。後には他のグループと共有になりましたが、それでもかなりの期間その教室を貸していただき、そこでは少しプライバシーが守られた話し合いのできるような場が確保できました。

それと、そっと掘り起こすための準備が必要でした<sup>(4)</sup>。それは私達がいいたい何者なのかということとを先ず知ってもらわなければならないということでした。我々自身を紹介するチラシが必要だということになって、京都の山本さんが、あの混雑した保健室の隅っこで、御自分の膝にノートを広げて人に肘を押されながらおおいそぎで作って下さいました<sup>(5)</sup>。これを人数分、二千枚は刷りました。学校の輪転機を使わせていただきました。これは、次に来て下さった、京都の川越病院のワーカーが、より良いものにと変えていってくださいました。最後の方にはとてもきれいなブルーの紙にもっと大きく刷っていただきました。

私は最初の4日間居たのですが、次々やって来るワーカーが同じような活動の姿勢で臨めるようにマニュアルを作成して次の人につないでいくこととし、あとは週に1回づつ定期的に通うことにしました。この「待つ」ということに関しては、実はずいぶん批判もありました。他のボランティアの人達はすごく意気込んでいて、心のケアをしなければならぬというのが至上命令のようで、心のケアをしないソーシャルワーカーはだめな奴

だというふうに思っていた人もたくさんあったのではないかと思います。あるグループは「声かけ隊」というのを作っていて、自分達といっしょにソーシャルワーカーも声をかけてまわるべきだと言ってきかないのです。いや我々はそういうふうにはしないのだと説明しても理解されず、あるワーカーなどはこっぴどく叱られたとかで、「喧嘩を売られてしまいましたけれど、どうしましょう」と言って電話してくる程でした。それくらい、みんな殺気立つほど心のケアをしたがっていた1月2月の頃でした。

## 《2月半ばから3月末まで》

### 〈医療チームの撤退〉

2月半ば頃になるとこのような活動のしかたも、ある程度軌道に乗り、初めからこの頃までを最初の時期と考えますと、2月半ばから3月末頃までを中間の時期だと考えます<sup>(6)</sup>。この時期は医療チームが撤退の時期とその方法を模索していた時期でもあります。というのは、ずっと居続けると地元の医師の生活を脅かすということで、つまり、患者さんにとっては避難所は住居と医療機関がひとつになっており、廊下を曲がれば診察が受けられ、薬が無料でもらえるという訳ですから、便利の上もありません。シェアはもうそろそろこうした診察の形態は必要無いと考えており、診療時間を短縮したり、これまでのかかりつけの医療機関へつなげたり、診察はしても薬は出さないようにしたりしながら、なるべく地元へ地元へと患者さんを返すようにしていました。最終的には2月末にはシェアの診療部門はすっかり撤退し、看護婦2名、コーディネーター1名が3月半ばまで残っておりました。

その間、気になる患者さんもあるということで地元の医師会による巡回診療がなされ、私達はそのお医者さん達とも協働しました。また、シェアの看護婦とコーディネーターが引き上げた後は保健所から保健婦や、自治体派遣の看護婦が巡回にやって来ましたが、その方々とも協力し合って避難所内での人々の生活がうまくいくように、また必要な方がうまく医療と結びつくように援助しました。それまで全く見ず知らずの人達と必要に応じてそ

の都度チームを組んでやっていける、それが活動に参加した人がみんな自然にそういうことができるというのは、日頃の業務で培われたワーカーのスキルだなと思いました。六甲小学校における我々の活動は普段とは異なり、非常に変則的なものでした。メンバーが次々と変わっていくようなソーシャルワークは誰にとっても経験の無いものでした。援助者が変わる度に援助が中断するというようなことでは困るので原則を作りました<sup>(7)</sup>。ケース記録を常に整備しておくこと。それから申し送りノートにとにかくこまめに何でも書いておくこと。いつかこのノートをお読みになる機会があれば読んでいただきたいと思います。本当に面白く、臨場感にあふれています。そして電話をフル活用して、書ききれなかったことや、微妙なニュアンスを伝えあうこと。もうひとつは、ワーカーの交代に当たっては、1日ないしは少なくとも半日は前の人と一緒に働いて引き継ぎをするようにしました。これに関しては、国立箱根病院の大松さんが大変ご苦労していただいたと思います。必ず最初の日には誰かと一緒にという体勢は100%壊さずにできたと思います。もうひとつは、ソーシャルワーク活動の連続性を保つために、私と西陣病院の山本さんとが定期的に通うことで周りとのつながりや、活動の方向性を保つように工夫しました。参加した41人のソーシャルワーカーは必ず誰かと協働するのですが、他のメンバー、つまり医師や看護婦や医師会の医師達とはもちろん初対面でしたが、ソーシャルワーカー同志もほとんどの場合初対面でした。それが驚くほどすぐにチームプレーができたということ、それは驚嘆に値することだと思います。とても素晴らしいことだと思うのです。

#### 〈避難所の変化〉

避難所は2月の末頃から人数も減り、変化してきました。3月1日に一度昼間の人数を調べてみると、公称914人だったのですが、夜には戻って来る人もあつて増えるのですが、昼間は200人程に減っていました。1月末には皆さん昼間も寝ておられましたが、この頃になるともう起きている人ばかりでした。医師の巡回に同行しましても、保健婦の「お医者さんの回診ですよ。血圧を診ま

しょうか」という呼びかけに誰も応じないようになっていました。ということは、皆さん自分は診てもらわなくても良いのだと思えるような身体的な状況に変わってきているということでした。人数や身体的な面以外にも変化は見られました。昼間はすごく平和な感じなのですが、夜間は住民同志のトラブルがかなり出はじめていました。お酒によるトラブルもありましたし、物が無くなったり、また昼間は学校の児童も使用のお手洗いに芳しくない雑誌が何度も見つけられたりして、校長先生も憂慮されていました。病院ですと女性部屋、男性部屋が分かれています。ここでは、一室に男性も、女性も、若い人もお年寄りもみんな一緒ですから、隣の女性の毛布に男性が潜り込んだとか、廊下で痴漢が出たとか、いろんなことがあって、少し避難所自体が荒れた感じになってきていました。そうした状況のなかで、いつまでこういう形でソーシャルワークを続けていくのがいいのかと疑問も感じていました。

学生ボランティアは新学期が始まるということで、3月末には引き揚げるという話がずっとありまして、そのことで、避難住民の一部にも、そして誰よりも学生自身がひどく動揺していました。そういう時期にソーシャルワーカーはずいぶん学生さん達の相談相手になっていました。特に申し合わせた訳ではないのですが、不思議と来るワーカー、来るワーカーが、ある人はゆっくり話を聴いたり、ある人はもっとつっこんでカウンセリング的な関わりをしたり、なぐさめたり等々いろいろですが、ある人は学生ボランティアを集めてバイスティックの講義をしてくれたりもしました。いろんなかたちで、ずいぶん学生ボランティアを助けたらこうと思います。

#### 《六甲小学校での活動の終結を迎えて》

4月の段階というのは終結の時期でした。ケース数の減少から考えて、もう緊急に対応の必要な人は減ってきていること、そして、さき程言いました学校の状況の変化、それと、学校は新学年を始めるために教室も保健室も必要になってきました。避難者の数は減っても、ひとりひとりの占有スペースが広がるだけで、学校が教室として

使える場所はなかなか確保できませんでした。体育館や多目的ホールなどの特定の場所にかたまっ  
てほしいという学校側の気持ちや言い分も避難住  
民の側からすると、被災者の気持ちを無視した一  
方的な追い出し作戦だと映るようでした。こうし  
たなかで、我々がどうしてもここに居なければなら  
ない状況ではないことと、もうひとつ、灘区の  
「安心すこやか窓口」という、福祉事務所の中の老  
人の保健と福祉を一本化した窓口の主査の方から、  
灘区内に近々建設予定の、高齢者と障害者のため  
の仮設住宅の中で活動を続けてくれる気はないか  
というお尋ねがありました。福祉事務所長ともお  
会いして、避難所とは異なる難しさの予測される  
そうした仮設住宅にソーシャルワークの拠点を移  
すことは意味のあることだと判断いたしました。  
同じ灘区内であれば六甲小学校を引き揚げてから  
も気掛かりな方の援助を続けることもできるの  
ではないかとも考え、4月22日をもって六甲小学校  
での活動を終結することに決めました。

活動終結に当たってはかなりキメ細かなことを  
いたしました。報告書の25ページあたりに書いて  
いますが、3、4週間で終結にいたるプロセスに  
当てました。ケース記録に全部目を通して、見落  
とした問題や援助の不十分な点はないかをチェッ  
クし、その時点で継続している問題は御本人、御  
家族とよく話し合い、保健婦さん、看護婦さん  
とも協議しながら必要な機関につないだり、今後必  
要になった場合に連絡する機関等をあらかじめ御  
紹介しておくなどということをしました。

全てのケースが簡単に終結できる訳ではありません  
から、この時期に来ていただいたワーカーの方  
はかなりお忙しかったと思います。

長い生活の中で培われてきた生き方というもの  
があります。病気に対する考え方や療養の仕方も本  
当にひと様々です。どのように考え、どう生きよ  
うが他人からとやかく言われる筋合いではないも  
のを、一瞬にして家を失ったがために避難所で、  
生活の全てが人の目にふれるようになってしまっ  
たわけです。御本人にすれば、それが当たり前の  
生活なのに、よその人から見るとあの人はおかし  
いというようなことが沢山ありました。例えば、

体育館の端っこの方にご夫婦で避難しておられた  
方ですが、昔からお風呂が大嫌い、子供の時は  
夏は海水浴がお風呂代わりで、冬の間は1、2回  
お風呂に入るだけ、今でもほとんど入浴しない  
という生活だったそうです。前立腺肥大と糖尿病が  
あり、おしっここのコントロールができなくて、しょ  
ちゅう失禁する。蒲団にもおしっこの匂いがしみ  
ついている。でもお風呂には入りたくない。そう  
いう病気がありながら、全くといっていい程入浴  
しない生活をずっと続けてきて、避難所でもそれ  
を守り通しておられたのですが、ここでは周りの  
人がとてもたまらない。「臭い。いったいどうな  
っているのか」という様に、だんだん問題になっ  
てくる訳です。長い年月、かかりつけのお医者さん  
も入浴をすすめ、家族もとうとう根負けしたよう  
な方に昨今知り合ったソーシャルワーカーがいつ  
たいどのようなことができるのか。ひとつひとつ  
のケースについて、お節介とソーシャルワークの  
線引きをどこでするのかということも考えさせら  
れたことのひとつです。最後の方まで残ってきた  
ケースというのは、結局、通り一遍の資源の紹介  
なんかはあまり意味のないような問題で、どんど  
ん社会資源を紹介するような援助は震災直後には  
多かったでしょうが、この頃になるとそれ程多く  
はありませんでした。

ケース数は77ですが、これはフェイスシートを  
作った数であって、それ以外にも細かい相談を多  
数受けていました。面接総数は449回。1日平均5.  
4回程の面接をしたことになりましたが、これは相談  
記録の中からカウントできた数だけです。それ以  
外にもミーティングとか、カンファレンスとか、  
ちょっとした面接とか、引き継ぎとかをしていま  
す。それから、報告書には書いていませんが、我々  
ソーシャルワーカーは交通整理のようなことをやっ  
ていました。双方の言い分を聞いて、相互の風通  
しを良くしたり、ボランティアの話聞き、グルー  
プの班長さんの話聞き、保健婦さんの話聞き、  
住民の方達の話聞き、各々が違うことを言っ  
たり、違う訴えをしているのを整理するというよ  
うな役割が結構沢山あったように思います。これら  
は明確な数としてはあがってきていません。

## 《大和公園仮設住宅での活動》

大和公園におけるソーシャルワークについて話したいと思います。

安心すこやか窓口を通して、神戸市より仮設住宅の一室が提供されまして、6月10日から活動を始めました。この仮設住宅は地域型仮設住宅といい、高齢者と障害者用で、住宅というより寮のような形態で、13棟の建物があり、各棟で共同のキッチンと共同の風呂、トイレです。大きい棟で、上下12室づつで、廊下をはさんで居室があるという作りです。4畳半か6畳のどちらかで、2人ないし3人家族だと6畳です。高齢者、障害者であって、必要なら在宅サービスを受けながらも一応は自立生活のできる人が対象です。261室あり、現在三百数十人の方が住んでおられます。大和公園は神戸市の中でも最も数多くの地域型仮設の建っている場所で、灘区内にもあと2ヶ所同様の仮設住宅の建っている場所がありますが、大体50から60室という小規模なものです。そして、大和公園は、灘区出身の人は少なく、長田区、中央区、兵庫区からの被災者に割り当てられています。ですから全く土地勘の無い方が大勢おられます。高齢で土地勘がありませんから想像できるような問題がいくらかでも出てくる訳です。

ある方なんかは震災の朝、早くに外に出ていて、大きな門柱の石が飛んで来て頭に当たってそのまま入院し、6月末に病院から直接大和仮設にやって来るまでずっと入院しておられたのです。ですから自分の家がどんな状態だったのか、何がどうなったのか、何もわからないというのです。初めてお会いした時、「ここはいったいどういう場所なんですか」とおっしゃいました。ものすごい怒りの気持ちが伝わって来ました。「こんな暮らしするなら死んだほうがまし」ともおっしゃっていました。

また、この仮設に来られて良かったという方ももちろん大勢おられます。年限は切られています、一時的というイメージよりも、避難所とちがって長期的な住まいであるという捉え方をしている方も大勢おられます。言われているような2年などで、とても仮設は閉鎖にはならないだろうと考えておられるようです。

9棟102号室に医療ソーシャルワーカー室という表札をかけています。隣の103号室が生活支援員の部屋で、「福祉相談室」という看板をかかっていますので、「福祉」と「相談」という言葉を私達も使うと住民の混乱を招くだろうと考えました。生活支援員というのは神戸市が市民福祉振興協会に依頼して地域型仮設に派遣している相談員で、施設の寮母さん達です。月から金、9時から5時の勤務です。それと、六甲小学校の時にも最初は皆さんに、「医療ソーシャルワーカー」というのは何かわからなかったのですが、次第にあの名札をつけている人達は「医療何とかさん」だとか「ソーシャル何とかさん」で、相談にのってくれる人だというふうに知られていったという経験がありましたので最初はわかりにくいだろうが、そのうち定着していくだろうと考えました。

今のところ約60件くらいの相談があります。主として、その生活支援員からの紹介ですが、「あの人、変な人です」とか「ものを言わないんです」とか「刺青を入れていて怖いんです」というような理由で、何か話がスムーズにできなかったり、心理的に問題がありそうだったりするとソーシャルワーカーに連絡して来られます。これまで紹介されたケースは概して妥当なもののように思われます。

その中で最も問題なのが慢性疾患、特に糖尿病なんかは全くコントロールされていない人で、家族や友人がなく、お金も無いという人達です。被災する前から同様の状態だったと思われそうですが、そういう方が大勢おられます。それから精神障害、その中には知的障害もありますし、アルコールの問題も大変多いです。そしてそれらが相互に関連し合っています。避難所ですと、「この人いつまでたっても起きてこない」とか「呼んでも返事をしない」とかって私達によく連絡がありました。避難所とちがって、仮設では人の目があるようではありません。薄っぺらい壁一枚でも、ドアが閉まってしまうと中はわかりませんので、人知れず悪化していくということが本当に懸念されます。

それから、皆さんお食事を作っていません。共同のキッチンですから、誰が何を作るかは見ようと思えば私達も見ることができるとはありますが、食事の

支度のおいがほとんどしません。私達の9棟で言えば、一階の12室のうち福祉相談室と、ソーシャルワーカー室を除いた10軒のうち、高齢のお母さんと50才代の娘さんの一家だけは三度、三度お食事を作っていました。たまにもう1人の高齢の女性が作っておられますが、あとの8人はどのような食生活をなさっているのか気掛かりです。

しょっちゅう私達のところに入出入りしている人がいて、その方に「お食事どうしていらっしゃいますか」と尋ねましたら「食べていない」「お酒を飲んでる」とおっしゃるのです。ビールを1日1本かそこら飲んでいる。で、高齢者は無料のバスの乗車券を持っているので、それを使って自分の長く住んでいた長田区まで行って、その辺でまだ炊き出しをしているところがあると、それを食べる。ポートアイランドではまだ、よく炊き出しが行われているので、そこものぞいてみる。食べられない日もある。御弁当買ったりしないのかと思って聞きますと、買わないそうです。「お金を節約したいから。避難所はいっぱい食べ物があったけど、ここではお腹がすく」と言われます。お金の問題なのか、めんどうくさいのか、とにかくちゃんとお食事の出来ていない方が多いです。

食事を作らないだけでなく、夏の頃に強く感じたのは誰も外に出て来ないのです。暑いというだけではなさそうで、全く人の顔を見ないのです。まるでゴーストタウンのようだと感じたことがあります。外に出てもただ殺風景だし、面白いこともないので部屋にじっと閉じ籠もっておられるのです。たまに私達が外に出て何かをしていると窓を少し開けてのぞいておられる。「出て来られませんか」と声をかけても首を横に振られるだけでした。いろいろ問題を持っておられても誰とも何も話をしないような方が大勢おられるのではないかと感じましたので、私達は「お茶会」を計画しました。毎週水曜日の3時から1時間半程度、定期的にお茶会をしています。目的は2つあります。1つは、「あなたの困っていることを話に来て下さい」とは言えないけれど、「お茶を飲みに行きましょうませんか」とは誘える。そういうふうにして、生活支援員からは紹介されて来ない、いわば

隠れたニーズを発見すること。そしてもうひとつは、住民同志が一人でも気の合うひとを見つけ、お喋りできるような相手に出会える、いわばサロンのようにその場を活用してもらいたいということです。結構定着してきて、喜んでいただいています。

この活動の問題点もいくつかあります。やはり日替り、週替りですので、活動の継続性を保つのはなかなか難しいですし、ケース、問題に関する考え方もワーカーによってちがいががあります。毎週毎週マニュアルを書き換えたり、システムを変えたり、活動して下さっている方々と検討を重ねながら、現在も模索中という状態です。3ヶ月になりますが、まだまだ緒に着たばかりです。

#### 追記

この報告の後も、大和活動委員会や活動メンバーによる話し合いを何度も行ない、この活動は当初、仮設住宅の期限だと言われていた2年間は続けるという点で、メンバーの意見は一致しており、1996年7月現在も継続中です。

昨年11月にはソーシャルワーカー室主催でバザーを行ない、大好評でした。

紹介やお茶会だけではニーズのある方が見過ごされている可能性があるのではないかと考え、12月から各戸訪問を開始しました。

1月17日の震災1年目の日は、自治会主催の記念の催しがあり、自治会はおぜんざいをつくり、我々もおでんを作って参加し、皆さんに食べていただきました。

4月には生活支援員4人が全員交替し、住民の間には動揺もみられましたが、我々は新しい方々ともスムーズに協働しています。

住民の皆さんや自治会の強い希望により、7月14日に再度バザーを催しました。日本医療社会福祉学会の皆様、日本医療社会事業協会の皆様には品物集めに多大なご協力をいただきました。また、ハウス食品(株) ニッポンリーバ(株) から、多数の品物を寄贈していただき、住民の皆様には十分ショッピングを楽しんでいただきました。



慢性疾患の悪化、アルコール関連問題、住民間のトラブル、住居の問題が解決できないため生活全体が落ち着かない等々、どれをとっても簡単に解決できそうな問題はありませんが、ソーシャルワークの視点をもって関わることで、微力ながらも人々の生活の質の向上につながることを願って活動しています。

本稿は日本医療社会福祉学会第5回大会で報告したものに加筆したものである。

#### 注

- (1)日本医療社会福祉学会「阪神大震災被災地ソーシャルワーク活動報告（中間報告）」 30P
- (2)前掲書 13P
- (3)前掲書 18P
- (4)前掲書 17P
- (5)前掲書 44P
- (6)前掲書 19P
- (7)前掲書 20P

## 医療チームにおけるソーシャルワーカーの機能に関する一考察

一 二つの医療機関でのチームにおけるソーシャルワーク部門の機能の比較から一

高山 恵理子\*

Key Words

マルチディシプリナリー・チーム、インターディシプリナリー・チーム、ソーシャルワーカーの機能

## I. はじめに

筆者は、1989年11月より1993年2月までの間に、2つの医療機関でソーシャルワーク部門を開設する機会を持った。両医療機関においては、関連職種にソーシャルワーク部門のどの点を強調して紹介するか、業務を進める上でどこにポイントをおくか、といった業務の進め方が、全く異なっていた。この経験から、所属する機関の性格や機関がおかれている状況によって、ソーシャルワーク部門のあり方は大きく変わることを実感した。

特に、ソーシャルワーク部門の機能は、その病院に典型的な「医療チーム」のあり方と深い関わりがあると考えられたので、このことについて、ジャーメインの協働の枠組みを援用して、2つの医療機関での経験をもとに検討を試みた。

異なった機関におけるソーシャルワーク部門の業務の比較は、これまでに、1984年に大河原ら<sup>1)</sup>が、また、1990年に岡部ら<sup>2)</sup>が行っている。本論では「医療チームの型」という概念を導入することにより、「医療チームの型」によりソーシャルワーカーの機能の強調点がどう変わるかという、より一般化できる形での比較を試みたいと考える。分析は、2つの機関の日報を基礎に作成した「業務統計」、開設1年から1年6か月後にソーシャルワーカー自身が作成した各機関のソーシャルワーク部門の「業務マニュアル」などの資料をもとに、ソーシャルワーク業務の回顧により行う。

## II. 分析の枠組み

ジャーメインによると、チームとは協働

(collaboration) のひとつの形態であるが、協議 (conferring) ・共同 (cooperating) ・コンサルテーションと異なり、フォーマルな形式の協働であると定義される<sup>3)</sup>。前3者では、専門職の自律性は保たれており、他の専門職と情報交換を行ったとしても、その専門職としての援助方針はそれらに拘束されない<sup>4)</sup>のに対し、チームにおいては、各専門職はチームの援助方針に拘束される。さらに、チームを“時をへても患者や構成メンバーが替わっても存続する組織化されたシステム”<sup>5)</sup>と位置付ける。チームを形成する目的は、多職種がひとつの課題にあたる場合に各専門職の方針の食い違いから援助効果をそいだり、方針の対立から対象者に不利益を被らせるのを避けることにあるといえる。この意味で、患者に対して効果的に援助するにはチームの形成が不可欠であるといえるだろう。

ジャーメインは、医療におけるチームとは“異なる機能の統合”<sup>6)</sup>であるとし、さらに、理念型としてマルチディシプリナリー・チーム (以下M-Tと略す) とインターディシプリナリー・チーム (以下I-Tと略す) というふたつの“チームの型”を提唱している。表1は二つの“チームの型”に関するジャーメインの記述を整理したものである。

チームの型の違いは、主に課題の分担の方法にある。すなわち、M-Tは課題を分割して各担当者が各々のパートを担うのに対し、I-Tは、メンバーが一緒に仕事を行い、各々が異なったスキルで課題に貢献する。M-Tは、ICUチームの

\*Eriko Takayama : 東京都立大学大学院 社会科学部研究科 社会福祉専攻

表1 医療チームの2つの理念型

	マルチディシプリナリー・チーム	インターディシプリナリー・チーム
課題分担のしかた	課題を分割して各担当者が各自のパートを行う。	メンバーが一緒に仕事を行い、各々が異なったスキルで課題に貢献する。
援助方針の決定方法	医師が情報を総合し、診断を決定する。	決定を共有する。
典型的な分野	ICUチーム 臨床的な課題が比較的予測可能で、ケア技術に特徴がある。	プライマリー・ケア・チーム 臨床的な課題が一定でなく予測可能でない。技術があまり突出していない。
リーダーシップ	医師のリーダーシップと監督によるヒエラルヒーを持っている。	ヒエラルヒーのない構造
専門家のイメージ	固定的な機能をもった専門家	機能と課題における相互依存性
アプローチの仕方	疾患に焦点をあてたアプローチ	身体心理社会—文化的アプローチ

(Germain, 1984, p.209-218の記述を整理)

ように、臨床的な課題が比較的予測可能で、ケア技術に特徴がある分野で顕著であり、医師が情報を総合し診断を決定するというリーダーシップと監督によるヒエラルヒーを持っている点に特徴がある。ここでの専門家のイメージは、固定的な機能をもったものである。一方、I-Tは、プライマリー・ケア・チームのように、臨床的な課題が一定でなく予測可能でない分野、高いレベルの技術があまり突出していない分野で顕著であり、ヒエラルヒーのない構造を持つ。ここでは専門家は機能と課題における相互依存のイメージをもつ。

### Ⅲ. 対象事例

#### 1) 対象機関の特徴

今回比較する2つの機関の特徴は、表2のとおりである。“A一般病院”は、病床数105床で、輪番制で救急受入れを行っている病院である。“Bリハビリ病院”は、病床数400床のリハビリテーションを主体とする病院である。両者は、相互に人事交流のある医療法人立病院である。

“A一般病院”は、骨折や虫垂炎などによる短期入院で治療のみで完結する患者、脳血管障害や整形外傷など、重度の後遺障害を残す可能性のある患者の急性期治療を担当している医療機関である。一方、“Bリハビリ病院”は、急性期を脱し

表2 対象事例の特徴

	A一般病院	Bリハビリ病院
病院の特徴	一般病院（輪番制で救急受入れ） 内科・外科・整形外科・脳神経外科	リハビリテーション専門病院
病床数	105床	400床
特徴的な患者	短期入院でいわゆる治療のみで完結する患者・慢性期に移行する疾患の急性期治療	脳血管障害をはじめとするリハビリ目的の患者
SWニードの存在	患者の一部	ほぼ全患者

た脳血管障害患者が約8割を占めるいわゆるリハビリテーションを主体とした医療機関である。

#### 2) 両機関でのソーシャルワーク業務

ソーシャルワーク部門は、“A一般病院”においては、1991年4月に新規開設され、ソーシャルワーカーは1名であった。“Bリハビリ病院”の場合は、従来医事課兼務のソーシャルワーカーが業務を行っていたが、1989年11月にソーシャルワーク部門を開設した。職員は2名で、うち専任ソーシャルワーカーが1名、医事課兼務が1名であったが、ソーシャルワーク業務は実質的には専任の1名で行われた。ちなみに、1990年7月には兼務者が専任ソーシャルワーカーとなって2名体制になり、1991年4月には専任3名体制となった。

“A一般病院”での援助内容は、例えば、無保険患者への対応や経済問題・交通事故相談などの救急入院に伴う受療援助、転院・在宅療養など同院退院後の療養の場の設定・調整のための援助が中心で、全患者に占めるソーシャルワーク対象患者の割合は低い。一方、“Bリハビリ病院”の援助内容は、後遺障害を伴って社会復帰・自宅復帰するための援助が中心で、ほぼ全患者がソーシャルワーク対象者であった。

両機関でのソーシャルワーク・ニードのあり方を考慮して、“A一般病院”では関係職種によるスクリーニングを開始契機とすることとした。業務定着のための働きかけは、ハイ・ソーシャル・リスク患者リスト<sup>7)</sup>を作成し、スタッフがソーシャルワーカーの役割・機能を理解することを主眼において行なった。一方、“Bリハビリ病院”では

入院時に全員面接を行うこととした。業務定着のための働きかけは、リハビリ・チーム、リハビリ・プロセスにソーシャルワーク部門を組み込むことを主眼において行った。

### 3) 両機関における協働の形態とチームの形成

#### ① “A一般病院”における協働

“A一般病院”での協働の形態についてみると、ソーシャルワーク援助は他職種からの依頼を契機に開始されるが、援助自体は医師の治療方針を確認の上、他職種より情報を収集しながらソーシャルワーカーが単独で行い、その報告をチームリーダーである医師に行うという形であった。

1991年11月に院長総回診が開始されるのに伴い、ソーシャルワーカーより申し出、回診同行を開始、これをきっかけに、理学療法士・臨床検査技師といった関係職種も回診に参加するようになった。その結果、回診の場で、メンバーが患者に関する情報交換を行ったり、ソーシャルワーカーがケース依頼を受けるようになり、回診がチーム・メンバー間の共通の認識を形成する場となった。ソーシャルワーカーも、回診で積極的に情報交換を行うことで、他職種に対してハイ・ソーシャル・リスク患者への理解を促すことができた。

部門開設2年目には、回診におけるチーム・メンバーとしての認知を足がかりに、ほぼ全ての患者がソーシャル・リスクを負っていると考えられる脳神経外科のリハビリ・カンファレンスに参加したり、オストメイト患者会の創設に関わる機会を得ることができ、特定の患者群を対象とするチームを医療スタッフ間で形成できるようになった。

#### ② “Bリハビリ病院”における協働

“Bリハビリ病院”での協働の形態は、チーム・メンバーが各専門職の視点から患者を評価し、それにもとづいて評価会議にてチームとしてのゴールを設定。各専門職はそのゴールを前提に援助方針を決定し、援助を行うという形であった。

評価会議は、ソーシャルワーク部門開設以前から全リハビリ職員（PT・OT・ST）・リハビリ部長（医師）・婦長・該当病棟の看護婦をメンバーとして行われていたが、ソーシャルワーカーが加わったことで、クライアントがどのような生活環境に戻るのかを明確にできるようになった。

その結果、評価会議は、退院先の状況を念頭において、チームとしてゴールを設定できる場になったと同時に、患者に関する知識や経験を共有し、チームとしての共通基盤を醸成する場となった。

同院では、チームとしてのゴールセッティングや、メンバー間の役割分担に調整を要した。そのために、定例の病棟カンファレンスや不定期のケース・カンファレンスなど、スタッフ間の方針決定・情報交換の場が多くもたれた。

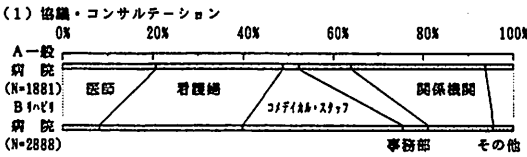
#### ③ 「業務統計」にあらわれたチームの形態の差異

表3は、「業務統計」より、ケースワークに関する関係スタッフとの協働についてみたものである。(1)クライアントを援助するにあたって関係職種と協議した延べ回数を示す「協議・コンサルテーション」、(2)チームを意識する場としての「回診・評価会議・カンファレンス」について検討した。

(1)「協議・コンサルテーション」：“A一般病院”で全職員との協議に占める「医師との協議」の割合が20.6%（N=388）であり「コメディカル・スタッフとの協議」の割合の3.6%（N=67）に比較して大きかった。一方、“Bリハビリ病院”は「コメディカル・スタッフとの協議」の割合は35.7%（N=1032）であり「医師との協議」の割合の8.1%（N=235）に比較して大きな割合を占めた。これは、先に述べた協働の行い方の差異を現わしていると考えられる。

(2)「回診・評価会議・カンファレンス」：“A一般病院”では部門開設2年目の1992年4月から1993年3月までの1年間で「回診参加」が年間33件を示し、“Bリハビリ病院”では「評価会議」が部門開設年である1989年12月から1990年11月において年間41件、次の1年間には36件を示したが、この2者にカンファレンスを加えた、「回診・評価会議・カンファレンス」が、結果的にチームとしての共通認識を培う“場”となっていたと考える。

表3 ケースワークに関する関係職種との協働



(2) 回診・評価会議・カンファレンス

	回診	評価会議	カンファレンス
A一般病院	1年目	6件*1	0件
	2年目	33件	14件
Bリハビリ病院	1年目	41件	32件
	2年目	36件	14件

\*1 11月から参加のため、5か月間の統計

④ ソーシャルワーク部門の「業務マニュアル」にあらわれたチームの形態の差異

筆者自身が就任約1年後に、各々、作成したソーシャルワーク部門の「業務マニュアル」を検討したところ、業務を分類する構成にチームの形態の差異が反映されていた。すなわち“A一般病院”のマニュアルは、“在宅療養のための援助”“経済問題に関する援助”というように援助する患者群を設定し、それに対していかに援助を行うかという援助手順を示すものであったが、一方、“Bリハビリ病院”のマニュアルは、他職種と協力して課題を達成することを念頭に、“カンファレンスへ参加”“関係機関との交渉・折衝”といった業務をソーシャルワーカーの視点からいかに行うかという方法を示すものであった。

この両者は、もとよりレベルの異なる問題であり両方とも必要なのであるが、マニュアルにおける枠組みがこのように異なっただけで、病院によってどのように業務を理解するのが効果的かが異なっていることによると考えられる。すなわち、“A一般病院”においてソーシャルワーカーが第一に理解する必要があるのは、他職種と“分担した課題”をどのように行うかであり、“Bリハビリ病院”においては他職種と“共有している課題”をうまく達成するために、ソーシャルワーカーはどのように業務を行うかであった。

IV. 考察

これまでに述べたように所属する医療機関によってソーシャルワーカーの動きは異なっていたが、

この理由を医療機関に特有なチームの型が存在するからであると考え、両機関におけるチームの特徴を、ジャーメインの提唱するチームの型と比較する。さらに、各々のチームのメリット・デメリットを考察し、チームの課題を明確にする。そして、チームのメリットを引き出し、デメリットを補うためにソーシャルワーカーがどのような機能を果たしてきたか、あるいは果たし得るかについて考察する。

1) 本事例におけるチームの特徴—ジャーメインのチームの型との比較—

本事例におけるチームの型を整理し、各専門職間の関係をイメージとしてあらわしたものが図1である。

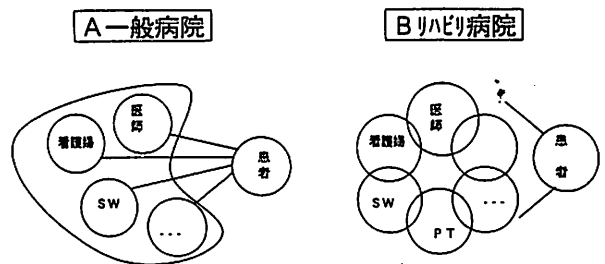


図1 各チームにおける専門職間の関係イメージ

“A一般病院”のチームでは、各専門職は、事前に定められている役割分担にもとづき医師の治療方針に照らして援助方針を決定し、各々がその専門領域に関する部分で個別に患者と結び付いていた。当時、“チーム”としての共通基盤を形成する“場”は回診だったといえる。一方、“Bリハビリ病院”のチームでは、クライアントの社会復帰・在宅療養援助という共通の目的のために、お互いの専門職はかなり重複した部分を持ちながら、援助を行っていた。チームとしてのゴール・セッティングが医学的な状態に依拠していることはいうに及ばないが、さらに各専門職の評価を考慮に入れてゴールを決定する“場”として評価会議・カンファレンスがあったといえる。

“A一般病院” “Bリハビリ病院”のチームとジャーメインの提唱するM-T/I-Tを比較すると、課題の分担の仕方・チームとしての援助方針の決定の仕方というチームにおける基本的な構

造の違いは、一致しているといえた。

一方、“A一般病院”において、チームとしてのM-Tと「協議・共同」レベルの協働との違いがどこにあるのかという点は、必ずしも明確にならなかった。これは、「協議・共同」レベルであっても、医師のリーダーシップが明確である日本に特徴的なことであると考えられる。このような特有な状況の中で、両者の違いは、チーム・メンバー間の共通基盤を醸成することができる“場”があるか否かであると考えられた。チームが形成される時“場”が果たす役割は大きかった。“場”を通して、他のチーム・メンバーがどこでどのように動いているのかが相互に“見える”ようになり、“このような患者にはこのような対応をしたらうまくいった”というチームとしての共有財産が培え、“このような患者にどう対応したらよいか”というチームとして新しい展開の検討が可能となる。この“場”のもつ意味は、M-T/I-Tに共通していたが、とくに、課題を分割して担当し、相互依存性の少ないM-Tにとって、重要であると考えられた。

また、医療チームにおけるリーダーとしての医師が法的にビルト・インされている日本において、I-Tは“ヒエラルヒーがない構造”といえるかどうかについてはさらに詳細な検討が必要であると考えられた。

## 2) M-T、I-Tのメリット・デメリット

各チームの課題を検討する目的で、まず、チームのメリットとデメリットについて検討する。

M-Tのメリットは、構成メンバー相互の役割が明確になりやすい点があげられる。“A一般病院”で、他職種による要援助患者のスクリーニングが可能となった一つの要因は、このチームにおけるソーシャルワーカーの役割が“生活問題に関すること全般”であり、比較的わかりやすかったためと考えられる。

一方、M-Tのデメリットとしては、役割分担が画一化しメンバー間のコミュニケーションが疎遠になりやすい点があげられる。従って、各専門職の領域内で起こっている変化・問題をいかにチームにフィードバックするかは、この型のチームの課題と考える。例えば、慢性疾患患者の増加

に伴い、急性期医療を担当する機関であっても、地域の他機関とのネットワーク作りは不可欠となっている。このような状況の変化を、担当職種が効果的にチームにフィードバックできなければ、チームの共通認識とならず、チームとして状況の変化を認識し、対応することが困難となる。その結果、担当職種の場当たりの対応が余儀なくされる。

また、メリットと裏腹であるが、さまざまな課題をもつ患者のどの課題をソーシャルワーカーに依頼したらよいかといった各専門職の専門性のイメージの醸成も課題である。

I-Tのメリットは、課題を共有しているため、チームとしてのイメージを共有しやすく、チーム・メンバーにサポートが生まれやすいことがあげられる。スタッフ同士がサポートし合いながら、困難な課題をもったクライアントを援助できる体制をとれるのはI-Tの強みであろう。

一方、I-Tのデメリットとしては、メンバー間の関係が濃密になりすぎ、患者に対してチーム側のパワーが大きくなる点があげられる。多職種が一丸となって目標達成にあたる結果、逆に患者・家族が威圧される形で、自分の生活課題であるにもかかわらず、スタッフの意見に従ってしまうという問題は、このデメリットが表出した結果であり、I-Tにおける大きな課題であると考えられる。

## 3) チームの型によるソーシャルワーカーの機能の比較

M-T、I-Tのメリット・デメリットをふまえて、ソーシャルワーク部門の機能について「業務マニュアル」などをもとに考察を試みた。機能は、患者に対するソーシャルワーカーの機能、チームに対する機能、チーム・メンバーに対する機能に関して検討する。

### ①M-Tにおけるソーシャルワーカーの機能：

(1)患者に対するソーシャルワーカーの機能としては、“医療を生活の中に組み込むことで、患者の主体性を確保する”ことがあげられる。これは、患者を問題領域ごとに分割して、治療・療養を中心に考えるという、M-Tの傾向に起因する。患者の生活全体を考慮して、治療・療養と生活をうまく折り合わせていく方法をクライアントと共に

考えるソーシャルワーカーの役割などが、この機能の例としてあげられる。

(2)チームに対する機能としては、“地域社会における患者の位置、生活を抱えた患者像の理解を促す”ことがあげられる。各スタッフが分担して課題を受け持つこのチームにおいて、患者の全体像を理解することは自然な成り行きでは困難であることに起因する機能といえる。ソーシャルワーカーの持っている患者の生活状況についての情報を、チームにフィードバックする役割が例としてあげられる。

さらに、フィードバックをうまく行うには、適切な“場”を設定することが効果的であることは先に述べたが、この“場”を設定するための働きかけもソーシャルワーカーが担える役割はないかと考える。“A一般病院”では、回診がチームを意識する“場”となっていたが、より効果的にM-Tのデメリットを補い、メリットを引き出すために適切な“場”を設定することが必要であるだろう。

(3)チーム・メンバーに対する機能としては、“他のチーム・メンバーが、患者の社会的側面に関する課題に関心をよせられるようになる”ことがあげられる。M-Tは、医療の優先度が高く、生活に関心を向ける必要度が少ないという、課題の持つ特殊性のため、患者の生活問題が垣間見えていても、それをとりあげるかどうかは個々のメンバーの力量にかかってくる。このようなM-Tにソーシャルワーカーが存在することで、チームは患者の生活に介入できる力量をつけ、その結果、他職種も安心して、患者の生活に関心をよせることができるようになる。「ソーシャルワーカーに相談してみても」と患者に助言できるという切り札をもつことで、他職種が患者の生活に安心して関心をよせられるようになるという変化は、結果的に、スタッフのストレスを低下させ、柔軟な対応が行えるようになるという効果をもたらす。

## ②I-Tにおけるソーシャルワーカーの機能：

(1)患者に対する機能としては、“チーム形成により強まる医療側の力に対し、患者のパワーを強める”機能がある。これは、医療側のパワーが大きくなりすぎる傾向があるという、先にあげたI-

T特有の欠点を補う機能といえる。例えば、患者・家族に病院スタッフを含めた合同カンファレンスの場で、患者が自由に意見が言えるように、事前面接を行ったり、面接中にサポートするソーシャルワーカーの役割などがこの機能の例としてあげられる。患者・家族をチームの中心におくということは医療チームにおいて基本的な要素であり、この点でのソーシャルワーカーの機能はチームに不可欠である。

(2)チームに対する機能としては、“専門職の境界のあいまいさに起因する役割の混乱を防ぐ”ことがあげられる。これは、ひとつの課題を多職種が共有するという、I-Tの特徴に起因する。カンファレンスにおいて、ソーシャルワーカーがとるディスカッションを調整する役割などが例としてあげられる。“Bリハビリ病院”では、ケース・カンファレンスの司会をソーシャルワーカーが担当していたが、これはソーシャルワーカーがこの機能を有しているためと考える。

さらに、合議でゴールセッティングを行なうI-Tにおいては、カンファレンスにおけるディスカッションの質が、チームとしての力量にかかわるが、ソーシャルワーカーは、この点でディスカッションを調整する役割を持つことができると考えられる。例えば、ソーシャルワーカーがオープンなコミュニケーションを促進することにより、建設的に課題解決の方法を検討することが可能となると考える。

(3)チーム・メンバーに対する機能としては、“スタッフが行う医療行為が、患者の生活イメージと確実に結びつくことで安定する”ことがあげられる。これは、ソーシャルワーカーが特定の医療技術をもたず、患者の生活をいかにみるか、というより全体的な患者像を描くことを課題としていることに起因する機能といえる。各専門職は、各々のポジションから患者像を描いているが、ソーシャルワーカーが存在することによって、それらの患者像が患者の生活全体の中でどのような意味を持つかを明確にできることをさす。この結果、スタッフが患者に対して距離をおいたり、援助方針や援助内容を再認識できるという効果をもたらされる。

## V. まとめ

本報告は、ジャーメインの2つの「医療チームの型」をてがかりに、日本における「チームの型」の違いを検討し、さらに、ソーシャルワーカーの機能が理念型としての「医療チームの型」によって異なることを考察した。

ソーシャルワーク業務は、“面接の方法”や“協議の方法”などといった、基本的な課業の内容を分析した場合、どのようなチームであってもその内容に差はない。しかし、これらの業務をどのように組み立てるか、というもう少し大きい単位での業務を分析した場合、ソーシャルワーク業務をとり囲んでいる状況によって、業務の強調点は異なったものとなる。本論では、特にこの“業務の強調点の違い”を強調した。

ソーシャルワーカーは、医療場面において特有の立場を占めている。すなわち、第一に、ソーシャルワーカーは特定の医療技術をもたず、患者の生活面を援助する専門職として、チームに参加しているという立場にあること。このため、医療場面でのチームのダイナミクスを視野にいれることができる立場にあり、特有の貢献が可能となる。第二に、「ソーシャルワーカーの教育と実践には通常小集団の知識と経験を含んでいるので、時に他のチームメンバーに対して有利な立場にある」<sup>8)</sup>というように、チームに貢献できるスキルを持っていることである。

クライアントの環境調整を職務とするソーシャルワーカーにとって、疾病者・障害者の環境の大きな部分を占める医療環境の調整は、重要な意味を持つ。患者ケアの質を患者の立場から問い直すという課題がクローズ・アップされるのに伴い、ソーシャルワーカーが医療チームに対して行える貢献は、今後さらに増すものと予測される。

今後は、①各チームにおいてソーシャルワーク部門が効果的に機能するための方法の検討、②チームが有効に機能するために必要な枠組み、特に、各チームのデメリットを補うための枠組みをどのように形成しているかについての検討、③チームのコアとなる“場”の持ち方について検討を試みたいと考える。

本論は、限られた経験からのものであるため、

さらに詳細な検討が必要だが、今後、医療チームの形成とソーシャルワーカーの機能について、そしてさらに、チームにおけるソーシャルワーカーの存在意義について考察を深めたいと考える。

本論文をまとめるにあたり、大学院の指導教官である小林良二先生より多大な御助言と御指導をいただきましたことに心からお礼を申し上げます。

### 〈注・引用文献〉

- 1) 大河原順子：「日報集計からみた R S W の業務」【R S W 研究会誌】No.6、7 合併、p.54-p.61, 1984.
- 2) 岡部恭子：「2つの機関での実践を通して考察した〈医療ソーシャルワーカー〉」【第10回医療社会事業学会抄録】、p.22-p.23, 1990.
- 3) Germain, C. B. : Social Work Practice in Health Care, An Ecological Approach p.200, Free Press, 1984.
- 4) ibid. p.204-210.
- 5) ibid. p.200.
- 6) ibid. p.204.
- 7) 田中千枝子：「ソーシャルワーク部門の定着に関する一考察—ハイ・ソーシャル・リスク患者群へのアプローチ」【第11回医療社会事業学会報告集】(1991)を参考に、同院に特有な社会面での課題が出現しやすい患者群を抽出し作成した。
- 8) Germain, C. B. , op. cit, p.216, 1984



# Social Worker's Function in Medical Team—Comparison of Social Work in General and Rehabilitation Hospitals—

Eriko Takayama

Team coordination is one of the most important skills to help patient effectively.

As a coordinator with patient's environments, social workers need to recognize what functions they can fulfill for effective teaming. This article discusses that there are different functions of social workers according to the type of medical teams.

First, from the comparison of the two case studies of social work sections, features and differences of two medical teams are considered : one, in a general hospital, another, in a rehabilitation hospital. This study is done by referring to the two ideal-type teams defined by Germain : multidisciplinary- and interdisciplinary-team.

Second, strengths and deficit of each team are made clear, and functions of social workers in the teams are discussed in the light of facilitating team strength and compensating team deficit.

Functions are discussed in three aspects. (1)functions for patients, (2)functions for teams, (3)functions for team members.

As for multidisciplinary teams, (1)the function of social workers for patients is "to support patients to adapt medical treatment to their own lives." (2)The function for teams is "to facilitate the team to comprehend patients' background" . (3)The function for team members is "to enable them to have interests in patient's life and end up with reducing their stress arising from incomprehension of patients" .

As for interdisciplinary teams, (1)the function for patients is "to empower patients in making the most of the team" . (2)The function for teams is "to manage communication of team members" , in order to prevent them from confusion arising from overlapping of roles. (3)The function for team members is "to make clear how patient's life is going on and to enable them to modify their care plans for patients" .

# 骨髄移植患者への援助過程におけるソーシャル ワーク課題とその実践～東海大学病院における 15年間のソーシャルワーク実践を通して～

山 川 恵里佳\*  
大 本 和 子\*  
内 田 敦 子\*

Key Words 骨髄移植、  
戦略的ソーシャルワーク

## I. はじめに

東海大学病院は、神奈川県中央部に位置する25の診療科と1133床のベッド数を持つ私立大学の医学部付属病院である。1975年の開設当初から、無菌室を設置し、1981年より同種骨髄移植を開始し、1995年7月まで、195例の小児骨髄移植が行われた。

一方、ソーシャルワーカー部門は、1979年に専任ソーシャルワーカーが1名着任し、1980年に1名増員。1990年の総合相談室開設で、ソーシャルワーカー4名体制となり現在に至っている。

骨髄移植は、白血病や再生不良性貧血の有効な治療法で、従来、HLAの型が一致した血縁者が、ドナーとなることが前提となっていた。しかし最近では、医薬品や医療技術の開発、公的骨髄バンクの設立により、HLA不一致移植や、非血縁者間移植も可能となり、移植を希望する患者は急速に増加しつつある。当院では、1995年に無菌室を従来の5床から11床に増設し、全国から来院する多くの患者の需要に応えている。

骨髄移植は、無菌室に通常3～4週間入室し、その間、拒絶反応や感染症など様々な症状が起こる厳しい治療である。無菌室という特殊な設備と、熟練した医療チームを兼ね備えた移植病院が、全国的にみて偏在していることから、患者は全国から当院に紹介を受けて来院する。また、入院と外来を含めると、治療期間は半年から一年と長期間に及ぶ。また、当院では特に小児の骨髄移植に力を入れているため、治療を受ける患者は小児が中

心である。これらの特殊性があるため、骨髄移植を受けにくる患者家族の受療上の心理社会的問題は多様で、かつ深刻なものがある。

以上のような背景から、ソーシャルワーカーは第1例目から患者家族に関わってきた。当初は、遠方から来院する患者家族の滞り場所の紹介や、特定疾患の手続き援助等の、医師からの依頼に応えるのみだった。しかし、骨髄移植を受ける患者家族は、多くの問題を抱えているという認識を深め、治療開始前から一貫した援助を提供する必要を感じ、その体制を作り上げることにエネルギーを注いできた。

ここでは、われわれが行ってきた骨髄移植患者への15年のソーシャルワーク実践を時系列的に3期に分け、それぞれの時期の①医療情勢や患者を取り巻く状況とその変化、②それによってソーシャルワーカーが設定した取り組むべき「課題」、③その「課題」達成のためにどう取り組んできたか、という点をそれぞれ整理した。そしてそれによって、骨髄移植患者家族へのソーシャルワーク実践に、ソーシャルワーカーのどのような視点が有効であったかについて考察したい。(図1参照)

## II. ソーシャルワーカーの取り組んだ課題と実践

### 1. 第一期 (1981年～1989年) 援助開始段階

1981年から1989年の10年間に、当院で行われた骨髄移植71ケースのうち、ソーシャルワーカーは約半数に関わっている。しかしそのほとんどが入院後に援助を行っていた。諸制度の手続きや、遠

\*Erika Yamakawa, Kazuko Ohmoto, Atsuko Uchida: 東海大学病院 総合相談室

隔地から来院する家族の滞り場所の紹介、経済問題の解決などが、この頃の主な相談内容で、他の相談ケースと同様、骨髄移植分野における特有の課題を意識せず、求められる相談に対応していた。

## 2. 第二期（1990年～1992年）一貫した援助を提供する体制を確立した時期

1990年から1992年までの第二期は、骨髄移植者家族に、より一貫した援助を提供する体制を作り上げるといふ課題達成のために、具体的に動き出した時期である。

### 1) もっと一貫した援助を提供する

#### 〈ソーシャルワーカーのストレスの高まり〉

この時期、移植数は年々増加し、それまでの関わりでソーシャルワーカーの役割の理解が深まりほとんどのケースが医師から依頼されるようになってきた。しかし、この頃の援助も、患者家族から「遠隔地から来院するので滞り先を紹介してほしい」「室料差額が払えない」などの訴えに、断片的に対応するものであった。このため、患者家族のおかれている「治療と心理社会的な状況の全体像」が掴めないため、相談に来る家族に十分に共感が出来ず、「もっと求められていることがあるのでは…」とソーシャルワーカーの用いられ方に、徐々にストレスが高まってきていた。

#### 〈生じてきた課題〉

丁度この時期に、ある家族から、「遠方から来る患者家族に対して、入院前にソーシャルワーク援助が受けられるシステムを作って欲しい」という訴えがなされた。このことが大きな動機となり、ソーシャルワーカーは、「患者家族にもっと一貫した援助を提供する体制を作り上げる」こと、ひいては「骨髄移植チームの紛れもない一員として認知される」ことが、その体制づくりに欠かせないと考え、この二つの課題を持つに至った。

#### 〈オリエンテーションの実施〉

その課題達成のために、骨髄移植チームの責任者である医師に、患者家族に一貫して関わりたいと申し入れた。その結果、90年4月より、家族が骨髄移植に関する説明を、医師から最初に受けに来院する場に、ソーシャルワーカーも同席し、医師の説明後、治療の中心となる無菌室への見学に伴い、最後に家族と面接し、受療のオリエンテー

ションを行うという体制を確立した。

通常、骨髄移植を受けにくる患者家族は殆どが遠方からの紹介入院であるため、当院の医師が治療法について、家族に2時間あまりかけて説明し、同意を得た上で、治療の具体的な日程を決めていく方法をとっていた。この最初の面談は、患者の病状、家族の移植に対する理解度等についても把握でき、成功率や予想される合併症についての医師の説明内容を、家族と共有する事が出来るため、その後のオリエンテーションへの導入がスムーズに行いやすいという点にソーシャルワーカーは着目した。また、説明の場での、家族と医師との間の緊張した関係に「風穴をあけ」、「家族が医師に質問しやすい雰囲気を作り出す」役割として、第三者であるソーシャルワーカーが存在する意義を捉えていた。

また、オリエンテーションでは、①治療と実際の患者家族の療養生活の具体的イメージ作り、②療養生活上、予想しうる問題の早期発見と早期介入、③必要な制度の手続き援助、という3点を目的として関わった。

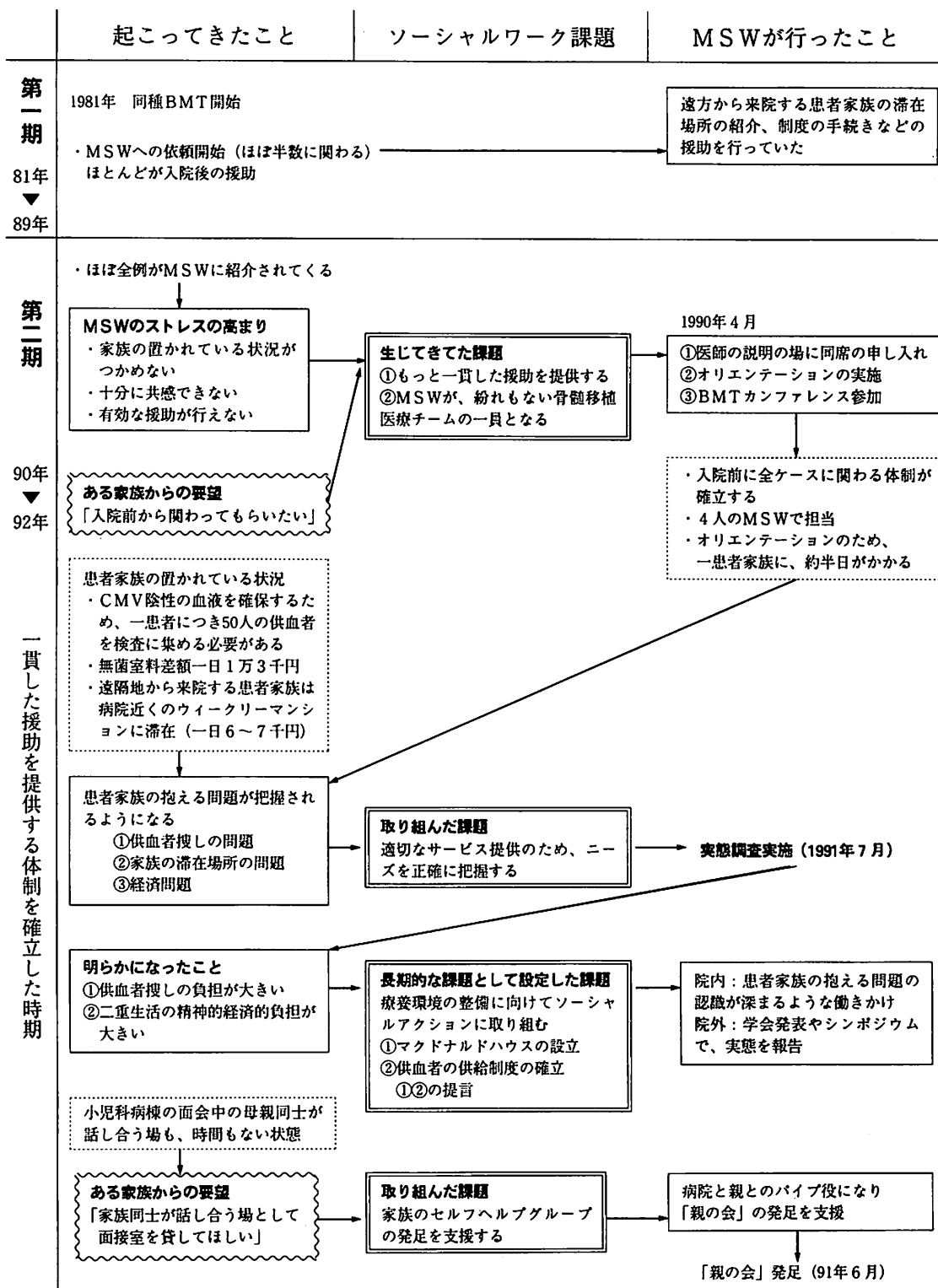
この一連の援助には、一患者について約半日がかかるが、最初の来院で不安の高い患者家族と一定の時間を共有し、その家族の反応を見ながら当面取り組むべき課題を設定していく関わりの中で、家族との確実な信頼関係が生まれることを実感したため、一定の時間をかけることは必要だと認識した。さらに一貫した援助を提供する院内での基盤作りのためにも、ソーシャルワーカー部門全体の業務の中でも、優先順位の高い業務と位置づけ、4名のソーシャルワーカーで分担し、月2～3ケースの割合で関わってきた。

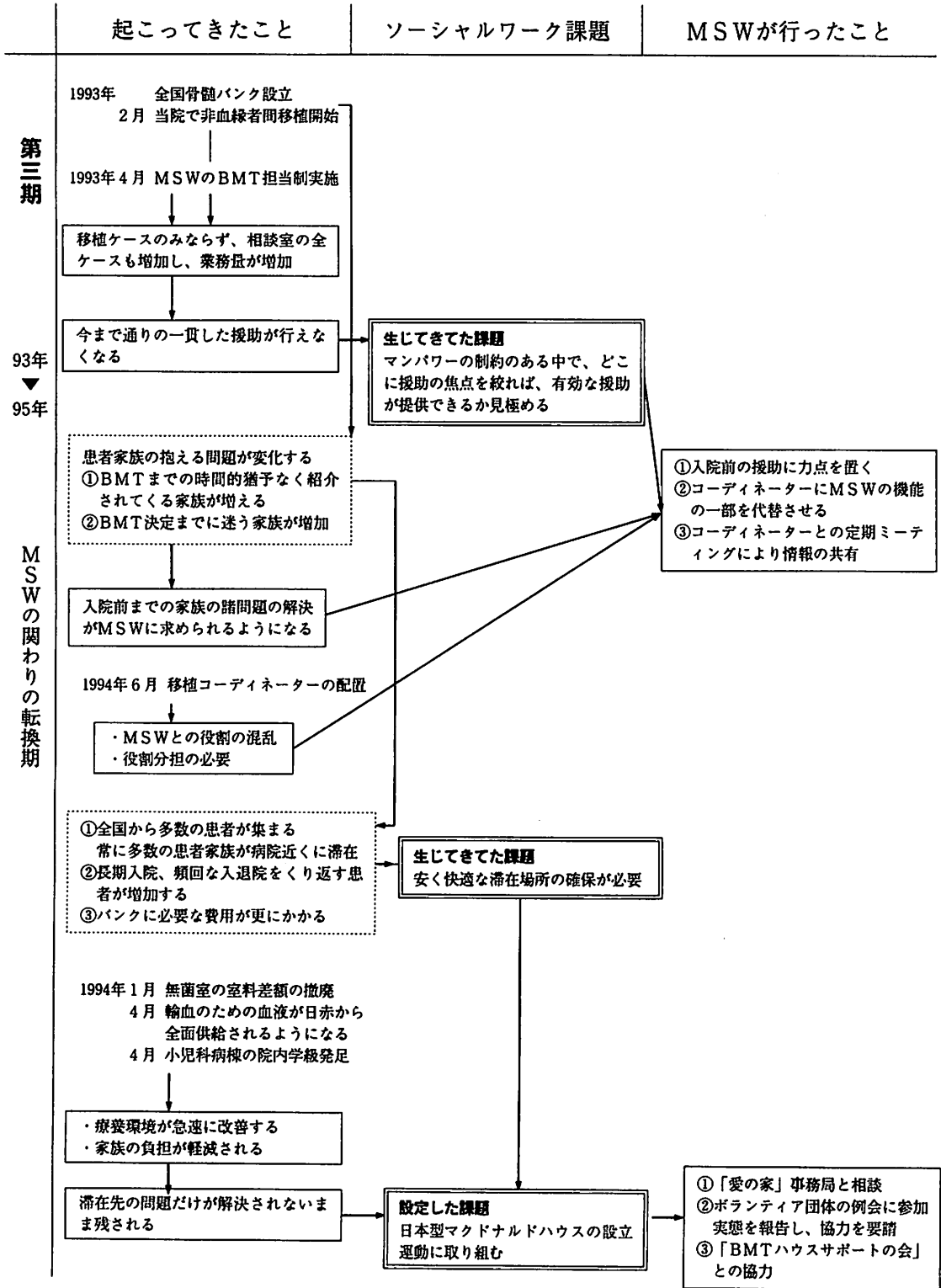
#### 〈骨髄移植カンファレンスへの参加〉

更に、ソーシャルワーカーを医療チームに認知してもらおう目的で、この時期より骨髄移植カンファレンスにも参加し始めた。カンファレンスでは、情報収集や情報提供だけでなく、ソーシャルワーカーがチームの一員として認知される為に、“絶えずそこに居続けること”を特に意識して参加をした。

2) 適切なサービス提供のため、ニーズを正確に把握する

図1 骨髄移植患者への15年間のソーシャルワーク実践の流れ





### 〈患者家族のおかれている状況〉

この頃、当院では移植後の感染予防のため、サイトメガロウイルス陰性輸血を励行していたので、移植を受ける患者家族は、一人につき約50人の供血者を検査に集める必要があった。また、移植の中心となる無菌室は、1日1万3千円の室料差額があり、通常そこに約1ヶ月入室する必要があった。さらに遠隔地から来院した家族は、4～6ヶ月の入院生活のために、1日6～7千円する病院近くのウィークリーマンションに滞在している状況であった。

### 〈取り組んだ課題〉

全ケースに関わるようになったソーシャルワーカーは、以上のような患者家族の置かれている状況を把握するにつれ、①輸血のための供血者集めの問題、②遠隔地から来院する患者家族の滞在场所の問題、③入院費と二重生活費の経済的問題の3点が、骨髄移植患者家族の持つ問題の特殊性であると認識するようになった。そこで「さらに適切なサービスを提供するため患者家族の抱える諸問題をより正確に把握する」必要があると考え、次なる課題として取り組み始めた。

### 〈実態調査の実施〉

具体的には1991年7月、それまで移植を受けた患者家族80名を対象に、療養生活上の患者家族の抱える諸困難について、調査を実施した。その結果、先に述べた3点について患者家族の直面する困難の実態を、よりはっきりと把握することができた。

### 3) 療養環境の整備に向けてソーシャルアクションに取り組む

#### 〈取り組んだ課題〉

しかし、実態調査で把握された諸問題の解決には、それまで実践してきた、供血者を捜す方法(チラシを作って、知人や地元の企業や学校をあたるなど)についての助言や、ウィークリーマンションの紹介などの対応では限界があると感じていた。

そこで、ソーシャルワーカーは院内での援助に完結せず、「療養環境の整備に向けてソーシャルアクションに取り組む」ということを長期的な課題に設定した。すなわち、「米国にあるマクドナルドハウス\*のような、病院近くで安い費用で泊ま

れ、かつ同じ境遇にいる親達が支え合う事が出来る宿泊施設の設立」と、「供血者の供給制度の確立」の必要性を、院内外に呼びかけることに取り組んだ。

\*マクドナルドハウス：1974年より、マクドナルドのオーナー達を中心になって行った募金キャンペーンにより設立。家から離れた病院で難病の治療を受ける子供の家族のための宿泊施設で、多くの地域ボランティアによって運営されている。現在、アメリカで120ヵ所以上設立。

#### 〈院内外への働きかけ〉

具体的には、院内においては、医師やその他のスタッフに折に触れ、患者家族の持つ問題の認識が深まるよう働きかけ、また、院外においては、以下のように、各種学会やシンポジウムで患者家族の実態を報告し、療養環境の整備の必要性を呼びかけた。

①1991年7月国立がんセンターの母の会を中心とした「東京に宿泊施設を」のパネルディスカッションに参加、調査の経過報告。

②1991年12月「骨髄移植を受けた患者家族へのアンケート調査報告～家族関係の変化及び遠隔地での滞在と供血者捜しに伴う諸困難について」第14回日本骨髄移植研究会にて発表。

③1991年12月「骨髄移植を受けた患者家族の直面した諸問題～実態調査報告から」第7回小児がん学会にて発表。

④1992年3月「がんの子供を守る会」の「のぞみ」誌上で調査結果発表。

4) 家族のセルフヘルプグループの発足を支援する

#### 〈「親の会を作りたい」という要望〉

小児科病棟の難病児の母親数名から、「同じ境遇にある親同士が話し合うことはお互いに大きな支えになるが、現状では病棟で話し合う場もない、ついでに親達の話し合う場として、相談室の一室を貸してもらえないか」という相談があった。ソーシャルワーカー側も親達のセルフヘルプグループの必要性を感じていた時期だったため、この機会を捉え「親の会」としてスタートさせるべく、会の発足と活動を支援することにした。

会の発足にあたっては、病院側から「要求団体

になるのでは」という懸念もあったが、ソーシャルワーカーが積極的に関わりとして了解を求めた。また、例会の促進役を果たしたり、会のリーダーをサポートをするなど、会の発足と成長を側面的に支えた。その結果、1991年6月には「親の会」が発足し、現在は、毎月一回の例会を開催し、骨髄移植の患者家族のみならず、小児の難病児の親のセルフヘルプグループとして有効な役割を果たしている。この会でのソーシャルワーカーの役割については第12回日本医療社会事業学会で発表している。

### 3. 第三期（1993年～1995年）ソーシャルワーカーの関わりの変換期

1993年から1995年にかけての第三期は、全国骨髄バンクの設立という医療情勢の大きな変化や移植コーディネーターの配置、業務量の増加などにより、それまでのもれなく関わることにエネルギーを注いでいた時期から、援助の効率性を考慮することが求められ、援助の質や対象、技術の点で、ソーシャルワーカーの骨髄移植分野での新たな関わりの変換を余儀なくされた時期である。

1) マンパワーの制約のある中で、どこに援助の焦点を絞れば、有効な援助が提供できるかを見極める

#### 〈ソーシャルワーカーの担当制実施〉

これまでの骨髄移植患者家族への援助は、4名のソーシャルワーカーが他のケースと同様、平等に担当していたが、ソーシャルワーカーの成熟度が全体に増したことに伴い、それぞれが専門分野を持ち深めていくことが相談室の活性化につながるという視点から、1993年4月から、骨髄移植ケースは、筆者が全ケースを担当することとなった。

#### 〈移植数と業務量の増加〉

一方、1993年2月に全国骨髄バンクが設立し、当院でもバンクを介しての非血縁者間移植が行われたのを皮切りに、以前にも増して移植数は増加した。しかし、相談室全体のケース数も増加する一方であった為、骨髄移植担当ソーシャルワーカーの業務量も増加し、骨髄移植者患者家族へのそれまで通りの長時間を要する一貫した援助が行えなくなってきた。

#### 〈生じてきた課題〉

そこで、生じてきた課題が「マンパワーの制約のある中で、患者の療養期のどの部分に援助の焦点を絞れば、最も有効な援助が出来るかということを見極めること」という事であった。

#### 〈患者家族の抱える問題の変化〉

骨髄バンク設立により、患者家族の抱える問題と、ソーシャルワーカーに求められる援助の内容に変化が生じてきた。すなわち、バンクに登録して間もなくドナーが見つかり、十分な準備のない状況で紹介されてくる患者家族が多くなってきたことにより、それまで以上に、当院に来院した際に、家族の抱える問題を的確にアセスメントし、必要な援助を提供する必要性が増した。また、これまでは、ドナーがいれば、迷わず移植を選択していた家族が多かったが、移植をしないという選択肢も広がったことから、迷う家族も増え、その選択にあたって、家族の気持ちや考えを整理するという援助がソーシャルワーカーに求められるようになった。

#### 〈移植コーディネーターの配置〉

一方、1994年6月より骨髄移植分野に当院で初めて、移植コーディネーターが配置された。この移植コーディネーターは、専門教育を受けていない新卒者を採用し、当院独自にコーディネーターとして養成するとした方針であったため、入職当初は相談室に配属され、その教育を任せられていた。その後、院内の組織改定のため別組織に配属となった。コーディネーターとしての仕事の内容は最初から定められていないため、ある時期ソーシャルワーカーとの役割の混乱が起こり、それぞれの役割を明確にしつつ、分担を行うことが必要となった。

以上の経過から、これまでの関わりを以下のよう

#### 〈入院前の援助に力点をおく〉

まず、入院前の援助こそが長い療養期で最も必要であり、そこをきちんと押さえれば、入院中起こってくる諸問題に関しては、必要であれば家族が相談に来れると考え、援助の焦点を入院前に絞ることとした。つまり、それまでは、時々、病棟を訪問して、母親達に声をかけるなどの援助を行っていたが、それはひとまず中止とした。

### 〈コーディネーターとの役割分担〉

また役割分担に関しては、患者家族が初めて来院する際に、ソーシャルワーカーが時間がさけない場合は、移植コーディネーターが最低限の情報の収集とサービスの提供を行うことにした。

医師と家族との面接の際に、最低限情報収集すべき点について、ソーシャルワーカーの視点を盛り込んだ「インタークシート」という書式を作成し、それを基にして、2週間に1回の定期ミーティングで情報交換する事とした。現在は、コーディネーター独自の仕事として、非血縁者ドナーの骨髄運搬や、非血縁ドナーの骨髄採取の入院にあたっての連絡調整等の、いわゆるドナーコーディネーターとしての業務が明確になってきている。その為、レシピエントコーディネーターとしての、患者家族の療養生活上のサポートという点で、ソーシャルワーカーとの役割分担をしていく必要がある。現時点では、入院中は、コーディネーターが患者家族との接触が多いため、患者家族の問題発見に携わることが多い。そこで、問題発見の際にはコーディネーターから相談を受け、スタッフの誰に対応を依頼したらよいかを助言したり、心理的社会的問題については、ソーシャルワーカーにつないでもらい、対応するなどして、役割分担を行っている。

### 2) 日本型マクドナルドハウスの設立運動に取り組む

#### 〈滞り場所へのニーズ拡大〉

骨髄バンクを介しての骨髄移植が軌道に乗るに従い、全国から多数の患者が集まり、常に10組程度の家族が当地に滞在するという状況が生まれた。また、治療法の開発によってHLA不一致移植も可能となり、移植の対象となる患者層の幅が広がったが、移植後の合併症によって、入院が長引いたり、数回の入退院を繰り返す患者家族が増加してきた。その上、いくつもの合併症で入退院を繰り返した上で、最終的に当地で亡くなる患者も増えたため、滞り場所について、ただ単に宿泊出来ればいいというだけでなく、患者と共に生活する場として、質的なニーズが高まってきた。

更にドナーコーディネートや骨髄採取に必要な費用が、血縁者間移植よりかかるという点から、

特に遠隔地から来て非血縁者間移植を行う患者家族にとっては、二重生活の経済的負担を少しでも軽減するために、安く快適な滞り場所の確保がますます切望されるようになった。

#### 〈療養環境の改善〉

一方で1994年1月より、保険で算定できる無菌室加算が増額されたのをきっかけに、無菌室料が撤廃された。ついで、日赤から全面的に成分輸血の血液の供給を受けられるようになった。また、同年4月には小児科病棟に、かねてから切望されていた院内学級が発足したことなどで、療養環境が急速に改善した。このことは患者家族の精神的経済的負担が軽減したことを意味したが、同時に滞り場所の問題が、今まで以上に、遠隔地から来院する家族の解決されるべき問題としてソーシャルワーカーの中で意識されるようになった。

#### 〈取り組むべき課題〉

そこで、ソーシャルワーカーは、取り組むべき課題として、「日本型マクドナルドハウスの設立に向けて具体的な活動を行っていくこと」を設定した。そしてこの時期より、以前より長期的な課題として設定していたソーシャルアクションの実践に、より積極的に取り組み始めた。

#### 〈「BMTハウスサポートの会」との協力〉

具体的に行った事は、まず、すでに東京で実現している、マクドナルドハウスの趣旨に習ってボランティアで運営されている「愛の家」の事務局を訪問し、設立運動の助言を受けた。その助言に従い、次にこの問題に関して理解を得られやすいと考えられる骨髄バンク推進活動をしている「神奈川骨髄移植を考える会」の例会に参加し、患者家族の実態を報告し、協力の要請を行った。

この会では、すでに同じ県内の他病院の患者家族の為に宿泊施設を、一カ所篤志家からの提供を受け、一部の有志によって運営をしていた。そのため、その支援グループと密な連絡を取り、そのグループの活動の一環として、当院の近くに宿泊施設を作る活動を共に行っていくこととなった。

1996年3月には、「神奈川骨髄移植を考える会」から、患者家族の宿泊施設の設立を目的とする「BMTハウスサポートの会」として独立し、本格的にソーシャルワーカーと協力しながら活動を行っ



ていく体制が整った。また、一方で、ソーシャルワーカーは「親の会」でも、この問題について関心を高める働きかけをし、地元のボランティアとしてこの活動に協力してもらえるようになった。

1996年6月には、市議会議員に患者家族の持つ様々な問題を伝え、市議会の定例会では、市議会議員より一般質問して頂き、これらの問題に対する市の取り組みを求める働きかけを行った。これらの働きかけの結果、最近になって篤志家から、低家賃で住居の提供の申し入れがあり、第1号の宿泊先が誕生する見通しも出てきた。

### Ⅲ. おわりに

以上、15年間における当院における骨髄移植患者家族へのソーシャルワーク実践について述べてきた。骨髄移植患者家族を巡る環境は、前述したようにその医療技術の急速な発展、また医師、看護婦にとどまらず、移植コーディネーターや民間ボランティア、自助グループなど多様な人々の熱心な関わりによって、日々変化している。従って、常に敏感な洞察力を持って、患者家族の抱える問題とニーズをアセスメントする必要があることは言うまでもない。

V. N. Kennedy<sup>1)</sup>は、骨髄移植におけるソーシャルワーカーの役割について、骨髄移植治療の全体を移植前、入院期、移植後に分け、各段階におけるソーシャルワーカーの果たすべき役割を強調している。一方、齋藤<sup>2)</sup>が、「サービスの利用者を生活者として、生活をトータルに把握する視点と同様に、機関の機能、目的、制約を把握することと、機関にながら起きているのか、常に把握する視点と方法が必要になるのではないだろうか」と指摘している。このように、ソーシャルワーカーには、患者の治療プロセスの各段階における果たすべき役割を検討するだけでなく、医療情勢や患者家族を取り巻く環境と共に、病院内で起こっていることやソーシャルワーカーの病院内での位置づけを把握し、「今の時期はどういう時期なのか」「何が問題になっているのか」ということを正確にアセスメントし、ソーシャルワーカーの「取り組むべき課題」を設定する必要があると考える。また、その課題達成のために、「何に今、優先的に

取り組むべきなのか」という業務配分の優先順位、担当者の能力、ソーシャルワーカー部門としての時間的、労力的制約という複合的な条件をふまえ、ソーシャルワーカーの活動の対象の焦点をどこに絞っていくことが、有効であるかを見極める視点が重要であると思われる。我々の行ってきた15年のソーシャルワーク実践は、以上の視点を持って、いかに骨髄移植チームに定着し、有効な援助を行う体制を作り上げてきたかという、「戦略的ソーシャルワーク」と言えよう。

今後も、骨髄移植患者を巡る全体像を捉え、現時点で確立している援助体制が、適切であるかを見極め、求められる役割を柔軟に果たし、課題に取り組む姿勢を探求していきたい。

### 【引用参考文献】

- 1) V. N. Kennedy, "The Role of Social Work in Bone Marrow Transplantation", *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol.11(1), 1993
- 2) 齋藤順子; 「保健・医療におけるソーシャルワーカーの立場性に関する考察—院内ニュースを媒介として—」、*ソーシャルワーク研究*、第20巻、4号、p.316-321、1995
- 3) 大本和子他; 「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—」、*医療社会福祉研究*、第2巻、第1号、p. 8-13、1993
- 4) 加藤俊一; 「東海大学における小児骨髄移植の実際」、*今日の移植*、第5巻、第3号、p.227-234、1992

**Tasks and Practices of Social Work in Patients with Bone Marrow Transplantation**  
**—A Study of 15 Years Process in Tokai University Hospital—**

Erika Yamakawa, Kazuko Ohmoto, Atsuko Uchida

195 cases of Bone Marrow Transplantation (BMT) have been conducted from 1981 to July 1995 in Tokai University Hospital.

Social workers joined the BMT program from 1981, and have made great efforts to establish a system to provide social work support for patients and their families, especially from remote areas of outside Kanagawa Prefecture. The social work support system now is authorized as an essential force in BMT program.

This report describes the process of development of the social work support system by dividing the past 15 years into 3 periods and reviewing the following three factors in each period:

- 1) Various elements to be considered for social work support;
- 2) Identified roles and tasks of social workers;
- 3) Details of work to accomplish the identified tasks.

By making assessments, cooperative relation with medical environmental situation of patient and their families, hospital function and social worker function, the most effective means to accomplish the required tasks may be found.

# ソーシャルワーク実践における通訳活用についての一考察

藤田 譲\*

Key Words 外国人 通訳  
ソーシャルワーク実践

## はじめに

ソーシャルワーク実践において重要なことは、対象者の問題をより良く理解するだけでなく、援助を受ける側の権利を保障することである。すなわち、援助を受けるための条件の整備が必要である。近年国際化の流れの中で、ソーシャルワーク実践においても、外国人が援助対象者となる事例が増加している。彼らの問題は多様でかつ複雑なものも多く、ソーシャルワーカー単独では援助できない例もある。その典型が日本語の話せない外国人クライアントに対して、通訳者と協働して援助を行うケースであろう。ソーシャルワーカーは通訳者との協働により、言葉の壁を越えて彼らの問題を把握し、効果的な援助を提供することができる。日本語の話せない外国人のケースでは、通訳者との協働は彼らの援助を助ける権利を保障することである。

筆者も通訳活用ケースを何例か経験したが<sup>1)</sup>、通訳活用には大きなメリットだけでなく、問題点もあるように思われた。しかし、通訳活用に関するこれまでの報告を見ると、そのメリットを強調しながら通訳の効果や必要性を述べているものが多い<sup>2)</sup>。筆者も経験上通訳の多大な効果はよく理解しているが、反面、積極的に通訳を活用しようとすることで生じる問題点について十分に理解することも、ソーシャルワーカーの姿勢として必要なことではないだろうか。そこで本稿では、ソーシャルワーク実践における通訳活用の問題を取り上げ、通訳活用がソーシャルワーク実践にどのような影響を及ぼすかについて検討する。あわせて、ソーシャルワーカーの対応についても述べる。なお、本稿では「通訳」は単に通訳という行為や役

割を指すものとして使用し、通訳を行う主体は「通訳者」と定義して、両者を区別して使用することとする。

## I. ソーシャルワーク実践における通訳活用の現状

まずはソーシャルワーク実践における通訳活用の現状について述べる。

現在、様々な行政機関で外国語で書かれたパンフレット類の作成とその配布による情報提供が行われている。使われている言語は英語・中国語・スペイン語などに限定されており、日本で生活するすべての外国人には対応できていないのが実状である。実際に手続きを行う市町村など行政職員の対応については、外国語での対応が保障されていることはない。福祉事務所や児童相談所など、より込み入った相談をする機関においても、通訳者が配置されていることはほとんどない。したがって、日本語の話せない人が相談に行く場合には、自分で通訳者を連れて出掛けなければ目的が達成できないのが現状である。

一方、相談を受ける側のソーシャルワーカー（以下ワーカー）の対応としては、英語を話す外国人であれば何とか話ができたとしても、英語圏以外の外国人が来た場合には何らかの対応策を考えなければ面接ができない。対訳本や旅行者用ガイドブックを活用して少しずつ話を進めるとか、筆談に身振り手振りを交えて会話するなどの方法が考えられる。それだけでは援助を進めるうえで十分な情報を得ることは難しい。そこで通訳に関する人的資源を活用することになる。本来なら、ワーカーと協働する通訳者の資質としては、単に通訳

\*Jo Fujita : 白鷺病院 医療福祉相談室

ができるだけでなく、クライアントの文化的背景に精通し、しかもワーカーと同じようにクライアントを尊重できて、良好な人間関係を築けることが望まれる。つまり、通訳の専門家であるとともに、援助者としてもうまく機能できる通訳者が望ましい。

しかし、公的な通訳派遣制度や通訳者をあつ旋してくれる機関はなく、まったく個人的なコネで通訳者を探すしか方法はない。しかも通訳の専門家ではなく、単にクライアントの話すことのできる言語と日本語の両方を使える人を探すことになる。クライアントの親族や知人の中に、通訳のできそうな人を探して依頼することもある。いわば「通訳ボランティア」を探すわけである。実際、通訳活用事例についての報告<sup>3)</sup>を検証すると、通訳者のほとんどはボランティアであって、通訳の専門家ではないことが分かる。筆者の経験でも通訳の専門家に依頼したことはなく、すべて通訳ボランティアであった。依頼先としては、外国人支援の民間団体が多い。近年では外国人支援の民間団体が各地で設立されており、その団体が活動しているあるいは活動に協力している通訳ボランティアに依頼するのである。

東京都医療社会事業協会の「外国人の医療問題検討委員会」が、外国人の医療問題に関する医療ソーシャルワーカーの関わり方について1992年に調査を行っている。その調査結果によれば、記述式により回答のあった事例146ケースの中で言葉が問題になった20ケースの内訳を見ても、通訳者は家族や勤務先の知人など非専門家であった<sup>4)</sup>。また、選択式により回答のあった事例のうち、言葉の問題についての相談があったケースは全体の8.9%だった。さらにそれらの事例を、調査対象とした約10年間を3期に分けて集計した結果では、第1期(1982年8月～1990年10月)では18ケース(4.7%)、第2期(1990年11月～1992年3月)が27ケース(6.9%)だったが、第3期(1992年4月～1992年7月)になると51ケース(15.3%)と年を追うごとに増加している<sup>5)</sup>。特に1990年以降急速に増えている。つまり、ワーカーが日本語を十分に話せない外国人を援助する機会が増えていることが、この調査結果から読み取れる。このことは、援助

の中で通訳活用が問題となる場面の増加も意味しているのである。

## II. 通訳活用の利点

次にソーシャルワーク実践に通訳を活用した場合の利点について考えてみたい。ワーカーの行う援助は、ワーカーとクライアントとの言語的コミュニケーションに大きく依存している。面接はワーカーとクライアントとの言葉のやりとりである。社会資源の紹介にしても心理的サポートにしても、実際にはワーカーの言葉を通して援助が行われている。これらのことから考えると、ソーシャルワーク実践では言葉が大きな役割を果たしている。言い換えると言葉には援助の道具としての重要な側面があると言える。

ワーカーの話すことができる言語とクライアントの話す言語とがまったく違うものである場合、両者の間に言語的コミュニケーションを成立させるためには、通訳者の存在が必要不可欠である。通訳者が両者を「媒介」することにより、クライアントとの十分な言語的コミュニケーションが可能になる。コミュニケーションが可能になれば、ワーカーも効果的に援助を提供することができる。このことが、クライアントの利益に結び付くことは言うまでもない。また、鶴田と高橋は言語的コミュニケーションを、クライアントの知る権利や自己表現の権利としてとらえることを主張している<sup>6)</sup>。通訳活動はこのようなクライアントの権利を保障することにつながると言っても過言ではない。このような通訳活用の利点は以下の4項目に要約できる。これらはいずれも通訳(あるいは通訳者)が、ソーシャルワーク実践の原則的な部分を可能にすることを示すものである。

### 1 クライアントとの円滑なコミュニケーション

通訳活用の利点の第1は、クライアントとの円滑なコミュニケーションが可能になることである。先に述べた通り、通訳者がワーカーとクライアントとの橋渡しをしてくれるので、話す言語が違っていてもコミュニケーションが可能、つまり効果的な面接が実現する。もちろん、片言の外国語と日本語とを混ぜ合わせて面接することもあれば、漢字

や外国語の単語を羅列して筆談を行うこともある。しかし、正確さ・速さ・理解しやすさという点では通訳には到底かなわない。

## 2 クライアントの尊厳と主体性の回復

第2に、通訳の活用によりクライアントの尊厳と主体性を回復させることができる。自分の言葉で話し、聞き、考えることで、クライアントは援助への主体的な参加が可能になる。筆者が通訳者を依頼した結果、「自分の言葉で」話す機会ができたことで、それまで寡黙だったクライアントが突如として能弁になり、表情も豊かになった経験がある。これは「自分の言葉で話す」ことがいかに大きな意味を持っているかを示す例だろうと思う。言葉が通じないというのは、一種のコミュニケーションが障害された状況だと考えられる。その状況から回復する手段、つまり通訳者を持てるかどうかは、クライアントにとって何よりも大切な援助となるだろう。

## 3 適切な援助の提供

第3に、通訳者との協働により、適切な援助の提供が可能になる。クライアントに対する直接的・具体的なサービスは、ワーカーにより言葉で表現され、クライアントに提供されるものである。社会資源の利用援助はその典型であるが、資源の紹介・利用手続き・利用のメリットとデメリットなど、一連の援助過程では言語による説明が行われる。言い換えると、ワーカーが説明に使う言語を理解できない場合には、クライアントはワーカーが一体何をしてくれたのか理解できない。これでは援助の提供すらままならない状況になる。通訳を活用することで、ワーカーの提供しようとしている援助がどのようなものか、がクライアントに理解できる言葉で伝えられる。そこで、はじめてクライアントはワーカーの役割を理解し、ワーカーの援助を活用することができるだろう。

## 4 自己決定と権利の保障

最後の利点としては、クライアントの自己決定およびサービスを受ける権利の保障が挙げられる。3点目とも関連する事柄だが、言語的コミュニケー

ションが成立しない状況で援助を行ったとしても、それはワーカー側の一方的な援助の押し付けになる可能性がある。この場合、クライアントはワーカーの援助について意見や質問も伝える手段をもたない。クライアントはワーカーの援助に対して受け身の立場にあり、自ら主体的に選択し、決定することが不可能な状況に置かれてしまうだろう。

通訳の活用により、このようなクライアントにとっての閉そく的な状況は解消できる。クライアントに理解できる言語でもって、クライアントの置かれている状況、ワーカーが提供しようとしている援助などが説明され、クライアントがそれを理解することで、はじめて自己決定が可能になる。つまり、通訳がクライアントの自己決定を可能にしてくれるのである。

## Ⅲ. 通訳活用の問題点

しかし、通訳活動には問題点がないわけではない。通訳者の多くが専門家でないために、通訳者自身明らかに技量が不足している場合や、通訳者そのものが確保できないこともある。通訳者と協働するにしても、通訳導入についてのクライアントの同意や、クライアントのプライバシー保護をどうするのかという問題に対処しなければならない。また、通訳者が援助過程に関与することで、クライアントや援助内容に好ましくない影響を与える場合もある。これらのことは通訳活用の副作用と言えるが、クライアントの援助を受ける権利、プライバシーを守る権利などを保障するという点で、ワーカーとしては簡単には見過ごせないものである。具体的に以下の5項目について、ワーカーとしての対応とあわせて検討してみたい。

### 1 クライアントの同意

まずは、通訳導入にあたって、どのようにクライアントの同意を得るかである。そもそも通訳を導入するということは、ワーカーとクライアントとの言語的コミュニケーションが困難であることが前提である。当然、クライアントに対して、援助にあたって通訳が必要なこと、通訳者をワーカーが手配することを前もって説明して、同意を得ることもまた困難である。多くの場合、通訳者に初

めて同席してもらった面接の最初に、通訳者をクライアントに紹介し、なぜ通訳者に同席してもらうかについて、ワーカーの説明を通訳してもらい、そのうえで了承を得るという手続きになる。ワーカーとしては通訳の導入にあたっては、クライアントに対して通訳者の役割とその必要性について十分に説明したうえで、クライアントの同意が得られた場合に限り通訳者に同席してもらうことを原則に考えるべきであろう。このことはプライバシーや自己決定とも関係する問題であることを強調しておきたい。

## 2 プライバシー保護

第2に、クライアントのプライバシー保護がある。通訳者はワーカーと同じくクライアントのプライバシーを知る立場にある。クライアントと通訳者との関係から、クライアントが通訳者に話すことをためらう内容もあるだろう。医療現場の例であるが、ある医療機関で女性患者の診察時に男性の通訳者を同席させて問診していたところ、患者の様子がおかしいことに医師が気がついた。その医師はその場では原因が分からなかったが、病気に対する診断をつけたところ婦人科的問題があることが分かり、女性の立場上、男性の通訳者には症状を話しにくかったのではないかと、その出来事について振り返って推察していた<sup>7)</sup>。あるいは、通訳をクライアントの家族や親族に依頼した場合、クライアントは通訳者を意識して、家族や親族内で自分の立場が悪くなるような内容や、通訳者が自分の家族に干渉するきっかけを与えるような話題については、積極的に話をしないことも予想される。

このような例からも分かる通り、ワーカーはクライアントと通訳者との関係に注意し、両者の関係から、クライアントが通訳者に対して話しにくいこと、秘密にしたいことがないか、つねに配慮しなければならない。必要であれば通訳者の交替といった対応も考えられる。同時に、通訳者に対しても、クライアントのプライバシー保護について、理解と協力を得るような働きかけが必要だろう。

## 3 通訳者の能力

第3には、通訳者の能力の問題がある。多くの通訳者は、専門家としての十分な訓練を受けずに通訳をするのであるが、そのために通訳をするタイミングをつかめずに、通訳者が面接中落ち着かずにオロオロしてしまう通訳者もいる。もっとも問題なのは、正確な通訳が行われているかどうか、ワーカーにもクライアントにも分からないことである。ワーカーと通訳者との間のやりとりは日本語で行われるから、クライアントには話の内容がわからない。反対に、クライアントと通訳者との間のやりとりは外国語で行われるから、ワーカーには話の内容が理解できない。つまり、ワーカー・クライアントともに、自分の話が相手にきちんと伝わったかどうかは、通訳者に確認する以外に方法がないのである。通訳者が間違っただとしても訂正することもできず、通訳者に依存した非常に不確かな状況で面接が行われるのである。

ワーカーとしては、言語的な理解は不可能としても、クライアントの表情の変化や口調など、非言語的要素に常に注意を払い、通訳された内容がクライアントにはどのように理解されたのかを探ることが大切である。また、クライアントの話す時間と通訳者その内容を通訳している時間とを比較して、通訳者の方が極端に時間が短かったり長かったりしないか、通訳者からの返答にワーカーの質問内容と一致しない点はないかにも注意を払わなければならない。そこで、場にそぐわない反応や不自然な点が観察されれば、通訳者にクライアントとの間の会話や通訳した内容を確認することが必要である。

## 4 通訳者の介入

第4として、通訳者が援助に介入する危険性が挙げられる。筆者の経験では、通訳者が親族や知人である場合、クライアントに意向を尋ねると通訳者がクライアントと相談を始めたことがあった。また、ワーカーの意見に対して、それを通訳せずに通訳者が反論するということがあった。このように、通訳者が通訳以外に援助者として、また代弁者としてワーカー＝クライアント関係に介入する例もある。鶴田と高橋は、医療場面において人

工透析が必要な患者に対する面接の中で、当初は患者が透析導入を拒否していると考えられていたが、実は通訳者自身が透析導入に拒否的で、そのために患者に透析に関する情報をきちんと伝えていなかった、という事例を報告している<sup>8)</sup>。

この事例のように、通訳者が自らの判断で情報を取捨選択したとしても、言葉の壁がある以上第三者には正確に通訳されたかどうか判別するのは難しい。しかし、通訳者が勝手に通訳内容を変えることにより、クライアントやワーカーの提供する援助に影響が及ぶとすれば、到底無視できるものではないだろう。通訳者が援助の妨げになったのでは、通訳を依頼した意味がなくなってしまう。クライアントの援助を受ける権利とも絡む問題であり、ワーカーとしては、非言語的な手がかりを通してクライアントの理解度を押し量るために、クライアントの反応に細心の注意を払うべきである。また、通訳を介してのワーカーとクライアントとの会話に通訳者が不適切に割り込んだ場合、通訳者に対しては、まずクライアントに通訳してもらうこととクライアントに話をしてもらうよう要請しなければならない。もちろん、その必要性についてワーカーから通訳者によく説明して、理解してもらうことも必要となるだろう。

## 5 通訳へのアクセス

最後の問題点は通訳へのアクセスである。現在、ワーカーに援助を求める時に利用できる公的な通訳派遣制度はなく、通訳は関係者の自助努力で対応されている。どこに頼めば通訳者を確保できるかは、ごく一部のワーカーしか把握していないのではないだろうか。通訳依頼に関連する情報を持っていないと対応方法が分からないままである。依頼先を知っていたとしても、ボランティアに頼むために、必要な時に必ず対応してもらえるとは限らない。緊急の対応も困難である。福祉事務所など公的機関であっても通訳が配置されていることなどほとんどないことを考えれば、通訳者が確保できただけでも納得しなければならない、というのが実態ではないだろうか。

しかし、増加する外国人に対してこのような実態を放置すべきでないという意見が、現場のワー

カーから多数報告されている。今後通訳サービスが充実して、有能な通訳者を簡単に利用できるようになることが望まれる。それまでのワーカーの対応としては、ひとつは通訳者確保のためにどこに依頼すれば良いか、またどこにどのような言語の通訳者がいるかなど、通訳依頼先についての様々な情報を持つておくことがある。もうひとつは、急場しのぎの方法を身につけることである。例えば、通訳できそうな人に電話して、ワーカーとクライアントとで交互に電話を代わりながら、電話の相手に通訳してもらうことは、よく使う手段である。

## IV. まとめ

以上、ソーシャルワーク実践における通訳活用の利点と問題点について考えてきた。日本語の話せない外国人を援助する場合、確かに通訳活用により、ワーカーとクライアントとのコミュニケーションは可能になる。そのことで、多くのメリットが生まれることは先に指摘した通りである。このようなメリットを外国人クライアントに提供するためには、すでに多くの現場のワーカーが訴えていることであるが、通訳者の資格制度化や公的な派遣制度の創設など、有能な通訳者を確保しやすくする対策が必要となるだろう。

通訳活用については、援助の手段としての側面にばかり注意を払うだけでは十分でないと思われる。先に問題点として指摘したように、通訳を導入することでマイナスの影響も生じているのである。通訳活用がクライアントやワーカーの援助に与える影響について、今後十分に議論することも必要ではないだろうか。そして、ソーシャルワーク実践においては、通訳活用により生じる問題を解消あるいは緩和するために、ワーカーには様々な配慮が求められている。通訳活用の問題は国際化社会におけるソーシャルワークのひとつの課題だと考えられる。

これまで外国人の福祉問題として取り上げられたのは、生活保護の準用や健康保険加入に見られる、医療費保障制度の適用除外の問題が多かった。しかし、難民・中国帰還者の家族など定住化する外国人が増加しており、今後は一時的短期的な問

題だけでなく、言葉をはじめ文化・習慣の違いから生じる様々な生活問題に対しても、ワーカーの関わりが求められることになるだろう。その際に、日本人であるワーカーと日本以外の文化圏で育ったクライアントとの間で、これまで日本のワーカーがあまり意識しなかった文化的差異による困難を経験することが予測される。したがって、新たに日本で生活するようになった外国人の抱えている生活問題や彼らへの援助に関する課題について、ソーシャルワーク実践の立場からさらなる検討を行う必要性を指摘しておきたい。すでにアメリカでは、クライアント自身の所属する文化を理解する重要性やクライアントとワーカーの間の文化的差異とソーシャルワーク実践のあり方について、Solomon、Dungee-Anderson & Beckett、Schlesinger & Devoreらが、多文化主義 (multiculturalism) や民族性 (ethnicity) に配慮した実践というテーマで論じる<sup>9)</sup> など、ひとつの大きな主題となっている。本稿で取り上げた通訳活用の問題も含めて、日本における今後のソーシャルワーク実践においても重要な視点となるだろう。本稿では十分に議論できなかった点であり、筆者の今後の課題としておきたい。

本稿では筆者の医療ソーシャルワーカーとしての実践経験から通訳活用について考察してみた。この問題についての取り組みはまだまだ始まったばかりで、実際の面接場面の検証などさらなる実証的検討が必要だと考えられる箇所も多い。内容的には不十分なものはあるが現場からの問題提起としてご理解頂きたい。もちろん、通訳の派遣制度や生活保護制度など社会保障制度の不備も大きな問題点として挙げられる。これらの問題点にどのような視点で取り組むかは、単にソーシャルワーカーの専門性が問われるだけでなく、日本の国際化の中身も同時に問われているのではないだろうか。

(本稿は第43回日本社会福祉学会における発表要旨に加筆修正したものである。)

## 《引用文献》

- 1) 藤田譲「在日外国人の医療保障—韓国人労災患者の事例より」、『第14回日本医療社会事業学会抄録集』、pp.148-149、1994年。または、藤田譲「通訳の活用による中国帰還者とその家族への援助」、『医療と福祉』61号、pp.21-26、1994年。
- 2) 例えば、杉原亜樹子・三羽直美・洪東基・黒岩正威「超過残留外国人の現状と問題点」、大阪医療社会事業協会年報『大阪の医療社会事業平成4年度のあゆみ』、pp.31-39、1993年。中桐伸五・高山俊雄「すべての外国人に医療保障を」、海風書房、1992年。
- 3) 注1と2で挙げた論文などのほかに以下の論文・報告において、通訳ボランティアの活用事例が報告されている。天野博之・佐藤奈美男・浅野正嗣・高麗彰子・宮内信子「難病患者を抱えた外国人労働者の援助過程から学ぶもの」、『第13回日本医療社会事業学会抄録集』、pp.100-101、1993年。加藤久美・勝亦雅美「通訳拒否、会社の解雇の危機を乗り越えて—慢性疾患をもつタイ人への援助—」、『第14回日本医療社会事業学会抄録集』、pp.150-151、1994年。鶴田光子・高橋恭子「言語の側面から考察した外国人等へのソーシャルワーク」、『第14回日本医療社会事業学会抄録集』、pp.156-157、1994年。
- 4) 東京都医療社会事業協会「外国人の医療問題検討委員会報告」、『医療ソーシャルワーク』41号、p.22、1993年。
- 5) 東京都医療社会事業協会、前掲報告書、p.10。
- 6) 鶴田・高橋、前掲論文、p.157。
- 7) R I N K主催シンポジウム「すべての外国人に医療の扉を」(1994年7月)におけるシンポジスト新谷泰久氏の発言である。
- 8) 鶴田・高橋、前掲論文、p.157。
- 9) Solomon, A., "Clinical Diagnosis among Diverse Populations: A Multicultural Perspective", *Families in Society* 73 (6), pp.371-377, 1992; Dungee-Anderson, D. & Beckett, J. O., "A Process Model for Multicultural Social Work Practice", *Families in Society* 76 (8), pp.459-466,



1995 ; Schlesinger, E. G. & Devore, W. ,  
"Ethnic-Sensitive Practice" , Edwards, R. L.  
(Ed. in Chief) , Encyclopedia of Social Work

19th ed. , pp.902-908, N A S W Press, 1995.  
この他にも cross-cultural social work という用語もあり、多数の文献が発表されている。

## The Collaboration with Interpreter in Social Work Practice.

Jo Fujita

The globalization increases the foreigners who need some social work services. Recently, it is evident that social workers have more experiences of helping the foreign persons who cannot speak Japanese at all. In these cases, the social worker helps them, collaborating with an interpreters. In this article about the collaborations with interpreters in social work practice, I try to analyze how the use of interpreter influences on social work practice. The positive effect of the use of interpreter is the following four aspects : effective communication, restoration of client's autonomy, appropriate help provided, and securing of self-determination and rights receiving services. On the other hand, the use of an interpreter in the helping process has five potential problems : the informed consent about the use of interpreter, confidentiality, inability of interpreter, interference by interpreter, and low accessibility of interpretation service.

Social work services are provided mainly through verbal communication between client and social worker, and language is a very important tool for social work practice. Then, when a social worker collaborates with an interpreter, the social worker must pay attention to the interpreter's influence on client or helping process.

# ヘルスケア専門職の「関心領域測定尺度」 の作成と比較に関する研究

—ソーシャルワーカーと看護職の比較—

松岡千代\*<sup>1</sup>  
荒川義子\*<sup>2</sup>

Key Words ヘルスケア、関心領域、独自性、  
連携

## I. はじめに

近年、在宅ケアの問題を中心に、様々な専門職の連携の必要性が強調されるようになってきている。連携については、「共に働くプロセスで、専門的・個人的な技術・知識、そして自分自身とパートナーの特徴についての理解と、共有した目標と哲学を持つものである」と定義されており<sup>1)</sup>、相互の役割や技術そして実践の期待を理解することによって強化され<sup>2)</sup>、また目標や意見を承認し統合することによって効果的なものとなる<sup>3)</sup>と考えられている。すなわち、この連携を有効に機能させるためには、まず専門職の相互理解、つまり共通性と独自性をお互いに理解することが前提となる。

従来のソーシャルワーカーと他の専門職（看護職も含む）の比較に関する研究は、役割・機能または業務を分析対象として行われてきた。しかしながら、ヘルスケア領域に限らず、人を対象に援助を行う専門職の役割や機能は多かれ少なかれオーバーラップしている。従って、これらの比較基準では共通性・重複性を見いだせても相違点、すなわち独自性を明らかにしていくことは難しいと思われる。

そこで本研究では、ヘルスケア専門職間の比較を可能にする包括的な基準が必要と考え、その比較基準として「関心領域」という概念を取り上げることにしたい。具体的には、対象者の側面を「身体的側面」「心理的側面」「社会的側面」の3領域に分け、それぞれの領域について各専門職がどの程度重要をおくかという「関心度」を用い、

その比較によって専門職の独自性を明らかにしようとするものである。本稿では、まずソーシャルワーカーと看護職を取りあげてモデルの検証を試みたい。

## II. 分析の枠組み

### 1) 看護とソーシャルワークの「関心」の相違

伝統的なソーシャルワークの関心が、個人中心から「人と環境の全体性」へと推移したのと同じく、医療・看護においても、従来の「疾病中心」の医療に対する反省から、同様の変化が起こっている。そして、その関心は対象者の心理・社会的側面へと拡大し、人を全体として捉えようとする方向へ変わりつつある。この点について武内<sup>4)</sup>は、我が国に医療ソーシャルワーカーがあまり配置されていないことから、看護職がソーシャルワーカーの代替として、援助対象を心理・社会的側面にまで拡大していかざるを得ない状況を指摘している。

では、看護がその援助対象を心理・社会的側面にまで拡大したとしても、ソーシャルワークの対象とするものと全く同じになるであろうか。この点について示唆を与えてくれるのは上田<sup>5)</sup>である。彼は患者を全人的に見る努力は重要であるとしながらも、「チームのどの職種も、患者の問題構造を、真上から、直接のぞき込むことはできず、それぞれ得意な角度から、それぞれ少しづつ違った像を描くことにすぎない」と述べている。

MoralesとSheafor<sup>6)</sup>は、この点について以下のように述べている。すなわち、ソーシャルワーカー

\* 1 Chiyo Matsuoka : 兵庫県立看護大学

\* 2 Tomako Arakawa : 関西学院大学 社会学部

は、まず人と環境の相互作用の質を改善するためにそれに働きかける準備をし、次に個人と環境それぞれに注意を向ける。それとは対照的に、医師は個人の身体面の治療を第一に行うとし、次に個人以外の人またはシステムに注意を向けるとしている。この文脈において「医師」を「看護職」に置き換えても内容にほとんど差異はないであろう。

こうした指摘はまた、看護とソーシャルワークの援助プロセスを比較するとよく理解できる。どちらの援助プロセスもその経過においては大差はない。しかし、情報収集の段階で、看護はまず対象者の病気・疾病に関わる身体的側面を中心に情報を収集し、ソーシャルワーカーはその情緒面または家族との関係など心理社会的側面を中心に情報収集する。この両者の相違点は、経験的にも容易に理解できるものと思われる。

以上のように、両者は全人的なアプローチを同じように重視しながらも対象への関心の寄せ方に差異がみられる。このような関心の向け方の違い、つまり対象者のどの側面を優先して捉えるかということが、それぞれの専門職の特徴または独自性を示す一つの指標となり得ると考えられる。

## 2) 人と環境の交互作用モデル

ソーシャルワークは、その始まりから人と環境の問題を取り扱ってきた<sup>7)</sup>が、近年それに生態学的視点を取り入れてライフ・モデルを確立したのがGermainとGittermanである。Germain<sup>8)</sup>は、「人」と「環境」を一元的システムとして捉え、両者の「交互作用」の結果としてニーズや問題が生じるとしている。そして、「環境」を「物理的環境」と「社会的環境」の2つに大きく分け、「交互作用」については、それが生じている領域を「個人的」「人間関係的」「環境的」の3つに分けて説明している<sup>9) 10)</sup>。ところが残る「人」に関しては、特に言及をしていない。

しかし、「人」もまたその全体を捉えることを目的として、分析のために分割が可能ではないだろうか。例えば笠原<sup>11)</sup>は、人間構成の多次元性を指摘し、「身体(生物)的次元」「心理・社会的次元」「実存的次元」からの多元的多層的アプローチを提唱しており、また黒川<sup>12)</sup>も人間を生理・心理・社会という3つの次元から捉えようとしてい

る。

以上の点から、人間存在の側面を、大きく身体的・心理的・社会的側面に分け、それぞれが人を捉える上での「関心領域」と考える。各「関心領域」は相互に作用し、またオーバーラップしているため、実際には明確な形での分割は不可能であるが、ここではあえて分析のため分けることとする。

そして、「環境」との関係においては、「身体的側面」は「物理的環境」と、「社会的側面」は「社会的環境」と主に交互作用を行っていると考えられる。もちろん「物理的環境」が「社会的側面」に、「社会的環境」が「身体的側面」に影響を及ぼすことは十分に考えられる。そこで、「身体的側面」は「物理的環境」と主に交互作用を行っているが、その影響は「心理的側面」を経て「社会的側面」へと波及し、その反対に「社会的側面」は「社会的環境」と主に交互作用を行っているが、その影響は「心理的側面」を経て「身体的側面」へと波及していくという関係を想定してみたい。「心理的側面」自体は「環境」と直接交互作用はせず、バッファ(緩衝剤)としての役割を果たしていると考えられる。このモデルで、「人」の各側面を「身体」-「心理」-「社会」という形で並列的に捉えた意図は、こうした「環境」からの影響の波及(双方向)を図示することができるからでもある。

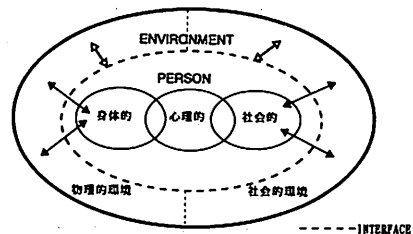


図1 人と環境の交互作用モデル

さらに前述のように、ソーシャルワーカーも看護職も人間をその全体像で把握しようとする姿勢に大差はない。しかし、看護職は対象者の身体的側面から、ソーシャルワーカーは対象者の社会的側面から全体をとらえようとしているのであり、両者には関心の向け方、つまり「関心の方向性」に差異が存在していると考えられる。

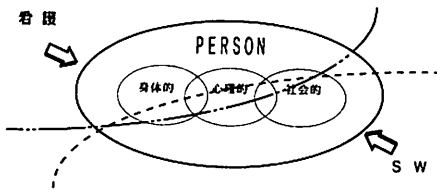


図2 看護職とソーシャルワーカーの「関心の方向性」

### 3) 作業仮説の設定

上記のモデルでいう「関心の方向性」は、具体的に数値化し実証することは困難であると思われる。そのため、「関心の方向性」に代わって「関心度」という概念を作業仮説で用いる。「関心度」とは各「関心領域」に対してどの程度重要さをおいているかということを数量的に示したものである。

前述のモデルから、次の5つの仮説が導き出されるであろう。

**仮説1.** 対象者の「身体的側面」に関しては、看護職の方がソーシャルワーカーより高い関心を持っている。

**仮説2.** 対象者の「心理的側面」に関しては、看護職とソーシャルワーカーの関心度に差異はない。

**仮説3.** 対象者の社会的側面に関しては、ソーシャルワーカーの方が看護職より高い関心を持っている。

**仮説4.** 看護職は、対象者の「身体的側面」「心理的側面」「社会的側面」の順に関心度が高い。

**仮説5.** ソーシャルワーカーは、対象者の「社会的側面」「心理的側面」「身体的側面」の順に関心度が高い。

さらに、上記のモデルとは直接関連しないが、病院におけるソーシャルワーカー配置の有無が看護職の関心度に影響を与えていると考え、以下の仮説を設定した。

**仮説6.** ソーシャルワーカーがいる病院の看護職よりもソーシャルワーカーのいない病院の看護職の方が対象者の「社会的側面」に関する関心度が高い。

## Ⅲ. 調査の概要

### 1) 調査対象と方法

ソーシャルワーカーについては、大阪府・兵庫県下の一般病院（精神病院・老人病院・人工透析専門の単科病院を除く）と、名古屋市一部の一般病院に勤務する224名を対象とした。また、看護職については大阪府と兵庫県下の4つの病院（内2病院はソーシャルワーカーが常勤）に勤務する416名を対象とした。回収率はソーシャルワーカー79.9%（179名）、看護職96.4%（400名）であった。

まず、「関心領域測定尺度」を内容妥当性の検討を行った上で予備的に作成し、上記対象者に対して尺度開発と仮説検証を並行的に行った。尺度開発では、項目透過率の検討とバイアス項目との相関係数の検討の後、因子分析を実施し、モデルと同一の尺度構成が確認された。最終的に「関心領域測定尺度」には、「身体的側面」20項目、「心理的側面」16項目、「社会的側面」20項目が採用された（巻末資料参照）。尺度全体の内的一貫性信頼性係数（Cronbach's  $\alpha$  係数）は、0.94であり、また「身体的側面」0.97、「心理的側面」0.91、「社会的側面」0.94であった。

### 2) 分析結果

サンプルの基本的属性の単純集計結果は表1のとおりである。

まず、「年齢」と「経験年数」の違いが、関心度に与えている影響を検討するためにそれぞれ分散分析（一元配慮）を行ったが、有意な差は認められなかった。

次に各関心度について、「職種」を要因とする分散分析（一元配置）を行った結果、「身体的側面」と「社会的側面」において関心度の有意差が認められた（表2）。「心理的側面」においては有意差は認められなかった。さらに箱ヒゲ図によって検討した結果、「身体的側面」に関しては看護職の方が、「社会的側面」に関してはソーシャルワーカーの方が、より高い関心を持っていることがわかった。以上のことから、仮説1～3は支持されたといえる。

仮説4と5については、各尺度についての偏差値を求めた結果、ソーシャルワーカーは社会/心理/身体/社会の順で、また看護職は身体/心理/社会の順で高い関心を持っているということがわかった（表3）。よって、仮説4と5は支持された

表1 基本属性の単純集計結果

変数	看護職 実数(%) n=400	SW 実数(%) n=197
性別 男性	1 (0.2)	65 (36.3)
女性	399 (99.8)	114 (63.7)
年齢階層 20歳以上30歳未満	267 (66.8)	60 (33.5)
30歳以上40歳未満	95 (23.8)	60 (33.5)
40歳以上50歳未満	33 (8.3)	39 (21.8)
50歳以上	5 (1.3)	20 (11.2)
経験年数 1年未満	34 (8.5)	14 (7.8)
1年以上3年未満	81 (20.3)	27 (15.1)
3年以上5年未満	77 (19.3)	33 (24.6)
5年以上10年未満	106 (26.6)	33 (24.6)
10年以上	101 (25.3)	61 (34.1)
看護資格 看護婦・士	381 (95.3)	
准看護婦・士	19 (4.8)	

表2 各「関心度」の職種別分散分析の結果

関心度	N	F 値	P
身体的側面	578	790.00	0.0000
心理的側面	578	0.45	0.50
社会的側面	578	189.50	0.0001

表3 各「関心度」の職種別偏差値

関心度	全体 (N=579)		看護職 (N=400)		S W (N=179)	
	平均	標準偏差	平均	偏差値	平均	偏差値
身体的側面	66.19	15.63	74.14	55.1	48.44	38.6
心理的側面	32.99	4.96	33.08	50.2	32.78	49.6
社会的側面	65.03	8.66	62.17	46.7	71.41	57.4

表4 各「関心度」の連携経験の有無別分散分析の結果  
(ソーシャルワーカーが常勤している2病院の看護職のみ)

関心度	N	F 値	P
身体的側面	180	6.83	0.0097
心理的側面	180	9.82	0.0020
社会的側面	180	16.81	0.0001

いえる。

最後に仮説6については、要因を「ソーシャルワーカーの有無」として分散分析（一元配置）を行った結果、有意な差は認められなかった。

そこで、看護職において対象者の関心領域に影響を与えている要因を検証するため新たな仮説を立てた。

仮説7. ソーシャルワーカーとの連携の有無が関心領域に影響を及ぼしている。

この仮説を検証するため、「ソーシャルワーカーとの連携経験の有無」を要因として分散分析（一元配置）を行った結果、すべての関心領域に有意な差がみられた（表4）。さらに、箱ヒゲ図で検討した結果、ソーシャルワーカーと連携経験のある看護職の方が、全ての「関心領域」において高い関心を示していることがわかった。

#### IV. 考察

以上のように、ソーシャルワーカーと看護職を見た場合、本研究で立てたモデルに基づく仮説1～5については全て支持された。言い換えれば、この準拠モデルが実証的に検証されたことになる。ヘルスケアチームにおける連携については、前述したように各専門職間の相互理解が求められる。本研究で得られた「関心度」における差異は、独自性を示す指標として2つの専門職間の相互理解の材料となり得るものと考えられる。

さらに看護職に関しては、「関心度」に影響を与える要因として、ソーシャルワーカーの有無ではなく、ソーシャルワーカーとの接触すなわち連携の有無が関連していることが明らかとなった。この結果だけで連携経験の有無と「関心度」との間の因果関係を単純に明らかにすることはできないが、ソーシャルワーカーとの接触によって看護職の「関心度」が高まる傾向が存在していることは言えるだろう。従って、今回の調査からは、異なる専門職の接触によって双方の「関心度」が高まるという意味で、連携に肯定的な意味を見いだすことができる。

一方このことは、連携によって専門職間の「関心度」の差が縮小して、表面上類似性が高まることを意味する。しかし、相互接触によって「関心度」の差が減少していくということは、各専門職の独自性が喪失されるということの意味するものとは考えない。たとえ「関心度」の差異が縮小しても、それぞれの持つ「関心の方向性」は基本的に変化しないと思われるからである。何故なら「関心の方向性」という概念で示されているものは非常に安定しており、各専門職が養成される教育

プロセスの中で身に付いた基本的属性のようなものではないかと考えられるからである。

これに対して、「関心度」は、先の「関心の方向性」に基礎をおくものの、業務を遂行する環境において左右され得るものだといえる。従って、相互に相手の「関心の方向性」の違いを認識し、それを尊重し合うことができれば、専門職間の葛藤を回避することができるのではないだろうか。

そしてこの研究の限界と課題もそこにある。先述したように、「関心の方向性」を数量的に把握することは困難であるために「関心度」で代用した。ただこの「関心度」を用いてどこまで「関心の方向性」という概念の代用となるかについては疑問が残る。実際に、看護職とソーシャルワーカーとの連携によって両者の「関心度」の差異が減少する傾向が認められた。今後は、この「関心の方向性」を測定する手法を開発し、実証していくことが求められる。

また、サンプルの地域的な偏り、使用した「関心領域測定尺度」の妥当性の問題も残っており、さらにソーシャルワーカーと看護職以外の専門職との比較も必要であろう。今後は、これらの問題に取り組んで、モデルと尺度の一層の精緻化を図っていきたい。

## 謝辞

この調査研究をするにあたり、多くの方々から御協力をいただきました。お忙しい中を調査票の解答にご協力いただきましたと同時に、さまざまなアドバイスや御意見をいただきました。この場をかりて、皆様に心からお礼を申し上げます。

## 引用文献一覧表

- 1) Aradine, C. & Pridham, K. F., "Model for Collaboration," *Nursing Outlook*, Vol.21, p.656, 1973.
- 2) Williams, C. C., Bracht, F. N., Willams, A. R. & Evans, L. R., "Social Work and Nursing in Hospital Settings," *Social Work in Health Care*, Vol. 3(3), pp.311-322, 1978.
- 3) Davidson, W. K., "Role Blurring and the Hospital Social Worker's Search For a Clear

Domain," *Health and Social Work*, Vol.12(3), pp.228-234, 1990.

- 4) 武内昶篤「関連領域と社会福祉」奥田いさよ・平塚良子編著：『現代人の社会福祉—福祉・看護・保育のために—』、頁132、ミネルヴァ書房、1986。
- 5) 上田敏：『リハビリテーションを考える』頁169、青木書店、1983。
- 6) Morales, A. & Sheafor, W. B., *Social Work : A Profession of Many Faces*, 5th ed., pp.18-19, ALLYN & BACON, 1986.
- 7) Meyer, H. C., "Direct Practice in Social Work : Overview," *Encyclopedia of Social Work*, 18th ed., Vol. 2, NASW, p.410, 1987.
- 8) カレル・ジャーメイン他著、小島蓉子編訳・著：『エコロジカル・ソーシャルワーク—カレル・ジャーメイン名論文集—』、頁86、学苑社、1992。
- 9) Germain, B. C. & Gitterman, A., *The Life Model of Social Work Practice*, pp.137-151, Columbia University Press, 1980.
- 10) カレル・ジャーメイン他著、小島蓉子編訳・著：前掲書、頁89。
- 11) 笠原嘉ら：『精神の科学とは』、頁7-8、岩波書店、1983。
- 12) 黒川昭登：『福祉はいかにあるべきか—市民福祉の現状と課題—』、頁223、誠信書房、1983。

## 巻末資料：「関心領域」質問項目一覧

### 身体的質問項目（20項目）

- ・患者が転倒などの事故を起こさないよう気にかけている
- ・患者が痛みを訴えたときその緩和法（薬、温めるなど）を知っていることは大切だ
- ・患者が発熱していないかどうか気にかかる
- ・患者が咳やくしゃみをしていないかどうか気にかけている
- ・患者がアレルギーを持っているかどうか知っていることは大切だ
- ・患者の血圧を気にかけている
- ・患者の手足が冷えていないかどうか気にかけている
- ・患者が汗かきかどうか知っていることは大切だ
- ・患者の排泄状態について知っていることは大切だ
- ・患者が受けている輸液について知っていることは大切だ
- ・患者の治り具合が気にかかる
- ・患者の足が腫れていないかどうか気にかけている
- ・患者が皮膚のかゆみを訴えていないかどうか気にかけている
- ・患者が義歯を使用しているかどうかを知っていることは大切だ
- ・患者の口腔ケアができていないかどうか気にかけている
- ・患者の入院食について知っていることは大切だ
- ・患者の既往症について知っていることは大切だ
- ・患者の現病歴を知っていることは大切だ
- ・患者の治療がどのような段階にあるのかを知っていることは大切だ
- ・患者の検査結果を気にかけている

### 精神・心理的質問項目（16項目）

- ・患者が何を思うか気にかけている
- ・患者が最近ストレスを感じたかどうかに関心がある
- ・患者が淋しがっていないかどうかを気にかけている
- ・患者の喜怒哀楽を気にしている
- ・患者が退屈しているかどうかを気にかけている
- ・患者が孤独感を感じていないかどうかを気にかけている
- ・患者が情緒的なサポートを必要としているか気にかけている
- ・患者が気分的に危機状態に陥っていないかどうかを気にかけている
- ・患者が病状についてどんな説明を受けているかどうか気にかけている
- ・患者が治療に関して不満を感じていないかどうかを気にかけている
- ・患者が同室者に対して不満を感じていないかどうかを気にかけている
- ・患者が退院後の生活に関して不安を抱えていないかどうかに関心がある
- ・患者の心理的な発達段階に関心がある
- ・患者の心の支えになっている人を知っていることは大切だ
- ・患者がおどおどしていないかどうか気にかけている
- ・患者がよくよくしていないかどうか気にかかる

### 社会的質問項目（20項目）

- ・患者の支払い能力に関心がある
- ・患者が就業中（就学中）かどうかに関心がある
- ・患者が入院前に、誰と同居していたかに関心がある
- ・患者の家族構成に関心を持っている
- ・患者のコミュニケーション能力に関心を持っている
- ・患者が退院後どこに行くかについて知ることは大切だ
- ・家族の中で主な稼ぎ手は誰か知っていることは大切だ
- ・面会者の来る時間帯を気にしてみている
- ・面会にどんな人が来ているかに関心がある
- ・患者にとってのキーパーソンを知っていることは大切だ
- ・患者の保険・年金等について知っていることは大切だ
- ・患者が社会福祉サービスを必要としているかどうか気にしている
- ・患者が社会福祉サービスを受けるための資格要件について知っていることは大切だ
- ・患者が社会福祉サービスを受けるときにどの機関が対応するかを知っていることは大切だ
- ・患者が退院後入る施設について知っていることは大切だ
- ・患者が退院後受けられる地域サービスについて知っていることは大切だ
- ・患者が経済的な援助を必要としているかどうか気にかけている
- ・患者が医療従事者と関係をうまく保っているかどうか気にしている
- ・退院後、家族がどの程度介護できるかどうかについて関心がある
- ・患者の退院後の生活に最も協力してくれる人が誰かに関心がある

### バイアス項目

- ・自分は患者にとって良い援助者であると思う
- ・患者にとってここはすばらしい病院である
- ・自分は患者にとって良きパートナーである
- ・患者・家族は自分に大きな信頼をおいている

## Domains of Concerns Inventory for Health Care Professions (DCI) : Development, Verification and Pilot Study

Chiyo Matsuoka, Tomoko Arakawa

The purpose of this study is to clarify the originality of health care professions which include social workers and nurses.

To accomplish this purpose, Domains of Concerns Inventory for health care professions (DCI) consisting of four domains, physical, psychological, social and bias, was developed. And then differences of these above two professions were examined by DCI.

The DCI is a measurement of how much concern health care professions have for each domain. To develop and verify DCI, self-reported data of 179 social workers in the health care field and 400 nurses in four general hospitals were analyzed by factor analysis method. As a result, Cronbach's  $\alpha$  of DCI was 0.94 and each factor's coefficient was also higher than 0.90.

Using DCI, differences were as follows; 1) In physical domain, social workers' concerns were lower than nurses'; 2) In psychological domain, there were no differences; 3) In social domain, social workers' concerns were higher than nurses'; 4) For social workers, the order of DCI scores was descendingly social, psychological, physical; 5) For nurses, the order of DCI scores was descendingly physical, psychological, social.

Finally, the collaboration of these two professions is discussed.



# 中途障害者の復学に関する諸問題

石井大輔\*  
田中渉\*  
松下康一郎\*

Key Words 中途障害者、復学、普通学校、  
養護学校、チーム・アプローチ

## I. はじめに

1981年の「国際障害者年」を契機に、その後の「国連・障害者の十年」から「アジア・太平洋障害者の十年」へと続く一連の障害者施策の中で、我が国においても障害者と健常者の統合政策が積極的に展開されている。これらはノーマリゼーションの理念を根底に据えた、国政レベルから民間の草ノ根活動にまで至る官民を挙げての運動である。この時代の潮流とでもいうべき巨大なうねりの中では、教育の場さえも既に聖域としては存在し得ず、障害者の普通学校への進学や復学も更に促進されて然るべき課題と考えられる。

そこで本稿では吉備高原医療リハビリテーションセンター（以下当センターとする）を経由後に、養護学校ではなく一般の普通学校への復学を果たした中途障害者を対象とし、学齢期の障害者が普通学校へ戻るに当たってどのような課題が生じてくるのかを検討して、それぞれの問題の明確化を図ることを目的とする。

## II. 復学の規定

広辞苑によると復学とは「停学または休学していた学生・生徒が、再び学校に復帰すること」と定義されている。障害者の復学に関する法的な問題は後で述べるが、本文中で使う復学の意味はもう少し内容を限定して、

1. 「障害を持つ原因となった外傷や疾患の発生した時点で在籍していた学校へ、医学的リハビリテーションが終了した後に復帰した場合」と、
2. 「その過程でMSWが積極的に介入したケース」

の条件を充たしている場合と規定したい。しかし中には小学校の最終学年時に発症したクライアントが入院中に元の学校を卒業し、退院と同時に中学校へ復帰した例等もあり、

3. 「障害者を受け入れる他の普通学校への転校や、発症時の在学を卒業による上級課程の学校への進学、また通信課程への編入等」も加えて含むことにする。

要するに、①受症後にそれまでの学校を退学または養護学校へ転校した場合と、②形態は問わずに普通学校へと復帰した場合の二つのグループに分類している。

## III. 当センターでの復学実績

当センターの入院患者で、1987年6月より1995年8月までにMSWが関与した、復学の問題を持つクライアントは計17名である。その障害別としては脊髄損傷（以下脊損とする）11、頭部外傷3、その他3であり、脊損の内4名は頸髄損傷である。またその他の障害の3名については、脳梗塞、特定疾患、坐骨神経麻痺が各1名づつであった。

(表) 復学関連ケース数の総数及び内訳

	脊髄損傷	頭部外傷	その他	計
小学校	1 (1)	1 (0)	1 (1)	3 (2)
中学校	2 (2)	2 (2)		4 (4)
高校	5 (3)		2 (1)	7 (4)
大学	3 (2)			3 (2)
計	11 (8)	3 (2)	3 (2)	17 (12)

① 単位；人

② ( ) 内の数字は復学成功ケース数

\*Taisuke Isii, Wataru Tanaka, Kouichiro Matsushita : 吉備高原医療リハビリテーションセンター 医療相談室

次に発症時に在学していた学校種別の障害内訳では、小学校では脊損1 [1]、頭部外傷1 [0]、その他1 [1]の計3 [2]名、中学校では脊損2 [2]、頭部外傷2 [2]の計4 [4]名、高校では脊損5 [3]、その他2 [1]の計7 [4]名、大学では脊損3 [2]のみの計3 [2]名である。なお [ ]内の数字は復学に成功したケース数であり、計12名(70.6%)が普通学校への復学を果たしている。(表を参照)

また脊損のクライアントの中には、前述したように受傷時の小学校を入院中に卒業し中学校へ復帰した者と、全日制高校から通信制高校へ転校した者を各1名ずつ、またその他の障害にも通信制高校への転校を1名含んでいる。

#### IV. 復学に関する問題点

実際の復学に関する問題点は大きく分けて、

1. ハード的側面 a) 物理的問題、b) 制度的問題
2. ソフト的側面 a) 心理的問題、b) マンパワー等の支援体制、c) 医学的管理
3. 上記二点を踏まえての、関係諸機関との折衝・調整的側面

の三つに分類できると思われる。複雑に絡み合ったこれらの問題を分析し上手に解いていくことによって、復学援助に際して何から手をつければ良いのが次第と明確になってくる。

次に各側面の問題に対するそれぞれ具体的な援助項目を以下に述べる。

1. ハード的側面
  - a) 物理的側面
    - ・校舎内外の段差の解消
    - ・トイレの改造及び排泄スペースの確保
    - ・プッシュ・アップ(push・up)が不可能な場合の除圧スペースの確保
    - ・登下校の手段
    - ・筆記に関する事項
    - ・特殊教室使用時の上下移動の検討
    - ・住宅改造に関する事項等
  - b) 制度的問題
    - ・養護学校との関係調整
    - ・改造等の予算編成及び確保

- ・体育等のカリキュラム内容
  - ・復学時期の設定等
2. ソフト的側面
    - a) 心理的問題
      - ・心的浄化・障害受容の促進
      - ・復学に関する動機づけ
      - ・ピア・カウンセリング(peer・counseling)等の場の設定
      - ・障害及び障害者に関する理解
      - ・情報提供による不安の軽減等
    - b) マンパワー等の支援体制
      - ・学校全体での受け入れ支援
      - ・移動等の介助を誰が行うか
      - ・「仲間」としての生徒間の協力
      - ・必要に応じて福祉機器等の購入や搬入等
    - c) 医学的管理(クライアントと学校側の双方への、障害そのものとケアに関する教育と理解といえる。)
      - ・学校側への障害に対する十分な教育
      - ・直接的なケアの指導
      - ・クライアント及び家族への自己管理の指導
      - ・緊急時の対処の説明等
  3. 関係諸機関との折衝・調理的側面
    - ・実際の復学援助のスタートとなる「復学に関する申し入れ」
    - ・障害者受け入れに必要な事項の説明
    - ・学校・教育委員会への情報の提供
    - ・学校よりPTAへの説明用資料の作成援助
    - ・クライアント及び家族の希望に対するアドボカシー等。

以上のような問題群は、それぞれ単独では存在せず、互いに有機的且つ複雑に結び付いている。例えば関係機関との折衝を進めるためには、学校側とクライアント及び家族の双方の心理的不安を解消することがまず前提となる。特にクライアントについては「復学の過程において、最も重要なことは本人の復学意志」<sup>(1)</sup>ともいわれ、再度就学することへの動機づけの強化が必要とされる。しかし学校側の持つ不安の大半は心理的なものと同時に、校舎等の使用にあたっての物理的な問題から発生している場面が多い。MSWは上記の三側面からの問題分析を常に意識しつつ、他のリハビ

リテーション・スタッフと分担・協力して援助を行なければならない。

## V. MSWに求められる役割

このような復学に対するチーム・アプローチの中で、MSWは伝統的なケースワークに基づく直接療法及び間接療法の活用を要求される。前者は障害受容を中心とした心理的問題に対するカウンセリング等の援助であり、後者は対外的な折衝の場面においてMSWがチームの窓口となることから、コーディネーターとしての機能を期待されたものである。なおこの場合のコーディネーションは、チームの代表として外部の関係諸機関に対して行うものの他に、クライアント・家族を含むスタッフ間での、統一したゴール設定のために実施する二通りが存在する。高田はリハビリテーション場面で間接療法が必要と判断される場合として、「問題を作り出している状況の原因が外的条件や環境によっているとき、クライアントの社会復帰に必要な状況があるとき、クライアントにそれらの社会資源を使いこなせる活用能力があるとき」<sup>(2)</sup>の三点を挙げているが、復学の問題に関していえば、その活用は全てのケースにおいて不可欠である。

またこれらの援助は、同時進行的に計画・実施していくことが要求されるため、援助者から積極的なアプローチをしていく必要がある。そのため時には学校を訪問したり、また逆に教育関係者に来院してもらい、スタッフとの話し合いの場のセッティング調整を行なうといったアウトリーチ (out reach) の活動が重要となる。

## VI. 復学の法的解釈と援助の担当分野

次に学校側が復学に対して、何を基準に考えているのかを整理しておく必要がある。法的な面から見てみると、学校教育法には「特殊教育」として盲・ろう学校及び養護学校を総称した特殊教育諸学校と、特殊学級における教育を含んでいるが、これらの区分は「原則として障害程度の重い子どもは特殊教育諸学校で、軽い子どもは特殊学級又は通常の学級」<sup>(3)</sup>において教育を受けさせるとしている。つまり重度障害者は原則的には普通

学校での対応は考えられていないのである。しかしながら障害者の復学に関しては、法律上の明確な規定は存在していない。本論の主題とは少し性格が異なるが、例えば1993年10月26日の旭川地裁における特殊学級編入訴訟では、障害児が中学校進学の際に、意向に反して特殊学級へ編入されたことへの処分取り消しを求めた提訴に対して、「学級決定は学校教育法上、校務に属すると言えるのに対し、本人や親に何らかの関与を認める規定はない」ので「どの学級に入れるかは校長の権限。親や本人に選択権はない」とし、「学校教育法の規定では重度の障害児は養護学校などへの就学が前提として、親や本人が盲、ろう養護学校か普通学校かを選択する権利もない」<sup>(4)</sup>との判決が出されている。

以上のことから判断して、現状ではやはり復学に関する最終的な判断と決定権は、原則的に学校長にあると考えられる。従って復学とは、各々の学校長の考え方や理解度、教育委員会やPTAとの力関係等によって多分に左右されうる性質のものであるといえる。だがこの状況が将来的に永续するとは一概にはいい切れない。何故なら利用者の意見やニーズが固有の権利として、各種サービスに反映され始めた昨今の福祉政策と同様、教育行政も利用者主体のこの流れに多大な影響を受けることは否めないからである。今後の復学問題についても、クライアントの希望が更に反映されていく可能性は十分に高いと思われる。

また復学援助とは元々障害に起因する問題のため、具体的な援助をソーシャルワークのどの分野で担当すべきかについても医療福祉分野、障害者福祉分野等広く該当しよう。しかし通常の中途障害者の場合は医療機関にて急性期を過ごした後、医学的リハビリテーションの過程を経て社会復帰へと臨む。彼らの学校への志向についても「入院当初は復学に消極的な者が多いが、退院後の生活について考えさせるようにすると、徐々に復学に対する希望を持つようになってくる」<sup>(5)</sup>と、訓練の進行に合わせて前向きに変化していくことが報告されており、当センターで関与したケースも事実そうであった。これら復学の意志をもつクライアントが、その訓練の後に障害者施設へ入所した

場合は、時間的にも精神的にもクライアントと学校との距離が開き過ぎ、スムーズな復帰が困難になることは想像に難くない。そのため復学するにあたっては、医学的リハビリテーション終了時にそのまま移行することが理想的であるうえ、平行して心理・社会的な援助や環境調整が求められる。

繰り返すが復学に関する一連の過程は、医学的リハビリテーションと同時に平行して行なわれる作業であり、これら一連のソーシャルワーク援助は他のリハビリテーション・スタッフとも容易に連携がとれるMSWが中心となって行なうべきものである。

## VII. 復学についての意義

障害発生後のクライアントの主観的自己の経過として、突然目の前に表れた障害という“圧倒的な現実”の前に、クライアントはそれまで持っていた身体像 (body・image) を障害者として修正することを余儀なくされる。しかし通常これはネガティブな方向へと変更されるため、「もう自分は生きている価値の無い人間だ」と発症前と比べて著しく自己像 (self・image) を低下させることになる。これに物理的環境の不備等が更に輪をかけ、結果的に存在における自信喪失の状態を招く。一般的に障害受容の過程は価値変換理論 (value change theory) や段階理論 (stage theory)<sup>(6)(7)(8)</sup> で説明されており詳細な検討は他に譲るが、クライアントの多くはそれまでごく普通の学生生活を送っており、発症後も再び慣れ親しんだ元の学校へ通えることは、障害により阻害された自己像の再構築を促し、クライアントの社会適応能力を向上させる点で非常に大きな意味を持っていると思われる。

即ち中途障害者にとっての復学とは、障害と共生しながらも価値を低められない新しい自分を確立し、心理的・社会的に発症前の生活に近づくための一手段であると規定できよう。

それに対して援助者サイドの役割は「handicapのレベルでは本人・家族に情報を与え、将来のライフスタイルの自己決定に関与すること、社会的リハビリテーションへの円滑な移行の橋渡しをすることにある」<sup>(9)</sup> <sup>(10)</sup> と考えられる。そしてMSW

に対しても、それを支援するために必要な急務として、

- ・総合的な援助を実現するための、リハビリテーション・スタッフとのチーム医療の促進
  - ・情報や連絡の交換をより密とするための、関係諸機関との一層の連携
  - ・クライアントへの心理的援助も含めた介入方法の研究
- 等が強く望まれている。

しかしながら筆者らは養護学校の存在を否定するものではない。物理的環境等、現状では普通学校よりも養護学校の方が優れている点が存在することも事実である。従ってここで大切なことは、就学問題について普通学校、養護学校と当初から一元的に決定してしまうのではなく、クライアントの希望と現状を見極めながら、復学・転校等の選択をクライアント及び家族が、自ら選択し決定できる環境を実現させていくことである。そしてこのことはクライアントの権利擁護とも相俟って、今後の重要な課題である。

## VIII. 結語

以上、中途障害者の復学における問題の分析とその意義について述べた。かように障害者の復学問題とは、その内容の複雑さゆえMSW単独では解決できず、独自の直接的援助と同時にリハビリテーション・チームや教育諸機関との間でコーディネート能力の力量が問われるテーマである。そのような中で、前述した諸問題についてMSWが担当すべきものは何なのか、医師を中心とした他のリハビリテーション・スタッフとは異なる、独自の心理・社会的視点や生活概念をいかに有効にチームに組み込ませていくか等、よりよき援助を提供するために、今後ともMSWには不断の努力と研究の必要性が求められよう。

なお、ソーシャルワーク及びチーム・リハビリテーションにおける、復学に関する具体的な援助プロセスについては、紙幅の都合により今回は割愛した。これらについては、また稿を改めて論じる所存であることを最後にご報告しておく。

## 引用文献

- 1) 島影俊英：「脊髄損傷児の復学について」、【昭和59年度日本社会保険医学会演説集】、457p、1984
- 2) 高田玲子：「リハビリテーション医療社会学—ソーシャルワークとそのシステム—」、169p、医歯薬出版、1989
- 3) 河野康徳：「社会福祉士養成講座③ 障害者福祉論」、129p、中央法規出版、1989
- 4) 山陽新聞朝刊、15p、1993/10/27
- 5) 渡辺偉二他：「バイクによる高校生脊髄損傷者の家庭環境と復学について」、【総合リハビリテーション】、18巻7号、531—534p、1990
- 6) 三沢義一：「リハビリテーション医学講座第9巻 障害と心理」、35—48p、医歯薬出版、1985
- 7) 岩坪奇子：「中途障害者の心理的リハビリテーション」、【季刊 職リハネットワーク】、No.9、3—9p、1990
- 8) 本田哲三：「障害受容の概念をめぐって」、【総合リハビリテーション】、22巻10号、819—823p、1994
- 9) 田中 涉他：「義務教育に復学した脊髄・頸髄損傷者の2例—MSWの立場から—」、【第8回中国四国リハビリテーション医学研究会プログラム】、83—84p、1993
- 10) 中野正美他：「脊髄損傷者の義務教育への復学について」、【日本パラプレジア医学会誌】、8巻1号、314—315p、1995

## Return to School after Being Handicapped

Taisuke Ishii, Wataru Tanaka, Kouichiro Matsusita

The concept of Normalization has spread over this country since the International Year of Disabled Persons in 1981, and this trend has made it possible for the acquired handicapped to return to schools with able-bodied students. Twelve handicapped students returned to their schools from our institution between its opening and 1995. This group included 1) 8 spinal cord injuries (1 primary, 2 junior-high, 3 high school and 2 college levels) 2) 2 head injury (2 junior-high school levels), and 3) 3 other diagnoses (1 primary and 1 high school levels). In negotiation with authorities, following the issues should be considered ; 1) View of structural a) physical aspects b) political aspects, 2) View of non-structural a) psychological aspects b) support system aspects c) medical aspects. Persons with acquired handicap tend to lose their body-image. It can be suggested that returning to school for these persons means a re-structure of self-esteem and being a member of society, which could let them be close to their 'former' life from the view of psychological or social issues.

多田羅浩三・小田兼三共編

## 『医療福祉の理論と展開』

A5判 267頁 2,678円  
中央法規出版 1995年

出生率の減少が危機感をもって取り沙汰される一方で、世界で類をみない速さで高齢社会を迎えることが大きな社会問題となっている。地球規模での環境破壊、地域関係の希薄化、家族の変容、単身赴任や過労死の増加、くり返される薬害惨劇。いま働くこと生み育てること、老親の介護など、いかに人間らしく生きるかが問われている。

こうした中であって、本書は今日的な時代の潮流と、医療福祉に対する社会的要請に応えるべく、新しい理論的枠組みの提示と、その展開について整理し、今日的な課題をも提供しており、本書から学ぶべき点は多い。

さて、前後するが医療福祉の概念については、「保健医療に関連した社会福祉サービスを医療福祉と称し、医療に関連した専門的社会福祉援助実践を医療ソーシャルワーク」と呼ぶようになっている。つまり、人間の生命、健康、幸福を最優先し、人たるに値する生活を権利として高めていく広範なサービス体系であると同時に、狭義の医療福祉は保健医療の領域におけるソーシャルワーカーによってなされる患者・家族への社会福祉援助実践を中心としたものということが言える。

本書の構成はⅢ部から構成され、基礎編・展開編・実践編に分かれている。その内容は以下の通りである。

## 第Ⅰ部 基礎編

1. 医療福祉学の構成
2. 医学からみた医療福祉
3. 日本の医療経済の当面する課題と展望
4. 医療福祉がもたらす生活空間の変化
5. 医療福祉におけるケアマネジメントの意義と展望
6. 職種間チームワークと医療福祉の推進

7. 保健・医療・福祉のネットワークの形成と課題

## 第Ⅱ部 展開編

1. ライフサイクルと医療福祉
2. 総合病院における医療ソーシャルワーカーの任務と展望
3. 老人保健施設の運営管理
4. 精神科領域におけるソーシャルワーカーの役割と課題
5. 精神保健問題と精神保健福祉相談員の機能

## 第Ⅲ部 実践演習編

1. 医療ソーシャルワークの実践技法
2. 医療ソーシャルワーカーの個別援助
3. 医療福祉場面におけるグループワーク
4. 医療福祉教育における演習のもち方
5. 医療福祉教育における実習のあり方

第Ⅰ部では、医療福祉の学問論をはじめとして、医療経済、生活空間論、ケアマネジメントと保健・医療・福祉のネットワーク論と、上述した視点からの医療福祉の理論的枠組みが提示されている。第Ⅱ部では、国民のライフサイクルと医療福祉のあり方。総合病院や精神科領域におけるソーシャルワーカーの役割と課題。統合的アプローチとそこでのチーム医療の重要性にもふれている。第Ⅲ部は、ソーシャルワーカーの実践技法の分析、検討を健康問題・生活問題の認識を中心に据えながら、国民の生活実態の中において検証している。そして、保健福祉領域における社会福祉専門職の資格のあり方とも関連して医療福祉教育の現状および、そこでの演習・実習教育のあり方についての問題提起がなされている。

第Ⅰ部～第Ⅲ部のすべてにわたって書評を行うことは、紙数の都合もあり困難である。重要と思われるいくつかの点について述べておきたい。

「医療福祉学の構成」では、「医療福祉学」が学問的市民権を得てきた中で、研究方法論、研究分野論を含め、「論」から「学」への構築がなされていくことの重要性を指摘している。そこで、飯田精一氏の基本的フレームワークに学び、医療福祉学を「保健・医療・福祉に関する総合科学」として位置づけ、新たな理論的枠組みを試論として提示している。その内容については、「分野、水準、研究方法の織りなす3つのベクトルの立方体」としてとらえており、そのなかの分野については、「医療福祉と現時点で認識されている事象、人々の保健、医療、福祉とその関連分野や諸課題を指定」している。研究方法論については、演繹法と帰納法との両者のアプローチが必要であるとしている。

評者は、演繹的方法とは、確かな出発点を土台に論理的思考を重ね、新しい事実を証明する方法であり、帰納法とは、「確かな出発点」が何であるのかわからないような事柄を対象に「確かな出発点」、つまり、法則性を見つけることにあると認識している。この両者のアプローチは物事を考え、事象の裏にひそむ法則性や真理に迫ることが可能であり、社会福祉の方法論研究においても、こうした科学的思考の方法は、むしろ意識的に用いられていくことが必要であると考えてきた。

「医学からみた医療福祉」では、イギリスにおける医療の系譜、および現代の都市部における死亡率と失業率の相関関係も示しながら、保健医療と社会福祉が不可分の関係にあること。つまり、人々の労働や生活が健康に及ぼす影響についてもふれている。そして、21世紀の超高齢社会では、予防的な視点から医療と福祉の整合性のとれた展開がなされなければならないことを強調している。

次に、「職種間チームワークと医療福祉の推進」とりわけ、チームワークとコミュニケーションは、高い水準での医療福祉サービスを提供する上で大切である。評者もカンファレンスなどに参加してみて、あのような問題の取り上げ方があるのだということを経験したことがあるが、他職種からの

問題提起によって自己の視野や問題意識が思いがけなく広がることもある。問題意識をもつことは、解決への糸口を見いだすことにほかならない。しかし、よい解決方法を身につけている者がよい問題を立てることが可能となるから、各職種の技術の研鑽が絶えず必要であると同時に、狭い境界内で壁をはりめぐらして、特定職種の技術の独自性だけを主張してはことの本質がみえてこないということもある。チーム医療の問題は、今後も医療福祉理論研究の重要な課題のひとつとなるであろう。

その他、医療経済、バリアフリー、福祉インフラといった生活環境・生活空間との関係で医療福祉をとらえていくことの必要性が論じられている。こうした視点は、ノーマライゼーションをはじめとした社会福祉にかかわる理念の国際的な流れを一定程度反映したものであり、基本的人権の深化の具体化のあらわれのひとつでもあろう。ノーマライゼーションの理念が、ややもすれば「平準化」することと理解される傾向にある中で、ノーマライゼーションは「生活の質」とひとつに集約されてはじめて完結するものであるとの考え方に立つならば、本書が提起している「人間・空間・環境」といったキーワードからの方法論的なアプローチは欠かせない。

人間の健康は、風土、気候、住宅、衛生、栄養、労働、貧困、失業、レクリエーションなどの社会的諸条件によって左右される。また、保健医療のための制度、施設、マンパワー、技術などは直接国民の健康に影響をおよぼす。さらに、人びとの社会階層、地域、性、年齢などによる健康や疾病の特性を疫学的方法によって把握することも医療福祉を向上させるために必要であろう。本書は、21世紀の医療福祉理論を構築していく上での全面的な展開には至っていないが、執筆者の医療福祉研究の全体象と枠組みを探る努力が反映されている。本書を土台にして活発な議論が展開されることを願うものである。

(評者 植田 章：佛教大学 社会学部)

手島陸久（編集代表）・退院計画研究会（編集）

## 『退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム』

A5判 365頁 3,300円  
中央法規出版 1996年

本書は、評者の知る限り我が国で初めての「退院計画」の専門書であり、実用書である。

近年患者の早期退院が、医療機関にとって経営上の最重要課題になってきているのに伴って、医療機関のソーシャルワーカーの業務の中で、「転・退院援助」が占める割合は年々増加してきており、中には全業務の80%以上を占めるというソーシャルワーカーもいるほどである（1995年ソーシャルワーク業務研究会調べ）。

しかし、この業務は、医療機関側からの早期退院の要請と、患者や家族からの、「出来るだけ長く入院させておいて欲しい」という訴えとの狭間で、社会資源の選択肢の少なさとも相俟って、ソーシャルワーカーにとってストレスの多いものとなっている。

一方で、この業務をきっかけとして、ソーシャルワーカーが新たに配置されたり、増員された医療機関も多いことから、この業務に、どのように専門性を発揮していくかということ进行を明らかにすることは、ソーシャルワーカーが医療機関で紛れもない専門職として定着していくための課題となっている。

このようなときに、かつて我が国でいち早く米国における「退院計画」を紹介した2人の研究者と、現場のベテランソーシャルワーカー達によって本書が世に送り出されたというのは、誠に時宜を得たものだと言えよう。

というのは、本書が、上述したような課題やストレスに、すっきりと方向性を与えてくれる内容になっているからである。

本書は、以下のような5部で構成される。

まず第1部では、「退院」を巡る問題を明らかにした上で、「退院計画」とは何かについて、米国はじめ諸外国での実態と、日本における課題とについて詳説し、読者が「退院計画」というもの

の理解を深める事が出来るように、導入部の役目を果たしている。ちなみに、「退院計画（discharge planning）」とは、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランを作るのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス」と定義されている。

第2部では、「退院計画のプロセス」として、対象者の発見と特定、ニーズのアセスメント、退院援助プランの策定と援助の実施、フォローアップと事後の計画について、現場のソーシャルワーカーが、詳細に記載している。

第3部は、「退院計画推進のための諸要素」で、患者・家族への面接、社会資源の活用と開発、病院内のチームワークと組織、退院計画における調査・研究の各項目別に、ソーシャルワーカーと研究者が明解に説明している。

第4部は、「病院機能と退院計画の実際」で、機能が異なる病院類型別に、地域病院における退院計画、大学病院における退院計画、リハビリテーション病院における退院計画、ターミナル期における退院計画について、それぞれの病院が退院計画をどのようにして病院全体のシステムの中に取り込んでいるかが紹介されている。

第5部では、「退院計画と地域ケア」として、退院援助からマネジメントへの展開、地域ケアマネジメント機関から見た退院計画、退院計画から地域システムへとして、在宅介護支援センターや自治体によるケアマネジメントが紹介され、退院計画とケアマネジメントの関係が書かれている。

本書の執筆陣の大部分は、研究者と、現場で長年退院計画を実践し、なおかつその実践が高く評価されているソーシャルワーカー達である。

そのため、特に第2部・第3部では、それらのソーシャルワーカー達の、現場での実践をもとに、「退院計画」のあらゆる局面にわたって良く整理さ



れ、丁寧に書かれているので、現場で退院計画に携わっているソーシャルワーカーや退院計画担当者には、理解しやすく、即役に立つ内容となっている。

この部分では、退院計画とは何か、どのような視点で、どのように実践していくのかということが良く理解できるだけでなく、まだ十分な理解がない医療機関の中で、どう実践していくかという戦略まで示唆されている。

その他にも、現場でのストレスについてもふれているなど、まさに「かゆいところに手が届く」内容といえよう。

そればかりではなく、退院計画の研究の動向や、調査・研究の方法にまでおよんでおり、そのあたりが単に「実用の書」にとどまらず、学術的にも高いレベルにある、充実した1冊になっている所以といえよう。

本書は、機能の異なる病院の退院計画やケアマネジメントをも紹介し、まさにこれ1冊で退院計画のすべてが分かる内容になっている。

ただ、「退院計画」について初めて書かれた書であるためか、あらゆることをカバーしようという意気込みからか、あまりにも多くのことを1冊に盛り込みすぎているという印象を受けたのも事実である。

本書は、2部作か3部作にもなりうる内容の豊富さを持っているのだから、それを1冊にまとめてしまったのは、むしろ惜しい気がする。

中でも第2部・第3部は、独立した「実践編」とした方が、読み手にとっては気軽にページを繰れるものになっていたような気がする。

ただし、評者がこのような印象を持ったからと言って、本書の価値を下げるものでは全くない。本書は、「退院計画」のすべてを知ることの出来る好著であり、むしろそれは、「贅沢な悩み」と言っているものであろう。

早期退院へのプレッシャーが強まるに連れて、「ソーシャルワーカーは、退院に際して援助してくれたと言うより“追い出し役”という印象だった」という家族の声を聞くことも多くなった。

退院計画の先進国である米国で、「病院の退院

計画担当者は、退院計画プロセスは役に立っていると認識しているものの、患者や家族は役に立ったとは認識していない」と主張している権利擁護団体がある。

現に米国での、退院計画に関するソーシャルワーカー、患者・家族双方へのある調査では、「ソーシャルワーカーは十分な情報を患者や家族に与えたとは認識していたが、家族は、情報はごくわずかもしくはほとんど提供されなかった」と回答し、退院計画が真に利用者にとって有益だったと認識されるものとなっていないという結果が出ている。

本書では、いかに有効な退院計画を実践していくかについて、その視点や方法が紹介されているが、利用者（患者や家族）に真に役に立っていたかどうかについての調査が是非必要である。そのような課題に対して、本書はその第一歩となるものである。執筆者陣には、今後のその面での取り組みも期待したいところである。

このような大作を完成された編集代表の手島氏と退院計画研究会のメンバーに敬意を表すると同時に、退院計画に携わる人々だけではなく、医師、看護婦はじめ学生など、多くの方に是非一読をお薦めする次第である。

(評者 大本和子：東海大学病院総合相談室)

# 「H I Vとソーシャルワーク研究会」 活動報告

小 西 加保留\*

1981年アメリカに於いてA I D S患者が発見されて以来、その社会的状況は、単に治療法が未確立である事に止まらず、様々な角度から感染者を苦しめる結果となっている。また一般市民にとっても、平和な生活を脅かす一つの脅威として受け止められがちであった。ここ数年の間に色々な領域で教育啓蒙がなされ、確実に人々の理解は深まりつつあるとしても、個々の感染者・発病者そして感染を恐れ不安を抱く人にとって、その生活は決して安穩なものではない。

ソーシャルワークは、人とそれを取り巻く環境の相互作用に注目して、個人の主体的な生活をサポートする専門職として、A I D Sを取り巻く心理社会的な状況に対して多大な職業的責務を担っている。

そこで日本医療社会福祉学会ではその責務に少しでも答えるために平成5年3月より「H I Vとソーシャルワーク研究会」を発足させ、平成8年7月までに15回に渡って研究会を重ねてきた。

## 1. 会の目的とメンバー構成

会の目的はH I V感染者とA I D S患者に対するソーシャルワーカーの役割を明らかにし、基本的な援助指針を著書にして提示することにある。

ソーシャルワーカーは日本では数が非常に不足しており、様々な対象領域においてその役割を世間に明示していくことに遅れを取ることが多かったように思われる。しかしながらA I D Sは極めて社会的な問題を包含しており、その意味からも早期にソーシャルワーカーとしての指針を提示することが望ましいと考えた。

メンバーは約12名で大半は病院のソーシャルワーカーである。当初はこの領域における実際の援助経験者を集める予定であったが、その数は大変少

なく、また援助内容も単に医療費の制度利用に終わっているものが大半で、その選定に苦慮した。しかしながら発足後3年に経るに従い、取扱い件数が漸増したり、院内の感染症対策委員会のメンバーになるなど、その役割は少しずつ広がっており、当会のメンバー構成もそれに沿って若干の変化があった。

## 2. 会の運営と方法

事務局は兵庫医科大学医療社会福祉部においた。会場は第1回を除き、東京で開催した。会の予算は、学会からの資金およびエイズ予防財団の保健福祉相談事業の一部を充当した。

## 3. 会の経過

### 第1回 会の基本方針・運営方法・目的の検討

上記の目的のもとに、当面は各医療機関におけるH I Vとソーシャルワーカーの関わりの実態把握と情報交換を通じて問題点を整理することとする。

### 第2回 報告「アメリカにおけるH I V患者へのソーシャルワーカーの取組み」

ペンシルベニア大学で社会福祉を学び、病院の外来で100人以上の感染者への援助経験を持つ林素子氏(当会員)が、アメリカにおけるH I V患者への取組みについて報告した。

アメリカペンシルベニア州では、H I V抗体検査の段階からソーシャルワーカーが関わり、検査前後に30分以上のカウンセリングが州の法律で義務づけられている。日本ではA I D Sカウンセリングというと心理士の仕事と考えられがちであるが、ソーシャルワーカーにとってカウンセリングは技法の一つであり、検査後のクライシスインターベンションを行うと共に、長

\*Kahoru Konishi : 兵庫医科大学病院 医療社会福祉部

期にわたるケースマネジメントがソーシャルワーカーの役割として重要であるとの報告がなされた。

### 第3回 各会員からの事例及び資料の提出と討議

各機関によりワーカーの関わりの量及び質に大きな差があり、事例数は少ないが診療マニュアル作りに参加している者、チーム医療に関連した困難に直面している者、血友病を中心に援助を行っている者など様々であった。討議の中から、告知に関する問題、プライバシーの保護、HIVノイローゼへの対応、カウンセリングとソーシャルワークの関係、セクシュアリティに関する事、ボランティアの活用、外国人医療など社会制度上の問題が提示された。そしてソーシャルワーカーとしての専門性や力量に鑑み、基本的態度を明確にしていく必要性が確認された。今後は実際の事例に基づいて、更に討議を深めていく事とした。

### 第4回 出版に関する概ねの枠組み・作業手順の確認

#### 事例研究1 難病およびHIV (+) で妻に告知できない感染者

(日本人 男性 異性間交渉? 既婚)

告知が本人になされ、他者への告知は本人が自己決定しなければならないのがHIVの特徴である。告知後の受け止め方、家族に対する気持ちなどを吟味しながら自己決定への援助過程の検討、必要な技術、医学的知識、性行為について聞くための訓練などについて討議した。

#### 第5回 事例研究2 生後数か月の子供がいる感染者夫婦

(夫 日本人 妻 外国人)

オーバースティの感染者の入籍、医療費の保障、子供の育成など外国人の感染者の家族ぐるみの生活保障に関連したソーシャルワークに必要な様々な問題が提示された。家族関係の的確な評価、必要な法律等の知識、NGOとの連携、通訳を介する際の問題、保健所との連携、保育所入所の問題、生活の方向の決定への援助など専門性が要求されると共に、今後ニーズが高まるであろう課題について討議した。

#### 事例研究3 血友病の感染者への思春期告知

(日本人 男性 高校中退)

血液製剤による感染者に対する告知は通常思春期に行われる。血友病に特徴的な母子関係、病気の予後の不確実さに起因した医療スタッフ側の問題や患者の受け止めへの影響などを基底に、家族関係への介入、自立過程への援助などソーシャルワーカーの関わり方のポイント、臨床心理士との連携の在り方等について討議した。

#### 第6回 事例研究4 悪性リンパ腫で予後不良の患者

(日本人 男性 異性間交渉 独身)

当該病院のマニュアルにそって、HIV診療経験のない医師からの依頼で初回よりソーシャルワーカーが関わりを開始した。患者の最大の不安であった経済的問題に対する的確な情報提供を初め、前院の対応や告知に対する不信の払拭や治療への不安、両親や会社の同僚への心情の吐露など様々な関わりの中で良好なワーカー・クライアント関係の樹立がなされたケースである。告知に関するプライバシーや病状に関するインフォームドコンセント、説明場面への同席の問題、ターミナル期の関わり方などについて討議した。

#### 事例研究5 薬物中毒の感染者への援助

(日本人 男性 独身)

覚醒剤中毒のため精神科の病院へ入院した感染者で、患者から家族への病名告知により家族関係が改善し、精神症状が安定したケース。ソーシャルワーカー自身のAIDSへの恐怖や不安、感染経路に関する態度や価値、覚醒剤からの立ち直りにおける目標の置き方などについて討議した。

#### 第7回 事例研究 献血により血液センターから告知された感染者

(日本人 男性 異性間交渉? 独身)

保父希望だったが感染告知され断念、フリーアルバイトで生活している。数人の友人には告知し、家族には別の病名を伝えているも、比較的サポート的な関係を得られているケース。現時点で大きな問題は無いが、本人の希望する「普通の生活」を長期的に支えるために必要な視点は何か、血液センターからの告知をどうとら

えるかなどについて検討した。

### 国際AIDS会議の報告

ポスター発表を行った兵庫医科大学病院小西、及び参加した会員から会議の報告がなされた。

### 第8回 「HIVとソーシャルワーク」(仮題)

構成枠組(以下)と割り当て(省略)の検討

1. AIDSとソーシャルワーク
2. AIDSとは何か
  - 医学的知識と日本の現状
3. ソーシャルワークの倫理と価値
  - genericなものとして
  - specificなものとして
4. ソーシャルワーカーと組織
  - 受療体制や医療機関忌避への対応
  - チーム医療の在り方
5. 感染者・患者の心理社会的問題とソーシャルワーカーの直接的援助
  - 心理的問題の特徴と援助技法
  - 各時期における心理的現象の特徴と対応
  - 社会的問題
6. ソーシャルワーカーの間接的援助とその課題
  - NGOとの連携
  - 医療関係者とのネットワーク
  - 施設入所
  - 在宅ケア
  - 外国人医療
  - 売春
  - 企業との取組み
  - 性教育
7. 各論
  - 薬物・不安症候群・血友病・痴呆症・ターミナル期・母子感染・同性愛
8. アメリカにおける取組み
9. 社会資源

### 第9回～第15回

執筆分担箇所に沿って、担当者が原稿内容を提示し、討議を行う作業を繰り返した。

以上3年余に亘る活動の概略を報告した。実際回を重ねることによって、HIVを取り巻く問題に対するソーシャルワーカーとしての共通の認識

基盤が育ってきたと言える。と同時に、本来ソーシャルワークの持っている価値、即ち「人間としての平等と尊厳」「自己実現の権利」「自己決定の原則」「秘密保持の原則」などが、この領域の援助において特に根幹となる事への認識を深くし、「AIDSソーシャルワーク」は、ソーシャルワーカーにとっての試金石であるとの思いを共有するに至った。

AIDSを取り巻く状況はここ数年の間に大きく変化をみせつつあるが、知識の普及と感情レベルでの認識のギャップ、福祉の側面の立ち遅れ・社会資源の不足など多くの課題が残されている。

当研究会では、ソーシャルワークの専門性に照らした実践的な援助指針作成に向けて、平成9年春の出版を目指して、鋭意努力し、作業を急いでいるところである。

医療社会福祉研究 第5巻第1号

1996年10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 荒川義子（編集委員長）  
発 行 日 本 医 療 社 会 福 祉 学 会  
〒663 西宮市武庫川町1-1  
兵庫医科大学病院 医療社会福祉部内  
Tel 0798-45-6137 Fax 0798-45-6139  
発行責任者 山手 茂（会長）  
印 刷 キクイ印刷工芸社

1部定価 1100円



October 1996

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 5 No. 1

---

<b>Special Articles</b>		<b>Social Workers and Disaster</b>	
Social Workers' Professionalism and Mission ;Learning from the Great Kobe Earthquake	<i>Akiie Henry Ninomiya</i>		1
Social Work in Hyogo College of Medicine Hospital after Disaster	<i>Noriko Yamamura</i>		13
Social Worker's Intervention and Home Care Patients in Tekizyu Rehabilitation Hospital	<i>Hisanori Matsui</i>		18
Response to the Great Earthquake as a Social Worker in Osaka Kouseinenkin Hospital	<i>Tazuko Kamatani</i>		22
Social Worker and the Great Kobe Earthquake	<i>Tomoko Arakawa</i>		30
Social Work for the Earthquake Victims by Japan Society of Social Work in Health	<i>Kayoko Takeda</i>		34
<b>Original Articles</b>			
Social Worker's Function in Medical Team—Comparison of Social Work in General and Rehabilitation Hospitals—	<i>Eriko Takayama</i>		43
Tasks and Practices of Social Work in Patients with Bone Marrow Transplantation-A Study of 15 Years Process in Tokai University Hospital	<i>Erika Yamakawa, Kazuko Ohmoto, Atsuko Uchida</i>		51
The Collaboration with Interpreter in Social Work	<i>Jo Fujita</i>		60
Domains of Concerns Inventory for Health Care Professions (DCI) :Development, Verification and Pilot Study	<i>Chiyo Matsuoka, Tomoko Arakawa</i>		67
Return to School after Being Handicapped	<i>Taisuke Ishii, Wataru Tanaka, Kouichiro Matsushita</i>		74
<b>Book Review</b>	<i>Akira Ueda</i>		79
	<i>Kazuko Ohmoto</i>		81
<b>Report</b>			
A Study Group of Social Work for Persons with HIV	<i>Kahoru Konishi</i>		83

---

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH

(JSSWH)