

医療社会福祉研究

第6巻 第1号

特集 医療における人間の尊厳

保健医療における人間の尊厳

杉本 照子

人間の尊厳と医療：緩和医療におけるソーシャルワーク実践から

田村 里子

医療における人間の尊厳に関する一考察

植竹 日奈

医療における人間の尊厳：ソーシャルワーカーの立場から

佐原まち子

原著

A市民の社会福祉サービスに対する態度とその関連要因

岡田 進一

家族介護者における退院援助に対する評価の予測要因—脳血管疾患後遺症患者・家族の縦断的調査—

田中千枝子・高梨 薫・杉澤 秀博・岡林 秀樹・中谷 陽明

保健医療分野のソーシャルワーカーのエンパワーメント実践の現実と志向について

三毛美予子

ヘルス・ビリーフ・モデルと社会認知理論による保健行動への対応

岡田 まり

死にゆく人のクオリティオブライフ：その構成概念の妥当性

藤井 美和

「移植前段階」におけるソーシャルワークの役割と課題—臓器提供を待つ患者への心理・社会的アプローチの検討—

池埜 聡

書評

奥川幸子著：未知との遭遇—癒しとしての面接—

小西加保留

杉本照子、森野郁子監修、大本和子、笹岡真弓、高山恵理子編：ソーシャルワークの業務マニュアル—実践に役立つエッセンスとノウハウ

伊藤 淑子

小西加保留編集代表：エイズとソーシャルワーク

横山 穰

1997年12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

目 次

特集 医療における人間の尊厳

保健医療における人間の尊厳	杉本 照子	1
人間の尊厳と医療：緩和医療におけるソーシャルワーク実践から	田村 里子	4
医療における人間の尊厳に関する一考察	植竹 日奈	10
医療における人間の尊厳：ソーシャルワーカーの立場から	佐原まち子	15

原著

A市民の社会福祉サービスに対する態度とその関連要因	岡田 進一	20
家族介護者における退院援助に対する評価の予測要因－脳血管疾患後遺症患者・家族の縦断的調査－	田中千枝子・高梨 薫・杉澤 秀博・岡林 秀樹・中谷 陽明	27
保健医療分野のソーシャルワーカーのエンパワーメント実践の現実と志向について	三毛美予子	40
ヘルス・ビリーフ・モデルと社会認知理論による保健行動への対応	岡田 まり	56
死にゆく人のクオリティーオブライフ：その構成概念の妥当性	藤井 美和	64
「移植前段階」におけるソーシャルワークの役割と課題－臓器提供を待つ患者への心理・社会的アプローチの検討－	池埜 聡	74

書評

奥川幸子著：未知との遭遇－癒しとしての面接－	小西加保留	84
杉本照子、森野郁子監修、大本和子、笹岡真弓、高山恵理子編：ソーシャルワークの業務マニュアル－実践に役立つエッセンスとノウハウ	伊藤 淑子	86
小西加保留編集代表：エイズとソーシャルワーク	横山 穰	88

保健医療における人間の尊厳

杉本照子*

はじめに

人は自らの限界を知ったとき、絶対者への畏敬の念と命の尊さ、そして、恐れを知るのではないだろうか。傷ついた隣人を思いやる心は、本来的に人間に具わっていて、何かしたいと願うであろう。マタイによる福音書 20 章 26 節には『あなたがたの中で偉くなりたいと思うものは、仕えるものとなれ』とある。仏教には『憐れみ』の心があり、これも『仕える人生』こそ、自らの人生を『豊か』にしてくれることを意味しているのではないだろうか。

欧米先進諸国を始め、いかなる国の保健医療においても、“最も大切にされるべきは、患者の自己決定権”である。患者が何を望むか、何を自らのために選択するか、どのような人生目標を持っているかということの尊重である。これらのクライアント尊重の価値理念はどこからきているのだろうか。

ソーシャルワーク実践の価値理念

ソーシャルワーク実践の基底にあるのは、社会福祉理論の知識、ソーシャルワーカーの人生経験、クライアントへの援助経験から得た知見である。所属する機関や組織が定めたところの規則や方針もある。しかし、何よりも尊重されるべきは、これらの基にある、価値、倫理、専門職種が課す義務である。従って、ソーシャルワーカーが、援助活動で行うあらゆる決定、評価、援助サービスは専門職業の倫理と価値理念に基づいて行わなければならない。

Council on Social Work Education は、1992 年に、そのカリキュラム ポリシイの冒頭に『ソーシャルワーカーの専門的援助関係は個人の価値と尊厳をもとに形成され、クライアントとの共同の

援助過程への参加、受容、真実をもって、責任ある援助処遇を行わなければならない』と規定している。1981 年、NASW のソーシャルワーク価値宣言でも、冒頭に、『社会における社会福祉職能団体も、その倫理綱領のなかで、同様の価値理念を述べている。日本のあらゆる社会福祉職能団体も、その倫理綱領のなかで、同様の価値倫理を述べている。

人間尊重と宗教

日本における人間の尊厳思想は、仏教にさかのぼり、儒教の仁もまたそこにかかわっているであろう。自然に生かされている万物の命の尊重と共に、また人も生かされている命として、古来日本では生命の尊重を強調する思想や信仰も日常生活のなかで根づいてきた。それに対して、キリスト教社会の、『すべての人間が独自の存在であり、無限の価値がある』との思想は聖書に由来する。あらゆる専門職業は、社会の中の特定価値を実現するものとして生成してきたのである。日本では、個の強調より、『家』を中心にすえて祖先からの縦の関係を重要としてきた。

旧約聖書は、創世記 1~2 章に、“神は自分の形に人を創造された。すなわち神の形に創造した”とある。また、聖書は“人間は単独者ではなく、交わりにおける存在である”とも説いている。旧約、新約聖書が、双方とも一貫して示しているのは、『かけがえのない人間の無限の尊さ』である。そして、他者のためにつくすことによって人は人たりうるといふ。以上が、聖書における人間理解の根本といえよう。そして、近代先進国は、このような理念と価値を持って、福祉国家をめざして生成発展してきたのである。先進諸国に習って福祉国家を目指してきた日本の社会にも同様の思想

* Teruko Sugimoto : 兵庫医科大学

が導入されてきたのではないか。世界に類をみない超高齢社会を目前にしている日本では、20世紀末のこの時期に、以上のような基本的価値と変革に伴う新たな価値に思いをいたすことが重要であろう。

医療保健における人間尊重

医療の目的、そして、医師の一義的責任は、医学／医療の専門性を駆使して、患者のニーズに応えることである。医療もまた、人間同士の交わりにおける援助行為、即ち、尽くす行為である。尽くすこと、他者に行くこと、援助することは、その反面、してもらうこと、得ることでもあると聖書にある。保健医療倫理のテキストは、患者自身の選択の最優先 QOL の重視、インフォームドコンセントの不可欠性を説いている。日本においても近年、『患者の同意と説明』の重要性が強調されるようになってきた。実践におけるあらゆる行為は、その専門職が根底においている価値の実現でなければならない。日本の専門教育にどれほど、これらの基底的価値が取り入れられているのだろうか。

医療倫理の中で患者選択の重要性に次いで尊重される患者の QOL では、身体的、心理的、社会的、精神的（魂）存在としての配慮への倫理観が含まれている。さらに、患者の家族、親戚、友人など患者を支える人々への配慮、限られた資源への考慮、そして、さまざまな法体系の倫理的尊重がある。患者が存在するその枠組みの全体性の重視である。ここに、社会福祉が保健医療の場で必要とされる根拠が示されている。

ソーシャルワーク原則と人間尊重の価値

ソーシャルワークの実践において、クライアントは、“その人の持ついかなる考え、行動、おかれている状況にかかわらず、独自の存在であって、そのあらゆる権利、特権、責任をもつものとして受容されなければならない”をされている。これが、人間尊重の理念と実践であり、ソーシャルワークでは、“クライアント中心と尊重の原則”とされている。このために、ソーシャルワーカーは、共感、セルフコントロール、自己理解、真実性などの資質と能力をもっており、かつ、その養

成の過程でこれらの資質を十分に養わなければならない。個別性の原則、自立性の尊重、独自性などのソーシャルワーク原則はすべて、人間の尊厳思想にその基礎をおいている。

おわりに

キリスト教社会においては神という絶対者の存在があってはじめて、人間は神の被造物だから尊いといえる。神と相対してはじめて、一人一人の人間に与えられる尊厳である。そして、そこには、他者への奉仕、そして時には犠牲すら生じる。また、神につくられた同じ被造物としての隣人へのサービスが成り立つ。価値がますます多様化するこの世紀末と、さらなる技術躍進の 21 世紀を前に、人間の尊厳思想が、日本社会ではどのようにして生まれ、伝えられてきたのか、今後も伝えられ実現されていくか、心をいたすときではないだろうか。

本学会誌に掲載されているすべての特集論文が、保健医療の日常実践の中で、人間尊重の価値理念の実現に努力し、人間の尊厳を支えるソーシャルワーカーの役割機能を模索し、かつ、明確にしておられることに深い感銘を受けた。読者の方々も、保健医療における価値の担い手として、日々、前進しておられる方々の実践例を熟読していただきたい。臨床の仕事というのは、一瞬一瞬が未知との遭遇であり、この“おどろき”（マルコ 1 章 22 節）こそ、すべての人を成長させる原点ではないだろうか。ソクラテスは師プラトンが“哲学のはじまりは、驚きである”と言ったと述べている。私たちも、臨床経験を通して出会うおどろきを、大切にしながら、人間の尊厳という大命題への取組の努力を重ねたいものである。

参考文献

- 1) A.R.Jonsen and Others, Clinical Ethics, McGraw-Hills, Inc.,1992
- 2) Social Work Values and Ethicks, Curriculum Policy Statement, Council on Social Work Education,1992
- 3) John M. Frame, Medical Ethics, Presbyterian & Reformed Publishing Co.,

1988

- 4) 松本治三郎、人間、日本基督教団出版局、
1970
- 5) 聖書、新共同訳、日本聖書協会、1991
- 6) Barry Cournoyer, The Social Work Skills
Workbook, Second Edition, Indiana Univ.,
Books/Cole Publ. Co., 1996

人間の尊厳と医療

緩和医療におけるソーシャルワーク実践から

田 村 里 子*

はじめに

ソーシャルワークは、その実践の局面において「人間の尊厳」を様々に肉薄する。とりわけ我々が身をおく実践場の医療は、遺伝子治療、生体移植と脳死、インフォームドコンセントなど、人間の尊厳への問いかけが、ひきも切らない現状である。しかしながら我々MSWは、様々に生じる選択の際に、きちんとソーシャルワークの専門性に裏付けられた判断とスタンスを持ち、人間の尊厳を考えた実践をなしているか。ソーシャルワーカーとして、そういう意味で本当に鍛えられているのか、適正な判断をなしうべく日々自分を鍛えてきたのか、自問される。

介護問題に関して患者と家族のどちらの権利を守るのかといった問題や、痴呆性老人の自己決定をめぐる援助など、人間の尊厳を護るソーシャルワーク実践の苦渋は枚挙にいとまがない。実践の局面には、ソーシャルワーカー個人の価値が強く反映される。

筆者は、がん患者への緩和ケアを行う東札幌病院において、主にごん患者とその家族へのソーシャルワークを中心に行ってきた。緩和医療の現場には、生と死に関する多くの問題が凝集されており、よって様々な「人間の尊厳」が問われる倫理的課題に直面する。人間の尊厳と医療について、緩和医療におけるソーシャルワーク実践から考える。

人間の尊厳

「尊厳」とは、英語で“dignity”という語が用いられ、その意味には気品、気高さ、品位、威厳、尊さ、価値、尊厳、荘重、高僧などがある。「人間の尊厳」という語の意味としては、人間の存在の生命的な側面ばかりでなく、人格的な側面も考慮される必要がある¹⁾。「人間の尊厳」とは、あなたが

ち全ての私的意味にとどまらず、それが個人の勝手にはならないものであるからこそ「尊厳」なのである、という視点もありうる。

何をもって「人間としての尊厳を保っている」、あるいは「人間として尊厳を保っていない」とするのであろうか。何が人間の尊厳であるのか、ルネッサンスの思想家ピコ・デラ・シランダは、「人間の尊厳」において「何にでもなりうる」という人間の持っている可能性と自由こそが、「人間が人間である」ことを示すもの、すなわち「尊厳」であるとした²⁾。

「人間として生きているということ」イコール「尊厳を保っているということ」と考えるならば、やはり「尊厳」を、私的尺度すなわち自己評価と公共の評価との両面にわたって理解する必要がある。人間としての活動が、疎外されるような状況下で存在しているような場合は、人間の尊厳を保っていないと考えられる。

それを医療との関係でとらえるならば、人間としての尊厳を保ちつつ生き、そして尊厳のうちに終わることは、医療そのものの目標であり理念であろう。また「人間の尊厳」という言葉の持つ不自然さ、蛇足の感も禁じえない。そもそも人間存在そのものが、尊厳であると考えられる故である。

人間の尊厳・QOL とソーシャルワーク

QOLは、個人主義、相対主義、自由主義を前提としている。それは従来の（医療が絶対的価値としてきた）「人の命は地球より重たい」とする生命至上主義 Sanctity of life (SOL) とは価値を異にする。生命の個人的な意味や満足度を問題とするQOLは、Well being すなわち、自分自身のよりよい状態の尺度と考えられる。これは、個人的な価値や判断に基づく自己決定が、何より優先され

*Satoko Tamura : 東札幌病院 MSW 課

る。「その個人にとっては何が最善か」が問題であり、それは個別性重視の社会福祉の視点と重なる。ゆえにQOLは、人間の尊厳と不可分にあたる。

それらをソーシャルワーク的に展開すると、対象者に人間として遇し、よく聴き、意図を十分に汲み取った上で、理解を助ける情報提供の場を確保し、医療者とのパートナーシップの構築を助けることである。そして疾病のもたらす生活障害を持ってしても、人間としての自律性を保ちつつ存在することを支援することである。人間の尊厳の証としての自己決定が保障されてこそQOLは保たれる。

ソーシャルワークには、理論と価値と実践という3つの要素がある。そしてソーシャルワーク実践は、価値と理論により形成される。ソーシャルワークにおける価値は、人権擁護（倫理的価値）、人間の社会性の重視、人間の成長への可能性の追求があげられる。人間の尊厳は、人間が何にもなりうるとする可能性の追求、すなわち自由であることを前提とする。ソーシャルワークは、人間の尊厳に立脚し、実践においてその人間の自律性にはたらきかけることで生活課題を解決し、人間の可能性を拡大する。

ソーシャルワークの視点から人間の尊厳と医療を考えるならば、「倫理的価値に基づいたソーシャルワーク実践が、人間の尊厳に立脚した医療の実現、実践の一助となりうる」という一見仮説めいた命題をもって、論を進める。

倫理

人間の尊厳と医療について考えるうえで、まずソーシャルワーカーの援助者としての倫理を考える。そこでまず「倫理」という言葉の整理を行う。

- ①生命倫理－bioethics, バイオテクノロジー他の妥当性を問うもの。
- ②職業倫理（Code of Ethics）－ソーシャルワーカーの倫理綱領など職業上の行動の価値前提を提示するもの。
- ③臨床倫理（clinical ethics）－現場の各々の判

断の根拠や倫理的妥当性に関し検討するもの、つまり、日常業務の中で一義的には決定できないような問題への対処の仕方とその正当性を検証するもの。

これらの中で臨床倫理、つまりソーシャルワーカーの実践場における判断をめぐる倫理が、現実問題に対応し、医療と人間の尊厳をめぐる焦点となると考える。実践場では選択を迫られるとき、現実には倫理的な課題を残しながらも判断することを余儀なくされることも多い。そこで問題となるのは、判断の仕方とその根拠である。つまり判断の根拠とは、本人の自己決定が保障されているかという点と、そのプロセスの適正さや妥当性が十分かという点である、と考える。

倫理委員会 Echics Committee

東札幌病院には、日常の医療・福祉行為の倫理的問題を検討する目的で1994年より、倫理委員会が設置されている。その役割は以下のように定められる。

- ①世界医師総会におけるヘルシンキ宣言（1964）「ヒトを対象とする生物医学研究に携わる医師のために勧告」に基づく、臨床試験をはじめ、臨床研究の倫理性を検討する。
- ②患者の権利に関する「リスボン宣言1981」を基本に、日常の医療および福祉の行為についての倫理的問題を検討する。

倫理委員会は、医師、看護婦、MSW、事務職員、哲学者、顧問弁護士等多職種で構成され、筆者はMSWとして、委員会の開設当初よりメンバーに加わっている。①の臨床研究については、②を中心にインフォームドコンセントに関わること、ALSの患者の呼吸筋機能低下時の対応についてなど、日常の倫理的問題を審議してきた。すなわち当院の倫理委員会は、日々の医療の倫理性を検討し、いわば人間の尊厳を医療の中で追求する場となっている。

緩和医療と人間の尊厳

緩和医療は、患者の身体的・精神的・社会的・霊的（実存的）苦痛を和らげ、患者のQOLを最大限に向上させることを目標としている。終末期が

ん患者への緩和医療を提供することを目的として、緩和ケア病棟は設置された。

緩和医療の実践現場において人間の尊厳が問われる倫理的問題は以下のように整理される⁴⁾。

- ・インフォームドコンセント
- ・治療の選択および治療の限界
- ・患者本人の意思、自己決定
- ・家族および重要他者の意見の不一致
- ・セデーション（鎮静 sedation）
- ・DNR（do not resuscitate）

これらの中から、緩和ケア病棟におけるソーシャルワークに関連するものとして、本稿では自己決定とインフォームドコンセントをめぐる問題を取り上げる。ソーシャルワーク実践場における倫理、すなわち Clinical ethics 臨床倫理に踏み止どまって考察を深める。

自己決定

人間が尊厳を保ちつつ存在することにおいて自己決定は不可欠である。すなわち、尊厳があるかないかは、「個人が自己に関することを決定していくという、選択の可能性と自由が最大限に保障されているか」が尺度となりうる。

自己決定とは、「自己に関することを自分の判断と意志に従って決定すること」である。ソーシャルワークにおける自己決定は、自律的意思決定である。社会福祉の目指す自律性とは自己決定の根幹である。

autonomy 自律性とは、ギリシャ語の語源より「自己 (autos) の支配、規律 (nomos)」とされる⁵⁾。それは、(1)自由（支配的影響からの自由独立）(2)意図した行為を遂行する能力と定義される。その自己決定における自律性には、以下の3要素が求められる。

- (1)意図性—その行為（決定）が計画にもとづく意図されたものであるということ。
- (2)理解—判断にいたるうえでそれがもたらすものに対する（プラス面もマイナス面も含む）理解があること。
- (3)支配的影響の不在—判断にあたり、自身が（セルフコントロールがそこなわれるような）支配を受けないこと。

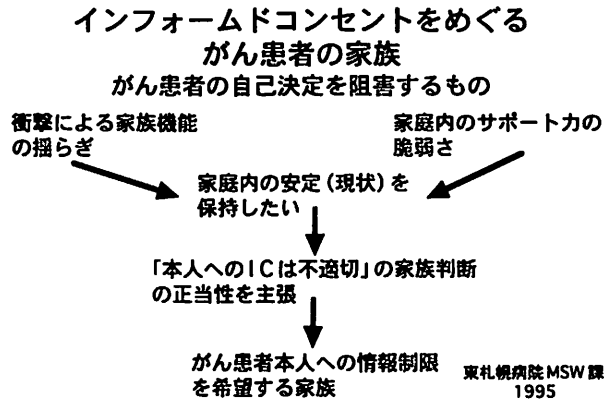
自己に関することを方向づけて行くにあたっては、当然自分の状況が十分に理解されていること、すなわち適切なインフォームドコンセントが前提となる。しかし現状では、医療の受け手に自らの療養生活を計画し、方向づけていくに十分な情報が保障されていない場合が多い。ことにがん医療においては、患者本人へのインフォームドコンセントが困難な状況がある。

インフォームドコンセント

インフォームドコンセントとは、医療の担い手が情報を共有し、共同行為としてのコミュニケーションを通して方向を選択することである。インフォームドコンセントの「説明と同意」という訳語は、一方的で一時的な意味合いを与える。しかし、実際にはインフォームドコンセントは、継続的なコミュニケーションのプロセスである。インフォームドコンセントは、基本的には医師によってなされるものであるが、よりよく機能していくためには医療チームアプローチが必要となる。

当院においては、病状説明の場に看護婦 MSW などの医療チームメンバーも同席し、患者との対話を重ねている。患者が知りたいのは医学的な情報ばかりではなく、それが生活上にどういう意味を持つかという点であることは、ソーシャルワーカーとしては論外であろう。

がんの療養に伴う自己決定の局面としては、診断時・急性期における治療や、療養環境の整備への生活変化。慢性期における療養の場（在宅療養）の選択、および療養生活の安定への社会変化。終末期・臨死におけるセデーションや臨終の場の選択などがある。それぞれの局面において、患者自身が生活設計していくためのインフォームドコンセントを保障し、自己決定を支えることが重要となる。しかし、まずがんという病気の持つインパクトから、医療者も家族も本人を遠巻きにし、ショックを受けるからと一方的に情報制限してしまいがちである。本人と向き合わずに思いやるという行為のもとに、本人不在で、つまり本人の自己決定を保障せずにいる。がん患者の場合は、本人に、「自分の病気についての情報をどれくらい求めている



るか、また求めているか」を問おうともしない本人不在の現状があり、本人の自己決定が疎外されているのは倫理的にも問題がある。そうした状況下で提供される医療が、人間の尊厳を守りうるものかは疑問である。

そこで当院のMSW課では、インフォームドコンセントにおけるソーシャルワーク介入の手がかりを得ることを目的とした研究を行った。がん患者本人への自己決定が疎外される背景と、がん患者本人へのインフォームドコンセントをめぐる家族の状況を明らかにした。

図は、そこより明らかになったものを図解したものである。

ここでは、詳細は省くが、家族に生じている現象として、がん患者の出現による衝撃に、家族機能がゆるがされ、介護力をはじめとする家庭内のサポート力の脆弱さに、家族はさらに困難な状況に直面する。家族は現状の家族内の安定を守ろうと防御的になり、変化を拒否する。そこから、「本人に病気を知らせるのは適切でない。」という家族の判断の正当性を主張する。そして結果として、がん患者本人へのインフォームドコンセントや、情報量の制限を望み、がん患者自身への十分なインフォームドコンセントを拒否し、それによって自己決定が疎外されるという背景がみられた。

がん患者の自己決定の保障には、いかに初期から積極的に家族に介入し不安定さを支えるかが鍵となることが研究から明らかとなった。そこで実践ではがん患者の自己決定の前提となるインフォー

ムドコンセントが保障されるよう、ソーシャルワーカーは、家族の防衛をやわらげるよう家族を支え、また、家族自身が患者にとってどんな支え手として生きたいのか問いかけを通して、自律性にも働きかける。そして、さらに不安定な家族を積極的に医療チームに加えていくよう、継続的に働きかける⁵⁾。

こうした実践によって、がん患者のインフォームドコンセントと、それに基づく自己決定が保障される。しいては、患者の人間としての尊厳をも尊重することにつながるのである。

事例紹介

次に、「患者の自己決定が保障されたか」、「症状悪化に伴い本人の意思確認が不可能で、かつ代理人不在の状況下での判断について、倫理性が問われたケース」を提示する。

当事例は、前述の当院の倫理委員会で検討されたものである。

検討された事例は、47歳女性、両側の乳癌で本州に独居。インフォームドコンセントは、「乳癌で根治はできないが手術可能で病気の進行は遅く、予後は年単位」とされていた。本人のうけとめは、「乳癌で治らない、どうせ死ぬので手術は無意味」というものであり、「残りの人生をホスピスで好きに過ごしたい」と考えていた。

入院相談から、一貫していた療養生活への本人の意思と希望は、①インフォームドコンセントに基づく治療をはじめとする方向付けの全てに対する自己決定、②癌についての手術や延命の拒否、

③家族とは交渉をもたない、④お骨になって両親の菩提寺に帰ること、⑤死後に財産を寄付するという点であった。

〈経過〉

平成6年4月より、5回にわたる電話による入院相談を受ける。平成6年9月27日から平成7年4月26日まで緩和ケア病棟入院。MSWは、本人の意思を公文書として残すことをはたらきかけた。しかし本人は、担当医より「予後が不明瞭である。慎重な対処を。」と助言され、「その時になったら考える」と繰り返されてきた。担当医師、看護婦、MSWと本人を交えて、乳癌手術について再検討したが、本人が選択しなかった。そこでMSWは、在宅療養移行に向け本人と共に住居をはじめ様々な整備を行い、外来通院となった。平成7年12月2日、体力低下により一般病棟入院となる。12月25日腹膜穿孔により緊急手術を行った。26日、本人は「がんの手術ではないので、することにした」と語る。27日午前、かねてより懸案であった遺言状作成について相談し、本人は「少し回復してから」と繰延べを希望した。また年末とも重なったこともあり、作成できなかった。午後状態悪化し呼吸器装着する。意識回復せず、本人の了解得られぬままに本人の意思に反し、MSWが家族へ連絡。12月31日死亡。家族へ状況を伝え、火葬に関して本人の意思を伝え了解される。平成8年1月8日火葬。1月19日に遺族来院され、家財整理を行った。財産は、寄付を希望していた本人の意思とは異なり、親族へ移管された。

倫理的に検討された点は、「(1)穿孔性腹膜炎の救急手術の施行、(2)呼吸器装着、(3)親族（遺族）との連絡、(4)親族（遺族）への金品の移管について」である。それぞれの点において自己決定が保障されたか、決定のプロセスは適正かつ妥当かという点が審議された。

審議の結果は、「(1)の手術と(2)の呼吸器については、本人に意思より直接情報が提供されての本人の選択とみなされるであろう。しかし、情報提供のあり方やそのインフォームドコンセントの倫理性に課題が残る。」また、「(3)の本人の意思に反し

た家族との連絡や、(4)の財産の整理については、やむを得ないこととして妥当だった」と考える。「しかし、それぞれの判断のプロセスには、倫理的課題がある」となされた。

さらに、インフォームドコンセントに関する提言としては、「①このたび手術や呼吸器に関するインフォームドコンセントは、緊急であったため医師対患者だけで行われたが、自己決定を保障するために、家族他の代理人が不在の場合のインフォームドコンセントは、倫理性の面から多職種にチーム医療によって行われるべきであった。②また判断の適正さや妥当性を保つために、代理人不在の場合にはことに、担当の医師、看護婦、MSWによって、本人の生き方や意思また希望や要請を成文化して残しておく必要がある。それにより本人への理解を院内全体のものとし、判断のプロセスの倫理性が保たれる。」というものであった。

医療における人間の尊厳を考える際には、インフォームドコンセントが重要であり、そのあり方が深く問われることが、当事例からも示唆される。

〈結び〉

緩和医療におけるソーシャルワーク実践から、人間の尊厳と医療について考察してきた。人間の尊厳をそこなわないためのソーシャルワーク実践の基になるものは、ソーシャルワークの臨床倫理の確立であると考えられる。ひとつひとつの実践を、その倫理的妥当性について問いただしていくことが、対象者の人間の尊厳を考えることである。すなわちソーシャルワーク実践の倫理性を高めることが、医療における人間の尊厳につながる。

ソーシャルワークは、人権への意識と倫理性が高く求められる仕事である。ソーシャルワークの専門性に裏付けされた、倫理的妥当性の高い判断はいかにして可能になるのか。自己の判断の倫理的妥当性について問い続けることこそが、自らのソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを自問し、培う行為である。人間の尊厳や倫理をめぐる問題には明快な答えはない場合が多い。しかしながら個々の局面に踏み止まり倫理性を追求することで、人間の尊厳を見失わない実践のため

の視点が養われると考える。

そして、倫理的価値に基づくソーシャルワークが、総体としての医療の質を向上させ、人間の尊厳を護る医療への貢献を可能とするのである。

引用文献

- 1) 平山正実：癌医療と尊厳ある死－臨床生死学の立場から 癌治療と宿主 Vol.9, No1, 1997, 1, pp25-32
- 2) ジョヴァンニ・ピコ・デッラ・テミランドテ：人間の尊厳について（大出、阿部、伊藤訳）国分社 1985, p13-20
- 3) 昆啓之・長岡洋人：癌患者の自律的自己決定に必要なこと ターミナルケア Vol. 7, No3, 21719 97
- 4) 田村恵子：事例にみる終末期医療におけるジレンマ ターミナルケア Vol. 7, No3, 200, 1997
- 5) 田村里子：オンコロジーソーシャルワーク 緩和医療学 Palliative Medicine, 柏木哲夫・石谷邦彦編 三輪書店 1997, pp215-221

参考文献

- (社)日本社会事業協会 現任教育研修委員会編 医療ソーシャルワーカー専門講座テキスト
清水哲郎：医療現場に臨む哲学 勁草書房 1997

医療における人間の尊厳に関する一考察

植 竹 日 奈*

医療の高度化の中で、「医療における人間の尊厳」が取り沙汰されるようになってかなりの時間が経つ。特に本年は臓器移植法案の成立をみる中で、これまでにないほどその議論は重要性を帯びていると言わざるを得ない。この一文では、これらの状況にソーシャルワークの立場から考察を加え、また、医療ソーシャルワークの実践の中でのいくつかの状況から何が問題となっているかを論じてみたい。

「尊厳」とは何か

まず最初に、そもそも「尊厳」とは何か。「哲学辞典」¹⁾によれば「ふつう人格の尊厳として、人間は単なる手段ではなく、目的であり、世界のうちなる他のいっさいのものはそれ自身の価値をもたないが、ひとり人間のみ人格として価値をもつとする倫理的用語」であり、「この人格の内なる人間性の尊重の価値感情が尊厳である」とする。つまり、人間のみが人間であるということのみによって価値づけられる存在であり、その存在を尊重する感情が「尊厳」であるということになる。人間が根源的に、一切の条件を問わずに、もつ「人間らしさ」が「尊厳」であると言い換えてもよいだろう。ソーシャルワークにおいては、バイステックが「(尊厳という) 内在的価値は、創造主たる神から由来し、身体的・経済的・社会的なもの、あるいはその他のものにおける個人的な成功または失敗によって、影響を受けない。社会的失敗者も、社会的に成功した者と同じく、神の像(かたち)になぞらえて作られたものであり(中略)市民法あるいは道徳律の違反のように、受け入れることのできない行動でさえも神から与えられた尊厳を人から奪うことにはならない」²⁾

とし、人間の尊厳を宗教的次元において有神論的

に論じている。つまり、バイステックは神の像(かたち)になぞらえて作られたということ「尊厳」、「人間らしさ」として定義づけたのである。しかし、プラントの指摘するように「人と神との役割関係についての論述から、人が他者に対してとるべき態度を推論するには、一連の宗教的慣行が共有されていることが不可欠であり」³⁾、宗教的慣行が社会の片隅に追いやられている現代社会、ましてや「葬式仏教」の国・日本において、バイステックの展開する有神論的主張がリアリティを持たないことは言うまでもない。つまるところプラントの指摘するように、人間の尊厳を尊重するという概念は「道徳原理そのものでなく、道徳の前提条件であり、」⁴⁾ どういう理由でそうなるということではなく、そう決めたからそうなんだと言った性質のものということになる。ところが、いざ実践の立場に立つと、この「尊厳」という概念は、非常にわかりにくく、捉えどころがない。「前提条件としてそう決めた」という内容がはなはだあいまいで不安定であることが多くの実践の場面から暴露される。実践の場面では「尊厳」が何を指すかがはなはだ不明瞭なのである。

実践における選択と尊厳

〈ケース1〉

正常圧水頭症の65歳のAさん。脳梗塞後遺症による痴呆も合併している。68歳の夫と二人暮らしである。急速に歩行困難が生じて救急車で入院した。髄液穿刺により麻痺は軽減し、つかまり歩きが出来ようになったが、痴呆は回復せず、かえってベッドから転落するなどの危険が増した状況となった。今後も週に1回の穿刺を続ければ現状(つかまり歩行できるが危険を伴う「問題行動」の多い状況)が維持される。が、穿刺をやめれば、

* Hina Uetake : 国立療養所 中信松本病院 相談室

身体機能は低下し「ねたきり」になる可能性が高い。そのような状況の中で、治療としては定期的な穿刺を続けるだけとなったので退院の方針が出てきた。夫は「ねたきり」の状態ならまだしも、徘徊などの行動があるAさんを介護することはできないと言う。週に1回の髄液穿刺を繰り返すためには医療の関わりが必要だが、ベッドから落ちたりする可能性のあるAさんを単に髄液穿刺を続けるためだけに長期的に入院させてくれる病院は見つからない。(この一文の趣旨からはずれるが、このように高度の医療に依存してゆく人の居場所についての問題は、現在の医療の構造の抱える深刻な問題である。)主治医は、治療を繰り返せば繰り返すほど「問題行動」が増え、Aさんが居場所を失っていく状況を知り、穿刺を中止する考えでいた。それも、夫に状況を説明して選択してもらうのではなく、医師の判断として中止を考えていた。

〈ケース2〉

一人暮らしのBさん。月々4万円の老齢年金のみで暮らしている。家賃は2年間滞納されており、アパートの持ち主からは再三立退きの要求が出されている。自宅で転倒し、入院加療中であるが、医療費の自己負担分も未払いが重なっている。幸い、転倒による外傷はほとんど障害を残さず回復したが、最近やや痴呆の傾向があると近所の人達は感じており、火の不始末をおそれた近所の人や民生委員は老人ホーム入所を強く勧めている。しかし、Bさんはかたくなに言うことをきかない。実は、Bさんの妻と5人の子は戦争で全員が死んでしまった。妻子を奪った戦争と「国」をBさんは憎み続けている。「国」の世話にだけはなりたくない、「国」の世話になるくらいなら野たれ死にする方がまだ、とBさんは拒み続けている。Bさんが拒み続ける以上、Bさんの帰る場所は決まらず、「社会的入院」が長期化していきそうである。

当然のことながらソーシャルワークは必ず実践を伴う。その実践においてはきわめて具体的、現実的な選択がなされていかねばならない。これら2つのケースの投げかけるものは、重く、複雑で、

どのような選択がなされるとしても「これが正解」ということは言い難いだろう。しかし、どのような状況においても何かが決定され、動いていかねばならないのが実践の現場である。それぞれのケースにおいてそれぞれのクライアントの「尊厳」を守るためにソーシャルワーカーはどのような選択をし、何をすべきか、または何をすべきではないか。

ケース1において、Aさんがどのような状態であれば、Aさんの「尊厳」を守ることができるのかを考えてみよう。治療方針の選択はあくまで医師の権限であるとして、医師に選択を委ね、ソーシャルワーカーは結果として提示された「退院」への関わり開始する、という方法もある。しかし、ソーシャルワーカーとして治療方針の決定に関わることもあり得る。医師に疑問を投げかけ、少なくとも夫への説明を行ってもらうことはできないか。また夫が状況を理解する手助けはできないか。もちろん「動き回る妻を介護することはできない」と言っている夫だから、結論は同じかもしれない。それでも「当事者による選択」というプロセスを踏むと踏まないのでは援助の質が変わってくるのではないか。ケース2ではどうか。ワーカーはBさんの思いを現実に結びつけられるのだろうか、結びつけるべきなのだろうか。失火を心配する近隣の人の声や「治療なき長期入院」を嫌う病院側の方針とBさんの思いはどう折り合うのだろうか、折り合う点が見つかるのだろうか。

もう一つ、これは「乳房再建」⁹⁾という乳がんの闘病をつづった手記からの抜粋を紹介したい。この抜粋は筆者三島英子氏が母上の死について語られた部分である。

この手記の記述からも、いかに尊厳を守る選択がむづかしいものかが浮き彫りになってくる。

「入院してからも母はひどく人に会うのを嫌がった。お見舞に来られるのは嫌だと。元気な頃も、胃の手術をした直後も、母は私に何度も言った。やつれた姿はだれにも見られたくない。(中略)しかし、死期が迫ると母の気持ちが重荷になった。

死亡通知を突然に送りつけるのはやはり思いやりがなさ過ぎると、親友のちづさんには母から了解を得ずに、母の病状と余命を知らせた。それから母に聞いた。「ちづさん、会いたがっているけど、呼んでいい？」母は、目をつぶったままうなづいた。(中略)母が満足そうな顔をしてくれたので救われたが、プライドは死亡通知だけを望んでいたのだ。元気な姿のままでひっそりと死んでいきかかったのだ。母の望むようにしてあげたほうが良かったのではないかと今でも苦しい。(中略)もう一つ、痛みについて。母は痛みを取ることも、最後の瞬間まで自分を失いたくない欲求が強かった。麻薬で痛みがなくなっても正気でなくなるなら、壮絶な痛みの中で「死」を迎え息絶えたかったのかもしれない。ただひたすら「立派な最後」のために。何が母の尊厳死だったのか、わからない。」

誰が誰の尊厳を語るのか

さて、この三島氏の経験も含め、上述した3つの例においてひとつ共通する論点がある。それは、どの例でもその人の「尊厳」を語っているのがその人自身ではないということである。ケース1においてはAさん本人は痴呆というハンデキャップがあり、本人の望む「尊厳」を明確にできない状況である。Aさんのこれからのあり方を決めようとしているのは、主治医であれ夫であれ、本人自身ではない。ケース2では、Bさん本人の意思は明確である。Bさんは「野たれ死にしてもよいから国の世話にはならない」と言っている。この思いはただ「適応できない」とか「適切な判断が下せない」などという言い方で本人の問題(病理性)に帰して解釈してしまえるものではないのではないか。本人の生活史を聞けばこの思いに共感する人もいるだろう。いや、多くの人が全面的にではなくとも、この老人の辛さを感じる部分をもっているかもしれない。しかし、このケースではおそらくBさんの思いがもっとも優先されるというわけにはいかないのではないかと。つまり、このケースにはBさんの思いをそのまま現実の選択にはできないとする本人以外の存在がある。「そりゃ、気持ちちはわかるけれど」という枕詞がついての「説

得」が繰り返されるだろう。このとき、BさんのBさんらしさ、これからのあり方を語っているのは家賃滞納に困っている家主であったり、失火を恐れる隣人であったりする。と同時に「本人のためにそれがいい」と老人ホームへの入所を勧める行政の担当者であったり、そして病院の医療ソーシャルワーカーであったりする。三島氏の状況はもっと明確である。三島氏の文面からは彼女が全身全霊をかけて、母上の「尊厳」を感じとろうとしておられたことが痛いほど伝わってくる。そのような関わりの中でさえ、母上自身ではない三島氏には母上にとっての「尊厳」が何だったのか、確たる答えが出せないでいる。三島氏自身がまさに「何が母にとっての尊厳死だったかわからない」と言われているのだが、すでに母上がこの世を去られた以上たった一つの真実は永遠に三島氏にも知るすべがない。

既に述べたように、「尊厳」は全ての条件を越えて人間が人間であるという事実だけにおいて与えられる絶対的価値であるが、現実の場面においては誰が誰の尊厳を語るかによってその姿は相対的に変化し得ることがわかる。「髄液穿刺を続けて、徘徊などの問題を起こし、自宅にいらなくなるより、ねたきりになって夫の介護を受けるほうがよい(尊厳を守る)」とするのは誰か。「野たれ死にするよりホームで安定した生活を送ったほうがよい(尊厳を守る)」とするのは誰か。誰が尊厳を語るかによって「尊厳」の姿は変化するのである。

もうひとつケースを紹介しよう。

〈ケース3〉

薬害によるAIDSのCさん。末期になり、ある日Cさんはソーシャルワーカーに「自分が死んだら同じ状況で苦しむ人のために病理解剖をして欲しい。」と話した。「血友病に加えAIDSを発症し、社会への貢献などほとんどできなかったが、最後にひとつだけ自分しかできないことができる」と。ところで、長く医療にかかってきたCさんは医療の出来事をたくさん見知っていた。Cさんはソーシャルワーカーに聞いた。「でも、もし、その場で親が反対したら解剖してくれないんじゃない？」

そこでワーカーが「必ず解剖する」と保証するわけにはいかない。確かに家族の意向で土壇場での判断が変わらないとは言い切れないのが現実だから。ワーカーはそれをそのままCさんに話した。Cさんは「どうしたら僕の意志が貫けるのか」と食い下がり、ワーカーといっしょに考えたいいくつかの方法の中から、「ワーカーに自分の意思を書いた手紙を託しておき、もし、両親が反対したらワーカーがその手紙を両親に渡す」という方法を選んだ。そして、予測どおりの場面が現実となり、息子の残した手紙を読んだ両親はそれまでの反対を翻し、病理解剖に同意したのであった。

Cさんは自分がどうありたいかはっきり知っていたし、それを語ってもいた。しかし、それがCさんのことであってもCさんの死後のことであったため、その場でCさんのあり方を決めるのはCさん自身でなくCさんの両親と医療スタッフとなってしまった。Cさんの両親にとっては「これ以上息子が医療の力に切り刻まれるのは耐えられなかった」（後日両親がワーカーに語った言葉である）のだから、両親にとってCさんのCさんらしさ（尊厳）を守る精一杯の選択が解剖を拒否することだった。ところが、本人の選択による尊厳の守り方は両親と正反対の選択肢を選ぶことであった。（現実はまだもっと混沌としているだろう。Cさんや両親に意志以前に、病院側が医療従事者への感染を恐れてHIV感染の病理解剖をできない、といった状況も考えられる。）

「前提である」「べきである」尊厳の姿は現実の中ではこれほどにあいまいなのである。絶対的な唯一の価値であるということが絶対的な唯一の選択を指し示すわけではないのである。誰が誰の尊厳について語り、判断し、決定するのかによってその選択は正反対のものにさえなり得る。Cさんの死という一つの出来事にまつわるCさんのあり方が、Cさん自身の選択と両親の選択と（場合によっては病院の都合という選択も）複数あり得たように、個々のそれぞれの個別的な状況と立場によって尊厳のあり方も変化するのである。ご子息を脳死の状況を経て亡くされた柳田邦男氏が次の

ようにコメントしておられる。「私の書庫には医学の専門書・啓蒙書や闘病記が千数百冊ほど並んでいる。その中には、脳死と臓器移植に関する本が数十冊はあるだろう。（中略）しかし、いま、確実に脳死に陥っていく息子に対し、何をしてやれるのかと考えるとき、そうした脳死論の書物はほとんど役に立たないことに気づいた。なぜなら、いま自分が何をなすべきかは、息子の人生と私たち家族の歴史の文脈のなかでしか解答を得られない、極めて個別的な問題であるからだ。」⁹⁾ 柳田氏が実感されたように、前述の3つのケース、および三島氏の経験も、「尊厳」に関する現実の選択がまさに個別的なものであるということを示している。

尊厳の個別性とソーシャルワーク

ところでわれわれの実践の場である医療は、一つの明確な価値観をもつ。それはつまり、「疾病の治療を本質とし、延命を至上の目的とする」¹⁰⁾ ということである。この価値観にもとづいて行われるさまざまな延命措置が「非人間的である」とか「人間の尊厳を傷つける」などと批判される中から、「尊厳」死に関する議論が生まれてきたことは今更言うまでもない経過である。「尊厳」が極めて個別的で、多様性をもった形で実現され得る概念だとすれば、「唯一明確な価値観」にもとづいた判断が積み重ねられていく形での実践は、「尊厳」という概念を狭め、一つの型におしこんでしまう危険性を秘めている。現代の医療は自然科学である医学に準拠している。村上が指摘するように、医学は科学的であろうとするために病気を身体の一部の故障としてしかとらえようとししない。¹¹⁾ それはあたかも自動車などの器械の部品を修理したり、時には交換しようとする（人工臓器や移植がそうである）「修理工場」としての作業である。そこではそれぞれの置かれた状況や情緒ははぎとられ、誰の目にもわかりやすい「部品の故障」だけがクローズアップされると、村上は指摘する。そのような状況で「尊厳」を論じることは、尊厳が個別的であればあるほど難しくなる。ところが、ソーシャルワークはその原則として「個別性の尊重」ということを大切にしてきた。「個別化」はバイステック

の示した七つの原則⁹⁾の一つであり、ブトゥリムは「個別化」を「中範囲の原則」の一つとして「絶対的な実践基準である」¹⁰⁾と指摘している。「尊厳」に対する医学のあり方とソーシャルワークのあり方との違いは、医療における医学という科学の限界を、ソーシャルワークのあり方が支え得る可能性を示唆しているとは言えないだろうか。村上の指摘するように「医療は科学より大きなものである」¹¹⁾。この言わば当たり前のことを、現代の医療は、医学という科学を中心に据え、それ以外の何者にも頼ろうとしないことによって、構造的に忘れ去ろうとしている。「(医療は) その一部として科学を組み込み、ある時はそれに頼り、ある時は利用するとしても、人間を相手にする医療が、人間を物質系としてのみ扱うはずはないし、また扱えるはずもない。」¹²⁾ という明快で本質的な指摘を、ソーシャルワークが如何に思い出すことができるのか。そして、医療という実践の場に、異なった角度からの論議や決断をもちこめるのか。ここにこそ、ソーシャルワーカーが医療の場にいる意義が改めて確認される。つまり、医療における人間の尊厳をソーシャルワークの立場から考えるとすれば、ソーシャルワークが医療において果たすべき役割の本質にたどりつくと考えたいのである。

参考文献

- 1) 下中弘編 『哲学辞典』(平凡社) 1941, p877
- 2) バイステック／田代不二男・村越芳男訳『ケースワークの原則』(誠信書房) 1979, p49～50
- 3) R.プラント／丸木恵祐・加茂陽訳『ケースワークの思想』(世界思想社) 1980, p24
- 4) R.プラント 前掲書 p30
- 5) 三島英子『乳房再建』(小学館) 1995, p129～131
- 6) 柳田邦男『犠牲・サクリファイス』(文芸春秋) 1995, p100
- 7) 黒柳弥寿雄「尊厳死と安楽死」 竹内正監修『医療原論』(弘文堂) 1996, p188
- 8) 村上陽一郎『生と死への眼差し』(青土社) 1993, p226
- 9) バイステック 前掲書

10) ゴフィア. T. ブトゥリム／川田誉音訳『ソーシャルワークとは何か』(川島書店) 1986, p69

11) 村上陽一郎 前掲書 p22

12) 村上陽一郎 前掲書 p22

医療における人間の尊厳 ～ソーシャルワーカーの立場から～

佐原 まち子*

はじめに

医療現場のソーシャルワーカー（以下SW）としての仕事をはじめ、気づいたらかなりの時間がたっていた。解決すべき課題を抱えるクライアントとともに、私にできる援助に取り組み今日に至っている。私にできる援助、それはソーシャルワークである。SWは患者家族の抱える生活上の問題について、それぞれが自分達で解決できるという決心を持ってもらい、行動変容へと進んでいけるように面接や、情報提供をとおして、解決へ導くお手伝いをするのがSWの仕事である。

ところで今、医療の現場で働くSWにとって、納得のいくSW援助が遂行されているのだろうか。

医療の現場では、数多くの職種が働いている。その中では医者を中心にして治療計画や方針が立てられているが、ともすると医療者側の意向を患者・家族に押し付けてしまうパターンリズム（父権主義）はまだ多く見られる。しかし、医療に生老病死をゆだね、ただ患者は医師の指示にすべてを任せるしかない時代と比べれば、患者の権利や人間の尊厳などを重視する医療のあり方は、少しずつ変わってきている。医療制度の仕組みの変化、医療技術の進歩、患者の生活の変化、疾病の変化など、かつての医療ルールだけでは割り切れない、生活に関わる課題を抱えて病院が機能しはじめている。かつてSWはそのような医療のパターンリズムの中で、患者の立場を主張する役割をとってきたように思う。今この医療現場の中で、SWは患者の尊厳についてどのように対応するか、また、どのように考えるのかということをも改めて考える機会を与えられた。ターミナル医療や臓器移植などで語られる人間の尊厳から少し離れ日常の相談

援助の中にみられる尊厳について考えてみたい。

I 医療現場の変化

1. 医療保健制度とソーシャルワーク

政治や社会情勢が変化するように、医療の世界も時代の流れとともに様変わりした。人が在宅で出産したり人生の最後を迎えたりできた時代から、生老病死のすべてを医療機関にゆだねる時代へと移り、あたかも永遠の命があるように、長く生かすための医療が大発展を遂げてきた。医療技術の進歩は、平均寿命のすさまじい伸びへとつながり、世界に類のない速度で日本の高齢化が進行している。

医療現場は医療法によってすべて運営されており、医療施設の管理・運営や、国民の健康の保持のために地域の医療供給体制の確保をはかることなどがその使命となっている。この法律は1948年に制定されて以来、改正らしい改正がなかったところ、1985年に「病床の増加のコントロールをはかる」ことを目的とした大改正があった。その後は1992年に第二次改正がおこなわれ、特定機能病院、療養型病床群の制度化等の医療施設機能の体系化等が行われ、居宅も医療提供の場として位置付けられた。このような動きの根底には、医療保健制度の悪化があったのである。その原因は医療費と国民経済とのギャップにある。出来高払いの医療保健と、高度医療を駆使した延命治療、高齢者の医療費の増加と理由は複合しているが、国民の医療費高騰に比べ、バブル経済が崩壊するなど、経済の低迷が医療保健制度そのものに影響を及ぼしてきたといえる。

そのような状況を踏まえ、厚生省は21世紀の高

* Machiko Sahara : NTT 関東通信病院 総合相談室

齡社会へ向けて、良質かつ適切な医療を効率的に供給する体制を整備する目的で第一次・第二次・第三次と改正を計画してきた。とは言うものとりあえずの目標は、高騰する医療費削減への強力な働きかけなのである。

平成9年の秋に実施される医療保険の改革・介護保健法へと続き、医療費抑制のために今、様々な方策が動き出している。

1. 社会的入院の解消を含め医療と福祉の分離となる介護保険の導入の検討
2. 欧米に比べ過剰といわれる医療提供体制の縮小（病院・病床減らし）
3. 慢性期医療に対する出来高払いの是正と定額性の導入
4. 薬価差益の解消を含めた診療報酬の見直し
5. 指導監査の強化
6. 情報公開、第三者機能評価等

医療保険も今までにない岐路に立たされている。SWも日々目の前の患者・家族に対応することに関心を奪われがちであるが、世の中の動きをふまえ、新しい医療保険の仕組みを患者家族に情報提供する必要がある。医療費削減に向けて医療機関を指導する立場の国と、経営者として病院を守ろうとする医療関係者、そのどちらからも情報が届きにくい患者家族が「医療保険の仕組み」を知る権利を守ることも、結果的には主体的な医療を受ける患者・家族の尊厳につながることであると考える。

2. 経済原則にのっとった病院経営

このような国の政策の中で、医療保険からの収入では病院経営が先細りになることが予測される。そのため、多角経営に乗り出す病院や、在院日数の短縮や病床稼働率の向上などのいわゆる病院運営の効率化を病院経営の改善目標にかかげるところが多くなってきている。

私の働く医療機関も急性期を扱う総合病院だが、経営母体は1企業である。近年病院とはいえ、赤字部門であることは許されない状況になってきている。全国で約9500ある病院のうち7割程度が赤字と言われている。平成9年9月の医療保険改革以降、患者数の減少や病院の選別による経営環境の厳しさが増し、病院経営はさらに厳しさが増す

といわれている。高齢化社会を迎える21世紀に医療は福祉の要であるはずなのに、病院そのものが今現在のような経済原則を採用していかなければならない。ということは、もうからないものは切り捨てるという考え方が医療現場の中にも強くなるということになるのだろうか。経済原則が病院の経営に登場してきている医療構造の変化について、我々SWがいち早く情報提供することによって、病院にすべてお任せしてきた患者・家族が自分自身の療養に主体的に参加するための動機づけを強化することになる。

II 医療内容の変化

1. 急性期医療機関のSW

私の働く病院は、急性期医療を中心とする一般病院である。そのため入院期間は1ヵ月以内を平均とし、現在は平均在院日数が20日以内を目標に高度な治療が行われている。そのためおのずとSWの援助も時間の制約をとまうことになる。私たちはSWへの依頼が出ると、患者または家族にインタビュー面接をし全体の問題状況を把握し、そのインタビューを基にソーシャルワークアセスメントし援助を展開していくわけである。急性期治療が主体の病院では、依頼から援助を展開する時間的余裕が非常に短くなってきている。これは医療の動向の変化にとまっておのずと起きてくる状況であり、我々SWもその状況を踏まえた実践的判断にそったアセスメントにより援助を展開することが要求されてくる。医療機関の現状を無視し、患者の尊厳を守るばかりに、長期入院を助長してしまうわけにもいかない。SWであるとともに病院の職員という組織の一員としての役割がある。その立場をどこまで踏まえて患者の尊厳を意識化していくことができるかが問題である。

2. 急性期医療における医療者と患者家族の認知のずれ

急性期医療の現場では、SWに依頼が出る段階では、治療が一応終わったか、または一段落した状態を指している。患者の病状が安定したと医者が判断し依頼が出るわけだが、医療者の理解している治療終了の中身は、生命の危機を脱している状態であり、積極的な治療がない状態のことを指

している。しかし治療がないといっても、胃チューブや、尿カテーテル、IVHが装着されている状態、全介助であったり、頻回なタンの吸引など入院前とは比べ物にならない状態であることがある。それでも医学的には治療が終わったといわれてしまう。一段落が終わり「治る」という回復の意味において医療者と、患者・家族の間の認知のずれがある。情報化社会が進んだとはいえ病氣と身近に接点のない人々にとって、現代の医療の現実を知る由もない。患者家族にとって回復はもっと日常的なレベルの概念から抜け出していないのである。例えば、食事が一人で食べれること、なおかつ口から食べられること。意識がはっきりしていること。医療処置がないことなどである。

この認知のズレを明確化し、場合によっては主治医との合同面接などを調整し、少しずつ患者家族が医療の現実と向き合えるように面接によって修正していくのもSWの仕事である。患者・家族が状況を理解して変化していく前に、医療側のルールによって一方的に了解させられてしまうことは避けたい。また、医者も高度医療については専門家かもしれないが、医療保険のことや機能別病床体制の問題や、医療制度など理解していないことが多い。

援助を進めるに当たって機会あるごとに医療者に対しても医療や福祉の仕組みの説明を行うのも大切なことであり、患者の置かれている状況を理解してもらうためにも必要な援助であると思う。

Ⅲ 退院援助における尊厳

厚生省の作成したSWの業務指針の中にも提示されている退院援助であるが、この中で行われている尊厳について考えてみる。

「もう少しここで治療を受けたい」「できるならこの病院で死なせてやりたい」という患者・家族の思い。患者家族が疾病を受入れ、その辛い状況のなかで患者・家族が尊厳を守りたいがため発した自己主張を、尊厳を、SWはどこまでサポートしてあげられているかが問題である。退院援助で尊厳にかかわる事例を紹介したい。

事例1

当院近隣に住む80歳の男性、高齢な妻との二人暮らし。脳梗塞で倒れ急患入院。救命救急のおかげで命は保障されたが、全介助、胃チューブ、頻回な吸引、体位交換、タンからMRSAが検出。病状が安定し、神経内科として治療がなくなり退院を進められたが在宅療養は受けられないため、SWのところを紹介される。妻は当院が近いのでなんとか毎日面会に来院しているが、遠くの病院となれば会いにいけない。しかしMRSAは消える様子がない。せめてMRSAが消えるまで入院継続にできると病院の選択の幅も広がるが、治療そのものが安定してしまうと転院することを強要される。MRSAの扱える病院が少なく社会資源の選択の幅がないことが問題。

事例2

83歳肝硬変・肝臓癌・糖尿病・ADL全介助

80歳の妻との二人暮らし。子供達も協力してはいるが同居は出来ず、在宅が困難なケース。在宅にはならないケース。肝臓癌末期状態で余命1月～2月位と予測されるものの高齢なため治療もすでになくなり、小康を保っているということで転院相談で依頼が出される。家族は病状の説明を受けており、このまま当院で終末を迎えることを望んでいた。余後が短いならこのまま入院を継続させてもらうよう、SWは医者や婦長とも話し合うが、消化器の病棟は入院患者が多く待機者も多い。そのため1～2か月であっても入院を継続できないこととなる。SWの面接で家族はようやく転院を受け入れたものの、見学して希望した病院の待機期間が長すぎて間に合わず、別の病院に移りそこで1か月で亡くなる。

このようなケースの援助を通して、SWの原則の中の一つであるクライアントの自己決定の原則がどこまで実行できているのか不安になる。患者家族との面接において問題を明確にし、患者家族が問題解決の自己決定するというプロセスがまさにソーシャルワークであり、ソーシャルワークの面白いところであると思って仕事をしてきた。しかし、この患者・家族の自己決定は特に急性期医療機関などでは難しくなっていることがありうる。

医療の仕組みの中で患者家族は一方的に医療の圧力に従わざるを得ないのが現実である。そして悲しいかな SW にもこの圧力が働くことは否めないことである。転院に際し「結果的に〇〇病院に行くことを決めたのは家族です。自己決定しています。」そう言い切れるケースが果たしてどのくらいあるだろうか。網に魚を追いこむように、患者・家族を納得するように誘導する面接をしていたことはないだろうか。組織の役割を無視する分けにはいかないこともあって、結果的に納得してもらうよう働きかけていることはないだろうか。しかも納得より悪い説得になっていないだろうか。「この方法しか選べることは無いのですよ」などと結果的にはやんわり説得していることもないとはいえない。

社会資源不足からくる問題もあるし、医療の仕組みからくる問題もある、しかし、今はこの決心をすることが最善なのだということをワーカー・クライアント関係で共有し、社会的問題や、組織の問題で完全ではない結果となっても、患者・家族の尊厳を守る努力をする SW でありたい。SW 自身がワーカー・クライアント関係で今何が起きているのかを明確に意識しておくことも必要なことではないだろうか。

退院援助については、退院計画として早期問題発見のスクリーニング方法を工夫し、出来る限り入院当初の早い時期に SW が関わる努力をし、少しでも尊厳を扱える時間を確保することに心がけていく必要があるのではないだろうか。

IV 在宅療養とソーシャルワーク

ここ数年在宅療養が注目されだし、高齢者や要介護者が自宅で療養することが増えてきた。身辺のお世話にとどまらず、経管栄養チューブ交換・タンクの吸引など医療処置をともなう在宅も増えてきているように思う。しかし、日本では自宅での療養は、まだまだ家族介護に依存しているのが現状である。しかし、その在宅を準備していく医療者の意識の中に、「家族の愛情が一番、家族が見てあげるが一番」という家族に対する役割期待が高く、時代の変化を知りつつも家族神話がしっかり医療の世界には生きていることを感じる。患者

の治療に協力することが当たり前でよい家族という評価になり、面会に来ない、洗濯に来ない、洗濯に来ない家族が問題の家族とラベルを張られたことがある。SW は早い時期に患者を取り巻く家族システムや資源システムのアセスメントを行い、医療チームに情報提供する必要がある。特に在宅に移行するケースについては、患者とその家族についてのインタビューをしっかりとることによって介護者と患者の関係性や他の家族との関係性他の協力者との関係をアセスメントし過剰適応することによって考えられる介護者の疲労を事前に予測し、介護者が燃えつきないよう援助する役割が SW にある。当院の在宅担当看護婦より依頼を受けた事例を紹介する。

事例

68 歳女性、肝臓癌末期、娘家族と同居しており介護者は娘。もともと患者はアルコール依存症の既往があり、2 回の専門病院への入院経験がある。依頼内容は、介護者である娘自身への援助。娘が完璧に近い介護をしているにもかかわらず不全感が強く、介護中心の生活をこなすあまり娘の家庭の家族関係に問題が生じている。娘の子供が情緒不安になり、小児科に通院することになり、娘自身の相談対応も進めてほしいとの依頼であった。娘に個別面接する中でアルコール依存の問題が未整理のまま、母親の介護の役割により巻き込まれている状態であった。母親との問題から生じる生きずらさを抱えたままターミナルの介護を担い、娘が母親に関わることを周囲からも期待される状況となり、ますます母親から離れられなくなってしまっていた。その結果自分の家族との関係にも問題が生じ、解決すべき課題の優先順位をつけられずに困惑状態にあった。継続面接を契約し、娘自身をケースとして SW は援助を開始した。患者本人の療養は訪問看護婦が担当、役割分担することで在宅療養を安定させながら関わっている。

医療者にとっては疾病をもつ患者が対象であり、患者の療養が円滑に回っていくことが在宅療養の中心である。しかし、ソーシャルワーカーは患者だけが援助の中心ではない。疾病をかかえる患者と家族、とりまく資源などの関係性をアセスメン

トし、システムとしてとらえ援助していくことが基本的な姿勢である。患者と介護者の両方の尊厳が守られなければ、良い在宅療養は継続しえない。そのためにも SW の存在は責任があるのである。

V 患者の尊厳を守るために我々 SW が存在し続けること

我々 SW だけが医療のなかで尊厳を守るわけではもちろん無い。しかし、患者を社会で生活する人として捉え、その人を取り巻く人間関係・環境や資源をシステムとしてとらえ評価することはソーシャルワーカーに与えられた大切な役割であると考え。高齢化社会を迎えるに当たり、医療が福祉の中心になり医療と福祉はきっても切れない関係になっていくことが予想される。医療チームの一員としてさらに役割を明確にして、存在していくことが大切であると思う。

最近ではインフォームドコンセントや情報公開など患者にとって開かれた医療も叫ばれている。しかし、医療制度もめまぐるしく変化する中でそれによって患者・家族の尊厳が大切に扱われるかどうかはわからない。まずは福祉の視点をもった SW が存在することを肝に銘じたい。存在しなければ、ソーシャルワーク援助は始まらないのであるから。

VI おわりに

ここ数年 SW の資格問題を通し、我々 SW の業務とは何か。専門性とは何かということを幾度となく考える機会に出会った。未だ結論のでない資格問題を抱えながらも我々の日々の業務は続いている。同じ仕事をしている SW どうしとはいえ人それぞれの考え方があり、今まで十分に明確化してこなかったツケがいま我々を取り巻いているのではないだろうか。考え方は違っても SW の業務は一つであると私は信じている。「ソーシャルワーカーの〇〇です」とクライアントに伝える時、その根底には、周囲から押し付けられたものではない我々の職業人としての専門性によって立つからこそと思っている。このような時に、医療における人間性の尊厳を SW として考える機会を与えられたことに感謝したい。

これからは医療も福祉の一部分であるという傾向が強くなっていくと思われる。一人一人の保健医療の場で働く SW のアイデンティティの中に、福祉の立場をさらに明確にもってこそ、患者の尊厳を守る一助となっていくのではないだろうか。

参考文献

- 朝日健二：「病院選びの本」桐書房
池永満：「患者の権利」九州大学出版
笹岡真弓：「病院をめぐる介護関係と家族」一橋出版
鈴木利廣：「患者の権利とは何か」岩波ブックレット
中村秀一：「平均在院日数短縮と病院経営」病院56巻 1997
和田努：「カルテは誰のものか」丸善ライブラリー
ブトリウム：「ソーシャルワークとは何か」川島書店
手島陵久：退院計画研究会「退院計画」中央法規

A市民の社会福祉サービスに対する態度 とその関連要因

岡田進一*

Key Words 社会福祉サービス、態度、援助

I はじめに

高齢化社会を迎える日本では、近年、社会福祉サービスに対する関心が高まってきている。経済企画庁の調査で社会福祉サービスの充実がきわめて重要であると回答した人が1981年の調査では38%であったのが、1987年では47%、1993年には51%となった。¹⁾しかし、日本において、どのような人が社会福祉サービスに対してどのような態度や意識をもっているのかを研究した文献は非常に少ない。そこで、本研究では、アメリカや日本でおこなわれた先行研究をふまえて、A市の市民の中でどのような人が社会福祉サービスに対して肯定的な態度を示すのかを明らかにする。

社会福祉サービスに対する地域住民の態度や意識に関する研究が社会福祉サービスを受けるクライアントやその家族の背景を理解するための具体的な参考資料となるものと筆者は考えている。その意味で、本研究が医療ソーシャルワークの実践にも役立つものと考えられる。また、実証的研究にもとづく実践活動(Empirical-Based Practice)をすすめるための情報を提供するという点で、本研究は有意義なものである。

II 先行研究

アメリカにおける市民の社会福祉サービスに対する態度に関する研究では、次のようなことが明らかにされている。

- (1) 学歴の低い人より高い人のほうが社会福祉サービスに対して肯定的あるいは寛容な態度を示している。²⁾
- (2) 中間、高所得者層より低所得者層の方が、また、高齢者より若年、中年者層の方が社会福祉

サービスに対して肯定的な態度を示している。³⁾
(3) 社会正義や民主主義などを重んじる人の方がそうでない人より社会福祉サービスに対して肯定的な態度を示している。⁴⁾

アメリカでの研究は、社会福祉サービスに対する態度に関連する要因を明らかにした点で有意義なものであり、社会福祉学研究へも大きく貢献している。しかし、基礎属性や政治意識のみが独立変数として取り上げられ、地域で人々が他人に対して援助をおこなうことに対する考え方を独立変数として取り上げていない。直接的・間接的援助に対する人々の考え方が社会福祉サービスに対して大きな影響を与えていると筆者は考えている。そこで、本研究では、アメリカでの研究成果をふまえて、さらに、直接的あるいは間接的援助に対する人々の考え方を独立変数に加えて検討する。

日本における市民の社会福祉サービスに対する態度に関する研究では、次のようなことが明らかになっている。

- (1) 中間、高所得者層より低所得者層の方が、また、高齢者より若年、中年者層の方が社会福祉サービスに対して肯定的な態度を示している。⁵⁾
- (2) ボランティア活動などを重んじる人の方がそうでない人より社会福祉サービスに対して肯定的な態度を示している。⁶⁾

日本での研究は、アメリカでの研究と同様、社会福祉サービスに対する態度に関連する要因を明らかにしたという点で有意義なものであり、社会福祉学研究へも大きく貢献している。また、分散分析を用い、多くの関連変数を使った包括的な研究であるという点で重要な研究である。しかし、それぞれの要因が与える、社会福祉サービスに対

* Shinichi Okada : 大阪市立大学生生活科学部

する態度への影響力は明らかにされていない。そこで、重回帰分析を用いて他の要因をコントロールした時、それぞれの要因が社会福祉サービスに対する態度へ、どの程度影響を与えているかを本研究で明らかにしたい。

Ⅲ 研究方法

1 本研究で使用されたデータ

1992年(平成4年)にA市でおこなわれた意識調査(大阪市立大学生活科学部人間福祉学科長寿社会科学講座[代表者:教授白澤政和]が調査をおこなった。)から得られたデータをもとに二次分析を本研究でおこなった。

調査は、調査表を用いた横断的調査で郵送によっておこなわれた。調査対象者は、A市の20歳以上の成人とし、選挙人名簿を用いて2段階無作為抽出法で3,000人を抽出した。調査票の回収率は、48.3%で、郵送調査での調査票回収率最低限度の45%より高いパーセンテージであったので、⁽⁷⁾分析には問題ないと判断した。

2 分析方法

基礎属性および他人の援助をおこなうことに対する人々の考え方を独立変数とし、社会福祉サービスに対する態度を従属変数とする最小二乗法を用いた重回帰分析をおこない、有意差の検定はt検定を用いておこなった。

3 独立変数

(1) 基礎属性

対象者の基礎属性として年齢、性別、学歴、生活状況、居住年数をたずねた。

年齢は、10歳間隔で、次のような7つの選択肢を用意した。「1. 20~29歳」「2. 30~39歳」「3. 40~49歳」「4. 50~59歳」「5. 60~69歳」「6. 70~79歳」「7. 80歳以上」。

性別は、男性を1、女性を0とするダミー変数とした。

学歴は、2つのダミー変数を用いた。ダミー変数1は、「1. 小学校、(旧制)高等小学校、新制中学校」の卒業を最終学歴と回答した人をダミー変数の1、他の「2. 旧制中学校、新制高校」「3. 旧制高等専門学校、新制高専、短期大学、大学(旧制、新制)、大学院」の卒業を最終学歴と回答した

人をダミー変数の0とした。ダミー変数2は、「3. 旧制高等専門学校、新制高専、短期大学、大学(旧制、新制)、大学院」の卒業を最終学歴と回答した人をダミー変数の1、他の「1. 小学校、(旧制)高等小学校、新制中学校」「2. 旧制中学校、新制高校」の卒業を最終学歴と回答した人をダミー変数の0とした。

生活状況は、回答者が日本の社会の中でどの階層に入るかをたずねた、5つの選択肢を用意した。「1. 上」「2. 中の上」「3. 中の下」「4. 下の下」「5. 下の下」。1を5点、2を4点、3を3点、4を2点、5を1点とした。この質問は、生活状況や階層をたずねる時に使われる自己評価型の質問として日本の社会調査では比較的よく使用されていると考えられ、生活状況をたずねる質問文として妥当なものと考えられる。⁽⁸⁾

居住年数は、次の9つの選択肢を用意した。

「1. 1年未満」「2. 1年~3年未満」「3. 3年~5年未満」「4. 5年~10年未満」「5. 10年~15年未満」「6. 15年~20年未満」「7. 20年~25年未満」「8. 25年~30年未満」「9. 30年以上」

(2) 他人に援助をおこなうことに対する考え方⁽⁹⁾

先にも述べたように、直接的・間接的に援助をおこなうことに対する人々の考え方が社会福祉サービスに対する態度に大きな影響を与えていると筆者は考えている。そこで、本研究では、他人への直接的・間接的援助に対する考え方を次の2つに分けて考えた。①自分が支払った税で(政府の介入により)間接的に他人を援助することに対する考え方—社会福祉に関する国・市の責任に対する考え方(市民が直接的に援助を行っているわけではないが、税を支払うことにより間接的に他人に対して援助を行っていると考えられることができる。社会福祉に関して国・市に責任があると考えている人は、間接的であっても他人を援助していることに同意している人とここでは捉えている。)、②近隣(他人)に対する直接的な援助についての考え方。

(2-1) 社会福祉に関する国・市の責任(間接援助に対する考え方)

社会福祉や社会保障という点で国・市と国民との間でどのようなことを行えばよいのかをたずね、

「1. 国や市の責任で充実すべきだと思う」「2. 将来はすべて国や市でやるべきだが、現在は国民もたすけあうことが必要だと思う」「3. 国や市の努力とともに、国民もたすけあうことが必要だと思う」「4. 家族や親戚でたすけあえばよい」の4つの選択肢を用意した。選択肢の1、2、3の一つを回答した場合、程度の違いはあるが、社会福祉や社会保障という点で国や市がかかわるべきだと考えている人と判断し、その回答者には、ダミー変数の1とした。選択肢の4を回答した場合、国や市がかかわるより家族や親戚で解決すべきだと考えている人と考え、選択肢の1、2、3と明確に違いがあると判断し、その回答者には、ダミー変数の0とした。

(2-2) 近隣（他人）に対する直接援助についての考え方

近隣に手助けが必要な人がいた場合、どのように考えるかを尋ね、「1. 常に手助けしたい」「2. ときどき手助けしたい」「3. あまり手助けしたくない」の3つの選択肢を用意した。そして、その変数を2つのダミー変数に変換した。直接援助のダミー変数1は、「1. 常に手助けしたい」と回答した人をダミー変数の1、他の選択肢を回答した人をダミー変数の0とした。ダミー変数2は、「2. ときどき手助けしたい」と回答した人をダミー変数の1、他の選択肢を回答した人をダミー変数の0とした。

3 従属変数

本研究の中の社会福祉サービスに対する態度とは、「1. 経済的に困っている老人」「2. 体や心に障害をもっている老人」「3. 経済的に困っている成人」「4. 体や心に障害をもっている成人」「5. 経済的に困っている家庭の子ども」「6. 体や心に障害をもっている子ども」に対する国やA市の社会福祉サービス政策を進めることに対する態度と定義する。それぞれの対象者別に、社会福祉サービスに対する態度を尋ねるため、回答選択肢として、「1. 非常に推進すべきである」「2. 推進すべきである」「3. もう少し推進すべきである」「4. 現状の程度でよい」「5. もう少し後退すべきである」「6. 後退すべきである」「7. 非常に後退すべきである」という7つを用意した。点数化にあつ

ては、1を回答した人には7点、2を回答した人には6点、3を回答した人には5点、4を回答した人には4点、5を回答した人には3点、6を回答した人には2点、7を回答した人には1点とした。そして、対象別得点を合計し、その合計得点を従属変数とした。⁹⁹

従属変数を測定している尺度の妥当性は、少なくとも表面妥当性（Face Validity）はあるものと考えられ、米国や日本の先行研究でも質問の内容には問題がないとされている。¹⁰⁰ 内的一貫性（信頼性）を表すクロンバッハの α 係数を算定した結果、 α 係数は0.85と高く、¹⁰¹ 従属変数を測定している尺度の信頼性はあると考えられる。

IV 結果

サンプルの記述統計については、表1の通りである。

サンプルの年齢構成比率と母集団（大都市比較統計年表・平成5年度版にもとづく統計資料）¹⁰²の比率とを比較すると表2のようになった。

男女比では、サンプルの男性が51%、女性が49%で、母集団の男性が52%、女性が48%であった。また、学歴の構成比率では、サンプルの高卒未満（小学校、高等小学校、新制中学校を卒業した者）の比率が26%、高卒（旧制中学校、新制高校を卒業した者）が46%、高卒以上（旧制高等専門学校、新制高専、短期大学、旧制、新制大学、大学院を卒業した者）が28%で、母集団の高卒未満の比率が28%、高卒が49%、高卒以上が23%であった。

以上のことから本研究で用いられたサンプルは、基礎属性において母集団と類似した特徴をもっているといえ、母集団を代表するサンプルと考えられる。

表3に示されたように、重回帰分析の結果、年齢、社会福祉に関する国・市の責任に対する考え方、近隣に対する援助についての考え方（ダミー2変数）の5つの独立変数に統計学的有意がそれぞれ見られた。この重回帰モデルで従属変数の分散の12%を説明することができ、統計学的にも有意であった（ $F=7.735$, $p<0.0001$ ）。¹⁰³ 多重共線性をチェックするため、分散インフレ係数を調べた結果、それぞれの独立変数の分散インフレ係数

表1 サンプルの記述統計

変数名	平均	標準偏差
年齢	3.33	1.48
性別(男性)	.51	.50
学歴ダミー1	.25	.39
学歴ダミー2	.28	.47
生活状況	3.04	.79
居住年数	5.87	2.58
国・市の責任	.99	.09
近隣援助ダミー1	.10	.30
近隣援助ダミー2	.59	.49
社会福祉サービス	32.92	4.83

注：変数の「国・市の責任」は、社会福祉に関する国・市の責任に対する考え方をさし、変数の「近隣援助ダミー1・2」は、近隣(他人)に対する援助の考え方をさす。また、変数の「社会福祉サービス」は、社会福祉サービスに対する態度をさす。

は、1.013-2.228と低い値を示し、多重共線性の問題はないと判断した。

表2 サンプルと母集団の年齢構成比率の比較

年齢幅	サンプル	母集団
20-29歳	1.4%	2.0%
30-39歳	1.4%	1.5%
40-49歳	2.2%	2.1%
50-59歳	2.2%	2.1%
60-69歳	1.8%	1.3%
70-79歳	8%	8%
80歳以上	2%	2%

表3 社会福祉サービスに対する態度を従属変数とする重回帰分析の結果

独立変数名	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t値
年齢	-.259	-.080	-2.118*
性別(男性)	.224	.023	.722
学歴ダミー1	-.648	-.067	-1.537
学歴ダミー2	.123	.012	.254
生活状況	-.614	-.102	-3.080**
居住年数	-.101	-.054	-1.558
国・市の責任	6.971	.128	3.947**
近隣援助ダミー1	2.983	.190	5.305***
近隣援助ダミー2	1.409	.145	4.083***

R² = 0.12, F = 7.735, p < 0.0001

注：*は、p < 0.05、**は、p < 0.01、***は、p < 0.001でそれぞれ統計学的有意差があったことを示す。

V 考察

全体としては、アメリカや日本の先行研究と同じ結果が確認された。

年齢について見ると、アメリカや日本の先行研究で得られた結果と同じように、高齢者より若年、中年の方が社会福祉サービスに対して肯定的態度を示している。また、生活状況について見ると、生活状況の良い人より良くない人の方が社会福祉サービスに対して肯定的な態度を示している。

一方、アメリカの先行研究で学歴は、統計学的に有意を示したが、本研究では有意ではなかった。その理由として、他の研究で加えられなかった重要な要因(他人に援助をおこなうことに対する考え方)を本研究で加えたため、その要因をコントロールすると、学歴は有意を得られるだけの重要な要因ではなくなったのではないかと考えられる。

先行研究に加えて、他人に援助をおこなうことに対する考え方についての3つの独立変数が有意を示し、他人に対して直接・間接的に援助をおこなうことに対する人々の考え方が社会福祉サービスに対する態度に大きな影響を与えているという知見が得られた。特に、近隣に対する援助に肯定的な態度を示している場合、社会福祉サービスに対しても肯定的な態度を示すことが明らかとなった。

VI 医療ソーシャルワーク実践への提言

以上の知見から注意すべき点に次のようなものがあげられる。

(1) 高齢者は、若年あるいは中年者より社会福祉サービスに対して否定的な態度を示す可能性が高い。また、生活状況が良いと思っている者は、そうでない者より社会福祉サービスに対して否定的な態度を示す可能性が高い。高齢者や高・中間所得者にサービスを提供する場合には、医療ソーシャルワーカーは、クライアントの社会福祉に対する考え方をアセスメントし、誤解がないかを判断し、わかりやすく説明することが望ましい。

(2) 援助に関して否定的な態度を示す人は、そうでない人より社会福祉サービスに対して否定的な態度を示す可能性が高い。アセスメントの際、クライアントやその家族が援助に対して否定的な態度を示していると判断した場合には、サービスを

提供する前に強い信頼関係を築きながら、社会福祉制度の話をわかりやすく説明し、クライアントや家族が同意した時にサービスを提供することが望ましい。

Ⅶ おわりに

本研究は、どのような人が社会福祉サービスに対してどのような態度を示すのかを明確にした点で有意義な研究である。また、実証的研究にもとづく実践に役立つ情報を提供したという点で価値ある研究であると筆者は考えている。しかし、母集団がA市に限られているので、この調査結果や考察がすべての実践現場のクライアントに共通していえる知見ではないという限界が本研究にはある。

本研究で基礎属性の一部や援助に対する人々の考え方が社会福祉サービスに対する態度に大きな影響を与えていることが明確になった。今後の研究課題として次のようなことを明らかにする研究が求められる。

- (1) A市以外の市・町・村、あるいは、単位を拡大して都・道・府・県レベルで同じような現象が起こりうるのかどうか。
- (2) 社会福祉サービスに対する態度に大きな影響を与え、本研究で取り上げなかった他の要因にどのようなものがあるのか。
- (3) 高齢者や高額所得者がどうして社会福祉サービスに対して否定的な態度を示すのか。

以上のような課題がさらに調査・研究され、社会福祉サービスに対する態度に関する研究が進み、今後、その研究成果について多くの議論がなされることが必要である。

謝辞

大阪市立大学生活科学部人間福祉学科長寿社会科学講座の白澤政和教授には、データの使用を快く許可していただいた。ここに感謝の意を表したい。

註

- (1) 経済企画庁国民生活局編 (1994)『国民の意識とニーズ：平成5年度国民生活選好度調査』東京：

大蔵省印刷局

- (2) Jackman, M.R. & Muha, M.J. (1984) Education and intergroup attitude. *American Journal of Sociology*, 86, pp.751-769

- (3) MuClaire, P.A. (1984) Public attitudes toward social welfare expenditures. *Social Work*, 29, pp.139-145

- Eisemeier, T.J. (1982) Public preferences about government spending: Partisan, social and attitudinal sources of policy differences. *Political Behavior*, 4, pp. 133-146

- Hansenfeld, Y. & Rafferty, J.A. (1989) The determinants of public attitudes toward the Welfare state. *Social Forces*, 67(4), pp.1027-1048

- (4) MacClosky, H. & Brill, A. (1983) *Dimensions of Tolereance*. NY: Russell Sage.

- (5) 白澤政和 (1987)「社会福祉サービス推進に関する納税者の優先感情—大都市における市民意識をもとに—」『大阪市立大学生活科学部紀要』第35巻、pp.327-337

- (6) 5の引用文献と同じ。

- (7) Miller, T.I. (1994) Designing and conducting survey. In J. Wholey, H. & K. E. Newcomer, (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation*. CA: Jossey-Bass Publishers.

- (8) 社会調査の本として比較的よく読まれている安田三郎、原純輔 (1982)『社会調査ハンドブック 第3版』東京：有斐閣の中に質問文例としてあげられており、また、経済企画庁国民生活局 (1994)『国民のニーズ：平成5年度国民生活選好度調査』東京：大蔵省印刷局などの質問文としても使用されている。

- (9) この2つの尺度の妥当性については、少なくとも表面的妥当性はあると筆者は考えている。また、信頼性については、この2つの尺度が1項目尺度であるので信頼性の証明はできない。そのことは、今後の研究課題として残る。信頼性の確認方法として、特性の類似している他のサンプルで同じ質問項目を用いて調査をおこない、その項目

の分布が類似しているかどうかを確認する方法がある。また、テスト-再テスト信頼性で確認する方法も考えられる。

(10) 従属変数は、ほぼ正規分布となっている。もし、母集団の分布が正規分布になっていない場合であっても、中心極限定理によりサンプルの平均の標本分布は正規分布となることから、分析には問題がないと筆者は考えている。このことに関して詳しくは以下の文献を参照のこと。

Greeve, W.H. (1997) *Econometric Analysis*. (3rd.Ed.). NJ: Prentice Hall.

鳥居泰彦 (1994) 『はじめての統計学』東京：日本経済新聞社

(11) Cook, F.L. (1979) *Who Should Be Helped? Public Support for Social Services*. CA: Sage.

Cook, F.L. & Barret, E.J (1992) *Support for the American Welfare State: The View of Congress and the Public*. NY: Columbia University Press.

白澤政和 (1987) 「社会福祉サービス推進に関する納税者の優先感情—大都市における市民意識をもとに—」『大阪市立大学生生活科学部紀要』第 35 巻、pp.327-337

(12) 以下の文献によれば、クロンバッハの α 係数は少なくとも 0.50 以上が必要とされている。

Robinson, J.P., Shaver, P.R., & Wrightsman, L.S. (Eds.) (1991) *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. CA: Academic Press.

(13) 大都市統計協議会編 (1993) 『大都市比較統計年表・平成 5 年』大阪：大都市統計協議会

A 市調査は平成 4 年、母集団統計は平成 5 年で、1 年の違いはあるが、母集団の特性や構成が 1 年で大きく変化することはないと筆者は考え、平成 5 年度の母集団統計をサンプルとの比較に用いた。

(14) 以下の文献によれば、約 1,500 のサンプル数での重回帰分析の最小限の決定係数は、0.09 とされ、本研究で得られた決定係数の大きさはそれより大きい。また、本研究が社会科学分野での社会福祉サービスに対する態度に関する初期的研究であることを考慮すれば、モデルを否定するほど小

さい決定係数とは言えないと筆者は考えている。

Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

(15) 以下の文献によれば、分散インフレ係数が 10 以下であれば多重共線性の問題はない。

Chatterjee, S. & Price, B. (1991) *Regression Analysis by Example (2nd. Ed.)*. NY: John Wiley & Sons, Inc.

Public Attitudes Toward Social Services in An Urban City of Japan

Shinichi Okada

The present study aims to identify the factors affecting public attitudes toward social services, using a multiple regression analysis. The variables span three domains: demographics, subjective index of quality of life, and public attitudes toward mutual supports among the citizens. The study was based upon a secondary analysis of the Survey of Public Attitudes Toward Social Welfare data collected by the Center of Social Gerontology in the Osaka City University School of Human Life Science. The basic design was a cross-sectional survey. The sample was a stratified, multistage area probability sample of persons in an urban area of Japan. The respondents were non-institutionalized, Japanese-speaking citizens who were 20 years of age or older. There are three critical findings from the multiple regression analysis. The results suggest that:(1) the elderly are more likely to have negative attitudes toward social services than the middle and young;(2) high-income persons are more likely to have negative attitudes toward social services than those with low income; and(3) persons who have negative attitudes toward mutual supports among the citizens are more likely to have negative attitudes toward social services than their counterparts. The major findings of the study have significant practical implications in a social work field. They suggest that:(1) social workers should assess the attitudes of older or high-income clients toward social services when the social workers provide their services to them, and the social workers should give the clients the information with which they easily understand the social services they can receive; and(2) social workers should carefully assess their clients' attitudes toward giving and/or receiving other's helps, build good relationships with them, and provide appropriate information concerning the social services they can receive when the social workers recognize that they have the negative attitudes.

家族介護者における退院援助に対する評価の予測要因 —脳血管疾患後遺症患者・家族の縦断的調査—

田中千枝子*
高梨薫**
杉澤博***
岡林秀樹***
中谷秀陽****

Key Words 退院援助、家族介護評価、
満足度／充足度、ソーシャルサポ
ート、介護ニーズ

はじめに

退院援助では、保健・福祉サービスに関する情報を提供し、サービスへの理解と利用の動機付けを図ること、また関係機関と連絡調整し、必要なサービスを円滑に利用できるような社会的環境を整備することの2点が特に重要である。このような援助によって、慢性疾患や社会生活上に障害をもつ患者・家族は、保健・福祉サービスを主体的・自覚的に活用し、退院後の療養生活の質を高めることができる。現実に行われている退院援助がどのような機能や効果をもつのか、すなわち、退院援助の評価は、いくつかの指標を用いて行われている。これまで取り上げられた評価指標としては、在院日数や再入院率、病状悪化の減少^{1) 2) 3)} など客観的なものと、患者・家族の満足度や^{4) 5)} や患者・家族のニーズ充足度による事後評価^{6) 7)} など主観的なものとに区分できる。この領域の研究は米国を中心に行われており、わが国では始まったばかりである⁸⁾。わが国においても、介護保険のサービス計画やケアマネジメントに保険点数がつくことの論拠を求める必要からも、退院援助の評価研究は焦眉の研究課題と考えられる。

本研究は、脳血管疾患患者の家族を対象に、満足度・充足度という主観的評価の面から退院援助の評価研究を行うものである。具体的には、退院時に行われた保健福祉サービスに関する情報提供や環境整備に関わる援助に対する患者の家族の評

価を、退院直後の退院2ヶ月時と後遺症を抱えた生活にも慣れたと思われる退院4年後の2時点でも調査し、その評価の変化に関わる要因を解析しようというものである。

1 目的

本研究は、退院援助に対する評価と評価の変化に関連する要因を把握することを目的とした。

前述したように、患者や家族の満足度や充足度の面から退院援助の評価をおこなったアンケート形式の研究は少ないながら存在するが、その評価が退院からの時間的経過によってどのように変化するのか、また、変化した要因を解明した研究はほとんどない。退院後の生活を安定させることを目的とした退院援助は、たとえ退院後の療養生活に変化が現れたとしても、それをある程度想定した援助であるならば、その評価は変化しないであろう。しかし、長期的な視点からの援助がなされていないならば、退院直後では退院時の保健福祉サービスの情報提供と環境整備に満足していない場合でも、その後に遭遇するであろう具体的な困難に対処するなかで、もっと違った援助が必要であったことに気づくなど、退院援助の評価が低下する可能性も高い。以上から、退院援助に対する患者家族の評価が、退院後からの時間的経過のなかでどのように変化するかを解明することは、「退院」が生起するであろう問題を予想し、その援助

* Chieko Tanaka : 東海大学健康科学部社会福祉学科 ** Kaoru Takanashi : 広島国際大学医療福祉学科

*** Hidehiro Sugisawa, Hideki Okabayashi : 東京都老人総合研究所保健社会部門

**** Yomei Nakatani : 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科

が長期的な視点で行われているか否かを評価する際に重要な情報を提供することになる。

そこで本研究では、以下の4側面から、退院援助に対する評価が変化する要因を把握する。第1は客観的介護ニーズとしての患者の日常生活動作能力(ADL)の状態、第2は主観的介護ニーズとしての介護者の介護負担感、第3はインフォーマルサポート^{#1)}の状態、第4はフォーマルサポート^{#2)}の状態である(報告に関連する調査項目は別添)。これらの要因は、退院計画に関する先行研究の中で、E. Procter, N. Morroe-Howell⁹⁾¹⁰⁾によって指摘されている。以上を踏まえて、本研究の仮説は以下の4点、「退院時の介護ニーズが大きいと、患者家族の退院援助に対する評価を低下させる」、「退院時の介護に対するサポートが少ないと、患者・家族の退院援助に対する評価を低下させる」、「追跡期間中の介護ニーズに増大があるという療養条件の悪化が、患者家族の退院援助に対する評価を低下させる」、「追跡期間中の介護に対するサポートに衰退があるという療養条件の悪化が、患者・家族の退院援助に対する評価を低下させる」とする。

注1) ここでいうインフォーマルサポートは、同居家族、親戚、近所の人、友人からの支援で構成

注2) ここでいうフォーマルサポートは、医師、看護婦、ケースワーカー、保健婦、ホームヘルパー等の専門職からの支援と、入院や施設のショートステイに利用で構成

2 研究方法

1) 調査対象者

東京都内の3病院のリハビリテーション科を、1991年1月20日より1992年1月31日までの約1年間に退院した脳血管疾患患者の家族を対象とした。調査の回答を依頼した対象は主に介護を担当している、もしくは患者のことをもっともよく知っている家族とした。この3病院は公立の施設であり、東京都の23区における脳血管疾患患者のリハビリテーション病院としては、中核的な役割を担っている。2病院ではそこに所属しているソーシャルワーカーが全ての患者・家族にインテークから退院後まで介入しており、1病院では主治医や看

護婦が必要を認めた対象者に対して退院援助を十分に行っている。

調査対象者に対して退院2ヶ月後にあたる1991年1月～92年1月に第1次調査、退院1年半後にあたる1992年8月～93年8月に2次調査、退院後4年の1995年10月に第3次調査を継続的に行い、手法はいずれも郵送留置訪問回収法であった。調査完了後は第1次調査166人(回収率58.2%)、第3次調査257人(回収率67.1%)であり、第1次と第3次調査のいずれにも回答した116人(回収率40.7%)を、本研究の分析対象とした。回収不能な主な理由は患者の死亡であった。

2) 測度

(1)退院援助に対する家族の評価

退院2ヶ月という退院後自宅で療養生活が始まり、一応の落ち着きを得た頃と考えられる時期の満足度と、退院後数年の療養生活(退院後3年9ヶ月から4年9ヶ月)を経験した後のニーズの充足度によって把握した。

退院2ヶ月時に尋ねた退院援助に対する家族介護者の満足度は、「今回の入院中に、病院から受けた説明や援助についてのご意見をうかがいます。生活のことや保健・福祉サービスについての説明・援助は」という質問文に対して「とても良かった」「まあ良かった」「やや不満がある」「不満がある」「説明は受けていない」の選択肢を用意して回答を得た。

退院4年後の充足度は、「病院から退院する前にうけた援助や指導のなかで、次のような事柄はもっと教えて欲しかったと思いませんか。それとも十分教えてもらったと思いませんか。」と質問し、「地域の保健・福祉サービスに関すること」を、「もっと教えて欲しかった」「十分教えてもらった」「そもそも必要なかった」の選択肢を用意して回答を得た。

評価の変化は、退院2ヶ月時満足度によって分析対象を「とても良かった」「まあ良かった」と答えた満足群と、「やや不満がある」「不満がある」の不満群とに区分し、それぞれの群が退院4年後にどのような充足度をもつかで捉えた。

以上によって、満足群から「もっと教えて欲し

かった」という非充足群への変化をするパターンと、不満足群から「十分教えてもらった」という充足群へ変化するパターンを捉え、それぞれのパターンに関連する要因を分析した。

(2) 要因

患者の日常生活動作能力（以下 ADL とする）は、退院 2 ヶ月時と退院 4 年後に家族介護者に対して、食事、入浴、衣服の着脱、洗面・歯磨き・整髪、排せつの 5 つの領域の介助の程度を 3 段階で、全体的な ADL を 6 段階で尋ねた。自立の程度の高い方を高得点となるようにして、前者 5 つはそれぞれ 1 点から 3 点、全体的な ADL は 1 点から 6 点を与えて 6 つの領域の得点を単純加算して ADL の尺度を作成した。また、退院 4 年後の ADL 得点から退院 2 ヶ月時の ADL 得点を引き算して求めた得点差を、療養期間中の ADL の変化を示す変数として分析に用いた。

介助・介護の負担感は退院 2 ヶ月時、退院 4 年後とも「患者さんをお世話したり、介護することについての、あなたのお気持ちをおうかがいます」と質問し、「極めて負担」「かなり負担」「あまり負担ではない」「ほとんど負担ではない」の 4 つの選択肢を用いて回答を得た。それぞれの選択肢に 4 点から 1 点を与えた。そして退院 4 年後の負担感得点から退院 2 ヶ月時の負担感得点を引き算し、得点差を求めて療養期間中の負担感の変化とした。

インフォーマルサポートとフォーマルサポートは、手段的側面と情動的側面の 2 側面から評価した。インフォーマルサポートの手段的側面に関しては、「ふだん、患者さんの介助・介護を手伝ってもらえる人はいますか」「忙しいときや疲れたとき、あなたの家事や用事を手伝ってもらえる人はいますか」「もし仮に、あなたが病気などで、1 週間くらい患者さんの介助・介護ができなくなった場合、あなたに代わって患者さんの世話をしてもらえぬ人や施設のあてはありますか」の 3 項目の質問それぞれに対して、同居家族（同一敷地内の家族も含む）にそういう人がいると答えたものに 1 点、いなければ 0 点を与え、3 種類の手段的サポートの得点を加算して尺度化した。退院 4 年後のサポート得点から退院 2 ヶ月時のものを引き算し、得点

差を手段的インフォーマルサポートの療養期間中の変化とした。

インフォーマルサポートの情動的側面に関しては、「今後もし患者さんの介護で問題が生じたとき、相談にのってもらえそうな方はいらっしゃいますか。あてはまる人すべてをお答えください」の質問に対し、「家族・親戚」「近所の人・友人」の選択肢を用意し、それぞれ「いる」とした場合に 1 点を与え、その得点を加算し、情動的側面の得点とした。退院後 4 年後と退院 2 ヶ月時の得点差を情動的インフォーマルサポートの療養期間中の変化とした。

フォーマルサポートの手段的側面に関しては、インフォーマルサポートと同様に「介助・介護の手伝い」「家事や用事の手伝い」「1 週間くらいの世話のあて」の有無を尋ねた。それぞれヘルパー・家政婦がいるものの、3 番目の質問については「施設のショートステイを利用する」「入院させる」を加えていずれか 1 つが「ある」と回答した場合に 1 点を与え、3 種類の項目の得点を加算し手段的側面の得点とした。このサポート得点を退院 4 年後のものから退院 2 ヶ月時のものを引き算し、得点差を手段的フォーマルサポートの療養期間中の変化とした。

情動的側面のフォーマルサポートに関しては、「今後もし患者さんの介護で問題が生じたとき、相談にのってもらえそうな方はいらっしゃいますか。あてはまる人すべてをお答えください」という質問に対し、「医師」「病院や医院の看護婦」「病院や医院のケースワーカー・相談員」「保健婦・訪問看護婦」「役所・福祉事務所のケースワーカー・相談員」「ホームヘルパー」のうち、「いる」として回答した数を加算して情動的フォーマルサポートとした。退院 4 年後と退院 2 ヶ月時の得点差を情動的フォーマルサポートの療養期間中の変化とした。

3) 分析方法

まず退院援助に対する家族介護者の、退院 2 ヶ月時満足度と退院 4 年後充足度のクロス表を作成し、その変化の状況を検討した。次に 4 つの要因の退院 2 ヶ月時と退院 4 年後の平均値の比較をすることで、要因の療養（追跡）期間中の変化をみた。退院援助に対する家族介護者の評価と要因と

の関連の分析は、退院2ヶ月時の満足度で「とても良かった」「まあ良かった」と答えた満足群と「やや不満がある」「不満がある」と答えた不満足群それぞれを分析対象として、4年後の充足度による要因の分布の違いを検討した。

客観的介護ニーズと主観的介護ニーズのADLと負担感について、まずADLは退院2ヶ月時のADL得点と追跡期間中のADLの変化、退院4年後充足度の評価「もっと教えて欲しかった」「十分教えてもらった」2群における平均値比較をt検定でおこなった。退院2ヶ月時の介助・介護の負担感およびその追跡期間中の変化は、これらが順序尺度であるため、退院4年後の充足度「もっと教えてほしかった」「十分教えてもらった」の2群における分布の違いを、マンホイットニーのU検定にて分析した。インフォーマル、フォーマルサポートおよびそれらの追跡期間中の変化に関しても、これらが順序尺度であるため、退院4年後充足度「もっと教えて欲しかった」「十分教えてもらった」2群における分布の違いをマンホイットニーのU検定で分析した。

3 結果

1) 退院援助に対する家族介護者の評価

退院2ヶ月時の満足度と、退院4年後の充足度のクロス表を表1に示す。退院2ヶ月時に「とてもよかった」あるいは「まあよかった」と回答した対象者のうち、退院4年後に「十分教えてもらった」と答えたものは33人「もっと教えて欲しかった」と答えたものが29人であった。退院2ヶ月時

に「やや不満」あるいは、「不満がある」と回答した6人の対象のうち、退院4年後「十分教えてもらった」1人、「もっと教えて欲しかった」5人であった。

退院時に不満を訴えていた人は6人と少なく、分析には耐えられないため、本研究では、初回調査（退院2ヶ月時）の「退院時点の保健・福祉サービスについての説明に関して」「とてもよかった」「まあよかった」と回答しかつ、第3回追跡調査（退院4年後）で充足度を尋ねた質問に「もっと教えて欲しかった」と回答した30人と「十分教えてもらった」と回答した37人の計67人にも着目した（表1）。

2) 分析対象者の特徴

分析対象者の属性と要因として着目したADL、介助・介護の負担感、インフォーマル、フォーマルサポートの退院2ヶ月時、退院4年後の平均値、標準偏差、およびそれらの追跡期間中の変化を表2に示した。

3) 退院援助に対する家族介護者の評価に関連する要因

家族介護者による退院援助の評価の変化に関する要因を分析した結果を表3に示した。ADLに関しては退院2ヶ月時のADL得点に有意差($p < .05$)がみられた。退院援助の評価で「十分教えてもらった」と回答した対象群では「もっと教えて欲しかった」と回答した対象群では「もっと教えて欲しかった」と回答したものより、ADLの平均点は高くなっていった。退院4年後と退院2ヶ月時のADLの得点差、つまりADLの変化で

表1 退院援助に対する家族の評価
—退院2ヶ月時満足度と退院4年後充足度の関連— (n=116)

退院2ヶ月時 満足度		退院4年後充足度			計
		十分教えて もらった	もっと教えて 欲しかった	そもそも必要 なかった	
とても良かった 満足度	とても良かった	18 (47.4)	8 (21.1)	12 (31.6)	38 (100.0)
	まあ良かった	15 (30.6)	21 (42.9)	13 (26.5)	49 (100.0)
やや不満がある		0 (0.0)	5 (63.3)	1 (16.7)	6 (100.0)
不満がある		1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
説明は 受けていない		4 (19.0)	9 (42.9)	8 (38.1)	21 (100.0)

注) () 内の数値は%
分析対象群

表2 対象者の特徴 (n=61)^{a)}

基本属性				
年齢	平均値		56.9	
	標準偏差		10.2	
性別 (%)	男性		16.9	
	女性		83.1	
続柄 (%)	妻		59.7	
	夫		14.5	
	長女		11.3	
	次女以下		3.2	
	長男		1.6	
	長男の妻		4.8	
	その他		4.8	
要因		退院2ヶ月時	退院4年後	退院4年後-2ヶ月時
介護ニーズ要因				
ADL	平均値	14.66	15.05	0.39
	標準偏差	3.63	3.96	0.33
負担感	平均値	2.26	2.19	-0.07
	標準偏差	0.68	0.79	0.11
インフォーマルサポート				
手段的側面	平均値	1.35	1.11	-0.24
	標準偏差	1.28	1.31	0.03
情報的側面	平均値	0.25	0.60	0.35
	標準偏差	0.47	0.66	0.19
フォーマルサポート				
手段的側面	平均値	0.36	0.36	0.00
	標準偏差	0.83	0.77	-0.06
情報的側面	平均値	1.28	1.34	0.06
	標準偏差	0.76	0.90	0.14

a) 分析に投入した変数に欠損値のあるケースは除いた

表3 退院援助に対する評価と介護ニーズおよびサポート要因との関連

		退院4年後充足度		検定 ^{d)}
		充足群 (n=32) ^{e)}	非充足群 (n=29) ^{e)}	
介護ニーズ要因				
ADL	退院2ヶ月時	15.63 ^{a)} (3.52) ^{b)}	13.59 (3.51)	-2.26**
	退院4年後-2ヶ月時	0.69 (2.43)	0.14 (2.28)	-0.91
負担感	退院2ヶ月時	2.16 (0.63)	2.38 (0.73)	-1.1
	退院4年後-2ヶ月時	0.00 (0.88)	-0.10 (0.86)	-0.30
インフォーマルサポート				
手段的側面	退院2ヶ月時	1.58 (1.29)	1.11 (1.25)	-1.23
	退院4年後-2ヶ月時	-0.23 (0.76)	-0.33 (0.92)	-0.40
情報的側面	退院2ヶ月時	0.67 (0.74)	0.52 (0.57)	-0.07
	退院4年後-2ヶ月時	0.45 (0.77)	0.28 (0.59)	-0.79
フォーマルサポート				
手段的側面	退院2ヶ月時	0.32 (0.79)	0.41 (0.89)	-0.31
	退院4年後-2ヶ月時	0.07 (0.85)	-0.04 (0.85)	-0.67
情報的側面	退院2ヶ月時	1.49 (0.77)	1.07 (0.70)	-1.90*
	退院4年後-2ヶ月時	-0.07 (1.41)	0.21 (1.18)	-1.10

a) 平均値 ; b) 標準偏差

(*p<.10, **p<.05)

c) 分析に投入した変数に欠損値のあるケースは除いた

d) ADLとADLの変化についてはt検定 (df=59)、t値を示した。負担感と負担感の変化、サポート要因の全てについてはMann-WhitneyのU検定、Z値を示した

は有意差は見られなかった。介護負担感は、退院2ヶ月時の得点、退院2ヶ月時から退院4年後への得点の変化のいずれも、両群で有意な差は見られなかった。

インフォーマルサポート、フォーマルサポートに関しては「十分教えてもらった」と回答した対象群では「もっと教えて欲しかった」と解答したものに比べ、退院2ヶ月時のフォーマルサポートのうち情動的サポート得点の高いものが多い傾向($p<.1$)がみられた。しかし、その他のインフォーマル、フォーマルサポートの分布に差がみられなかった退院2ヶ月時から退院4年後への変化をみた変数の分布にも差はなかった。

4 考察

退院2ヶ月時に尋ねた満足度では約8割の家族介護者が満足を示していた。これは先行の調査研究の結果を支持するものであった。⁴⁾⁵⁾しかし、退院4年後の充足度では、退院2ヶ月時で満足を示した対象者のおよそ半数が「もっと教えて欲しかった」と回答していた。退院直後では退院時になされた保健福祉サービスの情報提供と環境整備に情緒的に満足であったとしても、その後療養生活で遭遇したであろう具体的な困難への対処の経験のなかで、評価が変化したものみられる。すなわち、退院援助に対する評価は短期的ではなく、長期的な期間を追跡するなかで行うことが必要であるといえよう。

本調査で対象者のうち退院2ヶ月時点の満足群から退院4年後非充足群へと移行したことを説明した予測的な要因は、退院2ヶ月時の客観的介護ニーズとしてのADLおよび、情動的フォーマルサポートであった。ADLに関して退院時にADLが低い、すなわち介護ニーズが大きい場合には、退院援助に対する評価が低下しやすかった。退院援助に対し、主として情緒的側面の反応から、退院後しばらくの間は家族介護者の満足度は維持される。しかし、そのそも退院時のADLが低い、介護ニーズが大きい場合には、追跡期間中介護負担が蓄積してくることによって、そのような満足度の維持が難しくなり、ニーズの充足度の低下となってくるのではないかと考えられる。

他方、充足度の療養中のADLの変化との間に有意な関連はみられなかった。追跡期間中のADLの低下、介護ニーズの増大という療養条件の悪化が退院援助に対する充足度を低下させるという結論は得られなかった。本研究では対象者全体での追跡期間中のADLの変化は小さく、ADLに変化がみられた患者は僅かであった。したがってADL低下という介護ニーズの増大と介護者評価の変化との関連については、十分に分析できたわけではなく、今後も検討が必要であろう。

インフォーマルサポートについては手段的、情動的側面とも仮説を支持する結果はみられなかった。その原因としては、退院援助への介護者の期待のなかでは、退院時点の専門家によるインフォーマルサポートの強化は、直接的な要求事項となりにくいことが、このような結果にあらわれたのではないかと推察される。

フォーマルサポートの情動的側面では、退院時のサポートが少ない場合に、退院援助に対する評価が低下することが示された。退院2ヶ月時フォーマルサポートとしての相談先が少ない対象は、その後のサポートの変化に拘らず退院4年後の評価では非充足へと変化する傾向があった。同じくフォーマルサポートでも手段的なものとの関連がみられないことから、手段的サポートより情動的サポートが充足度の評価に影響をもつことが示唆された。このことは情動的サポートが多ければ、療養生活で何らかの変化や問題が生じてもそれに対応していくために適したソーシャルサポートにつながりやすいため、結果として充足度の低下に影響をもたなかったと考察できる。

また今回の分析に使用した情動的フォーマルサポートは、活用可能なフォーマルサポート提供主体の個数をみており、退院時点の家族介護者のフォーマルサポートネットワークとみることもできる。そのことにより退院時点ですでに患者・家族のフォーマルサポートネットワーク形成がなされていることが、退院援助の活動で必要とされたことが示唆された。

5 まとめ

家族介護者による退院援助の評価の変化に関連

する要因は、退院2ヶ月時点のADLとフォーマルサポートでの相談先(情報のサポート)であった。退院時の介護ニーズが大きい、サポートが少ない場合には、退院援助に対する評価が低下することが示唆された。また追跡期間中の介護ニーズの増大やサポートの衰退という療養条件の悪化が家族介護者の評価の変化に関連しているという仮説は、いずれの要因との間においても支持されなかった。このことから今後の退院援助において、退院時に特にADLの低い対象者についてフォーマルな情報のサポートネットワークとして十分に形成しておくことが、退院援助における充足度を低下させない1つの鍵であることが考えられた。また、ADLがもともと重度の対象者に対する退院援助の質と内容について、より詳細に再検討することが必要であろう。

今後の研究課題としては、充足度の評価が変化する要因に関して、新たな変数を検討することにある。それらの関連する変数の可能性としては、同居家族の構成や家族の問題対処機制などの家族の関連要因、また、転院の有無や療養場所の変化と変化数など環境の要因、対象者と関係機関や職種との間の紹介や連結の程度や入院以前の社会資源との結びつきの経験の程度など社会資源との関係性の要因などが考えられる。こうした変数を解明することによって、退院援助の質の向上に貢献することができると思われる。

なお、本研究は東京都老人総合研究所保健社会学部門と東京都リハビリテーション病院、東京都立大塚病院、東京都老人医療センターによる『脳血管疾患患者および家族の生活と健康に関する縦断的研究』の一環として行われたものである。

また、第3次調査における共同研究者は、草水美代子(東京都リハビリテーション病院)、五十嵐雅美(東京都老人医療センター)、秋田慎子(都立大塚病院)、奥山正司(十文字学園女子大)、福島道子(国際医療福祉大)、西田真寿美(佐賀医科大)である。

引用文献

1) Schragar, J., Halman, M. Myers, D., Nichools, R., and Rosenblum, L. "Impediments

to the course and effectiveness of discharge planning" *Social Work in Health Care*, 4(1), 65-79, 1978.

2) Cable, E.P. and Mayers, s.p., "Discharge Planning in effect on length of hospital stay" *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, No64, 57-60, 1983.

3) Kennedy, L., Neidinger, S., Scroggins, K., "Effective Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly", *Gerontologist*, 27(5), 577-580 1987.

4) Proctor, E.K., Morrow-Howell, N., Albas, R. and Weir, C. "Patient and Family Satisfaction with Discharge Plans", *Medical Care*, 30(3), 262-275, 1992.

5) Zyzanski, S.J. Hulka, B.S., et al. "Scale for the measurement of 'Satisfaction' with medical care": Modification in Content, Format and Scoring, *Medical Care*, 12(7), 611-621, 1974.

6) Morrow-Howell, N., Proctor, E.K., and Mui, A.C., "Adequacy of Discharge Planning for Elderly Patients", *Social Work Research and Abstracts*, 27(1), 6-13, 1991.

7) Mamon, J., Sternwachs, D.M., Fahey, M., Bone, L.R., Oktay, J., and Klein, L., "Impact of Hospital Discharge Planning on Meeting Patient Needs After Returning Home", *Health Services Research*, 27(2), 155-175, 1992.

8) 田中千枝子、島影俊英他、「退院計画と医療ソーシャルワーカーの役割=社会保険病院における患者家族調査=」、*社会保険医学雑誌*、第36巻、第1号、25-33、1996。

9) Morrow-Howell, N., Proctor, "Complications in Discharge Planning with Medicare Patient" *Health and Social Work*, 15(1), Feb. 45-56, 1990.

10) N., Proctor, "Evaluation Social Work Discharge Planning Service for Elderly People" *Health and Social Work*, 17(4), Nov. 290-298, 1992.

参考文献

1) 長谷川万希子 杉田聡「患者の満足度研究と今

後の実際の応用」、園田恭一 川田知恵子編、『健康観の転換 新しい健康理論の展開』東京大学出版会、1995 85-104

2) 長谷川万希子 杉田聡「患者満足度による医療の評価」、病院管理 30(3) 2311-240 1991

3) 藤井美和「病院におけるソーシャルワーカーへの評価：患者調査結果の報告」『医療社会福祉研究』3巻1号 19-27 1994

4) 手島陸久他「退院計画」、中央法規出版 1996

資料

「退院援助に対する家族の評価」質問状

退院2ヶ月時の退院援助に対する家族介護者の満足度

Q. 今回入院中に、病院からうけた説明や援助についてご意見をうかがいます。

1) 患者さんの病気や治療・リハビリについての説明は

- | | | | |
|--------------|-----------|------------|----------|
| 1. とても良かった | 2. まあ良かった | 3. やや不満がある | 4. 不満がある |
| 5. 説明は受けていない | | | |

2) 介護のし方についての説明・援助は

- | | | | |
|--------------|-----------|------------|----------|
| 1. とても良かった | 2. まあ良かった | 3. やや不満がある | 4. 不満がある |
| 5. 説明は受けていない | | | |

3) 生活のことや保健・福祉サービスなどについての説明・援助は

- | | | | |
|--------------|-----------|------------|----------|
| 1. とても良かった | 2. まあ良かった | 3. やや不満がある | 4. 不満がある |
| 5. 説明は受けていない | | | |

3) の生活のことや保健・福祉サービスなどについての説明・援助についての満足度を使用した。

退院4年後の充足度

Q. ○○病院から退院する前にうけた援助や指導のなかで、次のような事柄はもっと教えてほしかったと思いますか。それとも十分教えてもらったと思いますか。

	もっと教えて ほしかった	十分教えて もらった	そもそも 必要なかった
1) 病気にすること	1	2	3
2) リハビリ訓練にすること	1	2	3
3) 食事に関すること	1	2	3
4) 服薬に関すること	1	2	3
5) 住宅改造に関すること	1	2	3
6) 医療費に関すること	1	2	3
7) 就労に関すること	1	2	3
8) 看護方法・介護方法に関すること	1	2	3
9) 施設入所に関すること	1	2	3
10) 地域の保健・福祉サービスに関すること	1	2	3
11) 再入院に関すること	1	2	3

10) の地域の保健・福祉サービスに関することについての充足度を使用した。

「日常生活動作能力（ADL）」質問状

次に、患者さんの現在のご様子についておたずねします。

Q. 患者さんはふだんの生活はご自分でどの程度できますか。

1) 食事について

1. 自分1人で食べられる（補助具の使用も可）
2. 少し介助が必要（補助具をもたせてあげるなど）
3. 全面的に介助が必要（介護者がすべて口まで入れてあげる必要がある）

2) 入浴について

1. すべて自分1人でできる
2. 少し介助が必要
3. 全面的に介助が必要（入浴は無理なので身体をふいてあげている場合も含む）

3) 衣類の着脱について

1. すべて自分1人でできる
2. 少し介助が必要
3. 全面的に介助が必要（1人では全くできない）

4) 洗面・歯みがき・整髪などについて

1. すべて自分1人でできる
2. 少し介助が必要
3. 全面的に介助が必要（1人では全くできない）

5) 排泄について

1. 昼夜を問わず、すべて自分1人でできる
2. 少し介助が必要（ポータブルトイレの処理を、介護者が行う場合も含む）
3. 全面的に介助が必要（おむつの場合も含む）

6) 尿あるいは便の失禁について

1. 失禁は全くしない
2. 週に1～2回程度失禁する
3. しばしば失禁する（週3回以上）

7) 自宅内での移動について

1. すべて1人で動き回れる
2. 階段・段差など一部には介助が必要
3. ほとんどの場合、介助が必要

8) 全体的に見た場合はいかがですか。（あてはまる番号1つに○をして下さい）

1. 歩くことにほとんど支障なく、どこへでも1人で出かける
（装具や杖の使用は含むが、車イスは除く）
2. 歩くのに支障はあるが、どこへでも1人で出かける（装具や杖の使用は含むが、車イスは除く）
3. 1人で、家の近所を散歩する（装具や杖の使用は含むが、車イスは除く）
4. 1人で、屋内を移動する（装具や杖の使用は含むが、車イスは除く）
5. ベッドの上で、1人で上体をおこしたり、座ったままの姿勢を保つ
6. ベッド上の起き上がりにも介助が必要である

6) の尿あるいは便の失禁についてと、7) の自宅内での移動については今回使用しなかった。

「介助・介護の負担感」質問状

次に、患者さんの介護のことについてうかがいます。

- Q. 患者さんをお世話したり、介護することについての、あなたのお気持ちをうかがいます。
あてはまる番号に○をしてください。
- 1) 患者さんの介助や介護は私にとって負担である。

1. 極めて負担 2. かなり負担 3. あまり負担でない 4. ほとんど負担ではない

「インフォーマルサポート・フォーマルサポート」質問状

次のようなことで手伝ったり、助けてくれる人はいらっしゃいますか。

- Q. ふだん、患者さんの介助・介護を手伝ってもらえる人はいますか。

1. いる
2. いない
3. 介助・介護の必要がない

SQ. それはどなたですか。あてはまる番号にすべて○をして下さい。

1. 同居家族（同一敷地内の家族も含む） 2. 親戚 3. 近所・友人
4. ヘルパー・家政婦 5. その他（ ）

- Q. 忙しいときや疲れたとき、あなたの家事や用事を手伝ってもらえる人はいますか。

1. いる
2. いない

SQ. それはどなたですか。あてはまる番号にすべて○をして下さい。

1. 同居家族（同一敷地内の家族も含む） 2. 親戚 3. 近所・友人
4. ヘルパー・家政婦 5. その他（ ）

- Q. もし仮に、あなたが病気などで、一週間くらい患者さんの介助・介護ができなくなった場合、あなたに代わって患者さんの世話をしてもらえる人や施設のあてはありますか。

1. 人や施設のあてがある
2. 今のところ、あてはない
3. 介助・介護は必要がない

SQ. それはどなた／どこですか。あてはまる番号にすべて○をして下さい。

1. 同居家族（同一敷地内の家族も含む） 2. 親戚 3. 近所・友人
4. 家政婦を頼む 5. 施設のショートステイを利用する 6. 入院させる
7. その他（ ）

「介助・介護」、「家事・用事」、「一週間くらいの患者さんの世話」で、最初の選択肢で「いる」あるいは「人や施設のあてがある」と答えた対象について、その提供主体が同居家族の場合インフォーマルサポートの手段的支援があるとした。

A related factor to caregivers' evaluation for discharge planning

— A longitudinal survey on family caregivers of stroke patients —

Chieko Tanaka, Kaoru Takanashi, Hidehiro Sugisawa,
Hideki Okabayashi, Yomei Nakatani

Aim of discharge is to maintain patients' and families' way of life after discharge from hospital.

A longitudinal survey by Tokyo Metropolitan Institution of Gerontology, The Department of Health Sociology, reports relating large change on evaluations by family's caregivers for discharge planning. The base line survey was held 2 months after discharge, and the follow-up survey as held 4 years later. The results was followed;

Related factors of change in their evaluations were activities of daily livings (ADL) and informational support of formal supports at 2 months after discharge.

The deterioration of physical and mental health status of patients in base line survey which showed increase needs to care of support was not related with change of evaluations by family.

保健・医療分野のソーシャルワーカーの エンパワーメント実践の現実と志向について

三毛 美予子*

Key Words ソーシャルワーク実践、エンパワーメント、保健・医療のソーシャルワーカー

はじめに

日本のソーシャルワーク研究において、近年、エンパワーメントを基本概念としたソーシャルワーク実践に対する関心が増している。しかし、エンパワーメント実践が実践現場で定着するかどうかは未知数である。日本のエンパワーメント研究では、実践現場のソーシャルワーカーがエンパワーメントに基づく実践をどのように受けとめるか示したものはない。

新しいソーシャルワークの理論の導入に際して、研究者は理論の紹介や概念の研究、事例への適用方法の解説にとどまらず、その理論に基づく実践が現場で実際に行われるよう務めることも必要と考える。なぜなら、過去日本に紹介されたさまざまなソーシャルワークの理論は、必ずしも現場に根づいていないと推察されるからである。田中・北島（1995）は実証的研究を行い、保健・医療分野のソーシャルワーカーは意図して特定の理論モデルを使った援助をしていないと結論づけている。さらに、社会改革的な視点が少ないと言われている保健・医療分野のソーシャルワークにおいて（大野，1985；硯川，1980；竹内，1995）、社会改革的な視点を強調しているエンパワーメント実践は（三毛，1997）、簡単には利用されないと思われる。このような状況においては、理論が実際に現場で使われるための努力が必要なのではないだろうか。

実践現場での理論定着のためには、現場のソーシャルワーカーの実践の実態と理論に対する意識を把握することが前提である。つまり定着への努力に先立って、日本のワーカーがエンパワーメントの要素を持った実践のどの部分を行いどの部分

を行っていないか、どの部分をすべきと考えていてどの部分をすべきでないと考えているか等を明確にしなければならない。これによって、定着に向けての行動課題と研究課題が明らかになる。

さらに、ワーカーがエンパワーメントの要素を持った実践を行っていないとしても、行うべきと考えているのか、行うための条件は何か、といったことも明らかにしなければならない。過去、保健・医療分野のソーシャルワーカーは社会改革的な実践が少ないという批判が、何度も繰り返された。しかし肝要なのは、実践をしていないと批判しつつやるのではなく、それはなぜなのか、どのような条件を整えば実践が可能なのかを明らかにし、行われていない実践が実際に実施されるための土壌を創り上げることであろう。実施されていない実践が行われるための条件が明確になれば、その条件整備に貢献するための研究課題が明らかになる。

したがって本研究では、身体上の慢性疾患を持つ人々を援助する保健・医療の領域のソーシャルワーカーを対象に限定して、エンパワーメント実践の要素について、①行っているか、または、考え方を持っているか；②ある介入方法を行っていないならば、行うための条件は何か；③すべきと考えているか、といった現状や意識を把握する調査を行い、それに基づいてエンパワーメント実践と理論の発展のための課題について検討する。従来の日本のエンパワーメント研究においては、これに類する研究は行われていない。なお、行っているか・考え方を持っているかは「現実」、行うための条件は「条件」、するべきかは「志向」と呼ぶ。

* Miyoko Mike : 関西学院大学大学院社会学研究科博士課程後期課程

研究の方法であるが、まず、エンパワーメント実践に関するアメリカの文献のレビューを行い、アメリカで主張されているエンパワーメントの概念の定義、エンパワーメント実践の特徴、介入方法を抽出する。そこから明らかになった各要素に関して、日本の保健・医療分野のソーシャルワークの文献をレビューすることによって、それぞれの要素の現実と志向を検討し、仮説を導き出す。そしてエンパワーメント実践の要素を網羅した調査票をつくり、保健・医療分野のソーシャルワーカーを対象に調査を行う。先行研究から、実施も志向もされていることが判断可能な要素については、調査項目の中から除外する。これは、エンパワーメント実践の構成概念の数が多く、質問項目数が増えると予測されるので、調査回答者の負担を減らすため、あらかじめ結果が予測できる概念は省略するという理由からである。さらに、あるエンパワーメント実践の介入方法があまり行われていないということが文献レビューによって推測できるならば、それについてどのような条件を整えば行ってみたいか調査票で調査する。

I エンパワーメントの定義と

エンパワーメント実践の構成概念

エンパワーメント実践の文献レビューの結果、その特徴として、クライアントの困難な状況の原因の考え方、ワーカーとクライアントの協働関係、クライアントの強さの強調、クライアントの責任の強調を特定した。また介入方法として、対話、知識と技能を教えること、批判的意識を高揚すること、集団の活用、資源の提供、アドボカシーを特定した¹⁾。

エンパワーメント：エンパワーメントの概念はあいまいで一致した定義がないといわれているが、ここでは、コックスとパーソンズ(Cox&Parsons, 1994)、デュボアとマイリー(DuBois&Miley, 1996)ギタレット(Gutierrez, 1990)メレディスとウエルズ(Meredith&Wells, 1994)らが主張しているように、エンパワーメントを個人、対人、政治の3つのレベルに弁別する考え方を採用して、次のように定義する；個々人が自分の生活をコントロールしたり、自分の生活に影響する外的な要因に影

響を与えるために、パワー・資源・能力と称されるその人の力を、個人・対人・政治のレベルで発展させるプロセス。

クライアントの困難な状況の原因：エンパワーメント論では、クライアントの困難な状況の原因を社会的要因に求めている。すなわち、個々人が、社会的・政治的・経済的・文化的・歴史的な制度や構造といった社会環境との関係において、非応答性、歪み、過剰や欠如、パワーのなさを経験すると(Breton, 1994; Rose, 1990; Solomon, 1976)、人々は社会環境をコントロールしたり、自分の生活にかかわる決定をくだすことが難しくなる(Breton, 1994; Gutierrez, 1994; Simon, 1994; Solomon, 1976)²⁾。

ワーカーとクライアントの協働関係：エンパワーメント実践では、ソーシャルワーカーとクライアントのパワーを均衡のとれたものにするために、協働関係(collaborative relationship)の樹立が提言されている(Breton, 1994; DuBois & Miley, 1996; Gutierrez, 1990; Simon, 1994)。協働とは、参加者がともに計画に関与し、問題解決に努め、それぞれの尊敬と考えを尊重することを意味する(Simon, 1994)。

クライアントの強さの強調：エンパワーメント実践は、人には状況を変えていく潜在性や能力があるという立場に立ち、人の否定的な側面よりも肯定的側面、すなわち、強さに焦点を合わせ喚起することを強調する(Cox&Parsons, 1994; Gutierrez, 1990; Simon, 1994)。

クライアントの責任：エンパワーメント実践では、問題解決の前提として、変化に向けて責任を持つという認識をクライアントが持たなければならないと考えられている(Gutierrez, 1990; Lee, 1995; Simon, 1994)。これは人は何かをなすことができるという可能性への信頼から(Richan, 1994)、また、地域社会の一員としての義務を果たすという視点から強調されている(Simon, 1994)。

対話：ある話題についてそれぞれが意見を有している場合、双方が自分の意見を分かち合うと同時に、相手の意見を受け入れるということの意味している(Bailey, 1994)。クライアントが自分の経験や現実を自身の言葉で語る一方(Breton, 1994;

Lee,1995)、ワーカーには解決すべきであるとクライアントが決めた問題を受け入れることが求められる (Cox&Parsons,1994;Gutierrez,1990;Lee,1995)³⁾。

知識と技能を教えること：クライアントが個人、対人、政治レベルにおいて自らの資源を発達させるのを助けるために、ワーカーが技能や知識を教える (Cox&Parsons,1994;Gutierrez,1990)。たとえば、高齢者に必要な知識と技能として問題解決の技能、コミュニケーション技能、加齢に伴って生じる問題や変化についての知識、社会資源についての情報、調停と交渉の技能、アドボカシーの技能があげられている (Cox&Parsons,1994)。

批判的意識を高揚すること：エンパワーメント実践で強調されている介入方法であり、社会・政治・経済・文化の構造や制度がいかに個々人の経験に影響しているかについて、クライアントの認識を高めることを意味する (Breton,1994;Cox&Parsons,1994;Gutierrez,1990;Lee,1995;Simon,1994)。

集団の活用：エンパワーメント実践では、集団を活用することが効果的である (Breton,1994;Gutierrez,1990;Lee,1995;Rose,1990;Simon,1994)。ワーカーはグループワークを行ったり、クライアントを相互扶助・セルフヘルプグループに結びつけることが強調されている (Breton,1994;Gutierrez,1990)。

資源の提供：エンパワーメント実践では、社会資源やその情報をクライアントに提供することも必要である (Gutierrez,1990;Moreau,1990;Simon,1994)。これは、クライアントのニーズに対応することはワーカーの一義的な役割であるという考え方、および、資源の提供はクライアントの強さを支えるという考え方に基づく (Meredith & Wells, 1994;Moreau,1990)。

アドボカシー：アドボカシーもエンパワーメント実践の重要な介入方法である (Gutierrez,1990;Moreau,199;Rose,1990;Simon,1994)。ワーカーがクライアントを代表してアドボカシーを行うこと、および、ワーカーとクライアントが協働でアドボカシーを行うことの双方が必要とされている (Cox&Parsons,1994;Gutierrez,1990)。

II 日本の先行研究に見るエンパワーメントの要素を持ったソーシャルワークの実践と理論

慢性疾患を持つ人々に対する、保健・医療分野のソーシャルワーカーのエンパワーメント実践の現実と志向に関する仮説を導くために、職務分析の先行研究を利用する。しかし、そのみで仮説を導くのは不十分なので、日本で発表された保健・医療分野のソーシャルワークの論文や書籍を中心に、エンパワーメント実践の要素と類似した内容が示されているかを調べ、その現実と志向を吟味する。

まず、クライアントの困難な状況や問題の原因に関して、疾病、対人関係、社会的・政治的・経済的な構造といったミクロからマクロのレベルの要素が複合しているという考え方は、保健・医療のソーシャルワークの文献のなかで提示されている (児島,1991;中島,1975;杉本,1981)。その一方で、そういった視点を持った実践は現実には行われていないという指摘もなされている (大野,1985;硯川,1980)。おそらく、マクロの部分に変化を起こす実践が行われていないため、後者のような指摘がなされたと思われるが、クライアントの状況や困難の原因としてミクロからマクロのレベルの要素が複合しているという認識をワーカーは有していると推測される。

対話についても、類した考え方が提示されている。ワーカーがクライアントとの対話を通じて両者がともに問題状況をアセスメントすることや (窪田,1981;堀川,1971)、ワーカーとクライアントの見解の不一致をなくすためのワーカーの努力 (竹内,1985) の必要性が記されている。これらは、ワーカーがクライアントの状況や困難をラベリングし決めるという姿勢と異なったものである。

クライアントとワーカーの関係については、対等な人間関係 (堀川,1971)、クライアントからワーカーが学ぶという姿勢 (梶原,1985;竹内,1985) といった、協働関係に類似した見解が示されている。クライアントとワーカー関係のパワーの差に関して、保健・医療分野のソーシャルワークではくわしく言及されていないが、ソーシャルワーク全般では、クライアントとワーカーの不均衡なパワー関係が考察されている (平塚,1986;宮川,1989)。

ゆえに、ワーカーとクライアントの関係について、保健・医療分野のソーシャルワーカーの間には、協働関係に類した考え方が共有されていると推測する。

強さの強調について類似した考え方が示されている。クライアントのプラス面に注目することや(梶原,1985)、家族の持つ問題よりも力に注目し、それを賞賛・強化し家族関係の調整をすること(前田,1991)の重要性が訴えられている。また、ワーカーが個人の力・資質・才能の成長と発展を助けることを社会福祉の価値としてみなす視点も示されている(杉本,1981)。

技能と知識の教育については、その必要性の指摘や(荒川,1985)、簡単な内容の記述(森野,1990;高田ほか,1982)はあるものの、その内容や、クライアントに教える方法についての具体的で詳細な説明はなされていない。また、日本のソーシャルワークでは、教育機能があまり重視されてこなかった(中村,1996)、技能と知識の教育については、志向されているが現実には行われていないのではないだろうか。

集団を使った援助の重要性は、多くの論者(鬼崎,1983;児島,1991;前田,1991;中島,1975;大谷,1990;大利,1990;高田ほか,1982;植田,1989;山口,1983)が言及している。さらに、医療ソーシャルワーカー業務指針においても、ソーシャルワーカーが地域の機関と連携して患者会・断酒会・家族会を指導育成することが記されている。しかし、職務分析の調査結果は、実践現場では集団を使った援助の実施が少ないことを示している(奥田,1989;八重田・延原・栗田,1995)。集団を使った援助については、志向はされているが現実にはあまり行われていないと言えるのではないだろうか。

アドボカシーは必要が強調されているが(森野,1990;大本,1991;大谷,1990;斉田,1989)、ケース・アドボカシーは実施・志向される一方で、クラス・アドボカシーが行われることは少ないのではないだろうか。職務分析の調査結果から、保健・医療分野のソーシャルワーカーはクライアントの直接的なニーズに応える援助を行うことが多いことが読みとれるので(奥田,1989;八重田ほか,1995)、その援助プロセスのなかで、ケース・アドボカシー

を行っていることが推測できる。一方、クラス・アドボカシーは、奥田(1989)による調査のなかで実施の少なさが示されている。

批判的意識の高揚に類する考え方について言及している文献を筆者は把握しえなかった。意識高揚は日本の保健・医療分野のソーシャルワーカーにとってなじみのない介入方法であるかもしれないが、志向はされるのではないだろうか。今日、社会福祉において当事者参加が強調されているが、参加をうながすためには、人々が自分のおかれている状況やその社会的要因を理解したり、他の人々と共有することが必要であるという考え方は、受け入れやすいであろう。したがって、意識高揚の実施は少ないが、志向はされると推測する。

変化に向けてクライアントも責任を持つという考えは、保険・医療分野のソーシャルワークの文献においてあまり明示されていない。また、ソーシャルワーク実践全体において、クライアント側の責任や義務について、議論されることはなかった(太田,1985)。しかし、岡村(1990)は生活の主体者として個人の責任を、太田はソーシャルワーク実践過程におけるクライアント側の責任を論じている。また、保険・医療分野のソーシャルワーカーが多用するケースワークには、クライアントの責任の概念が含まれ、それは自己決定や人間尊重と比肩するほど重要な概念である(プラント,1980)、保健・医療分野のソーシャルワーカーは、日々の実践のなかで、クライアントの責任を意識していると思われる。

社会資源の活用は、保健・医療分野のソーシャルワークにおいて重要な援助方法と認識されている(鬼崎,1983;奥川,1985;佐藤,1985;高田ほか,1982;右田,1971)。医療ソーシャルワーカー業務指針において、社会福祉諸制度が活用できるように援助することが記されている。また、職務分析の調査結果(奥田,1989;八重田ほか,1995)においても、保健・医療分野のソーシャルワーカーが社会資源を活用する援助を頻繁に行い、重要な援助と認識していることが示されている。

エンパワーメントの概念に類する考え方として、杉本(1966,1981)が示した、ソーシャルワークで実現すべき価値の1つは人の潜在的な能力を發展

させるという考え方があげられるであろう。また、社会福祉全体に視野を広げると、岡村重夫の社会福祉理論、および、大橋謙策の地域福祉論における主体形成の議論が、エンパワーメントの概念と補完しあうと渡辺（1995）は主張している。しかし、3人の論者はアメリカのエンパワーメントの定義のように、個人・対人・政治レベルの3つのレベルに明確に弁別していないことから、人の潜在性や力を個人・対人・政治レベルに弁別するという考え方は、それほど一般的ではないとも推測される。また、日本の保健・医療分野のソーシャルワーカーは、社会を変えるというよりも、クライアントの直接的で即応性を要するニーズに対応するソーシャルワークを行っていると考えられるので、政治レベルのエンパワーメントの考え方はなじみが薄いと思われる。故に、エンパワーメントの概念の現実と志向は、レベルによって異なると推測される。すなわち、個人と対人レベルでは、現実にある程度行われ志向もされている。政治レベルにおいては、現実に行われていないが志向はされる。

以上の議論から、保健・医療分野のソーシャルワーカーはエンパワーメント実践のすべての要素について志向はしているが、現実には行っていない要素もあると推測できる。したがって、保健・医療分野のソーシャルワーカーは、慢性疾患を持つ人々に対して、エンパワーメントに基づいた実践をすべきであると志向しているが、現実には志

表1 エンパワーメント実践の要素の現実と志向についての予測

エンパワーメント実践の要素	現 実	志 向
対話	高	高
協働関係	高	高
強さの強調	高	高
意識高揚	低	高
集団を使った援助	低	高
技能と知識の教育	低	高
アドボカシー（ケース）	高	高
（クラス）	低	高
問題の原因	高	—
クライアントの責任	高	—
個人レベル	高	高
対人レベル	高	高
政治レベル	低	高

注) —の記してある部分については調査しない

向しているほど行っていないという仮説が導き出されるであろう。個々の要素の現実と志向については、表1のように予測される。

なお、資源の提供については、実証的な先行研究とその他の文献レビューから、志向も現実も高いと思われるので、この調査研究では検証しない。

III 方法

1 調査対象者

大阪医療社会事業協会、および、兵庫県医療ソーシャルワーカー協会に所属する正会員のワーカーで、かつ、慢性疾患を持つ人々を援助することがあると思われる機関に勤めているソーシャルワーカー363人である。正会員には、慢性疾患を持つ人々を援助する機会が少ないと考えられる行政と精神病院に所属するソーシャルワーカーも含まれているので、事前にわかる範囲で行政と精神病院のワーカーを除き、この人数を調査対象とした。

2 質問項目

アメリカのエンパワーメント実践の文献レビューをもとに、エンパワーメントの定義・特徴・介入方法（＝エンパワーメントの要素）に相当する質問項目を導き出した。それらについて、複数の医療ソーシャルワーカーと研究者に質問の意味の明確さや日本の実践への適合性、構成概念と質問項目の適合性をチェックしてもらい、表現や内容の訂正を行った。その結果、31個の質問項目を採択した。現実と志向の質問項目は同じ内容である。現実については、「まったく行わない」「反対」を1、「非常によく行う」「賛成」を4とする4段階の尺度、志向に関しては、「反対」を1、「賛成」を4とする4段階の尺度を利用した。グループを使った援助、クラス・アドボカシー、技能の教育については、行うための条件を調べるために、複数の条件を設定し、そのなかから1つだけ選んでもらった。

3 データ収集と解析方法

1996年9月に調査票を対象者に郵送し、同月中旬までに送付の封筒にて返送してもらった。仮説を検証するために、それぞれの質問項目の現実と志向についても検定を実施した。

IV 結果

1 回収率および有効回答率

調査票を配布した363通のうち、回収は196通で回収率54.0%、そのうち有効回答は144通で有効回答率39.7%であった¹⁾。慢性疾患を持つ人を援助したことの無いワーカーから返送された調査票も回収率に含まれているので、回収率のわりに有効回答率が低い結果となった。

2 回答者の属性

調査回答者の性別、年齢、経験年数、所属機関、最終学歴、主専攻、社会福祉士資格の有無を図1~5、表2・3に示している。

データ分析の対象となった144名の性別は、女性のほうが多く98名68.1%、男性は46名31.9%であった。年齢は25から29歳が最も多く38名で26.4%、次いで多いのが35歳から39歳の23名16.0%であった。経験年数は、1~3年未満が最も多く39名27.1%、次いで5~10年未満の35名24.3%と全体の約70%が10年未満の経験年数である。所属機関は病院が最も多く122名である。最終学歴は、調査回答者の80%近くが大学卒であった。また、最終に卒業した学校において、回答者の70%が社会福祉を主専攻としていた。社会福祉士の資格については、33名22.9%が有している。

表2 年齢

年齢	実数(人)	(%)
20~24歳	18	12.5
25~29歳	38	26.4
30~34歳	18	12.5
35~39歳	23	16.0
40~44歳	15	10.4
45~49歳	13	9.0
50~54歳	13	9.0
55歳以上	6	4.2
計	144	100.0

表3 経験年数

経験年数	実数(人)	(%)
1年未満	5	3.5
1~3年未満	39	27.1
3~5年未満	21	14.6
5~10年未満	35	24.3
10~15年未満	18	12.5
15~20年未満	7	4.9
20~25年未満	8	5.6
25~30年未満	8	5.6
30~35年未満	1	0.7
35~40年未満	2	1.4
合計	144	100.0

図1 性別

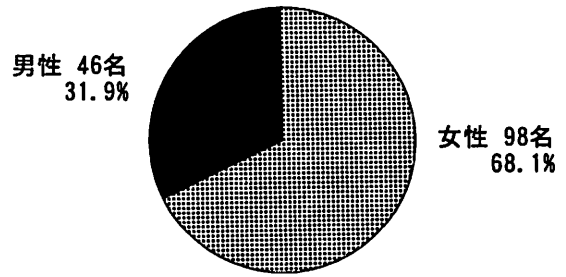


図2 所属機関 (複数回答あり)

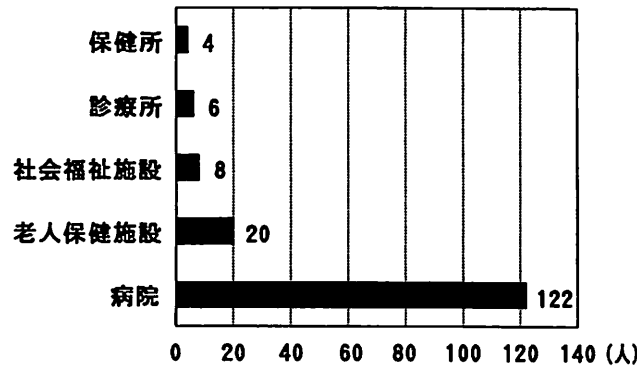


図3 最終学歴

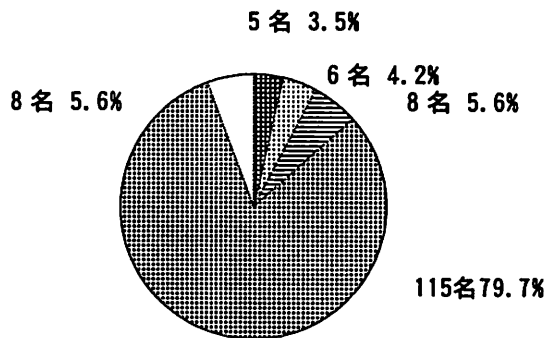


図4 主専攻

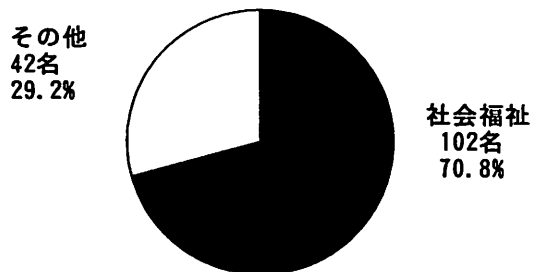


図5 社会福祉士資格の有無

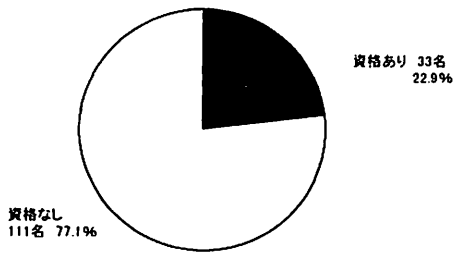


図6 エンパワメントについて

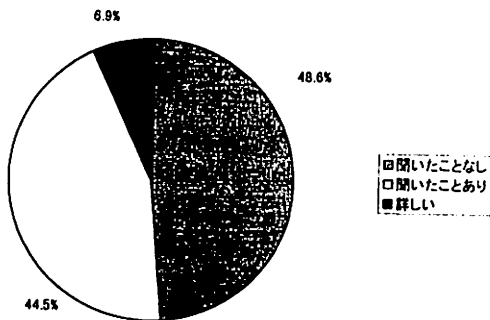


表4 各質問項目の頻度

質問項目	現実 (%)		志向 (%)	
	肯定	否定	肯定	否定
1. 対話	90.2	11.2	98.6	11.1
2. 対話	96.5	3.5	97.2	2.8
3. 強さの強調	70.9	29.4	90.3	9.7
4. 強さの強調	58.7	41.3	93.8	6.3
5. 強さの強調	80.3	19.7	95.8	4.2
6. 意識高揚	51.7	48.3	77.8	22.2
7. 意識高揚	29.6	70.4	80.9	19.1
8. 意識高揚	21.7	78.3	78.3	21.7
9. 集団の活用	31.3	68.6	93.7	6.3
10. 集団の活用	16.7	83.3	90.2	9.8
11. 教育	70.6	29.4	90.3	9.7
12. 教育	31.3	68.6	86.6	13.4
13. 教育	52.1	47.9	83.3	16.7
14. 教育	56.4	33.6	84.6	15.4
15. アドボカシー	80.6	19.4	91.0	9.0
16. アドボカシー	83.8	16.2	86.1	13.9
17. 問題の原因	22.7	77.3	-	-
18. 問題の原因	51.1	48.9	-	-
19. 問題の原因	3.5	96.5	-	-
20. 責任	2.8	97.2	-	-
21. 責任	63.4	36.6	-	-
22. 個人レベル	83.9	16.1	97.2	2.8
23. 個人レベル	65.5	34.5	95.1	4.9
24. 対人レベル	49.3	50.7	82.4	17.6
25. 対人レベル	71.3	28.7	95.8	4.2
26. 政治レベル	16.2	83.8	81.1	18.9
27. 政治レベル	18.4	81.6	87.3	12.7
28. 政治レベル	53.8	46.2	90.3	9.7

表5 集団を活用した援助の内容

質問項目	現実 (%)		志向 (%)	
	肯定	否定	肯定	否定
グループを使った援助活動	16.7	83.3	90.2	9.8
①メンバーが互いに感情を吐露し経験をわかちあうこと	97.6	12.6	97.7	1.3
②病状や症状のあり方についてメンバーが理解を深めること	96.8	4.2	97.7	1.6
③メンバーや慢性疾患を持つ人に対するサービス・社会資源を向上させるために、関係機関や行政に働きかけること	50.0	50.0	88.4	11.6

(注) ①②③の現実・肯定の％は、「グループを使った援助」の現実・志向について肯定の回答数を基準に計算している。

3 記述統計

図6にエンパワメントの知識、表4～8にエンパワメント実践それぞれの要素の現実、志向、条件の頻度を示している。頻度の計算をする際には、4段階の尺度を、「行わない」(＝まったく行わない＋あまり行わない)と「行う」(＝わりと行う＋非常によく行う)、または、「反対」(＝反対＋やや反対)と「賛成」(＝賛成＋やや賛成)の2つに分けて計算した。表では「行う」と「賛成」の回答を「肯定」、「行わない」と「反対」の回答を「否定」と称している。なお、協働関係の質問項目の回答結果は、筆者が意図したように回答者が質問項目の意味を受けとらなかつた恐れがあるので、今回の結果から削除した⁵⁾。

エンパワメントの知識について、エンパワメントと言う言葉を知らなかつたという回答が一番多く約48.6%、言葉は知っているが内容について詳しく知らないという者が約44.5%いる。つまり、9割以上がエンパワメントについて十分な

表6 グループを使った援助を行うための条件

条件	人数	%
メンバーとなる患者の数が集まれば	24	21.6
方法がわかれば	13	11.7
時間的余裕があれば	13	11.7
仕事の経験をつめば	13	11.7
所属機関の他職種との協力があれば	11	9.9
所属機関の理解がえられれば	11	9.9
職場の人員に余裕があれば	11	9.9
その他	6	5.4
他機関のワーカーと連携できれば	4	3.6
してみたいと思わない	5	4.5

(注) %はN=111を基準に計算している。

表7 技能の教育を行う条件

条件	人数	%
方法がわかれば	16	25.8
仕事の経験をつめば	14	22.6
時間的余裕があれば	8	12.9
その他	6	9.7
所属機関の他職種の協力があれば	4	6.5
所属機関の理解が得られれば	3	4.8
してみたいと思わない	11	17.7

(注) %はN=62を基準に計算している。

表8 クラス・アドボカシーを行うための条件

	人数	%
患者組織・団体と連携できれば	26	24.8
方法がわかれば	18	17.1
仕事の経験をつめば	15	14.3
時間的余裕があれば	11	10.6
他機関のワーカーと連携できれば	10	9.5
所属機関の理解が得られれば	8	7.6
その他	6	5.7
職場の人員に余裕があれば	3	2.9
所属機関の他職種との協力があれば	1	1.0
してみたいと思わない	7	0.7

注) %はN=106を基準に計算している。

知識を持っていないという結果である。

また、エンパワーメント実践の構成概念、または、質問項目によって、それらを行う者と行わない者の頻度に差があることがうかがえる。実施率が高い概念は、対話である。実施率が低い概念は、意識の高揚、集団の活用である。同一の概念でも質問項目の内容によって差が生じたのは、知識と技能の教育、強さの強調、アドボカシー、クライエントの責任、問題の原因、エンパワーメントである。

志向に関しては、多くの質問項目で、するべきでないというよりも、するべきであると考えている者のほうが多い結果となった。また、実施率が低い質問項目についても、志向は高いことがうかがえる。つまり、現実においてエンパワーメントの要素を持った実践をあまり行わなくとも、するべきだと考えている者が多いということである。

強さの強調については、エンパワーメントの視点と一致しない、つまり、非エンパワーメント的な回答の比率が現実・志向ともに高い。これについては、次の考察の部で説明する。

条件質問においても、グループを使った援助、知識と技能の教育、クラス・アドボカシーについては、種々の条件が整えばしてみたいと考えている者が多いという結果となった。

4 仮説検定－現実と志向の差

慢性疾患を持つ人に対して、保健・医療分野のソーシャルワーカーはエンパワーメントに基づいた実践を行うべきであると志向しているが、現実には志向しているほどには行っていないという仮説を検証するために、t検定を行った。表9にそ

表9 エンパワーメント実践の現実と志向のt検定の結果

	t 値	p<.01
1. 対話	6.654	0.0001
2. 対話	4.197	0.0001
3. 強さの強調	-6.876	0.0001
4. 強さの強調	9.942	0.0001
5. 強さの強調	10.710	0.0001
6. 意識高揚	5.877	0.0001
7. 意識高揚	11.409	0.0001
8. 意識高揚	13.809	0.0001
9. 集団の活用	16.298	0.0001
10. 集団の活用	19.645	0.0001
11. 教育	6.390	0.0001
12. 教育	11.745	0.0001
13. 教育	8.842	0.0001
14. 教育	5.819	0.0001
15. アドボカシー	7.076	0.0001
16. アドボカシー	18.485	0.0001
22. 個人レベル	11.603	0.0001
23. 個人レベル	11.602	0.0001
24. 対人レベル	9.820	0.0001
25. 対人レベル	11.436	0.0001
26. 政治レベル	17.313	0.0001
27. 政治レベル	16.586	0.0001
28. 政治レベル	10.409	0.0001

の結果を示している。有意水準 $P<.01$ で、エンパワーメント実践の各要素の現実と志向に有意な差があることが明らかになった。

V 考察

この調査研究の目的は、保健・医療分野のソーシャルワーカーが慢性疾患を持つ人々を援助する際に、アメリカのエンパワーメント実践のどの要素を行っているか/行っていないか、志向しているか/志向していないか、行うための条件は何かといった現状と意識を把握し、日本における今後のエンパワーメント実践と理論発展のための課題をさぐることである。調査結果から、対話、意識高揚、集団を使った援助、知識と技能の教育、アドボカシー、実践の目標としてのエンパワーメントの要素について、慢性疾患を持つ人々を援助する保健・医療分野のソーシャルワーカーは、志向しているものの現実には行っていないであろうという仮説が支持された。一方、仮説が支持されなかったのは、強さの強調である。以上について順次説明していく。

志向しているほど、現実には行っていないという仮説が支持されたエンパワーメント実践の要素

のなかで、現実と志向の差が大きく、しかも、実施率が低い結果となった質問項目が多いのは、社会改革的視点を持った実践、すなわち、意識高揚、クラス・アドボカシー、政治的レベルのエンパワメントである。また、グループを使った援助の内容をみても、社会改革的視点を持つものは、療養生活支援や精神的サポートのためのグループ活動ほどは行われていない。こういった社会改革的視点を持った実践は、志向されているものの現実に行われていることは少ない。この結果は、先行の調査結果や（奥田,1989）、保健・医療分野のソーシャルワーカーは社会改革的な視点を持った実践に欠けているという批判（大野,1985;硯川,1980;竹内,1995）と一致する。調査対象者はクライアントの困難な原因や状況を社会の構造や制度と結びつけて考えているにもかかわらず、そのために社会を変えようという活動はほとんど行っていないことが読みとれる。

集団を使った援助は、先行研究の結果と同じく（奥田,1989;八重田ほか,1995）、志向は高いものの、実際に行われている率はきわめて低い。グループワークは古くから紹介され、また、医療ソーシャルワーカー業務指針でも職務の範囲と明記されているにもかかわらず、実施率は低い。その理由として、グループを使った援助の条件の調査結果から、グループメンバーを集めることの問題、教育・訓練の問題、人員不足、所属機関の理解不足等があると考えられる。また、医療機関へのソーシャルワークの導入以来、医療機関ではケースワーク中心の活動が行われていることから、ワーカー自身ケースワークを主に考える意識が強いということも影響しているのではないだろうか。

対話とケース・アドボカシーは、志向されているほど現実には行われていないものの、実施率は高い。まず対話について、アメリカで対話が強調される要因となった伝統的ソーシャルワークの理論は日本にも紹介されたが、保健・医療分野のソーシャルワーカーのあいだにはそれほど浸透していないし、日本のワーカーは共感や人間関係を信頼することを重視すると思われるので（田中・北島,1995）、日本のソーシャルワークでは対話は当然のことと受けとめられているのかもしれない。また、

ケース・アドボカシーは、保健・医療分野のソーシャルワーカーがよく行うクライアントの直接的なニーズに対応した援助活動や、クライアントと機関・施設の他職種との関係調整において、実施されることが多いと推測される。

強さの強調は、現実に行われていることは少なく、志向も低い要素であると判断される。これは筆者の仮説と一致しなかった。まず現実について、それぞれの質問項目の結果を総合すると、「ワーカーはクライアントの強さや可能性を信じているが、クライアントの問題のある考えや行動に焦点をあててアセスメントし、クライアントの強さを喚起するのを助ける実践はあまり行っていない」ということになる。これに関係してヘップワースとラーセン（Hepworth&Larsen,1990）は、たとえソーシャルワーカーが人間は自分の可能性を発展させる権利と機会を持つということを強く信じていても、クライアントの欠点や否定的な面に焦点をあてたアセスメントを行えば、クライアントの成長に向けての可能性を認めることができなくなると述べている。これはまったく今回の調査結果に該当する。つまり、たとえワーカーがクライアントの強さを信じていても、問題のある行動や考えに焦点をあてたアセスメントをしていては、実際にはクライアントの強さを認識していない、つまり、強さを強調した実践を行っていないということである。さらに、志向においても、クライアントの問題のある考えや行動に焦点をあてアセスメントするのを志向する率が高いという結果なので、やはりワーカーは強さを強調した実践を志向しているとは言い難い。

このように、クライアントの問題のある行動や考えに焦点をあてアセスメントすることに肯定的な回答が多い理由は、調査対象者の所属機関である病院という機関の特性があると考えられる。つまり、医療機関のなかで、患者は「患者の問題行動」、「患者の良い行動」、「良い患者」、「悪い患者」、というようにラベリングされやすい（Kadushin&Kulys,1994）。こうした病院の特性は、ワーカーの活動や姿勢にも影響を及ぼすと思われる。

クライアントが変化に向けて責任を持つという考え方については、おおむね、エンパワメント

実践的な考え方が共有されている。保健・医療分野のソーシャルワークの文献では、クライアントの責任はあまり議論されていないが、実践現場のソーシャルワーカーは、クライアントの責任を認識している。ただし、社会・政治を変えるためのクライアントの責任という考え方は、クライアント固有の問題に対する責任ほど、賛同されていない。これは、調査対象者がどのような属性（年齢や疾病の種類・状態）を持つクライアントを数多く援助しているかによって、回答が分かれたことも要因の1つではないだろうか。

クライアントの問題の原因について、疾病と社会・経済・政治がクライアントの問題や困難な状況の原因の1つであると多くのワーカーが考えている点において、エンパワーメント実践的な視点が一部共有されているといえる。ただし、ワーカーがクライアントの対人関係を問題の原因の1つと考えているかということについては、結論を保留したい⁹⁾。

グループを使った援助、クラス・アドボカシー、技能の教育を行うための条件として上位にあがっているのは、患者が集まることや患者団体と連携することといった、それぞれの介入方法に固有の条件のほか、方法がわかること、経験を積むこと、時間の余裕があることである。その一方で、所属機関の機能や他職種による制約といった条件は比較的少なかった。保健・医療分野のソーシャルワーカーは第二次分野に従事するので、所属機関の要請・機能・制約がワーカーの活動を制約する(斎藤, 1995; 斎藤, 1985)といわれているが、今回の調査結果から判断すると、この主張はあまりあてはまらないといえよう。

また、ほとんどの質問項目の内容を現実にはあまり行っていないとしても、さらに、エンパワーメントの知識が十分でなくとも、志向している率が総じて高いということは、実践現場のソーシャルワーカーは、慢性疾患を持った人々に対するソーシャルワークとして、エンパワーメント実践の考え方を肯定的に受けとめていると言えよう。また、先行研究や今回の調査において、あまり実施されていない集団を使った援助やクラス・アドボカシーについても、ワーカーがそれらの必要性や重要性

を認めていないから行わないのではなく、するべきと志向していることが明らかになった。エンパワーメント的な実践はあまり行われていないにしても、今後育まれる可能性はあると言えよう。

さらにこの調査結果は、従来から日本の実践現場で行われていたが、理論化されていない方法論や実践の概念が存在していることをうかがわせる。技能の教育、意識高揚、3つに弁別されたエンパワーメントの概念は、従来の日本の保健・医療分野のソーシャルワークにおいてそれほど主張されてこなかったものである。それにもかかわらず、数10パーセントのワーカーが行うと答えていることから、ワーカーが開発している実践も存在していることが推測される。

エンパワーメント実践のそれぞれの要素において、するべきでないという回答が持つ意味にも留意しなければならない。志向の調査結果から判断すると、保健・医療分野のソーシャルワーカーのあいだには、意識高揚や社会資源向上のための政治的レベルのエンパワーメントといった、社会改革的視点を持った実践は受け入れ難いとする考えも存在するということは否めない。また、集団を活用した援助についても、その効果や必要性が主張されているにもかかわらず、するべきではないと答えている者も存在する。これらの理由は今回の調査結果では明らかにならないが、保健・医療分野のソーシャルワークでは、直接的な即応性を要するニーズに対応する援助が行われてきたということや、ケースワークの手法が多用されているという歴史と無関係ではないだろう。

VI 提言

1 研究・教育に対して

ソーシャルワークの研究においては、ソーシャルワーカーがクライアントのエンパワーメントを助けるための具体的な方法を研究することが必要であろう。この調査研究によって、保健・医療分野のソーシャルワーカーは、慢性疾患を持つ人々に対する援助において、エンパワーメント実践の要素を肯定的に受けとめていること、そして、志向されながらも行われていない要素の種類が明確になった。故に、次のステップとして、実施され

ていない要素について、具体的な方法論を提示することが必要である。日本のエンパワーメント研究では、クライアントをエンパワーメントするための具体的な方法があまり検討されていないので、これは今後の研究課題であろう。

また、ソーシャルワークの教育と研究においては、ワーカーや学生がエンパワーメントに基づく実践を実際に行えるような教育や研究を実施することが課題である。例えば、グループワークのように方法を示した書籍が出版されているにもかかわらず、方法がわかれば、仕事の経験を積み行ってみたいという回答が多いことは、方法論の研究成果が実践者に伝わっていないということや、ワーカーがグループワークを実際に行えるような技能を身につけていないことを示唆している。これは単に個々のワーカーの自己研鑽や努力のみならず、教育の問題とも言えるのではないだろうか。ロールプレイ等を通して、グループワークの実際のやり方を学ぶ機会を学校教育や現任訓練の場で提供することが必要であろう。また、アメリカではエンパワーメント実践を学生に教えるためのカリキュラムの研究⁷⁾も行われているが、今後日本でも、実践者が特定の実践理論に基づく実践を実践現場で実際に行えるように、研究者はプログラムやカリキュラムを研究・開発することも必要なのではないだろうか。

また方法論の研究を進める際に、実践者が行っていることを理論化することも必要である。エンパワーメント実践をはじめ、他のアメリカで理論化されたソーシャルワーク実践は、日本では理論や方法論として記述されていないが、実践現場では行われている可能性のあることが指摘されている(小松,1995; 渡部,1996)。本調査研究の結果も、小松や渡部が指摘したように、行われていながらも理論化されていない実践が存在していることを示唆している。

2 保健・医療分野の

ソーシャルワーカーに対して

当事者参加の議論の高まり、地域を基盤とした保健・医療・福祉の展開、入院患者の退院促進という今日の社会保障の動きは、保健・医療分野のソーシャルワーカーに対して、エンパワーメント

の視点からソーシャルワーク実践を行うことも要請している。他の業務との兼ね合いや、機関・他職種との関係、また方法論の研究と教育の不十分さなどから、ワーカーがエンパワーメント実践の要素を行うことは難しいという反論があるかもしれない。しかし、クライアントのエンパワーメントを助けるための一部の方法については、従来のケースワークや直接的な援助のなかでも、試みることは可能である。

その1つとして、慢性疾患を持つ人々の援助に際して、クライアントの強さや肯定的側面に注目し喚起するのを援助することがあげられるだろう。ワーカーはクライアントの問題のある行動や考えをアセスメントするだけでなく、クライアントの社会資源や内的な資源にも注目し多面的なアセスメントをしなければならないし、多くのワーカーはそうしているはずである。それはつまり、クライアントの強さに注目していることを意味する。自分たちはクライアントの強さに注目しているとまず認識し、そこに一層の焦点をあててアセスメントすることを、ワーカー自身がまず意識することが必要なのではないだろうか。クライアントの強さに焦点をあてることはソーシャルワークの価値に通じる(Weick, Rapp, Sullivan,&Kisthardt, 1989)。さらに、社会福祉の価値であり、かつ、日本ソーシャルワーカー協会の倫理綱領に記されている「個人の尊厳を尊重する」ことにも寄与する(Weick et al.,1989)。

第二に、意識高揚も日々のケースワークのなかで実施可能であると考えられる。例えば、社会資源の利用の相談や退院援助のなかで、「なぜこの制度やサービスは利用できないか」、「なぜ転院しなければならないか」、といったことをクライアントや家族が訴えることがあるだろう。そのとき、ワーカーは現在おこっている国や自治体の保健・医療・福祉をめぐる制度・政策の変化や、そのなかで置かれている病院の立場等を説明しなければならないだろう。その流れのなかで、クライアントが自らの生活や状況に影響している国・自治体の政治や方針を理解し、当事者が声を上げることも必要ということを認識するのを、ワーカーが助けることも可能である。

また、現在の業務を発展させるために、アドボカシー活動を試みることも必要であろう。たとえば、現在関心が高まりつつある退院計画において、社会資源が不十分ななか早期退院を迫られるクライアントの困難や、ハイリスクなクライアントの援助漏れが、問題点として指摘されている。これらの問題に対応するために、スクリーニング・システム確立の必要性が主張されているが、こうしたシステムをつくりあげるよう組織に働きかけることもアドボカシー活動の1つである。そしてこれらは、専門職としての価値実現の視点からも、要請される活動である。日本医療社会事業協会、および日本ソーシャルワーカー協会の倫理綱領にも、そのことは明記されている：「専門職業の立場から社会活動を行い、社会資源の活用と開発をはかり、社会保障の完成に努力する」（日本医療社会事業協会による医療ソーシャルワーカー倫理綱領）；「社会福祉の発展を疎外する社会的条件や困難を解決するために、知識や技術を行使するのはソーシャルワーカーの責務である」（日本ソーシャルワーカー協会の倫理綱領）。

Ⅶ この調査研究の限界

この調査で使った質問項目は、内容的妥当性の検証のみで、構成概念妥当性の検証をしていない。また、信頼性の検証も行っていないので、今後これらの追求が必要である。次に調査対象者の地域的な偏りがあるので、この結果をソーシャルワーカー全体に一般化することは、避けるべきである。さらに、調査票には、日本のソーシャルワークでなじみのない表現や日本人には違和感を感じる表現があったと思われるので、調査対象者が質問項目の意図を理解しにくかった可能性がある。そして、ワーカーが援助するクライアントを慢性疾患をもつ人と設定したことは、漠然として、調査対象者によって思い描いたクライアント像が異なり、回答結果を左右したかもしれない⁹⁾。また考察の部分で述べたように協働関係、クライアントの問題の原因の質問項目については、筆者の意図したところが伝わらなかった可能性がある。これらの要素については結論を述べることができない。今後の研究では、以上にあげた限界点を補って

かななくてはならない。

※この調査研究にご協力・ご指導くださった方々に深くお礼申し上げます。

【注】

- 1) 詳しくは次の文献を参照していただきたい。
三毛美予子 (1997) 「エンパワーメントに基づくソーシャルワーク実践の検討」『関西学院大学社会学部紀要』, 78, pp169-185, 1997.
- 2) しかしながら、社会的な要素のみをクライアントの困難な状況の原因と考えることは、慢性疾患を持つ人々の現実や全体性をみていない。疾病がもたらす不安や苦痛と社会的要素が複合して、慢性疾患を持つ人々の状況が作りだされると考える（詳しくは前掲注1を参照）。ゆえに本調査研究では、慢性疾患を持つ人々の困難な状況は、疾病と、対人関係や社会や政治の構造といった社会的要素が複合して生じるという視点を採用する。
- 3) 対話が強調される背景として、アメリカの伝統的なソーシャルワークの特徴である、クライアントが話した内容を信じてはいけないという考え方と (Perking&Tice,1995;Pray,1991)、専門的知識や技能を有した専門職であるワーカーがクライアントの状況や問題をラベリングし、定義すること (Cox&Parsons,1994;Weick et al., 1989) に対する批判があると考えられる。
- 4) 調査票1ページ以上の余白回答がある場合無効回答とした。
- 5) したがって、「巻末資料-質問項目」及び「表4 各質問項目の頻度」では、調査票で採択した31個の質問項目から、協働関係の質問項目を削除して掲載している。
- 6) 「クライアントの問題は家族や医療関係者等との対人関係がうまく行かないことに起因する」という質問項目は、対人関係がクライアントの問題の原因のすべてである、というような誤解を生んだかもしれないからである。
- 7) 次のような研究がある。
Bricker-Jenkins, M. (1994). Teaching empowerment practice: A model curriculum. In L.M.

- Gutierrez&P. Nurius (Eds.), Education and research for empowerment practice (pp. 97-114). Seattle: University of Washington.
- 8) たとえば、「患者の家族も含めて考え回答した」「高齢の患者には本人より家族に働きかける」といった、回答者からの反応があった。
- 【引用・参考文献】**
- 荒川義子：「ソーシャルワークのプロセス」斎藤安弘・坂上裕子（編）『保健・医療分野のソーシャルワーク』, pp.29-35, 川島書店, 1985.
- Baily,D. : Organizational empowerment : From self to interbeing / In L.M.Gutierrez&P.Nurius (Eds.), Education and research for empowerment practice, 37-44, University of Washington, 1994.
- Breton,M. : On the meaning of empowerment and empowerment-oriented social work practice. Social Work with Groups, 17(3),23-37, 1994.
- Cox,E.O.,&Parsons,R.J. : Empowerment-oriented social work practice with the elderly. Brooks/Cole, 1994.
- DuBois,B.,&Miley,K,K. : Social work : An empowering profession (2nd ed.) . Allyn& Bacon, 1996.
- Gutierrez,L.M. : Working with women of color : An empowerment perspective. Social Work, 35, 149-154, 1990.
- Heapworth,D.H.,&Larsen,J.A. : Direct social work practice : Theory and skills (3rd ed.) . Wadsworth Publishing Company,1990.
- 平塚良子：「社会福祉におけるクライアント認識に関する一考察」『社会福祉学』,27(2), pp.75-101, 1986.
- 堀川幹夫：「医療ソーシャル・ケースワークの方法」医療社会問題研究会（編）『医療社会事業論』, pp.166-182, ミネルヴァ書房, 1971.
- Kadushin,G.,&Kulys,R. : Patient and family involvement in discharge planning. Journal of Gerontological Social Work, 22 (3/4), 171-199, 1994.
- 梶原道子：「ソーシャルワーカーとクライアントの専門的援助関係の樹立」斎藤安弘・坂上裕子（編）『保健・医療分野のソーシャルワーク』, pp.44-51, 川島書店, 1985.
- 鬼崎信好：「医療ケースワーク」沖津邦弘・硯川眞旬・坂上裕子（編）『現代医療福祉活動論』, pp.153-194, 相川書房, 1983.
- 児島美都子：『新医療ソーシャルワーカー論』ミネルヴァ書房, 1991.
- 小松源助：「ソーシャルワーク実践におけるエンパワメントアプローチの動向と課題」『ソーシャルワーク研究』,21(2), pp.76-82, 1995.
- 窪田暁子：「医療福祉－医療ソーシャルワーク」仲村優一・松原二郎（編）『講座社会福祉4』, pp.222-255, 有斐閣, 1981.
- Lee,J.A.B. : The empowerment approach to social work practice. Columbia University Press, 1995.
- 前田ケイ：「小集団の力を援助に活用する」保健・医療の専門ソーシャルワーク研究会（編）『保健医療の専門ソーシャルワーク』,pp.43-52, 中央法規出版, 1991.
- Meredith,S.D.,&Wells, L. : An empowerment perspective:A key factor in meeting the challenge of gerontological social work. In L.M.Gutierrez&P. Nurius (Eds), Education and research for empowerment practice, 137-148, University of Washington, 1994.
- 三毛美予子：「エンパワメントに基づくソーシャルワーク実践の検討」『関西学院大学社会学部紀要』,78, pp169-185, 1997.
- 宮川数君：「アドボカシーの思想」大塚達雄・阿部志郎・秋山智久（編）『社会福祉実践の思想』,pp. 56-68, ミネルヴァ書房, 1989.
- Moreau,M.J. : Empowerment through advocacy and consciousness-raising : Implications of a structural approach to social work. Journal of Sociology and Social Welfare,17,53-67, 1990.
- 森野郁子：「対象・技能・役割」保健医療ソーシャルワーク研究会（編）『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック理論編』,pp.42-54, 中央法規出

- 版,1990.
- 中島さつき：『医療ソーシャルワーク』,誠信書房,1975.
- 中村佐織：「アセスメント過程におけるクライアント・エンパワーメントの意義」『日本女子大学紀要人間社会学部』,6,pp54-63,1996.
- 岡村重夫：「基本的視点」保健医療ソーシャルワーク研究会(編)『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック理論編』,pp.4-16,中央法規出版,1990.
- 奥田いさよ：「医療ソーシャルワーカーの機能と業務に関する一考察(職務分析調査を通じて)」,『医療と福祉』,54,pp.79-84,1989.
- 奥川幸子：「脳血管障害」斎藤安弘・坂上裕子(編)『保健・医療分野のソーシャルワーク』pp.127-135,川島書店,1985.
- 大本和子：「よい面接をする」保健・医療の専門ソーシャルワーク研究会(編)『保健医療の専門ソーシャルワーク』,pp.28-43,中央法規出版,1991.
- 大野勇夫：「戦後における医療社会事業理論の動向と課題」『社会福祉学』,26(1),pp.83-106,1985.
- 太田義弘：「実践の原理」太田義弘・佐藤豊道(編)『ソーシャルワーク過程とその展開』,pp.60-65,海声社,1985.
- 大谷昭：「援助計画実行段階」保健医療ソーシャルワーク研究会(編)『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック理論編』,pp.144-155,中央法規出版,1990.
- 大利一雄：「援助の方法」保健医療ソーシャルワーク研究会(編)『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック理論編』,pp.118-129,中央法規出版,1990.
- Perkins,K.,&Tice,C. : A strengths perspective in practice : Older people and mental health challenges. *Journal of Gerontological Social Work*,23 (1/2) ,83-97,1995.
- プラント R. : 丸木恵祐・加茂陽(訳)『ケースワークの思想』,世界思想社,1980.(Plant,R. : *Social and Moral Theory in Casework*, Routledge& Kegan Paul,1970.)
- Pray,J.E. : Respecting the uniqueness of the individual : Social work practice within a reflective model. *Social Work*,30,80-85,1991.
- Richan,W.C. : Empowering social work students. In L.M.Gutierrez&P.Nurius (Eds.), *Education and research for empowerment practice*,267-295,University of Washington,1994.
- Rose,S.M. : Advocacy and empowerment : An approach to clinical for social work. *Journal of Sociology and Social Welfare*,17,41-51,1990.
- 細川汀・真田是・加藤菌子(編)『現代医療ソーシャルワーカー論』,pp.141-156,法律文化社,1989.
- 斎藤順子：「保健・医療機関におけるソーシャルワーカーの立場性に関する考察」『ソーシャルワーク研究』,20(4),pp.60-65,1995.
- 斎藤安弘：「保健・医療のソーシャルワーク業務基準」斎藤安弘・坂上裕子(編)『保健・医療分野のソーシャルワーク』,pp.18-27,川島書店,1985.
- 佐藤公夫：「慢性腎不全」斎藤安弘・坂上裕子(編)『保健・医療分野のソーシャルワーク』,pp.140-146,川島書店,1985.
- Simon,L.B. : The empowerment tradition in American social work. Columbia University Press,1994.
- Solomon,B.B. : Black empowerment : Social work in oppressed community. Columbia University Press,1976.
- 杉本照子：『医療におけるケースワークの実際』,医学書院,1966.
- ：『医療社会福祉学入門』,医学書院,1981.
- 硯川真旬：「日本医療社会事業論史序説」内田守・岡本民夫(編)『医療福祉の研究』,pp.280-329,ミネルヴァ書房,1980.
- 高田玲子ほか：「主要疾患別にみた医療ソーシャルワークの専門技術」須川豊・山手茂(編)『MSWの役割と専門技術』,pp.121-141,へるす出版,1982.
- 竹内一夫：「クライアントの問題の診断と評価」斎藤安弘・坂上裕子(編)『保健・医療分野のソーシャルワーク』,pp.51-58,川島書店,1985.
- ：「医療ソーシャルワークの実践技法」多田羅浩三・小田兼三(編)『医療福祉の理論と展開』,pp.204-217,中央法規出版,1995.
- 田中千枝子・北島栄治：「日本の医療ソーシャルワー

- カーの理論的基盤 (Theoretical Orientation) の実際」『東海大学健康科学部紀要』,1,pp.15-21, 1995.
- 植田章：「地域の貧困の進展と老人問題」細川汀・真田是・加藤菌子 (編)『現代医療ソーシャルワーカー論』,pp.90-140,法律文化社,1989.
- 右田紀久恵：「社会資源の活用」医療社会問題研究会 (編)『医療社会事業論』,pp.194-205, ミネルヴァ書房,1971.
- 渡部律子：「援助面接技術のステップアップ：面接・相談の技法」『月刊総合ケア』,6(11),pp.5-65, 1966.
- 渡辺洋一：「エンパワーメントを志向したソーシャルワークに関する一考察—社会福祉の固有性の視点から—」『ソーシャルワーク研究』,21(5), pp.28-35,1995.
- Weick,A.,Rapp,C.,Sullivan,W.P.,&Kisthardt,W,: A strengths perspective for social work practice. Social Work, 34,350-354, 1989.
- 八重田淳・延原弘章・栗田修司：「医療機関におけるソーシャルワーカーの職務分析」,平成6年度「岡山県立大学特別研究調査研究事業」報告書, 1995.
- 山口ハツヨ：「医療グループ・ワーク」沖津邦弘・硯川真旬・坂上裕子 (編)『現代医療福祉活動論』 pp.195-228,相川書房,1983.

巻末資料—質問項目

1. クライアントが自分の言葉で経験や考えを語るようにうながすこと。
2. 問題に関するクライアントの意見を受け入れること。
3. クライアントの問題のある考えや行動に焦点をあてアセスメントすること。
4. クライアントの長所が彼・彼女の成長を支えていると強調すること。
5. クライアントの強さや可能性を信じること。
6. 自分の問題や困難な状況を社会・政治・経済の構造や制度と結びつけて考えるように、クライアントにうながすこと。
7. 機関のサービスを向上させるために、クライアントが他の患者と一緒に機関に働きかけることが大切と彼・彼女らに伝えること。
8. 慢性疾患を持つ人に対するサービスを充実させるために、クライアントらが国や自治体に働きかけることが大切と提起すること。
9. クライアントを患者会や患者団体にむすびつけること。
10. グループを使った援助活動。
11. 病気の結果どのような生活の問題や変化がおこるか教えること。
12. セルフケアについての知識をクライアントに教えること。
13. クライアント自身の意見を主張する技能を教えること。
14. 病気によって変化する人との関係や生活に適応する技能を教えること。
15. クライアントが機関のサービスに不信不満を訴えた場合、関係者に働きかけること。
16. 慢性疾患を持つ人の利益になるような法律、政策やサービスが改正・制定されるように、国・自治体に活動を行うこと。
17. クライアントの疾病はクライアントの問題の原因の一つではない。
18. クライアントの問題は家族や医療関係者等との対人関係がうまくいかないことに起因する。
19. クライアントの問題や困難は、社会・経済・政治構造や制度と関係ない。
20. クライアントに自分の問題状況を変えていく責任はない。
21. クライアントには自分たちが生活しやすいよう社会・政治を変える責任がある。

22. 病気によって変化する生活や人間関係に、自分に対応できるとクライアントが信じること。
23. クライアントが自分の可能性や力に気づき、強めていくこと。
24. クライアントが自分に必要なものや必要なことを得るために、他者に影響を及ぼす力を向上させること。
25. 対人関係に関する問題を解決するために、クライアントが他者とよい関係をむすぶ力を向上させること。
26. 社会の構造・制度を変革するために、クライアントが他者と一緒に働く力をのばすこと。
27. クライアントが国・自治体にはたらきかける力をのばすこと。
28. 資源やサービスをえるために、クライアントが機関や組織に働きかける力をのばすこと。

The Study of Actualization and Orientation of Empowerment-Based Social Work Practice by Medical Social Workers

Miyoko Mike

This study examines the actualization and orientation of empowerment-based practice by medical social workers in Japan. The concept of empowerment has been introduced to social work in Japan, but there is no assurance that empowerment practice will root in practice settings. In order to find research and practice problems and promote empowerment social work practice in health care, this research examines (1)whether medical social workers actualize empowerment practice,(2)whether they are oriented toward empowerment practice and, (3)what conditions enable them to do empowerment practice. The study design is based on a survey. The questionnaire was constructed by utilizing empowerment literature from the United States. The findings revealed that medical social workers do not perform some elements of empowerment practice but are oriented toward most of them except one element-focusing on and enhancing client's strengths. Finally, implications for researchers and practitioners are discussed.

ヘルス・ビリーフ・モデルと社会認知理論による 保健行動への対応

岡田まり*

Key Words 自己決定、保健行動、社会認知理論、ヘルス・ビリーフ・モデル

I はじめに

保健・医療の現場では、患者が必要な医療サービスを受けようとせず、あるいは、セルフケアについて医療チームが勧めた療養方針に従わず、その結果、疾病からの回復が遅れたり、健康状態が悪化することが少なくない。このようなことを、ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定の結果だからといって、十分に検討しないまま見過ごしてはいないだろうか。クライアントの自己決定を尊重することはソーシャルワークの価値であり、実践の原則である。しかし、もし、クライアントの決定がクライアント自身や他者を何らかの形で傷つけるようなものである場合には、ソーシャルワーカーはその決定を放置せずに介入する倫理的な責任がある¹⁾。このような場合、なぜ、クライアントが疾病からの回復遅滞や病状悪化につながる意思決定をしたのかを理解しなければ、ソーシャルワーカーはクライアントにとって有益な援助を行うことができない。

クライアントを十分理解し、効果的な介入を行うためには、適切な理論やモデルを選択し、それを実践に応用することが重要である。理論は、相互に関係している概念や、定義、命題がセットになっており、現象や状況を説明し、予測するのに用いられる。また、理論は要因間の関係を考察し、現象や状況についての体系的な見方を提示するものである²⁾。モデルは、複数の理論や実証的な研究結果から特定の状況における問題を理解するための枠組みである³⁾。したがって、状況にあった理論やモデルを用いることによって、人の行動についての理解を深めることができ、また、状況を

改善するためには何に焦点をあて、どのように対応すればよいかを体系的に検討することができる。

健康に関連した行動、すなわち保健行動を理解するための理論やモデルは多数ある。最近の文献レビューでは、1992年から1994年の2年間に健康教育、医学、行動科学の専門学術誌に発表された論文のなかで保健行動やヘルス・プロモーションについての理論やモデルが66あったと報告されている³⁾。本論文ではそのなかで使用頻度第1位のヘルス・ビリーフ・モデル(HBM)と第2位の社会認知理論(SCT)を紹介し、それにもとづいて、クライアントの保健行動にどのように対応するのが望ましいかを検討する。

II ヘルス・ビリーフモデル (Health Belief Model)

1 ヘルス・ビリーフ・モデル(HBM)とは

HBMの開発は、1950年代に米国で公衆衛生サービスに関する研究を行っていた社会心理学者のグループによって始められた。その当時の研究目的は、疾病の予防・早期発見のためのプログラムが利用可能であるにもかかわらず、なぜ多くの人々がそれを利用しないのか(予防保健行動)を理解することにあつた⁴⁾。その後、何らかの症状を知覚した時に人がどのような行動をとるか、診断された病気と勧められた治療方針に対してどのように反応するか(疾病行動、病者役割行動)といったことに調査が拡大された。その結果、保健行動(予防保健行動、疾病行動、病者役割行動)についての意思決定が行われた時には、客観的事実よりもヘルス・ビリーフ(人が症状や疾病についてど

* Mari Okada : 同志社大学文学部・花園大学社会福祉学部(非常勤)

のように知覚し、それに対処するためにとる行動の結果について、どのように予期し、判断するかの方が影響力が大きいということが明らかになった^{4,5,6,7)}。そこで、それらのピリーフにもとづいて保健行動を理解する枠組みがヘルス・ピリーフモデルとして体系化された。

2 ヘルス・ピリーフモデルの構成要素

HBMは主として次の4つのピリーフから構成されている⁹⁾。

○罹患の可能性 (Perceived Susceptibility)

自分がある疾病にかかる可能性があるかということについての主観的判断。すでにかかっている場合には、診断を認めて受入れるか否か、再発の可能性はあるかどうか、あるいは、特定の疾病でなくとも、一般的に病気になりやすいか、などについての主観的判断。

○疾病の深刻さ (Perceived Severity)

ある疾病にかかると、あるいは、すでにある疾病にかかっている場合には治療をしないでいると、どの程度、深刻な事態になるかという主観的判断。深刻な事態とは、苦痛、障害、死、といった心身面と、仕事、家庭生活、その他の社会関係など社会面への影響の両方を含む。

○対処行動の有益さ (Perceived Benefits)

自分が疾病にかかる可能性を減少させるために、あるいは、すでに病気になっている場合には疾病の程度を軽減するために、ある行動をとることが、どの程度、有益だと信じているかという主観的判断。

○対処行動の否定的側面 (Perceived Barriers)

その対処行動をとるにあたって障害となること、あるいは否定的な側面があるかどうかについての主観的判断。例えば、経済的負担、副作用や痛み、日常生活上の不都合や不便、心理的苦痛などについて予測していること。

図1は、上記の四つの要因がどのように関連しているか示したものである。まず、罹患の可能性と疾病の深刻さが組み合わされて疾病への脅威となる。自分が深刻な事態になるような病気になるかもしれない、あるいは治療を受けなければ深刻な事態になるという脅威を感じると、その脅威を

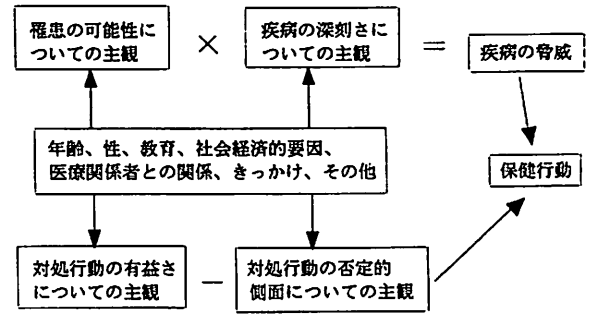


図1 ヘルス・ピリーフ・モデル (著者作成)

取り除くため、人は何らかの行動をとるよう駆り立てられる。ここで、行動を方向づけるのが、どの行動がどの程度その脅威をなくすのに有益だと信じているか、という対処行動の有益さについてのピリーフである。また、行動は、プラス面だけでなく、マイナスの面を伴うことがある。ある行動をとることで得られると思われる利益から、その行動をとるにあたって被るとされる損失（様々な障害や犠牲）を引いて、利益のほうが損失よりも大きいと判断した場合、人は、実行する。反対の場合は、実行しない。

以上四つの要因以外にも保健行動に影響する要因が認められている。例えば、年齢・性別・人種などの基本的属性や、社会階級・経済状態・学歴・所属グループなどの要因、そして病気に関連する知識や体験などが、上記四つの要因に影響する。また、マスメディアで見聞したり、家族や友人が病気になったり、医療関係者からアドバイスを得たことが、その病気への脅威を感じるきっかけとなることもある。

3 ヘルス・ピリーフ・モデルの利点と限界

HBMは、主観的な判断や予想が保健行動に関する意思決定に大きく影響することを示している。実際に、保健行動に問題のあるクライアントに対応する場合には、分類されたピリーフそれぞれについてアセスメントを行うことで、介入の焦点が明らかになりやすい。HBMに関する調査研究レビューによると、多くの調査結果がHBMは様々な保健行動を説明し、予測するのに役立つことを実証的に示している (Becker, 1974;

Janz&Becker, 1984)。

しかしながら、すべての調査が、HBM を支持しているわけではない。これは、前述のように、行動はヘルス・ビリーフ以外の様々な要因からも影響を受けているためだと考えられる。そのため、保健行動をより正確に把握するためには、もっと包括的な視点をもつことが必要とされる。また、HBM は保健行動を理解し、説明するには有益であるが、実際にどのように働きかければ行動が変わるかということについては言及していない。これらのHBM の限界を補う理論が、次に述べる社会認知理論である。

Ⅲ 社会認知理論 (Social cognitive theory)

1 社会認知理論 (SCT) とは

社会認知理論 (SCT) あるいは社会学習理論 (SLT) は、行動理論と認知理論を統合した認知行動理論の代表的な一派である。社会学習理論はもともと行動理論 (学習理論) から派生した⁸⁾。

行動理論では、行動は他者からの刺激に対する反応であると考え、古典的条件づけとオペラント条件づけをその原理とする。古典的条件づけは、パブロフによる犬の実験にみられるように、無条件刺激 (例: 食物) と条件刺激 (例: 音) を対にして提示すると、条件刺激だけでも反応 (例: 唾液の分泌) を起こすようになるというモデルである。スキナーらによって発展したオペラント条件づけでは、ある行動の結果として報酬が得られたり (正の強化)、あるいは、嫌悪刺激が取り除かれると (負の強化)、その行動の頻度は高まり、逆に、報酬を急になくしたり、嫌悪刺激 (罰) を与えると行動の頻度は低くなる。

行動主義は観察可能で測定できる現象だけを対象とし、条件づけでの刺激と反応の間のプロセスはブラック・ボックスとみなされた。これに対し、社会学習理論派のロッター⁹⁾ やバンデュラ¹⁰⁾ は、刺激と反応の間には強化への期待、すなわち認知が介在していると考えた。特にバンデュラは、社会学習理論をさらに発展させて1986年に社会認知理論と改名し、認知が人が生きていく中であらゆる面に関わり、環境に適応したり、環境を変えるのに大きな力を持つことを明らかにした。

2 社会認知理論の主要概念

SCT は多くの理論的概念を含んでいるが、ここではバンデュラ^{10,11,12)} によって述べられた主要概念についてのみ取り上げる。

○相互決定主義 (Reciprocal Determinism)

人の行動は、精神力動理論では個人の内的衝動によって、行動理論では環境の刺激によって、認知理論では個人の認知によって決定されると考えられている。これらの理論では直接的な因果関係が仮定されている。これに対し、バンデュラは、行動、認知などの個人的要因、環境の三つの要因が絶えず互いに影響しあう力動的で相互的なモデルによって人の行動を説明する相互決定主義を提唱した。行動の変化は認知の変化や環境からの影響の結果であるが、同時に認知や環境に変化をもたらす原因ともなっている。この考え方は社会認知理論の中核となるものである。

○観察学習 (Observational Learning)

伝統的な行動理論 (学習理論) では、行動は人が環境から受ける刺激によって決定されると考えた。しかし、バンデュラは、人は自分で刺激-反応の体験をしなくても、他者の行動とその結果を見ることによって様々な行動や感情、価値、規範などを習得することを示した。彼は、オペラント条件づけの刺激と反応の間にあるのは自動的なプロセスではなく、解釈であると指摘し、モデリングの学習メカニズムを説明した。つまり、観察を通して、ある行動によってどのような報酬が得られるか、あるいは嫌悪刺激をなくすることができるかという結果への期待が生まれ、それが行動への動機づけになる。

○結果に対する期待 (Outcome Expectancy)

結果に対する期待とは、ある行動をとれば、これこれしかじかの結果になるだろうと予想することである。人は、多くの場合、単純に環境に反応するのではなく、ある行動をとるとどのような結果になるのか、予め考えられるシナリオを頭のなかでシミュレーションし、その予想にあわせて目標をたて、行動を計画し、実行する。結果を予想することで、人は行動への動機をもち、自分を律するのである。したがって、結果に対する期待は、行動を予測する重要な因子である。また、行動変

容のためには結果に対する期待の変化が前提となることが多い。

○自己効力感あるいは効力期待 (Self-efficacy / Efficacy-expectancy)

自己効力感とは、特定の状況において、ある行動を自分がどの程度うまく行うことができるかという自己判断、あるいは自信である。どの程度の自己効力感をもっているかは、行動、思考パターン、情緒的反応に大きく影響する。例えば、グループでの話し合いで発言する自信がない人は、実際に発言しなければならぬような状況をできるだけ避けようとする。発言する場合でも、積極的ではなく、不慣れから不安や緊張を感じ、そのために、ますます発言することが困難に感じられるようになる。自己効力感は、自己体験、他人の行動の観察、他人からの説得、生理的な変化の体験によって変化する。自己効力感を高めることによって、思考パターンや情緒的反応が変わり、これまでできなかったことが行えるようになる可能性が高い。

○自己制御 (Self-regulation)

人は、意志の力だけで自分をコントロールすることはできない。自己制御が機能するプロセスには、セルフ・モニタリング、評価、反応の三つのサブ機能が関わっており、これらの機能が適切に働くことが必要である。まず、自分の行動を観察し、それを自分自身の中に設定した基準（自分に対する他人の反応、モデリング、他の人々や過去の自分との比較などに基づいて設定される）と比較し、評価する。その結果、自分をよく思ったり、悪く思ったり、あるいは様々な形で自分に褒美を与えたり、罰したりする。このため、自分にとってよいと思える行動はとり、自己非難を招くような行動は控える動機が形成され、これが次にいかなる行動をとるかに影響する。

3 社会認知理論の利点と限界

SCTは、包括的に問題状況を理解し、説明するのに役立つだけでなく、認知や行動を現実的で合理的なものに改善するにはどのような方法があるかを示している点で実践に大いに貢献している。これまで、不安障害、うつ病、精神分裂病、高齢

者、摂食障害、アルコール依存、薬物依存、喫煙、ストレスなどの様々な領域で、認知再構成法、社会スキル・トレーニング、問題解決訓練、アサーティブネス・トレーニングなどのSCTを応用した介入プログラムが実施されている。これらの介入プログラムの有効性はある程度実証されているが、いくつかの大きな介入プログラムでは効果が得られなかったことが報告されている。その理由として、理論そのものの不適切さ以外に、理論の不適切な適用、概念の測定や調査デザインに関する問題、プログラム実施上の問題などが指摘されている⁹⁾。今後、SCTの概念が、いつ、どのようところで適用できるのかをもっと明確にし、クライアントの特徴に応じた介入方法や評価のための測定尺度を開発することなどが問題である。

SCTは、前述のとおり包括的に問題を捉え、介入の方向性を見定めるのに大変有益である。しかし、SCTの相互決定主義に基づいた多面的アプローチで身体面・生理面・環境面に対応するにはソーシャルワーカーの認知行動アプローチだけでは限界がある。医療、看護、家族介入、コミュニティ・ワークなどの他のアプローチとの併用あるいは統合が必要であり、医療チーム内外での連携が不可欠である。様々な機能を含んだ学際的アプローチこそ相互決定主義を実現する方法であり、そのために、多くの異職種が協働できるような環境をつくることもソーシャルワーカーの役割の一つである。幼児、意識障害、重度の知的障害、重度の幻覚・妄想・痴呆症状を示す場合のように認知能力に大きな問題がある場合にはこの理論は適用できない。

4 ヘルス・ビリーフ・モデルと社会認知理論

HBMとSCTの共通点は認知に焦点をあてていることである。HBMにおける疾病の脅威（罹患の可能性×疾病の深刻さ）は、SCTでは嫌悪刺激を取り除こうとする行動の動機として捉えられる。HBMの対処行動の有益さについてのビリーフは、SCTでは結果に対する期待として捉えられる。SCTの自己効力感、HBMに欠けていた概念だが、近年、対処行動の否定的側面の一部としてHBMに加えることが提案されている¹³⁾。

このように HBM と SCT は共通の概念をとりあげているが、実際に問題状況をアセスメントする際には、複数の概念が絡みあっている SCT よりも、はじめから保健行動を理解するために体系化された HBM を用いたほうが理解しやすい。しかし、保健行動はヘルス・ビリーフ以外の様々な要因からも影響を受けており、HBM だけでは、他の重要な要因を見逃す可能性がある。また、HBM は保健行動をアセスメントするには有益だが、どのようにすればビリーフと行動が変わるかについては言及していない。それに対して、SCT は、行動変容の仕組みを説明しており、介入計画のガイドになりうる。したがって、相互決定論的な SCT と HBM を組み合わせた包括的なモデルを用いることで、より効果的な実践へと役立てることができる。

IV ソーシャルワーク実践への応用

1 適切な医療受診とセルフケアのための援助

クライアントが適切に医療サービスを利用しなかったり、医療チームの処方に従わず、結果として健康状態や生活に悪影響を及ぼすことが予測される場合には、HBM と SCT に基づいた次のような介入をすることが望ましい。

〈アセスメント〉

HBM の枠組みにそって次の 4 点についてクライアントがどのように考え、感じているかをアセスメントする。

- (1) 疾病について：症状、診断、病状、経過。
- (2) 疾病の影響について：予後（特に、悪化、再発、後遺症、死亡などの可能性）、自分の精神面や生活、家族、学業、仕事、人間関係、その他の重要なことに対する疾病の影響。
- (3) 疾病への対処法について：自分の健康状態の改善・維持・悪化（再発）予防の方法とその効果、そのなかで医療チームが勧める対処法と期待される効果。
- (4) 対処法として勧められている行動に伴う問題：身体的苦痛・不快感、経済的負担、社会的役割や生活習慣の変更による日常生活上の様々な不都合、不安・恐れ・遠慮・羞恥などの心理的・情緒的苦痛、その行動をとること自体の困難さ。

〈介入方法〉

アセスメントの結果、疾病やそれに対する対処法についての情報が不十分であったり、クライアント（あるいは家族）の認識が客観的事実と食い違っており、理解不足や事実誤認、非合理的な期待があることが明らかになった場合には、SCT に基づいて次のような介入が考えられる。

(1) 疾病や対処法についての現実的で客観的事実に基づいた認識ができることを目的とした介入

○情報提供：適切な情報をもってはじめて、人は自分の現状を正しく認識し、自分の行動の結果を予測することができる。そのため、ソーシャルワーカーはクライアントが疾病について理解するのに必要な情報が得られるよう配慮する必要がある。簡単な説明ですむこともあれば、医療チームに対して、クライアントの誤った認識が与える影響を伝え、クライアントが理解しやすいように疾病や対処法について説明するよう依頼し、その機会を設定することが必要なケースもある。

○認知再構成：情報提供してもクライアントの認知が改善されない場合には、クライアントの考えの中に誤りや非合理的な面があることへの気づきを促すような質問をする。たとえば、「いやなことを忘れるために酒を飲む」というアルコール依存症のクライアントに対し、「飲んで本当にいやなことを忘れられたか」、「飲んだ結果、現実にはどのようなことがあったか」、と問いかける。それによってクライアントは、自分の認識と現実の違いに眼を向ける機会を得、そこから、行動を変える動機が高められていく。

○観察学習、ソーシャル・ネットワーク：同じ病状の人、あるいは以前にそれを経験した人と話したり、その人達の様子を見ることによって認知が変わることも多い。したがって、行動のモデルとなるような人を見出せる患者会や自助グループへの参加を勧めることは有効な方法である。また、このような社会的なネットワークを広げることで、疾病やその対処法に関する情報も入手しやすくなる。

(2) 疾病への対処法に付随する問題の解決もしくは軽減を目的とした援助

○身体上の苦痛や不快感に対して：クライアント

の懸念について、医療チームのメンバーがクライアントと十分に話し合い、可能な限り苦痛や不快感を軽減する方法を見つけるよう働きかける。

○経済的な問題や生活上の問題に対して：情報提供、フォーマルおよびインフォーマルな社会資源の活用や調整を通して問題を解決もしくは軽減する。

○心理的・情緒的な苦痛に対して：まず、クライアントの心情を受容することが重要である。そして、可能ならば、その苦痛の原因に対処することが望まれる。あるいは、苦痛を感じる状況に対して別のものの見方、考え方ができるよう（認知再構成）援助する。ソーシャル・サポートを活性化、開発すること、また、関係者に働きかけて、クライアントが心理的苦痛を感じないように環境を変えることが必要な場合もある。苦痛の程度が大きい場合には、精神科受診を勧めることも必要となる。

○行動をとることが困難な（自己効力感が低い）場合：自己効力感を高めて、ある特定の行動を可能にするためには、容易なことからはじめて徐々に難易度を高め、成功体験を積み重ねることが必要である。専門家の指導のもとで練習したり、個人もしくはグループでロールプレイを行い、フィードバックを受けてやり方を改善するなどのスキル・トレーニングが効果的である。また、頭の中で、自分がその行動をうまくやっている状況を思い描くイメージ・トレーニングもある。

他にも様々な介入方法が考えられる。状況に応じて現実的で適切な目標を設定し、目標達成に適した介入方法を選ぶことが肝要である。目標達成のためには、いくつかの専門領域の協力が必要であることが多く、医療チーム内外での連携は欠かせない。そして、どのような方法であろうと、もっとも重要なのはクライアントとの信頼関係である。

2 クライアントの自己決定

自己決定の尊重は、ソーシャルワークの重要な価値の一つである。バイスティック¹⁴⁾ は、自己決定をクライアント自身が選択と決定を行う自由の権利であり、またニードであると定義している。しかし、HBMとSCTによれば、個人の意思決定

は様々な要因に影響されており、いつも合理的なものとは限らない。予測力の不足、事実の誤認、不適切な情報に基づいた予測、選択肢についての検討の不十分さなどから不適切な認知は生まれる。不適切な認知は不適応行動を起し、それが環境を悪化させ、さらに悪化した環境が認知の歪みをますます強固なものにするという悪循環が起こる¹⁵⁾。

このため、ソーシャルワーカーがすべきことは、クライアントが問題状況を現実にとらえ、正確な情報を得て理解し、考えられる選択肢すべてについて十分検討し、長所ならびに短所をも理解した上で自分に一番適していると思う選択肢を決められるよう、そのプロセスを援助することである。そして、また、その決定をクライアントが実現できるように援助することである。これは、自分の生活状況に影響する様々な要因を理解して自らの生き方を決定し、その実現のために関連要因に働きかけていく力をつけられるよう援助するエンパワーメントである¹⁵⁾。時には、クライアントが医療効果の点から認められない選択肢を強く希望することもあろう。その場合でも、十分な現実吟味の結果としての選択ならば、自己決定として尊重されるべきである。

V おわりに

本論文では、医療サービスを適切に利用せず、あるいは必要なセルフケアを行わず、その結果、何らかの悪影響を被る可能性のあるクライアントに対する援助のためにHBMとSCTを応用した介入を行うことを提案した。そして、これらのモデルと理論を用いて、具体的にどのような介入方法があるのかを検討した。これらの介入方法の多くは、すでに現場で用いられており、何ら新しくはない。しかし、理論的な裏づけを明確にすることで、思いつきや感覚的な援助ではなく、科学的根拠に基づいた体系的な援助が可能になると考えられる。

本論文で述べた援助の目的は、適切な医療サービス利用やセルフケアの援助をとおして個々のクライアントのQOLを高めることである。医療技術が進歩しても、適切に用いられなければ、医療

の効果は望めない。上記の援助活動を通じて医療ソーシャルワーカーは医療効果を高めるのに貢献しているともいえる。さらに、医療効果が上がれば不必要な受診や入院が減少するので、長期的な視点で考えれば医療費を含む社会コストを削減することができる。健康状態の改善によって生産性の向上も期待でき、社会的便益も高まる。したがって、個々のクライアントはもちろん、社会にとっても有益である。米国では、患者のコンプライエンス（治療への協力および処方通りのセルフケア実施）の率が低い（医師の指示に従うのは患者のうち3分の1）ことが報告されており、医療現場で大きな問題と認識されている^{16,17)}。日本においても医師の指示を守らない人、セルフケアのできていない人は多数おり、医療ソーシャルワーカーが果たすことができる潜在的役割は大きいと考えられる。

今後さらに、これらのモデルと理論を日本の文化的・社会的環境にあわせて現場で有効に活用する方法を開発していくこと、そして、これらの方法を実証的に評価し、科学的根拠に基づいた実践へと役立てることが必要である。

引用文献

- 1) Loewenberg, F., & Dolgoff, R. : Ethical Decisions for Social Work Practice (3rd ed.) .F. E. Peacock, 1988.
- 2) Kerlinger, F. N. : Foundations of behavioral research. (3rd ed.) . Holt, Rinehart and Winston, 1986.
- 3) Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. K. : Linking theory, research, and practice. In K. Glanz, F. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.) , Health behavior and health education: Theory, research, and practice (2nd ed.) (pp. 19-35) . Jossey-Bass, 1997.
- 4) Rosenstock, I. M. : Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2, 328-335, 1974
- 5) Becker, M. H. (Ed.) . : The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 324-473, 1974.
- 6) Janz, N. K., & Becker, M. H. : The Health Belief Model : A decade later. Health Education Quarterly, 11, 1-47, 1984.
- 7) Kirscht, J. P. : The Health Belief Model and Illness Behavior. Health Education Monographs, 2, 387-408, 1974.
- 8) Baranowski, T. Perry, C. L. & Oarcel, G. S. : How individuals, environments, and health behavior interact : Social cognitive theory. In K. Glanz, F. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.) , Health behavior and health education : Theory, research, and practice (2nd ed) (pp.153-178) .Jossey-Bass, 1977.
- 9) Rotter, J. B. : Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80 (1, Whole No 609) ,1966.
- 10) Bandura, A. : Social learning theory. Prentice-Hall, 1977.
- 11) Bandura, A. : Self-efficacy : Toward a unifying theory behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215, 1977.
- 12) Bandura, A. : Social foundations of thought & action : A social cognitive theory. Prentice-Hall, 1986.
- 13) Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M.H. : Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 15(2), 175-183, 1988.
- 14) Biestek, F. : The casework

- relationships. Loyola University Press, 1957.
- 15) Lee, J. A. B. : The empowerment approach to social work practice. In F. J. Turner (Ed.) , Social work treatment (4th ed) (pp. 218-249) . Free Press, 1996.
- 16) Becker, M. H., & Maiman, L. A. : Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6(2), 113-135, 1980.
- 17) Becker, M. H. : Patient adherence to prescribed therapies. *Medical care*, 23(5), 539-555, 1985.

Facilitating Positive Health Behavior based on the Health Belief Model and Social Cognitive Theory

Mari Okada

The purposes of this study are (1) to describe the Health Belief Model (HBM) and Bandura's social cognitive theory (SCT) and (2) to apply the HBM and SCT to social work practice in health care settings. The components of the HBM are: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers. The model serves as a framework to understand clients' health behaviors. The SCT constructs described here are reciprocal determinism, observational learning, outcome expectancy, self-efficacy, and self-regulation. These constructs are useful in understanding of a problem behavior and its situation. They also provide directions for social work practice. Based on the HBM and the SCT, I proposed what to be assessed and how to intervene when a client is very likely to experience negative consequences of inadequate decision-making on health behavior. Finally, implications and future directions for social work practice are discussed, using the HBM and the SCT.

死にゆく人のクオリティーオブライフ： その構成概念の妥当性

藤井美和*

Key Words 死にゆく人、クオリティーオブライフ、構成概念、尺度開発、信頼性・妥当性

はじめに

現代医学はその高度な技術によって、多くの病を治し人の命を延ばすことに貢献してきた。しかし、そのハイテク医療は、治る見込みのない病をもつ人にもその命を1分1秒長くすること一つまり長く生きることを助けること一が、医の使命であり、人の幸せにつながると信じて疑わなかった。

苦痛を伴う延命治療。それは、確かに人の寿命を延ばすに違いない。しかし、死にゆく人にとってそれが本当の幸せにつながるのだろうか？人の幸せは、その人の生きた長さによるのではなく中身の濃さによるのではないか一この疑問は西洋の合理主義に価値を置き、還元主義をその拠り所としてきた医学に価値の転換を迫ったのである。クオリティーオブライフはこの価値の転換一人生の長さ (quantity) より質 (quality) を、治癒 (cure) よりケア (care) を一によって生まれた概念である。末期癌をはじめとする終末期の人たちへのケアとして、ホスピスケア、緩和ケアが進められるようになった背景には、このクオリティーオブライフという概念の登場が大きく貢献している。終末期の人を含め、病気の人のアセスメントは、その人の生活に関わるすべての要因を考慮に入れなければならない (Engel, 1977)。このことが科学的に証明されていく過程で、死にゆく人にとっては「どれだけ生きたか (quantity of life)」より「どのように生きたか (quality of life)」の方が重要であるということが言われるようになってきた。

では、ここでいう死にゆく人のクオリティーオブライフの中身は何なのか。多くの研究がなされ

ているにも関わらず、その統一された構成概念は未だ明らかになっていない。本論文は、文献レビューを通して、死にゆく人のクオリティーオブライフの本質とその構成概念を明らかにしていくことを試みる。

I クオリティーオブライフの本質

漠然とした概念であるクオリティーオブライフについて、これまでの研究は次の2つの点についてコンセンサスを得ている。1つは、クオリティーオブライフは身体機能、心理的状态、社会的状況を含む複数の構成概念をその下位概念として有しているという点である (Aaronson・Bullinger・Ahmendzai, 1988)。つまり、クオリティーオブライフはある1つの領域一例えば、健康かどうか、お金があるかどうか一において評価されるものではなく、その人の生活全般に関わる様々な領域において評価される概念だということである。このことは、世界保健機構 (WHO) の健康の定義にも明確に表されている。WHOは、健康とは単に病気がないという状態をいうのではなく、身体的にも精神的にもまた社会的にも健全な状態を意味するとしている。つまりクオリティーオブライフは、人間の全体的な健康を意味する概念であり、その構成概念に身体的、精神的、社会的領域といった複数の領域を含むものである。

2つめは、クオリティーオブライフは主観的な概念であり、ある人のクオリティーオブライフは、その人自身が評価するものであるという点である。Gerson (1975) はクオリティーオブライフは人がその生活全般について持っている満足感

* Miwa Fujii : Washington University, School of Social Work, 博士課程

(satisfaction) と充足感 (the sense of well-being) と定義している。また、Calman (1984) は、クオリティーオブライフは、人がその経験を通して人生の目的や希望がどの程度実現したかというレベルを表すものであると述べている。このように、クオリティーオブライフはその人個人の主観によって評価される概念なのである。

クオリティーオブライフは、特に保健・医療の領域の中で注目されてきた。病気の人、死にゆく人のクオリティーオブライフのとらえ方は、その時代を支配する考え方によって大きく変化してきたといえる。そして、それは1990年代に入り新しい方向を模索するようになった。

II クオリティーオブライフの概念の変遷

クオリティーオブライフのようにその実体のつかみにくい概念を明らかにするためには、1) その概念を測定しうる尺度を開発し (つまり、直接測定できないクオリティーオブライフという概念を、直接測定出来る下位概念から間接的に測るために尺度をつくる)、2) その妥当性と信頼性を検証し、3) その結果をもとに、その概念をより正確に表す尺度を開発するという繰り返しが必要となる。つまり、開発された尺度の信頼性・妥当性を検証することで、より正確な構成概念を導き出すのである。そして、この尺度に含まれる項目は、先行研究で明らかにされてきたクオリティーオブライフの概念、臨床での観察、そこから得られた知識に拠るのである。

これまで開発され、臨床で使われてきた死にゆく人のクオリティーオブライフの尺度には、3つのタイプがある。第一のタイプは、唯一身体的側面をクオリティーオブライフの構成概念とする尺度、第二のタイプは身体的側面に加えて他の複数領域を構成概念とする尺度、そして第三のタイプは死にゆく人の特殊な側面を構成概念に加えた尺度である。

a. 第一のタイプ：身体的側面を唯一の構成概念とする

身体的側面に焦点を当て患者のクオリティーオブライフを測定する尺度は、クオリティーオブライフという概念が注目され始めたころから主に医

師によって開発され、臨床現場で医師によって使われてきたものである。このタイプの尺度は、次の3つの考え方を基礎にして開発されてきた。1) 身体的 well-being (良好さ、充足感) は治療の結果得られる 2) 身体症状が唯一クオリティーオブライフを測定するものである 3) 患者のクオリティーオブライフは患者の受ける治療に依存している。このような考えを基にして開発された尺度は、a) 患者の身体的機能や Activities of Daily Living (ADL) を重視し b) 極めて客観的な項目によって構成され、c) 医師が患者のクオリティーオブライフを測定するという特性を持っている。

身体的側面を指向する尺度の最も代表的なものは、Karnofsky が1949年に開発した Karnofsky Performance Status Scale (KPS) である。50年近く前に開発されたこの尺度は、現在でも患者の身体的クオリティーオブライフを測定するものとして使われている。KPSは11ポイント(0%、10%……、100%)で身体活動能力のレベルを測定している。100%は健康な状態を示し、50%は日常活動に介助を要し、治療を必要とする状態、10%は危篤、瀕死の状態、そして0%は死を示している。この尺度が開発された当時は、医師が患者のクオリティーオブライフを測定するのが当然であった。つまり、患者のクオリティーオブライフは医師の評価に依存していたのである。なぜなら、クオリティーオブライフの評価は患者の身体の状態によって決まるものであり、その状態の変化は医師のみが正確に把握することができるというのが、医療における伝統的な考え方だったからである。このタイプの尺度でKPSと並んで使われるのに Zubrod (1960) 尺度がある。これも身体症状がクオリティーオブライフを測定する唯一のインディケーターであるという考えを基に開発されている。しかし、こういった尺度は身体の変化には敏感であっても、病気に対して患者が反応する他の重要な側面(心理状態、社会における役割)には鈍感であり(Schipper, 1984)、実際に患者の情緒面とこれらの尺度には相関が見られず(Osoba, 1991)、患者のトータルなクオリティーオブライフを測定する尺度として、その妥当性は疑問である。

b. 第二のタイプ：複数領域を構成概念とする尺度

Engel (1977) のバイオサイコソーシャルモデルが保健・医療の中に登場し、また、死にゆく人のためのプログラム、ホスピスが広まっていく中で、クオリティーオブライフの研究は、1980年以降、身体的側面以外の領域をその構成概念に含むようになった。第二のタイプ、複数領域をクオリティーオブライフの構成概念とする尺度は、次のような考えに基づいて開発された。1) 保健・医療の分野でのクオリティーオブライフは身体機能のレベル、心理的安定性、社会関係における充実感 (well-being) を含む幅広い概念である。2) クオリティーオブライフは主観的概念であり、その人のクオリティーオブライフはその本人が評価する。このようにして開発された尺度の多くは、次のような特徴を持っている。a) 共通して3つの領域—身体的、心理的、社会的領域を持ち、b) 尺度を構成する1つ1つの項目は主観的な内容であり、c) それぞれの項目を評価するのは患者自身である。

このタイプを代表する尺度は、Spitzer (1981) の The Quality of Life Index (QLI)、Schipper (1984) の The Functional Living Index of Cancer (FLIC)、そして Ferrans (1990) の Quality of Life Index Cancer Version (QLI-CV) である。

Spitzer の QLI は身体活動、日常生活、健康についての考え方、家族友人からのサポート、将来の見通しの5つの領域を評価する尺度である。Schipper の FLIC は身体的機能・症状、情緒、仕事・社会との相互作用の3つの領域をクオリティーオブライフを構成する概念としている。この2つの尺度は、もともとは医師が患者のクオリティーオブライフを計るために開発されたが、患者が自分自身でクオリティーオブライフを評価するために使われるようになった。

Ferrans の QLI-CV は1985年に開発した Quality of Life Index に癌患者に特有な「痛み」や「人生に対するコントロール」という項目を加えて癌患者バージョンとして改良したものである。QLI-CV は身体機能、心理的領域（一部に精神的霊的領域 (spirituality) を含む）、社会経済的領

域、家族の領域の4つで構成されている。QLI-CV が他の尺度と異なる点は、尺度が2部で構成されていて、1部は各領域の満足度（非常に満足している—非常に不満である）を、2部はそれぞれの領域がその人にとってどれだけ重要か（大変重要である—少しも重要でない）を測り、1部の領域に重要性の重みをかけて、トータルなクオリティーオブライフを算定している点である。

これまで述べた第二のタイプの尺度は、クオリティーオブライフの概念を明らかにしていくことに大きく貢献してきた。しかし、このタイプの尺度には3つの弱点がある。1つは、このタイプの尺度は、死にゆく過程でより重要性を増すと患者が報告している領域—自己の存在に対する疑問、人生の意味、病気の意味、人間としての成長、死を超越すること等に表される人間存在に関わる領域—が含まれていないという点である。つまり、これらの尺度で信頼性や妥当性が支持された内容は、回復可能なステージにあるガン患者のクオリティーオブライフを測定するにはふさわしいといえても、終末期のガン患者のそれを測定するには不適当なのである (Belcher 他, 1989)。

2つめは、Spitzer や Schipper の開発した尺度は、身体的領域以外のものを含んではいるが、その質問項目の内容はかなりの部分が病気に関わる身体の状態や症状そのものをたずねるものになっている (Cohen, 1995)。つまり、クオリティーオブライフは患者の生活を取り巻く複数領域から構成されるといいながらも、まだ身体的側面が患者全体のクオリティーオブライフを決定する主な領域となっているのである。

3つめの弱点は、第二のタイプの尺度は生活領域の中で、何に問題があるかに焦点が当てられ、クオリティーオブライフに貢献している側面を考慮に入れていないという点である (Hyland, 1993)。つまり、クオリティーオブライフは「トータルな健康からマイナス面を差し引いた残りのもの」として考えられている。

これら3つの弱点は、尺度を開発した研究者の次のようなクオリティーオブライフの理解に如実に現れている。彼らは、患者のクオリティーオブライフは死が近づくにつれて低下するものだとい

う。FLICを開発した Schipper 博士も「患者のクオリティーオブライフは死にゆくプロセスで徐々に低下してゆき、最終的に「死」の段階でゼロになる」と主張する（筆者の Schipper 博士へのインタビュー、1994年11月25日）。しかしながら、死にゆく人をホーリスティックな視点から見ると、クオリティーオブライフは必ずしも死とともに低下するとは限らない。確かに身体的健康に焦点を当てると、患者が死んだ時点でそのクオリティーオブライフはゼロになるだろう。しかし、その人の情緒的、精神的側面が強調されるなら、そのクオリティーオブライフは死とともに低下すると断定することは出来ない。なぜなら、死は人間の成長の最後の機会であり、死に至る過程で自分の人生の総決算をする人、また人生の意味を見出し安らかに死を迎える人がいることを、筆者を含め多くの医療スタッフは経験しているからである。従って、クオリティーオブライフの構成概念を明らかにしていく上で、死にゆく人の内面を重視することは不可欠となる。「生きている」という感覚は、必ずしも身体状況からだけ生まれてくるのではなく、精神的存在としての感覚からも生まれてくるのである。もし、身体の機能がクオリティーオブライフを決定する最大のものであるなら、身体に重度の障害を持った人は、障害のない人よりそのクオリティーオブライフが低いということになってしまう。また、社交や社会生活におけるネットワークの数がクオリティーオブライフを決定するなら、いわゆる世俗から離れ修道会に属して社会的弱者のために働く人たちのクオリティーオブライフはそうでない人より低いということになってしまう。このように死にゆく人のクオリティーオブライフは、身体、心理、社会的領域だけでは説明されないのである。

c. 第三のタイプ：死にゆく人の特殊な側面を考慮した尺度

1990年代に入ると、こういった批判の中から新たな領域をその構成概念として持つクオリティーオブライフの尺度が開発されるようになった。我々が末期癌の患者について考えるとき避けて通れないのが、「死」に関わることがらである。必ずやってくる「死」は患者にとってもまたその家族にとつ

ても大きな衝撃となる。我々は人の死をどう受け止めていくのか？それを考えるとき表れてくるのが、人間の存在に関わる問いかけである。これまで精神的・霊的 (spiritual) 領域や人間存在に関わる (existential) 領域は、しばしば心理的領域と混同されてきた。Ferrans (1990) の QLI-CV も心理的領域と精神的霊的領域を1つの領域としている。しかしながら、人生の意味は何なのか、人は何のために生きてるのか、神はいるのか、という問いは心理学では答えられない領域である。

第三のタイプの尺度は、この「死」に関わる特殊な領域—spiritual、あるいは existential な領域—を身体、心理、社会的領域とは別に、独立した第4の領域としている。このタイプの尺度は、次のような考えを基にして開発されている。1) 人間存在に関わる問題—人生の目的、生きることの意味、人間としての成長と死を乗り越えていく力—は、人が病気になったり、死に直面することによってその重要性を増す。2) spiritual なレベルは、患者が、身体的、心理的、社会的限界とそれに伴う危機を乗り越えるのを助ける唯一のものとなりうる。3) 多くのクオリティーオブライフの研究者が持っている前提—患者のクオリティーオブライフは死に近づくにつれて低下する—は証明されていない。従って第三のタイプの尺度は患者以外の誰も答えることは出来ない極めて主観的な項目（例えば「私は自分の存在に意味があると思う」という項目）が含まれているのが特徴である (Mount-Cohen, 1995)。

第三のタイプの尺度はまだ多く開発されていない。現時点では、Cohenら (1993) によって開発された the McGill Quality of Life Index (MQOL) と McMillan と Mahon (1994) によって開発された The Hospice Quality of Life Index (HQLI) が代表的な尺度としてあげられるだろう。

MQOLは14項目からなる7ポイントのリカートタイプの尺度であり、身体症状、心理的症狀、人生・生活の見通し、人生の意味をクオリティーオブライフの構成概念としている。Cohenらは、人生・生活の見通し、人生の意味といった領域を「人間存在に関わる (existential) 領域」と名付けている。一方 HQLI は 25 項目からなるアナログ

スケールで、身体的、社会的、経済的、心理・精神的領域をクオリティーオブライフの構成概念とする。どちらの尺度も各領域の評価とは別に、患者に、全ての領域を考慮に入れたトータルなクオリティーオブライフの評価を尋ねている。

ここで注意しなければならないのは、精神的領域 (spirituality) と宗教的領域 (religiosity) の違いである。宗教の意味するところは、信仰を持つものがその宗教によって実際の生活を律することである。信仰心を育てることや信仰によって豊かに生きることが、宗教の持つ大きな意味である。一方、精神性 (霊性) は、確かに信仰心や信仰生活で表されることが多いが、たとえ特定の宗教を持たない人でも、霊的な次元を持つことができるし、実際そのような人は存在している (Doyle, 1992)。人間存在の意味や、人生の価値など精神的霊的な苦しみは必ずしも宗教が唯一の解決の道ではない。(Granstrom, 1985)。この意味で、精神性・霊性 (spirituality) は、宗教性 (religiosity) を含むより広い概念であるということが出来る。

精神的・霊的領域でのクオリティーオブライフの研究は、当初その宗教性に焦点が当てられていた。HQOL 尺度の精神的・霊的領域も宗教性に焦点を当て、質問項目には神 (God) や祈り (pray) という言葉が使われている。神を信じていないが、精神的霊的信条を持つ人は、こういった質問を飛ばしたり、「答えられない」とコメントしていることが報告されている。つまり HQOL は霊的精神的領域というより広い概念を宗教性というより狭い概念で測ろうとしたといえる。一方 MQOL の存在 (existential) の領域は、宗教性を指向したものではない。質問項目には、特定の宗教に関わる言葉は用いられず、例えば、「私の人生は意味がなく、何の目的もない」というような、より広い意味での人間存在に関わる質問となっている。

この領域で、大きな貢献をしている Reed (1986) も、終末期の患者の特殊な側面として宗教性 (religiosity) を精神的・霊的領域のインディケータールとしていた。しかし、患者の精神的霊的クオリティーオブライフを把握するものは、宗教性 (religiosity) より精神的 (spirituality) の方がふさわしいと考え、翌年の研究 (Reed, 1987) では精神性 (s-

pirituality) をそのインディケータールに変更している。また Warner と William (1987) はホスピスとリハビリプログラムの患者を対象に、その人生の目的や信条を把握する尺度 The Meaning in Life (ML) を開発し、精神的霊的領域が患者の中に存在することを報告している。このように身体、心理、社会的領域に加えらるる、死にゆく人に特に考慮されなければならない第 4 の領域について一つの方向が示されつつあるが、今後もその内容についての吟味が必要である。

Ⅲ 尺度の信頼性と妥当性

尺度開発のプロセスで最も重要なのはその尺度の信頼性と妥当性をテストすることである。

a. 信頼性

尺度の信頼性とは、ある概念を測定するのに、そのものさしがどれだけ正確にその概念を測っているかという正確さと、同一の対象者に何回測っても同じ結果が出るという安定性のことである (Kerlinger, 1986)。信頼性の評価は、内的斉合性、再テスト法、異なる評価者間の相関をテストすることによって得られる。信頼性の評価はその尺度の性質によって適切な方法が選ばれるべきである。クオリティーオブライフは治療の過程や死のプロセスで絶えず変化する性質を持っている。従って、ある一定期間を経過した後の結果をその前の結果と比べて得られる再テスト法での信頼性のテストには意味がない。

またクオリティーオブライフは主観的概念であり、評価する者は患者本人でなければならないので、別々の医療スタッフ間 (例えば医者と看護婦) や患者本人と医師が測定した結果の相関から導かれる信頼性のテストにも意味がない。KPS 等に代表される医師のために開発されたクオリティーオブライフの尺度は、医療スタッフ間の評価の相関から信頼性をテストしているが、これは「医療者の見る患者のクオリティーオブライフ」というものについて、尺度の信頼性があっても、真に患者のクオリティーオブライフの測定をしているかという点において (つまり尺度の信頼性以前に妥当性において) 疑問である。同様に患者と医療者間の評価の相関による信頼性のテストについても、

その尺度が「患者のクオリティーオブライフ」の尺度として信頼性をテストしていると言うことは出来ない。PearlmanとUhlmann(1988)はクオリティーオブライフの同じ尺度を用い、医師が評価した結果と患者自身が評価した場合の相関は非常に弱い($r=.15\sim.31$)ことを報告している。つまり、医師が評価する患者のクオリティーオブライフとその患者自身が評価するクオリティーオブライフには、かなりの違いがあるということである。医師のために作られた尺度が、患者自身の評価として使われているQLIやFLICは、異なる評価者間での相関をテストしている。しかし、先に述べたように、患者と医師の評価の相関は、「患者のクオリティーオブライフ」を測定する尺度の信頼性をテストする上で意味はない。従ってこれらの尺度についてもその信頼性は証明されていないと言わざるを得ない。

内的斉合性は、ある特性を持った尺度において、その項目が同じ性質を持ったものであるか、その一貫性と正確さをテストするものである。QLI-CV尺度の内的斉合性を示すクロンバックの α 係数は尺度全体で.95と非常に高い。しかし、サブスケールである家族の領域では.65となっており、この領域については何等かの改善の余地が必要である。死にゆく人の特殊な側面に焦点を当てて開発されたMQOLもHQLIも内的斉合性によって信頼性を評価している。内的斉合性を示す α 係数は、MQOL尺度全体で.75.HQOL尺度全体で.87であり尺度の信頼性は支持されているといえる。

b. 妥当性

尺度の妥当性とは、その尺度が本当に測りたい概念をとらえ、それを測定しているかどうかをみるものである(Kerlinger, 1986)。妥当性は直接評価することはできないが、内容的妥当性、基準関連妥当性、概念的妥当性をテストすることによってその尺度の妥当性を評価することができる。

内容的妥当性は、尺度を構成する項目が、測定しようとする概念の一部であることを示すことによって証明される。これまで述べてきた尺度のほとんどは、オンコロジー領域の医師、看護婦、ソーシャルワーカーによって内容的妥当性が支持されている。しかし、内容的妥当性は、専門家の判断によるところが大きく、尺度が真にその概念を測定しているか確認付けるには限界がある。

基準関連妥当性は、1つの尺度と、同じ概念を測定する別の尺度との相関によって検討される妥当性である。QLI-CVはその外的基準にAssessment of Life Satisfactionを選び、基準関係妥当性によって妥当性を証明している。

しかし、最も強力な尺度の妥当性を確認するのは、概念的妥当性である。これは、他の妥当性の検証方法とは異なり、尺度を構成する概念は直接理論から導き出される。そして、その概念を構成する観察可能な項目によって作られた尺度を実際に対象者に用いて、その結果から科学的に妥当性を検証するものである。(Kerlinger, 1986)。MQOLは因子分析と相関分析から概念的妥当性を証明している。下の表は、それぞれ代表的なガン患者のクオリティーオブライフ尺度の特徴を要約したものである。

表 癌患者のクオリティーオブライフ尺度: 代表的な尺度の特徴

	KPS Kranofsky 1949	Zubrod Zubrod 1960	QL-Index Spitzer 1981	FLIC Schipper 1984	QLI-CV Ferrans 1990	HQLI McMillan &Mahon 1994	MQOL Cohen et al. 1995
評価の主体							
患者			x	x	x	x	x
医師	x	x	x				
構成領域							
身体的	x	x	x	x	x	x	x
心理的			x	x	x	x	x
社会的			x	x	x	x	x
精神的					(w)	x	
その他					家族		人間存在(existential)
信頼性							
内的斉合性					x	x	x
再テスト	x	x					
評価者間	x	x		x			
妥当性	内容的	内容的	内容的	内容的 概念的	内容的 基準関連	内容的	内容的

現在の段階では、死にゆく人の特殊な側面—精神的領域、人間存在の領域—が含まれ、しかもその概念的妥当性と信頼性が証明されている MQOL がクオリティーオブライフの尺度として最も適切であるということになろう。

IV 今後の課題

クオリティーオブライフの中身は何なのか？ 尺度の開発を含め、これまでの研究は、その概念を明らかにしていく途上にある。死にゆく人のクオリティーオブライフの本質を明らかにしていくためにまず第一に考えなければならない課題は、クオリティーオブライフの理論的枠組みを検討するであり、そこからクオリティーオブライフの概念がどのようにブレイクダウンされるか導き出すことである。近年の「死にゆく人」の様々な研究から、クオリティーオブライフの新たな領域—精神的、あるいは人間存在の領域—があげられたのはひとつの進歩といえる。この新たな領域に何が含まれるか、またその領域のインディケーターとして何が考えられるかについては、死にゆく人の研究（例えば Kubler-Ross の死の瞬間（1969））が参考になるだろう。死にゆく人の言葉（例えば「私は自分がどうしてここに生きているのかその意味をさがしているのです」）の中からその人たち特有の領域やその領域を示す項目を捜し出すことは重要な作業である。こういった質的な研究は、クオリティーオブライフの構成概念に理論的な枠組みを与え、結果として尺度の開発といった量的研究に大きく貢献するものである。

第二に、クオリティーオブライフを構成する各領域、あるいはそこに含まれる項目の妥当性について検討することが必要である。現段階では、身体的、社会的、心理的、そして精神的霊的領域が死にゆく人のクオリティーオブライフを構成する領域として認められるようになり、またその領域に含まれる項目についても明らかにされてきている。しかし、この4つの領域がクオリティーオブライフを構成するものとして、最も正確にその概念を表すものではないと言いきれない。

McMillan（1996）は新しく改良した HQOL の因子分析の結果、クオリティーオブライフは、身体・

機能の領域、心理的・情緒的領域、経済的領域、そして社会的・精神的（social/spiritual）領域で構成されていると報告している。そして患者の評価した全体的クオリティーオブライフに最も貢献しているのは、社会的・精神的領域であると結論付けた。ここで注目し値するのは、「人生の意味」、「神との関係」といった項目が「家族や友人からのサポート」、「ホスピススタッフからのサポート」と同じカテゴリーに入っていることである。ここから1つの仮説がたてられる。社会的領域と精神的領域は「関係（relationship）の領域」と定義できないだろうか？ つまり、死にゆく人のクオリティーオブライフにとって重要なのは、その人が自分自身をある関係の中に位置づけることができるかどうかである。それが、家族や友人との関係であっても、神との関係であっても、そこに大きな違いはないのかもしれない。これまでの研究の中で「孤独（loneliness）」という概念は、尺度によって、情緒的な落ち込みとされ心理的領域に含まれたり、社会関係の回避と定義され社会的領域に含まれたりしてきた。この「関係の領域」を検討していくことは、これまでその属する領域が不明確であった項目を明らかにしていく手掛かりになるかもしれない。今後は、それぞれの領域の妥当性（それぞれの領域がクオリティーオブライフの構成概念として妥当であるか）とその項目についての検討（それぞれの領域はどのような観察可能な変数で説明されるのか）がますます重要になってくるだろう。

第三の課題はクオリティーオブライフの尺度開発に伴う困難を克服していくことである。ここでは、以下の3つの事柄をあげる。1つは、死にゆく人からどのように回答を得るかという問題である。これまで行われてきた量的調査では、真の対象者を除外する可能性が高い。真の対象者—つまり死にゆく人—は、質問紙を読み、その内容を理解し、回答するという能力が残されていないかたり、その時間のないことが多いからである。インタビューのような質的調査はこの点をカバーすることができる。またインタビューは、患者にとって治療的に働くという長所も持っている。末期の患者が、インタビューによってそれまで言えなかつ

たことを言う機会が与えられ、非常に気分がよくなったという結果はしばしば報告されている (Fowlie, 1989; Addington-Hall・McCarthy, 1993)。しかし、インタビュアーは十分に訓練された者でなければ、患者をむやみに傷つけることになりかねない (Kubler-Ross, 1969)。また、死にゆく人への調査自体、倫理的にも多くの問題を含んでいる。患者にとって残された貴重な時間とエネルギーを調査のために費やすことを要求すること、患者のプライバシーがどれだけ守られるか、患者の回答が後のケアに不利に働かないかなど、死にゆく人を調査の対象とした場合は倫理委員会への働きかけを初め、非常に大きな努力と時間が必要となる (Addington-Hall・McCarthy, 1995)。

2つめは、質問項目の数とそこで使われる言葉である。死にゆく人を対象にした場合、質問項目が多く回答に時間を費やすものや、専門用語など難解な言葉は避けられなければならない。回答時間は10～15分以内が限度である (Osoba 他, 1991)。FLCIは22項目からなり、その回答には25分以上かかるといわれている。一方MQLIは、14項目で、その回答には15分を要しない。今後開発される尺度は、患者の負担にならない簡潔なものとなるよう改善が必要である。

3つめは、時間の経過に敏感に反応する尺度の開発の必要性である。Kubler-Ross (1969) が述べているように、死にゆく人は、様々な段階を移行する。どの段階でもそのクオリティーオブライフが測定できる尺度の開発が今後の課題となるであろう。

おわりに

クオリティーオブライフの概念を明らかにすることの重要性は、2つあるといえるだろう。1つはクオリティーオブライフの構成概念が明らかになることによって、死にゆく人がどんな領域のニーズを持ち、死にゆく人を取り囲む人たちが彼らにどのように接するべきなのか、その方向が明らかになることである。2つめは、現在、死にゆく人の選択肢の1つであるホスピスが、死にゆく人へのインターベンションとして効果があるかについてクオリティーオブライフを従属変数とした効果

測定ができるという点である。サービス提供側にとっても、その質の向上は重要な課題であり、またサービスを利用する消費者にとってもホスピスケアというサービスが本当に効果があるのかどうかを知ることは、サービス選択の際の大きな要素になる。死にゆく人のニーズを理解し、どのようにケアするかというソフト面と、そこに関わるサービス供給や政策というハード面の充実。この2つの面は今後クオリティーオブライフの研究において、常に意識されなければならないものである。

引用文献

Aaronson N.K., Bullinger, M. and Ahmedzai, S.(1988). A modular approach to quality of life assessment of cancer clinical trials, A recent results *Cancer Research*, 11,231-249.

Addington-Hall, J.and McCarthy, M. (1995). Regional study of care for the dying: methods and sample characteristics. *Palliative Medicine*, 9,1,27-35.

Addington-Hall, J.and McCarthy, M. (1993). Audit methods views of the family after the death. In Higginson I., ed. *Clinical audit in palliative care*. Oxford. Radcliffe, 88-100.

Belcher, A. E., Deumore, D. and Holzemer, S.P. (1989). Spirituality and sense of well-being in person with AIDS. *Holistic Nursing Practice*, 3, 16-25.

Calman, K, C. (1984). The quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10,124.

Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., and Bul, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire--A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease--A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9,3,207-219.

- Doyle, D. (1992). Have we looked beyond the physical and psychological? *Journal of Pain and Symptom Management*, 7,5,302-311.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model; A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a Quality of Life Index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17,3 (Suppl),15-21.
- Ferrans, C. E. and Powers, M. J. (1985). Quality of Life Index: Development and Psychometric Properties. *Advanced in Nursing Science*, 8,1,15-24.
- Fowlie, M., Berkeky, J., and Dingwall-Fordyce, I. (1989). Quality of life in advanced cancer; the benefits of asking the patient. *Palliative Medicine*, 3,55-39.
- Gerson, E. M. (1975). On the quality of life, *American sociology Review* 41,793.
- Granstrom, S. L. (1985). Spiritual care for oncology patients. *Topics in Clinical Nursing*, 7, 39-45.
- Hyland, M. E. (1993). The validity of health assessments; resolving some recent differences. *Journal of Clinical Oncology*, 46, 570-579.
- Kanofsky, D. A. and Burchenal, H. H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer, in *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*, McCord, C. M., Ed., Columbia University Press, New York, NY.
- Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations of Behavioral Research*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, Inc. 3rd Ed.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and Dying*, McMillan Co., New York, N. Y.
- McMillan, S. C. (1996). The quality of patients with cancer receiving hospice care. *Oncology Nursing Forum*, 23,8,1221-1228.
- McMillan, S. C. and Mahon, M. (1994). Measuring Quality of life in hospice patients using a newly developed hospice Quality of Life Index. *Quality of Life Research*, 3,6,437-447.
- Mount, B. M. and Cohen, S. R. (1995). Quality of life in the face of life-threatening illness. what should we be measuring? *Current Oncology*, 2,121-125.
- Osoba, D. (1991). Meaning the effect of cancer in Quality of Life, Osoba, D. (ed.) *Effect of Cancer on Quality of Life*. CRC Press, Florida, USA.
- Pearlman, R. and Uhlmann, R. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology*. 43,2,25-30.
- Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults, *Research in Nursing and Health*, 9,35-41.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults, *Research in Nursing and Health*, 10,335-344.
- Schipper, J. C., Clinch, J., McMurray, A., and Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index-Cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2,5,427-483.
- Spitzer W. O., Dobson A. J., Hall J, et al.

(1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-Index for use physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 34,585-597.

Warner, S. C. and Williams, J. I. (1987). The meaning in life scale: determining the reliability and validity of a measure, *Journal of Chronic Disease*, 40,6,503-513.

Zubrod, C. G., Schneiderman, M., Frci, E., Brindly, C., Gold. G. L., Shnider, B., Oricdo, R., Gorman, J., Jones, R., Jonson, V., Colsky, J., Chalmers, T., Ferguson, B., Dederick, M., Holland, J., Selawry, O., Rebelson, W., Lasagna, L. and Wens, A.H. (1960). Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and trichthylene thiophosphoramide. *Journal of Chronic Disease*, 11,7-33.

Constructs of quality of life for the dying and validity of the measures

Miwa Fujii

Modern medicine just been aware of the value of--not *quantity* but--*quality* of life. Since researchers discovered the necessity of assessing the biopsychosocial factors of cancer patients, more and more researchers have begun to explore the constructs of quality of life. Quality of life has contributed the most to the development of hospice and palliative care. However, the costructs of quality of life are still vague. Reviewing previous quality of life measures and their working definitions, the author examines the constructs of quality of life for the dying. Even though the physical/functioning, psychological/emotional, social, and spiritual/existential domains are currently considered to be the best for explaining the entity of quality of life, further studies are needed to define the domains and their indicators. The author suggests some directions for building a theoretical framework of quality of life and for developing better quality of life measures.

「移植前段階」におけるソーシャルワークの役割と課題 —臓器提供を待つ患者への心理・社会的アプローチの検討—

池 埜 聡*

Key Words 移植前段階、心理社会的アプローチ、臓器移植チーム

I はじめに

1997年10月16日、臓器移植法が施行され、日本でも臓器移植の道が法律的に認められるようになった。この法律では、臓器提供者が生前に臓器提供の意思を文書で示しており、家族が脳死判定を拒まない場合に初めて臓器摘出が可能となる。これは、アメリカやフランスなどに比べ、脳死認定及び臓器摘出に関して厳しい基準を設定している。しかし、この法律が施行されたことにより、今後日本の医療現場で、臓器移植治療は確実に増加すると予想される。それに伴い、医療分野では、臓器提供に関する情報のネットワーク作りや移植治療の適合性に関するスクリーニングシステムの確立など、臓器移植患者に対する総合的な医療システムの整備が進められている。

一方、ソーシャルワーク固有の視点に基づくと、臓器移植患者は医学的な問題だけではなく、多岐にわたる心理・社会的問題に直面すると考えられる (Juneau, 1995; Shapiro et al., 1996; Smolin & Aguiar, 1996; Suszycki, 1988)。患者の生死をかけた危機的状況は、患者本人のみならず、患者の家族や社会関係にも重大な影響を及ぼすと見なさなければならない (Dhooper & Wilson, 1989)。このため、臓器移植患者の支援を考える場合、患者を取り巻く心理・社会的側面を多角的に評価し、援助実践を可能にするソーシャルワークの役割は、今後医療現場において不可欠になると予測される (橋島, 1994)。脳死の定義と臓器摘出に関する世論の合意がなされているとは言い難い。そのため、

臓器移植法施行後も、短期間で臓器提供者が順調に増加していくとは考えにくい。従って、現段階では、特に臓器提供を待つ期間を含む「移植前段階」における患者への支援が、ソーシャルワークにおいて重要な検討課題になると考えられる。

II 本稿の目的

本稿は、臓器提供を待つ段階における患者と家族の心理・社会的問題とソーシャルワークの役割について、日本及びアメリカの文献レビューをもとに総括的考察を行う。そして、臓器移植法施行に伴い、移植医療におけるソーシャルワーク機能の重要性について提言することを目的とする。また、本稿は、筆者の所属するカリフォルニア大学ロスアンゼルス校 (UCLA) の附属病院にあたるUCLA メディカルセンターで肝臓移植患者を専門に担当する臨床ソーシャルワーカーとのインタビュー結果を、ソーシャルワーク分野の文献不足に対する補完的情報として活用している。

以下、最初に、臓器提供を待つ患者とその家族に特有の心理・社会的問題について明らかにする。次に、「移植前段階」での患者及び家族に対する心理・社会的アプローチについて、UCLA メディカルセンターの援助システムをもとに考察する。最後に、日本の臓器移植医療におけるソーシャルワークについて、今後の課題と展望を示したい。なお、インタビューの対象者及び方法は、以下の通りである。

* Satoshi Ikeno : カリフォルニア大学ロスアンゼルス校 (UCLA) 社会福祉学科博士課程

(対象者) UCLA メディカルセンターの肝臓移植専門ソーシャルワーカー (MSW, LCSW)。心理・社会的アプローチに基づいて実践を行う。勤続年数9年。

(方法) 個人インタビュー。セミ・ストラクチャーインタビューに基づく。計2回。1回目1時間20分、2回目1時間35分。

(場所) UCLA メディカルセンター

Ⅲ 「待つ段階」における心理・社会的ストレス

「移植前段階」での患者の心理・社会的ストレスと対処機制に関して、1970年代後半から、多くの臨床的所見及び実証的研究が報告されてきた (Chacko et al., 1996; Christopherson, 1976; Deshields et al., 1996; Levenson & Olbrisch, 1987; 宮崎, 1993, 1995; 生命倫理研究会, 1989; Serrano-Ikkos et al., 1997; Zumbunnen, 1989)。これらの研究から、患者の心理・社会的問題は、1) 臓器提供を待つ患者に見られる特有の心的葛藤、2) 患者と医療スタッフ間の葛藤、そして3) 家族の抱える心理・社会的問題という3つの側面に集約することができる。以下、それぞれの側面について説明する。

(1) 臓器提供を待つ患者の心的葛藤

臓器移植が唯一残された治療方法と診断された患者は、病状を知らされた際、告知を受けた癌患者に見られるようなショックや無感覚状態を経験する。その後、抑うつ状態を経て、臓器移植への期待が急激に高まることが多い (Rodrigue, 1993)。しかし、臓器移植を受けることが決まっても、臓器提供者が見つかるまで、患者は待機を余儀なくされる。この期間、患者は一種の「命の棚上げ状態 ("life on hold")」を経験する (Bright et al., 1990)。すなわち、自分に適合する臓器が提供されるかどうかかわからないという不安をもちながら、患者は病状の悪化と死の恐怖に立ち向かわなければならない。「待つ」ことによる不安だけではなく、手術の成否、合併症、拒絶反応、移植後の生活上の制限、そして社会復帰などに関する不安が伴い (宮崎, 1995)、患者は次第に抑うつ感を強める傾

向にある (Deshields et al., 1996; Chako et al., 1996)。さらに、臓器提供を待つ患者は、自らの命のために何らの能動的な対応をすることができないと思ひこみ、無力感を強く感じることも多い。これら患者に見られる心的葛藤は、臓器提供を待つ期間が長くなればなるほど、深刻になることが予測され、次第に孤立感を強めてしまう傾向にある (Levenson & Olbrisch, 1987; 生命倫理研究会, 1989)。

人の事故や突然死によって得られる臓器に頼る以外、生命を保つことができない状況に対していただく罪悪感 (survivor guilt) は、待機中の患者に見られる心的葛藤として特に注目する必要がある (Bright et al., 1990; Christopherson, 1976; Levenson & Olbrisch, 1987; 宮崎, 1993, 1995)。この種の罪悪感、災害や戦争など生死に関わる強い外的ストレスを受けた被害者にも共通して見られる (Lifton & Olson, 1976; Perterson et al., 1991)。例えば、Lifton & Olson (1976) は、広島の被爆者とのインタビューから、「私だけが生き残ってしまい、亡くなった方に申し訳ない」といった罪悪感をいただく被爆者が多く存在していることを明らかにした。同じように、臓器提供を待つ患者の場合、「人の死 (臓器提供) によってのみ、自分は生かされる」と考えるようになり、「人の死」と「自分の生」を客観的に切り離してとらえることができなくなる。その結果、「人の死に頼ってまで、私は生きていていいのだろうか」という罪悪感を感じるようになり、抑うつや無能感を増進させてしまうことがある。さらに、臓器提供を期待するあまり、「人の死」を積極的に望んでしまう自らの姿に気づき、強い後悔と罪悪感をいだいてしまう患者も少なくない (Levenson & Olbrisch, 1987)。

(2) 医療スタッフとの葛藤

臓器提供を待つ段階において、医療スタッフと患者間で生じる様々な葛藤は、移植患者に対するソーシャルワーク実践を行う上で注目する必要がある。Levenson & Olbrisch (1987) 及び Bright et al. (1990) は、多くの臨床例から、医療スタッフと患者との葛藤状況と患者の受ける特有のスト

レスについて具体的に示した。

彼らは、まず、患者が臓器移植の適合に関するスクリーニングが完了した直後から、医療スタッフと患者との交流が激減する点を問題として挙げている。スクリーニングが終わり、移植手術までの生活全般にわたるアドバイスが行われた後、患者は入院あるいは通院しながら臓器提供を待つことになる。この期間医療スタッフは、臓器提供に関する情報だけに関心を示し、積極的に患者の不安や恐怖といった心理的側面を共有しようとしなないことが多い。しかし実際には、患者はスクリーニングが終わった段階から、死の恐怖とともに、手術のリスク、臓器提供の有無、そして長い待機期間に対する不安を強く感じるようになるのである。医療スタッフの中に、患者の不安を受けとめたり、精神的なサポートを行う機能が整備されていない場合、患者は孤立感を強め、精神的問題に陥る可能性が高い。

さらに、彼らは、同じ種類の臓器提供を待つ複数の患者のうち、一人の患者が他の患者よりも先に臓器提供を受けたときに生じる問題を指摘している。この場合、臓器提供を受けることができなかつた患者は、様々な心的葛藤を経験する。臓器提供は通常、血液のタイプ、臓器のサイズ、そして症状の進行状態などを考慮し、臓器移植に携わる医療スタッフによって候補者が最終的に決定される。しかし、臓器提供を受けることができなかつた患者は、「なぜ自分が選ばれず他の患者が先に選ばれたのか」という疑念に固執し、落胆、焦燥感、妬み、そして怒りといった感情を示すことが多い。特に、後から入院したり遅れて臓器移植希望の登録をした患者が先に臓器提供を受けた場合、「順番をぬかされた」と思い込んで強い怒りを示す患者も少なくない。

このような状況の中で、医療スタッフと親密な関係を維持することによって、臓器提供の順番を早めてもらえるのではないかとという疑惑をいさぐ患者や家族が顕著に見られる。UCLA メディカルセンターでも、「病院に多額の寄付をすれば優先的に臓器提供を受けることができる」という噂が患者間で広がることもまれではないという。中には、医療スタッフに贈り物をするなど、スタッフに気

に入ってもらえるように働きかける患者もいる。また、症状が重篤になれば、臓器提供を直ちに受けることができるという自分勝手な思い込みをする患者も少なくない。そして、自暴自棄の状態に陥り、喫煙や飲酒を増加させたり、医療スタッフの忠告を無視して投薬を拒否することで、自ら症状の悪化を招こうとする患者もまれに見られる。

(3) 家族が抱える心理・社会的問題

臓器移植は、患者のみならず家族に対しても多くの心理・社会的問題を引き起こす (Benning & Smith, 1994; Canning et al., 1996; Juneau, 1995; 大本ら, 1993; 宮崎, 1990, 1993; 生命倫理研究会, 1989; Sormanti et al., 1994)。家族も、家族の一員が臓器移植以外には治療の見込みがないという現実に直面し、患者と同じくショック、抑うつ感、恐怖感、怒り、そして無力感などを経験する。また、臓器提供を待つ期間が長くなるほど、家族も焦燥感を強め、医療スタッフに対する怒りを明らかにする場合も少なくない (Benning & Smith, 1994)。

これらの心理的問題と同時に、臓器移植患者の家族は、移植手術に先立って多岐にわたる生活スタイルの変更を余儀なくされる (Bright et al., 1990; Smolin & Aguiar, 1996)。それは次の3つの側面に起因する。

第一に、臓器移植に対する多額の経済的負担を挙げることができる。例えば、UCLA で肝臓移植を受けるためには、現在約25万ドル (約2,850万円; \$1=115円) の医療費が必要であると言われている。これだけの医療費をカバーする健康保険に加入することは、アメリカの中産階級でも困難であり、経済的な問題で移植医療を受けることができない患者が数多く存在する。現在厚生省は、「高度先進医療制度」の臓器移植医療への適用を中央社会医療保険協議会に申請しており、手術費を除く入院費、薬剤費、そして臓器搬送費に関して健康保険の適用が検討されている。しかし、他の医療に比べて高額になることが予測され、家族の経済的負担は甚大になる可能性が高い。このため、臓器移植を受けるために、多くの家族は仕事を変わるなど生活様式の変化を余儀なくされる。

第二に、臓器提供の待機に際して、住居変更の必要性に迫られる家族も少なくない。臓器移植法施行段階で、心臓移植は東京女子医科大学、大阪大学、そして国立循環器病センター、肝臓移植は、京都大学と信州大学が移植手術を行う態勢を整えている。臓器提供を待つ期間は、臓器の種類や病状によって差はあるものの、心臓や肝臓の場合、日本より臓器提供システムの整ったアメリカでも最低3ヶ月、長い場合で1年半から2年の待機期間が必要となる (Bright et al., 1990; UCLA, 1995)。このため、地方に住む家族の場合、通院や入院治療を長期にわたって効果的に受けるために、病院の近くに住まざるを得なくなる。この住居変更により、家族の経済的負担はさらに増大し、慣れない土地で孤立感を強める可能性が高い (大本ら, 1993)。

第三として、臓器移植患者の家族は、患者を長期にわたってケアしなければならないため、家族内の役割やルールを変更する必要が生じる (Benning & Smith, 1994; 大本ら, 1993)。例えば、夫婦と小学校に通う二人の子供で構成される家族の場合、夫が入院して臓器移植を待つことになると、妻は、夫のケア、所得の確保、子供の養育といった複数の役割を一手に引き受けなければならない。親族や地域コミュニティなどの社会資源を十分に活用できない場合、妻は二重三重の役割に圧倒されてしまう。その結果、孤立感を高めたり、家族内葛藤が顕著になることが多い。さらに、待機期間が長期化すると、精神的余裕を持って夫のケアに携わることが困難となり、夫を訪問する回数が減少していくケースも見られる (Levenson & Olbrisch, 1987)。この結果、妻は、自分自身を責めたり、夫に対する罪悪感を感じるようになり、抑うつ障害などの精神的問題に発展することも考えられる。

IV ソーシャルワークの役割

臓器移植に関して、UCLA メディカルセンターは、ピッツバーグ大学附属病院と並んでこれまで先駆的役割を果たしてきた。例えば、UCLA では、1984年以降、300件以上の心臓移植が行われ、1995

年だけでも75件の心臓移植手術が行われた (UCLA Medical Center, 1996a)。これは、全米で二番目に多い数である。治療効果に関しても、UCLA で心臓移植を受けた患者のうち、術後一年以上の生存率は87%を維持し、全米平均の82%を上回っている。一方、肺移植も、1988年より本格的に行われるようになり、術後一年以上の生存率は75%を越えている (UCLA Medical Center, 1996b)。現在、心肺同時移植手術も行える態勢を整えており、その数も増加傾向にある。

UCLA の場合、複数の専門家で構成される臓器移植チームが、患者の移植手術に対する適合性の評価から手術後のフォローまで担当する。例えば、心臓移植の場合、患者は家庭医あるいは近隣の専門医から送致されたのち、外科医、心臓専門医、臓器移植コーディネーター、感染症、免疫学、病理学の各専門医、精神科医、医療倫理委員、移植患者専門の看護婦、そして同じく移植患者専門のソーシャルワーカーといった多次元の専門分野から輩出されたスタッフによって臓器移植チームが構成される (UCLA, 1995)。

その中で、ソーシャルワーカーは、心理的側面、家族、社会関係、経済的要因、そして文化的背景など多角的視点から患者を総合的にとらえ、支援していく役割を担う (Dhooper & Wilson, 1989; Paris, 1996; Sullivan, 1993; Suszycki, 1988)。UCLA では、肝臓、心臓、腎臓など臓器別に異なった臓器移植チームが構成され、それぞれ専門のソーシャルワーカーを配属している。また、同じ臓器移植チームの中で、通院及び入院患者それぞれに、さらに異なったソーシャルワーカーが援助にあたるシステムを導入している。

臓器提供の待機中において、ソーシャルワーカーが果たす役割は、1) 心理・社会的要因の評価、2) ケースマネジメント、3) 自助グループの形成と運営、そして4) 危機介入という4つの側面に集約される。以下、それぞれの役割について説明する。

(1) 心理・社会的要因の評価

患者が臓器移植治療に適合するかどうかを判断する際、医学的診断と同時に、ソーシャルワーカーによる心理・社会的評価が重要な役割を果たす

(Kelly et al., 1992; Olbrisch & Levenson, 1995; 生命倫理研究会, 1989; Suszycki, 1988)。心理・社会的評価は、年齢、性別、民族的背景、宗教、職業、教育的背景、収入などの人口動態的な情報に加えて、患者の臓器移植に対する認識、病気以外のストレス状況、家族関係、経済的余裕、移植手術後のリハビリテーションへの動機づけなど、多岐にわたる側面について評価を行う。また、UCLAでは、精神科医とともに、ソーシャルワーカーが患者の精神状態やパーソナリティーの評価にも携わる。これらの評価結果は、臓器移植チームで検討され、問題がなければ臓器移植を受ける候補として患者を認定する。そして患者は、最終的に臓器提供を待機するリストに加えられることになる。また、ソーシャルワーカーによる心理・社会的評価は、患者が移植治療に適合するかどうかを判断するためにだけ行われるのではない。臓器提供の待機期間、手術直前、手術後の入院期間、そして退院後といった各治療段階で、効果的な援助を実践するために、心理・社会的評価は繰り返して行われる。そして、評価結果は、月一回行われる臓器移植チームのミーティングで継続的に話し合わせ、援助方針の見直しが検討される。

UCLAで肝臓移植患者を担当するソーシャルワーカーは、多くの心理・社会的要因の中で、特に危機的状況に対する患者の対処能力と家族のサポートの有無について注目する必要があると述べている。前述したように、患者は、臓器提供を受けるまでに不安や焦燥感とともに長い待機期間を過ごさなくてはならない。また、移植手術は常に危険を伴うものである。手術の成否という問題だけではなく、たとえ手術が成功したとしても、その後に通院、投薬、食事制限、失業、そして後遺症といった生活上の制約を受ける場合が多い (Frazier et al., 1995; Mishel & Murdaugh, 1987; Paris et al., 1994)。そのため、移植治療全般を通じて、患者の危機対処能力と家族関係を見極めることは、ソーシャルワーカーにとって大切な課題となる。

危機対処能力の評価に関連する一例として、肝臓移植患者の場合、特にアルコール中毒や麻薬中毒などの病歴を確認することが重要となる (Tringali et al., 1996; Snyder et al., 1996)。Zibari et a

l. (1996)が行った調査によると、179名の肝臓移植を希望した患者のうち、42名(約23%)がアルコール中毒または麻薬中毒の病歴を示した。UCLAでは、実際の統計データは公表されていないが、ソーシャルワーカーの私見によると、やはり約2割の肝臓移植を希望する患者がアルコール中毒や麻薬中毒の病歴を示している。飲酒や麻薬に頼り、回避や否認といった方法で現実を逃避するような対処機制を用いる傾向が顕著な患者の場合、スクリーニングの段階で移植治療に不適合であると判断を下す必要も生じてくる。

(2) ケースマネジメント

臓器移植に不適合と判断されたからといって、援助の道を閉ざしてしまうことは倫理的にも避けなければならない。ソーシャルワーカーは、心理・社会的問題によって臓器移植に不適合とされた患者に対して、その問題を解決し、移植治療を受けることができるような働きかけを行ったり、移植治療以外の選択肢を患者と考えていくようなサポートを行う必要がある。この際、患者の問題に従って、医療スタッフとの協議、他機関への送致や関係調整といったケースマネジメント機能が積極的に活用される。例えば、肝臓移植を希望する患者で、アルコール中毒を克服できていない患者に対しては、断酒会やアルコール中毒専門のリハビリテーション施設に送致するサービスを行う。

また、ソーシャルワーカーは、「移植前段階」における経済的な負担、家族関係の変化、そして地域からの孤立など、患者家族が抱えるストレスに対して有効な社会資源を導入したり、関係機関との連絡調整を行うことが期待される。具体的に、大本ら(1993)は、腎臓移植患者への援助から、医療費、家族内の役割分担、滞在先の確保、就労先の受入れ態勢、入院中の所得保障などの側面について評価し、社会資源を活用するソーシャルワーカーの役割について言及している。さらに、移植医療を行う病院の近くで、宿泊・滞在できる施設の設置に関するソーシャルアクションと地域福祉との連携の必要性についてもソーシャルワーカーの課題として提言されている(大本ら, 1993; 生命倫理研究会, 1989)。

(3) 自助グループの形成と運営

臓器移植患者とその家族によって構成される自助グループは、臓器移植をめぐる様々な危機的状況と継続的なストレスを対処するための効果的な援助方法として実践されてきた (Bright et al., 1990; Buchanan, 1975; Freyberger et al., 1979; Patenaude et al., 1986; Smolin & Aguiar, 1996; Suszycki, 1988)。

例えば、UCLA では、肝臓移植患者に対して、毎週一回 2 時間の自助グループセッションがソーシャルワーカーによって実践されている。通院患者と入院患者がそれぞれ異なったグループを形成する。そして、臓器提供の待機期間、手術直前、そして退院後といった各段階ごとに、同じ経験をもつ患者同士でグループセッションが展開されている。患者家族も参加することが可能で、参加者は、毎週平均 15 名、多いときで約 40 名に達することもある。グループは、基本的に前もって特定的话题を決めず、患者や家族のもつ問題や心的葛藤などを自由に話すことができるスタイルを維持している。特に、臓器提供を待つ患者で構成される自助グループは、大きく分けて 3 種類の援助機能を果たしている。それらは、感情の浄化とストレスの低減、患者間で広がる非現実的な考えや噂に対する再保証、そして臓器移植に関する教育的機能として示すことができる。以下、それぞれの機能について説明する。

第一に、同じ境遇にある患者同士で形成されるグループ内で、自由に語り合う環境を設定することにより、患者は、様々な感情を表出する機会を得ることができる。臓器提供者がいつ現れるのか見通しのつかない不安感、臓器提供を待つだけの生活に対する無力感、手術の成否や後遺症に対する恐怖感、そして家族に対する罪悪感などの感情をグループの中で吐露することができる。そして、患者同士で気持ちを共有することにより、患者は孤立感を克服し、精神的安定を取り戻すきっかけを得ることができる。自助グループでは、患者本人だけではなく、患者の家族も様々なストレスや生活上の問題などを語り、互いに気持ちを共有することができる。この自助グループによって、生活上の役割を互いに補うような家族同士のサポー

トグループが自発的に形成されることもまれではない。

第二に、自助グループは、前述したような臓器提供をめぐる非現実的な考えや患者間に広がる噂を、患者自身が客観的に見つめ直す機会を提供する。「人の死をおのずと望んでしまう」、「臓器提供の順番をぬかされるのではないか」、「お金を積んだ患者が優先的に臓器移植を受けることができる」、「病状が悪くなればなるほど臓器提供を優先してくれる」、「医者に入りにくい手術を受けさせてもらえない」といった考えや噂は、臓器移植を受ける患者や家族の間に広がることが多い。これらの疑念を患者同士のグループで共有し、ソーシャルワーカーが現実的なフィードバックを示すことができる。その結果、患者は臓器提供をめぐる否定的な不安感を解消することが可能となるのである。この際、ソーシャルワーカーは、患者がいただく罪悪感や疑念を単に「望ましくないもの」としてとらえるべきではない。患者がこれらの考えを持つことはむしろ当然の心理的反応であるという点を強調し、患者に対して肯定的な再保証を行う必要がある。その上で、患者が、臓器移植治療に対して現実的なとらえ方ができるようにグループを運営していくことが望まれる。

第三として、自助グループは、臓器移植のプロセス、手術後の症状、そして退院後のケアなどに関する基本的な知識を、患者や家族に提供するために活用される。臓器提供ネットワーク、臓器移植をめぐるリスク、手術後の拒絶反応、予想される後遺症などに関して患者や家族がいただく疑問に、ソーシャルワーカーが答える形でグループセッションが進められることがある。ソーシャルワーカーだけでなく、必要に応じて担当医、外科医、免疫学の専門医、そして看護婦などの専門スタッフがグループに参加し、基本的な情報を提供する場合もある。このように、自助グループは、臓器移植に関する教育的機能も果たしている。

(4) 危機介入

ソーシャルワーカーは、危機理論及び危機介入に精通することにより、臓器移植患者の心理・社会的援助を効果的に実践することができる。臓器

提供の待機が長期化すると、患者は、絶望感を明らかにしたり、不安発作や混乱状態に陥ることも少なくない。このような危機的状況に対して、危機介入アプローチは有効な援助方法として導入される (Aguilea & Messick, 1978; Janosik, 1994)。ソーシャルワーカーは、まず患者の危機的状況に焦点を当て、不安感、罪悪感、そして恐怖感など危機にまつわる感情を吐露させるように努める。そして、患者の危機に対する主観的な反応に対して、できるだけ客観的に見つめることができるように、ソーシャルワーカーの評価を患者に示す。同時に、家族や患者に深く関わるネットワークに働きかけ、患者の精神的サポートを強化するような具体的指示を行う必要がある。

V 今後の展望

これまで、移植前段階における患者と家族の心理・社会的問題とソーシャルワークの果たすべき役割について述べてきた。しかし、実際には、臓器移植法施行にあたり、心臓や肝臓移植を行う国立大学病院の多くはソーシャルワーカーを配置していないのが現状である。このような状況の中で、我々はまず、臓器移植医療において、ソーシャルワークの価値と役割が十分に検討されているかどうかを見極めていくことが必要であろう。そして、移植医療の本格的な幕開けとともに、前述したソーシャルワークの多次元的作用を実践するため、移植チームへのソーシャルワーカーの参加を定着させていかなければならない。ここでは、日本の臓器移植医療におけるソーシャルワークの今後の課題について二点に集約し、提示する。

第一に、マスコミ、移植医療を行う医療機関、関係学会、そして厚生省などに対して、臓器移植チームへのソーシャルワーカーの参加を根強く要請していく必要性が挙げられる (大本ら, 1993)。この点に関連して、大谷 (1994) 及び橋島 (1994) は、移植コーディネーターとソーシャルワーカーの役割を混同して理解している医療スタッフが多く存在していることを問題として指摘している。移植コーディネーターは、あくまでも臓器提供者と患者の適合を目的とした役割を担うのに対して、

ソーシャルワーカーは移植前段階から移植後のフォローアップを含む患者と家族の心理・社会的問題全般の援助に携わる。このように、移植コーディネーターとの相違点をより鮮明に打ち出し、ソーシャルワークの重要性を示していく必要がある。

具体的に、移植チームへの参加は、患者のスクリーニング、臓器提供の待機期間及び手術後の入院期間における精神的援助、退院措置、そして退院後の心理・社会的援助といった側面について、ソーシャルワーカーが方針決定に加わることを前提とする必要がある。ソーシャルワーカーの立場を移植チーム内で確保することで、臓器移植患者に特有の精神的問題、家族の特徴、危機的状況に対する対処機制、そして活用できる社会資源といった心理・社会的要因に関する情報を、ソーシャルワーカーから臓器移植チームの専門スタッフに伝達する必要性をより高めることができる。ソーシャルワーカーがこのような働きかけを行うことにより、臓器移植医療が単に医学的な治療に終始するのではなく、患者の心理・社会的側面を考慮に入れた全人的医療として発展することができる。

第二点として、日本人の臓器移植患者にみられる固有の心理・社会的問題と危機対処機制について、ソーシャルワークの視点から調査・研究を積み重ねていくことが求められる。日本人の腎臓移植患者を対象とした生活の質 (QOL; quality of life) への影響要因に関する調査が、兵庫医科大学病院、北里大学病院、そして東海大学病院などで行われてきた (堀越・上村, 1987, 1990; 宮崎, 1995; 大本ら, 1993)。今後、さらに、日本人の心臓や肝臓など異なった臓器移植患者間の心理・社会的ストレスへの影響要因や危機対処機制に関する相違点について調査を実施したり、欧米で発表された調査・研究結果との比較検討を行うことによって、文化的要因による影響を明らかにすることが望まれる。

文化的要因に関して、Sue & Morishima (1982) は、多くの白人患者が心理的問題を言語化することができるのに対して、アジア系患者の多くは、心理的問題を心身症状として訴える傾向にあると報告している。彼らはその理由として、1) アジア系患者には、心理的問題と身体的問題を切り離し

て考えない文化的背景が存在する、そして2) 心理的問題を訴えることに対する偏見が根強く、身体的問題として訴えるほうが文化的に受け入れやすい、という2点を示している。今後、脳死、臓器摘出、そして臓器移植をめぐる日本の文化的側面や価値観を視野に入れて、日本人の臓器移植患者に見られる固有の心理・社会的問題とその対処機制について明らかにしていくことが強く望まれる。文化的背景を考慮に入れた臓器移植患者及び家族に対する研究・調査を積み重ねることで、日本人患者のニーズに即した、より効果的なソーシャルワークを発展・展開させていくことが可能となるのである。

参考文献

- Aguilera & Messick (1978). *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. St. Louis: Mosby.
- Benning, C. R., & Smith, A. (1994). Psychological needs of family members of liver transplant patients. *Clinical Nurse Specialist*, 8(5), 280-288.
- Bright, M. J., Craven, J. L., & Kelly, P. J. (1990). Assessment and management of psychosocial stress in lung transplant candidates. *Health & Social Work*, 15(2), 125-132.
- Buchanan, D. C. (1975). Group therapy for kidney transplant patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 6(4), 523-531
- Canning, R. D., Dew, M. A., & Davidson, S. (1996). Psychological distress among caregivers to heart transplant recipients. *Social Science and Medicine*, 42(4), 599-608.
- Chacko, R. C., Harper, R. G., Kunik, M., & Young, J. (1996). Relationship of psychiatric morbidity and psychosocial factors in organ transplant candidates. *Psychosomatics*, 37(2), 100-107.
- Christopherson, L. K. (1976). Cardiac transplant: Preparation for dying or for living. *Health & Social Work*, 1(1), 58-72
- Deshields, T. L., McDonough, E. M., Mannen, R. K., & Miller, L. W. (1996). Psychological and cognitive status before and after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 18(6), 62-69
- Dhooper, S. S., & Wilson, C. P. (1989). Social work and organ transplantation. *Health & Social Work*, 14(2), 115-121.
- Frazier, P. A., Davis-Ali, S. H., & Dahl, K. E. (1995). Stressors, social support, and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Social Work in Health Care*, 21(2), 93-108.
- Freyberger, H., Ludwig, M., Mangels, M., & Neuhaus, P. (1979). Consultation-liaison psychiatry activities in a renal transplant unit. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 32(4), 157-163.
- 堀越由紀子・上村協子 (1990). 「腎移植のよりよいQOLのための課題とは：ソーシャルワークの視点より」『臨床透析』6, 別冊, 356-363.
- Kelly, P., Bart, C., & Craven, J. (1992). Lung transplantation. In J. Craven & M. R. Gary (Eds.), *Psychiatric aspects of organ transplantation* (pp. 205-223). England: Oxford University Press.
- Janosik, E. H. (1994). *Crisis counseling: A contemporary approach, 2nd ed.* Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Juneau, B. (1995). Psychologic and psychosocial aspects of renal transplantation. *Critical Care Nursing Quarterly*, 17(4), 62-66.
- Levenson, J. L., & Olbrisch, M. E. (1987). Shortage of donor organs and long waits. *Psychosomatics* 28(8), 399-403.
- Lifton, R. J., & Olson, E. (1976). The human meaning of total disaster; The Buffalo Creek experience. *Psychiatry*, 39, 1-18.
- Mishel, M. H., & Murdaugh, C. L. (1987). Family adjustment to heart transplantation: Redesigning the dream. *Nursing Research*, 36(6), 332-338.
- 宮崎清恵 (1990). 「ソーシャルワーカーの役割」

- 【臨床透析】6, 別冊, 51-55
- 宮崎清恵 (1993). 「腎移植医療におけるソーシャルワークの役割: 患者と家族の心理社会的ストレス」『医療社会福祉研究』第2巻1号, 14-18.
- 宮崎清恵 (1995). 「腎移植のよりよいQOLのための課題とは: ソーシャルワークの視点より」『臨床透析』11(3), 347-352.
- 橋島次郎 (1994). 「先進医療技術とソーシャルワーク」『医療福祉研究』第3巻1号, 45-49.
- Olbrisch, M. E., & Levenson, J. L. (1995). Psychosocial assessment of organ transplant candidates. Current status of methodological and philosophical issues. *Psychosomatics*, 36(3), 236-243.
- 大本和子、内田敦子、中山元子、山川恵里佳 (1993). 「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1号, 8-13.
- 大谷昭 (1994). 「移植医療へのソーシャルワーカーの実践的課題」『医療社会福祉研究』第3巻1号, 41-44.
- Paris, W., Thompson, S., Rihner, T., Quisenberry, M., & Cooper, D. K. (1996). A comparison of transplant patient and social worker attitudes in regard to transplant psychosocial selection criteria, role expectations and communication style. *Social Work in Health Care*, 23(1), 39-52.
- Paris, W., Muchmore, J., Pribil, A., Zuhdi, & Cooper, D. K. (1994). Study of the relative incidences of psychosocial factor before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 3(3), 424-432.
- Patenaude, A. F., Levinger, L., & Baker, K. (1986). Group meetings for parents and spouses of bone marrow transplant patients. *Social Work in Health Care*, 12(1), 51-65.
- Perterson, K. F., Prout, M. F., & Schwarz, R. A. (1991). *Post-traumatic stress disorder: A clinician's guide*. New York: Plenum Press.
- Rodrigue, J. R., Davis, G. L., Howard, R. J., Brunson, M. E., Langham, M. R., Haiman, S., & Behen, J. (1993). Psychological adjustment of liver transplant candidates. *Clinical Transplantation*, 7(3), 228-229.
- 生命倫理研究会 (1989). 『臓器移植研究チーム報告書』生命倫理研究会.
- Serrano-Ikkos, E., Lask, B., & Whitehead, B. (1997). Psychosocial morbidity in children, and their families, awaiting heart or heart-lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 253-260.
- Shapiro, P. A., Levin, H. R., & Oz, M. C. (1996). Left ventricular assist devices. Psychosocial burden and implications for heart transplant program. *General Hospital Psychiatry*, 18(6), 30-35.
- Smolin, T. L., & Aguiar, L. J. (1996). Psychosocial aspects of lung transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 8(3), 293-303.
- Snyder, S. L., Drooker, M., & Strain, J. J. (1996). A survey estimate of academic liver transplant teams' selection practices for alcohol-dependent applicants. *Psychosomatics*, 37(5), 432-437.
- Sormanti, M., Dungan, S., & Rieker, P. P. (1994). Pediatric bone marrow transplantation: Psychosocial issues for parents after a child's hospitalization. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(4), 23-42.
- Sue, S., & Morishima, J. (1982). *The mental health of Asian Americans*. San Francisco: Josses-Bass.
- Sullivan, C. P. (1993). A social worker's role on a transplant team. *New Jersey Medicine*, 90(4), 325-326.
- Suszycki, L. H. (1988). Psychosocial aspects of heart transplantation. *Social Work*, 33(3), 205-209.

- Tringali, R. A. Trzepacz, P. T., DiMartini, A., & Dew, M. A. (1996). Assessment and follow-up of alcohol-dependent liver transplantation patients. A clinical cohort. *General Hospital Psychiatry, 18*(6), 70-77.
- UCLA. (1995). *Heart transplant teaching manual*.
- UCLA Medical Center. (1996a). *Transplantation at UCLA: Heart Transplantation Program*.
- UCLA Medical Center. (1996b). *Transplantation at UCLA: Lung Transplantation Program*.
- Zibari, G. B., Edwin, D., Wall, L., Diehl, A., Fair, J., Burdick, J., & Klein, A. (1996). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Clinical Transplantation, 10*(6): 676-679.

Social Work Practice at Pre-transplant Stage:

Psychosocial approach for transplant patients during waiting for their donors

Satoshi Ikeno

According to the fact that the Organ Transplantation Law has taken effect since October 16, 1997, the Ministry of Health and Welfare, Japan Transplant Academy, and other medical associations have been making an endeavor to establish a solid medical system of transplant treatment in Japan. Based on the review of literature, this article focused on the roles of social worker on transplant patients who are particularly going through pre-transplant stage including waiting period for a suitable organ. Information obtained by an interview with a social worker in UCLA Medical Center was utilized for a supplemental purpose.

First, the article clarified several psychosocial issues surrounding patients and their family at pre-transplant stage. Next, four crucial social work functions, such as 1) psychosocial evaluation, 2) case management, 3) management of self-help groups, and 4) crisis intervention, were summarized respectively. Finally, several future recommendations with regard to the establishment of social work functions in Japanese transplant settings were discussed.

奥川幸子 著

「未知との遭遇」―癒しとしての面接

四六版 268頁 2,427円

三輪書店 1997年

著者は、24年間老人医療の現場で〈相談援助〉に携わってきたベテランのソーシャルワーカーである。本書を一読して、そのエネルギーで且つ真摯な〈相談援助〉への取り組みに圧倒された。

「日々の出会いは『未知との遭遇』みたいなもので、人間に関する飽くなき探究心をもって、未知の世界を解明する気構えがあれば、〈面接〉は面白く、エキサイティングでさえある。」と語る著者が、長年の経験を通じて暖めてきた、〈対人援助〉のための〈面接〉の視点やわざと実際について表した力作である。

曰く、「他者との関わりはく患者―クライアントを理解しえないことからの出発」だと考えている。「援助ロボットからのスタート」「逸脱は次なるステップへの必須条件である」「味のある援助者は援助者自身の身を削っている。」（*効率よく量と質をこなすという意味で一定の水準には達している人が、人をもの化してしまうような援助の仕方）など、長年現場で面接の経験を積んでいるものにとって、思わず納得させられる箇所も多い。

対人援助において陥りやすい失敗やそこから学んだものなど、著者の伝えたい視点を事例を通して具体的に書かれている場面が多いため、現場で働くソーシャルワーカーはもとより、相談援助職を目指す学生にとっても大変興味深い展開となっている。

特に著者自身が、ソーシャルワーカーとして働き出して8年目に遭遇した、著者と同じ病気をもつクライアントとの出会いと別れの中で直面した、自己との対峙のプロセスは圧巻である。それまでヒューマニズムや情熱に後押しされた感性で相談業務を行っていた著者が、いわゆる自己覚知を通じて、「屈強で柔軟、自由な援助専門職」を目指して新たなスタートラインに着くまでに、ケースとの出会いから5年の年月を費やしたという。いわ

ば本書は、その著者の「身を削った」歩みの集大成ともいえるであろう。

本書のキーワードは「ポジショニング」である。スポーツの世界でよく使われる「ポジショニング」という用語を、専門用語でないことを断りながら、著者は「援助専門職が取るべきスタンディングポイント、つまり、どの地点に立って目の前の対象者と相対するのか、そして、どのように援助していくのか、をみる考え方である。」としている。したがってこの概念は、〈対象者がおかれている状況をポジショニングする。〉こと、すなわちアセスメントと、〈援助者である私が置かれている状況をポジショニングする。〉ことの両面を含んでいる。

全体の構成と内容を概説すると、本書は2部構成で、第1部『面接の醍醐味』は、著者が5年前に既に書き上げたものであり、第2部全体への導入部分といえる。

第1章において、著者は対人援助職が行う〈面接〉を、「特定の目的のもとで実践され、クライアントに固有の問題を解決するための課題と共通の目標、方針が立てられ、解決のための相互交流が繰り返されるプロセスである」としている。第2章『面接とは一期一会』では、二度と同じ面接はない中で〈クライアントのからだどころに刻印された経験〉に迫ることの意味、リスク、双方の対処能力を見積もる必要性に言及している。第3章『面接とは〈ドラマを演じること〉』では、面接をドラマに例え、面接する側も観察されている真剣勝負の本番であると述べ、さらに著者の目指すところは、体系的な知識と技術を身につけ、技術に磨きをかけて〈動物的な知〉に近づくことであるとしている。

第2部第1章においては、前述のクライアントとの援助関係を述べたうえで、援助関係には、援

助者が「生きる」「生きている」すべてにかかわり合う事を説得力をもって提示している。また対人援助の原点は、専門的知識・技術の基礎の上に「人が生きること」への感受性にあり、クライアントのパワーを引き出し生かすためにそのパワーの原動力の源をキャッチする重要性に言及している。第2章「対象者が置かれている状況をポジショニングする」では、ポジショニングの概念を全体的に説明している。第3章、第4章は本書の中核をなす章であり、その内容を少し整理した形で紹介させていただく。

第3章 対象者へのポジショニングの視点

〈心理・社会生活上の問題把握への視点〉

- II-1 発病前の発達、生活の歴史
- 2 疾病や受傷、障害が対象者に及ぼした打撃、周囲への波紋、生活の再建への影響をみる
 - ・対象者の内的関係からみる
 - ・社会的な関係からみる
 - ・家族状況を、対象者を受け入れられる情緒の居場所と家族が対象者に関わる能力からみる
- 3 住環境・居住地域の特性と文化
- 4 現代社会の構造、時代と文化の背景

第4章 対人援助の基盤

〈相談援助に必要な視点〉

- II 問題の種類と程度を理解し、問題に影響を与える個人の経験と社会の影響を理解する
 - 1 問題の程度をみる－問題とするか否か
 - 2 問題を四つに分ける
 - ・表現された訴え complaint
 - ・悩み、困っていること trouble
 - ・必要不可欠なこと need
 - ・要求 demand
 - 3 なぜ問題の分解にこだわるのか
 - 4 本人の持つ強さ（力・パワー）－内的資源と限界
- III 援助者としての私が置かれている状況と場をポジショニングする
 - 1 私が置かれている状況を把握する
 - 2 私は、誰に対して、どこで何をする人か

・私たちが所属する相談機関や施設の機能や役割は？

以上第3章においては、それぞれの項目に関して、数多くしかも実践に裏打ちされた内容が盛り込まれている。第4章は事例を参照しながら、その場の現象がすべてアセスメントの指標になることを具体的に示している。

著者はまた、相談援助実践における「いま、目の前にいる人がどこにいるのか」ポジショニングする「心と体で Thinking する過程」の重要性と共に、それらが数量化しにくい故にマニュアル化し難く、且つそのために必要な面接技術の教育にも、時間と労力を要することを指摘している。更に「ケアマネジメント」を行う際、その過程を大切にすることの重要性を主張し、ソーシャルワークの専門性が問われている昨今、この点においても本書が出版された意義は大変大きい。

ソーシャルワークの持つ困難性の一側面は、その過程を明示しがたく、したがって様々な領域に共通する「言語」を未だ持ち得ていないことにある。本書のような実践に裏打ちされ、且つ理論的にも適った内容のものが、ソーシャルワーク教育・研修の場で十分に伝達されていくことが急務ではなからうか。

また一方で著者は、文化人類学や民族学、天文学など様々な他領域にも大変な関心と好奇心を寄せており、そこから学ぶ力、感性の鋭さと共に、一種の余裕と遊び心も感じさせる面がある。

読者の中には、こうした著者の「動物的知が目標」「面接技術は職人芸」といった表現に若干の抵抗を感じる向きがあるかもしれない。しかし全体を通して著者の意図するところを読み取ることで理解できる部分が多いと思われる。

また本書のスタンスにも帰するといえるが、若干文章に重複が多く、目次の表現を含め、もう少し整理されるとより理解がスムーズになるのではないかと思われた。

ともあれ、本書のもつ内容の厚みは相当なものであり、「奥川スーパービジョン」を是非受けてみたいという気にさせる良書である。

（評者：桃山学院大学 小西加保留）

杉本照子・森野郁子監修
大本和子・笹岡真弓・高山恵理子編

「ソーシャルワークの業務マニュアルー実践に 役立つエッセンスとノウハウ」

A5判 186頁 2,575円
川島書店 1996年

本書を初めて手にした時、「これまで書かれず
きたけれども、もっと早く書かれるべき本」であ
るという感想を持ちました。

私の世代はもちろんのこと、現在新たに職業に
つくソーシャルワーカーたちももつ共通の嘆きは、
「実践に役立つテキストが少ない」ということによ
う。日本のソーシャルワーク理論と実践の間のギャ
ップは非常に大きく、現在でも克服し切れない課題
として残っています。しかし、私たちはそれを嘆
くことにあまりにも長い時間を費やしてきたさ
らにはなかったでしょうか。嘆いている暇に自分
たちで書けばよいという当たり前の事実にもっと
早く気づくべきでした。それをして下さったのが、
本書の編者の方たちだったと思います。

本書は、どちらかというコンパクトな本です
が、完成までに約10年間の地道な積重ねを経て
います。最初の作業はRSW（リハビリテーション
ソーシャルワーカー）協会のプロジェクトチーム
によってなされた業務分析調査で、10分きざみの
タイムスタディをもとに業務項目を取り出し、分
類作業が行われました。この作業には、産業能率
大学の吉田博氏によるワークフローモデルを使用
したとの説明がされています。その結果、整理さ
れた39項目が、さらに11の中項目に分けられ、
最終的に3つの大項目にまとめられています。

本書の章立ては、11の中項目を忠実にたどり
「心理的援助」「具体的サービスの提供」「ソーシ
アルワーク記録の作成」「報告・依頼・連絡文書の作
成」「情報収集」「ネットワーキング」「スーパー
ビジョン」「研究・学習」「教育」「宣伝」「業務管理」
の11章から成り立っています。各章の構成は、
その章でとりあげられる項目についての目的と方
法が箇条書きで整理された後、具体的な業務の手

順が時系列で説明され、アドバイスが付け加えら
れるという形で統一されています。更に、チェッ
クポイントや事例、一口メモが随所に挿入されて
います。この内容を完成させるために、プロジェ
クトチームのメンバーがグループで議論を行い、
それを編者がまとめるという作業を4年間行っ
たことですが、たしかにそれだけの年月は必要
であったらうと感じさせられます。

本書のタイトルは「ソーシャルワークの業務マ
ニュアル」となっています。冒頭では監修者の杉
本照子先生が、アメリカの病院で初めて仕事につ
いて時に出会った手引書に救われ、アメリカのプ
ラグマティズムに脱帽したというエピソードを紹
介されています。本書の体裁は、前述したように、
手順の説明という形が多く取られており、確かに
その意味では、マニュアルであります。しかし、
本書は単に手順の説明書にはとどまらない深い興
行きを示していることも確かです。

例えば、第1章「心理的援助」の冒頭にある
「個別面接」の中の「面接のすすめ方」という項
を見ることにします。第1の手順は、「クライアント
のようすを観察する」です。そして「主訴を確認
する」さらに「面接の契約をする」と続きます。
ここでは契約について、「ソーシャルワーカーとク
ライアントが両者の課題について合意すること」
という定義がなされ、内容として「何を問題にす
るか、どのような方法で取り組むか、どれくらい
の期間を目標とするか、面接の頻度をどうするか」
という説明がされています。さらに「今日は〇〇
のことでお話することになっていましたね」と合
意をとることも契約だと述べた後で、クライエ
ントに対して「契約」という言葉を使うのはさけた
方がよい、というコメントでしめくられていま

す。

日本のソーシャルワーカーにとって、これまで「契約」とは、どちらかという馴染みにくい概念であったと思います。ここではそれを日本の実践に引き付けて、しかもその重要性を見失うことなく簡潔に説明しています。本書の中には、同じ様な記述が随所に見られ、単に手順書として便利に活用するというよりはこれを契機にしてあらためて考えさせられたというのが、率直な読後感でした。マニュアルというとかく血が通わないものを連想しがちですが、このマニュアルは、頭にも心にも訴えるマニュアルなのです。

このことを契機にして、あらためてソーシャルワークのような実践的な職業原理をまとめるプロセスについて考えました。その最初のステップは、「現在やっていること」を徹底的に検討し、その中から経験則をまとめるという作業から始まるのでしょう。まさに、本書のチームが行った作業そのものといえます。同じ試みは、これまでも様々な人たちによって取り組まれてきたものと思いますが、結局は中断してしまったり、成果の報告があっても、どこかピンとこなかったりといったものが多かったように思えます。RSW協会のプロジェクトチームの取り組みがここまで説得力ある成果をあげた理由は、何よりも調査と分析の方法が適切であったことにあると思われれます。最初のタイムスタディから拾われた膨大な情報が、ワークフローモデルの活用によって整理され、さらに中項目、大項目に分類された構造は、非常に整然としています。また、それを受けて行われた文章化も非常にいねいで緻密になされており、本書の質を高めています。

最初のステップが適切に行われた時に、次の課題が見えてくるのは当然のことでしょう。本書を読みながら、評者は次のステップの存在を強く意識しました。それは抽出された経験則をさらに抽象化していく過程であり、具体的にはアセスメント概念の明確化ということになります。

本書において、アセスメントという言葉は頻回に使われています。「クライアントの感情、理解の程度についてアセスメントする」(P27)、「家族力動のアセスメントする」(P34)、「何が解決される

べき問題かというアセスメントを行い」(P49)などです。アセスメントという言葉が、十分に実感を伴って使用されていることがわかります。

アセスメントは、ソーシャルワーク理論の大黒柱のようなものではないでしょうか。何をどのようにアセスメントしているのか、その時にどのような知識と技術をどのように用いているのか、このことに正面から取り組んだ日本のソーシャルワーカーは、現在のところ現れていません。本書を読みながら、このマニュアルをまとめた方たちのアセスメント論をぜひお聞きしたい、まとめてほしいと思いました。そこまでたどり着いた時に、日本のソーシャルワークの原理はようやく形になってくるのでしょうし、編者らの仕事も完成するのだと思います。

(評者：北海道医療大学 伊藤淑子)

小西加保留編集代表、HIVとソーシャルワーク研究会編
『エイズとソーシャルワーク』A4判 233頁 2,500円
中央法規出版 1997年

本書の書評依頼を受けたのは、折しもマザーテレサが召天されたという訃報を聞いた9月6日の事であった。彼女は紹介するまでもなくインドのカルカッタにある「死を待つ人々の家」を拠点に、グローバルにこの世の中で貧しい人たちのなかでもっとも貧しい人々へのサービスを長い歳月に渡り展開してきた「神の愛の宣教教会」における傑出したカトリック修道女であり、かつ卓越したグループリーダーであった。悲惨な貧困状態が集まるインド社会で誰からもかえりみられずただ路上に放置され、極度の飢えと重病で瀕死の状態にある人々を施設に連れ帰り、臨終の際まで最善を尽くしてケアを行い、葬式もその人の属する宗教で行うといった愛の実践活動は、やがてノーベル平和賞受賞となって結実し、全世界の人々の胸を打つものがあつた。人間としての尊厳を最後まで全うできるように、介護者自身が心の痛みを伴うまで援助を惜しみなく行い続けるという、マザーたちの「祈りこそ愛の源」とする献身的な活動は20世紀における人類の希望と平和の象徴であるように思われる。

マザーが語るには、「愛の反対は憎しみではなく、無関心である」ということであつた。彼女は続けて、「人生において誰からも必要とされず、愛されていないと感じることこそ最大の孤独かつ不幸であり（中略）、物質的に豊かな国や社会であっても精神の飢餓状態は存在する」と指摘し、「愛の実践の出発点は家庭にあり、遠くの人からではなくまず何よりも、自分の周囲のごく身近な人々（隣人）を愛することから始めなさい」と説き続けたのである。路上に見捨てられ心身に傷を負っている人々の中に「生けるキリスト」の姿を見出し、「喜びを持ち運ぶ器（神のしもべ）」として生涯を貫き通したマザー・テレサの存在は、医療福祉関係者にとって大いなる励ましと勇気を与えてくれた「エンパー

ワメント」そのものであつたといえよう。

さて前置きが長くなつたが、本書はソーシャルワークにおけるエイズ問題を取り扱った書として画期的であり、医療ソーシャルワーカーによるエイズ患者・家族へのソーシャルワーク実践の方法を体系立てて著した書物としては、わが国で初めてではないかと思う。よつて本書の出版の意義は極めて大であるといえよう。小西代表が「はじめに」において紹介されているように、今から約4年半前に本学会の研究班として発足した「HIVとソーシャルワーク研究会」が編集したものである。本書は、実際にエイズ患者・家族のケースを担当した医療ソーシャルワーカーたちが日夜忙しい業務の合間を縫つて遠距離のなか定期的に集まり、事例研究を通してよりよいソーシャルワーク援助のあり方を模索検討し続けてきた研究成果の集大成である。

ところで、読者はエイズ問題に直面している当事者を前にして、はたしてソーシャルワーカーは援助者として何をなすことができるのであろうか、また何をなすべきなのであろうか、という率直な疑問を持つかもしれない。本書はそうした疑問に答えるべく、具体的な事例を通してソーシャルワーク援助のポイントを明確に打ち出している。例えばソーシャルワーカーの役割として、カウンセリング機能はもとより、社会資源の適切かつ有効な活用があり、ワーカーは直接的な援助技術（ケースワーク、グループワーク、コンサルテーション等）の駆使に留まらず、間接的な援助技術（コミュニティワーク、ソーシャルアクション等）も行使していくことが求められているのである。さらに本書は、社会資源として医療保障、所得保障等の社会保障制度を解りやすく説明し、かつ資料編として法律や社会的支援団体を紹介するなどリソース・ブックとしても十分活用できるよう配慮がな

されている。

さて、本書の構成であるが、以下に見られるように8つの章から構成され、ソーシャルワークにおけるエイズ問題、エイズの医学的理解とエイズの現況、エイズをめぐるソーシャルワークの価値と倫理、HIVに関連してのソーシャルワーカーの医療機関における役割・機能とチーム医療でのソーシャルワーカーの関わり、エイズ患者・家族に対するソーシャルワーカーの援助機能とエイズ患者・家族が抱える心理・社会的問題、エイズ患者の対象別問題とその援助方法、エイズ問題と取り組む社会的機関とエイズ問題に向けた社会的対応上の課題、エイズ関連の社会資源、資料編と多種多様な角度から論述し、紹介を行っている。

本書の優れている点は指摘するまでもなく、現場の医療機関にかつてまたは今も従事している医療ソーシャルワーカーが実際に遭遇したケースをベースにして書かれている点にある。そして、現場における実践活動の中から浮かび上がってきた現実の課題を直視して、いかにソーシャルワーク実践を展開していったらよいかという疑問に答えている点である。さらには、医療組織におけるソーシャルワーカーが、クライアントを取り巻く厳しい生活状況を考慮しつつ、ソーシャルワークの専門性に立脚し、専門職としての識見と経験をもとにエイズ患者・家族に対する援助技術の視点を明確に述べている点にある。

本書はエイズ・ソーシャルワークに関して理論と実践の統合が試みられ、結実しているという点で評価しうる。また、とかく看過ごされがちなソーシャルワークの価値と倫理についてもページ数を割いて明確に論述している点においても高く評価できる。さらに、ソーシャルワーカーの医療組織における対応についても、チーム医療を展開するうえで大切な事項でありその点も明確にされ実用価値の高い内容である。また、しばしばソーシャルワークの論点になってきたカウンセリングとソーシャルワークの関係性やエイズをめぐる心理・社会的問題の記述も事例を通して具体的であり、実践知識・技術として大いに役立つ内容である。そして、対象別に事例を通してエイズ患者・家族への援助の視点を整理し、社会的対応のところでも

社会機関・施設を通してソーシャルワーク援助の視点を打ち出しているなど、とてもわかりやすく工夫がなされ、特に社会資源と資料に関する内容は実際に有効活用できる。

ところで、本書はエイズという患者・家族のプライバシー（人権）に深く関わる問題を扱っている。それに加えて共同研究を綿密に行い共同討議のなか執筆されたためか通常共同執筆において記載される執筆分担が明示されていない。最後に、差別と偏見が今もなお根強いエイズ問題に第一線で取り組んでいる医療ソーシャルワーカーが一人でも多く、本書をよいナビゲーター（水先案内人）として有効活用されることを願って止まない。また、本書は、他のソーシャルワーカーや専門職者、ソーシャルワークの研究・教育者や学生にとっても必読の専門書であることを明記して書評のまとめとしたい。

（評者：北星学園大学 横山 穰）

（目次）

第1章 「エイズ」とソーシャルワーク

第2章 エイズとは

第1節 基本となる価値と倫理

第2節 「エイズ」をめぐる価値と倫理

第4章 ソーシャルワーカーと組織

第1節 医療機関のHIV感染症への対応とソーシャルワーカーの役割

第2節 チーム医療のあり方

第5章 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

第1節 「エイズ」におけるカウンセリングとソーシャルワーク

第2節 心理的問題の特徴とその対応

第3節 社会的問題

第6章

第1節 エイズ不安症候群

第2節 血友病

第3節 痴呆症

第4節 ターミナル期

第5節 母子感染

第6節 同性愛

第7節 エイズ孤児

第8節 外国人

第7章 社会的対応と課題

第1節 NGOとの連携

第2節 医療関係者のネットワーク

第3節 施設入所

第4節 在宅ケア

第5節 売買春

第6節 企業の取り組み

第8章 社会資源

第1節 医療保障制度

第2節 所得保障制度

第3節 血友病患者に対する社会保障制度

第4節 外国人の社会保障

医療社会福祉研究 第6巻第1号

1997年12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

December 1997

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 6 No. 1

Special Articles Human Dignity in Health

Human Dignity in Health

Teruko Sugimoto

Human Dignity and Medical Care: Social Work Practice of the Palliative Care

Satoko Tamura

Human Dignity in Medical Practice and Social Work

Hina Uetake

Human Dignity in Medical Setting: Social Worker's View

Machiko Sahara

Original Articles

Public Attitudes Toward Social Services in An Urban City of Japan

Sinichi Okada

A Related Factor to Caregiver's evaluation for Discharge Planning: A Longitudinal Survey on Family Caregivers of Stroke Patients

Chieko Tanaka, Kaoru Takanashi, Hidehiro Sugisawa, Hideki Okabayashi, Yomei Nakatani

The Study of Actualization and Orientation of Empowerment-Based Social Work Practice by Medical Social Workers

Miyoko Mike

Facilitating Positive Health Behavior based on the Health Belief Model and Social Cognitive Theory

Mari Okada

Constructs of Quality of Life for the Dying and Validity of the Measures

Miwa Fujii

Social Work Practice at Pre-Transplant Stage: Psychosocial Approach for Transplant Patients during Waiting for their Donors

Satoshi Ikeno

Book Review

Kahoru Konishi

Yoshiko Ito

Yuzuru Yokoyama

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH

(JSSWH)