

医療社会福祉研究

第10巻 第1号

第11回大会基調講演

米国におけるケースマネジメントと病院ソーシャルワーク

ルース・キャンベル

実践報告

小児がん患者長期経過観察外来の意義とソーシャルワーカーの役割 吉田 雅子

論文

MRSA問題における療養先確保のためのソーシャルワーク援助

—老人病院の調査結果をもとにした—考察

柳田 千尋

肝移植後患者の社会生活に対する影響要因の検討

鈴木 志保・浅川 達人・田中 千枝子

病院におけるソーシャルワークサービスに対する満足度

—生態学のニッチ概念を援用して

李 政元・藤井 美和

ホスピスケアにおけるソーシャルワーカーの存在価値と役割 関根 真希子

書評

日本医療社会事業協会編：保健医療ソーシャルワーク原論

大谷 昭

2001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研究論文、実践報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」と「実践報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌に既に掲載されていないもの、あるいは、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、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
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. 原稿送付先は、機関誌担当理事とする。

〒214-8565 川崎市多摩区西生田1-1-1

日本女子大学社会福祉学科 中谷陽明

電話：044-952-6857, FAX：044-952-6869

電子メール：nakatani@fc.jwu.ac.jp

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとする。フロッピーディスク・電子メール等によるテキストファイルの提出を求められることもある。
3. 「論文」には、300語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 文献は、引用順、あるいは、著者名でABC順に配列する。

*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名、出版社名、発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名、雑誌名、巻数、最初の頁—最後の頁、発行年。

2002～2004年度編集委員

手島陸久（編集委員長）

相原和子、植田章、松山真、中谷陽明（機関誌担当理事）

目 次

第11回大会基調講演

米国におけるケースマネジメントと病院ソーシャルワーク

ルース・キャンベル 2

実践報告

小児がん患者長期経過観察外来の意義とソーシャルワーカーの役割

吉田 雅子 13

論文

MRSA 問題における療養先確保のためのソーシャルワーク援助

老人病院の調査結果をもとにした一考察 柳田 千尋 21

肝移植後患者の社会生活に対する影響要因の検討

鈴木 志保・浅川 達人・田中 千枝子 33

病院におけるソーシャルワークサービスに対する満足度

生態学のニッチ概念を援用して 李 政元・藤井 美和 43

ホスピスケアにおけるソーシャルワーカーの存在価値と役割

関根 真希子 53

書評

日本医療社会事業協会編：保健医療ソーシャルワーク原論

大谷 昭 70

[第11回大会基調講演]

米国におけるケースマネジメントと病院ソーシャルワーク

ルース・キャンベル*

司会 それでは、今からルース・キャンベル先生によります、米国におけるケースマネジメントと病院ソーシャルワークの講演をいただきますが、その前に先生をご紹介したいと思います。キャンベル先生は、現在はミシガン大学にあります老年医学センター（ターナー・クリニック）の副所長をされておりまして、ソーシャルワーク部門とコミュニティプログラム部門のお仕事をされています。日本においでになったのは1965年ということで、36年間にわたって、日本とアメリカの、特に老年学のことを研究されています。その間、単なる訪問ではなくて、6回、1年以上にわたる滞在をして、実際に日本の高齢者の方、および専門組織と面接をしたり、インタビューをしたり、実際に日本国中を周りながら、いろいろ調べて、私たちにいろんなことをご提示くださいました。それと同時にミシガンで、ここ10年間くらいですか、ミシガンセミナーというのを開かれておりまして、毎年医療ソーシャルワークをはじめソーシャルワーク関係の方がミシガン大学まで行きまして、そこでセミナーを受けるという、そういうプログラムをなさっているようで、非常に日本のことをよく知り、また理解をし、日本の実情をよくわかっておられます。そういう先生をお呼びすることができまして、学会としては非常にうれしく思います。

今からお話をいただきますが、非常に具体的に日本の問題点、アメリカのケースマネジメント、ケアマネジメントの実状というものを紹介しながら現状をいろいろお話くださいます。通訳をなさいますのは、関西学院大学の和先生にお願いし

ます。先生はキャンベル先生の友人であり、いろいろなお仕事の関係でよくご存じの人です。それでは、よろしく願いいたします。

キャンベル みなさん、こんにちは。私は36年前、日本にきましたけれども、まだ日本語ができません。残念ながら、今日は、大和先生に通訳してもらいます。

[以下通訳]

今日はお呼びいただきましてありがとうございます。特に日本に長く来ておりますし、この中に長年知っている方がいらっしゃるの、非常にうれしく思っております。何年も前ですけれど、奥川さんが養育院で面接をされているときに、それを観察させていただきましてけれど、言語の障害を超えても、すぐさま私がまるでアメリカの患者を面接しているような気分におそわれるくらいの感じでした。私は日本の病院のソーシャルワーカーの皆さんに、非常に親しみを感じております。というのは、私たちは同じような見解や、責任、価値観を持っているからだと思えます。

今日は、3つの点についてお話をしたいと思えます。第1番目に、アメリカのソーシャルワーカーによってなされているケアマネジメントについて、そして2番目には、日本とアメリカのソーシャルワーカーの役割について、さらに3番目に、日本における介護保険とケアマネジメントについての私の考えです。

1. 米国におけるケアマネジメント

最初に、ケアマネジメントについてのお話をし

*Ruth Campbell：米国ミシガン大学老年医学センター

たいと思います。まず強調しておかなければいけないのは、私どもアメリカには介護保険のような長期のケアの保険というものは存在しないということです。私どもの長期ケアのシステムは非常にバラバラです。メディケアというのは65歳以上の高齢者のための公的医療保険なんですけれども、これはたいていの場合、急患といいますか急性の病気で入院した後、その退院後、一カ月以内のナーシングホームに滞在するためのもの、リハビリ、あるいは在宅のケアを支払うものになっています。

メディケイドというのは、低所得の方々のための健康保険ということなんですけれども、これが主たる長期ケア、ナーシングケアの支払い元になっているわけです。というのは、中流の収入のある人たちは、ナーシングホームにかかるお金を、自分たちが貯金や自分たちの収入をすべて使ってしまうと、使い果たしてしまってからメディケイドに移行するために、このメディケイドというのは、貧しい人たちのための医療プログラムになっています。多くの人は、この在宅のケアですとかナーシングホーム、そしてケアつき住宅の費用などを自分たちの自己負担、そして自分たちの貯金の中から払うということが多くて、しばしば子どもたちの援助も受けています。

最近のプログラムでメディケイドウェイバーといわれるものがあります。これはこのプログラムのおかげでナーシングホームへ行かず在宅でホームケアを使ったり、あるいはダイケアに行ったりということが可能になっているものです。メディケイドウェイバーに有資格となるためには、まず心身の面で、機能の面でナーシングホームの有資格者、ナーシングホームに入る資格がある人でなければいけないということと、貯金が2千ドル以下でなければいけないというような資格が必要です。そして、その看護婦やソーシャルワークのチームが在宅でのアセスメントをやったり、ケアプランを作成したり、サービスを調整したりということで、介護保険でやっていらっしゃるものに非常に似ていると思います。

ミシガン州では、メディケイドウェイバーによって1日の上限の枠が32ドル、つまり3,800円くらいになっています。しかしながら、このウェイ

バーが使える人たちというのは、州のなかでたった1万5千人に限られております。この4月に、もうウェイバーが使える枠がまったくなくなったということがわかりました。そしてまた、今になって州知事が来年度はウェイバーが使える人数をもっと減らすと言っているのです、来年からは新しい人は、このウェイバーの枠がまったくないという風になっています。これがそのウェイバーによって提供されるサービスで、介護保険の在宅のサービスに非常に似ているのではないかと思います。

私たちは、この今の状況に戦おうとしているんですが、あまり望みはありません。なぜ私これが皆さんにいたかったかと言いますと、私たちの状況を知れば、みなさんの状況はそんなに悪くないんじゃないかということをお伝えしたかったわけです。たとえば、私どもの患者さんで85歳になる女性がいらっしゃるんですが、この方は肺の病気や骨関節炎を患っていらっしゃいます。彼女は何年も前に離婚して子どももいなくて、非常に低所得です。彼女は在宅で暮らすための援助が必要なんですけれども、今ウェイバーの待機者リストに載っているだけで、ですから全然選択肢がなくて、自分で自己負担するしかサービスが使えないということで、いま何もサービスが使えないという状況です。

ケアマネジメントとはどういうことでしょうか。まず、お話ししたいのは、このケアマネジメントとケースマネジメントという言葉は、アメリカでは非常に取り替え可能なように使われているということです。いろんな人がいろんな意味でこの言葉をいろんな風に使っているということです。ある人にとっては、このケースという言葉が非常にネガティブ、否定的に聞こえる。というのは、人をケースという風に見なすということなんだと思います。ケアというのはもっと肯定的な感情が伴うのではないかと。他の人にとっては、ケースマネジメントというのは生活保護というニュアンスが含まれる。あるいはメンタルヘルス、精神保健の領域を思い出させる。というのは、このケースマネジメントは、こういった領域で長年使われてきたからなんです。

保健医療の領域では、ケアマネジメントが医療

問題をマネージする方法として見なされてきました。ソーシャルワーカーや看護婦によって、医療的・社会的あるいは家族の支援といったものをコーディネートするというので、より多く使われるようになってきました。私は今日は、ケアマネジメントという言葉を使いたいと思います。もちろんソーシャルワーカーはずっとケースマネジメントということをやってきたわけですが、保健の分野でのケアマネジメントのシステムティックな実践というのは、最近になってからのことなんです。

日本の方とお話しすると、よくケアマネジメントとケースマネジメントの違いについて議論になるんですけども、アメリカでは本当にそんなにたいした問題としては扱われていなくて、もしご質問があれば、後ほどの質問タイムのときにお話をさせていただければいいと思います。用語の定義というよりは、私たちが何をやるかということのほうを話した方が重要でないかと思います。

これがふたつの異なるケースマネジメント、ケアマネジメントの定義です。上の方はアメリカ老年学会によるもの。下の方はアメリカケースマネジメント学会によるものです。アメリカではいろんなタイプのケアマネジメントがあるわけですが、たいいていの場合、クライアントのニーズをアセスメントする、それからケア計画を作る、それからサービスをコーディネートする、サービスをモニタする、そして必要ならば計画を変えていくということが含まれます。先ほどもお話ししましたように、私たちのシステムは非常にバラバラです。誰かがサービスをコーディネートして、高齢者やその家族がシステムとうまく交渉して、それを助けていく必要があるということが、ケアマネジメントが重要だという意味の最も大きな理由だと思います。

しかし、1980年代後半になって、マネージドケアというものが医療のシステムの中に入ってきたことによって、最も強調されることはコストの削減となります。ですから、ケアマネジメントはコストの統制、コストをコントロールするための方法として見なされるようになって、みんなが高いサービス、病院とかナーシングホームの高いサー

ビスを無駄に使わないようにするというのを確かめるということが、ケアマネジメントの役割になってきました。ある研究では、ケアマネジメントによってナーシングホームへの入所を遅くすることができたとか、病院の入院率を減らすことができたというような結果が出ています。ケアマネジメントが健康面での結果を向上させるとか、生活の質を向上させるといったことを提示する研究はあるんですが、実際にその費用効果が高まったということについては、不明です。

アメリカのケアマネジメントは3つのものがございます。まず最初のコスト統制型というケアマネジメントは、メディケイドウェイバーというようなプログラムを使って、ナーシングホーム有資格者でしかも低所得の人たちに対して、在宅のサービスを使ってナーシングホームに入らないで済むようにする。目的は、州の支出を削減することのためです。ケアマネジャーは、病院であるとか健康維持のセンターですとか、マネージドケアなんかにいるんですが、それらの皆の目的はコストを削減するということになるわけです。もちろん、多くのアメリカの高齢者は自宅で過ごしたいという人がいるわけですから、クオリティオブライフを上げるという意味でも、それはいいと思います。

2番目は、プライベートの雇われ型と書いてありますけれども、プライベートのケアマネジャーで、これは今増加しつつあります。このプライベートのケアマネジメントというのは、看護婦やソーシャルワーカーが自分たちのビジネスとして始めて、そしてクライアントに料金を課すんですが、このクライアントはたいいていの場合、高齢者の子どもたちです。そして高齢者のケアを調整することによって、彼らの自立を維持することを援助するということです。たとえば、私どもの勤めるターナークリニックでもプライベートのケアマネジメントのプログラムがあります。私どものソーシャルワーカーがケアマネジャーとして行きますと、複合的なアセスメントをする場合に、150ドルというお金をいただきます。それからフォローアップしたりケアをコーディネーションしたり、モニタしたりするという場合は、1回継続する場合は

45ドルです。

なぜこのプライベートな雇われ型のケアマネジメントというのが成長しているのでしょうか。というのは、たくさんの方が、親ととても遠くに離れて住んでいる。そしてケアマネジャーに高齢者の自分の親たちを見て欲しいと思っているし、お金も払いたいと思っているということです。あるいは、子どもがいなくて誰も介護してくれる、ケアしてくれる人がいないという場合は、専門家が必要になります。たとえば私の義母は、今ニューメキシコに住んでいるんですけども、弟を訪ねてカリフォルニアに行きました。そして車の事故に遭ってしまったんです。そしてその子どもたちは遠くに住んでいて、仕方ないので私はカリフォルニアのケアマネジャーに電話してアレンジしてもらいました。そしてこのケアマネジャーはカリフォルニアの病院でちゃんといいリハビリテーションが受けられるようにしてくれましたし、それから弟の家に戻ったときのこともケアしてくれましたし、ニューメキシコに戻る飛行機のアレンジもしてくれました。私たちは非常に感謝しています。私たちは自己負担しようと思いましたが、これは自動車事故だったので、自動車事故保険というものがこのお金を全部カバーしてくれました。

ターナークリニックには、非常に弱っている高齢者が在宅の方がおられます。そしてまた痴呆症の方もいらっしゃいます。でも自宅で暮らしたいと思っています。ですからケアマネジャーは、非常に頻繁にこの方を訪ねて、庭の世話がちゃんとできているかとか、ホームケア、在宅のケアがちゃんとできているかとか、あるいは何かサービスを変えなきゃいけないければ、変化させていくということを見えています。ホームヘルパーがあまりよくなかったので、ケアマネジャーが介入してその方を辞めさせて次の新しいホームヘルパーを雇うということもいたしました。この女性は非常に雷が怖い方で、雷が鳴るたびにソーシャルワーカーであるケアマネジャーに電話をかけてきます。そのときにケアマネジャーは電話で落ち着くようにお話しして寝かせることもしますので、いつもポケベルを持ち歩いています。亡くなるまで、その

ケアマネジャーが何らかの形で関わっていくということです。もしナーシングホームに入られたら、ナーシングホームへ入ってからもケアは継続性があるということです。そしてまた、私どもとしてはプライベート・ケアマネジメントというものののおかげで、料金が入ってきますので、そのお金を使ってまた他の人を雇うということにも使えます。

三番目は、ケア・コーディネイト型ということで、特別な場所でのケアマネジメントということです。特定の問題、たとえば特に多いのは、リハビリテーションとHIVのエイズですとか、あるいは老年医学という分野でこのケアマネジメントがよくみられます。とくにこのエイズのケアマネジメントの場合は、病院に入ったり地域で暮らしているという、この両方の環境の違いをうまく調整するためにケアマネジャーが役割を果たしていると思います。そしてホスピスのケアまでケアを継続します。

そしてまた病院でのケアマネジメントも、たとえば心臓の病気をもった患者が入ってこられて、退院されてからもそのケアということにケアマネジャーが関わるということが、非常に役に立っています。病院のソーシャルワーカーの多くは、ケアマネジメントを機能の一つと考えていて、自分たちの責務の一つではあるけれども、自分たちの仕事全体ではないと考えています。その病院の在院日数が短くなるとともに、今高齢者の在院日数の平均は1週間弱なんですけれども、病院のソーシャルワーカーは、自分たちの仕事をもう一度再定義するというチャレンジをすることになっています。というのは、入院患者の領域から、外来とかコミュニティのアウトリーチというところに仕事をシフトさせていくということです。このところ、ずっと病院の予算というものが削減されてきています。そしてソーシャルワーカーも削減されてきているんですけども、ソーシャルワーカーは、コミュニティとか外来での自分たちの新しい役割を再考案しようとしています。

伝統的に、ご存じのように退院計画というのは、ソーシャルワーカーの最も大きな役割でございました。しかし1980年代以降、病院ではこういう仕事を看護婦がするようになって、とにかく早く退

院させるということが目的になってきました。私どものミシガン大学の病院では、5年前看護婦が在宅、自宅へ帰るときの退院計画をして、ソーシャルワーカーはナーシングホームへ入るときの退院計画をするという風になりました。いくつかの病院ではまだこういうやり方で、看護婦とソーシャルワーカーが同じ部署で頻繁にコミュニケーションをとりあいながら、こういう形で退院計画をしています。いくつかの革新的な病院になりますと、看護婦さんは入院患者のケアマネジメントをやって、ソーシャルワーカーは外来のケアマネジメントをやるという風な棲み分けもしています。ですから、患者さんが病院内にいるときは、看護婦さんがその主たるケアマネジャーになって、ソーシャルワーカーとコンサルト、相談をする。そして地域にいる患者さんの場合は、ケアマネジャーはソーシャルワーカーが主としてやって、相談を看護婦さんに持ちかけるといったケアマネジメントの形でやっています。

5年前ですけれども、私どもの病院でソーシャルワークのディレクターが、一番の長ですけれども、看護婦の組合と対立を起こしました。看護婦がソーシャルワークが自分たちの仕事をとろうとしているという風に解釈をしてしまいました。看護婦さんやその他のスタッフが病院の中で黄色の腕章をつけて、看護婦を支援するというスローガンをつけて病院の中を歩き回って、ということで。ソーシャルワーカーに対してみんな腹を立てていました。結果として今、退院計画はすべて看護婦によってなされるようになりました。病院の入院患者担当のソーシャルワーカーの人たちの何人かは喜んだんです。とにかく退院計画をしなくなかった人もおりますので。

でも私にとってこれは大きな問題に見えます。というのは、ソーシャルワークがディスチャージプランナー、退院計画をする人だと思っていたわけですから、それをしなくなると、ソーシャルワーカーというのはいったい何をやる人なの、ということです。今新しいソーシャルワークのディレクターがやってきて、彼女が私たちソーシャルワーカーの仕事をもっと新しく定義付けました。それはメディカルマネジメントと呼ぶんですけれど

も、ソーシャルワーカーのやっていることというのは、患者やその家族が病気をよく理解して、その病気に対応できるようにすることを助けているし、看護婦さんであるケアマネジャーたちともよくコンサルティングをしているということで、私たちがやっているのはメディカルマネジメントということなんだよということを行っています。

日本の方にとっては、90人もソーシャルワーカーがいるというと、たいへん私どもが強い立場にあるとお思いになるんじゃないかと思えます。しかしアメリカの文脈でいいますと、ソーシャルワークというのはたいへん危うい地位にございます。患者さんや医師は私たちのことを非常に価値があるという風に見てくれる場合もありますけれども、いかにせん資金が足りませんし、そしてその中核になるサービスと見なされていないからです。私にとっては退院計画のような役割を諦めてしまうということは、とても重要なことだったんじゃないかと思うんです。というのは、そういうことを諦めてしまうということは、結局自分たちの役割をさらに弱めているということになるからです。今入院患者さんにおけるソーシャルワーカーの立場というのは、こんなことが起こっているわけです。そして、これからもう一度私たちの病院での役割を認めていただいて、支持を得ていくには何年かかかるんじゃないかと思えます。もしその費用効果のことだけを見れば、看護婦さんのほうがケアマネジメントをうまくやっているという研究結果もございます。他にはソーシャルワーカーのほうがいいという結果もございます。

ミシガン大学のHMO、マネージドケアの健康保険ですけれども、その健康保険は、3人の看護婦さんを、65歳以上の高齢者のメディケアのためのケアマネジャーとして雇いました。しかし、これらの看護婦さんは常に痴呆の問題行動でありますとか、他の困難ケースについて、こちらのソーシャルワーカーのほうに訪ねてくることが多いんです。今年、この中の一人の看護婦さんが辞めることになるにあたって、今度はソーシャルワーカーを雇うことになりました。というのは、多くのニーズというのは、医学的なニーズというよりは心理社会的なニーズが多いということに気がつい

たからなんです。これはたいへん困難なプロセスですけれども、うまくいきそうな気がします。私がアメリカのソーシャルワーカーの仲間たち、90人いるんですけれども、その人たちにEメールでケアマネジメントについて質問を送りましたら、たった一人だけ返事をくれました。少なくとも私どものソーシャルワーカーは自分たちのことをケアマネジャーと考えていないようです。

2. ソーシャルワーカーの役割

次は、ソーシャルワーカーの役割についてお話をしたいと思います。これがソーシャルワークに必要な要素ということですが、ソーシャルワーカーの数が多いいことは、もっと力が付くということですし、もっとその存在が周りから見えるということにつながると思います。その独創性というのは、ニーズがどういうものかというのを創造的にみるということも必要だからです。たとえば、問題を解決するのにひとつの解決方法だけではなくて、新しい解決方法というのを生み出していかなければいけないからです。複数の資金源というのは、病院だけに資金を頼っているはいけなくて、他の資金源というものを自分たちを支えるために捜していく必要があると思います。もう少し後でその話については触れます。

他職種連携によるチームワークというのは、特に病院では必要で、他の職種の人たちと協力することが大切で、自分一人ではやらないということです。医師や看護婦と協同的に働けば働くほど、もっとサポート、支援を得ることが出来ます。地域からの支援という中では、私たちを愛してくれる患者さんがおられます。この患者さんたちが地域で私たちを支えてくれることによって、病院でのソーシャルワーカーのポジションというものも非常に強くなります。私たちの地域にたくさんボランティアの人たちがいるんですけれども、病院がそのひとつのプログラムを中止するといったときに、このボランティアの人たちが立ち上がって対抗してくれたおかげで、病院がプログラムをカットしないということを決めたというような経緯があります。

それから、消費者を中心とした、つまり患者や

その家族を中心としたサービスというものを考えなくてはなりません。あくまでも彼らのニーズに基づいたサービスということであって、病院や他のことのためにサービスというものを提供するわけではないということです。そして、ソーシャルワーカーの最も強い役割の一つとしてアドボカシーというものがあるわけですが、患者やその家族のためにアドボカシーをするということをもう一度思い出していただければと思います。

それから、最後にビジビリティという言葉で、存在が周りで見えているということなんですけれども、ソーシャルワーカーが何をやっているかということがあまり周りの方にはわからないようですので、私たちがやっていることがすばらしいことだということを、みんなに知ってもらわなければならないということです。ひとつの方法としては、マスメディアを使っての広報ということです。もうひとつは、リサーチ・研究によって介入が効果があるということを検証していくことです。

ひとつの例としては、ニューヨーク大学のアルツハイマーセンターというところでの研究です。患者さんをふたつの、治療グループと統制グループというグループに分けました。これは患者さん本人ではなくて、配偶者の介護者の方のグループです。そしてその治療グループのほうは、集中的な4回にわたる個別のカウンセリングセッションというものを実施しました。これはソーシャルワーカーによって行われているんですけれども、サポートグループに入るように非常に強く勧めました。そして非常に密接に関わりを続けて、サービスをアレンジするとか、あちらが待っているのではなくて、こちらから積極的に働きかけを行いました。コントロールグループ、統制グループのほうは一般的なソーシャルワークのサービスを受けました。あちらのほうからサービス、支援をして欲しいという要望があればサービスを受けられるという形です。そしてその結果としては、治療グループのほうは70%の人たちがサポートグループに入って、統制グループのほうは40%の人がサポートグループに入りました。しかし、最も大きな結果としては、治療グループの人たちは自分たちの配偶者をナーシングホームに入所させる、それ

を1年以上遅らせることができたという結果なんです。これが、ソーシャルワークの介入が違いを生み出せるんだということを証明するひとつの方法ではないかと思います。

ターナークリニックの資金源について少しお話をしたいと思います。最初はたいへん資金が少なかったものですから、地域の地方自治体ですとか、あるいはプライベートな資金源を求めました。これはそのターナークリニックです。1階部分だけですけれども、デイケアセンターで、やはり助成金で行われています。ご覧の通り、この資金源の中で大学病院から来ているのは半分をちょっと超えたくらいということで、他からの資金を調達しているということがわかんと思います。その35%は他の助成金というのは、たとえば地方の高齢局であったりとか、他の基金であったり、あるいは民間の企業からも助成金を得ています。そして11%は私どもがやるサービスの料金ということで、たとえば先ほどお話ししたケアマネジメントのプログラムとかサポートグループですとか、あるいはカウンセリングのサービスなどで料金をいただいている分です。

この、資金源がいろいろあるということの良さのひとつには、私どもの病院がソーシャルワーカーを解雇したときに、私どものプログラムのソーシャルワーカーは解雇できなかつた。というのは、私どものターナークリニックでは他の資金源からお金を調達してきていますので、病院でそれをカットすることはできなかったというような強みがございます。スタッフへの資金以外に私どもでは、地域の高齢者の必要に応じて、緊急援助金というのがございます。たとえば薬が買えない方ですとか、電話代が払えない方という場合に、こういう緊急助成援助金を使っています。ですから、こういう交通費ですとか出版費というのは、地域の社会資源のリストなどを出版しているんですが、そういうものはすべて私どもが申請する助成金の中から使っているわけです。私どもが他の部局のソーシャルワーカーのサービスよりももっと幅広いサービスを提供できるのは、地域、コミュニティからの支援を受けているからなんです。

そしてまた、お給料を払っていない無給のスタ

ッフというのたいへん役に立っています。私たちソーシャルワーカーは、よく時間がなくてやりたいことができない、たとえば個別訪問したいけれども時間がないということをと良く聞くんですけれども、そういった場合に私どもでは大学院レベルの学生やボランティアの方に、私たちがやりたいけれど時間がなくてやれない、ということをやってもらってサービスの幅を広げています。たとえば、私が私の患者を毎週訪れることができない場合に、ピアボランティアといって高齢者の方でボランティアをやっている方々に個別訪問してもらって、帰ってきて私と相談して、チームとしてボランティアの方と私が一緒に働いているということなんです。

これは全米退職者協会の調査なんですけれども、どのようなものが役に立ちましたかということで、上からランクがあるんですが、ソーシャルワーカーはかなり下の方だということがわかんと思います。看護婦は全然載っていませんけれど。ですけれども、見方によってはソーシャルワーカーが何をやっているかということも多くの人知らないのではないか、あるいはアクセスを持ってないじゃないかということを考えれば、もっと周りの人から見えるように頑張らなくてはいけないと激励をもらっているように感じます。

3. 介護保険とケアマネジメント

最後に介護保険のことについてお話ししたいんですけれども。去年私が滞在していたときに、たくさんの方のケアマネジャーの方に面接をさせていただきました。そして今度アメリカに帰ってとてもカルチャーショックを受けてしまったんです。確かに介護保険はいろいろな問題があるようなんですけれども、でも私たちアメリカではそういうものを全然持っていないということなんです。ですから、そのことについてお話をしていきたいと思います。

1番目の問題としては、アイデンティティの問題だと思うんです。というのは、多くのケアマネジャーの方はご自分から進んでケアマネジャーになった方ではないような気がいたします。まだ自分たちのアイデンティティを、ソーシャルワーカーや看護婦だとか介護福祉士というバックグラウ

ンドに持っていらっしゃって、どうもケアマネジャーというものの自体がはっきりしていないように感じます。

2番目には、ケースが多すぎるということです。このことに関しては、皆さんが本当にリーダーシップをとって、もっと少ないケースだったらこれだけうまくできるのに、というようなことを訴えていく必要があると思います。そしてまたボランティアというものも、ケアマネジャー以外に利用していく手はないものかという風に考えます。

3番目の問題は、給付管理の問題です。多くの方は自分たちのことをケアマネジャーではなくて、コストマネジャーだと呼んでおられるようです。しかし私は考えますに、コストのマネジメントというのは、いつもケアマネジメントの部分のひとつであると考えます。アメリカのソーシャルワーカーはクライアントがどういう健康保険に入っているのか、どんな保険の有資格があるのかを常に考え、何が保険でカバーされるのかということを見つけていかななくてはなりません。たしかにシステムは、日本の介護保険のケアマネジメントはとて複雑で、単純化していかななくてはいけないと思いますけれども、それもやっぱりケアマネジメントの正当な部分ではないかと考えます。私が考えますには、管理職の方々がもう少しこういった事務的なこと、書類のことをやっていくのがいい方法なんではないかと考えます。

このケアマネジメントの中核となるのはサービスです。ですから、サービスがなければ、そのコーディネーションをする必要もなくなってしまうわけです。介護保険の場合はサービスのコストがいろいろ違って、非常に難しいということはわかるんですけど、しかしながら広い範囲のサービスがあるということだけでも大切なことではないかと考えます。

4番目は、自己負担の問題です。確かにこの問題はあると思いますし、低所得ですとか、所得に低い方にとってはこの自己負担というものを少し考えていかななくてはいけないと思います。アメリカの場合は、アセスメントというのが非常に細かい。所得に至るまですべて財産調査というような形ですがやらなくてはいけない。その場合、日本

の介護保険はそういうことはしないでいいと思います。

5番目には、チームケアとトレーニングの必要性です。効果的なケアマネジャーというのはチームで働く必要があって、特に医師やその他の医療スタッフとも連携をとっていかなくてはいけないと思います。また、ケアマネジャーは特別なトレーニングを受ける必要がある。たとえば痴呆に関する知識、健康、医療に関する知識、あるいは社会的な問題に関するトレーニングを継続的に受けたいかななくてはいけないと思います。

最後にスーパービジョンです。特にピアスーパービジョンという、他のケアマネジャーとともにそのスーパービジョンをしあうということが重要になってくると思います。特に困難ケースの場合は、そういうものがが必要です。ケアマネジメントはたいへん難しいことです。多くのケアマネジャーはこれだけやっていると燃え尽きてしまうと思います。ひとつには役割を変えて、いつもいつもケアマネジャーをするのではないというやり方もあると思いますが、それも他の仕事とバランスをとるには難しいのかなと思います。

最後にケアマネジャーとしてアセスメントするときに重要なポイントは、困難なことだけではなくて、もっとその方の全体性を見ていくという視点が必要になってくると思います。このストレングスベースド、強みを見るケアマネジメント、強みモデルといわれる方もおられますが、これは病気や問題ばかりに目を向けるのではなくて、その方の持っている強み、あるいは能力に目を向けていくというアセスメントの方法で、これらの質問がそういったときに使われるものです。

アメリカにおいても日本においても、ソーシャルワークはその価値を示していくのに非常にプレッシャーを感じているわけですが、これは考え方によっては私たちが専門家としてクライアントや家族やコミュニティのニーズに対応していくという専門職、伝統的なスキルを示していく偉大な機会だと捉えられると思います。ソーシャルワーカーというのは、個人やグループ、コミュニティのレベルで広い範囲の問題に対応する柔軟性と特別なトレーニングを受けていると思います。

私たちは、私たちの専門職として持っているすべての強みを生かして、地域の人たち、それから患者さんと一緒になって、変化をさせていかなくてはいけないものを実際に変えていくということに、力を合わせて私たちの専門職としての強みを生かしていく必要があると思います。

結論ですけれども、お分かりのように私は介護保険がうらやましいと思っております。私たちもこういうものがあつたらいいなと思います。しかし、この介護保険が多くの問題をはらんでいるということもわかっております。皆さんがこの1年半の、非常に最初のストレスのある時期を非常なエネルギーと献身的な姿でやってこられたことをたいへん感心しております。私はその状況がよくなることを祈っております。そして皆さんが日本の高齢者、あるいは高齢者の家族の方々のQOL、あるいはシステムというものを向上させていく上で、指導的な立場に立たれるということを信じております。それはたいへんチャレンジだと思っておりますけれども、幸運を祈っております。以上です。

質問者1 実は、うちの病院でも今ディスチャージプランニングというところをソーシャルワーカーの主な仕事としているんですけれども。先ほどのお話の中で、ミシガンの病院のほうでナースがそれをするようになって、先進的な病院でディスチャージプランニングにソーシャルワーカーが入らないというような部分があつたかと思つたんですが、そこはもう一切入らないということなのか、それとも中心がナースで、サポートとしてソーシャルワーカーが入っているのか。その辺をちょっと。

キャンベル 退院計画というのは看護婦がやるんですけれども、ソーシャルワーカーは患者さんと話をしたり、特に困難ケースの場合はカウンセリングをしたりということで、関わることは関わるんですけれども、コンサルタントとして関わるという形で、ディスチャージプランニング自体は看護婦がやるということです。ひとつの問題は、困難なケースの場合は看護婦さんや医師から紹介、リファerralがくるのを待っているという形にな

るので、そうしますと看護婦さんが見逃したような困難なケースは、ソーシャルワーカーが自分で出て行って探さなくちゃいけないということが問題にはなっています。ですけれども、退院計画をしなくなったおかげで、ソーシャルワーカーにも時間に余裕が出てきたということがありまして、カウンセリングにもっと時間をかけられるし、家族の方とももっとカウンセリングできるし、それから病院を離れるにあたって生活を調整していくことにも関わられますので、いわば本来のソーシャルワークというものができてきているということもあります。

ですから、入院のところでソーシャルワーカーが少なくなって、外来に関わるソーシャルワーカーが増えた。それで外来の場合は、もっと継続的に長い時間をかけて患者さんとなつがっていくということが出来ますので、資源自体が外来のほうに移ってきたという風に考えたらいいと思います。入院の時間が、在院日数があまりにも短くなってきているので、何もできなくなっているということですよ。

質問者2 ふたつお聞きしたいんですけれども。ひとつは、今キャンベルさんがおっしゃいました、ソーシャルワーカーがもっと時間をかけることができるということをおっしゃいましたけれども、私昨年、カナダの病院をいくつか見学してまいりまして、そこでお聞きしたことは、そういう風なことは病院はもうあまり望まないと、ナースであれ、ソーシャルワーカーであれ、実際にプランニングさえしてくれればいいんだと。そういうことで、どんどんソーシャルワーカーが病院の中からいなくなっているということを多くのソーシャルワーカーから聞いてきました。それで私もたいへん危機感を覚えたことなんですが、その点についてお聞きしたいのと、ミシガンで新しいディレクターが患者さんが病気を克服するとか、そういうことを援助することをメディカルマネジメントと呼ぶとおっしゃいましたけれども、私はそれをソーシャルワークではないかと思うんですが、その辺の違いについてもおたずねしたいと思います。

キャンベル まとめて申し上げます。たくさんのソーシャルワーカーが病院から追い出されているというお話なんですけれども、それはちょっと見方を変えないといけない。つまり、入院患者の部分でのソーシャルワーカーは減っているけれども、外来におけるソーシャルワーカーは増えてきているということです。そして入院患者に対するソーシャルワークはもうあまりすることがなくなってきていても、外来の場合は非常に創造的にいろいろなことがやっていけるということなんです。ですから、ソーシャルワークの本来の業務というものをごこれから発展させていく機会というものたくさんあると思います。アメリカでも予算の削減によって病院から追い出されたというソーシャルワーカーの声がよく聞こえますけれども、私たちはもう病院に頼っているということばかりではやっていけないという時代にきています。ですから、自分たちをサポートする資金源とか、そういうものを開発していかなくてはいけないし、病院から追い出されたというようなソーシャルワークに向かつては、私は戦えと、また戻れるように。それは可能性は充分あると思います。多くの、言葉は悪いですが、怠け者のソーシャルワーカーの人たちは病院に守られて、それで慣れすぎた。しかしそんな時代ではなくなってきているので、患者のためのアドボカシーも必要だけれども、自分たち自身のアドボカシーというものをやっていくということが大事だと思います。

私どものシステムでは、医師も同じような状況にあるわけです。彼らも自分たちで助成金を取ってこなければいけないし、自分たちでサポートしていかなくてはいけないという状況で非常にプレッシャーを感じています。ですから、ソーシャルワークだけのことではないと思います。

その通りです。メディカルマネジメントはソーシャルワークそのものです。ですけども、前のディレクターがたいへん攻撃的な人で問題が多かった人なんですけれども、新しいディレクターは人々とうまく働くことのできる方で、このメディカルマネジメントという言葉を書き出したというのが、この言葉を使うことによって、ソーシャルワーカーがいかに重要な役割を果たしているかと

いうことだけをいうのではなくて、このメディカルマネジメントという言葉を使うことが、病院の医師や看護婦にもっと妥当に、通じる言葉であるということで、再定義、あるいは枠組みを新たに作ったという形でこの言葉を使っているわけです。

またソーシャルワーカーのやっていることについての認知もされてきていると思います。というのは、多くの慢性の患者さんですとか、複雑な病気を持っていらっしゃる方というのは、たいていの場合心理・社会的なニーズも持っていらっしゃるんです。ですけども、医師や看護婦というのは、そういう心理・社会的な面というのは関わりたくないという方が多いので、そういう意味ではソーシャルワーカーの価値というものがかなり認められてきていると思います。

質問者3 マネージドケア、コスト削減ということで、逆にワーカーを雇うところが多くなったと、ちょっと聞いたんですけれども。それで、ちょっと興味があって。もし日本でもそういうことがどんどんこれからなされるような状況だと思えますので。そのことと、それからケアマネジメントがコスト削減をすることに使われるようになったという実態を、もう少し説明していただければと思います。

キャンベル 最初のご質問ですけれども、全国レベルでは知りませんが、私どもの病院では、看護婦のケアマネジャーが自分たちの上司に直接不平を言ったということで、つまり扱っている問題が多くは看護、医学的な問題というよりは社会的な問題を抱えているということが多いので、看護婦であるケアマネジャーの方々は、自分たちではこれはどうしようもないということで、ソーシャルワーカーを入れて欲しいということだったんです。私はこれは素晴らしいことだと思いますけれども、これが他にもたくさん行われているかという例は知りません。

また医師がたとえば患者さんに目の前で泣かれたり、自分が提供できないサービスを求められたりとか、あるいは鬱の方で何遍もやってくるというような場合に困ってしまって、どう扱っていい

かわからないということがあるわけです。ですから、そういう意味ではソーシャルワーカーの価値というものがあるということですし、ここでチームワークでチームアプローチをすることの重要性が感じられると思います。

マネージドケアというのはたいへん複雑な問題なんです。ちょっと簡単にお話しできればと思います。マネージドケアが導入された理由の大きなものはコストのコントロールということなんですけれども、簡単にいえばゲートキーパーというか、門番みたいな人がいて、それは医師なんです。医師が患者さんがこのサービスを使えるかどうかということ判断していく、たとえばあなたは眼科に行きなさいとか、あなたはCT スキャンを受けることはできませんよということをして一人の医師がコントロールすることなんです。ここでケアマネジャーが、たとえば半年間の間に4回も病院に入ってきたという患者さんがいた場合に、ケアマネジャーにあってどういう状況になっているか調べてこい、そしてコストを削減できるかどうかを見てこいという風な役割を担うわけです。

ケアマネジャーの大きな仕事はリスクアセスメントということで、危険度によって優先順位を決めるということです。最も危険の高い、ハイリスクの人。たとえば病院に入院するとかナーシングホームに行くとか、お医者さんに頻りに診察を受けているというような人の場合にケアマネジャーと一緒にここにあって、たとえば救急の非常に高いサービスを使わないで済むように関わっていくということです。

大きな問題としてスキャンダルに去年なったん

ですが、このマネージドケアの会社が65歳以上のメディケアの対象の方々をカバーしていたんですけれども、65歳以上の方のメディケアの場合は、十分なお金を儲けることができないということで、コスト削減もできないというので、もう65歳以上のメディケアの方々をカバーしないということを決めたので、このマネージドケアに入っていた65歳以上の方というのは保険を突如失って、ほかの保険会社を探さないといけないという状況に陥りました。

メディケイドウェイバーという、先ほどご紹介したプログラムの目的というのは、まったく費用の削減ということなんです。メディケイド自体が数少ない長期ケアの公的なサービスなんですけれども、そのナーシングホームに使うメディケイドのお金は非常に高いわけで。それを防ぐためにこのメディケイドウェイバーというのがある、とにかく目的はコスト削減ということなわけです。

いまケアつき住宅というのがアメリカでも非常に成長してきていて、皆さんたくさんお金を払うわけなんですけれども、いま高齢者の間で非常にギャップが生まれつつある。お金を持っている人と持っていない人。特に、持っていない人といってもミドルクラスの人たちが非常に問題を抱えつつあるということがいえると思います。

司会 ありがとうございます。まだまだ聞きたいことがたくさんありますけれども、時間が来てしまいました。それでは先生、どうもありがとうございました。

小児がん患者長期経過観察外来の意義とソーシャルワーカーの役割

吉田 雅子*

1. 長期経過観察外来を開設するまで

日頃からかかわりのある小児腫瘍専門医の話によると、最近の小児科における小児がんの外来患者の年齢分布は、一番高いピークが中学生ぐらいで、15歳以上が60人位来ているとのことだった。そして、やがて小児科の外来に30代、40代の人があることも予想されるという話に、私がかかわっている脳神経外科のN子さんの経過が重なった。N子さんは、2歳の時、髄芽腫（脳腫瘍）の手術を脳神経外科で行い、幸いにも命を取り留めてから、20数年のお付き合いである。この間、腫瘍が内臓の別な場所にでき、小児外科、婦人科で治療を受けたこともあった。N子さんと同じ時期にかかっていた小児白血病や悪性リンパ腫の子供たちの多くは死亡という経過をたどったが¹⁾、N子さんは知的な遅れはあるものの、現在、作業所に通いながら生活している。

小児腫瘍専門医とソーシャルワーカー（以下、ワーカーと略）が、お互いの実践の中で感じていることを話しているうちに、小児医療の今後の問題として、乳・幼児期に発症した疾患で、その疾患自体は治癒したとしても、その後様々な障害が出て、その治療や生活がどのように行われているのか、また、どういう対応が必要なのか、をきちんと検討していく必要があることで一致した。つまり、疾患としての小児がんは克服したものの、一部の患者は治療の副作用である晩期障害（疾患自体の侵襲、手術、放射線、化学療法などの治療による直接的、間接的障害の総称²⁾）を抱えながら生活しており、また、小児がんの既往を持つことにより、様々な心理的社会的問題に遭遇することが予想された。

これまで、入院治療が終わった患者は、通常原

疾患の治療を行った診療科（小児科、小児外科、脳神経外科など）の外来で経過をみており、何か心配なことがあれば、ワーカーのところに相談に来る形になっていた。しかし、多くの患者が成長する中で、随時対応するのではなく、それに付随する問題をきちんと捉え、システムとして確立することが必要な時期であることを認識し、ワーカーも積極的に関わることにし、われわれは平成10年より、小児がんの長期経過観察外来を開始した。

2. 長期経過観察外来

小児がんの長期経過観察外来（以下、本外来と略）の診療場所は、彼らの年齢を考慮して、＜小児科＞ではなく、＜総合診療科＞に1998（平成10）年4月に開設した。＜総合診療科＞は、患者さんを全人的にとらえ、さらに専門診療科との連携により、質の高い医療サービスを行うことを役割としている診療科である³⁾。本外来の対象は、当院小児科において治療を受けていた小児がん患者、および、他医療機関にて治療をしていたが、本外来への受診を希望してきた16歳以上の内科領域に達した患者を原則として対象とした。予約外来とし、本外来のおもな目的は、①現在存在する晩期障害への対応と今後発生する可能性のある晩期障害の早期発見に努めること、②進学・就職・結婚・出産などの life event の際遭遇する心理社会的問題を支援することである。そのために、小児腫瘍専門医が中心となり、関連する診療科（血液内科・婦人科・脳神経外科・メンタルクリニックなど）およびワーカーがチームを組み、包括的診療体制の確立を目指した。

小児腫瘍専門医であるK医師が中心になって診療する本外来に、ワーカーは毎回同席すること

*Masako Yoshida：順天堂大学医学部附属順天堂医院

表1 長期経過観察外来患者概要

| | | |
|-------|-----------|------------|
| 性別 | 男性 | 24 (41.4%) |
| | 女性 | 34 (58.6%) |
| 年齢 | 10歳代 | 25 (43.1%) |
| | 20歳代 | 30 (51.7%) |
| | 30歳代以上 | 3 (5.2%) |
| 学業・職業 | 学生 | 31 (53.4%) |
| | 中・高生 | 18 |
| | 予備校生 | 2 |
| | 専門学校・大学生 | 11 |
| | 有職者 | 20 (34.5%) |
| | 公務員・会社員 | 15 |
| | 自営業・自営手傭い | 3 |
| | フリーター | 2 |
| | 主婦 | 4 |
| | 無職 | 2 |
| | その他 | 1 |

とした。外来開設当初、医師から、患者に対して心理社会的な問題にも対応する外来であり、そのためにワーカーが同席している旨の説明をし、紹介してもらった。また、外来診察時だけではなく、患者が相談を希望するときに適切な援助ができるよう、必要があれば、医療福祉相談室の面接室での相談や、電話での相談、入院時はベッドサイドでの相談、他診療科外来受診時に患者に同行するなど、自由なアクセスを心がけた。

3. 小児がん経験者が抱える問題

1) 医療的問題

本外来の平成13年8月までの患者数は58名で、男性24名、女性34名、年齢は13～49歳（中央値21歳）であった。学生が半数以上を占め、1名を除き全員が病名を告知されていた（表1）。他施設から本外来に受診を希望してきた理由としては、晩期障害の治療や、主治医と呼べる医師がおらず、相談する先がない、といったことが挙げられる（表2）。本外来を知った契機は、患者会＜がんの子供を守る会＞からの紹介や新聞記事を見て、ということだった。既婚者は7名（全員女性）で、内2名が健常児を出産している。疾患は、血液疾患11例、腫瘍疾患47例である（表3）。強い薬剤

の使用や輸血などによる晩期障害を抱えている患者は、22名で、38%を占めた（表4）。

本外来での経過観察中に原疾患の再発や晩期障害を認めた主な症例としては以下のようなものがあった。

- ・急性骨髄性白血病の17歳の女性（13歳発症）は、骨髄再発を来し、他施設で非血縁骨髄移植を受けるが、合併症で死亡した。

- ・悪性リンパ腫の25歳の女性（12歳発症）は、L-asparaginaseによる膵炎でインスリン依存性糖尿病を発症し、小児科医が管理していたが、代謝内分泌科に転科した。

- ・悪性リンパ腫の25歳の女性（14歳発症）は、治療終了11年後に大腿骨頭壊死を発症、骨頭置換術を受けた。

- ・ファンコニー貧血の21歳の男性（1歳発症）は、寛解状態が続いていたが、20年後に貧血が進行したため、血液内科に転科し、骨髄異形成症候群と診断され、非血縁骨髄移植の目的で他施設に転院した。

- ・軽症再生不良性貧血の28歳の女性（11歳発症）は、17年後に貧血が進行し、骨髄異形成症候群と診断され、血液内科に転科した。

- ・軽症再生不良性貧血の22歳の女性（6歳発症）は、15年後に貧血が進行し、他施設で非血縁骨髄移植を受けた。

2) 心理社会的問題

本外来でのワーカーの心理社会的援助の内容については、基本的には社会資源の利用、関係機関・部署との連携、家族への支援など従来から行われていることと同じであるが、ここでは、一つの事例を紹介し、かかわりについてまとめてみたい。（なお、事例はプライバシー保護のため、本質を損ねない程度に、経過に修正を加えてある）

事例：Iさん 女性 26歳（ウィルムス腫瘍）
本外来受診までの経過

1歳8ヶ月、某大学病院で右腎腫瘍の診断を受け、右腎摘出後、腹部放射線照射と化学療法を受けた。5歳まで同病院に通院していたが、親からは、「腎臓の病気で腎臓を取った」としか説明を

表2 他施設から当外来に受診した理由

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・32歳で結婚して他県に住むようになったが、健康状態について、相談相手がいない。トータルケアを求めて。 (脳腫瘍 35歳 女性：診断時 9歳) ・汎下垂体機能不全があり、複数の病院の複数の診療科に受診していたが、主治医と呼べる医師がいないため。 (脳腫瘍 25歳 女性：診断時 11歳) ・測彎症と腰痛に悩んでいるが、元の病院ではすでに治療終了となっているため。 (神経芽腫 20歳 女性：診断時 1歳) ・不妊で他病院産婦人科を受診した際、当外来を紹介された。病気について親からほとんど説明を受けておらず、その病気が、妊娠、胎児への影響があるのか知りたい。 (ウィルムス腫瘍・左腎摘出 27歳 女性：診断時 2歳) ・昨年、入院時に、その医師からはじめて小児がんに罹患したことを聞いた。それまで、生理が不順であちこちの医療機関を回り、早期閉経と診断を受けたが、小児がんと関係があるのか知りたい。 (ウィルムス腫瘍・右腎摘出 26歳 女性：診断時 1歳8ヶ月) |
|--|

表3 疾患

| | |
|----------|---|
| 血液疾患(11) | 再生不良性貧血(6) 血小板減少性紫斑病(2) 免疫不全症候群(1) 遺伝性球状赤血球症(2) |
| 腫瘍疾患(47) | 急性リンパ性白血病(16) 網膜芽細胞腫(8) 悪性リンパ腫(6) 急性骨髄性白血病(5) 脳腫瘍(2) 横紋筋肉腫(2) ウィルムス腫瘍(2) 胚細胞腫瘍(2) 神経芽腫(1) 骨髄異形成症候群(1) 骨肉腫(1) 先天性全身性繊維腫症(1) |

表4 晩期障害

| |
|--|
| <p>頻度：58人中22人 (38%)</p> <p>障害：C型肝炎 下肢麻痺 てんかん 心筋障害 出血性膀胱炎 汎下垂体機能不全 脱毛 無月経 不妊 測彎症 全盲 I型糖尿病 指の壊死 大腿骨骨頭壊死 交合不全など</p> |
|--|

受けていなかった。

5年前より生理の回数が減り、2年前より無月経になった。他院産婦人科を受診し、原因はストレスといわれ、ピルを処方された。3ヶ月後に激しい腹痛が出現し、腹部大静脈の血栓症と診断された。

その後、米国に留学、当地にて鬱状態となり、抗鬱剤を処方され、また、早期卵巣不全と診断された。帰国後、某大学病院産婦人科を受診し、やはり同様の診断を受け、治療法はないと説明された。

新聞で紹介された本外来の記事を読んだ母親に勧められ、Iさんが受診した。

本外来での援助

本外来では、医師及びワーカーが、Iさんからこれまでの経過や気持ち、Iさんの希望を聞くことから始まった。「早期卵巣不全と小児がんとは関係があるのか」という、Iさんの問いかけに、医師は、乳児期の腫瘍の治療が現在の状況と関連していることが考えられることを説明した。そして、そのことを明らかにしていくためには、他の診療科との連携が必要であること、生活上のことなど心理社会的な問題にはワーカーが協力できることが話され、医師は、婦人科宛に紹介状を書き、Iさんに手渡した。

ソーシャルワーカーの関わり

・初めての外来受診時は、表情が乏しく緊張している様子だった。その後、面接室に場所を移し、

Iさんの話を聞いた。「長い間悩んでいたんですね」というワーカーの問いかけに、「子どもが産めるのかどうかずっと気になっていた」と、この間5ヶ所の医療機関を回り、安心どころか、その対応に逆に傷つくことばかりだった、と述べた。また、アルバイト先の上司に提出した婦人科の診断書に対しての言動にショックを受け、対人恐怖症のようになり、いつも人前に出ると、ドキドキしている状態だった、とのことだった。また、おなかの傷については、親が話してくれないので、相当大変な病気だと思い、移植をしたのかと自分で考えていた。母親との関係は、長女である自分に対してはヒステリックで、妹に対しては穏やかで対応が違うと思っていた。高校までは、母親とけんかばかりして、早く家を出たいと思っており、その頃から渡米したいと思っていた。

ワーカー：Iさんが今抱えているような問題が、過去に受けた治療と関係があるのではないかということが最近になって明らかになってきた。おそらくIさんの母親も、Iさんと同じようにその問題をずっと抱えてきたと思われるので、いずれ母親に話を聞きたいことを話すと、Iさんも同意する。「話をこんなに聞いてもらってすごく良かった」と、言って帰られる。

・2週間後、Iさん来室。母親も一緒にきているとのことで、まず、Iさんからこの間の経過や、今後のことについて話を聞くことにする。この間、婦人科に受診し、検査を受けたが、婦人科の医師は、図を書いて丁寧に説明してくれ、自分の話も良く聞いてくれた。今まで、受診しても突き放された感じばかりしていたが、初めて、まともに治療してもらえるかな、と思った。自分としては、今後、実家を離れて、自分で生活しながら治療を続けたい。できれば、保険も扶養家族から抜けて、国民健康保険に加入したい、と希望を述べ、そのための方法について、いっしょに考えていくことにした。母親に、本外来の様子を話したら、よかったと言っていた。ただ、あまり思い出したくないようで、自分が中学か、高校の頃、病気のことをつけていたノー

トを捨ててしまったようだ。理由は、順調に過ごしていたのでと言っていた。

・母親の話をワーカーが聴く際、Iさんに同席するか尋ねると、母親だけのほうが話しやすいと思うので、自分は外で待っている、と言い、母親を連れてくる。

・母親は、Iさんの生活があまりにも順調で、病気のことを話さなくてははいけないと思いつつ、言うきっかけがつかめなかった。また、何か相談しようとしても、最初に手術をした大学病院に聞いていいものかどうか悩んでいた。新聞記事を読み、娘と同じような人がいるんだと思い、娘に記事の事を知らせた。

ワーカー：母親が悩んでいたことは、もっともなことだと思う。母親が悩んだようなことに対応するものとして、こういう外来が開設された。娘さんに話してもらってよかった、と受けとめる。

・1ヶ月後、Iさん来室。表情堅い。アルバイトを始めたが、残業があり、きつい。婦人科では、治療ができるかどうか、検討中である、とのこと。

・1ヶ月後、Iさん来室。婦人科のことで頭がいっぱいで、抗鬱剤をやめていたら、めまいなどが起こり、手持ちの薬をのんだら治った。そのことを婦人科の医師に話したら、メンタルクリニック（旧精神神経科）に紹介してくれ、同じ薬を出してもらった。メンタルクリニックの医師には、疲れていたので細かいことまで話をする気になれず、どこまでわかってもらえたか、心配。

ワーカー：これまでの経過が長いし、あちこちで話してきているので、話をすること自体エネルギーがいることだと思う。でもだいたいなことなので、ワーカーの方からメンタルクリニックの医師に経過を伝えることができることを話すと、お願いします、とのこと。

パソコンで編集するアルバイトをやっている

が、やはり、疲れる。健康保険があり、土曜、日曜が休みなので何とかやっている。婦人科のほうは、責任を持ってみてくれるというので、安心している。

- ・メンタルクリニックの医師に、Iさんのこれまでの経過、及びワーカーの関わりについて話をする。医師は、現在の状態について、不安が強くなるというか、神経症的抑うつという感じであり、何かあったらまた連絡します、とのことだった。
- ・2ヶ月後、循環器内科の検査結果を聞きに来たとのことで、Iさん来室。この間、血栓のことで循環器内科に診てもらった方がいいとのことで、婦人科から紹介してもらい受診をした。最初診察してくれた医師は、Iさんと同じ年ぐらいの女医さんで、複雑な経過に対応できず、その頼りない対応に腹が立ち、Iさんは、ここまでくるのにどれだけ大変だったか、真剣に治そうとしているのか、女性としてどう生きていけばいいのか、強く訴えたところ、やっとわかってもらえたようで他の医師を紹介してくれることになった。この時、治すこと自体が間違っているのかな、とも思った。超音波とCT検査をもらい、その結果をこれから聞きに行くところ。職場をあまり休めないの、総合診療科の本外来になかなか行けなくて、と、気にしている様子。とりあえず、この次の本外来の予約リストに入れておくことにする。診療科があちこちに広がり、振り出しに戻った感じがすると、Iさんは疲労感が増したようだった。

ワーカー：Iさんとしても、休みを調整しながらあちこちの診療科で診察や検査を受けることは大変だと思うが、医師の方も、Iさんの状態が簡単なことではないと認識しているからこそ、各専門領域の医師の意見を聞くことが大事だと思っている。ここまでやってきたのだから…、と話す、もう少しがんばってみます、と言う。この後、治療をするリスク、しないリスクについて、Iさんが医師から聞いていることを一緒に整理する。お化粧もせず、少しやつれた感じ

を受ける。

- ・10日後、Iさんから、電話がある。明日、総合診療科の本外来を予約してもらっていたが、仕事が忙しくて行けない。今度、血管造影の検査をし、その結果を循環器内科で聞くことになっているので、その時、ワーカーのところに寄りた、とのこと。ワーカー了解し、総合診療科本外来のK医師に、この間の経過を話しておくことにする。
- ・10日後、Iさん、循環器内科を受診後来室する。CT検査は異常なかったが、血管造影の結果、以前血栓症と診断された折の血栓が残っていることがわかった。血栓を溶かす治療が先決で、Iさんが望んでいるようなホルモン治療は现阶段ではできないと、説明があった。血栓が残っていたという、思いもかけないことを言われ、早まってホルモン治療をしなくて良かった。(と、安堵の表情を見せる)循環器内科の医師が婦人科の医師に、検査結果のことを書いてくれた。メンタルクリニックの医師と合わない気がする。自分としては、薬をやめる方向にもっていきたいが、医師は、薬を出せばいいと思っているようで…。今は、精神的に安定しているからいいが、ガタガタした時に信頼できる医師に診てもらいたいと思って…(と、医師とうまく意思疎通がとれていないことを話す)。医師の方にも話を伝えてほしい、とのことなので、ワーカーからも話をしておくことにする。アルバイトは、12月末で辞めるかもしれない。通院との両立が大変で、無理して、以前のように対人恐怖症のようになってもまずいと思って…。今後は、循環器内科と婦人科の治療が続く予定。年末年始は、実家に戻ってのんびりしてきたい
- ワーカー：この4ヶ月は、各診療科での検査が入り、大変だったことを労う。
- ・メンタルクリニックの医師に、Iさんが薬中心の治療にならないか心配をしていることを話す。医師からは、薬についてはIさんとも話したことがあるが、今使っている量自体は少なく、ス

トレス要因が少なくなれば、やめていく方向で考えたい。また、Iさんと、話し合ってみよう。

- ・1ヶ月後、メンタルクリニック医師からワーカーに連絡がある。本日、循環器内科に受診し「もう子どもを産むことはできない」と言われたIさんが、自分の外来に受診した。どういう問診をしたのかよくわからないが、「薬をのんでも血栓が溶けておらず、この様子では、一生のまなくてはいけないだろう。妊娠は無理」と言われたようだ。医師の方では、話を聞き、対応したが、ひとしきり泣いて帰った。薬は変えてほしくないとのことだったので、同じものを出した。
- ・3日後、Iさんは、婦人科を受診。
- ・ワーカーが婦人科の医師にこの間のエピソードを話したところ、治療の可能性はあるのでこれから経過は診ていく。Iさんにもそのように話したので、とのことだった。
- ・20日後、Iさんからワーカーに電話。今朝、夢をたくさん見て、寝坊してしまった。仕事は以前と同じところで続けているが、ひまもできたので、本日総合診療科の外来があれば受診したい、とのことだった。本外来がない週であったため、そのことを説明し、Iさんの状況を聞く。身体の調子はいい。ワーカーよりメンタルクリニックの診察のことを尋ねると、この前は、とてもよく話を聞いてもらえた。循環器内科で、血栓が治ったとしても妊娠すると具合が悪くなるので、妊娠するのはだめだ、と言われた直後だったので、ショックだったが、先生自身の考え方などいろいろ話してくれ、すごく良かった、と明るい調子で言う。
- ・4日後、Iさん来室。昨日、左の腰がはれて、押すと痛みがあり、以前血栓症をしたときと状態が似ていて心配だったので、循環器内科に受診した。心配することはないと言われたが、念

のため、来週、血管造影の検査をすることになった。先週の木曜日、マッサージに行き、結構強く押しもらった。気分が良くなるので時々行っているが、そのことが関係あるのかどうか…。

- ワーカー：骨密度のことを尋ねると、普通の人より落ちていると言われているとのこと。長期経過観察外来でも、マッサージをして、気分転換している人の話を聞くことがあるが、その時医師は、マッサージで強く押すことは注意した方がいいかと言っていたことを話す。今度の外来のときに、直接医師に聞いてみるよう話す。
- ・明日、婦人科に受診する予定だが、朝早く来て、10時まで会社に着くようにすれば、休みにならないのでそうするつもり。それで、明日は、ワーカーの所に来れないので…。ワーカーから仕事のことについて聞くと、もう少し時給がいいところはないかと考えているとのこと。現在の会社の待遇を聞くと、健康保険が使えること、病院に行くことを了解してもらっていること、また、半年続いたので、次年度から有給休暇や夏期休暇がつくとのこと。待遇としては、よい状況だと思うが、Iさんはどう思うのか、たずねると、自分としては、仕事を半年続けられたからいいかな、という感じ。今までも、結構短期で辞めていた。大変になる前に辞める傾向がある、と振り返る。大変なことというのは、具体的に予想されるのか、たずねると、今は、特にない。自分自身が臆病というか、どうにもならなくなる前にやめよう、としてしまう。また、パソコンと英語を活かした仕事をしたいので、派遣という形でいろいろな仕事をみてもいいかなと思ったりしている。

ワーカー：この半年、病院と職場と大変だったけど、同じ職場で頑張ったからこそ、次年度から有給休暇ももらえるようになり、むしろ、この半年より楽になるのではないかと。(Iさんの中では、仕事を充分したいという気持ちと、長く続けて経験を積むことの不安が混在している) また、会社で同僚と話すことは緊張し、職種も接客には向いていない、という。いろいろな条件

を考えて、これからのことを考えていこう、と話す。

Iさんと関わり始めて、6ヶ月になる。最近、各診療科の医師の性格の違いを客観的に述べたり、それぞれの医師と信頼関係を形成し、落ち着いて受診ができるようになった。Iさんの身体的な状況は、症状の出方を見ながら対応するという、中途半端な状態が今後も続くと思われるが、ワーカーとしても、各医師と連携をとりながらサポートしていく予定である。

(1)医師の外来診療に同席することについて

初めて本外来に来た患者には、必ず医師から、本外来の意味が話され、心理社会的問題に対応するためにワーカーが同席している旨紹介される。そのため、患者は、生活場面の話題をあたりまえのこととして話すことができ、ワーカーの視点で深めた方がいいと感じた時には、その場で介入し、医師と共に患者の生活課題を共有しやすくなった。また、症状に関する話を本人から一通り外来で聞き、医師からの説明の後、ワーカーが別室で話を聞くこともある。本人の気持ちをもう少し時間をかけて聞くことが必要と思われた時、あるいは医師の説明をどう理解しているか確認したり、医師が男性であるため、女性独自の症状の場合、話にくいことがなかったか、などの振り返りをするためである。改めて、別室でワーカーが面接するかどうかの判断は、診察室での患者の話の内容や態度を見ながら、医師とワーカーが相談して決めている。

本外来は、開設当初は毎週行われていたが、現在は、医師の都合で月に2回になっている(予約の患者数は、1回あたり6~10名程度)。しかし、医師・ワーカーが協働して対応していることが患者にはきちんと認識されているため、本外来がない時でも、他の診療科の受診や検査に来た時、ワーカーのいる相談室に寄り、他の診療科で説明された内容をワーカーに伝え、本外来の次回受診の時に話す内容を共に整理したり、心配なことや現実の課題について検討することが可能である。他の診療科医師とのやり取りや患者の変化などは、

本外来の医師にも、速やかに情報提供しており、連携しながら継続して対応していることが患者にとって安心感をもたらすものとなっている。

(2)自立(自己管理)へのプロセスを共に歩むことについて

患者自身が過去にどんな病気をし、治療をしたかを把握することは、自立という形で自己管理する上には欠かせないことと考える。いわゆる<告知>されていることが前提ではあるが、あまりにも経過が順調だったために、病気のことを話す機会を逸し母親自身がいつ話そうかと悩んでいた、あるいは親の希望で患者本人に知らされていない場合もある。<告知>の時期については慎重に考える必要があるが、筆者が本外来の患者と面接をして明らかになったこととしては、病気がことがきちんと患者に説明されて初めて、その体験が、患者自身のこととして受けとめられるということである。Iさんの場合も、乳児期の疾患を明らかにし、それが現在とどう結びついているかを医師から適切に説明がなされ、次のプロセスに進んでいる。成人した今、晩期障害と対峙しながら自立した生活を目指すには、現実の課題を検討しながら、一つ一つ納得しながら生活を組み立てていくことが必要であろう。

また、患者をとりまく家族の側でも、過去に子どもが病気をしたことによる他の子どもたちとの親子関係、また、患児とその兄弟との関係、そして、病気の告知など、関連した心理社会的問題がある。それらのことを念頭において、家族の支援も忘れてはならない。患者と家族(親・兄弟)の関係を見直したり、患者自身がそれらの関係を振り返ることが、自立への歩みをより促進させることにつながる。

4. おわりに

小児がん長期生存患者の生活の質(QOL)を念頭においた定期的および包括的フォローアップが行われていない現状において、本外来の開設はおそらくわが国初めての試みと思われる。

小児がんの治療成績は過去20年間に飛躍的に向上し、約70%の患者が治癒するようになった。別

所⁹⁾は、1977年以降の治療の特徴として、中枢神経系への放射線照射や、薬剤の多剤併用療法が始まり、使用する用量も超大量になったことをあげ、その結果、予後不良群の治療成績が著しく向上したことを述べている。このような状況の中、長期生存患者が増加してきており、多くの患者が思春期から成人期に達しつつある。国際的には、1995年、国際小児がん学会 (SIOP: Societe Internationale d Oncologie Pediatrique) の委員会は、小児がん患者にとって新しい時代に入ったことを述べ、長期生存患者に対する予防医学および心理社会的なケアの重要性を指摘し、そのための治療終了後のクリニクの確立を主張している⁹⁾。また、小児がんの患者を持つ親の立場から、1996年、オランダの小児がん親の会 (The Dutch parent association) は、小冊子「Surviving childhood cancer: ALL'S WELL THAT ENDS WELL!？」(小児がんを克服して: 終りよければすべてよし!)⁷⁾を出版した。この小冊子は、治療の経過中おきたことへの気持ちの整理や、身体的な後遺症、将来に対してのケアなど、治療が終了した後でも、継続的な対応が必要ではないか、ということ認識し、そのための支援と情報提供を行うことを目的としている⁹⁾。

小児がん長期生存患者への対応へのプログラムを持った機関は米国でもまだわずかである。小児がんを扱っている医療機関を対象にした調査によると、大多数が、成人対象の health care provider の協力なしに、小児の医療機関で実施されており、増加しつつあるこのような患者の必要性を満たすために、小児腫瘍学チームと、成人対象の health care provider が協力していくことが不可欠と結論付けている⁹⁾。

他医療機関で治療を受け、その後、受診していない患者で深刻な問題を抱えて本外来を訪れていることを考えると、同様の問題を抱えている患者が多く潜在していることが推測される。対応できる医療機関がほとんどなく、そのシステム作りと、長期生存患者自身とその家族への情報提供が今後の課題である。

謝辞

最後にこの論文の執筆にあたり、ご教示いただきました順天堂大学小児科講師石本浩市先生に感謝いたします。

文献

- 1) 都田雅子, 石井文子: 小児がん患者・家族へのケースワーク的アプローチについての考察, 『医療と福祉』36: 28-36, 1979.
- 2) 前田美穂: 晩期障害と二次発がん『小児科診療』62: 1223-1228, 1999.
- 3) 『順天堂医院 受診のご案内』2001. 4.
- 4) 第16回日本小児がん学会シンポジウム『告知, いつ, どこで, 誰が, どのようにに』2000.
- 5) 別所文雄: 小児のがん医療にみる小児医療の変貌『日本小児科学会誌』102: 853-856, 1998.
- 6) Giuseppe Masera, Mark Chesler, Momcilo Jankovic et al.: SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology: Guidelines for Care of Long-Term Survivors. Medical and Pediatric Oncology, 27: 1-2, 1996.
- 7) 筆者訳
- 8) JEW Van Dongen-Melman: Information booklet for parents of children surviving cancer. Leukemia, 11: 1799-1806, 1997.
- 9) Kevin C. Oeffinger, Debra A Eshelman, Gail E Tomlinson et al.: Programs for Adult Survivors of Childhood Cancer. Journal of Clinical Oncology, 16: 2864-2867, 1998.

MRSA 問題における療養先確保のためのソーシャルワーク援助 —老人病院の調査結果をもとにした一考察—

柳田 千尋*

Key words : MRSA 問題, サービスの利用差別, ソーシャルワークの機能と限界

I はじめに

年々高齢者医療福祉制度が整備されてきたが、一方で「医療と福祉のはざまで行き場に迷う人々」が存在する。本稿では、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）を保菌したために、医療福祉サービスを受けられないということを問題として取り上げる。本稿でいう「MRSA 問題」とは、感染症問題（院内感染）そのものではなく、保菌状態となった患者が医療福祉サービスから排除され、必要な医療福祉サービスを受けられないということをさす。筆者は、これを「サービスの利用差別」と捉えた。筆者の経験では、老人病院で MRSA 保菌者（以下「保菌者」と略す）を受け入れても院内感染問題が起きたという事実はなく¹⁾、それよりも保菌者であるために、転院や施設入所などの相談が通常のようにできないということが大きな問題であった。そのような経験から、MRSA をいたずらに恐れることによる弊害について検証することとした。その結果は、ソーシャルワーカーの役割・機能は認められるものの、限界をみいだすものであった。その詳細を報告し、MRSA 感染症問題を、社会的問題という視点から捉え直すことにより、当該患者のよりよい療養先の確保を志向した問題提起を試みる。

II MRSA 問題とは

1. 感染症と院内感染

1) 耐性菌の出現と MRSA

ペニシリン登場後の1950年には、細菌感染による死亡が半減し、感染症の脅威は激減するが、

徐々に抗生物質の効きにくい赤痢菌や大腸菌が増加、特にペニシリンを分解する酵素ペニシリナーゼをもつブドウ球菌が登場し問題となった。細菌も、抗生物質や合成抗菌剤によって死滅させられるのを避けて生き延びようとして、その物質に対して耐性をもつようになる。こうして1960年、ペニシリナーゼに分解されないペニシリン、メチシリンは開発された。しかし、早くもその1年後（1961年）にはメチシリンにも耐性をもつブドウ球菌が発見された。これが「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌」(Methicillin-resistant Staphylococcus aureus), すなわち MRSA である。

MRSA は、いわば人間と細菌の生存競争の結果生まれたといえる。本来、抗菌剤は感染症の原因となっている細菌が何なのかを検査し、その細菌に効くものを選んで使用するべきだったが、1980年代に開発された広い範囲に効く第2、第3世代のセフェム系抗生物質が頻繁に使用されたために、細菌の耐性化が進んでしまったのである。さらに、1980年前後から多くの菌に効く第3世代セフェム系抗生物質が使われ始めると、急激に MRSA は増加した。なぜなら、このセフェム系抗生物質は、ブドウ球菌にはやや効き目が弱く、そのために完全に殺菌されなかった菌が耐性をもつようになってしまったからである。こうしたことから、現在では、メチシリンとセフェム系抗生物質に耐性をもつ黄色ブドウ球菌を広く MRSA と呼ぶようになっている。

MRSA の問題は、他の多くの抗生物質にも耐性をもつ他剤耐性のため、いったん感染すると治

*Chihiro Yanagida : 社会保険中央総合病院

す抗生物質がほとんどないということにつくる。もともと黄色ブドウ球菌は、人の皮膚や鼻腔にも住みついているが、MRSAが免疫力の衰えた高齢者や手術後の抵抗力の落ちた患者に感染すると、種々の条件によっては、重症感染症へと発展し、使える抗生物質が少なく致命的になることがあり、院内感染として問題になる。このため、MRSAを意識し、その検出、治療、予防および教育を徹底させることが大切である²⁾。現在、MRSAの治療に使えるのは、バンコマイシン、アルベカシン、テイコプラニンの3種類のみで、MRSAがこれらのクスリに耐性をもつようになるのも時間の問題であり、すでにバンコマイシンに耐性のあるVRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、ペニシリンGに耐性のあるPRSP（ペニシリン耐性肺炎球菌）が報告されている³⁾。

2) 感染症と院内感染

いわゆる「院内感染の恐怖」とは、病気を治療する目的で入院したのに、他からわざわざ病原菌をうつされて、よけいな感染症を起こし、最悪、命を奪われるということを指す。院内感染の問題点を整理すると、「院内感染が発生すると患者は原疾患に加え、余分な感染症による多大な苦痛を背負うことになるばかりでなく、原疾患にも悪影響をもたらすこととなる。また、患者のみならず、家族からも医療従事者に対する不信が生じて来るばかりか、ときとして医療紛争や訴訟にまで発展することもある。さらに一度感染症が発生すると、入院日数も長くなり、医療費が増加することにもなる。このように、院内感染の発生は医療全体の問題にまで発展しうる非常に大きな問題であることを認識する必要がある⁴⁾」ということになる。

2. MRSA問題発生の経緯と「サービスの利用差別」

筆者が、MRSA感染症問題から「感染症」という語句をあえて省き、「MRSA問題」としたのは、この問題を医学的問題として捉えるというよりも、社会的問題として捉えようという意図が込められている。これは、MRSA感染症が問題となり広く認知されていく中で、感染症による差別

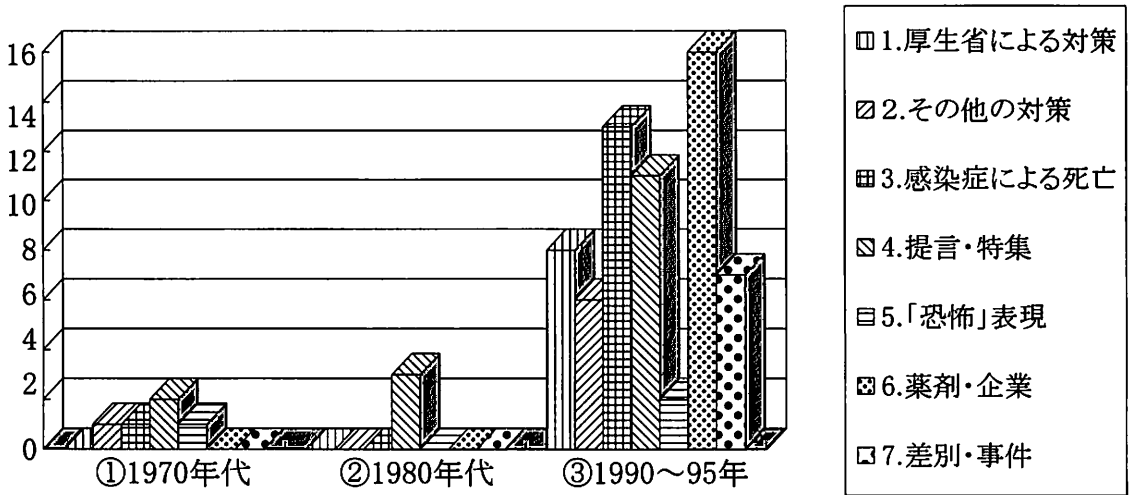
が再び起きた、とうことをわかりやすくするためである。その差別のことを本稿では「サービスの利用差別」と表現したい。以下、年代を追ってMRSA問題がどのような経緯で発生してきたかについて、「朝日新聞」の記事を用い、解説を交えて概観する。尚、かつこ内は、月日を示す。

1989年、日本化学療法学会において耐性菌増加を問題視し院内感染予防の重要性について取り上げられ、ここで初めて「MRSA」という言葉が紙面に登場した（5.2）。その後、厚生省は、抗生物質の効果を全国でサーベイランス（監視調査）し、抗生物質を医薬品市場から整理していくとして、抗生物質の乱用に初の歯止め策が講じられた（9.9）。

しかし、1991年、MRSAによる死亡例が国内各地で報告され、遺族による賠償請求が各地でされているにも関わらず、厚生省は全国調査を行っておらず、その全容は不明のままであった（2.13）。その後、厚生省はそれぞれの病院に対策委員会を設置して感染予防を求めることを都道府県に通知した（6.26）。こうした状況の中、東大医学部付属病院では、感染制御部を設置する方針を決め予算請求する（7.15）。一方、塩野義製薬がMRSAに有効な抗生物質を発売する（11.30）。MRSAは欧米でもかつて問題になったが、この薬のために被害が避けられ、すでに100カ国以上で使用されているという（11.30）。また、埼玉医科大学で、2年前に心臓手術後のMRSA感染症で亡くなった中学生の両親が損害賠償請求訴訟を起こしている（12.6）。

1992年、「MRSAに過剰反応？ 専門医指摘検出で強制退院も」（4.22）と報じられ、福井市内の老人ホームに入所していた女性、男性が発熱により入院した先の病院でMRSA感染症により死亡していると報告があり、ホーム側は二人の死亡についてホーム内感染はあり得ないとコメントしている（12.11）。そして、最も有名になった「富里病院のMRSA大量感染」（12.16）が報じられる。半年間で109人の感染者を出し、80人以上がすでに死亡、その後、「院内感染の富里病院 鉄格子病室に隔離」（12.29）と報じられた。1992年のMRSA関連記事は26件であったが、1993年に

図1 MRSAに関する新聞見出しの分類別件数



(朝日新聞データベースより筆者作成)

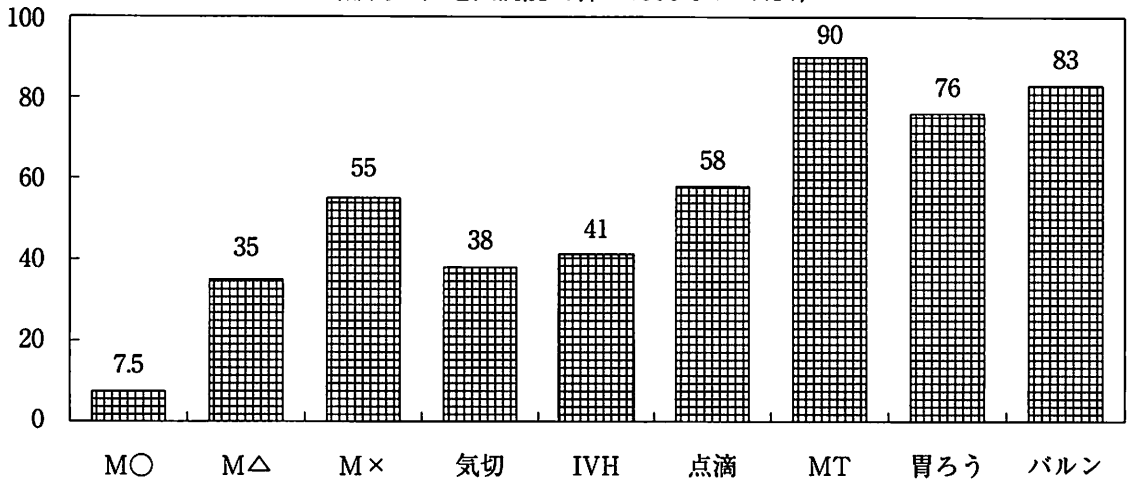
入ると67件と急増する。「MRSA 感染でホーム入所者8人死亡」(2.5),「家庭で、施設で増す危険, 広がるMRSA」(4.29),「千葉県内の8療養施設で24人がMRSA 感染」(6.11),そして「MRSA 大量感染の富里病院, 保険指定取り消しへ」(7.22)と続いた。さらに全国社会福祉協議会が「特別養護老人ホーム等における感染症の手引き」(7.28)を作成し,「感染症状がない限り, 健康保菌者を不当に差別してはならない」と明記しているにもかかわらず,「老人ホームや在宅ケアでMRSA 保菌者を拒否 感染広がる心配」(10.29)という事態となった。年末には,MRSA 感染症を増大させた原因である抗生物質の売り上げが25%減少し,乱用により菌止めがかかった(12.27)。この事態は,“MRSA パニック”と呼ばれている。

1994年,関連記事は18件と減少している。特徴的なのは,企業による感染対策商品の開発が報じられ,この後様々な抗菌グッズが市場に出回り,国民的「清潔志向」が高まった(8.20)ことである。こうした傾向の中,「抗菌剤商品,礼賛には疑問」(10.4)として,「けがれ」に対する過剰な反応として,かつてのハンセン病や結核,現代のHIV,MRSA に対する理不尽な差別の横行を指摘し,科学的,医学的にみて必要以上に「け

がれ」を嫌う風潮を指摘する医師の投書もみられる。しかし,国立医療・病院管理研究所の調査によると,大学病院や公立病院でMRSA は依然として増え続けており(4.10),高齢者が転院するのに「受け入れ先さがしすらう」(3.8)実態は続いた。また,「特養入所に保菌者を差別」(6.2)として,医師の診断書によってB型肝炎,梅毒と並んでMRSA 検出の有無を問われ,陽性者は入所対象者から外されている実態も報告されている。一方で,「既存薬を集中使用し効果」(10.23),「強酸性水で院内感染防止,MRSA 退治で効果,各地で」(11.11)という医療関係者の努力と成果も報道されはじめる。

1995年,関連記事は17件である。在宅サービスが受けられないという「声」が目につく(8.29「老人用施設の充実を早急に」,12.7「入浴車来てくれない 業者は「感染防止」MRSA 保菌者」)。この時期になると,MRSA に対する考え方や対応が,その自治体や施設によって分かれてきている。しかし,実態は厳しいものがある(「MRSA に過剰な反応 保菌者のお年寄りへ入所拒否相次ぐ」9.19)。こうした中,“MRSA パニック”を決定付けたともいえる富里病院事件は,「MRSA 内部告発2医師解雇は不当 富里病院側敗訴」(11.30)と報じられ,幕を閉じた。

図2 受け入れ条件についての電話調査 条件別受け入れ状況の比較 (%)
(都内23区老人病院40件 1999.6.1~7.31)



MO：MRSA受け入れ可、M△：条件付で受け入れ可、M×：受け入れ不可
気切：気管切開、IVH：中心静脈栄養、MT：経鼻栄養、バルン：尿道カテーテル

上記のように、この問題の一つの大きな側面は、マスコミによる影響が考えられる。図1はどんな記事がいつ頃出ていたかについて、朝日新聞のデータベース(1970~1995年)を用いて見出しを分類し作成したものである。

Ⅲ 老人病院を対象とした調査

1. 調査の目的

老人病院(療養型病床群等)を調査対象とした理由は、老人病院が依然として、要介護高齢者を支える有力な社会資源となっているからである。仮に老人病院での保菌者の受け入れが「特に問題ない」ということが立証されれば、より医療依存度の低い高齢者を受け入れる高齢者福祉施設(老人保健施設、特別養護老人ホーム等)での受け入れも「問題ない」といえるという仮説から、まず受け入れに関する実態調査と、ソーシャルワーカーの意識調査を行った。そのことにより、ソーシャルワーカーが、保菌者の受け入れについて、高い問題意識をもち、積極的に所属機関に働きかけを行っているという希望的仮説の検証と、このMRSA問題が医療だけの問題ではなく、社会的問題であることを明示し、保菌者への差別的取扱いにソーシャルワーカーとして疑問を投げかける

ことを目的としている。

2. 調査1 受け入れ条件についての電話調査 1) 仮説

MRSAに関しては、「〈条件付き〉の機関がある程度あるとしても、〈お断り〉の機関が多く、〈条件なし〉の機関は少ない」という仮説を立て、調査を実施した。

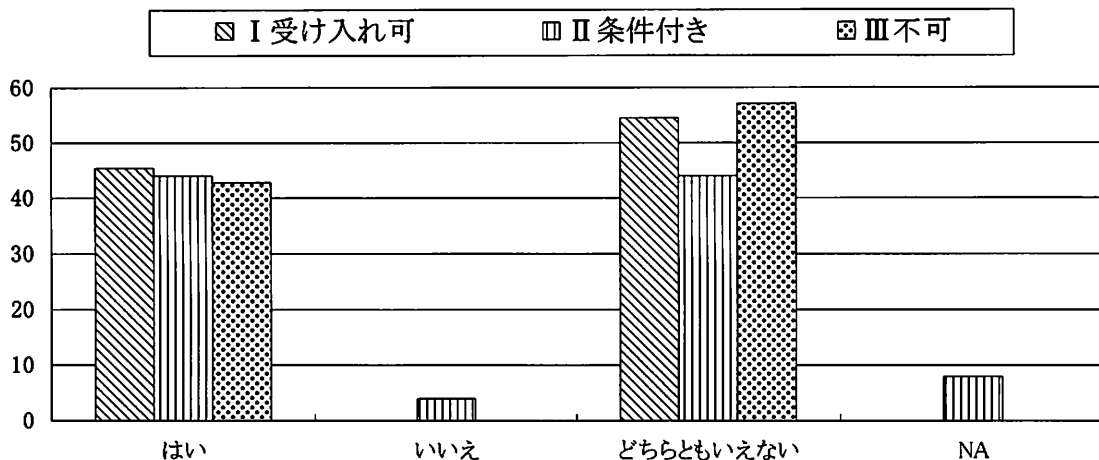
2) 調査方法

- ①対象：老人病院リストにある都内23区内老人病院(40件)
- ②方法：電話調査(他の受け入れ条件についても聞き取れる範囲で確認)
- ③期間：1999年6月1日~7月1日
- ④有効回答数：40件

3) 結果分析

仮説に対し結果は、「条件付きの機関がある程度ある14件(35.0%)としても、お断りの機関が多く22件(55.0%)、条件なしで受け入れが可能な機関は少ない3件(7.5%)」となり、当初の仮説は支持された。受け入れ条件の中で、個室対応のところも多かったが、保菌を理由に個室限定とし、高額な個室料を払わなければ転院できないとなると、実際に転院可能なケースは限定される。

図3 すべての機関で受け入れができないことについて問題と考えるか (%)



しかし、コスト問題があり、医療費請求が定額制により制限され請求できない分を、個室料で賄うということがわかった。

図2は、保菌者の受け入れ状況とその他の医療的処置の継続する患者の受け入れ状況を、電話調査を元に図示したものである。MRSAについてみると、保菌者ということだけで、受け入れが可能な機関は、7.5%と少なくなるが、その他の医療的処置の組み合わせによっては、転院先探しの困難度は高くなる。

3. 調査2 老人病院ソーシャルワーカーの意識調査

1) 仮説

①保菌者を受け入れられないこと（条件付きも含む）について、なんらかの問題意識を持っている、②ソーシャルワーカー等による組織に対する働きかけによって、保菌者の受け入れに貢献している、とした。

2) 調査方法

- ①対象：埼玉 (57)・千葉 (29)・神奈川 (29) 県の老人病院リストをもとに全数調査 (115件) とし、老人病院 (療養型を含む) のソーシャルワーカーまたは入院相談担当者とする。
- ②方法：郵送法
- ③期間：1999年7月15日～8月21日
- ④回収結果：郵送数115/回収数43/回収率37.4%

3) 結果分析

回答者については、ソーシャルワーカーが、30人 (69.7%) であり、調査全体について、ソーシャルワーカーの意識として取り上げていく。調査2の図 (グラフ) では、保菌者の受け入れ状況をもとに、I (受け入れ可の病院) (11件)、II (条件付きの病院) (25件)、III (受け入れ不可の病院) (7件) に分類してそれぞれの割合 (%) において比較検討する。

仮説①については、図3「すべての機関で、保菌者の受け入れができないことについて、問題と考えるか」のようなグラフとなった。全体で、「はい」が19件 (44.1%) と「どちらともいえない」が21件 (48.8%) で半数ずつという、機関の違いを越えて、同様の結果となった。また、「いいえ」という回答が、全体のわずか1件 (2.3%) となった。この結果から、ソーシャルワーカーは、少なくとも、「問題ではない、とは考えていない」と思われる。

そこで、図4で、II (条件付きの病院)、III (不可の病院) に所属するソーシャルワーカーが、「所属病院の体制について、どう思うか」について見ると、「このままでよい」という回答が11件 (44.0%)、3件 (42.8%) とそれぞれ40%を越え、一方で「条件がない方がよい」が7件 (28.0%)、または「改善したほうがよい」が2件 (28.5%) と30%弱となった。図3で、「問題である」という回答が40%を越えながら、「このままでよい」

図4 「条件付」または「不可」についてどう考えるか (%)

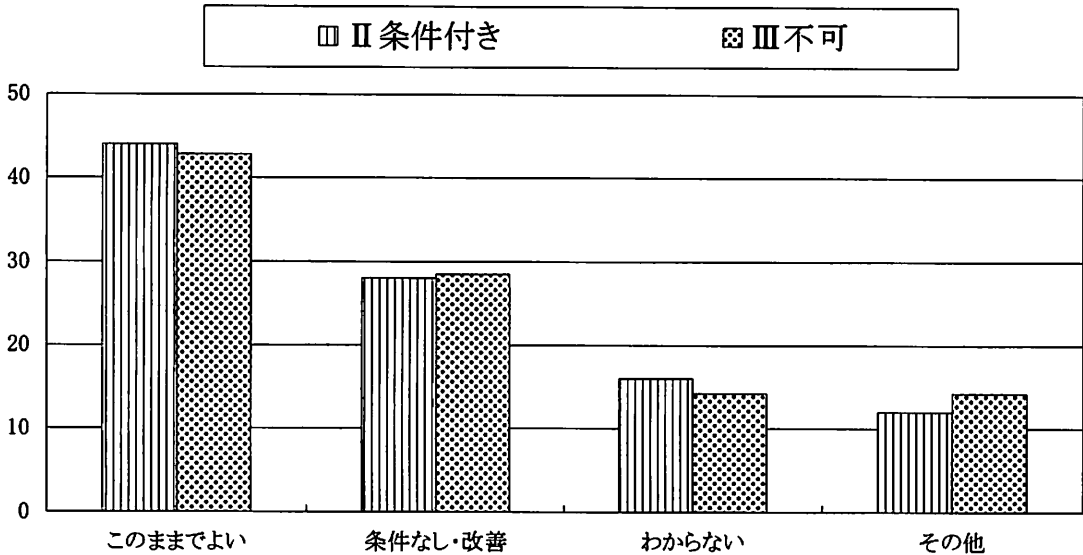
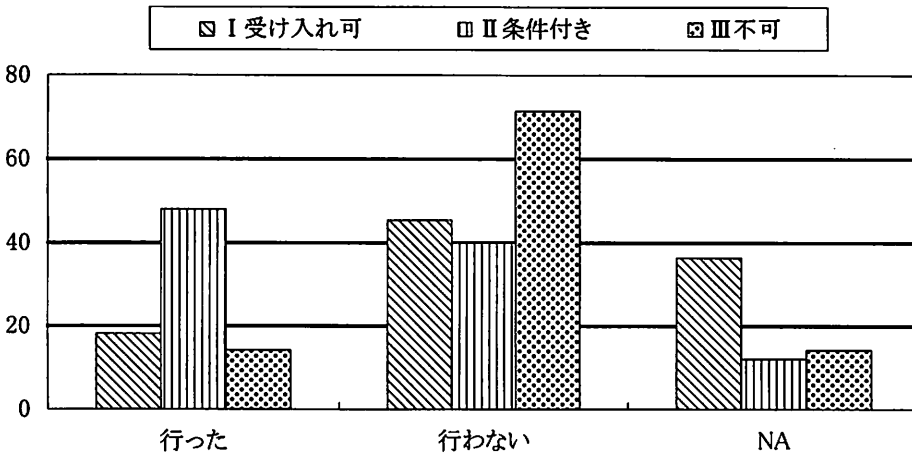


図5 機関への働きかけを行ったかについて (%)



という回答が同じ割合ということは、個人的には問題と感じていても、組織的には仕方がない、というように捉えられ、このMRSA問題が、社会的問題であるという一面をあらわしているものと考えられる。

仮説②については、図5で、ソーシャルワーカーが、「所属機関へ、保菌者の受け入れについて、働きかけを行ったか」について、それぞれの回答を比較している。I〈受け入れ可〉の病院は、「行わない」という回答が5件(45.4%)であり、比較的機関方針として受け入れていることがわかっ

た。III〈不可〉の病院は、「行わなかった」が5件(71.4%)で、あまり積極的な動きは見られなかった。そして、II〈条件付き〉の病院に、「行った」が12件(48.0%)という回答が最も多かった。

図6は、それぞれの、受け入れに関する機関方針について、「いつからそうしているか」という質問の結果である。「当初より」が22件(51.5%)と半数を占めているのが特徴的である。「当初」とは、問題が表面化した90年代の初め、平成2年頃を指している。その後の変化の時期は、平成8

図6 いつからそうしているか (件数)

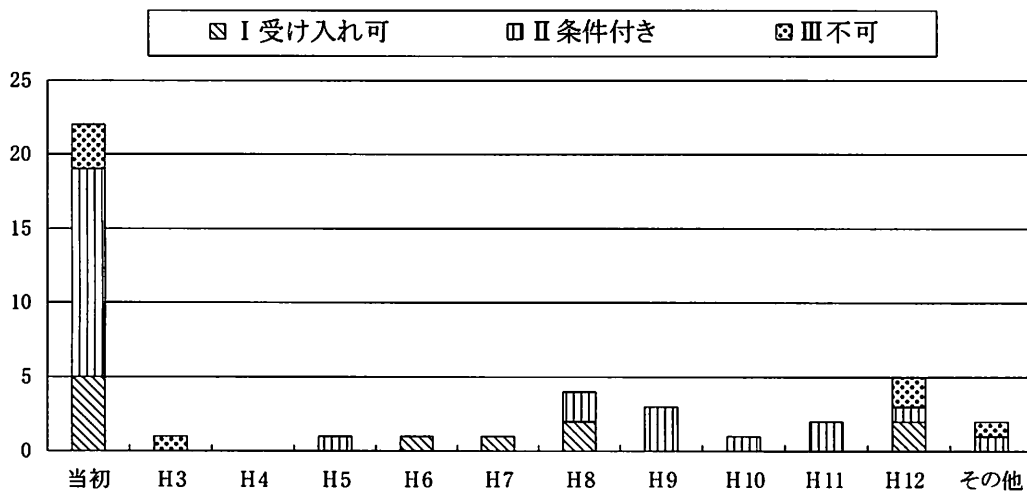
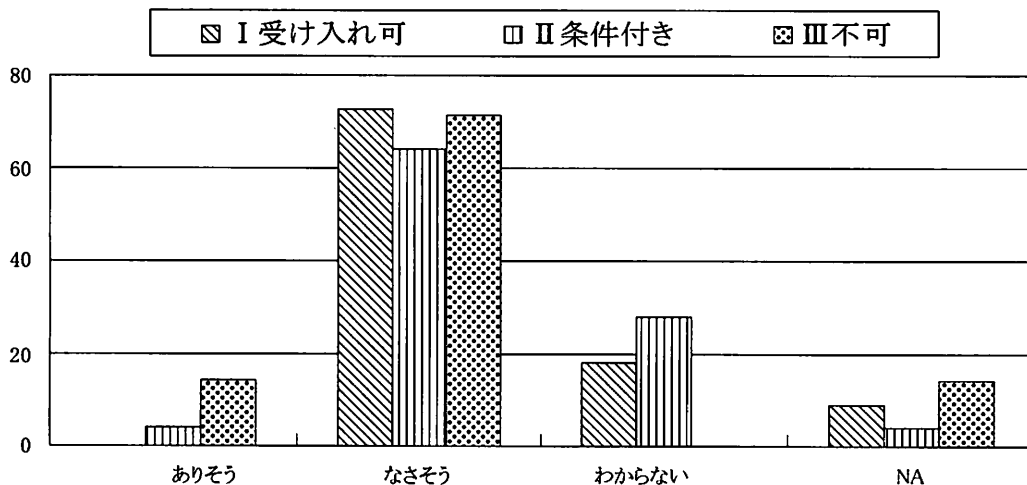


図7 介護保険導入における対応変更について



年から9年に若干集中している傾向がある。これは、平成5年当時の“MRSAパニック”と呼ばれる事態の沈静化の時期と一致しているようで、興味深い結果であった。いずれにしても、一度「恐ろしい菌」とレッテルを貼られた場合のその解消の難しさを実感する結果となった。

図7の「介護保険導入後の対応変更について」は、介護保険導入を、8ヶ月後に控えた時期において、三者とも、70%前後の機関が、対応変更は、「なさそう」と予測していた。介護保険制度の目的は、介護サービスを権利として選択できるようにすることにあるが、現実問題として、「選択できない」状況が続くことはこの結果から明らか

となった

4. MRSAに関する一般的な考え方

これらの調査結果と現時点での「一般的な考え方」について表1のようにまとめた。

①については、他の患者への感染は、100パーセント誰も否定できないが、MRSAは、常在菌化しているという現実から、感染源の特定は困難となっており、その感染対策のマニュアル化は進んでいる。また、死亡に至るのは、他の基礎疾患によるものであり、MRSAが起原因菌となって死亡に至るのは稀であることが確認されている。それは、高齢者の場合、終末感染であり、誰もコントロールできない。②、③については、コスト面

表1 受け入れが困難となる理由と一般的な考え方及び対策

| 受け入れが困難となる理由 | 一般的な考え方及び対策 |
|-----------------------------|---|
| ①院内感染⇒訴訟のおそれ | ①・常在菌化しているMRSA⇒感染源の特定は困難 ・死亡に至る⇒他の基礎疾患 ・高齢者の場合 ⇒ 終末感染 |
| ②感染対策コスト（定額制の医療機関） | ②・③ コスト面の問題 MRSA感染対策の基本⇒ 手洗い、うがいの励行 |
| ③施設面の問題・個室整備の問題 個室料負担の問題 | |

の問題であるが、MRSA 感染対策の基本は、「手洗い、うがいの励行」であるとされている⁵⁾。

IV 考察

1. 本研究の方法と限界について

このような方法を採用したことにより、老人病院に所属するソーシャルワーカーの問題意識が比較的高いという結果を示すことはできたが、高齢者を支える大きな制度枠組みである介護保険施設におけるサービスの現状は明らかにすることはできなかった。また、この二つの調査は、件数が少ないこと、さらに統計的処理を行っていないため、全体の傾向を推測する程度の調査であったことを付け加えなければならない。特に都心部に限られた調査であり、全国的にどのような状況にあるのかは、把握できていないといえる。

2. MRSA 問題におけるソーシャルワーク援助について

ソーシャルワークの機能は、利用者のニーズの多様化によって、実情に応じた拡大が見られるようになってきている。以下、それらの機能から MRSA 問題におけるソーシャルワーク援助について考察する⁶⁾。

①側面的支援機能・能力付与的機能

ソーシャルワーカーは、たとえ、保菌者であったとしても、それによって、その人の価値が、減ずるものではないことを、伝えなければならない。これを、「MRSA 保菌者と価値付けられた人」と決め付けてしまうことは危険である。しかし、サービスの選択肢が狭められてしまうという現実も伝えなければならない。その対応としては、

「MRSA を保菌したから」と否定的に捉えないように勇気付け、立ち向かっていけるような支援が必要となる。そして、利用者の希望するサービスの利用が叶えられるように、またはより近づくように支援する姿勢を保ちながら、情報収集を怠らず、それを提供する努力が求められている。さらに利用者を、能力あるものとして理解し、可能性を見出し、力を倍化させる能力付与的機能を加味しなければならない。

②代弁・弁護機能

利用者には、情報量が少ないためにニーズを充足する力に欠ける場合がある。ソーシャルワーカーは、彼らの立場の代弁者としてその意志を伝えていく役割があり、これは権利を侵された、弱者に対する人権擁護、回復の役割機能である。MRSA 問題における弁護機能は、たとえば、急性期病院においては、在院日数短縮化の中にあっても、その退院援助が困難になることを院内のスタッフに伝え、状況によっては、MRSA を、陰性にするような必要性や、陰性になるまで入院継続の許可を得るなどが考えられる。保菌者は、その弁護機能さえ、受けられない状況にあるのではないだろうか。このような保菌者に対する弁護機能の必要性は、現状においては通常の利用者よりも強いと捉えることが妥当である。しかし実は、このような弁護機能は無駄である。なぜなら、保菌者の受け入れができない理由のほとんどが医学的にみても無意味だからである⁷⁾。MRSA に関する正しい知識があれば、通常の利用者と同様に支援できるはずである。そのことを理解した上で、「保菌者に対する差別はもってのほか」という信

念を持った感染症対策を講じ⁹⁾、当該患者を弁護する視点が必要である。

③管理・運営機能

保菌者の受け入れができない問題は、各専門職の見識のくい違い、知識のなさによって起きているともいえる。ソーシャルワーカーのマネジャーとしての役割は、解決策の提示や話し合いの場を提供し、組織運営を民主化することによって、各職種の意見を出しやすくし、現場の受け入れの試みを促すことにある。さらに、組織の指揮命令系統に「MRSA問題の一般的な考え方、対策」を認識してもらうことによって、備品なども含めた院内感染対策にかかわる部署と協同することも可能となる。管理運営面でこのような交互作用による一致がみられると、組織が有効に機能すると考えられる。

④保護機能

MRSA問題における保護機能は、高齢者施設での受け入れができない理由の正当性が、医学的にもほぼ否定された現時点でも、誤解・偏見の根深く残る現状においては、残っていると考えられる。

⑤教育機能

MRSA問題においては、さまざまな立場における教育機能が考えられ、利用者、医療職、福祉職といわれる専門職、行政、地域、社会教育まで含まれる。その教育機能は、MRSAについての医学的知識だけでなく、MRSA問題の現状や、その発生の経緯などを理解し、その偏見、誤解をといていくことが目的となる。また、個々の利用者にとって意味のある情報や技術を伝達し、利用者がそれらを獲得することをとおして自己能力を高め社会的機能を促進させることも可能となるのではないだろうか。

⑥媒介的機能

保菌者の退院相談においては、ニーズの対象となる機関に対して、保菌者であるが、危険な状態ではないことを踏まえて、利用者の希望を聴いてもらえるような状況を作り出すことが求められている。しかし、現状ではそのことさえが困難であり、ソーシャルワーカー自身もあきらめ感をもつことが多い。例えば、ソーシャルワーカー同士の

情報交換の際に、保菌者の受け入れにおける相手の施設の状況について理解を示しながらも、そのニーズの媒介者としての機能を果たし、関係者の意識の変化を求めていくことも有効ではないだろうか。

⑦調停的機能

ソーシャルワーカーは、利用者と家族あるいは地域社会の間で意見のくい違いや争いが見られるとき、調停者としての機能を果たす。MRSA問題の特徴は、その「意見のくい違いや争い」さえも表面化することが少ないということである。表面化する前に、拒絶されてしまい、限られた資源の中で対応するしかない状況である。調停的機能を果たすことができるような状況を作り出すことが先決と思われる。

⑧資源動員的機能

保菌者の場合、施設を利用すること自体が困難な場合が多く、ハードな資源から閉めだされている状況といえる。しかし、その施設を管理運営しているのは人であり、結局はソフトの資源からも閉めだされていることになる。この場合、どのような資源動員が可能なのであろうか。筆者が思うに、MRSAについて学習し、受け入れてみる(plan-do-see)ほかないのではないかと考えている。そして、MRSA問題の理解者が増えることによって、組織が力動的に変革していく可能性があると思われる。例えば、ソーシャルワーカーだけがMRSA問題を理解するのではなく、他の専門職者がそれぞれの団体で研修を受けること等によって、それぞれの立場からの理解を得て、施設運営に生かせるように、その人的資源の動員を側面的に支援することも可能であろう。

⑨協働的機能

MRSAを保菌しているために、利用者が、希望するサービスを断られた場合、その理由を、そのまま伝えるが、その言葉の中に、「だからあきらめなさい」、「ここにしなさい」、といったニュアンスを含意することなく、それでもなお、「どのようにしたいか」、という希望を述べることのできるような面接を行うよう配慮しなければならない。そして、利用者を、積極的に援助過程に参画させ、一緒に立ち向かい、納得のいく結果が得

られるように、協働者としての機能を果たすよう努力しなければならない。

V おわりに

筆者は、このMRSA問題を解消するための一つの方法として、ソーシャルワーカーによる所属機関への働きかけを念頭においていた。しかし、調査によって、ソーシャルワーカー個人が所属機関に働きかけるには限界があることが判明した。しかし、その役割はソーシャルワークの機能の中に見ることができた。そして、その機能の多様性を示すソーシャルワーク援助活動は、「直接的援助活動」、「間接的援助活動」、「管理・運営的援助活動」として示すことができる。特に「間接的援助活動」と「管理・運営的援助活動」は、MRSA問題に対して現状を打開できる可能性を内包しており、この二つの活動が有効に機能したとき、本質的な、ソーシャルワーク援助活動が可能となる。また、MRSA問題が組織的、社会的な課題であったことが理解できたなかで、アンケートからソーシャルワーカーが孤軍奮闘する姿を読み取ることができたことは収穫であったといえる。

組織が、往々にして拒絶する保菌者を受け入れることについて、ソーシャルワーカーが、異を唱えるということは、MRSA問題の歴史的経過と科学的な資料によって、その本質を明示することでもある。ソーシャルワーカーは、その価値・知識・技能に加えて、誤解や、偏見を排除した客観的、かつ最新の科学的事実を認識して実践にあたるのが求められている。

しかし、今回の調査結果からは、MRSAをめぐる現状について問題意識を持っているソーシャルワーカーが少なくないということが明らかとなり、ソーシャルワーカー個人の努力が重要ではあることに言及したが、考察で述べたようなソーシャルワーク援助とその努力だけで現状をどこまで改善できるのかということについては、かなり疑問が残る部分でもある。MRSA問題は、「社会的問題」であるという捉え方から、「制度的問題」に起因するものと捉えなおし、別の角度からの取り組みを提示していく必要性があろう。

このMRSA問題は、「感染症」問題のもうひとつ

の“恐怖”である差別的な問題と訴訟不安の問題とを併せ持っている。筆者は、高齢者介護の課題が膨らむ一方である今、MRSAに対する「一般的な考え方」について、医療福祉関係者、さらには国民的コンセンサスを得る必要性を感じ、問題提起を行うこととした。今回は、「なぜ、受け入れてもらえないのか」という疑問から出発したが、今後は、前向きに取り組んでいる機関・施設の実践について評価することが、この「サービスの利用差別」を解く鍵になるのかもしれないと考えているところである。

また、老人病院という医療施設のソーシャルワーカーの働きかけからMRSAに対する偏見を解くことをひとつの解決の方向性として考えていたが、今回、限界があることを確認するに至った。しかし、この問題は、感染症問題における保菌者の「排除」の差別的な問題を含んでいるともいえる。今後の課題として、さらにこの問題を検討するとすれば、①アドボカシーの視点から、②制度的問題としての切り口から、③組織論的枠組みからの検討の可能性を提示しておきたい。筆者の具体的な目標は、施設入所用の診断書からMRSAに関する記載の撤廃、もしくは、医師のコメントの記載により隔離の必要性がないことについて明記し、通常の入所相談と同じ扱いとなることを想定している。

[謝辞]

本調査にあたり、アンケートにご協力くださったソーシャルワーカーおよび入院相談担当者の方々、そして、快く論文指導をしてくださりました東洋大学の佐藤豊道先生須田木綿子先生に感謝いたします。

注

- 1) 1992(平成4)年から1998(平成10)年まで勤務した小規模病院で、4階部分が実質の老人病棟であった。着任当初は、4階が72床あったが、退職する頃には40床程度まで減少した。個室は3室、2人部屋が2室、ほかに6人、8人、14人、20人部屋などがあった。各ベッドにはカーテンはなく、洗面なども各部屋にはなかった。しかし、定額制に該当しな

かったために、医療処置の必要な患者も、気管切開を除いてほぼ受け入れをしていた。保菌者に関しては、最初は受け入れていなかったが、入院相談が多くなるにしたがって、婦長と相談し、まず入院時に、鼻・咽頭の検査をして、個室で1週間状態観察を行って、+となった時は、6人部屋を「M部屋」と称し、管理していた。看護部では、さまざまな情報を元に、試行錯誤してMRSAを消すような努力をして、いつのまにか「隔離は無意味」という結論に達した。こうして、保菌状態の患者は、そのこと自体を特に問題視することなく、全身状態から当院で受け入れていくのが妥当かどうかということに焦点をあてて、入院相談を行うように変化していった。小さな病院であったが、訪問看護ステーションを併設し、地域において、高齢者、若年の障害者の在宅生活を支える社会資源として利用された施設であった。

- 2) 日本感染症学会編，厚生省医薬安全局安全対策課編集協力「改訂院内感染テキスト」へるす出版，1998，p. 7
- 3) 野口實「抗生物質の話」日本実業出版社，1999，p.102，104
- 4) 前掲，日本感染症学会編，p.154
- 5) 深山牧子「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症」【感染症症候群Ⅰ】領域別感染症シリーズNo23，日本臨床社，1999，p.179-181；小林寛伊「病院感染症」【感染症症候群Ⅲ】領域別感染症シリーズNo25，日本臨床社，1999，p.394；深山牧子「感染症予防と治療の一般原則」【介護福祉】No13，社会福祉振興試験センター，1994，p.39，45，47
- 6) 福祉士養成講座編集委員会【社会福祉援助技術論Ⅱ（各論Ⅰ）】中央法規，1999年，p.70-72.：太田義弘，秋山薊二編，【ジェネラル・ソーシャルワーク】，光生館，1999年，p.155-196
- 7) 5) に同じ
- 8) 中川晶輝「施設内感染とその予防」，【老人福祉施設における看護業務マニュアル】，東京都社会福祉協議会老人福祉部会研修委員会編1990年 p.68-69，には，その点についてははっきりと明記してある。

The Social Work Intervention to Secure the Opportunity of Treatment for the MRSA Patients : A Case Study on A Geriatric Hospital

Chihiro Yanagida

This paper attempted to raise the awareness on the fact that Methicillin – Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) virus positive patients were excluded from necessary medical services, and to identify the solution to this problem.

This study collected information on how a geriatric hospital accepted the MRSA – virus positive patients, and how much social workers working at the hospital were aware of the issue. The hypotheses were that ; 1) social workers working in such a facility should be aware of the seriousness of this issue, and 2) the issue was still unable to be resolved since drawing the resolution – strategy was beyond the responsibilities social workers could undertake.

The functions that the social workers could perform were categorized as follows : 1) assisting in problem resolution, 2) advocacy, 3) administration, 4) caring, 5) education, 6) mediating, 7) promoting to compromise, 8) resource mobilizing, and 9) promoting collaborations.

The conclusion was that the hypotheses were supported ; several obstacles to be overcome to resolve the problem were identified, which were proved to be beyond the responsibilities that social workers could undertake. It seemed to be important to discuss further on patients' rights as well as on systematic problems in the existing medical services.

肝移植後患者の社会生活に対する影響要因の検討

鈴木 志保*
浅川 達人**
田中 千枝子**

Key words : 肝移植後患者, QOL

I はじめに

1) 移植医療と心理・社会的問題

先端医療のひとつである移植医療は、慢性腎不全患者にとっては透析からの離脱を意味し、肝移植や心移植は患者の疾患によっては唯一の根治療法となる。1989年、それまで根本的治療法がないとされていた末期の肝不全に対する治療法である生体肝移植が実施された。生体肝移植は健康な生活を送っている提供者（ドナー）の肝臓の一部を患者（レシピエント）に移植する。そのためレシピエントに必要とされる臓器の容量の問題から、手術開始当初は親がドナーとなる小児例がほとんどであった。しかし医学技術の進歩により最近では成人例への拡大も顕著であり、現在では小児、成人合計900例以上の生体肝移植が国内30以上の施設で行われている（河原崎ら，1999）。一方で、家族内に移植に適応するドナーがいない等の理由から、家族は最後の選択肢として脳死移植の進む海外で移植を選択する場合もある。厚生省の「臓器技術臨床研究開発事業—臓器移植の評価に関する研究」（班長：太田和夫）の調査によると1985年から1995年7月までに小児・成人合わせて125名の患者が海外で肝臓移植を受けている（Kita Yら，1996）。

これまでに移植医療における心理・社会的問題として、移植の選択と決定をめくり未解決の家族

間の心理的葛藤が表面化する等の家族力動の変化（宮崎，1993）や、患者は移植後も拒絶反応を防ぐため免疫抑制剤を服用し続けなければならないことなど、服薬管理（長谷川，2001）に関連した問題が指摘されている。また移植医療が先端医療の一つであることから、「移植患者への無理解と偏見」の存在（宮崎，1993）が移植後患者の社会生活上の問題として挙げられている。

また日本で行われている臓器移植は主に家族や親族の臓器の一部を移植する生体臓器移植であり、脳死移植を中心とする欧米と大きく異なっている。生体臓器移植には、脳死臓器移植ではあまり見られないことがない、ドナーとレシピエントが共依存してしまう等の心理・社会的問題が存在することが指摘されている（福西，1998）。

このように移植医療における進歩につれ、身体面のみならず心理・社会的援助の重要性が明らかにされている。

2) QOL 研究の流れ

QOL (quality of life) は一般的に生活の質、または生命の質と訳されることが多い。しかしその概念は曖昧であり、医学研究においては「測定する QOL の領域の規定、評価尺度の選択などが十分に選定されていない場合が多く、分析的な研究対象としてよりもスローガンやキャッチフレー

*Shiho Suzuki : 東海大学大学院健康科学研究科保健福祉学専攻修士課程

**Tatsuto Asakawa, Chieko Tanaka : 東海大学健康科学部社会福祉学科

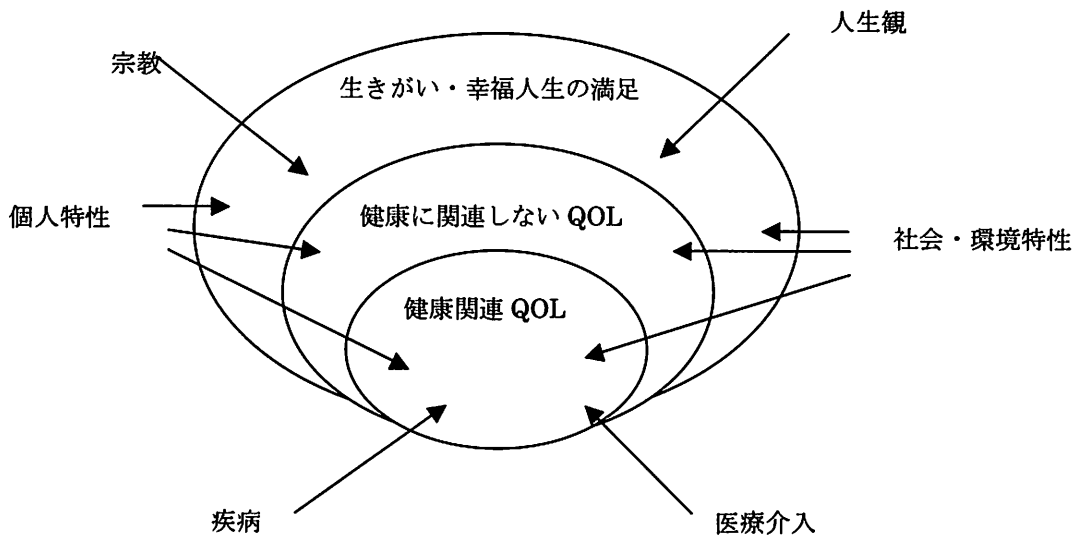


Figure. 1 健康関連QOLの概念図

ズとして扱われやすい傾向がある」と指摘されている（中山，1995）。

また，近年の医療分野における顕著な発展の一つとして，医療の質を評価する上で，患者からの視点を中心とすることの重要性を認識したということがある（Geigle & Jones, 1990）。これは欧米で進む「患者満足度（Patient Satisfaction）調査」にも表れていて，Lembekeは「医療の質は，その技術がどのくらい多く提供されたかによってはかられるのではなく，その後の人生における目標，失意の緩和，機能の回復，機能障害の予防といった健康サービスから得られた転帰に，より密接な関係がある。」と述べている。またこれに関連して，患者に対する医療目標は，実りある生活の実現（Cluff, 1988）と健康保持にある（McDermott, 1981）と指摘されている。

このような新しい流れはQOLを医療評価のための患者立脚型アウトカムとして明確に位置付けるものであった。宮崎（2001）は，移植医療が高額な医療費を必要とすることをふまえ，患者側と医療側の双方が納得できる医療のアウトカムが大切であるという認識が臨床の場においても深まっていると指摘している。また欧米ではQOLが医療評価のためのアウトカムとして明確に位置付け

られたことにより，大規模なQOL研究が行われている。

現在，QOLをめぐる2つの議論がある。その判定，評価すべき範囲を，身体面や精神面を中心にした健康面に限定する解釈と，幸福感，靈感や実存にまで拡大した解釈である。健康面に立脚したQOLの概念はhealth related quality of life (HQOL)として医学研究においてよく使用されている。本研究においては健康面に立脚した概念を「HQOL」とし，拡大した解釈を「広義のQOL」と呼ぶこととする。池上ら（2001）はHQOLの概念をFigure. 1に表している。

これによるとHQOLは，「生きがい・幸福人生の満足」，「健康に関連しないQOL」に含まれる下位概念である。健康関連QOL（以下HQOL）尺度であるMOS Short-Form36-Item Health Survey（以下SF-36）を使った肝移植後・および腎移植後患者に対する調査では，国民標準値に比べて特に全体的健康感のスコアが低いことが指摘されている（鈴木ら，2001）。この全体的健康感の低スコアの解釈は「健康状態が良くなく，徐々に悪くなっていく」であり，SF-36のサブスケールのうち，これのみが将来的な不安を内包する質問項目である。この結果は，先行研究と一致

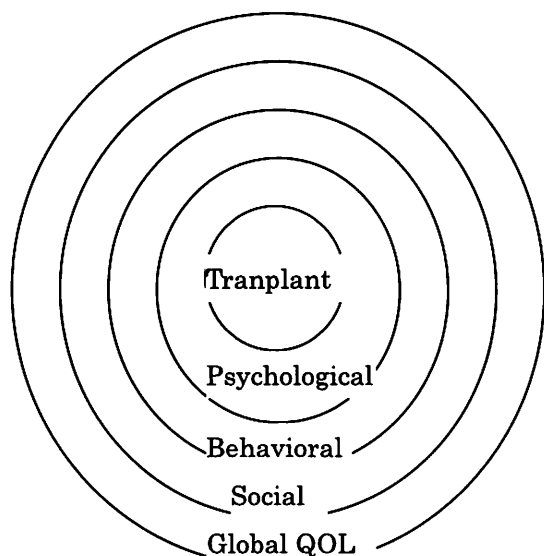


Figure. 2 Post psychosocial outcomes

し、移植後患者のHQOLの中で全体的健康感すなわち、「健康状態に対する将来的な不安」が一つの援助課題であることが示唆された。

一方、広義のQOLに関して、Padillaら（1983）は広義のQOLの一要素として「自分の人生や将来に対する態度」を挙げている。

また移植医療においてはDewら（2000）が、移植手術自体が患者の心理面と幸福感、次に実際の行為、さらに社会生活における変化と変化に対する再適応を起こし、最終的に広義のQOLと満足感に影響を与えることを指摘している（Figure. 2）。

さらに宮崎（2001）は移植後のQOLに影響を及ぼす心理・社会的背景は、①ドナーの選定、②家族や親族の移植に対する理解度と協力度、③移植医療の本質に対する了解度、④生活状況と当事者をとりまく社会的な支援のあり方等であると指摘している。

このように、移植後患者のQOLに心理・社会的問題が影響を与えること、心理・社会的援助の必要性が、現在までに指摘されている。

3) 目的

このような先行研究をふまえて、筆者らは臓器移植後患者のQOLを把握し、その上で高い

QOLを獲得・維持するための影響要因を明らかにすることを目的としたプロジェクト研究を行ってきた。そこでは移植後患者のHQOLにおいて「全体的健康感」の低スコアが指摘され、またHQOLに影響を与える要因の検討から、肝移植後患者では就業・就学している患者において全体的健康感が高く、腎移植後患者では逆に就業・就学している患者の全体的健康感が低いことが明らかになった。また肝移植後患者は就業・就学の影響を腎移植後患者よりも受けることも同時に示された（鈴木ら、2001）。そこで本研究では、肝移植後患者の広義のQOLに対する影響要因を検討することを目的とした。

本研究ではこの広義のQOLに対する影響要因を検討するため、広義のQOLの一要素として「将来の社会生活に対する不安」に着目した。この「将来の社会生活に対する不安」に着目したのは、プロジェクト研究において移植後患者が将来の健康状態に不安を持っていることが明らかになったが、移植後患者が自らの将来の健康状態に対する不安のみならず、将来の社会生活に対しても不安を持っているのではないかと想定したことによる。本研究において、肝移植後患者の将来の社会生活に不安に対する影響要因を検討することにより得られた知見は、肝移植後患者が高いQOLを維持・獲得するために日常生活で必要とされるソーシャルワーク援助、およびサポートシステムのあり方を検討するための基礎的な資料となり得ると考えている。

II 研究方法

本研究では、調査票を用いて標本調査を行った。

1) 調査の概要

プロジェクト研究において行った調査は、移植患者団体（日本移植者協議会、トリオ・ジャパン、胆道閉鎖症の子供を守る会）の会員と病院内の移植患者勉強会に参加経験のある、16歳以上の腎移植患者99名、肝移植後患者86名、計185名を対象として郵送調査により実施された。調査票は2001年7月後半から8月後半の1ヶ月に各患者団体、病院から配布し、対象者が調査票を受け取った日から1週間以内に返送を依頼した。

有効回収数は腎移植後患者66票（回収率67%）、肝移植後患者53票（回収率61%）計119票（回収率64%）であった。回答者の平均年齢は43.5才±12.2、性別構成は男性58.8%、女性41.2%であった。

本研究では、肝移植後患者の回答53票をサブサンプルとして用いた。性別構成は男性26名（49.1%）、女性26名（49.1%）、不明1名（1.9%）であった。回答者の平均年齢は38.7才±14.7であった。移植してからの経過月数の平均は72.0±50.7であった。

2) 調査項目

プロジェクト研究に用いた調査票では、本人および同居家族の性別、年齢、職業等の基本属性の他に、移植後患者の心理・社会的問題としてこれまでに大本ら（1993）、長谷川（2001）、宮崎（1993）などによって指摘されている「就業・就学」「服薬管理」「家族、職場等での理解」に加え、ストレス緩衝効果があるとされている「ソーシャルネットワーク」、「移植を受けたことによる日常生活、家庭内での役割充実」、「患者会活動」に関する項目を設定した。

本研究では、広義のQOLの一要素として「将来の社会生活に対して不安を感じていますか」という項目を従属変数として用いた。またこの広義のQOLの一要素に対する影響要因として、「家族の理解」「ソーシャルネットワーク」「日常生活、家庭内での役割充実」に関する項目を分析に用いた。「家族の理解」については、移植後患者の心理・社会的問題として、「家庭内力動の変化」（宮崎，1993）（渡辺，1998）に見られるように、患者の移植後の生活状況に「家族」が重要な役割を果たすことが先行研究において明らかにされていることから分析に用いた。また「日常生活、家庭内での役割充実」については我々が行なったプロジェクト研究において就学・就業という「役割」を得ている肝移植後患者が全体的健康感が高い、すなわち「将来の健康状態への不安」が軽減されていたことから「日常生活、家庭内での役割充実」が「将来の社会生活への不安」に対しても影響を与えているのではないかと考えたことから分

析に用いた。さらに「ソーシャルネットワーク」については、移植医療の進む欧米において、移植後患者に対するソーシャルワーク援助において重要視すべき点であると指摘されている（Lewisら，2001）ことから分析に用いた。

3) 方法

「あなたご自分の将来の社会生活について不安を感じていらっしゃいますか」という設問に対する回答を①とても感じる②やや感じる③どちらとも言えない④あまり感じない⑤感じないの5件法で求め、回答が①または②のものを「不安あり=1」に、③・④・⑤を「不安なし=0」と再コード化することにより「将来の社会生活についての不安の有無」とした上で、従属変数とした。

独立変数としては、「あなたには生活上で困った時やわからない事がある時に相談をできる人が、ご近所や友人・知人の中に何人いますか」を人数で尋ねた項目、「移植前に比べてあなたは家庭内の役割が充実したと感じていらっしゃいますか」、「移植前に比べてあなたは趣味活動が充実したと感じていらっしゃいますか」「ご家族はあなたの病気や身体の状態について理解していると感じていらっしゃいますか」を5件法で尋ねた項目と「性別」を用いた。

これら合計5項目を独立変数として設定し、将来の社会生活についての不安の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。なお、5件法データはそのまま投入し、ソーシャルネットワークの回答については、回答を0～1人、2～5人、6人以上の3群に分けて独立変数とした。また、性別については「女性」を、ソーシャルネットワークについては「0～1人」をそれぞれ基準カテゴリーとした（Table. 1, Table. 2）。

Ⅲ 結果

本分析で用いたモデルは有意（ $p < .05$ ）であった。5つの独立変数のうち、移植を受けたことによる家庭内での役割についての質問項目である「移植前に比べてあなたは家庭内の役割が充実したと感じていらっしゃいますか」、ソーシャルネットワークについての質問項目である「あなたに

Table.1 各独立変数と従属変数のクロス表

| | 将来の生活に対する不安 | | 合 計 |
|-----------|-------------|----|-----|
| | あり | なし | |
| 性別 | | | |
| 女性 | 18 | 8 | 26 |
| 男性 | 17 | 9 | 26 |
| 合計 | 35 | 17 | 52 |
| 家庭内での役割充実 | | | |
| とても感じる | 7 | 4 | 11 |
| やや感じる | 14 | 2 | 16 |
| どちらとも言えない | 7 | 6 | 13 |
| あまり感じない | 4 | 1 | 5 |
| 感じない | 4 | 4 | 8 |
| 合計 | 36 | 17 | 53 |
| 相談できる友人数 | | | |
| 0-1人 | 7 | 1 | 8 |
| 2-5人 | 23 | 8 | 31 |
| 6人以上 | 4 | 5 | 9 |
| 合計 | 34 | 14 | 49 |
| 趣味活動の充実 | | | |
| とても感じる | 13 | 8 | 21 |
| やや感じる | 8 | 2 | 10 |
| どちらとも言えない | 5 | 4 | 9 |
| あまり感じない | 7 | 0 | 7 |
| 感じない | 3 | 3 | 6 |
| 合計 | 36 | 17 | 53 |
| 家族の理解 | | | |
| とても感じる | 21 | 14 | 35 |
| やや感じる | 11 | 3 | 14 |
| どちらとも言えない | 2 | 0 | 2 |
| あまり感じない | 1 | 0 | 1 |
| 感じない | 1 | 0 | 1 |
| 合計 | 36 | 17 | 53 |

は生活上で困った時やわからない事がある時に相談をできる人が、ご近所や友人・知人の中に何人いますか」の6人以上の群が統計的に有意となった ($p < .05$)。優比はそれぞれ0.363, 0.049であった (Table. 3)。すなわち、家庭内の役割充実を感じる度合が1カテゴリー上昇するごとに不安

を感じる確率は0.36倍であり、不安を感じにくくなっている。また困った時やわからない事がある時に相談をできる人が、ご近所や友人・知人の中に0～1人, 2～5人の人に対して、6人以上いる人は0.049倍であり、不安を感じる確率が低くなっている。

Table. 2 各独立変数と従属変数のカイ二乗検定結果

| | カイ二乗値 | 自由度 | 有意確率 |
|-----------|-------|-----|------|
| 性別 | .087 | 1 | .768 |
| 家庭内での役割充実 | 5.604 | 4 | .231 |
| 相談できる友人数 | 4.279 | 2 | .118 |
| 趣味活動の充実 | 5.841 | 4 | .211 |
| 家族の理解 | 3.626 | 4 | .459 |

Table. 3 ロジスティック分析結果

| | ロジスティック 回帰係数 | 優比 |
|-------------------|-----------------|---------|
| 性別 (女性→男性) | -0.398 | 0.672 |
| 家庭内での役割充実 | -1.013 | 0.363* |
| 相談できる友人数 (→ 2-5人) | -1.762 | 0.172 |
| 相談できる友人数 (→ 6人以上) | -3.012 | 0.049* |
| 趣味活動の充実 | -0.62 | 0.538 |
| 家族の理解 | -1.527 | 0.217 |
| 定数 | 15.104 | 3628320 |

モデルカイ 2 乗値=12.93* 自由度= 6 * $p < .05$

IV 考察

分析結果から、家庭内での役割の充実と、相談できる知人・友人を複数有することが、肝移植後患者の社会生活の不安を軽減する影響を与えていることが示唆された。

この2点が、移植後患者の生活に影響を与えるのは、移植後特有の心理・社会的問題と、また移植医療が先端医療である点と関連があると思われる。

1) 相談できる知人・友人について

宮崎 (1993) は、移植後患者の心理・社会的問題について「移植患者への無理解と偏見」をあげている。移植後患者は、手術が終わり退院した後も、定期的に通院することが必要とされる。また重篤な拒絶反応は、場合によっては移植された臓器の機能を奪う場合もあり、拒絶反応を防ぐために、規則的な服薬管理が求められる。しかし、日

常生活能力や心理状態に対して周囲の理解が不十分であったり、移植したのだから全くの健康体であると思ったり、反対に特別視されたりする実情がある。

移植医療は、善意による臓器の提供者によって成り立つ医療であり、わが国においては脳死移植をめぐる様々な議論が交わされてきた。しかし一方で、北 (1998) は、移植後患者の生活状況や社会復帰の実態は社会にほとんど認識されていないと指摘している。また長谷川 (1999) が行った移植後患者に対する調査では、移植後に「なぜ移植をしてまで生き延びたいかと言われた」「外国で移植を受けたのでエイズ感染の可能性を疑われて失職した」等の移植医療そのものに対する、社会の無理解が明らかになった。

また先端医療である生体肝移植は、手術を行うことが出来る施設がまだ少なく、大都市に偏在している。筆者が行った当事者へのインタビューに

においても、「身近に移植後の医学的フォローを行うことが出来る機関がなく、風邪を引いただけでも、わざわざ移植を受けた病院に行かなければならない」ということが聞かれた。このように移植患者は、退院後に生活上または身体上の問題を抱えた時、身近に相談者が得られにくい。このような理由から移植後患者にとって相談者が身近に多数いることは、大きな意味を持ち、将来の社会生活への不安の軽減につながったのではないかと考える。

2) 家庭内での役割充実について

また本研究から移植後患者本人が移植前に比べて家庭内での役割を果たすことが出来るようになったと感じているほど、将来の社会生活への不安が少ないことが明らかになった。この「家庭内での役割の充実」については、長谷川(2001)の指摘する「役割期待と現状のズレ」に関連があると思われる。

肝移植患者は移植を受けなければ助かる道はないという、重篤な状態で移植手術を受ける。よって移植手術が成功し、日常生活を送るということは患者にとって劇的な変化を経験することである。身体的変化のみならず、患者の役割も「病人役割」から「家庭役割」、「社会的役割」を果たす者として変化する。しかし、患者によっては、退院後も拒絶反応や合併症が起きたりして、本人、家族または周囲が移植前に考えていた身体的な状態と移植後の状態にギャップが生まれている場合もある。このようなギャップは、「役割」の問題に大きく影響する。長谷川(2001)はこのギャップが「役割」の問題に2つの方向を与えるとしている。その一つは周囲から病人と見られるために、過剰に保護されてしまい、自立的行動が抑制されてしまう状況である。本人は家庭や社会においての役割を果たそうとするものの、家族、周囲が本人の健康状態に過敏になり過ぎ、本人が考えるような役割を果たせなくなる場合である。もう一つは逆に健康者と全く変わりがないとみなされて過剰な役割行動を期待されてしまう状況である。このどちらも移植後患者本人が考えていた移植後の役割を果たすことを抑制してしまう。

特に生体肝移植は、家族内に臓器を提供したドナーと提供を受けたレシピエントの両者が存在することも多く、家庭内力動の変化(渡辺, 1998)の問題にも関連し、この家庭内の役割を本人が果たすことが出来るようになったということがより重要な意味を持つと考える。また移植医療が先端医療であることも「家庭内での役割の充実」が将来の社会生活への不安を軽減することと関連があると思われる。生体肝移植は1989年に第1例目が始まってから、まだ12年しか経過していない。患者にとって唯一の根治療法であるだけに、患者自身が長期的な予後について不安を感じているのではないと思われる。身体的な予後の不安は、将来の社会生活への不安の一因となり得る。よって移植を受けるしか助かる道がない状況であった移植前に比べて、「現在、家庭内での役割を果たすことの出来る自分」であるという自身の認識が、移植後患者が抱える将来の社会生活に対する不安を軽減することにつながっていると考える。

V まとめ

最後にこれらの知見を基に、今後、移植後患者の日常生活、および社会復帰の場で必要とされるソーシャルワーク援助のいくつかの方向を示す。

1) ソーシャルネットワークの形成・維持に対する援助

移植医療が進み、また「患者満足度 Patient Satisfaction」に対する関心が深い欧米において、移植医療の中でソーシャルワーカーが果たす役割は大きい。移植患者へのソーシャルワーク援助についてLewisら(2000)は、①患者自身が有するソーシャルネットワークと援助につながる関係に対して気づき、それをより正しく評価するように援助すること。②その他の情緒的ニーズに患者自身が注意を向けることが出来るように援助すること、を指摘している。これは欧米では「reactive」から「proactive」というソーシャルワーカーの役割の変化として報告されている(Lewisら, 2000)。このため、患者の社会資源としてのソーシャルネットワークの配置の状況を把握し、その上でそれらを整理し、ネットワークを強くし、支持関係を深めるための介入がされている(Le-

wisら, 2000)。また大本 (1993) は移植医療のような先端医療においては、医療スタッフが患者の身体的状況にのみ焦点が当たりやすく、それゆえにソーシャルワーカーが果たす役割も大きいと述べており、その中でも、ソーシャルワーカーが移植後患者のソーシャルネットワークを援助することの重要性が本研究により明らかになったと思われる。

2) 役割充実にに対する援助

前述したように、肝移植後患者のHQOLの課題としては「全体的健康感」の低スコアが挙げられるものの、一方で就学・就業がこのスコアを押し上げていることも指摘されている。「健康状態が良くなく、徐々に悪くなっていく」と解釈される「全体的健康感」の低スコアが、就学・就業により押し上げられるのは、現在の役割の充実感が将来の健康状態悪化に対する懸念として生じる不安をやわらげていることにあると考えられる。自己の役割に対する肯定的な自己評価が不安を緩衝し、広義のQOLを高めるという因果連鎖はLemon (1972) において示唆されている。Lemon (1972) は「活動度が大→役割支持が多い→肯定的自我概念が多→生活満足度が高」という因果図式を提示している。これは現在の生活満足度の向上を説明するモデルではあるものの、現在の「生」に対する肯定的な認識は、将来の健康状態の悪化への“現在”の不安を和らげることを介して、将来に投影されるものと考えられる。移植後患者のソーシャルワーク援助において、移植後患者の「現在の役割の獲得」に焦点を合わせることが「将来の不安」に対する援助につながると考えられる。

今後の課題としては、Lewisら (2000) も指摘しているように患者の現在の「生」を支えている、人的資源としての他者の整序と、他者からの役割期待、及び役割遂行の力量に対する患者自身の気づきと動機づけを援助していくことが、重要であると考えられる。

文献

河原崎秀雄, 吉野浩之, 水田耕一, 橋都浩平, 針原康,

窪田敬一, 高山忠利, 幕内雅敏: 本邦における生体肝移植の集計, 外科, 61, 1103-1106, 1999.

Kita Y, Umeshita K, Gotoh M, Sakon M, Monden M, Ichida T, Ota K.: The quality of life in adult Japanese patients undergoing liver transplants overseas. Transplant Proc, 28, 1936-1938, 1996.

宮崎清恵: 腎移植医療におけるソーシャルワーカーの役割, 医療社会福祉研究, 2, 14-18, 1993.

長谷川浩: 臓器移植のメンタルヘルス, 中央法規, 川野雅資編, 49-61, 2001.

福西勇夫: 先端医療と心のケア, 現在のエスプリ, 至文堂, 福西勇夫, 岡田宏基編, 47-55, 1998.

中山健夫: わが国における「QOL研究」の動向, 第二回日本行動医学会抄録集, 20-21, 1995.

Geigle, R., & Jones, S. B.: Outcomes measurement: A report from the front, Inquiry, 27, 7-13, 1990.

Cluff, L. E.: Chronic disease, function and the quality of care. Journal of Chronic Diseases, 34: 299-304. 1981.

McDermott, W.: Absence of indicators of the influence of its physicians on a society's health. American Journal of Medicine, 70, 833-843, 1981.

宮崎清恵: 移植患者のQOLに関する一考察, 日本医療社会福祉学会第11回大会プログラム, 38-39, 2001.

池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也: 臨床のためのQOL評価ハンドブック, 医学書院, 2001.

鈴木志保, 田中千枝子, 浅川達人: 臓器移植後患者における心理・社会的問題の検討 SF-36の結果から, 東海大学紀要第7号, 109-114, 2001.

Padilla, G. V., Present, C., Grant, M., Metter, G., Lipsett, J, Heide, F: Quality of life index for patients with cancer, Lancet, 24, 899-900, 1983.

Mary Amanda Dew, Galen E. Awitser, Andrea F. DiMartini, Jennifer Matukaitis, Mary Grace Fitzgerald, Robert L. Kormos: Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation, Progress in Transplantation, 10(4), 239-

259, 2000.

大本和子、内田敦子、中山元子、山川恵理佳：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, 医療社会福祉研究, 2, 8-13, 1993.

渡辺俊之：先端医療と心のケア, 現代のエスプリ, 至文堂, 福西勇夫, 岡田宏基編, 65-75, 1998.

北嘉昭：先端医療と心のケア, 現代のエスプリ, 至文堂, 福西勇夫, 岡田宏基編, 96-109, 1998.

長谷川浩：臓器移植プロセスにおける心理・社会的援助に関する研究, 文部省科学研究費報告書, 30-31, 1999.

Kim Lewis, Rebecca P. Winsett, Muammer Cetingok, Judy Martin, K. Hathaway: Social network mapping with transplant recipient, *Progress in Transplantation*, 10, 4, 262-266, 2000.

Bruce W. Lemon, Vern L. Bengtson, James A. Peterson: An Exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among In-Mover to a retirement community, *Journal of Gerontology*, 27, 4, 511-523, 1972.

A Study of the Influencing Factors on Social Life of Post Liver Transplant Patient

Shiho Suzuki, Tatsuto Asakawa, and Chieko Tanaka

The purpose of the research is to come up with the distinctive ideas of social work practice considering those who went through the process of organ transplant by examining the influencing factors on their QOL, Quality of Life. The questionnaires were sent by mails to the 99 post kidney transplant patients and 86 post liver transplant patients, aged 16 years or older in both cases. This research focused on the analysis of 53 post liver transplant patients who had returned their answers to the questions (response rate was 61%). In addition to the basic attributes of the sample population, the research questions considered the factors that influence their psycho-social well-being as cause factors. Among all the items that consist QOL, the item of anxiety from the outlook of social life in the future was highlighted as an indicator to measure QOL. As a result of logistic analysis, social network and fulfillment of roles in their homes were considered significant as the factors that influence anxiety from the outlook of social life in the future. It has become clear that those who have more than a few friends and acquaintances to whom they can consult and also, those who found themselves more confident in pursuing their roles in their family than before (the transplant operation) showed less anxiety in their social life.

病院におけるソーシャルワークサービスに対する満足度 —生態学のニッチ概念を援用して—

李 政元*
藤井 美和**

Key words : サービス評価, サービス満足度, 多様性, ニッチ

I はじめに

近年、消費者中心の捉え方 (consumer-oriented perspective) を、ソーシャルワークサービスの評価に取り入れようとする動きが積極的になってきている (Davis & Gerrard, 1993)。一方的なサービスの提供ではなく、クライアントをその中心に据えクライアントのためのサービスを提供すべきであるという考え方である。クライアントによりよいサービスを提供するためには、そのサービス利用者であるクライアントのサービス評価 (サービス満足度) が不可欠となる。また、誰が、どのサービスに対して満足しているのかを明らかにすることは、サービスの質の向上や改善にとって重要である。利用者のサービスに対する認識は、サービスの質と技術的側面を規定するものであるため (Gyllenpalm, 1996)、サービス提供者は、そのサービス評価に利用者を巻き込んでいく必要がある。

日本においても、病院におけるソーシャルワークサービスの評価についてサーベイ調査が行われている。しかしながらその数は非常に少なく、また、サービスのどの要因がクライアントの満足度に影響を与えているかについてはその実証的研究は殆どみあたらない。この様な状況では、クライアントが病院でのソーシャルワークサービスに何を求めているのか把握することはできないし、サービス提供者もサービスの改善や質の向上をはか

ることが困難になってくる。病院におけるソーシャルワークサービスの質を確かなものにするためには、サービスのどのような側面 (要因) がクライアントのサービス満足度に影響を与えているのかを明らかにしていく必要がある。

さらに今日の問題としてあげられるのは、クライアントのニーズの多様性である。このニーズの多様性は、クライアントそのものをどう捉えるかに直接関わるものである。これまでの数少ない日本の調査では、クライアントはひとつの特性を持つ集団として扱われてきた。果たしてクライアント集団は同じニーズを持つひとつの集団と考えてよいのだろうか。Showerら (1995) は「病院とソーシャルワーカーは、2つの異なる利用者グループ (two consumer groups)、つまり患者群と家族群にサービスを提供している」と主張している。

これらのことを踏まえて病院におけるソーシャルワークサービスの現状を考えると、現段階で取り組まなければならない問題は2つあるといえるだろう。ひとつは、クライアントのサービス満足度に与える要因は何かを明らかにすること、もうひとつは、クライアントは同じニーズを持つ一つの集団なのか、異なるニーズを持つ複数の集団から構成されているのかを明らかにすることである。本研究の目的はこの2つの問題を明らかにすることである。それによって、どのようなグループが、

*Jung Won Lee : 関西学院大学大学院博士課程後期課程

**Miwa Fujii : 関西学院大学社会学部

どのようなニーズを持ち、どのようにサービスを評価しているのかが明らかになるであろう。またそれによって、今後のソーシャルワークサービスの内容や質の向上に一つの方向付けが与えられると考える。

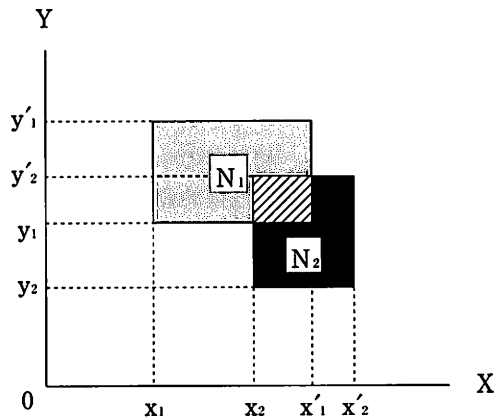
II ニッチについて

Showerら(1995)の命題、「病院とソーシャルワーカーは、2つの異なる利用者グループ(two consumer groups)、つまり患者群と家族群にサービスを提供している」を生態学的に解釈すると、「患者(群)」と「家族(群)」は単に観察者(ソーシャルワーカー、研究者)が便宜的に命名・分類しているグループではなく、各グループはそれぞれ固有のニーズ様式を持つグループであるということになる。これは、病院において各々のグループが求めるソーシャルワークサービスの内容は異なるということの意味する。「患者(群)」と「家族(群)」それぞれに、呼称のみならず科学的かつ実質的な意味と内容を与えるためには、2つのグループの差異を科学的に示す必要がある。そこで、筆者らは、希求する欲求資源のパターンの差異によって、分類が可能な生態学概念のニッチ(niche)の概念に着目する。

ソーシャルワークでいわれるニッチは、グループや個人によって占められるコミュニティの社会構造内における地位(status)を意味する(Germain & Gitterman, 1986, 1996)。しかし、生態学においては、Hutchinson(1957)の定義が頻繁に用いられている。Hutchinson(1957)はニッチを「種が個体群を維持できるn個のそれぞれ独立した環境条件(あるいは資源の利用)の範囲によって表現される多次元の立体空間」と定義している。わかりやすくするために、2つの環境条件XとY、2つの種、種1と種2を考える。種1にとってはX軸の $x_1-x'_1$ とY軸の $y_1-y'_1$ とからなる N_1 、種2にとってはX軸の $x_2-x'_2$ とY軸の $y_2-y'_2$ とからなる N_2 がそれぞれの基本ニッチ(fundamental niche)である。 N_1 と N_2 の重なりが大きいほど両種の競争は激しい。そして、 N_1 と N_2 の重なりから発生する相互作用によって基本ニッチが縮小されたニッチを、実現ニッチ(re-

alized niche)と呼ぶ(図1:伊藤ら,1992,p.292を参考)。では、人のニッチはどのように表現できるのであろうか。筆者らは、Hutchinson(1957)のニッチ概念を援用して、人のニッチを「人が社会環境において、健全に社会生活を送るために利用する欲求資源の範囲によって表現される、多次元の立体空間」と定義する。この、人のニッチ概念を用いて考えると、Showerら(1995)のいう「異なる利用者グループ」とは、「利用する欲求資源の範囲が異なるグループ」と理解することができる。そして、もしグループごとに欲求資源が異なるのであれば、ソーシャルワークサービスに求められるサービスの種類は、グループによって異なるはずである。検証方法については後ほど詳述するが、「患者(群)」と「家族(群)」のニッチが異なるとは、両グループのソーシャルワークサービスに対する満足度に対して、求めるサービス内容が異なる時や、サービスの内容によって重みの度合いがグループによって異なる時である。

図1



III 先行研究

先に述べたように、病院におけるソーシャルワークサービスに対する評価に関する研究の数は大変限られている。また、先行研究は、主に病院におけるソーシャルワークサービスの全般に対する評価についての研究と、退院援助に対する評価についての研究の2つに大別される。

まず、病院におけるソーシャルワークサービス全般に対する評価の主な計量的研究として、Gar-

berら(1986)の研究と藤井(1994)の研究を紹介する。

Garberら(1986)の研究は、数少ないソーシャルワークサービスに対する患者の満足度調査の1つである。この調査は、ニューヨークのある病院で1982年5月の時点で終結しているケースの中から無作為抽出したクライアントを対象に行われたものである。クライアント(n=96)はソーシャルワーカーの共感的態度・対応、カウンセリングサービスに対して高い満足度を示している。カウンセリングなしにサービスを受けたクライアントは、カウンセリングを伴ったサービスを受けたクライアントより満足度が低いことが報告されている。また、ワーカーを共感的と感じたクライアントは、たとえ特定のサービスがなされていなくとも満足を感じていることが報告されている。しかし、この研究では多変量解析を用いた分析はされておらず、どの要因が患者のソーシャルワークサービスに対する全体的満足度に影響を与えているかは明らかにされていない。

藤井(1994)は、満足度調査のためのスケールを開発し、ある大学病院でソーシャルワークサービスに対する満足度調査を行った。調査対象者は、1993年7月から10月の間に終結した全ケースから回答に問題のある者を除いたクライアントである(n=154)。因子分析の結果、ソーシャルワークサービスは、カウンセリングサービス、情報提供サービス、そして連絡調整サービスの3つの要因で構成されていることが明らかになった。また分散分析の結果、クライアントのサービスに対する全体的満足度は、この3つの要因が有意に影響していると報告している。

退院援助に対する評価についての最近の研究では、田中ら(1997)の研究とShowersら(1995)の研究が挙げられる。田中ら(1997)は脳血管疾患患者の家族を対象とした退院2ヶ月時と退院4年後の追跡調査研究(n=116)を行った。その結果、退院2ヶ月時で示された情報提供サービス、環境整備サービスに対する評価が4年後には低下したと報告している。この結果から、田中ら(1997)は、退院後の療養生活での対処困難な事態の発生によって評価が変化すると結論づけてい

る。

Showersら(1995)は、退院援助に対する患者群(n=225)と代理人群(家族、親戚、友人、その他を含む)(n=115)の満足度に関する研究を行った。重回帰分析の結果、「計画されたサービスがどの程度充足されたかの評価得点」と「退院後の医療サービスに対する全体評価得点」が、両群の退院援助に対する満足度に共通して影響を与えていることが明らかになった。ところが、患者群ではその他に、「情緒的健康(emotional health)に対する自己評価」、「退院援助後のフォローアップに対する評価」、「退院援助ソーシャルワーカーによる計画されたサービスがどの程度充足されたかの評価」の3つが退院援助の満足度に影響を与えていることがわかった。代理人群については、その他に、「退院後の援助サービスに対する評価」、「再入院」が退院援助の満足度に影響を与えていることがわかった。患者群と代理人群の退院援助の満足度に影響を与える要因が異なるという結果から、Showersら(1995)は、病院におけるソーシャルワークサービスでは、患者と代理人の「異なる消費者グループ」が存在し、各グループに対応したサービス提供のあり方が求められると結論づけている。

IV 仮説

筆者らは、先に紹介した先行研究のうち藤井(1994)とShowersら(1995)の研究に注目し、以下に述べる手順で仮説を導き出した。

まず藤井(1994)の結果を基に、「病院におけるソーシャルワークサービスに対する満足度(以下、「サービス満足度」とする)」を「カウンセリングサービスに対する評価得点」、「情報提供サービスに対する評価得点」、「連絡調整サービスに対する評価得点」の3要因の総和とするモデルを定義した。モデルは以下のように表される。

$$(1)OSL = W_1CSSL + W_2ISSL + W_3LSSL$$

OSL (Overall Satisfaction Level) : サービス満足度

CSSL (Counseling Service Satisfaction

Level) : カウンセリングサービスに対する評価
得点

ISSL (Information Service Satisfaction
Level) : 情報提供サービスに対する評価得点

LSSL (Liaison Service Satisfaction Level) :
連絡調整サービスに対する評価得点

W_{1-3} : 独立変数に付随する重み

次に, Showers ら (1995) の命題 S1 の「異なる
利用者グループ」をニッチの異なるグループと
捉え, サービスの利用パターンによって定義され
るグループと考えた。もし, サービス満足度のモ
デル(1)が妥当であるならば, 次の命題が導き出さ
れる。

(2) 異なるニッチを持つ各グループの, サービス
満足度を構成する要因は異なる

言い換えれば, 患者群と家族群のサービス満足
度を構成する要因は異なることを示す。それは以
下のように表現することができる。

(3) $OSL_1 \neq OSL_2$

OSL_1 : 患者群のサービス満足度

OSL_2 : 家族群のサービス満足度

(3)が真である場合は, OSL_1 と OSL_2 の構成要素
の組み合わせが異なる時である。つまり, 患者群
と家族群のソーシャルワークサービスに対する満
足度を構成する要素が異なる場合がそうである。
例えば下の例は, 患者のサービス満足度は, カウ
ンセリングサービスと情報提供サービスに対する
評価得点で構成され, 家族のサービス満足度は,
カウンセリングサービス, 情報提供サービス, 連
絡調整サービスに対する評価得点の3つで構成さ
れていることを意味している。

例 1 $OSL_1 = W_{11}CSSL + W_{12}ISSL$

$OSL_2 = W_{21}CSSL + W_{22}ISSL + W_{23}LSSL$

OSL_1 : 患者群のサービス満足度

OSL_2 : 家族群のサービス満足度

CSSL : カウンセリングに対する評価得点

ISSL : 情報サービスに対する評価得点

LSSL : 連絡調整サービスに対する評価得点

W_{1-3} : 独立変数に付随する重み

また, 下記の(4)のように, 患者群と家族群それ
ぞれのサービス満足度の構成要素に付随する重み
が同等でない場合も(2)が真となる条件である。

(4) $W_{1i} \neq W_{2i}$

W_{1i} : 患者群のサービス満足度を構成する要素
に付随する重み

W_{2i} : 家族群のサービス満足度を構成する要素
に付随する重み

各構成要素に付随する重みが異なる場合, 患者
群のサービス満足度と家族群のサービス満足度は
同等であるとは言えない。

以上のことから, 本研究で統計的にテストする
2つの仮説が導き出される。

仮説 1 : 仮説モデル(1)はクライアントのサービス
満足度を統計的に有意に説明する

仮説 2 : ソーシャルワークサービスを利用するク
ライアントの中には異なるニッチを持つ
グループが存在し, 各グループのサービ
ス満足度を構成する要因は異なる

V 研究方法

1. 尺度と標本について

本研究で分析するデータは1993年ある大学病院
のソーシャルワーク部門において, 藤井 (1994)
が開発した尺度 (Patient Satisfaction Question-
naire, 以下 PQS とする) を含む質問紙によって
収集されたものである。PQS は19項目からなり,
病院におけるソーシャルワークサービスの主要な
サービス領域と考えられる「カウンセリングサー
ビス」, 「情報提供サービス」, 「連絡調整サー
ビス」についての評価得点を5件法で測定している
(藤井, 1994)。下位尺度ごとの Cronbach の α 係

数は、「カウンセリングサービスに対する評価得点」(10項目) = .93, 「情報提供サービスに対する評価得点」(6項目) = .88, 「連絡調整サービスに対する評価得点」(3項目) = .78である(藤井, 1994)。質問項目については、付表を参照されたい。

質問紙にはPQSの他に、ソーシャルワークサービス全体に対する満足度を測定するものとして「ソーシャルワークサービスは役に立ちましたか」を“ほとんど助けにならなかった”から“大変助けになった”まで4件法で回答するものと、年齢、性別、サービス利用者のタイプを尋ねる質問が載せられている。

データが収集された病院は兵庫県にある1250床の大学病院である。1993年7月から10月までに終結した全ケースの中から、クライアントが死亡したケースと、終結後にまた援助を再開しているケースを除く全てのケース235(クライアントが患者である場合は患者本人、クライアントが家族である場合は家族)に質問紙を郵送した。有効回答率は65.5%で(154ケース)で、グループ別の内訳は患者が51(33.1%)、家族が103(66.9%)、性別では、女性が105(68.2%)、男性は49(31.8%)であった。基本属性についての詳細は藤井(1994)の報告を参照されたい。

2. 分析方法

まず、仮説1を検証するために、患者群と家族群の「ソーシャルワークサービスは役に立ちましたか」とするソーシャルワークサービスに全体に対する満足度(OSL)の間に統計的有意差があるか否かをt検定を用いて分析する。

次に、全てのケースに因子分析から得られる下位尺度ごとの因子得点を用いて、全ての因子、すなわち「カウンセリングサービスに対する評価得点(CSSL)」、「情報提供サービスに対する評価得点(ISSL)」、「連絡調整サービスに対する評価得点(LSSL)の全てがOSLを有意に影響を与えているか否かを重回帰分析を用いて検証する。

仮説2を検証するためには、ソーシャルワークに対する満足度とサービス満足度を構成する要素(CSSL, ISSL, LSSL)との関連のしかたが患者

群と家族群とで異なることを明らかにしなければならない。そこで、サービス満足度を構成する要素を、先の図1で示した「利用する欲求資源の範囲」をニッチ幅(niche breadth)として捉え、それをもとにニッチの重複度を確かめることにした。ニッチの重複(niche overlap)の度合いをあらわすものとして、生態学で利用されているいくつかの指標(e.g. Levins, 1968; Pianka, 1973; Petraitis, 1979)のなかからGoodall(1973, 1978)の積率相関係数と同様の指標のアイデアを發展させ、サービス満足度とそれを構成するそれぞれの要素とからなる2変量正規分布が患者群と家族群では異なるか(あるいは同等であるか)を検証する。

まず患者群、家族群ごとにOSLと各独立変数間の偏相関係数(partial correlation coefficient: W)を算出し、他の独立変数を制御した各独立変数は従属変数と有意に相関関係にあるかを確かめる。本来ならば患者群、家族群ごとにCSSL, ISSL, LSSLの全てがOSLを有意に予測するか否かを重回帰分析を用いて検証するべきではあるが、重回帰分析を行うのには患者群の標本数(リスト除外後の有効標本数: n=36)が少ないためこの手法を用いる。患者群と家族群とで、それぞれの偏相関係数ペアの同等性のテストを行う。仮説2が正しくなければ、患者群と家族群の偏相関係数それぞれのペアは同等性が確認できるはずである。

T検定と重回帰分析にはSPSS10.0Jを、偏相関係数の同等性の検定にはMeta-Analysis Programs (Schwarzer, 2001)を使用する。

VI 結果と考察

サービス全体に対する満足度を尋ねた「相談室に来たことが、あなたの助けになったと感じますか」について、クライアント全体では、「大変助けになった」が67.3%、「まあまあ助けになった」が27.9%、「あまり助けにならなかった」が3.4%、そして「ほとんど助けにならなかった」が1.4%であった。「大変助けになった」に4点、「まあまあ助けになった」に3点、「あまり助けにならなかった」に2点、「ほとんど助けにならなかった」

表1 重回帰分析の結果

| 独立変数 | Beta | β | t-値 |
|---|------|---------|--------|
| クライアントのソーシャルワークサービスに対する満足度 (n=152) | | | |
| Model : $R^2=.564$, Adjusted $R^2=.554$, $F=56.82$, $p=.000$ | | | |
| 1. カウンセリングサービスに対する満足度 | .36 | .51 | 8.80 † |
| 2. 情報サービスサービスに対する満足度 | .31 | .44 | 7.59 † |
| 3. 連絡調整サービスに対する満足度 | .21 | .29 | 5.05 † |

† p<.000

表2 偏相関分析の結果（従属変数：OCSL）と偏相関係数ペアの同等性の検定結果

| 独立変数 | 偏相関係数 | | Z 値 |
|--------------------|---------------|---------------|-------|
| | 患者群 (n=36) | 家族群 (n=92) | |
| カウンセリングサービスに対する満足度 | .78 † | .53 † | 2.23* |
| 情報サービスサービスに対する満足度 | .58 † | .56 † | .15 |
| 連絡調整サービスに対する満足度 | .54 † | .39 † | .94 |

† p<.000, *p<.05

に1点を与え、患者群と家族群の平均点に差があるか否かT検定を行ったところ、平均点の差は.12であり、統計的有意差は見られなかった(t値=1.09, p=.276)。

仮説1の検証

表1は、全ケースについてOSLを従属変数とする3つの独立変数(CSSL, ISSL, LSSL)の重回帰分析の結果である。3つの独立変数CSSL(B=.36, β =.51, P<.000), ISSL(B=.31, β =.44, P<.000), LSSL(B=.21, β =.29, P<.000)全てが、クライアントのサービス満足度に統計的有意に影響していることが確認された。モデルは統計的有意にOSLの分散の56% ($R^2=.564$)を説明することが確認された($F=56.82$, p<.000)。よって、仮説1の「仮説モデル(1)はクライアントのサービス満足度を統計的有意に説明する」は支持された。

仮説2の検証

表2は、患者群と家族群のOSLと各独立変数間の偏相関分析の結果と、偏相関係数のペアごと

の同等性の検定の結果である。それぞれのグループにおいて、逐次、他の変数の影響を制御したところ、CSSL, ISSL, LSSLの全てがOSLと有意に相関関係があることが明らかになった。

まず、患者群については、OSLとCSSLの偏相関係数(W_{11})は.78 (p<.000)、OSLとISSLの偏相関係数(W_{12})は.58 (p<.000)、OSLとLSSLの偏相関係数(W_{13})は.54 (p<.000)であった。家族群については、OSLとCSSLの偏相関係数(W_{21})は.53 (p<.000)、OSLとISSLの偏相関係数(W_{22})は.56 (p<.000)、OSLとLSSLの偏相関係数(W_{23})は.39 (p<.000)であった。偏相関係数のサイズに注目すると、どれも患者群の方が大きくなっている。

患者群では、偏相関係数はCSSL, ISSL, LSSLの順に大きいのに対し、家族群では、ISSL, CSSL, LSSLの順に大きいことが見出された。

次にこれら偏相関係数のペアごとに同等性の検定を施したところ、CSSLのペアについては患者群と家族群の偏相関係数が互いに統計的に独立し

ていることが明らかになった ($Z=2.23, p=.013$)。ISSL のペアは、 $Z=.15 (p=.44)$ 、LSSL のペアは、 $Z=.94 (p=.17)$ であり、グループごとの偏相関係数の独立性は認められなかった。この結果から、OSL に影響を与えている要因の重みの一部に独立性が見出されたため、先述した(4)が支持された。

(4)が支持されたことによって仮説 2 も支持された。つまり、患者群と家族群ではサービスの利用パターンが異なることが確認されたのである。サービス満足度を基準に考えた場合、患者群と家族群は「異なる利用者グループ」であることが明らかとなった。

異なる利用者グループ

患者群と家族群のサービスに対する満足度の間に統計的有意差はみられなかったものの、両グループの「サービス満足度」の様相は異なっていた。患者群のサービスに対する満足度は「カウンセリングサービスに対する評価得点」(CSSL) が最も大きな影響を与えていることが明らかになった。一方、家族群については、「情報提供サービスに対する評価得点」(ISSL) が最も大きな影響を与えていた。

また、同等性の検定では、患者群と家族群の「サービス満足度」と「カウンセリングサービスに対する評価得点」の偏相関係数は、患者群のそれが明らかに大きく、統計的にも家族群とは独立していることが明らかになった。このことは、患者は家族よりも、より心理・情緒的なニーズを有しているために、「カウンセリングサービスに対する評価得点」が「サービス満足度」と大きく関連していると理解できる。また家族は、退院後の患者の受け入れやサポートについての情報提供といったソーシャルワークサービスに対して期待を寄せているようである。

本研究の最大の限界はサンプルサイズにある。厳密な意味において、仮説 2 の検証は、両群をできるだけ同じ条件のもとで重回帰分析を行い、そこで得られる偏重回帰係数を同等性の検定にかける必要がある。しかしながら、患者群については重

重回帰分析を施すにはサンプル数が不足していた。Green (1991) によれば、重回帰分析には少なくとも、 $N > 50 + 8m$ (m は独立変数の数) のサンプル数が必要である。本研究の独立変数は 3 つであるから、患者群については最低でも 74 ケース必要ということになるのだが、リスト除外後で得られた本調査のサンプルは 36 ケースであった。今後、患者群、家族群ともに重回帰分析に耐えうるサンプルサイズを得た上で、再度、同様の検証作業を行う必要がある。

VII 結論

日本では、病院におけるソーシャルワークサービスに対する評価の研究は、まだまだ少ないのが実情である。調査の限界はあるものの、本研究は今後のサービス提供のあり方を見直していく上で有益な知見をもたらすと考える。特に、病院におけるソーシャルワークサービスに対して、患者群と家族群がそれぞれ異なる固有のニーズを持つことが実証されたことは、日本の病院におけるソーシャルワークサービスの多様化の要請に一つの根拠を与えるだろう。病院におけるソーシャルワークにおいて、「クライアント」と称されるサービス対象集団は、「ソーシャルワークサービスを受ける者」のように定義される一様な集団ではなく、異なるニーズをもつ小集団から構成される集団であることが明らかになった。従ってソーシャルワークサービスは、クライアントをひとまとめに捉えて一方的に提供するものではなく、異なるニーズを持つそれぞれの集団のニーズに応じて提供されなければならない。クライアントのニーズを満たすサービスの提供、サービスの質の向上は、クライアントの満足度やサービス評価を取り入れ、それを科学的に評価することによって改善、開発されていくものである。ソーシャルワークがクライアントの生活支援、Well-being の向上支援にその目的を置くならば、これはなおさらのことである。

本研究の結果は、病院とソーシャルワーカーが、患者群・家族群の固有のニーズをアセスメントし、各々の要請に応じたサービス内容とその改善を図っていかなければならないことを示唆している。

クライアントを消費者として捉えると、消費者であるクライアントは、何の効果も見出せないサービスを利用する動機を持つことはない。逆に、クライアントの問題解決のために有効なサービスを受けられるなら、クライアントのサービス利用の動機は高められるだろう。

しかしながら、本研究はソーシャルワーク部門を有する一大学病院のサービス評価であり、藤井(1994)も述べているように、外的妥当性が認められているわけではない。今後は異なるタイプの病院や異なる地域において、本研究のレプリケーションが行われる必要がある。対象者を異にする病院/医療サービス機関においては、クライアントのニーズも異なることが考えられるからである。また同時に、PQSの改善や、より精緻な尺度の開発が必要である。サービス評価尺度も異なるニーズをもつクライアントに敏感なものを開発していかなければならないだろう。今後、クライアントを中心としたサービス評価の研究から得られる知識が、病院におけるソーシャルワーク実践に取り入れられ、ソーシャルワークサービスの質の向上やサービス改善に反映されていくことを望むものである。

引用文献

- Davis, A. H., & Gerrard, C. : Resident satisfaction with community residential care placement. *Research on Social Work Practice*, 3, 91-102, 1993.
- Garber, L., Brenner, S., & Litwin, D. : A survey of patient and family satisfaction with social work services. *Social Work in Health Care*, 11, 13-23, 1986.
- Germain, C. B. & Gitterman, A. : *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press, 1980.
- Germain, C. B. & Gitterman, A. : *The life model of social work practice: Advances in theory and practice* (2nd ed.). New York: Columbia University Press, 1996.
- Goodall, D. W. : Sample similarity and species correlation. pp. 99-149 in R. H. Whittaker, ed. *Ordination of Plant Communities*. W. Junk, The Hague, 1978.
- Green, S. B. : How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26, 499-510, 1991.
- Gyllenpalm, B. : *Ingmer Bergman and Creative Leadership*. Toro, Sweden: Stabin, 1995.
- Hutchinson, G. . E. : Concluding remarks. *Cold Spring Harbor Symposium. Quantitative Biology*, 22, 415-427, 1957.
- Levins, R. : *Evolution in Changing Environments : Some Theoretical Explorations*. Princeton University Press, 1968.
- Petratis, P. S. : Likelihood measures of niche breadth and overlap. *Ecology*, 66, 703-710, 1979.
- Pianka, E. R. : The Structure of Lizard Communities. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 53-74, 1973.
- Schwarzer, R. : *Meta-Analytical Software for IBM or compatible computers (DOS greater 3.3) [Meta-Analysis5.3]*, Freie Universitat Berlin, 2001.
- Showers, N. S., Simon, E. P., Blumenfeld, S., & Holden, G. . : Predictors of patient and proxy satisfaction with discharged plans. *Social Work in Health Care*, 22, 19-35, 1995.
- 伊藤嘉昭・山村則男・嶋田正和. *動物生態学*. 東京: 蒼樹書房, 1992.
- 統計解析ソフト [SPSS for Windows 10. 0. 7 J]. エス・ピー・エス・エス (株), 2000.
- 田中千枝子・高梨薫・杉澤秀博・岡林秀樹・中谷陽明: 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—, *医療社会福祉研究*, 6, 1, 27-39, 1997.
- 藤井美和: 病院におけるソーシャルワークサービスへの評価—患者調査報告—, *医療社会福祉研究*, 3, 1, 19-27, 1994.

付表：PQS質問項目

| | |
|-----------------|---|
| カウンセリング サービス | <ul style="list-style-type: none"> i. 相談員は、あなたの相談に十分な時間をとってくれた。 j. 相談員は、あなた（または患者さん）のために一生懸命してくれた。 k. 相談員は、あなたの話をよく聞いてくれた。 l. 相談員は、あなたの言っていることをよくわかってくれた。 m. 相談員と話して、気持ちがおちつき安心した。 n. 相談員には、他の人には言えなかったことでも話すことができた。 o. 相談員は、あなたのことを批判したりせず、あたたかい態度だった。 q. 相談員は、あなたと同じ立場に立ってくれた。 r. 相談員は、あなたの話の内容を他へ口外しないと感じた。 s. 相談員は、あなたが相談室に来たとき、プライバシーに気をつけてくれた（ドアをしめてくれた、一対一で話をしてくれたなど）。 |
| 情報提供サービス | <ul style="list-style-type: none"> a. 相談員は、制度の利用や申請について、よく説明してくれた（健康保険制度、年金制度、身体障害者手帳、特定疾患、老人医療、医療・育成医療など） c. 相談員は、あなた（または患者さん）の知りたいことを教えてくれた。 d. 相談員と話して、あなた（または患者さん）の問題や困っていることについて、解決法があることが分かった。 g. 相談員と話して、何にこまっているのか、どうすればよいのか整理がついた。 h. 相談員と話して、自分の状況がよくわかった。 p. 相談員は、威圧的（あなたをおさえつけるような感じ）ではなかった。 |
| 連絡調整サービス | <ul style="list-style-type: none"> b. 相談員は、あなた（または患者さん）の相談や困っていることについて市役所、保健所、他の病院、施設などに連絡をとってくれた。 e. 相談員は、あなた（または患者さん）のことについて医師や看護婦にうまく連絡してくれた。 f. 相談員は、あなた（または患者さん）のことについて家族や職場や学校などに連絡をとってくれた。 |

**Explaining Patient and Family Satisfaction with Social Work Services
in Hospital Settings :
An Application of the Hutchinson's Concept of Niche**

Jung Won LEE and Miwa FUJII

Although client satisfaction is an important measure of social work services in hospital settings, little research has been conducted on the subject of client satisfaction with social work services in hospital settings in Japan. Applying the Hutchinson's concept of niche, the authors aimed to examine differences between 'patient group' and 'family group' in social work service satisfaction. In this study, Japanese patients (N=51) and families (N=103) were asked about their overall satisfaction with social work services, as well as satisfaction with counseling services, information services, and liaison services to community resources. A t-test revealed that there was no significant difference between the satisfaction levels of overall satisfaction with social work services for the two groups. However, partial correlation analyses and equality tests of partial correlation coefficients of the independent variables showed substantial differences in factors affecting the overall satisfaction for the two groups. The findings suggest that different strategies may result in enhanced satisfaction for patients and for their families.

ホスピスケアにおけるソーシャルワーカーの存在価値と役割

関根 真希子*

Key words : 人間の尊厳, QOL, 精神的・社会的痛み

I はじめに

ソーシャルワーカーは、ホスピスにおいて、患者およびその家族／遺族の精神的、社会的痛みの緩和、除去を行う専門職として位置付けられている。では、ソーシャルワーカーは、どのような仕事をし、どのような役割を担っているのであろうか。

現代ホスピスの原型は、1967年にシシリー・ソンドラスによって創設された聖クリストファーズ・ホスピス（ロンドン）に遡る。聖クリストファーズ・ホスピスは、創設当時から、シシリー・ソンドラスを核として実践・教育・研究の場¹⁾として活動を展開し、現在もなお、世界のホスピスケアのモデルとしての役割を果たしている。ソンドラスは、一人一人の人間が生きている最後の瞬間まで尊厳を保つためには、全人的ケアが必要であることを説き、ホスピスケアを展開させた。ここでの実践と理念が、世界中にホスピス・ムーブメントを引き起こした。

彼女は、ホスピスの開設当初から、ソーシャルワーカーの重要性について言及している。何と興味深いことに、ホスピス設立のきっかけは、ソンドラスが、すでに看護師の資格、経験を持ち、病院でソーシャルワーカーをしていた時のある癌末期患者との出会い²⁾に端を発する。この時、延命治療のみに主眼を置いた現代の末期医療、病院治療に矛盾、限界を感じ、その後医者となり、ホスピスを設立した。

聖クリストファーズ・ホスピスのソーシャルワーカーの数は、1983年当時（68床、在宅ケア患者

70人）は3人だった³⁾が、1997年（70床、在宅ケア患者340人）には7人となり⁴⁾、その数は倍を超えている。

日本のホスピスの誕生は、1980年代⁵⁾に入ってからであり、欧米諸国に比べ10年以上遅れている。1990年4月、厚生省（現在の厚生労働省）は、末期患者のケアを専門に行う「緩和ケア病棟」の設置基準を設けた。これを機にホスピスや緩和ケア病棟は、急速にその数を増し、現在、その数は、140に届こうとしている。しかし、残念なことに、厚生省の「緩和ケア病棟」の設置基準には、スタッフとして医師、看護師の記載は見られるものの、ソーシャルワーカーについては、何ら言及されていない。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（1991年10月発足）によれば、全国の緩和ケア病棟承認受理施設は86（このうち23施設は、2000年に開設）、未承認のホスピス・緩和ケア病棟開設予定施設は51となっている（2001年9月9日現在）⁶⁾。この協議会の指針である「施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」（1997年）には、チームの一員としてのソーシャルワーカーの参加が明記されている⁷⁾。しかし、現在、日本のホスピスにおいては、医師や看護婦がその中心であり、専任のソーシャルワーカーを置いているところは少なく、ソーシャルワーカーの役割、重要性は、必ずしも認識されていないように思われる。

本論では、ホスピスケアにおいてソーシャルワーカーが、何故重要であり、どのような役割を担っているのかについて、筆者の実践、インタビュー、

*Makiko Sekine : 昭和女子大学短期大学部

関連資料等を踏まえ、考察を試みる。

Ⅱ ホスピスケアの理念、目的、価値およびその展開方法

1. ホスピスケアの理念、目的、価値

ソンドースは、一人一人の人間が「かけがえない価値ある存在」として、次のように述べている。

「あなたは、あなただから価値があるのです。あなたは、命ある最後の瞬間まで価値ある人なのです。私たちは、あなたが平和な思いのうちに心安らかに亡くなることができるように、また、あなたが亡くなるその時まで、あなたらしく生きることができるように全力を尽くします」⁹⁾

ホスピスにおいては、「人間の尊厳」を保つために、最期の命の瞬間まで何が必要であり、何を為すべきかということに全力が注がれる。彼女は、「最期の時を否定的な時ではなく、むしろ肯定的な成就の機会である」⁹⁾として次のように述べている。

「…死が近づいてきて、どうしても避けられないことがはっきりしているときに、それを受け入れるのは、患者にとって決してたんなるあきらめではありません。医師にとっても敗北主義や責任の放棄ではありません。もちろん死を早めるようなことはなにひとつしません。けれども患者にとっても医師にとっても、これは手をこまぬいていることのまさに正反対です。人生のこの時期になって、患者はいままでになくらい重要な意義のあることを成し遂げることができます。心の和解と成就の時にすることができます。それは他のなににもまして、後に残る家族の慰めになるでしょう。そして彼らが日常生活に戻るができるように助けることでしょう」¹⁰⁾

また、彼女は、「患者に絶え間ない注意を払うこと」¹¹⁾、つまり、「彼らのニーズではなく勇氣に、依存心ではなく尊厳に注意を払う」¹²⁾ことによって肯定的なアプローチが可能であるとしている。

聖クリストファーズ・ホスピスのパンフレットには、ホスピスは次のように定義されている。

「現代のホスピスは、熟練した諸専門家からなる共同体 (community) である。この共同体は、致命的な病気や長期疾患と闘っている患者や家族のために、QOL (Quality of Life) を高めることを目的として仕事を行う」(案内パンフレット、1983年)

私も本稿において、ホスピスという言葉はこれと同じ意味で用いることとする。

聖クリストファーズ・ホスピスのパンフレットに述べられているように、ホスピスの目的は、患者や家族のQOLを高めることである。これまでの医療は、患者のみに焦点が当てられ、家族への配慮は、ほとんど為されてこなかった。しかし、ホスピスにおいては、専門家チームにより、家族メンバーの死を家族から切り離すのではなく、常に家族全体の問題として捉え、ケアが行われる。患者の存命中、亡き後も家族に対して彼らのQOLが保たれるように、また、高めることができるようにケアが行われる。ホスピスケアとは、ホスピスの目的を達成するために行われる実践を意味する。

ところで、現在、ホスピスケアと緩和ケアは、ほぼ同じ意味に用いられている¹³⁾。

ソンドースは、ホスピスの動きについて次のように述べている。「ホスピスが、建物や病棟、地域に出て活動するチームあるいは、大きな総合病院の中での活動を意味するものであろうとも、たとえ、緩和ケアという言葉が用いられようとも、これらは、全て、多くの共通点を持っている」¹⁴⁾。WHOは、緩和ケアを次のように定義している。「緩和ケアは、治療の見込みのない患者に対する積極的な全人的ケアである。心理的、社会的、スピリチュアルな問題およびその他の症状の痛みのコントロールは、何にもまして最優先される。緩和ケアの目的は、患者や家族のQOLを最も良い状態にすることである」¹⁵⁾。つまり、ホスピスケアと言う言葉を使おうが、緩和ケアという言葉を用いようが、その目的とするところは、基本的に同じである。

日本において、多くの人々は、ホスピスを末期患者、特にがん患者のみを入院させる施設、あるいは、そこで行われる施設内のみでのケアを意味

すると考えている人が多いようであるが、そうではない。ソンダースの言葉が示すように、ホスピスの形態は、必ずしも入院施設のみにとどまらない。ケアの対象となるのは、がん患者のみならず、現代医学では治癒の見込みが無く、病状の進行を阻止できず、悪化の一途をたどるとされている末期のHIV患者等も含まれる。

ホスピスは単なる入院施設ではなく、ホスピスへの入院はあくまでも家庭の延長線上にあるものとして考えられている。患者は、症状がコントロールされると再び自宅に戻り、在宅でのホスピスケアが継続される。つまり、生活をする者、社会人としての患者と家族の立場が重視されている。末期患者とその家族／遺族のQOLを高めるために、入院によるホスピスケア、在宅ホスピスケア、デイ・ホスピスケアが必要に応じて組み合わせられ、患者と家族は共に生きることが支えられている。

入院施設を持たず、在宅ホスピスケアのみを行っているホスピスも存在する。オーストラリア、メルボルンのマーシー・ホスピスケア（現在は、その名称をマーシー・ホスピスとしている）は、その1例である。このホスピスは、ホスピスをあくまで地域の社会資源として捉えている。そのパンフレットには、次のように述べられている。

「マーシー・ホスピスケアは、メルボルン西部地区のコミュニティ資源の一つである。ホスピスは、在宅での末期の重病人と家庭で看取りたいと願う家族を助け、さらに遺族となった人々を支える」¹⁶⁾（傍点は筆者による、以下本稿における傍点は全て同様）。

このパンフレットの説明にあるように、その地区の地域住民であるならば、誰でもホスピスケア・サービスを受けることができる。このホスピスでは、入院が必要な場合には、いつでも入院が可能なように地域の病院や入院設備を持つホスピスとの協力体制がとられている。ホスピスのオフィスには、常に、看護師、医師、ソーシャルワーカー、ボランティア等がスタッフとして働き、24時間体制がとられている。このホスピスは、ホスピスの価値¹⁷⁾として、「思いやり (compassion)」、「人生 (人命) の尊重 (respect for human life)」、「感受性に富み、敏感であること (sensitivity)」

「全人的ケア」、「エンパワーメント」、「正義」を挙げている。

以上、簡単にホスピスケアの理念、目的、価値について述べてきたが、このような考え方や価値は、これまでの病院治療や医療現場には見られなかったものである。

2. ホスピスケアの展開方法

ホスピスケアを展開する場合、その方法として次のようなことが、スタッフに要求される。

1) 諸専門家からなるチーム・ケア

ホスピスケアを行うチームは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、聖職者等の専門家から構成される。患者の痛みである身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな4つの痛みは、複雑に絡み合っている場合が多い。これらの痛みがある限り、人は、最後の瞬間まで尊厳をもって生きることができないと考えられている。それ故、これらの4つの痛みを取ることに、あるいは、緩和することに全力が注がれる。

- ①身体的痛みとは、疼痛、呼吸、排泄、食事ができないなど身体に関連した痛みである。
- ②精神的痛みとは、末期患者特有の孤独感、恐怖、不安、怒り、鬱、自責、悲痛、憎しみ等その人自身の中でのみ体験している痛みをさす。
- ③社会的痛みとは、家族や友人、近隣、職場の人間関係や職業上の問題、経済問題など社会生活にともなって起こる痛みをさす。
- ④スピリチュアルな痛みとは、それぞれの人が心の中に持っている価値観の問題であり、それは、「人生の意味を求める痛み」¹⁸⁾とも言われている。

これらの痛みに対して、ソンダースは、スタッフの論理を優先させるのではなく、患者の言っていること、患者の立場に立ったケアが必要であるとして次のように述べている。

「痛みとは、私たちがこうだと考えていることではなく、患者が言っているそのことであり、それを認識することが重要です」¹⁹⁾

ボランティアは、専門家ではないが、チームの一員とみなされ重要な役割を担っている。その主

な活動は、食事の介助、買い物、話し相手、患者の付き添い、患者の送迎、通訳、ホームヘルプ活動等、多岐にわたっている。また、良き隣人としてのサポート役も果たしている²⁰⁾。聖クリストファーズ・ホスピスでは、400名のボランティア(チャリティの店を運営する人、病棟で仕事をする人、家族を助ける人、図書館や食堂等で仕事をする人等が活動している。また、デイセンターでは、40名のボランティアがおり、絵を描く、編物をする、陶芸をする等、それぞれの才能を活かした活動を行っている²¹⁾。

2) 傾聴

「傾聴」することは、スタッフ全員に要求される。「傾聴」は、それ自体がホスピスケアを行う際の重要な基本的態度である。何故なら、傾聴それ自体が痛みの緩和、除去に大きな効果をもたらすと考えられているからである。ある患者は、ソングースに次のように述べている。「あなたは私の話を聴いてくれました。すると、話しているうちに痛みがどこかにいってしまったのです」²²⁾。このような傾聴の重要性についてソングースは述べている。「医師も看護婦もソーシャルワーカーも、たとえそれが悲しく暗い話でも、もっと耳を傾けなければならないと思います。…ニーズは、日々変わるし、その変化に対応していかなければなりません。一人の患者や一組の家族の言葉からは、まったく新しい状況が浮かび上がってくるという意識を常にもって傾聴することが大切です」²³⁾。

このように、ホスピスケアにおいては、スタッフが、患者や家族のために傍らに座り、十分時間をとり、耳を傾けることに価値を見出している。病院治療とは異なるホスピスケアならではの態度である。

3) スタッフの管理、規則を最小限に抑えること

ホスピスでは、自己実現、尊厳死という個別的、主観的問題に対して、どのようなケアを行っているのでしょうか。自己実現の主体は、言うまでもなく患者である。患者の個別性と主体性を尊重することは、それだけ自己の成長の機会を多く与え

ることにつながる。それ故、ホスピス・スタッフは、可能な限り多くの選択権と決定権を患者や家族に委ねる。例えば、患者がホスピスに入院したとしても、ホスピス内での時間の過ごし方(起床時間、就寝時間)や家族との面会日の決定、あるいは、入院を継続するか、家庭で過ごすか等の選択など、彼らが、自らの意思で、主体的に生きることが可能になるように配慮がなされている²⁴⁾。

病室内に自分の趣味やペットを持ち込むことも許される。患者にとっては、長年、家族同様に時を共に過ごして来たペットと離れ離れになること程、気がかりで辛いことはない。趣味やペットは、生きる上で安らぎを見出す重要な役割を持っていると考えられている。次のエピソードは、そのことを良く示している。

ある時、サーカスのオーナーの父親が聖クリストファーズ・ホスピスに入院した。そのオーナーは、赤ちゃん象を連れて父親に会いにやって来た。しかし、エレベーターが小さすぎて赤ちゃん象は乗ることができず、やむを得ず父親は、ホスピスの玄関ホールで赤ちゃん象と面会した²⁵⁾。

この例に見られるように、患者にとって必要な場合、最期の時を快適に過ごすために管理や規則は、可能な限り最小限にとどめられている。言うまでもなく、このようなことは、病院では考えられないことである。種々の制限は、あくまでも人に対する礼儀や配慮から行われる。このように患者や家族/遺族には、幅広い選択の自由が保障されている。

4) 患者と家族/遺族を1つの単位として捉え、彼らが地域の一員として生きることを支えること

ホスピスケア＝ファミリーケア²⁶⁾とまで言われるように、死という出来事は、家族的な出来事である。ホスピスケアにおいては、患者のみならず家族/遺族もそのケアの対象となる。病院治療が患者の退院(=死)によって完結するのに対し、患者亡き後も家族が自立して生活できるようになるまで援助が続けられる。このことは、ホスピスケアの大きな特徴である。

最近のホスピスケアは、その傾向として、在宅

ホスピスケアに移行しつつある。すでに、聖クリストファーズ・ホスピスは、ホスピス設立（1967年）の2年後²⁷⁾にその重要性を認識し、在宅ホスピスケアを始めている。患者や家族が望む限り、在宅でのケア、在宅で死を迎えることに最大の努力が払われる。患者にとって、心安らかな思いのうちに人生を閉じることは、重要なことである。

患者と同様に、家族も種々の問題を抱えている。家族は、病名告知に始まって、別離の受容に至るまで、あらゆる新しい状況に対処せねばならず、混乱とストレスに陥ることが多い。また遺族となった人々は、新しい生活や環境に慣れていくことに困難をきたすかもしれない。それ故、患者亡き後も遺族が地域で自立して生活できるようにプログラムが組まれている。これは、一般にベリブメント・サービス (bereavement service) と言われている。

このような家族や遺族へのケアやサービスは、ソーシャルワーカーが中心となって行っている。ソーシャルワーカーは、患者や家族／遺族の住む地域を念頭に入れ、彼らが地域の一員として快適に過ごせるようにあらゆる援助を行っている。

5) 最善のケアを常に試みること

患者や家族のために最高 (best) の QOL を達成することがホスピスケアの目的である。この点に関して、シシリー・ソンドースは、1997年の来日講演の質疑応答の中で、聖クリストファーズ・ホスピスでは、「質の保証係り」と名づけられた婦長がいます。その婦長が病棟を廻りケアの質をチェックします²⁸⁾と、述べている。また、「医師としてできることがなくなったときに、どうすれば良いのでしょうか」という質問に対して、彼女は、「医療というのは、病気を治すためにだけ存在するわけではありません。必ず人は、死を迎えます。医師の仕事は延命だけではありません。苦しみを取り除くことも医師の役割です。何もすることがないと言ってはいけない。することがたくさんあります。痛みをとる、息苦しさを取る、勉強しなければならぬテクニックがたくさんあります。緩和ケアにおいては、医師は勉強しなければなりません、これは非常にやりがいのある仕

事だと知っていただきたいのです。(中略)ただ、もうできることは何もないとは決して言わないでいただきたいのです²⁹⁾と答えている。つまり、ホスピスケアにおいては、このように患者や家族のために絶え間ない努力と研究を行い、常にベストを尽くすことが、スタッフに求められるのである。最善のケアを試みることは、患者や家族に安心感、心地良さを与え、信頼関係を生み出すこととなる。

II. ソーシャルワーカーの存在価値

I章においては、ホスピスケアにおける価値、理念、目的およびその展開方法について述べた。本章においては、I章で述べたホスピスケアとソーシャルワークとを比較し、次に、ホスピスケアにおけるソーシャルワーカーの存在価値について明らかにする。

1. ホスピスケアとソーシャルワークの共通性

すでに述べたように、ホスピスケアにおいては、生きている最後の瞬間まで「人間の尊厳」を保つことが最も重要なことである。ホスピスケアの目的は、人の最期の時を「肯定的な成就の機会」としてとらえ、「QOLを最善の状態にする」ことである。ケアを行う際に、「身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みコントロール」に焦点が当てられる。特に重要なことは、「患者と家族を1単位としてとらえ、彼らが地域の一員として生きることを支える」ことである。

非常に興味深いことに、これらのホスピスケアにおける理念や価値、目的、その展開方法は、ソーシャルワークの定義や価値、援助の原則と多くの点で共通性を持っている。このことは、最近の IFSW (国際ソーシャルワーカー連盟) 総会において採択された「ソーシャルワークの定義」(2000年)³⁰⁾、「人権に関する国際方針」(1996年)³¹⁾、「ソーシャルワークの倫理—原則と基準」(1994年)³²⁾を一読すれば、明らかである。以下においては、ホスピスの価値や理念、目的その展開方法を IFSW の文書と比較することにより、ホスピスケアとソーシャルワークの共通性について明らかにしてみたい。

1) ホスピスケアの理念、価値、目的とソーシャルワーク

①ホスピスケアにおいて最も重視されている「人間の価値のかけがえのなさ」、「人間の尊厳」という概念についてみて見よう。これらの概念は、ソーシャルワークにおいても重視され、ソーシャルワークの基盤になっていることが分かる。

「(ソーシャルワークの) … その職業上の価値は、全ての人間が平等であること、価値ある存在であること、そして尊厳を有していることを認めて、これを尊重することを基盤に置いている」(2000年)

②ホスピスケアにおいては、人の最期の時は、「自己実現」を可能にする「肯定的な成就の機会」として捉えられているが、これは人間の能力の限らない可能性を信じ、クライアントの「自己実現と最大の可能性を達成する」ように援助するソーシャルワークの考えとも一致している。

「ソーシャルワーク実践は、1世紀あまり前のその起源以来、人間の潜在能力を開発することに焦点を置いてきた」(2000年)

「人は、一人ひとり、他人の自己実現の権利を侵さない限り自己実現をする権利を持ち、…」(1996年)

「クライアント—個人、集団、地域社会、社会全般—が、他者が持つ各自の権利の限界内で、自己実現と最大の可能性を達成するように援助する」(1994年)

③「QOLを最善の状態にする」にするというホスピスケアの目的について見てみると、これは、「生活の質を向上させるために働く」というソーシャルワーカーの役割、「最善の援助を提供する」というソーシャルワークの原則の中に見てとることができる。

「ソーシャルワーカーは、個人、集団、地域社会の問題を予防し、あるいは軽減し、全ての人の生活の質を向上させるために働く」(1996年)

「ソーシャルワーカーは、性別、年齢、障害、肌の色、社会階層、人種、宗教、言語、政治信念、性的志向を理由に不公平な差別をすることなく、援助および助言を求めものに対し可能な最善の援助を提供することが期待される」

(1994年)

④ホスピスの価値である「エンパワーメント」や「正義」は、ソーシャルワークの定義(2000年)の中に、同じ言葉を見出すことができる。

「ソーシャルワークは、人間の福利(ウェルビーイング)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促していく。…人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークのよりどころとする基盤である」

その他のホスピスの価値である「他人への思いやり(compassion)」、「感受性が豊かであること(sensitivity)」等の言葉は、IFSWの総会決議の中には、盛り込まれてはいないが、言うまでもなくソーシャルワーカーに必要とされる前提条件である。

2) ホスピスケアの展開方法とソーシャルワーク

①ホスピスケアを展開させる場合、「全人的ケア」としての「身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みのコントロール」に焦点が当てられているが、これは、人間というものが身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな要因による複雑な相互作用の影響を受けているという認識に基づいている。このことは、ソーシャルワークにおいても同様に認識されている。

「ソーシャルワークは、人間と環境の間の相互作用の複雑さを認識しており、また人々の能力は、その相互作用が人々に働きかける様々な力—それには、生体、心理、社会的要因が含まれる—によって影響を受けながらも、同時にその力を変えることができることを認識している」(2000年)

②痛みの緩和、除去に大きな効果をもたらすと考えられている「傾聴」は、ホスピス・スタッフに要求される基本的態度である。IFSWの文書の中には、この言葉は見い出すことができない。しかし、これは、ソーシャルワークにおける基本的態度でもある。

③ホスピスケアにおいては、患者と家族を1単位として捉え、彼らが地域の一員として生きることを支えるが、ソーシャルワークにおいても同じ

ことが言われている。

「専門職としてのソーシャルワーカーが焦点を置くのは、問題解決と変革である。従ってこの意味で、ソーシャルワーカーは、社会において、かつ、ソーシャルワーカーが支援する個人、家族、コミュニティの人々の生活にとっての、変革をもたらす仲介者である」(2000年)

④その人がその人らしく生きるために、ホスピスケアにおいては、管理や規則を最小限に抑えている。言葉を代えて言うならば、これは、「主体性を尊重し、選択権や自己決定権を認める」ことを意味している。同じような言葉がソーシャルワークの原則にも見られる。

「ソーシャルワーカーは、クライアント自身が自らの生活に及ぼす行動方針を決定する責任を取ることを期待する」(1996年)

これらが示すように、ソーシャルワーカーの行動指針は、ホスピスケアと多くの点で共通性や類似点が見られる。

2. ソーシャルワーカーの存在価値

ホスピスケアを展開させる場合、医師や看護師とは異なるソーシャルワーカーは、何を期待をされ、どのような貢献をしているのであろうか。次にソーシャルワーカーの存在価値について明らかにしてみよう。

1) 精神的、社会的痛みの緩和、除去の専門家

ソーシャルワーカーについて精神科医である柏木哲夫は、「チームメンバーであるソーシャルワーカーの働きが大切です。患者を頻回に訪問することにより、患者の社会的必要を探り、相談相手になることにより、また具体的な相談をすることにより、患者との間に配慮的な人間関係を作ります。患者と家族の人間関係を専門的に分析し、もし患者と家族の間に問題があればそれに対して配慮するのも患者の社会的必要を満たすチームの働きの一つです」³⁰⁾と述べている。早くからホスピスでソーシャルワーカーとチームを組んで仕事をしている医師ラマートンは、1973年にすでに、次のように指摘している。「孤独は、特にこのような『社会的疼痛』を患者の中に感じさせるようであり、自分がいなくて、どのように家族が生活で

きているのかと言う心配もまた、同様の疼痛をもたらすようである。したがってケースワーカーや作業療法士が疼痛緩和において一役買うことになる」³⁰⁾

1980年、「癌の痛みの原因はどのようにして起こるのか」という質問に答えるために、聖クリストファーズ・ホスピスの100人の患者を対象にして痛みの分析が行われた³⁵⁾。その結果、原因が純粹に心因性 (sychogenic) と考えられた事例は、一つもなかった。鬱状態や心配、家族問題や経済的問題、人間の尊厳にかかわる問題 (spiritual problem) が、痛みと相関関係にあることが判明した。このことは、痛みは複雑に絡み合っていることが多く、身体症状のみをコントロールするだけでは、なかなか、その効果が現れないということを示している。最近、ホスピスケアに関する研究会、講演、発表等において、このような痛みの相関関係についての報告³⁶⁾が多く見られるようになった。筆者も、患者の精神的、社会的痛みが緩和されたことにより、患者の身体的痛みが軽減され、投薬量が減少した例を自らの実践を通して体験している。グループ療法を試みた患者の方がグループ療法を試みなかった患者より存命期間が長かったという事例の報告³⁷⁾さえ見られる。

このことは、人間と人間が相互に効果的に支えあうことにより、精神的、社会的痛みが緩和され、そのことが、人間の生物的な生命力にプラスの要因を与えていることを示している。言葉を代えて言うならば、ソーシャルワーカーが、精神的、社会的痛みを緩和することを通じて、患者の身体的痛みの緩和にも貢献することができるという証でもある。それ故、全人的ケアを行うホスピスケアにおいては、ソーシャルワーカーは、欠くことのできない存在である。

2) 「傾聴」することを専門としている唯一のスタッフ

ホスピスケアにおいて傾聴が、基本的態度であることは前述した。「患者の言葉を聴く、家族の言葉を聞くことが大切です。ソーシャルワーカーは、聞くための特別な訓練を受けていますので、他のスタッフも助けなければなりません」³⁸⁾と、

ソンダースは述べている。また、ラマートンは、「病院の中ではソーシャルワーカーは、患者の側に腰をかけて患者の話に耳を傾ける時間を持っている唯一の職員かもしれない。彼らは、医師や看護婦と異なるその他の職員に属することから、それが患者の中には医師や看護婦より話しやすい人に見える場合もある」³⁹⁾と述べている。このようにソーシャルワーカーは、患者や家族のみならず、他のスタッフから見ても、人の話を「聴くこと」を期待され、そのことを専門技術として仕事をしている唯一のスタッフである。

医師は、医学的立場に立ち、診断、治療上の必要性から、患者に質問する。しかし、ソーシャルワーカーは、患者や家族／遺族の立場に立ち、患者や家族／遺族が何を必要とし、何を求めているかを見定めるために、まず、「聴く」という事から始める。相手の関心事に自分を合わせ、相手が何を言おうとしているのか、何を伝えようとしているのかに注意を払うのである。「聴いてくれる人」の存在を感じ始めたとき、患者や家族／遺族は、はじめて自分の心を開き始める。精神的、社会的痛みの緩和、除去に対応するためには、この「傾聴」の技術は、非常に重要である。

これは、身体的治療そのものには直接携わらないソーシャルワーカーの役割の重要な側面を示している。ソンダースが言うように、ソーシャルワーカーが、この点で「他のスタッフも助けなければならぬ」役割を担っているとすれば、その存在価値や役割はさらに増すと言うことができよう。

3) 主体的選択、自己決定を重んじてきた専門家

これまで、多くの医師や看護婦は、治療の必要性から、患者を管理することに何の疑問すらも感じて来なかった。それ故、ホスピスの看護婦や医師でさえ、時として患者や家族／遺族を管理しがちである。

これに対し、ソーシャルワーカーは、クライアントを援助する場合、すでに、1世紀も前から、人間の持つ潜在能力、可能性に焦点を当てて来た。ソーシャルワーカーは、クライアントの管理、規則を最小限に抑えることにより、彼らの主体的な

選択、自己決定を重んじてきた専門家である。

医療の現場では、ソーシャルワーカーをおいて他には、このような役割を担ってきた専門職はいないであろう。ソーシャルワーカーは、クライアントの選択権や自己決定の重要性を他のスタッフに伝える重要な役割も担っている。

4) 個人、家族、地域の中で人々の生活を支えてきた専門家

患者と家族を1つの単位としてケアを行うことは、患者のみに主眼を当てて来たこれまでの病院治療には見られない新しい関わり方である。したがって、医師や看護婦にとっては、当然、不慣れなことである。さらに、医師や看護婦は、患者の身体的治療においては専門家であるが、患者や家族の日常生活、社会生活を援助することに関しては、専門家ではない。その点、これまでソーシャルワーカーは、専門家としてクライアントの生活を支え、彼らが地域の中でその人らしく自立して生きることができるよう、個人のみならず、家族全体にも関わってきた。家族全体をケアすることができる専門性を身に付けたソーシャルワーカーの存在価値は大きい。

5) 生活の質を向上させるために働く専門家

ソーシャルワーカーは、「可能な最善の援助を提供する」というソーシャルワークの原則に基づいて活動を行っている。つまり、生活の質を向上させるために働くことが、ソーシャルワーカーの役割でもある。信頼関係（ラポール）無くしては、ソーシャルワーカーの援助は、成り立たない。「患者や家族がホスピスに対して最も望んでいることは何ですか」という筆者の質問に対し、聖クリストファーズ・ホスピスの元主任ソーシャルワーカーのアーンショー・スミスは、次のように答えている。「安心・安全（safe）だと感じるのだと思います。…安心・安全とその保障が患者や家族にとって最も重要なことだと思います。安心・安全を操作する医師や看護婦を信頼することは、とても重要なことです」⁴⁰⁾。この言葉からは、患者や家族との信頼関係が如何に重要であるかということやうかがい知ることができよう。信頼関係が

根底にあつてはじめて、患者や家族は満足感、安定感、幸福感を得ることができ、質の高いケア、最善のケアが可能となるのである。そのことを認識し、仕事の中で自ら実践してきたソーシャルワーカーの存在価値は、非常に大きいと言えよう。

Ⅲ ソーシャルワーカーの役割

Ⅱ章においては、ホスピスケアとソーシャルワークを比較することにより、その共通性を明らかにし、さらに、ソーシャルワーカーの存在価値について明確にした。では、ソーシャルワーカーは、患者や家族／遺族に対して精神的、社会的痛みの緩和と除去を行う専門家として、実際にどのような活動を展開しているのでしょうか。本章では、ソーシャルワーカーの実践例を紹介しつつ、具体的な役割について述べることにする。

1. 患者および家族／遺族に対するケア

1) 家族全体を一単位として把握、介入する

ホスピスケアにおいて、患者と同様に、家族／遺族（小さな子どもも含まれる）もその対象となることは、前述した。家族や遺族の大半のケアがソーシャルワーク部門の仕事である。

ソーシャルワーカーは、家族内に問題がある場合、家族全体をひとつの単位として捉え、彼らの自立、自己実現を目的とする援助活動をこれまで行ってきたが、ホスピスケアの場合も同様である。ソーシャルワーカーは、患者と家族が対立や阻害関係にある場合は、彼らに話し合いのチャンスを与え、深い関係の中で静かに最期の時を分かち合えるように配慮し、援助を行う。常に患者と家族が共に歩んでいくことを助ける。

患者と家族に対するケアは2期に大別される。それらは、患者生存中のケアと患者死後の遺族に対して行われるビリーブメント・サービスである。

患者の存命中のケアは、患者のQOLを高めることがその中心となるが、その際、患者と家族が最期の時をどのように過ごしたいかということが重要となる。

マーシーホスピスケア場合、医師や看護師は、患者や家族の中に精神的不安、疲れ、経済的問題等を発見した時には、ソーシャルワーカーに報告を行う。次に、その一例を紹介しよう。

看護師がある癌患者宅を訪問した際に、患者の夫から相談を受けた。それは、妻が末期がんと分かってから、娘（10代）が母親の死を受け入れることができず、母親と娘の関係がとてみぎくしくしくし、家庭内の雰囲気気が気まづくなっているというものであった。患者は、病気のことも知っており、自分の死に対しては、それなりの心の準備ができ、患者と夫の関係は良い状態であった。看護師は、早速、その日のスタッフ会議でその報告をし、その家族内の問題は、ソーシャルワーカーに引き継がれた。ソーシャルワーカーは、その後、その家族のことを会議の中で詳しく報告した。報告を聞き、医師や看護師は、家族の問題を共有することが可能となり、患者や家族への理解を一層深めることができるようになった。患者は、自分だけでなく、家族に対しても十分な配慮とケアがホスピス・スタッフによって為されていることを知り、このことが、死後の残された家族に対する患者の心配や不安をも解消することにつながった。また、家族は、何か困った時には、いつでもソーシャルワーカーに相談ができるという保障を得て、とても心強かったようである。この後、家族は、肯定的、積極的に、患者と共に生きることが可能となった⁴¹⁾。

このように、ソーシャルワーカーが、患者をも含め、家族を全体として捉え、介入することにより、患者も家族も共に安心して最期の時を過ごすことが可能となる。

一般に、遺族の25%は、何らかの問題を抱えている⁴²⁾と言われている。ビリーブメント・サービスは、このような残された家族の再出発を助け、彼らの生活が順調に軌道に乗るまで続けられる。

マーシー・ホスピスケアの場合、ビリーブメント・サービスは、患者の死の立会いから始まる。スタッフは、葬式へ参列し、患者の死亡後の1週間目には、家庭訪問等を行う。そして、その時に遺族のニーズを把握する。その後のフォローとサポートは、多くの場合ソーシャルワーカーによって行われるが、長い場合で通常1年間続けられる。

患者の死後、次のような種々の問題に直面していた遺族が見られた。

- a) 小さな子どもを残して妻に先立たれた夫が、悲しみのあまり混乱状態にあり、子どもへの配慮が行き届かない家族
 - b) 夫の死後、ぱったりと人が途絶えてしまい、一人取り残されてしまった妻
 - c) 患者の死後、心身の疲れのため体調を崩してしまった妻／夫
 - d) 何も手につかず、生活のリズムが壊れ、なかなか再出発ができない家族
 - e) 父親／母親を失い、その悲しみを共に分かち合う人や友人がいない子どもたち
 - f) 大黒柱を失った家族、等々
- a)とe)が重複した例を次に見てみよう。

妻に先立たれた夫(30代)は、自分の悲しみをどうすることもできず、精神的に取り残されていた。また、子どもたち(7才の女兒と4歳の男児)も、母親を失った悲しみを最も身近な父親と分かち合うことができず、それぞれが精神的に孤立状態にあった。ソーシャルワーカーは、家庭訪問を行った。私たちが訪れると、父親は、大人の話だから子どもたちに席をはずすように言い、子どもたちは、同じ部屋の中で、こちらを気にしながら遊んでいた。しばらくすると、父親は、妻の写真をぜひ筆者に見せたいと言い、写真を持ってきた。「とても美しく、優しそうな方ですね」と、筆者が心からそう言うと、「そうなんです」と言わんばかりに彼は、大きくうなずき、妻のことを語り始めた。そうすると、その話を聴きつけて、女の子が筆者の側に来て、母親への思いを一気に語り始めた。いつの間にか、男の子も私たちの話の中に加わっていた。このことによって、父親は、子どもたちの母親への思いを知ることとなり、その場で初めて、親子が悲しみと思い出を共有することができた。その後、父親は、いつも、二人の子どもの手を両手にしっかりと握りしめ、ホスピスを訪れるようになった。

このように、家族のそれぞれが深い悲しみにあり、お互いのコミュニケーションが図れず、家族関係がうまく機能していない場合、ソーシャルワーカーは、家族を一つの単位として捉え、介入する。家族の本来持っている潜在能力を高め、彼ら

が自らの力で再出発できるように援助を行う。また、必要に応じて、同じ悲しみを抱えた人々をグループワークのメンバーとして参加させることにより、地域の中で孤立することを防いでいる。家族に介入する場合、ソーシャルワーカーは、家族内でどのメンバーが、死という出来事に対して重要な役割を果たし、家族間にどのような影響を与えているかを把握する。そのために、ソーシャルワーカーは、家族メンバーの力関係、信頼関係、問題解決能力、ケア能力、身体的状況、社会性(家族の持っている社会資源等)、経済力等について評価を行い、個別面接、合同面接、家庭訪問等を行う。

2) 死にともなう感情や問題をノーマルなことで捉える

キューブラー・ロスの死ぬ過程の5段階説(衝撃→怒り→抑うつ→取り引き→受容)⁴³⁾は、あまりにも有名であるが、人は死という出来事に対し、従来の経験による対処法では、現実に対処できないことが多い。ましてや、患者本人にとっては、死は、人生に終止符を打つという最初で最後のやり直しのきかない重要な事柄である。おのずから患者や家族は、混乱と緊張、ストレスに満ちた状況に陥りやすい。

しかし、このような状況下で生じる種々の感情や問題は、病的なものと同様と区別しなければならない。それは誰にでも起こりうるノーマルなものである。「怒り、自責、悲痛、憎しみなどの否定的感情は、不安を呼び起こす。それらの感情は、投影したり、批判することなく、ヘルスワーカーによって受け止められなければならない。そしてヘルスワーカーは、それを正常なこととして受け入れるように患者や家族を援助し、残された命の質を高めるための努力へと彼らを導かねばならない」⁴⁴⁾と、アーショール・スミスは述べている。死別後の遺族の様々な感情や問題についても病的なものと同様と区別しなければならない。次の例は、本人自身も、正常なのか異常なのか判断できず、混乱状態にあったマーシー・ホスピスケアの患者の遺族の例である。

4ヶ月前に夫を亡くし、その後、一人暮らしと

なった女性をソーシャルワーカーと筆者が、訪ねた。その時その女性は、真剣な顔をしてソーシャルワーカーに語りかけた。「最近、友人から行動や精神状態がおかしいと言われ、自分は、本当におかしくなったのだろうか」と。ソーシャルワーカーがどういうことかと尋ねると、彼女は、「通りをとほとと俯いて歩いていたら、突然、“上を向いて歩きなさい。そんなにめそめそしないで！”と、夫の声が聞こえて来たんです」と、その時の夫の声を思い出したように、涙声で私たちに語った。次に、顔をしっかりと上げ、ソーシャルワーカーに向かって「私は、おかしいのでしょうか。夫の声が聞こえるなんて。」と訊ねた。ソーシャルワーカーは、「ご主人とよく話さない。もしかしたら、あなたに伝えてくれるかもしれない」と彼女に助言した。そして、彼女の精神状態は決して異常でないことを告げ、正常であることを気づかせた。

この例のように、ソーシャルワーカーは、遺族にその正常性を気づかせ、指摘を行う必要がある。もちろん、病的な症状に対しては、精神科医に委ねる必要がある。しかし、適度な悲しみは、病的な精神状態とは区別しなければならず、成熟の第一歩であることさえある。ソーシャルワーカーは、患者や家族／遺族の持つ正常性に焦点を当て、死と言う出来事に対し、否定的に捉えるのではなく、肯定的に捉え、彼らが本来の姿を取り戻し、新しい生活に適應できるように援助を行うという役割を担っている。そして、その方法としてカウンセリングや家族療法、グループ療法を行っている。

3) 患者や家族／遺族の主体性や能力を尊重する

ホスピスケアにおいてアーンショー・スミスは、「私たちソーシャルワーカーは、患者の病気を考慮して、できる限り患者が自分の人生をコントロールできるように試みています」と述べている。

医師や看護師は、患者や家族の問題を発見することを常としてきた。そして、そのために、入院の必要性を説く。しかし、患者や家族の希望や意向についてより深く理解しているソーシャルワーカーは、家族に入院の決定権を委ねる方法を選ぶ。

聖クリストファーズ・ホスピスの場合、ホーム

ドクターから入院の申請がなされると、ソーシャルワーカーは、患者や家族に連絡を取り、次の様に訊ねる。「聖クリストファーズホスピスについて知っていますか。私たちのところへ一度お出でになりませんか」。彼らはそのように訊ねられると、通常、「いいえ、行きたくありません」あるいは、「ええ、行きたいと思っていますが、今は行きたくありません。私の痛みがもっとひどくなってから行きたいと思います」という答えが返ってくる。ここで重要なことは、彼らに、「No!」と言うチャンスを与えることであると、アーンショー・スミスは述べている。

しかし、それは、決して一方的に患者や家族にすべての責任を委ねることを意味しているわけではない。最初の家庭訪問で、ソーシャルワーカーは、彼らが家庭でどのように暮らしているかを把握し、家族が自らの力でケアするためには、どのような社会資源を与えるべきかを検討し、家族の持つ強さと彼らの持っている社会資源を明らかにする。そして、可能な限り家族を動かすよう努力をする。患者や家族が自分は無力であるとか、役に立たない人間であると感じないようにするために、「ほら、ごらんなさい、これが私たちと一緒にできることなのです」と、言うように心がけている。また、患者に対しても、自分の子どもを教育し続けること、良き妻／夫であり続けることなど、患者が最後まで自分の役割を果たすことができるように様々な支援を行っている⁴⁵⁾。

遺族のために行われるグループワークにおいても、遺族が、他の遺族と共に悲しみや寂しさ、困惑等の共通の体験を分かち合い、支え合うことにより、彼ら自身の再出発が可能となるようにプログラムが組まれている。グループワークに参加したその時のメンバー同士がセルフグループを結成することも珍しくない。それらのグループをソーシャルワーカーが助けることにより、いくつかのセルフグループが身近なところでネットワークを組み、種々の問題に対し、前向きに積極的に、主体的に生きることに取り組んでいる。

このように、患者や家族／遺族の心理社会的要因や環境を調整することにより、潜在能力を高め、多くの選択権、決定権を可能な限り与え、彼らの

主体的な参加を助ける。このような援助を行うことにより、患者や家族／遺族は、積極的に自分らしく生きることが可能となる。まさにこれらの援助は、1世紀も前からソーシャルワーカーが行ってきたクライアントに主体的な選択、参加、自己決定権を与えるという、ソーシャルワーカーの重要な役割である。アーンショー・スミスは、ソーシャルワーカーのこの役割の重要性を特に、強調している。

2. 社会資源の活用と地域における活動

1) 社会資源の活用

人間が社会的存在である以上、患者や家族／遺族の精神的、社会的痛みは、彼らを取り巻く人間関係や、環境などの相互作用により作られ、強められている場合が多い。それ故、家族関係、親しい友人、近隣、職場、病院などのスタッフとの人間関係、職業上の問題、経済問題、社会制度等への理解、活用、介入等が求められる。

アーンショー・スミスは、「家族が家庭でどのように暮らしているかについて理解し、彼らが自分たちで対処できるために、私たちが彼らに与えることのできるあらゆる社会資源を知ることが、特にソーシャルワーカーの役割だと思います」と述べ、この役割は、ソーシャルワーカーに求められる固有の役割であるとしている。

次に紹介する諸サービスは、在宅ホスピスケアをスムーズにする上で欠かせない社会資源である。これらの諸サービスは、オーストラリア、ダーウインのホスピス⁴⁶⁾を訪れた際に、ホスピスの事務所の入り口に置かれてあったパンフレットの中の一部である。

酸素補給サービス、在宅介護用品ショップ、ホームケア・コーディネーター、家族の休息の為の看護婦派遣、配食サービス、家事援助、通訳サービス、経済的援助サービス、休息の為のホステル、癌に関するインフォメーションサービス、ボランティアサービス、…等々。ソーシャルワーカーは、これらの社会資源に精通し、有効に活用している。と同時に、社会資源の新たな開拓、開発にも力を入れている。

2) ボランティア教育

ボランティアは、ホスピスケアにおいて、専門職のスタッフと並んで重要な役割を担っている。多くのホスピスでは、ボランティア活動をする場合、一定のボランティア教育を終了(例えば、1日3時間、計8回講習を受けること)⁴⁷⁾することを義務付けている。こうして初めて、ボランティアは、ボランティア活動を行うことを認められる。

中には、教育プログラムの途中の段階で、ボランティアとしての適正を問う所⁴⁸⁾もある。ホスピスケアにおいて、ボランティアは誰でも良いというわけではない。たとえ、単なる車での送迎であっても、彼らの何気ない一言が、患者や家族を傷つける場合があるからである。末期の状態にある患者やその家族は、通常の状態とは異なり、人間関係には、特にそれ相応の対応が求められる。

ボランティアの教育プログラムにおいては、ソーシャルワーカーが、かなりの部分で、教育、指導に関わっている所が多い。ボランティアには、患者や家族／遺族のために活動をしている人々の他に、資金集めが得意な人や事務を専門に行っている人もいる。ソーシャルワーカーが携わるボランティアは、患者や家族／遺族をサポートしている人々である。彼らは、地域住民として、助け合い、支えるということは、当然のことのように思っている連帯意識が高い人々である。

マーシー・ホスピスケアの場合、ボランティアの訓練は、ボランティアになるための講習終了後も個別的に続けられている。ソーシャルワーカーは、スーパービジョンを行う日を特別に設けている。この日になると、ボランティアは自分たちの活動ノートを携え、ソーシャルワーカーに報告をし、助言と指導を受け、また彼らの活動へと戻っていく。

ボランティアは、2つのグループに分かれている。患者が亡くなるまで、患者と家族のケアを行うファミリー・ケアグループと、患者死後の遺族を支えるビリーブメント・サポートグループである。ボランティアの人々の中には、患者生存中のサポートはできても、患者死後の家族の悲しみに対して、自分自身が耐え切れず、遺族を支えることが困難な人々もいる。このようなボランティア

は、ファミリー・ケア・グループに所属することになる。これに対して、遺族を支えることに適している人々は、ピリブメント・サポート・グループに所属する。また、患者が存命中に、患者とその家族をサポートし、さらに、遺族をもサポートできるボランティアの場合は、両方のグループに所属することが許されている。非常に高いレベルの教育を受けたボランティアの中には、患者が亡くなると思われる当日の夜10:00から朝6:00まで、家族の不安を支えるために、患者宅で時を過ごすことを許されている者もいる。その時は、もちろん、緊急に備えて看護婦やホスピス・スタッフといつでも連絡が取れる体制になっている。

患者や家族の日常生活を支えるために、ソーシャルワーカーが、日ごろから、ボランティアの適性と能力を知り、教育と訓練を行うことは、重要な役割である。

3) 地域における教育、啓発活動

ホスピスケアにおいて、地域住民の理解は欠かせない。ソンドースは、そのことについて次のように述べている。「…ボランティアや資金調達係の人を通してだけでなく、幅広い活動により、一般の人たちがホスピスについて理解できるようにすることをめざしています。ホスピスは、人生の終わる時まで生きることを援助し、生きるということは、地域の中で一員として生きることであることを伝えます。一般の人々に、死ぬこと、また死別するということは、誰もが直面することであり、それを隔離したり、隠しだてするべきではないと伝え続けなければなりません」⁴⁹⁾。このように、ホスピスにおいては、地域の人々の理解と協力があって初めて、患者の本来の生を全うすることが可能であると考えられている。そのために、ソーシャルワーカーは、地域の人々の教育、啓発活動をも行う役割を担っている。

マーシー・ホスピスケアの場合、ソーシャルワーカーは、地域の団体や機関（たとえば、医療機関、学校、PTA、町会、各種会合やグループ等）から求められれば、講演や相談、ホスピスの説明を行い、地域の人々の要望に応じている。一般病院の求めにも応じ、ソーシャルワーカーが出

かけていくこともまれではない。患者や家族にどのように対応すれば良いか、チームとしてどのように活動すれば良いかなど医師や看護師からの様々な質問に対して助言活動を行っている。特に、子どもたちの精神的サポートを行う場合、それを同じ世代に期待することは困難なので、学校の先生や近隣の人々にも理解と協力を仰いでいる。ホスピスを一般住民に広く理解してもらうために、患者や家族／遺族の協力の下にビデオ製作にも携わり、そのビデオテープを一般に貸し出している。ソーシャルワーカーは、一般住民との接点となるだけでなく、自らが地域に出かけ、ネットワーク作りを行うなど積極的な活動を行っていた。

IV むすびに代えて

1967年に聖クリストファーズ・ホスピスが創設されてから30年以上が経過した。しかし、ホスピスにおいてホスピスケアの対象となる人々が患者とその家族／遺族であり、患者をも含め、常に家族全体を一単位として捉え、彼らが地域の一員としていきることを支えるために最善のケアが行われているという認識は、日本においては依然として低いように思われる。

ホスピスケアを望む人々は、最期の時を人間らしく、尊厳を持って過ごしたいと願う人々である。生きている最後の瞬間まで、尊厳を持って生きることを可能にするためには、医学という一領域の専門家だけでは不十分である。人は、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みの緩和、除去がなされてはじめて、人生を全うすることが可能となる。

全人的視野に立ち、生活の場を基本とし、地域の中で患者を家族から切り離さず、家庭の延長としてケアを行う場合、ソーシャルワーカーの役割は、非常に重要となる。ソーシャルワーカーは、ホスピスケアの中に有効な専門技法として機能し、見事に生かされている。まさに、ソーシャルワーカーは、個人、家族、コミュニティへの橋渡し⁵⁰⁾の役割を果たしている。彼らは、患者、家族／遺族の相談、定期的な家庭訪問、グループワーク、セルフヘルプグループの支援、ネットワークづくり、デイ・ケア、ボランティア教育、社会資源の

活用、地域住民の教育、啓発活動等を行っている。

今日では、薬の進歩にともない、身体的痛みのコントロールがかなりの部分で可能となって来ている。しかし、患者や家族／遺族の抱える複雑な痛みは、薬によるコントロールのみでは、有効に働かないことが今や明らかである。そこに、ソーシャルワーカーの存在意義が生まれる。それ故、ソーシャルワーカーの役割は、今後、ますます重要となるであろう。

日本においてホスピスケアは、必ずしも理念通りには行われているとは限らない。「何故、行うことができないか」ということを解明することも大切であろう。しかし、より重要なことは、「今できることは何か」ということであり、「最善を尽くすこと」から始めることではないだろうか。これは、ホスピスケアの精神でもある。私たち日本のソーシャルワーカーは、自らの役割の可能性を切り開くことを求められているのではないだろうか。

注

- 1) 聖クリストファーズ・ホスピスでは、設立当初からシシリー・ソンドースによって医師や看護師に対して教育が行われている。聖クリストファーズ・ホスピスで働いたという経歴を持っているだけで、その人の評価が高くなるほど専門的な技術のレベルは高い。Shirley du Boulay, CICELY SAUNDERS The Founder of the Modern Hospice Movement. London : Hodder and Stoughton, 1984. 教育センターにおいては、King's College School of Medicine & Dentistry と提携し、緩和ケアの研究を行っている。Department of Palliative Care and Policy (<http://www.kcl.ac.uk/kis/schools/kcmd/palliative/whoweare.htm#toppage>), 2001年11月23日
- 2) Cicely Saunders, The founding philosophy, ed. Dame Cicely Saunders, Dorothy H. Summers and Neville Teller. Hospice: the living idea. London: Edward Arnold. 1981, p. 4.
- 3) 1983年8月3日、筆者は、聖クリストファーズホスピスを訪れ、当時、主任ソーシャルワーカーの Elizabeth Earnshaw-Smith にインタビュー（以下、Earnshaw-Smith へのインタビューとする）を行った。彼女はシシリー・ソンドースからソーシャルワーク部門を一任されており、3人のソーシャルワーカーの最高責任者として、活動をしていた。（1997年彼女は、すでに定年退職をし、聖クリストファーズホスピスにおいて、ボランティアとして参加していることをシシリー・ソンドースより聞く。）3人のソーシャルワーカーのうち、彼女を含む2人は、senior social worker と呼ばれ、基本的なソーシャルワーク訓練と家族療法、集団療法の訓練を受けたソーシャルワーカーであった。他の一人は、social worker assistant と呼ばれ、患者や家族の生活上の細々とした世話（例えば、在宅ケアにおける家事、ホリデイキャンプの準備など）を行っていた。
- 4) 1997年4月19日、シシリー・ソンドース、東京講演：「ホスピスケアの原点と実践」と題する質疑応答の中で、彼女は、次のように述べている。「聖クリストファーホスピスには、7名のソーシャルワーカーがいます。」「3名が在宅担当で、2名が病棟、1名がオンコールで相談を受けています。」「ソーシャルワーカーは、チームの中の強力なメンバーであり、全ての人の助けにならなければなりません。」「聖クリストファーズホスピスでは、ソーシャルワーカーはとても重要です。」 Dame Cicely Saunders, The Philosophy and Practice of Hospice Care-Hospice As Bridge Builder. 講演「ホスピスケアの原点と実践」ターミナルケア Vol. 7.No. 5, p. 365. 1997
- 5) 1981年、日本で最初のホスピス聖隷三方原病院ホスピスが設立される。
- 6) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会 (<http://www.inh.co.jp/~handpcu/index.htm/>) 2001年11月23日
- 7) 「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」、全国ホスピ

- ス・緩和連絡協議会 [http](http://) : 同上
- 8) Robert G. Twycross, *Hospice Care: Redressing the Balance in Medicine*, 9th International Seminar, *Holistic Care Of Patients And Their Families*. 第9回医療と教育に関するセミナー「患者および家族のための全人的医療」p. 2. 2 Sep. 1983
 - 9) Dame Cicely M. Saunders, *The Last Stage of Life*, ed. Charles A Corr and Donna M Corr, *Hospice Care Principles and Practice*. New York: faber and faber, 1983, p. 5.
 - 10) シャーリー・ドゥブレイ 【ホスピス運動の創始者 シシリー・ソンダース】若林一美 訳日本看護協会出版会 1997年 pp. 107-108
 - 11) Saunders, *The Last Stage of Life* p. 5.
 - 12) Saunders, *ibid*.
 - 13) ホスピスケアで行われている患者の痛みのコントロールや症状の緩和の効果が明らかになるにしたがって、医師や看護婦の間で「緩和ケア」と言う言葉が、ケアをする際の症状を緩和するアプローチとして使われ始めた。そして今日では、特に、「緩和ケア」の専門家によるケアは、進行性の、かなり進行した治療の見込みの無い病気に罹っている患者とその家族に対して行われる全人的なケアを意味するものとなった。Sue Hawkett, A nurse and health care policy maker's perspective, p. 5. UK-SYMPOSIUM: THE REALITY OF HOSPICE CARE, 日英シンポジウム「緩和ケアの実践」1998年6月28日
 - 14) ソンダース 講演「ホスピスケアの原点と実践」前掲誌 p. 349
 - 15) Michael Richards, *Palliative Care: A Physician's Perspective*, p. 12. 上記, 日英シンポジウム
 - 16) 1987年, その当時の案内パンフレットに記載されていたものである。
 - 17) Mercy Hospice, ([http:// www.home.vicnet.au/skcc/mercyweb/welcome.htm](http://www.home.vicnet.au/skcc/mercyweb/welcome.htm) 2001年3月21日
 - 18) ソンダース 講演 前掲誌 p. 363
 - 19) St. Christopher's Hospice, *Care of the Dying and Families*, A Camera talks Productions, p. 4. (出版年不明: 1983年, 聖クリストファーズ・ホスピスを訪問の際入手)
 - 20) これらは, 1987年当時の Mercy Hospice Care のボランティアの主な活動である。
 - 21) ソンダース 講演 前掲誌 p. 366
 - 22) 同上 p. 351
 - 23) 同上 p. 352
 - 24) Earnshaw-Smith へのインタビューより
 - 25) Shirley du Boulay, CICELY SAUNDERS The Founder of the Modern Hospice Movement, London: HODDER AND STAY- OUGHTON, 1984, p. 139.
 - 26) Harriet Copperman, *Dying at Home*, Chichester: JOHN WILLEY & SONS, 1983, p. 5.
 - 27) Shirley du Boulay, *ibid*, p. 189.
 - 28) ソンダース 講演 前掲誌—p. 365
 - 29) 同上 pp. 364-365
 - 30) "International Federation of Social Workers Definition of Social Work" は, 2000年7月27日, モントリオール総会において採択される。日本語訳「国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) のソーシャルワークの定義」は, 日本ソーシャルワーカー協会, 日本社会福祉士会, 日本医療社会事業協会で構成する IFSW 日本国調整団体が, 2001年1月26日決定した定訳を用いた。
 - 31) 「人権に関する国際方針」1996年7月21? 23日, IFSW 香港総会において採択, JSW ニュースレター No. 50, pp. 3-7, 1997
 - 32) 国際ソーシャルワーカー連盟「ソーシャルワークの倫理—原則と基準」(1994年7月6~7日, IFSW スリランカ総会において採択) 中村優一 監修, 日本ソーシャルワーカー協会倫理問題委員会 編集 【ソーシャルワーク倫理ハンドブック】中央法規 1999年 pp. 237-244
 - 33) 柏木哲夫 【死にゆく人々のケア 末期患者へのアプローチ】医学書院 1979年 p. 7
 - 34) リチャード・ラマートン【死の看護】季羽文子訳 メジカルフレンド社1980 p. 207
 - 35) Mary Baines, *Symptom control in the dying*

- patient, ed. Dame Cicely Saunders. Hospice: the living idea, *ibid.*, p. 94.
- 36) Michael Richards, *Palliative Care: A Physician's Perspective*, p. 8. 日英シンポジウム 1998年6月28日
- 37) 富永国比古 「寿命を延ばすもの…それは「豚肉」か「愛」か」 【サイエンス・オブ・ザ・タイムズ】 p. 8, 1999年8月号
- 38) ソンダース 講演 前掲誌 p. 366
- 39) ラマートン p. 60
- 40) Earnshaw-Smith へのインタビューより
- 41) 1987年 Mercy Hospice Care にて (以下, 本文中のマーシー・ホスピスケアの例は, 1987年当時筆者が滞在中のものである)
- 42) ソンダース 講演 前掲誌 p. 366
- 43) E・キューブラー・ロス【死ぬ瞬間 死に行く人々との対話】 川口正吉 訳 読売新聞社 1975, p. 290
- 44) Elizabeth Earnshaw-Smith, "Dealing with the Disadvantage-Dealing with dying patients and their relatives," *British Medical Journal*, Vol. 282, 30May1981, p. 1779.
- 45) Earnshaw-Smith へのインタビューより
- 46) 1997年9月, Territory Palliative Care を訪問。ホスピスの事務局の入り口に誰でも利用できるような種々のサービスのパンフレットが置かれていた。
- 47) Mercy Hospice Care の場合
- 48) 1995年, Caritas Christi Hospice (オーストラリア, メルボルン), Volunteer Program. より
- 49) ソンダース 講演 前掲誌 p. 353
- 50) ソンダースは, 講演「ホスピスケアの原点と実践」の中で, ホスピスの役割として「家族に橋をかける」, 「地域に橋をかける」ということをあげている。

The importance of the social workers' role in hospice care

Makiko Sekine

Social workers are working as staff members in hospice care. They provide patients and their families with psychological, emotional and social support. I discussed why social workers were taking so important roles in hospice care. First, I showed the philosophy and practice of hospice care. Second, I compared hospice care with social work. I found that the values and skills in the social work practice—respect for the dignity of all people, empowerment, the holistic focus on persons and their environment, etc.—could also be seen in the hospice care. Third, I described the social workers' role in hospice care.

(社)日本医療社会事業協会編
「保健医療ソーシャルワーク原論」

相川書房 2001年

医療の中での高齢者への医療のウェイトが大きくなり、介護保険制度の成立とも相まって、医療関係者の方から、「ソーシャルワーカーが必要である」という声を今までになく聞く。それと同時に看護職に典型的に見られるように従来ソーシャルワーカーが対象領域としてきた患者の生活への関わりや、心理社会的側面への援助を業務として取り入れていこうとする傾向も強くなっている。今日医療ソーシャルワーカーに問われているのは、医療ソーシャルワークの質的保障であり、他職種との違いを明らかにする援助への基本的な理論の構築である。そのような時代的な要請の反映と、またそれなりの我が国における保健医療領域でのソーシャルワークの到達点とし本書を位置づけることができるであろう。

本書は日本医療社会事業協会の「医療ソーシャルワーカー専門講座テキスト改訂委員会」の委員によって書かれたものであり、医療ソーシャルワーカーとしての実践を基礎にしている。出版の経緯は委員会の代表である松山真氏が冒頭の部分で記しているように1997年に協会より出版された「医療ソーシャルワーカー専門講座テキスト—実践力を高めるために—」の不十分なところを補い、全体を統一した集大成が本書である。当初は「医療ソーシャルワーカー専門養成講座」「現任教育講師養成講座」の養成のための研修テキストとして編集されたものであり、「経験3年程度の保健医療ソーシャルワーカーが標準的に行うべき業務を遂行できるように、必要な知識・技術等を身に付け、実践力を高める新しい研修システムを確立する」ことを目標とし、「全国どこでも、同じ内容を、同じ方法で学ぶことが出来る研修システム」とする研修の方針が本書の枠組みの基礎になっている。そして方法として、各分野を担当者に

任すのではなく共同作業で作りに上げていったところにも大きな特色がある。

そのような成立の経緯から分かる通り、本書の出発点には現状での医療ソーシャルワークのある一定の共通した業務として保障されるべき基準を明確にすること、それとただ絵に描いたものではなく研修という形でソーシャルワーカーへの実効も想定しての内容であり、保健医療でのソーシャルワークの実践にとってその範囲と内容が過不足のないものとなっている。また、何が重要であるかも的確に示されている。

本書の構成と内容を要約すると次のようになる。

「1章保健医療ソーシャルワークの価値」ではソーシャルワークの価値に関しての基本的事項が整理して述べられ、その上で価値、倫理の重要性が繰り返し強調されている。

「2章保健医療をめぐる動向とソーシャルワーカーの視点」では医療ソーシャルワーカーに大きな影響を与えている制度として、医療保険制度と医療法に関して詳説されている。

「3章病院にソーシャルワーカーがいる意味」では欧米と我が国の医療と医療ソーシャルワークの歴史を、特にその理念に関して説明がなされ、そこからソーシャルワーカーが病院にいる意味が述べられている。

「4章保健医療機関におけるソーシャルワーカーの役割」では主に厚生省の医療ソーシャルワーカー業務指針の内容について説明と検討を行い、最後のそれらの業務を何のために行うのかを常に意識していることの重要性を訴えている。

「5章ソーシャルワーカーと組織」では組織論を概説し、病院組織についての特徴を整理し、病院組織におけるソーシャルワーカーの活動について、管理の側面も含めてポイントを押さえてまと

められている。

「6章業務の開発」では医療という場でソーシャルワーク業務をいかに展開していくかが述べられている。業務開発の指標、対象、課題、方法が実践に即して説明され、具体的な事例も提示されている。

「7章連携づくり」では安易に使われているチーム、や連携という用語が理論的な側面も含めて非常にわかりやすく整理され、本来の意味を気づかせてくれる。

「8章人間理解Ⅰ：ソーシャルワークの原理・原則」ではソーシャルワークの原則の中でも特にバイステックの原則に関して医療での実践との関わりをそれぞれの原則について説明し、具体的な面接経過の中でそれらの原則がどのように適用され、意義があるのかが解説されている。

「9章人間理解Ⅱ：理論・ソーシャルワークの実践アプローチ」では保健医療でのソーシャルワークにとって実践理論の重要性とそれへのスタンスを提示し、大きな影響を与えた理論として、心理社会的アプローチをはじめとして8つの理論が紹介されている。

「10章援助の実際」ではクライアントが依頼されてからの一連の流れについて、受理、アセスメント、終結での対応について実践に即して書かれている。

「11章自己覚知とスーパービジョン」ではソーシャルワークのスーパービジョンの概略が述べられ実践でのその重要性が強調されている。

「12章総体としてのソーシャルワーク援助」では最後にソーシャルワークの意味を5つの具体的な事例の場面を想定して、ソーシャルワークの目的や機能を整理している。

巻末に資料として日本医療社会事業協会と英国ソーシャルワーカー協会の倫理綱領と厚生省の医療ソーシャルワーカー業務指針が付けられている。

全体を通して、ソーシャルワークの基本的な価値等の理念としてふまえるべき部分と実践での具体的な指針が的確に説明されている。医療ソーシャルワーカーを目指す学生や医療ソーシャルワーカーのビギナーだけでなく、経験のあるソーシャルワーカーにとっても実践に関して多くを教えられ、気づかされる書であろう。

あえて付け加えるなら、冒頭の部分で本書は実践知の集大成であるとしているが、全体を通して実践知であることが十分表現されていないのではないかと感じさせられた。実践知というからには、もう少し実践の詳しい記述がなされていたり、実践から導きだした過程が示されている方が読者には理解がしやすいと思う。

それらは本書の価値を低めるものではない。著者たちによる、より実践から導かれた知によって体系化された保健医療におけるソーシャルワークの真の意味での教科書が書かれることを期待している。

(大阪府立看護大学：大谷 昭)

医療社会福祉研究 第10巻第1号

2001年12月30日発行

編集 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 手島陸久（編集委員長）

発行 行 日本医療社会福祉学会

〒259-1193 神奈川県伊勢原市望星台

東海大学病院総合相談室内

Tel : 0463-93-1121 (内線3355-9)

Fax : 0463-92-6175

発行責任者 橘高通泰（日本医療社会福祉学会長）

印刷 第一資料印刷株式会社

1部定価 1,100円

「実践報告」投稿の呼びかけ

「医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という新たな投稿枠を設けることにしました。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、医療社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずです。また、介護保険制度の施行や今後の医療改革によって、実践上の課題や活動の枠組みに変化が生じることも予想されます。医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人々の直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践の現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立って、医療社会福祉を発展させるために、実践現場の方々からの積極的な投稿を期待します。

「実践報告」

目的：主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったり、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

内容：医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるものならどんなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。

— 従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報

例、高度脳機能障害患者・家族の生活困難の具体的状況

外国人や中国からの帰国子女等へのソーシャルワーク援助事例

虐待が疑われる児童患者ケースへの病院とソーシャルワークの対応事例

— 制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について

例、介護保険の施行に伴う院内における退院計画業務の再編

— 実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について

例、病院から在宅介護支援センターへの配置転換によるソーシャルワーク業務の変化

— 技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について

例、脳死からの臓器移植に関わる倫理的問題について

構成：構成および形式については、以下の「研究論文」に準じることが望ましいと思われますが、内容により柔軟に適用したい考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

内容：医療社会福祉に関わる何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

- I. 緒言（序論、はじめに） 研究の背景・意義、研究目的、研究課題
- II. 研究方法（調査方法） 研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出所等
- III. 研究結果（調査結果） 研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する）
- IV. 考察（考案、討論） 研究結果の評価、解釈、予想される異論に関する討論等
- V. 結語（結論、おわりに） 結論、今後に残された研究課題

注、文献、付記など

（事例的研究等ではIIIとIVを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

December 2001

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.10 No.1



Keynote Speech at the 11th Annual Meeting

Case management and hospital social work in the U.S.A.Ruth Campbell

Practice Wisdom

Significance of the outpatient service unit for the child cancer patients
and role of social workersMasako Yoshida

Articles

The social work intervention to secure the opportunity of treatment
for the MRSA patients: A case study on a geriatric hospital
.....Chihiro Yanagida

A study of the influencing factors on social life of post liver transplant patient
.....Shiho Suzuki, Tatsuto Asakawa, and Chieko Tanaka

Explaining patient and family satisfaction with social work services in hospital
settings : An application of the Hutchinson's concept of niche
.....Jung Won Lee and Miwa Fujii

The importance of the social workers' role in hospice careMakiko Sekine

Book Review

Akira Otani



Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)