

医療社会福祉研究

第21巻

基調講演

医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する
～政策の視点から～

棕野美智子

シンポジウム

医療ソーシャルワークの近未来を語る
— 済生会の歴史を通して、救療事業を考える —

中西良雄

医療ソーシャルワークの近未来を語る
— 日本の医療ソーシャルワークの近未来 —

笹岡眞弓

医療ソーシャルワークの近未来を語る
— 出発点の聖路加国際病院の過去と未来 —

西田知佳子

論文

社会福祉施設長の HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動プロセス

— 施設長のフォーカスグループインタビューの分析を通して — 山内哲也

遷延性意識障害者の居宅サービス計画書における生活に対する

意向と生活上の解決すべき課題（ニーズ）の特徴 松田陽子・日高紀久江
がん対策推進計画策定・評価過程における患者参加測定の試み

— 島根県がん対策推進協議会議事録分析より — 杉崎千洋

人間教育に基づく実践力あるソーシャルワーカーの養成

— ソーシャルワーカー養成の統合化への序論 — 梓川 一・萬谷和広

高次脳機能障害者家族の介護負担感に関する研究

～高次脳機能障害者の親へのインタビュー調査より～ 瀧澤 学

医療ソーシャルワーカーの退院支援実践の評価

山口麻衣・高山恵理子・小原眞知子・高瀬幸子

2013年7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、調査報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」「実践報告」「調査報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌にすで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。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
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. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿の送付先は、下記とする。

日本医療社会福祉学会事務局

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ゲンゴビル2F

(社) 日本医療社会事業協会事務局内

電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

データファイルの宛先

メールアドレス jsswh-post@jaswhs.or.jp 学会事務局あて

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

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。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「論文」には、500字以内の日本語抄録および200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. 引用文献は、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.

目 次

基調講演

- 医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する
～政策の視点から～ 梶野美智子 1

シンポジウム

- 医療ソーシャルワークの近未来を語る
— 済生会の歴史を通して、救療事業を考える — 中西良雄 31
- 医療ソーシャルワークの近未来を語る
— 日本の医療ソーシャルワークの近未来 — 笹岡眞弓 39
- 医療ソーシャルワークの近未来を語る
— 出発点の聖路加国際病院の過去と未来 — 西田知佳子 45

論文

- 社会福祉施設長の HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動プロセス
— 施設長のフォーカスグループインタビューの分析を通して — 山内哲也 55
- 遷延性意識障害者の居宅サービス計画書における生活に対する
意向と生活上の解決すべき課題（ニーズ）の特徴 松田陽子・日高紀久江 73
- がん対策推進計画策定・評価過程における患者参加測定の試み
— 島根県がん対策推進協議会議事録分析より — 杉崎千洋 85
- 人間教育に基づく実践力あるソーシャルワーカーの養成
— ソーシャルワーカー養成の統合化への序論 — 梓川 一・萬谷和広 103
- 高次脳機能障害者家族の介護負担感に関する研究
～高次脳機能障害者の親へのインタビュー調査より～ 瀧澤 学 115
- 医療ソーシャルワーカーの退院支援実践の評価
山口麻衣・高山恵理子・小原眞知子・高瀬幸子 127

[基調講演]

医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する ～政策の視点から～

椋野 美智子*

はじめに

本稿は政策の視点から、医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望するものである。戦後の日本社会の変動、それを背景とした保健医療福祉政策の変遷の中で、医療ソーシャルワーカーの役割と政策的位置づけがどう変化してきたかを追ひ、現在の課題を解決する上で何が医療ソーシャルワーカーに期待されているのかを考察し、今後の政策の方向性と実践の在り方に対する示唆を得ようとするものである。

ここでは、政策の視点から戦後を5つの時代に区分して、時代背景と関連分野の政策、医療ソーシャルワーカーをめぐる政策と実態を論じ、今後を展望する。その際の政策分析の視点をあらかじめ提示しておきたい。

(1) 政策分析の視点

① 目的一時代の要請に応えるものであるか

人口構成、社会経済、財政状況の変化などにより課題は変化する。政策はその時点での課題に対応するだけでなく、時代の流れのなかで重要性が増す将来の課題を先取りし、それに対応するものであることが求められる。

政策はしばしば後追いであるとの批判を受ける。しかしそれは、実現までに時間を要した結果であることも多い。一つの政策を立案してから実現するまでには、多くの関係者の合意を得

なければならない。新法の制定や法律改正を伴うものはもちろん、形式上は国会の承認が要らない政省令や告示、通知レベルの政策であっても野党を含めた関係の国会議員の了解が必要な場合が多く、支持者である関係団体の合意も不可欠である。政府内部では財源を要することであれば財務省、自治体に負担を課すものであれば総務省の合意が必須だ。さらに、大きな改革であれば法律の成立から施行までの間に膨大な準備作業がある。したがって、新たな政策提案は、立案から実現までに要する時間も計算に入れて時代の流れを先取りするものでなければならない。

② 方法一時代と目的に適した政策手法か

政策には様々な手法がある。その有効性も時代の変化の中で動く。したがって上述の時代の流れの先取りは政策が解決すべき課題だけでなく、政策手法においても同様である。もちろん、目的に応じて、用いるべき手法は異なる。成功体験に縛られて時代に合わなくなった政策手法に固執することなく、時代の流れに即し、目的に適した政策手法を選択することが重要である。保健医療福祉をめぐる政策手法には、規制か給付か誘導か、金銭給付かサービス給付か、実施主体が国か自治体か、国や自治体の直営か民間活力の活用か、民間への委託実施か民間による直接実施か、など様々な選択肢がある。こ

*Michiko Mukuno : 大分大学教授

れについては(2)で詳述する。

③ 対象―「普通の人」を前提として制度が設計されているか

「医は仁術」といわれるが、黒字でも赤字でも関わりなく患者のことだけを考慮して医療を行う医師を制度の前提にすることは現実的ではない。どんなに処遇が悪くてもクライアントのためだけを考慮して仕事をするソーシャルワーカーを想定することも適切ではない。患者やクライアントの利益を常に最優先する人もいないわけではないだろう。しかし、普通の人には儲かるとは思えないより儲かる方を選ぶし、手を抜いても誰も何も言わないなら少しは手を抜きたくなる。そういう傾向を前提として制度は設計されなければならない。さもないとモラルハザードを生み、制度が目的とする効果が台なしにされかねない。逆に、儲けしか考えない人も前提とはしない。ルールで完全に縛ってしまえば、質の向上を生む専門職としての裁量や現場の創意工夫の余地を失わせてしまうからだ。「普通の人」を前提に制度は設計されなければならない。

④ 効果―代替制度と比較してより効果が高いか、より問題が少ないか

どんな制度にも問題はあろう。しばしば、現行制度にはしかじかの問題があるからよくない、という主張がされることがある。極端な場合、廃止せよとの意見もある。しかし、廃止後の代替制度案のもつ問題と比べてどちらが多いかを考えなければならない。どんな制度にも問題があることを前提に、より効果が高いか、より問題が少ないか、つまりよりマシな制度に改善することを考える必要がある。

(2) 政策手法

① 規制か給付か誘導か

禁止、義務付けなどの規制は、関係者の抵抗は大きい。しかし、費用はあまりかからないし、効果もすぐに表れるので、人命に関わり緊急な対応が必要な感染症対策などに衛生行政が伝統

的にとってきた手法である。

金銭やサービスの給付は、生活保護や福祉施設への措置など福祉行政が伝統的にとってきた手法である。社会保険の給付もこれに類する。

禁止や義務付けに代わるソフトなやり方として、報酬や補助などにより一定の行為を誘導する手法もある。金銭を伴わない、指針による誘導もある。誘導は規制に比較して関係者の抵抗は少ないが、効果が出るまで時間がかかる。また、金銭を伴う場合は当然費用もかかる。

② 金銭給付かサービス給付か

金銭給付として代表的なものには児童手当や生活保護の生活扶助があるが、金銭給付は使途が限定されないため対象者の自己決定を尊重できる。かわりに、児童手当が父親の飲み代に消えることも生じるなど目的どおりに使われないおそれもある。また、金銭給付は財源を用意できれば政策の実現が比較的容易で、関係者の反対も少ない。子ども手当の例がわかりやすい。2009年9月に民主党が政権に就いて、10年6月にはもう支給された。

しかし、医療や介護やソーシャルワークなどのサービスは財源だけあっても給付できない。検討すべきこととして、第1に、実際にサービスを提供する事業主体は何かという問題がある。医療法人か社会福祉法人か企業かなど。第2に、そこにどんな専門スタッフを配置するか。既存の専門職で対応できないサービスであればその養成研修から始めなければならない。第3に、施設や設備はどうするか。必要な場合は、それらを整備する仕組みもつくらなければならない。第4に、既存の事業者や専門職種から自分たちの領域の侵害だと反対される可能性もある。役割や業務の切り分けが必要だ。

このようにサービス給付は非常に手間ひまがかかるが、必要なサービスを必要な者の元に確実に届けることができる。

③ 実施主体は国か自治体か

社会保障給付の中で国が直接実施しているの

は、労働保険である雇用保険や労働者災害補償保険である。年金については以前は国が直接実施していたが、2010年から日本年金機構が実施することとなった。生活保護は国の事務だが、法定受託事務として自治体を実施している。「国の責任」とよくいわれるが、制度の枠組みをつくる責任と実施責任とは分けて考える必要がある。サービス給付の実施主体は地方分権の推進で国から自治体へ、わけても都道府県から基礎自治体である市町村に移行している。しかし、新たな業務を義務付けられることには当然ながら自治体は反対する。政策課題の重要性を理解したとしても、その費用や職員をどう確保し、どんな方法で実施したらよいか、などの問題がある。

自治体に新たな職員の設置を義務付けることは極めて困難である。例えば、生活保護の医療扶助にかかる費用が大きく問題になっているから、給付の適正化のために福祉事務所に医療ソーシャルワーカーを設置することが必要と考えても、そのような義務付けを行うことはほとんど不可能である。必要かどうかの判断は国ではなく自治体が行い、必要であれば自治体が自ら配置するのだから、国の義務付けは不要という理屈である。福祉事務所の所員の配置とその数の標準は、生活保護が法定受託事務であることもあって例外的に廃止されずに残っているものである。業務方法についても、強制力を持たない指針や標準が多く、自治体あて通知のほとんどは技術的助言である。費用については補助金か地方交付税の積算基準に入れることになるが、個別の補助金から交付金化、さらに一般財源化というのが地方分権の推進される時代の流れである。一般財源化されれば自治体に国から渡される地方交付税交付金の積算に入っているだけであり、それを実際に何に使うかは自治体の裁量に任されている。

④ 国や自治体の直営か民間活力の活用か

国が実施するにしても自治体が発行するにしても、時代の流れは、直接実施から民間実施に

移行しつつある。

国や自治体は職員を一旦雇用すると解雇が難しい上に年功序列型賃金制の下で将来の財政負担が大きい。専門職の場合は異動の範囲が狭く、管理職ポストが少ないなどの人事政策上の困難もある。また、行政改革の観点から国も自治体も定員増が厳しく抑制されており、財源として人件費が確保できても職員の増加は困難である。また、解雇が難しいことは、ニーズに応じて職員の数を柔軟に増減させるような弾力的な対応が困難だということでもある。民間主体実施の場合は費用が保障されれば職員の確保は比較的容易であり、弾力的な対応も取りやすい。例えば、延長保育や休日保育などニーズに応じた多様な保育の実施は私立保育所の方が公立保育所よりずっと早く対応した。

ただし、直接実施に比べれば国や自治体の意向が徹底しない面もあるのは確かだろう。

⑤ 民間への委託実施か民間による直接実施か

これは、特別養護老人ホームについての介護保険成立前の措置委託と介護保険での入所契約を思い浮かべるとわかりやすい。委託のメリットとしては、行政の意向に合わせたサービスを実施させやすく、サービス量の拡大つまり費用の増大をコントロールできる。しかし、逆に言えば画一的で民間の創意工夫が活かしにくく、また、行政の了解なしにはサービス内容を変更できず委託費の範囲内でしか対応できないので、ニーズの変化や増大に対して弾力的に即応することが困難である。平たくいえば、サービスの対象者よりも委託者である行政の方に顔が向く。

直接実施はこの逆で、創意工夫を活かしてニーズの変化や増大に素早く対応できるが、サービス内容が行政の意向を逸脱することもあるし、量的にも予算の範囲を超えて拡大することがありえる。これは特に施設整備を伴わず、サービス量の増大が容易な居宅サービスで顕著になる。つまり、ニーズの過剰な掘り起し、サービスの乱用につながる可能性がある。

以上の視点をもって、以下に戦後の医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返ってみる。別表を適宜参照されたい。

1. 戦後の緊急援護と制度確立—保健所中心時代（1945～1959年）

(1) 時代背景と関連分野の政策

この時期は敗戦後の混乱から幕を開ける。食べ物はなく栄養失調の人が溢れている。外地からの引き揚げで伝染病も持ち込まれて蔓延している。皆貧しい。民間事業は壊滅状態で病院もかなり閉鎖されている。自治体も職員は足りない。したがって、公、それも国の強力な指導で政策が進められていった。病床を量的に拡大していく一方で、次の時代に向けた社会保障の基本理念も確立された。その理念が次の時代の社会保障をリードしていく。

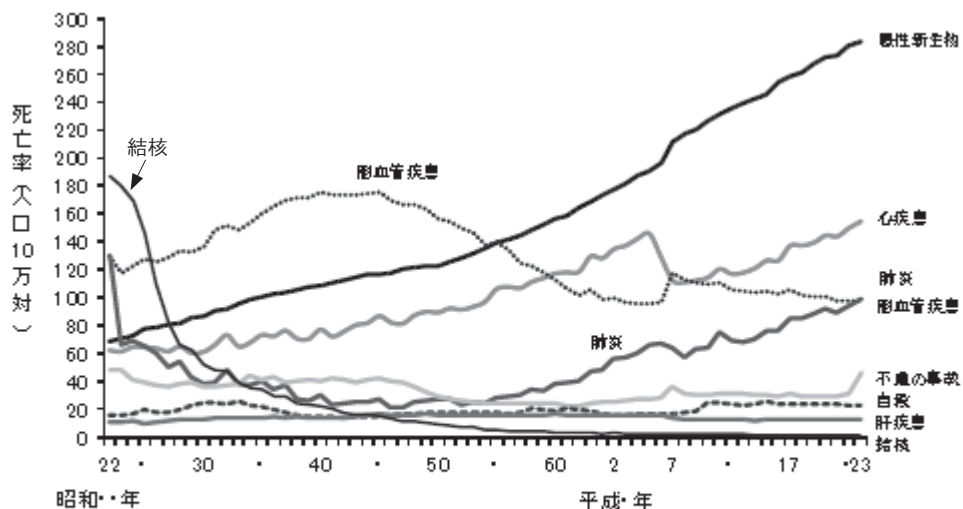
公衆衛生の分野ではGHQの公衆衛生対策覚書¹⁾に基づき1947年に新・保健所法ができた。伝染病対策として、食品が汚染されないよう食

品衛生法ができ、48年には予防接種法もできた。結核が国民病といわれた時代であり(図1参照)、51年に新・結核予防法ができ、53年には結核実態調査も行われた。同年、らい予防法もできた。また、栄養が足りないので52年に栄養改善法ができ、環境や水が非衛生だと病気になるので、今の廃棄物処理法の前身である清掃法が54年に、水道法が55年にできた。さらに、50年には精神衛生法ができ、51年に精神衛生実態調査が行われた。

医療の分野では、終戦直後の1945年に陸・海軍病院が国立病院、国立療養所に改組され、48年には医療法ができ、50年に医療法人制度ができて民間で病院を整備するための枠組みが整えられた。そしてそこで働く医療専門職を養成するために、48年に医師法、歯科医師法、保健婦助産婦看護婦法が、51年にあん摩師、はり師、きゅう師及び柔道整復師法、診療放射線技師法、さらには55年に歯科技工士法、58年に衛生検査技師法が整備されていく。

福祉の分野では、まずは生活困窮者に対する

図1 主な死因別にみた死亡率の年次推移



注：1) 平成6・7年の心疾患の低下は、死亡診断書（死因検査簿）【平成7年1月施行】において「死亡の原因には、疾患の終末期の状況としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
2) 平成7年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、[C60～I0]【平成7年1月適用】による原因別選択ルールの明確化によるものと考えられる。

資料 厚生省大臣官房統計情報部「平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況」

生活保護である。旧・生活保護法が1946年に、新・生活保護法が50年に制定された。さらに路上に溢れる浮浪児を保護するためなどに児童福祉法が47年にでき、同年、雇用保険法の前身の失業保険法や労働者災害補償保険法など労働関係の法律が多く制定された。48年には民生委員法、49年には傷痍軍人などのために身体障害者福祉法ができた。51年には社会福祉事業法ができて福祉事務所、社会福祉法人、社会福祉協議会などの福祉の実施枠組みができていった。

そんな中、社会保障審議会は1950年に「社会保障制度に関する勧告」を出し、社会保障の中心をなすものは社会保険でなければならないとの方針を明確にした。

(2) 医療ソーシャルワーカーをめぐる政策と実態

この時代の医療ソーシャルワーカーをめぐる制度政策として、まず保健所関係では、GHQの覚書に基づいて1947年に制定された新・保健所法に「公共医療事業」が規定された。そして、48年に杉並保健所に医療ソーシャルワーカーが配置された。50年には「医療社会事業の振興について」厚生省から次官通達と保健所課長通知が出され、さらに51年には「保健所における医療社会事業連絡協議会の開催について」公衆衛生局長通知も出された。この連絡協議会は市町村長までもメンバーとするものであるが、現実には市町村長が出席したのか、どの程度機能したのかはわからない。58年には「保健所における医療社会事業の業務指針について」公衆衛生局長通知が出されている。

病院関係では、公的な病院、例えば日本赤十字社で「病院社会事業の実施に関する件」が1947年に出され、57年には「国立結核療養所における医療社会事業の運営について」国立療養所課長通知が出され、「1名以上の専任ケースワーカーとなるべくその補助者をおき」とされた。また、社会局長・児童局長通知「社会福祉事業法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料または低額な料金で診療を行う事業について」が出され、社会福祉事業としての「診療施

設においては、・・・医療ケースワーカーを置き、医療相談、必要な指導等を行うこと」とされた。全国社会福祉協議会の「メジカルソーシャルワーカーの執務基準も同年に出された。

そのほか、1953年には日本医療社会事業家協会が設立され、54年には厚生省が主催して短期講習会が始まった。

この時代の医療ソーシャルワーカーの実態を1956年にWHOのベックマンがまとめた「日本における医療社会事業視察計画に関する報告」にみてみたい。783の保健所のうち13%の保健所に99名の専任が配置されているが、ほとんどは高卒以下の教育しか受けていない。事務部門に配置され、相談し援助を得る相手もない。これに対して病院では、4779のうち結核療養所や精神病院を中心に6%の病院に専任職員303名が配置されており、短大以上の教育を受けた者が多い。全体に、厚生省の強い指導と医師の強い支持があるものの知識・技術の不足は否めず、助言、参考資料、訓練の必要性が述べられている。

以上をまとめると、この時代、国の強い指導によって保健所での医療社会事業が推進されたが、保健所の医療ソーシャルワーカーは質量ともにきわめて不十分であり、1956年の時点で既に結核療養所や無料低額診療事業、精神病院などにおける医療ソーシャルワーカーが保健所を質量ともに上回っていた。「はじめに」でも述べたとおり、終身雇用・年功序列で様々な仕事を経験させて管理職にしていく日本の公務員の人事慣行の中では、行政機関である保健所の専門職配置には困難が伴うからである。

もちろん、この時代の保健所は伝染病対策や結核対策で極めて大きな成果を上げた。しかし、手法としては規制が中心で、衛生教育などの事業も集団指導中心である。個別の援助を基本とする医療ソーシャルワーカーの仕事が保健所の中で適格的だったのかという疑問もある。

国の強い指導による公的機関中心の政策推進は戦後の混乱と窮乏期の手法であり、医療が社会保険を基盤として民間病院中心に移行してい

く中で、保健所を中心に医療ソーシャルワーカーの業務を推進する政策と時代の流れとに齟齬が生じ、その発展が阻まれたのではないだろうか。

2. 高度経済成長と施策の拡充—民間病床拡大の時代（1960-1973）

(1) 時代背景と関連分野の政策

高度経済成長の時代である。高い成長率による税収の伸びで社会保障施策が大幅に拡充されていった。

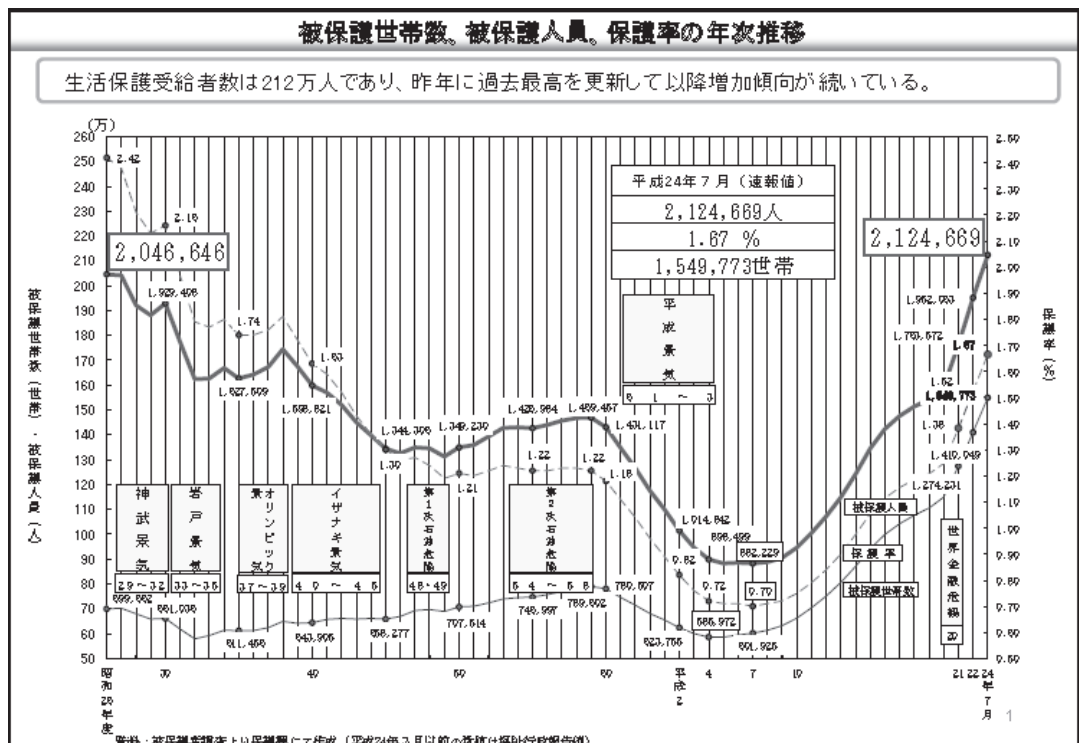
1960年に池田内閣が所得倍増計画を打ち出して10年もたたないうちに所得が倍増し、生活保護の保護率は減少し（図2参照）、社会保障は前の時代に理念として打ち出されたとおり社会保険中心へ移行した。公務員の定員増加を抑制する総定員法が1969年に制定され、公から民への

転換が進んだ。疾病構造も変化した。結核や伝染病は減少し、寿命の伸長や生活様式の変化により老人病や成人病が増加し（図1参照）、また、高度経済成長の影ともいえるべき、労災事故や職業病、交通事故などの傷病が増加してきた。

公衆衛生の分野では精神衛生法が1961年に改正され措置入院の国庫負担率が引き上げられ、さらにライシャワー事件を受けた64年の改正で、精神衛生センターの設置や措置入院制度の強化、保健所の精神衛生相談員の設置などが行われた。母子保健の分野では3歳児健診が61年に保健所で開始され、関連施策と併せ65年には母子保健法として立法化された。公害対策基本法が67年に制定され、70年には有害な産業廃棄物に対応するために清掃法に代わって廃棄物処理法が制定された。

医療の分野では質量ともに拡大が進んだ。

図2 非保護世帯数、非保護人員、保護率の年次推移



出典 内閣府

<http://www.cao.go.jp/sasshin/shin-shiwake2012/meeting/1117/pdf/1117010203shiryuu-10-34.pdf>

1961年に国民皆保険が達成され、69年には国民健康保険の給付率が7割に引き上げられ、福祉元年といわれた73年には健康保険の家族療養費の給付率も5割から7割に引き上げられた。同年、高額療養費制度もでき、どんなに高額の治療を受けても一定額の自己負担で済むようになった。さらに老人医療費無料制度も創設され、老人は自己負担なしで医療を受けられるようになった。革新自治体等の先行実施を受けて、自民党政権下の政府も追随せざるをえずに創設された制度だが、病院のサロン化といわれるような現象や、入院医療の必要でない患者の入院（社会的入院）などのモラルハザードを生み、政策としては失敗と評価されている。

相次ぐ医療保険の給付改善により医療需要は増加し続け、それに応じて民間病院が増加していく（図3参照）。1960年、民間病院に長期低利の公的融資を行う医療金融公庫が創設された。融資を受けて病院を新增設し、患者を増やし、それに伴う医療保険等からの支払い収入の増で償還する。このパターンで病床は拡大し続けた。人材についても拡充が目指され、医師を養成するための1県1医大構想が73年に閣議決定され、

この構想は79年に完成した（図4参照）。また、労災事故や交通事故、脳梗塞などの増加により、患者のリハビリを行う作業療法士、理学療法士の国家資格が65年に創設された。

福祉の分野でも施策が拡充された。生活保護基準が1961年、64年に大幅に改善され、また、精神薄弱者福祉法が60年に、老人福祉法が63年に、母子福祉法が64年に制定され、いわゆる福祉六法体制が整備された。離婚母子家庭に手当を支給する児童扶養手当法が61年に、児童手当法が71年に成立し、児童手当制度の創設をもって日本の社会保障給付体系は欧米並みに整ったとされた。

(2) 医療ソーシャルワーカーをめぐる政策と実態

このような時代の変化を受けて医療ソーシャルワーカーの業務ニーズも変化した。皆保険の達成と医療保険の給付水準の大幅な改善により経済的問題は相対的に重要性を低下させ、精神疾患患者への対応や公害、労災、交通事故、成人病患者など新たな傷病への対応のニーズが増加した。また、労災事故や交通事故、脳梗塞患者の社会復帰支援のニーズも増加した。

図3 設置主体別病院施設数の推移

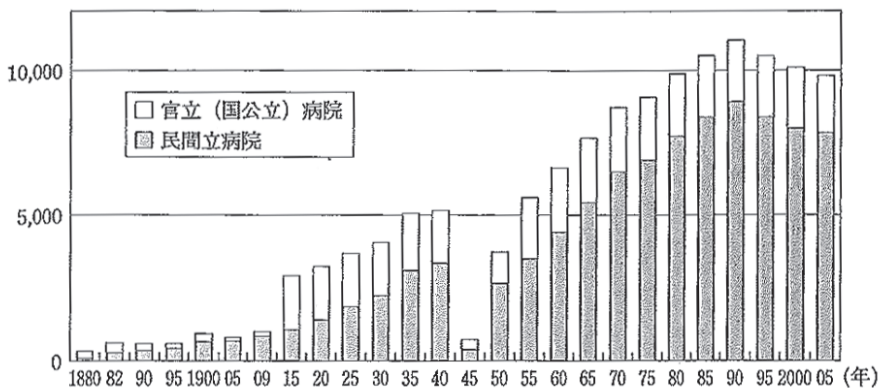


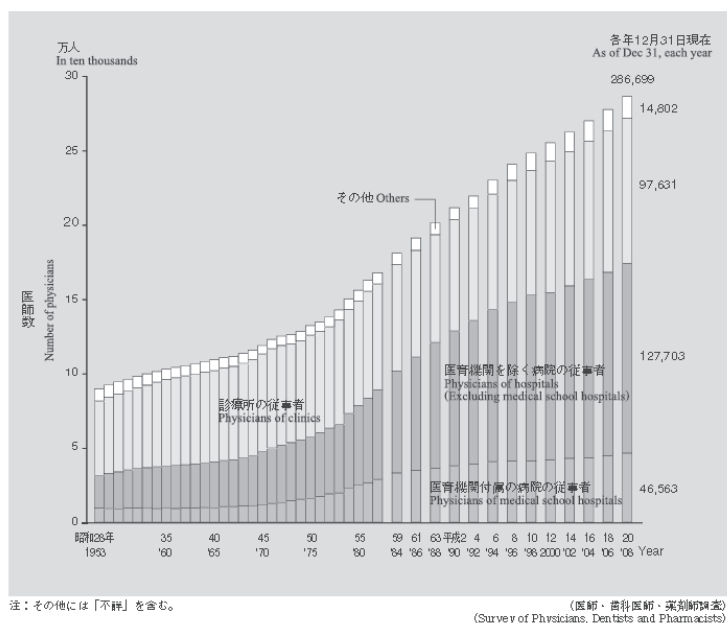
図1-1 病院施設数の推移

注：1) 民間病院は、官立(国公立)病院以外である。
 2) 1985年及び1910年は内訳が不祥のため、1882年・1909年で代替している。
 3) 1909年から1915年に急増しているが、戦前のデータについては、1909年から1910年にかけて施設数が2.8倍と急増したり、総数と内訳が合わない年があるなど、信頼性には疑問がある。
 出所：厚生省『医政八十年史』、厚生省(厚生労働省)『医療施設調査・病院報告』。

出典 島崎謙治(2011)「日本の医療 制度と政策」、東京大学出版会

図4 医師数の年次推移

3-1 医師数の年次推移 —昭和28年～平成20年—
Trends in the number of physicians, 1953-2008



出典 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成22年我が国の保健統計」

これらの新たな業務ニーズに対して医療ソーシャルワーカーがどこまで応えられていたのだろうか。その実態を1975年の「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」報告にみる。

医療ソーシャルワーカーの数は病院では増加している(表1参照)が、保健所では、精神衛生相談員を除いて、定員は増加しているにもかかわらず実数が減少している(表2参照)。つまり、国は必要性を認めていても、現場の自治体が必要性を認めていない。業務の実態は全体

としては経済的問題の解決援助が最も多いが、精神病院や保健所では疾病の原因調査等が経済的問題の解決援助を上回っており、精神病院や保健所とそれ以外の病院で業務に差異がみられる(表3参照)。これが後に別建ての資格制度につながっていくのではないだろうか。

1964年には日本精神医学ソーシャルワーカー協会が設立された。また、前述のとおり精神衛生法改正により1965年に精神衛生相談員が保健所に配置された。

表1 病院における医療社会事業従事者数・病院数

年 度	昭和38年	39	40	41	42	43	44	45	46	47
医療社会事業従事者	1,120	1,222	1,253	1,318	1,479	1,480	1,624	1,838	1,847	1,853
病 院 総 数	3,621	6,838	7,047	7,308	7,505	7,703	7,819	7,974	8,026	8,143
200床以上病院数	1,136	1,259	1,331	1,410	1,487	1,572	1,647	1,746	1,704	1,784

(厚生省・医療施設調査から作成)

出典 姉崎正平他(1975)「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」厚生省特別研究

表2 保健所における医療社会事業従事者・精神衛生相談員の現員・定員・充足率の推移

年 度	医療社会事業従事者			精神衛生相談員			合 計		
	現 員	定 員	充足率	現 員	定 員	充足率	現 員	定 員	充足率
昭和36年	188	365	51.5%	—	—	—	—	—	—
37	179	362	49.4	—	—	—	—	—	—
38	179	361	49.6	—	—	—	—	—	—
39	230	362	63.5	—	—	—	—	—	—
40	194	457	42.5	43	122	35.2	237	579	40.9
41	229	463	49.5	97	197	49.2	326	660	49.4
42	215	478	45.0	119	260	45.8	334	738	45.3
43	195	476	41.0	123	261	47.1	318	737	43.1
44	195	474	41.1	136	262	51.9	331	736	45.0
45	195	487	40.0	145	268	54.1	340	755	45.0
46	195	487	40.0	148	268	55.2	343	755	45.4
47	184	494	37.2	197	273	72.2	381	767	49.7
48	167	497	33.6	211	274	77.0	378	771	49.0
49	186	497	35.4	232	274	84.7	428	771	55.5

(厚生省公衆衛生局地域保健課崎川技官提供資料より作成)

出典 姉崎正平他 (1975)「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」厚生省特別研究

表3 施設別援助内容

	援 助 内 容	一 般 (%)	精 神 (%)	療養所 (%)	保健所 (%)	全 体 (%)
1	施設の機能、サービス内容、限界、基本方針などの説明。	1,503 (7.8)	211 (8.0)	238 (8.4)	303 (8.1)	2,225 (8.1)
2	疾病または問題(病的状態など)の原因調査、問題解決のための情報収集。(生活歴、疾病または問題の経過、家庭、学校、職場その他の環境調査など)	2,515 (13.1)	428 (16.1)	303 (10.6)	515 (17.7)	3,761 (13.6)
3	疾病または治療などに対する不安、拒否など、心理的側面の取扱い。(病気、予後、治療方針に対する不安や葛藤などの解決のための援助)	1,953 (10.1)	239 (9.0)	295 (10.4)	294 (10.1)	2,781 (10.0)
4	受療に対する態度に問題のある場合の原因発見とその処遇。(治療方針にしたがわない。規則にしたがわない。など受療不適応状態の調整)	785 (4.1)	106 (4.0)	151 (5.3)	181 (6.2)	1,223 (4.4)
5	治療または問題解決の障害となる経済的問題を解決するための援助。(各種社会資源の活用、医療費(看護料金、室料差額などを含む)生活費などの問題解決)	3,418 (17.7)	239 (9.0)	445 (15.6)	422 (14.5)	4,524 (16.3)
6	疾病または問題(病的状態など)の要因となっている本人または家族、関係者の態度および人間関係の調整。(ケースワーク治療を含む)	1,245 (6.4)	276 (10.4)	147 (5.2)	190 (6.5)	1,858 (6.7)
7	疾病から派生した本人または家族の社会生活の問題解決の援助。(失職、離婚、就職、縁談、偏見などの調整)	875 (4.5)	130 (4.9)	115 (4.0)	100 (3.4)	1,220 (4.4)
8	治療または相談について、家族、職場関係者、学校関係者などの理解と協力を得るための援助。	1,220 (6.3)	226 (8.5)	175 (6.1)	199 (6.9)	1,820 (6.6)
9	治療のさまたげとなっている患者の人間関係の調整。(家族、医療スタッフ、患者同志、職場関係者その他の人間関係の調整)	714 (3.7)	142 (5.4)	131 (4.6)	71 (2.4)	1,058 (3.8)
10	社会復帰にさいし、本人の不安、葛藤、疾病および障害の受入れなど心理的側面への援助。(本人に対するオリエンテーションを含む)	803 (4.2)	181 (6.8)	87 (3.1)	59 (2.0)	1,130 (4.1)
11	社会復帰にさいし、家族、職場その他の障害者の受入態勢をつくるための援助。(家族、職場その他へのオリエンテーションを含む)	785 (4.1)	147 (5.6)	90 (3.2)	52 (1.8)	1,074 (3.9)
12	社会復帰にさいし、本人の住居、職業のあっせん、職場の開拓など具体的準備に関する援助。	623 (3.2)	115 (4.3)	64 (2.3)	24 (0.8)	828 (3.0)
13	その他、各種社会資源の活用に関する援助。(施設、機関、各種法令などの利用あっせんなど。5を除く)	2,884 (14.9)	211 (8.0)	603 (21.2)	502 (17.3)	4,200 (15.1)
計		19,325 (100)	2,651 (100)	2,844 (100)	2,912 (100)	27,732 (100)

出典 姉崎正平他 (1975)「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」厚生省特別研究

配置や業務にかかる政策としては、1969年に厚生省医務局の「病院経営管理指導要領」の中で、医療ソーシャルワーカーは「事務機構から分離が望ましい」「専任配置が望ましい」「専門的教育をうけた者の配置が望ましい」と記載された。これは公的医療機関にあてたもので、民間病院はその申し出に応じ対象として指導する程度の位置づけであり、「望ましい」という弱い表現であるが、精神病院や結核療養所、無料低額診療事業などの特別な病院だけでなく一般病院も対象として、医療ソーシャルワーカーの必要性に言及したものとして注目できよう。

資格化に関しては、1962年に公衆衛生教育制度調査委員会が「公衆衛生教育制度の将来について」という意見をまとめ、その中で医療社会事業員について触れている。また、厚生省でも65年に保健所課に医療社会事業調査打ち合わせ会を設置したが、関係者の意見が一致せず66年には打ち切られた。これを受けて日本医療社会事業協会で検討が行われ、68年に「医療福祉士法案」を協会として採択した。一方、中央社会福祉審議会は職員問題専門分科会起草委員会報告として71年に「社会福祉専門職員の充実強化方策としての『社会福祉士法』制定試案」をまとめており、その中には医療社会事業従事者も含まれている。まさに、関係者の意見がバラバラな状況である。

以上をまとめると、この時代の評価として、まず、医療ソーシャルワーカー自身が新たな時代のニーズに応じた業務展開を十分にできなかったことを指摘せざるをえない。また、政策としても「公的機関の直接実施」に代わる手法を開発できなかった。保健所への定員の付与は精神衛生相談員については有効だったが、それ以外の医療ソーシャルワーカーは定員を増やしても政策効果は上がらなかった。資格化に関しては関係者の意見が一致せず、重要性を増している民間医療機関の医療ソーシャルワーカーに対して効果的な施策がとれず、手詰まり感があつたように思える。

3. 高度経済成長の終焉と行財政改革—高齢化への対応と医療費適正化時代 (1974—1989)

(1) 時代背景と関連分野の政策

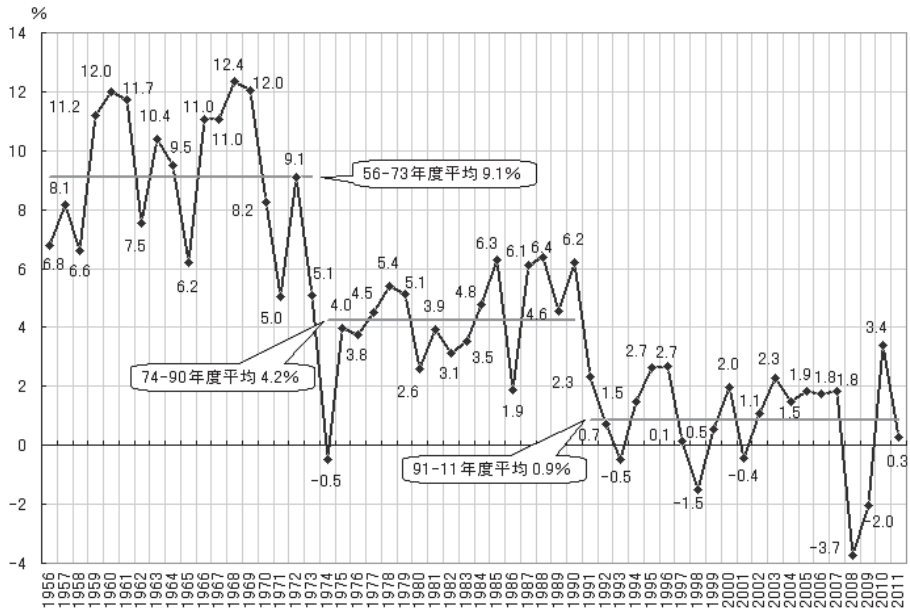
成長率10%を超えるような高度成長は1973年のオイルショックをもって終わり、日本は低成長の時代に入る(図5参照)。人口高齢化率も70年には7%を超え、「高齢化社会」に突入した。政策的には世界的に新保守主義が主流となっていた。イギリスではサッチャー首相、アメリカではレーガン大統領、日本では中曽根首相が進めた政策である。土光敏夫を会長に据えた第2次臨時財政調査会、行政調査会が設置され、「増税なき財政再建」を目指して行財政改革が進められたが、89年には3%の消費税が導入された。社会保障では、その前の時代に整備拡充された制度の間で調整が進められた。疾病構造は慢性疾患中心に移行し、高度な医療機器が開発されていった。

この頃から保健と呼ばれることも多くなった公衆衛生の分野では、疾病の中心が感染症から成人病に移行するに伴い、政策手法が規制中心の対物保健からサービス中心の対人保健に比重を移し、実施主体は保健所からより住民に身近な市町村中心に移行していった。1978年から国民健康づくり対策が始まり、市町村に1か所の保健センター設置と保健婦の配置が進められていった。82年には老人保健法が制定され老人保健事業として40歳からの健診など市町村による成人病対策が始まった。一方、保健所では運営費交付金の一般財源化が始まり、87年に保健所運営費交付金の一般事務相当分が一般財源化された。83年には「対がん10か年総合戦略」が定められ、84年の宇都宮病院事件を受けて87年に人権擁護と社会復帰を柱とした精神保健法の改正が成立した。89年にはエイズ予防法が成立した。

医療の分野では、1982年の老人保健法の成立により老人医療費無料制度が廃止され老人にも一部負担が導入され、保険者間の財政調整が行

図5 経済成長率の推移

経済成長率の推移



(注) 年度ベース。93SNA連鎖方式推計。平均は各年度数値の単純平均。1980年度以前は「平成12年版国民経済計算年報」(63SNAベース)、1981～94年度は年報(平成21年度確報)による。それ以降は、2012年10～12月期2次速報値<2013年3月8日公表>。

(資料)内閣府SNAサイト

出典 本川裕「社会実情データ図録」 <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/index.html>

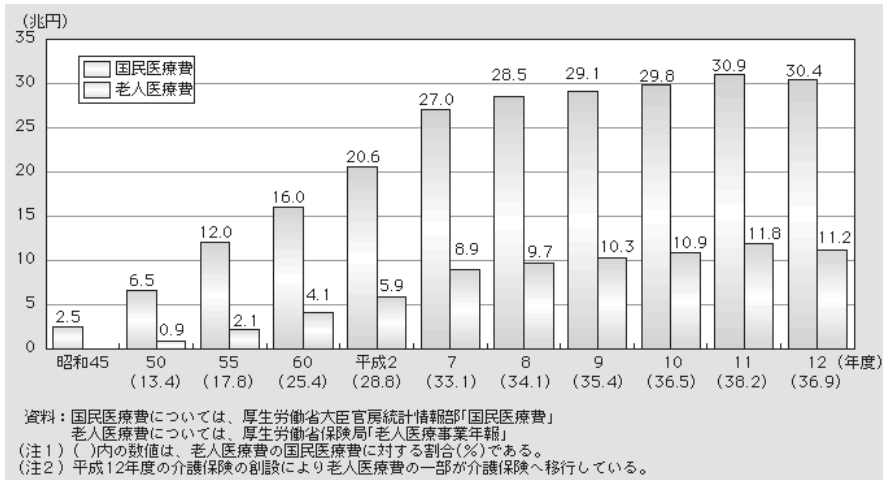
われる老人医療制度が創設された。また、84年の健康保険法の改正で健康保険の本人にも1割の定率自己負担が導入された。さらに、国民健康保険の中に退職者医療制度が創設され、退職した被用者が老人医療制度の対象になるまでの医療費について保険者間の財政調整が始まった。

高齢化と医療の高度化により増加を続ける医療費の適正化が政府にとっての大きな課題として浮上し(図6参照)、社会的入院の是正と、供給が需要を生む医療構造の改革が進められた。高齢者が増えて介護需要が増加したにもかかわらず、特別養護老人ホームなど介護施設は限られており、老人医療費無料化の影響もあって高齢者の社会的入院が激増した。これに対応するために、1983年の老人保健法の施行に併せ、診療報酬制度で特例許可老人病院制度が創設された。特例許可を受ければ、介護職員を増やす代

わりに医師や看護師を減らすことを認め、特別の管理料も診療報酬として病院に支払う。この特例許可を受けない老人病院は報酬を大幅に減少させる。また、86年には老人保健法が改正され、病院から家庭復帰するための施設として、医療と福祉の中間施設である老人保健施設が創設された。

医療の供給構造の改革として、1985年に医療法を改正して地域医療計画が導入された。目的の第1は増え過ぎた病床の抑制である。地域医療計画の策定を都道府県知事に義務付け、計画では医療圏ごとに必要病床数を算定する。病床数が必要病床数を超えていたら、病院の開設や増床に対して知事は中止の勧告を行う。医療法では基準を満たした病院の開設等を不許可にはできない。しかし、勧告に違反して開設等した場合は保険医療機関の指定を行わない。規制手

図6 老人医療費と国民医療費の推移



出典 内閣府「平成15年版高齢社会白書」

法の限界を診療報酬という経済的ペナルティによる誘導で補う仕組みであった。第2は、医療機関の間の役割分担と連携である。医療の高度化に伴い、高額な医療機器が次々に開発され、無秩序に医療機関への導入が進んでいた。患者を集めるために高額な医療機器を入れ、元を取るために検査を過剰に行う。そのような事態を防止するために、高度の医療機器を整備する病院と日常の診療を行う病院・診療所とで役割分担と連携を進めようとした。

1987年には高度医療機器に対応する人材養成のために臨床工学技士が資格化された。

福祉の分野では1985年に基礎年金制度が創設された。これも、国民年金と厚生年金の間の制度間財政調整の仕組みである。また、高齢化に備えるために1987年には社会福祉士及び介護福祉士が資格化され、1989年には高齢者保健福祉10か年計画（ゴールドプラン）が作成された。

(2) 医療ソーシャルワーカーをめぐる政策と実態

医療ソーシャルワーカーには新たな業務ニーズが生じていた。第1に大問題になっていた高齢者の社会的入院を減少させるための退院援助である。第2に精神保健法に基づく精神障害者の人権尊重と、退院援助、地域生活支援。さら

に第3として、がん、難病、成人病患者の生活調整を含めた受療援助である。

実態としては、医療ソーシャルワーカーの数は1987年で、病院に3957人、保健所に5557人の合計4514人である。病院の内訳は精神病院1095人、一般病院2854人。主体別にみると民間病院が3193人、国公立病院が764人²⁾。

この時期に診療報酬による誘導が医療ソーシャルワーカーにも始まった。表4のとおりである。精神科の社会復帰のためのデイケアやナイトケア、重度痴呆患者のデイケアや収容指導、老人の退院指導や社会復帰のためのデイケア、また労災リハビリテーション医療の社会復帰指導な

表4 診療報酬上の位置づけ

分野	項目	年
精神科	精神科デイケアの施設基準	1974
	精神科ナイトケアの算定要件	1986
	重度痴呆患者デイケア料等の要件	1988
	重度痴呆患者収容治療料の施設基準	1988
労災	医療社会復帰指導料	1982
老人	退院時指導料	1983
	老人デイケア料	1986
	退院患者理学療法指導料	1988
	開放型病院老人協同指導料	1988

どに報酬が算定される要件として、医療ソーシャルワーカーの配置が挙げられるようになった。

また、1974年には無料低額診療事業についての社会局庶務課長・児童家庭局企画課長内翰で、専任の医療ソーシャルワーカーを200床当たり1名以上配置することが求められた。ただし、医療ソーシャルワーカーの業務の重要性を評価したというより、医療保険の給付率の改善や生活保護などにより低所得者も一般の医療機関で受療できるようになり、税の優遇を受ける無料低額診療事業の存在意義に疑問が呈されてきたため、意義を説明する一要素として医療ソーシャルワーカーの設置を求めたものと思われる。

このほか、1982年には国立病院等に医療社会事業専門官を設置できるようにする訓令の改正が行われ、83年には厚生省国立病院課長・国立療養所課長通知として「医療ケースワーカーの標準業務について」が出された。

1987年の精神保健法では社会復帰促進のための相談、援助が管理者の努力義務とされ、また88年の老人保健施設の人員基準には相談指導員が必置とされた。

業務指針としては1983年に厚生事業団理事長から「厚生年金病院における医療社会事業の業務指針（準則）の制定について」が出され、84年には労災病院に対して労働福祉事業団から「メディカルソーシャルワーク業務指針」が出された。

1987年、福祉分野において社会福祉士、介護福祉士が資格化されたが、並行して医療ソーシャルワーカーについても資格化の検討が進んでいた。しかし、厚生省が87年にまとめた「新たな医療関係職種の資格制度の在り方に関する検討会中間報告」で、医療ソーシャルワーカーについては、「医療福祉士は・・・速やかに法制化すべきであるが、業務の範囲について若干の議論が残り、養成についても・・・必要な教育の在り方をどう考えるか等、いまだ検討調整が必要」とされた。87年の国会への法案提出は断念され翌年の通常国会提出に向けて調整が進められると思われたが、その年、資格制度化問題

に関連して、日本医療社会事業協会の会長はじめ執行部の交替があり、協会の方針も「資格制度化の推進」から「引き続きの検討」と修正された。医療ソーシャルワーカー自身の中でも意見が割れている状況下では資格制度化はできない。厚生省は、中間報告でもいまだ検討調整が必要とされた業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに関係者の理解の促進に資するとして、89年、医療ソーシャルワーカー業務指針を作成した。これについては次節で述べる。

以上をまとめると、この時代、医療ソーシャルワーカーをめぐる政策は公的機関の直接実施という手法から診療報酬や業務指針という形での民間機関の誘導の手法へと転換した。それによってその後の医療ソーシャルワーカーの発展の基礎が確立されたのではないかと考えられる。

(3) 医療ソーシャルワーカー業務指針の策定

1989年の医療ソーシャルワーカー業務指針は厚生省健康政策局に設置された検討会から報告されたものであるが、筆者は事務局である健康政策局計画課の課長補佐として直接に取りまとめに当たった。その経験に照らし、政策的観点から以下に3点ほど述べておきたい。

① 指針と合意形成

資格制度化の挫折の後、取り組んだ指針という政策手法は、強制力もなく経済的インセンティブもない、形式としては最も弱いものである。その実効はひとえに関係者の合意にかかっている。その合意形成は、現実には、内容だけでなく、手続き、さらには担当者によっても左右される。同じ内容であっても誰が説明するかによって合意を得られるかどうか異なるのが現実である。

当時、資格化について意見がまとまらなかった背景には、関係者の間に必ずしも十分な信頼関係がなかったことがあり、資格制度化の挫折によって信頼感は一層低下していた。そんな状況下で、筆者は業務指針検討会の事務局を担当

した。資格制度化は法案作成作業であるため、当然、省内で法令事務官と呼ばれていた行政・法律・経済職の今でいうⅠ種公務員が担当した。後任の法令事務官となった筆者が業務指針も引き続き担当した。専門職の業務指針は通常はその専門職に近い行政官が作成するものであろう。医療ソーシャルワーカーに関する業務は計画課内で保健婦（保健師）が担当していた。保健婦は医療職である。一方、法令事務官は、医師や保健師などの技官や、福祉、医療、保健など一定の分野を主に異動するⅡ種公務員とは異なり、さまざまな分野を異動し、医療や福祉の一方の色がついていない。医療ソーシャルワーカーの資格化に関する意見の対立点の一つが、医療職とするか福祉職とするかであった中では、法令事務官が担当することは双方からの信頼を得る上で有効であったと考えられる。一方で、医療関係者にとっては、担当の課長も局長も医系技官であったことが安心感につながっていたといえよう。

この観点は検討会の人選に当たっても十分留意した。座長は厚生省の法令事務官として次官に次ぐポストである社会保険庁長官まで務め、当時は社会福祉・医療事業団理事長をしていた者をお願いした。医療福祉のどちらにも知見があり、どちらにも偏っていないことが客観的にわかりやすい人選である。副座長は医師とした。当事者団体である日本医療社会事業協会のほか、医療ソーシャルワーカーの業務に関係の深い医師会、病院団体、日本看護協会から代表が参加し、社会福祉の有識者、日本医療社会事業協会の前会長、病院と保健所の現場の医療ソーシャルワーカー、保健婦も学識経験者として参加した。まとまっていないという関係者の意見を代表できる者をできるだけ幅広く参加させる構成をとった。

② 時代の課題への対応

時代の要請への対応としては、老人でも精神障害者でも大きな課題となっていた退院（社会復帰）援助を業務の範囲の中で強調した。

また、業務の方法としては、インフォームド・コンセントの考え方を入れた。ただし、この言葉は当時まだまだ医師の間で抵抗があり、また「自己決定」という言葉にも抵抗が予想されたので「患者の主体性の尊重」とした。さらに、個人情報保護法もなかった時代だが、「プライバシーの尊重」も詳述した。チーム医療を意識した「他の保健、医療スタッフとの連携」の項目もある。

③ 「普通の人」を前提とした医師との関係整理

資格化の際の争点の一つに医師の指示があった。日本の医療の法律体系では医師はオールマイティである。一方、医師以外は単独では医療行為をできない。つまり医療行為は医師の業務独占であり、医師以外の医療職は医師の指示を受けて医療行為を行うという形で業務独占となる。これに対して福祉の専門職は名称独占で、業務独占ではない。

これは立法化の場合の論点であり、立法化できない限り、医師の指示の有無にかかわらず医療ソーシャルワーカーは医療行為は行えない。できることは、あくまで患者側に立った受診・受療援助である。しかし、業務指針ではこの受診・受療援助に限って、医師の指示を必要とした。もちろん、医師の指示を受けるということは黙って指示どおりに動くということではない。それでは専門職の意味がない。医療ソーシャルワーカーとしての専門的観点、つまり、経済的・心理的・社会的観点から必要に応じて意見を述べることとした。

「こんな勝手なことをする医療ソーシャルワーカーがいる」という事例を挙げて、医療ソーシャルワーカーの業務全体を医師の指示の下に置くべきだとの意見もなかったわけではない。逆に「こんなとんでもない指示をする医師もいるから医師の指示を受けては仕事ができない」という医療ソーシャルワーカー側の意見もあった。残念ながらどんな職種にも問題のある者は皆無ではない。しかし、「普通の医師」「普通の医療ソーシャルワーカー」を前提として整理を行った。

4. 少子高齢化と構造改革—介護保険と医療の構造改革（1990～2007）

(1) 時代背景と関連分野の政策

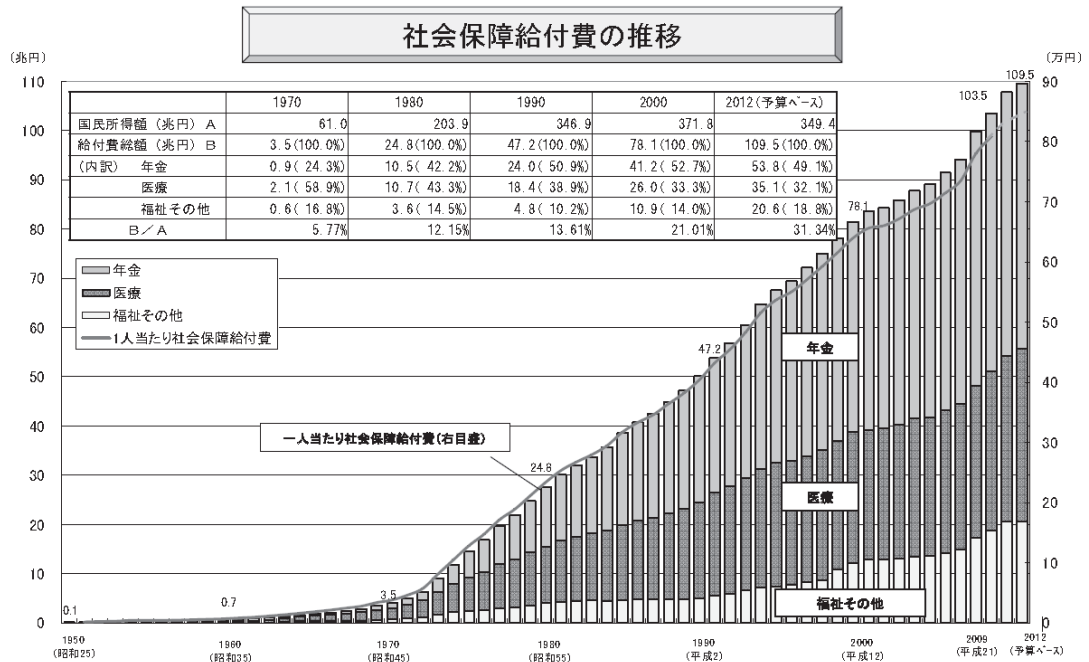
この時期は、超高齢化と少子化が進んだ。経済は成長率が0%を挟んで上下する超低成長である（図5参照）。非正規雇用も増え、勤めていても健康保険に加入できない者が増加している。政治的には新自由主義で、地方分権、規制緩和が進められていった。国民目線が強調され、当事者の意見も尊重されるようになった。1995年には阪神淡路大震災があった。

高齢化と医療の高度化により、社会保障関係費は何も給付改善をしなくても毎年増加する。当時国費ベースで7500億円だった自然増を5年間で1兆1000億円（毎年2200億円）抑制する改革が2002年度から07年度まで続いた（図7参照）。

保健分野では、地域保健法が1994年に成立し、保健所から市町村への事業の移行が法律上も明確になり、保健所は専門性の高い業務に特化することとなった。前の時期に始まった保健所に関する補助金や交付金の一般財源化の動きがさらに進み、90年には医師等の人件費相当分が、93年には人件費相当分すべてが、さらに94年には保健所運営費すべてが一般財源化された。残る業務や設備についての補助金も次々に一般財源化され、2007年に保健所については完全に一般財源化され、保健所の職員配置や業務について経済的な誘導は困難になった。

1993年に精神保健法が改正され、入院から地域ケアへの移行が明確化された。95年には法律名も「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」と改められ、97年には専門職として精神保健福祉士が資格化された。また、2003年には

図7 社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成22年度社会保障費用統計」、2011年度～2012年度(予算ベース)は厚生労働省推計。
 2012年度の国民所得値は「平成24年度の経済見通しと経済財政運営の基本的中途(平成24年1月24日閣議決定)」
 (注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2012年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

出典 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/05.pdf>

心神喪失者等医療観察法も成立した。

医療は1994年の健康保険法改正により在宅医療が明文化され、同年、付き添い看護が廃止された。また2002年には健康保険法の本人給付率が7割となり、すべての医療保険の給付率が7割で統一された。また、1992年の医療法改正により特定機能病院と療養型病床群を創設し、それまで特例許可老人病院として診療報酬で行われていた病院の区分が医療法で行われ、それぞれの役割分担が明らかにされた。97年には地域医療支援病院も制度化された。2004年には医師法が改正され、卒後臨床研修が義務化された。06年には医療費適正化の総合的推進を行うこととなり、生活習慣病対策、長期入院の是正が推進された。メタボ健診が導入されたのがこの時代。後期高齢者医療制度も創設された。02年から08年まで診療報酬のマイナス改定が行われたことも特筆すべきであろう。

福祉の分野では、90年にいわゆる福祉八法の改正が行われ、福祉サービスの実施主体が都道府県から市町村に移り、また在宅サービスが強化された。ゴールドプランに引き続き、1994年のエンゼルプラン、1995年の障害者プランと、計画的に数値目標を定めてサービスを整備していく手法が確立した。さらに、介護保険が2000年に施行され、介護サービスが措置から契約制度に移行すると同時に成年後見制度も施行された。また、00年の児童虐待防止法を始めとして、01年の配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律、05年の高齢者虐待防止法と次々に虐待防止法が制定されていった。雇用形態の変化もあってホームレスが増加し、ホームレス自立支援法が02年に制定された。また稼働年齢層の被保護者が増加したことから生活保護の自立支援プログラムが05年に開始された。障害者自立支援法が05年に制定され、05年の介護保険法改正で地域包括支援センターが創設された。

福祉分野は高齢者施策を中心に拡充が続いている。社会的入院を是正するには、介護ニーズの受け皿を福祉分野で作る必要がある。それが数次のゴールドプランである。介護保険制度に

移行するに当たって「保険あってサービスなし」になるのではないかとわれ、サービス供給の基盤整備を急速に進めた。病院から施設へと並んでもう一つの流れは、施設から在宅への流れである。介護保険では在宅サービスの整備が重点的に進められた。障害者サービスでも支援費制度から始まった措置から契約への移行が在宅サービスの飛躍の充実結びついた。

(2) 医療ソーシャルワーカーをめぐる政策と実態

医療ソーシャルワーカーへの業務ニーズはさらに拡大していた。その第1は前の時代から引き続き退院援助と、さらにその先の地域ケアである。

第2は、虐待対応である。深刻な身体的虐待は医療機関が発見しやすい。その際、ただ通告するだけでなく、医療ソーシャルワーカーが被虐待者や家族の心理・社会的援助を行えば迅速で有効な支援となろう。

第3はホームレスの対応である。ホームレスの者は健康を害している場合が多い。無料低額診療事業や生活保護の活用による受診・受療援助が必要である。

第4は、生活保護の被保護者への対応である。1995年を底に増嵩を続ける生活保護費が大きな問題となってきたが、その半分は医療扶助である。医療扶助は自己負担がないために医療機関、本人共にモラルハザード、つまり過剰診療（受診）が起きやすい制度である。適切な受診・受療援助さらには社会的自立、経済的自立につながる地域生活支援も求められている。

第5は、被災者対応である。阪神淡路大震災で明らかになったのは被災時の避難所や仮設住宅での患者の受診・受療援助の重要性である。

第6は、患者や家族からの苦情への対応である。医師や医療機関に対する苦情や訴訟も増加してきた。国民目線の強調や当事者主義の時代の流れの中で、医療の場面でも患者や家族が納得のいく説明を求める動きが生じ、それが苦情申し立てや損害賠償請求訴訟の増加につながった。訴訟になるような場合、根っこにあるのは

医師と患者家族の間のコミュニケーションの齟齬に起因する信頼関係の欠如である。医師と患者家族の間のコミュニケーション・ギャップを埋め、信頼関係を構築し、納得のいく受診・受療ができるよう援助するのも重要な医療ソーシャルワーカーの業務ではなかろうか。

1991年に保健・医療分野におけるソーシャルワーカーの実践的研究の推進等を目的に掲げて日本医療社会福祉学会が設立され、阪神淡路大震災では震災直後から避難所、仮設住宅で受診・受療援助を続けた。

しかし、全体としては残念ながらこのような新たな業務への取り組みは十分見えてこない。

一方、人員は表5のとおり爆発的に増加している。2005年までの10年間で総数は3倍近くに、05年で約1万7000万人。うち約3分の1が1997年に資格化された精神保健福祉士である。

人数増加の背景には、診療報酬上、退院援助を中心とした様々な加算や指導料算定に当たって医療ソーシャルワーカーの配置を条件とするものが増加したことが挙げられる。2006年には

表記が「社会福祉士」に統一された。

また、資格関係では、1998年に医療ソーシャルワーカーの在り方に関する検討会報告が出され、社会福祉士受験資格の実務経験として医療機関勤務を認める省令改正が行われた。また、2002年には医療ソーシャルワーカー業務指針が改正され、「社会福祉学を基にした専門性」をもつ職種としての位置づけがなされた。これをもとに、2003年には国立病院等の医療ソーシャルワーカーにそれまでの行政職ではなく福祉職の俸給表が適用されることとなった。さらに、2006年には社会福祉士の実習機関として医療機関を認める旨の告示改正が行われた。

表6のような退院援助に対する診療報酬上の評価の高まりによって、医療機関の医療ソーシャルワーカーが急増、特に社会福祉士の有資格者が増加した。そして医療ソーシャルワーカーとして業務を行う社会福祉士の増加という実態に鑑み、医療機関勤務が社会福祉士の実務経験として認められ、さらには実習機関として認められるようになった。これは、社会福祉士が医療

表5 病院における医療ソーシャルワーカーの数（人）

	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年
医療社会事業従事者	4,630	6,321	8,499	8,809.7	9,061.7
精神保健福祉士			1,912	5,378.1	7,454.7
社会福祉士				2,695.5	5,971.3
総数			10,411	16,883.3	22,487.7

資料：厚生労働省「医療施設（動態）調査・病院報告」

注 非常勤職員を含み、2005年からは常勤換算したもの。

表6 診療報酬上の位置づけ例（2012年）

退院援助	がん患者リハビリテーション料 退院調整加算 新生児特定集中治療室退院調整加算 回復期リハビリテーション病棟入院料 在宅復帰支援 退院時リハビリテーション指導料 介護支援連携指導料
受診・ 受療援助	患者サポート体制充実加算 ウイルス疾患指導料

ソーシャルワーカーの少なくとも基礎資格として機能しているということである。これにより、次の時代の医療ソーシャルワーカーの認定制度につながっていく。

以上まとめると、この時代は、前の時代に政策手法として確立した診療報酬による民間医療機関の誘導が有効に機能したと評価できよう。また、資格関係でも、精神保健福祉法の成立後、精神科分野以外の医療ソーシャルワーカーは社会福祉士を基礎資格とする方向に政策が漸進していった。それは政策的に目指したもののより、実態先行で政策が引張られたように思える。資格職の集団である医療の場で専門職として仕事をするには何らかの資格が必要であり、医療ソーシャルワーカーの資格が制度化されてない状況では社会福祉士が代替の資格として機能した。診療報酬上「社会福祉士」と明示されていないけれども、新たに雇用するのであれば何の資格も持たない者より社会福祉士の有資

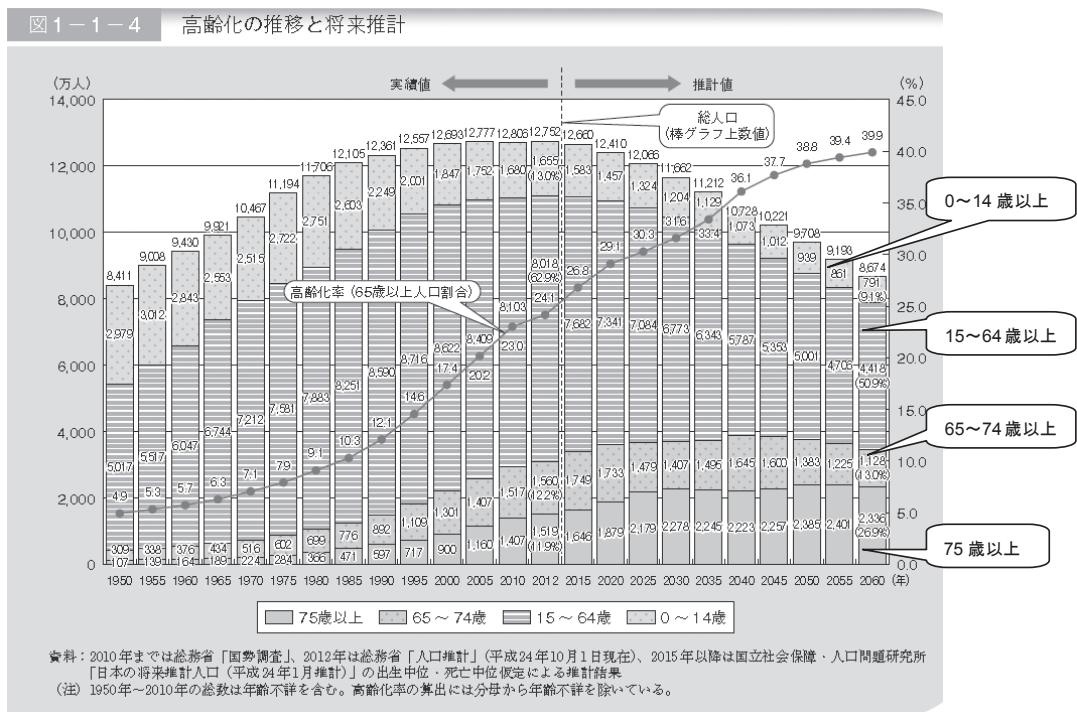
格者を選ぶのは当然である。社会福祉士の側にとっても、医療機関は福祉施設より往々にして処遇のよい就職先である。それにより、医療機関で医療ソーシャルワーカーとして働く社会福祉士が増加し、社会福祉士が医療ソーシャルワーカーの業務を行うことを当然とする実態が生まれ、社会福祉士の資格を医療ソーシャルワーカーの基礎資格とする方向に制度を引張っていったように思えるのである。ただ、残念ながら、退院援助以外の業務への取り組みは十分に見えてこない。これが今後の課題につながる。

5. 人口減少と財政再建—社会保障の機能強化と効率化（2008～）

(1) 時代背景と関連分野の政策の方向性

高齢化は一層進展し、特に後期高齢者が増加し、総人口は減少する（図8参照）。経済は引き続きの低成長である。景気の循環による不景

図8 高齢化の推移と将来推計



出典：内閣府「平成25年版高齢社会白書」に加筆。

気ではなく、経済活動の基調が低成長なのである。税収は支出の半分しかない(図9参照)。そこに2011年、未曾有の大災害、東日本大震災と福島原発事故が起きた。2012年、消費税の10%への引き上げ法案は成立したものの、もとよりそれだけで財政の健全化は達成できない。財政抑制は引き続く。しかし社会保障の切り下げは限界である。

① 社会保障国民会議にみる方向性

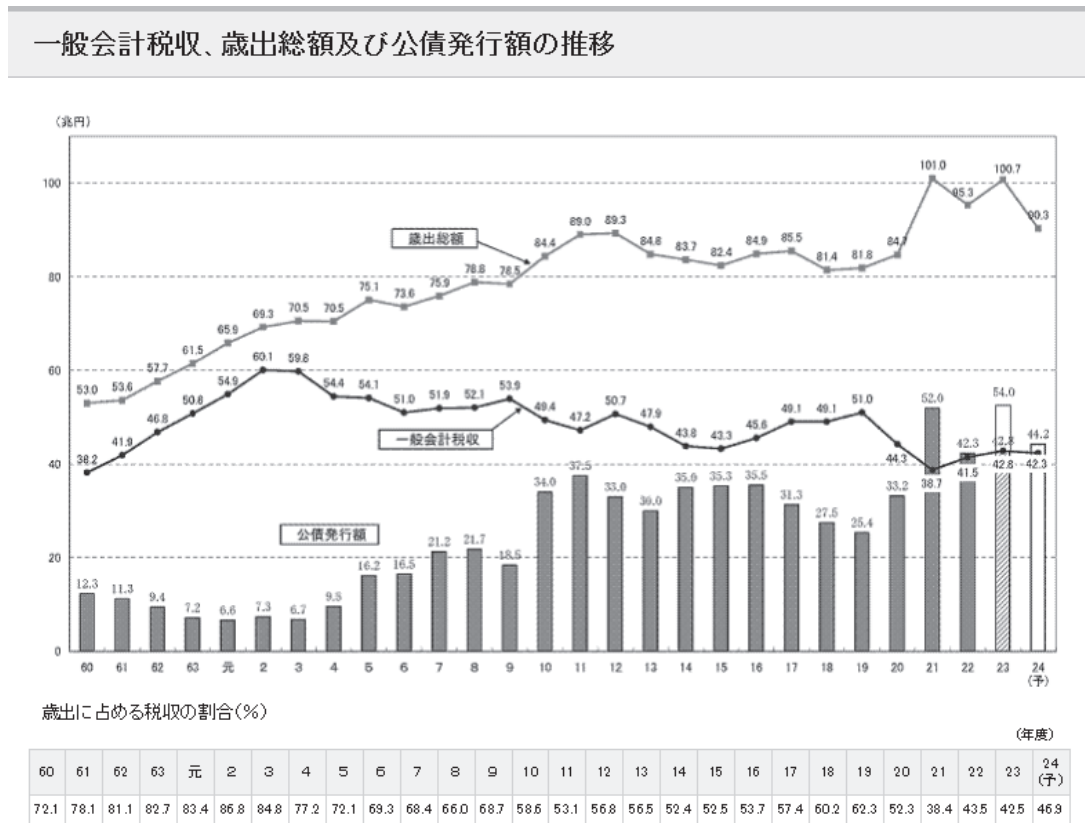
前の時代の医療費の抑制は、医療供給に打撃を与え、卒後研修制度の義務化とも相まって病院医師の深刻な不足が生じ、「医療崩壊」の言葉さえ生まれた。国民の強い批判を受けて、

2008年、「社会保障のあるべき姿とその中での政府の役割及び負担の分かち合いを具体的に思い描くことができる議論を行うため」に社会保障国民会議が設置された。

以下、「社会保障国民会議中間報告」及び「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」に沿って今後の医療の課題と政策の方向性をみてみたい。

社会保障国民会議は「未曾有の高齢化とサービス需要の大幅な増大」「高い水準にはない社会保障給付」「不十分・非効率なサービス提供体制」「医療・介護を求める側と提供する側との関係」に着目している。「医療・介護を求める側と提供する側との関係」では、医療は医師、

図9 一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移



(注1)23年度以前は決算額、24年度は予算額による。

(注2)23年度の公債発行額は、復興債(11.9兆円)を含む。なお、24年度は、東日本大震災復興特別会計を設置することとし、同会計の負担において復興債を発行するため、公債発行額は含めていない。

医療者と患者が一緒に行う「協働」作業であることから信頼関係が重要性であり、そのために双方が努力する必要性を強調している。

またこれからの課題に対応するために、サービス提供体制の構造改革、人的資源・物的資源の計画的整備、診療報酬体系・介護報酬体系の見直しが必要とした。

(ア) サービス提供体制の構造改革

サービス提供体制の構造改革としては、第1に病院機能の効率化と高度化、第2に地域における医療機能のネットワーク化、第3に地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現、第4に医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと「協働体制」（情報共有と連携）の構築を掲げている。特に第2、第3、第4は医療ソーシャルワーカーのこれからの業務のあり方と大きく関わる。

地域における医療機能のネットワーク化としては、「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換が提示され、「地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって『面的』に医療ニーズをカバーする体制の実現」が掲げられている。医療に限らず、各家庭でも、自治体でも同じである。以前は隣にあるものが自分のところにないと、うちにもあれがほしいということになり、整備を進めていった。しかし、今は、隣にあるのであればそれを使わせてもらい、うちに隣にはないものがあれば隣に使わせてあげ、それによってお互いがより高い効用を得る時代である。

地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現は、「人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現」とされている。それを「在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした『地域包括ケアマネジメント』」で実現する。医療側のキーパーソンは主治医、介護側のキーパーソンはケアマネジャーで、連携して地域の多様な専門職のチームによるケアが提供される、とい

うイメージだろう。

したがって、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと「協働体制の構築」が必要になる。「『チーム医療』『多職種協働』を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現」とある。クライアントの状況によって医療の比重が高い場合、介護や福祉の比重が高い場合があるが、いずれにせよ、地域で医療と介護・福祉がチームを組むことが求められる。

(イ) 人的・物的資源の計画的整備

サービス提供体制の構造改革のために、人的・物的資源の計画的整備が必要となる。

人的資源の確保については、「『人が人を支える』という意味における『労働集約型サービス』としてのサービスの特性を踏まえ、医療・介護分野全体及び専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む」とされている。医療崩壊といわれるような地方における医師不足、恒常的な介護専門職不足の状況では多職種協働は困難であるからである。さらに、「医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発」も求められている。効率化と機能強化の両立は、制度だけでなく個々の機関、事業所が変わらなければできないからである。これらの人材養成には時間がかかる。計画的整備が喫緊の課題であることは言を俟たない。

物的基盤についても、機能分担を前提としながら、必要な施設・設備は整備しなければならないし、そのためのコストの確保は当然必要となろう。また、多職種協働や医療の効率化のためにはIT化の推進が有効である。

(ウ) 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現するためには、「安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要である」。それを賄うためには消費税の引き上げが必要となろう。しかし「同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要である」。そのために「診療報酬体系・介護報酬体系について、報酬体系そのもの、基本骨格の

あり方にさかのぼった検討が必要である」とされている。背景には診療報酬の引き上げ幅が小さくなったことがある。2002年から08年まではマイナス改定、その後も引き上げ幅は小さい。報酬による誘導は基本的に伸ばしたいところに点数をつけることによって行う。引き上げ幅が小さいと伸ばしたいところに十分に点数がつけられない。既存の点数を大幅に下げるのは抵抗が大きい。診療報酬による誘導という手法も財源の制約から有効性に限界が見えてきた。だから、体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要とされるわけだが、それはなかなか容易ではない。時間がかかるだろう。

② 2009年政権交代後の動向

社会保障国民会議の報告は構造改革路線の修正を打ち出したものだったが、実現のいとまもなく、2009年、政権は民主党へ交代した。民主党政権は、後期高齢者医療制度の廃止、最低保障年金の創設、高額な子ども手当の創設などをマニフェストに掲げて衆議院選に圧勝したが、曲りなりにも暫定的に実施できたのは子ども手当の創設のみである。「はじめに」で述べたとおり、金銭給付は医療や介護などのサービス給付に比べれば実現が容易だからである。ただし、同じ金銭給付でも長期の保険料納付とリンクしている年金は制度をいじることが容易ではない。後期高齢者医療制度も廃止してどんな代替制度を設けるのか、その制度は現行制度よりマシな制度にできるのか明らかでなかった。紆余曲折の末、民主党野田政権が最後に辿りついた現状認識と問題意識は社会保障国民会議の認識とほとんど大差ないように思える。今の状況では、どの政党が政権を取っても責任をもって現実に取りうる政策選択の幅は限られている。

民主党政権下で行われた関連分野の制度改革は、2011年の介護保険法の改正及び障害者虐待防止法の制定、12年の障害者総合支援法への改正などで、大きな制度改革は消費税の引き上げと一体とされた。12年2月に閣議決定された社会保障・税一体改革大綱をみると、医療・

介護等については、「医療提供体制の制度改革」と「地域包括ケアシステムの構築」が挙げられており、今後の見直しの方向性として、それぞれ、「病院・病床機能の分化・強化」「在宅医療の推進」「医師確保対策」及び「チーム医療の推進」と、「在宅サービス・居住系サービスの強化」「介護予防・重度化予防」「医療と介護の連携の強化」及び「認知症対応の推進」が掲げられている。社会保障国民会議と基本線において差異はない。

その後、6月の民主党・自民党・公明党の3党合意に基づき、社会保障と税の一体改革関連法の成立で実現することとなったのは、子ども・子育て支援新制度の創設、健康保険と厚生年金のパート労働者への適用拡大、老齢年金資格期間の短縮などで、医療に関するものはほとんど含まれていない。生活保護制度の見直しが社会保障制度改革推進法の附則で特掲されており、政府は2013年5月に生活保護法の改正法案と生活困窮者自立支援法案を国会に提出した。積み残しの課題については社会保障制度改革国民会議を設置し、議論を進めることとなっている。12年12月に再度生じた政権交代後、自民党政権下で議論が続いているが、13年4月、社会保障制度改革国民会議に事務局から提出された「これまでの国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）」をみても、医療・介護について基本路線は踏襲されている。

(2) 医療ソーシャルワーカーに期待される業務と政策

このような現状と政策の方向性をみると医療ソーシャルワーカーが今後力を入れていくべき業務が明らかとなるだろう。

まず挙がるのは、退院援助と地域ケアを地域の側からコーディネートする仕事である。在宅療養支援機能をもつ主治医と連携して、地域の側でサービス提供体制の改革を促進する業務である。在宅療養支援診療所に所属して行うやり方もあるし、複数の医療機関と連携を組む場合には医療ソーシャルワーカーが独立して事業所

を持つことも考えられる。

いくつか具体的内容を例示すれば、第1に地域の医療機能の役割分担を前提とした受診・受療援助。地域における医療機能のネットワーク化が進められても、患者はどこかの医療機関にかかったらいいのか十分な情報がない。かかりつけ医がいても、どこかの医療機関にかかるのはいいかは、医療の観点だけでは判断できない。通院の足はどう確保するのか、家族が送迎できるのかボランティアの送迎サービスがあるのか、入院後戻った時にどうするのか、生活の面、介護の面も含めて考えることが必要だ。とすれば、かかりつけ医師と連携して患者が適切に医療機関を受診・受療できるよう援助を行う業務が重要になってくるのではないか。

第2に「チーム医療」「多職種協働」の、施設内ではなく地域での体制構築の調整業務である。例えばケアカンファレンスの主導を多忙な主治医に求めているはなかなか実施されない。カンファレンスだけでなく、医師とタッグを組んで患者の生活の中で多職種協働が機能するよう日々調整する業務は不可欠であろう。

第3に在宅での看取りを視野に入れた地域のサービスの調整である。在宅死がいわれているが、重篤な患者に対して、看取りまで視野に入れて生活と傷病の状況に応じたサービスを調整することは医療ソーシャルワーカーこそが行うべき業務ではないのか。

そのほかに力を入れていくべき業務としては、前の時代に引き続き、第4に苦情解決等における医師と患者の信頼関係構築の援助、第5に生活保護の被保護患者等の生活的・社会的・経済的自立支援、第6にホームレスや無保険患者の経済的問題の解決援助、受診・受療援助、第7に被虐待患者の心理・社会的援助、第8に被災時の患者の受診・受療援助などが挙げられ、いずれも依然として重要な課題である。

2010年には日本医療社会事業協会認定医療社会福祉士制度が開始されたが、認定はこのような課題に対応して業務を展開できる医療ソーシャルワーカーを養成する観点から行われるこ

とが必要であろう。

そして、上述した医療ソーシャルワーカーの業務を制度として何に位置づけていくか。診療報酬点数の役割は引き続き大きいと考えられる。しかし、引き上げ幅が抑制される中で、点数の活用による政策誘導の余地は相対的に低下する。したがって、その他の手法も平行して検討する必要がある。考えられるのは、国民健康保険や健康保険の保健事業、介護保険の地域支援事業、生活保護の適正化事業、虐待対応、災害対策などである。これらは公的機関に実施が義務付けられているが、現実には直接実施は困難であり、多くは民間への委託という手法が活用されている。その委託の条件に医療ソーシャルワーカーの配置を入れる方法が考えられる。

(3) 政策実現のために

そのような政策を実現するにはどうしたらいいのか。最後に、政策実現のために医療ソーシャルワーカー自身、またその団体や学会が何をなすべきかの戦略について私見を述べて稿を終えたい。

実現のためには、第1に働きかけのタイミングをできるだけ大きな改革に合わせる。通常であれば体系の整合性や体系内での公平性からなかなか実現できない事項も、体系自体が変わるような大きな改革と同時にあれば、新たな体系にはめ込むことが可能となることが多い。したがって、その時の重要政策課題に対応する大きな改革にタイミングを合わせることが重要である。医療や介護については前述のとおり社会保障と税の一体改革では具体的な改革は行われておらず、近いタイミングで大きな改革が予想される。

第2に大きな政策課題の解決に資する点を強調する。現在の大きな政策課題としてはまず地域包括ケアの構築が挙げられる。そのほか、生活保護の医療扶助の適正化や被保護者の自立支援、虐待対応や被災者の地域ケア支援なども重要度が高い。

第3に、説明が説得力を持つために課題を先

取りして実績を作っておくことである。急浮上するような政策課題も、にわかには注目を浴びただけで課題自体は以前からあることが多い。現場にいれば見えるそういう課題に対応して、制度的位置づけがなくてもお金がついてなくても実績をつくっておけば、課題がクローズアップされたときに政策として実現させやすい。

第4に大きな財源枠組みに入ることである。すべての政策は財源を要する。財源枠組みが大きいとコスト増を他で吸収しやすくなる。それは次とも関連する。

第5に全体の費用効率化に資する点を強調することである。この政策実現にはこれだけの費用がかかるが、それによって全体としてははるかに多くの費用の効率化が図られるということを強調する。これは大きな財源枠組みに入るほど説明が容易になる。財政制約は今後も続く。制度を実現する上で全体としての効率化に資するとの説明は重要である。しかし、念のために付言しておきたいが、政策実現のための方途として費用効率化が強調されるからといって、それが政策の本来目的だというわけではない。例えば退院援助は地域ケアに比べてコストの高い入院を減少させ、全体としての費用効率化に資するため、診療報酬点数化が進んだ。しかし、退院援助業務を日々行いながら、これが本来医療ソーシャルワーカーの行うべきことなのか悩んでいると聞くこともある。退院援助の目的は費用の効率化だけではない。むしろ、患者が管理された病院ではなく地域で、医療やケアを受けながらも自分らしい尊厳をもった生活を送ることだろう。点数化のための費用効率化の強調は、必ずしも現場での目的としての優先性を意味するものではない。そこを混同するから悩むのではないだろうか。費用の効率化のための報酬で、患者の幸せのための業務を行えばよい。そのためには地域資源の開発育成とネットワーク化が不可欠であり、地域活動が重要となる。

そして政策実現のための戦略の第6は、日頃から関係者の理解を得ておくこと、信頼関係をつくっておくことである。そのためにも現場で

医療、福祉、患者、家族など関係者の信頼を得られる実践を積み重ねておくことが不可欠である。

以上述べてきたとおり、日本の社会保障が効率化と機能強化を進めるこの重要な時期、医療ソーシャルワーカーが果たせる役割は極めて大きい。今後、個々の医療ソーシャルワーカーが新たな課題解決のための業務に取り組み、団体、学会がそれを支える活動や政策実現のための働きかけを展開していく上で、本稿が一助となれば幸いである。

本稿は、第22回医療社会福祉学会での基調講演に大幅な追加修正を行ったものである。医療ソーシャルワーカーの政策に関わった者として、政策の流れをまとめる機会をいただいたことに感謝したい。あわせて、貴重な資料の提供や的確な助言に対し、相原和子氏を始めとする医療社会福祉学会の方々に感謝申し上げる。

(参考文献)

- グエンドリン・ベックマン (1956) 「日本における医療社会事業視察計画に関する報告」、『医療と福祉』, 第29号 (増刊号), pp.4-8
- 公衆衛生教育制度調査委員会 (1962) 「公衆衛生教育制度の将来について」、『医療と福祉』, 第29号 (増刊号), pp.8-12
- 50周年記念誌編集委員会 (2003) 「日本の医療ソーシャルワーク史」, (社) 日本医療社会事業協会
- 厚生省特別研究 (1974) 「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」, 『医療と福祉』, 第29号 (増刊号), pp.19-32
- 厚生省大臣官房政策課調査室 (1997) 「日本の社会保障の歩み」, 中央法規
- 厚生労働省 (2010年) 「保健所、市町村、都道府県の現状と課題」『第1回地域保健対策検討会配布資料』, 資料3
- 島崎謙治 (2011) 「日本の医療 制度と政策」, 東京大学出版会
- 社会保障国民会議 (2008) 「社会保障国民会議

中間報告」

社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉)) (2008)「社会保障国民第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉)) 中間とりまとめ」

本川裕 「社会実情データ図録」, <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/4400.html>

(注)

- 1) 連合軍総司令部公衆衛生福祉部1947年4月7日 PHMJG16APO500「保健所機能の拡充強化に関する件」
- 2) 厚生労働省(1989)「医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書」、pp.15-16

(別表) 時代と政策

時代区分	年(西暦)	保健医療福祉政策	医療ソーシャルワーカー政策
1. 戦後の緊急援護と制度確立―保健所中心時代 1945 ～ 1959	1945年	国立病院・国立療養所(陸・海軍病院からの改組)	
	1946年	旧・生活保護法	
	1947年	GHQ「公衆衛生対策覚書」 新・保健所法 食品衛生法 児童福祉法 失業保険法 労働者災害補償保険法	新・保健所法に「公共医療事業」を規定 日本赤十字社「病院社会事業の実施に関する件」
	1948年	予防接種法 医療法 医師法 歯科医師法 保健婦助産婦看護婦法 民生委員法	杉並保健所に医療ソーシャルワーカー配置
	1949年	身体障害者福祉法	
	1950年	精神衛生法 医療法人制度 社会保障審議会「社会保障制度に関する勧告」 新・生活保護法	厚生次官通達、保健所課長通知「医療社会事業の振興について」
	1951年	新・結核予防法 あん摩師、はり師、きゅう師及び柔道整復師法 診療放射線技士法 社会福祉事業法 精神衛生実態調査	公衆衛生局長通知「保健所における医療社会事業連絡協議会の開催について」
	1952年	栄養改善法	
	1953年	結核実態調査 らい予防法 母子福祉法	日本医療社会事業家協会設立
	1954年	清掃法	厚生省主催短期講習会
	1955年	水道法 歯科技工士法	
	1956年		バックマン報告
	1957年		国立療養所課長通知「国立結核療養所における医療社会事業の運営について」 社会局長・児童局長通知「無料低額診療事業について」 全国社会福祉協議会「メジカルソーシャルワーカーの執務基準」
	1958年	衛生検査技士法	公衆衛生局長通知「保健所における医療社会事業の業務指針について」

時代区分	年(西暦)	保健医療福祉政策	医療ソーシャルワーカー政策
2. 高度成長と施策の拡充―民間病床拡大の時代 1960～1973	1960年	医療金融公庫 精神薄弱者福祉法	
	1961年	精神衛生法改正（措置入院の国庫負担率の引き上げ） 3歳児健診開始 国民皆保険 生活保護基準の大幅改善 児童扶養手当法	
	1962年		公衆衛生教育制度調査委員会意見書「公衆衛生教育制度の将来について」（医療社会事業員についての記載を含む）
	1963年	老人福祉法	
	1964年	精神衛生法改正（精神衛生センター、精神衛生相談員） 生活保護基準の大幅改善 母子福祉法	日本精神医学ソーシャルワーカー協会設立
	1965年	母子保健法 理学療法士及び作業療法士法	厚生省保健所課に医療社会事業調査打合会 精神衛生相談員の配置
	1966年		
	1967年	公害対策基本法	
	1968年		日本医療社会事業協会「医療福祉士法案」採択
	1969年	国民健康保険給付率を7割に引上げ 総定員法	厚生省医務局「病院経営管理指導要領」
	1970年	廃棄物処理法	
	1971年	児童手当法	中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会報告「社会福祉専門職員の充実強化方策としての『社会福祉士法』制定試案」（医療社会事業従事者を含む）
	1972年		
	1973年	老人医療費無料化 健康保険の家族療養費の給付率7割に引上げ 高額療養費制度 1県1医大構想 閣議決定	

時代区分	年(西暦)	保健医療福祉政策	医療ソーシャルワーカー政策
3. 高度成長の終焉と行財政改革―高齢化への対応と医療費適正化時代 1974～1989	1974年		社会局庶務課長・児童家庭局企画課長内翰「無料低額診療事業について」
	1975年		厚生省特別研究「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」
	1976年		
	1977年		
	1978年	国民健康づくり対策（市町村に保健センターと保健婦の配置）	
	1979年		
	1980年		
	1981年		
	1982年	老人保健法（老人保健事業、老人医療制度）	国立病院等に医療社会事業専門官の設置を予定して訓令の改正
	1983年	対がん10ヵ年総合戦略 特例許可老人病院	厚生事業団理事長「厚生年金病院における医療社会事業の業務指針（準則）の制定について」 国立病院課長・国立療養所課長通知「医療ケースワーカーの標準業務について」
	1984年	健康保険法改正（本人1割負担） 国民健康保険法改正（退職者医療制度）	労働福祉事業団「メディカルソーシャルワーク業務指針」
	1985年	医療法改正（地域医療計画） 国民年金法改正（基礎年金制度）	
	1986年	老人保健法改正（老人保健施設）	
	1987年	精神保健法（人権擁護と社会復帰） 保健所運営費交付金の一部一般財源化 臨床工学技士法 社会福祉士及び介護福祉士法	厚生省健康政策局「新たな医療関係職種 の資格制度の在り方に関する検討会中間報告」
1988年		老人保健施設の人員基準で相談指導員必置	
1989年	エイズ予防法 高齢者保健福祉10ヵ年計画（ゴールドプラン）	厚生省健康政策局長通知「医療ソーシャルワーカーの業務指針」	

時代区分	年(西暦)	保健医療福祉政策	医療ソーシャルワーカー政策
4. 少子高齢化と構造改革―介護保険と医療の構造改革 1990～2007	1990年	福祉八法改正	
	1991年		日本医療社会福祉学会設立
	1992年	医療法改正（特定機能病院 療養型病床群）	
	1993年	精神保健法改正（入院から地域ケアへ）	
	1994年	地域保健法 保健所運営費全て一般財源化 健康保険法改正（在宅医療の明文化） 付き添い看護廃止 エンゼルプラン	
	1995年	阪神淡路大震災 精神保健福祉法 障害者プラン	
	1996年		
	1997年	医療法改正（地域医療支援病院）	精神保健福祉士法
	1998年		医療ソーシャルワーカーのあり方に関する検討会報告 社会福祉士受験資格の実務経験として医療機関を認める省令改正
	1999年		
	2000年	介護保険制度 成年後見制度 児童虐待防止法	
	2001年	配偶者虐待防止法	
	2002年	健康保険法改正（本人給付率7割） 診療報酬マイナス改定（～08） ホームレス自立支援法	医療ソーシャルワーカー業務指針改正（社会福祉学を基にした専門性）
	2003年	心神喪失者等医療観察法	国立病院等の医療ソーシャルワーカーに福祉職俸給表適用
	2004年	医師法改正（卒後臨床研修義務化）	
	2005年	障害者自立支援法 介護保険法改正（地域包括支援センター） 生活保護の自立支援プログラム 高齢者虐待防止法	
	2006年	医療費適正化総合推進（生活習慣病対策、長期入院是正）	社会福祉士受験資格の実習期間として医療機関を認める旨の告示改正
	2007年		医療報酬上の表記の「社会福祉士」への統一

時代区分	年(西暦)	保健医療福祉政策	医療ソーシャルワーカー政策
5. 人口減少と財政再建 社会保障の機能強化と効率化 2008～現在	2008年	社会保障国民会議	
	2009年	政権交代（自民・公明→民主）	
	2010年		日本医療社会事業協会認定医療社会福祉士制度
	2011年	東日本大震災 福島原発事故 介護保険法改正 障害者虐待防止法	
	2012年	社会保障と税の一体改革関連法成立 障害者総合支援法 政権交代（民主→自民・公明）	

[シンポジウム]

医療ソーシャルワークの近未来を語る —日本の医療ソーシャルワークの近未来—

笹岡 眞 弓*

文京学院大学の笹岡です。中西先生が医師会との様々な件についてお話を下さいましたが、そういう経緯があることに、深く頷きました。「官公立病院は施療だけで、決して民間病院と競争してはならない」という意見は去年、平成23年にも聞きます。「民間はこれだけ努力しているのに、なんだ」という対立は根強くあり、医師会の力の大きさはつくづく感じます。というのは、様々な場面で、椋野先生のお話のように、医師会の了解をとらないと何も進まないということが実際問題としては大きくありました。

医療ソーシャルワークの近未来を語るということで、基本的には職能団体である日本医療社会事業協会と名前を変えたのですが、椋野先生のお話の中で実際にあった部分を皆様にお伝えして、今後の事業展開の課題の整理につなげていただきたいと思います。

私はもともと史学科の出身で歴史は好きな分野でもあり、郷里が高知県だったので、土佐勤皇党が流した血と汗を踏み台にして漁夫の利をえた復を卒論のテーマにしました。また日本医療社会福祉学会で、鼎談にお呼びした中島さつき先生、日本医療社会事業協会の会長でもあった方ですが、鼎談をきっかけに、中島先生の聞き書きをさせていただく機会もあって、GHQの後、どんなふうに社会福祉が位置付いていったのかにも関心がありました。中島先生が医療ソーシャルワーカーを「GHQによって蒔かれ

た一粒の麦」という表現をなさったように、保健所法と医療法の中で、我々はその後、茨の道を歩むことになります。つい最近まで日本の政治は「医療と福祉は峻別する。一緒にはしない」というのが政策的な方向性でありました。それがやむをえず、医療と福祉の連携をせざるをえなくなってきたことが私たちの追い風にもなっていったのではないかと思います。

社会福祉の前段階である社会事業の時代から、社会事業は医療保護事業とは明らかに違うということに、名目上はなっていて、医療社会事業として説明されてきたのですが、専門的な社会事業の医療への応用が医療社会事業であると。単に医療保護を医療社会事業とは呼ばないということが、多くの教科書や医師とか厚生省の官僚たちが言っていたメッセージではあったわけですが、事務次官通達が出たくらい、応援団の志は高かった。ただGHQの引き揚げ以来、あつという間に保健所法でしか、位置づけられなかったということで、その後、茨の道を歩むということになります。

今回、医療社会事業の歴史を調べるにあたって、川島書店から昭和39年に創刊された『医療と福祉』を読み直しました。その時は、毎月出ていました。すばらしい本なのですが、その本を2年間分くらい読みますと、昭和39年10月創刊時、抱えていた問題は、今でも解決できないままにあることがわかります。岡村重夫先生が

*Mayumi Sasaoka : 文京学院大学

4号に書かれていますが、「医療と独立並行する過程として病気と社会、経済的条件と高い相関関係があることを知っているにもかかわらず、医療の一部ではあるが、全体化しないことが圧倒的な状況であること。医療社会事業の存在を認めても、それは医学的側面とは切り離された社会環境、心理的側面だけを取り扱うがゆえに、独立並行的な発展にならざるをえない。だからソーシャルワーカーといっても、ただ病人を対象として取り扱うということだけであって、他の分野のソーシャルワーカーと比べて、別に特殊専門の知識も技術もない。だからそれがかなり大きい総合病院でも2名とか3名の医療ソーシャルワーカーで間に合わすということになる」と指摘されています。続いてPSW名とMSWを比較して「PSWばかり明確に限定されて精神医学に集中して学習できるのに対して、診療科全体に医学知識の学習を求められるMSWは困難な隘路を克服しなければならない」と書かれています。最後に「実践の経験は貴重であるが、体系化しないのであれば抽象的な観念論に止まる」。体系化をしると警鐘を鳴らしています。つまり私たちは医療分野の中の医療に貢献するという、独立したソーシャルワーカー・イン・ホスピタルだということを守ってきたわけですが、その中で医療の中に入り込まない、困難な隘路をその時に選択をし、またそれがまだ克服されてないということなのだと思います。

多くの課題を抱えて資格問題は紛糾しましたが、1987年、成立した「社会福祉士及び介護福祉士法」の後に日本学術会議の「社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告」が出されましたが、その中で「保健・医療領域におけるソーシャルワーカーは何よりもまず、社会福祉学を学習し、基礎的ソーシャルワークの専門を身につけ、それを基礎として保健・医療と福祉の結合連携の要として活動する専門職である」というふうに整理されました。「社会福祉学を基礎とする」という学術会議の方向が出たけれども、それに矛盾した形で日本のソーシャルワーカーの資格は形成されてきたのだと思います。そしてまた

社会福祉法の改正の中で、果たして「社会福祉学というものは本当に今、あるのかどうか」に関しては、いろいろと学問的な問題が社会福祉士の養成過程において大きな問題を生んでいると思います。

話を戻しますと、『医療と福祉』は、創刊から2年間の紙面の中で「死生観」として大きなテーマを掲げています。「現代思想の人間像」を採り上げていて「彼は貧困、病気、死をどう考えるか」を副題にエイリッヒ・フロムが創刊号ですが、以下、フランクル、マックス・ウェーバー、マルチン・ブーバー、ジムクント・フロイト、キルケゴール、シュバイツァー、マルクス、最終回がサイトルです。そういう人々の死生観を創刊号から掲げています。ある意味で欧米の理論を理解するために哲学に期待したところがあるのだろーと思います。私は大学院で社会福祉を学んだのですが、その時には日本女子大学に吉田久一先生がいらして、日本の医療社会事業の思想史を詳しくやりました。仏教の中の社会事業を学んだ覚えもあります。欧米の医療に引きずられていく、そこがモデルであったことに発言していく中では、理論を学ぶことにおいても西洋哲学については深いことを学ばなければいけないという理想を掲げながらも、なかなか日本の現実に根ざす活動は見過ごされていたのかもしれないと思います。

峻別から歩み寄りに至る介護保険制度の成立は大きなものでした。1997年に成立して2000年から施行されましたが、その時に精神保健福祉士も同じ国会で成立しました。言語聴覚士とともに。そのような中で、ソーシャルワークが社会福祉学を基とする方向性に合致できていったのは、大きいことでは2003年の「福祉職俸給表」の適用です。このことが追い風になったわけです。社会福祉士の養成過程、指定実習施設にすべての医療機関が認められた。これは2005年12月で、2006年から通達が出されたわけですが、それも大きかったと思います。福祉と医療は連携しないといけない、病院には事務職と医療職しかいないといわれる中で、福祉職がいるんだ

という存在を表明する上で、福祉職俸給表の存在は大きかったのですが、政策側からの言い分とすれば、病院が養成機関として認められていない以上、そこにいる人は認めたとしても、社会福祉士は基礎資格としては成立できていないという見解があったのだと思います。そこが大きな壁でありました。医療機関が養成機関に認められる内容として、足場となったのは無料低額、第二種社会事業でしたが、そこがあるじゃないかというアドバイスもいただきました。済生会、赤十字をはじめとする無料低額をやっている病院は社会事業じゃないか。「第二種社会事業として認められた病院だけの実習を認めるところから始めよう」というのが社会・援護局側の見解でした。すべての医療機関でないにしろ、そこから始めるためにも「医師会の合意を得る」というハードルがありました。福祉職俸給表の時からすべて、医師会のOKをとってこないといけない、というのが厚生省の考えだったので医師会の合意をとるように努力しました。医師会のほうも執行部が変わりましたので、前の執行部が認めたことを今回はどうなのかと心配しましたが、医師会側は一貫して「職能団体がそこまでいっているのだからOK」の方針は変えないでいてくれましたが、しかし「業務指針」をつくった時と、それ以降、「改正業務指針」の間にはちょっと流れの中で医師会側の意見も変わったことがあったことは報告しておきたいと思います。

福祉俸給表を第二種社会事業の病院に認めてほしいという運動を始めた時、「そこに軸足をとると、却って身動きがとれなくなる。そこだけ認めてしまうと病院全体ではないから後退するのではないか」という意見もあって、厚生労働省側は「第二種社会事業のみ」という話でしたが、医師会も「全部開けてもいい」とOKがでて、全部の医療機関が開放されることになりました。それ以来、担当官との中はお互いの信頼を裏切ったということで、揉めたりした記憶がありますが、第二種社会事業の無料低額対象病院だけではなく、全体が開いたことが大き

な分岐点となりました。以上の経過を踏まえて「業務指針」を「社会福祉学を基にする」という言葉を入れるために改正し、最後に「医療ソーシャルワーカーとは社会福祉士の資格をもち、保健医療分野で生活相談に応じる人」という合意を福祉基盤課長と口頭でしました。文書で交わさず、口頭です。まだ社会福祉士法と医療副士案が否定された状況の整理がつかない中では、文書で説明する段階ではなく、関係団体の意向の問題も残っている状況なので、これは医療ソーシャルワーカー、ニアイコール社会福祉士であって、イコールではないということの上での合意でした。「社会福祉士をもって生活相談をする人」という曖昧な決着ではありましたが、これがあったので、2006年に診療報酬に「社会福祉士」という名前を載せることができたのだと思います。医療と福祉の峻別された中で融合していく中で、歴史的な経緯を踏まえてギクシャクした中で、全部を整理されず今に至っている、というのが現状だと思います。

介護保険法が成立したことによって私たちの医療ソーシャルワークの全体の枠組みが明確になるか、方向性としてある部分は明らかになってきたと思いますが、変わりゆく医療機関の中で医療ソーシャルワーカーに求められる役割は、退院支援が診療報酬評価されたことによってその部部のみが大きく着目されていったことから、ある部分では葛藤があると思います。ソーシャルワーカーがいる病院で退院の相談にのっている、努力している病院がある一方、何の説明もせず、いきなり退院させる病院と同じ評価であってはならないのではないかと。その評価が、診療報酬評価につながったのですが、それはあまねく国民にソーシャルワークサービスを届けるためには退院支援から入るしかないという、政策的にどこがOKかを判定する上では大きな曲がり角になりました。棕野先生が大改革のタイミングにあわせる。大きな財源枠組みに入ると。これは次の流れですが、全体の費用効率化に資する点を強調するという意味では、全体の在院日数の短縮とか、退院後、次の医療機関への機

能分化に即した動きをすることには合致したわけですので、その分から入っていったというふうに、私は考えています。

当時は日本社会事業医療協会でしたが、社会保険部をつくって「退院後、半年経過した時点で在宅復帰率が上がった」ことを根拠に退院支援の効果のデータを作りました。ソーシャルワークをするとこんないいことがあると、質の部分で、在宅復帰率をターゲットにしたわけです。2006、8、10、12年の医療報酬改定の流れの中である部分の医療ソーシャルワーカーの業務の評価を獲得してきたと思います。ただチーム医療の一員として、疾病構造の変化と高齢化の進展、その中で私たちが苦悩しているのは、在宅復帰率の貢献、平均在院日数の削減への貢献は、患者の生活の質を本当に確保しているのかということです。業務の本質にとって、これから足かせになるのかもしれないと思ったりすることもあります。医療ソーシャルワーク効果のアウトカムは「在宅復帰率と予期せぬ再入院率の削減」だけでは決してないのにそこを強調せざるを得ないというのは、すごく悩むところです。

今、クオリティ・インジケーター (QI) をどうやって表すのか、見えない業務をどのように見せていくのかということに取り組んでいます。脳卒中の発生からアメリカだと48時間以内で、日本は7日以内に患者に会ったかどうか。それが質評価になりうるのか、研究しているところです。いろんなところでヒアリングし、コアメンバーで話し合っても核心はわからない、「QI化」はできない。やっている、やってないという指標じゃないと科学的データとして認められないわけですが、私たちの業務はそのような評価がなじまない業務がすごく多いことに気づかされます。改めてそこだけをとりだしていくと、やっている業務の本質から外れてしまう。言いたいところが言えるようなデータでないということを感じています。果たしてアウトカムということが「在宅復帰率と予期せぬ再入院の防止」のみか、防止のみではないのに、そこを強調するかしか、今のところ行政からの

評価を得る手段がないということが悩ましいと思っています。

では大きな改革、大きな財源がくるチャンスはいつなのかを考えますと、地域医療の要の存在、「地域」がキーワードにならざるをえないと思います。2012年の在宅医療連携拠点事業への取り組みがありますが、在宅の拠点事業をやる場所は今、10施設で、今年度105施設が認められました。その中で日本医療社会福祉協会の会員がいる病院は14です。他に入っていない所でソーシャルワーカーがいる病院もあるのですが、「医療ソーシャルワーカーは入らないといけないか？」という、Q&Aでも「それは必須です」とか「事業として成立するためには、必ず医療ソーシャルワーカーをおかないといけない」と、そういう文言はあるのです。その中で「医療ソーシャルワーカーとは誰ですか？」「社会福祉士資格をもってテいることが望ましい」という、Q&Aも出ています。そこまではしていますが、しかし医療の在宅のところを考えると、採用が進まないということもあるようです。医療ソーシャルワーカーの状況というのは、クリニックで募集しても、なかなか応募がない状況があるのです。昔も保健所法の中でニーズが変わってくる時に、それに合致できなかった。そういう歴史があるのです。今も在宅でこれだけ活躍できる場があるのにもかかわらず、応募がない、105病院にすべて社会福祉士資格をもった医療ソーシャルワーカーはいないと思います。ソーシャルワーカーがいるかどうかという差異を出したいので、事業内容が違うかもしれないので「データを出してもらって検討したい」と申し入れましたら、一番有名な病院の先生が「実は、うちもおいてない。協力できない」といわれました。そこが事業の中で切り込んでいけるところに、うまく乗れない原因でもあります。それは大きな山場かもしれないと思っています。

外来患者の手厚い医療サービスの提供の可能性として。アメリカは外来中心ですね。日本が外来の方に切り換えていくか、地域のクリニッ

クの拠点と、どう連携してソーシャルワーカーを増やしていくのか、いかないのか。ここはシステムも違う。どういうふうに拡大していくのかということが課題になってくるということだと思います。「中学校区に医療ソーシャルワーカーを」という話も民主党の政権構想にはありました。政策の優先順位が低いということで、今は消えています。中学校区に一人の医療ソーシャルワーカーというと、中学校が11035校。1万人くらいプラスされて、今、2万人くらいの医療ソーシャルワーカーがいるとすれば、3万人にはなる。3万人で十分かどうか、5万人のソーシャルワーカーがいなくて日本の地域医療の活性化に結びつかないと私は根拠あ数字ではありませんがそう思います。計算の根拠は雑駁ではありますが、5万というのは厚生労働省の役人と話しても合意がえられる数字です。5万人にいくためには、ニーズがあってもちゃんとしたソーシャルワークサービスを届けられないというデータが必要です。その根拠をどうやってつくっていくか。在宅医療の拠点事業もこれから増えていきます。まだ105ですから。その中でどこが芽を出してきて、どこが医療ソーシャルワーカーの存在を大きく、よいものとして達成できるかにかかっているのではないかと思います。

昔から引きずってきた問題は、まだ整理されてないものがあります。日本独特の理論も、まだ構築はできていない。それにプラス、今の医

療ソーシャルワーカーの養成は、大学で医療ソーシャルワーカーを育てていますが、基礎・教養が大学の中で落ちてきています。教養に関しては嘆かわしいものがあります。医療ソーシャルワーカーは異文化の存在として病院の中で存在する以上、文化を守るものを、どう涵養していくかは大きな課題であると思います。

そういう中で認定事業に学会、職能団体を取り組むことの意義。専門医療社会福祉士について考えを進めていく必要があるのではないかと私は考えています。専門分化していくところにあわせる、進化の仕方を地域の中で、在宅の中で、ジェネラリストとしてソーシャルワーカーを育てていく方向性と、両方、車の両輪をもっていけないと存在価値、発展はないのではないかと思うところです。

被災地のソーシャルワークについて。災害ソーシャルワークを展開するとき、私は医療のソーシャルワークがいちばん地域でも上手だと思っています。医療につながるのはもちろん、医療機関とはぐれた方の就労支援も大きな問題です。石巻の活動を振り返って思うのは、災害ソーシャルワークの中で医療ソーシャルワーカーが貢献する部分は大きいと実感しています。

こういう課題がいくつかある中で、すべて同時にそれなりの大きな成果を生かしていかないと、発展や未来はないのではないかというのが、私が報告したかった論点でございます。

[シンポジウム]

医療ソーシャルワークの近未来を語る —出発点の聖路加国際病院の過去と未来—

西田 知佳子*

西田 聖路加国際病院のソーシャルワーカーの西田です。9月一杯で聖路加国際病院を定年退職するこの時期に、この学会でお話できることを深く感謝します。

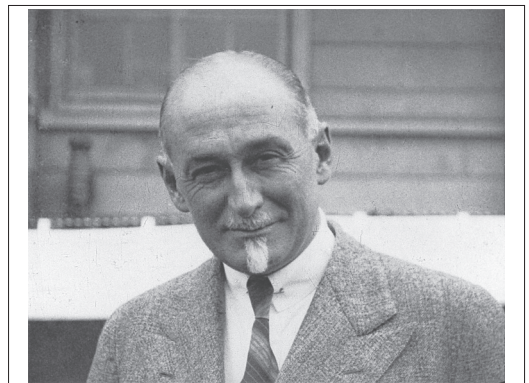
(スライド1) これは1910年頃の聖路加国際病院の写真です。聖路加国際病院は、聖公会の宣教師で、医師でもあったトイスラーが日本にきちんとした病院作る目的で、米国聖公会から派遣され、築地に1902年に開院されました。何度も火事で焼け、関東大震災でも大きな被害を受け、そのたびにトイスラーはアメリカに資金集めに戻っています。その戻られたときに恐らく昭和2・3年頃だと思いますが、ニューヨークで、小栗ふさ(のちの浅賀ふさ)さんが面会しています。ご存知のように小栗ふささんはシ

モンズ女子大学でソーシャルワークの勉強を終え、「日本にソーシャルワークを根付かせたい」と周囲に相談したらトイスラー博士を紹介されました。(スライド2) お金を集めに米国に帰っていた彼に会いに行き、聖路加にソーシャルワーク部門を置くことを了解してもらいました。トイスラー博士はそのとき、資金集めで必死になっていたのですが、収益にはならないソーシャルワークを取り入れようと思われたのは、彼の専門が公衆衛生だったからだだと思います。米国に帰っていたトイスラー博士に小栗ふささんが巡り会えたことが日本のソーシャルワークの始まりと考えると、そのタイミングの良さにびっくりします。

1929年(昭和4年)に聖路加国際病院でソーシャルワークサービスが始まりました。聖路加



スライド1



スライド2

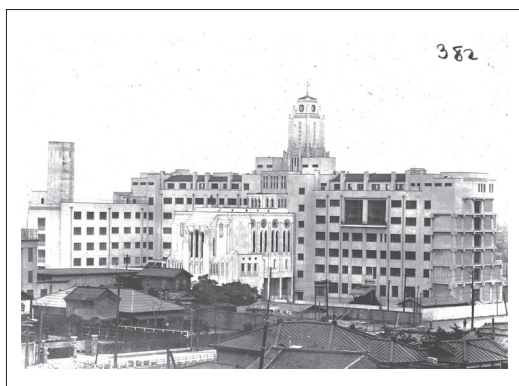
*Chikako Nishida : 元聖路加国際病院医療社会事業科

ではその時からソーシャルワーカー（以下SW）の働く場所を、ソーシャルサービスデパートメント（SSD）と名付けました。SSDという名称は聖路加の中ではしっかりと根付きました。（スライド3）この建物は1933年（昭和8年）にできました。左側が銀座方面で、右側が隅田川になります。隅田川に並行するように看護専門学校がその後のできあがりしました。戦前は施療という、医療費の支払えない人に無料で医療を行う制度があって、朝7時～9時まで施療の患者さんが病院の裏門から入って診療を受け、9時からは医療費の払える患者さんが正門から入ったようです。裏門の前に朝早くから患者さんが並んでいたと聞いています。

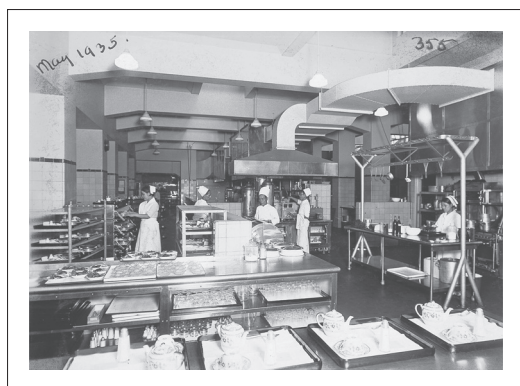
（スライド4）前列左が小栗ふささん、のちの浅賀ふささんです。他の方たちは看護学校の学生さんで、深川や月島の貧しい子どもたちを

集めてクリスマスとかお祭りの時に手作りのものをプレゼントしたり劇を行ったようです。この「学生の手作り」は戦後も続き、学園紛争の1968・9年ごろ（昭和43・44年）看護大学の学生が「なぜSSDの実習で手作りをしなくちゃいけないのか」と当時のボスの吉田ますみさんを攻撃したそうで、それ以来看護大学生の手作りも学生実習もなくなりました。

（スライド5）これが昭和10年の厨房です。床がピカピカに乾いています。衛生面での配慮は米国にならっています。手前のお盆は特別食の患者さん用です。この頃の患者食は大変贅沢な食事だったそうです。（スライド6）これは小児科病棟です。各階ともチャペルをはさんで両側とチャペルの前の部分に病棟が作られています。どこの階もそのチャペル前の飛び出しているところを大部屋として使っていました。現



スライド3



スライド5



スライド4



スライド6

在この建物は病室としては使われていませんが、手を入れて研究室やら会議室などに使っています。

(スライド7) 戦前のソーシャルワークはどんなことが行われていたのでしょうか。19歳の女性です。急性虫垂炎で医者「手術が必要」との診断に、「お金は払える」といったり、「払えない」といったりするのでSSDに依頼されました。SWがよく話を聞くと、一応結婚していて、「夫は台湾からの留学生で医者だ。お金はあるから大丈夫だ」と言います。その話をしている時に、台湾からの留学生である夫と友人たちが、どやどやと入って来て、「こいつは女中だから妻ではない。こんなのにお金は払えない」と言ったそうです。この事例は吉田ますみさんが担当なさったようですが、短い入院期間に吉田さんは警察、親族と確かな情報を集めて出かけていきます。その夫は素行が悪かったらしく、複数の女性を騙し、警察は把握していたようです。「この人はどんな人でしょう？本当に入籍しているのですか」という質問に対して警察は現在の個人情報保護の時代とは違い、いくつもの事実を話してくれたようです。さらに「妻のいうことばかり聞きなさんな」とも言われたらしいです。その女性も口達者な人で「自分は可哀相な人だ」とSWに訴え、SWはどこまで事実か、親族に聞きにいきます。その頃ですから交通網は便利ではなかったでしょうに親族の自宅を訪問します。親族はその女性のこと

で困っていたようで詳しい話をし、SWは聞き取ったうえで女性に確認します。そして女性に「いつまでもこんな生活をしていたらいけない」と、生活指導をするのです。医療費は女性が夫に交渉して出させました。SWにしばらくたって女性から「本当にいろいろお世話になりました。自分も心を入れ換えてきちっと生活します」という手紙がきたそうです。ここまでやって、それがソーシャルワークだと吉田さんは書いています。アセスメントとして「この人は生活態度を直さないといけない」と書いています。次のケースですが家族は53歳の父と46歳の母、男児が12歳で鬱血性心不全僧帽弁不全、医者から「予後がよくない、亡くなる」といわれています。お金がない家だったんですね。全収入をこと細かに聞き取っています。さらに父方母方の親族がどうしているかまで聞いています。親族の経済状態を漏れ落とさず聞いているのに驚きます。深川の家に家庭訪問に行って、間取りも丁寧に記録しています。男児は亡くなる前に2回入院するのですが、2回とも非常に安い金額で大部分を免除にしています。亡くなった後も訪ねて行って、その家族がどうしているかを話を聞いています。この家庭は子沢山の家で末子が知的遅れで登校もせず家にいたのですが、その子どもが学校に行けるように取り計らっています。

(スライド8) 戦前からSSDには経済的なことがきっかけで患者さんが紹介されてくるの

戦前のソーシャルワーク(1)

- ・ 症例K子さん 19歳 急性虫垂炎
昭和13年12月5日～12月17日
7回面談(親族家庭訪問・警視庁訪問)1回礼状
医療費の問題をきっかけに本人に助言指導
- ・ 症例A君 12歳 うっ血性心不全僧帽弁不全
昭和14年5月11日～17年6月22日
23回面談(家庭訪問10回) 収入と支出の記録
経済的な援助、末子の支援、(グリーンフェアー)

スライド7

戦前のソーシャルワーク(2)

- ・ 経済的な問題や社会資源の紹介が主だが患者の話をよく聞き、面談を重ねる。
- ・ 連絡はすべて手紙
- ・ 頻繁な家庭訪問
- ・ 詳細な聞き取り(間取り・経済面・親族)
- ・ 患者の自発性を待つだけでなくワーカーが積極的に動くことも大切
- ・ 家族全員への働きかけ
- ・ 戦争中にも同じことが行われている

スライド8

ですが、ただお金の相談にのるだけでなく、面談を重ね家族にも会い、その人の生きざまでも変えていこうという強い意欲がSWにあります。当時のことですから連絡はすべて手紙です。その手紙が記録されています。患者さんからの手紙も記録されていますが、多くの患者さんの手紙がみな非常に立派です。学歴は小学校卒業とおっしゃっている方がきちんとした葉書や手紙を出しています。その頃の民度の高さが偲べれます。SWは患者の自発性を待つだけでなく、必要と思えば積極的に「家庭訪問」をしています。「だらしのない生活を続けたいと本人が思っているなら、しょうがないじゃないか」と、私はつい思ってしまうのですが、「それではいけない」と吉田さんは本人にはっきり何度も言っています。そのことで患者が怒るかという、皆、黙って吉田さんの話を聴いています。患者だけではなく心もとないと思えばためらうことなく家族全員への働きかけをしています。

(スライド9) 戦争中も同じことが行われるのですが、仲野という聖路加のスタッフが戦争中の記録をまとめて『医療と福祉』にも出しました。特徴的なことは、152事例のうち50歳までの患者が101人で、特に子どもが多いです。現在とは対照的だなと思いました。家族構成が、平均4.8人、単身者が4人ですが、この4人は皆、住み込みでした。その4人はその時は単身だけど、もともとは家族がいます。そこも今と違います。長期入院は股関節脱臼の359日、2歳の

肺炎が279日。二人とも治って退院しています。この頃の記録には、若い人のかなり悲惨な例がたくさんありました。

戦禍が激しくなるとSWは皆自宅に戻り吉田ますみさんが一人残って、ソーシャルワークではなく怪我の手当とか事務的なことなどをしたという記録が残っています。聖路加国際病院には焼夷弾が落とされませんでした。築地の人たちは焼夷弾が落とされると皆、聖路加を目指して走ったそうです。落とさないのは教会があるからだろうと皆思っていたそうですが、アメリカは自分たちが早くからこの戦争に勝つと思っていたので、進駐軍の居場所として聖路加を考えていたそうです。終戦でほっとしたのもつかの間、建物を米軍に引き渡すようにいわれたのです。(スライド10) 米軍接收です。アメリカ軍の旗がなびいています。完全に返還されたのは昭和31年です。その間空いていた築地産院や整形外科病院を借りて聖路加の医療は続けられました。(スライド11) これも珍しい写真で、米軍が撮った写真です。吉田さんと患者さんです。ソーシャルワーカーの仕事ぶりを英語で説明しています。

(スライド12) 昭和20年代のソーシャルワークを振り返ってみましょう。16歳の少女の例です。緊急生活保護法による医療券をもって受診しました。歩行も満足にできず、丸坊主で小柄で痩せていて女性とはいえないような少女だったようです。病気は性行為からくる感染症です。

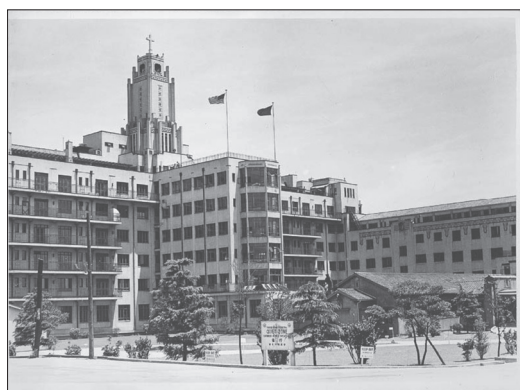
戦争中の記録

仲野の論文から

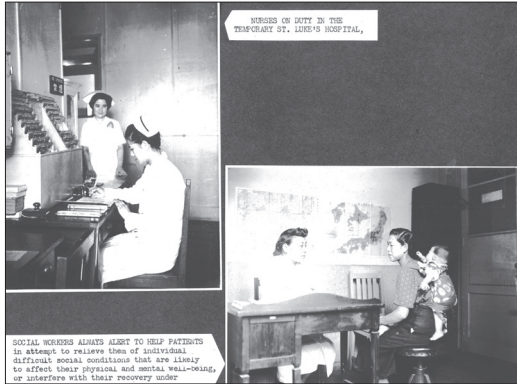
昭和16年12月8日～昭和20年8月15日

- 125事例(医療費支払い困難がきっかけ)
- 対象年齢 0歳～15歳54人、～50歳47人～80歳21人 その他3人
- 京橋区が半数 4割は市街を含めた広範囲
- 医療保護法、軍事扶助法、(軽費有料)
- 家族構成 平均4.8人 単身者は4人
- 長期入院は4歳股関節脱臼359日、2歳肺炎279日

スライド9



スライド10



スライド11

昭和20年代のSW

- ・ 症例Y子さん 16歳 陰部・頭部潰瘍全身疥癬
昭和21年9月16日～24年3月30日
家族 父、継母、異母妹弟4人
連日の外来受診継続 生活支援 就職援助 更生寮
紹介 父の療養支援、結婚後もサポート
- ・ 症例M君 1か月生活力薄弱症
昭和23年3月22日～24年7月7日～
家族 父26歳、母39歳、異父兄17歳
医師の依頼で始まるが、母の自発的な相談まで待つ
日常生活支援

スライド12

頭にも相当できものができて、継母が丸刈りにしたために、哀れな様子で、本人は固い表情でSWの処にも連れてこられました。この少女の場合は、治療に半年から1年かかるといわれて毎日通院してきました。SWは毎日様子を見ていただけで、この少女が自分から声をかけてくるまでは待っていました。狭い病院なので受診していれば様子が分かったようです。だんだん髪が伸びてきて、肌もきれいになってきて可愛くなってきたそうです。彼女の最初の受診が9月で、10月になっても11月になっても衣服は夏のままだったそうです。それで古着を与えたり、ララ物資（米軍の救援物資）や、聖公会の寄付などで支援するうちに本人が打ち解けて、編み物の練習をさせたり、生活していく術を教えたようです。この少女には、さらに住まいと仕事を、吉田さんは紹介するのです。一か所目は吉

田さんの知り合いの知り合いで「自分のところの手伝いにほしい」といわれて行かせるのですが、それは失敗しました。吉田さんはその失敗を「安易な気持ちで簡単に紹介してしまって、この少女に気の毒なことをした」と反省しています。その後更生寮に入れてもらって、仕事をしながら彼女は自分と似たような環境の男性と結婚するのです。吉田さんは夫となる人と面談しています。さらに、横浜の新居までいって、お姑さんにまで会っているのです。お姑さんものはっきりものをいう、いい人で、またしばらくしてお母さん（継母）からも手紙がきて、それでその女性へのソーシャルケースワークを終結しています。（スライド13）昭和30年代のソーシャルワークです。世の中が大分落ち着いてきますが、この事例は、黒人兵との間に生まれた瘢痕性拘縮膝蓋骨で歩行困難の女兒です。レイプに近い形で妊娠であったようで、その黒人兵は事件を起こし強制送還されたそうです。妊娠が分かり中絶を希望したのですが費用が用意できず、「怪しげな中絶の民間療法のせいで足が不自由な子どもが生まれてしまった。」と母は自分を責めていました。出産後親族からも疎んじられ、母は男と同じような労働をしていました。その当時マソニック教会は、肢体不自由の子どもの医療費全額を引き受けてくれましたので、その寄付で女兒は1年4カ月入院して歩けるようになりました。入院当時、母は少女に愛情がもてないとSWに訴えたようですが、自分は

昭和30年代のSW

- ・ 症例Y子さん 8歳 瘢痕性拘縮膝蓋骨
昭和32年11月25日～34年3月16日（入院）
家族 母38歳 父は黒人兵士本国に送還
長期入院治療 母の気持ち支援 児の気持ち配慮
- ・ 症例M子さん 1歳7か月 憤怒痙攣
昭和38年7月8日（入院中12日退院）～9月2日
おもに母の面接5回 症状消失

スライド13

労働着でも女兒は小ざっぱりとした可愛い服装をさせていたようです。少女は入院して間もなく病棟のボスになり、元気の良い子どもだったようです。看護婦さんやボランティアが勉強を見たり躰を行ったようです。母の面会は少なかったためSWは少女に手紙を書かせます。手紙でのやり取りは少女の気持も母の気持ちも和らげたようです。退院後の学校の受け入れに関して母の不安を和らげるためSWが学校と直接やり取りを行っていますし、家庭訪問をして自宅での生活が可能かどうかの評価をしています。「きれいに片づいて狭いなりにきちっとした家だった」と記録されています。退院後、母と少女の葛藤や学校での問題が起きますが、母も少女も能力があり、自分たちで乗り越え数年後無事を知らせる手紙が届いています。次の幼児の症例は時間の都合で省略します。

(スライド14) これは旧病院での面接風景です。左側が吉田ますみさんです。(スライド15) 40年代に入ってから相談内容は今とあまり変わらなくなってきたように思います。この事例はパーチェット氏病で視力が衰えつつある男性ですが、健康保険に加入しているので医療費の心配はないが、予後不良で「失明は免れない」と医者が説明した途端に、患者の妻が寝込んでしまって、面会に来ず妻に会えないまま本人が退院しました。SWはよほど気になったのでしょう。手紙作戦開始です。季節が変わるたびに二人宛てに手紙を出して、1年くらいたった時、



スライド14

昭和40年代

- 症例Nさん男性 36歳 パーチェット氏病
昭和40年6月14日(入院中)~44年9月9日
家族 妻30歳 長女5か月(二女44年8月生)
健康保険本人 予後不良失明は免れない、妻の
落ち込み大寝込む 妻に会えぬまま本人退院(6
月25日)
5か月後に本人が来室するまでに2回手紙を出
す 入院から7か月目に妻が来室 家庭訪問
失明を受け入れ夫婦で生活設計

スライド15

妻が相談にみえます。患者ご本人は受診の折に相談室を訪れ社会資源の利用のことなど相談しています。手紙を出さなかったら、きっと妻は来なかったでしょう。夫の失明と共に夫婦の関係が危うくなるのですがSWに相談しながら乗り越えます。家族の拒否にあっても、SWの関わりが必要と判断したら、どこまでも追いかけていくというケースワークです。1967・8年(昭和40年代半ば)で吉田ますみさんは退職なさいます。

(スライド16) その当時、ソーシャルワーカーは全国で2000人くらいだったそうです。これでは「焼け石に水」と吉田さんは嘆いています。以上のべたように一つ一つの事例を丁寧にやっていたら何人いても、SWは足りないと思います。「資質の向上と量の増加に向け、医療社会事業を法制化し、身分の保障で確立させる。縁

吉田ますみ氏の言

- 2000人のSWでは焼け石に水
- 資質の向上と量の増加に向け 医療社会事業を法制化し、身分の保障で確立させる
- 縁の下の力持ち的存在のソーシャル・ケースワーカーの活動は政治家にわかってもらうのは難しい
- 日本国憲法25条の実現をはかるには、働く場所を拡大し、能力を発揮できるような国家的措置の確立による以外ない

スライド16

の下の力もち的ソーシャルワーカー、ケースワーカーの活動を政治家にわかってもらうのは難しい」と述べています。さらに「日本国憲法25条の実現をはかるには（SWの）働く場所を拡大し、能力を発揮できるような国家的確立による以外にない」と身分法の成立を切望しています。吉田ますみさんはご自分の後任として当時結核の国立療養所で仕事をしていた日本女子大卒の深澤里子さんを引っ張ってきました。深澤氏は「聖路加に来て給料が半分になった」とよく口にされていました。吉田ますみさんは外向きの方で、厚生省の委員や日本協会の理事など引き受けて活動なさっていられました。深澤氏は、それがとてもお嫌だったようです。自分が責任者になった時多くの外の役をお断りになられたようです。結核予防会の相談だけは長く続けていられましたが、それだけに院内の仕事には厳しく、スタッフへの指導も生半可にはしませんでした。いくつかの大学からの実習生は芯の強い学生さんが選ばれていらしていたように思います。怖かったですがソーシャルケースワークの本質を大変よく理解なさっていたように思います。吉田ますみさんの世代の後の法制化にいたる様々な動きは笹岡氏がお話しなさったとおりですし、私の知らないことが山ほどあり、これから勉強したいと思っています。

（スライド17）さて聖路加の新病院は1992年に出来上がりました。今から20年前です。将来必ず病院は全個室になると日野原理事長が主張



スライド17

なさった全個室の聖路加国際病院です。この窓がそれぞれ個室になっています。部屋代が1日3万円です。とはいえ集中治療室や救急領域はすべて無差額ですし、各病棟に多少の無差額の部屋があります。3次救急ですから生保の方や非課税の方が沢山入院なさっておられますが、勿論、差額代はいただいております。新しい病院になった時、SSDは精神科から離れました。旧病院まではSSDは廊下をはさんで精神科の前にあり、精神科を受診する患者さんのインテークやカウンセリング、精神病院への入院調整（聖路加は外来のみ）が業務の5、6割を占めていました。総合病院のSWでありながら業務はかなり精神科に偏っていました。私は今回、調べてみて初めてわかったのですが、小栗さんがマサチューセッツ総合病院で実習した時に、精神科医がソーシャルワーカーをサポートしていたそうで、それを手本に小栗さんは、聖路加にSSDを置いた時、無料で手伝ってくれる精神科医を探してきて手伝ってもらったそうです。その伝統が続いていて吉田ますみさんの時代には村松常雄先生という精神科医が支援していました。昭和30年以降、土居武郎先生がアメリカで勉強してきたのちに聖路加にも精神科が置かれるのですが、それまで精神科として独立していず、SSDに精神科医が所属していたといってもおかしくない状況だったそうです。このころのSWと精神科医の連携というか共働は調べてみると面白いと思います。そのような歴史があってSWと精神科医と一緒に仕事をしてきたのですが、新しい病院ができる数年前1980年代半ば半年ほど深澤里子さんはアメリカに勉強にいきます。アメリカでの体験で得たことが大きかったと思いますが、「このまま精神科の仕事ばかりやっていたら、まずい、もっと他の科の仕事もしないと」と決心なさいます。病院の中で他の科の医師から精神科の仕事ばかりやっていると批判されたこともあったと思いますが、設計図の段階で精神科から離れることを院長に願い出ています。精神科から離れようと思った時に丁度新病院建設という時期にぶつかったの

は天の配剤と感じます。その数年間は精神科との葛藤で大変でした。一緒になる時より別れる時の方が何倍もエネルギーがいるというのは夫婦の間だけではないというのを体験しました。新病院では精神科は3階、SSDは1階です。今それから20年たっていますが、思い切って分かれたのは大変よかったですと思います。ただ面接技術においては精神科で学ぶことが多かったのですが、若い世代に面接を学ぶ場を十分に提供できないことが気になります。今1時間かけてインテーク面接を行っている現場がどれほどあるでしょうか。そしてその面接に対して上司からきちんとスーパービジョンを受けている若い世代がどれほどいるでしょうか。全国的に看護師や事務と一緒に仕事をしているSWが多くなっていると思いますが、「SWだからこその面接とその結果のアセスメントだ」と他の職種をうならせる面接を若いSWができるように、皆様方が努力してほしいと思います。若い人たちの面接力というかカウンセリング力が衰えていると危機感を持ってられる中堅以上の方が多いのではないのでしょうか。卒業して間もないSWの退院支援が事務職や看護職となら変わらなかつたらSWとしての自尊心を持つことができなくなります。私たちが若い頃は、たとえば葵橋クリニックの勉強会とか、船橋の鈴木先生の研究所とかソーシャルワーカーが勉強する外部機関が結構あったのに、今そういうところが無いように思います。今の若い人たちは気の毒です。皆さん方が中心となってスーパービジョンを一生懸命やってください。

(スライド18) 1995年平成7年1月、阪神淡路大震災の数日後に深澤里子氏が退職し、私が責任者になったのですが、世間では社会福祉出身でない西田が伝統ある聖路加国際病院の責任者になっていいのかと非難の声もあったようです。退職なさって2月もたたないうちにサリン事件が起きました。私たちSWはその時に何をしてよいか皆目わからなかったのです。聖路加はこのサリン事件で全国に名前が知れ渡りました。SWは逆に聖路加のSWは何をしてい

平成に入って

- 平成4年新病院に移転
同時に精神科から離れる
- 平成7年2月深澤氏から西田に
- 阪神淡路大震災・サリン事件
手も足も出なかった！
- 小児病棟でのチーム医療確立を目指す
- SWの視点をカンファレンスを通して院内全体に…目指したが…
- リビングウイル、「高齢者医療」道半ば

スライド18

るのだろうと恐らく評判を落とされたと思います。手も足も出ませんでした。この時に何もできなかったのは、私にとってははずっと残っている傷で、大分、傷が癒えつつあるので今こうしてお話してできるのですが、阪神大震災の後、武田さんたちが災害ソーシャルワークを立ち上げて一生懸命やっておられた。そのことを私が知っていたら、すぐ連絡をとって、どうしたらいいのだろうと教えてもらったと思います。医者とか看護師はそれなりに立ち上げていたのにソーシャルワーカーは何もしなかった、できなかったのです。私はすっかりボスに頼り切っていて自分の頭で考えることができなかつたのだと思います。また他の病院のSWとの連携も全くできていなかったことにも原因があります。

(スライド19) 今後のソーシャルワーカーのあり方ですか、SSDと患者相談の部署が一緒

今後のSWの在り方

- 医療相談・連携支援センターの中のSSD
- 入院患者のせいぜい5%の関わり
- 入院する患者全員に目を通す(必要の有無をチェック)
- 薫巢センター長は「その患者の病院における責任を担ったらどうか。心理社会的な主治医」
- 関わりの濃淡、時期などでその効果を検証？
- そのための必要人数は？

スライド19

になって医療相談連携支援センターと今年から呼び名が変わりました。センター長は医者です。この方は静岡がんセンターの院長をなさった蔦巢賢一という人ですが、ガンすることに大変詳しいんです。が、がん以外はあまりご存知ない。「ソーシャルワーカーは何をやっているのか」分かってもらえなかった時に、聖路加から転院した患者さんの表をつくり、その後その方たちがどうなったかかを2つの病院で調べてもらいました。そのデータを渡しましたら、そこで初めて「ソーシャルワーカーの仕事がわかった。そういうことをやっていたのか」と。そのセンター長がいうには、「複数の科にかかっている患者さんや医療以外の問題を持っている患者の総合的なことや、家族の問題も含めて責任を担う、社会心理的な主治医をソーシャルワーカーがやったらどうか」といわれました。地域とつながりながら病院のソーシャルワーカーが、これからそういう役割を担っていかないといけないのではないかと思います。私の話を終わりとさせていただきます。

なお吉田ますみさんが1960年代にそれまでの仕事をまとめた本がありますが絶版になっていて手に入りません。戦前の面接の様子等も書かれている興味深い本です。今その復刻版ができ

ないか検討しています。出来上がりましたら宣伝しますのでご購入下さい。

西田 退院支援指導料を取っていらっしゃる病院はどのくらいあるのでしょうか。私たちのところでは20%くらいしかとれていません。ソーシャルワーカーが、取れるものは取ろうという意欲に欠けてしまうと、院長を説得するには、本質は別として、数字はとても大事なようです。皆さん方、ほとんどとれているというところでも「看護師さんが頑張ってくれているから、とれています」と伺ったこともあります。現実がどうなのかなと伺いたいと思いました。

西田 私はどうしても現場からの視点になってしまうのですが、多分、病院の職種の中で最も人間関係を上手につくれるのがソーシャルワーカーではないかと思いますので、多職種合同の相談センターなどになっていけば、その中での人間関係を上手に築いて責任者になってほしいこと、そしてそれぞれ各科のカンファレンスに積極的に出て、看護師とかドクターとか他の職種の人たちとの関係を上手につくってチームのリーダー的な存在になることではないかなと思います。

〔論文〕

社会福祉施設長の HIV 陽性者の受入れに関する 意識と行動プロセス —施設長のフォーカスグループインタビューの分析を通して—

山内 哲也*

Key words : HIV/エイズ, HIV 陽性者, 社会福祉施設長, フォーカスグループインタビュー

1. 研究の背景と目的

HIV 感染症の治療は飛躍的に進歩し、抗 HIV 薬の多剤併用療法によって現在では慢性疾患と考えられるまでになった。

そのため、HIV 陽性者が高齢化による認知症や脳卒中などを発症し、在宅生活が継続困難になるケースや急性期から慢性期医療への移行に伴い病院の HIV 長期療養者が増加している¹⁾。このことから在宅での自立困難な HIV 陽性者に対して、社会福祉施設が地域社会の受け皿としての役割を積極的に果たすことへの期待が年々高まっている。

アメリカでは HIV 陽性者が110万人を超え、その内50歳代以上が25%近くに上ると推定されている。そうしたエイズ人口を背景に、エイズ患者の包括的な地域ケアが各地で展開しており、日本の特別養護老人ホームの機能を持つ民間のレジデンシャルホームが数多く存在する²⁾。

一方、わが国では入院治療を必要としないにもかかわらず、HIV 陽性者の社会福祉施設への受入れは現状ではあまり進んでいない。小西³⁾⁴⁾は社会福祉施設側の受入れ体制の未整備並びに

HIV/エイズへの理解不足や偏見の問題の関与を指摘している。

そこで、本研究は受入れ側の社会福祉施設の施設長を対象に、フォーカスグループインタビュー（以下 FGI）を行い、社会福祉施設における HIV 陽性者の利用受入れに関して、受入れの意思決定権者である施設長がどのように考え行動するのか、その意識・行動プロセスを探り、今後の社会福祉施設における HIV 陽性者の受入れ対策にある一定の示唆を与えることを目的とする。

2. 研究方法

(1) 調査対象者

調査協力を HIV 陽性者の受入れ経験のない社会福祉法人経営の社会福祉施設に趣旨を説明し参加を依頼した。参加者は HIV 陽性者の受入れ意思決定に関わる施設長等（以下施設長）とし、母子感染事例もあるので児童、障害（身体・知的）、高齢者の入所・通所施設から選定した。利用者の年齢や障害特性に応じて固有の受入れ課題が生じる可能性を考慮し、グループ

*Tetsuya Yamauchi : 武蔵野会八王子生活実習所

表1 フォーカスグループインタビューの参加者

	1 G	2 G	3 G	4 G	5 G	6 G	7 G	8 G	9 G
	特養	老健・有料	高齢デイ	身障入所	身障通所	知的入所	知的通所	児童養護	保育園・障害児通所
施設長	5	3	6	4	4	6	6	3	7
看護師	2	2		1	1	1			
主任相談員		1		1				1	
参加人員	7	6	6	6	5	7	6	4	7

N=54(男性=38,女性=16), 平均年齢(±SD)=52.6±8.3, 職歴平均年数(±SD)=10.9±4.8.

は同種施設で招集した。参加者は表1内訳の通りで9グループを編成し、1グループ4～7名の54名を対象とした。

(2) 研究方法

データ収集は、FGIを用い安梅の提示手順を参照にした⁵⁾。採用理由は、質的研究の中でも課題の探索的研究に適し、参加者間の相互作用により個別インタビューよりも差別・偏見等のタブー視された内容が顕在化しやすいなど豊富な観点が得やすいためである⁶⁾⁷⁾。

インタビューは導入として研究趣旨とHIV/エイズの概況を説明し、参加者の認識を共有化した後、インタビューガイドに沿って質問し討議を行った。参加時間は1グループ90分-120分とした。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音し逐語記録にした。また観察記録や要点をノートに詳細に記録した。

質問項目は、参加者の勤める社会福祉施設にHIV陽性者の受入れ要請がきたらという設定で、施設長はどのように考え行動するのかを尋ねた。特に1) HIV/エイズへの考え方、2) 受入れ可否の決定要素、3) 福祉施設の受入れ課題、について調査した。

討議は半構造的な環境下で行い、進行はファシリテーターが行った。研究者は進行の観察と要点の記録に専念し討議途中での介入は行わず、参加者のグループダイナミクスが発揮されるよう配慮した。

分析方法は、ウヴェ・フリックの要約的内容分析の手法を参考にした⁸⁾。HIV陽性者の利用

受入れ要請時の施設長の意識、行動の特徴を捉えることを分析テーマに、FGIで得た施設長の語りをグループ単位ごとに要約的内容分析によって分析した。要約的内容分析は、テキストや文脈の同じ内容の言い換えや類似する内容の削除を通して、データの抽象度を高め本質をあきらかにするものである。逐語記録や観察ノートのデータから1つのまとまった意味が読み取れる文節ごとに区切り、抽出した文節を分析テーマに照らし合わせながら「言い換え」を行い分析単位とした。次に、分析単位の内容が類似するものについて「要約」してコード化した。

同様に、コード単位で意味内容が類似するものをまとめて文脈単位とし、さらに文脈単位をまとめて重要概念とし抽象度を高め、サブカテゴリー、カテゴリーへと上位概念を順に形成していった。

さらにこの作業をグループ単位で繰り返し、その上で複合分析として表2のマトリックスに図示し、各グループの共通点・相違点等を明らかにした。カテゴリーの解釈にあたっては内容が妥当であるかを確認するためFGI参加者の中から6名を選定し、メンバーチェックングを2回依頼した。

(3) 倫理的配慮

FGI参加者に研究目的と方法を個別に説明し、自由意志による研究参加であり、途中中断の自由があること、研究結果の公開、プライバシー保護と個人情報保護の手続きについて口頭と文書で説明し、同意を得て実施した。また、調査

表2 カテゴリー サブカテゴリー 重要概念/各グループの適合度

カテゴリー	サブカテゴリー	重要概念	1G 特養	2G 老健他	3G 高齢 デイ	4G 身体入 所	5G 身体 デイ	6G 知的入 所	7G 知的通 所	8G 児童養 護	9G 児童通 所
いきなりのエイズ	偏ったHIV/エイズ観	青年が罹患するもので児童や高齢者には関係ない	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎
		同性愛者や薬物乱用者の問題で特別な病気	○	○	○	○	◎	○	◎	◎	○
		過去のマスコミ報道で知った「怖い病気」のイメージ	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		血液感染・性感染に対する心理的抵抗感がある	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		感染力が強く、専門病院での入院治療が必要	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎
	死に至る不治の病	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	
	HIV/エイズへの無関心	陽性者が身近に居ず、具体的にイメージしづらい	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		専門家に任せて、自分たちが関わる内容ではない	◎	○	○	×	×	◎	◎	◎	◎
		HIV/エイズの情報をあえて知るうとは思わない	◎	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎
		陽性者は医療対象であり福祉の対象者ではない	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎
		他の緊急事案が多く、エイズに関心が向かない	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	突然の受入れ要請に対しての戸惑い	受入れ事例がないのでどうしてよいのか悩む	◎	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎
HIV/エイズの知識が無い事に今更ながら気がつく		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
今までの経験則が役立たないと感じ慌てる		○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	
HIV/エイズに関して相談先や機関が不明で心配		○	○	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	
受入れ体制が整わないので、混乱を招く		◎	◎	×	×	×	◎	×	×	×	
通常ルートでない要請によっていきなり感を持つ		○	×	×	○	◎	◎	×	×	×	
行き場のない陽性者の受入れには切迫感が伴う		◎	◎	×	◎	×	◎	×	○	×	
受入れ体制を整えるのに準備時間が足りない	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
最初の受入れ可否の判断	社会的使命の重視	組織の理念に照らして受入れる方向で検討する	○	○	○	◎	○	◎	◎	◎	○
		陽性者の受入れは大変意義のある仕事である	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	×
		困っている人、支援を必要とする人を見捨てない	○	○	○	○	○	○	○	◎	×
		必要としている人に必要とするサービスを提供	○	○	○	○	○	○	○	◎	×
	社会福祉法人の福祉事業は社会貢献が役割	◎	○	○	○	◎	◎	◎	×	×	
	組織体制の脆弱性からくる不安感	現状の感染対策では施設内感染の不安がある	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		人員不足からくる職員の業務過重が心配である	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		風評による反対運動や利用中止への対応困難感	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	○	◎
		集団生活上の家族・利用者のトラブル調整が心配	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎
		組織的に一体性がなく、受入れが順調に進まない	○	○	○	○	○	○	◎	◎	×
		経営的に減収傾向にあり、コストの増大を懸念	◎	◎	×	×	×	×	×	×	×
	経営方針としてリスクは最小限度で回避	◎	○	×	×	○	◎	○	◎	○	
職員態勢に関する不安材料	職員に動揺や軋轢が生じ職場雰囲気が悪くなる	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	離職者が多く、新たなストレス源や離職原因となる	◎	○	○	○	○	○	○	◎	◎	
	受入れに強く反対する職員への説明・指導が大変	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	HIV/エイズの知識や技術不足による対応困難感	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
非常勤が多く、熟練者不足で支援の質が低下	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
消えない不安感情	万が一を考えると安心できない	感染事故はゼロではない、リスクは常にある	◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎	◎
		感染リスクに過敏になり、毎日気が休まらず不安	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		家族に危ないから辞めろと言われることが心配	◎	◎	○	○	○	○	○	×	○
		感染したら一生服薬しなくてはならない	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		感染したら仕事を辞めなくてはならないと考える	○	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎
	生活施設の気の抜けない毎日	集団生活なので管理面で目が行き届かず大変	○	○	○	○	◎	◎	◎	○	◎
		利用者は理解力が低いので予防を徹底できない	×	×	○	×	×	◎	◎	○	◎
		利用者の嘔みつきや自傷で出血を見る毎日	○	×	×	×	×	◎	◎	○	○
性教育や生活指導等の施設固有の問題がある	○	○	×	○	×	◎	○	◎	×		

凡例：◎ とても良くあてはまる（複数人から数回語られた内容で参加者から同意の反応を得たもの）

○ あてはまる（単独で1回以上語られた内容で参加者から同意の反応を得たもの）

× あてはまらない（そのグループのインタビューでは語られなかった内容）

カ=カテゴリーの略

カ	サブカテゴリー	重要概念	1 G	2 G	3 G	4 G	5 G	6 G	7 G	8 G	9 G	
施設 の 受 入 れ 課 題 に 向 き 合 う	観測気球を上 げる	施設長が受入れ可能かを自らに問いかける	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		職員の理解や協力が得られるか反応を見る	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		嘱託医や看護師に打診し、協力の度合いをはかる	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		利用者自治会や家族会に受入れを打診する	×	×	×	○	×	◎	◎	◎	◎	◎
		様々な媒体にアクセスし、エイズ情報を入手する	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		周辺地域住民や関係業者の反応を憶測する	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎
		施設長仲間に率直な意見を求め感触を確かめる	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎
	管理上の問題 点の洗い出し と対策	HIV/エイズについての教育研修体制の見直し	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		安全管理責任、事故賠償や労働災害への対策	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		風評による利用者の退所や職員の離職対策	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	×	◎	◎
		職員の勤務編成や超過勤務等の労務管理対策	◎	◎	○	◎	×	○	×	×	×	×
		医療費、薬価などのコスト負担の影響を検討	◎	◎	×	◎	×	×	×	×	×	×
		個人情報管理の徹底、プライバシー侵害への対応	◎	×	○	×	○	○	◎	○	◎	◎
		健康診断や抗体検査の実施の検討	◎	◎	×	○	×	○	×	×	×	◎
	支援上の問題 点の洗い出し と対策	HIV感染症マニュアルと感染予防体制の見直し	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		職員のHIV/エイズへの偏見・差別意識の払拭	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		性教育、性的問題への対処方法の検討	×	×	×	○	×	◎	○	◎	○	○
		嘔みつき・自傷等への対処方法の検討	×	×	×	×	×	◎	◎	◎	◎	◎
健康管理の検討、医師・看護体制の検討		◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
居室や利用者のグループ編成等の環境整備		◎	◎	○	◎	◎	◎	○	◎	○	○	
職員チーム編成や役割分担・協働体制の見直し		◎	◎	×	◎	○	◎	○	○	○	○	
陽性者の生活支援・指導方法の検討		×	×	×	○	×	◎	○	◎	◎	◎	
夜間の緊急時の対応策の検討		◎	◎	×	◎	×	◎	×	×	×	×	
地域病院への通院・入院先との連携体制の強化		◎	◎	○	◎	○	◎	◎	×	×	×	
HIV/エイズの正しい知識の情報取得先の確保		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
地域 連 携 と 協 働	拠点化病院等 の コ ン サ ル テ ー シ ョ ン	継続的な指導・助言体制と相談窓口の常設	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		病院・関係機関等の地域関係者への橋渡し	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		HIV/エイズに関する専門的研修の開催	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		HIV/エイズの教育プログラム、教材開発への期待	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		医師等の職員研修会への専門家講師の派遣	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	地域の医療機 関との連携	地域病院の各科が日常的に診療してくれる体制	◎	◎	◎	◎	×	◎	×	×	×	×
		地域病院における緊急時の入院受入れ先の確保	◎	◎	×	◎	×	◎	×	×	×	×
		針刺しや血液暴露事故時の緊急連絡先の確保	◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
		保健所等による市民へのエイズ啓発活動に参画	×	×	×	○	○	○	○	◎	◎	○
		エイズ関係団体等のネットワークに参加	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×
地域 ネ ッ ト ワ ー ク の 形 成	福祉団体との情報交換会、相談ネットワークの形成	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	
	受入れ経験施設からの情報提供	◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	
	受入れ要請者や行政を巻き込み地域課題とする	○	○	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	
	初動 の 受 入 れ 方 略	初動体制への 資 源 集 中	陽性者の受入れ課題に優先順位をつける	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
			HBV対応を基本にHIV感染症マニュアルを作成	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎
QC活動、委員会や研修への職員参加と時間保障			○	◎	○	○	○	○	○	○	○	×
医師や臨床心理士、弁護士等の専門家への相談			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
受入れのための設備機材、超過業務に資金投入			○	◎	○	○	○	◎	○	◎	○	○
初 期 の 個 別 支 援 体 制	初期アセスメントを他職種連携で集中的に評価 突発的な状況変化に対応する危機介入型の体制	初期アセスメントを他職種連携で集中的に評価	◎	◎	×	○	○	×	×	×	×	
		突発的な状況変化に対応する危機介入型の体制	○	○	×	○	×	○	○	×	×	
		専門家のスーパーバイズによる支援体制	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		専任職員、個室、随時ケア会議等の個別的配慮	○	○	○	○	○	◎	○	○	○	○
		全体で取り組むプロジェクト型の支援体制の構築	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
安 心 感 覚 の 醸 成	事前説明会を職員全員に行い、いきなり感を払拭 日常生活での感染リスクは極めて低いことをPR 担当を代わられる自由を保障 倫理で縛らない 利用希望の陽性者と事前面接して「本人」を知る 血液暴露の常時対応を拠点病院と相談しておく	事前説明会を職員全員に行い、いきなり感を払拭	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
		日常生活での感染リスクは極めて低いことをPR	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		担当を代わられる自由を保障 倫理で縛らない	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		利用希望の陽性者と事前面接して「本人」を知る	◎	◎	○	◎	○	◎	◎	◎	◎	○
		血液暴露の常時対応を拠点病院と相談しておく	◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	×

カ	サブカテゴリー	重要概念	1 G	2 G	3 G	4 G	5 G	6 G	7 G	8 G	9 G
初動の受入れ方略	組織内のリーダーシップを発揮	施設長は理念や方針を全体に明確に意思表示	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		施設長はぶれない姿勢で理解者を増やす	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		看護師が感染予防でのリーダーシップを発揮する	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎
		リーダーがHIVの正しい知識で合理的配慮をする	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	組織内コミュニケーションの促進	QC活動や委員会等で継続的な検討の場を持つ	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		職員会議で何故受入れられないのか徹底討論	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	○
都合の悪い部分も含め全情報を全職員に伝達		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
受入れのための重点研修	福祉の価値と人権擁護意識の向上	利用者本位の支援について考える機会を持つ	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		エイズに対する差別意識を自己覚知する工夫	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		障害者の権利と合理的配慮について学習する	×	×	×	◎	◎	◎	◎	◎	×
		個人情報、プライバシー侵害について学習する	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	HIV/エイズの正しい知識の獲得	職員全員のHIV/エイズ知識の向上と準標準化	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		外部研修会へ参加して、専門的知識を吸収	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
		HIVの医療的ケアについて施設看護師の再教育	○	○	○	◎	◎	◎	◎	×	×
		当事者を知る機会や交流する研修会を設ける	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	×	×
	スタンダードプリコーションの実践的なスキル習得	HIV/エイズの感染症としての特徴を知る	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	○
		HBV・HCV・MRSAの既存の感染対策を見直す	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	×	×
		スタンダードプリコーションの実技指導を受ける	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	×	○
		看護師を中心とした感染予防のOJT指導	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
チームの効力感	ポジティブな思考	とりあえずやってみようというポジティブな思考	×	×	×	×	×	○	○	○	×
		受入れは自分たちの知識技術を高めるという信念	○	○	×	○	×	○	○	×	×
		困難があっても自分たちは適切に対処できる自信	○	○	×	○	×	○	○	×	×
	成功体験の積み上げ	「危機」をサービス向上の転機とする姿勢	○	○	×	○	×	○	○	○	×
		HBV、HCV等の施設内感染ゼロの実績を再確認	○	○	○	○	○	○	○	×	×
		過去の支援困難事例の支援経過記録を参照	◎	○	×	○	○	◎	◎	○	×
主体性の気づき	ケアの視点転換	受入れ実績施設の成功体験をベンチマーク	○	◎	○	○	○	○	×	×	×
		自分達の知識や技術の実効性をフィードバック	○	○	×	×	×	×	×	×	○
		本人の生きづらさ、生活の困難に目を向ける	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	×
		HIVは一つの属性だと気がつく	○	○	○	○	◎	◎	◎	○	○
		利用者の全体像を客観的に概観できるようになる	○	×	○	◎	○	◎	◎	○	×
	福祉専門職としての覚知	利用中の人々がHIV陽性と判明してもそのまま継続	◎	○	×	◎	◎	◎	○	○	×
		HBV、HCVの利用者の受入れと変わらぬと気づく	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○
		自分たちの社会福祉の専門性を活かせばよい	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		特別視して怖がってしまう自分に気づく	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		支援困難感が伴うが福祉の手法は通用する	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○
個別支援計画を生活者の視点で見直す	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
医療モデルから生活モデルで考える	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	○		

は所属する社会福祉施設の質を評価するものではない旨を説明し、個人並びに組織に不利益が生じないよう配慮した。尚、調査研究の開始前に、筆者の所属組織の研究倫理審査を経て行った。

3. 結果

FGI で得たデータを分析した結果、参加者

の討議から表2に示す9つのカテゴリーと26のサブカテゴリーが抽出された。社会福祉施設の施設長の HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動プロセスは、図1のとおりである。尚、本文中の表記は〈 〉は要約した重要概念であり、【 】はサブカテゴリー、『 』はカテゴリー、(斜字) は生データである。

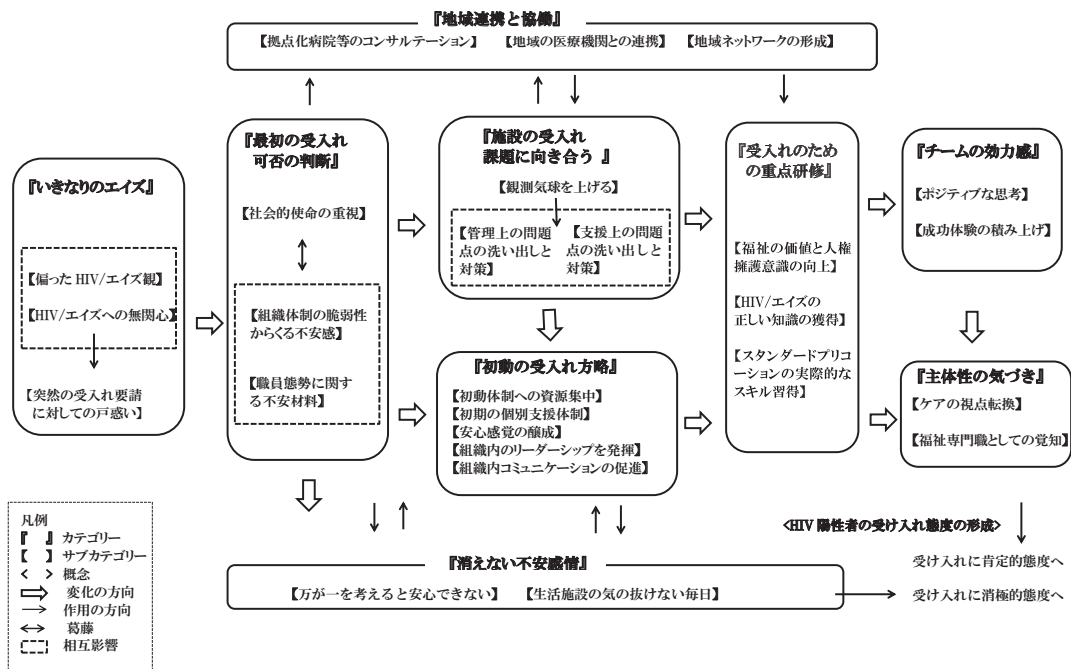


図1 社会福祉施設長の HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動プロセス

(1) 施設長の HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動プロセス

施設長の HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動プロセスは『いきなりのエイズ』『最初の受入れ可否の判断』『施設を受入れ課題に向き合う』『初動の受入れ方略』『受入れのための重点研修』『チームの効力感』『主体性の気づき』の9つのカテゴリーが相互に関連して、図1の示すプロセスを経て HIV 陽性者の受入れ態度を形成することが示唆された。

施設長は HIV 陽性者を社会福祉施設の利用対象外と捉える【HIV/エイズへの無関心】状態であり、【偏った HIV/エイズ観】を背景に、知識不足・経験不足のまま【突然の受入れ要請に対しての戸惑い】を覚える『いきなりのエイズ』に直面すると想定された。

次いで、施設長は『最初の受入れ可否の判断』において、【突然の受入れ要請に対しての戸惑い】を背景に、【社会的使命の重視】と【組織体制の脆弱性からくる不安感】【職員態勢に関する不安材料】の拮抗する判断の板挟みになり思い

悩む段階に至ると思われる。

そして、【社会的使命の重視】を選択した場合は、受入れを前提とした問題解決を図ろうとする『施設を受入れ課題に向き合う』に向かう。この局面は、施設長が受入れの覚悟を固めて、受入れに向けて具体的な対策を検討するもので、福祉施設はこの段階で初めて HIV 陽性者を福祉対象者と認識し、真剣に向き合うことが示唆された。

逆に、【組織体制の脆弱性からくる不安感】や【職員態勢に関する不安材料】を重視した場合は、受入れに消極的態度に向かうことが示唆された。

その後、施設長は福祉施設固有の受入れ課題や対策をソーシャルサポートとしての『地域連携と協働』の様々な社会資源を積極的に活用しようとする試み、同時に受入れの組織体制の整備を効果的に推進するために、【初動体制への資源集中】【初期の個別支援体制】【安心感覚の醸成】【組織内のリーダーシップを発揮】【組織内コミュニケーションの促進】といった様々な『初動の

受入れ方略』を展開すると推定された。

その上で、施設長は、人権擁護意識の向上、HIV/エイズの基本知識や感染対策スキルの習得を目的とする『受入れのための重点研修』を実施し、組織の【ポジティブな思考】や【成功体験の積み上げ】によって、HIV 陽性者の受入れに関する組織と職員の自己効力感を意味する『チームの効力感』を高めようとしていた。

このような HIV 陽性者の受入れに関する施設長の意識と行動のプロセスは、HIV/エイズの医療情報偏重の利用者観から HIV 感染は一つの属性として捉え、生活者としての全体を視て行こうとする【ケアの視点転換】や福祉専門職としての専門的主体性に焦点を当てる【福祉専門職としての覚知】を生み、この福祉専門職としての『主体性の気づき』が、HIV 陽性者の受入れ意向をさらに高めると推定された。

一方で、受入れ態度に負の影響を与える要因として、根強い感染不安感を意味する『消えない不安感情』が示された。『消えない不安感情』は HIV 陽性者の受入れプロセスを通底する感情であり一時的ではなく、常に全体を通して存在すると推定され、施設長はこの『消えない不安感情』を抱きつつ、HIV 陽性者の受入れの準備や体制づくりを推進しようとしていた。

(2) カテゴリーの詳細

以下、表 2 に示したカテゴリーとサブカテゴリーについて説明する。

『いきなりのエイズ』

『いきなりのエイズ』は【偏った HIV/エイズ観】【HIV/エイズへの無関心】【突然の受入れ要請に対しての戸惑い】の 3 つのサブカテゴリーで構成される。この局面は、無関心であり、社会福祉施設の利用対象外と考えていた HIV 陽性者が、いきなり利用希望者として立ち現れる局面である。突然の受入れ要請に対して〈死に至る不治の病〉等の誤解と相まって施設長は慌ててパニックに陥ると推定された。

①【偏った HIV/エイズ観】

インタビューでは、全員が〈過去のマスコミ報道で知った「怖い病気」のイメージ〉の影響があると話し、HIV 陽性者に対して〈血液感染・性感染に対する心理的抵抗感がある〉とした。さらに、〈感染力が強く、専門病院での入院治療が必要〉といった誤った知識と偏ったイメージを抱いていた。

②【HIV/エイズへの無関心】

偏ったイメージに加えて、〈陽性者が身近に居ず、具体的にイメージしづらい〉〈HIV/エイズの情報をあえて知ろうとは思わない〉などとし、施設長のほぼ全員が〈陽性者は医療対象であり福祉の対象者ではない〉と思い込み、〈他の緊急事案が多く、エイズに関心が向かない〉と語り、HIV/エイズに対して極めて関心が薄かった。

③【突然の受入れ要請に対しての戸惑い】

施設長は HIV/エイズについて日頃より積極的に情報を収集しておらず、そのような状況の中、いきなり行政や医療機関より自立困難な HIV 陽性者の受入れ要請が入ると想定される。施設長は討議の中で、外部からの受入れ要請は〈いきなり感が伴う要請〉として認識され、〈受入れ体制を整えるのに準備時間が足りない〉と感じ、〈とても慌てると思う。受入れの返事をする切迫感からパニックになる〉ことが容易に想像できると語った。

このようにインテーク段階で、〈HIV/エイズに関して相談先や機関が不明で心配〉〈受入れ事例がないのでどうしてよいのか悩む〉とし、〈HIV/エイズの知識が無い事に今更ながら気がつく〉とした。

同時に、施設長は HIV 陽性者の受入れの必要性は理解するが、受入れに躊躇するとした。

【偏った HIV/エイズ観】によるステレオタイプの見方は一朝一夕には解消しない傾向にあり、〈偏見かもしれないが抵抗感をもってしまう〉という率直な意見が聞かれた。総じて〈すぐく大変で支援が難しい感じを持つ〉傾向にあり、この受入れ困難感が社会福祉施設の HIV 陽性

者の受入れの特徴となっていると推定された。

『最初の受入れ可否の判断』

『最初の受入れ可否の判断』は【社会的使命の重視】【組織体制の脆弱性からくる不安感】【職員態勢に関する不安材料】の3つのサブカテゴリーで構成された。

法的基準のない HIV 陽性者の受入れは契約制度上、利用者を選択する裁量が施設側にあるため、施設長は最初に HIV 陽性者の受入れ可否を決定する立場に立つ。

施設長は組織理念や社会的意義を求める【社会的使命の重視】と組織や職員の脆弱性に由来する支援困難感を表す【組織体制の脆弱性からくる不安感】並びに【職員態勢に関する不安材料】の判断の間で葛藤しながら『最初の受入れ可否の判断』を行っていた。

①【社会的使命の重視】

施設長は、HIV 陽性者の受入れを組織理念や社会福祉法人の社会貢献の一環として考える判断軸を持っていた。サブカテゴリーとして〈組織の理念に照らして受入れる方向で検討する〉〈陽性者の受入れは大変意義のある仕事である〉〈困っている人、支援を必要とする人を見捨てない〉〈社会福祉法人の福祉事業は社会貢献が役割〉等の概念が抽出された。

②【組織体制の脆弱性からくる不安感】

施設長は現状の組織管理体制の脆弱性や問題点を挙げ、受入れが可能かどうかを判断するとした。ここでの施設長の語りの特徴は、組織の現状を客観的に分析し、総合的に考えるというよりはむしろ不安感や困難感を基調にした感情的な雰囲気が観察された。いわば主観的な判断であり、対策についてはあまり検討しない判断の曖昧さがあった。組織の脆弱性として語られた内容は、〈現状の感染対策では施設内感染の不安がある〉〈人員不足からくる職員の業務過重が心配である〉〈風評による反対運動や利用中止への対応困難感〉〈集団生活上の家族・利用者のトラブル調整が心配〉〈組織的に一体性

がなく、受入れが順調に進まない〉〈経営的に減収傾向にあり、コストの増大を懸念〉であり、これらの不安点が拡大するようならば、〈経営方針としてリスクは最小限度か回避〉したいと語った。

③【職員態勢に関する不安材料】

施設長は HIV 陽性者の受入れによる職員態勢の動揺や混乱を懸念していた。受入れは、〈職場雰囲気が悪化して、立て直せない不安がある〉と語った。HIV 感染への対応は一過性ではなく永続的な対応となるため、〈職員集団の理解と納得が絶対条件〉とし、現状は〈職員に動揺や軋轢が生じ職場雰囲気が悪くなる〉〈離職者が多く、新たなストレス源や離職原因になる〉〈受入れに強く反対する職員への説明・指導が大変〉であると考えていた。その理由に〈HIV/エイズの知識や技術不足による対応困難感〉と〈非常勤が多く、熟達者不足で支援の質が低下〉を挙げた。

『施設の受入れ課題に向き合う』

『施設の受入れ課題に向き合う』は、施設長の『いきなりのエイズ』の戸惑い、『最初の受入れ可否の判断』での内面の揺らぎと葛藤を経て、受入れの覚悟を固める局面である。この段階で社会福祉施設ははじめて HIV/エイズの問題と真剣に向き合うことが示唆された。サブカテゴリーとして、【観測気球を上げる】【管理上の問題点の洗い出しと対策】【支援上の問題点の洗い出しと対策】3つを抽出した。

ここでは受入れのための課題と対策が語られ、施設種別の事情の違いから固有の課題や対策が挙げられた。

①【観測気球を上げる】

施設長は、改めて自分自身に HIV 陽性者の受入れが可能かを自問し、受入れの意志を固めると、今度は周囲の人々がこの決定をどう捉えるかを【観測気球を上げる】を通じて確認し、周囲の関係者の受入れ意向について探索することが推定された。この一連の探索行為を【観測

気球を上げる】とした。施設長は自身の覚悟を固めると、次に（最初の関門は職員や家族の受入れ反対者への説得）と考え、〈様々な媒体にアクセスし、エイズ情報を入手する〉一方で、受入れを正式決定として周知する前に関係者各方面へ打診を行うと推定された。特に利用者・家族の反対意見を不安視する意見は知的障害と児童の施設に多かった。

②【管理上の問題点の洗い出しと対策】

【管理上の問題点の洗い出しと対策】では、経営管理上の内容が重要概念として抽出された。〈HIV/エイズに関する教育研修体制の見直し〉〈安全管理責任、事故賠償や労働災害への対策〉〈風評による利用者の退所や職員の離職対策〉〈職員の勤務編成や超過勤務等の労務管理対策〉〈医療費、薬価などのコスト負担の影響を検討〉〈個人情報管理の徹底、プライバシー侵害への対応〉〈健康診断や抗体検査の実施の検討〉といった感染リスク対策をはじめ、法的責任問題、労災問題、利用率や離職の影響など多岐にわたる経営的課題が浮上した。特に保育園では風評被害、知的障害入所施設では安全管理責任について懸念する声が強くなり参加者全員が言及した。理由として保護者の過度の要求や集団生活で自由に移動する利用者に対し、目が行き届かないという見守り上の課題が語られた。

また、〈職員の勤務編成や超過勤務等の労務管理対策〉〈医療費、薬価などのコスト負担の影響を検討〉〈健康診断や抗体検査の実施の検討〉は高齢者、身体障害者の入所施設の問題点として強くあがった。理由として慢性的な職員不足、薬剤費の施設負担、定員規模の大きさが挙げられた。

③【支援上の問題点の洗い出しと対策】

ここでは HIV 陽性者の支援場面における様々な課題が示された。〈HIV 感染症マニュアルと感染予防体制の見直し〉のような福祉施設共通の課題や〈性教育、性的問題への対処方法の検討〉といった施設種別の固有の課題が浮上した。

支援上の共通課題として、〈HIV 感染症マニュアルと感染予防体制の見直し〉〈職員の HIV/

エイズへの偏見・差別意識の払拭〉〈健康管理の検討、医師・看護体制の検討〉〈居室や利用者のグループ編成等の環境整備〉〈職員チーム編成や役割分担・協働体制の見直し〉〈HIV/エイズの正しい知識の情報取得先の確保〉が示された。

施設種別による相違がみられたのは、〈性教育、性的問題への対処方法の検討〉〈噛みつき・自傷等への対処方法の検討〉〈陽性者の生活支援・指導方法の検討〉〈夜間の緊急時の対応策の検討〉〈地域病院への通院・入院先との連携体制の強化〉であった。

性的問題、噛みつき問題、生活指導などの課題は知的障害、児童施設で顕著であり、夜間の緊急時の対応は入所系施設で重視された。特に特養ホーム、身体障害と知的障害の入所施設の施設長は、夜間配置の看護師がいないことを理由に〈夜間、緊急時の対応策の検討〉が優先課題であるとし、次いで〈地域病院への通院・入院先との連携体制の強化〉の対策が必要であると全員が発言した。

『地域連携と協働』

『地域連携と協働』はソーシャルサポートにあたるカテゴリーである。サブカテゴリーは【拠点化病院等のコンサルテーション】【地域の医療機関との連携】【地域ネットワークの形成】が抽出された。『施設の受入れ課題に向き合う』の医師、看護体制や夜間の緊急時の対応策、地域病院の協力は施設の自己完結型の対応では解決しない。特に、HIV 陽性者を受入れたとたん地域から孤立するのではないかという不安があり、（近隣病院の受診拒否で施設が孤立する）との発言があり、施設の自己完結的サービスの限界が意識され、地域資源の活用を示す『地域連携と協働』がカテゴリー化された。

①【拠点化病院等のコンサルテーション】

【拠点化病院等のコンサルテーション】は、我が国の HIV/エイズ医療の中心的役割を担っているエイズ拠点化病院等による専門的なエイ

ズ医療・看護の相談機能、研修機能並びに地域に出向いて行う社会福祉施設へのコンサルテーション機能への期待に関する概念として抽出された。

②【地域の医療機関との連携】

エイズ拠点化病院は総合診療科目を持つが、地域によっては遠方にあり通院できない。

施設長は通常の疾病治療は近隣の病院で安心して通院して行えることを期待する。このサブカテゴリーを構成する概念は〈地域病院の各科が日常的に診療してくれる体制〉〈地域病院における緊急時の入院受入れ先の確保〉〈針刺しや血液暴露事故時の緊急連絡先の確保〉である。いずれも高齢者、身体障害者、知的障害者の入所施設で顕著に表れており、それらの参加者は【地域の医療機関との連携】を HIV 陽性者の受入れの必須条件と語った。

③【地域ネットワークの形成】

【地域ネットワークの形成】は、社会福祉施設が地域の既存の地域資源を活用する関係づくりから、地域資源の開発を含む概念群で構成された。保健所やエイズ関係団体と連携する〈保健所等による市民へのエイズ啓発活動に参画〉〈エイズ関係団体等のネットワークに参加〉を図り、〈福祉団体との情報交換会、相談ネットワークの形成〉して、〈受入れ要請者や行政を巻き込み地域課題とする〉ことが必要だと語られた。その際、大いに参考になるのが〈受入れ経験施設からの情報提供〉であるが、個人情報保護の問題で情報の共有化ができないとした。

『初動の受入れ方略』

施設長は HIV 陽性者の受入れにあたって『施設の受入れ課題に向き合う』局面で福祉施設の課題と対策を検討すると同時に、それらの対策が実効性を持つよう、初動の組織状態の改善と職員の意識改善を様々な『初動の受入れ方略』を用いて行くと語った。

『初動の受入れ方略』は【初動体制への資源集中】【初期の個別支援体制】【安心感覚の醸成】【組織内のリーダーシップを発揮】【組織内コミュ

ニケーションの促進】の5つのサブカテゴリーで構成される。施設長は HIV 陽性者の受入れを決定していく段階で、HIV 陽性者を安定継続的に支援できる組織環境づくりを視野に入ると推定された。特に、HIV 陽性者という支援困難感の伴う利用者の受入れから実際の支援開始のプロセスにおいて、組織が少なからず動揺すると想定し、職員の一体感と安心感をベースにした臨時的な組織体制を構築し、それを基軸に安定的な組織状態を築こうとする方略を用いることが示唆された。

施設長は、初動の組織体制づくりが重要と考え、先の『地域連携と協働』の資源活用を図りながら、【組織内のリーダーシップを発揮】して【初動体制への資源集中】を行い、【初期の個別支援体制】を充実させると同時に、【組織内コミュニケーションの促進】によって、組織全体の【安心感覚の醸成】を図ると推定された。

①【初動体制への資源集中】

施設長は、初期の支援体制構築のために、まず人、時間、設備、情報、資金、励まし等を含む施設内外の諸資源を集中的に投入する【初動体制への資源集中】を行うとした。

〈陽性者の受入れ課題に優先順位をつける〉を通じて計画的に支援体制の向上を図り、〈HBV 対応を基本に HIV 感染症マニュアルを作成〉し、〈医師や臨床心理士、弁護士等の専門家への相談〉を受けるために、〈QC 活動、委員会や研修へ職員参加と時間保障〉を行い、〈受入れのための設備機材、超過業務に資金投入〉を行うとした。

②【初期の個別支援体制】

【初期の個別支援体制】では、HIV 陽性者の状態が未知数であることや予期しないハプニングや問題が生じることを想定し、柔軟に対応できるチームを編成することが望ましいと考えていた。そのため、初期の個別支援体制は特別な体制で臨むとした。概念として〈初期アセスメントを他職種連携で集中的に評価〉〈突発的な状況変化に対応する危機介入型の体制〉〈専

門家のスーパーバイズによる支援体制)〈専任職員、個室、随時ケア会議等の個別的配慮〉〈全体で取り組むプロジェクト型の支援体制の構築〉が語られた。他職種による初期アセスメントは比較的高齢者の入所施設で危機介入型は入所系施設での発言が多かった。

③【組織内のリーダーシップを発揮】

【組織内のリーダーシップを発揮】では、全事業所的に各階層がリーダーシップを発揮して、意思を統一して HIV 陽性者の受入れを推進することが求められていた。〈施設長は理念や方針を全体に明確に意思表示〉し、〈施設長はぶれない姿勢で理解者を増やす〉役割を担い、〈看護師が感染予防でのリーダーシップを発揮する〉こととした。

また、役職などの〈リーダーが HIV の正しい知識で合理的配慮をする〉姿勢を示し、HIV/エイズの正しい情報の普及と合理的配慮を徹底することを求めるとした。

④【組織内コミュニケーションの促進】

施設長は初動の受入れ体制を安定させるには、組織内のコミュニケーションラインが活性化していて相互情報のルートが存在することが重要であるとした。(トップダウンで強引に HIV 陽性者の受入れを進めれば職員の信頼を失うと思います。職員と話し合っ、本当に納得してもらわないとどこかでチームの歪みになって結局受入れたのは間違いだったってなってしまう)と発言し、職員との話し合いと納得による合意が鍵だとした。

そのために、〈QC 活動や委員会等で継続的な検討の場を持つ〉〈職員会議で何故受入れられないのか徹底討論〉〈都合の悪い部分も含め全情報を全職員に伝達〉〈メンタル面を含めた専用窓口を設け何でも相談〉〈情報伝達のタイムラグをなくし憶測の伝播を防止〉する重要性が示唆された。

⑥【安心感覚の醸成】

施設長は職員に HIV/エイズの不安感をできるだけ払拭するよう【安心感覚の醸成】を図ることが必要だとした。まず、現場が後で事情を

知るということを避ける〈事前説明会を職員全員に行い、いきなり感を払拭〉することが重要とした。また、〈日常生活での感染リスクは極めて低いことを PR〉し、仮に HIV 陽性者への対応を拒否する者が現れても〈担当を代われる自由を保障し倫理で縛らない〉くらいのゆとりが必要だとした。

特に【安心感覚の醸成】する方略として、〈利用希望の陽性者と事前面接して「本人」を知る〉という当事者と直接会っておくことが安心感を醸成するとした。また、〈血液暴露の常時対応を拠点病院と相談しておく〉ことも大切であるとした。

『受入れのための重点研修』

施設長は HIV 陽性者の受入れにあたって集中的に3つの研修課題を同時に行う必要があるとした。まず、職員に差別と偏見意識があることを自己覚知する、次いで HIV 陽性者の生活支援や健康管理に必要な知識と技術を習得する。そして、実効性のあるスタンダードプリコーションの担い手を育成することである。

サブカテゴリーは【福祉の価値と人権擁護意識の向上】【HIV/エイズの正しい知識の獲得】【スタンダードプリコーションの実際的なスキル習得】とした。この3つの研修内容は、HIV 陽性者の受入れの必要要件とした。

①【福祉の価値と人権擁護意識の向上】

施設長は、HIV 陽性者の人権とエイズに対する偏見や差別意識を自己覚知することが必要だとした。このサブカテゴリーは〈利用者本位の支援について考える機会を持つ〉〈エイズに対する差別意識を自己覚知する工夫〉〈障害者の権利と合理的配慮について学習する〉〈個人情報、プライバシー侵害について学習する〉ことが必要とされた。

②【HIV/エイズの正しい知識の獲得】

【HIV/エイズの正しい知識の獲得】は、エイズの24合併症や免疫不全等へ対応する健康管理情報やケアの方法、また、メンタルヘルス等

の支援に必要な情報入手に関するもので、〈職員全員の HIV/エイズ知識の向上と平準化〉〈外部研修会へ参加して、専門的知識を吸収〉〈HIV の医療的ケアについて施設看護師の再教育〉〈当事者を知る機会や交流する研修会を設ける〉〈陽性者の支援方法等について事例検討を行う〉が抽出された。

③【スタンダードプリコーションの実践的なスキル習得】

施設長は標準的感染予防対策であるスタンダードプリコーションについて周知しているが、実際の現場での運用は不正確であったり、手順が省かれていたり、逆に二重三重の予防策をとりすぎていて実際的でないと感じていた。

施設長は、【スタンダードプリコーションの実践的なスキル習得】するには、まず〈HIV/エイズの感染症としての特徴を知る〉そして、改めて〈HBV・HCV・MRSA の既存の感染対策を見直す〉と同時に〈スタンダードプリコーションの実技指導を受ける〉一方で、〈血液暴露、夜間・緊急時対応のシミュレーション〉を〈看護師を中心とした感染予防の OJT 指導〉で行うとした。

『チームの効力感』

『チームの効力感』とは、HIV 陽性者の受入れについて、〈困難があっても自分たちは適切に対処できる自信〉を示し、職員チームの自己効力感の向上を意味する。サブカテゴリーは効力感を高める要因として【ポジティブな思考】と【成功体験の積み上げ】が抽出された。施設長は『初動の受入れ方略』や『受入れのための重点研修』のプロセスを通して『チームの効力感』を高めるとした。

HIV 陽性者の受入れは、支援困難感が伴う。そのため、チームに〈困難があっても自分たちは適切に対処できる自信〉を持たせることは施設長の戦略上非常に大切であると語られた。

①【ポジティブな思考】

【ポジティブな思考】は〈とりあえずやって

みようというポジティブ思考〉であり、〈受入れは自分たちの知識技術を高めるという信念〉や〈困難があっても自分たちは適切に対処できる自信〉を示し、〈「危機」をサービス向上の転機とする姿勢〉を表す。

②【成功体験の積み上げ】

【成功体験の積み上げ】は自分たちの成功経験や達成成果を意識化して、自分たちの自信や強みにしていくことである。〈HBV、HCV 等の施設内感染ゼロの実績を再確認〉〈過去の支援困難事例の支援経過記録を参照〉して、〈自分たちの知識や技術の実効性をフィードバック〉することが重要であるとし、あるいは他施設の成功体験を参照にする〈受入れ実績施設の成功体験をベンチマーク〉によって、自分たちのチームの成功経験や達成成果を意識化することの意義が語られた。

『主体性の気づき』

『主体性の気づき』は、討議後半に一つの気づきとして参加者に共有された収束した概念であり、【ケアの視点転換】【福祉専門職としての覚知】のサブカテゴリーから構成される。

当初、討議内容は HIV/エイズの医療的ケアの側面に焦点化されがちであったが、HBV、HCV、MRSA、結核キャリア等の他の感染性疾患を有する利用者の話題が提供され、過去の HBV や MRSA のマスコミ報道による施設内の混乱や最近のインフルエンザや感染性胃腸炎等の施設内流行での体験が参加者から披露されるにつれ、感染対策のプロセスや HIV 陽性者の利用者像の全体を俯瞰的に捉えることに視点に移り、気がつけば（エイズはひとつの病気で、他の方も違う病気を抱えていて、健康被害の影響力やお世話はそちらの方のほうが大変だったりする）という意識の変化が語られた。この気づきは参加者に HIV 陽性者を医療モデルの視点から一人の（生活者としての視点で見ればよい）という利用者視点の変化が、（福祉専門職としてのできることは沢山あるはず）とする意識の転換を呼び、〈自分たちの持つ社会福祉の

専門性を活かせばよい) と考える職業的な『**主体性の気づき**』につながっていた。

施設長は討議を通じて【ケアの視点転換】【福祉専門職としての覚知】の2つの気づきを組織全体へ浸透させることが重要だと語った。

①【ケアの視点転換】

【ケアの視点転換】は、HIV 陽性者の HIV/エイズという点にだけに目がいていた状態から、気がつけばその他の利用者とは何ら変わらないという意識の転換を意味する。

施設長の意識は当初、HIV/エイズの医療的な側面に焦点が向かいがちであったが、討議が進むにつれ、〈本人の生きづらさ、生活の困難に目を向ける〉〈HIV は一つの属性だと気がつく〉〈利用者の全体像を客観的に概観できるようになる〉〈HBV、HCV の利用者の受入れと変わらぬと気づく〉といった【ケアの視点転換】が起こり、施設長は仮に〈利用中の人 HIV 陽性と判明してもそのまま継続〉することは可能だと語った。

②【福祉専門職としての覚知】

【福祉専門職としての覚知】は、医療情報偏重の利用者理解から福祉専門職の利用者理解のフレームに転換することを通じて、施設長は自分自身を省みて〈特別視して怖がってしまう自分に気づく〉ことから始まり、〈支援困難感が伴うが福祉の手法は通用する〉〈個別支援計画を生活者の視点で見直す〉〈医療モデルから生活モデルで考える〉ことを行っていけばよいという自分たちの専門領域で解決していこうという気づきが起こっていた。これを【福祉専門職としての覚知】とした。

『消えない不安感情』

『消えない不安感情』は、【万が一を考えると安心できない】【生活施設の気の抜けない毎日】の2つのサブカテゴリーから構成される。社会福祉施設における『いきなりのエイズ』の【偏った HIV/エイズ観】は受入れプロセスが進行するにつれ、誤ったイメージや認識の修正を迫られ

る。正しい基本的知識を獲得して半ば安心を得るが、一方で【偏った HIV/エイズ観】は変質し、『消えない不安感情』として定着する。

『消えない不安感情』は HIV 陽性者の受入れプロセスを通底する不安感情であり一時的に存在するものでなく常に全体を通して存在していた。施設長はこの『消えない不安感情』を持ちつつ受入れの準備や体制づくりを推進しようとしていた。

①【万が一を考えると安心できない】

HIV は HBV・HCV に比して脆弱であり日常生活の中での感染リスクは極めて低い。施設が HBV を前提としたスタンダードプリコーションの手続きをとっていれば感染リスクについてあまり深刻に考える必要はないといえる。施設長はこの安全性について認識している一方で、(そうは言っても簡単に気持ちは切り替わらない、頭でわかっているが気持ちは悪い) という想いは簡単には解消しないと発言した。施設長は自らの気持ちを振り返りながら職員集団が、〈感染事故はゼロではない、リスクは常にある〉〈感染リスクに過敏になり、毎日気が休まらず不安〉〈家族に危ないから辞めると言われることが心配〉〈感染したら一生服薬しなくてはならない〉〈感染したら仕事を辞めなくてはいけないと考える〉ことに不安を抱くと語った。このような【万が一を考えると安心できない】という不安感情が組織内に沈潜していると推定された。

②【生活施設の気の抜けない毎日】

【生活施設の気の抜けない毎日】は沈潜する不安感情を高める背景要因である。福祉施設は〈集団生活なので管理面で目が行き届かず大変〉であり、〈利用者は理解力が低いので予防を徹底できない〉状態にあり、〈利用者の噛みつきや自傷で出血を見る毎日〉であって、〈性教育や生活指導等の施設固有の問題がある〉という【生活施設の気の抜けない毎日】が存在する。

この2つのサブカテゴリーが相互に作用して『消えない不安感情』を組織の雰囲気として形成し、HIV 陽性者の受入れプロセスに陰に陽

に作用する。そのため、施設長は『消えない不安感情』を常に意識し解消策を検討する必要に迫られると推定された。

4. 考察

本研究の結果からいくつかの考察を加える。

(1) 『いきなりのエイズ』にみる戸惑いと全体を通底する『消えない不安感情』

社会福祉施設の HIV 陽性者の受入れの特徴として、受入れ要請時の戸惑いと全体を通底する不安感情を指摘することができる。社会福祉施設の施設長は、受入れ要請時には HIV 陽性者を社会福祉施設の利用対象と考えず、施設長の HIV/エイズの知識は過去のマスコミ報道で得た偏った知識であり、医療の進歩で慢性疾患化した経緯や日常生活の中で感染リスクが低い事実などの基礎知識が不足していた。

そのため、HIV 陽性者の受入れに関して躊躇する傾向にあり、受入れ可否について即座に判断することに葛藤が見られた。

施設長をはじめ大多数の福祉従事者が HIV 陽性者と接したことがなく、また、HIV/エイズの基本的な知識不足が受入れ対象者に対して圧倒的なリアリティ感の喪失をもたらしている。このため、まず HIV/エイズの正しい知識を習得するとともに、HIV/エイズの問題が誰にでも起こり得る問題として、福祉従事者が自分たち福祉の職域問題として引きつけて考えることが重要となる。

一方で、HIV/エイズに対する無関心な態度と知識不足に起因する偏見が感染不安を惹起し、支援者側の HIV 陽性者の行動や価値に対する心理的抵抗感と相乗して、受入れプロセス全体に影響を与える。これらの感情は、個人と組織に浸透し、『消えない不安感情』となって HIV 陽性者の受入れプロセス全体に影響を与える。

そのため、職員の感染不安に起因する不安感情の存在を無視せず、率直に認め合った上で対応策を考えることが重要である。建前が先行し

た場合、この陰性感情は組織全体に沈潜し、組織改善を図る際の障壁となる可能性が高い。職員の感染不安に揺れる「弱さ」も含めて認め合っていく組織のあり方が示唆された。

(2) 社会的使命感によって受入れ態度を選ぶ

本研究の結果、HIV 陽性者の受入れに関する意識と行動のプロセスは、9つのカテゴリーが相互に関連し合いながら、HIV 陽性者の受入れ態度を形成していくことが示唆された。

その中で受入れに向かう転換点として、HIV/エイズの正しい知識の習得と共に『最初の受入れ可否の判断』の【社会的使命の重視】によって HIV 陽性者を受入れる覚悟を固めていく段階が非常に重要と思われる。

FGI での参加者の討議経過をみると、前半は HIV 陽性者を見たこともなく、受入れは初めての経験であり、支援困難感が伴う中、相談する相手も不確かな段階ではどう対応したら良いのか分らない、という戸惑いや不安が豊富なバリエーションで語られるが、参加者の組織理念や社会的使命感による受入れ発言を契機に、受入れを前提とした問題点の洗い出しと検討策にテーマの焦点が移っていく意識の転換点が存在した。

換言すれば、HIV 陽性者を受入れるという意識の転換は、施設長という組織のリーダーが社会的使命感に拠って自らの態度を選択することによって起こると思われる。

山内は社会的使命感を起点とした HIV 陽性者における社会福祉施設の受入れ因果プロセスモデルを共分散構造分析で検証し、社会的使命感が受入意思決定に大きく影響していることを明らかにしたが⁹⁾、これは単に HIV/エイズの知識を増強しても、知識の保有が受入れに直接的に影響するとは限らないことを示唆している。そこには受入れようとする態度の選択と意思の志向性が必要となる。尾崎は、ゆらぎに翻弄されず向き合い、困難感や不安を早く手放したいという葛藤に打ち勝つことの重要性を指摘しているが¹⁰⁾、この葛藤状態を克服する鍵概念とな

るのがこの【社会的使命の重視】であると思われる。

このことから、HIV 陽性者の受入れを促進するには社会福祉施設の組織理念や社会的使命感を喚起させる方策や研修プログラムを開発することが有効と思われる。

(3) 『施設の受入れ課題に向き合う』にみる福祉施設固有の課題

HIV 陽性者の受入れを考える時、『施設の受入れ課題に向き合う』で提示された様々な課題を検討していくことが必要であるが、その前に背景となる社会福祉施設の組織構造に着目する必要があると思われる。福祉施設は生活の場であり、集団生活の場である。そのため、他の利用者・家族、地域住民との相互作用は避けられない環境にあると思われる。

また、医療機関と違い、組織と個人の機能役割が明確でない部分があり、清掃や食事等において複数の職種が関わって運営されるため、HIV 陽性者の受入れ課題とその対策は全事業所規模に及び、直接支援する職員に限定されず、給食や清掃、事務などの間接業務の職種も含めて一律一斉に行う必要があると思われる。それだけ対応に煩雑さを抱える。

一方で、利用対象者の行動特性や種別ごとの福祉施設の事情によって相違する、福祉施設特有の受入れ課題を抱える。例えば、児童や知的障害の利用者が性的問題を抱えている場合¹¹⁾は、参加者は（性教育、避妊指導の方法に困ってしまう）、（性の問題はタブー視や戸惑いがある）などと語り、日常生活での感染リスクは非常に低いと説明されても、感染事故の不安は一挙に高まる。

さらに、〈噛みつきや自傷等への対処方法の検討〉や〈陽性者の生活支援・指導方法の検討〉にみる発達障害や自閉症の行動特性に応じた支援方法の個別性や自由に移動できる利用者の存在は、複合的な問題状況を生み出すが、逆に高齢者関係では受入れ課題として意識されない。

こうした福祉施設固有の問題が支援困難感を

増幅させ、根強い感染不安を生み出す要因ともなっている。これらの福祉施設の事情を無視した受入れ要請は、福祉施設側の反発や拒否感を招くと推定される。受入れ要請の際はこれらの福祉施設の個別事情を配慮した対応が求められる。

(4) 『初動の受入れ方略』から示唆される組織体制づくり

岩間はケアマネジメントの支援困難事例で初動支援体制の構築の重要性を指摘しているが¹²⁾、施設長は、過去のマスコミ報道でHBV感染が社会問題化した時のパニック事例やインフルエンザや感染性胃腸炎の施設内流行の事例から、初期対応の遅れや職員の無理解や方法論の拙さが感染拡大や混乱に一層の拍車をかけた経験を参照にして、初動の支援体制の形成を重要視するとした。まず、初動支援体制の構築や初期の個別支援計画等をしっかりと策定し、職員に見通しを的確に示す必要がある。

中野は介護施設におけるリーダーシップ研究で、高い目標志向と集団維持志向を有するリーダーが職員のエンパワメントを高めると説明しているが¹³⁾、組織の動揺と混乱を終息させ、組織のパフォーマンスを最大限に発揮させるためには、組織内のリーダーシップとコミュニケーションの発揮が鍵となる。

HIV 陽性者の受入れは、社会福祉施設における危機感覚の中の組織のゆらぎであり、職員の適応のための変化の痛みともいえる。高田はこうした危機に対処する能力を持つ組織をつくるには、危機の事態をコントロールしている感覚である「制御体験」、その感覚・体験を組織内のメンバーに浸透させ、共有化する「代理体験」、そして励ましや支持を意味する「言語的説得」、メンバーの心身の健康状態を意味する「生理的状态」の4要因が必要としている¹⁴⁾。

HIV 陽性者の受入れの特徴は、一言でいえば受入れ組織の不安と動揺によって特徴づけられる。HIV 陽性者の支援体制が安定したように見えても、反復して新しい支援課題が立ち上

がる度に、『消えない不安感情』が現場に再浮上する可能性がある。『消えない不安感情』に象徴される現場の感じ方は（感染しない…では不安は解消されない、B肝対策と同じであるといっても…冷静には受け止められない）のであり、組織のリーダーシップとコミュニケーションのあり方が垂直方向だけの単線モデルだけでは不十分であることが示唆される。そのため垂直方向の指示、命令の管理マネジメントだけでなく、むしろ組織と個人の弱さやゆらぎをメンタルな部分で共有し合うことも重要と思われる。

組織の垂直方向では丁寧な説明と同意があつて、横軸では話し合いと納得に至るプロセスが必要である。これによってメンバー間の信頼関係を成立させ、困難を克服する力を獲得していくと思われる。

このような働きかけは、組織と個人に安心感を醸成する。改めて職員一人ひとりが感じる不安に対して、メンタルヘルスを含め個別に丁寧に対応していくことや事前説明や迅速な情報提供、委員会やQC活動等による施設方針の決定過程へ参画できる職場環境の整備を推進することが重要であり、危機を制御しているという感覚を組織全体で共有する方策が重要となる。

(5) HIV 陽性者の受入れを促進する研修のあり方

研究の結果、抽出された『受入れのための重点研修』から、施設長は HIV 陽性者の受入れにあたって次の3つの研修目的を設定したプログラムの開発が必要となると思われる。

まず、第1に福祉の価値と人権擁護意識の涵養並びに職員が HIV/エイズに対する差別と偏見意識を自己覚知できること。第2に、HIV/エイズの基本的知識を基本とした、生活支援や健康管理に役立つ知識と技術が習得できること。第3にスタンダードプリコーションの実用的スキル習得があげられる。

第1では、前述した社会的使命の重視や支援者自らの内なる差別意識や偏見について学ぶことが重要であり、第2では正しい HIV/エイズ

の基本的知識の習得と共に、特に重要なのは当事者を知る機会や交流する体験的な研修プログラムの実施である。従来の福祉施設従事者に向けた HIV/エイズの研修プログラムは、医学的知識中心の知識を教えるというものであり、HIV 陽性者の実存的理解につながらない可能性がある。小西は、「人間の想像力は、どうしても実際の体験には及び難い」とし実際に HIV 陽性者と接する機会を持つことの重要性を指摘しているが¹⁵⁾、当事者との交流は客観的視点から実存的視点へ移る契機となり、第1で述べた自分自身の差別意識の内省と共に、私もあなたも同じ人間だということの気づきにつながると思われる。

さらに付け加えるならば、HIV 陽性者との接触は、利用希望者に限らず、地域の中で日常的に行われるのが理想であり、(いつか来た道、通る道)として福祉施設の前倒しの受入れ準備として、事前に交流する機会を設けるような積極的な働きかけが期待される。第3は、実効性の観点から、現に実施している既存の HBV・HCV・MRSA 等の感染対策を見直すことと血液暴露、夜間の緊急時対応のシミュレーション訓練をプログラムに組み込むと効果的であると思える。

さらに、研修プログラムは、『チームの効力感』の向上と『主体性の気づき』を促進するよう配慮する必要がある。施設長の語りでは、受入れ困難理由に HIV 陽性者の感染対策の不備が挙げられる。山内の福祉従事者1400人を対象とした調査⁹⁾によれば、スタンダードプリコーションの言葉の認知度は10.9%、HIV 感染症マニュアルの常備度は10.8%であり、HIV/エイズに関する研修や勉強会を受講体験は、18.1%である。一方で、HIV よりはるかに感染力の高い HBV や HCV の受入れは54.4%となっており、HBV や HCV 感染症マニュアルの常備率は100%であった。一見、受入れ体制が脆弱なように見えるが、自分たちの福祉施設の現場の実践力を過小評価しているともいえる。

とすれば、HIV/エイズの基本知識が福祉従

事者に広く浸透し、HBV や HCV の基本的対応で十分対応できるという実感を持たせれば受入れ意向は強まると思われる。研修プログラムの開発では、このような自分たちの成功経験や達成成果を意識化して、自分たちの自信や強みにしていく【成功体験の積み上げ】が効果を上げられると思われる。

最後に研修プログラムは、『主体性の気づき』を促す内容であることが重要である。

HIV 陽性者を HIV 感染症の医療知識に偏った人間理解から、気がつけば自分たち支援者側やその他の利用者と何ら変わらない、HIV は利用者の 1 つの属性に過ぎないという気づきに至る意識転換を図ることが研修の目的であるとするプログラム設計が望まれる。この HIV 陽性者をエイズという記号的理解から実存的な人間理解への気づきとなるような研修プログラムの開発を今後、検討していく必要がある。

5. 本研究の限界と課題

本研究の FGI の参加者数は限定されており、1 回のインタビュー結果なので一般化には至っていない。また、事前にインタビューガイドを配布し HIV/エイズの概況説明をしたが、インタビュー結果にバイアスが一部かかった可能性がある。

また、HIV 陽性者の受入れ問題は福祉施設に限定されるのではなく、福祉施設を包摂する地域社会全体の問題として捉える必要があり、地域連携と協働のあり方の検討が課題として残った。

今後の課題として、HIV 陽性者の受入れ経験施設の施設長を対象に調査を行い、HIV 陽性者の受入れ経験施設と未経験施設の比較検討を行う予定としている。

付記

本研究は平成21-22年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業『HIV 感染症及び

その合併症の課題を克服する研究』分担研究「HIV 陽性者における社会福祉施設の受入課題と対策に関する研究」の成果の一部である。

引用文献

- 1) 小西加保留 (2002) 『HIV 陽性者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーの連携に関する研究』厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」平成14年度研究報告書 235-45
- 2) Schore, J, M. Harrington, and S. Crystal (1998) The Role of Home and Community-Based Services in Meeting the Health Care Needs of People with AIDS: Final Report, pp.44-45. U.S. Department of Health and Human Services: Mathematica Policy Research, Inc.
- 3) 小西加保留編 (1997) 『エイズとソーシャルワーク』中央法規出版 1-8
- 4) 小西加保留 (2005) 『HIV 陽性者の社会福祉施設利用受入れに影響するサービス提供者側要因について』厚生の指標 52(8) 8-14
- 5) 安梅勅江 (2001) 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開—』医歯薬出版株式会社
- 6) Holloway, I & Wheeler, S 野口美和子監訳 (2000) 『ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで』医学書院 151-160
- 7) Catherine, P & Nicholas, M 大滝純司監訳 (2001) 『質的研究実践ガイド—保健・医療サービス向上のために』医学書院 27-28
- 8) Uwe Flick, 小田博志他訳 (2011) 『質的研究入門—人間の科学のための方法論』春秋社 393-398

- 9) 山内哲也 (2010) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業『HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究』平成21年度研究報告書 143-159
- 10) 尾崎 新 (2002) 『現場の力ー社会福祉実践における現場の力とは何かー』誠信書房 379-387
- 11) 柏原文・藤原映久『児童養護施設入所児童の性的問題行動』子どもの虐待とネグレスト 12(3) 386-397
- 12) 岩間伸之 (2008) 『支援困難事例へのアプローチ』メディカルレビュー社 21-29
- 13) 中野隆之 (2007) 『保健社会福祉施設におけるリーダーシップに関する一考察』社会福祉学 48(1)
- 14) 高田朝子 (2003) 『危機対応のエフィカシー・マネジメントーチーム効力感が鍵を握るー』慶応義塾大学出版会 35-48
- 15) 小西加保留編 (1997) 『エイズとソーシャルワーク』中央法規出版 170-171

Research on the awareness and behavioral process of welfare facility directors for accepting persons with HIV-positive: Analysis of focus group interviews with welfare facility directors

Tetsuya Yamauchi

Musashinokai Hachiouji Seikatsujisyujo

In recent years, there has been an increasing need to use welfare facilities among persons with HIV-positive. In this research, focus group interviews were conducted with social welfare facility directors (n=54) to find out about their awareness and behavioral process when accepting persons with HIV.

Nine categories and 26 sub-categories were extracted as a result of the analysis. Results showed that there was a tendency for welfare facilities to be hesitant when accepting persons with HIV. Directors reported having “persistent anxiety,” when, “making the first judgment for admittance,” but they proceeded forward, “facing the facility’s challenges for accepting them,” and “making local collaboration and cooperation.” To improve the welfare facilities’ intention to accept persons with HIV, “strategic planning at initial admission” and “training focused on admission” were used to increase staff member’s “team efficacy” and “awareness of one’s own identity.”

A number of implications for promoting the acceptance of persons with HIV-positive by welfare facilities in the future were achieved.

Key words: HIV/AIDS, persons with HIV-positive, welfare facility directors, focus group interview

〔論文〕

遷延性意識障害者の居宅サービス計画書における生活に対する 意向と生活上の解決すべき課題（ニーズ）の特徴

松田陽子*
日高紀久江**

Key words : 遷延性意識障害者, 介護保険法, ケアプラン, 生活の意向, ニーズ, ICF

I. 目的

医療費抑制政策に伴い、重度障害といわれる遷延性意識障害者（以後、意識障害者）においても在宅療養が推進されるようになった。在宅の意識障害者306名を対象に実施した実態調査¹⁾では、意識障害者は先天性疾患を除いてもあらゆる年齢層に分布しており、若年層は交通事故等の頭部外傷が、高齢層は脳血管障害に起因した意識障害者が多かった。先行研究での問題点は、在宅の意識障害者にとりショートステイは在宅生活の継続に必要なサービスであり、また同時に入院中の患者においても在宅介護を可能にする要件として挙げられたが、その利用率は介護保険法、障害者自立支援法においても約2割という現状だった。また、通所サービスの利用率も約3割であり、気管切開や経管栄養を実施していると通所利用が困難であることが明らかになった。さらに、介護の実態として訪問看護の利用率は約8割であり²⁾、医療・福祉サービスが効果的に利用されていないのではないかと推測された。また、発症後22年経過した若年意識障害者の事例分析³⁾では、支援費制度や障

害者自立支援法の導入など、時間経過における制度の変遷があったものの、全般的に在宅の意識障害者は福祉職との関わりが希薄であり、障害に関する理解が得られにくいことがサービス利用に影響しているのではないかと指摘している。その他の研究には、介護保険導入時の訪問看護師における意識障害者のケアプラン内容に関する事例検討⁴⁾等はあるものの、医療福祉領域における研究はきわめて少ない。

そこで、意識障害者と介護者の支援について考える上で、意識障害者と介護者はどのような生活を望み、また実際にどのようなケア目標に基づきケアが実践されているのか医療福祉の視点からの研究が必要でないかと考えた。本研究では、法的にケアマネジメントの概念が確立している介護保険法に焦点を当て、介護保険法利用者の居宅サービス計画書（以後、ケアプランとする）から、地域で生活する意識障害者・介護者の生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の特徴を明らかにすることを目的とした。

*Yoko Matsuda : 筑波大学大学院人間総合科学研究科

**Kikue Hidaka : 筑波大学 医学医療系

II. 方法

1. 対象と調査期間：

遷延性意識障害者・家族会に協力を依頼し、研究協力の得られた70名のなかで介護保険法を利用して23名である。調査期間は、平成22年6月1日～8月31日であり、ケアプランは意識障害者・家族に郵送してもらった。なお、ケアプランは介護認定審査会の認定有効期間(24ヵ月)内のものとした。

2. 分析方法：

介護保険法では、第8条21項の規定により、「居宅サービス計画」(ケアプラン)の作成が位置づけられ、ケアマネジャーが作成したケアプランは利用者への説明と同意後に交付される(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条11項)。一般的にケアプランは、ケース目標とケアプランで構成され、ケース目標ではどのような地域生活をしていくのかという大

目標が設定される。また、ケアプランは、要介護者の状態ならびに介護状況のアセスメント→問題状況の編成→生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の抽出→解決すべき課題の望ましい目標・結果→活用する社会資源の決定、というプロセスを経て作成される⁵⁾。そこで、本研究でも、ケース目標とケアプラン内容という視点から分析を行った。ケアプランは居宅サービス計画書(1)、(2)で構成されているが、ケース目標には居宅サービス計画書(1)の「利用者及び家族の生活に対する意向」を、ケアプラン内容は居宅サービス計画書(2)の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を分析の対象とした。なお、本研究における分析の枠組みは図1に示した。

意識障害者のケアプランを分析した研究はほとんどないため、探索的な研究を試みた。「利用者及び家族の生活に対する意向」の記述内容を、データに忠実に判断を行うKJ法を用いて分析した。KJ法ではラベルづくりからグループ編成、図解化、叙述化の手順で行った⁶⁾。ラ

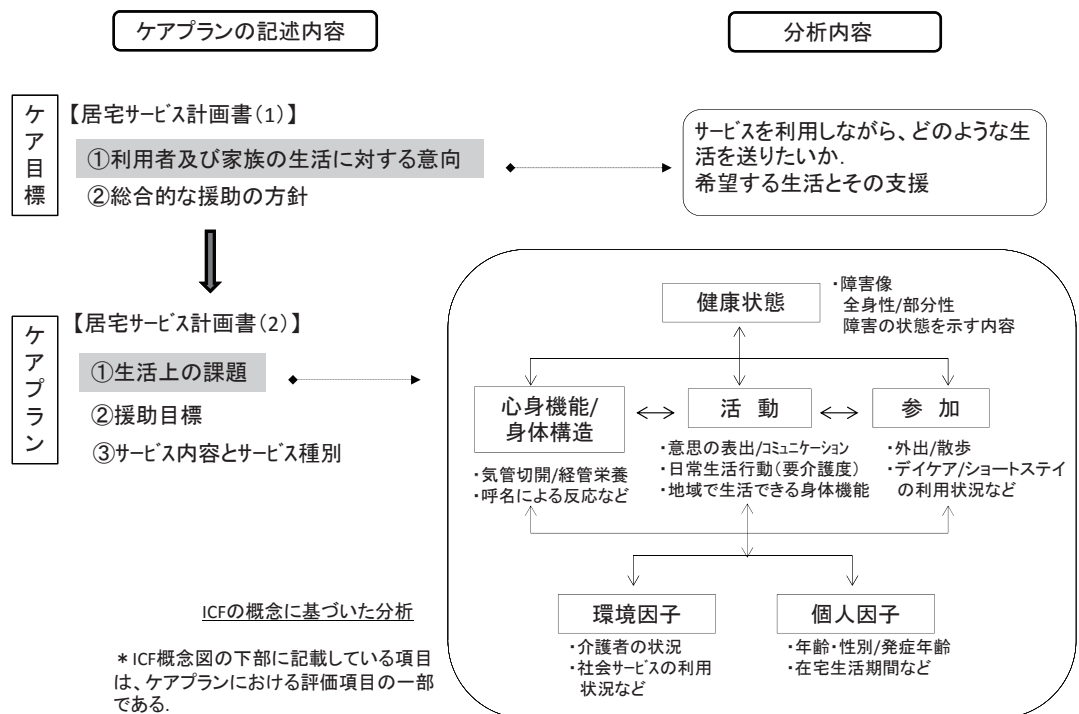


図1 本研究における分析の枠組み

ベルづくりは1つの意味を示す記述を1枚のラベルに転記し、次に共通性があるラベルのグルーピングを行った。これらのグループを解釈可能な形に図解としてまとめ、それを文章化して解釈を行った。また、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の記述内容は、出現頻度を量的に処理する目的もあり、内容分析を実施した。一内容を一項目として含むセンテンスを記録単位とし、個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した⁷⁾。その後、大川⁸⁾、諏訪⁹⁾らの自立支援のマネジメントを参考に、ICF (International Classification Functioning, Disability and Health)¹⁰⁾の概念枠組みに当てはめ、ケアプランの記述内容の分析を行った。分析は研究者2名で実施し、意見の相違時にはディスカッションにより内容の整合化を図った。

3. 倫理的な配慮

本研究は、筑波大学の倫理委員会での審査後に実施した。意識障害者と介護者には、調査の主旨、匿名性・守秘義務の遵守、調査報告後のデータ処理方法、そしてデータは本調査のみに使用する旨を詳細に説明し書面にて同意を得た。また、不都合が生じた場合には途中で拒否が可能であること、その際に不利益は被ることもない旨も説明した。

Ⅲ. 結果

1. 対象の概要 (表1)

ケアプラン提供者である意識障害者と介護者の概要として、意識障害者の性別は男性が12名(52.2%)であり、原因は脳血管障害が17名(73.9%)と最も多く、23名中22名が「要介護5」であった。年齢は60歳代が最も多く、平均 68.2 ± 11.0 (42.5~92.4)歳であり、意識障害期間は平均 13.1 ± 7.6 (3.5~31.8)年だった。また、在宅生活期間は平均 11.5 ± 7.5 年であり、最長30.8年だった。意識の状態として、呼名による「反応なし」が10名(43.5%)であり、全員がコミュニケーションにおいても「意思表出

なし」であった。一方、呼名による「反応あり」は13名(56.5%)であり、コミュニケーション方法として「表情の変化」などがみられた。意識障害者は気管切開が10名(43.5%)、経管栄養は21名(91.3%)だった。そして、気管切開と経管栄養の両方を実施していたのは10名(47.6%)だった。一方、社会サービスにおいては、通所サービスの利用者は11名(47.8%)、ショートステイの利用者は不定期利用を含めて10名(定期4人、不定期6人)(43.5%)であった。また、介護者は女性が多く続柄として配偶者が14名(60.9%)であり、介護者の平均年齢は 61.7 ± 12.4 歳、最高は84.5歳だった。

2. 意識障害者と家族(介護者)の生活への意向

(表2)

「利用者及び家族の生活に対する意向」に関して、ケアプランに記載されていた内容を類似性に基づき分類した結果、下記6項目が挙げられた。「このまま在宅でみたい」、「できるかぎり現在の自宅介護を続けたい」、「家でのおんぴりとすごさせてあげたい」という【在宅生活の継続】が17件(73.9%)と最も多く、次いで「ショートステイの定期利用を希望する」、「入浴サービスの回数を増やしたい」など、医療・福祉サービスの種類・回数の増加を求める【サービス内容の調整】が8件(34.8%)、【介護負担の軽減】は7件(30.4%)だった。「皮膚のトラブルを起こしやすい」、「拘縮悪化を防ぎたい」、「筋の緊張を和らげたい」など、【健康状態の維持】が5件(21.7%)であり、その他「不都合を感じたら相談にのって欲しい」など【相談/助言者の必要性】、さらに意識障害者の【身体・精神機能の向上】という項目が挙げられた。

3. ケアプランについて

1) ICFの中項目と生活全般の解決すべき課題(ニーズ)について

生活全般の解決すべき課題の記述総数は122であり、ICF中項目にあてはめ分析した。

表 1 対象の概要^{※1}

項目	人数 (%)	
意識障害者の性別	男性	12 (52.2)
	女性	11 (47.8)
原因分類	脳血管疾患	17 (73.9)
	頭部外傷	1 (4.3)
	その他	5 (21.8)
要介護度	要介護4	1 (4.3)
	要介護5	22 (95.7)
年齢 (歳) Mean ± SD (range)	68.2 ± 11.0 (42.5~92.4)	
意識障害持続期間 (年) Mean ± SD (range)	13.1 ± 7.6 (3.5~31.8)	
在宅持続期間 (年) Mean ± SD (range)	11.5 ± 7.5 (1.7~30.8)	
意識の状態	反応なし	10 (43.5)
	反応あり	13 (56.5)
呼吸	自然呼吸	13 (56.5)
	気切/吸引	10 (43.5)
栄養摂取方法	経口摂取	2 (8.7)
	経管栄養	21 (91.3)
褥瘡	既往なし	10 (43.5)
	既往歴あり	11 (47.8)
	現在あり	2 (8.7)
コミュニケーション	意思表示なし	10 (43.5)
	表情の変化	9 (39.1)
	声を出す	4 (17.4)
通所サービス	利用	11 (47.8)
	利用なし	12 (52.2)
ショートステイ	利用 (不定期含む)	10 (43.5)
介護者の性別	男性	2 (8.7)
	女性	21 (91.3)
意識障害者との続柄	配偶者	14 (60.9)
	娘	5 (21.7)
	その他	4 (17.4)
主介護者の年齢 Mean ± SD (range)	61.7 ± 12.4 (30~84.5)	

※1 ケアプラン提供者（意識障害者と介護者）の概要である。

表 2 意識障害者・家族の生活に対する意向

カテゴリ	頻度 (割合%)
在宅生活の継続	17 (73.9)
サービス内容の調整	8 (34.8)
介護負担の軽減	7 (30.4)
健康状態の維持	5 (21.7)
相談/助言者の必要性	3 (13.0)
身体・精神機能の向上	2 (8.7)

(n=23)

① 健康状態について (表3)

障害の全体像ともいえる健康状態に関連する項目では、「寝たきり」、「寝たきり／廃用症候群」が計8件 (34.8%)、「脳損傷後遺症」が計3件 (13.0%)、「意識障害」が2件 (8.7%) であり、

それらを含め全身的な障害として捉えていたケアプランは計15件 (65.2%) だった。その他、部分的な障害と捉えていたのは3件 (13.0%)、疾患名や病態に関する記載がないプランは5件 (21.7%) だった。

表3 ICF 健康状態に関する記述内容

	件数	割合 (%)
全身的な障害	15	65.2
寝たきり (単独)	(2)	8.7
寝たきり／廃用症候群	(6)	26.1
脳損傷後遺症／生活全般に介護が必要な人	(2)	8.7
脳損傷後遺症／長期臥床による合併症のおそれ	(1)	4.3
意識障害 (単独)	(2)	8.7
意識障害／廃用症候群	(1)	4.3
脳血管疾患／四肢麻痺	(1)	4.3
部分的な障害	3	13.0
身体の緊張	(1)	4.3
皮膚のトラブル	(1)	4.3
関節拘縮	(1)	4.3
障害像の記載なし	5	21.7

(n=23)

※居宅サービス計画書(2)における、②「生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)」から抽出した。

② 身体機能・身体構造 (表4)

意識の状態として、呼名により反応のある人は13名いたが、生活上の課題と捉えていたケアプランは0件だった。一方、[b440呼吸機能]では、気管切開10名中、「気管切開の管理」について記述していたプランは3件 (13.0%)、肺炎予防が1件 (4.3%) だった。また、経管栄養は21名いたが、経管栄養の管理については5件 (21.7%)、経口摂取の向上に関する記述は4件 (17.4%) であり、医療的なケアが必要な意識障害者であっても、生活上の課題として記載されていないケアプランもあった。その他、褥瘡予防をニーズとしていたプランは6件 (26.1%)、関節拘縮の進行予防、尿路感染予防、筋緊張の緩和など、廃用症候群の予防に関する項目が挙げられた。

③ 活動・参加 (表4)

[d335非言語的コミュニケーションの表出]では、表出がない人が10名いたが、意思疎通を図ることを課題としていたケアプランは1件 (4.3%) だった。また、[d415姿勢の保持]が3件 (13.0%)、[d420移乗] 5件 (21.7%) であった。セルフケアにおいては、[d510身体保清・入浴] は12件、52.2%であり、健康状態の維持に関連した [d570健康に注意] は19件 (82.6%) に記載されていた。一方、社会参加においては、[e580保健サービス・制度・政策]の通所サービス利用、ショートステイの利用において、課題としての記載されていたのは1件 (4.3%) だった。

表4 生活上のニーズにおけるICF中項目とケアプラン記載内容

ICFの中項目	ケアプランの記述内容	件数(割合)
【心身機能・身体構造】		
b440 呼吸機能	気管切開の管理	3 (13.0)
	肺炎予防	1 (4.3)
b510 摂食機能	経管栄養の管理	5 (21.7)
	経口摂取の向上	4 (17.4)
	食事介助	1 (4.3)
b530 体重維持機能	栄養状態の管理	2 (8.7)
b555 内分泌腺機能	インシュリン注射の必要性	1 (4.3)
b610 尿排泄機能	尿路感染予防	2 (8.7)
b710 関節の可動性の機能	関節拘縮の進行予防	5 (21.7)
b730 筋力の機能	筋力低下予防	1 (4.3)
b735 筋緊張の機能	筋緊張の緩和	2 (8.7)
b810 皮膚の保護機能	褥瘡予防	6 (26.1)
	皮膚トラブルの回避	4 (17.4)
【活動】		
d335 非言語的コミュニケーションの表出	意思疎通を図る	1 (4.3)
	できることを増やす/意欲を高める	4 (17.4)
	/楽しみを増やす	
	他者との交流	2 (8.7)
	家族との時間の確保	1 (4.3)
d415 姿勢の保持	姿勢保持の支援	3 (13.0)
d420 移乗	移動・移乗介助	5 (21.7)
d510 身体保清・入浴	入浴/清潔ケア	12 (52.2)
d530 排泄	排泄コントロール	2 (8.7)
d570 健康に注意	健康状態の維持	19 (82.6)
【参加】		
e580 保健サービス・制度・政策	外出(散歩)の支援	1 (4.3)
【環境因子】		
d698 特定の家庭生活	在宅生活継続	10 (43.5)
e355 保健の専門職	医師、看護師など	1 (4.3)
e410 家族の態度	介護負担	16 (69.6)
	介護者の外出/休息/ストレス解消	7 (30.4)
	家族不在時の支援	1 (4.3)

(n=23)

※居宅サービス計画書(2)における、①「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」から抽出した。

※ICFの概念における中項目番号を記載した。

④ 環境因子(表4)

[d698特定の家庭生活]では、在宅生活の継続が10件(43.5%)、「e410家族の態度」では介護負担の軽減が16件(69.6%)だった。

2) ICFの概念による意識障害者の障害像とケアプランの特徴

前述した結果から、意識障害者の健康状態の特徴として、気管切開、経管栄養など医療的な

ケアは必要であるが、医療・福祉サービスを利用しながら地域で生活できる健康状態であった。しかし、意思疎通や日常生活行動は全介助の状態であり、また気管切開や経管栄養など医療依存度が高いことから外出や社会参加が少ない状況にあった。今後も在宅生活の継続を希望する介護者が多かったことから、家族の介護負担の軽減が必要であり、そのためには社会サービスの充実を図る環境因子の調整が必要と考えられた。

また、意識障害者の心身機能・身体構造と生活全般の解決すべき課題の一致性をみると、本

研究において最重度な状態である、呼名による反応がなく、コミュニケーションは図れず、気管切開、経管栄養を実施している人は8名（ID 1、5、10、11、13、17、21、22）いた（表5参照）。そのなかで、ケアプラン上に気管切開、経管栄養に関する医療的ケア、医療管理について記述がみられたのは、気管切開が3件、経管栄養は4件だった。最重度な8名は50歳代（3名）、60歳代（2名）、70歳代（3名）であり、在宅生活期間は8名中7名が10年以上だった。また、最重度であっても通所サービス、ショートステイ利用者は2名いた。

表5 対象者の概要一覧

ID	個人因子				環境因子				心身機能・身体構造					活動		参加		
	性別	年齢	原因	意識障害 持続期間 (年)	在宅期間 (年)	要介護度	主介護者 性別	年齢	続柄	意識	呼吸	栄養	排泄	褥瘡	コミュニケーション	自動運動	通所サービス	ショートステイ
1	男	70代	脳血管	7.6	4.7	5	女	70代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
2	女	60代	脳血管	3.5	1.7	5	女	30代	娘	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(+)	12回/月	不定期
3	女	60代	頭部外傷	30.2	28.0	5	男	70代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(+)	表情など	(-)	(-)	(-)
4	男	60代	脳血管	5.7	4.0	5	女	60代	配偶者	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	表情など	(+)	16回/月	8日/月
5	男	70代	その他	13.4	12.0	5	女	70代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	8回/月	4日/月
6	女	80代	脳血管	8.5	7.5	5	女	50代	娘	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	表情など	(-)	9回/月	(-)
7	女	50代	脳血管	15.9	13.3	5	女	50代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	12回/月	(-)
8	男	60代	手術	7.8	5.2	5	女	50代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	(-)	(-)
9	女	80代	脳血管	11.3	11.2	5	女	60代	娘	反応(-)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	20日/月
10	女	60代	脳血管	18.3	11.3	5	女	70代	姉妹	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
11	男	50代	脳血管	12.3	10.5	5	女	50代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
12	男	90代	脳血管	7.2	7.1	4	女	50代	子の妻	反応(-)	自然	経管	オムツ	(+)	(-)	(-)	8回/月	不定期
13	女	70代	脳血管	24.7	23.8	5	女	50代	娘	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
14	男	50代	脳血管	13.0	12.0	5	女	50代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	8回/月	不定期
15	男	70代	脳血管	5.9	5.6	5	女	70代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	4回/月	(-)
16	男	60代	窒息	4.7	4.2	5	女	60代	配偶者	反応(+)	気切	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	8回/月	不定期
17	男	50代	脳血管	14.1	12.9	5	女	60代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
18	女	70代	脳血管	9.9	7.6	5	女	50代	娘	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	(-)	不定期
19	女	70代	脳血管	8.8	8.3	5	男	70代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(+)	(-)	16日/月
20	女	40代	糖尿病	18.1	16.2	5	女	70代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	1回/月	(-)
21	男	50代	脳血管	13.6	13.0	5	女	50代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	4回/月	不定期
22	男	60代	低酸素	16.1	13.3	5	女	60代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
23	女	60代	脳血管	31.8	30.8	5	女	80代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	(-)	(-)

IV. 考察

1. 障害者・家族の生活への意向とケア目標

意思の疎通が困難な意識障害者においては、

障害者自身が望む生活について確認することは難しい。したがって、概ね家族の意向を中心にケアプランが作成されているが、本研究では介護者である家族は在宅介護の継続、そのこと自

体が生活に対する意向となっていた。これは、意識障害者は気管切開や経管栄養など医療依存度が高く、肺炎や褥瘡等の二次的合併症を来しやすいことから、在宅生活を続けることは困難であることを意味していると考えられる。しかしその一方で、在宅生活を継続させることが生活の意向なのかという疑問もある。そもそも地域での生活を継続させることは在宅介護の前提条件であり、本来ケアプランには「どのような生活をするのか」について明らかにする必要があるといわれている⁵⁾。また、生活について、「安定した在宅生活」や「穏やかな生活」という記載がみられた。「安定した」、「穏やかな」生活とはどのような状態かについて、ケアプランを共有する専門職間で共通認識が得られるとは考えにくい。ケアプランは潜在的な能力が十分に発揮でき、生活の質の向上、自立促進、心身機能の向上や社会参加を基本的な視点にすることが提唱されている⁵⁾。在宅生活が長期に及ぶほど、生活の目標設定が困難なのかもしれないが、ケアプランはサービス提供者の介護方針の統一を図るものであることから、生活がイメージできるような目標設定と記述が必要ではないかと考える。

さらに、【サービス内容の調整】では、ショートステイの定期利用への希望や、入浴サービスの回数の増加など、医療・福祉サービスが充足していない状況が伺えた。ショートステイは、家族のレスパイトという意味からも定期・不定期に関わらずその利用は必須である。先行研究¹⁾でも通所サービスは居住地域の移動可能な範囲内に利用できる施設が少ないことや気管切開と経管栄養があると拒否される、またショートステイは待機者が多く利用が困難な点が課題であると報告されているが、本研究においても同様な状況が推測された。しかし、気管切開、経管栄養を実施している意識障害者でも通所サービス、ショートステイ利用者がいたことから、それらのサービスを利用できるよう、まずはケアプラン上の位置付けをする必要があるのではないかと考える。

また、【健康状態の維持】、【相談／助言者の必要性】、そして【身体・精神機能の向上】に関しては、意識障害者が地域で生活を続けるには、医療・福祉サービスを利用しながら健康状態を維持すること、そのためには重度障害である意識障害の介護方法などに関する相談者（助言者）の存在が重要である。介護保険法では医療・福祉サービスや福祉制度のケアマネジメントはケアマネジャーが対応しているが、健康状態や介護方法に関する問題は訪問診療や訪問看護の役割である。本研究ではサービスの利用内容について詳細な分析はしていないため理由については明らかにできないが、23名中2名は訪問看護を利用していなかった。健康上の問題が早期発見できれば在宅生活の継続にもつながり、また身体・精神機能の向上を目指す上でも、訪問看護利用者には介護方法に関する相談、指導ができるような体制が必要かもしれない。

2. ケアプラン内容の特徴

1) 障害像に関する記載不足

ICFの健康状態に関連する記述内容では、身体の緊張、関節拘縮など部分的な障害と捉えていたケアプランが3件あり、障害像の記載がないものは5件あった。意識障害は意思疎通等のコミュニケーション障害があり、また中枢神経系の損傷であることから日常生活行動も全介助が必要な状態である。介護保険法において「要介護5」であるにも関わらず、全身的な障害として位置付けていたプランは15件、65.2%であり、そのなかで脳損傷後遺症や意識障害など障害に起因する要因の記載がないプランが8件と約半数を占めていた。

従来は医療機関に入院していた意識障害者が、在宅療養の推進とともに地域での生活が推進されるようになった。しかし、意識障害は障害名であり、疾患名ではないため、福祉の領域ではその障害像や病態の理解が十分ではないと報告されている¹⁾。一般的に意識障害は永久的な状態であると考えられることが多いが、実際には長期経過のなかで表情の表出や体の一部を動か

し意思を表出するなど、身体機能に回復の徴候がみられることもある。ALSなどの進行性の疾患とは異なり、いわゆる植物状態といわれる意識障害者は発症と同時に身体機能が低下するが、リハビリテーションにより程度の差はあるが回復が望める障害である。生活の意向に関して【健康状態の維持】が挙げられていたが、障害に対する理解が少ない場合には現在の身体機能を維持することが介護の目標になってしまう。本研究では40～50歳代の意識障害者がいたことから、維持ではなく身体機能の向上を目指すような積極的なケアプランがあってもよいのではないかと考える。

2) 医療的なケア内容に関する記載の欠落

また、医療的ケアの状況として、気管切開実施者10名中ケアプランに医療管理についての記載があったのは3件であり、経管栄養に関しても21名中5件だった。最重度な意識障害者においても、約半数しか医療的ケアに関する記載がないのは問題である。さらに、脳に損傷があるということは意識レベルや認知機能、嚥下機能、運動機能に影響し、また身体・精神機能の変化が障害像を形成していることから、ケアプラン上には少なくとも要介護状態に至った原因について明記することが重要である。また、気管切開、経管栄養など、医療管理が必要なケアに関してはその内容についての記載は必要不可欠である。意識の状態にしても、呼名による反応がある利用者は13名いたが、意思の疎通を図ることをニーズとして挙げていたプランは1件のみであった。これは、わが国では一般的にMDS-HC (Minimum Data Set-Home Care)¹¹⁾が使用されることが多いが、MDS 2.1施設版¹²⁾には「意識」を問う項目はあるものの、在宅版MDS-HC 2.0では「意識」を問う項目はない。また、日本訪問看護財団方式「アセスメントとケアプラン」¹³⁾でも、せん妄の兆候・混乱した思考や意識の状況という項目のなかで、「集中力が落ちている」「認知能力が一日の中で変化する」等の評価項目はあるが、意識障害の評価が可能

な内容ではない。通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企第29号)に示された「課題分析標準項目」は、ICFが導入された以後も改定されていない。本研究の結果からも、意識がニーズや目標などに挙げられない要因には、意識レベルを評価する項目がアセスメント・ツール上に位置づけられていないことも理由の一つではないかと考えられた。

3) 活動・社会参加という視点の欠如

意識障害者は医療依存度が高いことから、活動や社会参加が制約されるという障害特性があるが¹⁻³⁾、研究でも通所サービスやショートステイを利用している人は全体の約半数であり、プラン上外出の必要性について記載していたものは1件だった。意識障害者の活動や社会参加には、環境の変化が脳への刺激になるという意義がある。環境の変化には、場所(空間)の変化だけでなく、場所を変えることによる人的環境の変化も脳への刺激となる治療的アプローチとして位置付けることができる。また、意識障害者も社会に生きていることから、社会参加は人間の尊厳を護るケアである。さらに、意識障害者の社会参加は、一時的ではあるが家族にとってレスパイトの時間と成り得ることからも介護負担の軽減につながり、家族のQOLにも影響するのでないかと考える。佐藤¹⁴⁾は、認知症のケアプランにおいて、意思表示が困難な場合にはケアマネジャーは家族や関係者と相談しながらアセスメントを行ない、利用者のアドボカシーを発揮し、計画書は積極的な表現で表記することを提案している。本研究は介護保険を対象にしていたが、第2号被保険者である40～50歳代の意識障害者もおり、今後も社会参加が行えずに身体機能の維持のみを目標に一生介護が続くという意識障害者、介護者の状態を考慮すれば、回復の可能性を考えながら認知症同様に積極的な視点をもったケアプランを策定する必要があるのではないだろうか。

4) ケアプランの質の保障に関する検討の必要性

その他、ケアプランにおける問題として、生活上の解決すべき課題と長期目標の整合性がとれていないものや、介護負担の軽減と記載していても身体的な負担なのか、精神的な負担なのか、そして介護負担の軽減と記載されているものの、その具体策がまったく記述されていないプランなど、ケアマネジャーのアセスメントが反映されていないと思われるプランもあった。背景の職種や経験の違いが、ケアマネジャーの記載内容を統一化できない一因とも考えられるが、ケアプランは在宅生活における介護の指針であることから、ケアプラン内容の質について早急に検討する必要がある。本研究では生活の意向とニーズから、意識障害者の生きることの全体像・生活機能をケアプラン上でどのように保障しているか分析してきたが、ICF の概念に基づいているとは言い難いプランが多かった。したがって、ケアプランの質の向上に対する教育のみならず、ICF 概念の普及に関する教育も必要なのではないかと考える。

さらに、本研究では医療・福祉サービスに関する時間数までは分析していないが、意思表示が可能な ALS では、利用者自身が自立した生活を望み、当事者の生活を支えるヘルパー(パーソナルアシスタント) が長時間滞在し、個別のニーズに応じた介助を行っている¹⁵⁾。しかし、意識障害者では医療行為があっても家族支援を全面的に位置付けられていることが多く、本研究でもその傾向がみられていた。ケアマネジャーの意図は明確にできないが、在宅生活の継続、介護負担の軽減、そして意識障害者の健康維持に向けて、今後はサービス利用の時間数や阻害される要因などに関する調査も必要であると考える。

3. 研究の限界と課題

ケアプランの数も少なく、本研究の結果が一般的な意識障害者のケアプランを反映したものとは言い難い。また、ケアプラン提供者が意識障害における患者・家族会に所属していること

からも意識障害に対する病態の理解や、介護に対して高度な知識・技術を有することが考えられ、それらのバイアスに関する検討も必要である。今後は意識障害者と家族の生活に対する意向に関する概念モデルの構築と、それに基づくモデル的なケアプランの策定を行う必要があるのではないかとと思われる。

VI. 結論

本研究では、地域で生活している意識障害者のケアプランから、生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の特徴を明らかにすることを目的に、23件のケアプランを分析した結果、以下の知見を得た。

1. 生活に対する意向は、【在宅生活を継続したい】、【サービス内容の調整が必要】など、6つのカテゴリに分類できた。家族は在宅生活の継続を生活上の目標としており、意識障害者の健康維持や、サービス内容の調整を行うことで介護負担の軽減を図り、また健康維持や身体・精神機能の向上に向けて介護上の相談・助言者を必要としているのではないかと考えられた。
2. 意識障害者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の特徴を ICF の概念で捉えようと、社会サービスを利用しながら地域で生活しているが、意思疎通が図れず日常生活行動は全介助の状態であり、医療依存度が高いことから外出や社会参加に制約があった。在宅生活の継続を希望者が多いことから、家族の介護負担の軽減に向けて環境因子の調整が必要である。
3. 意識障害者のケアプランには、曖昧な表現や記述項目間で整合性のないもの、また具体策が記述されていないなど、ケアマネジャーのアセスメントが反映されていないものが見られた。それらの一因にはケアマネジャーの

アセスメント職種や経験に影響されることが推測されるが、介護の指針となることから、福祉領域においてケアマネジメント及びケアプランの教育やケアプラン内容の質に関して早急に検討する必要があるのではないかと考える。

謝辞

本研究に対して、介護保険法のケアプランをご郵送いただいた遷延性意識障害者患者・家族会の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は、H21～23年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「在宅遷延性意識障害者のQOL向上を目指した支援の在り方に関する研究」の一部として実施した。

【引用文献】

- 1) 紙屋克子：遷延性意識障班分担研究報告書、平成17～19年厚生労働科学費研究補助金障害保健福祉総合研究事業 在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究 分担研究 2008.
- 2) 日高紀久江・松田陽子・紙屋克子：ICFの概念における在宅遷延性意識障害者の特徴と介護の実態—若年性と高齢者の比較—、医療社会福祉研究 2011；19：51-61
- 3) 松田陽子・日高紀久江：医療福祉制度の変遷とともに生きてきた在宅遷延性意識障害者と介護者の22年の軌跡—社会参加と支援—、医療社会福祉研究 2011；19：63-71
- 4) 大野律子：脳挫傷、遷延性意識障害による全介助を必要とする方のケアプラン、地域ケアリング 2001；3(3)：71-74
- 5) 白澤政和：ケアプランの作成について、老年精神医学雑誌 2003；14(9)：1081-1089
- 6) 川喜多二郎：KJ法—混沌として語らしめる、中央公論社 1986.
- 7) 上野栄一：内容分析とは何か—内容分析の歴史と方法について—、福井大学医学部研究雑誌 2008；9(1-2)：1-18
- 8) 大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用、中央法規、2009.
- 9) 諏訪さゆり：ICFの視点に基づく施設、居宅ケアプラン事例展開集、日総研出版、2007.
- 10) ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—、中央法規、2003.
- 11) 池上直己訳：日本版MDS-HC 2.0在宅ケアアセスメント マニュアル 新訂版、医学書院、2007.
- 12) 池上直己監訳：MDS 2.1施設ケアアセスメント マニュアル 新訂版、医学書院、2005.
- 13) 日本版 成人・高齢者用 アセスメントとケアプラン 第4版 財団法人、(財)日本訪問看護振興財団、2007.
- 14) 佐藤信人：ケアプラン作成の基本的考え方—試論ノート—、中央法規、2008.
- 15) 川口有美子：ALS班分担研究報告書；ALS療養者のための「自立生活プログラム」の検討、平成17～19年厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究 分担研究 2008.

Characteristics of daily wishes and life issues requiring solutions of patients with patients with persistent vegetative state as described in the care plans

Yoko Matsuda, Kikue Hidaka

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba
Faculty of Medicine, University of Tsukuba

This study aims to investigate the characteristics of daily wishes and life issues requiring solutions of patients with persistent vegetative state and their caregivers who utilize home care services covered by the National Long-Term Care Insurance Program by analyzing their home-based care service planning documents (hereinafter referred to as “care plans”). Twenty-three members from the association of patients with persistent vegetative state and their families gave consent and participated in the research. Contents in the care plans which describe “the daily wishes of patients and their families” were analyzed according to the KJ method, and the contents on “life issues requiring solutions” were analyzed qualitatively based on techniques for content analysis. Then, their characteristics were clarified by applying the concept of International Classification Functioning, Disability and Health (ICF). As a result, “daily wishes” were categorized into six categories, including “wanting to continue living at home” and “requiring adjustment of service content”. Relationships among categories show that the families aimed for the patients to continue living at home. To achieve this, maintaining the health of the persistent vegetative state and adjusting the contents of medical and welfare services were needed to reduce family care burden, and requiring consultants and advisers for improving the patient’s physical and mental functioning. Furthermore, when life issues were applied to the conceptual framework of the ICF, results showed that the patients were capable of living in their community by using medical and welfare services but they still needed full assistance for communication and daily living activities; depended heavily on medical services; and experienced limitations for outings and participation in social activities. The study’s findings suggest that to reduce the family care burden of persistent vegetative state, the adjustment of environmental factors are required.

Key words: Persistent vegetative state; Long-Term Care Insurance Act; Care plan; Inclination on life; International Classification Functioning, Disability and Health (ICF), Needs

〔論文〕

がん対策推進計画策定・評価過程における患者参加測定の試み — 島根県がん対策推進協議会議事録分析より —

杉崎 千洋*

Key words : がん患者, 都道府県がん対策推進計画, 島根県がん対策推進協議会, 参加, 測定・評価

I. 研究の背景と目的

「医療の主人公は患者」と言われて久しい。しかし、患者は長いあいだ、医療政策決定に直接参加できなかった。がん医療は、患者の医療政策決定への参加の先行分野と言える。がん患者らは、2000年代初めに、命に直結する問題である「ドラックラグ」の解決を求め、行動した。行政、医療関係者だけでこの問題の検討がされるなかで、政策決定に直接参加し、納得した医療を受けられる体制をつくるための活動を展開した（本田 2008）。このことにも後押しされ、2006年にがん対策基本法が成立し、翌年施行された。同法は、医療政策決定における患者参加を制度化した最初の法律である。政府のがん対策推進基本計画を議論するがん対策推進協議会には、がん患者、家族または遺族代表の参加が義務付けられている。また、都道府県は、「がん対策推進計画」（以下、推進計画とする）を策定しなければならない。

政策過程を、政策の段階に着目して区分すると、①政策設定過程、②政策形成過程、③政策決定過程、④政策実施過程、⑤政策評価過程（真淵 2000）の5つになる。本研究の主な対象は③

⑤である。政策の主体としては地方自治体、次元としては事業により近い行政計画に着目する。その理由は、地方行政計画においては、当事者・住民参加が比較的進んでいるからである。地方自治体における直接参加には、決定過程に制度的に組み込まれない非制度的直接参加と、自治体の必要に応じて決定を機構外部から助力する制度的直接参加とがある（牧田 2007 : 9・10）。本研究で検討する参加は、後者である。

医療分野における地方行政計画策定・評価への患者参加の定着・拡大は、焦眉の課題である。参加が計画に及ぼす影響の実証研究は、そのための基礎となる研究である。しかし、医療だけでなく、近接の保健・社会福祉・介護分野においても、当事者・住民参加が計画に及ぼす影響の研究は、筆者の知る限りほとんど見当たらない。例えば、地域福祉計画には住民参加が義務付けられており、先行研究も多いが、それらは問題点を実証的に明らかにしていない（永田 2011 : 26）。一方、増子ら（2002）は、ニーズ調査を通して、地域福祉活動計画策定段階における事業の優先順位決定に住民が参加する方法を検討している。小野による次世代育成支援行動計画研究（2011 : 88-112, 150-170）は、住

*Chihiro Sugisaki : 島根大学法文学部

民参加の影響に関する優れた実証研究である。住民参加により企画・実施したタウンミーティングが、計画本案に及ぼす影響を、計画の素案、タウンミーティング報告書、計画本案に掲載された事業の比較により析出している。

筆者の研究目的は、患者参加の先行分野であるがん医療、具体的には都道府県推進計画における患者参加の影響を測定・評価することである。和気（2005）、平岡（1996）を参照し、研究全体の枠組みを以下のように設定した。

①患者参加が推進計画策定・評価過程に及ぼす影響の測定・評価（プロセス評価）

②患者参加が同計画策定・評価に及ぼす成果・結果の測定・評価（アウトカム評価）

本研究では①を行う。地域福祉計画は、策定過程を重視することに特徴があり、地域の利害関係者間のコンフリクトを乗り越えていく過程こそがプロセスゴールにあたる（原田 2005）。これは都道府県推進計画にも当てはまることである。推進計画策定・評価過程における委員の発言、なかでも提案は、プロセスゴールを達成するための重要な要素である。提案には、がん対策や推進計画に対する委員の批判や対案の提示が含まれている（後述）。委員の個人的見解という側面と同時に、所属する組織やそれぞれの立場を代弁する側面が多分にある。委員の発言、提案が契機となり、議論されるなかで利害調整が進み、コンフリクトを乗り越えていける場合もあろうし、そうならない場合もあろう。

本研究では、この意味から委員の発言、とくに提案に着目し、推進計画策定・評価過程への患者参加の検討をする。まちづくり分野、環境分野には、公共計画への住民参加、合意形成の過程・効果に関する実証研究が多数あり、発言数、提案数を参加の指標とした研究の蓄積（原科ら 2005a、錦澤ら 1997、吉村ら 1999）もある。そこで、それらの方法を援用し、まず推進計画を議論する場における委員の発言数、提案数、提案内容別提案数を測定する。発言数は参加測定の基礎データであり、重視するのは提案数、提案内容別提案数である。次に、それらを

委員区分別に比較することにより、患者ら委員の参加の影響評価を行う。そして、患者ら委員が推進計画策定・評価過程に影響を及ぼすことができる要因、あるいはできない要因を考察し、その後に本研究から得られる医療福祉実践への示唆を述べる。

II. 研究方法

1. 島根県がん対策推進計画とがん対策推進協議会

(1) 島根県がん対策推進計画

都道府県推進計画のうち、島根県の計画を取り上げる。同県の計画策定・評価は、2つの理由から、患者参加の先進事例と言える。理由の第1は、計画の土台とも言える島根県のがん対策が、患者参加により前進してきたことである。島根県は、患者らの県議会、行政への働きかけにより、2006年に、全国で最初のがん対策推進条例を制定・施行した。

第2は、推進計画を議論する協議会などへの患者参加が、他と比較して優れていることである。2007年10月31日現在で、協議会などを設置していたのは44都道府県であった。これに調査時点で未設置であった島根県を含めた45都道府県中、協議会などに患者・家族・遺族代表が参加していたのは33であった。そのうち患者らの委員数が最も多かったのは、島根県と静岡県で4人であった。全委員に占める同委員の比率が最も高かったのは島根県で26.7%、次に高知県21.4%であった（厚生労働省 2007、表2。比率はこれらより計算）。加えて、島根県では、計画策定だけでなく、計画の中間評価も患者参加により実施している。

島根県の計画は、政府のがん対策推進基本計画（2007年度～2011年度までの最初の計画）を基本として策定されただけでなく、島根県がん対策推進条例の趣旨に沿っても策定された。計画書は5章構成で、第2章には3つの重点目標が、第3章には7つの分野別施策および目標、第4章はそれらの推進に係る役割分担が記され

ている。患者・家族等への支援は、政府の計画にはない独自の分野別施策である。最初の計画の期間は、2008年度～2012年度の5年間であり、中間年（2010年度）に中間評価を行った。

(2) 島根県がん対策推進協議会と患者参加

「がん対策推進協議会」（表1）は、島根県がん対策推進協議会設置要綱（2007年11月施行）に基づき、推進計画の策定及び進行管理に関する事項を検討する場として設置された。島根県推進計画は2008年3月に策定、同「平成21年度アクションプラン（第2版）」は2010年3月に出版された。同「中間評価」（2011年3月公表）は8つの柱で構成されている。1つは「重点目標」であり、他は推進計画と同様の7つの分野別施策である。それぞれで、進捗状況、評価、今後の課題などの整理をしている。

がん対策推進協議会（以下、推進協議会とする）委員の任期は2年である。2007・2008年度を「第1期」、2009・2010年度を「第2期」と呼称する。第1期委員は総数15人で、うち4人が「がん患者及びその家族又は遺族を代表する」委員である。第2期は委員総数18人、患者らを

代表する委員は4人である（表2）。第2期最初の委員会時に、交替・増員合わせて、5人が新たな委員となった。また、第2期には、推進協議会に、予防・検診、医療支援、患者家族支援・情報提供の3部会が設置された。

2. 分析方法

(1) 対象と方法

分析対象は、島根県推進協議会の2007年度から2010年度までの全9回分（表1）の議事録（テキストデータ）である。島根県健康福祉部がん対策担当部署より提供していただいた。いずれも逐語録であり、総頁数はA4用紙で453頁である。第2期に設置された3部会のうち、逐語録があるのは医療支援部会と患者家族支援・情報提供部会の合同部会1回分だけである。そのため、分析対象から除外した。

提案内容別提案数の分析対象は、2007年度、2010年度の全6回の協議会議事録のみとした。その理由は次の通りである。これらは、分析対象の全期間（4年間）のなかの「出発点」、「折り返し点」と言ってよい推進計画策定、中間評

表1 島根県がん対策推進協議会の経緯（2007年度～2010年度）

会議年度	回次	開催日	主な内容	推進計画関連資料
2007	1	2007年11月14日	素案（骨子）の検討	推進計画の骨子案
2007	2	2007年12月10日	素案1の検討	素案1
2007	3	2007年12月27日	素案2の検討 推進計画ほぼ確定	素案2
2008	1	2008年12月17日	推進計画の進捗状況報告	
2009	1	2009年8月25日	委員交代 推進計画の進捗状況報告、項目の一部見直し アクションプラン案1検討 ☆この年度から部会設置	アクションプラン案1
2009	2	2010年1月19日	アクションプラン案2の検討	アクションプラン案2
2010	1	2010年7月23日	部会報告 推進計画進捗状況報告 中間評価素案1の検討	中間評価素案1
2010	2	2010年11月2日	部会報告 中間評価のうち検診・予防の検討	
2010	3	2011年3月8日	部会報告 中間評価素案2の検討	中間評価素案2

資料）島根県がん対策推進協議会資料、議事録より作成

表2 島根県がん対策推進協議会の委員構成

委員区分	2007・2008年度 第1期		2009・2010年度 第2期	
	人数	構成比	人数	構成比
がん患者及びその家族又は遺族を代表するもの	4	26.7%	4	22.2%
拠点病院関係者	4	26.7%	5	27.8%
医療・保健関係者	5	33.3%	5	27.8%
学識経験者	2	13.3%	2	11.1%
企業・民間団体等	—	—	2	11.1%
合計	15	100.0%	18	100.0%

資料) 島根県がん対策推進協議会資料より作成

価が議題になった重要な年度だからである。また、このことと関連していると思われるが、議論が拡散しておらず、提案内容を分類しやすいからである。

測定の指標、分析方法は次の通りである。

1) 協議会における発言数、提案数、提案内容別提案数

発言種類別に見た発言数

参加者別に見た発言数、提案数

提案内容別提案数

2) 委員区分別発言数、提案数、提案内容別提案数

協議会委員の発言数と提案数は、委員区分別に第1期、第2期、全期間それぞれの中央値、最頻値などを示した。全期間の協議会委員の発言数、提案数をカテゴリー化し、委員区分と発言数、提案数との関連の検討を行った。統計的検定には χ^2 検定および残差分析を用いた。提案内容別提案数については、委員区分と提案内容との関連の検討を行った。

(2) 分類

1) 協議会参加者、協議会委員

協議会参加者は、大きく4つに分類した。そのうちの協議会委員の区分は、島根県医療政策課(当時)の規定に従い、a～eの5区分とした。ただし、dとeの委員数は少数(表2・3)であるため、表5以降はdとeを合わせて「学識・民間」とし、4区分にした。

①協議会委員

a. がん患者及びその家族又は遺族を代表するもの(第1期・第2期は全員が患者。以下、「患者」)

b. 拠点病院関係者(拠点病院は、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院。以下、「拠点病院」)

c. 医療・保健関係者(以下、「医療保健」)

d. 学識経験者(以下、「学識経験」)

e. 企業・民間団体等(以下、「企業民間」)

②「会長」 協議会委員の互選により選出される。同一人物が第1期、第2期の会長を務めた。なお、会長の発言には、「議事進行」(後述)の場合と、「意見」(同左)の場合とがある

③「事務局」 島根県がん対策部署職員など。部署の名称は時期により異なる

④「その他」 発言者不明の発言、委員以外の参加者(表彰者など)

2) 発言とその種類

協議会参加者が発語してからそれを終了し、次の発言者に切り替わるまでを1回の発言とした。発言の種類は、医療・保健・社会福祉・介護分野の地方行政計画の一般的な進行をもとに6つに分類した。

①「議事進行」 主に会長の司会進行。他の協議会参加者のあいさつ、日程調整、自己紹介等なども含む

- ②「説明応答」 主に事務局の説明。質問に対する委員の回答、委員による部会報告や活動報告も含む
- ③「質問」 説明や他の委員の発言などに対する質問
- ④「意見」 説明や発言に対する見解や持論の表明、提案など
- ⑤「合意同意」 提案を受け入れた場合の回答
- ⑥「その他」 単なる事務連絡、極端に短い応答など

3) 意見中の提案

「意見」中に、推進計画、同アクションプラン、同中間評価のそれぞれの案や島根県のがん対策などに関する要望、対案を表す言葉がある場合を「提案」とした。

例：「ぜひ次の重点目標に掲げていただきたいと思います。」

「一歩踏み進んだ～が必要かなと思いました。」

「私たちやっていますので、～ちょっとできるところはやっていただいて～」

4) 提案内容

2007年度、2010年度の推進協議会では、事務局が推進計画や同中間評価の案を作成し、それを構成順に議論するという議事進行を採ることが多かった。そのため、協議会委員を含む協議会参加者の発言、提案は、推進計画や同中間評価の章、柱に即したものが多かった。このことから、提案内容はそれらに対応した分類とした。

- ①「計画の策定・推進・評価等」 推進計画第1章「計画策定の趣旨や計画期間」、第5章「計画の推進及び評価」、中間評価の方法などに関する提案など
- ②「重点目標」 推進計画第2章「重点目標」、中間評価「重点目標」に関する提案など
- ③分野1「がん予防の推進」 ③～⑨は推進計画第3章「各分野別の施策及び目標」、第4章「各機関の役割分担等」の7分野、中間評価の7つの柱それぞれに関する提案など

- ④分野2「がんの診断・治療水準の向上」
- ⑤分野3「緩和ケアの推進」
- ⑥分野4「患者・家族等への支援」
- ⑦分野5「がん登録の推進」
- ⑧分野6「情報提供の推進」
- ⑨分野7「がんに関する教育・研究の推進」
- ⑩「その他」 ①～⑨以外の提案など

(3) 測定方法

協議会ごとの出席者氏名を、協議会委員は推進協議会資料（出席者名簿）により、事務局などは議事録により確認した。協議会委員の代理出席は、出席とカウントした。司会を担当する会長の委員区分は「拠点病院」であることから、同委員の出席者から除いた。協議会参加者の出席状況は表3にまとめた。

1)「発言数」 発言回数をカウントした。原則として、1回の発言は、前述の6つの種類のうちの1つに分類した。1つに分類できない場合に限り、複数の種類に分類した。名簿上出席となっているものの、議事録上発言が確認できない協議会委員の当該協議会の発言数は0とした。

2)「提案数」 1回の発言に複数の提案がある場合は、提案を複数カウントした。同一の提案を、複数回の発言にまたがって継続、補足説明などしている場合は、1つの提案とカウントした。

3)「提案内容別提案数」 提案内容別の提案数をカウントした。1つの提案は、前述の10種類のうちの1つに分類した。

(4) 注意点

1) 議事録はレコーダーから起こされているが、記録が一部中断している箇所が2か所あった。議事録上の発言、議論の流れから判断すると、ともに「事務局」による「説明応答」部分であった。時間的には短時間のもと考えられた。本研究における主な分析対象は協議会委員による発言、とくに提案であることから、分析結果を左右しない程度の中断と考えられる。

2) 議事録に、聞き取れなかったと思われる語句・単語が63か所あった。こうした欠落は、

表3 協議会参加者別出席状況

年度・回次・期	患者	拠点病院	医療保健	学識経験	企業民間	会長	事務局	その他	合計
2007年度第1回	4	3	5	1	-	1	5	0	19
2007年度第2回	4	3	4	2	-	1	5	0	19
2007年度第3回	4	3	4	2	-	1	5	0	19
2008年度第1回	4	3	3	2	-	1	7	1	21
2007・2008年度 第1期 小計	16	12	16	7	0	4	22	1	78
2009年度第1回	4	2	5	2	1	1	11	1	27
2009年度第2回	4	4	5	2	1	1	8	1	26
2010年度第1回	3	3	5	2	2	1	11	1	28
2010年度第2回	3	2	5	2	2	1	8	1	24
2010年度第3回	3	3	5	2	2	1	8	2	26
2009・2010年度 第2期 小計	17	14	25	10	8	5	46	6	131
合計	33	26	41	17	8	9	68	7	209

資料) 島根県がん対策推進協議会資料(出席者名簿)、同議事録より作成

協議会参加者、協議会委員の区分に関わりなく見られた。

3) 議事録において発言者不明となっている発言のうち、前後の関係から発言者を特定できる場合は特定した。

(5) 倫理的配慮

分析に当たっては、個人を特定できない方法を採用したことから、個人情報保護されている。本研究の実施・公開に当たっては、島根県がん対策担当部署の了解をいただいた。

Ⅲ. 結果

1. 発言数、提案数

(1) 発言種類別に見た発言数

発言種類別に見た発言数を表4に示した。協議会1回ごとの総発言数(合計)は107~229であった。第1期、第2期、全期間(合計)とも、最も多かったのは「議事進行」で、総発言数の3分の1程度を占めていた。次いで多かったのは、事務局などの行う説明応答で、「意見」はいずれにおいても3番目に多く、5分の1弱であった。意見に含まれる提案の数を、表4右端

に示した。協議会ごとに7~34回の提案が行われていた。

(2) 協議会参加者別に見た発言数、提案数

参加者別に見た発言数を表5に示した。例えば、2007年度第1回の「患者」の発言数18回は、その回の出席者4人(表3)による発言の合計である。第1期、第2期、全期間とも、発言数が最も多かったのは「会長」で、協議会ごとでは33~90回、参加者の総発言数の5分の2程度を占めていた。次いで多かったのは「事務局」で4分の1前後を占めていた。これらを除いた協議会委員のうちで最も多かったのは「拠点病院」で7~38回、参加者の総発言数の10分の1程度であった。患者がそれに続き、協議会ごとでは9~28回、総発言数の10分の1前後であった。

参加者別に見た提案数を表6に示した。全期間(合計)では患者と拠点病院がそれぞれ3分の1程度を占めていた。第1期において提案数が最も多かったのは拠点病院で、協議会ごとでは5~13回、この時期に出された総提案数の3分の1程度を占めていた。第2期において最も多かったのは患者で5~9回、総提案数の5分

表4 発言種類別発言数、提案数

年度・回次・期	議事進行	説明応答	質問	意見	合意同意	その他	合計	提案数
2007年度第1回	62	18	8	23	0	16	127	25
2007年度第2回	66	43	10	46	0	33	198	34
2007年度第3回	64	45	13	35	3	30	190	24
2008年度第1回	65	61	16	28	2	27	199	14
2007・2008年度 第1期 小計	257	167	47	132	5	106	714	97
構成比	36.0%	23.4%	6.6%	18.5%	0.7%	14.8%	100.0%	
2009年度第1回	50	33	10	26	5	10	134	18
2009年度第2回	85	58	12	34	2	38	229	20
2010年度第1回	42	31	13	23	3	24	136	20
2010年度第2回	31	28	9	15	4	20	107	7
2010年度第3回	35	24	4	21	3	21	108	27
2009・2010年度 第2期 小計	243	174	48	119	17	113	714	92
構成比	34.0%	24.4%	6.7%	16.7%	2.4%	15.8%	100.0%	
合計	500	341	95	251	22	219	1,428	189
構成比	35.0%	23.9%	6.7%	17.6%	1.5%	15.3%	100.0%	

表5 協議会参加者別発言数

年度・回次・期	患者	拠点病院	医療保健	学識・民間	会長	事務局	その他	合計
2007年度第1回	18	15	16	1	47	30	0	127
2007年度第2回	28	23	23	7	88	29	0	198
2007年度第3回	24	19	8	17	77	45	0	190
2008年度第1回	16	38	2	2	84	46	11	199
2007・2008年度 第1期 小計	86	95	49	27	296	150	11	714
構成比	12.0%	13.3%	6.9%	3.8%	41.5%	21.0%	1.5%	100.0%
2009年度第1回	15	12	3	2	52	38	12	134
2009年度第2回	20	21	2	4	90	77	15	229
2010年度第1回	13	23	0	1	53	41	5	136
2010年度第2回	10	19	0	4	33	34	7	107
2010年度第3回	9	7	2	4	43	29	14	108
2009・2010年度 第2期 小計	67	82	7	15	271	219	53	714
構成比	9.4%	11.5%	1.0%	2.1%	38.0%	30.7%	7.4%	100.0%
合計	153	177	56	42	567	369	64	1,428
構成比	10.7%	12.4%	3.9%	2.9%	39.7%	25.8%	4.5%	100.0%

の2程度であった。

(3) 提案内容別提案数

まず、提案内容10分類中、推進計画全体に係

る2分類、分野別施策のうち委員の関心が高い1分類、医療福祉に係る2分類を取り上げ、それぞれの提案例を示す。

表6 協議会参加者別提案数

年度・回次・期	患者	拠点病院	医療保健	学識・民間	会長	事務局	その他	合計
2007年度第1回	6	13	4	1	1	0	0	25
2007年度第2回	10	12	5	3	4	0	0	34
2007年度第3回	5	8	5	4	1	1	0	24
2008年度第1回	4	5	1	3	0	0	1	14
2007・2008年度 第1期 小計	25	38	15	11	6	1	1	97
構成比	25.8%	39.2%	15.5%	11.3%	6.2%	1.0%	1.0%	100.0%
2009年度第1回	8	5	0	1	1	0	3	18
2009年度第2回	9	3	3	0	1	0	4	20
2010年度第1回	9	8	0	1	0	0	2	20
2010年度第2回	5	2	0	0	0	0	0	7
2010年度第3回	6	8	1	3	2	0	7	27
2009・2010年度 第2期 小計	37	26	4	5	4	0	16	92
構成比	40.2%	28.3%	4.3%	5.4%	4.3%	0.0%	17.4%	100.0%
合計	62	64	19	16	10	1	17	189
構成比	32.8%	33.9%	10.1%	8.5%	5.3%	0.5%	9.0%	100.0%

「計画の策定・推進・評価等」：「数値目標は数年単位ではなく、年単位で設定を」

「重点目標」：「壮年期死亡率の数値目標の設定を」（以上、2007年度推進協議会）

分野1 「がん予防の推進」：「小中学校でがん教育を」

分野4 「患者・家族等への支援」：「若年患者への就労支援を」

分野6 「情報提供の推進」：「インターネットなど利用患者と未利用患者それぞれに合った情報提供を」（以上、2010年度推進協議会）

提案内容別提案数を表7に示した。兩年度を合わせた提案数が最も多かったのはがん予防の推進で、36回であった。総提案数の30.3%を占めていた。それに続いて「緩和ケアの推進」18.5%、「がんの診断・治療水準の向上」15.1%、患者・家族等への支援12.6%であった。

以上を簡単に要約する。発言数で多いのは、発言種類別では議事進行であり、協議会参加者別では会長であった。提案数では、患者と拠点病院から相当程度されていた。第1期から第2

期にかけての変化を見ると、発言数、提案数とも拠点病院、医療保健、学識経験などの構成比が減少していた。一方、患者からの提案数が増え、構成比も増加していた。提案内容別提案数では、医学・医療に関する提案が多かったが、医療福祉に関する提案も少なくなかった。

2. 委員区分別発言数、提案数、提案内容別提案数

(1) 委員区分別発言数、提案数

委員区分別発言数の合計、中央値、最頻値などの推移を表8に示した。全期間（合計）を通じた全委員の中央値は1、委員区分別では拠点病院が最多で5、次いで患者4であった。第1期は、全委員の中央値は3で、委員区分別では拠点病院6、患者4の順であった。第2期の全委員の中央値は1、委員区分別では順序が替わり、患者4、拠点病院3であった。

表9に委員区分と発言数との関連を示した。全期間の発言数を3分位したところ、「0回」、「1～2回」、「3回以上」であった。これによ

表7 提案内容別提案数

年度・回次	計画の 策定・ 推進・ 評価等	重点 目標	分野1 がん予 防の推 進	分野2 がんの 診断・ 治療水 準の向 上	分野3 緩和ケ アの推 進	分野4 患者・ 家族等 への支 援	分野5 がん登 録の推 進	分野6 情報提 供の推 進	分野7 がんに 関する 教育・ 研究の 推進	その他	合計
2007年度第1回	1	1	5	5	6	1	1	1	2	1	24
2007年度第2回	0	2	8	8	4	3	1	2	0	2	30
2007年度第3回	2	2	5	3	6	0	1	1	0	2	22
2007年度 小計	3	5	18	16	16	4	3	4	2	5	76
構成比	3.9%	6.6%	23.7%	21.1%	21.1%	5.3%	3.9%	5.3%	2.6%	6.6%	100.0%
2010年度第1回	1	0	8	1	3	5	0	0	0	0	18
2010年度第2回	1	0	4	0	0	2	0	0	0	0	7
2010年度第3回	1	0	6	1	3	4	0	1	1	1	18
2010年度 小計	3	0	18	2	6	11	0	1	1	1	43
構成比	7.0%	0.0%	41.9%	4.7%	14.0%	25.6%	0.0%	2.3%	2.3%	2.3%	100.0%
合計	6	5	36	18	22	15	3	5	3	6	119
構成比	5.0%	4.2%	30.3%	15.1%	18.5%	12.6%	2.5%	4.2%	2.5%	5.0%	100.0%

表8 委員区分別発言数の推移

期	項目	患者	拠点病院	医療保健	学識・民間	全委員
第1期	合計	86	95	49	27	257
	構成比	33.5%	37.0%	19.1%	10.5%	100.0%
	中央値	4	6	2	3	3
	最頻値	2	6	1	1	1
第2期	合計	67	82	7	15	171
	構成比	39.2%	47.9%	4.1%	8.8%	100.0%
	中央値	4	3	0	0	1
	最頻値	0	3	0	0	0
合計	合計	153	177	56	42	428
	構成比	35.7%	41.4%	13.1%	9.8%	100.0%
	中央値	4	5	0	1	1
	最頻値	0	2	0	0	0

り発言数をカテゴリー化し、委員区分別にそれぞれのカテゴリーの合計と構成比を示した。例えば、0回の患者の人数6は、全期間の協議会（4年間）に出席した患者の延べ人数33人（表3）のうち、発言が0回であった患者の延べ人数を示す。委員区分と発言数との間には有意な関連が見られた。残差分析により、3回以上は患者、拠点病院に有意に多く、0回は医療保健

に有意に多いことが示された。

委員区分別提案数合計、中央値、最頻値などの推移を表10に示した。全期間を通じた全委員の中央値は0、委員区分別では拠点病院が2、患者1であった。第1期は、全委員の中央値は1で、委員区分別では拠点病院3、患者1の順であった。第2期の全委員の中央値は0、委員区分別では患者、拠点病院ともに2であった。

表9 委員区分と発言数との関連

委員区分	項目	0回	1～2回	3回以上	χ^2
患者 n = 33	人数	6	7	20	35.20**
	構成比	18.2%	21.2%	60.6%	
	調整済み標準化残差	-2.32*	-1.37	3.52**	
拠点病院 n = 26	人数	1	6	19	
	構成比	3.8%	23.1%	73.1%	
	調整済み標準化残差	-3.68**	-0.75	4.32**	
医療保健 n = 41	人数	22	13	6	
	構成比	53.7%	31.7%	14.6%	
	調整済み標準化残差	5.99**	1.12	-6.95**	
学識・民間 n = 25	人数	10	9	6	
	構成比	40.0%	36.0%	24.0%	
	調整済み標準化残差	1.14	1.17	-2.16*	
合計 n = 125	人数	39	35	51	
	構成比	31.2%	28.0%	40.8%	

*P < .05 **P < .01

表10 委員区分別提案数の推移

期	項目	患者	拠点病院	医療保健	学識・民間	全委員
第1期	合計	25	38	15	11	89
	構成比	28.1%	42.6%	16.0%	12.4%	100.0%
	中央値	1	3	1	1	1
	最頻値	1	3	0	1	1
第2期	合計	37	26	4	5	72
	構成比	51.4%	36.1%	5.6%	6.9%	100.0%
	中央値	2	2	0	0	0
	最頻値	4	0	0	0	0
合計	合計	62	64	19	16	161
	構成比	38.5%	39.8%	11.8%	9.9%	100.0%
	中央値	1	2	0	0	0
	最頻値	1	3	0	0	0

表11に委員区分と発言数との関連を示した。全期間の委員の提案数を3分位したところ、「0回」、「1回」、「2回以上」であった。これにより提案数をカテゴリー化し、委員区分別にそれぞれのカテゴリーの合計、構成比を示した。委員区分と発言数との間には有意な関連が見られた。残差分析により、2回以上は拠点病院に有意に多く、0回は医療保健、学識・民間に有意

に多いことが示された。患者は有意性にはそれほど貢献していなかった。

(2) 委員区分別提案内容別提案数

推進協議会の委員区分と提案内容との関連を見たのが表12である。拠点病院の総提案数（合計）51回のうち最も多かったのは緩和ケアの推進で14、次いでがん予防の推進12、3位はがんの診断・治療水準の向上9であった。患者の総

表11 委員区分と提案数との関連

委員区分	項目	0回	1回	2回以上	χ^2
患者 n = 33	人数	6	13	14	36.02**
	構成比	18.2%	39.4%	42.4%	
	調整済み標準化残差	-3.20**	4.04**	1.86	
拠点病院 n = 26	人数	6	3	17	
	構成比	23.1%	11.5%	65.4%	
	調整済み標準化残差	-1.75	-2.19*	4.74**	
医療保健 n = 41	人数	28	7	6	
	構成比	68.3%	17.1%	14.6%	
	調整済み標準化残差	5.91**	-2.29*	-5.25**	
学識・民間 n = 25	人数	15	6	4	
	構成比	60.0%	24.0%	16.0%	
	調整済み標準化残差	3.12**	0.14	-2.35*	
合計 n = 125	人数	55	29	41	
	構成比	44.0%	23.2%	32.8%	

*P < .05 **P < .01

表12 委員区分と提案内容との関連

委員区分	計画の 策定・ 推進・ 評価等	重点 目標	分野1 がん予 防の推 進	分野2 がんの 診断・ 治療水 準の向 上	分野3 緩和ケ アの推 進	分野4 患者・ 家族等 への支 援	分野5 がん登 録の推 進	分野6 情報提 供の推 進	分野7 がん関 する教 育・研 究の推 進	その他	合計
患者	3	2	16	0	2	12	0	3	0	3	41
拠点病院	2	3	12	9	14	3	3	1	3	1	51
医療保健	0	0	4	6	5	0	0	0	0	0	15
学識・民間	1	0	4	3	1	0	0	1	0	2	12
合計	6	5	36	18	22	15	3	5	3	6	119
構成比	5.0%	4.2%	30.3%	15.1%	18.5%	12.6%	2.5%	4.2%	2.5%	5.0%	100.0%

提案数41回のうち、最多はがん予防の推進で16、次いで患者・家族等への支援12、3位は計画の策定・推進・評価等、情報提供の推進、その他でいずれも3であった。

IV. 考察

1. 患者参加の手段

地方行政計画における当事者・住民参加の手段は様々である。多様な住民参加が実施されて

いる地域福祉計画を例に挙げ、それとの比較により本事例における患者参加の手段について考察する。地域福祉計画における住民参加には、次の5つを含む10例がある（地域福祉計画に関する調査研究委員会 2002：56）。

- ①住民座談会・小地域座談会
- ②ワークショップ
- ③セミナーや公聴会の開催
- ④各種委員会における委員の公募
- ⑤インターネットやケーブルテレビなどの新

しい媒体（メディア）を活用した広報

島根県推進計画策定時（2007年度）の手段は、推進協議会への患者参加だけであった。委員の公募制（④）は採られていなかった。推進計画中間評価（2010年度）の際には、県とがん患者・家族との意見交換会を行い、そこで出た意見をとりまとめた参考（島根県 2010：1）にしている。これは①にやや近いと考えられる。5つの手段の多くは、推進計画策定・評価においても採用可能と考えられるが、実際にはほとんどされていなかった。

本研究で取り上げた事例は、当事者・住民参加の手段としては、オーソドックスである。反面、本事例は、保健・社会福祉・介護などの分野よりも、専門職間、専門職と患者・当事者間のヒエラルキーが強い医療分野の事例である。しかも、医療は、当事者・住民参加による地方行政計画策定・評価という点では後発分野である。そうしたなかにあつて、本研究により得られる結論のもつ意味は極めて大きい。

2. 患者参加の評価

推進協議会中の発言数を発言種類別に見ると、議事進行と説明応答が多くを占めていた。協議会参加者別に見ると、会長、事務局の順に多かった。愛知県N市の2005年度老人福祉計画・介護保険事業計画策定委員会（計7回）の発言数は、「委員長」が全体の20.6%、「行政」関係者は40.1%で、合わせると全体の約6割を占めていた。「委員」全体では37.6%であった。発話量から推計すると、委員会開催時間の約半分を事務局からの資料説明・提案と事実確認に費やしていた。この委員会の進行は、こうした委員会のなかでは一般的である（荒川 2007。比率は筆者計算）。本事例では、会長と事務局を合わせた発言数は全体の65.5%、委員全体では29.9%（表5より計算）であり、いずれもN市に近かった。これらより、本事例は事務局が議案を説明し、それを受けて協議会委員が発言し、事務局が回答するという場面が比較的多い、オーソドックスな進行形態を採っていたと考えられる。ま

た、協議会委員の発言、参加者による議論の時間は限定されていたと考えられる。

会長、事務局、その他を除く協議会委員の発言数は、2期・4年間を通して患者委員、とくに拠点病院委員のものが目立っていた。提案数では、第1期は拠点病院委員が多かったが、第2期、全期間では患者委員と拠点病院委員は同程度であった。また、委員区分と発言数、提案数には、それぞれ有意な関連があつた。患者委員は拠点病院委員とともに、発言数は多く、この有意性に貢献していた。重要な指標である提案数では、患者委員はそれほど有意性に貢献していなかった。委員区分別提案内容では、拠点病院委員、医療保健委員の提案は医学・医療分野、患者委員はそれに加えて医療福祉分野に関することが多かった。

前述の通り、発言には、推進協議会における協議会委員の説明応答、質問、意見など、多様な種類の発語が含まれている。これに対して提案は、推進計画、がん対策などへの要望、対案である。委員は、提案により議論をリードする場面をつくり出すこともできると考えられる。協議会委員の多くは医師などの医療職である。途中で委員構成は変わっている。議論の時間も限られている。そうしたなかにあつても、患者委員の発言、提案は、他委員に遜色ない水準にあつたと考えられる。発言数、とくに提案数および提案内容別提案数から見る限り、患者委員は、推進計画策定・評価過程に十分参加していたし、協議会を重ねる中で参加の度合いをある程度深めていったと考えられる。患者委員の提案により、推進協議会の場で医療福祉分野などのコンフリクトが顕在化し、その調整のための議論の端緒となった可能性はあると考えられる。

3. 患者参加の要因

前述の水準の患者参加を可能にした要因は、推進協議会の内と外それぞれにあると考えられる。なお、以下では、資料が文献などの場合は出所を記すが、推進協議会議事録、協議会委員（当時）やがん対策担当部署職員（当時、現在）

からの聞き取りなどの場合はとくに記さない。

内的要因に関しては、公共計画などにおける合意形成の理論枠組み（原科ら 2005b）を参照し、考察する。最も重要な要因は、主管である島根県健康福祉部が、「参加の保証」という方針、すなわち患者の意見を計画に反映するという方針を当初より持っており、県議会でも表明（島根県 2006）していたことと考えられる。さらに、同部は、計画策定の文章責任を現場担当者であるがん対策担当職員に任せる（村下 2009）ことにより、その方針の実現を可能にする条件整備をしていた。第2の内的要因は委員構成と司会と考えられる。患者委員数は4人であり、全委員に占める比率も高い上に、いずれも当事者であり、がんサロンや患者会の代表である。それらの活動を通じて、多くの患者のニーズを把握できていたし、島根県のがん対策の成果・問題点、全国の先進事例などにも精通していた。他委員は、患者委員の意見を尊重しつつも、率直な議論をしていた。司会役である会長（拠点病院委員）は、中立的な立場で協議会の運営をしていた。

外的要因の第1は、患者らの「ドラックラグ解消」や「がん医療の地域間格差の縮小」の活動と考えられる。患者の全国組織の元会長、厚生労働省の第1期がん対策推進協議会患者委員の1人（ともに故人）は、政府・厚生労働省に対する働きかけの中心的存在であった。ともに島根県在住者であり、県議会や行政にも要望を提出していた。第1の要因と重なる部分もあるが、第2の外的要因はがんサロンの活動と考えられる。2005年に全国初のがんサロンが島根県で創設された。2010年10月1日現在では県内に25（島根県医療政策課 2010）のサロンがある。がんサロンでは、患者・家族同士の支え合いに加え、患者・支援者間のネットワークを形成し、県議会、行政に対し要望実現の活動をしてきた。医療職、政策担当者との間に良好な関係を築き上げ、現実的・建設的な議論を可能にしてきた（棟居 2011）。ただし、この関係は当初からあったわけではなく、患者、医療職、政策担当者ら

が試行錯誤をするなかでつくり出したものである。

時系列から言っても、外的要因が先にあり、それらが全国初のがん対策推進条例制定（2006年）の原動力になり（島根県 2011：39-42）、さらに内的要因形成にも寄与するという関係にあったと考えられる。反対に言えば、現段階では、外的要因がないか、弱い都道府県では、内的要因の形成、とくに前述の「参加の保証」をするまで至らず、形式的な患者参加に留まる可能性が高いと思われる。

4. 医療福祉実践への示唆

患者ら委員数、同比率から見ると、都道府県推進協議会における患者参加の状況には格差がある。2012年6月現在（1県のみ同年8月現在）でも、推進協議会の患者ら委員数が0人であるのは47都道府県中1、1人は13である。全委員に占める患者ら委員比率が10%以下に過ぎないのは16である（日本医療政策機構・市民医療協議会・がん政策情報センター 2012：8。比率は筆者計算）。都道府県推進協議会における患者参加の格差を縮小しつつ、患者参加をより一層促進するために、本研究から得られる医療福祉実践への示唆を述べる。

第1は、患者らによるがんサロンなどを母体とした都道府県議会、行政などに対する要望提出などの活動の支援を、医療ソーシャルワーカーらの重点課題とすることである。患者ら委員数が少ない、あるいは同比率が低い都道府県推進協議会における患者ら委員を拡充し、それにより患者参加の格差を縮小するためには、迂遠のようであっても、前述した外的要因の形成・維持・拡大の支援がまず求められよう。患者ら委員数・構成比は、島根県推進協議会における一定水準の患者参加を可能にした内的要因の1つと考えられたが、それは外的要因によりもたらされたと考えるからである。

第2は、医療ソーシャルワーカーらが、都道府県推進協議会の患者ら委員に直接的な支援を行うことである。これは、推進協議会における

患者ら委員数・比率にかかわらず、全都道府県で求められることであろう。島根県推進協議会では、患者委員は、患者・家族等の支援に関する多くの提案をしていた。地域に関わりなく、患者らはそうしたニーズを持っていると考えられる。医療ソーシャルワーカーは、この分野の提案の支援に最も適した専門職の1つである。

2つに共通して求められるのは、医療ソーシャルワーカーらが、患者らとともに行うソーシャルアクションである。患者らの活動の母体にもなっているがんサロン、患者会の創設・運営に協力する医療ソーシャルワーカーらは多いが、それを越えてソーシャルアクションの実践をする人は限られていると思われる。高良（2013）によると、その重要性を認識していても、所属組織の理解不足などのために実行できない社会福祉士は多い。また、ソーシャルアクションの実践には、問題および法制度に関する情報が必要である。

拠点病院は全国に397（2012年4月1日現在。厚生労働省）ある。拠点病院の医療提供者のほとんどは、医療提供者が政策提言に関する活動を行うことは重要、またはどちらかという重要と回答している（日本医療政策機構・市民医療協議会・がん政策情報センター 2011：21）。回答者である拠点病院の医療提供者の役職、職種は不明であるが、このデータは医療ソーシャルワーカーらによるソーシャルアクションを後押ししている。また、拠点病院であれば、問題、制度などに関する情報も集中しやすい。これらのことから、拠点病院医療ソーシャルワーカーらが中心となり、患者や研究者と協力し、がん患者の医療福祉分野に関する調査を実施・分析し、それをもとに患者らの活動、提案に貢献する必要がある。これに都道府県医療ソーシャルワーカー協会などが加わることも重要である。いくつかの地域では、就労支援などの分野で、こうしたソーシャルアクションをすでに実践している。その拡大が求められている。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究には3つの限界がある。第1は、1県、2期・4年間の推進協議会を対象とした研究であり、一般化には限界があることである。第2は、測定の指標、分析方法に関わる限界である。本研究で行ったのは、発言数、とくに提案数、提案内容別発言数の検討だけである。当事者・住民の提案には、議論の対象とは異なる次元のものも一定比率ある（錦澤ら 1997）ことが明らかになっているが、本研究では提案の質（妥当性など）の検討をしていない。また、発言者の移行やそのパターン、委員の意見変化（原科ら 2005a）など、詳細な参加測定・評価はしていない。これらの限界のため、患者委員の提案は、推進計画策定・評価過程に他委員提案より多くの影響を及ぼせるのか、さらには提案への賛同を拡大し、コンフリクトを乗り越えることにつながられるのかどうかについては分析できていない。第3は、推進協議会における発言、提案、提案内容などの分類と抽出の厳密性という点での限界である。推進協議会では、統制された議事進行を行っているわけではない。そのため、分類、抽出にはあいまいさが残らざるを得ない。

今後の研究課題は、患者参加が推進計画策定・評価結果に及ぼす影響の測定・評価（アウトカム評価）を行うことである。島根県推進計画の策定および中間評価を実施した2007年度、2010年度推進協議会における委員提案を対象に、推進計画、同中間評価への反映・非反映状況を検討する予定である。反映に関しては、推進計画、同中間評価におけるがん対策の現状分析や評価に関する記述の修正レベルのものか、施策やその数値目標の追加・修正など計画の実態的転換に至るものであるのかを整理する。これらを委員区分別に測定・比較し、患者参加結果の定量的な検討を行う。そして、反映・非反映要因を考察する予定である。さらには、患者・家族支援、情報提供などの医療福祉分野に関する提案事例を取り上げ、反映・非反映要因の詳細な分

析をする予定である。

謝辞と付記

本稿を執筆するに当たり、島根県健康福祉部がん対策担当部署、同がん対策推進協議会委員の皆さま（ともに当時、現在）には多大なご協力をいただきました。記して深謝申し上げます。

本研究は、島根大学法文学部山陰研究プロジェクト（2010・2011年度）による研究成果の一部である。本稿は、拙稿「行政計画策定・評価への患者参加の影響測定—島根県がん対策推進協議会の議事録分析から—」（2012『患者・住民参加を重視した地域包括ケア研究報告書』4-21.）に大幅な加筆・修正をしたものである。

文献

荒川孝之（2007）「自治体福祉計画策定過程における社会調査の意味—その変遷、調査者の位置、活用の文脈からみた課題—」『日本福祉大学社会福祉論集』116, 121-146.
 地域福祉計画に関する調査研究委員会編（2002）『地域福祉計画に関する調査研究事業報告書 地域福祉計画・支援計画の考え方と実際』全国社会福祉協議会。
 原田正樹（2005）「第5章 地域福祉計画の策定プロセス」武川正吾編『地域福祉計画 ガバナンスの時代の社会福祉計画』有斐閣アルマ, 97-113.
 原科幸彦・林玲子・錦澤滋雄（2005a）「地域計画への合意形成に対する会議方式の効果—屋久島の将来計画に関する会議実験—」『計画行政』28(4), 52-62.
 原科幸彦・村山武彦（2005b）「第2章 アドホックな代表者による合意形成の枠組み」原科幸彦編著『市民参加と合意形成 都市と環境の計画づくり』学芸出版社, 41-60.
 平岡公一（1996）「11章 福祉計画におけるサービスピッチ」定藤丈弘・坂田周一・小林良二編『社会福祉計画』有斐閣, 179-192.

本田麻由美（2008）「がん対策の推進と国民・患者参画—法制定に患者の声が果たした役割—」『保健医療科学』57(4), 362-365.
 高良麻子（2013）「日本の社会福祉士によるソーシャル・アクションの認識と実践」『社会福祉学』53(4), 42-54.
 厚生労働省（2007）「第6回がん対策推進協議会資料」
 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/s11119-5.html>. 2012. 10. 22)
 真淵勝（2000）「第2章 政策決定過程」伊藤光利・田中愛治・真淵勝『政治過程論』有斐閣アルマ, 34-53.
 牧田義輝（2007）『住民参加の再生 空虚な市民論を超えて』勁草書房。
 増子正・三浦輝美・糟谷昌志・ほか（2002）「地域福祉活動計画策定における社会福祉協議会の事業評価に関する研究—住民ニーズ把握の方法としての活用—」『日本の地域福祉』16, 53-62.
 棟居徳子（2011）「論壇 がん患者の健康権保障と日本のがん対策の課題」『週刊社会保障』2648, 48-53.
 村下伯（2009）「患者・家族、医療関係者、行政の『三位一体』による島根県がん対策推進計画の策定と推進」第47回日本癌治療学会総会『特別企画シンポジウム 1-Part 1 がん対策基本法に基づくがん医療は変わったか？2年間を振り返る』（発表スライド）。
 永田祐（2011）『ローカル・ガバナンスと参加イギリスにおける市民主体の地域再生』中央法規。
 日本医療政策機構・市民医療協議会・がん政策情報センター（2011）『がんアドボカシー・アンケート 2011』
 日本医療政策機構・市民医療協議会・がん政策情報センター編（2012）『都道府県別がん対策カルテ 2012』
 錦澤滋雄・吉村輝彦・原科幸彦（1997）「都市計画マスタープラン策定におけるまちづくりワークショップの現状分析—鎌倉市を事

- 例として」『1997年度 第32回日本都市計画学会学術研究論文集』253-258.
- 小野セレストア摩耶 (2011)『次世代育成支援行動計画の総合的評価 住民参加を重視した新しい評価手法の試み』関西学院大学出版会.
- 島根県 (2006)「第408回島根県議会会議 (平成18年6月定例会) 6月26日一問一答 (1) 佐々木雄三議員」
(http://www.pref.shimane.lg.jp/gikai/ugoki/kaigiroku/H1806/sasaki_giin.html. 2012. 10. 25)
- 島根県 (2010)『島根県がん対策推進計画 中間評価 (素案)』
- 島根県 (2011)『インタビュー特集 島根のがん対策! わたしの思い～島根県がん対策推進計画中間評価と次期計画に向けて～』
- 島根県医療政策課 (2010)「県内がん患者団体等名簿 (平成22年10月1日現在)」
- 和気康太 (2005)「第10章 地域福祉計画における評価」武川正吾編『地域福祉計画 ガバナンスの時代の社会福祉計画』有斐閣アルマ, 189-209.
- 吉村輝彦・矢崎早人 (1999)「都市計画マスタープラン策定における市民参加プログラムのあり方に関する研究—鎌倉市を事例として—」『日本建築学会計画系論文集』526, 237-242.

**Attempt to Measure Patient Involvement in the Formulation of
Cancer Control Promotion Plans and Associated Evaluation Processes**
—Analysis of minutes of the Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Council—

Chihiro Sugisaki

Shimane University, Faculty of Law and Literature

This paper attempts to measure the impact of patient involvement in determining government healthcare policy based on the Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Plan. The subject of analysis is the minutes from the Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Council from fiscal years 2007 to 2010. Using the number of suggestions by Council members and the number of suggestions by their content as main indicators, the impact of patient involvement on the formulation of the above Plan and associated evaluation processes were measured and evaluated.

A significant correlation was found between the classification of Council members and the number of suggestions. Council members representing patients indicated no significant contribution to this correlation. Looking at the number of suggestions by content, there were more suggestions regarding patients and family support that came from Council members representing patients than similar suggestions made by other Council members. Judging solely from this result, suggestions by Council members representing patients are on a comparable level with those made by other Council members, leading to the conclusion that patients had involved sufficiently in the formulation of promotional planning for cancer control and associated evaluation processes.

Key words: Cancer patients, Prefectural Cancer Control Promotion Plans, Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Council, Involvement, Measurement and evaluation

〔論文〕

人間教育に基づく実践力あるソーシャルワーカーの養成 —ソーシャルワーカー養成の統合化への序論—

梓 川 一*
萬 谷 和 広**

Key words : 人間教育, 実践力, 協働養成システム

I. 研究背景および目的

本研究は、「研究・教育機関である大学」と「対人援助を実践する現場」が、実践力のあるソーシャルワーカー（以下、SW と表記）の養成システムを協働して構築することを目的としている。

現場で対人援助を展開していく際、その援助者には大学で修得した社会福祉学の専門的な知識と技術、価値と倫理を基礎においた援助・活動・実践が求められる。しかし、大学での4年間で修得できであろう知識や技術を十分援用できていない状況で、現場で援助・活動・実践

を展開していると言わざるを得ない現状が散見されている。

SW 実践とは、図1で示したように、まず当事者の生活全体を感じとりながら、その当事者の理解から生活問題を把握する。そこでは専門的な知識や技術を駆使し、SW の側から捉えられた生活問題に対して、「当事者に適応した援助とは何か」を当事者とともに、これからを見通しながら創りだしていくという協働の援助スタイルが求められる。こうした援助スタイルを実践できる実践者、いわゆる「実践力あるSW」を養成するには、「大学と現場がそれぞれ単独で」取り組むといった体制やシステムで

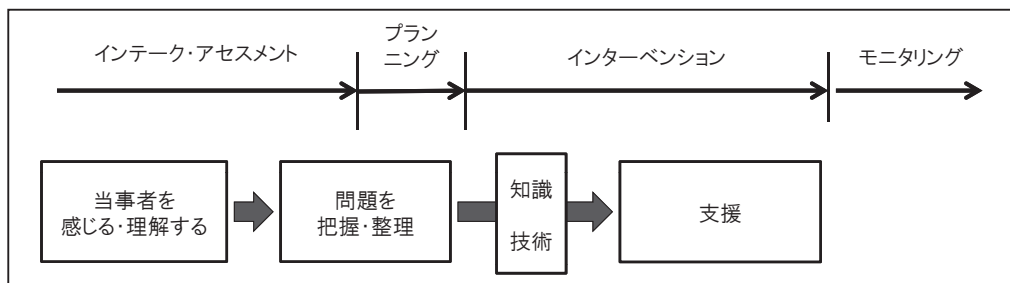


図1 SW 実践力とは

*Hajime Azusagawa : 関西学院大学人間福祉学部

**Kazuhiro Mantani : 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター

は偏りが生じることも懸念され、そこにSW養成・教育上の限界が生まれてくるであろう。そのため「大学教育から習得する学問・理論的要素」と「現場教育から体得する実践的要素」がブレンドされたSW養成の方法論とシステム化が必要である。今回の共同研究の意義は、教育機関および実践現場という各々の立場から、まずSW養成の本質を捉え、そこから養成上の問題点やその起因と背景を探った上で、大学から現場への一貫した養成のあり方を見出すことである。

II. 本論における人間教育の捉え方

本研究では、「人間教育」を重視した養成を検討する。効果的な実践になり得るかは、前述した援助スタイルの「当事者を感じる・理解する」側面が重要になる。「当事者を感じる・理解する」力は、多様で複数の要素をもとに形成されてくるものと考えられる。本研究では、その形成される要素・過程・環境を探り、この力を養成する「人間教育」の本質を捉えていく。

1. 大学における人間教育

学生・実習生として当事者に出会う段階である。大学では、基礎的な理論・技術を習得し、現場実習において実践を体験する。当事者との関わりは、習得した知識や理論の見直しや再構築を可能とし、その過程から自分を見つめ、知ることができる。自己理解については、Louise C. Johnson, Stephen J. Yanca (=2004: 128) が「ソーシャルワーカーが持つ最も重要な道具は自分自身である……ワーカーは相当な自己理解を深めなければならない¹⁾」と示す重要な要素である。当事者との貴重な体験を通じた自己理解を促すこと、習得した知識や理論を考察することが大学における人間教育である。

2. 現場における人間教育

専門職として当事者に向き合い、援助・実践をする段階である。SWは、現場における実践

を通して専門的・応用的な援助手法を体得する。そこには当事者の生活や人生を支え、実践年数とともに豊かな体験を重ね、専門性の意味やSWの役割を見つめていく。また、その過程によって一人の人間としても成長することができる。さらに効果的で正確に当事者を捉えるためには、実践により感じながら理解した当事者を、専門的知識や理論によって整理し、再度見直すことが重要であり、実践での豊かな体験とその整理し、意味づける試みが現場における人間教育である。

3. 大学までの人間教育

大学までの人間教育とは、人間関係や育ち・家庭環境から生まれ・形成されていく段階であろう。例えば、生育歴・育ち・家庭環境、人間関係（友人関係、ある当事者との出会い）、家族関係（親子・きょうだいの関係性）、生まれた育った土地・風土・文化、地域の人々との共同生活、人生経験（人生における成功体験、失敗体験、挫折）、自然環境での体験・遊び体験などの要素があるだろう。これらがSW教育・養成にいかに関与・感化してきたかについては、今後の本研究の調査で確認をしていきたい。

III. 研究の方法

研究の方法は、まず、本論で研究概要を捉え、その方向性をつけていく。そして今後2年間にわたりSW養成システムの構築に向けて、教育機関と実践現場が直面する具体的事例の検討を重ね、注視すべき問題点の起因や背景を探索する調査を実施する。そのためには、帰納的にSW養成の原理・原則・方法論を見出す方法により研究を進める。

本研究の全体像は、現場教育においては「SWの資質」、大学教育においては「当事者の理解」について質的調査（インタビュー）を実施し、大学教育のあり方・現場教育のあり方を検討することから、SW養成の統合化を目指していくものである（図2）。

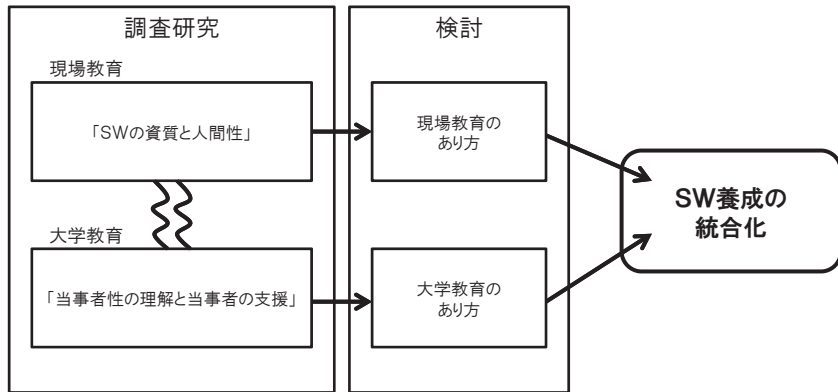


図2 本研究の全体像

そこで「SW 養成の統合化」の方法論を具体化するためには、多様な側面の問題点の検証を行う必要があり、以下の3つのステップの検証を基礎的なプロセスとした(図3)。

【ステップ① 問題の抽出】

実践力あるSWを養成する上で、現在生じている大学教育、現場教育、その両者の関係性における問題点を洗い出す。

【ステップ② 問題の検証】

ステップ①で示した問題点に対して、その起因や背景について質的に綿密な検証を加え、その構造を明らかにする。

【ステップ③ 養成システムの構築】

明らかになった問題の構造を整理した上で、実践力あるSWを養成するための原理、原則、

方法論を見出し、SW 養成システムの構築を目指す。

なお、本論文では、SW 養成に関する先行研究の整理に加え、上記の【ステップ① 問題の抽出】を「Ⅵ. 問題点の整理と検討」において明らかにし、また【ステップ② 問題の検証】【ステップ③ 養成システムの構築】に関しては、今後の方向性を「Ⅶ. 研究の意義と今後の展開」において示す。そして、それらを通して今後の研究の全体像と研究上の課題を示していく。

IV. 倫理的配慮

本研究のデータや事例に関する個人情報においてはすべて匿名とし、その情報を他の情報と

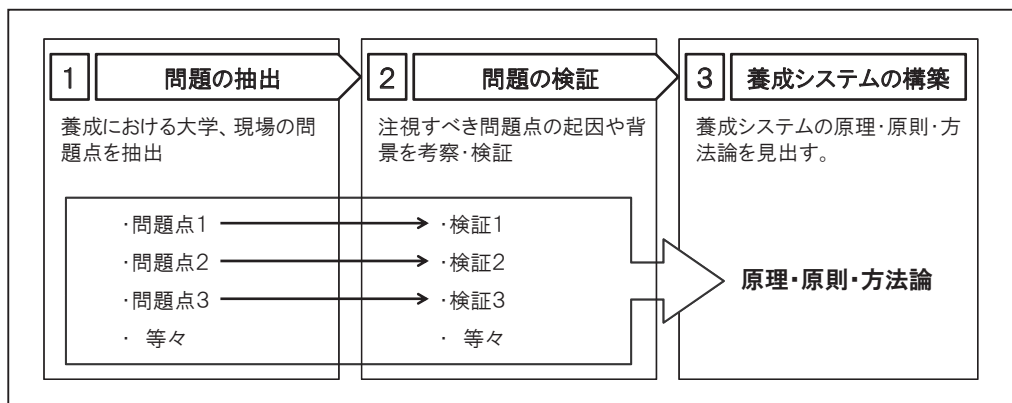


図3 研究の方法

照合した場合においても、容易に特定の個人を認識できないように倫理的配慮を行う。

今後、本研究を継続する場合も、質的調査（インタビュー調査）では事前に調査の趣旨と協力依頼を記載した文章を送付し、了承を得られた人に対してのみに実施する。また、インタビュー協力者からは同意書を得ることとする。調査で得られたデータについても、責任をもって厳重に保管・管理をする。

V. SW 養成上の課題整理

～先行研究を通して～

SW 養成に関しては、様々な側面から熟考された先行研究が多数存在している。それら先行研究を、特に大学と現場の連動・協働に注視し、以下、3つの側面から整理する。

1. 大学養成の側面

現場・実践の視点、大学教育やそのカリキュラム、実習教育等に焦点を当てているものが多い。例えば、理論と実践の関係に関して、石川（2010：22）は「実践的な演習教育や実践教育を具体的にどのように実施するかであり、実践と理論の橋渡しを目指す演習教育の一層の発展・開発が不可欠²⁾」として、実践と理論の橋渡し役になる演習の重要性を唱え、これをSW養成の中で展開することに言及する。さらに石川がいう「開発」の実現のためには、大学教員こそがSW養成教育における演習の役割と意味づけを理解することを求めている。

大学教育の中で対人援助実践を体験できる機会である現場実習がより充実するためには、「ソーシャルワーク演習」の位置づけと意義、そして学びの狙いが重要であり、この点について北本（2010：43）は、「援助には援助者、利用者、援助の目的、援助がおこなわれるさまざまな背景（文脈）にあった知識や技術、価値・倫理が適用されるように、実践実技の学習や事例検討を行い、多様な援助の可能性や視点を吟味する機会を得ることができる³⁾」としている。つまり、

演習は現場実習において想定できる様々な状況に向き合える準備をすべきであり、事後においても実習の振り返りの中で事例検討を重ねる必要がある。

しかし、大学におけるSW養成の教育体制に関して、石川（2010：20-21）は「①演習内容・シラバスとして、現実的には多くの学校ではシラバスのなかに倫理や価値を組み入れているようだが、ソーシャルワーカーにとって最も重要でかつ必要不可欠な倫理や価値が明記されていない。②演習教育の学校間格差やばらつきとして、演習教育を効果的に行うためには、大学の学部・学科内の協力を得つつ、演習教育体制を築く必要があること、教員レベルの一層の向上が課題とする。③学校側の教育の主体性や自律性⁴⁾」として、SW教育において教育機関である大学が抱える課題を明らかにする。石川の主張は極めて現実的な内容であり、納得できる。しかし、これらの指摘を今後、各大学間・大学内において改善していくことは容易なことではない。自由度に乏しい現状（新カリキュラムのもと）で、豊かに倫理・価値の教育を継続すること、さらに各大学が足並みを揃えること・統一化することは困難であろう。米本（1997：67-69）も「第1に、社会福祉系大学の目的に『実践家養成』を明確に掲げることができるか、第2に、『教育現場と福祉現場の関係』の問題」をあげて、「大学は養成学校ではないという古典的な大学像、大学教員のもつ研究者としての側面が切り下げられるという感をもつかもしい⁵⁾」と言及している。

専門性を備えたSWを教育・養成するというテーマを突き付けられて、大学・大学教員は「これまでの大学」を保守するのか、「これからの大学」へ改革を進めるのか、この判断を求められて、大学の存続すら危ぶまれる厳しい現状も踏まえたうえで重大な岐路に立たされているといえるだろう。このように大学における実践に対する考え方・捉え方、理論と実践の関係性について主に現場実習に焦点をあてて論じられ、その重要性を示したものが多く見受けられる。

2. 現場養成の側面

現任教育・研修、実習、大学と現場の連動などに焦点を当てたものが多い。空閑（2009：21）は「資格取得後も実践を通して学び続ける現任研修がどうしても必要⁶⁾として現任教育の重要性を示している。その現任教育に関する目的や意味、方法に関しては以下のような興味深い提言がある。

石川（2009：4）は、現任研修の共通目的として「ソーシャルワークの専門性を改めて獲得する継続的な学習体験をもって、新たな社会福祉課題に対しても果敢に取り組めるような能力を高めていくことである⁷⁾」とし、社会福祉の課題に取り組んでいく能力を現任教育を継続する過程のなかで体得できるとする。この「継続」「体験」が重要であろう。

新保（2009：13-16）は、現任教育としてのフォローアップ研修に関する目的として「新任、新任職員が意欲を持って前向きに業務に取り組むことができるよう支援すること」とし、そのメンタル面の意味と重要性を示している。つまり、「意欲をもって」「前向きに」という姿勢が重要であり、そのためにも勇気づけ・力添えという支援が必要である。さらに「ワークショップ形式、業務の振り返り、経験の共有、先輩職員の参加とサポート」の4点を重視し、新任教育とともに先輩職員のスキルアップにつながることを示している⁸⁾。

田村（2009：30）は、「価値観や自己洞察を経て、現場に見合った働きが具体的な行動を表す」ために不可欠なものとして専門職としての行動指針になることを示したうえで、「現場実習と卒後教育は連動して考えられなければならない⁹⁾」という。これは大学教育と現場教育のつながりが前提となるのであり、「大学教育における現場実習」と「現場養成における現場実践」が一貫した流れの中で、学生・新任SWに向き合っていける体制・システムが構築されうるかが課題である。

さらに堀越（2000：41）は、卒後教育、現任教育、更なる専門性追求のための生涯教育の重

要性をおさえつつ、「わが国では価値についての実証的な研究や教育があまり行われてこなかった」「社会福祉一般知識の習得に終始し、実習教育が非常に貧弱なわが国の教育カリキュラムでは、実践的な価値の学習は望めない」「ソーシャルワーカーが両者とのかかわりの中で果たしている多様な役割と関連し、その理解と習得は…（略）…これらの基礎として人間関係を形成する能力、技能が必要である¹⁰⁾」と、現任教育の課題や問題点について現実を見通しながら鋭く指摘する。SWは、まずもって「人間」であり、人間としての感覚、人間性、人間的な素養が専門職者たる要件の土台になくしてはならない。ここに人間理解・人間教育というSW養成・教育に不可欠な要素が鮮明になってくる。福島（2000：70-72）は、児童養護施設が求める人材として「1. 人権感覚の鋭い職員」「2. 人間関係を豊かに築ける職員」「3. 施設現場で求められる専門性¹¹⁾」の3点を挙げているが、これらは児童養護施設のみならず、各領域の社会福祉現場に通じる重要な指摘である。

このように現任研修・教育は専門性を改めて確認し、獲得する手段であり、必要不可欠な試みである。現任教育には意欲を維持・向上させ、専門職としての行動規範を得ることができるといった「専門職であり続けることの意味」も含まれる。ただここには大学の現場実習から卒後の一貫した養成が必要である指摘もあるように、現場のみで単独で行うものではなく、大学との一貫した連動や協働の必要性と共に論じられている。

3. 大学と現場の養成の両側面

実際の協働に関する報告は少ない。例えば、北海道医療ソーシャルワーカー協会は養成校側と実習検討委員会を立ち上げ、実習報告会および意見交換会が実施されてきたことが報告されている。そこでは現場MSW・大学養成校教員・学生で構成するメンバーにより、実習内容と指導方法の共有が図られ・深めあうことができている¹²⁾。

以上のように、先行研究においては多くの提言や研究が存在している。そこには大学教育における現場実習を中心とした実践の視点の必要性、現任教育における重要性和大学教育との連動性に関する視座があり、本研究の目指すべきところである「SW 養成の協働」に関する極めて現実的な指摘を多数確認できる。ただその内容の多くは、SW 養成の大学・現場双方の協働の方法論の確立を提言するものよりも、むしろ現状のあり方や欠点・欠陥を挙げて今後見直すべきことを指摘するものである。

VI. 問題点の整理と検討

～現状把握を通して～

【ステップ① 問題の抽出】

本研究における【ステップ① 問題の抽出】の段階として、大学、現場、および双方における問題点を整理し、検討する。

1. 大学における問題点

1) カリキュラムの問題

大学は、新カリキュラムのもとで指定科目履修と現場実習・実習指導・演習などの SW 養成教育を提供する一方で、社会福祉士を目指す学生の生活や心身のゆとりが不足し、大学での自由な学びも減少する傾向がある。さらに社会福祉士の合格者数・合格率に重点をおくことにもなる。そのため対人援助の専門職養成教育の基礎・土台となる「価値と倫理」「当事者の生活や人生の理解」などの「人間教育」に、各大学独自の手法・教育方法をもって、時間をかけて取り組むことが難しくなる。

2) 教育の視点～当事者性の視点の不足～

SW 専門職教育においては、対人援助の知識と技術を習得・体得に向けて、これまでは専門職者側の視点からの教育・教育プログラムが施されてきた。対人援助関係における対応力や実践力を身につけるためには、これまでの立場性や視点を改めてみる・変えてみるという学びの姿勢も重要であろう。そしてそれらを修得でき

る教育プログラムも必要ではないだろうか。当事者と向かい合う援助者としては、自分のあり方や姿勢について見つめ続けることも求められる。

2. 現場における問題点

1) 「大学教育における理論」と「現場教育における実践」が未統合の問題

新任 SW は、大学で学んだ学問としての社会福祉の理解はあっても、そこに実践感覚が伴わない。大学と現場は別物という理解のもと、大学で学んだことは横においておき、現場で改めて一から学び直す状況がある。専門職とは、理論をベースに一定の効果のある方法論を展開しなければならず、この方法における実践は非専門的な単なる行為ともいえる。

また経験を積んだ MSW においても、経験をよりどころにした主観に基づいた援助方法に偏る傾向がある。経験が理論に則っているとは言いきれず、所属機関の命題や業務の効率的に主眼が置かれた方法論に陥る可能性もある。これに関しても社会福祉の視点に必ずしも立脚されたものではなく、支援の効果という側面で考えるとその結果は乏しいものとなる。

2) 現場における一貫した養成方法の未確立の問題

現場における指導・養成においては、各機関においてその指導方針や方法、質に格差がある。卒後の実践教育は現場に一任されるため、SW の育ち方が各現場次第となってしまう。このことは結果的に標準的・基本的な支援が提供できなくなり、支援の質の低下にもつながりかねない。

3) 支援の評価と改善を図る体制の不備の問題

現場では実践で起こる支援上の問題や課題を正しく評価し、その上で質的向上を図り、実践力をつけるといった体制や方法論が乏しい。これは前述した養成方法の未確立同様、現場において評価・改善する機能の脆弱さの問題である。

4) 職場以外でのフォローアップの不十分

新任 SW の多くは、支援に対する悩みや不安、

不満を抱えながら支援にあたっている。しかし、場合によっては、閉鎖された職場環境の中でこの問題を表出しにくい状況もある。この問題を解消しなければ、精神的な問題の発生、意欲・モチベーションの減退、離職にもつながる。そこで職場以外の場面で感情を吐き出せる場の設定が必要である。それは単なるはけ口ではなく、吐き出したものを整理でき、道筋を与えるものでなければならない。

5) SWのアイデンティティに関する自己表現能力の不足

現場におけるSWの業務は、SWが所属する機関に正しく理解されていない状況もある。間違った理解を是正しなければ、SWの専門性、価値などを活用した業務が展開できなくなり、SWの存在の危機状態に陥る。SWのアイデンティティの自己表現・主張を正確に社会的にも所属機関にも提示・主張していくことが求められるが、現場においてこの能力を向上するためのノウハウは乏しい。

6) 社会福祉士のバックグラウンドの違い

現在、社会福祉士国家試験の受験資格においては様々なルートが用意されている。社会福祉士という専門職は、養成機関における資格取得のカリキュラムだけではなく、価値や倫理、理論といった社会福祉全体の教育から育てられる。様々な資格取得のルートの存在が、社会福祉士になる人材の質の相違を生じさせている。

3. 大学と現場の双方における問題点

1) 現場との交流・意思疎通の不足

(1) 大学と現場の相互理解の不足

実践は理論を援用・展開しなければ一定の効果のある実践となりえない。そのため理論と実践は一体のものでなければならない。しかし、現在の大学における教育は「大学」という教育機関の意義や位置づけからも、必ずしも実践を前提となる教育プログラムを提供できる状況には至っていない。一方、現場においても理論を重視できていない側面があり、SWが教育機関である大学から理論を学んでいく体制が不十分

である。

(2) 当事者ニーズ充足のための法制度サービス理解の不足

社会保障論や公的扶助論などの講義科目において法制度サービスを学ぶことができるが、現場での実践に十分に活かされていない現状もある。当事者のQOLの向上のために、SWは一人ひとりの当事者のニーズの発掘と理解から必要な法制度サービスを見極めて、どのような方法・手続き・タイミングでマッチングさせていくのかについて、具体的な対応ができていないケースもあり、机上の空論となるおそれもある。

(3) 現場中心の研修等における科学的視点の不足

現場の実践に指針を与える試みとして、職能団体が提供する研修や各地域で行う研究会は多い。これらの取り組みは、現場で悩みや不安を抱えるSWにとって実践の道筋や方向性を示す重要な機会であり、明日への実践の活力ともなっている。しかし、これらの研修や研究会は実践者であるSW中心の取り組みが多く、ここに大学教員の見識を融合することにより、実践を違う切り口から整理でき、ミクロからマクロへの広域な視点や科学的な視点が付加される。

2) 現場実習における養成教育システムの不備

(1) 現場実習における相互理解の不足

実習教育には、大学での教育をどのように当事者に援用するか、という学びのテーマがある。しかし、現場と大学に共通認識と相互理解の姿勢がなければ、現場実習において的確な指導ができなくなる。現場・現場実習指導者は実習前に大学での学びを十分に確認・理解する機会は少なく、一方で大学・大学教員も実習教育プログラムの多くを現場に任せている現状もある。

(2) 現場実習における指導と評価基準

「大学での実習指導」と「現場での実習指導」に共有と協調が不足すると、実習生がジレンマを抱えることにもなる。現場実習における評価についても、各実践現場で評価基準が統一されていないこともある。現場によっては、その評価基準が社会福祉学の知識・技術・価値といっ

た重要項目に立脚していないこともあり、実習生の人間性や熱意を中心に評価している状況もある。こうした指導と評価基準の状況では意味・意義ある現場実習にはならないばかりでなく、将来 SW を目指す実習生に本質的な養成教育を提供することができないことになる。

Ⅶ. 研究の意義と今後の展開

【ステップ② 問題の検証】

【ステップ③ SW 養成システムの構築】

本研究は、現場と大学における協働した SW 養成システムの構築を目指す。すなわち、「現場における SW の資質」と「大学教育における当事者の視点」の両側面を明らかにすることから、人間教育の本質と方法論を探究する。以下の2点が、今後、本研究を進めていく上で、【ステップ② 問題の検証】の段階にあたる。

第一に、SW の資質の側面においては、いわゆる「ベテラン SW」（実務経験10年以上）に関する質的調査を対象者100名に対して行う。SW のライフコースから人を感じる・理解することに影響がある経験・体験、人間関係をくみ上げ、専門職の人間性を探る試みである。

第二に、当事者側の視点の側面においては、「対人援助とは何か」というテーマを深めるために、当事者性・当事者の援助について根源的に理解できる調査研究、当事者同士の語り合いの場面における質的調査を行う。また学生たちがこれら調査に参画することにより、学生への養成教育のあり方の探究にもつなげる。つまり、これまでの専門職者側の視点からの教育ではなく、援助を受ける当事者の側に立った視点からソーシャルワークを再考するものである。

上記の【ステップ② 問題の検証】を受けて、本研究の意義、研究モデルの今後の展開として【ステップ③ SW 養成システムの構築】を次のように位置づけている。

「SW への質的調査」と「当事者への質的調査」から得られた研究成果が一つの新しい知見として証明され、教育や養成の一手法として活

用されることを目指す。つまり、調査研究の結果を教育と実践の現場における人間教育にフィードバックさせることである。そのためには今後とも本研究を定期的に継続することにより、具体化・現実化・精度アップを図り、研究方法・研究成果にさらなる科学性・普遍性を追究していかなければならない。加えて、導き出された研究成果・知見の実践教育へのフィードバックと現実化に向けて、SW の教育や養成の方法論・システム・環境を整備しておくことが求められる。

Ⅷ. 考察

以上のように、SW の養成の過程において様々な問題・課題が生じている。これは本来あるべき「連携や協働のシステム」が分断されている現状に起因している。図4で示すように、養成が大学から現場へ一貫・連動していないこと、さらに大学での専門教育に実践者や現場の参画不足、現場での実践教育に大学教員の参画不足が挙げられる。実践力ある SW の養成を行うためには、次の3点が重要である。

- ① 大学教育から現場教育への養成の過程が途切れることなく連続・継続して実施されることである。そこには大学と現場の双方に共有できる養成に関する考え方がなくてはならない。
- ② 大学教育における実践的視点、現場における理論的視点の存在である。つまり、大学—理論、現場—実践という関係性をクロスしたスタイル・視点も存在することであり、大学と現場が互いを尊重しあえる関係性、互いから学びあえる関係性が存在することである。そうした関係性・環境の中で SW の原石たる学生が養成・教育を受けることである。
- ③ 当事者を感じ・価値観に向き合い・理解するという人間教育を通して、実践力のある SW を養成することである。人間理解という根本的なテーマがここにある。

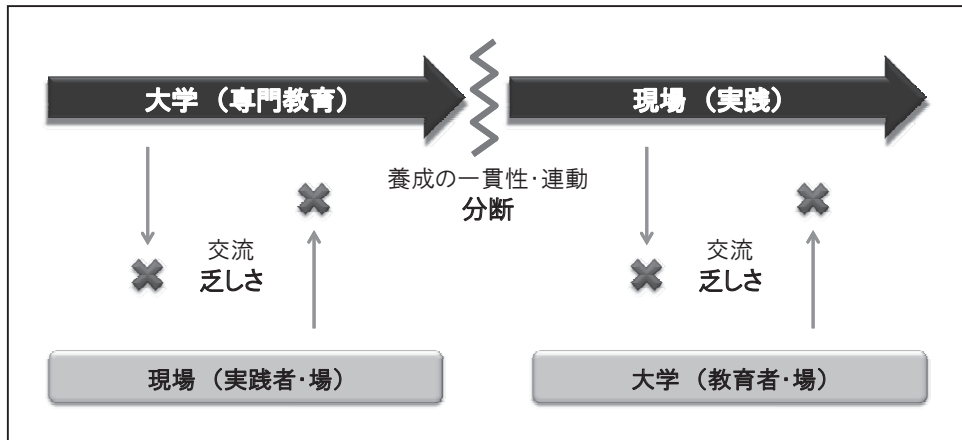


図4 大学・現場の問題点

そこで図5に示したように大学教育の観点と現場養成の観点からSW養成システムを検討していく。そのSW養成期間は「大学4年間+現場4年間」の8年間とする。さらに実践力あるSW養成においては、次の2つの養成上の観点がある。

第一は、大学教育の観点であり、当事者性を理解・尊重することや学問や理論を実践に援用する実践者の立場性を重視することを目指す。現場のMSWが大学教育に「実践」という視点で協働し、当事者性を理解・尊重、学問や理論を実践に援用する実践者の立場性を重視する。

第二は、現場養成の観点であり、実践の意味を整理するためにも大学における「卒後教育」

の検討を行う。その中には切れ目のない連動したSW養成の過程、その共通したSW養成の方向性を考える。実践力がある実践者の養成には、当事者を感じ・価値観に向き合い・理解するという人間教育が根底になくてはならない。

そして、この協働システム構築のベースには、「実践力あるSW」の養成に重要である「人間教育」に焦点をあてた養成方法論を検討する。

IX. 今後の調査研究・教育実践の課題

1. 今後の調査研究上の課題

調査研究における限界としては、以下の3点があげられる。

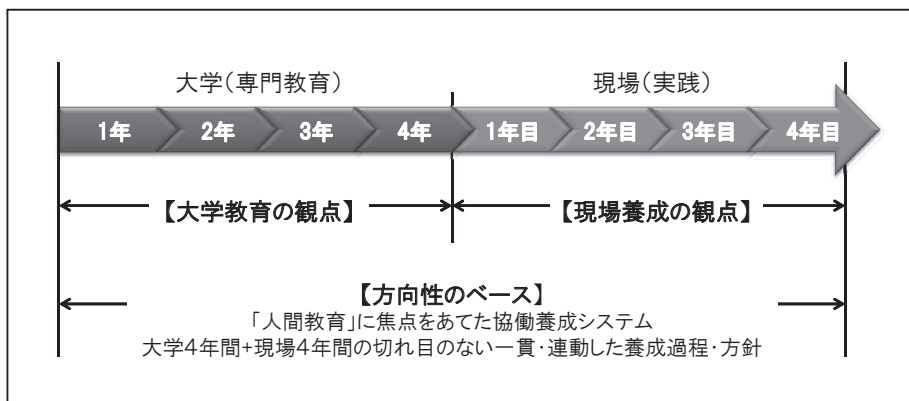


図5 養成の方向性

第一に、本研究の調査を担当する者の質的調査に関する理解と能力の差が調査を左右する可能性があると考えられる。

第二に、業務内容、多忙さ、組織環境・状況により、調査研究の成果が現場において生かされるかは不確かである。そのためより活用されやすい養成システムを構築することが求められる。

第三に、各領域（調査の対象領域は、医療、障害、高齢者、児童、公的扶助、地域福祉を想定）のソーシャルワーカー100名に対する調査に関しては、所属する領域の対象者となる当事者の特性が異なるため、SWの当事者への向き合い方に相違点があるだろう。そのため共通した当事者への視点と、その特性のある向き合い方を区別して整理する必要がある。

2. 今後の教育実践上の課題

今後の教育上の課題としては、以下の3点があげられる。

第一に、調査対象者がそれまでの人生について語る内容に関して、それまでの人生について聴き取る際に、事実とその対象者の事実の捉え方（主観）を整理して把握する工夫が必要となる。

第二に、調査研究によって「SW養成の方法論」は比較的短期間で見出せるであろうが、「SW養成のシステム」を大学あるいは現場にフィードバックし、SW養成に活用・評価できるまでには長期間を要する。

第三に、調査研究の成果を大学・現場へのフィードバックする方法の課題である。本研究は、調査研究にとどまらず、得られた結果からSW養成システムを構築し、実践力あるSWを養成することに狙いがあるからである。

【引用文献】

- 1) Louise C. Johnson, Stephen J. Yanca (2001) Social Work Practice: A Generalist Approach, 7th Edition.,

Allyn & Bacon. (=2004, 山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房, 128頁.)

- 2) 石川久展 (2010) 「ソーシャルワーカー養成と演習教育」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 36-2, 22頁.
- 3) 北本佳子 (2010) 「実践現場におけるソーシャルワーク演習」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 36-2, 43頁.
- 4) 石川久展 (2010) 「ソーシャルワーカー養成と演習教育」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 36-2, 20-21頁.
- 5) 米本秀仁 (1997) 「社会福祉専門教育の課題—教育現場と福祉現場の連携—」『社会福祉研究』鉄道弘済会, 第69号, 67-69頁.
- 6) 空閑浩人 (2009) 「ソーシャルワークの基本的スキルの向上と現任研修」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 35-1, 21頁.
- 7) 石川到覚 (2009) 「ソーシャルワークと現任研修」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 35-1, 4頁.
- 8) 新保美香 (2009) 「現認研修プログラムのあり方について」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 35-1, 13-16頁.
- 9) 田村綾子 (2009) 「福祉人材と研修制度」『ソーシャルワーク研究』相川書房, 35-1, 30頁.
- 10) 堀越由紀子 (2000) 「資格取得後ないし現任者となつてからの継続研修」『社会福祉研究』鉄道弘済会, 第77号, 41頁.
- 11) 福島一雄 (2000) 「児童養護施設が求めている人材」『社会福祉研究』鉄道弘済会, 第77号, 70-72頁.

【参考文献】

- 12) 永野なおみ他 (2007) 「医療ソーシャルワーカー養成教育の現状と課題 (第4報)」『医療と福祉』日本医療社会福祉協会, No.82 Vol.41-No.1, 49-51頁.

Training of social workers with practical skills based on human education
—Introduction to the integration of social worker training—

Hajime Azusagawa, Kazuhiro Mantani

KWANSEI GAKUIN UNIVERSITY School of Human Welfare Studies
Hospital Organization Osaka Minami Medical Center

This study aims to construct a cooperative system for training social workers with practical skills between “university institutions in research and education” and “field of practice in human services”. In this study, we extract the problems of training in the training field and university education, and discuss the problems to find the training principles and methodology. Training period was set for eight years; four years in the field and four years at the university. It aims to consider a common and continuous training process. An essential part of the study is to “feel the client, and to face and understand the values of the client”. In other words, the study focuses on the human education.

Key words: human education, practical skills, cooperatively system training

〔論文〕

高次脳機能障害者家族の介護負担感に関する研究 ～高次脳機能障害者の親へのインタビュー調査より～

瀧澤 学*

Key words : 高次脳機能障害, インタビュー調査, ナラティブリサーチ, 介護負担

I. はじめに

高次脳機能障害者は、脳損傷に伴う認知機能低下や社会的行動障害に起因した生活障害により、日常生活から社会参加に至る幅広い生活課題が生じている。この障害は外見からは見えづらく、分かりづらいため、障害福祉サービスにつながりづらい谷間の障害とも呼ばれており、当事者は障害に気づかずに、漠然とした不全感を抱えたまま生活していることもある。また、当事者と共に生活する家族の負担感も強く、高次脳機能障害に気づかずに生活を行う当事者に対して、家族がその症状を理解しつつ、根気強く共に生活していくことが要される（東川 2007, 細見 2008 : 10-13）。

高次脳機能障害者家族の介護負担について、赤松（2003 : 45-54）は量的調査の側面より否定的感情、社会生活の制限、情緒的圧迫感、介護意欲という4つの側面から構成されており、さらにこれらの構造は痴呆性高齢者の介護負担の構造と一部相似しているとした。白山（2010 : 29-38）は、高次脳機能障害者家族へ介護負担尺度、自己評価式抑うつ尺度、健康関連 QOL 尺度を用いた構造化面接調査を行った結果、その介護負担の総量は認知症家族と近似し、要介

護高齢者家族に対して30～60%大きく、うつ傾向が認められる家族は56.7%存在し、介護負担感増大、精神健康の低下との関連が認められ、その要因は当事者の社会的行動障害が影響している、と述べている。鈴木（2010 : 20-26）らは、家族へのアンケート調査より、当事者と家族双方にとってストレスを生じない関係の再構築、他者との関わりに影響を及ぼす日常生活の介助方法指導、介護を維持する体調管理が必要であり、介護生活が始まる初期段階からの援助が重要としている。これらより、高次脳機能障害者家族の負担感については、量的研究の側面より認知症高齢者の介護負担に相似しており、社会的行動障害への対応、本人と家族双方の関係の再構築、介護生活初期段階からの介入の必要性が確認されている。

Jumisko（2007 : 353-369）らは、中重度脳損傷者家族へのインタビュー調査より、突然の事故に遭遇した家族が、当事者の人格変化の理解への苦慮、絶えず看視が必要な状態の負担感、身内や専門職に相談できない場合の孤独感を抱いていることを見出し、脳損傷者を抱える家族関係の変化を支援者が理解することの重要性を指摘している。Pomsford（2000）は、脳外傷者のへ支援者、意志決定者、ケア実行者として

*Gaku Takizawa : 神奈川リハビリテーション病院 医療福祉総合相談室

厳しい役割を与えられた家族が、急性期、リハビリテーション期、その後を通して、支援され、援助を受けることが必要としている。あるいは、高次脳機能障害者家族からの発信として、家族会会員が様々な紙面に現状を述べているが、国内において家族の介護負担の内実について調査を行ったものは少ない。

本調査では、高次脳機能障害者家族へのインタビュー調査を通して、具体的な介護負担の実態や対応方法を検討することを目的とした。

II. 調査および分析方法

調査対象は、脳外傷者家族会に所属する高次脳機能障害者家族7名（母親6名、父親1名）であり、当事者の受傷からの経過年数は平均8.7年（3～16年）、性別は全員男性、受傷原因は脳外傷（自動車事故4名、自転車転倒1名、転倒1名、クラブ活動中の事故1名）、受傷時の当事者の属性として学生3名、社会人4名、受傷年齢は平均22.8歳（受傷年齢は15～30歳）、調査期間は平成21年2月から8月であった。

インタビュー調査について、調査対象者に半構造化した質問を行い、それらをICレコーダーに録音したものを逐語録とした。インタビュー時間は合計436分（51分～82分、平均62分）、文字数は合計150,543文字であった。

インタビューでは、受傷から現在までの経過での具体的な介護負担や心境を聞き取る中で、先行研究で確認された「(自分の時間がない、社会参加できない等)日常生活への支障」「(本人に腹が立つ、気が休まらない等)否定的環境」「(本人からの依存や過度な要求等)情緒的圧迫」「(もっとがんばって介護ができる等)介護意欲」の有無についても確認しつつ実施した。

分析方法は、ナラティブリサーチ (Narrative Research) (Amia Lieblich 他：1997) における全体的形式分析 (Holistic analysis of form) と全体的内容視点分析 (Holistic content perspective) を行い、それぞれの語りの時間経過に基づいた内容分析を行った。続いて、ナラティブリサーチで見出された主要なエピソードについて、コーディングを行い、コードとして抽出した。抽出されたコードは、それぞれの関係性を確認しつつ、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーと収束させ、最終的に結果図として示した。

なお、本研究は高次脳機能障害者家族の、受傷からの時間経過に伴った本人との関係性や具体的な介護負担および対応方法を明らかにすることを目的としている。当初ストラウスコービン版GTAによって分析を行ったが、時間経過で変化していく本人の認知面の障害や不適応行動と、対応する家族の様態の表現が困難であっ

表1 インタビュー対象者の属性

	話手	原因	受傷時年齢	経過年数	受傷時属性	インタビュー時間	字数	Holistic content
1	母	交通事故	23	6	学生	56”32	22,554	変化 変わる
2	父	転倒	26	13	社会人	51”17	17,049	手に余る
3	母	交通事故	25	16	社会人	1’08”17	21,634	諦観
4	母	交通事故	26	8	社会人	52”47	22,816	元々の性格の増幅と先鋭化
5	母	クラブ中の事故	15	5	学生	1’21”55	27,440	家族で支える
6	母	自転車転倒	18	10	学生	1’00”05	23,754	元通りに・良くなって欲しい
7	母	交通事故	25	3	社会人	47”40	15,296	困憊の連続

た。そこで、プロセス生成を目的としたGTA等よりも、時間軸を重視しているナラティブサーチで全体性を把握した後に、コーディングからカテゴリ生成を行う分析手法が適していると判断して、採用した。

抽出されたコードは284個、生成されたサブカテゴリは59個、カテゴリは25個、コアカテゴリは8個であった。また、分析過程でのカテゴリ構成において発言者に偏りがなく、発言者とカテゴリ名をクロス表に記載して確認するとともに、結果については家族会員に報告を行い、助言を仰いだ。

倫理的配慮として、調査対象者に書面と口頭によって調査目的、使用の範囲、プライバシーの遵守、使用を辞退する権利、について説明を行い、同意書に署名をいただいた。

Ⅲ. 結果

分析より「高次脳機能障害者の状態と生活課題の変化に向き合う生活」の結果図が生成され

た。家族は、受傷後の本人に病院内で付き添うなかでの〈入院期の揺れ動く心境〉を経験していた。退院後の在宅生活では、高次脳機能障害に起因した生活障害や回復に伴う行動障害の変化と本人の不全感の増幅といった〈本人の状態と生活課題の変化〉が生じ、そのように変化していく本人を支えていくための〈変化する本人に即した対応〉を模索していた。また、本人の行動障害等に伴う〈家族との関係〉の変化も見られ、その結果、本人と家族の相互の負担感を軽減するために〈本人との物理的距離〉を置く対応をとっていた。さらに就労や社会参加した後も続く〈就労と支え〉や〈将来への不安と見守り〉を余儀なくされていた。そのような受傷発症から先が見えない生活が続き家族が〈他家族や周囲からの支えと情報提供〉を受けることで、ピアサポートや必要な情報提供を受けていた。以下、コアカテゴリの説明を行う。なお、文中での記号は〈コアカテゴリ〉【カテゴリ】「引用」を指している。

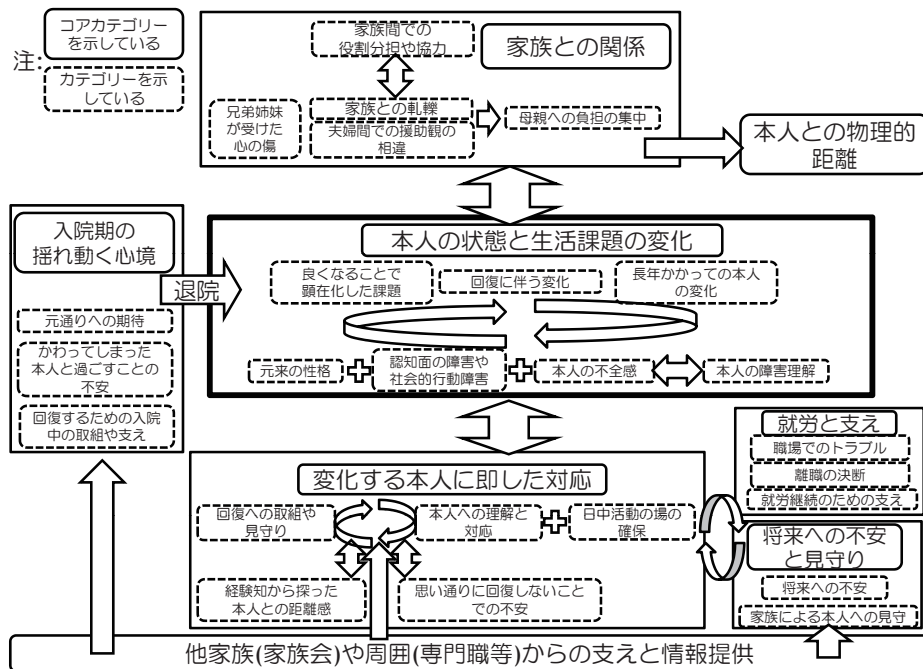


図1 結果図『高次脳機能障害者の状態と生活課題の変化に向き合う生活』

1. 入院期の揺れ動く心境

入院中、医師からの予後予測として行動障害、認知面の障害、高次脳機能障害等の指摘がされていた。家族は、ベッド上で横たわる本人に対して、いたたまれない思いとともに、【元通りへの期待】も抱いていた。しかし、回復することで「食べるから、『あー、食べるようになった。元気になった』って喜んで甘いものとか差し入れたんですけど（止まらなくなり）、どうもそれが抑制がきかない状態だったみたいですね」のように、認知面の課題がみられるようになっていく。さらに、「退院してきたときに、この状態で退院しても、困るって。家の中に閉じ込めておくわけにもいかないし。『え？どうすればいいの？』という感じだった」のように、【かわってしまった本人と過ごす事の不安】を抱いていた。

そのような期待と不安が折り重なったなかでも、本人の体をさする、刺激をする、不安げなときには声をかける、散歩に行く等、家族は【回復するための入院中の取り組みや支え】を続けていた。

2. 本人の状態と生活課題の変化

退院後に在宅生活へと移行する中で、「退院当初はボーッとしていることが多かった本人が、徐々に苛つく姿が見られるようになる」「歩行が出来るようになり、動けるようになったが故に一人で外出してしまう」のように【良くなることで顕在化した課題】が見られるようになった。それらが、「2年経過して居眠りや時間に遅れることが改善された」「毎日繰り返すことによって家庭での役割分担を覚えて、こなせる様になった」「落ち着いて外に出られるようになった」など時間経過の中で良い変化が見られることもあったが、「イラツキはおさまったが、甘えが顕著になった」など、一つの課題が改善すると新たな課題が生じるといった【回復に伴う変化】が生じた。さらに、「検査結果に変化はないが、出来ることは増えている」「(受傷から3年後の)高校時代のエピソードを数年後(さ

らに3年後)に思い出す」のように【長年かかったの本人の変化】を家族は見いだしていた。このように、時間経過とともに、本人は回復していくが、それに伴って良い変化と思わしくない変化がみられていた。

家族はそれらの変化について「(金遣いが荒く)受傷前と同じ金銭感覚だ」「(相変わらず)束縛を嫌う性格だ」等と【元来の性格】が残っているのだと思う反面、「余計頑固になった」「(非常識な振る舞いの人を見ると注意したくなる)正義感の溢れ」「(自分のことは自分で決めると言い張り)他者の助言を聞かない」などの増幅された【元来の性格】と理解することもあった。生活場面では「イラツキが押さえられない」「家族との言い争いを繰り返してしまう」のように些細なことからのイラツキが続き、その要因としては会話や事象を本人なりに解釈することをあげていた。また、「気になることがあると眠れない」などより「昼夜逆転の生活」となり生活リズムの乱れに至る、「会話が理解できない」「声をかけないと行動できない」「夜中に大音量でTVを見ている」「疲労によって表情が硬くなる」「課題が続けられない」「(見当識障害によって)自分の居場所が分からない」「電話の相手を覚えていられない」「(日中)強い睡魔に襲われる」など注意・記憶・疲労の課題も見られ、それら【認知面の障害や社会的行動障害】に家族は悩まされた。

さらに回復した本人は現実と直面することで「一般就労出来ないことへの焦り」を感じるが、「障害者職業訓練では自分のやりたいことが見いだせない」充足感のなさや、「周囲から理解されないことでの苦悩」といった【本人の不安全感】を抱えつつ過ごしている様子が見られた。しかし、「診断評価によつての障害理解が始まる」「(人に触られるのが不快になったなど)事故前との変化を理解」する、診断評価や体験を通して現実と向き合うなかで「自分のおかれた状況の理解」をしていき、「自分の頭には曇りガラスがかかっている」「障害故に暴力をふるったことへの反省の弁」等を述べるようになり【本

人の障害理解】は促進され、【本人の不全感】が軽減された。

高次脳機能障害者の受傷前後の変化について、高次脳機能障害に伴う【認知面の障害や社会的行動障害】の症状と【元来の性格】の見分けは非常に難しい。さらに、回復した本人が現実と直面することで【本人の不全感】を抱くことで、課題は複雑さを増すが、【本人の障害理解】が進むことで、不全感は軽減される。そられに加え、時間経過の中で、【良くなることで顕在化した課題】【回復に伴う変化】【長年かかっていた本人の変化】の通り、本人の状態は変化していく。これらが複雑に絡み合うことが、高次脳機能障害の分かりづらさを助長していると考えた。

3. 家族との関係

本人がイライラして怒る等の行動が見られた場合に【家族との軋轢】が生じた。その際には父親が、本人とのつきあい方に悩む、本人と距離を置く、なかなか本人の障害を認められずに精神面のバランスを崩して精神安定剤を服薬するといった体験が語られた。また、不適応行動を繰り返す本人に、暴れる本人を制止する、障害と善悪は別として毅然と対応する等のことを繰り返すことで、兄弟間でも軋轢が生じていた。

兄弟（姉妹）は、同胞が大きな怪我をしたことに【兄弟姉妹が受けた心の傷】を負っており、「（兄弟姉妹は）大学生だから大丈夫だろう」と思っていると、両親も気づかない間に留年や引きこもり状態になっている家庭があった。しかし、事故前同様のつきあいが出来ている家庭や、兄の事故をきっかけに医療従事者を志した弟もおり、兄弟による同胞の事故からの乗り越え方は多様な様相があると推察された。

あるいは、本人に対して【夫婦間での援助観の相違】が見られる、本人への対応や手続きを母親が行う、家庭内で逃げ場がなくなるなど【母親への負担の集中】が見られることがしばしばあった。そのような母の負担軽減に対して、家事を手伝う、本人が我慢できたときは皆で褒め、失敗したときには家族間で情報を共有するなど

によって支え合っていた。また、休日には父親が本人の対応をする、家庭のことは難しいが自動車保険等の保険関係の処理を父親が行う【家族間での役割分担や協力】によって母親に偏りがちな負担を軽減することもあった。

4. 変化する本人に即した対応

退院当初、家族は本人の日常生活や移動能力の確認と支援の必要性の見極めをしていた。その上で、徘徊等があれば見守り、家事等の手伝いが可能であればハビリの目的もかねて取り組んでいった。その中で、本人が思いを表現できる場面設定をしていた家族もいた。そのような【回復への取り組みや見守り】を行う中で、繰り返すことで家庭内の役割を覚えていく、通学することで体力が回復することが確認された。

本人に関わる際には、あえてトラブルになるような会話を行わずに、適切な距離を保つような対応方法を選択する必要がある。家族は、高次脳機能障害について本人の失敗やトラブルなどのエピソードを通して認知面の障害に気づいていた。それらは医学書や専門書に書いてあるものではなく、【本人への理解と対応】をテラーメイドで築いていく必要性があった。

このような本人への対応について、今まで障害児者に関わった経験から、本人が怒らないような距離を模索する、納得できるまで口出しをせずに見守る【経験知から探った本人との距離感】をとった家族がいた。しかし、そのような家族は多くはなく、元通りにならない本人に苛立つ、本人に出来ない事を注意してしまう様に【思い通りに回復しないことでの不安】を感じる事もあった。それらと共に、本人が社会と接する場所として日中活動先を探するなど【日中活動の場の確保】を模索していた。

5. 本人との物理的距離

本人と家族間でトラブルが積み重なる事で次第に溝が深まったが、本人が居場所のない自宅を出て単身生活をする事によって本人の生活が安定し、家族も適度な距離を保てることで気

楽に関われるようになり負担が軽減する場合があった。また「家族が外出することで切り替えの時間が持てる」「ストレス解消が図れる」との話も聞かれ、〈本人との物理的距離〉をとる事で本人と家族双方に利点が見られた。

6. 就労と支え

受傷後、本人の障害認識がないまま復職をしてしまい、ミスや欠勤といった【職場でのトラブル】を重ね、対応に苦慮した職場から苦情の連絡が入る場合もあった。また、一旦は復職に挑戦するが、職務遂行の難しさを認識した本人が自ら【離職の決断】をすることもあり、さらに職探しと離職を繰り返す人もいた。

あるいは、新規就労した後も、仕事を任された、外された、配置転換や人事異動で職場環境がかわったことに動揺する本人へのフォローアップや、障害特性上は難しいと思われる部署での業務を任されてミスをしてしまい苦労している等【職場でのトラブル】を抱えていた。このように就労がゴールではなく、家族による【就労継続のための支え】が必要とされていた。

7. 将来への不安と見守り

家族は本人を支えるとともに、当事者の今後や将来展望についても思案している。しかし「現状の生活の中では就労等の展開が見えてこない」「生活の中での（飲酒等の）失敗がいつまで続くのか」「結婚は難しく生涯一人で生きていくことになるが親亡き後はどうすればよいか」といった【将来への不安】を抱えていた。あるいは、知人からの金銭搾取やマルチ商法と契約してしまうこともあり、それらから本人を保護するために【家族による本人への見守り】も必要であった。

8. 他家族や周囲からの支えと情報提供

家族が最初に困ることは、高次脳機能障害に関する情報が少ないことである。そのような最中で「頭に傷を受けたことによって、どうして、そういうふうになるかっていうことが、1つ

疑問としてあったと思うんですね、当時。そういうものを何とか究明したいっていうのが、やっぱり家族会につながったことだと思うんですけど。今になって思えば、いろんな方法を探り歩いていたという状態の中で」のように、情報の入手元として、家族会に辿り着いていた。

入院中の家族は、同じ境遇を体験した他の家族と「今はどうしているか尋ねたら『今、お勤めしている』とか『今、こうしているよ』って、10年選手のお母様たちがご自身のお子さん語る時に、良い方向に行っているんですよ。皆さん。だから、私はそれですごく希望が持てた。」といった先の見通しや希望ができる会話をする事で落ち着きを保つことが出来た。また、「もう、ほんとに自分の気持ちをわかってくれるということが、どれだけ救われたか、この辛い気持ち、同じような境遇の人たちがいるっていうこと」と感じることで家族会での活動に参加する家族もいた。入院中や子どもが高次脳機能障害であることを知った当初の家族は、初めて耳にする「高次脳機能障害」についての情報を家族会や他の家族から得ていた。それとともに、様々な家族の実情を聞く、思い語る場がある、時間経過の中での当事者の変化を見聞することで、将来の見通しや展望を描いていた。

退院後、家庭や地域で生活する中では、同じ境遇の家族に話を丁寧に聞いてもらう、思い通りにならない不安を理解してもらうことで救われた思いや安心感につながった。また、他家族の様子を聞くことで症状を受け止められる、今後の予測が立つ、イベント等で情報を得ることが出来た等が聞かれた。他方、「（現在の課題や生活背景といった）かたちも違うし、あんまり、よその家に入り込んでも、お互いみんなつらい思いしているから」と他家族と一定の距離を持つ家族もいた。

さらに、時間をかけて社会復帰出来た事例を耳にして、望みを捨てないことにつながっている家族がいた。その反面、他家族も就労している方よりも通所している方が多く、「そのときは（他家族会会員の息子）もまだ働いている状

態ではなかったもので、みなさんお家にいたりとか、作業所に行ったりという状況の中だったので、作業所に通うのはもう必然的に、『あ、別にいいんだな』というふうに思っただけのように「就労できなくてもいいか」と思えるようになる等、負担軽減につながっている場合もあった。

専門職からの助言や協力では、「医師から『5年10年単位で状態が変化する』との助言を受けることで焦る気持ちを抑えることが出来た」「専門職より障害の説明を受けることによって本人が障害理解の入り口に立った」等の言説があった。また、学校関係者に障害を伝えることで、教師や同級生からの支えや配慮を得ることが出来た案件も聞かれた。

このように、家族は受傷発症当初は同じ体験をした家族から話を聞くことで情報を得る、将来展望を描くことで落ち着きを保っていた。しかし、時間経過の中で、より似た症状や社会背景の方からの助言を参考にしていることが推察された。このように、専門職からの助言だけではなく、他家族からのピアサポートや情報提供を受けることも家族を支える重要な支援要因であることが確認された。

IV. 考察

家族は、突然の事故に混乱しながらも「良くなる」ことを信じつつ、病院内で本人の介護にあたっていた。しかし、退院して自宅に戻ると本人の障害に向き合うこととなる。さらに、自宅や地域生活において、主介護者の役割は本人への対応を行うことだけではなく、社会制度の手続き、治療に関する医師からの説明、家族と本人の関係の調整等があり、役割が増えることによって負担感も増幅していく。

そのような生活の中で、本人への対応方法を工夫することで良い変化を導く、家族間で役割分担を行うことで負担感の分散を図る、家族会や支援者からの助言で将来の見通しがつく、社会資源を活用することで本人から離れる時間を作る、によって負担軽減を図っていると考えら

れた。これらの効果と具体的な手法について考察する。

1. 本人への対応方法や関わり方の支援

家庭生活の中で家族は、対人関係の課題によって社会的に孤立する、感情コントロールの困難、記憶障害があることに伴う積み重ねの難しさ等に苦慮していた。大塚（2005：195-207）は自らの体験や多くの当事者・家族のピアサポートの経験を通して「在宅生活にあたっては、その人が何を必要としているのか、それにはどう対応をすべきかを考え、悩むことが対処方法を生み出す」と述べている。さらに「たとえば記憶に問題のある場合は、家の中の動線、ものの配置などの簡素化を試み、要所にメモを貼るなどして、さらに家族全員が処し方を共有することで混乱を避けることが可能となる。別人のように見えても、元々の特性が全く失われているわけではないので、本人にあった方法は家族が見いだすことも多い」としている。さらに、家族が留意すべきこととして「常に一人前の大人として対応することを忘れないようにすることである。おむつ交換、トイレ介助、食事介助と赤ちゃんや幼児のような、生意気盛りの子どものような時期の経過の中で、特に母親は無意識のうちに本人を子ども扱いしがちだが、一人の大人としての対応を心がけなければならない。鈍くなった動作についつい手出し、口出しをして依頼心を植え付けたり、逆に反発を招いたりしかねないので、適切な介助が何より重要となる」と記している。

本調査でも「昼夜逆転で仕事がないときに、父親もよく分かってないから、『おまえの努力が足りない』と言った。たまたま私がそばにいたので、私が後からゴツンってやられたのよ、頭をね。それで、（本人は）2階に上がってっちゃったのね。それで、『ああ、ここまで言うとかつはキレルんだ』って、こっちが学習して、それよりエスカレートすることはなかったのよ。どっちかが避けるからしょうがないじゃないですか。場を外すとか」「他の感情爆発なさる方

たちを見ていましたので、これ以上踏み込むと危険水域に入るぞというのを、こちらも感じるというのかしら、危険水域に入らない工夫はしました」のように本人と適度な距離を置くことの必要性が語られていた。また、『「ゴミ出したあと、新聞取ってきてね』とお願いして。でも、ゴミは出しに行くんだけど、新聞取ってくるのを忘れるということはありません。だから、1度に2つも3つものことはやっぱり最初は無理でしたね。で、徐々に徐々に、ゴミ出したら新聞取ってきてねということだんだん出来るようになってきて。それがもう、毎日の日課になっているので、覚えていったということもありました。』のように当初は難しいことでも、繰り返すことで身につくことがある。さらに、家庭の役割の一翼を担うことも本人が有用感を持つためには大切である。このように、本人の特性に応じた対応方法を模索する中で、本人との適切な距離や接し方が見つかる場合もある。

2. 先の見通しが持てる仕組み作り

家族は病院から退院して、自宅での生活に大きな不安を抱き、生活の中で様々な課題が生じることで戸惑い、対応に苦慮していく。それに対して、家族が安堵するためには、前項のように対応方法を検討するだけでは足りない。「うちは特に長かったですけど。ちょっとしたことで『ブンッ』としたり、家中穴だらけにしたり、物をひっくり返したりとか。警察沙汰になった方もいらっしゃいますし。もの凄いな状態を乗り越えて今がある。だったら、ああ、私も頑張れるって。だから、その中間のひどい時をお聞きするのが私の励みにもなったんですね。そういう子でもこう（働けるように）なるんだっていうのが」「(周囲の) お母様たちが『もう駄目よ。うちの子は』って『もう全然駄目』なんてその当時おっしやったら、私もこんなに頑張れなかったけれども、そのお母様たちが『大丈夫』、励ましてくれたんですよ。『必ず良くなるから』って。『今のままではいけないから』って。だから、私はそれですごく希望が持てた。」のように、

他の家族からの体験を聞くことによって生活に希望が見えた話が聞かれた。また、「そのときは私もう必死だったので、自分のことを聞いてもらった立場だったんですよ。その時の会長さんことも、電話での初対面だったので。でも、よく聞いてくれたなあというのがすごく印象ですね。もう、ほんとに自分の気持ちをわかってくれるということが、どれだけ救われたかな、この辛い気持ちを同じような境遇の人たちがいるって」と同じ体験をした人に、話を聞いてもらうことでの安堵感が述べられている。

高次脳機能障害者生活実態調査(2009)において、家族会の活動が役に立ったと回答したものは76%であり、役に立った場面として、体験の共有・共感74.5%、情報60.3%、学習会57.4%(複数回答)であった。小川(2007:311-314)は、脳外傷者家族会へのフォーカスグループインタビューで示された自助グループのプラスの側面として、①障害を持つ家族の先にある可能性をみる、②話を聞いてもらうことで支えられる、③リハビリテーションに続く道筋が見えてくる、④リハスタッフでは得られない情報が入る、⑤相談をリハ専門職につなぐことがスムーズにできる、⑥この先に何かあったら相談できるという気持ちの中で安心感がある、をあげている。これらより、家族会によりピアサポートや各々の体験を語り合う場、情報の入手元、将来における安心感につながる、といった有用性が確認できる。また、家族同士の関わりのみではなく、専門職が支援方法や制度活用に関する助言を行うことで、先の見通しを持つことができるようになり、家族の安心につながる。

他方、生方(2009:229-233)は「ソーシャルワーカー等の支援者が、社会資源不足により個別支援の継続に行き詰まった際に、家族会を紹介して支援を終了してしまうことは、専門職としての関わりを当事者会・家族会に肩代わりさせてしまう行為であり、避けなければならない」としている。支援者は、当事者会や家族会がピアサポートとして担うことができる支援と、専門職が行う支援の役割分担や見極めについて、

明確なビジョンを持つことが要される。

3. 介護者の負担感を軽減する方策

今回の調査対象者は、受傷した子どもを持つ親であり、主たる介護者は母親の場合が多かった。聞き取りの中で、本人のケアをするだけでなく、治療方針の確認、保険等の手続き、本人と家族や社会との緩衝剤等の役割が増すことで負担感が強くなる事が確認された。

柴本 (2010 : 56-58) は、夫の介護と並行して、様々な社会保障の手続きを行う中で、必要な書類を取り寄せること、依頼すること、記載すること、提出することの煩雑さを記している。大塚は、このような状況について「父親の出番」として、「母親の話をよく聞き、問題点を整理する、労をねぎらい共感する、書類の記入の相談に応じる」をあげている。また「留守番する、可能であれば本人を連れ出し介護者を介護から解放する等、その家族ならではの工夫がある」としている。本調査でも、家族内での役割分担が行われることで、主介護者の負担感が軽減した旨が語られていた。父親も、大塚が述べたようなできる範囲での協力を行うことが必要となる。

さらに上坂 (2010 : 48-52) は、事故後も体力が低下せず、脱抑制等による不適応行動が拡大していく弟に対応する両親の身近にいて「両親のために一番ほしかったものは、弟から離す時間。弟が利用できるショートステイだった」と述べている。ここから、主介護者が当事者と離れる時間を確保することの重要性が確認できる。ただ、当事者が福祉サービス利用を拒む場合、福祉サービス側の受け入れが難しい場合がある。当事者・家族の福祉サービス利用の目的を明確化していく、福祉サービス事業者を利用希望者の特性や対応方法の説明を行う等により、当事者の福祉サービス利用を促進する必要がある。

V. 結論

高次脳機能障害者家族の具体的な介護負担と対応方法を探ることを目的として、高次脳機能障害者家族7名に半構造化したインタビュー調査を行った。収集されたデータは、ナラティブアナリシスによって時間軸に沿ったエピソードを確認した後に、そこで見出されたエピソードをコーディング後にカテゴリーへの収束することで結果図を作成した。

その結果「高次脳機能障害者の状態と生活課題の変化に向き合う生活」が生成された。突然の事故後、家族は元通りへの期待を抱きつつ、回復するための取り組みや支えを続けたが、それと共に変わってしまった本人と過ごすことへの不安を抱いており、そのような入院期の揺れ動く心境を抱きつつ過ごしていた。退院して在宅生活を送る中では、症状が回復するに伴って後遺症による生活課題が顕在化した。その変化について、元来の性格が増幅された面と、後遺症による認知障害や社会的行動障害があった。さらに、うまくいかないことが積み重なることで本人が不全感を抱えるが、専門医療機関等から診断や神経心理学評価を受けることで障害の理解につながることもあった。そのような後遺症に伴う生活課題を抱えた当事者と共に生活する家族に変化が生じ、父親や兄弟との軋轢が生じた。さらに、結果的に本人の対応だけではなく、制度手続き等も母親が担うことにより、母親へ負担が集中する結果になったが、家族間で母親の負担軽減のための役割分担を行うことが有効であった。

本人との具体的な関わりとして、共に外出する、家事を行うといった回復への取り組みや見守りを行っており、その根底には本人との適切な距離感や接し方、さらに回復に伴う変化を理解した上での対応が要された。その中で、障害児者支援に携わった経験から本人との間に適切な距離を保つ家族がいたが、多くの家族は元通り、思い通りにならない本人に苛立ち、思い通りに回復しないことでの不安を抱いていた。

家族間のトラブルが積み重なる場合には、本人が自宅から離れる時間を作る、家族が本人から離れて外出する時間を作り、本人との物理的距離をとることが本人家族共に負担感軽減に有効であった。本人の症状の回復に伴って復職を目指した場合、本人が障害を理解しないままに職場へ行くことでトラブルを重ね、離職の決断をすることがあった。仮に復職や新規就労した場合も、家族が就労継続のために支え続ける必要があった。また、家族は目標にしている就労に結びつかない、飲酒等の失敗が続く等、生活課題がいつまで続くのかという将来への不安を抱えており、また金銭搾取等の被害にあった本人を家族ぐるみで見守り続けることも負わざるを得ない状況であった。

そのような家族を支える要素として、専門職からの助言だけではなく、同じ体験をした家族からのピアサポートが有効であった。ただし、受傷当初は同じ体験をした家族から話を聞くことで将来展望を描くことができれば良かったが、時間経過の中でより相似した体験や社会背景の家族からの情報を参考にしていた。

高次脳機能障害者の症状については、わかりづらく見えづらいうえ、個別性が高く統一した対応方法が存在せずにオーダーメイドの支援や関わりが要される。さらに、時間経過において年単位で症状が変化していくことにより、生活課題も変異することが、対応をより難しくしている。そのような高次脳機能障害者と共に生活していく介護者の負担感を軽減する方策として、家族間で上手な役割分担等ができるような助言をする、福祉サービスを利用することで安心して本人から離れる時間を持つことが有用であると考えた。また、高次脳機能障害支援に携わる専門職は、高次脳機能障害者と共に生活する家族関係が変化していることをとらえると共に、回復に伴う症状や生活課題の変化への介入を行い、今後の見通しを家族に適切に示していくことが肝要とされる。

今後の課題であるが、本調査では家計等の経済的な課題について語られることは少なかった。

調査対象が高次脳機能障害者の親であり、家族が生活に窮するような事態には至っていないことがその要因と思われる。さらに、家族会への未加入者がどのような対処方法を講じているのかについて理解することも、今後の課題である。この部分については、異なる群を対象として、別途調査を行う必要があると考える。

本研究は、2010年度神奈川県高次脳機能障害地域支援推進検討事業として行った。

参考文献

- 赤松昭, 小沢温, 白沢政和 (2003) 「脳損傷による高次脳機能障害者家族の介護負担感の構造」 社会福祉学 44(2), 45-54.
- Amia Lieblich, Rivka Tuval-Mashiach, Tamar Zilber (1998) 「Narrative Research」 1998 Sage Publications, Inc.
- 細見みゑ (2008) 「高次脳機能障害の現状」 リハビリテーション, 503, 10-13.
- Jumisko 他 (2007) 「Living With Moderate or Severe Traumatic Brain Injury」 Journal of Family Nursing 13(3) 353-369.
- 東川悦子：NPO 法人日本脳外傷友の会編 (2007) 「Q&A 脳外傷」 明石書店.
- NPO 法人日本脳外傷友の会 (2009) 「高次脳機能障害者生活実態調査報告書」.
- 大塚由美子：石田暉編 (2005) 「頭部外傷」 医歯薬出版, 195-207.
- 小川喜道 (2007) 「当事者への社会的な支援システムとは」 地域リハビリテーション, Vol.2 No.4, 311-315.
- Ponsford (2000) 「外傷性脳損傷後のリハビリテーション」 西村書店.
- 白山靖彦 (2010) 「高次脳機能障害者家族の介護負担に関する諸相」 社会福祉学 51(1), 29-38.
- 鈴木雄介, 種村留美, 元村直靖 (2010) 「在宅

外傷性脳損傷患者の介護者における精神的健康度と関連要因」厚生指標 57(4), 20-26.
柴本礼 (2010) 「日々コウジ中」主婦の友社, 56-58.
生方克之 (2009) 「当事者会とソーシャルワ-

カー」地域リハビリテーション, Vol.4 No.3, 229-232.
上坂順子：NPO 法人日本脳外傷友の会編 (2010) 「高次脳機能障害とともに」せせらぎ出版, 48-52.

Family Caregiver Burden in Higher Brain Dysfunction
~Interview investigation to family with person of Traumatic Brain Injury~

Gaku Takizawa

Kanagawa Rehabilitation Hospital Social Work Room

The aim of this study was to elucidate the burden experienced by family caregivers of persons with traumatic brain injury (TBI). Seven families were interviewed. Categorical form analysis was used to examine oral narratives. Results showed that caregivers of family members with TBI are facing changing conditions and challenges in their everyday lives. Core categories found include caregivers experiencing “feelings of restlessness” during their family member’s hospitalization; after discharged from the hospital to home, person with TBI faced “changes in everyday lives” such as problems with activities of daily living, as well as, “changes in familial relationships” due to behavioral disorder; to lessen each other’s burden, both sides take on a “physical distance”; family caregivers provide “support aligned with changes experienced by family member with TBI,” and “support for post-employment”; caregivers experience “expectations and worries for the future,” of their family member; and they “receive support and information from other family members and other surrounding people.” Implications include providing support for caregivers for family members with TBI and promote the use of social services so caregivers can take respite without having to worry about their family member’s care. Professionals working with patients with TBI need to pay more attention to the changes in the patient’s family relationships, intervene as the patient recuperates from the illness and experiences changes in daily lives, and provide realistic information to the families on future expectations.

Key words: Higher Brain Dysfunction, Interview, Narrative Research, Caregiver Burden

[論文]

医療ソーシャルワーカーの退院支援実践の評価

山口 麻衣*
 高山 恵理子**
 小原 眞知子***
 高瀬 幸子****

Key words : 退院支援, 評価, 医療ソーシャルワーカー, ソーシャルワーク実践, 根拠に基づく実践 (EBP)

I. はじめに

1. 研究の背景と問題の関心

医療法や介護保険法の改正や在宅ケアへの移行の推進に伴い、保健医療機関における退院支援実践の重要性が高まりつつある。地域連携を目的とした部門の設置など、在宅復帰にむけて病院内で組織的な取り組みがなされるようになってきた。退院支援実践は医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）だけではなく看護師も担当し、連携しながら行う実践である。MSW による退院支援実践はどのような実践なのか、MSW がどのような役割を果たしているかは他者には伝わりにくく、MSW が行う実践を自らどのように評価すべきか、他者からどのように評価されるべきなのか、MSW としての共通認識が十分あるとは言い難い。MSW が行う実践は退院支援に限定されるものではなく多岐にわたるが、退院にかかわる実践は MSW の主たる実践と

位置づけられる。

根拠に基づく実践 (EBP) への関心の高まりとともに、ソーシャルワーク（以下、SW）実践に関しても評価が重視されるようになってきた (Royse & Logan 2010) ことから、MSW の主たる実践である退院支援実践の評価について検討することは今後重要となるであろう。実践者である MSW 自身による評価、患者や他のスタッフによる評価など、評価の主体は複数あり、それらのステークホルダー間で協議の上、多角的に評価がなされるべきである。MSW の SW 実践に対する評価体制が未確立な現状を踏まえ、ここではまず、MSW の行う退院支援実践に対する MSW 自身による評価に焦点をあて、先行研究動向を整理したうえで、MSW の SW 実践として評価すべき点は何かを議論する。

2. 先行研究の動向

海外の研究においては退院支援実践に関連し

*Mai Yamaguchi : ルーテル学院大学 准教授

**Eriko Takayama : 上智大学 准教授

***Machiko Ohara : 東海大学 教授

****Sachiko Takase : 日本福祉大学

た議論は多い (Germain 1985 ; Judd & Sheffield 2010 ; Holliman, Dziegielewski & Datta 2001 ; Egan & Kadushin 1995 ; Preyde, Macaulay & Dingwall 2009など)。たとえば、Judd & Sheffield (2010)は、急性期の病院ソーシャルワーカーの実践を1) 退院計画活動、2) 直接的実践活動、3) エビデンスにもとづく実践、4) 生命倫理関連、5) 所得保障関連に分類したうえで、退院計画活動を①患者・家族が診断・予期する機能レベル・処置・フォローのための計画を理解することの支援、②患者・家族が退院後のケアが受けられるよう個別に手順を示すこと、③不可欠な地域サポートシステムの調整、④患者のリロケーションもしくは他の医療機関への転院に区別し、他職種との連携も関連づけて整理した。Holliman, Dziegielewski & Datta (2001) は退院計画活動指標を開発し、退院計画担当者の主な実践は①アセスメント、②コミュニケーション、③カウンセリング、④調整・照会であり、他部門への連絡なども実践に含め、アドボカシーにかかわる実践などは頻繁には実施していないが重要な活動と位置づけていた。これらの議論は、MSW の行う退院支援実践は、地域や他部門への働きかけも含めて理解されてきたことを示している。また、Egan & Kadushin (1995) は、MSW と看護師の業務を比較し、MSW が実施することが適切なものとして、在宅サービスに対する患者のニーズのアセスメント、患者の家屋の調整、家族への支援、ターミナルな患者への支援など15項目をあげた。MSW と看護師の行う退院支援実践を比較し、MSW が担当するのに適した業務を示した点で、我が国での両専門職の役割分担を検討する際に参考となる。

我が国では、医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省 2002) において、業務の範囲を1) 療養中の心理・社会的問題の解決、調整支援、2) 退院援助、3) 社会復帰援助、4) 受診・受療援助、5) 経済的問題の解決、調整援助、6) 地域活動の6つの領域で区分する。退院援助は「生活と傷病や障害の状況から退院・

退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識や技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、必要に応じた援助を行う」として、①療養の場の確保・在宅サービスの情報提供と調整、②介護保険サービスの利用にむけた相談・調整、③退院後の医療ニーズの把握と資源活用に向けた支援、④患者・家族への心理的サポート、⑤居住環境の整備にむけた支援の5つの援助実践をあげる。この指針における退院援助は、対患者・家族への具体的な退院・退所にむけた個別実践が中心であり、地域への働きかけは区別されている。また、連携などの実践については、他の保健医療スタッフ及び地域関係者との連携として、業務とは切り離れた留意点として示されている。

業務指針においては退院援助として狭義に捉えられていたが、我が国においても、より広義な議論がある。たとえば、大本 (1997) や三毛 (2003) らの研究においては直接患者・家族に対する支援のみではなく、組織や他スタッフとの関連性をも対象としていることが明らかにされている (高山 2011a)。大本 (1997) は、実施が必要と考えられる転院援助項目として、医師への働きかけや転院先の調整なども含む27項目をあげた。我々が本研究に先だって行ったMSW へのフォーカスグループインタビュー (以下、FGI) の結果からも、個別の援助実践だけでなく、院内のスタッフへの働きかけや地域の関連機関への調整やアドボカシーなど、組織や地域・社会への働きかけも広義な意味での退院支援実践として位置付けられることがわかった (小原 2011 ; 高山 2011b ; 山口 2011)。

次に、SW 実践の評価についての研究動向をみると、退院支援実践に限定した研究は少ないが、MSW のコーディネーションに対する評価 (加藤・糟谷・真嶋他 2002)、地域連携におけるMSW 支援の自己評価 (杉崎 2009) などがある。他の領域では、たとえば、地域包括支援センターの社会福祉士の自己評価では、対個人、

対組織、対地域の分類で評価項目が策定されている（社団法人日本社会福祉士会編 2009）。この他、介護支援専門員の自己評価尺度の開発では環境開発も含めた検討がなされ、自己評価得点と介護支援専門員としての経験年数が関連することが示されていた（西村・小原・大和他 2011）。

これらの研究動向をまとめると、既存の研究においては、退院計画、退院支援、退院援助など、組織と MSW の SW 実践をどうとらえるかで定義が異なるが多くの議論がなされてきたこと、また、これまでは退院支援はマイクロな個別実践に焦点をあてた研究が多く、メゾやマクロを視野にいれた組織や地域への働きかけや連携に係る実践も含んだ研究は少なかったこと、SW 実践に対して近年、いくつかの評価尺度開発の試みがなされてきたが、MSW の退院支援実践に限定した評価に関する研究は限定的であることがわかる。

3. 研究の目的

上記のような問題関心と先行研究の動向をふまえ、本研究は、MSW による退院支援実践について明らかにすることを目的とした。なお、本研究は医療領域における SW の評価方法を検討し、MSW の退院支援における効果的な実践（good practice）を評価項目として含んだ評価マニュアルを開発する研究の一環として実施した。

本研究では MSW の退院支援実践を「病院に入院している患者がその病院を退院し、地域（または他機関等）での新たな生活に移行するに際し、新たな場でその人らしい生活が進められるよう、将来を見据え、生活を包括的に支えることを目的として、ソーシャルワーカーが行う活動」として捉えた。これは、上述の先行研究、医療ソーシャルワーカー業務指針（2002）、及び、我々が行った MSW への FGI の結果を参考にしたが、業務指針の退院援助とは異なり、マイクロ・メゾ・マクロの視点から SW 実践を患者・家族への実践に限らず、メゾ及びマクロ

な組織・地域・社会への実践を含むものとして、広義に捉えた。したがって、これまでの退院計画や退院援助の定義と重なる面もあるが、生活の場を単に移行させることのみならず、新たな場での生活の体制を作ることを目的とした実践や他機関への移動も含めて患者の生活の変化の局面の一連の流れを退院と捉えている点で、既存の概念整理とは異なっている。

MSW の退院支援実践の内容については、先行研究の理論枠組み（Germain 1985；Judd & Sheffield 2010；Holliman, Dziegielewski & Datta 2001；Egan & Kadushin 1995 など）や医療ソーシャルワーカー業務指針（2002）、FGI 調査結果を参考に、上述の我々の定義に適した、広義な意味での退院支援実践の把握方法や分析枠組みについて検討を重ねた。その結果、マイクロ、メゾ、マクロの視点からの「3つの働きかけの対象」（1）対患者・家族、2）対病院・スタッフ、3）対地域・社会）と、「5つの実践領域」（A アセスメントと評価にかかわる実践、B 新たな生活の場・方法を定めるための相談・情報提供などの支援にかかわる実践、C 地域生活を可能とするケアやサービスに関連する連絡・調整・連携にかかわる実践、D アドボカシー・権利擁護にかかわる実践、E 仕組み作り・資源開発にかかわる実践）で整理した。「3つの働きかけの対象」は、FGI 調査では対患者・対家族、対病院内スタッフ、対病院組織、対地域関係者、対地域ネットワーク、対社会の6つに区別して把握したが、本研究での働きかけの対象としては、マイクロ、メゾ、マクロの視点から院内スタッフと病院、地域関係者、地域ネットワーク、社会を整理し、3領域としてとらえた。さらに、先行研究（西村・小原・大和他 2011 など）を参考に、MSW による退院支援実践が本人属性や所属組織特性とどう関連するのかを記述的、探索的な分析を試みた。

II. 研究の方法

1. 調査方法と調査対象

郵送による質問紙調査を実施した(実施期間：2011年12月-2012年2月)。公益社団法人日本医療社会福祉協会の協力を得て、同協会に所属し、病院に勤務する社会福祉士・ソーシャルワーカー4326名を対象として、各病院1名を無作為抽出した。退院支援実践にかかわるMSWは病院以外にもおり、本来であれば両者を含めたMSWの退院支援実践を把握すべきであるが、FGI調査から両者の実践の違いが明らかになり、同一の質問紙での把握は困難と判断したため、本研究では病院に勤務するMSWを対象者を限定した。抽出した1718名のうち、不在戻りなどの無効回答62名を除く1656名のうち608名から回答を得た(回収率36.7%)。東海大学健康科学部倫理委員会にて本研究の承認を得た。

2. 分析に用いた変数

MSWの実践を重要度と実践頻度で把握した先行研究(Holliman, Dziegielewski & Datta, 2001)を参考に、MSWの行う退院支援実践を「評価対象に含むべきソーシャルワーク実践として認識する程度」と「業務に対する自己評価」に区別して測定した。本稿では前者のみを分析に使用した。具体的には、「評価対象に含むべ

きソーシャルワーク実践として認識する程度」は、回答者自身が業務上実践しているか否かにかかわらず、各退院支援実践に関する項目が評価対象に含むべきSW実践と認識する程度について、5件法(1=全くそう思わない-5=非常にそう思う)で測定した。

MSWの退院支援実践の項目については、上述の「3つの働きかけの対象」と「5つの実践領域」別に項目を検討し、FGI調査で抽出された要素に、より一般的・網羅的になるように枠組みの軸に照らして項目内容を検討した。その後、本調査の非対象のMSW19名にプレテストし、修正すべき点についての助言を得て修正を加えた。最終的に对患者・家族(20項目)、対病院・スタッフ(14項目)、対地域・社会(15項目)の49項目とした。働きかけの対象と実践領域別の項目内訳は図1に示した。働きかけの対象ごとに実践領域の項目をみると、該当する実践がないため項目がないものもある。対象領域ごとの合計得点と標準化得点を作成し、信頼係数 α を測定した。

関連要因としては、先行研究やFGI調査結果をもとに探索的に本人属性に関する変数(性別(男性=1、女性=0とするダミー変数)、年齢、MSW経験年数、雇用形態)と所属組織特性に関する変数(病院規模、病院特性、常勤ソーシャルワーカー数、平均在院日数(直近3

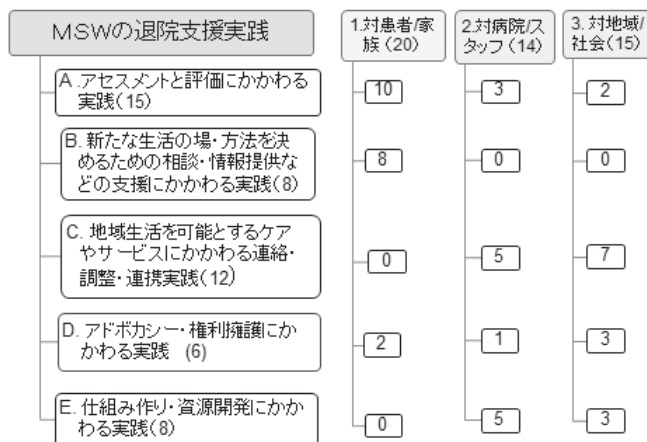


図1 MSWの退院支援実践(対象と実践内容に基づく枠組み) 筆者作成

か月)、退院支援マニュアルの有無)を分析に使用した。病院特性は、病床の種類(一般病床、療養病床、回復期リハビリテーション病棟、亜急性期病棟、他)と救急の有無を把握し、それらを組み合わせた変数(療養型、リハ、一般救急あり、一般救急なし)とした。

MSW 経験年数(10年未満と10年以上の2グループ)と病院特性(療養型、リハ、一般救急あり、一般救急なしの4グループ)別に平均値の差の分散分析を実施し、分散分析の多重比較は Bonferroni を検定に使用した。对患者・家族得点、対病院・スタッフ得点、対地域・社会得点をそれぞれ従属変数とする重回帰分析には、性別、年齢、MSW 経験年数、常勤ソーシャルワーカー数、平均在院日数を独立変数として強制投入した。また、ソーシャルワーカーの行う退院支援として、社会・病院・他職種・患者などから評価されていると思うこと、評価されたいと思うことについて自由回答を得、帰納的に質的な分析を行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の属性

対象者の性別(有効 N=605)は、男性185名、女性420名、無回答3名、年齢(有効 N=584)は平均 36.54 ± 8.80 歳であった。雇用形態(有効 N=607)は、常勤が9割強(専従88.3%、兼務8.9%)、MSW 経験年数(有効 N=594)は平均 10.01 ± 6.9 年であった。所属する病院の平均在院日数(有効 N=525)は 39.7 ± 97.4 日、ソーシャルワーカー常勤数(有効 N=595)は 3.3 ± 2.3 人であった。救急体制(有効 N=562)は2次救急が6割弱、3次救急が約1割であった。病床の有無(複数回答)では、一般病床9割弱、療養病床約3割、リハ病棟約3割弱、亜急性期病棟約2割、緩和ケア1割弱、精神約1割であった。分析に用いた分類(有効 N=503)では、療養型11.5%、リハ病棟4.8%、一般救急無13.1%、一般救急有70.6%であった。退院支援マニュアル(有効 N=608)は約半数が作

成していた。

2. 退院支援実践項目に関する結果

对患者・家族に対する実践20項目は、「非常にそう思う」の回答は少ないものでも約4割あり、平均値は4.2-4.8の範囲であった(表1-1)。家屋のアセスメント(A5)と退院後のフォローアップ(A10)の2項目が「どちらともいえない」の回答が1割超であった。

院内組織・スタッフに対する実践14項目は、「非常にそう思う」の回答は1割代から6割代とばらつきがあり、平均値は3.7-4.6の範囲であった(表1-2)。院内スタッフと連携調整した問題解決(A13)、SWの支援が受けられる体制づくり(E1)の平均点が4.6以上と高かった。院内スタッフと協働したフォローアップ(A13)、院内スタッフによるケースカンファレンス(C6)、SW部門の退院支援マニュアル活用(E2)、院内の退院支援マニュアル活用(E3)の4項目は「どちらともいえない」の回答が2割超であった。

地域・社会に対する実践15項目は、「非常にそう思う」の回答は2割代から6割代とばらつきがあり、平均値は3.9-4.6の範囲であった(表1-3)。地域担当者と協力・調整(C10)、転院・退所先の確保と調整(C11)、在宅サービス担当者への働きかけ(C12)の平均点が4.4以上と高かった。地域担当者と協働したフォローアップ(A15)、地域住民への働きかけ(C15)、患者・家族を代弁した地域・社会への働きかけ(D4)の3項目が「どちらともいえない」の回答が2割であった。

対象別標準化得点の平均値は、对患者・家族得点が $4.60 \pm .60$ で、対病院・スタッフ得点($4.21 \pm .47$)や対地域・社会得点($4.27 \pm .52$)よりも高かった(表2-1)。信頼係数 α はどの得点も.8を超えていた。実践内容別標準化得点の平均値は、個別支援にかかわる実践得点が $4.69 \pm .10$ 、アセスメントと評価に関する実践得点が $4.42 \pm .27$ 、ケアやサービスにかかわる連絡・調整・連携実践得点が $4.35 \pm .27$ 、アド

表1-1 对患者・家族へのMSWの退院支援実践

(%)

	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	非常に そう思う	平均/ 標準偏差	N
A1 患者や家族・親族から退院支援に必要な情報を得る	0.2	0.3	3.2	17.1	79.2	4.8/.5	602
A2 患者の心理社会的機能をアセスメントする	0.2	0.3	3.2	27.6	68.7	4.6/.6	601
A3 家族全体の心理社会的機能をアセスメントする	0.3	0.3	4.2	30.1	65.1	4.6/.6	602
A4 家族の生活の状況をアセスメントする	0.2	0.5	1.5	24.2	73.6	4.7/.5	598
A5 生活する家屋の状況をアセスメントする	0.5	1.3	10.3	39.8	48.1	4.3/.8	601
A6 患者の経済の状況をアセスメントする	0.2	0.5	3.5	26.3	69.5	4.6/.6	600
A7 患者や家族の生活の長期的な見通しについてアセスメントする	0.0	0.3	4.3	28.2	67.1	4.6/.6	602
A8 患者の地域での生活に関するニーズをアセスメントする	0.2	0.8	5.7	35.9	57.4	4.5/.7	601
A9 家族介護者のニーズをアセスメントする	0.2	0.7	2.5	30.4	66.3	4.6/.6	602
A10 退院支援終了後にフォローアップ・モニタリングを実施する	0.7	2.7	16.5	41.6	38.6	4.2/.8	599
B1 患者に対し、退院に伴う心理的課題・不安に関する相談や心理的な支援を行う	0.2	0.2	2.8	27.0	69.9	4.7/.6	601
B2 家族に対し、退院に伴う心理的課題・不安に関する相談や心理的な支援を行う	0.2	0.2	2.2	29.5	68.0	4.7/.6	600
B3 退院後の生活の場（在宅、施設、病院等）について情報提供し、患者・家族が決定できるよう支援する	0.0	0.0	1.3	16.8	81.9	4.8/.4	602
B4 地域での生活が可能となるよう、在宅サービスを患者・家族が利用できるよう支援する	0.0	0.3	2.7	19.9	77.1	4.7/.5	602
B5 転院・転所が必要な場合は、病院や施設を紹介し、患者・家族が利用できるよう支援する	0.0	0.2	2.8	19.6	77.4	4.7/.5	601
B6 社会保障・社会保険制度を利用できるよう支援する	0.0	0.0	1.5	19.0	79.5	4.8/.5	601
B7 地域での生活が可能となるよう、家族以外のインフォーマルな（近隣・地域住民等）支援について、患者・家族が活用できるよう支援する	0.2	0.8	7.0	35.9	56.1	4.5/.7	601
B8 退院の過程で患者・家族が持っている力を発揮できるようにする	0.2	0.5	4.0	24.5	70.9	4.7/.6	601
D1 患者の困難な状況を共感的に受け止め、権利を擁護する観点から患者の声をくみあげ、発信できるように支援する	0.0	0.7	6.9	31.6	60.9	4.5/.7	598
D2 権利擁護やアドボカシーの制度・サービスについて、患者が活用できるよう支援する	0.0	0.5	7.7	32.1	59.8	4.5/.7	599

表 1-2 対病院・スタッフへの MSW の退院支援実践 (%)

	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	非常に そう思う	平均/ 標準偏差	N
A11 支援前に院内スタッフから患者に関する情報を収集する	0.5	4.6	9.0	24.9	61.0	4.4/.9	603
A12 院内スタッフが治療計画に活用しやすいように、SW アセスメントを提示する	0.3	3.2	14.3	37.1	45.1	4.2/.8	603
A13 退院支援終了後に院内スタッフと協働して、フォローアップ・モニタリングを実施する	0.8	4.5	29.1	46.8	18.8	3.8/.8	601
C3 院内スタッフと連携・調整して、患者と家族が生活の場の決定に関する問題を解決できるように援助する	0.2	0.0	1.8	14.6	83.4	4.6/.8	604
C4 患者・家族と院内スタッフの間に行き違いが生じそうな場合は察知して介入する	1.0	4.0	16.1	35.4	43.5	4.2/.9	604
C5 患者・家族への支援に関して、院内スタッフ間に意見の食い違いがあった場合に、調整する	1.0	3.8	15.8	39.5	40.0	4.1/.9	603
C6 院内スタッフによるケース・カンファレンスを企画、実施する	0.7	5.0	20.7	38.8	34.8	4.0/.9	603
C7 地域の関係機関と院内スタッフの合同カンファレンスを企画・実施する	0.5	2.0	8.5	32.2	56.8	4.4/.8	602
D1 院内スタッフに対し患者・家族のおかれて いる状況を代弁する	0.2	1.0	8.0	34.3	56.6	4.4/.9	601
E1 ソーシャルワーカーの退院支援が必要な患者が的確に援助を受けられる仕組みを院内に作る	0.2	0.5	7.3	30.1	62.0	4.5/.7	602
E2 SW 部門の退院支援マニュアルを活用する	1.5	6.3	23.5	38.5	30.2	3.9/1	600
E3 病院内の退院支援マニュアルを活用する	1.5	7.7	35.8	33.9	21.1	3.7/1	598
E4 院内での定例カンファレンス・委員会等に 参加してソーシャルワーカーの視点から働きかける	0.3	1.8	6.8	36.0	55.1	4.4/.7	603
E5 患者の地域生活において、病院が地域で担 うべき課題を病院運営部門に提示する	0.7	3.0	19.3	46.1	30.9	4.0/.8	601

ボカシー・権利擁護にかかわる実践得点が4.29±.23、仕組み作り・資源開発にかかわる実践得点が4.16±.29の順で高かった(表2-2)。信頼係数 α はどの得点も.8を超えていた。

3. 対象別の退院支援実践に関連する要因

MSW 経験年数2区分による平均得点のt検定はいずれも有意ではなかった(結果省略)。対象別の得点の病院特性別の平均値の差の分散

分析は、どの得点も有意差($p<.05$)がみられ、その後の検定で、療養型とリハ病棟の間に、对患者・家族得点と対病院・スタッフ得点は有意差($p<.05$)、対地域・社会得点は有意傾向($p<.1$)がみられ、ともに療養型よりもリハ病棟の回答者の得点が高かった(表3)。

対象別標準化得点をそれぞれ従属変数とする重回帰分析で結果を示した(表4)。他の変数を統制後、对患者・家族得点には性別($p<.01$)、

表 1-3 対地域・社会への MSW の退院支援実践

(%)

	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	ややそう 思う	非常に そう思う	平均/ 標準偏差	N
A14 地域の関係する組織・個人と協力し、地域での生活に必要なサービスをアセスメントする	0.0	1.8	9.5	38.9	49.8	4.4/.7	602
A15 退院支援終了後に地域担当者と協働して、フォローアップ・モニタリングを実施する	0.8	3.3	22.8	45.2	27.8	4.0/.9	600
C 8 地域担当者・関係者に病院で把握している患者情報を適切に提供する	0.5	1.7	14.0	38.1	45.8	4.3/.8	601
C 9 病院から地域への窓口としての連絡・調整の役割を果たす	0.2	1.3	9.7	33.7	55.2	4.4/.7	600
C10 退院後の地域での生活の場の確保のために、地域担当者と協力し、調整する	0.0	0.2	4.2	30.9	64.7	4.6/.6	601
C11 退院後の病院・施設への転院・転所のために、地域の他機関の確保・調整を行う	0.2	0.7	4.5	32.3	62.3	4.6/.6	600
C12 地域での生活が可能となるよう、地域の在宅サービス担当者へ働きかけを行う	0.0	0.2	4.0	27.8	68.1	4.4/.7	601
C14 就労・就学（復学）支援にむけて地域の担当者へ働きかけを行う	0.2	1.0	14.6	44.0	40.2	4.2/.7	595
C15 地域での生活が可能となるよう、地域住民などへ働きかけを行う	0.5	4.3	26.3	38.9	30.0	3.9/.9	601
D 2 地域担当者に対して、患者の権利を擁護する（担当者に言いにくい患者の要望を伝える等）	0.0	2.0	15.3	43.3	39.4	4.2/.8	601
D 3 患者の地域での生活の質を高めるために、地域・社会に対し、患者の権利擁護への理解を促す	0.3	3.7	20.2	45.4	30.4	4.0/.8	599
D 4 患者・家族を代弁して、政策策定・変更に影響を与えるよう、地域・社会に働きかける	0.2	3.3	21.5	39.9	35.1	4.1/.8	599
E 6 地域に対し、病院の提供するサービスについて情報提供し、病院機能の理解を促す	0.7	3.2	15.7	38.4	42.1	4.2/.9	599
E 7 地域ネットワーク会議への出席などを通じ、地域ネットワークの構築や発展を促す	0.0	1.3	11.0	43.1	44.6	4.3/.7	601
E 8 地域担当者・関係者と協働して、地域の資源の開発にむけて取り組む	0.0	1.5	13.5	44.8	40.1	4.2/.7	598

表 2-1 対象別標準化得点の平均と信頼係数 (α)

対象（項目数）	平均（標準偏差）	α	有効 N
对患者・家族 (20)	4.60 (.60)	.952	584
対病院・スタッフ (14)	4.21 (.47)	.843	585
対地域・社会 (15)	4.27 (.52)	.922	585

表2-2 実践内容別標準化得点の平均と信頼係数 (α)

対象 (項目数)	平均 (標準偏差)	α	有効 N
A アセスメントと評価に関する実践 (15)	4.42 (.27)	.897	582
B 個別支援にかかわる実践 (8)	4.69 (.10)	.909	598
C ケアやサービスにかかわる連絡・調整・連携実践 (12)	4.35 (.27)	.849	598
D アドボカシー・権利擁護にかかわる実践 (6)	4.29 (.23)	.852	589
E 仕組み作り・資源開発にかかわる実践 (8)	4.16 (.29)	.804	586

表3 病院特性別・対象別標準化得点

	对患者・家族 M(SD)/N	対病院・スタッフ M(SD)/N	対地域・社会 M(SD)/N
療養型	4.50 (.58)/ 55	4.11 (.57)/ 56	4.16 (.67)/ 54
リハ	* [4.82 (.29)/ 23	* [4.46 (.37)/ 22	+ [4.49 (.40)/ 22
一般救急なし	4.61 (.42)/ 64	4.22 (.34)/ 63	4.35 (.48)/ 64
一般救急あり	4.61 (.43)/340	4.21 (.49)/340	4.25 (.50)/340
合計	4.61 (.44)/482	4.21 (.48)/481	4.26 (.52)/484
F (df)	2.73 (3)*	2.82 (3)*	2.81 (3)*

+ $p < .1$ * $p < .05$

表4 対象別標準化得点に対する重回帰分析

	对患者・家族 β	対病院・スタッフ β	対地域・社会 β
年齢	.125 ⁺	.111	.124 ⁺
性別 (男性 = 1)	.148 ^{**}	.048	-.038
MSW 経験年数	-.066	.015	-.076
平均在院日数	-.107 [*]	.016	.021
SW 常勤数	.196 ^{***}	.131 ^{**}	.104 [*]
退院支援マニュアル	.008	.203 ^{***}	.006
モデル F 値 / 人数	F = 6.24 ^{***} (N = 468)	F = 7.00 ^{***} (N = 471)	F = 1.36 (n.s.) (N = 471)
R ² / 調整済 R ²	.075 / .063	.083 / .071	.017 / .005

+ $p < .1$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

平均在院日数 ($p < .05$)、ソーシャルワーカー常勤数 ($p < .001$)、対院内・スタッフ得点にはソーシャルワーカー常勤数 ($p < .01$) と退院支援マニュアル有 ($p < .001$) が有意であった。対地域・社会得点はモデルが有意ではなかったため、関連は見いだせなかった。

4. 評価されている／評価されたい退院支援実践

ソーシャルワーカーの行う退院支援として評価されていると思うこと／評価されたいと思うことについての自由回答 (有効 N = 317) では、まず、ソーシャルワーカーの行う退院支援として評価されていると思うことについては、患者やその家族からは自立支援にむけた相談者とし

て評価が得られていた反面、退院を強いると感じられるとの回答もあった（山口 2012）。例えば、以下のような回答があった。

医師や看護師は忙しそうでなかなか相談しにくい、ソーシャルワーカーの人はゆっくり落ちついて話せるから相談しやすいと言われる。患者・家族の相談窓口として評価されていると感じる。（女性、20代、MSW 経験 5 年未満）

病院や院内他職種からは、退院支援実践において MSW の介入が早期退院に効果的として評価されている面として、例えば以下のような回答があった。

病院、他職種から SW が介入することにより早期退院が可能になり、また患者の病状に応じた、生活環境の設定が可能になると評価されている。（女性、30代、MSW 経験 5-10年）

病院からの評価は、いかにベッドの回転をよくするか、早期の転退院につなげられるかで評価されている。（女性、年齢無回答、MSW 経験 5-10年）

地域関係者や他機関からは、ケアマネとの連携や地域での会議に参加するなどの実践が評価され、肯定的な評価が得られたとの回答が複数みられた。

ソーシャルワーカーの行う退院支援として評価されたいと思うことは、患者やその家族からは支援により患者や家族の満足感を高められている点を評価されたいなどの回答が多かった。病院や他の院内スタッフからは、ソーシャルワーカー業務の専門性を評価してもらいたという回答が複数あり、退院支援における地域への働きかけについては、病院内で業務として認知されにくく、評価されていないとの回答もみられた。

病院から、ベッドコントロールがうまくいけばよいという評価だけではなく、ソーシャルワーカーが支援を行うことで患者・家族が少しでも安心して入院～退院後の生活を送ることができるようになっていると評価されたい。（女性、30代、

MSW 経験 5-10年）

直接、ケースワークとして患者に対して行う支援だけではなく、日頃からの地域における、連携体制の構築に関しての業務、実践に関して、院内外からもっと評価されても良いと思う。（男性、30代、MSW 経験11-20年）

IV. 考察

1. MSW の退院支援実践に関する評価項目の検討

本研究では、マイクロ、メゾ、マクロの視点から退院支援実践を広義に捉えた。業務指針では並列な業務として捉えていた退院援助と地域活動を内包し、かつ、指針では退院援助業務と捉えられていなかった院内を含む連携や調整も退院支援実践として把握した。患者・家族に対する実践（20項目）、院内組織・スタッフに対する実践（14項目）、地域・社会を対象とした実践（15項目）についてみると、ほとんどの項目において、「非常にそう思う」もしくは「ややそう思う」の回答が大半を占めていた。得点が高いほど、「非常にそう思う」割合が高いことを示しており、どの項目も、MSW 自身が評価対象とすべき重要な SW 実践であると受けとめていることがわかる。对患者・家族領域の得点よりは低かったが、対院内・スタッフや対地域・社会の退院支援実践も高得点であり、対象別、領域別の信頼係数も高かった結果をみると、本研究の枠組みによる退院支援実践は MSW に高い割合で認知されたといえる。

2. MSW の退院支援実践評価に関連する要因

対象別得点についての関連要因の分析では、分散分析の結果、病院特性として、療養型とりハ病院で得点に有意差がみられた。重回帰分析の結果からは、SW 常勤人数が对患者・家族得点にも対病院・スタッフにも有意であったが、組織体制の充実度によって認識が異なることを示しているといえる。また、対病院・スタッフ

得点に対してのみ、退院支援マニュアルの有無の変数が有意だったのは興味深い結果である。ミクロな実践と異なり、組織レベルの実践はMSWの退院支援実践としては認知されにくい面があるが、院内でマニュアル作成など組織的な取り組みをしている機関で働くMSWは病院内やスタッフへの働きかけの重要性をより強く認識している可能性がある。ただし、対地域・社会得点はモデルそのものが有意でなかったこと、3つの対象別得点全てにおいて決定変数が小さかったことから関連要因の説明力は大きいとは言い難い。多重共線性の診断の結果、共線性の問題は生じていなかったが、本モデルに含めなかった他の要因が関連する可能性もあり、今後検討する必要がある。ただし、本調査の退院支援実践に対する回答は、ばらつきが乏しく同様な回答傾向であるために、今回のモデルに含めたMSWの特性による影響が限定的であった面もある。これは、我々の示した退院支援実践に関する項目が、病院で勤務するMSWには、本人属性や組織特性にかかわらず、一般的に理解される共通な実践項目となっていることを意味するのかもしれない。また、本分析は、回答者であるMSW自身が業務として行っているか否かにかかわらず、MSWの行う実践についてMSWとしての見解を求めたため、自己実践の評価よりも、関連要因による違いが生じにくい面もあるだろう。

3. MSWによる退院支援実践：よりよき評価を得ていくために

社会・病院・他職種・患者などから評価されていると思うこと／評価されたいと思うことについての自由回答からは、MSWの退院支援実践が病院としての円滑な退院支援のために欠かせないと評価されているとMSW自身が認識していることがうかがえた。ただし、MSWとしての専門性を評価してほしい、在院日数短縮への貢献を評価されるのではなく、地域連携業務への評価や患者の自己決定を支える支援をしていることへの評価を得たいという回答も多く

みられたことから、関係者からMSWの退院支援実践に十分な評価を得ているとは認識していないことがわかった。

社団法人日本医療社会事業協会の調査(2005)においては、組織としてはMSWに患者満足度への貢献を求めるとの回答が多くあげられており、同調査の自由回答では地域生活移行支援やコーディネーターとしての役割などの回答もみられた。今回の調査においては、対病院・スタッフや対地域・社会への実践は直接的な対個人への実践よりも、MSW自身の回答にばらつきがみられたが、対病院・スタッフや対地域・社会への実践は具体的に結果を示しにくく、評価が得にくい現状を示しているのかもしれない。

また、時間をかけて自己決定を促すような本来のSW実践への評価は得にくく、SWの関与が退院を遅滞させているというような否定的な評価への懸念を示した自由回答もあった。これらの結果からは、退院支援におけるMSWの専門的な役割や機能が十分理解されていない現状では専門性を発揮するような実践が評価されにくく、多くのMSWがソーシャルワークの使命と病院の入院日数削減のイニシアティブとの間にジレンマを感じていることを示しているといえる。海外の研究においても従来から病院のMSWの退院支援に関する実践における他の専門職との役割分担の不明瞭さの問題や、MSWの専門的役割の明確化の重要性が論じられている(Davidson 1990; Oktay, Steinwaches et. al 1992など)が、看護師も退院支援実践を担う我が国の現状において、今回示したMSWによるメゾやマクロなSW実践への認知を高め、MSWの専門性が発揮できる体制を構築する必要がある。

V. おわりに：本研究の限界と意義

本調査はMSWの回答による分析に限定されており、関連要因の説明力も乏しい点で限界がある。今後、MSW自身の実践に対する自己評価と本分析結果との関連も含め、さらなる分

析が課題である。また、他のステークホルダーによる MSW の実践に対する評価についても明らかにし、本分析結果と比較することも必要である。これらの限界や課題はあるが、本研究では退院支援実践を広義にとらえて把握方法を工夫した結果、MSW の退院支援実践が評価されにくい現状において MSW による退院支援実践について具体的なエビデンスを示すことにより、医療領域における SW の評価方法を検討するための基礎データを得ることができた。

MSW による退院支援実践の理解を深めるためにも、今回のような MSW の実践内容の調査は重要であり、MSW による退院支援実践が入院日数削減という側面だけでなく、組織や地域への働きかけも含めて、患者や家族の QOL や尊厳を高めることに寄与していることを示していく必要がある。MSW による退院支援の効果的な実践を明確化し、実践のプロセスも含めたトータルな評価が得られるような土台を構築しなければならない。医療サービスにおける評価は、効果的な実践は何かの確認のための評価だけではなく、患者や他職種を含めた多様なステークホルダーの学びのための評価の側面もあるという (Long 2009)。これまでのそれぞれの人生に寄り添い、再入院あるいは死もみすえた支援、終末期に不安をかかえた患者や家族への支援が求められているものの、現実には MSW は自らの専門性を発揮するような支援ができない、支援をしても他者から評価されないジレンマに直面していることが本調査結果からもうかがえた。医療モデルではない生活モデルの視点から、MSW が退院支援実践を行うことの重要性を示すためにも、本研究は医療領域における SW 評価基準を明らかにする一助となるのではないかな。

【注】本稿は、平成22-25年度科学研究費補助金(基盤研究A)「ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究」(研究代表者 桜美林大学大学院 教授 白澤政和)の研究成果の一部である。なお、

本稿は第5回国際保健医療連携学会で発表した報告(Yamaguchi, Takayama, Ohara & Takase 2012)をもとに、加筆・修正したものである。調査に協力いただいた回答者の皆様と関係各位に感謝の意を表します。

参考文献

- Davidson, K. (1990) Role burring and the hospital social worker's search for a clear domain, *Health and Social Work*, 15(3), 228-234.
- Egan, M. and Kadushin, G. (1995) Competitive allies: rural nurses' and social worker's perceptions of the social work role in the hospital setting, *Social Work in Health Care*, 20(3), 1-23.
- Germain, C. B. (1984), *Social Work Practice in Health Care*, The Free Press.
- Holliman, D., Dziegielewski, S., and Datta, P. (2001) Discharge Planning and Social Work Practice. *Social Work in Health Care*, 32(3), 1-19.
- Judd, R. and Sheffield, S. (2010) Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities. *Social Work in Health Care*, 49, 856-871.
- 加藤由美・糟谷昌志・真嶋智彦他 (2002)「医療ソーシャルワーカーのコーディネーションに対する患者、家族、院内外関係者、ワーカーの満足度評価分析」*社会福祉学* 43(1), 54-66.
- 厚生労働省 (2002)「医療ソーシャルワーカー業務指針」
- Long, A. (2009) Evaluation of Health Services: Reflection on Practices, In I. F. Shaw, C. G. Greene & M. M. Mark Eds, *The SAGE Handbook of*

- Evaluation*, Sage Publications, 486-511.
- 三毛美代子 (2003) 『生活再生に向けての支援と支援インフラ開発—グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み』相川書房.
- 西村昌記・小原眞知子・大和三重他 (2011) 「ケアマネジメント業務自己評価尺度の開発：介護支援専門員が業務遂行のために必要とする技能習得度の測定」厚生の指標 58(6), 8-13.
- 小原眞知子 (2011) 「対患者、対家族への働きかけに関する分析結果・考察」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究 第一報』, 53-59.
- Okta, J., Steinwachs, D. et. al (1992) Evaluating social work discharge planning services for elderly people: Access, complexity, and outcome, *Health and Social Work*, 17(4), 290-298.
- 大本和子 (1997) 「転院援助行為とソーシャルワーカーの日常活動」社会福祉学 38(1), 145-159.
- Preyde, M., Macaulay, D. and Dingwall, T. (2009) Discharge Planning from Hospital to Home for Elderly Patients: A Meta-Analysis. *Journal of Evidence-Based Social Work* 6(2), 198-216.
- Royse, D. & Logan T. K. (2010) Program Evaluation Studies, In B. Thyer ed., “*The Handbook of Social Work Research Methods 2nd edition.*” Sage Publication Inc, 221-240.
- 社団法人日本医療社会事業協会 (2005) 『保健医療分野におけるソーシャルワーカーの位置付けに関する現状と課題』2004年度位置づけ研究会報告, 日本医療社会福祉協会ホームページ http://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/houkoku/2004ichiduke_Report.pdf
- 社団法人日本社会福祉士会編 (2009) 『地域包括支援センターの自己評価ワークブック』中央法規.
- 杉崎千洋 (2009) 「地域連携における MSW 支援評価— MSW 自己評価と患者・家族満足度調査から」『病院』, 68-10, 58-62.
- 高山恵理子 (2011a) 「医療分野のソーシャルワークにおける実践評価の動向」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究 第一報』, 41-44.
- 高山恵理子 (2011b) 「対病院内スタッフ、対病院組織への働きかけに関する分析結果・考察」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究 第一報』, 60-68.
- 山口麻衣 (2011) 「対地域関係者、対地域ネットワーク、対社会全体への働きかけに関する分析結果・考察」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究 第一報』 69-75.
- 山口麻衣 (2012) 「ソーシャルワーカーの行う退院支援として評価されている／されたいこと・まとめ」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究 第二報』, 119-125.
- Yamaguchi, M., Takayama, E., Ohara, M. and Takase, S. (2012) Hospital Social Workers’ role in the discharge planning practice in Japan: What should be evaluated as their social work practice?, *All Together Better Health conferences*, October 2012, Kobe, Japan.

Evaluation of practice in discharge support by medical social workers

Mai Yamaguchi, Eriko Takayama, Machiko Ohara, Sachiko Takase

Japan Lutheran College
Sophia University
University of Tokai
Nihon Fukushi University

In this study we attempted to clarify practices in discharge support by medical social workers (MSW). A cross-sectional mail survey of randomly selected MSW in hospital (N = 608; 36.7% of response rate) was conducted in order to analyze how MSW evaluate their practice. We measured 49 items with 5 Likert scales of three target levels (1. client and family, 2. hospital and staffs, and 3. community and society, and five practical functions (1. assessment and evaluation, 2. counseling and advice information, 3. coordination, 4. advocacy, and 5. system establishment and resource development). The results indicated that 1) although items of micro-practice that targets a client and his her family are considered to be more important than those targeting other levels, items targeting the hospital and community were also recognized as equally important. 2) by regression analysis, number of social workers in a hospital is significantly related to both hospital and staff scores and community and society scores, and 3) many MSW are facing a dilemma between their social work mission and the demand of shortening hospitalization days. Under the situation that practices of MSW in discharge support has not been fully evaluated by others, our findings would promote understanding their practice.

Key words: Discharge support, evaluation, medical social worker, social work practice, evidence-based practice (EBP)

編集後記

☆4ヶ月遅れになりましたが、第21巻をお届けします。本号は昨年度の学会のテーマで特集を組みました。様々な切り口から、わが国における保健医療領域のソーシャルワーク実践の歴史を振り返りました。

☆基調講演の棕野先生には制度政策の局面から、医療ソーシャルワークの活動にコメントしていただきました。とくに政策が成立するための条件について多くの示唆をいただき、その条件形成と医療ソーシャルワークの歩みにギャップがあったのではないかとのご指摘には、理解を深めることができました。

☆シンポジウムでは済生会病院の歴史を中西先生、聖路加国際病院の初期の実践をケース記録をもとに西田先生、日本の医療社会事業の歴史を笹岡先生にお願いしました。各先生には当日のシンポジウムで触れられなかったところも含めて、リライトいただきました。また当日会場で映していただいた貴重な当時の写真等も、なんとかうまく伝わるように収録しました。当日参加された皆様にも、新たな発見があるものになっております。

☆投稿論文も6本が掲載となりました。昨年度からの査読体制が定着しはじめ、充実した査読体制となりました。ほとんどの投稿が複数回の再査読に回りながら、論文としての体裁が整っていく共同作業の行程をみせていただき、投稿者にも査読者にもその継続的な努力と熱意に対して感銘を受け、感謝いたします。

☆査読の先生方のご指摘について、順次改善を実施していきたいと考えております。それとともに『医療社会福祉』研究としたときの、領域の考え方にばらつきが大きくなってきたように思います。『病院福祉』『医療福祉』『保健福祉』『地域医療福祉』『精神保健福祉』『地域精神保健』と地域に保健にとボーダーレスに広がりを見せている、ソーシャルワークの実践現場において、どこまでが保健医療領域なのか、学会としても機関誌としても今後とも考えていきたいと考えております。いろいろご指摘下さい。

☆編集のあり方や本誌の出来具合など皆様からの忌憚のないご批判とご教示をお願いいたします。

編集委員長 田中千枝子

編集委員 小西加保留

編集委員 浅野 正嗣

「実践報告」「調査報告」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」という投稿枠を設けています。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が、またそうした実態や実践にもとづいた社会福祉調査も行われているはずですが、また、今後の医療・介護制度改革によって、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、人びと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」「調査報告」

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そうした実践に伴って、社会福祉調査を行ったりすることで、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ようなもので、量的質的な実践および調査報告であればどのようなものでも可。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
- ・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
- ・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
- ・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

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せんが、内容により柔軟に適用したいと考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

内容：医療社会福祉に関す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处等
- 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）

医療社会福祉研究 第21巻

発行日 2013年7月31日

編集 日本医療社会福祉学会・編集委員会

発行 日本医療社会福祉学会（事務局）

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル2F

（社）日本医療社会事業協会事務局内

TEL：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

郵便振替口座：00200-0-72951

E-mail：jsswh-post@jaswhs.or.jp

発行責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 田中千枝子（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社