

# 医療社会福祉研究

## 第3巻 第1号

### 〈論文〉

- 医療社会福祉と社会福祉諸分野との関連  
—社会福祉学の体系における医療社会福祉学の位置— … 山手 茂 1
- 価値実現とソーシャルワークの役割 …………… 南 彩子・渡辺 宣子・  
杉本 照子・森野 郁子・武田加代子 8
- 病院におけるソーシャルワークサービスへの評価  
—患者調査結果の報告— …………… 藤井 美和 19
- 「MSWと患者家族」関係の再考  
—実感的関係論の試み— …………… 田中千枝子 28

### 〈シンポジウム〉 移植医療とソーシャルワーク

- 移植医療とMSW …………… 坂巻 熙 36
- 移植医療へのソーシャルワーカーの実践的課題 …………… 大谷 昭 41
- 先端医療技術とソーシャルワーク …………… 櫛島 次郎 45
- 医療における院内と院外(社会)のコーディング・スペシャリストを目指して  
…………… 上見 幸司 50

1994年12月

日本医療社会福祉学会

### 「医療社会福祉研究」編集・投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は医療社会福祉に関する論文、報告、書評、資料などを掲載する。
2. 原稿は他誌に既に掲載されていないもの、また現在投稿中でないオリジナルなものに限る。
3. 著者ならびに共著者は、本学会員に限る。
4. 原稿は、「論文」、「報告（調査・実践）」とし、「論文」には英文抄録（300語以内）をつける。
5. 原稿提出期限は、とくに定めるものを除いて随時とする。
6. 原稿の採否は、査読を行ったうえで編集委員会が決定する。
7. 本文は原則として、表題・図表・注・引用文献などを含め12000字以内とする。
8. 原稿送付先は機関誌担当理事とする。

〒663 兵庫県西宮市武庫川町1-1

兵庫医科大学病院医療社会福祉部 橋高通泰)

### 執筆要領

1. 本文は、400字詰原稿用紙、横書き。ワードプロセッサ利用の場合は22字×21行とする。フロッピーによる投稿も可能。
2. 原稿題名、著者名、所属、ならびにキーワード（2～5語）を明記。
3. 題名には必ず英文表記を付すこと。
4. 引用文献は引用順に、参考文献は著者名でABC順に配列する。

#### \*文献の書き方

単行本の場合 著者名：書名、引用頁、出版社名、発行年

雑誌の場合 著者名：論文題名、雑誌名、巻数、最初の頁—最後の頁、発行年

### ■編集委員■

秋山智久（大阪市立大学）

荒川義子（関西学院大学）

大谷 昭（大阪府立看護大学）

橋高通泰（兵庫医科大学病院）

倉石哲也（大阪府立大学）

# 医療社会福祉と社会福祉諸分野との関連

## — 社会福祉学の体系における医療社会福祉学の位置 —

山 手 茂\*

### はじめに

保健・医療機関に所属するソーシャルワーカー（以下においては「医療ソーシャルワーカー」と略称する）の資格の制度化をめぐる状況は、1987年「社会福祉士法」制定の前後から複雑化したが、その後、「医療福祉士」案さらに「精神保健福祉士」案があいついで提案されたことによって、いっそう複雑化している。

医療ソーシャルワーカーの専門職団体である日本医療社会事業協会は、1953年結成された当時から資格制度化運動を続けている。1962年には公衆衛生教育審議会が「公衆衛生教育制度の将来について」（答申）において、「大学において社会福祉に関する学科を修め」かつ「医療社会事業概論、医療社会事業演習及び実習、社会事業方法論、医学知識、精神衛生を修めて卒業したもの」を、「医療社会事業員（Medical Social Worker）」とすることを提案し、さらに1971年には中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会が、「社会福祉専門職員の充実強化方策としての“社会福祉士”制定試案」において、「社会福祉士（一種）たる資格を有する者をもってあてるべき職種」のなかに「医療ソーシャルワーカー（精神医学ソーシャルワーカーを含む）」をあげるなど、スペシフィックなソーシャルワーカーとして医療ソーシャルワーカーの資格を制度化すべきであるとする重要な提案がなされている<sup>1)</sup>が、これらの

提案は実現されなかった。

ところが、「社会福祉士」の制度化にあたっては、「医療ソーシャルワーカーを組み込んだ、文字通りの全体の汎用資格の国家資格制度を作るのは無理がある。それは健康政策局サイドで医療福祉士制度をつくるのが検討されていて、それとの調整を考慮することなしに全体の制度を作ることは考えられないし、差し当たり、通常国会に法案を出すことは、1月の時点で決まっていたので、それでは間に合わない」という理由で、「見切発車のような形で」とりあえず社会局・児童家庭局が「ソーシャルワーカーの基礎資格をつくる」こととして、「やむを得ず妥協しました」という経過であった<sup>2)</sup>。

アメリカやイギリスなどソーシャルワーク先進国においては、統一的なソーシャルワーカー基礎資格が確立し、有資格ソーシャルワーカーが保健・医療分野を含む各分野において専門性を高めている。その基盤になっているのは、ソーシャルワーカーの専門的理論・方法の確立であり、ソーシャルワーカーの専門職集団の自律的な活動である。

わが国においても、最も確立した専門職である医師の場合は、統一的な医師資格を基礎に、診療分野ごとの専門医制度が確立している。その基礎になっているのは、医療サービスと医学研究の専門分化であり、専門医集団と専門医学会の自律的な活動である。

このような先進国のソーシャルワーカーやわが

\*やまて しげる：東洋大学社会学部

国の医師の場合と比較すると、わが国のソーシャルワーカーの資格は、専ら行政担当者の意向によって左右されており、誠に嘆かわしい状況におかれているといえよう。このような状況を変えるには、ソーシャルワーカーがアイデンティティを確立し、ソーシャルワークの専門的理論・方法を高めるとともに、専門性の基盤となる社会福祉学の体系を確立し発展させ、主体的にソーシャルワーカー資格の理想像をめざしてソーシャル・アクションを展開することが必要である。

### 1. 社会福祉諸分野における医療社会福祉の位置

船曳宏保氏は、「わが国の社会福祉の教科書を見ると、わが国（の法律）で“社会福祉”と呼称されている活動、事業にはどんなものがあり、それらがどう運営され、あるいはどう管理されているかの記述に終始しているものがあります。シニカルない方になりますが、社会福祉の教科書が国の厚生行政の報告書のようになっているのです」と批判している<sup>3)</sup>。

福祉士養成講座編集委員会編『改訂社会福祉士養成講座』（全15巻、中央法規、1992）のなかで、分野論は、『老人福祉論』（第2巻）、『障害者福祉論』（第3巻）、『児童福祉論』（第4巻）、『公的扶助論』（第6巻）、『地域福祉論』（第7巻）の5分野がとりあげられている。社会福祉士が、「身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者」を対象とするとされているので、その養成課程において「医療社会福祉論」がとりあげられていないのは、当然のことであるとされている。

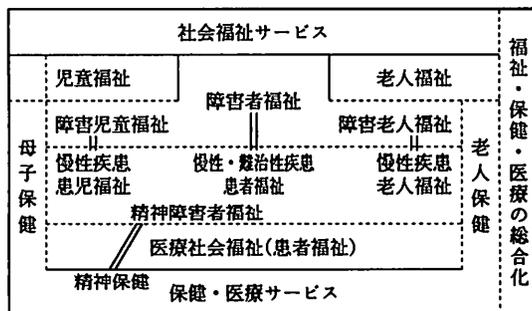
しかし、過去においても、現在においても、社会福祉の諸分野のなかで、医療社会福祉は重要な分野である。戦前の社会事業の分野は、中央社会事業協会社会事業研究所編『日本社会事業年鑑』（昭和11年版）によると、①社会事業の統制及び連絡、②社会事業に関する経費及び助成、③救護事業、④経済保護事業、⑤職業保護事業、⑥医療保護事業、⑦児童保護事業、⑧社会教化事業、⑨司法保護事業、⑩外

地における社会事業、⑪社会事業に関する会議の11分野とされている。また、仲村優一他編『現代社会福祉事典』（全社協、1982）においては、社会福祉の分野は、①公的扶助、②低所得者対策、③児童福祉、④保育施設、⑤障害者福祉、⑥老人福祉、⑦家族福祉、⑧婦人福祉、⑨医療福祉、⑩司法福祉の10分野とされている。社会事業・社会福祉の歴史のなかで医療社会事業・医療社会福祉は主要な実践分野のひとつであったし、現在も同じであるといえる。

社会福祉の諸分野のなかの医療社会福祉の位置は、第1図のように示すことができよう。この図にもとづいて、医療社会福祉の位置と他の分野との関係を検討しよう。

第1に、医療社会福祉は、患者・家族を対象とする福祉サービスであるから、児童から老人に至るまで、ライフサイクルのあらゆる段階の患者とその家族を対象としており、児童福祉・老人福祉と重なりあっている。また、障害は、疾病の症状あるいは後遺障害であるから、医療社会福祉は障害者福祉と分かちがたい密接な関係がある。したがって、医療ソーシャルワーカーの養成においては、医療社会福祉のみならず、児童福祉・障害者福祉・老人福祉など社会福祉のすべての分野を体系的に教える必要があり、社会福祉士の養成においても医療社会福祉を含め社会福祉のすべての分野を体系的に教える必要がある。

第1図 社会福祉の諸分野のなかの医療社会福祉の位置



第2に、現在緊急な課題とされている保健・医療・福祉の総合化を推進する活動のなかで、医療社会福祉は要（かなめ）の位置にある。児童福祉・障害児福祉と母子保健、心身障害者福祉と成人保

健・精神保健、老人福祉と老人保健などは密接不可分の関係にあるが、それらに、医療社会福祉が統合されなければ、各分野における保健・医療・福祉の総合化は実現しない。特に、総合的在宅ケアを推進するためには、病院・保健所・老人保健施設・リハビリテーション施設・在宅介護支援センター、福祉事務所などに所属するソーシャルワーカーがケースマネジャーあるいはコーディネーターとしての役割を果たすことが不可欠である。

社会保障制度や各種の社会的サービスが充実するにつれて、心身ともに健康な成人や老人は、社会資源を適切に活用することによって自立して生活することが容易になっている。そのため、専門的な福祉サービスを必要とする個人や家族には、心身に疾病・障害を有するケースが増加している。したがって、児童家庭福祉や老人福祉などの分野には、医療社会福祉をとり入れる必要性が増大している。障害者福祉においては、発病の段階から医療社会福祉サービスを提供し、早期に総合的リハビリテーションに移行するよう援助し、社会復帰・家庭復帰を促進することが重要な課題になっている。

## 2. ソーシャルワーカーのなかの医療ソーシャルワーカーの位置

わが国においては、「福祉6法」をはじめ社会福祉関係の法規が整備され、それらにもついて社会福祉行政機関・社会福祉施設と社会福祉サービスが拡充されてきたにもかかわらず、専門的ソーシャルワーカーは量・質ともに不十分な状態が続いている。そのため、1987年「社会福祉士」法が制定され、それらにもついて1989年に第1回社会福祉士国家試験が実施されたのであるが、現状ではまだ社会福祉士は少なく、社会福祉サービスの中核的担い手になるには至っていない。

専門職の条件として、職業倫理や学問的基盤などとともに、自律的専門職集団が不可欠であるとされているが、わが国のソーシャルワーカーの専門職集団の現状は、未統一であり弱体であるなど多くの問題点が見出され、アメリカやイギリスのソーシャルワーカー専門職集団と比較すると著し

くたちおけている。専門職としてソーシャルワーカー資格を確立するには、ソーシャルワーカーの専門職集団の統一と強化を図ることが必要である。

わが国においては、ソーシャルワーカーの専門職団体は、日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会の4団体が分立しており、近年は社会福祉専門職連絡会をつくって連絡・協力を図っているが、各団体はそれぞれ独自の課題を中心として活動しており、統一化は極めて困難な現状にある。このことは、1994年3月26日にまとめられた下記の「社会福祉専門職連絡会・確認メモ」をみれば、明らかである。

1. ソーシャルワーカーの資格は、社会福祉学を基礎とする包括的な制度であることが望ましいという基本理念は、各団体が共有する。
2. 保健・医療分野におけるソーシャルワーカーの国家資格の確立をできるだけ早急に実現しなければならないとの認識で一致した。
3. 日本医療社会事業協会が、社会福祉士制度に医療ソーシャルワーカーを包含するような制度改正の運動をすすめることを他の団体は認める。
4. 日本精神医学ソーシャルワーカー協会が、精神保健ソーシャルワーカーの領域における国家資格の確立の運動をすすめることについては、精神保健法改正の特殊事情のもとにおけるものとして了知する。
5. 連絡会としては、社会福祉士並びに医療ソーシャルワーカー、精神保健ソーシャルワーカーの資格制度の内容、制度の相互理解などについて、引き続き問題点を検討し、連携をはかるものとする。

上記の5項目のうち、第1、第2、第5の3項目は「総論」的項目であり、各団体とも合意できる項目であろう。第3、第4の2項目は「各論」的項目であり、相互の関係および「総論」的項目との関係について、十分検討することが必要である。

第3項目は、日本医療社会事業協会の運動方針に関する項目であるが、「社会福祉士制度に医療ソーシャルワーカーを包含するような制度改正」

を求めることは、「総論」的項目である第1、第2各項目と一致しており、また「医療ソーシャルワーカー」には、総合病院精神科患者担当のソーシャルワーカーも精神病院所属のソーシャルワーカーも含んでいるので、「他の団体は認める」と合意されたのは当然のことであると考えられる。

第4項目には、多くの問題点が含まれている。「精神保健ソーシャルワーカーの領域における国家資格」とは具体的にどのような資格であるか、またそれは医療ソーシャルワーカー資格とどのような関係にあるのか（保健所に所属するソーシャルワーカーも「医療社会事業員」＝「医療ソーシャルワーカー」と称されてきている）、さらに「精神保健法改正の特殊事情」とはどのように解すべきなのか、最後に「了知する」とはどのような意味なのか、などの問題点である。社会福祉士と異なり、医療ソーシャルワーカーとも異なる、「精神保健ソーシャルワーカー」あるいは「精神保健福祉士」を制度化することは、第1項目「社会福祉学を基礎とする包括的な制度であることが望ましいという基本理念」に反するのではないであろうか。なぜならば、かつて「医療福祉士」案の検討過程で明らかになったように、「類似資格を新設することはできない」ために、「社会福祉士資格」と基本的に異なる資格にならざるをえないと予想されるからである。

社会福祉専門職連絡会には、5項目の相互関係、わが国におけるソーシャルワーカー資格制度化の歴史、国際的なソーシャルワーカーの専門職化過程などについて、客観的・理性的な再検討を続けられるよう期待したい。また、加盟4団体には、それぞれの立場を客観的・理性的にみつめ直し、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを確立して、「ソーシャルワーカーの資格は、社会福祉学を基礎とする包括的な制度であることが望ましいという基本理念」の実現に向かって活動するよう期待したい。さらに、個々のソーシャルワーカーには、ソーシャルワーカー全体のなかで自らがどのような位置にあるかを認識し、スペシフィック・ソーシャルワーカーの資格を確立し、専門性を高めるためにどのような対策を講じなければならないかを主体的に研究するよう期待したい。

ソーシャルワーカー全体のなかで、ジェネリック・ソーシャルワーカーと各分野のスペシフィック・ソーシャルワーカーの位置は、第2図のように考えることができよう。社会福祉士は、ジェネリック・ソーシャルワーカーの基礎資格であり、この資格を有するソーシャルワーカーが社会福祉の各分野において経験や研修を積むことによって各分野のスペシフィック・ソーシャルワーカーとして成長し、必要に応じてスペシフィック・ソーシャルワーカーとしての資格を認定される。

このように考えると、ソーシャルワーカーは専門分化することによって専門性を高めることが必要であるという結論に至るが、他方で社会福祉諸分野の総合化が要請されており、専門性の高い指導的なジェネリック・ソーシャルワーカーも必要になっている。全体としてのソーシャルワーカー集団は、専門分化と総合化との二つ方向への成長を統一的に推進することによって、専門職集団として発展することができる。

第2図 ジェネリック・ソーシャルワーカーとスペシフィック・ソーシャルワーカーの関係



なお、スペシフィック・ソーシャルワーカーの団体として最も長い歴史と多くのメンバーを有しているのが、日本医療社会事業協会である。現在、その会員は2000名を超えており、日本ソーシャルワーカー協会の会員よりも多い。「福祉6法」にもとづく分野ではなく、行政組織や措置制度に

支えられておらず、患者・家族のニーズに応え、医療チームの一員として評価を受けることをめざして、専門的ソーシャルワーク業務を推進してきたことが、医療ソーシャルワーカーのアイデンティティを確立し専門職団体としての日本医療社会事業協会を発展させてきたといえよう。医療ソーシャルワーカーの資格の制度化は、最も重要な当事者団体である日本医療社会事業協会の意見にもとづいて推進されなければならない。

### 3. 社会福祉学の体系における医療社会福祉学の位置

わが国において、ソーシャルワーカーの専門職としての確立がおくれている、ジェネリック・ソーシャルワーカーとスペシフィック・ソーシャルワーカーとの関係についての認識が混乱している基本的な原因は、学問的基盤となるべき社会福祉学の体系が未確立であることであろう。

古川孝順は、『社会福祉学序説』(有斐閣、1994)の「はしがき」において、わが国の社会福祉研究の現状について次のようにのべている<sup>4)</sup>。

「最近の社会福祉関係書の刊行にみられる百花繚乱的な状況とは裏腹に、わが国の社会福祉研究は理論的にはむしろある種の閉塞状況、袋小路の状況に陥っているようにすら思われる。……わが国の社会福祉研究を多少とも前進させるためには、このような袋小路的な状況にたいして新しい息吹が送り込まなければならない。」

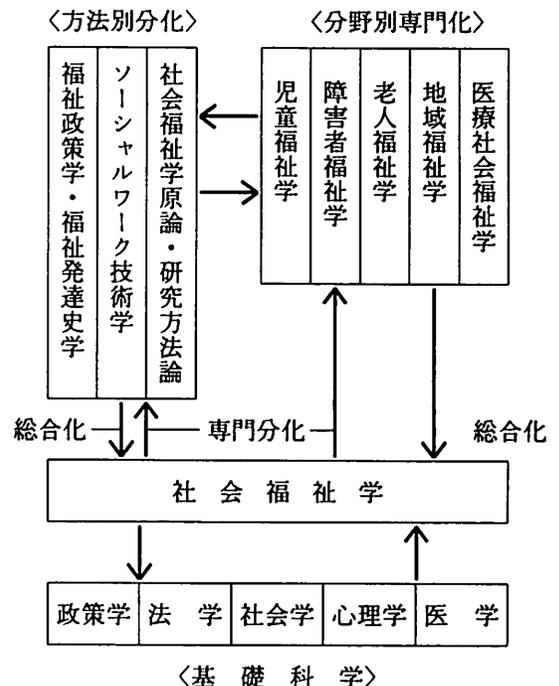
このような現状認識にもとづいて、『社会福祉学序説』が書かれているのであるが、その主題は、「社会福祉学の体系を明らかにするというよりむしろその前提としての研究方法の吟味に向けられている」。そのために「序説」という標題にしたのである、と古川はことわっているが、前項までにのべたことから明らかなように、社会福祉学の体系をふまえなければ、ジェネリック・ソーシャルワーカーとスペシフィック・ソーシャルワーカーとの関係、ソーシャルワーカーの理論・方法の専門分化と総合化との関係などを体系的に理解することはできない。社会福祉学の体系を明らかにすることは、単に社会福祉学の確立にとって必要で

あるばかりではなく、社会福祉学を基盤とするソーシャルワーカーの専門性を確立するために不可欠なのである。

また、医療ソーシャルワーカーにとっては、社会福祉学全体を学問的基盤とするというだけでは不十分である。社会福祉学の体系のなかの専門分野としての医療社会福祉学を基盤とすることによってスペシフィック・ソーシャルワーカーとしての専門性を確立することができる。

筆者は、社会福祉学の体系およびそのなかにおける医療社会福祉学の位置を、第3図のように考えている。社会福祉学は、医学と同じように、基礎科学に支えられた応用的総合科学であり、その内部に、各分野の実践的研究または実践学、および政策の形成過程や問題点を研究する政策学を含んでいる。社会福祉学を学問として成立・発展させるには、原論・研究方法論が不可欠である。さらに、社会福祉の専門分化に対応して研究分野も専門分化せざるをえない<sup>5)</sup>が、その反面、各分野を総合した、福祉政策学、福祉発達史学、ソーシャルワーク技術学なども重要な分野である。

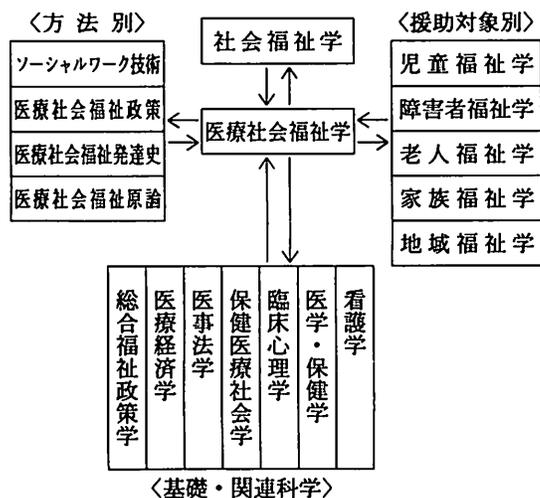
第3図 社会福祉学の体系および医療社会福祉学の位置



スペシフィック・ソーシャルワーカーにとっては、それぞれ専門性の基盤となる学問分野を明確にすることが必要である。それには、社会福祉学全体の体系のなかで専門分野を求めるだけでなく、自らの専門分野を中心に社会福祉学の体系を組みかえなければならない。

医療ソーシャルワーカーの学問的基盤である医療社会福祉学は、第3図では、分野別に専門分化したうちの1分野として位置づけられている。しかし、医療社会福祉学を中心にして社会福祉学全体の体系を組みかえると、第4図のようになる。医療社会福祉学にとっては、基礎科学は、例えば、社会学のなかでは保健医療社会学が、法学のなかでは医事法学が、というように密接に関係した分野が重要になるが、それらの関係は、基礎—応用の関係というよりも学際的協力関係と考えるべきであろう。

第4図 医療社会福祉学の体系



援助対象別にみると、社会福祉のあらゆる分野にかかわるが、この基盤にあるのは、第1図に示した社会福祉の各分野の密接・不可分な複合的關係である。現実には、多くの問題が連鎖・複合しており、援助を求める人びとは複雑・多様なニーズを持っているのであり、「福祉6法」にもとづいてタテ割りにして扱うことができないケースが多いのである。

## おわりに

最近、保健・医療機関に所属するソーシャルワーカーの資格制度化をめぐるさまざまな動きがあるが、そのなかで官僚主義的・タテ割りの発想によって、ソーシャルワーカーが分断される傾向が強まっている。ソーシャルワーカーの資格は、本来、その業務の専門性およびその基盤となる学問の専門性にもとづき、専門職団体の意見を尊重しつつ、制度化されるべきものである。しかし、現状をみると、残念ながら、わが国のソーシャルワーカーにも、社会福祉学研究者にも、このような考えかたを持ち、実践している人びとは、日本医療社会事業協会の会員以外には少ないように思われる。大多数のソーシャルワーカーや社会福祉学研究者は、視野狭窄に陥って自分中心の狭い範囲で考えたり、無関心あるいは傍観する状態に止まっているようである。

このような状況を変えるために、社会福祉学研究者としてなすべきことは、社会福祉の諸分野における医療社会福祉の位置、ソーシャルワーカー全体のなかの医療ソーシャルワーカーの位置、および社会福祉学の体系における医療社会福祉学の位置を客観的に認識し、課題を体系的・論理的に検討する試みである。本論文における試みが、どこまで成功し説得力を持ちえたかについては、読者による評価をまつほかはない。紙数の制約のために、説明は舌足らずであるが、体系的認識を助けるために提示した図を参考にし、検討して頂ければ幸いである。

本論文でとりあげることができなかった問題点がたくさん残っているが、特に重要なのは1993年末に制定された「障害者基本法」とソーシャルワーカー資格との関係である。「障害者」のなかに、「精神障害者」が含まれているのであるから、社会福祉士は当然精神障害者も援助の対象に含めることになり、新しく精神保健福祉士資格を設ける必要はなくなった、という論理が成立するのではないであろうか。

また、参議院厚生委員会の附帯決議（1993年11月28日）においては、第2項は、「てんかん及び自閉症を有する者並びに難病に起因する身体

又は精神上の障害を有する者であって長期にわたり生活上の支障がある者は、この法律の障害者の範囲に含まれるものであり、これらの者に対する施策をきめ細かく推進するよう努めること」としている。「てんかん及び自閉症」患者や、「難病に起因する身体又は精神上の障害を有する者」で「長期にわたり生活上の支障がある者」が障害者の範囲に含まれるのならば、これらの人びとはすべて社会福祉士の援助対象者に含まれることになる。

このように考えれば、「障害者基本法にもとづいて社会福祉士制度を再検討すべきである」といえよう。厚生省の関係者には、担当分野中心のセクショナリズムを超えて、広い観点から社会福祉士制度を再検討し拡充されるよう望みたい。国際化が進展している状況にあっては、先進諸国のソーシャルワーカー資格制度の動向を参考にすることも重要である。「日本の特殊事情による資格」というのでは、専門職間の国際交流はできないであろう。

附記 本論文は、本学会第3回大会（1993年）で発表した「社会福祉諸分野における医療社会福祉の位置」および拙稿「医療社会福祉研究・教育の課題についての再検討」（『東洋大学社会学部紀要』31-2、1994）を基礎とし、批判を参考にして、新しい状況への考察を加えてまとめたものである。

## 注

- 1) 山手茂「医療社会福祉研究・教育の課題」（特に、1.保健・医療機関に所属するソーシャルワーカーの資格制度化の歴史と現段階）『東洋大学社会学部紀要』30-1、1993.
- 2) 仲村優一「社会福祉士と医療ソーシャルワーカー——ソーシャルワーカーにおけるジェネリックとスペシフィックについて」『ソーシャルワーカー』No.2、1991.
- 3) 船曳宏保『社会福祉学の構想』新評論、1993、46ページ。
- 4) 古川孝順『社会福祉学序説』有斐閣、1994、

ii～iiiページ。

- 5) 社会福祉学あるいは社会福祉論においては、各分野の研究は、「児童福祉論」「障害者福祉論」「老人福祉論」など「〇〇論」と呼ばれてきたが、このような呼びかたそのものが、社会福祉学の体系的発展を妨げていると考えられる。単に思弁的な研究に止まるのではなく、実証的および実践的な研究を、学問的な検討を経た方法によって実施し、その成果を理論化・一般化するのであれば、「〇〇学」と称するのが当然である。

社会学においては、家族社会学、農村社会学、都市社会学、地域社会学、産業社会学、労働社会学、教育社会学、保健医療社会学など、分野別に新しい研究が推進され、それにもとづいて各分野の学問的理論体系が構築されている。

また、医学においても、臨床医学は診療科別・疾患別に専門分化が進み、次々に新しい学問分野が確立されている。看護学においても、地域看護学、家族看護学など新しい分野別の学問が確立されつつある。

上述したように、隣接の学問では、「〇〇学」という名称の専門分化が進んでいるのに、社会福祉学だけはいつまでも「〇〇論」という名称を用いている状態が続けば、社会福祉学そのものの存在が問われるばかりではなく、ソーシャルワーカーが学問的基盤に立つ専門職として広く承認されるのは難しいのではないだろうか。社会福祉学者は、自らの学問的使命を再検討すべきである。

# 「価値実現とソーシャルワークの役割」

南 彩子 渡辺宣子 杉本照子  
森野郁子 武田加代子\*

## I 研究目的

我々の研究グループ（代表、兵庫医科大学杉本教授）では、これまでソーシャルワークの専門性とは一体何であろうか、他の援助専門職(helping profession)とソーシャルワーカーの行う援助との決定的な違いは何なのであろうか、という問題意識を出発点として、共同研究を約5年前より行ってきた。そして、専門性を構成する要素を、価値・知識・技術の大きく3つに絞って考えてきた。

昨年度、本学会の第2回大会で、そのうちの技術に焦点を当てて報告を行い、日本社会福祉学会では、知識に基づいていかにクライアントとクライアントを取り巻く状況や問題を理解するかという点に焦点を当てたアセスメントに関して、ここ何年か報告を行ってきた。しかしながら、一つの事例に直面して、専門性の内在化過程を検証しようとするとき、それらは決してばらばらには検討できないものであることが明らかとなってきた。すなわち、ソーシャルワーカーがクライアントに対して行う応答は、ソーシャルワーカーが一つ一つのクライアントのメッセージに対して moment-by-moment のアセスメントをして、何らかの判断を行って、適切な skill を用いてソーシャルワークの役割をとるわけであるが、それらは、ソーシャルワーク実践を最も根底から支える価値や倫理というフィルターを通して行われるものでなければならないということである。

パートレットは、価値は方法、技術よりも優先すると述べている<sup>1)</sup>。またブトゥリムは、ソーシャルワークは価値を担う活動であるとも言っている<sup>2)</sup>。これは、ソーシャルワークの独自の専門性と言えるのではないだろうか。ブラウンが1968年に「おそらく哲学を除いて、価値と深く関わる職業は、ソーシャルワーク以外にはないだろう」と述べている<sup>3)</sup>ように、ソーシャルワークという職業自身、価値を実現していく性格をもつことをあらわしている。

我々も研究を進めるなかでそのことを実感し、ソーシャルワークの本質的構成要素としての価値とは何かを、1950年代以降のアメリカの先行研究を概観することで明確にし、精神科領域とリハビリテーション領域の事例の中にみられるソーシャルワークの価値に基づく援助の視点と価値実現としてソーシャルワーカーの果たした役割について、事例を通して考察していく方法について検討していきたい。

## II ソーシャルワークにおける価値・倫理に関する研究の動向

アメリカでは1950年代以降、方法・技能モデルに代わって専門職モデルが追求されていく中で、1960年代以降はソーシャルワークに共通の基盤を求めると共に“方法論統合の研究”が活発に展開されたのは周知の通りであるが、ソーシャルワー

\*みなみ あやこ：天理大学 わたなべ のりこ：大村病院 すぎもと てるこ：兵庫医科大学  
もりの いくこ：大阪市立大学 たけだ かよこ：華頂短期大学

クのencyclopediaによれば1970年代以降、価値・倫理に大きな関心が寄せられたと述べられている<sup>9)</sup>。つまり、方法・技術への関心が一段落すると急速に対象者である人間の生活のあり方、援助者の側がクライアントをどう見るかということに様々な角度から光が当てられてきた。そしてまずは、ソーシャルワークそれ自身の基礎的中核となる哲学、原理、原則の諸体系に目を向けようとした。当初は、原則・価値概念・態度・哲学といった様々な表現で示され、内容は概して抽象的なものであり実務の指針となるべき具体的な内容にまでは至っていなかった。そこで次に、多種多様な価値類型が提示されることとなった。

当初は「善であり望ましいと見なされるもの」あるいは「自己実現」といった一次的(primary)で究極的(ultimate)価値に注目されたが、単にこうあるべきものといった抽象的表現から次第により実践的具体的なレベルのものまで列挙されはじめ、二次的価値あるいは手段的価値として表現されている。そしてサイポーリン<sup>5)</sup>やストリーン<sup>6)</sup>に見られるごとく多様な価値の列挙形式がとられるようになる。そして価値類型の研究は、次第にそれらの相互関連性へと目が向けられていく。

次に、フレックスナーが“Is Social Work a Profession?”という問いかけを行ったのは1915年であるが、これ以後ソーシャルワーカーが専門職と言えるかどうかの議論が活発になされた。1950年代以降アメリカでは、ソーシャルワークが専門職として成立するために支持すべき価値に目を向けだし、AASW、NASW、CSWEなどの専門職団体は次々に、ソーシャルワーク専門職の実践基準やカリキュラムポリシーの中で、価値についての要約を行っている<sup>7)</sup>。ここに示された内容は、もはや究極的価値と手段としての価値が区別されないで、常に全項目が専門職としてのソーシャルワーカーの行動全体に方向性と一貫性を与えるものとして明示されている。それらは常にソーシャルワーカーの中に内在化されて実践の方向付けを与えるものであるが、ソーシャルワーカーが援助行為を行う際に、判断や選択の基準となるべき具体的内容と手順ということになると、倫理や倫理綱領を検討してみなくてはならない。レヴィによ

ればソーシャルワーク倫理とは「ソーシャルワークの価値を運用すること」であり「職務を迫る上で時に相対立する権利と直面したとき、正しい判断を下し、倫理的行動を取れるよう助けるものである」としている<sup>8)</sup>。その際ソーシャルワークの価値に基づき、価値を如何に運用するかを具体化して明文化したのが倫理綱領であり、レヴィの6つの分類枠組みに準拠してNASWが1979年に採択した63項目からなる倫理綱領はきわめて懇切丁寧な内容のものである<sup>9)</sup>。

以後、リーマーやローエンバーグとドルゴフらによって、倫理上のジレンマを解決するためのガイドラインが示され、倫理に基づく意思決定のプロセス解明というところに最近の研究は進められている<sup>10)</sup>。

以上が価値研究の流れの概略であるが、次に事例分析するに当たり、価値、倫理の枠組みとして、価値に関しては全米ソーシャルワーカー協会の実践の枠組みとして公表された“Working Definition of Social Work Practice”<sup>11)</sup>(資料No.1参照)を用い、倫理に関してはやはり全米ソーシャルワーカー協会の倫理綱領<sup>12)</sup>(資料No.2参照)を用いた。これらは、日本ソーシャルワーカー協会の倫理綱領にもその多くが生かされており、また全米ソーシャルワーカー協会の綱領はきわめて具体的で、あらゆる場面を想定して作成されていると思われるからである。

### III 事例分析

#### < Sの事例 >

##### (1) 事例の概要

事例は、精神病院のソーシャルワーカーの扱ったケースで、クライアントは、入院患者ではなく、その地域に住む老年期鬱状態の老人であり、処遇に関して地域の保健所から相談を受けてしまったものである。

Sには、多くの人々や機関が関わり、複雑な状況を呈していた。Sの夫は既に死亡し、他の精神病院に入退院を繰り返している息子と、昼間就労している息子の嫁と定職につかず家に引きこもっている孫と同居しており、Sの昼間の世話は地域

のホームヘルパーに委ねられていた。Sは、高血圧と心臓の不整脈で特例許可老人病院にもかかり、常に体の不調を訴えてはそこへの入退院を繰り返していた。昼間は世話をしてくれる家族がおらず、ホームヘルパー、居住地を統轄する保健所、地域の保健センターなどが関わってはいるものの、うまく連携がとれておらず、本人からの体の不調の頻繁な訴えや死にたいなどの衝動的な言動に各々が振り回されている状態であった。そこで地域の保健婦が在宅では無理であろうと判断し、15～16年前にワーカーの勤務する精神病院に通院歴があったのを理由に、何とか精神科に入院させてもらえないだろうか、とワーカーに電話してきたことで開始された。ここで周囲の人々は、一様にクライアントを精神科に入院させること＝問題解決と考えていた。さて、ワーカーの働きかけの概要は、まずクライアントを取り巻く複雑な状況を整理してみることから開始した。その後クライアントを外来受診につなげ、医学的判断を医師に委ねると共に、息子の嫁を始め周囲の人々からクライアントの日常生活についての正確な情報収集に努めた。その上で、医師との協議によりクライアントには精神科入院の必要はないことを評価し、地域の社会資源の利用を考えてみることを、クライアントのその場その場での訴えに振り回されて動揺しているホームヘルパー、保健婦をその都度支えていくことを目標とした。具体的には、その後、クライアントと関わりを持っている保健婦、ホームヘルパーらと共に家庭訪問し、クライアントの生活状況を関係者全員が観察すると共に、クライアントとワーカーとの非常に落ち着いた話ぶりを保健婦や、ホームヘルパーに示すことで在宅で頑張っていくことへの可能性を探索させていった。その後、地域の関係機関で構成される高齢者サービス調整会議にホームヘルパーとともに参加し、その場でワーカーは関係者全員に事実確認を促すと共に、昼間のホームヘルパーの不安に対して、家庭訪問での落ち着いた状態も勘案し、クライアントにとっても気分転換を図るため、老人ホームのショートステイの利用を提案した。このケースを契機に、この町では、初めて別の市の老人ホームのショートステイが利用できる契約が成立した。その後、

クライアントはワーカーの勤務する精神病院への通院を継続しながら、在宅で落ち着いて生活を行っている。

## (2) ソーシャルワークの価値・倫理に基づく援助の視点

この事例を素材として、大学で社会福祉学を修め、機関での臨床経験をもつ共同研究者7人が、Working DefinitionとNASWのCode of Ethicsをもとに分析を行った。つまり、ワーカーは、どのような価値や倫理に基づいて判断したり動いたりしたのかという点を担当者を含む7人が別々に分析してみたのである。その結果を表1のような用紙に転記し、検討した。結果は次の通りである。

まず、Working Definitionの部分を見ると、多くの人は、1から6の殆ど全てが当てはまっていると評価している。しかしあえてこの事例で強調点があるとすれば、多くの人が評価した1と6であろう。WDの1は個人の重要性であるが、もとはといえば周囲の人々から持ち込まれた問題に対して、周りの訴えだけを聴くのではなく、本人の所に出向き、本人の話に充分耳を傾けようとしたと分析できよう。WDの6は、自己実現を妨げる障害の克服・予防であるが、クライアントの家においても落ち着かないし、かと言って適当な入院先や入所先もないという“障害”を何とか克服する手伝いをしなければならないという気持ちをワーカーは終始持ち続け、不必要な入院を避けて地域社会で連携をとりつつ社会生活を送れる方策を考えていったと分析できる。

Code of Ethicsに関してほとんどの人が評価したのは、D.F.G.J.L.Nである。

Dは誠実さをもって行動するということが、つまり老年期うつ症状や訴えがあったとしてもすぐ入院に結びつけるのではなく、背後にある問題に注目し、それをもちつつ生活できている面も評価しながらよく話を聴いた上で、行動に移そうとした点である。実際担当者であったワーカーは、一人この態度を貫くにはかなりエネルギーを消耗したと述懐している。

Fはクライアントの利益の優先で、関係者の間

で様々な情報や感情が錯綜する中で、どうすればクライアントの利益が優先させられるかということ、つまりクライアントの利益優先の中心に置いたという点である。又多くの人が評価したF 6は、クライアント

の活用できるサービスの範囲や情報を伝えるということ、つまりクライアントの利益優先のために可能なサービスを細かく検討し、関係者に必要な情報を伝えていったという点である。

表1 Sケースにあらわれたソーシャルワークの価値・倫理

		1	2	3	4	5	6	7
WORKING DEFINITION	1. 個人の重要性	■	■		■	■	■	
	2. 個人間の相互依存関係性	■					■	
	3. 個人相互の社会的責任	■		■				
	4. 共通のニーズ・独自性・個別性	■			■		■	■
	5. 個人の能力実現・社会参加	■				■	■	
	6. 自己実現を妨げる障害を克服・予防	■	■	■	■	■	■	■
NASW : CODE OF ETHICS	A. 礼儀作法							
	B. 能力(コンピテンス)と専門職としての発達							
	C. サービス					■		
	D. 誠実	■	■			■		■
	E. 学問と調査					■		
	F. クライアントの利益の優先	■	■	■	■	■	■	■
	G. クライアントの権利および特権	■	■	■	■		■	
	H. 秘密保持とプライバシー	■			■		■	
	I. 料金							
	J. 尊敬、公正および親切	■			■		■	■
	K. 同僚が担当しているクライアントとの関係	■					■	■
	L. 雇用している組織への誓約	■	■	■	■		■	
	M. ソーシャルワーク専門職の統一性の維持							
	N. コミュニティ・サービス	■	■	■	■			
	O. 知識の開発							
P. 全般的な福祉の促進			■					

(注) Sケースに関して、7人の分析者が各々チェックした項目を ■ で示している。

Gはクライアントの自己決定で、クライアント不在のまま話が進んでいくのを食い止めたいとワーカーは考えており、保健婦から聴くだけでなくクライアントの所に出向いて行ってクライアントの気持ちを聴き、それを尊重し、クライアントが自己決定できるように周囲の調整をしたという点である。

Jは尊敬・親切・公正・誠実をもって同僚に対応すべきであるという項目で、担当者であったワーカー自身、それまでの保健婦の行動を否定すべきではないとの配慮のもとに、ケースに関わる専門職の意見を尊重しつつも、誠実に事実確認と感情の探索を進めたと述べている。

L4は、雇用されている組織の資源を細心の配慮のもとにその意図している目的だけに限って用いるべきであるというもので、ワーカーは雇用されている精神病院の機能の範囲内で援助をしようと努力したという点である。

Nはコミュニティ・サービスへの支援で地域によって受け取ることの出来るサービスに差の無いようにと老人ホームのショートステイの利用の仕方についての一つの提案をしたという点である。

### (3) 価値実現としてのソーシャルワーカーの果たした役割

これに関しては、分析者7人全員が記述したものを基に、要約すると、次のようになる。

- ① 間接的情報だけでなく、家族からの直接的情報を収集することに努めた。
- ② クライアントを取り巻く関係者の各々から、それぞれの考えや感情の内容をよく聴いて受けとめ、それらを整理した。
- ③ 主治医に情報提供し、相談協議の上、医療機関として出来ることや可能性を検討し、他機関に対して、当該機関のサービスの範囲を正確に伝えた。
- ④ 他職種（医師、保健婦、ホームヘルパーなど）との連携をうまく進めるため、コーディネーターとしての役割を果たした。
- ⑤ 家庭訪問という形でクライアントの生活場面に向うことによって、クライアントの日常生活状況を観察し、クライアントや直接世話をす

るホームヘルパーの気持ちをよく聴いて、クライアントに対して第一義的関心を示すという態度を貫くことで、クライアントの立場を擁護する役割を果たした。

- ⑥ 連絡調整会議で、クライアントに関して通院での変化した面にも注目するという視点を関係者全員に示すと共に、そのような視点で、問題や経過を整理・明確化して伝え、共通認識をもたせることに努めた。
- ⑦ ホームヘルパーの訴えにすぐに動揺する保健婦に対して、教育的役割（コンサルタントとしての役割）を果たした。
- ⑧ 問題解決に向けて、周囲の思い込みや決めつけを排除する方向で全体的アセスメントし、本人による自己決定の権利を尊重した結果、環境調整に力点を置き、コミュニティー・サービスを有効に利用する方策を考えた。
- ⑨ 複数の関係者の間に立って、継続的に情報収集していきながら経過をモニタリングし、その後のクライアントの生活状況を確認していった。

### <Nの事例>

#### (1) 事例の概要

事例は、農村地帯にあるリハビリテーションや地域医療を主体とした一般病院のソーシャルワーカーの扱ったケースで、クライアントは約10年前に脳梗塞を発症し、右片麻痺で身障手帳2級を所持している72歳の女性である。病弱の夫と2人暮らし、訪問看護、往診を受けていた。夫が癌のため入院を余儀なくされ夫婦で入院していたが、まもなく夫は死亡し、本人は身辺はほぼ自立しているため、本人・家族らとの話し合いの上養護老人ホーム入所という方針が立てられた。その後入所手続きなどにつきワーカーに援助が依頼されて開始されたものである。

ソーシャルワーカーはまず、本人の養護老人ホーム入所についての意思を確認するための面接を行い、同時に本人の希望・不安・心配などについてもよく聴くことに努めた。そこで本人の遠いところへは行きたくないという気持ちを汲んで、距離的に一番近いA寮について話すと共に、ホームの人々はどんな生活をしているのだろうかという不

安に応ずるために、A寮への見学を計画、A寮側と打ち合せをして、本人と実兄が見学に行った。その結果、「あそこなら入所したい。」という本人の気持ちを確認できたため、家族に福祉事務所へ行って手続きをしてもらい、入所の措置が決定され、入所までの時間を入院して過ごすこととなった。

ところがその後、A寮より福祉事務所に連絡が入り、その内容は「ホーム内にはエレベーターがなく、食堂のある2階に移動するには階段しかない。Nの場合片麻痺であの歩行の様子では階段が危険に思われ、責任がもてないので、引き受けられない。」とのことであり、すぐに入れる特別養護老人ホームを当てるので、それまで入院させておいてほしい、というものだった。そこでワーカーは、A寮から拒否を受けて福祉事務所担当者は即座に県内で最も早くは入れる特別養護老人ホームを探すという結論を出したが、それには本人の意思や希望は全く介在していないものであるということ、また本人の希望するA寮に入寮が不可能なのであれば、まずその事実を本人に伝え、了承を得てから新たな方針を全員で考えていく必要があることを評価し、福祉事務所担当者へまず本人に事実経過を話した上で本人がどのように考えるのかを最も優先させるべきであることを伝えた。

次にワーカーは、Nの施設入所と入院継続についてスタッフ全員で共通理解をもつことが重要であるとの評価に立ち、主治医・病棟ナース・ソーシャルワーカーでスタッフ会議を持ち、事の経過をワーカーより話した上で各々の考えを出し合った。ナースより、「本人はA寮入寮が決まってから目に見えて明るくなり、A寮の階段に対する自信をつけるために階段練習を申し出るまでになっている。」との見解が出された。また本人の思いを無視してホームを変えてしまうのはおかしいのでは、という意見も出された。スタッフ会議の結果、福祉事務所担当者からA寮入寮は難しいという事実を本人にまず伝えてもらうこと、その現実を受け止めて本人がどのように心の整理をつけるのか時間をかけて各々の立場からサポートしつつ見守り、その結果得られた本人の選択を最も尊重することを確認し、以上医療機関側の見解を福祉

事務所担当者に伝えた。これを受けて、福祉事務所内で話し合いが繰り返された結果、NのA寮入寮が再度決定された。しばらくしてNは、予定通り退院し、A寮に入所した。

## (2) ソーシャルワークの価値・倫理に基づく援助の視点

この事例を素材として、共同研究者7人が、Working DefinitionとNASWのCode of Ethicsをもとに前述の事例と同じように分析を行った。結果は表2の通りである。

Working Definitionに関しては、ほとんどのメンバーが、1の個人の重要性、4の個人の独自性、6の自己実現を妨げる障害を克服・予防する、の3つをほぼ偏りなくチェックしている。これはワーカーが一貫してクライアント自身の気持ちや意思を優先しつつ援助を進めたこと、老人ホーム入所について、周囲が本人不在で進めるのではなくまず本人の気持ちを聴くことを最優先したこと、クライアントが希望するA寮へ入所困難となっても疎外要因を取り除くよう何とか出来ないものかと働きかけたこと等、ほぼ全員が同じように評価している。

NASWのCode of Ethicsに関しては、これも全員がFのクライアントの利益の優先、Gのクライアントの自己決定の尊重、Jのクライアントに対する尊敬・公平及び親切、をチェックしている。これらは皆ワーカーの援助に一貫していることであるが、福祉事務所と医療機関だけで話を進めるのではなくまずクライアントに事実を伝えて、クライアントの自己決定を最優先するようにサポートしていくことを援助の柱としたと評価できよう。

## (3) 価値実現としてのソーシャルワーカーの果たした役割

これに関して、分析者7人全員が記述したものを基に、要約を行うと以下ようになる。

- ① クライアント自身で自己決定できるように、老人ホーム入所に対する気持ちの表出を助け、整理する役割を果たした。
- ② クライアントの意思や希望を尊重して自己決

定できるように、クライアント及び周囲の人々に対して情報提供を行う役割を果たした。

- ③ クライアントの利益を優先させるために、クライアントの希望・立場・意思を擁護・代弁・

弁護する役割を果たした。

- ④ クライアントの利益を優先させるため、機関内及び機関外への問題提起を行った。  
⑤ 問題の整理・評価・計画立案を行った。

表2 Nケースにあらわれたソーシャルワークの価値・倫理

		1	2	3	4	5	6	7
WORKING DEFINITION	1. 個人の重要性	■		■	■		■	
	2. 個人間の相互依存関係性							
	3. 個人相互の社会的責任							
	4. 共通のニーズ・独自性・個別性	■	■	■	■	■	■	■
	5. 個人の能力実現・社会参加	■				■		
	6. 自己実現を妨げる障害を克服・予防	■	■	■	■	■	■	■
NASW : CODE OF ETHICS	A. 礼儀作法					■		
	B. 能力(コンピテンス)と専門職としての発達							
	C. サービス					■		■
	D. 誠実				■	■		
	E. 学問と調査							
	F. クライアントの利益の優先	■	■	■	■	■	■	■
	G. クライアントの権利および特権	■	■	■	■	■	■	■
	H. 秘密保持とプライバシー	■						■
	I. 料金							
	J. 尊敬、公正および親切	■	■	■	■	■	■	■
	K. 同僚が担当しているクライアントとの関係							
	L. 雇用している組織への誓約							
	M. ソーシャルワーク専門職の統一性の維持							
	N. コミュニティ・サービス							
	O. 知識の開発							
	P. 全般的な福祉の促進							■

(注) Nケースに関して、7人の分析者が各々チェックした項目を ■ で示している。

- ⑥ クライエントの意思を尊重し利益が守られるように、機関内でコーディネーターとしての役割を果たし、その結果チームメンバーの役割を明確化し、チーム内でのコンセンサスを確立した。
- ⑦ クライエントの意思を尊重し利益が守られるように、他機関との間でコーディネーターとしての役割を果たすと共に、啓発・教育・改革者としての役割を果たした。

#### IV 終わりに

ソーシャルワーカーは、クライアントとその問題及び状況を理解し、何等かの専門的判断を行って援助方針を立てるのであるが、その際、判断の基準となるものは、知識だけではなく、価値と知識の総体に準拠して、何を優先して行動に移すかを決定しているのであろう。言い換えれば、ソーシャルワーカーにとって最良の指針・判断の基準となるものは、ソーシャルワークの価値であり、倫理であると言えよう。

2つの事例分析を通じて、どのような価値や倫理に基づいて援助の視点が据えられ、援助目標が選ばとられていくのかを見てきたが、これは、ソーシャルワークの意思決定過程に如何にソーシャルワークの価値が実現されているかを検証していく過程でもあった。

ここで取り上げたようなケースは、通常良く見られるケースであり、事例研究とかスーパービジョンという観点からすれば、もっとこうすべきではないかといった議論が出てくるかもしれない。ただ我々の視点は、本研究に関する限りそこにはない。一見よくある日常のケースの中に、ソーシャルワークの価値・倫理をいかに反映した実践を行っているかを見ようというところにある。それこそが、ソーシャルワークが専門職であると言えるか否かの決め手である。

ゴードンは、「専門職としてのソーシャルワークは、価値に導かれて目的に向かい知識に基づいて技術を駆使する調整介入活動である。」と述べている。さらにまたゴードンは、「専門職の価値・目的・知識・技術によってコントロールされない

活動は、単に調整介入活動であるかも知れないが、専門的実践とは言えない。」とも言っている<sup>23)</sup>。我々は、この点を充分念頭において、ソーシャルワークが価値や倫理を常に担う活動であることを意識化していくことで、医療ソーシャルワークの専門性確立に、一步一步近づいていけるのではないかと考えている。

注) 本論は、1993.9.28に第3回医療社会福祉学会において報告したものに、その後の研究成果を付け加えて、纏めたものである。なお本稿で用いた事例提供者は、渡辺宣子氏(大村病院)及び山村典子氏(兵庫医科大学病院)である。また本研究は、兵庫医科大学社会福祉学研究グループ全員の分析結果の纏めである。

#### 引用文献

- 1) Bartlett, H. M., The Common Base of Social Work Practice. NASW, 1970
- 2) Butrym, Z., The Nature of Social Work. The Macmillan Press. 1978, p. xi
- 3) Brown, B. S., Social Change: A Professional Challenge. (in Loewenberg, F. M. & Dolgoff, R., Ethical Decisions for Social Work Practice. 4th ed. F. E. Peacock Publishers, 1992, p.18)
- 4) Reamer, F. G. "Value and Ethics" in Encyclopedia of Social Work, 18th ed. 1987. pp.804-807
- 5) Siporin, M., Introduction to Social Work Practice. Macmillan Publishing, 1975
- 6) Strean, H. S., Clinical Social Work: Theory and Practice. Free Press, 1978, pp.29-33
- 7) AASW, American Association of Social Workers, Standers for the Professional Practice of Social Work (Supplement to July, Social Work Journal, Part II) 1952  
・NASW, Standers for the Classification of Social Work Practice, Policy Statement

- #4, Washington D. C.: NASW, 1982 (in Barker, R, L. ed. The Social Work Dictionary. 2nd ed. NASW, 1991)
- CSWE, Curriculum Policy Statement, New York. (in Barker, ibid., 1991)
- 8) Levy, C, S., Social Work Ethics. Human Service Press. 1976 (ヴェクハウス訳『社会福祉の倫理』、頸草書房、1983)
- 9) NASW, "Code of Ethics of the National Association of Social Workers. adopted by the 1979 delegate Assembly of the NASW. effective July 1. 1980" in Encyclopedia of Social Work, 18th ed., Vol.2. 1987
- 10) • Reamer, F. G., "Ethical Dilemmas in Social Work Practice." Social Work, Vol. 28, No.1, 1983
- Loewenberg, F. M., & Dolgoff. R., Ethical Decisions for Social Work Practice. 4th ed. F. E. Peacock Publishers. 1992
- 11) NASW. "Working Definition of Social Work Practice." (in "Toward Clarification and Improvement of Social Work Practice." Social Work Vol.3. No.2)
- 12) NASW. op.cit. 1987
- 13) Gordon, W. E. 1962, "A Critique of the Working Definition" Social Work, Vol.7. No.4

#### 【資料No.1】

#### working definition of social work practice

(ソーシャルワーク実践の基礎的定義)

#### 価値

ソーシャル・ワーク実践は、次のような一定の哲学的概念 philosophical concepts を基礎にしている。

1. 個人は現代社会の第一義的な関心事である。

2. 現代社会において個人間には相互依存の関係がある。
3. 個人は相互に社会的責任をもっている。
4. 各個人は人間としての共通したニーズをもっているが、それでもなお各個人は本質的に独特な存在であり、他人とは異なっている。
5. 民主主義社会の本質的な特質は、各個人が能力を充分に実現させるとともに、社会に積極的に参加することをとおして社会的責任を果たすことにある。
6. 社会はこの自己実現 self realization を妨げている障害(すなわち、個人とその環境との間の不均衡 disequilibrium) を克服ないし予防することのできる手段を提供する責任をもっている。

以上の諸概念がソーシャル・ワーク実践の哲学的基礎になっているのである。

(出典：H.M. パートレット、小松源助訳『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房)

#### 【資料No.2】

#### 全米ソーシャルワーカー協会倫理綱領

(1979採択、1980発効)

#### 前文(略)

(主な綱領の要約)

- I ソーシャルワーカーの行為とソーシャルワーカーとしての態度
  - A 適切性……ソーシャルワーカーのソーシャルワーカーとしてまたは専門職の一員としての行動は、高い水準を維持しなければならない。
  - B 対処能力と専門家としての成長……ソーシャルワーカーは専門家としての実践及び専門家としての機能の遂行において熟達し、そして常にその熟達を保持するように努めなければならない。
  - C サービス……ソーシャルワーカーは、ソー

シャルワーク専門職の果たすべきサービスを第一位に考えなければならない。

- D 高潔性……ソーシャルワーカーは、専門家としての最高の高潔性をもって行動すべきである。
  - E 学問と調査研究……ソーシャルワーカーは、研究と調査に従事するに当たり学問探求の慣習に従うべきである。
- II ソーシャルワーカーのクライアントに対する倫理的な責任
- F クライアントの利益の優先……ソーシャルワーカーはクライアントを第一義的に考える。
  - G クライアントの権利および特権……ソーシャルワーカーは、クライアントが最大限の自己決定をしていけるようにあらゆる努力をしなければならない。
  - H 秘密保持とプライバシー……ソーシャルワーカーは、クライアントのプライバシーを尊重すべきであり、また専門家としてのサービスの過程で知り得たすべての情報は秘密にしておくべきである。
  - I 料金……ソーシャルワーカーは、料金を徴収する場合には、その料金が公正なもので、合理的であり、なされたサービスに見合った額であり、クライアントの支払い能力を適正に考慮した金額とすべきである。
- III ソーシャルワーカーの同僚に対する倫理的責任
- J 尊敬、公正および礼儀……ソーシャルワーカーは、尊敬、礼儀、公正および誠実をもって同僚に対応すべきである。
  - K 同僚が担当しているクライアントとの関係……ソーシャルワーカーは、同僚が担当しているクライアントに対しては専門家として十分配慮して対応する責任をもっている。
- IV ソーシャルワーカーの雇用主および所属している機関に対する倫理的責任
- L 所属している機関への誓約……ソーシャルワーカーは、所属している機関に対してなし

た誓約に忠実であるべきである。

- V ソーシャルワーカーのソーシャルワーク専門職に対する倫理的責任
  - M ソーシャルワーク専門職の高潔性の維持……ソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク専門職の価値、倫理、知識、使命を支持し、前進させるべきである。
  - N コミュニティサービス……ソーシャルワーカーは、一般大衆にソーシャルサービスを提供するようにソーシャルワーク専門職を支援していくべきである。
  - O 知識の開発……ソーシャルワーカーは、専門職としての実践に必要な知識を確認し、発展させ、十分に活用していくための責任をとるべきである。
- VI ソーシャルワーカーの社会に対する倫理的責任
- P 全般的な福祉の促進……ソーシャルワーカーは、社会の全般的な福祉を促進すべきである。

(出典：保健医療ソーシャルワーク研究会編『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック』【実践編】1990、pp.254-256、森野郁子訳による)

#### 【英文抄録】

#### SOCIAL WORK VALUE IN PRACTICE

Professional social work practice is based on a constellation of value, ethics, purpose, sanction, knowledge and method. This is a study of social work value. We began by surveying the pertinent U.S. literature from the 1950's to the present. Two case records, one from psychiatric and another from community hospital setting were examined. We assessed the records to see what social work value influenced social worker's decision to offer the specific help and to play the

particular role. We concluded that social work value played an important part in the social worker's decision making process.

Professionalization of social work in Japan will be enhanced when we give due recognition to the importance of social work value as a key guide in social work practice.

# 病院におけるソーシャルワークサービスへの評価

## — 患者調査結果の報告 —

藤井美和\*

この度、兵庫医科大学病院医療社会福祉部の全面的な協力を得て、ソーシャルワークサービスについてのクライアントの評価を調査する機会が与えられた。ここにその報告をさせて頂く。

らえるべきだと指摘している。また、D.Larsen (1979)もクライアントのサービスに対する満足の評価がなければそのサービス自体不完全なものであると、満足度調査の必要性を述べている。

### 1. はじめに

アメリカでは、ヒューマンサービスの分野において、1970年代からサービスに対するクライアントの満足をとらえていこうとする試みがなされてきた。

ソーシャルワークサービスが対人援助であることを考えると、クライアントの側からサービスを評価することには大きな意味がある。しかしながらわが国では、この種の調査はほとんどなされてこなかった。それはひとつにはソーシャルワーク自体がまだ発展途上にあり、どうしてもサービス提供側の方に目を向けざるをえなかったこと、さらに日本社会の中でのワーカー、クライアント関係は「サービス提供者と利用者」という対等な関係というより、むしろ「助ける側、お世話になる側」という上下関係であり、そのためクライアントの側からサービスに対する積極的な評価が出て来にくかったこと等が考えられる。

P.Nelson(1983)は、ソーシャルワークプログラムの評価は、歴史的にクライアントを無視してきたとして、クライアントを「ニードを満たすためにその専門的援助を使おうとする消費者」とと

### 2. 満足度の概念

ではクライアントの「満足度」とは何だろうか。本調査で用いる「満足度」の概念について検討しておきたい。

クライアントの「満足度」とは、サービスとサービス提供者に対するクライアントの個人的評価であり、クライアントの主観である。しかし、それはクライアント個人の中に一時的に生じる評価ではない。この満足の程度が、次回に来ようと思う動機付けにつながったり、人にすすめようという気持ちを起こさせたりするのである。

Larsenらは、ヒューマンサービスに対する消費者としてのクライアントの満足度ををはかる尺度 The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)を開発した。その妥当性と信頼性は支持されている。ここでは紙面の都合上、スケール開発の手続きについて説明しないが、CSQはクライアントの満足度を評価する一般的質問項目として8項目をあげ(表1)、それぞれについて、サービス利用者が Excellent, Good, Fair, Poorの4段階で評価するものである。

\*ふじい みわ: Washington University School of Work 博士課程

キーワード: Evaluation (評価), Satisfaction(満足度), QOL

表1 The Client Satisfaction Questionnaire

1. あなたの受けたサービスの質はどうか？
2. あなたは望んでいたサービスが受けられましたか？
3. サービスはあなたのニーズをどの程度満たしましたか？
4. 同じようなニーズを持つ友達がいたら、あなたはこのサービスをすすめますか？
5. あなたの受けたサービスの量はいかがでしたか？
6. あなたの受けたサービスは、問題を解決するのに効果的でしたか？
7. 全体的にみた感じとして、あなたは、あなたの受けたサービスにどのくらい満足していますか？
8. もし、また援助が必要になったら、あなたはサービスを利用しにここに来ますか？

CSQに表されているように「満足度」は、1) サービスがクライアントのニーズを満たしたかどうか(目的の達成) 2) 全体的にみてクライアントが、受けたサービスにどの程度満足しているか(どれだけ役に立ったか) 3) もし援助が必要になったら、またサービスを利用しに来ようと思うか(次回の動機付け) 4) 人にすすめようと思うか(一般化)といったものによって構成されている。また過去の調査から、満足度は必ずしもクライアントの目的に向けられたサービスのみが評価されるのではないということも明らかとなっている。つまり、満足度はクライアントのニーズとのみ関連づけられるべきではなく、ワーカーの行ったサービス全てに向けられるものなのである。

ではこの満足度とは何によって決定されるのか。満足とはサービスを受けた結果であり、それは、助けになったあるいはニーズが満たされたという感覚から生じてくるものである。病院におけるソーシャルワークサービスを考えるとき、クライアントは、患者であったり、患者の家族であったりすることが多い。しかし、サービスを受けるクライアントは、その全体＝「生活者」としてその援助

を評価する。つまり、クライアントのサービス評価には生活のあらゆる面がその背後にかかわってくるのである。従って、サービスの評価や満足度は、クライアントの生活全体によるものであり、クライアントの生活の質、QOLに深くかかわっていると考えられる。そしてQOLは満足度と同じようにクライアントの主観的評価をとらえる指標なのである。

### 3. 調査で用いるQOL

QOL(Quality of Life)の概念が、社会学や経済学だけでなく、保健・医療・福祉の分野でも導入されるようになって久しい。ところが、具体的にこのQOLが何を表しているのか、QOLの実態は何であるかについては、未だ統一された定義はないといってよい。しかし、QOLの本質にあるものは、高度経済成長にあった経済的豊かさ、すなわち「量」中心の豊かさから、それに相対する人間中心の豊かさ、すなわち「質」中心の豊かさへの価値転換にあるということとは言えそうである。

Oleson(1990)は、QOLの定義について、主観的指標に焦点を当てることの重要性を主張しその概念分析をしている。またCampbell(1976)もQOLの指標としては、客観的指標よりも主観的指標の方が望ましいと主張する。一般人のQOLを測定するQuality of Life Index(QLI)を開発したFerransとPowersはQOLを「個々人にとって重要な生活の領域にともなう満足あるいは不満足から生じてくる安寧(welfare)という感覚」と定義している。このQLIの項目は文献検索と患者からの情報を基に選出され、生活の領域はa)健康と機能的領域、b)社会経済的領域、c)心理学的/精神的領域、d)家族の領域の4つで構成され、それぞれの領域は生活の35局面で構成されている。項目については、妥当性、信頼性ともに支持されている。今回の調査はクライアントの生活領域をこのQLIの領域としてとらえた。

## 4. 調査の概要

### 1. 目的

クライアントの側からサービスをとりえ、ワーカーの提供するサービスとそれに対するクライアントの満足度との関係を明らかにする。同時に、クライアントのQOLが援助とどのような関係をもつか明らかにする。そのため、以下のような仮説を立てる。

- 1) クライアントの評価は、目的にあった援助に対して高い。

EX. 具体的援助を求めてきたクライアントは、ワーカーの具体的援助に対して評価が高い。また、精神的援助を求めてきたクライアントは、ワーカーのサポート的なカウンセリングに評価が高い。

- 2) クライアントの満足度はサービスの質による（サービスに高い評価をしているクライアントは満足度が高い）。
- 3) クライアントの満足度は援助時間に関係しない。
- 4) クライアントが向上したと感じるQOLの領域は、クライアントが受けたサービスの具体的内容の範囲にとどまらない。
- 5) クライアントのQOLの向上は、ワーカーのサービスの質に関係している（評価の高いサービスによりクライアントのQOLは向上する）。

### 2. 調査対象

本調査は兵庫県西宮市の兵庫医科大学病院医療社会福祉部でサービスを受けたクライアントを対象に実施した。兵庫医科大学病院は、病床数1250の大学病院である。医療社会福祉部は、大学病院設立当初から患者・家族の援助相談部門として設置され、今年で22年目を迎える。当部は日本の医療社会福祉部門の実践、教育、研究において先駆的な役割を果たしてきたパイオニア的存在である。ソーシャルワーカーは、5人配置され、うち4人がワーカーとしての経験年数15年以上（調査実施当時）というベテラン集団である。

## 3. 調査の方法と手続き

### 1) 調査の方法

質問紙郵送による調査。質問紙作成については後で述べる。

### 2) 調査対象者の選定

1993年7月から10月の4カ月間に終了した全ケースを対象とした。その中から次にあげる要件に当てはまるケースを除いた。a) 援助を受けたクライアントにとってその問題を振り返ることがクライアントの大きな苦痛になる場合 b) クライアントにとってアンケートに回答することが困難であると判断された場合（クライアントの能力の面） c) いったん終了したケースが質問紙発送の際、再入院などにより再開されている場合（アンケートがどの援助に向けられているか明確にならないため） d) 援助を受けたクライアントが死亡している場合。各ケースについての判断は、担当のワーカーに任せた。またアンケート送付の際の宛名人については、クライアントが患者本人であるか家族であるか、相談室へ来ていることをクライアント以外の家族が知っているか等を考え、細心の注意を払った。郵送の際には、質問紙の他に依頼状と切手を貼った返信用封筒を同封した。また、家族の中で複数がサービス利用している場合は、一番利用頻度の高い人に回答してもらうよう依頼した。

### 3) 発送時期

ケース終結月の翌月半ばに出されるリストに従い、その月の末までに発送した。患者が死亡した場合で、クライアントがその家族であった場合は、患者の死後49日を経てから手紙を添え発送した。

### 4) 質問紙の作成

質問紙は、年齢、性別、クライアントの種類（患者か家族か）、診療科、相談室を知っていたかどうか、来部（相談）経路、来部目的を尋ね、次に、ワーカーのサービスに対するクライアントの評価の項目をあげた。

- a. ワーカーのサービスに対する評価の項目  
サービスの評価の項目は、次のようにし

て作成した。

福祉部のソーシャルワーカーに、クライアントへの具体的援助内容、クライアントがどのようなことを期待しているか、クライアントが満足・不満足を感じるのとはどこかを基本として、1時間半ブレンストーミングしてもらった。参加者は、医療社会福祉部部長、ワーカー5名、研究生（現役PSW）1名の計7名であった。

ブレンストーミングは、録音して正確に記述し、その後記述もれしたことを補った。その結果、クライアントに対するワーカーのサービスとしてあげられたものは、同種の意味を含むものを合わせて109項目あった。これを筆者と協力者の2人で、KJ法によって分類した。その結果、サービスは9つのカテゴリーに分類された。それは(1)具体的手続き援助 (2)情報・選択肢の提供 (3)関係者の調整 (4)状況把握 (5)CI中心(自分のためにしてもらえた) (6)傾聴、理解 (7)安心感 (8)人間として受け入れられた＝受容 (9)秘密保持である。そして、各カテゴリーについて、それぞれ2つずつそのカテゴリーを代表するアイテムをつくり、全部で18の質問項目を作成した。

#### b. 満足度の項目

この項目については満足度のスケールとして開発されたCSQを基本として、1個別的ニードが満たされたか 2 全体的にみた満足度はどうか 3 人にすすめるかどうか 4 サービスの量 5 また来るかどうか、という項目に、6 クライアントの期待に比べサービスがどうであったか、の項目を加えた。

#### c. QOL についての項目

一般の人の調査向に開発され、妥当性、信頼性とも支持されているQLIを参考にした。QLI 5が、QOLの4つの領域を表す項目としてあげている32項目の中から、日本人の生活に適合するものを選び、意味を取りやすい言葉に換えて全体で17項目

を設定した。

健康・機能的領域として「身体の調子」「性生活」「ストレスの度合い」「余暇の利用や気分転換」、社会経済的領域として「お金の問題」「住まいに関すること」「教育に関すること」「職業、就業に関すること」「友人、知人との関係」「生活の方針や生活の目標」、また心理学的/精神的領域として「心のやすらぎ(安心感)」「幸福感」「信仰心」「自分自身を受けとめることができる」そして、家族の領域については「家族関係」「子供に関すること」「家族の健康」をその項目とした。

## 5. 調査結果

質問紙発送数は、235。回答数は164、有効回答数154。回収率は69.8%、有効回答率は65.5%であった。紙面の都合上、全ての質問項目について詳しく報告することは出来ないので、回答内容の全体像と、サービスの質的検討、そしてQOLとの関わりについて述べることにする。

回答者の平均年齢は44.1歳(標準偏差15.2)で、30代前半の回答が最も多かった。男性と女性の比率は3:7。また57.1%のクライアントは、援助を受けるまで相談室の存在を知らなかった。76%のクライアントは病院スタッフにいわれて来部しているが、約20%は、他の患者や知人あるいは自分で探して来ている。クライアントの満足度については、「大変助けになった」、「まあまあ助けになった」を合わせると93.4%という高い数字が示され、「また来ようと思うか」、「人にすすめようと思うか」についても、肯定的に答えたクライアントが80%を超えていた。約6割が相談室の存在を知らなかったが、援助を受けた結果そのサービスに高い満足を示している。期待に関しては、90%が期待以上、期待どおりと答えており、援助時間については、80%以上がちょうどよいと回答している。

### 1. サービスの質的検討

ワーカーの援助内容8分類から導き出された19

の質問項目を因子分析した結果、3つの因子に分かれた。内的一貫性についての信頼性係数( $\alpha$ )は第1因子 .933371、第2因子 .881449、第3因子 .783978 と高い数値で支持されている。第1因子(10項目)はワーカーの対人援助法、つまりワーカーの態度に関するものやカウンセリング的援助に関するものである。第2因子(6項目)はワーカーからクライアントへの情報提供、クライアントの立場の理解・納得や状況把握に向けられた援助である。第3因子(3項目)はワーカーの、クライアントの持つ関係への働きかけ、関係調整のための介入援助である。そこで第1因子をサービス1(カウンセリング)、第2因子をサービス2(情報提供と納得)、第3因子をサービス3(関係調整)と名付け、それぞれのサービス評価と満足度について考察していく。サービスはすべて5点満点で評価されているので、サービス1は50点満点(5点×10)、サービス2は30点満点(5点×6項目)、サービス3は15点満点(5点×3項目)となる。

それぞれのサービスについてクライアントの評価はサービス1：平均値43.517(標準偏差6.668)、サービス2：平均値26.318(標準偏差4.172)、サービス3：平均値9.950(標準偏差3.598)だった。

1) 仮説1の検証：クライアントの評価は目的にあった援助に対して高い

利用目的を1.経済的援助や制度利用、2.入院療養生活中の問題援助、3.精神的支え、4.退院後の生活や社会復帰援助、5.書類の受け渡しのみ、6.その他(2つ以上の目的を含む)の6つに分類し、クライアントのサービス利用目的とワーカーの3つのサービスについて、それぞれ分散分析を行った。

サービス1(カウンセリング)について、結果はF値2.8872( $p<.05$ )で有意差がみられた。そこでTukey法による下位検定(5%水準)を行ったが、利用目的間での有意差はみられなかった。つまり、サービス1に対するクライアントの評価は、その利用目的によって有意な差はなく、平均値の示すようにクライアントの利用目的に関わらず高い評価をし

ているといえる。

サービス2(情報提供と納得)について、平均得点は目的1が最も高い。サービスと評価の分散分析の結果、自由度5、F値6.2600( $p<.001$ )となり有意差がみられた。そこで、Tukey法による下位検定(5%水準)を行った。目的1で来室したクライアントは、目的2、5で来室したクライアントより、サービスに対する評価が有意に高い。また、目的6、4のクライアントは、目的2のクライアントより、その評価が有意に高い。目的1、4で来たクライアントはワーカーからの情報提供や、今クライアントがどんな状況にあるのかを把握する必要が高いと考えられ、クライアントのニーズを反映する形で評価が表れていると言える。

サービス3の平均得点は、目的6、1、4の順に高かった。サービス3の性質上、目的1、4に高いのは当然の結果といえる。サービス利用目的とサービス3の分散分析の結果は、自由度5、F値2.3516( $p<.05$ )で有意差がみられた。同様にTukey法による下位検定(5%水準)を行ったところ下位検定の結果から、目的1で来室したクライアントは、目的5で来室したクライアントよりサービスの評価が有意に高いことが分かった。

以上のことから、サービスの評価については、その目的が要因となっていることが明らかとなった。クライアントの目的に照らしてみると、目的に対する援助の評価は高いが、カウンセリングについては、その評価に目的間の有意差はみられなかった。これは、どの目的で来たクライアントにとっても平均得点が示すようにサービスが評価されており、またワーカーの援助が必ずしもクライアントの目的のみに向けられたものではないことをも示している。

2) 仮説2の検証：クライアントの満足度はサービスの質による(サービスに高い評価をしているクライアントは満足度が高い)

一般的満足度の質問項目を満足度の指標とし、クライアントをサービス利用の結果大変

助かった(A)、まあまあ(B)、否定的(C)の3つのグループに分けた。そしてサービスに対する評価との関係を検討するため分散分析を行った(表2)。

サービス1の評価と満足度については、自由度4、F値41.0555(p<.001)で有意差が認められ、サービス1の評価に満足度の効果が存在すると判断できた。そこでTukey法による下位検定(5%水準)を行った。

表2 サービス1(カウンセリング)と満足度(下位検定)

平均得点	満足G	C B A	
30.3000	C		否定的回答
38.9189	B	*	まあまあ助かった
46.5051	A	**	大変助かった

サービス1の評価は、満足度Aのグループが高く満足度Cはかなり低い。それぞれのグループについてみていくと、満足度Aのグループは、B,Cより、サービスの評価が有意に高いことがわかる。また、満足度Bのグループは、Cに比べサービスの評価が有意に高い。つまり、ワーカーのサービスに肯定的なグループ(A,B)は、他のグループに比べてサービスの評価が高い。しかし、そのグループA,Bとの間にも有意差があることは注目すべきである。つまりワーカーの援助を肯定的に評価しているグループでもAとBには違いがあるということである。

次にサービス2の評価と満足度について分散分析の結果、自由度4、F値27.7555(p<.001)で有意差が認められた。サービス1と同様サービス2の評価に満足度の効果が存在すると判断できる。そこでTukey法による下位検定(5%水準)を行った(表3)。

表3 サービス2(情報提供と納得)と満足度(下位検定)

平均得点	満足G	C B A	
19.0000	C	*	否定的回答
23.7179	B	**	まあまあ助かった
28.0808	A		大変助かった

ここでもワーカーのサービスに肯定的なグループは、否定的なグループに比べサービス評価が有意に高いことがわかる。またサービス1(カウンセリング)の評価と同様、グループA,Bの間にも有意な差がみられる。

サービス3と満足度については、自由度4、F値11.7366(p<0.001)となり有意差が認められた。サービス1、2と同様、サービス3(関係調整)の評価に満足度の効果が存在すると判断できる。そこでTukey法による下位検定(5%水準)を行った(表4)。

表4 サービス3(関係調整)と満足度(下位検定)

平均得点	満足G	C B A	
6.1000	C		否定的回答
7.8108	B		まあまあ助かった
11.2021	A	**	大変助かった

サービス3の評価は満足度AのグループがB,Cに比べて高くB,Cはそれほど高くない。満足度Aのグループは、グループB、Cに比べ、サービスの評価が有意に高い。ここでもグループA,Bには有意な差がみられた。またグループBはサービスの評価について、他のグループとの間に有意な差はみられなかった。

以上のことから、満足度の高いグループは低いグループに比べサービスの評価が有意に高いことが明らかとなった。サービス1、2については満足度A、BのグループがCに比べその評価が有意に高く、サービス3については、Aのみが他のグループよりその評価が有意に高かった。また、肯定的な回答でもグループA,Bは質の違うグループであることが明らかとなった。

クライアントの77%は、経済的問題や制度の利用を第一の目的として来室している。しかしながらサービスを利用した結果の満足度は、ワーカーの具体的援助に対してだけでなく、カウンセリング的援助に大きく表れている。クライアントは精神的援助というものを特に全面に出さなくとも、また意識してい

なくても精神面の援助について隠れたニーズがあり、それが満足という形で表れていると考えられる。

### 3) 仮説3の検証：クライアントの満足度は援助時間に関係しない

援助回数と満足度について分散分析を行ったところ、満足度の違いによって援助回数に有意な差はみられなかった。また同様に、援助時間についても時間と満足得点との間に有意な差はみられなかった。このことからクライアントの満足度は、ワーカーの援助時間、援助回数によるものではなく、タイムリーな介入やサービスの質によることが予想される。

## 2. ワーカーのサービスとQOL

先に述べたとおり、QOLとは個人の生活のさまざまな面における主観的満足の感覚であり、主観的指標によってとらえたものである。今回の調査はQLIで用いられている4つの主要領域を基準とし、便宜上、健康と機能的領域のQOLをQOL1、社会経済的領域のQOLをQOL2、心理学的/精神的領域のQOLをQOL3、家族の領域のQOLをQOL4とした。QOL1は4項目、2は6項目、3は4項目、4は4項目から成っている。そしてQOL1～4のそれぞれの領域の質問項目のいずれかに○がついている場合、その領域のQOLが向上または改善したと考える。

### 1) 仮説4の検証：クライアントが改善、向上したと感じるQOLの領域はサービスの具体的内容の範囲にとどまらない。

仮説4については、「どこが助けになったか」という質問に対するクライアントの回答に大きな偏りがみられた（75%が「経済問題、制度利用」をあげ「入院、生活上の問題」「精神的援助」「退院後の生活や社会復帰」をあげた者が少なかった）ため統計的結論を導き出すことは出来なかった。

しかしパーセンテージでみていくと、助けになった領域として「経済的問題、制度の利用」をあげているクライアントは、その73%がQOL2(社会経済的領域)がよくなったと回答し、同時にQOL3(心理学的/精神的領域)

についても27.8%が向上したと回答している。経済的問題や制度の利用、活用ができたことは、単にクライアントの社会経済的面の向上にとどまらず、心の安らぎというような精神的分野にも及んでいることがわかる。またQOL4(家族の領域)、QOL1(健康と機能的領域)についてもそれぞれ19.1%、17.4%がよくなったと回答しており、ワーカーのサービスがクライアントのQOLの各領域にわたっていることがわかる。

また、助けになった領域として「退院後の生活、職場復帰」をあげているクライアントも、その72.2%がQOL2が向上したと回答しているが、QOL4でも45.5%、QOL3でも36.4%となっている。サービス利用の結果が退院後のクライアントの生活環境全てに及んでいることが分かる。

クライアントはサービスを利用したことで、その場の満足だけではなく生活のある領域が改善されたと評価している。つまり、ソーシャルワークサービスはクライアントの生活やその主観に及び、また、その生活の領域での主観的満足(QOL)は、クライアントが援助を求めてきた領域だけではなく他の領域に及ぶ。しかし身体的領域はどのサービスからも大きく影響を受けていない。つまり身体的領域は他の事象(おそらく治療etc.)に影響されると考えられる。しかし、社会・経済的領域、心理学的/精神的領域、家族の領域は、サービスの影響を受けており、これはソーシャルワークサービスの特質を表すものといえる。

### 2) 仮説5の検証：クライアントのQOLの向上はワーカーのサービスの質に関係している(評価の高いサービスによりクライアントのQOLは向上する)

QOL(4領域)の改善とワーカーのサービス(サービス1～3)の評価との間にどのような関係にあるかを見るため、QOLの改善されたグループと改善されなかったグループとで、ワーカーのサービスの評価にどのような違いがあるかt検定を行った(表5)。

表5 サービスとQOLについてのt検定結果一覧

	QOL1	QOL2	QOL3	QOL4
サービス1 (カウンセリング)	1.53	*	***	*
サービス2 (情報提供と納得)	1.10	**	***	2.76
サービス3 (関係調整)	1.22	***	1.11	***

\*\*\*  $p < .001$     \*\*  $p < .01$     \*  $p < .05$

QOL1(健康と機能的領域)については1、2、3、のいずれのサービスについてもQOLが向上したと答えたグループとそうでないグループとの間には、サービスの評価に有意な差はみられなかった。つまり、健康と機能的領域のQOLが向上したかあるいは変化がなかったかは、ワーカーのサービスに対する評価の要因として考えることはできない。クライアントは、兵庫医大病院の患者、あるいは家族であり、その健康や機能的側面はむしろ治療と結び付けて考える方が適切ようである。

次にQOL2(社会経済的領域)についてみると、ここでは逆にQOL2が向上したグループとそうでないグループとの間に、ワーカーのどのサービスについてもその評価に有意差がみられた。社会経済的領域でのQOLが向上したか否かは、ワーカーのサービスに対する評価の要因となるということで、言い換えればQOLが向上したグループの方がそうでないグループより、ワーカーのすべてのサービスについて、その評価が有意に高いということである。QOL3(心理学的/精神的領域)については、サービス1とサービス2にはその評価に有意な差がみられるが、サービス3については、その評価に差がみられなかった。

最後にQOL4(家族の領域)についてであるが、この領域ではワーカーのサービス1と3について、その評価に有意な差がみられた。サービス3がクライアント自身の持つ関係への介入という性質を持つことを考えると納得

できるものである。

以上のことから、クライアントの生活の諸局面での質的向上はサービス評価の要因となり、サービスは直接的に関わる領域のQOLの向上だけでなく生活者としてのクライアントの全生活領域に影響していると言える。

## 6. 調査の問題点と課題

まずクライアントの評価そのものについてである。

対人サービス利用者の側を、サービス提供者の側から調査をすることは、商品を購入した消費者にその質を問うのとは違った意味を持つ。特にヒューマンサービスにおける調査は、どうしても高い評価がかえってくるといわれている(Larsen, 1979)。そのためサービスに対する要望の項目をつけ加えたが、それだけでは不十分である。調査結果においてこの点を十分に考慮しておかなければならない。むしろ回答のなかったクライアントに焦点を当てる必要があると思われる。

次に今回の調査が一般化出来るかどうかという点である。今回の調査は、兵庫医大病院医療社会福祉部でのクライアントを対象にしたものである。この調査対象は完結したものであるが、それが相対的な結果にならないということは避けられない。

今後調査を何らかの形で拡充していくことが必要であるが、その際には質問紙についてさらに検討を加える必要があるだろう。

最後に、この調査は終結後1ヵ月以内をめぐりにアンケートを発送したため、援助の長期的な効果が測れない。しかし、援助についての記憶がどのあたりまで保たれるのかを考えると、援助後、長期間における調査にどれだけ意味があるか疑問である。このあたりも今後の検討課題となると思われる。

## 7. おわりに

臨床の場でクライアントを「サービス利用者」ととらえ、その評価を問うていくことはサービスそのものを見直す機会を与えてくれる。またこう

いった調査はソーシャルワークサービスの質的向上だけでなく、院内におけるソーシャルワーク部門の位置づけの改善にも貢献できるものではないかと考える。この調査が、今後のサービス向上につながっていくことを願うものである。

最後に、本調査について全面的にご協力下さった兵庫医科大学杉本照子教授と兵庫医科大学病院医療社会福祉部のワーカーの皆様にご心からお礼申し上げます。

付記：本論文は修士論文として、関西学院大学に提出したものの要約である。

### 引用参考文献

Attkisson, C. C., Hargreaves, W.A., Horowitz, M. J., and Sorensen, J. E. (Eds.): Evaluation of human service programs. New York, Academic Press, 1978

Campbell, A., Converse, P., and Rodgers, W.: The quality of American life. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1976

Feifel, H. and Eells, J.: Patients and therapists assess the same psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, Vol.27, 1963, pp.310-318

Ferrans, C. E. and Powers, M. J.: Psychometric Assessment of the Quality of Life Index. Research in Nursing and Health, Vol.15, 1992, pp.29-38

Ferrans, C. E. and Powers, M. J.: Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties. Advanced in Nursing Science. Vol 1, 1985, pp.13-24

Flanagen, J. C.: A Research Approach to Improving our Quality of Life. American Psychologist, Vol.33, 1978, pp.138-147

Flanagen, J. C.: Measurement of Quality of Life : Current State of the Art. Achieves of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol.63, 1982, pp.56-59

Garber, L., Brenner, S., and Litwin, D. : A Survey of Patient and Family Satisfaction with Social Work Services. Social Work in Health Care, Vol.11(3), 1986, pp.13-23

Hsieh, M. and Kagle, J. D. : Understanding Patient Satisfaction and Dissatisfaction with Health Care. Health and Social Work, Vol.16 (4), 1991, pp.281-290

Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W., and Ngyuen, T.: Assessment of Client/Patient Satisfaction : Development of a General Scale. Evaluation and Program Planning, Vol.2, 1979, pp.197-207

Nelson, P. R. and Gundlach, J. H.: A Scale for the Measurement of Consumer Satisfaction with Social Work Services. Journal of Social Service Research, Vol.7 (1), 1983, pp.37-54

Oleson, M. : Subjectively perceived quality of life, IMAGE, Vol.23 (3), 1990

Ware, J. E., Davies, A. R., and Stewart, A. L.: The measurement and meaning of patient satisfaction : A review of the literature (Report No. P-6036). Santa Monica, CA : Rand Corporation, 1977

# 「MSWと患者家族」関係の再考

## ＝実感的関係論の試み＝

田中千枝子\*

### はじめに

私たち医療ソーシャルワーカー（以下MSW）は、『MSWと患者の家族との関係』に日常的に対面している。私たちは、その関係性に大きく影響され、苦しみながらも救われてもきた。ここでは現場のMSWの実践感覚を大切にしつつ、この魅力的な不思議な関係について、自分自身の個人的体験に則って、MSWと患者の家族との専門的援助関係に関する試論を提示する。

まず大切な『私ごと』であるが、自分自身の父親が、3年前の夏から、自力では寝返りも打てない寝たきりの状態になった。以後次々と起こる試練に右往左往しながらも、家族による在宅介護の生活を続けている。その貴重な体験により、援助専門家としての自分の役割や立場性の再考を行う機会を得た。

そうした自らの体験をもとに、展開する論の柱は、『援助介入システム』の考え方<sup>1)</sup>を発展させたものである。以下は日常の実践場面に置ける「MSWと患者の家族」関係を、それに基づいて整理する。

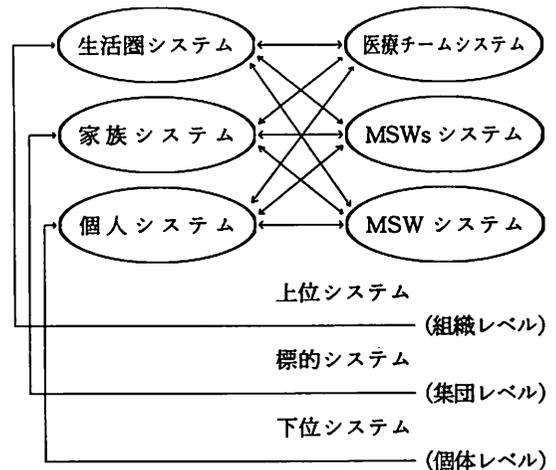
なおこの論旨は、第3回医療社会福祉学会のシンポジウム（1993年10月 於慶応大学）の筆者の発言を骨子としている。<sup>2)</sup>

### 1. 関係性の枠組み

図1によると、「MSW—患者家族」関係は、

患者・家族システムと援助者システムの2つのシステムと、その全体の相互作用としての援助介入システムの3つのシステムから成立している。そこで3局面のそれぞれについて順に吟味する。

図1 援助介入システム



佐藤悦子著：「医療社会事業従事者講習会報告書」、p.24

#### (1) 家族・患者システム

##### ① 最小単位としての家族関係

家族ソーシャルワークでは、その観察と介入の最小の単位として、家族の関心に注目する。その家族の関係とは、きわめて個別性が高いものである。そして家族の中において、疾病によって派生する問題を抱えることは、従来の家族関係の在り方や今後の関係性の変容に大きく影響する。また

キーワード：家族ソーシャルワーク、専門的援助関係、システム論、ソーシャルワークの価値・目的

\*たなか ちえこ：社会保険中央総合病院

家族関係の問題の性質は閉鎖的であることが多く、外部には選択的に表出されがちである。表面的に観察される事象にのみ、MSWが対応しても、解決には必ずしも結び付かないことが多いのは、周知のことである。

## ② 関係性の内容吟味

### a) 「家族」のサイズとスケール

日常のソーシャルワーク実践の中では、MSWは、家族のとらえかたについての違いを医師や看護婦との間に感じる事が多い。医師が家族に対応するときには、一般的には家族構成員のうち誰に対応するかを厳密に吟味せずに、不特定な一人とその時々で病状や治療方針、予後などについて話をする。話した事実の方が大切となる。これは手術や検査の承諾書への署名などに見られるように、法的な医療責任との関連が大きいと考える。そこには治療・援助関係を第一義的に考慮する発想は少ないと思われる。

また看護婦は、家族が看護・介護の技術を身につけることなど、今後の患者の療養生活に役立てることを目的にして、キーパーソンとしての家族構成員に接する傾向がある。またその人を中心として、看護・介護にとって支障となるような、家族関係上の問題を発見することが大切な視点となる。

これらの職種とMSWとは、家族との関係のとり方が異なる。MSWはまずなるべく複数で、同居していない家族も含めて関係の対象者とすることが多い。またさらに医療側の方針に、賛成している者のみならず、不安・不満を持っている家族構成員と、今後の家族関係を見越して、とくに接することが多い。これは目前の話を都合の良いようにまとめたり、単に申し渡したり、決断を迫るためというよりは、家族自身が今後、患者の疾病や障害を抱えながら、家族の在り方、その関係性を考えていく問題提起をする目的のために、家族に接する姿勢をとるからである。

こうした家族の関係性を観察し介入していく視点は、本来的にMSWに身につけているものである。しかしその視点を、最終的に家族との関係性の、どこへの、何に合わせた介入・調整活動なのかについては、MSWの援助観、価値

観とも関連し、従来から無意識に行われがちであった。またそうした家族に対するMSWの役割についても、明確になりにくいところであると思われる。

### b) 関係の認識

ソーシャルワーク実践の枠組みを、医学モデルでなく生活モデルとして、因果律でなく循環律ととらえる思考は、ソーシャルワークの場としての家庭、対象としての家族の関係をより強くクローズアップする。またMSWにとっては、家族関係に対する観察・介入が、より理論的倫理的に切実な課題になる。それは関係が問題の原因追及の対象から、今後家族がその家族らしく生きていく糧として、変化することに通じると思われる。関係を扱う専門家としてのMSWが、そのことをどのくらい自覚し働き掛けていくことができるか自らに問いかけいく作業が重要である。

その問い掛けの作業の結果、自分で患者の家族を体験した以前と以後との変化であらわしたのが表1である。

表1 MSW—患者家族関係の認識の変化

事柄		視点	行為
家族の自己決定	体験以前	家族の団結	自律性に対して支持・評価
	体験以後	家族関係の強連結のおそれ	架橋連結への配慮
MSWの立場性	体験以前	医療の拘束から自由	無自覚な医療論理の行使
	体験以後	援助者システムの一翼を自覚	二重性にバランスで応える
両者の関係性	体験以前	効果的な医療の供給を目的	家族の内外環境の調整活動を重視
	体験以後	両者のパラレルな二重性に着目	自らを揺らすことで対峙

### c) 自己決定のパラドックス

問題に直面した家族員を体験してみて、私は私たちMSWが、日頃自己決定と呼んでいるものと、家族から見たものとの間に著しいギャップがあることに気が付いた。家族による自己決定とは、家族構成員が問題局面ごとに、自発的

選択を積み重ねていくなかで、形成されていくように思われる。しかしそれらがパラドックスとして存在しがちであることを、今まで援助者として、私自身の理解が不足していた。

つまり、家族が自分自身で問題の対処方法を選択・決定していくことは、生産的か否かは別にして、家族構成員が家族内の関係性の重みを自らの中にまた一つ引き受けることである。それは家族内で自発的に決定されたこととして、価値の高いことである。MSWとしての従来の私は、その選択や決定を支持し、そうした家族の自律性の強化に当たってきたように思う。しかし時にそうした援助姿勢の結果、より苦しく傷つき易く、救いようのない立場と関係性に、患者の家族が自分で自分を追い込むことにつながることもあったように思う。こうしたパラドックスに対する理解が一面的であった。

また逆に、そうした深刻な事態だからこそ、家族の関係性が濃密になり、楽しさや愛しさ、自分自身および家族の嬉しい意外な発見が生まれてくる。そこから信じられない力が湧きでて、さらに困難な事態に対しても頑張ることもできる。この家族関係における二重のパラドックスを招く、自己決定とみられるものの家族にとっての切なさに関して、私が今までMSWとして、肉感的理解がどの程度にできていたか疑問である。

つまり人間関係の性質を、結びつきの強弱であらわすと、家族は一般的に「強連結」<sup>9)</sup>(strong tie)である。自発的選択を繰り返すことによって、家族内部の凝集性が高まり、異質性を排除し、多様な価値にもとづく情報や資源などが、さらに排除される方向に向かう。そのような求心的で閉鎖的な関係がますます強くなることで、救われたくても救われない、救いたくても教えない、『強連結の関係性の魔』に魅入られてしまう状態になる。つまり「強連結」は、外部に向けて橋をかけるような「架橋連結」(bridging tie)ではないのである。その状態を指して、MSWは、家族がしっかりしてきた、自立してきた、問題なしと判断してしまうことが生じがちではないだろうか。そうした家族の自発的選

択の連続を、自己決定の成立とする一面的理解は、MSWの無意識の責任回避であり、家族機能や役割に対する過度な期待と思い込みを、あらわしているのではないだろうか。

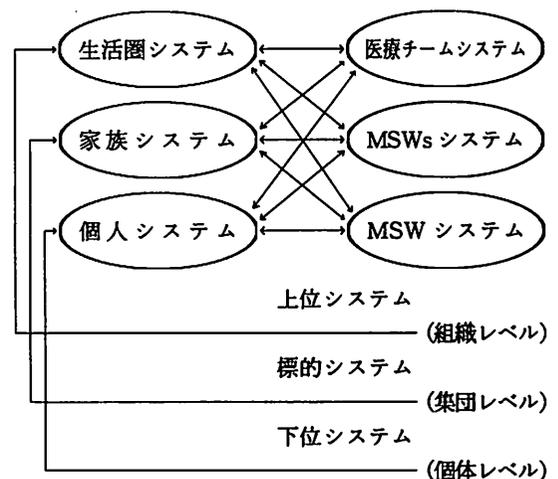
本来そこでは、別の種類の、専門的援助の展開が必要で、新たな関係性に関する切り口が要求されると思われる。私はその鍵が「弱連結」の長所を生かした、社会的サービスネットワークの作成にあると考える。こうした弱連結の関係は、間接的な接触を通じてクールにスムーズに様々な情報や資源が流通する、架橋連結になる可能性が強い。つまりMSWたる私は、そうした開放的で拡大傾向を持つ、社会的結合に関するプロフェッションとして、家族との関係性を通して、その専門性を試されていると考えるのである。

## (2) MSWの関係性 (援助者システム)

### ① 医療システムとMSW

図1において、援助者システムの中にMSWを位置づけることは、実際の関係性の問題を考える上で重要なことである。なぜならそのことから医療システムに組み込まれているMSWが、根本的に家族に対してフリーハンドではない本当の意味を考え、それゆえその不自由さの中で、自覚的に行動する大切さが浮かびあがるからである。ゾフィ

図1 援助介入システム



佐藤悦子著；「医療社会事業従事者講習会報告書」、p.24

ア・ブツリムは、そのことを「クライアントとMSWが別個の存在であり、特定の状態に対する受けとめ方も異なっていることについて、よりはっきりとした認識を持つこと」<sup>9)</sup>と表現し、あらわしている。

## ② 立場性の内容吟味

### a) 医療システムとパターナリズム

医療の援助者システムでは、医師を中心にして、治療方針や治療目標などを患者・家族システムとの関わり合いの中で決定していく。そのプロセスにおいて、「医療システムと患者・家族システムの間には、バランスの取りにくい倫理的関係が展開されている」<sup>9)</sup>。その関係をパターナリズム (paternalism) としてとらえる考え方がある。本来パターナリズムとは、医師が、患者のことを父親が子供をおもんばかるように、患者や家族の意向や選択を越えて、医療者側の価値観を押しつける形で治療方針などを決定してしまうことをいう。従来MSWは、そうした医療の押しつけとしてのパターナリズムから、一番自由な職種であることを強調してきたように私は考える。例えばごく安易に、「医療チームの中で、患者・家族の自己決定を支える立場に立ちうる」などと、言い習わしてきたように思う。

しかし家族としての体験を経た後では、医療チームの一員として、そのシステムに組み込まれているMSW自身が、パターナリズムの一翼をも担っていることを自覚することから、その立場性を出発させる必要があることに思い至った。そしてそうした医療のパターナリズムと患者・家族の自律性の問題が、家族とMSWの関係のなかでも、バランスを崩し、葛藤を起こしがちである構図を思い描くことが重要であると考えられる。

### b) 二重の価値期待と構造化

さらに援助者システム内のMSWの立場は、組織的貢献と専門性の発揮、また医療と福祉の各自の価値や文化に対する二重性をもって構造化されていることを指摘する必要がある。このことは、援助専門家としてのMSWが、そうした二重の価値期待に対する対処の仕方を学ぶ必

要が生じると考えられた。

病院組織や医療チームの一員として、MSWが家族に対応する場合、例えば自宅退院を考えるに際しては、家族の関係と能力を、療養生活遂行に欠かせない介護力として、診断・測定しがちである。MSWは、その家族のマンパワーが目一杯発揮されるものとして在宅生活をデザインし、補完的に地域サポートを考えることを行いがちだったのではないか。援助者側の注目と評価は、医療の効果的な展開に貢献するよりよき家族像に奪われがちであった。そのことは家族の自己決定の題目の下に、MSWが専門的アセスメントの責任を回避することにも通じるものがある。

そうした浅薄な価値観や判断にもとづく援助者システム内部の動きが、標的システムのなかにいる家族には、とてもよく見抜くことができるのである。この実感を伴った発見は、MSWとしての自らの実践を振り返ることで、さらに忸怩たる思いを深くする。従来の発想による援助介入のアプローチは、個人・家族のユニークさを損なうという意味で、家族にとっては、実存的暴力になっていたのではないかと思いたることもある。

MSWは、従来家族員が大切にしたいものを尊重する姿勢に、価値を見いだしてきたはずであった。それならば援助者側によって一律に介護者として、また人手として能力をカウントされ、関係性をおしはかられるという家族の不条理な立場に共感し、擁護の姿勢をとることができはざである。そうした中でこそ、MSWは主体的に、援助者システムがもっている家族像の変化の可能性に関与できると考える。

さらにいえば医療に介入され、統制されるだけの受け身の弱々しい家族から、援助介入システムに積極的に関与し、最終的に社会を変革していく強い能動性を持つ家族へと家族自身が変わっていく鍵を、MSWは援助者システムの中に明確に位置することによって、かえって強く握っているのかもしれない。

### c) 拘束状態からの脱却

組織貢献と専門性、医療と福祉の二重の価値

期待にMSWが悩むのは、援助者システムに自らが構造化されているために、当然のことであるといえる。こうした中でいずれか一方の目標の達成を志向しても、MSW自身の内部で不安全感・不安感が常に残ってしまう。つまりこうした二重性に答えていくことは、二者択一でやれることではないのである。あくまで双方のバランスのなかでこそ、対処可能なものであるという考えを進めることが大切である。そのバランスをとる作業は、専門的価値に裏打ちされた、より高度な技術が要求されるものであると考える。

振り返れば、家族も援助者システムへの依存と自らの家族内部での自立の二方向の中で、必死にバランスをとっているのである。この十分な揺れを味わうことによって、家族は絶妙なバランスに至ることができる。また十分に依存をする体験を経るからこそ、自立できると考える。そうした自立へのプロセスを家族が通過することは、自らの関係の主体性を確立するためには貴重な体験であろう。

同様に、MSWもこの心理的拘束状態を抜け出るために、十分に揺れることのできる志向性と能力が要求されると思われる。「家族が揺れるぐらいにMSWも揺れてほしい。揺れることで、援助の専門家としての共感や知恵をもっと絞って欲しい。」これが強連結の閉塞した関係に苦しむ家族の心の声ではないだろうか。そしてこの揺れることは、MSWと患者家族の関係性のプロセスの中では、「共振」といわれる作業に通じるものであろう。

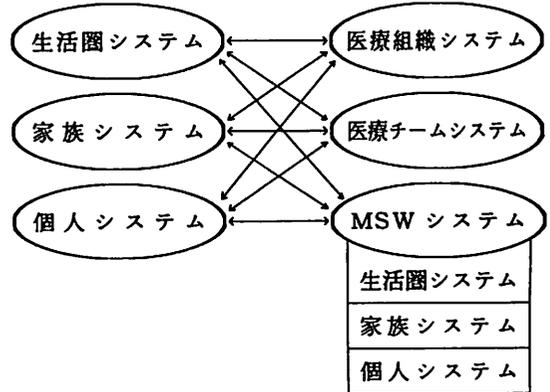
### (3) MSW—家族の関係性に関して（援助介入システム）

こうした今までの考察から、新たな自分なりのMSW—家族関係を説明したのが図2である。

#### ①各システム内の流れ—その内容と質

患者・家族システムの内部では、家族以外の他者が引き受けることのできない、関係の強連結と閉鎖性による絶対的孤独が存在していることを強く意識する必要がある。家族構成員が家族としての人生を自発的に選択していくということは、前

図2 関係論の再考にもとづく援助介入システム



述のような自己決定のパラドックスの極致を、行き来することに他ならない。

また援助者システムでは、病院という医療組織やパターナリズムなどの文化について、前述のように、大きな問題があると考えた。そこで医療チームの上位システムとして、病院組織を置いて考えた。また家族に対する医療チームの影響が、MSWと家族の関係を直接大きく規定すると考えるので、積極的にMSWが医療チームの一員として関わることを評価する意味で、こうした設定を行った。

私は個人的体験から、援助専門家としてのMSWが、患者の家族にとっていかに微弱な存在であるかということに自覚した。その反省から、今までのように、医療の効果的な供給を目的としたシステムの歯車となって、家族や医療チーム内外の関係の微調整を繰り返すことに限界があると感じるようになった。家族の強連結の関係性からくる絶対的孤独、閉鎖的関係の重圧が強く身にしみたからである。そこでその関係に対応する切り口として、架橋連結に繋がる有効な社会的サービスネットワークと家族構成員との弱連結の関係を、重視することに思い至った。

またそうしたサービスネットワークの育成といっても、量を問題としたサービスの紹介だけでは、家族の自己決定のパラドックスに匹敵する力にはなりえないと考える。そのためにハビング(having)からビーング(being)へ、サービスの質的変換の必要性を指摘したいと思う。その結果、家族を積

極的に評価し支持するためには、MSWと家族の関係性の質を、専門性を駆使して、問いかけていくことが重要になるであろう。

### ② 関係と生活者としての背景

そうした関係性の質を問うことは、MSWの援助観に関わることでありと考える。援助専門家としてのMSWは、医療システムのバタナリズムの影響の大きさを自戒しつつ、姿勢を家族に添わせ、存在をかけて自らの価値観やそれに伴う目的を揺らしながら介入することが大切であると思いついた。家族とMSWが「共振」の作業を経ることによって、MSWは始めて家族にとって、有効な援助の送り手となりうるのである。

さらに、MSWにとっては、揺らすこと自体、精神的にも大変きついことである。やじろべいの支点のように、揺れている中でも揺るがないものがないと、揺れることで自分自身を保つことができなくなってしまう恐れもある。柔軟で強靱な姿勢や価値観を持つためには、MSW自身が、日常生活を自覚的に行う人間としての自負を持つことが必要である。生活者としての足場がきちんとしている社会生活の専門家だからこそ、三重の相互作用を俯瞰して、さらに自らの役割を正しく果たす下地を作ることができると思う。つまり社会生活を背景にした足場が高い分、MSWの視点は三次元になるのである。そしてその三次元の視点は、やはり「揺らす」ことから得られるものではないだろうか。

### ③ 医療場における家族調整

医療という肥大した専門性優位の場で、MSWは家族との関係性のうち、どこの何に合わせた介入を行うのであろうか。

医療チームと家族の関係が、MSWと家族の関係を大きく規定するという前提にたつと、患者と患者家族の関係とパラレルに、MSWと医療チームの関係が浮かぶ。そこからMSWが組織と専門性の二重の価値期待に悩むのと同様に、家族は個人の幸福追求と家庭の安定の二重性に悩むのだということが思い至る。こうしたパラレルの状態にあるMSWと家族の関係性は、両者がお互いの立場を認識し合い、かつその二重性に互いに揺れながら接点を見だし、克服し合うところからしか

出発しえないと考える。これは大変な緊迫感のあるMSWと家族の対峙の関係である。

そしてそうした医療場における家族調整とは、生活面の援助専門職として、自らの生活を足掛かりに、その家族の生活の質をきちんと把握し保障するため、家族に対して、そうした対峙の関係を求めて進んでいくことであろうと考える。

## 2. MSWの視座

### (1) 視座の意味

こうした家族との厳しい関係を求められているMSWにとっては、その拠って立つ場所や現象をイメージし、確認することが重要となるであろう。私はまずこれを「MSWにとって、一定の価値にもとづく目的のために保持しなければならない『座』<sup>9)</sup>として考えた。「座」は「点」や「場」より、幅や緩みや揺れが感じられて、いわば揺り椅子の状況をイメージさせる。そこはMSWの拠って立つ一定の足場である。またそれは転覆すること無く、安定して大きく広くゆっくり揺れている。それがMSWの姿勢である。またその椅子の上には価値も、実際の行動を促す目的も乗っている。こうした視座があってこそ、MSWは家族との安易な対決や妥協に走ることなく、緊張した関係を関係として、両者が安定して営むことができると考える。

### (2) 密閉性と「浸る」こと

またMSWと家族の関係を考えたときに、浮かんでくる一つのイメージがある。それは、「MSWはワインのコルクである」というものである。外気は医療、ワインの中身は家族である。ワインは菌の働きにより、熟成し、酸味が得られる。菌はワインそのものに付随しているものであり、熟成の具合は、葡萄そのものなどの要因によって、ワイン内部で決まる。しかし酸味の程度はコルクが適度なところで調整し、その密閉性が、酸化を防ぎ、独自の味を保つという。そして一番大事なことは、コルクはワインに浸った状態でなければ、効力を発しないのである。

家族は、その家族らしい熟成をその内部で志向

する。しかし外気としての医療は、その影響がとくに強烈であることから、コルクであるMSWが、家族の密閉性をまもる必要がある。それは家族が医療によって酸化し、味が変わり、その家族らしくなくなることを防ぐ。しかしその半面、酸味を適度に付けるためには、MSWは外気である医療の、家族への出入りの量と質を観察し、その調整役を果たす。その外気の出入りの具合は、家族ごと、MSWごとに異なり、決められたパターンは存在しない。そこにあるのは両者の真摯な対峙である。さらにワインである家族に浸っている状態でなければ、コルクであるMSWはその本来の調整の役目を果たすことができない。そして最後にMSWは、家族が自ら熟成していくのを待つのである。

## おわりに

「私の家族は私の手に余ることを認める。息も詰まるような、閉鎖的な強連結の関係性の中で消耗し、他人には伝えられないくらい疲れている。すぐそこには、援助の専門家といわれる人が居る。私は救われたい、でも救われない、何故だろうか。」こうした自分なりの問題意識を持って、MSW—患者家族関係を考えてきた。その結果、一連の考察の中で、家族の関係を構成するシステムとMSWの拠って立つシステムの関係が浮かび上がってきた。

まずそれは、異なるシステムにお互いが存在していることを認識することから始まる。そしてそのシステム間の関係は緊張を孕んだものである。援助者側のシステムに属しているMSWは、家族の側のシステムの性質と内実を意識して読んでいかなければ、本来の問題を把握できないのである。それができて初めて、そうした辛い問題を抱えた家族の状態は、「巻き込まれている人間全体が被害者であり、かつ加害者である状況のなかで、『喪失体験を生きていく』こと<sup>9)</sup>と理解できるのである。

またMSWも同時に、そうした関係性を援助者システムの中にパラレルに内包していることを自覚することが大切である。その自覚がMSWをし

て三次元の視座を持って、揺れることに結びつくのである。そうした価値観や専門家としての自己存在そのものを安定して揺らすことによって、同じく揺れている家族との出会いに繋がるのではないだろうか。家族を体験してみて、専門家からは自己決定と呼ばれる自発的選択に揺れている家族に対して、MSW自身が揺れないまま、「困ったら、いつでも何でも相談にきて」といい続ける、そうしたMSWの姿勢の奇妙さに今さらながら驚くのである。そうした自らの存在に関する的是なずれの安住の状態を、払拭することが重要である。その鍵となるのが援助者システムに組み込まれ、専門性と組織やチーム医療の二重の価値期待に、MSW自身が揺らされる存在であることを自覚することであろう。

MSW—家族の関係は、従来からMSWにとって馴染みのあるものであった。しかしその関係性の性質を再度、システム論によりとらえ直すことによって、MSWの価値や家族に対する役割にも、検討を加えることができた。

## 【引用文献・その他】

- 1) 佐藤悦子；医療ソーシャルワークの解決技法、医療社会事業従事者講習会報告書 No.6、p.24、東京都衛生局、1990年
- 2) 田中千枝子；『「MSW—家族」関係の再考—実感的関係論の試み—』、シンポジウム「医療ソーシャルワーカーにとって家族とは何か」、第三回日本医療社会福祉学会、1993年
- 3) 塩原勉 その他；「ターミナルとネットワーク—人間関係における結びつきのパラドックス」、『ターミナル家族』、p.157、NTT出版、1993年
- 4) ソフィア・ブツリム；「ソーシャルワークとは何か—その本質と機能」、p.77、川島書店、1986年

- 5) 今田拓、千野直一編；「リハビリテーション  
医療社会学 ソーシャルワークとそのシステム」、  
p.40、医歯薬出版、1989年
- 6) 堀越由紀子；「医療ソーシャルワークの実践  
的研究 —その課題と方法—」、医療社会福祉  
研究、第1巻 第1号、p.20、1992年
- 7) 佐藤悦子；基調講演「医療現場における家族  
ソーシャルワーク」、第三回日本医療社会福祉  
学会、1993年

## 移植医療とMSW

坂 巻 熙\*

私は医療の専門家でもありませんし、皆さん方のように病院で日々患者さんに接している立場でもございません。ジャーナリストでありましたし、福祉の分野で勉強してきたものでありますから、本来この問題に対しては全くの素人であります。私なりに市民の立場から、臓器移植とMSWに対する期待ということについて、お話させて頂こうと思っております。

### (1) エホバの証人“事件”

私が新聞記者時代の1985年にある事件が起きました。子供が交通事故で大怪我を致しまして病院に運んだ。ところがご両親が「輸血をしては困る」ということでお医者さんが輸血をしようとしたところを止めまして、子供が亡くなったという事件でありました。当時マスコミ、新聞が大きく取材を致しましたのでご記憶かと思えます。ええ、「エホバの証人」と言われますキリスト教の宗派の信者でありまして、その宗派は輸血を禁止しているわけです。もちろん臓器移植も拒否いたします。それが神の御旨にかなった生き方だということで、自己の宗教的信念を子供に当てはめまして、結果として子供を死に追いやったわけがあります。「ものみの塔」といえば、個別訪問で家族連れでもって日曜日などに色々なパンフレットを配ってくる。皆さん方もそういう形で対応されたことがあろうかと思えます。

さて、この事件を当時論説委員として社説でど

の様に取り上げるか、かなり議論を致しました。結論としては、親が自分の信念でやるのは、これは問題ないけれども、物事が判らない子供にまで親の親権を押し付けて死に至らしめるのは問題があるのではないかと、そういう社説を担当者が書きました。もちろんこれに至るまでには論説委員全員が大変な議論を致しました。親として無責任だ、という人もいますし、宗教とはそういうものだ、仮に輸血をして生き返ったとしても、親の宗教的信念に反して、子供が自分ではない人の血を受けて生きているということになると、将来の親と子の人間関係までおかしくなるんじゃないかと、こういう考え方もありました。いろいろ議論を致しましたが、歯切れの悪い社説になったわけであります。

輸血というと臓器移植とは考えない人が沢山いるわけですが、私は輸血も一つの臓器移植であろうと思えます。ただ他の臓器と違って、簡単に手に入るわけでありまして、今では薬品の一部として血液製剤という形で薬になっている。それだけに臓器移植、他人の臓器を貰うという感覚は非常に薄れているわけです。しかし、考えてみれば血というのは命の基本でありますし、血がなくなれば亡くなるわけでありまして、輸血というのは他人の生命を貰って、自分自身が生き延びるという一つの営みであろうと思うんですね。この命を貰って生き延びる。私は人間が生きていくということは全部この辺につながってくるだろう

\*さかまき ひろし：淑徳大学

と思います。

## (2) 牛さん豚さん、ありがとう

どのような形にしても、全部他者の命を受けているわけです。生きるためには、食べなければなりません。そして“食べ物”は、それぞれ“命”を持っています。それを食べるのですから、それが人の命ではないだけの話なんです。ステーキを食べる時に、牛さんありがとうと言って食べる人が一体どこにいるだろうか。トンカツを食べる度に豚に感謝していたら命がいくつあっても足りないわけでありますから、これはもう感謝はしないで当り前のこととして命を貰っているわけです。しかし逆に言えば、私達が生きているということは、他者の命を貰っているんだという意識を持つことが、今の時代には必要欠くべからざるものだというふうに思っております。そういう意味では、生きることに對する哲学と申しますか、それが欠けているのが現代社会であろうと思います。

## (3) アンデスの聖餐

35年程前になりましたら、私がサンデー毎日という雑誌の記者をしておりました時に、南米のアンデスの山中に飛行機が落っこって、生き延びた人達が亡くなった方の肉を食べて助かったという事件がありました。これをアンデスの聖餐といって、当時特派員を出して取材をさせた記憶があるのでありますが、正に自分が生き延びるために、人間の肉を食べて生き延びたという事件でございました。食べて生き残った人もいますし、それを拒否して亡くなった人もいます。どちらがいいというよりも、一人の人間の生き方がそこに問われてくるんだろうと思います。まあ未開の世界ですと、強い人が亡くなればその人の肉を食べて自分が強くなるカニバリズムというものがあったようであります。現代でも大岡昇平の「野火」という小説、戦争の極限状態に置かれて人の肉をジャングルの中で食べるという描写が出てくる。極限状況に置かれたら、人の肉を食べるということも人間は敢えてするわけでありますが、そこまで行かなくても、臓器移植というのも人の命の一部を貰うということに私はつながってくる、自己が生

き延びるために人の命の一部を頂く行為だと私は考えているわけであります。

## (4) 臓器移植と法律

ところが、血液製剤と同じように移植というものが一つの技術になって参りますと、そこに命の重さを考えるという要素が非常に薄くなって参ります。輸血を受ける時に、これは人の命の一部を貰っているんだというふうに意識する人がどれほどいるか。あまりいないだろうと思うんですね。そう致しますと、臓器移植が当り前の医療行為になったときに、私達はその命の重さというものに対して、どの様に対応していかなければならないか、ということが問われてくるでございましょう。

移植が一つの技術になってしまっ、人体が、人の臓器が一つのパーツになってしま。これが臓器移植の危険なところで、人間の命に直接関係のない臓器移植はご存知の様に法律によって既に決められております。角膜および腎臓の移植に関する法律というのが昭和55年にできておまして、それはもう当り前のこととして一つの医療行為になってくるわけです。ところが、これは直接は命に関わりが無い。腎臓を2つある内の1つを取ってもよからうということになるわけですが、人間の臓器には様々なものがありまして、かけがえのない臓器というものもあるわけがあります。あるいは死んでから取ったのでは移植に間に合わない臓器もある。その一つの典型的な例が心臓移植ということになるわけです。で、これは生きた臓器が欲しいということになりますから、当然そこで人間の死というものを三兆候の死から、脳死という概念を導入して、脳は死んでいても、なお体は生きているんだという状況にして臓器移植をしていこう。腎臓とか肺とか心臓とか肝臓とか、そうした臓器はそういう形での移植ということに段々なってくるわけですね。

## (5) 問われる生死観 生きることの意味

脳死臨調がご存知のように答申を出しました。脳死は人の死と認める人が増えてきている。従ってそれを認めて臓器移植をするのも認めようではないかと、こういう形で世論形成と申しまし

か、行政的な誘導策がどんどん進められてきている、というのが今の現実でありましょう。そしてその根拠の一つが臓器移植というもの、あるいは心臓移植というものに際して、世界のあらゆる国で、もう脳死が人の死になっている。文明国でもって、脳死を人の死と認めないのは日本とイスラエルだけでこんなに時代遅れなことはない。こういう形でもって世論形成が進められ、そして臓器移植に道が開かれようとしているというのが現在の状況だろうというふうに考えるわけです。

ところが、人間が死ぬ、人間の命というのは、その国その国の文化あるいは人の生き方と深い関係を持っているわけでありまして、外国でもって脳死が人の死だから日本も人の死にしなければいけないという議論は私は成り立たないだろうと思います。まあご存知のように「我思う故に我在り」というデカルトの言葉がありますけれども、西欧の哲学においては命というのは我思うが為に命があるんでありまして、思考というもの、あるいは精神というものを失った時にはもうそれは人ではない。人間の肉体というものはあくまでも物になるという、物心二元論というのが哲学の基本になって、西欧文明の根底にあるわけでありまして。けれども、わが国では必ずしもそうは受け取られていないわけでありまして。命というものは体と密接に切り離せないという考え方、更にはまた、どんな物にも命があるんだと。例えば上野の不忍池に行きますと、鰻塚とか筆塚と書いてある。鰻を供養するための石碑が立っていて、そこで毎年供養されている。人間だけでなく、食べているものにも命を認めて供養する。筆塚に至っては筆記用具のモノにまで“命”があるという考え方が日本の文化にあったわけですね。

そういう風土の中で臓器移植をどのように進めていくかという時に、必ずしも脳死に100%賛成という人ばかりではないだろうと思います。私は新聞記者時代に何度も飛行機事故の取材を致しました。そして遺族が外国人の場合と日本人の場合とでは極端な違いがある。日本人の遺族はどんな形になっても肉体の一部を確認したいんですね。ところが外国人の多くは死んだということが確認されればもう遺体というものに余り価値を置かな

い。ところが日本人は、黒こげになって見るに耐えない遺体でも、それが自分の親なり肉親なりということを確認しなければ納得しない。となりますと、日本人にとって肉体というのは、死んだ後でも物ではないというのが、私が取材で感じたことであります。そうした場合に、臓器移植というのは人の命の一部を貰うわけですから、これは単に機械の据え換えではない。そこに生き方、精神の問題というのが絡んで参ります。そこにMSWがどのように対応していくかということになるのでありましょう。

#### (6) 命売ります

臓器移植が定着しますと、臓器を物としての売買が当然出て参ります。もう既にこれまで腎臓の売買、あるいは開発途上国に行って買ってくる。今でもお金のある人は外国に行って心臓移植を受けられるけれどもお金のない人は受けられない。こういうことになって参りますと、医療の公平という視点から問題が出てくる。お金持ちのための臓器売買になる。あるいは極端な例ではあります。暴力団やマフィアが臓器移植を金儲けの材料にするということも有り得るかもしれません。ブラジルで何千人の子供達が行方不明だという記事がこの間出ておりましたけれども、考えてみればそういう子供達を誘拐して殺し、その臓器を売買するということだって可能性があるわけでありまして、私達は臓器移植というものを医学の進歩としてただ単に諸手を挙げて賛成をしていいかどうか、ここのところはもう一度立ち止まって考えなければならぬのではないかというふうに思います。

そうなりますと、そのときにMSWはどのように対応するか。たとえば最初に申しましたエホバの証人の時に、親が輸血を拒否した。MSWの皆さんはその時どのような対応をされるのかなと、これは一人一人の死生観にも関わるわけでありまして、こうでなければいけないということはありませんけれども、やはり皆さん方にも考えて頂きたいことだろうと思います。先には又、臓器移植の宣告を、ドクターからやった場合に、それがその患者にどのような影響を与えるか。ただ単に

貴方の心臓は替えなければ駄目ですよというように医療の対応ではない、やっぱりその人がどういう生き方をしてきたか、どういう生き方をしたいのか、どういう死に方をしたいのか、こういったその本人の死生観というものをしっかりと受け止めて、それを医療の専門家、医師にフィードバックをしていく役割というの、まさにMSWの一つの大事な役割だろうと思います。

私達は科学技術の進歩、あるいは生科学の進歩に対して、それを裏付ける哲学の問題というものを今考えなければならぬ時代に来ているだろうと思います。先端技術優先に走りがちな医療に、市民の立場からブレーキをかけるというのもMSWの、私は役割ではないかというふうに思っております。それから、臓器移植だけではなく、たとえばDNAを使った色々な技術が進んで参ります。そうした場合に科学技術を、ただそれに従って、それを多くの患者の間に広げていくというような立場ではない時代がくるであろうと思います。やはり私達は科学技術の進歩、あるいは生科学の進歩に対して、それを裏付ける哲学の問題というものを今考えなければならぬ時代に来ているだろうと思います。

### (7) ジュラシックパークの恐怖

皆さん方ご覧になったかどうか、ジュラシックパークという映画がございました。あれもDNAを操作致しまして恐竜を作り上げていく。その恐竜が人間に反乱する大変面白い小説をもとにした映画なんでありますけれども、そこまで行かないにしても、臓器移植が進歩し遺伝子工学が進歩していけば、人間が、生まれた時とは全く別の人間ができるという可能性だって無いことはないんですね。そうした時にそれを認めるということが良いことか悪いことか。この辺もやはりこれからの議論の一つであろうというふうに思います。

MSWという職業は、医療のチームの中の一員であっても医師の代弁者であってはならない。やはりそこに、市民の立場としての自分のものの考え方を提示しなければならぬ。医師からこうしろと言われた、それを患者にただ伝える役割ではないだろうと思います。それじゃあ患者と同じ立

場になるのか。昨日の議論の中で患者の立場に立つということが強調されました。もちろんそれは一つの方法だろうと思いますが、患者の言うことを全て聞いてそれを医療の現場にフィードバックしていく役割かという、私はそれも違うと思うんです。大変わがままな患者もいるでしょうし、理不尽なことを言う患者もいるでしょう。患者の代弁者になるのではなく、医療の現場においてMSWの果たす役割というのは、患者の人権を守るという視点だろうと私は思います。

今の医療のシステムの中で、患者が本当に一人の人間としての人権が保障されているか、その視点で医療を見、処遇を見、そしてそれが保障されていない場合には医療に対してものを申ししていくという立場ではないか。100%患者の立場に立つということでは、MSWの専門性というものはないと思いますから。そこに、人権を守るという視点で医療を見直していく。これがMSWの役割だろうと、私は思います。

いま、医療の中でインフォームドコンセントということがしきりに言われます。私はインフォームドコンセントというものは、あってないものだと思います。患者の立場になれば、お医者様の言われたこと、そしてMSWが言われたことには患者として従わざるを得ない。そういう状況が今の医療だと思います。従ってこれからは、私はインフォームドチョイスにしなければいけないと思っております。様々な選択枝を患者に投げかけて、その患者が主体的に選び採っていく。その医療を実現していくということにならなければいけないのではないかと私は思っています。そういう意味ではMSWの存在というのは、今の医療の中で、医師がインフォームドコンセントを一方向的に押し付ける。これに対する人権を守る視点からの抵抗だと思えます。臓器移植についても同然のことが言えると思うんですね。

第一の点は臓器移植というのは常に善であるとは限らない、ということだろうと思います。それから、死生観というものは患者本人の死生観だけでなく、家族の死生観も関わってくるし、家族の周りにいる地域の人の死生観も関わってくる。ひ

いては社会全体の死生観も関わってくるわけで、本人の問題だけで片付く問題ではないというのが第2点であります。第3点は、移植の技術的な完成度に関する疑問でありまして、感染症対策とかそういうものが充分でない、100%安全性が確認されない移植をどんどん強行していくというところにも、やや、問題があるような感じが致します。

もうひとつは、移植が家族に対する大変な心理的圧力を与えると思うんですね。だいぶ前に生体肝移植で、男の子のお父さんが移植のドナーになったことがありました。そこで、じゃあドナーは父親がやるのか母親がやるのかと考えます。しかし手術には危険性が伴うということで、どちらがやるか、ということで大変な問題になるだろうと思います。更にまた、親がやるのが当たり前だという世論形成ができますと、親がやれない事情があった場合に、親が社会的な避難を浴びるということを引きかねないわけです。

もし、私とその立場に立ったらどうか。わが子に肝臓の一部を提供したでしょうか。子供が小さければやるでしょうけれども、今私はうちの息子に生体肝移植をする気はあまりございません。もう二十歳過ぎたら勝手に自分で考えろというふうに私自身は考えますが、おそらくそれは、社会的に非難をされるでしょう。わが子のために親が犠牲になるのは当たり前だというように世論形成を作っていくことにも、危険性を感じるわけであります。

もちろん、ドナーがいて、肝臓の移植を受けたいという人がいて、両方とも本人の自立した意志に基づくものであるならば、これは私は何の批判もなく認めるわけであります。けれども、そこに様々な社会的圧力とか医師の名誉心とか功名心とか、あるいはまた実験的な問題点といったような要素が入ってくる危険性があるということを、やはり一人の市民として心配するわけであります。

## 移植医療へのソーシャルワーカーの実践的課題

大谷 昭\*

今日は、「移植医療とソーシャルワーク」というテーマを頂きましたが、ちょうど昨日の新聞に、移植関係学会の合同委員会の記事が出ておりました。その委員会は、脳死臨調の答申を受けて、移植を実施する施設の選定を行っていますが、兵庫医科大が肝移植の施設として認定されたというような報道がされていました。脳死を前提とした臓器移植が、我々がソーシャルワーカーとして働いている場所でも、極めて現実的な、具体的な対応を必要とする状況になったということを感じさせられました。今日のパネルを通じて、これからの対応に対しての指針なり方向性なりを得ることができれば幸いだと思っています。

### (1) 移植医療へのソーシャルワーク援助の実際

まず兵庫医科大学病院という、実際の医療の現場で、移植医療というものがどういう形で行われているのか、特に脳死を前提とした移植についても、当学では、現在、心臓移植は全く予定されておりませんが、肝移植がゴーサインが出ればすぐにでも実施できるという体制があります。そういう中で院内で、ソーシャルワーカーはどんな関わり合いがあるのかという現状の報告をさせていただき、課題についても少し述べさせていただきます。

移植医療ということがさかんに叫ばれています。これはおそらく臓器移植、特に脳死を前提と

した心臓、肝臓、肺臓の移植というのが、論議になると思います。しかし、実際に移植という面では皆さんもご存知だと思いますけれど、特に大学病院という場においては様々な所で様々な形ですで行われております。

骨髄移植、腎移植、皮膚の移植は一般的ですし、骨移植、神経移植も行われています。それからもちろん角膜もありますし、耳の鼓膜とか耳小骨というものもあるらしいんですけども、それは亡くなった方の骨を頂いて、冷凍が効くのでしばらく冷凍しておいて必要な時に移植をするというような方法で、もう種々様々行われています。

それで現在実施されている移植で、とくに生命そのものに関わってくるとか、我々が援助の対象とする心理社会的な面で非常に大きな問題を持つのは、やはり骨髄移植と腎移植だと思います。その二つの移植に関しまして、簡単に問題点というようなことに触れていきます。

#### 1. 腎移植の場合

腎移植に関しての詳細は、昨年の学会で兵庫医科大学病院のソーシャルワークの立場から発表されておりますので参考にしていただければ幸いです。腎移植は、現在生体腎移植、実際には家族の腎臓を提供するという移植の形が多いんですけども、その生体腎移植に関しては、その臓器のやりとりの中で、それまでの家族関係が非常に顕著に現れてくるというような問題があります。と言いましても、これは単に否定的な意味あいだけでは

\*おおたに あきら：大阪府立看護大学（元兵庫医科大学病院）

なくて、肯定的な健康的な家族関係や、絆がより深く、より強くなっていくということもあるわけです。ただし、その反対にそれに伴って起こってくるような、本当はドナーになりたくないけれども、たまたま医学的な適応検査でドナーの適任者になってしまったからせざるを得ないという場合も多く出てきます。そのプレッシャーなりストレスが、たまたまドナーになる人のところに向かうような事態が出てきます。また移植を行った後に、ギブアンドテイクという形で、受けた患者さんの方に、罪の意識なり、その人に対しての恩義なりという形の負債を背負っていくというようなこともあると思います。

これは但し生体腎移植に限らず死体腎移植の場合にも、家族の場合ほど顕著じゃないですけども、何処の誰かは判らないですけども、やはり善意なり、命とひきかえに与えられた臓器に対して、それを励ましとか勇気づけというような形で積極的に受け取られる場合もありますし、反対に、それで何とか順調に病状が良い方向に行かなければいけないというように、大きなプレッシャーを感じられる、そういう場合もあります。

腎移植の場合は、肝臓とか心臓とかと違って、人工透析という形で社会生活そのものは、拘束や制約を受ける形ではありますけれども、遂行していけますので、それとのバランスシートとして移植を受けて、順調に行けばいいんですけども、また人工透析に戻るとか、あるいは生着は続けても非常に不安定な病状が延々続くとかというような場合に、腎移植を受けたことそのものの内面葛藤が出てくるという事実もあります。

## 2. 骨髄移植の場合

骨髄移植に関しては、これは先ほどちょっと坂巻先生が言われましたけれども、臓器移植の告知としては共通する問題があります。骨髄移植をするのは急性白血病とか再生不良性貧血というような、世間で不治の病というイメージを持たれている病気を、骨髄移植の場合は告知をされています。やはりその告知の段階で、治療をする方はできるだけバラ色の肯定的な情報を伝えがちになるということがあります。それが以後の治療経過の中で問題になってくるというような例があります。も

う一つの問題は骨髄移植の場合は病気の性格上、結局血液疾患であるということが急に判明し、すぐに入院という形で拘束されて、そして莫大な費用ですね、例えば2週間ぐらいで50万とか1月で100万ぐらいの支払の請求がきて、それで家族の中での役割を変更しなければならない、移植に関する決断も早急に迫られるということが非常に短期間に集中して起こってきます。そういうような急激な変化に患者さんや家族が対応することへのソーシャルワーカーの援助というのか骨髄移植の場合は典型的な問題というふうになってくると思います。

今言ったようなことが実際の移植医療の現場で起こっていることですが、少なくとも今までの移植医療に関しては、生命に直接関わる医療だとか、臓器のやりとりがある医療ということはありませんけれども、一般のその他の、大学病院ですからもっと他に重篤な問題を持った疾患が沢山あるわけですから、それと同じ様な一つの援助の領域として対応しているというのが今の現実であるだろうと思われれます。

少なくとも、今行われている移植医療に関しては、ソーシャルワーカーとしての援助で極めて特殊な役割、機能があるとは考えていません。

## (2) 院内での移植医療についての会議への参加

学内・院内で移植医療に関して様々な取り組みがあり、ここ数年、特に肝移植についての会議なり勉強会なりがよく持たれるようになってきました。それらに関してもソーシャルワーカーが色々な形で参加をしており、患者さんへの直接的援助以外にも、移植医療を行うスタッフとの関係があります。

### 1. 倫理委員会

まず大学の倫理委員会というのがあります。これも、大学なり病院の中からの内的必然性として生まれてきたというよりは、先端医療の技術の実施や研究を行うための条件として、こういうものをきちんとクリアーしていないといけないというようなことで、設けられた様なんですけども平成2年の4月に正式に倫理委員会として発足して

います。実験的な医療に関しての患者の権利を守るという立場から設けられたようなのですけれども、参加者の構成としては、病院長、それから基礎医学系の教授、臨床医学の教授、それから医学分野以外の学識経験者という形で構成されています。この倫理委員会の中には我々の医療社会福祉部の部長が委員として参加しており、社会福祉の立場からの意見を反映させております。

倫理委員会そのものはクローズドでやっていますので、移植に関連した課題が検討されているようだと言えないんですけども、骨髄移植に関しても一部取り上げられているようで、肝移植に関しては審議にかけられて、委員会としては条件つき、すなはち、法的整備がなされた時点で実施してもよろしいというような形での承認がなされているようです。

## 2. 肝移植推進会議

移植そのものに直接、具体的に関係するものとして、肝臓移植推進会議というのがあります。これは、当学の第一外科が肝癌の治療では全国でもトップレベルの水準にあるということで、肝移植の実施についても、積極的に取り組んでいます。ICUとか麻酔科とか、移植手術に直接関わるような医局を構成員として、肝移植推進会議が結成されました。これは、単なる一講座とか一診療科だけで対応できるものじゃないというようなことで、できるだけ幅広く、院内の協力体制を作りたいということで実施されています。

現在まで3回か4回実施されていますけれども、その中で我々もソーシャルワーカーの立場での発表を依頼され、「ソーシャルワークの立場からの移植医療への関わり」について報告いたしました。但し、移植医療に関わる医師の方々もQOLとかインフォームドコンセントとかいろいろ言われるんですけども、結局は、いかにしたら移植手術をスムーズに行えるかというようなことに収束していくような気がします。その発表したときも、質問があったのは、移植コーディネーター的な役割をソーシャルワーカーは行えないのかというような、いかに移植医が前に出ることなく臓器の提供を受けられるかというような、そういう観点というのが非常に強いということが印象に残っています。

す。

## 3. 移植勉強会

移植勉強会というのが別に持たれており、もう少し幅の広い、各科で日々移植医療に関わっている医師を中心に勉強会を年4回、これも平成元年くらいからもう13回程実施されています。これはオープンにされていますので、できるだけこういう勉強会にもソーシャルワーカーが参加するよう努めています。ここでも、タイトルとしては殆ど免疫製剤云々というような治療そのものに関しての話題がほとんどです。それ以外のものになると、それぞれの移植のQOLだとか、色々な臓器のバンクのシステムの実際についてのテーマなどが取り上げられています。

### (3) 移植医療へのソーシャルワークの関わりへの視点

最後に、様々な移植が行われてきて、これからはより判断に苦しむような難しい問題なり状況なりの局面を迎えると思います。その中で我々としてどういう形で関わって行くかということについて、医療チーム、チーム論について述べさせていただきます。医療チームという場合、二つのタイプの医療チームがあると思います。

一つは、いわゆる救急とか急性期の疾患、外科的な治療に関して見られるようなチームです。いわば医師がリーダーとなって、あるいは医師が中心となって、あとのスタッフというのは医師の指示の下で、できるだけ効果的に医師の仕事が遂行できるような形で協力する。まあ言ってみれば、医師の号令一下手足となってその他のスタッフは働いていくというような形のチームの形態があると思います。これが今までの医療の現場でのチームの形態として多かったと思います。

二つめは、慢性疾患とかリハビリテーションとかあるいは精神障害であるような場合に行われているような、医師は中心とはなるんですけども他のスタッフが共同していくという形のチームのあり方があると思います。それは、慢性疾患というようなことになってきますと、医師の治療行為そのものというよりも、やはり人間としての患者

ですとか、生活者としての患者家族というような観点からの援助なりアプローチが必要となってくるということで、チームとしてはよりスタッフ間で対等な関係のチームの性格を持つと思います。それはやはり生活というものを対象にするからだと思えます。

我々は、臨床現場にいますから協力を求められた時に一方的に拒否することも、全面的に医師の言うとおりに参加するということもできないと思えます。やはり我々としては、移植医療におけるソーシャルワーカーの立場・役割というものを明確にすること、そしてその上でチームのあり方として、先ほど言いました2番目のような形のチームを、我々が作っていくんだというような気概を持って、今後の移植医療に関してのスタンスをとりたいというように考えています。

## 先端医療技術とソーシャルワーク

櫛 島 次 郎\*

### 1 「先端医療」問題

#### 1) 基礎を確立した上での「先端」

先端医療技術とソーシャルワークという題でお話いたします。世の中にはどうも先端医療と言うだけで、何かとても高級な良いものであると受けとめられがちなのではないかと思います。とくにマスコミでの取扱方が非常に大きすぎて、医療全体のバランスを崩しかねないのではないかと非常に恐れています。ここで確認しておきたいのは、先端は先っぽですから、先端医療というのは、細い先の枝葉であって、太い幹にあたる医療の基礎部分ではないということです。医療全体の中で言えば、いわゆる先端医療としてマスコミで大きく取り上げられているものは、非常にごくわずかな部分でしかないと思います。それは皆さんの日常業務を考えていただければ、明らかだと思います。

心臓外科で非常に有名な東京女子医大の小柳仁先生が、ご自分のところで心臓病で外科医が関わる患者さんの98%は、いろいろな手だてを尽くして救うことができるとおっしゃっています。そして、残りの2%が心臓移植の対象になるとおっしゃっています。移植は心臓外科全体の約2%ほどを占めるという位置づけです。98%を救えているというのは、すばらしい数値だと思います。そこが、医療の本体部にあたるわけです。ですから、あくまでも先端医療の問題は医療の基礎部分を中心に考えるべきで、基本医療の妨げにならないように導入していくのが筋だと思います。

この観点から、他の国の取り組みをみてみたいと思います。

表1は、イギリスでまだ心臓移植の成績が悪く、実施が中断されていた1970年代に、政府の諮問委員会が出した、心臓移植を実施していい施設の条件です。このなかで注目していただきたいのは、3番目のC「移植と通常的心臓外科治療を両方とも維持できるだけの十分な内科、外科、看護技術職スタッフと設備を備えていること」という条件です。心臓移植をやっても通常的心臓の外科治療の邪魔にならないようにということは、移植が一般医療の妨げになるような足腰の弱い施設では心臓移植はできないということだと思います。

表1 イギリス政府移植諮問委員会による心臓移植実施施設の条件(1977/79)

- |  |
|--|
| (a)すでに高度の心臓外科手術を行っている施設であること<br>腎臓移植も行われている施設が望ましい。        |
| (b)質の高い心臓の提供が得られること  |
| (c)移植と通常的心臓外科治療を両方とも維持できるだけの十分な内科、外科、看護、技術職スタッフと設備を備えていること |
| (d)病理、免疫学、細菌学のサポート・サービスが常時得られること                           |
| (e)動物を使った、あるいは使わない、免疫・循環維持・臓器保存法に関する実験をすでに実行していること(79年追加)  |

\*専門・非専門の外科医、内科医、麻酔医ほかの医師からなる。

表2は同じイギリスで、心臓病学会が厚生省にあてて出した見解のポイントをまとめたものです。この提言の中にもやはり3段落目に、「心臓外科においては引続き心バイパス術、開心術に優先順位が与えられるべきである。心臓移植がバイパス術の実施を阻害したり制限したりすることが決してあってはならない」とあります。はっきりと基本医療の方にプライオリティが置かれていて、心臓移植はそこに付け足しで行うものであって、基本医療の邪魔になってはいけないということです。イギリスはそういう意味では心臓移植の実施に慎重な態度をとっていたことがわかります。

表2 イギリス心臓病学会評議会の厚生省あて見解要旨(1983年)

- 心臓移植は、国内既存の二施設において限定的に進められるべきである。
- 既存の二施設と地理的に離れた、第三の施設を設ける。
- 心臓外科においてはひき続き冠動脈バイパス術、開心術に優先順位が与えられるべきである。心臓移植は、バイパス術の実施を阻害したり制限したりすることがあっては決してならない。
- 五年間の実施計画を後援し、五年目の終わりにさらに結果のレビューを行う。

イギリスではこのあと、政府が1984年に、大学の経済学と公衆衛生の研究チームに心臓移植のアセスメントを委託しました。心臓移植を実際に病院でやるとどういうことになるか、それをすでに心臓移植をやっていた2つの病院で調査が行われました。その調査内容はかなり膨大なもので、心臓移植をやるとどれくらいの負担がかかるのか、病院の全域にわたってスタッフの金銭的、時間的コストを計算しています。対象になったのは、外科、内科だけでなく、看護、エックス線、検査、理学療法、それにソーシャルワークです。

ソーシャルワーカーに対しては、2つの心臓移植をやっている病院で、どれくらい自分が移植患者に時間を取られたかをワーカー自身にカウントしてもらって、それを集計するという調査をし

した。その結果を示したのが表3です。

フェアフィールドとパットワースというのは、その時イギリスで心臓移植を既に数例やっていた病院の名前です。

表3 Table 5.13 Annual programme costs of social work by treatment stages

	Harefield			Papworth		
	Transplant work			Transplant work		
	% of total	% of wte	£ p.a.	% of total	% of wte	£ p.a.
Assessment	59.0	7.7	943	39.4	20.1	2324
Operation to discharge	24.0	3.1	382	23.7	12.1	1398
Post discharge	17.0	2.2	273	36.8	18.7	2171
Totals	100.0	13.0	1598	100.0	50.8	5893

SOURCE: COSTS AND BENEFITS OF HEART TRANSPLANT PROGRAMMES AT HAREFIELD AND PAPWORTH HOSPITALS, 1985.

一番左のコラムは、移植医療の各段階で、一番上が患者の、ソーシャルワーク・アセスメントです。2番目の operation to discharge は手術をしてから退院するまで、最後に post-discharge つまり退院の後の段階まで追っています。それで、両方の病院で、各段階でどれくらいの時間をかけたか集計されています。2つの病院でかなり差がありますが、どちらでも患者の適応の事前評価、アセスメントのところの割合が多くなっています。

それから、その隣のコラムに「wte」とあるのは whole-time-equivalent の略で、心臓移植のプログラム全体におけるソーシャルワーカーの関わり具合を計算したものです。フェアフィールド病院では、心臓移植のプログラム全体でソーシャルワーカーが13.0%関わったのに対して、パットワース病院では50.8%関わったことになっています。施設によってワーカーにかかる負担、あるいはワーカーの移植チームへの参加の割合が違ってくるということだと思います。

このように、自分が働いている病院で、自分たちと他のスタッフの置かれた現状を考え合わせて、心臓移植や肝臓移植をもしやるようになったら、どれくらい自分たちの日常業務に差障りが出てく



このように随所に、皆さんのお仕事があるわけです。

## 2) 「コーディネーター」偏重批判

先ほど大谷先生のお話の中にも出ましたが、日本では移植に関して、医学以外の体制の整備について、コーディネーターのことばかり言われています。コーディネーターという職種を入れると、中立の第三者が入って移植術の運営が客観的に公平になるかのような報道や移植医の発言が目につきます。しかし、アメリカなどでの映像を見て、取ってきた臓器をアイスボックスに入れて駆け回っているコーディネーターの実像を見れば、要するに臓器を調達する側の人であって、まったく中立でもないし、第三者でもありません。そこどころが日本ではちゃんと伝えられていないのではないかと前から気にします。

図1の移植の流れ図自体も実は部分的なもので、本当はこの図の向かって左側以前がずっと長い。つまり臓器移植が必要となるような腎臓病とか心臓病とか肝臓病になって、この図の流れに入ってくるわけですから、その病気に最初にかかって、それがどういう経過を辿って、どういう手当が為されて、それがうまくいかずにだんだん悪化して、最後に、先端医療の部分にきてしまったというのが正しい全体像だと思います。

ですから、心臓病なり肝臓病なりの全過程と、それがその患者・家族の生活にとって与えている影響の全体像を、移植だけのところ、臓器の調達と手術のところだけではなくて、その病気、生活全体を見ていく人の視点というのが絶対に必要なのです。それこそ医療の基礎部分の問題であり、ソーシャルワーカーはその重要な一翼を担っているわけです。

## 3) 「インフォームド・コンセント」批判

インフォームドコンセントということが言われますが、これはいくらコーディネーターを入れても、あくまで臓器移植のところだけの情報になっていきます。ですから、患者・家族のサポートの一環として、ソーシャルワーカーの観点からの情報提供が必要です。臓器移植が必要となってしまう

た病気になる、その人の生活の全体にとって必要な情報の提供が必要なのです。外科医もコーディネーターもそういう面は見えていないと思います。それはむしろ移植外科医の職分ではなく、コ・メディカル職分なわけです。

## 4) 「確立した医療」とは何か

これは釈迦に説法かと思えますけれども、もう一つ私がいへん気になるのは、移植外科医やマスコミはよく「臓器移植は確立した医療である」と簡単に言うことです。移植外科医にとっては手術室の設備や、検査の体制さえ整っていれば確立した医療であるかもしれません。しかし、患者・家族にとっては、技術的に安全で効果的だということだけではなくて、社会的、経済的に、いつでもどこでも誰でもが安心して受けられなければ意味がない。それが、患者・家族にとっての「確立した医療」だと思います。もちろんそれに加えて日常生活に復帰できるということも条件になるでしょう。

そういう意味でいきますと、臓器移植というのは全国で限られたごくわずかな施設でしか行えない、しかも圧倒的な臓器不足に悩まされる。それは日本でも最初から目に見えているわけです。いつ出るかわからないドナーを待って、生活している場から離れ、都会の病院に出かけ、家族もそれについていかなければならないかもしれない。

つまり、さっきの基準でいうと、患者・家族にとって心臓移植や肝臓移植というのは、決して「確立した医療」ではありません。いつ出るかわからないドナーを待って、いつ受けられるかわからない。待機している間に、各国・施設によってばらつきはありますが、3分の1から5分の1の人が亡くなっている。心臓移植のプログラムを始めたとしても、臓器が圧倒的に不足するということはすでに実績を積んできた各国の体験が示しているところです。日本はここまで遅れた以上は、外科医ではなく患者・家族にとって確立した医療というものを目指していくべきだと私は思っています。

残念ながら、いろいろな体験やその他、患者を見ていても、そういった意味で臓器移植が確立し

た医療なのかどうか、本当にきちんと情報として患者・家族に、各々の現場で伝えられているかどうか、たいへん心もとないところです。

その部分を補っていくことこそ皆さんの職分である、というのが今日私のお話の言いたかった点です。

どうもありがとうございました。

## 医療における院内と院外（社会）の コーディング・スペシャリストを目指して

上 見 幸 司\*

私が体外授精や、授精卵の核酸とタンパク合成を定量した非常に実験的な研究を、初めて学会と名のつく場所で喋った場がこの講堂でございまして、非常にインプレッシブな感じがしております。やがて臨床研究から基礎研究に移りまして、そこで献体の篤志家の方々と関わるようになり、人々が死後の自分の遺体に対して、個々様々な価値観を持っていらっしゃることを知りました。それは生命観であり、ポリシーと呼ぶにふさわしい考え方や生き方であることにも気づき、私自身が生命について考えるチャンスを得たわけです。

そんなわけで、まず3人の先生方のお話を、私の立場からサマライズしなければならないと思っています。坂巻先生のお話は、この数十年間の私達を取り巻く象徴的なできごとを、頭の中で走馬燈のようにふりかえることができたように思います。その時先生は、MSWが考えるべき課題について、適切にまとめていらっしゃいました。なかには、私にとっても耳の痛いことが沢山ありました。

それはさておき、先生のご指摘には3つの要素がございました。その1つは、いわゆる患者さんの生命観を読み取る作業がMSWに必要であり、読み取った生命観がチーム医療の中にフィードバックされることが必要であること。第2点は、いわゆるドクターの代弁者ではないということ。大谷先生は、移植チーム医療には2つのタイプがあるとおっしゃいました。つまり、いわゆるドクター

の代弁者になるMSWではなく、警鐘をも鳴らし得る役割を果たすことの重要性を主張なさっています。第3点としては、正に非常に重要な問題であると思いましたが、MSW自身が、いわゆる自立したポリシーを持つこと。この3点の意義を私は読み取ったわけであります。

2人目の、大谷先生は、現場の実例を踏まえながら、究極的には、医療チームは2つのタイプにサマライズできることを提言なさいました。その1つが、いわゆるドクターを中心とした、急性期の、非常に効率的な目的を達成するための医療、そのためのチーム医療があること。もう1つは慢性疾患における、もう少し拡大化されたチーム医療、この2種類の識別をなさって、移植医療は後者の医療に連動していくものであることを再認識なさったのではないかと思います。

その点については、櫛島先生が、いみじくも非常に具体的かつ総括的なご指摘をなさったような気が致します。櫛島先生が提出してくださったレジュメの資料（図）では、移植に到るまでの経緯が、非常に短く示されているように思われますが、実際は数十年という患者さんのライフヒストリーが濃縮されてそこに含まれているという、大前提があると思います。同時に、この図を見ますと、点線で示された矢印、即ち患者さんの死への回帰のパターンがいかにか多様であることを示しているものであります。

そこで、移植チームや医療チームの中でのMS

\*かみ こうじ：常磐大学

Wの関わりというものが、患者さん中心の医療を支えるプロとしての潤滑油という機能を改めて自覚して、一人一人のMSWの方々が、ご自身のポリシーを持たなければならない時期に来ている、ということを感じていただきました。

さて、私どもは最近、水戸の市民グループの方々と協力して、脳死を人の死として受容し得るかについて調査したのですが、興味深い結果が読みとれましたので、ここで紹介しておきたいと思います。

若い社会人に意見を聞きますと、男・女とも「判らない」と答えます。私の関心はそんなことじゃなくて、ボーイフレンドといかに人生を楽しく過ごすか、という計画を立てているところだと。ところが、やがて30歳代・40歳代、いわゆる家族あるいは地域での役割を自覚する年齢になって参りますと、何が合理的であり、何が功利的であるかという観点に立ちながら、脳死を受容する姿勢が、はっきりと前面に出てまいります。

そして、50歳代になりますと、やがて定年を迎える年齢に一致しますが、女性の方が先に、伝統的な心臓死の立場を選択する傾向が認められます。しかし、男性の場合には、60歳代になってからその傾向が出てきます。

これを心臓死というか、いわゆる伝統的な“三徴候死”を選ぶ、と説明するか、それとも、お隣と同じお葬式をうちもするんだ、というような地域の習慣や伝統を踏まえて選択したものと説明するか、いささかむずかしい問題ではありますが、実態はこうでありました。

女性の方が男性よりもやや早く保守的な傾向へ傾くことをどうとらえればよいのでありましょうか。おそらく彼女らは、性役割とその分担意識を強く持っているし、その自覚もあれば実績もある。そういうことに由来するものではなかろうか、というふうに私たちは読んでいます。年齢によって、各々の年代ごとにその時代の価値観があり、しかもそれは性差による価値観が背景にあらうことを実感しております。つまり、一人一人の生き方や生命観を、広く社会に位置づけた上でとらえていく必要性を感じとった次第です。

ソーシャルワークである以上、MSWが、ソーシャルな意味を、ご自身のポリシーに持ちながら、どう捉えていくか。これを医療の中でどのようにひとつのアイデンティティとして立てていくか、これこそが重要なキーワードであるというふうに思います。

今日のMSWは、医療のフィールドの中での位置づけが、非常に曖昧であると思います。しかもその曖昧さのままに、10年、20年間と過ぎてきた。ソーシャルワークが医療の現場の中にとり込まれ、そのなかに安住するようでは問題です。今どう扱われているかは二次の問題です。例えば、“ホスピタル”に対して“ソーシャル”の意味と機能について皆さんの理解をどのくらい得られているか、ふと心配になります。

私のメスは解剖のためのメスであって、ソーシャルワークのためのメスではないために、いささか誤解も残りますが、ソーシャルワーカーの方々が、病院の中でどのように機能しているかについては、実は私は全く知りませんでした。その意味では素人でした。しかし、看護の方々の研究指導を始めて、はじめて気がついたのですが、彼らも社会福祉の領域の研究をしますが、同じ医療チームの一員であるはずの看護の方でさえ、あまりにも医療の他の領域のことを知らない。とすれば、おそらくMSWの方も、案外ご存知ないんじゃないか、と思ったのです。例えば放射線技師の仕事や、同じ病院という建物とシステムの中で、相互が相互に作用し、依存し合いながら機能し合っているということが、あまりよく判っていないのではないかという気がするんです。

ところが、この会場となっている大学で、数年前からEEPプロジェクトが発足しました。いわゆる医学専門課程に入る前の進学課程の学生を対象にしてそういう制度を作りました。それによって病院が医師だけによって担われているのではないという実感と社会的訓練を、彼らをして学ばせる。これが今、非常に効果を上げつつあるんです。

これは既存の医師や医療者達が経験することがなかったものを、むしろ若い医学生が学びとり、そしてそれを自分の役割として組織の中で機能化

していくことを目的としています。こういう若い人に私は非常に期待しています。その意味では、どの分野にも若い人に期待を持っていますが、私も若返って、もう一度学生の気分に戻って、医療は全体としてどのように機能をしているか、そして医療の外側の組織、つまり社会がどのように変容しつつあるか、つぶさに見てくる必要がある、という気がしています。

法制化によって、専門職としての範囲と機能を明確にすることも大切ですが、機能しないものにポジショニングすることは、社会の求めではございませんから、やはり機能する社会的ポジショニングを目指していただきたい。まずは“ホスピタル”と“ソーシャル”のリンケージ、つまり、MSWがもともと目指している役割の社会化を果たすことが重要であろうと考えます。

みずから外に対して、自分達の位置づけと機能の情報発信をする。それこそがこの学会を構成する、多くのMSWの方々の意志ではないのか、と思います。ここが達成されれば、MSWのMとSの根源的意義が正しく機能するでありましょうし、また正しく評価されるでありましょう。

## 編集後記

◇保健・医療領域でのソーシャルワーカーの位置付けに関する問題が、今もなお議論を呼んでいる。この問題の根底には、ソーシャルワークの専門性の明確化にどのようにこたえるのかということと、そのような議論と並行しながら、現実の社会状況のなかで、保健・医療領域でのソーシャルワーカーが、どのように位置付けられようとしているのか、それが適切なかどうかを、しっかりとみきわめつつ、そうした状況への、当事者としての具体的対処が求められている。

◇保健・医療領域のソーシャルワークにおける、実践と研究・教育の真の連携をもとめて、本学会もその責任を担うものとなれるよう、努力を重ねていきたい。それを支える、会員の方々の実践報告、研究報告の本誌への投稿を、おおいに期待している。

### 医療社会福祉研究 第3巻第1号

1994年12月20日 発行

編 集	日本医療社会福祉学会 「医療社会福祉研究」編集委員会
編集責任者	橘高通泰（機関誌担当理事）
発 行	日本医療社会福祉学会 〒259-11 神奈川県伊勢原市望星台 東海大学病院総合相談室内 Tel. 0463(93)1121 Fax. 0463(92)6175
発行責任者	山手 茂（会長）
印 刷	聖恵授産所
	1部定価 1100円

December 1994

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.3 No.1

---

A Relationship between Social Work in Health and Other Fields of Social Work ..... Shigeru Yamate	1
Social Work Value in Practice ..... Ayako Minami, Noriko Watanabe, Teruko Sugimoto, Ikuko Morino, Kayoko Takeda	8
An Evaluation of Social Work Service in Hospital — Client Research Report — ..... Miwa Fujii	19
The Relationship of Medical Social Worker and Patients Family — My Experience as a Family Member — ..... Chieko Tanaka	28
Transplantation and Medical Social Worker ..... Hiroshi Sakamaki	36
A Practical Task of Social Worker in Transplantation ..... Akira Ootani	41
A Frontier Medicine and Social Work ..... Jirou Nudeshima	45
A Staff as a Coording Specialist ..... Kouji Kami	50

---

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH  
(JSSWH)