

「医療ソーシャルワーカーと患者の自己決定」

平成 25 年度 学位論文

熊本大学大学院社会文化科学研究科

人間・社会科学専攻

学生番号 : 111-G9105

氏名 : 大塚 文

指導教員 : 高橋 隆雄

(目次)

はじめに	P.2
I. 医療ソーシャルワーカーとインフォームド・コンセント	P.6
I-1 患者-医師関係のインフォームド・コンセント	
I-1-1 歴史から見る患者-医師関係のインフォームド・コンセント	
I-1-2 患者-医師関係のインフォームド・コンセントの構成	P.7
I-2 医療ソーシャルワーカーの歴史的理解	P.10
I-2-1 イギリス・アメリカ・日本における 医療ソーシャルワーカーの発祥と展開	
I-2-2 イギリス・アメリカ・日本におけるその後の発展	P.16
I-2-3 現在の問題点	P.21
II. 医療ソーシャルワーカーの自己決定支援	P.25
II-1 支援の原則 -” <i>The Casework Relationship</i> ”を中心に-	
II-2 患者-医療ソーシャルワーカー関係のインフォームド・コンセント	P.30
II-3 事例	
II-3-1 事例1	P.31
II-3-2 事例2	P.36
II-3-3 事例3	P.41
II-3-4 事例から見る患者の価値に則した自己決定	P.45
III. Life (生命・生活・人生) と患者の自己決定	P.50
III-1 医学モデルと生活モデル	
III-2 患者の自己決定を医療の中でどうとらえるか	P.58
III-3 経過とコミュニケーションを重視する自己決定	P.60
おわりに	P.64
注	P.66

はじめに

昨今の医療現場では自己決定の重要性や尊重は専門職間では一定の理解を得ており¹、患者－医師関係における自己決定はインフォームド・コンセント（以下、IC）として具体化され、患者の利益を保障する一方法であると認識されている。つまり患者が重大な医学的選択を行うために、患者－医師関係におけるICは大変重要なものであると位置づけられている。それは、人生における様々な自己決定の中にあって、かけがえのない命を巡る決定であり、患者は純粋に自由に、自らの価値観や道徳観に則って、その決定を行えることが望まれる。

しかしながら、患者を取り巻く状況は千差万別で、時に過酷である。病気や怪我とその治療は、身体のみならず心や社会的状況、経済にまで影響を及ぼし、心理・社会・経済的問題（以下、心理社会的問題）を起こさせる懸念がある。また、病気や怪我をする以前からこのような問題を抱えていた場合には、それらの問題が更に深刻さを増すことは想像に難くない。患者は、傷病の治療という辛い体験をしながらも、それと同時に心理社会的問題への対処という難解な作業を行って、傷病の回復とこれらの問題の解決という双方の道を見出さなくてはならない。

このような場合、その心理社会的問題が、医学的選択を逡巡させたり諦めさせたりするような深刻さを抱えていたとしたらどうだろう。例えば、病名が判明したら差別されるから検査は受けない、介護の必要な家族を残して入院はできない、経済的に苦しいので治療が続けられない、入院すれば仕事を失うことは明らかなだ、障害を残すことが怖くて手術を決められない等々、枚挙に暇がない。これらは全て、日常茶飯にMSWに持ち込まれる相談の数々である。つまり患者は、心理社会的問題のために、自らを大切にしたい本来の医学的選択ができない事態に追い込まれ、躊躇し、最終的には自分の意思とは裏腹に命を大切にしたい選択を諦める場合もあると言えるだろう。

医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker 以下、MSW）は、保健医療機関に配置されたソーシャルワーカーである。所属は主に病院であるが、医師とそれを補助する看護師を初めとした様々な診療補助職の中にあって、医学ではなく社会福祉学を学問の基礎とし²、基本的には医師の指示を必要としない職種である。MSWについての詳細な説明は後述に譲るが（I-2）、イギリスやアメリカでは、MSWはソーシャルワーカー（以下、SW）として統合されていった経緯がある。

SWの行う支援の方法をソーシャルワーク（社会福祉援助技術）と呼び、心理社会的問題への解決調整に関わる。またその援助の対象者は一般的にはクライアントと呼ばれる。しかしこの著述において日本の病院に置けるMSWについて述べる場合には、その対象者を患者と記述している。MSWは、病気や怪我によって引き起こされる患者・家族の心理社会的問題の解決・調整援助を、可能な限り患者自らの力を使って行えるよう支援する。この場合の問題解決とは、上述した本来の患者自らの医学的決定が行えるために行われ、病気や怪我から引き起こされた不利益を最小にすること、私傷病やそれから発生した障害を抱えて生きる中で生活の再構築を支援することなどに連なっていく。

ソーシャルワークにおける支援の根幹は自己決定であり、バイスティック³やパワーズ⁴らもその点を示している。さらにその自己決定を具体的に支えるものが、ソーシャルワークにおけるICであり、それは「診断・治療・フォローアップ・調査を含むある特定の介入を

行うために SW あるいは他の専門家に対するクライアントによって認められた許可」と表現されている⁵。つまりソーシャルワークの根底を支えるものは患者の自己決定であり、クライアント-SW 関係における IC（若しくは患者-MSW 関係における IC）で介入の許可を得ることが必要であると考えられる。

治療の選択・決定と、傷病によって様々な影響を受けた生活を再構築するための選択・決定は、患者が生活者であることを考えると深く結びついている。つまり患者が、重篤か否かは別として様々な生命にかかわる決定を行うことは、傷病という重大で深刻な人生の契機に、これまでの来し方を振り返り、その後の生活や生き方を改めて新たに紡いでいくということだと思われる。医療関係者は、患者の新たな生き方の選択に立ち会い携わるというその任務の重大さを、職務として、人として、認識する必要がある。この考えは、IC は患者自身のみならず医療関係者双方の倫理的自律に関わるという意味で重要であり⁶、自己決定を具現化する IC は患者-医師関係に止まらず、その他の職種にも重要であるとされる⁷。故に患者-MSW 関係における IC もまた自己決定を支えるものとして重視されるべきと著者は考えてきた。

ところが日本では患者-MSW 間で IC という言葉はほとんど使われておらず、わずかに一部の教科書でその記載を確認したのみである。その記載は、「クライアントに最もふさわしい援助の目標設定を利用者と共に考え、立案していく点に関し、クライアントと SW は IC（説明と同意）を周到に行っておく必要がある」というものである⁸。また、詳細な記述は後に行うが、日本の MSW が他団体と共に作成した倫理綱領では、「十分な説明と同意」の記載はあっても IC という言葉は存在しない。また MSW が患者-医師関係の IC にかかわる場合の例については、北里大学病院のソーシャルワーカーマニュアルで確認できる⁹。この整理は明解であり参考になるが、あくまでも医師関係での IC を患者への支援において補強するという立場であり、MSW 関係での IC とは言えない。ここで、この患者-医師関係の IC と患者-MSW 関係の IC という 2 つの IC の違いは何なのか、また何故日本では患者-MSW 関係の IC は普遍化していないのかという疑問がわく。

また患者-MSW 関係の IC について日本での先行研究を検索したが、結果的には具体的な研究は見いだせなかった。自己決定に関する研究では、MSW として患者の自己決定を支える前提としての自律・主体性概念を問うものとして、林¹⁰・松永¹¹・松端¹²らによるものがある。林は個のみに依拠した自己決定の限界から、他者との関係性の中での主体性について述べている。また、MSW に限局せずソーシャルワーク全体を見据えながら社会福祉実践の場でこの概念を検討するものに石川¹³・岩本¹⁴などがあり、石川は自律が過度に価値化され自律概念を表出能力だけに絞って考えることに警鐘を鳴らしている。樋澤¹⁵は精神障害者に対するパターンリズムの観点で、児島¹⁶はベーシックには身体障害者の自己決定概念について述べる論文で、自己決定が自己責任へと繋がる危険性を述べている。

このような研究からは、自己決定の前提である自律や主体性概念の整理自体が大変難しいこと、またその過度な価値づけへの疑問があること、障害者に限らず自己決定が難しいとされる人々への支援が多いソーシャルワーク実践では、MSW（を含めた SW）に倫理的ジレンマを感じさせていることなどが述べられている。つまりソーシャルワークにおける自己決定については、様々な視点でその重要性などが表され確認できるが、IC については日本においてはその位置づけなどを明確にできなかった。このことを念頭に置きながら、

本稿では、以下のような道筋で、MSW と患者の自己決定について述べていく。

まず患者－医師関係における IC を歴史的に概観する中で、医療における患者の自己決定がどのような形で現在の IC として具体化されたのかを見ていく。その上に、患者－医師関係での IC の構成要素を確認しその基本的成り立ちを理解する。特に患者－医師関係での IC における同意は、権限委任と表現され、相互意思決定としての Shared Decision Making (以下、SDM) と一線を画すという点を考察する。これは患者－MSW 関係における IC を、患者－医師関係の IC と比較し (Ⅱ-3-4)、ソーシャルワークにおける IC を考察する前提である。

次に、MSW の歴史をイギリス・アメリカ・日本を例に概観する。歴史を見るにあたってこの 3 国を選択した理由は以下のとおりである。イギリスは MSW 発祥の地であり、その発祥の経緯は現在の日本にとっても示唆的で、それを確認することには大きな意義がある。また、アメリカで MSW が配置された背景には、医師キャボットの多大なる貢献があり、キャボットの患者を生活者として捉えていく視点には学ぶことが多い。更に、リッチモンドのソーシャル・ケースワークの理論化、公民権運動などに支えられたマイノリティによる自己決定概念への流れなど、重要な経緯がある。これらイギリス・アメリカの流れに沿って日本の MSW を見ていくことで、患者にとっての自己決定への支援やその考え方を支えるものが見えてくることに期待した。

この歴史的な理解を踏まえた上で、SW の支援がいかなる基本姿勢を通して行われているかを、バイスティックの 7 原則の概観の中で確認する。これらの原則の 1 つが「クライアントの自己決定」である。そこで患者－MSW 関係における自己決定支援についてバイスティックから、また患者の価値に基づいた決定における「価値」についてローエンバーグの考えをひいて整理する。

更にイギリス・アメリカ・日本の SW の倫理綱領、辞典や辞書を参考にして患者－MSW 関係の IC がどのように規定されているかを示す。その上に、患者－主治医関係の IC と患者－MSW 関係の IC を比較検討し、自己決定の具現化である IC はどのような要素を持ち、かつこの 2 つの IC は何が異なっているかを確認する。患者－医師間では既に整理されている IC の概念から MSW が学ぶことは大きい。この検討から MSW の専門性への示唆が見いだせ、医学と社会福祉学の接近によって達成される自己決定の重要性が見えてくることを目指す。

これらの上に、少なくとも日本では認知度が極めて低く、具体的な実践が殆ど知られていない MSW が行う支援の実際を具体的な事例で示し、ソーシャルワークにおける患者の自己決定のありようや、患者－MSW 関係における IC とはどのようなものかを具体的に確認する。ソーシャルワークの目的はその事例によって異なるが、ここで示す 3 事例では、心理社会的問題により患者が自らの価値に根差した自己決定ができない点を中心にみる。事例 1・2 では患者の自己決定能力に問題はなかったが、その社会的背景が患者自身の価値に根ざした決定に影を落としていた。事例 1 では、問題を緩和することで、本来の決定に結び付いたが、事例 2 では家族の決定が優先され、本人の身体回復が達成できなかった。事例 3 では、共に自己決定能力に大きな問題がある上に家族の支援もままならなかったため、患者本来の決定を行うことは困難だった。よってこの患者を取り巻く病院内外の支援者は、何がこの患者の利益に即した決定かを悩みつつ対応した。しかしこのような選択や

決定は、果たしてそれでよかったのかと危惧された。

ここで取り上げた事例からは、心理社会的問題への介入が患者の自己決定を可能にする場合があること、医師を初めとした医療関係者全体の協働が患者の自己決定を支えるためには必要であること、などが見えてくる。それは医学と社会福祉学の意識的な接近から、換言すれば医学モデルと生活モデル双方の尊重の中から生まれる、重要な医学的決定を含む生活の決定であることを示している。

医学モデルに関して言えば、リッチモンドによるソーシャルワークの体系化にあたって医学をモデルにしてその確立を図ったことへの批判がある。またその後、ソーシャルワークがフロイトの精神分析的介入へ傾倒したために医学的介入では患者の具体的な生活問題への解決は図れないといった批判にさらされたことも、ソーシャルワークにおける医学モデルへの忌避とも受け取れる。これらの歴史的批判は、ともすれば「医学モデルと生活モデルは相容れないもので対極化している」という従来への捉え方に立脚している。しかし臨床場面で患者に支援を行うにあたっては、医学モデルと生活モデルは各々に重要な側面を持ち、決しての片方だけでは患者への理解は得られない。この両モデルの相互の接近が患者の状況を浮き彫りにし、患者の自己決定を「本来の人としての価値」に即したものにしていけることを述べる。

最期に、患者の自己決定を医療の中でどうとらえるかについて、そして経過とコミュニケーションを重視する自己決定について論を進める。真に自分自身の思いに即して、命の尊さや自身の価値や道徳観に基づいた決定のためには、経過を重視する MSW の視点やコミュニケーションが重要であることを改めて強調する。そのために SDM について述べ、患者の自己決定を支えるために患者－MSW 関係においては、SDM に近い考え方で支援が行われていることに繋げていく。

なお本稿では、「患者－医師関係の IC」と表記する場合には医師を中心に論じるが、これは「患者－医師及び診療補助職関係の IC」の意である。また、既に説明したが、「患者－MSW 関係の IC」は、日本の医療現場における MSW を中心に述べるが、イギリスやアメリカを模すなら、「クライアント－SW 関係」と表現されるべきものである。また、「医療関係者」あるいは「スタッフ」の表記は、医師・診療補助職・MSW を含む医療現場で働く専門職全体を指すことを記しておく。

I. 医療ソーシャルワーカー (MSW) とインフォームド・コンセント (IC)

I-1 患者-医師関係の IC

I-1-1 歴史から見る患者-医師関係の IC

ICとは、Information (情報・説明) に基づく Consent (同意・承諾) で、人に何らかの行為を行うにはその行為の前に説明し実施への同意を得ることを意味する¹⁷。IC はこれまで、その殆どが臨床医療と医学研究における患者と医師との関係として語られてきた。その歴史を概観する。

ドイツでは、1889年にドイツのライヒ裁判所 (1945年以前の最高裁判所) が、7歳の子供の足の切断に対する父親の拒否に関して「手術は正当と言えたものの、医師の治療行為には患者の同意 (この場合は未成年であったため父親の同意) が必要であり、同意のない治療は違法である」とする判決を下した。診療における同意の必要性や医師の説明義務違反に関しての判例であり、これが IC の実質的な出発点であるとされる¹⁸。1931年に同じくライヒ裁判所では、子供を生めなくなる懸念があることを患者に説明することなく子宮摘出術を行った医師に対し、説明義務を怠ったことによる過失を初めて認めた判決が行われ、医師の説明責任が患者の手術決定の前提であるとした¹⁹。一方、臨床研究では、1898年にドイツで皮膚科医アルベルト・ナイサーがおこなった梅毒予防のための実験で²⁰患者の同意の必要性を理由に罰金刑が科され「患者の同意なしの非臨床的実験は傷害罪にあたる。」とし、知らされた上での同意が必須であり医科学の発展には人としての道徳や人権を尊重することが大切」とされた²¹。

アメリカでは、1905年に患者プラットが医師を相手取って起こした裁判で、「患者本人に手術をすることを知らせずに、あるいは本人の同意を得ずに実施した手術は、患者の肉体に対する障害とみなす」とされた。また1914年に患者シュレンドーフがニューヨーク病院協会に対し起こした裁判例では、胃の検査に同意した患者から同意なく胃が切除されたことに対し、ニューヨーク州最高裁判所は「人は自身の身体に外科的な侵襲を受けるか否かを定める権利を保有する」という結論を導いた²²。このように、ドイツやアメリカでは侵襲を伴う治療には医師の説明と患者の同意が必要であるという考え方が、19世紀末から20世紀初めには成立していたが、医師の説明義務の範囲は医師の判断に委ねられ、この具体的な議論は第2次世界大戦後に展開された²³。

自己決定の前提となる IC の確立は、第2次世界大戦後にニュルンベルグ裁判で行われたナチスドイツによる人体実験の糾弾に、その具体的な端を発する。この人体実験の反省から1947年「ニュルンベルグ綱領」が策定され、人権に配慮した在り方が示された²⁴。被験者の自由な選択・そのために必要な情報の提供・実験中止を申し出る自由、といった内容が盛り込まれたことが IC に繋がっていく。人体実験に関しては、1964年の「ヘルシンキ宣言-人体実験法に関する世界医師会倫理綱領-」の採択で、医師からの十分な説明・患者や被験者の自由意思による同意・保護者の許可や同意・同意文書の必要性、が明らかにされ²⁵、その後も修正を繰り返し、1975年の修正でこれら「知る権利」・「拒否の権利」・「自発的同意」が IC の文言として表現されるに至った²⁶。

臨床医療においては、1957年アメリカカリフォルニア州でのサルゴ (Salgo) 裁判で IC という言葉が初めて判決の中で用いられ²⁷、患者への事前の情報提供の重要性が指摘された。この判決では、「医師は提案した治療法に対する患者の知的な同意の基礎を形成するのに必

要な何らかの事実を述べなかった場合に、患者に対する義務に違反し責任を負うことになる。」として、医師の説明義務について述べている。さらに、1960年にはこの情報提供の重要性、手術などの治療における危険性に関する説明を法律上の義務とした²⁸

臨床場面におけるあらゆる傷病を対象とするICを患者の権利として位置づけ宣言したのは、1972年のアメリカ病院協会による「患者の権利章典に関する宣言」である。その中では、「患者は自己の診断・治療・予後に関する完全な新しい情報を自分に十分に理解できる言葉で伝えられる権利」を有し、「治療を拒絶する権利」や「拒絶した場合の医学的結果を知らされる権利」も持つとする。また「秘密保持や医療費請求の点検や説明の権利」についても記されている²⁹。また世界医師会は、1981年に、「患者の権利に関するリスボン宣言」で、「患者は十分な説明を受けた後に治療を受け入れるかまたは拒否する権利を有する」ことを示し、選択の自由・自己決定の権利・情報を得る権利・尊厳を得る権利などについて明文化している³⁰。この宣言で治療は患者の自己決定に基づいて行われること、そのためには情報の開示が必要であることが述べられたと解釈でき、ICの概念は一定の完成をみた。

さらにアメリカでは1990年に、「患者の自己決定権法 (The Patient Self-Determination Act : PSDA)」が成立し、メディケアやメディケイド加入患者への医療サービスを実施している医療機関や熟練した介護施設、ホスピスなどに適応される³¹。これらの機関は医療ケアを提供する対象者に、その基本方針や実施方法を文書にして提供することを義務付け、この中には、個人が受ける医療の享受と拒否の権利、事前指示をしておく権利、これらの権利を承認する各機関の方針と実施方法を明記しておく必要があるとする。このように、臨床研究におけるICと日常診療におけるICという2つの流れから、現在のICの考え方や方法が生みだされていった経緯が理解される。

I-1-2 患者-医師関係のICの構成

ビーチャムとチルドレスによれば、ICはまず「情報」と「同意」の2つの要素に分けられるとする。「情報」の要素は、情報の適切な開示と開示された事柄に対する患者（もしくは被験者）の適切な理解を示す。また「同意」の要素は、有能者側の自発的な決定もしくは同意に言及する。つまり最初に示した情報と同意という2要素は更に、開示・理解・有能性・自発性・同意の5つに分けられる。これらを整理すると、ICの構成における基準的要素は、限界要素（有能性）・情報要素（開示・理解）・同意要素（自発性・同意）からなるとされている。以下、主にビーチャムとチルドレスの考え方を辿って、ICの構成の内容を見ていく。

限界要素（有能性）における有能性に関しては、同意する能力・意思決定能力とも表現されるが、これはICを得るための前提条件であり、患者や被験者が適切に同意や意思決定ができない場合に問題とされる³²。例えばグリッソの提示する治療同意判断能力では、選択を表明し、治療に関連する情報を理解でき、情報の重要性を認識でき、理論的に考えることが必要であるとする³³。しかし、全ての患者がこの理解力や判断力が備わっているとは言えない。例えば、意識障害がある患者や未成年者・精神障害者・知的障害者・身体障害者・高齢者の場合や一時的な症状によっても判断不能もしくは判断に迷うことが十分に想定できる。このような能力を評価する方法は多く開発されているが同意能力の有無がどの時点以て判断されるかの合意を得て明確にはなっていないために、実際には医師がその判断

を迷う事例が多いのが現実の臨床場面である³⁴。そこで、困難な場合の同意や拒否の決定には、カウンセリング、援助、時間をかけた評価などが重要であり³⁵、慎重な対応が求められる。

情報要素（開示・理解）における情報の開示に関しては、専門家は中核的情報を開示する義務を持ち、それら適切な情報が患者に与えられて、患者は意思決定のための情報とする³⁶。その情報とは、同意や拒否を決定する為に患者（被験者）が重大と見なす事実や既述・専門家が重要と確信している情報・専門家の勧告・同意を求めることの目的と権限委任行為としての同意の性質、であるとされる³⁷。日本で IC に関連して説明すべき事項として挙げられている点は、「患者の病名・病態」「行おうとする医療の内容・性格・目的・必要性・有効性」「その医療に伴う危険性・その発生率」「代替可能な医療・その危険性と発生率」「何も医療を施さなかった場合に考えられる結果」である³⁸。

また開示では意図的な非開示という事態を生じることもある。つまり、情報を開示することによって患者に害が生じる場合にはその開示を控えるか否か、また偽薬の使用をその効果故に非開示とすることは適切か、といったものが例として挙げられる。これらは倫理的ジレンマの生じる事態でもあり臨床現場では判断が難しい事例が多いが、開示に関しては避けて通れない現実があり、熟慮が求められる重大な問題である³⁹。

理解に関しては、患者（被験者）がいかにして自律的選択をすることができるように援助するのが問題であり、IC を得る前提としての最も重要な要素であるとされる。患者（被験者）が情報交換に参加するよう、患者等への質問・関心や興味の喚起・質問しやすい雰囲気づくりが重要であることが指摘されている⁴⁰。これらをコミュニケーションや対話という言葉に置き換えるとすれば、その根底には、患者は医者、医者は患者の考え方に慣れるあるいは理解しようとする必要がある。例えば、疾患名を挙げたときにそれに対して双方が同じものとして理解していないとか、同等の理解度ではないと言った事実はお互い知っておく必要がある。この理解に関しては、圧倒的に医師の側に知識があり患者の側が知識量は少なく、また内容を把握する力量が乏しいことも一般的には十分に想像し得ることである。そのような中でも、医師は諦めることなく理解を促進する努力をすることが求められる⁴¹。また、患者が情報を十分に求めなかったり、理解が無いままであったりといった状況下で、選択・決定をしようとする患者等に対しては、IC に関する権利放棄として問題となる。前田正一によれば、①患者自身の拒否、②緊急事態、③強制措置、④患者に同意能力がないときには IC の要件を満たすことが免除されるとする。①では患者が拒否した内容以外に必要となった別の医療行為については IC が必要となる。②では即座に医療を施さなくては生命の危険がある場合であるが、その状況に応じて可能な範囲で IC を（同意だけでも）が求められる。③では感染症罹患や自傷他害の恐れなど公益との関連する場合である。④では代諾者との IC の努力が求められる⁴²。このように権利を履行できない・しない状況を正当化できる状況も数多くありながら、それを是とするか非とするかに関しては個別的配慮が必要とされる。そのためには、患者等の保護の為に権利放棄に関してどのような結論を導き出すかを、倫理委員会といった合議による審議を経ることにより、患者等の個別的な事情に配慮した熟慮や柔軟な対応が必要である⁴³。

同意要素（自発性・同意）における自発性に関しては、強制・操作・説得が自発性に影響するとしている。強制は全面的に自律を歪め、説得は患者等が説得される事項に関し説

得されるのに十分な内容であると考えれば成立してしまう。操作は、説得でも強制でもなく、操作者が望んでいることを患者らにさせる事である。この操作に関して最も影響があるのは情報操作であるとする。これらの中には、治療に抵抗する患者に説得を試みて最終的には歓迎されるなども含まれるとはいえ、これら 3 つの影響が、どのように自発性を阻害するのかについて充分に関心を持ち、考慮される必要がある。

同意について考える際に、IC の 2 つの意味からその内容が問われている。まず IC は、患者（または被験者）による医療的処置（あるいは研究関与）に対する「自律的権限委任」として、一方は制度的規制として考えられる。後者の場合は、法的に有効な同意を得、制度的・法的・効果的な権限委任を可能にするための規則の在り方をその考えの主流とする。同意に関しては、ピーチャムとチルドレスによれば、権限委任が重要性を持つため、同意を権限委任に置き換えるとしている⁴⁴。またここで注目すべきは、IC と共同意思決定（Shared decision making 以下 SDM）は同一の観念ではないとする点であり、IC と SDM の混乱は避けるべきであると述べられている⁴⁵。

ここまで、IC の構成要素を確認してきた。患者自身に判断能力があり、誰にも強制や操作されずに自由に決定できることが重要で、自己決定のためには医師からの最も適切な治療について提案など十分な情報開示を受けることを前提とし、患者は薦められた治療に添ってその内容を検討し、意思決定する。了解のみならず否定もあるが、提案に沿って選択する場合は、医師にその治療プラン実施を権限委任する⁴⁶。

上述した患者の意思決定能力については、その力の低下や無さが推察される場合に殊に問題とされるが、能力があると考えられる患者に対しても専門家は「対象者の関心や興味を引き出す」ために、「患者と共に問いかつ答え」、互いに情報の提供が一方的ではなくコミュニケーションを伴った参加であり、その結果の権限委任であることが重要とされる⁴⁷。しかしこのコミュニケーションは、既述した SDM（訳では共同意思決定）としてのコミュニケーションとは一線を画すと理解すべきで、「臨床におけるこの共同意思決定と IC とを同一のものとして取り扱うのは 1 つの混乱である」とある⁴⁸。SDM に関しては、1982 年アメリカの大統領委員会（President's Commission for the Study Ethical Problem in Medicine and Biomedical and Behavior Research）による“*Making Health Care Decisions The Ethical and Legal Implication of Consent in Patient-Practitioner Relationship*”で初めて明らかにされた⁴⁹。ここでは患者と医師との相互尊重と参加に基づく共同の意思決定の過程について語られ、IC は医師と患者との信頼関係を築く上での必要な原則であるとする⁵⁰。

その意味では、IC では患者が決定し、患者は治療を行う同意を医師に権限委任する形をとるのに対して、SDM では医師と患者が共に決定を目指す。同じく治療方針に合意をするとしても、IC では患者の決定に重きが置かれ、SDM では決定が片方だけに委ねられるのではなく対話による合意である。清水哲郎は IC を決定分担論として整理し、「ここまでは医師が決める、ここからは患者が決めることと主権が及ぶ範囲を分けて両者の衝突を避ける理論である」といい、「一緒に考え、一緒に決める」ではなく、「別々に考え、別々に決めている」のだとも表現している。この点は、IC を端的に表すと思われる⁵¹。著者はこの様に説明される IC の概念に対しては、臨床において患者が医師に期待する IC とは異なっている印象を持つ。患者の期待は、多くの場合 SDM の形で行われた権限委任であろう。

また IC を支える自律尊重原則に則って考えれば、患者の自己決定は当たり前前に尊重されなくてはならないが、時に無危害原則・仁恵原則の重要性が自律尊重原則を越えたり、昨今では政策的には正義原則の要求が自律尊重原則を上回らざるを得なかったりという現実⁵²がある。このような倫理的ジレンマに臨床現場は日常的に直面しており、医師はいずれかの原理に基づいて態度を決定するのかを問い続けなければならない⁵³。またこのジレンマをどう受け止めるのかは、医師のみならず医療関連職種、そして当然のことながら患者すべてが避けて通れない重く解決の難しい問題でもある。

これまでに概観した IC を巡る歴史的経過やその構成から、患者－医師関係間の IC と自己決定の根底は傷病そのものへの対処であり、この関係における患者理解とは、傷病、つまり生命を巡る問題がその中核と理解できる。患者は医療に関わる選択に直面した場合大いに困惑するが、それは手術といった生命を取り巻く重大な医療行為を選択するのみならず、治療行為に関連はしているが緊急性や命の危険がないものまでをも含んでいる。何故なら選択の場合の困惑とは、患者主体のものであり支援者の側にはその重大さを個々に量るすべがなく、事の重大さの判断は患者の感覚に委ねられているからだ。その点からすると、例えば上述したように権限委任に至る経過や IC をめぐるジレンマに対応する十分なコミュニケーションは重要かつ必須なものと思われる。つまり患者－医師間の IC は生命への介入を第一義としているとは言うものの、それだけを主眼とする関わりでは患者の不安を拭い去れず、安心を得られないこともまた現実であるからだ。結果として、このように命を巡る決定を行うような厳しい状況下においては、患者の症状の重篤さや緊急度によっては、益々患者と医師との双方向の対話による合意の流れにしかその解決は見いだせないのではないかと考える。その意味で IC と SDM の相違は注目すべきと思われた。

これまでは自己決定を支える患者－医師関係の IC を中心にみてきたが、以後、MSW の自己決定支援や患者－MSW 関係の IC について考察する前提として、MSW 理解について論を進める。

I-2 MSW の理解

I-2-1 イギリス・アメリカ・日本の歴史から見る MSW の発祥と展開

MSW は医療の中であって、病気や怪我から起こる心理・経済・社会的問題を患者の力を使って解決・緩和することを支援する。それ故に、その支援において患者の自己決定が尊重されるのは、患者－医師関係と同様である。この節では、自己決定についてみていく前提として、MSW の理解を深める為に、その発祥・変遷・現状について述べる。MSW 発祥の地イギリス、MSW を発展させたアメリカ、そして日本の順で概観する。またこの中で、MSW とソーシャルワーカー（以下、SW）との関係性も確認し、本稿では MSW を語るとしながらも何故 SW についても述べるのかを、その背景と共に記述する。

これらの論述は、主として『医療ソーシャルワークの挑戦－イギリス保健関連ソーシャルワークの 100 年』⁵⁴・『医療ソーシャルワーク』⁵⁵・『ケースワーク』⁵⁶『社会事業の歴史』⁵⁷『アメリカの対人援助職－ソーシャルワーカーと関連職種の日米比較－』⁵⁸・『社会福祉職発達史研究－米英日比較による検討－』⁵⁹・『医療ソーシャルワークの現代性と国際性』⁶⁰・『保健医療ソーシャルワーク実践』⁶¹・『日本のソーシャルワーク研究・教育・実践の 60 年』⁶²・『日本の医療ソーシャルワーク史－日本医療社会事業協会の 50 年－』⁶³を参考にした。

イギリスでの発祥

18世紀後半から19世紀前半にかけて展開したイギリスの産業革命は、生産力を飛躍的に増大させたが、その一方で数々の問題を引き起こした。特にロンドンにおいては、1870年代からの産業革命後の大不況による貧富の差の拡大・人口の都市部流入・長時間労働・児童労働・劣悪な労働環境といった厳しい状況が生まれ、それは失業・病気・貧困・栄養失調・犯罪や非行・スラム化、といった多くの社会問題を引き起こした。

これら救済の必要な人々に対して篤志家たちが行う無秩序な乱発の慈善は、濫救と漏救を引き起こして救済は混乱していた⁶⁴。そのような状況は、それまでの慈善事業としての貧困者救済を地域社会全体で組織化しようとする動きへと変化させた。加えて救済は単なる物質的な施しとしてではなく、個別的な精神指導として行おうとする機運も高まっていった。

このような状況を背景として、1869年ロンドンに民間社会福祉活動の1つ、慈善組織協会（Charity of Organization Society 以下、COS）が生まれた。COSは慈善的救済を組織化し乞食生活阻止や困窮生活の改善などを目指した。そのためにロンドンを区分し、地区委員を配置してそれを組織化し、要救済者の調査と記録・登録を行った。そのために行われたのが友愛訪問であり、その訪問を行う者は友愛訪問員（friendly visitor）と呼ばれた。COSは「施すではなく友人を」をモットーに、友愛訪問員が救済の必要な者やその家庭を訪問したが、当時の目的は要救済者に精神的指導を行うことであった。このような主観的判断に客観的で技術的な手法が取って代わるのには、更なる年月が必要であった。

この点に関して伊藤淑子は興味深い指摘をしている。曰く、「1894年にH.ボサンケとO.ヒルの協力により作成されたロンドンCOSの『貧困者救済のためのハンドブック』に盛り込まれた援助の基本原則は、貧困を個人の責任に帰していたという当時のCOSの貧困感に照らすとむしろ意外な感じを起させるものである。（中略）このハンドブックの記述には多少の押しつけがましさは随所にみられるが、バイスティックの7原則（後述 p.25～）に示されたような援助原則が既に含まれている。O.ヒルらの思想が非常に強い『自己決定の原則』に結び付いていたことがB.ジョーダンによって指摘されている」⁶⁵とする。このように、当時は未だソーシャルワークの理論化や根本的な考え方の確立には至っていなかったが、基本的には自己決定の考え方の萌芽がありつつ、慈善組織協会の活動は、個人や家族の在り方から社会問題の原因について明らかにしようとしたものであるとの評価を得ている。

一方、1884年にロンドンのトインビー・ホールで始まった民間社会福祉活動であるセツルメント運動では、慈善事業に社会改良的な視点を持ち込んだ。具体的には、大学教員や学生などといった知識人がスラム街に移り住んで、労働者たちと共に生活しながら、彼らの生活改善などを教育していく活動であった。そこには真の救済は自活の道を与える事であり、殊に教育的環境の欠如による無知が貧民を生み、彼らの自活する力を欠如させていると考えられていた。トインビー・ホールでは、クラブや講座による労働者や児童の教育、地域住民の組織化による社会資源の活用、社会調査とそれによる世論喚起が行われた。セツルメント運動は、社会や環境の面から社会問題を世に問いかけたものと評価されている。

この2つの運動体からは以下のように現在のソーシャルワークの技術が生まれた。COSではソーシャル・ケースワーク（個別処遇技術）の、セツルメント運動ではソーシャル・グループワーク（集団処遇技術）やコミュニティー・オーガニゼーション（地域援助技術）

の原型が生まれたといわれ、ソーシャルワークの発展は、この 2 つの活動を基盤としながら社会問題の解決が行われる中から生み出されていったと言える。なお、ソーシャル・ケースワークやコミュニティワークは後に、ソーシャルワークとして統合され表記されるようになっていくが、この点については後述する。

イギリスでの医療におけるソーシャルワークの誕生は COS と深いかかわりをもっている⁶⁶。1895 年に、ロンドンのロイヤルフリー病院外来患者部門に、COS の書記であったスチュワート (Mary Stewart) がアーモナー (almoner : 病院慈善係) という名称で配属されたことが MSW の始まりである。この病院は貧民を収容する慈善組織であり運営資金が少なかったため、アーモナーの主な業務は患者が無料診療の対象になるかどうかを審査し、治療費を支払える者がこの病院を濫用することを防止することにあつた。当時のイギリスでは公立病院を利用する人々は COS の対象者であることが多かったため、COS がこのような審査とアーモナーの配置を提言し、スチュワートがその職に就いたという経緯がある。

しかしスチュワートは、期待された患者の支払い能力の査定という管理的役割から、治療を受けている患者にとってその治療が有効なものか否かという患者ニーズに目を向け始め、更に患者の家庭環境を聞き取る中で患者の生活の過酷な様子を理解し、それが多様な問題発見に繋がることに注目した。つまり経営重視の為に配置されたアーモナーは、治療を効果的に行うには患者の生活や社会的問題に介入することが必要であると悟っていく。治療の効果的達成のためには、単に医学的見地だけでは十分ではない事、つまり患者の心理社会的問題との関連が大きく、その解決が必要であることに気づいたものと言える。

しかしながらアーモナーの導入は医師との間に軋轢を生んだ。中島さつきは、「医師達は患者を選別する役割をもつアルモナーに対し敵意を表した。つまり患者の社会的状況を自ら調査して明らかにする時間がないことは自覚していたが、医師の監督下にない一人の女性が新たな仕事を進めるために出現したことが気に食わなかった。このような偏見はどの病院でも繰り返されたが、その後もアーモナー達は、ソーシャルワークの成功は医師との相互理解と協力にあることを信じ、より良い人間関係をつくるために努力を続けた。」と記述している⁶⁷。つまり医師は治療に当たって心理社会的問題への介入の必要性を自覚している一方で、介入は困難であることもまた自覚せざるを得なかったと理解できる。またこのエピソードは、日本の現状における医師と MSW との関係において似通った部分を想起させる。更にスチュワートは、外来患者調査などで周囲の信頼を得、2 年後に病棟担当のアーモナーを増員した⁶⁸。

その後、1903 年病院アーモナー委員会 (Hospital Almoner's Committee)、1907 年病院アーモナー協議会 (Hospital Almoner's Council)、1922 年病院アーモナー研究所 (Institute of Hospital Almoners) と発展し、教育研修も組織的に行われた。この頃にはアーモナーの業務は、単なる医療費支払い能力の選別に留まらず、外来患者部門と外部団体との連携、貧困者の発見と救済等々、ソーシャルワーク的役割を担っていることが社会的に認知されるようになっていた。

第 2 次世界大戦のさなか、空爆による負傷者など緊急医療患者の激増によってアーモナーの業務量が増加、業務内容も負傷者の受け入れから退院準備、アフターケアなどにも広がりを見せた。アーモナーの専門性が第 2 次世界大戦を契機に社会的に認知され、それに伴って専門的教育が急速に拡大していった。更に 1940 年、国は相当数の緊急医療患者を受

け入れている病院では、有資格のアーモナーか経験者を雇用することを求めるに至った。

アメリカでの展開とキャボット

アメリカにおける産業革命は 19 世紀に入ってから進み、その結果 19 世紀半ばには、各種工業の急速な発達で混乱した都市社会ができ、多くの人々がヨーロッパから移民として流入した。その結果、粗悪な住宅・不健康な職場・年少労働者・結核・精神障害者など多くの深刻な問題が起こった。このような状況を背景に、イギリスで発祥した COS やセツルメント運動が移入されたことが、アメリカにおけるソーシャルワークの起源となった。

COS の活動は 1877 年、ニューヨーク州を初めとして展開された。その活動の中核であった友愛訪問では、当初「貧困問題の解決は怠惰をなおすことや規則正しい生活の訓練から」と考えられており、イギリスにおける活動の目指すものと同様であった。

しかしながらボルティモア COS の会計補佐としてこの職に就いたリッチモンド (Mary E. Richmond) は、その後問題の解決には社会的な環境や条件を改善することが必要であると考え、「友愛訪問は貧困者の家庭の喜びや悲しみ、人生の考え方に共感を持って身近に知ることである」とした。リッチモンドが、既述した O.ヒルに深い共感を示していたことを考えると⁶⁹、COS におけるこの方針の変化は十分に理解できる。そして O.ヒルの考え方などを基本としながらソーシャルワーク (リッチモンドの時代はソーシャル・ケースワークと表記) が理論化されていったものと想像される。リッチモンドのソーシャルワークに関する理論化については III-1 で触れる。

他方、ロンドンのトインビー・ホールで始まったセツルメント運動もアメリカに移入され、1886 年ニューヨークのネイバーフット・ギルド、1889 年シカゴのハルハウスで展開された。ソーシャルワークの技法の一つであるコミュニティー・オーガニゼーション (地域援助技術)、ソーシャル・アクション (社会活動) は、この運動から誕生したと言われる。

これらを基盤に、医療におけるソーシャルワークは 1905 年マサチューセッツ総合病院の医師キャボット (Richard C. Cabot) ⁷⁰によって提唱された。彼は、病気は生物・医学的な要因のみならず、社会的要因によっても起こると考え、患者の生活に関連した相談の必要性を痛感し、そのような相談に応じることのできるソーシャル・アシスタント (のちの MSW) の必要性を説いた。その結果、ペルトン (Garnet Isabel Pelton) とボランティア 13 名がこの職に就き患者の生活に関する相談に応じたことがその始まりである。その後 1906 年には、ソーシャルワーク実践の教育を受けたキャノン (Ida M. Cannon) により Department of Social Work が初めて同病院に創設され、ボランティアから専門職へと移行した。

キャボットは、医師・哲学者・教育者、そしてソーシャルワーク開拓者としての肩書を持つ。大変几帳面な科学的観察者であり、記録者、才能ある話し手で、健筆家、医学や道徳、倫理の問題に対する率直なコメンテーターでもあったという⁷¹。キャボットは、このアーモナー導入の理由について次のように述べている。「患者の実際の欲求に十分に応ずる完全で正確な診断をつけようと努力する過程で、私は行き詰まった。診療所で患者を診ているだけでは得られない患者についての情報がほしかった。つまり、患者の家庭・住居・仕事・家族・心配事・栄養についての知識が必要であった。(中略) 私にはこれらの情報を患者の家庭を訪問して探求するだけの時間がなかった。そして他の人でこの仕事をする人もいなかった。だから私の診断はずさんで表面的にとどまり、多くの場合不満足なものであ

った。」⁷²。そして、患者を治療するにあたっては経済状況を理解しなければならないこと、患者の精神状態・性格・職歴・疾病・恐怖・悩みなどが絡み合って混在している現在の状態を引き起こしたことの全てを理解する必要性、をも述べている。

しかしながら次のキャノンの述懐からは、MSW 定着には困難が多かったことが伺える。「キャボットのような優れた臨床医なら、医療の場にソーシャルワークを取り入れることは当然だったが、当時マサチューセッツ総合病院の医師達の大多数は保守的で頭が固く、キャボットを夢想家として冷たい目で眺め、院長ワッシュバンも懐疑派の巨頭であった。保守と伝統の堅い壁の中に新しい役割が割り込んで一つの専門職業を築いていったのだから並大抵の努力ではなかった。患者たちの為にどうしたらソーシャルワークに医師の関心を引き入れられるのかということをしばしば討議した」⁷³。また、キャボットは私財でこのボランティアを12年間支えたとの記録があり⁷⁴、その貢献には驚かされる。

キャボットは、アーモナーの役割について以下のようにまとめている。「アーモナー達は診療所の医師と協力して、第1に、医師が患者について理解することで医師の診断をより良いものにすること。第2に、患者の経済的・精神的・または道徳的欲求をアーモナーの努力で（中略）満たすように努力すること」⁷⁵。このまとめやエピソードからは、アーモナー（のちにMSW、その後SW）の役割のうち第一義的なものは、医師への協力であることがわかる。この点は、1948年のイギリスでも明記されているが、後述する1950年代以降のアメリカでは医師への貢献よりも患者への支援の方向性が明確になっていっている。またキャボットは、その著作『*SOCIAL WORK: Essays on the Meeting ground of Doctor and Social Worker*』で、（著者注・・・この書を）「メリー・E・リッチモンドに捧げる。女史の著書『社会診断』は、社会事業（著者注 ソーシャルワーク）の発展に画期的な貢献をした」と記述して、彼女への尊敬の念を表明している。

そのリッチモンドは「ケースワークの母」と尊称され、1917年に「社会診断」を、1922年に「ソーシャル・ケースワークとは何か」を著し、「ソーシャル・ケースワークは人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通じて、パーソナリティを発達させる過程から成っている」として個別援助支援の社会的側面を重視する考え方を打ち出した。リッチモンドのこの2著作が、ソーシャルワークの進歩に与えた影響は絶大なものであり、また、個人と社会環境との関係に焦点を当てた意義は多大なものであった。しかしその後ソーシャルワークは精神分析に傾倒していく。

このような中で社会福祉の実践としての専門化と援助技術の専門化が進められたが、1922年から分野別の異なるソーシャルワーク機関の代表によるミルフォード会議で、「ジェネリックとスペシフィック」という概念が報告された。川田譽音⁷⁶によると、「この2つの概念は多様な分野のソーシャルワーカーのまとまりを助け、専門分野のみならず1つの専門職としての知識や教育に基礎的基盤を与えるもの」とされる。医療で展開されるソーシャルワークは、スペシフィックな一分野の援助でありMSWが行うが、医療をうける患者には上述した医療・精神医療・障害者・高齢者・子供・家庭・地域などに関わる様々な問題を持った人が多く存在するために、MSWはソーシャルワークにおいてその援助の基盤として必要不可欠な要素をジェネリックに持ちつつ実践する必要がある。この流れが、後述する医療分野だけではなく他の様々なSW（スクール・ソーシャルワーカー、グループ・ワーカーなど）の統合による全米ソーシャルワーカー協会（National Association of Social

Workers : NASW) の発足 (1955 年) に繋がっていく。

日本での展開

次に、日本における MSW について述べる。医療における社会事業の萌芽は、遠くは聖徳太子、光明皇后、行基、ザビエルなどに遡ることができる。さらに鎖国が解かれたのち、産業革命期のキリスト教は社会事業を日本にも広め、宣教師たちは医療と教育の発展に力を注ぐことで社会的弱者への救済を目指した。しかし明治維新时期には下級武士や商工業者の窮乏化、その後の経済不況・凶作・災害が起こった。また明治後期の日清・日露戦争、や明治から大正にかけての産業革命の遂行などにより、過酷な労働条件での就労、女性や児童の酷使、伝染病の蔓延、呼吸器疾患の発生など、多くの社会問題が発生した。その中で 1919 年 (大正 8 年) に、泉橋慈善病院に、患者の相談にのる専任職員が配置された経緯がある。泉橋慈善病院は主に貧困患者への対応を行う救療病院としての役割を持っており、その患者の多くは生活問題を抱えていた。そのために「病人相談所」が婦人有志により開設された。その後、東京市療養所などにも派生していく。

1919 年 (大正 8 年)、済生会参事の生江孝之は渡米し、キャボットと MSW について知見を得、調査を行った。その結果、ボストン・ニューヨークのみならず大規模病院では MSW が配置されていることが分かった。そこで MSW の必要性を内務省や済生会に伝えたが、経費や病院経営上初めてということもあり、配置は難航した。その後 1926 年 (大正 15 年) によりやく済生会芝病院に病院「済世社会部」を設置し、相談員配置が行われた経緯がある。特に貧困患者や結核患者、その家族等への支援が行われた。

これらを踏まえて 1929 年 (昭和 4 年) に日本で初めて本格的にソーシャルワーカーとして、浅賀ふさが聖路加国際病院「社会事業部」に配属された。主任は C.M.スノーで、主な業務は結核患者への対応だった。1935 年 (昭和 6 年) には、業務大要が作られた。その内容は以下の通りである⁷⁷。

- ①患者の社会的地位及び生活状態並びに其の為、人を調査して病気に関係ある資料を医師に報告、提供すること。
- ②医師の指導に従ひ、患者に対して其の必要に応じて援助の計画を立てること。
- ③患者に静養の機会を与へ、或は療養所に入る事、其他に就いて適當の計画を立てる事
- ④病気に就いての知識を患者に与えて療養上の指導をすること。
- ⑤その他患者の経済的状況を調査して、其の必要に応じて入院料を定めて事務部に報告すること。

浅賀はその回顧録⁷⁸で、「①メディカルソーシャルワークについて医師、看護師、事務も誰一人理解しておらず、病院組織の一つの機関として全く承認されていない②総合病院のどの診療科に最も多くのソーシャルサービスが必要か、医者が診断や治療面に社会的側面の問題を考えることが重要であることを把握していない③医療の縄張りに医師と看護師以外の侵入者が現われたことに対する一種の反感がある」、と入職後の困難な点を記している。この記載は現在でも MSW をとりまく状況と共通しているといっても過言ではなく、長い年月を経てもなおかつ医療におけるソーシャルワークへの理解には困難を伴っていることを想起させる。

戦前のソーシャルワークはイギリス、アメリカ、ドイツの影響を受けながら発達し、戦

後の職能団体である社団法人日本医療社会事業協会の活動に繋がっていった。1936年（昭和11年）浅賀は医療社会事業研究会を開催し、その後第2次世界大戦で中断されたが、戦後の日本医療社会事業協会の活動に連なり、浅賀は初代の会長を務めて、MSWの資格制定や後進の育成に貢献した。

I-2-2 イギリス・アメリカ・日本におけるその後の発展

イギリスにおけるその後

1941年に設置された「社会保険および関連サービス委員会（ベバリッジ委員会）」が勧告を出し（ベバリッジ報告）、実際には1945年以降「国民保健サービス法」「国民健康保険法」などが次々と立法化された。国民保健サービス法（The National Health Service : NHS）のもとで病院は国営化され、医療ソーシャルワークという業務を規定し、アーモナー達は新しい体制の中で働くことになった。この意味では、NHSはアーモナーにもっと大きな影響を与えた。

伊藤は、20世紀初頭からこのベバリッジ報告まで、イギリスにおけるソーシャルワークは停滞したと分析している。COSやセツルメントは活動してはいたが、発言力のある人材輩出には至らず、ソーシャルワークの理論はアメリカの後塵を拝す状態であった。この中で、医療におけるソーシャルワークは独自の発展を続けていた⁷⁹。

NHS導入と同年、アーモナーの職務は、以下のように規定され⁸⁰、業務内容を充実させ、教育研修でも理論と実践の統合化が行われた。

- ①患者の社会的背景についての情報を提示すること、とりわけ医師に対して診断と治療と関連した情報を与えるために社会調査と面接を行うこと。
- ②療養中の個々の不安、家族の直面している困難、その他の問題などを軽減するソーシャル・アクションを行うこと。
- ③患者の治療の意義が保証されるよう、ある時期もしくは長期にわたって援助を必要とする患者の家庭訪問に関して地方保健局との調整を行うこと。

NHSは医療費負担増大などの影響ですぐに財政危機に陥ったために、その内容が変更されつつ今日に及んでおり、MSWの有り方もそれに伴って変化した。

1959年、ヤングハズバンド（E. Younghusband）は、専門教育を受けたアーモナーについて次のように述べている。「彼らは医学的な診断や治療に関連のある個人的・家庭的・或いは社会的要因をアセスメントし、患者がストレスに対処し、不安や緊張の原因になっているかもしれない諸問題あるいは医学的治療への返答をのばしている諸問題を解決しようとする手助けをする。彼らは疾病や障害を受容しあるいは適応するのを援助し、動揺した感情的関係あるいは家族関係を修正するよう援助をするよう訓練されている。援助をする際ケースワークの技術を用いる。（中略）アーモナーの主要な貢献は、疾病の社会的意味や疾病に対する人々の反応についての理解と、困難に対処する人々を援助する能力にある」。この内容は、極めて端的に病院におけるソーシャルワークを表現している⁸¹。ヤングハズバンドは、いかにアーモナー達が苦慮しながら病院に置ける役割を確立していったかについても深い理解を示している。

1960年代に、アーモナーはMSWと改称されたが、対象者別に行われていた各領域のスペシフィックなソーシャルワークが、問題の早期発見を目指すためにソーシャルワーク全

般に共通する知識や技術を重視したジェネリック・ソーシャルワークへの方向へと進んだ。1970年代にはジェネリック・ソーシャルワーカーへの統合の動きがあり、MSW という名称や職能団体は消え、英国ソーシャルワーカー協会 (British Association of social workers : BASW) が創設された。その結果、病院におけるソーシャルワーカーは病院ソーシャルワーカーと呼ばれることになり、基本的には地域をベースとして活動することとなった。つまり病んだ人々への支援に焦点を当て密接に関わる専門家集団から、大きなソーシャルワーク集団への移行という著しい変化が生まれた。その後もソーシャルワークの一般性 (genericism) と専門性 (specialization) を巡っての対立など、ソーシャルワーカーの有りようも様々に議論された。児島美都子⁸²は「問題の背景や人間を全体として捉えるジェネリックな視点はきちんと持ちながら個人の観点というスペシフィックを重視するという意味で、(以前とは意味合いの異なる・・著者注) スペシフィックに戻っていった」と評価する。

アメリカにおけるその後

1950年代から医療ソーシャルワーカーの保健医療分野での役割が、アメリカ病院協会との間で合意された。その内容は以下の通りである⁸³。

- ①医療ソーシャルワーカーは保健医療分野において重要な役割を果たす専門職である。
- ②患者の社会的、経済的、心理的状況をよく理解するために置かれた専門職であり、その理解促進のために医療チームを支援する。
- ③治療や健康増進の為に、患者やその家族で問題となっていることを明らかにし、解決を目指す。
- ④病院でより良いケアが受けられるよう、病院に対して発言していく。

ここでは、イギリスでのアーモナーの職務のまとめにあったように、とりわけ医師に対して診断と治療と関連した情報を提供するのではなく、患者の社会的、経済的、心理的状況をよく理解するための専門職として医療チームへの支援を唱えていることが、一つの変化といえよう。

1955年には、医療のみならず様々なソーシャルワーカー (例えば、スクール・ソーシャルワーカー、グループ・ワーカーなど) を職種として統合し、全米ソーシャルワーカー協会 (NASW) が発足、理論の体系化、社会的承認、職業倫理の確立などの作業に取り掛かった。

1960年代はマイノリティの問題に関係して、貧困・犯罪・非行・アルコール・薬物・環境など多くの社会的問題が多く引き起こされた。それまでのソーシャルワークは精神分析に傾倒していたが、これらの複雑な問題に、診断的対応に傾いていたソーシャルワークでは対処できないことから、対象者個人と社会との関連を重視するソーシャルワークへと戻り始めた。この時代は、公民権運動 (Civil Right Movement) の影響から、障害者の自立生活運動 (Independent Living Movement)、女性解放運動 (Women's Liberation Movement) などの興隆があり、人々は自身の問題に関わる事項が決定される援助過程において主体的にそれに参加し、自分で選択し決定することを望む機運が高まった。当然、SWとの援助関係に於いても、対象者はこのような自己決定を要求するようになる。医療におけるICやセカンドオピニオンが患者の権利としての自己決定を保障するものであると考え

られていくのも、この文脈の中に同じく存在したものと思われる。

この点に関して言えば、バイスティックは、1957年に著した“*The Casework Relationship*”でケースワークの7原則の1つに「クライアントの自己決定」を掲げている。その説明では、「ソーシャルワークというその専門職業の最も確固たる信念の1つは、人は自己決定を行う、生まれながらの能力をもっている」ことであり、「この信念は30年以上の期間にわたり徐々に発達してきた」と述べられている⁸⁴。バイスティックの原則についてはⅡ-1-1で触れるが、ここではソーシャルワークにおいても、1960年前後から自己決定について言及するようになっていったこと、また自己決定できない或いはできにくい患者の自己決定をどのように支えるかといった考えを生み、ソーシャルワークは発展してきたものと考えられる。MSWを含むソーシャルワーカーの専門職集団であるNASWは、このような問題を援助する専門職の新たな役割として、権利擁護（Advocacy）を打ち出していく。

また、ジャーメインは1968年に、援助の対象を「状況の中の人（person in situation）」と言う考えから「流動的な現実生活における人間存在全体」を包含していることを示し、1973年にはそれを生態学（ecology）と結びつけ、ギッターマンとの協働で、「ライフモデル（生活モデル）」を構想した⁸⁵。生活モデルについての記載は後述（Ⅲ-1）に譲るが、この考え方がこれまでも増して、患者を生活者として理解しつつソーシャルワークを進める鍵となっていく。

アメリカにおける医療ソーシャルワーク実践の目的をジャーメイン（Germain,C.B）らによってまとめられたものとして①～⑥に示す⁸⁶。

- ①急性期・慢性期の患者に対して、その心理社会的状況を理解・把握し、患者の将来に対する人生および生活設計づくりに対して積極的に援助する。
- ②疾患や障害に対してうまく対処できるよう、患者や障害者を援助するとともに自立した生活が可能なるよう環境調整を行う。
- ③医療チームの中であって、患者やその家族の心理社会的な状況の理解を他の専門職（医師・看護師・作業療法士・理学療法士など）に求め、カンファレンスなどで患者や家族の代弁活動を行う。
- ④社会資源に対して豊富な知識を持ち、退院計画の際に様々な地域資源や代替的医療ケアの活用を心がける。
- ⑤個々の患者やその家族のニーズを集約し、どのようなニーズが多く存在するのか、ニーズと資源のミスマッチは生じていないかどうかを分析し、医療における新たなサービスや資源の開発につなぐ。
- ⑥エイズ患者やホームレスで慢性疾患をもつ人々などで適切な医療を受けることが必要とされる人々（Vulnerable Population）を組織的に支援し、医療における様々なプログラムの開発に関わる。

日本におけるその後

第2次世界大戦後は、戦前の活動を伏線に、GHQ（General Headquarters）の公衆衛生局の示唆により保健所に医療社会事業係を配置したことから、MSWの専門化が始まった。1948年（昭和23年）に杉並保健所に「医療社会事業係」として、専任のMSWが配置さ

れ、その後各都道府県のモデル保健所に配置され、医療ソーシャルワークの全国的展開の端緒となった。「保健所における医療社会事業」⁸⁷に掲げられているその職務は、以下の①～⑤である。

- ①患者およびその家族に対して直面している医学的、社会的困難とその理由を了解せしめること
- ②医師又は治療に携わる人々の用に供するため、患者およびその置かれている環境の事情について知識および理解を入手すること
- ③患者を指導して共同生活の提供する各種の便益を最も適切に利用せしめること
- ④医師の採択した治療方針の実行を計画的に援助すること
- ⑤連絡（この件に関しては、詳細の記載がない。「保健所に於ける医療社会事業家の職務内容案」⁸⁸を参考にすると、「保健所所在地区の社会福祉機関と連絡を保つ事。之等の機関に対して保健所の事業方針とか（ママ）事業内容につき情報を提供する」とあり、この連絡のことを指しているものと推察される。）

保健所では、健康相談・治療・保健婦（現在の保健師）による家庭訪問・栄養相談・集団検診・予防注射・疾患対策に加えて、医療社会事業相談を行った。これが、MSW（当時は社会事業家や社会事業係と呼称）による相談であるが、杉山章子は「患者の治療に影響を及ぼす多様で複雑な社会的経済的問題の解決にあたり、医師と患者双方にとって大きな助けになった。MSW たちは、医療サービスと経済的自立に向けて財政的援助を行う福祉機関や社会保障機関とを結びつける役目を果たした」⁸⁹と記述している。

1953年に日本医療社会事業家協会（1957年に日本医療社会事業協会と改称。現在の公益社団法人日本医療社会福祉協会。以下、日本協会）が設立され、浅賀ふさは初代の会長に就任した。しかし1956年にWHOの視察で来日したベックマン（Beckman G）は、現場では各MSWが熱心にその援助に取り組もうとしているにも拘らず、専門的な教育訓練の立ち遅れや、専門職ではなく事務職員として取り扱われていることなどで、日本での本格的なソーシャル・ケースワークに立ち遅れがあることを、視察の総括で述べている⁹⁰。笹岡眞弓⁹¹は、このように保健・医療分野にMSWが不安定な定着しかできなかった理由について、医療におけるソーシャルワークがGHQの示唆で開始されたもので、先駆的なMSWの活動が定着する時間的経過がなかったこと、（1952年の）GHQ引き上げで法的根拠も予算措置もない土壌の上にMSWと言う職種が明確に位置づけられることがなかったこと、結果として様々な経歴や教育背景の不統一を残したこと、を指摘している。

1965年（昭和40年）代に入って、精神保健法（現精神保健及び精神保健福祉に関する法律）改正により精神保健相談員が保健所に配置されたり、リハビリテーション（以下、リハ）医療の普及によりチームの一員としてMSWの役割が期待されたりなど、ソーシャルワーカーの増員も進んだ。MSWは保健所から結核療養所へ、国公立病院から民間病院へ、結核中心から精神科医療へという流れで、その数を増やしていく。

1986年、厚生大臣が「医療・福祉分野について国家資格を新たに設ける」との方針を打ち出し、その結果、社会福祉士法案が国会提案の見通しとなった。厚生省はMSWの職能団体である日本協会を窓口の1つとしており、以降、資格化を巡る攻防が激烈を極めた。社会福祉士にMSWを含めるか否については激しい論議の結果、含まれなかった。これはMSWの資格は診療補助職（医師の指示が必要とされる）としての位置づけが望ましいと考

える厚生省の考えに反対した結果と言える⁹²。この医療や殊に医師への協力が MSW に課されているとする考え方と、患者への援助は患者自身の問題解決を図ることがソーシャルワーカーの目的であるとする考え方の差は、イギリスやアメリカの歴史からも読み取れる。結果的には MSW は患者の立場を独自の視点や役割で支援し擁護することをその職務として認められてきた歴史があったことは、これまでに概観した。

1987 年（昭和 62 年）に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定されるのと時を同じくして、厚生労働省から医療福祉士案が提示された。日本協会は社会福祉士案よりもさらに低いレベルの提案（例えば卒後 3 年での受験資格）には賛同できなかった。これには会員の殆どが大学 4 年卒業の学歴を持っていたこととも関連している。そこで同協会は 1988 年に、上述の厚生労働省案に対し、専門性を十分に発揮できるよう条件整備を求めていくことを決議した。

1989 年に、「医療ソーシャルワーカー業務指針」（以下、業務指針）が厚生省健康政策局長から全国の医療機関に通知された⁹³。2002 年（平成 14 年）に改正された現業務指針の前身である。この業務指針が医師や看護師を含む他職種で協議され世に出たことは画期的であり、現在もこの指針に沿って MSW 業務は行われている。また、この業務指針に示されている業務は必要最小限の業務であり、これ以外に必要なものは所属機関の特徴などに応じて行うことができる。この業務指針は、日本協会が厚生労働省案であった医療社会福祉士を受理せず、MSW の国家資格化が達成されなかった結果として成立したものであり、資格化を巡る攻防の複雑さを伺わせ、またその收拾の一部とも捉えることができる。

業務指針に示された業務の内容は、①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助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地域活動である。このうち、④受診・受療援助（外来受診・入院治療を示す言葉）に関わる援助においてのみ、医師の指示が必要であるとしている。その内容を理解する為に、業務指針に示された内容をここに挙げる。例えば、「生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方」への支援や、「診断・治療を拒否するなど医師等の医療上の指導を受け入れない患者」・「診断・治療内容に関する不安がある患者」・「心理的・社会的原因で症状の出る患者」のように医学的問題が大きい場合の対応に関して医師の指示を求めている。

更に 1991 年に日本協会は、①社会福祉の立場から相談・援助を行う②如何なる場合も医行為は行わない③養成は社会福祉系 4 年制大学で④配置基準を医療関連法規に明記する⑤経済的基盤は専門性が守られる財源を⑥現任者の救済措置を、の 6 項目の採択を行った。これは上述した医療福祉士案に対し、反対の立場を鮮明にし、医学に立脚した診療補助職としての資格を求めるのではなく、社会福祉学に依って立つ国家資格を求める姿勢を更に明確にしたものと言えた。

厚生労働省は、2006 年（平成 18 年）から社会福祉士養成における実習指定施設に、病院・診療所・介護老人保健施設を加え、MSW を社会福祉士として認める事でその専門性を担保するに至った。

MSW 以外の SW の職能団体についてごくわずかではあるが記す。1948 年に精神科領域の SW（精神保健福祉士 Psychiatric Social Worker : PSW）を初めて国立国府大病院に配置後 1964 年に創設された日本精神福祉士協会、1960 年に創設され数年間の活動を経て休止し 1983 年活動を再開した日本ソーシャルワーカー協会、社会福祉士法・介護福祉士法が

成立したことにより 1993年に誕生した日本社会福祉士会と日本介護福祉士会が活動している。MSW に関して言えば、社会福祉士資格を持つものが多く、併せて精神保健福祉士資格を持つ者も増えている。MSW は日本協会や日本社会福祉士会に任意に所属している。今後は専門社会福祉士・認定社会福祉士についてこの 2 団体がどのように協働していくのかなど、動きが注目される。また、各々の団体の歴史などをここでつぶさに確認はしないが、1997年に日本介護福祉士会を除く上述 4 団体が社会福祉士専門職団体協議会を発足させ、国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) に加盟したことは、特筆に値する。

I-2-3 現在の問題点

イギリスでは、NHSにより国家が医療を保障することは国民の支持を得たが、その運営に於いては治療範囲の制限・患者の選択範囲の軽減などの問題が増え、サッチャー政権 (1979年～) 下では「国民保健サービスおよびコミュニティー法」を成立させて、市場競争を導入した。病院ソーシャルワーカーは、低いコストで良質の医療を提供していくことを命題とする病院にあって、退院計画が最優先課題となった。またブレア政権 (1997年～) 下でも、短い入院期間に対応するよう病院におけるソーシャルワークも迅速な病床回転率を求められ、いかに短期間に患者の問題を理解し、最善のサービス提供ができるかが求められるようになっていった。

昨今のアメリカにおいては、管理ケア制度 (Managed Care) が導入されたことで、医療費削減のために第 3 者機関による治療内容の決定が行われ、その費用や質はコントロールされている。結果として、治療を決めるための IC においても患者の自己決定は尊重されにくい状況が生まれており、岡田進一によるとソーシャルワーク実践に於いても患者の自己決定の遵守が益々厳しくなっていると指摘している⁹⁴。

日本における現在の MSW も、医療経済の厳しさから退院援助が業務の中心とならざるを得ない状況に追い込まれている。MSW が治療過程の中で社会的問題を解決するために援助しようとすることは退院を遅らせる要因の 1 つであり、経営側からすると医療経済に照らして好ましくないとされることも多く、心理社会的問題が大きければ大きいほど早期退院と心理社会的問題解決との間で MSW が倫理的ジレンマに陥るといった現状を引き起こす。殊に早期退院を助けるために安易な退院を促進する傾向は否めず、転院を援助するとは、MSW に対する所属組織の要請と患者のニーズとの間で板挟みになり「ジレンマの多い」「専門性の生かせない」「気の進まない」業務であると認識される⁹⁵。この退院援助と関連して「退院調整加算」・「介護支援連携指導料」など、MSW が社会福祉士資格を持っていれば診療報酬の対象となるものが増えている。これは社会福祉士資格を持つ MSW の一定の評価につながるとする一方で、退院支援のみが MSW の評価としてクローズアップされる、つまり MSW とは退院調整のみを行う者であると誤解される傾向にあることが強く懸念される。

患者は、医療経済がいくら厳しくとも傷病に対してまずは適切な医療を自ら選択し、できる限り納得のいく治療を望む。そして治療後は、これまでと同じ若しくはなるべくそれに近い生活をしたいと望むのは当たり前である。そのような患者の思いからすれば、MSW は患者の生活や主体性を重視し自己決定に貢献すべく行動したいと考える。しかし、患者の自己決定を阻害する状況が上述したようにイギリス・アメリカ・日本で起こっているこ

とが確認され、自己決定を医療や社会福祉援助の根幹であるとする点と、医療経済が目指すものとの矛盾が見えてくる。イギリス・アメリカ・日本において、このように早期退院ありきの状況のもとでは、患者のICを含む自己決定の問題に対し、殊に配慮が必要であり、臨床現場では医療関係者にそのような認識が十分に醸成されている必要性は殊に大きいと思われた。田川佳代子は、ソーシャルワーカーが雇用される組織が官僚主義的な傾向を増せば増すほど、それに伴って専門職としての自律の余地は乏しくなるが、その反面利用者との直接的な接触場面では「自律的である」ことが求められる⁹⁶と指摘する。アーモナーがソーシャルワークを構築していく流れは現在の日本のMSWにしてみれば、何が本当に大切であるのかを教えてくれる。またキャボットがソーシャル・アシスタントを私費ででも雇用したその情熱からは、医学と生活の視点の融合の重要性を感じざるを得ない。つまり3国の歴史の概観は、現在の日本のMSWの状況や今後目指すべき目標への示唆になると考えられる。それは、患者の価値を揺らぐことなく守りその価値を認める医療を提供することが極めて難しい状況に立たされている⁹⁷MSWを含む医療従事者への警告でもあり、MSWはこの現状の中、どう支援を展開するのかが問われている。

また、イギリス・アメリカでMSWがSWに統合されていった経緯についても見てきたが、これはソーシャルワークにおいて専門性が分化することで、ソーシャル・ケースワーク、ソーシャル・グループワーク等の方法に対し、ソーシャルワーク専門職間に乖離が生じて専門職としてのアイデンティティが失われる危機が生じたことに端を発している。その点に対しバートレッドは「ソーシャルワークの共通基盤」という考え方を示し、分野・方法・技術が異なってもソーシャルワークとしての専門価値を共有し、SWとしてまとまることを提唱した。このようにイギリス・アメリカではMSWはSWとして統合されてきた流れがあり、倫理綱領もSWとして一本化されるに至った。このスペシフィックからジェネリックへの動きは1980年代以降のソーシャルワークの流れの中核とされる⁹⁸。

この背景の上に、日本におけるソーシャルワークの統合という視点でMSWを巡る状況を見てみる。日本では、MSWと呼称される者は医療現場に所属しているが、自らをSWであるとする認識は薄いと言わざるを得ない。その1つの理由を、MSWの多くが国家資格として取得している社会福祉士や精神保健福祉士資格を例にとって説明する。

まず社会福祉士と精神保健福祉士についてその概略を述べる。社会福祉士とは、「社会福祉士法第28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって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の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うことを業とする者」を指す。

一方、精神保健福祉士とは「精神保健福祉士法第28条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第十七項に規定する地域相談支援をいう。）の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者」を指す。

これらの資格を持つことで一定の質は担保されるが、社会福祉士・精神保健福祉士は各々に職能団体をもって活動しており、その団体を越えて協働する機会や共に研究や研鑽に励むことは殆どない。勿論 MSW で社会福祉資格を取得している者は多く、MSW としての職能団体に所属しつつ社会福祉士としての職能団体に所属している会員も増えている。しかし、それらの団体の交流は極めて薄く、協働は殆どないに等しい。つまり上述した SW としてのまとまりの意識が醸成されるための基盤や、実働の中で統合されていく萌芽はほぼないに等しくその可能性も極めて低いと言わざるを得ない。一部 4 団体としての論理綱領の策定に関しては、上述したように職能団体の壁を越えて協働したことに大きな意義を見出せるが、極めて稀な行動であると認識せざるを得ない。

またソーシャルワーク実践を行う者としての名称についても、例えばその所属する場所（一般病院・精神科病院・施設・行政など）やその扱う対象（患者・児童・貧困者・高齢者・家族など）によって、その名称を MSW・PSW・相談員・ケアマネージャー・ケースワーカー・支援員などと統一性なく呼称されている。その上で病院に所属する SW は、一般病院では MSW、精神科病院では PSW と呼ばれる。施設では SW は相談員との呼称が多く、介護保険法に基づくケアマネージャー、生活保護法に基づくケースワーカー、その他支援員などの呼び方もある。利用者になれば呼称で混乱し、なかなか SW の実態が見えにくい。呼称が様々でも、バートレッドが示したように統合化された共通意識の元であれば乖離の懸念は希釈される。しかしこの意識の統合化も未確立と言わざるを得ないのが日本の現状である。

この著述では、これらの日本の背景を考慮しつつ、MSW 業務を中心に患者の自己決定について記載していくが、歴史を見る中で、表記としては可能な限り SW とするよう心がけた。これは上述したようにイギリス・アメリカの流れは「MSW は SW」として統合され、またソーシャルワークの専門性やその理論を鑑みても SW の表記が適切であると思われる⁹⁹ことをその根拠としている。しかしながら日本にはこれまで見てきたような大変複雑な事情があること、また今回は日本における臨床現場での IC や自己決定を扱うため、この論文内では MSW としての表記が必要な場面も多くあることから、MSW・SW の記載を状況に応じて使用することになっている。

また、ソーシャルワークとソーシャル・ケースワークの表記の違いについても、上述した SW と MSW における混乱とも関連していて、更なる混同を招く危惧があるため、その点に関してもここに示しておきたい。上述のような統合化の考え方から、現在ではソーシャル・ケースワーク（個別援助技術）やソーシャル・グループワーク（集団援助技術）などの方法を統合して、ソーシャルワークと表現している。よってここでも個別に援助内容や技術を示す場合や、引用文や歴史的にソーシャル・ケースワークの表記が適切な場合はそのように記述するが、統合して記載しても大意を違えない場合はソーシャルワークという表現を使用している。

更にクライアント・患者・利用者といった表記についても、通常 SW の援助対象者は患者のみではなく、相談を求めてくる家族に焦点が当たったり、患者を支援する援助者が相談を求めてきたりすることもあったりなど、患者のみが支援の対象でないことも多い。つまりその相談を求めてきた相手をクライアントと呼ぶのであるが、引用などでクライアントや利用者の表記が適切な場合を除いて、本稿では混乱を防ぐために対象者そのものを表

す患者・家族などと表記する。

以下、これまでに確認した患者－医師関係の IC、また MSW への理解の上に、MSW の支援の原則、具体的な事例、患者－MSW 関係における IC へと話を進める。

II MSW の自己決定支援

ここでは MSW の自己決定支援について述べるが、まず SW としての支援の原則をバイスティックの著述によって確認し、その上に IC をどのように捉えればよいかを確認する。その後具体的な事例の中での IC について述べ、患者－MSW 関係の IC や MSW の自己決定支援を確認する。

II-1 支援の原則－”The Casework Relationship”を中心に－

バイスティックが 1957 年に著した”The Casework Relationship”を参考に、SW がクライアントの支援にどのように関わることが求められているかを見る。この 7 原則はソーシャルワークにおける中核的な考え方として日本でも学び続けられているが、ここでは重要と思われる点を取り上げることでこの原則を更に深め、事例における SW の動きを裏付ける。この著作の中で示されているのは、個別化・意図的な感情表出・統御された情緒的関与・受容・非審判的態度・秘密保持・クライアントの自己決定、という 7 原則である。ソーシャルワーク（原文ではケースワークと表示）の原則の 1 つに「クライアントの自己決定」が掲げられていることに注目する。

「個別化 (individualization) とは、それぞれのクライアントの唯一無二の性質を認め、理解し、それぞれのよりよい適応に向かうにあたって援助する中で原則と方法を差別的に使うということである。個別化は、人間が個人であり、かつ一人の人間として扱われるというのみならず個別的な差異を持った人間として扱われるとする、人間の権利に基づいている¹⁰⁰」。つまり、人は人格を持った個人であり、彼らの抱える困難や問題は例えどれだけ似たようなものであっても、他の者とは違った別の問題であり、同じ問題や同じケースは存在しないとする考え方である。この原則においてはクライアントの人格や環境の決めつけ (raveling) や、同様の問題をまとめて分類し同じような解決方法で対応しようとする (categorize) をおこなってはならないことが理解される。また、クライアント個々の問題を明らかにしていく姿勢を持つからこそ、SW への相談は可能となる。クライアントを十把一絡げにして扱うのでは、クライアントへの具体的な支援は行えない。

また、この個別化のための SW の能力としては、Freedom from bias and prejudice (偏見と先入観からの自由)・Knowledge of human behavior (人間行動の知識)・Ability to listen and to observe (傾聴と観察の能力)・Ability to move at the client's pace (クライアントのペースで行動する能力)・Ability to enter into the feelings of people (人の感情に入れる能力)・Ability to keep perspective (釣り合いのとれた見方を保持する能力) が求められるとしている¹⁰¹。これらの SW に求められる能力は、クライアント本来の姿を特別な個として理解しようとする教育や訓練によって培われる。

「意図的な感情表出 (purposeful expression of feeling) とは、クライアントがその感情を自由に、特にその否定的な感情を表出する必要を認識することである。SW (原文では、the caseworker 以下同じ) は、これらの感情の表出をやめさせたり、あるいは非難したりせず、時としてソーシャルワーク (原文では the casework service 以下同じ) の一部として治療的に効果がある場合には、積極的に感情を刺激したり励ましたりして、目的を持

って（意図的に）聞く」、と述べられている¹⁰²。つまりこれは患者に感情表現を自由に行ってもらい、特に抑圧されやすい否定的な感情（嫌だ・駄目だ・できないなど）や独善的な感情などを意図的に表出することで、クライアント自身が心の枷を取り払うことを目指す。そのことでクライアント自身が自らを取り巻く外的・内心的状況を俯瞰し、自分自身を理解できるようにする事もまた目的である。更に SW もクライアントに対しそれが充分に行えるように、自らの感情表現を自己覚知して表出する必要がある。

また、バイスティックは、「ソーシャルワークにおける基本的な仮定では、全てのクライアントの問題や欲求は心理社会的である。つまり、クライアントのはっきりとした要望が物質的なものあるいは有形のサービスに対する支援である時ですら、全ての問題は感情的な要素を持っている。」と述べている¹⁰³。著者は日常業務の中で常にこのような状況に遭遇する。つまりクライアントが求める SW の支援が制度や社会資源の説明の時ですら、そこにはクライアントの感情表出が関連していると認識するか否かで、支援の方向性が変わることがある。この感情に気づかなければ、支援が事務的に終わってしまう危険性があり、本当の主訴が見えなくなることに注意すべきである。

またこの原則が目的とするのは「抑圧や緊張を和らげ、クライアント自身の問題をより明確に客観的に知ること」「問題とクライアントという人物をもっと正確な調査・診断・治療（著者注：現在の言葉で言えば、情報収集・アセスメント・介入）のために更に十分に理解すること」「（クライアントと SW との）関係の中で、問題に対する感情を聴くことは、心理的支援の 1 つの形である」「いくつかの事例では、クライアントの否定的な感情が本当の問題であるかもしれない。よってこの感情が表出されて公になることで、この感情に関して何かが成されることになる」「重要な目的は、ソーシャルワーク関係が深まること。感情の表出は関係性のバロメーターである」¹⁰⁴。患者がただ感情を出すことだけで、SW の支援が終了することもある。それは表現によって患者自らが解決する問題や方向性を見いだせた場合である。この場合 MSW の支援とは、「傾聴」「共感」のみであるとも言えよう。

「統御された情緒的関与（controlled emotional involvement）とは、クライアントの感情に対する SW の感受性と、クライアントの感情に対する意味を理解すること、そしてクライアントの感情に対する意図的な、適切な反応である¹⁰⁵」。ここに示された、感情・理解・反応について、バイスティックはさらなる説明を試みている。「本質的には、感受性とはクライアントの感情を知り、よく聴くことを意味する¹⁰⁶」。「人を支援する専門職として、SW は感情の意味をクライアントとその問題点に関連づけて理解する必要がある¹⁰⁷」。「感情と理解はそれだけでは不十分である。つまりそれらは反応に対する手段である¹⁰⁸」。「（SW）の反応は主に内的なものであるが、言葉・表情・話のトーンあるいは行動といった外的表明（external manifestation）の形を通してクライアントに伝えられる¹⁰⁹」。SW 自身はクライアント自身の感情に呑み込まれないようにすることが大切で、クライアントの問題や課題がなるべく円滑に解決若しくは緩和の方向に進むように、SW 自身がクライアントの気持ちを理解し、SW 自らの感情を統制して接していくことが要求される。

受容（acceptance）とは、「SW がクライアントの生来の尊厳と個人的価値の意義を絶えず尊重しつつ、その強さと弱さ、好ましい態度と好ましくない態度、肯定的感情と否定的

感情、建設的態度と行動と破壊的態度と行動を含んだ本当のクライアントを把握し対処するという行動の原則である。受容は常軌を逸した態度や態度の是認を意味しない。受容の対象は『善』ではなく『真』である。受容の対象はそのままの現実である。受容の目的は治療的である。つまりそのままのクライアントを理解することを助ける為である。このようにしてソーシャルワークはより効果的になる。そして受容の目的は、クライアントが現にあるがままの自分の正体を外にだしても安心だと感じ、自分自身をもっと現実的に見ることができ、そしてこのようにして彼の問題に対処してクライアントが望ましくない防衛から自分を自由にするよう援助することである¹¹⁰⁾。その結果として、「SW とクライアントとの関係においては、受容はクライアント自身をこの特殊な関係の中に自由に引き込み (engage)、SW が何を聴きたいと思っているかを考えることなしに、彼が本当に考え感じていることを表現するようになる¹¹¹⁾」。

つまりクライアントの考えは、その人生経験や彼ら自身のこれまでの歴史の中に刻まれた様々な思考から来るものであり、クライアント自身の個性といえる。その内容を否定することはせず、何故そのように考えるのかをまずは受け入れて理解することで、彼らの自由な表現に繋がりソーシャルワークにおける大きな力となる。ただしこの原則では、SW はクライアントをあるがままの姿で捉えるが、道徳や社会のルールに反する行為といった何もかもを受け入れるという意味ではないことをも述べている。

非審判的態度 (nonjudgmental attitude) では、「ソーシャルワーク関係の1つの特性である。そしてこの態度はソーシャルワークの機能が、有罪か無罪かを割り当てたり、問題や要求の原因に関してクライアントの責任がどれほどあるかを決めたりすることを排除する。しかし、クライアントの態度、基準あるいは行動についての評価的判断は含まれているという確信に基づいている。非審判的態度は、思考と感情の両方の要素を含んでいて、そうしたSW の態度はクライアントに伝達される¹¹²⁾」と述べられている。

つまり SW はクライアントの失敗や弱点を理解し、行動や思考に関して善悪の判定 (裁くこと) はしないとする考え方で、その考え方はクライアントに伝わるとする。また行動の評価は行うが、それはクライアントを理解するためである。SW は補佐的存在であり、現実にはクライアント自身が自らのケースを解決せねばならないため、その善悪の判断もクライアント自身が行うのが理想とされる。また人間は基本的に自らを否定するものには心を開かず信頼関係構築は困難であるため、受容の観点からもこの態度はSW に要求される。

秘密保持 (confidentiality) とは、「専門的關係において打ち明けられる、クライアントに関連する秘密の情報の保持ある。秘密保持はクライアントの基本的権利に基づくものであり、また SW の倫理的義務であり、かつ効果的なソーシャルワークを行うための必要性である。しかしながらこのクライアントの権利は絶対的ではない。更にクライアントの秘密は、その機関もしくは他の機関における他の専門職ともしばしば共有される。つまり、この義務は、これらすべてをも同様に拘束する¹¹³⁾」ことである。「秘密の性質がどんなものであっても、クライアントにとっては神聖である。そして SW が同じようにこれらの秘密を神聖であると思っていなければ、クライアントは調査・診断・治療 (現在では情報収取・アセスメント・介入) のプロセスに十分に引き込まれることはないだろう。クライアント

は口頭での励ましもまた効果的であり得ても、むしろ面接における秘密保持を必要とする¹¹⁴。この原則は、個人的情報・プライバシーは他者にもらしてはならないが、それは患者と SW のみならず、SW の所属するその組織全体や他の組織をも縛っていることを強調している。他に漏れた情報が使われたことによってクライアントに害を成す懸念を充分理解しておく必要性がある。

クライアントの自己決定 (client self-determination) については、「自己決定の原則はソーシャルワークの過程において、クライアントが自分自身の選択と決定をする自由に対する権利と欲求を実際に認める事である。SW はこの権利を尊重し、欲求を認め、クライアントが地域社会におけるまた彼自身のパーソナリティーにとって利用可能で適切な資源を見つけ利用することを援助することによって、クライアント自らの方向性のための可能性を刺激し活性化することを助ける。しかしながら、クライアントの自己決定の権利は、積極的・建設的に決定するためのクライアントの能力により、市民法および道徳法の枠組みにより、そして機関の機能により、制限を受ける」と記述されている¹¹⁵。

ここでは、あくまでも自らの行動を決定するのはクライアントであるとする。問題に対する解決の主体はクライアントであり、この事によってクライアントの成長と共に、今後起こりうる問題に対してもクライアントが力をつけ一人での解決を目指すことを目標としている。よってこの原則と目標によると SW によるクライアントへの命令は意味がないことが理解される。

「SW はソーシャルワーク実践においてクライアントの自己決定原則の適応に対して実際の責任をもつ人物である」と表現され、以下のような活動が自己決定原則に合致するとしている。「クライアントが見通しをもって問題やニーズをはっきりと理解することを助ける」「クライアントが地域社会で適切な社会資源を知るよう助ける」「クライアント自身の利用されていない社会資源を起動させるような刺激を導入する」「クライアントが成長し彼自身の問題を解決できるソーシャルワーク関係の環境を作り出す」¹¹⁶。

自己決定を制限するものを、バイスティックは4点にまとめている。まず「肯定的で建設的な決定をするクライアントの能力」では、それぞれのクライアントが全面的な自己決定をするという理想は、それぞれの個別化された現状で修正されるべきであり、決定の能力がクライアントそれぞれによって様々であるため、SW はクライアントが彼自身で行動する精神的、身体的能力を知っていて彼の能力を超えて自己決定を強制しないことが必要だと述べている。しかし、この決定できないという点は、SW によって勝手に (free) 推定されるのではなく、むしろクライアント自身が建設的な計画をし、決心することができるという仮定から始まるべきであるとしている。「クライアントの能力には程度の差がある。その能力の評価はソーシャルワークにおけるより重要な技術の1つである」¹¹⁷。次の「市民法から生じる制限」では、「権威と法律は組織された社会には実在する。よって SW は第一に、法と権威から生じる個人的な自由への制限を受け入れて適応するようクライアントを援助する技術に興味をもっている。」「権威的アプローチは時にソーシャルワークにおいて必要で有益である。また法律に基づき客観的に存在する市民法あるいは法令の行使である。SW が実質上公務員である場合は権威的アプローチが行われることはしばしばある。非権威的公的機関において権威的アプローチが用いられるのは差し迫った重大な危機を及ぼ

す事情の下で最終的にこれに頼る場合を除いて極めて稀である」¹¹⁸。第 3 に「道徳法から生じる制限」では、「通常殆どのソーシャルワークの状況内でクライアントが直面する選択は道徳法の範囲内で行われる。しかしクライアントが不道徳な行動を引き起こしたいという気持ちになるような場合には SW はクライアントのこのような決心に無関心を装わず、このような決心を避けるよう支援するが、これらの問題は、原則に基づいて解決されなければならない」とする¹¹⁹。最期に「機関の機能から生じる制限」では、「公的な或いは私的な機関であれ、多かれ少なかれ特別に規定された機能から地域に設置されている。よってその目的を達成する為はその機関はそのサービスにおいて制限を設ける権利も必要もある。」「クライアントはこの機関の権利を尊重する義務がある。その機関のサービスを受けようと希望するなら、彼はその機関の機能の枠内に留まらなくてはならない。」「もしクライアントのサービスの申請が、任意的（法によって命じられるものでない）ならば、必要とするサービスを提供しない機関とのコンタクトを終了し、どこかほかの機関に求める事は自由である。照会の手助けは勿論してくれるであろう」¹²⁰。ここで言う法的な制限は、「受容」に関する記述にもあり、再度ここでも確認されている。

以上、7 原則を概観した。バイスティックは既述した、「SW が人には自己決定を行う、生まれながらの能力があることを信念として支援をしている」という言葉に加えて、「この信念は 30 年以上の期間にわたり徐々に発達してきた」「クライアントが自ら選択し決定したときのみケースワークが真に効果的であることが確認された」とも述べている¹²¹。またバイスティックは、自己決定の際の制限として、肯定的・建設的決定を行うクライアントの能力・市民法や道徳法から生じる制限・機関の機能から生じる制限をも述べ、自己決定がクライアントの権利とその権利に加えられる制限との間で現実的に均衡がとれていることが重要で、選択し決定する自由は放縦と同義ではないとしている点にも注目したい。

この 7 原則における自己決定についてはソーシャルワークの中核を成す概念として有名であるが、柏木昭は、この著書が刊行される 3 年ほど前にパワーズの講演で「クライアントの自己決定」について聞き及んだ時の気持ちを次のように伝えている。「ハミルトンの教科書（“*Theory and Practice of Social Work*”）や、学校のソーシャル・ケースワークの授業によって、「個別化」「受容」「関係」の諸概念は既に知るところであったが、このパワーズによる『クライアントの自己決定』と言う言葉は衝撃的であった。」¹²²と。いかに自己決定という考え方が当時斬新であったのかに思いを馳せる時、1900 年代中盤の医療や社会福祉現場における患者の発言力や決定力の低さをも考えさせられる。

旭洋一郎は、自己決定が支援の現場にあって万能の準拠枠でないことを指摘しながらも、「クライアントにもともと備わっているが何らかの理由によって潜在化され抑圧されている自己決定の能力を SW の能力や評定と働きかけによって、資源や情報、環境を整える事によって引き出すことを主眼に置いたものがソーシャルワークである」と述べる¹²³。この指摘は、ソーシャルワークのもつ役割の一部分をよく示す表現である。

患者を取り巻く心理・社会的状況は日々変化しており、そこにあるニーズも固定的ではない¹²⁴。殊に臨床場面において、患者は日々心身状況の悪化に不安を抱え、快復に安堵する。これらの状況に応じて患者の思いは千々に乱れる。その中において患者は自らの価値に則った決定ができるか否かは、大変難しい問題ではある。

それでは価値とは何か。北島英治はローエンバーグ (Loewenberg) らの言葉をひいて、価値とは「良いこと、あるいは望ましい行いを選択する基準あるいは指標となる好み (preferences) である」と述べ¹²⁵、「思考や言葉以前のものとして自らの中から湧き上がってくる主観的であり、その個人の衝動、欲求、感情に近いもの」と表現している。その「理屈ではなく湧き上がる様な、どうしてもそうしなければならないような感情」とも表現できる自らの価値に基づいた決定ができることが望まれると表現してもよい。しかし自己決定においては、自らの価値や欲求にそのまま沿うことの難しさをも包含されている¹²⁶。その意味では、患者が自らの人生を自分の価値観に沿って歩む場合、その経過には意味を見出せても、結果には満足できないことも多くあることもまた、考慮しておくべき重要な点であろう。

以下、患者－MSW 関係の IC に論を進める。

II-2 患者－MSW 関係の IC

患者－MSW における IC について、“*The Social Work Dictionary*”¹²⁷、イギリス・アメリカ・日本の SW の倫理綱領、“*Encyclopedia of social work*”¹²⁸を参考に確認する（イギリス・アメリカでは、既述した SW の統合により、クライアント－SW 関係における IC として表現されている）。その後、患者－主治医関係の IC と比較し、同様もしくは異なる点を見ていく。

まず“*The Social Work Dictionary*”では、「IC とは、診断・治療・フォローアップ・調査を含むある特定の介入を行うために、SW・政府機関あるいは他の専門家に対するクライアントによって認められた許可」であり、「この許可は健全な決定を行うために必要な事実の全開示に基づかなくてはならない」とする。また「IC はリスクとそのリスクの代替となる選択肢があるという認識に基づかなくてはならない」とも述べている。

英国ソーシャルワーカー協会 (BASW) の“*The Code of Ethics for Social Work, Statement of Principles*” (倫理綱領)¹²⁹の中では、IC について「サービスを使う人たちが決定をする力があるかどうかを見極め、可能な限り個々の選択や希望を確認・尊重し介入する」と記述されている¹³⁰。また全米ソーシャルワーカー協会 (NASW) の“*Code of Ethics*” (倫理綱領) では、クライアントに対する SW の倫理責任 1 つとして IC を掲示し、「根拠のある IC を基盤にした SW の専門的關係性の中で、適切にクライアントにサービスを提供しなくてはならない」とし、「SW がいかんにしてクライアントに、サービスの目的・サービスに関連するリスク・サービスの限界・関連コストや合理的な代替案・クライアントが拒否する権利を通知するか、またクライアントの理解力の低下などがある場合は、可能な限りの努力や手配でその利益を守らなくてはならない」と記述している¹³¹。これらは、IC が何かについては具体的には示していないが、IC に関連した記載としてはイギリス・日本に比してアメリカの記述は詳しく具体的で理解の助けとなる。これは、アメリカの倫理綱領全体が大変細かな規定をしていることとも関連すると考えられる。

日本では、社会福祉専門職団体協議会¹³²が 2005 年に倫理綱領を作成している。この綱領では IC という言葉は使われておらず、IC に関連する表記としては、「説明責任」「利用者の自己決定の尊重」「利用者の意思決定能力への対応」として表現されている。その内容は、「説明責任」では、「ソーシャルワーカーは、利用者に必要な情報を適切な方法・わかりや

すい表現を用いて提供し、利用者の意思を確認する」とする。「自己決定尊重」では、「ソーシャルワーカーは、利用者の自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるように援助する」とし、「利用者の意思決定能力への対応」では、「ソーシャルワーカーは、意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する」と表記されている。これらは IC を表現し、かつ自己決定能力が低下しているクライアント（ここでは利用者と表現）への配慮を記していると理解されるが、IC という言葉は使われていない。

次に“*Encyclopedia of Social Work*”における IC の説明を確認する。この中では、介入のための援助計画（Planning For Intervention）¹³³にその記載があり、「いつその計画を用いるのか、介入がいつ実行されるのかを（クライアントが）示さない場合でも、クライアントは介入計画の主要な手順についての説明を受けるべきであり、その計画の実行のためのクライアントの承認は請われるべきである。」「従ってクライアントはこの手順の目的に関して説明をしてもらうべきである」と記載されており、説明とクライアントの承認の必要性をここでも確認できる。

以下に事例を示しながら、ソーシャルワークにおける患者の自己決定のありようや、患者－MSW 関係における IC とはどのようなものかを具体的に見ていく。

II-3 事例

ここでは 3 事例を示す。その中で患者－MSW 関係の IC と自己決定にまつわる問題を明らかにし、心理社会的問題が患者の本来の決定を阻んでいる状況を確認する。その上で、自己決定できる患者の場合には、それら心理社会的問題に MSW が介入し、患者と共に解決や緩和を図る。それは、患者－医師関係の IC が達成されるよう患者を支援する経過であり、患者が、自分自身の価値観に沿い、柵（しがらみ）にとらわれる事なく、純粹に自らの命と向き合った決定をすることを支える支援である。自己決定できない患者では、家族や病院内外の専門家などと協力して、なるべく患者の利益に即した、患者ならこのように決定したのではないかと可能な限り考えた決定に向かって支援を展開する。そしてこれらの支援には、支援過程における患者－MSW 関係における IC もまた重要であることを併せて確認する。以下に、各々の事例概要を示す。

事例 1 は、自己決定可能な患者であったが、医師の提案した治療（癌治療のための外来受診と投薬）を経済的事情により拒否していた。MSW 支援で経済的問題をある程度解決し、最終的には主治医の提案どおり患者にとっての適切な医療を受け入れた。事例 2 は、自己決定可能な患者であったが、医師の提案（更なる身体能力の向上のためのリハビリ継続を行うための転院）を受け入れられない事情があった。MSW は患者本人の治療継続が可能となるよう、心理社会的問題に介入したが、患者は複層的な家族の問題や経済窮迫により結果的に患者本来の決定ができず、医師の提案を受け入れないまま退院した。しかし退院後に経済的安定を得たため、患者は外来通院に関しては医師の提案に沿って治療を受け入れ入れることができた。事例 3 では、患者の自己決定能力が低下しており、医師や MSW の提案について判断や決定ができなかった。また親族の決定への協力も希薄であった。MSW は医師を初めとした院内外の専門職と協力しながら、患者が医療を受けられる環境とその後の生活を整えることを支援した。患者は治療継続・生活場所の設定と安定を図ることができ

た。

この3事例をまず、①患者－医師間のICの成立②自己決定能力③患者－MSW関係のIC④患者の価値観に沿った決定、の3点でまとめると、以下のようになる。

①ICの成立では3事例全てに、患者－医師関係のICが成立しない事情があった。事例1では、心理社会的問題の解決後にICが成立した。事例2では心理社会的問題が解決せずICは成立しなかったが、退院後は問題が一定の解決をみたため医師の勧めた外来通院は可能となった。事例3では自己決定能力に低下により成立せず、それを補完する家族の力や関係性も共に低下や希薄化していた。

②決定能力は、事例1・2では保たれていたが、事例3の患者では低下していた。また、事例3は死亡まで自己決定能力は低下したままであった。

③MSWとのICでは事例1では患者の意向で、事例2では患者と子供の意向で、支援計画を提案し決定した。事例3では家庭訪問や再三患者と関わる中で可能な限り患者の意向を確認した。加えて関わりを渉る親族への連絡や、院内外の専門職での協議により患者の利益に沿うと思われる支援計画を立て、実行した。

④価値観に沿った決定では、事例1では最終的には患者は自分の事情にのみ照らして、自らの価値に沿った決定ができた。事例2は夫の事情が加味され、患者本来の決定ができなかった。事例3では判断できなかった。

II-3-1 事例1

外来での治療を行うことを医師から説明された50代前半男性。経済的理由で医師の治療提案に同意できなかった。患者は医師には事情の詳細を伝えられず、医師もまた外来中に傾聴する時間を持てなかった。心配した外来看護師がMSWに相談したらどうかと勧めたが、患者は最初、看護師の申し出に感謝しつつも、「個人的な問題でありあまり話したくない。解決の方法はないと思う」と言い張った。看護師が「解決できないことかもしれないが、会うだけでも会ってみたらどうか。ゆっくり話を聞いてくれる。話してみようと思ったら電話をして会う日時を約束したらよい。こちらからも連絡しておくので安心して連絡してください。」とMSWの連絡先を教えた。

後日患者からMSWに電話があったが、その時点でもまだ相談する気はないようで、医師の治療提案や看護師の気遣いに答えられないことを申し訳なく思っているため電話をしたと述べ、「話しても無駄だと思います」と、相談のために来院することには拒否的だった。MSWは外来看護師からこの患者について報告を受けていたので、「気軽にいらしゃいませんか。経済的な事情と伺いました。少しでも問題が軽くなるよう、一緒に考えてみませんか」と言葉を返した。患者は、「一応予約しますが、話す気になれない時は来ません」と述べた。MSWは「お金は何とかなるものです。お金よりあなたの体が大切だと私たちは考えています」と伝えた。患者はしばらく言葉を発しなかったが、「わかりました。解決の方法はないと思いますが、そこまで言っていたいただいたので、お顔を見に行くつもりで相談室をお訪ねします」と言って日時を予約し、電話を切った。

来室当日、患者が語った内容の概略は次の通り。3年前に離婚して今は妻子との行き来は全くない。離婚の理由は性格の不一致だが、今から考えれば自分にも落ち度はあったのだろうと思う。妻には会えなくても、当時19歳と18歳の子供達が今は既に成人しているに

も拘わらず自分に会いに来てくれないことがショックである。こちらから会いに来てくれとは言い出せない。離婚で荒んでいた時に発病し、休職の果てに仕事を失った。現在は一人暮らしで、嘱託職員として再就職して働いている。病気を抱えて再就職するのは大変だったが、収入は僅かに月額手取りで15万円。しかし、今回の医師の説明では1週間に4万円の薬剤を使う必要があるという。1か月の外来医療費支払い限度額は80100円、家賃が35000円なのでとても生活できない。貯蓄は50万円ほどあるが、すぐに無くなることは目に見えている。生命保険は生活苦から解約して解約金は生活費と入院費に消えた。毎週外来受診があるので、給与は低いが今の仕事のようにウイークデイに休める職場は助かる。また年をとってから新しい仕事を得ることは難しく、人間関係がよい今の仕事は辞めたくない。ただ、このような病気になって仕事だけではなく、生きていることに何の意味があるだろうとも思う。自分を気遣ってくれる家族はなく、両親も既になく、きょうだいも他県にいて会うことも殆どない。絆といえばわずかに職場の人達との間にしかなく、寂しい人生である。こんな状態の人間が必死で働いて、その給与で治療をして生き永らえて何になるのかと思っている。その上に給与では治療費も賄えないことが分かった。だから医師の説明にも看護師の親切にも真剣に耳を傾けられなかった。

MSWは時間をかけて患者の話を傾聴した。金銭的なことはさることながら、離婚・離職・発病が如何にこの患者の人生に影を落としたかが、堰を切ったように話された。MSWは頷きや相槌を挟みつつ、時折話を深めるための短い質問をしながら状況把握し、患者の表情や態度の観察から心理状態を理解するよう努めた。患者の話しぶりはしっかりしており、話の脈絡もありわかりやすい。自分を客観的に見ることもできていて、辛い経験も語れる力を持っている。離婚を契機に恵まれないことが続き、一時的に生きていく力が弱まったが、サポートがあればまた力を得る可能性はある。嫌がる様子を漂わせながらも、MSWに支援を求めて来院できたことがその力の表れとも言えた。

患者は話を終えたとき、「ふ〜っ」と息を吐いた。「話してしまいました。誰にも話さない、話したって何にもならないと思っていましたが、誰かに聞いてほしかったんですね」と言った。「『死んでもいい、治療はもういい、金がないのに治療を勧めるな』と、主治医に悪態をつくような気持ちを胸に押し込めていた。でもやっぱり生きていたいのかな。MSWさんからお金より体のことが大事だと言われた時、『本当にそう思っているのか。どんな面であっていいのか、顔を見てやろう』という意地悪な気持ちと、『もしかしたら何か道があるかもしれない』という、半信半疑な気持ちとの両方だったんですよ」

MSWは少し落ち着いた患者に、「次回伺ったお話を一緒に整理して、解決の方法を探ってみませんか。」と話した。患者は次回の予約をとって退出した。この面接では、患者が金銭的な問題を解決できれば治療を続けたいという気持ちを言葉として引き出すことができた。よって2回目の面接ではその気持ちをベースに、患者が治療を続けられるために医療費支払いに対する対応策を共に検討した。その内容は以下の通り。

- ①本人は組合健康保険で治療している。この保険では治療費の一部が補填される付加給付制度¹³⁴を持っている場合が多い。確認する必要がある。
- ②薬剤の支払いは院外薬局である。薬局の支払いは多額になるので、その支払い方法を相談してみてもどうか。
- ③3回以上1か月の限度額である80100円を支払った場合は、4回目からの支払いは減額さ

れる制度¹³⁵があるのでこの点は理解する必要がある。

④①～③で医療費支払が楽になったとしても月々の支払いが生活を圧迫する場合には、病院には月々少額の支払いでよいよう、病院の会計課と相談できる。

⑤今のところ生活保護と障害年金¹³⁶は対象にならない。

患者は①②について、「自分でできる確認をしてみるので、連絡先や確認の方法を教えてください」と MSW に話したため、MSW は健康保険組合の電話番号と薬局の電話番号を教えた。患者は少し不安そうに、「自分では上手く伝えられないことがあるのではないかと心配です」と続けた。MSW はそのような時には必ずサポートするので、電話で経過を報告してほしいと話した。患者は「わかりました。困った時には電話します」と言って退室した。その後患者は 2 度電話をかけてきて、健康保険組合の説明が専門的でよく理解できなかった点や、薬局はこのような問い合わせを嫌がるだろうから相談をためらっていると不安を訴えた。MSW はその都度、健康保険組合が言わんとすることを解りやすく解説したり、薬剤は高いものもあるので薬局に相談する患者さんも多くいると思われると話したりして励まし、患者にはそのような作業ができる力があることを暗に伝えた。

3 度目の面接で支援した内容は以下の通り。

①では 1 か月に 2 万円が支払われる付加給付があることを患者は確認していた。

②では支払いを月々少額に分割できる方法をこの薬局が独自に作っていることが分かったとの報告があった。

③については、MSW が健康保険に関する資料を渡して説明し、何度か質問を繰り返したのち患者は理解することができた。

④については、①～③で対処した後に支払い困難であれば MSW が再度相談にのること、その時は患者が不安に思えば、病院の医事課や会計課事務員に MSW 同席で説明を聞くこともできることを伝えた。

⑤について患者は知識がなく、全く期待もしていなかったが、今後の病状悪化の場合には（この発言に MSW は注意を払った）検討できることを説明すると、「そのことを知って、少し気持ちが楽になった」と話した。

初回の面接を含めて 3 回の面接と 2 回の電話で、患者は医療費の支払いについて、何とかやっていると見通しを得たと語った。その後外来での治療を受けるべく、医師から説明を受けて、その治療内容に同意した。「話せたことがよかったです。あのまま話せていなかったら、自分が自分の病気のことをどう捉えていたか、自分がどんなに気持ちが荒んでいたかわからなかったと思う。話している自分を客観的に見ているもう一人の自分がいたから、冷静になれた」と語り、更に、「今回はお金のことは何とかなった。でもこれからも病気を抱えて仕事をしたり生活したりするのは大変だと思う。自分を大事にしてくれる人は誰もいないと気持ちが沈むこともあります。だからまた自暴自棄になるかもしれない。でもこの次そうになったら、また相談してもいいですか」と話した。MSW は、「困ったらいつでも連絡してください。一緒に考えたら知恵が浮かぶかもしれませんから」と返答した。

この事例では、MSW が行う極めて一般的な社会資源活用に関する IC について概観した。限界要素（有能性）に関して、MSW は面接の中で、患者の自己決定能力や問題解決能力に

ついて一定の判断をしている。「頷きや相槌を挟みつつ、時折話を深めるための短い質問をしながら状況把握し、患者の表情や態度の観察から心理状態を理解するよう努めた。患者の話しぶりはしっかりしており、話の脈絡もありわかりやすい。自分を客観的に見ることもできていて、辛い経験も語れる力を持っている。離婚を契機に恵まれないことが続き、一時的に生きていく力が弱まったが、サポートがあればまた力を得る可能性はある。嫌がりながらも MSW に支援を求めて来院できたことがその力の表れとも言えた」の記述がその点を表している。また可能な限り個々の選択や希望を確認・尊重し介入するために、上述引用の中にもあるような傾聴や観察による状況把握・心理状況の理解によって選択や希望を確認できるような技術を MSW が使っている。

次に情報要素（開示・理解）に関しては、社会資源活用に関して、患者に情報提供し、共に対応策を検討した。その内容は、①～⑤である。

- ①本人の加入する組合健康保険での治療はその自己負担分の一部がのちに補填される付加給付制度を持っている場合が多いが健康保険組合によって異なるので確認が必要
- ②薬剤の支払いは院外薬局で行うが薬局の支払いが多額になる。その支払い方法を相談してみるのも一方法。これも各薬局によって異なるため確認が必要
- ③社会保険制度で決められた、「3 回以上 80100 円を支払った場合は 4 回目からの支払いは減額される制度（多数該当）があるので理解が必要
- ④①～③で医療費支払額が一時的に楽になってもなお月々の支払いが生活を圧迫する場合に、病院への月々の少額支払いを提案可能。これは患者が外来通院している病院のルールであり公的仕組みではない
- ⑤今のところ生活保護と障害年金の対象ではない

ここでは MSW は彼の経済的問題を解決する方法については、有益であると MSW 自身が考え得るものを提示しているが、①②は各々の組織により持っている方法が異なるために確認が必要なもの、③⑤は制度として確立しており条件は明確、④は自院がもつインフォーマルな対応策である。よって①②は患者本人による確認を促している。これらは、患者の語る事実から導き出された内容から、患者と MSW が協働して導き出した患者への提案である。患者は質問し MSW は返答する中で、次第にこの計画が明確となり患者はそれを理解していった。上述した NASW 倫理綱領にある IC の項目に示されている「サービスの目的・サービスに関連するリスク・サービスの限界・関連コストや合理的な代替案」の提示といえる。また患者-MSW 間の IC における情報提供とそれに伴う理解は、この提案を「患者と共に」整理した問題と課題、整理のためのコミュニケーションから導き出されることが重要である。また MSW はさらに⑤に関して、活用できる社会資源の限界をも示し説明しているが、これは患者の心理面に配慮し、病状の悪化によっては考え得るという点を慎重に伝えている。

同意要素に関しては、自発性に特に問題はなく、患者は提案された内容に同意している。ピーチャムとチルドレスによる同意を権限委任として考える件については、患者自身が行動し MSW はサポートに止まっている。患者は 2 度不安になり電話をかけてきているが、MSW は患者に代わって代行する必要性判断し、励ますことで患者の力で問題解決することを促している。このように患者がなるべく問題を解決することを支援するが故に権限委任されることは可能な限り少ないことが望まれる。

II-3-2 事例2

50代後半の女性患者。脳血管疾患¹³⁷を発症して急性期病院¹³⁸に入院した。急性期治療を終えた段階で、重くはないが左半身マヒが残っており、エレベーターの無い住宅の4階までの階段昇降や家事を一人でこなすことは困難な状態だった。今後2ヶ月程度のリハビリにより、階段昇降が手すりを利用すれば一人で可能となり、家事も何とか一人でできるようになるといった身体能力の回復が見込まれた。主治医は患者に病状説明を行い、今後の治療方針として回復期リハビリテーション¹³⁹病棟を持つ病院への転院を提案した。しかし患者は「このままの状態でもいいので自宅復帰したい。同居の夫と子供が心配なので早く退院したい」と詳細は語らないまま、医師の提案を拒んだ。医師が「階段昇降ができないから自宅まで戻れないのではないですか?」と聞いても、「子供に背負ってもらいます」「部屋に入ってしまうさえすれば階下に降りない生活をします」と非現実的な返答を繰り返すばかりであった。

医師が再三の提案拒否に根負けし、致し方なく退院許可を出そうとした折、師長が入院時記録の中で、この家庭には働いている人が誰もいない(60代前半の夫・50代後半の患者・30代前半の子供の3人が同居)と記載されていたことを思い出した。どのようにして生活しているのだろうかという疑問に思った師長は、MSWの存在を患者に説明し、「直接自宅に帰られることを医師も看護師も心配しています。自宅に帰るために準備した方がいいことなどをMSWに相談してみませんか」と持ちかけ、「あなたが安心して自宅に帰れるなら、私達も安心ですから」と促したところ、患者はあっさりと相談することを了解したため、師長からMSWに連絡が入り、面接日時が決定した。

面接当日、病室に患者を迎えに行き病棟内の個室で初回面接を行った。患者はまだ歩行が不安定で歩行器を使用していたが、話しぶりはしっかりしていた。話は前後したり的を射なかったりして表現の拙さも見られたが、その都度「繰り返し」「要約」「言い換え」といった基本的応答技法を使って明らかにするとMSWが理解可能な内容であった。左手の動きを観察すると使えないわけではないが、力が上手く入らないようだった。患者は、「このような事情は話さずに退院したかったのですが、昨夜家族から電話があり、どうしても治療費が払えそうにないと言われたため悩んでいました。その時に師長から声をかけてもらって、とても有難かった」と話し始めた。

話の概略は以下の通り。約8年前に夫が仕事で頸椎の怪我をして、その後歩行が不安定で転倒しやすくなり、加えて排泄便のコントロールが上手くできなくなった。ベッド上でペットボトルを使って夫自身が尿を取り、それを患者がトイレに捨てに行っていた。また夫は便をよく漏らすのでオムツをしているが、排泄便の感覚が鈍いのでベッドや下着が日に何度も汚れ、また床に便が落ちていることもよくあり、その始末に毎日追われていた。そのため、患者は仕事に就いても結局辞めざるを得なかった。夫が頸椎を損傷した原因は仕事上の事故だったが労災の手続きをしてもらえず、またそのことを誰にも相談できなかった。夫はこのような症状では仕事を続けられず退職した。その後経済的に少しでも楽になるよう一時期患者の父親と患者の家族が同居したが、父親が認知症を患い症状が悪化するとともに攻撃的になって患者一家に暴言・暴力を繰り返すようになった。特に子供は精神的にかなり追いつめられて、祖父に強い憎しみを感じるようになり、一時期は祖父に手をかけるのではないかとまで患者は懸念したという。その頃子供は20代前半で就職してい

たが、精神的に不安定となり休職してその後退職した。それ以後、現在まで就労できないでいる。現在は夫の厚生年金月額 8 万円で 3 人が生活している。この何年も、経済的に苦しいために米飯を食べたことがない。ほぼ麺類のみの生活。年金が入る日だけは、自分の食べたいものを食べていいと決めている。まともな食事をしていないので、夫や子供の体調が心配だが、この病気になるまでは国民健康保険料も滞納があり使えなかった。夫が病院にかかっていないのもそのような理由からだ。今回は患者の発病によりほんのわずかな保険料を支払って期間限定の保険証を交付してもらったが、治療費の負担はとて支払えそうにないと昨日子供から電話があった。何とか生活を切り詰めて支払いたいとは思っていたが、やはり無理だった。

これまでの生活の様子、夫の怪我や父からの暴力、3 人ともが就労できない事情など様々な問題が語られた。多問題家族¹⁴⁰で、解決を図るキーパーソン不在、解決能力が低いのは患者の発病によるものではなくこれまでの生活の中にも現れていて、継続したサポートが必要な家族であると思われた。夫と子供からも話を聞くことが必要と考え、その 2 人との面接を患者に提案し、話すことが嫌でなければ来院してほしい旨をお願いした。患者は、子供は徒歩や自転車で来院できても、夫は歩くのに人の何倍もかかるため難しいと言う。車は経済的困窮から売却し、バスを利用するお金の余裕はないと言う。自宅から病院までは通常でも徒歩で 30 分は要する距離である。よって、子供だけの面接を行うことにした。

子供が来院したとの連絡が病棟からあり、面接。折り目正しく礼儀正しいという印象で、受け答えもしっかりしている。積極的に話すことはないが、質問には適切に答える。これまでの生活の様子などを改めて子供からも聞く。特に就労経験やその後就労できていなかった経緯、祖父からの暴力とその影響が現在まで残っているのかを聞き取ることが、子供の面接の主たる目的だった。祖父の認知症とその後の暴力については、耐え難い思いをしたようだが殺意については語らなかった。ただ患者が心配していたことは理解していた。また祖父の暴力を避けるために、同居していた 2 階からなるべく祖父の生活する 1 階には降りないようにしていたこと、トイレは 1 階にしかなく、祖父が寝たり外出したりするのを見計らってしか使用できず息をひそめて生活していたこと、食材を買いに外出することもままならず、順番を決めて家を抜け出して食べていたことなどが語られた。その話は想像を絶するものであり、このような問題を解決するための支援を行政や患者の親族に求めるといった対処にも結び付かなかった点で、この家族の問題の根深さが改めて理解された。

次の面接では患者・子供同席のもとで、MSW の考える支援計画について相談し、以下の 7 項目を説明した。

- ①生活保護を申請する
- ②入院から生活保護が決定するまでの医療費の支払いについて、その費用を最小限にする為に、国民健康保険法 44 条¹⁴¹（以下、44 条）を申請する
- ③今のところ医療費を支払う財力がないため、転院を受け入れてくれる病院はない。勿論患者も転院は希望していないが、回復にはリハは必要であるため、通常はこのような方法はとらないが、転院ではなく今入院している病院の亜急性期病床¹⁴²に転棟して、せめて階段昇降が可能となるまで入院を継続してはどうか
- ④入院継続の間は、子供が患者に代わって夫の排泄の世話と食事の用意を行う

⑤生活保護受給が決定したら、夫は病院受診して排泄障害改善の可能性を探る

⑥子供の就労について、特に精神的安定に注意しながら就労を検討する

⑦介護保険の申請

患者はこの提案に対して「生活保護と 44 条の申請は行いたい」と意思表示する一方で、「夫が気になるのでリハは受けなくてすぐに帰りたい」「介護保険は申請してもお金がないので利用できないので、申請しない」と意見を述べた。しかし子供から、「ちゃんと動けるようになって帰ってきてほしい。自分も頑張って親の世話をする。二人も病人がいたら働こうと思っても働けないから」と患者に理解を求めた。患者はそれでも夫を気づかい、なかなか子供の説得に応じようとしなかった。

MSW は二人に、保護申請で問題になると考えられる点は、子供が就労年齢であるのに働いていない点であることを説明した。子供は、「これまで長く働けていなかったが、毎週月曜日には近所の本屋に就職情報誌を取りに行っていた。働けるのではないかと最近は思っているが、なかなか一歩が踏み出せない」と語った。MSW は、ハローワーク（公共職業安定所）の若者の就職活動や職業訓練などを支援する制度¹⁴³の確認をしておくので、一度一緒にその内容を検討してみませんかと提案した。子供は、「そんなものがあるのですか。是非見てみたい。次の面接でお願いします。」と積極的な様子を見せた。

MSW から、「生活保護と 44 条の申請を行うには時間がかかります。少なくとも申請が完了するまでは入院していただいた方が手続きも簡便ですが、如何でしょう」と提案すると、患者もしぶしぶではあったが、「ではもう少し残ってリハビリを受けてみます」と答えた。生活保護課のインテーク面接員¹⁴⁴に、前もってこれまで聞き取った患者の状況を伝えておいた方が当日の面接は短くて済む。また、多くの問題を当日インテーク面接員に説明しても理解には限界がある。そこで前もって情報を伝えてもよいかどうかについて、更に子供の就労については争点になる可能性がある為、子供に MSW が同席してよいかについて、患者・子供の許可を得た。その後子供と保護申請に出向く日程を決め、生活保護課に連絡した。子供に当日持参するものを伝え、特に貯金通帳の残高確認をしておくことを依頼した。

後日子供と MSW で区役所に出向く。まず国民健康保険課で 44 条申請、その後生活保護課へ。担当者の面接にも子供は臆することなくはきはきと答えた。担当者は、「先に MSW さんから聞いていた話の内容はとでも大変なものだったから、あなたも人と良く話ができないといった方かと思っていました。暗い人だと感じさせる人かと思っていましたが印象が違いますね」と言った。しかし MSW が予測していたように「あなたは就労年齢にあります。努力して働いてもらわなくてはならない。それができますか？」と厳しい面持ちで尋ねた。「少しずつ仕事に就けるように努力したいと思っています」と子供。「まずは就職活動をやってみてください。それでないと生活保護は申請できません」と担当者。MSW としては保護申請受理をしてもらうのと同時に就職活動を開始が望ましいと考えておりその点を強調したが、担当者は、「申請受理までに就職活動を行ったという事実がないと保護課内で決定に異論が出る懸念がある」と譲らず、あくまでも申請前の就職活動に拘った。そこで MSW は、改めて申請書一式の作成を行いながら 1 週間の就職活動を行うことを担当者に提案した。家族全体の栄養状態が悪いことから一刻も早く経済的安定を求めたいこと、子供の就職は MSW も支援するが、長い間仕事をしておらず即刻就労できない可能性

が高い、と言うのがその理由である。担当者は了解し、1週間後にどんな就労への努力をしたのかを聞いてから申請書を受理すると返答した。子供は「よろしくお願ひします」と、担当者に頭を下げた。保護課からの帰り道、子供は本屋に行きたいと言ったため二人で立ち寄った。その日は月曜で新しい就職情報誌が発行されていた。子供は、「この中のどれかに挑戦してみます。保護申請書類を（1週間後の）金曜に病院に持っていくときに就職の件も報告します」とMSWに述べて帰って行った。

明後日、子供・患者との面接。申請書類6枚は丁寧な字で記載されていた。どのように記載したらよいかわからない部分の質問があり、MSWが助言して書類は全て完成した。就職活動は、2か所の面接を既に決めてきたと言う。MSWは驚いたが子供の努力を称えた。「本当は介護職に就きたい。今回受ける面接の1つは介護施設なのです。でも最初から希望どおりにはいかないと思う。」と子供。MSWからは、ハローワークの行っている資格取得のコースなどについて説明をした。子供は「まずは決めてきた面接から受けてみます」と話した。

その後、医師は患者が転院せずに病棟を移ってリハ継続することを許可したが、夫が再三電話をかけてきて患者に帰ってきてほしいと訴えたため、患者は保護の申請が終了した段階で退院を決めた。少し退院が延びたことで、歩行の安定性は増していたが、階段昇降が安全にできるまでには至っていなかった。医師が勧めた転院を受け入れたら、更なる歩行や階段昇降の安定、体力の向上が期待できた。しかしこの患者と医師との間のICは最終的に成立せず、身体の回復より家族の介護や医療費の不安から自らを犠牲にして退院を決めた。

退院後に44条と生活保護は受理され、生活保護が決定するまでの間の医療費は全額免除された。免除の中に入らない食事代や雑費は支払えなかったため、今後少しずつの支払いができるよう、外来受診に訪れた患者と付き添ってきた子供に説明し、会計課との話し合いで決定した。生活保護が決定してからは医療費・生活費・家賃費用などもカバーされ、毎日の食事に事欠くようなことはなくなった。また子供も、自分が就きたいと言っていた介護職の面接には落ちたが、工場での作業に従事することになった。子供の収入だけでは最低生活費に満たない部分は生活保護で補われている。

過日子供が44条の決定通知書を持参した折、MSW室に寄った。「親が怪我をして排泄もコントロールできなくなり、もう一方も病気で倒れ、どうしたらいいのかわからなくなった。そんな時MSWさんに会って、見守ってくれている、自分でもなんとかできることがあるかもしれないと思うことができました」と話した。

その後も「暑くてあせもだらけになったがクーラーが壊れている。どうしたらいいのかわか」、「外来受診するのに保護課に言いにくい、どうしたらいいか」など、患者が戸惑いながら電話をかけてくる。その都度、自ら考え選択し行動する力を少しずつ喚起するように支援を継続中である。

事例2も事例1と同じように、医師の治療の提案に対して、患者が本来の自己決定をすることができるよう支援した。結果としては残念ながら患者は家族を心配して自分の回復のためのリハを継続しなかった。この事例の家族はいわゆる多問題家族であり、患者は病気が以前から複層的な家族の問題を抱えていた。それを列挙すると、

- ①夫の怪我とそれを理由とする排泄コントロール困難
- ②夫の怪我は仕事上のものであったが、労災事故として相談や検討できなかった
- ③患者の父の認知症とそれから発した暴力。患者家族全員がそれに影響を受けたが、相談には結び付かず父親の死までそれが続いた
- ④祖父（患者の父）から受けた子供の心的外傷を相談できなかった
- ⑤患者・夫・子供もこのような複層的な問題から就労できなかった
- ⑥就労困難な状態が家計を圧迫した
- ⑦その結果3人とも栄養状態はよくなく、また医療機関にもかかれなかった

以上のような問題は悪循環を生み、家族の誰かが決定の力があると思われるが、相談も決定もできなかった。家族間の依存や問題解決能力の低下は、今後の生活にも影響があるかもしれないと思われた

しかし一方で、子供はその行動から力をもっていることも分かってきた。それは例えば、しっかりとした申請書記載や生活保護受付担当者への対応、就労への努力などの行動にも表れていた。MSW や生活保護のケースワーカー（以下、CW）¹⁴⁵が継続的な支援を行うことで、家族全体の生活が安定していく可能性があると考えられた。結果的には子供の力の発揮で生活保護申請が行え、受理に繋がった。また子供の就労が達成され今後の経済的安定の足掛かりを作ることができた。

今後は、ともすれば金銭の管理に終始しがちな保護課の支援体制に警鐘も鳴らすべく、担当 CW との協議などを通じて、この事例の患者・家族への支援の在り方を話し合っていくことを目指している。一病院の一 MSW だけでは、患者への支援は行えない。社会の中に存在する患者の生活を考慮した CW と MSW の協力による支援の展開が重要である。

限界要素（有能性）に関して、MSW は面接の中で、一定の判断をしている。「患者はまだ歩行が不安定で歩行器を使用していたが、話しぶりはしっかりしていた。話は前後したり的を射ていなかったりして表現の拙さも多く見られたが、その都度『繰り返す』『要約』『言い換え』といった基本的応答技法を使って明らかにすると MSW が理解可能な内容であった。医師の提案を受け入れず退院を強く希望する様子からは冷静な判断ができない不安を MSW に感じさせたものの、師長の申し出に応じ MSW に支援を求めて来院できたことは問題解決の端緒に着手できる、まずは力の表れとも言えた。またキーパーソンとなった子供について MSW は「折り目正しく礼儀正しいという印象で、受け答えもしっかりしている」「積極的に話すことはないが、質問には適切に答える」「（生活保護の）担当者の面接にも子供は臆することなくはきはきと答えた」「（生活保護）申請書類 6 枚は丁寧な字で記載されていた。どのように記載したらよいかわからない部分の質問があり、MSW が助言して書類は全て完成した」といった部分ではその力を確認している。

次に情報要素（開示・理解）に関しては、社会資源活用に関して、患者に情報提供し、共に対策を検討した。その内容は、以下の①～⑦である。

- ①生活保護を申請する
- ②入院から生活保護が決定するまでの医療費の支払いについて、その費用を最小限にする為に、国民健康保険法 44 条¹⁴⁶（以下、44 条）を申請する
- ③今のところ医療費を支払う財力がないため、転院を受け入れてくれる病院はない。勿論患者も転院は希望していないが、回復にはリハは必要であるため、通常はこのような方法

はとらないが、転院ではなく今入院している病院の亜急性期病床¹⁴⁷に転棟して、せめて階段昇降が可能となるまで入院を継続してはどうか

- ④入院継続の間は、子供が患者に代わって夫の排泄の世話と食事の用意を行う
- ⑤生活保護受給が決定したら、夫は病院受診して排泄障害改善の可能性を探る
- ⑥子供の就労について、特に精神的安定に注意しながら就労を検討する
- ⑦介護保険の申請

ここでは MSW は患者と家族にとって経済的問題を解決することが優先されることから①②の方法について提案している。この 2 方法は確定した公的制度であり MSW の判断で有益であり適応は可能と考え示した。③では亜急性期病棟は制度として確立しているが、一般的にはこのような使い方をしない。しかしこのような事情の患者には適応を広げるという自院独自の方法であり確認が必要。④⑤⑥は患者や子供の意向や決定が重要であり、MSW 自身では決定できない事項であるが、これらを選択することで患者の身体的向上や子供の就労への足掛かりとなる可能性がある。⑦は制度として確立しており条件は明確、ただし患者の回復によっては適応されないことがある。

これら①～⑦は、患者や子供の語る事実から導き出された内容に沿って患者・子供・MSW が協働して導き出した提案である。患者・子供は質問し MSW は返答する中で、次第にこの計画が明確となり患者・子供は理解を深めた。子供は⑦以外はこの提案に賛成したが、患者は③④⑦については同意しなかった。子供は患者に対し、『ちゃんと動けるようになって帰ってきてほしい。自分も頑張って親の世話をする。二人も病人がいたら働こうと思っても働けないから』理解を求めたが、患者はそれでも夫を気づかい、なかなか子供の説得に応じようとしなかった。そこで MSW は、『生活保護と 44 条の申請を行うには時間がかかります。少なくとも申請が完了するまでは入院していただいた方が手続きも簡便ですが、如何でしょう』と提案し、患者がしぶしぶではあったが、『退院せずにもう少し残ってリハビリを受けてみます』という返事を引き出している。

一部分の同意ではあったが、患者・子供の同意を得た。権限委任としては、子供の要望で付き添って生活保護課・国民健康保険課に出向いたが、これはあくまで子供のサポートに止まっていると考えられる。

II-3-3 事例 3

70 代女性患者。もともと整形疾患で四肢の不自由（身体障害者手帳¹⁴⁸2 級）があった。不安定だが一人で歩け、両手の変形はかなり進んでいたがしっかりと意思表示できる人であったため、ヘルパーの導入など介護保険¹⁴⁹（要介護 3）サービスを活用して、何とか一人暮らしを続けていた。MSW は以前この患者の支援をしたことがあり顔なじみであった。

その患者が脳血管疾患で緊急入院。朝、利用していた通所リハビリテーション施設¹⁵⁰に出向くための送迎車が本人宅に迎えに出向いたおり、倒れていた患者を発見し救急車を要請、病院に搬送された。入院時から患者は自己決定困難な状態に陥っていた。手術は行わず保存的に治療することとなり、以前入院したときのカルテから親族が他県にいることが判明したため、とりあえず電話で医師がその親族に病状説明を行い、治療方針の了解を得たとのことだった。

病棟からは病衣・オムツなど入院生活に最低限必要なものを購入するお金もないため、

どうしたらよいかとの電話が何度も MSW にかかった。その都度、MSW 室でストックしているオムツや歯ブラシを提供したり 1 日 80 円かかるが、とりあえず病衣については病院のものを貸し出すよう伝えたりした。また医事課からは、保険証の提示がないことや医療費支払いはどうなるかとの相談があった。この点については患者のケアマネージャー（以下、CM）¹⁵¹と話し合っただけ情報収集しながら進めていくことを伝え、医事課の協力も求めた。

CM からの情報と以前関わった時期の MSW ケース記録、これまでの入院・外来時のカルテを総合して確認できた点は、幼い頃に患者と別れた長子がいるが連絡先は不明であること、それ以外は主治医が電話で病状説明し了解を得た他県に住む親族のみしか連絡先がないということだった。その後親戚には MSW から連絡したが、「患者との関係は以前から良くない。感情の行き違いもあり長年会うこともなかったので必要最低限の関わりしかできない。他県に住んでいて遠いので出向くことも困難。電話でなら話をしてもよいが、消極的な気持ちしかないのでもなるべく連絡はしないで欲しい」との事だった。また長子の連絡先も後日患者の自宅訪問時電話帳から発見され判明し MSW が連絡したが、「今更母親だと言われても困ります、亡くなった時だけ連絡をください」と支援のみならず通常の連絡も拒絶された。

患者は脳血管性認知症¹⁵²が認められたが、時々意思が伝わるがあったため、MSW や病院スタッフは患者からの情報収集を試み続けた。しかし患者からは、どんな生活をしてきたのか、今何に不安があるのか医療費や生活費がどこから捻出できているのか、といった複雑な話を聞き取ることはできず、言葉は発することはできても返事などの短いもの、話の内容が聞き取れなかったり脈絡が乱れたりして、MSW を初めとしてスタッフの誰もが、ほんの断片的なことがわかることはあっても、十分な理解にまでは至らない状況であった。

今回の緊急入院以前は、CM が介護保険に関わるサービス（通所リハビリテーション・ホームヘルパー派遣など）の管理をしていたため、生活に関わる情報はこの CM から入手した。CM によると生活には困らない程度の年金やかなりの貯蓄があるようだったとのことだった。しかしこれまでは本人が金銭管理を自ら行っており CM は全く関与していない。また、救急車による緊急入院のため、金銭や通帳・印鑑も持参しておらず、どこにあるかもわからない。着替えも全く持参していないとのことだった。

MSW は患者が実際に自宅に帰れば思い出せることがあるのではないかと考え、主治医、病棟師長と CM に相談した。その結果、本人・病棟師長・CM・ホームヘルパー・MSW で家庭訪問を行なうことになった。車いすごと乗り込めるボランティアの車を要請し自宅に出向いたが、患者の自宅に近づくにつれて本人の表情が次第に生き生きとしてくるのを目の当たりにした。また本人が「あっち」とか「そこ」などと道を指示する言葉を発したのには驚いた。到着後は車いすごと患者を自宅に上げて、一緒に家探し（やさがし）をした。本人は会話にはならないが、「あ〜」とか「あれ」と発語したり、車いすで探しているものがありそうな棚の近くに動いたりして、自分で行動しようとした。病院のベッドの上での様子とは全く違って、目に力があつた。自分が確認したいものを伝えるしぐさをしたり、日頃この自宅で支援しているホームヘルパーが、日常生活の様子を説明してくれたことに対し、本人が頷いたりする場面もあった。通帳・印鑑・年金証書・身体障害者手帳・介護保険証・重度障害者医療証・必要な衣類等を病院に持ち帰った。

身の回りの最低限の物を整えたり、医療費を支払ったりする為にも金銭確保が必要であ

り、本人と共に、持ち帰った通帳を使って院内 ATM で出金を試みた。しかし本人が伝えようとする暗証番号は全て合致しなかった。銀行に相談したが、本人以外には暗証番号は教えられず、また暗証番号変更や通帳と印鑑を使っての現金引き出しには委任状が必要とのことだった。患者はサインができる状態ではないことを伝えると、その場合はなるべく暗証番号を思い出す努力をしてくれとのことだった。そこで患者と共に改めて本人が言う番号でチャレンジするも失敗したため、MSW がふと思いついて生年月日の番号を入力したところ成功した。その後も本人に確認してもらいながら出金し（確実な理解は到底できないため、師長などの第 3 者に出金や使用は必ず確認してもらうよう細心の注意を払った。また病棟で出納メモを作ってもらい、理解できなくても患者に、そして親族には出金のたびに報告した）、医療費やオムツ代などの支払いに当てることができた。金銭管理は病棟や患者はできないため、また親族からも断られたためやむなく MSW が上司と相談の上対応した。

本人は部分的に理解できることはあっても全体的には困難で、適切な判断や決定ができているとはいえないままだった。よって主治医や MSW との IC は必ず患者に行ったが、その都度医師や看護師、MSW など複数のスタッフが同席して説明の内容をカルテやケース記録に記載した。また親族に対しても、同じ内容を主治医や看護師もしくは MSW が電話で説明した。

MSW が立案した支援計画は以下の通り。

- ①患者や遠方の親族からの心理社会的状況に関する情報収集を可能な限り行う。
- ②病状については特別なことがあれば本人・親族に説明する。
- ③当院での治療とリハが終了した後は、在宅での一人暮らしは困難なため、リハの継続及びその後の生活地としての施設検討が可能な病院への転院を検討する。
- ④金銭の管理については、師長や担当ナースと共に管理し、親族にも報告する。
- ⑤成年後見制度について、活用の方で患者・親族に説明し意向を確認する。

成年後見制度の利用を提案し、患者にも説明したが当然のことながら理解できなかったため、親族に提案した。親族はこの件については考えていたとのことで暫く考えたのち申請を了解したが、身近に申請を相談できる人がいないので、情報提供をしてほしいとの依頼があった。日頃数々の相談をしている弁護士に相談した。弁護士は来院してまず本人に面接し、親族とも連絡をとって制度についての説明を行った。結果、親族による後見申し立てでなく、第 3 者後見を検討することが弁護士から報告され、その後手続きを開始した。

主治医は脳血管障害に対しいましばらくのリハを行う必要があると考えていた。リハを受けても、残念ながらトイレ動作や入浴動作は人の手を借りることは変わらず、また歩行はできないと予測していたが、車椅子からベッドの乗り移りなどの移乗にかかる介助量が減るだろうとの見通しだった。以前不自由ながら行っていた一人暮らしに戻ることはこのような状況から厳しいとの見解だった。

そこで今後の事も考えて、本人をよく知っている CM が所属する回復期リハを行っている A 病院でのリハ継続であれば CM の支援が途切れないこと、またその先自宅以外の生活地の設定にも CM が関わることから、主治医にその意見を伝えた。主治医も賛同したため、主治医・看護師・MSW・CM 同席で病状と転院について患者に説明した。患者は転院ということは理解できたようだったが、それ以外の詳細については殆ど理解できなかった

ため MSW から親族に電話し、今回は主治医からの説明があり、今後のことを決める大切な話であるため来院を要請した。「私は分からないから決められない」「勝手に決めてもらっていい」「遠いのでなかなか出かけられない」などの発言があったが、最終的には来院したため、主治医からの病状説明の後、親族了解のうえで転院先を決定した。

転院に当たっては CM が患者の背景を理解していた事が幸いして A 病院の受け入れがスムーズであったこと、親族が消極的ではあったが医療の代諾など最低限必要な決定はできること、現金の引き出しがカードで行えたため経済的問題で転院先に迷惑がかからない事、後見の相談を進めており身上監護に努めてもらえること、が受け入れの決め手となった。特に医療の代諾を誰もが行わず入院費など金銭的な問題がある場合には転院は拒絶される事例が多いため、入念な心理社会的問題への情報収集がこの先の療養の可能性を広げたと考えられた。

転院後の様子を CM に確認したところ、転院後に後見人が決定し、医療の代諾は親族にお願いしたが身上監護については後見人（第 3 者後見でこの場合は弁護士が後見人となった）が過不足なく対応してくれるようになり、転院先病院から介護保険施設への入所に繋がったとのことだった。その後患者は同施設で死亡した。

この事例における限界要素（有能性）に関しては、患者の自己決定能力が極めて低いことは MSW のみならず主治医を初めとしたスタッフが共通して判断していた。しかしごくたまに言語若しくは言語以外の表現で意思表示することがあり、院内外の支援者たちは本人にまずは説明し、ごくわずかではあったが理解できているのではないかと思われる点は患者の決定を優先した。重大な決定は併せて親族の同意を（親族は快い対応ではなかったが）患者の判断能力の低下を補填するために常に求めた。ほとんどは電話により行ったが、来院時は必ず親族に会うようにした。

また患者の決定が行いやすくなるよう、意思表示に少しでも結び付くよう家庭訪問を行った。患者の住み慣れた環境に向かうことで患者の力が発揮されたことは驚きだった。院内のみで決定しなければならないことが多いが、著者としてはなるべく他のスタッフも巻き込んで患者の生活地（自宅・入所していた施設など）へ患者に同伴して赴くことを心がけている。その訪問から得られることは、この事例に限らず大変大きい。

その他 ATM での現金引き出しの再三の試行ででも、患者は一生懸命に番号を考え続けた。これも無駄であると思わずに MSW が共に試行錯誤するのは、患者の力を少しでも引出し、理解可能なことはないかを支援の中で見いだすためである。このような行動が患者の精神的賦活に結び付き、決定に繋がるのであれば大きな意義がある。

また、患者が十分な自己決定能力を持たない場合は、家族の決定に頼りがちとなり、患者の意向を確認することを軽視する懸念がある。この点を支援者は十分に心しておく必要がある。併せて患者も家族も決定する力が弱い場合には、スタッフは更に細心の注意を払って決定へのプロセスを探って行かざるを得ない。これはかなりの時間を要する、労力の必要な対応である。殊に筆者の勤務する急性期病院では在院日数短縮が至上命令であり、事例 3 のような患者の場合、スタッフが常に患者の倫理的問題に配慮して上述したような対応を心がけなければ、患者の決定は大切にはできない環境である。

情報要素（開示・理解）に関しては、以下の①～⑤について患者と親族に説明した。

- ①患者や遠方の親族からの心理社会的状況に関する情報収取を可能な限り行う。
 - ②病状については特別なことがあれば本人・親族に説明する。
 - ③当院での治療とリハが終了した後は、在宅での一人暮らしは困難なため、リハの継続及びその後の生活地としての施設検討が可能な病院への転院を検討する。
 - ④金銭の管理については、師長や担当ナースと共に管理し、親族にも報告する。
 - ⑤成年後見制度について、活用の方向で患者・親族に説明し意向を確認する。
- 全て、患者は理解・判断・実行できない内容である。

同意要素に関しては、自発性に問題あり、MSW が僅かに患者や親族の同意を得て、或はこれが患者にとってのより良い判断であると医療チームや院外の専門家（この場合は CM や・弁護士）と協議して代行した。金銭管理については権限委任の形をとったが、委任は親族からのものである。成年後見制度の活用に到る経過も委任を受けて具体的な支援を行った。患者が自己決定できない場合には、家族などから委任を受けることを含めて代行することになる。

事例 3 のような場合に、本人の利益を考慮しながら対応ができたことは、なるべく患者の意向に沿った対応が望ましいことがスタッフ間で確認できているからでもある。老老介護や独居高齢者の増加、家族の絆の希薄化などで、今後ますます増えると考えられる「自己決定できない患者」や「家族対応が期待できない患者」への処遇のためにも、この事例の経験は意義あるものだった。

以上、3 事例から MSW 支援の概略を示した。医師から患者への適切な医療の提案が、様々な事情で受け入れられない場合、MSW が患者の利益に沿った医療やその後の生活のために関わった事例である。その目的の達成のために患者－MSW 間での IC についても述べ、臨床場面での IC に、医師や診療補助職のみならず福祉職である MSW をも関わってこそ、また心理社会的問題への対処があつてこそ、患者の価値観に基づいた医療の提供ができる可能性があることを確認した。

II-3-4 事例から見る IC と患者の価値に則した自己決定

ここからはこれまでに示した事例を使って、患者－MSW 関係における IC と自己決定について更に述べていく。主に“*The Social Work Dictionary*”、その他倫理綱領などの IC に関する説明を参考にしつつ、患者－主治医関係の IC（限界要素・情報要素・同意要素）(p.7～)と比較して、患者－医師関係での IC との違いを見出し、ソーシャルワークにおける患者の自己決定のありようや、患者－MSW 関係における IC とはどのようなものかを具体的に確認する。

限界要素（有能性）に関しては、患者－MSW 関係においても重要な要素であると言え、患者自身の判断能力は注意深く観察される。事例 1 では患者、事例 2 では患者とキーパーソンである子供は、自己決定できる本来の能力はあると MSW は判断した。事例 3 では患者に自己決定能力がないと判断したが、MSW のみならず主治医を初めとした医療関係職種（ここでは看護師・理学療法士・作業療法士）もそのように判断していた。しかしながら、ごくわずかに患者が適切と思われる意思表示をしたり（家探して「あ～」「あれ」と発語して探している物を示したり、車いすで探しているものがありそうな棚の近くに動いたりし

た。ATM でカードの暗証番号を思い出そうとした、など)、希望を何らかの形(領き・返事・行動)で表したりすることがあった。このような場合は、なるべくその意思に従って支援するが、質問に対し肯定を領きや返事で表した場合—例えば「これは好きですね」と質問して「はい」と反応しても、「これは好きではないですね」と逆の質問をしてみて同じく肯定を示す時などは、質問の内容を理解していないと考えられ、その意思表示が適切でないと判断することもある。心理検査を行って判断をすることもあるが、通常は話の脈絡や病棟やリハ訓練室などでの行動や従命などで理解することが多い。また他のスタッフやでき得る限り家族にも相談して、判断をするように心がける。残念ながら事例 3 では親族の介入は希薄であり、本人の人となりや入院前の本人の決定の傾向や方法などについてはごく僅かな情報しか入手できなかった(それでも以前の患者を知っている MSW はまだこの患者の性格などを理解できている部分があった)が、CM から情報を得られたことは有益であった。このように自己決定が適切に行われないような懸念をスタッフが持つ場合には、院内での医療関係者間の協議や、入院前に関わってきた CM や友人など本人の病前の様子をよく知っている人たちからの情報や関わり(患者の意思確認の場に同席してもらうなど)が有効である。更に深刻な問題がある場合には院内の倫理委員会での判断を仰ぐこともある。

情報要素(開示・理解)に関しては、ソーシャルワークにおける情報や支援計画の提示、その上でその情報と計画の患者理解であるといえる。患者が心理社会的問題を解決・緩和するための決定をする為には、MSW からの最も適切な支援について提案など十分な情報開示を受けることを前提としている。

しかし、開示に関して患者—医師関係と患者—MSW 関係の IC において異なると思われる点がある。前者では、患者に提案される治療方針は患者が語る症状についての事実を基盤としながらも、それが検査の客観的データによって裏付けされている。後者では、患者に提案される支援計画は、患者の語る事実を基盤とすることは同様であるが、それと共に患者の主観的要望から導かれる。勿論患者の思いがそのまま実現できるか否かを客観的に検討する必要があると言う点では、結果的に双方は同じもののように見える。しかし支援計画を立案するにあたっては、患者のこれまでの体験が重要視され、実現できそうな計画を提案するという側面を考慮すると、医師からは客観的な提案がその中核であるのに比して、MSW からは主観的な提案がその中核を成す点で異なる。つまり患者—MSW 関係では、患者の思いが計画し提案される中心であると言い換えることもできる。このことは、“*Encyclopedia of social work*”¹⁵³における“Client Responsibility”に記載されている以下の内容によっても裏付けられる。曰く、「介入計画の初期段階の間は、SW は通常、計画の経過をリードする。SW はしばしば用いられるかもしれない見込みのある方針の範囲について熟知している。しかしながら問題解決のために行う目標設定においてアイディアの豊富な源は(SW よりも・著者注)クライアントの方である。クライアントは効果的な介入が行われた以前の問題を成功裏に解決したり、他の治療上の経験を持ったりしているかもしれない」と述べて、計画とその目標達成(問題の解決)には、クライアント自身のアイディア・解決の成功体験・これまでの体験を重要視することを示している。つまり問題解決の道筋はクライアント自身の中にも存在し得るといふこと、それを解決のために用いる

事が支援の方向性であり、そこにはクライアントの責任もあるということが確認できる。

また患者－医師関係では、医学的知識に関する圧倒的な知識量の差があり、その知識を患者が情報として医師と同等に理解することはほぼ不可能といっても過言ではない。一方患者－MSW間では、MSWから提案する情報を理解することが難しい点は当然あり、その意味では理解困難な点が医師の場合と同様に存在するとは言いながら、比較的には医学的知識より平易な内容といえるものの方が多い。その意味では患者とMSWはほぼ同等の知識・情報を同じ目線で検討し合え、患者の理解も容易であると思われる。

同意要素（自発性・権限委任）においては、患者がMSWから説明された内容を了解し、提案された支援計画に添ってその内容を検討の上、誰からも強制されず自発的に意思決定するプロセスであり、了解のみならず否定もあり得ることもまた同じである。ここでも医師からの情報よりもMSWからのそれは比較的には平易であるが、解りにくいものは、何度も説明を繰り返し、必要に応じてメモや説明文を作成し、公的なサービスなどは資料を渡す、図で示すなどして患者の理解が進むことを心がける。このような努力は医師においても為されることがあり同様である。

患者－医師間のICでは、その目標が達せられないリスクが情報として提示されるが、MSWとの関係の中でも、立案した支援計画や提示した社会資源利用が達成されず問題の解決に至らないことがあることが説明される。その提示内容が上述したように患者の思いや経験に導かれたものであったとしても、達成できないことは当然ある。提案された内容が患者によって否定される場合は、患者の考えや置かれた状況に沿って情報収集と整理が繰り返され提案が軌道修正される。殊にMSWではプロセス重視はソーシャルワークにとって基本的で重要な特徴とも言え、了解が得られない場合には患者が実現したい内容について、患者－MSW間で可能な限り情報の提示や話し合いが繰り返される。しかし医師の場合は、医師の考えで最善と思われる提案がなされており、ICにおいてはその修正がどこまで行われるのかは不明である。SDMで修正を繰り返す形のICではそれが可能と考えられるが、医師によってSDMの形をとるのかどうかは議論のあるところだと思われる。

最終的に患者の了解が得られない場合には、MSWの支援自体が不可能となる。この点は主治医の提案に患者が了解せず権限委任しなければ、治療が行えないことと同様である。一方、提案に沿って患者が同意の上その提案を選択する場合は、医師との関係ではその治療プラン実施が主治医に権限委任される。MSWの場合では、この権限委任に関しては大きく異なる。つまり患者が行えないものについては代行したり患者に同行して実行を見守ったりすることはあるが、基本は患者の実行が重要とされる。つまり患者が実行すること、あるいは力を発揮できるように、また患者の行動や決定の底支えをする支援がソーシャルワークにおける重要な過程であるといえる。

MSWにおける権限委任は、患者（ひいては家族）が解決しなくてはならない心理社会的問題があるものの、自らは行動できない場合に行われると考えられる。判断能力があれば権限委任は可能であるが、この場合でも患者とMSWは話し合っただけでその必要性や妥当性を確認した後に委任を受けることを決定する。例えば複雑な社会資源活用のためのリサーチや利用のための交渉、やむを得ず行う金銭の管理や家探し、制度利用のための交渉や申請代行、復職支援における会社上司との話し合いや職場訪問、などが挙げられる。しかしこ

の場合も、委任されて行う事項に対して報告と患者の意向の確認を行う。これはリスクや限界への配慮、患者の理解促進、了解を得る必然性、目標に向かって患者と MSW が協働する過程であるとの認識を深める、ためである。

患者の意思決定能力の低下や無さが推察される場合については、上述したように患者－医師間では「患者すべてに対して患者の関心や興味を引き出し、共に問いかつ答え、互いに情報の提供が一方的ではなくコミュニケーションを伴った参加であるべき」とされているが、この点は患者－MSW 間とも共通している。その結果、患者－医師間では患者から医師への権限委任もしくは拒否へと連なっていくが、患者－MSW 間では患者の実行の尊重のために、MSW による見守りや同伴での協働した実行となることもある。そのような実行すら不可能な場合には、代行することになるが、この際の代行では委任自体が難しい場合が多い。よってこの患者を支援している院内外の専門家院内の協議の合意（必ず複数の関係者の関与）により委任される。このように患者が委任できる場合と委任が困難な場合といった 2 つの状況から行われる委任を、権限委任若しくは代行と呼ぶことが妥当かどうかは判断できない。当然のことながら、後者の場合には、患者の本来の希望に沿ったものではない懸念があることは合議の中で常に話題となる。

また、医学的見地から行われる IC と、ソーシャルワークにおける IC をなぞらえること、つまり、医学をモデルにしてソーシャルワークにおける IC を考えることは、双方の共通項目と共に相違が判明し、そこに各々の強調されるべき特徴が存在することが理解されるという点では意味がある。しかし、Ⅲ－1 で示すように、ソーシャルワークにおいては、医学を模した（医学モデル）援助技術が批判されたという事態があった。結果的に言えば、それはある意味考え方の差異であり、歴史を見ればソーシャルワークの意味を問うことに繋がったという肯定的な見方を筆者はしている。その視座からも、IC に関するこのような比較に意味を持たせ、患者－医師間の整理された IC の考え方から MSW が学ぶことが重要と考える。つまり、十分に説明された上での同意（或いは拒否）という IC が表現するものは、医学的にも福祉的にも必要であり強調されるべきであるが、その中で見えてくる構成要素の違いを際立たせることで、各々の専門性が見えてくることを重視するべきであると考えられる。

以上、患者－MSW 関係における IC と自己決定の捉え方をいくつかの方法で確認してきた。特に IC の構成要素である限界要素（有能性）・情報要素（開示・理解）・同意要素（自発性・権限委任）を参考に、患者－MSW 間の IC に焦点を当てて事例を振り返った。その中で理解される 2 つの IC の相違点は、

- ①患者に提示される情報における患者の主観的な意見の反映の有無やその程度
- ②情報の高度さの程度による理解の差
- ③患者が提示された内容を拒否した場合の修正の可能性や方法
- ④同意した場合の権限委任のあり方について

という 4 点で少なくとも医師と MSW では異なっていると考えられた。殊に①④において、患者の力を引き出すソーシャルワークの在り方を見ることができた。

日本ではソーシャルワークにおいて IC という言葉を使用していないことは既述した。この点に関して明確な答えは見いだせなかったが、いくつかの想像はできる。例えば、IC の

ような厳しい形の合意よりも SDMの方が適切と考えられる、構成要素から合致しない、SWが支援の対象とするクライアントの多くは IC という形で同意できない人々である、などである。いずれにしても、日本の SW が患者－医師関係の IC に関心を持ち、その上で IC が患者を含むクライアントの自己決定を支える重要なキーワードであることをまず理解しなければならない。その上で MSW を含む SW はソーシャルワークにおける IC の意味と意義を見出す努力をする必要がある。

また、ここでは詳細を述べないが、患者－医師関係での IC に MSW が関与する場合については「北里大学病院のソーシャルワーカーマニュアル」に明らかである¹⁵⁴。この関与にあっても、MSW は第一義的に患者の自己決定を支えるために関わり、それがひいては患者－医師の IC の達成に結び付けばなお有益と考えている点を記しておく。

患者の本来の医学的決定の為には、心理社会的問題の解決が欠かせない事例もあること、そのためには患者－MSW 関係の IC が重要な意味を持っていることをこの章では確認した。しかし心理社会的問題の解決は、医学的発想のみでは生まれにくい。次章ではこの点に鑑み、医療の中のソーシャルワークを考えるにあたって、医学モデルと生活モデルに話を進める。

Ⅲ. Life (生命・生活・人生) と患者の自己決定

田中千枝子によれば、‘Life’ という言葉は命・生活・人生という 3 層を表すが、この 3 層は補完し関係し合うとする¹⁵⁵。医師及び診療補助職のうち特に医師や看護師は患者の生命への関与からその介入を始める。同じ診療補助職でもリハセラピスト¹⁵⁶は医師や看護師と比べて生命の真っただ中に介入すると言うよりは患者の移動能力・精神・言語能力といった部分に介入する。MSW は生活への介入を第一義とし、診療補助職ではなく生命への介入はできない。しかし田中の考えを借りれば、初発の介入がこの 3 層のどこであれ、専門家は患者の 3 層すべてに関わる、あるいは考慮する必要がある。医学的リハにおける第一人者の上田敏はこの 3 層の「生の質 (quality of life)」を高めることの重要性を述べている¹⁵⁷。これらの考え方を参考にすると、医療における自己決定とは生命における決定で、ひいては生活や人生の決定でもあり、3 層として補完し合いかつ質の高まりが求められるものでもあるといえよう。医学モデルと生活モデルとの関係は、Life という言葉のもつこれらの意味との関連づけてみるとより明確になる。

Ⅲ-1 医学モデルと生活モデル

これまで、患者－医師関係と患者－MSW 関係での IC について、その成り立ち・考え方を概観し、事例の中で MSW の具体的な IC について確認した。医師との関係の中での IC は、これまでにその理論化が行われ、構成要素が明らかでありそのルールに従って IC が実行されている。一方、MSW との関係の中での IC については、英米の倫理綱領や辞典での説明ではその内容が示されていても、明らかな理論化や構成要素の確認はできない。しかし歴史的に見ても患者の自己決定はソーシャルワークの根幹を支える重要な原則であり、その具現化である IC (ここでは明確な患者－MSW 関係の IC を規定はできないが、十分に説明を受けた上での了解や拒否という意) 抜きには MSW の支援を語るができないこともまた、これまでに確認できた点である。

患者－医師間の IC は、その中核を傷病におき、生命への介入を第一義としているのに対し、患者－MSW 間の IC では、まず生活に照準を合わせた介入を行う。つまり初発の介入の目標や目的は専門職種によって異なるが、広義に目指すものは患者が自らの生命・生活・人生に照らしてより良くあるにはどうしたらよいかへの働きかけであると集約される。このように、医師との IC は、重大な医学的決定を行うために存在し、MSW との IC は生活の中にある、重大な医学的決定を阻む心理社会的問題を解決することで患者自らがその価値観に基づいた決定を行えることを支えている。つまり医師と MSW 双方の役割の中で、IC は重要な決定の為に存在していることは明らかである。

このようなかけがえのない命を取り巻く医学的決定は、患者の生活・人生における自己実現に繋がっていくことに大きな意義があると考えられる。その意味では事例からも確認できたように、医療と生活は切り離せず、その中で患者が自己決定するには医学的問題のみならず心理社会的問題双方に専門家が介入し、患者と医師を初めとした医療関係者全体の協働がそれを可能にすることが見えてくる。筆者は医学を用いることで患者の生活を支えていくことが医療であるという考え¹⁵⁸に賛同しているが、その意味では医療とは医学と生活の双方の尊重から、医学と社会福祉学の融和の中から、また医学モデルと生活モデル双方の接近から生まれる、医学的に重要な決定を含む生活の決定であると言える。そこで、

医学をその基礎としている医師と、社会福祉学を基礎としている MSW (SW) の相互理解と協働の必要性について、医学モデルと生活モデル双方を見直し、協働の例を示す。

医学モデル

まず医学モデルについて概観する。端的に理解する為”*The free dictionary by FARLEX*¹⁵⁹”を参照する。それによると、「医学モデルとは、コッホやパスツールの時代から西洋で医師によって実践された疾病に対する診断と治療の伝統的なアプローチである。医師は問題解決を行いながら、患者の欠陥もしくは機能障害に焦点を当てる。病歴・検査・診断テストは特定の病気の識別と治療のために提供される。医学モデルはこのように、特別な病気や状態の、身体的・生物学的見地に焦点を当てる。」と表現されている。

近代医学は解剖学を基礎に臓器における病気について探求してきた。それはさらに発展して組織から細胞へ、もっと微細なものへとその視点を深めて進化を続けてきた。19 世紀後半、欧米では伝染病の流行により感染と死が医療の大きな課題であったが、その後の医学の急激な発展は、19 世紀後半のコッホによる結核菌の発見以降、細菌による感染症の病原は殆ど確定され感染症への対処方法発見に繋がった。この結果、20 世紀初頭では感染症の脅威は激減し、経済的安定や栄養状態の変化などとも関連して、世界保健機構 (WHO) が 1980 年に天然痘絶滅宣言をするなど、殊に先進国では感染症から慢性疾患へと疾病構造は大きく変化するに至った¹⁶⁰。

ここでいう近代医学においては、病気を生物学的過程として捉えており、「生物医学モデル (bio medical model)」と表現される。その過程で検査値などとして蓄積された多くの知見を生物学的指標として標準化することが求められた。その結果、検査などでこの標準からの逸脱があるか否か、どの程度の差異かによって、疾病の有無や程度が判断されることが可能となった。つまり、病気の原因を探り、突き止め、それを除くことで病気からの回復を図ろうとする流れの確立である¹⁶¹。医療は不確実であるが、正しい診断を見出すための理路整然とした方法論確立の軌跡が、これまでに到る現在の医療を支えてきたことは間違いない¹⁶²と言えるだろう。

しかし、このような標準化は個別化とは対極にある。患者の症状を標準からの逸脱として捉えると、そこに診断と治療に到る重要性が集約され、患者の持つ個別性—例えば心理社会的状況や成育歴や文化の違いから起こる考え方の違い—といった個性—はかき消されがちとなる。これが、生物医学モデルが批判される所以でもある。

一方、18 世紀の産業革命以降を近代とするなら、この時代の社会的状況は、劣悪な労働環境や住宅事情、貧困と罹患などの多くの問題の噴出が起り、その状況が感染の蔓延や労働による発病や受傷の素地ともなっていた。これら過酷な状況については既述し、慈善組織協会やセツルメント運動の登場がこれらの問題への対処として生まれたことを確認している。

その後、20 世紀の 2 つの大戦を経て、大局的表現をすれば、医学は様々な発見や発展を背景にして感染症からその対象疾患を感染症から慢性疾患へと変化させていった。医学の発展が「正しい診断を見出すための理路整然とした方法論の確立」に寄与し、その確立が更なる医学の発展を促したことは間違いないが、それでは正しい診断が可能となったことで傷病から生み出される問題の殆どは解決可能となったのだろうか。

正しい診断について考えるにあたって、キャボットの記述が参考になる。キャボットは、「ある診断とは症候や徴候を表面的に見分けることにとどまるのではなく、原因・内容的・発生的に探究し突き止めて解明する必要がある」と述べており、物事を突き詰めて考える妥協を許さない人物であったことがわかる¹⁶³。このキャボットの考え方を参考にすれば、医学的診断には、心身の現状に加えてその病状に至る経過やその原因を知ることが重要であり、医学が求める情報は多岐に渡ることが理解できる。しかし殆どの医師は通常日常業務に追われ、目の前にいる患者のごく一部分を理解することしかできないのが一般的である。

更に、慢性疾患についてこの点を考える。現在では生活習慣病と呼称するようになったが、これは生活の在り方と病気との関連性が大きかったり、その病気を慢性的に持ちつつ生活を続けたりするという意味でも、生活を主眼に置いて考えることが必要な疾病である。治療にも患者の考え方や医師との協力の仕方が大きく影響する。仕事や日常生活の様子、家庭環境、ストレスとの関係、食事や運動、余暇の過ごし方など多岐に渡って医学的関与が求められるが、それは心理社会的状況と影響し合っている。

この正しい診断の在り方と生活習慣病における生活との関連を見るだけでも、医学は患者の心理社会的状況からもその治療のための原因を発見し、その状況を含めて医学的対処を行うことが求められ続けたと分かる。この点に注目できるか否かは、少なくとも遠くキャボットの時代から現在まで、常に医学の課題であると言っても過言ではない。

この視点の重要性は、生物医学モデルの拡大の中にも見て取れる。杉山によると、「エンゲル (Engel G L.) は、一般システム理論に立脚した生物・心理・社会モデル (the bio psychosocial model : BPS) によって、身体、心理、社会それぞれの次元に関わる問題を、患者個人というシステムレベルで連続させて考え得ることを示した」と述べる¹⁶⁴。換言すれば、今や生物医学モデルに端を発した医学モデルは BPS といった考え方もも包含するようになり、単線的な原因とその結果の病気という構造で語られる医学モデルの域を脱していると言える。現代の医学は、先ほど例として述べた生活習慣病に止まらず、精神疾患、難病、公害や薬害からの傷病等々、様々な医学的対応を迫られる病態と対峙している。それらに対処するには、医学に心理社会的観点が必要とされることは明らかといえる。

ソーシャルワークにおける医学モデルと生活モデル

ここでは、ソーシャルワークにおける医学モデルから生活モデルの流れを、歴史的になぞることで、医学モデル批判から生活モデルへの移行の過程を確認しておく。

ケースワークの母と呼ばれるメリー・リッチモンド¹⁶⁵は、1917年に「社会診断」を、1922年に「ソーシャル・ケースワークとは何か」を世に送り出し、ケースワークの理論化を行った。現在では、ソーシャルワーク（統合化前はソーシャル・ケースワークと称していた）の過程は、①インテーク（相談の受理・契約）②アセスメント（情報収集・事前評価）③プランニング（支援計画の立案）④インターベンション（実際の支援・介入）⑤モニタリング（計画の点検）⑥エンディング（相談の終結）と整理されている。リッチモンドは現在でいう情報収集を社会調査 (study)、アセスメントを社会診断 (social diagnosis) と、介入を社会治療 (social treatment) と表現した。これは言葉上、医学を模して命名されており、また支援のプロセスも、診察→診断→治療という医学モデルを参考に組み立てられ

ている過程であると批判された。

しかし、小松源助は、リッチモンドは①ケースワークを「社会改良」と関連付けて位置づけた②ケースワークの「基礎的類似点」を明確化して「共通基盤の確立」に努力した③経験的アプローチに基づくケースワークの体系化を図った④「クライアント」という表現のもと、彼らの主体性の尊重と参加を基本にして行われる「民主的過程」としてケースワークを捉えた⑤人を「社会的諸関係の総計」として捉え、その社会的諸関係を調整することによってクライアントのパーソナリティーの発達をはかっていくことにケースワークの独自性を求めた、と整理し¹⁶⁶医学的用語や医学的過程の模倣である、つまり医学モデルの踏襲を主眼とするとは考えられないとしている。

また、リッチモンドは「ソーシャル・ケースワークとは何か」で、ケースワークを定義して「人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通して、パーソナリティーを発達させようとする諸過程からなっている」とした。伊藤はその点を指摘し、この著作は「精神分析がアメリカに紹介されて15年も経ってから著されたものであるにも拘らず、またソーシャルワークが精神分析へ傾倒の自分の理論にそれを入れなかった。リッチモンドのいうパーソナリティーは、(著者中略)困難な環境の中で生活問題に対応しながら生きていく生活全体といった意味合いが含まれている。その意味では近年のエコロジカルアプローチ(著者注:生態学的アプローチ)との相似性を引き出してもいる」¹⁶⁷と言う。医学モデルを参考にしたとはいえ、リッチモンド以降ケースワークが傾倒していく精神分析的介入とは一線を画すものであり、人と環境との相互―それは生活といった社会環境とも言える―が考慮されている。

リッチモンドの最初の体系化以後、ソーシャル・ケースワークの理論化は更に進んだ。1920年代のケースワークは、第一次世界大戦(1914年～1919年)後に、フロイトの精神分析に傾倒していく。殊にパーソナリティーに注目する診断主義は、援助対象者の心理的側面や発達を焦点化した生活史を重視し、援助者が主導する。また調査・診断・治療の流れで対象者に関わり¹⁶⁸、医学モデルがその中心であった。つまり病気の発見とその治療の流れの中にケースワークが位置づけられる傾向にあったといえる。しかし1930年代では、大恐慌による貧困が社会に蔓延することとなり、診断主義に対して機能主義を提唱する人々が批判を投げかけた。機能主義では、疾病の心理学より成長の心理学を、治療よりも援助を、機関の機能に沿って援助者中心より利用者中心で行う。また、開始・中間・終結といった時間軸を重視した¹⁶⁹。

その後、機能主義の考え方から、「問題解決モデル」「利用者中心主義」、そして一般システム論を用いた「個別援助技術のモデル」に繋がっていく。この点を川田は「ケースワーク(個別援助技術 著者注)における診断主義と機能主義論争も、長い目で見ればいわゆる医学モデルから生活モデルへと社会福祉援助技術体系の視点の転換を迫る発端として重要な歴史的意義があった」と述べている¹⁷⁰。

ハーンは、諸科学の理論や技術を含む一般的な枠組みである一般システム論を、ソーシャルワークに用いることを試みた。システム論とは、1950年代に理論生物学者ベルタランソフが提唱し、いかなる事象も全体と部分から成るシステムであるとする¹⁷¹。当時はソーシャルワークにおけるケースワーク・グループワーク・コミュニティワークを統合する必要性があり、ハーンは「人間・個人・集団・組織・地域・社会、これらすべてのレベル

のシステムは生活システム (living system) である。それらはソーシャルワーカーが作業を行う対象であり、しかもそれらはシステムとして共通する特徴を持っている」と指摘し、統合の方向性を示した。このことから、統合的・全体的ソーシャルワーク論が結実した。

更に一般システム論の限界や課題を補うために登場したのが生態学である。ジャーメインとギッターマンはこの生態学を基盤にしてソーシャルワーク論を展開し、1970年代から「医学モデル」から脱却し、人間の生命・生活・人生の全体的な把握を図る「生活モデル」を提唱した¹⁷²。こうしてシステム論と生態学が統合されエコシステム論が生まれた。「医学モデル」では個人の内面的問題に関心がおかれ、その排除や変化は個人の問題とされたが、「生活モデル」では、人間個人と社会環境の関係性に着目し、その接触面に働きかけ、クライアントの主体性や問題状況の健全な部分を尊重して問題解決に生かすことが示されていることは既述のとおりである。

生活モデル

次に、生活モデルについて概観する。生活モデルの考え方は生態学から成立してきた経緯があり、人間を含む生物という存在は環境の中の生き物であり、環境と調和しつつその生活を成り立たせているとする。よって生活と環境の相互依存が生活の様子を決めていく。このように人間と環境がその関係性の中で紡いでいく相互関係を理解しながら、人と環境が調和することを目指すことが必要であるとしている。

この考え方がどのような流れでソーシャルワークに導入されたかについては上述したが、生活モデルの提唱者であるジャーメインについては次のような記述が参考になる。中村佐織は、ジャーメインが生活モデルを「問題を病理状態の反映としてではなく、他者・事物・場所・組織・思考・情報および価値を含む生態系 (エコシステム) の要素間の相互作用の結果と定義している」ことを述べ、その背景には、ゴードンの「ソーシャルワークの専門的目的は、人間の成長、健康、社会的機能を増進させようとする人と環境の相互作用をもたらすそれらの中で機能する人たちの環境改善を行うことである」という所説に深い感銘と示唆をうけたことを指摘している¹⁷³。

また佐藤良子は、「人の成長と発達に関する諸過程を重視し生活それ自体をモデルとするものであり、生活過程が焦点になる」とし¹⁷⁴、平塚は、「クライアントのパーソナリティーを単に対象とするのではなく、流動的な現実の生活状況内の人間存在全体を援助の対象とする」としている¹⁷⁵。

この点を医学モデルとの関係性の中で考えると以下のように整理できる。上述したように19世紀に確立された医学モデルは、疾患を解明するために絶大な功績を積み上げてきており、この点は否定することのできない偉大な事実である。しかしこのような理解の一方で、患者の心理社会的問題の傷病への影響や改善との関連を説明するには、この医学モデルでは解明できないと次第に認識されてきた。その一つの表れが既述したBPSであり、医学モデルは生物医学モデルから拡大され、現在の心理社会的認識を含めた医学モデルの存在へと変化をしている。

臨床における医学モデルと生活モデルの接近

このことは臨床現場における、患者の医学面を理解するに止まらない拡大された医学モ

デルの重要性と共に、上述した「支援の対象者を病理状態の反映ではなく、人間の成長、健康、社会的機能の増進のための人と環境の相互作用の中で機能する人への環境改善を行う」という考え方に依拠する生活モデルであると考えられる。つまり医学モデルを否定し生活モデルを肯定するというものではなく、医学モデルに基づいた患者への介入と生活モデルによる双方の介入が、相互に補完し合って患者の‘Life’（生命・生活・人生）のよりよき達成の為に役立つのではないかと考える。

例えば緩和ケアのように治療効果が絶大ではなくなった患者の終焉までの医療やケア、傷病による障害の軽減と代替手段獲得のための医学的リハ、公害・薬害といった社会的疾病、生活習慣病のように生活との関連の多大なもの、精神疾患のようにその原因が内外因と多岐に渡るもの、原因はわかっても治癒の方法の見いだせていない疾病などが、そのことを裏付けている。つまり、医学モデルと生活モデルが分断されるのではなく、その統合が求められていると言え¹⁷⁶、これまでに筆者が経験したいくつかの例を示すことで、その点を確認する。これらの例はⅡ章で提示した事例に加え、それ以外に筆者が経験した事例も含み記述する。

治療を濃厚に行った後に治療の見込みがなくなり生命予後が限定される場合、例えばガンの末期などでBSC（Best Supportive Care）と呼ばれる積極的治療ではなく特に症状などを和らげる治療が行われる。鎮痛で患者をなるべく安寧な状態にしたり、QOL（生活の質）を高めたりすることを目的としたケアが行われる。この場合、医学的見地だけではなく、生活や人生という心理社会的状況を踏まえた介入が行われ、人生の終焉に向けた準備といった関わりを含めた支援が重視される。

このBSCに絡めて癌の患者について事例1（p.30～）に関して述べれば、この患者は現段階では表だって病気の進行の懸念を表明しなかったが、治療をしないことが命に関わることはよくわかっていた。また、例え治療をしてもその効果が期待できなくなる懸念もまた常に患者の頭をよぎっていたと言っても過言ではない。そのような懸念を抱きつつ治療をしながら生活を両立させていくこの患者の療養の様子は、医学的介入は勿論重大であるが、併せて心理社会的状況への配慮が欠かせないことを思い起こさせる。

また傷病の治療に限界があり障害を残す場合（例えば脳血管疾患・脊髄損傷・四肢の切断など）では、医学的リハビリテーション（以下医学的リハ）¹⁷⁷において、その治療を単に医学に止まらずに生活や社会とのかかわりの中に求めていく手法が取られて久しい。殊に現在では人間の生活機能と障害についてICF（国際生活機能分類）¹⁷⁸を用いて表現するには、「医学モデル」としては、障害を持っているかと言う専門的評価を行う視点と、患者の生活面を本人中心に総合的に捉えて理解していく「生活モデル」の視点とで行われる。また、ICFは、本人を中心に様々な専門分野や関係機関が支援の対象者に対して共通認識をもち、より深く理解するためのツールである。つまりICFの活用は、「心身機能・身体構造」「活動と参加」に加えて、それらに影響を及ぼす「環境因子」として分類することで、個人的・社会的環境を含めて支援の対象者をより良く理解することに繋がることを重視するものである。

事例3（p.40～）で、この医学的リハの継続が必要と医師が判断した患者について再考してみると、患者はもともと整形疾患による重度の肢体不自由があった上に脳血管疾患を患

い、更なる障害の重度化が起こった。脳血管疾患を発症した当時はこの病気に対する積極的な治療を行い、その上に回復促進のための医学的リハを経て、転院にて身体状況を維持するためのリハを受けた。その結果、回復の伸びが止まって症状固定 (stable) となり、重度の障害が残ったことで積極的な医学的介入はなくなった。患者はその後介護を常時受けることのできる施設に入所してそこで生活することになった。施設でも障害をそれ以上重くしないための、あるいは日常生活での介助の度合いをなるべく増やさないための維持的なリハが行われる。つまり医学的リハは医学と生活の両方の視点でその患者の個人的・社会的環境に関わって継続されていく。

公害や労働災害など諸外因による社会的・外的傷病の場合は、その原因の確定や傷病の治療、更にはその認定や社会的認知にも長い時間を要する場合がある。患者は、治療そのものに対する懸念のみならず、時間の経過と共に経済面や心理面、周囲の偏見などから生活上の問題を長らく解決できない状況に陥る。この場合には医学的対処と共に心理・社会的問題への対応が欠かせない。筆者の経験した支援の 1 つに、職場の同僚からのいじめに端を発する鬱病を発症しその労災認定に関わった事例がある。労働災害として労働者災害補償保険法 (以下、労災) に該当するか否かを結論づける長い道のりにおいて、患者は精神科治療を行いながら、経済的窮迫や偏見に耐えた。つまり病状に加えていじめの体質を持つ職場環境に耐えられない為に就労継続ができない。また労災認定が行われるまでは労災での休業補償請求のみならず、労災認定を求めているために社会保険での休業補償である傷病手当金の申請もできないといった状況に陥る。つまり、患者は治療費や生活費にまつわる経済的窮迫でまずは治療に集中できず、回復のためにのみ心を配るという状況ではない。また、いじめから発症した鬱病を心が弱いことに起因するものであるという世間の偏見に、患者・家族共に苛まされた。つまりこの事例の場合も、医学的対処と生活を少しでも安定させ本人や家族の不安を軽減する心理社会的問題への支援の双方が患者に必要であった。

難病と呼称される疾病は数多くあり、その原因や治療法は確立されていない。この多くは変性疾患¹⁷⁹であり、その進行は緩徐であっても概ね悪化の経過を辿り治療効果が望めず障害をもつに至る。生命予後が短い場合や重度の障害を持ちながら長期に渡って命を永らえる場合など様々であり、どちらにしても患者の心理・社会的状況に支障を及ぼすことは間違いない。筆者の勤務する病院の神経内科では多くの難病患者に対応しているため、MSW の介入も多い。難病の中でも ALS (筋萎縮性側索硬化症 Amyotrophic lateral sclerosis) は最も過酷な神経難病と言われている。40~50 歳代の働き盛りの発症が多く、初発症状は手や指の筋萎縮から始まるものが約半数で、発語障害・嚥下障害で始まる場合もある。知的障害・感覚障害・眼球運動障害・膀胱直腸障害の出現はほぼなく、進行すると肋間筋や横隔膜の筋力低下で呼吸困難をきたす。つまり頭はしっかりしているが全身の筋力低下で全介助状態になり、気管切開・呼吸器管理となれば発語困難となるが、この対処を選択しなければ生き永えられない。これは、意思ははっきりしているがその表示は言葉ではできず、寝たきりの状態であるということだ。医学的介入は原因や治療法の確定がないため濃厚には行えないが、呼吸できなくなった時に気管切開・呼吸器装着を行うかについて患者の考えの決定など主治医の関わりや患者-主治医間の IC が非常に重要である。一方、重介護が必要なための経済的負担や家族の疲弊、家族を休ませるためのレスパイト¹⁸⁰の必要

性、仕事ができない為の収入減、死と常に隣り合わせの心理状態へのケアなど、その心理社会的問題への対処が必要な場面は多くあり、医学的介入と生活への支援は切っても切り離せない。

以上のように、例として挙げたこれらの場合には、MSWは患者ひいては家族の気持ちに寄り添いながら、疾病や障害を受け入れられないといった心理的問題、復職や復学など傷病前の役割への回復、在宅療養の準備、家屋改修や新たな住宅準備のような環境調整、離職などによる経済的危機への対処、これらの問題解決や緩和のための社会資源活用等々のアプローチを行う。加えて問題の解決を図るためにソーシャル・アクション¹⁸¹と呼ばれる社会の変革にまでMSWが関わっていく事例もある。

つまり、「生活モデル」を念頭に置いた発想がなければ、医学や医療の達成は困難となることが想像される。その意味で言うと、既述したMSW導入の貢献者であるキャボット医師の患者への眼差しは、その当時では先見の明に満ちていたと言わざるを得ない。そのキャボットは、「大きな人間集団—例えば学校・裁判所・病院・工場では個人が見失われた」ために「一人の人間は、類型・ケース・階級の標本に過ぎなくなり（中略）、労務者として賃金を支払われ、患者として診療所で治療を受け、生徒として学校に籍を置き、被告と捨て法廷に呼び出される」ことを指摘し、「必要上個人をグループとして扱う時に、非人間的取り扱いに陥りやすい」。ここで「ソーシャルワーカーの一番大切な仕事は、ソーシャルワーカーがいなければ見失われてしまう個人的欲求を発見し、それを満たすことである。」¹⁸²としている。

また“*ADVENTURES ON THE BORDERLANDS OF ETHICS*”の第5章、“*ETHICS AND SOCIAL WORK*”¹⁸³の冒頭で、キャボットは、「応用倫理学（人々をトラブルから救い出し、私たち自身と世界をより良くするための試み）は、おそらく、他のどんな者の仕事よりソーシャルワーカーの仕事である」と述べ、「他の仕事では特別な種類の問題からその対象となる人を救い出そうとする（例えば弁護士は間違った法の裁きを受けている人たちを、聖職者は精神的に抑圧された人々を、医者は健康被害者を擁護する）」のに対し、「ソーシャルワーカーたちは直接的な援助や助言ができないときは、援助を必要としている者を直接的に援助や助言が可能な者の所へ導く（steer）ことができる」と記している。これは臨床にあっても、単に医学的問題にとどまらず、患者に必要な支援や助言をSW以外の他の専門職に求める柔軟性について述べたと解釈でき、臨床においてもSWが社会的な広がりをもって活動していたことが理解できる。これらキャボットの著作は、医療におけるSWの働きは医学的のみならず患者の個人としての社会性を埋没させないこと、また関係者との協働による患者への支援を可能とすることを示していると思われる。

それでは、「生活モデル」を念頭に置きながら、医療におけるSW（MSW）が患者のICに関わる意味は何か。患者—医師関係でのICは、患者がその道徳や価値観に照らして、自らが命にかかわるという究極の選択を、誰にも強制や気兼ねをすることなく、十分な情報に基づいて、純粹に自らの為に行うことができるための原則である。MSWは生活がもたらす様々な懸念になるべく振り回されることなく、患者がその純粹な決定を行えることを支援しているのではないか。それは、上述したいくつかの例—すなわち医学モデルと生活モデルとの統合、2つの目線の融合の重要性からも伺え、そして純粹に自らの命を大切にできる医学的決定へと繋がっていくものと思われる。

Ⅲ-2 患者の自己決定を医療のなかでどうとらえるか

患者の中には、高齢化・貧困の拡大・家族関係の希薄化といった社会構造から引き起こされる問題をもともと抱えていたり、傷病をきっかけに職を失って経済的に困窮したり、家族崩壊により絆を失ったりなどして、様々な状況下で苦しんでいる人がいる。もともと問題を持っていても、元気なうちは潜在化していたが、傷病が発生した途端に大きな問題として表面化することがある。貧しさは病気や怪我を発生させやすく、傷病が更なる貧しさをまねくという悪循環に陥る場合もある。このように、患者を取り巻く事情はまさに千差万別であり、この点はこれまでに示した事例からも十分に理解される。提示した事例は決して特別なものではなく、MSWに持ち込まれるケースの殆どが、何らかの心理社会的問題や倫理的ジレンマを抱えていると言っても過言ではない。例え社会資源の導入であっても同じであることはバイステックも示していた。

事例2にみる医学と生活のせめぎ合い

患者の自己決定を揺らがせる理由が多くある場合について考える為に、ここでは事例2 (p.35～)を振り返る。患者の病気の程度は軽く、自己決定できる能力も持っていた。その時点の身体能力は自宅の公営住宅の階段昇降が自力でできず、患者の言う「自宅のある階まで子供に背負ってもらおう」という発言は現実的ではなかった。患者自身の価値を守るために身体の回復を第一に考慮したい主治医は、再三転院とそれがもたらす患者の利益を伝えたが提案は拒絶された。MSWの介入で患者は発病前から様々な問題を抱えていたことが分かった。夫と子供の抱える大きな問題がその理由だった。MSWは、患者とその家族が持つ心理・社会的問題を少しでも解決することによって適切な転院によるリハビリテーションの継続を選択するために支援した。MSWはせめて生活保護申請が受理されてするまでは退院を延長し、リハを少しでも長く行えるよう、同病院内の一般病床から亜急性期病床¹⁸⁴への転棟を主治医と協議して患者に提案したが、患者は受け入れなかった。生活保護申請までは退院しないよう患者に要請して若干入院日数が延び、それに従って身体の回復が進んだ。結果的には、生活保護受給による経済的安定・栄養状態の改善・子供の就労については解決された。患者は結局転院せず、目標とする快復をせずに退院した。しかし生活保護が決定したため、外来での高血圧の治療は可能となった。

この事例では、例え自己決定能力があっても本人が抱える心理社会的問題が、患者自身の利益に即した当たり前の決断に影を落とすことを経験したが、このように、傷病前からの心理社会的問題は傷病によってその深刻さを増幅させる。また傷病による心理社会的問題は通常我々が想像する以上に起こりやすく深刻である。よってこのように療養中に多くの不安や問題を抱えている人々には、MSWの援助が必要であり、換言すれば、ソーシャルワークはその時代の社会構造の在り方や変化などに大きな影響を受けている人々をその支援の対象にし¹⁸⁵、医療を患者の価値に即して効果的に行うために、あるいは生活を再構築する為に、不安を解消し、問題の解決もしくは緩和されることのために必要とされる。

事例2についてこの点を再考すれば、これらの心理社会的問題は、患者や家族の力のみでは解決できなかったと想像される。この家族にはもともと問題解決能力が低いことを表すいくつものエピソードがあったこと、問題が複層的でその解決には専門的な整理と判断が必要であったこと、子供がキーパーソンとなるためにはサポートが必要であったこと、

がその主な理由である。

病気や怪我をすると、命の危険や苦痛といったその緊急性や切迫度で、非日常であると感じられる。治療が必要な場合に、それが外来通院であれば、自宅から通うために生活の中に治療や病院があり日常の一部分と考えやすく非日常という感覚は希釈される。また在宅で往診や訪問看護を受ける場合でも、自宅という空間に医療が持ち込まれる感覚で、これも生活の中に治療があり、むしろ患者の守備範囲でその治療を迎える感覚が生まれる。入院という事態では、患者は自分の生活する場所から遠く離れ、医師を初めとした専門職との新たな関係を構築しつつ、プライバシーが守られにくい空間で、痛みや苦痛に耐えなくてはならない。しかし入院したからといって、患者は生活や社会から切り離され、社会的役割を絶たれるわけではない。むしろそれらを引きずって入院し、その柵（しがらみ）ゆえに苦しむことも往々にして起こる。このような患者の抱える現実、病むことは、非日常という感覚を引き起こすが、紛れもなく生活や社会の一部であるという事実を思い起こさせる。

このように考えると、患者自身が臨床場面において医学的決定を自分らしくその利益のために純粋に決定しようとするには、あまりにも患者は様々なものを背負い込んでいて自由な環境の中にいるわけではないことに気づく。そこでは自己決定や IC が極めて当たり前の日常の選択の一つとなり、医療における自己決定の重要性がかき消され、埋没してしまう懸念がある。事例 2 もまさにそのような状態であった。心理社会的問題が本来的な身体能力の回復や生活能力の改善への決定を阻んでいた。最終的には排泄のコントロールで悩んでいる夫の早く退院してほしいという懇願に従って退院した。

米村は、『病むという体験』は、実は日常から切り離された『反日常』的体験というよりも、病むことのなかで、その日常が改めて問われてくると言う意味で、それは『凝縮された非日常』と言う体験なのだ、と言う¹⁸⁶。病気や怪我は殆どすべての人が避けて通れず、ましてや死は誰の身にも起こる。つまり生活の中に病気・怪我・死は当たり前のものだが、同時にそれは凝縮した非日常として我々に迫ってくる。そこでは、自分自身の来し方やこれからが振り返られ、問われ、今後を熟考し、これからのために様々な決定をしなくてはならない。

事例 2 でも、患者の発病前に抱えていた問題が明らかになり、患者と子供はその問題に向き合うことになった（残念ながら夫と MSW は面接の機会が持てなかったため、夫がこれらの問題を見つめ直したかどうかは不明である）。そして今後を考え、そのために様々な決定をした。MSW としては、患者にとって適切と思われた治療の継続について患者が決定しなかったことが残念ではあった。

この事例のように、特に重要な治療に関する様々な選択や決定において、上述した心理社会的問題が患者の価値に基づいた医療の選択を阻む時、患者自身がその価値に基づいて行えるよう、つまり可能な限り患者が命を大切にし、こうありたいという純粋な思いに従って為されるよう、その不安を解消し、問題が解決もしくは緩和され、患者が自らの人生を大切にすることを目的に MSW 支援が行われる。

それでは、この極めて重要で純粋に患者の道徳や価値観に即した決定を行うには、何が必要か。第一に、患者は環境や状況の中の人であることを、医療関係者が強く認識することが必要である。その上で、心理社会的な問題が早く発見される仕組みを作る事、患者が

そのような問題を話しやすくする雰囲気や環境を臨床に醸成すること、そして患者がその解決や緩和に MSW を含めた専門職の力を活用できること、であると考えている。MSW は、訓練された傾聴などの専門的技術や広範囲な専門的知識を学ぶことで、その力を担保しなくてはならない。

医療の必要な状況は個々人によって実に様々である。また、患者の抱える心理社会的問題も誰一人として同じものはない。それは、医学モデルと生活モデルの統合の必要性に関して挙げた例や事例からも、十分に理解できる点である。生活は医学を、医学は生活を共に支え合い、補完し合ってその人、その患者の‘life’の全容を捉えることが重要である。その視点は生命・生活・人生に渡る 3 層の補完性であることを改めて強調したい。

勿論、心理社会的問題の解決や緩和が常に上手くいくとは限らない。MSW 支援の効果は、時に大きく、時に殆どないことも事実である。患者の希望するような解決に至らないことも視野に入れて支援は行われる。思ったような決定にならないことも現実にはあり得るが、共に歩む経過やコミュニケーションがそれを補填する。

つぎの節では、その経過とコミュニケーションの重視に焦点を当てて、IC について考察する。

III-3 経過とコミュニケーションを重視する IC

MSW を含む SW は患者の自己決定にどう関わるのか。「患者が何を自己決定するのか」、その答えは患者が自覚しているか否かに関わらず患者自身の中からしか生まれない。患者自身が行いたいと思っている決定を、あるいは自覚できていない望ましい決定を、どのようにして自分自身の決定として表現することができるだろうか。それは、多くの場合、患者とのコミュニケーション（それを対話と表現することもできる）を重視するソーシャルワークの過程の中で生まれる。つまりソーシャルワークの過程で為される情報収集・アセスメント・介入の場面では、患者に内在する自己決定を阻む様々な問題の表出が始まり、患者は自らを振り返りつつ、その問題の整理を SW と共に行い、最終的な決定が行われるものと思われる。そのためには経過を共に歩むことが重要である。この過程で重要視されるのは、例えばバイスティックの原則である。既述したバイスティックの原則を中心に事例 1 の初日の面接（患者が治療拒否をする気持ちから、生きていきたい気持ちを自覚するまで）を振り返る。

事例 1 における MSW 面接の特徴

事例 1 の患者は、医師とは心理社会的な問題を話し合う時間がなかった。しかし、経済的な問題で治療を諦めたいと語れば、当然医師は患者のことを心配したことだろう。そして何らかの形で相談に繋ぐ助言をしたことだろう。よってこの患者の場合は、医師の時間的余裕の問題よりも、患者の語らないとする姿勢が医師に相談を勧めさせなかったのではないかと想像された。心配した看護師が、MSW への橋渡しをしている。それでも患者の発言では、相談することを快く思っていないようだ。MSW は看護師からの電話の内容で、まず患者には相談に訪れるチャンスを提供する必要があることを理解した。よって、MSW は患者からの電話に対し、「気軽にいらっしやいませんか。経済的な事情と伺いました。少しでも問題が軽くなるよう、一緒に考えてみませんか」「お金は何かなるものです。お金よ

りあなたの体が大切だと私たちは考えています」と話しかけ、患者はかけがえのない人として尊重されていることを伝えることから始めている。「あなたのことを大切に思っています」ということを患者に伝えることによって、患者が話をしたいという気持ちに大きく作用する可能性がある。人は、一般的に、受け入れられていると感じなければ大切なことを話すことはできない。この際使われた原則は「受容」「非審判的態度」である。治療拒否をするつもりのある患者のありのままを受け止める。自分を大事にしない駄目な人と批判したり決めつけたりしない。よって勿論説教や説得はしない。MSWは、何故この人が治療を拒否するのかとまず考え、次に経済的問題とわかればその内容を聞き取る。その場合のポイントは、「この患者の病気はどんなものか」ではなく、「この病気をもっているこの人はどんな人か」である。病気の情報は重要ではあるが、MSWの面接ではまず「その人」について聞き取る。最初から病気に焦点を当てると、患者その人自身が見え来にくくなるのがその理由である。勿論患者はまず傷病について話し始めることは容易に想像できる。何故なら一番気になっていたり心配な点であったりするからである。その場合は、否定せずにその話を傾聴する。しかし面接の広がりとして家族・仕事や役割・経済・環境・感情などについて聴きとって行くように、面接を構造化することが重要である。

患者は、「電話はしないかもしれない」と看護師に話したにも拘わらず電話をかけてきた。その電話の際に、「予約をしてもその当日行かないかもしれない」とMSWに告げたが、約束の日には来室した。この2点から、患者が本当は解決できる方法はないのかと模索しているのではないかと思われた。勿論、患者が後に述べたように、MSWの電話での対応に、自暴自棄で意地悪な気持ちになったから来たという気持ちも嘘ではないだろう。患者は意地悪な気持ちと同時に何とか治療できる可能性があるかもしれないという僅かな期待もあったと述懐している。言葉とは裏腹に電話と来室という2つの行動は、問題を解決する力を持ち合わせている可能性を教えてくれる。これは患者の強さ(strength)の表れであるとMSWは肯定的に理解する。

治療を断念する理由はその後のMSWの面接で明らかになった。つまり、単に経済的困窮だけが問題なのではなく、離婚・離職・発病・療養という複層的な不幸、そこから生まれた絶望感が患者の生きる意欲を奪い人生への諦観に繋がっていたことが理解された。ここでは「個別化」の原則が使われる。誰一人として同じ人はいない。この患者の語る人生はこの患者一人のもので、誰とも違う特別なものである。

また、患者が語る場合には、MSWは基本的に傾聴に努める。これは、話を単に聞くのではなく、注意深く丁寧に耳を傾けて聞くことであり、支援にとっては重要な、しかし忍耐のいる技法である。MSWが尋ねたいことを中心に聞くのではなく、患者が話したいことを聞く。殊に拒否的な内容や感情を十分に聞き取る。これは「意図的な感情表出」の原則に基づいている。その際、受容・共感を重要視する。このことは、患者を理解するのに役立つとともに、患者が受容的に対応するMSWに対して、好感を持つことで信頼関係の成立にも役立つと期待される。また、患者は語る中で、自分自身の置かれている状況や感情を俯瞰して客観的に見ることができる。またその言語化が、問題の整理を可能とすることも多い。そのことで患者が納得のいく判断や結論に到達することもある。この患者の場合は、治療を諦めることを明言しているが、MSWにこれまでの辛い生活史とそこから生まれた自暴自棄や諦観などの感情を語ることによって、やはり自分は生きていたかったのだと自覚

した。このように患者が話をする場合には、「意図的な感情表出」の原則にあるように、「できない・しない・わからない」など否定的な感情を特に引き出すことが重要であり、そのために MSW は傾聴と共に効果的な質問や傾きなどの技法を挟みながら話を聞きとって行く。

この段階までくれば、経済的問題解決のための社会資源活用はスムーズにいく可能性がある。既述したように、バイスティックは「ソーシャルワークにおける基本的な仮定では、全てのクライアントの問題や欲求は心理・社会的である。つまり、クライアントのはっきりとした要望が物質的なものあるいは有形のサービスに対する支援である時ですら、全ての問題は感情的な要素を持っている。」と述べており、この感情的な要素が明らかになったことで、患者と MSW との間で、生きるために治療をするという理解が得られたためである。その決定に沿って、患者と共に社会資源の活用について提案をまとめ、理解を得る経過へと進んでいく。

Shared Decision Making (SDM) からの示唆

ここで言う IC は上述したように (p.33~34) 5つの社会資源活用であった。患者と MSW はその活用を話し合いながら決めていった。その計画のために、患者の質問に MSW が答え、MSW の質問に患者が答えるというコミュニケーションが重要であった。つまり、MSW は一方的に支援内容を提示できない。何故なら患者がどのようにどんな方法で問題を解決したいかは、患者にしか決められないからである。MSW が考え得る提案が1つしかない場合では、MSW の提示に対し患者は、自らの希望に沿って違った提案はできないのかと問うことだろう。またいくつかの提案が可能な場合には、患者はその中から選択するにあたって MSW に質問したいと望むだろう。この事例の支援を振り返ってわかるように、医学的な問題以外にも様々な問題を背負っている患者がなるべく満足のいく自己決定を行うには、自分はどうかありたいのか、どう決定したいのかを患者自らから導き出されることが重要であり、MSW はまず患者の心理社会的状況を把握することからその答えの源泉を辿る道筋を患者と共に歩み始めるということである。しかしこれもまた既述のように、自己決定とは必ずしも患者の思うとおりの結果を導き出せるというものではない。その意味でも、MSW が重要視するのは、何らかの結論に至るまでの「過程」を支えることである¹⁸⁷といえよう。

ここまではソーシャルワークの過程と、患者-MSW 間の IC にとって経過とコミュニケーションが重要であり、それが患者の自己決定を支えることを確認してきたが、患者-医師関係でも同様にこのコミュニケーションや対話は重要な役割を果たすと想像できる。

上述したように、IC を Shared Decision Making と捉える考え方では、患者や家族が医療に関する何らかの決定を行う場合、共に悩み考えて意思決定する過程が重要であるとする。この過程をコミュニケーション (Communication) というなら、それは単なる「伝達・連絡」ではない。その語源 Communication は、ラテン語で「共有する」という意味を持つ。また Share は「他の人と一緒に持つ・行う」という意味で、「Share」と「Communication」は「共有する・一緒に」という点で共通する¹⁸⁸。既述の “*Making Health Care Decisions, The Ethical and Legal Implication of Consent in Patient-Practitioner Relationship*” の中に、「この報告では委員会はどうやって (著者注 患者と医師との) 相互参加と尊敬によ

って、そして共有して決定することによって特徴づけられる患者と専門職との関係を育てる (foster) かにについての議論の合意に話を移そうとしている」という記述がある。それは、「患者自身にケアに関する全責任とコントロールを任せると、医師は患者に医学的情報を与え、患者が指示するように熟練技術を使うことになり、医師が患者の従僕として行動しなくてはならない」と懸念される状況からの脱皮と読み取れる。「治療の過程における決定は、合意に努力するプロセスに対する専門家と患者間のディスカッションから成る」とし、「患者がこのプロセスへの対話に参加することを、医師あるいは他の医療関係者が招待することを意味する」とも述べている。このような関係では、患者と医師との間の相互作用がおこるが、これを化学反応 (the chemistry of the interaction) と表現し、「相互作用が決定のプロセスを修正していく」と言う。確かに対話による関係の中からは、化学反応のように相互の関係性から生み出されるものがある。これらの内容からは、IC のバリエーションとして、患者と医師の双方向対話型の SDM という IC の形が見えてくる。SDM では医師は患者との対話に参加し、むしろ患者に参加を呼びかけ、共に決定を成し遂げていこうとする形であると考えられる。言い方を変えればそれは患者の決定のプロセスに立ち入ることでもあるが、重大な医学的決定を行う場合に医者に比して圧倒的に専門的知識が乏しい患者が医師に多くの意見を求めることは容易に想像できる。事実、著者が患者－医師関係の IC に同席する場合には、患者側は決定や権限委任のために、この対話を医師に強く求める状況に遭遇することは多い。また対話の乏しい決定が、患者に納得や安心感をもたらさないこともまた想像に難くない。本来、限局された一場面だけで、IC を行うことには無理があり、また重要な決定の為にはよほど緊急を要する場合でも、相手を理解しようとする気持ちや心を開かせ受容するコミュニケーション技術が重要である。それは「コミュニケーション不足と医療訴訟との関連を示す研究や論文は多く存在する」という指摘¹⁸⁹からも蔑ろにはできない関係性といえる。

患者－医師関係における SDM は、患者－MSW 関係におけるコミュニケーションや対話重視の IC の形に極めて近いという印象を持つ。ソーシャルワークにおいては、まずは患者の話を MSW が傾聴するが、その基本的スタンスは対話・コミュニケーションである。そのような中で患者が行う 1 つ 1 つの決定とは、患者が希望する問題解決の方向に向かって進む道筋を作り出していく。このような決定を支えるのが SDM に近い患者－MSW 間の IC と位置づけられる。

MSW は面接技術というコミュニケーション技法を養成課程で教育される。この点からも、患者が何を欲しているのかを自覚している場合のみならず、事例 1 の患者の場合のように対話の中から MSW は患者が自覚していなかった気持ちを汲み取り、表在化させ、その自己決定に貢献できる可能性を見いだせる。患者の価値や道徳観に沿った決定のためには患者との濃厚な交流が必要であるが¹⁹⁰、ソーシャルワークの経過とコミュニケーション重視の支援の中で、委員会報告の言葉を借りるなら、患者と MSW 間の化学反応が答えを導き出すかもしれない。それは、患者が対話の中から自らの今後を考えることにも繋がり、ひいては「人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通して患者とパーソナリティを発達させる諸過程から成っている」とするリッチモンドのソーシャル・ケースワークの定義にも通じる¹⁹¹、重要な過程でもあると考えられる。

おわりに

患者が自己決定するとは自らの人生の舵を自身で取るということである。人は常に何かを決定し選択しながら生きていく。医療における自己決定も、そのような選択と言え、治療を受けるという生活の中の重要な事象は、如何に生活し如何に人生を歩むのかという自分自身の生き方に連なっている。この意味で医療にまつわる決定の重要性は、生活に埋もれてしまうことなく、自らの命・生活・人生を大切にするためにも守られなければならない。医療がまず介入する大切な命を巡る決定は、生活の一部とは言いながら、選択する本人その人の価値に基づいて、誰に遠慮することなく自由に、提案された方法を十分に吟味して決定されることが望まれる。故にそのような重大な決定を阻む心理社会的問題があった場合、MSWはその問題の解決や緩和の為に、患者と共に問題を明らかにし、整理し、その解決に向かって支援する。その結果、患者が本来の決定を行えることが、MSWの大きな役割の一つである。

患者の自己決定は昨今では臨床場面における重要なキーワードであるが、それはまたソーシャルワークにおいても支援の根幹を成すものである。臨床場面におけるソーシャルワークに関して、患者－医師関係における自己決定の具現化としてのICの考え方を使得、患者－MSW関係でのICを考察した。

また歴史からは、時代と共に変化を繰り返してきたMSWの状況と共に、上述した内容を裏付ける決して変わらない視点も見えてきた。それは、クライアント（患者）を社会的存在としてみるという点である。それはアーモナーの気づきから、リッチモンドのCOSでの働きから、またキャボットの視点から、さらにジャーメインのライフモデルから、それらを再考することができた。時代が変わると医療情勢も変わる。医療経済に患者は翻弄される。しかし病むことや治療する辛さは、どんなに患者を取り囲む社会情勢や環境が変化しても変わることはない。

患者－医師関係のICの構成要素を参考に、ソーシャルワークの基本的な原則を基盤として、3事例からMSWの支援を再考した。日本ではMSWの役割を知る人はまだまだ少ない。そればかりか誤解されていることも多い。それはMSWこそが医療経済に翻弄されて、本来の役割を遂行できずに、退院調整が主たる業務だと思われていることから始まっている。病院全体で、早期退院を勧める圧力がMSWにのしかかることは日常茶飯に業務の中で起っている。上述した田川の弁を再度ひくと「ソーシャルワーカーが雇用される組織が官僚主義的な傾向を増せば増すほど、それに伴って専門職としての自律の余地は乏しくなるが、その反面利用者との直接的な接触場面では『自律的である』ことが求められる」。その意味では、これらの事例を検討する中で、患者－MSW間のICや、そのICで確認しながら進むソーシャルワークが、患者の自己決定に関連して重要であると再考できたことに意味があった。

また、従来相容れないものとして対置されている医学モデルと生活モデルを、事例を織り交ぜながら再考することで、臨床においては決して対極にあるものではなくその両者の必要性和考え方の融合が患者理解には重要であることも確認できた。

歴史の中では、医学モデルを踏襲したとの誤解のあったリッチモンドのソーシャルワークの理論化を確認すると、それは生態学に基づく生活モデルの考え方にも生かされていることが理解できた。

一方、患者の権利としての自己決定を大切にすることを専門職のみならず患者自身が理解し望んでいるとは言いながら、その理解の程度や実行にはまだまだ温度差がある。その温度差をなるべく小さくしていくために、患者の自己決定を医療の中でどのようにとらえるかについて述べ、大切な決定を阻害する心理社会的問題の早期発見、患者がそのような問題を語りやすくする環境の醸成、MSW を含むこれらの問題に対処できる専門職の活用などを挙げた。

加えて、MSW が患者の自己決定にどのように関わるかを述べた。そのキーワードは経過を共に歩むことと、コミュニケーションに支えられた支援である。殊に自己決定では必ずしも患者の思うとおりの結果を導き出せないこともある。そのために MSW が行う、経過重視とコミュニケーションは、患者-MSW の IC においても重要な役割を果たすと思われる。患者の満足は、患者自らが「大切に扱ってもらった」と感じることができかどうかにかかっている。そのために十分なコミュニケーションを通じて共に悩んだ果てに患者自身の決定が行われることの重要性を、医療従事者のみならず患者自身もが常に念頭におき、自らに戒めておくことが必要である。

筆者自身、MSW としての日常の業務の中では、実際に自己決定が大切にされていない現実に直面することも多くある。例えば、自己決定能力に問題があり（認知症・失語症・意識障害など）決定できない人も増えていることもその原因であろう。さらにそれらの人々をサポートする家族も、高齢化などによりその能力が減退していることもまた現実である。このような状況は、患者・家族のみならず医療関係者にも倫理的ジレンマを強く感じさせている。医療中の人権保障が患者の権利保障である¹⁹²との認識をもちつつ働く MSW は、この倫理的ジレンマの中で患者-主治医関係の IC を権利保障として支援の基盤に置きつつ、患者-MSW 関係の中での IC と自己決定を守り続けていくことができるのかを問い続けている。

注

- 1 浅井 篤「医療現場で自己決定を実現するために必要な 10 の徳」『自己決定論のゆくえ』 p.179 2008
- 2 柏木昭 「精神科ソーシャルワーカー—自己決定権の尊重と社会福祉アイデンティティ」『法学セミナー増刊総合特集シリーズ (37)』 p.182
- 3 Felix P. Biestex, *The Casework Relationship*, School of Social Work, Loyola University press 1957
F.P.バイスティック 田代不二・村越芳男訳「ケースワークの原則—よりよき援助を与えるために」1965 誠信書房
- 4 柏木昭「クライアントの自己決定論の実践的研究の歩み」社会福祉研究 97 号 pp.73-79 1994
- 5 *Encyclopedia of Social Work* 19th, Richard L. Edwards, June Gary Hopps p.1127
National Association of Social Workers 1995
- 6 岡本珠代「アメリカの医療倫理教育から学ぶ」広島県立保健福祉短大紀要 1 (1) p.107 1995
- 7 谷田憲俊『インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解』NPO 医療ビジランスセンター p.10 2008
- 8 岡本民夫「社会福祉技術の展開過程」『社会福祉援助技術論 I』 p.244 中央法規 2006
- 9 堀越由紀子「インフォームド・コンセントにおけるソーシャルワーカーの責任」『保健医療ソーシャルワーク実践』 p.130 中央法規 2004
- 10 林 真帆「ソーシャルワークにおける主体性に関する一考察—主体性概念に着目して—別府大学紀要 第 52 号 pp.55-65 2011
- 11 松永桂子「自己決定に関する医療ソーシャルワーカーの判断について—道内医療ソーシャルワーカーに対する調査結果から—」社会福祉学 第 49 巻第 1 号 2008
- 12 松端克文「ソーシャルワークにおける主体性概念の検討—強度行動障害とされる人たちの援助をめぐる—」ソーシャルワーク研究 Vol.22 No.4 1997
- 13 石川時子「能力としての自律—社会福祉における自律概念とその尊重の再検討—」社会福祉学 第 50 巻 第 2 号 2009
- 14 岩本華子「社会福祉援助におけるクライアントの主体性概念に関する一考察」『社会福祉問題研究』第 56 号第 1・2 合併号 2007
- 15 樋澤吉彦 研究ノート 「自己決定/自立および自己決定権についての基礎的考察—支援/介入の視点から」Core Ethics Vol.1 pp.105-115
- 16 児島亜紀子「自己決定/自己責任:あるいは、未だ到達しない<近代>を編みなおすこと」社会問題研究 50 (1) pp.17-36
- 17 前田正一「インフォームド・コンセント」 p.141 赤林朗編『入門・医療倫理 I』勁草書房 2005
- 18 鈴木恒夫 「インフォームド・コンセント」今井道夫・香川知晶編『バイオエシックス入門 第 3 版』東進堂 p.32 2003
- 19 鈴木恒夫 p.33
- 20 患者の同意に関する議論のきっかけとなったのは、1898 年に発表された皮膚科医アルベルト・ナイサーによる梅毒血清実験である。彼は別の疾病のために入院していた 8 人の若い女性に、梅毒患者から採取した無細胞の血清を免疫投与の目的で注射した。その後の 4 年の観察期間内に、8 人のうち 4 人—全員が売春婦と記載されている—が梅毒を発症した。ナイサーは 300 マルクの罰金を科され、1900 年 12 月 29 日には文化大臣の命令として、書面による同意が必要である旨が述べられている。ナイサーを批判したアルベルト・モルの著作『医師の倫理』(1902)には、同意のない人体実験が医師の義務に反することが述べられている。

-
- 21 谷田憲俊「インフォームド・コンセント成立の背景について」山口医学第 53 巻第 2 号 p.92 2004
- 22 木村健「アメリカ医療はいま：医療現場からのレポート」『医療経営情報』ミクス書籍 No.106 1998 pp.58-59 <http://kenkimura.weblogs.jp/blog/files/19980801.pdf>
- 23 鈴木恒夫 p.34
- 24 「ニュルンベルグ綱領」医療倫理 Q&A 刊行委員会編『医療倫理 Q&A』pp.244-245
- 25 「ヘルシンキ宣言」<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/helsinki2008j.pdf>
- 26 谷田憲俊 p.94
- 27 岡本珠代「インフォームド・コンセントの 50 年」『人間と科学 広島県立大学保健福祉学部雑誌』10 (1) p.3 2010
- 28 前田正一 p.144
- 29 「患者の権利章典に関する宣言」医療倫理 Q&A 刊行委員会編『医療倫理 Q&A』pp.269-277
- 30 「リスボン宣言」<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>
- 31 星野一正 「米国連邦法『患者の自己決定権法』」民主化の法理 医療の場合 67 時の法令 1622 号 p.62-66 2007 年 7 月 30 日 編集・発行大蔵省印刷局
- 32 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス 永安幸正/立木教夫監訳『生命医学倫理』第 3 版 p.93 1997 成文堂
- 33 『治療に同意する能力を測定する 医療・看護・福祉のためのガイドライン』p.60 トマス・グリッソ ポール・S・アップルボーム著 北村總子・北村俊則訳 2000
- 34 「医療における自己決定の盲点—精神科医療の中で—」北村俊則・北村總子 p.109 『自己決定論の行方 哲学・法学・医学の現場から』高橋隆雄・八幡英幸（編）九州大学出版会 2008
- 35 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス p.94
- 36 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス p.113
- 37 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス p.101
- 38 前田正一 p.149
- 39 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス pp.106-112
- 40 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス p.116
- 41 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス pp.117-118
- 42 前田正一 p.156-157
- 43 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス pp.122-124
- 44 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス pp.92-93
- 45 トム・L・ビーチャム / ジェイムズ F・チルドレス pp.88-89
- 46 浅井 篤「インフォームド・コンセントの基本」京都大学医療技術短期大学紀要 別冊『健康人間学』2004 16 pp.11-15
- 47 トム・ビーチャム / ジェイムズ・F・チルドレス p.101 p.116
- 48 トム・ビーチャム / ジェイムズ・F・チルドレス p.89
- 49 *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implication of Consent in Patient-Practitioner Relationship*, President's Commission for the Study Ethical Problem in Medicine and Biomedical and Behavior Research pp.36-39 1982
- 50 横井正義「インフォームド・コンセントの倫理」p.229 慶応義塾大学 哲学第 91 集 1990
- 51 清水哲郎「医療現場における意思決定のプロセス—生死に関わる方針選択をめぐる—」pp.5-6 思想 岩波書店 2005
- 52 トム・ビーチャム / ジェイムズ・F・チルドレス p.131
- 53 浅井篤・福井次矢「倫理的ジレンマと意思決定に関する考察」『生命倫理』Vol.7 No.1 1997
- 54 ジョアン・バラクロー他『医療ソーシャルワークの挑戦—イギリス保健関係ソーシャルワ

-
- ークの 100 年』児島美都子・中村永司監訳 中央法規 1999
- 55 中島さつき 『医療ソーシャルワーク』 誠信書房 1980
- 56 仲村優一『ケースワーク』 誠信書房 1970
- 57 吉田久一・高島進『社会事業の歴史』 誠信書房 1964
- 58 宮本義信 『アメリカの対人援助職—ソーシャルワーカーと関連職種の日米比較—』 ミネルバ書房 2009
- 59 伊藤淑子 『社会福祉職発達史研究 米英比較による検討』 ドメス出版 1996
- 60 児島美都子 『医療ソーシャルワーカーの現代性と国際性 MSW45 年のあゆみより』 勁草書房 1998
- 61 社団法人日本社会福祉士会/社団法人日本医療社会事業協会 『保健医療ソーシャルワーク実践 1・2』 中央法規 2004
- 62 ソーシャルケアサービス従事者研究協議会編 大橋謙策研修代表 『日本のソーシャルワーク研究・教育・実践の 60 年』 相川書房 2007
- 63 『日本の医療ソーシャルワーク史 日本医療社会事業協会の 50 年』 50 周年記念誌編集委員会 日本医療社会事業協会 2003
- 64 中島さつき p.26
- 65 伊藤淑子 p.56
- 66 伊藤淑子 p.164
- 67 中島さつき p.26 p.35
- 68 伊藤淑子 p.164
- 69 伊藤淑子 p.61
- 70 *Encyclopedia of Social Work* 20th, Terry Mizrahi, Larry E. Davis, editors in chief p.328 NASW press 2008
- 71 *Dictionary of Unitarian & Universalist Biography, Unitarian Universalist History and Heritage Society* <http://www25.uua.org/uuhs/duub/> 2013.10.6 アクセス
- 72 R.C.キャボット著 森野郁子訳『医療ソーシャルワーク 医師とソーシャルワーカー』(原題 *Social Work, Essays on The Meeting ground of Doctor and Social Workers*) p.17
- 73 中島さつき p.43
- 74 Wikipedia the free encyclopedia http://en.wikipedia.org/wiki/Richard_Clarke_Cabot 2013.6.29 アクセス
- 75 R.C.キャボット著 森野郁子訳 pp.18-19
- 76 川田譽音 『社会福祉援助技術論 1』 p.88 中央法規 2006
- 77 『日本の医療ソーシャルワーク史 日本医療社会事業協会の 50 年』 p.6
- 78 笹岡眞弓 『保健医療ソーシャルワーク実践 1』 p.62 中央法規 2004
- 79 伊藤淑子 p.161
- 80 金田知子『保健医療ソーシャルワーク実践 1』 p.27
- 81 Denise Platt 保健関連ソーシャルワーク 100 周年記念祭公開講演「過去、現在、そしてこれから」渡辺千壽子訳 ジョアン・バラクロー他 p.174 1999
- 82 児島美都子 p.91
- 83 岡田進一『保健医療ソーシャルワーク実践 1』 p.3
- 84 *The Casework Relationship* p.101
- 85 平塚良子 「生態学的アプローチのパラダイム分析と今後の課題」『ソーシャルワーク研究』 Vol.21 No.3 1995 相川書房
- 86 岡田進一 p.7
- 87 日本医療社会事業協会編集 2003 p.226
- 88 日本医療社会事業協会編集 2003 p.230
- 89 杉山章子解説・訳『GHQ 日本占領史 22 公衆衛生』 p.28 1996 年 日本図書センター

-
- 90 ベックマン「日本における医療社会事業視察計画に関する報告書」1956
- 91 笹岡真弓 p.64
- 92 1987年2月5日「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第1回会合」で挙げられた5職種にMSWも提案された。2月17日協会がヒアリングを受ける。2月25日協会に厚生省から「医療職として位置づけるのであれば、「学歴は高卒3年以上とする（これは理学療法士・作業療法士・看護職といった医療職との横並び）」と明示される。4年制大学卒の受験資格を決議。3月18日厚生省から「今国会上程は難しいが次期国会には提出したいので必要な検討を急ぐように」との指示。この段階での検討課題は療職として医師の指示がどこまでかかるかという業務の範囲と養成課程（学歴）要件。
- 93 「医療ソーシャルワーカー業務指針」厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号 http://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/gyoumusisin_2002.pdf 2013.10.6 アクセス
- 94 岡田進一 p.18
- 95 伊藤正子「医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題」現代福祉 pp.81-101 2006
- 96 田川佳代子「ソーシャルワークの価値と倫理をめぐる問題点」愛知県立大学文学部論集 pp.89-106 2004
- 97 平塚良子「社会福祉におけるクライアント認識に関する一考察ー転換期における勝からの視点」『社会福祉学』27(2) pp.75-102 1986 一般社団法人日本社会福祉学会
- 98 北島英治『ソーシャルワーク論』pp.36-37 2008 ミネルヴァ書房
- 99 北島英治 pp.65-75
- 100 *The Casework Relationship* p.25
- 101 Felix P. Biestex pp.27-30
- 102 Felix P. Biestex p.35
- 103 Felix P. Biestex p.36
- 104 Felix P. Biestex pp.37-38
- 105 Felix P. Biestex p.50
- 106 Felix P. Biestex p.50
- 107 Felix P. Biestex p.55
- 108 Felix P. Biestex p.58
- 109 Felix P. Biestex p.59
- 110 Felix P. Biestex p.72
- 111 Felix P. Biestex p.87
- 112 Felix P. Biestex p.87
- 113 Felix P. Biestex p.121
- 114 Felix P. Biestex p.133
- 115 Felix P. Biestex p.103
- 116 Felix P. Biestex p.105-106
- 117 Felix P. Biestex P.110
- 118 Felix P. Biestex P.113
- 119 Felix P. Biestex P.115
- 120 Felix P. Biestex p.118
- 121 Felix P. Biestex p.101
- 122 柏木昭「クライアント自己決定論の実践的研究の歩み」社会福祉研究第37号 pp.73-79
- 123 旭洋一郎「社会福祉、障害者福祉と知的障害者の自己決定」日本社会福祉学会第46回大会報告レジュメ・資料 明治学院大学 1998.10.18
- 124 辻陽子「統合失調症者の自己決定要因に関する研究ーグループホーム入居者へのインタビュー調査からの一考察」関西福祉科学大学紀要第16号 pp.97-116 2012
- 125 北島英治 p.73

-
- 126 ソフィア・ブトゥリム『ソーシャルワークとは何か』序 川島書店 1993
- 127 *The Social Work Dictionary* 5th, Robert L. Barker, p.217 NASW press 2003
- 128 *Encyclopedia of Social Work* 18th, Ann Mirahan editors in chief NASW press 1987
Encyclopedia of Social Work 19th, Richard L. Edwards editors in chief NASW press 1995
Encyclopedia of Social Work 20th, Terry Mizrahi, Larry E. Davis editors in chief NASW 2008
- 129 BASW The Code of Ethics for Social Work *Statement of Principles*
<http://www.basw.co.uk/codeofethics> 2013.10.6 アクセス
- 130 The Code of Ethics for Social Work, Statement of Principles,
3 Ethical Practice Principles
Acting with the informed consent of service users, unless required by law to protect that person or another from risk of serious harm;

“ Social workers should ascertain and respect, as far as possible, each individual’s preferences, wishes and involvement in decision making, whether or not they or other persons have powers to make decisions on the person’s behalf. This includes the duty to ascertain and respect a child’s wishes and feelings, giving due weight to the child’s maturity and understanding, where the law invests power of consent in respect of a child in the parent or guardian. Social workers need to acknowledge the impact of their own informal and coercive power and that of organisations involved.”

4 Providing information:

“ Social workers should give people the information they need to make informed choices and decisions. They should enable people to access all information recorded about themselves, subject to any limitations imposed by law. Social workers should assist people to understand and exercise their rights including making complaints and other remedies.”

- 131 NASW Code of Ethics <http://www.socialworkers.org/pubs/code/default.asp>
2013.10.6 アクセス
- 132 社会福祉専門職団体協議会の倫理綱領」 <http://www.japsw.or.jp/syokai/rinri/sw.html>
2013.10.6 アクセス
社会福祉専門職団体協議会：日本ソーシャルワーカー協会・日本社会福祉士会・日本医療社会事業協会・日本精神保健福祉士協会の4団体
- 133 *Encyclopedia of Social Work* 19th p.1127
- 134 付加給付制度：大手企業などの健康保険組合において1ヶ月間の医療費の自己負担限度額を決めておき、限度額を超過した費用を払い戻す制度
- 135 多数該当：同一世帯で1年間（直近12ヶ月）に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は、4回目からは自己負担限度額が軽減される制度
- 136 障害年金：この事例の場合は、厚生年金で申請する障害年金を指している。厚生年金では、老齢・障害・遺族いずれかの支給事由が生じた場合、その支給要件に合致していれば申請することによって審査、受給となる。ここでは新生悪生物としての申請は現段階では該当しないことを説明している。
- 137 脳血管疾患：脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血に代表される脳の病気の総称。他に、もやもや病、慢性硬膜下血腫等も脳血管障害に分類される。
- 138 急性期病院：急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある患者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院
- 139 回復期リハビリテーション病棟：急性期を脱し在宅復帰を目指す病棟のこと。全国

-
- 回復期リハビリテーション病院協議会によれば、この病棟を有する病院は、2012年現在1186病院。
- 140 多問題家族：貧困・傷病・心身障害・問題行動など複数の問題をかかえた家族をさす。今日ではハイリスク家族と表現される場合もある。問題は複数存在し、かつ慢性的。社会的に孤立していて外部との接触が少なく、また外部への強い不信感を持つことが多い。そのため、介入して援助することが困難であり、難渋事例となる。
- 141 国民健康保険 44 条：保険者は、特別の理由がある被保険者で保険医療機関等に一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、一部負担金を減額する・一部負担金の支払を免除する・保険医療機関等に対する支払に代えて一部負担金を直接に徴収することとしその徴収を猶予すること、を規定している。
- 142 亜急性期病床：急性期治療を経過した患者や、在宅・介護施設等からの患者で症状の急性増悪した患者に対して、在宅復帰支援のため効率的でかつ密度の高い医療を一定の期間（最高 60 日間）提供する病床で、その役割は、「在宅復帰の促進」「病床機能分化の促進」である。
- 143 公共職業安定所の若者の就職活動や職業訓練などを支援する制度：①フリーター等に対する正規雇用化の支援②若者のためのワンストップサービスセンター（通称ジョブカフェ）での適性判断③カウンセリング④職業紹介等就職関連サービスをワンストップで提供⑤トライアル雇用で職業経験・技能や知識等から就職が困難な者について、ハローワークの紹介により企業において一定期間（原則 3 か月）試行的に雇用され常用雇用への移行を促進⑥ジョブ・カード制度による若者の職業能力開発の機会を提供、といった様々な支援が用意されている。
- 144 インテーク面接員：主として最初の生活保護相談から申請までを担当する職員。
- 145 生活保護ケースワーカー：生活保護を受けている人に対してソーシャルワークを行う職員の呼称。現業員・地区担当員・ソーシャルワーカーと呼ぶこともある。ただし、その教育や訓練程度には大きな差があり、行政区によっては所謂ソーシャルワーカーとしての教育が行われていない場合があり、その力には大きな差異がある。この事例の場合は、住所地を管轄する福祉事務所では、CW が福祉職採用される例は少なく、その処遇の問題が指摘されてきた経緯があった。
- 146 国民健康保険 44 条：保険者は、特別の理由がある被保険者で保険医療機関等に一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、一部負担金を減額する・一部負担金の支払を免除する・保険医療機関等に対する支払に代えて、一部負担金を直接に徴収することとしその徴収を猶予すること、を規定している。
- 147 亜急性期病床：急性期治療を経過した患者や、在宅・介護施設等からの患者で症状の急性増悪した患者に対して、在宅復帰支援のため効率的でかつ密度の高い医療を一定の期間（最高 60 日間）提供する病床で、その役割は、「在宅復帰の促進」「病床機能分化の促進」である。
- 148 身体障害者手帳：身体障害者福祉法に基づき、障害程度に該当すると認定された者に対して交付される。各種の福祉サービスを受けるために必要。交付対象となる障害の範囲は、身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号）により規定されており、1 級から 6 級までの等級に区分されている。視覚障害・聴覚障害・平衡機能障害・音声言語機能障害・そしゃく機能障害・肢体不自由・心臓機能障害・じん臓機能障害・呼吸器機能障害・ぼうこう直腸機能障害・小腸機能障害・免疫機能障害・肝臓機能障害。事例 3 の患者の場合は、肢体不自由で両上肢と両下肢に障害があり、2 級の交付を受けていた。
- 149 介護保険：高齢者が、介護が必要になっても尊厳を保ちながら住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現を目指して、2000 年に施行された社会保険制度。訪問介護（ホームヘルパー）・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護（デイサービス）・

- 通所リハビリテーション（デイケア）・短期入所生活（療養）介護（ショートステイ）・特定施設入居者生活介護といった在宅サービスの他、施設サービスも提供される。
- 150 通所リハビリテーション:介護保険による在宅サービスの1つで、老人保健施設や病院・診療所等に併設された施設に通所して、入浴・食事・排泄等の介助サービスを受けることができる。施設利用の主な目的はリハビリテーションで、日常生活の行動訓練を行うことで生活機能の向上や介護量の軽減を図り、なるべく自立した生活を送ることができるようになることを目指す。介護付きの送迎のサービスにより日帰りで通所が可能。
- 151 ケアマネージャー（CM）:介護支援専門員のこと、介護保険法において要支援・要介護認定を受けた人や家族からの相談を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整等を取りまとめる役割を持つ。
- 152 脳血管性認知症:脳梗塞や脳出血など脳の血管障害によって起こる認知症を意味する。主な症状は、日常生活に支障を来すような記憶障害とその他の認知機能障害（言葉・動作・認知・遂行機能などの障害）。この障害を改善させる確実な方法は現在ないため、脳血管障害の再発予防と認知症症状への対症療法が治療の中心である。
- 153 *Encyclopedia of Social Work* 19th p.1127
- 154 北里大学病院ソーシャルワーカーマニュアル:ここでは、SWが患者－医師関係のICに関わる支援を行う場合について以下の①～④に示している。①患者や家族の、経済的・心理的・社会的問題の軽減・解決を支援する過程において、患者や家族が、傷病の状況や治療の内容について現状の理解の程度以上に深く理解することが不可欠と判断する場合②患者や家族の、経済的・心理的・社会的問題の軽減・解決を支援する過程において、傷病や治療がもたらす生活への影響について、より具体的かつ実際の説明が必要と判断する場合③ICの充実のために、治療やケアに直接かかわらない第3者的立場として、患者や家族の理解・納得の状況や意思決定の自由な保障などを確かめ、その結果を医療チームにフィードバックし、連携して患者や家族を支援する場合④ICの遂行度について、SWが確認し、報告することが制度化されている場合（例:臓器移植等先端医療の実施に際する施設内の適用判定委員会など）
- 155 田中千枝子「LIFEの三層の相補性」社会福祉士養成講座編集委員会『保健医療サービス』2011 中央法規
- 156 リハビリテーションに関わる理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を指す
- 157 上田敏「人生の質（Quality of Life, QOL）を求めて」『社会福祉研究』第35号 鉄道弘済会 pp.14-20
- 158 鈴木信行 朝日新聞医療サイト apital 「医療と医学の違いを患者が医学部で伝えていく」2011.5.4 <http://apital.asahi.com/article/nob/2013091000008.html>
- 159 *The free dictionary by FARLEX*
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+model> 2013.8.26 アクセス
- 160 鈴木恒夫「インフォームド・コンセント」今井道夫・香川知晶編『バイオエシックス入門 第3版』東進堂 pp.11-12 2003
- 161 杉山章子「医療における実践モデル考－医学モデルから生活モデルへ」『日本福祉大学社会福祉論集』第107号 日本福祉大学社会学部・日本福祉大社会開発研究所 2002年8月 p.63
- 162 磯部光章『話を聞かない医者・思いが言えない患者』集英社新書 2011
- 163 浅賀ふさ「私とMSWの出会い－RCキャボットとIMキャノンに関する覚えがき」内田守・岡本民夫『医療福祉の研究』ミネルヴァ書房 1980
- 164 杉山章子 p.66
- 165 *Encyclopedia of Social Work* 20th p.368
- 166 小松源助他『リッチモンド ソーシャル・ケースワーク』p.3 有斐閣 1979
- 167 伊藤淑子 p.95

- 168 川田譽音 第3章「社会福祉援助技術の理論と動向」 p.89 『社会福祉援助技術 I 第3版』中央法規 2006年
- 169 川田譽音 p.90
- 170 川田譽音 p.91
- 171 日根野健「米国ソーシャルワークの専門性と史的論点—M.E.リッチモンドの針路をめぐって—」 pp.16-17 『評論社会科学』 2003
- 172 日根野健 p.16
- 173 中村佐織 「我が国の生活モデル研究の動向—生態学視座に関する文献を中心として—」 ソーシャルワーク研究 Vol.16 No.2 pp93-98 1990
- 174 佐藤豊道 「社会福祉実践の生活モデル—生態学的アプローチ—」 社会福祉研究第36号 pp.13-18 1985
- 175 平塚良子 「生態学的アプローチのパラダイム分析と今後の展望」 ソーシャルワーク研究 Vol.21 No3 1995 pp.167-173
- 176 杉山章子 p.63
- 177 1960年代にWHOが発表したリハビリテーションの定義では、リハビリテーションの主要分野として、①医学的リハビリテーション②職業リハビリテーション③教育リハビリテーション④社会リハビリテーションの4分野が確立していた。1969年にWHOが発表した医学的リハビリテーションの定義は「個人の身体的機能と心理的能力、また必要な場合には補償的な機能を伸ばすことを目的にし、自立を獲得し、積極的な人生を営めるようにする医学的ケアのプロセスである」とされている。また職業リハビリテーションの定義は「職業指導、訓練、適職への就職など、障害者がふさわしい雇用を獲得し、又は職場に復帰することができるように計画された職業的サービスの提供である」であった。教育リハビリテーションは障害のある児童や人の能力を向上させ潜在能力を開発し、自己実現を図れるように支援することを目的にしている。「社会リハビリテーション」の定義は、1986年に「社会生活力 (Social Functioning Ability :SFA) を高めることを目的としたプロセスである。社会生活力とは、様々な社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに可能な最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力を意味する」と定義された。
- 178 世界保健機構(WHO)『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—』中央法規 2002
- 179 変性疾患：原因不明に進行性に神経細胞の障害が進む疾患を神経変性疾患と総称する。その多くは「神経難病」と呼ばれる疾患であり、有効な治療はない。国はこのような難病を「特定疾患」として変性疾患以外のものも含め、医療費を公費負担している。神経系を障害する疾患としては、多発性硬化症(MS)・重症筋無力症(MG)・スモン(SMON)・筋萎縮性側索硬化症(ALS)・皮膚筋炎・多発性筋炎(DM・PM)・脊髄小脳変性症(SCD)・パーキンソン病(PD)・ハンチントン舞蹈病(HD)・シャイ・ドレーガー症候群(SDS)・クロイツフェルトヤコブ病(CJD)・ベーチェット病・全身性エリテマトーデス(SLE)・サルコイドーシス・結節性動脈周囲炎(PN)・アミロイドーシス・後縦靱帯骨化症(OPLL) ウイリス動脈輪閉塞症・広範性脊柱管狭窄症・混合性結合組織病(MCTD)などがある。その他にも、筋ジストロフィー、アルツハイマー病をはじめとして、神経内科で扱う疾患の多くは、根本的治療のないものが多く、みな「難病」と言える。
- 180 レスパイト (respite)：英語では一時的休止・ひと休み・休息期間を表す。家族などの介助者が、その日常的なケアを行うことから「一時的に開放されること」で、介助者の心身のリフレッシュを目的とする。北米で発達し欧米で広く行われている地域支援サービスの1つ。日本では、難病患者のレスパイトが制度として十分に機能していない現状があり、介助者の負担軽減を図ることが大変難しい状況がある。
- 181 ソーシャル・アクション (社会活動)：社会的弱者の権利擁護を主体に、SW・市民・当事者によって行われる必要に応じた社会資源の創出・社会参加の促進・社会環境の改

善・政策形成など、世論を喚起して立法・行政機関に働きかけ、政策・制度の改善をめざす組織行動。ソーシャルワークにおける重要な援助および支援方法の1つ。伝統的な方法として、署名・陳情・請願などや社会資源の開発等を行なう場合もある。著者が経験した例では、両上腕切断（両肘よりも上で切断）患者の義手による運転を許可するための道路交通法の拡大解釈に関するソーシャル・アクション。この場合は新聞社・テレビ局などの取材が功を奏し大きな反響を呼んだ。結果的に拡大解釈は認められ、この患者は運転免許の更新が認められ、現在も運転を安全に行っている。

- 182 R.C.キャボット著 森野郁子訳 『医療ソーシャルワーク 医師とソーシャルワーカー』 p.6
- 183 R.C. Cabot, *Adventures on the Borderlands of Ethics*, chapter 5, Ethics and Social Work, Harper&Brothers Publishers 1926 p.122
- 184 注) 亜急性期病床 一般病床との比較で注を書く
- 185 ソフィア・ブトゥリム『ソーシャルワークとは何か』序 川島書店 1993
- 186 米村美奈「病む人の世界の理解と支援」『新・医療福祉学概論』 p.33-44 川島書店 2010
- 187 岩間伸之 「ソーシャルワークの機能を問い直すー改革期にみるソーシャルワークの本質ー」『ソーシャルワーク研究』 pp.10-17 Vol.30.No.3 2004 相川書房
- 188 Weblio 辞書 <http://ejje.weblio.jp/> 2013.12.28 アクセス
- 189 谷田憲俊 p.63 『インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解』医薬ビジランスセンター 2006
- 190 谷田憲俊 pp.41-45
- 191 日根野健「アメリカ社会福祉の専門職化とジェンダーーM.E.リッチモンドのケースワーク論をめぐって」『社会科学』(72) pp. 131-148 2004 同志社大学人文科学研究所
- 192 堀越由紀子「患者の権保を保障すること」社団法人日本社会福祉士会/社団法人日本医療社会事業協会『保健医療ソーシャルワーク実践2』 p.122 中央法規