The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	医療福祉の変遷と今日的課題
Author(s)	本家, 裕子
Citation	臨床死生学年報. 2001, 6, p. 115-122
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/6615
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

医療福祉の変遷と今日的課題

本　家　裕　子

Key words：医療福祉，医療ソーシャルワーカー，ケースワーク

医療福祉は、日本国憲法第25条に基づく“国民の健康で文化的な”生活を保障するための保健・医療領域からの制度及び実践活動の総体として捉えられている。近年の少子・高齢社会の到来、生活水準の向上や生活意識の変化、生活環境の変化に伴う疾病構造の変化、医療技術の進歩によって、人々の医療に対するニーズは高度化・多様化してきており、医療と生活を繋ぐ医療福祉の必要性がますます増してきていると考えられる。そこで、本稿では医療福祉の変遷と現状、及び今後の課題について述べる。

医療福祉の成立

世界で初めて医療ソーシャルワーカーが誕生したのは、1895年にイギリスの Royal Free Hospital で Stewart がアルモナーとして雇用されたときであるとされている。当初、アルモナーは Charity Organization Society（慈善組織化協会）の事業の１つであった貧民を救済する施療病院に入院する患者の資格適否を選別する役割を担っていたが、その後入院患者の相談援助活動をするようになり、1963年に医療ソーシャルワーカーと改称された。

アメリカでは、1905年に Massachusetts General Hospital で Cabot 医師がソーシャルアシスタントとして Pelton を雇用したことに始まったとされている。ボストン市の地域性から移民や黒人が多く、深刻な貧困問題とそれに絡む疾病問題が生じており、その問題解決がなされなければ根本的な解決に至らなかったことから、その役割を担う職を設けたのである。

日本における前駆的な医療福祉の発足は1920年代半ばであり、無告貧民と呼ばれていた困窮者が多く集積した東京都において、慈恵医療の成立と共に泉橋慈善病院（現三井記念病院）、市立中野療養所、前生園等の数ヶ所の施療病院で貧困患者を対象とする相談事業が始められたことに遡る。現在の医療社会事業の礎は、生江孝之が1923年に“社会事業綱要”を著し、社会事業は社会が連帯の責任をもって行うべきであるとして、上述した Massachusetts General Hospital を視察し、その必要性を痛感して創始した済生会本部病院の医療社会事業である。また、1929年には Massachusetts General Hospital の医療ソーシャルワーカーから専門訓練を受けた浅賀ふさが、聖路加国際病院で医療社会事業を開始した。

これら３国の医療福祉創始の共通点をみると、いずれも資本主義国におけるその発展に伴う貧民の発生、すなわち顕在化した労働者階級の医療社会問題への対応策の１つであったと言うことができる。医療ソーシャルワーカーは、医療を妨げる経済的な問題の解決や疾病がもたらす心理・社会的な問題の解決、つまり医療技術の及ばない範囲にその専門性を求められてきたのである。

ソーシャルワークの理論〔1970年頃以前〕

医療ソーシャルワークの援助技術は、直接援助技術としてケースワーク、カウンセリング、グループワーク、間接援助技術としてコミュニティワーク、社会福祉調査法、社会福祉運営法、社会活動法、社会福祉計画法、関連援助技術としてスーパービジョン、コンサルテーション、新しい援助技術としてネットワーク、ケアマネジメントがある（硯川、1996）。その中で、方法の体系化が最も進み、援助技術の基礎を成すとされるケースワーク（個別援助技術）について、その理論の展開に触れる。

ケースワークの概念は、ケースワークの母と言われるRichmondによる定義を原点として体系化されてきている。Richmond（1922）は“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してパーソナリティを発達させる諸過程からなっている”（p.57）と定義し、アメリカの慈善組織協会運動の優れた実践者・指導者・理論家として活躍した。

Bowers（1949）は“個別援助技術は、利用者とその環境の全体またはその一部との間に、よりよい適応をもたらすのに役立つような個人の内的な力及び社会の資源を動員するために、人間関係についての科学知識と対人関係における技能を活用する技術（art）である”（p.127）と定義し、個別援助技術の中に社会資源の活用を取り上げた。

その後、Freudの精神分析学を基礎とし、クライエントの人格や不適応等の問題に関するクライエント自身の精神力学の“診断”を重視する診断主義と、Rankの意志心理学を基礎とし、ソーシャルワーカー・クライエントの援助関係、特にその問題を規定する要素としての機関の“機能”を重視する機能主義へと発展した。前者の大成としてHollis（1964）は“逆機能の内的精神的原因と外的社会的原因の両面を認識し、個人が社会環境の中で、自らの欲求をより完全に満足させ、いっそう適切に機能することができるように援助することである”（p.7）と定義し、心理・社会的アプローチの体系化を試みた。一方、後者の大成としてSmalley（1970）は“ソーシャル・ケースワークとは、クライエント自身の福祉と社会の福祉のために、福祉サービスを利用するに際し、特に一対一での関係の過程にクライエントを従事させる方法である”（p.81）と定義した。

診断主義の立場をとりながらも機能主義の長所を積極的に取り入れ、自らを折衷主義としたPerlman（1957）は、クライエントを社会的に機能する主体的存在として捉え、ケースワークを施設・機関の機能を担ったソーシャルワーカーと問題を担っているクライエントの役割関係を通じて展開される問題解決の過程とし、Person、Problem、Place、Processを“４つのＰ”として重視する問題解決アプローチを体系化した。

ソーシャルワークの理論〔近年の動向〕

以上のような経過をたどり、1970年代には多様な介入方法を利用して問題解決を図る課題中心モデルや行動主義モデル、危機介入モデル、生活モデル等の新たな理論が、伝統的な援助技術を統合しつつ形成されていった。これらのモデルに共通する特徴は、クライエントの環境を欠くことのできない焦点としてRichmondの理論を見直したことと言えよう。

近年の動向の特徴をみると、まず医学モデルから生活モデルへの転換が挙げられる。精神医学とりわけ精神分析の影響を強く受けた治療的アプローチが後退し、人と環境との関係や日常生活の現実に目が向けられるようになったのである。

そして、人と自然・社会環境の相互作用を重視し、クライエントを社会から切り離された個人としてではなく、家族・地域集団の一員として捉え、環境の力や集団の問題解決能力等を重視したコミュニティワークやエコロジカル・アプローチも発展した。

また、援助技術の統合化を図るためにシステム理論が導入され、個別の学問領域からのアプローチではなく、諸科学の学際的アプローチが進められた。これは課題や到達目標を明らかにし、短期的に問題解決を図ることを目的としている。

更に、個々の自立概念の発達に伴い、人格的・社会的自立や社会生活への参加等を含めた生活の質（Quality of Life: QOL）が重要視されるようになり、ソーシャルワーカーの専門職としての役割と技術も変化していった。問題解決の主体をクライエントにおく傾向が一層強くなり、クライエント自身の認識能力や問題解決能力、対処能力、援助能力等に着目したピアカウンセリングやソーシャル・サポート・ネットワーク、セルフヘルプ等の新たな技術が開発されるようになったのである。

ソーシャルワークの価値

ソーシャルワークの価値に基づいた判断がされていなければ、ソーシャルワークの実践は意味を成さない。そして、ソーシャルワークの価値を具体化したものが、倫理綱領である。つまり、倫理綱領はソーシャルワーカーの日常行動に対する指針として、また行動が逸脱しているときに倫理上の諸問題に対する判断の基礎として役立てることを意図している。

アメリカでは、1953年に保健・医療・福祉省が創設され、1955年に全米ソーシャルワーカー協会（National Association of Social Workers: NASW）が設置されて専門職団体の統合化が進められた。その倫理綱領（1999改正）では、以下の6項目を掲げている。(a)最も重要な目標はニードを持つ人に援助をし、社会的問題に焦点をあてることである。(b)社会的不平等に異議を唱える。(c)人間の基本的尊厳と価値を尊重する。(d)人間関係が最も重要であることを認識する。(e)信頼の持てる態度で接する。(f)自分の能力の範囲において実践すると共に、専門職としての知識・スキル(skills)を発展・向上させる。

日本では、日本ソーシャルワーカー協会（1986）がその前文で“われわれソーシャルワーカーは、平和擁護、個人の尊厳、民主主義という人類普遍の原理にのっとり、福祉専門職の知識、技術と価値観により、社会福祉の向上とクライエントの自己実現を目指す専門職である”とし、人間としての平等と尊厳、自己実現の権利と社会の責務、ソーシャルワーカーの職責を言明している。また、クライエントとの関係においては、クライエントの利益優先、個別性の尊重、受容、秘密保持を明らかにし、機関との関係においては、所属機関と綱領の精神、業務改革の責務、専門職業の声価の保持を、行政・社会との関係においては、専門的知識・技術の向上と応用を示している。更に、専門職としての責務として、専門性の維持向上、職務内容の周知徹底、専門職の擁護、援助方法の改善向上、同僚との相互批判を明示している。

医療ソーシャルワーカーの職能団体として最も歴史のある日本医療社会事業協会（1961）は“日本国憲法の精神と専門社会事業の原理に従い”、次の5項目を定めている。(a)個人の幸福増進と社会の福祉向上を目的として活動する。(b)対象者の処遇にあたっては、その意志の自由を尊重し、秘密を守り、無差別平等の原則に従う。(c)ソーシャルワーカーとしての自覚をもって対象者との専門的援助関係を保ち、その関係を私的目的に利用しない。(d)

医療社会事業の意義と機能が他の関係職員に理解されるように努め、その目的達成に努力する。(e)専門職業の立場から社会活動を行い、社会資源の活用と開発を図り、社会保障の完成に努力する。

ソーシャルワーク実践において、これらのような倫理綱領を十分に理解した上で、判断・決定を下していかなければ、その行為の目的は果たされない。

ソーシャルワークの原則

ソーシャルワーク実践の基盤である価値を経験的事実に基づき、技術的に導き出されたものが原則である。Biestek (1957) は“ケースワークにおける援助関係とは、ケースワーカーとクライエントとのあいだで生まれる態度と感情による力動的な相互作用である。そして、この援助関係は、クライエントが彼と環境とのあいだにより良い適応を実現してゆく過程を援助する目的を持っている”(p.17) として“ケースワークの原則”を著し、援助関係を形成する7つの基本原則を明らかにした。この原則は、今日においてもケースワークを行う上での指針となっている。以下に、これらの原則を簡潔に述べる。

原則1　クライエントを個人として捉える

[個別化—individualization]

クライエントは個々に異なる独特な性質を持っていると認識し、それを理解することである。また、クライエントがより良く適応できるように、援助の原則と方法とを区別して使い分けることである。個人として捉えられることは、クライエントの権利であり、ニードである。援助者は、この原則を守るために偏見や先入観から自由になり、人間行動に関する知識を身に付けると共に、話を聴く、クライエントを観る、クライエントのペースで動く、感情の中に入っていく、バランスの取れた見方をし続けるといった能力を身に付けなければならない。

原則2　クライエントの感情表現を大切にする

[意図的な感情の表出—purposeful expression of feelings]

クライエントが感情、とりわけ否定的感情を自由に表現したいというニードを持っていることをきちんと認識することである。感情を妨げたり、非難するのではなく、その感情表現に援助という目的をもって耳を傾け、援助を進める上で有効であると判断する場合は、感情表出を積極的に刺激したり、表現を励ますことが必要である。そして、クライエントが安心感を持てるように、面接空間等の物理的環境に加え、援助者自身が話し易い雰囲気を作り出すようにすることも重要である。

原則3　援助者は自分の感情を自覚して吟味する

[統御された情緒的関与—controlled emotional involvement]

クライエントに対する感受性を持ち、クライエントの感情を理解することである。そして、援助という目的を意識しながら、クライエントの感情に適切な形で反応することである。感受性とは、クライエントの感情を観察し、傾聴することであり、感情を理解するためには人間行動に関する知識を習得し、技術を発達させなければならない。そして、援助者の内的反応を言葉や態度で正確に返すために訓練を重ねなければならない。

原則4　受けとめる [受容—acceptance]

クライエントの人間としての尊厳と価値を尊重しながら、健全さ、弱さ、好感を持てる態

度と持てない態度、肯定的感情と否定的感情、建設的な態度及び行動と破壊的な態度及び行動を含め、クライエントをありのままの姿で感知し、クライエントの全体に関わることである。しかし、それはクライエントの逸脱した態度や行動を容認することではない。受けとめるべき対象は好ましい価値ではなく、真なるものであり、ありのままの現実である。この原則は、クライエントが不適切な防衛から自由になるのを助け、安全感を確保し、自分自身を表現したり、ありのままの姿を見つめることを支持し、援助の遂行を助けるものである。

原則5　クライエントを一方的に非難しない

［非審判的態度—non-judgemental attitude］

援助者は、クライエントに罪があるのか、クライエントが持っている問題やニーズに対してクライエント自身にどれくらい責任があるのか等を判断するべきではない。しかし、クライエントの態度や行動、クライエントが持っている判断基準を多面的に評価する必要がある。また、この態度には援助者が内面で考えたり、感じたりしていることが反映され、クライエントに自然に伝わるものである。

原則6　クライエントの自己決定を促して尊重する

［クライエントの自己決定—client's self-determination］

クライエントが自ら選択し、決定する自由と権利、そしてニーズを具体的に認識することである。援助者にはこの権利を尊重し、そのニーズを認めるために、クライエントが利用することのできる適切な資源を地域社会やクライエント自身の中に発見し、活用するように援助する責務がある。更に、クライエントが潜在的な自己決定能力を自分自身で活性化するように刺激し、援助する責務もある。しかし、この権利はクライエントの積極的、建設的決定を行う能力の程度によって、または市民法・道徳法・所属機関の機能によって、制限を加えられることがある。

原則7　秘密を保持して信頼感を醸成する

［秘密保持—confidentiality］

クライエントが専門的援助関係の中で打ち明ける秘密の情報を援助者がきちんと保全することである。秘密保持はクライエントの基本的人権に基づくものであり、援助者の倫理的義務であり、援助の効果を高める上での不可欠な要素でもある。しかし、この権利は絶対的なものではなく、所属機関や他機関の他の専門家にも共有されることがあるが、この場合でも秘密を保持する義務はこれら全ての専門家を拘束するものである。

医療ソーシャルワークの業務

中島（1975）は“医療ソーシャルワークとは、医療・保健の分野で行われるソーシャルワークである。医療ソーシャルワーカーがその専門技術を用いて、医療チームに参加し、あるいは地域の人々に協力して、医療と福祉の達成に努力することである。主として疾病の予防・治療あるいは社会復帰を妨げている患者や家族の社会的・心理的・経済的な問題を解決もしくは調整できるように、個人と集団を援助する仕事である”（p.1）としている。業務の概要を医療ソーシャルワーカー業務指針検討会の報告書（1989）による業務指針に基づき、以下に挙げる。

1．経済的問題の解決・調整援助

医療費や生活費に困り悩んでいる患者・家族に対して、保険・福祉等の関係諸制度を活用

し、その問題を解決できるように調整し、援助する。

2．療養中の心理的・社会的問題の解決・調整援助

具体的には、(a)受診や入院、在宅医療に伴う不安、療養中の家事、育児、教育、職業等の問題を取り除く。(b)患者の生活と傷病の状況に応じたサービスの活用を援助し、在宅療養環境を整備する。(c)傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤、学校・職場・近隣等の地域での人間関係、病院内の患者同士やスタッフとの人間関係を調整する。(d)がん、エイズ、難病等の疾病の受容を図る。(e)患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服、生活の再設計を援助する、といったものがある。

3．受診・受療の援助

生活と傷病の状況に適切に対応して、医療を受けることができるように援助する。診断・治療内容に不安を訴えたり、拒否をするような場合、患者・家族の心理的・社会的状況を踏まえて、理解を補助し、医師等へ情報を提供すると共に、人間関係の調整、社会資源の活用等によって問題解決を援助する。

4．退院（社会復帰）援助

生活、傷病、障害等の状況から退院における経済的、心理的・社会的問題を予測し、早期に対応し、適切な時期の円滑な退院（社会復帰）ができるように援助する。関係機関・職種との連携しながら、転院のための医療機関、退院後の社会福祉施設等の選定を助け、在宅サービスの情報を整備し、状況に応じたサービス活用を援助する。また、復職・復学を支援する。

5．地域活動

関係機関・職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに関与し、地域活動を行うことも必要である。例として、(a)患者会、家族会、断酒会等を指導・育成する。(b)ボランティアを指導・育成する。(c)高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について、地域の理解を深め、普及を進める、等がある。

医療ソーシャルワークの現状と今日的課題

近年の医療に対する認識について、小山（1992）は“ここ10年で、確実に医療概念自体が変化している。より正確に言えば、診断・治療を中心とした診療行為を医療概念とした時代から、看護・リハビリテーション・生活介護・健康増進・生活指導を含めた医療概念へと変化しつつある。つまり、医療がメディカルであった時代からヘルスへと拡大しているのである。それゆえ、医療を単なる診断・治療のシステムと考えていると、今日の医療の動向を読み違える”（p.391）としている。保健・医療・福祉を統合したサービスの提供が求められており、社会福祉の領域も従来の低所得者や障害者等の特定の対象者への援助・救済に留まらず、乳幼児の健全育成や老後生活の安定化への条件整備というように、医療の拡大、福祉の普遍化へと進んできている。このような状況において、医療ソーシャルワーカーの果たすべき役割も拡大し、社会的な期待が高まっている。

しかし、日本の保険医療制度において、医療ソーシャルワーカーの援助活動の殆どが診療報酬に点数化されていない。そのため、病院経営の視点からは、医療ソーシャルワークはその医療機関の自発的サービスと位置付けられ、非採算部門と評価されがちである。目に見えない“ことば”を主な手段として“個人と社会との関係”を扱い、はっきりとした一定の形を取らない“自己実現”や“人間の尊厳”を社会の中で達成することを目標とするソーシャ

ルワークは、一般的にも保健・医療の専門家からも十分に理解されていないのが現状である。

更に、介護保険法施行に伴い、既存の資格制度に重複する形で介護支援専門員（ケアマネージャー）という資格が制定された。この資格は、従来医療ソーシャルワーカーが行ってきた業務と重複している部分が多分にあるにもかかわらず、例えば医師・看護婦・薬剤師・介護士のようにソーシャルワークの専門教育を受けていなくても受験が可能なのである。経営者の視点で考えれば、非採算である医療ソーシャルワーカーを介護保険法によって点数化されているケアマネージャーへ移行させようと考えることは当然のことであろう。しかし、ケアマネージャーが医療ソーシャルワークもできると考える経営者や医療ソーシャルワーカー以外の保健・医療・福祉専門家が多く、法施行間もない現在においても既に問題となってきている。

これらの問題には、医療ソーシャルワーカーに独自の資格が確立されていないことにも原因があると考えられる。1987年に社会福祉士法が制定され、ソーシャルワーカーの資格は確立されたが、これは“身体上若しくは精神上の障害があることまた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、その他の援助を行う”（社会福祉士及び介護福祉士法第２条）専門職であり、援助対象者に患者は含まれていない。つまり、患者を援助対象とする医療福祉職は対象外なのであり、当然ここに医療ソーシャルワーカー独自の専門性は組み込まれていない。医療ソーシャルワーカー独自の資格の確立をとの声が挙がってから既に50年余りになるが、紆余曲折があり、今だ実現には至っていない。

患者は文化的・社会的に地域社会・環境との相互作用の中で生活を営む“人”である。疾病を背負ったからといってその関係が断ち切られるのではなく、そこに様々な問題が生じるために、不安に陥り悩む。このことからも、疾病が生活にどのように影響を及ぼしているか、また生活が疾病にどのような影響をもたらしているかを把握し、その悪循環を断ち切る役割を担う医療ソーシャルワーカーの必要性は大きいと言えよう。このような現代において、より安定した医療ソーシャルワーク理論の確立と、国民、保健・医療・福祉の専門家に対する医療ソーシャルワーカーの専門性の理解へのアプローチは、ますます重要となってきている。従って、これらの状況を念頭に置きながら、医療ソーシャルワーカーは一人一人がその自覚をもって日々の職務を果たし、今後の医療福祉を担っていかなければならない。

引用文献

秋山薫二　1995　ソーシャルワークの理論モデルの再考―統合モデルの理論背景，実践過程の特徴，今後の課題―　ソーシャルワーク研究　21(3)　4-14

Biestek, F.P.　1957　THE CASEWORK RELATIONSHIP Loyola University Press 尾崎新・福田俊子・原田和幸（訳）1996　ケースワークの原則―援助関係を形成する技法―［新訳版］　誠信書房

Bowers, S.　1949　The Nature and Definition of Social Casework *Journal of Social Casework* 30(417) 127

Hollis, F.　1964　Casework, Psycho-social Therapy　黒川昭登・本出祐之・森野郁子（訳）1966　ケースワーク―心理社会療法―　岩崎学術出版社　7

星野貞一郎　1998　社会福祉原論　有斐閣
医療ソーシャルワーカー業務指針検討会　1989　医療ソーシャルワーカー業務指針報告書
加茂陽　編集　2000　ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために　世界思想社
橘高道泰　1997　医療ソーシャルワーカーの業務と実践　ミネルヴァ書房
児島美都子　1991　新医療ソーシャルワーカー論―その制度的確立をもとめて―　ミネルヴァ書房
児島美都子　1999　21世紀の医療ソーシャルワーク　医療と福祉　32(2)　44-48
小嶋章吾　2000　「医療ソーシャルワーカー業務指針」と今後の業務展開に関する調査研究報告　医療と福祉　34(1)　24-35
小山秀夫　1992　第5章　医療制度改革と病院機能区分問題　荻島国男・山崎泰彦（共著）年金・医療・政策論　社会保険新報社　391
黒川昭登　1985　臨床ケースワークの基礎理論　誠信書房
中村優一　1991　社会福祉概論［改訂版］　誠信書房
中村優一　監修　日本ソーシャルワーカー協会倫理問題委員会編集 1999　ソーシャルワーク倫理ハンドブック　中央法規出版
中島さつき　1975　医療ソーシャルワーク　誠信書房
生江孝之　1936　社会事業綱要［増訂3版］　巌松堂
National Association of Social Workers 1999 Code of Ethics URL;http://www.naswdc.org.
日本医療社会事業協会　1961　医療ソーシャルワーカー倫理綱領　日本医療社会事業協会1961年通常総会
日本医療社会事業協会　監修　1985　保健・医療ソーシャルワーク―総合的対人サービスの手びき―　川島書店
日本医療社会事業協会介護保険検討委員会　2001　介護保険制度実施にともなう保健・医療分野のソーシャルワーカーへの影響　医療と福祉　34(2)　10-15
日本ソーシャルワーカー協会　1986　日本ソーシャルワーカー協会倫理綱領
Perlman, H.　1957　Casework, Problem-Solving Process　松本武子（訳）1966　ソーシャル・ケースワーク―問題解決の過程―　全国社会福祉協議会
Richmond, M.E.　1922　What is Social Case Work? Russell Sage Foundation　小松源助（訳）1991　ソーシャル・ケース・ワークとは何か　中央法規出版　57
佐藤俊一・竹内一夫　編著　1999　医療福祉学概論―総合的な「生」の可能性を支える援助の視点―　川島書店
社会福祉小六法　1999　ミネルヴァ書房編集部編集　37
Smalley, R.E.　1970　The Functional Approach to Casework Practice Roberts, R.W., & Nee, R.H.(Eds)　Theories of Social Casework The University of Chicago Press　81　黒川昭登（訳）1985　臨床ケースワークの基礎理論　誠信書房　310
杉本照子　1966　医療におけるケースワークの実際　兵庫医科大学社会福祉学研究室
杉本照子・森野郁子　監修　1996　ソーシャルワークの業務マニュアル　川島書店
硯川眞旬　1996　新社会福祉方法原論―21世紀福祉メソッドの展開―　ミネルヴァ書房
多田羅浩三・小田兼三　共編　1995　医療福祉の理論と展開　中央法規出版