

「つなぐ」を再考する —ソーシャルワークの実践と研究から—

演者：熊谷 忠和（川崎医療福祉大学）
座長：大塚 眞理子（宮城大学）

はじめに

最近、脳神経内科の医師が中心の「日本臨床医療福祉学会」という学会で、退院支援の分科会の座長を担当した。そこで発表された演題には、「看護とソーシャルワーカーの役割分担」や「連携の在り方」に関するものが7例の中5例であった。退院支援の実践現場では、ソーシャルワーカーと看護職が研鑽し合いながら、いいケアができるように活動していることがよく分かった。

石橋学術集会長の講演「看護がつなぐケアのかたち」を聞いて、看護とソーシャルワークは異なる実践、職種というより、ボーダーレスではないかと思った。その理由は以下の2つである。ソーシャルワークの起源はアメリカであり、医療ソーシャルワーカーの祖と言われるペルトンとキャノンが活躍していた。この二人は医療ソーシャルワーカーになる前は、看護師であり保健師であった。看護のベースがありソーシャルワークが展開されてきたのである。過去、現在、未来がつながっているというものの見方は、ソーシャルワークのものの見方である。臨床現場で目の前にいる患者、障害者、高齢者の状況は、過去から積み上げられており、そこから未来が見えてくる。看護の研究をされている石橋先生のお話には、この考え方に近い考え方があると思った。

本講演では、ソーシャルワークの立場から「つなぐ」ということについて、4つの切り口で考えていきたい。

1. 医療におけるソーシャルワークの導入史から

1900年代初めのアメリカでは、近代医療が進んでいた。近代医療以前の医療は、一定の人しか受けられないものだった。しかし、近代医療が進むことによって大衆医療に移行していった。貧しい人たちも含め患者が増えていった。

結核がまん延した時期、内科医であるキャボットは、貧しい患者も含め、毎日外来に来る多くの患者に対症療法（痛みや熱への対処）を提供することに疑問を持ち、

結核を治せない無力さを感じていた。キャボットは、病気には「前景」と「背景」があると考えた。「前景」は症状の対応で、「背景」は、例えば結核の患者であれば、家に感染症の人がいるかどうか、家の生活、住まいの状況、労働の状況、栄養状態、人間関係の状態などである。それらの「背景」があって病気があるという考え方である。キャボットはこの考えをもとに医療活動を開始し、1905年、ペルトンをマサチューセッツ総合病院（MGH）のソーシャルワーカーとして雇った。ここからアメリカの病院でのソーシャルワーカー活動が始まった。

キャボットは『Social work: meeting of doctor and social worker』で、linkageはソーシャルワークの本質だとしている。したがって、「つなぐ」ことは、最初からソーシャルワーカーにとっては大切なことであった。

キャボットのソーシャルワーカーへの基本的な期待を著書等から以下の3つにまとめた。その一つは、生活歴、経済的側面、精神面、疲労と休息と職業病、栄養状態、住居などを把握して医者に提供することである。ソーシャルワーカーは医療の専門家とは違う立場であり、専門家でないという立場からのものの見方に期待があった。キャボットは、患者は家族の一員、地域の一員であり社会的な存在であることを大事にしていた。だから、社会的存在である患者について医者伝えてほしいという期待があった。二つめの期待が、資源につなぐという仕事である。つなぐ対象は、医者と患者、患者とその家族、あるいは患者や家族と地域の人々の場合もあると思われる。社会支援と言い換えることもできるかもしれない。ソーシャルワークは、あらゆる周りの人と環境を社会資源に変えてしまう、あるいは社会資源として捉えるという視点がある。だから、ソーシャルワークはつなぐ仕事なのである。

三つ目に、キャボットは、ソーシャルワーカーも医療チームの一員であり、医療の促進にとって大事な仕事で

あると位置付け、その活躍に期待した。

キャボットはソーシャルワーカーをこのように考え、期待をしていたが、当事者であるペルトンやキャンノンには相当な苦労があった。ペルトンは結核にかかり、半年ぐらいで辞めてしまった。したがって実際に一番苦労したのはキャンノンであった。キャンノンは訪問看護師として、キャボットと同じように慈善組織協会にも関わっていた。その後、ソーシャルワークに関心をもち、シモンズ大学の大学院（アメリカで最初に来たソーシャルワーク学校）で、ソーシャルワークを専門的に学んだ。そして、ペルトンの後任としてMGHのソーシャルワーカーになった。アメリカでソーシャルワークを学んだ浅賀ふさは、キャンノンの苦労について、「ままこ扱いにされながら、逆境の中で、周りを敵に回さず、善意を信じ歩んできた歴史」と紹介した。当時は、新しいものをなかなか受け入れないという大きい組織の慣例があり、病院にソーシャルワーカーがいること、その存在自体が認められないという「システムロック」があった。また、既存の専門職が新しい職種から脅かされるという「ヒューマンロック」がかかっていた。ソーシャルワーカーによって、自分たちの仕事を取り上げられるのではないかという不安が生じたのである。しかしキャンノンは、そのように考える人を敵に回さずに、彼らの善意を信頼して、一つ一つのケースに丁寧にかかわり、周囲の人と信頼関係を形成していった。10年かけて、キャンノンの苦労が身を結び、MGHにはソーシャルワーカー部門としてSocial Services Department (SSD) が設置された。SSDはMGHを契機に、一挙に全米に広がっていった。

2. 社会保障や社会福祉の切り口から

社会福祉の学問にはいろいろ考え方があり。ここでは岡村重夫先生の考えを紹介する。

岡村先生の基本の考え方は、社会制度と個人の関係である。原始的な社会では、家族が医療、教育、保育などの機能を持っていた。近代社会となり、教育も医療も福祉も、さまざまな人間の基本的欲求についても社会的な分業の仕組みがすすんだ。岡村先生は人間の基本的欲求を7つ挙げている。①経済的安定、②職業的安定、③家族的安定、④医療保障の機会、⑤教育の機会、⑥文化・娯楽の機会、⑦社会参加の要求である。これらを今日の社会は、社会的に提供している。福祉国家といわれる社会は、特に、そういう社会である。

岡村理論には4つの原理がある。一つは、人は社会制度のつながりの中でしか生きていけない、これを「主体性の原理」という。二つ目は「全体性の原理」である。

様々な社会制度があるが、個人から見みると、個々の社会制度にはつながりがない。これは個人から見ると、とても不便な社会制度である。ソーシャルワークの役割は、全体性を見ていく必要がある。三つ目は「主体性の原理」である。これは社会制度や社会環境の中で、制度やサービスの利用者側が主体的に利用していく支援が求められることである。四つ目は「現実性の原理」である。これは今の社会制度、社会保障は無限ではなく限界があり、福祉国家といえども、完璧な制度、サービスはなく漏れがある。しかし現実的に、目の前のクライアントに対し、あらゆる資源を活用して現実的に解決していかなければならない。社会制度や社会保障を利用者主体でつないでいく支援が、ソーシャルワークの大事な考え方である。

3. 地域包括ケアシステムとソーシャルワーク機能から

ソーシャルワークは、必要性はいわれながら、実際には配置基準などにむずびつきにくい。しかし、地域包括ケアシステム構想にはソーシャルワークが盛り込まれており、ソーシャルワーク業界では、これはチャンスと捉えている。

厚生労働省の社会福祉専門官の添田先生の活躍もあり、社会保障審議会の地域包括ケアシステムに関する議論でソーシャルワークの4つの機能が机上に上がった。クライアントの問題解決能力や環境への対処能力を強化するための機能。クライアントが問題解決していくための適切な社会資源を見つけていく、つなげていく機能。機関や施設の効果的な運営や相互の連携を促進するための機能。制度や資源の改善、発展、または社会全体の改革を目指すような機能（政策立案実践やソーシャルアクション）である。

4. ソーシャルワークの利用者の立場から

最後に私の体験を紹介する。私の母は5年ほど前に、夫を亡くした。亡くなった時はとても落ち込んだが、すぐ元気になって夫の工場を切り盛りした。その一方で、書道を始め、読売新聞社賞の特選をもらうまでになった。とても充実した時期を過ごしたが、夫が死んで3年目に健診で腎臓に癌が見つかり摘出手術をした。手術から1年後、肺への転移が見つかり入退院を繰り返した。ある時、本人の希望もあり主治医から告知を受けた。緩和ケアを受け、家で暮らしたいという本人の希望で自宅に退院することになった。その時に、ソーシャルワーカーとの出会いがあった。カンファレンスの準備、

開業医等がんのネットワークへの橋渡し、ケアマネとの調整、いろいろな手配、介護保険のサービスにつながる調整などをしてもらった。家に帰ってからは、介護保険によるベッドやポータブルトイレ、がんネットワークの医師の診察、訪問看護サービス、入浴サービスなどを受けた。そして、母親にとっても家族にとってもほんとうにいい最後の時が過ごせた。

本人には痛いとかつらいとか、死ぬのは嫌だという気持ちもあったと思う。最後の日々はやたら人恋しくなったようで、会っておきたい人に電話をしたり、来てもらったりと、ほんとはさみしく、つらい気持ちもあったと思う。それでもでてくる言葉は、支えてくれている医師や看護師、ヘルパー、そして私や妻への感謝の言葉ばかりであった。

ソーシャルワーカーの働きは大変素晴らしかった。このような状況で最後を迎えられたのは目立たず、根回しに徹してくれた、ソーシャルワーカーの存在であったと思う。私のひいき目もあるが、その存在は大きかった。

家族としては、個々のサービスが別々になされているのではなく、一つの方向性の中で、支援チームとして情報が共有されていることに安心があった。

ソーシャルワーカーは、さまざまな資源を結合させ、生活の安心を創る活動をしていた。人的な資源も含む社会資源をつなげるということは、利用者本人が社会的サービスにつながっている実感をもつような働きかけであると思う。そして、それは、本人の最後の自己実現を支援するということに尽きると思う。

おわりに

ソーシャルワークと看護は、ボーダーレスである。その中でソーシャルワークの役割があるとすれば、社会保障、社会的サービスを利用者が生かされるように、生かすように、支援することであると思う。看護も、過去、現在、未来を展望しながら、同じようなことをするのかと思う。これからの看護がどんどん進化し、広がりを持っていくとき、ボーダーレスのところをどう協調、連

携していくか、認め合いながら協働していくことがとても大事である。

〈プロフィール〉

川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科学科長・教授、博士（社会福祉学）。ポーンマス大学客員研究員（2011—現在に至る）。

日本福祉大学社会福祉学部卒業後高島市民病院（1977-2000）。龍谷大学大学院社会学研究科博士後期課程単位取得退学（2002）。九州保健福祉大学専任講師（2001-2004）を経て2004年より川崎医療福祉大学准教授を経て現職。日本医療社会事業協会（現在の日本医療社会福祉協会）副会長（2004-2006）、倉敷市社会福祉審議会会長（2012-）。専門分野：ソーシャルワークの方法、保健医療におけるソーシャルワーク、ライフストーリー研究。

主訳著書：「社会福祉の動向と課題—社会福祉の新しい視座を求めて」（共著、中央法規、2002）、「ソーシャルワークの基礎」（単訳、トムソンラーニング／成美堂、2002）、「ソーシャルワークの固有性を問う」（編著、晃洋書房、2005）、「介護における社会福祉援助技術」（共著、日本医療企画、2007）、「援助を求めないクライアントの対応」（共訳、明石書店、2007）、「医療ソーシャルワーク」（共訳、晃洋書房、2008）、「保健医療サービス」（共著、学文社、2009）、「ソーシャルワーク理論入門」（共訳、みらい、2011）、「これからのソーシャルワーク実習—リフレクティブ・ラーニングのまなざしから—」（監訳、晃洋書房、2012）、「生きていることの有意味感を見据えたソーシャルワーク援助枠組みについての研究」（最新社会福祉学研究、7、1-14、2012）、「英国の貧困児童家庭の福祉政策—“Sure Start”の実践と評価」（清水隆則監修）（共訳、明石書店、2013）、「ソーシャルワークの方法とスキル：実践の本質的基盤」（監訳、みらい、2016）、「多面的視点からのソーシャルワークを考える—研究と実践をつなぐ新たな整理」（編著、晃洋書房、2016）など。