

透析患者への援助に関する一考察

—生態学的アプローチからの視座—

An Ecological Approach to Hemodialysis Patients

丹野 真紀子

はじめに

透析患者は医学の進歩に伴い、患者数も急増し、最近では12万人を越えたと言われている。透析療法が健康保険の対象となるまで、この療法は救命的な性格が強く、導入される患者もほとんどが重症で、透析をしても死んでしまう危険性が高かった。現在、透析導入となる患者は比較的軽症化し、高齢者や合併症の患者にも導入するなど、長期延命治療へと変わってきている。

また、透析導入患者の高齢化、糖尿病性腎症の増加、透析期間の長期化に伴う合併症などの重複障害化により、介護問題や通院問題など、問題も増えている。こうした中で、透析にかかわる医療ソーシャルワーカー（以下MSW）の果たす役割について本稿では考察する。

1. 透析患者とライフモデル

ライフモデル¹⁾の用語が用いられるようになったのは1970年代になってからである。1980年代に入り、ジャーメインらによって、系統的に説明された生態学²⁾の概念を応用したライフモデルは、ソーシャルワークの視点を人間と環境の交互作用にむけた。そして、個と環境の中間面に焦点をおく事で問題を概念化し、対象を定式化し、援助する領域を拡大した。つまり、人は個人と環境の交互作用の中で成長し、個人もしくは環境に不適応状態ができた時にストレスが生じ問題が発生することになる。ストレスとは、個人と環境との間に生ずる交互作用によってもたらされる環境である。必

ずしもすべてのストレスが問題となるわけではなく、ライフモデルではストレスを生活適応のひとつとして、対処能力の向上に活用していけるように援助することに特徴がある。

ここでは、ジャーメインの生態学概念をもとに、生態学的視点でのソーシャルワーク実践を概念枠組みとして問題を捉えていく。

ソーシャルワーク援助過程において問題を把握することは重要である。ライフモデルでは生活上の問題を①生活推移、②環境的資産、③人間の相互過程の相互関係領域²⁾で把握する。これをもとに、透析患者について考えると、①生活推移における問題は人間としての発達成長における変化、例えば、就学においては移植問題や長期欠席など、就職においては若年者の就職もさることながら、透析患者の平均年齢が50代半ばであることから解る様に、中高年者の再就職の困難さなどが挙げられる。その他、結婚、高齢者の抱える問題、役割・地位による変化、喪失による変化としてとらえることができる。②環境的資産の問題としては、透析生活からくる、さまざまな食事制限や、病気になった人を家族に持つ、第1次集団の家族問題が挙げられる。しばしば、透析が引き金となり、夫婦関係を見つめ直すケースが見受けられ、また、親と子の関係などには様々な問題が出てくる。家族と個の関係は密室の部分がかかなり多く、ストレスが起こった時の精神的影響は大きい。③人間関係の相互過程の問題を対人関係による圧力としてとらえると、健常者との関係、治療時間から来る対人関係、患者会活動における問題としてみるこ

とができる。

以上、大まかに、問題を捉えてみたが、これらの問題をいかにMSWとして援助していくことができるのであろうか。次に実際の事例を追いながら、その時々々の状況をエコマップで表すことで、患者と環境の関係を見ていきたい。エコマップについてはハートマンのエコマップ³⁾を利用する。

2. 高齢者の自立生活をめぐる問題

患者： H・E（昭和7年生）男

原疾患： 溶血性尿毒症症候群

透析導入： 昭和59年

〈経過〉

導入後2か月がたって来院。来院時の本人の状態は余りよくなく、食欲もない。体力が低下し、強い貧血状態、透析終了時の血圧低下がひどく、透析終了後もなかなか動けず、他の患者がほとんど帰宅した頃、待合室に戻るといった状態であった。

患者は透析導入のために入院した時から生活保護を受けようになる。患者は自分が生活保護を受けていることに対して負い目を強く感じているところもあり、また、透析時の状態の悪さも重なって他の患者と話をする様子はほとんど見られなかった。スタッフともあまり話すこともなく、MSWより話しかけても返事は「はい」か「いいえ」だけで、会話が続かなかった。

患者はアパートに独り暮らしをしており、患者の実家とは多少の交流はあるものの、患者の兄弟との行き来はない。

患者宅には電話が無く、早速福祉電話を申請する。障害年金の申請は、生活保護を受けているのでしたくないと拒否。生活は血圧低下がひどいため、週3回透析に来るのがやっとという状態であった。

この状況は何か月も続き、動けない日々が続く。患者とじっくり話をすることもままならず、1年

近くが経過。その後患者の体調が悪化し、入院することになった。2か月の入院後再び外来透析となる。

退院後半年くらいしてから、次第に回復し体調も良くなり、患者より仕事を捜したいという話が出るようになった。しかし、貧血は改善せず、医師より、現在の状況では座位で出来るような簡単な作業程度のものしか無理ではないかと伝えられた。患者は医師の話にとてものがっかりした様子でまた内にこもってしまった。

この時点での医学上の問題点は、食事管理がうまくいかず、透析も全く安定しないということであった。この状況を改善しようとMSWよりヘルパー制度の利用を勧めたり、クリニック側の看護婦とMSWの合同家庭訪問を試みようとしたり、クリニックの栄養士による栄養指導も計画したが、本人に受け入れる気がなく、一人で何とかするというのみで実現しなかった。そこで苦肉の策としてクリニック側より実費による透析食のお弁当支給の提案がなされ、本人も承諾したので実行された。（エコマップ1）

透析をはじめて2年（昭和61年）になっても同じような状況が続く。しかし、導入当初に比べ患者は少しずつ状況を話すようになってきていた。待合室ではたいてい一人でいたが、たまに話す人も出て来るようになっていく。

また、一時期申請を見送っていた障害年金も、生保だけにすべてを頼るのは嫌だと申請を決意する。この頃からMSWとの1回の面接時間が1時間程になり、少しずつではあるがいろいろ語ってくれるようになった。その他、患者会の旅行などに誘うと参加してくれるようになったのもこの時期である。

3年目（昭和62年）に入り、やっと患者の身体状況も少しずつ落ち着いてきて、比較的安定した透析生活になりつつあった。ところが、この年も

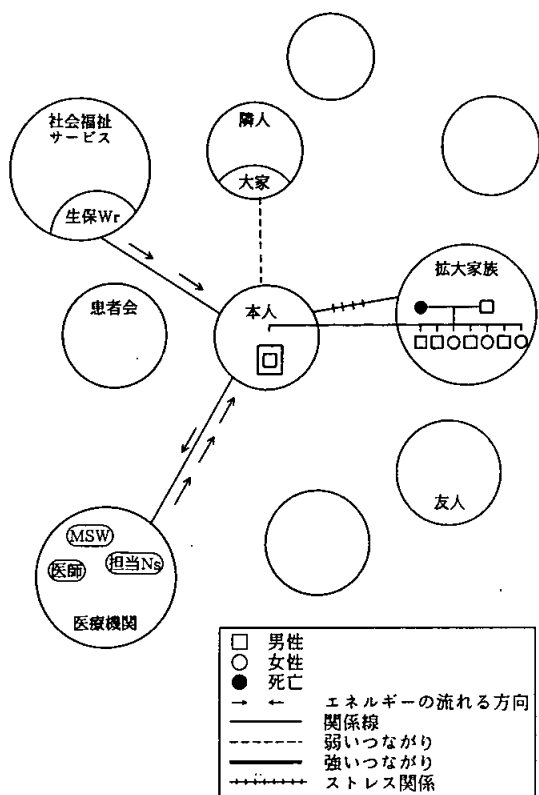


図1 エコマップ1

半ば過ぎたころ、住んでいるアパートが取り壊しになり、引っ越し先をみつけなければならなくなる。引っ越し先がなかなか見つからず、いろいろな日々が続く。それと同時に不明熱が出るなどの身体症状も出現。生活保護の条件にあう物件で、しかも病院の近くで、タクシーの捕まえやすいところなど、独り暮らしの不安を少しでも解消出来るようなアパートを捜すのは、なかなか困難であった。一時期イライラ感が出現し、医療上の問題になっていた頃、ようやくアパートが見つかった。探し始めてから半年後のことであった。

その後の本人の状態は以前に比べれば大分良く、大きく以前と変わったところは患者会の催しに誘うと必ず出席してくれるようになったことである。

Hさんは患者会では決して目立つ存在ではなかったが、必ず参加する人として、患者会役員の目に留まるようになり、それにともないクリニック内でも少しずつ話せる人も出てきた様子であった。

アパート引っ越し直後は本人の不安感が非常に強かったので、福祉事務所よりヘルパー派遣をもらい、週2日、食事を作ってもらえるようになった。(エコマップ2)

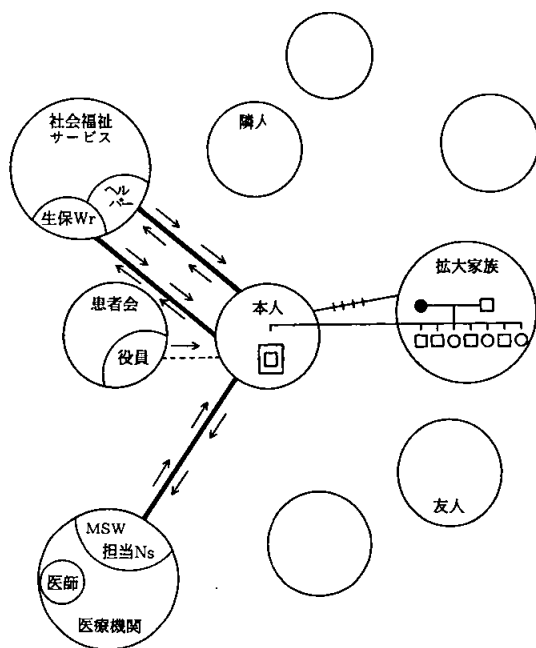


図2 エコマップ2

昭和63年の患者会役員会で、役員のなり手がなかった時、Hさんにならないかとの声がかかった。初めは辞退していたHさんも、MSWやスタッフのすすめもあり次第にやる気を持ち、役員に就任することとなった。これと同時に、ヘルパーの派遣は本人より一人でやっていけると申し出、福祉

事務所のワーカーと相談の上中止された。

平成1年の患者会でも役員をすることになり、この時は会計を担当することになった。会計という役割が患者に与えた影響は大きかった。一つ自信を得たようで、院内での友人の輪も広がっていく。また、昭和63年の役員を通して知り合いになったM氏とは非常に仲良くなり、二人で散歩に出かけたり、旅行したりと積極的に外に出るようになっていった。また、食欲もわくようになり、また、新薬の開発もあって強い貧血も徐々に改善されつつある。(エコマップ3)

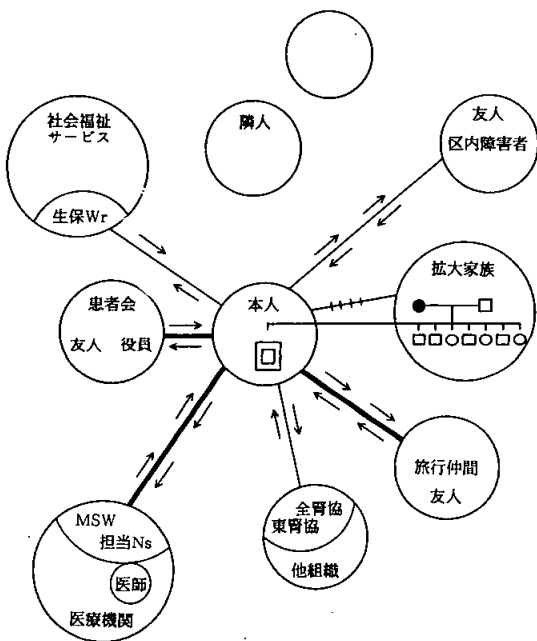


図3 エコマップ3

平成5年には患者会の会長となり、患者会を代表してクリニックとの定期懇談会に出るなど活躍している。

3. ケースへの考察

Hさんの場合は、親、兄弟との関わりはほとんど残っておらず、Hさんを取り巻く環境はあまり無いといってよいであろう。話をしても続かず、MSWの家庭訪問を拒み続け、Hさんが何を考えているのか、どういう環境にいるのか全くわからない状況が続いたことを覚えている。

そのため、生活保護の担当ワーカーに状況を聞きにいったところ、担当ワーカーからとても難しいケースといわれ、チームワークを組んで何とか彼を見つめていきたいと話合ったものである。

エコマップ1を見てわかるとおり、彼への関わりは一方的なものが多く、患者と大家との関わりも薄い。当時、この環境が彼の孤独を増し、また、体調にも影響あるのではないかとされた。非透析日の生活もほとんど寝ている状況のようである。

ここでのMSWの援助方針は、①大家とのつながりを大切にする。②クリニック内での本人への声かけ。③他の患者への結びつけを援助目標としている。特に③のために患者会を利用した。患者は、患者会にかかわるようになり、その後の病院内の人間関係の輪がふくらんでいる。しかし、エコマップ1～2の時点ではまだ患者からの強いアプローチはない。患者が変わるきっかけとなったのは引っ越しである。

エコマップ1で見ると患者の環境との関わりの中で、唯一の繋がりと言ってよい大家との繋がりが切れかかった時、患者の身体症状も悪化し、院内でも問題となっている。この時、患者は公的機関とMSWからの強い働きかけにより支えられ、新しいアパートを見つけ、安定していく。患者がヘルパーを受け入れているのも、引っ越し時、不明熱などの身体的変化もあり、何かあった時の不安感が非常に強かったからだと思われる。この時の状況がエコマップ2である。

この図よりMSWとしてどう患者を援助していくか検討することができる。今後の患者と環境の関わりを考えていく場合、患者会との関わりもできそうな時期でもあり、この線の強化が考えられる。実際、MSWもこの関係に注目し、患者が初めて役員を引き受けようとしている時期に、患者との面接回数も増加し、患者を支え、患者会役員への導入がなされた。

次に、患者が変化を見せたのは患者会の役員として、会計を努めあげてからである。発言も増し、Hさんが患者会を支える立場に立った時、患者を囲む環境は増え、結びつきも強くなっている。そして、一方的に支えられていたヘルパーとの関係を切ることは、患者の自立を意味すると思われる。

具体的に見ていくと院内の患者会活動を通して、院内の人間関係の輪が増加、東京都腎臓病連絡協議会に参加することで、また、友人関係が広がっている。全国腎臓病連絡協議会の催しにも参加するなど積極的な姿勢が見られる。また、院内患者会関係以外の様々な催し物にも参加するようになりそこからの友人関係も広がっている。それが、患者の住んでいる区内における難病の患者会活動へと広がりを見せた。

エコマップ3を見ると患者と環境の相互作用の増加がよくわかると思われる。エコマップ1と比較してみると2本しかなかった関係線が増え、患者を取り囲む周りの環境がひらかれているのが見える。また、この周りの円が増えていくにしたがって患者自身も元気を取り戻し、孤独が個人に与える影響についても十分考えることができると思われる。

4. エコロジカルソーシャルワークの 持つ視点

「エコロジカル・ソーシャルワーク」は生きている人間を全体で捕らえようとするものである。

言い換えれば、社会全体の中で社会福祉は誰もが必要であり、活用すべきものだといえるのではないだろうか。個人を変えることから社会（環境）を変えることへ、また、環境を変えることから個人を変えることへという“個と環境”の交互作用の考え方は個別ケースをミクロ的に見やすいワーカーの視点を大いに変えてくれる。

クライアントの問題は社会的要素との相互作用を抜きにしては考えられない。クライアントに限らず、人間が生活していく上での問題は社会的存在としての生活問題であり、生活問題とは、その置かれた社会状況との相互作用によって生まれるものである。従って、社会状況を作り上げている様々な要素との相互作用、社会関係を視野に取り入れてはじめて、クライアントの問題解決の取り組みに意味を持つことになる。

今まで我々が行動を起こす時、自分の置かれた立場や、起きている現象をどのように考えるかによって規定してきた。問題を解決する場合、一つの目標を持って思考を開始し、目標に最も近い関係のある領域や要素のみを取り出し、目標に接近しようとしていた。いわゆる垂直型思考であった。また、問題や出来事がまったく未知の場合、できるかぎり関連する要素を広範囲に求めると同時に、あらゆる可能性を考察しようとする水平思考も必要になる。

今まではこの二つの思考形態が、組み合わせり、目標に向かって対象範囲を縮めながらケースに当たってきたと思われる。しかし、ケースを生態学的に見ると言うことは、この二つの思考を統合して一つの思考形態ととるということになる。つまり、目標に向かって直線的ではなく螺旋的に実践思考を進めていくところに特徴がある。螺旋的思考をすることで、今まで対象をどのようにすべきかと言う理念から、ソーシャルワーカー自身もシステム論で言う『変容者』となり得ることを意味

する。また、人間を単に心理的、社会的、経済的、環境的、身体的などに分化した存在としてではなく、これら全てと関係を持つ大きな全体の中の存在として捕らえることができるのである。

ライフモデルでの問題は、人と環境の接触面にあり、生活空間内の不適応状態とされ、解決目標には適応能力の強化と、環境の応答性の増大があげられる。そしてこの場合のワーカーとクライアントの関係は交互作用の関係とみなされ、ワーカーとクライアントの協同作業で行われる。

ライフモデルでの援助過程は今までの専門的な技術を駆使しながら、クライアントの人生の転換期、環境問題、対人関係に対する対処の課題に取り組んでいく。そして、ソーシャルワーカーは、対処能力などを増大させるとともに、第一次集団の機能を高め、組織やソーシャル・ネットワークなどを利用する。しかし、この利用は適応能力と環境の特質の相互作用に向けて利用されることに注意しなければならない。そして、患者が対処能力をつけるのみならず、ワーカー自身や患者が課題を抱えている環境そのものの変容も重要な課題である。

次に、生態学的な視点でケースを見ていくためにエコマップを利用することについて述べておきたい。実際に利用してみて、エコマップは有効的であった。患者をめぐる状況を図に書き示すことは、まず、図を描いていく段階で状況をきちんとつかむことができ、またでき上がった図を見ることで、視覚的にも分かりやすい。特に、患者をめぐる状況を多角的に見るこの方法としては効果的である。

また、この方法はスーパービジョンを受けるには最適な方法ではないだろうか。問題状況の把握がいち早くでき、的確な判断を受けやすいのではないかと思う。

新人のソーシャルワーカーにとってケースを的

確に捕らえることはケース内容が複雑になればなるほど難しくなる。また、社会資源の活用も見落としがちになる。エコマップの利用はこれらの欠点を補ってくれる。しかし、これを利用するためには、まずいくつかのエコマップを書いてみる必要性があろう。

エコマップについてはある程度のマニュアル化は可能とは思えるが、いろいろな人がいるように、ソーシャルワーカーの対応する問題も様々で、問題によっては今までのエコマップの形が適応しないケースも出てくるであろう。そういう場合にも臨機応変に変容していけるエコマップ作りを目指すべきである。エコマップはより多角的な視点のケースには非常に有効的であることは解った。今後はミクロ的ケースの場合にどのような図を組めば良いのか検討すべきである。

5. エコロジカルソーシャルワークの 実践をめざして

1) 透析患者の抱える問題に対する視点

透析患者の高齢化、重複障害化の進む中で在宅での通院透析は続いている。導入病院の方針によっては、若い患者はほとんどCAPD⁴⁾に、透析を行うのは重複障害を持っている患者や高齢者というところもある。すると、サテライト施設では、最近の新しい患者のほとんどが高齢者や重複障害者というところも出てきている。このような現状を踏まえて患者の治療生活を考えると、これからは病院だけで患者をとらえるのではなく、ますます地域との連携が重要視される。

今まで、福祉事務所とヘルパーの連携が強かった。医療上の問題が入っても、その連携に医療機関が加わることはできなかった。しかし、重度の透析患者を含め難病患者は彼らが安心して在宅での生活ができるようにそれぞれの分野からの援助が必要となってくる。そして、それらの援助がう

まく機能した時、患者はより安定した在宅での療養生活が送れるのだと思う。

そういう意味でも、これからの在宅を支えていく場合に、ソーシャルワーカーの持つ生活空間の中の個とその環境の交互作用を見つめる生態学的視座はとても有効になってくる。

2) 今後の透析患者に対する援助のあり方

日本もこれからはますます核家族化は進み高齢者の独り暮らし、障害者の独り暮らしは増えてくると思われる。

特に、最近問題になりつつある高齢者の通院問題に関して言えば、社会的入院をなくす意味でも、独り暮らしの老人の場合、老人ホームからの通院を実現させたい。

また、いち早く実現可能な機関として通院介助専門のボランティア団体を作ることである。昨年、実際に神奈川県でH市で試みとして通院介助のボランティア団体が人数は少ないが結成されている。この結成には、K病院の医療ソーシャルワーカー、B病院の医療ソーシャルワーカー、H市の市役所の職員、H市の社会福祉協議会の職員がチームを組、何か月もかけて検討し実現したものである。ボランティアの人数調整、交通費など、まだまだ問題は残されているが今後の展開としての可能性を秘めている。この場合のMSWの活躍はまさにエコロジカルな動きと言ってよいであろう。

高齢者の自立、重複障害を持つ患者が在宅で生活していくためには、今後医療機関のみの活動ではなく各機関との連携が重要になってくると思われる。疾病の重複化により、地域で生活する条件すらなくなってしまう高齢者や独居者は医療と同時に生活のための条件整備や治療条件を整えるためにも福祉との連携がなければ治療の効果すらあがらなくなってしまうであろう。在宅での医療を考えていく場合、地域にある保健、医療、福祉の各関係機関とケースを通じての連携を深め、地域

の特色を生かした医療連携のあり方の検討が求められてこそ、クライアントの生活に合った真の在宅医療が実現すると思われる。

医療機関において福祉面での連携を担うのは医療福祉の分野で働く医療ソーシャルワーカーであろう。医療ソーシャルワーカーの今後の積極的な課題としては次のようにあげられるのではないだろうか。

第1には、エコロジカルソーシャルワークを実践する意味でもクライアントの生活の場から進める援助活動である。在宅で治療を継続するのであれば、クライアントの地域での生活のあり方が重要となり、医療機関での面接のほかにも実際に患者の生活の場へ出かけての面接が必要である。これにより、患者をより、身近に感じることができ、本人や家族と環境の関わりをより明確につかめ、患者の生活空間を大事にした援助が組めるからである。

第2には、患者がよりよい生活条件で治療を受けるための生活条件の整備を単なる制度、サービスの活用だけでなく、そこに人間的な力を加えることである。クライアントのかかえる問題を患者と患者を支える環境（人や地域性など）を考慮に入れながら、クライアントに合ったサービスを有効に利用する。そのことで、患者のみならず、家族やまわりの人々の力を引き出し、地域の中で他の患者たちを支える基盤作りにつながるのである。

第3には、それらを有効的に活動するように援助できるような地域でのサポートネットワークシステムを作ることである。患者や家族を多角的に支えるシステム作りはそれぞれの専門を生かした体制作りによって支援の内容が豊になる。支える体制がしっかり機能していれば、クライアントにも基盤ができ、逆にクライアントがシステムの一員として働くことができるようになり、より質の高い有効なサービスが可能となる。

今後、地域での在宅が増せば増すほど、医療機関にもとめられるニーズは高まってくる。地域と医療を結びつける立役者は医療ソーシャルワーカーである。クライアントと医療機関、生活の場と医療、地域と医療と広い視野にたったの援助が、今後は求められる。公的サービスでは足りないところを民間やボランティア組織を作り、ケアをしていくような姿勢が問われるであろう。

終わりに

医療ソーシャルワーカーの役割は何であろうか。真の援助をするためには何が必要なのかを探っていた時に、出会ったのが生態学的な視点でケースを見つめると言うことであった。

現場で働いていると、物事をどうしてもミクロ的に見てしまい、マクロで捕らえることは非常に難しくなる。

本論文では、生態学的な視座をもとに、筆者が担当したケースを再分析し、検討してきた。しかし、まだ、エコロジカルな視点におけるエコマップでの分析、展開は消化しきれなかったことを痛感する。

この点を更に今後の課題とするとともに、ライフモデルの研究とより一層の事例研究を積み重ね、エコロジカルソーシャルワークの実践方法を考えていきたい。

また、高齢者や重複障害者が増える中で、いかに彼らが在宅で生活し、病気と折り合いをつけていくか、それをソーシャルワーカーとしていかに援助していくかは今後様々な社会資源開拓とともに大きな課題となり、今後のソーシャルワーカーのあり方とともに考えていきたい。

今回、ケース研究が行えたのもこころよく貴重な資料を提供して下さった新小岩クリニックの西尾院長の理解ある協力のお陰であると心からお礼を申し上げます。

なお、本論文を作成するにあたり、亡き小島蓉子教授の公私にわたるご指導にあらためて心より感謝を申し上げ、結びとしたい。

(注)

- 1) ライフモデル (Life Model) については次の文献を参考にした。
C. B. Germain and A. Gitterman, "The Life Model of Social Work Practice", Columbia University Press, 1980.
- 2) C. B. Germain and A. Gitterman, "Ecological Perspective", *Encyclopedia of Social Work*, Vol. 1, 18ed., National Association of Social Workers, Silver Spring, Maryland, 1987. pp. 488-499.
- 3) Ann Hartman, "Diagrammatic Assessment of Family Relationships", *Social Work Processes*, Wadsworth, 1989. pp. 161-174.
- 4) CAPD (自己連続携行式腹膜灌流) = continuous ambulatory peritoneal dialysis.

(参考文献)

- 1) A. Pincus and A. Minahan, *Social Work Practice: Model and Method*, Peacock, 1973.
- 2) B. R. Compton and B. Galaway, *Social Work Processes*, Dorsey, 1975.
- 3) Beulah R. Compton and Burt Galaway, *Social Work Process*, Wadsworth, 1989.
- 4) ジャーメイン他著、小島蓉子編訳著『エコロジカルソーシャルワーク』学苑社、1992年。
- 5) Carel B. Germain, Alex Gitterman, *The Life Model of Social Work Practice*, Columbia University Press, 1980.
- 6) Carel B. Germain, (ed.) *Social Work Practice: People and Environments*, Columbia University Press, 1979.

- 7) E. G. Goldstein, "Social Casework and the Dying Person," *Social Casework*, 54, 10, 1976. 8) H. J. Aponte, "The Family - School Interview: An Eco - Structural Approach", *Family Process*, 15(3), 1975.
- 9) 飛田美保「特集：重複障害者の諸問題－精神的、心理、社会的側面からの考察」『臨床透析』1986Vol. 2 日本メディカルセンター、1986年。
- 10) 平山尚「米国の方法論統合化への過程－システム論と実践理論の関係と応用－」『社会福祉研究』19号 鉄道弘済会、1976年。
- 11) 細川汀・真田是・加藤蘭子・医療福祉問題研究会編『現代医療ソーシャルワーカーソーシャルワーカー論－生活問題の認識と社会福祉援助－』法律文化社、1989年。
- 12) 加茂陽「エコ・システムズ・アプローチと家族中心のソーシャルワーク」『広島女子大学文学部紀要』第22号、1986年。
- 13) 久保絃章「ライフ・モデル」武田・荒川編『臨床ケースワーク』川島書店、1986年。
- 14) 小松源助「社会福祉実践活動における方法の統合化－その具体化をめぐる課題」『社会福祉研究』19号、鉄道弘済会、1976年。
- 15) 児島美都子『医療福祉のネットワーク』中央法規出版、1988年。
- 16) 前田貞亮編『透析患者の精神・心理面のケア』日本メディカルセンター、1984年。
- 17) 前田敏雄編『現代ソーシャルワーク－実践の課題－』ミネルヴァ書房、1988年。
- 18) 中村佐織「わが国の生活モデル研究の動向－生態学的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、相川書房、1990年。
- 19) 日本透析療法学会編『わが国の慢性透析療法の現況』日本透析療法学会、1991年。
- 20) 太田義弘「ソーシャルワーク実践へのエコシステムの課題」『ソーシャルワーク研究 Vol. 16 No. 2』相川書房1990年
- 21) 太田義弘『ソーシャル・ワーク実践とエコシステム』誠信書房、1992年。
- 22) 岡村重夫「方法統合化の意義」『社会福祉研究』19号、鉄道弘済会、1976年。
- 23) 岡村重夫・高田真治・船曳宏保『社会福祉の方法』勁草書房、1979年。
- 24) 岡本民夫「ケースワーク理論の動向(I)」『評論・社会科学』第26号、同志社大学人文学会、1985年。
- 25) 岡本民夫「ケースワーク理論の動向(II)」『評論・社会科学』第32号、同志社大学人文学会、1987年。
- 26) 岡本民夫「ライフモデルの理論と実践－生態学的アプローチ」『ソーシャルワーク研究』Vol. 16、No. 2、相川書房、1990年。
- 27) 岡本民夫・奥田いさよ・平塚良子・牧洋子・南本宣子「老人福祉サービスにおける事前評価とエコマップ」『ソーシャルワーク研究』Vol. 18、No. 3、相川書房、1992年。
- 28) 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』36号、鉄道弘済会、1985年。
- 29) 重田信一編『社会福祉の方法』川島書店、1971年。
- 30) 須川豊・山手茂編『MSWの役割と専門技術－保健・医療・福祉の統合－』へるす出版、1982年。
- 31) 多川斉『わかりやすい透析療法と腎移植』日本メディカルセンター、1988年。