

# ターミナルケアへの福祉的アプローチ

—MSWの機能を通して—

斉藤 順子

## I 序論

現代社会に生きる我々は常に「死」を意識しなくとも生活できる。伝染病を次々と克服していった医療、医学の進歩により平均寿命は延びた。が、一方で、医療は機械化、専門分化し、更に、都市化による核家族化と共に人々は病院で多くの機械、装置に囲まれた中で死なざるを得ない状況にある。一分一秒でも生物的生命を延ばすことに価値が置かれる医学においては、有機体であり、個性を持ち、人格を持ち、社会人である人間の存在は薄い。このような人間不在の医療に対する反省の声が高まりつつある。<sup>(注1)</sup>

そのような反省を基に、末期患者に対し、むやみに延命せず、苦痛を軽減し、尊厳を保てるようケアすることを目指すターミナルケアが1960年代、イギリスの「ホスピス」を中心としてはじまった。中世、カトリックの修道会が旅行者のために宿泊所を開いたことにはじまるホスピスは、シシリー・ソングースが1967年にロンドンにセント・クリストファーホスピスを慈善施設として開設したことを機として広まった。イギリスでは現在、入院施設、ホームケアサービス、地域病院内の症状緩和サポートチームの3つの型がある。運動の高まりが政府に影響を及ぼし、NHS政策にとり入れられるようになった。1983年その数はそれぞれ順に、69、25、11で、更に計画されている。<sup>(注2)</sup>

末期患者に対するターミナルケアはイギリスにとどまらず、世界にその運動は広まった。わが国においても、1970年代後半から病院におけるケアチームという型で萌芽しはじめたが、まだ体系的なものがなく、その方向性も模索中と言える。その背景には、医療制度

そのものの問題、死生観等があると思われる。

末期患者は様々な苦痛を持っている。ガン末期に伴う疼痛、不眠、悪心、食欲不振等の身体的苦痛、死に対する不安、抑うつ、孤独感等の精神的苦痛、職場、家族、経済的問題等の死が迫ることによって起こる具体的な問題である社会的苦痛、死に直面することにより起こる人間の魂そのものの痛みである靈的苦痛。これらの苦痛を除去し、疾患の治癒は見込めなくとも「患者を見守り、友情、なぐさめ、安楽をあたえ続けることはできる」精神に基づき患者を援助する、つまり、末期患者を全人的にとらえ、その人らしい生を全うできるよう患者とその家族を支えて行くことがターミナルケアの目的である。<sup>(注3)</sup>

ケアのために、医師、看護婦、精神科医、ソーシャルワーカー、チャプレン、OT、PT等のチームが必要である。中でもソーシャルワーカーは主に社会的苦痛に対して援助をすると多くの文献に書かれている。が、その存在、役割は必ずしも明らかではない。また、ターミナルケアの問題は単に医学レベル、看護レベルの問題ではなく、医療における人間疎外が個人の生活に及ぼしている影響を生活者の側からとらえる必要があると考える。

小論においては、末期患者を生活者としてとらえ、生活者の側から問題をトータルにとらえる福祉的視点に立ったアプローチが何故必要なのか、福祉的アプローチの担い手である医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）に焦点をあて、事例を通して明らかにして行くことが目的である。

## II 福祉的介入の必要性

末期患者を全人的にとらえ援助するターミナルケアにおいて福祉的介入が何故必要であるのか、その理由を4点あげる。

### (1)人間は生活を営む主体者であること

人間は単に生物的存在ではなく、自らの手で生活を営む主体者である。憲法13条に規定される個人の尊重、主体的に自由、幸福を追求する権利は、たとえ治療の見込みがなくとも、死が間近に迫ろうとも、生を受けた時から死の瞬間まで等しく保障されなければならない。

### (2)末期患者を全人的にとらえるためには医師、看護婦のみでは困難であること

専門分化、機械化が進む中で個人は分断され、医療と患者の関係は疾患を中心に展開する傾向にある。又、業務量の多さも専門分化を促進し、このような状況の中で医師、看護婦のみでは、患者がどのような生活を送ってきたのか、患者をとりまく環境や心理まで把握することはきわめて難しい。

### (3)死が近づくこと、療養生活を送ることにより新たな生活問題が生じること

病院は人々の生活に影響を及ぼすが、進行ガンや難病は長期の治療を必要とし、疾病の進行に伴い問題も変化する。多くの場合、末期患者は入退院をくり返す。療養生活は生活の変更とそれによる新たな問題を生む。更に、「死」は本人にとって最初で最後の体験のために今までの対処方法では処理しかねる状況に陥いる。<sup>(注4)</sup>療養生活に伴う生活問題には窪田暎子によると、①医療費とその負担からくる諸問題、②身体的拘束、行動制限等とそれに伴う問題、③労働、教育、家庭生活等における役割追行をめぐる諸問題、④①②③と直接には関連しないが二次的な問題の発生、⑤潜在的、あるいは慢性的な問題の顕在化、悪化である。末期患者の場合には上記に加え、死後の家族への生活設計への準備と死の不安に伴う生活の危機があげられると考える。

### (4)患者は様々な関係の中で生活を送り、その関係性を維持できるよう、患者の側からトータルにとらえる必要性

人間は単一の役割のみでは生きてはいない。家庭、職場、地域、友人等において、様々な関係の中で役割を得、役割を果たすことによって生活している。つまり、多面的な役割を果たしながら、総合体として社会の中で生活しているのである。人間は自己の欲求を満たすためにふさわしい社会制度を利用し、多数の制度的機関との社会関係を持たなければならない。が、その関係の内容について各制度は相互理解する能力を持たず、個人は多くの制度からの条件に規定されながら自己を調和させて行かなければならない。つまり、医療機関が求める患者の役割は、家庭、職場、友人、地域等まで及ばない。患者の持つ社会関係を患者の側からとらえて行く作業が必要になる。末期患者の場合、今まで維持してきた関係をできるだけ保てるよう援助する必要がある。そのために、患者の側からとらえることが大切となる。

以上の4点より、末期患者が生活の主体者として生活して行けるよう、末期患者の側から問題をとらえる福祉的視点が必要である。そして、この立場に立ち介入するのがソーシャルワーカーである。ソーシャルワーカーは、ピンカス、ミネハンによると、人々と、人々が生活問題を達成し、苦痛を軽減し、抱負と価値を実現する力に影響を及ぼしている社会環境との相互作用を問題にするとある。更に、ソーシャルワーカーの目的は、①人々との問題解決と対処の能力を強める。②人々と人々に資源、サービス、機会を提供するシステムの有効な、人間らしい運用を促進する。④社会政策の発達と改善に貢献するとある。ターミナルケアにおいて、これらを具体的に進めて行くのは医療機関で働くMSWだと考える。

## III 事例にみるMSWの役割

具体的には、MSWが末期患者と家族のニーズにど

のように対応して行くのか、筆者が実習した日大板橋病院における事例より検討する。

〈A事例〉一家の柱であるがん患者A氏（60歳）

〔病名〕肺癌（副腎、肝臓、脳、骨転移）

〔生活、家族歴〕大正12年生、9人兄弟の六男、士官学校卒、結婚後、三女をもうけるが、三女が幼児期より大動脈炎症候群にて入院をくり返す中で、本人は一家の柱として医学関係の出版社勤務、のち役員となる。50歳時、舌癌で入院、この頃より妻が精神的に不安定となり、昭和56年に心因反応で入院、その後通院となる。長女は家庭事情により潰瘍性大腸炎となり、58年1月に退職、次女は婚出、A氏は58年2月頃より声帯に異常あり、当院受診、3月31日、入院となった。

〔経過〕

①1回目入院より3回目入院（S58.3.31～59.6.20）

入院後、本人より医師へ「外科的な手術をすると妻が発作を起こす恐れがある」と申し出があり、A氏の実姉、兄には病名を、家族には「肺真菌症」と説明された。

医療福祉相談室（以下：相談室）とA家とは三女が小児科入院時（49年）、高額療養の相談からのかかわりである。約10年間、三女の学習指導、妻への精神的サポートを行ってきた。家族全体との長いかかわりがあり、A氏入院時も、妻、娘それぞれが相談室に来室、状況の報告、不安等を訴えており、MSWは家族の話を「聴く」ことに努めた。

6月23日退院、9月日には家族旅行に出かけたが、11月に再入院となった。医師はある程度の悪性腫瘍の治療の必要性を本人に理解させる方針で、「リンパ腫」と説明がされた。11月22日、右顎リンパ節摘出術、当日、長女が相談室へ「術前に説明が聞きたい」と来室し、MSWが同行して医師より説明を受けた。

相談室には、たびたび家族が来室し、それぞれA氏の状態の報告があり、娘より「母がふとんをかぶっている」とふさぎ込みがちな母の様子が伝えられ、MSWは今後のA氏の病状を考え、精神的安定のさうかけ

としてボランティア活動を勧める方針をたてた。

59年1月に入り両側副腎に転移が見られた。家庭に帰りたいとのA氏の希望により化学療法は近隣の病院で、フォローは当院と決まり退院となった。妻は相談室来室時、MSWよりボランティアを勧められた。2月に三女入院。妻は3日よりボランティア活動開始し、MSWは妻のボランティアを支持する面接を続けた。A氏は肝臓転移のため、6月20日に再入院となった。

②3回目入院より死亡まで（S59.6.20～11.4）

検査結果より、脳転移、副腎腫瘍の増大が認められ、腹痛軽減のための放射線開始、三女はA氏入院後、10日目に退院となった。

7月27日、A氏の第一回ターミナルケアミーティング（以下TCM）が開かれ、主治医O教授、妻の主治医K医師、看護婦、MSWが参加した。妻への病状説明、家族へのフォローがあげられ、次回に再び検討されることになった。

A氏は食欲不振、顔のむくみが強くなり、疼痛除去へと方針が移行した。MSWはA氏の病室訪問をくり返し、「娘と妻のことをよろしくお願いします」と言うA氏と「母をよろしくお願いします」と言う娘や妻の精神的サポートを第一とした。8月24日に第2回のTCMがあり、妻が夫の病状に気づいたらしいとMSWより報告、妻のフォローはK医師とMSWが担当すること等話し合われた。

9月に入り、臥位に寝ていても痛みがひどくなった、10月に一時、集中治療室へ移室となった。10月17日に顔面ケイレンが起り、つき添っていた三女が動転し、相談室に来室、MSWは側に座わり、動揺を受けとめた。交代でつき添う家族にMSWは頻回な病室訪問をくり返した。

10月25日 第3回TCM、家族のフォローの確認、経過報告がされた。11月4日、死亡。

A氏死亡後、妻、娘は外来通院時に相談室に来室し、MSWは妻のボランティア活動や娘の趣味を支持する面接を継続している。

#### 〈MSWの援助〉

A事例における援助は、表1にあげる通りであるが、大別すれば3点にあげられる。第1は、10年間におけるA家とのかかわりの中で、MSWと家族のメンバーの間に信頼関係があり、家族ダイナミクスを理解した援助関係ができたことと、それがTCMにおいても生かされたことである。第2は、夫の病状の悪化による妻の不安に対し、ボランティアの参加をすすめ、精神的安定に対する援助をしたことである。第3は、緊張を要する病院にあって、相談室そのものが家族のメンバーにとって「息抜きの場」「嘆きの場」という役割を果たしてきたことである。このケースは、A氏とその家族を理解し、主体性を尊重し、ケアの方針をたてチームアプローチした一例と言える。

〈B事例〉 山谷に帰りたい単身がん患者のB氏(60歳)

〔病名〕 舌、口腔底腫瘍 胃転移

〔生活歴、家族歴〕 大正13年、I県に四人兄弟の長男として生まれ、高等小学校卒業後上京、N製作所で働くが徴用、戦後I県で弟と土建業を営むが、再び上京、山谷に入り飯場仕事をして30年余り単身生活(離婚歴ありとのことだが詳細不明)昭和48年に肋間神経痛にて、生活保護受給、58年10月に舌痛のためA区S病院入院、舌癌を疑われ、当院受診、11月2日入院。

家族は妹一人、第二人だがほとんど音信不通、詳細不明であった。

〔経過〕

①入院よりT病院転院まで(S.58.11~59.6.7)

B氏入院時、A区福祉事務所Wワーカーよりケース依頼の連絡が入り、ケース開始、59年1月に予定されている下顎部切、舌全摘出術に対し、主治医よりMSWに手術の必要性の説明の依頼があり、B氏病室を頻回に訪問。「手術したくない、ペロ半分になるのはいやだ」というB氏と何回も話し合い、不満、不安を聴くことにより、手術を承諾、1月27日行なわれた。と同時にMSWはWワーカーと連絡をとりながら家族へコンタクトをとろうとするが、妹は長い間交際していな

かったことを理由に来院拒否していた。

術後、B氏は、食事はおかゆ、コミュニケーションは筆談と生活の変化を余儀なくされ、それに対し、MSWは病棟と連絡をとりながら、B氏が慣れるよう病室訪問をくり返した。

3月に胃腫瘍摘出術、5月に喉頭摘出術、妹に連絡をとるも来院は得られなかった。6月に入り、大学病院としての治療は終るとのことで、転院がもち上り、同じ区内のT病院にB氏との話し合いで決まった。が、その後、「山谷ニ退院シテ戻ル」と言いはじめ、MSWはB氏の不満を聴き、B氏が一人で生活できないこと等説明した。B氏は納得し、転院が決まった。6月7日、Wワーカーと実習生のつきそいで転院。当日、B氏は朝から荷物をMSWに預け、外食したり、その様子をWワーカーに一生懸命伝えていた。

②T病院転院より死亡まで(S.59.6.7~8.14)

転院後、T病院MSWがかかわるようになった。B氏は転院以来、MSWに病院の不満、山谷での話等筆談で話していた。一方MSW以外の者には荷物を一切触れさせず、シーツ交換ができないなどスタッフから不満がでていた。

B氏は転院に強い不満を持ち、看護婦や医師と上手くコミュニケーションがとれず、MSWや実習生に「山谷ニ帰ル」と訴えていた。MSWはB氏の妹に転院したことを連絡。その後もB氏の様子を知らせていた。その結果6月24日、妹が来院。B氏はとてもうれしそうにその話をMSWに話した。

6月末にはB氏の耳はほとんど聞こえず、転院当初はあちこち出歩いていたが、ベットに横になっていることが多くなり、山谷時代からのつき合いのMの会の牧師らの訪問を楽しみにしていた。

7月に入り、筆談することがほとんどできなくなり、B氏の不満や怒りは消え、身の回りのことをしたりすると「ありがとう」と手振りでする様になった。スタッフも「やっかいな患者」から「何とかしたい」とB氏に対して変化してきた。

表1 <MSWの援助>

	A氏の状態	課題	MSWの援助	備考
治療期	<p>S.58.3.31 入院</p> <p>4.25～ Radiation</p> <p>5.～ Chemotherapy</p> <p>6.23 退院</p> <p>通院</p> <p>11.15 入院</p> <p>11.22 右頸リンパ節摘出術 副腎転移</p> <p>59.1.26 退院 Radiation 1/W 2. 腹痛 ↓</p>	<p>○家族のサポート それぞれの状況に合わせたサポート</p> <p>○妻へのサポート</p>	<p>○妻、長女、三女それぞれの話を聴く。</p> <p>○Dr. Nsとの連絡</p> <p>○病室について調整</p> <p>○手術前に家族がDrと話せるよう連絡</p> <p>○妻へボランティア紹介</p> <p>○三女の病室訪問</p>	<p>三女入院</p>
終末期	<p>59.5.20 入院 Radiation</p> <p>7.31 胸腔穿刺施行</p> <p>9.11～9.22 ブロンプトン ミクスチャー 食事がとれない</p> <p>10.20 経管栄養</p> <p>11.4 死亡</p>	<p>○家族のサポート</p> <p>○急変時の対応、サポート</p> <p>○死後の家族へのサポート</p>	<p>○妻のボランティア支持</p> <p>○妻、長女、三女それぞれの話を聴く</p> <p>○TCMへの参加</p> <p>○看護婦との話し合い</p> <p>○急変時、三女をサポート</p>	

表2 <MSWの援助>

	B氏の状態	課 題	MSWの援助内容	備 考
積極的治療期	<p>S.58.11.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○コバルト照射</li> <li>○舌全摘手術</li> </ul> <p>食事、会話不便 「声が出ない」</p> <p>59.5.14 喉頭摘出術</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○転院による生活</li> <li>○環境変化の適応</li> <li>○手術の不安</li> <li>○家族への働きかけ</li> <li>○コミュニケーション手段の改善</li> <li>○手術による生活変化の適応</li> <li>○B氏の心理的サポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○Dr、Nsとの連絡調整</li> <li>○家族への連絡、調整への努力</li> <li>○手術の不安の話し合い</li> <li>○コミュニケーションのサポート</li> <li>○入院中の不満に対する受容</li> <li>○B氏の代弁者としてDr、Nsとの話し合い</li> <li>○Nsへの働きかけ</li> <li>○福祉事務所Wrと情報交換</li> </ul>	
医療管理期	<p>S.59.5</p> <p>ひざが痛い</p> <p>6月 転院</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院生活の安定</li> <li>○転院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○コミュニケーションのサポート</li> <li>○B氏の希望の受容</li> <li>○転院についての話し合い</li> </ul>	↑ THP Mワー カー
終末期	<p>S.59.6.7 転院</p> <p>耳が痛い</p> <p>酸素吸入 肺に水がたまる 夜眠りにくい</p> <p>ほとんど寝たきり</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○新しい環境への適応</li> <li>○「生活の場」としての病院の充実</li> <li>○心理的サポート</li> <li>○B氏をひとりぼっちにしない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○怒り、不満に対する受容</li> <li>○家族への連絡</li> <li>○Dr、Nsへの働きかけ</li> <li>○B氏の代弁者として他の人に伝える</li> <li>○福祉事務所との連絡</li> <li>○B氏の側にすわる (コミュニケーションをとる)</li> </ul>	↓ 家族(妹) 来院

7月17日、妹が来院し、B氏に一口飲み物飲ませた途端、容態が急変、弟の妻もかけつけた。M会の神父が「B氏は退院したら洗礼を受けると言っていた」とB氏を洗礼。その後、B氏は昏睡したまま、8月14日死亡。ワーカーの手続きにより、仏式の福祉葬がされ妹らが集まった。

#### 〈MSWの援助〉

MSWの援助は表2に示す通りであるが、日大とT病院に分けて述べる。日大においては、環境の変化に対する適応への援助と入院生活の安定が主だったと言える。具体的には手術の不安に対するサポート、コミュニケーションがとれるための援助、B氏の代弁者として医師、看護婦等と話し合うことである。

T病院においては、MSWはB氏の擬似家族的な役割と生活の場としての安定に対する援助と言える。スタッフへの働きかけの時期に問題はあるが、B氏の怒り、不満の聴き手として、家族調整を計ることによりB氏が少しずつ安定していったと言える。

## IV MSWの役割の考察

先の事例より、ターミナルケアにおけるMSWの果たす役割について考察する。現状から考えて、病院におけるMSWに限定する。方法は、介入の時期と方法、患者に対して果たす役割、医療チームにおける役割、地域における役割に分ける。

### (1)介入の時期と方法

介入の時期は予後が悪いと判断された、できるだけ早い時期が良いと考える。何故なら、患者が療養生活に入る前に生活上の問題が起こることと、患者とその家族との信頼関係を早い時期に確立する必要があるからである。事例Aに見るように、MSWとA家との信頼関係が早い時期にできていたので、家族ダイナミクスを理解した援助ができたと言える。

方法についてはまだ一定した方法論はないが、告知を本人にする所がほとんどない現状においては、家族に告知する場に同席することから介入をはじめるのが

適切だと考える。筆者が聞き取りに行ったC病院において実践されているが、その理由として、MSWが体験を共にし、MSW自身が社会資源であることを示す<sup>(注8)</sup>意味があり、そこで問題の発見ができる。

### (2)患者に対して果たす役割

まず第1に、信頼関係づくりである。医療者と患者の間に信頼関係がなければ苦痛は緩和されない。ピнкаス・ミネハンがソーシャルワークの機能として、代弁、支持、教育をあげているが、B事例のように患者の代弁者として医療者に働きかけることにより、苦痛軽減の一端となったと言える。第2は、具体的な生活上の問題の解決である。B事例において、術後のコミュニケーション手段の問題、A事例における医療費負担の問題等、職場、学校、家庭の問題に対し、MSWは社会資源の活用、開発を通して援助する必要がある。第3は、死に伴う感情の処理と孤独感からの解放である。B事例において、B氏の不安や怒りは強い医療不信となって現われた。このような場合、よき聴き手としての存在が必要であり、病室訪問をくり返すことにより、MSWが患者が一人ではないことを伝えることもMSWの役割である。第4は、死への準備に対する援助である。A事例にみるように、残される家族に対するA氏の心配の解決を援助することである。第5は、自分らしい生活を送るための理解と援助である。筋萎縮性側索硬化症のC氏は、生きる証としてリハビリテーションを続けることを希望した。B事例のB氏は山谷で生活してきたことを生きる支えとしていた。患者がそれまで生きてきた人生を理解し、いかに主体性を尊重するか、患者の環境を調整して行くことである。つまり、死という到達点まで、末期患者が自己実現できるよう援助することである。そのためには、患者の生活歴、生活信条等トータルにMSWがとらえなければならない。

### (3)家族に対して果たす役割

死は患者のみならず、家族にとっても危機をもたらす。MSWは家族ダイナミクスを一番理解できる立

場にある。その意味において重要である。家族に対して果たす役割は第1に、具体的な生活上の問題の解決に対する援助である。家族の一員の疾病による他の家族員に及ぼす影響であり、役割変化への適応(事例A)、医療費、生活費の問題、看護の問題等であり、MSWは資源の活用を通じて援助する必要がある。第2は、緊急時の対応である。病状の悪化、急変時に家族では対応に窮する場面が起こる。MSWは家族に代って連絡をとったり、事例Aのように精神的サポートに努めることが必要になる。第3は、MSWの存在が家族にとって「息抜きの場」「嘆きの場」となることである。はりつめた病院の中で家族は感情吐露する場が必要であり、よき聴き手としてMSWが存在することにより、家族の苦痛の軽減につながる。第4は、キューブラー・ロスの指摘するように「患者および家族が病気によって家庭が崩壊しないように、全家族から慰安活動のすべてを奪い去ってしまわないように」援助する必要がある。<sup>(注10)</sup> 家族員にもそれぞれの生活があること、家族が崩壊しないよう、資源を活用したり、環境を調整することである。第5は、死後の家族再編成の援助である。患者の死後、家族は生活を再構成していかなければならない。A事例では、A氏の看護と並行して家族が少しずつ、死後の準備を妻、娘がして行っていたが、患者の死後の対象喪失の悲しみ、罪障感ほどの家族にも残る。欧米ではMSWが死後の家族へのフォローが大きな役割である。わが国においても、遺族へのフォローは重要であり、主にMSWが担うと考える。

#### (4)医療チームにおける役割

チームにおける役割は第1に情報提供があげられる。事例AのTCMにみるように、各職種間で情報交換をすることは全体像をつかむ上で重要である。時にMSWは患者とその家族の生活をトータルに把握できる立場より情報、意見を提供する。第2は、代弁、媒介的役割である。患者の自己決定や選択を医療の中に反映していく役割である。「患者」としてとらえがちな医療の中に、生活者としての患者の主体性を他の医療者に

働きかけることが必要である。第3は、患者をとりまく環境のコーディネーターとしての役割である。事例Bの福祉事務所や家族と病院のパイプ役として存在することから明らかなように、他機関と病院と本人を結ぶパイプ役として存在することはMSW独自の領域である。在宅療養を送る場合、この役割は更に活発なものとなると考える。

#### (5)地域における役割

地域におけるMSWの役割は、患者が在宅、院内いづれの場合でも、「生活の場」を中心としたケアのネットワークのコーディネーターとして働くことである。院内の場合は院内を生活の場として、在宅の場合も在宅を中心とした社会資源の開拓、調整、統合することである。が、わが国においては在宅療養は、訪問看護の未発達、家庭医と病院の役割の未分化、在宅福祉サービスの未充実等抱える問題が大きい。

以上、5つに分けて考察したが、ターミナルケアにおいてMSWは、末期患者が生活の主体者として最後まで尊厳を保ちつつ生きられるよう、患者の側から問題をトータルにとらえ援助する役割であり、更に患者が自己解放、自己実現できるよう援助することである。その際に重要なのは、「クライアントから学ぶ」という人間学的アプローチである。未知の体験である死を患者と共に学ぶ姿勢でコミュニケーションを重ねて行き、共に成長して行く、両者の相互性に基づいたアプローチが重要だと考える。<sup>(注11)</sup>

## V 今後の課題

MSWがターミナルケアに今後どのような機能を果たして行くかは、ターミナルケアの発展の方向とMSWの問題点と密接に結びつくと考えられる。

わが国におけるターミナルケアの方向は院内におけるチーム実践が強化されて行くと考えられる。「でき高払い制」と言われる医療制度の中でホスピス運営が難かしいこと。「告知」という大きな障壁があること。そして各々の病院にとって「死」が避けられない問題であると



いうことに医療者が気づき始めていることがその理由としてあげられる。更に、死はある特定の人々に訪ずれるのではなく、万人に共通に訪ずれるものである。予後が悪く、死が間近に迫ろうとしている人々にターミナルケアは提供されなければならない。末期患者にかかわりを持つ病院はターミナルケア実践にとり組んで行かなければならない。それらの病院においてMSWはチームの一員としてケアに参加して行く必要があるが、実践する上での問題点がある。

まず第一に、病院アドミニストレーション上の問題である。専門職集団の中にありながらMSWには資格制度がなく、その位置づけも各医療機関により異なる。<sup>(注12)</sup>MSWの数も厚生省特別研究、ヘルスマンパワー研究班MSW研究グループの調査によると需要と供給の格差<sup>(注13)</sup>がかなりある。又、MSWに対する認識も確立していない。ターミナルケアにおいても、MSWが専門職としての認識を得ていないためにその参加が十分とは言えない。

第2はMSWの主体の問題である。MSWの専門教育が確立していない点、更にターミナルケアにおいては、デス・エデュケーション、人間教育、生命倫理教育といった教育と同時に経験とそれを常にフィードバックさせるスーパービジョンが必要になると考える。又、MSW自身がターミナルケアへ介入する認識を問いただす必要がある。死が迫った末期患者に側面的な援助をするのではなく、「死」そのものに介入して行くことである。

以上の問題点をふまえた上で、MSWがターミナルケアに参加して行くためには、まず、MSW自身がその必要性を認められるように積極的に医療チームに参加して行くことが重要であり、MSWが末期患者の福祉を保障する立場から、医師、看護婦等の医療者に働きかけて行くことも大切である。更に、MSW自身が末期患者の援助に対する認識を再検討し、役割、介入方法等の機能を明確にし、それを示して行くことが重要である。又、MSWが専門的立場から、「告知」等の

問題に対しても積極的に発言して行く姿勢が必要ではないかと考える。チームにおける立場と同時に、末期患者が「生きて行く場」を選択し、生活できるよう、地域の社会資源の開発、ネットワークのコーディネーターとして活動を広げ、政策に反映させるよう働きかけて行くことも重要である。

なお、小論は、60年度修士論文をまとめたものである。

- (注1) 澤潟久敏『医学の哲学』誠信書房 1964 P.67
- (注2) Hedly Taylor, "The hospice movement in Britain" Center for Poliyay Ageing 1983
- (注3) リチャード・ラマートン『死の看護』メヂカルフレンド社 1977 P.1
- (注4) 関根真希子「ソーシャルワーカーの役割」『クリニカ』vol.11, No6 1984 P.33
- (注5) 窪田暁子「医療福祉 医療ソーシャルワーク」『講座 社会福祉4. 社会福祉実践の基礎』有斐閣 1981 P.225-227
- (注6) 岡村重夫『全訂 社会福祉学総論』柴田書房 1968 P.119-139
- (注7) ピンカス、ミネハン「ソーシャルワーク実践のモデル」『社会福祉実践方法の統合化』ミネルヴァ書房 1980 P.96
- (注8) この点については修士論文「第三章 第一節 数病院におけるMSWの実際」を参照のこと
- (注9) A Pincus, A Minahan "Social Work Practice" Itasca. Ill. Peacock 1973 P.113
- (注10) E. キューブラー、ロス『死ぬ瞬間』読売新聞社 1971 P.199
- (注11) 坂口順治「クライアントから学ぶ」『ソーシ

ャルワーク研究』vol 8. No 3

相川書房 1982 P.184

(注12) 医療社会問題研究会『医療社会事業論』

ミネルヴァ書房 1971 P. 93

(注13) 児島美都子、皆川修一、山手茂 『患者に

福祉サービスを』法律文化社 1980

P.74~75