

医療社会事業の性格と機能

住 谷 馨

(1)

医療社会事業 (Medical Social Work 以下、M・S・Wと略す) は、医療分野における社会事業の展開であつて、疾病が、いまだに貧困問題と密着し、病氣と生活苦の悪循環がつづくかぎり、社会事業の医療面においてはたす役割は重視されざるをえない。孝橋正一教授は、「M・S・Wとは、さしずめ、社会問題としての保健・疾病・医療ならびにそれに関連する諸問題に対応する社会的方策施設の一形態である。」^{註(1)} という広い概念で、M・S・Wを規定している。しかし、わが国のM・S・Wは医療機関内のメディカル・ケースワークを中心に進展をみせており、地域社会の医療問題、保健福祉計画など、住民の生活と健康に直接関係する諸施策にまでは参画しえない現状である。孝橋教授のいう「社会問題としての保健・疾病・医療ならびにそれに関連する諸問題」は、まさに、労働災害、交通災害、公害、無医村の拡大、健康保険の改悪、薬害、重症児問題、二十万といわれるねたつきり老人、精神障害の増加、職業病、成人病対策などにみられる通り、そのほとんどが未解決・未知数のまゝ堆積しているといつてよい。東大紛争の発端となつた「登録医制度」反対の運動も、内容的には、わが国の医療制度全般にかかわる改善要求を秘めており、医療労働の合理化と健康保険改悪に反対する運動に関連している。その背景には、医師の不足、看護婦の不足、医療機関の偏在、差額ベット

医療社会事業の性格と機能

医療社会事業の性格と機能

や特別診療という営利的な診療体制の拡大、過重な医療労働など、医療の基本的な体制的矛盾が露骨に現われ、進展しているのである。農村・離島、へき地の無医村問題も含め、医療は深刻な社会問題を顕在化してきている。

これらの医療問題は、主として医療の経済・財政問題として対策が考えられ、社会保険制度のモザイク的な構成、保険相互の格差、給付率の低さ、受益者負担の増加、国の負担の低さなど、医療費をめぐる医師会、被保険者、政府の三者が、各自の立場からの受益を中心に対立と抗争をつづけてきた。現在は、医療保険制度の抜本的な改正が意図されており、各種健康保険の統合と調整が検討されているが、基本的な問題として、医療負担を社会保険の枠組みのなかにおしこめ、受益者相互の負担に依存しようとするかぎり、医療の公共性、社会性が曖昧となり、経済的には、医療費の負担資力の豊かさと貪しさという現実的な能力格差によって、負担者側に必然的に不平等が生じることは当然である。

スウェーデンは「最高の設備で、高度の技術をもった医師にいつでもかかれて、金の心配がいらぬ」という医療保障を実現し、イギリスは、戦後の労働党政府によって強力に推進された医療保障制度が問題を残しつつも整備されている。ソ連は、医療と生活保障の両面から、国と各種共済基金の設置による保障制度を確立している。わが国の医療制度も医療保障への道を歩まなければならないが、いかなる変革と改善がなされるべきか、歴史的に伝統化されてきた制度内で厚い壁に当面している現状である。この段階で、M・S・Wは疾病をもち、医療費の負担に困窮している人々とともに、いかなる役割と医療保障への展望をもちうるであろうか。また、現在、M・S・Wが機能している状況のなかから、さらに、自からの立場と性格を明確にして、機能領域を限定し、医療保障への参画と役割を明らかにする必要があるであろう。

M・S・Wは、健康が破壊される現状にたいして、健康をすでに破壊している者と健康を阻害する環境的諸要因について、いかに対処し、機能しうるかが問題になる。従来の医学は、すでに健康を破壊した者の治療と回復を目的とする事後处理的機能が中心となって発達し、各種医療機関も、その目的にそって整備されてきている。疾病から健康を守り、

疾病を起させる環境要因をとり除くという事前処理的機能は、医学のなかでも新しく、医学の本流からみて支流であつて、いまだにその対策、整備に不十分な状態である。しかし、医学の發展は、この予防医学の分野を次第に重視するようになってきてきていることも事実である。成人病、職業病の治療過程で、早期発見、早期治療の重要性が認識され、また、精神障害者の拡大にともない、公衆衛生諸機関、精神衛生研究所などの予防医学による疾病の事前処理的機能の充実と整備が強く望まれるようになってきている。しかし、医療の体制からみて、事前処理的機能は、その後発性にもよつて十分に機能しえない現状にある。

医療が診断・治療という範囲を拡大し、予防とリハビリテーションという疾病・傷害の全過程に機能しようとするかぎり、この総合的医療に照応する医療体制が構築されなければならない。「総合的保健サービス」という包括的な医療の構想も、この拡大された医療に即応するもので、医療の社会化過程の要請から生れてきている。しかし、現在の医療は、各種個別に散在しており、小企業的な医業経営が無秩序に並列し、総合医療の構想とは大きな相違がある。また、医学と医療は表裏一体の本質的な性格をもつものであるが、現実には医学と医療が背離し、医学水準の高さと医療水準の低さが一般に常識化されている。医学と医療の背離は資本制社会の本質的な性格と深くかかわっているが、資本主義の發展が医学と医療の背離状況を生みだしてきたことは事実である。医療行為が営利的となり、営利的医療が医療機関を支配し、経営する。医師は経営者の感覚が強くなり、医療を専有化し、医療機関を私財として考え、世襲的に継承することが多い。この医療の専有化は、医師と患者という治療を媒介とした人間関係を金銭的等価値化にきりかえ、金銭的な利害を媒介とする資本主義社会特有の普遍的な人間関係となり、さらに、治療費優先の非人間的な関係さえ創出している。医療は医学の実践的な現場であるが、この分野における従事者の多くは、この医療経営主義の矛盾に気付くとともに、医療機関内の非民主的な従属的な身分関係による労働強化と支配体制に不信と疑惑をいだいてきているのである。

公器としての医療の営利性と専有性は、国民の広い医療保障要求、医療機会の平等化、医療の総合化、患者の基本的人権の自覚、地域医療の整備要求など、地域福祉の基軸となる医療制度の改善をもとめる運動のなかで当然、批判の対象となるべきものである。医療のあり方は、国民の「生存権」にかかわる主要な課題である。社会福祉は、主として、低所得階層の生活問題に対応してきているが、福祉諸問題の基層には共通して、疾病問題が存在していることは明らかである。社会事業から、疾病と医療の問題を看過することはできないし、さらに、積極的な施策を社会事業の機能としてもたなければならぬ。M・S・Wは、社会事業のこの課題を荷負った専門機能として期待される。地域福祉の住民主体、住民参加の結集目標として、施設社会事業のM・S・W化が、地域医療計画として意図されてもよい。元來、社会事業は歴史的にみて医療救済事業の性格が強く、社会事業の対象は疾病で悩む貧民であった。しかし、近代的な医療体制が進展するとともに、社会事業の対象から医療問題が脱落し、医療関係の問題は、すべて専門の医療機関に集中し、社会事業は医療の周辺にのみ機能するようになった。したがって、現在の社会事業が医療問題にたいして主体的に取り組んでいる範囲はきわめて狭いものである。専門職業化されはじめているメディカル・ケースワーカーの数も全国で約二千名にすぎず、その多くが兼任職であってみれば専門性を確立する道は遠いといわねばならない。^{註(9)}社会事業が医療制度のなかで、いかなる施策的役割をはたしうるかということは、今後の社会事業全域にわたる専門化過程に関連する問題であるが、ケースワーク、グループワーク、コミュニティ・オーガニゼーションの方式が医療分野に広く適用されることによって、社会事業のM・S・W化が進展することは予想できる。それによって、社会事業は医療問題と取りくむ主体的な役割をもちうるであろう。グループワークは精神障害者の社会復帰と治療過程を援助する方法として、すでに効果をあげており、コミュニティ・オーガニゼーションは地域福祉計画、ボランティアの育成、施設相互間の連絡調整、住民の医療啓発の方法として用いられる。既存の施設社会事業が特定の対象に限定されず、社会事業の各技術方式を医療関係に展開させることによって、社会事業の各施設・機関はM・S・Wとしての新しい性格を地域社会

に發揮しうることが可能である。地域社会と各施設間の関係は、ここ数年來、たえず問われてきた課題であるが、社会事業がM・S・W化することも、地域社会と交流しうる一つの窓口をつくることになるであろう。社会事業が独自の対象にふみとどまっているかぎり、その發展も、住民との交流も期待しえない。むしろ、医療問題は、本来的に社会事業個有の領域であつた歴史的事実を再認識し、対象の基層に潜在している医療要求に対応できる専門機関としての性格をもちうるものが施設社会事業としても望ましいのである。すでに、児童相談所の情緒障害児の対応、福祉事務所の医療扶助関係ではメデイカル・ケースワークの機能をかかすことはできなくなつてゐる。また、公衆衛生の分野においても医療統計、巡回診療などにおいて社会事業の技術方式が必要となつてゐる。保健所の相談事業、保健婦の業務内容において、ケースワーク、カウンセリングの技術が適用されなければならないであろう。地域社会の総合医療計画の立案に關しては、住民の立場から地域の疾病構造、医療機関の適正配置、予防巡回診療など多面的な資料収集が必要であり、住民の医療要求を開拓し、結集する役割として、社会福祉協議会に所屬するワーカーの活躍が期待されるのである。昨年、全国の社協を中心に行われたねたきり老人の調査など、今後の社協活動を示す一つの実例であるが、さらに、地域社会に埋没している重症児、身心障害者、自宅療養の重症結核患者などの実態について、社協の調査活動が今後とも強力に推進されなければならないであろう。社会事業は既成の守備範囲を固執することなく、自からの技術によって、地域社会の医療問題に対応することが、社会保障の一環を荷負う制度的役割を明確にすることとなり、さらに、医療保障への道に參画することになる。

註

- (1) 医療社会事業研究会編「医療社会事業」二頁
- (2) 施設別医療社会事業従事者数、(昭和三十九年十二月、厚生省調べ)総数一・九七一名、うち、病院診療所、一・五五一、保健所、三三九、精神衛生相談所三一、その他五〇、専任者、一三九、準専任者一五九、兼任者、八二九、不明二四。

医療社会事業の性格と機能

(2)

M・S・Wは、多様な医療問題に対応しなければならぬが、その対象のもつ基軸的な問題は医療の枠内で解決できない。医療問題の基軸は、すぐれて政治的であり、経済的な問題を復合している。医療制度は資本主義社会の構成要素であり、その構造的矛盾が医療問題として発現している。高度経済成長政策は低医療費政策と直結し、経済開発による公害、交通禍をうみ、人口の都市への流入は医療機関の都市集中と無医村の拡大をまねいている。社会問題化している医療対象と医療主体のあり方については、現状の社会保障制度の仕組みでは対応しえなくなってきているのである。医療面における社会的繁栄はデラックスな差額ベッドであり、濃厚診療、店頭に溢れる売薬を意味しており、社会的貧困は医療扶助の増加、無医村、無医島、朝日訴訟にみられる人権問題が象徴しているであろう。また、医学と医療の背離は、昨年、行われた札幌医大の心臓移植手術に典型的に現われている。この移植手術への賞賛と懐疑と反対のなかで、松田道雄氏は患者の人権問題について述べている。彼は、心臓を提供する者に主治医がいないこと、死亡診断に科学的根拠が曖昧なこと、移植免疫反応について医学的に未解決であること、さらに、この種の移植手術は生命にかかわる人体実験であることなどの観点から、患者の人権が医学の名のもとに無視されているのではないかと鋭い警告を発しているのである。さらに、現在の治療は医師と患者の一对一という関係ではなく、医療チーム对患者、病院对患者という単数対複数の関係になっており、完全看護の方式は患者の肉身の付添を拒否しており、患者は非常に弱い立場に立たされている。完全看護の体制は、入院患者にとって非常な便益を供する反面、病院内に患者の人権を守る装置がないかぎり、合法的な密室殺人をさえ可能にするというのである。^(註)確かに、病院内は患者にとって冷い現実が展開しうるのである。患者の人権が尊重され、患者の立場が保障されないかぎり、医療は本質的な性格を喪失する。医師は、その倫理綱領のなかで、一、医師はもと聖職たるべきもので、従って医師の行為の根本は仁術である。二、医師は、常に人命の

尊重を念願すべきである。三、医師は、正しい医事国策に協力すべきである。と謳い、「患者に対する責務」として、一、診療に際しては、全責任を負い、細心の注意を払い、最善の処置をなすように努めること、三、療養上必要な事項を、親切に説明指導すること。社会に対する業務として、一、医師は、公共福祉のために進んで各自の技術と時間とを奉仕すべきである。二、医師は、社会衛生に寄与すること。三、医師は、伝染病予防に、万全の努力を傾倒しなければならぬ。四、医師は適正な社会保険並に社会保障制度に協力すべきである。など、医師の職業としての責任と義務を明文化し、格調の高い倫理規定をもっている。しかし、この倫理規定の高さと現実の矛盾は論ずるまでもないが、医師の信条や心情とは別に医療制度は資本制社会に編成され、疎外現象を起してきたのである。アメリカの医療倫理は、一八四七年の綱領にはじまり、現行の「医療倫理原理」は一九五七年に制定されているが、それは、自由診療の原理を明記している。第一条は「医療的専門職業の本質的目標は人間の尊厳を完全に尊重して、人類に奉仕するものである。医師は職責上患者から信頼されるに価する最善の方法をもって施すことを努力するものである。」第七条は「医業に当る医師は、その職業的収入はすべて実際自己の診療、または指示下に施された報酬のみに限り、料金は患者の支払い能力に對象しうる範囲で請求されるべきである。従って、患者の紹介に対してコミッションを請求したり受取ることなく、薬剤、治療用具、または器具を医師によって与えられる場合は患者の最も望まれる福祉の考慮の下に行われるものである。」という、医療費に関し、全面的に医師の裁量による規定をもっているが、この倫理からは医療保障、社会保険の構想は期待しない。しかし、この医療の自由な責任体制のなかで、患者の立場を尊重し、また、医師と協力するメディカル・ケースワーカーの存在意義と義務は必然的に主要な装置となつて体制化されうるのであろう。戦後、わが国の医療は、アメリカ型の自由診療の影響をうけてきている。社会保険による医療をドイツ型とするならば、この両者はまさに水と油のような思想と制度が混在してきたといえよう。医師の熟練度を無視した画一的な診療単価制への医師の不満は、この矛盾した思想と制度を意味するものである。医師の不満と制度の不備は特別診療をつくり、保険医辞退の運動を誘

医療社会事業の性格と機能

発し、コミッションを横行させよう。各種健康保険が治療費の全額支払いを保障しえたとしても、被保険者の実治療費は、保険料外の支出がふくまれ、保険機能は完全なものになりえない。低医療費は、さらに、医師と患者の関係を悪化させ、自から保険制度の墓穴を掘る結果をまねくものである。保険財政の主要な荷負手が被保険者であり、被保険者の組合が無料診療を強く主張するという矛盾、さらに、国が保険財政の荷負手である国保が赤字であるという矛盾など、すべて国の医療保障への展望を欠除してきた政策の貧困といふべき問題なのである。

M・S・Wはこの医療の状況のなかで、理想的な倫理をもつ医師との協力関係にたたされている。医療機関内のM・S・Wと医師とのチームワークのあり方については、たえず論議されているのであるが、M・S・Wは、患者、家族、地域社会、さらに、関係各機関・施設のチームワークが本質的には主要な課題である。M・S・Wが医療機関内に設置されている場合、勿論、治療チームとのチームワークは大切であるが、M・S・Wは治療チームと並列的に編成される立場ではない。M・S・Wは、あくまで患者の立場にたつて機能するものであり、クライアント・センターの原則からみて、治療チームと患者のパイプ的役割をはたしている。M・S・Wはワーカーがどのような施設・機関に所属するかで、その専門性が確立するものではない。施設社会事業に従事しているワーカーが、メディカル・ケースワークの機能を發揮しうることも可能であり、退院患者の社会復帰について医療機関以外のワーカーがメディカル・グループ・ワークによる援助も可能である。精神障害の社会復帰、成人病対策などを立案する場合、地域社会のボランティアの友好的な協力が必要であり、医療目的をもったコミュニケーションの機能が望まれるのである。M・S・Wが医療機関内機能として限定して考えることは社会事業の今後の医療分野における役割を見誤ることになるであろう。

医療の状況は地域社会によって相違している。岡山県のように医療王国と称せられるほど医療機関が整備発展をしている県もあれば医療の恩恵に浴さないへき地を多くかかえた県もある^(註1)。医学の殿堂である大学の研究機関が病院となり、官僚的な運営を行っているかぎり、松田道雄氏が指摘するとおり、患者の人權は無視され、実験の教材につかわれる。

医学は特権的な権威を確立して、患者の人権より、医学技術が優位に考えられてきたのである。さらに、製薬資本は医療機関と手をむすび大量の薬剤をつぎつぎに生産し、保険の制度的矛盾を利用して患者を豊かな利潤増殖の塩田と化している。サリドマイドの薬害事件も「イツミン」を製造した大日本製薬の責任のみならず、不備な医療行政の責任主体である厚生省、無批判に製薬資本と結托している医療機関のあり方に本質的な責任があるといふべきであろう。

医療機関内のM・S・Wは、こういう医療状況のなかで、はじめて、患者の立場にたち、人権を守る社会的な装置として機能することにより、その存在意義をもちうるものである。治療チームは医学技術の開発と人間尊重を両立させるという立場にあるかぎり、患者の生活状態の理解と治療を一致させる客観的で有効な合理的な装置としてのM・S・Wを必要とするであろう。M・S・Wの社会的な地位と役割は、医療という治療チームと患者によって成立している分野において、あくまで患者の立場にたつことによって、自からの性格と機能を正しく發揮しうるものであり、専門業務の守備範囲も明確にならざるをえない。

M・S・Wが、今日、病院内のケースワークに集中されていることは、一面において患者の人権を保障しようという努力のあらわれであり、反面、それだけ患者が弱い立場におかれていることを意味している。しかし、医療機関内のM・S・Wは、かならずしも制度的に定着しているわけではない。自然科学系列で成立してきた医療機関に、社会科学系列のM・S・Wが客易にうけ入れられないのは当然であろう。いわば、学問的に異質なものが医療機関内に位置するわけで、両者が容易に理解しえぬことは、M・S・Wの立場が依然として不安定なことにあらわされている。ここで、M・S・Wの身分を保障する運動が意図されるのであるが、現在の公認され、制度化されている医療関係者は、医師・歯科医師・薬剤師・あん摩・マッサージ・指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師・保健婦・助産婦・看護婦・進看護婦・診療エックス線技師・歯科衛生士・歯科技工士・衛生検査技師・理学療法士・作業療法師など十七種であり、M・S・Wを、このなかに系列化することが論議されているのである。M・S・Wの専門機能が明確になったとしても、そ

の社会的立場と社会事業としての本質的な性格からみて、治療チームのなかにM・S・Wをそのまま系列化することはできない。立法化が必要な焦点は、すべての医療機関内にM・S・Wを設置しなければならないという、医療の本質的なあり方を義務づける立法措置であり、社会事業を医療の分野に展開させるという積極的な連帯性のもとの立法化でなければならぬであろう。M・S・Wのワーカーを、ただ、医療関係従事者の一員として位置づけることは、M・S・Wを治療チームのなかに加入させるのとき誤解を生じさせる。M・S・Wは、あくまで、治療チームの外周にあつて治療目的を達成させるために援助する機能なのである。医師は「病気の原因を考えるにしても、すぐ直接の病原菌は何かにのみ集中し、発病の条件として重要な意義をもっている食生活・住居や労働条件のことは念頭にうかばない。医者^(註6)は患者の人体にとりくむばかりで、ややもすれば人間としての患者を忘れてしまう医学観のなかに安住してしま^(註6)う。」と、川上武氏は医師として卒直に述べているが、この言葉の通り、疾病について、臨床医が対症治療の枠内に集中しているかぎり、M・S・Wが存在する意味はあるが、同時に、反面においては理解されたい存在といえる。医療は医師が中心になつて行^(註6)う治療行為として考えられてきたが、医療は治療対象の患者が存在しないかぎり成立しない。今日では、治療担当者は一人の医師ではなく、専門分化した医学の複数の医師によってチーム化され、それに、検査技師、薬剤師、看護婦などのチームがくまれている。M・S・Wは、この治療チームの行為が円滑に進むことを助長し、患者の治療への参加を助け、治療を阻害するような社会的・心理的諸条件の除去に協力するという治療援助の両面的機能をもっている。従来、医療が治療チーム中心となり、医療成立要因である対象患者の主体性が正しく位置づけられていないところに人権無視といわれる医療問題が惹起するのである。治療過程における患者の不安と不満は、この医療の偏向が存在するかぎり解消しえないであろう。しかし、医師は、本来、対症治療の技術者という狭い領域の職業ではない。医師は発展する医学を通して、患者の全人的把握と家庭環境、社会環境を具体的な事例のなから、より科学的に理解できる立場にあり、疾病と貧困、傷病と職業の関係など相互の因果法則を発見しうる。病気の原因は、直接の病源

にたいする分析によるのみではなく、病源体の活動を助長させている環境条件、労働条件に関係している場合も多い。環境や労働条件の改善は、疾病の予防と治療に効果があることは赤痢をはじめ多くの伝染病を駆逐している過程において実証されている。新しい職業病、公害病、死亡率の第一位を占める成人病などは、予防医学、公衆衛生学の対象となり、従来の治療偏重、予防軽視の偏向を是正せざるをえない状況になっているのである。この医療の方向は、社会福祉政策という医療の外延的施策を必要とする。また、医療担当者は患者にたいする全人的理解をより客観化するためにM・S・Wの立場を認容し、協力することが必要となる。医療の発展段階において、M・S・Wが医療分野に正しく位置づけされるようになってきているというべきであろう。

しかし、現実には、医療の合理化過程で、第一に医療機関から排除されるのはM・S・Wであろうといわれ、また、新しくM・S・Wを設置することも赤字をかかえた多くの医療機関に期待することはむづかしい。低医療費政策による医療機関の累積赤字と医師の不在、看護婦不足の現状では、治療チームの編成が第一課題となるのも止むをえない。この医療構造的不備を前提として、さらに、川上武氏は、M・S・Wの前進を阻害する原因として、次ぎのように述べている。一、わが国の医療機関のなかには、まだ、患者を診てやるといった空気が強い。これは医療体制、医療技術に問題があるわけだが、このようななかからはなかなか、患者の相談にのってやることの意味を理解する力がうまれてこない。二、病院の機能が混乱しており、一例をあげると数年間も入院している老人と一、二週間の急性虫垂炎の手術患者が同じ病棟に入っている。もっと病院の機能分化が必要であり、そのなかではじめて、M・S・Wの存在意義がはっきりすると思う。三、したがって、いまのままでは、M・S・Wの病院内での位置がはっきりしないで不安定である。これはM・S・Wが医療チームのなかで独自の位置をしかねることとも無関係ではない。四、医療機関の事務が近代化していないために、病院事務とM・S・Wの区別がつかない。社会保険の請求の複雑さ、多忙に打ちまかされて、それを改善する努力に眼が向かないばかりか、もっと大切なM・S・Wの活動を妨害している。^{註4)}以上の諸点は、医療機関内のM

・S・Wについての性格の不明確さとおかれている状況の困難さを指摘したものである。医療機関内のM・S・W、とくに精神病院のケースワーク、グループ・ワークは、面接技術を媒介として、患者の治療効果を促進し、治療的な意味における効果と同質的な部分も含まれている。アプティカーの指摘するようにケースワークやカウンセリングの技術は精神療法の治療効果と同質的部分を含んでいる。ワーカーによる支持的・受容的面接技術によって、患者は信頼を深め、心理的な不安定が障害にたいする治療的效果を認めうるであろう。また、ワーカーが患者の社会復帰を援助する過程で、患者の適応能力を高め、治療チーム的役割もはたしうるのである。このように、M・S・Wの機能は治療チームの機能とある部分において復合しているのであるが、しかし、ワーカーは治療チームの一員ではなく、治療過程を外面的に援助する立場にあり、治療チームのニードと患者のニードを一致させるための適切な処置をとる役割をもつものである。

そして、あくまで、患者の立場に立って、治療チームに対応し、協力的、援助的、あるいは対決的な性格をもつものである。患者は治療について不安と不満をもち、療養態度の悪いものもあり、不平も多い。ワーカーのもとに提出されるケースは多種多様であるが、問題解決の基本的な姿勢は、治療チーム内の対応ではなく、M・S・W独自の立場からする第三者的な対応でなければならない。したがって、問題によっては、患者の治療環境について、M・S・Wの管理的機能も重視される。また、治療チームのチームワークについても問題対象となる。医療従事者の労働条件、医療機関の管理運営、人間関係など、すべて、M・S・Wの機能領域の課題であり、治療をうける立場にたつて、治療を阻害している環境条件の分析、改善活動が、当面するM・S・Wの機能といえよう。これらのM・S・Wの諸課題は、医師、患者をとわず、医療関係者の集約的なニードを形成しており、一般的には医療保障を志向している。M・S・Wの機能は、したがって、社会事業の制度的役割と同質のものであり、社会保障の体制の不備を補充しつつ、自からその不備を体現している。しかし、その補充性のなかで、対象者の立場にたつ志向性をもつことにより、社会事業は、社会保障を推進する階級性をもたざるをえないであろう。社会事業が、クライエント・センターの立場で、一貫して対象者の社会的処

遇を科学的に志向するかぎり、体制内矛盾と対応する姿勢は自ずから明らかになるであろう。生活保護法をはじめとする福祉立法は社会事業の体制内機能を支えているが、対象者の処遇に社会事業が密着しているかぎり、社会事業の体制内的機能は内面的な矛盾をふくみ、自からの変革を必要とする否定的要因が強まる。M・S・Wの対象は、経済的、社会的、家庭的、心理的諸問題が重層的に潜在している。患者の治療を阻害する要因は単一ではない。また、患者個人、ワーカー個人で解決しうる阻害要因は少いであろう。問題解決に多大の社会資源を活用しえたとしても、個人的な次元での解決には限界があり、連鎖的に未解決な部分が社会的な矛盾として残されている。現在の医療状況のなかでは、この社会的な矛盾が治療チーム、患者双方のなかに共通の課題として内在しており、ともにM・S・Wの対象となっているのである。医療が治療チーム中心となり、患者の主体性を認めないならば、M・S・Wの立場も不安定なものとなるが、医療が医療保障という国民的要求によって、再編成される展望をもつことによって、M・S・Wの機能はより明らかになる。M・S・Wの機能は医療機関内のM・S・Wの問題のみでなく、施設社会事業のM・S・W化と、一般的に公衆衛生施策の前進、地域医療の整備を要求する住民活動の展開など、医療問題を解決しようとする地域社会の組織的な運動のなかで明らかにされる問題である。

註

- (1) 松田道雄「人間喪失の医学」(朝日ジャーナル昭和四三年十月二十日号所収)
- (2) 岡山県は岡山大学部を中心に、県下の医療施設の充実をはかり人口比からみた病床数は全国一となっている。水野肇「日本の医療」七八頁
- (3) 川上 武「医療の論理」一五二頁
- (4) 川上 武「日本医療の課題」六四頁

(3)

M・S・Wは地域社会の医療問題が住民の生活に深刻な影響を与えることによって、施設、機関社会事業の主要な機能とならざるをえない。いわば、医療分野における不備を社会事業が代替し、その代替部分がM・S・Wという独自の性格をもつようになってきているのである。特別養護老人ホームなどは、その典型的な施設であるが、また、反面、治療に見込みのない老人患者を入院させている病院も、M・S・Wと同質機能をもってきているといえよう。医療機関と社会事業は、医療にたいして、それぞれ独自の役割をもっているが、歴史的には相互補完の関係にあった。医療機関内に設置されているM・S・Wは、社会事業の分野では専門職業化が進んでいる部門とみられているが、しかし、実情は、ケースワークが専門機関的処遇を意味しており、ケース研究、スーパーバイザーの存在を不可欠としているにもかかわらず、医療機関内に所属するM・S・Wの多くは一名か、二名の場合が多く、そのうえ、兼任職が大半をしめており、まだ、専門機関として認められないところが多い。医療は本質的に疾病と生活の融合した対象に対処している。近代医療の発生当時は、医療について慈善的な救済事業がほとんどであった。明治七年の「恤救規則」「行路病者取扱規則」「(同四年)、伝染病対策の「貧困者救療概則」(同八年)、「種痘規則」「天痘予防規則」(同七年)、「娼妓徽毒検査規則」(同五年)など一連の医療対策は治安的な意味をもった救済的施策であり、貧民の救療を目的にした神戸病院、救癩事業の先駆といわれる神山復生病院、博愛社、赤十字、済生会など、今日では全国的な規模をもつ大病院になっているが、当初は救貧救療事業としての性格をもち、医療と社会事業が未分化であった。当時は、治療と生活の救済が同次元の問題であり、社会事業と治療行為が全く相互補完的な関係にあったのである。治療医学の発達は、わが国、資本主義の急速な発達と照応しており、医学の専門化は、医学から人間を疎外する歴史でもあり、患者の生活が抜き去られ、対症治療が中心となり、同時に社会事業と医療機関は完全に分離された。社会事業も独自の射標をもって、医療問題を疎外し

てきたのである。医療と社会事業が、相互の補完性を復活したのは、戦後、社会保障が審議され、基本的人権が確立して以後のことである。

M・S・Wは、医療と社会事業のこの相互補完性を前提としている。M・S・Wは社会事業の独自の対象における医療ニードを充足させる機能をもち、ケースワーク、グループ・ワークを対象の医療ニードを充足させる技術として患者個人、あるいは患者集団に適用しているのである。ケースワークは患者の社会生活、家庭生活と疾病の関係を科学的に究明し、グループ・ワークは集団治療が可能な患者にたいして効果的である。とくに、情緒障害児、虚弱児、長期療養を必要とする患者、精神障害者の社会復帰について、グループ・ワークはそれぞれに治療外処遇の技術として有効な方法である。患者の治療効果を促進し、闘病生活に適応させるためにもM・S・Wは有効性を発揮しうる。また、M・S・Wは、患者の治療援助機能に限定されず、地域社会の医療状況にたいして、地域社会の疾病構造、医療機関の配置、住民の医療機会の頻度、各医療機関の診療圏、医療機関の競合状況、住民の医療扶助率、三歳児検診・老人検診の状況、住民の医療機関への不満、疾病、傷害の発生率、企業内の集団検診、職業病など、予防医学的課題のなかに独自の対象領域をもって、医療保障への基盤を構築するための調査研究をおこない、地域住民の疾病を予防し、保健と医療の総合化にとりくまなければならないであろう。憲法二五条では「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」のであるが、社会福祉は、国民の最高度の生活を目標にしている。医療保障の要求は「生きる権利」の要求であるが、同時に「幸福に生きる権利」と直結しており、社会保障のなかで、もっとも優位性をもっている。しかし、現実には、生活保護状況が示すとおり、過去七年間、医療扶助が増加をつづけ、扶助の半数以上が医療扶助となっており、国民健康保険の尨大な赤字が意味しているものと考えあわせて、国民の低所得者階層における疾病の拡りと苦悩は深刻化しているのである。さらに、医療扶助と国民健康保険の周辺には医療をうけず、売薬でましましている多くの人々が存在している。都市・農村をとわず、医療機会に恵まれない人々は増加している。慢性で、病状が悪化しなにかぎ

り医者にかかろうとしない人は多い。また、現在の健康保険が疾病予防の健康診断、健康相談、出産などに適用されな
いたため、医療は悪化した病気の場合のものという固定観念をつくりだしているのである。死亡率の最高となった成人病
や職業病など、早期発見・早期治療の必要な疾病にたいして、現在の健康保険は実効力をもちえていないといえよう。

国民は自からの健康を売薬で処理し、医療機会を自から閉ざす傾向を強めている。地域住民の医療機会の均等化は医療
福祉施策の主要な課題であるが、住民の医療にたいするこの消極的な姿勢と、個人の任意な選択による医療機会は、開
業医の無秩序な偏在をゆるし、専門的に整備されねばならない専門的治療の秩序化を遅らしているのである。

地域社会の医療機関を整備し、専門的に統合することは容易なことではない。医療の危機が進行し、住民の医療需要
が高まり、人権問題が統発して社会問題化することにより、はじめて、国と地方自治体は地域医療の整備に着手するの
である。M・S・Wは行政のこの事後处理的対策に先行し、地域医療の実態について、個々のケースの集積により、ま
た、社会調査により、住民の疾病に即応する医療機関の適正配置についての計画をもたなければならぬ。そのために
は、公的医療機関、とくに、保健所のM・S・Wの機能が当然、重視される。保健所は地域社会の「衛生思想の普及と
向上」「人口動態統計の作成」「營養改善・飲食物衛生」「住宅・水道・下水道——清掃等の環境衛生」「母性・乳幼
児・老人に関する衛生」「歯科衛生」「衛生試験・検査」「結核・性病・伝染病その他の疾病予防」など、実に広範な
業務を担当することになっているが、M・S・Wも保健所の機能となっている。保健所の業務は国の責任であり、国民
の環境衛生にたいする権利内容でもある。しかし、この多様な業務は、実際に、住民の生活に浸透せず、手数料収入が
はかれる収益業務——狂犬病予防・食品衛生業務、国庫補助がある結核予防、伝染病予防業務が中心となり、予防医学
的施策——衛生関係、統計関係は閑却業務として扱われ、医療サービス機能を發揮していない。住民も保健所の官制的
性格により、予防医療機関として認識しえず、医師の積極的な協力もみられない。保健所は地域の保健福祉センターと
なりうる公共施設であるが、現状では、地域社会の医療問題に全面的に対応しえなくなっている。M・S・W機能は、

保健婦の伝統的な活動のなかにも期待しえるのであるが、さらに、専門的なM・S・W部門を設置することにより、保健所を地域住民と直結させることが可能である。M・S・Wは、社会事業が公共性を強め、住民組織、労働者の諸組織と提携し、地域住民の生活構造の一環になることによって、その主要な医療分野に対応する専門機能としての性格を明確にすることができるのである。

註

(1) 昭和四三年「厚生白書」三〇七頁（「医療扶助については、その費用が生活保護費額に占める割合が五割をこえて、生活保護制度の中で大きなウェイトを占めている。医療扶助人員は、被保護人員数や生活扶助人員などが減少しているときでも増加を続けている。これを過去七年間の推移で見ると、三五年度平均四六万人であった医療扶助人員は、その後毎年増加を続け四二年度には六八万人となり、一・四六倍に達する増加を示している。」）