

保健医療福祉学の構想と 医療ソーシャルワーカーの教育訓練に関する考察

The Study of Health and Medical Welfare Science of an Education and Training Program for Medical Social Workers

牧野 忠康

Tadayasu Makino

I. はじめに

筆者は、日本社会事業学校連盟医療福祉教育検討委員会(委員長:小松源助)の連絡委員として『「医療福祉教育のあり方」検討報告書^{参考1)}』を取りまとめ、1993年3月17日に同学校連盟理事会に提出した。

4年制大学の社会福祉学教育は、1987年に「社会福祉士および介護福祉士法」が成立して「社会福祉士」の国家資格が出来て以降、厚生省主導型のカリキュラムにシフトした。同法では社会福祉士を「身体上若しくは精神上の障害があること又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ことを業とする者」(第二条)と定義し、不当にも「障害」と「疾病」を区別した。そのために、保健医療分野で相談援助業務をおこなう医療ソーシャルワーカーは、社会福祉士の定義から外れ、社会福祉士受験資格の指定科目に「医療福祉論」系の科目がなく、かつ「社会福祉援助技術現場配属実習」の指定実習先として保健医療機関が含まれなかった。

厚生省は、「社会福祉士および介護福祉士法」案の国会審議過程で、医療分野のソーシャルワーカーの国家資格は「社会福祉士」でなく別途に法制化する考えを示した。1990年に、厚生省が「医療福祉士」案を不十分な形で「日本医療社会事業協会」等を示したことから、国家資格化をめぐる職能団体内外の混乱と、4年制大学における医療福祉教育等の社会福祉教育にも戸惑いをもたしている。現在のところ、厚生省および職能団体等に、これらの混乱に終止符が打たれる兆候は見出

せていない。

筆者は、保健医療の領域で相談援助の実践を長年にわたって経験し、保健医療の分野で保健医療社会学的ないし保健医療福祉学的な研究をライフワークとし、かつ「保健医療福祉論」と「社会福祉方法原論」を講じている者として、専門職としての(保健)医療ソーシャルワーカーの教育訓練のあり方について検討し、私論を提起したいと考える。

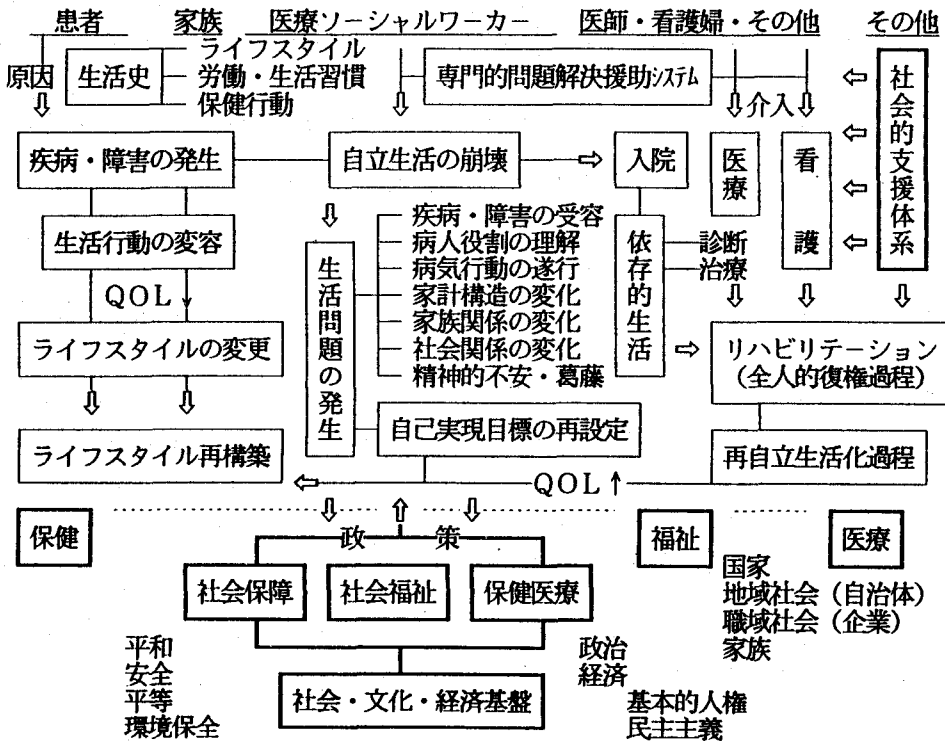
II. 保健医療福祉学的研究の枠組み試論

II. 1. 医療福祉調査研究の枠組み

筆者は、医療福祉調査研究の枠組みの視座として、次の二つの視点を軸とするのが適当と考えた。一つは、相談・援助対象のコアである人間の生活史上の出来事として「疾病・障害」の発生をとらえ、労働生活を含めた人の生活過程に視点を置いて、患者の生活過程の展開とともに視点をスライドさせながら生活問題の発生のプロセスとメカニズムおよびその問題解決法について研究をする視座である。二つ目の視座は、専門的問題解決援助システムとしての保健・医療および看護過程上の出来事としてとらえ、基本的にはチーム医療の展開の過程とともに視点をスライドさせて保健医療・看護の展開過程で発生する患者の生活問題の発生のプロセスとメカニズムおよびその問題解決法について研究する視座である。

この考えを図示したのが、図-1に示した「医療福祉調査研究の枠組み」である。これは、1989年に「医療福祉教育研究会第2回研究会・信州ワークショップ」で示した牧野試案を改定したもの

図-1 医療福祉調査研究の枠組み (牧野試案 1989.11.07/ 1990.8.20 一部改訂)



である。また、筆者がこれまでに保健医療の相談・援助の対象として取り組んだ経験と、研究課題として取り組んできたものを図式化したものでもある。

II. 2. 保健医療ソーシャルワークの患者生活史への関わり構造

保健医療福祉学の研究視座として、生活史を重視する筆者の考えを先に示した。個別性の高い生活史をとらえて保健医療福祉学の研究をするには、その解析方法としては事例研究をベースとする研究方法をとり、質的な研究を重視する必要があると考える。

その上で、あるいは並行的に社会調査法や(社会)疫学的な調査研究手法による統計学的な解析方法をとる数量的な研究を展開することも重視しなくてはならない。

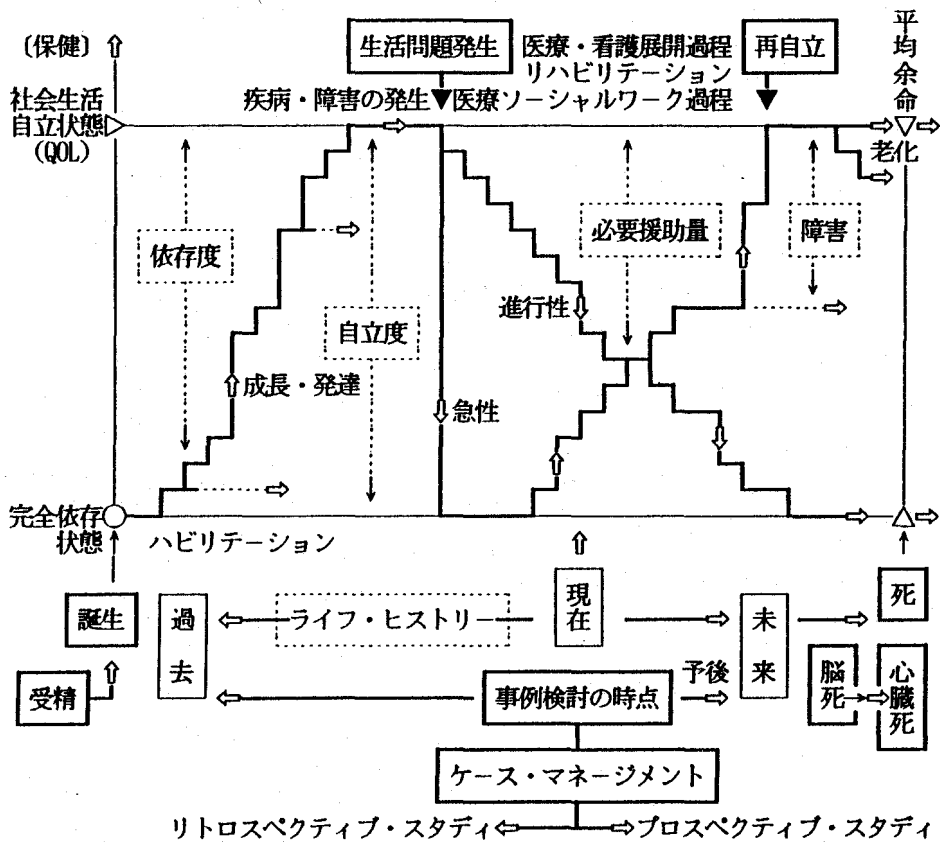
しかし、「事例研究」の方法論としては、社会学の生活史研究や歴史学のオーラル・ヒストリーの手法、文化人類学やノンフィクション作家の手法に示唆され啓発されるところはあるが、社会福祉

学ないし保健医療福祉学のオリジナルな研究方法として有効と思える方法が未だ開発されていないと思われる。

とりあえず保健医療ソーシャルワークが、人間の生活史のどの時点でどのような状態に介入し関わりをしているのかについて明らかにしておくことが、われわれの事例研究の重要な前提の一つであると考えている。事例研究ないし事例検討は、「現在」であり、「過去」に遡って検討するリトロスペクティブ・スタディと「未来」に向かって追跡していくプロスペクティブ・スタディがある。それを図示したのが図-2である。

事例研究では、まず「現在」の実態・実体を明らかにし、現在の状況・状態を規定している「過去」を明らかにし、そして「未来」の予測をし、問題解決を図るための援助課題を明確化することが重要な視点の一つとなる。事例の中に現れている個別の社会「現象」(現象論)を客観化しつつ、事例を積み重ねて数量的に「分類」整理し、事例をとおして社会現象の「実体」(実体論)を見極め検証して社会法則(本質論)を明らかにするとい

図-2 保健医療ソーシャルワークの関わり構造 (牧野-1991/1993改定)



う社会科学の研究課題を見据えておくことを忘れてはならない。

II. 3. 保健医療福祉学における生活史の位置づけと評価

保健医療福祉学研究ないし保健医療ソーシャルワーク実践において、生活史研究ないし生活史の把握は重要であることを強調してきた。筆者の問題意識を整理すると、次のようにまとめられる。

保健医療活動やソーシャルワークでの対象者の『生活史』の把握は重要な意味をもつ。それは、対象とする疾病・障害をもつ人の生活問題としての生活障害は、個人にとっては生活史・生活過程上の出来事であるからである。そこで、援助者らが全人的ケアの展開をしようとする時、クライアントの『生活史』をきちんと捉えて評価し、相談援助活動に役立たせることが大切である。しかし、援助の現場では、生活問題の諸情報収集やアセスメント、問題解決の相談援助過程や記録の整理等

の中で、『生活史』の情報が不十分であったり、『生活史』が相談援助過程にどのように位置づけられ、どのように活用されたのか不明であることが多い。また、『生活史』はスーパービジョンやケース・スタディの際の相談援助記録の検討や、社会福祉専門職の養成教育訓練の場でも重要な意味をもつと考えられる。

そこで、長野大学では「社会福祉方法原論」としている「社会福祉援助技術総論」(4単位)で、生活史の聞き取り面接技法のロールプレイをやったあとに、講義の最終レポート課題として、次の作業仮説のもとに、受講学生の自分の親の生活史の聞き取りとそのまとめをレポートすることを課している。

1. 社会福祉的援助(保健医療福祉的援助)の対象を、人間の生活史・生活過程上での出来事としての生活問題(健康問題)であると認識する。
2. 対象認識の出発点としては、『生活史』の把握が必要となる。

3. 社会福祉的（保健医療福祉的）相談援助における対象認識としての系統的な『生活史』の把握と、その分析・評価には専門的知識と技術・技能を必要とする。
4. 生活史の把握・整理・分析・評価のトレーニングの方法は、社会福祉（保健医療福祉）専門職養成の基本ともなると考える。
5. 研究方法論は、社会学や歴史学における生活史研究のパーソナルドキュメントやオーラルヒストリー等の方法論の批判的発展的応用が考えられる。

次に、1991年度で学生に課したりポート課題を例示する。

○1991年度長野大学「社会福祉方法原論」（牧野担当）の生活史に関するレポート課題

あなたのお父さん、もしくはお母さん（あるいは親代わりの方）のライフ・ヒストリー（生活史）を聴き取って、自分の生活史と重ね合わせ、「社会福祉方法原論」を学ぶ者の立場から考察し、レポートしなさい。

なお、レポートは次の要領に従ってまとめなさい。

1. 本レポートの狙いとライフ・ヒストリーの聴取の目的

- (1) 面接による必要な情報の収集の演習として行う
- (2) 聴き取った情報の整理の方法の演習を行う
- (3) ライフ・ヒストリーの聴取の意味を理解する
- (4) 自己覚知を促進する

以上の4点に留意し、ヒアリングし、レポートすること。

2. レポートの形式

- (1) はじめに
- (2) ライフ・ヒストリーの要約（含む、対象のプロフィール）
- (3) ライフ・ヒストリーの特徴と自分の生活史との関係についての考察
- (4) ライフ・ヒストリー聴取のための面接の状況および感想
- (5) まとめ

以上の内容を横書き・B5・400字詰原稿用紙8枚にバランスよく配分してまとめること。なお、図表は別とする。

1991年度受講生で2年生のレポート数は、105件（男37人、女68人）であった。男では、父を対象に選んだものが56.8%、母は37.8%であった。女で

表-1 1991年度（長野大学「社会福祉方法原論」・牧野担当）生活史に関するレポート

90年度入学生（2年生）レポート提出分集計（1992年1月提出）

	N	父対象	母対象	両親対象	その他
計	105 (100.0)	39 (37.1)	63 (60.0)	2 (1.9)	1 (1.0)
男	37 (100.0)	21 (56.8)	14 (37.8)	1 (2.7)	1 祖父
女	68 (100.0)	18 (26.5)	49 (72.1)	1 (1.5)	0

(注) 母死亡=女:1、父死亡=女:1、単位:人、()内%、男女の割合の差:父、母に有意差(有意水準 $P<0.01$)

は父を対象に選んだものが26.5%、母は72.1%であった。ここでは、男女の選択対象に有意の差 ($P<0.01$) が認められた (表-1)。

学生は、親のライフ・ヒストリーを聴取して何を感じたのか、学生のレポートからの書き出しにより次に例示する。

【例1】035女一面接対象〔母〕

私は幼い頃、母の虐待を受けながら育ち、何回も家出を繰り返し、自殺しようとしたこともあります。忘れる事ができない程疲(憎)くて、母が大嫌いでした。しかし、福祉の道に進むようになり、いろいろな事を勉強していると、母を恨む気持ちは、だんだん減っていきました。とても身勝手にわがままな父だから、愚痴をこぼす友達も親もない母にとって、自然と弱い子供にあたってしまっしかなかったのだと、今少しづつ理解することができるようになりました。虐待がよいなどとは絶対に思わないけれど、当時の母の気持ちや状態を考えると、もう非難することはできません。

このレポートを通して、母といろいろな事を話し合うことができ、本当によかったと思います。これから先の事も話をしました。思った以上に、母が冷静だったので、涙が止まりませんでした。このレポートで母から聞いた話は、一生忘れることはないと思うし、今、私にできる事は、大学で一生懸命勉強してしっかりと就職して、私が母を幸せにしてあげることだと思っています。

このレポートで、母のライフ・ヒストリーを知る事ができ、本当によかった。

【例2】013男-父

(状況と感想) 私の説明が終わり、父がてれくさそうに自分の生活史を話してくれた。この面接を終えて、私の感想としては、私は父とこのような感じであまり会話をしないし、まして昔のことなどもあまり話さないから、非常に違和感があった。ふだんから、このような会話のできる、家族の雰囲気があればこのようには、苦勞をしなかったのではないだろうかと思う。

【例3】014男-父

(まとめ) 今回のレポートを通して、父親とのコミュニケーションがとれたことは、とてもよかったと思う。こうして父の生活史を聞き取ることによって、より父を尊敬することができたし、逆に自分の力の無さを感じさせられた。これから社会にでる私にとって、父のように強く生きられるかどうか、非常に不安である。人それぞれに、その人の歩んできた生活史があるのだが、自分の悔いのない、満足したと後に言えるような、自分自身が充実した人生を送ることが大切である。

【例4】017女-母

(状況と感想) 母は、いろいろな目に遭い、精神的に強くなったのだと思う。決して私達子供の前では、涙をみせずグチもこぼさない母であったが、この頃、グチをこぼすようになってきた。面接という場を使って、母のグチを聞くのもいいような気がした。

(まとめ) 人生は、楽しいことばかりあるわけではないと思う。逆に、辛いことばかりでもないと思う。母には、これから幸せになってもらいたいと思う。私には、これから先どのような人生が待っているのか分からない。しかし、母のことを思えば、何でも耐えられるような気がする。レポートを終えるにあたって一番感じたことは、人生何が起るのか分からないということ。しかし、何があっても、その場から逃げerるのではなく、どうすればよいかを考えること。どんな環境であろうと、前向きに考えることだと思う。自分の親の歴史を知ることによって、より一層親のことを知ることができた。

それぞれに様々な感じ方をしてくれたようである。学生のレポートを読んで、日常的には親との深い部分での対話と交流が薄いこと、しかし親の生活史を知ることによって自己覚知が深まること、などを感じた。

さて、生活史からの情報の評価とソーシャルワークへの活用についてまとめると、次のようになる。

1. 問題発見・問題の明確化・問題解決行動の糸口としての生活史
 - ① 現在を知り⇒過去からの経緯を踏まえて⇒近未来を予測して問題解決の対処をする。
 - ② 現在の生活問題を、その人の生活史・生活過程上での出来事として理解し、人間の尊厳に関わることを知る上で重要な資料である。
2. 全人的理解の出発点としての生活史の聞き取り
 - ① インテーク面接時のラポール形成の契機となる。
 - ② 問題の社会・生活背景の理解の重要資料である。
3. 相談援助過程の記録化は、生活史づくり

今の出来事も、すぐに過去化する保健医療行為・相談援助行為は生活過程・生活史上での出来事であり、生活史づくりである。
4. 記録化された相談援助過程を含む生活史はスーパーバイスの重要資料

スーパーバイザーおよびセルフスーパーバイズの判断・点検資料である。
5. ケース・スタディ

リトロスペクティブ調査⇒プロセス・リコードでプロスペクティブ調査⇒問題発見型調査
6. 社会福祉援助技術教育トレーニング(学生・新人・現任者)としての生活史

情報収集・分析技術、面接技術、記録技術そして人間理解、事例検討・研究等の訓練として有効である。

II. 4. 長野大学「保健医療福祉論」

(牧野担当：1993年度) 講義シラバス

1993年度の「保健医療福祉論(4単位)」シラバ

スを、以下に例示する。

【1】 講義の目標

1. 保健医療の対象と方法および実践の基礎を理解すること。
2. 人間の健康や障害・疾病の社会性(社会科学的側面)を理解すること。
3. 医療ソーシャルワークの対象と方法および実践の基礎を理解すること。
4. 医療ソーシャルワーカーの役割と基本的人権擁護の立場を理解すること。

【2】 講義内容

1. 保健医療福祉論の課題と目的……………(1)
2. 健康と病気の社会科学
 - 1) 感染症:エイズを事例にして…(2・3)
 - 2) 慢性疾患と老化:過労死、老人医療を事例にして…(4・5)
3. 研究方法論……………(6)
4. 保健医療社会学(社会科学的保健医療論)
 - 1) 保健と医療の展開過程(その歴史と現状)……………(7)
 - 2) 病人史・患者学……………(8)
 - 3) 地域住民・労働者の健康問題……………(9)
 - 4) 地域保健医療活動……………(10)
 - 5) 労働保健医療活動……………(11)
 - 6) 保健と医療の組織とスタッフ……………(12)
 - 7) 保健医療政策・保健医療経済……………(13)
5. 保健医療ソーシャルワーク論
 - 1) 歴史と現在……………(14)
 - 2) 展開過程と相談援助技術……………(15・16)
 - 3) 社会保障・社会福祉・社会資源……………(17)
 - 4) 事例研究……………(18~20)
6. 保健医療ソーシャルワーカー論
 - 1) チームワーク……………(21)
 - 2) 教育・訓練……………(22)
 - 3) 倫理・基本的人権……………(23)
7. 生と死の医療および全人的医療の課題と医療ソーシャルワーク……………(24)
8. 総括討論:保健医療と社会福祉の連携とは?……………(25)

【3】 講義の方法・評価の方法・テキスト

1. 新聞記事等の素材や医療ソーシャルワーク事例を活用して講義、討論、体験学習を展開し、評価は複数回のレポートの提出により行

う。

2. テキスト

厚生省の指標特集号・国民衛生の動向(1992年版)厚生統計協会 ¥1,800

ビデオ、スライド、OHPを随時使用する。

III. 保健医療ソーシャルワーカーの役割

III. 1. 医療ソーシャルワーカー業務指針

(1989年2月)

厚生省は、「医療ソーシャルワーカー業務指針検討会」より「医療ソーシャルワーカー業務指針」(1989年2月)の報告を受け、これを1989年4月に健康政策局長名で医療機関等へ周知徹底を図った。参考2)

報告書は、「医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う」とし、次の5つを業務の範囲として規定している。

- (1) 経済的問題の解決、調整援助
- (2) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- (3) 受診・受療の援助
- (4) 退院(社会復帰)援助
- (5) 地域活動

この内の「(3) 受診・受療の援助」に関して、厚生省は1990年に「医療福祉士」構想を示した際に、「保健婦・助産婦・看護婦法(保助看法)」の診療補助業務に相当する範囲も社会福祉の立場で医療ソーシャルワーカーが担当できるように保助看法の改正をしたいという意向を示した。この構想に対して日本医療社会事業協会は、ソーシャルワーカーは社会福祉職であって医療職ではないので医療行為も診療補助業務も一切やらないのだと反発した。

筆者は現在のところ、「医療行為」と「診療補助業務」の定義の仕方や解釈の仕方にもよるが、医療ソーシャルワーカーの相談援助業務の一部には広義の医療行為に含まれる、もしくは含んでよいと考えられる相談援助があると判断している。そのため、医療ソーシャルワーカー業務の範囲やその方法と、「医療行為」や「診療補助業務」の実際のかつ現行の医師法および保助看法、そして医療

法上の吟味と整理を学問的にやっておく必要があると考えている。ここでは、今後の課題としておきたい。

III. 2. 労働衛生領域での

保健医療ソーシャルワークの実際

筆者は、長く頸肩腕障害、VDT(Visual Display Terminal)作業による健康障害、有機溶剤中毒、鉛中毒、じん肺、振動障害、過労死、労働ストレス等々の職業病をはじめとする労働衛生領域と職業病医療の領域で相談援助の業務に携わってきた。

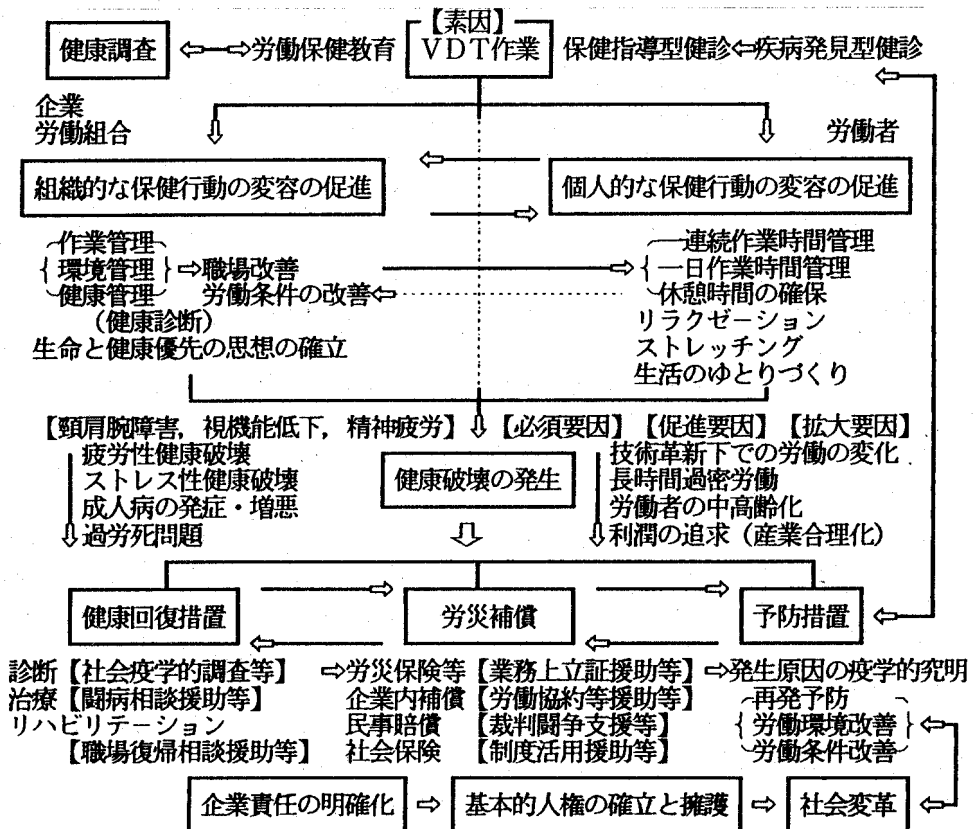
VDT作業による健康障害予防の相談援助と頸肩腕障害の医療における疾病予防活動は、作業管理、環境管理、健康管理を基本としている。とくにVDT作業による健康障害は、作業負担の生理的、精神的過重負担が最大の要因であることが知られている。VDT作業時間や作業量・密度の制限が有効であり、それを実行する保健行動は個

人的な行動では限界があり、職場もしくは事業所ぐるみの組織的な保健行動がとられない限り、問題解決の期待は薄いことがわかっている。個人と組織の問題の気づきと自覚そして問題解決行動の実行というプロセスが必要で、これには保健医療ソーシャルワークの技法が有効であると、筆者は考えて実践してきた。

この経験を図に示したのが図-3である。

VDT作業は、VDT作業に伴う健康障害の発生には、健康障害を発生させるような生理的な負担や危険因子が生物学的ないし化学的、物理的に必ず存在していなくてはならない「素因」ではあるが、この素因のみで健康障害が発生するわけではない。長時間過密労働等の生理的(身体・神経・精神)への過重負担が「必要要因」として存在することで健康障害が具体化して問題になってくるのである。そして、この問題に気づかないか、故意に無視して問題を深刻化させる「促進要因」と

図-3 職業病の予防および医療における医療ソーシャルワーク(牧野-1991)



か「拡大要因」の存在もある。

労働過程での労使(労資)関係の中で、「必須要因」は社会科学側面が大きい。そして「促進要因」や「拡大要因」についても社会科学側面が大きいことが多いと観察される。この社会科学側面に働きかけて健康問題の発生を予防するのは、産業医や産業保健婦の実践課題でもあるが、ソーシャルワークの技法を専門としかつ保健医療福祉学の知識を有する保健医療ソーシャルワーカーの実践は大きな役割を果たしている。

健康障害の発生後には、健康の回復のために医療にアクセスし、労働基準法等に規定されている労災補償等の制度活用による生活・医療保障の相談援助を行う必要がある。個人の救済や個人と職場集団の再発予防の観点から、健康問題発生責任の明確化の取り組みも必要となることが多い。

III. 3. 頸肩腕障害の予防・診断・治療・リハビリの相談援助の一例

III. 3. 1 経 過

筆者は、1990年に次のような相談をうけて、スーパービジョンと援助を行った経験がある。それは、労働省が頸肩腕障害の業務上外の認定基準に例示していない職種である看護婦が頸肩腕障害に罹病し、労働者災害補償保険法(労災保険)の適用を申請していたが労働基準監督署より「業務外」の方向が出されそうな時期に、相談援助を担当していた医療ソーシャルワーカーから「どのように主張し立証すればよいのか」という相談であった。

筆者は、本人と医療ソーシャルワーカーおよび職場の同僚等に「もう一度、病気発症の経過を生活史として整理し、業務負担の関係を事実で証明する見直しをしてみてもどうか」と助言した。徹底的な見直しが行われ、再調査や資料の収集が行われデータがほぼ揃った段階で、生活史とデータの分析を協同して取り組み、「自己意見書」を作成した。それを労働基準監督署に届け、担当課長等が読み終わった頃を見計らって会見を申し入れた。本人および担当医療ソーシャルワーカーそして筆者等と担当官と事実確認の交渉もあった。

そうした作業の過程で、次に示すような「意見書」を作成した。そして、1991年5月5日に、業務上疾病と認定されて労災給付となり、長期休業

で無給休職となっていたものが、労災保険の休業補償給付と就業規則およびこれを機会に新たち締結された労働協約により100%補償を受けて金銭的には救済された。また、リハビリテーションとしての就労訓練の場も職場で補償され、職場復帰も実現した。

III. 3. 2 吉○美○子さんの罹病した頸肩腕障害の業務上外に係る(牧野)意見書

○府労働基準監督署長

宮○ 寿○殿

1991年3月3日

長野大学産業社会学部助教授(当時)

保健学博士 牧野 忠康

吉○美○子さんの罹病した頸肩腕障害の業務上外に係る意見書

吉○美○子さんの依頼および○府労働基準監督署丸○課長との話し合い(1991年3月2日)の結果に基づき、私の専門とする労働衛生学および保健社会学の立場から、表題の通りに業務上外に係る意見を下記に申し述べます。

記

I. 氏 名: 吉○美○子

II. 生年月日: 1951年2月11日生まれ

III. 性 : 女

IV. 病 名: 頸肩腕障害

(○府共立病院 小○雅○医師診断)

V. 経過の要約

V. 1. 検討に用いた基本的資料

吉○美○子さんの罹病した頸肩腕障害の業務上外について検討する資料としては、1991年2月22日に申請人から提出された「頸肩腕障害に関わる自己意見書(No.2)」を用いて検討することとする。

これは、1991年3月2日に○府労働基準監督署において丸○課長、申請者本人の吉○、吉○代理人等および参考人として私(牧野)が話し合いの結果、○府労働基準監督署の調査等と申請人との間に事実の確認で齟齬のないことが確認されたものである。

V. 2. Y勤労者医療協会に就職するまでの経過

1977年5月にY勤労者医療協会に就職するまでの生活史で、本件で対象となる頸肩腕障害の発生に関連する特筆事項はない。

V. 3. Y勤労者医療協会に就職して以降の経過

Y勤労者医療協会では、当初においては〇府共立病院勤務の保健婦として看護職業業務に就労していた。

1983年4月のY勤労者医療協会倒産事件は、医療機関の大型倒産事件として社会的にも衆知の大事件であった。その当事者は、大きなショックと不安な状況に置かれたことを推察するに難くない。

吉〇さんは、倒産直後から1987年4月まで総婦長代行(1983年11月まで)から総婦長(1983年12月以降)として看護職員と看護業務の管理一切の責任を負ってきた。倒産後の再建の過程でこうした重責を務めるについては、相当の精神的負担と心身の労働負担を強いられたことは容易に推定でき、理解されることである。

実際に、相当の労働負担と育児等の生活負担に耐えながら、総婦長としての業務を遂行してきた様子が、「自己意見書」に述べられている。そして、心身の疲労が徐々に蓄積していったとしているが、これは労働生理学にも矛盾することでないと考えるのが妥当である。疲労症状としては、書字作業等により右利きの人にとって負担のかかりやすい右腕の倦怠感、頸・肩の凝りや痛み・倦怠感、全身の倦怠感等が、労働負担等により出没する状況の経過が明らかにされている。

これは、頸肩腕障害の発症の前駆症状の期間であったとみてよい。

V.4. 1986年12月頃の頸肩腕症状増強時より1987年4月までの状況

1986年12月前後に、頸肩腕症状および自律神経失調症状が増悪していることに注目される記述が認められる。これは、例年12月頃には病院活動の総括をする時期であるため書字作業が顕著に増大し心身の疲労を増す時期であるのに加えて、この年は人事異動の困難な課題を抱えたので精神的負担も著しく増大した様子が記述されている。

この心身の労働負担の過重負担となった時期に、頸肩腕症状および自律神経失調症状が出現したり、増悪しているのは労働衛生学的にも理解できるところである。

また、これらの症状に対して神経ブロックや頓服等の対症療法が行われているが、著効を奏せず、慢性疲労症状が悪化していったことが読み取れる。そして、周囲にいた副婦長から「休養」を勧められ、実際に年末年始に2週間の休養を試みている。休養によって一時的な回復は認められたようだが、業務につくとたちまちに疲労状態は元に戻り、ますます諸症状が進展し

ていった傾向を読み取ることができる。

これは、部下等により客観的にも疲労困憊が認められていた証拠が示されていると認められる。また、この経過は、頸肩腕障害の発症過程の自然史および心身の疲労困憊状態とよく一致していると判断することは労働衛生学的にも妥当である。

V.5. 1987年5月の武〇診療所異動およびその後の経過

Y勤労者医療協会および吉〇さんの総婦長としての立場等の事情により、1987年5月に武〇診療所に婦長として異動になった。

これにより、大規模病院での看護管理業務と異なっており、診療所では婦長といえども管理業務だけに従事していることはなく直接看護業務にも携わり、診療補助業務や医療行為に付随する重要な業務ではあるが看護職業業務からいうと雑用とみられる様々な業務に従事しなくてはならないことは診療所の業務実態を知る者には常識である。

吉〇さんの場合にも、業務負担の著しい変更および通勤距離の著しい延長に伴う通勤負担の増大等による理解できる頸肩腕症状の進展が確認できる。

頸肩腕症状の対症療法として、鎮痛剤等の内服薬や注射そして理学的治療等により対処しているが、気休め程度の効果しか認められず、症状の改善にはさしたる奏効はなかったものと推量される。

V.6. 適切な治療と作業負担の軽減が必要な段階に進展していたと推定される1988年5月頃以降の経過

「自己意見書」の記載により、診療所における看護職業業務に従事する中で、心身の疲労状態および頸肩腕症状が進展していったことが推定できる。

とくに、産休者の補充のない中で、看護婦として直接介助業務、診療介助業務、薬剤業務、管理業務等に従事していたが、薬剤業務や在庫管理業務等による上肢負担作業が増大した時期に頸肩腕症状は増悪していったことが確認できる。

この時期に、その発症および症状進展要因である労働負担の軽減の上、適切な治療が必要であり、これを怠ると重症・難治でやっかいな頸肩腕障害に進展することは、頸肩腕障害の臨床経験の豊富な医師や医療従事者にはよく知られていることである。

しかし、吉〇さんの場合には、医療機関に所属して医療にアクセスし易い立場にあり、かつ看護職として

病気の専門的知識を有しているにもかかわらず、診療業務が多忙なためにその時間が確保されず、適切な対処ができない状況に置かれていたために、本格的な頸肩腕障害にまで進展していったと労働衛生的に理解するのが妥当である。

そうした状況の中で、診療所での諸業務の遂行と診療所内では本来業務ではないが準業務として位置づけられている原水爆禁止世界大会への参加等の諸活動に参加したり、これも準業務であるY県農村医学会での発表準備や発表の心身負担の増大と、頸肩腕障害の増悪要因とされている寒冷により症状は悪化したと記述されている。

これは、頸肩腕障害の症度が十分に進展している状況では一般的に有効な治療が実施されていない頸肩腕障害の罹病者によく観察される自然史であると認められる。すなわち、頸肩腕障害の症度進展要因として、一定進展した状態にまで到ると労働負担であろうと生活負担であろうと通常ではなんの支障もなく乗り越えることのできる一時的なちょっとした心身の負担が、著しい症状の悪化要因となることがしばしば観察されている。

実際に、吉○さんは、ついに1988年12月26日より休業治療に入った。

V.7. 休業療養に入った1988年12月以降の経過

症状の進展要因と思われる業務負担から一切離脱し、適切な治療と休養が保障されると比較的速やかな症状の軽減が認められている。

本格的な頸肩腕障害の療養が開始されるまでの期間が長かったにしては、順調な症状の消退の経過と評価することができる。これは、主治医の小○雅○医師の診断と治療方針的確性を証明している。

そして、自発痛等の頸肩腕症状が軽減したので職場復帰を計画し、1989年12月より就労訓練を開始し1990年4月より軽減勤務にて職場復帰した。しかし、一旦職場復帰すると軽減勤務の継続的な保障は難しく、次第に業務負担が過重になっていき再び頸肩腕症状の悪化がみられ、1990年6月15日より再び休業療養となった。

この経過も、重症の頸肩腕障害患者の職場復帰に際してしばしば経験し、観察されることである。

したがって、頸肩腕障害患者等の職場復帰に際しては、計画的・訓練的・段階的就労を慎重におこなって職場復帰することの重要性が認識されている。

そこで、労災保険行政等でこれを補償するために労働省労働基準局長より「頭頸部外傷症候群等の労働災害被災者に対する特別対策の実施について」（基発第593号、昭和48年11月5日）で頸肩腕症候群（日本産業衛生学会での定義では頸肩腕障害）等の療養期間中の計画的就労および治癒後の職場復帰についての行政指導等を通達している。

V.8. まとめ

以上みてきた吉○美○子さんの頸肩腕障害の発症経過および療養経過等の生活史は、一般的に観察される頸肩腕障害の発症および療養経過との差異は認められない。

ところで、本意見書の目的である吉○美○子さんの罹病した頸肩腕障害が業務上によるか否かを検討するとき、吉○美○子さんの職業が看護職ではあったが、疫学的に看護業務において頸肩腕障害が発症しているかどうかの議論は必要でない。その疾病が業務上であると判断するためには、臨床医学的診断およびそれに基づく治療経過に矛盾がなく、業務上の労働態様や労働条件および労働環境等を検討することにより、いかなる心身の労働負担が吉○美○子さんに過重となっていたかを明らかにし、その労働負担が頸肩腕障害を発症させる要因として労働衛生的に証明し得れば、業務上の疾病として判断してよいと解される。そして、労災保険法に基づく業務上外の判断は行政判断であるので、科学的に綿密な証明は必要とされず、その蓋然性が証明されればよいとされている。

したがって、吉○美○子さんの罹病した頸肩腕障害は、業務上疾病と考えて臨床医学的および労働衛生的な矛盾はないと考えるのが妥当である。

VI. 結 論

VI.1. 吉○美○子さんが罹病した頸肩腕障害は、業務起因性の疾病であると判断して労働衛生的には問題がない。

VI.2. その理由の要約

IV.2.1 1977年5月にY勤労者医療協会に就職するまでの健康状態で、現在の頸肩腕障害の症状を惹起するような既往歴等は認められないこと。

VI.2.2 1983年4月にY勤労者医療協会が倒産するまでは、健康状態においても頸肩腕障害の症状の自覚もなく健康状態も良好に就労してきたこと。

VI.2.3 1983年4月の倒産後に総婦長代行、同年12月に総婦長に就任して以降に疲労症状を自覚し

始めていることから、心身の労働負担が過重になることに相関して疲労症状等が出現していることが確認されること。しかし、疲労状態が慢性化しているにもかかわらず1987年12月頃までは総婦長業務を遂行してきていること。

- VI. 2. 4 1987年12月前後に業務負担が増加し、心身に過重な負担がなかったであろうことが状況証拠で確認される時期に、疲労状態から頸肩腕障害の症状に進展していると推定できること。
- VI. 2. 5 その後、大規模病院の総婦長から診療所の婦長業務に異動となり、業務内容および業務態様が激変し、かつ通勤負担も著しく増大した状況のもとで、頸肩腕障害の症状が進展していること。
- VI. 2. 6 診療所業務に、頸肩腕障害の発症要因となる上肢を単純・反復に酷使する作業が認められ、かつ業務量も著しく過重であったと状況証拠から判断できること。
- VI. 2. 7 頸肩腕障害の有効・適切な治療が行われていない状況の下では症状は進展し、1988年12月はじめよりの休業治療等の有効・適切な治療が開始されることにより、頸肩腕障害の症状は速やかな消退が認められること。
- VI. 2. 8 主治医の小○雅○医師の臨床医学的な診断および治療方針と、私の頸肩腕障害等の労働衛生教育・指導経験や研究成果および本件の労働衛生学的な検討とが矛盾しないこと。
- VI. 2. 9 吉○美○子さんの罹病した頸肩腕障害の発症および進展の経過が、通常に観察される頸肩腕障害の発症および進展の自然史からの逸脱が認められないとともに、他に本症状を惹起し得る疾病の存在を示唆する状況を認められないこと。
- VI. 2. 10 以上の状況証拠により、業務起因性の疾病として労働基準法および労働者災害補償保険法の規定に基づき補償されるのが妥当であると判断した。

VII. 参考文献

1. 牧野忠康「頸肩腕障害の社会医学—職業病の保健・医療社会学的考察—増補版」医療図書出版社、1977年、東京
2. 牧野忠康「頸肩腕障害の予防と診断・治療」(労働法学会研究会報1132号、1-52ページ)、総合労働研究所、1976年、東京
3. 牧野忠康「労災職業病—予防・治療リハビリの

実務」労働教育センター、1977年、東京

III. 4 HIV感染・AIDS問題と 保健医療ソーシャルワーク

1993年7月の厚生省エイズサーベランス委員会の報告では、1993年6月末現在のHIV感染者の累積報告数は2765人で、AIDS患者累積報告数は592人である。その内の「凝固因子製剤」によるものは1728人で、その内の375人がAIDS発症者である。じつにHIV感染者の63%が血液製剤によるものである。

「凝固因子製剤」での感染は「薬害」である。これがわが国のAIDS問題の社会的構造を規定し、原点ともなる。1985年の「加熱製剤」化によりひとまず薬害エイズの新たな発生はなくなった。しかし、HIV感染した血友病患者の生活と死の問題は深刻で、その責任の所在は明確化されなくてはならない状況にある。

他方では、STD(性行為感染症)としてのAIDS問題が深刻化してきている。これに対する予防、治療体制、教育・学習、社会的支援体制等の確立等の課題の達成が急がれなくてはならない情勢にある。

筆者は、HIV感染・AIDS問題にはすぐれて「保健医療福祉学」の研究および実践課題が内在し外的にもニーズがあると認識している。

そこで、1992年度より長野大学牧野ゼミ(専門ゼミ、入門ゼミ)では、「エイズ問題の保健医療福祉的課題」をテーマに主として「薬害エイズ」と取り組んでいる。

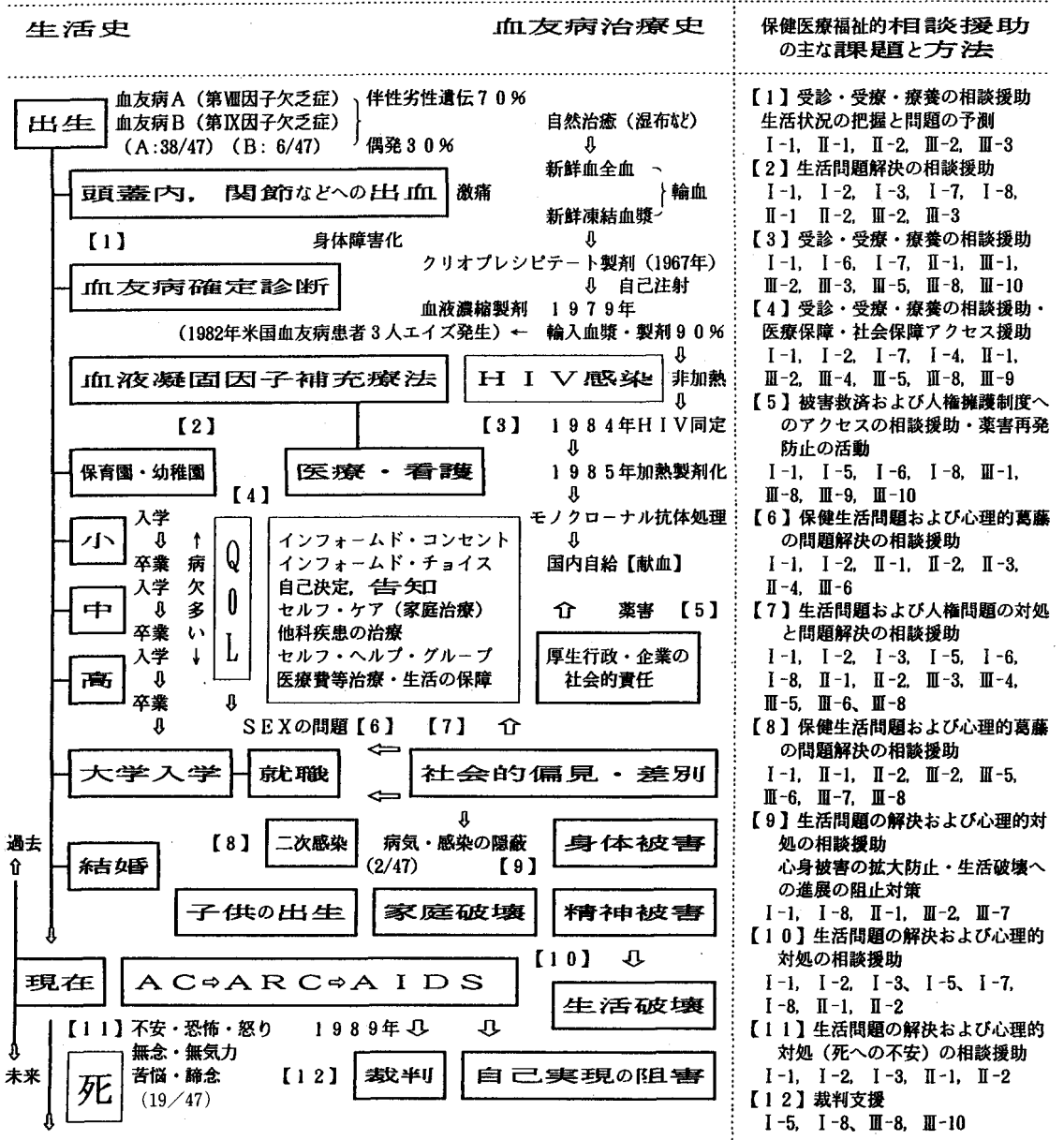
一方、HIV(薬害エイズ)訴訟原告等の生活問題に関わる調査研究に参加し、その成果の一部は、第40回日本社会福祉学会で「血友病患者のHIV感染と生活問題—薬害としてのAIDS—」と題して報告した。

認識論的には保健医療社会学的なアプローチを有効とし、社会福祉実践的には保健医療福祉学的アプローチを必要とする問題が山積していることがわかった。

しかし、厚生省等が強調しているHIV感染者やAIDS患者への援助は「カウンセリング」であり、予防は「コンドーム」である。報告者は、専門カウンセラー等によるカウンセリングの必要性や安

図-4 『薬害エイズ』被害者の生活史と生活問題

(1993/5/23 日本保健医療社会学会発表、5/31改定：牧野)



【保健医療福祉的相談援助の方法】

- I. 社会福祉援助技術 (⇔相談援助方法の基盤)
 - I-1. ケースワーク、I-2. グループワーク、I-3. コミュニティ・ワーク、I-4. ソーシャル・アドミニストレーション、I-5. ソーシャル・アクション、I-6. 社会福祉調査(ソーシャルワーク・リサーチ)、I-7. ケース・マネージメント、I-8. ソーシャル・サポート・ネットワーク
- II. カウンセリング
 - II-1. 心理的カウンセリング、II-2. 家族カウンセリング、II-3. グループカウンセリング
- III. ヘルス・ワーク
 - III-1. 社会疫学調査(健康調査・保健医療社会的調査を含む)、III-2. 療養(受診・受療・継続療養・セルフケア)相談援助、III-3. 患者・家族組織活動の相談援助、III-4. 地域保健組織活動の相談援助、III-5. 医療(生命倫理を含む)管理活動の相談援助、

全セクスの重要性を認識するものであるが、(保健)医療ソーシャルワーカーによる社会福祉的な援助も重視し、その専門家の養成と援助を必要としていると考えている。

血友病患者と血友病患者でHIV感染している患者の面接聞き取り調査を継続している最中であるが、1993年5月現在での作業枠組みおよび調査研究結果と「保健医療福祉的相談援助の課題と方法」についての検討結果を、図-4に示した。

図-4では、血友病患者の生活史と血友病治療史を示し、生活史モデルおよび血友病治療史のプロセスの中で【1】～【12】の段階における「保健医療福祉的な相談援助の主な課題と方法」を検討して示した。

この調査研究の結果を中間総括すると、次のようにいえる。

1. 薬害としてのエイズは、「サリドマイド事件」および「スモン事件」の経験等から考えて、医療の中に医療行為や医薬品の安全思想と基本的人権尊重の行動規範が確立していれば大方は予防可能であったとの示唆を得た。
2. これは優れて保健医療福祉的な課題であると思われるが、医療ソーシャルワーカーが積極的に相談援助の関与をしている事例は認められなかった。
3. しかし、HIV感染者とその家族を中心に保健医療福祉的なニーズは高いと考えられた。
4. この保健医療福祉的なニーズに応えるには、社会福祉学の知識と援助技術を基盤とするが、カウンセリング技法とヘルス・ワーク(広義の医療展開を含む保健活動)の知識と技法を必要とし、それらを融合した独自の知識と援助技術が必要と考えられた。
5. したがって、保健医療福祉の実践的な課題に応えられる専門家の養成には、社会科学・社会福祉学を基盤とするが、社会医学的な保健医療学系の知識と技法の教育訓練が必要であることの示唆を得た。
6. また、保健医療の実践モデルを、基本的人権と生活概念を含めた保健医療福祉モデルに変革するには、保健医療福祉学の構築と専門職としての(保健)医療ソーシャルワーカーの資格制度の法制化が必要である。

IV. まとめ

筆者がこれまでに述べてきた医療ソーシャルワーカーの役割を、保健医療の展開過程の流れに対応させて図示すると、図-5のようになる。

これに対応する医療ソーシャルワーカーの教育訓練のプログラムを、図-6に示した。これは、日本社会福祉学会第39回大会(1991.10.19、鹿児島経済大学)の医療福祉分科会で報告したものである。これは、社会福祉学系科目と保健医療系科目を同比重で配し、両者をつなぐ「保健医療福祉学」、「保健医療社会学」を中間に配するというのが発想の特徴となっている。

さらに、日本社会事業学校連盟医療福祉教育検討委員会で、他の委員等と討論を重ね、我が国における社会福祉系4年制大学での(保健)医療福祉教育プログラムのミニマムを示したのが「『医療福祉教育のあり方』検討報告書」^{参考1)}である。

日本社会事業学校連盟理事会は、1993年度も引き続き「これからの医療福祉教育のあり方」について、とくに「1)医療福祉教育からみた社会福祉士養成の問題点の究明と改善への提言、2)保健・医療の領域における社会福祉専門職の資格制度の創設をどのようにうけとめたらよいか、これからの資格制度のあり方についての究明と提言」を理事会直轄の『医療福祉教育委員会(委員長:牧野忠康)』に諮問している。

これからも、保健医療福祉学の構築と、より質の高い有能な(保健)医療ソーシャルワーカー養成の教育訓練のあり方を模索しつつ研究を深めていく考えである。また、医学や看護学の教育課程での「社会福祉学」教育のあり方、社会福祉教育課程での「保健学」「医学・医療学」および「看護学」教育のあり方についても検討したいと思う。

図-5 保健医療過程における医療ソーシャルワーカーの役割 (牧野-1991)

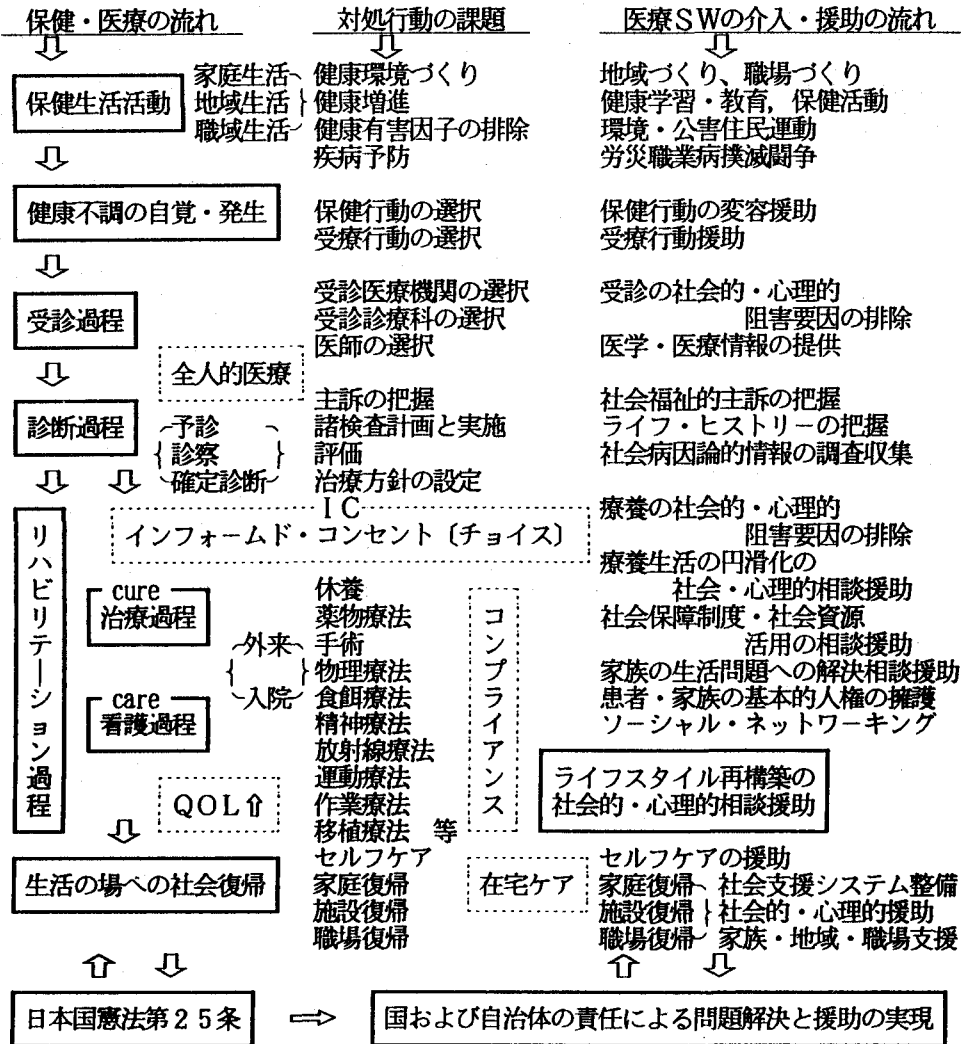
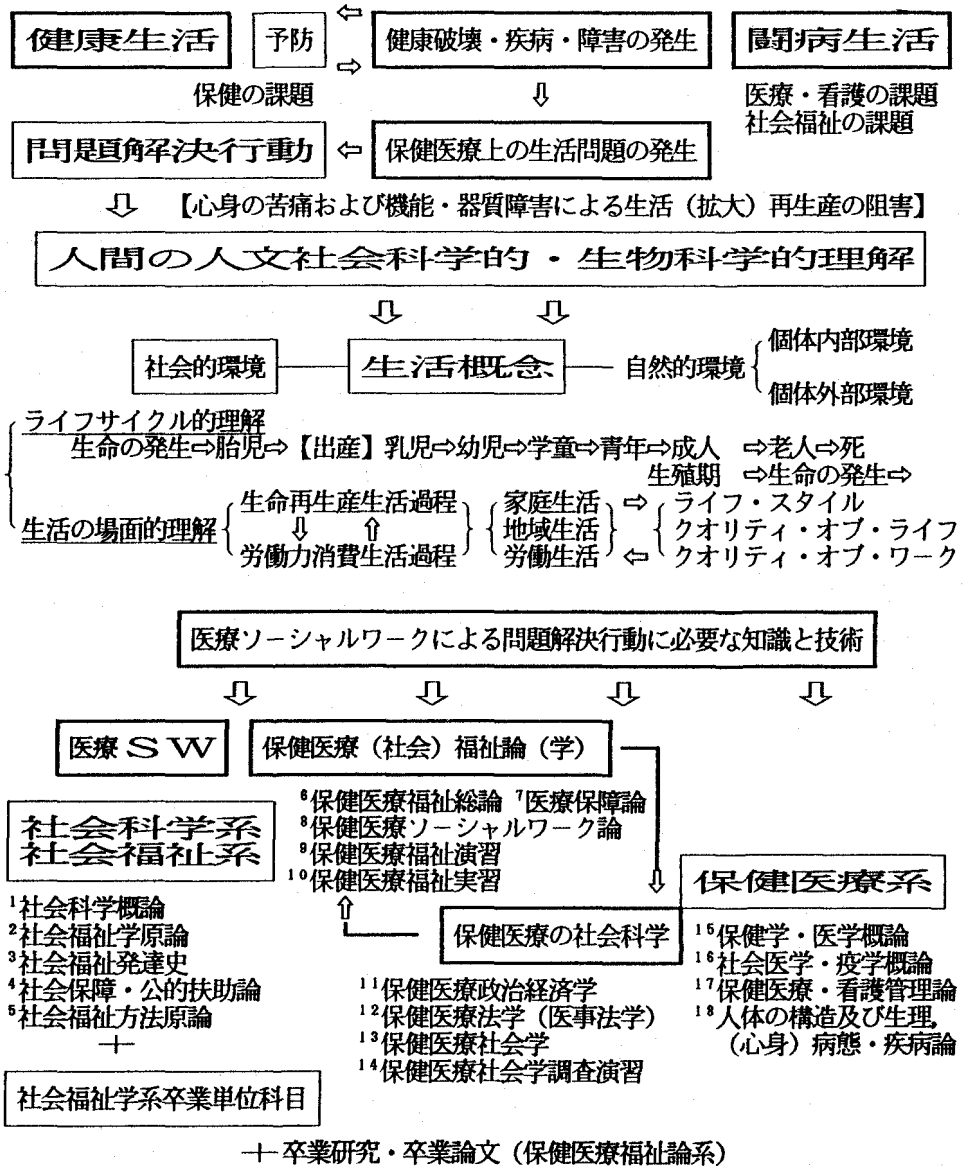


図-6 社会福祉系4年制大学における医療SWの教育養成プログラム(牧野試案)

(日本社会福祉学会第39回大会、1992年報告)



参考1) 日本社会事業学校連盟医療福祉教育検討作業委員会 「医療福祉教育のあり方」検討報告書

はじめに

本報告は、1991年8月に日本社会事業学校連盟理事会において「医療福祉教育に関する検討」を特別委員会の小松源助(代表)、児島美都子委員と、協力委員として石川到寛、大野勇夫、尾崎新、手島陸久、牧野忠康(連絡委員)に委嘱されたが、その検討結果をまとめたものである。

なお本報告は、日本社会事業学校連盟第19回社会福祉教育セミナー・総会(1988年)の日程終了後に発足が確認された「医療福祉教育研究会」の5年間の研究活動、特に東京研究会(1989年5月)、長野研究会・信州ワークショップ(1990年8月24日~26日)、および学校連盟セミナー第20回(1990年)・第21回(1991年)・第22回(1992年)などで聴取した意見を基に集大成を図ったものである。また、関係職能団体のヒアリング結果を反映させたものでもある。

I. 医療福祉教育に関する検討の背景

I. 1. 社会福祉士および介護福祉士法の成立と社会福祉教育カリキュラムの変化

「社会福祉士及び介護福祉士法」の成立した1987年以降、社会福祉学系の学部や学科もしくは専攻コースをもつ大学は、「社会福祉士」の受験資格が取得できるように、厚生省令に示された「社会福祉士一般養成施設等の教育の内容」に準拠したカリキュラムに変更したところが多かった。

社会福祉士の国家資格ができたのは、わが国で最初のソーシャルワーカー資格として画期的なことであったと評価できる。しかし、わが国のソーシャルワーカー活動では先駆的な役割を果たし、その国家資格化についても早くから取り組んできていた「医療ソーシャルワーカー」の活動領域である保健医療の分野での業務と受験資格については、社会福祉士の規定から除かれた。このことは、医療ソーシャルワーカーとして社会福祉活動に従事している者たちにとってだけでなく、わが国のソーシャルワーカーの養成と活動に混乱を生み出す結果となった。

I. 2. 厚生省の「医療福祉士」構想と医療福祉教育問題

厚生省は、1990年に「医療福祉士」構想を示した。これは、社会福祉士法の国会審議過程で、保健医療領域でのソーシャルワーカー資格は別途検討するとの見解や、わが国の保健医療政策等との絡みで構想されたものと思われる。厚生省は、この構想に先立って「医療ソーシャルワーカー業務指針」(医療ソーシャルワーカー業務指針検討委員会報告書、1989年)を示した。

しかし、厚生省の医療福祉士構想は、不十分な形で職能団体に内示され、職能団体などからの反発や賛否両論にわかれた混乱をひきおこした。しかし、保健医療領域で働くソーシャルワーカー(以後、医療ソーシャルワーカーと称す)に、何らかの国家資格が必要であるとの認識では、職能団体などの意見の相違はない。

われわれ日本社会事業学校連盟に結集する保健医療領域でのソーシャルワーク関連の科目を担当する教員やその領域に関心をもつ教員は、社会福祉士の創設以前より保健医療領域でのソーシャルワーカーの教育訓練のあり方について強い関心を払ってきた。

われわれは、厚生省が示した医療福祉士案の資格問題の議論とは切り離して、医療ソーシャルワーカーの教育訓練のあり方についての研究と検討を継続してきた。

II. 医療福祉教育検討委員会の活動経過

II. 1. 社会事業学校連盟の活動と検討委員会の設置

1991年3月18日に日本社会事業学校連盟特別委員会にて「医療福祉教育カリキュラムに関する検討」について協議し、その結果を同年5月18日の理事会に報告したことを受けて同年8月の理事会において「医療福祉教育カリキュラムに関する検討の計画」が確認された。委嘱をされた「医療福祉教育カリキュラム検討作業委員会」は、直ちに検討作業を開始した。

II. 2. 検討委員会の活動概要

日本社会事業学校連盟第21回社会福祉教育セミナー第4分科会(1991.11.11~12)で検討経過を報告し、意見を求めた。

第22回社会福祉教育セミナー第4分科会(1992.11.9~10)で本報告最終案を提起し、議論した。ここでは若干の質問が出され、問題整理の枠組み、語句使用の修正などに関する意見、その他の意見が活発にだされ、提案者および参加者の間で討議がなされた。結論としては、大枠で草案に対する反対意見はなく、理解が示された。今後の作業として、連絡委員の牧野忠康(長野大学)宛に意見があれば連絡していただき、検討作業委員会は1993年3月末(1992年度末)までに草案を完成させ、日本社会事業学校連盟理事会宛に答申することで、分科会参加者に了承された。

III. わが国における医療福祉教育の現状

III. 1. 学校連盟加盟校における医療福祉教育の現状調査報告

われわれは、1989年、1991年、1992年に学校連盟加

盟の4年制大学における「医療福祉論」系科目の開講状況を調査してきた。当初、社会福祉士受験資格取得対応のカリキュラム編成へ傾斜するなかで、その指定科目からはずれた「医療福祉論」系科目の開講や受講生の減少を懸念していた。しかし、1992年調査では、社会福祉系40大学の内、電話による聞き取り調査で「医療福祉論」系科目を開講しているのは28大学（非開講7、不明が5）であった。28大学の開講科目名は、「医療福祉論」が19大学で、その他「保健医療福祉論」「医療ソーシャルワーク論」「医療社会事業論」等であった。「医療福祉論」という科目名が定着してきたのが特徴的であり、当初心配されていたこの科目の減少は認められなかった。

III. 2. 諸外国との比較検討

本来ならばわが国の医療福祉状況および社会福祉、医学、看護等の大学教育の歴史と現状を踏まえ、諸外国の状況との比較検討作業が必要と思われる。しかし、本報告の検討では、英国の「SOCIAL WORK and HEALTH CARE」（牧野補注；小松源助監訳『イギリスの実践に学ぶソーシャルワークとヘルスケア』中央法規、1993年）の翻訳を試みたにとどまった。したがって、この部分については不十分であるので、今後の研究と検討に譲りたい。

IV. 医療福祉教育のあり方の検討

IV. 1. 社会福祉ジェネリック教育カリキュラムでの医療福祉教育の位置づけ

社会福祉学の形成過程において「病気と貧困」の循環関係にみられるように、医療の領域における社会福祉活動の展開とその学問的追究の歴史的経過や、現実の社会福祉の実践対象や領域から考えて、社会福祉のジェネリックな教育カリキュラムについて、保健医療分野の社会福祉教育を抜きにして考えることはできない。まして、わが国では高齢化社会の下で保健・医療・福祉の連携が声高に叫ばれ、保健・医療・福祉の各領域で相互乗り入れ的な教育が社会的に要請されている。そうした意味で、現行の社会福祉士養成カリキュラムから「医療福祉論」系科目がはずされているのは不自然である。

われわれは、4年制大学における社会福祉専門教育カリキュラムのジェネリックな教育に「医療福祉総論」の科目を加えて強化し充実すべきであると考えられる。

「医療福祉総論」は、保健医療領域における社会福祉的課題の総体を取り扱い、その入門的かつ概括的に講ずる科目として構想している。また、医療ソーシャルワーカーの教育訓練のための「医療福祉論」とも区別した。開講単位数は、4単位を想定している。名称については「保健医療福祉論」とする議論もあったが、現段階では「医療社会事業論」から「医療福祉論」へとその名称の潮流が変化し、この名称で定着し

てきていること、「保健」の定義が明確でなく「医療」に健康・保健・予防の概念が含まれていると考えられることなどの理由により「医療福祉総論」を採用した。今後の議論の経過によっては、「保健医療福祉（学）総論」の名称を採用するのが適当となるかもしれない。

IV. 2. 社会福祉士養成カリキュラムと医療福祉教育の位置づけ

われわれは、社会福祉士法で規定している業務内容と実践領域から考えて、相談援助の対象者を障害と疾病に区別してソーシャルワークを展開することは困難だし、実際的でもないと考える。また、どの分野での社会福祉的相談援助であろうとも、保健医療領域での生活問題に関わることは避けられないと認識する。したがって、社会福祉士受験資格としての指定科目に「医療福祉総論」（4単位）を加え、必修にすることが妥当だと考える。

IV. 3. 社会福祉スペシフィック教育としての医療福祉教育の位置づけ

われわれは、保健医療の領域で業務をおこなうソーシャルワーカーの養成には、「医療福祉総論」（4単位：必修）に加え、主に医療ソーシャルワークを講ずる「医療福祉各論Ⅰ」（2単位）と、主に、医事法規を含む保健医療制度および保健医療組織、医療経済、医療政策、医療保障制度を講ずる「医療福祉各論Ⅱ」（2単位）、そして「医療福祉演習」（2単位）および「医療福祉実習」（2単位）を開設して、これらの科目を体系的に履修させ、教育訓練することが必要であると考える。

これは、「社会福祉士及び介護福祉士法」の立法過程と、我が国の保健医療の状況および保健医療政策の現状を鑑み、「医療福祉総論」の履修とは区別し、より高度で専門的な保健医療福祉に関する教育訓練の科目が必要だと認識するに至ったからである。

IV. 4. 保健医療の領域における社会福祉専門職養成と医療福祉教育

われわれは、「社会福祉士及び介護福祉士法」の立法過程と、わが国の保健医療の状況および保健医療政策の現状を鑑み、現段階では保健医療の領域における社会福祉専門職の教育訓練過程を、社会福祉士の教育訓練課程とは区別して考えるのが現実的と考えざるを得ない。

ただし、われわれは今後の経過として医療ソーシャルワーカーと社会福祉士が統一した資格になることを望むものである。

IV. 5. 4年制大学学部教育と大学院教育

われわれは、保健医療の領域における社会福祉専門職養成を、4年制社会福祉系大学での教育訓練をベースにおこなうことが妥当であると考えられる。

医療ソーシャルワーカーの養成は、大学院レベルでの教育訓練がより望ましいと考えるが、わが国の医療専門職養成の実情と動向を考慮して4年制大学とする。なお、保健医療の領域における社会福祉専門職の卒業教育および卒後研修と生涯教育、そして研究能力の開発、さらにスーパーバイザーの養成や教員養成等については、今後さらに重視して充実をはからなくてはならないので、夜間大学院の開設を含む医療福祉系講座をもつ社会福祉学研究科博士課程前期および後期の課程の大学院の整備・充実が焦点の課題と考える。

V. 医療福祉教育の内容と方法に関する検討

V. 1. 医療福祉教育プログラムの検討

一般の社会福祉学教育課程では「医療福祉総論」(4単位)を選択必修、社会福祉士養成課程および医療ソーシャルワーク養成課程では必修とする。さらに、医療ソーシャルワークの養成コースでは「医療福祉各論Ⅰ」(2単位)および「医療福祉各論Ⅱ」(2単位)、そして「医療福祉演習」(2単位)と「医療福祉実習」(2単位)を必修とすることを提案する。

医療福祉教育は、当然のことではあるが社会福祉学の原論系、方法論系、政策論、分野論系等の各系科目の履修と合わせて完成するもので、自己完結するものではない。

医療ソーシャルワーカー養成課程では、「医療福祉論」系科目、演習、実習の履修の他に、社会福祉士受験資格要件の基礎科目および指定科目は必修とし、さらに保健医学医療系の科目の履修が必要である。

ミニマムとしての保健医学医療系の科目は、医学概論〔医療論〕(4単位)、公衆衛生学または社会医学(4単位)、精神保健(精神衛生)、リハビリテーション論(4単位)が必修として必要である。

その主な理由は、以下の通りである。

現行の「医学一般」については「医学概論」または「医療概論」としてシラバスの再検討が必要と思われる。単なる解剖、病理・生理等の医学一般の知識の教授だけではなく、医学・医療史(看護史)、疾病史、医哲学、病気・疾病観、病人観、医療観等が教育され基本的人権擁護の立場に立った医学・医療観が正しくもてる教育訓練が含まれなくてはならないと考える。

「公衆衛生学」または「社会医学(概論)」は、健康や疾病と社会との関連についての体系的な知識の修得が必要であり、集団の診断学といわれている疫学の考え方と方法について学ぶこと、健康現象の統計学的処理の方法についても学ぶことが大切と考える。

「精神保健」は、医療福祉の重要な対象である精神疾患への理解を深めること、精神疾患以外の疾患の理解や疾患の回復、闘病などの理解をすすめる上でも、精神保健の知識が必要である。

「リハビリテーション論」は、難病や慢性疾患などの難治・慢性の経過をたどる病気の患者や、脳卒中のように障害を残して症状固定・治癒する患者が増えて

いる状況において、これらの人たちの生活援助をするために残存能力を活用するという観点や知識が必要となる。また、病気や障害を社会的不利ととらえる視点の教育訓練が必要である。

V. 2. 講義シラバスの検討

保健医療の領域に働くソーシャルワーカーの教育訓練に必要な「医療福祉論」系各科目の想定したシラバスは、以下の通りである。

[1] 「医療福祉総論」

1. 医療福祉の目的、対象、方法および視点について
2. 医学・医療の社会学概論
医療福祉の立場からみた保健医療とは何か(医療観、疾病観、病人観等を含む)、保健医療過程、保健医療の動向、医療問題、保健医療の歴史など
3. 保健医療と社会福祉の関わり
患者、家族、地域、職域、医療保健サービスなど
4. 医療ソーシャルワーカー論
など

[2] 「医療福祉各論Ⅰ」

1. 保健医療の領域(精神保健・精神科領域を含む)でのソーシャルワークの機能、方法・技術、診断、評価など
2. 社会資源、他の専門職種との連携など
3. 保健医療の領域でのソーシャルワークの事例研究
など

[3] 「医療福祉各論Ⅱ」

1. 保健医療の制度
2. 保健医療の組織
3. 医療経済
など

V. 3. 「医療福祉演習」の検討

現行の社会福祉士養成の指定科目である「社会福祉援助技術演習」に医療ソーシャルワーク技術演習などの医療福祉関係を加え、社会福祉士受験資格の取得と互換性をもたせることを提案する。また、技術演習とは区別して「医療福祉専門演習」を開講し、必修とする。

V. 4. 「医療福祉実習」の検討

現行の社会福祉士養成の指定科目である「社会福祉援助技術現場実習」に保健医療機関を加え、社会福祉士受験資格の取得と互換性をもたせることを提案する。

保健医療現場配属実習時間は、90時間以上とする。

社会福祉士の受験資格の取得と保健医療機関での実習を希望している学生は、社会福祉士資格のための実習先と保健医療機関での実習を二重に履修することになり、学生の負担と指導教員の負担が大きくなっている。また、保健医療の領域のソーシャルワーカーに資格がないために、学生の履修選択に混乱が起きていることも事実である。これらの問題は速やかに解消する必要がある。

また、保健医療領域の現場実習の配属先には、大学教員と協力して事前・事後指導を含む実習教育にあたる医療福祉実習インストラクターの配置が望ましい。

さらに、保健医療領域の現場実習の指導にあたっては、保健医療機関の現任のソーシャルワーカーや医療福祉実習インストラクターと協力して実習マニュアルと実習指導のガイドラインづくりが急がれなくてはならない。

VI. 医療福祉研究に関する検討

VI. 1. 研究目的・対象・方法論の検討

研究会やワークショップで検討をされてはいるが、本報告で記述するところまで十分に検討し合意を得るに至らなかった。今後の検討課題とする。

VI. 2. 保健医療福祉実践現場との共同研究の必要性についての検討

大学の医療福祉教育や研究と保健医療福祉実践現場との協力・共同が必要であることでは、意見が一致しているところである。しかし、どのような形態で協力・共同体制をとっていくのが望ましいのかなどについての議論は不十分で、今後の検討課題となった。

VI. 3. 医療福祉研究と教育とのリンクについての検討

大学・大学院教育、職域研究そして生涯教育・学習を含んで研究と教育のリンクした展開が必須であること

との合意はみているが、具体的化の方策についての議論が不十分で、今後の課題とした。

VII. 結論

日本社会事業学校連盟は、理事会の責任で本報告に示した医療福祉教育のあり方について全加盟校に徹底を図り、かつ本報告に示されている医療福祉教育カリキュラムの実現のために各関係方面と意見・制度等を調整することが必要である。

VIII. 医療福祉教育検討作業委員会の構成

医療福祉教育検討作業委員は下記の通りである。

学校連盟特別委員会委員

小松 源助 (日本社会事業大学・検討作業委員会委員長)

児島 美都子 (龍谷大学)

同委員会医療福祉教育検討作業委員

(五十音順)

石川 到覚 (大正大学)

大野 勇夫 (日本福祉大学)

尾崎 新 (日本社会事業大学)

手島 陸久 (東京都老人総合研究所)

牧野 忠康 (長野大学・連絡委員)

以上

(1993年3月17日付で日本社会事業学校連盟理事会に報告)

参考2) 医療ソーシャルワーカー業務指針検討会 報告書

医療ソーシャルワーカー業務指針検討会委員名簿

浅井 愛子	群馬県藤岡保健所健康指導課長
天本 宏	全日本病院協会理事
岩崎 榮	病院管理研究所医療管理部長
金田 一郎	社会福祉・医療事業団理事長(座長)
小松 源助	日本社会事業大学教授
桑島 齊三	日本病院会
新貝 修	日本精神病院協会副会長
須川 豊	予防医学事業中央会理事長
杉谷 藤子	日本看護協会常任理事
武内 昶篤	東京白十字病院事務長
中島さつき	日本医療社会事業協会会長
山口 勝	鎌倉保健所
若狭勝太郎	日本医師会常任理事

(50音順)

医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書

本検討会は、昨年7月より、医療ソーシャルワーカーの資質の向上を図るため、業務指針の作成について

検討を重ねてきたが、ここにその結果がまとまったので報告(牧野補注;1989年2月報告)する。

医療ソーシャルワーカー業務指針

1 趣旨

長寿社会の到来、疾病構造の変化、一般的な国民生活水準の向上や意識の変化に伴い、国民の医療ニーズは高度化、多様化してきている。また、科学技術の進歩のより、医療技術も、ますます高度化し、専門化してきている。このような医療をめぐる環境の変化を踏まえ、日常的な健康管理や積極的な健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーションに至る包括的、継続的医療の必要性が指摘されるとともに、高度化し、専門化する医療の中で患者や家族の不安感を除去する等心理的問題の解決を援助するサービスが求められている。さらに、老人や精神障害者、難病患者等が、疾病をもちながらもできる限り地域や家庭において自立した生活を送るためには、医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが十分な連係の下に、総合的に提供される

ことが重要である。

このような状況の下、保健医療の場において患者のかかえる経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る医療ソーシャルワーカーの果たす役割に対する期待は、ますます大きくなってきている。

しかしながら、医療ソーシャルワーカーは、病院等において、他の職種が対応しきれない相談業務をいわばよろず相談的に引き受けて行っていることから、その範囲が必ずしも明確とはいえないきらいがあること、上述のような新しい医療の流れを踏まえて保健医療の場において患者に対しソーシャルワークを行う場合の方法について、十分確立していない面があること、医療関係者や患者等からも理解も十分でないこと等の問題があり、このような期待に、必ずしも応えきれているとはいえない。

この業務指針は、このような実情に鑑み、従来、精神科ソーシャルワーカーと呼ばれてきた者も含め、医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが専門性を十分発揮し業務を適正に執行することができるよう、関係者の理解の促進に資することを目的とするものである。総合病院、精神病院、老人病院等の病院を始めとし、老人保健施設、精神障害社会復帰施設、保健所、精神保健センター等様々な保健医療機関に設置されている医療ソーシャルワーカーについて標準的業務を定めたものであるため、実際の業務を行うに当たっては、それぞれの機関の特性や実情に応じた業務のウェイト付けを行うべきことはもちろんであり、また、学生の実習への協力等指針に盛り込まれていない業務を行うことを妨げるものではない。

2 業務の範囲

医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(1) 経済的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、保険、福祉等関係諸制度を活用できるように援助する。

(2) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うためこれらの諸問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ①受診や入院、在宅医療に伴う不安等の問題の解決を援助すること。
- ②患者が安心して療養できるように療養中の家事、育児、教育、職業等の問題の解決を援助すること。
- ③老人等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との関係の下に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すること。

④傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤に対応し、家族関係の調整を援助すること。

⑤患者同士や職員との人間関係の調整を援助すること。

⑥学校、職場、近隣等地域での人間関係の調整を援助すること。

⑦がん、エイズ、難病等傷病の受容が困難な場合に、その問題の解決を援助すること。

⑧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こと。

⑨療養中の患者や家族の心理的・社会的問題の解決援助のために家族会等を指導、育成すること。

(3) 受診・受療援助

入院、入院外を問わず、次のような受診、受療の援助を行う。

①生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方について援助すること。

②診断、治療を拒否するなど医師等の医療上の指導を受け入れない場合に、その理由となっている心理的・社会的問題について情報を収集し、問題の解決を援助すること。

③診断、治療内容に関する不安がある場合に、患者、家族の心理的・社会的状況を踏まえて、その理解を援助すること。

④心理的・社会的原因で症状の出る患者について情報を収集し、医師等へ提供するとともに、人間関係の調整、社会資源の活用等による問題の解決を援助すること。

⑤入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合には、これに参加し、経済的・心理的・社会的観点から必要な情報の提供を行うこと。

⑥その他診療に参考となる情報を収集し、医師、看護婦等へ提供すること。

⑦デイケア等の指導、集団療法のための断酒会等の指導、育成を行うこと。

(4) 退院（社会復帰）援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的・心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの諸問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

①転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定を援助すること。

②在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との関係の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助すること。

③住居の確保、傷病や障害に適した改造等住居問題の解決を援助すること。

④復職、復学を援助すること。

⑤転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。

⑥関係機関、関係職種との関係や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院後の心理

的・社会的問題の解決を援助すること。

(5) 地域活動

関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

- ①他の保健医療機関、市町村等と連携して地域の患者会、家族会、断酒会等を指導、育成すること。
- ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療に係る地域のボランティアを指導、育成すること。
- ③保健所保健・福祉サービス調整推進会議、市町村高齢者サービス調整チーム等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケア・システムづくりへ参画すること。
- ④関係機関、関係職種等と連携し、老人、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、普及を進めること。

3 業務の方法

保健医療の場において患者やその家族を対象としてソーシャルワークを行う場合に採るべき方法は次のとおりである。

(1) 患者の主体性の尊重

保健医療の場においては、患者が自らの健康を自らを守ろうとする主体性をもって予防や治療及び社会復帰に取り組むことが重要である。したがって、次の点に留意することが必要である。

- ①業務に当たっては、傷病に加えて経済的、心理的・社会的問題を抱えた患者が、適切に自己決定ができるよう、患者自身の状況把握や問題整理を援助し、解決方策の選択肢の提示等を行うこと。
- ②問題解決のための代行等は、必要な場合に限るとし、患者の主体性を損なわないようにすること。

(2) プライバシーの尊重

一般に、保健医療の場においては、患者の傷病に関する個人情報に係るので、プライバシーの尊重は当然とされているものであるが、医療ソーシャルワーカーは、傷病に関する情報に加えて、経済的、心理的、社会的な個人情報にも係ること、また、援助のために患者以外の第三者との連絡調整等を行うことから、次の点に特に留意することが必要である。

- ①個人情報の収集は援助に必要な範囲に限ること。
- ②面接や電話は、独立した相談室で行う等第三者に内容が聞こえないようにすること。
- ③記録等は、個人情報を第三者が了解なく入手できないように保管すること。
- ④第三者との連絡調整を行うために本人の状況を説明する場合も含め、本人の了解なしに個人情報を漏らさないようにすること。
- ⑤第三者からの情報の収集自体がその第三者に患者の個人情報を把握させてしまうこともあるので充分留意すること。
- ⑥患者からの求めがあった場合には、できる限り患

者についての情報を説明すること。ただし、医療に関する情報については、説明の可否を含め、医師の指示を受けること。

(3) 他の保健医療スタッフとの連携

保健医療の場においては、患者に対し様々な職種の者が、病院内あるいは地域において、チームを組んで関わっており、また、患者の経済的、社会的・心理的問題と傷病の状況が密接に関連していることも多いので、医師の医学的判断を踏まえ、また、他の保健医療スタッフと常に関係を密にすることが重要である。したがって、次の点に留意が必要である。

- ①他の保健医療スタッフからの依頼や情報により、医療ソーシャルワーカーに係るべきケースについて把握すること。
- ②対象患者について、他の保健医療スタッフから傷病や治療の状況等必要な情報得るとともに、診療や看護、保健指導等に参考となる経済的、心理的・社会的側面の情報を提供する等情報や意見の交換をすること。
- ③ケース・カンファレンスや入院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合にはこれへの参加等により、他の保健医療スタッフと共同で検討するとともに、保健医療状況についての一般的な理解を深めること。
- ④必要に応じ、他の保健医療スタッフと共同で業務を行うこと。

(4) 受診・受療援助と医師の指示

医療ソーシャルワーカーが業務を行うに当たっては、(3)で述べたとおり、医師の医学的判断を踏まえ、また、他の保健医療スタッフとの関係を密にすることが重要であるが、なかでも2の(3)に掲げる受診・受療援助は、医療と特に密接な関連があるので、医師の指示を受けて行うことが必要である。特に、次の点に留意が必要である。

- ①医師からの指示により援助を行う場合はもとより、患者、家族から直接受診・受療等についての相談を受けた場合及び医療ソーシャルワーカーが自分で問題を発見した場合等も、医師に相談し、医師の指示を受けて援助を行うこと。
- ②受診・受療援助等の過程においても、適宜医師に報告し、指示を受けること。
- ③医師の指示を受けるに際して、必要に応じ、経済的、心理的・社会的観点から意見を述べること。

(5) 問題の予測と計画的対応

- ①実際に問題が生じ、相談を受けてから業務を開始するのではなく、生活と傷病の状況から生ずる問題を予測し、予防的、計画的な対応を行うこと。
- ②特に退院(社会復帰)援助には時間を要するものが多いので入院、受療開始のできるかぎり早い時期から問題を予測し、病院内あるいは地域の保健医療スタッフ、社会福祉士等との関係の下に、計画的、継続的な対応を行うこと。

(6) 記録の作成等

- ①問題点を明確にし、専門的援助を行うために患者ごとに記録を作成すること。
- ②記録をもとに医師等への報告、連絡を行うとともに、必要に応じ、在宅ケア、社会復帰の支援等のため、地域の関係諸機関、保健婦、社会福祉士等への情報提供を行うこと。
- ③記録をもとに、業務分析、業務評価を行うこと。

4 その他

医療ソーシャルワーカーがその業務を適切に果たすために次のような環境整備が望まれる。

(1) 組織上の位置付け

規模等にもよるが、できれば組織内に医療ソーシャルワークの部門を設けることが望ましいこと。医療ソーシャルワークの部門を設けられない場合には、診療部、地域医療部、保健指導部等他の保健医療スタッフ

と関係を探りやすい部門に位置付けることが望ましいこと。やむをえず、事務部門に位置付ける場合には、診療部門等の諸会議のメンバーにする等日常的に他の保健医療スタッフと関係を探るような位置付けを行うこと。

(2) 患者、家族からの理解

病院案内パンフレット、院内掲示等により医療ソーシャルワーカーの存在、業務、利用のしかた等について患者、家族等からの理解を得るように努め、患者、家族が必要に応じ安心して適切にサービスを利用できるようにすること。

(3) 研修等

医療・保健・福祉をめぐる諸制度の変化、諸科学の進歩に対応した業務の適正な遂行、その向上を図るため、研修及び調査、研究を行うこと。

V. 参考文献

1. 浅賀ふさ『ケースヒストリーの要点』川島書店、1971年。
2. 牧野忠康『頸肩腕障害の社会医学－職業病の保健・医療社会学的考察』医療図書出版社、1975年。
3. 牧野忠康『労災職業病 予防・治療・リハビリの実務』労働教育センター、1977年。
4. 牧野忠康『疾病の社会科学的側面のとらえ方－ケース・ヒストリー(病歴のとり方)－』東京大学医学部保健社会学教室、1980年。
5. 中野卓也『老人福祉とライフ・ヒストリー』未来社、1981年。
6. 川上武『現代日本病人史－病人処遇の変遷－』勁草書房、1982年。
7. 牧野忠康「患者の病識とセルフコントロールの問題点」『看護技術』Vol.33、No.3、14～18ページ、メディカルフレンド社、1987年。
8. 城戸あつ子他「関東に在住する水俣病と診断された人々の生活史と実態(上)」『公害研究』Vol.17、No.1、38～46ページ、岩波書店、1987年。
9. 城戸あつ子他「関東に在住する水俣病と診断された人々の生活史と実態(下)」『公害研究』Vol.17、No.3、48～57ページ、岩波書店、1988年。
10. 歴史学研究会編『オール・ヒストリーと体験史－本多勝一の仕事をめぐって』青木書店、1988年。
11. 歴史学研究会編『事実の検証とオール・ヒストリー－澤地久枝の仕事をめぐって』青木書店、1988年。
12. 牧野忠康「新聞労働者の労働と健康問題の変容に関する研究～現代労働者の健康破壊要因に関する保健社会学的検討」『長野大学紀要 第10巻第3号(通巻39号)、25～72ページ、長野大学、1989年。
13. 牧野忠康「産業合理化と頸肩腕障害患者－N T T 頸肩腕障害患者の生活史と社会史－」『変貌する社会環境下における公害・職業病被災者の生活史および社会史に関する研究－平成元年度科学研究費補助金(総合研究A)研究成果報告書』、56～71ページ、東京大学医学部保健社会学教室、1990年3月。
14. ケン・プラマー著、原田勝弘他監訳『生活記録の社会学－方法としての生活史研究案内』光生館、1991年。
15. 牧野忠康「医療ソーシャルワークを中心にした障害者の保健医療および社会復帰援助に関する研究－富士記念財団研究助成金研究報告書」『社会福祉教育年報－1990年度版(第11集)』、104～115ページ、日本社会事業学校連盟、1991年11月。
16. L・L・ラングネス他著、米山俊直他訳『ライフヒストリー研究入門－伝記への人類学的アプローチ』ミネルヴァ書房、1993年。
17. 松平誠他編著『講座生活学3 生活史』光生館、1993年。

18. 牧野忠康「血友病治療と血液凝固因子製剤—血友病患者の治療と生活からの考察—」『日本の科学者』 Vol.28 No.7 通巻306号、23～29ページ、水曜社、1993年。
19. 園田恭一他編『保健社会学Ⅰ 生活・労働・環境問題』牧野忠康「Ⅴ 労働関連性疾患と保健医療」、62～74ページ、有信堂、1993年。

本論は、「社会医学実践を担う医療ソーシャルワーカーのあり方に関する一考察～労働保健活動と社会福祉教育の経験をふまえて～」(第32回社会医学研究会総会、1991年)、「医療ソーシャルワーカー養成訓練の在り方に関する検討(第1報:問題提起)」(日本社会福祉学会第39回大会、1992年)、

「医療ソーシャルワークでの生活史の位置づけと評価の方法の検討」(第12回日本医療社会事業学会、1992年)、「AIDS問題と保健医療福祉学の課題」(第34回社会医学研究会、1993年)、「HIV感染・AIDS問題と保健医療福祉学の課題—研究方法論としての生活史聞き取りの検討—」(日本社会福祉学会第41回大会、1993年)で報告したものを基に修正・加筆したものである。

また、本研究は1989年度富士記念財団研究助成および1991-92年度三菱財団社会福祉研究助成による研究成果の一部であることを付記し、両財団に感謝の意を表します。

(まきの ただやす 教授)

(1993. 6. 30受理)