

## 「医療ソーシャルワーク」における歩みと研究を振り返って

小 西 加保留

### はじめに

「医療ソーシャルワーク」に出会ってから、半世紀が経過した。その間に何が変わり、何が変わっていないのか、そして今後何を变えていかねばならないのか、定年を前にしてそれを整理しないといけないという思いに駆られる。しかしながら、それは決して容易な作業でないことは明白である。言うまでもなく、それは医療ソーシャルワークの歩みに影響を与えた要因が実に多様に存在するからに他ならない。そこには医療ソーシャルワーク実践の中核となる、病や障害を抱えた人たちの生活、ソーシャルワークとしての知識・技術・価値、医療ソーシャルワーク自体の知の蓄積、病院という組織、職能団体の動き、医療制度・政策の動向、教育、資格、研究方法などあらゆるものが登場する。それらを全て適正に整理し、分析するだけの力は残念ながら到底私には備わっていない。

他方で、医療ソーシャルワークにとって、現代は「勝負の時」であり、非常に重要な節目を迎えているという認識もまた大きい。それはポジティブに考えるなら医療の中で福祉を考えることへの大きな希望に近いものでもあり、その根幹をなすのは、この地球社会を生きるものとしての価値の変換という課題にも似たものがある。話が壮大に過ぎてはならないが、こうした認識を基底として、私自身が様々な人々に支えられながらここまで辿り着いた軌跡を振り返りつつ、「医療ソーシャルワーク」に関わる幾つかのテーマを整理して、締め括りの講義としたい。

### 1. 老人病院の始まり：社会的なるものへの問いかけ

1973年「福祉元年」といわれるその年に老人医療費が無料化された。私が本学社会学部を卒業して大学院に通いながら、当時の武庫川病院（精神科病院）での実習に引き続いて、新設された学校法人兵庫医科大学附属病院の医療社会福祉部でアルバイトのソーシャルワーカーとして勤務していた頃である。

学部ゼミの恩師である岡村重夫先生が、おそらく「社会福祉原論」の授業の中であったと記憶しているが、老人医療の保障と老人医療費の無料化とは別の話だと言われたことが強く印象に残っている。岡村理論の社会福祉の論理的展開というならば「社会福祉の限定」に繋がる考え方であると捉えられる。

老人医療費の無料化については、その後の社会的入院の引き金になったという議論がよく聞かれるところであるが、猪飼（2010）は『病院の世紀の理論』の中で、日本の病院の成り立ちの論理から言えば必然であったとも述べている。いずれにしても、その頃からいわゆる「老人病院」が増え、当時担当していた循環器内科の高齢の患者さんの転院先として、老人病院が真っ先に候補に上るようになった。そこで転院相談に備えて、医師と共に新設された老人病院を見学した上で、複数の患者さんを老人病院に紹介することとなった。しかしその後の経過は、全く予想外の非常に悲惨なものであった。転院後1~2か月を経た頃、複数の方が次々と亡くなられたのである。それは看護配置の薄さの故であった。その顛末に、まだ経験の浅いソーシャルワーカーとして大きなショックを受けたことが、その後の私を「社会的なるもの」に目を向けさせる契機となった。すなわち老人医療費を無料化したことが老人医療を保障することにならないことに直面し、面接室内のみのソーシャルワークの限界を突きつけられた思いがしたのだった。この時の衝撃と疑問が、後にHIV/AIDSソーシャルワークへの取り組みに繋がることとなった。

## 2. 医療の中でソーシャルワークの専門性を示すということ

医療機関は、言うまでもなく、医療関連の専門職に埋め尽くされている現場である。その中で患者・家族の病や障害に関わる生活を対象として支援するソーシャルワークの仕事は、その専門性の特質の故にこそ、多職種に業務内容を実証的に伝え理解を得ることは至難の業であった。それでも幸い、当時先端医療であった生体肝移植や、血友病、HIV 感染症を対象としたチーム医療の中で、ソーシャルワークの専門性に深く関わる業務の遂行と研究を経験することができた。

生体肝移植は、本来緊急避難としてのものでありながら、日本においては脳死下の移植が圧倒的に少ないなかで現在においても多く実施されているが、当時はまだ高度先進医療としての保険にも該当しない極初期の頃の話であった。院内には適応評価委員会を始めとするシステムができ、ソーシャルワーカーもその一員として参加し、移植の適応の是非を心理社会的な側面から評価するという重い役割を担うこととなった。初めに相談があったのは、ある地方に在住する就学前の子どもで、その母親がドナーの候補となっており、1ヶ月以内にも当院を受診する予定となっていた。その段階でソーシャルワーカーとしてのアセスメントが求められたため、電話でのやり取りとなった。まさに生命にかかわる重要な決断に、遠隔地に住む家族との電話での対応を余儀なくされ、大変重い任務であった。そしてそこで分かったことは、心理社会的にあまりにも多くの非適応の評価につながる事実の存在であった。例えば経済的問題や家族要因、家族間の移植に対する意見の食い違い、リスクに関する情報の内容、今後の診療計画についての受け止め方の齟齬等、移植術を受けるには埋めなくてはならない問題が山積していた。さらにソーシャルワーカーとして驚いたのは、それらの殆どが医師には全く伝わっておらず、このまま話が進むと大きなトラブルにつながりかねないところまでできてしまっていたことであった。その後一度だけ母子が来院したが、結局移植は適応とはならなかった。既に黄色味を帯びた顔色の愛くるしい子どもと出会った私は、なんとも居た堪れない気持ちでその後姿を見送ることとなった。

その経験を通して感じたのは、医療の中で早期からソーシャルワークという機能を果たすことの重要性への再認識であった。他方で医師にとっては生命を救いたい一心で進めてきた医療が、医学的要因以外の理由で挫折するという辛い体験となって終わってしまった。ここで最も重要なのは患者・家族にとってこの間の経験がどうであったかということである。明らかに最も辛い体験をしたのは当事者である患者・家族である。こうした痛ましい事態が起きないためにも医学の中にソーシャルワークとしてのアセスメントを踏まえた機能を早期から付加することの必要性を強く認識することとなった。

次に、血友病患者に対する包括医療についてである。血友病は遺伝疾患であり、血液凝固因子の欠乏により生じる疾患で、幼少時から身体の色々なところに出血しやすく、このため複数の科を受診することも少なくない。1980年代に自己注射による管理が可能になって以降は合併症や後遺症で苦しむ患者は徐々に少なくなっていくことになるが、当時は学校生活など社会生活上の課題や、母親の保因子による遺伝が原因ということもあり、母子を始めとした家族関係や自立の課題を抱えている場合も多かった。このため病気とともに生きる上で、心理社会的な課題に対してその解決が求められることも多く、ソーシャルワーカーは患者・家族を取り巻く環境との交互作用の内容を見立てて、医療職と共に解決を図る役割を担っていた。先天性の遺伝疾患に特有な課題を踏まえた情報収集や分析のためのアセスメント能力や面接を始めとする支援の技術など、ソーシャルワーカーとしての実践力が事例検討会等を通して他職種に認識されてチーム医療の推進を後押しすることとなり、その後の包括医療ミーティングに繋がっていった。

他方で、HIV 感染症については、国内の他の医療分野に比して、チーム医療がある種特殊な形でスタートしたといえる。その背景には、1980年代後半から「AIDS 撲滅」を掲げて、WHO 主導のカウンセリングの導入を進めた政府の施策があった。1986年に始まったエイズパニック時代の当初から積極的に診療を行っていた一定の病院に中で、こうした施策を受けて、職種を問わずに「カウンセリング」に取り組むという動きが湧き上がった。その結果、どの職種もカウンセリングを担うことを意識するあまり、各職

種間の役割分担へ意識が曖昧になってしまった時期があった。

丁度そうしたタイミングで、医療体制の確立をテーマとした厚生労働科学研究の代表者から研究協力への依頼を受け、1998年に全国のエイズ拠点病院の多職種を対象に、「カウンセリング」の実施状況に関する調査を行うことになった。その結果、同じ「カウンセリング」業務においても各職種の役割認識の違いを明らかにすることができた。すなわちソーシャルワーカーは、人権などのテーマへの意識が高く、社会生活に関連する課題、例えば経済的問題や在宅ケアなどに関して、社会資源やサービス利用の調整機能、コーディネート機能についての役割認識が特に高いことが分かった。一方で、医師や看護師は主に治療内容やセルフケアに、心理職は疾患や治療に関する心理的反応へのかかわりが大きいことが示された。こうした実証的研究の結果の発信は、HIV診療に関心を寄せる医療関係者の間に比較的早く浸透し、それぞれの専門性に立脚した真の意味でのチーム医療が発展する一つの推進力になったのではないかと感じている。

しかしながら残念なことに、HIV医療も30年以上を経過し、チーム医療の歴史を踏まえた協働の認識が、近年また少しずつ薄くなってきていることに気付く機会が増えてきた。ソーシャルワーカーは明らかに目に見える形での具体的な業務分掌を示しづらく、連携を伴う実践家としての立ち位置からは、その存在の意味や意義について常に継続的に発信し続けなければ医療関係者間で共通の認識が維持されるのは困難なことを痛感させられる。こうした状況を制度的に改善するには、現状のように診療報酬上の加算要件に入るだけでなく、社会福祉士を一定の病床数ごとに必置とすることが解決策の一つではないかと改めて考えている。そのためには、医療度・看護度だけでなく、社会要因度といった指標を診療報酬制度の中に組み入れることも一案ではないか。そうすれば病棟単位で常に当然のこととして「そこにいる」職種として認識されることになる。他方で、そうした業務を裏づけする実践力の養成が不可欠なのは言うまでもないことである。

### 3. HIV/AIDS との出会い：自己との向き合いとその意味

HIV/AIDS ソーシャルワークが期せずして、ライフワークとなった。その前提となったのは、先に述べた「社会的なるもの」への眼差しにあった。ソーシャルワークの専門性への疑問や自信の無さなどを背景に退職し、7年間の専業主婦を経て1986年に復職した、そのときに出会った血友病関連疾患の患者さんからの相談が、HIV感染症との出会いとなった。エイズパニックが日本を襲った年である。そのケースの展開は、まさにエイズに対する偏見そのものに彩られたものであった。

それ以降、兵庫医科大学病院に多く通院していた血友病患者さんとの交流やHIV感染症との様々な関わりが始まった。薬害エイズ裁判の和解までにはまだ10年の年月があり、勤務する病院自体が風評被害を恐れて、対外的にはHIV感染症を診療していないとの姿勢を表明していたときでもあった。医師の間にさえ感染への恐怖心が先にたち、正しい情報や知識が行き渡っていない時代でもあったが、幸いにも周囲に血友病の専門医がいたため最先端の正しい情報を得ることができた。なによりも正しい知識、情報は、医療ソーシャルワークの軸となるものである。イギリスの故ダイアナ妃がAIDS患者と握手しただけで世界中の話題になったその時代に、筆者は、感染が分かっていた血友病患者さんと同じ鍋を突くことができたのは今となってはとても幸いなことであったと感じられる。1990年に訪れたボストンのCBO「エイズ・アクション・コミッティ」では、同伴した医学生が皆尻込みするなかで、当時小学5年生の長男と共に100人のHIV/AIDS患者さんと一緒に食事をした。それらを支えたのも正しい知識に他ならなかった。知識の共有は、患者と医者間のインフォームド・コンセントという、薬害エイズ裁判における争点にも関わる課題でもあった。ハンセン病においてもまた、その政策や医療に影響を与えたのは正しい知識のあり方であったが、どちらの病においてもその上に様々な権力構造が交錯していたという認識は、おそらく間違いのないところであろう。

元 UNAIDS 事務局長のピーター・ピオット (=2015:xix) は、「もっとも重要なことはおそらく、エイズのような大変な事態のもとでは、・・・人間というものの良い面も悪い面もはっきり出てしまうということだろう。」と述べている。HIV/AIDS ソーシャルワーク実践の過程においては、そうした人間の様々な局面に嫌というほど直面することになった。反面、それは深い学びと魅力にも繋がった。

こうしたなかで、HIV 医療は 1996 年を境に飛躍的な発展を遂げ、死亡率が激減した。血友病患者に新しい感染者が出ることはなくなり、一方でゲイの人たちのなかで感染者が増えてきた。その時に直面したのが同性愛者への向き合い方であった。血友病による感染者は可愛そうだが、同性愛者は「自業自得」といわれた時代でもある。ここでも役立ったのが、まずは知識であった。私自身も当初は同性愛は「好みの問題」であり、「ゲイ」という一括りの人たちがいると考えていた。そこに正しい知識を与えたくれたのは、厚生労働科学研究による日高ら (2004) の調査結果であった。その内容はまさに「目から鱗」の結果であった。そこには、当事者らが自らのセクシュアリティに気づき始めたときの悩み、メンタルな側面への影響など、明らかに「好みの問題」でないことが分かる内容が示され、むしろ同性愛の方が持つ強さに胸を打たれるものでもあった。

さらに大きな影響を受けたのは、ゲイの人たちとの主に研究を通じた交流である。1997 年から十数年間継続してきた厚生労働科学研究に際して、多くのゲイの方にどれだけ助けられ、どれだけ教えられたことか。そしてまた、その一方で仕事の打ち上げ等で出会った素顔などを通して、「ゲイの人にも色々な人がいる」というごく当たり前のことに気づかされたことが大きかった。こうした実感は、先の日高氏の調査結果と相俟って、私の「偏見」を見事に崩壊させた。

そして最後に直面したのは、性感染症ということにどう向き合うかであった。あるゲイの HIV 陽性者が述べた「自業自得だとは思いますが、それを他人に言われたくない」という言葉は大きかった。人生における日々の行動を決める主役は当事者にあることに違いはない。そして人は思考だけで、また感情だけで動く動物でもない。結果が何であれ、人生の軌跡は自分自身が描く。その一コマ一コマが貴重なその人の人生である。そのことに立脚すると、性感染症であるという事実は、あくまで他者が審判する事柄ではないことに気付かされる。多くの陽性者の手記などからもそれが自明のことであることが示されている。

#### 4. アドボカシーと意思決定支援に関わって

HIV ソーシャルワークがライフワークとなり、博士論文では『ソーシャルワークにおけるアドボカシー - HIV/AIDS 患者支援と環境アセスメントの視点から -』を取り上げた。研究の中核にアドボカシーを置いたのは、実は故荒川義子先生からいただいた助言に基づくものであった。荒川先生は兵庫医科大学病院設の医療社会福祉部創設時からソーシャルワーカーとして共に勤めたメンバーで、同時にソーシャルワーク研究における大先輩であり、またご存命であれば、論文の審査を務めていただいた先生でもある。正直に言って、先生からご助言頂くまで「アドボカシー」をあまり意識したことはなかった。しかしながら一方で、ソーシャルワーカーとしての使命感に駆られて実践を続けてきたこともまた事実であった。ミケルソンは、「アドボカシーはソーシャルワーク専門職実践の核であり続けている」(Mickelson, *Encyclopedia of Social Work*, 1995) が、「その曖昧さがソーシャルワーク・アドボカシーへのコミットメントを弱くしている」(Schneider, 2001, p.x) と述べている。当時の自身の姿勢自体が「曖昧さ」に通じるものと今更ながら考えさせられるところである。

ミケルソンはまた、活動の開始には、「クライアントの周囲の状況を徹底的に知る」ことが重要であり、「情報はアドボカシー努力の本質である」と述べている (Mickelson, *Encyclopedia of Social Work*, 1995: 96)。すなわち、クライアントの環境に関するアセスメントの重要性を強調している。

ここではソーシャルワークにおけるアドボカシーを具現化する実践における「環境アセスメント」について、現時点での一定の到達点として、次の2点を取り上げておきたい。

第一に、ソーシャルワークとしてのアドボカシーの概念と固有性に関わる切り口についてである。まず「アドボカシー」は、日本では「権利擁護」と同義に使用されることも多いが、「アドボカシー」においては、実定法上の権利のみならず、社会権などを視野に入れた広い意味で人権に基づく概念と捉えている。そしてソーシャルワークとしてのアドボカシーの固有性は、ソーシャルワークの価値概念の一つである対象認識の仕方にあるのではないかと考えている。かつて筆者（2007）は、ソーシャルワークにおけるアドボカシーを「ソーシャルワーカーが、専門家として、クライアントの権利侵害の状態に対して支援する際に行う活動、用いられる技術であり、どのような目標を持ち、どのような介入を誰と共に行うかは、環境アセスメントによるものである。」との限定的な定義を行っていた。しかしながらそれのみでよいのか、そもそもアドボカシーとは何なのかという疑問に自ら明確に答えることができないままであった。その後、主に成年後見制度を軸とした法律家らとの学際的な研究等を経て、現在一定の考えに至っている。すなわち「アドボカシー」のための「環境アセスメント」は、ソーシャルワークの価値の諸次元（川田 1990：41）における「対象認識」とも読み替えられ、ソーシャルワークの専門性、固有性は、機能や活動そのものにあるのではなく、対象認識の仕方にあるという考え方である。

第二に、その対象認識に基づく環境アセスメントとは、以下の3つの切り口により、立体的に捉えることが有効なのではないかと考えている。こうした考えに至ったのは、成年後見における意思決定支援に関わる実際の事例を、法律家らと共に長時間をかけて分析した結果によるものである。

#### 1) クライアント自身を取り巻く環境アセスメント

石川時子（2009）による「能力としての自律－社会福祉における自律概念とその尊重の再検討－」『社会福祉学』により提示された枠組みを前提とする。（詳細は論文参照）

#### 2) システムとしてメゾ・マクロな交互作用を捉えるアセスメント

ピンカス&ミナハンらに代表される、クライアントシステム・ターゲットシステム・ワーカーシステム・アクションシステムとしての捉え方を基本とする。

#### 3) ソーシャルワーカー自らの居る位置から見たアセスメント

これら3つの切り口については、まずはソーシャルワークの専門性に基づくクライアント個人に関するアセスメントが中心となる。そしてクライアントの当事者としての主体、尊厳を尊重しつつ、声なき声をも拾い上げるためにも、特に取り巻く環境を知ることが重要となる。その中で特に環境との交互作用において、人権に関わる課題がある際にアドボカシーとしての介入が求められると考えられる。さらにクライアントと周囲の関係者、関係機関、支援者らとの間に展開されるシステムを検討し、ソーシャルワーカー自身の立ち位置を見極め、展開していくことが必要となる。そこにはワーカー自身がクライアントの環境の一部であることへの自覚と、意識的な交互作用への介入が要求される。

その後の支援の展開はマイクロ・メゾ・マクロいずれの領域にも発展していく。メゾ・マクロへの向き合い方については、小西（2017）において、HIV/AIDS ソーシャルワークのメゾレベルの複数の活動の展開を、Schneider, R. L. ら（2001）による「アドボカシーのための活動の原則」によって分析・考察を試みた。すなわち、1. 課題の特定と目標の設定 2. 事実の把握 3. 戦略と戦術の計画 4. リーダーの供給 5. 意思決定とスタッフを知る 6. サポートの基盤をひろげる 7. 根気強く 8. アドボカシーの努力を評価する、の8つの枠組みを用いて分析を行い、一定程度の共通点を見出すところまで到達したところである。今後特にメゾ・マクロレベルにおける蓄積とその精緻化、一般化が喫緊の課題となると考える。

## 5. 病院という組織の変遷と医療ソーシャルワーカーの位置

田尾（1995）によれば、病院組織はヒューマン・サービス組織と位置づけられ、他の企業とは異なる特性を持つとされている。国家資格に裏づけされた多種多様な専門職集団は、自らの仕事へのコミットメントが強く、所属組織より自分の専門職集団に準拠した行動を取ることが基本となっている。このため、厳

密な階層性や命令の一元化など、古典的な官僚制のようなモデルは発達せず、個人裁量が大きくなるという特徴を持つ。そうした中でそれぞれの職業ブロックの集合体として、相互依存しながらも集団間で対立や競合を起こす「葛藤を常態とするモデル」が妥当とされ、組織内の意思決定は「烏合の衆」となり、偶発的で合理的に判断され決定される機会はほとんどないとされている。

他方で筆者は、『社会福祉研究』（第125号）の特集論文において、猪飼（2010）、椋野（2013）、岡村（1963）の3つの枠組みを用いて「社会福祉と保健医療の関係性の変遷と展望」について執筆した。詳細は拙稿を参照いただくとして、その中で特に猪飼の『病院の世紀の理論』による医療供給システムに対する考え方について、少し長くなるが、若干の紹介をしたい。

日本の医療供給システムは、イギリスの身分原理型やアメリカの開放原理型に比して、所有原理型である。日本の所有原理型とは、専門医一本のシステムであり、また原則として全ての医師が自前の施設に病床を設けることでセカンダリケアへのアクセスを可能にしている点に特徴がある。これを「病院の世紀」の第一の基本認識としている。第二の基本認識はこの医療供給システムの型が持つ歴史的頑健性である。さらに第三の基本認識は、治療医学に対する強い社会的期待の中で生まれた、医療システムおよびその発展の型に対する強い制限が20世紀的条件である、という認識としている。

猪飼（2010）はまた「病院の世紀」においては、医療供給システムへの展望・グランドデザインが封じられていたとし、現代の高齢者医療領域にみられるように、医学への社会的期待が減退している現状があるにもかかわらず、政策担当者らはそれが医療の基底の変動と結びついていることに気づいていないと指摘する。即ち疾病・障害認識の枠組みは、生活の質、生活モデルへと変化が生じており、それはもはや医療システムではなく、包括ケアシステムへの移行を意味している。そこでは支援の方法、場所、支援者、支援の専門性のあり方も大きく変化することはほぼ確実であり、より社会的経済的に大きなコストの上に成り立つシステムと捉えている。そして今後は人的資源の組み合わせ、ネットワーク、信頼関係構築の方法、先端病院と在宅の中間にある施設的ケアの領域に集中する可能性のある困難をどう克服するかが課題になるとしている。猪飼はまたこうした観点から、ソーシャルワークに対する高い期待を述べている（2014: 22）。

病院という組織の特徴や、猪飼の捉える医療供給システム、またここでは詳細を取り上げないが、椋野（2013）の言う政策の動向を見据えた戦略的な業務の推進、そして岡村（1963）の言う「地域社会でのチームワークの意義」を忘れない姿勢、これらの全てを俯瞰することの必要性を今ほど痛感する時代は無い。大変困難な課題であるには違いないが、日本の現状をしっかりと見据えた上で、組織内外に関わる連携やマネジメント、ソーシャルアクションなど、メゾ・マクロに亘る実践・技術の蓄積に裏づけられた知見を基に、「勝負の時」を乗り越えていくことを心から期待したい。

## 6. 教育と研究の立場から：曖昧なるものの意義の立証を求めて

上述した期待や危機感に対して、それでは今後どのように、具体的に展開していけばよいのか。試みられた構図が正しいとして、より戦略的に、より意図的に可視化する視点を持って発信し、アクションを起こすことをしなければ、社会福祉専門職の潜在能力は潜在したままになってしまっただろう。

こうした危機感に鑑みると、筆者が長年関わってきた HIV/AIDS の分野は、そうした意味で特殊な分野であったのかもしれない。どの医療関係職種も、情報におけるプライバシー原則、インフォームド・コンセントの課題、セクシュアリティの問題、差別・偏見の課題等に対峙する中で、生活、あるいは生活モデルに向き合うことを余儀なくされてきた、近年の医療業界では稀有な領域ともいえよう。こうした領域でソーシャルワークを追究することができたのは筆者にとって幸いなことであった。しかし、それさえも患者数は疾患全体のなかではマイナーな故に、また皮肉なことに1日に1回シングルタブレットの服用で予防にも繋がる時代を迎えようとしている今、医学モデルに舞い戻ってしまうような懸念を持たざるを得

ない。

松繁（2016：19）は、「保健医療の移ろいゆく『基準』と生の固有性」と題した論文において、「エビデンスもなく、『検証』や『評価』も難しく、『標準化』も不可能な終わりのないこの種の営みに向かい続けていけるのかどうか。それがこの先の保健・医療・福祉に突き付けられている課題に他ならない」との問題提起を行っている。実践において、また研究において、そこをどう克服していくのが重要課題であるに違いない。

一つには椋野（2013）も指摘しているように、政策動向を踏まえて、様々の事業を組織や地域レベルで取り組み、その成果を発信し地域の仕組みの中に浸透させ、継続していくことだろう。また大島（2016）らに代表されるようなプログラム評価の方法等を用いて、当事者や実践者、利害関係者らと共に地道な研究を積み上げる。さらには診療報酬を含む医療政策の中でソーシャルワークの働きを実証的に可視化することで、政策への影響力を増すことであろう。政策の改変・変遷が著しいなかで、ソーシャルワークの意義を主張できる切り口に敏感になることが今強く求められていると感じるこの頃である。

## 終わりに

「医療ソーシャルワーク」との関わりの中から、自分にとって特に意味を持つと感じられるテーマについて、様々な角度から振り返りを行った。今改めて感じるのは、医療ソーシャルワークに関わり続けることで得た学びの大きさである。そのきっかけを作ってくださった恩師、杉本照子先生、故岡村重夫先生、故荒川義子先生に改めて深い感謝と敬意を表したい。また定年後の更なる医療ソーシャルワーカー養成に向けて、道を作って下さった恩師、武田建先生に篤く御礼申し上げる。その他、医療ソーシャルワークと共に歩んだ人生において、様々な形で私を育ててくださった、関係者、当事者の方々、全ての方に深謝申し上げたい。

またこの度、最終講義をまとめる機会をいただき、改めて今後の自らの立ち位置を考える貴重な時間を持つことができた。そのことにも篤く御礼を申し上げたい。私の人生を豊かにしてくれたソーシャルワークとの出会いに感謝しつつ、老体に鞭打ちながらも、今後に向けての新たな一ページを進めたいと思うこの頃である。

## 引用文献

- ・日高庸晴（2004）『ゲイ・バイセクシュアル男性の HIV 感染予防行動と心理・社会的要因に関する研究報告書』厚生労働省エイズ対策研究事業「男性同性間の HIV 感染予防対策とその推進に関する研究」（主任研究者：市川誠一）。
- ・猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣。
- ・猪飼周平（2014）「生活モデルに基づくヘルスケア再編の射程」『病院』医学書院、73 巻 1 号、18-23。
- ・石川時子（2009）「能力としての自律－社会福祉における自律概念とその尊重の再検討－」『社会福祉学』 Vol.50, No.2, 5-17。
- ・川田誉音編著（1990）『グループワーク－社会的意義と実践』海声社。
- ・Kemp, S. P, Whittaker, J. K, & Tracy, E. M. (1997) *Person-Environment Practice: The Social Ecology of Interpersonal Helping*. Gruyter, Inc (=2000、横山稜・北島英治・久保美紀・湯浅典人・石河久美子訳『人－環境のソーシャルワーク実践：対人援助の社会生態学』川島書店。
- ・小西加保留（2007）『ソーシャルワークにおけるアドボカシー－HIV/AIDS 患者支援と環境アセスメントの視点から－』ミネルヴァ書房。
- ・小西加保留編著（2017）『HIV/AIDS ソーシャルワーカー実践と理論への展望』中央法規出版。
- ・松繁卓哉（2016）「保健医療の移ろいゆく『基準』と生の固有性」『保健医療社会学論集』日本保健医療社会学会、Vol.26, No.2, 13～20。

- ・ Mickelson, J. S. (1995) Advocacy. In National Association of Social Workers, *Encyclopedia of Social Work, 19th*. Washington, DC, 95-100.
- ・ 棕野美智子 (2013) 「医療ソーシャルワーカーの歴史を振り返り、未来を展望する～政策の視点から～」『医療社会福祉研究』日本医療社会福祉学会、第21号、1～29.
- ・ 大島巖 (2016) 『マクロ実践ソーシャルワークの新パラダイム－エビデンスに基づく支援環境開発アプローチ～精神保健福祉への適用例から』有斐閣.
- ・ 岡村重夫 (1963) 『社会福祉学 (各論)』柴田書店.
- ・ Peter Piot (2012) No Time to Lose: A Life in Pursuit of Deadly Viruses (=2015, 宮田一雄・大村朋子・樽井正義訳 『ノー・タイム・トゥ・ルーズ エボラとエイズと国際会議』慶応義塾大学出版会)
- ・ Pincus, A., & Minahan, A., (1973) *Social Work Practice: Model and Method*, F. E. Peacock Publishers, Inc, 54-63.
- ・ Schneider, R. L., & Lester, L., (2001) *Social Work Advocacy: A New Framework for Action*. Canada: Brooks/Cole.
- ・ 田尾雅夫 (1995) 『ヒューマン・サービスの組織－医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社.