

## 〔研究ノート〕

# 医療の意思決定とソーシャルワーク

## —社会福祉の視点と対象認識に焦点をあてて—

林 眞 帆\*

### 要旨：

本研究ノートは、医療が分業的に福祉を必要としている点を批判的に捉え、従来からヘルスケアとソーシャルワークが深い関係にあることを示し、医療の選択と決定に全体論的な視点をもつソーシャルワークが関与することの意義について考察した。その過程では、患者の権利保障としての意思決定を目指すうえで、「死」と「生」を連続的かつ一体的に捉えて「生きることの全体像」として病者を捉えるソーシャルワークの視点の重要性を示した。

キーワード：患者の権利、意思決定支援、医療ソーシャルワーク

### 1. はじめに

患者の権利の尊重という理念は、第二次大戦下の非人道的な人体実験への反省のもと医学実験における患者の自発的同意を不可欠とする1947年の「ニューンベルグ綱領」に遡る。人権の尊重に重点を置いた医学や医療のあり方は、1964年のヘルシンキ宣言、患者の権利に関するWMAリスボン宣言（世界医師会1981）、ヨーロッパにおける患者の権利促進に関する宣言（WHO1994）に継承され、患者の人権と自己決定を尊重することが医療倫理の共通原則とされた（藤重、安井、久木元他2020:2）。また、この原則では、判断能力が不十分な患者について法律上の権限を有する代理人の同意を求めつつ、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければならないことが示されている。実際の医療現場では、インフォームド・コンセント（説明と同意）の方法によって医療サービスの提供に関する患者の意思決定を保障する。

しかし、救命医療の場では、患者の病態からその意思を確認することが困難な場合が多い。とりわけ、超高齢社会において救急搬送患者の6割以上が高齢者であるという状況のなか、救命と生

命・人生の質の問題から、延命治療の判断が難しくなっている（曾我2016:795）。これを受け、2018年厚生労働省は「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」で指針を示し、本人の事前意思表明を促すアドバンスケアプランニング（Advance Care planning、以下ACPと記す）を実施することで課題解決に乗り出した。これらの動きは、患者の意思決定支援をとおした終末期医療における患者の権利擁護と言える。

ガイドラインには、医療・ケアチームの役割として本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含めできる限り把握することが示されている。しかし、医師や看護師が上述した生活や人生を包括的に捉える視点や方法をもち得ているだろうか。例えば、先行研究において、患者中心の医療の重要性を認識しているものの、患者や家族の不安が惹起されることへの躊躇や、実践に時間や労力がかかることが医師の障壁要因として明らかにされ、意思決定支援にまで至っていないことが報告されている（中山、吉田、森2021:23）。また、患者の医学的な側面以外を知らないことで決定に関する重要な情報を提供できないことがある（Bernacki、Block2014:1994）との指摘もある。

\* 関西学院大学人間福祉学部准教授

看護研究では、看護師による心理面や社会面への支援や患者個々の背景にある具体的な問題を明らかにすることの難しさが報告されている（田代・藤田 2020）。加えて、浦野らの研究では、ACPの支援を意思（意向）の確認と捉えている研究が多いことを踏まえ、意思決定支援では、タイミングを図って意思確認の介入をすることが重要だと報告している（浦野、神山、杉 2021）。つまり、意思決定支援を確認という結果だけで捉えており、結果を導くプロセスとしての認識が欠けている。ここに医師や看護師の専門性の限界が見える。そのため、ACPの推進には、患者の意思決定のコーチとしてソーシャルワーカーの役割を必要とする（You, Downar, Fowler 他：2015: 555）という指摘もある。

そこで、本稿では、医療において患者の意思決定が重視される今日、近年の医療ソーシャルワークの課題を踏まえ、医療の意思決定支援における社会福祉的な認識の必要性について検討する。そのうえで、意思決定支援にソーシャルワークが関与することの意義について考察する。

## 2. 近年の医療ソーシャルワーク

病いは、その人の暮らしや人生を劇的に変容させるものである。それゆえ、医療行為の決定は、本人自身にとって、医療を提供する者たちにとって簡単なことではない。加えて、医療制度が極めて複雑であることから、患者が自らの生命と向き合い、患者の意思決定を支える医療のあり方が重要となっている。これまで、医療ソーシャルワークはその一役を担ってきたと言えるが、近年、医療機関でのソーシャルワークは、病院組織経営の影響を受け、病棟の回転率が重視され、患者の生活上の問題やニーズへの援助が困難になっている。それは、わが国だけの問題ではなく、専門職化を実現したアメリカにおいても90年代後半からソーシャルワーカーが組織に束縛され専門職価値と組織の価値との相違と役割の曖昧さのなか実践に歪みが生じている（Gibelman 1996=1999: 127-131）。

わが国においても周知のとおり、医療政策は医療サービスを適切かつ効率的に提供することを目

指している。医療ソーシャルワークには、社会的役割として患者が適切な時期に必要な療養の場ないしは、生活の場を確保するために働くことが求めている。なかでも2008年の診療報酬改定で退院支援が評価されて以降、医療ソーシャルワーカーの経営的な視点はより加速した（小銭、久永 2014: 69）。このように医療の効率化と経営の双方からの影響を受けたソーシャルワーカーが退院促進係として位置づけられ、それに戸惑うソーシャルワーカーからは、患者本位の視点を喪失するのではないかという不安と葛藤が報告されるようになる（村上 2020: 9）。このことは、ソーシャルワークの原則である自己決定支援の困難さを伺わせ、患者の権利の尊重という理念や倫理原則の遂行への課題が生じ始めたことと捉えられる。

残念なことに政策に翻弄され、医療ソーシャルワークが価値の実践を見失う一方で、政策の後押しを受けて医療における患者の意思決定支援が重視される今日、医療ソーシャルワークがそこに関与できないという事態が起きている（林・織原・日和 2020）。

かつて、岡村重夫は「医療ソーシャル・ワークとは、医療制度のなかにとりいれられた社会福祉の理論と技術の体系（generic social work）であり、社会福祉ないしはソーシャルワークの意味内容をいかに理解するかによって、医療ソーシャル・ワークの内容が著しく変わってくる」（1964: 28）と指摘した。当時の医療社会事業協会（現日本医療社会福祉協会）の資格化をめぐる議論を見ると社会福祉と医療ソーシャルワークを同一視することに異論があったかもしれない。しかし現在、日本医療社会福祉協会が病院で働くソーシャルワーカーの資格として社会福祉士を承認し、2007年社会福祉士法および介護福祉士法の改正で実習施設に病院が追加されたことは医療機関が社会福祉の実践の場として承認されたことに他ならない。言い換えれば、医療ソーシャルワーカーは社会福祉の理論と技術によってその専門性を示すことになったのである。しからば、医療ソーシャルワークはたとえ時代と共に社会的役割が変化しようとも社会福祉理論と実践が基盤とする人間の尊厳とそれを保障し維持する権利擁護の実践を守らねばならないし、それが実践に基づいた専門

職であり学問として存在する医療ソーシャルワークの意味であろう。現実的には、専門職としての使命が法律や政策、規律、財政の形で政府と密接に関係していることに疑いの余地はないが (Reamer 1993=2020: 17)、医療制度の中に導入された社会福祉としての医療ソーシャルワークといえども、社会福祉の本質的観点を失うものではない (岡村 1964: 32)。

また、見方を変えれば患者中心医療の提供や患者の意思を重視する政策動向は、病気ではなく病人を、痛みではなく痛みを抱えた人への視点を必要とする。また、終末期や ACP の意思決定支援では、患者の価値観や人生観、生活様式等から総合的に捉え支援していくことが求められている。それは、生活を全体的に捉える社会福祉の理論と技術をもって可能とならしめる。とりわけ、後述するように医療と福祉の連関から、病いやいのちに関する社会福祉的認識は、医療の決定という場面において貢献できるであろう。

### 3. ヘルスケアと医療ソーシャルワーク

アメリカの医療ソーシャルワーカーは、心臓移植患者を心理社会的に評価し移植可能な患者かどうかを判断するなど治療に間接的に関与する (Ginbelman 195=199: 127-128)。わが国において医療ソーシャルワーカーは、医療チームの一員として位置づけられているが、治療との関連で患者の社会心理的な情報はそれ程必要とされていない。治療後の生活支援が期待され、医療の一部としてソーシャルワークが認識されているわけではない。つまり、医療は分業的に医療を必要としているだけである。しかし、ヘルスケアとソーシャルワークは患者や家族、地域住民などの福祉への関心を共有しているという点で関連する。

Taylor と Ford は、ソーシャルワークがヘルスケアに関与する場として、病院、保健所、地域の3つの場を挙げている (1989=1993: 2-4)。わが国では、戦前、戦後をとおして病院でのソーシャルワークはヘルスケアとの関連が深い。戦前は、泉橋慈善病院の婦人相談員に始まり、浅賀ふさによる専門的な実践へと継承されている (高橋 2016)。戦後は、医療施設の荒廃と医療水準の低

下のなか国民の窮乏と結核に対処すべく GHQ 指導の下に保健所機能の強化と医療供給体制の整備が行われた (番匠谷 2013: 133)。そして、国立結核療養所に配置されたソーシャルワーカーが結核患者の生活支援に携わるようになる。現在は、社会福祉士資格のもと診療報酬上の評価を得たことで病院に雇用される社会福祉士が増加し、医療とソーシャルワークの関係はより接近した。

他方、保健所でのソーシャルワークは、GHQ の主導で始まった。当時の厚生省保険局は、「保健所における医療社会事業の業務指針 (1958)」を示し、最初のモデルとして杉並保健所にソーシャルワーカーを配置した。その後は、財政上の問題、導入までの経緯、教育などのいくつかの課題によって衰退した<sup>3)</sup> (大滝 2012: 48)。しかし、現在では、保健所と地域の精神保健福祉センターにソーシャルワーカー (精神保健福祉士) が配置され、自殺やひきこもり、ギャンブル依存、被災者等への相談支援を担っている (厚生労働省 1996)。2006 年以降は、精神障害者の well-being と人権の観点から「入院医療中心から地域生活へ」を基本理念とした地域移行政策や「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」<sup>4)</sup>の構築にソーシャルワーク機能が期待されている。

このようにソーシャルワークとヘルスケアは、歴史のおよび政治的な文脈のなかで地域医療や予防医学と密接にかかわってきた。このヘルスケアにソーシャルワークが必要とされる要因は、個人の健康問題が生活全体に密接に関係しているからである。それは、個人の価値観や生活様式、人間関係、経済的側面など多様な環境とそこでの生活経験を捉える必要性を意味する。

しかし、病院という場におけるヘルスケアとソーシャルワークの関係は患者 (個人) の捉え方に大きな違いがあり、その隔たりゆえにソーシャルワークが本来の機能を発揮できないでいる。科学技術の進歩は、治療技術や予防医学を進展させ新しい知識や方法によって私たちの健康に大きく貢献している。反面、科学と技術の論理が支配的になり、患者のこころや人生といった個別的であいまいなものは医療者の視野の外に置かれがちである (柳田 1997: 47)。また、医学は人の心身の健康を守り、病気を癒すための医学として発展し

たが、医学が進めば進むほど冷徹な手が全面に出て、人間を見守る温かい手を感じにくくしている（井村 2015）という。とりわけ、医師の病人との接し方における科学主義の失敗は、患者が自分の身体について知る権利と意思決定に参加する権利が無視されていることに現れている（Butrym 1989=1993: 17）との指摘もある。このような医療に対する批判の背景には、医師が死を敗北と捉え、いかに命を救うかに重きを置き発展してきた経緯と医療技術に対する社会的期待によって救命が医師の専門家としての権威を高め維持してきた歴史による（鵜飼 2010: 1-3）との見解もある。また、医療者は、患者が病気から解放されることを願い、患者の「身体の内部」にある患部の分析を重視してきた点もあろう。医療者は「わずらう主体」にとっての病気という認識を見過ごしてきたのではないだろうか。

病いは経験であり、喪失である。将来の人間的存在の不安や恐れを生じさせるものである。その点からも医療行為は、医療者と患者との相互の関係の上に成り立つことを認識する必要があり、行為の主体者として医療者だけを位置づけることはできない（岡村 1980: 11）。患者を医療行為の主体者として認識する、いわば本人主体の原則をもつ社会福祉の視点と認識が必要だと言えよう。病院におけるヘルスケアとソーシャルワークの関係が今一度見直されるべき時にきている。

#### 4. 病いの意味への接近

現代医学の進歩は、臓器移植や再生医療等の最先端の技術を開発し、これまであきらめていた生命が救われる時代をもたらした。しかし、時代が変わろうとも人は誰しも、可能な限り自分の歩んできた人生を納得しながら、安らかな死を迎えたいと願うであろう。とりわけ、選択の幅が広がった時代だからこそ、自分で「いのち」を選び、死のあり方を創る必要がある。つまり、医療についての自身の判断がより一層重要になってきたということである。

超高齢社会は、老いやいのちについて多くの人々が考える契機になった。わが国では、2021年の平均寿命は男性 81.47 歳、女性は 87.57 であ

る。さらに、厚生労働省の分析では 90 歳まで生存する男性の割合は、28.1% に対して、女性の割合は 52.6% にもなる。このように老いの時間が長くなるにつれ、病者<sup>3)</sup>は病いとともにどう生きるか、人生の終焉のあり様を考えなくてはならなくなる。さらに、私たちにとって病気は、自らの身体という場で起こる。それゆえ、病気は代替不可能なものであり、本人が引き受けていくしかない。それを踏まえると、医療に関する意思決定を支援するということは、本人側から病いの意味に接近することでしか支えないのではないだろうか。そして、この接近とは、老いや病いについての認識を深めることに他ならない。

アーサー・クライマンは、医師が診断する疾患（disease）と病者や家族が経験する病い（illness）を区別し、病いは、喘鳴とか、腹部の激痛とか、鼻閉とか、あるいは関節の痛みなどのような身体的な過程をモニターし続けるという生きられた経験である（1988=1996: 4）と述べている。それは、自己の力が及ばないままならぬ身体と向き合い続けざるを得ないという事実であり、過酷な経験である。また、得永は、病いという経験の本質について、社会関係の変容や歪みの経験、自己存在の変化の経験と捉え（得永 1984: 34-36）、人生の何もかも奪われてしまい、唯一、生命だけが取り残されたという感覚を覚えるものだと捉えている。つまり、病いは、病者の存在論的な危うさの源となる。このことから、病いは、病者にとって存在の揺れを抱き続けながら生きることである。したがって、支援者は病いが病者に全人的苦痛を与えるものと認識せねばならない。ただし、病者にはこれまで人生を生きぬいてきた力があり、病いや死を前にしてその人なりの生き方や生きる意味を見出していく存在である（柳田 1997: 19）。医療にかかる意思決定は、本人主体の原則のもと支援者が病者の力を認識することこそ、意思決定支援が権利擁護としての意義をもつのである。

#### 5. ソーシャルワークにおけるいのちの捉え方

病気が生命に関わる問題である限り、「死」が議論の中心にならざるを得ない。ACPにおいて

も、「いのちの終わりについての話し合いを始める」(厚生労働省第一回会議資料 2017) ことであると理解され、「どのような死を迎えたいか」という結末としての「死」に焦点があてられている。医療分野では「いのちの終わりにかかわる意思決定支援の1つの方法」として ACP が理解されている(田中ら 2019)。これを受けて ACP 関連の看護研究では、本人の意思の不明瞭さや本人と家族の意見の不一致を支援上の課題とする報告(浦野、神山、杉本 2021)がある。また、看護師の意思決定支援の内容に関する調査では、今後の治療やケアの意向を確認することが支援内容である(田代、藤田 2020: 34)との報告もある。これらの研究は、意思決定のプロセスを支えるのではなく、決定を確認することを意思決定支援と考えるものである。このような捉え方は、「生」と「死」を分離し、体験できない「死」について考えることへの強要となる危険性を孕む。ともすると病者は、死に際だけに注意をむけて考えるかもしれない。しからば、死をめぐる意思決定支援は、何を選択するかという結果に着目するのではなく、選択する仕方が重要ではないだろうか。それにより、患者が何を選択したとしても、選ばされてしまったこととは異なる意味をもち、それが死に向かう人の人生の質を高め、尊厳と権利をまもることになる。

文化人類学者の波平は、医療が死との関わりで議論され、本来の医療は、「人間が生きるとはどうあるべきか」の問いでなければならないのに「医療は死とどうかわるべきか」の問いに置き換えられているという(1997: 3-4)。医療の目指すところが、健康であるならば WHO の健康概念や国際生活機能分類(ICF)でも示されているように身体的、精神的、社会的側面、加えて、スピリチュアルな側面から「生きることの全体像」<sup>6)</sup>として病者を捉えることが必要である。波平が指摘するように医療が「死」に拘り続ける限り、病者の生きていることの内容を問うことはできないだろう。したがって、患者中心の医療や尊厳の尊重を理念にもつ意思決定支援において支援者が「生」に焦点をあてることが何よりも重要になってくる。

ソーシャルワークは、個人の成長と発達の可能

性を信じ、すべての人の well-being の向上を目指し人間の生活や人生に着目しながら、人と環境との相互作用の促進や関係の回復を達成する。その過程で援助対象としての生活を生命活動、日々の暮らし、生涯のすべてを含む『生の営み』として捉え(窪田 2013: 4-8)、かつ、人生の歩みのすべてに関心をよせる。当然そのなかには、人びとの死の準備を援助する仕事を含めなくてはならない(岡村 1981: 216)。よって、ソーシャルワークは、「生」と「死」のあり様を連続的かつ一体的に捉える視点をもつのである。「生」も「死」も患者の身に起こる代替え不可能なものであるゆえ、いのちに関わる意思決定を支えるためには、病者の残された人生の時間を「死」というタイムリミットに着目するのではなく、人生の経路と視るソーシャルワークの認識を必要とするのである。

## 6. おわりに

本稿では、終末期医療の決定や ACP の推進において、患者の最善の利益のためにはソーシャルワークが関与することの必要性について述べてきたがソーシャルワーカーの専門的な実践行為がこの意思決定支援に大きな役割を果たすことについてふれておきたい。

医療ソーシャルワークは、「病院やその他の医療機関で行われるソーシャルワークの実践である。健康を増進し、病気を予防し、患者と家族自身が病気によってもたらされる社会的、心理的問題を解決できるように支援する仕事である」(Barker 1999: 296)。その実践において重視するのは、病者の声を聴くことである。それは、ソーシャルワークが病者を多様な角度から理解することを重視しているからである。なかでも、医療ソーシャルワークは、病者の苦しみや困難にある喪失体験に関心を寄せ、聴くと言う行為によって病いの経験を追体験している。この追体験は、病者との対話による彼らの主観的意味世界への接近であり、先述した病いの意味を探るアプローチである。

ソーシャルワークの援助の核ともいえる対話という相互行為は、病者との良好な関係を創る。医療ソーシャルワーカーと病者の相互行為は、良好

な関係を基盤に終末期の問題を共有し、共に考える時間を提供するのである。そして、ソーシャルワークがこの時間を何よりも重視するのは、医療行為が診察・投薬・検査・手術などのように一つずつ提供されるのに対して、医療やケアについての意思決定は病者の日常の暮らしの延長線上にあるからである。選択した結果とともに生きていく病者にとって、時間を重視する実践は、納得のいく選択を引き出すはずである。加えて、医療ソーシャルワーカーの実践行為は、病者の力を信じ、人生や心情、環境に焦点をあてながら病いの意味を探り、病者自身が決定することを権利として支える専門的行為でなければならない。沖倉は「意思決定は社会のなかで行われ、道徳や価値、そこに存在する他者からの影響を否定できず、独力で完遂する『自己決定』はあり得ない(2013: 88)と述べている。医療ソーシャルワーカーの存在と実践は、病者の意思決定を支え得る存在になるはずである。

#### 注

- 1) 筆者は、どのような場であっても実践は一つという認識に立つ。それにより、本稿では医療ソーシャルワークと表記する場合は、ソーシャルワーク実践の場が医療であると言う意味で用いる。また、実践そのものを指す場合は、ソーシャルワークと表記している。
- 2) 本稿では中川米造の病気の概念を参考とし、病気は医療者が追求しようとする疾患の意味で使用し、病いは当事者にとっての病気という意味で使用する。中川米造(1975)『医学的認識の探求』p.6, 医療図書出版社。
- 3) 導入から衰退した時期における公衆衛生政策の動向、政策実行主体としての保健所機構の実態と活動、援助主体である医療社会事業家の動向について文献資料によってミクロ・メゾ・マクロの観点から詳細に分析している。詳しくは大滝の論考を参照されたい。
- 4) 厚生労働省は、平成29年「これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会」報告書のなかで、精神障害の有無や程度に関わらず誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加(就労)・地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害者も対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念とし、精神保健福祉センターと保健所が市町村との協働により課題把握と支援体制の構築が必要であることを示している。(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html)
- 5) 本稿では、病人を客体と捉えたときは患者とし、主体として捉えたときは病者として表記する。
- 6) 厚生労働省資料 第1回社会保障審議会統計分科会 1生活機能分類専門委員会 参考資料大川弥生「ICF(国際生活機能分類)―「生きることの全体像」についての「共通言語」―」を参照されたい。(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ksqi-att/2r9852000002kswsh.pdf)

#### 参考文献

- Bernacki, R. E., Block, S. et al. (2014) *Communication About Serious Illness Care Goals: A Review and Synthesis of Best Practices*, *JAMA Intern Med*, 174(12), 1994-2003.
- 番匠谷光晴(2013)「戦後の医療供給体制の整備動向に関する一考察」『四天王寺大学大学院研究論集』8, 131-156.
- Barker, R. L. (1999) *The Social Work Dictionary*, NASW Press.
- Reamer, F. G. (1999) *The Philosophical foundation of Social work*, Columbia university press. (=2020, 秋山智久監修『ソーシャルワークの哲学的基礎 理論・思想・価値・倫理』明石書店.)
- George J. Annas (2004) *The Rights of Patients*, 3rd Ed., Southern Illinois University Pres. (=2007, 谷田憲俊監訳『患者の権利-患者本位で安全な医療の実現のために』明石書店.
- Gibelman, M. (1995) *Reprinted with Permission*, "What social workers Do", NASW Press. (=1999, 仲村優一監訳『ソーシャルワークの役割と機能 アメリカのソーシャルワークの現状』相川書房.)
- 林 眞帆、織原保尚、日和恭世(2020)「判断能力が不十分な人への意思決定支援と医療ソーシャルワーク: 医療ソーシャルワーカーへのアンケート調査を踏まえ」『別府大学紀要』61, 59-74.
- Human Rights Library University of Minnesota, *The Final Act of the Conference on Security and Cooperation in Europe*, Aug. 1, 1975, 14 I. L. M. 1292 (Helsinki Declaration), (http://www1.umn.edu/humanrts/osce/basics/finact75.htm 2022年9月20日)
- 日本医師会「WORLD MEDICAL ASSOCIATION ヘルシンキ宣言 人間を対象とする医学研究の倫理的

- 原則」(<https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/helsinki.html> 2022年10月3日)
- Kleiman, A. (1988) *The Illness Narratives: suffering Healing and the Human Condition*, Basic Books, Inc. (=1996 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳『病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- 木澤義之 (2017) 「アドバンスケアプランニングいのちの終わりについて話し合いを始める」, 第1回人生最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料3 平成29年8月3日 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf> 2022年4月10日)
- 小銭寿子・久永聖人 (2014) 「2008年の診療報酬改定が医療ソーシャルワーカーの業務に影響を与えた変化に関する一考察: 質問紙・インタビュー調査を用いて」『名寄市立大学紀要』8, 65-72.
- 厚生労働省 健医発第五七号通知平成8年1月9日 「精神保健福祉センター運営要項について」
- 窪田暁子 (2012) 『福祉援助の臨床 共感する他者として』誠信書房.
- 三重野卓 (1990) 『生活の質の意味』白桃書房.
- 井村裕夫 (2015) 『医と人間』岩波書店.
- 波平恵美子 (1990) 『病と死の文化 現代医療の人類学』朝日選書.
- 岡村重夫 (1980) 「医療福祉の基本問題」内田守・岡本民夫編『医療福祉の研究』ミネルヴァ書房, 3-19.
- 岡村重夫 (1981) 『新しい老人福祉』ミネルヴァ書房.
- 大瀧敦子 (2012) 「保健所ソーシャルワークに関する歴史的考察に向けて」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』137, 47-63.
- 曾我幸弘 (2016) 「救命救急センターの立場から 救急医療資源確保と高齢者の尊厳を重視した医療提供体制: 三次救急搬送症例から, 今後の在宅医療を考察する (特集 在宅療養患者の救急対応と地域連携)」『在宅新療0→100』(9), 795-799.
- 田中孝美・田中晶子・殿城友紀 (2019) 「呼吸器疾患患者のアドバンスケアプランニングを支える介入研究の文献レビュー」日本看護科学会誌, 39, 10-18.
- 田代真理・藤田佐和 (2020) 「がん患者のアドバンスケアプランニングの看護支援についての実態調査」『高知女子大学看護学会誌』Vol.46(1), 31-40.
- 得永幸子 (1984) 『病いの存在論』地湧社.
- 高橋恭子 (2016) 『戦前病院社会事業史 日本における医療ソーシャルワークの生成過程』ドメス出版.
- 浦野知美・神山美沙子・杉本厚子 (2021) 「訪問看護におけるアドバンスケアプランニング: ACPに関する文献レビュー」『看護学研究紀要』9(1), 55-62.
- Taylor, R., Ford, J. eds (1989) *Social work and Health Care, Research Highlights in Social work*, Jessica Kingsley publishers Ltd. (=1993, 小松源助監訳『ソーシャルワークとヘルスケア イギリスの実践に学ぶ』中央法規)
- 中山智裕・吉田健史・森雅紀 (2021) 「アドバンス・ケア・プランニングの実践における医師の障壁—単施設質問紙調査より—」『Palliative Care Research』16(1), 19-25.
- 柳田邦男 (1997) 『人間の事実』文芸春秋.
- You, J. J., Downar, J., Fowler, R. (2015) *Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians*, *JAMA Intern Med*, 75(4), 549-56.

## Medical Decision Making and Social Work: Focusing on Social Welfare Perspectives and Subject Recognition

Maho Hayashi\*

### ABSTRACT

This research note takes a critical look at the fact that medical care requires welfare in a division of labor, shows that health care and social work have traditionally had a close relationship, and considered the significance of the involvement of social work with a holistic perspective in the selection and decision-making of medical care.

In the process, Author presented the importance of a social work perspective that views “death” and “life” as continuous and integrated in aiming for decision-making as a guarantee of patients’ rights, and that views the sick as a whole picture of living.

**Key words:** Rights of The Patient, Decision Making Support, Medical Social Work

\* Associate Professor, School of Human Welfare Studies, Kwasei Gakuin University