

現代家族と医療問題 —社会学の一視点—

堤 マ サ エ

目 次

1. はじめに
2. 家族・医療をめぐる概念と医療問題
3. 家族と医療をめぐる社会問題
4. 医療と福祉問題
5. 発病による家族の生活構造変化
6. 結びにかえて

1. は じ め に

本稿の目的は、家族社会学のアプローチによって、医療と家族に介在する諸問題を検討し、その中からいくつかの課題を提出することである。

医療への社会学のアプローチは、医療社会学、保健社会学、看護社会学などの諸領域において展開されている。一つの社会現象、社会的機能として、医療現象、医療機能を対象とする場合、周知のように、その領域における基本的視点や対象と方法がどのような特徴をもつか、をめぐって論議される。社会学における個別的な社会現象について検討するとき、これらは必ず論議される点であり、そのことが同時に社会学的研究の有効性、独自性に答えることにもなるのである。ここで、社会学における個別社会学としての家族と医療に関する社会的機能について、社会学的研究はいかに有効か、その独自性は何かに直接・間接的に答えることができれば幸いであると考ええる。

そこで、医療社会学の対象領域・課題について簡単にみてみよう。社会学の研究対象が社会制度、社会集団、社会体系、社会関係などであることから言っても、医療社会学の主な研究対象は、医療に関する諸制度、医療によって形成される諸社会集団、医療および疾病と他の社会諸体系の関連、医療従事者の社会的機能、医師、看護婦と患者との人間関係などが中心となろう。具体的な研究内容としては、医療の根本概念、

疾病と人間の基本的必然性、疾病と社会環境の関連、病院経営と医療サービスのあり方、地域社会と医療に関してはコミュニティ・ケア、看護婦など医療従事者の専門職化、地位と役割、チームワーク化などさまざまな問題が挙げられる。医療社会学が医学的社会学とか、社会学的医学とか、種々その性格について言われているが、基本的には、社会学における個別的専門領域である。それは、医療の社会学と医療における社会学の二つの意味をもったものと理解されている。すなわち「医療の社会学は、医療における専門職、社会集団としての病院、医療文化ないし制度等の研究であり、医療における社会学は、社会的疫学、疾病への態度、医療社会事業医療政策、医療経済等、医療における社会的側面を捉える研究分野と考えられる。」^(註1)今日、この両者を含む分野を医療社会学と理解しているようである。

医療社会学の課題を簡単に列挙すると次のようにいわれている。^(註2)

まず第一に、医療ないし医療活動を社会的に研究し、医療ないし医療活動の社会的性格を明らかにすることである。

第二に、病因、疾病構造と社会構造との関係の解明を指摘することができよう。たとえば、傷病統計、死因統計の変化と社会的変化の関係を解明することもできるし、傷病の種類と社会構造、人口構造との関係を明らかにして何らかの対策をうみだすことができる。

第三に、病院管理に役立つことである。病院における人間関係の改善、病室管理、コミュニケーション、診療圏など病院の存立と今後のあり方などをめぐる諸問題がそれである。

第四に、公衆衛生や保健衛生に役立つことである。保健所における地区診断、地域社会における疾病の状態・文化・生活様式の状態の把握、予防医学の発達とともに住民の福祉を増進することである。

第五に、医療制度の改善への医療社会学の分野からの貢献である。住民や家庭のニーズ、医療機関の活動、医療従事者、国家や地方公共団体等の意見を参照して医療制度を検討し直す必要がある。

第六に、看護学、医学の教育における役割である。本来、医療社会学は、肉体、および精神をもって生活している人間を扱う看護、医療活動従事者の養成教育に、人間観、人間を扱う態度、人間関係、人間の集団生活等人間の社会的側面を教育する役割を与えられている。しかし現実には、そのような教育はなされていても、実践化されない状況にあり、したがって、形式化した教育を再検討しようという反省も、医療従事者側にある。このような場合、人間性が回復され、あるべき看護、医学教育への方向をさぐる手助けになる一つの課題が医療社会学にあると考えられる。

以上のような医療社会学における課題、性格を前提にして、ここでは、医療と家族に共通する、あるいはそれらを媒介する問題を検討することに一つの特徴をもつといえよう。医療社会学は広範囲な領域を含む広い視点でのアプローチが不可欠であることは、すでに周知のことであるが、集団としての基本的生活の単位である家族の視点を抜きにして、医療の社会問題を検討することは困難であると考えられる。なぜなら、そのことについて次のような理由を挙げることができよう。

第一に、疾病構造の多様化に伴ない、社会生活に障害のある難治性・慢性の疾患をもつ患者や交通事故などによる後遺症を残す傷病の患者が増加している今日、家族や親族集団、地域社会の変化は、これらの患者を扶養、介護する機能を低下させてきている。難病患者、寝たきり老人、重度心身障害児などがかかえている家族は家族解体、家計窮乏、社会関係からの孤立化を強いられることが予想される。このような問題は、患者に視点を据えたのみでは把握しきれない側面をもっており、その解決の方向は、家族的対策、課題によるところが大きいと思われる。

第二の理由は、社会構造、生活構造の変化に伴ない、公害病、職業病などが増加、さらに、

生活様式の変化による成人病、寿命の延びによる老人の病気など難治性・慢性疾患の患者が増加している反面、その予防や健康に対する意識が高まり、保健、福祉対策が重要な政策課題になってきている。その場合、政策的課題として行政側から取り上げられる対象は、多くは個人単位ではなく、世帯、家族単位である、といえるからである。

このように、医療問題に家族の視点を導入することは現代的課題の解決をさぐるために必要であると思われる。以下医療と家族をめぐる社会学的概念を検討する中で、それら両者に共通する問題を抽出することから論を進めたい。

2. 家族・医療をめぐる概念と医療問題

家族という用語を厳密に規定することはきわめて難しい。一般に、「家族とは何か」という問いに、家族の概念をめぐる答えている。家族は最も基礎的な(Elementary)社会集団であるというように、集団概念として用いられることが多い。どのような特色をもつ小集団であるかについて、森岡清美は家族の構成的側面と機能的側面から次のように要約している。^(註3)「家族とは、夫婦関係を基礎として、親子・きょうだいなど少数の近親者を主要な構成員とする、第一次的な福祉追求の集団である。」この場合機能の側面について、家族機能を個別的にあれこれあげるだけでは家族存在の独自性を十分に明らかにしえず、むしろ重要なことは、多面的な諸機能の相互関連性を全体として捉えることであり、その観点から、いわば包括的次元として「福祉追求」という大機能を掲げ、クーリーが言う、家族は人格形成にとって第一次的な重要性をもつ、という同じ意味で第一次福祉追求の集団とし、家族の積極的存在意義を強調した、といわれている。^(註4)

家族が存続するためには、その機能遂行が不可欠の要素となる。家族機能のあり方を捉えるためには、家族の対外的機能(対社会的機能)と対内的機能(対個人的機能)の二つのアプローチが示されている。さらに、機能の次元の問題から、家族の本質的機能は何かの問題とされ

た。家族の存続はこの大機能の意味での福祉追求機能の如何によるといえる。このような意味で、家族生活の不安定・崩壊の要因の主なものは、包括的、多面的な機能としての福祉追求の不可能によるということになる。福祉追求集団である家族の機能の変化を捉える場合、介護、保健を含む医療機能に視点をあてることは、家族が危機に直面した時の構造的変化を解明する糸口になるのではないかと考えられる。

さて次に、医療の概念を構成すると考えられる研究対象と方法についてみてみよう。社会学が医学に接近することは困難な作業であるが、医療に接近することは可能であるのみならず、種々の社会問題に接近することになる。社会学は、言うまでもなく社会科学の一専門分野であるが、医学は自然科学の一専門分野であり、それは、主に生物的個体としての人間を対象としてきた、とされている。そのため、社会の人間という把握の仕方は従来から希薄であった。しかし、1970年以降、社会の中の医学という捉え方がされだされた。^(註5) 医療への社会学的アプローチは、医療社会学として展開されているが、日本の場合、まだなお、体系化、理論化されているとはいえない。したがって、その名称、概念規定、対象、方法などまだまだ瞬時的な状態にあると思われる。

ところで、社会学において、医療はどのようなアプローチを前提にしているか、医療に関する社会的問題としての医療問題の捉え方についてみてみよう。北原龍二は医療は医学の実践への適用であるとしながら、医療問題に接近する際の前提として次の三点を指摘している。^(註6)

1. 医療は、社会福祉、社会病理、社会問題の根底によこたわる共通項である。傷病は人間の生活の所産であり、同時に生活を追いつめる重大な因子である。社会福祉は傷病の結果を大きく背負い込み、またつねに傷病そのものと、対決せざるをえない。社会病理はそもそもの発想において、病理学にひきよせて人間と社会をとらえている。社会に病理をみとめることの原理的な当否は、医学、医療観においても問われなければならない。社会問題もまた、傷病と貧困の循環のなかに、その多くの発生をみた。

2. 医療はすぐれて社会的規定をうけつつ実践され、かつ人間の生活の不可欠の構成要素である。衣、食、住といういい方はせずとも社会学は、この人間の社会生活のいわば三原色を、つねに基底においてきたが三者を混合した新しい色たる医療は、いまようやくその自然科学的臍帯をたち切ろうとしている。この医療の動向に、社会学は大きな使命を見出す。

3. 医療は、社会学を含む社会科学にとって、もっとも未知の、危険に富んだ世界である。(後略)

このように、医療問題はあらゆる人間生活の基底に存在する社会学的問題といえることができる。人間の生活の基本的な集団である家族における医療問題は、家族福祉、家族病理、家族問題の根底に横たわる共通項を引き出す作業ということになる、この共通項として、後述するように家族における人間関係の葛藤、家族の機能遂行の低下、家族と他の社会体系とのかかわりの不安化などが問題として抽出できる。医療問題の領域が広範囲かつ多義的であるということは、医療概念の難かしさを意味している。医療概念がきわめて包括的なものとなっている背景には、現代医療を支える基本的条件の変化があげられよう。そのことについて、中島 寅雄は「医療社会学の一視点」において、次のように述べている。^(註7)

「医学とそれの社会的適用としての医療の側で、従来とも存在していた社会医学的研究の立場、あるいは、公衆衛生学的研究なんかなく疫学とは別に、社会学、社会心理学的研究との接近、交流が意識されるに至った背景には、近年における医療概念の変化があげられるようである。現代医療の特徴について、中川米造は次の如く述べている(中川、1977)。「現代社会における医療は、著しく効果と要求のいずれも、幅と深さを増大しており、30年以前と全くといってよいほどその様相を異にしている。」変化の最も大きな要因は、「健康権の確立と医療における技術革新である。」そして、「医療を受ける側の権利と科学技術とは容易にあいいれない局面が多くなっている。

これらを融合させるためには、医療なり保健なりの主体は、患者や国民の側にあるという原則に立ちつつ、技術や科学性を媒介として、医療者と患者や国民が、病気の現実を分け合うことによって、主体性回復への努力を協力して行うこと以外には不可能である。ここに医療が人間的行為として定着すべき基本的条件がある。」

さらに、包括的な現代医療概念の具体化に「地域医療」概念が登場し、役立っているが、多分に、それが行政政策的概念と理解されているところがあることを述べている。

このような医療問題の領域と空間的広がりを図示すると図1のようになる。医療・医療問題の対象領域は、医学的な治療のみでない予防、

図1 医療問題と広がり

医療問題の領域 \ 広がり	A 個人	B 家族	C 地域社会
① 社会福祉	A①	B①	C①
② 社会病理	A②	B②	C②
③ 社会問題	A③	B③	C③
④ 社会関係	A④	B④	C④

保健、検査を含む医療の担い手と受益者である患者を包括する広範囲な領域をもつ。広く地域社会の中にある施設、医療従事者と受益者（個人）が繰り広げる生活の範囲において、それぞれの医療問題が提示されることになる。家族は患者（個人）を取り巻き、彼と施設、地域社会の中間に位置する集団である。家族が個人と社会を媒介する集団であるということは、この意味においてもいえることである。

3. 家族と医療をめぐる社会問題

時代、場所が異なろうとも人間が生きるということの基本には、よりよく生きることが追求される。しかし、このよりよく生きることが、さまざまな社会的要因によって阻害されたり、追求できなくなる。家族とは、我々人間がよりよく生きるということにおいて、最大限の福祉

を追求する集団であるということは重要なそして基本的な視点である。

そこで、家族と医療の機能の領域において、その双方に福祉の追求が課題であるとすれば、それらに関する諸問題の共通項は広い意味での福祉追求のあり方に求められると考えられる。しかし、医療側の福祉追求と家族の福祉追求とは必ずしも一致しているとは限らない。福祉といっても、経済的、身体的、物質的な側面ばかりではなく、老人がさみしさを感じないためにはどうするかといった精神的、情緒的側面、さらに社会的側面などがあり、福祉の概念規定もあいまいである。福祉はそれを追求する主体によってそのレベルを異にする性格をもつ。すなわち、福祉追求は、家族と行政のそれとは相違する。前述の森岡^(註8)はこのことに言及して、次のように述べている。「福祉追求は家族だけの機能でも、また家族だけで果たしうる機能でもない、とくに国や地方公共団体は住民の福祉実現を主要な機能としている。では、家族が追求する福祉と国や地方公共団体が追求する福祉とはどこが異なるか。国や地方公共団体が志向する福祉は、個々の家族に対して画一的な(uniform)形態で給付される。そしてこの給付は、住民の権利として住民側から要求されるものとする。しかるに、家族が追求する福祉は家族員に対して画一的でなく、かつ権利として要求されるよりは感情融合において自発的に提共されるものである。」家族が追求する福祉と行政側が住民のために追求する福祉の相違は、画一的であるか否か、感情融合にもとづき自発的であるか否かによっている。ここにズレがある。ここでは、福祉の詳細な概念にたちいることはできないが社会福祉の正確な概念規定を専門家たちは、「目的論的規定」と「実体概念的規定」を区別したり（一番ヶ瀬康子）「制度概念」として「権利としての社会保障」を求める運動の根拠とみたり（小川政亮）している。ここで、福祉概念は「権利として要求されるか否かは、それを追求する主体によって異なるが、一定の社会関係のもとで合目的に行なわれるもの」であるということができる。

ところで、施策としての社会福祉は疾病をもつ人々やその家族に、いかに福祉追求の意味を

もっているであろうか。画一的施策は福祉追求の意味をもたないことについて、次のような点が指摘できる。

第一に、福祉の対象者個人における位置づけ自体が生きていく上で必要性からではなく、制度によって制限された福祉追求である、ということができる。難治性、慢性疾患の場合は、定められた疾患のみが福祉の対象である。また心身障害者の場合はその認定が程度に応じて細かく法令で定められている。それは医師によって認定されることが必要になっている。そしてこの認定する方法は確立していないも同然である。障害なく生活するという点に関しては、程度の差はない。必要に応じた援助また、家族の機能遂行レベルに応じた援助がなされなければならない。このことについても、積極的に行政側には要求しにくいのが現状である。とくに難治性、慢性の場合、身体的苦痛のみではなくそれと認定されるまでの経済的負担、それによる生活破壊は、はかり知れないものがある。このような対象者に対して、身体的、物質的、社会的福祉はともかく、精神的な側面の福祉がされることはまずない。直接、対象者に接する医療関係者が行う福祉的行為（サービス）においては施設や従事者によって差がある。医療従事者は、福祉追求という点において、社会的弱者としての患者の代弁者たる必要があると思われるが、そのことがどれだけ現代社会の中で、職業観として認識されているかはわからないところである。これは、後述するように、医療関係者がその行為の中に福祉の視点をどの程度含ませているか、にもかかわる問題であると思われる。また、個人的な制限に関しては、年齢的な制限がある。周知の事実であるが、児童福祉法による児童は18歳未満、老人福祉法による老人は65歳以上である。ここで言うまでもないが施策や行政は個人の生活上の必要度に応じたものではない、生活要求と無関係に行なわれているところに、本来の「福祉追求」の意味からかけはなれた福祉の位置づけがされている、といえよう。

第二に、福祉の対象となる個人が生活する世帯、家族にも制限付きの福祉追求である。すなわち、多くの施策には、世帯の存在形態による

所得制限がある。たとえば、障害児をもった世帯に対して、その世帯の所得が一定以下（現今年間 600万円以下）の場合にのみ、特別児童扶養手当が支給されることになっている。しかし世帯に所得が一定以上あることと障害をもっていることとは何ら関係がない。その障害児もっている可能性を充分発揮でき、健全に育成されるための福祉追求という点においては、区別はできないはずである。このような方法、基準は、本来の福祉の理念とは大きく遊離したものであるといわざるを得ない。このような所得制限の意味するところは障害児のための福祉追求ではなくて、貧困対策の意味が強いといえる。所得ということについて言えば、幼い障害児をもつ場合、家族の life stage からしても、若い夫婦ということになり、多くの収入を期待できる条件にはない。たとえ、共働きの場合ですら、子どもの発病は職業の継続を困難な状態におとし入れ、所得減少になりかねない。また、所得制限のない疾患にしても、施設に収容されなければならない場合、家族との交流は少なく、さらに、多くの人々との人間的交流はたたれ、隔離されるという状態が多い。各々の人間が、自己能力を充分に生かせるような人間的営みを保障されなければならないはずである。そのような福祉追求でなければならないが、今日、行政側が実施している施策は、制限付きの画一的なものでしかなく、また、非人間的な収容保護による方法でしかない。このような福祉追求の方法では、不十分かつ逆効果の場合すらあることを考慮し、医療と家族に介在する社会問題、社会福祉の今後の方向を検討しなければならない。

そこで、人間的な医療と家族的福祉ということ considering、日本においても、ホスピスが建設されはじめていることは注目に値する。ホスピスという言葉は日本にまだ定着しているとはいえないが、「がん」などの末期患者を中心に死に臨んだ患者を、本人や家族の立場にたって世話をする施設や組織のことである。国によっては病院の中にホスピス病棟があったり、在宅のままホスピスのチームがケアをすることもあるようだ。したがって、ホスピスは今までのような治療、治癒中心の病院医療ではなく、医師

看護婦、ソーシャルワーカー・聖職者からなるチームによるケア、しかも家族的ケアを行い、痛みをとりのぞく役割分担をするという。肉体的痛み、精神的痛み、社会的痛みなどの痛みをとりのぞく、そのために、患者と家族が中心となり、最後の最後まで思いきり生きる手助けをする。従来の医療、否、一般に今日行なわれている医療は、病気をなおすこと、それができなくなると、一分一秒でも延命することに重点がおかれている。これに対して、痛みをコントロールして、家族の人々に看とられながら死んでいく。これがホスピスにおけるケアのあり方の方である。しかし、ホスピスが「死に場所」というイメージを作られたり、新たなうば捨山の施設になったりしないか、さまざまな問題がないわけではない。必要に応じた、精神的な心のケアが追求されることの意義は、従来までのやり方への反省でもある。そして、このことは、次のような新たな課題を提示しているとみてよいのではなからうか、まず第一に医療と家族の連携としての施設のあり方の再検討。これは既存の収容施設を家族や社会関係から隔離することなく、住宅化していくなどの積極的施策の再検討である。第二に、医療と家族をめぐる役割分担の再検討。これは、たとえば、役割を規定している医療制度の見直しという点にも求められる。すなわち、訪問看護の制度化、助産婦、保健婦の役割分担の明確化、専門職化などがあげられる。第三に、「生」と「死」の人間的な営みのみなおし。これは、家族の機能が施設に移譲したことによって生じてきたことである。我々が生まれ、死ぬという人間の出来事が家族の外である施設に移譲されつつあることは、我々の生活、生活意識を大きく変えた。最も人間的な出来事が家族の中の営みからなくなったことは何を意味するかを我々は問わなければならない。

このように、家族と医療の接点にある福祉問題は、常に我々の日常生活の中に、その課題が提起されている。そのような問題の日常性の認識、具体的な諸制度に内包されている諸問題をつねに福祉追求の主体側から、ある場合は、第一次的福祉追求の集団である家族の側から捉えることは、必要な課題であるといえる。そして、

他の社会体系は、福祉追求の主体側（個人、家族）が容易に福祉追求を行えるよう援助する必要があるといえる。

我々人間は、社会の中で生活する限り、歴史的、社会的、文化的な規定を受けつつ存在している。そして、日常生活においては、必然的に一定の共通した条件、方向をもちながら、各々の状況の中で、個別的、特殊な状況に出合いながら生きていく、その中で、我々人間は生きることの重みと価値をもっている。その価値を高め、より人間的に生きていくために、社会関係をどのように高めるか、そのために社会制度をどのように活用するかが我々人間の主体的な生き方によって決まる。福祉は、このよりよく生きるために活用する社会制度であり、各々の個人が家族・その他の生活領域において、全面的に、しかも生涯において、人間らしく生きられるための一貫性のある生活保障でなければならない。医療と家族に共通する課題である福祉は、以上のような視点で捉えられなければならないと考えられる。

4、医療と福祉問題

医療と家族の諸問題から福祉問題が共通項として指摘できたが、一般に、医療問題は福祉を含むと考えられやすい。そこで、医療の側から福祉はどのようにとらえられているであろうかをみてみよう。

医療従事者は福祉を別の次元のことと割り切っている、または関心が稀薄であるという医師側の指摘をみると、次のようなことがいわれている。^(註9)

「医療関係者、とくに、医療チームの中心となる医師の福祉問題への無関心さが医療と福祉の協力、連帯を妨げる最大の障害となっているのは否定できない事実である。だが、その原因を医師個人の無理解とか倫理の問題に帰することはできない。むしろ医師をしてそのような行動をとらせている日本医療の機構、体質の問題として把握しないかぎり、その本質が明らかにならず、したがって現実の医療と福祉との溝をうめる方策を見出すのが困難となる。（中略）医療と福祉を現在のごとく断絶した状態の

上で問題にするのは、福祉にとって不幸なことであると同時に、医療にとっても「医療危機」に代表される硬直化を改革する手掛り、機会を見失うという点でもひどく危険なことである。いま、「医療危機」を解決する方向として、包括医療を背景とした地域保健（医療）の重要性が強調されているが、そこには医学、医療を全体的にみる姿勢はあっても、それは従来の治療、予防リハビリテーション、健康増進といった専門化した縦割りの医療の統合をめざすにとどまり福祉の視点はまったく入っていない。（中略）

福祉に対する展望を欠如した日本医療の体質の究明は、逆に福祉はどうだったかの問題にもつながらざるをえない。「医療危機」の原因としての低医療費政策の本質の理解にしても、それを医療問題の枠内にとどめ、福祉との関連で広い舞台でみる発想を欠いている。この両者の断絶した関係は歴史的に形成されたものである医療と福祉がほんらい共に人間を近接した次元で対象にする以上、人間の側にたって両者を発展させる思想があるならば最初から密接な関係をもって出発すべきはずである。

ところが、実際には福祉を排除したところから日本医療の近代化が始まるという歪みを最初からもってしまった。医療が福祉を排除してきた動機を歴史的にみると、日本医療の営利性と技術的性格の双方に規制されているのがわかる。（中略）

医療の近代化を私的医療機関に依存してきた日本医療の体質は、福祉を受け入れる条件を最初から欠いていた。（中略）

医療関係者の福祉問題への無理解は、日本医療の「社会化」や医療思想の歪みと表裏一体の関係にあることがわかる。（中略）

しかし、これは医学者・医師が福祉問題の具体的内容を理解しなくてはならないということではない。問題が多岐にわたっているので、もちろんそのすべてを知ることとはとてもできない。その多くはそれぞれの専門家の寄与に待つわけだが、問題は医学者、医師がこの種の問題を考えるとときに一番大切なのは人権意識の理解である。この点さ

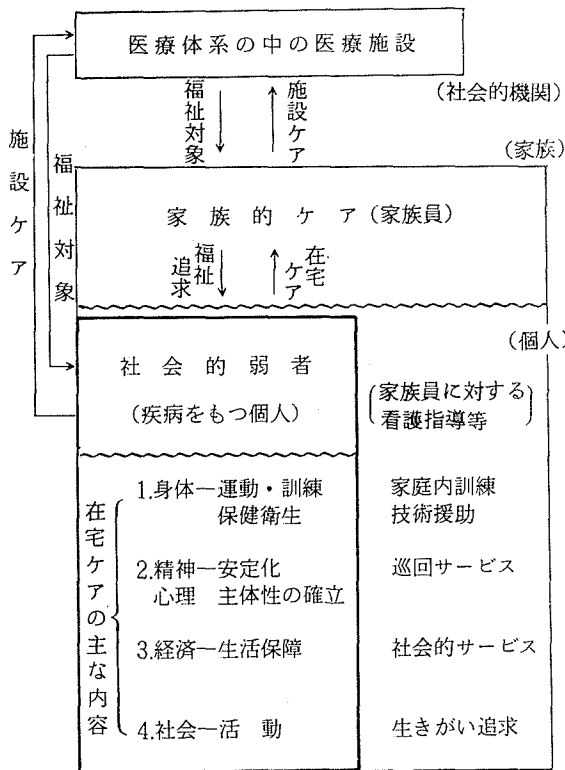
えしっかりしていれば、福祉の対象となる病人、障害者を自分達の狭い医学の枠のなかだけで処理しようとしなくて、対象の社会的側面を十分に考慮した対策が樹立されるようになるはずである。

長々と引用したが、このように、医療の枠組の中に福祉の視点が欠けていたあるいは稀薄であったということは事実のようである。また、そのことを医師自らが認識していることは大切なことである。医療関係者の福祉に対する無関心が、日本医療の近代化の過程の中で、体質的に形成されてきているようであるが、社会の中の医学、医療という視点から、現存の体系、制度を今一度再検討すべきであることは、以上の引用から明らかである。この方向は徐々にあらわれていることも確かである。総合的、包括的医療ということで、たとえば、心身障害者のリハビリテーション、社会復帰としての職業訓練などを合わせてとり込み、人間的なやり方で一環した医療行為を実施しているところまでできたようである。縦割りの医療の統合をはかり、福祉の視点を導入した医療が実施されることが期待される。医療の中に福祉の視点を導入することは重要な方向であるが、医療の枠内のみで福祉を考えるのではなく、家族、地域社会との連携の中で考えられなければならない。前述したホスピスの本来的あり方が示しているように、医療の枠内のみではなく、より人間的なケアを行なうためには広い枠組における福祉の追求がなされなければならない。疾病をもつ個人を中心に、家族と医療が連携する中で、福祉を考えていかなければならない。逆に、両者の接点に福祉問題がクローズアップされるともいえる。それらの具体的な連携を示すと図2のようになる。

病気の人は健康な人に比べると社会的弱者である。子どもは大人に対して、保護を必要とするという点で社会的弱者である。子どもが病気をもつということになるとさらに社会的弱者の意味が強くなる。社会問題の一視点は、この社会的弱者の立場で問題を捉えるという点に求められなければならない。たとえば、女性問題は男女の生物的区别が、社会的次元では差別となってあらわれている諸問題を把握する社会問題

の一領域である。このような意味での社会的弱者である。疾病をもつ人に対して、医療や家族

図2 疾病をもつ個人を中心とする
ケアと福祉の連携



は福祉追求という視点を包括させ、あらゆる面における人間的ケアをおこなわなければならない。ある場合には、社会的弱者である人に対して、レベルの相違はあるにせよ、医療、家族、福祉の三者が一体となって、有機的に関連しあって、より人間的に生きる手だてを援助しなければならないこともあってと思われる。その援助の方向は、医療も家族も社会的弱者の立場に立ってそれらの機能を遂行する方向が求められなければならない。この意味で、総合的、包括的福祉の追求ということがいえる。この視点は、福祉の充実を医療によってすりかえようとするものでも、家族の福祉追求によって全面的に担おうとするものでもないことは明らかである。

医療の側が積極的に福祉の視点をくみ込むためには、医療従事者たちは、患者としての人間に注意をむけ、患者を社会の中の人間であると

いうこと、社会の中の医療という捉え方をすることがより重要と思われる。さきの引用文から言えば、医療従事者が人権意識をもつことが必要であるといえる。また、医療施設は名々の家族がもつ独自性、特殊性を生かし、広範囲な医療サービスを提供することが大切である。医療の側から積極的に個人のみに視点をあてるのではなく家族を考慮し、ケアをしていく。そのケアがより家族的におこなわれることが大切である。在宅ケアが福祉施設の新設を少なくするため、福祉対象者を家族のみにおしつけるような施策であってはならない。

また、施設内で行なわれている医療行為の中で、より家族を中心にケアできる領域（たとえば、出産、訓練など）は医学的なやり方のみではなく、人間的なやり方を加えて、そして、社会的出来事として捉え直すことが必要だと思われる。たとえば、出産は本来「社会的」な出来事であった。そこには、さまざまな慣習の中に「生まれる」という行為をとりまく文化的な行事が数多くあった。民俗学の領域において、産俗をめぐるいくつかの慣習が各地に存在していたことがさまざまな文献で示されている。このように、かつて「子どもが生まれる」ということは家庭内で、両親や彼らを取りまく人々の中で、「社会的」な出来事として行なわれた。それが今や科学、医学の進歩によって、「社会的」な出来事ではなく、施設内の医療の中のできごととして存在し、施設はその機能を科学的によりよい形態において実施している。現在、それを医療という枠からとりはずし、人間本来の出来事として、捉え直す必要がある。すでに、産科学の領域において、母子同室制（Rooming in）の問題など、出産をめぐる諸問題が再検討されていることは、このような方向に裏づけられたものであると思われる。家族の側は、もちろんこのような機能遂行が充分行なわれるような行動様式を身につけ、訓練していかなければならない。その意味で家族に医療の必要が生じた時、その時は家族のあらゆる領域において葛藤が生じやすい状態であるといえるが、家族解体ではなく家族結束へと向かわねばならない。家族はそのような方向に基礎づけられてこそ、第一次的福祉追求の集団としての意味をもつことになる。

以上は、医療の中に福祉的視点を導入することの必要性、医療と福祉、医療と家族、福祉と家族の相互関連性についてみてきた。次に以上の観点を考慮に入れながら、発病による家族の生活構造変化を考察しよう。それによって、我々は、一つの家族的危機を克服するために、どのような福祉、サービスを求めなければならないかを検討することにした。

5. 発病による家族の生活構造変化

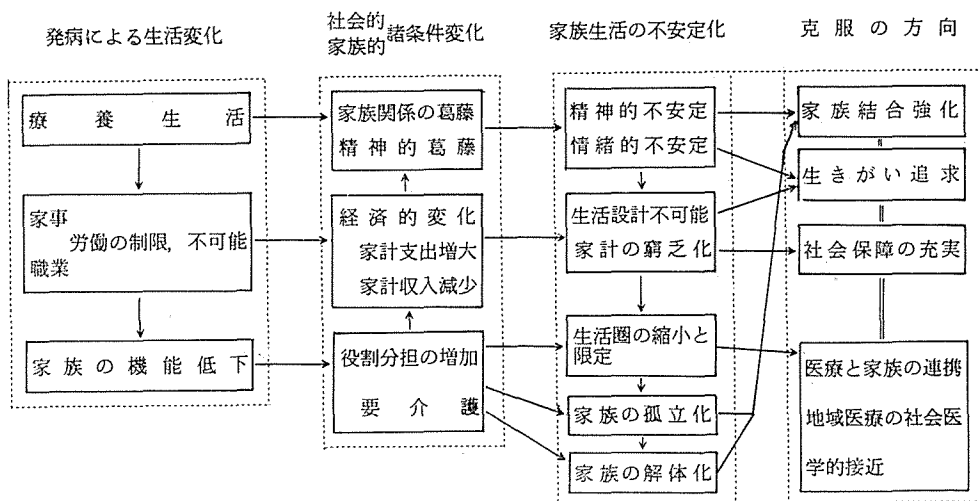
現代の家族においては、その形態によっては多少の受け止め方が異なると思われるが、多くの場合、家族員のひとりが難治性、慢性疾患患者、重度心身障害者になった場合、家族の生活構造は大きく変化し、家族は解体の危機にさらされる。急性疾患の場合ですら、一時的に、家族の生活は不安定化をまぬがれない。

従来は、家族制度に支えられた直系家族や親族関係、近隣関係などの援助によって、難治性慢性疾患患者、重度心身障害者、寝たきり老人などは、家族の中で療養生活を営むことが可能であった。看護、介護機能が遂行できる家族員を確保していたということもあるが、家族制度そのものが一つの生活保障の役割を担っていたことにもよる。そして、家族制度下における医療体系は、今日のように専門化、巨大化したも

のではなく、患者と家族、医療関係者が地域の中にあり、診察室の中での治療のみならず、生活の場に入り、診察、治療する方法が容易に行なわれた。医師、看護婦が患者とその家族の中にとび込み、患者のニーズに応じて診察、治療をする。いわゆる往診が現在よりも容易に行え、地域社会の中の医療という体系が確立していた。だがしかし、ここで、かつての家族制度における医療体系がよくて今日の制度が悪いと言っているのではない。社会の変化と平行して近代科学の発展は生きていく上で我々に多大な恩恵を与えてくれたことは否定できない。社会の変化とともに医療制度、医療体系は変化した。その変化の方向のよしあしは別として、専門化、巨大化、施設化したともいえる。それによって、患者、家族と医療関係者のかかわりの程度、かかわりの場所が変わったのである。患者の生活を中心とした治療やケアではない方向に変わったといえる。教育・経済などの社会体系と同様、医療体系、家族体系は変化したのである。次に、現代の特徴的な家族形態である核家族をモデルに、家族のひとりが長期的な病気になった場合、その生活構造はどのように変化するのであろうか。

図3は、発病によって生じる生活の変化を示したものである。もちろん、夫が重症、難治性

図3 発病による家族の生活構造変化



の疾病にかかった場合と、妻がその場合、あるいは子どもがその場合では、多少家族の内部構造に相違が生じる。その相違について、次に簡単にみてみよう。

たとえば、夫が発病し、長期間介護を受けて療養生活を送らなければならない状態になると妻は就労して家計収入を得ることが必要になる。その上、家庭内の役割としての家事・育児などの日常的な労働に加えて、介護の役割が重要なウェイトを占めることになる。いわば、経済的役割、家庭内の役割、介護の役割を妻は一身に担わねばならなくなる。そこで妻は、それぞれの役割を完全に遂行することが困難となり、役割過重から役割葛藤、家族関係の葛藤、精神的葛藤さらに情緒的不安定が生じる。また、療養費の支出、家計収入減少は家計の窮乏化をまねき、役割過重とあいまって、生活設計が不可能となり、家族の解体化をまねくことにもなりかねない。夫の療養生活は家族員の行動範囲を縮小させる。施設治療の場合は、家族と施設との往復による生活圏の限定、在宅治療の場合は対社会的活動の制限、縮小、さらに家族全員が外出するなどの行動は不可能になる。その結果、家族の孤立化を引き起こすことにもなる。

また、妻がそのような状態になると、夫の前述した変化とほぼ同様の状態を呈することになるが、それと異なる点は、従来から分担してきた家庭内の役割の不可能から生じる生活上の変化としてあらわれる。たとえば、一般に多くの妻は、家事、育児の主な分担者である。それらが遂行できないことになると、それらの役割を夫が代替あるいは家族外に援助を求めなければならなくなる。その上、夫に妻の療養生活の介護が加わると、職業生活、家庭生活、妻の介護と三重の役割を負わなければならなくなる。この点は妻も夫も同様の過重役割に悩むことになり、同様に、さまざまな葛藤、不安定が生じる。また、家計支出の増大から、家計の窮乏化、生活設計破綻、さらに、家族の解体化、家族の孤立化をまねきやすい状態になる。とくに、妻の場合、子どもの年齢、発達段階によって異なると思われるが、若い子どもであれば、母親が病氣療養で不在になると情緒不安定をまねく要因にもなる。妻のみが育児の担当者であった場合は、こ

のような不安定が強くあらわれることになる。このような妻の療養生活を想定しても、子どもが不安定におちいらないためには、夫の父親としての役割を充分、日常生活の中で定着させておくことの必要性はここであらためて指摘するまでもない。年長の子どもであれば、父の役割を援助、あるいは母の役割を代替することも可能である。その結果、さきに述べたように夫、妻の役割と同様の葛藤が生じかねない。また、生活圏の縮小などから、子ども自らの将来の方向をも限定せざるを得ない状態も生じかねない。そのため、子どもは自らの生活設計の不可能、さらに、生きがい喪失状態におち入りやすい。

さらに、子どもが発病し、長期間介護を必要とする場合、夫、妻が果たす介護の役割が過重になる。そのために、夫、妻の役割が充分遂行できない状態になり、夫、妻の発病の場合と同様の社会的、家族的諸条件変化、家庭生活の不安定化をまねくことになる。発病した子どもの年齢、また発病の種類によって異なると思われるが、とくに、子どもの発病は、子どもの将来に対するさまざまな不安が精神的葛藤をまねくことになる。したがって、夫や妻の発病によって生じる問題群のプロセスのうち家族関係の葛藤、精神的葛藤がクローズアップされてくる。

発病した人が家族員の誰であるかによって、各々の位置にある役割の不履行が家族の生活構造を変える。ただ、その変化するプロセスは発病者によって異なるが、生活構造変化の結果はおおよそ図式化した問題群を提示すると思われる。夫、妻の疾病の場合の家族解体化は離婚によってその方向をたどることが多いが、子どもがその場合には親側の離婚に加えて、子どもを施設に捨てるような状態が生じる。離婚による解体化がない場合でも、子どもを邪魔者扱いにする傾向がしばしば見出せる。このような問題は、医療と家族の連携を考察する際の中心的課題になると思われる。また、その課題を検討する際、福祉の視点が不可欠の要件になると考えられる。ここで詳細には記述できないが、医療（この場合は具体的に医療施設）と家族の関連、連携のあり方について言えば、施設に子どもを収容した場合、親や親族がどれくらいの頻度で子どもとの接触をもつかに関しては、長

期にわたればわたる程、その接触頻度、面会頻度は少なくなる。すなわち、療養期間と家族の接触頻度は反比例するといえよう。また、療養期間についてのみ言えば、その長短は家族問題の諸領域における深刻さの程度に正比例する、という仮説がたてられる。

ところで、家族の生活構造変化を決定する要因は何か。家族解体化、家族関係の葛藤、精神的不安定の程度は、発病前の夫婦関係を含む家族関係のあり方、さらに役割分担を含む内部構造のあり方によって促進されるか阻止されるかの異なった要因になる。生活設計の不可能、家計の窮乏化、また情緒的不安定の程度は、家族それ自体のあり方を規定するところの個人の問題にとり込む主体性、個人的資質によって、異なった決定的要因になる。また、生活圏の縮小、限定、家族の孤立化の程度は、家族の存在形態に加えて、地域社会における連帯意識、連帯のあり方が阻止要因として影響を及ぼす。さらに家計の窮乏化をくいとめる方向としては、家族内の要因もさることながら経済的保障を主とする社会保障の充実によるところが大きい。

さらに、図に示したようなことがすべてではないが、疾病による予想されない家族の危機をどのように乗り切るか、あるいは家庭生活の不安定化をどのように克服するかについて一つの阻止方向として次のようなことが指摘できる。個人に関する方向としては、生きがいのもち方、また、主体的に生きる生活の基盤を確立することである。言い換えれば、依存的でない、自立した生活の基盤を確立することである。家族に関しては、家族結合の強化にその方向が見い出せる。そのためには、さきにみたように、発病する以前の人間関係の円滑さが重要になってくる。具体的には、家族が危機に直面しても、家族全員が役割代替可能であることが重要である。それにはどうするか。さまざまな方策が家族によってとられると思われるが、固定的な、伝統的な役割観念にもとづいた役割分担、役割遂行ではない、家族内の役割関係のあり方も一つの有効な方向ではなかろうか。地域社会や行政側に関しては、いうまでもないことであるが、個人、家族のニーズに応じた生活保障、社会福祉の施策を追求することが今後の課題であろう。

しかし、福祉対象者の基準を設定すること、すなわち、画一化することにはある意味では平等ということを考慮したやり方である。福祉対象者に対して、行政側は画一化することでしか福祉施策を行なうことができないが、医療と家族の連携をはかる手だてをすることは可能であろう。そのような方向は、今後の重要な方向であると考えられる。具体的には社会医学的接近によるコミュニティケアに、その実践的方向が見い出せよう。そして、従来の医療と家族をめぐる学問的性格、領域の再考、縦割りの領域から学際的な領域の研究ということが志向されなければならない。また、医療を中心とする教育、福祉などさまざまな制度の再検討、そして、それらが連携をもった社会体系である方向が考慮される必要があろう。

6. 結びにかえて

以上にみてきたように、医療と家族の諸問題について、社会学的視点から検討することは、全体社会の構造的解明ないし人間が生きるということに関する基本的権利の説明的変数において重要な視点であるということができる。本稿は個別的な社会現象として、ある場合は医療の側から、ある場合は家族の側から把握される問題を、医療と家族の両方の領域を含めて、統合させて把握するとどうなるか、という問題を設定してきた。我々人間が生きている限り、生まれてきた時点から、疾病、傷害という個体の危機は避けることのできない状況である。この危機が生じた時、個人のみの問題ではなく、その個人を取り巻く人間、社会がいかに機能し、それらが相互に連携をもちあうか、が現実的課題としてある。疾病というきわめて個人的な肉体的な問題として把握されがちな領域の個別的現象が、社会学的視点で捉えれば、きわめて社会的規定性、社会的相互関連性をもつことはここであらためて言うまでもない。

ところで、医療社会学の課題としてはじめに示した他に、家族との共通の課題として抽出されたものと、さらに強調できる課題を列挙すると次のようなことが言える。

まず第一に、医療と家族の概念をめぐって抽

出された共通の課題は福祉的視点の重要性である。福祉の問題は、医療社会学の課題から言えば、公衆衛生や保健衛生に役立つという点において、治療よりも予防に力点が置かれる場合にのみ強調されたところがある。しかし、本来、医療社会学は、人間が生きていく上で、基本的な生存権を無視してはありえないと思われる。したがって、その意味からも、人間が生きていくための生活保障、生活保護は重要な視点であると考えられる。医療と家族の概念がきわめて包括的、多義的になっている要因は全体社会を構成する基本的諸条件の変化があげられた。その変化は人々の健康に関する意識の向上や、医療技術の進歩などであったが、健康なり医療の主体は、それに従事する人のみの問題だけではなく、患者や家族、地域社会の側にもあるということ、そして、医療従事者と患者、その家族が疾病という個別的な現象を社会現象として把握し、それを分け合い、連携することが福祉的視点にとって不可欠であるということである。

第二に、家族と医療をめぐる社会問題の抽出という点から、福祉の重要性に加えて、それらが追求する方法や内容に多少のずれがあるとみられたが、広い意味での福祉追求はいずれの領域においても危機を克服する役割をもつ。疾病は個人においては、積極的、主体的に生きるということを阻む個人的現象であるが、家族にとっては、生活の不安定化をまねく集団現象の要因である。医療の側から言えば、医療従事者、施設は受益者である患者の危機を乗り越える、あるいは危機に面した個体を維持させることを援助する体系であるといえる。このように、危機は家族と医療に共通して現われる社会現象であり、その克服への援助体系であるといえよう。しかし、福祉の追求という点からして、危機の克服方向において画一的であったり、制限つきであったりと、それぞれのレベルにおけるニーズの充足については幾つかの問題点が指摘できた。また、それを補う意味での施設として、ホスピスの現在的意義、今後のあり方が示唆できた。

さらに、医療社会学の課題の中で強調できる主な点は、第一に、医療制度の改善、見直し、第二に、看護婦、ソーシャル・ワーカー、療法

士等の専門職化、さらに、第二と深くかかわっているが、第三に、患者やその家族、さらに医療従事者のことを考慮しない人間性不在の看護教育、医学教育の再検討、などがあげられる。これらはいずれも、ある面で、日本医療の近代化、社会化の過程の中で形成された矛盾であり、また、医療思想の歪みの結果であるともみることができよう。また、発病による家族の生活構造変化においては、克服の方向の中に今後の課題がいくつか指摘できた。我々はここで、個別社会学、いわゆる連字符社会学といわれる諸々の専門分化した社会学において、社会学的研究の有効性、独自性、価値が示されることの重要性をここに指摘するまでもないが、さらに、複雑多様化する社会現象にあわせて、各々の関連領域に見い出せる共通の課題を追求することの重要性を指摘して今後の一課題にしたい。

- 註 1. 中本博通、山手茂『高看基礎講座、社会学』メヂカルフレンド社、15頁、1978。
2. 前掲書、18—22頁参照
3. 森岡清美編、『新・家族関係学』中教出版、16頁、1974。参照
4. 前掲書、43頁参照引用
5. 高橋暁正、『社会のなかの医学』東京大学出版会、1969。1977。参照
6. 北原龍二、「社会学と医療問題」『社会学評論』第25巻、第4号、136—137頁、1975、引用
7. 中島寅雄「医療社会学の一視点」『地域社会と地域問題』笹森秀雄他編、梓出版社、180—191頁、1981。参照引用
8. 森岡清美、前掲書、18頁引用
9. 川上武、「医療と福祉」ジュリスト臨時増刊No.537。有斐閣、133—135頁、1973。参照引用