

実践水準に関する一考察

米本秀仁

1. はじめに

ある施設・機関や実践家が行っている実践を個々具体的に評する時に、その実践の水準が「高い」とか「低い」とか言う形で表現することがあるが、この表現は「有効である」とか「正しい」とか「良い」といった形で直接的にその実践の結果を評価する表現とは多少の差異があると思われる。水準が高いという場合は、「最新の知識・理論に基づいている、最高のやり方・技術で実施している、通常のあり方を越えている」といった意味合いが強く、その限りでは直接的に「有効である」ことを意味していない。しかし、最新の知識・理論や最高のやり方・技術は、結局以前よりも有効であることを実証しているが故にそう言われるのである、とも考えられる。しかしながら、知識・理論及びやり方・技術の水準と結果の結びつきは若干間接的である。つまり、評価は直接的に「結果」を見るが、水準はその実践行為の「過程のあり方」を見ても言えよう。

筆者は例えば老人ホームといった施設を「評価する」場合の仕組みを、「システムとしての施設」という観点から、①施設の(制度的な)臨床的・福祉的目標に対して構成要素が持つ制限条件・可能条件を分析・評価する「構造分析」、②施設の技術・資源動員過程つまりケアの作動過程を明示的に表現するケア・プログラムを分析する「過程分析」、そして③目標達成か否かという意味で結果を分析・評価する「機能分析(効果測定)」の三者の流れとして示したが(米本, 1982)、水準を論議することはこの流れの「過程分析」にほぼ対応すると言えよう。冷水(1983)も、福祉サービスの場合、結果・効果の直接評価が困難なことが非常に多いこと、また人間と人間との直接的関わりを通して提供されるサービスの評価においては、その結果や効果が生み出される過程で、非人間的な、あるいはその社会の規範に反するような方法がとられていれば、その結

果や効果の価値をそのまま評価するわけにはいかない、との理由で「過程の評価」が特に重要であるとしている。

さて社会福祉実践は、時にソーシャルワーク実践とも呼ばれるが、後者の呼び方が主として相談援助場面を中心にして使用されるのに対し、前者の呼び方は施設福祉実践場面をも包含した形で使用されるところから、より広い適用範囲を持っていると言える。わが国の場合、伝統的なソーシャルワーク実践よりも（恐らく公的扶助ケースワークや医療ソーシャルワークで展開された枠組みを除いて）、施設福祉実践においてその実践枠組みが比較的完成されているという特色がある。しかしながら、いずれの場面であっても、いずれの用語が適用されようとも、その実践の結果において対象者（利用者）の最善の利益が実現されることが期待されているのは当然のことである。他方で、社会福祉実践が他の実践的専門職業との対比の上で、所謂「科学的実践」であることを追い求めてきた経緯もある。ここで「科学的」という用語を敢えて使用するのには、職業としての実践において、「誰でもが一通りの経験によって」一定の水準でなしうるといった状態を越えて、「ある種の教育・訓練を経た結果修得した知識・技術水準によってこそ」なしうることを証明しようとする努力があった事を意味する。つまり、他の実践的専門職業と比較して、少なくとも同等の「科学的水準」を有していることを証明したかったのである。

しかしながら、先にも指摘したように、評価とは多少異なる意味を持つ「水準」については、社会福祉実践の領域において必ずしも明確な共通理解が出来ているわけではない。「社会福祉実践の水準」という用語を用いている岡本（1982）の主張も、結果の効果測定の仕事みとその方法に集約されているのであって、日常の直接的な処遇やサービスの過程自体を水準論的に検討する視点は希薄である。本研究において水準論的な視点を特に導入しようとするのは、対人的な実践を職業として為す行為は、対象者と専門家との契約から生ずる専門家の債務が、内容的に一定の結果を達成すべき「結果債務」ではなく、対象者によって希望された結果に向かって入念な注意をし適切な行為を実施することを内容とする「手段債務」に他ならない（西井，1985），という重要な指摘に留意するからである。もちろん実践家は結果において最善の目標達成を目指す。

過程分析は目標達成の観点（機能分析）から常にフィードバックを受ける。最善の過程といえども、それだけでは最善の結果を産み出す筈であるという推定（仮説）の域を出ない。従って、臨床的・福祉的観点からすれば結果の評価こそが最終的に重大な意味を持つ。それが過程の評価・検討を促すからである。しかし、副田（1987）も「ケアの望ましき（価値）は効果があるということに限らない。これ以外の価値として、たとえばケアの実践方法や実践過程が社会的にみて妥当である、あるいは適切であるという適切さの価値を考えることができる」と述べるように、对人的職業の専門家の実践が先の「手段債務」であるとすれば、その手段の展開過程が最善であることを一方で証明する必要があるのである。

以上の視点から本研究は、社会福祉実践における実践水準に関する共通理解を樹立するために、特に「未熟児網膜症訴訟」の過程で論議された「医療水準論」を参考にしながら、福祉実践領域では特別養護老人ホームにおける実践の現状を素材にして、「実践水準」に関する諸問題を検討・考察することを目的とするものである。

2. 医療水準論に関する基本的展開

1) 未熟児網膜症訴訟における医療水準論

「未熟児」とは、WHO基準では生下時体重2,500グラム以下、在胎週数37週未満の出生児であり、「未熟児網膜症」とは、「未熟児が保育器内で保育される際に投与される高濃度の酸素により血中酸素濃度が上昇し、その結果未熟な網膜血管の収縮による血管閉塞を生ぜしめ、血管形成組織の異常な増殖をもたらし、遂には網膜剝離を惹起して失明に至る疾病である」とされる（井上、1990）。

医療水準に関する論議は他の疾患治療に関する過誤訴訟においても展開されているが、とりわけこの未熟児網膜症の治療に関する過誤訴訟を巡って医療水準論が展開されたわけである。この訴訟における医療側の過失の類型は次の3種類となる（井上、1990）。

(1) 発症責任（本症発症防止責任）：これは、(a)全身管理義務違反（呼吸管理・体温管理・栄養管理・感染防止・核黄疸防止などの複合的総合的医療処置を通して本症発症を予防すべき義務違反）と、(b)保育器内収容中の酸素管理義務違反に分けられる。

(2) 治療責任(本症の治療懈怠責任)：これは、(c)定期的眼底検査実施義務違反(遅くとも生後三週間以降より眼底検査を開始し、光凝固法を実施すべき最も適切な病期決定のための検査実施義務違反)、(d)光凝固法実施義務違反、(e)転医義務違反(医師の医療技術が医療水準に達していない場合には、右水準の医療が実施可能な医療施設に患児を転送し、時期を失せず適切な治療を受けさせるべき義務違反)の三つに分けられる。

(3) 転医のための説明責任(患者側の自己決定のための説明懈怠責任)：これは、(f)説明義務違反(本症の場合、患児の保護者に対して、患児が本症に罹患していることないしその恐れのあること及び適切な治療法の存在とこれによった場合の回復可能性ないし放置した場合の危険性等を説明し、保護者がその自己決定に従って患児に対する右治療行為を受けるか否かの選択が可能となるように、右治療行為が実施可能な医療施設を紹介し、受診を勧告する義務違反)を意味する。

これらの諸違反を問う形で医療側の法的責任が検討されたわけであるが、この時の過失の判断基準として論議されたのが「医療水準」であった。以下、先行の諸研究によってこの医療水準論の展開の中核をまとめてみれば次のようになる(饗庭, 1980; 畔柳, 1986, 1989; 滝井, 1984; 滝井ほか, 1987; 西野, 1989)。

① 医療過誤における医師の責任は、治療義務・転医義務・説明義務の三つの段階で考えられる。この段階は上記の過失類型の三分類とピッタリと重なるわけではないが、内容的には同じである。

② 医師の過失・注意義務違反判定の基準として診療(事故)当時の「医療水準(医学水準そのものではない)」が問題になる。つまり、ある医療行為に関する知識が一般水準となり一般病院および臨床医の間に普及したものであること要するが、しかし諸見解は、普及度・実践度を重視するものから、普及度を問題にしつつ、その医療機関のおかれた社会的・経済的・地域的な環境を配慮する見解、格別普及度に言及せず、研鑽義務に力点を置く見解まで一様ではない。多くの見解は普及度を斟酌しているがそれに対する重点の置き方はまちまちである。これは普及するまでの医師の研鑽義務をどの程度評価するかによると思われる。

③ その際、何を尺度・指標として医療水準判断の前提となる母集団を形成するかが問題となる。即ち抽象的過失は、判断の基礎となる標準人

が想定されるが、純然たる一般平均人ではなくて、例えば特定の職業における一般的標準人というように、その行為者の社会的存在者としての特性によって、その有する弁識力を異にして把えられねばならない。ここで医師の善良なる管理者としての義務（所謂「善管義務」）が提示される。これは、いやしくも人の生命及び健康を管理すべき業務（医業）に従事するものは、その業務の性質に照らし、危険防止のために実施上必要とされる最善の注意を要求されるのは、已むを得ないところといわざるを得ない、というものである。しかし、「それはすべての医師に全然同一の注意義務を要求するものではなく、『善良なる管理者』の観念自体がすでにその職業や環境を前提とする以上、医療行為に際して医師の守るべき注意義務も、その具体的な医師の専門や地域（locality）を考慮して決めるべく、専門の医師や都会の医師ならば許されないことも、専門外の医師や辺鄙な地方の医師なら許されることがありうるはずである（畔柳，1989）」ともいわれ、具体的事案を考えるにあたっては、より一層の個別化、具体化の必要性が認められる。

④ 医師に要求される医療水準の認定は、医師を取り巻く具体的事実として、当該医師のおかれた具体的状況（専門性、経験度、地域性、医療機関としての規模・性格等）と共に現実の当該医療行為の普及度・実践度が判断の対象とされる。しかし、医療水準確定にあたり、従来いわれてきた一般開業医と専門医との単純な対比よりは、医療施設の標榜科名、当該診療担当医師の届出診療科名及び当該事案の具体的診療内容等を勘案して、当該事件における専門分野を確定し、それらを扱う個人開業医ないしこれに準ずる小規模医療施設の医師と、大学病院、臨床研修を行う病院として指定された医療施設などの専門医師との間を対比する形の方が、日本の医療の実情に合った判断ができると考えられるとする見解もある。この医療機関の性格と、個々の医療技術の一般化（水準化）の程度と、医師の医療行為の種類の間を関連を示したものが、表1である。A→B→C→Dと進むにつれて水準化ないし一般化が進むことを表わす。○印は医療行為として為す義務があることを示し、×印はその義務がないことを示し、△印は他の要素とりわけ患者側の要素次第で時には義務となりうるケースを意味する。基本的には、当然のことであるが、水準化が進むにつれて医療上の義務が各種医療機関に拡がるということである。

表1 医療機関・医療技術の水準・医療行為の関連

		研究機関	基幹病院	一般医療機関
A 開発・提唱中	実施義務	△	×	×
	転医義務	△	×	×
	説明義務	△	△	△
B 研究者の間で 有効と評価	実施義務	△	×	×
	転医義務	△	△	△
	説明義務	○	○	○
C 専門的医療機 関で実施	実施義務	○	△	×
	転医義務	○	○	○
	説明義務	○	○	○
D 一般臨床医 実施	実施義務	○	○	△
	転医義務	○	○	○
	説明義務	○	○	○

滝井ほか(1987)16頁より転載

⑤ 患者は全治療の中で最も相応しい医療の給付を求めているのであるから、医師はその置かれた状況の下で、患者の状態、意思などをふまえて自ら治療に当たり、時には転医させ、また必要に応じて他の医療機関の治療を受ける機会を与えるための医療情報を提供し、患者の病状に最も相応しい医療給付を行う義務を負っている。

⑥ ある程度以上の専門的な治療が期待された病院(医療施設)において、一般的な医師の水準からみても首をかしげたくするような処置をアルバイト医師が行っている例が見られることがある。このような場合には、病院開設者が、専門科目を扱うことを表示しながら、能力不足の医師を傭い、専門的考慮を要する患者を扱わせた点に使用者=病院としての水準不充足、注意義務違反が問われるであろう。

⑦ 医療水準の形成過程を見る場合に、(1)同一診療科における水準形成の過程と(2)特定の疾患について各専門診療科にまたがる水準形成の二つの場合が考えられるが、その両者に共通して医療の常道と呼ばれる過程は、①試行、②追試、③遠隔成績の検討、④自然経過との比較、⑤治療効果と副作用の確認、⑥治療法としての確立、⑦その教育・普及の過程を辿るとされる。また、新規治療法の提唱から段階を経てゆく過程は大

別すると以下の三つの部分に分かれる。1) 治験的段階：初の知見として学界に発表するときには、当該医師独自の診断・治療基準を示すわけであるが、それはいまだ客観的評価に耐えない主観的基準であるにすぎない。つまり、知見の報告ではあるが「評価」ではない。2) 学問的水準(医学的水準)：この段階は治験的段階がようやく母集団としての評価に耐えられる症例数の累積と検討を経て一応の評価が与えられる時期にあたる。3) 医療水準：これは、右の臨床医学の最新の仮説が、具体的可能性あるものとして認められるべき水準を指すものである。知識の普及についても学術的雑誌のなかで、始めは症例報告、啓蒙的論文であったものが、徐々に実証的な綜説的論文となり、かつ成書中の記載として登場して行くことによって、多くの臨床医の認識形成と、医療の実施にあたっての具体的な指標となるものである。しかしながら、この水準の医療機関への現実的な体现は、右の知識の普及、医師の症例の遭遇、指導者の養成、医療機関の内部における経済的裏付け、年次的構想による人的・物的設備の整備の充実に加えて、その医療機関の特質、そのおかれた地理的・社会的条件により具体的実践の浸透の程度が異なってくることは、客観的事実として認められねばならない。

⑧ 医療水準論においても一つの要石である「医師の研鑽義務」については、次のような種々の指摘がある。医師としては絶えず、既得の知識・技術に加えて、更に日々自己の標榜する専門診療科のその時代における学問的水準の動向に絶えず留意し、研鑽すべきものであることはいうまでもない。医師が過去に修得した医療情報に満足せず、医学の進歩に遅れないように研鑽する義務があることに異論はあるまい。さらに、医師が研鑽義務を負うのは、普及し、平均的認識となっている医療知識・技術ではなく、日進月歩する医療情報でなければならない。また、普及度の過度の重視は、医師の研鑽義務を緩和し、現状肯定の結論を招きやすく、規範的な判断に歪みをもたらすことになる。つまり病型、臨床病期分類や治療法について専門医師の対処の仕方に差異あるものは限りなくあるが、多くの医師は其中で正しいと思うものに準拠し、手技を工夫して診断、治療に当たっているのであり、そうした事態を改善していくのが医師の義務と考えられており、統一した診断治療基準ができるまで拱手傍観してよいというものではないのである。

⑨ しかしながら、このような「医療水準」概念を用いることに対する疑問もある。例えば、「医療水準とは、いったい何か、という問題である。おそらく、医療水準なるものをわざわざ設定したゆえんは、医師の行為につき、過失、無過失を振り分けるための判定基準を分かりやすくするためなのであろう。しかし、日本の場合、わざわざこのような概念を設ける必要があるのだろうか。必要があるとしても、それを誰が探索し、そして誰が決めるのであろうか。結局は、裁判所の命による医師の鑑定を経て基準を定めうる場合が多いし、それなくしては、本当は決められないのではないか（畔柳，1986）」という指摘、あるいは、「医師の注意義務を判定する要素は多様であり、また具体的な医師の義務を医療水準という一つの物指しで判定することが到底不可能であり無意味であることが理解できる（滝井ほか，1987）」といった指摘である。

2) 褥瘡裁判における看護水準論

上記の医療水準論と殆ど同じ論理で検討された事件に、所謂「褥瘡裁判」がある（石井，1986；加藤ほか，1988；長谷川，1986）。当時61歳のA（女性）が昭和49年12月に脳卒中で倒れ、意識不明のまま救急車にてN市立B病院内科（基準看護特一類を採っている）に搬送され、同日入院したが、次第に褥瘡が発生・進行し、Aはこの褥瘡により全身的な影響を受け、昭和54年11月に死亡したものである。Aの夫と子は昭和55年8月にB市を相手どって訴訟を起こした。この訴訟は第一審は原告敗訴となったが（昭和59年2月原告の請求棄却）、Aの夫はこの判決を不満として高裁に控訴した。審理過程の中で、控訴人証人の証言を契機として裁判所は和解を勧告し、昭和60年10月に「被控訴人（B市）は控訴人（Aの夫）に対し原判決に於ける控訴人の主張事実に基づく慰籍料として金100万円の支払い義務あることを認める」旨の和解が、実質原告勝訴の形で成立した。

この訴訟の過程と和解報道後の社会的反応の中で論議されたのは、褥瘡は予防・治療できるかといった看護水準を巡ってのものであった。

控訴審において原告側証人に立った松村は、B病院におけるAに対する看護のレベルに関して次のように述べる。「看護記録と医師のカルテ等から推察すると、死亡時までの間に左右の耳漏、口内炎、むし歯、肺炎、気管支炎、尿路感染症、腎盂炎、そして腸骨および仙骨部の褥瘡と常識

では考えられないほどの合併症にむしばまれ、いかに生命力が消耗していったかという過程が淡々と何事でもないかのように記録されているのである。これらの合併症はすべて看護の結果と考えることのできるものばかりであり、いかに低いレベルの看護(?)であったかについて今さういうまでもないことである(加藤ら,1988)。」石井(1986)は、「その時代の通常一般の平均的看護婦がもつ知識・技術のレベルを看護水準という。いくら看護婦が一生懸命、最大の能力をもってケアしても、平均的な看護婦の看護水準でなければ注意義務違反となる。／それに対し、臨床の場において普遍化・技術化されない看護を、学問的なレベルと見なし、看護学水準という。事故に際しては、基準の適応にはならない。」さらに、今回の褥瘡裁判に適用して「看護婦(医師)に関しては、……事故の発生とその可能性を予想し、さらにそれを回避しなければならない。医師、看護婦はA氏の褥瘡の発生と、褥瘡が生じたら悪化しやすいことを十分予想している。そのための予防的ケア、発生後の処置が適切に行なわれる事が回避義務である。つまり、褥瘡の発生を予想しても、それに対し看護水準に相当するケアが行われなければ注意義務違反となる。要は、褥瘡ができたできないの結果論ではなく、A氏に対する予防的ケアが看護水準に見合っていたかどうかになる。褥瘡が生じた場合は、発生後の医療的処置に対する医師の注意義務、悪化させないためのケアが医療水準を基に評価される」と述べている。つまり、専門家としての注意義務による結果回避義務を持ちつつも、その焦点は結果債務ではなく、手段債務となる(即ち、過誤訴訟においては看護行為の過程の水準が問題となる)という訳である。

3. 福祉領域における実践水準の現状について

一 特別養護老人ホームにおける処遇実践を例として一

医療水準論に関する論議は未熟児網膜症の治療技術(特に光凝固法)を巡って行われたところから、福祉領域においても個別技術水準で検討されることが望ましいと言えるが、社会福祉実践においては未だ個別技術を検討するには材料不足のところがある。そうは言っても、例えば、痴呆性老人の処遇についてはかなりの実績の蓄積は見られ、また特別養護老人ホームにおける処遇課題として今まで論議されてきた「排泄介助

におけるオムツはずしや随時交換」の実践、「離床」の実践、「褥瘡ケア」の実践、「食事の選択献立・バイキング方式」の実践等、多くの題材はある。しかし、これらの個別的な実践課題とその実践成果は、個別課題毎に施設間の実践態様が綿密に比較検討されたというよりは、老人ホームにおける総体的な処遇評価のための個別項目として組み入れられているのが大勢であった。従って、これら個別実践項目の水準論的検討は今後の課題として、本研究では、総体的な処遇評価として論議されてきた側面で、処遇の格差が現実にとどの程度見られるかを探索し、その材料で特別養護老人ホームにおける実践水準の状況を検討してみたい。以下、二つの調査の結果を示し、現実の処遇格差を検討する。

〔調査1〕第3回全国老人ホーム基礎調査報告書(全社協, 1988)からこの調査は全社協が昭和52年以来5年ごとに行っているもので、昭和62年に第3回が行われたものの報告書である。昭和62年7月1日現在の全老人ホームを対象として行われ、特別養護老人ホームの回収率は87.15%であった。処遇水準の観点から主な結果を拾ってみたところ、以下のものが見出された。

① 夕食開始時間は、4時台7.3%、5時台87.7%、6時台4.9%であり、ここでは第1回・第2回から改善の傾向が見られた。即ち、表2に見られるように、4時台が大きく減少し、殆どが5時台になり、更に6時台も少しずつ増加していることが窺われる。

② 週当たり入浴回数は、1回0.1%、2回84.9%、3～4回13.4%、5回以上1%であった。

③ 夕食後の入浴が「できる」施設は8.8%、「できない」施設は91.0%であった。

表2 夕食開始時間の経年変化 (%)

年次	4時台	5時台	6時台	不 明	施設数
52	88.1	10.6	0.5	0.8	566
57	51.9	45.3	0.9	1.9	1,068
62	7.3	87.7	4.9	0.1	1,607

全社協・老施協(1988)表4-①-3より作成

④ 要排泄介助老人の定時交換回数は、4回以下3.9%、5回13.6%、6回23.8%、7回24.5%、8回以上34.3%であった。

⑤ 「褥瘡」が有る施設は73.8%であるのに対し、無い施設は26.0%である。褥瘡のできている人3,793人（総入所者116,328人の3.26%）の内、「入所時、すでにできていた」人は27.3%、「入院中、病院でできた」人は22.9%、「その他、施設外でできた」人は2.9%、そして「施設内でできた」人は46.9%であった。このように、依然として施設内で褥瘡をつくってしまう施設があるという現実である。

⑥ 夜間の看護体制として、常時看護婦の夜勤がある施設は3.1%、必要時のみある施設は10.0%、ローテーションによって居る時と居ない時がある施設は22.1%、夜勤無しの施設は55.5%であった。

⑦ 小家具の持ち込みを認めている施設は17.2%、認めていない施設は36.3%、事情によって認める施設は46.5%であった。

⑧ ペットの持ち込みを認めている施設は1.5%、認めていない施設は86.8%、認めることがある施設は11.3%であった。

⑨ その他、入所者のリハビリテーションを「特に行っていない」施設は7.0%、入所者の「意見・要望の取り入れの無い」施設は5.1%であった。

以上の様に、特別養護老人ホームの処遇のプログラムにおいて、かなり共通化されているものもあるが、ばらつきの大きなものもある。これらの結果を検討・判断するためには明らかに評価基準がなければならない。つまり、夕食時間は遅いほうが良いとか、家具やペットは持ち込めるほうが良いとか、オムツ交換回数は多いほうが良いとか、褥瘡は無いほうが良いとか、である。こういった基準は通常で十分に了解可能なものであり、そういった基準においても満たされていない施設があるという現実を目を止めておくべきである。従って施設において実践水準（ないし処遇水準）に格差があると表現しても良いと思われる。

〔調査2〕「老人ホームの在り方に関する調査」（札幌市老人福祉施設生活指導員研究会、1991）から

本調査は筆者も参加したものであるが、調査の趣旨は老人ホームの今後が「選ばれる施設」の観点から再編されるであろうという見方に即し

て、老人ホームの現実の姿がどうなっているかという点、その姿を生活指導員やボランティアがどう認識しているかという点、及び老人ホームの今後の在り方に関する見解を、「施設票」「指導員票」「ボランティア票」の三種類で調査を行ったものである。ここでは、施設票（生活指導員が回答）の内の特別養護老人ホームに限定して、入所者の選択・自由に関する結果を概観してみる。調査対象は全道の老人ホーム268(内特養は189)施設であり、郵送法によっている。調査期間は1990年10月で、特養の回収率は122施設、64.6%であった。

分析枠組みは次の通りである。施設票による処遇の現状に関する回答のうち、入所老人の選択並びに自由に関する項目のなかから、①入所決定の際の本人の合意の有無、②入所時の私物（小家具）の持ち込み、③主食の盛り方、④行事への参加の選択、⑤小遣いの管理、⑥医師の選択、の6項目を抽出し、各項目の選択肢に、より自由と判断される方から4・3・2・1点（選択肢が3つの場合は3・2・1点、2つの場合は2・1点）を配点し、合計点6～17点を低得点群（6～11点）と高得点群（12～17点）に二分した。そしてこれら二群と処遇の諸変数（基準となった6つの項目も含む）とのクロス表によって差異を見た。なお回答のあった122施設の内、基準6項目の全てに回答していない施設を除外した結果、97施設が本分析の対象となった。結果は表3に示されている。これによると、 χ^2 二乗検定によって有意差5%水準で関連が見られた処遇上の変数は、次の様にまとめられよう。即ち、低得点群に比べて高得点群の方が比較的「入所時に在宅ケアの話し合いも引き取りの話し合いも行われており、入所時の本人の合意も得られており、私物の持ち込みも認められており、選択の自由が確保されており、普通の生活に近い処遇内容が用意されており、人権を尊重した処遇がなされている」という内容である。関連が見られた全20項目を要因群にグルーピングしてみると、次の5群に分類することが出来よう。

第1は「施設理念」に関する要因であり、内容的には施設を「通過施設化」しようとするものである。ここには②在宅ケア話し合い、③引取話し合い、の2項目が含まれる。第2は「本人の意志尊重」に関する要因であり、ここには④本人の合意、⑩居室替申出、⑮行事への参加、⑯小遣い管理、⑰医師の選択、の5項目が含まれる。第3は入所者の処遇を施

設内で完結させない「社会性の処遇」であり、ここには⑩施設外での理・美容、⑪郵便局等へ、⑫投票所での投票、の3項目が含まれる。第4はプログラムにおいて「ノーマリゼーション」とでも表現できる内容を持つ「処遇理念」の要因であり、⑬掛布団持込、⑭夕食開始時間、⑮主食の盛り方、⑯オムツ定時交換回数、⑰消灯時間、⑱呼称、の6項目が含まれる。第5は「ホームの物理的空間条件」であり、ここには⑥家具持込、⑦テレビ持込、⑧居室の構造、⑨冷蔵庫の利用、の4項目が含まれる。

この結果から、第5の「物理的空間条件」を除いて、いずれも施設・職員の処遇の在り方や理念についての考え方と関連する変数が実践（処遇）水準と関連していると見ることができる。しかも、入所者の選択・自由を基準変数とした高得点群の施設は、他の変数においても選択・自由を保証するような処遇をしていると理解できる。このように、現在の老人ホームにおける実践水準の格差は、物理的空間条件といった与件度が高い条件よりも、施設・職員の姿勢次第といった条件、つまり職員の力量に左右される条件によって生み出されていると言うことができる。とすれば、入所者の施設における生活は、そのホームの職員の在り方によって規定される実践（処遇）水準に甘んじなければならないという現実を指摘することができる。逆に見れば、高水準で実践されている施設の処遇が他の施設に波及・普及していないという現実でもあるわけであるから、普及を阻害している条件が解明されれば、実践の水準はなお改善できる可能性が残されていると見こともできる。

しかしながら、純技術的要素よりも理念的要素によって実践水準の格差が規定されているという事実は、福祉実践の別の特色を表現しているとも言える。即ち、特に身体医学における「病気ないし疾患」概念が生体の持つ生理学的標本性からの逸脱という形で定義される（ダニエルス、1981）のを見るとき、身体医学の理念ないし目的が比較的自明のこととして論議の詮索からはずれ、純技術論として医療水準が論議されるのに対して、社会福祉実践においては実践対象に関する目標たる標本が自明のものではなく、そもそも「生活」に関する標本があり得るか否かが問題とされ（例えば、自己決定とパターナリズムの関係に関する論議を参照せよ、中村、1982；熊倉、1987）、従って、純技術が発動される前提

表3 高・低得点群別実践水準

() : N数 単位 : %

項 目	選 択 肢				有意率
	～ 72	73 ～ 78	79 ～ 83	84 ～	
①開設年度					
低得点群 (65)	13.85	32.31	26.15	27.69	
高得点群 (30)	6.67	23.33	13.33	56.67	△
②在宅ケア話し合い	全ケースおこなう	見込みがあるとき	あまりしない	全然しない	
低得点群 (66)	6.06	10.61	40.91	42.42	
高得点群 (31)	6.45	35.48	41.94	16.13	※
③引取話し合い	必ずする	見込みがあるとき	あまりしない	全然しない	
低得点群 (65)	7.69	18.46	38.46	35.38	
高得点群 (31)	22.58	38.71	32.26	6.45	※※
④本人の合意	必ず得る	できるだけ	家族合意優先	家族合意のみ	◎
低得点群 (66)	30.30	43.94	15.15	10.61	
高得点群 (31)	74.19	22.58	3.23	0.00	※※
⑤家具類持込	3点以上可	2点可	1点可	不可	◎
低得点群 (66)	10.61	6.06	19.70	63.64	
高得点群 (31)	64.57	12.90	19.35	3.23	※※※
⑥テレビ持込	可	不可			
低得点群 (66)	27.27	72.73			
高得点群 (30)	56.67	43.33			※※
⑦掛布団持込	可	不可			
低得点群 (64)	35.49	64.06			
高得点群 (30)	66.67	33.33			※※
⑧居室の構造	3・4人が主	5人以上が主			
低得点群 (65)	72.73	27.27			
高得点群 (30)	93.10	6.90			※
⑨談笑の空間	4カ所以上	3ヶ所	2カ所	1ヶ所・無し	
低得点群 (66)	19.70	34.85	31.82	13.64	
高得点群 (31)	41.94	29.03	25.81	3.23	△
⑩居室替え申出	充分考慮	事情に応じ			
低得点群 (65)	17.19	82.81			
高得点群 (30)	48.39	51.61			※※
⑪夕食開始時間	6時以後	5時半～6時	5時～5時半	5時以前	
低得点群 (66)	0.00	12.12	77.27	10.61	
高得点群 (31)	9.68	12.90	77.42	0.00	※

実践水準に関する一考察

() : N数 単位 : %

項目	選 択 肢				有意率
㊸主食の盛り方	茶碗・自由	茶碗・職員	丼・お代わり	丼・盛りまり	◎
低得点群(66)	3.03	31.82	15.15	50.00	
高得点群(31)	22.58	35.48	9.68	32.26	※
㊹冷蔵庫の利用	個人所有可	施設で用意			
低得点群(66)	7.58	92.42			
高得点群(31)	22.58	77.42			※
㊺オムツ定時交換	8回以上	6・7回	5回	4回以下	
低得点群(65)	52.31	41.54	3.08	3.08	
高得点群(30)	80.00	13.33	6.67	0.00	※
㊻行事への参加	自由	意志確認有り	一部強制		◎
低得点群(65)	13.85	70.77	15.38		
高得点群(31)	32.26	64.52	3.23		※
㊼小遣いの管理	全て本人	一部職員	一部本人	全て職員	◎
低得点群(66)	1.52	12.12	74.24	12.12	
高得点群(31)	9.68	51.61	32.26	6.45	※※※
㊽医師の選択	全て自由	一部指定制	全て指定制		◎
低得点群(66)	6.06	72.73	21.21		
高得点群(31)	29.03	67.74	3.23		※※
㊾消灯時間	決まっていない	状況による	決まっている		
低得点群(66)	3.03	42.42	54.55		
高得点群(30)	6.67	70.00	23.33		※
㊿施設外での理容	常に通える	時に不可	全て施設内		
低得点群(65)	50.77	10.77	38.46		
高得点群(31)	77.43	6.45	16.13		※
㊿呼称	「さん」づけ	状況による	いつも愛称		
低得点群(65)	33.85	64.62	1.04		
高得点群(31)	64.52	35.48	0.00		※
㊿郵便局等へ	機会は少ない	全て施設内			
低得点群(63)	31.75	68.25			
高得点群(31)	54.84	45.16			※
㊿投票所での投票	希望者は可	全員施設内			
低得点群(66)	1.52	98.48			
高得点群(27)	11.11	88.89			※

注 : ◎の項目は高・低得点群を二分するために使用したもの。
 有意率 : △=10%、※=5%、※※=1%、※※※=0.1%水準

の段階で理念なり目的に関して相当の論議が費やされるという実情を表していると言えるのである。

4. 考察と結論

従来、社会福祉実践の水準に関する論議は、実践に対する「評価」という形で行われてきた。評価は、施設のあり方に関する評価（業務評価ないし施設評価）と、処遇の効果測定（処遇評価）の二側面から考察されてきた。この評価と実践水準論との関係を押さえておかなければならない。医療水準論における水準は、医療過誤が生じたときに、その医療行為がその当時の医療水準を踏まえたものであるか否かを判断し、医療過誤において専門家側に過失があったか否かを判定する一つの要素となるものと位置づけされた。ただ医療水準は機能的には医療過誤というネガティブな場面ばかりでなく、より良い医療というポジティブな面においても使用できる(研鑽義務)。従って、医療水準は、医療行為の評価の基準として（ただし、手段債務の履行に関する評価の基準として）機能する事になる。

しかしながら、先に見たとおり「医療水準」概念を用いることに対する疑問もあった。確かにある具体的な疾患に対する診断と治療の水準をその当時において一義的に決定することの難しさはあり、また具体的な医療行為をその医療水準のみで判断することの適否に問題があることも事実であろう。しかし、老人ホーム処遇における現実を見る時に、施設最低基準を基にした殆ど同じような条件のもとで、ある水準の実践が出来ている施設と出来ていない施設（例えば、褥瘡をホーム内で作ってしまうところとそうではないところ、徘徊痴呆老人に抑制ないし施設せざるに処遇できているところとそうではないところ、あるいは夕食を4時台で出しているところと6時台で出しているところ、といった）を比較検討する糸口になることは十分に考えられ、それ故この概念は充分に有効であろう。特にこの概念が施設職員の「研鑽義務」に連結する点は重視すべきであろう。

以上の点から、福祉実践において実践水準を論ずる意義は、処遇の過誤が特に法的に問題になっていない現時点においては（潜在的にも問題がないということではないが）、また医療水準論において「研鑽義務」が

強調されていることをみると、専門職業倫理における「クライアントの最善の利益」「最善の処遇を受ける権利」への専門職員側の自己規律の基準として作用すると見ることができるのである。

以下、医療水準論の展開内容で見られた細目について、福祉実践（老人ホームにおける処遇実践）に対応させて検討してみたい。

福祉実践においては、治療（処遇）義務・説明義務は現実と考えられるが、転医義務については転医すべき施設を見いだせるほど専門分化していない。痴呆専用特別養護老人ホームなりが僅かに転医先として見いだせる位である（但し、その専用特養の処遇水準が高いと必ず言えるか否かは確定できない）。

診療当時の医療水準（処遇水準）をどの様に確定するか、が問題である。特に、その水準を明示していると専門家間で了解されている専門学術雑誌や成書を見いだせるか否かという問題である。また各現場での実践内容が専門的学術論文ないし報告として常時作成される習慣及び発表機会があるかどうかとも問われるであろう。また福祉実践の水準の規定要因が純技術的というよりは理念的な性格が強いとすれば、理念的見解の差異というもう一つの困難な論点を抱えることになることに留意しなければならない。

処遇当時の処遇水準を確定するとしても、現在の福祉実践領域においては医療領域のように実践家の学歴水準を特定出来ない。とすれば、個別の実践家の個々の実践については学歴を問題にできず、従って実践家個人には、ある一定の教育訓練を経たことを前提にした処遇水準を要求することができないことになる。この事は、実践水準の判断の基礎となる母集団が確定出来にくいということも意味する。

医療水準論においては、医療機関に「研究機関⇒基幹病院⇒一般医療機関」のランク付けがあるが、福祉領域においては実践する施設機関にこのランク付けを適用できるか。経験的には、処遇が進んでいると思われる施設を挙げることはできるが、それだけでは制度的にランクづけすることはできないだろう。

また医療水準論においては「地域事情」は現在の情報化時代において殆ど問題にならなくなってきたとされるが、福祉実践水準においてはこの「地域性」はどの程度のウエイトを持つか。相対的に高学歴の職

員を採用できる地域とそうでない地域の差があるかも知れない。また新任・現任の研修・訓練に参加できやすい地域とそうでない地域の差も考えられるかも知れない。しかしこれらの地域事情が低水準の実践に対する「違法性阻却理由？」になりうるかは検討しなければならない。

医療水準論は、医療過誤訴訟を題材に錬磨されてきた。とすれば、福祉実践水準論が錬磨される題材は何か。医療水準（看護水準も同じであるが）は、卑しくも人の生命と健康に関わる者、という前提があった。とすれば、福祉における実践水準は、譬え処遇過誤訴訟がないとしても、卑しくも人の基本的人権（特に生活権）に関わる者、という前提に立つということが出来、医療水準論と殆ど同水準で論じられてよいし、それだけの厳しさが要求されてよい筈である。これは医療においては合理的医師説（新美、1984）であり、一般的には合理的実践家像の考え方といってよい。

実は、老人福祉領域の処遇に関して「過誤訴訟」に類似したものはあった。林（1975）の紹介によれば、次の様な行政訴訟がおこされていたのである。「養護老人ホーム1人1室入居請求事件」と銘打たれるものであるが、昭和44年当時単身で病弱であった原告（昭和46年判決当時76歳・男性）がホームヘルパーを頼んだが断られたため、45年にK市の民生委員を通じて養護老人ホームへの入居を請求した。市の方から1室に3人位の同居であることの回答があったのに対して、原告は雑居制を原則としている養護老人ホームは憲法25条第1項が保障している「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を侵害するものであるとして、個室の養護老人ホームに入居させよとK市を相手取って行政訴訟を起こしたのである。原告の訴えの内容は次のようである。人間の生活は「理性と感情を基調として行われるものであるとすれば、当然同居者間には人生感の相違、教養の多少、趣味、性格の差等によって真の平和はあり得ない」、従って円満な生活を営もうとすれば「常に感情を偽り、感情を殺して対応しなければならない」等であった。これに対して裁判所は、原告がかような老人ホームに入居を希望する心情は十分に察せられるが、憲法25条第1項の定めから直ちに国民に1人1室の老人ホームを請求する権利があるとはいえないと判示し、本訴請求は失当であるとして棄却したのであった。老人ホームにおける居室は、一旦建築されてしまえばな

かなか変更が難しい構造的条件である。それと同時に居住する者からすればそれ以後の生活の水準を大きく規定する条件でもある。この条件に関して、棄却されたとは言え、老人ホームの設置者（及び国の示す最低基準）のもつ意識水準が人権問題として問われた意義は大きいと言えよう。

つまり、医療過誤訴訟は専門家側の実践水準を問うものであったが、逆に見ると、それは患者（およびその家族・関係者）の消費者としての人権意識（権利意識）の水準が測られるものでもあった。つまり、訴訟の乱用という批判が一部にあるとしても、その訴訟が専門家とそのサービスの消費者との間の関係を見直させ、受けるべきサービスの水準を検討させ、専門家支配（時にパターンリズムと言われる）を再考させてきたことは否めないのである。その意味で今までのところ、福祉処遇の実践領域では目立った訴訟があるわけではなく（上記の、養護老人ホーム1人1室入居請求事件を除いて）、利用者・消費者側から受けるサービスの水準を問題にするという権利意識は弱かったと言わなければならない。「福祉概念」にまつわりつくスティグマ及びレス・エリジビリティの無意識的承認があると言えようが、今後次第に利用者側からの検討が強まることは十分に予想される。

医療水準の維持・向上については、その中核に医師の「研鑽義務」があった。これを福祉実践領域に当てはめてみるならば、

① 研鑽義務が果たされるべく、実践水準が明示される情報網（文献・資料など）の整備が必要となる。この場合、情報源としての「外部知識（借用知識）」と「内部知識（自生的知識）」に関する問題がある。特に、外部知識（他の学問領域や実践領域の持つ知識・理論・技術）の水準をどのように、何処まで押さえる必要があるか、という問題である。ソーシャルワーク実践においては歴史的に外部知識に大きく依存してきたという脈絡があるが故に、この問題は避けては通れない。

② 個人的研鑽義務だけではなく、チームとしての（専門家集団としての）研修・研鑽義務が課せられる必要がある。特に生活型の施設においては、ある個人的実践家の実践水準は勿論のこと、それ以上に職員チームの総体的な水準が重視されなければならない。

③ 研鑽した事柄の実行可能性をどう保証するかが次の課題となる。

そこでは職員の所属する施設・機関の組織水準が問題となる。先に医療機関の実践水準にとって使用者＝病院の責任の重さが指摘されたが、福祉領域の施設実践の水準を考える上で、施設長の役割は大きい。施設長はその施設の組織水準を形成する要となるからである。但し、その施設の実践水準を不断にチェックする役割を果たすのは、内部的には施設長の他に、ソーシャルワーカーたる「生活指導員」であると考えられる。Weissman et.al (1987) は、機関で働く臨床家としてのソーシャルワーカーの役割の中に「組織診断家 Organizational Diagnostician」「組織改革家 Organizational Reformer」を加えているが、正に生活指導員の役割として組み込まれる必要があるものである。

以上の考察は、言わば老人ホーム処遇における業務評価ないし施設評価の側面（特に過程分析）での実践水準の考察であったが、水準論として論ずる意味は、処遇過程を評価する場合に、理想的な目標水準を一覧にして現実をチェックする方法の有効性を一面では認めつつ、他方で現実に行い得ている水準が解明され、その水準が更新され普及していくメカニズムが明らかにされることにあるのである。今後はより具体的に個別的な処遇テーマないし処遇技術の側面での実践水準を検討する必要があると思われる。

〔文 献〕

- ① 浅野 仁・齊藤 千鶴・ほか (1986)：「ノーマリゼーション原理に基づく特別養護老人ホームの評価調査」『関西学院大学社会学部紀要』No.52, 149-158.
- ② 石井 トク (1986)：「看護婦と医療事故」『看護学雑誌』50-8, 867-876.
- ③ 井上 繁規 (1990)：「眼科一未熟児網膜症」根本久編『医療過誤訴訟法』裁判実務体系17, 青林書院, 587-600.
- ④ 岡本 民夫 (1982)：「社会福祉実践の水準とその評価方法」『社会福祉研究』No.30, 117-122.
- ⑤ 加藤 良夫・松村 悠子 (1988)：「褥瘡裁判と看護婦の責任」『年報 医事法学』No.3, 32-41, 日本評論社.
- ⑥ 饗庭 忠男 (1980)：「医療水準と説明・転送義務」『判例タイムズ』No.415, 54-67.

- ⑦ 熊倉 伸宏(1987):「精神科治療における paternalism と自己決定に関する文献的な考察」『精神神経学雑誌』89-8,593-614.
- ⑧ 畔柳 達雄(1986):「未熟児網膜症裁判の現状—60件の判決を読んで—」『判例タイムズ』No618,192-184.
- ⑨ 畔柳 達雄(1989):「医療水準—専門医, 地域差, 施設差」『判例タイムズ』No686,70-78.
- ⑩ 札幌市老人福祉施設生活指導員研究会(1992):『老人ホームの在り方に関する調査報告書—選ばれる老人ホームを目指して—』
- ⑪ 冷水 豊(1983a):「福祉サービス評価の基本的問題」『季刊社会保障研究』19-1,70-81.
- ⑫ 冷水 豊(1983b):「福祉サービス評価法 PASS 3 の原理と方法」『社会福祉研究』No33,32-36.
- ⑬ 冷水 豊・ほか(1985):「施設サービス評価の観点と方法—特別養護老人ホームの場合—」『月刊福祉施設士』1985.12,20-29.
- ⑭ 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会(1988):『第3回全国老人ホーム基礎調査報告書』
- ⑮ 副田あけみ(1987):「施設ケアの研究方法にかんする一考察—老人ホームにおけるケアの質と規定要因をめぐって—」『東京都立大学人文学報』No194,15-40.
- ⑯ 滝井 繁男(1984):「医療水準に関する一考察—特に転医との関連において」『法律時報』56-6,82-89.
- ⑰ 滝井 繁男・藤井 勲(1987):「「医療水準論」の現状とその批判」『判例タイムズ』No629,12-24.
- ⑱ ダニエルズ, N. (1981):「ヘルスケアの要求と配分的正義」加藤尚武・飯田亘之編『バイオエシックスの基礎 欧米の「生命倫理」論』東海大学出版会(1988),332-342.
- ⑲ 中村 直美(1982):「ジェラルド・ドゥオーキンのパターンリズム論」『熊本法学』No32,134-161.
- ⑳ 新美 育文(1984):「第4章 医師と患者の関係」加藤一郎ほか編『医療と人権—医師と患者のよりよい関係を求めて』有斐閣, 83-155.
- ㉑ 西井 龍生(1985):「療養指導上の注意義務と説明義務—未熟児網膜症訴訟をめぐって—」『西南学院大学法学論集』17-2.3.4合併号,1-30.
- ㉒ 西野 喜一(1989):「説明義務・転医の勧奨, 患者の承諾, 自己決定権」『判例タイムズ』No686,79-87.
- ㉓ 長谷川美津子(1986):「褥瘡裁判と基準看護」『看護学雑誌』50-8,893

-898.

- ②④ 林 弘子(1975):「社会福祉サービスと老人の権利—養護老人ホーム1人1室入居請求事件を軸として—」『熊本短期大学社会福祉研究所報』No4, 31-45.
- ②⑤ 米本 秀仁(1981):「老人ホーム「施設評価」論:序説」『北星論集』No19,107-126.
- ②⑥ Weissman,H.H.,Epstein,I.E.,and Savage,A. (1987):“Expanding the Role Repertoire of Clinicians,” in Social Work,68-3,150-155.