

展望論文 (Reviews)

医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント： 実践課題分析のための枠組¹⁾

松田 亮三

(立命館大学産業社会学部)

Citizen and Community Empowerment in Health Care: a Framework for
Analyzing Challenges in Empowerment Practice

MATSUDA Ryozo

(College of Social Sciences, Ritsumeikan University)

This paper proposes a conceptual framework for analyzing challenges in empowerment practices in health care. Powers of individuals and communities concerned with health care include individuals' and communities' abilities of controlling their health as well as authorities of decision-making on resource allocation in health care. Empowerment in health care has at least psychological, social, and political dimensions. Challenges in empowerment practices should be analyzed in clinical, organizational, and political levels, respectively.

Key words : health care, citizen empowerment, community empowerment, empowerment practice,
キーワード : 医療, 住民エンパワメント, コミュニティ・エンパワメント, エンパワメント実践

1 はじめに

対人援助が行われている主要な領域の1つである医療のあり方は現代社会の重要な争点の1つである。医療における「患者不在」あるいは「専門家中心」主義は長らく問題とされてきた。

そして、それは今日においても、未だ批判の際に用いられる(NHKがん特別取材班, 2005)。

近年において医療のあり方を論じる場合には、患者の視点や患者の声はキーワードの1つである。例えば、「患者・国民のための医療」は改革になくってはならないスローガンである(山崎康彦・(財)連合総研編, 2005)。患者を支援しその声を社会に届ける活動をすすめてきたNPOも17年の歴史を刻んでいる(ささえあい医療人権センターCOML, 1999)。独自の法制化にはいたっていないが、患者の権利の概念も紹介されてきたし、苦情処理を行う「オンブズマン」活動をすすめているNPOも経験を積み重

1) 本稿は、文部科学省オープンリサーチセンター整備事業「臨床人間科学の構築—対人援助のための人間環境研究(平成17~21年度, 代表 望月昭)」医療福祉チーム・CEHSOCプロジェクト(医療におけるコミュニティ・住民エンパワメントプロジェクト)の研究成果の一部である。また同プロジェクトは、日本生活協同組合連合会医療部会からの奨学寄附金の援助を得て遂行されている。

ねてきた(患者のオンブズマン全国連絡委員会, 2004)。

このような社会の変化を受けて、医療機関や医療従事者が患者の声を聞くこと、あるいは両者がパートナーシップを聞くことが課題となりつつある(大熊・開原 et al., 2006)。また、そうした活動を支える意味で、患者自身の体験を知る貴重な資料である闘病記を疾患別に整理したデータベース「闘病記ライブラリー」もオンラインで公開されている²⁾(岩崎, 2006)。さらには、患者の声をいかに医療政策決定の課題プロセスに反映させるか、という課題も浮かびあがっている(東京大学医療政策人材養成講座2期生「患者の声グループ」, 2006)。実際、2006年に成立したがん対策基本法は、がん患者大集会などの患者とそれを支援する社会運動に後押しされていた(本田, 2005)³⁾。

このように「患者志向(patient-oriented)」あるいは「患者中心(patient-centered)」の医療につながるさまざまな活動が行われる一方で、日本の医療サービスは制度的にさまざま問題を抱えている。財政的には、国民皆保険といわれるような普遍的な医療保険制度は成立しているものの、保険料の滞納・未納によって事実上保険がない状況におかれている世帯が約32万世帯(国保加入世帯の約1%強)にも及んでおり、朝日新聞社の取材では、2000年以降に少なくとも21人が受診抑制の末死亡していることが明らかになっている⁴⁾。また、診療の対価としての30%の利用者負担は高額療養費制度があるものの、医療支出(いわゆる医療費)の17.3%(2003年)となっており、普遍的な保険制度をとっているドイツの10.4%(2003年)、フランスの

7.7%(2003年)などと比べても高い状況となっている(OECD, 2006)。

さらに、医療サービスの供給においては、小児科医師や看護師の地域・施設間の偏在、産科医⁵⁾、小児科医(河北新報社編集局編, 2003)の各地での不足が、この数年大きな問題となってきた。一般的に、地方における病院医療の供給に困難がみられており、2004年度において医療法の配置基準を満たしている病院の割合は、大阪96%、東京94%などのように都市部が高い一方で、青森43%、岩手55%など東北や北海道が際立って低かった⁶⁾。このように、皆保険という制度的理念から離れて医療へのアクセスの実態をみれば、財政・供給の両面において日本の医療は大きな課題を抱えている。

医療における患者中心主義と医療へのアクセスの問題は、上記のようにしばしば別に議論されているが、住民からみてこれらを切り離してみるのは妥当とは思えない。利用できない医療について患者中心主義を論じても仕方がないし、患者を無視した医療では困るからである。医療における患者のエンパワメントを考える前提条件として、病人や健康に不安をもつ人が医療を利用できるという意味での権限を住民が獲得していくことが含まれるはずである。臨床における医療専門職の振舞いや病院等の医療機関の運営法だけでなく、医療のアクセスや医療供給体制の確保という点を含めて、患者・住民の

2) 闘病記ライブラリーは、闘病記700冊を病名ごとに仮想書棚に分類して、簡単に見つけられるようにしたものであり、2006年6月現在、収蔵冊数は700冊約200の病名から本を探ることができる。URLは、<http://toubyoki.info/> (2006年12月3日閲覧)。

3) 読売新聞2006年11月24日付け、朝刊。

4) 朝日新聞2006年7月4日付け、朝刊。保険料が一定期間滞納された場合、保険証に変替えてわって資格証明書が発行されるが、その場合診療に要した費用を全額負担することが必要となる。この実態については、NHKスペシャル「もう医者にかかれないうきづまる国民健康保険〜」(2006年12月3日放映)が、福岡市の実態を中心に伝えた。

5) 神奈川県では2015年には1万人の妊婦の受け入れ先が不足するとの推計もある(加来・田中・布川2006)。

6) 朝日新聞オンライン版 2006年11月28日付、<http://www.asahi.com/health/news/TKY200611280297.html> (2006年12月4日閲覧)

視点から総合的に現代の医療のあり方を検討することが重要であるように思われる。

本稿では、こうした問題意識にもとづき、医療における患者中心性や患者志向を具体化するために、むしろすでに医療現場に組み込まれた存在としての「患者」という概念から離れて、コミュニティ・住民エンパワメントという考え方を提起し、3つの水準—臨床、組織、制度—においてエンパワメント実践課題を分析する視点を提示する。というのは、現代医療においては、臨床実践がどのような組織の下で行われているか、そしてその組織はどのような制度のもとで運営されているかを重層的に分析していくことが求められるからである。このような枠組を用いることにより、患者中心性や患者志向の医療の実現に向けた現状分析と課題のより包括的な検討を可能とすることを目指している。

以下では、まず「医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント」の概念を考察し、次いでその概念を具体的に適用するための3つの水準を検討する。

2 コミュニティ・住民エンパワメントと患者エンパワメント

2-1 コミュニティ・住民エンパワメントの概念

エンパワメントという用語は、さまざまな分野で多様な意味合いを込めてもちいられており、学術用語として統一した定義があるわけではない。たとえば、途上国における開発をめぐる議論(Friedmann, 1992=1995)、ソーシャルワーク論(小田・杉本et al., 1999; 狭間, 2001)、教育(Freire, 1970; 鈴木, 1997)、女性学(村松・村松, 1995)、コミュニティ心理学(Rappaport, 1987)、などの分野において盛んに議論されてきた。

医療においても、近年しばしばエンパワメン

トが述べられるようになってきている。たとえば、精神病者のリハビリテーション・リカバリーに関わって(Ragins, 2002; Chamberlin, n.d.)、また糖尿病の療養に関わって(Anderson and Funnell, 2000=2001)、エンパワメント概念を用いたアプローチが重視されてきている。

こうした多方面での議論を紹介し整理することはここでの課題としない。むしろ医療におけるエンパワメントを考える場合において重要な特徴を抽出し、そこから「医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント」の概念を提案する。その際、エンパワメントの概念を限定するよりは、幅広くとらえることを志向して検討する。というのは、本稿の課題は、医療に関わるさまざまな場面で発生している事柄をエンパワメントという概念を用いて概括することを提案したいからである。

まず、エンパワメントは、言葉の意味からいって、何らかの力(power)が増すという過程を含んでいる。この力は、さまざまな意味を含意しており、それによってエンパワメントの含意も異ってくる。住民のエンパワメントは多くの側面をもった概念であり、上記に述べたような各種のエンパワメントの議論をふまえて、「医療において」どのような住民・コミュニティの力が増すことに注目するのかを検討する。

まず、個人について自己の生活に関する事項をさまざまに統御する能力(ability)の向上をエンパワメントとする考え方である。医療についていえば、自身の対応、社会関係の調整、医療サービスの利用を行いながら、健康や病気に対してながら自己の生活を統御する能力ということができらるであろう。関連して、このような統御がどの程度できているかどうか、という個人の認知に関わる事柄が心理的エンパワメントと考えられるものである。

統御の対象となる生活に関する事項は幅広い。健康は生活全般に関わっているゆえに、生

活のさまざまな側面と関与する。例えば、フリードマンは、防御可能な生活空間、生活維持以外に使える時間、知識と技能、適正な情報、社会組織、社会ネットワーク、労働と生計を立てるための諸手段、資金、など生活の基盤となるものへのアクセスをエンパワメントとして整理した(Friedman, 1992=1995)。社会生活のさまざまな側面がエンパワメントに関わることからすれば、医療におけるエンパワメントも単に専門職との関係だけでなく、さまざまな社会諸関係の中でとらえられる必要がある。上記のフリードマンの整理を医療サービス水準で適用すれば、療養空間、療養に要する時間のバランス、療養に関する知識と技能・情報、療養に関する相互援助の組織や社会ネットワーク、仕事などと療養とのバランス、療養を含めた生活に要する費用、が医療における住民エンパワメントに関わる事項とすることができる。健康増進や予防について、これとは異なるまとめ方もすることができる。

このような多くの資源についての決定は、社会のさまざまな関係の中で決まっていくのであり、その意味で、政治的な力の向上がエンパワメントの重要な側面としてとらえられる(Friedman, 1992=1995; 狭間 2001)。政治的な力とは、選挙に関する諸権利のことだけでなく、意見の表明や集団的行動を組織する力などを含めた幅広いものであり、どのように社会的意思決定に関与するのかという問題である。同時に、さまざまな事項についての決定を行う権限(authority)を獲得するということにも関わる。

経済不況、自然災害や犯罪、感染症の流布などにおいて、コミュニティ全体が問題を抱えるとき、このコミュニティ・エンパワメントをどのように追求していくかは重要な課題となる。つまり、住民エンパワメントと同様に、コミュニティを単位として、そのエンパワメントを考

えることができる。コミュニティ・エンパワメントは、コミュニティに関わる決定をコミュニティが行うようになることであり、その構成員にとってよりよいコミュニティとなる力をコミュニティが獲得し実現していくこととしてとらえられる(Galdston, 1996; 安梅, 2005)。また、コミュニティが再生産していくために必要な基盤へのアクセスや、それに関する政治的決定、また、コミュニティがそれに関する重要事項を決定しているという成員の認知などさまざまな側面が関わってくる。なお、ここでのコミュニティは、地理的空間の共有をしている人々に加えて、利害や比較的緊密な社会関係を保っている人々のことという一般的な意味で用いている。

一方において、コミュニティは個人の私的生活と公的な巨大な近代社会がもたらすシステムとをつなぐ媒介構造(mediating structures)(Berger and Newhouse, 1996; 吉田, 2002)としても機能しうる。この意味では、コミュニティ・エンパワメントは、住民エンパワメントの1つの回路として機能することも可能である。このような媒介構造をどのように形成していくかは、エンパワメント戦略のあり方に関わる重要な論点の一つである。

エンパワメントは力が増す過程である。それゆえ、エンパワメントには終わりが無い。また、エンパワメントが始まる地点によってその帰結が異なるのは当然であるので、結果における画一的な評価も困難である。ただ、このようなエンパワメントの概念をおさえながら、さまざまな方法で住民とその集合としてのコミュニティに関わっていくことはできる。ソーシャル・ワークにおいては、これはエンパワメント・アプローチといわれている(狭間, 2001)。本稿では、医療におけるコミュニティ・住民エンパワメントを特定の専門職の課題に限定して検討するのが目的ではないので、これまで述べたような考

え方にもとづき、医療におけるコミュニティ・住民エンパワメントを追求する諸活動を、一括してエンパワメント実践と呼ぶこととする。

2-2 患者・利用者エンパワメントと言わない理由

「患者中心」や「患者志向」が問題となるのであれば、「患者エンパワメント」という用語を用いるべきかもしれない。しかし、すでに述べたように本稿ではあえて「医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント」という言葉を中心において考えている。その意図は、以下に述べる3点による。

まず、医療サービスが提供される水準だけではなく、現代社会において病人 (persons with illness) がどのような制度や組織のもとにおかれどのような経験をしているのかを総合的に把握した上で、さまざまな側面からエンパワメントを追求していくことを射程に入れるためである。したがって、「医療」が意味するところは、「医療サービス」だけでなく、病気に直面した人々が集まる結節点としての医療である。病気を契機にした職能・血縁・地縁などのさまざまな特徴を帯びた人々のネットワークをふまえて、そこでのエンパワメントを追求していくことがケアに関わる人々を包括的にとらえていくためには不可欠である。そのような人々のネットワークや社会のあり方を問題にしようとするときに、患者や利用者という言葉では十分意をつくせないと考えたゆえに、あえて住民と地域という言葉を用いている。

別の言葉でいえば、患者・利用者だけをエンパワメントしようとするだけでは、医療におけるエンパワメントを検討する十分な枠組とはいえないということである。例えば、家族が介護を行う場合に、介護を必要としている人 (= サービス利用者) だけでなく、介護を行っている家族のエンパワメントを視野に入れる必要がある。

このような場合に、介護をしている人にとって、そして介護を受けている人にとってどのような課題が出現するのかを、介護という行為の意味合い、介護の技能的側面・心理的側面・労働的側面なども含めて多面的に検討することが課題となる。そして、それは男性中心の企業社会といわれる日本社会において人生を過ごしてきた人々にとって、介護がどのような意味を帯びてきたのかを問い直すことにもつながるであろう。

次に、医療のあり方を検討する場合にも、患者や利用者という視点からだけでは十分状況を把握できず、むしろ住民や地域社会がどのように医療に関わるかという視点が欠かせない。今日の医療は公的制度を基盤にして形成されており、その制度の運営には多かれ少なかれ政府の介入が不可欠である。それゆえ、医療のあり方は、法を基本として定められる医療制度によって大きく影響を受ける。このことは、医療制度のあり方に住民や地域社会がどのように関わるかという論点を提起する。たとえば、健康保険制度の場合には、制度の枠組は法によって定められ、医療機関の行動に影響を大きく与える診療報酬、保険給付の範囲などの具体的事項は行政的に決められている (池上 2002)。制度のあり方を考える場合には、こうしたことを含めて総合的に考えていくことが要請される。この意味で、医療のあり方の問題は、現に医療を利用している人だけの問題でなく、これからその利用者となりうる住民全体に関わる問題である。

医療のサービスに注目した場合も、どのような医療サービス供給体制を確保するかは、まさに地域社会の課題である。同時に、どのような健康や福祉の課題が登場するか、別の言い方をすれば疾病や生活問題の発生をどう防いでいくかについても、やはり地域社会の問題として立ち現れる。これには、地域社会に帰属する人々がどのようにこの問題に立ち向かっていくか—

例えば、自治体行政としてどのように取り組むべきか、ということであり、また地域社会の中で非営利組織等によって事業活動を行っていくということでもある—が問われるということでもある。

最後に、住民と地域社会を多様な特徴をもった人々としてとらえ、住民間の共通性と差異に注意しながらエンパワメントの課題を検討することが重要だと思われる。疾病や病いは個別性が強く、それぞれの文脈において解釈され、それは人々のそれまでの経験や帰属集団によっても影響される(Kleinman, 1988=1996)。患者はそれぞれに多様な文化的背景をもっており、それゆえそれらの問題に対していくためには、患者が暮らしている地域社会をよく知る必要がある。この場合に、地域社会は多様な集団が一緒に暮らし、社会関係をつくっているものとしてとらえることとなる。

「コミュニティ・住民エンパワメント」をいう場合に、住民を均質な集団としてのみとらえるならば、比較的経験することが少ない疾患に直面している人々の問題は住民の中で可視化されず、問題が見過ごされてしまうことにつながる危険もある。住民のエンパワメントを強調することが、一定の患者のエンパワメントに逆行する陥穽もありうることに、注意しておく必要がある。この陥穽を避けるためには、住民は多様な人々であることを確認した上で、住民間の対立の可能性をどのように合意に結びつけるかという点も含めた検討を行うべきである。

地域社会のエンパワメントを考える場合においても、地域社会(間の)多様性を検討することが必要である。都市部と農村部の地域社会が利用できる資源や資産は異なるし、近年はその差はいつそう強まっているようである。こうしたことについても考慮しつつ、それぞれの地域の特徴や資産をいかしうるような方向での地域社会のエンパワメントを考えていく必要がある

う。

「医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント」は、上記のような幅広い問題関心を含んだ領域であり、このような設定により、今日課題として取り上げられることそして検討すべき多くの事象をエンパワメント論の射程に含むことができる。逆に、今日におけるエンパワメントはこれだけ多様な内容を含んでいるともいえる。

3 医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント—実践課題分析のための枠組

3-1 医療におけるコミュニティ・住民エンパワメントが問われる3つの水準

以下では、上記の「医療におけるコミュニティ・住民エンパワメント」の概念をふまえた上で、その多面的課題を特にエンパワメント実践について具体的に課題を整理し、検討していくための分析枠組を提案したい。この枠組は、権力や権限・力量の問題が発生する水準によって区分した上で、どのような権力・権限・力量に関わる問題があるのかを明らかにしようとするものである。なお、その際、さしあたり医療に関わって出現する課題に対応させて便宜的に区分した上で、先に述べた個人の力・資源へのアクセス・政治的力に関連するいくつかの事項との関わりを検討する。

まず、医療における住民・コミュニティのエンパワメントが課題となる水準として、個別の人々の状況に関わる臨床の水準、地域社会の中で行われるサービスや各種の支援のあり方全体に関わる組織の水準、それらの組織や個人の支援のあり方を規定し、影響を与える制度の水準という、3つの水準を少なくとも考えておく必要がある。

このような3つの水準を区別しつつ、それぞれの水準におけるエンパワメント実践の課題を分析し、それら相互の連関を検討していくこと

は、総合的で包括的な住民・コミュニティのエンパワメントの課題とエンパワメント実践の方策を明らかにしていくうえで新たな視座をもたらすものと考えられる。

以下では、この3つの水準ごとに、どのようなエンパワメント課題があり、どのような実践がありうるかを例示しつつ、検討してみたい。もとより、エンパワメントが過程であるとするならば、それは不断に継続されるものであり、状況の推移によって絶えず課題の把握のあり方が更新されねばならないであろうし、それぞれの地域社会が設定するエンパワメント課題は、やはり地域社会の多様性によって、自ら多様になると思われる。その意味で、以下に述べるのは、あくまでも例に過ぎず、実際的な活動の中で多様に具体化されていくことが想定される。

便宜的ではあるが、これまでの議論を整理した場合に、3つの各水準に共通してコミュニティ・住民エンパワメントの課題として検討すべき事項として、知識・技能、資源の利用可能性、意思決定の権限、権限の認知と行使という4つの事項をあげることができる（表1）。

知識・技能は、医療に関する知識・技能である。資源の利用可能性は、医療における人材・

資材などの資源を利用できること、具体的には財政と供給に関わる問題である。意思決定の権限は、個人や組織・制度についての意思決定を行う権限であるが、組織や制度の水準では一般に組織原則や民主主義の問題を含むこととなる。権限の認知と行使は、どのような権限を持っているかを認め、行使していくための諸能力と考える。これは、当然実際にどのような権限を与えられているか、という問題に関わる。

当然のことながら、それぞれの水準によって具体的な課題が一致するとは限らない。例えば、ある病いに患っている人々が病いの体験や疾病についての知識、対処法についての知識を獲得することが臨床の水準で課題となったとしても、組織の水準での知識としては治療法やサービス提供がどのように組織されるかについての経営的知識が必要かもしれない。さらに、制度については、医療保険の一般的な知識とともに、医療機関の一般的な経営状態や政策の立案・実施・評価についての知識も必要かもしれない。

各水準間を越えた共通の事項として、上記の4点以外に示すことも今後考えるが、まずは、4点を示すことにより課題の幅広さや複雑さを提示することができると思われる。

表1 水準ごとにみた医療におけるエンパワメント課題の例

関連する事項	水準		
	臨床の水準	組織の水準	制度の水準
知識・技能	状況に応じた具体的な知識・技能の獲得と実践	組織運営への参加	信頼できる情報基盤の存在とそれへのアクセス
資源の利用可能性	諸資源が利用できること（医療の利用等を含めて）	相互支援組織の形成	資源確保を可能とする医療制度の実現
意思決定の権限	よりよい決定過程をたどること	サービス提供組織への意見表出と決定への参加 相互支援組織の形成と	民主制の下での熟慮的討議への参加
権限の認知と行使	力量の継続的向上 権限の認知と行使能力の向上	法的権利の遵守 権限の認知と行使援助	諸権利に関する法的基盤の整備

さて、以上のような枠組をふまえて、3つの水準ごとの課題を以下で例示していく。

3-2 臨床の水準

臨床の水準においては、個々の住民の病いや健康についての経験や対処に注目し、そこからエンパワメント課題を検討することが課題となる。多くの場合、臨床の水準においては、専門職と住民（患者）との相互作用のもとで、いかに住民（患者）の力が増すが問われることになる。その前提として、住民が医療資源を用いること、すなわち医療専門職と接触し、各種のサービスを受けることができる権限（医療へのアクセスの権限）をもっていることが問われる。これについては、利用の場面における支払額が利用者の金銭的負担能力より低いことに加えて、言語的・文化的な障壁が少ないこと、心身の機能によって利用しにくいことがないこと、職業生活上とバランスをとって利用できること、など多くの側面からの検討が必要であるが、ここではその指摘にとどめておきたい。

医療専門職と住民が出会った後には、たとえば、問題に注目するよりは強み（ストレングス）を高めていくという専門職の思考法（狭間，2001）とともに、住民（患者）が適切な情報や療養に必要な資源を確保すること、状況に応じた具体的な知識・技能を獲得し実践していく能力を獲得していくこと、療養に関する意思決定を倫理的価値判断等を含めて満足のいくように行っていくこと、すなわちよりよい決定過程をたどるようにすること、などさまざまな課題がある。ここでは、疾病について療養している人（患者）であろうが、健康づくりや予防に取り組んでいる人であろうが、それらの人々の権限や力量が増すような方向で接し援助を行っていくことが課題となる。

医療専門職からみた臨床の水準でのエンパワメント課題は、疾病状態にある身体を対象とし、

薬剤・手術等各種の手段によって介入しようとする生物医学的モデルを含みつつ、より幅広く、住民の状況や要望に敏感で、力量・権限を増すような医療サービスの臨床実践とは何か、そしてそれをどのように構築していくか、ということである。

すでに述べたように、糖尿病や精神疾患に関連してこうした実践は積み重ねられてきており、エンパワメント・モデルによる臨床実践として整理されてきている⁷⁾。そうした慢性疾患の療養に関わる実践とともに、がんやHIV感染といったさまざまなイメージが付与されている疾患についてどのように病名を含めた状態を伝え、どのような援助を行っていくか、といった課題群もある。また、病いは心身に影響を及ぼすとともに、生活のさまざまな側面にそして社会関係にも影響を及ぼしていくが、このような状況におかれた人々をどのように支えるか、そして、健康づくりの活動に取り組むときに、自己との対話や他者との協力関係あるいは必要なスキルの形成をどのように援助していくか、と

7) エンパワメント・モデルによる臨床実践は、どのような疾病に思う人々に向かって行われるかによって具体的には異なるが、ひとつのあらかじめ定められたことを行うのではなく、患者（あるいは利用者）が自らにあった目標を設定し実践するのを援助する過程としてとらえられる（Funnell and Anderson, 2003）。例えば、糖尿病の療養におけるエンパワメント型のモデルは、以下のようなものである（Anderson and Funnell, 2000=2001: 31）。

- ・糖尿病は生物・心理・社会的疾患である。
- ・医療者－患者の関係は民主主義的で、両者の専門的見解を分かち合うことを基本とする。
- ・問題点と学習ニーズは通常患者によって特定される。
- ・患者が問題を解決する人であり、治療する人であると考え。医療者は、患者が目標を設定し、自己管理計画を立てるのを手助けし、資源としてふるまう。
- ・目標は患者が（必要な）情報を提供された上で決定するようにすることである。行動学的方法は、患者が自分の選んだ行動変化を試しにやっていることを助けるために用いられる。採用されなかった行動変化は、将来の計画や目標作成に役立てる。
- ・行動変化は内的に動機付けされる。
- ・患者は医療者とともに力がある。

いったさまざまな課題群が登場する。さらには、専門職からみた場合に、援助を必要としているようにみえるにもかかわらず、専門職が提供しようとする援助から逃げていく、あるいは回避・拒否する人々がなぜ出現するのか、そしてその場合にどのような関わり合いがありうるのか、といった課題もある。

住民が臨床の場における自らの権限をどのように認知し、行使していくかという問題も大きな課題である。例えば、療養の内容についての説明を理解できる方法で受けるという権限があると住民が認めている場合と、そうでない場合で、臨床の場面における住民の振る舞い、そして専門職の振る舞いは変わってくるであろう。

また臨床の水準における行為は制度や組織のあり方が影響する。例えば、ある医療提供組織がカルテの開示を率先して行うことは可能であるが、カルテ開示を日本全国で実施するためには、そのための制度と医療機関の組織的対応が必要となってくる（患者の権利法をつくる会編、1997；日本診療録管理学会診療情報提供の事例調査委員会編著、2001；診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会、2003年6月10日）。この意味で、臨床の水準におけるエンパワメントを追求していくならば、制度や組織でのエンパワメントをも追求しなければならず、そのためには政治的な力の獲得が必要とされることもあることには注意すべきである。

他方において、エンパワメントは法的権限の付与といったマクロな問題だけでなく、臨床の水準においても追求されるべき点があることは、確認しておきたい。

3-3 組織の水準

次に、組織の水準である。コミュニティの力量の向上や権限の強化といったことが実際になされるためには、何らかの組織をつくり、活動していくことが必要である。こうした場合に、

人々が継続的に暮らす場であり、医療がサービスとして提供されるあるいは実践される空間を共有している人々の集合としての地域社会における組織が重要な意味をもってくる。同時に、空間的には離れていても、共通の病いを体験している当事者のコミュニティが組織をつくることももう一つの重要な意味をもっている。

病院等の医療サービス組織を、より患者の視点を取り入れて運営するためには、組織運営への実質的な参加が問題となる。もともと、自治体病院や消費生活協同組合設立などの病院を除いて、日本の多くの病院においては住民代表が運営に参加する仕組みがない⁸⁾。しかし、そのような枠組がなくとも、住民からのヒアリング調査や意見聴取の機会を設けるなどのさまざまな手法によって運営への参加を行っていくことはできよう。さらに、2007年度から発足する社会医療法人のように医療機関外部からの運営参加を制度化することにより、病院等の医療サービス提供機関への住民の意思がより反映する可能性も考えられるが、実際にそうなるかどうかは誰がどのように具体的に参加していくかを子細にみていく必要がある。

住民自身による相互支援の組織の形成も組織の水準の問題として重要である⁹⁾。相互の課題を交流することによってお互いを支えあう自助組織や、病いや障害を契機にさまざまな人生・生活上の問題に直面している人々やあるいは対人関係の問題に悩んでいる人々を支える援助組織をどのように形成・運営していくかは、非営利組織（NPO）の概念が普及した今日においても実践的には大きな問題である。そうした組

8) 組合員が出資している消費生活協同組合設立の病院においても利用者の運営への参加は単純ではなく、どのような方法がいかの模索が続いている（斉藤、2007）。

9) さまざまな病いに対して、さまざまな患者団体が設立されている（プリメド社「全国患者会障害者団体要覧」編集室、2006）。

織は単に当事者と関連する人々を支援しようとするだけでなく、それらに関する政策形成に寄与する機能を持ちうる¹⁰⁾。インターネットなどによる情報基盤の変化は、このようなコミュニティ組織にも新たな展開をもたらしており(高橋 2005)、そうしたネットワーク形成力についても組織の水準でのエンパワメント実践課題として位置づけて検討できよう。

地域における医療サービスの供給が市場の自律的調整によって望ましいものになるとは限らないので、何らかの計画原理を取り入れていくことが必要である(高山, 2003)。その際、政府による計画のあり方が問題となるが、例えば1980年代半ばより導入された各都道府県医療計画に、どのように住民参加をしていくかについては、この医療計画が主に病床数の規制的な意味合いが強かったためこれまで十分検討されてきていない。米国のW.K.ケロッグ財団が試みた3つの地域でのプロジェクトの経験を分析した結果では、医療の計画づくりへの住民参加にはリーダーシップの訓練とともに専門的なスタッフによる支援が必要であることが明らかになったとされている(Perlstadt, et al., 1999)。こうした例に学びつつ、医療計画への住民参加の仕組みを具体的にどのように構築し運用していくかは、組織の水準における重要な問題である。もちろん、このような枠組は国家レベルの枠組によって定められる必要もあり、この意味では制度の水準の問題でもある。ただし、国家の枠組ができたからといって、それが実際に良好に機能するかどうかは、各地域の関係者の問題でもあるという意味で、この課題は組織の水準としても検討していく必要がある。

医療に関するコミュニティの資源については、医療機関はもとよりコミュニティにおける

健康と医療に関わる諸資源をいかにコミュニティの構成員に対して利用可能にしていくかが課題となる。たとえば、情報の利用可能性を増し健康についてのリテラシーを高めていく機会をつくることは1つの課題である(Committee on Health Literacy, et al., 2004)。医療機関や保健センターが住民の健康に関する知識の拠点として機能すること、あるいは公共図書館が療養に関する知識の情報蓄積センターとして機能することなどは、一つの方策である¹¹⁾。

3-4 制度の水準

制度の水準でのエンパワメントとは、コミュニティ・住民が権限や力量を増すように制度が変化していくことをさし、そうした制度をつくりだしていくこととしてエンパワメント実践を考えることができる。

例えば、住民の医療や健康に関する信頼できる情報基盤の形成、さらにはその情報を実際に用いることができるように図書館やオンライン情報などの整備を行っていくことは、コミュニティ・住民の知識を増加させることにつながることを期待される。さらに、先にも述べたが、生物医学や統計学の発達を背景として疾病に関する知識だけでなく、健康を人々の生活世界の問題としてとらえなおす視点からの経験の蓄積も増加しており(斎藤・岸本, 2003)、こうした情報を利用できることもまさに病むものとしての知識を増すことにつながるであろう¹²⁾。

医療サービスの臨床、あるいは診療・受療の現場における行為のあり方は、その対価の支払

10) 患者団体が政策形成に参加していく過程には、専門職が協力する場合もあり、単純なものではない(衛藤, 1993)。

11) 図書館に医学関係の図書は長らく蓄積されているが、近年特に患者の闘病記を整理して利用できるようにする取り組みが各地の図書館で行われている(重政, 2006)。

12) このような情報を映像や音声、テキストなどの多様な方法で収集するとともにオンラインでアクセスできるようにする試みもすでに英国では行われており、日本でも検討されている(Dipex-JAPANのウェブサイト [http://homepage2.nifty.com/dipex-j/index.html], 2007年2月20日閲覧)。

いに関する医療財政制度や人員配置や資格等を規制・管理する医療供給制度のあり方によって大きく左右される。したがって、全国的な医療政策の形成に素人である住民がどのように関わるのかは大きな問題である。すなわち、医療資源の確保を行うことが可能であり、かつ医療の過程が患者中心になるような仕組みをどのように形成するかが問われてくる。日本の医療制度は保険制度を建前とし、全国共通の診療報酬を基本とし、それに各診療機関の特性に応じたいくつかの支払い方式を組み合わせることによって成立している。そのため、これらについては、基本的に国政レベルの問題となる。国政にも、立法、省庁による告示などによって、決定される事項が異なるが、臨床や組織の水準における問題をふまえつつ、コミュニティ・住民エンパワメントにつながる制度化をどのように行っていくかは今まさに課題となりつつある（東京大学医療政策人材養成講座2期生「患者の声グループ」, 2006）。

ただし、資源配分は医療だけの問題ではなく、さまざまな政府の諸活動の中で定められるものである。この意味では、制度の水準では単純に医療の資源を増加させるということよりは、むしろさまざまな医療制度がどのような組織や臨床の現実をもたらすかをふまえ、熟慮を加えて意思決定を行っていけるような仕組みこそが求められよう。同時に、これまでにも述べてきたことだが、臨床や組織の水準におけるコミュニティ・住民の権限を法的にどのように定めるのかは、まさに制度の問題であり、上記の資源配分の問題と同様な仕組みが求められると思われる。

さらに、技術評価についても、国の制度の問題として扱われるべきであり、この点をどのように行っていくかは課題である。特に、倫理的観点から簡単に決定できない課題などについて、専門家による評価だけでなく、社会の非専

表2 水準ごとにみた医療におけるエンパワメント実践の例

水準	エンパワメント実践の例
臨床	・エンパワメント・モデルによった臨床実践 ⁷⁾
組織	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等においては、エンパワメント・モデルによって臨床実践を行うような組織文化の育成および環境の形成 ・住民の知識・スキル獲得を支援する組織の形成（キャンペーン組織等を含む） ・医療専門職から得られない情緒的あるいは実際の支援および相互支援の組織化 ・サービス提供組織への意見表出と決定への参加
制度	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼できるユニバーサルな情報発信、信頼できる情報基盤の存在とそれへのアクセス（データベース、電話相談等） ・患者自身による病気の経験の蓄積など、患者（さらにその家族）サイドにたつた情報の蓄積と普及 ・病人の療養および生活の水準を確保するための諸資源の整備とそれへのアクセスの確保 ・新技術の社会的評価（コンセンサス会議等） ・民主制の下での熟慮的討議への参加

門家の視点からの評価を行うところみがコンセンサス会議の開催によって行われた経験もあり（小林, 2004）、こうした試みも含めてどのような方策が妥当かを検討することも課題である。

以上のような各水準における課題をふまえつつ、それに対するエンパワメント実践を例示したものが表2である。ここに提示した実践の方策を具体的に検討していくことは別の機会に譲らざるを得ない。今後本論文で提案した3つの水準をふまえて課題を提示する中で戦略的にエンパワメント実践を検討していく可能性を検討する必要がある。

むすび

本稿では、医療におけるコミュニティ・住民エンパワメントをさまざまな力の向上する過程としてとらえた上で、それに関わる個人の能力、

資源アクセス, 政治的力をふまえつつ, 臨床, 組織, 制度の3つの水準でエンパワメント実践の課題を分析することを提案した。このような視点により, 医療における住民・コミュニティのエンパワメント, そして患者・利用者のエンパワメントをより総合的に把握することが可能となる。この3つの水準を視野にいれ, それぞれにおけるエンパワメント実践の相互連関をふまえて, さまざまな課題や実践の具体的な検討を行うことは, 戦略的なエンパワメント実践のために役立つと思われる。

本論文で提案するのは, あくまでもこのような概念枠組であり, この枠組を活用しながら, 臨床, 組織, 制度におけるエンパワメントの課題を具体的に検討し, 取り組みを分析していくことは, 基本的には今後の課題である。こうした課題への挑戦, すなわちエンパワメント実践として, いくつかの例をあげながら説明したが, あくまでもそれらは例にすぎず, どのようなエンパワメント実践がありうるか, そしてそこで用いられるべき戦略はどのようなものかふさわしいかについては, 個別具体的な実践に焦点をあてて検討しなければならないであろう。

この意味では, エンパワメント実践それ自体も, さまざまな課題に応じて新たに作り出していくべき内容を含んでいる。そして, 有効な実践をつくり出していくためには, 医師を始めとした強力な専門職をかかえ, 巨大な資源を必要とする現代の医療において, 住民やコミュニティが, 個人の力・資源へのアクセス・政治的力を, 各水準においてどう獲得すべきかを, より精緻に検討することが求められよう。

引用文献

Anderson, B. and Funnell, M. (2000) *The Art of Empowerment: Stories and strategies for diabetes educators*. Alexandria, Va., American Diabetes Association. 石井均訳(2001)糖尿病エンパワーメン

ト—愛すること,おそれること,成長すること. 医歯薬出版.

安梅勅江編著(2005) コミュニティ・エンパワメントの技法:当事者主体の新しいシステムづくり. 医歯薬出版.

Berger, P. L. and Neuhaus, R. J. (1996) *To Empower People: From State to Civil Society*. Washington, D.C., The AEI Press.

Chamberlin, J.(not dated) A Working definition of empowerment. http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html (2006年11月30日閲覧).

Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., and Kindig, D. A. (editors) (2004) *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C., National Academies Press.

衛藤幹子(1993) 医療の政策過程と受益者—難病対策による患者組織の政策参加—. 信山社.

Freire, P. (1970) *Pedagogy of the oppressed*. Harmondsworth, Middlesex.

Friedmann, J. (1992) *Empowerment: the politics of alternative development*. Cambridge, Mass., 72-73 Blackwell. (1995) 市民・政府・NGO:「力の剥奪」からエンパワーメントへ. 新評論.

Funnell, M. M. and R. M. Anderson (2003). *Patient Empowerment: A Look Back, A Look Ahead*. *The Diabetes Educator* 29(3), 454-464.

Galdston, W. A. (1996) *The view from the White House—individual and community empowerment*. In Berger, P. L. and Neuhaus, R. J. *To Empower People: From State to Civil Society*. Washington, D.C., The AEI Press: 58-63.

狭間香代子(2001) 社会福祉の援助観 ストレングス視点・社会構成主義・エンパワメント, 筒井書房. 145-163

本田麻由美(2005) 患者同士が連携初の大集会「がん情報センター」提唱. 読売新聞(2005年6月8日).

池上直己(2002) ベーシック医療問題. 日本経済新聞社. 岩崎賢一(2006) 闘病記700冊を一覧. 朝日新聞(2006年6月12日).

加来隆一・田中純也・布川香樹(2006). 産婦人科開業医の現状—大都市と地方都市. 産科と婦人科 73(8), 951-956.

患者の権利法をつくる会編(1997) カルテ開示:自分の医療記録を見るために, 明石書店.

- 患者のオンブズマン全国連絡委員会（2004）患者のオンブズマン・レポート 苦情調査報告書集，エビック。
- 河北新報社編集局編（2003）小児科砂漠，日本評論社。
- Kleinman, A. (1988) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books. 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳（1996）病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学，誠信書房。
- 小林傳司（2004）誰が科学技術について考えるのか コンセンサス会議という実験，名古屋大学出版会。
- 村松安子・村松泰子編（1995）エンパワーメントの女性学，有斐閣。
- NHKがん特別取材班（2005）日本のがん医療を問う，新潮社。
- 日本診療録管理学会診療情報提供の事例調査委員会編著（2001）平成12年度「カルテ等の診療情報の提供のための支援事業」調査報告書，日本診療録管理学会。
- 小田兼三・杉本敏夫，et al. (1999) エンパワメント実践の理論と技法：これからの福祉サービスの具体的指針，中央法規出版。
- OECD. (2006) *OECD Health Data 2006*. Paris: OECD.
- 大熊由紀子・開原成充，et al. (2006) 患者の声を医療に生かす，医学書院。
- Perlstadt, H., C. Jackson-Elmoore, et al. (1999) Citizen participation in health planning: a case study of changing delivery systems. In Kronenfeld, J. J. (ed.) *Research in Sociology of Health Care*. Stamford, Connecticut, JAI Press, 16, 75-98.
- プリメド社「全国患者会障害者団体要覧」編集室編（2006）全国患者会障害者団体要覧 第3版，プリメド社。
- Ragins, M. (2002) *A Road to Recovery. Los Angeles, Mental Health Association in Los Angeles County*.
- 前田ケイ監訳（2005）ビレッジから学ぶリカバリーへの道：精神の病から立ち直ることを支援する，金剛出版。
- Rappaport, J. (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- ささえあい医療人権センターCOML（1999）患者白書 よりよい患者・医療者関係をめざして，日本評論社。
- 斎藤清二・岸本寛史（2003）ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践，金剛出版。
- 齊藤民紀（2007）組合員・利用者の医療介護への参加～医療生協さいたまの現状と課題，in 松田亮三・松島京・棟居徳子編（2007）医療・福祉における地域・住民エンパワメント－実践編－，立命館大学人間科学研究所，80-109。
- 重政紀元（2006）「闘病記」患者つなぐ 文庫の収集各地で広がり，朝日新聞（2006年12月5日）。
- 診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会（2003年6月10日）「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会」報告書，厚生労働省。
- 鈴木敏正編著（1997）学校型教育を超えて－エンパワメントの不定型教，北樹出版。
- 高橋裕子（2005）メールでやめる禁煙マラソン，ダイヤモンド社。
- 高山一夫（2003）医療経済学の基礎知識，総合リハビリテーション，31(6), 507-513.
- 東京大学医療政策人材養成講座2期生「患者の声グループ」（2006）患者の声をいかに医療政策決定プロセスに反映させるか，社会保険旬報（2995-7）：14-22;19-27;10-17.
- 山崎康彦・（財）連合総研編（2005）患者・国民のための医療改革，社会保険研究所。
- 吉田幸治（2002）P. L. バーガーの「媒介構造」論について－バーガー社会学における行為論的「主体化」契機の可能性，立命館産業社会論集，38(3), 113-130.

（2006. 12. 7 受稿）（2007. 2. 23 受理）