

平成二十八年度 博士学位論文

歴史的経緯を踏まえた社会事業・医療・公衆衛生における医療ソーシャルワーク業務の展開

—病院完結型業務終焉への過程—

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

博士課程 社会福祉学専攻

笹岡 眞弓

目次

序章	1
第1節 問題の所在	1
第2節 医療社会事業と公衆衛生事業の歴史的関係	2
第3節 MSW 業務の成立過程—業務指針を中心として—	3
第4節 医療政策と MSW の業務	5
第5節 MSW 業務の実践—実践の効果はデータで提示できうるか—	5
第6節 本研究の課題	6
第7節 研究の方法	8
第8節 章別構成	8
1章 医療ソーシャルワークの起源—公衆衛生との関連—	12
第1節 公衆衛生と共に歩んだ戦前医療社会事業	13
第2節 保健所医療社会事業撤退の要因	14
第1項 当事者の持つ脆弱性	14
第2項 MSW 機能の実態的な衰退	17
第3節 保健婦事業の概要	19
2章 MSW 業務の成立過程—業務指針を中心として—	25
第1節 MSW の業務を巡る二つの立場	25
第2節 業務基準の明確化への過程	26
第3節 平成元年版「医療ソーシャルワーカー業務指針」の策定まで	29
第4節 業務指針の評価	30
3章 医療政策と医療ソーシャルワーカー	47
第1節 高度経済成長時代の MSW	48
第2節 高度経済成長の終焉と行政改革時代における MSW の業務	49
第3節 少子高齢化の時代、介護保険創設時代の MSW の業務	50
第4節 保健・医療・福祉連携時代の MSW の業務	52
第5節 医療政策の今後と MSW の業務	54

4 章 MSW 業務の実証的研究—可視化の現状—	58
第1節 MSW 業務の退院支援における早期介入の必要性とその効果に関する実証研究	60
第1項 研究の背景	60
第2項 研究目的	63
第3項 研究方法	64
第4項 倫理面への配慮	64
第5項 結果	64
第6項 考察	72
第7項 調査研究の意義と課題	72
第2節 MSW の職務明細書 (Job Description;以下 JD)	71
第1項 MSW の JD の必要性	73
第2項 MSW の JD の開発	74
第3項 米国の SW ⁽⁶⁾ の現状	74
第4項 米国の JD	75
第5項 日本のMSWのJD	77
第6項 JDの作成の効果と課題	79
第3節 可視化できないMSW業務の重要性と、業務の効果測定、QI, JDの限界	80
終章 包括ケアの時代に対応する MSW の在り方	85
第1節 医療的管理の必要な人々への生活支援と MSW	85
第1項 無料低額診療事業	86
第2項 虐待被害者への対応	86
第3項 自殺企図者への対応	86
第4項 薬物、アルコール依存者への対応	87
第5項 外国人傷病者への対応	87
第6項 未受診出産妊婦への対応	87
第2節 地域包括ケアの背景～医学モデルから社会生活モデルの時代に～	88
第3節 地域包括ケアの課題	89
第4節 MSW の危機	90
第5節 今後の MSW に求められる業務	91
まとめ	92
参考文献	96

序章

第1節 問題の所在

医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）はわが国において、マイノリティである。しかも医療・福祉の両業界において、どちらからも疎外された時間が長かった。疎外が解消されたかという、現在でもその懸念が完全に払拭されているとは言い難い。しかし包括ケアの時代を迎え、MSW が医療と福祉の両者と適切な距離をとって存在していることは、むしろ保健医療福祉連携の要として機能できうる好機だとも言える。

医療職と事務職で構成される病院という組織に、福祉職というマイノリティとして存在するレゾナードルを確認することは重要である。医療ソーシャルワークは戦後、連合国軍総司令部（GHQ）による医療社会事業の導入によって、戦前の病院社会事業との連続性を否定する形で制度化された。この非連続性について論じている文献は僅かであり、実証されているとは言えない。

少子高齢化の進展の速さは、わが国の社会政策に大きな影響を与えた。今これからの社会的問題に対応するためには「包括ケア」が重要だと言われ、社会政策も大きくその方向に舵を切っている。包括ケアの考え方及び方向性に異論のある研究者は殆どいないと思われる。しかし包括ケアが機能するためには乗り越えなければならない壁が複数存在する。その一つが、包括ケアに不可欠な保健医療福祉連携が真に機能できるか否かという壁である。

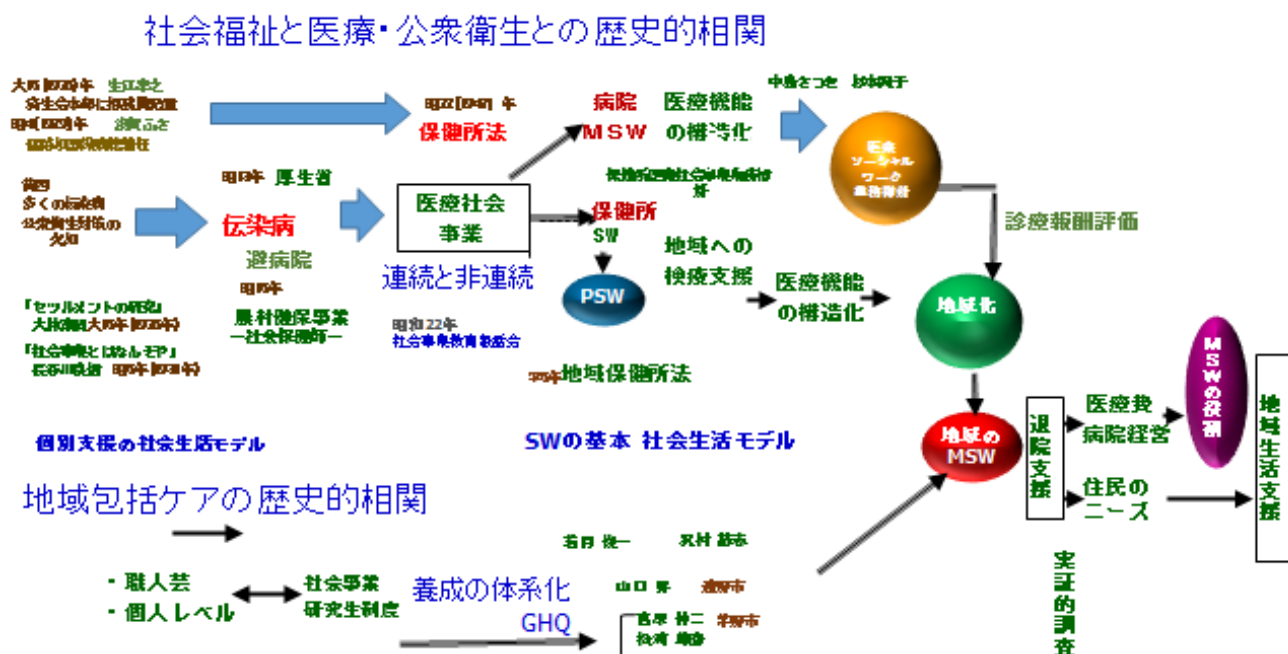
最近の医療ソーシャルワークについて論じる文献には、病院経営への貢献を期待されジレンマを抱えながらも退院援助業務に業務の大半を割かざるを得ない状況や、あまつさえ医療費の未収金を獲得できることをソーシャルワーク支援効果とする研究等が散見される。遂には「追い出しや」⁽¹⁾とまで呼ばれる事態の中で、MSW は包括ケアの時代に立ち向かおうとしている。看護師もリハビリテーションスタッフもソーシャルワーク機能を十分に持っていると言言する時代を迎え、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティに拘りぬいた MSW の軸を、歴史的に総括することには大きな意義がある。

加えて、わが国における医療と社会事業・社会福祉との関係は未だに明確ではなく、法制度でも分離した状態が長く続いてきた。医療と公衆衛生の関係もまた独自の歴史をもっている。

保健医療福祉連携の重要性が強調される現在、常にその狭間に存在した MSW の機能及びその業務の実態について、改めて検討することは、極めて重要な研究課題である。

第2節 医療社会事業と公衆衛生事業の歴史的関係

図1



笹岡作成

上記の図は、「社会福祉と医療・公衆衛生との歴史的相関」に関する流れをまとめた私案である。本論文では、上述した課題を取り上げ、課題を①歴史的側面 ②政策的側面 ③実践的側面の3つの枠組みで明らかにする。

歴史的側面は1章で論ずる。

戦前の病院社会事業は、欧米の成立過程を学んだ浅賀ふさ、生江孝之などが、キャボット博士の理論に基づき定着が図られたが⁽²⁾、戦後保健所法に位置づけられた保健所医療社会事業は、占領政策の一部として、戦前の医療社会事業の実績を殆ど顧みられることなく、導入されたと言える。明治期における貧困と疾病の相関関係についてはセツルメント活動のなかでも重視されていたが、戦後の社会の取り組みは、生活保護患者を病院に取り込む形で貧困問題さえも病院組織の中で解消する方向をとったのだと言える。⁽³⁾

戦前病院社会事業から戦後の保健所法の改正に至るまでには、多くの伝染病の猖獗とその惨状に取り組んだセツルメント活動の存在がある。戦前医療社会事業に関わろうと思う人々や組織は、公衆衛生への取り組みを無視することはあり得ず、事実病院社会事業の嚆矢とされる聖路加国際病院における活動は、地域医療活動が基本であった。しかし、この流れは、連続しなかった。保健所法で位置づけられた医療社会事業系の数量的な少なさと、同時に圧倒的な保健婦の人数の差が存在したこと、さらには制度上の不備及び、医療社会事業自体の取り組みの甘さ、医療保護事業との訣別があったことで、公衆衛生的な視点

を失い、結果的に病院社会事業に集約されていかざるを得なかった。焦土と化した日本でチフス、疫痢、赤痢、そして結核が代表する伝染病や GHQ の兵士を性病から守るためにも公衆衛生が最重要事項であった時期がひとまず落ち着くと、たちまち社会事業としての医療社会事業は保健所からはその存在を失うことになっていった。

保健所医療社会事業の衰退については、当時より「GHQ が蒔いた一粒の種」⁽⁴⁾として位置づけが明確でなかったこと、或いは保健所機能が保健師業務に集約されていく中で社会事業の存在が優先されえなかった事情について縷々述べられているものはあるが、実態を分析した論文は少ない。

「生老病死」のすべてが病院に集中する時間を経て⁽⁵⁾高度経済成長期の終焉を迎えると、医療制度改革が必然的になされた。敗戦から産業構造の大きな変化と共に、人口の都市集中が急速に進行した。都市近郊の大規模住宅都市がニュータウンとして登場し、高齢化社会の到来と共にコミュニティは変わり果てた。そのコミュニティを基盤とした包括ケアが今必要だとされる。こうした現状の中で、病院の社会福祉を担う存在として機能する MSW が地域に向かうとき、業務の枠組みの成立過程を検証する事は不可欠な作業である。

社会事業における医療社会事業は、そもそもの成立過程について検討が加えられたことが少なく、徒に医療の論理によって医療に奉仕するものとしての存在価値しか与えられず、またその地位をめぐる MSW 自身も対立するなど、翻弄されてきた経緯がある。社会事業の本質を今見据えることがいかに重要であるかは言を俟たない。

保健婦の農村保健婦活動、社会保健婦活動その他多くの名称で語られる保健婦活動は、社会事業との極めて強い一体感の下展開されていたが、戦後はその社会事業の側面を捨て、看護に帰属することで職業アイデンティティを獲得していく。

戦前病院社会事業を公衆衛生との関連から論じた先行研究は、筆者が渉猟した範囲では見当たらなかった。戦後の MSW の保健所法への位置づけから撤退していく過程で、捨象された地域問題へのアプローチ機能と保健所医療社会事業の衰退の要因についても、アウトリーチ機能を現実的に失っていく過程の原点を、歴史的に遡及して批判的に論述した研究もない。戦前、社会事業と不離の関係であった医療保護事業が、崇高な医療社会事業とは別物であると断じられていく過程で、「社会事業の本質」は「科学」という美名の下で変質する。

第3節 MSW 業務の成立過程—業務指針を中心として—

欧米では、近代の「産業化」とともにソーシャルワークの専門職化が果たされた。「脱工業化」した現代においてはさらに、他の専門職と並んで発展を遂げた。しかし、日本においては医師を頂点とする資格制度の中で、社会福祉分野の資格は欧米に比してかなり遅れた。それは階層意識の高い医療界に、患者への相談事業が根付く下地がなかったことに加え、戦時体制下、翼賛体制の中で個人の生活が抹殺される世に、ソーシャルワークが存在

する余地がなかったことが挙げられる。病院に医療社会事業が集約されていく中で、医療の構造化は進化する。20 世紀は猪飼周平（2010）が論じるように(6)、医療システムの主役として病院が君臨した時代であった。21 世紀を迎え、治療及び治療医学への全幅の信頼が揺らぐまで、MSW は病院の中で医学モデルへの貢献と共に、ソーシャルワークが軸とする生活の視点を堅持するべく努力を重ねた。その中心となったのが「医療ソーシャルワーカー業務指針」である。業務指針が制定された時、そして以後も一貫して業務指針への MSW の信頼は厚い。(7)

保健所法に規定されて以来、MSW の「業務」(8)についての研究は進み、政策的にも 1958（昭和 33）年に「保健所における医療社会事業の業務指針」が出され、表面的な政策の枠組みは整備されていった。しかし保健所から MSW がいなくなり、病院における業務の在り方は身分法獲得運動、資格運動と強い関連をもって、1989（平成元）年「医療ソーシャルワーカー業務指針」制定に至る。現在の MSW の「業務」実態からアウトリーチが消えていった過程は、精神保健福祉士制度制定の時期と重なる。

MSW は病院、医療の論理に取り込まれていかないと、存在意義を示し得ない状況にありながらも、業務指針では MSW の業務実態の方向性を示し得た。にもかかわらず、地域活動の実績を積み上げることができなかった。

MSW の業務に関する先行研究は、橘高通泰(1997)が指摘するように、業務の標準化、質の担保に関して常に資格問題との連動で議論されてきた。その中で業務の標準化は常に課題であった。

1967(昭和 42)年 厚生科学研究「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」に始まり、1974(昭和 49)年、1979(昭和 54)年、1980(昭和 55)年に至る研究によって、業務の多様性と、実態の概要は把握された。しかし、その項目の整理の方法、並びに体系化に関する課題が残されていた。多くの先行研究を踏まえて「医療ソーシャルワーカー業務指針」は策定された。その中で、MSW の業務の多様性は医療 SW 業務指針の文中に MSW の実態を「よろず相談的に対応している」と表現されたように、極めて多様な実態を踏まえながらも、一つの標準的な業務の範囲が公的に明確にされた。しかし、業務の範囲はかなり広大であり、その業務内容が達成されたとするための「評価の基準」の開発が課題として残された。

1987（昭和 62）年の社会福祉士及び介護福祉士法の制定、1997（平成 9）年の精神保健福祉士法制定をめぐっては、MSW のアイデンティティを巡って大きな論争があった。この資格運動の渦中で明らかになったこと、或いは喪失したものを洗い出すことは、今後の専門職としてのソーシャルワーカーの軸を確定するうえでも研究課題は大きい。保健所の SW として結果的に残ったのは精神科ソーシャルワーカーだった。

第4節 医療政策とMSWの業務

日本の医療政策は、最近まで国民皆保険制度の下、対GDP比から言えば比較的低い額で世界一の長寿国を達成したことで、高く評価されてきた。安全・公平でなおかつ高度な医療を国民に提供してきたにもかかわらず、国民の医療への信頼感、満足感は必ずしも高くない。(9)医療政策は、ほかの政策と同じように官庁主導型で進行してきたが、ほかの分野の政策決定プロセスとの大きな違いは、最大の圧力集団だった日本医師会と厚生労働省の政治的駆け引きでその概要が決まっていたことである。その影響力は大きく、人数的にも、社会的発言力においても脆弱な存在であったMSWが、「医療職ではなく、福祉職である」ことを厚生省が公的に認めるためには、先ず日本医師会の許可が必要だったことにも示されている。(10)「インフォームド・コンセントの徹底、セカンド・オピニオンへの理解、チーム医療、患者主体の医療へ」(11)などの言葉が医療界で受け入れられたのは、最近のことであり、現在でも患者主体の医療が本質的に定着しているとは言い難い。

医療界で患者の主体的な生き方を優先できる職種として、MSWは機能してきた。しかし、病院に来ることが可能であり、なおかつ相談する主体性がある「クライアント」を対象にしてきたMSWは、クライアントになりそこねる社会的に脆弱な人々へのアプローチが不足していた。

単身高齢生活者が都市部で圧倒的に増加していく今後のわが国の状況は、大きな課題であり、加えてひとり親家庭、がん難民と呼ばれる人々、外国人医療、被虐待者の増加、等医療に到達できないの入退院に、MSWが果たすべき役割は大きい。そのことを病院内に留まるばかりのMSW自身が自覚していない、あるいは日常業務の多忙を言い訳にしている状況が問題である。全体としてMSWの取り組みは甚だ脆弱であると言わざるをえない。

医療法の改正、診療報酬改定と医療ソーシャルワーク機能の変遷を分析する中で、より専門分化した医療技術を追求しながらも、地域医療に特化する方向性をも併せ持つ医療制度の狭間で、地域の一資源である病院のMSWは、地域移行支援の方法論を構築することを喫緊の課題として求められている。地域移行支援に求められるソーシャルワークは、ジェネリックソーシャルワークを志向しつつも、医療技術の専門分化に伴い、MSWの専門特化した知識・技術もまた磨かれなければならない。

救急医療、リハビリテーション、がん等の分野におけるソーシャルワークをブラッシュアップしていくことが求められる現在、今後のMSW業務は一層の重層性が必要である。

第5節 MSW業務の実践—実践の効果はデータで提示できるか—

MSW 業務実践の実態を、データー分析によって明らかにすることは重要であるにもかかわらず、ソーシャルワークの価値をデータ化することは殆ど不可能であることを理由に、この分野における研究蓄積は進んでいなかった。その中で業務統計だけは、関心を持たざるを得なかったが、その業務の統計の方法さえも地域によって違うといった傾向も是正されず、現在に至っている。

業務の詳細について全国的な普遍性をもった「業務のガイドライン」はまだ提示されていない。例えば、全入院患者の何割が MSW の介入を必要としているのか、そしてその必要なクライアントの何割に介入しているのか、そのようなインジケータ（指標）もまだ明確ではない。目に見える形でデータを示せる土壌を作ることは、Evidence を重視する医療界で働く MSW にとって優先的に取り組むことが必要な課題であるにもかかわらず、この点が不明確であることは、MSW の定着には不利であることは明確な事実である。

2012 年 4 月の診療・介護報酬同時改定が「施設から在宅へ」と舵を完全にきっても、地域をコーディネートできる人材が確保できなければ、そしてなにより大事なものは地域の医療機関と真に連携する意志が各組織になれば、お金だけでは人は動かずシステムも稼働できない。

高度急性期に対応する病床は 2010 年で約 33 万床あるが、少子高齢社会に対応するためには、高度急性期病床は今後 4 割程度縮小する必要がある、医療機関の機能分化が重要である。医療機関の特長を踏まえ、効果的な連携を構築するために、地域との接点を志向すべき MSW は、転居も含めた「広義の在宅」をプランニングする。その中で、患者と家族、関係機関との利害を調整し、介護を含めたサービスとニーズの整合性をとり、他職種と連携しながらチーム医療の要の存在として機能することが求められている。

2030 年には、医療機関でも介護施設でもさらには自宅でも死ねない人が、47 万人に達するとの推計がある。2025 年問題といわれる「団塊の世代」の高齢化、いわゆるベビーブーマーが全員 75 歳以上の高齢者（後期高齢者）になり、75 歳以上人口が 2,167 万人になるという空前絶後の状況に日本は置かれるからである。高齢者人口が急増する都市部における連携システムの構築が重要で、地域の現状に合わせた医療機関の機能分化の促進が図られなければならない。そのためにも、まずは医療分野に通用する分析方法で、MSW 援助の効果を提示し、援助の質を測るインジケータを開発し、MSW 介入基準を標準化することが必要である。こうしたデーターの提示は、MSW が医療を支える一つのコマとして機能することを促進する一面をもってはいる。データーの蓄積が、MSW の活動の基盤となり、次に展開できる梃となり得る反面、業務の「見える化できない部分」がどのように担保できるのかが問われるところとなる。

第 6 節 本研究の課題

第 5 節までに述べた問題意識を持ち、本研究の課題は次の 3 点を設定し、その検証を行う。

第一は、戦前の医療社会事業と公衆衛生の関係について、再確認する事である。医療保護事業とは相違すると整理された経緯は検証する必要がある。聖路加国際病院の公衆衛生部と、医療社会事業部の関係に着目する視点は、MSW の歴史検証からは欠落していた。医療保護事業から育まれた社会事業の本質は、戦後 GHQ から、或いはアメリカの専門教育を受けた MSW からは後進には伝達されず、「医療への貢献」のみが重視されていく。患者の背景をどのように理解するのか、その方法論は科学的であらねばならないが、社会問題を意識し発見していく方法論と、医療へ追従する姿勢は相いれない。伝染病の蔓延は医療技術の進歩が絶対的な価値を持つ環境を生んだ。がんの蔓延もしかりだった。しかし医療技術の進展が生命倫理の問題を生む状況にまで至り、さらには疾病構造が変化すると、ようやく「患者主体の医療へ」という理念が生起されてきた。医療界の中で福祉職として機能してきた MSW が、自らのアイデンティティが公衆衛生に、保健所医療社会事業にあることを検証する。

第二は、MSW の業務の枠組みを政策的に検討することである。MSW の業務指針は現在までに 3 本出されている。一つは 1958 (昭和 33) 年の「保健所における医療社会事業の業務指針」であり、2 本目は 1989 (平成元) 年の「医療ソーシャルワーカー業務指針」3 本目が 2002 (平成 16) 年「医療ソーシャルワーカー業務指針(2002 年改正版)」である。業務の枠組みが厚生省より提示された意義は、MSW にとって大きなものだった。資格獲得運動との関連で説明されることが多かった業務指針が、どのような過程で作成されていたのか未公開資料も含めて検討する。さらに診療報酬制度による MSW 業務の評価は、患者の地域移行支援にむけて、どのような意味を持っていたのかを検証する。

第三は、MSW 業務の実践の効果を実証することである。現在、業務指針で示された業務が実行されることによる効果が、説得性をもって実証できていない。保健医療分野では特に量的な研究の成果に着目する傾向があるが、MSW が関与する十分な量を分析した研究が少なく、MS の介入の有無に関する研究成果が極めて少ない。このことが、MSW の定着に不利益をもたらしている。さらに、MSW が介入する必要のある患者・家族の介入基準が明確にされていない。急性期病院では入院患者のスクリーニングがなされているところは多いが、全入院患者が対象ではなく、そのスクリーニングの精度についても、精査されているとはいえない。結果的に各々の組織の、それぞれの MSW の忖意性にまかされており、結果的に MSW 援助の必要なクライアントに援助が届かない可能性が温存されている。そして、MSW 業務が達成された、と判断できる「評価の基準」が明示されていない。業務の質を担保するための「質指標」の開発と定着が殆どなされていないことが、業務の可視化を妨げ、全体的な SW 業務の質向上への阻害要因となっている。加えて、業務のあり方についてモデルが提示されていない。経験年数、職位による業務の範囲のモデルも提示されていない。日本では「職務の記述書 (Job Description; 以下 JD)」に関する研究成果が極めて少ないことが問

題である。そのため、MSW 業務の具体的なイメージを組織も社会も持ちにくく、MSW の定着が進まず、結果として患者・家族の「相談したい」という動機づけがあっても MSW が周知されないことで、クライアントが相談できる機会を阻害していることがある。この課題について、量的研究で成果を提示したい。

第7節 研究の方法

本研究では、文献及び史資料の分析と、公益社団法人日本医療社会福祉協会に所属する MSW が所属する 100 の急性期病院への量的調査の分析が中心となる。史資料には、故中島さつき氏が所蔵していた資料を含む。それには GHQ の指導の下に行われた、『社会福祉主事資格認定講習会講義要綱』やサムス准将が序文を寄せる、現任教育講習会で使用された『現代社会事業の基礎』などの文献や、中島さつき氏が東京都衛生局に勤務した時代の自筆の報告書、保健所医療社会事業系の報告書の別刷りなど、希少文献、及び 2002 年から 2003 年に中島さつきの自宅において、計 8 回の筆者が聞き取った内容も含んでいる。

尚本論文の引用法については、社会福祉学会の執筆要領に概ね準拠しているが、初出の著者名に関しては、フルネームで記載した。

第8節 章別構成

序章の第2節から第5節まで述べた内容を、各章別に論じる。

第1章は医療社会事業と公衆衛生事業の歴史的関係を述べ、保健婦事業との関連についても考察する。一つ目の課題を検討する。

第2章は、MSW 業務の成立過程を、業務指針を中心として検証する。2点目の課題に対応する。

第3章は医療政策と MSW 業務とし、戦後の高度経済成長時代から現代まで、医療法の改正を中心に、MSW 業務を俯瞰する。

第4章は MSW 業務の実践を実証的に考察する。3点目の課題に対応し、実践の効果をデータで提示し、業務の可視化の現状を提示する。

終章では、包括ケアの時代に対応する MSW の在り方を検討する。保健医療福祉連携の一翼を担う MSW の実態を探り、今後の課題を抽出する。

MSW は、常に法律・制度の後ろ盾のない環境で実践を行ってきた。そして常に後ろ盾を外部に求めてきた時間が長かったように思われる。そして医療機関で福祉職として徐々に存在感を増してきた。診療報酬上にもわずかながらも位置づけられてきた。1953 年当時の約 200 名に比して、60 年を経過した現在全国には 2 万人と 100 倍の数を獲得した。しかし、ソーシャルアクションと呼ばれるマクロソーシャルワークに関与した事実は昭和時代に比

して殆どなく、MSW はその存在に関して危機を迎えている。にもかかわらず、全体としての危機感に乏しい。MSW 業務を歴史的、政策的、実践的に検証することで、MSW のレゾンデーターを検証したい。

(注)

(1) 「追い出しや」とは、MSW 自身が自虐的にあるいは他者からの揶揄として、退院支援に関する業務が多くなるにつれ、耳にする機会が多くなってきた実感がある。医療ソーシャルワーカーの職能集団である一面を持つ公益社団法人日本医療社会福祉協会が主催する「退院支援に関する研修会」等では、患者・家族の意思決定支援を第一優先と教育しているが、チーム医療における理解は進んでいるとは言い難い。2015 年 4 月に開催された第 29 回日本医学会総会の在宅医療に関するシンポジウムの席上、医師であるシンポジストから注釈なしに MSW についての発言中に、「追い出しや」という表現があった。公的な場の発言として MSW は記憶に留める必要がある。退院援助業務が、このように貶められる現実をどのように改善していくのかが問われている。

(2) 浅賀ふさは、日本女子大学附属高等女学校から日本女子大学の英文科を大正 6 年に卒業後、大正 15 年米国シモンズ女子大学院社会事業部を卒業した。米国滞在中にキャボット博士の講演を聞き感銘を受けたことから、マサチューセッツ総合病院で専門的訓練を受けている。そして米国滞在中に日本で聖ルカ国際病院が開院することを聞き、トイスラー院長に医療ソーシャルワーカー (MSW) として自分を採用するように手紙で依頼し、ニューヨークで博士に面会し聞き届けられたのである。1929 年に同院で医療社会事業を開始した。浅賀は、当時の国民病であった肺結核患者の支援のための地域医療部に所属し、地域に出て、ときには板の間しかない患者の自宅に、畳一畳を届けるような援助をしていた。このエピソードは、2002 年第 12 回日本医療社会福祉学会大会において中島の講演で紹介された。生江孝之は 1918 (大正 7) 年に日本女子大学教授となり、自身の口述になる『わが九十年の生涯』には「1919 年米国政府よりの招待により第 3 回の外遊をした折、カボット博士の病院社会事業あるを発見し、これが調査に当たった。当時すでにボストン、ニューヨークのみならず大規模の病院では社会事業部を新設していた。私はその必要性を痛感し、帰朝後これを内務省に報告し、同時に済生会に発表した。」と記されている。

(3) 大林宗嗣 (1926) は大正 7 年に創設されたイエス国、大正 8 年に開設されたマハナヤ学園におけるセツルメント活動で、無料診療、巡回産婆事業が行われていたことを記し、「社会事業は一層深く社会事業の根源に遡ってそが対策を考究しつつある」と述べている。その後の東京大学のセツルメント事業でも診療所も開設されている。また長谷川良信 (1931) は「社会問題とは畢竟社会衛生問題の事であると誰やらが言つたが、之は決して過言ではない」と書き「蓋し人間の困難は何處から起こるかといふに病み付というふ事からするのが最も多いのである。」と続け、結核救済問題に項を割いている。こうした社会事業の取り

組みを、当時のことを表現して小林（2001；205）は「伝染病が医師と患者の個別的な関係の中で隠蔽されがちだった医療の「公共性」という問題を顕在化させた」と述べている。

しかしわが国の公衆衛生の考え方は、避病院、ハンセン病者の隔離などからも明らかのように、ヒューマニズムとはかけ離れた方向性を持っていた。小林はこの医療の「公共性」の一つの側面が貧困者の医療問題であるとした。貧困者医療が人口の急増加する都市部において破綻し、施療病院などの存在はあったにしても、それが多数派とならず、医療負担システムの問題に収斂していき、医療保険の制度化へと導かれていく様を示している。

(4) 中島さつきは、「病院」第32巻第4号の病院史のひとつに「医療ソーシャルワーカー‘一粒の麦’が播かれたころ」と題して、GHQの指導によって全国の保健所にMSWが置かれた状況を、全国に麦の種をまくようにポツポツと置かれた医療ソーシャルワーカーたちは、ケースワークという言葉に魅力を感じるとともに、社会保障の不備な状況の中で精密なケースワークどころでなく、緊急措置がまず必要な重症患者ばかりを抱えて、戸惑うばかりであった。多数の中から1人の患者を援助するのは蝶々を追いかけるごときものと批判する医師もいた。」と書き「占領政策によってせつかく実を結んだ保健所の公共福祉面の拡張は、祝福すべき日本の独立と主に後退するばかりで、医療社会事業は占領政策の落とし子といわれた。」と続けた。こうした焦燥感から職能団体が産まれた経緯を説明している。

(5) 「生老病死」は戦後劇的に変化した。人口問題研究所のデータによると、出産は1950年代において95%以上が自宅出産で、産婆が赤子を取りあげていたが、戦後のGHQの指導もあり1960年には半数が病院などの施設で、1970年には自宅出産は3.9%までになり、2006年には自宅などの施設外出産は0.2%にまでになった。老いと死については、1973年の老人医療の無料化がもたらしたものが大きな影響力を持っていた。それは社会的入院という名の老いの病院への取り込みと、病院死の増加である。2005年を底に、在宅死も増加に転じてはいるが、まさに生老病死は病院に集中してきたのが戦後の流れだった。出産に関しては、今後も病院が担っていく役割だが、「老病死」は地域に帰ってゆかざるを得ない。死に場所は今後、特に都市部は深刻な資源不足に陥ると予測されている。

(6) 猪飼周平（2010）は、社会の高齢化、疾病構造の変化によって病気の治療から「生活の質の維持・増進」へと急速に変化する今日、病院の世紀は終焉を迎えざるを得ずと論じ、「包括ケアシステム」への移行が示唆されていると論じた。壮大な構想を持ったこの本は、医療界にも大きな影響を与えた。

(7) 前田ケイ監修の『保健医療の専門ソーシャルワーク 業務指針の具体的解説』は業務指針発表（1989年3月30日）から多数の現場のMSWが執筆し、1年半で出版した。当時の熱気が伝わる書籍である。MSWにとって、国家資格取得にむけて医療職と福祉職との選択の狭

間で、激しい論争があったが、そのどちらの立場でも、この業務指針の枠組みは合意できるものであった。日本医療社会福祉協会の全国大会における発表においても、業務指針の枠組みを前提とするものが多い。

(8) MSW の業務 (tasks) は、奥田いさよ (1988) が整理した「ソーシャルワーカーの職務上の活動内容」と捉え、わが国における MSW の価値理念を踏まえた普遍的で継続した一連の仕事と定義した。

(9) 患者の満足度の低さは「3 時間待ち 3 分診療」と言われた時代に顕著に表れていたが、患者満足度に関する研究は、米国では 1980 年代から盛んになった。しかし日本ではインフォームド・コンセントが医療法改正によって努力義務とされたのが、やっと 1997 年であり、患者の QOL に関心が向けられるようになったのも、近年のことだと言ってよい。

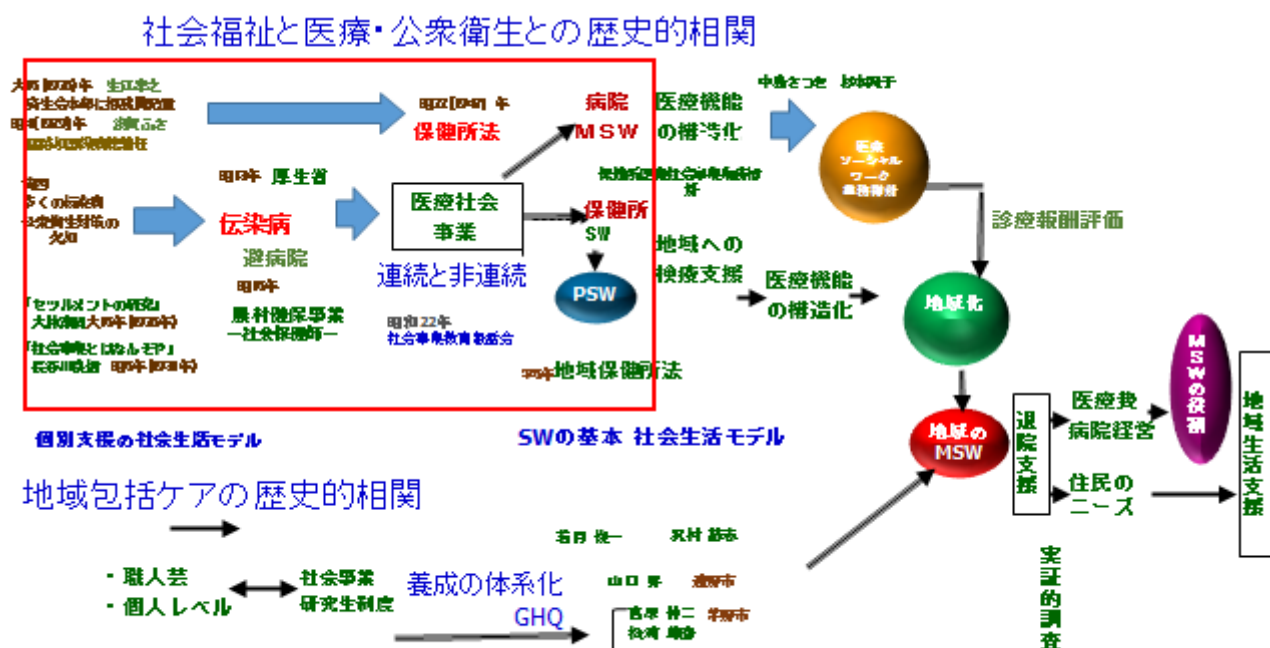
(10) MSW は、「病院には医療職と事務職しか存在しない」とされていた中で、各組織によってさまざまに位置づけられていた。国立病院においては、医療社会事業係は行政職として俸給も定められていた。福祉職俸給表は若手の福祉人材を確保するために人事院が考案したものだが、この俸給表の適用範囲に医療社会事業係を加えることで、病院に福祉職が存在することを公的に認定してもらうことが、1999 年、MSW の職能集団である日本医療社会事業協会の方針として決定された。極めて政治的な課題であるこの事案については、協会をあげて衆参両議院の厚生委員へのロビー活動に取り組み、星陵会館で行った集会を始めとして 2 年にわたる運動の結果、2003 年 4 月 1 日より人事院規則が改正され国立病院部長通達も出された。筆者の体験では、MSW の職能団体の主務課である厚生省の健康局保健指導室からは、まず医師会の合意を得るように指示された。この指示は医療にからむ全ての事案にあり、社会福祉士の実習施設に病院が認められるときにも、先ず医師会の合意を得ることが最優先とされた。2002 年の医療ソーシャルワーカー業務指針を改定する時にも、1989 年の業務指針にはあった患者の「自己決定」の文言が、時代に逆らうように「患者が適切に判断ができるよう」と書き換えられたのは、医師会が「自己決定」を嫌った故の結果だった。業務指針の改正版で初めて「学問的基盤は社会福祉学を基とする」と明記された以上には医師会の意向に抵抗できず、社会福祉における自己決定権の重要性を前に苦汁を飲んだ。

(11) 「インフォームド・コンセントの徹底、セカンド・オピニオンへの理解、チーム医療、患者主体の医療へ」は 21 世紀になってはじめて本格的に取り組まれてきたと言ってよい。セカンド・オピニオン外来が多く の病院に設けられてもなお、実際に機能できているかどうかについては難しいとの訴えを聴くことも多い。チーム医療への理解も深まってきているが、チーム医療推進協議会が設立されたのは 2009 年のことであり、チーム医療が市民

権を得たのはごく最近と言っても過言ではない。「患者主体の医療」は、理念としては殆どすべての医療機関で謳われているが、病院間の格差は著しいものがある。

1章 医療ソーシャルワークの起源—公衆衛生との関連—

図 1 - 1



本章では上図の赤枠の部分について主に論じる。医療ソーシャルワークの起源をどこに定めるかについては、聖路加国際病院の医療社会事業部に小栗将江（浅賀ふさ）が着任した 1929 年を、あるいは済生会本部病院の医療社会事業部に清水利子が配属された 1927 年をそれとするか、それぞれの意見がある。いずれにしても米国のキャボット博士が志した医療社会事業の理念に基づいて開始されているとされている。しかし、わが国における医療社会事業の展開は、GHQ 占領下の政策によって配置された保健所の医療社会事業係の存在をなくしてはあり得ず、現在の医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）の業務を規定している「医療ソーシャルワーカー業務指針」もその基礎的文献は GHQ（連合国軍最高司令部総司令部）の指示により改正された保健所法をあげている。保健所法制定までに出された 1945 年 9 月 22 日の Scapin 48、及び 1946 年 5 月 11 日の Scapin 945 が根拠となっていることは広く知られている。(1)

上述した MSW の存在根拠となる保健所法制定の経緯と、GHQ 占領下における医療社会事業家養成の歴史について、現在詳細に検討されている論文は大瀧敦子論文を除いて殆ど無い

と言ってよい状況である。大瀧敦子（2013;174）は「占領期の保健所法改正に伴うソーシャルワーク導入の過程分析」において保健所法改正時に医療社会事業係に期待された役割は「極基本的な保健教育機能と生活困窮者への生活支援機能、更には多様なニーズに対応する資源開発機能を併せ持つ“開発途上型ソーシャルワーク”であり、“アメリカ型；先進国ソーシャルワーク“普及に努めた GHQ 民政要員によっても十分考慮させず、結果的にこのギャップが保健所社会事業衰退の要因の一つであろうことを指摘している。その指摘は妥当性が高いが、公衆衛生事業が持つ社会事業の側面への言及が乏しく、先進国ソーシャルワークがもたらしたある種の弊害についての論及はない。

第1節 公衆衛生と共に歩んだ戦前医療社会事業

日本医療社会事業協会史『25 年のあゆみ』には、医療社会事業に関する解説を日本に導入した最初の文献として、簡易保険局編(1925)『病院社会事業』をあげている。そして、聖路加国際病院を中心に展開されていた、訪問看護事業における「患者処遇」を専門技術として位置づけているとしている。続いて記載されているのは、竹内愛二(1935)「訪問婦事業に於けるケースワークの役割」である。先述した浅賀と共に『25 年のあゆみ』に先駆者、開拓者として挙げられているのは、生江孝之と村松常雄である。生江はキリスト教社会事業家として、日本女子大学、青山学院大学、立正大学などで教鞭をとり、米国に招聘された折にキャボット博士による病院社会事業を見学し、帰国後済生会本部に日本女子大学の教え子の清水利子を採用して、1926 年より患者の相談事業を開始している。村松は東京大学医学部精神科教室に初めて SW を採用し、のちに国立国府台病院に国立病院として初めて 2 名の SW を置き、社会事業部を設立した。この 3 名が近代日本における医療社会事業に貢献したと評価されている。つまり、保健所法に規定されながら、公衆衛生とのかかわりについて『25 年のあゆみ』では触れられていないのである。

高橋恭子（2016;302）は戦前の病院社会事業史をまとめ、医療ソーシャルワーク史において聖路加国際病院が中心的役割を果たしてきたことは認めつつも、「単一、個別の医療機関のみにその成立根拠を求めることはできない。むしろ複数の機関による動きが、比較的短時間に起こったと考えることが歴史的事実である。海外の先行する病院社会事業を移入、紹介し、実践場面においてそれを消化する試みは、偶然性、必然性を交えながらこの時期に次々と行われていったということが実態であった。」と論じている。そして病院社会事業の実践は「方面委員活動、救済委員活動にその例を見るごとく、伝統的な隣保相扶の慣行や、民間の地域的な相互扶助活動が既に展開され、一定の成果を重ねてきた文化土壌がすでにあつた」としている。高橋のこの論旨には妥当性があるが、高橋自身が残された課題の第四に挙げている病院社会事業と公衆衛生看護の関係についての論及がなく、戦前の医療社会事業の大きな本質を結果的に見逃がしている。

戦前の医療社会事業は、聖路加国際病院の医療社会事業部をもって嚆矢とするならば、

その医療社会事業部の主任が、同じく聖路加国際病院の公衆衛生看護部（PHND）の発足に伴って米国から招聘された C.M. ヌノーであり、医療社会事業部の小栗将江（浅賀ふさ）と共に働いた事実を確認することは、極めて重要である。川上裕子（2013;68）は、聖路加国際病院の公衆衛生看護事業の充実は「医療社会事業部が創設されたことが少なからず影響している」と評している。(2) 川上は「保健婦の活動に社会事業の理念や方法を前提とする理解があったことは明白である。」（2013;96）と書き「1940 年 41 年の全国保健婦大会における保健婦の事業がソーシャルワークなのか、看護なのかという議論」があり、ついには「社会事業の側面を捨て、公衆衛生の側面に傾斜することで、職業アイデンティティの分裂を克服していく。保健婦規則制定に際しての身分規定へのこだわりは、そのことを如実に物語るものである。」（2013 ; 286）と結論付けている。このように、保健婦事業と医療社会事業の業務内容には強い関連性があった。川上が論ずるように、戦後保健婦が社会事業の側面を捨て、公衆衛生の側面に傾斜した時、社会事業の専門職であらんとした MSW が公衆衛生の基盤である地域から撤退し、病院に集約していった、或いは集約せざるを得なかったこと、その意味で、戦前の医療社会事業の業務が戦後に連続しなかった、非連続の実践の現実があることを指摘したい。

第2節 保健所医療社会事業撤退の要因

保健所医療社会事業の撤退要因については、社会政策上の波にのめられたことを大きな要因とすることに異論はないが、本論文では、次の 2 つの要因について考えたい。ひとつには、保健所の MSW の取り組みの弱さ、ふたつには医療保護事業とは‘違う’米国医療社会事業の理論に則った方法論のみの普及が、戦前を否定する形で図られ、結果として MSW 業務の縮小を招き機能が弱まったこと、である。

その手がかりとして、右田紀久恵（1963）論文「保健所における医療社会事業—従事者の前向きな自己凝視を—」と大畠たね（1946）執筆の社会福祉主事資格認定講習会『講義要綱』の中の「医療社会事業」を取り上げる。この 2 論文は、右田論文は医療福祉分野ではない研究者として当時の実践家たちの論理にくみせず、大局的に保健所医療社会事業の衰退を分析している点、大畠論文は、終戦直後のまだ占領政策の I 期の政策の中心が非軍事化、民主化であった時、吉田久一（1960;95）によれば進歩性を持ち、解放軍的役割を担い得た時代の社会福祉主事という期待を込めて養成しようとした際の教科書であり、方向性を指し示す文章であったがゆえに、影響力があったと判断できる点で選択した。

第 1 項 当事者の持つ脆弱性

右田論文の要点

- ① 衛生行政の最前線である保健所が、地方自治体の財政困窮のため、業務内容が督励業務と閑却業務に分けられ、収益中心主義になっていること。

- ② わが国の医療社会事業は形式的には病院・療養所・保健所において、戦後殆ど同じ時期に発足した。として戦前の医療社会事業の存在に言及していないこと。
- ③ 厚生省から「保健所における医療社会事業の業務指針」が出たにもかかわらず、保健所医療社会事業従事者が急激に減少していること
- ④ 医療社会事業が専門職として認められていないのは、国家の政策、保健所の運営方針、職員の充足率のより根源的な点に問題があるが、時を徒に過ごしてはいけないこと
- ⑤ まず自らが巨視的にそして真剣に「保健所医療社会事業」を再考する必要があることを論じた上で、大阪市の社会事業取扱い研修が 1959(昭和 34)年, 1960(昭和 35)年, 1961(昭和 36)年の 3 か年に 3 分の一にまで減少していることを批判している。無論、公衆衛生行政が①のような状況にあり、占領行政に終止符が打たれた後も、「1952(昭和 27)年をピークとして、機構縮小、人員、予算の停滞となり、また社会保障制度審議会の再度にわたる勧告も実現が阻止される」と国立公衆衛生院衛生行政学部長であった橋本正巳が『公衆衛生現代史論』(1981;153)で述べた状況が、保健所から医療社会事業が撤退を余儀なくされた要因の大きなひとつであることは保健所医療社会事業の弱体化の大きな要因であった。

戦後の混乱を示す状況は、1947(昭和 22)年に豫防衛生研究所官制が制定され、公衆衛生に関して 豫防衛生研究所 The National Institute of Health of Japan が設立された経緯にも見て取れる。豫研第 1 号の年報には、豫研の将来とし次の文章がつつづられている。「真の構想が何人にも十分把握できていなかった時期につけられた豫防衛生研究所と云ふ如きいささか統一を欠いた名称や、同様に大急ぎで作られた官制などがともすれば所外の人々に誤解を與へ、且つ豫研自身も不知不識それに制約されて本来の大目標を見失ふやうなことがあつてはといふことを懸念するあまり、敢へてこの一項を附加することにした。」とあり、「公衆衛生の目的非常に医学的な大義、我々の使命は常に指導的立場をとり、或いは自ら防疫の実際に携わり、もって保健事業のあらゆる相にむかつて助力、協力しようとするものである。」と決意表明で結ぶ必要があるほど、場当たりの状況であったことが推察される。

当時の衛生行政は、国民生活の破局を目の当たりにし、公衆衛生活動が花開き、明治以来の取り締まり行政から指導行政への転換がはかられたものの、橋本正巳(1981;151)が「公衆衛生行政については市町村自治体レベルでは何らの改革がなされなかった」と書くように、一貫性を欠く保健所運営は医療社会事業の芽を摘んでいったのである。

しかし、それだけではなかったことが指摘できる。右田が説く「周囲の無理解を嘆くばかりで、自らの存在意義について、保健所の歴史を知悉し、その根本に医療社会事業を据えることをしない限り、未来はない。」とされる状況への MSW 総体としての取り組みはやはり弱かったと言わざるを得ない。

保健婦は、保健婦事業として保健所行政の歴史を総括する中で、自らが健民健兵政策を地域の末端にまで貫徹するためにその一翼を担い、「国防の充実と国民の健康増進を抱きあ

わせた形で、警察行政と連繫した」歴史を総括している。しかし、この論文の主旨は保健所医療社会事業系の多くには届かず、MSW は増員もなく辞めた後の補充もなく、活躍した MSW もわずかながら存在したが、多くは保健所からその存在が消え去るという経過を辿った。

(3)

MSW の保健所医療社会事業への取り組み状況は、『保健所事業成績年報 昭和 25 年』をみると、医療社会事業取扱い件数は 940,660 件であり、前年（昭和 24 年）の 644,400 件の約 1.5 倍という状況である。先述の右田論文によると、1958（昭和 33）年のデータとして、全国の保健所医療社会事業従事者数本務 102 名 兼務 1,300 名 で、1 か月あたりの平均取扱い件数が 18 件だったのが昭和 35 年には 4 件となったことを取り上げている。片手間仕事というより、殆ど機能していなかった状況がうかがえる。しかし同じ時期、中野保健所の MSW だった牛場みわ（中野保健所）は 1 年の実数 550 名、延べ 1268 件を担当しており、月平均 100 件であることを、報告している。(4)

まさに玉石混交の MSW は、兼務の数が本務の 13 倍もあり、学歴の問題も指摘される中、リーダーは疲労困憊し、堂々巡りの議論に辟易としていった。

こうした環境の中で、1953 年 11 月 12 日に日本医療社会事業家協会が設立された。医療社会事業講習会修了者のうちの 197 名（保健所所属 45 名）が会員となった。協会は設立総会時より、意見がまとまらない団体であったとのことである。専門職集団の意味を強くする「医療社会事業家協会」なのか、広く関係者の力を結集する団体として「医療社会事業協会」なのか、当初の議論は 1956 年の名古屋総会において「事業協会」として資格問題に取り組んでいくことに決するまで、議論された。当初、会長に杉並保健所の出淵みやが推されたが、行政の人間が会長になる事への非難があり、出淵に代わって浅賀ふさが会長となった。1956 年、医療 SW を位置づけるために、医療社会事業の理解者であり、行政官で医師でもあった村山午朔を副会長に迎えることが決まった。村山氏のリーダーシップによって資格問題の進展はあった。が、当事者の MSW が、自分のこととして取り組む姿勢に欠け、総会が出席者の不足で流会になるなど、残念ながら成熟した集団とは程遠い協会だったことも、保健所医療社会事業定着への阻害要因であった。

この時期の保健婦の数の記録は、1942（昭和 17）年の業務従事者数は 5,805 名（保健婦免許取得者数 8,622 名）。保健所法改正時には 18,000 名⁽⁵⁾もの保健婦が職に就いていたとされる。医療社会事業系の 46 名に比して圧倒的に多数である。業務内容は以下の通りである。

- 1 経済的援助
 - a 使用料等減免
 - b 生活保護法適用斡旋
 - c 社会保険適用斡旋
 - d 栄養補給斡旋
- 2 関係施設等との連絡

3 その他の援助 a 接触者検診勧奨

b 治療継続勧奨

c 調査生活指導その他

保健婦は、1のd、3のa,bに業務を焦点化させ、MSWは1a,1b,2,3cの業務に対応したものと考えられる。しかし、担当した業務はMSWの専門性が見えにくく、事務職の業務との相違点が把握しがたい。

さらに、保健所医療社会事業のこの4項目は、中尾仁一(1956;38)が『医療社会事業』においてMSW業務の範囲を、米国医療社会事業協会が多年検討して作り上げた「A Statement of Standards To Be Met by Social Service Department in Hospitals Clinics and Sanatoria」を引用して解説した

イ) ソシアル・ケースワークの実施

ロ) 医療施設内における計画の樹立および方針の策定に関与すること

ハ) 地域社会における社会福祉・公衆衛生計画の発展に寄与すること

二) 専門技術者の教育計画に参画すること

ホ) 調査研究、

という5項目と一致しない。つまり、わが国では保健所におけるSW活動の重要性については、特に公衆衛生の重要性と参画の重要性について種々述べられているにもかかわらず、中尾の構想は実態とかなり乖離がある。中尾は厚生技官であり、医療社会事業協会の理解者であった。その氏の著書において、MSWの位置づけの根拠法である保健所法について全く触れられていないことは、保健所医療社会事業への支持基盤がかなり弱かったことの証左ではないか。公衆衛生機関(保健所)における業務の項には、「わが国の医療社会事業はたまたま病院の療養所と保健所において時期を同じくして始められたが<中略>米国におけるこの歴史的過程からうかがえるように、公衆衛生における医療社会事業は一つの応用領域ともいえよう。(下線筆者)」(1956;44)と書くように、MSWは「医師と離れては成り立たない」という考えを提示した。同様な主張は竹内愛二(1955:72)にも谷川貞夫(1949:344)などアメリカの影響を受けた研究者に見られる。日本医療社会事業協会会報に「応援席よりの弁」と題して書いた医師は「医療の中で理解されるためには、医療社会事業は社会事業の一部であるという主張は相容れないものであり、本来医療の内容をなすべきものが医師の協力者によって分担されている。つまり診療補助機関が医療社会事業なのである。」と医療への奉仕をあからさまに要求している。さすがにここまでの医療の要求には、浅賀は屈しなかった。彼女は「社会事業は経済問題、身体医学問題、社会問題、心理感情の問題を対象とする。医療社会事業は社会事業の一分野である」と記した。(1953:22)

しかし、そうはいいながら医療社会事業と医療保護事業を敢えて区別して論じる姿勢に、現在にも通ずる軸足のブレをみることを指摘したい。

第2項 MSW 機能の実態的な衰退

引用した大畠論文（1946;49）では、冒頭「医療社会事業は慈善事業ではないから、医療保護事業とまちがえられてはならない。＜中略＞医療の最大の効果を上げるために医療機関の中え取り入れられた社会事業の一種である。」と述べられている。そして「貧困者でなくとも社会事業職員の援助を必要とする人はある。医療社会事業は専門化されたケース・ワークの一部門で、訓練を受けた社会事業専門家によってなされる仕事である」と続く。

医療保護事業とは政府によってなされた貧窮者への医療給付事業である。池田敬正（1986：217）が大正15年に発刊された『本邦社会事業概要』の中に記された「試薬救療事業は、古来極めて重んぜられ、明治以降の社会事業中亦重要な位置を占め、最近各種の新社会事業勃興する迄は、育児事業に次いで最も多数に上がりたり」を引き、それなのに恤救規則が救療規定を持っていなかったことを批判しているように、医療保護事業は官よりは民間の力を頼みに細々と行われていた。池田は東京慈恵会医院の「民間の慈善が絶対者の施与に変質してしまったこと」を挙げ、ハンセン病の悲惨な状況も併せて論じている。ただでさえ乏しいわが国の医療保護事業が、貧困と医療の関係に精通しなければならないMSWの本来業務ではない、として開始された戦後の医療社会事業の誤謬は指摘されなければならない事項であろう。

大畠はまた、医療社会事業職員と保健婦との関係については、中尾と同じく問題の性格によって主たる責任が違いますが、競争ではなく協力を必要とすると説いている。しかし、両者の圧倒的な数の差がある実態を踏まえる時、この論調で整理する事には無理があるのではないか。さらに、医療社会事業の目的には、「医療の最大の効果をあげ、患者の病気を治し、社会の有意義な一員として生活のできるように、又病気を全治できない時は、疾病から受ける心身の障害を最小限度にとどめ、有益な生活のできる様に、その人に中に残された能力を最大に伸ばすことを目標としている。」と書いている。そして指導の責任は医師にあるとして、医療における立場を極めて限定的に解説しているのである。高橋が指摘した欧米の理論による医療ソーシャルワークのみが正当であるという路線は、やはり大畠を含む聖路加国際病院で活動した先駆的なMSW達の(6)ミスリードだったと言わざるをえない。社会福祉主事研修の教科書ということで、医療社会事業職員と公的保護機関のソーシャルワーカーとの緊密な連携を具体的に教示している点は、当時の民主的な雰囲気を示している。しかし、このようにしてMSWのアウトリーチ機能は、徐々に退化していくことになったのである。

先述した吉田（1960;97）が「官僚機構の中にも専門性やサービス性が要求され、社会事業の役割は政策ではなく、人間関係の調整に主要点があてられることになった。そこには市民社会に対する信頼感が基本にあり、個々のケースを解決してゆけばその結果として社会改革が行われるというブルーガー等の楽観的意見となって表れている」と書き、ついには、「ブルーガーは誇大的に日本社会事業の世界の社会事業への貢献という期待さえもよせ

ている」と評し、アメリカの指導者には、資本主義社会の構造的欠陥に対する社会事業という認識が欠落していたことを指摘している。その、GHQ の公衆衛生部の教育課長であった F・ブルーガー女史ら、教育に携わった人々は、日本に医療、ソーシャルワークを定着させることに尽力した。以下は、日本赤十字中央病院長佐藤正（1949）『医療社会事業の実際』の発刊に際して、GHQ 公衆衛生福祉局社会事業教育課長であったフロレンス・ブルーガーの序文である。

「社会事業においては必要こそ事業の根柢である。患者の個性をあらゆる点まで理解し、病気を起こし快復に関係する社会的乃至感情的諸要因を知ることを要請する近代医学の精神並びに肉体を同等に扱う概念からして、医療社会事業の必要が力説されている。この故に近代の医者は権威ある医療社会事業家の援助を必要とし、この必要を充たすに力あることはすべて貴いものである。」この序文から見えることは、やはり近代医療への無邪気ともいえる崇拜の念と、その論理に吸収されていく MSW の姿である。

社会福祉に理解のある医師、そして社会福祉界の研究者は、医療社会事業は決して医療保護事業ではないと説いていた。その実態との乖離が今に続く MSW の混乱の土壌となり、保健所医療社会事業衰退の要因のひとつであったと指摘したい。

当時の保健医療福祉分野における、社会事業の専門職の成立のしづらさについては竹内（1959：167, 385）も論じているように、「医療が全体社会のための倫理的役割以上に、専門社会事業は、倫理的」であり、さらに「社会事業は辺境」であるとも書いている。こうした実態は、当時より医療分野の社会事業が科学的な分野であることへの理解は殆ど無かったことを示唆している。(7)

第3節 保健婦事業の概要

保健婦事業は、1941（昭和 16）年の厚生省令による「保健婦規則」が制定されたことをもって公的職業化した。保健婦が初めて公的機関に採用されたのは、1926（大正 15）年に設置された小児保健所であった。（川上 2013：49）

佐藤進（1981:207）は、この時期の国民健康保険の保健婦の状況について「すなわち、今日の国保組合の先駆者は、国民健康保険法制定以前から、いわゆる社会事業的性格を持って「保健婦事業」を採用し、と共に東北信効果や当時の産業組合は農村保健婦運動の一つとして、市町村に保健婦設置をすすめていた。昭和十三年国民健康保険法制定に伴い、国保組合保健婦に移行していった人もある。」と述べている。

公衆衛生における結核が代表する伝染病、及び性病の蔓延を防ぐ目的がひとまず落ち着くと、たちまち社会事業としての医療社会事業は保健所からはその存在を失うことになった。伝染病の蔓延に対する施策として明治期から「避病院」という隔離政策をとったわが国の医療政策を考えると、元々人としての患者を診る目そのものがに日本では育ちにくい土壌があったことが伺える。公衆衛生における結核が代表する伝染病、及び性病の蔓延を

防ぐ目的がひとまず落ち着くと、たちまち社会事業としての医療社会事業は保健所からはその存在を失うことになった。伝染病の蔓延に対する施策として明治期から「避病院」という隔離政策をとったわが国の医療政策を考えると、元々人としての患者を診る目そのものがに日本では育ちにくい土壌があったことが伺える。

母子保健と農村問題、都市のスラムの公衆衛生における保健活動の重要性は言を俟たない。小宮山新一（1967：31）は「我が国の保健婦事業の最初の試みは済生会の巡回看護婦とし、震災後の罹災傷病者の救護という、当時の切実な要求から必然的に生まれたものである」とし、聖路加は保健婦事業の総本山であり、日本赤十字本社でも社会看護婦養成所として保健婦を養成したこと、大阪における朝日新聞社会事業団が公衆衛生訪問婦協会を設立して保健婦活動を始めたことを紹介している。そして農村からは自然発生的に保健婦の要望が高まってきたことを指摘している。

そもそも保健婦の資格問題でアンケートをとったのは社会事業協会だったことを川上は指摘している。（川上 2013：128）前述したように、社会事業と看護の両者へのアイデンティティをめぐる論争があった時代だったが、結果として看護を基盤とする免許が確定した。しかし、経過規定による現任者への救済措置は取られ、実質的な質の担保は先送りされた。小宮山（1967：32）は、農村保健婦は戦争遂行のため、健民健兵を戦地に送るためにも結核の予防並びに体位向上を目的として大量の保健婦が農村に送り込まれた背景を医療の未整備状況と併せて、農村保健婦の状況が悲惨だったことを述べている。若月俊一（1970：209-214）は農村の医療活動について、貧しいが故の手遅れ、自覚症状があっても医療にかかれぬ、あるいはかからない「がまん病」が 7 割を超えていることを論じている。そして保健所の仕事が多すぎて、しかも人手のないことも指摘している。若月（1965：2-6）はまた「農村病」を①農業病②農家病③協議の農村病と社会病因論的に 3 つに分けて考え、農村の医師不足が招く健康障害の実態についても論じている。

こうした活動に医療ソーシャルワークの姿があまり見られないことを、ただ人数が少なかったから、とその 1 点のみに原因を求められるだろうか？

山崎京子（1982：20-24）は「保健婦と医療ソーシャルワーカーの連携」と題する論文で、昭和 33 年厚生省公衆衛生局長通知を示し、医療ケースワーカーは「問題発生の予防に努めることが望ましい」とされたことにもふれ、「個人の問題を社会問題として捉え、個人の問題が強く医療ケースワーカーに望まれる」と論じた。しかし人員配置が少なく、「心理的問題や専門的社会資源の活用を要するケース等特定の限られたケースを処遇せざるを得ない実情」を述べている。社会問題を捉える目を、地域から失っていった経緯をこの点にも求めることができるのではないかと。この状況は、今退院援助業務に関して、地域連携室で協働する MSW と退院支援看護師との関係に通ずるものがある。医療の論理に引きずられ、在宅への退院援助が退院支援看護師に転院支援が MSW に、という業務の二分化に甘んじることは自らのアイデンティティを失うことであり、社会問題を捉える目を地域から失っていった過程を再現していると言っても過言ではないと思われる。

一方、地域に隠された精神疾患患者と、病院に隔離された精神病患者を支援する精神科ソーシャルワーカー（以下 PSW）は保健所機能におけるソーシャルワークとして残り得た。1989 年当時の医療ソーシャルワーカー業務指針では明確に MSW に PSW は含むと明言されたが、1995（平成 6）年の地域保健所法の成立を背景に、PSW は独自の資格化に向けて邁進し、地域に根差すソーシャルワーカーとして機能している。保健所に残ったのは、PSW という名の MSW ということもできるかもしれない。しかし、ソーシャルワークの資格を二分した結果、病院で働く社会福祉士を MSW とし、本来 MSW であった PSW は精神保健福祉士として主にメンタルヘルスを担うソーシャルワーカーとした歴史は、MSW の今後の業務の在り方を論ずる上では、壁だと言わざるを得ない。メンタルヘルスをもっぱら担当するという役割を、精神保健福祉士に偏らせた制度設計は、やはり社会福祉士を基礎資格とする MSW の業務の今後の業務の枠組みに影響を及ぼさざるを得ないし、加えて社会福祉士をより一層ジェネリックな業務へと押しやる結果に繋がったのではないだろうか。

2 章では、MSW の業務がどのような過程をへて形成されていったのかについて論ずる。

（注）

(1) 連合軍最高司令官指令（SUPREME COMMANDER FOR THE ALLIED POWERS INDEX NUMBER）の 48 は公衆衛生対策について調査、週刊報告を行うこと及びその他の公衆衛生対策を始めることを指令し、945 は政府の公衆衛生福祉活動の再編について、SCAPIN48, 775 に含まれる指令を実施するために支持された公衆衛生福祉活動を再編するよう日本政府に指令した。

(2) ヌノーは、聖路加国際病院院長のトイスラー（R. B. Teusler）が、公衆衛生を導入するために米国赤十字社から招聘した。1925（大正 14）年から渡日したが、第二次世界大戦中昭和 16 年には米国に帰国した人物で、当初の立ち上げに大きな影響を与えた。しかし、川上は著書では保健婦 1 名と表記し、実名を挙げていない。1934（昭和 9）年から同病院で浅賀と共に働いた中島も、「公衆衛生活動を開拓した同病院の保健婦たちとの密接な協力を保ちつつ、広い地域にわたって家庭訪問を行った。」（1988；64）と書き、ヌノーについては触れていない。『聖路加国際病院 80 年史』では深沢里子が、浅賀の言としてミス・ヌノーについて、「公衆衛生看護部のスーパーバイザーであり、教師であったミス・ヌノーとは私の仕事について話し合うことができ、彼女と相談した結果、ちょうど一年前から始められた結核相談所の全ての患者と面接を行い」と記し、結核患者の家庭訪問を行った経緯を説明している。Christine M. Nuno のカタカナ表記は、2015 年の 3 月に刊行された聖路加看護大学ブックレット 3『聖路加と公衆衛生看護』の説に従い、本論文ではヌノーと表記した。

(3) 保健所の医療社会事業係は当初 46 名を主要な保健所に配置するところから始まった。

GHQ の要請によって、当初東京都には衛生局医療課に 3 名のケースワーカーと 3 名の事務吏員という構成で、44 保健所に医療社会事業係長 1 名、A 級保健所 13 か所に 1 名ずつのソーシャルワーカーが配置されたが、進駐軍が去る 1 年後に係りがなくなり、1974（昭和 48）年には 2 名となったことを、中島は『公衆衛生』Vol. 38, No. 7・8 に書いている。

（4）牛場みわは、1961（昭和 36）年 3 月、東京都衛生局総務部普及課で編集した『保健所の医療社会事業—事例と業務の分析—』に掲載された「保健所における医療社会事業—1 年間の仕事をかえりみて—」で年間の取扱件数を報告するとともに、昭和 35 年度の医療社会事業従事者研修会における保健所部会の研究課題が 3 点あげられ、1. 日行業務の種類とその取扱い 2. 保健所医療社会事業の特殊性、3. 業務を効果的に行うためにはどのような実施計画をたてなければならないか。保健所の事業にどのように計画的に参加するか。医療社会事業自体の計画のたてかた。とあるにもかかわらず、3 時間の討議の末に得た事業の内容に関する結論が「今回もまた、この業務の内容が多様であり、医療社会事業を保健所活動の中に明確に位置づけることが、どんなに困難なものであるかということでありました。」と難じている。そして、編集部が点線を施した個所が「それぞれの保健所活動の現実の中に溶け込んで、そこで行われる医療社会事業の仕事を勧めながら、「額に汗を流して」国民生活に定着したサービスとなるように、医療社会事業の技術を創造していく過程にあると考えられます」であった。右田論文の注記に厚生省医療社会事業係発言として「医療社会事業が専門家としてもっと、独自の能力をもつようになるまで、どこに所属していても、直属の上司に理解を深めさせるように働きかけ、また上司もあたたかい理解をもって助言するよう援助してほしいものである」をあげ、甘い考えとあいまいさが果たして保健所の持つ歴史的行政的性格の中で許され得るだろうか。と厳しく指摘している。まさに、東京都の編集部も、厚生省の当事者の発言も、牛島の嘆きに応じておらず、この背景には、定着しない理由を他者の理由にする多くの同僚の存在が示唆される。

（5）『聖路加国際病院 80 年史』によると、当初からミス・シッパスが部長としてスーパーバイザーとして存在し、浅賀ふさ、横山つる、藤田鶴代、大畠タネ、田村ミキ、駒田エイ、中島さつきなど 8 名のスタッフを抱える医療社会事業部だったということである。戦時中は吉田ますみが一人で部を守り、戦後の MSW 教育に影響を与えたのは、主に浅賀ふさ、大畠タネ、吉田ますみ、時期が遅れて中島さつきだった。

（6）保健婦の数については、川上（2013:132）で 1941（昭和 16）年、保健婦規則制定により免許を取得した者は 7,702 名であり、その後 1942（昭和 17）年、1943（昭和 18）年と人数の漸増を示した。1942（昭和 17）年調査（厚生省医務局看護科 1953:12）によると、保健婦免許総数は 8,622 名であった。しかし、免許を得ただけで実際の保健婦業務につかない者もあり、業務従事者数は 5,805 名である。佐藤（1981:207）は昭和 15 年 9 月の調査として社会保険婦、訪問看護婦など 30 くらいの異なった呼び名のもとで保健指導に従事して

いた人は 18,447 人、そのうち市町村に所属していたものが 1,147 人いたことが報告されていたと述べている。1944（昭和 19）年及び 1945（昭和 20）年の免許取得者は調査されなかったため不明であるが、実働数は増加していた中で、免許取得者以外の実働数は約 1 万人いたのである。大瀧は（2013;169）保健所法改定時に既に 18,000 名余りがその職にあったという歴史的事実は大い、と書いている。

(7) 専門職の議論として、竹内愛二（1959;38）は社会事業の立場から専門職業を考える時、それは特に倫理的性格を強く打ち出してくるのであり、倫理的な専門職業の一つであることを記している。そして専門社会事業の社会制度的性格を論じるにあたっては、医師との比較で社会事業者を自己志向的ではなく、より集合体志向的であるとしている。さらに「専門職業として存在するために払われた不断的努力は、社会事業という辺境性ゆえに専門職業としての呼称が不適切であるために報われない」などそもそもの専門職業についての見解を提示している。

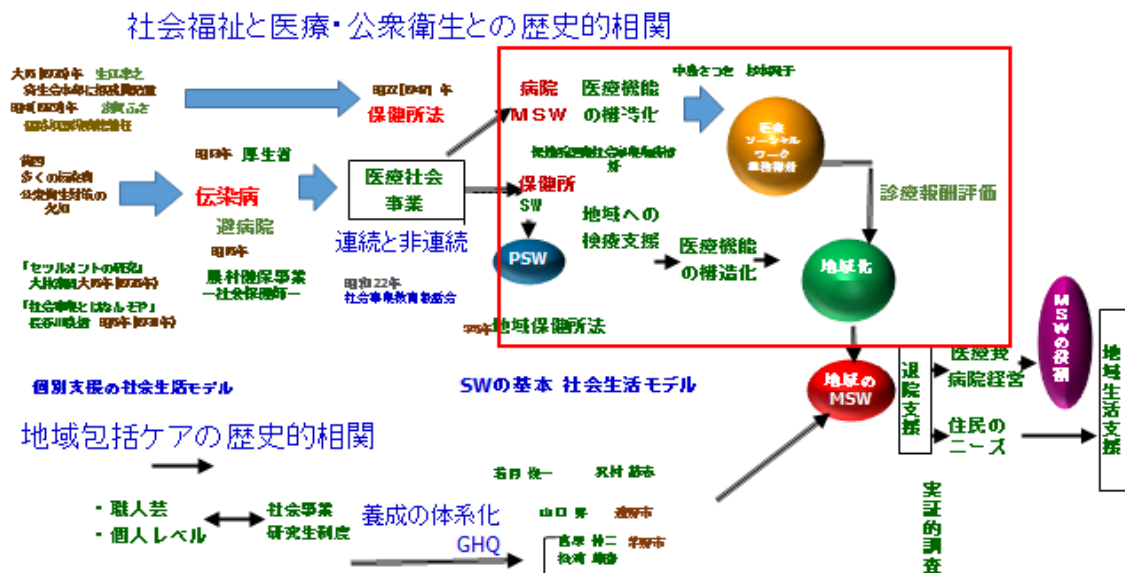
引用文献

- 橋本正巳（1981）『公衆衛生現代史論』光生館
- 深沢里子（1982）「医療社会事業部」『聖路加国際病院八十年史』, 218-221.
- 池田敬正（1986）『日本社会福祉史』法律文化社.
- 医療社会事業研究会（1964）『医療社会事業』ミネルヴァ書房.
- 医療社会事業研究会（1971）『医療社会事業論』ミネルヴァ書房.
- 株式会社スズケン（1966）『医療社会活動 医師と患者とソーシャルケース・ワーカー』スズケン.
- 菅野正雄「日赤病院と医療社会事業部の事業について」『医療社会事業』15（2）. 8-9 .
- 橘高通泰（1997）『医療ソーシャルワーカーの業務と実践』ミネルヴァ書房.
- 小林丈広（2001）『近代日本と公衆衛生-都市社会史の試み-』雄山閣出版.
- 児島美都子（1977）『医療ソーシャルワーカー論』ミネルヴァ書房.
- 児島美都子（1991）『新医療ソーシャルワーカー論 その制度的確立をもとめて』ミネルヴァ書房.
- 小宮山新一（1967）「農村保健婦の歩みと今日の問題点」『医学史研究』, 24, 1254 -1259.
- 厚生省（1950）『保健所事業成績年報 Annual Report of Health Center Activities』6-7.
- 厚生省（1961）『医療機関における医療社会事業の業務指針』
- 厚生省医政局（1974）『医政百年史付録 衛生統計から見た医制百年の歩み』
- 窪田暁子、小野哲郎、小林育子（1967）「医療ソーシャルワーカーの機能について-業務分析のための枠組み設定の試み-」『社会福祉学』7, 126-143.
- 京極高宣・村上須賀子（2005）『医療ソーシャルワーカー新時代』勁草書房.

- 松下和子(1982)「公衆衛生看護部」『聖路加国際病院八十年史』173-180 .
- 中島さつき (1964)『医療社会事業』誠信書房.
- 中島さつき (1967)「医療社会事業資料」昭和 42 年度国立公衆衛生院養成訓練用教材.
- 中島さつき・阪上裕子・松浦美智子(1971)「全国医療ソーシャルワーカー実態調査」『保健婦雑誌』27 (12) , 39-46.
- 中島さつき(1973)「医療ソーシャルワーカー‘一粒の麦’が播かれたころ」『病院』32 (4). 69.
- 中島さつき (1977)「我が国における医療社会事業発展史」『社会事業史研究』5, 37-55.
- 中島さつき(1988)「医療福祉事業の歩みと資格制度」『社会福祉研究』42. 64-66.
- 野村拓 (1976)『医療政策論考』医学図書出版社.
- 大林宗嗣(2008)『セツルメントの研究』慧文社.
- 小野若菜子、鶴若麻里、直井久枝他(2016)『聖路加と公衆衛生看護』聖路加看護大学ブックレット3. 2-87.
- 大瀧敦子 (2013)「占領期の保健所改正法に伴うソーシャルワーク導入の過程分析—衆参両議院厚生委員会において「公共医療事業は」どのように議論されたか—」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』140-177.
- 佐藤進 (1981)『医事法と社会保障法との交錯』勁草書房.
- 杉本照子(1981)『医療社会福祉学入門』医学書院.
- 社会事業研究所、・日本社会事業短期大学共同編集 (1951)『社会福祉主事資格認定講習講義要綱』日本社会事業短期大学出版部.
- 高橋恭子 (2016)『戦前病院社会事業史』ドメス出版.
- 竹内愛二(1935)「訪問婦事業に於けるケースワークの役割」『看護婦』5-42.
- 竹内愛二 (1955)『科学的社會事業入門』黎明書房.
- 谷川貞夫(1949)『ケース・ワーク要論』全国社会福祉協議会連合会
- 右田紀久恵 (1963)「保健所における医療社会事業—従事者の前向きな自己凝視を—」『社会事業研究』2, 15-22.
- 若月俊一 (1970)「農村の地域医療活動」『科学』40(4). 209-214.
- 山崎京子 (1982)「保健婦と医療ソーシャルワーカーの連携」『公衆衛生』46(12). 812-816.
- 吉田久一(1960)「戦後社会事業思想史の問題点」『社会福祉学』6, 88-104.
- 吉田ますみ (1969)「こえてきた道」『ソーシャルワーク研究』16 (6) , 83.

2 章 MSW 業務の成立過程—業務指針を中心として—

図 2-1



2 章、3 章では上図の枠について主に論ずる。「医療ソーシャルワーカー業務指針」は極めて政治的な配慮に基づいて作成された。MSW の業務の範囲を決定する重要な指針を理解するためには、業務を展開する場、医療現場でどのような歴史的な展開を踏まえたのか、背景を知る必要がある。

第1節 MSW の業務を巡る二つの立場

第 1 章で述べた様に、医療社会事業は「医療保護事業とは違う、医療に貢献する科学的な方法論を獲得した専門家が行う事業」として論じたのは、MSW をリードした研究者、或いは日本医療社会事業協会運営に関わった人々であった。しかし、医療社会事業研究会 (1964;6) は、欧米の近代社会的な救済保護としての医療社会事業は、まず病院へ患者を収容保護する事から始められたことを記し、「日本の医療社会事業は欧米先進国に学んで、巡回看護婦の事業や、社会事業目的のために設立せられた病院・診療所として出発した。」とし、医療社会事業総論において前述の多くの人々が支持した定義を「医療社会事業（メヂカル・ソーシャル・ワーク）はそのままケースワークを意味するものであると考えられ、医療ケースワーカーの専門職業的援助技術体系が医療社会事業であると理解されている。これはアメリカ社会事業の立場に立つ認識方法であるが、この立場に立つと、医療社会事業にとって規定的な重要性をもつ政策的保護の方法や施策が、社会事業の課題ではないと排除せられる結果に陥ってしまう。またそれだけではなく、社会問題対策としての医療社会事業から文字通り”社会“問題意識を脱落したままで、抽象的な”人間“関係だけをと

りあげ、しかもその抽象性に気づかないで、却ってそれが実際的だと思い込んでいるという誤謬を犯す危険性が多い。」と、非難している。この医療社会事業研究会には、孝橋正一、庄司光、児島美都子、右田紀久恵、菊池武明等が所属し、執筆している。(1)

執筆者の一人である児島美都子は浅賀ふさ初代日本医療社会事業協会会長の後、2代会長を務めた。児島は(1977:134)『医療ソーシャルワーカー論』において、「浅賀・千種・中尾・杉本・中島氏の定義では(1)医療社会事業は「医療ソーシャルワーカーの仕事」として捉えられており、医療ソーシャルワーカーは「医療チームの一員」とされている。これに対して、孝橋氏の定義では、医療社会事業は「公・私の社会的施策の総体」として捉えられている。」と分析し、業務の明確化を専門性の確立にとって不可欠であるのは当然としても、福祉労働が科学的労働として展開しうる社会的条件を整備することが必要であると論じた。しかし、論争は資格獲得運動において、MSWは医療職か福祉職かで争われた基盤とはならず、理論的な整合性から考えれば福祉職を希求した集団はむしろ孝橋が批判した「医療ケースワーカーの専門職業的援助技術体系が医療社会事業であると理解していた」グループであったことは歴史の皮肉ともいえる。福祉職を希求した先達と共に活動した研究者や実践家が、医療職とされた医療福祉士案に賛同していったことは、資格運動で激しく争った経緯に感情論の一面があることを端的に示していると思われる。「現実 VS 理想」で争われた資格のあり方は、社団法人日本医療社会事業協会を二分したが、業務の明確化は両者とも同様に重要視していた。それは平成元年に出された「医療ソーシャルワーカー業務指針」への両グループの賛意からも明らかである。

第2節 業務基準の明確化への過程

当初からのこうした論争を内包しながらも、保健所法に規定されて以来、MSWの「業務」についての研究は進んだ。政策的にも1958(昭和33)年に「保健所における医療社会事業の業務指針」が出され、表面的な政策の枠組みは整備されていった。医療ソーシャルワーカーにとって業務の明確な範囲を示した業務指針は初めて手にするものであり、その示唆するところは大きいものであった。

中島(1977:38)は、半生を振り返って医療社会事業の歩みを「欧米で40年間高度に発達したものを、聖徳太子以来の慈善的救済的な基盤をもつ日本の風土に移し、GHQ→国(厚生省)→都道府県→保健所→病院と逆の経路で早急にアメリカ的技法が紹介された」ことが問題だと指摘している。そして業務基準もない中でケースワークの方法も判らず孤立し、毎日の仕事に忙殺され困り果てたMSWが多かったと述べている。さらに、1953年1月に保健課長から依頼があったこととその内容は「参議院議員井上なつえ氏の提唱で、政府提案で医療社会事業家の身分法を提出する」ことになり、中島が厚生省と協力して東京都協会の案を急ぎ提出したことを記している。

結果としては、法制局の理解を得られず、厚生省内でも時期尚早とされた、とある。当初より、MSW の業務の基準を求める姿勢は、協会が第一義的に持っていたものであり、それは身分法を求める動きと一体化されていた。1961 年に検討された 28 頁にわたる『医療機関における医療社会事業の業務指針』は、ガリ版刷りではあるものの、表紙は印刷され白表紙に厚生省と印刷された冊子であり、「浅賀先生の改正案」と名付けられたガリ版刷りの B4 版 5 ページのプリントも併せて、中島氏の資格問題と名付けられたファイルの中に存在していた。資料として公表されていない文献である。1 頁の医療社会事業の定義は、中島の初期の考えが明記されており、「社会科学的立場から医師の診断を助け、チームの一員として機能すること」が強調されている。その仕事としては、(1) ケースワーク (2) グループ・ワーク (3) 医療職員との協力 (4) 社会資源の開発及び普及活動 (5) 指導 (6) 研究をあげ、解説している。

さらに医療ケースワークの領域はカウンセリングと共通する点が多く、精神療法にも類似することもあると述べられている。この書きぶりをみると、3 年前に通知された「保健所における医療社会事業の業務指針」と医療機関の違いを、この点に求めたことが推察される。保健所との相違点を明確にする意図であったか、グループワークについても医療機関の方法論にのみ収録している。加えてこの文書では、MSW に必要な資格として、第一は大学教育で社会福祉を修めた者とし、短期大学卒業者は甲群の「医療社会事業概論、実習及び演習、社会事業方法論、医学知識、精神衛生」をすべて治めなおかつ社会学、心理学、社会調査、公衆衛生学等の乙、丙群の 17 科目のうち数科目の履修という具体的な条件をあげている。こうした条件でこの時期に MSW の身分法にチャレンジしたが故に、時期尚早だと棄却されたことが理解される。その後の教科書的な記載、例えば「面接の目的にラポーをつくる、問題の真相をはっきりとつかむ等」の解説に加えて相談票、月報、ケース日誌のフォーマットも提示している等かなり具体的な指針案となっている。

この業務指針案の資格要件に関する部分は、1962 (昭和 37) 年に公衆衛生教育審議会が「公衆衛生教育制度の将来について 昭和 37. 12. 4 野辺地慶三ほか 10 名による厚生大臣あて答申」として提出した中の (資格) の部分にそっくり引用されている。答申にはさらに医療社会事業指導員の任用資格を得る者として、より詳細な科目を指定している。

こうした事実から考えると、当初より業務の基準に関して日本医療社会事業協会は厚生省と協力関係にあり、文書としても継続性を保って進行していたと言ってよいのだと考える。

MSW の位置づけに関しては、棕野美智子 (2013: 13) が 1974 年の無料低額診療事業についての社会局庶務課長・児童家庭局企画課長内翰で専任の MSW を 200 床に 1 名以上の配置が求められたこと、1982 年の国立病院等に医療社会事業専門官を設置できるようにする訓令の改正、1983 年の厚生省国立病院課長・国立療養所課長通知の「医療ケースワーカーの標準業務について」、1988 年の老人保健施設の人員基準には相談指導員が必置とされたこと、1983 年の厚生事業団理事長名による「厚生年金病院に置ける医療社会事業の業務指針[準

則]の制定について」1984年の労災病院に対して労働福祉事業団から出された「メディカルソーシャルワーク業務指針」が出されたことなどをとりあげ、徐々に定着していく過程を解説している。

以上の経緯を見ると、資格問題に絡む活動としての業務の明確化は、厚生省の協力なくしては現実的ではなく、厚生省も患者の側に立った相談指導者という存在を置くことと併せて、その指導者を管理下におけるメリットがあったことが考えられる。棕野は無料低額診療事業に関する動きについても、MSWの業務の重要性への評価というより、無料低額診療事業の存在意義を説明する一要素としての扱いとみるのか妥当だとの見解を示している。つまり、厚生行政への一種の免罪符として医療ソーシャルワーカーは便利な存在でもあったことがうかがわれる。診療報酬への位置づけに集中するあまり、便利な存在であることへの反発の姿勢を欠く傾向にあることが懸念される。

無料低額診療事業に関しては終章で述べるが、この制度に関するいわば全体としてのMSWの無関心こそが、事業の展開に必置とされたMSWの存在意義を自ら低からしめ、ひいては国民の受療権を阻害していることにMSWが気づくことが重要である。

業務の明確化に向けた、現場のMSWの実績について橘高通泰(1997)は、1967(昭和42)年 厚生科学研究「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」、1974(昭和49)年、1979(昭和54)年、1980(昭和55)年の研究をあげ、業務の多様性と、実態の概要は把握されたとした。しかし、その項目の整理の方法、並びに体系化に関する課題が残されているとし、現場のMSWの実践的な研究としては、小野哲郎(1965)の調査を取り上げている。日常業務を58項目に整理し、MSWが本来業務として意識している業務を整理した。しかし調査対象人数が97名と少ないこと、さらに神奈川県という1県のみを対象としていたため、全国的な地域の状況に左右される医療機関の実情を考慮することができず、基礎調査とはなりえなかった。人員の配置にかなり差があるMSWの実態を改善するために、増員要求という目的で行われた大野実(1978)「医療SW業務内容の分析—国立MSWの場合」の成果は、MSWの一日の平均業務量を出すなど着目できる視点もあるが、調査としての基礎に難があり、説得性のあるデータとはなっていない。1978(昭和53)年、愛知県医療社会事業協会は業務統計様式を統一するために「医療社会事業・業務統計様式の標準化について」を発表し、業務の項目を体系化する試みをした。標準化に取り組んだ意義は大きかったが、大項目と小項目が混在していること、加えてデータが蓄積できるためには現場のMSWが収集を継続できる様式が必要だが、その点について大きな課題が残った。

その後の取り組みとして、1987(昭和62)年、東京都衛生局病院管理部開発指導課が行った「医療におけるSWの確立のために—業務分類と統計に関する報告」がある。業務分類項目を27項目に整理し、この27項目の業務分析として、目的・対象・業務内容・視点を整理し提示した。この報告で業務を定義し直したことに意義があるとの評価はあるが、支援方法の件数の数え方が、MSWの行為ごとに加算されていくために、一人のMSWの年間業務の量が数万件になるなど、一般化するには困難な内容であった。この件数の数え方は東京都

のみで行われたために、MSW の業務統計のあり方に一層の混乱を加えたことも事実であり、業務統計については、標準化が課題であり続けた。

この間リハビリテーション・ソーシャルワーク研究会が脳卒中患者への援助の手順を標準化する試案を発表し、須川豊・山手茂（1982:145）による「疾患別ソーシャルワークの研究」も行われてきた。しかし、その業務の手順の表記は、例えば「①療養生活を安定させるためのソーシャルワーク②社会復帰のためのソーシャルワーク③医療にかかわる患者の生活史・生活構造の調査④傾聴面接を主とするソーシャルワーク」といったように抽象的な表現に留まっていた。

こうした時代の流れの中で、1987 年「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立した。並行して MSW、医療福祉士の資格化の検討も進んだ。しかし、新たな医療関係職種の資格制度の在り方に関する検討会が出した中間報告では、「医療福祉士は適正な医療を確保する上でも極めて重要であり、速やかに制度化すべきであるが、医療関係職種としての業務の範囲について若干の論議が残り、また養成についても患者の社会関係の調整等が支障なく行えるために必要な教育のあり方をどう考えるかなど、検討調整が必要である」とされ、資格法案の国会上程は見送られた。この時期、医療分野で働く社会福祉士をもって MSW とする意見と、厚生省が提示する医療福祉士が MSW であるとする意見が対立した。当時の日本医療社会事業協会会長であった須川豊は医師であり、MSW の理解者でもあったが、須川は医療福祉士を推進していた。しかし、協会の総会で遂に須川会長が更迭される事態を迎えるほど対立は激化したのである。須川(1982)は「我が国の医療社会事業への提言」で現代の医療の真の姿が複雑であり、立場によって考え方が違うことをあげ、医療社会事業の定着しない理由として、業務の必要性は患者の立場に立たないと十分理解できないことと結果の評価が容易でないことに加えて、「専門教育を受けた従事者は若く、人情の細やかさに乏しいくらいがありそのため医療機関の内外の協調が得られなかったこと」に触れている。具体的な提言に満ちているが、イデオロギーに走ることなく、下積み役を引き受け、何よりも働いている職場を良くすることから出発をすることを進める方法は、MSW が現場で感じている医療制度の矛盾への共感には程遠い。ソーシャルワークへの理解ではなく、医療界への貢献の在り方に重点が置かれる姿勢は反発も生んだ。しかし、全体としてまとまることの重要性を訴え、現実的な対処方法を提示したことへの敬意を払うことなく、資格問題が終始したことは医療ソーシャルワークの発展に今も影を落としている。(2)

第3節 平成元年版「医療ソーシャルワーカー業務指針」の策定まで

この業務指針策定に当たって参考にされた先行研究一覧は椋野が表 2-1 にまとめている。まだ公式に発表されていないが、現在この文献を基に資料集の発刊が予定されている。

1953（昭和 27）年厚生省関東信越医務局出張所編の『メジカル・ソシアル・ワーカー執務基準』には「メジカル・ソシアル・ワークの活動を十分に行うためには<中略>患者の悩

みを解決するために骨折っても、社会制度または施設に欠点があれば解決できないということに実際ぶつかるので、どこにその制度がまたは施設の盲点があるかを突き止める立場にある」との記述がある。さらには先述した 1958（昭和 33）年に「保健所における医療社会事業の業務指針」の中に「保健所内における医療社会事業執務機構」の設備の項目には、医療社会事業係には、家庭・施設訪問用の靴、自転車があれば便利、とする記載がある。地域における活動を、この文書を見る限りは期待されていた。

1966（昭和 41）年時点の厚生省医務局の病院経営管理指導には、既に「十三医療社会事業」として専任の医療社会事業係を置くことが望ましい旨明記されている。八は看護管理であり、九が薬局管理、十が臨床検査室管理、十一放射線室管理、十二が給食管理に続く記載で、国の業務指針を策定する際には、国が MSW について記載したものは悉く収集された中で、議論が進められていった。昭和 46 年の全国社会福祉協議会社会福祉事業法改正研究委員会の「社会福祉事業法改正に関する中間報告」においては、名称について、「社会福祉専門職全体の有機的な相互関係を示すために、全体を通ずる身分制度の名称を明確にし、その内部でア号、イ号、ウ号・・・」とするような提案がされている。MSW は厚生省の医務局からも社会福祉界からも射程距離の中に存在し、その中でどの方向からも学歴においても高い専門性が求められていたことは、業務を規定するうえで、大きな力となっていた。医療界において、大学卒業の資格を得ることへの抵抗は当時強くあり、そういう意味で社会福祉界の専門職であったことが、プラスに働いていた。

第 4 節 業務指針の評価

医療福祉土案が座礁し、社会福祉士法成立時の国会答弁によって、MSW の業務の明確化の課題が残された結果、厚生省としても中間報告の「いま少し検討調整が必要とされた業務の範囲、方法等についての指針を定め、資質の向上を図る」必要性に迫られていた。棕野（2013：13-14）の前掲論文によると、当時健康政策局計画課の課長補佐だった棕野が直接取りまとめた経験に照らし、業務指針の策定に関して性格的観点から以下の 3 点にまとめている。①指針と合意形成について。関係者の信頼関係の無さにふれ、MSW は医療職か福祉職かで激しく争った経緯を踏まえ、この業務指針策定に当たっては、専門職よりではない法令事務官である棕野氏が適任であったこと、加えて課長と局長が医系技官であったことのバランスの良さにも言及している。極めて政治的な配慮により策定が進行したことが伺われる。②時代の課題への対応として。退院援助に関して業務の範囲で強調したことをあげている。加えてインフォームド・コンセントの考え方を入れたことにふれ、医師の間での抵抗についても言及している。「自己決定」ではなく「患者の主体性の尊重」という文言をいれ、個人情報保護法もない時代ではあったが、「プライバシーの尊重」についても詳述したとある。さらにチーム医療を意識して「他の保健、医療スタッフとの連携」の項目も入れたとのことであった。岩崎栄(1989:764)は「退院援助については、病院の効率性、

質の向上、はたまた今日的課題の病院の機能別類型化との問題も絡ませながら発展すると
思われるが MSW の業務範囲の中でも最も重要な援助業務の一つとなることは間違いのない
ことで、患者や家族の立場での必要な援助を行うことは当然であるが、有資源の効率的活
用という観点からの援助もまた考えなければならない時代である」と評した。この退院援助
業務に関する強調路線は、厚生省のそして厚生労働省の MSW への期待する役割として現在
も継続しており、この捉え方、考え方の整理は課題であり続けている。退院援助に関して、
病院機能の効率性への寄与の Evidence を求める傾向は大きく、MSW の職能集団という一面
もある公益社団法人医療社会福祉協会には、特にこの Evidence を提示する責任が求められ
た。この点については4章で取り扱う。

③は「普通の人」を前提にした医師との関係整理である。棕野が論ずるように、日本の
医療の法律体系では医師はオールマイティであり、一方医師以外は単独では医療行為がで
きない、つまり医師の指示下で医療行為を行うことが決められている。つまり、医療ソー
シャルワーカーは医療行為を行えない中で受診受療援助をどのように行うかが、争点の一
つであったのである。業務指針では、この受診受療援助に限って医師の指示を受けること
とされた。「こんな勝手なことをする医療ソーシャルワーカーがいる」という事例を挙げ
て業務全体を医師の指示下に置くべきだとする意見もあったとのことである。「こんなと
んでもない指示をする医師もいるから医師の指示を受けては仕事ができない」という意見
もあったという、その検討会を、どんな職種にも問題のある者がいることを前提に、「普
通の医師」「普通の医療ソーシャルワーカー」を想定して整理したと論述されている。菊
池武明(1990:18)はこの受診受療援助の書きぶりを援助方法にあげられた病名が心理・社会
的問題の解決部分と受診受療援助の説明文の相違が問題であること、さらには元々MSWの業
務は医療そのものにかかわらないのであるから、この項目が入ったことで「あらゆる場面
で医師の指示を受けることを求めている」として、この指示は不要であるとの指摘もあつ
た。しかし、この論調は主流にはならず、前述したように協会を二分したグループの双方
から評価されている。むしろ、相原和子(2010:139)が論ずるように「厚生省において、
これほどまでに臨床場面に即した業務指針が策定されたことは、大きく評価できる。」が
大勢の評価だった。相原はこの「医師の指示」と自律性について「専門職としての中核的
要素は、専門的知識・技術を実践する時の“自律性” “autonomy”にある」との認識の下
議論を続けたと述べ、MSWが行う業務6項目の内(3)の受診・受療援助のみに「医師の指示」
がついたのであり、一時受診・受療援助に「等」が記載されようとしたがその削除により
「医師の指示」の範囲が極めて限定的かつ明確になったことが記されている。加えてその
まえがきにおいて「保健医療の場においては、患者やその家族を対象としているソーシャ
ルワークを行う場合に採るべき方法は・・・」とあり、ソーシャルワークの前の医療は削
除されたことも付記している。そしてまとめとして以下の4点をあげた。①「医療ソーシ
ャルワーク」の用語の意味が「保健医療の場におけるソーシャルワーク」と定義づけられ
た。②平成元年版の業務指針の通知において「社会福祉の立場」が明記され、医療ソーシ

ャルワーカーは社会福祉専門職であることの認識が全国に周知された。③専門職としての中核的要素である「自律性」と「医師の指示」の範囲が明確に整理され。「受診・受療援助業務」に限定された。④この指針は、国が策定し、関係団体が承認したことに大きな意義があり、保健医療機関において社会福祉専門職として MSW が存在する根拠ともなったのである。

1997（平成 8）年の精神保健福祉士法の成立、2003（平成 14）年の国立病院における MSW への福祉職俸給法の摘要⁽³⁾などの状況を踏まえ、より一層明確に MSW が福祉職であることの証左を得るべく、2002（平成 14）年には平成元年版の業務指針が改正された。この改正でも受診・受療援助業務への「医師の指示」に関する部分是一言の変更も無かった。業務指針策定について、MSW の業務の多様性は、平成元年版「医療ソーシャルワーカー業務指針」の文中に MSW の実態を「よろず相談的に対応している」と表現されたように、極めて多様な実態を踏まえながらも、一つの標準的な業務の範囲が公的に明確にされた。しかし、業務の範囲はかなり広大であり、その業務内容が達成されたとするための「評価の基準」の開発が課題として残された。

MSW は病院、医療の論理に取り込まれていかないと、存在意義を示し得ない状況にありながらも、業務指針では MSW の業務実態の方向性を示し得た。しかし、1977 年に出された日本学術大会第 72 回総会議決にも続いた「リハビリテーションに関する教育・研究体制について（勧告）」において訪問指導など今後の重点を置くべき業務として書かれているにもかかわらず、必要に応じたアウトリーチに関する活動に焦点が当たることは少なく、業務指針の 6 項目目に明記された地域活動の実績を積み上げることは、不十分であったと言わざるを得ない。

表 2-2 は、保健医療福祉政策 MSW に関する診療報酬制度を含む制度と MSW の動きをまとめたものである。2006 年に診療報酬制度に初めて社会福祉士が記載されて以来、MSW の業務の表現が診療報酬制度、医療政策に積極的に絡んでいこうとする姿勢が強くなっている。その意味で、今が包括ケアの時代だから、地域への志向を強めているのだとすれば、あまりに政策誘導に乗りすぎていると言わざるを得ない。3 章で整理する。

年(西暦)	名称
1947年	連合軍総司令部公衆衛生福祉部「保健所機能の拡充強化に関する件」
	保健所法(昭和22年法律第101号)
	日本赤十字社「病院社会事業の実施に関する件」
1948年	保健所運営指針
1950年	厚生次官通達、保健所課長通知「医療社会事業の振興について」
1951年	公衆衛生局長通知「保健所における医療社会事業連絡協議会の開催について」
1956年	「日本における医療社会事業視察計画に関する報告書」グェンドリン・ベックマン報告
1957年	国立療養所課長通知「国立結核療養所における医療社会事業の運営について」
	社会局長・児童局長通知「社会福祉事業法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料または低額な料金で診療を行う事業について」
	全国社会福祉協議会医療社会事業研究会「医療ケースワーカーについての研究」
	全国社会福祉協議会「メジカルソーシャルワーカーの執務基準」
1958年	公衆衛生局長通知「保健所における医療社会事業の業務指針」
1962年	公衆衛生教育制度調査委員会意見書「公衆衛生教育制度の将来について」
1965年	改正精神衛生法
	厚生科学研究報告「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」
1968年	日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会「医療社会福祉士法案」
1969年	
1971年	全国社会福祉協議会「社会福祉事業法改正に関する中間答申」
	中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会報告「社会福祉専門職員の充実強化方策としての『社会福祉士法』制定試案」
1973年	「行政監査報告書—医療社会事業について—」
1974年	社会局長・児童家庭局長通知「社会福祉事業法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料または低額な料金で診療を行う事業について」
	社会局庶務課長・児童家庭局企画課長内翰「無料または低額診療事業の基準の運用について」
	厚生科学研究報告「医療社会事業の現状と課題—『医療施設及び地域における医療社会事業の業務指針について』研究報告書—」
	厚生省特別研究「ヘルスマンパワーの開発と将来需給—医療社会事業について」
1977年	日本学術会議「リハビリテーションに関する教育・養成体制等について(勧告)」
1978年	日本医療社会医療事業協会資格制度委員会「医療ソーシャルワーカーの資格制度化に関する検討資料」
1979年	厚生科学研究報告「医療ソーシャルワーカーの業務における多職種との分担と連携に関する研究」
1980年	厚生科学研究報告「医療ソーシャルワーカーの保健・医療分野における専門技術性の位置づけに関する研究」
1982年	国立病院等に医療社会事業専門官の設置を予定して訓令の改正
	日本医療社会医療事業協会「医療福祉士法」試案大綱検討資料」
1983年	厚生事業団理事長「厚生年金病院における医療社会事業の業務指針(準則)の制定について」
	国立病院課長・国立療養所課長通知「医療ケースワーカーの標準業務について」
1984年	労働福祉事業団「メディカルソーシャルワーク業務指針」
1987年	厚生省健康政策局「新たな医療関係職種の資格制度の在り方に関する検討会中間報告」
1989年	厚生省健康政策局長通知「医療ソーシャルワーカーの業務指針普及のための協力依頼について」
1998年	厚生労働省医療ソーシャルワーカーのあり方に関する検討会報告
2002年	医療ソーシャルワーカー業務指針改正
2003年	国立病院等の医療ソーシャルワーカーに福祉職俸給表適用
2006年	社会福祉士受験資格の実習機関として医療機関を認める旨の告示改正
2010年	日本医療社会事業協会で認定医療社会福祉士制度

注

(1) 孝橋理論は、多くの医療ソーシャルワーカーがその影響を受けた。1971年に著された『医療社会事業論』では、資格問題で医療福祉士法案に賛同し、精神保健福祉士法成立に努力した大野勇夫も執筆を担当している。同著の19頁で児島は「病院医療社会事業系の活動は、指導としては米国医療社会事業を範とする医療チームの一員としての医療社会事業が強調されたが、現実には医療保障制度の不備をカバーするための医療費の捻出方法の相談が主なものであった。」と記し医療ソーシャルワーカーの質に関して悲観的な記述をし、加えて社会保障費削減の影響を受けた保健所医療社会事業は、急速に下降線をたどったと記されている。戦後の病院の公私割合は、昭和30年に1対2程度であったものが、昭和48年には1対3程度までに民間病院の全体に占める割合が増加したこと（『衛生統計から見た医政百年の歩み』）が、「患者集めのセールスマン」あるいは「便利屋」と児島が評したような自称医療ソーシャルワーカーが現れ、保健所医療社会事業の衰退に比して、病院、療養所の医療社会事業系は増加した。この点に関して一層の専門性を高めるべきとする研究者は、益々対人援助職としての理論と知識の獲得に向けて集中する方向に向かい、孝橋は運動に重点を置くべきと批判した。保健所医療社会事業に関して、右田は1964年『医療社会事業』の十章に書いた「保健所と医療社会事業」の部分を7年後の『医療社会事業論』の4章三節に一字も変えることなく転載していることを指摘しておきたい。変化は1964年には掲載していた「収入階層別にみた有病率」の表を削除しているだけで、今後の保健所の医療社会事業の改善の方向性についてもこの時期の変化が全くなかったかのように、一字一句変更されていない。このことは、保健所医療社会事業が、右田の研究対象として既に存在意義を失っていたことを意味しているのみならず、精神科ソーシャルワークを除いて、国民皆保険制度の創設、生活保護基準の大幅改善が実質的に保健所医療社会事業の必要性を失わせた結果を示唆しているとも考えられる。椋野(2013;8)は、1965年に精神衛生相談員が保健所に配置された時点で、精神病院や保健所では疾病の原因調査などが経済的問題の解決援助を上回っており、病院での業務に差異がみられることが、別建ての資格制度につながっていったとしている。

(2) 須川豊氏が1995年に逝去された追悼文が、日本医療社会事業協会のニュースに掲載されている。追悼文を作成した山手茂氏は、須川氏が協会の副会長で厚生行政官であり医師でもあった村山午遡氏の遺志を継承するとの思いがあり、当時の執行部の要請を受けて会長就任を果たしたにもかかわらず、会員の医師の不一致と「不当な反対意見」が流されたことへの遺憾の意を表している。戦後早くから医療ソーシャルワークの重要性を認識しその普及に尽力した人々の歴史について、団体の記念の節目にも敬意を表する姿勢は今もってない。

(3) 人事院規則九－二（俸給表の適用範）の一部を改正する人事院規則で福祉職俸給表の摘

要が定められ、国立病院部部長通達で、国立病院における医療ソーシャルワーカーの採用条件が「社会福祉士あるいは精神保健福祉士」の資格を必携とすることになった。

引用文献

- 相原和子（2010）「医療ソーシャルワーカー業務指針（平成元年版）と専門性」『保健医療サービス』ミネルヴァ書房.
- 保健医療ソーシャルワーク研究会(1990)『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック【理論編】』中央法規出版.
- 細川汀・真田是・加藤園子他(1989)『現代ソーシャルワーカー論-生活問題の認識と社会福祉援助-』法律文化社.
- 岩崎榮(1989)「医療ソーシャルワーカー-医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書から-」『総合リハビリテーション』17（10）763-766.
- 菊池武明(1990)「医療ソーシャルワーカーの業務と資格-二つの「業務指針」の意味するもの-」『社会福祉研究』49, 14-19.
- 橘高通泰（1997）『医療ソーシャルワーカーの実務と実践』ミネルヴァ書房.
- 児島美都子（1998）『医療ソーシャルワーカーの現代性と国際性』勁草書房.
- 小島好子、雲野博美、角田圭佑他（2014）「救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援」『日臨救医誌（JJSEM）』17、395-402.
- 厚生科学研究（1967）「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」.
- 厚生科学研究（1974）「医療施設および地域における医療社会事業の業務指針について」.
- 厚生科学研究（1979）「医療 SW の業務における他職種との分担と連携に関する研究」.
- 厚生科学研究（1980）「医療 SW の保健医療分野における専門技術性の位置付けに関する研究」.
- 前田ケイ監修(1991)『保健医療の専門ソーシャルワーク』中央法規出版.
- 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～」『医療社会福祉学』22, 1-25.
- 中尾仁一(1956)『医療社会事業』メヂカルフレンド社
- 日本医療社会事業協会編（2003）『日本の医療ソーシャルワーク』川島書店
- 野村実(1994)『野村実著作集 下巻』野村実著作物集刊行会.
- 奥田いさよ(1988)「ソーシャルワークの職務分析に関する詩論」『社会福祉学』29(1), 65-69.
- 奥田いさよ（1989）「医療ソーシャルワーカーの職能と職務に関する一考察—職務分析調査を通して」『医療と福祉』23(1), 79-84.
- 大本和子/笹岡眞弓 /高山恵理子（2004）『新版 ソーシャルワークの業務マニュアル』川島書店.
- 小野哲郎（1965）「医療社会事業者の業務内容とその意識」『医療と福祉』2(15), pp33-38

大島実・吉田文他(1978)「国立療養所における医療社会事業業務の分析—国立 MSW の場合」『医療と福祉』13(2), 66-88.

須川豊(1982)「わが国の医療社会事業への提言」『公衆衛生』46(12), 796-766.

杉本照子(1981)『医療社会福祉学入門』医学書院.

山下章、清水寛、中島さつき、田中垣男(1967)「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」昭和 42 年度厚生科学研究報告.

社会事業研究会編(1964)『社会事業』ミネルヴァ書房.

斉藤安弘・坂上裕子(1985『保健・医療ソーシャルワーク』川島書店.

坂上裕子(1976)「医療社会事業の現状と課題—業務基準に関する各種資料から」『ソーシャルワーク研究』2(2), 119-125.

表 2-2

年	保健医療福祉政策	医療ソーシャルワーカー政策	MSW の動き
1945 年	国立病院・国立療養所(陸・海軍病院からの改組)		
1946 年	旧・生活保護法		
1947 年	GHQ「公衆衛生対策覚書」 新・保健所法 児童福祉法 失業保険法 労働者災害補償保険法	新・保健所法に「公共医療事業」を規定 日本赤十字社「病院社会事業の実施に関する件」	保健所法第二条第六項に医療社会事業を規定 保健所機能の拡充強化に関する件
1948 年	予防接種法 医療法 医師法 歯科医師法 保健婦助産婦看護婦法 民生委員法	杉並保健所に医療ソーシャルワーカー配置 国立国府台病院に PSW 配置	新・保健所法に基づき杉並保健所にて MSW 発足 政令 30 市指定モデル保健所に MSW 係を置く計画がすすめられる
1949 年	身体障害者福祉法		全社協主催第一回 MSW 長期養成講習会開催 各県保健所に医療社会事業係が設置された
1950 年	精神衛生法 医療法人制度 社会保障審議会「社会保障制度に関する勧告」 新・生活保護法	厚生次官通達、保健所課長通知「医療社会事業の振興について」	全国保健所 704 ケ所中 150 ケ所に MSW 係おかれる(但し厚生省発表) 愛知県医療社会事業家協会発足 岡山医療社会事業家協会発足

1951 年	新・結核予防法 あん摩師、はり師、きゅう師及び 柔道整復師法 診療放射線技士法 社会福祉事業法 精神衛生実態調査	公衆衛生局長通知「保健所における 医療社会事業連絡協議会の開催につ いて」	全国保健所 724 ヶ所中 240 箇所に MSW 係おかれる（但し厚生省発表） 東京都内 13 ヶ所の A 級保健所に MSW 係をおく 東京医療社会事業家協会発足
1952 年	栄養改善法		全社協大会にて MSW の身分法につい て提案 全国組織結成の動き MSW 協会有志、厚生省保健所課長に MSW の教育制度及び身分についての申 し入れ→厚生省主催講習会を開催 「国立療養所におけるメディカルケ ースワーカー執筆基準」作成
1953 年	結核実態調査 らい予防法 母子福祉法	日本医療社会事業家協会設立	小林いつ WHO よりアメリカに派遣さ れる 日本医療社会事業家協会設立総会朝 日講堂で開かれる 「医療社会事業司法」案の作成 「医療社会事業家法」案の作成
1954 年	清掃法	厚生省主催短期講習会	定期総会（東京）活動方針を決定 厚生省主催短期講習会第一回始まる
1955 年	水道法 歯科技工士法		日本協会、保健所国庫補助金削減に対 し予算復活を総理大臣に陳情 日本協会、手引き「病気になったら」 初版編集発行
1956 年		ベックマン報告 MSW 拡充を勧告	ベックマン来日（WHO） 「ベックマン報告書」発表 協会パッチ作成
1957 年		国立療養所課長通知「国立結核療養 所における医療社会事業の運営につ いて」 社会局長・児童局長通知「無料低額 診療事業について」 全国社会福祉協議会「メジカルソー シヤルワーカーの執務基準」	浅賀会長保健文化賞受賞 日本協会、全国医療保護事業代表者会 議にて低所得者の医療について提案 全社協の中に医療社会事業研究会発 足 身分法教育等について協議案作成 名称を日本医療社会事業協会に変更 日本 MSW 協会協力のもとに「保健所の

			業務指針」案作成
1958 年	衛生検査技士法	公衆衛生局長通知「保健所における医療社会事業の業務指針について」	日本協会「医療の手引き」再版 日本医療社会事業協会と名称変更
1959 年			定期総会（大阪） 倫理綱領を大阪支部より提案 全国理事会開催（来宮） 全国医療保護事業大会にて MSW の推進について日本協会提案
1960 年	医療金融公庫 精神薄弱者福祉法		日本協会、中山厚生大臣に身分法確立の促進について陳情 厚生省・公衆衛生教育制度研究協議会 MSW の従事者教育制度の検討
1961 年	精神衛生法改正（措置入院の国庫負担率の引き上げ） 3 歳児健診開始 国民皆保険 生活保護基準の大幅改善 児童扶養手当法		厚生省「医療機関における医療社会業務指針について」案作成
1962 年		公衆衛生教育制度調査委員会意見書 「公衆衛生教育制度の将来について」（医療社会事業員についての記載を含む）	公衆衛生教育制度調査委員会に MSW 教育制度の将来について答申 定期総会開催（東京） 医療機関における MSW の業務指針を討議 厚生省「医療社会事業必携」を検討
1963 年	老人福祉法		日本協会本部法人化の動き 吉田副会長保健文化賞受賞 日本協会十周年記念行事 PSW 協会設立

1964 年	精神衛生法改正（精神衛生センター、精神衛生相談員） 生活保護基準の大幅改善 母子福祉法	日本精神医学ソーシャルワーカー協会設立	社団法人設立機関紙「医療と福祉」発行
1965 年	母子保健法 理学療法士及び作業療法士法	厚生省保健所課に医療社会事業調査打合会 精神衛生相談員の配置	日本協団法人第一回定期総会（宮城） 全国医療社会事業大会・研修会 厚生省保健所課に「MSW 制度調査打ち合わせ会」設置 精神衛生法改正により精神衛生相談員を制度化 日本 MSW 協会は日本 PSW 協会、日本 SW 協会と合同して医療社会事業員、精神衛生相談員の増加推進を厚生省に陳情
1966 年			身分制度調査打ち合わせ会に参加・協議、政府提案志向 「医療と福祉」発行財政的に困難となり Vol.3 で休刊 11 月協会誌として再刊 No.1 を発行 身分制度調査合同委員会発足（日本協会、PSW 協会、SW 協会の三者合同で医療社会福祉士法案作成に入る）
1967 年	公害対策基本法		身分法合同調査委員会 「医療福祉法（案）」発表 定期総会（熊本） 「医療福祉士法案」を審議 医療社会事業事例集出版 「医療社会福祉士法」案を作成
1968 年		日本医療社会事業協会「医療福祉士法案」採択	定期総会（大宮） 医療社会福祉士法案審議採択、議員立法の推進を決める
1969 年	国民健康保険給付率を 7 割に引上げ 総定員法	厚生省医務局「病院経営管理指導要領」	「医療と福祉」季刊に 定期総会（箱根） MSW 振興についての請願を決議 日本病院学会シンポジウム
1970 年	廃棄物処理法		

1971 年	児童手当法	中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会報告「社会福祉専門職員の充実強化方策としての『社会福祉士法』制定試案」(医療社会事業従事者含む)	定期総会 (東京) 10 月継続総会も不成立 全国理事辞意表明 東京周辺全国理事 (小理事会) 4 5 年度事業計画を踏襲、事務局活動継続 中央社会福祉審議会「社会福祉法制定試案」発表
1972 年			事務局だより発行 協会現状について会員に報告 事務局、各県協会に「社会福祉士法案試案」を送り検討を依頼 事務局、各県協会に現状打開の意見提出を依頼
1973 年	老人医療費無料化 健康保険の家族療養費の給付率 7 割に引上げ 高額療養費制度 1 県 1 医大構想 閣議決定		臨時総会 (東京) 全国組織検討委員会発足 全国理事会 全会員あてのアピール
1974 年		社会局庶務課長・児童家庭局企画課長内翰「無料低額診療事業について」	日本協会再建作業すすむ 49 年度厚生科学研究 MSW の現状と課題 日本協会パンフレット 「患者を支えるソーシャルワーカー」発行 社会福祉法人立病院に医療ソーシャルワーカー配置
1975 年		厚生省特別研究「ヘルスマンパワーの開発と将来需給」	厚生省特別研究報告 「ヘルスマンパワーの開発と将来需要」で MSW の需要数の拡大対策を提案 常任理事会、43 年総会で採択の「医療社会福祉士法案第一号修正案」を検討、現任役割を確認 国立病院療養所 MSW 協同研究班「MSW 業務標準化への基礎的研究」まとめ

1976 年			「医療と福祉」No. 29 増刊版布 視覚制度討議用資料特集 定期総会（東京） 資格制度の内容確認（6 項目）
1977 年			定期総会（広島） 組織検討委員会報告、資格制度等請願 書署名案文訂正実施他決議 日本協会「医療ソーシャルワーカーの 資格・配置の制度化を要望する請願」 に関する署名運動開始
1978 年	国民健康づくり（市町村に保健セ ンターと保健婦の配置）		資格制度推進の動き活発 参院で請 願全て採択、衆院で「資格・配置」の み採択
1979 年			各都道府県・地方議会に請願協力要請 運動
1980 年			
1981 年			
1982 年	老人保健法（老人保健事業、老人 医療制度）	国立病院等に医療社会事業専門官の 設置を予定して訓令の改正	医療福祉士法試案作成 診療点数化要請
1983 年	対がん 10 年総合戦略 特例許可老人病院	厚生事業団理事長「厚生年金病院に おける医療社会事業の業務指針（準 則）の制定について」 国立病院課長・国立療養所課長通知 「医療ケースワーカーの標準業務に ついて」	
1984 年	健康保健法改正（本人 1 割負担） 国民健康保険法改正（退職者医療 制度）	労働福祉事業団「メディカルソーシ ヤルワーク業務指針」	定期総会流会（栃木） 臨時総会（東京） 「医療ソーシャルワーカー資格認定 に関する準備委員会」の設置を承認
1985 年	医療法改正（地域医療計画） 国民年金法改正（基礎年金制度）		定期総会（岩手） 「資格認定準備委員会」「制度化研究 委員会」の設置を承認
1986 年	老人保健法改正（老人保健施設）		斎藤厚生大臣、医療・福祉関係職種資 格法制化を指示

1987 年	精神保健法（人権擁護と社会復帰） 保健所運営費交付金の一部一般財 源化 臨床工学技士法 社会福祉士及び介護福祉法	厚生省健康政策局「新たな医療関係 職種の資格制度の在り方に関する検 討会中間報告」	医療福祉士法成立の動き
1988 年		老人保健施設の人員基準で相談指導 員必置	臨時総会（東京） 資格制度化に向けての基本方針を採 択三原則可決 1 学問的基盤は社会福祉である 2、4 年生大学卒業 3 専門性を十分発揮できる条件を整 える 定期総会（新潟） 日本協会内に「資格制度化研究委員 会」「渉外委員会」「資格認定準備委員 会」の三委員会設置を決定
1989 年	エイズ予防 高齢者保健福祉 10 か年計画（ゴー ルドプラン）	厚生省健康政策局長通知「医療ソー シャルワーカーの業務指針」	医療ソーシャルワーカー業務指針の 通知
1990 年	福祉八法改正		定期総会（大宮） 「ソーシャルワーカーと資格制度-三 原則の次は！」- 三項目 1 社会福祉士と別の国家制度は求め ない 2 社会福祉士法を検討する 3 保健医療分野の専門生に関する資 格認定を検討する 医療ソーシャルワーカー連盟結成
1991 年		日本医療社会福祉学会設立	定期総会（仙台） 基本方針不承認 「資格制度化に関する基本方針」 採択されず 臨時総会（東京） 「資格制度化に関する基本方針」 6 項目可決、厚生省案に反対

1992 年	医療法改正（特定機能病院 療養型病床群）		定期総会（横浜） 特別委員会の設置、MSW 像の検討
1993 年	精神保健法改正（入院から地域ケアへ）		定期総会（神戸）国家資格のあり方としては社会福祉士とする
1994 年	地域保健法 保健所運営費全て一般財源化 健康保険法改正（在宅医療の明文化） 付き添い看護廃止 エンゼルプラン		厚生省精神保健課より「精神保健福祉士の国家資格化の検討」示される 定期総会（札幌） PSW 単独立法化に反対 厚生省に「精神科ソーシャルワーカー業務研究会設置」
1995 年	阪神淡路大震災 精神保健福祉法 障害者プラン		「精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の資格制度のあり方に関する研究会」設置業務内容と養成カリキュラムについて検討 阪神・淡路大震災被災者への援助活動
1996 年			
1997 年	医療法改正（地域医療支援病院）	精神保健福祉士法	会員請求による臨時総会開催（東京） 行政改革委員会・規制緩和委員会において「社会福祉士及び介護福祉士の受験資格要件緩和」について公開ディスカッション参加 6 団体全てが「医療現場で働く福祉事業者に社会福祉士受験資格を緩和すべき」で一致
1998 年		医療ソーシャルワーカーのあり方に関する検討会報告 社会福祉士受験資格の実務経験として医療機関を認める省令改正	「医療ソーシャルワーカーのあり方等に関する検討会」MSW のあり方についてと社会福祉士の実務経験施設に医療施設を加える
1999 年			茨城県東海村臨海事故に際し、心のケア相談事業に取り組む
2000 年	介護保険制度 成年後見制度 児童虐待防止法		災害時支援金講座開設 IFSW 総会・国際会議に会長他出席 社会福祉専門職団体連絡合同企画による講演とシンポジウム開催
2001 年	配偶者虐待防止法		『『ソーシャルワーカーの倫理綱領』改定のための合同作業委員会』日本社

			会福祉士会、日本ソーシャルワーカー協会と検討
2002 年	健康保険法改正（本人給付率 7 割） 診療報酬マイナス改定 ホームレス自立支援法	医療ソーシャルワーカー業務指針改正（社会福祉学を基にした専門性）	「医療とソーシャルワーカー業務指針」の改定
2003 年	心神喪失者等医療観察法	国立病院等の医療ソーシャルワーカーに福祉職俸給表適用	国立病院等のソーシャルワーカーに、福祉職俸給表が適用
2004 年	医師法改正（卒後臨床研修義務化）		
2005 年	障害者自立支援 介護保険法改正（地域包括支援センター） 生活保護の自立支援プログラム 高齢者虐待防止法		
2006 年	医療費適正化総合推進（生活習慣病対策、長期入院是正） 診療報酬改定（初めて社会福祉士の文言が入る）	社会福祉士受験資格の実習期間として医療機関を認める旨の告示改正	・ウイルス疾患指導料 社会福祉士又は精神保健福祉士が 1 名以上勤務していること
2007 年		医療報酬上の表記の「社会福祉士」への統一	「終末期終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にソーシャルワーカー記載
2008 年	社会保障国民会議 診療報酬改定（実質的な医療ソーシャルワーカーへの評価）		・退院調整加算 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること
2009 年	政権交代（自民・公明→民主）		
2010 年	診療報酬改定	日本医療社会事業協会認定医療社会福祉士制度	・介護支援連携指導料 医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、退院後の介護サービス等について説明及び指導を行う。退院先が介護保険施設等への入所あるいは転院であっても加算は可。
2011 年	東日本大震災 福島原発事故 介護保険法改正 障害者虐待防止法		

2012 年	社会保障と税の一体改革関連法成立 障害者総合支援法 政権交代（民主→自民・公明） 診療報酬改定		<ul style="list-style-type: none"> ・患者サポート体制充実加算 専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、その他医療有資格者が標榜時間内に常時 1 名以上配置、相談内容に応じた対応ができる体制があること <ul style="list-style-type: none"> ・退院時リハビリテーション指導料 医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士又は作業療法士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる
2013 年			
2014 年	診療報酬改定		入院生活技能訓練法 <ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも一人は看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の一人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとする。 ・リハビリテーション総合計画評価料 定期的な医師の診断に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成していること <ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟入院料 専任のリハビリテーション科の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以上、作業療法士 2 名以上、言語聴覚士 1 名以上、在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等 1 名以上の常勤配置がされていること <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者カウンセリング料 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ 1 名以上配置されていること <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者リハビリテーション料

			<p>定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等が共同して計画を作成すること</p>
--	--	--	--

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～」『医療社会福祉学』

中島さつき(1990)「戦後の医療社会事業」『保健医療ハンドブック』中央法規出版, 17-29.

日本医療社会事業協会『日本の医療ソーシャルワーカー50年史』を参考に筆者作成

第3章 医療政策と医療ソーシャルワーカー

わが国の医療政策は、猪飼（2010;52）が主張するように永らく近視眼的に対象療法的に行われてきた。今医療供給システムには地殻変動が起きている。医療政策的には当初何らの関わりがなかった MSW が、短期入院の促進という嵐の中でその機能を退院促進に集約させている、或いは集約せざるを得ない実態がある。この事態を「危機として」捉える視点を持つことが今 MSW には必要だと考える。医療の供給は公私の別でいうと、圧倒的に私的な機関が担ってきた。(1) MSW が私立病院の経営効率に貢献せざるを得なかった歴史を検証し、であるからこそ医療保護事業から開始された医療社会事業の側面の重要性を指摘したい。

戦後の混乱期、戦前のわずかな位置づけとはまた違った背景の中で、MSW が保健所に配置され、保健所の医療社会事業が衰退の一途を辿った。その理由については第1章で述べた。1961年の精神衛生法の改正は、措置入院の国庫負担を引き上げ、ライシャワー事件を受けた1964年の改正で保健所には精神衛生相談員が設置された。こうした事情もあり、保健所では精神科にからむソーシャルワーカーのみ残り得たことについては既に述べた。元々猖獗を極めた伝染病あるいはハンセン病などへの対応に、避病院のような隔離政策をとる国であったために、規制の方向に進む保健所機能には MSW が馴染まなかったことが推測される。

わが国の医療と公衆衛生における独自の関係性について佐藤進（1981：212）は臨床医学に比して、いかに公衆衛生、予防保険給付行政が後塵を拝してきたかについて、社会保険制度の不備も指摘しながら医師の中でも臨床か公衆衛生に携わるかで、彼らの意識にも決定的な影響を与えていると述べている。主役は臨床医学で、わき役が公衆衛生だという実態を指摘したのだった。

ある程度感染症を抑え込むと、人員の配備も、資金も保健所には集まらず、MSW のアウトリーチ機能は昭和33年の業務指針の段階で既に失われていた。加えて、個人を理解するための方法論は確かに知識が力だという時代背景の下、確実に定着していった。医療の世界において、専門職と名乗るための基盤は、やはり知識であった。MSW が資格制度を希求する中で、自らの資格要件を高く設定したいという思いは、厚生省の制度のひずみにあえぐ人々の発見、さらには制度の告発という方向には向かず、「専門性」を支える知識獲得の方向に向かった。この知識への渴望は、医療職と肩を並べるために不可欠という認識に支配され拡大する。医療に貢献するためには、ミクロレベルの支援に必要な「心理学」の知識に比重がかからざるを得ない状況を生んだ。

日本の医療制度は、最近まで国民皆保険制度の下、対 GDP 比から言えば比較的低い額で世界一の長寿国を達成したことで、高く評価されてきた。(2)安全・公平でなおかつ高度な医療を国民に提供してきたにもかかわらず、国民の医療への信頼感、満足感は必ずしも高くない中で、医療政策は、先述したように政策決定プロセスに最大の圧力集団だった日本

医師会の影響が大きく、様々な利害関係が錯綜する中で、とりわけオープンに決定していくことはなかった。(3)「インフォームド・コンセントの徹底、セカンド・オピニオンへの理解、チーム医療、患者主体の医療へ」等の言葉が医療界で受け入れられるためには長い時間が必要であり、現在でも患者主体の医療が本質的に定着しているとは言い難い。こうした流れは、猪飼のいう「近視眼的に対象療法的に」行われてきたため公衆衛生が本来担うべき予防的な活動には繋がらず今日に至っている。病気は克服すべきものであり、克服するならば、元の生活が保障されるのであるから MSW が医療現場に存在する必要もない。かろうじて、障害が残るケースのみに関わる必要性はあるが、それも退院してから福祉機関が対応すべきである、とする意見は医療機関に長くあった。MSW が病院に必要不可欠という認識は、現在でも病院長の認識によってまちまちであり続けている。(4)病院への MSW の配置基準が無いことにその大きな要因がある。

本章では高度経済成長時代以降の医療政策の流れを概観し、以下の 3 点について検討する。

①診療報酬制度による MSW の退院援助業務評価が、患者の地域移行支援にむけてどのように機能したか。

②その退院支援に関する MSW の業務評価から地域包括ケアに至る流れの中で、医療政策上重要な位置を占める介護支援専門員（ケアマネジャー）との役割分担の在り方。

③退院支援看護師との協働体制の中で、保健所から消えていった MSW のような状況が繰り返される危険性について。

第1節 高度経済成長時代の MSW

高度経済成長の時代、高い税収の伸びで社会保障施策の拡充が図られた。1961 年に国民皆保険制度が達成されると、病院は拡大方向にかじを取り、患者を獲得するためにセールスマンとして MSW を雇用する病院も登場した。しかし、国立の病院には療養所を除いて、MSW を配置するところは殆ど無かった。配置が進まなかった背景には、国立大学が社会福祉を教授する学科を置かず、社会福祉学そのものへの敬意がわが国の土壌に育たなかったこともあるのではないか。そのことがひいては、医学教育の中に患者の生活や人権に配慮する発想の芽生えを阻害する環境を醸成したことも推測される。

「医は仁術なり」の精神はパターンリスティックな関係を医師―患者間に生んだが、患者へのインフォームド・コンセントや患者の自己決定権についての理解は、21 世紀を迎えても容易には進まなかった。第 2 章で述べた様に、医療ソーシャルワーカーの業務指針でさえもその中の「患者の自己決定」という文言を医師会が嫌い、「患者の主体性の尊重」に差し替えられた経緯をみても明らかである。

MSW と名乗る人々が患者を「老人病院」に確保するために、急性期病院の医療相談室に御用聞きに訪れる状況は「資格」を渴望する傾向に拍車をかけ、一方で志を持った MSW が病

院の中での存在意義を確保するために、大学院で修士号をとる傾向を促進した。毎年統計を取っているわけではないが、MSW の職能団体における大学院卒の占める割合は 2005 年の段階で 8%であり、他の社会福祉施設に比してかなり高い傾向にあった。(5)

「理論と実践の乖離」への解消が強く謳われたことは「理論的であらねばならない」方向に MSW を導き、結果として目の前のクライアントと属する病院のマネジメントへの関心は高めたが、地域への関心は薄れていった。

1973 年には高額療養費制度がそして、老人医療費無料制度が創設された。この制度は貧窮な高齢者の医療には大きく寄与したが、「病院のサロン化」という現象や、社会的入院(6)などのモラルハザードを生んだと言われている。高齢者の大量入院という事実を「害悪」とする論調は、厚生省をはじめとする多くの識者が指摘している。しかし、社会的入院の解消受け皿が用意されていない段階で、共助という思想をもってして地域で受け止めろという方法は、あまりに無謀だともいえる。誰もが直面する少子高齢社会の闇を、地域包括ケアシステムが受け止めきれのか、その見通しは明るいとは言えない。

MSW の業務は、日本に特徴的である私立病院の量的な増大の中で、本来の機能であるよりは病院内の位置づけを求めることに大きな力を費やしていった。社団法人日本医療社会事業協会は、相変わらず関係者の専門性に対する合意が見られず、福祉業界における MSW もまた、相変わらず異端であり続けていた。(7) 結局患者の人権擁護派とアメリカ理論派はかみ合わず、業務への志向にも差があり、その中で保健所における医療社会事業の力は消えていった。皆川修一(1985 ; 180)は保健所の MSW が精神障害者への支援に偏向している現状が問題であるとし、保健婦集団からの支持が大切であると論じている。そして保健婦と MSW の違いについて、保健・医療における制度や機関などの社会資源に精通していること及び、患者の心理・社会問題の解決や社会復帰援助に関して高度な専門技術を持っていることを挙げている。筆者はこうした知識を競う姿勢が、圧倒的な数の差の前に脆くも崩れた原因の一つではないかと考える。この時期、法制度に裏付けられていない MSW は、病院経営のための患者確保の役割を担う者と、MSW の価値基盤を重視し、患者理解のための知識確保に努める者へと二分されていった。2つのタイプにはっきり分かれる、というよりは両者間のクラデーションの狭間に多くの MSW は存在していたと言える。

第2節 高度経済成長の終焉と行政改革時代における MSW の業務

高齢化社会の到来を受け、「増税なき財政再建」時代の中で、疾病構造は感染症から慢性疾患・成人病に移行していった。

1982 年の老人保健法の施行により老人医療無料制度が廃止され、1985 年には医療法が改正された。第一次改正である。医療機関の「医療機関の量的整備から質的整備」への転換を図ることが目的とされた。医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進が行われたが、今もって病院数や人口当たりの医師数の地域偏在は解消されていない。増

大する病床数は地域医療計画の策定を都道府県知事に義務付けることで抑制を図ろうとした。MSW に期待される業務は、この時代から確実に高齢者の退院援助がクローズアップされた。精神障害者の精神保健法に基づく人権尊重と退院援助、地域系生活支援、がん、難病、成人病患者の生活調整も含めた受療援助も時代からは要請されていたと言える。

この時代に初めて診療報酬による MSW の業務の誘導が開始された。老人医療における「退院時指導料」が設定され、指導する職種として多くの職種を併記する中に、「医療ソーシャルワーカー」と記されたのは 1983 年のことであった。(8)

1992 年の第二次医療法改正は、患者の症状に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築が求められる中で行われた。引き続き社会的入院の解消のために医療施設の機能分化は厚生省の喫緊の課題であった。特定機能病院と療養型病床群が創設され、重要なのは、医療を提供する施設として、病院、診療所だけでなく、老人保健施設や患者の居宅も明示されたことである。これにより在宅医療という概念が定着し、大学病院においても訪問治療する部署が創設されていった。北里大学病院に総合相談部が創設されたのは 1986 年であり、総合相談室で保健婦や訪問看護婦と共に家庭訪問に行く MSW の存在は、MSW 業界における先導モデルとして多くの MSW から羨望の的とされた。しかし、この流れは全国の病院には浸透せず、訪問看護と並行して発展する方向にはならなかった。

そして、病院の機能分化が進行するにつれ先述したように退院援助が MSW の筆頭業務になっていった。堀越由紀子(2016:36)が指摘するように「わが国では 1992 年の第 2 次医療法改正において病院体系化が示されて以来「機能分担と連携の医療」が目指されてきた。それは平均在院日数を指標として、診療報酬に誘導されて推し進められるので、各施設が治療の修了した患者をいち早く他の施設に送致する流れを生」んだ。この流れは今一層強くなってきている。(7)この退院援助業務について、MSW は価値とのジレンマに悩むことになる。

第 3 節 少子高齢化の時代、介護保険創設時代の MSW の業務

広井良典(2000:34-36)の言う健康転換⁽⁹⁾三相である「慢性疾患」から「老人退行性疾患」への段階を迎えた時期である。この第三相は、感染症から慢性疾患に変化した状況と同様に大きな転換期だと広井は捉えている。「治療」から「生活の質 QOL」へ、「医療モデル」か「生活モデル」へ、「疾病」ではなく「障害」へと転換せざるを得ないわけで、ここに至って、医療と福祉は限りなく連続化し、不可分になることを述べている。生活モデルについて、猪飼(2014:19)は「生活モデルはその用語自体は障害者福祉やソーシャルワークの領域で構築されたものであるが、それは決して生活モデル単独で生まれたのではなく、社会的排除やその他のケア観を共有する諸概念や実践と同時に現れてきたもの」と論じ、医療は社会福祉領域より 10 年遅れて、1990 年代に入ってから認識され始めたことを指

摘している。タイムラグを生んだ要因は医学モデルが長く卓越してきたからであり、猪飼は「ヘルスケアにおける生活モデル化とは、それが福祉領域の変化に飲み込まれてきているという意味において、ヘルスケアの福祉化と言い換えることもできる」としている。医療界に長きにわたって君臨して生きた治療医学に基づく「医学モデル」は、しかし医療ソーシャルワークの世界にも長きに亘って大きな影響力を持っていた。

地域福祉が福祉学界においてメインストリームになる時期に、MSW はマイクロカウンセリングをはじめとする面接の方法論に執着していく。その意味で MSW が「生活モデル」を強く意識する時期は医療界と同じく 10 年ずれていたのかもしれない。生活モデルを当然の前提としてソーシャルワークを標榜していたにもかかわらず、患者の生活の場所である地域への関心を失っていく。その結果、MSW は所属する院内業務の拡大に終始し院内事情に配慮するあまり、全国の相談室の名称の統一も、職業名の統一も勘案することなく、実に 30 種類以上の多様な名称を相談室機能に付することになる。(10) この点欧米における「Social Department Services」には倣わず、病院のある地域の事情に鑑みるというより、所属する医療機関の戦略に応じて柔軟すぎるほど変化に合わせるという、軸足が見えない展開を辿ってきた。

医療法本則の理念規定に、医療提供に当たっての患者の説明と理解について、医療従事者が適切な説明を行う旨の努力義務規定が追記されたのは、1997（平成 9）年の第 3 次医療法改正時であった。この改正は介護保険法法案と同時に成立したことからも明らかのように、少子高齢社会到来は、保健・医療・福祉連携と介護サービスの充実が待ったなしであることを、示していた。この改正で地域医療の中核機能を果たすべく、地域医療支援病院が規定された。MSW の業界は、介護保険法の施行によって、自らの業務がどのように変化するのか、その方向で混乱していた。「公的介護保険」という新制度導入をどのように捉えるのか、MSW の職能集団である日本医療社会事業協会の理事会は、「この制度を検討すること自体が制度の存在を認めることになり、断じてできない」と主張する理事を抱え混迷を極めていた。さらに介護支援専門員（ケアマネジャー）は MSW が最もふさわしいとの主張は、全国に展開する事業の担い手としての数の担保という観点からは論外と言わざるを得ず、資格問題に終始していたつけが回ってきた瞬間だったともいえる。地域との連携の要と自負していた MSW は、徐々にしかし確実にケアマネジャーにその場を奪われ、益々地域移行のための院内連携に閉じ込められる方向に向かうことになった。僅かに、業務指針の「地域活動」を手掛かりに、谷義幸（2004）の病院内外の啓発活動に取り組み近隣各町の役場や社会福祉協議会等に出向き情報交換を継続した報告や、水野大介（2008）らの医療連携実務協議会という MSW 達が構成する組織を作った報告もあるが、全体として報告の数は極めて限定的であった。医療と生活を統合した連携を推進する目的の実務に取り組む活動報告は、今後の地域包括ケアにむけて活動の継続と蓄積が望まれるが、果たしてその可能性はあるのか。

ケアマネジャーとの連携が重要であるとの認識を持つ病院は、病院併設の介護保険事業所

にベテランの MSW を配属し、地域医療への体制を整備したが、その数はごくわずかであり、「ケアマネはソーシャルワーカーに非ず」、とする論調は確かに存在していた。MSW の職能団体である日本医療社会福祉協会はケアマネジャーの研究会及び学会への参加を勧める姿勢も、団体として連携を深める姿勢を示すこともなかった。精神保健福祉士法と同時期に成立した介護保険法は 1997（平成 9）年臨時国会であり、全てが「社会的入院の解消」にむけて動いていた。MSW はソーシャルワーカーの国家資格である社会福祉士を基礎資格とするべく、運動を続けていたが、ジェネリックソーシャルワークの基盤である地域への関心を高めるよりは、ソーシャルワークの理念を医師が頂点であるヒエラルキーで固められた病院組織に導入する方向に力を向けざるを得なかった。資格運動の激しい論争に費やされた 20 年の時間が失ったことはこの実態にも表れている。

先述したインフォームド・コンセントの努力義務規定が医療法本則に記載されたことは、医療界の患者の人権への配慮に大きな影響を与えた。患者を「患者さま」と呼ぶ傾向が加速されつつあるのも、時代の流れとともに医療法改正の動きの影響も大きいことであった。現在 IC 室（インフォームド・コンセント室）は改築あるいは新築される医療機関には必ずあり、医師の病状説明の機会は増えている。さらに、広告事項が拡大されたことは、医療機関の競争時代に突入したことを明示している。もはやホスピタリティのない医療機関は地域においても存在意義を喪失していると言っても過言ではない。

高齢社会は多死社会である。医療費の高騰を避けるという意味だけではなく、終末期に関する話題に MSW が公式に語ることを求められたのは 2007 年であり、医師会が示した「終末期医療におけるガイドライン」において、ソーシャルワーカーが表記されることになったのである。医療・ケアチームがどのような職種で構成されるかについては、「原則として担当医、担当医以外の 1 名以上の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者から構成される」と記された。(11)

もはや死は医療の克服の対象ではなく、より良き死にむけて少なくとも医療政策では向かい合う時代となり、その時に MSW は貢献できる職種として認められたことは、MSW が志向する本来的な業務への評価として重要な一步であった。その一方で 2001（平成 13）年の第 4 次医療法改正が行われた年に、厚生労働省は「医療制度改革試案」を発表した。もはや医療機関の機能分化を医療政策的には第一義に取り扱う姿勢を明確にした。介護保険制度が開始され、MSW はケアマネジャーとの連携と退院支援看護師との連携が業務となり、その中で MSW の独自性をどのように発揮していくか、大きい課題となった。

第4節 保健・医療・福祉連携時代の MSW の業務

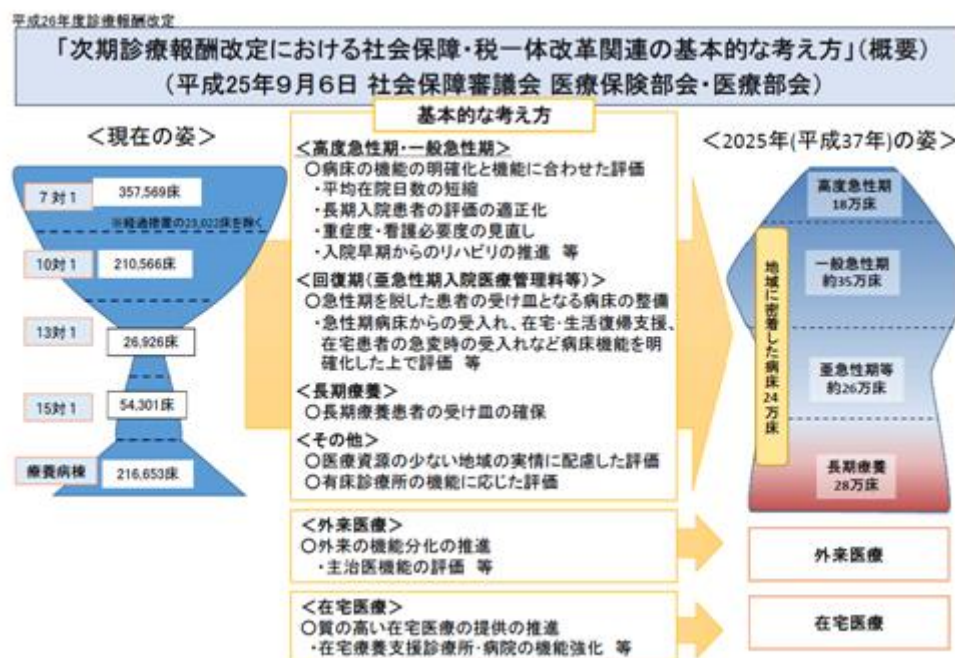
図 4-1 は 2014 年の診療報酬改定時の説明会で、厚生労働省保健局医療課長が使用したスライドである。現在のワイングラス型の病床の姿が 2025 年次には、地域に密着した 24 万床の台形に変更できるか、政策誘導型で対応できるかが問われている。

益々MSWの地域と密着した「退院援助」業務が期待され、退院支援看護師との業務の棲み分けが課題となっている。高山恵理子ら(2014)の調査によると、約半数の病院で同じ部署内で看護師と協働していることが報告されている。三次救急になると退院調整や退院支援を行う部署が複数存在していることもこの調査で明らかになった。さらに在宅支援に関しては、看護師が担当する割合が多いことは、医療課題が大きくとも、そのことによる生活課題はさらに大きいことを考えると、MSWのアウトリーチ機能の重要性はもっと強調されてよい。看護師は急速に生活課題を抱える患者への関心を深めている。研究成果も圧倒的な人数を背景としてMSWの非ではない状況がある。MSWが退院支援調整看護師と協働するためには、MSWはソーシャルワークの専門性をもった独自のアセスメントを提示しなければならない。その独自性を進展させるためには、地域のアセスメント力と地域に展開できる実践力が必要で、その充足は現在のところ甚だ不十分である。保健医療福祉連携教育

(Interprofessional Education; IPE)に加えて、新人研修から地域文化の習得に努めるカリキュラムの整備が必要であり、MSWはその存在の危機を自覚する必要がある。

2012年 在宅医療拠点事業では、介護支援員の資格をもった看護師、MSWが必置だと明文化されている。確かに地域医療が充実しないと、2025年問題には立ち向かえない。そして2025年問題はそれから以降ずっと継続していく問題であり、診療報酬等の政策誘導で果たしてこの課題に応えられる社会ができるのかどうか、極めて重要な局面であるとの認識を個々のMSWが持つことは必要不可欠だといって良い。

図 4-1



14

出典:厚生労働省平成25年9月6日

社会保障審議会 医療保険部会・医療部会資料

しかし、この在宅医療拠点事業に取り組んだ MSW の実数は少ない。社会福祉を教授する有名大学から医療機関に就職する学生数は激減している。看護師と協働できうる基礎学力のある MSW の数が激減していると言っても良い。この実態が今後及ぼす影響は計り知れない。保健・医療・福祉連携における重要な職種としての認識が医療政策側においては進んだのかもしれない。日々の業務で支援している患者・家族の期待があるかどうか、真摯に問い直すことは必要である。加えて MSW を養成する福祉教育者が、学会が危機意識を持ち、病者へのソーシャルワークを価値あることとして再規定することの重要性を指摘したい。

第5節 医療政策の今後と MSW の業務

わが国の医療政策は経済不況による保健医療財政の悪化を主な要因として、毎年のように保健医療制度改革が進められてきた。第5次医療法改正は2007年「患者の視点にたった質の高い効率的な医療提供体制の構築」を基本理念として行われた。5疾病5事業⁽¹²⁾を地域の事情に応じ、事業ごとの圏域を設定している。インフォームド・コンセントの充実は益々重要視され、チーム医療の推進、EBM (Evidence Based Medicine) の推進を図ることも重要とされている。

MSW は、ようやく資格問題の抗争に終止符を打ち、「医療機関に働く社会福祉士を持って医療ソーシャルワーカーとする」ことで、厚生労働省社会・援護局の総務課長及び保健局医療課長の合意を得ることができた。日本医師会の合意も得たことで、2章に書いた福祉職俸給表の国立病院の MSW への適用があり、業務指針の改定によって MSW は社会福祉学を基盤とする専門職である旨が明文化された。2006年には診療報酬上に初めて「社会福祉士」が明記され、2008(平成20)年診療法主改正では、「退院支援業務」に実際的な評価を得るまでに至った。これによって、更に MSW の退院援助業務は全体の中で大きな割合を占めていくことになった。この弊害について、日本医療社会福祉協会は吟味することを避けている。がん難民の件も、医療にたどり着けない人々への注意喚起についても、意見を述べる姿勢を欠いている。今のところ厚生労働省の方針に沿うことに汲々とし、論調は終始包括ケアの時代に、国家の意思に従って役に立つような存在を希求している。日本医療社会福祉協会の機関誌である『医療と福祉』の100号記念誌には、厚生労働省の局長と会長の会談をトップに掲げ、患者団体もソーシャルワークの研究者も、貧困問題を主体とする関係者の問題も取り上げていない。こうした姿勢は、社会事業から開始された医療社会事業の系譜を失っているとも見える。

2014年6月25日「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化、更には新たな基金の創設及び医療・

介護の連携強化が図られることになった。MSW は 2014 年 9 月 12 日に告示された厚生労働大臣策定の「医療介護総合確保方針等」の中の在宅医療に取り組む人材の確保及び育成の観点からの研修対象として「医療ソーシャルワーカー」の文言が入った。⁽¹⁵⁾

しかし、4 章 1 節で述べるように、退院援助業務の在り方を巡っては、MSW の多くはジレンマを抱えている。また MSW 業務の Evidence を出すことが求められる環境で、どのようなアウトカムを提示することが、自らのアイデンティティを裏切らないのだろうか、病院の規範に沿うことだけで、本来業務と言えるのだろうか、こうした葛藤を抱えながら、業務指針に表された業務の質を高めるための課題は何であるのか、問い直す必要がある。

第 5 次医療法改正では救急医療体制の充実が求められている。ホームレスへの対応とともに、外国人への、また虐待事例への対応など MSW が真に機能しなければならない事態は急速に進行しつつある。どのように業務を定着させていくのか、極めて重要な岐路にあると言える。

一方で、病院という医療文化の中で MSW として定着するためには、業務の一端を「見える化」することも必要である。ここで確認されるのは、医師・看護師・薬剤師に代表される職種が存在効果の示し方もできることを提示することの必要性である。彼らの症例への敬意は無論 MSW の事例から導き出される普遍性への敬意と同様であるが、しかし、量的な調査によって導き出される「効果」も提示しなければ、MSW の存在なくしてはなし得ない業務そのものへの信頼が揺らぎかねない。MSW 業務は「見えないこと」をやむなしとしてきた経緯がある。次章では、葛藤の象徴でもある MSW の「退院援助業務」の効果を提示した。量的な母数を確保し、分析方法は医療文化の方法に従った。MSW は今行っている業務の可視化ができる部分は、洗練された方法で可視化し、同時に質的な研究成果を取り入れた実践の効果を論述することが必要である。もはやチーム医療に参画するためには、その両方が不可欠なのだと言っても過言ではない。

本章で検討した 3 点について、①診療報酬制度による MSW の退院援助業務評価が患者の地域移行支援にむけて果たしたことは、協働体制を強化する方向に役割を与えられた意義は大きい、MSW の意識が地域に向かう大きな力とはなり得ていないこと。さらに②医療政策上重要な位置を占める介護支援専門員（ケアマネジャー）との役割分担の在り方について、未整理であることが重要な課題であること。加えて③退院支援看護師との協働体制の中で MSW がその存在価値を失っていく可能性もあることを指摘した。

注

(1) 2005 年国及び地方自治体主体等の公的機関が設立主体となる病院は 2 割であり、その状況は、2016 年 9 月の医療施設動態調査においても同程度である。わが国の医療制度の特徴の一つである私立病院中心の医療供給体制は既に昭和初期には成立していた。東京帝国大学医学部を卒業しても、開業する医師が明治期に既に 4 分の一を数えていたのである。[厚生省の指標（2016）63（13）；41] 地域の医療を支えたのは民間であり、診療報酬の決定権に

大きな影響力を握っていたのは、実質的に開業医を中心とする医師会であり、この実態は医療政策の方向に強く影響した。

(2) WHO の『世界保健報告 (World Health Report)』の 2000 年版については、広く引用されているが、広井 (2004:108) は「健康水準」と「全般的な医療システムの目標達成度」で日本が 1 位にランクされていることについて、健康水準と医療システムは独立に評価する必要があることを指摘している。そして日本は患者に対する人格的な敬意等に課題があることも示唆している。

(3) 日本医師会が最大の圧力集団であり厚生省との関係について論じたのは、池上直己・J. C. キャンベル (1996) 『日本の医療—統制とバランス感覚』中公新書であり、基本的な認識は現在も持続していると思われる。野村拓 (1976:145) 『医療政策論攷』には「厚生省と日医との表面的な対立は、いわば日本株式会社の医療担当重役の座を巡る主導権争いであり、今や主導権は日医の方に傾きつつあるかのようなようである。」と書かれている。

(4) 回復期リハビリテーション病棟への MSW の配置は進んでいる。三次救急を担う病院における MSW の配置も進展したため、各地域における MSW の求人も増加している。しかし、同じ独立行政法人国立病院機構が運営する病院の MSW の配置人数にさえも、大きな差がある。ましてや、私学の医学部附属病院における MSW の配置人数は、同じ程度の規模の病床数でも 20 名を超える MSW を擁する部署を持つ病院と、5 名の MSW の配置が続く病院があるのが現状である。

(5) 日本医療社会事業協会では、会員の学歴等を含む社会的背景までも含めた調査を全数で行ったのが 2005 年で会員 3040 名に対して大学院卒者が 254 人 8%であった。2016 年、10 年経過して 112 人増加し、会員数 5423 人の 6.7%である。こうした会員調査の実数などは公表されていない。事務局に問い合わせ (2016 年 12 月 1 日)、口頭で説明をうけた。

(6) 社会的入院は介護の受け皿がないために入院を選択することを意味する用語である。老人医療無料制度の創設を受け 1977 年に自宅で最期を迎える人と、病院で亡くなる人の数が逆転し、いわゆる老人病院の社会的入院は社会問題として取り扱われている。

(7) 戦後の混乱期ではあるが、昭和 23 年 10 月 13、14 日に開催された第 1 回社会事業研究会発表会のプログラムを掲載している。 (『社会福祉研究 50 年史』 (2004:97) はそれには、5 分野あり、一 社会事業行政の基本問題、二 私的社会事業の将来、三 農村社会事業の在り方、四 社会事業における民主制と指導性、五 其他の内、医療社会事業は五の其他に属し、「社会事業の専門教育について」「浮浪児の心理学的考察」と「病院に於けるケー

ス・ウォーカーの報告」吉田ますみ（聖ロカ(ママ)病院）と記載されている。「社会事業における精神学の役割」村松常雄（国府台病院長）の演題もある。保健医療福祉連携の困難さをみても明白なのではないかと考える。1968年に「医療福祉士法案」を日本医療社会事業協会が採択したが、1971年に中央社会福祉審議会がまとめた職員問題専門分科会起草委員会報告では、社会福祉専門職員の充実許可方策としての『社会福祉士法』制定試案）にも医療社会事業職種が含まれるという、まさにバラバラな状況を梶野が指摘している。（前掲論文；10）

(8)昭和58年、衛労第7号、都道府県知事あて、厚生省公衆衛生局老人保健部長発「老人保健法による医療の取扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について（通知）」と昭和56年、衛労保第7号、都道府県老人保健主管課長あて、厚生省公衆衛生局老人保健課長発「老人の診療報酬に関する留意事項について（通知）」の退院時指導料の項目に医療ソーシャルワーカーという文言が明記された。

(9) 健康転換とは、疾病構造の変化を人口構造や就業構造と言った経済社会全体の転換と一体のものとして捉えていくという考え方である。

(10)熊谷忠和（2005;43）の日本医療社会福祉協会の会員調査によると、2003年時点で所属する組織の名称は38種類に及び、自らの呼称も医療ソーシャルワーカー、ソーシャルワーカー、相談員、社会福祉士等様々であった。

(11)平均在院日数をコントロールできる職種としてMSWが期待される傾向について、阿部真ら（2006:840）のそれを明らかにすることを目的とした研究や、平均在院日数にはMSWは関与しないという間島健（2015:65）などの研究も存在する。それほどにまで、医療政策的には平均在院日数の削減のためにMSWにはその業務で効果を出すべきだという認識があったことが伺われる。

(12)平成18・19年度生命倫理懇談会答申 平成20年2月 日本医師会第X次生命倫理懇談会の委員に東札幌病院のMSWの田村里子が入りそれぞれが専門家としての責任をもって、医師以外の専門家の貢献が認められている現状という認識基に策定された。終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編 平成19年5月平成27年3月25日 終末期終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン改訂でも同様である。

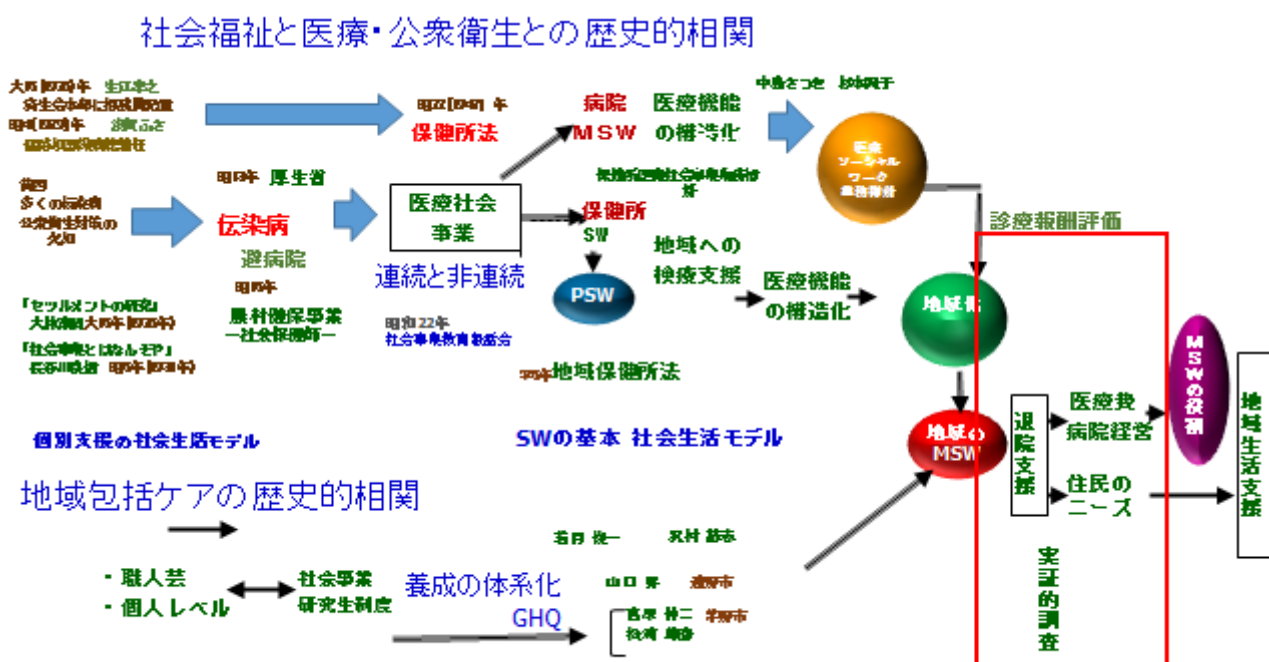
(13) 5事業とは、医療帆確保に必要な事業であり、救急医療・災害医療・へき地医療・小児医療・周産期医療であり、5疾病とは広汎かつ継続的な医療提供が必要な疾病として、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患である。

(14) 宮島俊彦 (2012:27) は 医療計画の役割はまず、病床規制であり、老人病院建設ラッシュに対する規制という観点から 1985 年に設けられたと述べている。当時は「駆け込み増床」というマイナスの減少も招いたが、病院数は 1990 年をピークに 1 割減少し、病床数も 1992 年をピークに減少したが、病床規制は新規参入を抑制し、既得権を温存させていることをマイナスの役割だったともいえると論じている。

(15) (公社)日本医療社会福祉協会のニュース H26-3 の 1 頁に早坂由美子会長が解説している。早坂はこうした広く影響を与える方針の中に「医療ソーシャルワーカー」という文言が入った意味を MSW が「市民権を得た」と評価している。診療報酬上の社会福祉士ではなく、敢えて「医療ソーシャルワーカー」とされたことは、MSW の業務がジェネリックにとどまらず在宅医療に特化した役割が期待されていることを示していると述べている。

引用文献

- 阿部真・加藤由・関田康(2006)「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する (5) MSW のコーディネート機能と平均在院日数、病床利用率への影響分析」『病院』65(10).838-841.
- 広井良典 (2000)『ケア学』医学書院.
- 堀越由紀子(2016)「社会福祉と医療の連携の諸相」社会福祉研究 125. 35-43.
- 猪飼周平(2014)「生活モデルに基づくヘルスケア」『病院』73(1), 18-23.
- 間島健「転院支援を必要とする患者の在院日数に影響を与える介入要因の検討に関する研究」医療と福祉 48(2).61-66.
- 宮島俊彦「地域包括ケアの展望【その 2】一体改革の構図」社会保険旬報 2,511. 22-30.
- 水野大介・三浦昭三・水野充江他「医療機能の文化と連携の推進に向けての地域住民啓活動の一考察」『医療と福祉』42(1), 44-50.
- 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』 21. 1-29.
- 日本医療社会事業協会 (2008)「医療ソーシャルワーカーのための診療報酬改定と退院支援」『診療報酬点数表改正点の解説』社会保険研究所.
- 野倉拓 (1976)『医療政策論攷』医療図書出版社.
- 斎藤安弘・坂上裕子編(1985)『保健・医療ソーシャルワーク』川島書店.
- 高山恵理子・小原真知子 (2014)「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況」『医療と福祉』47(1), 60-66.
- 谷義幸(2004)「地域に目を向けた実践を～地域活動の実践から学んだこと～」『医療と福祉』37(1), 28-32.



本章では業務指針における「退院援助」業務の実証的調査の結果を論じる。MSW の業務に関する本研究の中における実践的側面を論じる。今後の地域包括ケア時代の MSW の業務の在り方を検討する上でも、業務の効果をも提示できる実証研究が必要だと考えた。本章では MSW の早期介入効果の一端が明らかになった。

MSW による退院支援は、2 章で論じたように 1989 年に制定され、2002 年に改訂された「医療ソーシャルワーカー業務指針」において規定されている。指針によると、医療ソーシャルワーカーの業務は 1.「療養中の心理・社会的援助」2.「退院援助」3.「社会復帰援助」4.「受診・受療援助」5.「経済的問題の解決、調整援助」6.「地域活動」の 6 項目に整理された。業務の範囲は「地域活動」まで含む広範囲であり、ソーシャルワークが機能すべき範囲をミクロからマクロレベルまで示している。2000 年前後から特に医療分野が先んじて Evidence が重要だとされる中、このように広範囲である MSW の業務の Evidence を示すことには大きな困難が伴っている。ソーシャルワーク効果を、例えば下肢を切断した患者のグループに、ソーシャルワークサービスを提供した群と提供しなかった群を設定して、その効果を測定することは倫理的に許されない。こうした理由をあげ、そもそも対人援助職の仕事の効果を量的な調査に求めること自体への疑問を述べる MSW も多かった。

業務指針における「退院援助」は MSW に期待される業務の筆頭にあげられている。2025 年問題を挙げるまでもなく、医療費の抑制は急務とされ、それとセットで語られる平均在院日数の短縮化は、厚生労働省が MSW を位置づけたいと思う第一の理由であろうことは、

想像に難くない。しかし、平均在院日数の短縮化には何の因子が影響しているのかについて、Evidence を提示することは米国においても困難であり、加えてソーシャルワークの効果をその点に求めることには倫理的に問題であるとの意見⁽¹⁾に筆者も同意する。

平均在院日数の短縮化を言えば言うほど、政策誘導すればするほど、例えば白内障の一日入院ケースを増加することによって、平均在院日数の短縮化を図る病院が現れ、眼科のそうした小細工を廃するために診療報酬で配慮しても、そのまた裏をかくようなまさに「私たちごっこ」と呼ばれるような状況は、近年繰り返されてきた。どのような手段を用いても、医療費の抑制は優先順位で言えば断然一位に位置する課題であり、そのためには効果ありとされる方法について、様々な職能集団は知恵を絞ってきた。

しかし、平均在院日数の短縮化が医療の質の低下を招いてはならないこともまた自明である。本来患者・家族の人権を守り、医療への信頼感・満足感を醸成することを第一義的な目的として働いている医療ソーシャルワーカーは、仕事の効果をどのようなアウトカムで示せばよいのか、職業上の課題であり続けている。

本章では急性期病院における MSW 業務の具体的な効果を、自宅及び施設入所をアウトカムとして設定し提示する。MSW が早期に介入するためには、病院組織が MSW に依頼するシステムが整っていることに加え、早期に介入できる人員の確保も必要になる。西田知佳子

(2014:29) は「入院期間の短縮は患者・家族に戸惑いをもたらすかもしれないが、傷病を得た直後にその疾病が治ってからの、あるいは完治しなくともその疾病と付き合いながらの生活を、患者・家族が入院間もなく想像をめぐらすことは大切なことである。患者の傷病・疾病にいたるまでの過程と患者を取り巻く家族状況・社会状況、そして今後どのようなことが考えられるかなど、患者の社会心理的な側面を入院間もなくから SW と話し合うことは、それまで病気とは無縁だった患者・家族の場合特に重要なことである。」と、早期介入について、筆者たちとディスカッションした内容を書いている。

第1節 MSW 業務の退院支援における早期介入の必要性とその効果に関する実証研究

第1項 実証研究の背景

MSW 業務指針に示される業務について、その範囲は示されたが以下の4点の課題を指摘する。

- ① 業務指針で示された業務が実行されることによる効果が、説得性をもって実証できていない。保健医療分野では特に量的な研究の成果に着目する傾向があるが、MSW が関与する十分な量を分析した研究が少なく、MSW の介入の有無に関する研究成果が極めて少ない。このことが、MSW の定着に不利益をもたらしている。
- ② MSW が介入する必要のある患者・家族の介入基準が明確にされていない。急性期病院では入院患者のスクリーニングがなされているところが多いが、全入院患者が対象ではなく、そのスクリーニングの精度についても、精査されているとは言い難い。

結果的に各々の組織の、それぞれの MSW の恣意性にまかされており、結果的に MSW 援助の必要なクライアントに援助が届かない可能性が温存されている。

- ③ MSW 業務が達成された、と判断できる「評価の基準」が明示されていない。業務の質を担保するための「質指標」の開発と定着が殆どなされていないことが、業務の可視化を妨げ、全体的な MSW 業務の質向上への阻害要因となっている。
- ④ 業務のあり方についてモデルが提示されていない。経験年数、職位による業務の範囲のモデルも提示されていない。「職務の記述書 (Job Description; 以下 JD)」に関する研究成果が極めて少ない。そのため、ソーシャルワーク業務の具体的なイメージを組織も社会も持ちにくく、MSW の定着が進まない。結果として患者・家族の「相談したい」という動機づけがあっても MSW が周知されないことで、クライアントが相談できる機会を阻害している。

この課題の内、②については既に筆者は宮内佳代子ら (2015) と「ソーシャルワーク介入必要基準」を開発し、スコアリングシステムを作成した。(2) 今後外的妥当性の検証を行い、標準化のための精度をあげる必要はあるが、実証研究の方向性は確保できた。患者全員のインテーク面接ができない急性期病院で、MSW 援助を必要としている患者に漏れなく介入するための標準化された介入基準の使用頻度が高まれば、より MSW 援助の社会的貢献が保障される可能性がある。

③についても、原田とも子ら (2015) と急性期病院の MSW のクオリティ・インジケータ (QI) を 13 開発し、その普及啓発及びデータ収集システムの開発に努力している。(3) ④については、今後の国際的な病院評価においても、各職種とも JD が必須である状況に鑑み、重点的に取り組む必要がある課題である。第 2 節で急性期病院における JD 案を提示した。これは米国モデルを大いに参考にしたものであり、今後全国調査を経て精査されなければならないが、たたき台としては機能できると考える。

4 章の第 1 節では、課題の①にあげた効果に関する成果を提示する。退院支援の効果を示すアウトカムを、「自宅退院或いは施設入所」とする「医療資源を使わない」こととして、MSW の早期介入の効果を量的な研究成果を論ずる。わが国における MSW 介入効果に関する研究で、疫学研究の研究技術を反映した論文は極めて少なく、急性期病院に限定した調査ではあったが、全国の 70 病院が調査に応じた成果を得たことが、本研究の意義の一つである。

1992 年の第二次医療法改正前後から医療機関に求められた医療提供の効率化に伴い、病院の機能分化が進み、平均在院日数の削減が重要な命題となるにつれ、MSW 業務の中で退院支援業務は、組織から期待される役割のトップになった。診療報酬で実際的な評価を受けたのも、この退院支援に伴う「退院調整加算 (4) であつた。膨張する医療費の削減のためには、入院日数を削減することが重要ではあるが、この状況は MSW にとってストレスフルなものであつた。植木智美 (2013;63) は、自身の実践における退院・転院支援の業務量が全業務の 8 割から 9 割であることを述べ、「病院経営と患者支援の両方の観点から、医療ソーシャルワーカーは限られた時間で退院支援・転院支援を行う中患者に寄り添った支援を行

うことが求められているからこそ、その中でジレンマを抱えている」と推察している。肥塚真由美（2011）は相談内容の 8 割を退院、転院に関することだと報告し、退院支援を可能な限り早期から開始することの意味を医療資源の有効活用の点から、平均在院日数の見地からも重要だと指摘している。

しかし、先述したように MSW が関わることで、平均在院日数が短縮できるという Evidence を得ることは倫理的にもまた实际的にも難しい。所属する病院における 1 年間の全脳卒中患者 367 例について、早期介入によって在院日数が短縮し、転院後のリハビリ病院転任後の自宅復帰率にも早期介入群の方が高いという報告（藤森友章 2011）も存在するが、そもそも支援の困難な事例に関わることを業務としている MSW が、全入院患者の 1 割程度の患者に介入して、全患者の平均在院日数に影響しているという Evidence であると主張することには無理がある。

特に医療機関では疾病の重症度との関連も大きく、同じ疾病で重症度も揃えた中で、MSW 介入ケースと非介入ケースを調査したデータを分析することは至難である。

早坂由美子ら（2008）の調査では「退院患者の約 1 割に MSW が介入し、その 83%に何らかの退院困難要因がある」と報告されており、小島好子ら（2014）は退院支援に苦慮する症例が増えたこと、及び相談件数そのものも増加し、救命救急センターの相談件数が 2008 年度に比して 2010 年度には 5 倍に急増する状況を報告している。

業務量が増大する中で、MSW の関心は、退院支援に共に取り組む看護師との比較の中で自らの専門性を分析する、或いは両者のコンフリクト、アセスメント項目の検証することに寄せられた。加藤由美（2012）、佐藤奈津子（2013, 2014）など多くの MSW は、「患者・家族が十分な時間の中でより良い退院後の生活を営むために、ソーシャルワーク情報を得た上で精神的にもサポートされることが必要である。」と述べ、そうした環境の中で退院先を決定できることが重要であることを示した。退院支援に関する MSW の研究には、患者・家族の意思と組織の要請とのジレンマに MSW としてどう向き合うのか、或いはどのような支援であれば患者・家族のよりよい生活に貢献できうるのかといった課題を事例分析によって明らかにするものが多い。

退院支援に関する研究では、端的に転院待機日数を割り出すといった研究なども存在するが（恵濃裕美 2009）、データは殆ど自らが所属する病院のものであり、全国的な急性期病院の実態を示すものとは言えない。地域包括ケアの時代を迎え、診療所や病院の MSW が医師との協働作業としてより高度な病院に患者を紹介する前方連携は、診療報酬が在宅への復帰率を重要視するにつれ、医療機関では不可欠な連携機能となっている。関田康慶（2009）は MSW のコーディネート機能と入院モデル分析を組み合わせ、MSW が前方連携・院内連携・後方連携の支援的役割を十分に果たせば、平均在院日数の短縮、安定した病床利用率、入院収益の向上に貢献することを論証しているが、量的な調査によるものだと明確には言えないところが説得力に欠けている。

結論として十分なサンプル数をもった実証研究は殆ど見当たらず、量的調査によって MSW

業務の効果を明らかにした研究成果は極めて少ないのが現状である。

Cochrane Library の Shepperd. S(2008)の文献レビューの論文においても、退院支援の効果を検討した RCT（無作為化対象試験）は 21 文献であり、ソーシャルワーカーが関わったものはそのうち 4 件であり、欧米においても全体的に研究の質は必ずしも高くないことが報告されている。(5)

MSW が早期介入することの必要性については、多くの MSW が指摘している。取出涼子(2011;352)は、入院日から退院準備が始まることを意識することが「患者・家族の考える時間を増やし、自己決定できる時間を増やすこと、情報の提示、主体性・自己決定の尊重と促進、選択肢を広げるという点が重要である」と論じている。さらに回復期リハビリテーション病院ではこうした点から、患者の全員担当制と入院時インテーク面接の有効性を示唆している。MSW の早期介入の効果について、MSW の介入期間の確保が援助の質どのように影響するのか検討した研究(萬谷和広 2009)(渡辺憲 2007)、事例分析によって脳神経外科患者への早期介入の有用性に言及したもの(田中希世子 2004)、職場復帰をアウトカムにしたもの(豊永敏宏 2011)などの報告がある。しかし、いずれも自分が所属する病院のケースが対象であり、一般化するのは難しいと言わざるを得ない。

第 2 項 研究目的

本実証研究は、MSW の早期介入の効果を「自宅退院、または施設退院した」とし、研究の目的はそれが実効あるかどうかを明確にすることである。アウトカムを自宅退院または施設入所としたことは、患者にとっての自己決定に沿う望ましい結果であるとの認識に立つためである。なお本調査研究では、MSW の早期介入とは、MSW の 7 日以内の面接とし、7 日以内に介入された患者と、8 日以降に介入した患者を比較検討した。7 日としたのは医療機関では入院基本料の算定要件として医師、看護師、多職種による入院診療計画書を患者の入院 7 日以内に作成し、交付説明することになっていることによった。

退院までに具体的な方針が定まらないための、とりあえずの転院を避け得る MSW の支援として、早期介入が実効あるかどうかを検討したのである。自宅退院に影響する因子は、チームアプローチなど数多くあるが、この研究で対象となった急性期病院はほぼ全国にわたった基幹病院であり、他の専門職の数などについても大きな差はない。その中で、MSW 介入患者と非介入患者を調査したデータの分析では、平均在院日数に有意な差はなく、MSW 介入ケースの中で 7 日以内面接の効果に絞って分析した。7 日以内の早期介入は退院支援に限定して行われるものではないが、現在の業務の 80%以上が第一義的に退院支援に分類されること、さらに医療機関における MSW 業務は、殆どが退院支援であるともいえることから、本研究の背景として先行研究に挙げた文献は、主に退院支援に関するものである。

退院に関する MSW の支援について、本論文では「退院支援」という用語を使用した。退院支援に関しては、業務指針における「退院援助」と「退院調整」という類似語がある。退院調整は診療報酬上の文言でもあり、病院経営にのみ寄与するイメージのある用語とし

て忌避される傾向にある。「退院支援」は退院支援看護師という職名の存在もあり、患者中心の療養環境の整備に資することを明確にする用語ではあり、「医療ソーシャルワーカー業務指針」には「退院援助」が使用されているが本論文では退院支援と表記する。

第3項 研究方法

本実証研究のデザインは、前向きコホート研究である。公益社団法人日本医療社会福祉協会会員が所属する急性期病院 100 病院に調査票を 2013 年 1 月中に郵送し、回答を得た 70 病院の 2013 年 2 月 18 日～22 日に入院した全患者（眼科、小児科、産科を除く）7,438 人のうち MSW が介入した患者 1,157 名を対象とした。

調査項目は、患者の入院時 48 時間以内カルテに記載されている病名（疑いを含む）を複数回答で収集した。病名はチャールソンスコア併存疾患変数を採用した 31 項目と、社会的状況 9 項目、SW 介入までにかかった日数、入院から 2 月以内とした退院時カルテに記載されている患者の転帰先である。

統計解析は、退院までの日数を生存変数、自宅退院・施設退院をイベントとし、 Kaplan-Meier 曲線を描き、ログランクテスト、多変量 COX 回帰分析で生存分析を行った。調査は入院時から 2 か月以内のデータを分析するため、時間の経過という時間的な要素を対象とするため多変量 COX 回帰分析を行った。調査に協力した MSW は、調査対象期間 5 日間の全入院患者を退院日まで、最長 2 か月の間、自分が関わらなかった患者のデータを追いかけることが必要だった。MSW の援助効果に関する前向きコホート研究は、筆者の知る限りでは初めての実証調査である。

第4項 倫理面への配慮

研究成果の発表に当たっては、病院名は公表せず、また個人が特定できないように、データを統計処理した。データの保管は外部機関の記憶装置に記録して厳重保管した。また、調査依頼に関しては、協力は任意であり、協力しないことによる不利益は一切生じないことを保証する旨を明記した。さらに、2012 年 10 月 23 日付で公益社団法人日本医療社会福祉協会の倫理委員会での調査は承認されており（承認番号第 12-15 号）、加えて調査に応じた医療機関では各医療機関の倫理委員会の承認も得た。

第5項 結果

研究協力した 70 病院（回収率 70%）において、2013 年 2 月 18 日～2013 年 2 月 22 日の入院患者のうち、分析できたデータは 7,438 人。MSW 介入ケースは 1,157 人で介入率は 15.5% だった。最小値 4.6%、中央値 16.8%、最大値 63.2%と介入率には大きな差があった。MSW が介入した 1,157 人について、7 日以内に介入したケースか、それ以降かに分類した。7 日以内に介入できたケースは 590 人である。早期介入が全データのほぼ半数を占めていた。

7日以内のMSWの早期介入について、 Kaplan-Meier 曲線、ロジスティックテストの結果、入院時から自宅退院・施設入所までの時間経過に、有意に関連していた。そこで、自宅退院・施設入所に関連すると考えられる「性別」「年齢」「脳血管疾患」「キーパーソンの有無」について、 Kaplan-Meier 曲線を描きロジスティックテストを行い検討した。

図1 7日以内のSWの早期介入の有無と自宅退院及び施設入所までの時間の関係

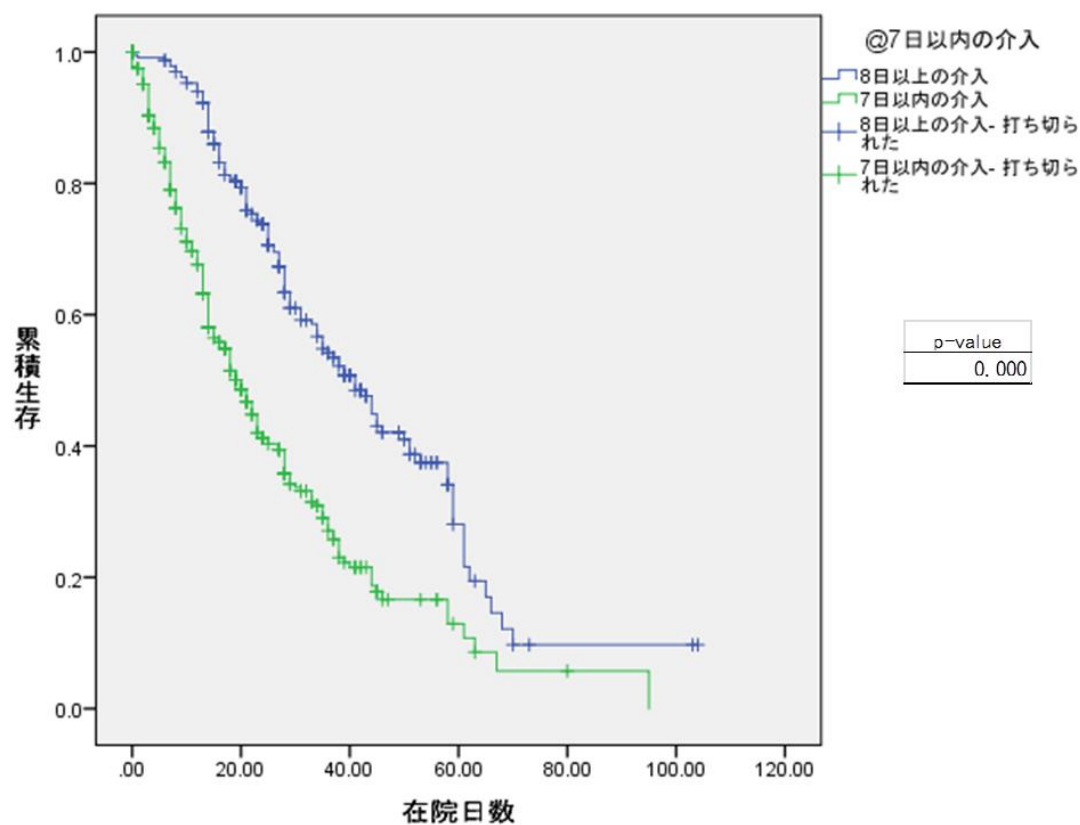


図2 性別と自宅退院及び施設入所までの時間の関係

性別が自宅・施設退院に及ぼす影響はほぼ同じであり、性別に有意差はなかった

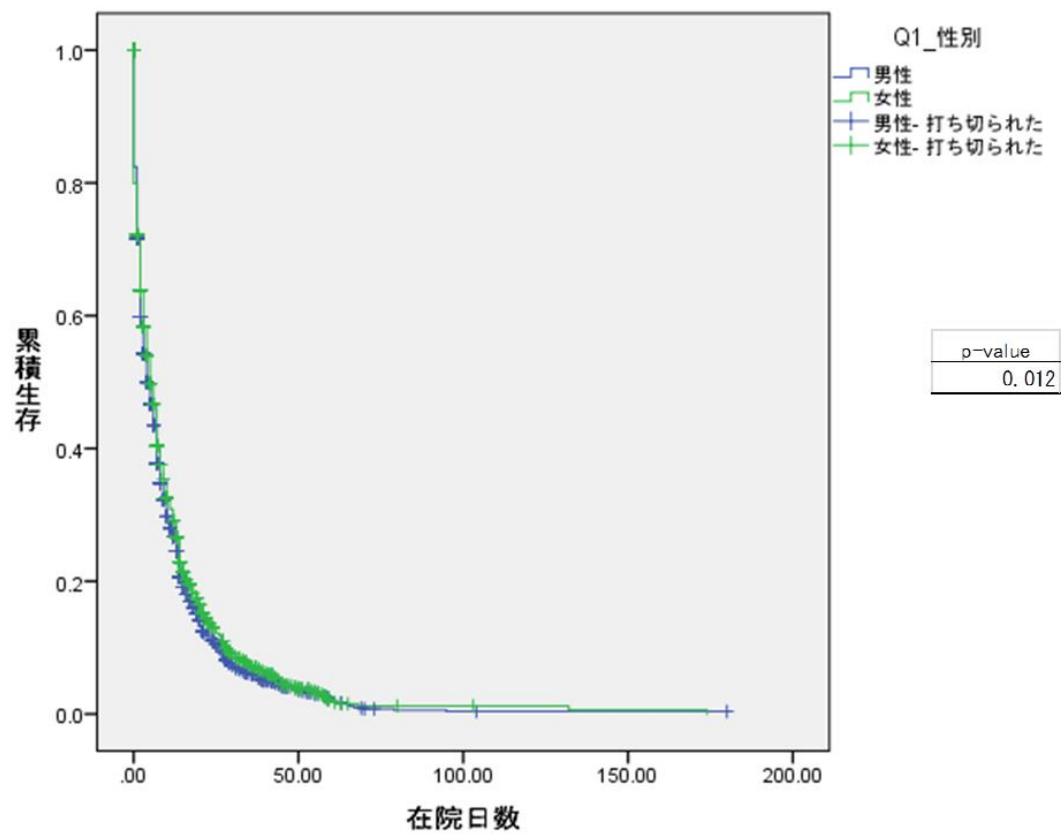


図 3 高齢者自宅退院及び施設入所までの時間の関係

75 歳以上であるか、以下であるかという年齢については、自宅・施設退院への影響は認められなかった。高齢であるか否かは、自宅退院、或いは施設入所に影響するのではないかと、筆者らは考えていたが、この調査結果ではこの要因は棄却された。

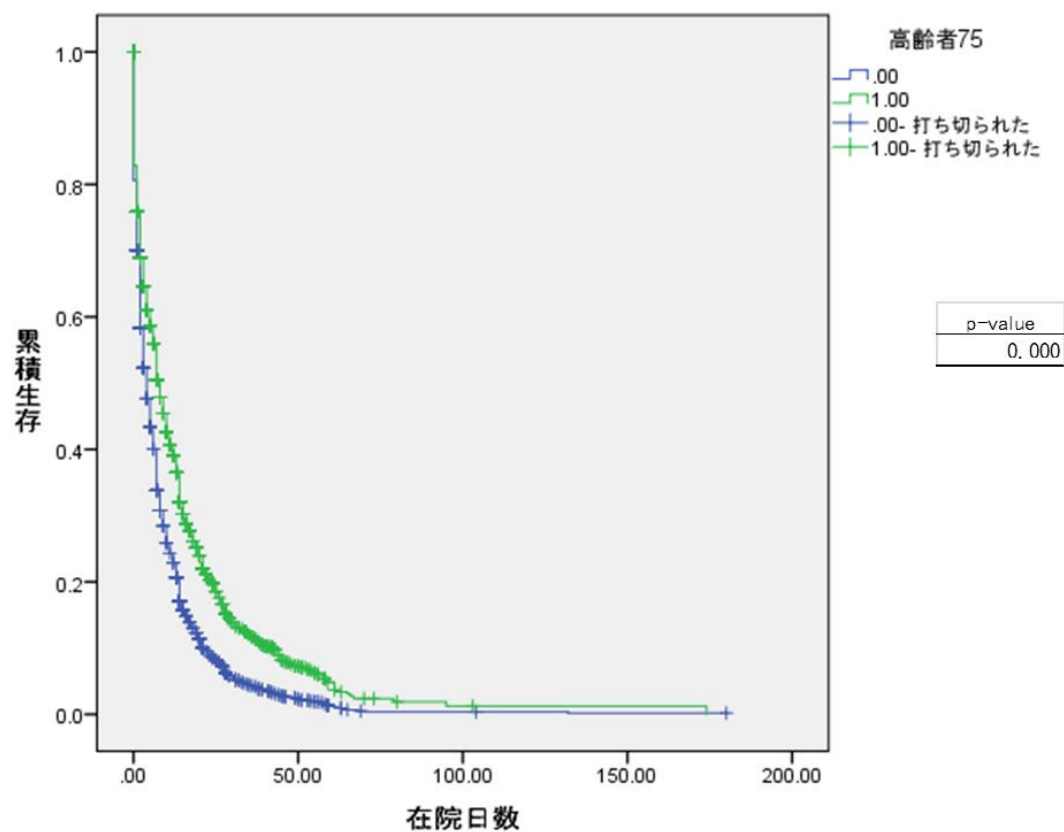


図4 脳血管疾患の有無と自宅退院及び施設入所までの時間の関係

「脳血管疾患であるか」否かは、脳血管疾患でない患者のほうが自宅・施設退院している。先述したようにこの調査で、MSWの援助が必要であるか否かを分析し、ソーシャルワーカー介入必要基準を開発したが、その結果では、脳血管疾患の患者は最もMSW介入の必要度が高く、脳血管疾患の自宅退院に向けたリスクが高いことが推察された。しかし本調査では、脳血管疾患でない患者よりもMSWが早期に介入する方が、自宅及び施設退院への影響が高いことが示された。

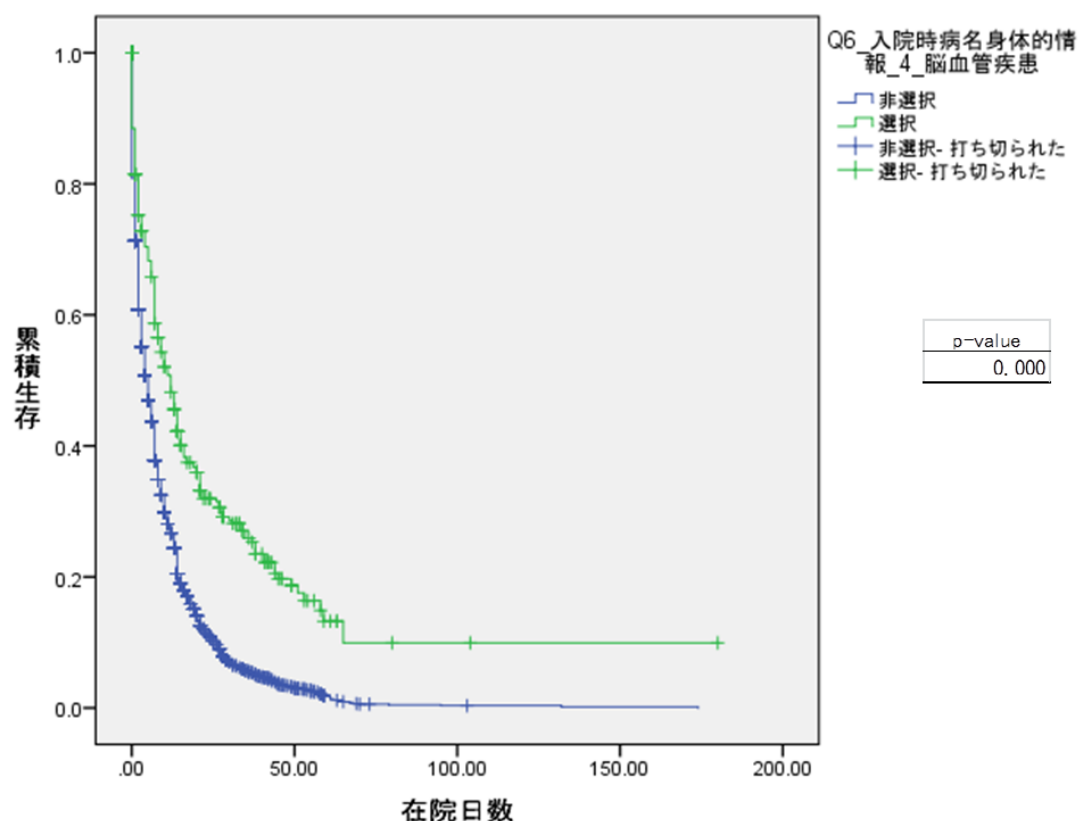
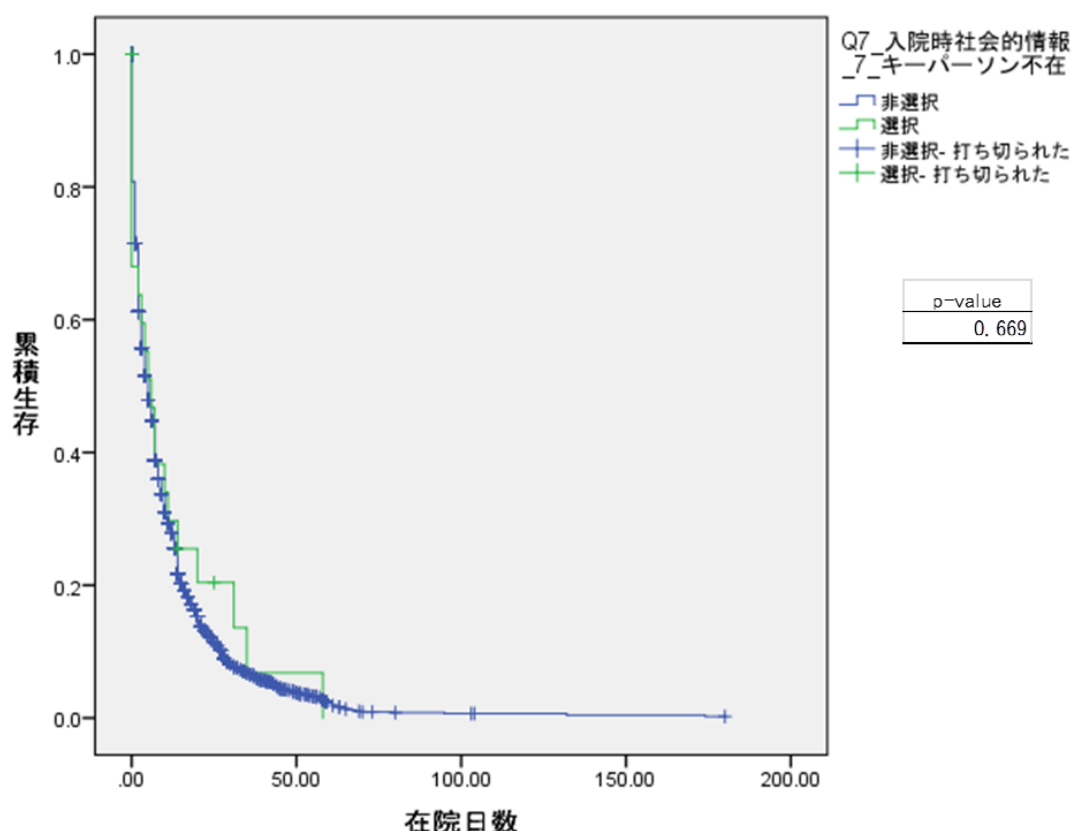


図5 キーパーソンの有無と自宅退院及び施設入所までの時間の関係

「キーパーソン不在」か、そうでないかについては、自宅・施設退院に影響していなかった。キーパーソンについては、ソーシャルワーカー必要介入基準では脳血管疾患に次ぐ度数であったにもかかわらず、自宅・施設退院に関しては、影響力がないという結果であった。MSWの事例分析等では自宅退院を阻害する大きな要因だとされているが、キーパーソンの存在の有無だけでは、患者の自宅退院への阻害要因とはならないことが、当調査においては示された。



本実証研究では、MSWの早期介入効果を多変量解析で解析するために、COX回帰分析を行った。単変量COX回帰分析の結果、P値が0.1未満だった項目について多変量COX回帰分析を行った。結果は表1の通りである。変数は表にあるように61とした。この変数の決定は、本研究に先立って、2012年に神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会に所属している15病院を対象に行った「日常業務においてソーシャルワークが支援することが多い典型的な事象」を用いて抽出した退院阻害要因47項目を基礎に、研究班で議論したことによって行われている。

性別、年齢、身体的状況、社会的状況及び重症度を表すチャールソンスコア併存疾患変

数で補正しても、なお MSW による「7 日以内の面接」は、調整済み HR 比で例えば「性別」の 2 倍もの影響を自宅・施設退院に及ぼしていることが分かった。

「75 歳以上」つまり高齢であるか否かは、MSW 早期介入の 3 分の 1 しか影響しないことも、分析で明らかになった。多変量解析に耐えうる要因として、残ったのは「SW の 7 日以内の介入」「性別」「75 歳以上」「脳血管疾患」「骨折」「脱水」「手術が必要」「キーパーソン不在」「日中独居」の 9 項目であり、MSW の早期介入は残りの 8 項目全てに 2 倍以上の影響があったことが明らかとなった。

重症度を示すチャールソン併存疾患指数に関して、本調査データで分析を試みた結果、重症度に関して自宅退院への有意な影響は見られなかった。結果を表 2 で示した。

表1 COX回帰分析結果

	Crude model				Multivariate analysis			
	HR	lower	upper	p-value	HR	lower	upper	p-value
Q1.性別	0.94	0.89	0.99	0.017 *	1.11	0.88	1.39	0.387
Q2.年齢	0.99	0.99	0.99	0.000 *	0.99	0.98	1.00	0.049 *
高齢者75	0.69	0.65	0.73	0.000 *	0.79	0.56	1.14	0.206
Q6.入院時病名身体的情報.1.心筋梗塞	1.02	0.87	1.19	0.823				
Q6.入院時病名身体的情報.2.心不全うつ血性心不全	0.81	0.73	0.90	0.000 *	1.05	0.72	1.52	0.804
Q6.入院時病名身体的情報.3.末梢血管疾患	1.43	1.20	1.70	0.000 *	2.32	1.15	4.66	0.018 *
Q6.入院時病名身体的情報.4.脳血管疾患	0.53	0.46	0.60	0.000 *	0.55	0.39	0.77	0.001 *
Q6.入院時病名身体的情報.5.認知症認知機能の障害	0.59	0.50	0.71	0.000 *	1.60	1.04	2.45	0.031 *
Q6.入院時病名身体的情報.6.慢性閉塞性肺疾患	0.71	0.55	0.91	0.007 *	1.90	0.90	4.00	0.092 +
Q6.入院時病名身体的情報.7.結合組織病	0.94	0.65	1.37	0.754				
Q6.入院時病名身体的情報.8.消化器潰瘍	1.16	1.03	1.32	0.015 *	1.82	1.07	3.10	0.028 *
Q6.入院時病名身体的情報.9.糖尿病	0.84	0.77	0.92	0.000 *	1.33	0.91	1.94	0.147
Q6.入院時病名身体的情報.10.片マヒ	0.49	0.31	0.77	0.002 *	0.70	0.25	1.97	0.504
Q6.入院時病名身体的情報.11.腎臓病	0.82	0.73	0.93	0.002 *	1.18	0.78	1.78	0.424
Q6.入院時病名身体的情報.12.白血病	0.63	0.39	1.04	0.069 +				
Q6.入院時病名身体的情報.13.悪性リンパ腫	0.63	0.49	0.81	0.000 *	0.19	0.02	1.48	0.112 *
Q6.入院時病名身体的情報.14.固形腫瘍	1.00	0.95	1.06	0.898				
Q6.入院時病名身体的情報.15.肝疾患	0.92	0.80	1.06	0.240				
Q6.入院時病名身体的情報.17.頭部外傷	1.32	0.89	1.96	0.166				
Q6.入院時病名身体的情報.18.脊髄損傷	0.35	0.16	0.78	0.010 *	0.70	0.10	5.17	0.729
Q6.入院時病名身体的情報.19.熱傷	0.61	0.32	1.17	0.138				
Q6.入院時病名身体的情報.20.骨折	0.75	0.67	0.84	0.000 *	0.55	0.37	0.83	0.004 *
Q6.入院時病名身体的情報.21.その他の外傷	0.87	0.68	1.12	0.278				
Q6.入院時病名身体的情報.22.蘇生後脳症	0.55	0.08	3.91	0.551				
Q6.入院時病名身体的情報.26.薬物依存症	0.64	0.51	0.80	0.000 *	0.73	0.37	1.43	0.357
Q6.入院時病名身体的情報.24.アルコール関連等の記録	1.05	0.79	1.40	0.734				
Q6.入院時病名身体的情報.25.抑うつ記載あり	0.81	0.61	1.07	0.131				
Q6.入院時病名身体的情報.26.薬物依存症	2.11	0.88	5.08	0.095 +	8.27	0.97	70.85	0.054 +
Q6.入院時病名身体的情報.27.適応障害等の記載あり	1.42	0.36	5.70	0.617				
Q6.入院時病名身体的情報.28.低栄養	0.49	0.30	0.82	0.006 *	1.78	0.63	4.99	0.276
Q6.入院時病名身体的情報.29.褥瘡	0.42	0.25	0.70	0.001 *	1.13	0.48	2.65	0.777
Q6.入院時病名身体的情報.30.脱水	0.65	0.49	0.86	0.003 *	0.86	0.45	1.65	0.647
Q6.入院時病名身体的情報.31.肺炎誤嚥性肺炎	0.63	0.55	0.72	0.000 *	0.73	0.50	1.08	0.119
Q6.入院時病名身体的情報.32.1.31以外の病名	1.19	1.12	1.25	0.000 *	1.01	0.79	1.31	0.911
Q6.入院時病名身体的情報.33.緊急入院	0.73	0.68	0.79	0.000 *	1.05	0.81	1.35	0.708
Q6.入院時病名身体的情報.34.手術治療以外の再入院	1.01	0.82	1.24	0.936				
Q6.入院時病名身体的情報.35.今回と同じ病名で以前に入院	1.11	1.03	1.20	0.004 *	1.38	0.97	1.97	0.072 +
Q6.入院時病名身体的情報.36.手術が必要	1.03	0.97	1.09	0.382				
Q6.入院時病名身体的情報.37.がん性疼痛	0.62	0.48	0.79	0.000 *				
Q6.入院時病名身体的情報.38.終末期	0.27	0.16	0.45	0.000 *	0.24	0.08	0.77	0.016 *
Q6.入院時病名身体的情報.39.自傷自殺企図および歴あり	0.80	0.45	1.40	0.429				
Q6.入院時病名身体的情報.40.合併症を有する妊婦	1.97	1.06	3.66	0.033 *				
Q7.入院時社会的情報.1.生活保護	0.87	0.74	1.02	0.076 +	0.98	0.56	1.72	0.948
Q7.入院時社会的情報.2.無保険.外国人除く	0.33	0.15	0.74	0.007 *	0.28	0.08	0.99	0.048 *
Q7.入院時社会的情報.3.ビザなしもしくは無保険の外国人	1.33	0.19	9.45	0.774				
Q7.入院時社会的情報.5.身寄りなし	0.69	0.45	1.06	0.089 +	1.20	0.49	2.94	0.693
Q7.入院時社会的情報.6.家族不明	0.73	0.38	1.41	0.354				
Q7.入院時社会的情報.7.キーパーソン不在	0.92	0.60	1.39	0.687				
Q7.入院時社会的情報.8.住所不定未記入	0.28	0.07	1.12	0.071 +	0.88	0.20	3.88	0.861
Q7.入院時社会的情報.9.言語の支援が必要な外国人	1.56	0.74	3.28	0.239				
Q7.入院時社会的情報.10.独居.日中独居	0.86	0.79	0.93	0.000 *	1.03	0.79	1.34	0.834
Q7.入院時社会的情報.11.高齢者のみの世帯	0.86	0.80	0.93	0.000 *	0.88	0.67	1.17	0.378
Q7.入院時社会的情報.12.虐待の記録がある	0.99	0.45	2.21	0.987				
Q7.入院時社会的情報.13.定期受診が守られていなかった	0.69	0.44	1.08	0.101				
Q7.入院時社会的情報.14.食事ができていなかった	0.70	0.54	0.91	0.007 *	1.00	0.44	2.30	0.991
Q7.入院時社会的情報.15.服薬管理ができていなかった	0.72	0.54	0.96	0.027 *	0.64	0.27	1.50	0.301
Q7.入院時社会的情報.16.水分制限が守られていなかった	0.84	0.40	1.76	0.644				
Q7.入院時社会的情報.17.介護保険サービスを利用している	0.58	0.53	0.64	0.000 *	1.06	0.80	1.41	0.663
Q7.入院時社会的情報.18.自立支援サービスを利用している	0.72	0.48	1.06	0.098 +	1.59	0.66	3.83	0.299
@7日以内の介入	2.26	1.81	2.82	0.000 *	2.84	2.21	3.64	0.000 *

表2 COX回帰分析結果

	Crude model				Multivariate analysis			
	HR	lower	upper	p-value	HR	lower	upper	p-value
チャールソンインデックス(1)	0.80	0.76	0.85	0.000 *	0.79	0.57	1.08	0.140
チャールソンインデックス(2)	0.75	0.69	0.83	0.000 *	0.89	0.53	1.51	0.664
チャールソンインデックス(3)	0.81	0.69	0.96	0.016 *	0.52	0.18	1.46	0.212

第6項 実証研究の考察

分析対象として残った「7日以内の面接」が、「性別」、「年齢」などの属性にも、「脳血管疾患」、「骨折」、「脱水」、「手術が必要」などの身体状況にも、「キーパーソン不在」、「独居・日中独居」などの社会的状況などの要因よりも、自宅退院・施設入所というイベントに寄与していることが示された。結果としてMSWの「退院援助」業務効果のEvidenceの一つを示し得た。

MSWが早期介入することで、患者・家族は退院後の生活イメージを具体的に描くことができ、入院による混乱を早期に解決することで医療への信頼感も増す。急性期病院への入院は予め想定された入院ではなく、極めて短期間に病名告知、或いは突然の発症、負傷などによる患者も家族も混乱した状況で起こる事態である。その中で、今までの生活の延長線上にない生活を思い描くことがいかに困難であるか、言を俟たない。適切な相談相手を得ることで、「自宅退院の準備が整うまでのとりあえずの入院」「治療時間に対する不満を抱え、医療機関への執着があるための入院」が回避され、医療資源が適切に使われる結果につながったことが推察される

本調査の結果では、MSWの介入を受けた患者のうち、早期に（7日未満）介入できているケースは50、6%にとどまった。本調査は、MSWが介入しない患者までも転帰先を記入することを求める調査であり、その調査に参加できるMSWを抱える病院でも、5割にとどまったのである。MSWの人数さえ確保できていれば早期介入が可能であることが推測される。MSWを必要とする患者には、より早期に関わることのできる人数とシステムが必要であることが示唆された。今後医療機関の機能分化が益々厳密になっていく中で、患者のシームレスな地域移行のためには、MSWの活動を確保することの重要性を指摘したい。

第7項 本実証研究の意義と課題

本実証研究の課題は、今回開発したソーシャルワーカー必要介入基準が使用されない中行った調査であることから、MSWの介入が病院によってまちまちであり、調査の精度の限界があることである。本調査では北海道から沖縄県まで、47都道府県の内29の都道府県の70の急性期病院の協力を得ることができた。全国規模で約7500人の患者データに基づいたソーシャルワークに関する調査はわが国では初めてのことである。本調査は、5日間に入院した全患者を対象とした。MSWの非介入ケースも含めるので、入院患者の多い病院は358人を退院時（最大2か月）まで追う必要があるという、MSWへの負担が非常にかかるものであった。全患者を追跡するためには、所属する病院内で看護師及び事務職員との関係が良好であることが不可欠であり、さらにこの調査の回収率が7割であったことと合わせて、わが国の医療機関のソーシャルワーカーの調査への意識の高さを示す一助にはなったのではないかと考える。

MSWの早期介入に関しては経験的に効果があるとされていたが、早期の時間も、アウトカムをどのように設定するかについても、今までの研究の枠組みは曖昧なものであった。今

回は自宅・施設退院を一つの指標としたが、患者・家族の満足につながる退院支援の質を明らかにすることも必要である。ソーシャルワーカー介入必要基準を用いたうえで、分析・検討することでより精度の高い研究成果を得ることが今後の課題である。

本実証研究は 2011 年～2013 年度の厚生労働省科学研究費補助金政策科学総合研究事「急性期病院におけるソーシャルワーカーの実務基準と質指標（クオリティ・インジケータ;QI）開発に関する実践研究」に拠り執筆した。共同研究者は、聖ルカライフサイエンス研究所 臨床疫学センターの大出幸子上級研究員、同センター 高橋理センター長、福井次矢 聖路加国際病院 院長、西田知佳子 元聖路加国際病院コメディカル部長、である。疫学分析に関してご指導いただいた。なお本実証研究成果を学位論文に使用することは、共同研究者の了解を得ていることを付記する。

第 2 節 MSW の職務明細書（Job Description;以下 JD）

これまで MSW の業務の質に関する研究は十分にされてこなかった。職務(job)を職位によって割り当てられた知識、技術を含む仕事と整理しているものが職務明細書である。従って JD は MSW 業務の質を担保するツールとして、組織管理上のツールとして使用されるものを想定している。実証研究と同様に、業務の見える化の一つのツールとして JD は効果的である。今後所属場所によってそれぞれの JD をつくることで、ある程度の業務の質保障が進むのではないかとと思われる。今後の課題を克服するための試案として、本節では病院組織に属する MSW の JD 案を提示する。

第 1 項 MSW の JD の必要性

JD の日本における初めてのモデルは、1995 年に同研究会において大本、筆者が開発したものであった。これはソーシャルワークの業務を、使命に統合される形のワークフローに組み替え、行為基準の一つの形を提示したものであるが、標準化とするには裏付けとなる理論の分析が弱く、課題が残った。日本医療社会事業協会では、業務の達成度を測る QI の作成のための一歩として、ケースの数え方を統一したデータベースを開発し、すでに 65 病院（2012 年 5 月 10 日現在）の MSW が使用しているが、これは「医療ソーシャルワーカー業務指針(1989, 2006 改訂)」の成果を踏まえたものであり、望ましい MSW の業務に繋がるということが期待されていた。

MSW はほぼ全病院で複数配置が行われてはいるが、病院の機能別から言えば、急性期病院が最も SW の配置率が偏在している。我々は「急性期病院におけるソーシャルワーカーの実務基準と質指標（クオリティ・インジケータ、QI）の開発に関する実践研究」において

米国の QI の現状を調査した。その結果米国では QI より JD が SW の実践で使用されているのがわかった。

米国では Joint Commission の病院評価を受けており、その項目に JD があることが必要とされていることも JD の普及に寄与していた。確かに QI を普及定着させるためには何らかのインセンティブが QI を取得することに付与されないと、定着が難しいと予想されている。JD に関して、日本でも国際基準の医療の安全性と質の改善についての関心が高まるにつれ、Joint Commission International の評価を受ける病院が急増すると予想され、SW の JD の開発が急がれる状況にある。

第 2 項 MSW の JD の開発

厚生労働省科学研究で我々が開発した質指標 (QI) と SW 介入必要基準を踏まえた、ソーシャルワーク実践の根拠となる日本の急性期病院における SW の職務明細書 (JD) のモデルを開発すること、及び臨床に役立つ JD を提示することにより、ソーシャルワークサービスを必要とする患者・家族に、質の良いサービスの提供に貢献することを目的とした。日本の MSW の業務の質をどのように担保するか、その具体的な方法は第 1 節で示した MSW の QI と連動する JD の提示である、MSW の JD は MSW 業務の質を担保する職務を端的に書き下ろしたものであるが、開発に当たっては、2012 年に収集したミシガン大学病院と、プレスビテリアン病院の JD を参考に、2013 年のフィリピン国際会議において提出者に確認した内容を基にした。

具体的な手順としては①米のソーシャルワーク業務の違いを明確にし、ミシガン大学病院とプレスビテリアン病院、米国リーダーシップ協会の JD を質的に分析する。②フィリピン・マニラで 2013 年 6 月に開催された国際会議において、会議に出席した病院に勤務する SW に JD の内容に関して、インタビューする。③過去に国内で行った JD の研究との比較から考察を行う。④日本版 JD 案を作成する。その後関東、関西圏の急性期病院で、経験年数 10 年以上の MSW 10 人にインタビューを行い JD の検証を行った (インタビューは上述した QI 及び SW 介入必要基準の定着を図るために、東京、兵庫で 2014 年 2 月、3 月に研修会を行った際に、協力を要請し応えてくれた MSW (東京会場 5 人、兵庫会場 5 人) にグループインタビューの形で行った)。

第 3 項 米国の SW⁽⁶⁾の現状

米国ではミシガン大学病院は、救急・専門外来のクリニック・病棟にそれぞれに SW が配置されていた。入院・外来は別の SW が担当し、担当を外れるとカルテの閲覧制限があるほど個人情報の保護は徹底されていた。入職したての SW は病棟配置で、外来担当はベテラン SW が、そして地域に拠点を持つ SW はスーパーバイザークラスの SW が配備されていた。SW は 100 名～200 名と日本に比して圧倒的に数が多い。日本では病院に MSW が配置されている。

入院・外来を兼務で担当し外来専門の MSW は殆ど配置されていないのが現状である。MSW は標準的に 2 名～10 名以下である。

SW 採用及び資格に関しては、ミシガン大学病院では BSW（学士）はアシスタントの部署等に配属され、MSW（修士はインターンとして専門職養成）州のライセンス（資格）を取得する。SW の資格を取得しても新任から 3 年間はリミットの資格として付与される。（LLMSW）

日本では BSW, MSW が同じ部署で勤務し。修士での専門職養成は殆ど行われていない。日本における社会福祉の専門職大学院は僅かに 1 校にとどまり、発展の傾向はない。診療報酬で社会福祉士、精神保健福祉士が評価された 2008 年以来、国家資格取得者の占める割合が多くなっている。職務内容は、米国では救急外来・手術・リハビリ・精神・小児・がん等の部門別に配置されている。SW がおこなったケースマネジメントとカウンセリングの料金は、保険から給付される。外来を担当する SW は一人で決断することもあるため、経験のある SW が担当している。病棟は複数で配置され、経験の少ない MSW が担当している。

日本では MSW 人数が多い病院は診療科別に担当し、退院支援看護師と協同している病院もあるが、退院支援は SW の主要な業務になっている。ケースマネジメントは行うが心理面接は一部のみが担当している。退院支援及びその他の業務が診療報酬で評価されている。

質の保障のための方法としては、米国ではスーパービジョン、記録、進捗の監査、及びニーズの高い患者の全員面接スクリーニングは病院によって実施されている。NCCN（国立総合ガンネットワーク）のガイドラインを活用して、当時はがん外来でスクリーニングを開始予定とのことであった。

第 4 項 米国の JD

米国ではレベル別の業務基準・職務内容が記載された JD があり、SW の監査ツールにクリニカル・インジケータ（CI）の項目がある。

日本では、医療ソーシャルワーカー業務指針（厚労省制定 1989、2002 改訂）により業務内容は規定されている。質の保障のため一部の病院で実施しているものに新任教育、患者の全員面接、ケースの点検、スーパービジョン、入院患者のスクリーニング、業務マニュアルの整備などが実施されている。MSW のレベル別の JD を作成して質の確保をしている病院は少ない。QI を作成しているのは、ごく限られた病院であるのが現状である。

資格によって異なる JD の内容を主にリーダーシップ協会 JD を参考に、米国の職位別の JD の概要を述べ、以下の内容を参考に考案することが、今後のわが国の MSW の JD 作成と考案、米国の SW の適切と思われる主な職務を以下に記した。なお米国の MSW の職能集団である NASW（National Association of Social Workers）は、クリニカル・インジケータを研究し、ホームページに掲載したが結局その普及には至らず、JD が主に使用されているとの回答を 2012 年時 11 月の訪米時に確認したこともあり、JD に関する資料は、細部にわたって質問する機会を得ることができたリーダーシップ協会 JD を使用した。

(1)BSW(学士のソーシャルワーカー)の JD

- ・ 患者・家族の心理社会的ニーズのアセスメントを行う。
- ・ MSW (Master of Social Worker) のスーパービジョンの下で SW 介入を提供する。
- ・ 適切なサービスに結びつける。
- ・ 退院計画援助・転院・施設の選定・移行支援
- ・ ヘルスケアチームとの協力、仲介、交渉
- ・ 患者・家族への教育・プロセス改善に参加

以上のように、ソーシャルワークの質を保証するために、スーパービジョンが職務として明記されている。

(2)MSW（修士号を持つソーシャルワーカー）の JD

- ・ 患者・家族のニーズの包括的アセスメント
- ・ 身体、心理社会的機能、障害の識別
- ・ 個人およびグループ治療・セラピーを活用
- ・ 権利擁護活動の調整・コンサルテーションをチームに提供
- ・ スタッフの教育・サービスのリーダーシップ・質改善
- ・ 実務2年以内に資格を取得すること
- ・ 特殊の複雑な問題はスーパーバイザーに指示を仰ぐ。

(3)クリニカルソーシャルワーカー（有資格のソーシャルワーカー）の JD

- ・ 患者・家族のニーズの包括的アセスメント
- ・ 身体、心理社会的機能、障害の識別
- ・ 個人およびグループ治療・セラピーを活用
- ・ 権利擁護活動の調整・コンサルテーションをチームに提供
- ・ スタッフの教育・サービスのリーダーシップ・質改善
- ・ SW 記録の管理・新任、学生へのスーパービジョンを行う。

表 1 米国のJD



【JDの共通内容】
 基本的な職務および責務
 特徴的な職務および責務
 監督予定・監督内容
 資格要件

SWは大学院で専門職養成がされている。そして①学部卒の仕事、②大学院卒業後資格を取るまでの仕事、③クリニカルソーシャルワーカー有資格者の仕事、④管理者の仕事と、資格をベースに仕事が割り当てられている。JDには具体的な職務と責務が記述されている。学部卒は、日本の業務とほぼ変わらない。さらにアセスメントを行うことが明記されている。ライセンスのあるMSWが、複雑・多層的な問題のケースを担当すること、シニアのMSWが教育・管理的役割、さらにマネージャーが部門の監査役をしていることが明記されていた。その状況を表1にまとめた。

法制度が異なる米国のJDが、直ちにわが国のMSWのJDの作成に寄与するものではないが、組織に定着するツールとしてJDを提示する必要があるのではないかと考える。それは実践の見える化にも繋がる。しかし、今提示できているのは、病院内MSWの職務の実際に即したものであり、地域にアウトリーチできるものにはなっていない。

第5項 日本のMSWのJD

MSWの内、スタッフSWのJDモデルと管理者SWのJDモデルを提示する。

スタッフMSWのJD

*職務と要件

- ・職務概要；病院の他のメンバーと協働して、MSWは患者の心理社会的ニーズのアセスメント及びケアの計画・実施・コーディネートに責任を持つ。
- ・教育；社会福祉学の大学を卒業していることが望ましい。
- ・認定された社会福祉士養成校協会に属する教育機関において社会福祉士受験資格を

取得していること。

JDモデル

- (1) 患者が治療を受ける中で、患者の健康増進、家族の満足度向上、適切な社会資源を活用するために、患者家族の心理社会的ニーズアセスメントを行う。
- (2) チーム医療の中で他職種と連携・協働して MSW 介入を進める。
- (3) 複雑・多問題ケース、倫理・法的問題を抱える人、及び虐待・DV・危機的状況にある人への支援には上級 SW のスーパービジョンの下で介入を行う。
- (4) 患者・家族及びスタッフに利用可能な地域の社会資源の情報を提供する。また適切な資源と結びつける。経済的問題があり、自力で解決できない患者には、同行・代行支援を含めて生活資金を獲得するまで支援する。
- (5) 退院支援を提供する際には、患者・家族の意向を確認しながら、在宅ケアサービス、地域関係機関への紹介など適切な社会資源を活用する。
- (6) 転院先の選定及び決定を支援し、移送まで責任を持つ。
- (7) 他職種と協働して患者の不利益にならないように必要に応じて、アドボカシー、仲介、交渉機能を発揮する。
- (8) 患者・家族に必要なに応じて資料を用いてアドバイスする。
- (9) 患者・家族の支援の結果を評価し、支援の改善に努める。
- (10) 在宅ケアの障害になっている課題を特定・報告し、システムの改善に努める。
- (11) 疾病に関わる心理社会的問題に関して、他職種にコンサルテーションや研修を行う。
- (12) カンファレンス、スタッフミーティング、現任者研修に参加する。
- (13) 明瞭・簡潔な文章で支援内容を記録する。

管理者MSWのJD

* 職務と要件

職務概要；病院の目標・理念・機能に沿った MSW 部門の目標を明らかにする。

資格要件；①認定医療社会福祉士或いは認定社会福祉士（医療分野）を有していることが望ましい。

②臨床経験 8 年以上のソーシャルワークの管理者として立証された適性があり、率先して責任を負い、権限を行使する心構えを有する者。学会発表、研究活動を通して職能団体から評価を受けるように努めていること。

* JDモデル

- (1) MSW、事務員を含めスタッフの監督役となり、定期的に指導し、業務の管理を行う。
- (2) MSW 部門のスタッフの時間、技術、能力レベルを建設的に活用し、患者・家族等に対するサービスを確実に行う。モニタリングによる支援状況や業務の質を評価する。

- (3) 特定事例のメカニズムや基準を確立し、MSW のサービスを必要とする患者に SW 介入必要基準を使用し、漏れなくサービスを提供する。
- (4) 健康や病気、MSW 業務に関わる心理社会的な諸問題、地域資源について調整役として力を発揮する。
- (5) 管轄する部門で必要とされるソーシャルワークのプログラムを定期的に管理し、新たに必要とされるプログラムを導入する。
- (6) 管轄する部門で新規採用する MSW、MSW 業務のアシスタント等の面接を行う。
- (7) 管轄する部門における実習生の実習指導を行う。
- (8) スタッフ教育、データ収集、調査、グループワーク、業務に関わるその他の活動を調整する。
- (9) MSW の業務分析を行い、適宜病院管理部门に報告する。（ソーシャルワークデータシステムを使用することが望ましい）
- (10) 年齢層に基づいた患者の心理社会的なケアを監督する能力を有する。
- (11) 有能な臨床 SW として複雑なケースは必要に応じ、心理的なケア業務や継続的なケアづくりを直接担当する。
- (12) 必要に応じて、その他の業務も臨機応変に対応する。

第6項 JDの作成の効果と課題

まず、JD を活用することでソーシャルワークの業務分担が明確になり、職務に応じた役割を遂行しやすくなることが効果として挙げられる。JD があると、経験年数の少ない MSW しかいない病院で解決が困難なケースが生じた時など、スーパーバイザーが必要であることを病院管理者に明確に示す根拠になり、専門職養成にスーパービジョンが不可欠であることを示す根拠となる。

病院組織は少子高齢社会の進展に伴い、平均在院日数の大幅な短縮、高度な医療技術の飛躍的な進歩による治療の選択肢の拡大と患者の自己決定権の保障などについて対応を迫られている。このような状況の変化は病院組織として、SW への役割期待の拡大に繋がっている。こうした中で、業務の質を可視化するための QI が整備され、それと連動する形で JD があることでスーパーバイザーが配置されやすくなり、MSW のバーンアウトや質向上に向けた体制整備が推進される。

加えて QI と併せて使用することで、勤務する MSW の配属人数にばらつきのある急性期病院におけるサービス提供の質の向上に寄与できる。今後各病院において JD が QI、SW 介入必要基準と共に普及することで、ソーシャルワークサービスが必要な患者・家族に漏れなく最低基準が担保され地域で安定した療養生活を送ることが可能となる。

課題としては、今回提示した JD が基本的な業務の具体的な職務明細書となっているかについて全国的な調査や、今回できなかった中堅者の JD の作成及び SW 介入基準との整合性についても精査する必要がある。さらに、所属機関の機能に応じた JD の作成も必要となってくる。

JD は、米国では医療の安全と質の評価に使われており、日本でも今後同様に評価の一項目として、SW の JD が組み入れられるよう、普及活動に努めることも必要であろう。

第3節 可視化できないMSW業務の重要性と、業務の効果測定、QI, JDの限界

MSW業務の可視化は、EBMの時代に避けては通れない課題である。今後クオリティ・インジケータ；QIの定着とその公表は義務化されていくことも考えられる。業務の効果測定をどのようにデザインするか、ここにMSWの今後がかかっていると言っても過言ではない。グローバリゼーションの波は、国際病院評価機構、JCの評価を受ける病院の増加も生んでいる。先述したように評価にパスするためには各々の専門職のJDが必要である。今後のMSWの業務の優先順位に、このような時間のかかる組織への貢献が求められてくることは十分に考えられる。しかし、人口減少化時代を迎え、今後MSWの数がこれ以上増加する見込みは殆ど無いことを考えると、少数精鋭では乗り切れない事態があることが予想される。

業務の整理は必要である。QIはPCソフトを共有することで省力化を図らなければ定着しないが、その情報の共有化にも課題があるが、最優先でも取り組むべき課題である。その時に、MSWは何故誕生したのか、序章と1章で述べた様に、社会事業、ソーシャルワークを定着させるために存在した歴史に立ち戻り、地域へのアウトリーチによる問題発見の業務の可視化に取り組み、地域医療福祉連携への効果のアウトカムをどのように設定するのか、知恵を絞る必要がある。

わが国の医療政策に大きな影響を与え続けているのは、いうまでもなく米国である。医療政策の波に翻弄されてきたMSWも、またその成立の基盤を米国流のソーシャルワークにおいてきた。そのことへの批判的な姿勢を今一度取り戻す必要性を論じたが、そのことと、今後否応なく進展する業務の可視化の方法論を、米国から学ばなければならない実態を見据える重要性への論及は矛盾しない。要は、地域への軸足を担保するJD、及びQIの作成に向けて、いかに蓋然性の高いデータを構築できるかである。この点をなおざりにして、MSWの将来は無いのではないかという危機意識を持つことが重要だと考える。

(米国資料)

ミシガン大学病院 (U-M Health System)

- ・ Distress Management
- ・ LLMSW Clinical Social Worker Job Description (1)
- ・ LLMSW Clinical Social Worker Job Description (2)
- ・ New Employee and Trainee Orientation Manual

NY-Presbyterian Hospital

- ・ New York Presbyterian Hospital Job Description(R)-1
- ・ New York Presbyterian Hospital Job Description(Generic)-4
- ・ Job Description

Society for Social Worker Leadership in Health Care

- ・ Tool Kit for Social Work Leaders

(注)

(1) 宮内佳代子、大出幸子、笹岡眞弓他で厚生労働省科学研究費補助金政策科学総合研究事業「急性期病院におけるソーシャルワーカーの実務基準と質指標（クオリティ・イン

ジケータ;QI) 開発に関する実践研究」において開発した「SW 必要介入基準」(2015)は、日本病院学会雑誌、Vol. 62, No. 3 において報告している。入院時に SW の介入が必要な患者を特定する基準であり、スコア値を提示することで、スコア値の高い患者を見逃すことなく援助することを目的としている。スクリーニングシートは病院ごとに考案されていたが、S W 介入のみならず非介入患者のデータを分析しスコア値をつけた介入基準を提示したものは、わが国初である。脳血管疾患、脊髄損傷、終末期、身寄りなし、が各 4 点、高齢者のみの世帯が 1 点と、20 項目を 4 点、3 点、2 点、1 点と重みづけをし、スコアが 11 点以上の患者には全国の 7 割以上の SW が介入しており、介入の必要度が高いことを示した。表は下記の通りである。他職種からの依頼の漏れも防ぐ効果がある。

脳血管疾患 脊髄損傷 終末期 身寄りなし	4 点
骨折 褥瘡 キーパソン不在 定期受診が守られてなかった	3 点
精神疾患 脱水 75 歳以上 独居・日中独居 服薬管理ができていなかった 介護保険サービスを利用している	2 点
認知症・認知機能の障害 肺炎・誤嚥性肺炎 がん性疼痛 緊急入院 高齢者のみの世帯	1 点

(2)原田とも子、大出幸子、笹岡眞弓他が厚生労働省科学研究費補助金政策科学総合研究事業「急性期病院におけるソーシャルワーカーの実務基準と質指標（クオリティ・インジケータ;QI) 開発に関する実践研究」で開発した、急性期病院のソーシャルワーカーの QI として全退院患者への MSW 介入率など 13 項目を提示した。具体的には下記表の通りである。QI は、ガイドラインとなる指標であり、QI の提示にあたっては、QI の意図となる指針を示さないと SW の理解につながらない。QI の普及にあたっては、この QI は SW 支援の最低限行われるべきプロセスや指標のモデルであり、各病院での実践の問題を改善するための QI の作成と改善を図っていくものであることを強調する必要があるとしている。提示した QI は、公益社団法人日本医療社会福祉協会のデータベースに組み込み、QI の普及に努めている。しかし、日々の業務の中で、QI をとる時間への理解を得ることにはまだ課題があると言わざるを得ない。

(表) クオリティ・インジケータ

指針	ソーシャルワークサービスを必要とする患者は、そのサービスを受ける (NASW モデル)
QI. 1	退院患者総数に対して、SW が関わった退院患者の割合
数値	SW が関わった退院患者／退院患者総数
指針	患者と家族は、退院計画にかかわる (NASW モデル)
QI. 2	退院支援を行う患者と家族の意向を記録に書いている
数値	患者・家族の意向を記録した／退院支援患者
指針	SW は、患者・家族の療養方法の選択を支援する
QI. 3	退院後にケアや療養の継続が必要な患者に、複数の療養方法を提示している
数値	複数の療養方法を提示した／退院支援患者
指針	リハビリの継続が必要な患者に、必要な情報を提供する
QI. 4	リハビリの継続が必要な患者に、リハビリ可能な転院先の情報を提供する
数値	リハビリ可能な転院先の情報を提供した／リハビリ継続が必要な患者
指針	回復期リハビリへの転院が必要な脳卒中患者に、早期に支援を行う
QI. 5	脳卒中の回復期リハビリが必要な患者に、7 日以内に面接を行う
数値	7 日以内に面接を行った／脳卒中の回復期リハビリが必要な患者
指針	認知症・認知障害の患者が適切なケアを受けられるよう支援する (カナダのモデル)
QI. 6	認知症・認知障害のある患者に、状態安定後に介護保険サービスの必要性の評価を行い、記録する
数値	介護保険の必要性の評価を記録した／認知症・認知障害の患者
指針	患者の退院は、退院計画を調整する SW が知っている中で行われる (NASW モデル)
QI. 7	SW が退院支援を行った患者が、SW に連絡なく退院した患者の割合
数値	SW に連絡なく退院した患者／退院支援患者
指針	社会的に複雑な事情で再入院することを予防した退院支援を行う (NASW モデル)
QI. 8	30 日以内の予定外の再入院の患者の割合
数値	30 日以内の予定外の再入院／退院支援患者
指針	無保険の患者は緊急に支援を行う
QI. 9	無保険の患者は、依頼当日に介入する
数値	当日介入した／無保険の患者
指針	キーパーソンがいない患者は緊急に支援する
QI. 10	キーパーソンが不在の患者は、依頼当日に介入する
数値	当日介入した／キーパーソンが不在の患者
指針	虐待・虐待疑いの患者は緊急に介入する
QI. 11	虐待もしくは虐待が疑われる患者は、依頼当日に介入する
数値	当日介入した／虐待・虐待疑いの患者

指針	SW は、患者のケアマネジャーを決められるよう支援する
QI. 12	在宅ケアサービスが必要な患者が、ケアマネジャーの選定を行った
数値	ケアマネジャーの選定を行った／在宅ケアサービスが必要な患者
指針	SW は、適切な転院先や施設の情報を収集する
QI. 13	転院・施設への入所後の苦情の記録をとっている
数値	転院・施設の苦情の件数／転院・施設へ入所した患者数

(3)2008 年の診療報酬改定で、初めて MSW の業務が实际的に評価された形として、退院調整加算がついた。療養病床における「後期高齢者退院調整加算」と一般病床における「退院調整加算」の 2 つにつけられた。この加算における施設基準として「退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること」と記された。MSW は社会福祉士であることの合意が 2006 年に社会・援護局となされて以来、MSW の存在への実質的な裏付けの一端を担う役割を果たした。

(4)渡部律子(2009)は「退院支援」の成果を測る尺度として、「在院日数の短縮」のみにするとき、その研究にはソーシャルワーク研究としての使命や価値・倫理の視点が欠けていると書いている。クライアントの生活の質の向上にいかに関与できたのか、を MSW の支援効果としなければならないという指摘は重要である。

(5) Cochrane Library にある Shepperd. S(2008)の文献レビューの論文については、厚生労働省科学研究費の報告書において、大出が報告している。Shepperd S. Parkes J. Phillips C. (2008) 「Discharge planning from hospital to home(Review)

(6)米国の病院で勤務するソーシャルワーカーの表記は、SW とした。米国では MSW とすると修士号をもつ SW を指す言葉で、混同を避けた。

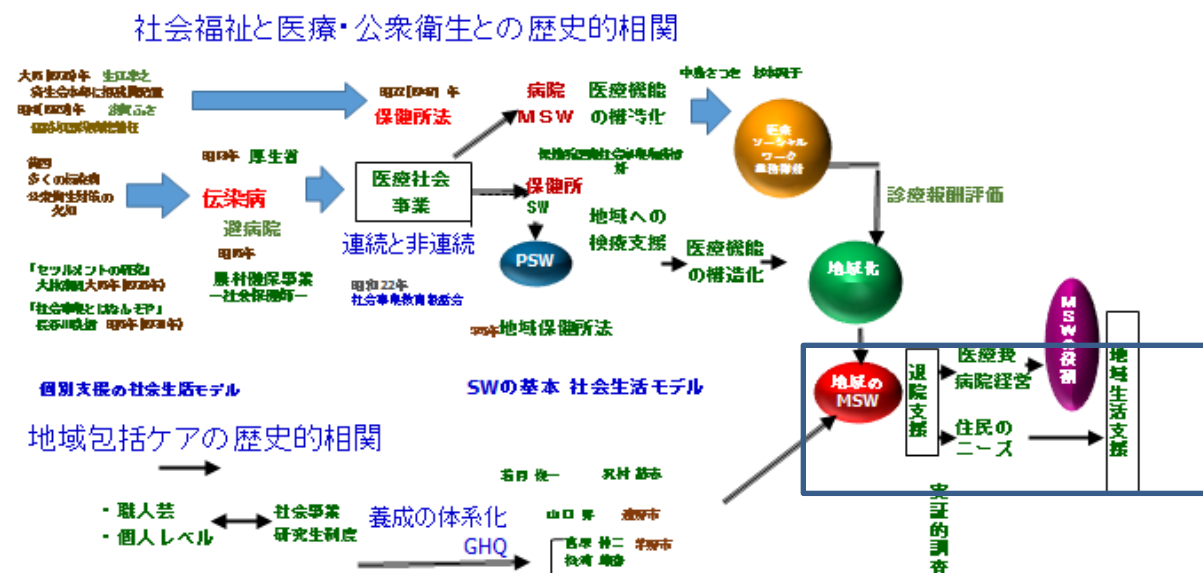
引用文献

- 愛知県医療社会事業協会・鈴木幹二他(1978)「業務統計様式の標準化について―最終報告」『医療と福祉』14(1), pp32-41
- 萬谷和広(2009)「急性期医療におけるソーシャルワーカーの介入方法の検討」『ソーシャルワーク研究』35(1) 58-64.
- 恵濃裕美、徳永誠、桑田稔丈ほか(2009)「脳卒中患者が維持期の病院・施設に転院する際の転院待機日数」『病院』68(10)、847-850
- 藤森友章、上條幸弘、伝刀章男ほか(2011)「脳卒中患者に対する MSW の早期介入の考察(会議録)」『日赤医学』63(1) 244.

- 早坂由美子他(2008)「社会福祉士等の退院支援調査・レポート及び追加資料」、『医療と福祉』No. 84, Vol. 42, 8-12.
- 平野朋美(2012)「ソーシャルワーカーの立場から考える退院支援—在宅移行が困難な子どもたちを在宅につなぐために—」『小児看護』35(7)、848-852.
- 加藤由美(2012)「退院支援におけるMSWと看護師の共通点と相違点」『病院』71(4)、316-321.
- 加藤由美(2014)「当学会の退院支援研究事業における実態調査概要、及び退院支援DBの活用(第1報)」『医療ソーシャルワーク研究』4{3}, 52-61.
- 小野沢滋、阿部弘子(2002)「急性期病院における医療ソーシャルワーカーの積極的介入による要支援者の把握の効果」『日本在宅ケア学会誌』6(1)、70-78.
- 笹岡眞弓、加藤佐和子、原田とも子ほか(2013)「医療ソーシャルワーカーの職務明細書(Job Description)の開発に関する実践研究、『文京学院大学総合研究所紀要、第15号、p147-158.
- 笹岡眞弓(1995)「病院で働くソーシャルワーカーのJob Description」『ソーシャルワーク研究』20(4)、pp45-52
- 佐藤奈津子(2013)「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究—退院支援担当者へのアンケート調査から—」『北星学園大学院論集』16、19-38.
- 佐藤奈津子(2014)「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究—退院支援担当者へのインタビュー調査から—」『北星学園大学院論集』17、1-21.
- 関田康慶(2009)「MSWコーディネーター機能の入退院モデル分析」『病院』68(12) 1039-1043
- 田中希世子(2004)「脳神経外科クライアントに対するソーシャルワークの実践」『厚生の指標』51(15) 8-15.
- 取手涼子(2011)「退院に向けたソーシャルワーカーのかかわり」『地域リハ』6(5)、351-356.
- 豊永敏宏(2011)「脳血管障害の職場復帰モデルシステムの研究開発」『日本職業・災害医学学会会誌』59(4) 179-183.
- 植木智美(2013)「MSWによる退院支援・転院支援の課題に関する一考察—研究動向の概観から—」『九州社会福祉学』9、61-70.
- 渡辺憲、岩永朋美、桧山常雄(2007)「病院における地域支援と早期介入の現状と課題」『日精協誌』26(3) 47-51.
- 渡部律子(2009)「ソーシャルワークの研究方法:ソーシャルワーク研究の発展に向けて」『ソーシャルワーク研究』Vol. 135, No. 2, p445-460.
- 山手茂「医療社会福祉学の理論的枠組み」(1982)『医療社会福祉研究』1(1)、pp30-34

終章 包括ケアの時代に対応する MSW の在り方

第1節 医療的管理が必要な人々への生活支援と MSW



MSW が住民のニーズに応じていくために、今までの実績を踏まえた上で、今後の実践の方向性を包括ケアの観点から検証する。図 1 における「退院支援」が住民のニーズに応えた地域生活支援に移行するためには、どのような機能を構築される必要があるのか、MSW の専門的な機能とは何かについて、疾病と傷病が生活に及ぼす影響を詳細に理解することが必要である。病院組織内で想像をめぐらすだけでは理解できない。地域における自立生活支援には、疾病と傷病の陰に隠された住民の個別的な生活史がある。今眼前に有る疾病・傷病に伴う「困りごと」の背景を観る目が必要である。自立生活支援には今後を見据える視点だけでなく、時間軸を過去の生活史に置く必要もあることを指摘する。その生活史は、地域史に重なる。地域史に立脚した MSW の機能こそ、戦前に培った社会事業における医療保護事業への貢献であり、公衆衛生に軸足を置いた生活支援機能なのではないか。この点について論じる。

単身世帯の増加は、2016 年の国勢調査でも顕著であり、一人ぐらしの世帯が初めて全体の 3 分の一を超し、高齢化と女性の一人暮らしの増加は歯止めがかからない。こうした世帯の入退院支援は、生活と密接にかかわるがゆえに、そこに MSW の支援は不可欠である。退院支援看護師が自宅退院にかかわり、MSW は転院患者を支援する、といった傾向が全国的に指摘されている。看護師の教育背景には地域福祉の視点は欠落している。看護師が生活の構成要素に関わる知識と理解がない状況で、在宅療養のプランニングに関わる危険性について、MSW は声をあげなくてはならない。MSW の支援の対象はまず医療的管理が必要な人々

である。その具体例と MSW の対応を検討する。

第1項 無料低額診療事業

この事業には MSW の常勤配置が義務付けられている。第二種社会事業に規定されている。近年、赤十字病院等が撤退しているが、全日本民医連の積極的な取り組みにより 2013 年には、全国の 591 施設が実施している。しかし、全体の比率は 0.3% と僅かな数であることを考えると、実際に「いのちをつなぐ」ためには、量的な問題が指摘される。政府見解による“1987 年以来「社会情勢の変化に伴い、必要性が揺らいでいる」とされたこの事業は、今こそ生活保護に基準をわずかに上回る生活困窮層の受療権の確保にとって、不可欠な制度であり、MSW は総力をあげて、この事業の継続と拡大に取り組む必要がある。

「医療費・介護費相談及び無料低額診療事業利用者分析調査報告」⁽¹⁾によると、日常的な事例として保険料滞納による未受診の結果、入院後わずかな時間で死亡に至るケースの増加が指摘されている。定年まで勤め上げた市民が、退職前の心臓の冠動脈バイパス手術後の就労制限の結果、健康保険料の滞納、その結果その後におきたがんなどの疾病に対応できず、引きこもっていた部屋から入院に至る MSW の支援には、無料低額診療事業とアウトリーチ機能が不可欠だった。こうした事例の全国的な調査は、政治的イデオロギーを超えて取り組むべきであり、社会的に発言していく責務が MSW には求められる。

第2項 虐待被害者への対応

児童、高齢者、障害者、DV などあらゆる暴力の被害者の数は、増加の一途を辿っている。その事例は医療機関で発見されることも多い。2014 年に児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会がまとめた「児童虐待防止医療ネットワーク事業推進の手引き」には医療機関からの虐待の通告は 4% 程度であるが、症状の重体性を考えるとここで見逃さないことの重要性を提言している。言うまでもなく、医療機関は虐待を疑った場合、医療的な根拠を基に被害者を入院という安全地帯に避難させることができる。これは再発防止にもつながる支援である。養育者からの SOS を見逃さないという観点からも、医療現場に MSW がいなければならない根拠ともいえる。無論 MSW が個人として、或いは一職種として担いきれない大きな問題ではあるがゆえに、多職種連携の要としてチームの形成、ネットワークの構築、サポート体制の構築に努める必要がある。こうした虐待発見にはスクリーニングシートが開発されており、こうしたツールを使って漏れを防ぐことは重要であるが、チームの文化の熟成には時間がかかり、スタッフの交代に伴う倫理・価値の維持には強い熱意が必要である。その必要性を根本的に教育されているのは MSW に他ならない。病院組織だけでなく、地域との連携強化が特に虐待ケースには不可欠である。

第3項 自殺企図者への対応

精神科への受診歴の有無によって対応の違いはあるが、再発防止のためには、医療機関

における MSW の支援が必要である。精神科受診歴がある場合、主治医との関係性のアセスメントはもとより、特に若年層の衝動性の高い自傷行為を繰り返す未成年者には、家族との対応も含めて MSW の情報収集力と、関係他機関との連携機能が重要である。精神科受診歴が無い場合、そのことがソーシャルハイリスクであり、受診援助は MSW の最重要課題となる。保健師との協働は特に重要だが、繋ぐ方法にも熟練したスキルが必要となる。救急医療現場に熟達した MSW が配置されることが肝要である。

第4項 薬物、アルコール依存者への対応

医療機関には救急患者として搬送されてきた時が、MSW 介入の好機だと言われている。適切な転帰先を見出すのは困難であり、入退院を繰り返す患者を適切なアセスメントを基に、地域機関と連携して長期間にわたる支援を提供する。2013 年制定された「アルコール健康障害対策基本法」は国の責任について規定したが、特に医療管理が必要な対象者への支援には MSW の存在が不可欠であり、地域の保健師との協働がスムーズに行えるためにも、適切な数の MSW を医療機関に配置することも考えるべきである。初期介入と、地域に適切に繋ぐことが重要であることを考えると、MSW の存在は不可欠だと言える。

第5項 外国人傷病者への対応

療養が長期にわたる外国人の場合、その傷病の深刻度によって関わる機関に相違はあるものの、日常会話のみならず医療用語の通訳に関して、連携する機関の役割が重要となってくる。大使館への介入依頼は、国によって対応にかなりの差があり、民間の国際交流団体との日頃の情報収集が重要となってくる。こうした事態に対応するためにも、病院に MSW が存在する必要がある。人道的に対応することを教育の基礎において養成されている MSW は、MSW の使命として、その人の尊厳ある死について最後まで配慮する。救急で搬送されて短期間で死に至る場合、或いは大きな後遺症が残る場合、本人と家族へのサポートには、その国の文化への敬意も含めた多くの配慮が必要である。1899 年明治時代に制定された「行路病人及行旅死亡人取扱法」から、外国人の保険の概要にも熟知し、未収金の回収にも MSW は努力する。それは次の患者の受療権を確保するためであり、病院組織への貢献の姿勢の保持についても MSW の努力は求められている。

第6項 未受診出産妊婦への対応

MSW は出産に至る経過を傾聴し、今後の生活支援に向けて、出産直後から多くの関係機関と連携機能を高め、家族との調整に当たる。多くの場合、未受診出産者はシングルマザーとして生活しており、兄弟との関係も含めて課題が山積している。医療機関ではこうした課題への初期介入がしやすいという利点がある。受診が好機であると認識できる MSW とチームの意識が一致できると、スムーズに地域生活支援に移行できる事例を蓄積することで、MSW が包括ケアの一翼を担うことが可能となる。

第2節 地域包括ケアの背景～医学モデルから社会生活モデルの時代に～

2025 年問題から続く少子高齢社会を乗り越えるために、地域包括ケアシステムの構築が進められている。既に大橋謙策（2004；32）は「日本の社会福祉制度は、1990 年の「社会福祉八法改正」により戦後初期に作られた社会福祉制度の構造が“コペルニクス的に転回し“2000 年の社会福祉法への改称・改正により、戦後社会福祉の基礎構造改革の集大成が行われたといえることができる。今や社会福祉のメインストリームは地域福祉であり、個人の尊厳を旨として、地域での自立生活を可能ならしめる」とし「社会福祉法の理念である地域自立生活支援においては、保健・医療、福祉の連携が問われ、市町村における地域トータルケアシステムが求められているが、他職種とのチームアプローチの中で、ソーシャルワークの固有性が改めて問われている。また、そこでは社会福祉の方法論の統合化が求められると同時に、アメリカ等から”直輸入的“であったソーシャルワークが日本の文化、あるいは社会人類学的検討を踏まえて今後どのような日本的展開をさせていくか」と論じていた。さらに「医学モデル」では対応できないことは無論であるが、「一つのソーシャルワークの理論モデルで全て対応できるということは事実上無理であり」「ジェネラルソーシャルワークアプローチが必要」だとしている。そして、大橋（2061；5）では「地域包括ケアとコミュニティソーシャルワーク機能—新たな地平—」で「アウトリーチ」の必要性を強く指摘している。

猪飼（2015：16）は「今や地域包括ケアは歴史的必然」だと言う。そして「広い意味におけるケアについて、生活モデルに基づくケアを「良いケア」と感じる方向に向かって、人々の感じ方が、歴史的時間の中で変化しつつある」ことを述べている。この変化は 1970 年代に福祉領域でみられるようになり、1980 年代には福祉システムの主流に、1990 年代以降は医療システムに浸透してきたこと、さらには医療システムが生活モデルによって、患者の医学的治癒を目的とすることから患者の QOL を支えるシステムに変貌するように「社会的圧力」を受けている状況だと続けている。

こうした背景の中で、地域活動という業務に関わりきれていなかった MSW は、今苦慮している。2009 年度より実施された在宅医療連携拠点事業において、「介護支援専門員の資格をもつ看護師及び医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、医療・福祉・保健にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関に働きかけを行うこと」が記載されたが、このモデル事業に関与できた MSW は少なかった。(2) 医療・介護連携、地域医療、在宅医療、多職種連携、など地域包括ケアを構成するサブシステムに業務として関わる MSW は、今こそ連携の要としての役割を果たす必要があるにもかかわらず、地域からは MSW の顔がみえてこない、という指摘を受け続けている。

第3節 地域包括ケアの課題

序章で述べた様に、医療と福祉・介護、多職種連携の壁はまだまだ厚い。(3) 医療と介護の統合 (Integration) レベルに関して、筒井孝子 (2012:50—51) は linkage, coordination, full integration の3つのレベルを論じ、また筒井 (2014:26-27) は integrate care とは、国際的な文脈においては、講義には医療と介護の連携をすることとされており、連携の状態の多様な状態を上述の3つのレベルで説明している。そして、「地域包括ケアシステムにおけるケアの連携は、単に複数の提供主体が繋がれば良いということではなく、① linkage (つながり) ② coordination (調整) ③ full integration (統合) というレベル (強度) の異なる連携を、効果的、効率的に組み合わせることが必要」だとしている。そして、今後の地域包括ケアシステムの構成員の役割としてまず患者自身がこのシステムに積極的に関わり参加していくことが望ましいと論じている。この患者自身の参加の促進及び、①, ②段階の連携に MSW は大きく貢献できる。医療と福祉の壁の厚さを日々実感している MSW はまさに業務としてこうした動きに連動して機能している。

大橋 (2016:19) は『誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン』にみる新たな地域包括支援体制の構築で③にまとめた「対象者を制度に当てはめるのではなく、本人のニーズを起点に支援を調整することである。制度ではなく、地域というフィールド上に展開する営みであり、個人のニーズに合わせて地域を変えていくという「地域づくり」に他ならない。個別の取り組みの積み重ねが大きな潮流になって地域を変えていく」としている。

多くの研究者、実践家が強調するように、地域包括ケアを成功させるにはその基盤となる情報ネットワークの充実が必要不可欠である。しかしながら、進展する情報技術の成果とは相反して、現実的な情報共有は図られていない。基本ルールがなく、従来の電子カルテでみられた情報の囲い込みは、まだ多くの地域で改善されておらず、2015年に開催された医学会総会においてさえも、例えば長崎システムの方法があり、東京の祐ホームクリニックのシステムの紹介があり、と公正・公平なルールがない中での情報共有への道が遠いことが図らずも表される結果となった。医療における患者の囲い込みは、しかし福祉業界にも同様の指摘があり、医療福祉連携の阻害要因として大きな問題であろう。こうした事情は災害時にもあり、まさに平時でできないことは災害時にはもっとできないことの証左となっている。(4)

地域トータルケアの提供と、それを支える福祉コミュニティづくりの実践が求められる時代に、では MSW はどのような役割期待が、そのような業務が求められているのか、また必要なのであろうか。

小野沢茂 (2015 ; 125) は「在宅医療は非常に見目麗しく語られるが現在の日本の制度では、家族への負担があまりに多すぎる」ことを指摘している。猪飼 (2014 : 22) もまた「ソーシャルワークの意義を考えれば明らかなように、地域ケアシステムは決して極端な「在

宅主義」を指向しないことも指摘しておく必要がある」と論じる。施設介護が医療へのアクセス権を制限されていることなどを考えると、MSW が医療と福祉を真につなげる役割を業務とするなら既に病院組織だけにとどまっている時期は過ぎている。こうした問題への答えを多職種連携の中で見いだす努力をする必要があるのは無論のこと、かつての「社会的入院」への過度な非難は、医療的管理の必要な人々の行き場を失わせることにもつながったことを自覚すべきである。

同時に、戦前の医療社会事業は地域医療の中で芽生え、患者の背景を知るための家庭訪問、地域に出ていく活動を起点に開始された。そこが MSW の原点だということを今思い起こす必要があるのではないか。

患者になることができ、さらにクライアントになることができる人だけを対象に、ソーシャルワークを展開し、ルーチンワークのように退院援助業務をこなす MSW はいずれ他の職種に業務を奪われる。医療に繋がっていない疾病、あるいは傷病を抱えた市民を発見する視点、そうした情報を病院組織の窓口として支援する姿勢、医療保護事業の観点は失ってはならない MSW の業務なのである。第 1 節で論じたのは医療機関とつながったクライアントだった。しかし、地域で医療に繋がられていない医療的管理の必要な人々への生活支援も、MSW の仕事、業務でなければならない。そうした実態を発見するためにも、MSW の業務にアウトリーチ機能が明記されなければならないのであり、その実現に向けて総力を挙げる必要がある。

第 4 節 MSW の危機

保健医療福祉連携の重要性は、今や他職種の方がむしろ熱心であるように思われる。看護師が、薬剤師が、栄養士が、理学療法士が、作業療法士が、患者の生活に関心を持ち、QOL の向上に熱心に取り組んでいる。MSW だけが、或いは社会福祉士だけが持ちうるアセスメントの方法があるのか、他職種に提示できる独自の視点があるのか。古くて新しい問題ではあるが、今の方が切実に大きな課題であると言える。

田中千枝子（2016：166）は「保健医療ソーシャルワーカーは従来個々の事例に対するミクロレベルの対応として、院内医療チームの専門職連携による結論によって、地域につなぐことを実践してきた。」とし、地域に介護保険等でケアマネジャーによるケアマネジメント体制が成立したことで、協働することが少なくなり、特に急性期病院においてミクロレベルに焦点化されたチーム体制の内実が「退院」というイベントの遂行でいっぱいになり、「院内業務に忙殺されている医療ソーシャルワーカーが地域に出ようとすると、病院という組織の壁が厚いことを痛感する」と書いている。そしてこうした問題を解決するには「院内調整にとどまらず、病院を地域の社会資源の一つとしてその窓口・代表として地域に展開するメゾレベルの連携の輪を広げていくことが求められている」と論じ、「緊密なメンバーシップによる集約的な専門職チームワークの繋がり方ではなく、組織ぐるみで地域に展

開する緩やかな機関間連携としてネットワーク的つながり方を試みる視点の転換、連携枠組みのギアチェンジの必要である」としている。こうした方向に向ける新たな理論枠組を理解し、ネットワーク構築のための会議への参加などメゾレベルの活動への啓発は重要ではある。

しかし、ミクロレベルの実践なくして、MSW の今後は開かれてはいかない。顔の見える関係の患者のよって立つ生活の困難を、マクロレベルの政策に活かす方法論の構築もまた必要不可欠なのではないか。猪飼（2014:22）の言う「当事者の QOL が究極的には客観的にも主観的にも不可知であること」の意味を深刻に考える必要がある。ミクロから社会の課題を捉える視点を、戦前の社会事業を捉える視点から、医療保護事業に邁進した先達の活動に学ぶ姿勢こそ、ソーシャルワーカーがアイデンティファイしなければならない視座ではないか。大橋が論ずるように、ソーシャルワーカーは、MSW はより一層重層的なソーシャルワークを構築し、地域移行支援に求められるソーシャルワークは、ジェネリックソーシャルワークを志向しつつも、医療技術の専門分化に伴い、MSW の専門特化した知識・技術もまた磨かれる必要がある。

第 5 節 今後の MSW に求められる業務

医療・介護を含む様々な生活支援を届けるために、医療機関に所属する MSW は具体的にどのような役割を果たすべきか、一つには相談サービスを届けることの必要性を挙げたい。積極的待機、或いは多段階接触という言葉は MSW から聞いたとする小松秀樹（2015:7）は、ワンストップ相談サービスの担当者としてソーシャルワーカーが適任だとしている。多職種チームによるアウトリーチには大きな効果がある。その中における相談のキーパーソンとして MSW は機能する必要がある。

医療法の改正、診療報酬改定と医療ソーシャルワーク機能の変遷を分析する中で、より専門分化した医療技術を追求しながらも、地域医療に特化する方向性をも併せ持つ医療制度の狭間で、地域の一資源である病院の MSW として、地域移行支援の方法論を構築することが今求められている。さらに救急医療、リハビリテーション、がん等の分野におけるソーシャルワークをブラッシュアップしていくことが求められている。例えば臨床推論の必要性が現在医療に関わる専門職の間で論じられている。既に研究成果も得ている。臨床の中で「問いを立てること」、これはやはり実践の中でアウトリーチの中で掴みとっていくしかないのだと考える。1990 年代からはじまる医療機能の構造化と地域化の中で、MSW によるコーディネート機能はより重要性を増してきたが、地域化への対応に MSW 自身が遅れていることを、危機として認識する必要性とその認識の希薄性を論じた。

阿部志郎（2004 ; 7）が「戦後社会福祉の総括」において、「占領政策の影響が圧倒的であるとの印象からか「万民翼賛体制」の下での厚生事業との断絶があり、国家主義否定の上に、戦後の民主社会福祉が到来したと認識しがちであるが、（中略）一見戦前との隔絶の

上に形成されたかに見える戦後社会福祉は、決して無から有を生じたのではなく、戦前戦中の限界と挫折を認めつつ、なお二分せずに非連続の連続として把握し連続性と非連続性が交錯しながら地下水のように流れつづけ、それが戦後に達している警鐘的側面を謙虚に学ぶべきではなかろうか。それが戦後に生きる者の責任でもあると思う」との姿勢を今一度取り戻したい。MSW が戦前に獲得した機能にこそそのルーツを求める必要があることを強調する。診療報酬上の位置づけに、さらに言えば退院支援業務に集約せざるを得なかった実態を早く克服し、「医療ソーシャルワーカー業務指針」の地域活動の項目を重層性をもって改定することを、結びの言葉としたい。

まとめ

本論文では第一に戦前の医療社会事業と公衆衛生の関係について、医療保護事業とは相違するとされた経緯を検証し、聖路加国際病院の公衆衛生部と、医療社会事業部の関係に着目する視点が MSW の歴史からは欠落していたことを問題であると論じた。医療保護事業から育まれた社会事業の本質は、戦後 GHQ から、或いはアメリカの専門教育を受けた MSW からは後進には伝達されず、「医療への貢献」のみが重視されていく。患者の背景をどのように理解するのか、その方法論は科学的であらねばならないが、社会問題を意識し発見していく方法論と、医療へ追従する姿勢は相いれない。伝染病の蔓延は医療技術の進歩が絶対的な価値を持つ環境を生みがんの蔓延もしかりだった。しかし医療技術の進展が生命倫理の問題を生む状況にまで至り、さらには疾病構造が変化すると、ようやく「患者主体の医療へ」という理念が生起されてきた。医療界の中で福祉職として機能してきた MSW が、自らのルーツが公衆衛生に、保健所医療社会事業にあることを確認し、社会事業にアイデンティティを持つ必要性について明らかにした。

第二には、MSW の業務の枠組みを政策的に検討した。MSW の業務指針は現在までに 3 本出されている。一つは 1958(昭和 33)年の「保健所における医療社会事業の業務指針」であり、2 本めは 1989(平成元)年の「医療ソーシャルワーカー業務指針」3 本目が 2002(平成 16)年「医療ソーシャルワーカー業務指針(2002 年改正版)」である。業務の枠組みが厚生省より提示された意義は、MSW にとって大きなものだった。資格獲得運動との関連で説明されることが多かった業務指針が今なお現場の MSW のバイブルのような存在であり、その中の地域活動に着目する事の必要性があること、さらに診療報酬制度による MSW 業務の評価は、患者の地域移行支援にむけて、看護師との協働体制の中で危機的な要素があることを指摘した。この点に対応するためには、先ず地域との接点となる外来にベテラン MSW を配置し、患者の医療と生活の接点として機能することが重要なのではないかと考えている。ミシガン州立大学病院ではそのような配置をしているとのことだった。戦後のアメリカ至上主義には批判的ではあるが、地域で生活する多くの人々が医療が必要であるのに繋がっていない

い実態に対処するためには、外来の垣根を低くし、そこに MSW を配置することで少なくとも今よりは充実した体制が組めるのではないかと考える。

そのためには、診療報酬や医療政策による政策誘導も必要かもしれないが、何よりも MSW 自身がそのような配備を達成するために努力することが肝要である。保健所から MSW が撤退した理由の一つには、やはり多勢に無勢の状況に自ら背を向けたことがあることを思い起こすべきである。看護師との協働体制の中で、歴史を繰り返さないための方策をとる努力が求められている。

第三は、MSW 業務の実践の効果を実証することである。現在、業務指針で示された業務が実行されることによる効果が、説得性をもって実証できていない。保健医療分野では特に量的な研究の成果に着目する傾向があるが、MSW が関与する十分な量を分析した研究が少なく、MSW の介入の有無に関する研究成果が極めて少ない。業務の質がそれぞれの MSW の恣意性にまかされている状態は問題であり、定着が進まないことで結果的に MSW 援助の必要なクライアントに援助が届かない可能性が温存されている。そして、MSW 業務が達成された、と判断できる「評価の基準」が明示されていないことが、業務の可視化を妨げ、全体的な SW 業務の質向上も阻害されている。加えて、業務のあり方についてモデルが提示されていない現状への一石として、実証研究を試みた。多職種連携の重要性が叫ばれる今日、多職種との共同研究、さらには連携教育の充実が望まれる。そして、そこが今もって最も大きな課題であることをこの研究を通して痛感するに至った。今後の課題としたい。

注

(1) 吉永純（2015；195—205）『命をつなぐ』には、全日本民主医療機関連合会ソーシャルワーカー委員会の報告書が掲載されている。加えて本書では無料低額診療事業の重要性を事例を用いて丁寧な解説されており、MSW への啓発書になっている。

(2) 診療所に MSW の数が少ないのか、と言われれば院長の考え方によって MSW の採用人数は大きな偏りがあり、偏在していると答えざるを得ない。そのことが結果として、この事業に人数を補てんできない現状があった。業務指針に「行政や施設等関係機関・医師等関係職種と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに積極的に参画をすること」が明記されながらも、参画する環境を獲得するためには、介護支援専門員の資格を取得する意義を自覚する必要がある。榊原次郎ら（2015）は、「他機関からサービス提供に必要な知識や情報を得て、支援に活かすこと」「他機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言すること」「他機関の業務やその実態、専門職を把握すること」「他機関に自分の業務内容を伝達すること」のような視点を早くから身に着ける仕組みを作ることが重要だとしている。そのためには研修教育体制や管理的スーパービジョンの有効性に言及している。

(3) 医療の側からの地域包括ケアの推進についての懸念は唐澤剛（2016:7）が「医療・介護をつなげることはもともとの制度の原理が異なるので、簡単なことではない」と話すように、さらに宮島（2012:24）が「日本の医療と福祉は、別々の体系としてそれぞれの歴史的な歩みがある。医療と福祉の壁を取り去るというのは困難な課題だ」と述べるように、多くの厚生労働省の役人も容易に達成できるものではないとまず冒頭に述べている。島根県の地域医療に携わるの大谷順（2014:26）は「国の言い分は耳に心地よく響くのではあるが、実際は高齢化に基づく医療提供サービスの問題は、あくまで住民の日常生活圏の問題であって、それゆえ、介護保険の保険者でもある市町村の中で工夫して考えてほしい、といういわば国から丸投げされたというのが恐らく実情」と言い、全国様々な地域があるのに「爆発的に増える一部地域の後期高齢者対策の「切り札」的な概念に置き換えられて、法律の名の下に政策誘導されようとしていることに対しては大きな違和感を覚える」と論じ、米満弘之（2016:264）は病床の機能と分化と連携が進むことが期待されている地域医療構想に関して、「実際医療に携わっているわれわれにとってはかなり難しく、大きな負担感がある」と述べている。米満は続けて地域リハビリテーションの立場から ICF の考え方の重要性を説いている。福祉の立場からは、諏訪徹（2014:29）が「医療を起点とした「川上」「川下」という国の地域包括ケア政策の見方は、生活原理から見れば奇異である。地域政策としては生活を起点に「川上」が生活、「川下」が非日常の高度医療という形に逆転させるべきである」というような対立を感じさせる論調や、平原佐斗司（2016:17）のように「地域包括ケア」という政策概念が登場したことで、多職種や制作技術者が協働して目指していける未来の形が提示されたこと、つまり明確な旗印ができたという点は大いに評価できる」とする実践に根差した意見など様々だと感じ。福祉界に10年遅れて医療界が直面した課題には、福祉の考え方が不可欠な柱として機能していることは事実であろう。

(4) 東北大震災における石巻支援で、復興支援住宅移行支援事業においても、まず名簿の確定に時間がかかった。市役所の各部署が、社会福祉協議会が、NPO が持っている要支援者名簿のすり合わせにどうしてこのように時間がかかるのかこのことが明白に情報の共有の困難さを端的に示している。

引用文献

- 阿部志郎（2004）「戦後社会福祉の総括」『社会福祉学研究の50年—日本社会福祉学会のあゆみ—』ミネルヴァ書房。
- 猪飼修平（2016）「地域包括ケアの歴史的必然性」『地域包括ケアの課題と未来』ロハスメディア、16-20。
- 小松俊平（2016）「包括ケアの戦略合理性に基づく標準化」『地域包括ケアの課題と未来』ロハスメディア、56-65。

- 大橋謙索（2004）「『統合化学』としての社会福祉学研究と地域福祉の時代」『社会福祉学研究の50年—日本社会福祉学会のあゆみ—』ミネルヴァ書房.
- 大橋謙索（2016）「地域包括ケアとコミュニティソーシャルワーク機能」『コミュニティソーシャルワーク』17号. 5-20.
- 田中千枝子（2016）「保健医療領域における「連携」の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42-3, 167、15-16.
- 筒井孝子（2015）「地域包括ケアシステムにおける医療・介護ネットワークの基盤整備と保険者の役割」『社会保険旬報』2590, 24-31.
- 米満弘之（2016）「地域包括ケアシステムにおける地域リハビリテーション」『病院』75(4), 262-266.
- 唐澤剛（2016）「地域包括ケアの構築へ 28年度重点施策を説明」『社会保険旬報』2629, 8.
- 大石順（2015）「当院における地域包括ケアシステムへの取り組みと本システムへの思い」『病院』74(1), 23-27.
- 宮島俊彦（2013）「地域包括ケアの展望【その4】医療と介護の統合」『社会保険旬報』2513, 24-31.
- 平原佐斗司（2016）「地域包括ケアの理論と実践」『コミュニティソーシャルワーク』16, 15-24.
- 榊原次郎・早坂由美子・岡村紀宏（2015）「医療機関におけるソーシャルワーク部門の構造と地域連携行動に関する研究」『医療と福祉』49(1), 44-51.
- 諏訪徹（2015）「地域ケアシステムと統合的な地域福祉システム～地域包括ケアシステムの構成・機能・媒介構造の検討を通して～」『上智大学社会福祉研究』39, 17- 35.
- 吉永純・京都保健会『命をつなぐ無料低額診療事業』2015、クリエイツかもがわ.

参考文献

A

- 相原和子（2010）「医療ソーシャルワーカー業務指針（平成元年版）と専門性」『保健医療サービス』ミネルヴァ書房. 阿部志郎（2004）「戦後社会福祉の総括」『社会福祉学研究の50年—日本社会福祉学会のあゆみ—』ミネルヴァ書房.
- 愛知県医療社会事業協会・鈴木幹二他(1978)「業務統計様式の標準化について—最終報告」『医療と福祉』14(1), pp32-41
- 阿部真・加藤由・関田康(2006)「医療ソーシャルワーカーの働きを検証する (5) MSW のコーディネート機能と平均在院日数、病床利用率への影響分析」『病院』65(10). 838-841.

H

- 長谷川良信（1931）「社会事業とは何ぞや」『長谷川良信全集第3巻』日本図書センター.

- 橋本正巳(1981)『公衆衛生現代史論』光生館
- 早坂由美子他(2008)「社会福祉士等の退院支援調査・レポート及び追加資料」、『医療と福祉』No. 84, Vol. 42, 8-12.
- 林祐介(2016)「患者と家族の退院先に潰え t の意向とそれを踏まえた退院支援のあり方に関する一考察—A 医療法人 B 病院の事例調査の分析から—」『医療と福祉』49(2), 49-56.
- 平原佐斗司(2016)「地域包括ケアの理論と実践」『コミュニティソーシャルワーク』16、15-24.
- 平野朋美(2012)「ソーシャルワーカーの立場から考える退院支援—在宅移行が困難な子どもたちを在宅につなぐために—」『小児看護』35(7)、848-852.
- 広井良典(2000)『ケア学』医学書院.
- 細川汀・真田是・加藤園子他(1989)『現代ソーシャルワーカー論-生活問題の認識と社会福祉援助-』法律文化社.
- 堀越由紀子(2016)「社会福祉と医療の連携の諸相」社会福祉研究 125. 35-43.
- 藤森友章、上條幸弘、伝刀章男ほか(2011)「脳卒中患者に対する MSW の早期介入の考察(会議録)」『日赤医学』63(1) 244.
- 深沢里子(1982)「医療社会事業部」『聖路加国際病院八十年史』, 218-221.

I

- 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」『病院』73(1), 18-23.
- 猪飼修平(2016)「地域包括ケアの歴史的必然性」『地域包括ケアの課題と未来』ロハスメディア、16-20.
- 池上直己・J.C. キャンベル(1996)『日本の医療—統制とバランス感覚』中公新書.
- 池田敬正(1986)『日本社会福祉史』法律文化社.
- 医療社会事業研究会(1964)『医療社会事業』ミネルヴァ書房.
- 医療社会事業研究会(1971)『医療社会事業論』ミネルヴァ書房.
- 石橋みゆき・吉田千文・丸谷美紀他(2010)「退院支援において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術」フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団報告書, 187-208.
- 石橋みゆき・吉田千文・
- 小暮みどり(2011)「退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴」『千葉看会誌』17(2), 1-9.
- 一番ヶ瀬康子(1963)『アメリカ社会福祉発達史』光生館.
- 伊藤淑子(1996)『社会福祉職発達史』ドメス出版.
- 岩崎榮(1989)「医療ソーシャルワーカー-医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書から—」『総合リハビリテーション』17(10) 763-766.

K

- 加藤有香子（2012）「脳卒中の患者への退院支援」『病院』71(8), 650-653.
- 加藤由美（2012）「退院支援における MSW と看護師の共通点と相違点」『病院』71（4）、316-321.
- 加藤由美（2014）「当学会の退院支援研究事業における実態調査概要、及び退院支援 DB の活用（第1報）」『医療ソーシャルワーク研究』4. 52-61.
- 唐澤剛（2016）「地域包括ケアの構築へ 28 年度重点施策を説明」『社会保険旬報』2629, 8.
- 川上裕子（2013）『日本における保健婦事業の成立を展開：戦前・戦中期を中心に』風間書房.
- 菅野正雄「日赤病院と医療社会事業部の事業について」『医療社会事業』15（2）. 8-9 .
- 恵濃裕美、徳永誠、桑田稔丈ほか（2009）「脳卒中患者が維持期の病院・施設に転院する際の転院待機日数」『病院』68（10）、847-850
- 菊池武明（1990）「医療ソーシャルワーカーの業務と資格-二つの「業務指針」の意味する 1-19.
- 木戸宣子「ホームレスの入院患者の退院支援」『コミュニティソーシャルワーク』1, 44-47.
- 橘高通泰（1997）『医療ソーシャルワーカーの業務と実践』ミネルヴァ書房.
- 小林丈広（2001）『近代日本と公衆衛生-都市社会史の試み-』雄山閣出版.
- 児島美都子（1977）『医療ソーシャルワーカー論』ミネルヴァ書房.
- 児島美都子（1991）『新医療ソーシャルワーカー論 その制度的確立をもとめて』ミネルヴァ書房.
- 児島美都子（1998）『医療ソーシャルワーカーの現代性と国際性』勁草書房.
- 小島好子、雲野博美、角田圭佑他（2014）「救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援」『日臨救医誌（JJSEM）』17、395-402.
- 小松俊平（2016）「包括ケアの戦略合理性に基づく標準化」『地域包括ケアの課題と未来』ロハスメディア、56-65.
- 小宮山新一（1967）「農村保健婦の歩みと今日の問題点」『医学史研究』, 24, 1254 -1259.
- 厚生科学研究（1967）「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」.
- 厚生科学研究（1974）「医療施設および地域における医療社会事業の業務指針について」.
- 厚生科学研究（1979）「医療 SW の業務における他職種との分担と連携に関する研究」.
- 厚生科学研究（1980）「医療 SW の保健医療分野における専門技術性の位置付けに関する研究」.
- 厚生省（1950）『保健所事業成績年報 Annual Report of Health Center Activities』6-7.
- 厚生省（1961）『医療機関における医療社会事業の業務指針』
- 厚生省医政局（1974）『医政百年史付録 衛生統計から見た医制百年の歩み』
- 窪田暁子、小野哲郎、小林育子（1967）「医療ソーシャルワーカーの機能について-業務分析のための枠組み設定の試み-」『社会福祉学』7, 126-143.

京極高宣・村上須賀子（2005）『医療ソーシャルワーカー新時代』勁草書房.
もの-』『社会福祉研究』 49, 14

M

前田ケイ監修(1991)『保健医療の専門ソーシャルワーク』中央法規出版.
宮島俊彦（2013）「地域包括ケアの展望【その4】医療と介護の統合」『社会保険旬報』
2513, 24-31.
萬谷和広（2009）「急性期医療におけるソーシャルワーカーの介入方法の検討」『ソーシャルワーク研究』 35（1） 58-64.
間島健「転院支援を必要とする患者の在院日数に影響を与える介入要因の検討に関する研究」医療と福祉 48(2). 61-66.
宮島俊彦「地域包括ケアの展望【その2】一体改革の構図」社会保険旬報 2, 511. 22-30.
水野大介・三浦昭三・水野充江他「医療機能の文化と連携の推進に向けての地域住民啓活動の一考察」『医療と福祉』 42(1), 44-50.
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』 21. 1-29.
松下和子(1982)「公衆衛生看護部」『聖路加国際病院八十年史』 173-180 .

N

中島さつき（1964）『医療社会事業』誠信書房.
中島さつき（1967）「医療社会事業資料」昭和42年度国立公衆衛生院養成訓練用教材.
中島さつき・阪上裕子・松浦美智子(1971)「全国医療ソーシャルワーカー実態調査」『保健婦雑誌』 27（12）, 39-46.
中島さつき(1973)「医療ソーシャルワーカー‘一粒の麦’が播かれたころ」『病院』 32（4）. 69.
中島さつき（1977）「我が国における医療社会事業発展史」『社会事業史研究』 5, 37-55.
中島さつき(1988)「医療福祉事業の歩みと資格制度」『社会福祉研究』 42. 64-66.
中尾仁一(1956)『医療社会事業』メヂカルフレンド社.
野村実(1994)『野村実著作集 下巻』野村実著作物集刊行会.
野村拓（1976）『医療政策論考』医学図書出版社.
日本医療社会事業協会（2000）「医療ソーシャルワーカーの業務指針と今後の業務展開に関する調査研究報告」『医療と福祉』 34（1）, 55-70.
日本医療社会事業協会（2008）「医療ソーシャルワーカーのための診療報酬改定と退院支援」『診療報酬点数表改正点の解説』社会保険研究所.
日本医療社会事業協会編（2003）『日本の医療ソーシャルワーク』川島書店

O

小原眞知子（2012）『要介護高齢者のアセスメント 退院援助のソーシャルワーク』相川書房.

- 小原弓・小池充・竹本綾子他（2006）「社会資源を取り入れた退院支援を行うための取り組み：社会資源活用フローチャートを作成して」『信州大学医学部附属病院看護研究集録』35(1), 53-59.
- 奥田いさよ（1988）「ソーシャルワークの職務分析に関する詩論」『社会福祉学』29(1), 65-69.
- 奥田いさよ（1989）「医療ソーシャルワーカーの職能と職務に関する一考察—職務分析調査を通して」『医療と福祉』23(1), 79-84.
- 小野哲郎（1965）「医療社会事業者の業務内容とその意識」『医療と福祉』2(15), pp33-38.
- 小野若菜子、鶴若麻里、直井久枝他（2016）『聖路加と公衆衛生看護』聖路加看護大学ブックレット3, 2-87.
- 小野沢滋、阿部弘子（2002）「急性期病院における医療ソーシャルワーカーの積極的介入による要支援者の把握の効果」『日本在宅ケア学会誌』6(1), 70-78.
- 大橋謙策（2004）「『統合化学』としての社会福祉学研究と地域福祉の時代」『社会福祉学研究の50年—日本社会福祉学会のあゆみ—』ミネルヴァ書房.
- 大橋謙策（2016）「地域包括ケアとコミュニティソーシャルワーク機能」『コミュニティソーシャルワーク』17号, 5-20.
- 大林宗嗣（2008）『セツルメントの研究』慧文社.
- 大石順（2015）「当院における地域包括ケアシステムへの取り組みと本システムへの思い」『病院』74(1), 23-27.
- 大本和子/笹岡眞弓 /高山恵理子（2004）『新版 ソーシャルワークの業務マニュアル』川島書店.
- 大島実・吉田文他（1978）「国立療養所における医療社会事業業務の分析—国立MSWの場合」『医療と福祉』13(2), 66-88.
- 大瀧敦子（2013）「占領期の保健所改正法に伴うソーシャルワーク導入の過程分析—衆参両議院厚生委員会において「公共医療事業は」どのように議論されたか—」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』140-177.

S

- 斎藤安弘・坂上裕子編（1985）『保健・医療ソーシャルワーク』川島書店.
- 坂上裕子（1976）「医療社会事業の現状と課題—業務基準に関する各種資料から」『ソーシャルワーク研究』2(2), 119-125.
- 榊原次郎・早坂由美子・岡村紀宏（2015）「医療機関におけるソーシャルワーク部門の構造と地域連携行動に関する研究」『医療と福祉』49(1), 44-51.
- 笹岡眞弓、加藤佐和子、原田とも子ほか（2013）「医療ソーシャルワーカーの職務明細書（Job Description）の開発に関する実践研究、『文京学院大学総合研究所紀要、第15号、p147—158.
- 笹岡眞弓（1995）「病院で働くソーシャルワーカーの Job Description」『ソーシャルワーク研究』20(4), pp45-52

- 佐藤奈津子（2013）「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究—退院支援担当者へのアンケート調査から—」『北星学園大学院論集』16、19-38.
- 佐藤奈津子（2014）「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究—退院支援担当者へのインタビュー調査から—」『北星学園大学院論集』17、1-21.
- 佐藤進（1981）『医事法と社会保障法との交錯』勁草書房.
- 佐藤正・黒坂司（1949）『医療社会事業の実際』公衆衛生社.
- 関田康慶（2009）「MSW コーディネート機能の入退院モデル分析」『病院』68（12）1039-1043.
- 新保祐光（2012）「退院支援の決定に関わるソーシャルワーカー当事者支援システムにおける「状況価値」の形成—」『東洋大学社会福祉研究』5、43-47.
- 社会事業研究会編（1964）『社会事業』ミネルヴァ書房.
- 社会事業研究所、・日本社会事業短期大学共同編集（1951）『社会福祉主事資格認定講習講義要綱』日本社会事業短期大学出版部.
- 杉本照子（1981）『医療社会福祉学入門』医学書院.
- 須川豊（1982）「わが国の医療社会事業への提言」『公衆衛生』46（12）、796-766.
- 諏訪徹（2015）「地域ケアシステムと統合的な地域福祉システム～地域包括ケアシステムの構成・機能・媒介構造の検討を通して～」『上智大学社会福祉研究』39、17- 35.
- （株式会社）スズケン（1966）『医療社会活動 医師と患者とソーシャルケース・ワーカー』スズケン.
- 鈴木裕子・吉田沙耶子・小峰美鈴（2010）「退院支援における病棟看護師の役割—患者・医師・看護師の認識の相違からの検討—」『地域看護』41、189-192.

T

- 高橋恭子（2016）『戦前病院社会事業史』ドメス出版. 高山恵理子・小原真知子（2014）「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況」『医療と福祉』47（1）、60-66.
- 竹内愛二（1935）「訪問婦事業に於けるケースワークの役割」『看護婦』5-42.
- 竹内愛二（1955）『科学的社會事業入門』黎明書房.
- 谷義幸（2004）「地域に目を向けた実践を～地域活動の実践から学んだこと～」『医療と福祉』37（1）、28-32.
- 谷義幸（2013）「退院支援と医療ソーシャルワークの実践課題」『福祉研究』106、11-20.
- 田中希世子（2004）「脳神経外科クライアントに対するソーシャルワークの実践」『厚生指標』51（15）8-15.
- 田中千枝子（2016）「保健医療領域における「連携」の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42-3、167、15-16.】
- 谷川貞夫（1949）『ケース・ワーク要論』全国社会福祉協議会連合会.
- 橘直子（2009）「退院支援における医療ソーシャルワーカーの役割と実際」『緩和ケア』19（2）、120-122.

徳山磨貴・鈴木孝子・道井典子（2014）「医療ソーシャルワークにおける退院調整看護師と
の役割分担の現状と課題～急性期病院の MSW に対するアンケート調査から～」『医療と福
祉』47(1), 54-59.

取手涼子（2011）「退院に向けたソーシャルワーカーのかかわり」『地域リハ』6（5）、351
－356.

豊永敏宏（2011）「脳血管障害の職場復帰モデルシステムの研究開発」『日本職業・災害医
学会会誌』59（4）179－183.

筒井孝子（2015）「地域包括ケアシステムにおける医療・介護ネットワークの基盤整備と保
険者の役割」『社会保険旬報』2590, 24-31.

U

植木智美（2013）「MSW による退院支援・転院支援の課題に関する一考察　－研究動向の概
観から－」『九州社会福祉学』9、61－70.

右田紀久恵（1963）「保健所における医療社会事業―従事者の前向きな自己凝視を―」『社
会事業研究』2, 15-22.

W

若月俊一（1970）「農村の地域医療活動」『科学』40(4). 209-214.

渡辺憲、岩永朋美、桧山常雄（2007）「病院における地域支援と早期介入の現状と課題」『日
精協誌』26（3）47－51.

渡部律子（2009）「ソーシャルワークの研究方法：ソーシャルワーク研究の発展に向けて」
『ソーシャルワーク研究』Vol. 135, No. 2, p445-460.

Y

山崎京子（1982）「保健婦と医療ソーシャルワーカーの連携」『公衆衛生』46(12). 812-816.

山下章、清水寛、中島さつき、田中垣男(1967)「保健所における医療社会事業の業務基準
の作成に関する研究」昭和 42 年度厚生科学研究報告.

山手茂（1982）「医療社会福祉学の理論的枠組み」『医療社会福祉研究』1（1）, pp30-34.

安武一（2014）「MSW の退院後のモニタリングについて～退院支援調査データからの一考察
～」『医療ソーシャルワーク研究』4, 38-40.

米満弘之（2016）「地域包括ケアシステムにおける地域リハビリテーション」『病院』75(4),
262-266.

吉田久一(1960)「戦後社会事業思想史の問題点」『社会福祉学』6, 88-104.

吉田ますみ（1969）「こえてきた道」『ソーシャルワーク研究』16（6）, 83.