

文献により探索する医療ソーシャルワーカーの 「困難性」の実態

杉浦貴子*

抄録

日本の医療ソーシャルワーカーは様々な「困難性」を感じている。しかしそれはソーシャルワーカーが支援効果の発揮が十分に果たせず、支援の意義を見失っていることを意味すると考えられ、医療ソーシャルワークの重要性が高まる社会状況において危機的な状況といえる。本論では、機関誌『医療と福祉』に記載された困難性を示す文節の分析を行い、より適切な支援体制への提言として「困難」な事象の相互作用性を見極め、それに即した介入を図ることが必要であることを述べる。

Key words : 医療ソーシャルワーク 困難性 保健医療福祉システム 相互作用

1. はじめに

急性期の医療提供を主眼とする病院のソーシャルワーカーたちは、その実践の際に様々な「困難」を感じている。病院でのソーシャルワークの始まりは第2次世界大戦以前であるが、現在の医療ソーシャルワーカーは組織内での認知の低さについての悩み(小嶋 2000)を抱え、組織での位置づけや評価(本家 2004)が不明確な状況にある。更に存在意義は何であるのかと疑問(四方 2002)をもち、「パワーレス状況を打破することが困難」(小林 2003)で、「現在の職場を辞めたいと考えている人の割合は43%にもものぼっており、援助能力

の向上を図ることが協会としての早急な課題である(堀井 2003)とさえ言われている。一方で、これまで二次的な実践の場とされてきた医療分野におけるソーシャルワークの必要性は一層明らかにされつつある。1992年の第2次医療法改正では、「医療は、(略)医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない」(医療法第1条の2)という医療提供の理念とそれを裏打ちする制度の仕組みが掲げられた。この理念は、患者家族の生活の再構築を目的に、患者が必要とする医療提供を他機関と共に図ることを意味すると捉えられる。また、本年より社会福祉士法の改正に伴い、社会福祉士国家資格の実習指定施設として医療機関が含まれることになった⁽¹⁾。これらによって、以前から“橋渡し”の機能を担う存在であったソーシャルワーカーは医療の現場においてより重要な職種となり、その専門職性の強化向上

* Sugiura, Takako

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科
社会福祉学専攻博士前期課程卒業
公立学校共済組合 関東中央病院
ソーシャルワーカー

がますます必要となっている。

今、このような状況下でソーシャルワーカーがその実践において辞職を考えるほどの「困難」を感じたり、支援効果を十分に発揮できず、支援の意義を見失ってしまっていたりすることなどが見受けられるのは、医療の分野でのソーシャルワークが危機的状況にあることを示すといえる。本論では、ソーシャルワーカーが支援することの重要性がより高まる日本での医療状況下におけるソーシャルワーカーがもつ「困難性」の実態を把握し、これらがどのようなシステムの相互作用から発生しているのか、例えば、制度の新設や改正による影響なのか等について考察を行い、ソーシャルワークを適切に展開するための支援体制についての提言を行うものとする。

2. 個としてのソーシャルワーカーが感じる「困難」

(1) ソーシャルワーカーになるための教育

医療機関で働くソーシャルワーカーの資格はなく、職能団体である日本医療社会事業協会は長年に亘る議論を経た結果、1990年に社会福祉士をその資格として求める方針を決めた。以降、医療ソーシャルワーカーであるならば、社会福祉士資格を取得することが推奨されるようになり、現在、同協会の会員の約7割は社会福祉士資格を取得している⁽²⁾。また求人においても取得が条件とされることが一般的になっている⁽³⁾。

秋山(2005)はその調査で、現任者の考える社会福祉士専門職に必要な要件は 専門的知識・技術の修得と応用 豊かな感受性や深い洞察力 人間尊重に立脚する価値観等であるとし、また保健医療分野のソーシャルワーカーは更に「社会科学的視点」をもつことを際立って重視していると述べている。こうした高度な知識・技術、質を体得するために理論と実践の融合が必要になるだろうことは疑う余地がなく、大学の社会福祉専攻を中心に、机上の教育を裏付け、また強化するものとして期待される現場実習がある。しかし、指導

するソーシャルワーカーの抱える課題には、学生に都合よく社会資源の紹介程度の事例があるとは限らない(田村 1996)、実践がよりどころにしている理論について伝えることができない(高橋 2006)などが挙げられ、実習指導でも実践とのリンクが円滑に行われているとは言い難い。こうしたなか、職能団体による学生対象の養成講座が昨年より始められており、受講した学生からは、受講により現場で必要とされる知識と学生として必要な学習を理解できたと評価されている⁽⁴⁾。これらは教育機関と現場とが協働して学生を指導する体制が十分に構築されていないことを指すと思われる。ソーシャルワーカーは、すでにソーシャルワーカーになる以前の教育機関での養成課程における困難を抱えているといえる。

(2) 新人ソーシャルワーカーの教育

現在、一医療機関に配置されるソーシャルワーカーの人員は1名または2名が7割弱、年齢は20代・30代が6割を占めるといふ実態⁽⁵⁾においては、若い新人が1人で業務を行う例も少なくない。そこでは「新人が業務活動に必要な知識・判断の根拠を見いだす事」(我妻・清野 1999)の難しさがあり、「新人が(略)実践で活用しているはずの理論・技法・アプローチを記入することが困難」(佐野間 2004)であるとされる。研修の機会があっても、その確保すら困難な場合もあり、個別的にスーパービジョンを受けようとしても「機関の外にスーパーバイザーを自ら探して依頼することは難しい」(松下ら 1999)。

更に、いかにソーシャルワーカーとしての力量を高め、その実践を展開するかという課題とともに不可欠となるのが組織の構成員としてのふるまいである。組織的に“小さな”セクションである“相談室”は、組織のソーシャルワークに対する認知の影響を受けやすい状況にある。組織がソーシャルワーカーの存在を求めることと、ソーシャルワークを理解していることは同義ではない。したがって、より適切なソーシャルワーク実践の展開のためには、組織からの役割期待にあるとき

は応えつつ、またあるときは折衝を行わなければならない。こうした対処を新人が行わなくてはならないことは、その実践展開上の困難に拍車をかけていると考える。

(3) ソーシャルワーク援助において

医療ソーシャルワーカーの業務のうち、現在、最も多い割合を示すのは「退院援助」である⁽⁶⁾。医療提供の理念に照らしてみる限り、ソーシャルワーカーにとっての“退院”とは単なる入院医療の終結ではなく、患者やその家族の人生における重要な節目ないしは危機を支援する“特定の期間”を意味していると考えられる。しかし、そこでは「医療者側と患者家族の思いのギャップ調整」(本家・恒藤・柏木 2004)が必要となり、「間に挟まっているという立場は(略)苦しい」(堀越 1999)という感情を生まれさせている。また「患者に限られた時間内に家庭に戻る条件が整わず、MSWが患者・家族とともに苦悩する」(山室 2001)といった「困難」感を派生させており、更に浅野(1999)が行ったアンケートには「クライアントはなかなか退院計画を立てようとせず、話題がいつも同じで、面接が苦痛になる」という声があったことが紹介され、あたかも「退院すること」だけが援助のゴールと認識されているように受け止められる。

平岡(1999)が「ソーシャルワーカーのプレゼンスの意味をソーシャルワーカー自身が理解していないことが問題」と指摘するように、現在の医療ソーシャルワーカーが働く現場は、その専門性を見失わせ、揺らがせている状況にあるといえるのではないかと。また、介護保険制度の施行は「MSWとケアマネの関係をどう整理するかという課題は、筆者自身がMSWであり続けるために不可避の課題である」(山本 2001)と認識されている。このように現在の医療ソーシャルワーカーは、法制度の改定や新設による影響も相俟って、専門性の維持における困難を抱えていると思われる。

3. 病院をとりまくもの

(1) 社会の状況

日本は今、危機の時代にあるといわれる。日本経済新聞2005年12月23日の社説は、少子高齢化にある日本が1899年以降で初めて総人口の自然減になったことに伴い、「将来の日本に生きる人たちへの責任を果たすためにも、いまを生きるわたしたちが健全な危機感を共有し、行動を起こさねばならない」と述べている。戦後の復興、高度成長期とその崩壊は失業や雇用不安を生み、それが直接生活不安と結びついていることは、生活保護の被保護者数が1995年以降増加傾向で、2005年の受給世帯が初めて100万世帯を超えたこと⁽⁷⁾、またこの数年、3万人台前半を推移する自殺において不況の影響が観測されていることからもうかがえる⁽⁸⁾。更に1995年の阪神淡路大震災以後は天災が相次ぎ、またJR福知山線の脱線事故など、社会が、組織が効率を追求したことが背景にある大事故なども起きている。また、経済成長は日本人の暮らしを個人主義が強い姿に変えたが、それは個々人の人権が社会的に承認され、自主性が重んじられるようになったと評価される一方で、「人の個別性や独自性を尊重することは、人と人との相違性を理解することであるが、現在、世界的にも、グローバル化の必要性が叫ばれ、人と人との相異よりも、平等、対等が重視され、その結果として人と人との同質へと限りなく近づかれていくことの怖さも感じられている」(福山 2005)。

日本の社会保障は「国民が健やかで安心できる生活」を実現するための対策であることが原則のはずだが、個人の価値観が多様化し、社会そのものの解体の危機もうかがえるなか、そのあり方は簡単に見出せるものではないだろう。ソーシャルワーカーがソーシャルワークを行おうとする社会基盤は、社会保障「制度」さえその枠組みの持ち方を模索している状況にある。それだけに「制度」が、多様な価値をもつにいたった国民の「健やかで安心できる」生活のニーズを満たすことはより

困難になっているともいえる。したがって、ソーシャルワーカーには「制度」にあてはまらないであろう多様なニーズに相對する、柔軟な視点が求められている。

(2) 病院が志向するもの

病院が志向するものには大きく分けて2つある。1つは科学としての医学を追求し、それを実践する場所として。もう1つは社会保障としての医療を実践する場所としてで、ここでは後者について取り上げる。現在の日本は、医療法や国民皆保険制度等による医療を受けるための社会環境の整備もあって、治療を望み、またその必要性があれば誰でもその恩恵を受けられるようになった。しかし少子高齢化の進む社会状況から、老人医療費を始めとする国民医療費は年々増大し、一方で保険料の徴収額は厳しい経済環境の下で伸び悩んでいる。医療保険財政は極めて厳しい状況にあり、診療報酬のマイナス改定をはじめとする抑制策は病院に尚一層厳しい経営を迫っている。

このような状況のなかで必要とされているのは「安全で納得できる医療の確立」である。厚労白書(平成16年版)は、その根拠として1999年に起きた患者取り違え手術以後、相次ぐ医療事故が社会問題化していること、ある調査⁽⁹⁾において7割を超える人が医療機関や医師等に対し不安を感じていたことを挙げている。医療技術の高度化や治療内容の複雑化は、医療従事者が取得すべき手法や業務を多様化・複雑化し、忙しさと焦りをもたらし、医療事故を引き起こしやすくする一面をもつ。しかも医療は様々な職種の連携によって提供されるようになっており、医療従事者同士のコミュニケーションは勿論、患者・家族とのコミュニケーションの重要性はますます高まっている。医療の標準化が行われている今日であっても、患者への個別的で継続性のある医療が確保されなくてはならず、まさにソーシャルワーカーがもつ視点が必要とされている。広辞苑によると「治療」とは「病気やけがをなおすこと。また、そのために施す種々のたて」とあり、現在の医療提供のあ

り方はその中身が分断されている形であることが改めて確認できる。提供理念にそった医療を展開していこうとするのであれば、院内で患者と医療従事者が信頼関係を結べるような支援や、医療機関同士、または施設との円滑な連携を促進する機能がますます必要になる。ソーシャルワーカーはそのニーズを十分に担いうる職種であると思われる。

4. 日本の医療ソーシャルワーカーの実態

日本の医療ソーシャルワークは戦前にその先駆けを見、そして戦後GHQ(General Headquarters 米軍総司令部)による保健・医療・福祉政策の一環として医療社会事業が定められたことにより普及していった。このとき、大多数のソーシャルワーカーは当時の厚生省が開いた6日間講習会での即席の教育を受けた者で、社会福祉の専門教育を受けた者は極々少数であったという⁽¹⁰⁾。しかし異文化で育った形式の定着は容易でなく、更に占領体制終了後の不況と財政難による社会保障の後退はソーシャルワーカーの配置の後退をもたらした。医療ソーシャルワーカーの職能団体である日本医療社会事業協会はこの頃、この仕事は医療社会事業家自身が自発的に努力していくのでなければわが国には根づかず、正しい発展も望めないであろうという認識のもとに、当時の講習会受講修了者らが自発的に集合して設立された。世間がソーシャルワークとは何かを知らないなかで、ソーシャルワーカー自らが自身の職務の重要性を認識し、それを伝え広めようとする姿は今に始まったことではなかった。

同協会設立の3年後にはWHO(World Health Organization 世界保健機構)による日本の医療社会事業状況の査察が行われた。これについて会長を務めた中島(1980)は、ソーシャルワーカーが「深刻な身体的、環境のおよび感情的問題をもつ人びとを援助するための教育訓練を、ほとんどの人が持っていない。」(74頁)「現在の日本ではまだ専門的に訓練された従事者が用意されていない

し、社会事業の教育も短期大学の域を脱していない。」(75頁)と報告されていることを引用し、「医療社会事業の発達のために指導的立場に立って働く、練達なケースワーカーを用意するため、修士の学位に相当する大学院の課程の訓練が必要である、と誠に適切な助言をしている」(76頁)と述べている。ソーシャルワーカーの養成・任用に課題があることが当時より指摘されていることが分かる。

ところで、中島(1980)らは1970年、医療機関におけるソーシャルワーカーの実態調査を行った。この調査の目的が述べられるなかには「身分法も未確立なまま、医療機関における医療ソーシャルワーカーの働く状況はけわしく、医療社会事業の動きは低迷を続けている。その低迷の根はいく層にも重なり合い、絡み合って医療関係者の問題と

なって、医療ソーシャルワーカーの活動の問題につながっている。」(92頁)と記されている。一方、2003年には日本医療社会事業協会によって「病院における社会福祉活動推進に関する調査」が行われた。この調査は、1970年の調査が医療社会従事者数の把握にとどまっているとした上で、全国規模で病院におけるソーシャルワーカーの実態を克明に調査・分析し、病院における社会福祉援助活動推進の基礎資料とすることを目的としている。以下、両調査より主な調査項目を取り上げて業務実態を比較する。尚、1970年の調査には対象とする施設に保健所が含まれているが、中島は統計を出す際に、医療機関のみの場合についても算出しており、比較はそれに基づき行うこととした(表1)。

表1 ソーシャルワーカーの業務基盤の比較

	1970年当時	2003年当時
SWの設置時期	1946年以降徐々に増加	1990年に急増、2000年に更に増加
病床規模とSWの有無	300床以上で約25%に有	200床以上で約90%に有
SWが専任	77%	86%
SWの人数	調査項目なし	1名 38%、2名 27%、3名 14%
SWの性別	専任は男女半々 兼任は男性が4分の3強	女性 64%、男性 34%
SWの年齢	20代・30代が57.7%	20代・30代が61%
SWの所属部門	調査項目なし	事務部門 41%、独立部門 28%
所属部門の名称	“医療社会事業”使用は約35% “相談室”使用は約42%	“医療社会事業”使用は約4%弱 “相談室”使用は約64%
部屋の形態	有が70%以上、事務/面接兼用が多い	調査項目なし

中島さつき(1975)『医療ソーシャルワーク』92・106、日本医療社会事業協会(2003)『病院における社会福祉活動推進に関する調査研究結果報告書』より、筆者が作成した

これを見ると、ソーシャルワーカーの人数や活動の場は確実に広まり続けていることが分かる。1970年当時には調査項目がない「人数」は、人数を問うよりも有無に関心が向けられていたこと、また「性別」において専任か兼任かに分けているのは、兼任でもソーシャルワーク機能を担う者がいれば、その広まりに含めようという意図が働く状況が伺える。男性が減少しているのには、待遇が関係している可能性があると思われる。本家(2004)が指摘するように、MSWIは地位、収入、安

定性、昇進等のさまざまな外的報酬が非常に低く、戦後60年を経た今でもそれに伴う悩みが強いとされている。若手が中心で中堅層以上が少ない傾向にあるのはあまり変化がないが、これは女性のライフステージによるものだけでなく、こうした待遇面の悪さも影響しているかもしれない。「所属部門」についても以前に調査項目自体がないのは、事務系に所属することが一般的であったためであろう。それが現在は3割近くが独立部門となっている。少しずつではあるが、日本の医療ソーシャ

ルワークは実践の基盤を調えつつあるとみて良いのではない。

尚、戦前の日本の医療ソーシャルワークの先駆である「済生社会部」が、その業務を宣伝した内容を見ると、その殆どが「療養上の心理的・社会的問題の解決。調整援助」である⁽¹¹⁾。その中には「退院」に際する援助も含まれているが、現在の「退院援助」のそれとは全く異なり、患者が退院する時の衣服を用意したり、帰宅するための旅費がないときに汽車賃を立替え、ときには給与したりするという救貧のかつ即物的な側面が強い。当時の日本の社会福祉が救貧・慈善的な活動であったことを考えると、時代を反映した内容であると理解できる。

個人の価値が多様化し、家族の機能が変化し、少子高齢化が進む現在、病院において、ソーシャルワーカーが個別的かつ統合的なニーズと専門分化された社会資源とのギャップを調整することに対して果すべき役割は大きい。しかし、日本の医療ソーシャルワークの開始期に起きた一連の動きは、戦争という抗し難い時代の影響を受けており、以後近年に至るまで、資格条件や、それ以前に医療職としての資格を求めるのか、それとも福祉職としてかという議論に時間を費やさなくてはならなかった源となり、現在も医療ソーシャルワーカーが感じる困難性に多大な影響を与えて続けていることが理解できる。

5. 医療ソーシャルワーカーが感じる「困難性」への視座

本論では「困難性」を「医療ソーシャルワーカーがその実践において“困難”と感じている内容は本来果たすべき支援効果の発揮を阻害している影響要因である」と見なす。また、これらの「困難性」を改めて捉えなおすと、主に ソーシャルワーカーに対する認知の不足 ソーシャルワーカーの養成・教育・研修の課題 「ソーシャルワークの専門性」の曖昧さ 待遇の低さ クライアントの主体性の尊重(自己決定)の難しさ

クライアントの疾病 “急性期”という実践の場がもつ特徴、の7項目が強く影響していると考えた。医療ソーシャルワーカーが直面している困難性は、社会状況や社会保障制度といった社会現象が病院の経営に影響を与え、それがソーシャルワーカーの業務に波及したもから生じている。このような解釈は、ソーシャルワーカーの置かれている状況が、原因から生み出された結果という一方通行で直線的な関係のなかにあるようにみえる。しかし社会保障制度というひとつの枠組みを取り上げると、それは制度ゆえに、そこに含まれるものと外れるものとを生じさせることがあり、それがまた別の枠組みの発生につながることは容易に想像できる。また、病院でおきている現象(例えば医療事故等)は制度の内容を改正することに結び付く。したがって、ソーシャルワーカーはただ一方的に影響を受けるだけの存在ではなく影響をもたらす存在でもあるということ、つまり円環的な因果関係のなかにあるという一般システム理論の概念が、困難性を理解する上で有用であると思われる。

スーパービジョンを専門に研究している福山は、役割システムアプローチを用いたクライアント理解について述べるとともに、これをスーパーバイザーであるソーシャルワーカーにもあてはめて、ソーシャルワーカーがどのようなシステムに影響を受けているのか、またどのようなしがりみがあるのかについての理解を深めるための手段としても役立つと述べている。また、福山は更に問題理解の視点として「ソーシャルワーカー」と「クライアントが抱える問題」「ソーシャルワーカー」と「問題を抱えるクライアント」「ソーシャルワーカー」と「ソーシャルワーカー側の環境」の3種類の相互作用のパターンが、ソーシャルワーク支援における困難性の理解に有効であると述べている(福山からのヒヤリングより)。そこで本論では、このシステム理論をソーシャルワーカーが感じる「困難性」を考える基軸とする。特に医療機関に所属するソーシャルワーカーの困難性を検討するためには、ソーシャルワーカーを取

り巻く環境を「保健医療福祉システム」としてみる視点が欠かせない。したがって福山が示した8つのサブシステムで構成される保健医療福祉システム(表2)をもとに、「困難性」の実態把握をすすめていく。

また「困難性」を理解するにあたり、更に欠かせないのが危機理論である。急性期の医療にかかわるソーシャルワーカーは、急性期であるが故に、身体的、精神的、社会的に危機的な状況におかれた本人や家族の支援を行わなければならない。更にもう少し広く「危機」を捉えると、それは救急医療の場にとどまらず、天災、事故等の突発的な出来事によってこれまで営んできた生活の継続が阻害される場合や、ライフサイクルを通じた発達課題やライフイベントなどで、新しい対処様式を要求される場合などでも起こるものである。様々な「危機的」状況が囁かれる社会にあって、どのような視点で支援を展開すれば良いのかといった問題を検討する上では重要な概念である。

カプランの危機状態の定義を紹介している山本は、危機すなわち「クライシス」には辞書によると、「分かれ目」「峠」という意味があることを挙げ、「まさに運命との出会いの時点で、そこをうまく通過することで運が開けるか、または悪運が付きまとい転落するかの分かれ目の時点である。危機という日本語も、『危』は不安、危険を伴うものであるが、『機』は転機の機であり、機が熟した時であり、大きく飛躍する時とも言える」(山本1996)と、危機理論の重要な特性である発達促進可能性について説明している。危機はネガティブな結果を招く可能性があると同時に、成長と発達の機会を提供するものでもあるということ、つまり、危機は好機にもなりうるという考え方は、今後のソーシャルワークの展開を考える上で、ソーシャルワーカーの取り組みを後押しする概念であると考えられる。

6. 「困難性」の実態把握の方法

(1) 対象の選択

日本の医療ソーシャルワーカーが感じている「困難性」の実態を把握するための方法として、機関誌『医療と福祉』に記載されている「困難性」を意味する単語が含まれた文節の内容分析を行った。この機関誌は1964年の創刊から2005年8月までに計77巻が発刊されているが、本論文においては、医療ソーシャルワーカーにとって特に大きな外的な影響要因と考えられる社会保障体制の再構築勧告と、その被害から通常の生活に関わるシステムが機能不全となり、支援とは何かを改めて考えさせる契機となった阪神淡路大震災が起きた1995年を一つのポイントと捉え、この年に発行された第62巻から2005年までの16巻を対象とした。ここに掲載される論文は、「投稿規程」によると査読は行われるものの明確な採用基準によるものではなく、学術論文を集めた専門雑誌として一定の水準を保つとは言いがたい。しかし機関誌として協会や会員の活動内容等の発表・宣伝・連絡が行われており、それゆえに現在の医療ソーシャルワーカーが考えていることや感じていることが、その取り組みとともに率直に述べられている。いわば一連の活動記録としての価値を有していることが本誌を選択した理由である。

16巻に掲載された論文は196本。そのうち医療機関(病院、診療所、療養所)に所属する医療ソーシャルワーカーが著者である論文は97本で、シンポジウムでの発言記録2本を合わせると99本であった。これらの論文から、医療ソーシャルワーカーが「苦しみ悩む」状況を述べている文節として、“problem”(問題、疑問、難問)、“trouble”(心配、苦勞、悩み迷惑、面倒、混乱、不調、もめごと)、“hard”(難しい、厄介な、骨の折れる、辛い、耐え難い、厳しい)、“adversity”(不幸、不運、難儀、災難、苦勞)の4つの単語を和訳した単語が含まれていることを条件に文節を取り上げた。また文節は説明の意味を崩さない範囲で最短にした。

表2 保健医療福祉システムにおける困難性理解のための構成要素

保健医療福祉システム	困難性理解のための構成要素
患者・家族	尊厳・人権 患者の意志（主体性） 自己決定能力 自立 家族関係 生活（経済力・プライバシー etc.） 疾病・障害・生死
ソーシャルワーカー	専門性（価値・視点 etc.） 援助力（力量） 資格 待遇（給与、労働条件） 業務の進め方 連携 スーパービジョン 仕事への意欲・個人的な感情
職員間（他職種）	ソーシャルワーカーに対する認知・評価 協働
医療機関	ソーシャルワーカーに対する認知・理解 組織上の位置づけ 医学・医療 機能 インフォームドコンセント 連携
ソーシャルワーク	価値（自己決定、人権擁護、アドボカシー） 倫理 知識・情報 援助方法・技術
社会資源および制度	量 アクセシビリティ 制度の施行・運用
地域社会・文化	ソーシャルワーカーに対する評価 価値（健康観・障害観・人間観・生命観） 天災・事故 テロ・犯罪
職能集団	学生実習 現任教育 社会活動

福山の示したシステムは8つのFKグリット（サブシステム）、すなわち 対象者（本人と家族） 専門家（SW, CW） 職員間（同僚など） 組織（施設、機関、職場など） 専門性（知能・情報、概念、理論、方法・技術、理念、倫理など） 社会資源および制度 地域社会（文化を含む） 専門家集団、で構成されている。本論においてはこれを参考にサブシステムの名称の変更を行った。

(2) 「困難性」を示す単語を含む文節内容の分類
(第一次分類)

196本の論文から取り上げた文節を保健医療福

祉システムの8つのサブシステム（患者家族、
ソーシャルワーカー、職員間、組織、専門性、社
会資源・制度、地域社会・文化、ソーシャルワー

カー集団)の該当する項目に分類した。一文節の内容が単一のシステムのみならず複数のシステムの関与を示している場合は該当する全ての項目に分類した。ここで「困難性」を示す主体となるのは各サブシステムである。各サブシステムのカテゴリーに分類された文献の数を示すと、ソーシャルワーカー(113本)、患者家族(87本)、社会資源・制度(78本)、以下、専門性、ソーシャルワーカー集団、組織、地域社会・文化、職員間の順となった。この数の差が困難性に与える影響割合と一致するとはいえないが、ここでは最も多かった「ソーシャルワーカー」のカテゴリーでの「困難性」を特に取り上げ、その分析と考察を行う。尚、113本の論文のうち、更に医療機関に所属するソーシャルワーカーが論者である99本の論文に絞り、これらの論文における149の文節を対象とした。

(3)「ソーシャルワーカー」カテゴリーにおける「困難性」因子の分類(第二次分類)

149の文節の内容をコード化し、改めて保健医療福祉システムのカテゴリーに分類した。コード化について、第1コードは文節の内容を簡潔にまとめたもの。第2コードは第1コードを更に大きな枠組みで捉えるものとし、これを「困難性」に影響を与えている因子と捉えた。ここで「困難性」を示す主体となるのは「ソーシャルワーカー」である。次に各サブシステムカテゴリーに該当した因子を、共通するものとそうでないものとに整理した。

更に、整理された因子のうち特徴的と思われるものを取り上げ、システム理論および危機理論から照らし、困難性が生じているときの相互作用について考察する。この際に前述した社会状況等も踏まえる。尚、第一次分類と第二次分類の際のデータの「分類」、特に第1コードから第2コードへのコーディングに際しては、その再現性に欠けると思われる点が本調査の限界である。

7.「困難性」の分析結果と考察

分析の結果、医療ソーシャルワーカーに困難性を感じさせる要素として、患者・家族に関するもの、医療(病院を含む)に関するもの、社会資源・制度に関するもの、社会・文化に関するもの、職能集団に関するもの、ソーシャルワークに関するもの、ソーシャルワーカーの特に個人的側面に関するもの、の7つが明らかになった。

尚、はソーシャルワーカーに関するものであるが、専門家としてよりも個人的な意見、感情が述べられているものが多く見受けられたため、あえてこのように表記した。

(1)患者・家族に関するもの

ここでは、尊厳、患者・家族の遺志、患者の意志伝達手段、自己決定能力、環境への適応力、家族関係(患者と家族との関係、患者を除く家族同士の関係)、家族の成熟度、生活や在宅介護の保障に関する困難性について述べているものがみられた。表2の「患者・家族」カテゴリーに示した構成要素のなかでは、患者・家族の意志や家族関係にまつわるものが多く、「ソーシャルワーカーにとって難しいのは、(略)一緒に解決しましょうと言っても、結局は本人が動くまで控えていなければならぬ」(西城 1999)や「患者と家族の認識が違うため、臨死の時に気持ちを通じ合って過ごすには困難が多い」(田村 1998)、「MSWとして対応に困るのは介護の責任の所在をめぐる身内の争い」(山室 1995)、「家族成員同士の関係の修復が難しい」(仲野 2000)といった文節があった。

ソーシャルワークの主要な機能のひとつに調整機能があるが、この機能を発揮するときに必要なのは、対象が調整可能なものなのかどうかを見極める視点である。ソーシャルワーカーが解決を支援できない問題を抱えたクライアントがいた場合、その問題に焦点をあてるのと、クライアントに焦点をあてるのとでは、支援効果を発揮するか否かの大きな違いをうむ。そして、支援効果が得られない対象への取り組みは不適切なソーシャルワ

ク実践であると言わなければならないばかりか、ソーシャルワーカー自身を疲弊させ、力量を低下せしめかねないと思われる。ソーシャルワークによる解決を図れない問題をいかに客体化するか。そして、その問題の是非を問うのではなく、クライアントの一部であることを認めることが、クライアントを真に尊重した支援につながるのではないだろうか。

尚、ソーシャルワーカーには早期退院を目指す機関の方針から受けるプレッシャーのなかで、医師や看護師等に存在意義を示し認知を高めたいという思いがある。急性期の治療を主に行う医療機関が目標とする平均在院日数「14日以内」は、危機理論に照らすと、患者・家族はまさに「危機状態」の只中にあると捉えられる。したがって患者・家族が仮に環境への不適応状態に陥ったとしたら、それは本来の人格の弱さなのではなく、危機的状況におかれたためによる可能性が高いと言えるだろう。しかし実際には、急性期のソーシャルワーカーは危機介入アプローチによって上記のようなアセスメントを行っているべきであるにもかかわらず、早急に「介入」する対象が患者・家族ではなく、ソーシャルワーカー自らのためになってしまっているのではないか。すなわちソーシャルワーカーが専門家としてではなく、患者・家族の示す危機状態に巻き込まれ、私的な感情からのクライアント判定に傾きやすくなっていることがうかがえる。

ソーシャルワーカーの視点の持ち方はよほど慎重にならなければ、クライアントの尊厳をまもるといふこと、すなわちソーシャルワークの価値を遂行する姿勢を維持することはできず、患者・家族への支援を自らがより困難に感じさせている可能性があると思われる。

(2) 医療（病院を含む）に関するもの

ここでは、医療機関のソーシャルワークに対する認知の不足、組織上の位置づけ、医療の目的、転院に関するもの、インフォームドコンセントについて、院内他職種の意見調整に関する困難性を述

べているものがみられ、表2の「医療機関」カテゴリに示したなかでは「ソーシャルワーカーに対する認知・理解」に困難性を示す文節が多かった。「組織内で理解が得られないことが悩み」(小嶋 2000)、「病院管理者による一方的な業務指示」(山本 2001)、「クライアントの生活と存在が守られる形で、いかに MSW が病院組織内で存在し続けられるかが課題」(米村1999)、「人事異動による配置で役割期待に押しつぶされそうだとの悩み」(藤田・渡辺・村上ほか 1998) 等である。

ソーシャルワークへの認知に直接的に関与する保健医療福祉システムのサブシステムには、「ソーシャルワーカー」「専門性」「医療機関」「他職種」の4つが挙げられる。病院はソーシャルワーカーを雇用している。しかし雇用されているソーシャルワーカーは専門性や専門職性を認知されていないと感じているのはなぜであろうか。

武田・南(2000)は、医療ソーシャルワーカー自身のもつアイデンティティの特徴を調査し、それを「患者家族の意向の尊重を最優先し、常に患者の生活全般、退院後の生活を念頭において、患者の意思決定プロセスを大切にす」(武田・南 2000)とあるとした。一方で医師にとってソーシャルワーカーのイメージは「先ず患者の退院後の生活を念頭におき、生活全般を視野に入れつつ患者を取り巻く家族・他の医療専門職種間の良好なコミュニケーションを図りながら、患者を支えるための資源を活用していく」であり、看護師にとっては「先ず患者を支える社会資源の活用を考え、援助に際しては患者の退院後の生活も念頭におきつつ、患者を取り巻く家族・他の専門職主観の良好なコミュニケーションを図る」(武田・南 2000)という特徴をもった職種であると認識されているとしている。これらからは、ソーシャルワーカーは全く認知されていないのではなく、ソーシャルワーカーが自身の職務イメージとして最優先に挙げているものと他職種が挙げているものとの差が、「理解されていない」と思わせていることが分かる。

ソーシャルワーカー自身が掲げるイメージを実

践に移すのは、現在の急性期医療の場がおかれている状況から考えても容易でないことは明白である。ブトゥリム（1986）が「ソーシャルワークは『価値を担う』活動であり、その機能と作用の仕方は、その時代の社会構造のあり方にかかっており、社会構造におけるさまざまな変化の過程から、大きな影響を受けている」とするように、ソーシャルワーカーは自らのイメージを現実の状況に合致する形でもつようにしていないとイメージと現実との乖離が大きくなり、バーンアウトにつながりかねない。

（3）社会資源・制度に関するもの

ここでは、社会資源へのアクセスに関するもの、社会資源の量の不足に関するもの、介護保険制度に関するもの、医療法に関するもの、臓器移植法に関するもの、福祉用具の支給制度に関するものについての困難性が述べられていた。表2の「社会資源および制度に関する困難性」の3つの構成要素のうちでは「制度の施行・運用」に関するものが多かったが、ここではあえて社会資源の量に関して述べられた困難性をとりあげる。これには「透析設備を有する医療型の療養型病床群は数的に限られ、社会的入院の解消にならないのではないかと不安」（兜森 2001）、「これまで通りのサービス利用ができなくなるケースが出てくるのではないかと不安」（谷 1999）という文節があった。

この2つの文節のうち、前者の「不安」は「社会的入院」を解消すべき問題と認識していることが推測される。この困難性は、直接的には「ソーシャルワーカー」と「患者・家族」「社会資源・制度」「医療機関」の4つのサブシステムの相互作用から生じていると捉えられる。そして後者の「不安」は、サービス利用ができていたクライアントにデメリットが生じることへの懸念と、今後も現れるだろう似たような状況を抱えたクライアントにこれまでの社会資源が利用できなくなることへの懸念と、そのようなとき代替できるものはあるかという疑問と、更に代替できるものがないとき

はどうしたら良いかと、己のソーシャルワーカーとしての力量を押し量らざるを得ないことへの文字通りの「不安」の表れなのかもしれない。これらは「ソーシャルワーカー」「患者・家族」「社会資源・制度」に「専門性」が加わった相互作用から生じているものと考えられる。

ソーシャルワーカーにとって、特に短期間で支援効果が問われる急性期医療の場では、社会資源の利用につなげる援助が、他職種に対して存在意義を示しやすく自らも確認しやすい援助であると思われる。しかしソーシャルワーク実践にとって重要なのは、クライアントが社会資源を活用できない場合の支援のあり方と、社会資源がクライアントの主体性と自立を真に尊重したものであるかどうかを見極め、またそうあるべく利用を考える視点である。社会福祉基礎構造改革により誕生した社会福祉法（2000年）は、「自己決定の尊重」を謳いつつも「この理念を保障する具体的方法まで踏み込んでいない」（渡部 2003）。ソーシャルワーカーがこの担い手となる一方、クライアントが目指す自己実現が社会資源の利用によって果たされないときにこそ、支援の意義を見出す必要がある。

（4）社会・文化に関するもの

ここでは、ソーシャルワークの社会的認知・評価、天災、現在の日本文化における“老い”、マスコミの報道姿勢についての困難性を述べているものがあつた。「マスコミの報道姿勢」に困難性をあらかずものが出ることは予測していなかったが、大衆への情報伝達の姿勢や方法が人の生活に大きな影響を与えるものであることを考えると十分に理解できる。このサブシステムは枠組みが目に見えるシステムではないが、人はその影響を受け、新たな社会・文化をいつのまにか生み出すことになる。根深く、生活のあらゆる場面に及ぶ相互作用をもつのが「社会・文化」システムであることから、ソーシャルワーカーは自身も含め全ての人がこのシステムの影響を受けていることを了解していなければならない。したがってここでの困難性を、「今、解決」するべき問題として取り上げる

ことには慎重になる必要がある。

(5) 職能集団に関するもの

ここでは学生実習、現任者研修、ソーシャルワーカーの援助能力向上への支援、職能団体としての社会への貢献に関する困難性が述べられていた。なかでも表2の職能集団カテゴリーにある現任教育に関する文節が最も多く、「研修の機会の確保」(小高 1996)をはじめ、「保健医療分野のソーシャルワーカーにとって必要な医療知識習得のための卒後教育の課題」(小高 1996)(向谷地 1996)、「深くスーパービジョンを受けたい場合には(略)ワークショップ形式では難しい」(松下・渡邊・植月ら 1999)「機関の外にスーパーバイザーを自ら探して依頼することは難しい」(松下・渡邊・植月ら 1999)等、この困難性は「ソーシャルワーカー」「医療機関」「ソーシャルワーク」「職能団体」「社会資源および制度」「地域社会・文化」の6つのサブシステムが相互作用している。すなわちGHQ(前掲)により導入されたソーシャルワークはソーシャルワーカーの数を必要とした(「地域社会・文化」「ソーシャルワーカー」との相互作用)。そのため、短期間の講習会で様々な学問基盤を持った人を養成しなくてはならなかった(「社会資源・制度」との相互作用)。それは「ソーシャルワーカー」の「医療機関」での実践展開に影響を及ぼし、自発的に勉強する必要性を感じたソーシャルワーカーが集まって日本医療社会事業協会を組織し(「職能団体」への影響)、主に資格を求めた活動を行ってきた(「社会資源・制度」への影響)。そして現在のソーシャルワーカーの在り様が改めて現任者研修の必要性、つまり、より効果的で効率的な仕組みの構築の必要性が求められることにつながっている。2003年6月発表の日本学術会議第18期社会福祉・社会保障研究連絡会の報告書「ソーシャルワークが展開できる社会システムづくりへの提案」に提言されているように、専門性の高い現任教育システムが構築されるのはこれからである。過渡期にある現在、困難性が表出されるのはやむを得ない。しかし「現在の職場

をやめたいと考えている人の割合は43%にのぼっており、援助能力の向上を図ることが協会としての早急な課題である」(堀井 2003)という文節の存在は、その調査の妥当性の有無を抜きにしても看過できない、ソーシャルワークを展開する上での危機と捉えられる。

(6) ソーシャルワークに関するもの

ここでは、価値、専門的理論や医学知識の習得のほか、特に援助の視点・方法・内容、連携、業務に関する困難性が述べられる文節が多くみられた。なかでも援助に関しては、「家族形態や価値の多様な社会において自己実現をめざす家族にとっての、患者支援の重みはどうか」(天野 2005)、「重層化した生活問題の事実確認」(長谷川 2001)等があり、連携に関しては「他機関との連携による患者家族の問題の改善」(谷 2004)や「連携におけるプライバシーに配慮した個人情報の共有と方法」(吉田 2004)等、世情を反映したものがみられた。ただ、業務に関しては「業務指針に沿った業務行動ができない」(四方 2001)という業務以前の段階に困難性を表しているものがあつた。これは主に「ソーシャルワーカー」と「医療機関」の相互作用で発生している困難性と捉えられ、且つ「病院組織」のソーシャルワークに対する認知の不足が影響しているのではないかと推察される。しかし「業務ができない」と悩む姿は、医療機関の認知不足のためばかりとは言えないであろう。仮にそのためであるとするならば認知を高めることにつながる戦略的な仕事の展開を考える責任がソーシャルワーカーにはあり、また、それができるのは最も己の役割を認知しているはずのソーシャルワーカー自身でしかありえない。相互作用の結果として業務展開が困難となっている事象を「相互責任」の視点で捉えられていないと、「ソーシャルワーカー」は自らの所属機関に対して偏った非難をしたり、逆に自らのソーシャルワーク援助能力への信頼が揺らいでしまったりすると考えられる。

(7) ソーシャルワーカーの特に個人的側面に関するもの

ここでは、専門性の認識の低さ、自らの援助におけるネガティブな感情、研修におけるネガティブな感情、取り組み意欲の低下、待遇の低さ、体調、喪失に対する防衛機制、業務、職業適性についての困難性がみられた。特に専門性の認識の低さにおいては「ソーシャルワーカーの役割が明確化できていない不安に駆られる」(我妻・清野 1999)「専門性とは何かという私自身の課題」(藤田 1995)という文節があり、ソーシャルワーカーが自問自答している姿、つまり保健医療福祉システム上では「ソーシャルワーカー」サブシステム単体で困難性が表出されている状況がうかがえる。また、「研修におけるネガティブな感情」には「研修の場で一方的に批評・批判されるのではないかという不安」(柴山 1995)があった。批判を恐れるということはソーシャルワーカーとしての支援に自信がないことの表れと言えるだろう。専門性の認識の低さと自信のなさは日本のソーシャルワークにとって危機的なことであると考えられる。批判を恐れる余りに、自分の支援を点検する作業を避けてしまうことになるなら、ソーシャルワーカーとして支援効果の発揮をこれまで以上に必要とする社会状況にあって、その実現をより遠ざける新たな困難を生み出すことになりかねないと思われる。

8. まとめと提言

ソーシャルワーカーが抱える困難さを増減させる要点を以下に整理する。

患者・家族にソーシャルワーク支援を行う際の「問題」の捉え方、およびソーシャルワーカー自らが急性期病院の性格によりもたらされる「危機」に巻き込まれない客観的視点をもつ

ソーシャルワーカーの自己イメージを医療機関の状況に合わせる

社会資源・制度の効果的な利用と制度利用

にのみ依存しない支援の視点をもつ

ソーシャルワーカー自身が社会や文化の影響を受けていることの認識をもつ

専門性を高める現任者研修システムの構築に取り組む

医療機関のソーシャルワークに対する認知を高める業務展開を行う責任をもつ

研修等自己研鑽の取り組みにより専門性を高める

ソーシャルワーカーは、いま対峙している「困難」が複数のシステムの相互作用の結果であることを認識するよう努める必要がある。相互作用を起こしているシステムを客観的に捉えることは、一旦、問題を外在化する作業とつながる。問題を内在している状況に取り込まれて、解決する目処がつきにくいことがあると考え、抱える困難性を外在化して捉え直すことにより、効果的な支援への取り組みが可能になると思われる。ソーシャルワークが人と環境との接点に適切に介入するために、各システムが共鳴しあい織り成す様相を把握することは欠かせない。尚、こうした認識の可否はソーシャルワーカーの資質に関わるため、可能なら養成の段階から、また新人の教育研修の場においてこそ伝えられるべき視点ではないかと考える。このことにより、現在の医療ソーシャルワーカーが直面している「支援困難」という危機がより一層深刻になることを免れ、むしろソーシャルワークを発展させる好機へと結びつくことが考えられる。

註

- (1) 本年4月、社会福祉士介護福祉士学校職業能力開発校等養成施設指定規則の改正が施行され、社会福祉士の実習指定施設に「病院」「診療所」「介護老人保健施設」「地域包括支援センター」が追加された。
- (2) 日本医療社会事業協会が会員3040名を対象に行った2005年度会員調査報告書より(回収率76.9%)
- (3) 日本医療社会事業協会のホームページの求人情報欄より。資格と合わせ、更に数年の経験をもって

いることを望む傾向がある。

URL:<http://www.jaswhs.or.jp/>

- (4) 今夏は第2回および第3回社会福祉を学ぶ学生のための医療ソーシャルワーク学生講座が行われた。学生の感想文は機関誌とともに発行されている「日本医療社会事業協会ニュース」18・3に掲載されている。
- (5) 2003年に日本医療社会事業協会によって行われた「病院における社会福祉活動推進に関する調査」より。
- (6) 厚生労働省の医療ソーシャルワーカー業務指針検討報告書によると、ソーシャルワーカーの業務は、療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助 退院援助 社会復帰援助 受診・受療援助 経済的問題の解決、調整援助 地域活動 の6つとされている。東京都が毎年発行している「東京都医療社会事業年報」を参考に、最も多い割合を示す援助の推移をみると、1990年度を含めた1994年度まで が、1995年度になると が多く、2003年度になると が や と大きく差をつけて多くなっている。
- (7) 厚生労働省が公表した平成17年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)結果の概況によると、1か月平均の「被保護世帯数」は1,041,508世帯で、前年度に比べ42,621世帯(前年度比4.3%)増加したとされている。
- (8) 「日本における自殺の精密分析」東京都立衛生研究所年報50巻(337・344頁)の研究要旨には「景気変動と自殺数の間には相関がみられ、不況時には自殺数が約30%程度増加することが分かった。1998年の自殺者の急激な増加は団塊の世代が自殺好発年齢になったという点及び不況に求められることが明らかになった」と述べられている。
<http://www.tokyo-eiken.go.jp/SAGE/SAGE99/sage.html>
- (9) 厚生労働省が民間研究所に委託して行った「生活と健康リスクに関する意識調査」
- (10) 日本社会福祉士会・日本医療社会事業協会編「保健医療ソーシャルワーク実践1」68頁では、周囲の大半が医療ソーシャルワークを「医療の知識があれば、6日間の講習で、それでなくても3か月の“長期”教育で努力すれば発展できる意義深い仕事」という認識をもっていたとしている。
- (11) 中島さつき(1980)「医療ソーシャルワーク」誠信書房、146・148頁。済生社会部の事業は、1.救済事業(滋養品給与、被服その他の給与、帰国費給与又は貸与、無料付添家族の付添に対する食費給与、埋葬料補助、生活費補助、その他の救済)、2.相談事業、3.各種社会事業施設との連絡、4.調査、5.教化事業、6.慰安事業、7.売店、8.

其の他の事業であった。

引用文献

- 我妻静子・清野多満枝(1999)「新人ワーカーにおけるスーパービジョンの必要性」『医療と福祉』No.67 vol.32・No.2
- 秋山智久(2005)「社会福祉実践〔改定版〕」ミネルヴァ書房、310頁
- 天野博之(2005)「脊髄小脳変性症患者の家族支援におけるセルフヘルプグループ活用の有効性に関する一考察」『医療と福祉』No.77 vol.38・No.2
- 藤田緑郎(1995)「阪神大震災とMSW」『医療と福祉』No.62 vol.29・No.1
- 藤田花緒里・渡辺佳代子・村上須賀子ほか(1998)「自治体病院における医療ソーシャルワーカーの専門性の確立について」『医療と福祉』No.66 vol.32・No.1
- 福山和女(1996)「三次元の立体把握 役割システムアプローチについての理解」ヒムコンサルタント、6・11頁
- 福山和女(2000)「スーパービジョンとコンサルテーション 理論と実際」FK研究グループ、78頁
- 福山和女(2005)「特集(クライアントの尊厳と理解 ソーシャルワークの視点から)にあたって」『精神療法』第31巻第5号
- 長谷川真砂子(2001)「総合病院における被虐待児支援システムの検討～ソーシャルワーカーの支援:現状と課題～」『医療と福祉』No.71 vol.34・No.2
- 堀井和栄(2003)「医療ソーシャルワーカーのやりがいに関する調査研究～一般科の医療ソーシャルワーカーの場合～(第2報)」『医療と福祉』No.74 vol.36・No.1
- 平岡久仁子・平岡一雅(1999)「ALS患者の生活とソーシャルワーク」『医療と福祉』No.68 vol.33・No.1
- 兜森利津子(2001)「腎疾患の地域ケアにおける医療と福祉の連携～医療ソーシャルワーカーの支援:現状と課題～」『医療と福祉』No.71 vol.34・No.2
- 小林洋子(2003)「グループスーパービジョンに関する研究～スーパーバイザーの認知の側面から～」『医療と福祉』No.74 vol.37・No.1
- 小嶋章吾(2000)「医療ソーシャルワーカー業務指針と今後の業務活動に関する調査研究報告」『医療と福祉』No.70 vol.34・No.1
- 松下康一郎・渡邊貴志・植月万恵ほか(1999)「スーパービジョンについての一考察」『医療と福祉』No.67 vol.32・No.2
- 本家裕子(2004)「一般病院のMSWのストレスの実態と影響を及ぼす要因～全国調査第2報～」『医療と福祉』No.76 vol.38・No.1

- 向谷地生良(1996)『北海道医療ソーシャルワーカー協会教育システム審議会との関わりから』『医療と福祉』No.63 vol.29・No. 2
- 中島さつき(1980)『医療ソーシャルワーク』誠真書房
- 仲野真由美(2000)『終末期患者の関係性をめぐるソーシャルワーカーの役割』『医療と福祉』No.70 vol.34・No. 1
- 小高恵子(1996)『保健医療分野の医療ソーシャルワーカーの卒後教育を考える』『医療と福祉』No.63 vol.29・No. 2
- 西条春彦(1999)『スーパービジョンの体験から考えること』『医療と福祉』No.67 vol.32・No. 2
- 柴山悦子(1995)『柴山式事例検討法の開発について』『医療と福祉』No.62 vol.29・No. 1
- 四方克尚(2002)『病院での権利擁護を考える～患者様アドボカシー室設置の試み～』『医療と福祉』No.73 vol.35・No. 2
- 佐野間寛幸(2004)『フォーマットを用いた事例記入訓練の効果についての考察～新人ソーシャルワーカーの取り組みから～』『医療と福祉』No.76 vol.38・No. 1
- 高橋あすか(2006)『第7回実習指導者養成認定研修を受講して』『日本医療社会事業協会ニュース』No.18・3
- 武田加代子・南彩子(2000)『医師・看護師によるMSWの職務認知』『医療社会福祉研究』vol.9・No. 1
- 田村真美子(1996)『未来の医療ソーシャルワーカーに伝えたいこと』『医療と福祉』No.63 vol.29・No. 2
- 田村里子(1998)『緩和医療におけるソーシャルワーク』『医療と福祉』No.66 vol.32・No. 1
- 谷義幸(1999)『要介護認定におけるMSWの課題を考える～MSWとしてモデル事業に参画して～』『医療と福祉』No.67 vol.32・No. 2
- 谷善幸(2004)『地域に目を向けた実践を～地域活動の実際から学んだこと～』『医療と福祉』No.75 vol.37・No. 1
- 漆畑真人(1996)『転院問題の人権の論点について』『医療と福祉』No.64 vol.30・No. 1
- 渡部律子(2003)『改革期におけるソーシャルワークの行方』『ソーシャルワーク研究』vol.29・No. 3
- 山本和郎(1996)『危機学説』現代のエスプリ1996年10月号, 至文堂, 39頁
- 山本みどり(2001)『MSWとケアマネジャーの関係を探る～現場の不安は発展につながるのか～』『医療と福祉』No.71 vol.34・No. 2
- 山室創(1995)『高齢者介護の問題を考える』『医療と福祉』No.62 vol.29・No. 1
- 米村美奈(1999)『大学病院におけるソーシャルワーク機能の役割の明確化への試み～医療福祉相談室における業務報告書の作成とその内容の検討を中心に～』『医療と福祉』No.68 vol.33・No. 1
- 吉田雅子(2004)『小児がん患者の教育に関する諸問題に関する研究～医療ソーシャルワーカーによる支援のあり方について～』『医療と福祉』No.76 vol.38・No.1
- ゾフィア・T・ブトゥリム(1976)川田誉音訳(1993)『ソーシャルワークとは何か』4頁, 川島書店

An Inquiry into Difficulties Encountered with Japanese Medical Social Workers in Literature

Sugiura, Takako

Medical social workers encounter various difficulties in their work in Japan. This, however, means they are not always able to adequately show the effect of social work, or that they lose sight of the significance of it. Accordingly, this is a crisis situation for social work in Japanese society that has been growing in its significance.

According to a publication by the Japanese Association of Social Workers in Health Services, difficulties seem to grow not as a result of interaction between Health-Medical-Welfare systems, but as a result of one-way causes leading to this result. Namely, the point of effective practice is how to take the situation suitably. Therefore, it is necessary not to be involved in that situation, so difficulty will increase or decrease. What is important is that this must be acquired within a given period of time for training newcomers.

Key Words : Medical Social Work, Difficulty, Health-Medical-Welfare system, Interaction