

医療社会福祉研究

第7巻 第1号

特集 現代の医療とソーシャルワーカーの存在

- | | |
|---|-------|
| 現代の医療とソーシャルワーカーの存在 -特集にあたって- | 大谷 昭 |
| 医療社会福祉学の今後の課題：医療における社会福祉専門職の近未来 | 岡田 進一 |
| ソーシャルワーカーにおけるコスト意識の必要性
-マネジド・ケアと公的介護保険制度のシステム対応から- | 藤林 慶子 |
| 精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカーの課題 | 鹿内佐和子 |
| 医療機関におけるソーシャルワーカーの送致と管理 | 内藤 雅子 |
| 現代の医療とソーシャルワーカーの存在 | 熊谷 忠和 |

原著

- | | |
|---|-------|
| 医療ソーシャルワーカーと学生の援助技術基礎理論 (TO) の比較研究
北島 英治・田中千枝子 | |
| 社会福祉現場実習におけるスーパービジョン
-配属機関がスーパービジョンに及ぼす影響- | 山井 理恵 |

書評

- | | |
|--|-------|
| 橋高通泰著「医療ソーシャルワーカーの業務と実践 -援助内容データベースの構築-」 | 村上 信 |
| 尾崎新著「対人援助の技法 曖昧さから柔軟さへ」 | 倉石 哲也 |

1998年12月

日本医療社会福祉学会

「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する論文、報告、資料、書評などを掲載する。
2. 原稿は他紙に既に掲載されていないもの、また現在投稿中でないオリジナルなものに限る。
3. 著者ならびに共著者は本学会員に限る。
4. 論文には英文抄録（300語以内）をつける。
5. 原稿提出期限は、とくに定めるものを除いて随時とする。
6. 原稿の採否は、査読を行ったうえで編集委員会が決定する。
7. 本文は原則として、表題・図表・注・引用文献などを含めた12,000字以内とする。
8. 原稿送付先は機関誌担当理事とする。

〒583 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30

大阪府立看護大学 大谷 昭)

執筆要領

1. 本文は、400字詰原稿用紙、横書き。ワードプロセッサ利用の場合は22字×21行とする。フロッピーによる投稿も可能。
2. 原稿題名、著者名、所属、ならびにキーワード（2～5語）を明記。
3. 題名には必ず英文表記を付すこと。
4. 引用文献は引用順に、参考文献は著書名でABC順に配列する。

* 文献の書き方

単行本の場合 著者名：書名、引用頁、出版社名、発行年

雑誌の場合 著者名：論文題名、雑誌名、巻数、最初の頁-最後の頁、発行年

編集委員

荒川義子(編集委員長) 大垣芳美 大谷 昭 倉石哲也 佐々木政人

目 次

特集 現代の医療とソーシャルワーカーの存在

現代の医療とソーシャルワーカーの存在－特集にあたって－	大谷 昭	1
医療社会福祉学の今後の課題：医療における社会福祉専門職の近未来	岡田 進一	3
ソーシャルワーカーにおけるコスト意識の必要性 －マネジド・ケアと公的介護保険制度のシステム対応から－	藤林 慶子	12
精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカーの課題	鹿内佐和子	18
医療機関におけるソーシャルワーカーの送致と管理	内藤 雅子	24
現代の医療とソーシャルワーカーの存在	熊谷 忠和	29

原著

医療ソーシャルワーカーと学生の援助技術基礎理論（TO）の比較研究 北島 英治・田中千枝子		34
社会福祉現場実習におけるスーパービジョン －配属機関がスーパービジョンに及ぼす影響－	山井 理恵	42

書評

橋高通泰著「医療ソーシャルワーカーの業務と実践－援助内容データベースの構築－」 村上 信		51
尾崎新著「対人援助の技法 曖昧さから柔軟さへ」 倉石 哲也		54

現代の医療とソーシャルワーカーの存在 —特集にあたって—

大谷 昭*

はじめに

本学会では、第6回大会（1996年10月）で「医療における人間の尊厳」を考え、第7回大会（1997年10月）では「自己決定を問い直す」というテーマで、自明のごとく取り上げられている自己決定を、現在の具体的な医療状況における意義とそのあり方について検証した。また、それと関連して本誌の前号（第6巻1号）でも「医療における人間の尊厳」を特集している。一般にソーシャルワーク実践の構成要素は価値・知識・方法とされるが、「医療における人間の尊厳」はソーシャルワークの価値のレベルにおいて関係し「自己決定」は価値と同時に方法のレベルの問題として位置づけられる。

これらはただ抽象的、理念的な課題にとどまるものではなく、激動する保健医療の中での存在意義を問われているソーシャルワーカーが、存在の根拠をどこに見出すのかという切実な実践上の要求を反映している。

医療におけるソーシャルワーカーと専門性

保健医療におけるソーシャルワーカーはこれまで、その存在の根拠として専門性を常にキーワードとしてきた。そのような結果として、医療でのソーシャルワークが専門性を発揮し得る場として認められてもきた。その歴史の黎明期に関東と関西で、医療におけるソーシャルワーク活動をそれぞれ代表したと考えられる聖路加病院と淀川キリスト教病院がともにその創設期を米国で教育を受けてきたソーシャルワーカーによって始められたことによるものが、専門性の発展にとって影響を与えたのかもしれない。社会福祉の他の現場が例

外を除きまだまだ古い体質や古い考え方で処遇を行っていた時期に、それらの病院が新しくそれぞれの病院でソーシャルワークを開拓しようとするソーシャルワーカーにとってのモデルでもあり、目標でもあった時代があったことは確かなことである。

また、他の社会福祉の現場と異なり、具体的に直接提供できるサービスを持たないことが、弱みとして考えられたり、また実際に当事者であるソーシャルワーカーもそのような思いを抱くことが多かった。しかし、返ってそのことが専門性ということを常に意識して援助を考えたり、クライアントへのアセスメントや対人関係でのスキルの能力の向上を課題とすることで、ソーシャルワークの専門的実践を積み上げる誘因にもなった。

今後の課題

しかし、そのような社会福祉の領域で先駆的な実践を行ってきた医療におけるソーシャルワークが、専門性について問い直され、その存在の意義を考え直す状況となっている。その背景が高齢化社会を迎えての社会全体の変化と「社会福祉士」資格の創設である。

社会福祉士と医療におけるソーシャルワークについては多くの議論がなされ、各職能団体そのものが大きく揺れてきたことは、あらためて指摘するまでもない。確かなことはソーシャルワーカー全体の中での医療におけるソーシャルワーカーが占める割合の相対的低下ということである。社会福祉士という資格と高齢化社会を迎えての医療領域以外でのソーシャルワーカーの増加が社会福祉の中でのウェイトを低下してしまっているように

* Akira Ohtani : 本誌編集委員・大阪府立看護大学

見える。社会福祉系大学のなかでも社会福祉士に関連する科目、実習が中心となり、医療福祉に関連することが以前と比べて、中心から外れてしまったように見える。また高齢化社会は社会全体の中での社会福祉の認知は広くされるようになったが、医療の中でのソーシャルワークはその姿が返って見えにくくなっている。

このような状況の下で今後も医療においてソーシャルワーカーが存在し続けるためには、次のようなことを明らかにすることが課題となるであろう。

1. 社会福祉における医療ソーシャルワークの位置づけ

社会福祉を基盤にしていることは共通しつつ、保健医療におけるソーシャルワークの知識と方法について、ソーシャルワーク全般に共通する側面と医療での特有な側面のどちらに重点を置くかで、様々な見解がある。社会福祉のなかで医療におけるソーシャルワークをいかに位置づけるのが、もう一度問われなければならない。特に今後は実証的に検証される必要があるだろう。

2. ソーシャルワークがもたらす利益

ソーシャルワーカーはあくまでもクライアントへの貢献のために存在するのではあるが、医療組織の一員という立場である。特に今後医療機関は経営的観点、コスト意識がより一層強調されるであろう。非採算部門であるソーシャルワーカーが存在する意味をどのように説得しうるかである。また新たな時代は医療機関そのものが他の機関と差異化することが重要な条件となるが、そこに如何にソーシャルワーカーの場所を見出し得るかが課題となる。

3. 保健医療職種間のクロス・オーバー化

医療・保健・福祉の連携が叫ばれる中で、ケアマネージャーの実情に見られるように職種のクロス・オーバー化が顕著である。医療職種もソーシャルワークや他の専門領域の知識や手法を、本質的に可能かどうかは別にして柔軟に導入していく。業務の相互乗り入れをするとき、どうしても、客

観的知識を背景にする職種が有利になってしまう面は否めない。その時にソーシャルワーカーが武器とするのは、価値なのか、知識なのか、方法なのか。

めまぐるしく変貌する医療状況において、ソーシャルワーカーが医療の場にいる意義が問われている。高齢化社会の名の下で、社会福祉に対してかつてなかったような関心が向けられる反面、医療機関においては採算性や効率性がより強く求められることにより、ソーシャルワーカーの存在が脅かされるという状況もある。ソーシャルワーカーが医療の場に存在し続けるという課題と、ソーシャルワークの核になる価値や方法を貫くという課題の双方を実現することはそれ程容易なことではない。本特集の目的は、このような状況で、今後の展望も含めて、ソーシャルワーカーが医療の場に存在する真の意義とその戦略について、今考えるべきことをソーシャルワークの実践家及び研究者の方に執筆していただいた。これらの論文が、新しい時代の保健医療におけるソーシャルワークのあり方への示唆となることを信じている。

医療社会福祉学の今後の課題： 医療における社会福祉専門職の近未来

岡田進一*

Key Words 医療社会福祉学，医療ソーシャルワーカー，生態学アプローチ，医療ソーシャルワーカーの役割

1. はじめに

近年，社会福祉制度の構造改革が進められ，医療社会福祉学の枠組みも変化が求められている¹⁾²⁾。医療・保健・福祉のそれぞれの学問領域が近接し，学際的なアプローチが求められ，「医療における社会福祉学とは何か。」が問われ直されている。そのような状況のなかで，医療社会福祉学の定義，医療ソーシャルワーカーが持つ価値や倫理，医療ソーシャルワーカーの実践理論や基本的技法などを再検討する必要がある。

学際的なアプローチが求められ，医療・保健・福祉関連の専門職に，さらなる期待がかけられる状況を押し進めているのは，介護保険制度が導入されるためである。しかし，白澤が指摘するように，介護保険制度の導入は，社会福祉が「危機」に直面する可能性³⁾もあることを忘れてはならない。介護保険制度は，既存の医療・保健・福祉という枠組みを超え，いかにサービス利用者（高齢者）の生活全体を捉え，援助していくのかを考えるための機会を提供した制度であると言える。

介護保険制度は，学際的なアプローチが高齢者を援助することに有益であり，効果的であることを前提として成り立っている。その制度下で「医療社会福祉学は，どのような視点で，どのような理論で，どのような基本的技法で，サービス利用者を援助していくのか。」を明確にしなければならない。また，介護保険制度は，附帯決議にあるように，将来は障害者にも拡大されていく制度⁴⁾であり，医療ソーシャルワーカーがかかわる可能性はきわめて高い。また，医療ソーシャルワーカーを取り巻く環境（医療技術，医療制度，保険制度，福祉制度，社会・経済・政治状況，サ

ービス利用者の意識）は，急速に変化し，医療ソーシャルワーカーに対する期待やサービス利用者のニーズも多様化しているため，早急に対応していかなければならない。

そのような状況にある医療ソーシャルワーカーに対して，筆者は，本論文で医療社会福祉学の基本的アプローチの一つとして生態学的アプローチの採用を提案し，また，そのアプローチの概要と限界や医療社会福祉学における理論構築についての今後の課題を提示する。次に，介護保険制度導入後の医療ソーシャルワーカーの3つの重要な役割を提示し，最後に，医療社会福祉学と医療ソーシャルワーカーの発展のために本学会が果たすべき今後の役割を示す。

2 医療社会福祉学における理論の構築

(1) 実践を倫理化するための基本的アプローチの一つとしての生態学的アプローチ

心理社会的なアプローチを実践してきた医療ソーシャルワーカーが今後もそのアプローチを続けていくことは必要である。さらにワーカーが実践での現象を包括的に捉えるためには，環境要因を含む捉え方も必要である。そこで，医療社会福祉実践を理論化するための基本的アプローチの一つとして，生態学的アプローチが実践現場でも採用されることを筆者は望んでいる。

社会福祉学における生態学的アプローチは，米国において研究が進められた。特に，1960年から1970年代に，医学モデルに疑問を持ち始めた社会福祉学研究者らにより，システム理論などを応用しながら考えだされた⁵⁾。社会福祉学における生態学的アプローチは，人間と環境との相互作用を

*Shinichi Okada：大阪市立大学生活科学部

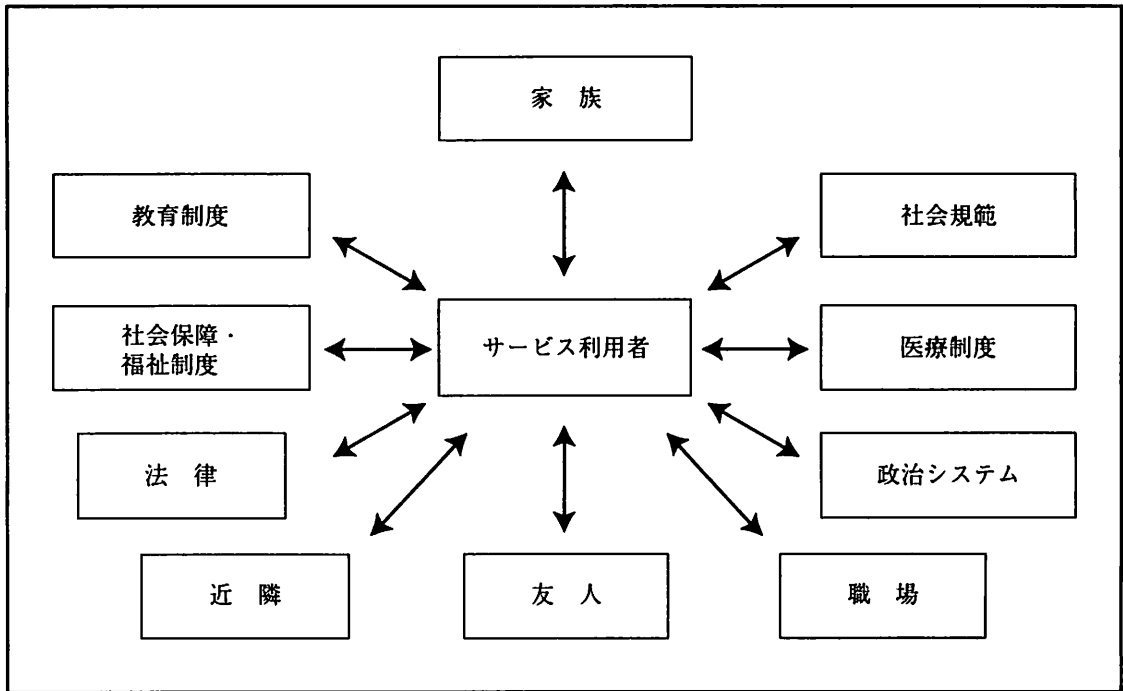


図1 社会福祉学における生態学的アプローチの環境の中の人間の捉え方 (筆者が独自に作成)

重視し、人間は環境により変化（成長・適応）することを前提としている⁶⁾。図1にあるように、生態学的アプローチでは、環境の中にある人間としてサービス利用者を捉え、介入していく方法を考えていくことをすすめている。

このような考え方は、パールマンの折衷的心理・社会的アプローチ（問題解決アプローチ）の考え方に近い。パールマンの「状況の人」⁷⁾の考え方をさらに発展させ、相互作用という考え方を付け加えたものとも考えることができる。このアプローチを積極的に活用し、生活モデルを提案しているのがジャーメインとギターマンらである。また、ジャーメインは、生態的アプローチを医療ソーシャルワークに応用し、多くの論文を発表している⁸⁾。

生態学的アプローチにおける相互作用以外の主要概念に、エネルギー、適応、交換などがあ⁹⁾る。

このアプローチにおけるエネルギー（Energy）とは、人間と環境との間に生じるエネルギーのこ

とを示す。個人の生活に影響を与えるエネルギーを直接的エネルギー支援と呼び、その例として、障害のために日常生活を円滑に行うことができない人に対する身体的・心理的（情緒的）支援などがあげられる。また、個人のエネルギーを援助を必要とする人の社会資源（環境要因）として活用することを間接的エネルギー支援と呼び、その例として、地域でのボランティア活動などがあげられる。

適応（Adaptation）とは、個人が環境に合わせて生活していくことを示し、生活を円滑に行うためには、環境や状況に応じて対応し、適応しながら生活していく必要がある。そして、適応するために身につけたスキルをコーピングスキル（Coping Skills）と言い、医療ソーシャルワーカーにとって、望ましいものと望ましくないものに分けられる。望ましいものの例として、障害に対する自己受容などがあげられ、望ましくないものの例として、友人の死に直面した際の急激なアルコール飲酒行動などがあげられる。

交換 (Transaction) とは、人間と環境との間で行われるコミュニケーションを示す。このコミュニケーションは、正と負に分けられ、正の交換が行われた際には、望ましい適応がなされることが多く、逆に、負の交換が行われた際には、望ましくない適応がなされることが多い。正の交換の例として、高齢者が情緒的支援を受け、また、高齢者も支援者に対して感謝の意を示すことなどがあげられる。負の交換の例として、個人が犯罪行為を行ったことに対して、社会から罰則が与えられることなどがあげられる。

このアプローチが医療社会福祉学の基本的なアプローチの一つとして適している主な理由は、医療ソーシャルワーカーが行う介入は、サービス利用者本人に対してだけでなく、環境に対して行う場合も多いからである。実践現場でも、松山は医療ソーシャルワーク実践を次のように捉えている。サービス利用者は「環境との相互作用の中で生活をしている。(中略) (医療ソーシャルワーカーの援助は、) 個人に焦点を当てるのではなく、環境だけに焦点を当てるのではなく、その相互作用に焦点を当てるものである。」(p.12, 括弧内は筆者が加筆)¹⁰⁾。また、実践報告や実証的研究¹¹⁾¹²⁾¹³⁾ などから見ても、医療ソーシャルワーカーが介入している対象は、サービス利用者とその環境であり、ワーカーは、利用者と環境との相互作用に焦点を当てながら介入していると言える。

(2) 生態学的アプローチの限界と理論構築における今後の課題

生態学的アプローチは、介入する前のアセスメントの際に非常に有効なアプローチであり、医療ソーシャルワーカーがどのようにサービス利用者をつまえばよいのかを提示するものである。しかし、このアプローチから実践のプロセスや問題の解決方法についての示唆はほとんど得られない。また、実践報告は存在するが、生態学的アプローチを用いた実証的研究は非常に少ない。

今後、日本の医療社会福祉学研究者やワーカーは、生態学的アプローチを使った研究や実践を行い、生態学的アプローチにもとづく理論やモデル構築を行う必要がある。また、生態学的アプローチでは捉えることができない実践プロセスや介入

方法などの理論化あるいはモデル化を行っていくことも必要であろう。

医療社会福祉学における理論化やモデル化を行っていく前提条件として、次のようなことを明らかにしていかなければならない。

- ①医療ソーシャルワーカーの共通の視点・価値
- ②医療ソーシャルワーカーが行っている共通の業務内容
- ③熟練ワーカーがアセスメントする際に留意する項目
- ④熟練ワーカーが介入前におこなう介入計画の策定方法
- ⑤熟練ワーカーが活用する介入技法
- ⑥熟練ワーカーが活用するコミュニケーション技法
- ⑦熟練ワーカーが介入の際に果たす役割

以上のようなことを明らかにすることによって、医療社会福祉学における実践の理論化あるいはモデル化が可能と考えられる。

医療社会福祉実践の理論化あるいはモデル化が達成されたとしても、ワーカーの専門職としての責任を果たしたことにはならない。理論あるいはモデルにもとづいた実践の評価を行い、その評価の結論を明示し、サービス利用者の生活支援に役立っていることを論証した時、医療ソーシャルワーカーの専門職としての責任を果たしたことになる。医療社会福祉学における一つの理論構築は、図2のようなプロセスで行われることが望ましく、また、このプロセスを経て、ワーカーの専門職としての役割を果たしたことになる。

3. 介護保険制度導入後の医療ソーシャルワーカーの役割

前項でも述べたように、理論やモデルが提示されても、実践現場のワーカーがその理論やモデルを実践し、理論やモデルの評価を行わなければ、最終的に医療ソーシャルワーカーが専門職としての責任を果たしたことにはならない。また、社会状況やサービス利用者のニーズに迅速に対応し、サービスのあり方を考え、社会のニーズに対応できる援助の方法論を確立していかなければならない。そこで、医療ソーシャルワーカーが社会状況

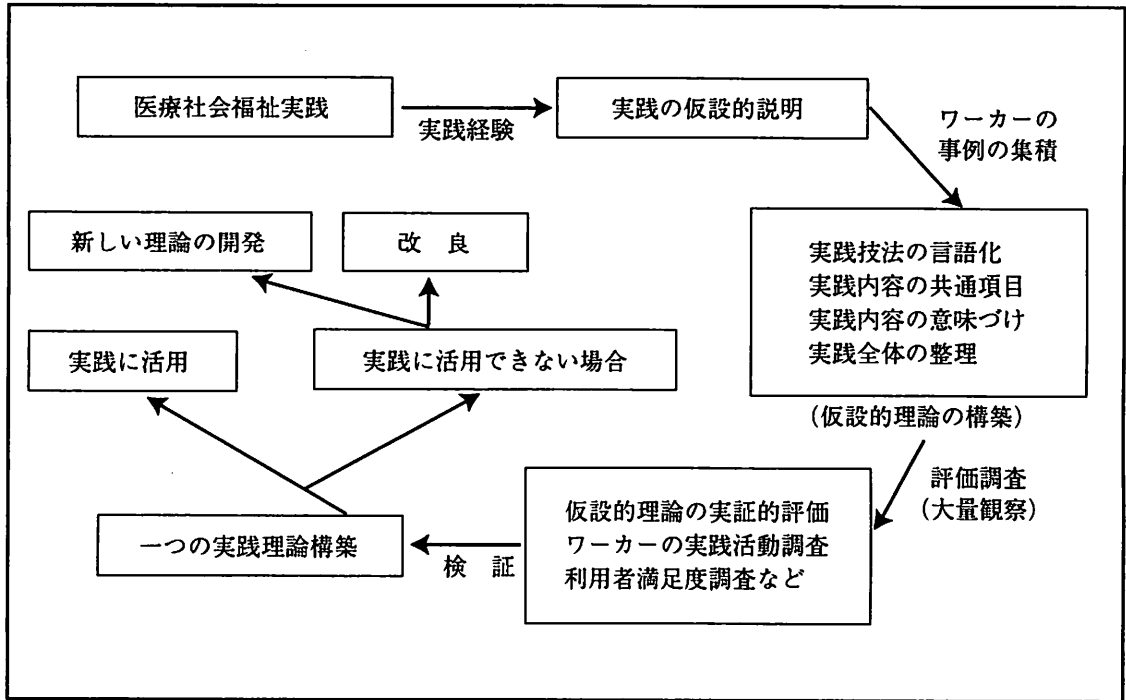


図2 専門職としての責任を果たすための実践理論構築のプロセス (筆者が独自に作成)

に応じて、どのような役割を果たすことが必要であるのかを次に述べたい。特に、ここでは、2000年(平成12年)に実施予定とされている介護保険制度導入後に重視されるべき医療ソーシャルワーカーの3つの役割について論述する。

(1) 医療機関におけるケアマネジャー

医療ソーシャルワーカーが果たすべき重要な役割としてケアマネジャーがある。先にも述べたように、介護保険制度は、対象者が障害者にも拡大される可能性が高く、将来の医療ソーシャルワーカーが介護保険制度のケアマネージメントを担う中心的存在となる可能性が高い。その準備として、ワーカーは常にケアマネージメントについての情報を入手し、ワーカー間のコンセンサスを形成しておく必要がある。また、ケアマネージメントに関して次のような課題があり、その点について十分にワーカー間で議論をしておかなければならない。

① ケアマネジャーとしての視点

ローズとモアがケアマネージメントを「サービ

ス利用者中心型」と「サービス提供者中心型」に分類し、現在のケアマネージメント実践の多くは「サービス提供者中心型」であるとしている¹⁴⁾。その違いについて要約すると、「サービス利用者中心型」は、サービス利用者の強さやポジティブな面に焦点をあて、サービス利用者の考え方にそってケアの目標を設定し、ケア計画を立て、実施していくケアマネージメントである。一方、「サービス提供者中心型」は、サービス利用者の問題や病理的な面に焦点をあて、存在するサービスをコーディネートしていくことを中心に実施していくケアマネージメントである。どちらを採用するかは、医療ソーシャルワーカー間で論議することが必要であるが、ドゥーパーが主張するように、医療ソーシャルワーカーがもつ専門職としての価値から考えて、医療ソーシャルワーカーは「サービス利用者中心型」ケアマネージメントを採用すべきであり¹⁵⁾、また、ワーカーが現在行っている援助の視点も「サービス利用者中心型」に近いと筆者は考えている。ただし、医療ソーシャル

ワーカーも医療機関の職員であるため、どこまで「サービス利用者中心型」ケアマネジメントができるかは、「どの程度ワーカーの立場を所属機関のスタッフが理解しているか。」などの環境要因と、「どの程度ワーカーが他の医療スタッフと交渉する能力や技術をもっているか。」などのワーカー個人の資質要因などによると考えられる。

② ケアマネジメントを行う際のアセスメント項目の整理

現在、医療ソーシャルワーカーが行っているアセスメントと異なるものではないが、アセスメントの際の項目を言語化し、障害別に分類・整理してケアマネジメントのアセスメント項目を標準化しておくことが必要である。さらに、障害に関係なく共通するアセスメント項目と障害別に区別すべきアセスメント項目とを分類し、アセスメントに関連する留意点についても言語化し、共通認識できるものにしておかなければならない。アセスメント項目の標準化は、医療ソーシャルワーカーの専門性を示す重要な課題であり、早急に達成されなければならない課題である。

③ ケアマネジメント実践内容の明確化

ケアマネジメントを行う際の視点を明確にし、アセスメント項目を整理した後、業務内容であるケアマネジメントの実践内容について、医療ソーシャルワーカー間でコンセンサスを形成する必要がある。ワーカーが行うケアマネジメント実践の内容を明確化するためには、現在ワーカーが行っている退院計画の業務内容、医療相談業務の内容、相談・援助の際に用いる技法、援助を行う際のコミュニケーション技法などを言語化し、分類・整理し、医療におけるケアマネジメント業務指針を作成することが望まれる¹⁶⁾。

(2) 地域社会での医療相談アドバイザー

今後、介護保険制度を含む医療・保健・福祉制度の多くが地方分権化を意識した制度に改革される可能性が高く、地域社会に焦点をあてた政策が進められると予想される。そのため、医療ソーシャルワーカーも他の医療スタッフも地域社会を意識した活動が求められ、医療機関内の役割だけでなく、地域社会での役割も果たさなければならない。医療ソーシャルワーカーが地域社会で果たせ

る役割として、先のケアマネージャー以外に、医療相談アドバイザーが考えられる。このアドバイザーシステムは、米国の一部で行われているもので、医療ソーシャルワーカーの重要な役割の一つとして認識されている¹⁷⁾。

医療相談アドバイザーの業務内容は、①地域に在住する潜在的なサービス利用者やその家族に医療・保健・福祉に関するサービスの情報提供を行うこと、②サービス利用者の医療機関退所後のフォローアップ調査を行い、提供されたサービスに対する満足度あるいはサービス利用者の生活の質(QOL)に関する調査を行うこと、③地域住民の医療機関に対する調査を行い、潜在的な医療・保健・福祉ニーズを分析し、あらたなサービス・社会資源開発を行うことなどがある¹⁸⁾。この医療相談アドバイザーには、社会調査に関しての知識・技術と医療・保健・福祉制度や疾病に関する正確な情報の収集・処理能力が求められる。

(3) サービス利用者とその家族の代弁者

この役割はケアマネージャーの役割の中に含まれることもあるが、ここでは分けて考えることとする。医療における代弁者としての役割はソーシャルワーカーが果たしてきた重要な役割で、すでに多くの医療ソーシャルワーカーが果たしてきた役割であるが、明確な定義やガイドラインについては明らかではない。そこで、代弁者という役割を整理し、その留意点について述べる。

代弁者という役割には、大きく2つのカテゴリーが存在する。特定の集団(例えば、低所得者、障害者、HIV感染者など)を支援するために、その集団を援助する者をクラス代弁者と呼び¹⁹⁾、個人(サービス利用者やその家族)を支援するために、その個人を援護する者をケース代弁者と呼んでいる²⁰⁾。クラス代弁者もケース代弁者もサービス利用者の視点に立ち、個人の権利と公共性の両面から判断することが求められる。医療ソーシャルワーカーは、個人の権利と公共性、専門職としての価値を常に意識し、代弁者としての行動を取ることが求められる。しかし、所属機関の役割期待と代弁者という役割期待との間に葛藤が生じる可能性もありうる。

このような葛藤を軽減するための方法として、

クラスあるいはケース代弁者が留意すべき点に次のようなことがあげられる²¹⁾。

- ①代弁者活動は、サービス利用者のために行う活動であり、ワーカー個人やワーカー全体の利益のために行う活動ではないことを認識しながら活動し、その趣旨を関係者に伝えること。
- ②代弁活動を行う前に、サービス利用者や擁護すべき内容、関連する制度・法律などについて正確な情報を得ること。
- ③サービス利用者によく話し合い、代弁すべき事柄をよく整理すること。
- ④課題を達成するための、ソーシャルワークの技法（敬意をもって話をすすめる：相手の主張内容をよく聴く：ワーカーやサービス利用者の考え方を交渉相手に効果的に伝えるなど）を用いながら交渉相手と話し合い、代弁活動をすすめること。
- ⑤代弁活動が積極的に行えるように、関連団体（弁護士会・患者会・家族会など）との密接なネットワークを持つこと。
- ⑥代弁活動を効果的にすすめるために、交渉相手のキーパーソンを見つけだすこと。
- ⑦代弁活動が行えない場合、すぐに対応できる援助機関を探し、サービス利用者とその機関を紹介すること。
- ⑧ワーカーや関係者が行ったすべての代弁活動（交渉相手の言動を含む）について詳しい記録を残すこと。

上記に述べた3つの役割は、医療ソーシャルワーカーがすでに行っている可能性がある。しかし、本論文でこれらの役割をあえて取り上げた理由は、これらの役割がこれまで自明のこととされ、医療ソーシャルワーカー間で議論がなされ、コンセンサスが形成されているとは考えられないためである。今後、これらの役割についての議論がなされ、3つの役割を含む医療ソーシャルワーカーの業務指針が作成されることを筆者は望んでいる。医療社会福祉学に関する新たな理論やモデルの構築と同時に、今後の社会状況に対応できる、ケアマネージメントなどを含む医療ソーシャルワーカーの業務指針の作成は緊急の課題であろう。

次の項では、本学会がどのような形でこれらの緊急課題に対して貢献していけるのかなどを含んだ本学会の今後の役割について述べることにする。

4. 本学会の今後の役割

(1) 医療社会福祉学における理論やモデル構築について議論する場としての学会

医療社会福祉学における理論やモデル構築のために、本学会が果たす役割は大きい。本学会で山手が1992年に「医療社会福祉学の理論的枠組み」を本学会誌の『医療社会福祉研究』に発表している²²⁾。この論文の中で研究枠組みが示され、また、実証的研究の成果や業務指針についても示されている。他にも、理論、モデル、業務指針について、いくつかの著書が存在している^{23) 24) 25)}。しかし、それらに提示された理論、モデル、業務指針は実践にもとづくものではあるが、それらに対する評価研究は行われていない。また、それらについて、会員の間で様々な議論がなされたことも非常に少ない。さらに、業務指針に関する研究では、かなり具体的な業務項目の検討がなされているが、業務指針選択にあたっての理論的根拠が明確に示されず、また、業務内容項目に対応する具体的な医療ソーシャルワークの援助技術が示されていない。

そのような状況のもとで理論と実践が遊離するのではなく、理論がより効果的な実践をすすめる役割を担い、実践が理論を改善する役割を担うようにならないと行かない。そのために、今後、本学会において、会員が実践にもとづいた様々な理論やモデルを提示し、そして、多くの会員により活発な議論がなされる必要がある。また、理論やモデルを用いた事例研究や評価・調査研究なども実施され、さらにその結果が学会誌で発表され、実践に有効な理論やモデルの構築と普及が本学会を通じてなされていくことが望まれる。このような実践にもとづく医療社会福祉学の理論・モデル構築こそが本学会独自の領域であり、その議論を高めることが重要な役割の一つである。

(2) 医療ソーシャルワーカー養成カリキュラム案を提案する場としての学会

医療ソーシャルワーカー養成のためにどのようなカリキュラムが必要かを、本学会においても議

論していかなければならない。専門職としての医療ソーシャルワーカーの養成カリキュラムは、社会福祉学を基本とする学部レベル、大学院修士課程レベル、大学院博士課程レベルの3つのレベルが準備されることが望まれる。1997年に日本医療社会事業協会が『医療ソーシャルワーカー専門講座テキスト』を刊行し²⁶⁾、医療ソーシャルワークにおける基本的な教育内容を提示した。有意義なテキストではあるが、医療社会福祉学の理論的枠組みが明確には示されていない。今後、医療ソーシャルワーカーとして、どのような理論やモデルの知識が必要で、その理論やモデルと社会福祉学の固有の視点とがどのように関係しているのか、さらに、理論やモデルが実践現場でどのように活用され、どのような技法と関連しているのかを検討していかなければならない。その上で、初級テキスト、中級テキスト、上級テキストが刊行され、それに対応して、学部レベル、大学院修士課程レベル、大学院博士課程レベルのカリキュラム編成が可能になると考えられる。

(3) 用語統一と標準テキストを提案する場としての学会

専門職確立の条件の一つに、用語統一と標準テキストの成立がある。アボットによれば、専門職が成立するためには、その専門職が使用する専門用語の統一と用語の共通認識、統一された用語をもとに書かれた標準テキストが条件の一つになると言う²⁷⁾。日本医療社会事業協会が刊行したテキストはあるが、この中で用いられた用語が医療ソーシャルワーカー間で共通認識されているかどうかは確認されていない。社会科学の中で標準テキストが成立していると言われている近代経済学と比較すると、医療社会福祉学は、完成した学問体系とは考えられず、さらに、学問体系から構成された標準テキストが作成されたとは言えない。特に、用語については、かなり綿密な検討を必要とし、本学会で用語統一検討委員や標準テキスト刊行委員会などを設置し、早急に検討する必要がある。

5. おわりに

社会状況の変化による時代の要請とともに、サービス利用者のニーズに迅速に対応するためには、

グローバルな見地から社会現象やサービス利用者のニーズを捉え、援助の方法を考えていかなければならない。そのグローバルな視点で捉えるアプローチの一つとして、筆者は生態学的アプローチを提案し、また、社会の要請に対応するため、筆者は医療ソーシャルワーカーが果たすべき役割と本学会の役割をそれぞれ提示した。これらの提案が医療社会福祉学や医療ソーシャルワーカーの近未来に対する提案であることを読者に理解を求めるとともに、これらの提案が医療社会福祉学と医療ソーシャルワーカーの今後の発展に役立つものであると筆者は考えている。

最後に、医療ソーシャルワーカーは、これまで時代に応じて迅速に対応し、また、本学会も積極的な活動を展開してきた。その例が阪神・淡路大震災に対する迅速な対応であり、その実践記録が本学会より1998年に刊行された²⁸⁾。今後も本学会が医療社会福祉学や医療ソーシャルワーカーの発展に大きく寄与できるものと強く信じ、微力ながら、筆者は会員として本学会の活動に積極的に参加していきたいと考えている。

【注】

- 1) 福祉改革の必要性については、相原和子(1996)「改革の必要性と現状」『保健医療社会学論集』第7号、pp.16-18を参照のこと。
- 2) 福祉構造改革についての方向性については、厚生省社会・援護局企画課監修(1998)『社会福祉の基礎構造改革を考える：検討会報告・資料集』中央法規に主な検討内容が示され、審議会等の指摘事項が掲載され、今後の改革の方向性が示されている。
- 3) 白澤政和(1997)「監訳者あとがき：社会福祉実践の危機とケースマネジメント」ステファン・M・ローズ編、白澤政和/渡部律子/岡田進一監訳『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房、pp.393-411
- 4) 平成9年5月21日衆議院厚生委員会「介護保険法案、介護保険法施行法案及び医療法の一部を改正する法律案に対する附帯決議」および平成9年12月2日参議院厚生委員会「介護保険法案及び介護保険法施行法案に対する附

- 帯決議」厚生省老人保険福祉局介護保険制度
施行準備室監修（1998）『介護保険関係法令
実務便覧』第一法規，pp. 2788-2892
- 5) Zastrow, C. (1992). *The Practice of Social Work* (4th Ed.). CA : Wadsworth Publishing.
- 6) Germain, C.B. & Gitterman, A. (1996). *The Life Model of Social Work : Advances in Theory & Practice* (2nd. Ed.). NY : Columbia University Press, pp. 5-13.
- 7) Perlman, H.H. (1986). *The problem-solving model*. In F.J. Turner (ed.), *Social Work Treatment : Interlocking Theoretical Approaches*, pp. 245-266.
- 8) 多くの論文の中で、ジャーメインの医療ソーシャルワークと生態学的アプローチに関する代表的な論文としては、Germain, C.B.(1977). *An ecological perspective on social work practice in health care*. *Social Work in Health Care*, 3, pp. 67-76.
- 9) 文献5) と同じ。
- 10) 松山眞 (1996) 「保健・医療分野のソーシャルワーカー：その役割と性質」『保健医療社会学論集』第7号，pp. 10-14.
- 11) 宮崎清恵 (1995) 「周産期・新生児期医療におけるソーシャルワーカーの役割と課題」『医療社会福祉研究』第4巻第1号，pp. 24-31.
- 12) 山川恵里佳，大本和子，内田敦子 (1996) 「骨髄移植患者への援助過程におけるのソーシャルワーク課題とその実践～東海大学病院における15年間のソーシャルワーク実践を通して～」『医療社会福祉研究』第5巻第1号，pp. 51-59.
- 13) 松岡千代，荒川義子 (1996) 「ヘルスケア専門職の「関心領域測定尺度」の作成と比較に関する研究」『医療社会福祉研究』第5巻第1号，pp. 67-73では，医療ソーシャルワーカーは，看護婦などの他の医療専門職より「社会領域」に対する関心が高いとしている。社会領域に関する質問項目には，人間と環境との相互関係を意味する質問が含まれている。実証的研究として大変興味深い知見が得られている。
- 14) Rose, S.M. & Moore, V.L. (1995). *Case management*. *Encyclopedia of Social Work* (19th. Ed.). DC : National Association of Social Workers, pp. 335-340.
- 15) Dhooper, S.S. (1997). *Social Work in Health Care in the 21st Century*. CA : Sage Publications.
- 16) 医療ソーシャルワーカーについての具体的な業務指針については，日本医療社会事業協会業務養成検討委員会 (1991) 『医療ソーシャルワーカー業務指針検討に関する報告書』日本医療社会事業協会に示され，画期的な報告書ではあるが，医療におけるケアマネジメント業務全般については示されていない。また，医療ソーシャルワークとケアマネジメント業務との関連についても記述されていない。
- 17) 文献15) と同じ。
- 18) 文献15) と同じ。
- 19) Connaway, R.S. & Gentry, M.E. (1988). *Social Work Practice*. NJ : Prentice Hall.
- 20) Wallace, S.R., Goldenberg, R.J., & Slaby, A.E. (1984). *Clinical Social Work in Health Care : New Biopsychosocial Approaches*. NY : Praeger.
- 21) Kirst-Ashman, K.K. & Hull, G.H. (1994). *Understanding General Practice*. IL : Nelson-Hall.
- 22) 山手茂 (1992) 「医療社会福祉学の理論的枠組み」『医療社会福祉研究』第1巻第1号，pp. 24-35.
- 23) 保健医療ソーシャルワーク研究会編 (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
- 24) 杉本照子・森野郁子監修，大本和子・笹岡真弓・高山恵理子編 (1996) 『ソーシャルワーク業務マニュアルー実践に役立つエッセンスとノウハウ』川島書店
- 25) 医療ソーシャルワーカーの現状を把握し，その現状にもとづいて作成された業務内容に関する最新の実証的研究として，橘高通泰 (1997) 『医療ソーシャルワーカーの業務と実践』ミネラルヴァ書房がある。実証的研究がなされている点で高く評価でき，また，キーワードを用いたパスチャートで援助過程が

理解しやすく工夫されている。しかし、ここでも医療におけるケアマネジメント業務については検討されておらず、医療ソーシャルワーク業務とケアマネジメント業務の関連についても言及されていない。

- 26) 日本医療社会事業協会現任教育研修委員会編 (1997) 『医療ソーシャルワーカー専門講座テキスト：実践力を高めるために』日本医療社会事業協会
- 27) Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. IL : The University of Chicago Press.
- 28) 日本医療社会福祉学会編 (1998) 『地域型仮設住宅における医療ソーシャルワークの記録』日本医療社会福祉学会

ソーシャルワーカーにおけるコスト意識の必要性 — マネジド・ケアと公的介護保険制度のシステム対応から —

藤 林 慶 子*

Key Words マネジド・ケア, 公的介護保険,
コスト意識, 介護サービス計画

はじめに

マネジド・ケアは、アメリカ合衆国で生まれた用語である。医学文献のデータベースである【MEDLINE+】で“managed care”を検索すると、過去2年間に限定しても、2,600件以上の文献が検索できるほど一般的な用語となっている。【MEDLINE+】において、マネジド・ケアという言葉が初出するのは1980年代後半であり、90年代に入って論文数は一挙に増加する。

わが国においてマネジド・ケアという言葉が頻繁に使用されるようになったのは、ここ数年のことである。保健・医療分野において、アメリカ合衆国の医療費抑制政策が紹介される中で多くの概念がわが国の保健・医療・福祉政策に大きな影響を与えたのと同様に、マネジド・ケアも影響を与えようとしている。また、マネジド・ケアの動向だけではなく、医療費抑制政策や医療等の質の向上施策の一環として、アメリカやわが国において研究が進められているケースマネジメントやディスチャージプランニング、クリティカル・パス（クリニカル・パスウェイ）なども注目されている。そして、これらの用語の目的には、医療の効果性や効率性の追及が必ず盛り込まれている。欧米諸国では、医療の効率性、効果性、医療費抑制が大きな問題となっており、対応が求められているのである。

一方、わが国では1997年12月に介護保険法が成立し、社会保険方式による公的介護保険制度が2000年（平成12年）4月から施行されようとしている。公的介護保険制度の基本的理念の一つとして「効率的なサービスの提供」があげられている。公的介護保険制度で述べられている「効率性」と

いう言葉には、保健・医療・福祉サービスの総合的、一体的、効率的提供を意味するとともに、ただ単にサービスを効率的に提供することだけではなく、経済的な効率性の追及も含んでいると捉える。介護支援専門員の作成する介護サービス計画を作成する際の重要な観点がこの言葉に示されている。

このような動向の中でわが国においては、採算性や効率性をソーシャルワーカーはどのように把握すべきか、そしてソーシャルワーカーの採算性や効率性はどのように考えるのか、という疑問が生じている。このような疑問に答えるには、ソーシャルワーカーの価値と役割の議論にまで言及しなければならないことはいうまでもない。しかし、医療費抑制政策とは何か、効率性や採算性が今後わが国の保健・医療・福祉政策にどのような影響を与えるのかを明確にすることも、その前段階として必要なことである。

そこで本稿では、マネジド・ケア並びにわが国の公的介護保険制度に位置付けられたケアマネジメントにおけるコスト意識について述べるとともに、マネジド・ケアやケアマネジメントにおいてソーシャルワーカーはどのような観点を持つべきかについての考察を行う。

マネジド・ケアの概要とコスト意識

医療保障政策とは、極めて歴史的社会的産物である。その時代の経済や文化、社会制度等によって変動して今日に至っており、日々変化を続けている。アメリカ合衆国におけるマネジド・ケアについての概念も決して確立しているわけではなく、マネジド・ケアの定義は不明確である¹⁾といわ

*Keiko Fujibayashi：上智社会福祉専門学校

ざるをえない。

アメリカにおけるマネジド・ケアの歴史については、Encyclopedia of Social Work 19th Editionにおいて詳細に述べられている²⁾。マネジド・ケアは1990年代から急速に発達したが、その根底には、1800年代から続く医療保障制度と第二次世界大戦以降、特に60年代以降のメディケアやメディケイドをはじめとするヘルスケア全般における医療費高騰を引き起こした要因などがあり、それらの要因が複合的に交錯して今日に至り、マネジド・ケアを生み出したのである。

マネジド・ケアの定義の一つとして、「適切なケア提供のためのシステム・アプローチであるとともに、その目標はケアをより低いコストで提供することである³⁾」としているものがある。また、「ヘルスケアサービスを包括化するとともに、連続的なネットワークを構築することによって、利用者のサービス利用を計画管理し、サービス利用の無駄や重複を省くことに重点を置きつつ、利用者がサービスやコストをよく理解し、支払者側や提供者側と共同してサービスを受けることができれば、満足度を向上させることが可能であるという基本的な考え方⁴⁾」であるとする定義もある。つまり、質の高いサービスを低いコストでサービスを提供することこそマネジド・ケアの第一義的目的であるといえる。

アメリカにおける医療保障制度がわが国の社会保障制度と大きく異なることはいうまでもない。アメリカでは、民間保険会社が被保険者を集め、医療保険を運営していく仕組みをとっており、メディケア、メディケイド加入者を除いて、多くの国民が民間保険会社の保険に加入している。つまり、数多くの保険会社が、全国規模あるいは地域規模で存在しているということである。それぞれの保険会社は当然のことながら、独立採算性をとっている。そして、被用者を雇用している会社または個人は、どの保険会社と契約するかについては全くの自由選択にまかされており、それぞれの選択肢にあった条件を提示する保険会社を選ぶことになる。その選択要因の一つが保険料と保険給付の内容である。そして、各保険会社の医療費の変動が各保険会社に加入している被保険者に保険

料として跳ね返るために、日本よりも保険に関わる医療費の増減が被保険者にとっても見過ごすことのできない問題として意識されることになる。それゆえに、医療費抑制政策が一般の被保険者にとっても身近な問題として存在しているようである。

マネジド・ケアの仕組みを図で表すと、図1のような四者構造となる。医療サービス提供者、支払者、医療サービス購入者のそれぞれに関与するシステムがマネジド・ケアである。そして、マネジド・ケアには5つの側面がある。

第一に、90年代に入ってから主張されたHMO (Health Maintenance Organization)、PPO (Preferred Provider Organization) 等が採用している医療の質の向上と医療費の適正化を同時に達成する管理された医療の総称としてのマネジド・ケアの側面である。HMOとはある保険加入者に対して医療サービス、財務管理の両方を行う医療システムをいう。HMOには、いくつかの種類があり、例えば、多くの専門医が参加しているグループ・プラクティスと契約し全ての医療サービスを提供するグループHMOや独立開業医が事業法人を作って行い、それぞれの医師が契約や管理のために利用するシステムであるIPA (Independent Practice (あるいはPhysician) Association) などがある。

第二に、提供者、利用者、支払者の三者に契約に基づいて加入し、医療の質の向上と医療費の適正化の二つの目的を達成する技法のことを指す場合である。

第三に、医療提供者に対する介入ないし管理された医療システムに参加しないと、医療提供者が行き残れないが、あまり管理されすぎることに対する不満の表出という社会現象としてのマネジド・ケアの側面がある⁵⁾。

第四に、医療費のマネジメントをするにあたって、メディカルソーシャルワーカーの役割をマネジド・ケアは最大限に活用していくというソーシャルワーカーからみたマネジド・ケアの側面がある。

第五に、一括した系統的マネジド・ケアを行うための組織としてのマネジド・ケア機構の誕生としての側面である。マネジド・ケア機構が保険会

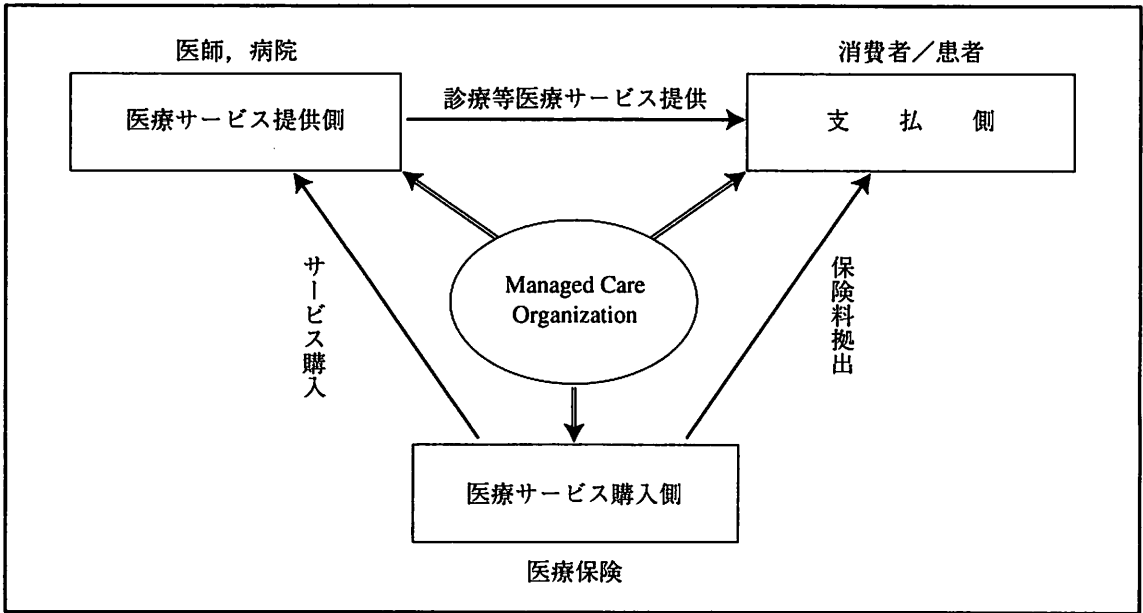


図1 合衆国におけるマネジドケアの概要

社と契約することによってマネジド・ケアを進めるという形態が出てきた。医療機関とマネジド・ケア機構との契約は半永久的に継続するわけではなく、医療費抑制等についての改善や質の向上がみられないような場合は、医療機関は契約を解除されることもある。

また、公的医療保障である高齢者や障害者を対象とするメディケアと母子家庭や低所得者等を対象とするメディケイド加入者の多くもマネジド・ケア機構に加入している。そして、メディケア、メディケイドにおけるマネジド・ケアについての論文も数多い。メディケア、メディケイドを含めて、アメリカの医療保障制度全体に関わっているのがマネジド・ケアであるといえる。

メディケア、メディケイドを含めてアメリカの医療保障システムとして、様々な形態を有しながら、適切な医療を効果的、効率的に提供を行うマネジド・ケアのいくつかの具体的な業務・方法として、以下にあげる^{6) 7)}。

- (1) 一般医から専門医につなげる仕組みにより、ゲートキーパーとして一般医が役割づけられている。
- (2) 予約外の受診の場合には電話により看護婦が

対応し、プロトコールにしたがって緊急度を判定した後に、応急措置を指示されるか、緊急の受診が許可される。

- (3) 受診のコントロールとして、日常生活に対する指示・助言をケースマネジメントとして行う。
- (4) 病院や医師が医療費の削減や質の向上に努力した場合には成功報酬を返還したり、疾病管理を行う。
- (5) 利用者の生活習慣等をチェックし、保険料に格差をつけたり、将来の利用におけるケアやコストの必要性等を予測診断する「加入者健全度事前選別」を行う。
- (6) クリティカル・パスやケアマップなどによる医療行為及び活動とそのプロセスの標準化を行う。
- (7) 退院計画による疾患別または患者群別の入院医療活動計画を行う。
- (8) JCAHO (Joint Commission Accreditation of Health Care Organization) と連携した医療提供組織の評価や認定を行う。

これらはマネジド・ケアの業務・方法の一部であり、その全てを行っているところもあれば、いくつかを選択的に行っているところもある。それ

それぞれのどのような業務を行っているのかも、契約の際の企業や被保険者の情報となる。これらの業務を行いながら、被保険者、医療機関、保険者、マネジド・ケア機構それぞれのコストを明確にし、限られたコストの中でいかに効率的で効果的な医療サービスを行っていくかが重要となるのである。

アメリカのソーシャルワーカーは、マネジド・ケアというシステムの中でしっかりとしたポジションをつかんでいる。例えば、マネジド・ケア機構にもソーシャルワーカーが雇用され、これらの業務に大きく関わっている。マネジド・ケア機構におけるソーシャルワーカーの役割は、所有者、従業員、管理者、スーパーバイザー、臨床ディレクター、ケースマネジャーなどであり、今後マネジド・ケア会社の中で益々重要な位置を占めるようになるだろう⁸⁾と指摘されている。また、医療機関のソーシャルワーカーは、その医療機関が保険者や被保険者から選択されるようなサービスを提供するとともに、被保険者が加入しているマネジド・ケア機構がどの範囲までのサービスを認めているか、どの程度までならば上乘せは可能かなどを考えながら、ソーシャルワークを行うことになる。このようなソーシャルワークを行うことは、マネジド・ケア下にある医療機関においては大変重要である。様々なマネジド・ケア機構の詳細を把握しておかなければ、医療サービスの提供がスムーズにいかないし、ソーシャルワークがスムーズに行えないということでもある。

さらに、ソーシャルワーカー本来の機能であるが、ソーシャルワーカーがマネジド・ケア機構と患者の間に立って患者の代弁を行っていく場合もある。マネジド・ケアが今後益々増加するならば、ソーシャルワーカーは供給システムに積極的に参加し、アメリカの政策やプログラムをモニタリングする義務がある⁹⁾という指摘があるように、マネジド・ケア機構だけではなくソーシャルアクションにまでつながるような参画が期待されている。

マネジド・ケアやケースマネジメントにおいて、確固たるコスト意識を持って、医療機関、患者、マネジド・ケア機構の調整役、仲介役としてのソーシャルワークの展開ができるソーシャルワーカー

が期待されているといえよう。

わが国の公的介護保険制度におけるコスト意識

2000（平成12）年より施行される介護保険制度では、社会保険方式を採用しながらも従来の制度を大幅に改正した新たな試みを行うことにより、わが国の社会保障制度を大きく変革しようとしている。

介護保険法第2条第3項では、「第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」と規定しており、効率的なサービス提供がうたわれている。介護保険制度では、民間活力の導入や多くの新しい試みがなされているが、介護保険に至るきっかけは、高齢者の介護費用の増大への社会的対応であった。ゆえに、介護費用をいかに国民が納得がいくような形で保障していくかが大きな問題となった。

介護保険制度は、コスト意識を必要とする施策が盛り込まれているという特徴を有している。介護保険制度をソーシャルワーカーの立場から見たとき、保険者、利用者、ケアマネジメント機関・サービス提供機関の三者についてのコスト意識が必要である¹⁰⁾。

第一に、保険者についてのコスト意識がある。保険者である市町村全体のコスト把握とは、介護保険事業計画において、サービス提供体制や保険料の算定を行うときに、各自治体全体の費用を把握することである。公務員としてのソーシャルワーカーにとっては、イギリスのコミュニティケア法にみるように重要な問題となることはいうまでもない。また、保険者のサービス提供状況や保険料徴収状況が、保険料の高騰やサービスの低下に結びつくこともある。保険料の高騰やサービスの低下は、公務員ではないソーシャルワーカーにとってもソーシャルアクションを行う際の重要な問題でもある。

第二に、利用者のコスト意識がある。利用者に対するコスト意識は、主に介護サービス計画策定

時に必要とされる。従来の医療保険制度と同様に自己負担金ということでのコスト意識だけではなく、具体的には①要介護認定ごとの給付額の上限の設定、②区分支給限度額の設定、③上乘せ・横だしサービスの設定、④介護認定審査会による要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項やサービスの適切かつ有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項に対する意見の添付、ということを理解して介護サービス計画を策定しなければならない。介護サービス計画は、利用者の経済状況も含めた総合的なニーズの把握を行って作成しなければならないが、今まで以上に民間企業からボランティア団体までの単価やサービス内容の比較を行い、利用者に説明できるようにならなければならない。高くてもよりよいサービスを望む人にはそのような機関を探し、安価なサービスを求める人には相手の納得する価格でサービスが提供できる機関を探さなければならないということである。選択できる介護サービスは、利用者の収入や意識など、様々な事柄を勘案して考えていかなければならない。

第三に、ケアマネジメント機関、サービス提供機関の被用者としての位置づけがある。ケアマネジメント機関・サービス提供機関の被用者としてのコスト意識は、ケアマネジメント機関・サービス提供者機関の役割と機能を果たすためにはどうすればよいかということにつながる。民間活力の導入により、社会福祉施設・機関は、安住の職場ではなくなる可能性がでてきた。病院や診療所等の医療機関の倒産があるように、介護保険施設やサービス提供機関でもサービス提供内容によっては利用者から選択されないことから倒産となることも、今後は全くないとはいいきれない。利用者が少なければ当然収入は減少し、経営不振に陥る。そのようなことを防ぐためにも、ソーシャルワーカーにとって被用者としてのコスト意識は重要である。また、被用者としてのソーシャルワーカーの意識は、所属機関の機能からソーシャルワークを考えることにもつながる。

利用者自身が賢い消費者になることを求められているように、ソーシャルワーカーは、利用者の代弁を行いながら、なおかつ露骨な利益誘導にな

らないように、無理・無駄のないケアマネジメントやソーシャルワークを介護保険制度において展開していかなければならない。

まとめ

わが国のソーシャルワーカーがコスト意識を有していないわけではないことは言うまでもない。しかし、従来のわが国のソーシャルワーカーが有するコスト意識を根底から変革しなければならない状況になりつつあることを、重要な問題として考える時期に来ていることを強調したい。例えば、20年前にはアメリカのソーシャルワーカーはだれもアメリカ合衆国の国民の大多数がマネジド・ケアによって医療保障をカバーされるようになるとは思っていなかったであろう。アメリカではマネジド・ケアのシステムに関与するソーシャルワーカーの役割として、患者や家族の代弁者としての役割を強調する方法も指摘されている¹¹⁾。確かにソーシャルワーカーの代弁者としての機能は重要ではあるが、代弁者としての役割は保持しつつ、どのような新たな観点を有するべきかが問題となる。ソーシャルワークの価値は普遍であるが、所属する組織によって、その役割は異なる。どの組織に所属するかによって、期待される役割も変化し、コストについての意識変革を求められるようになる。

わが国では、医療費抑制政策の一環として定額制の導入がなされている。社会保険方式の中での医療費抑制政策は、アメリカ合衆国とは異なった展開となる場合もあるが、医療機関のみならず保健・福祉機関においても、利用者を選ばれる組織を目指さなければならないという点では一致している。

イギリスにおいて、ブレア首相がステイクホルダー経済という言葉を提唱し、福祉のニューディール政策を実施しようとしている。ステイクホルダー経済とは、「企業や組合や圧力団体ではなく個人に力を与えるものであり、個人とイギリス国家がともに豊かになるチャンスを作ることであり、個人にもイギリス国家にも仕事、技術、家庭、機会などの成功の分け前を与える経済¹²⁾」であり、そのステイクホルダー経済理念を持って

エンパワーメントを行い、福祉給付依存を減少させるような方向性を模索している。このようにイギリスではブレア政権の下において、新たな福祉改革が行われようとしている。それに呼応して、コミュニティケア改革以降のソーシャルワークの動向が変化しているように、イギリスにおいてもソーシャルワーカーに求められる資質や技能が変化する時期に来ているといえる¹³⁾。

先進諸国の動向とわが国の公的介護保険制度の今後の動向は、わが国のソーシャルワーク実践にも大きな影響を与えることはいうまでもない。今、ソーシャルワーカーは、他組織や行政への積極的働きかけをしていかなければならない時期に来ている。公的介護保険施行時には、介護サービス計画の策定が介護支援専門員によって行われるとき、介護支援専門員ではないソーシャルワーカーは何をすべきかについても模索しなければならないし、その結果を明確に提示していかなければならない。このような動向の中で、わが国においてもイギリスやアメリカ同様に、政策の変動に対応できるソーシャルワーカーの現任教育が今後一層必要となるものと考ええる。

【注】

- 1) 須磨忠昭「マネジド・ケアの理論と実際 (1)」社会保険旬報, No. 1975, '98.2.21, pp.6-7.
西田在賢「米国マネジド・ケア考 [第三稿]」社会保険旬報, No. 1986, '98.6.11, pp.20.
などにおいて、マネジド・ケアの定義が確定しているわけではないことに触れている。
- 2) Encyclopedia of Social Work 19th Editionにおけるマネジド・ケアについては、小田兼三「マネジド・ケア (Managed Care) とソーシャルワーカーの役割」, ソーシャルワーク研究, Vol.22, No.1, 1996. において述べられている。
- 3) Maria K. Todd, *The Managed Care Contracting Handbook-Planning and Negotiating the Managed Care relationship*, IRWIN, 1996, pp.1.
- 4) 小山秀夫「高齢者ケアのマネジメント」厚生科学研究所, 1997, pp.238.
- 5) 管理されすぎる一つの例として, 社会保険旬報No.1981-1983, '98.4.1-5.1 の「海外トピックス」において, アメリカ医師会長はマネジド・ケアの「口止め項目」を批判し, 多くの医師が医師と患者の間の人間的な交流が薄れることへの懸念を表明している。「口止め項目」とは, 患者に対して, 可能な治療のマネジド・ケア以外のオプションを提示することを禁止したり, 患者を他のマネジド・ケア機構にとられるようなアドバイスはしてはいけないという内容である。
- 6) 池上直己「アメリカのマネジド・ケアの現状とその問題点」社会保険旬報, No.1961, '97.10.1, pp.6.
- 7) 須磨忠昭「マネジド・ケアの理論と実際 (1)」社会保険旬報, No.1975, '98.2.21, pp.7-8.
- 8) G. M. Edinburg & J. M. Cottler, *Managed Care*, Encyclopedia of Social Work 19th Edition, Vol.2, NASW Press, 1995, pp.1640.
- 9) G. M. Edinburg & J. M. Cottler, *Managed Care*, Encyclopedia of Social Work 19th Edition, Vol.2, NASW Press, 1995, pp.1640.
- 10) 小山秀夫, 同上書, pp.15-21.では「消費者」「提供者」「支払い者」の三者についてのマネジメントを捉えて言及している。
- 11) G. M. Edinburg & J. M. Cottler, *Managed Care*, Encyclopedia of Social Work 19th Edition, Vol.2, NASW Press, 1995, pp.1641.
- 12) 舟場正富, 「ブレアのイギリス—福祉のニューディールと新産業主義—」, PHP研究所, 1998, pp.131-132. なお, ステイクホルダーはここでは「皆が分け前に与えられる」状態と訳しているが, 経済学では「共益者」という訳が使用されている場合もある。
- 13) 小田兼三, 「イギリスのコミュニティケア対応のソーシャルワーク教育の展望」, ソーシャルワーク研究, Vol.24, No.2, 1998, pp.136.

精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカーの課題

鹿内 佐和子*

Key Words 社会参加, 自己決定, エンパワメント, アイデンティティ

はじめに

筆者は大学病院併設の精神科デイケアに勤務している。当院デイケアでは、一日6時間、週4日のレクリエーションを中心としたグループワークや社会参加への準備をする就労プログラムを行っている。また、日常生活に関わる様々な個別問題への相談援助、就労している場への訪問医療なども行っている。アルバイトや地域作業所などへ移行した患者に対しては、ナイトケアによる退所後のフォローアップ体制もとっている。スタッフは、ソーシャルワーカーの他に看護婦、作業療法士、臨床心理士、スポーツ指導員という多職種で構成され、それぞれ各種グループワークと個別に患者を担当している。

当院のデイケアの特徴として、在籍者96名中20～30代は88.9%、疾患としては精神分裂病が86.9%となっている。このような発症まもない精神分裂病の患者への援助は、慢性期の患者への援助と力点が異なってくると思われる。筆者自身、高齢で慢性期の精神疾患患者に関わる機会がほとんどないため、今回の拙稿は罹病期間の短い対象者への関わりを通して考えたことであることをお断りしておきたい。そして、精神疾患をもつクライアントの日常生活をサポートし社会参加を考える職場で、ソーシャルワーカーとして感じていることをまとめてみたい。

医療におけるソーシャルワークの視点

筆者は以前急性期医療を中心とする総合病院の医療相談室に勤務していた。そこでは、精神科は外来のみ非常勤の医師によって行われていたが、痴呆の患者が多く、精神分裂病・気分障害の患者

と関わる機会はほとんどなかった。現在の職場で精神疾患を持つクライアントと活動をともにするデイケアに配属になったときは、期待と不安が相半ばであった。人の言動に傷つきやすく敏感な人たちであると思い、慎重に対応しなければならないと固くなっていた。日が経つにつれ自然に接することができるようになり、ソーシャルワーカーとしての関わりへのスタンスは身体疾患を持つクライアントと変わらないということに気づいた。それは、クライアントの健康的な側面に働きかけること、つまりできていないこと、プラスとなる資源について強化していくことだった。

デイケアで関わっているクライアントは、自己肯定感が低く、些細なことで自信を失うことが多い。したがって、クライアントができるようになったこと、頑張っていることなどデイケアで日常的に関わる中で見えてくるものをフィードバックするようにしている。例えば、デイケアに遅刻せず来れるようになったこと、参加できるプログラムが増えてきたことなどクライアントは日々の体験の積み重ねで、年単位で健康を回復していくと実感している。精神疾患からくる心理社会的なものは、身体疾患によるものに比べ大きいことが多く配慮しなければならない面はあるが、クライアントのもつ“ストレングス”に働きかけるという基本的なソーシャルワークの視点は同じであると考えられる。

また、精神・身体の違いなく疾病は、医学的な問題にとどまらずクライアントの生活全般に影響を及ぼす。病気によって人は、それまでの健康な自分を失う。そして何らかの障害が残ることによって、仕事や家庭での社会的役割や経済的基盤の

*Sawako Sikauchi: 北里大学東病院

喪失、ソーシャル・サポートの減少などが引き起こされる。病気から必然的に生活上の問題が派生する。生活問題は、人と環境の相互作用の中で起こる。この生活問題が生じ、それにソーシャルワーカーが関わる職種であることが、医療の場存在する意味であると考えられる。クライアントは、自己像や生活スタイルの変化を余儀なくされ、そのハンディキャップを克服して人生に適応しなければならない。ソーシャルワーカーは、クライアントが心理社会的に現実に適応していくプロセスを共にするのである。

ブトゥリムによれば、人間の問題の多くは現実を認識することの困難と現実への適切な対応をすることの困難から生じているとし、はじめは受け入れがたいものであってもクライアントが現実状況に直面するのを助けることは、ソーシャルワーカーの重要な課題なのである、と述べている。さらに、その事実が彼に引き起こす情緒的なおそれからくるクライアントの防衛を小さくし、その結果不安にさいなまれないようにするのを助けるため、クライアントを全ての問題とともに受容し、克服できる希望をもたらし共感すること。そして、クライアントの自己の存在価値と自信を強める心理的なサポートとサービスを安心して受けられるようにするなど実際的なサポートを行うことがソーシャルワークの援助であるとしている¹⁾。

ソーシャルワーカーは、クライアントの感情の揺れにつき合い受けとめ、社会資源を用いてできるだけ生活変化の幅を少なくし、二次的な影響が最小限にとどまるよう具体的な生活問題への援助を行う。ハンディキャップはありながらもその人らしい創造的な生き方ができるように支えていくことは、ソーシャルワーク援助の課題であると考えられる。

以前の勤務先では、身体的な障害を受け止め、揺れながらも前に進んでいくクライアントの強さと可能性に感銘を受けることが多かった。一方で、精神疾患を持つクライアントと接して感じたのは、障害を持つことの脆さ、障害を乗り越えることの難しさだった。しかし、精神障害者は挫折を繰り返し、長期戦になっても、病気とつき合い人生に適応していける。それにはソーシャルワーカーが、

精神障害者の心理的な脆弱性を理解し、きめ細やかなアセスメントを行い、障害を持ちながらもそれを補う物的・人的支援を行うことによって、社会参加を可能にしていく役割を担うことになる。

就労における精神障害者個人と社会のもつ問題

社会参加のあり方は様々であるが、多くの障害者が目指すゴールのひとつは就労である。就労は、体力・精神力など個人の持つ能力が総動員され、個人の社会的総合力が試される。そして、精神障害を持つ難しさが最も端的に出るのも、就労においてである。ソーシャルワーカーは、精神障害者が社会参加を果たす上で障害となっている個人と社会の双方が持つ問題をまず理解しなければならない。

まず個人レベルの要因がある。精神疾患とくに精神分裂病は思春期・青年期に発症する病気であるために、就労体験の少なさ、社会常識・対人関係の不足などの社会体験の少なさを持つ。この時期は人との交流を通して社会性が身に付く時期である。しかし病気の初期にある妄想や幻聴などから、学校や仕事を継続することが困難となり退学や休職に至り、そこで体験できたであろう社会性が身に付かない。

また、精神疾患の多くは自我機能の障害があり²⁾、環境と自らの状態についての現実的対応能力が低下する³⁾。例えば、融通のきかなさがあり、新しい状況に慣れにくく、仕事内容が変わったときなど臨機応変な対応が難しい。また、修得が遅く、複数の指示が理解できなかったり、並行していくつもの作業をすることができない。行動が緩慢なため、仕事が遅くなる。対人関係が苦手なため、疑問に対して質問できず、勝手に判断してミスをし、叱られる。精神障害者は批判的な言動に対して敏感で非常に傷つきやすい。さらに、持続力の低下から集中できず、疲れやすいため、一般就労で期待される8時間労働など長時間の仕事は難しい。しかもその自覚がされにくいいため、無理をしがちである。

以上のように、精神障害者は個人差はありながらも仕事遂行上様々なストレスを受ける。このストレスから病状悪化―再発―することもあり、長

期化・慢性化しやすい。

こういったことを理解し精神障害者を雇用するのは、企業側には大きな負担と思われる。さらに受け皿の企業自身の抱える問題もある。一般的に企業は、できるだけ低コストで高利潤を追求しようとする。したがって、コストの中で多くを占める人件費に対して、企業は少ない人数を雇用して効率よく労働させようとする。まして、現在は不況で企業の求人条件は厳しくなり、就職はかなり難しい。採用されても、企業側が期待する一定の作業水準に満たないと辞めざるを得ない。デイケア通所者がアルバイトに就く場合でも、仕事量が多く内容が多岐にわたるため、負担が大きくなって辞めてしまうことがある。また、仕事はこなせても、職場の人とのつき合い方で悩んだり、批判的な一言で傷つき辞めてしまうことは多い。

一般的にハンディキャップを持つ人が、働きやすい環境を考慮する余裕が企業側に非常に乏しい。それでも近年、身体障害者については、そのハンディキャップが客観的に把握しやすいため、雇用率や助成金など制度の助けを得て、労働環境が徐々に改善されるようになってきている。しかし、精神障害者については、社会的に病気の理解が進んでいないこともあり、就労状況は極めて厳しいといえる。

このような外的状況と個人、それらの相互関係を考慮し、ソーシャルワーカーはクライアントの希望する社会参加を進めていかなければならない。

精神障害者の社会参加を支える

精神障害者の社会参加を支える一つのモデルとして、アメリカのあるサービス機関を次に紹介する。

この夏、ロサンゼルス郡ロングビーチ市の精神保健サービス機関であるビレッジ*1を見学する機会を得た。就労継続期間が半年ほどの転職社会のアメリカならではの、精神障害を持つクライアントに、消極的な姿勢では何も始まらないとし、リスクを怖がらずどんどん仕事にチャレンジさせていた。ビレッジは、利用するメンバーと精神保健の専門家が相互に対等な立場に立って、メンバーが一個人の人間として地域社会で生活し、

学び、働き、社会活動に参加し、自信と自尊心と夢を持って各人の目的の達成することが使命とうたっている。その理念のもと、“High Risk, High Support”によって積極的な社会参加を可能にしている。つまり、リスクの多い人の就労の際には、スタッフが仕事に同行するなど無理がないように考慮し、仕事につなげている。そして、そのサポートは少しずつ減らしていく代わりに、社会資源をサポートする、つまり地域の中でメンバーが必要としている機関や人々を支える。

また、ビレッジではクライアントの生活のQOLを考え、仕事をして社会に貢献することと人生を楽しむことの両方を大切にしている。仕事だけでなく、趣味や旅行といったサークル活動のパンフレットやポスターを紹介するスペースがあり、メンバーはこれを活用して地域にとけこんでいく。そして活動に慣れるまでスタッフが同行し、橋渡しをする支援も行う。

精神障害を持ちながらも、クライアントは同年代の人と同じように仕事をし、遊びに行き、旅行するといった「ふつうの暮らし」への希望は強い。ビレッジは、クライアントのニーズを一番に考え、それを満たすサービスを行う。ストレスに弱い精神障害者が、チャレンジできるような環境を提供している。ここには、クライアントの自己決定を尊重し、社会参加を支える手厚いシステムがある。

障害者へのサポート体制がまだ発展途上にある日本では、障害者の持つ力と期待される仕事の差がひらいていることが多く、大きなストレスが本人にかかることになる。そのストレスを少しでも減らすには、障害を持つ個人の問題と就労状況からくる環境の問題の隙間、すなわちハンディキャップをできるだけなくすことが重要である。それには、その隙間をもたらす原因について理解する必要がある。したがって就労援助では、個人の障害とそれが環境にもたらす影響をアセスメントし、就労が可能な状況をつくり出していく。そして、ソーシャルワークの基本的な視点である、クライアントのもつ“ストレングス”を信じて働きかけていく。

当院デイケアから就労する際には、アルバイトを自分で探し安定して働く人もいるがかなり少数

である。そこで、就労プログラムで自分の病気について理解し、社会資源について学び、グループで話し合い、自分なりの就労について考える機会を持っている。ソーシャルワーカー2名で担当するプログラムでは、10名ほどのグループで作業所や障害者職業センターなど関連機関を見学し、その度に個人個人の感想を聞き、その人なりに感じたことを大切に育てられるよう肯定的フィードバックを心掛けている。現実検討が苦手な精神障害者でも、見学とフィードバックを繰り返す過程で、徐々に自分なりの社会参加についてイメージすることができるようである。その後、デイケア・スタッフが同行する作業所や企業内での実習を経て、作業所入所や社会適応訓練事業へと移行する通所者が増加している。その後も一緒に働く患者同士で支え合い、またスタッフは患者が新しい環境に慣れるまで職場への訪問によって継続してサポートを行っている。

障害を持ちながらも自分のペースで就労が継続できることによって、個人の健康的な側面が少しずつ引き出されて、障害の部分をカバーしていく。作業所や社会適応訓練事業からアルバイトに移行し、段階的にレベルアップしていくことも可能である。精神障害者の就労には、十分な準備と継続性のあるサポートが必要である。

クライアントの自己決定を支える

社会参加に至るには、クライアントが繰り返し自己決定をして選択していく。その自己決定の尊重を精神科ソーシャルワーク業務の基本的視点にしている点について柏木は次のようにまとめている。「自我が障害されていようといまいと、何人も一人の人格として尊重されなければならないし、自らの歩みを決定する権利があることを確認するのが、クライアントの主として生活問題の側面で関わりを持つとするPSWの仕事の出発点である。いかにしてクライアントの自己決定を保証するかを、クライアントとともに考え、ことに当たろうとするのが、PSWの関わりの視点⁴⁾」である。しかし、自己決定が困難なクライアントは多い。それ故に、ソーシャルワーカーがその個別性に合わせて自己決定できるよう引き出すことが求

められる。

デイケアは精神分裂病の患者がほとんどであるが、同じ疾患でも障害の現れ方は様々である。したがって、クライアント個々が持つ障害を見極めつつ、その人らしい自己決定を支える必要がある。

デイケア通所者の一人は、思考の幅が狭く、自己表現も乏しかったが、作業所での就労を希望していた。何か所かの作業所を見学したところ、その感想は「狭い」「広い」といった言葉に表された。しかし、彼のその感想には、仕事内容・スタッフやメンバーの雰囲気そして職場環境など含めた本人の作業所に対する主観が込められていた。それは単に「広い」という環境要因を表す言葉ではなく、本人が働いてみたいと思う要素が詰まった言葉だった。その人の障害であった認知と表現能力に難しさがあっても、それを理解した上でわずかに表現された言葉から本人の内面にあるものを理解し支援を行うことはできる。

また、自我が非常に弱く、他者の意見や評価に圧倒される人もいる。ある通所者は休職中であり、一人で責任を担う職場復帰はストレスが大きく、戻ることに恐怖感さえ持っていた。休職期限が近づくにつれ、幻聴や被害妄想が増え病状が悪化していた。しかし、彼の両親は本人の将来を考え職場に復帰できるように頑張れとプレッシャーをかけており、それに応えようと力を振り絞って復職しようとするが、病状は悪くなるばかりだった。復職できないのは、自分の頑張りが足りないせいだと常に自分を責めていた。ソーシャルワーカーは両親に本心が言えない本人自身の希望や気持ちを聴き、気持ちに正直にしたがって良いと、無理はしなくてよいと常に支えた。両親の希望と世間体には振り回され混乱していたが、本人自身の辞めたいという希望はソーシャルワーカーの前では控えめであったがはっきり表現していた。弱い自我を持つ人も、十分にサポートすることで自己決定を支えることができる。

そして本人を支えるには、身近な家族の支えが一番大きな意味をもつが、家族が本人によかれと思い、叱咤激励しストレスを与えてしまうことは多い。家族の姿勢を患者は敏感に感じており、それは自己決定に影響を与える。前述のクライエン

トの家族も、本人への期待が大きく病気を認められないため、弱い自我をもつ本人がつらさを言えなくなっている。家族への働きかけの重要性については、1960年代から始められたExpressed Emotion (EE) 研究によって、家族の関わりが患者の再発率に影響することが明らかになり、再発を防ぐために家族への介入方法が多く検討されてきた⁵⁾。しかし、家族も本人の発病に自責の念を持ち苦しみ、社会的偏見によって孤独感の中にいる。EE研究の反省で、家族自身が癒され希望を持って生きられるよう援助することの重要性が言われている⁶⁾。家族が力を得ることによって、クライアントを安定して支え、自己決定を支える土台にもなる。前述のケースについてもソーシャルワーカーは、家族が復職できない本人を認めるつらい心情を理解し、現実を受け入れるための働きかけを長期的な見通しをもって行っている。ソーシャルワーカーは、家族自身の生き方を支え、家族会などサポート源となる資源を支えることにも力を注がなければならない。

精神疾患を持つクライアントは、周囲の否定的なメッセージに非常に敏感で痛手を受ける。弱い自我は外的抑圧にさらされると、内面に理由を見だし自己を否定してしまう。ソーシャルワーカーは彼らが社会から受けた痛手を一つ一つ取り除き、あるがままを受容し、内在する力に働きかける⁷⁾。このようなエンパワーメントによって外的抑圧と内的抑圧の両方を取り除いていくこと⁸⁾が自己決定を支える上で必要である。そして繰り返される自己決定により自らの人生を実感し、主体性を回復していく。

ソーシャルワーカーのアイデンティティ

最後に、自己決定の尊重を自らの専門性とするソーシャルワーカーが、医療の中でどうアイデンティティを持つかについてまとめてみたい。

1998年4月に施行された「精神保健福祉士法」は、精神障害者の社会復帰を促進するために、そのマンパワーとして期待され創設されることになった。その精神保健福祉士の現任者講習会の参加者は5千人を超えていると聞く。^{*}2実際に医療機関で働く精神科ソーシャルワーカーは2500名程度と言わ

れている⁹⁾ため、相当数の他職種の受験者が予想される。私の所属する病院でも退職した看護婦からの問い合わせが多いと聞いている。精神保健福祉士という資格は、ソーシャルワーカーのアイデンティティまで保証しない。資格は専門性を示唆するだけで、そのアイデンティティは、どんな資格でもその職種自らが努力して造り上げるものなのかもしれない。精神保健分野のソーシャルワーカーは、資格ができたからこそ自らの専門性を見極め、それを研鑽していかなければならない。

ソーシャルワーカーは、クライアントの内界(個人)と外界(社会)およびその生きた二つの存在の相互作用を理解し扱っていく¹⁰⁾職種である。個人の自己実現を促進すると同時に、個人が社会の一員として十分に機能するよう援助するのがその務めである。また、必要に応じて社会の側を変えていく務めがある¹¹⁾。これが、個人へのアプローチが主の医療専門職の中で、ソーシャルワーカーの独自性となっているものである。精神障害者を地域社会へとという動きの中で、クライアントの自己決定を尊重し、人と社会を結ぶソーシャルワーカーの持つ独自性がさらに必要とされていると考える。

そして、人間は生物-心理-社会的な統合体である。個人を理解するには、すべての面とそれらの相互関係を考慮に入れなければならない¹²⁾。それは、ソーシャルワーカーに課された責務であるが、一職種で担うには大きな課題である。多職種で多面的に捉えアプローチすることが必要である。一人一人に個別性のあるクライアントの社会参加を進めるには、個人の全体性を見ようとするソーシャルワーカーだからこそ、他職種他機関との相互補完的連携が重要となる。ソーシャルワーカーは、その独自性をチームワークを組むことで発揮していかなければならないのである。

おわりに

サイコセラピーは“art of science”であり、理論などscienceから得た知識や技術をどう使うか常に磨く必要がある一方で、唯一無二の独自性を持つ自分を使って行うartの部分があると言われてい

る。^{*3} ソーシャルワークについても同様のことが言える。臨床技術のトレーニングが必要であるとともに、自分自身を知り、自分を用いてクライアントと関わる姿勢が大切であると思っている。

またブトゥリムは、ソーシャルワークは専門職 (profession) であると同時に使命感を伴う職業 (vocation) でもあると述べている。vocation というのは、人が自分の仕事とその責任に対して当然持つ誠実で責任ある関わりにもまして、特別に自己を関わらせていく仕事のことである¹³⁾、と述べ、クライアント＝ソーシャルワーカー関係においてソーシャルワーカー側の真実な関わり的重要性を強調している。

今年「精神保健福祉士法」が施行され、来年平成11年は社会復帰施設などの整備の促進、権利擁護制度の創設など多くの課題がある精神保健福祉法見直しが行われる。さらに、社会福祉事業法改正、成年後見制度を位置づけるための民法改正などが予定され、準備作業が進行している。精神保健をめぐる動きはめまぐるしい。その渦中において、社会的責任を負うことになる精神保健福祉士だが、このようなときだからこそ一人一人のソーシャルワーカーが自己を関わらせている仕事だと自覚して、自分自身を問い直すことが必要なのではないかと考える。

【*注】

- 1) 正式名称はVillage Integrated Service Agencyといい、ロサンゼルス郡精神保健協会がロングビーチ市において受託運営する機関。登録されたメンバー1名に一律の補助金の中で必要な医療・福祉・教育訓練などの費用とスタッフの給料までも賄うCapitated Systemを用いていることが特徴
- 2) 第13回P S W東京セミナー(1998. 8. 22)にて、古屋龍太氏が行った基調報告より
- 3) YYworkshop in California(1998. 7. 9)にて、PsychologistのRumiko Okada氏の講義より

【引用文献】

- 1) Z. Butrym「ソーシャルワークとは何か」ソーシャルワーク研究、第20巻、第3号、

p.15-16, 1994

- 2) 大野和男「精神保健福祉士と専門的援助技術」p.140, 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会『精神保健福祉援助技術総論』へるす出版, 1998
- 3) 徳永純三郎「精神科リハビリテーションの概念」p.17, 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会『精神科リハビリテーション学』へるす出版, 1998
- 4) 柏木昭編著「改訂精神医学ソーシャル・ワーク」p.158, 岩崎学術出版社, 1993
- 5) 大島巖「効果判定とEE研究の到達点」心理教育・家族教室ネットワーク第一回研究集会抄録集, p.7, 1998. 2. 28
- 6) 大島, 前掲書
- 7) 森田ゆり「エンパワーメントと人権」p.18, 解放出版社, 1998
- 8) 森田, 前掲書, p.18
- 9) 日本精神医学ソーシャルワーカー協会「(改訂) これからの精神保健福祉; 精神保健福祉士ガイドブック」p.6, へるす出版, 1997
- 10) Butrym, 前掲書, p.14
- 11) Butrym, 前掲書, p.13
- 12) Butrym, 前掲書, p.14
- 13) Butrym, 前掲書, p.15

医療機関におけるソーシャルワーカーの送致と管理

内藤 雅子*

Key Words 仲介者, 代弁者, 送致, 管理,
在宅介護支援センター

1. はじめに

私がソーシャルワーカーとして当院に勤務してから四半世紀近くが経とうとしている。入職当時の状況を思い起こすと、利用者の方々や院内職員、そして関係機関、関係職種の人達との関わりは、今よりも、もっとゆるやかな時の流れの中で共有していたという実感がある。現在では、高度化・専門分化していく医療が、片方で在宅医療や在宅ターミナルを掲げ生活の場に入り込んでいき、利用者が医療に翻弄されているといっても過言ではない状況も生まれ、医療機関は採算性に、さらに病院は平均在院日数の短縮化に追われている。このような状況の中で、医療機関のソーシャルワーカーである私達が、外的状況に翻弄されずにいかにソーシャルワーク実践を貫くかということは容易なことではない。しかし、このような状況であるからこそ、今、私達が何をすべきかを問い直し実践することは極めて重要な意味をもつ。

2. 当院のソーシャルワーカーの経緯

1) 当院の沿革

当院は1929(昭和4)年、京都市北区に、診療科目は内科・外科、病床数は50床(一般35、結核15)で開設された。周辺は西陣織や京友禅といった京都の地場産業に従事する住民が多かった。

その後、診療科目の新設、病床の増床を経て、1983(昭和58)年、京都・大阪のベッドタウンとしての様相の濃い京都府長岡京市に新築・移転し、現在は16診療科目、病床数350床(移転前に結核病棟は閉鎖)、新看護体系2:1、A加算である。

また、地域の中核病院として1993(平成5)年には京都府下第1号の開放型病院(開放型病床40

床)の承認を受け、1995(平成7)年には訪問看護ステーションを、1996(平成8)年には在宅介護支援センターを新設している。

1997(平成9)年度の入院患者の52%は長岡京市民であり、京都府乙訓地域と呼ばれる向日市、大山崎町を併せると74%となっており、外来患者は長岡京市63%、乙訓地域で84%を占めている。

2) 福祉相談室の概要

当院にソーシャルワーカー(当時はケースワーカーと呼ばれていた。以下、社会福祉事業法第2条第3項に規定する「無料又は低額診療事業の運用について(内翰)」に基づき医療ソーシャルワーカーと記す)が初めて1名配置されたのは1992(昭和27)年である。

1974(昭和49)年、社会福祉事業法第2条第3項に規定する「無料又は低額診療事業の基準の運用について(内翰)」(昭和49.12.21 各都道府県民生主管部(局)長あて 厚生省社会局庶務課長・厚生省児童家庭局企画課長)において、「医療ソーシャルワーカーの数は……おおむね200床あたり1名以上とすること。」と定められたことにより、常勤1名および非常勤1名の体制を経て、常勤2名体制となった。

部署の名称は、当初は「医療社会事業係」であったが、1977(昭和52)年に「福祉相談室」と変更している。

3) 在宅介護支援センター開設

1996(平成8)年1月、長岡京市の委託事業として、在宅介護支援センターを開設した。在宅介護支援センターは、福祉相談室と同じフロアに開設しており、ソーシャルワーカー1名および看護婦1名が配置されている。当市の場合、在宅介護

*Masako Naitou: 済生会京都府病院

支援センターの業務に関しては地区割り徹底されており、1997（平成9）年度の当支援センターの利用実人員348名のうち、在宅時の主治医が当院医師である方と地域の開業医や他病院医師である方との比率は、およそ1：1であることからわかるように、他院の退院に伴う退院援助や他医療機関を受診中の生活環境の整備の援助は多いが、医療ソーシャルワーカーから在宅介護支援センターのソーシャルワーカーへ、または、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーから医療ソーシャルワーカーへ配置換えとなっても、何の違和感もなくソーシャルワーク業務を行っている。つまり、所属する場が異なってもソーシャルワーカーとしての役割は同じであるということ、在宅介護支援センターの業務を通して実感している。

3. 医療ソーシャルワーカーと在宅介護支援センターのソーシャルワーカーの役割

しかし、当市の他の3病院には医療ソーシャルワーカーが配置されていなくても、高齢者の退院援助は在宅介護支援センターを中心にスムーズに行われていることを考える時、高齢者の自宅への退院援助の場面で、医療ソーシャルワーカーが果たすべき役割は何なのかについて事例を通して考察してみたい。

<事例 A子さん：女性・72才>

RAのため他院通院中であつたが、両側反回神経マヒによる呼吸困難のため当院に救急入院、気管切開術施行した。

Aさんは3年前に夫が死亡してからひとり暮らしで、子どもは無く、兵庫県に住む63才の妹が唯一の身寄りであつた。

ADLは歩行が一部介助（屋内は伝い歩き・屋外はシルバーカーを押して）である以外はほぼ自立していたが、RAのため重い物が持ちにくく、また手が上がりにくいため、1週間に1回ホームヘルプサービスによる洗髪・浴室の掃除・掃除機を使用しての掃除といった身体介護・家事援助サービスを利用していた。近所との付き合いはほとんど無く、得意だったミシンを使つての洋裁の内職もRAと加齢のため辞め、テレビを見たり、気が向けばシルバーカーを押して近所に買い物に行

くというのんびりした生活をしていた。

当初、妹は、「退院後、これ以上ひとり暮らしをさせるのは心配なので、妹宅近くの老人病院に入院させたい。」との希望であつた。

しかし、入院4か月後、主治医より、「Aさんが自宅に帰りたいと希望しているので、自己吸引吸入器を購入してもらふこととし、これまで自力でできていた自己吸引のほかに、自己吸入も指導し、退院の予定。妹も了解している。退院後は訪問看護ステーションに指示書を出し、1週間に3回、観察のほか、RAのため重い物が持ちにくく、また、両手指の拘縮があることもあり、留置気管カニューレおよび自己吸引吸入器操作援助・管理等依頼する。入院の契機となつた呼吸困難の原因については、神経内科にも照会したが『膠原病＋急性咽頭炎／浮腫→挿管または気管切開という臨床例が大学病院でもあるが』はつきりしたことはわからない。退院後は2週間に1回通院予定である。風邪をひいたり、痰の量が増えるなどの症状があれば用心のために、すぐ入院してもらふ。これまでもホームヘルプサービスを利用してたと聞いているので、退院後の生活環境を整える準備をしておいてほしい。」との依頼が医療ソーシャルワーカーにある。

医療ソーシャルワーカーは、カニューレの横を押さえながら継続して30分ぐらい話をすることができたAさんと面接し、退院後の生活環境について次のように確認した。

- ①自宅は当初は借家であつたが、夫婦共働きで購入したものであり、今までどおり、そこでテレビを見たり、シルバーカーを押して近くのスーパーで買い物をするなどしてのんびり暮らしたい。
- ②入院前のように、洗髪および浴室と掃除機を使用しての掃除についてはホームヘルプサービスを利用したい。
- ③医療ソーシャルワーカーより紹介された緊急通報装置は、ボタンを押すと救急車が来るかもしれないというのがかなわない。この年まで生きたし、万が一のことがあつてもかまわないから救急車だけは呼びたくない。

Aさんのこれらの希望のうち、病状の急変時

を想定したとき、発声が不自由なA子さんにとって、緊急通報装置の有無は生命を左右することにもなりかねないことから、医療ソーシャルワーカーは、再度の紹介と提示する理由を説明し、主治医や看護婦からもリスクについての説明を重ねたが、A子さんの「救急車が来て近所の人に見られるくらいなら、死んだほうがまし。」という気持ちは強く、「家で生活してみて、利用したいという気持ちになったら……。」と申し添え、説明書と申請書を渡すにとどめた。

医療ソーシャルワーカーは、A子さんのこれらの希望と主治医の意向を在宅介護支援センターのソーシャルワーカーに伝え、退院後のサービス調整を依頼した。

在宅介護支援センターのソーシャルワーカーは、A子さんと面接の結果、「月・水・金：訪問看護、火・木：ホームヘルプサービス、土または日：妹」がA子さん宅を訪問するというケアプランを作成し、A子さんおよび妹の了解を得、ケアマネジメント会議（在宅介護支援センターが主催して定期的に開催する行政およびサービス提供者等の関係機関・関係職種との会議）において提示した。メンバーからは「やはり緊急通報装置を設置したほうが良いのではないかと」の意見が出された。しかし、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーより、「申請書は渡してあり、A子さんが『こうありがたい』『こう生きたい』と望む生き方の実現のための援助をすることが私達の役割であるから、選択肢として（リスクも併せて）提示してからの選択はA子さんの希望・意思を尊重せざるをえない。」旨の説明がなされ、メンバーの了解を得た。

ところが、このケアプランとともにA子さんの退院が近いことを在宅介護支援センターの在宅介護相談協力員である担当民生委員に伝えたところ、「近所の方達が、『ひとり暮らしなのに喉に穴を開けたままで帰ってくるなんて、そんな危険なこと……何かあったらどうするのか?』と言っており困っている。」との訴えがあることが、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーより医療ソーシャルワーカーに伝えられた。

医療ソーシャルワーカーは、主治医および病棟

婦長と協議した結果、「当院としては、訪問診療や往診はできないが、本人あるいは関係機関・職種よりの身体状況等の変化の報告があり、本人が了解すれば、生命の危険を防ぐ意味でとりあえず入院していただくこととする。」旨を在宅介護支援センターのソーシャルワーカーに伝え、在宅介護相談協力員＝担当民生委員を通じて近所の方達に説明して貰ったところ、「病院がそこまで言うのなら……。」と、何とか理解を得た。

A子さんは、入院から6か月後、希望していた自宅に退院した。

4. 医療ソーシャルワーカーに求められる役割

1) 仲介者と代弁者

個別援助を実践する際にソーシャルワーカーに期待される役割は種々あるが、最近とくに強調されているものは、「仲介者としての役割」と「代弁者としての役割」であるといわれている¹⁾。

高齢者に対する相談・援助機関として在宅介護支援センターを位置付けたとき、現在はまだセンターによって質的な差があることは否めないものの、専門職員として、「社会福祉士等ソーシャルワーカー（または介護福祉士の場合もあるが）」の配置が義務付けられており、市町村によっては、サービス利用に関してのかなりの裁量権が付与されている。今後、障害者や児童についても、高齢者の在宅介護支援センターに相当するような相談・援助機関が整備されていき、そこに社会福祉援助活動の専門職員の配置が義務付けられ、地域の中で、仲介者としての役割も代弁者としての役割も果たし、名実共にソーシャルワーカーとして活動していく状況になったとき、医療ソーシャルワーカーが果たすべき役割は何なのか……。A子さんの事例から、個別援助の援助過程における医療ソーシャルワーカーの役割として、前述の仲介者、代弁者としての役割を前提としたうえで、特に2つの留意点があると考えられる。

2) 医療ソーシャルワーカーによる送致

第一は、他の援助機関へ委託・紹介する送致のタイミングと当該機関との共同関係の維持である。

人間の「生老病死」は、かつては暮らしの場である家庭の中にあつたが、現在はそのほとんどが

病院の中に移行してきている²⁾。言い換えれば、病院の中に人間の暮らしが持ち込まれてきているといえよう。医療ソーシャルワーカーは、傷病やそれに伴う障害によって引き起こされる様々な生活困難を抱える人々に対する最初の援助者として関わる場面が多く、であるが故に、そこでのアセスメントや介入が、利用者のその後の生活を大きく変えていくことになり、その責任は重い。高齢者の自宅への退院援助においては、医学的に退院できるようになった時点と、地域で高齢者を援助するための種々の福祉・保健・医療サービスが開始される時点との間にギャップが生じることがないように橋をかけることは医療ソーシャルワーカーの非常に重要な業務の一部である。それが失敗すれば、不必要な入院を続けさせることになるか、あるいは、不適切なサービスにより高齢者とその家族等に十分なサポートをすることができないまま退院させることになりかねない³⁾。

高齢者が障害や慢性疾患を抱え、発病前とは異なる状況で、しかし、すべてのリスクを承知したうえで住み慣れた地域で暮らしたいと望むとき、その人がどこでどのように生き、その人生を完成させるかを選択する権利は、尊重されなければならない。そのための社会資源の調整・仲介や代弁は、従来、医療ソーシャルワーカーが行ってきた業務といっても過言ではないが、高齢者のニーズの充足のためには他の機関＝在宅介護支援センターの方が機能的にみて適切であり（繰り返すが、名実共にソーシャルワーカーと呼べる社会福祉援助の専門職員が配置されていることが前提である）、高齢者や家族等の理解を得、適切なタイミングで送致することが必要であろう。

3) 医療ソーシャルワーカーによる管理

第二の留意点は、所属する医療機関における医療ソーシャルワーカーとしての管理業務である。

A子さんの事例では、医療ソーシャルワーカーはA子さんの代弁者となり、在宅介護支援センターへの適切な送致を行うことにより、仲介者ともなった。また、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーも仲介者の役割も代弁者の役割も果たした。しかし、地域の人々がA子さんを受け入れることに難色を示したとき、医療機関としての社

会的役割をどう果たすのかを協議し、地域に対して一定の見解を示す一連のプロセスの中で病院内の調整を行ったのは医療ソーシャルワーカーであり、組織としての所属医療機関の管理（運営）に関わっていったといえよう。

管理業務には「病院職員として普遍的な部分」と「ソーシャルワーカー固有の部分・独特の部分」とがある。この場合の管理はいうまでもなく、「ソーシャルワーカー固有の部分・独特の部分」であり、対人援助職としての自らの業務管理と、病院内にソーシャルワーク業務を定着させ、ひいては病院の活動が社会福祉の目標と違わぬものとするように意図して行う業務管理である。ソーシャルワークにおける管理は、患者・家族へのよりよい援助のために、あらゆる機会を通じて知り得た福祉的ニーズを所属する医療機関の活動（計画）に反映させ、ひいては所属医療機関の包括的機能を向上させるために、ソーシャルワーク業務を所属医療機関の意思決定過程との関連で捉えて業務展開の戦略をたてるプロセスでもある⁴⁾。

医療も福祉も、人間のQOLの向上、あるいは、個々人の自己実現の援助という共通の目的をもっているはずであり、対人援助の組織としての医療機関の価値は、医療・看護・福祉のいずれの職種にとっても同じはずである。しかし、わが国においては、医療機関は診療報酬という枠組みの中で、その経営基盤を否応なしに規定されている。医療機関そのものが存立しなければ、医療ソーシャルワーカーの存在そのものも成り立ちはしない。現在の医療機関にとって、入院期間の短縮化は大命題である。そこで、往々にして、「入院期間の短縮化のための退院援助」の期待が医療ソーシャルワーカーに課せられる。

しかし、私達は思い起こす必要があるだろう。慈善組織化協会（COS）のソーシャルワーカーであったチャールズ・ロック卿は、「病院には慈悲心に富む査定人（assessor）もしくは調停者（co-ordinator）が必要である。…医療以外のあらゆる救済についての知識を持っており…そうした総合的援助がなければ医学的救済の目的も果たすことができない場合が多いだろう」と指摘し、「医学的救済を求めてきた人々のニーズを判断するた

めに、病院には、訓練されたソーシャルワーカーが採用されるべきである」と提案し、1895年、最初の医療ソーシャルワーカー（アーモナー）＝メアリー・スチュアートがロイヤル・フリー・ホスピタルに採用された。この時、チャールズ・ロック卿は、彼女の業務の一つとして、「治療が施されているすべての患者にとってその治療が十分に役立っているかどうかを可能な限り確かめること」を考えていた⁵⁾。

A子さんの退院許可が出されてから、医療ソーシャルワーカーの援助、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーの援助、そして医療ソーシャルワーカーによる医療機関内部の調整のため、自宅退院となるまで2か月近くの時間を要した。医療機関の採算性や在院日数の短縮化の視点からみれば、とんでもないことであろう。しかし、A子さんにとって、救急車で搬入され、緊急手術を施行し救命され、発声を得、そして、吸引吸入器の操作を習得したことは、この2か月近くの時間の中で実現した環境整備によって初めて意味をもつこととなった。また、同時に、医療機関にとっても、提供した医療サービスが、真に生きたものとなったと言える。

医療機関で提供された医療サービスが、その人のQOLの向上に十分に役立つように、無意味にならないよう、環境整備をするための時間の確保は保障されなければならない。そのために、医療ソーシャルワーカーが、所属医療機関の中での退院援助に関して、どのようにソーシャルワーカーとしての管理を実践していくのが改めて問われる。所属医療機関の管理と医療ソーシャルワーカーとしての管理に齟齬が生じた時、ソーシャルワーカーとしての管理の視点に立ち発言し続けるのか、ソーシャルワーカーとしての良心の痛みを伴いつつ、やむをえず所属医療機関の管理に従わざるをえないのか、または、痛みも伴わず、齟齬にも気付かないままなのか……医療機関にソーシャルワーカーがいる意味は大きく問われなければならない。

5. おわりに

介護保険の導入を目前にし、わが国の福祉・保

健・医療の枠組みは大きく変わろうとしている。医療機関の将来像も、在宅介護支援センターの将来像も不透明である。介護支援専門員という新たな職種も生まれようとしている。このような時期であるからこそ、私達は、医療機関にソーシャルワーカーがいることの意味を、原点に戻ってもう一度確認する必要があるといわざるをえない。

【参考文献】

- 1) 児島美都子「個別援助技術の構造と機能」福祉士養成講座編集委員会編『改訂 社会福祉士養成講座9 社会福祉援助技術各論I』p.68 中央法規 (1996)
- 2) 堀越由紀子「保健医療機関にソーシャルワーカーがいる意味」(社)日本医療社会事業協会現任教育委員会編『医療ソーシャルワーカー専門講座テキスト実践力を高めるために』p.13-p.14 社団法人日本医療社会事業協会 (1997)
- 3) ジーン・カール、ニゲル・パーソンズ「保健・医療機関におけるソーシャルワーカーの組織」ミーケ・バドウィ+ブレンダ・ピアモンティ編著(児島美都子+中村永司監訳)『医療ソーシャルワークの実践』p.36 中央法規 (1994)
- 4) 堀越由紀子「管理」(社)日本医療社会事業協会業務検討委員会『業務検討委員会報告書』社団法人日本医療社会事業協会『医療と福祉』Vol.27-No.1, p.36 社団法人日本医療社会事業協会 (1993)
- 5) ミーケ・バドウィ「歴史的展望」ミーケ・バドウィ+ブレンダ・ピアモンティ編著(児島美都子+中村永司監訳)『医療ソーシャルワークの実践』p.2-p.3 中央法規 (1994)

現代の医療とソーシャルワーカーの存在

熊谷 忠和*

Key Words 医療現場, QOL, MSWのジレンマ, 社会的視点, 戦略

はじめに

あちこちで「このままではMSWの存在は消えてしまうのではないか」との危惧を耳にする。確かに、医療という場でソーシャルワークを根付かすのは実感として「しんどい」と感じる。しんどさがつのってくると医療への「挑戦」あるいは「闘い」へと逆に活きがあがってしまう。ただども気持ちほどに事態はよくなる。結局「こつこつやるしかない」でおさまってしまう。

編集者の今回の特集の意図は、MSWにかかわるものの危惧や不安に対して向けられているようである。

現場でMSWの定着にむけて悪戦苦闘しているものの立場から「ソーシャルワーカーが医療の場に存在する真の意義とその戦略について」問いかけてみたい。

1. 現場MSWのジレンマについて

1970年代、中島さつきは我が国においてMSWを進めていく場合の問題点を「(1)必要性が認められないところに、GHQにより種がまかれた。(2)縦割りのしくみの中に横割りの仕事が入りにくい。(3)法的な根拠がなく予算がとりにくく、身分法がないので採用がしにくい。(4)MSWの効果が測定されにくい。(5)学問としての体系付けがなされていない。対象論、目的論、方法論が確立されていない。(6)保健医療施設でソーシャルワークは二次的なものである。医療チームのなかで他の専門職種との協力において困難性がある。(7)MSWの専門教育をおこなう教育機関がない。(8)今日の医療は人間が尊重されておらず、医療者優先であり、患者の立場が低い。」などと

した¹⁾。

ところで、時代を経て1980年代後半以降、疾病構造の変化や高齢者社会の到来と、保健医療をめぐる社会的状況は大きく変動した²⁾。多様化した患者・家族のニーズに対応していくために、保健・医療・福祉の連携が強求められるようになった。福祉の専門職であるソーシャルワーカーの取り巻く環境も、中島が指摘したころの時代と比較して随分と変化した。つまり、医療の中の福祉の存在に対する社会的な期待が高まり³⁾、加えて医療や行政の指向も縦割りの弊害がクローズアップされ患者中心の発想が唱えられる時代背景を迎えている。いわば、外的な要素・環境はMSWの定着に関して追い風ともみられる時代的流れを向かえている。

しかしながら、MSWは、この時期にあり、あらためてその存在意義を自問しなければならない状況に置かれている。なぜなのだろうか？その背景としては次のような要因が考えられる。

第一は、医療経営の立場と患者の立場に関する。医療をとりまく昨今の状況から、医療経営の立場と患者の利益誘導が必ずしも一致せず、場合により対立を生むことがある。MSWとしては、両者の間に立ちジレンマをかかえ、閉塞状態に陥っている。

第二は、医療の他の専門職種との競合に関する。医療が在宅医療や患者中心指向をもちはじめたことで、他の専門職との領域が競合することになった。生き残りのためにMSWとしての独自性が求められているが、独自性を示しきれない、煮えきらなさをかかえている⁴⁾。

第三は、MSWの活動範囲に関する。

*Tadakazu Kumagai : 公立高島総合病院 ソーシャルワーカー

患者にとり、医療は通過点の一つであるが、生活にかかわるMSWの援助は、通過時のみならず継続的であるはずである。だけれどもそのコンセンサスが必ずしも得られていない状況がある。

第四は、医療・保健・福祉との連携がいわゆる中のMSWの在り方に関してである。相互の連携、相互の乗り入れが進むなか、また地域サービスの量的な拡がりにより、MSWの存在の必要も含めた在り方が問われている。

第五は、ソーシャルワークの本質的な課題に関してである。患者・家族に対して、実利的なものを何も提供できない。苦しんでいる患者を目の前にして、ただそばにいることしかできないその無力感を絶えず感じているところがある。

このような要素が絡み合って、現場のMSWは、出口のないジレンマに陥っているのではなかろうか。外にむかうはずのエネルギーがこのジレンマにより内向し、自らの存在も確信できずにいるのではなかろうか。

2. ジレンマから抜け出す糸口をソーシャルワークの歴史からつかむ

さて、ソーシャルワークに関する本質論争の歴史をさかのぼると、「個人」と「社会」を振り子のように揺れ動き、そしてその帰結として、「社会」に生きる「個人」の「社会的機能」に焦点をあてるところにその独自性があると定説化されてきた経緯がある⁵⁾。

しかしながら、「社会的機能」という概念が、現実社会をいかに受け入れ、社会適応を促進させるのかの「社会」の側の論理として位置づけられると、ソーシャルワークの価値とする社会的指向の芽は摘み取られ、社会の問題性に対して無力なものとなる。

たとえば、MSWの今日的課題となっている退院援助を例にとって考えてみよう。政策的に長期入院の是正、在宅医療の推進がすすめられる中、医療経営の立場からは「個人」の事情はさておき、期限付きで退院促進がなされる。一方、この退院促進は「個人」にとっては、病気や障害の心理的な受け入れや具体的な生活設計の目安がもてないままの、いわば「病院からの追いだし」と写るこ

ととなる。MSWは、この状況に対してまさに、「個人」と「社会」の双方の中間に位置している。この場面において、医療の側の期待に応えようとする時、「社会的機能の促進」という概念は、「個人」へのかかわりに対しMSW自らを正当化する道具となる。そして、この道具は使い方を間違えると、問題の社会的視点に目をそむけ、問題を個人の責任レベルに求める危険性をはらみ、ソーシャルワーカーの存在にとって命取りとなってしまう。

ソーシャルワーカーが仮に問題の社会的側面を忘却し、個人の対処能力にすりかえ、その場しのぎの対応しかできていないならば、利用者である市民はあいそをつかさだろうし、雇用者である医療の側もわざわざソーシャルワーカーを雇うことはしなくなるだろう。少し気の利いた事務員や看護婦の兼務でこと足るだろう。

同じ「社会」に生きる市民である「個人」と共同し、「個人」の問題を「社会」とのかかわりであらえ、問題解決を「社会的に解決」していく視点こそ、ソーシャルワークにとって必要なことである。

その意味において、かつて、ソーシャルワークの形成において重要な影響を与えたとされるセトルメント運動や社会改良運動の着想が今しっかりと引き継がれるべきである⁶⁾。

現場の全貌を示す紙面余裕はないが、私たちのところにまいこんでくる相談は、総じて医療体制の矛盾や社会的問題を内包したものである。

当院（地域の250床規模の一般病院）の相談室においても本年4月以来、200ケース程の相談があるが、その7割程度が退院相談である。また、退院相談の対象は救命救急を終えたが疾患の後遺症や老衰のためいわゆるネタキリ状態となり経管栄養などにより現状を維持している患者がほとんどを占めている。患者本人や家族のQOLが保障されていく退院援助がなされているかという点、それはほど遠いとしきいいようがない。援助の転帰としては老人保健施設や他の老人病院への転院がその8割を占めている。

本人や家族の自己決定というより、いわば、暗黙の了解のうちにすすめられていく感がある。そ

こには医療や福祉の理念や価値観とは全く違う現実世界がある。(但し、私は早期退院の推進を否定する者ではない、現在の急性期病院の体制では、慢性期患者のQOLは確保できないからである)

私たちの現場である医療を取り巻くこのような状況を、MSWとしての私たちは、どのように捉えればいいのだろうか。

やはり、現在の医療の場(受け皿としての福祉の状況も含めて)が、患者のQOLの立場からは劣悪な環境であり、変革が必要であるという認識をもつべきである。

3. 月光仮面のような社会派MSWをめざして

私は、ソーシャルワーカーの援助は、かつてのセッターがそうであったように、同じ目の高さで手助けできる臨床家としての視点と社会的資源を個別の状況にきちと結びつけるあるいは資源そのものを開発していく社会改良家としての視点が、今まさに重要であると考えている。すぐれて社会的感覚のある、しかも徹底した市民の感覚をもった実践的ソーシャルワーカーが求められている。いわば月光仮面のような社会派MSWをめざしたいものだ。

そのような援助を具体的に展開していくには、次のような留意点が必要である。

第一は、患者・家族のとりまく生活状況(環境)をよく知っていることである。患者・家族のことを一番良く知っている存在であることが必要である。どんな暮らしをしているのか、どんな家族と、どんな家に、どんな生い立ちをもっているのか、また何を優先順として生きてきた人が良く知っていることである。また、地域、資源、制度の実情ことを良く知っている存在であることも必要である。とりわけ、社会資源の実態をよく知っていることが大事である。たとえば退院援助をする際に他の病院への転院あるいは施設入所と話しが進んでいく場合が多いが、その病院や施設の内容について正確に知っている必要がある。実際にその病院や施設に入所したらどうい生活になるか具体的に説明できなければならない。そのためには日頃から自分の目で確かめておいたりすることが大事である。これらの知識量がどれほどあるかがソ

ーシャルワーカーの資質のバロメーターとなる。

第二は、社会資源の十分な活用、資源の開発を指向するということが大事であるということである。在宅での福祉サービスなどが量的にふえているが、まだQOL、ノーマライゼーションが実現できるほどではない現状がある。ソーシャルワーカーが社会保障の理念を具体的に実現させていく立場をとるなら「理念」と「現実」のギャップを明らかにし理念の現実化が指向されなければならない。たとえば、ソーシャルワーカーの事例の積み重ねにより社会的な問題提起やソーシャルアクションにより新たな福祉サービスを創設していくようなことがあげられる。資源の創設により個別事例の問題解決につなげていくことが可能となる。

第三は、医療や福祉サービスを利用することの患者・家族の受け止めかたをよく理解することである。例として福祉サービスの利用についての事例をあげてみよう。事例は障害をもつ75歳の単身老人で、老人ホームへの入所をめぐる長期に話し合ってきた例である。老人は高齢化と障害の重度化により、一人で暮らせなくなっていく現実と老人ホームへの入所の決心がつかないほまで思い悩んでいた。老人にとって老人ホームは「養老院」であり「人生の落伍者がはいるところ」「国からお世話をうけるところ」であった。その気持ちは決して「権利だから」との説明ですむことではない。この老人が権利として保障されているはずの老人ホームの入所を彼自身のメガネからそのように思うのは、彼の生まれ育った国の、社会の、あるいは個別の生活史の中から出てきたものであろう。ここのところを老人とソーシャルワーカーの関係の中でわかり合っていくことが大事なこととなる。制度は近代、気持ちは中世ということがやはりある。権利指向が根付いてきたとはいえ、いまだ我が国におけるソーシャルワークを考える上での重要なテーマである。ソーシャルワーカーはサービス資源を単に状況にあてはめるのではなく、そのサービス資源の歴史性と現代的意味を理解し、利用者とその利用について深めていくことが重要である。

第四は、医療サービス、患者サービス向上のための内部努力の材料を提供するということである。

どれほど説得力のある材料であるかは、ソーシャルワーカーがどれほど患者、家族とびったりくっついていかにかかっている。ソーシャルワーカーと患者、家族との距離間が問われている。

ところで、このような、私のいうところの「社会派MSW」を必要とする現代医療とは、過渡期的な状況なのだろうか？ だとすれば、MSWは時代の産物なのだろうか？ 見識ある諸兄に聞きたい。しかし、キャボットの時代⁷⁾から世紀にわたっているが、彼が説いたMSWの必要は、まさにそのまま生きている。

4. MSWが存在していくための具体的な戦略について

MSWの必要な医療の状況は不幸であるかもしれない。しかし現実的にMSWの必要な医療の実態がある以上、私たちMSWの使命は終えられない。

現代社会において病気や障害をもつことの生活への影響は極めて大きい。その影響を最小限に食い止め病気や障害をもちつつも健やかに暮らしていける働きかけが医療にも求められるかぎりMSWは存在し続けるだろうし、存在し続けなければならない。

ここでは、MSWが存在し続けていくための具体的な現場レベルでの戦略について列挙しておきたい。

第一は、患者、家族の生活に関する情報を院内の中で一番多くもっていることである。患者、家族を取り巻く生活背景に関する情報や患者家族の目線から見たものとのとらえ方、あるいは地域の資源の情報について裏も表もよく知っていることである。そのためには当然患者、家族と共にいることがまず必要となり、そして地域にめいっばい出かけて院内スタッフではとれない情報を収集することである。

第二は、院内や機関の関係者とよく協調することである。MSWの援助は、さまざまな職種、機関とかかわりの中ですすめられていく。そのためにMSWは、他機関のしくみ、機能あるい担当者の人柄までも知っておくことさえ必要となる。またその状況により、MSWのイニシアティブのと

る度合いも変えなければならない。場合によっては仲介役に徹しあまり表にでず「黒幕的」に動くことがいいこともある。いずれにしても、患者の利益が優先される方向づけがなされるために、ケースをとりまく関係者の役割機能を良く知り、その人たちとの人間関係を柔軟に保つことが求められる。

第三は、MSWが仲介することで患者と医療スタッフ間の情報の質を高めることである。MSWの仲間内では「かえす」という言葉をよく使うが、単なる報告ではなく、MSWがその言葉を使う場合(1)情報の整理(2)ケースの全体像をかかわっている人たちが共有していく(3)ケースの展開が患者中心に進められていく方向性を作るなどの意味が含まれることが大切である。

第四は、MSWが患者の「自助」(セルフケア)の考え方について知ることである。慢性病や障害に立ち向かっていく場合、仲間同士の、病気や障害に向かい合うしんどさの共有、生活に即した正しい病気の理解の共有が必要となる。このことは、医療側においても、これからの医療を進めていく場合のキーワードになる。MSWはそのグループの組織化、コーディネーターとして主として力を発揮することができる。

第五は、いわゆる「連携づくり」を積極的に押し進めることである。MSWの他職種との連携の取り方は特徴的である。たとえば、定型的なカンファレンスがなかってもMSWは、足で歩き回りできるだけ多くのクライアントにかかわりのある人たちに会い、いろんな目線からの情報を知り、その情報を交互に整理しながらすることで一定の方向性を導き出すことができる。そして必要であればMSWがコーディネートし手作りカンファレンスなど企画することもある。そしてそのことが定型的なカンファレンスに定着するような発展をすることになる。

おわりに

声援を送ってもらえるはずの利用者や一般市民からも、MSWに対する期待はずれの弁や不甲斐なさを訴える声を聞く。病院から役に立たないと嫌みをいわれてもかまわない。けれどMSWの利

用者から見放されては、もう住みかはない。

今、必要なことは、びったりと患者にくっつくことである。そこで得られる情報を源にして、月光仮面のように走りまわることである。MSWが患者の代弁者として世論を巻き起こし医療のしくみが変わるくらいの勢いをもちたいものだ。

【注】

- 1) 中島さつき：医療ソーシャルワーク，誠信書房，1975，pp126-129を一部割愛し引用
- 2) 厚生省：厚生省国民医療総合対策中間報告，1986
- 3) 厚生省：医療ソーシャルワーカー業務指針，1989
- 4) 橋高通泰：医療ソーシャルワーカーの業務と実践，ミネルヴァ書房，pp1-28，1997
- 5) ソフィア・T・ブトゥリム著／川田眷音訳：ソーシャルワークとは何か，川島書店，pp1-20，1986
- 6) Walter I. Trattner：The Settlement House Movement, From Poor Law To Welfare State, The Free Press, pp155-183, 1974
- 7) R. C. キャボット著／森野郁子訳：医療ソーシャルワーク医師とソーシャルワーカー，岩崎学術出版，1969

医療ソーシャルワーカーと学生の 援助技術基礎理論 (TO) の比較研究

北島 英治* 田中千枝子*

1. 目 的

社会福祉の実践と教育の連携は大きな課題である。社会福祉援助技術の教育科目である「社会福祉援助技術総論」「各論」「演習」「実習」において、“何を” “如何に” 学生に伝達し実践させるかについては、各種の考え方がある。

北米においても、一方では、社会福祉援助技術 (“ソーシャルワーク”) は体系化された概念や理論である前に、技能であり “実践知practice wisdom” であるとする考え方がある。実践知とは、実践者が “事例” へのかかわりの中で身につけた援助体験 (Sheppard, 1995)¹⁾ であり、援助価値観 (Klein & Martin, 1995)²⁾ である。他方では、実践者の理論的基盤 (Theoretical Orientation (TO)) が、実践におけるアセスメント、援助技術、援助過程に大きく影響すると、Meyer (1968)³⁾ は指摘した。また、Fisher (1978)⁴⁾ は、実践者の得意とする援助技法によりクライアントを選ぶのではなく、クライアントに応じて実践者のもつ各種の援助技法を選ぶべきであるという選択主義 (eclecticism) を主張した。

実践と理論を対立したものと考えるのではなく、体験の中で蓄積される実践知を重視し、その実践知を客観化し専門知識として積み上げることで、我が国の社会福祉援助技術を体系化していくことが必要であると考え。北米において、全米ソーシャルワーカー協会 (NASW) の会員を対象として、社会福祉援助技術の理論的基盤 (TO) に関する調査を実施したJayaratne (1982)⁵⁾ とCocozzelli (1987)⁶⁾ の研究がある。我が国において、筆者らは理論的基盤に関する研究 (田中・北島⁷⁾, 1995年: 北島・田中⁸⁾, 1997年) を行ってきた。

今回、社会福祉教育を受ける学生を対象として調査を実施し、すでに実施した医療ソーシャルワーカーの調査結果と、その両群を比較することで理論的基盤の “次元” を明かにすることが、本研究の目的である。

2. 方 法

1) 対 象 者

調査対象者は、医療ソーシャルワーカーの124名と、福祉を勉強する学生の50名であった。以降、前者を「医療ソーシャルワーカー群」、後者を「学生群」と呼ぶ。2つ調査対象群の特徴を示したものが表1である。項目により無回答があり、その数は除いた。医療ソーシャルワーカー群は女性、83%、男性、17%であり、学生群は女性、61%、男性39%であった。医療ソーシャルワーカー群は21歳～40歳までの年齢幅で約90%、学生群は21歳～30歳の幅で約80%であった。医療ソーシャルワーカー群の約90%が4年生大学卒で、全体の約80%は福祉系の大学を卒業していた。学生群は、大学卒業を要件として入学が認められる夜間の専門学校の学生であり、全員が福祉系外の4年生大学を卒業していた。

2) 事例 (vignette) 質問紙法

調査方法は質問紙法で実施した。その質問紙は、「3つの事例に対する、4つの援助基礎理論 (Theoretical Orientations (TO)) に基づく<かかわり方>の選択問題」で、Cocozzelli (1987)⁶⁾ の質問項目を我が国用に変更したものであった⁷⁾ ⁸⁾。事例 (vignette) に対し4つの<かかわり方>が提示してあった。その援助基礎理論 (TO) は、(a) クライアント中心療法理論

*Eiji Kitajima, Chieko Tanaka: 東海大学健康科学部社会福祉学科

表1 調査対象者の特徴

		医療ソーシャルワーカー	学 生
性別	女 性	102 (82.9)	30 (61.2)
	男 性	21 (17.1)	19 (38.8)
年齢	21～25歳	27 (30.1)	24 (49.0)
	26～30歳	29 (23.6)	17 (34.7)
	31～35歳	21 (17.1)	3 (6.1)
	36～40歳	22 (17.9)	0 (0)
	41～45歳	4 (3.3)	4 (8.2)
	46～50歳	7 (5.7)	0 (0)
	51歳以上	3 (2.4)	1 (1.0)
学校	専門学校	6 (4.9)	0 (0)
	短期大学	3 (2.4)	0 (0)
	大 学 (福祉系)	99 (80.5)	0 (0)
	大 学 (福祉系外)	8 (6.5)	49 (100.0)
	大 学 院	7 (5.7)	0 (0)

(Rogerian [R]), (b) 精神分析的理論 (Psychoanalytic [P]), (c) 行動療法理論 (Behavioral [B]), (d) 家族療法理論 (Family therapy [F]) であった。事例1の最初のかかわり方の基礎理論は [R] であり、第2番目は [P], 第3番目は [B], 第4番目は [F] であった。事例2は [B] [R] [P] [F] の順番であり、事例3は [R] [P] [B] [F] であった。

4つの<かかわり方>から、「最も好ましい」かかわり方を“1”とし、「その次に好ましい」かかわり方を“2”とし、「決してかかわらない」かかわり方を“0”と記入する質問紙法が用いられた。ただし、ある特定の事例 (vignet) に対し、ある特定の基礎理論が使用されなければならないといった、正答や誤答があるわけではない。回答者の基礎理論を明かにし易いように“中性の事例”が提示された。

3) 4つの基礎理論と5つの次元

4つの<かかわり方>は、表2で表された5つの“次元”を意味する単語から各項目は構成された。

(a) [個別-合同 (家族) の次元] : 各最初の文章において、最初の3つのかかわり方は「私

は、和夫君から母親に“主に個別”にかかわります」と書かれ、最後の家族療法理論のかかわり方の質問だけは「私は和夫君の“家族全員に、できるだけ一緒に”にかかわります」と記述されている。

1対1のワーカー・クライアントの面接法か、または、面接中の相互関係を観察し介入するための合同面接かの違いが問われた。この次元により、家族療法理論と他の3つの理論のかかわり方との区別が行われた。

(b) [感情-行動 (課題) の次元] : クライアント中心療法理論のかかわり方では、面接中のクライアントの内面の [感情] を焦点とし、その感情への援助者の“共感”が強調されるが、他方、行動療法理論のかかわり方はクライアントの観察可能な [課題] や [行動] を問題とし、行動変容

表2 <かかわり方>の次元

個 別	.....	合 同 (家族)
感 情	.....	行 動 (課題)
過 去	.....	現 在 (未来)
意 識	.....	無 (前) 意識
精神内界	.....	相互関係

を目的とした“宿題”や“強化”によるかかわり方が示された。この次元により、クライエント中心理論のかかわり方と行動療法理論のかかわり方の区別が行われた。

(c) [過去-現在(未来)の次元]：精神分析理論のかかわり方において、幼児期の両親との関係といった[過去]を問題とするが、他方、クライエント中心理論のかかわり方は[現在]を問題とする。また、行動療法理論のかかわり方はクライエントの[現在]の行動と[未来]の達成すべき課題が問題となるが、家族療法理論のかかわり方は[現在]の家族の相互関係が問題となる。この次元により、精神分析的理論のかかわり方と他の3つの基礎理論のかかわり方の区別が行われた。

(d) [意識-無(前)意識の次元]：精神分析的理論のかかわり方は、[無(前)意識]の“隠されている欲求や感情”がクライエントの問題の原因であると考え、その無(前)意識の中に隠され、抑圧されているものを意識化するかかわり方が強調される。他方、クライエント中心理論と行動療法理論のかかわり方は[意識]上で働いている感情と行動が問題であると考え、“隠されている欲求や感情”の無意識の概念をむしろ否定する。精神分析的理論のかかわり方の一つである夢や絵と言った象徴的手段による無(前)意識の解釈を利用しない。この次元で、精神分析的理論のかかわり方と他の3つの基礎理論のかかわり方の区別

が行われた。

(e) [精神内界-相互関係の次元]：クライエント中心、精神分析、行動療法の理論のかかわり方は、その個人の“感情”や“行動”や“隠された欲求”が問題となるが、他方、家族療法のかかわり方は、その個人と他の家族のメンバーとの現在の“相互関係”が問題となる。1対1のワーカー・クライエント関係だけでなく、家族メンバー間の相互関係が問題となり、その相互関係にワーカーが介入するかかわり方が特徴である。この次元により、家族療法理論と他の3つの基礎理論のかかわり方の区別が行われた。

3. 結 果

1) 事例1の結果

表3は、事例1に関する医療ソーシャルワーカー群(124人)と学生群(50人)の<かかわり方(基礎理論)>を比較した結果である。<かかわり方>で、“1”は「最も好ましい」、「2」、「次に好ましい」、「0」、「決して使用しない」、「ブランク」、「使用しない」と記述した。表内の数値はパーセントで、*印は統計的有意を示す $p < 0.05$ を意味する。

第1番目の<かかわり方>であるクライエント中心療法理論において、医療ソーシャルワーカーの43.5%は「最も好ましい」と回答したが、学生は30%であった。また、学生の46%が「使用しない」と回答した。クライエント中心療法理論のか

表3 事例1への<かかわり方>の医療ソーシャルワーカーと学生の比較

かかわり方	(1)		(2)		(3)		(4)	
	クライエント中心理論		精神分析的理論		行動療法理論		家族療法理論	
	ソーシャルワーカー	学 生	ソーシャルワーカー	学 生	ソーシャルワーカー	学 生	ソーシャルワーカー	学 生
最も好ましい	43.5	30.0	25.0	52.0	12.1	2.0	16.1	16.0
次に好ましい	20.2	24.0	23.4	30.0	23.4	30.0	29.0	16.0
使用しない	33.9	46.0	44.4	18.0	78.1	66.0	52.4	60.0
決して使用しない	2.4	0	7.3	0	6.5	2.0	2.4	8.0
	$\chi^2 = 4.50$		$\chi^2 = 18.9*$		$\chi^2 = 6.30$		$\chi^2 = 5.52$	

かわり方は、医療ソーシャルワーカー群の方が学生群に比較し「好ましい」と回答した割合は高かった。その統計的有意差はなかった。

第2番目の<かかわり方>である精神分析的理論において、医療ソーシャルワーカー群と学生群の間で統計的有意差があった。学生の52%が「最も好ましい」かかわり方としたが、医療ソーシャルワーカーは25%であり、「決して使用しない」としたものが7.3%あった。事例1に関して、精神分析的理論のかかわり方を学生は医療ソーシャルワーカーより好ましいかかわり方とした。

第3、第4の<かかわり方>である行動療法理論と家族療法理論を医療ソーシャルワーカーも学生も「使用しない」が多かった。以上から、事例1に関して、精神分析的理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーより学生の方が統計的有意に多く「好ましい」とした。クライアント中心療法理論のかかわり方は医療ソーシャルワーカーの方が学生より「好ましい」とする傾向が見られた。行動療法理論と家族療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーも学生も「使用しない」とした割合が高かった。

2) 事例2の結果

表4は、事例2に関する医療ソーシャルワーカー群と学生群のかかわり方を比較した結果である。クライアント中心療法理論のかかわり方において、「最も好ましい」としたものは、医療ソーシャルワーカーは55.6%、学生は44%で、両群ともに高

い割合を示した。精神分析的理論のかかわり方において、医療ソーシャルワーカーと学生の間で相違が見られた。学生の44%が「最も好ましい」としたが、医療ソーシャルワーカーは25%であり、「決して使用しない」としたものが4%あった。行動療法理論と家族療法理論のかかわり方を医療ソーシャルワーカーも学生も「使用しない」が多かった。以上から、事例2に関して、精神分析的理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーより学生の方が「好ましい」とした。クライアント中心療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーも学生もより「好ましい」とする割合が高かった。行動療法理論と家族療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーも学生も「使用しない」とした割合が高かった。

3) 事例3の結果

表5は、事例3に関する医療ソーシャルワーカーと学生のかかわり方を比較した結果である。クライアント中心療法理論のかかわり方において「最も好ましい」としたのは、医療ソーシャルワーカーが49.2%、学生は42%であり、その両群が高い割合を示した。精神分析的理論のかかわり方において、医療ソーシャルワーカーと学生の間で統計的有意差があった。学生の46%が「最も好ましい」としたが、医療ソーシャルワーカーは23.4%であり、「決して使用しない」としたものが6.5%あった。事例3に関して、精神分析的理論のかかわり方を学生は医療ソーシャルワーカーより好ましい

表4 事例2への<かかわり方>の医療ソーシャルワーカーと学生の比較

かかわり方	(1)		(2)		(3)		(4)	
	行動療法理論		クライアント中心理論		精神分析的理論		家族療法理論	
援助基礎理論	ソーシャルワーカー	学生	ソーシャルワーカー	学生	ソーシャルワーカー	学生	ソーシャルワーカー	学生
最も好ましい	12.1	8.0	55.6	44.0	25.0	44.0	4.0	4.0
次に好ましい	20.2	34.0	25.0	36.0	30.6	26.0	18.5	4.0
使用しない	61.3	56.0	17.7	20.0	40.3	30.0	67.7	84.0
決して使用しない	6.5	2.0	1.6	0	4.0	0	9.7	8.0
	$\chi^2=4.90$		$\chi^2=3.36$		$\chi^2=7.52$		$\chi^2=6.65$	

とした。行動療法理論と家族療法理論のかかわり方を医療ソーシャルワーカーも学生も「使用しない」が多かった。以上から、事例3に関して、精神分析的理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーより学生の方が統計的に有意に多く「好ましい」とした。クライアント中心療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーも学生も「好ましい」とする割合が高かった。行動療法理論と家族療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカーも学生も「使用しない」とした割合が高かった。

4. 考 察

以上の結果から、1) クライアント中心療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカー群が“最も好ましい”とする割合が高かった。2) 行動療法理論と家族療法理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカー群も学生群も“最も好ましい”とする割合が低かった。3) 精神分析的理論のかかわり方は、医療ソーシャルワーカー群と学生群の間で統計的に有意な差が見られ、学生群の方が医療ソーシャルワーカー群より“好ましい”とする割合が高かった。

かかわり方の“次元”から考察すると、医療ソーシャルワーカーと学生の両群共に、クライアント中心療法理論のかかわり方を好み、行動療法理論のかかわり方を好む傾向が少ない。そこで、[感情-行動の次元]において、クライアントの[行

動]より[感情]の側面へのかかわり方をより好ましいとする傾向があると推測できた。また、家族療法理論のかかわり方を好む傾向が少ない。そこで、[合同]より[個別]のかかわり方を好み、家族合同面接時に見られる家族員間の[相互関係]へのかかわり方より、個人的[精神内界]の側面へのワーカー・クライアント関係のかかわり方を両群ともに好む傾向があると推測できた。

医療ソーシャルワーカー群と学生群の唯一の違いが見られた精神分析的理論のかかわり方から推測すると、生育歴等を聞くといったクライアントの[過去]の側面に対するかかわり方を好む傾向は、医療ソーシャルワーカー群は低く、学生群は有意に高いと考えられた。また、医療ソーシャルワーカー群は、[意識-無(前)意識]の次元においても、クライアントの隠された欲求や[無意識]の側面へのかかわり方より、[意識]の側面へのかかわり方を重視する傾向があると推測できた。

最後に、本研究に使用された理論的基盤やその調査項目は、我が国の社会福祉援助実践の実態に合わないという意見もあった。投げかけられた疑問に答えるためにも、実践と教育がより連携することで、医療ソーシャルワーカーの実践知に関するさらなる実証的研究を進めることを今後の課題としたい。

表5 事例3への<かかわり方>の医療ソーシャルワーカーと学生の比較

かかわり方	(1)		(2)		(3)		(4)	
	クライアント中心理論		精神分析的理論		行動療法理論		家族療法理論	
	ソーシャルワーカー	学 生	ソーシャルワーカー	学 生	ソーシャルワーカー	学 生	ソーシャルワーカー	学 生
最も好ましい	49.2	42.0	23.4	46.0	7.3	2.0	15.3	10.0
次に好ましい	17.7	30.0	36.3	36.0	17.7	6.0	16.1	24.0
使用しない	31.5	28.0	33.9	16.0	67.7	86.0	58.9	46.0
決して使用しない	1.6	0	6.5	2.0	7.3	6.0	9.7	20.0
	$\chi^2 = 3.85$		$\chi^2 = 11.4*$		$\chi^2 = 6.00$		$\chi^2 = 6.01$	

参考文献

- 1) Sheppard, M., Social work, social science and practice wisdom. *The British Journal of Social Work*, 25(3), 265-293, 1995.
- 2) Klein, W.C. & Bloom, M., Practice wisdom *Social Work*, 40(6), 799-807, 1995.
- 3) Meyer, C.H., *Social Work Practice (2nd Ed.)*. New York : The Free Press, 1968.
- 4) Fischer, J., *Effective Casework Practice : an eclectic approach*. McGraw-Hill Book Company, 1987.
- 5) Jayaratee, S., Characteristics and theoretical orientations of clinical orientations of clinical social workers : a national survey. *Journal of Social Service of Research*, 4(2), 17-30, 1982.
- 6) Cocozzelli, C.L., *Social Workers' Theoretical Orientations*. New York : University Press of America, 1987.
- 7) 田中千枝子・北島英治, 日本の医療ソーシャルワーカーの理論的基盤 (Theoretical Orientations) の実際, 東海大学健康科学部, 紀要 (創刊号), pp.15-24, 1995.
- 8) 北島英治・田中千枝子, 社会福祉援助技術の「理論的基盤 (TO)」に関する研究—医療分野のソーシャルワーカーを対象として—, 社会福祉実践理論研究, 第6号, pp.37-50, 1997.

〔資料〕

以下に3つの「事例」があげてあり, その各事例について4つだけの「かかわり方」が述べてあります。他の「かかわり方」も大いに可能性があります。しかし, もしあなたがこの事例にかかわるとすれば, その4つの「かかわり方」の中で, <最も好ましい>と思われる「かかわり方」に“1”, <その次に好ましい>と思われる「かかわり方」に“2”と書き入れて下さい。1番目と2番目のみを書いてください。ただし, 自分では<決してかかわらない>と思われる「かかわり方」がもしあれば, その「かかわり方」に“0”と書いてください。

事例1 :

8歳の和夫君が依頼されてきました。和夫君はクラスで“問題行動”があり, 学校生活がうまくいかないとのこと。和夫君には, 母親の最初の結婚の時の子どもである14歳になる兄の義則君がいます。母親の最初の結婚で, 義則君を出産しましたが, 夫のアルコール依存の問題により離婚しました。その後, 母親は義則君をつれて再婚し, 和夫君が生まれました。和夫君の父親も大変なお酒飲みです。現在の家で, 和夫君が両親から褒められたりすることはほとんどないようです。

(B1-1)

私は和夫君か母親に主に個別にかかわります。援助過程の中で, 和夫君や母親との人間関係を作りあげるようにしています。共感的で暖かい関係をつくる中で, 感情の面で繊細に対応されていると感じられるように接します。面接過程は和夫君や母親が主体であると感じられるようにし, 和夫君や母親の現在の気持についていくようにします。

(B1-2)

私は和夫君か母親に主に個別にかかわります。援助過程の中で, 和夫君と彼の小さい時の家庭での出来事等を聞きます。小さいときからの母親や父親との関係を問題とし, また学校での先生との関係を聞きます。ときに, 絵の利用や夢について語ることもあるかもしれません。また, 母親自身の小さいときのこと話として。こころの中に隠されている欲求や感情, また私に対する和夫君や母親のかかわり方に注意を払います。

(B1-3)

私は和夫君や母親に主に個別にかかわります。和夫君や母親と解決すべき課題を一緒に話し合い, その課題を見つけます。そして, その課題を和夫君や母親の宿題とし, 課題達成経過記録を付けてもらいます。そして, 課題の達成がで

きたら褒めて、強化を与えてあげるようにします。そういった過程を和夫君や母親と続けます。

(B1-4)

私は和夫君の家族全員に、できるだけ一緒に会うことにします。和夫君と母親や父親、あるいは義則君との直接の相互関係を観察します。ときに、目の前で起きている現在の家族の間の相互関係に介入し、家族関係全体やその構造に働きかけるようにします。

事例2：

34歳の女性が抑うつと孤立感を訴えてきました。彼女は未婚で、妹夫婦家族と一緒に住んでいます。精神科の先生からの依頼で、服薬等の必要はなくケースワーク対象であるとの判断でした。

(B2-1)

私はその女性と個別にかかわります。解決すべき課題を一緒に話し合い、その課題を見つけます。そして、その課題を宿題とし、課題達成経過記録を付けてもらいます。そして、課題の達成ができた褒めて、強化を与えてあげるようにします。そういった過程を続けます。

(B2-2)

私はその女性と個別にかかわります。援助過程の中で、その女性と人間関係を作りあげるようにします。共感的で暖かい関係をつくる中で、感情の面で繊細に対応されていると感じられるように接します。面接過程はその女性が主体であると感じられるようにし、その女性の現在の気持ちについていくようにします。

(B2-3)

私はその女性と個別にかかわります。援助過程の中で、その女性の小さい時の家庭での出来事等を聞きます。小さいときからの母親や父親との関係を問題とし、また一緒に住んでいる妹夫婦の家族メンバーそれぞれとの関係を聞きます。ときに、その女性の見た夢について語ることもあるかもしれません。こころの中に隠されている欲求や感情、また私に対するその女性のかかわり方に注意を払います。

(B2-4)

私はその女性と妹夫婦全員に、できるだけ一緒に

に会うことにします。その女性と妹夫婦との直接の相互関係を観察します。ときに、目の前で起きている現在の相互関係に介入し、その女性と妹夫婦の家族関係全体やその構造に働きかけるようにします。

事例3：

相談依頼がありました。理由は、父親と13歳になる娘との間の近親相姦の疑いがあるとのことでした。夫婦は結婚して20年になり、子供はその娘一人です。妻は夫と娘の関係を疑い、その関係に驚き怒っています。

(B3-1)

私はその娘か母親に主に個別にかかわります。援助過程の中で、その娘や母親との人間関係を作りあげるようにします。共感的で暖かい関係をつくる中で、感情の面で繊細に対応されると感じられるように接します。面接過程はその娘や母親が主体であると感じられるようにし、その娘や母親の現在の気持ちについていくようにします。

(B3-2)

私はその娘か母親に主に個別にかかわります。援助過程の中で、その娘の小さい時の家庭での出来事等を聞きます。自分がもっと小さかった頃の母親や父親との関係を問題とします。ときに、絵の利用や夢について語ることもあるかもしれません。また、母親自身の小さいときのこと話します。こころの中に隠されている欲求や感情、また私に対するその娘や母親のかかわり方に注意を払います。

(B3-3)

私はその娘や母親に主に個別にかかわります。その娘や母親と解決すべき課題を一緒に話し合い、その課題を見つけます。そして、その課題をその娘や母親の宿題とし、課題達成経過記録を付けてもらいます。そして、課題の達成ができた褒めて、強化を与えてあげるようにします。そういった過程をその娘や母親と続けます。

(B3-4)

私はできるだけ家族全員と一緒に会います。その娘と母親や父親との直接の相互関係を観察し

ます。ときに、目の前で起きている現在の家族
の間の相互関係に介入し、家族関係全体やその

構造に働きかけるようにします。

Five Dimensions of the Theoretical Orientations of Direct Practice in Social Work

Eiji Kitajima and Chieko Tanaka

The studies of the theoretical orientations (TOs) of clinical social workers have been accumulated mostly in the United States and Canada. More than twenty theoretical orientations and theories of social work have been developed under the influence of the advancement of social work practice in the last ten years. Meyey (1976) wrote that "what" to which social work paid attention undoubtedly would color the "how" of its practice.

In Japan, however, the studies of the TOs have been done few in the field of social work practice, although the significance of the research collaboration between social work profession and academia has been greatly concerned over the last ten years. Therefore, the present study examined the current trends and comparisons of Japanese TOs among the medical social workers and the students who are studying social work at school. It was found that there was a difference of the TOs between the professions and the students. The five Dimensions of the TOs showed the valuable indicators which would differentiate among the differences of the TOs.

社会福祉現場実習におけるスーパービジョン — 配属機関がスーパービジョンに及ぼす効果 —

山井理恵*

Key Words 社会福祉現場実習, スーパービジョン, 学生の評価

1. 問題の所在, 研究の目的

本研究は社会福祉現場実習（以下、現場実習）においてスーパーバイザーが学生に対してどのようなスーパービジョンに関わる行動をとっているかについて、現場実習を終了した学生の評価をもとに、明らかにすることを目的としている。

社会福祉学を専攻する学生にとって、現場実習が重要な位置を示すことは長年にわたって指摘されてきた。社会福祉学を専攻する学生を対象とした調査においても大学のカリキュラムにおける現場実習の位置づけは高い評価を示している^{1) 2) 3)}。

しかしながら、大学の現場実習の意義や目的については、大学で学んだ理論を体験的に学ぶ場であるのか、専門職を養成する場であるのかは、必ずしも統一した見解があるわけではない^{4) 5)}。

一方、現場実習を受け入れる配属機関やスーパーバイザーにとっても、現場実習の位置づけは統一されたものとなっていない。医療福祉領域においては、日本医療社会事業協会の取り組み⁶⁾や医療福祉学会リハビリテーション研究会の取り組み⁷⁾にもあるように、ソーシャルワーカーとしての教育を目的とする見解が多く見られる。

しかしながら、なかには現場実習の位置づけを施設の意義や現状についての理解を深める機会として考えたり⁸⁾、外部の人間による視点を取り入れることで利用者へのサービスを向上させる機会ととらえるなど⁹⁾、専門職養成よりもむしろボランティアの受け入れに近い位置づけを行っている者も見られている。

それでは、各配属機関のスーパーバイザーは学生に対していかなるスーパービジョンを実施して

いるのであろうか。諸外国ではスーパービジョンの実施状況に関する要因として、スーパーバイザーの学位や専攻、価値観、学生によるスーパーバイザーの評価といったスーパーバイザーの個別的な側面から分析が行われている^{10) 11) 12)}。

しかしながら、我が国においては現場実習におけるスーパービジョン研究については、スーパーバイザーにかかわる要因よりも、配属機関ごとに分析がなされている傾向が強い。「社会福祉士及び介護福祉士法」制定以前には、医療福祉分野における実習生の受け入れ状況¹³⁾、養護施設における実習内容と時間配分の調査がなされている¹⁴⁾。

「社会福祉士及び介護福祉士」法制定以降においては、米本は「読む」「語る」「示す」「問う」の四側面から実習プログラムの実施状況を調査し、各項目ごとにばらつきがあること、また一項目においても施設間でばらつきが見られていることを指摘している¹⁵⁾。また池田は、実習指導の実施状況について、「初期（オリエンテーション）」、「中期（中間反省会）」、「終期（反省会）」の三側面から分析を行い、「初期」、「終期」のスーパービジョンは、どの領域でもほぼ設定されているが、「中期」は約半数の配属機関でしか実施されていないこと、特に各種相談機関や精神薄弱児・者、身体障害児・者施設での設定率が低いことを指摘している¹⁶⁾。なお、本調査では、病院は56機関中2機関にすぎないが、いずれの場面においても、設定率は100パーセントとなっていることが見受けられる。

黒木は、養護施設に限定しているが、具体的実習内容（体験領域）や実習指導の実態を調査している。そこでは、施設間において実習指導の

*Rie Yamanoi：明治学院大学大学院

実施状況に差異が見られていることを指摘している¹⁷⁾。

そのため、スーパービジョンの実施状況については配属機関の種類によって差異が見られていること、また同一の種類の場合においても個々の機関ごとに差異が見られていることが明らかになっている。しかしながら、場面の設定にとどまらず、スーパーバイザーがいかなるスーパービジョンにかかわる行動をとっているかについてはまだ明らかにされていない。

そのため、本研究では、実習指導を行なう立場にある職員が、どのようなスーパービジョンを行っているかを現場実習を終了した学生が評価することで、現場実習におけるスーパービジョンの実態を把握する。さらに各配属機関の領域ごとにスーパービジョン行動の評価の違いについて分析し、それぞれの配属機関の現場実習のスーパービジョンの実態、特に病院におけるスーパービジョンの実態について明らかにすることを目的とした。

なお本研究では、現場実習を体験学習の場としてとらえる。そして体験と理論をつなげるためにスーパーバイザーが学生に対して言語を媒介として行う指導をスーパービジョンとする。そして、現場実習のプロセスを次のような3局面に分けて考えた。①学生が配属機関で体験を行う前に実施される「オリエンテーション」、②現場学習での体験と平行してなされる「配属中のスーパービジョン」、③現場実習の最後に実施される「評価(反省会)」。

また、スーパーバイザーと学生が直接話し合うものではないが、指導の一手段である実習日誌の記入についても「配属中のスーパービジョン」に含めた。

スーパーバイザーの定義については、本来、大学と契約した実習指導者のみをスーパーバイザーとして設定するべきかもしれない。しかし、昨年筆者が実施した調査から、契約した実習指導者と実際に指導をした職員が異なっていることも多いことが明らかにされたことから¹⁸⁾、本研究では、実習指導者のみならず、実際に学生を指導した職員もスーパーバイザーに含めた。

2. 研究の方法

1) 調査の対象

東京都内の四年制大学1校の社会福祉学科において、社会福祉援助技術現場実習に相当する「社会福祉実習2」及び「社会福祉実習3」を履修している学生を対象とした。なお調査対象大学では、「社会福祉実習3」が社会福祉士受験資格(以下、受験資格)に対応する科目であり、福祉事務所や各種相談所、居住型施設が配属機関となっている。「社会福祉実習2」は受験資格に対応しない科目であり、病院や社会福祉協議会などの指定施設ではない配属機関での現場実習が中心となっている。

なお本研究においては、それぞれの配属機関における現場実習の実施状況について把握することが目的であるため、2カ所以上の機関に配属された学生に対しては、各機関ごとにスーパーバイザーの行動に対する評価を依頼した。調査対象者は150名で、有効回収数は134名、有効回収率89.3%であった。

回答者のうち、3年生は101人(73.9%)、4年生以上は32人(25.4%)、不明1人(0.7%)であった。履修科目の種類としては、社会福祉士受験資格に対応しない科目である「実習2」履修者27人(20.1%)、対応する科目である「実習3」履修者106人(79.1%)、不明1人(0.7%)である。

2) 調査票の設定(表1)

調査対象大学において現場実習についての協力や指導を行っているソーシャルワーカー10人に対して行ったインタビューをもとに調査票を作成した。インタビューでは、「オリエンテーション」、「配属中のスーパービジョン」、「評価(反省会)」ごとに、それぞれのソーシャルワーカーが実際に行っているスーパービジョンについて聞き取りをおこなったものである。このインタビュー内容をもとに、「オリエンテーション」7項目、「配属中のスーパービジョン」13項目、「評価(反省会)」7項目から成るスーパービジョン行動27項目を設定した¹⁹⁾。

これらのスーパービジョン行動について、「あなたが配属施設・機関での実習担当者および指導を受けた職員から受けた実習指導(スーパービジョン)のあり方について、一番近いものを選んで

下さい」とし、「5：たいへんそうであった」から「1：全然そうではなかった」までの5件法で評価を依頼した。

3) 調査の実施

調査票を「社会福祉実習2」及び「社会福祉実習2」の担当教員を通じて配布し、回収を行った。調査の実施時期は1996年12月から1997年1月である。

調査の集計・分析にあたってはSPSS for Windows 7. 5. 3を使用した。

3. 結果

(1) スーパービジョン行動に対する評価

各スーパービジョン行動に対する学生の評価については、表1に示している。

27項目のうち、平均値の高かった項目として、①20. 実習日誌へのコメント記入 (4.60), ②1. オリエンテーションの設定 (4.37), ③3. 機関の概要についての説明 (4.36) があげられる。逆に低かった項目としては、非該当の多かった項目を除くと、①27. レポート提出 (1.91), ②18. 学んで欲しいことの提示 (2.72), ③11. 面接・家庭訪問後のスーパービジョン設定, 26. 評価についての話し合い (2.93) となった。

以降の分析にあたっては各局面ごとのスーパービジョン行動の評価得点を加算した。ただし、非該当の多かった「2：配属された部署でのオリエンテーションの実施」, 「9：他の学生とのスーパービジョンの実施」, ならびに分布に偏りの見られた「20：実習日誌へのコメント記入」, 「27：レポートの提出」は除外した。

各項目の信頼性を調べるために内的一貫性を見るクロンバッハの α 係数を算出した。その結果、「オリエンテーション」では0.8097, 「配属中のスーパービジョン」では0.7501, 「評価(反省会)」では0.8674で、比較的高い数値を示した。

分析は素点を用いて行なった。評価項目はすべて5点満点で評価されているので「オリエンテーション」は6～30点, 「配属中のスーパービジョン」は11～55点, 「評価(反省会)」は6～30点の範囲となる。「オリエンテーション」は平均値23.79、標準偏差4.40, 「配属中のスーパービジョン」は平均値37.84、標準偏差8.48, 「評価(反省会)」

については平均値21.57、標準偏差5.55であった。

(2) 配属機関の領域別のスーパービジョン行動に対する評価の検討

スーパービジョン行動に対する学生の評価の配属機関の領域別ごとの差異を調べるために、配属機関の領域を説明変数とする一元配置分散分析を実施した。(表2)

その結果、すべてのプロセスのスーパービジョン行動に対する評価について、配属機関の領域により有意差が見られた。(オリエンテーション： $F(7, 125) = 2.539$ $P < 0.05$ 、配属中のスーパービジョン： $F(7, 121) = 4.240$ $P < 0.001$ 、評価(反省会)： $F(7, 125) = 2.775$ $P < 0.01$)

さらに、配属機関の領域ごとの差異を見るためにTukey法による下位検定を実施した。その結果、「オリエンテーション」については、「病院」群の得点が「障害児・者施設」群より有意に高かった。「配属中のスーパービジョン」については、「病院」群の得点が「障害児・者施設」群及び「高齢者施設」群よりも有意に高かった。「評価(反省会)」については「病院」群の得点が「障害児・者施設」群よりも有意に高かった。なお他の配属機関群の間では有意差が見られなかった。いずれの時期においても、病院のスーパービジョン行動の評価得点の平均得点は、「障害児・者施設」あるいは「高齢者施設」のスーパービジョン行動の評価得点の平均得点より高いことが明らかにされた。

4. 考察

本調査の結果、配属機関の領域によってスーパービジョン行動に対する学生の評価には差異が見られた。病院におけるスーパービジョンの評価としては、いずれのプロセスにおいても最も高い平均得点が示されている。その差は「福祉事務所」, 「各種相談所」, 「社会福祉協議会」などの相談型機関内ではいずれの局面でも見られていない。しかし「オリエンテーション」, 「評価(反省会)」においては、「障害児・者施設」との間では有意な差が見られた。また「配属中のスーパービジョン」, については、「障害児・者施設」ならびに「高齢者施設」との間で有意差が見られている。

このように、配属機関の領域によってスーパ

表1 スーパービジョン行動に対する学生の評価

	1	2	3	4	5	非該当	無回答	平均値	SD
オリエンテーション									
1. オリエンテーションを受けることができた	1(0.7)	7(5.2)	7(5.2)	45(33.6)	74(55.2)	0(0.0)	0(0.0)	4.37	0.86
2. 配属された部署でオリエンテーションを受けることができた	5(3.7)	9(6.7)	8(6.0)	33(24.6)	44(32.8)	35(26.1)	0(0.0)	4.03	1.17
3. 配属機関の概要について説明を受けることができた	2(1.5)	5(3.7)	11(8.2)	40(29.9)	75(56.0)	0(0.0)	1(0.7)	4.36	0.90
4. 配属機関でのワーカ―業務について説明を受けることができた	4(3.0)	12(9.0)	22(16.4)	45(33.6)	51(38.1)	0(0.0)	0(0.0)	3.95	1.09
5. 配属機関で自分がどのように行動したらよいかについて説明を受けることができた	6(4.5)	23(7.2)	39(29.1)	40(29.9)	26(19.4)	0(0.0)	0(0.0)	3.43	1.12
6. 配属機関で学びたいことを話すことができた	1(0.7)	12(9.0)	29(21.6)	51(38.1)	41(30.6)	0(0.0)	0(0.0)	3.89	0.97
7. 現場実習での実習プログラムをたててもらったことができた	7(5.2)	24(17.9)	17(12.7)	28(20.9)	58(43.3)	0(0.0)	0(0.0)	3.79	1.31
配属中のスーパービジョン									
8. スーパービジョンの時間を設けてもらうことができた	15(11.2)	19(14.2)	27(20.1)	38(28.4)	34(25.4)	0(0.0)	1(0.7)	3.43	1.32
9. 他の学生と一緒にスーパービジョンの時間を設けてもらうことができた	33(24.6)	15(11.2)	21(15.7)	11(8.2)	15(11.2)	39(29.1)	1(0.7)	2.58	1.46
10. オリエンテーションの他に特定のテーマについて講義を受けることができた	26(19.4)	18(13.4)	23(17.2)	28(20.9)	39(29.1)	0(0.0)	0(0.0)	3.27	1.49
11. 面接や家庭訪問のあとでサービスのあり方について話し合うことができた	36(26.9)	17(12.7)	25(18.7)	28(20.9)	26(19.4)	0(0.0)	1(0.7)	2.93	1.49
12. 必要なときに話し合いをすることができた	4(3.0)	20(14.9)	32(23.9)	35(26.1)	43(32.1)	0(0.0)	0(0.0)	3.69	1.59
13. 質問に答えてもらうことができた	0(0.0)	5(3.7)	3(13.9)	48(35.8)	68(50.7)	0(0.0)	0(0.0)	4.34	0.80
14. 業務やサービスについて感想や意見を自由に話すことができた	1(0.7)	10(7.5)	30(22.4)	52(38.8)	41(30.6)	0(0.0)	0(0.0)	3.91	0.95
15. 大学で学んだことと現場実習で学んだことのつながりやギャップについて話し合うことができた	7(5.2)	16(11.9)	38(28.4)	49(36.6)	24(17.9)	0(0.0)	0(0.0)	3.50	1.08
16. 自分の感情の傾向や援助者としての自分について話し合うことができた	10(7.5)	27(20.1)	38(28.4)	33(24.6)	24(17.9)	0(0.0)	2(1.5)	3.26	1.20
17. 最初に立てた目標のすすみ具合について話し合うことができた	36(26.9)	27(20.1)	29(21.6)	23(17.2)	19(14.2)	0(0.0)	0(0.0)	2.72	1.40
18. 学んでほしいことについて示してもらったことができた	9(6.7)	21(15.7)	36(26.9)	37(27.6)	30(22.4)	0(0.0)	1(0.7)	3.44	1.20
19. 参考文献や資料を紹介してもらったことができた	20(14.9)	14(10.4)	26(19.4)	46(34.3)	28(20.9)	0(0.0)	0(0.0)	3.36	1.33
20. 実習日誌にコメントをもらうことができた	2(1.5)	2(1.5)	5(3.7)	29(21.6)	94(70.1)	0(0.0)	2(1.5)	4.60	0.77
評価 (反省会)									
21. 現場実習の最後に学んだことについて話し合う機会を設けてもらうことができた	11(8.2)	7(5.2)	19(14.2)	27(20.1)	70(52.2)	0(0.0)	0(0.0)	4.03	1.27
22. 現場実習の成果を話すことができた	4(3.0)	12(9.0)	28(20.9)	47(35.1)	43(32.1)	0(0.0)	0(0.0)	3.84	1.07
23. サービスへの疑問点や改善点について話すことができた	14(10.4)	21(15.7)	34(25.4)	48(35.8)	17(12.7)	0(0.0)	0(0.0)	3.25	1.18
24. 疑問点や誤解について答えてもらうことができた	8(6.0)	13(9.7)	27(20.1)	46(34.3)	40(29.9)	0(0.0)	0(0.0)	3.72	1.17
25. 気づいたことについてアドバイスをもらうことができた	2(1.5)	16(11.9)	25(18.7)	52(38.8)	39(29.1)	0(0.0)	0(0.0)	3.82	1.03
26. 評価について話し合うことができた	26(19.4)	29(21.6)	32(23.9)	21(15.7)	25(18.7)	0(0.0)	1(0.7)	2.93	1.39
27. 大学の課題の他にレポートを書くように求められた	96(71.6)	5(3.7)	5(3.7)	5(3.7)	5(3.7)	0(0.0)	0(0.0)	1.91	1.57

「1：全然そうではなかった」「2：あまりそうではなかった」「3：どちらともいえない」「4：まあそうであった」「5：たいへんそうであった」

表2 配属機関の領域とスーパービジョン行動に対する学生の評価の関係(1元配置分散分析結果)

スーパービジョン	配属機関の領域	N	平均得点	標準偏差	F値
「オリエンテーション」 (30点満点)	福祉事務所	15	25.07	3.86	2.539*
	各種相談所	15	24.60	2.44	
	救護施設・母子寮	8	23.13	5.11	
	児童福祉施設	16	23.56	4.99	
	障害児・者福祉施設	37	22.05	4.78	
	高齢者福祉施設	23	23.39	4.24	
	病院	16	27.00	3.03	
	社会福祉協議会	3	23.67	3.79	
「配属中のスーパービジョン」 (55点満点)	福祉事務所	15	38.60	6.64	4.240***
	各種相談所	16	38.80	4.09	
	救護施設・母子寮	8	41.13	6.96	
	児童福祉施設	14	41.14	9.52	
	障害児・者福祉施設	35	35.03	8.95	
	高齢者福祉施設	23	33.61	7.00	
	病院	16	44.88	8.62	
	社会福祉協議会	3	42.67	7.51	
「評価(反省会)」 (30点満点)	福祉事務所	15	21.20	5.72	2.775**
	各種相談所	16	21.13	3.63	
	救護施設・母子寮	8	23.88	2.64	
	児童福祉施設	16	23.38	5.67	
	障害児・者福祉施設	36	19.53	5.95	
	高齢者福祉施設	23	20.56	6.63	
	病院	16	25.44	2.73	
	社会福祉協議会	3	24.00	2.00	

N=134

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

ビジョンに対する学生の評価が異なった理由としては、第一に配属機関の領域による受入れ状況の差に注意する必要がある。「障害児・者施設」や「高齢者施設」では社会福祉学を専攻した学生のみならず、介護実習、保母実習、療育実習等が配属されていることから、一機関で多数の、また多目的の実習生を受け入れることになる。そのため、スーパービジョンの場を設けることや社会福祉に焦点をあてたスーパービジョンを実施することが困難であると考えられる。

特に「障害児・者施設」においては、いずれのプロセスとも、評価が低くなっている。今回、「障害児・者施設」とともに評価の低かった高齢者福祉の領域では、介護実習の色彩が強いものの、現

場実習に関する調査やマニュアル作成が見られつつある^{20) 21) 22)}。しかしながら、「障害児・者施設」では、実習教育に関する顕著な取り組みはまだ見られていない。そのために、いずれのプロセスとも評価が低かったのではないかと考えられる。しかし、本調査においてはサンプルが限られていることもあり、今後さらに調査研究を行うものとした。

一方、「病院」でのスーパービジョンに対してがいずれのプロセスとも学生の評価が高かった理由について、病院側の側面、ならびに学生側の側面から考察を行ないたい。

病院側の理由としては、第一に谷口が指摘しているように、病院においては他の機関と比較して

先駆的な実践や本来的なソーシャルワークの実習のモデルが示されていることがあげられる²³⁾。

加えて、職能団体や研究会の指導のもとに初任者研修やスーパービジョン研修が実施されていること²⁴⁾、また日本医療社会事業協会の「医療と福祉」における現場実習の特集や新人ソーシャルワーカーの養成が特集として早くから取りあげられていること²⁵⁾ ²⁶⁾ ²⁷⁾、業務の一環として実習の受入が位置づけられていること²⁸⁾ ²⁹⁾ など現場実習やスーパービジョンのあり方について関心が高いことがあげられる。また、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における実習マニュアル作成³⁰⁾ ³¹⁾、大阪府医療社会事業協会による学生懇談会の実施³²⁾ 等、職能団体による実習教育の調査研究や学生を対象とした教育の取り組みも多い。この背景には、「社会福祉士及び介護福祉士法」制定において、病院が指定施設から除外されたことによる危機感によるもの、さらに病院自体が、大学病院を中心に、医学生や看護学生等の臨床教育機関的な役割を長年にわたって果たしてきたため、学生に対する教育への関心が高いことが考えられる。

さらに、社会福祉学を専攻した学生がソーシャルワーカーとして就職する領域としては他の領域に比較すると、病院が極めて多い³³⁾。病院に就職した学生が病院での現場実習を行っているかについては、本調査からは明らかにできない。しかしながら、病院で現場実習を行った学生が、卒業後も実際に医療ソーシャルワーカーになる確率は、他の機関に比較して、高いことが予測される。そのため、病院においては他の領域に比較して、ソーシャルワーカーの養成の一環として学生を受け入れ、スーパービジョンをより綿密に実施しているのではないかと考えられる。

また、病院を配属機関として選択した学生の学習の深さや動機づけの高さも無視できない。本調査では、病院で現場実習を行なった学生は、すべて前年度に既に受験資格のための現場実習を履修している。また、受験資格に対応する現場実習を履修した学生の多くが3年生であるのに対して、病院実習を行なった学生はすべて4年生である。そのため、病院で現場実習を行なった学生は、受

験資格に該当する機関で現場実習を行なう学生よりも社会福祉学やソーシャルワークに対する理解が高いこと、病院におけるソーシャルワークに強い関心を持っていることが予測される。

なお本調査においては、病院における現場実習はすべて2週間集中の形式を採用している。そのため、学生になんらかの援助を行わせるよりも、ソーシャルワーカーの業務を観察させる段階にとどまっていると考えられる。いくつかの大学や病院では通年実習を採用し、そのような方法をとっている現場実習では、異なったスーパービジョン行動がとられるものと考えられる。

5. 今後の課題

本研究は調査対象が一大学に限られていることから、この結果が我が国の現場実習におけるスーパービジョンの全体像を示すものではない。そのため、今後は調査対象大学を増加し、大学ごとの差異をふまえた上で、分析を行っていく必要がある。その際には、項目の信頼度を高めるために、項目を再検討し、項目の削除や追加も実施していきたい。

今回、スーパービジョン行動に対する学生の評価について分析を行なった結果、いくつかの項目でばらつきが見られた。このばらつきは同じ領域内の配属機関の中においても見られている。そのため、このばらつきがいかなる要因から来ているのかを明らかにするために、スーパービジョン行動の評価の高い配属機関と低い配属機関の基本的属性や受け入れ体制について事例検討を行うなどさらに詳細に分析していくことも必要であろう。

また今回は現場実習がいかなる学習効果を示すかについては分析できなかった。今後は現場実習によって学生がいかなることを学んだかを分析し、スーパービジョンや実習プログラムとの関連を分析することで、効果を高める現場実習のあり方を検討していきたい。また、スーパーバイザーのスーパービジョンを行なう力量を高めるために、各スーパーバイザーがどのようなスーパービジョンの技術を有しているかについても検討することも必要と思われる。

現場実習を取り巻く状況は、精神保健福祉士資

格制度の設立や介護支援専門員（ケアマネージャー）の養成、また「教員免許特例法」による介護体験の義務づけなど、社会福祉を取り巻く状況の変化とともに、今後も大きく変化していくことが予測される。そのため、学習効果を高める現場実習のあり方についてさらに研究を深めていくことが求められる。

※なお本研究は明治学院大学社会学部付属研究所プロジェクト「社会福祉実習に関する調査」（研究代表：中野敏子社会学部教授）の一環として実施したものである。

【註】

- 1) 前納弘武「社会福祉教育と社会福祉実習
－『実習』をめぐる基本的諸問題への接近－」
『淑徳大学研究紀要』第20号，P 32-33，
1981.
- 2) 高橋重宏，許斐有，高橋信行，伊藤秀一「駒澤大学における社会福祉実習の現状と課題
－実習生の意識調査を中心として」『駒沢社会学研究』No.18，P 87-89，1986.
- 3) 牧野田美恵子「社会福祉学科における社会福祉現場実習教育」『日本女子大学紀要』第1号，P 147-150，1990.
- 4) 日本社会福祉実践理論学会実習教育研究会「実習教育研究会報告資料」日本社会福祉実践理論学会第12回大会，1995.
- 5) 林浩康，池田雅子，米本秀仁，高橋学「日本社会事業学校連盟加盟校における社会福祉実習教育の現状」『北星論集 社会福祉学部』第34号，P 147-160，1997.
- 6) 日本医療社会事業協会業務検討委員会「業務検討委員会報告書」1993. 3. 5. P 30-33.
- 7) 杉本照子・森野郁子監修 大本和子・笹岡真弓・高山恵理子編著『ソーシャルワークの業務マニュアル 実践に役立つエッセンスとノウハウ』P 141-153，川島書店，1997.
- 8) 延原正海「第20号特集〈いまの社会福祉教育は有効か〉を読んで ー施設実習の現場から思うことー」『社会福祉研究』第21号，P 87，1977.
- 9) 拙稿「社会福祉現場実習における体験場面とスーパービジョンセッションの設定 ースーパーバイザーによって用いられるスーパービジョン行動ー」『ソーシャルワーク研究』No.22，Vol.4，P 80-81，1996.
- 10) Conrad, A.P., "The Role of Field Instructors in the Transmission of Social Justice Values", *Journal of Teaching in Social Work*, 2(2), 70-78. 1988.
- 11) Storm, K., "Should Field Instructors Be Social Workers?", *Journal of Social Work Education*, 27(2), P188-191. 1991.
- 12) Rogers, G., & McDonald, P.L., "Expeditious over Education : Teaching Methods Used by Field Instructors", *The Clinical Supervisor*, 13(2), P53-61. 1996.
- 13) 臼田美智子「医療の場における社会福祉実習についての機関実態調査報告」『東京MSW』131号，1981.
- 14) 大島侑・北川清一「大学の社会福祉教育における社会福祉実習システムに関する一考察 ー道都大学の『福祉施設実習』指導方法の現状と諸問題ー」『道都大学紀要』第5号，P 34-41，1981.
- 15) 米本秀仁「社会福祉実習経験の構成とその課題 ー社会福祉実習教育への一視覚ー」『日本社会福祉実践理論学会研究紀要』，創刊号，P 2-22，1992.
- 16) 池田雅子「社会福祉実習指導の現状と課題 ー配属実習における『実習指導プログラム』の検討を通してー」『北星論集 文学部』第29号，P 357-373，1992.
- 17) 黒木保博「福祉マンパワーと大学における社会福祉実習教育について ー養護施設における実習指導のあり方調査からー」『評論 社会科学』，P 1-25，1996.
- 18) 拙稿「社会福祉現場実習におけるスーパービジョンと学生の満足度 ースーパービジョン評価研究の試みー」『明治学院大学大学院社会福祉学』第22号，P 7-11. 1998.
- 19) 拙稿「社会福祉現場実習における体験場面とスーパービジョンセッションの設定 ースー

- パーバイザーによって用いられるスーパービジョン行動-」【ソーシャルワーク研究】Vol. 22, No. 4, P 73-81, 1997.
- 20) 吉上恵子『福祉人材育成の手引き I 実習指導マニュアル』簡井書房, 1996.
- 21) 『ふれあいケア 特集 ザ・実習』第3巻6号, P 9-25.
- 22) 東京都社会福祉協議会老人福祉部会「平成8年度施設実習等受入実態調査報告書」, 1997.
- 23) 谷口泰史「社会福祉実習の基本的問題(1) - わが国の『社会福祉実習論』の展開と今後の課題-」【大阪府立大学 社会問題研究第46巻2号】P 46-47, 1997.
- 24) 例えば東京都医療社会事業協会においては, 1984年から現在に至るまで「医療社会事業従事者講習会」が通年で実施されている。(東京都衛生局発行「医療社会事業従事者講習会報告書」, 1984~1998.) このほかのスーパービジョンの実施状況については, 拙稿「ソーシャルワークにおけるスーパービジョンに関する一考察 - スーパーバイザーの視点から-」(明治学院大学修士学位論文, 1994)を参照されたい.
- 25) 中島さつき「医療ソーシャルワーカーの教育を考える」【医療と福祉】第11巻1号, P 8-12, 1975.
- 26) 日本医療社会事業協会「特集 医療ソーシャルワーク実習の現状と課題」【医療と福】第23巻1号, P 29-77, 1989.
- 27) 日本医療社会事業協会「特集 医療ソーシャルワーカーの教育を考える」【医療と福祉】第29巻2号, P 1-38, 1996.
- 28) 日本医療社会事業協会業務検討委員会, 前掲書, P 30-33.
- 29) 杉本照子・森野郁子監修 大本和子・笹岡真弓・高山恵理子編著, 前掲書, P 141-153.
- 30) 向谷地生良「北海道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】第29巻第2号, P 13-15, 1996.
- 31) 北星学園大学「1997年度 医療福祉実習マニュアル」, 1997.
- 32) 大阪医療社会事業協会「学生懇談会5年間のあゆみ」【医療と福祉】第29巻第2号, P 25-28, 1996.
- 33) 医療経済研究機構「福祉マンパワーの需給推計手法の開発」, P 35, 1996.

The Supervisory Behavior in Field Placement

— The Relationship between the Supervisory Behavior and Areas of Field Agency —

Rie Yamanoi

Field placement is an essential component for students who study social welfare. However, little attention has been given to supervisory behavior in field placement. The purpose of this study was to examine supervisory behavior in field placement.

This subjects were 134 undergraduate students who completed field placement. A 14 evaluation items concerning the supervisory behavior using a 5-point Likert scale (from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree) was composed of three phases: 1) orientation, 2) supervision session and 3) evaluation.

One-way ANOVA was performed to investigate relationships between the supervisory behavior and areas of field agency. The areas of field agency significantly predict three phases of supervisory behavior. The result showed that the supervisors in hospitals instructed students more frequently in field placement than agencies for the elderly or the disabled. The implications of findings for the medical social workers were discussed.

『医療ソーシャルワーカーの業務と実践
—援助内容データベースの構築—』

A 5版 194頁 2,500円 1997年 ミネルヴァ書房

地域社会を基盤として保健医療と福祉を総合化することが重要な課題となっている今日、改めてソーシャルワークの専門性が問いなおされている。こうした中であって、これまでほとんど論議されなかった福祉情報化が注目されているのは、ソーシャルワークの質が問いなおされていることと関係があるように思われる。

著者である橘高氏は、兵庫医科大学病院医療社会福祉部教授・副部長の職にあり、ソーシャルワークの実践と教育と研究に携わっている医療ソーシャルワーカーであるが、1988年より、パーソナルコンピュータと市販のソフトを組み合わせてデータベースを構築して、業務内容分析の基礎となるデータを継続的に蓄積してきている。

本書は、このようにして蓄積された実践データをもとに医療ソーシャルワーカー業務の全体像を明らかにすることに取り組むとともに、医療ソーシャルワークの情報化の方法に関する諸問題について検討し、方向づけを試みた労作である。

本書は、以下のような5章から構成されている。

第1章 保健医療領域におけるソーシャルワークの位置

1. 歴史的概観
2. 医療ソーシャルワーカーの実践基盤
3. 保健医療領域におけるソーシャルワークの独自性
4. ソーシャルワーク援助の展開過程

第2章 医療ソーシャルワーカーの援助業務分析

1. 医療ソーシャルワーカー業務の実態調査
2. 業務統計様式の検討における業務内容の分類枠組み
3. 業務基準と援助手順

第3章 援助内容データ収集

1. 兵庫医科大学病院医療社会福祉部の概要
2. データ収集に関する諸問題

3. データ処理に関する諸問題

4. 援助手順の検討のためのデータ収集

第4章 データに基づく援助内容分析

1. クライアントの基本的属性
2. 援助内容の全体像
3. 問題領域別援助内容分析

第5章 援助内容の情報蓄積とその体系化

1. 援助内容データベース構築のための基礎作業
2. 要約記録とキーワード
3. キーワードによる援助内容の分類と検索

第1章、第2章では、保健医療の領域にソーシャルワークが導入された歴史的経緯とこれまでに実施された数多くの医療ソーシャルワーカーの業務に関する調査研究を概観している。実践のなかで蓄積されたデータに基づく分析がきわめて少なかったために、調査研究結果から得られた業務の全体像は、一面的、表層的のものであったと指摘している。著者はこれまでの調査研究の価値を切り下げているのではない。日々蓄積されていくデータからいかに必要な情報を抽出するかは、コンピュータを利用した情報化が図られなければできなかったのである。

第3章、第4章では、医療ソーシャルワーカーの援助内容に関する客観性のあるデータを実践の場において蓄積していくためには、どのようなデータを、どのような方法で収集して、どのようにデータを処理したらよいか、コンピュータを利用した情報化を前提とした具体的な方法や基本的な枠組みについて検討している。実際に蓄積したデータを多角的に分析して、医療ソーシャルワーカーの業務や援助の具体的内容を明らかにする試みは主に第4章で行われている。

どのようなデータを収集するかということと、

データを分析するための基本的枠組みを明らかにすることは表裏の関係にある。たとえば、援助内容をとらえる枠組みについて著者は、援助内容を構成する要素として「クライアントの個別性」「問題領域（援助内容）」「援助経過・援助量」「社会資源」の四つをあげている。四つの構成要素のなかには、さらにそれぞれ個々の項目が設けてある。

「クライアントの個別性」の項目は、氏名、性別、年齢、住所、病名、主訴・紹介理由等である。設定する項目が多いほど詳細な分析が可能となる反面、データ入力作業には大きな負担がかかることになる。項目は慎重に選択されるとともに、その内容はできるかぎりコード化することが望ましいとしている。そのためには、項目の内容の区分基準を明確化しておくことが大切であるとしている。しかし、すべての項目をコード化すればよいのではなく、主訴や紹介理由に関しては、そのままの内容を文字入力した方がデータを分析する時には有効であるなど、実務上の工夫が随所に見られてきわめて実践的である。「問題領域（援助内容）」の項目と区分基準は、「医療ソーシャルワーカー業務指針」における「業務の範囲」を基礎として、多少の変更を加えて、コード化している。

以上のように、情報化は実践場面におけるソーシャルワーカーの業務が構造化されていることがまず大切なことであるが、本書ではその実際が、豊富な資料とともに示されている。

第4章では、蓄積されたデータから約4,800件のデータを検索して、多角的に分析しながら医療ソーシャルワーカーの援助内容の全体像を明らかにしようとしている。援助内容の特徴を量的側面から検討したものである。

「経済問題」のなかの「医療費助成受給申請」の援助について、分析例を次に紹介する。この援助は、件数としては全体の35%を占めているが援助内容を援助時間でみると、それが占める割合は13%であり、1回あたりの面接時間は13分で、援助内容に関しても定型的なものが多く、特に検討を要する問題は少ないと分析している。この分析から考えられることは、情報化の持つ、もう一つの側面である。日々の業務の現状を追認するのではなく、業務の見直しや組織変更も含めた判断を

支援する情報化の役割である。分析結果にもとづいて、この業務は医事課など他部門に移し、創り出された時間は新たな必要を求められている他の分野に振り向けるという判断を下すこともできるのではなかろうか。

第5章では、「過去のソーシャルワーカーの経験が、現在の実践場面におけるソーシャルワーカーの判断材料の一つとして活かされるようになる」「援助内容データベース」の構築という問題について検討を加えている。

医療ソーシャルワークの情報化はデータベースの発想を欠いたまま現在に至っている。業務統計の数量的処理の省力化を主目的とした情報化では、一定の項目別の集計や分析はできても、予見した切り口を超えた分析には限界がある。ソーシャルワーク業務を量的に把握することはできても、質的に把握することはできないのである。

著者による「援助内容データベース」は、ケース終結時に作成する「援助要約記録を援助内容データとして蓄積し、蓄積されたデータに対し、必要データの検索手段となるキーワードを付与する」方法で構築されている。援助内容の特徴を質的側面から、あるいは他との関連性からとらえることの可能性を予感させるものがある。しかし、検討されなければならない課題も多い。データのもととなる記録やキーワードのあり方もその一つである。ソーシャルワークの領域では、記録のあり方についての検討は低調である。医療情報学の領域では、問題志向型診療記録（POS）の概念をもちいて、電子カルテシステムが急速に実用化されようとしているが、情報化に対応したソーシャルワーク援助記録の検討が急務ではなかろうか。

本書は、客観性のある実践データを蓄積し、それに基づいて医療ソーシャルワーカーの業務の専門性や独自性を明らかにすることを目的としている。そのために、コンピュータを用いたデータ蓄積の方法に関する記述も多く、若干の抵抗を感じる読者もあるかもしれない。しかし、方法を検討することは、実は医療ソーシャルワークそのものを検討することであることを読み取ることができると思われる。多くの人びとに一読をお勧めしたい。

（評者：静岡県立大学短期大学部 村上 信）

『対人援助の技法 曖昧さから柔軟さへ』

四六版 214頁 2,000円 1997年 誠信書房

本書はサブタイトルから判断すると抽象的で内容の推察が難しいが、このサブタイトルが著者の長年の精神医学ソーシャルワーカー（以下、援助者）の臨床経験からあぶり出された援助技術を支える援助者の内的力動を説明している。対人援助は科学的実証が困難なために、方法論が多様化する。援助者は技術的よりどころを常に求め揺れを経験している。本書でいう援助技術は、援助者が自分に関心を向け、自分の感情を吟味し、そして自分の個性や熱意を如何に活用するかといった、援助者が「自分に働きかける」技術であり、そのことを論じているのである。自分の揺れに絶えられない援助者は適当に片を付ける方法へと傾き、葛藤は浅いが専門性も低下する。援助場面では曖昧さと無力感を感じることが多いために、援助者は援助の科学的曖昧さを棄却し否認することによって無力感を避ける傾向がある。曖昧さを受容し柔軟な対応ができるために、曖昧さと無力感に焦点を当て、その専門性を論じたのが本書である。多様なニーズを抱えるクライアント（以下、利用者）と援助関係を形成し、予期しない状況に臨機応変に対応するために、援助者は何に気づき、どう取り組めばよいのかといったヒントを提示してくれている。著者の臨床経験や大学での実習生指導そして精神保健機関との研究の中から生まれた読み応えのある書物である。

内容はこれまでの理論的な展開書と異なる趣があり興味深い。全般的に利用者との交流の中で生まれる援助者の内的葛藤や成長過程を分析しながら、援助者の自己覚知に焦点を当てた展開がされている。そういった意味では、援助者のみならず、スーパーバイザーの立場にいる人間にとっても興味深い内容となっているのである。

全体内容を目次に添って概観するが、著者は一つ一つの章を独立したものとして読み進まれるこ

とを期待している。

第1章では、「援助における曖昧さ・無力感と『全能感幻想』」を著者の指導した学生の実習体験日誌等をもとにして説明している。利用者を目の前にして、援助者は大きな穴を前にして立ちすくんでいるような無力感や、画一的なルーティンワークをこなしているような曖昧さを感じることもある。著者は、援助者が自分たちの曖昧さや無力感を不健康に否認するときに、非現実的な「全能感幻想」に縛られる危険性がある、と述べている。確かに一生懸命やっている而自己中心志向になったり、ルーティンワークをこなすことを通して、悪いのは制度であり自分は的確な援助を行っているといった全能感を持つことがある。

曖昧さや無力感が吟味されることで、利用者への関わり方を的確にし、援助の選択を広げ、援助者が多様さ・柔軟さを獲得できる基礎となるのである。

第2章では、「援助者の『自然体』について」援助者が入院患者を病室訪問した事例をもとに論じている。援助者は感情を自覚して、吟味するために相手に働きかけると同時に自分に働きかけている。面接場面やコミュニケーションを図る場面で、援助者が相手に働きかける方法だけに目を奪われると、その場面は緊張と焦りに支配され単発な質問ばかりが続き、利用者は口を閉ざすという悪循環に支配される。逆に援助者はクライアントに対する肯定的なあるいは別の異なる感情が持てるように自分の感情に働きかけることで当初の感情や構えから縛られることが少なくなる。まず自分の感情を吟味しながら、自己に働きかけることが「自然体」の基礎なのである。感情の吟味とは、人間関係に関する固有の感情を、相性、源家族体験そして過去の体験等から振り返る作業を言うのであろうか。援助者の内的作業について具体的な

説明があると理解が深まると思われる。

第3章では「援助と大きなお世話の相違について」援助者が行う的確な援助と大きなお世話との相違について論じられている。著者は大きなお世話をする背景には「援助に熱意を込めることで援助につきまとう曖昧さや不確かさを、あるいは迷いや不安を比較的簡単に解消することができる」からではないかと述べている。「信念にもとづいて」とか「精一杯」という名の下で行われる利用者の主体性を損なうような援助は大きなお世話として認識すべきであろう。ここでは援助を3分類、すなわち援助者が利用者に知識や指示を提供しようとする関わり方を「指導」、援助者が利用者の抱える困難を支え保護することを目指す「お世話」、利用者の個性や主体性を重視する関わりを「主体性の保障」として、それぞれ有用性と限界が論じられており興味深い。いずれにせよ「大きなお世話」は利用者の主体性を低下させ、援助を受ける弱者という認識を強くしてしまう。利用者がヒューマンズムに自分を添わせると「健康で問題がない」という幻想を持ち現実否認し援助者の期待に応えようとする。援助者の自己分析の必要性を論じている章である。

第4章はアセスメントにまつわる「理解と判断」が論じられている。援助者が利用者の問題に直面するとき、問題の積極的な意味を考えることが必要である。否定的な側面にばかり焦点を当てると「問題解決や生活再建を却って混乱させたり、いたずらに危機を拡大させたりする恐れ」があることはよく知られている。援助者は利用者の生活問題を理解するために、援助者自身の問題理解への動機を認識する必要がある。この章で著者は再度援助者の自己理解を勧めている。つまり援助者は「自分に働きかけ」、「役に立ちたい」という動機に、「利用者の問題解決能力」や「健康な側面」に注目し援助の動機の種類を増やすような吟味を提示している。

第5章は「共感と対等」について同情と共感の相違にも触れながら論じられている。共感とは「援助者が利用者の世界をあたかも自分の世界であるかのように経験すること」を示す。しかし共感には援助者が利用者の立場や心情に感情を移入する

ばかりでなく、クライアントとは全く同じ立場には立てないという自覚や、同じ立場に立とうとするだけでは援助は進められないことも理解しなければならない。また援助者と利用者の両者が互いの感情に振り回されず、相手の意見を棄却したり、反論する自由を持てるときにも共感が介在していると、著者なりの定義を行っている。これまでの共感の定義は利用者を中心としながらも共感の主体は援助者であったように思われる。その点著者は、共感の対等性について、討議を通して対等な立場で相互の感情や立場を理解し合えるプロセスについても踏み込んで言及しており興味深い。

第6章は質問と伝達の技術について援助者の思いや考えを伝える方法として論じられている。著者は『質問の仕方によってどの質問も援助を硬直化させたり混乱させる危険性を持っており、相手に対する「関心の乏しさ」「冷たい関わり方」の表現として、あるいは「非難」「叱責」のメッセージとして伝わりかねない』と説いている。質問技法はその用い方、すなわち技術によって援助関係を崩壊させかねないのである。援助者は単に情報収集や確認のためにのみ質問をするのではなく、質問をすることの意味を自分に問いかけ、援助関係への影響を吟味した上で質問を投げかけなければならない。また援助者が意見を述べるときには、「私」を主語にて行う原則と共に援助者の伝える行為への責任や感情を伴わない「事務的」な伝え方は、「宣言」であり対話を拒む働きしか持たない、と説明している。

このように1章から6章は、援助者の内的考察を伴う技術の提示であり、援助専門職の資質向上と相互して今後益々議論されるべきものである。

7章から9章はそれぞれグループと集団の相違、グループの発達、グループの発達過程とそれを促す技術について、精神科デイケア・グループワークの事例を用いながらグループワークの考え方やあり方を論じている。

本書はこれまでの援助技術論のように既存の枠組みによる理論や技法紹介ではなく、援助者が戸惑ったり、無意識に援助関係を壊したり、利用者との関係を傷つけてしまうような、臨床場面に応じた技術の重要性について詳細に語られた書物で

ある。援助者が自身に働きかけながら、今自分が何をすべきかを判断し、自然体で実行できるようになるまでには、実践の場で常に謙虚に自らの援助のあり方を省みる姿勢を失わないことが最も重要である。事例は精神医療ソーシャルワーク中心であるが、あらゆる福祉現場に共通する援助者の課題を分かりやすく解説している本書は実習生、ソーシャルワーカー、スーパーバイザーらに広く読まれることを期待している。

(評者 倉石哲也：大阪府立大学社会福祉学部)

医療社会福祉研究 第7巻第1号

1998年12月20日 発行

編 集 日本医療社会福祉学会
「医療社会福祉研究」編集委員会
編集責任者 荒川 義子（編集委員長）
発 行 日 本 医 療 社 会 福 祉 学 会
〒259-1193
神奈川県伊勢原市望星台
東海大学病院総合相談室内
Tel 0463-93-1121 Fax 0463-92-6175
発行責任者 荒川 義子（会長）
印 刷 ひまわりぷりんと(株)

1部定価 1,100円

December 1998

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 7 No. 1

Special Articles

Social Workers and Health : the perspectives for Current Practice and Future Directions

Introduction to special issue

Akira Ohtani

Tasks in Social Work Practice in Health Settings : The Future Direction of Theory-oriented Practice among Social Workers

Shinichi Okada

The Cost-effective Social Work Practice for Managed Care and the Long-term Care Insurance

Keiko Fujibayasi

Tasks of Social Workers in Mental Health and Welfare

Sawako Shikauchi

Referral and Administration by Social Workers in Health

Masako Naitou

The Role of Social Worker in Medical Issues Today

Tadakazu Kumagai

Original Articles

Five Dimensions of the Theoretical Orientations of Direct Practice in Social Work

Eiji Kitajima, Chieko Tanaka

The Supervisory Behavior in Field Placement : The Relationships between the Supervisory Behavior and Area of Field Agency

Rie Yamanoi

Book Review

Makoto Murakami

Tetsuya Kuraishi

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH
(JSSWH)