

医療社会福祉研究

第9巻 第1号

巻頭言

医療と社会福祉の構造改革の時代に求められること

手島 陸久

論文

退院援助を必要とする高齢者のスクリーニング

—スクリーニング票の開発と評価

伊藤 祥子・杉原 陽子・菊池 由生子・五十嵐 雅美・井上 紀子

佐藤 孝子・柿木 理恵・金 恵京・杉澤 秀博

医師・看護婦によるMSWの職務認知

武田 加代子・南 彩子

学生と実習指導者の相互作用分析

—医療機関における社会福祉実習の実態と課題

大瀧 敦子

ソーシャルワークの学問的「体系化」についての一考察

—フレックスナーのあたえた専門職化への影響

三島 亜紀子

社会福祉専門教育における教授法に関する研究

—社会福祉援助技術演習テキストの概観から

山井 理恵

書評

岩間伸之著：援助を深める事例研究の方法

岡田 まり

荒川義子編著：医療ソーシャルワーカーの仕事

小西 加保留

2000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研究論文、実践報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」と「実践報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌に既に掲載されていないもの、あるいは、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、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
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. 原稿送付先は、機関誌担当理事とする。

〒214-8565 川崎市多摩区西生田 1-1-1
日本女子大学社会福祉学科 中谷陽明
電話：044-952-6857, FAX：044-952-6869
電子メール：ynakatan@ikuta.jwu.ac.jp

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとする。フロッピーディスク・電子メール等によるテキストファイルの提出を求められることもある。
3. 「論文」には、300語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 文献は、引用順、あるいは、著者名でABC順に配列する。

*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名、出版社名、発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名、雑誌名、巻数、最初の頁－最後の頁、発行年。

1999～2001年度編集委員

手島陸久（編集委員長）

相原和子、植田章、松山真、中谷陽明（機関誌担当理事）

目 次

巻頭言

医療と社会福祉の構造改革の時代に求められること	手島 陸久	2
-------------------------	-------	---

論文

退院援助を必要とする高齢者のスクリーニング

—スクリーニング票の開発と評価

伊藤 祥子・杉原 陽子・菊地 由生子・五十嵐 雅美・井上 紀子 佐藤 孝子・柿木 理恵・金 恵京・杉澤 秀博	4
---	---

医師・看護婦による MSW の職務認知	武田 加代子・南 彩子	11
---------------------	-------------	----

学生と実習指導者の相互作用分析

—医療機関における社会福祉実習の実態と課題	大瀧 敦子	22
-----------------------	-------	----

ソーシャルワークの学問的「体系化」についての一考察

—フレックスナーのあたえた専門職化への影響	三島 亜紀子	31
-----------------------	--------	----

社会福祉専門教育における教授法に関する研究

—社会福祉援助技術演習テキストの概観から	山井 理恵	39
----------------------	-------	----

書評

岩間伸之著：援助を深める事例研究の方法	岡田 まり	47
---------------------	-------	----

荒川義子編著：医療ソーシャルワーカーの仕事	小西 加保留	50
-----------------------	--------	----

医療と社会福祉の構造改革の時代に求められること

手島 陸久

昨年4月の介護保険制度施行に続き、さらに社会福祉の構造改革も進められようとしている。遅れていた医療改革もいよいよ待ったなしとなりつつある。医療と福祉だけでなく、経済と財政の構造改革も内外から求められている。こうした制度の構造改革の時代に、医療と福祉の研究と実践には何が求められるのだろうか？

こうした制度の改革は、痛みとマイナスを被る人々を、少なくとも一時的には確実に増大させるだろう。新たな制度の設計では、まず何らかの原則・規準によって割り切るといふ性格が避けられないからである。従来の社会福祉・医療の制度では、制度上の矛盾や不利益を被ったさまざまな事例についての現場や研究者らからの問題提起を通して、少しずつ制度の修正や解釈の拡大等により対応がなされてきていた。経済の高度成長により、サービスの拡大や新規導入も比較的容易だった。しかし制度の大改革の際には、そうした「特殊な」条件まですべて予測し、すべての個別対応策を事前に設定することは極めて困難である。

個別状況に対応するには、例えばデンマークのような、現場での具体的な状況把握と責任ある判断によって柔軟な対応がとれる制度体系が望ましい。しかし現状では、柔軟な対応によるコストの増大には、財政難から厳しい枠が求められるだろう。従来、大幅に医師の個別判断に委ねられていた医療でも、日本版DRG（診断群別医療費一括払い方式）や医療内容の標準化（アメリカのマネージドケアやEBM[evidence based medicine]：経験でなく証拠に基づく医療）などが、何らかのかたちで導入されようとしている。

実践の場にいる各ソーシャルワーカーには、こうした制度改革に伴う痛みを被る人々への最大限の個別援助が求められるのはいうまでもない。それとともに、制度の不合理的な点について社会に問題を提起し、制度の目的にそった運用や改正を求めていくこともソーシャルワーカーに課せられた社会的責務だろう。そうした事実について最初に、誰よりも詳しく知りうる立場にいるのが現場のソーシャルワーカーなのだから。学会や職能団体には、現場のそうした情報を組織的に収集し、個別対応の際の留意事項について会員に知らせるとともに、制度の修正の方向性を社会に発信していく体制が求められるのではないか？

もう一つは、対応困難なケースに出会ったときに、そのケースの問題深刻化のプロセスを分析して、その結果を将来の予防に生かすという発想である。なぜその問題が深刻化してしまったのか、より早い段階で何らかの対応がありえなかったのか、その対応を取りうる立場にいる人、その時点でソーシャルワーカーに連絡しうる人は誰か、そうした対応を取ってもらうためには、ソーシャルワーカーとして何をなすのか、等々。

このように問題が生じたプロセスを詳細に検討し直し、できる限り問題の早期発見・早期対応によって重大な問題や事故の発生を減らそうというのは「品質管理」の発想である。日本の製造業はこうした品質管理活動の徹底によって世界的な評価を得た。その時点、その場では一見たいしたことではないような様々な細かい事情が積み重なって、結果として解決困難な重大な問題となって顕在化してしまったのがソーシャルワーカーの直面する問題である。その意味で、それぞれのケースは一種の社会的事故といえる。こうした社会的事故の予防にソーシャルワーカーが貢献できることは多いはずである。

昨年12月8日「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書という、たいへん興味深い報告が厚生省（当時）から発表された。

『「社会的援護を必要とする人々に社会福祉の手が届いていない事例』は、それがたとえ小さな事例であったとしても、その集積と総合化の中から『つながり』の再構築への道筋が浮かび上がってくると思う」として、「制度論からではない実態論からのアプローチ」を提起している。そして、「福祉サービスにつながらなかった事例を分析して問題発掘に取り組むとともに、問題解決への手順を明確にする」、「窓口で待つ消極的な関わりでなく、アウトリーチなどの取り組みが必要」などが提言されている。政府の報告で、ここまで率直に実践現場でのソーシャルワークへの問題提起と大きな期待が表明されたのは、初めてのことでないか。

社会と制度の改革の時代は、ソーシャルワーカーにとっても危機の時代である。しかし、危機とは、危険であるとともにチャンスでもある。日本ではまだソーシャルワークは十分な社会的な認知を得てはおらず、特に保健医療領域ではそうである。こうした時代の要請にソーシャルワークがいかに応えうるのか、それが今、我々に求められているのではないだろうか。

(Kugahisa Teshima：本誌編集委員長、日本社会事業大学)

退院援助を必要とする高齢者のスクリーニング —スクリーニング票の開発と評価—

伊藤 祥子*
杉原 陽子**
菊池 由生子*
五十嵐 雅美*
井上 紀子*
佐藤 孝子*
柿木 理恵*
金 恵京**
杉澤 秀博**

Key words：高齢者、長期入院、スクリーニング票、退院計画

1. 課題設定

退院後の療養生活の安定を図るには、退院後に発生するであろう医学的・心理的・社会的な問題の解消に向けた介入を退院前から行なっていかなければならない。そのためには、問題をもった人たちをできるだけ早期に発見し、特定するための手法の開発や体制の整備が必要となる¹⁾。

生活上の問題に関しては、その領域の専門家であるソーシャルワーカーによって入院時の面接で発見し、介入するという方法が考えられる。しかし、病床数の大きな病院では、ソーシャルワーカーがすべての入院患者に対して面接を行なうことは、ワーカーの業務に対する診療報酬が認められていないなど、ワーカー部門の人員面の制約からいって極めて荷が重い作業となる。それに代替するものとして、ワーカー以外の医師や看護婦が病棟での日常業務の中で、このような患者の発見や特定ができるようなスクリーニング票の開発が必要となる。

スクリーニング票の開発に際して注意すべき点は、まず第1に、どのような対象を選び出すかの

基準を設定することであり、第2には、スクリーニングをどのような体制で行なっていくかである。米国ではいくつかの病院でスクリーニング票が開発され、実施に移されている。たとえば、マサチューセッツ総合病院では、スクリーニング票には医学的なニーズに加えて、家族・友人が不明、住所が不明、他の病院・施設からの入院者、65歳以下でメディケアの受給者などの社会的属性が含まれている²⁾。ジョンズ・ホプキンス大学病院では、医学的なニーズの他、他の病院・施設からの入院、住所不明、85歳以上などの項目が盛り込まれている²⁾。日本では、田中が、対象者を選定するための枠組みを提示している。その枠組みでは、1) 障害・再発・再燃が予想される群（リハビリテーション、人工透析、難病など）、2) 社会的条件が悪い群（高齢者、単身者など）、3) 経済的問題が予想される群（生活保護患者、医療費の支払いが困難など）、4) 深刻な疾病により心理社会的問題が予想される群（ICU、CCU、緊急入院など）、5) 個人的要因に付随して不利益を被ることが予想される群（病状理解が不十分、事務的手

*Sachiko Ito, Yuko Kikuchi, Masami Igarashi, Noriko Inoue, Takako Sato, Rie Kakinoki：東京都老人医療センター総合医療相談室

**Yoko Sugihara, Hye-kyung Kim, Hidehiro Sugisawa：東京都老人総合研究所保健社会学部門

続きが不案内など) となっている¹⁾。以上のようにスクリーニング票が開発されているが、そこに位置づけられた項目が果たして妥当性があるのか、また、信頼性があるのかに関しては、ほとんど検討がない現状にある。

米国のスクリーニング票、日本のスクリーニング票の枠組みをみてわかるように、退院援助を重点的に行なうことが必要な特性の1つに高齢者が位置づけられているものの、高齢者全体が問題ということではないであろう。確かに、高齢者の入院期間は65歳以上では63.5日であり、全体の40.8日の1.5倍となっている²⁾。しかし、高齢者が多くなっている現状では、高齢者というだけで退院援助の重点的な対象にするのは効率がよくない。高齢者で在院期間が長くなっているのは、医学的なニーズとともに、家族が退院を望まない、介護者がいないなどの社会的な条件が関係している可能性が高い⁴⁾。従って、高齢者をさらに区分し、退院援助を特に重点的に必要とする人を選択できるスクリーニング票の開発が必要となっている。

以上の問題関心から、本研究では、入院時に病棟の看護婦や医師が日常業務の中で、退院援助を重点的に行なう必要のある高齢患者を選択し、特定するためのスクリーニング票を開発することを目的としている。

スクリーニング票を作成する際には、その妥当性をどのように評価するかが重要となる。本研究では、予測的妥当性の面から妥当性を評価した。入院時に、退院後に問題をもつ可能性の高い患者をスクリーニングする項目を作成した Mistiaenらは、予測的妥当性を評価する項目として、退院先、入院期間、退院後の問題を取り上げている⁵⁾。退院後の問題を妥当性の基準とするには、退院後の追跡調査を実施する必要がある。本研究では、既存の病院内にあるデータを利用した妥当性の評価として、入院期間を設定した。入院期間は、特に急性期の病院の場合には医療資源の効率的な利用を推進し、また、入院生活に伴う患者の精神面での負担の軽減を図る上で重要であるといわれているからである^{6,7)}。

2. 方法

1) 項目の作成手順

項目の作成にあたっては、国内外のスクリーニング票を参考に、看護婦およびソーシャルワーカーで議論し、最終的に12項目とした。

表1 対象者の基本属性 (n=96)

性			
	男性	34	35.4%
年 齢	女性	62	64.6%
	59歳以下	2	2.1%
入院形態	60歳代	12	12.5%
	70歳代	36	37.5%
	80歳代	27	28.1%
	90歳代	5	5.2%
入院目的	予約	45	46.9%
	緊急	37	38.5%
診療科	治療	63	65.6%
	検査	6	6.3%
	短期評価	1	1.0%
	その他 ¹⁾	12	12.5%
相談室への紹介あり	リハビリ	21	21.9%
	整形	23	24.0%
	神経内科／脳外科	52	54.2%
		23	24.0%
退院先	自宅	57	59.4%
	病院	9	9.4%
	老健	3	3.1%
	HWH	2	2.1%
	特養	2	2.1%
	老人ホーム	1	1.0%
	死亡	3	3.1%
	入院継続 ²⁾	10	19.8%
在院日数 ³⁾	10日以内	9	9.4%
	11～30日	16	16.7%
	31～59日	36	37.5%
	60～89日	28	29.2%
	90日以上	7	7.3%

1) 入院目的の「その他」の中に「リハビリ目的」が含まれている場合もある

2) 1999年10月15日時点で入院を継続していたケース

3) 1999年10月15日までの在院日数

2) 妥当性を検討するための調査の概要

1999年7月15日から8月15日までの1ヶ月間に、東京都老人医療センターのリハビリテーション病棟、整形外科病棟、神経内科・脳外科病棟に入院した患者（96名）について、病棟担当看護婦を中心に入院時にスクリーニング票を記入してもらった。対象者の基本属性は、表1に示した。在院日数は、同年10月15日まで調べ、その時点で入院を継続していた人は、入院してから10月15日までの日数を在院日数とした。

3) 妥当性の検討

(1) 個別項目の妥当性

在院日数を外的基準とし、各スクリーニング項目の予測的妥当性を検討した。統計的な有意差の検定は、従属変数が連続変量であるため、t検定で行った。

(2) 長期入院を予測する Cut-off point の設定

個別項目だけでなく、項目全体で総合的に評価した場合に、長期入院になりやすいケースの早期発見が可能であるか否かも、妥当性を検討する際の重要な視点となる。本研究では、その最も簡便な方法として、妥当性が確認された項目について、該当する場合に1点、非該当に0点を与え、各項目を単純加算した指標に基づき、在院日数が31日以上になる確率が高くなる Cut-off point があるか否かを検討した。何日以上入院を長期入院とみなすかについては明確な定義はないが、老人診療報酬の入院時医学管理料（一般病棟）の点数が1ヶ月を超えると急減するといった点から、1ヶ月を超える入院を長期入院のおおよその目安とみなし、Cut-off point の設定の基準に用いた。

3. 結果

1) 対象者の特徴

女性、70～80歳代の人が多く、自宅に退院した人は59.4%であった。1ヶ月を超過する入院の人が74.0%と、対象とした診療科の特性を反映して、在院日数が長い傾向がみられた。このうち、医療相談室に相談があったケースは24.0%であった。

2) 各項目の回答状況

各スクリーニング項目の単純集計結果を表2に示した。「前回退院から2週間以内の入院である」および「癌のターミナルである」に関しては、それぞれ該当者が1名と少なかった。「予後不良の疾病（難病など）である」も、該当者が6名と少なかった。該当者がもっとも多かった項目は、「身体障害があるためにセルフケアができない」（42.7%）であった。社会的な要因の中で該当者が多かった項目は、「高齢者のみの世帯である」（28.1%）であった。このような回答状況は、今回対象とした診療科や病院の特性を反映しているものと思われる。

表2 スクリーニング項目の単純集計（n=96）

1 単身世帯である	15	15.6%
2 高齢者のみの世帯である	27	28.1%
3 日中または夜間、介護者が不在である	18	18.8%
4 他病院からの転院患者である	10	10.4%
5 前回退院から2週間以内の入院である	1	1.0%
6 身体障害の1、2級程度（寝たきり）である	11	11.5%
7 癌のターミナルである	1	1.0%
8 予後不良の疾病（難病など）である	6	6.3%
9 医療器具、医療処置が必要である	17	17.7%
10 痴呆のためにセルフケアができない	14	14.6%
11 身体障害があるためセルフケアができない	41	42.7%
12 経口摂取ができない	11	11.5%

3) スクリーニング項目の妥当性の評価

(1) 各項目の予測的妥当性

該当者が少ない3項目を除外した9項目について、該当者群と非該当者群の平均在院日数の差を検定した。「痴呆のためセルフケアができない」を除く8項目は、該当者群の方が非該当者群より在院日数が有意に長く、長期入院を予測する項目としての妥当性が確認された（表3）。特に、「他病院からの転院者である」および「身体障害があるためセルフケアができない」に該当した人は、非該当者とくらべて在院日数が特に長かった。

(2) Cut-off point の設定

妥当性が確認できた8項目について、1ヶ月を超える入院の可能性が高くなる Cut-off point の設定を試みた。該当項目数別に1ヶ月を超える入院者の割合を示したところ（表4）、3個以上の

表3 該当者と非該当者の平均在院日数の比較 (t検定)

	人	平均在院日数	有意確率
単身世帯			
該当者	15	66.3 (± 27.6)	* *
非該当者	81	45.9 (± 26.5)	
高齢者のみ世帯			+
該当者	27	56.7 (± 28.5)	
非該当者	69	46.1 (± 26.8)	
日中または夜間介護者不在			*
該当者	18	62.0 (± 29.3)	
非該当者	78	46.1 (± 26.5)	
他病院からの転院患者			* * *
該当者	10	64.2 (± 11.3)	
非該当者	86	47.4 (± 28.4)	
身体障害の1、2級			*
該当者	11	65.1 (± 9.3)	
非該当者	85	47.1 (± 26.6)	
医療処置必要			*
該当者	17	61.7 (± 28.2)	
非該当者	79	46.4 (± 26.8)	
痴呆セルフケア不能			
該当者	14	45.8 (± 32.7)	
非該当者	82	50.0 (± 26.8)	
身体障害セルフケア不能			* * *
該当者	41	60.0 (± 29.0)	
非該当者	55	41.2 (± 23.7)	
経口摂取不能			*
該当者	11	66.1 (± 29.1)	
非該当者	85	47.0 (± 26.7)	

*** ;p<.001、** ;p<.01、*p<.05、+ ;p<.1

項目に該当した人では、ほぼ100%、在院日数が1ヶ月を超過していた。このことから、妥当性が確認できた8個のスクリーニング項目を用いた場合、そのうち3個以上の項目に該当した人は、在院日数が1ヶ月を超えるリスクが高いといえる。

表4 該当項目数別にみた1ヶ月以上の入院患者の割合 (n=96)

該当項目数	該当者数(人)	1ヶ月以上の入院患者の割合(%)
0	30	60.0
1	24	66.7
2	18	77.8
3	11	100.0
4	8	87.5
5	5	100.0

注1) 妥当性が確認できた8項目中の該当項目数

4. 考察

退院計画プログラムでは、退院にあたって援助を必要とする患者・家族を漏れなく、早期に発

見・特定して援助のルートに乗せ、援助担当者がその対象者に具体的に接近していく方法論を持つことが重要である¹⁾。しかし現状においては、対象者の把握が不十分であるため、ソーシャルワーカーへの相談ニーズが潜在化し、結果として在宅介護破綻や早期の再入院をまねくなど、さまざまな問題が生じている。本研究は、ニーズの潜在化を防止し、退院援助を必要とする対象をできるだけ早期に、かつ簡便に把握できる方法として、入院時に病棟スタッフが記入するスクリーニング票の開発を試みた。

その結果、スクリーニング項目として設定した12項目中、8項目について妥当性が確認できた。妥当性が検証できた項目のうち、「他病院からの転院者である」および「身体障害があるためセルフケアができない」に該当した人は、在院日数が特に長かった。また、妥当性が検証できた8項目

中、3項目以上に該当すると、ほぼ100%、在院日数が1ヶ月を超えることがわかった。今回開発したスクリーニング票を用いることによって、個別の項目で対象を特定するだけでなく、総合指標としても長期入院化しやすいケースを発見することが可能なスクリーニング票開発の手がかりをえることができたといえよう。

しかしながら、本研究にはいくつかの限界点がある。それを踏まえて、今後の課題として次の4点が指摘できる。第1は、妥当性が確認されなかった項目の再検討である。妥当性が確認されなかった4項目中、2項目（「前回退院から2週間以内の入院である」「癌のターミナルである」）は、今回対象とした病棟では該当者が少なく、その妥当性を十分検討できなかった。該当者が少ない場合、通常はスクリーニング項目として適切でないと判断するが、診療科が異なれば、これらの要因もリスクファクターとしてあがる可能性がある。今後、別の診療科で試行し、項目の妥当性を再検討する必要がある。同じく妥当性が確認されなかった「予後不良の疾病（難病など）である」については、どの疾病を予後不良と考えるかの基準が曖昧で、評価者によって判定が異なったため、妥当性が検証できなかった可能性がある。「痴呆のためにセルフケアができない」も看護婦によっては判定が難しく、正確な情報が得られなかった可能性がある。これらの項目は評価基準が明確になるよう、今後、表現を変える必要がある。

第2は、スクリーニング票の信頼性の検討である。尺度を開発するには、妥当性とともに関項目の信頼性（測定の正確さ）も検討する必要がある。項目の信頼性を検討するには、評価者による判定のばらつきをみる必要があるが、本調査では、この課題の検討はできなかった。評価者の職種や興味関心、力量によって情報収集の度合いや正確さが異なるため、同じ対象を見ていても判定が異なる可能性がある。

第3は、予測的妥当性を評価する項目として入院期間だけでなく、他の指標、たとえば退院後の問題発生を取り上げることの必要性である。病院経営の面では入院期間が重要な指標となるが、患者および家族の側に立てば退院後に介入が必要な

療養上の問題が発生するか否かが重要な指標となるであろう。

さらに、入院期間を妥当性の評価指標として用いる場合においても、入院期間は医学的治療的条件によって規定されることを考慮しなければならない。本調査では、診療科は限定したものの、対象者の疾患や治療条件を厳密に考慮したわけではないため、一律に30日をカットオフポイントに設定したことは、おおよそ目安とはなるが、妥当性が限定されることは否めない。今後の課題として、疾患や患者の治療条件を考慮した上で、必要以上に在院日数を長引かせる要因を検討する必要がある。

第4は、介入の方法論の開発である。今回対象とした患者の74%は1ヶ月を超える入院であったにもかかわらず、医療相談室に紹介され、ソーシャルワーカーが援助することができたケースは24%であった。結果は示していないが、長期入院のリスクファクターとして確認できた項目に該当した人であっても、必ずしもソーシャルワーカーにつながっていたわけではなく、当院においても退院援助ニーズの高い人の把握漏れが生じているといえる。しかし、問題集団の全数がワーカーに紹介されたとしても、ワーカーによって適切な介入が図られなければ、問題の解消には結びつかない。特定された対象者に対する介入のプランを検討する必要がある。

今回の調査では、スクリーニング票の開発を直接の目的としつつも、ソーシャルワーカーによる退院援助に対する病棟スタッフの理解を喚起することも意図した。すなわち、病棟スタッフに入院時にスクリーニング票をチェックしてもらうという方法を採用した結果、退院援助の際に収集する情報が明確化され、ソーシャルワーカーが早期から関与すべき患者を、病棟スタッフも早期に意識化できるようになったといえる。他の病院においても、妥当性の追試に加えて、病棟スタッフの啓蒙のためにも、このスクリーニング票の積極的な使用が望まれる。

謝辞

本研究は、平成11年度東京都老人医療センター

兼務研究の助成を受けて行われた。調査の実施にあたり多大なるご協力を賜りました東京都老人医療センターの石井静江婦長、関戸ひとみ婦長、多摩老人医療センターの宗像町子婦長、川崎幸病院の野口恵美子氏、また論文の執筆にあたり貴重なご助言を頂きました東京都老人医療センターの後藤桃子氏、日本女子大学の中谷陽明先生に、深く感謝いたします。

【引用文献】

- 1) 田中千枝子：対象者の発見と特定，退院計画研究会編，退院計画，60-77，中央法規出版，1996
- 2) 手島陸久：アメリカにおける退院計画，退院計画研究会編，退院計画，12-28，中央法規出版，1996
- 3) 厚生統計協会：国民衛生の動向，83，1999
- 4) Helen R, Barbara B, Gary R: Screening for high social risk: principles and problems, *Social work*, 25(5), 403-405, 1980
- 5) Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A: Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. Blaylock Risk Assessment Screening Score, *J Adv Nurs*, 30(5), 1050-1056, 1999
- 6) Brosseau L, Philippe P, Potvin L, Boulanger YL: Post-stroke inpatient rehabilitation. I. Predicting length of stay, *Am J Phys Med Rehabil*, 75(6), 422-30, 1996
- 7) Brosseau L, Potvin L, Philippe P, Boulanger YL: Post-stroke inpatient rehabilitation. II. Predicting discharge disposition, *Am J Phys Med Rehabil*, 75(6), 431-36, 1996

Screening to identify elderly patients in need of discharge planning – Development and evaluation of the screening form –

Sachiko Ito, Yoko Sugihara, Yuko Kikuchi, Masami Igarashi, Noriko Inoue, Takako Sato,
Rie Kakinoki, Hye-Kyung Kim, Hidehiro Sugisawa

We developed and evaluated a screening form to identify elderly patients in need of discharge planning by social workers. The original screening form consisted of a checklist of 12 items concerning medical and social conditions. The nursing staff at a geriatric hospital assessed the patients with the screening form within one week after the patients were admitted. We evaluated the predictive validity of the screening form by examining whether each item could predict the length of hospital stay among elderly patients. Also, a cut-off score on the screening form was determined to discriminate high-risk patients (i.e., with a hospital stay of 31 days or more) from other patients. Scoring of the screening form was calculated by the number of marked items. The predictive validity of 8 items in the original version was verified. In this sample, a score of 3 was found to be the cut-off for differentiating patients whose hospital stay was at least 31 days from those whose stay was shorter.

医師・看護婦による MSW の職務認知

武田 加代子*
南 彩子**

Key words：医療ソーシャルワーク、職務特徴、他職種による認知

I 研究目的

1987年に社会福祉士および介護福祉士法が制定され、名称独占というかたちで社会福祉現場における対人援助職が法制化された。この法制化の過程で、保健・医療分野におけるソーシャルワーカー（以下、医療ソーシャルワーカー）の位置付け、職務内容、他職種との関係、専門性、独自性等がにわかにクローズアップされることとなり、職能団体内部で、職能団体間で、また関係職種との間で多くの研究および議論が行われた。とりわけ職務内容に関しては岡本による研究（岡本民夫 1981）や岡本・奥田らによる研究（岡本・奥田いさよ 1987、1988）があり、また、厚生省からは医療ソーシャルワークの業務指針が発表される等の成果をみている（前田ケイ 1991）。また、保健・医療領域に限らずソーシャルワークの専門職性に関しては1915年のフレックスナーの講演以来（Flexner, A., 1915, Greenwood, E., 1957）アメリカにおいては紆余曲折を経てソーシャルワークは専門職であると言えるまでに成熟してきており、専門職性をスキルの側面から捉えようとする研究（Shuluman, L., 1979, Hepworth, D. H., & Larsen, J. A., 1997, McMahon, M. O'Neil, 1990,）及び、ソーシャルワークの価値の側面から捉えようとする研究（Levy, C.S., 1976, Wells, C.C., & Masch, M. K., 1986, Loewenberg, F. M., & Dolgoff, R., 1992, Sheafor, C. R., Horejsi, & Horejsi 1994,）がみられ、わが国においても杉本らの一連の研究（南彩子・武田加代子・杉本照子, 1989, 南・武田, 1994, 武田・南, 1996）を

あげることができる。しかし岡本の言う、専門職がもつところの排他的、独自・固有性をソーシャルワークが有しているか否かに関しては未だ研究方法も確立されている訳ではなく、明確な結論に達しているとはいいがたい。

しかし、保健・医療領域においては、ソーシャルワークが専門職か否かという論議は論議として、それとは別にソーシャルワーカーは機関内他職種とは異なる一定領域の職務を遂行し、他職種もまたそれをソーシャルワーカーの職務であると認識し、かつそれらは機関を超えて一定の共通性をもっているというのもまた事実である。専門職性の有無や、それがあるとすればその内容や要素はどのようなものであるのかを探索することもさることながら、医療ソーシャルワーカーはその職務の遂行に当たって他職種とは違うどのような点に着目するのか、他職種とは違うどのようなアプローチの仕方をするのか、また他職種は行わないか行い得ない職務内容は何か等、日々の実践の中のどのような点が他職種とは決定的に異なるのかを明らかにすることによって、医療ソーシャルワーカーの職務の特徴が明確になってくものと考えられる。

こうした観点に立って本研究は、ソーシャルワーカー自身が自らの職務の特徴であると認識している事柄を他職種はどのように認識しているのか、すなわち医師、看護婦は医療ソーシャルワーカーの職務の特徴をどのようなものであると認識しているのかを明らかにすることを目的としたものである。隣接他職種による職務内容の認知の程度や

*Kayoko Takeda：華頂短期大学

**Ayako Minami：天理大学

内容を知ることは今後、専門職性を考えるうえでも、ソーシャルワーク実践をより精緻なものにしていくうえでも有用であると考えられる。

II 研究・調査方法

医療ソーシャルワーカーの職務はどのような特徴を有しているのかを明らかにするために Grounded Theory を用いて質的分析を行った。先ず豊富な経験と、良心的で常にクライアントと良好な援助関係を結んでいると考えられる13人の医療ソーシャルワーカーを選び、職務遂行に際して他職種が目し点、他職種とは決定的に異なるアプローチの仕方についての2～3の簡単な質問を中心に自由に話してもらうかたちでインタビューを行い、それらを逐語記録したものをデータとして用い、他の医療職とは異なる医療ソーシャルワーカーの職務の特徴と考えられる4領域の概念グループを導き出した。「関わりの目的」「視点と立場」「関わりの特徴」「役割」の4領域であるが、これらの領域の内容を表すと考えられる11の下位概念を案出した(南、武田2000)。¹⁾さらに、これらの下位概念を具体的な思考、判断、行為を伴った実践行為として操作的に定義し、各概念に3つずつ、計33項目を設定した。

次にこれらの33項目がどの程度実際の業務のなかで医療ソーシャルワーカーの職務の特徴を表しているかという質問をすることを目的として、これら33項目を質問項目とした質問紙を作成し、5件法を用いて、かなり当てはまる、やや当てはまる、どちらとも言えない、あまり当てはまらない、全く当てはまらないのいずれかに回答を得た。これらは理論的に導き出された職務の特徴であり、あるべき姿、理想のかたちに近い医療ソーシャルワーカーによる、当てはまる、当てはまらないの評価結果を「アイデアルイメージ」と名づけた。これに対して、実際の職務遂行に際してはこれらの質問項目はどの程度意識されているのかを問うことにより、理想と現実あるいは、意識と実践には差があるのか無いのか、あるとすればどの程度の差なのかを明らかにすることを目的として、同一回答者に同一の質問をし、かなり意識している、やや意識している、どちらとも言えない、あ

まり意識していない、全く意識していないの5件法により評価を得、これらには「実践的意識」と名づけた。

次に、医療ソーシャルワーカーの隣接職種の代表とも言うべき医師と看護婦がソーシャルワーカーの職務をどのように認知しているのかを明らかにし、医療ソーシャルワーカー自身のそれとの比較検討を目的として、医師、看護婦に対しても同一の質問紙を用い、これらの項目が医療ソーシャルワーカーの職務の特徴をどの程度表しているかについてやはり5件法による評価を得た。調査対象者は医療ソーシャルワーカー150人と、医師55人、看護婦70人で、医療ソーシャルワーカーは日本医療社会福祉学会会員名簿および日本医療社会事業協会会員名簿より無作為抽出、医師と看護婦は医療ソーシャルワーカーが働いている医療機関に限定して紹介者による直接依頼というかたちをとった。

調査方法は郵送調査であり、調査期間は1999年8月15日から8月31日で、調査結果を量的に分析した。

有効回収数は医療ソーシャルワーカー101、医師40、看護婦60で、有効回収率はそれぞれ67.3%、72.7%、85.7%であった。

III 調査結果

調査対象者の属性および33項目の因子分析結果に関しては既刊の社会福祉学 Vol.41-1、2000に掲載されているためここでは紙幅の関係もあり、詳細は割愛させていただくこととする。²⁾

1. アイデアルイメージと実践的意識の比較

表1は医療ソーシャルワーカー自身のアイデアルイメージと実践的意識との比較であり、職務の特徴としてどの程度当てはまると考えるかということと、実際の職務遂行に当たってどの程度意識されているかということと比較したものである。

総平均値はアイデアルイメージでは4.52、現実には意識しているかどうかに基づいて評価した場合は4.19で、これらの平均値の差は1パーセント水準で有意であった。「大切な」「あてはまるか」と問われれば大切である、当てはまるという回答があ

表1 アイデアイメージと実践的意識との差の検定

項 目	アイデアイメージ 平均値	実践的意識 平均値	差	P
1 患者家族の意向を尊重する	4.87	4.72	0.15	*
2 患者の判断や決定を急がさない	4.32	4.21	0.11	N.S.
3 常に患者の生活全般を視野に入れる	4.86	4.5	0.36	**
4 患者・家族を支える資源開発に努める	4.74	4.06	0.68	**
5 患者・家族・他職種と適切な距離をとれる	4.6	4.26	0.34	**
6 一人一人に応じた幸せな生活を目指す	4.53	4.34	0.19	N.S.
7 患者の人生観・人間観の整理に付き合う	4.09	3.59	0.5	**
8 患者本位の時間の使い方をする	3.79	3.58	0.21	N.S.
9 弱音や否定的感情を意識的に表出させる	4.04	3.66	0.38	**
10 患者の意思決定のプロセスを大切にする	4.82	4.51	0.31	**
11 患者・家族・医療職間の良好なコミュニケーションを図る	4.76	4.52	0.24	**
12 入院は人生の一プロセス、生活の継続性に留意	4.69	4.3	0.39	**
13 患者の健康な面、強さに働きかける	4.61	4.09	0.52	**
14 患者自身と置かれた状況を多角的に評価できる	4.66	4.05	0.61	**
15 患者の退院後の生活も念頭におく	4.83	4.53	0.3	**
16 時間をかけて様々なニーズに柔軟に応じる	4.31	3.78	0.53	**
17 患者の様々な役割を認識する	4.59	4.09	0.5	**
18 家庭・職場・学校・地域等との関係に留意する	4.68	4.05	0.63	**
19 入院中も病院と社会生活を分断させぬよう気遣う	4.43	3.87	0.56	**
20 患者のペースに合わせて事を運ぶ	4.1	3.97	0.13	N.S.
21 援助チーム内でコーディネーターの役割がとれる	4.51	4.13	0.38	**
22 資源の活用	4.67	4.39	0.28	**
23 組織の一員ではあるが患者の希望実現へ努力	4.65	4.4	0.25	*
24 医療と福祉のバランスを図って援助に当たる	4.57	4.14	0.43	**
25 中立・公正な態度で接する	4.46	4.16	0.3	**
26 患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く	4.8	4.73	0.07	N.S.
27 ワーカー自身の価値観に立脚していないか省みる	4.7	4.25	0.45	**
28 自立のためには適度の依存も必要だと考える	4.22	3.78	0.44	**
29 必要に応じて適切な役割を果たす	4.37	4.08	0.29	*
30 専門職間のすきまを埋める	4.2	3.83	0.37	**
31 問題解決へのプロセスに付き合い自己決定を待つ	4.43	4.13	0.3	**
32 必要に応じて適宜チームワークが組める	4.55	4.15	0.4	**
33 患者・家族の気持ちを代弁する	4.59	4.37	0.22	*

* P<.05 ** P<.01

るものの、ではどの程度意識して実践しているのかとの問いには、「かなり意識して実践している」とは簡単には答えられないということを表している。各項目を比較してみると、実践的意識がアイデアイメージを上回る項目は皆無で、アイデアイメージと実践的意識とのあいだに統計的有意差がみられないのは33項目中5項目のみである。この5項目は「患者の判断や決定を急がさない」「ひとりひとりに応じた幸せな生活を目指す」「患者本位の時間の使いかたをする」「患者のペース

に合わせて事を運ぶ」「患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く」の5つである。これらの項目によって表されるワーカーの行為の特徴は、「待つこと」と、「あくまで患者を中心に据えて事を運ぶこと」であるが、この5項目のうち平均値が高得点を示しているのは「患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く」という項目のみで、あとの4項目中3項目はアイデアイメージにおいては下位25%に位置しており、実践的意識においては2項目が下位25%に位置している。

アイデアルイメージと実践的意識との比較において統計的に有意差の無い項目がそれぞれに高い平均値を示していれば、それらの項目によって特徴づけられる行為は理想像が内在化されて、ワーカーの実践上の意識として表現されるものと考えることができる。ところが実際には低い平均値を示しており、上記のような行為の特徴はあるべき姿としても実際の姿としても他項目と比較してそれ程ワーカー自身に深く受け入れられてはいないことを示している。一方「患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く」という項目は、アイデアルイメージにおいては上から5番目、実践的意識においては1位の位置にある。このことは理想的にも現実的にも医療ソーシャルワーカーは「患者がどのようにしたいと思っているのかをよく聴く」ことが他職種と比較して自らの職務を最もよく特徴づける行為のひとつであると考えているということになる。

アイデアルイメージの場合も実践的意識の場合も上位20人の高得点群と下位20人の低得点群との間で回答者の属性との関連がみられるか否かの χ^2 検定を行った。男女差と得点の間にも、経験年数と得点の間にも、学歴と得点の間にも関連は認められなかった。このことは学校や実習における教育・訓練内容、また職に就いてからの新任・現任訓練やスーパービジョンの有無や内容、さらには上司や同僚の影響等々の本調査では測定し得なかった要素、言うなればソーシャルワーカー個々人に内在化された知識や価値観によって得点の高低は左右されるということを示しているものと考えられる。

2. ワーカー、医師、看護婦の認知の差

ワーカーのアイデアルイメージの平均値は4.52、実践的意識の平均値は4.19、医師による認知の平均値は4.18、看護婦による認知の平均値は4.21であった。それぞれの差の検定では、アイデアルイメージと実践的意識の差は1%水準で有意、(先述のとおり) また、アイデアルイメージと医師の認知の差も、アイデアルイメージと看護婦の認知の差もどちらも1%水準で有意であった。ワーカーの実践的意識と医師の認知には有意差は認めら

れず、ワーカーの実践的意識と看護婦の認知にも有意差は認められなかったが、看護婦との比較においては、看護婦の平均値がワーカーのそれをわずかながら上回る結果であった。さらに、医師と看護婦の認知にも有意差は認められなかった。

全項目の平均値からみると、医師、看護婦ともソーシャルワーカーの職務の特徴として認識している像は、ソーシャルワーカーが自らの職務の特徴と考え、このように在るべきであると認識しているイメージ、すなわちアイデアルイメージに近いものではなく、ソーシャルワーカー自身が実践に際して意識している像により近いものであることがわかる。看護婦による認知に関して言えば、ワーカーの実践的意識の平均値より、看護婦による認知の平均値が0.02ポイント上回っており、ワーカーよりむしろ看護婦の方が保健医療におけるソーシャルワーカーの職務のイメージとしては若干アイデアルイメージに近いものを持っている傾向にあると言える。

表2は各項目ごとのアイデアルイメージ、実践的意識、医師による認知、看護婦による認知の平均値の比較である。アイデアルイメージにおける上位6項目は、1番目は「患者家族の意向を尊重する(1)」、2番目は「常に患者の生活全般を視野に入れる(3)」、3番目は「患者の退院後の生活も念頭におく(15)」、4番目は「患者の意思決定のプロセスを大切にする(10)」、5番目は「患者の気持ちをよく聴く(26)」、6番目は「良好なコミュニケーションを図る(11)」である。(() 内の数字は項目の番号) 実践的意識における上位6項目は、1番目は「患者の気持ちをよく聴く」、2番目は「患者家族の意向を尊重する」、3番目は「患者の退院後の生活も念頭におく」、4番目は「良好なコミュニケーションを図る」、5番目は「患者の意思決定のプロセスを大切にする」、6番目は「常に患者の生活全般を視野に入れる」である。医師による認知における上位6項目のうち1番目は「患者の退院後の生活も念頭におく」、2番目は「常に患者の生活全般を視野に入れる」、3番目は「良好なコミュニケーションを図る」、4番目は「資源の活用(22)」、5番目は「患者の気持ちをよく聴く」、6番目は「患者家族の意向

表2 平均値の比較（アイデアルイメージ、実践的意識、医師、看護婦）

項 目	アイデアル イメージ平均値	実践的意識 平均値	Dr 平均値	Ns 平均値
1 患者家族の意向を尊重する	4.87	4.72	4.61	4.64
2 患者の判断や決定を急がさない	4.32	4.21	3.9	4.06
3 常に患者の生活全般を視野に入れる	4.86	4.5	4.8	4.57
4 患者・家族を支える資源開発に努める	4.74	4.06	4.42	4.53
5 患者・家族・他職種と適切な距離をとれる	4.6	4.26	4.39	4.44
6 一人一人に応じた幸せな生活を目指す	4.53	4.34	4.42	4.13
7 患者の人生観・人間観の整理に付き合う	4.09	3.59	3.32	3.71
8 患者本位の時間の使い方をする	3.79	3.58	3.55	3.61
9 弱音や否定的感情を意識的に表出させる	4.04	3.66	3.29	3.76
10 患者の意思決定のプロセスを大切にする	4.82	4.51	4.32	4.4
11 良好なコミュニケーションを図る	4.76	4.52	4.71	4.66
12 入院は人生の一プロセス、生活の継続性に留意	4.69	4.3	4.1	4.26
13 患者の健康な面、強さに働きかける	4.61	4.09	3.71	4.19
14 患者の置かれた状況を多角的に評価できる	4.66	4.05	4.61	4.4
15 患者の退院後の生活も念頭におく	4.83	4.53	4.81	4.67
16 時間をかけて様々なニーズに柔軟に応じる	4.31	3.78	4.16	3.95
17 患者の様々な役割を認識する	4.59	4.09	4.16	4.19
18 家庭・職場・学校・地域等との関係に留意する	4.68	4.05	4.55	4.22
19 病院と社会生活を分断させぬよう気遣う	4.43	3.87	3.94	3.93
20 患者のペースに合わせて事を運ぶ	4.1	3.97	3.39	3.6
21 チーム内でコーディネーターの役割がとれる	4.51	4.13	4.35	4.31
22 資源の活用	4.67	4.39	4.68	4.77
23 組織の一員ではあるが患者の希望実現へ努力	4.65	4.4	3.87	4.1
24 医療と福祉のバランスを図って援助に当たる	4.57	4.14	4.5	4.44
25 中立・公正な態度で接する	4.46	4.16	4.29	4.48
26 患者の気持ちをよく聴く	4.8	4.73	4.61	4.64
27 ワーカー自身の価値観を省みる	4.7	4.25	4.3	4.42
28 自立のためには適度の依存も必要だと考える	4.22	3.78	4	3.7
29 必要に応じて適切な役割を果たす	4.37	4.08	4.26	4.05
30 専門職間のすきまを埋める	4.2	3.83	3.68	3.59
31 問題解決プロセスに付き合い自己決定を待つ	4.43	4.13	3.77	4.1
32 必要に応じて適宜チームワークが組める	4.55	4.15	4.42	4.38
33 患者・家族の気持ちを代弁する	4.59	4.37	3.94	4.14

を尊重する」である。看護婦による認知における上位6項目のうち1番目は「資源の活用」、2番目は「患者の退院後の生活も念頭におく」、3番目は「良好なコミュニケーションを図る」、4番目は「患者の気持ちをよく聴く」、5番目は「患者家族の意向を尊重する」、6番目は「常に患者の生活全般を視野に入れる」である。

3. アイデアルイメージと医師の認知との差

表3はアイデアルイメージと医師の認知の差の検定の表である。33項目中、統計的有意差のない項目は18項目あり、5%水準の有意差のある項目は6項目、1%水準で有意差のある項目は9項目である。最も差の大きな項目は「患者の健康な面、強さにはたらきかける」と「患者の人生観・人間観の整理に付き合う」の2項目である。

表3 アイデアイメージと医師の認知の差の検定

項 目	アイデアイメージ平均値	医師の認知平均値	差	P
1 患者家族の意向を尊重する	4.87	4.6	0.27	*
2 患者の判断や決定を急がさない	4.32	3.97	0.35	NS
3 常に患者の生活全般を視野に入れる	4.86	4.79	0.07	NS
4 患者・家族を支える資源開発に努める	4.74	4.5	0.24	NS
5 患者・家族・他職種と適切な距離をとれる	4.6	4.37	0.23	NS
6 一人一人に応じた幸せな生活を目指す	4.53	4.34	0.09	NS
7 患者の人生観・人間観の整理に付き合う	4.09	3.3	0.79	**
8 患者本位の時間の使い方をする	3.79	3.3	0.49	*
9 弱音や否定的感情を意識的に表出させる	4.04	3.3	0.74	**
10 患者の意思決定のプロセスを大切にす	4.82	4.37	0.45	**
11 患者・家族・医療職間の良好なコミュニケーションを図る	4.76	4.7	0.06	NS
12 入院は人生の一プロセス、生活の継続性に留意	4.69	4.13	0.56	*
13 患者の健康な面、強さに働きかける	4.61	3.7	0.91	**
14 患者自身と置かれた状況を多角的に評価できる	4.66	4.6	0.06	NS
15 患者の退院後の生活も念頭におく	4.83	4.8	0.03	NS
16 時間をかけて様々なニーズに柔軟に応じる	4.31	4.13	0.18	NS
17 患者の様々な役割を認識する	4.59	4.17	0.42	*
18 家庭・職場・学校・地域等との関係に留意する	4.68	4.57	0.11	NS
19 入院中も病院と社会生活を分断させぬよう気遣う	4.43	3.97	0.46	*
20 患者のペースに合わせて事を運ぶ	4.1	3.4	0.7	**
21 援助チーム内でコーディネーターの役割がとれる	4.51	4.37	0.14	NS
22 資源の活用	4.67	4.67	0.003	NS
23 組織の一員ではあるが患者の希望実現へ努力	4.65	3.9	0.75	**
24 医療と福祉のバランスを図って援助に当たる	4.57	4.52	0.05	NS
25 中立・公正な態度で接する	4.46	4.3	0.16	NS
26 患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く	4.8	4.6	0.2	NS
27 ワーカー自身の価値観に立脚していないか省みる	4.7	4.31	0.39	*
28 自立のためには適度の依存も必要だと考える	4.22	4	0.22	NS
29 必要に応じて適切な役割を果たす	4.37	4.27	0.1	NS
30 専門職間のすきまを埋める	4.2	3.67	0.53	**
31 問題解決へのプロセスに付き合い自己決定を待つ	4.43	3.77	0.66	**
32 必要に応じて適宜チームワークが組める	4.55	4.4	0.15	NS
33 患者・家族の気持ちを代弁する	4.59	3.9	0.67	**

* P<.05 ** P<.01

4. アイデアイメージと看護婦の認知の差

表4はソーシャルワーカーのアイデアイメージと看護婦による認知との差の検定の表である。1%水準で差のある項目は15項目あるが、中でも差が大きい項目は「専門職間の隙間を埋める」と「組織の一員ではあるが患者の希望実現に努力する」の2項目である。また、統計的有意差の無い項目は12あるがそのうち、「資源の活用」と「中立・公正な態度で接する」の2項目は看護婦の認知の平均がワーカーのアイデアイメージの平均

を上回っている。

5. 医師と看護婦との認知の差

表5は医療ソーシャルワーカーの職務に対する医師と看護婦の認知の差の検定の表である。医師と看護婦間に有意差のみられる項目は2項目で、「患者の健康な面、強さに働きかける」は看護婦の認知の平均値が医師のそれより高く、5%水準で有意である。また、「家庭・職場・学校・地域との関係に留意する」は逆に、医師による認知の

表4 アイデアイメージと看護婦の認知の差の検定

項 目	アイデアイメージ イメージ平均値	看護婦認知 平均値	差	P
1 患者家族の意向を尊重する	4.87	4.63	0.24	**
2 患者の判断や決定を急がさない	4.32	4.04	0.28	NS
3 常に患者の生活全般を視野に入れる	4.86	4.56	0.3	**
4 患者・家族を支える資源開発に努める	4.74	4.54	0.2	NS
5 患者・家族・他職種と適切な距離をとれる	4.6	4.43	0.17	NS
6 一人一人に応じた幸せな生活を目指す	4.53	4.11	0.42	**
7 患者の人生観・人間観の整理に付き合う	4.09	3.74	0.35	*
8 患者本位の時間の使い方をする	3.79	3.64	0.15	NS
9 弱音や否定的感情を意識的に表出させる	4.04	3.79	0.25	*
10 患者の意思決定のプロセスを大切にす	4.82	4.4	0.42	**
11 患者・家族・医療職間の良好なコミュニケーションを図る	4.76	4.67	0.09	NS
12 入院は人生の一プロセス、生活の継続性に留意	4.69	4.25	0.44	**
13 患者の健康な面、強さに働きかける	4.61	4.19	0.42	**
14 患者自身と置かれた状況を多角的に評価できる	4.66	4.4	0.26	*
15 患者の退院後の生活も念頭におく	4.83	4.67	0.16	NS
16 時間をかけて様々なニーズに柔軟に応じる	4.31	3.93	0.38	**
17 患者の様々な役割を認識する	4.59	4.19	0.4	**
18 家庭・職場・学校・地域等との関係に留意する	4.68	4.23	0.45	**
19 入院中も病院と社会生活を分断させぬよう気遣う	4.43	3.91	0.52	**
20 患者のペースに合わせて事を運ぶ	4.1	3.58	0.52	**
21 援助チーム内でコーディネーターの役割がとれる	4.51	4.3	0.21	NS
22 資源の活用	4.67	4.77	-0.1	NS
23 組織の一員ではあるが患者の希望実現へ努力	4.65	4.09	0.56	**
24 医療と福祉のバランスを図って援助に当たる	4.57	4.45	0.12	NS
25 中立・公正な態度で接する	4.46	4.49	-0.03	NS
26 患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く	4.8	4.63	0.17	NS
27 ワーカー自身の価値観に立脚していないか省みる	4.7	4.41	0.29	*
28 自立のためには適度の依存も必要だと考える	4.22	3.73	0.49	**
29 必要に応じて適切な役割を果たす	4.37	4.09	0.28	*
30 専門職間のすきまを埋める	4.2	3.6	0.6	**
31 問題解決へのプロセスに付き合い自己決定を待つ	4.43	4.11	0.32	*
32 必要に応じて適宜チームワークが組める	4.55	4.39	0.16	NS
33 患者・家族の気持ちを代弁する	4.59	4.16	0.43	**

* P<.05 ** P<.01

平均値が看護婦のそれより高く、やはり5%水準で有意差が認められる。残り31項目に関しては医師、看護婦間に有意な差は認められなかった。

IV 考察

結果のところでもふれたようにアイデアイメージ、実践的意識、医師、看護婦のそれぞれの認知における項目ごとの平均値を得点の高い順に並べてみると、それぞれの上位6項目はほとんどが共通であるがその順位の違いによって微妙に職務

の特徴の認識に差が出ていると思われる。

医師にとって医療ソーシャルワーカーの職務は「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」という特徴をもったものとして認識されている。また、看護婦にとっては、医療ソーシャルワーカーは「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

表5 MSWの職務に対する医師と看護婦の認知の差の検定

項 目	看護婦の認知の 平均値	医師の認知の 平均値	差	P
1 患者家族の意向を尊重する	4.63	4.6	0.03	
2 患者の判断や決定を急がさない	4.04	3.97	0.07	
3 常に患者の生活全般を視野に入れる	4.56	4.79	-0.23	
4 患者・家族を支える資源開発に努める	4.54	4.5	0.04	
5 患者・家族・他職種と適切な距離をとれる	4.43	4.37	0.06	
6 一人一人に応じた幸せな生活を目指す	4.11	4.43	-0.32	
7 患者の人生観・人間観の整理に付き合う	3.74	3.3	0.44	
8 患者本位の時間の使い方をする	3.63	3.57	0.07	
9 弱音や否定的感情を意識的に表出させる	3.79	3.3	0.49	
10 患者の意思決定のプロセスを大切にす	4.4	4.37	0.04	
11 患者・家族・医療職間の良好なコミュニケーションを図る	4.67	4.7	-0.03	
12 入院は人生の一プロセス、生活の継続性に留意	4.25	4.13	0.12	
13 患者の健康な面、強さに働きかける	4.19	3.7	0.49	*
14 患者自身と置かれた状況を多角的に評価できる	4.4	4.6	-0.2	
15 患者の退院後の生活も念頭におく	4.67	4.8	-0.13	
16 時間をかけて様々なニーズに柔軟に応じる	3.93	4.13	-0.2	
17 患者の様々な役割を認識する	4.19	4.17	0.03	
18 家庭・職場・学校・地域等との関係に留意する	4.23	4.57	-0.34	*
19 入院中も病院と社会生活を分断させぬよう気遣う	3.91	3.97	-0.05	
20 患者のペースに合わせて事を運ぶ	3.58	3.4	0.18	
21 援助チーム内でコーディネーターの役割がとれる	4.3	4.37	-0.07	
22 資源の活用	4.77	4.67	0.1	
23 組織の一員ではあるが患者の希望実現へ努力	4.09	3.9	0.19	
24 医療と福祉のバランスを図って援助に当たる	4.45	4.52	-0.07	
25 中立・公正な態度で接する	4.49	4.3	0.19	
26 患者がどのようにしたいと思っているのかよく聴く	4.63	4.6	0.03	
27 ワーカー自身の価値観に立脚していないか省みる	4.41	4.31	0.1	
28 自立のためには適度の依存も必要だと考える	3.73	4	-0.27	
29 必要に応じて適切な役割を果たす	4.09	4.23	-0.14	
30 専門職間のすきまを埋める	3.6	3.67	-0.07	
31 問題解決へのプロセスに付き合い自己決定を待つ	4.11	3.77	0.34	
32 必要に応じて適宜チームワークが組める	4.39	4.4	-0.01	
33 患者・家族の気持ちを代弁する	4.16	3.9	0.26	

* P<.05 ** P<.01

つつ、患者を取り巻く家族・他の専門職間の良好なコミュニケーションを図る」という特徴をもった職種であると認識されている。現在の医療システムのなかで医師や看護婦がソーシャルワーカーと協働する場合に「退院」というのはひとつの大きな課題であり、そのことが医師・看護婦にとってソーシャルワーカーと言えば、そのイメージは即退院に結びつくものと思われる。退院援助こそが医療ソーシャルワーカーの業務であるとの認識がもたれている医療機関も少なくない。医師にと

ってもそうであるが、特に看護婦にとってはソーシャルワーカーと社会資源の活用とは密接に結びついたイメージとして認識されているようである。これは退院援助には社会資源の活用が不可欠な要素となるためと思われる。

それに対して医療ソーシャルワーカー自身は、そのアイデアルイメージにおいては自らの職種を「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、患者の意思決定のプロセスを大切にす」ところに特徴

があるとしており、実践に際しては、「生活全般を視野にいれる」は後退し、「先ず、患者がどのようにしたいと思っているのかをよく聴くこと、次いで患者家族の意向を尊重しつつ退院後の生活も念頭において援助する」職種であるとの意識がもたれているようである。ソーシャルワーカーのアイデアルイメージの4番目、実践的意識の5番目にある「患者の意思決定のプロセスを大切にすることは、医師においては15番目、看護婦においては9番目に位置している。このことから、ソーシャルワーカー自身は一般に考えられている程には社会資源の活用を職務の特徴の上位にはあげておらず、それよりはるかに、患者家族の意向や患者の意思決定のプロセスを大事に考えていることがわかる。実践的意識においては社会資源の活用は7番目、アイデアルイメージにおいては実に12番目に位置している。このことは、社会資源の活用をしないと、それが重要ではないというのではなく、実務のなかではごく当たり前のこととしてそれは行われているものの、医療ソーシャルワーカーの職務を他職種は注目しない点、他職種は行わない点、あるいは他職種には行い得ない点から考えたとき、その職務を特徴づける項目として社会資源の活用は上位には上がってきていないということである。

V おわりに

患者の意向の尊重や意思決定のプロセスを重視することは、社会資源活用ほどには具体性をもった行為として他職種からは認識されにくいものであるが、これらはソーシャルワークの価値観に根ざしたソーシャルワーカーの態度であり、自己決定や選択という患者の生き方の根幹に関わる重要な行為に結びつくものである。しかしこれらが医療における価値観と必ずしも一致するとは限らず、その両者の融合点、妥協点、あるいは第三の道を模索することがソーシャルワークそのものであることが多い。医師・看護婦には結果としての社会資源の活用がソーシャルワーカーの職務の特徴に映り、ソーシャルワーカーには視点としての患者の意向の尊重や意思決定のあり方への関与がその職務の特徴として認識されているということだと

思われる。自己決定という言葉が多用され、ともすれば表層的にそれが解釈されている現在、医療ソーシャルワーカーが「患者の意向の尊重や意思決定のプロセスに関与すること」を自らの職務の主たる特徴であると位置づけるならば、それらのアイデアルイメージからリアルプラクティスへの転換が次の課題ではないだろうか。他職種には体現されたものを通してのみ内在しているものが理解されるのだと思われる。

高得点項目を中心とした考察を通して、職種によりソーシャルワーカーの職務の特徴の認識に差のあることが明らかになったが、今後、得点の低い項目における各グループ間の差の検討をすることと、質問項目に具体的行為を表す項目と、価値や態度といった概念的行為を表す項目とが混在していることからくる曖昧さを軽減するべく、質問項目を再検討し、より精緻なものとする必要がある。また、本研究で示された医師、看護婦、ソーシャルワーカーによる認知の差を縮めていくことが専門性確立へのひとつの方法ではないかとの示唆を得た。

注

- 1) Glaser と Strauss により創始された質的分析方法である Grounded Theory を用いて、エキスパートのソーシャルワーカーに対するインタビューを逐語記録化し、それを定性的データとしてそこから、他の専門職と医療ソーシャルワーカーの職務との対比における職務の指標としての4領域の概念を抽出した。次にこれらの概念の内容を表すものとして幸福な生活の実現、トランジット、総合化、主体性尊重、促進しながらの待機、専門的距離感覚、人生の再構築、共生・連帯、接着剤、トータルな社会関係への関与、多角・総合、という11の下位概念を導き出した。そしてこれらの11の概念をソーシャルワーカーの具体的な実践行為として表したものが33項目の質問である。
- 2) 33項目の質問紙による調査結果を Microsoft Excel 統計2000を用いて因子分析を行なった。主因子解・バリマックス法による直交回転を行い、5因子解を適当と判断した。5因子による

累積寄与率は46.7%で、因子負荷量の絶対値4.0以上を示した項目内容を参考に各因子を解釈した。

参考文献

1. Flexner, A., Is social work a profession? *Proceedings of the National Conference of Charities and Correction*, At the 42 annual Sessions, 1915
2. Greenwood, E., Attributes of a profession *Social Work*, Vol 2 - No 3, 1957
3. Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Larsen, J. A., *Direct Social Work Practice: Theory and skills*, 5th ed., 1997
4. 保健医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』垣内出版株式会社、1983
5. Levy, C. S., *Social Work Ethics*, Human Service Press, 1976
6. Loewenberg, F. M., & Dolgoff, R., *Ethical Decisions for Social Work Practice*, 4th ed. F. E. Peacock Publishers, 1992
7. McMahon, M. O'Neil, *The General Method Social Work Practice*, 2nd ed., Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, 1990
8. 前田ケイ監修 保健医療の専門ソーシャルワーク研究会編、『保健医療の専門ソーシャルワーク—業務指針の具体的解説』中央法規、1991
9. 南彩子・武田加代子・杉本照子「保健医療におけるソーシャルワーク面接の構造分析」『社会福祉学』第30巻第2号、1989
10. 南彩子・武田加代子他「価値実現とソーシャルワークの役割」『医療社会福祉研究』第3巻、第1号、1994
11. 岡本民夫・奥田いさよ・牧洋子「医療ソーシャルワーカーの機能と分析(1)—現代医療福祉の新分野—」『Academia』Vol. 152、1987
12. 同上『Academia』Vol. 153、1988
13. 岡本民夫「社会福祉専門職養成に諸問題」『地域福祉研究』No. 9、1981
14. Shulman, L., *The Skills of Helping Individuals and Groups*, Peacock Publishers, Inc., 1979
15. 武田加代子・南彩子・杉本照子「ソーシャルワーク実践における価値」『社会福祉学』第37-2号、1996

Recognition of MSW function by medical doctors and nurses

Kayoko Takeda, Ayako Minami

The purpose of this study is to clarify what medical doctors and nurses regard the characteristics of medical social work to be. Using grounded theory, we conducted a survey consisting of 33 statements that seemed to represent the characteristics of medical social work. 150 medical social workers, 55 medical doctors, and 75 nurses were asked to rate each statement on a scale of one to five. Our purpose was to examine the differences in the responses of the three groups. Medical social workers themselves consider the main characteristic of their job to be "respecting patient's preferences, and giving the patient's decision-making process due consideration." In contrast, medical doctors consider the main characteristic of the medical social worker's job to be, "assisting the hospitalized patient with his/her life after discharge in mind" while nurses regard the medical social worker's main role to be "application of the social resources in assisting patients." The results suggest that one way to establish medical social work as a more defined profession is to reduce the gaps in the way these three professions regard it.

学生と実習指導者の相互作用分析 —医療機関における社会福祉実習の実態と課題—

大瀧 敦子*

Key words：実習、相互作用分析、グラウンデッド・セオリー

1 先行研究と本研究の目的

社会福祉教育における実習の教育目標については、1988年の社会福祉士及び介護福祉士法（以下社会福祉士法と称する）の施行以前から様々な議論が重ねられている。これらを散見すると、主に三組の相対する立場から議論が発せられている。

三組とは、①社会福祉教育全体の目的から問いを発し、専門職養成の為の教育か、専門的教養としての社会福祉学の修得を目指すものか¹⁾に言及するもの¹⁾、②実習教育の中身そのものを議論し、社会科学論的認識論の修得を強調する立場と、援助技術論的側面の修得を強調する立場のいずれから論を発するもの²⁾、③同様に実習の内容を問うが、実習の場をソーシャルワーク及び社会福祉における理論検証の場と捉える立場、または、理論検証よりむしろ実習での学生の直接的体験を重視する立場から実習の実態にアプローチする研究³⁾、を指している。

しかし社会福祉士法成立以降は、受験資格取得への学生側のニーズが高まり、①については専門職養成が重要性を増しており、むしろ論点は、社会福祉士養成教育が即ち社会福祉士法成立以前から議論されたソーシャルワーク教育か否かに移行すべき時期ではないか。これを真とするなら、②に関しては、援助技術論的側面の修得が目的の優位を占めると予想される。しかし社会福祉実習の達成課題をテキスト等から拾い上げてみると、必ずしもそうではない。社会システムの一つとして施設・機関の機能や役割を「理解」することを重視するテキストも多い。⁴⁾ここでの「理解」が「社会科学論的認識論」に立脚するものか否かは不明

だが、知識重視型だといえる。又一方では、「援助関係を作る能力を強める」ことや「援助する能力を強める」ことを達成課題にあげ、実戦力重視型の立場もある。⁵⁾つまり②については、教育機関全体の合意があるとは言い難い状況だ。

③の「理論検証の場としての実習」は、②の議論と密接に関わる。つまり、検証されるべき理論とはどの理論を指すのか、社会科学論に関わる理論か援助技術論に関わる理論かという問いである。だがテキスト等では、社会福祉原理論から援助技術論と、あらゆる講義科目を網羅し、②の議論から敷衍している論点を回避している様だ。⁶⁾

さて、③の実習場面での体験重視の立場だが、実習の実態はこの体験重視型が主流ではないかと推察するが、「研究」の立場から議論される時、体験そのものを直接取り扱うものは多くない。その中で深谷は、生活施設での実習体験を対象とし、どんなプロセスを経て学生は、「変わった」といわれる体験をするのかを、学生の実習記録から分析した。⁷⁾帰納法による研究で、実習の実態を明らかにしようとするものだ。

筆者はこの研究と同様の立場を取りつつ、医療機関という特性を踏まえ、その実態を明らかにしたい。何故なら、上記①、②に分類した議論の多くは、教育の理念から導き出した「実習のあるべき姿」を問うが、実習が行われる臨床現場では、まさに「今、ここで」生じている事柄を素材とし指導するからだ。つまり、実際に実習期間に何が行われ、そこから学生が何を理解し、現場の指導者はどう指導しているかについて、教育機関側は実習ノートを通して窺い知る以外ない。従って、

*Atsuko Otaki：明治学院大学

学生のノートを詳細に分析しその実態を捉え直せば、実際何が学習可能かという事実に基づいて、その指導方法まで議論する事が可能になるのではないかと考える。

尚、医療機関での実習は、現在の所、社会福祉士受験資格のための実習としては認められていない。従って、教育機関の教育方針や実習先の受け入れ体制で、実習期間も違う。これは実習内容にも影響を与えているが、今回は4年次生の2週間実習を一つのケースとして取りあげる。この意義は、その分析結果と他教育機関での実習状況との比較検討を可能にし、より普遍性の高い医療機関実習の理論を作る道を開くことにあると考える。

2 研究対象とその方法

本研究のデータは、筆者が明治学院大学社会福祉学科で、1997、98年に医療機関実習の授業を担当した4年次生で、一般病院の実習2週間を体験した20名のうち、全日程の記録を提出した17名分の実習記録だ。各自一日に平均3～4頁の記録を残している。学生の記述の横に指導者のコメントが記載できる形式の為、学生の記録を読み、指導者がコメントを要する時には真横に記述可能で、文章上の両者の相互作用が読み取れる。又、実習記録を利用すれば全員の全日程を概観可能であり、限定した期間内の参与観察よりも、全体の傾向を読み取るには適した資料と判断した。尚、実習先機関は12病院であった。

分析には、質的データの分析法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下G.T.とする）を用いた。この手法は、特定の現象を説明的に記述する理論を生成する為に使用されるが⁸⁾、本論文で用いた具体的手法は、以下の通りだ。まず各ノートの文章を区切り、各々の区切りごとに付箋紙を貼りコードを記した。これを、学生の記述部分と指導者の記述部分それぞれに行い、この二者は色分けした。一人分のノートのコーディング終了後、付箋紙をはがし類似したものの同士でグループを作り、そのグループに名前付けをした。更に、コーディング中グループ間の関係性が読みとれた場合、別のカードにメモした。同じ分析を次のノートにも行い、前の結果と照らし合わせた。

その際、コードのうち既存のグループと類似点があるものはそこに順次加え、ないものは保留の状態にした。次のノートのコードで類似したものがあれば、新たなグループを作り名前付けをするという作業を繰り返し、全ての記録のコード化が終了した段階で、各グループ間の比較検討を行った。それを通し、既存のグループをサブグループとするより大きなグループを作っていくた。

本論文の分析で行うコーディングを方向づけたりサーチ・クエスチョン⁹⁾は以下の2つだ。一つは、「学生は、同じような実習場面には、共通する反応を示すか。共通する反応があるならばそれはどんなものか」で、これを通し、何を学習したのかを学生の視点から理解することが可能となるだろう。二つ目は、「学生の反応に対し指導者はどんな指導を行っているか。指導には共通性が見られるか」で、これを通し、具体的に行われている指導法を記述し、その事実を踏まえ、「効果的」な指導に関する検討が可能になるだろう。

ここで、この調査の限界に触れておく。質的調査の場合その妥当性が問題となるが、本論文はそれを保つ為の十分な手続きを経ていない。分析は筆者が単独で行い、その結果として諸概念を提示した。本来G.T.では、妥当性を保つ為に共同分析者の必要性が指摘されている。本研究では、現場で指導を担当したソーシャルワーカーが適任と考えるが、コーディングの段階では諸事情から協力を依頼出来なかった。従って、分析結果の諸概念が実態を反映しているか等を、彼らに検証してもらう機会を設ける予定である。今回の論文はその機会を待たずに書かれたもので、生成途上の仮説として提示した点を、限界として記しておく。

3 分析結果の提示

実習場面を中心に、学生の「反応」とそれに対する実習指導者の「指導」を類型化し整理したのが図1, 2, 3である。

1) 実習場面を表す概念

実習場面を表す概念は、「ワーカーの日常性観察」「ワーカーの経験談、個人的フィロソフィーの開示」「面接同席」「ケース記録の精読」「当事

図1 実習場面から見た学習の構造図（その1）

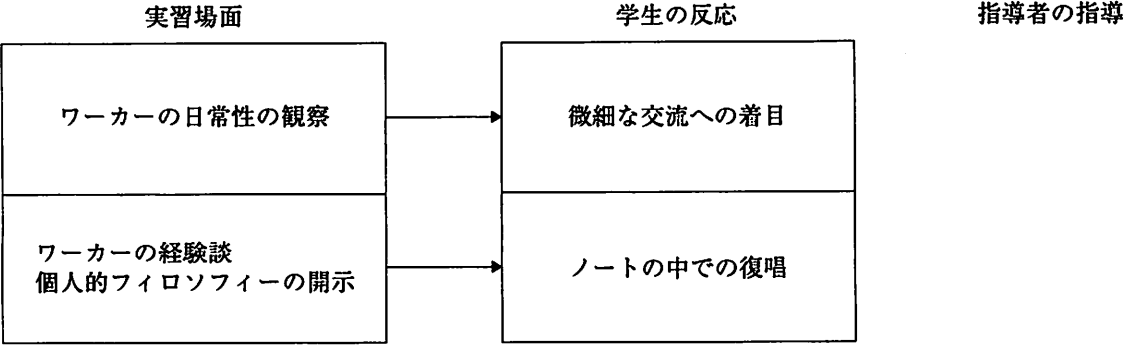


図2 実習場面から見た学習の構造図（その2）

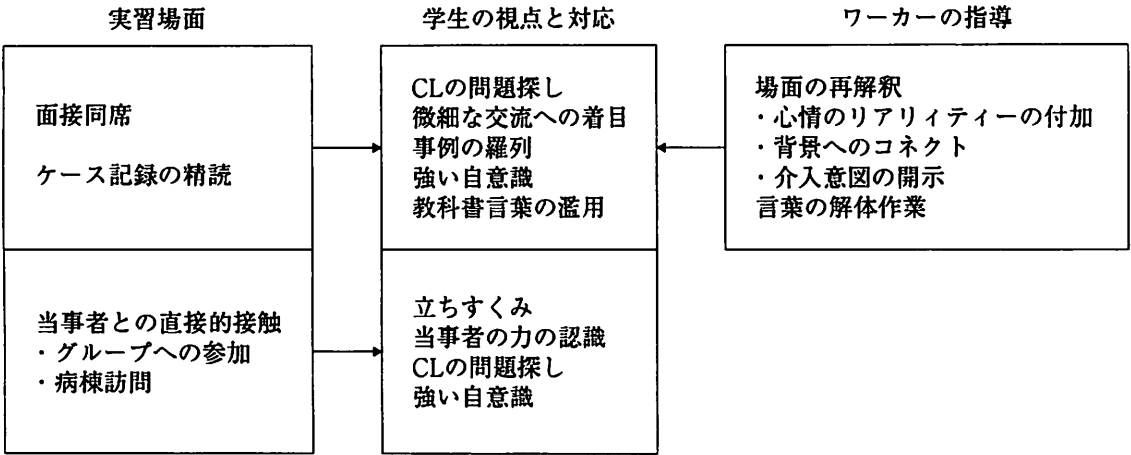
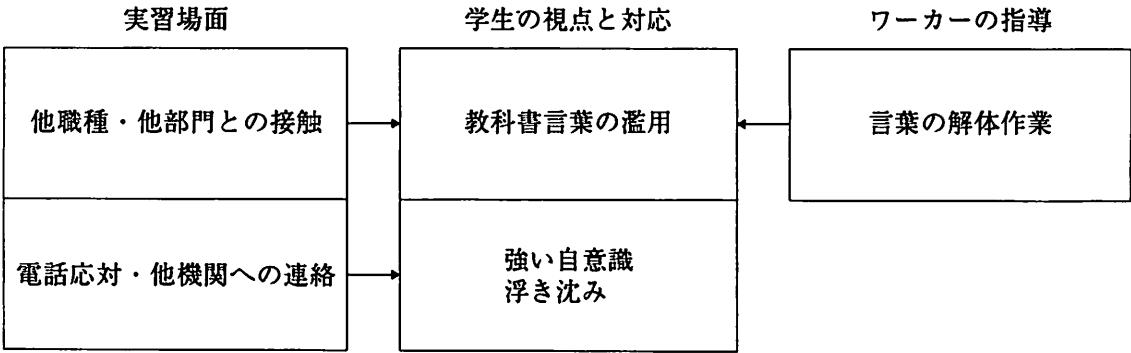


図3 実習場面から見た学習の構造図（その3）



者との直接的接触」「他職種・他部署との接触」「家庭訪問への同行」「電話応対及び連絡」の8つで、図の様に、これらを更に3つにグループ化した。

但し、8つが全ての実習場面を網羅してはいない。又出現頻度の高いものから順に取りあげたでもない。例えば初日のオリエンテーションは出現頻度が高いが、実習先の状況など一般的な情報伝達が主で、記録もその内容を羅列して終わることが多く、指導者との力働性にも欠けるため、分析から除外した。又、個別指導、スーパービジョン場面は、特別に時間を設ける場合、空き時間を利用して随時行われる場合、ノート指導中心の場合等、実施方法は様々だ。この場面は「指導」が正に行われるものだが、普通そこで取り扱う指導内容は、他の実習場面と結び付いており、今回の分析方針から見て単独で取りあげると混乱を来す。従って、個別指導は場面としては取りあげず、内容を中心に分類を試みた。

まず、「ワーカーの日常性観察」は、相談室等で学生がワーカーの日常的活動をつぶさに観察する場面を指す。実習先によっては指導者からその行動を観察対象とし記録するよう求められる例もある。元来学生の関心は自らの将来像としての先輩ワーカーに向けられがちで¹⁰⁾、学生の主観的体験の中では大きな意味を持っているようだ。この日常性観察と対の場面としたのが「ワーカーの経験談、個人的フィロソフィーの開示」だ。これはワーカーと学生の直接的な接点という意味で、先の「日常性観察」場面と類似する。しかし、学生からの問いかけに応じて、ワーカーが自らの経験やソーシャルワークに対する考えを開示するという相互作用が見られ、学生の能動的働きかけで生じる点が特徴だ。観察という受動的立場ですむ「日常性観察」に対し、能動性と指導者との相互作用が見られる場面と考え対とした。

次に図2の「面接同席」は、ワーカーの面接への同席と観察の場面だ。この場面は時間・質の両面からみて、医療機関実習の大きな割合を占める。¹¹⁾又、ワーカーの記したケース記録を整理したり精読するという場面も、ワーカーの目を通してのクライアント理解やソーシャルワーク援助のあり方を伝授される機会という点で類似すると考え、

「ケース記録の精読」とし、「面接同席」と同じグループに加えた。これと対としたのが「当事者との直接的接触」である。医療機関実習は、生活施設実習と比べ、当事者と学生が直接接触する機会は限られる。だがその中でも、ベッドサイドでの接触や、アルコール依存症者のグループへの参加等を通して接触がある。これはクライアントへの理解を深めるという意味で前二者と類似するが、より主体的動きを要する点で、対に位置づけた。

更に図3の「他職種・他部署との接触」は、病棟見学やカンファレンスへの参加を通し、医師、看護婦、OT、PT等他専門職との接点を持つ場面だ。特に透析病棟やリハビリテーション関係の見学等が多い。ソーシャルワーク援助との接点が多い部署を選択するという教育意図が見て取れる。「家庭訪問への同行」をこれと類似するものとしたのは、その多くが、訪問看護への同伴という形を取り、学生の記録へのフィードバックも同行した看護者が行っており、「看護、介護」という枠組みから行われた家庭訪問と判断したからだ。これと対としたのが「電話応対及び連絡」だ。実習先によっては、外部との簡単な連絡や電話受付等を学生に任せる場合がある。学生は、病院外部との接触の多さに印象付けられる事が多く、外部との接触という大きなグループの中の一つとした。又、僅かだが、主体的行動を要する点で「他職種との接触」等とは対とした。

2) 学生の視点と反応を表わす概念

上記の実習場面で学生は何を感じ、行動し、学ぶのか。残念ながら、学生自らが何を「感じ」どう「行動」したかを、記録しているものはそれほど多くはない。「観察者」として当事者やソーシャルワーカーの行動を記す部分が多い。だがここでは、これら記述の是非に関する判断は保留し、彼らがどんな「視点」から実習場面の内容を記しているかに着目し分析した。概念として提示した反応は、特定の場面に限るものではなく、複数の場面に渡って見られた。しかしここでは記述の都合上、一つの場面に結び付け説明する。又、紙幅の都合上、筆者が主要な実習場面と考える図2、図3について取りあげる。

まず「面接同席」の場面での主な反応は、「微細な交流への着目」「クライアントの問題探し」「事例の羅列」の3つである。

「微細な交流への着目」とは、面接でのワーカーの表情や声の調子、雰囲気といった極めて細部に渡るやりとりとその関心の大半をよせる反応だ。相談の中で「どんな言葉を使ってどの様に話を進めていくのか」という関心が強い。「患者さんは精神的な辛さも抱えているので、一つ一つの話し方や説明の仕方にワーカーの方は気を付けていたと思う。」という記述に代表されるように、多くが指導者の行き届いた配慮を賞賛している。こういった学生の多くは、「患者さんに対して話しやすい雰囲気を作ること」がワーカーの主たる役目と考えているのかのとき印象だ。

次に、「クライアントの問題探し」と名付けた反応は、「微細な交流への着目」とは対称的に、学生の視線はワーカーではなくクライアントに向けられる。クライアントの面接時の様子や相談内容をノートに記している。面接へ同席しながら、相談者の「問題」が何であるかを明確にしようと努める。だが、そこには「問題」を中心にクライアント像を形成していく過程が読み取れる。例えば、「妻は夫を回復させるべきキーパーソンにならなければいけないのに…」、「本人を支えなければいけない親が病気を理解していないために…」といった記述のように、「あるべき」論から事例を読み取る場合がこれに当たる。又「自己退院の常習犯」や「事実や感情を過大表現する人」等のように、始めからクライアントの言動を、否定的側面から理解している場合、「クライアントの問題探し」と呼ぶ。

「事例の羅列」とは、1日の中で複数の面接に同席し各事例ごとに記述しているが、その内容は客観的事実の記載のみで、学生本人が何を感じ考えたかは読み取れないものを指す。例えば、喘息とアルコール依存症を併発している入院患者が、病棟内での暴力が問題となり退院した後、飲酒時に度々妻への暴力等が見られ再入院になったケース、というように杜絶で込み入った事例でも、淡々と記述し、本人の「感想」と判断される内容が見られない場合を指す。

「当事者との直接的接触」の場面でも学生の「問題探し」の現象は見られるが、この場合は「面接同席」とは違い、自身がどう対応するかを問われる。どうすべきか考えあぐねた末、「立ちすくみ」と言った現象も見られた。例えば、当事者から「病気は治りますよね」とせっぱ詰まった質問を投げかけられたときに、この現象が見られた。後からその場面を振り返り「どうすべきだったのか」「自分の対応は問題がなかったのか」という自問の記述も見られた。もう一つ「問題探し」とは対照的な反応として「当事者の力の認識」がある。作業療法やアルコール依存症の治療グループに参加した際、相互支援の力を肌で感じ強い印象を受けたというような記述を指す。「面接同席」では、被援助者としてのみ認知された対象者も、グループ場面での横のつながりを体験し、違った一面を発見している。「同じように苦しんだ仲間に出会えるから来ている」という利用者の言葉を印象的なものとして引用していた。

図3の「他職種・他部門との接触」場面では、「教科書言葉の濫用」と名付けた概念が浮かび上がった。これは「チーム医療」や「連携」という授業や教科書等で登場する語句や言い回しを使用し、無難にノートをまとめ上げているものを指す。カンファレンスに参加し、「医師、看護婦、薬剤師、OT、SWが定期的にカンファレンスを行うことによって、真の意味でのチーム医療が実現していくのだと思った」「医師や看護婦とMSWの社会的な視点とでは、患者さんの見方、捉え方が微妙に違っていると感じた。」というように、一見無難な感想を記すが、実際のカンファレンスのどの部分と結び付いた「学び」なのかは不明だ。この「教科書言葉の濫用」は他の場面でもよく見られる、学生の主要な戦略である。「家庭訪問への同伴」場面でも、例えば、「在宅生活でのニーズは多様であり、個別的援助がいかに行えるかが大切だと実感した。」といった形で用いていた。

3) 指導者の指導法を表わす概念

ここでは、上述した学生の反応に対する、指導者の指導内容を概念化する。これらは実習場面よ

りも、学生の反応との関連性が強いいため、そのような形態で記述する。又、ここでは筆者が学生の学習内容を深めていると判断した指導法を中心に取り上げており、全ての指導者が用いている指導法を意味しない。

まず「クライアントの問題探し」という学生の反応に対する指導法として、「場面の再解釈」、そしてそのサブカテゴリーとして「心情のリアリティーの付加」「背景へのコネクト」「介入意図の開示」の三つを抽出した。

「場面の再解釈」とは、面接の一方の主体者であるワーカーが、学生の感想や解釈に対し、自らの解釈と真意を返す指導だ。その中でも「心情のリアリティーの付加」と「背景へのコネクト」は、クライアントの状況に関する情報の補完とワーカーの解釈、理解を提示することで、学生のクライアント及び事例への理解を修正又は深めようとする指導だ。特に、クライアント及びその家族等の心理を中心に解釈を示す指導が、「心情のリアリティーの付加」だ。これは、表面的な同情や理解に留まりがちな学生に対し、可視的事象だけでなくそこに潜む心理をよりリアルに理解できるように示唆を与える指導だ。例えば、義母の介護に限界を感じ相談に来たクライアントに関し、「記録によれば次男の嫁（相談者）は他の親族との間で板挟みになるなどストレスが多く、今日の話している様子も一方的でヒステリックに感じた。ワーカーさんによると嫁自身も不安神経症、鬱気味な所もあり、子供達に電話をかけまわったり、薬を飲まないというような態度に出してしまうのではないかということであった。」という記述を残した学生に対し、ワーカーは、「…見ていてよく分かったと思いますが、嫁は非常に混乱しています。「もう自分は介護をしたくない」という気持ちと「いや義母で近くに住んでいるのだから看なければならぬ」という二つの気持ちの間で揺れ、それでどうしたら良いのか分からなくなっているのです。」とコメントしている。学生の想像力や「慮る力」の不足を補う指導を「心情のリアリティーの付加」と名付けた。

「背景へのコネクト」は、同様にワーカーが学生に対し、クライアントの置かれている状況につ

いて補足的情報を示すが、心理状況よりむしろ客観的事実や知識、個別的事情に関する補足を指す。実習は短期であり、ケース記録を読んでも過去の経過に関する情報が不足している。又、経験不足から目の前で生じている事柄からのみクライアントを理解しがちだ。経過を良く知るワーカーがそれを提示し、多面的に理解するよう指導する方法だ。例えば、隣人の協力で何とか在宅生活を送ってきた94歳の女性の入院相談に同席した学生は、相談に来た隣人の疲労困憊した様子から、「全ての人に在宅での介護サービスを行っても限界があるのではないか」と記している。これに対しワーカーは、この間家政婦の交替があり本人の夜間の不安が大きくなった事、これは家政婦の高齢者ケアに関する知識不足が関連していること等を、補足情報として示した。「介入意図の開示」は、面接場面を振り返り、その時何故ワーカーがその対応をしたかに関し学生の考察を深めさせる指導を指す。

「教科書言葉の濫用」に対しては、「言葉の解体作業」と名付けた指導が見られた。これは、その日に遭遇した出来事を安易に一般的用語と結び付けノートをまとめている学生に対し、具体的にどの事象がその用語と結び付くかを問い返す指導だ。例えば、カンファレンスに参加した学生の「医療専門職の中で、社会的視点を持ったソーシャルワーカーの存在は重要であると思った。」という感想に対し、「社会的視点」とは何を指すのか、その日のカンファレンスのどこからそう考えたのかを問い返す。これに対し学生は、「長期で治療や援助を受けている患者さんに対して継続的に関心を向けていくのは、クリニックの職員数からいって難しいが、ソーシャルワーカーが新聞を発行したり、家庭訪問をしたり、症例検討会を呼び掛けることで」注意を喚起している点から、他職種と違う「社会的視点」を学んだと応えている。

以上が今回の分析の主要な結果である。

4 調査結果から考察する医療機関実習の実態と指導法に関するまとめと問題提起

ここからは、結果として提示した概念を用いながら、医療機関実習の実態についてより包括的な

説明を加えつつ、その指導法について検討を加えまとめたい。

まず、図中で示したように、実習場面は学生の主体的関与を要求する場面と、観察を主とする受動的関与場面とに大別できる。医療機関実習の場合、受動的場面が圧倒的に多いのが特徴だ。観察という形でその場にいる場合、観察の視線がワーカー側に向いているか、クライアント側に向いているかにより、学習する内容に違いがある。ワーカー側に視線が向いたとき、それは「微細な交流への着目」に見られるように、如何に感じの良好に対応ができるかという点に関心が集中しがちで、学習内容は深みに欠ける。ソーシャルワークとしての専門性というよりも、対人サービス一般であればどの職業にも当てはまる内容に留まりがちだ。一方で、視線がクライアントに向いたときには、「問題探し」や「事例の羅列」が多く見られた。これらの問題性については、調査結果の中でも言及したが、それを修正するための指導として、「場面の再解釈」がある。

「場面の再解釈」では、同席した面接等で観察した事例を、学生がどの様に解釈し理解したかを確認し、「心情のリアリティーの付加」によって、より心理面の理解を促したり、「背景へのコネクト」で学生の理解よりも複雑に錯綜する事例の現実を提示する指導がみられた。又、こういった指導が行われず、複数の「家庭訪問同行」場面等が続くと、感性を閉ざし事実のみを記載する「事例の羅列」現象が生じてくる。いずれにしてもこれらの指導は、指導者の持つクライアントの解釈枠組みを、実例を通して伝授される機会として機能していると考えられる。

「言葉の解体作業」は、極一部の指導者が用いていた。観察を主とする実習の場合、学生は講義等で得た知識を使って感想としてまとめがちだが、本来実習の意義は、そういった一般的言説（例えば「チーム医療の重要性」といった）が、現実のどのような事象を指し、どう機能しているのか（又は、していないのか）を観察し、考察を加えることにあるはずだ。だが、「教科書言葉の濫用」はそういった考察を阻害する。そこで「教科書言葉」で表現した部分について、より具体的事象と結び

付け、学生自身の言葉で表現することを求める指導が必要だ。このような指導は、「理論検証」として実習の場を機能させる可能性を持つ指導法と言えるだろう。

以上述べてきたまとめから、以下の3点を今後の論点として示し、医療機関実習を考えていく際の素材としたい。一つは、医療機関実習は「観察型実習」として位置づけるのが相応しいのか否かという点だ。学生の主体的関与が限定されている以上、「援助する能力」や「援助関係を作る能力」そして、その基盤となる自己覚知につながる学習内容を求めるには限界がある。これは、2週間という短期の実習ゆえの現象で、期間を延長すれば主体的関与を前提とする実習が可能なのか。もし不可能ならば、医療機関以外の場で上記の能力を醸成できる実習の場、例えば生活施設実習を義務づける等して補っていく必要があるのではないか。次に、「観察型実習」の内容を充実させるには、学生の観察の視線をワーカーではなくクライアントに向けさせる指導が必要ではないかという点だ。そしてその観察内容は指導者からの「再解釈」というフィードバックがあって初めて意義のあるものとなる。フィードバックの具体的手法は、本研究で提示したもの以外にもあり得るだろうし、今後調査結果を検証していく中で再考察を加えられるべきものだ。フィードバックの手法を明確にし、学生の理解状況に合わせて使用していければ、観察型実習でもそれなりに充実した学習内容が期待できるし、指導の標準化が可能になる。そして最後に、今回の分析では、「観察型実習」の最大の意義を、指導者の持つクライアントの解釈枠組みを、初心者である学生が伝授され理解していく点としたが、これに関する検証である。勿論、伝授される内容は実際にはもう少し幅広いものであるようだ。例えば、ワーカーの持つ「援助観」を知ることによって学生のそれが変換される場合も、極一部ではあるが見られた。

今回の調査では、以上の点に注意を払いながら分析を進めていきたいと考えている。

最後になりましたが、多忙な業務の中、木目細やかな指導をしていただいているMSWの方達に

感謝の意を表したいと思います。

- 1) 前田は「教養としての社会福祉学、市民教育としての社会福祉学、政策批判の為の社会福祉学」については、「社会福祉教育であってもソーシャルワーク教育ではない。」とする。(前田ケイ「80年代に望まれるソーシャルワーク教育」ソーシャルワーク研究 vol.6 No.11980 pp.2-7) 現在でも、前田の提示した前提に基づき、教育目標の議論がなされることが多い。(川廷宗之「ソーシャルワーク教育の現状と課題」ソーシャルワーク研究 vol.24 No.2 1998 pp.82-92など)
- 2) 前納は前者を「基礎教養・科学重視の立場」と称し、援助能力を重視する立場を「特殊の実践能力重視の立場」と呼ぶ。(前納弘武「社会福祉教育と社会福祉実習」淑徳短期大学紀要20号1981pp.32-40)
- 3) 大島・北川らの調査研究や佐藤の調査研究などは、理論検証の重要性を前提とする。(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」道都大学紀要第5号社会福祉学部1982pp.15-51佐藤豊道「実習体験の内実とその効果」淑徳短期大学紀要20号1981pp.41-71)
- 4) 宮田和明他編 社会福祉実習 中央法規出版 1998等
- 5) 日本社会事業学校連盟の実習達成課題を牧野田が引用したものを参考とした。(牧野田恵美子「大学における社会福祉実習教育に問われているもの」ソーシャルワーク研究 vol.15 No.1 1989)
- 6) 宮田他編(前掲書1998)更に、牧野田の論文中でも「大学においては、社会福祉理論は各講義を通して入学から実習までの間多くの教科を学ぶ」とし特定の理論は提示しない。牧野田(前掲書1989)
- 7) 深谷美枝「「実習体験」とは何か」人間の福祉(立正大学研究紀要)第1号1997年3月 pp.245-258
- 8) G.T.関する詳細は、紙幅の都合上ここでは言及できない。既に論文として上梓した、深谷美枝・大瀧敦子「実践から理論を導き出す為に(1)」ソーシャルワーク研究 Vol.21 No.1 1995 pp.39-43を参照いただきたい。
- 9) リサーチクエスション及びこれ以降使用するG.T.の用語についても深谷・大瀧(1995)同上書を参照。
- 10) 学生の実習目的が進路を考える為の見学的な姿勢に偏りがちである点は現場からも指摘されている。(吉田雅子「病院におけるソーシャルワーク実習」ソーシャルワーク研究 Vol.15 No.1 1989)
- 11) 面接同席が主な実習場面である点は、吉田(同上書1989)の論文中でも言及されている。

The analysis of the interaction between the students and the practice teaches in the social work field instruction

Atsuko Otaki

The interactions between the students and the field instructors during the term of social work field instruction in hospitals are analyzed in this paper through the students' diaries. The author has two working hypotheses for their interactions. One is that the students could similarly react on a particular scene during the term transcending the difference of the agencies. Another is that the teachers would give some similar directions to their reactions. At first, several scenes of the social work instruction in hospitals are shown, and each one is given a unique name; 'Observation of daily life of a social worker' 'Sitting with a social worker in his/her interview' 'Contact with the other professions' 'Receiving personal philosophy for social work' etc. Second, several categories are extracted as the students' reactions to these scenes, and they are also given unique names; 'Searching for the client's problem' 'Aiming at subtle communication' 'Using a lot of terms straight out of the textbook' etc. Third, some categories of the teachers' directions are extracted and named; 'Re-interpretation of the scene' 'Adding the reality of the client's feeling to the students' interpretation' 'Taking apart the textbook words' etc. Finally, the relation of these; the scenes of the practicum, the reactions of the students, the directions of the teachers, are shown as charts. The author thinks that the result will be useful for developing the teaching method of social work field instruction and for discussing its effectiveness. The data are analyzed by 'grounded theory' which is one of sociological methods for qualitative data analysis.

ソーシャルワークの学問的「体系化」についての一考察 —フレックスナーのあたえた専門職化への影響—

三島 亜紀子*

Key words: A・フレックスナー、科学、専門職、知 (knowledge)、ポストモダン

1. はじめに

「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立して、はや十余年の月日を重ねる。介護保険制度の導入など、ソーシャルワーカーを取り巻く環境が大きく変化するなか、そうした全体的な潮流と軌を一にしながら、医療ソーシャルワーカーも転換期を迎えている。また、他の専門職との連携の必要性が高まり、ワーカーが携わる実践分野の多様化も進んだ。こうした状況を踏まえ、医療ソーシャルワーカー独自の専門性を確立するべく、現在、医療ソーシャルワークあるいは医療社会福祉学¹⁾の「体系化」が求められている。

ここで、学問としての体系化、理論的枠組みの構築、あるいは科学性が必要視されることに対して、疑問の声が投げられることはほとんどない。いうまでもなく、これらの必要性は、ソーシャルワーカー、そして医療ソーシャルワーカーの専門性を確立するためには不可欠とされてきたものである。学問としての精緻な体系を整備することが専門職化へと直結するという思考は、本論文が照準する1915年のA・フレックスナー (Abraham Flexner) による講演を象徴的な契機として普及していったとされる。

こうした文脈にのっとり、R・キャボット (Richard Cabot) は医療ソーシャルワークの「創始者」²⁾とされることが多い³⁾。なるほど、彼は1905年にマサチューセッツ総合病院に医療ソーシャルワーカーを採用した。ロイヤル・フリー・ホスピタルでは、すでに1895年にアルモナーが登用されていたが、アルモナーは「施療病院に入院を希望

する貧困者の資格選別」⁴⁾をおこなったにすぎなかった。キャボットに「開拓者」の称号が与えられるのは、彼の「科学的欲求」⁵⁾が医療ソーシャルワーカーを近代医学の言説に組み込み、一つの職業として成立したからであろう。さらに彼が1919年に著した“Social Work: Essays on the meeting-ground of doctor and social worker”⁶⁾も、医療ソーシャルワークという一つの学問領域の体系化に寄与したものと解される。

医療ソーシャルワーカーにおけるキャボットの描かれ方を概観するに、科学の実践や学問としての体系化が専門職化を自ずと導くという思考がみうけられるが、ここで基本的な問いかけを発してみたい。果たして、この思考は現在でも有効なものだろうか、というものである。医学モデルが否定されるようになって久しいが、この思考は理論の体系化をもって専門職化とするような専門職観や歴史観と両立可能なものであろうか？ 本論文では、フレックスナーを介し、医学という「知」の様式を模範としつつも、過度に医療行為のメタファーに拘束されてきたきらいのあるソーシャルワークの歴史を鑑み、ソーシャルワーク全体を視野に入れて論じていきたい。そのうえで、専門職の模範とされた医師と最も卑近な距離に位置してきた医療ソーシャルワーカーの存在を考察していく。

以上を考察するために、社会福祉学領域においてこれまで顧みられることの少なかったフレックスナーの医学領域における貢献に注目し、その歴史的意義を考察していく。まず、第2節でソーシャルワーク領域において有名な1915年のフレック

*Akiko Mishima：大阪市立大学大学院後期博士課程

スナーによる講演を再考する。第3節ではその講演の基礎となったと考えられる医学領域における「フレックスナー報告」について検討することによって、専門性の擁立と体系的な「知」との深い関係性の系譜を辿る。また第4節では、医学領域におけるフレックスナー批判について概観する。医学領域で非難されたフレックスナーの言説は、比較的最近までソーシャルワーク領域において批判的に扱われることが少なく⁷⁾、その傾向が日本では特に顕著であった。そして最後に、社会福祉学領域内においてポストモダンという言葉さえも議題に上るようになった現在、フレックスナーの言説はそれらの潮流とは不整合のものであり、彼が専門家の属性としたものを単純に要求することは諸刃の刃であることを指摘したい。

2. 1915年フレックスナー講演

1915年、アメリカ・ボルチモアで開かれた全国慈善矯正事業大会 (National Conference of Charities and Correction) において、フレックスナーは「ソーシャルワークは専門職か？」⁸⁾と題した講演をおこなった。この報告は、ソーシャルワーク、また社会福祉の専門職にとって、「原点の位置を占めるかのように、多大な影響を与え続けてきた」⁹⁾といわれている。

そこで彼は医学を完成された専門職のモデルとして、「専門職の6規準」を提示したが、それは次のように要約できる¹⁰⁾。

- ① 学習されうる性質
- ② 実践性
- ③ 自己組織化へ向かう傾向
- ④ 利他主義的であること
- ⑤ 責任を課された個人であること
- ⑥ 教育的手段をこうじることによって伝達可能な技術があること

爾来、専門職化のためには、考案された「専門職として承認されるための条件」を充たしていくべき、という暗黙のルールが社会福祉学という場を支配していった。フレックスナーに準拠した論理展開によって「専門職化」を推し進めた人物としてE・グリーンウッド (Greenwood, E.) やG・ミラーソン (Millerson, G.) などがあげられる。

彼らによるソーシャルワーカーの専門職化に関する研究を、D・M・オースチンはフレックスナー「神話」¹¹⁾の世界のなかでくりひろげられた議論であったと批判したが、これについては後に4節で述べる。

しかしながら、フレックスナーの講演は「専門職化」の契機とされる一方で、ソーシャルワーカーにとって屈辱的な経験でもあった。なぜなら彼はこれら属性を掲げた後で、「現段階でソーシャルワーカーは専門職に該当しない」¹²⁾と結論づけたからである。当時、社会福祉を専門に教える学校は既に設立され、「専門的」な教育がそこで施されつつあるという認識があったばかりに、フレックスナーの発言は社会福祉の教育者にとって衝撃的なものであった¹³⁾。

3. 1910年「フレックスナー報告」と医師の専門職化

フレックスナーが与えた衝撃は、その後半世紀以上、あるいは現在に至るまで社会福祉学領域においてトラウマのように存在しつづけてきたのだが、当の本人は社会福祉への興味はほとんどなかったといっていだろう。一般的に、彼は医学教育における貢献のほうが有名であり、他にも広範な学問領域に影響を与え、またプリンストン高等研究所設立へ尽力するなど、学術の中心がヨーロッパからアメリカへ移行する際の立役者とさえ称される人物である。“I Remember”という自叙伝には1915年の全国慈善矯正事業会議については何も言及されておらず、ほとんどが医療分野の教育改革に関して記されている¹⁴⁾。しかしながら、他分野における彼の功績を検討することにより、あまりにも短い1915年フレックスナー報告の言外にある含蓄を汲み取ることができるだろう。

1909年にアメリカ医師会 (American Medical Association: AMA) は、カーネギー財団教育促進委員会 (Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching) の寄付を受け、フレックスナーはアメリカとカナダにある全ての医学学校の訪問を開始した。これは翌年、「合衆国とカナダにおける医学教育」¹⁵⁾と題してまとめられた。いわゆる「フレックスナー報告」である。

彼はその医学校の訪問に際し、評価をおこなううえでの規準として以下の項目をあげ、評価をおこなっていった。訪問した全ての医学校の評価は、フレックスナー報告の約半分の容量に相当する第Ⅱ部に全て収められている。

- ① 学校名、創立年、学校の系列など
- ② 入学資格
- ③ 学生数
- ④ 教員数
- ⑤ 維持費の財源
- ⑥ 研究設備
- ⑦ 臨床設備

R・P・ハドソンは、この報告書がもたらした影響について、次のような点を掲げている¹⁶⁾。

- ① 水準のまばらな医学校を等質化し、医学校の全体数と、脆弱な教育しか受けない医者的人数を減らしたこと。
- ② 医科大学予科教育（premedical）の必要性を説いたこと。
- ③ 研究機能を担わせ、医学校への常勤体制を導入したことにより、医学校における教育者の「専門職化」を促したこと。
- ④ 科学的基礎の上に医学校のカリキュラムを組んだこと。
- ⑤ 臨床教育のために病院施設が必要となり、病院を学校のなかに取り込んでいったこと。

フレックスナーは社会福祉学領域と同様、医学領域においても、その学問としての形態を近代的なものへと移行させたという点で、非常に大きな役割を果たした。しかしながら、フレックスナーは医師ではなく、「偉大な触媒」¹⁷⁾、「医学に関せずぶの素人」¹⁸⁾と称されたことから類推できるように、彼の主張は1904年 AMA 内に設立された医学教育審議会（Council on Medical Education: CME）の見解を代弁したにすぎないといわれている¹⁹⁾。このことは、ソーシャルワークにおいても同様のことがいえよう。M・E・リッチモンドはすでに1897年に「応用博愛事業学校の必要性」を発表し、その必要性は医学における様式を下敷きにするからこそ、浮上してくると論じている²⁰⁾。彼女が応用博愛事業学校の設立を説くのは、医師という専門職に追隨して、ソーシャルワーカー

一独自の「共通の基礎」が確立されることを「信じている」からである²¹⁾。

ところで、フレックスナーの主張する医学は、「進化」の様相を呈している。大学は病院と連携することによって研究機能を担うことが推奨されたが、これは医学の進歩のためであり、疾病を駆逐するために必要とされた。当時、社会ダーウィン主義がアメリカ中を覆っていたことは周知であるが、フレックスナーの論調もこうした潮流に影響を受けているように思われる。つまりそこでは、彼の推進する科学的な医学を発展・普及させることによって、社会は進化し、人類も幸福になるといった明朗なユートピア的未来観が共有されていた。

これは1915年のフレックスナー報告にも読み取ることができる。フレックスナーはソーシャルワーカーを専門職とは位置づけなかったが、一方で彼の進化論的発想は明るい未来を予言していた。この講演で彼はソーシャルワークという営みを、医学と同様に「進歩」するものとして位置づけている。そこには、絶えざる研究活動などにより発展するといった「進化する専門職」が前提されていた。つまり、まだ専門職とはいえないある職種が進歩するものとされたとき、将来的に専門職たりえる可能性が言葉の裏に潜んでいるのである。

1915年の講演において、医学を模範とした「進化する専門職」像が描かれているが、同時にそれ以外のさまざまな（専門）職業も列挙された。彼は「進化」の程度が進んでいる順に、「配管工」、「銀行家」、「薬剤師」、「正規看護婦」、または「保健婦」をあげ、斜め上がりの進化の線をより滑らかなものにしていく。そして最後に、前出の「専門職の6規準」をクリアした専門職として、「法律家、医者、宗教家」をあげた。ここに完結した「専門家の進化の図」のようなものが描かれたわけだが、フレックスナーはソーシャルワーカーという職業がこの進化の線のどの部分に位置づけられるかに関しては、明言を避けている。しかしここで重要なのは、フレックスナーが社会福祉の技術は発展していくものと確認したことであった²²⁾。

4. フレックスナー的言説への批判

ところで、医学の近代化に大きな影響を与えたフレックスナー報告であったが、1960年代、1970年代頃から批判が数多く寄せられている。この「フレックスナー批判」は、フェミニストや反レイシストなどを中心に声があがっている²⁵⁾。

フレックスナー報告以降、医学は長期にわたる高額な大学教育を必要とする近づきたい「もっとも高等な」教育の一つになった。しかしフレックスナーにも財団にも、そのような訓練を素人医療家や「正規でない」医者の大集団の手に届くものにしようとする意図はなかった。B・エーレンライクとD・イングリシュは、彼のおこなった医学教育改革とは、結局、医師が「白人の、男性の、中産階級の職業」²⁶⁾への移行をもらたしたとして批判する。では、具体的にフレックスナー報告に記載されている黒人専用の医学校の評価をみてみよう。

(3) Knoxville 医学校。黒人向け。1900年設立。
無所属の機関

入学資格：無きに等しい

学生数：23名

教員数：11名、うち9名が教授

維持費のための財源：授業料、\$1020にのぼる
(推定)。

研究設備：なし。学校のあるフロアーでは葬儀屋の設備で占められている。

臨床設備：なし。ある学生が述べたところによると、10月1日から1月28日までに2度、「幾人かの学生がKnoxville 大学病院に連れられていった」そうである。調剤室はない。この学校のカタログは終始、虚偽の陳述で塗り固められている²⁷⁾。

このように無慈悲ともいえる評価が下った学校の多くは、寄付金や補助金を得ることができずに廃校におい込まれていった。なぜならフレックスナー報告が理想とする医学教育は、優秀な教授や器材が整備された研究室、臨床施設が不可欠であるので、それまで以上の運営資金が必要となったのである。アメリカの八校の黒人医学校のうち六校と、女性が就学した「正規」でない学校の過半数を含む、何十校もの医学校が廃校になった。

またフレックスナー批判は、彼のおこなった科

学研究至上主義、差別主義的言動も問題とした。

これらは、専門家や専門家を介在させる社会そのものを弾劾する声、つまり反専門職主義の高まりと歩調を合わせるものである²⁸⁾。例えば、フレックスナーにとって医師とは実践の場においても、研究所内においても、「科学者」なのであり、患者の診断時のクリニカル・エンカウンター (clinical encounter: 治療上の出会い) は科学研究における一つの場面にすぎない²⁹⁾。そこで、病院は実験施設として機能し、患者と医師の関係は一方的な権力構造のもとにおかれるため、人間的なコミュニケーションが剥奪されている、という批判が起きる。また、B・バーザンスキーがフレックスナー報告の背景として、治療の場が家庭から病院へ移行した時期であることを指摘したように³⁰⁾、医学教育もそれへの対応が迫られていた。それは病人を病院へと囲い込むことになり、昨今の反医療化や脱施設化などの批判の対象ともなる。また、1960年代、1970年代に興隆をみた「ソーシャルワーク批判」³¹⁾とも通底するものであろう。

5. おわりに

これまで医学領域において、フレックスナーがその近代化にいかに関与したか、またそれが現在、部分的にせよ、批判的に評価されているかについて考察してきた。では、社会福祉学領域において、1915年フレックスナー講演をいかに取り扱っていくべきであろうか。まず、なぜ1915年の全米慈善矯正会議に招待されたかを先ず考えたい。フレックスナーは、近代あるいは科学至上主義の権化ともいえる存在である。彼の改革こそは、当時の社会福祉学に必要なとされた科学化、ひいては専門職化を推し進めるものとして重宝された。現にリッチモンドは、いち早くフレックスナーの業績に目をつけ、ソーシャルワークの技術に照らし合わせた研究者の一人であった。「合衆国とカナダにおける医学教育」が出版された翌年、彼女はこのフレックスナー報告を引用し、ソーシャルワークの科学の可能性に期待を寄せる議論をおこなっている³²⁾。

この時期は、「卸し売り」的ソーシャルワークから「小売り」的ソーシャルワークへ移行したと

特徴づけられるように、「脅迫的に、「技術」への傾斜が強められるようになって」³¹⁾いった。いわゆる「精神医学的氾濫」³²⁾と揶揄される時代を迎えるが、1915年の大会開催時にはすでに、フレックスナー的言説を受け入れる素地がソーシャルワーク領域に形成されていたといえる。当時、社会福祉学は近代的な専門職観を自ら求めており、フレックスナー講演が実現したのもいわば必然的であった。ここで、あたかもフレックスナーのみがキーパーソンであるような印象を受けるのも、オースチンの言葉を借りると「神話」であるといえるのかもしれない。

オースチンは「フレックスナーの亡霊」を追いつぶすべき時が来た」と主張した³³⁾。目を転じれば、ソーシャルワークの領域において「医学モデル」から「生活モデル」への「パラダイム転換」が起こったといわれて久しい。近年注目されている「エンパワーメント」や「セルフ・ヘルプ・グループ」などといった概念も、後者の理念に基づいている。この新しい「パラダイム」では本来、医学モデルの権化ともいえるフレックスナーの言説は成立しえないといえよう。

医療ソーシャルワークの「創始者」たるキャボットの主張も、「フレックスナー神話」の枠から外れるものではない。彼にとって、医療ソーシャルワーカーの存在は、医師の「診断と治療のための一手段」³⁴⁾にすぎない。キャボットのこの考えはフレックスナー報告に見られるものと基本的に相違ないだろう。たとえそこで医療ソーシャルワーカーの「自律性」³⁵⁾が求められていたとしても、「知」を自由に操る決定権は与えられていない³⁶⁾。思えば医学領域においても、フレックスナーが黒人医師の存在を特に公衆衛生の場面における「雑兵」として重要とする一方、学位を持つ黒人医師は「危険である」とさえしたように³⁷⁾、医療ソーシャルワーカーの自律性はマジョリティの医師の「診断と治療のための一手段」から脱することはなかった。

とはいえ、ソーシャルワーカーはフレックスナーに向けられた批判をかわせる立場にはない。フレックスナーやキャボットらの言説における医療ソーシャルワーカーとは、医学という「知」を中

心とし、医師を最高としたヒエラルキーのもとに配属された要員の一つにすぎなかった。フレックスナーが規範としたような伝統的な医師の特性といえるバターナリズムに対する批判を経て、「全人的」³⁸⁾なものが尊重されるようになったが、こうした批判は、社会福祉学領域におけるフレックスナーの言説に基づく専門職観にもあてはまるのである。

I・イリイチの言葉を借りれば、ソーシャルワーカーも無力化(disabling)する専門家の一端を担っていたといえるが、こうした専門家像は、近年ソーシャルワーカーが目標とするものとは大きく異なっていることは明らかである。オルタナティブとしての専門家像については、empowering professionとしてのソーシャルワーカーなど、すでに先行研究が多くあり、ここでは論及せずに稿を改めたい。本論文で指摘したいのは、こうした「科学的な」あるいは「体系的な」理論を擁立することによって専門職が成り立つといった、伝統的な専門職観が現在でも無批判に受け入れられているという点である³⁹⁾。

1990年代からソーシャルワーク領域においてもポストモダンに関する議論が数多くなされているが⁴⁰⁾、ここで「ポストモダニスト」たちは、フレックスナーやキャボットとは対極に位置しており、彼らの抱く伝統的な専門職観にも同様のことがいえよう。ポストモダニズムの視線は、それまでの社会福祉学領域にあった理論をそれぞれ一つの言説として捉え、こうした「知」と結びついた権力の実践を問題視する。D・ハウによると、社会福祉学の理論の氾濫は、「標準的な近代の対応」⁴¹⁾であったと一蹴される。

そこで、このポストモダニズムの潮流は、ソーシャルワーカーの専門性を揺るがすものとして懸念され、単なる不安材料として認識される場合も少なくはない⁴²⁾。一方で、加茂陽は「ポストモダニズムの思想に強く影響されたソーシャルワーク理論家たちの論理経験主義への批判も体系化への拒否反応ではなく、新しい体系作りへの第一歩と位置づけられるべきである」⁴³⁾としており、諸説があるのは確かである⁴⁴⁾。

しかしながら、ポストモダンは単に専門職性を

崩壊させるものとして否定することは、反専門職主義を経験し、「パラダイム転換」を果たした後の30余年に及ぶ蓄積を放棄するに等しい。今こそ、専門性とソーシャルワークの理論的精緻化や体系化との密接な関係について、再考が求められているのではないだろうか。

- 1) 医療社会福祉学と医療ソーシャルワークの違いについては、山手茂「医療社会福祉学の理論的枠組み」『医療社会福祉研究』pp.24-35、第1巻第1号、1992年を参考にした。
- 2) 内田守「医療社会事業の歴史と発達」内田守・野村茂編『医療社会事業の実践』p.26、光生館、1972年
- 3) 他にも彼を祖とする例として、中島さつき『医療ソーシャルワーク』pp.36-39、誠信書房、1975年など。
- 4) 児島美都子『新医療ソーシャルワーカー論』p.46、ミネルヴァ書房、1991年
- 5) 中島さつき『医療社会事業』、p.52、誠信書房、1964年
- 6) R・キャボット、森野郁子訳『医療ソーシャルワーカー—医師とソーシャルワーカー』岩崎学術出版社、1965年
- 7) 批判的な論文として、D. M. Austin, 'The Flexner Myth and the History of Social Work,' *Social Service Review*, Vol.57 No. 3, 1983, pp.357-77.
- 8) A. Flexner, 'Is Social Work a Profession?,' *National Conference of Charities and Correction, Proceedings*, 1915, pp.576-90.
- 9) 秋山智久「社会福祉専門職と準専門職」仲村優一・秋山智久編『福祉のマンパワー』p.85、中央法規出版、1988年
- 10) M. Syers 'Flexner, Abraham (1866-1959),' *National Association of Social Workers, Encyclopedia of Social Work: 19th edition*, NASW Press, 1995, p.2585.
- 11) D. M. Austin, op. cit., 1983, pp.357-377.
- 12) A. Flexner, op. cit., 1915, p.588.
- 13) 小松源助「ソーシャルワーク理論と歴史の展開—先駆者に辿るその発展史」pp.28-29、川

島書店、1993年

- 14) D. M. Austin, op. cit., 1983, p.364.
- 15) A. Flexner, *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Vol.4, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- 16) R. P. Hudson, 'Abraham Flexner in Historical Perspective,' B. Barzansky and N. Gevitz, (eds.), *Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century*, Greenwood Press, 1992, pp.7-13.
- 17) B. Barzansky, 'Abraham Flexner: Lessons from the Past with Applications for the Future,' B. Barzansky and N. Gevitz, (eds.), op. cit., p.189.
- 18) J・アクターバーク、長井英子訳『癒しの女性史—医療における女性の復権』p.280、春秋社、1994年
- 19) 詳しくは、P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, 1982, p.118.
- 20) M・E・リッチモンド「応用博愛事業学校の必要性」田代不二男編訳『アメリカ社会福祉の発達』pp.4-1、誠信書房、1974年
- 21) 同書、p.7
- 22) M. E. Richmond, 'The Social Case Worker's Task,' in *The Long View*, The Russell Sage Foundation, 1930, p.399.
- 23) 反レイシストからの批判として、T. L. Savitt, 'Abraham Flexner and the Black Medical Schools', B. Barzansky and N. Gevitz, (eds.), *Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century*, Greenwood Press, 1992, pp.65-81.
- 24) B・エーレンライク/D・イングリシュ、長瀬久子訳『魔女・産婆・看護婦』p.47、法政大学出版局、1996年
- 25) A. Flexner, op.cit., pp.303-304.
- 26) その代表的な文献として、イヴァン・イリイチの (Illich, I.) の「専門家時代の幻想」があげられる。尾崎浩訳『専門家時代の幻想』新評社、1984年。

- 27) R. P. Hudson, op. cit., p. 9.
- 28) B. Barzansky, op. cit., p. 191.
- 29) 秋山智久「米国における社会福祉専門職の現状と展望—非専門職化の流れの中で」『社会福祉研究』17号、1975年などを参照。
- 30) M. E. Richmond, 'Of the Art of Beginning in Social Work,' in *The Long View*, The Russell Sage Foundation, 1930, pp. 214-221.
- 31) 小松源助「アメリカにおけるソーシャルワークの成立過程」小松源助・山崎美貴子・田代国次郎・松原康雄『リッチモンドソーシャル・ケースワーク』p. 44、有斐閣、1979年
- 32) K・ウッドルーフ、三上孝基訳『慈善から社会事業へ』pp. 127-156、中部日本教育文化会、1977年
- 33) D. M. Austin, op. cit., 1983, pp. 375.
- 34) R・キャボット、前掲書、p. 3.
- 35) 同書、p. 16.
- 36) 同書、p. 3.
- 37) A. Flexner, op. cit., 1915, pp. 180-181.
- 38) 小山敦代「医師と福祉の分野に求められる人間像」西谷裕監修『医療福祉論』pp. 37-38、嵯峨野書院、1997年
- 39) 具体的には、拙稿「医師とソーシャルワーカーの専門職化—A・フレクスナーの及ぼした影響を中心に」黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア』世界思想社、2000年
- 40) 加茂陽『ヒューマンサービス論』世界思想社、1998年。イギリスにおける議論の概略については、拙稿『「社会福祉学」におけるポストモダンの分析—近代を懐疑するまなざしについての最近の論争』『ソーシャルワーク研究』第24巻2号、pp. 137-141、1998年を参照。
- 41) David Howe, 'Modernity, post-modernity and social work', *British Journal of Social Work*, Vol. 9 No. 4, 1994, pp. 523-524
- 42) 例えば、Smith, C. and White, S. 'Parton, Howe and postmodernity: A critical comment on mistaken identity', *The British Journal of Social Work*, 27-2, pp. 275-295.
- 43) 加茂陽、前掲書、p. 9.
- 44) しかしながら、その新しいポストモダンの理論とはポストモダン足り得ないのではないかという批判が集まることは予想される。ここで、医療モデルから生活モデルへと転換したエコロジカル理論とはいえ、その学問理論の言説にクライアントは巻き込まれるにすぎないと批判されたことが想起される。David Howe, *An Introduction to Social Work Theory*, p. 57, Ashgate, 1987を参照。

A Study of Social Work as a Discipline : Flexner's Influence of Professionalization

Akiko Mishima

Abraham Flexner's pronouncement in 1915 that social work was not a full profession led to strenuous efforts by social workers to fulfill the attributes of a profession that set forth. D.M. Austin (1983) called Flexner's influence "The Flexner Myth" and wrote that the attribution of a profession should be put aside. The purpose of this study is to catch the implied meaning of the achievement in medicine. In doing this, one will find that this attribute approach must be against the current of the postmodern movement in social work circle. As is generally known, social workers have renounced the medical approach in their work. The time has already come for Abraham Flexner's pronouncement to be de-mythologized.

社会福祉専門教育における教授法に関する研究 —社会福祉援助技術演習テキストの概観から—

山井 理恵*

Key Words：社会福祉援助技術演習、社会福祉専門教育、ジェネラリストアプローチ

I はじめに

1. 社会福祉専門教育をめぐる動向

社会福祉に関する議論が高まるなか、社会福祉専門教育¹⁾のあり方が問われている。1999年3月10日、「福祉専門職の教育課程等に関する検討会」は、今後の社会福祉専門職の教育のあり方について報告書（以下、本報告書）をまとめた。本報告書においては、期待される社会福祉士像として、適切な相談援助技術の活用や人権の尊重、他の保健医療福祉従事者等との連携、自己研鑽の四点が提示されている。そのための教育課程の見直しとして、介護保険制度や医学知識についての学習や事例の活用、地域福祉計画の策定、社会学、法学、心理学、医学の整理・強化、コミュニケーション及び人との接し方、各種の援助技術を活用する総合的な援助、介護についての理解等が提言されている。本報告書からは、今後社会福祉士の役割がコミュニティを基盤に他職種との連携をもとに、より総合的な実践を行うことが求められていることをうかがうことができる。

社会福祉士養成がイコールソーシャルワーカー養成と言うことができるかについては、未だ統一した見解はない。しかしながら、1987年に社会福祉士の国家資格が成立したことが、社会福祉系大学の教育課程に大きな影響を及ぼしたことが指摘されている（川廷、1998）。そのため、本報告書が今後の社会福祉専門教育全般に影響を及ぼすことは想像に難くない。したがって、今後、ソーシ

ヤルワーカーを養成するに際して、より総合的な実践を目指した教育が模索されることとなる。

本報告書において、もう一つの注目すべき点として、社会福祉援助技術論及び演習や社会福祉援助技術現場実習に関する記述がある。社会福祉援助技術論及び演習、社会福祉援助技術現場実習の時間数の増加、指定施設の拡大、大学に附属施設を設置すること等の記述があり、より臨床的な教育の必要性が強調されることになったと言えよう。本稿では、なかでも社会福祉援助技術演習について論じることとしたい。

2. 社会福祉援助技術演習をめぐる問題

本稿で社会福祉援助技術演習を論じる理由としては、第一に、2000年度より社会福祉援助技術演習の時間数が増加されたこと、第二に社会福祉援助技術演習は、学生が施設・機関に配属される前に、ソーシャルワーカーとして必要な技能をあらかじめ習得しておく科目であるとされており（高橋、1989）、いわば大学と施設・機関での学習のいわば「橋渡し」をする科目であると考えられるからである。第三に、このように「橋渡し」となる重要な科目であるにもかかわらず、社会福祉援助技術演習で学ぶべき学習課題については必ずしも統一した見解が存在しないためである。

ここで、社会福祉援助技術演習の持つ意義を再確認したい。社会福祉援助技術演習は、1987年、「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定されたこ

*Rie Yamanoi：山野美容芸術短期大学

とで設定された科目である。諸外国で取り入れられている「ラボラトリー (laboratory)」という演習室での訓練である「シュミレーション方式」の考えに基づき、配属実習前に技能を修得するための科目として設定された(高橋、1989)。したがって、社会福祉援助技術演習とはソーシャルワーカーとして必要な技能を配属実習前に学生が身につける科目であると見なすことができる。

しかしながら、ここでひとつの課題が提起される。果たしてソーシャルワーカーとして獲得すべき技能とはいかなるものがあるのだろうか。現行の時間数や教育態勢の中では、社会福祉援助技術演習において学生がソーシャルワーカーとして習得すべき技能を身につけることは困難である。しかしながら、社会福祉援助技術演習を履修することで、学生がソーシャルワーカーとして必要な技能、さらには知識や価値の全体像を把握し、ソーシャルワーカーとは実際に何を行なう専門職なのかを認識することは、最低限求められよう。

現在、社会福祉援助技術演習の全体像を示した研究はほとんどみられていないものの、社会福祉援助技術演習テキストが何冊か出版されている。これらのテキストは、大学で実施されている社会福祉援助技術演習の参考資料となっていると予想される。そのため、社会福祉援助技術演習テキストを概観することで、現行の社会福祉援助技術演習をめぐる現状と課題を考察する手がかりが得られるのではないかと考えた。

3. 研究の目的

以上のような問題意識から、本稿では社会福祉援助技術演習テキストを手がかりに各テキストで提示されている学習課題を概観し、社会福祉援助技術演習における効果的な教授法のあり方を示すことを目的としている。

II 研究の方法

1 対象

本稿では、2000年6月現在出版されている社会福祉援助技術演習テキスト5冊を分析の対象とする。なお本稿では、社会福祉援助技術演習で提示されている学習課題を概観することを目的とした

ため、カウンセリング等の特定の技能のみを取り上げたものについては分析の対象から除外した。

2 分析の方法

分析にあたっては、ソーシャルワークを広くとらえるジェネラリストアプローチの視点を手がかりとする。ソーシャルワークを考えると、伝統的な三分法から論じられることも多い。しかしながら、かような三分法を用いることで、極端な専門分化が生じたり、それに適した問題や利用者のみを援助するという弊害が生じた。そのような反省から、1980年代以降は、ソーシャルワークの統合化が論じられてきた。教育においてもシステム理論やエコロジカルモデルを基盤としたジェネラリストアプローチが主流となった。

ジェネラリストアプローチの定義は、アメリカにおいても必ずしも明確に定められているわけではない。共通点としては、基盤となる理論について折衷的に選択を行い、私的な問題と社会正義に関する二元的な視点を統合する必要性に基づきつつ、多様な方法、多様なレベルのアプローチを中心にしていることが示されている(London、1995)。

渡部(1998)によれば、ジェネラリストアプローチの最も大きな特徴は、対象者や実践領域を越えたソーシャルワークの視点にある。そこでは、ミクロ、メゾ、マクロといった対象システムのサイズにとらわれず、それらのすべての問題解決プロセスを見つけだす。そして、利用者がミクロシステムに属する個人であっても、その個人の問題を理解するにあたって、すべてのシステムレベルで利用者の問題を評価していこうとする。

なお、ジェネラリストアプローチにおけるミクロ、メゾ、マクロの対象システムが意味するものについては、必ずしも定まったものはない。本稿においては、ミレー、オメリアならびにデュボイス(Miley, O'Melia, & DuBois, 1995)の示したソーシャルワークの四レベルのうち、利用者やコミュニティに対する三レベルを手がかりに、各レベルの枠組みを以下のように設定した。

①ミクロレベルの実践：利用者個人、家族、小集団に焦点をあて個人や家族、小集団の変化を促

進する。面接やセラピー、グループワーク等の臨床的な実践について理解する。同時に、利用者や家族、小集団への、社会資源の仲介についても学習する。

②メゾレベルの実践：施設・機関、団体に焦点を当てて、組織への介入やサービス供給のあり方について変化を促進するものである。施設・機関で提供しているサービスを利用者やコミュニティのニーズにあったものにするために、施設・機関の組織構造、サービス供給のあり方、組織への介入方法を理解する。

③マクロレベルの実践：コミュニティ、社会に焦点を当てて、問題解決や変化を促進する。コミュニティワークやソーシャルアクション、社会福祉計画等により、コミュニティの資源を開拓したり、社会に変化を促す方法について学ぶことが中心となる。

この枠組みにしたがった場合、例えば医療機関における退院援助について学ぶときは、次のように学習を進めることとなる。ある利用者に対する退院援助のあり方を学ぶ際には、その利用者の心理・社会的な状態を把握しつつ、利用者に対するかわりや退院援助に関連する社会資源の仲介の方法を学ぶ。そのうえで、患者の早期退院を促さざるをえない医療機関の現状や医療機関内の退院援助システム形成における医療ソーシャルワーカーの実践、さらには入院期間を短縮させ医療費の負担を軽減させようとする政策動向やこの政策動向に対するソーシャルアクション等の実践についても同時に学ぶことが求められる。このような学習を展開することで、ソーシャルワーカーが行うべき様々なレベルにおける実践と相互の関連性を学ぶことが可能になる。

なお、本稿では、分析の手続き上、各レベルの実践ごとに分析の枠組みを設定した。そのことにより、各レベルの実践が各社会福祉援助技術演習テキストに学習課題としていかに設定されているかを明らかにすることができると判断したためである。ただし、本来のジェネラリストアプローチは、各システムの視点を個々に学ぶことなく、相互の関連性を学ぶことにある。したがって、考察においては、各システムの関連性がいかに、各

社会福祉援助技術演習テキストにおいてふれられているかについても考察を行う。

Ⅲ 結果

1 ミクロレベルの実践

ミクロレベルの実践とは、利用者に対する実践を指している。社会福祉援助技術演習テキストを概観した結果、利用者に対する実践についてはすべてのテキストにおいて記載がなされていた。なかでも、面接技法については、学習課題を設定していない松原ら（1990）を除くすべてのテキストに示されている。なお、松原は、面接技法にかかわる学習課題を設定していないものの、面接の逐語記録を提示している。

また、社会福祉援助技術演習テキストには、事例検討や事例研究のあり方が示されていたり、事例研究の教材として事例が示されている。そこで示されている事例は、利用者個人や家族を単位とした事例がほとんどであるが、彼らを取り巻く施設・機関やコミュニティまでも含めて事例をまとめたものもある。例えば、岡本（1995）は「ライフモデル」や「ジェネラリストアプローチ」の観点から、ある利用者やその家族の事例を手がかりにしつつ、所属する施設・機関、コミュニティの関係施設・関係機関、近隣の人々への実践を示している。また、久保（1996）はひとりの利用者をめぐるチームカンファレンスの小事例を示し、複数の他職種の見解を示した上で、処遇計画を策定する演習を設けている。

一方、あえてソーシャルワーカーと利用者の援助関係や援助者としての自分についてしほりこんでいるテキストも存在する。尾崎（1992）は、援助関係や援助者が自分と向きあう学習課題を中心に、テキストをまとめている。施設・機関やコミュニティについての記述はほとんどなく、コラムとしてコミュニティから相談が持ち込まれる際の注意事項を示すにとどまっている。

2 メゾレベルの実践

本稿におけるメゾレベルの実践とは、施設・機関における実践を意味している。学生が取り組むべき学習課題としては、久保（1996）は実習施設

と地域内の社会資源のエコマップの作成する演習を掲載している。しかしながら、全体的には施設・機関そのものに焦点を当てた学習課題はほとんど見られず、上記に述べたようなひとりの利用者への援助との関連で想定されているものがいくつか見られるにとどまっていた。

なお事例については、岡本（1995）が施設の運営管理についての事例として、保育所の地域活動事業や児童養護施設でのリービングケア、アフターケアを進めた事例を編集している。なお、同書では、高齢者福祉政策と老人ホームの運営をめぐる現状と課題が論じられているが、具体的な事例は掲載されていない。

3 マクロレベルの実践

マクロレベルの実践とは、コミュニティ、さらには広く社会に対する実践を意味している。コミュニティに焦点を当てた学習課題として、川田ら（1995）は、ケースマネジメントとサポートネットワークづくりについて解説し、事例を検討の手がかりとしたうえで、学習課題として学生にケースマネジメントの事例を想定し、援助計画の立案を促している。久保（1996）は、コミュニティワークの演習として、コミュニティワークそのものを学生に提示した上で、社会福祉研修の企画や社会福祉行政機関や社会福祉施設へのヒアリング調査という学習課題を設定している。

また、松原ら（1990）においては、地域組織化の事例、岡本（1995）においては、コミュニティワーク、福祉のまちづくり運動、共同作業所づくり運動等の事例が提示されている。

なお、より広範な社会全体に焦点を当てた学習課題は、いずれのテキストにおいても設けられていない。岡本（1995）においては、社会福祉計画や陳情・請願についての解説が示されているものの、事例の提示や学習課題の設定はなされていない。

IV 考察

1 社会福祉援助技術演習テキスト間の共通点と差異

社会福祉援助技術演習テキストを概観した結果、

そこで示されている学習課題にはかなりのばらつきが見られていた。学習課題を設けず教育者に委ねられているもの、自分を知ること重点が置かれているもの、心理テストやケアワークが含まれているもの、ソーシャルワークの各種のアプローチや各援助技術を柱にしているもの、自分を知ることから始まり、利用者への実践にとどまらず社会福祉施設・機関、コミュニティへの実践等かなり幅広い内容を含むものまで見られる。

また、すべてのテキストにおいて、学習の素材として事例が掲載されているものの、その切り口は多様である。一連の実践過程を記録した事例を素材としながらも学習課題を設定していないもの（松原ら、1990）、援助モデルやアプローチ、各援助技術の一例として事例を示し、学習課題を設定しているもの（岡本、1995、川田ら、1995）、事例を素材に援助者としての価値や自分についての検討を学習課題としているもの（尾崎、1992）、事例の一場面を素材として特定の技能を学習するもの（久保、1996）が見られている。

一方、すべてのテキストにおける共通点として、取り上げ方には若干の差異が見られるものの、面接を中心とする利用者とのコミュニケーションのとり方が触れられていることを指摘できる。このことから、利用者との関係を形成することは、社会福祉援助技術演習で学ぶべき学習課題として、ほぼ共通認識が得られているものと考えられる。

2 ジェネラリストアプローチの視点からの考察

ジェネラリストアプローチの視点から、社会福祉援助技術演習テキストを概観した場合、二つの点を指摘することができる。一つは全体性の欠如であり、もう一つは連続性の欠如である。

第一点目の全体性の欠如とは、学習課題がソーシャルワークの対象となるあらゆるシステムを必ずしも十分に想定していないという問題である。

その一つとして、施設・機関内でのソーシャルワーカーの動きについての項目が必ずしも設定されていない点を指摘することができる。先述したように、利用者の理解ならびに利用者との関係形成に関するものについては、いずれのテキストに

においても、共通して取りあげられていた。

しかしながら、施設・機関内に対するソーシャルワーカーの実践については、ほとんど触れられていない。施設・機関内におけるソーシャルワーカーの位置づけや業務内容が必ずしも明確になっていない現在、ソーシャルワーカーの役割の明確化や業務の開拓、例えば相談に至るまでのルートづくりや他職種との連絡体制づくり等についても学ぶことが必要になる。その理由として、かような施設・機関内の態勢が整備されていなければ、利用者に対する実践も不十分なものととどまる可能性が高いからである。

日本医療社会事業協会（1997）は、医療機関で業務を進めていくために、施設・機関の機能を知ると同時に、ソーシャルワーカーの役割を明確にし、業務を開発していくことを強調している。このような施設・機関内でのソーシャルワーカーの実践のあり方について学ぶことの必要性は、医療機関に限られたものではない。居住型施設では、介護や養護とソーシャルワークを厳密に区別することは困難である（日本社会福祉実践理論学会ソーシャルワークのあり方研究会、1997）。黒澤（1995）は、特別養護老人ホームの生活指導員の業務のあり方を問う事例を手がかりに、特別養護老人ホームにおけるソーシャルワーカーの担当領域についての試案を提示している。渡部（1999a）は、アメリカでアドミニストレーションを学んだ経験から、相談面接を展開していくうえで所属している組織分析を行う必要性を述べている。

近年、社会福祉基礎構造改革の進展にともない、施設・機関の運営のあり方があらためて問われている。社会福祉学を専攻する学生が施設・機関のあり方やそこでのソーシャルワーカーの実践のあり方を学ぶことが一層求められる。

さらに、業務をすすめていく上では、施設・機関だけにとどまらず、コミュニティの実状や政策動向とのつながりを知らなければならない。今回の分析対象とした社会福祉援助技術演習テキストにおいても、コミュニティワークやソーシャルアクション、社会福祉計画等のいわゆるマクロプラクティスについての事例が記載されているものも見られている。しかしながら、このような実践の

方法が利用者や家族、小集団、施設・機関にいかに関与を及ぼしているかについては、必ずしも読みとることができないものも多い。

今後、ソーシャルワーカーの業務を確立していくためには、利用者個人への実践のみならず、施設・機関やコミュニティ、社会に焦点を当てたより多彩な実践にかかわる学習も必要である。利用者に対する視点を堅持しつつ、よりマクロな視点を拡大すること、つまり組織や社会に対しての実践についても学んでいくジェネラリストアプローチの視点を持つことが求められよう。

第二点目の連続性の欠如とは、学習課題が実践過程にそって必ずしも設定されていないことを意味するものである。今回の分析対象としたすべての社会福祉援助技術演習テキストにおいては、何らかの形で面接技法、特にインテーク時の面接技法に関する学習課題が設定されている。が、その後の援助過程を辿り、各局面で必要な技法にかかわる学習課題は設定されていない。

面接技法は援助を展開していく上で、最も重要な技法の一つである。しかしながら、面接はあくまで手段の一つであり、目的ではない。面接を展開していく上では、ソーシャルワークの視点や枠組み、さらには価値の修得が前提にある。したがって、面接技法についての学習を進めていくうえでは、あらかじめソーシャルワークの視点や枠組み、価値を修得した上で、インテーク、アセスメントやプランニング、介入、モニタリング、終結、評価に至る過程をたどることが求められる。面接技法に加えて、面接で焦点を当てるべき内容—すなわちソーシャルワークの視点や枠組み—と各局面ごとの面接技法を学習するためのプログラムを開発する必要がある²⁾。

現在、いくつかの現任職員を想定した研修テキストが出版されているが、そこには援助過程に添ったいくつかの技法を学ぶための学習課題が設定されている（白澤、1996；黒澤、1995；日本医療社会事業協会、1997）。現任職員を対象としたテキストが、そのまま学生の教育に活用できるものではない。しかしながら、これらのテキストは、職能団体や現任職員の協力の下で作成されており、より実践的な学習課題を示しているものと考えら

れる。また、アメリカにおけるソーシャルワーカー養成テキストも紹介されているが、そこではコミュニティや社会全体に対する実践を学習するための教育プログラムが示されている (Day, 1983)。このようなテキストを参考にしつつ、我が国の社会福祉を学ぶ学生を想定したプログラムを開発することが求められる。

V 結語——今後の課題

社会福祉援助技術演習テキストを概観した結果、現在出版されているテキストが必ずしも各レベルの実践を学習課題としていないこと、さらに学習課題が援助過程にそって設定されていないことが示された。これらの結果は、ソーシャルワーク教育において、教育と実践が必ずしも連動していないことが根底にあるものと思われる。

それでは、教育と実践を連動させ、質の高い教育を提供していくためには、今後いかなる課題が存在するであろうか。ここでは、二つの課題を提示したい。

第一に、大学で提供されている社会福祉援助技術演習についての調査研究である。本稿において分析対象としたテキストは、各大学で実施されている社会福祉援助技術演習の参考文献となっていると考えられる。しかしながら、実際に社会福祉援助技術演習を担当している教員が、いかにして本科目を展開しているかについては研究がなされていない。今後は、シラバス等を調査することによって、本科目がいかに展開されているのかを明らかにしていくことが求められる。

第二に、ソーシャルワーカーの実態に関わる調査研究の必要性である。大学における社会福祉専門教育の意義をソーシャルワーカー養成のための教育と見なすかについては統一した見解が存在しない。これまでの社会福祉専門教育においては、体制批判に必要とされる社会科学の知識習得に多重な比重がかけられ、いわゆる「リベラルアーツ」という考え方との関連で、実務者養成を大学が担うことの必要性については必ずしも認識されていない (北川、1998)。現実のソーシャルワーカーの実態を研究していくことは、ソーシャルワーカー養成にとどまらず、社会福祉学を学び研究する

ための基礎資料を得るうえでも欠かせない。

しかしながら、ソーシャルワーカーの業務分析や実態調査等の調査研究は、いくつかの調査研究を除いてほとんど取り組まれていない (指導員業務検討会、1983; 奥田、1992)。今後は、実証的な研究を蓄積し、その蓄積をもとに、ソーシャルワーカーのあり方を検討し、社会福祉援助技術演習のシラバスを吟味するための基礎資料を得ることが重要な課題といえよう。

註

- 1) 本稿で言う社会福祉専門教育とは、四年制の社会福祉系大学・学部・学科・コースで実施される教育を指す。したがって、いわゆる専門学校を意味する社会福祉士の「養成施設」については除外するものとする。ただし、本論では社会福祉系大学の中でも基本的にはソーシャルワーカー養成を視野に入れた教育について取り上げるものとする。これは「社会福祉士」の養成に限るものではなく、「精神保健福祉士」や国家資格が制定されていない医療ソーシャルワーカー、あるいは学校や保育所、国際機関等、その必要性が叫ばれているものの、社会福祉士等の指定施設に入っていない領域のソーシャルワーカーも視野に入れて考えたい。この理由としてはソーシャルワーカーにとって、現在制度化されていない領域での業務を開拓することも重要な役割と考えるからである。
- 2) なお、渡部律子「事例によるソーシャルワーカーの関与過程—治療困難な慢性神経難病者 (ALS) の援助に必要な知識と事例の展開におけるソーシャルワーカーの視点」(社会福祉教育方法・教材開発研究会「ソーシャルワーク教育のあり方と教育教材の開発に関する研究報告書」19-49) が事例の経過を示しながら、各場面での医療ソーシャルワーカーの視点や分析を示しており、非常に参考になる。

文献

Day, P. J., Macy, H. J., & Jackson, E. C., Social Working Experiences in Generalist Practice, Practice Hall Inc, 1983 (菱川愛・北島栄治・

- 松本栄二訳『社会福祉援助技術総論基礎と演習』筒井書房、1995).
- 福祉専門職の教育課程等に関する検討会「福祉専門職の教育課程等に関する検討会報告書」1999.
- 川廷宗之「ソーシャルワーク教育の現状と課題」『ソーシャルワーク研究』24(2)、4-14、1998.
- 川田誉音・水野信義・若松利昭・穴戸明美・清水道生編『社会福祉援助技術演習』みらい、1995.
- 北川清一「社会福祉専門職の成立過程と課題」山崎美貴子・北川清一編著『社会福祉援助活動／転換期における専門職のあり方を問う』岩崎学術出版社159-176、1998.
- 久保絃章編『社会福祉援助技術演習』相川書房、1996.
- 黒澤貞夫『【事例で見る・学ぶ】福祉実践演習ブック』中央法規出版、1995.
- London, P. S. Generalist and Advanced Generalist Practice. In R. L. Edwards. (Ed.) *Encyclopedia of Social Work*. 9th. Edition 1101-1108. 1995.
- 松原康雄、吉沢英子、山下袈裟男、藤村哲、河田正勝編『社会福祉援助技術演習』中央法規出版、1990.
- Miley, K. K., O'Melia, M. O., & DuBois, B. L. *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*, Allyn and Bacon, 1995.
- 日本社会福祉実践理論学会ソーシャルワークのあり方検討会「ソーシャルワークのあり方に関する研究調査報告書」1997.
- 岡本民夫編著『社会福祉援助技術演習／実践に必要な柔軟な応用思考・動作の訓練』川島書店、1995.
- 奥田いさよ『社会福祉専門職性の研究／ソーシャルワーク史からのアプローチ：我が国での定着化を目指して』川島書店、1992.
- 尾崎新『社会福祉援助技術演習』誠信書房、1992.
- 指導員業務研究会編著『老人ホームにおける生活指導員業務の研究』筒井書房、1983.
- 白澤政和編著『ケアマネジャー養成テキストブック』中央法規出版、1996.
- 高橋重宏「社会福祉教育における実習教育の位置づけ」日本社会事業学校連盟・全国社会福祉協議会『社会福祉施設〔現場実習〕指導マニュアル』全国社会福祉協議会、12-15、1989.
- 渡部律子「ソーシャルワーク教育におけるジェネラリストの視点－直接実践教育における米国での試み－」『ソーシャルワーク研究』24(1)、31-46、1998.
- 渡部律子『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版社、1999-a.
- 渡部律子「事例によるソーシャルワーカーの関与過程－治療困難な慢性神経難病者（ALS）の援助に必要な知識と事例の展開におけるソーシャルワーカーの視点」社会福祉教育方法・教材開発 研究会「ソーシャルワーク教育のあり方と教育教材の開発に関する研究 報告書」19-49、1999-b.

A Study of Teaching Methods in Social Work Education
—An Analysis of Textbook for Theoretical Work Skills Training
for Undergraduate Students—

Rie Yamanoi

The purpose of this study is to suggest effective teaching methods for undergraduate students by analysis of textbooks for theoretical work skills training from general social work perspective. The Committee on Training for the Social Welfare Profession (fukusi-senmonsyoku-no-kyoiku-katei-tou-ni-kansuru-kentokai) suggested that the length of field work and theoretical work skills training should be extended, increasing the tendency that field work will be emphasized in social work education. However, little attention has been given for task of theoretical work skills training. The learning tasks of previous textbook were analyzed three levels ; 1) micro level practice concerning clients, their families, and small groups, 2) mezzo level practice concerning social welfare agencies, 3) macro level practice concerning community and society. The results were the following : 1) There were differences of learning tasks of textbooks for theoretical work skills training. 2) previous textbooks did not provide three levels of social work practice enough. 3) they did not draw social work process ; intake, assessment, planning, intervention, termination and evaluation. The implications of this study were the following : 1) We must research theoretical work skills training in social work education. 2) It is necessary to define social work practice in order to develop social work education.

書
評

岩間伸之著

「援助を深める事例研究の方法」
—対人援助のためのケースカンファレンス—

ミネルヴァ書房 1999年

対人援助職は、支援を必要とする人に最良のサービスを提供しなければならない。そのため、援助職は、どうすればよりよい援助ができるのかを日々模索している。また、近年、介護保険制度が施行されるなかで効果的かつ効率的なサービスの提供が求められ、様々な援助職が支援を必要とする人やその環境について理解を深め、協議していくことが必要だと再認識されるようになってきている。ところが、共通理解や協議の機会となるケースカンファレンスの内容や進め方について書かれたものがこれまで日本語文献に少なかった。

そのようななかで、『援助を深める事例研究の方法——対人援助のためのケースカンファレンス』は、多くの援助者が求めていた書物だといえよう。本書には、よりよい援助を行うために、どのような視点で、いかに事例研究会を行えばよいのかが丁寧に書かれている。著者の岩間伸之氏は、大阪市立大学に所属し、ソーシャルワーク論を専門に研究している。また、学生時代よりキャンプリーダーとしてグループワーク実践に関わり、現在は様々な事例研究会に助言者として参加している。本書は、そのような著者の研究と実践の統合から生まれたものである。

本書は、5章から構成されている。第1章では、対人援助と事例研究とはどのようなものかが述べられている。著者は、対人援助の本質として、①対人援助の原型は地域社会で生活を営むための「支え合い」であること、②問題解決の主体は本人であること、③各専門職は業務を手段として本人の何を援助するのかという援助目標を共有すること、④対人援助は援助者と本人との共同作業であること、⑤本人の立場から本人理解を進めること、の5点を指摘している。対人援助の事例研究については、「ケースカンファレンスによって、

当事者本人の理解を深め、そこを起点として対人援助の視座から今後の援助方針を導き出す力動的過程」と定義し、その意義として、事例への理解を深めること、処遇の向上、援助方針の形成、専門職・組織の育成など8項目を挙げている。

第2章では、事例研究の基本的枠組みが提示されている。対人援助の事例研究は、①事務局、②検討事例と事例提供者、③参加者、④助言者（スーパーバイザー）、⑤ケースカンファレンスの展開過程、の5つを構成要素として成立しており、本章では、これらの要素に焦点が当てられている。特に前の4者については、その役割や留意点が詳述されている。たとえば、事務局が行う内容として、参加者への開催通知からプライバシーの保護・管理まで9項目にわたって具体的に説明されている。

第3章では、5番目の構成要素であるケースカンファレンスの展開過程について解説されている。ケースカンファレンスの展開過程は、①開会、②事例の提示、③事例の共有化、④論点の明確化、⑤論点の検討、⑥まとめ、⑦閉会、の7つのステージから成っている。それぞれのステージごとに3～6つのポイントがあり、計40のポイントについて、その内容が提示されている。また、ポイントごとに、司会、事例提供者、参加者、助言者のうちの誰がその内容の担い手になるかが示されている。さらに、ケースカンファレンスの進め方を具体的に理解できるように、参考として在宅介護支援センターが事務局となって開催されたケースカンファレンスの様子がポイントごとにDemonstration（デモンストレーション）として再現されている。

第4章は、事例研究のための事例のまとめ方についてである。ケースカンファレンスに提出され

る事例には、日常のケース記録を基礎資料とした上で、固有の内容やまとめ方が必要だという。それは、①事例研究用フェイスシート、②経過記録（援助対象の客観的变化、援助者の働きかけ、分析・考察・所感を含む）、③全体の所感・論点・展望の3つの要素から構成されており、本章では、それぞれについて内容と書き方が解説されている。さらに、日常のケース記録についても簡潔に説明されている。

第5章では、対人援助のための基礎理論が論じられている。まず、事例を理解するための基本枠組みとして、現状の客観的理解、生活歴の理解、本人からの理解をあげ、著者は、特に本人からの理解、すなわち本人自身が何を考え、感じているのか、その＜ストーリー＞に入ることの重要性を強調している。次に、「本人発の援助ベクトル」「相互援助システム」という援助概念について述べ、最後に、援助者の専門的機能としての「媒介し続けること」について論じられている。

本書には、読者の思索を促し、理解を深める上で重要な論点が幾つかある。第一に、事例研究、ケースカンファレンス、事例研究会の3つが代替可能な用語として用いられている点である。これらは、人によって異なるニュアンスで受け取られている。本学会第10回大会（2000年）で著者を招いて本書と同テーマのワークショップが開催されたが、その折の出席者からもこれは指摘された。実際のところ、事例研究は必ずしもカンファレンス形式をとらず、一人で行う場合もある。著者は本書の内容を明確にするために副題を「対人援助のためのケースカンファレンス」としたのだと思うが、副題の方が本書の内容をよく示しているように思う。用語については、相互理解のためにもコンセンサスが必要ではないだろうか。

第二に、これもワークショップの参加者から指摘があったことで、「本人からの理解」の重要性が説かれているが、本人になり得ない以上、「本人からの理解」は援助者の目を通した理解ではないかということがある。著者も本書のなかで真実は知りようもないが、その世界にいかにか近づくかという姿勢が大切だとも述べている。専門家から見た一方的な援助にならぬように、本人から見た

世界を理解することは重要であるが、一方で、その限界を意識し、謙虚であることの必要性をあらためて認識させられる点である。

第三に、「援助目標」といわれるものは援助者側からの見方であり、クライアントにとってみればそれはひとつの人生の通過点に過ぎない、そのため援助者側は「かかわり続けること」を援助の「ゴール」とすべきだと著者が説いていることについてである。近年、従来の専門職主導のアプローチへの反省とエンパワメントやストレングス・アプローチの広まりのなかで、ソーシャルワーカーはクライアントの意向が最大限に活かされるように一緒に考えながら目標をたてるのが大切であるといわれるようになってきている。著者の論説は、この動向に沿うものだと考えられる。しかし、それでも「かかわり続けること」とは何か、考えさせられる。その他にも、読者の気づきや考察を促す記述があるだろう。

本書では、1章から4章までが具体的で明快な言葉で述べられているが、5章の後半はきわめて抽象度の高い議論である。ここで述べられている概念について、それが具体的にどのようなものか、どのような点で重要なのか、実践への示唆としてどのようなことが言えるのか、などについてもっと噛み砕いた説明があれば、読者の理解はさらに深まるのではないかと思う。様々な意見や解釈について今後もっと活発な議論が行われることを期待したい。著者も述べているように、考察内容や相違点を議論の対象とすることで、理解をさらに深めることができるだろう。

本書の優れた点は、対人援助において専門職がどうあるべきかという考察を深める上記の論点を提供しただけでなく、さらにケースカンファレンスを行うにあたって、その意義は何か、どのような事前準備が必要か、カンファレンスの開始から終了まで実際にどのように進めていけばよいか、誰がどのような役割を担うのかを明快に示していることである。関係者の間にこのような共通理解があれば、ケースカンファレンスは実り豊かな機会となるだろう。また、ここで示されているケースカンファレンスのあり方は、グループワークそのものといえる。事務局が準備段階から事例提供

者の思いに波長を合わせておくこと、参加者グループのグループダイナミックスを活用することなど、著者の研究と実践に裏打ちされた視点と細やかな配慮には学ぶことが多い。本書から得たアイデアをもとに、今後さらに多くの人がアイデアを

出し合い、相違から学びあうことによって、対人援助の質を高めていくための提案が後に続くことを期待したい。

(花園大学社会福祉学部：岡田まり)

荒川義子編著

「医療ソーシャルワーカーの仕事」

川島書店 2000年

ユニークで且つ「やさしい」本である。

昨今の医療の現場は様々な改革の波を受けて大きな転換期にさしかかり、改めてソーシャルワークの存在意義が問われている。本書はそうした問題意識を背景に、長年保健医療分野のソーシャルワークを専門とされてきた関西学院大学社会学部の荒川義子氏が、同大出身の医療ソーシャルワーカーとの2年間に亘る研究会を経て、「現場からの提言」として出版されたものである。対象は、新しく医療ソーシャルワーカーとして就職した人や将来を目指して現在勉強中の学生達で、医療の現場に慣れないソーシャルワーカーやその卵達に対して、「自分達の業務や役割を具体的に知ると共に、様々な場面で遭遇する戸惑いや困惑に答えてくれる身近なハンドブックとして気軽に活用してほしい」と呼びかけられている。（「はじめに」より）

本書のユニークさは、ソーシャルワーカーとしての相談業務を説明しながらも、大学等で教育される知識や理論をそのまま活用するのではなく、あくまで新人ソーシャルワーカーの視線から見た現場に焦点を合わせて話を展開しているところにある。ソーシャルワークの仕事は正直なところ決して容易いものではない。相談業務に何一つ同じものはない。相手はいつも個別であり、ソーシャルワーカーもまた個である。マニュアル化にそぐわない仕事である。しかし職人芸のようにいつまでも「背中を見て」では育たない。どこか、そこから共通して見えてくるもの、伝えられるものはないか、そうした現場の先輩ソーシャルワーカー達の熱い思いが本書を出版させた。それが本書の「やさしさ」となって結実しているといえる。

本書の構成は、医療という第2分野のソーシャルワークの特徴が反映されて、病院とはいったい

何か、必要な知識はどうして仕入れるのか、他部署や他機関との連携はあり方はといったところにもかなり力が注がれている。章を追って概観すると、第1章 病院ってどんなところ？では、マナーや人間関係などを中心に、新人ワーカーへのアドバイスとして〈一年間の生き残りヒント〉などを紹介。第2章では、病院で働くために必要な知識としての法律や医学知識、医療費に関することなどが手近で役立つ本の紹介と共に概観されている。第3章ではソーシャルワーカーとしての外見や面接に臨む時の態度について、そして次の第4章から7章までは、ソーシャルワークの中心的業務であるケースを担当するに当たっての、インテークから情報の集め方、アセスメント、介入に至る一連の業務の運び方について、事例も一つの軸としながら、まさに新人ワーカーの視線からポイントが並べられている。第8章ではケースの報告と記録、文書について、その必要性と具体的な要領が、第9章でソーシャルワーカーとしての社会資源の活用の仕方のポイントが語られている。第10章では医療分野で困難且つ重要とされる他部署・他機関との連携についての心構えを、更に第11章にスーパービジョンの基本的考え方、そして最後の第12章に新しくソーシャルワーク部門を開設する場合の具体的準備や心構えについて述べられている。

本書全体に通じる「やさしさ」は、各々の章で遺憾なく発揮されているが、第6章のアセスメントや特に第7章の介入に関する章では、ソーシャルワークとして守るべき視点をしっかり捉え、足を落ち着いて見据えることの厳しさを分かりやすい言葉で説きつつも、時には先輩ワーカーの失敗話をおり混ぜながら、「失敗しても大丈夫」「焦らないでよい」といったメッセージがちりばめら

れている。またこれまで現場では常に必要性を感じながらもあまり言語化や教育がなされてこなかった組織との関係についても、複数の章で多くのヒントが分かりやすい言葉で述べられている。

さらには、もう一つの本書の特徴である、各章につけられているコラムが興味深い。

「心に残るケース」「葛藤を感じる場面あれこれ：看護部門編」「面接室の装飾」など、思わず「そうそう」と吹き出し、共感してしまうエピソードもふんだんで、且つ答が与えられていないところが、また読者を鍛えてくれそうで楽しい。

ここで、書評があまり褒め言葉に終始するのは趣旨に反するとして、あえて苦言を呈するなら、新人をサポートするという本書の意図とのバランスの問題と思われる点が指摘できる。例えば面接場面で「疑問やひっかかったことを素直に聞く」というアドバイスは、面接技術における態度の論理にかなっている一面と、問題の対象によっては慎重に対応すべき側面とがあると思われる。しかしこのことを明確にしようとすると、ソーシャルワークは「複雑で難しい」ものになり、新人の意欲を萎えさせる結果にもなりかねないというところであろう。またもう一つの問題として、例えばインターク面接における「主訴」という概念の用

いられ方のように、若干曖昧で混乱を生む可能性のある使われ方がされている部分があるのは残念である。ソーシャルワークへの理解を高めるためにも、ソーシャルワーク内部での用語の統一は、今後の教育においても大きな課題であると考える。

ともあれ本書は、医療機関という特殊な世界のなかで、困難な仕事を遂行しようと意気込み、悩むソーシャルワーカーに対して、「とにかく、とりあえずやってみよう!!」という元気を呼び起こしてくれる、これまでにはなかった内容を展開してくれている。20年近く実践をしてきた古株ソーシャルワーカーの評者にとっても、新鮮で楽しく読ませていただいた。その意味で本書は、おそらく新人ソーシャルワーカーや学生に止まらず、ベテランのソーシャルワーカー達にも元気を与えてくれるに違いない。ソーシャルワークの「危機」も叫ばれる昨今、このような著書が世に出ること自体が、ソーシャルワークの取り組むべきひとつの道を示唆していると感じると共に、質の向上と普遍性への意外な近道なのではないかと考えさせてくれた。荒川義子先生と現場の方々の地道なご努力に改めて敬意を表したい。

(桃山学院大学：小西加保留)

医療社会福祉研究 第9巻第1号

2000年12月30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 手島陸久（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（内線3355-9）

Fax : 0463-92-6175

発行責任者 荒川義子（日本医療社会福祉学会長）

印 刷 第一資料印刷株式会社

1 部定価 1,100円

「実践報告」投稿の呼びかけ

「医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という新たな投稿枠を設けることにしました。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、医療社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずです。また、介護保険制度の施行や今後の医療改革によって、実践上の課題や活動の枠組みに変化が生じることも予想されます。医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人々の直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践の現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立つて、医療社会福祉を発展させるために、実践現場の方々からの積極的な投稿を期待します。

「実践報告」

目的：主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったり、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

内容：医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるものならどんなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。

一 従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報

例、高次脳機能障害患者・家族の生活困難の具体的状況

外国人や中国からの帰国子女等へのソーシャルワーク援助事例

虐待が疑われる児童患者ケースへの病院とソーシャルワークの対応事例

一 制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について

例、介護保険の施行に伴う院内における退院計画業務の再編

一 実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について

例、病院から在宅介護支援センターへの配置転換によるソーシャルワーク業務の変化

一 技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について

例、脳死からの臓器移植に関わる倫理的問題について

構成：構成および形式については、以下の「研究論文」に準拠することが望ましいと思われますが、内容により柔軟に適用したいと考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

内容：医療社会福祉に関わる何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

I. 緒言（序論、はじめに）研究の背景・意義、研究目的、研究課題

II. 研究方法（調査方法）研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出所等

III. 研究結果（調査結果）研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する）

IV. 考察（考案、討論）研究結果の評価、解釈、予想される異論に関する討論等

V. 結語（結論、おわりに）結論、今後に残された研究課題

注、文献、付記など

（事例的研究等ではⅢとⅣを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

December 2000

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 9 No. 1

EditorialKugahisa Teshima

Articles

Screening to identify elderly patients in need of discharge planning :

Development and evaluation of the screening formSachiko Ito, Yoko Sugihara,
Yuko Kikuchi, Masami Igarashi, Noriko Inoue, Takako Sato
Rie Kakinoki, Hye-kyung Kim, Hidehiro Sugisawa

Recognition of MSW function by medical doctors and nursesKayoko Takeda
Ayako Minami

The analysis of the interaction between the students and the practice teacher
in the social work field instructionAtsuko Otaki

A Study of Social Work as a Discipline :

Flexner's Influence of ProfessionalizationAkiko Mishima

A study of teaching methods in social work education :

An analysis of textbook for theoretical work skills training for undergraduate
studentsRie Yamanoi

Book Review

Mari Okada

Kaoru Konishi

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)