ISSN 1341-3198

医療社会福祉研究

第11巻第1号・第12巻第1号

第13回大会基調講演

現場からソーシャルワークのあり方を考える
－弁護士から見た医療・貧困－　尾藤　廣喜

論文

患者の生活課題およびソーシャルワーカーに対する病院職員の認知
富樫　八郎・高田　玲子・海津　加代子・杉山　明伸・平野　朋美

福祉相談機関におけるソーシャルワーカーの専門職性認知傾向の比較
南　彩子・武田　加代子

インタビュー

ソーシャルワーカーの養成と教育　森野　郁子
（聞き手：大谷　昭）

書評

日本医療社会事業協会・50周年記念誌編集委員会編：
日本の医療ソーシャルワーク史・日本医療社会事業協会の50年
山手　茂

2003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：044－952－6851，FAX：044－952－6869
電子メール：nakatani@fc.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.

2002～2004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

第13回大会基調講演

現場からソーシャルワークのあり方を考える
－弁護士から見た医療・貧困－　尾藤　廣喜　1

論文

患者の生活課題およびソーシャルワーカーに対する病院職員の認知
富樫　八郎・高田　玲子・海津　加代子・杉山　明伸・平野　朋美　15

福祉相談機関におけるソーシャルワーカーの専門職性認知傾向の比較
南　彩子・武田　加代子　25

インタビュー

ソーシャルワーカーの養成と教育　森野　郁子（聞き手：大谷　昭）　35

書評

日本医療社会事業協会・50周年記念誌編集委員会編：
日本の医療ソーシャルワーク史・日本医療社会事業協会の50年
山手　茂　45

［第13回大会基調講演］

現場からソーシャルワークのあり方を考える
―弁護士から見た医療・貧困―

尾藤　廣喜*

Ⅰ．私の経歴と事件簿の中から

1．厚生省での経験が教えるもの

伝統あるこの学会の基調講演をさせていただく機会を与えてくださいましてありがとうございます。

私は、弁護士として法律の現場で仕事をしているわけですが、弁護士もソーシャルワーカーの一員であると考えていますので、今日は、そういう事例の中から、常日頃私が考えていることをお話したいと思います。その意味で、弁護士の話なので法律の話が聞けるかなと思われている方、また、アカデミックな話を期待している方には不向きかもしれません。現場からソーシャルワークのあり方を考えるということでお聴きいただけたらと思います。

先ほどご紹介いただきましたように、大学を卒業しまして後、私は、公務員になりました。なぜ公務員になろうと思ったかといいますと、仕事をするからには、単にお金儲けの仕事ではなく、人さまのお役に立てる仕事ができたらいいなと思っていたからです。そういう点からみて、公務員がいいのではないか、給料をもらいながら人さまの役に立つ仕事ができるのではないかと思っておりました。しかし、同じ公務員でも、通産省（現在の経済産業省）や大蔵省（現在の財務省）は権力志向的で私の性に合わないので、厚生省（現在の厚生労働省）が私には合っているのではないかと思い、厚生省を希望しまして、昭和45年（1970年）4月、厚生省に入りました。

入省してすぐ保険局企画課という医療保険の抜本改正を検討している課に配属され、1年半医療保険の仕事を担当しました。医療をどうするかということを、当時も議論していました。しかし、昭和45年に私が入省した時から30年以上たって、未だ医療保険の抜本改正が議論されているという状態からもわかりますように、医療保険の現状は、問題を抱えたままで先送りになっています。

医療保険の現場は、今より厳しい現場で、当時は自民党と社会党が2大政党で、与野党対立の時代でした。そして、与野党対立法案の最たるものが医療保険の改正問題でした。先日、医療保険関係の改正案がアッという間に強行採決で決まりまして、当時からすると医療保険をめぐる力関係が随分変わったなと思いました。それが、決して良いことであるとは思いません。

そういうところに1年半おりましたが、医療保険の仕事は、公務員として独自にやれる範囲はほとんどありませんでした。ある日突然「制度を変えたいが、条文化を考えてくれないか」「あ、そうですか」ということで作業をする。砂を噛むような思いをしながら仕事をやっていました。

当時の議論を参考のためにご紹介しますと、当時厚生省が理想的な医療保険制度として考えていた給付率は、9割給付で足並みを揃えるたいということでした。国民健康保険も支給率を9割給付にする。一方、健康保険は原則10割給付だったわけですが、「一部負担は必要。9割給付で揃えるべきではないか」というのが当時の厚生省の考え方でありました。今の原則7割という給付率からみると、当時の抜本改正にむけての議論はどうなったのかなと思います。

ともあれ、仕事自体が、一公務員として、面白

*Hiroki Bito　鴨川法律事務所・弁護士

味がなかったので、「辞めようかな」と思ったのです。

ところが1年半たちますと、社会局の保護課に移ることになり、生活保護を担当することになりました。

私が生活保護制度に持っていた当時のイメージは、小さい頃見たテレビドラマが頭にありました。ある貧困な家庭にケースワーカーが家庭訪問に行く。その家庭が内職をやっている。小さい子どもとお母さんで、サンダルを有機溶剤でくっつける内職をしている。ケースワーカーが来るとバタバタと片づけてそれを隠す。ところがケースワーカーに見つかって、収入を申告していないと叱られるというシーンが記憶に残っていました。そういう暗いイメージがありました。

しかし、実際に生活保護の仕事をやってみますと、語弊があるかもしれませんが、面白い仕事だなと思いました。

なぜそう思ったのか。それは、それまでの医療保険の仕事は、上から改正作業が降ってわいてくる、ある日突然に政策がどこかで決まる。ところが、生活保護というのはそうではなく、現場の声から制度の改正意見が来るわけです。

当時は、現場のケースワーカーの方から、直接私が電話をいただくことが多かったのです。

「こういう事例があるが、どうしたらいいか」と聞かれるわけです。

また、時々、厚生省の玄関に「厚生省はけしからん」とお酒を飲んだ酔っぱらいの方などが、「福祉事務所に行ったがけんもほろろで相手をしてくれない。君らがやっている行政が間違っているから、我々はこういう目に合っているのだ」と訪ねてこられます。このような、厚生省に生活保護制度の文句を言いに見えた方のお相手を私がすることになっていました。係は社会局保護課法令係で、係員は1名です。現場のケースワーカーの方から電話があったり、各県から電話があったり、時々はお客様が見える。そんな中で、むしろ、お酒に酔ったお客様が、筋の通ったことを言われることが多かったのです。厚生省に物を言う、制度の矛盾を鋭く突いてくるので、私は、ある意味で楽しみにして、今の現場がどうなっているのか情報収集をしていました。ですから、生活保護制度は医療保険制度と違って面白かったのです。

2．生活保護法の柔構造

私は、『誰も書かなかった生活保護法』という本の第一章で、「生活保護法は柔構造を持っている」と書きました。

ここでいう柔らかい構造というのは、根本には生活保護法は、市民の生存権、命を底辺で支えているわけです。いわゆるセーフティネットです。したがってこの制度が固くなってガチガチになっていると、新しい問題が出てきた時に対応できないことになるのです。

生存権を支えなければいけない時、新しい問題が出てきた時、制度がガチガチに決められていると、新規の問題に対応できないので、法律改正をその都度しないといけない。これでは、毎日の生存権を保障するための行政が直ぐにはできない。したがって、法律ですべてを決めるのではなく、あらゆる問題に柔軟に対応できるように、法律の構造が、医療保険や年金制度とは違って、軟らかく造られている。ゆるやかにつくられているのです。

具体的に申しますと、法律の条文では、生活保護法7条は、「申請主義の原則」をとっています。生活保護は、申請があって初めて開始される。生活保護を利用するかどうかは国民の自己決定に基づいているのです。だけれども、現実には、生活に困っているのに「お上のお世話になりたくない」と保護の受給を拒否している人がいる場合には、例外的に職権でも保護ができる。これは、緊急性がある場合に限られますが。

昨年から朝日新聞に、生活保護の相談に行ったが窓口で対応してくれないために餓死した人のケースが特集されています。このケースについて、役場の担当者のコメントは「生活保護制度は申請主義をとっているので、本人が申請しないとどうしようもない」というのです。しかし、このような説明は、生活保護法の条文をきちっと見ていないからで、生活保護制度は、申請主義はとっていますが、例外として緊急の場合の職権保護も規定しているわけで、「緊急性のある場合には、保護

の申請がなくても保護することができる」と書いてあるわけです。

もう一つは「保護の補足性の原理」である生活保護法4条です。生活保護は資産や能力がある場合、それを活用した上で初めて保護が認められます。この4条は、評判の悪い条項です。しかし、その中で3項がありまして、資産や能力を活用していない場合でも、急迫した事情がある場合は、保護することができることになっています。つまり、保護の補足性の原理から保護に値しない場合でも、急迫性がある場合は保護していいとなっています。

このように、「補足性の原理とその例外」が書いてあるのです。

また、生活保護は世帯を単位として行うという「世帯単位の原則」が、法の10条に書かれています。しかし、「これによりがたいいときは、個人を単位として保護することができる」とも書いてあります。

生活保護制度は、ことほど左様に、原則をそのまま適応した場合に、生存権が保障できない場合のために例外規定を置いているのです。つまり、柔らかに対応できる制度になっているのです。

ある意味で、制度をどう運用するかは、現場のケースワーカーや各県の担当者の裁量、厚生省の考え方次第です。当時、私は単なる係員でしたが、法令解釈の担当ですから「こういう解釈もできるのではないか」と言えば、全国でできることになるわけです。そういう意味で面白いなと思いました。

もう一つ、柔構造の考え方として強調しておきたいのは、現場のケースワーカーの方たちが思っている現場の問題状況が、そのまま各県を通じて伝えられる。これが、ブロックごとに議論されて、厚生省に意見として集められるようになっていました。

医療保険の改正は、突然与野党の調整から案として出てきますが、生活保護制度の改正は、毎年現場のケースワーカーの意見に基づいてやることになっていました。これは非常にいい制度だと思います。現場の声が制度改正に結びつく。一人一人のケースワーカーの思いが、新しい制度をつくる。

なぜそうなっているのでしょうか。生活保護は、生存権を保障している極めて緊急性の高い制度だからです。ゆっくり国会で審議して、与野党の折衝の中から制度をつくろうと考えていたのでは、明日の生活に困っている人はどうなるか。明日の生活のことをよく知っている人は、むしろ現場のケースワーカーの方なんです。その人たちが今、目の前にいる人をどうするか、それに対応する制度にしようというのが生活保護法だったのです。そういう意味で私は大変面白いと思いました。

ところが、最近の生活保護の状況を聞いていますと、柔構造の柔らかみがなくなって、たんだん固くなってきている。制度運営が、金属疲労を起こしている。パイプが詰まってきている。制度の運用が原則だけになって、例外的運用をフレキシブルに書いてあったのが、原則的な運用ばかりになっている。現場の声が厚生労働省に届いていません。

3．風呂場の設置をめぐって

当時、そういう運営の中の事例を紹介したいと思います。

ある日突然、私に電話が参りました。当時は、しょっちゅう、現場のケースワーカーの方から直接電話があったわけですが、県の方は嫌がりまして「直接厚生省に電話することはなるべくやめてもらいたい。県を通じて言ってもらいたい」と言っていたようです。しかし、そんなことは一向に考える必要はないので、私は、むしろこのような電話を楽しみにしていました。

ある日、某県の福祉事務所のケースワーカーから、「担当している方でお風呂に入れていない人がいる」とのことでした。私は、「近くに銭湯はないのですか？」聞きましたが、「山の中で銭湯はバスで1時間ほど行かないとありません」とのことでした。私は、役人根性に毒されていましたから、「もらい湯はできないんですか？」と質問してしまいました。

「もらい湯」という言葉を知っている方、おられますか？この答えで、年齢層がわかるのですが、私のうちには、風呂がなかったものですから、小

さい頃には、お隣の家の風呂に入れてもらいに行った（もらい湯）経験がありました。

生活保護手帳を見ますと、当時は「風呂の改修費用をどう負担するか」という問答で、「近所のもらい湯を考慮すること」と書いてありました。そういう問答があったので、つい電話でそのことを聞きましたら、「隣に行くのに歩いて30分ほどかかるので、もらい湯したら湯冷めしてしまいます。何とかなりませんか。生活保護費で風呂場の設置を認めてもらえませんか」と聞かれました。生活保護手帳にはそんな項目はどこにもありませんでした。生活保護制度は、住宅の改修は認めていましたが、風呂場の設置は、ないものを新たにつくるわけで、住宅改修ではありません。新築なのです。したがって、制度として予定をしておりません。

私の方は、ケースワーカーの方に、「手帳を見ていただくとわかるように、風呂場をつくることは制度上、予定していません」と答えました。少しずつ役人根性が染みついていたのでしょう。しかし、その方は熱心な方で、「そう言われるけど、困っておられるんです。何とかしてください」。私は、「困っていると言われても、ないものはどうしようもない。実施要項上できない」と答えますと、「それを何とかするのがあなたの役割ではないですか」との反論。「とにかく現場をみてください」と言われました。

そこで、某県の隣県のブロック会議に出掛けた機会に、現場を見せていただくことにしました。案内していただくと、大変なところで、山の中です。川の水を汲んでドラム缶に入れて、薪を焚いて、1週間に1回くらいお風呂に入っておられました。それを見ましたら、さすがに私も「何ともなりません」とは言えなくて、「何とかしましょう」と言ってしまったのです。

そして考えまして、風呂の設置を住宅改修の名目で、住宅に足りないものを付加するから改修と考えていいのではないかという理屈で案をつくりました。しかし、最低生活の保障ですから、たくさんお金を出すわけにいかない。そこで、保護課の基準係の係長に相談し、最も安い風呂の設置費用見積りをしました。そして、大蔵省に「最低生活の維持のために風呂が必要だ」と予算要求をしたのです。

大蔵省の担当者は何と言ったと思いますか？未だに覚えています。

「風呂がなかったって生き死にに関係ないじゃないですか。生活保護の最低生活費は生きるか死ぬかという問題なんです。風呂がなかったって死にはせんじゃないですか」と言う回答でした。私は頭にきまして、「最低生活の中身は生き死にの問題ではない。生存権の中身は文化的なものを含んでいるじゃないですか」と議論しましたけど、耳を傾けてはくれませんでした。

そこで、私は、「わかりました、生き死にに関係あればいいんですね」とタンカを切りまして、「あらゆる交通機関を使って往復して1時間以上たっても近くに銭湯がない。もらい湯が期待できない場合は、風呂を設置しても構わないという条件でどうですか」「往復に1時間かけて銭湯に行くと湯冷めするじゃないですか。風邪を引いたら生き死にに関係してきますよ」と持っていきました。そうすると、「ウーン、そうかもしれんな」と言ってくれて、「何件くらいあるんですか」と聞かれました。生活保護の制度は予算でいうと義務費なので、一度制度ができると、「予算がないから出せない」とは言えません。申請があったらすべて出さないといけない。1件でも1万件でも、全部義務費で平等に出さなければならないのです。

このため、大蔵省は、新設の事例が何件あるか大変気にしています。私は、「あんな状況の家は日本で1、2件しかないでしょう。制度をつくっても年間でせいぜい1、2件ではないですか」と言って制度を造ったわけです。しかし、制度を造ればこちらのものです。申請があれば、義務費で認めなければなりませんからね。

今は、風呂場の設置の条件は、もっと緩やかになっています。「社会生活上、風呂の設置がやむをえないと認められる場合は、設置して差し支えない」という実施要領（基準）になっています。しかし、当時、私がやった仕事の跡は、少し残っています。

この事例では、何が制度を動かしたのでしょうか。現場のケースワーカーの熱意だと思います。

実際、自分が担当しているケースの生活を見て「何とかしたい」という熱い思いがあって、私に電話をして私の官僚的答弁にもめげず、一生懸命プッシュして「現場にまで来い」と言われた熱意です。ケースワークはそういうものではないですか。

4．人工透析の費用負担をめぐって

別の事例も紹介しておきましょう。人工透析の費用負担問題は、皆さん方も医療の現場で経験されていることだと思いますが、私が厚生省で生活保護を担当していた頃は、人工透析の費用を公費で負担する制度がなく、国民健康保険の下では、自己負担分が、当時で確か月30～40万円もありました。

当時、ある革新自治体の保護課の係長がある日見えまして、「こういうケースがある」といわれるのです。その当時、この方は、制度上の難しい問題があると、すぐに私のところに持ってきて、「どうですか。こういうものをどう解決したらいいのでしょう」と聞くのです。

このように、厚生省からすると、いつも難問を持ってくる人でした。彼が、「月収40万円近くある人が生活保護の申請をしてきているのですが、これを認めていいですか」と聞いてきたのです。当時私の月給が確か3万円くらいでしたかね。とにかく、入省2年目ですから。「そんなケースで生活保護申請してくるんですか。無理と違いますか」と答えました。そうすると、「実はこういうことで。医療費の自己負担分が30数万、子どもも3人いるので、計算すると最低生活を下回っているから、生活保護の対象にしないといけないと思うのですが、いかがでしょうか」と聞かれました。私の上司の係長と検討しましたが、拒否する理由がないので、「保護していいんじゃないでしょうか」とお答えしました。そうすると、この自治体の係長は「この事例は私のところの1例ですが、全国で同じような事例があるはずだから、通達を出してください」といわれました。私は、「わかってますよ」と答えまして、各自治体に、事例の紹介とその回答を通達で出したと記憶しています。

それで、人工透析の医療費の自己負担分が多額になる場合は、生活保護費で負担することになったわけです。

まだ人工透析の費用負担が更生医療の対象になってなかった時代です。私は、そのことを上司の係長と話をして、「仕方がないかな」と思っていたのですが、その係長はあまりしゃべらない方で、この方は経済企画庁（現在は内閣府に統合）から出向して来た人でした。そして、「それはいいんだけど、これだけでいいのかな」とポツリと言われました。私には、その意味がわからなかったのですが、「何でもかんでも自己負担分を生活保護で負担することでいいのか」という趣旨だと思います。また、「制度の矛盾を生活保護で対応するのはあたりまえだけど、それをそのままにしておいていいのか」という趣旨でもあったのです。

私は、係長に「制度をもっと工夫しろということですか？」と聞きますと、「そうだ。君は保険局から来たからわかっているはずだ。生活保護の問題ではなく医療保険の矛盾ではないか。何とかせよ」と言われました。「何とかせよ」と言われても、医療保険の改正問題は与野党の折衝から出てくる、天から降ってくるものです。ヒラの私が何とかできるはずがありません。「何もしようがありません」と答えました。しかし、係長は、「それを何とかするのが君の役割じゃないか」と言われるので、保険局の保険課に、「何とかなりませんか」と聞きに行きました。しかし、「何とかなるはずないじゃないか。医療保険の改正は政治的な問題で、国民健康保険の給付率を9割9分にせよということか。そんなことは、夢のまた夢で、君らが言ってもだめだよ」と鼻であしらわれました。私は、「これだけは何とかなりませんか。更正医療で何とかなりませんか。また、保険で何とかなりませんか」と言いますと、「ショートリリーフみたいなものかな。ワンポイントの制度をつくったらどうかな。根本的な制度をいじるのは難しいけど」と言われました。そこで、保険局と社会局で考えまして、「一月に医療保険の自己負担金額が一定を超えた場合、後で自己負担の一定額以上は償還払いする制度をつくったらどうだろうか。これならそれほど予算はいらないかもしれない」ということを提案したのです。

それが今ある高額医療費の療養費払い制度になったわけです。つまり、この制度は、実は生活保護の中での人工透析の負担が多額になっている制度矛盾があって、ある革新自治体の職員が厚生省に持ってきて、「個別の事例ではなく一般に通用する通達を流してくれ」と執拗に言って、それを保護課の係長が見逃さず、「これは生活保護の問題ではなく制度矛盾と違うのか？」とアドバイスしてくれ、保険局で、そういうことがわかる人がいてくれたおかげでできた制度なんです。裏話でそういう経過がありました。

これらの事例から、皆さん方に私が言いたいことは、私たちは、「制度がこうなっているからだめです」と対応してないだろうかということです。制度は変えられるのだということをもっと考えてもらう必要があるということです。ソーシャルワークの原点はそこにあるのではないかということを言いたいのです。

その時の係長を私は今でも尊敬しております。現在は、内閣府の事務次官をやっている人です。政策的な見通しに明るい方でした。あまり饒舌にしゃべらない方でしたが、やはり見る人は見ているもので、事務次官になられました。

5．在韓邦人の帰国問題の中で

在韓邦人の帰国をめぐって。これも私の仕事だったんです。今、中国残留孤児の方の裁判が起きていますが、当時は、韓国と日本の交流がそれほど盛んでない時代で、戦争中に日本人が朝鮮半島にわたって、戦後帰ってこれなくなって、釜山やソウルに日本人であることを隠しながら住んでいる人がたくさんおられました。日本と韓国で十分に意思疎通ができていない時代で、戦後もあちらにそのまま隠れて住んでいた方がたくさんおられました。

日中の国交回復に時間がかかったこととその後の国の無責任な対応問題が中国残留孤児問題ですが、それと同時に、在韓邦人の問題もありました。当時、在韓邦人の問題を担当している部局は厚生省で二つありました。一つは、援護局で、援護局は、韓国から日本への引き揚げの作業を担当して、在韓邦人の担当者は1名です。その後、帰られた生活の援助を担当するのが社会局保護課法令係1名で、私しかいませんでした。私が法令係で生活保護法の法令解釈をして、再審査請求の裁決などを書きながら、在韓邦人の問題もやりながら、当時の差別的な法律ですが、北海道旧土人保護法などという法律の所管もやっていました。手薄なんです。

在韓邦人の帰国の窓口になっている方が、山口県の下関福祉事務所の係1名です。帰ってくる人は日本に身元保証人がないと帰れない。何とか身元保証人を見つかった場合、日本への受入れ手続きを下関福祉事務所の一人の方がやっておられました。電話で話ばかりして、私は、一度も直接会ったことはなかったのですが、優しい方で、ずっとお世話をいただいておりました。その人と話をしているとホッとしました。ああいう方も現場のケースワーカーでいるんだなと、しみじみとした味のある方でした。ああいう生き方もあるんだなと。

それらこれやの仕事をしてやり甲斐があったんですが、私の性格上、政策を上から立案するより、現場で泥臭いことをやった方が精神衛生上いいなあと考えて、3年で厚生省をやめまして弁護士になることになりました。

6．スモン訴訟と出会って

弁護士になって、それでもできれば福祉の事件をやりたいと思っていました。福祉の事件を担当すると必然的に厚生労働省相手の事件がたくさん依頼がまいりまして、同期の人に言わせると、日本で一番厚生労働省を相手に裁判する事件が多い弁護士になっているらしいです。そのため、全く反対の立場から仕事をするようになりました。

はじめに担当しましたのはスモン訴訟事件です。

スモン（SMON）はキノホルムという整腸剤で使われていた薬が大きな副作用を持っており、足の方からシビレが発症し、動かなくなって、その後、しびれが上に上がってきて、重篤になると失明して四肢が動かなくなる。寝たきりになる。原因は、キノホルムという薬で、薬害の一つです。この事件の被害者の救済を担当して、そこで感じ

ましたのは医療現場のケースワーカー、看護師さんが患者さんと接して得た情報の重要性でした。

スモンという病気は、病状からつけられた名前で、亜急性脊髄視神経症の英文の頭文字を集めたものです。下半身からシビレが発生し、目がだんだん見えなくなって脊髄の神経が破壊される病気ですが、原因がわからなかったのです。

その原因がキノホルムだとわかったきっかけは、ある病院の「看護師さんが、スモンの患者さんの共通した症状として、「舌に緑の苔がある」「トイレで尿が緑だ」ということに注目して医者に知らせたのがきっかけでした。それが、緑の窓口と言われたのです。化学的には、薬の中に含まれている金属のキレートとキノホルムが結合して体内に入って神経細胞を破壊するシグナルだったわけです。緑がなぜできるのかと分析すると、キレートだということが解りました。これが、すべてのスモン患者に共通性があると新潟大学の椿先生が突き止めたわけです。しかし、きっかけは看護師さんです。医者が気づく前に気がついたのです。病気の状況を看護師さんがごらんになって、社会的な病気の原因を発見したわけです。

また、私は、スモンという病気で、たくさんの患者さんが出る中で、医療ソーシャルワーカーの方が献身的に医療も支え、在宅のアドバイスをされているのを見て、もっと医療ソーシャルワーカーの方と接触を持たなきゃと思ったわけです。

スモン訴訟の関連で、今、薬害のヤコブ訴訟もやっています。

7．水俣病と医療従事者の役割

スモンを担当した後、水俣病の事件を担当することになりました。水俣病は熊本と新潟で発症しました。チッソという会社（旧新日本窒素・熊本）と昭和電工という会社（新潟）が工場の廃液を垂れ流して、その廃液に有機水銀が含まれていて、それが魚に蓄積されて魚を食べた患者さんが視野狭窄になったり、痙攣発作を起こしたりする病気です。

この事件でも、チッソの廃液が原因であるということは早く明らかになっていたわけですが、水俣病はテレビで報道されたような重度の患者さん以外に、非常に多くの患者さんに広がりを持っていまして、胎児性水俣病とか、水俣の沿岸地域では、流産する方もたくさんおられました。お母さん方に被害が出ていたのです。また、急性激症の患者さんのまわりに軽症の患者さん、手と足のしびれがきつい患者さんがたくさんいるわけです。そういう方が水俣病と言えるのかがどうかが問題になったわけです。

現地では、献身的に患者さんの検診をされた原田正純先生、藤野糺先生などが地域に入っていくわけです。土曜日、日曜日に、看護師さんや医療ソーシャルワーカーの方と現地に行かれます。そして、患者さんの症状をみる中で、共通した症状として、手足のしびれがあることを突き止めて、水俣病の主症状は四肢末梢性の感覚障害があることを突き止めていくわけです。このように、水俣病の病像は、文献でつくりあげられたわけではなく、患者さんを直接見ている看護師さん、医療ソーシャルワーカーの方たちや医師が、普通の回診の時間以外に、土曜日、日曜日を犠牲にして現地に入って行って、患者さんの症状をつぶさに見る中でつくりあげてきたものです。

このようなことから、医療は現場から事実が積み上げられていくのだということが、私にも解るようになりました。

その思いは、ケースワークが一つ一つの事例、現場のちょっとした事例をどうきちっと科学的に整理していくかということが大事だという思いにつながっていくことになります。

8．京都の被爆者や生活保護裁判にかかわって

次に京都の被爆者訴訟を担当しました。この事件は、京都に住んでいる被爆者が、白血球が少なく肝臓が悪いのは原爆の放射線が原因だろうと考え、医療機関に診察してもらいますと、「その可能性が否定できない」と診断書を書いてくれたので、自分の症状は原爆の放射線によるものであるとの認定を厚生大臣に求めて、一人で本人訴訟を起こした事件です。

裁判所の書記官が、「この種の事件は弁護士をつけないと勝てませんよ」と助言してくれたそうです。そして、法律扶助協会で代理人をつけてく

れると言われて、法律扶助協会の京都支部で代理人を探したんですが、やる人がいなくて私が引き受けて代理人をやることになった事案です。

裁判を14年担当して、大阪高等裁判所で勝訴し、確定したんですが、その中で京都での裁判を支えてくれた方は、被爆者の相談にかかわっているソーシャルワーカーの方々でした。

その他にも生活保護の裁判で柳園訴訟の代理人となりました。この事件は、宇治市に住んでいた柳園義彦さんが、糖尿病性の白内障、結核、高血圧などたくさん病気をお持ちで働けず、ホームレスの状態となり、知り合いのところに間借りをして保護を申請して、宇治市で生活保護が認められていました。その後、宇治市で入院していた病院から京都市内の病院に糖尿病性白内障の治療のため転院し、白内障の治療が終わって退院しました。ところが、宇治市の福祉事務所は、「自分のところに帰ってくるな。和歌山の弟のところに行け」と生活保護を打ち切ってしまったのです。住居がなかったので、退院、即、生活保護廃止というのが、本音ですが、形式的な理由は、「傷病治癒」で打ち切ったわけです。結核で排菌状態になっているにもかかわらず、傷病治癒だと言って保護を打ち切ったのです。そこで、柳園さんが、審査請求をしたところ、福祉事務所は、その後自ら生活保護廃止処分を取り消しながら、保護費をなかなか支給しなかったのです。そのためにやむなく、柳園さんは、「保護打ち切りは違法」として、損害賠償請求をしたわけです。

この事件が損害賠償の訴訟となる中で、医療ソーシャルワーカーの二つの側面に触れました。

この事件の大きな原因になったのは、京都市内の病院から退院した時、なぜ他の医療機関への入院連絡をその病院でやってくれなかったのだろうかという疑問でした。その病院を退院する時、医療ソーシャルワーカーは柳園さんのことをどう考えたのでしょうか。患者さんの生活を見ていたのでしょうか。柳園さんは、知り合いのところに間借りをして生活していました。しかも、結核で排菌状態でしたので、どこかの病院を確保した上で退院するのが普通ではないか、そういう視点がなかったのです。

一方、この事件が裁判になったのは、前の病院の医療ソーシャルワーカーの方が、保護の廃止を知って、「これはおかしいのではないか」と弁護士に相談したことがきっかけでした。

病院を退院する時、医療ソーシャルワーカーがもっと対応できなかったのかという悔しい思いと、保護を打ち切られた時、おかしいと考え、弁護士につなごうという目を前の病院の医療ソーシャルワーカーが持っていてフォローしたことについての感謝。この二つの思いがあります。同じ医療ソーシャルワーカーでも、違うなと思いました。

そういう場合にどう対応するか。システム的な考え方ができているか。社会資源のネットワークをつくっているか。そういう視点を持っているかということがケースワーカーとしては大事ではないかと思います。

9．ケースワーカーと弁護士

生活保護裁判の場合、ケースワーカーが紹介者になるケースが多いのです。

名古屋でのホームレスの方の林訴訟も、紹介者は医療ソーシャルワーカーの方です。

中嶋訴訟は、生活保護を受けておられる中嶋さんのお父さん・お母さんが、子どもたちの高校進学のために苦労して掛けた学資保険を、「資産だから解約しろ」と解約を迫り、その解約金を収入として認定したものですが、事件の紹介者はソーシャルワーカーです。現場でクライアントと向かい合うソーシャルワーカーが、「何とかならないか」と思っている方がいれば、必ずそういう形で結びつきができるのです。

私は弁護士の役割を考える時、残念だし、反省しないといけないのはその点です。

破産の関係でも弁護士に相談しにくい、弁護士が必ずしも身近な存在になっていないと言われています。相談にきていただければ、法律扶助制度も利用できるわけですが、弁護士は敷居が高いのです。患者さんに近いと思われるソーシャルワーカーとも弁護士はなかなか接触が少ないのです。

市民が困った時、弁護士に頼もうということにならないのは、9割方弁護士の責任だと思います。

我々弁護士の努力が足りないのです。しかし、それでも、1割の原因は考えて欲しいのです。弁護士につなぐことをソーシャルワーカーの方は考えてほしい。各地に弁護士会がある。サラ金問題ならサラ金センターがある。破産事件とか原則として扶助協会の制度が利用できるようになっていますから、活用していただいたらいいのではないかと思います。

10. 高齢者の虐待問題に取り組んで

最近、私は、高齢者の虐待問題に取り組んでいます。それはなぜでしょうか。

児童虐待の問題は児童相談所とか公的相談施設はあるんですが、高齢者の虐待の問題は公的相談施設がないんです。そのうえ、高齢者には虐待防止法がない。高齢者の虐待の問題は手つかずの状態で、せめて一つはどこかの公的相談所を各県におかないといけないのではないかと思います。また、高齢者の虐待の問題に組織的に対応できる法律をつくらないといけないと思っています。最近、私は、熱心に取り組んでいます。

Ⅱ．複雑に絡みあった医療と貧困

1．医療の現状をどう捉えるか

そういう中で、医療と貧困の問題をどうとらえるか。いろいろな事例を見ていますと、大きな問題は、保険局に入った時の問題とそれほど変わっていないのです。制度の問題が相変わらず無視できない問題となっています。今、医療費の問題は、高コスト体質の是正が言われています。聞こえはいいですが、医療費の削減です。私が、入省した当時の厚生省の医療保険の目標が9割給付だったのに比べて、保険の範囲を下げて給付率は原則7割となっています。しかも保険で給付する範囲をどんどん狭めて、最低限度で守れる範囲は保険でみるが、あとは自前で確保する制度にしようじゃないかとか、診療報酬体系が、短期の入院で患者さんを在宅に追い出すというシステムになってしまっています。そういう中で病院経営は厳しく、差額ベッド料の負担と看護料の自己負担問題は益々深刻になってきています。

私が厚生省に入った時と基本的に変わっていません。むしろ深刻になっています。介護保険は、社会的入院を解消するためにつくるのがホンネの狙いとして導入されたわけですが、財政対策の視点から、実際要介護認定も厳しくなってきています。介護保険の財政自体も、おかしくなってきています。介護保険も給付内容が厳しくなっています。

2．深刻で複雑な貧困問題

そういう中で「健康の自己責任化」が言われています。それにどう対応するか大きな問題です。かつて「貧困は目に見えない」と言われてきましたが、少なくとも私が仕事をやっている印象では、目に見えないどころか、絶対的貧困が圧倒的に広がっています。

事務所に、サラ金問題、DV（家庭内暴力）の問題で、高齢者の虐待も含めて、深刻な事件で相談に来る事例が増えています。失業率が平成14年度で5.4%、カウントを始めてから最大の失業率です。自己破産の率は、平成7年の件数で4万3,414件、8年に5万件を超えたと話題になって、10年には10万3,803件、12年には12万2,741件で、14年にはとうとう21万4,633件になり、どんどん増えてきました。野宿者の数も林訴訟の関連で調べると、平成11年で公的数字で1万6,247人と言われていました。カウントの仕方が偏っていますので、本当はもっと多いと思います。平成15年2月で2万5,296人。身近なところで、京都でもたくさん野宿をしている方がおられます。大阪では中之島公園は簡易テントがドーンとつくられて、たくさん野宿している人がいます。保護率もどんどん上がって平成7年に7パーミル（1000分の7）、平成13年には9パーミル、平成15年では10パーミル、1%になっている状態で、どんどん上がってきています。

その上に「現代型貧困」と言われるものが増えています。典型的な事例は、夫の暴力に耐えかねて女性が二人の子どもを連れて家を出た。子どもの一人に発達遅滞がある。夫がお金を入れないからサラ金の借金があってサラ金業者から追われている。ヤミ金に手を出して電話でガンガン追い込みをかけられているから、家を捨ててホームレス

の状態で、ホームレス相談で私が担当した。そういうケースで弁護士としてやれる範囲は何だろうかと思うのです。

貧困が目に見えないどころか、絶対的貧困です。私は何をやったらいいのでしょうか。破産の申し立てをすることだけでなく、住むところを確保しないといけません。生活をどうするのか。発達遅滞のある子どもをどうするのか。全部相談に乗らなければならない。これが弁護士の役割かなと思うけれど、一人でやっていたら絶対むりです。だからネットワークをつくっていかないといけないわけです。

今の貧困は問題の所在はそう単純ではなく、複雑にいろんな要素が絡み合っています。それに消費者問題。騙されて買わなくてもいい英会話教材を買って借金して、それがきっかけで、サラ金の借金が増え、利息の支払いに追われて最終的に破産せざるをえなくなった若い人。サイドビジネスがあるということで、「これを買えばパソコンで在宅で仕事ができる」と100万円もするパソコンを買わされて借金が払えなくなった人。狡猾に仕組んだ消費者問題に陥って貧困になっている家庭もあります。古典的な対応では追いつかないのです。そういう中でソーシャルワーカーに求められる役割は、非常に複雑、科学的な対応が必要になっていると思います。

3.「措置から契約へ」で社会的弱者の権利はどうなるのか

もう一つは「措置から契約へ」といわれ、選べる福祉と言われています。

介護保険の手続きをするにしても、生活保護を受けている方で判断能力に欠けたところがあるとなると、後見人、保佐人、補助人の選任を家庭裁判所に申し立てようとする時、費用をどうするかというと、お手上げなんです。生活保護制度に後見扶助はありません。後見人の費用は出せないというのです。「措置から契約へ」と言いながら、一番大事な貧困層の契約問題についてのアプローチが全くできていないのです。

契約は、本来は、自分でやるわけですが、自己決定をするにしても財政的な基盤がない人を誰が支えるのか。全くないわけです。措置の時代はお金がなくても行政が措置したわけです。選べなかったかもしれないけど。今は契約ですから、「お好きにどうぞ。皆さん方、自分で選んでください」と言われますが、お金がない人はどうするのでしょうか。「それは自分で考えてください」ということでは、「措置から契約へ」というのは貧困層にとって何なんだと私は怒りを感じています。

ではどういうことをやったらいいのか。私は、弁護士もソーシャルワーカーの一人だと思っていますので、一緒に考えてみたいと思います。

大事なことは、ソーシャルワーカーこそが事実に直接触れているということ。お風呂の設置をしつこく求めたケースワーカーの方が教えてくれたこと。事実、実態に触れる者こそ最も問題を知っているのです。頭で考えている人が問題を知っているわけではない。理屈に長けている人ではなく、クライアントに直接接している人こそが事実や矛盾をよく知っているのです。それに確信を持ってもいただきたい。皆さん方こそが、事実を知っている。問題の所在をよく知っている。光る原石を持っている。それをどうやって磨いていくのか。いろんな形で社会的にアプローチできるのではないかと思っています。

Ⅲ．ソーシャルワーカーの役割と使命

1．ソーシャルワーカーはタスク・ゲティング・パーソンであるべき

なぜ私がそう言うかといいますと、生活保護を受けている人の代理人とか水俣の問題、被爆者のことばかりやっていたら、私の事務所の経営が成り立ちませんから、お金儲けの事件もやっています。例えば、遺産分割の争いで、たくさんお金を持っている人の代理人もやって、熾烈な争いの結果、報酬をいただくこともあります。それらで何とか事務所を経営しているわけです。

企業の顧問もやっています。最近不況ですから、「社員に活力を与えるような話をしてください。暗い話はいいですから、法律でこうやれば売れるとか債権何でも回収法とかの話をしてくれ」と頼まれます。元気を与える話の希望があると、そういう話もします。

そのため、ビジネスの本もよく読んでいます。ハーバード・ビジネススクールが使っている学生用の本があります。それを時々引用しながら話すのですが、「社員として大事なことは何か。セールスマンであってはならない。皆さん方は、消費者と接する時、セールスを考えていませんか？それは違う。一番大事なことはお客様と接する中で宿題を持って帰らないといけない。問題を持って帰る。タスク・ゲティング・パーソン、宿題を獲得してくる人間になりなさい。企業で求められているのは、できあがったものを売るのではなく、売ったものにどのような問題があって、どうやったらもっと売れる物を作るかを考える必要がある。もっとこういう売り方があるんじゃないか。企業としてこういう点が足りないのではないか」と社員の方に言います。

福祉事務所のケースワーカーにも言うんです。「生活保護のセールスマンになっていますか。生活保護をもっと利用してくださいとセールスやっていますか？」。しかし、セールスすらやっていない。「家庭訪問は、何のためにやっているんですか。収入の申告漏れがないように、収入や資産の調査ばかりやっているのではないですか。訪問から宿題を持って帰る人になぜなれないんですか。クライアントが持っている宿題を早く把握して、解決して、どうやって自立していくかを助ける人になりたいと思いませんか。自分の仕事を生き甲斐に感じるようにしませんか？」と言うわけです。

大事なことは生活保護のセールスマンに最低でもなって欲しい。できればタスク・ゲティング・パーソンになって欲しい。

ソーシャルワーカーはまさにそうだと思います。クライアントから課題を持って帰る人になってほしい。そのためには、「あれもできません、これもできません」と説得する立場ではなく、ケースワーク論で「受容」と言われます。まずクライアントの話を聞くこと、聞く耳を立てることが大事だと。弁護士で一番大事なことは黙って聞くこと、クライアントと話を我慢して聞くことだと思います。

2．制度から人を見るのではなく、人から制度を見る

もう一つ大事なことは、本当の意味での「専門性・科学性」を身につけないといけないということです。クライアントの人が持っている課題を、どう整理してどうやったら解決できるかという道筋を交通整理できる能力と知識を持つことですね。

先に述べましたある革新自治体の係長の能力はそういう点にあったなと思います。自分の前に現れた事例について、「制度として使えるぞ」と積極的に持ってくる。今ある制度が決まっていて、動かないと思うのか、そうじゃなく、問題があって、それをどうやって解決していくか、どうやって行動を起こしていくかが大事だと思います。

そのためには一人でやっていたのではだめです。ネットワークづくり、ケースワーク論では「コミュニティワーク」、地域援助技術をどうやってつくっていくかを考える。もう一つは「ソーシャルアクション」、社会的に働きかけていくことが重要ではないですか。言葉で言うと「制度から人を見るのではなく、人から制度を見る」ということです。

この言葉は、京都の福祉の現場におられた湯浅晃三さんという福祉事務所のケースワーカーから、私はいつも聞かされてきました。「人は制度があると、制度からこの人のこれについては利用できると人を見てしまうけど、そうじゃない。人の要求こそが先にある。人から制度を見る。制度から人を見すぎているのではないか」といつも湯浅さんは言われていました。まさにそれだと思います。

風呂場の設置を求めてきた方は「人を見ているな」と思うわけです。

3．求められる「専門職としての独立性」・「好奇心」・「国際性」

もう一つ大事なことは「専門職としての独立性の確立」だと思います。これは難しいことだと思いますが、弁護士の場合は、自前で事務所を持っていますので、自分の判断で独立して行動することができますが、ソーシャルワーカーも、専門職

の立場から一定の独立性をどう確保するかを考える必要があるのではないですか。この点は、言うは易く行うは難しで、専門職として独立性を常に確立できるように考えていかなければならないと思います。

さらに大事なことは「好奇心」だと思うんです。目の前にあるクライアントの状況について悲観的に見るのか、好奇心を持って見るかで違うと思います。私は、好奇心を持って見ることを心掛けています。

原爆訴訟をやったおかげで、証人のない被爆者の手帳申請の事件を引き受けることになりました。「実は京都府に被爆者手帳の申請しているが、証人がないということで5年間放置されている」と福祉事務所のケースワーカーから紹介がありました。引き継いだケース台帳を調べたら、5年前に申請している記述があって、「あれはどうなりましたか？」とクライアントに聞きますと、「全く返事がない」ということでした。それはおかしいと私に「こういう事案があるが何とかなりませんか」とファックスしてきました。

私は好奇心を持ったわけです。5年間も結果は出ないのは何かと。法律には「証人がなければ、手帳は交付できない」とはどこにも書いません。法律は「被爆者であったら手帳が出る」とあり、証人がいるかどうかは証拠の一つにしかすぎない。証人がいなくても、他の証拠から被爆が立証できればいいのです。行政に「なぜ結論を出さないのか」と聞くと、「証人がいないから」と答えてきました。「そんなことどこに書いてありますか。法律にはそんな規定がないじゃないですか。他の間接証拠を積み上げて、被爆の事実を証明できたらいいんじゃないですか」と言いました。京都府の担当者は、「ここ20年くらいそういう事例はありません」と答えますので、「じゃあ20数年前にはあったんですね」と聞きますと、「そうです」となりました。

ここで「今だってできるはずじゃないか」と思うのか、「20数年ないから、諦めるか」と思うかの違いだと思います。その後、いろいろ調べたら資料が集まってきて、その人が滞在していた旅館の名前がわかって、旅館の主人が被爆している記録が長崎にあって、それを入手でき、証人のないまま手帳の取得が認められたんです。

あの事件でも、まずケースワーカーがケース記録を見て、一つ一つの事例を大切にしている気持ちがあったこと、私が面白いと思ったことがきっかけなんです。好奇心を持たないといけないと思います。

4.「国際性」を持つこと

また、「国際性」を持つことは是非ともお考えいただきたいと思います。なぜそう思うかと言いますと、日本でやっていますと、周りにならされて、「こんなもんかな」と思ってしまうのです。

日本では、チマチマした考え方で凝り固まってしまいますけど、ドイツでは、生活保護裁判はザラだし、審査請求も何千件とあります。

その中で、ドイツでは、誰もが夏のバカンスになったら、1か月半くらい太陽を求めてイタリアなど行きます。生活保護を受けている人が「私もイタリアに行きたい。1か月半バカンスにいく費用を生活保護費で出してくれ」と申請を出した。福祉事務所のケースワーカーは、「1か月半の海外旅行はむりだから、せめて国内旅行にしてくれませんか」と折衝して「それなら認めます」と回答しました。そうすると、その保護を受けておられる方は、「それでは不服だ」と審査請求をし、訴訟までしています。ところが、日本では、自動車の保有をめぐって、ボンコツの自動車を持っていることでも生活保護を認められないとか、チマチマしたことをやっています。こういうことを議論していますと、どうしてもスケールが小さくなります。グローバル・スタンダードというのなら、ドイツ並にいかないとだめだと思いますね。我々が夏休みを3日くらいしかとれない状況では「そうもいかんかな」とも思いますが。

ケースワーク論にしても、ソーシャルワーカーの独立性の問題にしても、いずれも、是非とも国際性を身につけて、国際的な視野を持ってもらいたいです。今年の10月23日から、公的扶助研究会の全国セミナーが京都であるんですが、私は、前から外国のケースワークの事例を勉強したらどうかと提案していましたが、ドイツから講師を招い

て、ドイツのケースワークや生活保護の状況をドイツの学者にしゃべっていただくことになりました。ものの見方、発想の違いがありますので、大変参考になると思います。いずれにしても、もっとグローバルな視点が必要ではないかと思います。

5．砂場を持つ

最後に「砂場を持つ」ということ。どんな話が出るかと思っておられるかと思います。ハーバードビジネススクールの本にも、最後に「砂場を持ちなさい」と書いてあります。企業人は仕事ばかりやっていてはだめなのです。それぞれの人が気楽に集まれる場所があって、仕事に関係ないことを子どもが砂場で遊べるように、自分が自然にいろんなことができる場所がないと企業では創造的な仕事ができない。それは物理的な問題でもあるし、ヒューマンリレーション、人間関係の場所でもあると思うのですが。

日本のケースワーカー、ソーシャルワーカー、弁護士も含めて、あまりにもガツガツしすぎていませんか。熱心に仕事をやり過ぎていませんか。職場に余裕がないと創造性は出てきません。職場の中に砂場をつくって、そこで遊べることが大切です。固い話になると研究会、柔らかい話になるとサークル、愚痴の言い合い、お茶飲み会になるかもしれません。こういう学会かもしれません。自分のやっている仕事から離れて、自分のしたいことを自由に言える場所がないと、専門職はもたないと思うのです。それだけストレスは多いですから。

私もできるだけ砂場をつくるようにして、研究会に行ったり、趣味をやったりしています。ソーシャルワーカーに緊張を強いるだけでなく、砂場も大事です。いつも理想的ソーシャルワーカーで、聞く耳を持って、人の苦労を聞いて、我慢してやりなさいというだけではなく、たまには自分も解放することが大事だとアメリカのビジネススクールのテキストに書いてあるんですよ。「優秀な企業人は砂場を考えなさい」と。さすが一流のビジネスマンは違うなと思うのです。

6．21世紀は知的労働者の時代

経営の本をもう1つ紹介しておきましょう。ドラッカーが書いた本で、「ネクスト・ソサエティ」という本があります。その中で、今後の伸びる仕事は何かということが書かれています。ドラッカーによれば、間違いなく知的労働者であろうと言うことです。しかも、知的労働者にとって一番大事なことは、その人が所属している団体が、どの方向に行こうとしているかをまず知らないといけない、全体の流れの中で自分がどう動いていくかを考えないといけないということです。第2に、責任が与えられ、自己実現することが大切であると言っています。そして、第3に、継続学習の機会を持つこと、そして、その職種、専門分野が社会的に尊敬されるものでなければならないと言っています。つまり、社会的な評価が高いことで初めてやり甲斐が出てくる。単に、派手な動きをすることではなく、自分も汗をかかないといけないのですが、社会的に尊敬されるような専門分野でなければならない。

21世紀は、知的労働者の時代、ソーシャルワーカーの時代であると思いますので、我々も含めて尊敬される職種になるために、お互いに頑張っていきたいということで、話を終えたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

患者の生活課題およびソーシャルワーカーに対する病院職員の認知

富樫　八郎*
高田　玲子**
海津　加代子***
杉山　明伸****
平野　朋美*****

Key words：患者の生活課題，ソーシャルワーカー，病院職員・管理職の認知

Ⅰ　問題と目的

社会・経済・福祉・医療等の変化の下で，患者の生活課題は，多様化・複雑化を呈している。この生活課題の解決・緩和すなわち患者の社会生活機能を促進させるソーシャルワーカー（以下SWと略記）の役割は大きい。しかし，厚生労働省「平成11年，医療施設（静態・動態）調査・病院報告」の示すSWの配置状況は，一病院あたり0.84人（一般病院0.69人）である。このような医療機関における低率なSW配置の背後には，2つの要因が作用していることを仮説として本調査を実施した。その1つは，病院職員の患者の生活課題に対する認知・対処のあり方である。もう1つは，病院管理職のSWに対する認知のあり方である。病院職員（管理職）の患者の生活課題に対する表層的な認知や形式的・機械的な対処，SWに対する認知の低さや無理解などが存在すれば，SWの配置・定着は遅々としたものになる。

この2つの仮説の検証を試みるために本研究は，研究1と研究2から構成される。研究1では，患者の生活課題に対する病院職員の認知・対処を検討する。研究2では，病院管理職のSWに対する認知の傾向を検討する。

本研究に関する先行研究を概観してみると，武田・南（2000）の「医師・看護婦によるMSWの職務認知」[1]などがある。しかし，本研究で取りあげている病院職員の患者の生活課題に対する認知・対処および病院管理職のSW認知に関する研究の報告はみられていない。なお，本稿ではBartlett（1970）が述べた生活課題（life tasks）[2]の概念を援用し，生活課題を「多くの人びとが直面する共通の問題と生活状況」と定義する。

Ⅱ　研究1（調査研究）

1.　目的

患者の生活課題に対する病院職員の認知・対処のあり方は，SWの配置や定着に影響をあたえる。このことから本研究の目的は，患者の生活課題に対する病院職員の認知・対処を検討することにある。

2.　方法

1）調査対象

埼玉県内368病医院・病院職員（医師・看護婦・事務職・SW）

2）調査期間

平成11年11月1日から11月30日

3）質問紙の構成

(1) 質問紙の作成：内容的妥当性を確保するた

*Hachiro Togashi：沖縄大学
**Reiko Takada：埼玉県立大学
***Kayoko Kaizu：埼玉県総合リハビリテーションセンター
****Akinobu Sugiyama：石心会狭山病院
*****Tomomi Hirano：埼玉県立小児医療センター

めに，①SWの経験を有する研究者2名および現役のSW3名で，医療現場に生起する患者の生活課題を56項目挙げた。②埼玉県内の4病院のSWにプリテストを実施し，不適切な質問項目を除き31質問項目[3]を決定した。

(2) 質問項目：職種を問う項目1，病床数を問う項目1，患者の生活課題を問う項目29とした。

(3) 質問項目の評定法：患者の生活課題について問う項目（問3から問31）についての反応カテゴリーは「1. よく困ることがある」「2. 時々困ることがある」「3. あまり困ることはない」「4. 困ることはない」の4件法を用いた。

4) 手続き

(1) 郵送調査法で質問用紙を配布・回収

(2) 回収数189（回収率51%），有効回答数184

(3) 回答者の構成：医師50名（27%），看護婦40名（22%），事務職32名（17%），パラメディカル5名（3%），SW57名（31%）

5) 分析方法

主に，反応カテゴリー[4]の平均値から病院職員の患者の生活課題に対する認知・対処をみる。

3. 結果

1) 病院職員が対処困難と認知する患者の生活課題

29質問項目の中で，累積%（よく困ることがある%＋時々困ることがある%）が60%以上の項目は，次のとおりである。①家族の受け入れ拒否がある患者（89%），②不定愁訴や訴えの多い患者（82%），③身元引受人がいない患者（78%），④意欲がなく無気力な患者（77%），⑤退院を告げても，入院を延ばして欲しいと訴える患者（74%），⑥家の設備・環境が不十分で自宅に帰れない患者（73%），⑦帰るところがない患者（70%），⑧家庭での役割や生きがいがない患者（60%）。

2) 職種間の認知・対処の比較

患者の生活課題を問う29質問項目の中で，SW群と医師群・看護婦群・事務職群との間に平均値の差がみられた質問項目は，以下に示すとおりである。

(1) 退院問題への認知・対処の比較

①質問27「退院を告げても，入院を延ばして欲しいと訴える患者」については，医師群とSW群の平均値に差が認められる。医師群よりSW群の困り度合い（対処困難）が高い。

表1

職種	N	平均値	SD
医師群	50	2.42	.835
SW群	58	1.72	.744

②質問28「転院を拒む患者」についても，医師群とSW群の平均値に差が認められる。医師群よりSW群の困り度合い（対処困難）が高い。

表2

職種	N	平均値	SD
医師群	50	2.60	.700
SW群	58	2.09	.792

(2) 経済的問題への認知・対処の比較

①質問7「退院後の生活費がない患者」については，看護婦群とSW群の平均値に差が認められる。看護婦群よりSW群の困り度合い（対処困難）が高い。

表3

職種	N	平均値	SD
看護婦群	40	2.50	.847
SW群	58	2.06	.746

(3) 損害賠償問題への認知・対処の比較

①質問31「交通事故などで，相手方ともめている患者」については，事務職群とSW群

の平均値に差が認められる。事務職群は，SW群より困り度合い（対処困難）が高い。

表4

職種	N	平均値	SD
事務職群	32	2.59	.911
SW群	58	3.00	.772

(4) 不適応問題への認知・対処の比較

①質問12「機能障害が治ると信じて，障害受容ができない患者」については，医師群とSW群の平均値に差が認められる。医師群よりSW群の困り度合い（対処困難）が高い。

表5

職種	N	平均値	SD
医師群	50	2.68	.819
SW群	58	2.01	.635

4. 考察

1) 病院職員の対処困難ケース

親族がない・不適応を示す・家族の非協力・家屋構造不良・退院を拒むなどの患者は，すべての職種が対処に困難を感じている。これらの患者の援助には，一定の時間と専門的介入が必要となる。そのことが在院日数の短縮化の阻害要因や効率的な運営管理を阻害するために「対処困難ケース」となる。

2) 患者の生活課題への認知・対処の差

質問項目に対する反応カテゴリーの平均値の高さは，“あまり困らない・困らない”を意味する。この“あまり困らない・困らない”は，イコール確かな対処ができているということばかりではない。患者の生活課題に対する認知が表層的な場合，“あまり困らない・困らない”で対処も可能となる。またSWの“よく困ることがある・時々困ることがある”は，患者の生活課題を認知し，その解決の困難さを知るからと考察できる。

患者の生活課題に対する病院職員の表層的な認知や形式的・機械的な対処がなされるならば，SWの配置・定着は課題視されにくい。

Ⅲ　研究2（調査研究）

1. 目的

患者の生活課題の解決・緩和を援助するSWへの病院管理職の認知が表層的であれば，SWの配置・定着は不確実なものになる。このことから本研究の目的は，病院管理職のSW認知（SWの定義，機能，効果に対する認知）を検討するにある。

2. 方法

1) 調査対象

埼玉県内368病院（SW配置病院：129，SW未配置病院：239）の病院管理職

2) 調査期間

平成13年2月15日から2月28日

3) 質問紙の構成

(1) 質問紙の構成：内容的妥当性を確保するために，SWの経験を有する研究者2名および現役のSW3名で，7質問項目を挙げた。

(2) 質問項目：問1. 回答者「管理職の医師・看護婦・事務職」，問2. SWの定義「SWは患者の社会生活の再構成を援助する職種か」，問3. SWの教育的機能（情報提供・助言）「SWは医療・福祉制度・専門医療機関・施設等の情報提供ができる職種か」，問4. SWの臨床的機能（態度・行動変容）「SWは心理的・情緒的援助ができる職種か」，問5. SWの調整的機能（媒介・調停・代弁）「SWは医療スタッフや関係機関との連絡調整を進めることができる職種か」，問6. SW業務の経営的効果「SWは間接的ではあるが，経営効果に貢献できる職種か」，問7. SW業務の治療的効果「SWは間接的ではあるが，治療効果に貢献できる職種か」

なお，前記のSWがもつ3つの基本的機能については，小松（1995）[5]の区分を援用した。

(3) 質問項目の評定法：問2から問7に対する反応カテゴリーは「1. そう思う」「2. まあまあそう

思う」「3. あまりそう思わない」「4. そう思わない」の4件法を用いた。

4) 手続き

(1) 郵送調査法で質問紙を配布・回収

(2) 回収数161（回収率44%），有効回答数151

(3) サンプル数

調査の信頼性・制度を確保するためにサンプル（標本）調査法[6]により必要・最小サンプル数を割り出した。

表6

区分	配布数	最小標本数	有効回答
SW配置病院	129	55	75
SW未配置病院	239	69	76
N	368	124	151

5) 分析方法

(1) 病院管理職のSW認知を記述統計における平均値から検討する。

(2) SW配置病院および未配置病院の病院管理職・各職種別にSW認知を比較・検討する。

3. 結果

1) 病院管理職のSW認知

(1) 回答者・管理職区分

回答した病院管理職の職種・順位は，事務職，医師，看護婦であった。

表7

区分	SW配置	SW未配置	計	%
管理職・医師	29	27	56	37
管理職・看護婦	12	14	26	17
管理職・事務職	34	35	69	46
計	75	76	151	100

(2) SW配置・未配置病院の管理職のSW認知

病院管理職のSW認知を全体的にみると，SW未配置病院・管理職（医師，看護婦，事務職）に比べSW配置病院・管理職（医師，看護婦，事務職）によるSW認知は高い。

①SWの臨床的機能，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する認知がやや低い。

②特に（1）の傾向は，相対的にSW未配置病院管理職にみられる。

表8

区分	SW配置病院管理職	SW未配置病院管理職
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)
SWの定義（役割・機能）	1.36（.63）	1.37（.56）
SWの教育的機能	1.23（.51）	1.47（.72）
SWの臨床的機能	1.80（.75）	1.92（.84）
SWの調整的機能	1.28（.61）	1.47（.70）
SW業務の経営的効果	1.68（.72）	2.12（.85）
SW業務の治療的効果	1.76（.85）	2.04（.77）

n=151（SW配置75＋SW未配置76）

(3) 病院管理職（医師）のSW認知

①SWの臨床的機能，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する認知がやや低い。

②特に（1）の傾向は，相対的にSW未配置病院管理職（医師）にみられる。

表9

区分	SW配置	SW未配置
SWの定義(役割・機能)	1.34	1.48
SWの教育的機能	1.14	1.59
SWの臨床的機能	1.76	2.07
SWの調整的機能	1.31	1.52
SW業務の経営的効果	1.66	2.07
SW業務の治療的効果	1.69	1.93
	n=29	n=27

(4) 病院管理職（看護婦）のSW認知

①SW配置病医院管理職（看護婦）のSW定義，SWの臨床的機能，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する認知がやや低い。

②SW未配置病院管理職（看護婦）のSWの臨床的機能，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する認知がやや低い。

表10

区分	SW配置	SW未配置
SWの定義(役割・機能)	1.58	1.14
SWの教育的機能	1.33	1.36
SWの臨床的機能	2.00	1.86
SWの調整的機能	1.42	1.29
SW業務の経営的効果	1.75	2.21
SW業務の治療的効果	1.67	1.93
	n=12	n=14

(5) 病院管理職（事務職）のSW認知

①SWの臨床的機能，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する認知がやや低い。

②特に（1）の傾向は，相対的にSW未配置病院管理職（事務職）にみられる。

表11

区分	SW配置	SW未配置
SWの定義(役割・機能)	1.29	1.37
SWの教育的機能	1.26	1.43
SWの臨床的機能	1.76	1.83
SWの調整的機能	1.21	1.51
SW業務の経営的効果	1.68	2.11
SW業務の治療的効果	1.85	2.17
	n=34	n=35

2) 病院管理職のSWの臨床的機能についての認知

(1) 医療スタッフの中でのSWの臨床的機能

病院管理職のSW認知の中でも，SWの臨床的機能の認知は低い。29質問項目の中でSWの臨床的機能に関連する3質問項目についての病院管理職の認知は，次のとおりである。

なお，援助レベルの評定法は「1. よく対応できている」「2. まあまあ対応できている」「3. あまり対応できていない」「4. 対応できていない」の4件法を用いた。

(2)「意欲がなく無気力な患者」への職員の対処についての認知

①「意欲がなく無気力な患者」への援助中心者を看護婦においている。

②本来対応すべき職種は，医師・看護婦・SWの協働援助としている。

表12　主な援助者と援助レベル（SW配置病院）

主な援助者	実数(%)	援助レベル(平均値)	SD
医　師	16 (24.6%)	1.75	.45
看護婦	36 (55.4%)	1.97	.81
事務職	0 (　0%)		
S　W	13 (20.0%)	1.92	.86
N (%)	65 (100%)		

表13　本来対応すべき職種（SW配置病院）

	医師(%)	看護婦(%)	事務職(%)	SW(%)	N(%)
病院管理職の認知	25(38.5%)	21(32.3%)	0(　0%)	19(29.2%)	65(100%)

(3)「家庭での役割や生きがいがない患者」への職員の対処についての認知

①「家庭での役割や生きがいのない患者」への援助中心者をSWにおいている。

②本来対応すべき職種を，SWにおいている。

表14　主な援助者と援助レベル（SW配置病院）

主な援助者	実数(%)	援助レベル(平均値)	SD
医　師	10 (15.4%)	1.90	.57
看護婦	22 (33.8%)	2.45	.60
事務職	0 (　0%)		
S　W	33 (50.8%)	1.97	.68
N (%)	65 (100%)		

表15　本来対応すべき職種

	医師(%)	看護婦(%)	事務職(%)	SW(%)	N(%)
SW配置病院・管理職の認知	9(13.8%)	16(24.6%)	0(　0%)	40(61.5%)	65(100%)

(4)「機能障害が治ると信じて，障害受容ができない患者」への職員の対処についての認知

①「機能障害が治ると信じて，障害受容ができない患者」への援助中心者を医者においている。

②本来対応すべき職種を，医者においている。

表16　主な援助者と援助レベル（SW配置病院）

主な援助者	実数(%)	援助レベル(平均値)	SD
医　師	37 (56.9%)	1.95	.57
看護婦	16 (24.6%)	2.06	.44
事務職	0 (　0%)		
S　W	12 (18.5%)	1.75	.62
N (%)	65 (100%)		

表17　本来対応すべき職種（SW配置病院）

	医師(%)	看護婦(%)	事務職(%)	SW(%)	N(%)
SW配置病院・管理職の認知	42(64.6%)	10(15.4%)	0(　0%)	13(20.0%)	65(100%)

4.　考察

1）病院管理職のSW認識

第1に，多くの病院管理者は，SWの役割を患者・家族の社会生活機能の促進にあると捉えている。第2に，SWの教育的・臨床的・調整的機能の内，教育的・調整的機能に対する認知は高いが，臨床的機能に対する認知はやや低い。第3に，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する認知はやや低い。第4に，SWの未配置病院管理職と配置病院管理職とのSW認知の比較においては後者の認知が高い。

病院管理職のSW認知で注目されるのは，前述の結果（4），SW配置病院管理職（看護婦）のデータである。この看護婦・管理職のSW定義，SWの臨床的機能，SW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する「やや低い」認知は，いうまでもなく医療現場で機能しているSWに対する評価である。この評価は，専門職としてのあり方や業務の改善・開発の再考をもとめているデータとも考えられる。

2）SWの臨床的効果・業務効果

SWの臨床的機能と関連する障害受容の援助は，Grayson（1951）[7]が述べるところの身体的・心理的・社会的レベルでの援助が必要となる。身体的レベルの自己受容には，医学的情報が不可欠となる。そのために障害受容の援助の中心は，医師といった反応が現れたものと考える。しかし，前述のとおり患者の障害受容には，医学的情報の提供ばかりでなく心理的・社会的な援助も必要となるのである。

またSW業務の効果（経営的・治療的効果）に対する「やや低い」の認知は，SWが教育的・臨床的・調整的機能を充分に発揮できていない場合やSWが業務実績や業務の効果をデータ化で適切に提示できていない場合などに形成されるものと考える。

Ⅳ　総合考察

1.　患者の生活課題に対する病院職員の認知・対処

病院職員の患者の生活課題に対する認知が表層的・形式的・機械的な対処であれば，これらの課題の解決・緩和を担うSWの配置や定着に影響を及ぼす。研究1で「退院を告げても，入院を延ばして欲しいと訴える」「転院を拒む」「退院後の生活費がない」「機能障害が治ると信じて，障害受容ができない」患者に対する認知・対処は，SW群より医師・看護婦群が優位であった。しかし，この結果は，医師や看護婦に表層的な認知や形式的・機械的な対処があるという可能性も否定できない。

平成13年3月，医療法等の一部改正[8]により，病院は，急性期医療を中心とする「一般病床」と慢性期医療を中心とする「療養病床」に類型化された。同法の付帯決議には，在院日数の短縮化と社会的入院の是正がもりこまれた。このように日本型のDRGs－PPS（Diagnosis Related Groups－Prospective Payment System：診断群別定額支払い制）[9]医療の検討もすすめられている。そこでの医療は，身体的治療に対する高度化・専門分化および在院日数の短縮化などをもたらす。このスピード化の医療は，病院職員の視野の狭小化すなわち患者の生活課題に対する認知・対処を表層的あるいは形式的・機械的な傾向になりがちである。

2.　病院管理職のSW認知

SWの基本的機能（教育的・臨床的・調整的機能）やSW援助の効果（経営的・治療的効果）に対する病院管理職の高い認識がなければ，SWの配置・定着は不確かなものになる。研究2で，SWの臨床的機能および経営的・治療的効果に対する病院管理職の認知は，“まあまあそう思う”の反応であった。臨床的機能（行動・態度変容援助）や治療効果は，SWの固有の機能としてあるのではなく，医療スタッフの共通する機能であることから，このような反応をみたものと考える。経営効果については，SWの専門的介入が診療点数に反映されないことから，このような反応を示したものと考えられる。

このことについてNASW（1995）は「病院の管理者は，SWが患者の問題とニーズに焦点を合わせているのに対して，効率と経費削減に重点を置いている」[10]と病院管理職のSW認知の実態を報告している。これは何もアメリカに限ったことではない。わが国においても同様なことがいえる。

3.　日本型DRGs－PPS医療のもとでのSWの課題

Cabot（1919）は，1905年「SWのいちばん大切な仕事は，SWがいなければ見失われてしまう個人的欲求を発見し，またそれを満たすことである」[11]としてマサチューセッツ総合病院にSWを配置した。1982年，アメリカは，DRGs－PPS医療を導入したが，そのもとでの病院SWは「通常，目標達成までにたった5日から10日の余裕しかなく，そして毎日入院する患者の切れ目のない流れのために，しばしばフォローアップを行うことが不可能になっている」（NASW，1995）[12]とSWの援助実態を述べている。このようなことは，わが国の医療現場のSWも直面している問題である。

日本型DRGs－PPS医療のもとで，医療現場（急性期医療）のSWには，2つの検討課題が提示されている。その1つは，短期の介入期間の中で介入効果を上げることである。もう1つは，介入効果の事実をデータで示していくことである。

Ⅴ　結論

1.　本研究の結論

本研究の結論は，次のとおりである。

1）患者の生活課題に対する病院職員の認知・対処

患者の生活課題に対する病院職員（SWを除く）は，やや表層的・形式的・機械的と考えられる。この傾向は，DRG医療のもとでよりすすむものと考えられる。従って，よりSWの配置・定着が求められる。

2）病院管理職のSW認知

SWに対する病院管理職の認知は，SWの臨床的機能・SWの効果（経営的効果・治療的効果）においてやや低い。これらの問題は，SWの配置・定着に大きな影響をあたえる。

2.　本研究の提言

本稿では，患者の生活課題に対する病院職員の認知・対処および病院管理職のSW認知からSW

の配置・定着をみてきた。いわば客体の問題をみてきたわけである。しかし，SWの配置・定着は，客体としての病院職員・管理職と主体としてのSWとの相互作用のなかにある。これらのことから，次ぎのとおり，現任SWおよび大学・専門教育機関の課題を提言する。

1）現任SWの課題

病院管理職のSW認知を高め，配置・定着るためには，第1に，職能団体等の現任研修においてSW自らの教育的・臨床的・調整的機能のレベルを高めることである。第2に，SW配置・定着のための業務開発[13]を行っていくことである。それは，SWの業務実績，その業務分析から業務効果をデータ化し管理職に提示していくことなどである。第3に，フィールドインストラクターとして実習教育などに携わっていくことである。

2）大学・専門教育機関の課題

保健医療機関における多くの新人SWは，SWが持つべき基本的機能をほとんど持ち合わせることなく入職する。そして，フィールドで実践力を養うのに数年の時間を要している。このことの繰り返しが，保健医療機関におけるSWの配置・定着を不確かなものにしている。この現況から，大学・専門教育機関は，フィールドのSWとの連携のなかで，実践能力（compretence）の養成が課題となる。例えばコロンビア大学大学院（Columbia University School of Social Work）[14]では，Outreach（アウトリーチ）－Engagement（エンゲージメント）－Contracting（契約）－Assessment（事前評価）－Intervention（専門的介入）－Termination（終結）－Evaluation（事後評価）－それぞれの実践能力の形成に焦点があてられている。

謝辞

本稿の記述に際し，統計処理等でご助言・ご指導いただいた元筑波大学大学院教授・堀洋道先生に紙面をかりて感謝申し上げます。

注・文献

1）武田加代子・南彩子「医師・看護婦によるMSWの職務認知」『医療社会福祉研究』Vol.9, No.1, 2000, p.11-21.

2）H・M・バートレット著／小松源助訳『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房，1989, p.97-100.

3）31質問項目：問1. あなたの職種について，問2. 貴院の病床数は，問3. 経済的な問題のために入院を拒む患者，問4. 残された家族が心配で入院をしぶる患者，問5. 病名の告知や治療を受けるのが不安で入院できない患者，問6. 身元引受人がいない患者，問7. 退院後の生活費がない患者，問8. 退院準備（住宅改造・福祉機器等）の費用がない患者，問9. 差額ベッド代やレンタル料金等が払えない患者，問10. 病気になり借金やローンの返済ができない患者，問11. 生命保険・損害保険がスムースに出ない患者，問12. 治ると信じて障害受容ができない患者，問13. 人と関わりをもとうとしない患者，問14. 病気の理解が乏しい患者，問15. 意欲がなく無気力な患者，問16. 不定愁訴や訴えの多い患者，問17. 喫煙や消灯などの規則・指示を守らない患者，問18. 隣人の目を気にして，外泊を拒む患者，問19. 治療方針が納得できないと言う患者，問20. 家族の受入拒否がある患者，問21. 家の設備・環境が不十分で自宅に帰れない患者，問22. 帰るところがない患者（もともと住居がない），問23. 退院後の医療機関の確保ができない患者，問24. 家庭での役割や生きがいがない患者，問25. 復学・復職できるか不安を抱く患者，問26. 退院後の在宅医療に不安を抱く患者，問27. 退院を告げても，延ばして欲しいと訴える患者，問28. 転院を拒む患者，問29. 地域の保健・福祉の機関とどう連携したらよいか分からないような患者，問30. 訴訟や賠償問題をもつ患者，問31. 交通事故などで，相手方ともめている患者。

4）岩淵千明編著『データ処理と解析』福村出版，p.28, 1998.

5）小松源助「社会福祉」医学書院，p.177, 1997.

6）石村貞夫『すぐわかるSPSSによるアンケート調査の調査・集計・解析』東京書籍，p.12-14, 1997.

7）Grayson, G. *Concept of "acceptance" in*

physical rehabilitation, JAMA145：p.893-896, 1951.

8）厚生労働省医政局総務課「医療法等の一部を改正する法律の概要」社団法人全国社会保険協会連合会編『社会保険607』社団法人全国社会保険協会連合会，p.6-9, 2001.

9）手島陸久編集代表『退院計画』中央法規，p.12-28, 1996.

10）マーガレット・ジベルマン著／日本ソーシャルワーカー協会訳「病院ソーシャルワーク」『ソーシャルワーカーの役割と機能』相川書房，p.127-133, 1999.

11）R・c・キャボレット著／森野郁子訳『医療ソーシャルワーク』岩崎学術出版社，p.5-20, 1997.

12）マーガレット・ジベルマン，前掲書，p.127-133.

13）富樫八郎「業務の開発」（社）日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク原論』相川書房，p.103-122, 2001.

14）Kathryn Conroy著／渋沢田鶴子訳「Columbia University School of Social Work －Field Education Department－ Foundation Year 基礎学年」ルーテル学院大学主催「教員と現場実習スーパーバイザーのためのアメリカ研修（2001.3.19～27）」で配布された講義資料より。

Hospital Staffs' Understanding and Recognition of Patient Psychosocial Issues (Life tasks) and the Role of the Social Worker

Hachiro Togashi, Reiko Takada, Kayoko Kaizu, Akinobu Sugiyama, & Tomomi Hirano

The purpose of this study is to examine two questinos. ① What is the hospital staffs' (ie. Physicians, nurses, etc.) level of understanding regarding patients' psychosocial issues? ② What is the hospiatl administrators' understanding of the role of the social worker? The premise of this study is that the understanding and recognition of patient psychosocial issues and the role of the social worker by hospital personnel are important variables influencing the role employment and placement of social workers in hospitals.

The results of the study indicated that the hospital staffs' understanding and recognition of patient psychosocial issues was rather superficial. Secondly, the hospital administrators' understanding and recognition of the social worker's clinical function, contribution towards cost effectiveness and therapeutic effectiveness, was rated as rather low.

福祉相談機関におけるソーシャルワーカーの専門職性認知傾向の比較

南　　彩子*
武田　加代子*

Key words：ソーシャルワーク（social work），専門職性（professionality）

Ⅰ．はじめに

21世紀に入り、社会情勢がめまぐるしく変化し、社会福祉が対象とする問題もますます複雑化するなかで、利用者の抱える複雑な問題に対処でき、社会の要請に応えうる高度専門職性を有するソーシャルワーカーによる援助が求められている。

利用者の抱える複雑な問題に対処するためにソーシャルワーカーは、人間の尊厳や公正さや人権擁護などの価値観を根底に据え、倫理性を実践に反映させることのできる能力、現代社会に生起する多様な生活状況とその形成過程を正しく認識し、利用者と利用者を取り巻く状況のなかで起こっている、個別性を有するリアリティを精確に理解するための知識とアセスメント能力、さらに利用者と適切に関わり問題解決に向けて支援していく専門的技能などを身につけていなければならない。

わが国では、後発の専門職であるといわれているソーシャルワーカーという専門職集団の専門職性に関しては、古典的専門職といわれる医師や法律家や牧師などと比較して、完全専門職に向かう途上にあって、セミプロフェッションである（Etzioni.A.1969）[1]といった海外の論説もある。わが国においても、『新社会学辞典』（1993：901）によれば、専門社会事業という項目の解説として以下のように記載されている[2]。「専門社会事業は、医師や法律家などの発達した専門的事業と比較すると、未発達な専門職業であるといわれる・・・」と。しかし、ソーシャルワーカーという職種は、今も、未発達な専門職業なのであろうか。

米国では、ソーシャルワーカーの専門職性に関する研究が1915年以降進み、主として専門職の属性は何かを明らかにし、ソーシャルワークがどの程度専門職性を備えているかという議論がなされ、NASWによるソーシャルワークの基礎的定義が明示されるまでに、専門職性に関する研究が次々と発表され[3]、ソーシャルワーカーが専門職性を有することはもはや自明のこととなっている。

『新社会学辞典』（1993：901）の専門社会事業という項目においては、さらに次のように続けられている「わが国では、社会福祉事業の各分野で働く人々を専門職業従事者として社会的に認知させようとする組織的努力が行なわれてきて、1987年2つの結実をみた」と[4]。ここで言う2つの結実とは、一つは、総務庁統計局統計基準部監修『日本標準職業分類』において、専門的・技術的職業従事者のなかに社会福祉専門職従事者が位置づけられたことである。そして今ひとつは、1987年に「社会福祉士および介護福祉士法」が制定され、社会福祉士および介護福祉士が専門的職業従事者として法的に規定されたことである。ただし名称独占というかたちでの規定であったが、「社会福祉士および介護福祉士法」が制定されたことにより、当然のことながら社会福祉分野で働くソー

*Ayako Minami：天理大学
*Kayoko Takeda：天理大学

シャルワーカーには強い資格志向がみられるようになった。資格を有していることは一種のソーシャルワーカーとしての能力証明ではあるが、社会的評価を受けるためには、こうした外的条件だけではなく、ソーシャルワーカー自身の内的条件つまりクライエントの自己決定に向けての道筋で求められる専門的力量、社会福祉の価値を実現していくための高レベルの援助力、社会に向けての発言力などが必要である。しかもそれは、抽象的概念としての専門的力量や援助力ではなく、実践的レベルに置き換えられた具体的な専門的力量や援助力でなくてはならず、これらを磨くことは、ソーシャルワーカーの資質の向上にもつながる。

そこで我々は、高い専門職性をもつソーシャルワーカーの理念型を描くところから出発し、完全専門職への道を模索しつつ、個人的努力によって近づきうる部分と、社会的・外的条件の整備・充実によって近づきうる部分とを明らかにしていきたいと考えた。本研究を通じて行いたかったことは、前者の個人的努力によってソーシャルワーカーが専門職性を高めることである。我々は、2002年度から「日本学術振興会研究助成補助金」による助成を得て、全国の児童相談所・身体障害者更生相談所・知的障害者更生相談所・老人保健施設・在宅介護支援センターのソーシャルワーカーに対して調査を行った[5]。本論文においては、上記5つの福祉相談機関における専門職性認知の比較を行い、その認知の差を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．研究目的

本研究は、「Proficiency Inventoryの開発―ソーシャルワーカーの資質向上のために―」と題する科学研究の一部である。科学研究の最終目的は、ソーシャルワークの専門職性評価尺度の妥当性の検討を通して、これを完成させ、実用可能なものとすることである。本研究においては、ソーシャルワーカーの専門職性評価項目の妥当性の検討をこれまで行ってきた医療機関に加えて、広く福祉相談機関に対して行い、福祉相談機関間の専門職性認知傾向の比較を通して、それぞれの特性を明らかにすると共に、その差異に関しての理由を考察することを目的とする。

Ⅲ．研究方法

ソーシャルワークの専門職性評価項目の妥当性を問うための質問項目を50作成し、2002年10月7日～10月31日の間、全国児童相談所；173箇所、全国身体障害者更生相談所；70箇所、全国知的障害者更生相談所；74箇所、老人保健施設（全国県庁所在地）662箇所；在宅介護支援センター（全国県庁所在地）；1329箇所に対して、郵送調査を行い、調査結果を量的に分析して、認知傾向の比較を行った。郵送数2.300、有効回答数1.150、全体の属性は、男性631人（55%）女性517人（45%）、社会福祉士資格所持者457人（40%）、日本社会福祉士会所属者279人（24%）、日本ソーシャルワーカー協会所属者64人（6%）であった。

Ⅳ．結果と考察

1、5つの福祉相談機関別回答者の属性の比較

(1) 5つの相談機関の属性表

属性項目の中で、特に表1の網掛けで強調した部分に関して、高齢者関連の相談機関である在宅介護支援センター・老人保健施設（以下、高齢者関連機関と称す）との間、及び公的機関である児童相談所・身体障害者更生相談所・知的障害者更生相談所（以下、公的3相談機関と称す）との間には、回答者の属性において、非常によく似た傾向が見られた。以下、具体的に見ていきたい。

(2) 相談機関別男女の割合

表1から明らかなように、高齢者関連機関では、いずれも男性が約6割、公的3相談機関の方は、いずれも女性が約6割という全く逆の結果であった。さらに、高齢者関連機関平均と公的3相談機関平均というようにくくり、性別との関連を見てみたところ、回答者の傾向で見る限り、高齢者関連機関に男性が多く、公的3相談機関には女性が多く見られ、x^2 検定の結果、1%水準で有意であった（P=0.004）。

(3) 相談機関別年齢の比較

表1から明らかなように、高齢者関連機関では、

表1　5つの相談機関別属性比較

		在介	老健	児相	身更相	知更相	全体
サンプル数		516	305	244	52	39	1156
性別	男性	325（63%）	185（61%）	84（34%）	18（35%）	16（41%）	55%
	女性	191（37%）	120（39%）	160（66%）	33（63%）	23（59%）	45%
年齢	40歳未満	339（66%）	250（82%）	82（34%）	19（37%）	12（31%）	61%
	40歳以上	177（34%）	55（18%）	161（66%）	32（62%）	26（69%）	39%
職名	SWr	290（56%）	51（17%）	52（21%）	7（13%）	9（23%）	36%
	SWr以外	207（40%）	251（82%）	187（77%）	43（83%）	30（77%）	64%
経験年数	5年未満	281（54%）	201（66%）	138（57%）	29（56%）	19（49%）	57%
	5年以上	217（42%）	99（32%）	97（40%）	22（42%）	16（41%）	43%
日本社会福祉士会所属	有	153（30%）	78（26%）	36（15%）	5（10%）	5（13%）	25%
	無	363（70%）	227（74%）	208（85%）	47（90%）	34（87%）	75%
社会福祉士資格	有	242（47%）	149（49%）	53（22%）	7（13%）	4（10%）	40%
	無	274（53%）	156（51%）	191（78%）	45（87%）	35（90%）	60%

（在介＝在宅介護支援センター、老健＝老人保健施設、児相＝児童相談所、身更相＝身体障害者更生相談所、知更相＝知的障害者更生相談所：以下の図表においてもこのように略して用いている。）

40歳未満が約7～8割、公的3相談機関では、40歳以上の人々が約7割、という全く逆の結果であった。さらに、高齢者関連機関平均と公的3相談機関平均というようにくくり、40歳未満と40歳以上の人々との関連を見てみたところ、回答者の傾向で見る限り、高齢者関連機関に40歳未満の人々が多く、公的3相談機関には40歳以上の人々が多く見られ、x^2 検定の結果、1%水準で有意であった（P=0.0000）。

(4) 相談機関別専門職団体所属の比較

表1から明らかなように、高齢者関連機関では、日本社会福祉士会に所属している人が約3割、公的3相談機関では、日本社会福祉士会に所属していない人が約1割、という結果であった。さらに、高齢者関連機関平均と公的3相談機関平均というようにくくり、日本社会福祉士会に所属している人と、日本社会福祉士会に所属していない人との関連を見てみたところ、回答者の傾向で見る限り、高齢者関連機関の方が公的3相談機関よりも日本社会福祉士会に所属している人が多く、x^2 検定の結果、1%水準で有意であった（P=0.0086）。

(5) 相談機関別社会福祉士資格所持の有無の比較

表1から明らかなように、高齢者関連機関では、社会福祉士資格取得者が約5割を占め、公的3相談機関では、社会福祉士資格取得者が約1～2割という結果であった。さらに、高齢者関連機関平均と

公的3相談機関平均というようにくくり、社会福祉士資格を所持している人と、所持していない人との関連を見てみたところ、回答者の傾向で見る限り、高齢者関連機関の方が公的3相談機関よりも社会福祉士資格を所持している人が多く、x^2検定の結果、1%水準で有意であった（P=0.0000）。

以上、回答者の傾向から見る限りにおいて、このような結果がどうして現れたかということは、1つには、大きく分けて、高齢者関連機関と公的3相談機関とが、いつ設置されたかということと関連していると考えられる。公的3相談機関は「社会福祉士及び介護福祉士法」成立（1987年）のずっと前（児童相談所：1947年、身体障害者更生相談所：1949年、知的障害者更生相談所：1960年）に設置されている。それに比べて、高齢者関連機関が「社会福祉士及び介護福祉士法」（社会福祉士資格制度成立）前後（老人保健施設：1986年、在宅介護支援センター：1990年）に設置されている。公的3相談機関のソーシャルワーカーは、公務員であり、採用方法も一般行政職として採用された者が多く、勤務条件や待遇・身分的保障などの面で、女性にとって比較的継続しやすい条件が整っていたために、40歳以降の女性が多くなっていると考えられる。

一方、老人保健施設は、1986年老人保健法の改正によって創設され、1989年に策定されたゴールドプランのなかで設置が奨励された施設である。在宅介護支援センターは、1990年老人福祉法によって創設され、1994年新ゴールドプランのなかで設置が奨励されるとともに、2000年の介護保険施行に合わせてケアマネジャーを一定数確保する必要があって採用された人たちも含まれる。また時期を同じくして1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、社会福祉士資格制度が確立した。したがって、こうした高齢者関連相談機関では、社会福祉の専門性を前提とした採用方式をとっているところが多く、福祉系大学卒業後、社会福祉士資格を取得して採用された人たちは、資格制度が確立してからの卒業生つまり40歳未満の人に多く、男性の社会福祉領域への進出の結果、若い男性、しかも有資格で、専門職団体にも加入しているケースが多い、ということが考えられる。

2、5つの福祉相談機関における専門職性認知傾向

(1) 5つの福祉相談機関における専門職性認知の全体比較（かなり必要・必要と答えた人の割合）

図1は、ソーシャルワーカーの専門職性を示すと考えられる7領域50項目について、「かなり必要」から「ほとんど必要でない」までの5段階で聞き、5点から1点の得点を与え、「かなり必要」「必要」と認知している人だけを取り出してその割合をグラフ化したものである。

高齢者関連機関である在介と老健はほとんど差がなく、公的3相談機関について見てみると、身更相と知更相とでは、かなり認知の仕方に差があることが分かる。職務内容の差と専門職性認知との関連についての分析は、今後の課題とする。

(2) 相談機関別得点分布

ソーシャルワーカーの専門職性を示すと考えられる7領域50項目について、「かなり必要」から「ほとんど必要でない」までの5段階で聞き、5点から1点の得点を与え、50項目すべての機関別平均値・得点分布を示したのが図2である。知的障害者更生相談所の回答が、最も平均値が高く、かつ「かなり必要」「必要」と認知している人の割合も最も高かった。この図においても、在宅介護支援センターと老人保健施設は、ほとんど差が見られない。

(3) 有意差の見られた項目の機関間比較

次に、専門職性を示すと考えられる50項目[6]について、相談機関別の認知特性を比較するために、項目ごとに一元配置の分散分析を行ない、Scheffeの多重比較を適用して、機関間の得点を比較した。専門職性を示すと考えられる7領域を「使命感」「倫理性」「自律性」「知識・理論」「技術」「専門職団体との関係」「教育・自己研鑽」としたが、機関間比較において1%水準で有意差の見られた項目は、18項目あり、その項目は、以下に示す表2の通りである。

表2から分かるように、「使命感」に関するもの

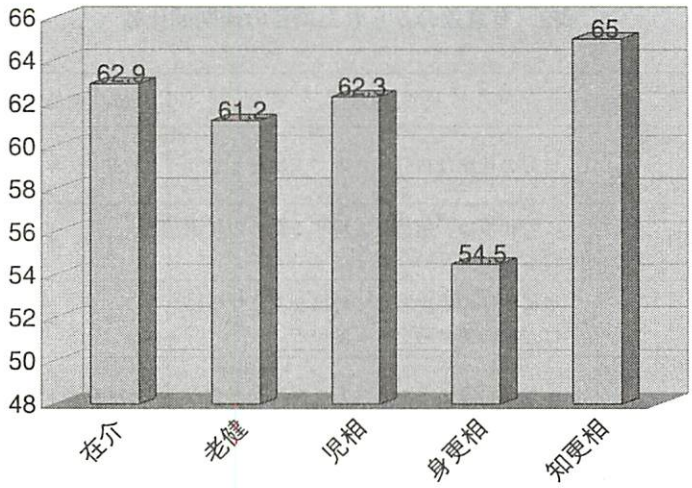

図1　5相談機関における専門職性認知の全体比較（「かなり必要」「必要」と答えた人の割合%）

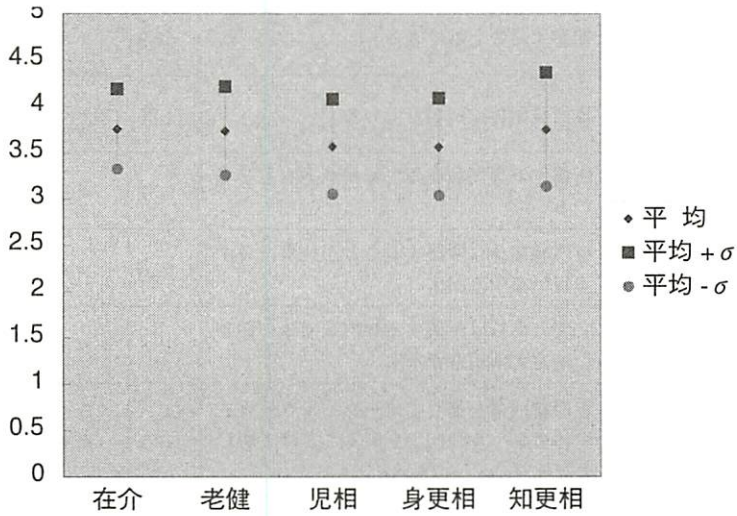

図2　相談機関別得点分布比較

4項目、「倫理性」に関するもの2項目、「自律性」に関するもの1項目、「知識・理論」「技術」に関するもの無し、「専門職団体との関係」に関するもの5項目、「教育・自己研鑽」に関するもの6項目、という結果であった。そして、ほとんどの項目が、在宅介護支援センターあるいは老人保健施設の方が、児童相談所よりも高いという結果であった。

特筆すべきことは、「使命感」に関しては8項目中4項目（50%）において高齢者関連機関の方が児童相談所よりも高く認知しており、「専門職団体との関係」に関しては6項目中5項目（83.3%）において高齢者関連機関の方が公的3相談機関よりも高く認知しており、「教育・自己研鑽」に関しては9項目中6項目（66.6%）において高齢者関連機関の方が児童相談所よりも高く認知しているという結果であった。

表2　有意差のみられた項目の機関間比較

領域	QNo.	内容	F値	有意水準	機関間比較
使命感	1	自分の仕事は自分にとって天職だと思う	13.6	＊＊	老・在＞児
使命感	15	この仕事は、価値を実現するための仕事だと認識している	3.73	＊＊	在＞児
使命感	29	単に生活の手段としてではなく、仕事には一種の使命感をもっている	5.24	＊＊	老＞児
使命感	46	後進の指導に当たることも大切だと思う	6.78	＊＊	老・在＞児
倫理性	30	倫理綱領は大事だと思っている	5.13	＊＊	老＞児
倫理性	37	ソーシャルワーカーには何故倫理が問われるのか、その理由を理解している	4.79	＊＊	在＞児
自律性	38	開業することもできる	10.9	＊＊	在＞児・老
専門職団体との関係	6	専門職団体に所属している	21	＊＊	老・在＞児、在＞身
専門職団体との関係	13	所属する専門職団体に帰属意識をもっている	6.57	＊＊	在＞身
専門職団体との関係	20	専門職団体に所属することが仕事に対する自信を生み出す	5.16	＊＊	在＞児
専門職団体との関係	27	必要とあらば所属する専門職団体の活動に協力する用意がある	13.8	＊＊	老・在＞児、在＞知
専門職団体との関係	34	専門職団体を通してソーシャルワーカー全体のレベルの向上を図ることは大切だと思う	14.7	＊＊	老・在＞児
教育・自己研鑽	7	仕事上必要な専門誌や専門書などを定期的に購読する	5.44	＊＊	在＞児
教育・自己研鑽	14	関連学会に所属する	10.4	＊＊	老・在＞児
教育・自己研鑽	21	学会や研究会などにできるだけ参加する	8.71	＊＊	老・在＞児
教育・自己研鑽	28	仕事に関連する最新の情報を入手するよう心がける	7.92	＊＊	老・在＞児
教育・自己研鑽	35	実践に基づいた論文を書く	9.45	＊＊	老・在＞児
教育・自己研鑽	50	不成功事例を次に生かす努力をする	6.26	＊＊	老＞児

（＊＊は、１％水準で有意）

V．結論

「ソーシャルワークにおける専門職性認知」と一口に言っても、その認知のされ方は、相談機関によって異なることが分かった。以前に医療機関のソーシャルワーカーに対しても同種の調査を試みたが、このときも、認知傾向が大きく異なっていた。

こうした、5機関の専門職性認知傾向の差違がどこから生じているのかということは、まず第1には先ほども述べたように設置年度との関係にあると思われる。次に社会福祉の専門性を前提にした採用であるかどうかということにも大きく関わってくると思われる。先にも述べたように、老人保健施設や在宅介護支援センターにおいては、「社会福祉士及び介護福祉士法」成立後、社会福祉士の資格を所持していることを、採用の条件としているところも多くなっている。ことに、新規採用のソーシャルワーカーの場合、大学で社会福祉を専門に学び、社会福祉士の国家試験を受けて、資格を所持して入職するケースが増加している。つまり法律が整備されたことによって、男女両性の職業進出が促進され、新しい機関に男性職員が採用される機会が増加し、ひいては、専門職性の確立に影響を与えていると考えられる。

一方、公的機関においては、社会福祉の専門職性に対する認知度が低いのか、公的相談機関の職員は、最初から社会福祉の専門職採用とは限らず、入職してから、研修や実践を通して専門職性を身につけていったものと思われる。また、公務員というポストの性格上、身分的に保障されており、ソーシャルワーカーであるという以前に公務員としてのアイデンティティが大きく、わざわざ社会福祉の専門職団体に加入して活動するといったことや社会福祉士の資格を所持するということが、それほど重要視されてはいないのであろう。そうした意味では、職能団体を通さずとも、職場内において教育・自己研鑽の機会が保障されているからであると考えられる。

他機関に比べて児童相談所において専門職性認知がきわだって低かったのは、取り扱う対象が、子どもや家庭に関する生活問題や福祉問題に限定されず、子どもや家庭を取り巻く広範な問題であり、医師や心理職の方に取り込まれやすいという点も関与しているだろう。また今後、公的相談機関の職員採用の方法が専門職採用になっていけば、もっと状況は変わってくると思われる。ソーシャルワーカーの職務が人間の命と生活に深く関わるものであることを考えると、採用時点から専門職性を強く要求しておかないと、社会福祉全体の専門職性向上につながっていかないと危惧される。

以上、専門職性認知傾向は、それぞれの機関が一次機関であるか二次機関であるか、設置年度、採用のされ方、入職動機、職務の内容、援助の対象とする人々の生活問題の有りよう等によって、差が出てくるものと思われる。しかし、たとえ働く場所は異なっても、ソーシャルワーカーとして、共通の専門的基盤の上にそれぞれの独自性を発揮し、機関の性質に縛られることなく、各相談機関が専門職性を強く出していかなければならないと思われる。今回導き出された微妙な相違点を踏まえながら、そうした相違を乗り越え、様々なソーシャルワーク機関を包含するような、ジェネリックな「ソーシャルワーク専門職性評価尺度」を、早急に確立させる必要があると考えている。

（本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金による助成を受けて行った『Proficiency Inventory の開発―ソーシャルワーカーの資質向上のために―』と題する研究成果の一部である。）

注

1）Etzioni.A(ed)： The semi－professions and their organization. The Free Press. 1969.
2）森岡清美編：新社会学辞典、有斐閣、1993.
3）森岡清美編：同上.
4）例えば、以下のような文献を参照されたい。
・Flexner, A.：Is social work a profession?：Proceedings of the National Conference of Charities and Correction, At the 42 annual Sessions. 1915.
・Carr－Saunders.A.M., Professions：Their Organization and Place in Society. Clarendon Press. 1928.
・Carr－Saunders.A.M., & Wilson.P.A.：The

Profession. Frank Cass & Co. 1931.
・Hollis.E.V., & Taylor.A.L.：Social Work Education in the United States. Columbia Univ. Press. 1951.
・Libermann.M.：Education as a Profession. Englewood.1956.
・Greenwood,E.："Attributes of a profession" Social Work, Vol.2－No.3 .1957.
・Millerson.G.：The Qualifying Associations：A Study in Professionalization. Routledge and Kegan Paul.1964
・Wilensky.H.L.：The Professionalization of Everyone?：The American Journal of Sociology.Vol.70.1964
・Vollmer.H.M.,and Mills.D.L.：Professionalization. Prentice－Hall,Inc.1966

5）調査全体の概要と調査結果については、第23回日本医療社会事業学会（2003年5月17日、於：東京・品川プリンスホテル）にて報告を行った。詳細は、武田加代子・南彩子（2004年1月刊行予定）「MSWと他機関ソーシャルワーカーの専門職性認知傾向の比較」『医療と福祉』第37巻第1号を参照のこと。

6）ここでは紙幅の都合で50項目の内容を示すことができなかったが、「使命感」に関するもの8項目、「倫理性」に関するもの6項目、「自律性」に関するもの6項目、「知識・理論」に関するものも6項目、「技術」に関するもの9項目、「専門職団体との関係」に関するもの6項目、「教育・自己研鑽」に関するもの9項目より構成している。

The Tendency of the Social Workers in Acknowledging Social Work Proficiency at Several Social Work Agencies

Ayako Minami, Kayoko Takeda

While social situations change at dizzing speeds these days, clients have come to call for highly skilled social workers. However, how does society identify the highly skilled social workers?

The purpose of our study is to create a social work proficiency inventory. We have hypothesized seven attributes that break down the 50 items of the social work proficiency and, in order to test the validity of these 50 items, conducted research of social workers at five social work agencies. As a result of the research, we discovered significant differences between nonpublic agencies that deal with problems of the elderly and public agencies that deal with problems of children and the handicapped.

Based upon a detailed analysis of the research, we have arrived at the conclusion that a generic social work proficiency inventory should be established as soon as possible.

［インタビュー］

ソーシャルワーカーの養成と教育

森野　郁子（聞き手：大阪府立看護大学　大谷　昭）

森野郁子先生のプロフィールとインタビューの趣旨

森野郁子先生は本文中にもあるようにジョージヤ州ラグレンジカレッジ、ミシガン大学大学院社会事業学部で学ばれた後、ミシガン大学病院精神科、大阪府精神衛生相談所、ミシガン大学小児精神病院、淀川キリスト教病院などでソーシャルワーカーとしての実践を積み重ねられました。

一方、多くのスーパービジョンやトレーニングのプログラムを通してソーシャルワーカー養成に関わられるとともに日本医療社会事業協会の副会長も務められました。

米国での教育と実践を通してソーシャルワーカーとしてスタートされ、その後日本での保健医療領域でのソーシャルワークに深く関わってこられた立場から、ソーシャルワーカーのあり方についてのお話をお聞きすることとした。なお、インタビューは2003年3月24日に行われました。

米国で受けたソーシャルワークの教育・訓練

大谷：日本でもソーシャルワークはかなり普及し、認知されつつあります。ただし、養成や質の面では多くの課題があります。そういう意味で、ソーシャルワークの専門職の養成や質の維持に関して、先生が経験されたアメリカでの教育や実践とその後の日本でのソーシャルワークの関わりから、今後のソーシャルワークの発展に必要なことについて先生のお考えをお伺いしたいと思います。

アメリカでいろいろな経験をされて日本に帰って来られた時に、日本のソーシャルワークに関して感じられたことから話を始めたいと思います。

森野：ソーシャルワークの教育というものの位置づけが、アメリカでははっきりとしています。それはいわゆるプロフェッショナル・スクールで、専門職であって、例えば医師、弁護士と同じです。だからスクール・オブというのはロー・スクールとかスクール・オブ・パブリック・ヘルスとか、専門職の教育をするということが、初めからもう謳われているわけです。アメリカの教育というのは専門職養成であるスクール・オブ・ソーシャルワークを認定する組織があるわけです。カウンシル・オブ・ソーシャルワーク・エデュケーション（Council of Social Work Education）というのがあって、日本もたぶんあると思うけれども、そこで7年に1回の審査があって、内容が不備であったら2年の間にそこを直されなければ、カウンシル・オブ・ソーシャルワーク・エデュケーションから認定されたスクールとされない。

ということは、そこの学校を出ても、いろいろな州のソーシャルワーカーとしてのライセンスの受験資格もなくなるわけです。学校そのものに対しての、一つの専門職としての縛りがあるわけです。日本の場合は、専門職団体としての専門教育というものを司るような団体はないわけです。学校連盟というのも、今はそういうものにはなってないですね。

大谷：専門職教育の質の基準を作って、それを達成しているか、してないかという判定を厳しくするということですね。もし達していない場合は、どうするのでしょう。

森野：猶予時間があって、その間に改まらなければもう認定されない。認定されなければ、そこを卒業してもいわゆる専門ソーシャルワーク教育を受けたという、専門職団体での認定は受けられないというわけです。そのようなものが、私がミシガン大学の大学院にいた1950年代半ばにはできて

いました。
大谷：それではミシガンでの頃の話を少しお伺いしたいのですけれども。先生はどのようなことでソーシャルワークの方に進まれたのでしょうか。
森野：日本で戦争の後で、YWCAにいて、副会長もしたことがあるのではないかという記憶があるあるのです。それに関連して、日本のキリスト教の団体でワークキャンプとかそんなのをいくつか行ったのです。

私の頭の中では、ソーシャルワーク＝グループワークみたいだった。それで勉強したいと思っていたら、いろいろとあってスカラーシップで行けることになったので、大学の3年からアメリカのジョージア州のラグレーンジ・カレッジへ行ったわけです。それでいわゆる社会科学、ソーシャルサイエンスとサイコロジーという、まあ小さい学校だから、そういうダブル専攻で行ったのです。
大谷：日本でYWCAの関係でグループワークに興味を持たれて、その時にもうソーシャルワークというのは、既にご存じだったのですか。
森野：アメリカへ行ってソーシャルワークを学びたいと思っていたのだから、知っていたのでしょうね、きっと（笑）。でも学びたいというけれども、ソーシャルワーク＝グループワークと思っていたと思うのです。それで向こうへ行って、ソーシャルワークのコースもあるし、大学院に入るまでにはソーシャルサイエンスのバックグラウンドとか、サイコロジーのバックグラウンドがないと、専門大学院には入れないと、わかっていたみたいです。

大学院に行かないとソーシャルワークというのはなかったのでね。そこはわかっていた。私のアドバイザーの先生が、ミシガンでソーシャルワークを学んだプロフェッサーだったのです。彼はでも、二股掛けて、神学とソーシャルワーク、ただし1年制だったと思うのです。昔の大学院は1年制があって、本当にしっかりしたものになったら2年制のプログラムになる。私たちの少し前にそうなったと思うのです。そういうバックグラウンドがあった先生でした。

その先生にソーシャルワークをやる、私はグループワークをやろうと思っていると言ったら、「やめておけ」と、「グループワークをしたら、他の人の英語をいっぺんに聞かないといけないから、ケースワークの1対1のほうがやりやすいのではないか」といわれた。「それならケースワークにしましょうか」ということになったのです。
大谷：その頃のアメリカの中でのソーシャルワークについて先生の書かれたものなんかを拝見したら、すごく競争率が高かったようですけれども、アメリカの社会の中でのソーシャルワークに対しての認知はどのようなものでしたか。
森野：いわゆる珍しいものではなくて、サービスとして当然あるものです。だから保健師さんは保健師として働くし、ソーシャルワーカーはソーシャルワーカーとして働くということです。普通の専門職です。ただし、我々の中でもよくジョークとしていっていたけれど、看護師は子供に「お母ちゃんは看護師や」と言ったら、まあ一つイメージが沸きますね。ソーシャルワーカーといったら、なかなか何をする人かと子供に説明しにくいなという話でした。誰かが「メイク・ピープル・ハッピー」っていったのだけど、子供には難しいなと言っていたですけれども。

その頃はミシガンのソーシャルワークはまだ、デトロイトだったのです。それで1年制の大学院をやっていて、それと同時にミシガンのメインキャンパスのあるアナーバーとの両方が大学院のキャンパスであって、それからメインキャンパスに吸収されたという感じです。だから私らは、大学の1年の実習はデトロイトだったのです。ミシガンの大学院が、ちょうどメインキャンパスに集約されたころです。集約されてすぐ後くらいかな、私が行ったのは。
大谷：最初の1年目はどんな科目がありましたか。
森野：何があったかな。ケースワークなら、ケースワーク1、2、3で、2年の2学期はケースワークセミナーがあるのです。いわゆる社会保障関係、あれが1年の時に前・後期ありました。それからいわゆる精神衛生のイントロダクションみたいなのがあって、2年の時は、いわゆるそのサイキアトリック・ソーシャルワークをやるのに必要な精神科の科目というか内容がありました。大学だからいろいろと専門家がいるでしょう、だから開業

していて大学でも教えている。本当に実践で精神分析をやっている。そういうのは授業に病院まで行くわけです。クラスは20人か30人くらいではなかったかな、1学年が。大体みんな必修です。選択はほんの少ししかないでしょう。むろんグループワークとか、コミュニティー・オーガニゼーションとかリサーチ、そういうものは必修。それからむろん、異常心理、社会心理、心理学が多いですね。

そうそう。私らがちょうど帰る頃には、七原則のバイスティックが論文を出した頃なのです。

大谷：当時は精神分析的なところにかなりウエイトがあったということを聞きますが、具体的にはどのようでしたか。

森野：ケースの分析なんかでもそうでしょう。いわゆるヒストリーというか、それをもとにしてその人がこういう生まれ方をして、こういう育てられ方をして、こういう反応をしてきたから、現在の問題に対してのリアクションもそれに基づいたものとして考え、援助を計画していく。そういう意味で、今の問題だけではなしに、その問題を起こした人の過去というものがすごくウエイトを持って検討されていたと思います。

我々がやっていたソーシャルワークというのは、治療オリエンテッドなものだったから今と少し違うのです。だから、精神分析的にクライエントを理解することに特に大きな問題は感じたことないです。だからといって、公的扶助とかそういうものもやっているし、いわゆるカウンセリング的な、治療的なものだけではなしに、実際にいわゆるファミリーサービス実習なんかをすると、やはり家計のマネジメントが悪いから困っているクライアントが来れば、それで対応するでしょう。別にその人の過去もあるだろうけども、現在大変困っている、どうすればいいか。だから、そのへんは特に問題を感じたとは覚えていないです。

大谷：日本では個人をとらえる共通の枠みたいなものが、非常にあいまいです。それが精神分析かどうかは別にして、何かもう少しはっきりしたものがあったほうがいいということになりますか。

森野：我々がいつも言っていたのは、別に精神分析でも何でもいいから、一つバックボーンを持っていて、それをもとにして、別にそれを振りかざさないで、まずその尺度で測って、それから他のものを活かしていく。エクレクティックと言われたりしているように、いわゆるその行動療法的なものとか、それからもう少し後になったら危機介入です。危機介入のスペシャルチームができましたのが、私が大学院の病院で働きだして、5年間いたうちの最後の1年半くらいです。

普通の問題のある子供が、学校を追われどこかから回されてきた、そしたらソーシャルワーカーが親に会って、サイコロジストや子どもをテストして、精神科の医者が子供に会ってカンファレンスをして、どういうふうに扱っていくかということを決めてやっていました。そうして治療して何ヵ月にもなったら、待つことばっかりで、この人はトリートメントが必要だけれどもトリートメントの順番が回って来た頃には、問題が深刻化されたり、大変なことになる。それならもう、危機介入で、ショートタイムセラピーという言葉を使ったかな。そういうのはスクリーニングの時に3ヵ月と決めて、3×4で12回です。それでやれることのターゲットを決めてやって、3ヵ月で終わりという形でやる。だから、長くやるほど効果が出る、出ないは別にして、アプローチを早くすることによって、長く待って悪くなることはない。

長い間待って2年も治療をしたら、いろいろともっと変わるかもしれないけれども、時間的にもったいないし、実際にできないです。といっても、ロングタイムセラピーがなくなったわけではないです。特に大学病院だからレジデントの教育をしないといけないから、そういうのを持ってもらわないといけないし、ショートタイムも持ってもらわないといけないからということだったのです。でも、一応やはり長いのをある程度、きちんと経験してからでないと。ショートタイムのセラピーをする人は、ある程度経験がないと初めからそこはできないです。やはりある程度のバックグラウンドがあって、選別できるということがいわれていたと思うのです。

大谷：大学での講義と実習というのは具体的には。

森野：実習は、私たちの頃は3日丸々だったので

す。今はもう2日でしょう。

病院だったら朝8時です。エージェンシーだったら9時から5時まで、週3日です。だから、月・火と学校へ行って、水・木・金と実習に行っていたわけです。

私が行ったのは、初めの時はミシガンのデトロイトの近くのミシガン・エイジ・ソサエティといって子供のための私立のエージェンシーです。何をしたかというと、セラピーもするし、子供がチャイルドウェルフェアの世話になるとかから親が非常に問題があるとか、未婚の母、それから子供が欲しい人、アダプションもしていた、子供を欲しい人が申し込む。母親はどんなバックグラウンドか、父親がどんなバックグラウンドか、本当に両方とも育てる気がないのかどうか。今度は受け入れ家庭のほうのお父さん、お母さんがどんな人なのか。この子供だったらこの家庭でうまくいく可能性が高いかどうかなど、難しいです。ずっと後には、そういうことはジャッジできないというふうになったみたいです。

大谷：実習に行った最初からケースは、持たせてもらえるわけですか。

森野：そうですね。私の場合はそれが1つのセメスターで、次のセメスターはファミリーサービスで、夏の間バイトで働かせてもらったと思うけど。2年目は大学のサイコロジカル・クリニックです。心理の中の大学院生とか博士課程の人とかが主で、私はソーシャルワークをしていたのです。それで、ファミリーサービスだからそれこそファミリーサービスで、個人的な問題もあるし、夫婦の問題もあるし、お金の問題もあるし、聴力障害者の両親に子供ができたんですが、そうしたら、話かけられないからテレビを、そのころはテレビはぜいたく品でお金もないから、ファンドをどこかから探してきて与えて、子供とテレビだけではいけないですから、それを何とか子供の成長に活用できるようにして、逆に親が子供とコミュニケートできないということで、寂しい思いというか嫌な思いをしないようにケアをするとか、いろんなことをしました。

実習に最初に行くときにまずあいさつして。そうしたら「あなたはここでは実習生として働くけれども、こういうことは全部守らないといけない」と、いわゆるスタッフとして守らないといけないといわれます。ケースは、スーパーバイザーがまずこのケースと思うのをくれて、それこそ記録を書きまくって、スーパービジョンを受けます。初めは1～2ケースしかくれないのではないかな。それで増えていくのです。増えていったりクローズされたりしていくのです。

大谷：どのようなケースを担当するのですか。

森野：インテークしたものです。日本のインテークと違って、外国のインテークといったらインテークワーカーといって一番偉い人です。インテークしたものをスーパーバイザーが選んで、「これはこういうケースなのだ」と。まずアポイントをしなさいということ。そこから始めるわけです。そうしたら、まずこういうケースはどうアプローチするかといって概略を、こういうことはしないといけないとか、してはいけないとか、それほど細かいことではないですが説明をされます。大体アメリカだったら、大学院の学生でそこへ来ているということは、その人はそれだけのものを持っているという評価で始まるでしょう。高校生でもないし大学生でもないし、院生のそれだけのものを持った者として扱われるから、それほど細かいことより常識的なことです。

それでやって、スーパービジョンを受けて、そこでやり方についてのいろいろな指示とか、逆に次のプランとかやります。だから1年目の第1学期は本当に詳しくみてもらえます。ご存じのように大学院の学生をスーパービジョンするエージェンシーというのは、一つの箔がついているわけです。業界のジャーナルの広告を見ても、「当エージェンシーは給料は云々、レベルは云々、どんな雰囲気でとか何とか」と書いてあって「何大学の学生を引き受けています」ということが書いてあるのです。それが一つのステータスだし、スーパーバイザーは、ミシガン大学ならミシガン大学の大学院のスーパーバイザーのためのミーティングを、年に2回くらいやっているのではないかな。新しくスーパーバイザーとして登録できる人は、スーパービジョンのコースを、無料で大学院で受けられるのです。むろん、大学の先生が1学期に1回は

最低やって来て、ケースを全部一応積んでおいて、どれを見るかはスーパーバイザーと大学のリエゾンパースンとの間で決めるのでしょうけれども、一応全部のケースを積んでおくのです。それでそこからいろいろと見て、それでいろいろと話し合って、大学のほうはどんなプログレスをしているか、していないかをつかむのです。

スーパービジョンのあり方

我々の1年あとの女の子が1人、すごく頭のいい学生だったけれども「あなたは臨床には向いていない」ということで、1学期で「辞めなさい」と言われました。その人は後に社会学の博士を取ったのですが、そのようにきちんと切ってくれるのです。

大谷：臨床に向かなかっただけで、人間性や人格を否定されたわけではないことと区別されるが、そこが日本だと人間として、人格としての否定につながりかねないというお話をお聞きしたように覚えていますが。

森野：日本の場合はよく、評価ということに対してネガティブなイメージがあるのです。学生にもいつも言うけれども、評価というものはネガティブなものではない。日本は、わりと言われたらもう本人全部がだめだというように取るでしょう。だからディスカッションなんかをさせても、相手を傷つけたらいけないからと言いたいことが言えないのです。

それで、私たちの時は、入学の時に面接があったわけです。成績だけではなくて面接があって、例えば私はジョージアにいたから、ミシガンまでわざわざ来なくてもジョージアにあるスクール・オブ・ソーシャルワークの先生と面接して、そのレポートを送ることができた。私はたまたまミシガンに友達がいたからバケーションで行って、ミシガンでインタビューを受けたのです。その先生は、何十年か知らないけども前に会った時に「あんなのをしたけれども、この頃はインタビューはそれほどリライアブルでないからもうしないのだよ」とおっしゃっていた。

大谷：具体的にスーパービジョンはどういうかたちでされたのですか。

森野：担当したケースを、自分がここは問題ではないかとか、このようなやり方でよかったのだろうかとか、そういうようなコメントを必ず書いて、スーパーバイザーに見せる。スーパーバイザーはそれを読んで、スーパービジョンの場でそれも含めて意見を述べてくれるわけです。だから、スーパーバイザーも大変です。それはケースのやり方だけではなくて、何をして何をしなかった、何を言った言わなかっただけではなくて、「あなたはどう感じて、それからクライアントはどう感じていただろうか」という辺りがすごく大事なポイントですね。

それからこんな本を読んだらいいとか、こんな論文があるとか。それから誰々さんのケースに似たのがあるから、もう少しそういうのを勉強してみたらいいとか。そういうことがあって、いわゆるエージェンシーの中での秘密保持というのは守られているけれども、他の人のケースも、むろんワーカーの承諾をスーパーバイザーが得てですけれども、参考にするとかです。だからスーパーバイザーと自分だけではなく、もう少しほかの人の支援ももらえるということはあると思うのです。

2年目はミシガン大学の心理クリニックだったから、子供はサイコロジストがみて、私たちは親をみる。そこはお金を取っていたのです。私の患者さんは10ドルくらいだったです。学校の子供の問題なんかは、学校へ訪問したり、そんなのは実習生とスーパーバイザーが一緒に行ってくれます。

そういうかたちで、それこそ一方的に教えるというのではなくて、やはりそれぞれの人がどう感じて、どう考えているかということに合わせながら育てていくというのは、エデュケイト、引き出していくわけです。

大谷：姿勢、態度、人間の見方については影響を受けることが多いのでしょうね。

森野：やはりスーパーバイザーのやり方とか、気の配り方などは見習うというとおかしいけれども、残っていると思います。一番初めの実習の時に、ミシガン・チルドレンズ・ソサエティというところは、大学を出た人で、ソーシャルワークのトレーニングを正式に受けていない人もスタッフ

にいたのです。スーパーバイザーがやったインタビューを、彼女と私が横で聞かせてもらって、後で各々レポートを書けといって書かされたわけです。もう一人の人は実践を積んでいるから実践的な目があって、私は勉強のほうから入ったような見方をしているという、結果的にそれが証明されたというか、おもしろいことをさせられたことがあります。何のケースか全然覚えていないですけれども。彼女としては、「それぞれのいい点があるよ」といってくれたのだろうと思います。

大谷：それで、大学院の時のいろいろな授業とか実習などを通して、今から考えて一番これが本当に大事だったと思うのはどういうところですか。

森野：各々自分の持ったケースを、ケースカンファレンスみたいなのを授業でするわけです。それをプレゼンテーションしたら、むろんそれはエージェンシーで扱っているケースだから許可を受けています。大学の先生のコメント、周りの友達のコメント、広い面からのアプローチができる。実習でやったことだけではなくて、そのケースをケースカンファレンスに出すケースとしての書き方というか、ケースは変わらないけれども、見方も少し緊張するというか少し違うでしょう。それもよかったのではないかと思います。

2年間スーパービジョンを経てやっているうちに学ぶものは多かったですね。スーパービジョンでは、自分の気持ち、クライアントの気持ち、スーパーバイザーの気持ちが入り乱れています。それはもうスーパービジョンの後も「こんちくしょう」と思うこともあるかもしれないけれども、それを私が「こんちくしょう」ではなく、私がいまから上にいく、ベターになるための「こんちくしょう」と受け取れるような人間関係でなかったらだめです。ワーカーを育ててあげるというか、育てるという意気込みが必要ではないかな。「時間ももうないし、私忙しいのに見てやらないといけない」というのではなくて、それを通してワーカーが少しでも一人前になっていくのが楽しみであるというような感じの捉え方でないと。

専門家が実習を引き受けるのは当たり前のことではないでしょうかね。大学が実習生を出すということは、引き受けた機関にとっても実習生というお荷物だけではなく、大学からのいろいろな情報も実習生を通じていろいろと得られるし、双方にとって利益があるのではないでしょうか。片一方が押しつけているのではなくて、引き受けて得るものがある。だって、日本の実習といったら「お願いします」と言って、ひどいところでは「紙に自分の行きたいところを書いて持って行け」という、今は知らないけれども昔はありました。

大谷：今でも大学で教えられていることと、実習に行ったら全然異なることが多いということもよく聞きます。

森野：それはあるでしょうね。だいたい50人も100人もいたらフォローアップできませんよ。だから、プロフェッサーが持っているエージェンシーは30人で、倍でも60人です。15〜16人いたら全部実習に来るかどうかにしても、1人でエージェンシー5〜6人持って1セメスターに1回、問題があれば別だけれども、十分こなせるはずです。

ソーシャルワーカーとしての実践

大谷：そういう教育を受けられて、先生はソーシャルワーカーとして働かれたのは、具体的にはどこになられるのですか。

森野：日本へ初めに帰ってきた時は、大阪府精神衛生相談所。アメリカは、大学院を出て日本へ帰ってきて大阪府精神衛生相談所にいて、それからアメリカへ行って今度はミシガン大学の小児精神病院にいて。

大谷：大阪の精神衛生相談所では主にどのようなお仕事を？

森野：精神衛生相談。統合失調症の人とか、そうでなくてもいわゆる夫婦の問題だとか、カウンセリング的なもの。ソーシャルワークのリソースとかそういうものではなくて、ほとんどは治療できたものです。それと、冊子も出さないといけないし、いろいろな講習会があれば行かないといけなかったし、いろいろやりました。

ミシガン大学の小児精神病院では親、チームの中で親が対象です。子供も最後のほうは経験のために、2〜3人ばかり担当しました。大学病院だから、全部サンプルを集める。だから三つフロアがあって、小さい子、幼児と、アドレッセンスは別

にあって、うちは小さい子だから4～5歳から7～8歳くらいかな。それが子供で、それは鍵のかかったもので。その上の年齢で、アドレッセンスって何歳からかな。

思春期病棟は別にあったのです。12～13歳くらいかな。一つはクローズドで一つはオープン。そこでは、レクリエーションセラピーとかオキュペーションセラピーとか、学校とか。

病気はいわゆるビヘイビアディソーダもあるし、キャラクターリスティクみたいなのが多いです。暴力を振るったり。

そうそう。自閉症の子も何人もどうなっていくかを見るためにいました。大学病院だから。研究と臨床とだから。私は4人かな。女の子。その一人の親を持っていたのだのです。そこでの約束は、うちの病院に入院するなら親は週に一回はソーシャルワーカーの面接を受けに来なければいけない。子供はこちらで預かります。必要に応じて週末に帰ったり、学校の先生とも連絡をして、学校の教育はこちらの先生と一緒に連絡をして学校へもう一度行って・・・。

大谷：結局、親に対しての面接の目的というのは何ですか。

森野：親との面接の目的は、子供がよくなったら帰っていくことが目的なのだけれども、精神分析的ですから、バックグラウンドとか、どのようになってどのような問題があったということも、まず聞かないといけない。それから、子供がどういう状態であるとか、娘に対して親がどのような反応をするとかしないとか。ウィークエンドに帰ったらどうだったかとかも聞かないといけないし。親との人間関係を修復に向けていく。それで家に帰る子は3分の1くらいかな。うちを卒業して州立の精神病院に行くとか。

大谷：この時の仕事で、例えばそれぞれの人が力を向上させていくとか、質をある程度維持するというようなことで、ソーシャルワークのセクションでやられていたことは何かあるのですか。

森野：教育病院だから、むろんスーパービジョンは初めの頃に何年か受けました。

3年か4年は受けたのではないでしょうか。あとはむろんいわゆるコンサルテーションですね。全体のケースカンファレンスもあります。

病院全体で50～60人はソーシャルワーカーがいたかな。うちで10人少しだったから。成人の精神科でしょう、それから病院と。何かもう膨大な組織です。そこがみんなそれぞれ実習生を抱えています。うちは、実習生は2人だったかな。うちに実習生が来ている時に、その実習生のリエゾンのプロフェッサーが来た時に、私もよく知っているから「ああ、こうして見ているんだな」と見ていたわけです。自分が実習に行った時は、こうして見ていることは全然知らなかったです。

大谷：例えば医師とか看護師が、ソーシャルワーカーに対して要求しているものというのは何でしょう。

森野：やはり社会的なこととか、家族のあれですね。お金は関係ないから、お金はちゃんと事務の担当がいて。やはり家族、家へ帰る、それからコミュニティへ帰るための援助でした。また大学病院だから、何年かしたら、学会発表をしないといけませんね。大変です。それと、ミーティングに参加するとか、関連の学会に行くとか、それは当然ということです。それからワークショップなどがあります。有名な先生方が来たときに、お休みをもらって。ミシガン大学といったら中心的な所だから、いろいろな所にわりと行きやすかった。オハイオへ行ったり、デトロイトへ行ったり、ゴードン・ハミルトンも聞きに行ったし。

大谷：特にその頃に、先生が関心をもっておられたテーマとかはあったのですか。学会発表しなければいけないのだったら。

森野：結局やったのは、閉鎖的なコミュニティから来た、北の端から来た男の子のリ・アジャストメントのためのホームビジット。泊まりがけで行きましたよ。まあいえば、親が来てしゃべっているのと、実際に行って見たのとの差というか違い。病院で治療して放っておいても、よくなって帰ってもまた帰って来たら困るということで、リ・アジャストメントの社会環境に対しての働きかけを、別にソーシャルワーカーだけでやってもしょうがないですから、一緒に。

大谷：アメリカでのお仕事で、今から振り返って一番学ばれたこととかいうのは、一番印象に残っ

ていることというのは。
森野：一番印象に残っていることは、やはり患者に対して1年とか2年というスパンで関わっていける環境。日本では難しいですね。
それで評価に対して、何とかそれをきちんとしたかたちで見えるようにするにはどうすればいいか、というのがいわれ出した頃です。でも統計なんかはきちんとやっていましたけれども。
大谷：それで、日本に帰ってこられて、淀川キリスト教病院ですね。
森野：あの時は私は、淀川キリスト教病院と大阪逓信病院へ行っていました。その頃は逓信第3内科と言っていました。淀川キリスト教病院で、時間給360円でびっくりしたりして。私は淀川キリスト教病院へ初めに行ったのは、精神科の先生がおられないで週1回か何かやってということで行ったのです。私はパートで2日かそこら行っていたのではないでしょうか。だからソーシャルワークということもあったけれども、精神科がなかったというのも呼ばれた理由だったと思います。
汚い建物で進駐軍から払い下げの木造だった。おもしろいのです。何を覚えているといったら、福祉事務所に「この人1900何年」と言ったら。「え、外人ですか」って言われた。あの頃、昭和何年と言わないで、生年月日の時にうちは両方書いているでしょう。だから1900何年と言ったら「え、その人外人ですか」と言われたのを覚えている。
大谷：淀川キリスト教病院ではまずどんなことをされたのでしょうか。
森野：ドクターにソーシャルワーカーとは何をする人かということをわかってもらう。例えば産婦人科なら、特に前からいろいろなクラスを一緒にしていたからわかっておられるけれども、あまり関係のない外科とか内科とか、小児科は一番関係がありますね。だけど内科とかは、まだまだだから、回診に全部ついていたりしていて、あとのカンファレンスにも出たりして、だんだんソーシャルワーカーの働く場所がこういうものだとわかってもらったことではないでしょうか。
それからあれもしました。ソーシャルワークはこんなことをしていますという、大きな写真にして何かの時にPRしたりして。わりと福祉事務所とか連絡があったし、福祉事務所との勉強会みたいなのもしていたみたいです。内部で看護婦さんに対してのクラス、実際のケースを通してソーシャルワーカーはこんなことをしていると話したり。こういう仕事をやっていますというのを、実践を通してみんなにわかってもらうのと同時に、ほかの意味でもPRをして存在をわかってもらう。
大谷：先生は大阪医療社会事業協会なんかで随分グループスーパービジョンや研修を行われましたが、一番強調されたのはどういうところでしたか。
森野：ギブアップしないことじゃないかな。あの頃はよく3年目にたくさん辞めていったではないですか。結局「あなただけと違う、みんな大変なのだ」とシェアリングして、「みんなも困っているのだし、あなただけではないから」と。それで過去に大変だったといって辞めなくてよかった人もいるじゃないかということではなかったでしょうか。

ソーシャルワーカーに伝えたいこと

大谷：そういうことと、先生が向こうでいろいろと経験されたことのギャップは。
森野：それは初めから比較できないと思っているから。でも、アメリカでよく言われたのは、「日本人とアメリカ人とはずいぶん考え方が違うだろうに、日本に帰ってどれくらい役に立つか」と言われたことがあります。私は、人間というものは、困難とか悩みというのは共通だから、それのアプローチの仕方は少し変わるかもしれないけども、それを目標として援助していくということには変わりないのではないかということをいってきました。それは、アメリカで教育を受けてきたことを振りかざしてはいけないけど、受けたものが日本で役立つと思ってやってきたのです。
そのために日本協会とかいろいろなところがサポートしてあげないといけませんね。大阪協会はずいぶんそれをやってきているのではないかなと思うけれども。一番たくさんスーパービジョンのをやったのは私だっていっていましたね。私は「へえー」と言って感心していたんですけれども。

ずいぶん前の話だけどね。私は全然そんな意識はしていなかったけれども。わりと経験のあるワーカーとでやってハンドブックみたいなのを作りましたでしょう。内容的には、1年目の人が2年目までかな、どうするべきだということとかあったでしょう。実際的なものとして。

大事なことは、限界を知らないといけないと思うのです。できることとできないことを知って、できないことをできるようになれるものかなれないものか、それがいいのかどうかという判断もです。ソーシャルワーカーがお医者さんの代わりをしてもしょうがないですから。それがすごく大事ではないかと思います。できることと、できないこと。できないことはするほうがいいのか、これは私たちの仕事の範疇ではないということをしなかったら、病院から追い出されると思わないと。いわばプロフェッショナルとして「これは私の守るべき砦（とりで）である」というものを、みんなできちんと持っていかないと、その時その時に「あっち向け」と言われたからこっち向いてしていっていたのでは・・・。基盤がどこにあるかということが大事なのではないだろうかと思います。

大谷：最後に、先ほどの繰り返しになりますけれども、今の日本でのソーシャルワークの現状の中で、特に実践家の養成とかそういう意味で先生が特におっしゃりたいことと、それと先ほどもちょっと言われましたけれども、アメリカで学ばれたこととかアメリカでの考え方・方法論で、日本で活かせるものと活かせない、少し関係のないものというのはどういうところになるのかというあたりは・・・。

森野：先ほども言っていたように、評価とか、人格を否定されるとか、そういうものが残っているカルチャーだということを知って、それにアプローチしながらやり方を変えることを教えていく、そういう意味ではないかと思います。内容そのものではなくて、アプローチの仕方をどういうふうに持っていくかということが大事ではないでしょうか。

大谷：そうすると、先ほどの繰り返しになりますが、向こうの人にとっての評価というのは、一体どういうものなのですか。

森野：評価というのはバッド・アンド・グッド両方。バッドとグッドの両方ですね。ソーシャルワーカーたるものは、そのグッドのほうをできるだけ強調していく。「へま」していても、その人が一生懸命やっているそのものを評価してあげる。やっていることそのものを、「もう少し変えてこうしたらいいのではないか」というふうにいってあげたら、その人も聞く耳を少しは持つかもしれない。やはり子供を育てるのと一緒で、いい面をまず、どこかにあるはずだからスーパーバイザーたるものそれを探す。それで改良するような点も付け加えていく。

やはりそれで、人間が好きでないといけませんね。仕事なのだけど、仕事としてやるのではなくて、自分がそれをやりたいからやらないとだめです。どういえばいいかな。与えられた仕事だからということもあるけれども、1人でも少しでもより良い状態になってくれたら、その人が。河合隼雄さんが昔いわれたのは、自分がスーパービジョンを受けている時に、スイスでスーパーバイザーに、「こんな人と1日中付き合っていたら、自分は何をしているのかと思う」というようなことを言った時に、スーパーバイザーに「あなたは1人の人にそれだけ力になれるというのは、それほどすばらしいことはないか」といわれたのです。だから、それをすばらしいと思うか、「こんなことをしていていいのか」と思うか、その差ではないかと思うのです。やはり何かをやっているから、そこから何かが生まれてくると思わないとあほらしくてやっていけないのではないですか。そうしたら、変な人がスーパーバイジーに来たらどうするかということになるのだろうけども。実際は「この人変わっているな」と思っても、どこかにいいところがあるはずなのです。それを見つけられないのは、スーパーバイザーが悪いのかもしれないと思わないといけないのではないでしょうか。でも、たまらない人もいます、たまには。まあ滅多にそんな人はいない。

大谷：人に対して、いかに肯定的というかポジティブに関われるかということですね。

森野：そうですね。それは、自然なものもあるだ

ろうけども、努力もあると思います。でも職業として選ぶのなら、その努力はついて回ってくるものではないかと思うのです。
生まれ持った素質がどうのこうのといったら、また怒られるからいけないですけれども。私がいつも学生にいうのは、先ほどもいったけれども、これも誰かにいわれて来ているのでしょうけれども、「ワーカーだからといって、患者さん、クライアントに対してすべてのことに答えを出すことはできないのだ」。往々にして初心者は、全部答えてあげないと「私がだめ」だと。クライアントではなく「私がだめ」と思いがちである。「私が」はどうでもいい。どうでもいいことはないけれども、クライアントがどうかということが大事なのだから、私がわからないことは「わかりません」と言って決して「私」の価値が下がるのでもないし、「わかりません。隣のもっと経験豊富な人に聞きます」「来週までに調べておきます」云々ということで、自分をきちんと出すことがかえってプラスになって、マイナスにはならないのではないか。信頼性の問題とかいうことで。

だから、ワーカーだからといって変に胸を張るのはよくない。わからなくて当たり前なので、わからないからあなたが悪いのではない。初めは未熟なのだから。成熟して、いろいろと経験していてもコンサルテーションなんかの話で、それが必要かどうかということがわかるだけの自分を評価する力を持つようにしなければいけないわけです。だから、スーパービジョンも必要かどうか、コンサルテーションが必要であるか。必要であるということがわかることが大事であって、必要とすることがだめなわけでない。

若い人のつまずきは、「ワーカーは一杯あって何かわからない」ということになって「私はだめだ」ということになったら気の毒だと思うから、それはそうではないということを経験のある人が教えてあげないといけないと私は思うのです。先ほどの「ネバー・ギブアップ」ではないけれども。ネバー・ギブアップだけれども、ギブアップしないといけない段階も知るべきだと思います。そこで精神的につぶれてしまったら困るから。

限界を知るということが大事だと思います。限界を知るということは、決してその人が「ペケ」ではない。でも、みんな競争社会でマルペケで来ているのだから、いつかそれを変えないとそれでずっと行ったら、どこかでつまずくのではないかなと思うのです。常識が大事だということと、職業倫理とか価値とかいうものに対していつも目を向けているかということを、私は学生にいっているのです。

大谷：今のお話からすると、例えばスーパービジョンとかいうのは、えてして知識の部分とか非常に特別な、自分の目の前のクライアントに対してどうしていいのかわからないけれども、どこかにいい方法が、特別な方法があるのではないかと、そういう特別なことを教えてもらう、身につけるというようなイメージがどうしてもあると思うのです。だけど先生がおっしゃったのは、そうではなくて、その人にとって最も基本的に必要なことが何であるのか。だから時期によったら、辞めずに続けることが大事であれば、そのことを自信において進めていくというのがスーパービジョンであるというようなこと。これはソーシャルワークの基本と同じで、スーパーバイジーが何を必要としているのかというようなところから始まるわけですね。

森野：コアはベスト援助、ベター援助。援助が大事だけれども、その援助をするためには、ワーカーがそれをできるようにする。クライアントにいい援助を与えるのは、スーパーバイザーが与えるのではないのです。だから、ワーカーが与えられるようにスーパーバイザーは何をしていったらいいかということです。でもあくまでもスーパーバイザーは、クライアントに対してワーカーがいい仕事ができるようにすることであって、ワーカーの治療ではないということをよくいわれているわけです。だから、スーパーバイザーというのは、「スーパー診る人」ではないと。スーパービジョンということで、よく「スーパー・ビジョン」と言って前にジョークがあったけれども、何も見透かされて操られるのではないということ。クライアントとある意味では一緒ですね。

大谷：今日は貴重な話を聞かせていただきどうもありがとうございました。

書評

日本医療社会事業協会・50周年記念誌編集委員会編

『日本の医療ソーシャルワーク史・日本医療社会事業協会の50年』

日本医療社会事業協会発行　川島書店発売　2003年
B5版276＋XVページ

この『50周年記念誌』は，「50年誌準備委員会」(1994～96年度)，「50周年記念事業検討委員会」(1997～2003年度)，「50周年記念誌編集委員会」(1999～2002年度）によって編集されていることからわかるように，多くの人びとが長い年月をかけてまとめている。B5版300ページ近くの大冊であるが，会員が3000人を超えた大きな協会の50年史（誌）であるために，執筆者の多くは書き足りない思いで原稿を提出せざるをえなかったであろうし，読了した会員にも「自分が参加した活動，事業について重要な事項が正確に記録されていないし，正当に評価されていない」と思った人びとが少なくないであろう。

筆者が日本医療社会事業協会の活動に参加したのは，児島美都子会長の依頼を受けて国会請願のための文書を起草した昭和50年ごろから，須川豊会長の依頼を受けて厚生科学研究や協会資格認定準備を行った59年ごろまで（1975～84年）である。本書には，この時期についての記述が不十分であると考え，補足を中心に書評を書こうとしたが，本書全体の構成から検討する必要があると考え直した。

本書は，日本医療社会事業協会の50年の記録であるが，「記念誌」の部分と「歴史」の部分とがある。第Ⅲ部「回顧と展望」，第Ⅳ部「都道府県協会の歴史と取り組み」，第Ⅴ部「資料編」は，「記念誌」の部分であり，115～273ページにわたっており，本書の約半分のページを占めている。「歴史」の部分は，第Ⅰ部「保健医療ソーシャルワークの歴史」（第1章戦前・第2章協会25年史）および第Ⅱ部「日本医療社会事業協会が取り組んできた事業の歩み」から成っている。

本書を「日本医療社会事業協会50年史」として評価すると，第Ⅱ部が最も重要である。「現任者教育の歴史」「組織活動の歴史」「事務局活動の歴史」「渉外活動の歴史」「社会活動の歴史」「出版活動の歴史」「資格制度化運動の歴史」「業務分析の取り組み」「委員会活動の歴史」が，第3章から第11章までの各章において述べられている。各章それぞれに教えられることが多いが，筆者は第9章「資格制度化運動の歴史」をとりあげたい。第Ⅱ部（13～114ページ）のうち，第9章（54～92ページ）は4割近くを占めており，最も充実している。

第9章では，「資格制度化運動の歴史」が，次のように段階区分されている。

1．協会前史としての資格運動
2．協会設立期
3．身分法運動時代（1953～73年）
4．資格制度化運動Ⅰ（1973～79年）
5．医療福祉職制度化運動（1981～86年）
6．国家資格にもっとも近づいた6ヵ月（1987年）
7．困難な時代（1987～92年）
8．「医療福祉士案」をめぐるやりとり
9．精神保健福祉士単独立法化への対応
10．協会内認定の動き
11．社会福祉士への道
12．まとめ

本章の執筆者である松山真氏は，社会福祉士法が制定され，それへの対応をめぐって協会内部の対立が激化した1987年の総会で副議長を務め，89～90年に協会事務局長，93～94年に副会長など要職を歴任した経験を持っているだけに，社会福祉士を基礎資格として保健・医療分野のソーシャルワーカーの任用・研修や施設内位置付けの評価などが進展してきた経過が明らかにされている。しかし，その反面，社会福祉士法案が検討課題にな

る以前の資格制度化運動についての検討が不十分である。そのために松山氏が結語としている「歴史から学んでいただきたいのは，明日からの自分のあゆみ方である」という「歴史からの教訓」を必ずしも明確に示していない。

筆者の見解では，資格制度化運動は，日本医療社会事業協会が結成以来とりくんできたソーシャルアクションである。ソーシャルワーカーは，専門的ソーシャルワーク技術によって効果的にソーシャルアクションを推進し，その目標を達成することができなければならない。このような明確な方法論は，協会員のなかに，どの程度まで共有されていたであろうか。

専門職団体として効果的にソーシャルアクションを推進するためには，まず第1に達成すべき目標を明確化し，共有しなければならない。その目標は，ソーシャルアクションの一貫した目標として，協会内外の人びとに認識されなければならない。そのような一貫した目標が，資格制度化運動に存在していたかどうかについて，検討する必要がある。

筆者は，1968年総会で採択された「医療社会福祉士法案」のなかに，基本的目標が明らかにされていると考える。すなわち，この法案には，「大学・大学院の社会福祉を専修する学科・課程において医療社会福祉に関する科目を修めて卒業した者」に受験資格を認めることが明記されており，「社会福祉学」を基盤とする福祉職であるとされている（本書，199ページ）。

この「法案」が総会で採択された後に，協会が解体状態に陥った経過・理由などについての証言は乏しい。しかし，「医療社会福祉士資格」の実現をめざすソーシャルアクションが挫折した理由は，3点あげられる。第1は，6章21条から成る「法案」を掲げて協力を求めるというソーシャルアクションにふさわしくない方法をとったこと，第2は，「社会福祉士」資格制度化をめざすソーシャルアクションと連動しなかったこと，第3は，1971年に中央社会福祉審議会が発表した「社会福祉士法制定試案」に，社会福祉学研究者・「福祉労働者」の多数が反対し，法制定が阻止されるというラディカリズムの高まりが，日本医療社会事業協会の内部にも及んでいたこと，である。

このような状態に陥っていた日本医療社会事業協会を再建したのが，児島美都子会長を中心とする執行部であった。児島会長は，1973年に選出され，「社会的要請にこたえられるようなMSWの資格向上と制度化をはかる」という方針を決定した。運動を進める方法については，3年余の長い時間をかけて検討が重ねられ，1976年総会で「資格制度の内容は，必置制，任用資格，業務基準，待遇，研修制度，経済的裏付けの6点を検討する」と決定された。この段階で，筆者は，児島会長から国会請願運動への協力を要請された。筆者は，その数年前に「原爆被爆者援護法」の制定を要求するソーシャルアクションに協力していたので，その体験を活かして児島会長に協力することにした。当時，筆者は日本医療社会事業協会の役員ではなかったので，資格制度委員会というワーキンググループを設けてその委員長に就任するよう図ってもらい，検討資料の作成作業を進めた。理事会・総会の決定を経て，下記の請願文と請願事項を掲げた署名運動と衆・参両院の各党議員への協力依頼活動がスタートした。

『医療ソーシャルワーカー』の資格の制度化を要望する請願書

請　願　趣　旨

医療ソーシャルワーカーの仕事は，病院・保健所・福祉施設などで，結核患者，小児難病患者，寝たきり老人，精神障害者，成人病患者，公害病患者，職業病患者，身体障害者，など治りにくい重い病気や傷害をもつ患者・家族が，療養生活上の問題を解決するよう援助することです。

このような患者・家族は「医療費をどうするか」「療養中の家族の生活をどうするか」「職業生活を続けることができるか」「退院後，社会に復帰することができるか」などいろいろな問題を抱えており，これらの問題は患者や家族だけの力で解決することができません。

医療ソーシャルワーカーは，このような問題を抱えて悩んでいる患者や家族を援助するために，社会福祉についての専門的な知識と技術をもって個々の相談に応じたり，グループ活動をすすめたり，地域社会に働きかけたりしています。

このような医療ソーシャルワーカーの仕事は，現在医療に欠かすことのできないものになってきており，医療ソーシャルワーカーは近年，保健・医療・福祉の各機関や施設に増員されてきています。しかしまだ多くの機関施設におかれていませんし，また任用されているところも定員の少ないのが現状です。（例えば，全国800余りの保健所に200人足らずのワーカーが配置されているにすぎません。）

これでは，患者・家族の要望に充分にこたえた医療福祉体制とはいいがたいと思います。このように医療ソーシャルワーカーが必要なところに充分に任用されていない根本的な原因は，第一に医療ソーシャルワーカーの資格や配置基準などの制度が確立されていないこと，第二に医療ソーシャルワーカーを任用した場合の財政的裏付けがないこと（診療報酬点数に認められていないことや，国の助成金がないことなど。）であります。

社団法人日本医療社会事業協会は，結成以来20余年，医療福祉事業を拡充し，医療ソーシャルワーカーの資質を高めるための活動を続けてきましたが，今や医療福祉事業の制度化と財政的基盤の確立を求める請願を行う段階にきたと判断しました。

上記の事情を御配慮の上，早急に次の事項を実現されるよう強く要望いたします。

請　願　事　項

1. 医療福祉事業を制度化すること。
   (1) 医療ソーシャルワーカーの資格を認定する法規を設けること。
   (2) 保健・医療・福祉の各機関，施設に医療ソーシャルワーカーを配置する基準を定めること。
   (3) その他医療福祉事業の推進に必要な措置を講ずること。
2. 保健・医療・福祉の各機関，施設に対して医療ソーシャルワーカーの設置に必要な財源を保障すること。
   (1) 国家予算による助成措置を講じること。
   (2) 診療報酬点数の新設，免税等の措置を講じること。
3. 医療ソーシャルワーカーの教育・研修体制を確立すること。
   (1) 大学・大学院における医療福祉事業の研究教育体制を確立すること。
   (2) 医療ソーシャルワーカーの現任研修の条件を整備すること。

昭和52年　　月　　日

社団法人　日本医療社会事業協会

衆議院議長　保　利　　茂　殿
参議院議長　安　井　　謙　殿

上記のように1977年に請願趣旨を理論化し請願事項を体系化して，当時の福祉・保健・医療分野のリーダー，一番ヶ瀬康子・岡村重夫・児島美都子・須川豊・仲村優一の5氏に呼びかけ人になって頂いて運動を開始したため，協会員の大多数が積極的に運動に参加し，専門職や患者・家族をはじめ多くの市民の署名を集め，各党の社会労働委員の理解と協力を得て，78年に，参議院社会労働委員会で請願項目すべてが採択され，続いて衆議院社会労働委員会で請願事項1「医療社会事業の制度化，(1) 資格を認定する法規の創設，(2) 配置基準の設定」が採択され，79年に，請願事項3「医療ソーシャルワーカーの教育・研修体制の確立，(1) 大学・大学院における医療福祉事業の研究教育体制の確立，(2) 医療ソーシャルワーカーの現任研修条件の整備」も採択された。

児島会長が就任して国会請願運動の準備に5年間をかけても運動を開始できなかったのに，プロジェクト・チームを作って請願内容の理論化と政策の体系化を行ってからは僅か1年余りで請願目標をほぼ達成することができたのである。

しかし，衆参両院で請願が採択されても，当時は高成長から低成長に転換し，社会保障・社会福祉の拡充が困難な状況になっていたため，厚生省は直ちに医療ソーシャルワーカーの資格・配置基準を制度化することに消極的であった。須川会長に代わってからは，厚生科学研究による調査研究を実施し，その研究成果を活用して「医療ソーシャルワーカー業務指針」を作成し，その普及を図る，などの対応策をとってきた。

日本医療社会事業協会は，1981年に須川豊氏を会長に選び，新しい状況への対応を図ったのであるが，児島元会長は当時の状況を次のように説明している（『50周年記念誌』119～120ページ）。

「私が会長の時取り組んだのが資格制度運動である。身分法運動を資格制度運動（後に医療福祉職専門職化運動）と改め，目的を専門職の確立と同時に，患者・家族の人権を守る制度化であることを明らかにし，任用資格・必置制・教育研修，業務，経済的裏付け，待遇の6点を内容とする運動として改めて取り組んだ。この時の運動は国会への署名請願活動，関係団体や患者団体への働きかけ，医療・福祉の学識経験者の支持署名と，これまでとは違ったスタイルで，衆参両院とも全党一致で請願採択されるなど大いに盛り上がったが，その後の進捗がはかばかしくなかったことから，内部に再び行政に実力のある人材をという声が高まり，私は会長を辞した。…後にこの時期の資格制度運動は，山手茂氏から“日本の政治はきれいな運動では動かない”と評された。」

このような児島元会長の見解には，多くの誤解が含まれている。まず，筆者自身については，「政治権力をめぐって争う政治」と「国や自治体の施策を決定する政策」とは峻別すべきであると考えているから，資格制度化運動は「政治運動」ではなく「施策推進のソーシャルアクション」であるという前提に立って，「全政党の賛成を得ることによって採択される請願」の成功のためには自分が支持する政党であると支持しない政党であるとにかかわらず理解と協力を求める活動をしなければならないのだから，「きれいごとの運動，すなわち支持する政党にだけ協力を求める運動」をするだけでは目標を達成することができない，と言ったのである。それを誤解して，「きれいな運動では動かない」と言ったと書かれ，筆者がダーティな人間であるような印象を与えられるのは迷惑である。児島元会長は，請願運動と一般の「要求運動」との相違を認識していないのではなかろうか。

また，児島元会長は，請願事項についても，「資格を認定する法規」を「任用資格」，「配置基準」を「必置制」など，請願文書決定以前の段階で用いられていた用語を使っている。このように，協会の役員を含む多くの協会員が，衆参両院で採択された請願の内容とその理論的・科学的根拠を正確に理解することができなかったこと，そのような協会員グループが存在したことが，その後の社会福祉士制度への対応，「医療福祉士案」への対応などにおける内部対立の原因になったのではないであろうか。

長文の書評，しかも私情を含んだ書評になってしまったので，最後に本書の編集の方法について

批判しておきたい。

本書は，「50周年記念誌」としてみると，1973～75年の副会長，77～78年の事務局長の要職にあった青柳氏の名前が姓だけであるなど，資料として不完全な部分がある。事務局の移転などのため資料が散逸しているなど止むをえない事情があるにしても，関係者に聴取調査するなどして補ってほしかった。

また，第15章「日本医療社会事業協会の重要文書」のなかに，1957年の請願・陳情文書や1968年総会採択の「医療社会福祉士法案」を掲載しながら，衆・参両院で採択された請願文書および関係文書をとりあげていないのは，どのような判断基準によるのかわからない。また，協会が関与して出版社から公刊した出版物のリストもほしい。

日本医療社会事業協会の歴史は，多くの会員の献身的活動によって，つくられてきた。本書を読みながら，自分自身の活動史を想起し，不満を感じる人びとが少なくないであろう。別の形で，本格的な日本医療ソーシャルワーク史が書かれることを期待したい。

（新潟医療福祉大学：山手茂）

「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って，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。

－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．高度脳機能障害患者・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

－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

－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

－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」に準じ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）

医療社会福祉研究　第11巻第1号・第12巻第1号

2003年12月31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　橘高通泰（日本医療社会福祉学会長）

印　　刷　株式会社相模プリント

1部定価　1,100円

December 2003

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.11 No.1 / Vol.12 No.1

Keynote Speech at 13th Annual Meeting

Thinking about social work from the field:
A lawyer's perspective of medical problems and the poverty ····· Hiroki Bito

Articles

Hospital staff's understanding and recognition of patient psychosocial issues (life tasks) and the role of social worker ····· Hachiro Togashi, Reiko Takada, Kayoko Kaizu, Akinobu Sugiyama, & Tomomi Hirano

The tendency of social workers in acknowledging social work proficiency at several social work agencies ····· Ayako Minami & Kayoko Takeda

Interview

Training and education of social workers ····· Ikuko Morino
(interviewed by Akira Otani)

Book Review

Shigeru Yamate

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)