

保健医療社会福祉研究

第30巻

日本保健医療社会福祉学会第31回大会	
大会挨拶	棕野美智子
基調講演	
地域とソーシャルワークを問う ～政策の観点から～	棕野美智子
シンポジウム	
コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う	
変わること、変わらないこと、変えてはならないこと	
リアルに医療崩壊を起こした大阪の現場から	白野倫徳
コロナ禍における地域医療支援病院のソーシャルワークの一例	
～病院（MSW）と地域（CSW）を通して～	丸山秀幸
コロナ禍で診療所のソーシャルワーカーができること	
～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと～	榎原次郎
コロナ禍の地域とSWを問う	
～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと	
地域包括支援センター実践をとおして	中 恵美
全体討議	
指定発言	
With/After コロナの医療政策 ～地域とソーシャルワーク～	棕野美智子
おわりに	
コロナ禍が顕在化させた課題の解決に向けて	
～制度立案・運用者とソーシャルワーク実践者との協働～	棕野美智子
論文	
保証人不在者事例におけるソーシャルワーク支援上の困難性についての一考察	
—医療ソーシャルワーカーのインタビュー調査データの	
内容分析にもとづいて—	林 祐介
実践報告	
医療ソーシャルワーカーが業務のなかで霧散させる感情としての	
「とまどい」に着目する臨床的有用性	
—認知症高齢患者の家族支援を手掛かりに—	本岡 悟・大西次郎

2022年3月

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会

目 次

日本保健医療社会福祉学会第31回大会

大会挨拶	棕野美智子	1
基調講演		
地域とソーシャルワークを問う ～政策の観点から～	棕野美智子	3
シンポジウム		
コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う 変わること、変わらないこと、変えてはならないこと		
リアルに医療崩壊を起こした大阪の現場から	白野倫徳	19
コロナ禍における地域医療支援病院のソーシャルワークの一例 ～病院（MSW）と地域（CSW）を通して～	丸山秀幸	25
コロナ禍で診療所のソーシャルワーカーができること ～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと～	榊原次郎	29
コロナ禍の地域とSWを問う ～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと 地域包括支援センター実践をとおして	中 恵美	33
全体討議		39
指定発言		
With/After コロナの医療政策 ～地域とソーシャルワーク～	棕野美智子	45

おわりに

コロナ禍が顕在化させた課題の解決に向けて

～制度立案・運用者とソーシャルワーク実践者との協働～

椋野美智子 51

論文

保証人不在者事例におけるソーシャルワーク支援上の困難性についての一考察

—医療ソーシャルワーカーのインタビュー調査データの

内容分析にもとづいて—

林 祐介 53

実践報告

医療ソーシャルワーカーが業務のなかで霧散させる感情としての

「とまどい」に着目する臨床的有用性

—認知症高齢患者の家族支援を手掛かりに—

本岡 悟・大西次郎 65

日本保健医療社会福祉学会第31回大会

コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う ～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと～

[大会挨拶]

椋野 美智子*

コロナ禍のもとでの大会も2回目となりました。第5波の感染は収まりつつあるとはいえ、保健医療の現場では、まだまだ厳しい状況が続いていることと存じます。お忙しい中、一般社団法人保健医療社会福祉学会第31回大会にご参加いただき、誠にありがとうございます。大会長の椋野美智子でございます。

第31回大会のテーマはコロナ禍の地域とソーシャルワークを問う 変わること、変わらないこと、変えてはならないことです。

昨年の大会ではコロナ禍のもとで現場のソーシャルワーカーが何を感じ、何を考え、どんな壁にぶつかりながら、どんな実践をしてきたかを時間軸を追ってご報告をいただきました。未知の感染症が広がり、お金も物資も不足する中で不安に立ちすくんでいた現場のソーシャルワーカーが、何としても個々人の、その人らしい生活環境をつくり出そうと一歩を踏み出す過程、そしてその源泉となったソーシャルワーク・スピリットについての語りは、まさに今後のソーシャルワークの新たな展開につながる力と希望を感じさせました。

昨年の基調講演をお願いした押谷仁先生は、あるインタビューで「今回のウイルスは各国の社会の暗い部分や闇の部分を巧妙に炙り出して

いく」とっておられます。今回の第31回大会では、まさにそのコロナ禍が炙り出したさまざまな社会課題に対して、保健医療分野のソーシャルワーカーは何ができるか、何をすべきか、そしてその活動を促進するために政策はどうあるべきか、それを皆さまと一緒に考えてみたいと思います。

鍵となるのは「地域」です。まず基調講演では近年の福祉政策において「地域とソーシャルワークがいかに重視されるようになったか」を戦後の歴史を追いながら概観した後、地域共生社会につながる最も新しい制度である「生活困窮者自立支援制度」をもとに制度の理念、つまり制度設計の思想と政策の手法の変化、そして「制度とソーシャルワークの新たな関係」についてお話します。2012年、第22回大会の基調講演で私は政策実現にはタイミングがあると申し上げました。今後、コロナ禍でとられたさまざまな特例措置は、あるものは残り、あるものは廃止され、また加わるものもあり、恒久的な政策体系へと再編されていくでしょう。今はまさに政策に働きかける一つのタイミングです。

続くシンポジウムでは厳しい医療状況にある大阪府で重症、中等症の患者を受け入れてきた病院の医師と、地域での所属機関がさまざまに

* Michiko Mukuno : 大会長

異なる保健医療分野の3人のソーシャルワーカーにご登壇いただきます。コロナ患者の直接的受入れの有無を問わず、コロナ禍によって地域の保健医療現場にもたらされているさまざまな課題と、それへの取り組みが語られます。そしてその実践をよりよい社会の実現につなげていくための道筋について、政策の観点も折り込みな

がらディスカッションがなされます。

本大会を通して、With/After コロナの時代にソーシャルワーカーができること、すべきことをご参加のみなさまお一人おひとりが掴み取ってくださることを心より願ひ、ご挨拶いたします。よろしく願ひいたします。

[基調講演]

地域とソーシャルワークを問う ～政策の観点から～

棕野 美智子*

今日、お話することは3つ。一つ目は「地域共生社会に至る戦後の福祉政策の流れ」。戦後の福祉政策が地域、ソーシャルワークへの重視と変わってきていること。二つ目は「生活困窮者自立支援制度に見る地域とソーシャルワークについて」。地域共生社会につながる最初の制度である生活困窮者自立支援制度、そこで地域とソーシャルワークがどんな位置にあるかを、特に制度の理念、つまり制度設計の思想と政策の手法から見ていきます。三つ目として、「生活困窮者自立支援制度によって見えてきた福祉政策の課題とソーシャルワークへの期待」をお話したいと思っています。

1 地域共生社会に至る戦後の福祉政策の流れ

地域共生社会に至る戦後の福祉政策の流れを三つの時期に分けています。(1)福祉六法体制。(2)福祉の2000年体制。介護保険が始まり、社会福祉の基礎構造改革が行われた2000年からの体制。そして、近年の(3)地域共生社会です。

(1) 福祉六法体制

福祉六法体制は一言でいえば国中心、制度中心の体制であったと考えています。ご承知のとおり、戦後の混乱の中で、戦災孤児だけでなく

すべての子どもの福祉のための児童福祉法が1947年にでき、戦災によって障害を負った方がたくさんいましたので身体障害者福祉法が1949年にでき、生活が困窮している方のための生活保護法ができ、これは1950年に改正され、新生活保護法になりました。この3つの法律を「福祉三法」といいました。それに加えて精神薄弱者福祉法、現在の知的障害者福祉法が1960年にできました。老人福祉法が1963年、母子福祉法、現在の母子及び父子並びに寡婦福祉法が1964年にでき、福祉三法にこの三つが加わり、「福祉六法体制」として福祉の施策が進められていきます。

福祉六法体制の特色は、①「対象者別の縦割り」。ニーズの高いグループごとに法律をつくって福祉施策を行うやり方で、児童、身体障害者、知的障害者と法律をつくっていきましたので、施策は対象者別の縦割りになっています。そして、②そこで行われる福祉サービスとは「職権による措置」です。行政が福祉サービスが必要だと判断して福祉サービスを提供する。もちろん強制的に行うことはできませんが、一方的にサービスを提供する措置という仕組みでした。③具体的には、「民間福祉施設への措置委託」です。民間福祉施設に福祉サービスの提供を行政が委託する。④この頃の福祉施設は保育所を除けば、ほとんど入所施設です。ですから、「入所施設中心の集団処遇」が行われていました。

* Michiko Mukuno : 松山大学人文学部教授、(一社)日本保健医療社会福祉学会前会長

⑤そして法律上は所得制限がついていない福祉サービスであっても、施設の不足の中で低所得者が優先され、實際上、その運用の実態は「低所得者中心の制限主義」となっていました。それが福祉のスティグマを生んでいくこととなります。⑥そして、「生活保護においては金銭給付が中心」でした。本来、生活保護は金銭給付とソーシャルワークから成り立つべき仕組みなのですが、実際の運用は金銭給付中心となっていました。⑦また、実施体制は地方公共団体が行いますが、それは「国の委任事務」でした。当初は機関委任事務、1987年以降は団体委任事務ですが、いずれにせよ国の委任事務ですから、国から委任を受けて国のいうとおりに行う。福祉六法体制は、一言でいえば「国中心」で、「制度主導の体制」でした。

福祉六法体制下のソーシャルワーク

この体制下でソーシャルワークはどういうものだったのでしょうか。

生活保護は本来、ソーシャルワークの高い専門性が求められる制度です。生活保護には「保護の補足性の原理」があります。したがって、さまざまな資源を活用し、それでも最低生活の維持ができない時に初めて保護が行われます。社会資源を活用するところに、まさにソーシャルワークがあるはずですが、それが實際上、なかなか行われていませんでした。また、「自立の助長」が、生活保護の「最低生活の保障」と並ぶ目的でした。自立の助長は、今の言葉でいえば自立支援です。そこには当然ソーシャルワークが求められます。そのために、福祉事務所という専門機関、社会福祉主事という専門職の設置が構想されました。

ところが、現業員、ケースワーカーとも呼ばれる、生活保護を実施する地方公共団体職員専門性は担保されず、したがって制度運用は、専門職に本来必要とされる裁量とは全く逆の、運用ルールに頼ることになっていました。国の委任事務ですから国から詳細な保護の実施要領が出され、そのルールに頼って生活保護が行わ

れていました。

なぜ現業員の専門性が担保されなかったのかといえば、生活保護は地方公共団体の職員が行うこととして運用されてきたからです。今は就労支援などには委託が認められていますが、福祉六法体制下では生活保護の業務はすべて地方公共団体の職員が行いました。地方公共団体の職員はさまざまな分野の行政を担当し、経験を積んで管理職に上がっていく、そういう人事管理がされています。民間企業でも、この当時はそういう人事システムでした。小さい地方公共団体では福祉の組織はそんなに大きくありませんから、管理職ポストも少ないです。福祉の専門職がいろいろな体験をして管理職に上がっていくことが難しいです。したがって、一般行政職が生活保護のケースワーカーになり、数年で他分野へ異動します。そういうことで、なかなか経験が蓄積されず、専門性も上がりませんでした。もちろん現業員には社会福祉主事資格が求められていましたが、そのような状況下では社会福祉主事に厳しい資格要件を課すことは困難で、福祉の専門科目だけではなく大学の法学部や経済学部で取れるような3科目を履修しただけでも充たせる資格です。しかも、それすらもっていない現業員も相当程度いる状況で、本来、想定されていたソーシャルワークは福祉六法体制下の生活保護では行われていませんでした。

ではこの頃、ソーシャルワーカーはどこにいたのでしょうか。社会福祉施設の生活相談員がいました。しかし、福祉六法体制下では、保育所以外は入所施設中心で、そこでは、衣食住丸抱えで集団生活をしていました。管理された集団処遇の場では、生活相談員がソーシャルワークをする余地は少なく、実際には集団生活になかなか適応できない「トラブル」を起こす利用者を「指導」する業務になっていました。もちろん全員ではありませんが、大勢を見ると、そういう状況でした。

そしてもう一つ、数は多くはないですが、医療機関に相談員がいました。私は福祉六法体制

下で最もソーシャルワークを実践していたのは実は医療機関のソーシャルワーカー、相談員だったのではないかと考えております。というのも医療分野と福祉分野では政策の考え方が、かなり異なります。近年は少し近寄ってきましたが、この頃は完全に異なっていました。福祉分野は国主導、制度主導でしたが、医療分野はプロフェッショナル・フリーダムの世界でした。つまり、医師の専門職としての裁量権が大変強く、医療実践に対して国や制度がくちばしを入れることは基本的にはありませんでした。では、医療の質の保障は、どう担保されているか。それは行政によるルール化ではなく、学会などにおける専門職のピアレビューです。健康保険の診療報酬請求書のチェックも、同じ専門職である医師に依頼して行われます。医療分野では、ソーシャルワークも、国主導、制度主導の枠外という意味では医療行為と同様でした。そもそも無料低額診療事業を除くと根拠となる制度がない状況でした。制度がないからソーシャルワーカー、相談員の数は少なかったですけれども、その分、自由度が高く、実践者の裁量に任せられていた面がありました。

（２）福祉の2000年体制

さて「福祉基礎構造改革」が始まります。「福祉の2000年体制」は一言でいえば「地域中心」「ニーズ主導」です。地域中心の「地域」というのは、行政でいえば国ではなく地方公共団体が中心になることであり、また、入所施設での処遇から地域生活支援、居宅サービス、在宅サービスにシフトするという意味での地域中心でもあります。そしてニーズ主導というのは、ニーズを調査して、サービスがどれだけ必要かを計算し、それに合わせてサービスを整備していく意味です。当然のこのように聞こえますが、福祉六法体制下ではどうだったかというと、財政状況や社会政治状況によって確保できる予算に合わせて福祉施設を整備する、それによって定員の枠ができる、できた枠を誰に供給するか、行政が措置という形で決める、という仕組みで

した。予算に合わせてサービスを提供するのではなく、ニーズに合わせてサービスを整備して提供するというのが、福祉の2000年体制のニーズ主導です。そのための手法が福祉計画です。ソーシャルワーカーの皆さまは「福祉の2000年体制でもニーズ主導になっていない、制度主導だ」という思いをもっておられるのではないかと思います。しかし、その前の体制に比べれば政策をどう進めていくかの基点にニーズがあるという意味で、ニーズ主導でした。

この体制は「少子高齢化の急速な進展」と、それに伴う「福祉サービスの普遍化」を背景としています。高齢化が進み、寿命が長くなり、高齢者に対する介護の期間も長くなり、それまでの身寄りのないお年寄り、家族が介護をできないお年寄りを行政が保護するという形では対応できなくなります。高齢者も増え、社会的に対応すべき介護の必要性も増えてきました。ある程度所得があっても家族がいても、長期の高齢者介護を家族だけで支えることは困難になってきたのです。つまりニーズは低所得者に限らず、家族の有無を問わず、普遍的になってきました。そういう中で既存の社会福祉の法体系を組み換えてサービス給付構造が変更されました。それは、一言でいえば「権利化」です。措置の体制では措置される利用者にはサービスを受ける権利がなかった。いろいろな解釈が研究者の中にはありますけど、行政としては権利を認めていませんでした。それが福祉の2000年体制では権利となります。介護保険が2000年に施行されましたが、社会保険ですから保険料の納付の義務があり、それに対するサービスの給付は当然に権利です。社会福祉事業法が改正され、社会福祉の基礎構造改革が、2000年に施行されます。そして社会保険である介護保険だけでなく、社会福祉においても、2006年の障害者自立支援法（現在の障害者総合支援法）、2013年の子ども・子育て支援法によって、サービス給付構造が変更され、サービスの利用が権利化されていきました。

この体制の特色の第一は「施策の総合化」で

す。これもソーシャルワーカーの皆さまは「いやいや、総合化はされていない」と思われるかもしれませんが、制度的には、その前に比べると総合化の方向に舵を切りました。たとえば身体障害者、知的障害者、精神障害者は、それぞれに受けられるサービスが違っていました。最初に法律ができた身体障害者福祉サービスが最も充実していて、精神障害者に対する福祉サービスが一番遅れていて、また身体障害の中でも障害の種別によって細かく細分化されていました。入所施設での集団処遇ですから、障害が違えば処遇内容も異なるので異なる種類の施設をつくる、こうして施設種別が際限なく細分化されていきました。それをどの障害の方も同じサービスが受けられるように三障害の総合化をしました。介護についてもそうです。それまでは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院で同じような介護が違えば法律、違う財源、違う給付構造の下で行われていましたが、これが介護保険の下で総合化されました。

第二に、サービス利用の権利化は「契約化」につながります。福祉の基礎構造改革では「措置から契約へ」というキャッチコピーが使われましたが、措置は職権で行われるものです。これに対して介護保険のサービスを受ける方は申請によって権利の認定を受けます。要介護認定です。ですから、行政と利用者との関係においては、「職権から申請へ」の変更が行われたわけです。サービスを受ける事業者と利用者の間は契約です。措置の時代は委託契約を行政が事業者と結んでいて、事業者と利用者の間には契約がなかったのですが、福祉の2000年体制では、受給権を認定された者が事業者との間にサービス利用契約を結びます。権利が認定され、その者に対するサービスについて介護保険からの報酬が約束されているから、事業者は安心してサービス利用契約を結び、サービスを提供できるわけです。これが2番目の特色である「権利化、契約化」です。

第三に、「地域生活中心」です。それまでの入所施設中心の体系を地域生活中心にシフトさ

せました。その人らしい生活を保障する、それまで暮らしていた地域で暮らす、障害者支援でいえばノーマライゼーションの考え方でですね。入所施設は集団処遇ですからその人らしい生活の保障がなかなか難しい。もちろん政策ですから財源の観点もあります。施設サービスは土地を買い、そこに施設を建設し、入所者の衣食住を含めた生活を丸抱えするのでコストが高い。介護保険のどのサービスをどれだけの人が利用し、どれだけ費用がかかっているかということを見れば一目瞭然ですけども、施設サービスは高コストです。予算に合わせてサービスを整備するのではなく、ニーズ主導でサービスを整備する、もっとサービスを増やすという観点からは、施設中心では対応できない。利用者の生活の質の高さ、制度の維持可能性の両方の観点から地域生活中心のサービス体系になりました。

第四に、「相談支援の強化」です。施設で集団処遇を行っている時には相談支援がなくてもサービスは提供できます。しかし、地域生活では個別の支援、処遇になります。それぞれの生活の中にサービスをどう組み入れ、支援していくかには、相談支援が不可欠になってきます。

第五に、「就労支援の強化」です。これは特に障害者に対して行われました。第六に、「所得の多寡にかかわらず給付の普遍化」です。法律の条文上だけではなく実際にも、低所得の人だけでなく、高所得の人にも給付を受けられるようになりました。第七に、実施体制の「自治事務化」です。1999年の地方分権一括法によって、国の委任を受けてではなく、地方公共団体が、もちろん法律の枠組みの中ですが、自分の仕事として行うようになりました。生活保護は憲法に基づき、国家責任に基づくものですから国からの法定受託事務ですが、それ以外の福祉の事務は自治事務化されました。その事務をこなしていくためには、ある程度、市町村の規模が大きくないといけないので、分権の受け皿として「市町村合併」が進められました。

こういう体制をここでは「福祉の2000年体制」と呼びます。

福祉の2000年体制下のソーシャルワーク

ここではソーシャルワークはどうだったでしょうか。

2000年より前、1987年、ソーシャルワーカーの資格として「社会福祉士」が創設されました。1989年、私が担当した「医療ソーシャルワーカー業務指針」が厚生労働省によって作成されました。これらは次の展開を準備するものとして位置づけられます。当時、すでにこれからは入所施設ではなく地域生活中心にシフトさせようという政策判断がありました。地域生活中心となれば、相談支援は必須です。そのための専門職としてソーシャルワーカーを養成しなくてはいけない、そのための資格制度であったわけです。

そして専門相談機関として「在宅介護支援センター」が、1996年にできました。これは実質上、2006年の「地域包括支援センター」に引き継がれていきます。ソーシャルワークを行う、相談支援を行う機関が創設されたわけです。それまで福祉サービス提供は行政が措置という形で行いますから、相談も措置に伴うものとして行政が受けていました。在宅介護支援センターで、「福祉の相談業務の委託」という形がつけられました。公務員の定員は厳しく管理されていますので、公務員でやろうとすると、なかなか増やしていきません。福祉施設が民間中心になっていったのも同様の理由です。予算も制約されていますが、実は公務員の定員は、もっと強く制約されています。相談業務も民間委託の仕組みを利用することによって増やしていくことができました。福祉の2000年体制での地域生活中心、相談支援の強化を睨んで、専門職、専門機関の準備が、こういう形で進められていったわけです。

そして介護保険が施行されると、居宅介護支援、ケアマネジメントが独立した給付として位置づけられました。これを受けるのは権利です。ケアマネジメントの業務にはいろいろな要素がありますが、ソーシャルワーク機能を含んでいることは間違いありません。この、さまざまなサービス給付に対して独立した相談支援の給付

をつくる形は障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）にも引き継がれ、また、地域包括支援センターに相当する（障害者）基幹相談支援センターが創設されていきます。そういう形で福祉の2000年体制においてはソーシャルワークが施策体系の中に組み込まれ、強化されていきました。

（3）地域共生社会

そして、「地域共生社会」の時代です。これを一言でいえば「包括性」であり、「住民主体」だと思っています。福祉の2000年体制での「総合化」は施策を総合化していくわけですが、「包括性」というのは、視点が施策から個人に移っています。個人をフォーカスして、その方に対するさまざまな支援を包括的に行います。そして「住民主体」、ここでは「地域」が地方公共団体から地域社会へ、それも単なる生活の場としての地域社会ではなく、主体としての地域、「住民主体」に移ってきています。「地域共生社会」とは、厚生労働省の定義では「制度・分野ごとの『縦割り』や支え手受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会をめざすものです」。

「支え手と受け手という関係を超える」とは、どういうことでしょうか。一時期まで、高齢化が進むと大変になるということを表わそうと、65歳以上の方が上に寝て、65歳未満の方たちが下からその方たちを支えるような図がしきりに財政サイドから示されていたことがありました。騎馬戦型のたくさんの現役世代が高齢者を支えていた時代から二人が一人を支え、いずれ一人が一人をおんぶする時代が来る、というわけです。しかし、高齢者がみんな支えられるわけではない。ある場面では支えられるけれども、別の場面では支える側に回る。一人の人が「支え手」であり、支えられる「受け手」でもあるのです。「支え手」、「受け手」と分けた形ではなく、そういう関係を超えて「多様な主体」が参画し

ていく、つながることで住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に創っていく社会を目指す。地域共生社会についていろいろ批判もあることは承知していますが、しかしこの理念は否定できないものだろうと思います。それが実際に適用される時、気をつけないと問題を起こすこともあるとすれば、まさにそこにソーシャルワーカーが専門性を発揮しなければならないのでしよう。

地域共生社会の背景には何があるのでしょうか。なぜ地域共生社会を政策側が言い出したかです。超高齢化、人口減少が進展し、雇用の場面では非正規雇用が増えています。家族もどんどん世帯規模が小さくなって単身世帯が増えていきます。それによって社会的孤立の問題が出てきます。地域については、消滅可能性自治体リストが示されたこともあり、その維持可能性が危ぶまれる状態が起きてきています。もちろん人口が減りますから労働力人口も減少し、福祉の人材も制約されていきます。そういう中でどう福祉を維持していくかという強い問題意識、危機感といってもいいかも知れません。それが地域共生社会の背景にあります。そして、同じ問題意識に基づく最初の制度が「生活困窮者自立支援制度」だと私は思っています。介護保険の介護予防・日常生活支援総合事業も、同様です。

この生活困窮者自立支援制度について、社会保障審議会の会長をしておられた東京大学名誉教授の大森彌先生が「新たな政策への窓を開いた」といわれました。生活困窮者自立支援法が成立したのは2013年、地域共生社会が打ち出されたのは2016年です。大森先生には開かれた窓の向こうに地域共生社会が見えていたのではなにかと思います。

地域共生社会は、体系化された独自の制度はもっていませんので、今日はそこにつながる生活困窮者自立支援制度を見てみたいと思います。

2. 生活困窮者自立支援制度にみる地域とソーシャルワーク

生活困窮者自立支援制度において地域とソーシャルワークがどう位置づけられているかについてお話してまいります。特に、制度の設計思想が、その前とどう異なり、それによって政策手法がどう変わり、ソーシャルワークとの関係がどうなったかです。

(1) 創設の背景

創設の背景は地域共生社会が打ち出された背景と同じです。戦後の社会保障というのは、①男性が正規職員として働いて妻子を養い、専業主婦が家族内のケアを担う、という雇用や家族のあり方をモデルとした社会保険がまずあり、そして②そのモデルから外れるグループのニーズに対して社会福祉の諸制度が対応する。③それら両制度でも対応しきれない人は、最後のセーフティネットとしての生活保護が受け止める。こういう体系でつくられてきていました。ところが非正規職が増加してきました。会社に頼れない人たちが増加していく。未婚率が上昇していき、家族規模も縮小します。家族に頼れない人たちが増えていきます。職場や家族のつながりが弱体化し、既存の社会保障制度が応じきれないニーズが出現します。生活困窮者自立支援制度は、これらの新たなニーズに対応するために創設されました。

直接のきっかけは生活保護の受給者の増加でした。フォーマル、インフォーマルな支援を受けられず、困窮した人の一部が生活保護に流れこみ、生活保護受給者の中に、高齢でもない、傷病でもない、障害でもない、母子でもない方々、働ける年齢にある、働ける状況にあるはずの世帯が増加していました。これに対する危機感が、こういう世帯が生活保護に陥る前に支援する第二のセーフティネットが必要だという考え方につながったのです。

今回のコロナ禍のもとで生活困窮者自立支援制度と、それと連携した生活福祉資金は相当程

度に機能したように見えます。生活保護は、もちろん注視しないといけません、そう増えているわけではないです。他のさまざまな給付金も機能しましたが、しかし、この第二のセーフティネットは相当に機能したと評価できると思います。本当にこの制度が創設されていてよかったと思います。

図1をみてください。厚生労働省が示したこの制度の位置づけです。社会保険、労働保険からこぼれ落ちた方たちの第2のセーフティネットとして求職者支援制度などがあり、そこで受け止められないと生活保護までいっていた。そこに第二のセーフティネットとして生活困窮者自立支援制度をつくる、という考え方です。

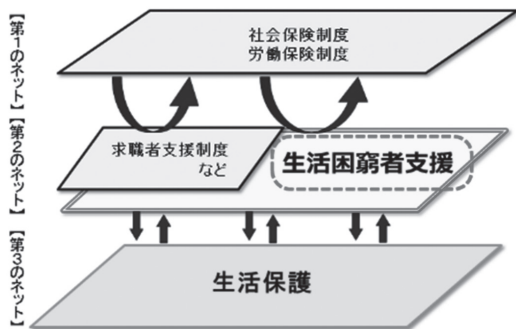


図1 出典：厚生労働省

制度をつくる上では生活保護の増加が財政を圧迫している、だから生活保護にいかないように第二のセーフティネットをつくる、そういう説明がされました。生活保護全体の費用が減ることになれば、その一部を新しい制度の財源として確保することができます。したがって、制度をつくるために生活保護の増加の防止が強調されましたが、これは一面的な財政当局向けの説明と私は受け止めています。図3の「理念」を見ていただくと、決してそれだけの制度ではないことがわかっていただけたと思います。

(2) 制度の概要

制度の概要についてご説明します。必須事業

として「自立相談支援事業」と「住宅確保給付金の支給」がまずあります。次に、当初は任意事業でしたが、2018年の改正で努力義務事業となったものとして、「就労準備支援事業」、「家計改善支援事業」があります。そして、任意事業として残ったものとして「一時生活支援事業」、「子どもの学習・生活支援事業」があります。全部、必須事業化すればいいじゃないかと思われるかと思いますが。法律改正の時、厚生労働省の担当者も交渉したのだと思いますが、結果的には必須事業にはできませんでした。どこと交渉したのでしょうか。地方分権の時代ですから国が地方公共団体に何らかの事業をやりなさいと法律で義務を課することは簡単ではありません。政府の中で地方公共団体の立場を代弁するのは総務省です。法案を国会に出すには閣議決定が必要ですから総務大臣の了承がないと法案は出せません。ですから、総務省の担当者と交渉して、義務化の必要性を説明します。総務省がこれは必要だから地方公共団体に義務を課さざるを得ないということを受容しないと、必須事業はつくれる仕組みになっています。そういうハードルを越えて自立相談支援事業と住宅確保給付金の支給が必須事業になっているわけですが、自立相談支援事業はソーシャルワークそのものです。それが制度の中心になっているのです。厚生労働省がつくった図2をみると、自立相談支援事業が大きく置かれ、「一人ひとりの状況に応じ自立に向けた支援計画を作成」とあります。また、自立相談支援事業は国の負担が4分の3で、これは法定受託事務の生活保護と同率の最も高い率です。このことから、いかにこの事業が重視されているかがわかります。ソーシャルワークという言葉は説明資料には書いていませんが、これがソーシャルワークだということは次の理念を見るとより一層明らかです。

(3) 理念

この制度については、事業そのものより理念を詳しくお話したいと思います。厚生労働省が

新たな生活困窮者自立支援制度

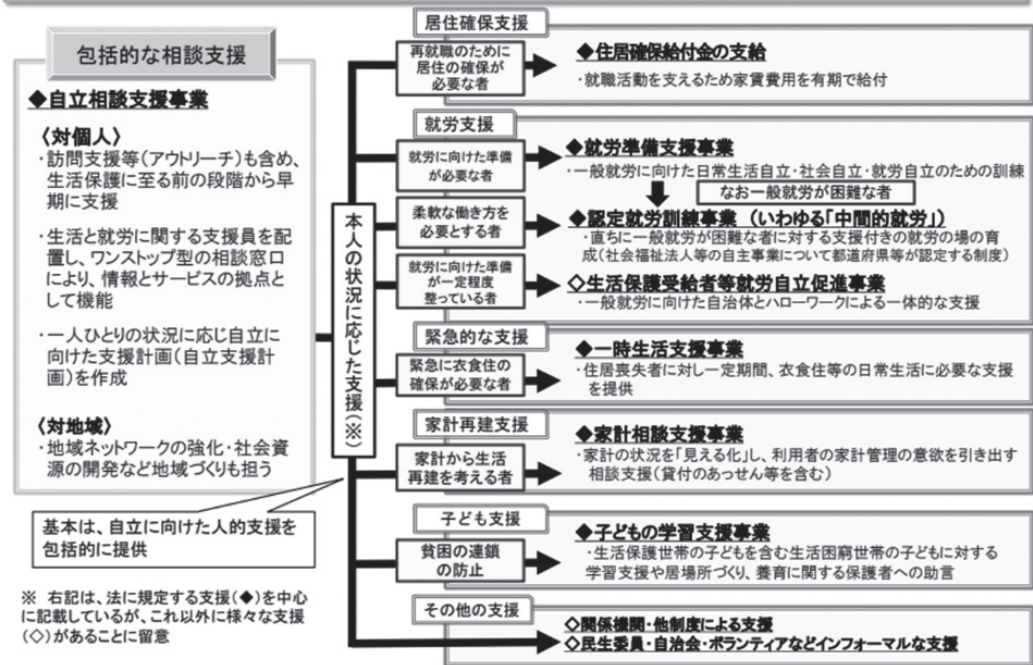


図2

出典：厚生労働省

生活困窮者自立支援制度の理念

※以下に掲げた制度の意義、めざす目標、具体的な支援のかたちは、いずれも本制度の「理念」とされている。

1. 制度の意義

本制度は、生活保護に至っていない生活困窮者に対する「第2のセーフティネット」を全国的に拡充し、包括的な支援体系を創設するもの。

2. 制度のめざす目標

(1)生活困窮者の自立と尊厳の確保

- ・本制度では、本人の内面からわき起こる意欲や想いが主役となり、支援員がこれに寄り添って支援する。
- ・本人の自己選択、自己決定を基本に、経済的自立のみならず日常生活自立や社会生活自立など本人の状態に応じた自立を支援する。
- ・生活困窮者の多くが自己肯定感、自尊感情を失っていることに留意し、尊厳の確保に特に配慮する。

(2)生活困窮者支援を通じた地域づくり

- ・生活困窮者の早期把握や見守りのための地域ネットワークを構築し、包括的な支援策を用意するとともに、働く場や参加する場を広げていく。(既存の社会資源を活用し、不足すれば開発・創造していく。)
- ・生活困窮者が社会とのつながりを実感しなければ主体的な参加に向かうことは難しい。「支える、支えられる」という一方的な関係ではなく、「相互に支え合う」地域を構築する。

3. 新しい生活困窮者支援のかたち

- (1)包括的な支援...生活困窮者の課題は多様で複合的である。「制度の狭間」に陥らないよう、広く受け止め、就労の課題、心身の不調、家計の問題、家族問題などの多様な問題に対応する。
- (2)個別的な支援...生活困窮者に対する適切なアセスメントを通じて、個々人の状況に応じた適切な支援を実施する。
- (3)早期的な支援...真に困窮している人ほどSOSを発することが難しい。「待ちの姿勢」ではなく早期に生活困窮者を把握し、課題がより深刻になる前に問題解決を図る。
- (4)継続的な支援...自立を無理に急がせるのではなく、本人の段階に合わせて、切れ目なく継続的に支援を提供する。
- (5)分権的・創造的な支援...主役は地域であり、国と自治体、官と民、民と民が協働し、地域の支援体制を創造する。

図3

出典：厚生労働省

使っている図3をご覧ください。制度の意義として「生活困窮者に対する第二のセーフティネットを全国的に確立し、包括的な支援体制を創設する」とあり、「包括性」が出てきます。包括性は、地域共生社会のキーワードの一つです。

めざす目標は、2つ挙げられています。

①一つ目は「生活困窮者の自立と尊厳の確保」です。「本人の内面から湧き起こる意欲や思いが主役となり、支援員がこれに寄り添って支援する。本人の自己選択、自己決定を基本に経済的自立のみならず、日常生活自立や社会生活自立など本人の状態に応じた自立を支援する。生活困窮者の多くが自己肯定感、自尊感情を失っていることを留意し、尊厳の確保に特に配慮する」として、「自立」と「尊厳の確保」が並んで目標とされています。尊厳の確保なくして自立への意欲はわきあがらず、自立は達成できないという考え方です。

自立について少し補足します。生活保護に陥ることを防止するというのであれば「経済的自立」が中心と考えられるかも知れませんが、「日常生活自立」「社会生活自立」がそれと並んでいます。本人の状態に応じて、経済的自立ができなくても社会的自立ができればいい。日常生活自立ができない人が日常生活自立をできるように支援する、それも自立支援の効果です。この制度の自立支援はそれらを含む広いものです。

この制度の「自立」に対する批判もあります。「生活困窮者自立支援制度」ではなく、「生活困窮者支援制度」と呼びたいという方もいますが、自立をどうとらえるかです。障害者自立生活運動では、自立を支援を受けないのではなく、受けながら生活を「自己決定」していくことだと考えています。「自律」とも近い考え方だと思います。私は完全な自立、完全な依存はないと思っています。完全に自立している人はいません。自立は目指すべき方向性で、生活の自己決定を完全にはできない方でも自己決定を支援することによって少しでも自立に近づくことは意味をもつと考えています。自立についてはい

ろいろな考え方がありますが、生活困窮者自立支援制度の自立は経済的自立だけではないことは強調しておきたいと思います。生活保護に陥るのをくい止めると説明したものですから経済的自立だけなのかと誤解を受けましたが、そうではありません。この「自立」はもっと広い意味を持っています。

②2つ目の目標は「生活困窮者支援を通じた地域づくり」です。「自立」と並んで「地域づくり」が目標に上がっていて、この制度がいかに地域を重視しているかがわかります。この「地域」は地方公共団体ではなく地域社会そのものです。図2の自立支援相談事業の説明の中で、「対地域」として「地域ネットワークの強化、社会資源の開発」が書かれていて、個別支援を通じて地域をつくっていくという考え方が示されています。

③図3には、5つの支援の形が挙げられています。ここはソーシャルワーカーの皆さまは特に説明しなくてもおわかりになると思います。「包括的な支援」。個人を中心におく「個別的な支援」。「早期」に支援に入り、「継続的」に支援を続ける。そして分権の支援です。マニュアルによるものでなく、現場の支援者に「分権」され、そしてそこで「創造的な支援」を行う。ソーシャルワークに重要なことは創造性だと思います。その創造性を保障するためには制度的には分権を行わなければならない。専門職の裁量を認めなければなりません。

(4) 従来の制度設計思想、政策手法との違い

改めて従来の制度設計思想、政策手法とどう違うかについてお話しします。たくさんありますが、二つ、包括的支援と地域づくりを採り上げてお話しします。

①包括的支援

福祉の2000年体制はニーズ主導です。ニーズを計算するためには対象者を明確に線引きし、その対象者に必要なサービスについて明確に定義する必要があります。そうすることによって「誰に、どんなサービスを提供するか」がはっ

きりする。そしてサービスの基準を決める。何人のサービス利用者に対して何人のスタッフがいなければならないか。施設であれば、どういう設備、どういう部屋がなければならないかと基準を決める。そうすると、それにどれだけお金がかかるかが計算できる。お金を賄うためにはどれだけ報酬を支払わなければならないかが決まる。必要なサービス量を計算し、それにどれだけお金がかかるかを計算し、介護保険であれば保険料が決まる。必要量のサービスは計画的に整備していく。老人福祉計画、介護保険事業計画、障害福祉計画、子ども・子育て支援事業計画、これらはみんな、この手法による計画です。計画的に必要な量のサービスを整備するためには対象者を明確に線引きする。サービスを明確に定義し、サービス必要量を計算し、計画的に整備していく。この手法によりサービス量は飛躍的に伸びました。しかしこの手法には大きな課題があります。明確な線引きをすることは制度の狭間に陥り、支援を受けられない人を生むということです。

生活困窮者自立支援制度は明確な定義をしていません。包括的支援ですからすべての相談を断らないことを基本とする。この制度をつくる時、政府内で議論があったように聞いています。定義のない制度はないといわれたとか。定義がないわけではないですが、それまでのように明確な線引きはしていない。この制度について早稲田大学教授の菊池馨実先生は、2018年、生活困窮者自立支援法改正法案の審議にあたって、衆議院厚生労働委員会で参考人として、次のように発言しています。「国家レベルでの対応の網の目からこぼれ落ちた人々の困窮に対し、地方レベルで個々人のニーズにあわせてオーダーメイドで支援していくための画期的な仕組み」。個々人のニーズにあわせてオーダーメイドで支援していくことは、まさにソーシャルワークの基本ではないでしょうか。

②地域づくり

二つ目、地域づくり。従来の手法ではサービス整備の計算の仕方に国の参酌標準が示されま

す。法定受託事務ではありませんから、標準であって従わなければならない基準ではありませんが、ほとんどすべての地方公共団体では、これを当てはめて計算して地域の必要量を計算してサービス整備をしていきます。

生活困窮者自立支援制度がめざしているのは、そういう地域づくりではありません。なぜなら必要とされているのは包括的な支援、個別的な支援であり、それは個々人の状況によって異なるからです。そして支援のために既存の社会資源を活用する。不足すれば開発、創造していく。それも地域の状況によって異なります。ですから、国の示す標準で計算してサービスを整備してつくる従来の手法とは全く異なる手法が必要になります。何が、その個人にとって必要な支援なのか。その地域で何が活用でき、何をどうやって開発創造していけばいいか。それは机上ではわかりません。実際の相談支援の中で地域づくりを進めるしかないわけです。図3の「分権的、創造的な支援」に、「主役は地域であり、国と自治体、官と民、民と民が協働し、地域の支援体制を創造する」とあります。それまでは地方分権は国から地方公共団体への分権だったわけですが、主役は地域ですから地方公共団体からさらに地域社会、支援の現場への分権に及んでいるのです。

(5) 生活困窮者自立支援制度とソーシャルワーク

生活困窮者自立支援制度の相談支援は介護保険や障害者自立支援のようにサービス給付を核とした制度の中に位置づけられた相談支援ではなく、相談支援そのものが中核となっています。それは、制度の適用ではなく、支援のための制度・資源の活用へと視点を転換させます。この視点こそソーシャルワークの原点ではないでしょうか。このように視点を転換した時に何が見えてきたのでしょうか。

私は2014年度から2016年度まで大分大学の先生方と生活困窮者自立支援制度の調査をして、実践している方々からお話を伺いました。その

中から既存の福祉政策の課題が見えてきました。課題はいろいろあります。そのなかには、生活困窮者自立支援制度を変えることで対応できるものもありますし、活用しやすいように他の制度を変えることで対応できるものもあります。ここでは、そういう具体的な課題というより、制度設計の思想と政策の手法にかかわる課題をお話したいと思います。

見えてきた課題は例えば①「制度の狭間」。縦割りの制度は必然的に制度の狭間を生みます。②「新たな就労支援の対象者の出現」。従来のハローワークが支援する形とは違う支援が必要な方がいます。③「地域生活を支える住まいの重要性」も見えてきました。単なる住宅ではなく、そこに相談支援がついていることが必要です。④「複合的な課題を抱える方への対応」。⑤「職権主義と申請主義の問題」。⑥「国と地方、行政と民間の役割分担」。⑦「分権の拡大と公平との両立」。⑧「専門職と住民の協働」。これらの課題は政策だけでは制度の変更だけでは解決できません。ソーシャルワークとの協働が不可欠であるということが、この時の調査から得た私の結論でした。いくつか採り上げて福祉政策の課題とその解決のためのソーシャルワークへの期待をお話します。

3 福祉政策の課題とソーシャルワークへの期待

(1) 制度の狭間

福祉六法体制では支援ニーズの高い者をグルーピングして対象者ごとに法律を制定しています。福祉の2000年体制でも総合化をしています。高齢者介護、障害者支援と対象者を分けて支援をする基本構造は変化していません。支援は縦割りで制度の狭間は避けられない構造になっています。行政機関の各部署の所掌も法律ごとに定められ、制度の狭間にある者の支援ニーズは対応する部署がない構造になっていました。「その他の業務」を所掌する部署は一応決められています。制度の狭間の人の問題をそこに相談

に行ったからといって、實際上、対応できるわけではありません。各部署も縦割り、支援者も制度ごとに置かれている。縦割りの制度にあわせてニーズを切り取って、その範囲での支援で終わりがちでした。最後の受け皿として生活保護が位置づけられています。しかし生活保護がこぼれ落ちてきた人すべてを受け止める受け皿になっていたかといえ、実際の運用は最低限度の生活が維持できない人を対象とする縦割り制度に近かったといえます。この支援の縦割りを、どう克服できるか、です。

調査をする中で、自立支援相談の対象者に「障害者」と認定はされていないが、「障害者」に近いボーダーの方や、申請すれば受けられるかもしれないが、本人が申請をしたくない、または家族がしたくないので結果として「障害者」と認定されていない方が何人も見受けられました。「障害者」の枠を広げればいいのでしょうか。申請しやすくするなどの制度改善は必要です。しかしどれだけ枠を広げてもなお支援が必要にもかかわらず支援を受けられない「非障害者」は残ります。それをなくすためには、障害者支援が必要な人に障害者支援を行う。「障害者」かどうかを問うのではなく、この人には障害者支援が必要だと思ったら障害者支援を行うという仕組みをつくる。そうすると枠外に落ちることがありません。そのためには現場へ最大限の裁量権を付与しなければなりません。そんなことが可能でしょうか。これは医療では可能です。医療が必要だと医師が判断した方に医療を行う。予め医療が必要かどうかという行政判定はありません。そこでは医師の高い専門性が前提となっています。医療が必要だと思ったら医療を行い、それに対して公的財源で報酬を支払う。では、福祉でもこれを行うことができるでしょうか。社会福祉士がこの人に障害者支援が必要だと判断したら支援が行われ、それに対して公的財源で報酬が支払われる、そういう制度をつくることに社会的な納得を得られるでしょうか。残念ながら難しいと言わざるをえません。

では、できることは何でしょうか。障害者支

援が必要な「非障害者」に障害者支援に近い支援を提供できるように地域資源を調整することです。障害者支援と定義づけられたものでなくてもいい、それに近い支援を提供できればいい。そういうソーシャルワークを可能とする制度設計を行うことです。例えば、障害者支援事業者に一定の割合で「非障害者」に対する支援も認め、その費用を給付とは別に地域生活支援事業で認めるとか、障害者支援を行う社会福祉法人が地域貢献として、「非障害者」にも支援を行う、というような制度設計は可能だろうと思います。これが私のイメージしているソーシャルワークと制度との協働です。制度の狭間の問題は制度だけでは解決できません。けれど、そこにソーシャルワークが関わることによって解決できる。そして、ソーシャルワークが関わって解決することを可能とするような制度設計を行うことはできます。

（２）複合的な課題を抱える方への対応

福祉六法体制では、相談支援は、福祉施設で相談員が入所者と家族の相談を受けることと、行政機関で行政職員が制度ごとに適用の相談を受けることが中心で、ソーシャルワークといえるものは少ない状況でした。福祉の2000年体制で相談支援が給付として位置づけられ、給付とは別に総合相談を行う地域包括支援センターなども整備されてきましたが、高齢者、障害者というように対象者ごとの包括相談にとどまっていました。しかし、現実には、さまざまな困難を複合的に抱えている方がいます。介護の問題もあれば、障害の問題もあれば、ひとり親の問題もあり、そのようなさまざまな困難を複合的に抱えた結果、生きづらさを抱えている人や世帯に対しては、一つの制度だけではなくさまざまな制度のサービス給付や金銭給付、制度外の社会資源も活用しないと課題が解決できません。そのために、制度ごとではなく包括的な相談を受ける生活困窮者自立支援制度や地域共生社会実現のための重層的支援体制整備事業がつけられました。しかし、いくら制度をつくっても、

相談に当たる者が包括的支援の視点を持たない限り、新たな縦割りや屋上屋を重ねるだけになってしまいます。これらの制度だけでなく、すべての制度の相談支援員が包括的支援の視点をもつことが期待されています。

（３）自己決定の尊重と必要な支援の提供

①職権主義と申請主義

①「自己決定の尊重と必要な支援の提供」、これは制度的には「職権主義と申請主義」の問題です。職権主義は措置、申請主義は介護給付や障害者自立支援給付、生活保護もそうです。給付が権利として位置づけられると権利を行使するための申請が必要になります。制度のつくりとしては職権主義では申請がなくても必要だと判断したら支援ができるが、自己決定が尊重されていない。逆に申請主義は自分で申請し、事業者と契約してサービスを受けるので自己決定が尊重されるが、申請や契約がなければ客観的に支援が必要であっても支援を届けることができない。自己決定と必要な人に支援を届けることは制度のつくりとして二律背反になっているように見えます。

けれども、その運用を見れば、支援の必要な人を把握するネットワークがなければ職権主義による措置であっても、実際には必要な人すべてに支援を届けることはできない。福祉六法体制で支援が必要な人すべてに支援が届けられていたわけではなかったのは明らかです。行政に自分で相談に来るか、民生委員が行政に相談するかしないと、かつ利用できる施設の定員やサービスに余裕がないと、支援は届きませんでした。一方、意思決定支援がなければ、申請主義であっても、すべての人の自己決定の尊重はできません。知的障害や認知症の方に限らず、慣れていないと申請は容易ではないからです。逆に意思決定支援やニーズを把握するネットワークがあれば、どちらの仕組みでも自己決定を尊重しながら必要な人に支援を届けることができます。これはソーシャルワーク、とりわけその中のアドボカシーの必要性ということになります。

②アドボカシー

アドボカシーについては、日本では、その機能を果たしている人はさまざまにいますが、第三者性が確保されていないため本人の意思よりも適切な支援が優先されるという懸念があります。そして数も大幅に不足しています。アドボカシー機能を家族が果たすことも友人が果たすこともあるでしょう。NPO 団体がそういう機能を果たすこともあります。全国にあるわけではありません。制度的には民生委員、介護支援専門員がアドボカシー機能をもっています。生活困窮者自立支援制度の支援専門員、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の生活支援員、成年後見人もそうです。けれども、これらの人の職務はアドボカシーに特化されているわけではありません。例えば介護支援専門員は本人の意思の尊重と適切なプランを立てる両方の業務がある。そうすると本人の意思よりも適切な支援を優先してしまわないか、という懸念があります。生活支援専門員も金銭管理もしています。成年後見人も財産管理もしています。財産管理や金銭管理を優先してしまい、本人の自己決定支援が後回しになってしまわないか、という問題であり、実際にそういう調査結果もあります。

では、アドボカシー機能が適切に果たされるための政策として何があるのでしょうか。数の不足については市民後見人のように市民がアドボカシー機能を果たせる仕組みの普及が挙げられるでしょう。そして、すべての相談支援に携わる人にアドボカシーの意識や技術を普及することや、入院や入所のような重大な措置が行われる場合は他の業務を優先してしまう懸念のない、第三者性が確保されたアドボカシーを制度的に保障することも必要でしょう。もちろん、重度の認知症や知的障害者の意思決定支援のために専門的技術の向上を図るための仕組みも必要となってきます。

(4) 分権の拡大と公平

①地方公共団体間格差、支援現場の格差

国から地方公共団体へ分権すると地方公共団

体間の格差が出てきます。支援の現場に分権すると現場の格差、不公平が出てきます。それを起こさないために行われてきたのが国による細かな基準や指針でしたが、それでは「包括的支援」、「創造的支援」になりません。制度的にできることには限界があります。解決のために必要なのは、何よりも支援員の力量、ソーシャルワークの専門性を上げることです。

②開かれた公平

公平性の観点から、もう一つ、生活困窮者自立支援制度の理念が今までのものと大きく違うところがあります。従来の制度は線引きをして、その枠の中で公平になるように設計されました。支援者も制度の枠内で対象者に公平に支援を行います。行政職員はそう訓練されてきました。しかし、これは制度の対象にならない人との公平を見ない制度に「閉じられた公平観」です。生活困窮者自立支援制度の自立支援相談は「断らない相談」という言葉に象徴されるように線引きをしません。制度の中に閉じない、制度の外にも「開かれた公平」はどうやって確保されるでしょうか。そこでの公平は、潜在ニーズを掘り起こし、掘り起こしたニーズに全力で対応することによって確保されます。一人の対象者を全力で支援する中で関係機関とのネットワークが強化され、地域資源が開発され、そのことが他の対象者のための支援への資源となります。「ある一人の対象者を全力で支援することが他の対象者への支援につながる」という形で初めて、開かれた、制度に閉じない公平性が確保されるのです。それを可能とするのはソーシャルワークの力です。

(5) 地域住民と広域専門職との協働

地域住民が担い手となる支援、伴走型の個別のかつ継続的な支援、ニーズや課題をもちながらも、その人らしく、あたりまえに生活できるための新しいつながりと多様な支えあいをつくりだすことができる「地域」は、住民が実感として地域と捉えうる範囲です。「日常生活圏域」という言い方をすることもあり、よく中学校区

が相当するといいますが、小学校区、場合によってはもっと狭い自治会の単位だったりします。これに対して、専門職が配置される圏域は、多くの場合、日常生活圏域よりは広く、地域包括支援センターは市町村内にいくつかありますが、児童相談所などは複数の市町村に跨がっています。いずれにせよ、日常生活圏域と専門職が配置されている圏域とは乖離しています。地域住民と広域専門職が協働するために、制度的に小さい圏域にもどんどん専門職を配置していくことは人口減少で人材制約がある中では困難です。とすれば、解決の途は、専門職が日常生活圏域を基盤としたソーシャルワークをアウトリーチによって展開する、これしかありません。つまり、ここにもソーシャルワークによってしか解決できない課題があるのです。

まとめ

戦後の福祉政策は「福祉六法体制」、「福祉の2000年体制」を経て「地域共生社会」へ移り、地域とソーシャルワークを重視する方向へシフトしてきています。地域共生社会につながる最初の制度である生活困窮者自立支援制度は地域づくりを目標に掲げ、ソーシャルワークを核とした、従来の政策とは異なる制度設計思想、政策手法をもっています。この制度の実践を通して見えてきた福祉政策の課題を制度だけで解決することには限界があり、制度とソーシャルワークとの協働が不可欠になっています。

以上「地域とソーシャルワーク」を政策の観点から見てまいりました。これも踏まえて、コロナ禍の下、保健医療の場ではどのような課題を抱え、それらの解決とよりよい社会の実現のためにソーシャルワーカーは何ができるのか、シンポジウムの中でディスカッションできればと思います。お話したことはミネルヴァ書房から今年出した『福祉政策とソーシャルワークをつなぐ』という著書に、詳しく調査事例も含めて書いていますので、読んでいただければ幸いです。どうもありがとうございました。

参加者からの意見¹⁾

地域共生社会の特徴である「包括性」とは、視点が施策から個人に移る。個人にフォーカスする。・・・このご指摘は、SWがその専門性を発揮するときなのだということにつながるのだと理解しました。

生活困窮者自立支援制度は、生活保護財源を縮小するためのゲートキープではないかと批判がありましたが、この制度の画期的ところが説明され、わかりやすいと思います。

「自立」をどうとらえているか、その理念に触れています。・・・「保護」に傾きやすい支援のあり方を見直して、エンパワメントの働きかけを根気強く行う。

現場の支援者に分権され、創造的な支援がなされなくてはならないとのご指摘は、その通りと納得します。創造を嫌い、『マニュアルがないとできません』という傾向が現場に見られることを常々、残念に思っています。相談支援そのものが中核になっている制度設計になっていることを理解して、SWの専門性を発揮するところにしたいものと思います。

いくら制度をつくっても、相談にあたる者が包括的支援の視点を持たない限り、新たな縦割りや屋上屋を重ねるだけ・・・この指摘は、SWが厳しく受け止なくてはならないと思います。そもそも報酬がない時代から、「サービス給付支援のための相談」「医療サービス給付のための相談」には報酬が付与されるようになって、相談支援を中核に据えた実践から遠くなっているSWが存在して、つかみそこなったニーズに気づけなくなってしまっている。

現状の制度やサービスで対応・解決できないなら、とりあえずの手立てを講じて、新たな資源を考え出す、そういう構えで仕事をしていれば、自分だけでできることではないことが分かって、本人自身、インフォーマルな資源や地域住民の協力を目が向かざるを得なくなる。もがき

ながら取り組むそのSWプロセスで、ご指摘の通り、「ある一人の対象者を全力で支援する人が他の対象者への支援につながる」ことに気づけるように思います。

制度のはざまの問題は、制度だけでは解決できない・・・個人にフォーカスしてニーズがあれば動く、そして、あきらめることなく、可能性を追求してこじ開けようとするSWの働き、それと制度の柔軟な運用、これらがあわさってこそ、ニーズを落ちこぼさずにすむ。そういうことと理解しました。

参加者からの意見 2

ギュッと内容のつまった、貴重な講演を拝聴させていただき、ありがとうございます。たいへん勉強になりました。同じフィールドでも、政策の観点と現場の観点では見えている景色が違うこと、景色を切り取るフレームの違いを少し捉えることができたような、まだまだ不足しているような、そんな心持ちです。

福祉六法体制のもとで、「私はソーシャルワーカーです」と胸を張れる仕事をしていた福祉職がどれだけいたのでしょうか。先生がおっしゃるように、当時からMSWはソーシャルワーク実践をしている（あるいは、実践しようとしている）と自負していました。「ソーシャルワーカーです」と名乗るのはMSWだけだよ、と当時仲間と話したことを思い出します。

2000年体制になり、対象者別の制度・サービスが整備されより専門化というか細分化し、事務作業にも追われるようになった結果、多くの民間団体の福祉職が「制度屋さん」から抜けられない状況になってしまったのではないかと危惧します。また、いまだに行政の福祉窓口では、専門職でない職員が配置されている場合も多く、相談者や関係者から「福祉ってこの程度なの？」と落胆する声を耳にすることは稀ではなく、忸怩たる想いです。

一方で、社会課題の解決を目指すNPOの活躍は目覚ましいですね。ニーズに応じた柔軟な

支援スタイル、社会資源の開発、ネットワークづくり、ソーシャルアクション、と制度に次々と展開するパワーに圧倒されます。行動力のある人材は、NPOに流れているような印象があります。

生活困窮者自立支援制度と地域共生社会の実現、この新たな政策を、福祉職がソーシャルワーカーとして活躍する突破口にしなければいけない、と（少々大げさに言うと）決意を新たにしました。

「福祉の2000年体制はニーズ主導」は、それまでの「国主導」「制度（予算）主導」に対しての表現だと思いますが、その「ニーズ」は国または地方自治体が考える「ニーズ」であり、対象者からニーズを徹底的に引き出して、サービス体系を構築しているわけではないと思います（計画作成にあたり量的な調査はしていると思いますが）。介護保険や障害のいくつかは「ニーズ」に対応したよいサービスだと感じますが、子ども・子育て支援だと相変わらず、待機児童対策とか放課後児童クラブの整備（定員増）が中心で、サービスの質についての検討や子どもの居場所（騒いだり、ボール遊びができる場所が歩いて行ける範囲にない）、子どもの権利を守るための仕組みなどについては、まだまだこれからです。「ニーズ主導」というよりは「計画主導」の方が個人的にはぴったりに来ます。

（筆者コメント…対象者からニーズを徹底的に引き出して支援を構築する仕組みは、菊池先生が生活困窮者自立支援制度について述べた「国家レベルでの対応の網の目からこぼれ落ちた人々の困窮に対し、地方レベルで個々人のニーズに合わせてオーダーメイドで支援していくための仕組み」であり、次の地域共生社会を俟つことになります。）

地域共生社会の包括性について、「視点が施策から個人に移っています」という表現ですが、「個人をフォーカスして、その方に対する支援を包括的に行います」というのは「全人的支援」として、以前からソーシャルワークの観点でした。地域共生社会の実現に向けては、「複合的

な課題を抱える者や世帯」に対する相談支援という視点が強調されているように受け止めています。

(筆者コメント…以前からのソーシャルワークの観点が地域共生社会として制度の観点になったということです。)

地域共生社会の実現について、政策側が言い出した背景とは別に、現場からの発信もあります。たとえば専門職が困り込むようなかたちでサービスを提供してきた結果、福祉ニーズのある人の生活を地域から切り離してしまったという反省や、専門職ではかなわない、住民だからこそ可能な緩いつながりや支え合い、気のかけ合いに期待をこめて展開しています。知ること・かかわること・参加することによって、住民は地域を「自分事」として捉えるようになるということを現場では肌で感じています。

参加者からの意見3

医療ソーシャルワーカーがどのような機能の病院に属していようと、自らの実践の中で「地域」を捉え続ける必要があるとの思いを強くしました。

たとえば、地域と直接的な関わりが少ない転院支援中心の大規模病院の場合であっても、がんセンターや認知症センター等の附属機能がある場合、ソーシャルワーカーが地域に近づける場が見出せないだろうか。

また、退院支援に明け暮れる仕事が課せられていたとしても、支援の中に地域を意識することで見えてくるものがあるように思います。クライアントには自分の物語を紡いでこられた地域(の生活)があります。その方の存在そのものとも言えます。高齢・重度な心身状態で転院となれば、それは「単なる転院」ではなく、二

度と地域には戻れないことと同義語です。自戒を込め、ソーシャルワーカーはその重さを感じる支援をすべきであると思います。その重さを感じる時、接する言葉や行動、支援の質も変わってくると思います。

かつて大規模病院のソーシャルワーカーで、葛藤の様子なく「私たちは地域はしません。それは業務ではありませんから」ときっぱり語るソーシャルワーカーに出会いました。最初は驚きました。ソーシャルワーカーの仕事は属する機関により特徴が異なりますので、それを考慮せず訪問すべしというわけではありません。しかし、クライアントの生活の場を思い描くことはどのソーシャルワーカーにとっても支援の大切な要素に違いありません。

さらに、地域をもっと身近に意識し、支援行動に反映させる余地はあるのではないのでしょうか。たとえば退院後の生活がケアマネジャー等によって担われるにしても、ケアマネジャーを紹介して終わりとするのではなく、クライアントの退院後の生活に専門職としての責任を果たすべきではないかと思っています。微力ながら、私は他機関のケアマネジャーを紹介した場合でも、退院後のアセスメントもサービス計画もケアマネジャーと一緒に取り組み、クライアントが退院後、闘病を内に含みつつどのような生活をしたかというテーマに向かいました。そのカンファレンスと初発プランまでは、退院支援を担うソーシャルワーカーの役割だと思っています。

注

- 1) 後日寄せられた意見を本人の了解を得て掲載。意見2、意見3も同じ。

[シンポジウム]

リアルに医療崩壊を起こした大阪の現場から

白野 倫徳*

ご紹介いただきました大阪市立総合医療センター感染症内科の白野と申します。私どもの病院は大阪市内唯一の第一種感染症指定医療機関ということで、もともと2020年1月の当初からコロナの患者さんを受け入れることになっていました。そもそもそれ以前からも2009年の新型インフルエンザや、2002年～2003年にかけてのSARSなど新しい感染症を受け入れるという役割を果たしてきた病院であります。特に大阪では第4波が大変で実際に医療崩壊といえる状況が起きました。今回は私どもの病院の経験をもとに大阪府が第4波から第5波にかけて、どのような取り組みをしてきたかを中心にお話をしたいと思います。

本日のアウトライン。当院の状況、最近の感染の状況、大阪での第4波を中心とした医療崩壊の現状。大阪府がどのように取り組んだか。この1年半以上に及ぶコロナ禍の中で浮き彫りとなった社会問題。ウィズコロナ、ポストコロナといってもいいかもしれませんが、これからソーシャルワークを、どう考えていくかについてお話をいたします。

「最近のコロナを取り巻く臨床面での主な動き」について。「中和抗体薬」といわれる薬剤、治療の選択肢が増えたことが大きな変化となっています。これによっては外来で治療することができます。クリニック、往診で診療もできるようになります。ワクチンが普及したことで最近では高齢者の患者さんの重症者もどんどん減っ

てきています。ただしこのワクチンの効果は、いつまでもつかどうかわかりませんので、今後、どうなるか見通しははっきりしないところがあります。そういう影響もあり、以前に比べると高齢者施設でのクラスターは減ってはきています。一方でネガティブな面として、デルタ株は感染力が強く、この先もさらにいろんな変異株が出てきて、さらに感染力が高まる可能性もあります。また今まで若年層は重症化しないといわれていたのですが、これだけベースラインで感染する人が増えてきますと若年層でも重症化の人が増えてきています。またお子さんも感染しにくいといわれていましたが、最近では学校でのクラスターが出てきたりしています。また妊産婦さんは特に受入れが難しいということで、その問題も出てきています。最近いわれているのが後遺症、感染してから1年以上たってもさまざまな症状で苦しむ人たちがいることも知られています。

これは大阪府の最近の7日間毎の新規養成者数（9月22日時点）。毎日のデータだと日曜日は減ったりすることがあります。第4波の方が死亡者数・重症者数は多かったのですが、第5波の方が感染者数としては圧倒的に多くなっています。ここ最近、9月22日時点では一気に下がってきていて、なぜ減ってきているのか、みなさんの行動制限だけでここまで減ってきたのか、専門家もまだ答えを出していないところですが、こういうふうには減ってきているのが現状

* Michinori Shirano : 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター感染症内科副部長

です。

これは年齢別に軽症、中等症で入院された患者さんの割合を第3波～4、5波にかけて見たものです。大阪府だけのデータです。第4波の中心であった4月～5月は70代、80代の高齢者の人が多かった。若年層もそれなりにいましたが、割合としては少なかった。第5波、8月以降は高齢者の割合が減ってきて、その分、50、40代が多数を占めるようになってきました。65歳以上の方は、この春くらいからワクチンを打ち始め、若年層はまだワクチンを打っていないことに起因するかと思います。

私どもの病院の紹介。大阪市中心部、JR大阪駅から大阪環状線で2つ目の桜ノ宮駅の近く、都島区にあります。1000床以上の病床をもつ大きい総合病院で、ICU、ハイケアユニット(HCU)合計40床を有しています。大阪市では、大阪市保健所や感染症の専門家がいる医療機関が中心となり、「大阪市感染対策支援ネットワーク」という組織をつくっています。その中の北部ブロックの幹事病院ということで、この近くの医療機関にクラスターが発生した際や相談がある際、対応する役割を担っております。

演者は2020年正月休みの時点で、中国で発生している謎の肺炎が旧正月の頃には日本に入ってくるだろうと予想していました。年明けの第一週目からマニュアルをつくり始め、受入れ体制を整えていました。1月23日に「疑い例」があり、結果的に後ほど陽性と確定したのですが、その後も多くの患者さんを受け入れてきました。2020年4月以降は大阪府も宿泊療養施設を整え、病院の役割をはっきりさせましたので当院はICUをもっているということで中等症、重症例のみ、となりました。現在では重症23床、中等症58床を確保しています。病床を確保するために病棟としては最大4病棟を閉鎖して、その分の看護師を感染症病棟に配置しています。医師も全診療科からICUや感染症内科、また大阪市の場合は大阪市立十三市民病院が専門病院となりましたので、そこへも応援医師を派遣したりしています。また「大阪市感染対策支援ネッ

トワーク」から病院4カ所、老人施設1カ所に支援を行いました。

これが当院の入院患者数の推移です。当初は軽症を含めて全部受入れ、このあたりから「中等症、重症のみ」に特化し、第2波～4、5波と。このあたりは重症、中等症で酸素が必要な患者さんが圧倒的に多いということで第4波のピークの頃は当院も、かなり大変な状況でした。

これは昨年のお話ですが、この頃、備品がなくなり、感染症指定医療機関としてどんどん患者さんを受け入れているのにアルコールも足りない、マスクも足りないという状況がありました。アルコール綿が不足しているから大切に使うといわれても困りますし、マスクも足りないで同じマスクを2、3日使うということもありました。本来なら廃棄するものも捨てずに再利用する、防護具が足りなくなったので、大阪市長がマスコミにレインコートの寄付を呼びかけ、全国から大量のレインコートを寄付していただきました。実際、これを着てICUで処置に入ったりもしていました。

看護師さんが足りなくなるので病床を閉鎖するというので、当院の特徴的な病棟でした「AYA世代病棟」、若年、思春期の世代のみなさんのための専門病棟を閉鎖するというのでマスコミにも採り上げられたりしたこともありました。

もともと感染症病棟をもっていたのですが、それだけでは足りないということで別の病棟を臨時的コロナ病棟にしたために仮設のドアをつくったり、陰圧のパーテーションを置いたりして工夫を行いました。

第4波の大阪での流行状況について。重症病棟の使用率は100%を超えました。そのために中等症の病棟の患者さんが悪くなっても、重症病床がいっぱいなので転送できず、中等症の病床のまま不慣れな状態で人工呼吸を行うこともありました。自宅待機中の患者さんが救急コールしても救急搬送もできないので最大2日間留め置かれたケースもありました。この時、大阪で始めたのが在宅でクリニックの先生方に協力

をいただいて何とか在宅酸素療法を行い、自宅でデキサメタゾン（ステロイド）の内服薬を投与する仕組みや、入院待機ステーションといて入院できない人を取りあえずそこに搬送し、酸素投与だけを行い待機してもらう仕組みもつくられました。

この頃、中等症からの死亡例が多発しました。大阪での重症、死亡例の経過です。ICUに入室したり、人工呼吸器やECMOを装着されたりする人が重症の定義ですが、確かに重症のまま治療の甲斐なく亡くなる方もそれなりにいましたが、それよりも中等症の病床から重症病床に入ることなく、亡くなる方が圧倒的に多かったという状況でした。大阪府は全国に比べても死亡率が高いということで第3、4波共に全国平均に比べて1.5倍くらい死亡率が高かった状況でした。多くが中等症のまま亡くなるのは、重症化しても重症病床に入れられないまま中等症のまま、お看取りすることになった。特に高齢者施設でクラスターが多発しましたので、そこから病院につれていくこともできず、高齢者施設でそのまま、お看取りする方も、かなり含まれていたと思われます。

第4波の重症病床の運用率と軽症・中等症病床の運用率。運用病床に占める重症者数の割合。まさに4月末から5月にかけては100%を超えています。確保病床以上に患者さんが亡くなられたということで。中等症の場合は一応、100%となることはなかったのですが、転院先の重症病床が満床のために転院できない。中等症の病床に重症の患者さんを仕方なく受けることとなります。看護師も人手がかかるので、いくら病床が空いていても新たな中等症の人が入院できないことも起こりました。

高齢者施設でのクラスターが多発して高齢者の患者さんが多いのですが、その人たちが入院できる病院がない。重症の患者さんが増えて中等症の患者さんも逼迫する。重症病床の逼迫の背景の一つには、そこからの転院が難しいことがあります。重症病床で気管切開して、ある程度、安定してきたので今までだったら療養型病

院やリハビリ病院に転院して受け入れてもらっていたのが、「コロナ患者は受け入れられません」と断られる。仕方なく重症病床でそのままにしている。その背景には感染対策の不安、感染から日がたつて「もう感染力はない」といわれども「受け入れに不安がある」ということもあります。不安の背景には「ひとたび施設でクラスターが発生したら大変だ」と。このような悪循環がぐるぐる回って一向に病床が確保されないということが起こりました。

それを受けて第4波以降、大阪府は病院をいくつかの考え方で分けました。重症拠点病院、ECMOを中心とした集中治療ができる病院。当院はここに入りますが、中等症・重症一体型病院。我々としては、こういうことが一番運用しやすいなと思ったのですが、結局、はじめから軽症、中等症の人を受け入れて悪くなくても転院させるのではなく、院内でICUに転棟し、また院内のICUで人工呼吸器から離脱できるようになったら中等症の病床に移ることで、運用しやすいのではないかと思います。当院では中等症病床も重症寄りと軽症寄りに病棟に分け、転院調整中の方やリハビリ中の方は軽症寄りの病棟で運用しました。

大阪府で軽症・中等症総入院患者に占める長期入院患者の割合。軽症・中等症であつたらコロナ的には、すぐ退院できるはずですが、もともと基礎疾患があるとか廃用性萎縮とか呼吸が一旦悪化した人は後遺症もあって、すぐに転院できないこともあります。こちらは2月の、第3波の頃のデータですが、15日以上を長期と定義していますが、その割合が多くなっていく。コロナの急性期治療が終わった後の患者さんが転院できないことが病床逼迫の原因になっていたということがいえるかと思います。

それを受けて大阪では転院・退院支援の強化。「大阪府転退院サポートセンター」を組織して医療機関から「こういう人の転院をお願いします」と後方支援病院で「コロナの治療後の人を受け入れますよ」というところを登録して大阪府でマッチングを行う。金銭的な支援もあるわけ

ですが、そこから転院の交通搬送支援、介護タクシーなども大阪府が斡旋することで「大阪府転退院支援センター」で受入れ病院と後方支援病院のマッチングを行う仕組みも行うことができました。

第3波と第4波、亡くなられた方の推定感染経路ですが、第3波、昨年冬は施設、医療機関でのクラスターが発生したことで半分以上が医療機関、院内感染でした。4波になると施設、医療機関での感染、死亡は、やや減ってきて「感染経路不明」「市中」が増えてきます。第5波はまだ詳しいデータは出ていませんが、さらにその傾向が強くなっています。一般的に施設、医療関連のクラスター感染の割合が減ってきて「感染経路不明」「市中での感染率」が相対的に増えてきています。これはワクチンの普及によるものと考えられます。

その他、大阪府の取り組みをまとめますと、一部は報道にもありますし、知事が記者会見するとニュースになるのですが、「抗体カクテル療法」という外来でもできる治療の選択肢が増えたことで、医療型宿泊療養施設、ホテルに医療従事者を常に、いてもらうようにして、ホテルで「抗体カクテル」点滴をする。抗体カクテルを実施する外来、診療所、往診の医療機関を置く。やはり「自分のところで点滴をしたが、その後、悪化したらどうしたらいいか」という不安もある。そのためのバックアップを行うため我々の病院や救急対応できるバックアップ病院を選定する。患者さんが多いと全員が宿泊療養施設にも入れないので自宅療養を選択する方が増えますが、大阪府も看護協会等と相談し、訪問看護師を派遣して自宅療養の患者さんの観察を行う。保健所だけではできなくなっているので、それを有効に活用させていただく。今、問題となっている「後遺症のための受診相談センター」の窓口を設けて受診が必要な場合には医療機関を登録する。また運用は始まっていませんが、大規模な臨時医療施設として大規模な国際会議場のようなところを一時的な医療施設にする。人の問題が悩ましいところで人をどう

やって集めるかが課題ではありますが、設備は着々とできてきています。

「新型コロナウイルス感染症がもたらした問題」では「受診控え」とか「活動制限による基礎疾患の悪化」が問題になってきます。特に高齢者は運動機能、認知機能が衰えたり、健康診断を受けるのを控えたり、医療機関への受診機会が喪失して、がんなどの診断の遅れが問題になっています。経済的な問題、メンタルの問題から自殺の増加。学校などの部活動の制限や授業そのものがオンラインになり、活動制限による子どもたちの成長、発達への影響。海外との交流が途絶えたことで外国籍住民の方が帰国できない問題も起きています。

特に外国籍の人問題は深刻で、もともと言語の問題、経済的問題、在留資格の問題ともあり、医療へのアクセスが困難だったのが、さらにコロナ禍によって一時帰国できなくなり、母国の家族から薬を送ってもらっていたケースが、航空便が遅れることによって薬を送ってもらえなくなっていることも出てきています。

「これからの時代、ウィズコロナの時代」。コロナといっしょにつきあっていかないといけないのですが、今までの問題を振り返ると病床が逼迫した背景にはクラスターの発生もありますが、それを抑えるためにどうすればいいか。今の問題としては民間病院でのコロナ関係の患者さんの受入れが難しいこと。公的病院や大規模病院に偏っている。こういう病院は救急受入れや手術もやっていますので、そこに影響が出るという、さまざまな悪循環になっている。その背景には感染対策の困難さ、民間病院が「受入れたいが、専門家がない」とか「クラスターが起るとどうしようか」とか。こういうところは地域全体で取り組むことが必要かと考えています。

「コロナ対応でMSWに求められること」。転院調整、転院先の病院から感染への不安の話があると思います。専門家の知識をもつ必要はないと思いますが、感染への不安のため、「PCR陰性でないと絶対に受け入れない」というとこ

るもあると思います。感染の危険のない、極めて低いウイルス量でも陽性になる場合がありますので、そういうことを理解して説明できるとか「標準予防策を正しく理解していれば感染は起こるものではない」と説明することも必要かと思えます。

これからは在宅療養が中心になってくると思います。病院のMSW、CSWも同じかもしれませんが、在宅の療養中の方と病院との橋渡し、退院後の医療支援の調整も必要だと思います。

「ウィズ/ポストコロナ時代のソーシャルワーク」。もともと患者さんには基礎疾患をもつ人が多い。コロナになったことで初めて診断された糖尿病とか、もともと肥満があったが、医療

機関にかかっていなかった方も多い。合併症もありますので脳梗塞とか新たに発見される人もいます。肺がダメージを受けたことで器質化肺炎を起こして後々、在宅酸素療法が必要な人もいます。コロナそのものは急性疾患で終わっても、後々、いろんな問題が出てくる。メンタルヘルスの問題も、これから問題になってきます。生活困窮者は、さらに生活に困窮することが出てきています。この点も、MSW、CSWなどソーシャルワーカーの人たちが考えていくべき問題かなと思います。

以上になります。ご清聴ありがとうございました。

[シンポジウム]

コロナ禍における地域医療支援病院の ソーシャルワークの一例 ～病院（MSW）と地域（CSW）を通して～

丸山 秀幸*

はじめに

私は、馬場記念病院の医療福祉相談室で医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）をしています。急性期病院のMSWをしながら、いきいきネット相談支援センターでコミュニティソーシャルワーカー（以下、CSW）を兼務しております。今回のテーマであります「地域とソーシャルワーク」について、病院と地域の実践から述べたいと思います。「コロナ禍における地域医療支援病院のソーシャルワークの一例」というタイトルで発表します。

コロナ前の地域医療支援病院の ソーシャルワーク

社会医療法人ペガサスは、「ペガサス・トータル・ヘルスケアシステム」の構築を目指して、「救急救命-急性期-回復期-慢性期-在宅療養支援」に至る医療や介護、福祉、保育の事業を展開しています。脳卒中患者が多いこともあって、急性期治療後のケアの継続性を担保できる組織づくりが行われてきました。その中で、ソーシャルワーカーは他機関との連携や保健福祉活動の連携の一部を担ってきました。また、法人の基幹病院である馬場記念病院は、病床数300

床の地域医療支援病院です。脳卒中をはじめとする脳神経外科領域の患者が多いことが特徴です。新型コロナウイルス感染症に関しては、大阪府の重点医療機関となっており、主に軽症・中等症患者を受け入れています。

私は、MSWとCSWを兼務していますが、事業所はそれぞれ別の場所にあります。大阪府堺市でMSWの業務、堺市南部に隣接する大阪府和泉市でCSWの業務を行っています。現在、当院のMSWは6名、ペガサスいきいきネット相談支援センターのCSWは2名の体制で、病院と地域での相談支援を行っています。院内の地域連携・入退院支援部門は、3部門（入退院管理センター・地域医療支援室・医療福祉相談室）から構成されています。入退院管理センターには、入退院支援の看護師が配置され、急性期部分の病棟専任の退院支援を担当しています。地域医療支援室は、主に病診連携（登録医）を担当しています。他にも、パートナー事業所制度（介護・福祉事業所）、パートナーシップ制度（企業）を設立して、多様な地域連携にも力を入れています。医療福祉相談室では、MSWが回復期部分の病棟専任の退院支援を担当し、急性期部分の心理的・社会的・経済的問題が多い患者に対して、直接的に介入しています。さらに、MSWは地域活動として、病棟連

*Hideyuki Maruyama：馬場記念病院／ペガサスいきいきネット相談支援センター

携や医療介護連携の活動にも参画してきました。

その一例として、「堺市域『医療と介護の連携強化』病院連絡協議会」があります。大阪府堺市は、大阪市に次ぐ、人口84万人の政令指定都市で、堺市単独で二次医療圏を構成しており、当院を含む5つの地域医療支援病院があります。市内には、病院44ヶ所、診療所730ヶ所、訪問看護ステーション170ヶ所、居宅介護支援事業所370ヶ所、基幹型・地域型包括支援センター28ヶ所があります。本協議会では入退院時の連携を含む介護支援専門員などの介護・福祉関係者と病院との連携強化を図ることを目的に活動してきました。活動当初のグループワークでは、共通する問題点として、「情報不足」「連携不足」「知識不足」「タイムラグ」「窓口が不明確」「退院前カンファレンスの未実施」「コミュニケーション不足」の7つの問題に整理されました。これらは、10年前の現場の意見ですが、現在も続く問題であるように思われます。協議会では、具体的な解決方法についても、現場の意見を反映させるために、グループワークを繰り返し行いながら検討してきました。具体的には、「介護支援専門員等病院見学実習」や「病院看護師等介護事業所見学実習」があります。病院見学実習は、地域医療支援病院の5病院が実習先となっています。コロナ禍では、この実習の取り組みは中止となっています。

このように、「ペガサス・トータル・ヘルスケアシステム」の構築を組織の基本方針に、MSW/CSWも組織づくりや地域の機関との連携に携わってきました。医療連携や医療介護連携の活動から、CSWの地域福祉活動、障がい者の就労支援などを通して感じてきた課題は、3つあります。一つ目は、医療へのアクセスです。病院で出会うクライアントは、既に医療に繋がっていることがほとんどですが、地域の中には医療に繋がることのできない状況の住民がいるということです。二つ目は、入退院時の連携です。これは、各地域でも入退院の仕組みが構築されつつありますが、当院においても情報の不備や、病院職員の意識の違いなど、課題は

多いと思います。三つ目は、退院後の支援体制です。MSWも入院中の対応に追われたり、退院後まで支援の手が届かなかつたり、そもそも退院されると支援対象の意識が薄れる傾向にあるようにも感じます。退院後の訪問も決して多くはありません。

コロナ禍の医療福祉的課題と実践

私は、これまで病院の中から地域を見てきましたが、地域から病院を見てみるとこれまでと違った課題を感じるようになりました。大阪府では、2004年から「CSW機能配置促進事業」を実施し、各市町村にCSWが配置されるようになりました。概ね中学校区を一つの担当地域として、制度の狭間や複数の福祉課題を抱えるなど、既存の福祉サービスだけでは困難な事案の解決に取り組んでいます。基調講演の棕野先生のお話にもありました「生活困窮者自立支援制度」の相談支援員をCSWが兼務しています。

コロナ禍のCSWの相談内容と件数は、「生活全般に関する相談」に次いで、「健康や医療に関する相談」が多くなっています。さらに、健康・医療に関する内容は「社会的に孤立している」とことと密接に関連していることがわかりました。例えば、コロナ感染への不安から受診を控えていること、がん治療の中断や精神疾患の未治療は、コロナ禍に加えて孤立していることが一つの原因となっていました。また、世帯主が入院したことによる家族の経済的不安や生活困窮の実態も明らかになり、経済的問題に対する相談支援や食糧支援を実施しました。入院患者の家族の問題は、面会制限の影響もあつてか、病院の中では支援ニーズが明らかになっていなかったようでした。さらに、コロナの影響で失業し、アルコールの飲酒量が増え、吐血されたことによって受診・受療援助としてCSWに相談が入ったこともありました。これらは、病院の中でMSWが応じる相談内容と重なりますが、地域の中でも同様の相談を受けることになるとは、CSWを兼務するまで私自身も想

像しませんでした。

MSW と CSW の実践を通して、先述の3つの課題は、コロナ禍においても継続していると実感しています。「生活困窮者支援」「社会的孤立」「受診控え」「地域活動の自粛」などは、医療へのアクセス問題とも密接に関連します。また、対面での情報収集の場が制限され、家族の面会制限も加わり、患者情報や入院前の介護事業所とその担当者の情報に不備が生じ、地域の関係機関との入退院時を含む連携が不十分となっていました。さらに、退院後の支援体制についても、コロナ治療後の支援を含めて、MSW 自身が接触機会を制限されることもあって、十分には行えない状況も課題でした。

大阪府における新型コロナウイルス感染症の第1波から第4波までの状況と、MSW の実践を照らし合わせて振り返ってみます。第1波では、MSW 自身の感染不安や組織の感染制御の中、さまざまな実践上の制約が生じました。第2波では、個々のクライアントの支援を行うには、病院の中だけでは限界があることを実感しました。特に家族がおられず、社会的問題に対応するためには、自宅等への訪問は必要不可欠でしたので、訪問活動を再開しました。第3波では、当院は回復期病床をもっていることから、系列のリハビリテーション病院とともに、重症病床をもつ病院からのコロナ後の転院の受け入れの調整を始めました。さらに、入院時の対面での情報収集が不十分であったため、介護支援専門員などの担当事業所が確認できていないことが多く、介護支援専門員も病院に来院する不安もあったことから、MSW が全ての入院患者の居宅介護支援事業所の確認を行うことにしました。具体的には、家族や地域包括支援センターへの確認を通して、介護保険サービスの利用者であれば、担当者に全て連絡するようにしました。第4波では、ワクチン接種が始まった時期です。ワクチンの接種券が必要となりましたが、単身者については、接種券を持参してくれる方がいません。これについても、MSW が自宅を訪問し、接種券をポストから回収し、ワクチン

接種ができるように取り組みました。このように、コロナ禍の実践では、これまでとは違うかたちでの実践が求められることも多々ありましたが、結局はこれまで MSW が実践してきたことの延長であると思います。濃厚接触者となった家族に対するクライアントの不安に対応するための家族支援や、面会制限下で、オンラインでの面会を補完するために、MSW がクライアント・家族の代弁者・仲介者となって、それぞれの不安の解消に努めてきました。

最後に、第5波で試みていることを紹介します。CSW の実践から、社会的孤立と健康・医療に関する相談が関連していることを説明しました。そのことを参考に、コロナ禍で孤立しているかもしれない方への支援として、二つのことを試みています。一つ目は、コロナ入院患者の退院後の生活支援、二つ目は外来の再診予約に来院されなかった方の生活支援の2つです。退院後、2週間程度を目安に、患者に電話連絡し、体調・後遺症・家庭内感染・社会復帰の状況を確認し、生活上の問題があれば相談に応じます。外来未受診者についても、電話連絡し、受診されなかった事情を確認し、生活上の問題があれば、相談に応じます。入院患者は、第4波までと異なり、就労・就学している世代が多く、治療後は大半が自宅に退院されますが、その後の生活状況については、誰にも分かりません。大阪府では、新型コロナ受診相談センターが設けられ、後遺症に関する相談窓口を開設していますが、あくまで相談できる状況にある方に限られます。MSW から電話でのアウトリーチを通して、生活上の問題について確認することによって、自ら相談できない状況の方にも対応しようと考えて実践しているものです。現在も、コロナ治療後の生活状況を確認している最中ですが、全く問題ない方は、約3割、元通りの体調ではないが回復してきている、症状が持続しているが復職・復学できている方は、約6割弱、約1割強の方が体調不良や後遺症から復職ができていません。外出自粛の影響もあって、うつ状態となったり、休職されていたり、倦怠

感が悪化し、復職の目途が立たず、経済的不安を抱えている方がいることが明らかになりました。体調面については、当院への受診援助、コロナ特有の傷病手当金の手続き方法について説明するなどの相談援助を実施しています。

これからの地域医療支援病院のソーシャルワーク

コロナ禍で MSW/CSW が大切にしてきたことは、面会制限による在宅療養を希望される方への退院支援やクライアント・家族の心理的支援をはじめ、対面機会の制限下においても必要となる制度が活用できるように支援してきました。また、病院内だけでは解決が困難な状況にあるからこそ、地域の関係機関との連携を大切にしながら、支援ニーズをキャッチし、支援に繋げてきました。そして、入院中に限らず、外来や退院後の支援を継続することを大切にしてきました。

最後に、地域医療支援病院における地域とソーシャルワークについて、「変わること」「変わらないこと」「変えてはならないこと」「変えなければならないこと」、に沿って整理します。「変わること」は、コミュニケーション方法です。面接を重視する MSW にとって、面会・対面の制限は、新たなコミュニケーション方法を模索する機会となりました。また、多職種連携では、「顔の見える関係」が重要視されてきましたが、対面できなくとも互いの LIVE 感を共有できる「場」の工夫が必要だろうと思います。ICT を有効活用した、面接・対面だけに頼ら

ない援助方法・連携方法を模索しながら、最善の方法を見つけていきたいと思います。「変わらないこと」は、連携の大切さです。結局は、病院の中だけでは支援が完結しないことも少なくありません。地域の病院・診療所・保健所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどとの連携が必要不可欠であり、これまで取り組んできた平時の地域連携・医療連携、医療介護連携を基盤に、繋がり続けることが大切だと実感しています。「変えてはならないこと」は、個別性の尊重に他なりません。感染対策が優先される中であっても、個々のクライアントの利益を最優先するために、MSW として最善を尽くすことは変えてはならないと思います。さらに、CSW の実践経験を通して、入院中だけではなく、退院後の支援、社会的孤立を防ぐ支援も大切なことと感じています。「変えなければならないこと」は、退院後と外来の支援の拡充です。医療政策の中では、効率的な医療の提供のために、平均在院日数の短縮が図られています。短い入院期間の中では、MSW が支援にかけられる時間も限られます。だからこそ、退院後の生活支援に時間を割くことが重要になってくるのだろうと思います。また、退院後だけでなく、外来でのソーシャルワークの重要性も実感しています。さらに、外来ソーシャルワークを含め、これまでの病診連携に加えて、心理的・社会的問題に対応できる病院内のソーシャルワークと診療所のソーシャルワークの連携が広がっていくと良いのではないかと思います。発表は以上です。ありがとうございました。

[シンポジウム]

コロナ禍で診療所のソーシャルワーカーができること ～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと～

榑 原 次 郎*

「コロナ禍で診療所のソーシャルワーカーができること～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと」をテーマに発表させていただきます。

「本日の内容」。改めて日本の診療所とそこで働くソーシャルワーカーの現状を簡単にお話させていただきたいと思います。その上で当院は発熱外来を行っていない診療所ですが、発熱外来を行っていない診療所でも、さまざまなことが起きていること。多くの報道では「コロナによる感染拡大や逼迫」という焦点があてられていますが、もう一つの視点としてコロナに罹っていない患者さんや地域住民の方にも大きな影響が出ていることをお伝えした上で、「コロナ禍以降の地域社会がよりよくなること」「診療所のソーシャルワーカーができること、変わること、変わらないこと、変えてはならないこと」について私見を述べたいと思います。

「診療所の定義」を記載しています。診療所は昭和23年に公布された医療法第一条五の2に記載されている医療提供施設の一つです。19人以下の患者を入院させるための施設を有するものが「有床診療所」、入院施設のないものが「無床診療所」ということも、ご存じのことと思います。2021年6月30日時点では一般診療所10万3千に対して無床診療所9万7千、94%が無床診療所となります。

「診療所の人員体制」。医師の平均値は1.6人、

看護師は3.2人、福祉士は0.1人となっています。因みに看護師配置の外来基準は30対1で、1948年から変わらず、と記載していますが、70年以上も変わっていないことは一つの問題だと思っています。さらに外来基準は病院に対しての基準であり、診療所に対しては適応されていません。つまり診療所は医師がいれば看護師を配置しなくても構わないことが現在も続いている状況となっています。一方、「医療施設静態調査」で見ると診療所のソーシャルワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士、医療社会事業従事者を合計すると約4千人を超えるということもわかります。みなさま、いかがでしょうか。私自身、診療所で働いていても、4千人以上も診療所のソーシャルワーカーがいるという実感はない気がしています。

私の勤務している診療所を紹介します。当院は「気軽に受診できる脳神経外科クリニック」をコンセプトとしています。脳梗塞や脳出血の患者さんだけでなく、頭痛、めまい、認知症、てんかん、神経難病の患者さんが多く、これらに付随する高血圧、糖尿病などの内科的疾患の患者さんも多く来院されている、地域に根ざした、地域を基盤とした診療所といえます。ソーシャルワーカーは私一人で活動しています。

診療所のある埼玉県鶴ヶ島市は人口約7万人で埼玉県のお隣のようなところにあります。埼玉県坂戸市という二つの市で一つの医師会を形

* Jiro Sakakibara : 医療法人樟立かいたちかわ脳神経外科クリニックソーシャルワーカー

成しています。坂戸・鶴ヶ島市医師会となっています。医師会の特徴ですが、坂鶴在宅ケアネット(在宅医療・介護連携推進事業)が特徴となっています。どちらの地域も在宅医療、介護連携推進事業は行われていると思いますが、他職種による事例検討会の中に地域住民の方々も参加していることが特徴だと思います。地域住民の方々の要望によって施設見学会もあります。地域住民も参加することや地域住民が求めていることをやる意識が強い市町村かと思っています。

勤務する診療所です。普段、私が行っていることをお話します。一つ目は「新規・再診患者さんの予診(インテーク)」。医師が診察する前にソーシャルワーカーが、患者さん、ご家族から来院された目的、最近の体調の様子、質問したいことなどを聞き、その内容とソーシャルワークアセスメントをカルテに記載します。医師はそれを理解した上で患者さん、ご家族と診察をするので気になっていることをうまく話せない、質問できないことなどを防ぎ、互いに焦点の合った話ができることで、納得感の高い診療を可能としています。

二つ目は「診察後の相談面接」。これほどの方もされていると思いますが、患者さん、ご家族への心理的支え、活用できる制度やサービスなどの情報提供、事業者や行政など、支援関係者と連携すること。患者さんたちにとっては医療と福祉の両面から支援を受けられ、安心を受けられる仕組みになっています。

3つ目は「診療所から地域住民の方々との医療をつなぐ活動」。私が就職する前に当院にあった支援関係者の名刺は9枚でした。現在では名刺が184枚、20倍以上に広がっています。多くの支援関係者といっしょに患者さんの支援をしており、地域住民の方やボランティア団体、NPO法人などからの相談も入ります。在宅ケアネットの構成員になっており「地域支えあい協議会」のメンバーとしても活動しています。医療へのアクセス、コミュニケーションを容易にしていく取り組みは重要だと思っています。

当初はこのようなスタイルで患者さんやご家

族と面談していることをしていました。マスク不足となって「マスクがないと外に出られない、診療所にいけないのではないかと電話アウトリーチから相談が入りましたのでキッチンペーパーで簡易マスクを作成して待合室内で配布しました。「キッチンペーパーですから破れやすくなっていることと、あくまでも咳やくしゃみによる飛散拡大を防ぐためのもの」と、きちんとお伝えした上で配布しました。診察室内の画像。2月くらいから、このような体制にしました。安心してきていただくことをホームページでも公開し、縦と横のつっぱり棒とアクリルボードを購入して手作りでつくりました。

「コロナ禍で起きたこと、それに対しての取り組み」について、3つの事象に分けて説明します。

「事象A」2020年2月頃より新規の患者さんだけでなく、内服薬の処方切れても受診にこない患者さんが増加しました。電話型アウトリーチとして受診日を過ぎている患者さんに電話をして状況確認を行い、「来院できない理由」や「どうしたら来院できると思うか」「医療以外の困りごと」などを聞いていきました。薬がない以外にも「車で駐車場まではいったが、待合室が不安でそのまま帰宅した」「デイサービスにいけず、話し相手がいないため、ふさぎ込んでいる」「買い物にいけず、偏食になっている」等々、医療だけではなく、さまざまな生活上の支障も話されました。安心して受診できることをニーズととらえ、診察室、待合室の環境整備、駐車場で車内待機をしてもらい、診察、会計までできる体制を整えました。

「事象B」高齢の方はデイサービスやショートステイが利用できなくなり、歩行機能や認知症が悪化した方が多くなりました。急な精神的混乱や徘徊が増加し、ご家族や支援関係者から抗不安薬、睡眠薬の処方依頼や精神科への入院相談も増えました。患者さん本人には告げず、意思確認がないままデイサービスから施設入所となったり、自宅で身体拘束をすすめられたご家族もありました。インフォームドコンセント

が軽視されていると考え取り組んだことは、患者さんやご家族、関係者といっしょに「本人主体」に立ち返る意識を共有していったことです。ご家族、職員の疲弊に配慮しつつ、薬剤を用いることのメリット・デメリットを医師とともに伝え、介護の方法や対応策を考えるようにしました。外来受診時に地域包括支援センター職員やケアマネジャー、訪問看護師などにきてもらい、臨時的「担当者会議」や「地域ケア会議」を呼びかけ、住み慣れた在宅生活が継続できるように取り組みました。

「事象C」受診時の予診で、ご家族から「デイサービスと訪問はもう利用していない。コロナが怖いからサービスは断っていた。しかし昼夜を問わず、食べたがり、夜もごそごそしている。外にも出ていることが一カ月前から生じていた」ことがわかりました。介護保険は契約が切れれば、その後の経過観察や見守り支援は、その事業所の「善意」となってしまいます。この方の場合、どのサービスも、その後の経過を追っておらず、サービスが途絶えたまま、当院の外来だけがつながっている状況でした。地域包括支援センターと協議し、この方は再調整しましたが、どの方も支援が途切れてしまう危険性があり、「社会的孤立」が起きてしまったり、医療だけがつながっていることもあります。他の包括支援センターや市役所などを含めて話しあい、気になるケースの発信や共有を密にする予防的支援の取り組みを始めました。

今回のシンポジウムでは「コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う」ことがテーマですので、私のコロナ禍での実践だけではなく、コロナ前に実施した8人の診療所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査を紹介した上で「診療所のソーシャルワークができること、変わること、変わらないこと」などについて考察したいと思います。

「診療所におけるソーシャルワーカーの実践内容に関する質的研究」。調査期間は2019年から2020年1月までなのでコロナの感染拡大が始まった頃までの調査となります。

「研究目的」。診療所のソーシャルワークは人工透析や在宅医療等領域ごとに研究されることが多いため、診療所機能の領域に限定せず、地域を基盤とする診療所によるソーシャルワーカーの役割について明らかにすることを目的としました。「研究方法」は経験5年以上の8人の診療所ソーシャルワークに対して実践内容や自院、地域から求められている役割について「半構造化面接」を実施し、「質的データ分析法」に基づいて分析しました。「研究結果」としては7つのカテゴリー、23のサブカテゴリーが導出されました。7つのカテゴリーのみ紹介します。①多彩な受診相談に対応。②地域住民、関係機関の知恵袋機能。③ニーズ把握から予防的支援。④生活全体を見て意思決定支援。⑤院内外で協働し、支援の質を上げる。⑥地域づくりへの働きかけ。⑦行政施策に参画する。みなさんはこの結果をどのように思われるでしょうか。「病院のソーシャルワークと大差ない」と感じられる方もいらっしゃるかもしれません。

カテゴリーが導きだされたデータの、ごく一部です。このようなデータからカテゴリーが導出されました。特徴的なのは「病院のソーシャルワークよりも地域に近い」という発言の内容が多いという印象がありました。②地域住民、関係機関の知恵袋機能に関しては「病院のソーシャルワークよりも地域に近いので地域の人がわからないことを聞きやすいといっておいてくれます」。③ニーズ把握から予防的支援に関しては「自宅や病院に訪問し、患者さんの全体像を掴み、リスク回避という意味で患者、家族をよく知った上でサービスを検討します」。これはよく病院訪問でやられると思いますが、「糖尿病や透析の正しい知識を伝えることや困りごと発見のため、地域の勉強会に参加しています」。このように勉強会に出向いてニーズを把握し、予防的支援に結びつけようとする。こういう取り組みをされていました。「生活全般を見て、意思決定」というのは「生き方と暮らし方の両方から」ということです。メゾ領域、マクロ領域で⑥⑦の「地域づくりへの働きかけ。行政施

策に参加すること」も多く採り入れられていました。

「まとめ」として。コロナ以降も地域社会が、よりよくなるために、診療所のソーシャルワークができることを踏まえて「変わること、変わらないこと、変えてはならないこと」について私見を述べたいと思います。先程の7つのカテゴリーを赤と緑に分けてみました。「変わることをより進めた方がよい」こととして赤に。「変わらないこと、変えてはならないこと」を「これからも大切にすること」として緑色にしてみました。緑色の「これからも大切にすること」は①多彩な受診相談に対応。④生活全体を見て意思決定支援。⑤院内外で協働し、支援の質を上げる。コロナ禍の取り組みの3つの事象にもあるように、患者さん、ご家族の生活全体を見てインフォームドコンセントを含めた意思決定を院内外で協働して実施する視点と重なり、今後も「変わらないこと、変えてはならないこと」と考えます。

赤色の「より進めた方がよいこと」では、②地域住民、関係機関の知恵袋機能。③ニーズ把握から予防的支援。⑥地域づくりへの働きかけ。⑦行政施策に参画する。「地域とのつながりを密にし、アウトリーチやニーズ把握からの法的

支援を実施して進めることで診療所のソーシャルワークの独自性につながっていくのではないかと考えました。

診療所のソーシャルワークとなり、3年経過する中で感じている所感をお伝えします。診療所にソーシャルワークが配置されてインフォーマル、フォーマルを問わず、さまざまな患者さんからの相談や問い合わせが増えており、地域から見える診療所の垣根は低くなっていると感じます。今回の調査でも診療所のソーシャルワーカーは「地域の中の、地域に近い、地域のソーシャルワーカーとして」という語が多く見られました。その地域に居住しているわけではないので、純粋な地域の中にいるとはいえないのかもしれませんが、「地域の中から地域を共によくしていこう、地域をつくっていこう」という思いの中で活動しているという印象をもちました。みなさまを含め、それぞれの医療機能や実践内容によってソーシャルワーカーが感じている「地域に対する思い」や「地域のとらえ方」は異なると思いますが、それぞれの立場で「地域と共に歩むソーシャルワーク」を展開する必要があると思いました。

以上で発表を終わります。ご静聴ありがとうございました。

[シンポジウム]

コロナ禍の地域と SW を問う ～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと 地域包括支援センター実践をとおして

中 恵 美*

「コロナ禍の地域と SW を問う～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと」を「地域包括支援センターの実践をとおして」ということで、お伝えします。

本日のアウトライン。3つの柱で考えております。一つ目は自己紹介として私自身のことと、ソーシャルワーク機関である地域包括支援センターについて紹介します。2つ目は「コロナ禍における地域を基盤としたソーシャルワーク実践」を二つの側面から。点と面の側面から特に医療との連携に焦点をあてて具体例をご紹介します。最後、シンポジウムのテーマに照らしての私自身の考えを「まとめ」とします。

自己紹介。金沢市地域包括支援センターとびうめで働いています。担当エリアは、市内に19カ所あります日常生活圏域の一つです。金沢市の地図のなかの真ん中、旧市街地、小さなエリアで、小学校区2つ分になります。高齢化率が37.8%と高く推移しているところです。センターの向かい側にある母体法人が450床の精神科病院になります。兼六園から徒歩4分の距離、その間に金沢医療センターという独立法人、信号二つ向こうには金沢大学附属病院があり、圏域内に病院が4つ、医院、クリニックを入ると眼科を入れて8つ、歯医者さんが8つ、薬局が16という日常の相談活動の中でも医療連携が多

いセンターになっております。

「地域包括支援センター総合相談体制」について、平成18年4月の開所当初から使っている市民向けのスライドです。イメージづくりとして共有できればと思います。C地区にCさんが今までお住まいだった時に従来の福祉相談はどうだったか。蜂の巣のようになっている一つ一つが日常生活圏域です。今までCさんが生活の中で、お困りごとがあった時、ニーズ別の専門相談窓口をご自身で探し出してつながっていくということが必要となり、「こんなこと、相談していいのかな」「どこに相談したらいいのかな」と迷いを抱えているうちにニーズが重篤化してしまう現実があったかと思います。それが曲がりなりにも平成18年4月、日常生活圏域に一つずつ「地域包括支援センター」が全国にできたことで、どこに相談していいかわからないというのを、ひとまず地域の相談窓口で丸ごと相談を受けられる仕組みができたというのが「地域包括支援センター」だったと振り返ります。

しかし、職員は5人しかいません。その職員で最後まですべてを見届けることも不可能ですが、医療機関を含めた幅広いネットワークでの解決力を当初から目ざしてまいりました。Cさんが地域にお住まいになり続けながら住み慣れた地域で生じたニーズを地域力で解決いく

* Emi Naka : 金沢市地域包括支援センターとびうめソーシャルワーカー

仕組みを構築したいと、これが最初、いわば理想として絵に描いたものを提示したものです。今も変わらず、ここを目指しております。

このスライドは介護保険法115条の46という地域包括支援センターの根拠となっている法律になります。この条文がとても好きです。主語が被保険者でもなく、患者でもなく、利用者でもない。「地域住民」となっている。これをもって私どもは高齢者だけの相談ではなく、同居世帯の80-50といわれるような50代の方、70-40-10という方々の不登校の子どもの相談にも、この条文を盾に挑んできました。地域におかれた相談窓口の宿命というのは「相談を断れない」こと。椋野先生のいわれました「生活困窮者自立支援制度」は法律条文に基づいて「断れない」相談を受けていると思いますが、ほとんどの相談機関の根拠法は、対象者を定めています。しかしながら、私たちソーシャルワーカーは、目の前にいらした相談者の方の相談は断れないのが現実としてあるのではないかと思います。私どもも地域の中に根ざした相談窓口を展開する上で、この条文を頼りに、地域住民すべてを対象に展開しております。

そのために「個と地域の一体的支援」を当初から目指してきました。「個別支援」と「地域づくり」を巡回しながら、「個を地域で支える」ことと同時に「個を支える地域づくり」にも当初から関与しています。キーワードを3つ上げています。

ここからは、「コロナ禍における地域を基盤としたソーシャルワーク実践」を個別支援と地域支援の二つの側面からお伝えしてまいります。

まずは、個別支援でのコロナ禍で増えた相談の内容をみていきます。白野先生、丸山さん、榊原さんがおっしゃっていた「病院から見た相談」の傾向と「地域から見える相談」の傾向は一致すると改めて感じておりました。身体や心の健康に関するもの、一緒に過ごすことでの家族間のトラブルやストレス、高齢者虐待通報も増えました。遠距離介護の家族からの相談。県外のご家族が県を跨いだ移動をしますと、福祉

施設によっては、県外からきたご家族に接触したことで一定期間、サービスがストップするということが現実としてあります。そういう介護事業所とのつきあい方、入退院を含む病院とのつきあい方がありました。受診控え、個人的な話ですが、今週、私の身内が、がん末期の告知をいきなり受けました。9月21日、横浜市立大学のチームがアメリカの医学誌に発表されていましたが、進行大腸がんの発見が、今、68%増加している状況です。それが身近にも起こっています。

このスライドは、第一波の頃の「新型コロナウイルス感染拡大前後における相談経路の比較」。医療機関からの相談が多いのが当センターの特徴でしたが、もともとは地域からの相談や事業所からの相談も同じくらいの割合でしたが、感染拡大の有意差がみられたところで、医療機関からの相談がさらに増えたということと、関係事業所の専門職からの相談が増えたこと。民生委員さんからの相談が減ったこと。民生委員さんもコロナ禍で「地域の中で活動を中止しろ」とお達しがきて活動が十分にできなかつたり、3年に一回の民生委員の交替が12月にあった直後のコロナだったということもあり、こういう状況が起きました。

「コロナ禍での医療機関からの相談、具体例（病院編）を紹介していきます。状態が悪化して面会制限の中で「看取りを家で」と希望する相談が増えました。在宅での医療体制を緊急的に今日、明日で整備しなければならないというところで、在宅でのドクター、訪問看護、ケアマネジャーを調整することに迫られました。

道端で倒れて救急搬送されて「名前を辛うじていえたんだけどね」という時、センターに緊急連絡先についての問い合わせがあることも少なくありません。当地域では、もしものときに備えて、65歳以上の方の福祉保健台帳に緊急先を予め登録する従来の地域の仕組みがあります。見守りキーホルダーという地域のネットワークでは、番号札を振った反射板つきのキーホルダーを希望者の方に配布しております。「何番の方

が道に倒れています」と連絡があった時、当センターから緊急連絡先に連絡をとって病院に連絡をとる取り組みをつくっております。

緊急入院が決まっても「どうしても家に一回、帰らないと入院できない」といっている方に病院として対応に困っているという相談時には、包括職員がフェイスガードをして防護服を着てご本人と距離をとりながら徒歩で自宅へ同行することもありました。

病院でクラスターが発生して MSW が陽性になった際には、お金も身寄りもない人の支援をどうするかという中で MSW の代わりの機能を包括の方でおこなうということもありました。住宅確保金申請から成年後見人の市長申立までさまざまな資源とのつなぎを行いました。

次は、「かかりつけ医編」の事例紹介です。在宅で70歳代の介護者の方が陽性になって、90歳代の被介護者が自宅にして二人暮らし。どうしたらいいかと。センターが仲介して、かかりつけ医と保健所に連絡調整をして、かかりつけ医が防護服を着てPCR検査にいくので保健所の方に「この方の検査をしてください」と。ご本人は陰性で、幸い無症状だった介護者のサポートを中心に、在宅支援の調整に入りました。全く一週間、外部サービスに入れられない期間が生じ、その間に本人がトイレで転倒して脇腹を骨折するという、語りつくせないほどいろんな対応がありました。

薬がなくなっているのに通院されない、電話にも出ない方についての、かかりつけ医からの相談も多いです。まずは、センターにて訪問をします。訪問して不在だった場合は刑事さながら周りからの聞き取りもします。「遠方のご家族のところに身を寄せていた」とわかったケースもありました。

通院がないため連絡すると「電話には出たが、隣の人の音が煩くて体動困難に陥っている」という話があり、かかりつけ医からセンターに様子を見てきてほしいと連絡がありました。ご本人の状態確認し、かかりつけ医と電話相談後、移送手段を手配。検査結果、リウマチ性多発筋

炎診断がでて、早めの服薬調整で落ち着かれたということもありました。

病識がなく、受診控えが顕著で持病が悪化していることを主治医が懸念しているということで、リモートでの地域ケア会議を開催。本人と友人、民生委員にセンターにきてもらい、かかりつけ医の先生がリモート参加というかたちで話し合いをおこないました。糖尿病が悪化している本人が、入院がなぜ嫌なのか、猫のお世話を気にしていたことが分かり、地域ケア会議に参加していた友人や民生委員が「私が猫の面倒をみるよ」といってくださって入院につながりました。

「総合相談支援ニーズの整理」。相談ニーズが明確になってよりも、気になる、少し心配がある段階で早期に支援につながれると予防的な取り組みを地域包括として目指してきました。しかし、コロナ禍では、重篤化してからつながるということもありました。もしかしたら相談控えもあったのではないかと考えています。

「この時期に相談していいんですか?」という声には、「もちろん大丈夫ですよ」とメッセージを繰り返し伝えてきました。

コロナ禍以前、これまでどうやって早期に支援ニーズにタッチできていたかを振り返りますと、「地域づくり」にいってきます。このスライドのように、地域の中でボランティア団体、地域の住民主体の拠点がありますが、その立ち上げや運営に、すべて包括がかかわってきました。「人の集まる場所はニーズの集まる場所だったんだな」と実感しています。みなさんのところもそうであったように、当地期でも第一波の時に地域の人々が集まる活動や場が完全に停止してしまったということがありました。

その後、第一波の感染拡大傾向が落ちついた頃、地域の集いの場の再開を目指し、参加者アンケートをとりました。まず驚いたのは回収率が90%近くなったということでした。それだけみなさん、コロナでお休みを強いられても地域で集うことに関心があることがわかりました。このアンケート結果では「再開したなら、また

参加したい」という希望者が多かったことと、標準予防策（スタンダード・プリコーション）をしっかり徹底できれば再開の条件にできるだろうと見えてきましたので、その後の地域づくりでは数的には当初までは戻っていませんが、工夫しながら新しい形で地域活動を、今、再開しております。

知恵と工夫を活かした新しい集いでは、「屋內がだめなら屋外でスタンプラリーをしよう」と商店街を練り歩いてみたり、参加人数を大幅に減らして一部制から二分制に移行し、尚かつ事前申し込み制という形で介護予防の取り組みを展開しています。又、「おうちでサロンチャレンジ」として、私たち包括職員がユーチューバーになり、家でできるサロンメニューを動画として配信し、ラジオ体操のスタンプのようなカレンダーを作成し配布し、その月が終わったら公民館に提出していただくブランド米のレンチンご飯が当たったり、という取り組みを、地域団体と協働で行ってまいりました。

こういった地域づくりの基盤となるネットワークとして、専門職と地域住民、民生委員と一緒にも職種連携の会を重ねてきていましたが、コロナ禍で機能できなくなったということがありました。これらについても、対面とリモート、ハイブリッドの形でおこなったり、少人数からさらに地区を分けたり、職種を民生委員とケアマネジャーだけに限定したり、いろいろなやり方で令和2年11月以降、再開している状況です。

まとめに入ります。与えられたテーマ、「変わること、変わらないこと、変えてはいけないこと」について、地域住民の変化、支援者自身の変化、支援内容や方法の変化という3つの切り口でまとめてみた表です。変化として、感染予防、感染リスクについての住民間の認識の差の広がりが生じ、差別や様々な価値がぶつかりあうコンフリクトが地域の中で起きました。それに対して支援者自身がジレンマに陥ったことも少なくなかったです。我々対人援助職としての支援者は、いつも感染リスクと背中あわせに

います。隣の包括では、緊急対応時の心蘇生で隔離され出勤停止に陥ったこともありましたが、アウトリーチがもはやあたりまえとなっていたソーシャルワークの方法や実践基盤の揺らぎも感じました。集うこと、かかわりあうことを基盤とした集団アプローチの難しさにも直面しています。

その中でも「変わらないこと」「変えてはならないこと」、私たちができることとは何かを考え続けました。個別支援のなかで、「なぜあの人はマスクをしないのか」「なぜワクチンを打たないのか」という背景を理解したうえで支援を展開するというのも、本人主体のソーシャルワーク実践というところでは、なんら変わりはないのではというところに行きつきました。本人理解につながることを共有して一歩前を出ていけることは、地域が本来もっている力だと信じています。お互いが抱える事情や価値は違えど、お互いを知り合うことで多様な価値観を尊重しあえることが、もともとの地域の強みだったので、その心意気は変わっていないと思っています。負けじと支援者自身も地域の場におかれた「総合相談窓口」として、ミッションの遂行をしていくことをつづけていきたいです。Aさんへの個別支援を大事にして常に地域に潜在しているだろうニーズの掘り起こしを意識していくところにおいては、支援内容や方法の変化はあれど、「変わらないこと、変えてはいけないこと」として認識してまいりました。

最終スライドです。「コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う」について。「変えること」としては感染予防の意識づけ、知識、スキルアップ、いうならば日々常識が変わっていったので、その変化に呼応してまいりました。「変わらないこと」としては今まであたりまえに思っていた「つながり」を再考し、感謝が沸きあがります。「変えてはならないこと」の正解はありません。正解がない中で「目の前の人を支えたい」という思いは同じだということに立ち返りました。みなさんのところで利用者さんは何て呼ばれていますか。患者さん、利用者さん。でも、

その前に「生活者」であり、「人」というところを私たちは大事にしてきたはずです。「私は私」というところを大事にしていくことは「変えてはならない」ところだと思っています。「変えなければならないこと」も考えてみたんですが、本来期待させていながら十分に実践に移せていないであろうソーシャルワーク機能を発揮するところかと思っています。

キーワードとして大事にしている「地域を基盤としたソーシャルワーク」「一人ひとりのオーダーメイドの地域包括ケア」、「置かれた場所からの地続きの地域共生社会の実現」と書きまし

た。私たちはわりときつい縦割りの現実の中に置かれていて、「生活困窮者自立支援制度」のような法律制度では保障されていないけれど、それぞれの置かれた場所から「自分にできる断らない相談をやろう」という心意気はあると思います。地域包括支援センターは「高齢者支援の窓口」といわれていますが、それと地続きで「地域共生社会の実現」を目指していきたいと思っています。きっとみなさまも同じだと思います。そういうところを互いに大事にしながらつながりあえればと思っています。

ご静聴、ありがとうございました。

[シンポジウム]

コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う 変わること、変わらないこと、変えてはならないこと 全体討議

座長 宮崎 清恵さん 神戸学院大学

シンポジスト

「リアルに医療崩壊を起こした大阪の現場から」

白野 倫徳さん 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター
感染症内科副部長

「コロナ禍における地域医療支援病院のソーシャルワークの一例

～病院（MSW）と地域（CSW）を通して～」

丸山 秀幸さん 馬場記念病院／ペガサスイキいきネット相談支援センター

「コロナ禍で診療所のソーシャルワーカーができること

～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと」

榊原 次郎さん 医療法人樟立かいたちかわ脳神経外科クリニックソーシャルワーカー

「コロナ禍の地域とSWを問う～変わること、変わらないこと、変えてはならないこと
地域包括支援センター実践をとおして」

中 恵美さん 金沢市地域包括支援センターとびうめソーシャルワーカー

宮崎：一つご質問が入っています。保正さまから3人のソーシャルワーカーの方への質問です。「コロナにまつわる偏見、差別が生じることがあります。ソーシャルワーカーとしてマイクロ、メゾ、マクロでどんなことができると考えられますか？」という質問です。答えられる範囲でお応えいただければと思います。コロナに感染した方への差別、偏見に関してどのようなことができるかについて丸山さまからお願いします。

丸山：私に関わる限り、コロナ陽性者の差別・偏見の内容は経験していません。患者自身が、近所の目があるので、早く退院したいというようなことがありました。地域生活では、他者との関わりの中で、差別や偏見が生じますが、ま

ずは個別の事象に対して、丁寧に相談に応じることから始まると思います。

榊原：私が経験したケースだと、もともと認知症があった患者さんで、仲のよかった弟さんがお亡くなりになってしまい、「お葬式にいきたい」とご家族が思って地方の実家にいこうとしたら実家の亡くなられた方の息子さんから「こっちは来ないでほしい」といわれてしまったと。ご本人もご家族もショックに感じられて、もともと認知症があつところにプラス、うつ症状も出てきて、こちらの診療所にいらしたという方がありました。都市部と地方の感じ方の違いとか、全国的にコロナ感染になりましたけど、「来ないでほしい」ということもあるんだなと実感

しました。メゾ、マクロで考えると難しいなど。参加している研究会でも話題になっていますが、「ソーシャルキャピタル醸成」の部分。ソーシャルキャピタルは大事な部分で地域の結びつきが大事だといわれていますが、逆に地域の結びつきが強いところではコロナ禍になっていくと「外から人がきた、感染が起きた」となると「その地域に住めなくなってしまうのではないかと」か、そういう部分の課題は、メゾ、マクロの部分としてはあるのではないかと考えています。

中：日常的に地域の中で偏見や差別が起こっています。マイクロ、メゾの取り組みとして、地域ケア会議で保健所の方で、市の介護福祉課と福祉政策課、民生委員さんをお呼びして、先程、お話しした90歳台と70歳第の方の事例の振り返りと検証をしました。その中でそれぞれの立場から見えた世界観や事情を互いに理解することで差別や偏見への解消に一步進めたという手応えがありました。マイクロ事例かもしれませんが、それを積み重ねることでメゾ、マクロへの提言にしていけるのではないかと思いました。また隣の包括で心蘇生した方が出勤停止になったという事例はマクロレベルで、19包括と保健所を交えて話し合いをいたしました。コロナ禍における緊急時の緊急対応の取り組みへの留意点やマニュアルを市全域として今、作成しております。

宮崎：ありがとうございました。もう一つ質問です。愛知県立大学の大賀さまから白野さまに。「退院したコロナ患者さんのフォローが大事だということですが、貴院から在宅に戻った人だけが対象なのか、それともたとえばハ病院に転院した方の、その後の在宅フォローはどうなさっているのか。責任体制は決まっているのかどうか？」という質問です。地域医療支援病院という観点から、そこをお聞かせくださいということでした。

白野：在宅に帰った方については、原則として

当院から帰られた方を対象に支援を行っています。他院に転院された方については具体的な取り組みは実施できておりません。「責任体制」について。当院で加療を行った患者さんについては、退院後の健康観察も含めて支援をするという意思決定を行った上で部署の所属長である私の責任のもとに、安定するまでは外来フォローをしたり、適切な地域医療機関につないだりしています。

宮崎：ありがとうございます。大賀さま、よろしいですか。他にご質問はありませんか。

丸山：私のところに質問がきています。八木さまからのご質問。「約200床の急性期病院ですが、人員不足もあり、支援の手が行き届いているのだろうか」と悩みながら日々の業務を行っています。コロナ禍でICUを活用しなから支援する中で変化していくものなど、業務が増えたことなど、あるかと思いますが、どのような工夫を行い、スムーズな実践をされたのかを教えてくださいましたらと思います。

宮崎：ご発表でも、いろいろご苦労されたということでしたので、よろしくお祈いします。

丸山：MSW と CSW が兼務していることに疑問を抱かれる方も多いかもかもしれません。私の組織もソーシャルワーカーの人員不足という状況に変わりありません。約5年前に退院支援を担う入退院管理センターが設立され、入退院支援看護師が配置されました。これまで MSW が病棟専任の退院支援を担ってきましたが、MSW のマンパワー不足から、自院への働きかけによって、入退院支援看護師の人員増員に繋げることができました。今となっては、入退院支援加算の病棟専任は、すべて看護師です。MSW は、入退院支援に特化するのではなく、入退院支援を含む心理社会的問題を抱える患者家族への介入に力を注ぐことができるようになったことで、診療報酬制度に縛られない実践がで

きるようになったことが大きいと思います。逆境を逆手に取って、変革に繋がったと思っています。

宮崎：ご質問の方、よろしいですか。他にいかがですか。それでは基調講演の演者であり、本学会会長の椋野美智子さまより「指定発言」者としてご登壇いただき、ご発言をお願いします。「地域共生社会へのソーシャルワーカーへの期待」ということで。パネリストからは具体的な実践報告もしていただきました。それを受けて指定発言をよろしく願いいたします。

指定発言 With/After コロナの医療政策 ～地域とソーシャルワーク～

(P45より、別途掲載)

宮崎：椋野さま、ありがとうございます。大事な問いかけを指定発言としてご発言いただきました。今日のテーマは「コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う」ということですが、今後、With/After コロナ時代にソーシャルワーカーがどういうところを目指し、何をしていかなければいけないかを振り返って、みんなで考え、がんばらないといけないと強く感じました。

白野さまからは大阪の実際の医療問題やソーシャルワークに期待することを語っていただきました。各ソーシャルワーカーの方からは、それぞれの現場で共通するものを語っていただきました。また今後あるべきことも、その中に入れていただきました。政策には限界もあります。それを活用していく視点も必要で、うまく活用して使えるものは使う。そこにどう切り込んでいけばいいか。「政策では、これだけしかできない」といっては広がっていかないということを基調講演を聞いて思いました。

それを受けてソーシャルワーカーに何を求めているか、医療の現場でも、ソーシャルワーカーの課題があります。「こういうことをしたいが、できない」とかの限界もあるかと思いま

す。そのあたりのことを医師の立場からは白野さまに、他のソーシャルワーカーの方々には「こういうことはできるのではないか、やっついこうと思っている」とか、会場のみなさまにもヒントになるとと思いますので、そこを追加してお話していただきたいと思います。またシンポジスト同士で質問がありましたらディスカッションをお願いします。まず白野さまからソーシャルワーカーへのサジェスチョンをいただければと思います。今後の「福祉政策」「医療政策」、そのあたりのコメントもいただければと思います。

白野：椋野さまから「医療政策」のお話をいただき、ソーシャルワーカーの方のお話から思ったことは、今回のコロナ禍の病床の逼迫の原因の一つとして専門家からも指摘されることは「日本の医療機関は民間が多い。中小規模の医療機関が多い機関が多い。そこがコロナ患者さんを受け入れるのは難しいので結局は大規模な病院、公立病院に偏ってしまう」。それは問題ではあるのですが、またメリットとして中小規模の医療機関やクリニックがたくさんあることは、より地域に密着して地域住民のニーズを拾い上げることもある。そういう状況を生かした上で、これからの「ポストコロナ」の時代の医療を考えていかないといけない。また中小医療機関のデメリットとして、それぞれの連携が、うまくとれていない。ばらばらで連携がないことは問題かなと思います。今回、コロナ禍でオンラインも発達してきましたし、自分たちの施設以外、他の施設はどうなっているかも、わかるようになってきました。学会や研修会もオンラインなら参加できますので、医療機関、クリニックの枠を超えた連携をしていくべきなのかなと思っています。

「変えてはいけないこと」は「地域住民が主役となったサービス提供をできること」。そこは変えるべきではないと思います。「ソーシャルワーカーに求めること」。大規模なところは転院調整に日々苦労されていると思います。中

小規模病院では患者さん、利用者さんと直接的に困りごとの相談を受けていると思います。一言でいうと「連携」ですね。大規模病院のソーシャルワーカーは地域と連携して、「この患者さんはこういうことで困っている」と連携をとりながら、単に電話で調整するのではなく、患者さんのニーズに応じた医療職としての適切なアドバイスができるようになればいいかなと思います。

宮崎：ありがとうございます。それでは次に丸山さまからお願いします。

丸山：まず、MSW 自身も医療政策・福祉政策の動向を正しく理解しなければならないと思います。私自身、CSW として、生活困窮者自立支援制度の自立支援員を兼務していることもあって、制度の概要を知ることになりました。私自身 MSW として、この制度の趣旨や内容をあまり理解していなかった部分もありました。

次に、白野さまから「連携」の重要性を指摘されました。感染症に関しては組織的な意思決定がありますので、院内の体制を含めて、様々なハードルがあります。しかし、私自身が取り組んでいるコロナ治療後の退院後の生活状況を可視化していきながら、病院内外に情報提供することも大切なことだと改めて感じました。

最後に、指定発言にもありました「外来機能の明確化」とも少し重なりますが、多くの MSW は入院患者の退院支援に追われています。大病院になればなるほど退院、転院調整が大きな部分を占めています。結果、外来部分に注力できなかった部分もあります。退院後の支援も含めて、外来患者への支援を拡充していくことを考えています。

宮崎：ありがとうございます。次に榎原さまからお願いします。

榎原：今回のテーマの「地域とソーシャルワークを問う」。先程報告しました8人のソーシャ

ルワーカーのインタビュー調査で印象的な発言を受けました。ある方が「院内だけでやっているワーカーはワーカーじゃないと思っています」と。「病院の中だけでやっているソーシャルワーカーはソーシャルワーカーではないのではないのかと思って診療所で働いている」と。それぞれの立場があると思いますが、「病院から地域をみる視点」「地域から病院をみる視点」は全く異なると思います。中さまからの発言もありましたが、医療ソーシャルワーカーの相談部門、管理部門として、どうやって「病院から地域をみる視点」を養っていけばいいか。人事異動を含めて在宅部門、介護部門に MSW を配置できる体制を整えることも「地域から病院をみる視点」を養うことになる。「院内だけでやっているワーカーはワーカーじゃない」といわれないように考えないといけないところかなと思っています。私の少ない経験の中で話を聞くと「人事異動をする仕組みがない」とか「その必要性を感じない」とか「介護部門へいくソーシャルワーカーが少ない、いきたがらない」と固定的観念の中で人事異動や介護に対する思いがあるのかなと感じています。今日、在宅医療も重要なテーマになっていますので、私たちの中で「地域」というもの、「病院から地域をみる」のではなく「地域から病院をみる」には、どうしたらいいかを考える、もう一つの「政策」のヒントになるのではないかと思います。

宮崎：ありがとうございます。それでは最後に、中さまからお願いします。

中：保正さまからの質問と今回の椋野さまのお話を聞いて、私自身の気づきにつながっています。普段まんまかに置いている「個別支援」が、「地域づくり」や「政策形成」とどう結びついていくかを、ミクロ、メゾ、マクロの実践の循環としてどこまで意識して実践できているかということを改めて振り返る機会になりました。マクロレベル、メゾレベルの取組をしようという時、互いの立場性に固執してしまうと議論が

空中戦になってしまう危険を感じます。それを地に足をつけた議論にするにはマイクロレベルで「誰が」という事例で語れることも同時に大事にしていきたいなと思いました。

「生活と医療を切り離さないこと」が大事で、その点でも MSW の力は病院の中で大きいと感じています。先週の事例で、患者が入院後、ご飯を食べないということで、主治医が「胃ろう」を安易に勧める IC をし、介護者の方がショックを受けてた直後のことでした。MSW が、本人との面接を行い、単に「お粥が嫌いだった」ことがわかって、ご飯にしたら、ちゃんと食べられた。胃ろうの前に本人の話をちゃんと聴ける存在、そういうところにも MSW の人が「生活者の視点」をもって伝えてくれたことが大きかったのだらうなと思います。

病院の中の実践でも不自由があると思います。地域の中でも実践上の不自由を抱えながら、それぞれの置かれた場所から「何とか枠をはみ出よう」とか「つながろう」と思っています。みんな、それぞれに自由さ、不自由さを感じながら、互いの限界を率直に口にしながら、それでも、それを超えていきたいという気持ちでつながっていければいいなと思っています。

宮崎：ありがとうございます。みなさまから、いいまとめをしていただきました。

ソーシャルワークというのは「医療」と「福祉」のところにつながっていることが確認できたことが大きいのではないかと思います。ただしそれぞれ働く場所が違い、働く場所が違うと組織内での位置づけや役割期待が異なります。それぞれの場でご苦労されながら、どういう方向に歩もうとしているか、そこがばらばらだと今後の「地域共生社会」に資するソーシャルワ

ーカーとしての役割を果たせないのではないかと危機感を覚えます。みなさんのお話を聞かせていただき、それぞれのお立場の中で手をつなぐ、自分の守備範囲で環境を整えながら、さらにそれを広げていこうとすることができるのだなと強く感じました。それにはパワーと力量が必要だろうと思います。パワーと力量は専門性につながってくると思います。その力量をどう培うか。日本保健医療社会福祉学会が、ここにおられる方々、実践者、研究者のみなさまが、協働して今後のあるべき姿を考えて論じ、実践の場からのエビデンスを積み上げていく姿勢が醸成されていくことが、その突破口になるのではないかと強く思います。

4人のシンポジストの方それぞれがエビデンスを踏まえてお話をされたと思います。エビデンスに基づく実践や事例も、またエビデンスです。質的、量的に踏まえて、それをいろんな場で発信していく。学会の場、研究会でも、他職種のある場、いろんなところで発信していくこと。発信できる力量をしっかりとつくっていくことが大事ではないかと思いました。今がチャンスのように思います。感染症によって事業が増え、外来医療機能が明確化される。そこにソーシャルワークが大事だと訴えていくことが、ここでやれることではないかと思います。

学会に参加されているみなさまに、そのことをお伝えできればと強く思うところです。困難な道のりではありますが、現場の状況もありますが、同じ志をもつ仲間同士が語り合う中で、力をもらいあうことが大事ではないかと思うところです。ではこれでシンポジウムを閉じさせていただきます。みなさまありがとうございます。

[指定発言]

With/After コロナの医療政策

～地域とソーシャルワーク～

棕野 美智子*

基調講演は福祉政策中心でしたので、ディスカッションのために「With/After コロナの医療政策」について「地域とソーシャルワーク」を中心に発言をさせていただきます。

医療分野の3つのフリー原則

福祉政策と医療政策は前提が違います。今回、改めてそれを実感しました。基調講演の中で「プロフェッショナル・フリーダム」、医師の高い専門性に基づく強い裁量権について申し上げましたが、他に、医療には「自由開業制」、患者の医療機関に対する「フリー・アクセス」の原則があります。すべてに「自由」「フリー」がついています。今は、この3つの原則とも少し柔軟になり、行政関与がある程度行われるようにはなりましたが、医療は相対的に行政から独立した世界です。「自由開業制」とは、衛生基準を満たしていれば自由に開業することができるということで、憲法の職業選択の自由に基づくものです。衛生上問題がなければ医療機関の開業を止めることはできない、許可しなければならないこととなっています。一方、福祉は、施設設置に当たって認可が必要で、また、運営費である措置費が施設整備費に充てられなかったため、事実上国からの補助金がないと設置できませんでした。どこに、どういう福祉施設をつくるか、すべて国がコントロールする世界で

した。また、「フリー・アクセス」とは、患者はどこの医療機関にも自由にかかることができます。これに対して、福祉では、介護保険になってからは施設選択の自由ができましたが、それまで、どこの福祉施設に入所させるか行政がすべて決めていました。このように、行政との関係が出発点において医療と福祉では全く異なっていたということを、政策を考えるとときにはまず頭においておきたいと思います。

地域医療計画

自由開業制の原則に緩やかな規制を始めたのが医療計画です。昭和60年（1985年）に医療計画制度が医療法に導入され、二次医療圏ごとに必要病床数（現在の基準病床数）を設定することになりました。過剰となった病床数の抑制を主な目的としています。当時、特別養護老人ホームが足りないために介護が必要な人たちが入院する「老人病院」が増え、医療費を上昇させました。これを抑制するために、一方で介護サービスの整備を進めると同時に、医療計画によって病床数の増加をコントロールしようとしたのです。必要病床数を二次医療圏ごとに計算し、既存病床数がそれを超えているところでは、病院の新設や増床を抑制します。自由開業制の原則から許可しないわけにはいかないので、やめるように勧告を出す、それでも行った場合には

* Michiko Mukuno : 松山大学人文学部教授、(一社) 日本保健医療社会福祉学会前会長

医療保険の指定をしない、という手法を使います。この施行直前の頃、私は厚生省の担当課にりましたが、規制が始まる前の病院の新設、増床の駆け込みが多かったことを覚えています。福祉の計画の出発点はサービスが圧倒的に足りないなか、サービス整備を進めることだったので、同じ計画行政でも医療とは方向性が逆でした。

2006年に地域医療計画制度が見直され、「4疾病5事業」の地域における具体的な医療連携体制を計画に位置づけることになりました。4疾病とは、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、あとで精神疾患が加わります。5事業とは、救急、災害、へき地、周産期、小児、あとで在宅医療がプラスになりました。病床数のコントロールだけでなく、医療の内容に踏み込んで、地域における連携体制を具体的に定めることになりました。

そして2014年、医療計画に「地域医療構想」が入りました。効率かつ質の高い医療提供を構築するとともに、医療、介護分野で現在キーワードとなっている「地域包括ケアシステム」を構築するためです。「病床機能報告制度」を創設し、地域医療構想を策定して、構想実現のための調整会議を設定し、基金をつくるという法改正がなされました。何をしようとしているのでしょうか。全体の病床数をコントロールするというだけでなく、その機能に着目して2025年の地域のニーズに対応した機能別の必要病床数に変えていく。ご承知のとおり、2025年は第一次ベビーブームの世代が全員後期高齢者になる、高齢者医療の需要が最も大きくなる年です。そこに向けて、多くの地域で多すぎる急性期機能は減らし、不足している回復期病床を整備しようとするものです。しかし、日本は民間医療機関が圧倒的に多いので強権的にはできません。また、既存病床についてですから、医療保険の指定をしないという手法も取れません。そこでデータに基づく協議、データを示して地域で話しあって確かにそうだなと納得していただいて、そちらの方向にもっていくという手法がとられまし

た。また実現のために基金が設置されました。それまで医療の方向性を誘導するための手段は圧倒的に診療報酬で、福祉のような補助金制度はほとんどありませんでした。しかし、診療報酬はマイナス改定の時もあり、以前のようにそれで大きく誘導することが難しくなり、基金を用いた助成による誘導という手法も用いられるようになりました。

2018年には、外来医療計画が導入されました。これは診療所の偏在の是正です。地域の医療について最初に問題になったのは病床数でした。病床ですから、対象は病院中心でした。しかし、ここで外来医療についても医療計画の対象となってきました。手法としてはデータに基づく協議です。

そして今回2021年の医療法改正です。図の「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①」が医療計画の見直し等に関する検討会の報告書の概要です。医療計画の記載事項の5事業に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加する。いつからかという、第8次医療計画が2024年度から始まるので、そこからです。どういう体制で計画を作成するか。現行の医療計画作成指針では、都道府県医療審議会の下に、事業ごとに「作業部会」を、圏域ごとに「圏域連携会議を設置」するとあります。これはおそらく変わらないでしょう。ですから、政策実現のために使える場合は、ここです。それからもう一つ、外来医療の機能の明確化と連携のための「外来機能報告制度」が設けられました。病床機能報告制度の外来版ですね。紹介患者の外来を基本とする医療機関と、総合的な診療をする、かかりつけ医が、どういうふうに連携していくかです。コロナ禍を経ても、地域の医療政策について今まで進めてきた方向性は基本的には変わりません。地域医療構想の背景となる中長期的な状況の見通しは変わっていないからです。過剰となる病床を削減し、その機能をニーズに合わせて変更していく。そこには基本的には大きな変化はありません。第8次医療計画が2024年度から

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①
 (令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ いわゆる「5事業」に加えて「6事業」に
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ 第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加

○ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担
（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

○ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

出典 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000706020.pdf>

ですから、2022年度中を目途に地域の議論が進められることになっています。

以上、地域医療政策、地域に関わる医療政策の推移を見ました。

コロナ禍で見た地域の保健医療分野のソーシャルワークの課題

次に、シンポジストの方々のご報告を聞き、見えてきた、地域の保健医療分野のソーシャルワークの課題について述べます。

今までも、もちろんソーシャルワーカーが取り組んでいたことだと思うのですが、コロナ禍によってそれらの課題が大きく社会の目に見えるようになりました。社会の目に見えるようになれば、政策に結びつけやすくなります。そういう意味で、今は課題解決のための政策実現のタイミングです。

第一は、心理的・社会的問題の解決援助による円滑な転退院調整です。白野先生のご報告にもあったように、そこがうまくいかないために今回、病床が逼迫してしまいました。不安への対処も含めて、コロナ禍で課題として顕在化してきました。

第二が、医療につながっていない人の受診、受療援助です。どちらかというと今まで退院支援を始めとした長期入院の是正が政策的には大きな課題でした。出す方向にウェイトがあったわけです。しかし、入り口の問題も重要です。ホームレス、外国籍住民もそうですが、今回、そういう方だけでなく、通常は支援がなくて暮らせていても、コロナ禍のように何かあった時には孤立して生活に困難を抱えてしまう方々がたくさんおられることが、よく見えてきました。社会的孤立で医療につながれない方々、また感染不安による受診控えなど、必要な医療にかかる

ための受診・受療援助は、マイノリティの方だけの問題ではなく、今までも、そしてこれからも、ソーシャルワーカーが対処しなければいけない重要な業務であることが、はっきり見えてきました。

第三は、逆に医療にはつながっているが、その他の支援につながっていないという方々への援助です。高齢者であれば地域包括支援センターやケアマネさんにつなげばいいし、障害者の方も相談支援センターがあります。しかし、そういう相談支援機関がなく、辛うじて医療だけにはつながった方の心理的、社会的問題の解決援助をどこがするのでしょうか。退院後の方の支援をいつまでも入院していた医療機関のソーシャルワーカーがフォローできるわけではありません。それからもう一つコロナ禍で気になったのは、コロナに感染して在宅療養をしている方たちです。保健所がフォローしていることになっています。食事はもってきてくれるらしいです。けれど、食べ物があって重症化しなければいい、バイタルチェックだけしていればいいというものではないでしょう。1人で在宅療養している方は不安だし、生活の問題を抱えていることもあります。ここに今までソーシャルワーカーが入っていけるルートがありませんでした。患者さんのプライバシーの問題や差別の問題があるからと、外部の者には情報が提供されず、関わることができなかつたのです。医療機関につながっていれば、まだそのソーシャルワーカーが行けますが、保健所につながっているだけだとどうなのでしょう。細いルートで医療にはつながっている、またはつながっていたが、それ以外の支援につながっていない方に、ソーシャルワーカーが係わるルートをつくるのが課題だと、今日の報告を聞きながら、改めて思いました。

活用できる制度・政策

さて、このような課題に対応するために活用できる制度として何があるのでしょうか。

まず、基調講演で詳しく述べた、また丸山さんから報告があった「生活困窮者自立支援制度」があります。それから、中さんが介護保険法の条文中の「地域住民」という言葉を根拠に高齢者に限らず包括的に支援しておられると話していた「地域包括支援センター」、そして地域共生社会実現のために新たにつくられた「重層的体制整備事業」もあります。地域包括支援センターは必ずしも制度的にそう位置付けられているわけではありませんが、これらの事業、機関は対象者を限らない包括的支援を行うものですから、広く相談を受けて医療につなぐ受診・受療援助や、退院後の支援などにも活用できるのではないのでしょうか。

次に、医療計画があります。今回、「新興感染症等の感染拡大時における体制確保」が追加されましたが、今までの5疾病・5事業についての国の指針¹⁾を見ると、精神疾病には当然精神保健福祉士が書かれていますが、それ以外については社会福祉士が周産期に1カ所書かれているだけで、他にはソーシャルワーカーは出てきません。しかし、新興感染症等に限っても、すでに述べたとおり、転退院調整、受診・受療援助、在宅療養者の支援や退院後の支援などソーシャルワーカーができること、すべきことは多々あります。他の医療についても同様でしょう。ソーシャルワーカーの関わりを医療計画に記載していくことが重要です。新たに加わる新興感染症を足がかりに地域の作業部会や圏域会議では是非働きかけていただきたいと思います。

それから外来医療です。制度的には今までソーシャルワーカーが位置づけられてはいませんが、その重要性を榊原さんのご報告を聞いて改めて認識しました。地域医療政策の中でも外来医療が重視され始めています。医療計画の「外来医療の機能の明確化、連携」の中にソーシャルワーカーの働きを組み込んで記載していくことが重要となります。

関連して、「経済財政運営と改革の基本方針(2021)」にいわゆる「社会的処方」が入っています。モデル事業を実施することになってい

て、制度化されるかどうかは、まだわかりません。ただ、「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域資源と連携する取組」と説明されていますから、これはまさに、かかりつけ医とソーシャルワーカーが組んでやっていくべきことではないかと思います。

足がかりとなる制度・政策としては以上のようなものがあります。それをどう活用していけば、With/After コロナ時代の社会課題の解決を図るソーシャルワークを展開できるか、また、そのために政策をどう変えたいのか、一緒に考えていきたいと思っています。

.....

参加者からの意見 1²⁾

医療と福祉の違いについて、病院のSWとして当時、強く感じていました。

生命の緊急性に救急外来はすべて断ることなく受入れをしていました。今すぐ生命の危険があるわけではないけれど、早晚そうなると推測される患者は、予防的な入院と言うわけにはいきません。措置時代の訪問介護では間に合わず、適切な生活環境とケアを確保することは困難でした。日常生活、人間関係の危機に、医療がかかわる必要がなくても、何かが、関わる必要がある。何で対応すればいいのか、模索が必要な時代でした。放置すれば、患者本人の悪化だけでなく、介護する家族の健康、家族関係に大きなひずみをもたらすことになる、生活の場が取り返しのつかないことになり得ると判断したケースでは、ここを乗り越える間の期限付き入院をSWとして提案、障害者、難病者等については、病院内で独自の基準を設けて、SWの「心理社会診断」で入院許可がだされるような仕組みも作りました。その後の介護保険施行で、法人内の訪問看護、訪問介護、リハビリ等が利用できるようになり、在宅でのサポートがそれに代わることが出来るようになりました。

コロナ禍で入院できない方が増える中、介護

福祉施設が、自宅が、療養の場となり、それを支える人材が不足する危機を迎えている。国は医療機関の充足に予算をつぎ込んでいますが、医療だけで支えようとする事自体が無理がある。健康、生命を守る = 医療といった「医療信奉」「医療モデル」の考え方が一向に変わっていない。発言者の皆様の、地域での、外来での取り組みは、それに対しての問題提起になっていたと思います。

コロナ禍での保健医療分野のSWの課題の第一の、限られた医療資源をいかに円滑に活用するかは、昨今SWに期待されている課題です。コロナ禍で普段に増しての負荷がかかっていると思いますが、頑張れるのではと期待しています。

第二の、医療にアクセスできない方への支援は、病院という器の中に閉じこもってはできません。みずからが地域に出ることが出来なくても、地域の資源とネットワークをもち、協力・連携できる力量が期待されます。

第三について、対象者自身が、治療につながり回復されたとしても、元の木阿弥になる可能性がある。これを機に、本人が望む生活をどのように築いていくか、自立支援のアプローチが必要です。ここは、個別的な対人援助となり、SWとしての力量が問われます。地域連携室に看護職が中心に据えられている現状がありますが、こここそ、SWの出番だと私は考えています。

活用できる制度・政策については、地域密着型特養で、施設内だけでなく、設置エリアの住民の相談窓口となる仕組みができています。定期的安否確認を実施しながら、いざとなったら緊急相談に応じています。

また、開業医が医師会ごと、あるいは個別に自治体と提携して、「登録」される形でコロナ禍の対応をしています。行政責任のもと、実際には、委託契約等で専門家の力を発揮してもらい、このような形が機能していると思います。ご提案くださっているように、今ある制度・サービスの中にあるSWができることを、法制化

していくことができたらと思います。

「アウトリーチと言われても、施設・機関うちのことで精いっぱい」と発言するSWは多く、地域の中にある自らの施設・機関の存在意義や役割について、考えることができていないSWが多いようです。SWのほとんどが何らかの施設・機関に勤務している現状から、施設・機関のSWであることを活かしながら、地域で機能できる形があれば、呼び水にもなるのではないかと、考えたりします。

参加者からの意見 2

・コロナ禍で見えた地域の保健医療分野のソーシャルワークの課題の2つ目と3つ目について、ご指摘の内容や必要性は理解できるのですが、具体的な方策や可能性がイメージできません。2の「医療につながっていない人の受診、受療援助」については、たとえば多くの患者が自宅療養を余儀なくされ、救急隊でさえ搬送先が見つからず苦勞している状況で、SWが受診・受療援助をするとしたら、どのような具体的解決策を提示できるでしょうか。3の「医療にはつながっているが、その他の支援につながっていない人への援助」についてはどんな機関のSWが関われる可能性があるでしょうか。いずれにしても、保健所や自治体職員が本来果たすべき機能や役割とSWが果たすべき機能や役割について、整理したり議論したりする必要もあるよう思いました。でないと、結局患者さんやご家族、そして医療現場に混乱を招くことにならないでしょうか。

(筆者コメント 2は、コロナ感染者の入院先の確保をSWが行うというより、例えば、孤立して情報を得られなくて発熱外来にも行けない方や、感染不安で必要な受診を控えてしまっている方を想定しています。また、機能や役割分担の整理は必要ですが、その時、保健所や自治体という組織とSWなどの専門職は分けて考えることが必要です。保健所や自治体が分担

する業務であっても、その組織に所属する方が必ずしも行う必要はありません。参加者からの上記の意見にあるように、保健所や自治体が医療機関等と連携して、医療機関等に所属するSWをあらかじめ登録して実際の業務を行う仕組みが考えられます。このような「新興感染症等の感染拡大時における体制確保」について、議論の整理、仕組みづくりをあらかじめ行って医療計画に記載しておこうというのが医療法の今回の改正です。)

・「活用できる制度・政策」のところでは、「生活困窮者自立支援制度」をあげられていますが、個人的には、社会福祉協議会は「生活困窮者自立支援制度」によらなくても、対象者を限定することなく相談を受けており、地域住民のニーズに応じて柔軟に対応されているのではないかと捉えています。ただし、コロナ禍で、時期によっては貸付金等の対応に深夜まで追われていたとお聞きしていますし、受診・受療援助については経験が少ないかもしれません。受診・受療援助は、ある程度の医療の知識・地域の情報とネットワークが必要で、結構専門性が必要だと思います。重層的支援体制整備事業は任意事業でもあり未知数ですが、医療領域もカバーできるSWの存在、あるいは地域包括支援センターのように保健師や経験のある看護師との(現場レベルでの)協働によって、新興感染症等への対応に活用できるかもしれないと感じました。

注

- 1) 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」厚生労働省医政局地域医療計画課長
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf> 2022年2月11日アクセス
- 2) 後日寄せられた意見を本人の了解を得て掲載。意見2も同じ。

[おわりに]

コロナ禍が顕在化させた課題の解決に向けて ～制度立案・運用者とソーシャルワーク実践者との協働～

棕野 美智子*

第31回大会はコロナ禍をテーマとした二回目の大会であると同時に、第29回に引き続く、地域を採り上げた大会第2弾でもありました。テーマは「コロナ禍の地域とソーシャルワークを問う」です。基調講演で私は、地域とソーシャルワークにかかわる戦後の福祉政策が、福祉六法体制、2000年体制を経て地域共生社会へと、つまり、地域とソーシャルワークを重視する方向へ大きくシフトしてきていることを述べました。

地域共生社会につながる最初の制度である生活困窮者自立支援制度は、地域づくりを目標に掲げ、ソーシャルワークを核とした、従来の政策とは異なる制度設計思想、政策手法をもつものです。細かく精緻につくり込まれた、介護保険、障害者自立支援制度などに比べると、きわめて大きな余白を組み込んだ制度です。

ソーシャルワークに限らず、実践と制度との関係は、制度外の実践の積み重ねがモデル事業を経て制度化されるのが通常でした。しかし、生活困窮者自立支援制度は、制度内に自由な実践の余地を大きく残し、逆に自由な実践によって埋められて初めて制度が意味を持って成り立つようにつくられています。地域共生社会づくりの政策は、重層的支援体制整備事業も含め、制度が主導するのではなく、できるだけ自由な実践展開を邪魔せず、促進するための仕組みづくりです。実践者による創造的ソーシャルワークが何よりも求められているのです。

続くシンポジウムの指定討論で私は、医療政策における地域とソーシャルワークについて問題提起を行いました。今まで、保健医療分野のソーシャルワーカーには長期入院是正のための転退院支援が政策的に最も期待されていましたが、コロナ禍はそれ以外の様々な重要課題を顕在化させました。地域におられる、社会的孤立、外国籍、病気への不安などから感染しても医療にたどり着きにくい方、逆に、コロナに感染した在宅療養患者や退院後の患者のように、医療にはつながったけれどもその他の支援は届いていない方々、まさにソーシャルワーカーが対応すべき方々でした。しかし、残念ながら、感染者についてソーシャルワーカーが関わられる余地は、今回極めて限定されていました。

医療法改正によって新興感染症等の拡大時における医療提供体制の確保について医療計画への記載が義務付けられました。今回の反省を活かした政策実現のタイミングです。まずは、地域における様々な保健医療福祉関係職種と役割分担についての合意をつくり上げていくことが必要です。

私は2019年の本学会の会長就任あいさつにおいて、「政策とソーシャルワークの研究者、実践者がそれぞれの拠って立つ異なる原理を踏まえて、対峙しつつも連携協働することが、制度、ソーシャルワークそれぞれの質を高める上で何よりも必要となってきているのです。その意味

* Michiko Mukuno : 基調講演者・指定討論者

で、地域包括ケアシステム、地域共生社会の実現を見据えた、制度とソーシャルワーク研究の連携協働は、学会としても今後取り組んでいきたい大きな課題のひとつと考えています。」と申し上げました。

福祉における、政策立案・運用者とソーシャルワーカーとの対等なパートナーとしての協働はまだ緒についたばかりです。今回の大会を契機として保健医療分野においてそれが少しでも進展していくことを心から祈っています。

〔論文〕

保証人不在者事例における ソーシャルワーク支援上の困難性についての一考察 —医療ソーシャルワーカーの インタビュー調査データの内容分析にもとづいて—

林 祐 介*

医療ソーシャルワーカー（MSW）が関わっている保証人不在者についての支援上の困難を把握しつつ、これらの困難にはどのような特徴がみられるのかを検討するために、事例調査を行った。対象は、X県内12病院のMSW12人である。方法はインタビュー調査を実施し、内容分析を用いて分析した。その結果、以下の3点が示唆された。①MSWが感じている困難内容は、厚生労働省通知の「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」に記されている保証人に求める役割や機能と一致しないところがあり、[患者とのやりとり困難]等の「ガイドライン」では想定されていない困難が生じている。②回復期・慢性期機能の病床を主に担当しているMSWのみが感じている困難内容がみられ、病床機能によって違いがある。③MSWからみた支援上の困難には、成年後見制度では解決しきれない特徴がみられる。その上で、実践上の課題として、地域の関係機関との協働の必要性をあげ、医療現場の実態に即した「ガイドライン」改訂が必要であることを提起した。

Key words：保証人不在者，ソーシャルワーカー，困難性，医療機関，ガイドライン

I. 緒言

医療現場では、身寄りがない等の理由で、保証人が確保できない患者の転院先が制約されている状況が生じている。転院の受け入れ先である病院・施設側が、保証人不在を理由に受け入れを断ることがあるためである。一方で、転院先の病院・施設が保証人に求める役割や機能は、入院・入所費用の支払いや緊急時の対応など多岐にわたっている現状がある（成年後見セ

ンター・リーガルサポート 2014；林 2019；山縣ら 2019）。つまり、患者を受け入れるにあたって保証人不在となると、これらの内容について基本的に病院・施設側で対応せざるを得なくなる。しかし、難なく対応できれば問題はないのかもしれないが、うまく対応できない場合には困難が生じることとなる。

そのような中、医療機関や介護施設が保証人を求めている実態についての全国調査が行われ、2つの報告書がまとめられている（みずほ情報

* Yusuke Hayashi：同朋大学 社会福祉学部

総研 2018；山縣ら 2018)。みずほ情報総研 (2018) は、上記の調査結果を受けて、以下の結論を導き出している。「本人の判断能力が衰えた場合の身上保護・財産管理を行う成年後見人が明確になることは、介護施設が身元保証人等に求めている機能・役割および、施設における成年後見制度の利用実態から見ても、介護施設側からのニーズに対して、すべてではないものの、大きな役割を果たしていると考えられる」(同上 2018；62)。

確かに、成年後見人がいれば、病院・施設が保証人に求める役割や機能の全てではないものの、成年後見人がいくつかの役割や機能を果たすことは可能である。そのため、病院・施設が保証人に求める役割や機能にどう対応していくのかという観点から捉えれば、成年後見制度は有効な方法の1つになり得ると考える。しかし、保証人不在者の中には、判断能力の低下がみられないために、法定後見制度の対象にならない患者も含まれている。さらに、判断能力の低下がない場合、任意後見制度を利用することが考えられるが、「金銭面で任意後見人等を立てることができない」といったことも指摘されている(神奈川県社会福祉協議会 2020；13)。このような患者に対する支援の課題は、残されたままである。つまり、保証人に求める役割や機能だけでなく、現場の実態に即してどう対応していくのかという観点が欠かせない。

一方、山縣ら(2019)によって、「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」(以下、「ガイドライン」)が作成され、厚生労働省から各都道府県、各保健所設置市、各特別区衛生主管部(局)宛てに通知されている。これは、身寄りがいない人の入院費用の支払いや緊急時の対応などについて、医療機関や医療関係者の具体的な対応方法をまとめたものである。しかし、それでも、医療機関が求める「身元保証・身元引受等」の役割や機能についての対応を解説するにとどまっている。

そのため、本論文では、医療ソーシャルワ

ーカー(MSW)が関わっている事例の調査を行い、保証人不在者についての支援上の困難を把握しつつ、MSWからみた実践上の課題を示すことを目的とする。さらに、上記目的を達成するために、MSWが感じている困難内容と医療機関が保証人に求める役割・機能との比較や、成年後見制度の利用対象になると思われる事例とそうでない事例の困難内容の比較を通して、これらの困難にはどのような特徴がみられるのかを検討していくこととする。なお、本論文では、「身寄りがいないまたは親族等の協力が得られず、保証人を誰にも依頼できない患者」を、「保証人不在者」とする。

II. 研究方法

1. 研究協力者の選定要件と内訳

研究協力者は、調査協力が得られたX県内12病院のMSW12人である。筆者と面識があるMSWを中心に調査を依頼し、筆者自身が選定した。ただし、本研究では、保証人不在者についての支援上の困難に焦点をあてていることから、直近で概ね1年程度に保証人不在者事例を経験しているMSWを対象とした。

研究協力者の内訳は、表1の通りである。年齢は20歳代から40歳代までで、30歳代が最も多かった。MSW経験年数は2年から19年であり、保有資格は1人を除いて何らかの資格を持っていた。所属機関の病床機能は、地域医療構想による病床機能報告制度の「医療機能の名称」にもとづいて確認した(厚生労働省 2016：363)。中には複数の病床機能を有する医療機関も含まれていたことから、ここでは複数回答可とした。その結果、急性期機能と回復期機能が最も多かった。

2. データの収集・分析方法

2019年2月21日～4月2日に、インタビュー調査を実施した。以下の4つの質問項目に基づいて、13年間のMSW経験を有する筆者自身が40～90分程度の半構造化面接を行った。

表1 調査協力者の基本属性

※ 調査協力者が主に担当している病床

仮名	性別	年齢	MSW 経験年数	保有資格	所属機関の病床機能
A	男性	30歳代	8年	社会福祉士 介護支援専門員	高度急性期機能 ※急性期機能
B	女性	20歳代	6年	社会福祉士 精神保健福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	※慢性期機能
C	女性	40歳代	19年	社会福祉士 精神保健福祉士	※慢性期機能
D	男性	20歳代	2年	社会福祉士	※回復期機能
E	女性	30歳代	3年	社会福祉士	※回復期機能
F	女性	30歳代	7年	社会福祉士 精神保健福祉士	急性期機能 ※回復期機能 慢性期機能
G	女性	20歳代	6年	社会福祉士	※急性期機能
H	女性	40歳代	14年	社会福祉士 介護支援専門員	※急性期機能 回復期機能
I	男性	30歳代	9年	社会福祉士 介護支援専門員	※回復期機能
J	男性	30歳代	7年	なし	※慢性期機能
K	男性	30歳代	10年	社会福祉士	※高度急性期機能 ※急性期機能
L	男性	40歳代	10年	社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員	※急性期機能 ※回復期機能

- (1) 直近で概ね1年程度に関与した保証人不在者のうち、成年後見制度の(利用)対象になるとと思われる事例(すでに後見人等がついている事例を含む)とそうでない事例の数を教えてください。
- (2) (1)の成年後見制度の対象になるとと思われる保証人不在者を支援する際に、困ったことがあれば教えてください。
- (3) (1)の成年後見制度の対象にならないと思われる保証人不在者を支援する際に、困ったことがあれば教えてください。
- (4) (2)や(3)であげた内容に対して、最終的にどのように対応されたのか教えてください。

(1)で「概ね1年程度に関与した」事例とした理由は、保証人不在者についての支援上の困難を把握するという本研究の目的に照らし合わせて、ある程度まとまった数の事例をもとに語ってもらう必要があると考えたからである。(2)と(3)については、ICF(国際生活機能分類)の4つの構成要素(心身機能・身体構造、活動・参加、環境因子、個人因子)を念頭に置きながら質問をした。ICFを使用した理由は、「人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人をとりまく社会制度や社会資源まで」の要素を漏れなく確認するためである(障害者福祉研究会2002)。さらに、(4)の質問に答えても

らう中で、多くの MSW が地域の関係機関や関係者に対する要望・期待を語っていたことから、これらのデータも含めて検討した。

調査で得られた支援上の困難についてのデータは、「内容分析」(有馬 2007)を用いて分析した。内容分析を用いた理由は、実証的データを分析したり、データの特性を体系的・客観的にとらえたりすることに適した分析方法であるからである。まず、意味内容ごとに文章をセグメント化し、あらかじめ設定した以下8つのカテゴリーへの当てはめを行った。①緊急の連絡先に関すること、②入院計画書に関すること、③入院中に必要な物品の準備に関すること、④入院費等に関すること、⑤退院支援に関すること、⑥(死亡時の)遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること、⑦医療行為の同意に関すること、⑧その他。①～⑦は「ガイドライン」に記されている、医療機関が「身元保証・身元引受等」に求める役割や機能であり、「ガイドライン」では①～⑦についての対応方法がまとめられている(山縣 2019:6)。ここで、「ガイドライン」を用いる理由は、国レベルで保証人不在者対応についてまとめられている唯一のガイドラインであり、医療現場で広く活用されていることが想定されるためである。

次に、マトリックス表を作成し、回答者が上述した①～⑧に該当する困難内容をあげていれば○をつけた。⑧その他については、セグメント化した文章をもとにコード付けを行った。本文中では、[]にコード化したものを示すこととする。さらに、後述の考察部分では、

マトリックス表をもとに、MSW からみた保証人不在者についての支援上の困難性ならびに医療機関が保証人に求める役割・機能との関係を検討し、それを説明するための図を作成した。マトリックス表を作成する過程では、調査協力者である MSW12人にメンバー・チェックングをしてもらうことで、データ分析の客観性の担保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、同朋大学の倫理委員会の審査・承認を受けた上で実施した(承認番号:2018-18)。さらに、調査協力者より、それぞれの所属機関の了承を事前に得てもらった上で、調査を行った。調査協力者に対しては、筆者が以下の3点を中心に説明し、書面による同意を得た。①調査で得たデータは本研究の目的以外に使用しない。②個人情報が特定されないよう細心の注意を払う。③調査で得たデータは、厳重に管理する。

III. 研究結果

1. 保証人不在者事例の基本属性

概ね1年程度に関与した保証人不在者の事例数は、表2の通りである。回答者(A～L)によって幅がみられた。成年後見制度の対象になると思われる事例数は、0例～40例程度であった。ただし、10例未満と答えたのが10人(A～J)と多数を占めた。成年後見制度の対象にならないと思われる事例数は、1例～40例程度で

表2 概ね1年程度に関与した保証人不在者の事例数

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
成年後見対象	4例	2例	2例	8例	5例	6例	0例	2例	2例	6例	40例程度	10例程度
成年後見対象外	2例	1例	2例	11例	2例	1例	3例	20例以上	1例	4例	40例程度	30例程度

注) A～Lは調査協力者の仮名であり、成年後見制度の対象になると思われる事例とそうでない事例に区分して示している。

あった。ここでも、10例未満と答えたのが8人（A～C・E～G・I・J）と多くを占めた。一方で、表1の回答者が主に担当している病床機能に照らし合わせてみると、概ね1年程度に関与した事例数が20例を超えている回答者の全員が高度急性期・急性期病床を主に担当しているMSWであった（H・K・L）。

さらに、成年後見制度の対象になると思われる事例は、総じて意思疎通に困難がみられ、身体的にも何らかの介助を要する傾向がみられた。具体的には、「意識レベルが低下しており、重症化している」（A）、「日常的な面で介助を要する方が多い」（E）、「判断能力が微妙な方が多い」（L）ということであった。一方、成年後見制度の対象にならないと思われる事例の大半は、意思疎通可能またはそれなりに意思疎通ができる傾向がみられた。しかし、ADL（日常生活動作）は、自立レベルから全介助レベルまで多岐にわたっていることがうかがえた。具

体的には、「自立した方が多く、意思疎通可能な状況」（D）、「説明したことを100%理解しているかは不安が残る」（G）、「自立の方から車椅子レベルまで」（K）といったことがあがっていた。

2. 成年後見制度の対象になると思われる事例における支援上の困難（表3）

緊急の連絡先に関する困難をあげていたのは、2人（C・I）であった。この点について、Cは「やっぱり退院された後の安否確認」、Iは「職場の社長さんが緊急連絡先にはなっていたのですが、夜間には電話しづらい」と述べていた。一方、入院計画書に関することをあげた回答者は皆無であった。

入院中に必要な物品の準備に関する困難については、7人（A・D～F・I～K）があげていた。例えば、「入院中の身の回り品の準備については、うちで対応しているのですが、そう

表3 成年後見制度の対象になると思われる事例における支援上の困難

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	その他の困難 内訳コード
A			○	○	○			○	[関係者間の見解の不一致]
B				○	○			○	[患者とのやりとり困難] [関係者間の見解の不一致]
C	○			○	○			○	[患者とのやりとり困難] [家賃・公共料金の滞納] [郵便物の不着] [サービスの利用拒否] [トラブルの発生]
D			○	○	○		○	○	[患者とのやりとり困難] [金銭・物品管理業務の負担]
E			○					○	[家族とのやりとり困難] [金銭・物品管理業務の負担]
F			○		○			○	[家賃・公共料金の滞納] [関係機関による対応の温度差]
H				○	○			○	[患者とのやりとり困難] [関係者間の見解の不一致] [患者の判断能力評価の難しさ]
I	○		○	○				○	[患者とのやりとり困難]
J			○	○		○	○	○	[金銭・物品管理業務の負担] [外出付き添い者の不在]
K			○	○	○			○	[患者とのやりとり困難] [外出付き添い者の不在] [関係機関による対応の温度差]
L				○	○			○	[患者とのやりとり困難] [家族とのやりとり困難]

注) A～Lは調査協力者の仮名であり、Gからは事例が出なかったため、本表では除外した。①～⑧は、以下の項目名を略したものである。①緊急の連絡先に関すること、②入院計画書に関すること、③入院中に必要な物品の準備に関すること、④入院費等に関すること、⑤退院支援に関すること、⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること、⑦医療行為の同意に関すること、⑧その他。○は、回答者が①～⑧に該当するソーシャルワーク支援上の困難をあげていたことを示したものである。

いった患者さんの担当数が増えると、それが負担になる」ということであった（E）。一方で、「後見人とかがついていても、なかなか病院まで来てもらえず、病院で対応することも多い」とのことであった（J）。さらに、この点についてKは、以下のように述べていた。「使える荷物がなくて困っているとか。そこを病棟の方から言われて困るというのがありますね。うちは外部のアメニティ（サービス）が入ったのですが、それをこう本人の同意が得られないとか、お金がないという場合には無料でやるしかない」。

入院費等に関することは、9人（A～D・H～L）があげており、2番目に多かった。具体的には、「お金の引き出し等ができない、できないことで入院費用や転院先の費用が払えない」ということであった（A）。成年後見人が付いていたとしても、「亡くなった後のお金は支払わないとか、病院としては何のために後見人がついているのかと思ったケースもある」とのことであった（A）。一方、Bは「親族の金銭の使い込みによって、当院の入院費も含めて未払いが生じ」たことをあげていた。また、成年後見人がつくまでに時間がかかるために、それまでの間「判断能力が微妙な方の金銭管理をどうするのか」、「医療費の支払いを勝手にしちゃっていいのかどうか」という回答もあった（H）。

退院支援に関する困難をあげていたのは、8人（A～D・F・H・K・L）で3番目に多かった。そのうち、4人（A・B・F・H）は転院相談をするにあたって、成年後見制度につなげることを検討していたが、市町村長申立の相談をしてから後見人が選任されるまでにかかなりの時間を要することを問題視していた。後見人が不在のままでは、次の段階へ進めることができないため、いつまでたっても転院先から受け入れてもらえないからである。例えば、市長町長申立に関する相談をしてから後見人がつくまでに、「〇〇市だと半年から1年はかかっている、入院中には見通しが立たないという感覚が強いんです。本当に市長町長申立でいけるのだろうか」

という回答があった（F）。

遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する困難をあげていたのは、1人（J）であった。具体的には、「最期の対応」の際に誰にどのように連絡すればいいのかということを考えていた。ただし、現在は「役所のケースワーカーだったりとか、後見センターだったりとかというところで、（連絡方法の）フローチャートを作って」対応しているということであった（J）。

医療同意に関することは、2人（D・J）が困難としてあげていた。Dは、胃瘻を造設するか否か、「患者本人の意思疎通が困難で、医療同意で悩んだ事例があった」と述べていた。最終的には、「入院前の状況を知るケアマネジャーや在宅スタッフ（訪問介護士）より情報収集した上で、院内の倫理委員会で検討するに至った」ということであった。

その他の困難は11人（A～F・H～L）があげており、最も多くなっていた（以下、数の多い順に内訳を示す）。〔患者とのやりとり困難〕とは、患者の判断能力や記憶力の低下等により、やりとりに困難が生じたことである（B・C・D・H・I・K・L）。〔金銭・物品管理業務の負担〕とは、MSWが患者の金銭・物品管理を行う機会が多くなったことで、業務負担が増えたことである（D・E・J）。〔関係者間の見解の不一致〕とは、患者の支援をめぐる、それぞれの関係者（役所、保健所、ケアマネジャー等）の見解が異なるために、お互いに役割を押し付け合ったり、次の段階に話が進んでいかなかったりしたことである（A・B・H）。〔関係機関による対応の温度差〕とは、積極的に動いてくれる機関がある一方で、消極的な機関があり対応が不十分であったことである（F・K）。

〔患者とのやりとり困難〕だけでなく、〔家族とのやりとり困難〕もあがっていた（E・L）。これは、家族がいても協力が得られないだけでなく、生活問題を整理する必要があるにもかかわらず、家族がそれに応じようとしなかったということである。一方、〔外出付き添い者の不在〕とは、入院中の患者が外出を希望しても、

家族等の付き添い者がいないことである（J・K）。上記以外にも、患者宅の〔家賃・公共料金の滞納〕が生じたり、必要な郵便物が手元に届かない〔郵便物の不着〕、治療拒否といった〔サービスの利用拒否〕、病院の指示を守らないといった〔トラブルの発生〕があがっていた（C・F）。加えて、〔患者の判断能力評価の難しさ〕があり、〔成年後見をかけること自体が微妙〕であったため、病院内で検討するも「時間がかかりすぎ」という回答もあった（H）。

3. 成年後見制度の対象にならないと思われる事例における支援上の困難（表4）

緊急の連絡先に関する困難については、2人（C・I）があげていた。この点について、Iは以下のように述べていた。「（緊急時に）いくら役所の生活援護課さんがすぐ病院に来ますよと言えど、夜間とか援護課が不在の時間帯6時とか7時、その時に。病棟師長からは『夜間帯どうするの』というのありましたね」。一方、入院計画書に関することは、誰もあげなかった。

入院中に必要な物品の準備に関する困難をあげていたのは、5人（B・D・E・J・K）で3番目に多かった。例えば、Bは「服が足りないといった身の回りのことをMSWが対応して」おり、「経済的に厳しいということもあり、必要物品は院外の安い店で購入するようにしている」とのことであった。一方、Kは「通帳・キャッシュカード・印鑑」が患者の手元にないため、それらを患者宅まで「取りに行かないといけないという時があるので、ついでに見つけて持って来られれば着替えだとかを持ってくる」と述べていた。

入院費等に関する困難をあげていたのは、3人（B・G・L）であった。具体的には、「院内にATMがありませんので、お金の引き出しをし、入院費用の支払いをするところにもMSWが関わっていました」ということであった（B）。さらに、Lは次のように述べていた。「保険の手続きだったりとか、高額療養の手続きだったりとか、この辺りは地域包括支援センターがやってくれることもあるんですけど。地

表4 成年後見制度の対象にならないと思われる事例における支援上の困難

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	その他の困難 内訳コード
B			○	○	○			○	〔患者とのやりとり困難〕〔外出付き添い者の不在〕
C	○				○				
D			○		○			○	〔患者とのやりとり困難〕〔金銭・物品管理業務の負担〕
E			○		○			○	〔金銭・物品管理業務の負担〕
F						○			
G				○	○			○	〔患者とのやりとり困難〕〔関係機関による対応の温度差〕
H					○			○	〔患者とのやりとり困難〕
I	○								
J			○			○		○	〔患者とのやりとり困難〕〔外出付き添い者の不在〕
K			○					○	〔患者とのやりとり困難〕
L				○				○	〔患者とのやりとり困難〕〔サービスの利用拒否〕 〔トラブルの発生〕

注）調査協力者であるAからは困ったことが出なかったため、本表では除外した。B～Lは調査協力者の仮名である。①～⑧は、以下の項目名を略したものである。①緊急の連絡先に関する事、②入院計画書に関する事、③入院中に必要な物品の準備に関する事、④入院費等に関する事、⑤退院支援に関する事、⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事、⑦医療行為の同意に関する事、⑧その他。○は、回答者が①～⑧に該当するソーシャルワーク支援上の困難を示したものである。

域包括支援センターで対応してもらえない場合には、こちらで対応することになるんですけど。手間は手間ですね」。

退院支援に関することは、6人(B～E・G・H)があげており、2番目に多かった。例えば、「元の自宅へ退院することは困難であり、新居への引っ越し準備のため、物品の整理が必要であり、人手と時間を要することが困難点としてあげられる」という回答があった(D)。具体的には、「身寄りがおらず、経済的問題があり業者委託ができないため、病院側で対応せざるを得ず、その都度本人の了解を得つつ、複数人で対応していた」とのことであった(D)。一方、ADL低下で自宅退院が難しくなり、転院を検討した際、「身寄りがいないので、保証人をどうするかという話になっ」という回答もあった(G)。

遺体・遺品の引き取り・葬儀等についての困難をあげていたのは、2人(F・J)であった。Fは、実際に死後対応まで行った事例を踏まえて、以下のように述べていた。「本人が亡くなってから、市役所が戸籍とかをたどり、親族に連絡をつけたんですが。市役所の方が本当に慣れていなくて、戸籍は確認したんですかとか、誰が相続人に該当するのかを病院が言わないといけなくて」。一方、医療同意に関することをあげた回答者は皆無であった。

その他の困難は8人(B・D・E・G・H・J～L)があげており、最多であった。内訳をみると、[患者とのやりとり困難]が1番多かった(B・D・G・H・J～L)。これは、患者の判断能力や記憶力の低下が問題になっているというよりは、患者の先入観が強かったり、自分の意見に固執したりすることで、やりとりに時間を要したということである。[患者とのやりとり困難]以外にも、以下の困難がみられたが、先述の2と同様の内容であった。[外出付き添い者の不在](B・J)、[金銭・物品管理業務の負担](D・E)、[関係機関による対応の温度差](G)、[サービスの利用拒否](L)、[トラブルの発生](L)。

4. 支援上の困難への対応と地域の関係機関や関係者に対する要望・期待

ここでは、「ガイドライン」が取り扱っている7項目(①緊急の連絡先に関すること～⑦医療行為の同意に関すること)にない、その他の困難への対応について得られたデータだけを示すこととする。上記の7項目については、すでに「ガイドライン」内に対応方法が示されているからである。

[患者とのやりとり困難]に対しては、「患者が信頼しているリハビリスタッフに間に入ってもらい対応した」という回答があった(D)。患者が高次脳機能障害を有していたこともあり、信頼関係をうまく構築できず、「こちらの話を聞いてもらえなかった」ため、他職種の協力を得て対応したとのことであった。さらに、社会資源の利用をしたがらない患者に対して、「医師の協力を得ながら、MSWが必要性を理解してもらえるよう話をする」という回答もあった(H)。それ以外にも、運動性失語で言葉が聞き取れず、患者のニーズの把握が難しかったことから、「言語聴覚士と一緒にコミュニケーションをとったり」、「包括(地域包括支援センター)や行政の方にも同席」してもらい対応したと述べていた(I)。加えて、[家族とのやりとり困難]に対しては、患者本人の自宅がゴミ屋敷になっているものの、家族に片付けを依頼しても一向に話が進まず、「地域包括支援センターに関わってもらえるよう調整した」ということであった(L)。

一方で、上述の2と3であがった困難に対して、最終的にどのように対応されたのか質問した際に、I以外の全ての回答者が地域の関係機関や関係者に対する要望・期待を語っていた。役所に対する要望や期待を述べていたのは、9人(A～H、K)であった。具体的には、成年後見制度の市長村町申立の相談をするも、相談にあまり乗ってもらえなかったり、話がなかなか進んでいかず時間がかかったりしたので、その辺りを改善してほしいというものであった(A・B・F・H)。それ以外にも、生活保護

担当者が成年後見制度を利用したがないことがあり、必要な方が適切な時期に制度につながっていくためにも、生活保護担当者の独断ではなく、関係機関同士で検討することが必要ではないかという意見があった（C・D）。さらに、病院が困っていることに対して一緒に考えて動いてほしい（G・K）、制度の狭間にいる患者の情報の申し送り先を設けてほしい（E）、という要望も出ていた。

地域包括支援センターに対する要望や期待を語っていたのは、6人（D・F・G・H・J・K）であった。ここでも、病院が困っていることに対して一緒に考えて動いてほしいという要望が出ていた（G・K）。さらに、自宅退院後の相談機能を充実させてほしい（D）、役所に積極的に働き掛けてほしい（F）、先々起こりうる問題について先手を打っておいてほしい（H）、という意見があった。

ケアマネジャーに対する要望や期待を述べていたのは、3人（A・C・H）であった。具体的には、今後起こりうることに入院前から関わってほしい（A・H）、成年後見制度活用に向けた発信元になってほしい（C）、というものであった。社会福祉協議会に対する要望や期待を語っていたのは、2人（D・J）であった。いずれも日常生活自立支援事業に対するものであり、利用できるまでに時間がかかるため、使い勝手を良くしてほしいということであった。

IV. 考察

1. ソーシャルワーク支援上の困難性ならびに医療機関が保証人に求める役割・機能との関係

表3と表4を概観すると、○がついているところもあれば、○が全くついていないところもある。これは、MSWが感じている困難内容と医療機関が保証人に求める役割・機能が重複しているところもあれば、そうでない部分もあることを表している。例えば、退院支援に関すること、入院中に必要な物品の準備に関すること、

入院費等に関することには多数の○がついている。これは、多くのMSWが感じている困難内容と医療機関が保証人に求める役割・機能がほぼ一致していることを示している。それに対して、入院計画書に関することには○が1つもついておらず、MSWが困難を感じていないことを示唆している。

さらに、その他の○が最も多くなっていることは注目に値する。表内の①～⑦は、「ガイドライン」の中で、医療機関が保証人に求める役割や機能として記されているものであり、⑧その他には①～⑦に該当しないものが集約されているからである。つまり、「ガイドライン」内の保証人に求める役割や機能では収まりきらない困難が、医療現場で生じていることを示唆している。特に、9人（B・C・D・G・H・I・J・K・L）の調査協力者が「患者とのやりとり困難」をあげており、避けては通れない困難内容であることがうかがえる。これ以外にも、「家族とのやりとり困難」、[外出付き添い者の不在]、[関係者間の見解の不一致]、[関係機関による対応の温度差]といった困難が生じている。

一方、表3・4と表1の調査協力者が主に担当している病床機能に照らし合わせてみると、高度急性期機能や急性期機能を主に担当しているMSWと比べて、回復期機能や慢性期機能を主に担当しているMSWが感じている困難内容が多岐にわたっていることが読み取れる。具体的には、①緊急の連絡先に関すること、⑥遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関すること、⑦医療行為の同意に関することは、回復期・慢性期機能を主に担当している回答者のみに○がついている。その他の困難についても、[金銭・物品管理業務の負担]、[家賃・公共料金の発生]と[郵便物の不着]の3点は、高度急性期・急性期機能だけを主に担当している回答者にはみられないものである。これは、回復期・慢性期機能では、高度急性期・急性期機能と比べて在院日数が長いために、ソーシャルワーク支援を要する多様な課題が生じやすいからであると考

える。

以上の内容を踏まえて、保証人不在者事例におけるソーシャルワーク支援上の困難性ならびに医療機関が保証人に求める役割・機能との関係をまとめたものが図1である。これは、①「ガイドライン」で想定されているまたは想定されていない困難かどうか、②MSWが主に担当している病床機能にかかわらずみられる困難なのか、あるいは回復期・慢性期機能だけでみら

れるものなのかどうかを表している。とりわけ「ガイドライン」で想定されている困難と比べて、「ガイドライン」で想定されていない困難が多岐にわたっていることは注目に値する。加えて、回復期・慢性期機能の病床を主に担当しているMSWのみでみられる困難がいくつかあることを踏まえると、病床機能によって困難性に違いがあることが示唆されたといえる。

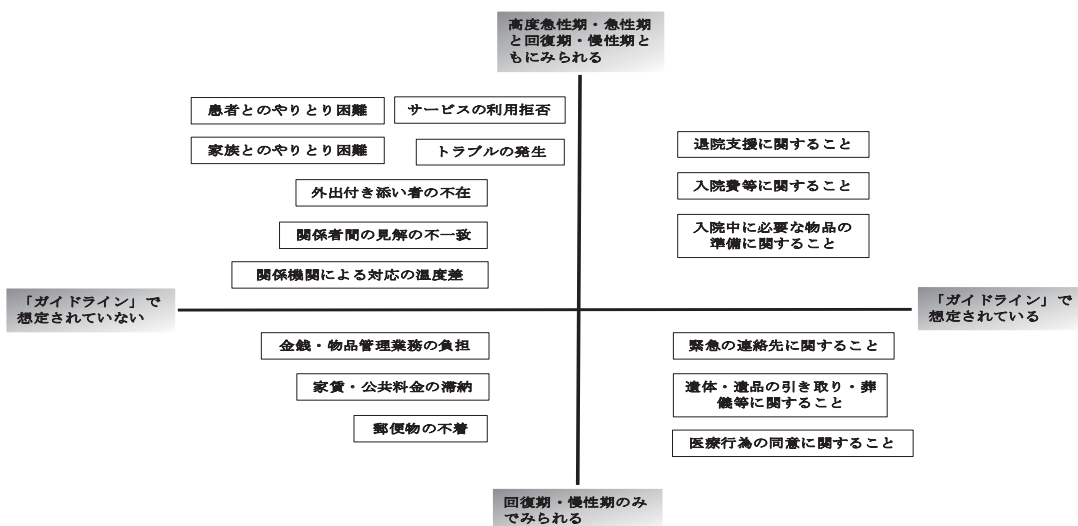


図1 保証人不在者事例における支援上の困難性ならびに保証人に求める役割・機能との関係

2. 成年後見制度の対象になると思われる事例とそうでない事例との比較

表3と表4を比べると、退院支援に関することやその他に多くの○がついており、緊急の連絡先や遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関することにはあまり○がついていないことが分かる。さらに、両事例ともに、入院計画書に関することに○が全くついていない。しかし、入院費等に関することには、成年後見制度の対象になると思われる事例で9つの○がついているのに対して、同制度の対象にならないと思われる事例では3つの○にとどまっている。これは、6人の回答者(C・D・H~K)が、成年後見制度の対象になると思われる事例でのみ、入院費等

に関する困難をあげていたからである。

さらに、上記6人の入院費等に関する困難(詳細はⅢの2参照)からは、成年後見制度がつくまでに時間がかかるためにその間の入院費をどうすればいいの、あるいは後見人がついていたとしても、患者が亡くなった後の入院費を支払ってもらえないといった課題が浮かび上がる。加えて、成年後見制度の対象になると思われる事例は、総じて意思疎通に困難がみられることから、親族の金銭使い込みによる入院費未払いが生じやすいことも考えられる。以上の内容は、MSWからみた支援上の困難の中に、現状の成年後見制度では解決できない部分があることを示しているといえる。そのため、同制

度を「より広く世間に周知すること」（みずほ情報総研 2018：62）だけでなく、実態に即した制度の見直しや金銭使い込みを防ぐ手立てについても検討する必要があると考える。

一方、成年後見制度の対象にならないと思われる事例における困難は、対象になるとと思われる事例と比べて、○が少ない傾向がみられる（表3・4）。それでも、事例数では対象になるとと思われる事例を上回っている回答者も4人（D・G・H・L）いたことから、こうした事例にも目を向けていくことが欠かせないと考える（表2）。

3. MSW からみた実践上の課題

1と2から、保証人不在者事例におけるソーシャルワーク支援上の困難性として、「ガイドライン」の枠内では収まりきれない困難が生じており、病床機能によっても困難内容に違いがあり、成年後見制度だけでは解決できないことが浮き彫りになったといえる。そのため、多くの回答者は、自ら対応したり、病院内で検討したり地域の関係機関に相談するなどして対応していた。「ガイドライン」で想定されていないその他の困難についても、医師や言語聴覚士といった他職種や地域包括支援センター等の他機関の協力を得ながら、対応しているとのことであった。

一方で、一医療機関で解決することは難しいという認識を抱いており、地域の関係機関や関係者に対する要望・期待を語っていた。その中でも、とりわけ多くの回答があった関係機関が、役所と地域包括支援センターである。今後は、MSW からみた支援上の困難内容を集積し、それに即した対応策を検討していくことが必要である。そのためにも、MSW が困難に感じている事例を、いかに役所や地域包括支援センターへ発信し共有・検討していけるのかが課題になってくると考える。

さらに、今回の調査を通して、「ガイドライン」では想定されていない多くの困難内容を確認することができた。とりわけ、9人のMSWが

あげた〔患者とのやりとり困難〕についての項目と対応方法は、「ガイドライン」に最低限付け加えることが必要である。加えて、回復期・慢性期機能の病床を主に担当しているMSWからみた支援上の困難内容が多岐にわたっていることから、病床機能の違いを踏まえた「ガイドライン」改訂を行うことが望ましいと考える。

V. 結語

本論文では、保証人不在者事例におけるソーシャルワーク支援上の困難性を示しつつ、MSW からみた実践上の課題を検討した。その結果、MSW が感じている困難内容は、「ガイドライン」に記されている医療機関が保証人に求める役割や機能と一致しないところがあった。さらに、病床機能によっても違いがあり、現状の成年後見制度では解決しきれない特徴を有していることが示唆された。その上で、実践上の課題として、一医療機関だけで抱え込むのではなく、役所や地域包括支援センターと共有・検討していく必要性をあげた。併せて、医療現場の実態に即した「ガイドライン」改訂が必要であることを提起した。本研究では、MSW 以外の医療関係者からの聞き取りがなされていないという限界を有している。しかし、MSW からの聞き取りだけでも、「ガイドライン」の枠内に収まりきれない困難が生じている実態が確認できたことを踏まえると、「ガイドライン」改訂が必要であるという結論に変わりはないと考える。

謝辞

本論文を執筆するにあたり、ご指導いただきました二木立先生（日本福祉大学名誉教授）に感謝申し上げます。

文献

有馬明恵（2007）『内容分析の方法』ナカニシ

- ヤ出版.
- 林 祐介 (2019) 『効果的な退院・転院支援』旬報社.
- 神奈川県社会福祉協議会 (2020) 『身寄りのない人等のエンディングサポートに関する調査報告書』.
- 厚生労働省 (2006) 「平成27年度全国医政関係主管課長会議資料Ⅱ」.
- みずほ情報総研 (2018) 『介護施設等における身元保証人等に関する調査研究事業報告書』.
- 成年後見センター・リーガルサポート (2014) 『病院・施設等における身元保証等に関する実態調査報告書』.
- 障害者福祉研究会編 (2002) 『国際生活機能分類』中央法規.
- 山縣然太郎・田宮菜奈子・武藤香織・ほか (2018) 『医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究』.
- 山縣然太郎・田宮菜奈子・武藤香織・ほか (2019) 「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」.

**A Study of the Difficulties in Social Work Assisting Patients without Guarantors
—Based on Content Analysis of Medical Social Worker Interview Survey Data—**

Yusuke Hayashi

Faculty of Social Welfare, Doho University

A case research was conducted to grasp the difficulties in supporting patients without guarantors whom the medical social workers (MSWs) are engaged with, and to investigate the characteristics of these difficulties. Subjects were 12 MSWs in 12 hospitals in X prefecture. A content analysis was conducted on the interviews. The results suggest the following three points: 1) Some of the difficulties experienced by the MSWs are not consistent with the roles and functions required of guarantors indicated in the MHLW's "Guidelines for Assisting Persons with Difficulty Making Hospitalization and Medical Decisions for Those Without Relatives," and difficulties that are not covered in the "Guidelines" such as [Difficulty Interacting with Patients] arise; 2) Difficulties being observed are only experienced by MSWs primarily in charge of convalescent and chronic patient wards; and 3) The difficulties viewed by the MSWs include aspects that cannot be completely resolved through the adult guardianship system. Moreover, practice issues such as the need to revise the "guidelines" to reflect the true state of medical care, and the need for cooperation with regional affiliated agencies were suggested.

Key words: Patients without guarantor, social worker, difficulties, medical institution, guidelines

〔実践報告〕

医療ソーシャルワーカーが業務のなかで霧散させる感情としての「とまどい」に着目する臨床的有用性 —認知症高齢患者の家族支援を手掛かりに—

本 岡 悟*
大 西 次 郎**

MSW は患者ないし家族の言動から自らの支援の至らなさを覚えつつも、いつとはなしに忘れ去る感情を経験すると思われる。本稿ではこれを「とまどい」と呼び、MSW がこの「とまどい」に向き合う臨床的有用性を明らかにすることを目的とした。

調査対象・方法は入院中の認知症患者を抱える家族（3名）に対する半構造化面接と、この家族に MSW として関わった筆者自らを媒体とするエピソード記述である。検討の結果、家族は MSW の問いに明確な返答をさけ、ためらいという態度で言語化に至らない不安を表出していたことが明らかとなった。

この家族のためらいと同時に、MSW は「とまどい」を覚えていた。すなわち「とまどい」に向き合う臨床的有用性は、MSW が家族に深く話を聞かなければならないというセンサー、さらには MSW と家族の関係性が損なわれかねない瀬戸際にあるという気付きの役割にあることが導かれた。

ただし、退院が計画的に進むことにより MSW は「とまどい」を霧散させやすい。それを避け、「とまどい」を実践の向上に結び付けるためには、「『とまどい』を生み出す（家族と MSW の）関係性の逆転」「『とまどい』を霧散させる安堵感」「MSW 本位の考えに対する内省」に留意すべきである。

Key words : 認知症患者, 家族支援, とまどい, 医療ソーシャルワーカー

I. 研究背景

医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker, 以下 MSW）の業務指針では「専門化する医療の中で患者や家族の不安感を除去するなど心理的問題の解決を援助するサービスが求められている」（厚生労働省 2002）と、MSW

の果たすべき責務が示されている。

多様化する患者背景や経時的に変化する社会情勢のもと、質の高いサービス提供に努めるなかで、MSW は不安（田中ら 2015 : 147）、ストレス（望月ら 2010 : 22）、葛藤（山川 2009 : 127）、困難（杉浦 2006 : 80）等の感情を抱くとされている。これらは、ときに支援の意義を

* Satoru Motooka : 大阪市立大学大学院生活科学研究科 後期博士課程

** Jiro Ohnishi : 大阪市立大学大学院生活科学研究科 総合福祉・心理臨床科学講座

見失いバーンアウトないし離職にさえつながるとされ（田中ら 2015：147；望月ら 2010：22；山川 2009：127；杉浦 2006：80）、業務が終了してもなお精神的に強い負担感を残す感情である。

ただし、実践場面では上述のような言語化できる感情とは別に、患者家族の言葉、表情や反応から自身の支援の至らなさを漠然と感じながらも、患者が退院することで、深く追求することなく置き去りにしてしまう不全感を MSW は体験すると思われる。こうした感情は「人と人との関係を扱い、彼ら（筆者注：クライアント）の考えや感情、行動をアセスメントするという複雑で多面的」な「不確かさを伴う」（浅野 2017：2）ソーシャルワーク実践の性質に由来した、決して稀な感情ではないと筆者は考える。

そこで、本研究ではこうした感情を「とまどい」と称して、以下のように定義し研究対象に置く：「負担感の強さ（困難事例の認識）にまでは至っていない、退院支援を中心とした日々の業務のなかで霧散させてしまう、患者家族に向けられた不全感」。

一方、ソーシャルワーカーの感情に焦点をあてた先行研究では、感情が強く揺さぶられる様相が複数報告されている。例えば、本多・木下ら（2009：159）は支援者の“ジレンマ”として「二つ以上の選択肢があって、そのうちどれを選択しても、どちらかに問題を残し、ある問題を完全に解決することはできない」板挟みの状態をあげている。また久松（2013：16）は、「『苦しみ悩む』状況が継続し、軽減や打開できない…『困難感』」に言及している。これらは、援助の対象や過程から MSW が動揺や危難感を覚え、支援の継続を左右しかねない困難事例として認識するほどの比較的強い感情である。

そうした、ソーシャルワーカーの感情が比較的強く揺さぶられる様相を、尾崎は「ゆらぎ」という概念を用いて説明している。尾崎（1999：18）は「ゆらぎ」について「物事の基礎、システム、あるいは人の判断、感情などが動揺し、

迷い、葛藤する事態であり、『ゆらぎ』は混乱、危機を意味する」と述べ、「『ゆらぎ』と向きあうとき、たしかに苦痛と無力さを感じる」（尾崎 1999：296）と付け加えている。すなわち、「ゆらぎ」は感情の揺れが明確に自認されているのである。

対して筆者の言う「とまどい」とは、MSW が患者家族の見せた反応への違和感や、自身の支援の至らなさを一時的に感じながらも、患者家族と MSW の関係性は表面上良好で退院に向けた手続きに一応の納得が示されていることから、MSW としての支援の終了とともにうやむやにしてしまう、いわば霧散されやすい感情である。それゆえ問題としての認識に至らず、検討に付される機会も乏しいのである。

本研究において、こうした霧散されやすい「とまどい」に着目したのは、それを見直すことが MSW の実践力を高める一つの契機になると考えたからである。先の「ゆらぎ」に関しても、尾崎（1999：318）はそのリフレーミングによる効用として「多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人の変化、成長を導く契機」になると述べ、自身の感情と向き合うことが業務に対する肯定的な姿勢につながることを示している。「とまどい」もまた、そうした観点から検討されるべきである。

しかし、「とまどい」の自覚は容易ではない。それは「とまどい」が、MSW による解釈の多様性、いわば個人差の範囲内の現象と受け止められているからだと筆者は考える。もちろん「ゆらぎ」に関しても、尾崎（1999：298）は「援助者の判断は…程度の差はあれ、『ゆらぎ』を通過している必要がある」として、多様性（程度の差）を認めている。ただし、「ゆらぎ」は MSW に個人差があったとしても「混乱、危機」「苦痛と無力」という感情が存在するため自覚が容易であり、転じて新たな発見を導く力にもなり得るのであろう。

一方で「とまどい」は、「ゆらぎ」と比べて感情の揺れが明確でないため、その原因に焦点を当て切れず、霧散させやすいのである。つま

り、多くの場合「とまどい」は顧みられず、MSWの見過ごすにまかされるといえよう。

言葉を足すなら、MSWが経験を積むほどに「とまどい」は意識化されにくいのかもしれない。起こっては消える「とまどい」の理由を考えなくなるうちに、MSWは迷いを捨象して「パターン化された」複数原則からの選択へと行動を収斂させ、結果として不安、ストレス、葛藤といった強い感情でしかMSWは「動揺」できなくなる可能性がある。

なぜそう考えたかという、筆者は医療機関で重度認知症患者に多く接するMSWなのだが、以下の経緯で「とまどい」の存在に気付いたからである。それは、筆者の関わりが逆に家族を不安にさせていた可能性の認識に端を発する。つまり、筆者による認知症患者を抱えた家族の不安に関する事例調査（本岡ら：2019）では、筆者を含む病院関係者に家族は不安を相談できず退院に至っていた。この結果を踏まえて後方視的に筆者の実践を振り返ったところ、MSWにとって疑問に感じにくい「待つ」「意思の尊重」といった原則への寄りかかり（今回検討する）が反省され、経験者であるがゆえの「とまどい」に対する霧散へ思いが至ったのである。

こうしたことから、家族の言語化に至らない不安を受け止めようとする、MSWの意識や感情に関する先行研究を渉猟するも、納得が十分得られなかったため本研究を志した。よって本稿では、2019年の自らの調査事例をもとに筆者を媒体として「とまどい」を深く掘り下げ、認知症患者に対するMSWの家族支援に役立たせようとするものである。

II. 研究目的

本研究では、認知症患者を抱える同居家族（以下：家族）に関わった、MSWである筆者が「とまどい」を抱いた事例を対象とする。ここでいう家族は、患者が重い認知症のため意思を円滑に表明できず、患者の意向を含めて決定を家族に一任する形で進めざるを得ない事例・

家族とした。

家族と筆者の関係性が援助過程で前景に立つこうした事例において、本研究では筆者が「とまどい」を抱いた時の家族の言動と、筆者自身の感情やその時とった反応を事後的に振り返ることで、MSWが自身の「とまどい」に向き合う臨床的有用性を明らかにすることを目的とする。

III. 対象と方法

1. 調査対象

対象者は上記の家族と筆者自身である。まず、筆者が関わった事例を検討に付す理由を述べる。MSWが「とまどい」に向き合う臨床的有用性を明らかにするためには、患者家族との相互作用に関する事実関係を把握し、第三者に吐露しにくい自己の陰性感情も含めて、MSWの内面を忌憚なく見つめ直すことが研究データとして必須だからである。

家族の条件としては「退院支援で筆者が関わった事例であること」「長谷川式認知症スケール（以下HDS-R）が5点以下の認知症患者と同居する家族との面接場面で、筆者が『とまどい』を抱いた事例であること」をあげた。該当する家族に対し、筆者が研究目的・調査方法を説明し、後述する倫理的配慮に同意を得た3事例（妻2名・次男の嫁1名）を検討対象とした。

HDS-Rが5点以下の認知症患者と同居する家族を対象とした理由は、重い認知症では円滑な意思疎通が困難であり、家族は入院当初から何らかの不安を抱えていることが予想されるからである。いわば、家族支援が進みにくい要素があらかじめ想定されるのに、大きなトラブルなく退院に至った事例なのである。

2. データ収集方法

1) 調査方法

(1) カルテ情報からの記録調査

患者の年齢、性別、病歴、ADL、家族構成、入院に至るエピソードを確認し、退院までの治

療経過を整理した。

(2) MSW 記録からの調査

MSW の支援目標、退院への課題、患者家族との会話内容、院外事業所との調整内容を記載した MSW 記録から家族の相談内容、家族への支援内容、支援のなかで示した家族の反応を抽出した。その上で、筆者が「とまどい」を抱いた時の内なる感情と外なる言動を後方視的に振り返った。

(3) 半構造化面接

対象者である家族に半構造化面接を行った。時期は退院日の1週間前とし、場所は院内の面接室を利用した。質問項目は入院中・退院後の不安、MSW との面談で感じたこと考えたこと、MSW への要望とした。面接中の会話は対象者の許可を得て、発言内容をフィールドノートに筆記で記録し、それをインタビューデータとした。

2) データ収集期間

データ収集期間は2018年10月1日～2019年1月31日である。認知症を抱える家族を対象としたデータ収集期間は2018年10月1日～同年12月31日であり、MSW 記録を対象としたデータ収集期間は2019年1月1日～同年1月31日である。

3. 分析方法

本研究は、鯨岡 (2013 : 33) が提唱したエピソード記述の手法を用いた。エピソード記述とは、「研究者自身が一人の生きる人間としてその場に関わり、その接面において得られるもの、つまり自分の身体を通して感じられるもの、間主観的に感じ取られたものを手掛かりに、人が人と共に生きることの意味を探ろうという」質的研究方法である。本稿では MSW として関わった筆者自身の感情を抽出し、「とまどい」の意義を検討するためこのエピソード記述が適していると判断した。

なぜなら、エピソード記述は鯨岡のいう関与観察を基本とし、関わり手となる自分にしか掴めない心の動き (主観) を考察対象にする点に

特徴があるからである。この関与観察について、鯨岡 (2002 : 6) は「観察者である自分がその場に現前し、自分のからだを通していろいろなものを主観的に感じるということ、そして、その感じ取ったものがとても大事な意味合いをもっている」と述べる。すなわち、従来の客観科学に基づいた一般化を目指すものではなく、関与する実践者にしか感じるできない個性を重視するのである。

こうした特徴から、MSW として関わった筆者の感情と言動が分析の主体となるため、以下は「筆者」でなく「私」という表現を用いる。エピソード記述により分析された先行研究 — 特に鯨岡の出自である保育領域で多く目にする — ではそれが通例だからである。

エピソード記述は背景、エピソード、メタ観察の3つの構造で記される。鯨岡 (2013 : 59) は、「まずその意識体験が起る舞台として〈背景〉を読み手に伝え、書き手の心揺さぶられた様子を〈エピソード〉に綴り、そして書き手が心揺さぶられた理由を〈考察=メタ観察〉のかたちで添えて、読み手に対して私の心揺さぶられた意識体験を分かってほしいと伝えるのがエピソード記述なのです」とする。したがって、本研究ではまず背景として事例の概要を記し、エピソードで私が「とまどい」を抱いた時の感情と家族のインタビューデータを示す。そしてメタ観察で私が抱いた「とまどい」を考察するという手順を踏むこととする。

4. 倫理的配慮

本調査に先立ち、まず私の所属先する医療機関の管理職に調査目的と調査方法を説明のうえ、対象となる患者家族への依頼の詳細や匿名化の具体を確約して、実施の承諾を得た。当時私は学術的な組織に所属しておらず、また勤務先には倫理委員会がなかったため、管理職の承認をもって倫理的配慮の担保とした。

患者家族には個人情報保護、諾否の自由、拒否による不利益の絶無、個人を識別できない状態での公表を盛り込んだ説明文書を示し、さ

らに口頭で内容を補足のうえ相手の理解を確認した。その上で、複数の学術雑誌や学会等での公表に際し、個別の公表前にご自身の記述部分の確認をその都度希望されるか、その有無を同意書に記入してもらった。すべての調査協力者が公表前の確認を希望されず、署名によって同意を得た。

IV. 結果

(1) 事例A：妻の精神科受診へのためらいを見た私の「とまどい」

1) 背景

A氏(80歳代：脳血管性認知症)の家族構成は、妻と二人暮らしで息子2人、娘1人である。A氏は車椅子移乗時見守りが必要であった。A氏は急性腎盂腎炎と診断され他院で入院していた。その後、病態は軽快したが安静臥床でADLが低下したためリハビリテーション目的で当院に転院した。

入院1日目、A氏は身体介護を拒否し、夜間に大声で叫び独語をもらす等の不穏を示した。2日目、日中穏やかであったが、夜間に不穏が出現した。3日目、私は看護師から「A氏が不穏状態で十分なケアができない」と、さらに理学療法士からも「リハビリテーションが円滑に進んでいない」と報告を受けた。しかし、私は担当医から具体的な指示がなかったため様子を見ることにした。7日目、A氏の不穏は改善されず、担当医は精神科治療が必要と判断し、私に他科受診の調整が依頼された。

私はA氏が入院時から不穏であることを妻に伝え、他院の精神科受診を促した。すると妻はためらい(注：「ためらい」は「とまどい」と似るが、クライアントの反応の直後に、そのクライアントが抱いているとMSWにより思慮される感情とし、批判的にMSWが自身の物として内省する「とまどい」と区別する)を示し、「娘と相談するまで返事を待ってほしい」と答えた。数時間後に娘が来院し、この時不穏となっていたA氏を妻は娘とともに確認して

「意味不明な言葉を聞いて受診に行く必要を感じた」と受診に同意した。8日目、A氏は精神科を受診し、不穏はせん妄に由来するとして薬物治療が開始された。9日目以降、A氏は徐々に落ち着き、リハビリテーションが進んで退院となった。

2) エピソード

妻が精神科受診にためらった時に、私は「とまどい」を抱いた。なぜなら、妻が遅滞なく精神科受診の必要性を理解すると思っていたからである。そのため、私は妻の「返事を待ってほしい」という返答が意外だった。私は妻をせかさず娘の来院を待った。これは、そうした場合「待つ」のだという「パターン化された」MSWの行動であり、あえて根拠を探せば「妻が娘とともに自己決定する時間が必要」だったからであろう。

しかし実際には、私は娘を待つ間、「受診を拒否されたらどう説得するか」という指示的な考えが頭をよぎっていた。なぜなら、退院支援の過程で不穏の改善が不可欠だと感じていた私は、精神科受診に執着していたからである。結果として受診が現実のものとなり、私は妻の理解が得られたと判断していた。

退院時のインタビューで妻は、精神科受診をためらった理由を「面会時、いつもの様子と変わらなかったから」と明かした。娘が来る前には、妻にとってA氏が平穏に見えたため「精神科に連れていきたくない」と考えていたのである。その思いの背景には、「紹介された病院はあまりいい噂を聞かない」といった近隣住民の目を気にする心情があったことも明かした。こうした受診を避けたい思いの反面、妻は「病棟で迷惑かけている(注：この段階では不穏そのものを確認してはいないが、介護度の高いA氏に病院側が困っている、と感じていたのである)」と思うと、連れていった方がいいのか悩んだ」と葛藤しており、結果的にA氏の不穏を目にしたことで、精神科受診の必要性を納得できたと語った。

3) メタ観察

私は、A氏の不穩の説明を理解しないように見え、精神科受診をためらう妻の態度を前に、体験していないから仕方ないと思う一方で「とまどい」を抱いた。この時、妻が受診をすぐ納得してくれると期待していた私は返答を意外に感じ、自らの意向を押し通したい思いが頭をよぎった。ただし実際には、私は「待つ」という行動をとった。

しかし、それは考えて選択した行動ではなく、研究背景で記したMSWとしての「パターン化された」行動であった。そのため「待つ」間、私は妻への説得方法ばかり考えていたのである。

そして、妻から受診の同意を得た私は安堵し、考え（押し通す）と行動（押し通さない）の乖離から生じたと思われる「とまどい」を（MSW記録にとどめていなければ）霧散させるところであった。結果として、「とまどい」の渦中で私は精神科受診を求める医療者側の意向を優先し、妻の不安には思いが至らなかったのである。こうした状況は、退院時の妻へのインタビューで受診に納得していなかった心情を聴取し、当時の私のMSW記録における「とまどい」の存在を、事後的に突き合わせることで明らかとなった。

(2) B事例：妻の施設入所に対する消極性を見た私の「とまどい」

1) 背景

B氏（80歳代：脳血管性認知症）の家族構成は、妻と長女夫婦と孫2人との6人である。B氏は車椅子移乗時一部介助が必要であった。入院前、週に5日はショートステイを利用し、残り2日は自宅で暮らしていた。ショートステイ利用時に熱発し、当院を受診して気管支炎と診断され入院した。

入院1日目、B氏は点滴チューブを頻繁に触り、独語が多く意志疎通が困難であった。入院時面談で妻は「夫の介護抵抗や暴言が大変」と述べ、「退院後は自宅での生活は難しい」と施設入所を希望した。そのため、私は妻に複数の

施設の説明や見学を提案した。面談終了後、妻の思いを共有するため担当ケアマネジャーに連絡した。4日目、私はB氏が介護者の手を引っ掻く抵抗を見て妻の介護負担を実感した。8日目・10日目、面会に来た妻に私は施設の選定について問いかけるも返答を得られなかった。

私はここでも「待つ」という姿勢をとった。しかし、やはりこれもMSWとして「パターン化された」行動であった。その証左に私は12日目、「どこに申し込むのか決めてほしい」と返答を再度促した。すると妻は淡々と「退院後の生活はケアマネジャーと相談している」と話を打ち切った。これ以降、私は担当ケアマネジャーとの退院調整に自らの活動をとどめた。最終的に、B氏は入院前に利用していたショートステイを長期利用する形で退院となった。

2) エピソード

施設入所を希望しながら明確な回答を示さない妻を前に、私は「とまどい」を抱いた。なぜなら、入所といった妻の決断はもとより、介護者に対するB氏の抵抗を自ら見たことで自宅退院は難しいと判断していたからである。

私は施設の選定を回避する妻の態度から、在院の長期化を気にかけて、そして入所先が決まらないのは妻の責任だという気持ちになり、「場合によっては自宅退院も考慮してもらう」といった威圧的な考えを内心抱いていた。こうしたなか、妻より「退院後の生活はケアマネジャーと相談している」と告げられた。これ以降、施設を選ぶという私の関わりが否定された心持ちとなり、妻との接し方が消極化して最低限の退院調整に活動をとどめたのである。

退院時のインタビューで妻は、私に施設入所の希望を伝えたものの「施設に入れるのは申し訳ない」というB氏を見捨てたような思いから、施設を選ばず悩んでいたと吐露した。そして、私に対し「施設をどこにするのかといった提案ばかりで話しくかった」と、思いを汲み取ってもらえない不満があったと明かした。

3) メタ観察

私は、B氏への介護負担から施設入所を希望しながら、施設の選定を回避する妻の態度を前に「とまどい」を抱いた。なぜなら、まず妻の入所希望とB氏の介護抵抗から、私は自宅復帰が難しいと考えていた。そして退院先が施設だと、支援の目標が確定した気持ちになっていたところ、妻から返答を何度も回避されたからである。ここで私は、退院先が決まらないのは妻の責任と考えるような自分が、妻との協働関係を損ねていることに薄々気付いていたかもしれない。

それゆえの「とまどい」だったと事後的に考えるのだが、退院が円滑に進んだため、言語化されていない妻の不安や迷いをその時には汲み取れなかった。よって、退院を前提とした自己の威圧的発想と、それに対する疑問から生じたと思われる「とまどい」は(MSW記録にとどめていなければ)霧散するところであった。結果として、「とまどい」の渦中で私は退院先やその予定日に気を取られ、B氏に対する妻の悩みを目を向けようとせず、医療者側の意向を優先していたことが分かった。

(3) 事例C：提案に納得せず要望のない嫁を見た私の「とまどい」

1) 背景

C氏(80歳代：アルツハイマー型認知症)の家族構成は、次男夫婦と孫2人との5人である。C氏はベッド柵を乗り越える、不安定に立ち上がるといった動作が頻回にあり、転倒の危険性が高かった。デイサービスやショートステイ等を限度額まで利用していたが、自宅で転倒して体動困難となり当院に入院した。

入院時の面談で次男の嫁(以下、嫁)は「目を離すと転倒しそうで困っている」「家事ができないんですよ」とこぼした。しかし「昔よくしてもらったので、できる限り自宅で見てあげたい」と自宅復帰を希望した。私は嫁の意向を尊重し、家族の介護負担の軽減を目標に掲げた。C氏は意思の疎通こそ難しかったが、穏やかに

過ごしていた。

検査の結果、重篤な外傷等はなく担当医から退院の許可がでたため、退院前カンファレンスを嫁、私、看護師、理学療法士、担当ケアマネジャーの参加のもと実施した。ところが、看護師や理学療法士からの生活環境を変更する提案に嫁は納得しなかった。そこで私はベッドからの転落を防ぐため、ベッドの使用を止めて、畳に布団を敷くことを提案した。また文房具等の異食も聞いていたため、家具の移動を提案した。しかし、これらも受け入れられなかった。最終的に、嫁は生活環境の変化を求めず、入院前の生活に戻った。

2) エピソード

自宅介護に苦慮しながらも、多職種からの提案に納得せず、生活環境の変化を求めない嫁の前に私は「とまどい」を抱いた。そこに、医療者に対する嫁の遠慮が潜んでいることを私は薄々気付いていたかもしれない。それゆえの「とまどい」だったと事後的に考えるのだが、私は嫁の自宅で看たいという使命感や、介護サービスを最大限利用している状況を確認していたため、言語化されていない妻の気持ちを汲み取ることがはなかった。これは「支援が押し付けになってはならない」という「パターン化された」MSWの行動であり、あえて根拠を探せば「嫁は既存の生活環境を今後も努力しながら維持しようと考えている」であろう。

退院時のインタビューで嫁は、医療者に「介護の大変さを話できた」「入院中の様子を聞けてよかった」と感謝していた。その背景には、以前他院に入院した際「認知症の方は入院が難しい」と言われ、認知症患者は入院できないという誤解があった。そのため、医療者に「お世話になっている」という遠慮が強く、多職種からの提案に対し「家が狭くて家具を移せない」「限度額までサービスを利用して、これ以上と言われても」といった、既存の生活環境に適していないという思いを口にできず、私をはじめ多職種に対して生活環境を変える要望を出

せなかったと明かした。

3) メタ観察

私は、介護負担を訴えながらも、生活環境の変更にかかわる提案を受け入れない嫁を前に「とまどい」を抱いた。しかし、納得していることに口出しもあるまいと、支援を断念したような気持ちになっていた。すなわち、私は嫁の介護への使命感と介護サービスの活用を理由に、自身を納得させて積極的な関わりをもたなかったのである。

結果として、私は自宅で看たいという嫁の使命感に依存し、医療者に対する嫁の遠慮を見抜けず、患者の転倒・転落の回避を十分に確保しないまま退院を迫認してしまった。いわば、「とまどい」を突き詰めなかったのである。

現実には退院は円滑に進んだため、嫁の「お世話になっている」という遠慮で隠された、言語化に至らない妻の不安を汲み取る契機となるはずだった「とまどい」は（MSW 記録にとどめていなければ）霧散するところであった（なお、インタビューで判明した嫁の遠慮から、退院後に再度多職種による在宅生活の評価がなされ、介護環境の改善が図られたことを付記しておく）。

V. 考察

本研究の結果から、MSW が「とまどい」を抱いた場面で、家族は MSW の問いかけに対し明確な返答を避けるような、ためらいと見られる行為を取っていた。この場面について退院時に家族にインタビューしたところ、言語化に至らない不安を抱えていたことが各事例で明らかとなった。こうした家族のためらいと不安を、以下にまとめる。

A 事例では、妻は精神科受診の返事を待ってほしいと告げた。この時、妻は精神科受診に不安を感じていた。B 事例では、妻は施設の選定に消極的だった。この時、妻は B 氏との関係性が崩れる不安があり、退院先に迷いをもって

た。C 事例では、嫁は退院前のカンファレンスで環境改善への要望を出さなかった。この時、嫁は医療者に対する遠慮があり自由な発言がはばかれていた。つまり、家族はためらいという形で言語化に至らない不安を表出していたことが事後的に明らかとなった。

つまり、家族がためらいという形で上記のような不安を表出する時、同時に MSW は「とまどい」を抱いていたのである。よって、MSW が「とまどい」に向きあう臨床的有用性は、家族に深く話を聞かなければならないというセンサー、さもなければ MSW と家族の関係性が損なわれかねないセンサーの役割を果たしていると考ええる。いわば「とまどい」を抱いた時こそ、支援の在り方を再検討する好機なのである。

しかし、このような「とまどい」のセンサーも、退院が計画的に進めば容易に霧散しかねない。小林・井瀧ら（2008：22）は「患者家族が積極的に医療者に表出した場合には介入されているが、表出しない・できない患者家族に対しては個別的な介入が十分になされていない」と、医師や看護師の受動的態度を戒めている。MSW も同様に「とまどい」の解釈を意識せねば、家族との信頼関係の再構築の必要性に気付かず、家族は不安を抱えたまま退院に至りかねない。

残念ながら本研究では、3 事例とも MSW は「とまどい」を抱いたものの、その自覚を記録に書き残す程度で内実を見極められず、行動変容には至らなかった。私の限界と言えどもそれまでだが、「とまどい」が「とまどい」とどまり、霧散しようとするからには、やはり研究背景で記した「個人差の範囲」にとどまらない理由が残る可能性がある。それは、以下の 3 つの要因に由来すると筆者は考える。

1 つ目は、「とまどい」の発生時点で、家族が MSW に不安を相談できずにいた。2 つ目は、家族の使命感や決断に MSW が安堵感を抱き、患者家族の関係性の変化や、生活環境の実態への配慮に乏しくなっていた。3 つ目は、MSW は「とまどい」を抱いた時、家族の反応を意外

に感じ、家族を従わせたいと望む指示的な考えや、支援を断念したかのような消極性さえ現していた。

そこで MSW が「とまどい」と向き合い、実践で役立たせるために「a. 『どまどい』を生み出す(家族と MSW の)関係性の逆転」「b. MSW の『どまどい』を霧散させる安堵感」「c. MSW 本位の考えに対する内省」をそれぞれ上記に対応させ、筆者の考えを述べる。

a. 「とまどい」を生み出す(家族と MSW の)関係性の逆転

先述のように「とまどい」は、家族の言語化に至らない不安を捉えるセンサーの役割を果たすと思われる。まず、このセンサーの機能が低下する状況について考察する。

さて、社会心理学では対人場面において、「聞き手側が必要以上に話し手の感情情報を多く評価し、逆に話し手側は聞き手が認識していると思われる感情を低く評価している」(原邊 2015: 26)とされる。本来、家族の不安を理解するためには、家族が話し手・MSW は聞き手であるべきである。この時、聞き手である MSW は家族の発言や態度を理解しようとするため、家族の感情情報を多く評価している。一方、話し手である家族は MSW の感情を低く評価しているため不安をいっそう話そうと試み、結果として MSW に不安が伝わりやすくなる。

しかし、本研究では MSW が話し手として、自己の都合を押し通そうとする様子がかげえ、そこでは家族が聞き手となっている。A 事例では MSW が精神科受診に固執した。B 事例では MSW が施設入所の選定を迫った。C 事例では MSW を含む多職種がそれぞれの立場で環境整備を進言した。このように MSW が話し手・家族が聞き手となって MSW が本来あるべき聞き手の役割を逸脱し、「パターン化された」指導で逆に家族に聞き手の役割を担わせ、自己の発想に対する了承をただ求めている。

「パターン化された」指導は経験に基づく最大公約数的な言動と考えられ、MSW は家族の

個々の事情を汲み取れなければ、支援をそのなかで完結させてしまいかねない。しかも、聞き手となった家族は MSW による一提案の形をとった一感情情報を多く評価する(圧倒される)ため不安の言語化が難しくなり、非言語的感情情報である、ためらいしか表出できなくなると推察される。

別の非言語的感情情報として表情があげられる。「表情は、私たちの感情や情緒の表出であると同時に、意図的にせよ無意識的にせよ私たちの感情や情緒を相手に伝える手段となっている」(齋藤 1996: 96)とされる。もちろん、ためらいや表情から家族の不安を MSW は受け取ってはいるが、関係性が逆転しているため家族の非言語的感情情報は伝わりにくい。このように家族の言語化に至らない不安を MSW がうまく捉えられない時、MSW は「とまどい」の認知にとどまると筆者は考える。逆に言えば、MSW の「とまどい」は家族の不安を捉えるセンサーであって、家族との関係性を見直す契機なのである。

b. 「どまどい」を霧散させる安堵感

退院支援を重要な職務とする私は、本研究において家族への社会資源の紹介や導入など「パターン化された」指導を強め、この時、家族の不安を捉えるべき「とまどい」はセンサー機能を果たしていない。その理由として、他科受診や退院先の決定などで安堵したこと、家族の使命感や決断を退院に向けた好条件として解釈したことがあげられる。

松岡ら(2018: 453)は「専門職は知識をもっていることが逆に災いして、家族の話に素直に耳を傾けず、ある一側面だけをとらえて問題を病名や症状、対応方法に還元してしまいがち」と述べ、専門的知識が家族の思いを汲み取りにくくする要因になり得るとする。また大谷(2008: 142)は、「患者家族の関係性が良好な場合、医療スタッフから見れば、こうした家族は、望ましい家族であり、彼らが無意識に自分の限界点を押し上げていく過程を見落としがち

である」と指摘する。本研究でも私は家族の使命感や決断に安堵し、結果的に家族の限界点を押し上げていた。

それでも家族は納得したように振る舞ったこともあって、私は重ねて「とまどい」を霧散させやすい状況にあった。A事例で妻は、不安を持ちつつも精神科受診を受諾した。B事例で妻は、退院先に迷いながらも施設入所を決断した。C事例で嫁は、自宅介護に苦慮しながらもカンファレンスで要望を出さなかった。よってMSWの安堵は、入院当初の自宅退院や施設入所といった目標に向けて、専門的な見解を拠り所として自らを納得させている姿と換言されよう。この納得が支援方法の再検討を阻害し、家族の言語化に至らない不安に目を向け切らない、「パターン化された」指導につながると考える。

c. MSW 本位の考えに対する内省

ここまで述べたように、MSWは「とまどい」を抱いた時、家族のためらいや表情の背後に言語化に至らない不安を読み取るべきである。ただし、そのためにはMSWに相応の構えが求められる。なぜなら、MSWは「とまどい」を抱いた時、自身が考える支援に家族を従わせようとする指示的な考えや、支援を断念したかのような消極的な構えにとらわれ、円滑に業務が進まないのは家族の責任だとする発想さえ持っているからである。

そうしたMSW本位の考えは、前述の安堵感と同様に「とまどい」を霧散させる方向に働くであろう。しかしながら、MSW本位の考えに陥ったと内省することで、「とまどい」の霧散を阻止できる可能性もある。一度でも「とまどい」を自認したならば、次はMSW本位の考えに陥った時に、「とまどい」の有無を自ら吟味すべきなのである。

自認すべき場面は以下である。A事例では妻に精神科受診の必要性を、MSWはどう納得させようか考えた。B事例では退院先への迷いを抱く妻に、MSWは自宅退院も検討してもらおうと考えた。C事例では遠慮して要望を出せな

い嫁に、MSWは口出しの要はないと考えた。こうした時、冷静に自らを評価すればMSW本位の考えにあると顧みられるはずである。たとえ「とまどい」を自認できずとも、MSW本位の考えを内省し、非言語的感情情報の存在を想定のうち家族との関係性を見直して、家族が不安を表出できない状況を打開すべきなのである。

しかし私が「とまどい」を霧散させても、患者は退院に至っている。そのため、一般的にMSWは問題事例として認識することなく、支援を振り返る必要性に迫られない可能性がある。MSWは「とまどい」の存在を念頭に置き、MSW本位の考えに陥っているかもしれない自分を見つめ、家族の言語化に至らない不安に目を向けるべきである。

VI. 結語

本研究から、MSWが「とまどい」に向き合う臨床的有用性は、家族に深く話を聞かなければならないというセンサー、さらにはMSWと家族の関係性が損なわれかねない瀬戸際にあるという気付きの役割にあることが導かれた。

最後に本研究の限界と課題について述べる。分析方法で用いたエピソード記述は、医療福祉分野では先行研究が少ない。また患者家族の反応への気づき、MSWの「とまどい」への覚知は個人の感性に左右される可能性があるため、「とまどい」の性質を一般化することは容易でない。だからこそ検討に付されてこなかった側面があると思われ、さらなる研究の余地がある。

今後は、MSWの経験年数、役職、対象者の性別といった属性を加味して対象者を増やし、MSWが「とまどい」を抱いた場面での、感情と行動の検証が必要である。また患者家族もMSWが「とまどい」を抱いた場面で、言語化に至らない不安と、ためらいという行為をどう示すのか事例を積み重ねる必要がある。そして、MSWが「とまどい」に向き合うことで、経験の逆説的側面である「パターン化された」指導

を脱し、どのような成長過程をたどるのかについても見極めていきたい。

文献

浅野貴博 (2017) 「ソーシャルワーカーであることの不確かさ —ソーシャルワーカーとしての学びの検討を通して—」『ソーシャルワーク学会誌』34, 1-14.

原邊洋弘 (2015) 「対人場面における感情コミュニケーションのすれ違い度合いの検証」『感情心理学研究』23(Supplement), 26.

久松信夫 (2013) 「在宅認知症高齢者援助における困難感の内容の構造 —ソーシャルワーカーに対する質的分析をもとに—」『桜美林論考 自然科学・総合科学研究』4, 15-37.

本多 勇・木下大生・後藤広史・ほか (2009) 『ソーシャルワーカーのジレンマ —6人の社会福祉士の実践から—』筒井書房.

小林朱実・井瀧千恵子・佐々木幸子・ほか (2010) 「自宅への退院支援に関する研究 —患者が感じている困難や不安と看護師の認識の比較—」『木村看護教育振興財団看護研究集録』17, 21-31.

厚生労働省保健局 (2002) 『医療ソーシャルワーカー業務指針』
URL: http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf, 2021. 9. 30 閲覧.

鯨岡 峻 (2002) 「事例研究の質を高めるために —関与観察とエピソード記述の周辺—」『スポーツ運動学研究』115, 1-12.

鯨岡 峻 (2013) 『なぜエピソード記述なのか

—「接面」の心理学のために—』東京大学出版会.

松岡広子・山口英彦 (2018) 「認知症患者の攻撃的言動と家族介護者の感情変化」『日本認知症ケア学会誌』17(2), 441-456.

望月宗一郎・小澤結香・松村照美・ほか (2010) 「介護療養型医療施設の退院調整に携わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス対処力 (SOC) との関連」『山梨大学看護学会誌』8(2), 21-29.

本岡 悟・岩川展春・野口由美子・ほか (2019) 「認知機能が低下した患者を抱える家族支援について —家族が感じた不安要因の軽減に向けた医療ソーシャルワーカーの支援方法—」『関西社会福祉研究』5, 79-93.

大谷 昭 (2008) 『改訂 医療ソーシャルワーク実践50例 —典型的事例実践事例で学ぶ医療福祉—』川島書店.

尾崎 新 (1999) 『「ゆらぐ」ことのできる力 —ゆらぎと社会福祉実践—』誠信書房.

齋藤 勇 (1996) 『人間関係の心理学』誠信書房.

杉浦貴子 (2006) 「文献により探索する医療ソーシャルワーカーの『困難性』の実態」『ルーテル学院研究紀要』40, 79-94.

田中結香・望月宗一郎 (2015) 「医療ソーシャルワーカー (MSW) が抱える業務上の不安と解消の手立て」『保健医療福祉連携』8(2), 146-154.

山川敏久 (2009) 「医療ソーシャルワーカーの退職に至る要因 —入職1年以内に退職を決めた事例—」『東北福祉大学研究紀要』33, 119-128.

「保健医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「保健医療社会福祉研究」は、保健医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、調査報告、資料、書評などを掲載する。「研究論文」「実践報告」「調査報告」執筆要領については、別に定める。
2. 原稿は、他誌にすで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。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
3. 原稿提出に際しては、学会ホームページに掲載の「投稿チェックリスト」を併せて提出すること。
4. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
5. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会により決定する。
6. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
7. 原稿の送付先は、下記とする。

〒550-0001

大阪市西区土佐堀 1 丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局

電話：06-6441-5260

E-mail jsswh@ayoume.jp

8. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて15,000字以内とする。(字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる)。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
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。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には、500字以内の日本語抄録をつける。また、「研究論文」には200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. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会
『保健医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

評価基準: a 適切 b 不適切			
1	執筆要領(注・文献も含めて)に適合しているか	a	b 非該当
2	先行研究を的確に踏まえているか	a	b 非該当
3	研究目的は明確であるか	a	b 非該当
4	社会福祉の理念・政策・実践との関連付けは明確であるか	a	b 非該当
5	研究目的に照らして研究方法は適切であるか	a	b 非該当
6	使用されている概念・用語は適切であるか	a	b 非該当
7	調査の方法・分析が適切で、結果は明確であるか	a	b 非該当
8	論理の展開には一貫性があるか	a	b 非該当
9	考察および結論には新しい知見が含まれているか	a	b 非該当
10	表題は内容を適切に表現しているか	a	b 非該当
11	要旨の内容は適切であるか	a	b 非該当
12	省略語・単位・数値は正確に表記されているか	a	b 非該当
13	図表の体裁(タイトル・単位・形式)は整っているか	a	b 非該当
14	図表は本文の説明と適合しているか	a	b 非該当
15	研究倫理上の問題はないか	a	b 非該当

II 掲載についての評価 (該当する項目1つに○をおつけください)

評価	<p>A 無修正で掲載可</p> <p>B 修正後に掲載可</p> <p>C 修正後に再査読</p> <p>D 不採用</p>
----	---

査読年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 査読者署名 _____

「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

「保健医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という投稿枠を設けています。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、保健医療分野における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。またそうした実態や実践にもとづいた社会福祉調査も行われているはずです。また、今後の医療・介護制度改革によって、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。保健医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人びと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、保健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」「調査報告」

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、そうした実践に伴って社会福祉調査を行ったりすることで、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、今後の保健医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

内容：保健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ようなもので、量的質的な実践および調査報告であればどのようなものでも可。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
- ・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
- ・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
- ・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

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せんが、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：保健医療社会福祉に関す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、先行研究レビュー、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、倫理的配慮等
- 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

（質的研究では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）

編集後記

『保健医療社会福祉研究』第30号をお届けいたします。今号には、第31回大会の記録、投稿論文1本、そして、実践報告1本を掲載しております。

2021年度は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響が前年より続いております。行動制限をはじめとして、様々な制約がある生活が2年にわたっています。このような環境より、今年度の学会大会はWEB配信となりました。基調講演では、当学会会長棕野美智子氏により、COVID-19の影響がある今こそが政策が変わるタイミングであることが提示されました。シンポジウムでは、COVID-19に関わるソーシャルワーカーの取組みについて報告がありました。2年目となる2021年、ソーシャルワーカーからの報告は、第30回大会でのリレートークとは変化していることが感じられるものでした。

今号の学会誌は、基調講演等の後に、学会大会後に寄せられたコメントを掲載しております。学会員との意見交換を含めた一連の内容をご覧ください。幸いです。

2022年3月には、かねてから取り組んで参りましたJ-STAGEへの本誌掲載の論文などの登載が始まりました。より多くの方々によって参照されることで、保健医療分野の社会福祉研究の積み上げに貢献できればと考えております。是非、ご活用下さい。

今期、編集委員会の構成メンバーが変わりました。新体制で、ますます充実した内容を目指すべく検討を重ねて参ります。学会誌へのご意見、ご要望など、是非お寄せ下さい。

2022年3月

編集委員会 高山恵理子
熊谷 忠和
野村 裕美
高瀬 幸子
榊原 次郎

保健医療社会福祉研究 第30巻

発行日 2022年3月31日

編集 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会・編集委員会

発行 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会（事務局）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

電話：06-6441-5260

E-mail：jsswh@a-youme.jp

発行責任者 高山恵理子（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会会長）

編集責任者 高山恵理子（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2022

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 30

Opening Remarks	Michiko Mukuno
Keynote Speech	
Questioning the Community and Social Work —From a Policy Perspective—	Michiko Mukuno
Symposium	
What can the Community and Social Work do under the COVID-19 Disaster? What Changes, What Stays the Same, and What should not Change.	
The Report from Osaka, Where Medical Care Collapsed among COVID-19 Pandemic	Michinori Shirano
Social Work in Regional Medical Care Support Hospital under COVID-19: Through Social Work Practices in Healthcare and Local Communities	Hideyuki Maruyama
What is the Role of Clinical Social Workers in COVID-19? —What Changes, What Stays the Same, and What should not Change.	Jiro Sakakibara
Questioning the Community and Social Worker under the COVID-19 Disaster? What Changes, What Stays the Same, and What should not Change. Through Social Work Practices in Community Comprehensive Support Center	Emi Naka
General Session	
Designated Statement	
Health Care Policy With/After COVID-19 - Focusing on Community and Social Work	Michiko Mukuno
Afterword	
Towards a Solution to the Challenges Revealed by the COVID-19 Disaster —Collaboration between Policymakers, Policy Implementers, and Social Work Practitioners—	Michiko Mukuno
Article	
A Study of the Difficulties in Social Work Assisting Patients without Guarantors —Based on Content Analysis of Medical Social Worker Interview Survey Data—	Yusuke Hayashi
Practice Wisdom	
Clinical Usefulness of “Confusion” as an Emotion Experienced by Medical Social Workers at Work: In the Case of Family Support for the Elderly with Dementia	Satoru Motooka, Jiro Ohnishi

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)