

医療ソーシャルワーク論の 再考に関する一考察

—今日の保健医療・福祉政策の展開に鑑みて—

安井豊子

1. はじめに
2. 歴史的変遷に基づく研究
—文献レビューを通して—
3. 医療ソーシャルワークの現状分析
—昨今の相次ぐ医療法改正のもとで—
4. 考 察
—保健医療ソーシャルワーク論の再考に向けて—

1. はじめに

浅賀ふさによりわが国に導入された医療ソーシャルワークは、第2次大戦後、人道主義に基づく医療を展開している一部の医療機関と、モデルケースとして指定された保健所でその実践が始まった。医療ソーシャルワークは、その後約60年の歴史の中で、実践家や研究者の地道な活動、研究により、わが国なりの定着をみせてきた。またそのベースとなる実践理論にあっては、幾多の史の変遷をたどりながらも、伝統的アメリカのケースワーク理論に依拠しつつ、今日に至っている。

しかしながら、今日わが国の保健医療を取り巻く情勢のめまぐるしい変化

(疾病構造の変化, 治療技術の進歩, 医療法の改革, 社会福祉構造改革等)は, 対象者の医療福祉課題を変化, 複雑化させ, また医療機関の機能分化を促進させた。それ故, 医療ソーシャルワークの実践活動にも変化がもたらされ, 医療ソーシャルワークの実践活動は, 従来の実践理論, すなわち伝統的ケースワーク論に依拠したままでは限界に達しているといっても過言ではない。本研究は, このような実情を加味して, わが国のこれまでの医療ソーシャルワーク実践と実践理論の歴史の変遷をレビューし, 保健医療領域におけるわが国の今日的政策動向が, 中でも昨今の相次ぐ医療法の改正が, 医療ソーシャルワークの業務にどのような影響を及ぼしているのかといった現状を調査し, そこから今日のわが国の医療ソーシャルワークの課題を明らかにして, 今日の政策展開に帰来する対象者の生活課題解決に向けての医療ソーシャルワーク実践の基礎理論としての医療ソーシャルワーク論再構築の必要性を示唆するものである。

2. 歴史の変遷に基づく研究

—文献レビューを通して—

医療ソーシャルワーク実践がわが国で展開し始めた第2次大戦以降からの医療福祉課題の歴史の変遷において, 疾病構造の変化と医療保健政策・社会福祉政策の歴史の変遷との関係の中で医療ソーシャルワーク実践の史的変遷をとらえ, 課題解決のための医療ソーシャルワーク実践がどのような理論的ベースのもとに展開されてきたのかを明らかにする(表1)。

〈表1〉より以下のことがうかがえる。わが国の医療ソーシャルワーク理論は, 戦前から戦後にかけて, そして今日に至るまでアメリカの影響を受けてきた。このような歴史の中で, 疾病がもたらす貧困問題, あるいは貧困から来るところの疾病といった医療福祉課題の中心が疾病と貧困との悪循環のも

たらず現象であった1960年代までは、医療ソーシャルワークを一連の介入技術とみなす立場と資本主義経済政策を補完する政策とみなす立場の両者間で医療福祉政策論・技術論論争がなされてきた。しかしそれらはその後、有機的統合化をはたすことなく、冷戦状態を維持してきた。そのような状況の中で、わが国における医療ソーシャルワーク実践は今日に至るまで、アメリカのソーシャルワーク理論に依拠し続けてきた。

しかしわが国の医療を取り巻く情勢は、1980年代以降めまぐるしい変化が生じてきた。1980年代には地域医療、地域福祉の概念が確立し、その具現化が施行し始められ、その後、治療医学の進歩が高齢者や障害者の増加、障害の重度化、重複化をもたらし、医療管理を必要とする最重度身体障害者が増加の一途をたどった。1990年代は、医療管理を常時必要とする最重度身体障害者が地域における生活の主体者として、生存・発達権保障を獲得し、生活を享受することを援助する医療ソーシャルワークのあり方が問われた。また、疾病構造の変化やターミナルケアの重要性、臓器移植をめぐる問題などは、これまでの医療ソーシャルワークに新たな課題や役割を投げかけてきた。そして1990年代末より始まった医療法の相次ぐ改正や、社会福祉基礎構造改革は、これまでの、第2次大戦後に米国より輸入された医療ソーシャルワーク理論に基づく実践活動を揺るがす事態となった。

よって今、新たなわが国の保健医療・福祉の政策的動向を見据えた、わが国独自の医療ソーシャルワーク理論の構築とそれに基づく実践が早急に必要とされている。それはこれまでの医療ソーシャルワークの「病院ケースワーク論」にとどまるのではなく、対象者を疾病や障害を被ったことにより生活課題を抱えるに至った、地域における生活の主体者として捉え、彼らが地域の中で生存・発達権保障を得た生活、人生を営むことを保障することを具現化させる、すなわち、「医療ケースワーク論」から地域の保健医療・福祉機関、地域住民、行政との連携・協働を含めたコミュニティワークの技法を展開していく理論（ジェネラリスト・ソーシャルワーク）への発展、つまり「地域保健医

〈表1〉わが国の疾病構造・医療ソーシャルワーク・
医療ソーシャルワーク理論の歴史的変遷概略

年 代	疾病構造の変化と生活課題の変遷	医療ソーシャルワーク実践の変遷	理論の変遷
1945年～ 1950年代	<ul style="list-style-type: none"> ・第2次大戦後の結核、ハンセン病等の感染症が蔓延する。 ・生活費と医療費の保障がなく、医療が受けられず、疾病と貧困の悪循環を繰り返している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無保険者、貧困患者の生活問題への経済的援助。 ・聖路加国際病院にアメリカで教育を受けた浅賀ふさが医療ソーシャルワーク実践を展開。 ・医療ソーシャルワーカーのつながりの必要性から、日本医療社会事業協会が設立(1953年)。 ・WHO顧問のベックマンが来日し、「ベックマン報告」を提出。 	<ul style="list-style-type: none"> ・GHQによるアメリカ医療ソーシャルワーク論の導入。 ・孝橋正一ら政策論者による、アメリカ医療ソーシャルワーク論に対する批判。 <p>*アメリカにおけるソーシャルワークの理論ベース⇒リッチモンドの診断。</p>
1960年代	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中、心疾患などの成人病の増加。精神疾患、アルコール依存症、難病、公害病などが問題となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費、療養中の患者及び家族の生活上の問題、退院後の社会復帰の問題への援助。 ・精神科においては、面接治療や患者及び家族に対しグループワークを行った。 ・日本精神医学ソーシャルワーカー協会が設立(1964年)。 ・医療ソーシャルワーカーの身分制度運動の展開。 	<ul style="list-style-type: none"> ・岡村重夫『社会福祉学(各論)』1963年、中島さつき『医療社会事業』1964年等、技術論的立場の論者は、アメリカ医療社会事業理論やケースワーク技術論を主張。 ・孝橋正一『医療社会事業』1965年、岸勇ら政策論的立場の論者は医療社会事業において、制度的、政策的保障が重要であると主張(医療社会事業論争)。 <p>*F.ホリス、G.ハミルトンら自我心理学の影響を受けた心理・社会的アプローチ。</p>
1970年代	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者人口の増加により、高齢者の慢性疾患、脳卒中の後遺症が増加する。 ・退院後の生活の場がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ソーシャルワークの対象把握が個人あるいは集団の「社会生活機能問題」とされ、医療ソーシャルワークとは、医療の場で行くわす対象者の現実的・具体的社会環境を伴う、心理・社会的状況の回復・改善への援助とされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療社会事業論争(技術論対政策論争)は、継続中。 ・新たな立場の理論の登場→坪山宏『医療社会事業の理念と展開』(技術論・機能論的立場)。 ・加藤蘭子『社会福祉労働』(福祉労働論的立場)1975年。

		<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションチーム（身障、精神等の）一員としての期待が持たれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・児島美都子『医療ソーシャルワーカー論』（福祉労働論的立場から医療社会事業の骨子を理論化）。 <p>*バラード、L.ラポポートらによる危機介入アプローチ、W.ライド、L.エプスタインらによる課題中心アプローチ。</p>
1980年代	<ul style="list-style-type: none"> ・障害を持ち、医療管理を必要とする高齢者が増加する。 ・老人保健法の施行。 ・治療医学の進歩に伴い、最重度障害を持ち、シビアな医療管理を必要とする障害者が増加する。 ・慢性疾患、難病が増加する。 ・医療管理を必要とする患者の地域での人間らしい生活の場がない。 ・ターミナルケアが重視され、ホスピス病棟が設置される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害を抱えつつ生活の場を確保する対象者への退院援助が業務の多くを占める。 ・在宅福祉。地域医療の重要性が示され、地域社会への対象者の橋渡しに大きな期待が持たれる。 ・「医療ソーシャルワーカーの業務指針」が厚生省より提示される（1989年）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ソーシャルワーカー自身による自らの実践を理論化しようとする志向がうかがえる著作の出版が相次ぐ。 ・疾患別の医療ソーシャルワーク理論が提唱される。 ・窪田暁子により『医療ソーシャルワーク』（1981年）が出され、医療社会事業の対象を「多様な現れ方をする患者および家族の生活問題」とし、医療ソーシャルワーカーの現実の労働の主要な局面を的確に抽出し、それぞれのあり方を全面的に明らかにしている。 <p>*エコロジカルアプローチの検討が始まる。</p>
1990年以降	<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝子治療の開発や臓器移植等治療医学の進むところのない発展に伴う新たな福祉課題が生まれる。 ・HIV感染、MRSA等新たな感染症が現れる。 ・介護保険制度の試行（2000年）、支援費制度の試行（2003年）。 ・1990年：介護福祉士・社会福祉士法成立。社会福祉士国家資格が確立するも、医療ソーシャルワーカーは範疇に入らず。 ・1995年：精神保健福祉法成立。1997年：精神保健福祉士国家資格確立。 ・医療法が相次いで改正される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネージメントが介護保険法のもとでケアマネージャーに手渡される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実践化による数々の実践理論の著書が出される（政策論的立場、技術論的立場、労働論的立場より）。 ・エンパワーメントの理論の導入。 ・アドボカシーの理論の導入。

療ソーシャルワーク論」へのパラダイムシフトが求められているのではないかと考える。

3. 医療ソーシャルワークの現状分析

—昨今の相次ぐ医療法改正のもとで—

本研究では、今日の医療ソーシャルワークに影響を及ぼしている今日のわが国の政策動向のうち保健医療政策の一つである医療法改正に焦点を置き、最近の第4次医療法改正が現場の医療ソーシャルワーク実践活動にどのような影響をもたらしているのかを事例調査をもとに明らかにし、今後の展望について考察を行う。なお、社会福祉政策の今日的展開である社会福祉基礎構造改革に基づく介護保険制度がもたらす医療ソーシャルワークへの影響については、居宅介護支援事業所を併設している医療機関とそうでない医療機関に所属する M.S.W. とでは、介護保険施行以降、医療ソーシャルワーク業務の変質のありようが異なってきていることが明確であった。前者においては、医療ソーシャルワーク業務からケアマネージメントを切り離し、ケアマネージメントのみを担当するワーカーを配置するというシステムを行っている医療機関と、医療ソーシャルワーカーがすべて介護支援専門員の資格を獲得し、従来どおりのソーシャルワークの展開を保っている医療機関とがあり、そのことにより対象者への影響も異なるということが明らかであった。後者においては、退院援助が中心となる時期が見えたところで、居宅介護支援事業所への橋渡しを行うため、ソーシャルワークの中断が起こった。しかし一方では、そのような現状の中で、できるだけ対象者や家族が対不利益を被らないようにという配慮から、各々の医療機関における運用のあり方に対する工夫や努力がうかがえた。つまり、新しい医療ソーシャルワーク業務の確立を模索しつつある姿がうかがえた^{注)}。

よって、本論では医療法改正、特に第4次医療法改正に伴う医療ソーシャルワークへの影響に焦点を置くこととする。

注）安井豊子「介護保険下における医療ソーシャルワークの変質」『医療と福祉』
No.72 Vol.35-No.1, 2001.11, 32-36。

（1）第4次医療法改正について

第4次医療法改正の基本となる法律改正の趣旨は、高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化などをふまえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進及び医療従事者の資質の向上を図ることにある。具体的には、マンパワー不足を解消するために、入院医療を提供する体制の整備を行うこととなっており、今までは、大きくは建物等のハード部分の規定にとどまっていたが、患者の病態にふさわしい医療を提供するために、人的な部分まで踏み込んで規定している。同時に、病床の混在という問題も解決するために、慢性病床（慢性期）と一般病床（急性期）との病床区分が以下に示すごとく行われた。

*療養病床の病床区分……慢性期のベッド

精神病床、感染病床及び結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床人員配置及び構造設備基準は現行の療養型病床群と同じとする。

*一般病棟の病床区分……急性期のベッド

結核病床、精神病床、感染病床以外の病床入院患者3人に対して看護師1人に引き上げ（以前は4人に1人）、病床面積について患者1人あたり6.4㎡以上に引き上げる。

(2) 調査について

〈方 法〉

事例調査（聞き取り及び観察調査）を行った。

〈対 象〉

G県O市，K府K市，O府S市において，四年制大学にて社会福祉の専門教育を受けソーシャルワーク理論を学び，10年以上現場で実践活動を展開してきた医療ソーシャルワーカーの存在する3医療機関——1. O病院〈急性期〉，2. B病院〈急性期＋地域医療支援病院＋回復期リハビリテーション＋特殊疾患療養病棟〉，3. H病院〈急性期＋回復期リハビリテーション＋在宅医療〉——と，医療ソーシャルワーカーは存在せず，メディカルコーディネーターの存在する4. Tクリニック〈在宅医療〉での医療関係者（医療ソーシャルワーカー〈6名〉，医師〈3名〉，看護師〈1名〉，メディカルコーディネーター〈2名〉）とした。

〈調査項目〉

以下の4点に重点を置き，自由面接方式及び観察を行った。

- ① 医療法改正に基づく医療機関の機能分化の実態
- ② 医療機関の機能分化がもたらす対象者の動向
- ③ 医療機関の機能分化による保健医療ソーシャルワーク実践への影響
- ④ 関係機関との連携に向けての実態及び医療関係者の意識

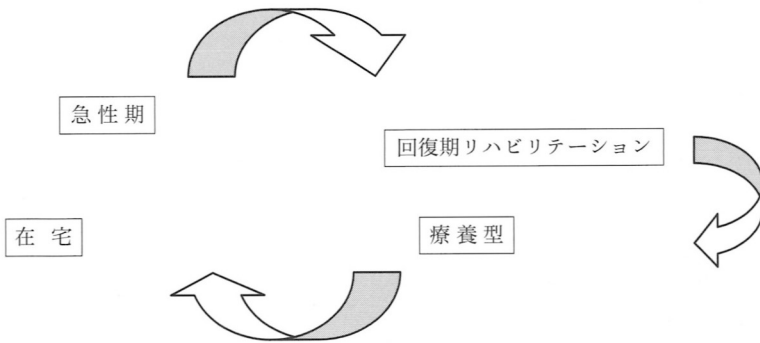
〈調査結果〉

上記調査項目ごとに整理を行い，以下のようなことが明らかとなった。

①について

第4次医療法改正に基づく医療機関の機能分化が生じた（総合病院，専門特化病院から一般〔急性〕病院，療養〔慢性〕病院に）ことにより，対象者が疾病の医学的治療段階に応じて，医療機関を移動するため，医療ソーシャルワーカーの担当者が，それに伴い〈図1〉のように移動した。

〈図1〉 医療機関の機能分化による対象者の動向とそれに伴う医療ソーシャルワーカーの担当者の移動

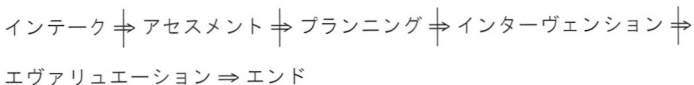


②について

対象者は，医学的課題を中心にその課題解決に見合った機能の医療機関を渡り歩いている。

医療ソーシャルワーカーは，各自，独自の機能を持った医療機関に属していることにより，対象者の医療ソーシャルワークプロセスの一時期を担う。→〈図2〉に示すように，医療ソーシャルワークプロセスの複数分断が起きている（O病院，B病院，H病院の医療ソーシャルワーカーによる）。→療養型病床

〈図2〉 医療ソーシャルワークプロセスの分断



への転院斡旋が日常業務の多くを占めている。その際、ソーシャルワークのバトンタッチができないことにジレンマを感じ、バーンアウト寸前である（O病院——急性期しか持たない医療機関——の医療ソーシャルワーカーによる）。

③・④について

O 病院：

- *急性期の治療を終えた後、生活課題を多く抱える対象者が、地域に戻り、その人らしい生活を繰り広げるためのシステムを作って欲しい（医師）。
- *対象者の転院の際、転院あるいは在宅医療機関先へ、ソーシャルワークのバトンタッチを行うことのできるソーシャルワーカーが存在して欲しい（医療ソーシャルワーカー）。

B 病院：

- *B病院の中に、急性期、回復期リハビリテーション、療養と多くの機能を持つが、病棟別担当制を院内の組織上、業務の遂行上とらざるを得ず、対象者が治療の進行上において病棟を移動する度に担当の医療ソーシャルワーカーは替わる。院内での医療ソーシャルワーカー間の連携は取れているものの、医療ソーシャルワーカーが次々替わることによる対象者や家族の不安がうかがわれる（医療ソーシャルワーカー）。
- *医療管理を常時必要とする対象者を在宅生活への援助の際、在宅医療活動を積極的に行っている地域の開業医（登録医）に橋渡しするが、医療ソーシャルワーカーを有している開業医がいないため、ソーシャル面での課題に関するバトンタッチができない。介護保険の対象者であれば、ケアマネージャーへのバトンタッチを行っている（医療ソーシャルワーカー）。
- *介護保険対象者の在宅への援助の際、ソーシャルワークについては、ケアマネージャーへのバトンタッチを行うが、ケアマネージャーの基

本的資格を把握して、バトンタッチを行うケアマネージャーを確定するようにしている（医療ソーシャルワーカー）。

T クリニック：

- *医療ソーシャルワーカーとケアマネージャーとの違いがわからない（医師）。
- *医療ソーシャルワーカーとは今までに一緒に仕事をしたことがなく、在宅医療を行うようになり、また、ケアマネージャーと仕事をするようになり、介護保険対象福祉的サービスの紹介をしてくれるのでとても助かる（医師）。
- *介護保険対象以外の患者の訪問診療も行っているが、多くの患者が様々な生活課題を抱えている。医師として、生活課題への関わりができずジレンマを感じる。地域に医療ソーシャルワーカーのような人がいてくれたらと思うが（医師）。
- *医師にはスムーズに医療に専念してもらうためにわれわれが存在する。ソーシャルワーカーの仕事＋コーディネートを行うことがわれわれの業務であると考えている。これからの地域医療にはわれわれのような専門職の参加が必要と考えている（メディカルコーディネーター）。
- *ソーシャルワーカーの仕事は、医療機関の都合を優先させるのではなく、患者の立場に立って入院や退院をスムーズに行うことであると理解している（メディカルコーディネーター）。
- *現在、メディカルコーディネーターを在宅医療の担い手として、全国レベルで研修（3カ月間）を展開し始めている（メディカルコーディネーター）。

〈調査に基づく考察〉

医療法の相次ぐ改革のもとで、医療現場においては医療機関の機能分化が進み、対象者が一医療機関の中で急性期から回復リハビリテーション期、慢

性期に至るまでの医療を受けることが困難となってきた。そのことにより、医療ソーシャルワークもまた一連のソーシャルワークプロセスを一医療機関の一医療ソーシャルワーカーが担当し、地域につなげていくことが困難となった。また、医療から来るところの生活課題を抱える対象者に対して、地域におけるソーシャル面での課題解決援助の担い手となる者は、介護保険対象者のみケアマネージャーが存在するものの、存在せず、医療福祉課題を持つ対象者の生存・発達権保障は未だ実現できていない。医療福祉労働の視点においてもそのことのジレンマより、バーンアウト寸前の医療ソーシャルワーカーが多く存在するという問題点がある。さらに、医療ソーシャルワークの医療従事者からの理解も未だ薄く、医療ソーシャルワークの一部である連携機能を新たな職種（メディカルコーディネーター）が担いだしたという現実も明らかとなった。しかしながら、その一方で、医師をはじめとする医療従事者からは、機能面において分断化される医療機関の現状から、医療機関の間での連携、医療機関と福祉機関との連携へのニーズはますます高まる一方で、加えて、疾病構造の変化に伴う対象者及び家族の生活課題の多様化・複雑化から、医療機関のみならず、地域医療に対してもソーシャルワーカーへのより強度な介入のニーズがうかがえた。

4. 考 察

——保健医療ソーシャルワーク論の再考に向けて——

わが国の今日的保健医療福祉課題は、保健医療政策の変遷、社会福祉基礎構造改革、治療医学の進歩や人々の生活構造の変化に伴う疾病構造の変化、保健医療機構の変化などにより、複雑化かつ多様化してきた。その中で、保健医療ソーシャルワーク実践の活動領域は、単に保健医療機関の中で多種多様な保健医療専門職との協働と対象者への従来の「医学的モデル」・「心理-

社会的モデル」「問題解決モデル」に基づくケースワークを中心としたものから、活動の場を地域社会に至るまでに拡大し、地域を射程に、地域の機関や施設また地域住民との連携・協働のもとで、ケースワークだけでなく、「生活モデル」に基づいたジェネラリスト・ソーシャルワークの展開が必要とされている。つまり、従来の病院ケースワークである医療ソーシャルワークの枠組を越えた、コミュニティにおいて展開できる地域保健医療ソーシャルワークの実践理論の構築が急がれていると言える。また、対象者の生存・発達権保障を得るための保健医療政策への、社会福祉政策への提言も同時に今日の保健医療ソーシャルワーク実践に課せられた重要な役割である。

〔参考文献〕

- 児島美都子・成瀬美治編著『現代医療福祉概論』学文社 2002
大野勇夫著『新医療福祉論』ミネルヴァ書房 1998
『日本の医療ソーシャルワーク史』（社）日本医療社会事業協会 2003
（社）日本医療社会事業協会編著『保健医療ソーシャルワーク原論』相川書房 2001
杉本照子監修『医療におけるソーシャルワークの展開』相川書房 2001
山路克文『医療・福祉の市場化と高齢者問題——社会的入院問題の歴史的展望——』
ミネルヴァ書房 2003
『社会保険旬報』No. 2178 (2003. 7. 21)
佐藤豊道著『ジェネラリスト・ソーシャルワーク研究——人間：環境：時間：空間の交
互作用——』川島書店 2001
カレル・ジャーメイン他著 小島蓉子編訳・著『エコロジカル・ソーシャルワーク』学苑
社 1992