

## 熊本大学学術リポジトリ

### Kumamoto University Repository System

Title	医療ソーシャルワーカーは患者の自己決定に貢献できるか
Author(s)	大塚, 文
Citation	先端倫理研究, 7: 76-93
Issue date	2013-03
Type	Departmental Bulletin Paper
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2298/27525">http://hdl.handle.net/2298/27525</a>
Right	

**Can Medical Social Workers (MSWs) contribute to patient's self-determination?**

Aya OTSUKA

**Abstract**

These days the importance and respect for self-determination receive constant understanding in the healthcare environment, and one of its embodiments is informed consent (IC) . When a patient wants to make some kind of decision by himself in the medical care, the patient demands communication including psychological, social, and economical (psychosocial) information, with healthcare workers – particularly doctors –, but in reality it is often found that communication with doctors is only concerned with medical related problems. Also in the social work practice, patient's self-determination is the root and trunk and MSWs' help begins by hearing enough about psychosocial situation of the patient in interviews. Understanding patients based on their psychosocial situation may support the IC between patients and other healthcare workers – particularly doctors. In other words MSWs understand a patient as a person, and as a specialist they supplement patients' self-determination. In this paper, I insisted upon the importance of the psychosocial understanding by confirming the process of the origin and the development of U.K, USA, and Japanese MSWs, and I described whether or not MSWs can contribute to patient's self-determination including IC.

**はじめに**

筆者は病院で医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）として勤務している。日本ではMSWは医学ではなく社会福祉学を中心とした教育体系の中で育成され医

療現場で働く。また、保健師・助産師・看護師法（以下、保助看法）の解除によって生み出された職種ではないことから、医師の指示を受けずに（或る一部分のみ指示が必要）業務を行う<sup>1</sup>。これらの点は、同じ基盤に立った教育を受けていないという意味で他の専門職間の相互理解が阻まれる懸念を孕んでいる一方で、他の専門職と違った角度—特に心理・社会・経済的（以下、心理・社会的）視点—から患者を捉えること、また医療の中で行われていることがそのまま患者の常識であるとはみなさない、といった特徴にも繋がる。そしてこれらは、換言すれば、患者の目線に近く、その立場を共感的に理解することに役立つとも言える。

医療現場では自己決定尊重とその支援が一番重要であり、改めて論じたいというレベルは終わっている（浅井）<sup>2</sup>という認識は医療従事者間に広まり、自己決定の重要性や尊重は、医療機関では一定の理解を得ている。現在では、医療現場での自己決定尊重はインフォームド・コンセント（以下、IC）として具現化され、ICにおいて「医師」という表現は多くの場合実際は「医療従事者」をさし（谷田）<sup>3</sup>、患者—医師以外の医療従事者関係でもICは重要視される。

ソーシャルワークに於いても、援助原則とされるものの1つが自己決定（バイスティック）<sup>4</sup>であり、MSW支援でも患者の自己決定は揺らぎない根幹である。またMSWがソーシャルワーカー専門職として、その行動の指針としている倫理綱領でも、患者の人権尊重や自己決定は支援を支えるキーワードとして明文化されている。つまり医療において患者が概して自己決定を望むことを、MSWを含む医療従事者は理解していると考えてよいだろう。人は生活の中で、常に何らかの選択をしながら生きていく。その点から考えても、医療における様々な決定に関して患者自身が選択し決定することを望むことは矛盾しない。

しかしこれまで自己決定やICが語られる時、その多くは専門家の視点を介して行われてきた。ICで言うInformedの“ed”は、情報提供「した」ではなく、「された」であり、主体は患者である。殆どの患者はICという言葉とその意味を理解していないが、概して、医療従事者に自らの置かれている状況が理解され、その上で可能な決定をしたいと思っていて、そのために医療従事者—特に医師—とのコミュニケーションを強く求めている。つまりICの意味は解らなくても、患者は本来的に自己決定を望んでいることを、筆者は日常業務の中で痛感している。

患者—医師関係におけるICは、重要な医療行為を決定し実行するために、また患者—MSW関係でのそれは、生活の再構築のために必要な決定や実行について、患者が十分に説明されたのちの同意や拒否である。MSWは前者のICを間接的に支え、後者のICに直接的に関わる。共に決定の方法がパターンナリストティックかどうかなど様々な課題は存在するとしても、決定のためには対話が必要である。対話にはそれ自体に患者の心を癒す力がありコミュニケーションそのものが治療手段にもなる（磯部）<sup>5</sup>が、その意味では、自己決定を支えるコミュニケーションは、

決定へのプロセスであるとしても、決定が医師や MSW の目指すところに行きつかなかったとしても、非常に重要であると言える。しかし実際には、時間の余裕や技術の問題などで実現はなかなか難しい。

本論文では、以上のような状況に於いて、MSW はこのコミュニケーション不足を補い、ひいては患者の自己決定に貢献する可能性があるとする。例えばそれは、MSW が患者の背景－医学的状況を鑑みた上での心理・社会・経済的状況－を情報収集・アセスメント（介入前の分析・評価過程）する視点や技術を持ち、それらを医師など他の医療関連職種に提供できることに依拠する。果たして MSW はそれを以て患者の自己決定に貢献できているのか。

この疑問を解くために、MSW の発祥の経緯に遡ることで MSW の意味を探り、その後の発展は MSW にどのような影響を与えたのかを考察することは有力な方法である。そのような理由から、以下ではイギリス・アメリカ・日本における MSW の歴史を概観・確認する。

## I MSW の歴史的理解

イギリス・アメリカ・日本の歴史を概観する。以下の叙述は、イギリス・アメリカについては『医療ソーシャルワークの挑戦－イギリス保健関連ソーシャルワークの 100 年』<sup>6</sup>、『医療ソーシャルワーク』<sup>7</sup>、『アメリカの対人援助職－ソーシャルワーカーと関連職種の日米比較－』<sup>8</sup>、『社会福祉職発達史研究－米英日比較による検討－』<sup>9</sup>、『医療ソーシャルワークの現代性と国際性』<sup>10</sup>、『保健医療ソーシャルワーク実践』<sup>11</sup>を、日本についてはこれらに『日本のソーシャルワーク研究・教育・実践の 60 年』<sup>12</sup>、『日本の医療ソーシャルワーク史－日本医療社会事業協会の 50 年－』<sup>13</sup>を加え、参考にした。

### I-1 イギリスにおける歴史

#### I-1-1 背景と MSW の発祥

19 世紀後半のイギリス特にロンドンでは、産業革命後の大不況による貧富の差の拡大、人口の都市部流入、長時間労働、児童労働、劣悪な労働環境といった厳しい労働条件下で、病気や貧困、犯罪や非行の横行といった多くの社会問題が起こっていた。中島<sup>14</sup>によると篤志家たちの行う無秩序な乱発の慈善は濫救と漏救を引き起こし、救済は混乱していた。このような状況下、1869 年ロンドンに民間社会福祉活動の 1 つ、COS (Charity of Organization Society : 慈善組織協会) が慈善的救済を組織化し乞食生活阻止や困窮生活の改善などを目指して生まれた。COS によって行われた専門的な対象者ニーズの発見・アセスメント・介入というプロセスを踏まえた活動は、現在のソーシャルケースワーク（個別処遇）の原型であるとされる。

また、1884年にロンドンのトインビー・ホールで始まった民間社会福祉活動であるセツルメント運動では、大学教員や学生などがスラム街に移り住んで労働者たちと生活して生活改善などを教育した。この動きは現在のコミュニティーワーク（地域福祉）の先駆けとされる。つまり、慈善組織化活動は個人や家族の在り方から社会問題の原因を明らかにし、セツルメント運動では社会や環境の面から社会問題を問いかけたものと言える。ソーシャルワークの発展は、この二つの流れを基盤とした。

このような背景の中、1895年に世界で初めて、ロンドンのロイヤルフリー病院（王立施療病院）の外来患者部門に、COSの書記であったスチュワート（Mary Stewart）がアーモナー（almoner：病院慈善係）という名称で配属されたことがMSWの始まりである。この病院は貧民を収容する慈善組織で運営資金が少なく、アーモナーの主な業務は、患者が無料診療の対象になるかどうかを審査し、治療費を支払える者がこの病院を濫用することを防止することにあつた。当時のイギリスでは公立病院を利用する層はCOSの対象者であることが多かったために、COSがアーモナーの配置とこのような審査を提言し、スチュワートの配置が実現した。しかし、スチュワートは病院側が期待する患者の支払い能力の査定という管理者的役割から、治療を受けている患者にとってその治療が有効なものか否かを確認するという患者ニーズに目を向け、更に患者の家庭環境を聞き取る中で患者の生活の過酷な様子を理解し、それが多様なニーズ発見に繋がることに注目した。つまり経営重視の為に配置されたアーモナーは、医療の有効性を引き出すには患者の生活や社会的問題に介入することが必要であると悟っていく。単に治療のみが医療の対象ではなく、広い意味で医療を捉える必要性に気づいたものと言える。

しかしながらアーモナーの導入は医師との間に軋轢を生んだ。中島<sup>15</sup>は、「医師達は患者を選別する役割をもつアルモナーに対し敵意を表した。つまり患者の社会的状況を自ら調査して明らかにする時間がないことは自覚していたが、医師の監督下でない一人の女性が新たな仕事を進めるために出現したことが気に食わなかった。このような偏見はどの病院でも繰り返されたが、その後もアルモナー達は、ソーシャルワークの成功は医師との相互理解と協力にあることを信じ、より良い人間関係をつくるために努力を続けた。」と記述している。つまり医師は心理・社会的問題への介入の必要性を自覚している一方で、介入は困難であることもまた自覚せざるを得なかった。このエピソードは日本の現状に似通った部分を想起させ、興味深い。

### I-1-2 その後の経緯

1903年病院アーモナー委員会（Hospital Almoner's Committee）、1907年病

院アーモナー協議会（Hospital Almoner's Council）、1922年病院アーモナー研究所（Institute of Hospital Almoners）と発展し、教育研修も組織的に行われた。この頃にはアーモナーの業務は、単なる医療費支払い能力の選別に留まらず、外来患者部門と外部団体との連携、貧困者の発見と救済等々に及んでおり、役割が社会的にも認められるようになっていた。

第1次・2次世界大戦では負傷者など緊急医療を必要とする患者が激増し、アーモナーの業務量も増加した。業務内容も広がり、性病対策・母親や青少年の保護・負傷者の受け入れから退院準備・アフターケアなどに対応した。アーモナーの専門性はこの大戦を契機に社会的に更に認知され、併せて専門的教育が急速に拡大した。

1940年、国は相当数の緊急医療患者を受け入れている病院では、有資格のアーモナーか経験者を雇用することを求めるに至り、業務内容の明確化、教育研修での理論と実践の統合化など、充実が図られていった。また、1946年にはアーモナーの職務が以下のように規定された<sup>16</sup>

- ① 患者の社会的背景についての情報を提示すること、とりわけ医師に対して診断と治療に関連した情報提供をするために社会調査と面接を行うこと。
- ② 療養中患者の個々の不安、家族の直面している困難、その他の問題などを軽減するソーシャル・アクションを行うこと。
- ③ 患者の治療の意義が保証されるよう、ある時期もしくは長期にわたって援助を必要とする患者の家庭訪問に関して地方保健局との調整を行うこと。

この①でいう患者の社会的背景の情報収集と、殊に治療に役立つように提供、という点は、その後も患者支援のためのMSWの重要な職務としてアメリカや日本に於いても規定されている。

1948年国民保険サービス法（NHS：The National Health Service）の導入で、すべての国民は無料で医療が受けられることとなった。NHSは医療費負担増大などの影響で、その内容が変更されつつ今日に及んでおり、MSWの有り方もそれに伴って変化していく。

1960年代に、アーモナーはMSWと改称されたが、対象者別に行われていた各領域のスペシフィックなソーシャルワークが、問題の早期発見を目指すためにソーシャルワーク全般に共通する知識や技術を重視したジェネリック・ソーシャルワークへの方向へと進んだ。佐藤<sup>17</sup>は、ジェネリック・ソーシャルワークは対象や領域によらずソーシャルワーク全体に共通した価値・倫理・過程・知識・技術・機能の中核となるソーシャルワークの体系であり、特定の対象や領域で適応される上述した価値や倫理等々によって具現化されたスペシフィック・ソーシャルワークに対置する概念とする。

1970年代にはジェネリック・ソーシャルワーカーへの統合の動きがあり、MSW

という名称や職能団体は消え、英国ソーシャルワーカー協会（BASW：British Association of social workers）が創設され、基本的には地域をベースとして活動することとなった。その結果病院におけるソーシャルワーカーは、病院ソーシャルワーカーと呼ばれることになり、病んだ人々への支援に焦点を当て密接に関わる専門家集団から、大きなソーシャルワーク集団への移行という著しい変化が生まれた。その後もソーシャルワークの一般性（genericizm）と専門性（specialization）を巡っての対立など、ソーシャルワーカーの有りようも様々に議論されたが、児島<sup>18</sup>は「問題の背景や人間を全体として捉えるジェネリックな視点はきちんと持ちながら個人の観点というスペシフィックを重視するという意味で、（以前とは意味合いの異なる・・・著者注）スペシフィックに戻っていった」と評価している。

NHSにより国家が医療を保障することは国民の支持を得たが、その運営に於いては治療範囲の制限・患者の選択範囲の軽減などの問題が増え、サッチャー政権（1979～）下では「国民保健サービスおよびコミュニティ法」を成立させて、市場競争を導入した。病院ソーシャルワーカーは、低いコストで良質の医療を提供していくことを命題とする病院にあって、退院計画が最優先課題となった。

ブレア政権（1997年～）下でも、短い入院期間に対応するよう病院におけるソーシャルワークも迅速な病床回転率を求められ、いかに短期間に患者の問題を理解し、最善のサービス提供ができるかが求められるようになっていった。

## I-2 アメリカにおける歴史

### I-2-1 背景とMSW発祥

19世紀半ばのアメリカでは、各種工業の急速な発達で混乱した都市社会ができ、多くの人々がヨーロッパから移民として流入、粗悪な住宅・不健康な職場・年少労働者・結核・精神障害者などの問題が起こった。このような状況を背景に、イギリスで発祥したCOSやセツルメント運動が移入されたことがソーシャルワークの起源となった。

COSの活動は1877年、ニューヨーク州を初めとして展開され、その中で行われた友愛訪問活動はソーシャルワークの中心技術であるソーシャルケースワーク（個別処遇）の萌芽の一つとされる。COSの行っていた友愛訪問は当初、「貧困問題の解決は怠惰をなおすことや規則正しい生活の訓練から」と考えられていたが、リッチモンド（Mary E Richmond）は、社会的な環境や条件を改善することが必要であると考え、「友愛訪問は貧困者の家庭の喜びや悲しみ、人生の考え方に共感を持って身近に知ることである」とした。

他方、ロンドンのトインビー・ホールで始まったセツルメント運動もアメリカに移入され、1886年ニューヨークのネイバーフット・ギルド、1889年シカゴのハルハウスで展開される。ソーシャルワークの技法の一つであるグループワーク（集

団援助)、コミュニティー・オーガニゼーション、ソーシャル・アクションは、この運動から誕生したと言われる。

これらを基盤に、医療におけるソーシャルワークは 1905 年マサチューセッツ一般病院の医師キャボット (Richard C. Cabot) によって提唱された。彼は、病気は生物・医学的な要因のみならず、社会的要因によっても起こると考え、患者の生活に関連した相談の必要性を痛感し、そのような相談に応じることのできるソーシャル・アシスタント (のちの MSW) の必要性を説いた。その結果、ペルトン (Garnet Isabel Pelton) とボランティア 13 名で患者の生活に関する相談に応じたことがその始まりである。また、1906 年には、ソーシャルワーク実践の教育を受けたキャノン (Cannon, I) により Department of Social Work が初めて同病院に創設され、ボランティアから専門職へと移行した。

中島<sup>19</sup>は、キャボットの考えを以下のように記述している。「私には患者の家庭・住居・職業・心配事・栄養状態についての知識が必要であった。患者を治療するにあたって経済状況を理解しなければならないことが分かった。更に、患者の精神状態・性格・職歴・疾病・恐怖・悩みなどが絡み合っていることが分かった。処方した治療方法の多くは患者にとって不可能なことであった。」

しかし、「キャボットのような優れた臨床医なら、医療の場にソーシャルワークを取り入れることは当然だったが、当時マサチューセッツ総合病院の医師達の大多数は保守的で頭が固く、キャボットを夢想家として冷たい目で眺め、院長ワッシュバンも懐疑派の巨頭であった。保守と伝統の堅い壁の中に新しい役割が割り込んで一つの専門職業を築いていったのだから並大抵の努力ではなかった。患者たちの為はどうしたらソーシャルワークに医師の関心を引き入れられるのかということをしばしば討議した」といったキャノンの述懐もあり (中島)<sup>20</sup>、MSW 定着には困難も多かったことが伺われる。

### I-2-2 その後の経緯

1912 年から学校で医療ソーシャルワークの教育が始まったが、1915 年には「全米慈善・矯正会議 (1873 年開始)」で、フレックスナーが「ソーシャルワークは専門職か」と問題提起し、その後のソーシャルワーク定義の議論のきっかけとなった。この会議が 1917 年に全米社会事業会議 (National conference of Social Work) と改称、1921 年にアメリカソーシャルワーカー協会 (American Association of Social Work) となり、医学・教育等々の分野ごとのソーシャルワーカーの組織化や専門教育発展の礎となった。

1922 年には「ケースワークの母」と言われるリッチモンドが、「ソーシャル・ケースワークとは何か」を著し、「ソーシャル・ケースワークは人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通じて、パーソナリティーを発達させる過程から成っている」として個別援助支援の社会的側面を重視する考え方を打ち出



した。個人と社会環境との関係に焦点を当てた意義は多大なものであったが、その後 MSW は精神分析に接近していく。

このような中で社会福祉の実践としての専門化と援助技術の専門化が進められたが、1922 年から分野別の異なるソーシャルワーク機関の代表によるミルフォード会議で、「ジェネリックとスペシフィック」という概念が報告された。川田<sup>21</sup>によると、「このふたつの概念は、多様な分野のソーシャルワーカーのまとまりを助け、専門分野のみならず一つの専門職としての知識や教育に基礎的基盤を与えるもの」であるとする。例えば医療で展開されるソーシャルワークは、スペシフィックな一分野の援助であり MSW が援助を行うが、医療をうける患者には・障害・高齢・子供・家庭・地域などに関わる様々な問題を持った人が多く存在するために、MSW はソーシャルワーク実践に必要な要素をジェネリックに持ちつつ援助する必要がある。この流れが、1955 年の医療分野だけではなく他の様々なソーシャルワーカー（例：スクール・ソーシャルワーカー・グループ・ワーカーなど）の統合による全米ソーシャルワーカー協会（NASW : National Association of Social Workers）の発足、理論の体系化、社会的承認、職業倫理の確立などに繋がっていく。

1950 年代には MSW の保健医療分野での役割は、アメリカ病院協会との間で以下のように合意された<sup>22</sup>。

- ① MSW は保健医療分野において重要な役割を果たす専門職である。
- ② 患者の社会的、経済的、心理的状況をよく理解するために置かれた専門職であり、その理解促進のために医療チームを支援する。
- ③ 治療や健康増進の為に、患者やその家族で問題となっていることを明らかにし、解決を目指す。
- ④ 病院でより良いケアが受けられるよう、病院に対して発言していく。

殊に②において、心理・社会的・経済的に患者を理解することが MSW の重要な役割であることがここでも明文化されている。

1960 年代はマイノリティの問題に関係して、貧困、犯罪、非行、アルコール、薬物、環境などの社会的問題が多く引き起こされた。これらの複雑な問題に、診断的対応に傾いていたソーシャルワークでは対処できないことから、対象者個人と社会との関連を重視する対応へと戻り始めた。この時代は、公民権運動（Civil Right Movement）の影響から、障害者の自立運動、女性解放運動などの興隆があり、人々は自身の問題に関わる事項が決定される援助過程において主体的にそれに参加し、自分で選択し決定することを望む機運が高まった。当然、ソーシャルワーカーとの援助関係に於いても、対象者はこのような自己決定を要求するようになる。医療における IC やセカンドオピニオンが患者の権利としての自己決定を保障するものであると考えられていくのも、この文脈の中に同じく存在したもの

と思われ、MSWを含むソーシャルワーカーの専門職集団であるNASWは、このような問題を援助する専門家の新しい役割として、権利擁護（Advocacy）を打ち出した。

ジャーメイン（Germain,C.B.）らがまとめたアメリカにおけるMSW実践の目的を引用する（岡田）<sup>23</sup>

- ① 急性期・慢性期の患者に対して、その心理・社会的状況を理解・把握し、患者の将来に対する人生および生活設計づくりに対して積極的に援助する。
- ② 疾患や障害に対してうまく対処できるよう、患者や障害者を援助するとともに自立した生活が可能なるよう環境調整を行う。
- ③ 医療チームの中であって、患者やその家族の心理社会的な状況の理解を他の専門職（医師・看護師・作業療法士・理学療法士など）に求め、カンファレンスなどで患者や家族の代弁活動を行う。
- ④ 社会資源に対して豊富な知識を持ち、退院計画の際に様々な地域資源や代替的医療ケアの活用を心がける。
- ⑤ 個々の患者やその家族のニーズを集約し、どのようなニーズが多く存在するか、ニーズと資源のミスマッチは生じていないかどうかを分析し、医療における新たなサービスや資源の開発につなぐ。
- ⑥ エイズ患者やホームレスで慢性疾患をもつ人々などで適切な医療を受けることが必要とされる人々（Vulnerable Population）を組織的に支援し、医療における様々なプログラムの開発に関わる。

このまとめの中でも、①で患者の心理・社会的理解、③の心理・社会的状況理解の医療関連職種への提供は患者の代弁である点は、これまでも注目してきたMSWの重要な役割として確認できる。

しかしながら昨今のアメリカにおいては、管理ケア制度（Managed Care）が導入されたことで、医療費削減のために第三者機関による治療内容の決定が行われ、その費用や質はコントロールされている。結果として、ICで治療を決めるといった患者の自己決定は尊重されにくい状況が生まれており、岡田<sup>24</sup>によると、MSWのソーシャルワーク実践に於いても患者の自己決定の遵守が益々厳しくなっていると指摘している。

### I-3 日本における歴史

#### I-3-1 背景とMSW発祥

医療における社会事業の萌芽は、遠くは聖徳太子、光明皇后、僧行基、ザビエルなどに遡ることができる。さらに鎖国が解かれたのち、産業革命期のキリスト教は社会事業を日本にも広め、宣教師たちは医療と教育の発展に力を注ぐことで社会的弱者への救済を目指した。しかし明治末期の帝国主義形成や、日清・日露

戦争、明治から大正にかけての産業革命の遂行により、過酷な労働条件、女性や児童の酷使、伝染病、呼吸器疾患など、多くの社会問題が発生し、その中で大正末期、泉橋慈善病院・市立中野療養所・全生園などに、患者の相談にのる専任職員が配置された経緯がある。

1919年、済生会参事の生江孝之は政府の招致で渡米し、キャボットとMSWについて知り調査する中で、ボストン・ニューヨークのみならず大規模病院ではMSWが配置されていることを知る。その必要性を内務省や済生会に伝えたが、経費や病院経営上初めてということもあり、配置は難航した。その後1926年（大正15年）によりやく済生会芝病院に病院社会事業部を設置し、相談員配置が行われた。

これを踏まえて1929年（昭和4年）に日本で初めて本格的にソーシャルワーカーとして浅賀ふさが聖路加国際病院に配属された。浅賀はその回顧録<sup>25</sup>で、「①メディカルソーシャルワークについて医師、看護師、事務も誰一人理解しておらず、病院組織の一つの機関として全く承認されていない②総合病院のどの診療科に最も多くのソーシャルサービスが必要か、医者が診断や治療面に社会的側面の問題を考えることが重要であることを把握していない③医療の縄張りに医師と看護師以外の侵入者が現われたことに対する一種の反感がある」、と入職後の困難な点を記している。この記載から現在のMSWをとりまく状況との共通点を見出せ、長い年月を経てもなおかつ医療におけるソーシャルワークへの理解が困難である現状を想起させる。

1936年（昭和11年）浅賀は医療社会事業研究会を開催し、その後第2次世界大戦で中断されたが、戦後の日本医療社会事業協会（以下日本協会）の活動に連なり、浅賀が会長を務めてMSWの資格制定や後進の育成に貢献した。

第2次世界大戦後は、戦前の活動を伏線に、GHQ（General Headquarters）の公衆衛生局の示唆により保健所に医療社会事業係を配置したことから、MSWの専門化が始まった。1948年（昭和23年）に杉並保健所に「医療社会事業係」として、専任のMSWが配置され、その後各都道府県のモデル保健所に「医療社会事業係」が配置され、医療ソーシャルワークの全国的展開の端緒となる。「保健所における医療社会事業」<sup>26</sup>に、その職務として掲げられているのは、以下の5点である。

- ① 患者およびその家族に対して直面している医学的、社会的困難とその理由を了解せしめること
- ② 医師又は治療に携わる人々の用に供するため、患者およびその置かれている環境の事情について知識および理解を入手すること
- ③ 患者を指導して共同生活の提供する各種の便益を最も適切に利用せしめること

④ 医師の採択した治療方針の実行を計画的に援助すること

⑤ 連絡

これまでと同様に、①②で患者の医学的および社会的状況、ここでいう環境の事情への知識と理解が必要であることは読み取れるが、これらの項目の詳細説明文では、①②ともに医師の指示の補填・医師の余分の時間の省略が目的として強く打ち出されていること、また指導や教示などの表現から患者とは同等の目線ではない点、ほぼ同年代の1946年のイギリス、や1950年代や1970年代のアメリカの規定とは異なっている。

笹岡<sup>27</sup>は、保健・医療分野にMSWが定着しなかった理由について、医療ソーシャルワークがGHQの示唆で開始されたもので、先駆的なMSWの活動が定着する時間的経過がなかったこと、GHQ引き上げで法的根拠も予算措置もなく、様々な経歴と教育背景の不統一を残したことだ、としている。

### I-3-2 その後の経緯

1953年(昭和28年)、日本医療社会事業協会(現日本医療社会福祉協会。以下、日本協会)が設立され、1953年から1972年までは、浅賀が会長を務めた。1955年(昭和30年)の厚生省による医療社会事業従事者調査では、兼務者を含め全国に2109人のMSWがいることが確認された。しかし1956年にWHOの視察で来日したベックマン(Beckman G)は、「日本の医療施設で本格的なソーシャル・ケースワークが行われているところは少ない」と報告し<sup>28</sup>、「専門的に訓練された従事者が用意されていない」ことも指摘した。この理由の1つには、医師たちの代表的な意見として「医療の中で理解されるためには、医療社会事業は、『社会事業』の一部であるという主張は相容れないものであり、本来医療の内容をなすべきものが医師の協力者によって分担されている。つまり診療補助機関が医療社会事業なのである」<sup>29</sup>があった。医療や殊に医師への協力がMSWに課されているとする考え方と、患者への援助は患者自身の問題解決を図ることを目的としているMSWとの間の考え方の差が如実に表されている。

1965年(昭和40年)代に入って、精神保健法(現精神保健及び精神保健福祉に関する法律)改正により精神保健相談員が保健所に配置されたり、リハビリテーション医療の普及によりチームの一員としてMSWの役割が期待されたりなど、ソーシャルワーカーの増員も進んだ。MSWは保健所から結核療養所へ、国公立病院から民間病院へ、結核中心から精神科医療へという流れで、その数を増やしていく。

1966年(昭和41年)に、日本協会・日本精神医学ソーシャルワーカー協会・日本ソーシャルワーカー協会の協力で医療福祉士法案を作成したが結実しなかった。

1978年に、①医療社会事業を制度化する②保健・医療・福祉の各機関、施設に医療ソーシャルワーカーを配置する法規を設けることが衆議院労働委員会で採択され、資格制度化に向けた動きが加速したが、厚生省はMSWについては、医療以外のソーシャルワーカーや保健婦（現在の保健師）との業務分担が不明確という理由で資格や配置基準を制度化することに消極的であり、また当時の財政難を理由に制度化できなかった。

1986年からの動きは、まさに厚生省との資格化を巡る攻防の歴史である。この年に厚生省は、「医療・福祉分野について国家資格を新たに設ける」との方針を打ち出し、社会福祉士法案が国会提案の見通しとなった。しかし社会福祉士にMSWを含めるか否については激しい論議の果てに、MSWは医療職すなわち診療補助職としては社会福祉士には含まれなかった。

1987年（昭和62年）に社会福祉士及び介護福祉士法が制定されるのと時を同じくして、厚生労働省から医療福祉士案として①医療職として位置づけ②養成課程は高卒3年以上③履修科目は社会福祉科目と保健・医療科目とする、が提示された。日本協会は、会員の殆どは4年制大学卒業者であり、社会福祉士案よりもさらに低い専門レベルの提案には賛同できなかった。日本協会では1988年に、上述の厚生労働省案に対し、①学問的基盤は社会福祉②4年制大学卒業③専門性を十分に発揮できる条件整備、という内容を決議した。

1989年に、「医療ソーシャルワーカー業務指針」が厚生省健康政策局長から全国の医療機関に通知された。2002年（平成14年）に改正された現業務指針の前身である。この指針は医師や看護師を含む他職種で協議され世に出たことは画期的であり、現在もこの指針に沿ってMSW業務は行われている。この中に既述した医師との関係も盛り込まれており、一部指示を必要とするものがある。この指針は、MSWが厚生労働省案であった医療社会福祉士を受理せず、MSWの国家資格化が達成されなかった結果として成立したものであることは、資格化を巡る攻防の複雑さと、その收拾の一部とも捉えることができる。

更に1990年に日本協会は、上述3原則に加えて、①社会福祉士と別の国家資格は求めない②社会福祉士に関する法を検討する③保健医療分野の専門性に関する資格認定を検討する、と決議し、また1991年には、①社会福祉の立場から相談・援助を行う②如何なる場合も医行為は行わない③養成は4年制大学で④配置基準を医療関連法規に明記する⑤現任者の救済措置を、の6項目の採択で、医療福祉試案には反対の立場を鮮明にし、診療補助職に反対する姿勢を更に明確にした。

厚生労働省は、2006年（平成18年）から社会福祉士養成における実習指定施設に、病院・診療所・介護老人保健施設を加えた。これはMSWを社会福祉士の養成課程から排除せず、受け入れて、社会福祉士の資格でその専門性を担保したものと考えられる。

在院日数が短縮されれば診療報酬が高くなったり、診断群別に定められた診療報酬の中で早期に治療を行うことが重要であったりなど、限りある医療資源をいかに効率効果的に行うかが問われている厳しい医療経済のもとで、MSW 業務指針に示された援助の1つに退院援助が掲げられていることから、現在の MSW 業務は、退院援助が中心とならざるを得ない状況にある。このような中で社会福祉士資格があれば、退院調整加算・介護支援連携指導料など、主に転院・在宅支援のための地域連携に対しての報酬が得られる仕組みが構築されたが、ソーシャルワーク全体が評価されるものとはなっていない。また患者の IC を含む自己決定の問題への対処が、早期退院ありきという考え方を基盤に行われることへの懸念が常にある。このような状況では MSW を含む医療従事者は IC や自己決定へ十分に配慮しなければならないが、現状は異なっており、MSW がジレンマに苦しみながら業務を行わざるを得ない状況が生まれている。

MSW と日本協会以外の日本におけるソーシャルワークの流れとしては、1948年に PSW（精神科領域のソーシャルワーカー）を初めて国立国府大病院に配置後1964年に創設された日本精神福祉士協会、1960年に創設され数年間の活動を経て休止し1983年活動を再開した日本ソーシャルワーカー協会、社会福祉士法・介護福祉士法が成立したことにより1993年に誕生した日本社会福祉士会と日本介護福祉士会、といったソーシャルワーカーの成立や活動の流れが MSW とは別に存在している。1997年に日本介護福祉士会を除く上述4団体が社会福祉士専門職団体協議会を発足させ、国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）に加盟、共通の倫理基準を持ったことは特筆に値する。

## II MSW の歴史からの確認

これまでの MSW の歴史の中で確認した点をまとめ、自己決定を補完する可能性と課題について述べる。

### II-1 確認点

- ① イギリスでは、産業革命後の様々な社会的問題を背景に、COS の勧告を受けて患者が無料診療の対象になるか否かの審査を行う者として配置されたアーモナーがその後の MSW となった。アーモナーは、病院経営の効率的運営促進の立場にいながらにして貧困者の生活全般を理解し援助する必要性を理解し、自らを患者のあるがままの状況を理解しそこから発されるニーズの解決を図る専門家へと発展させた。まず患者一つまり人一の状況を受容することは、自己決定を支える基本と考えられる。
- ② アメリカでは、治療は患者の心理・社会的問題を考慮しなければ効果的に行うことが困難であるという医師キャボットの気づきが MSW を生んだ。イギリス

での発祥の経緯とは異なるが、患者や医療を心理・社会的状況を踏まえて広く捉える重要性に着目したことは共通である。心理・社会的問題と医学的問題は切り離せない側面があること、医療を効果的に行うには、社会的状況の把握やその中にある問題を解決する必要があることに気づき、積極的介入をするための人材を確保して新たな役割を病院の中に創り出したが、殊にそれが医師からの提唱であることは興味深い。患者を生活者としてみる視点は、患者中心の医療を支える。

- ③ 日本では自国なりの MSW 導入の素地はあったが、英米のような草の根的な実践や発展の経緯がないままに、GHQ によりその必要性や理論が第 2 次世界大戦後流入し、かつその引き揚げで放置された感があり、その後の資格化を巡る問題など MSW のアイデンティティの未確立を生みだした。当初アメリカで学んだ先駆者たちは、患者の立場を独自の視点や役割で援助し擁護する実践と教育を目指していたが、それらに誠実であるために必要な独立した専門職との認識はされにくいまま存在している。その懸念が保助看法解除による資格化に強固に反対する背景ともなった。これは、本来の MSW を具現化する資格制度を獲得できず、診療補助職としての位置づけでは患者の権利を守れないと危惧したことに依拠している。戦後の MSW の歴史は、資格化運動の歴史とも言え、アイデンティティが資格としては保障されず、業務指針を抛り所としているのが現状である。
- ④ 医師と MSW の関係をいくつかのエピソードで確認した。医師キャボットの考えが MSW を生み発展させた一方で、その定着には英米日に共通な医師との壁が存在した。この点は、MSW は医師の役割または治療を補完することがまずありきの職種ではなく、患者のニーズを理解しそれを補完することが援助の始まりであるという MSW 自身の認識と、医師の診療補助職であるとする医師の考えとの差異によると考えられた。第一義的に患者をまず理解することは、ひいては MSW が医師や医療を補うことにも繋がるが、その優先の差は MSW の専門性を表す。独自に患者の状況や主張を受け入れる MSW の立ち位置は、患者の自己決定を支えるために必要である。MSW は後発の専門職としての悩みを現在も持っており、患者の利益のためにも殊に医師とのより良い関係性を求め続けている。
- ⑤ スペシフィック・ソーシャルワークとジェネリック・ソーシャルワーク双方について英米の歴史の中で議論されてきた。ソーシャルワーク実践において、前者は特定の対象や領域での問題に焦点をあてた援助であるが、後者では人間と環境が相互に作用し合う社会生活機能全体を捉えて問題を受け止めることで、患者のより深い理解や受容にも繋がるとして、英米ではソーシャルワーカーの統合が進んだ。様々な議論の中で歴史的には、スペシフィック・ソーシャル

ークへの引き戻しがあったとの見解、つまりそれはジェネリックな患者理解の上にある専門性としてスペシフィックという理解<sup>30</sup>であり、従来のスペシフィックの意味とは異なるとの解説もある。日本では未だソーシャルワーカーの統合は図られていないが、社会福祉士と MSW の関係で表現すると、ジェネリック・ソーシャルワークを行う社会福祉士をベースに、スペシフィック・ソーシャルワークを行う専門性が MSW に必要とされるという整理ができる。

- ⑥ 1960 年代の公民権運動を端緒に様々な人権運動が展開され、その中から権利擁護の考え方も発生した。MSW が歴史的に患者の権利や人権の問題と支援を結び付けて展開してきたことの一つの表れと理解できる。そしてその文脈の中に IC を含めた自己決定への支援がある。MSW は歴史的に、患者を全人間的に見る、そのことが患者の自己決定を支える、患者の権利を守る、といった考えを育みつつ発展してきた。MSW の発祥からの経緯はまた患者の権利を守るための歴史であると理解できる。
- ⑦ イギリスでは NHS や「国民保健サービスおよびコミュニティー法」が導入されたのち、治療や地域ケアに対しても市場原理が強く働き、患者の自己決定をも危うくする事態が起こっている。MSW の役割や位置づけも変化し、現在では病院ソーシャルワーカーと呼称され、臨床場面と地域ケアの双方に責任を持つ役割に変化している。その点は、地域の中の病院として、患者をより社会的に把握し支援するというメリットをもつ一方で、医療における患者への支援が希薄になると言う一面も指摘されている。
- ⑧ アメリカではその後管理ケア制度が導入され、IC を含む医療における自己決定よりも医療を提供する保険会社の計画が優先されるという現状があり、まさに患者の権利への侵襲とも言える事態が起こっている。医師の IC が意味を成さないなど自己決定の在り方に影を落としたり、MSW の倫理綱領に反して患者の情報を許可なく公開することが求められたり、管理ケア制度から派生した問題で患者の権利や専門職のアイデンティティが危機に晒されている。
- ⑨ 日本では、医療経済の逼迫から派生する在院日数短縮が大きな課題である現状の中で、いかに早く患者の心理・社会的問題を情報収集・アセスメントし、また問題の解決を図れるかが求められている。その中で自己決定を患者に保障しつつ質の高い援助を行うことが必要で、多くの MSW は早期退院と良質な援助の狭間において倫理的ジレンマを抱えつつ業務を行っているのが現状である。

## II-2 MSW は自己決定に貢献できるか

これまで歴史を概観する中で、3 国の MSW 発祥は様々ではあるが、MSW は患者の心理・社会的状況を捉え、患者をありのままの人として理解して援助することを第一義としてきたことを確認した。堀越<sup>31</sup>の表現を借りれば、患者の権利の保



障とは、医療における人権保障に他ならない。人権尊重や保障の基本は、人をありのままに受け入れることであると解釈できる。MSWの歴史は、患者の心理・社会的状況や問題を理解し、患者を人として受け入れ、それが援助の根本であることを示していた。つまり人権尊重を当たり前のものとする現在の医療にあって、その具現化であるICも含めた医療における自己決定を支援することは、間違いなく重要なMSWの職務であり、ここに患者の自己決定に貢献できる可能性があると言える。

勿論患者を人としてありのままに理解することはMSWだけの基本姿勢ではなく、患者を取り巻く各専門職の根幹でもあり、その達成の一助として、MSWの得た患者像を、医師を初めとする医療関連職種に提供し、その理解を補完することも重要な役割であることもまた歴史的事実として確認できた。

医療従事者全体がありのままの患者を、そしてその決定を受け止める素地がなければ、ICで言うところの説明された上での同意や拒否は存在しない。特に最善と考えて提案した治療方針や生活再構築のための手段等を患者が拒否した場合には、同意を得る場合以上に患者の考えに受容的であることが求められる。つまり患者の自己決定の前提は、双方の対話、意見交換といったコミュニケーションによる相互理解である。そのためにも、MSWなど各専門職が違った視点で患者から得た情報をもとに協働してそのコミュニケーションを助けることには大きな意義があり、医療従事者は各々の専門性を理解し合わなくてはならない。それは医師とMSWの関係性を例として歴史の中でも確認でき、MSWの側にも当然再考すべき点があることも気づかされる。可能な限り患者を人として全人間的に捉えていく視点や、医療従事者間での各々の専門職のICへのかかわりについて、論議し共有することが求められる。

一方、英米日3国では有限な医療資源を巡る厳しい医療経済下において、患者の権利であるICを含む自己決定を保障できない、あるいはそのためにMSWは倫理綱領に誠実ではいられないといった現状があることもまた歴史から確認できた。医療全体でICや自己決定が当たり前であるとする認識とはかけ離れており、患者の自己決定保障と現状としてその保障が危ぶまれているという矛盾をどう解決していくのかは、大きな課題である。ICが訴訟への対処に限局され、本来の意味を失うという自己決定の形骸化は避けなければならない。

ここで自己決定をめぐる状況が厳しければ厳しいほど、患者を人として捉えるMSWの視点・知識・技術で、患者を支えひいては医療の生物・医学的視点を補完する意義が大きいことにも改めて気づく。この点で、MSWは常に倫理的ジレンマに対峙することになるが、そのジレンマこそがMSWの専門性を確認し、患者を人として捉える証でもある。患者を一生活者と捉えることが重要である一方で、ある時代の要請一殊に医療経済の厳しさ一によっては軽視されるなど、MSWは日

常にこの事実を翻弄されながら業務を行うこと、それ自体が MSW の専門性を表すと受け止めなくてはならない。つまりそれはまさにソーシャルワークはその時代の社会構造の在り方や変化に大きな影響を受けているということを端的に表している。

おわりに

歴史を振り返ることで、自己決定をめぐる MSW の貢献について考察した。IC や自己決定が患者の利益として具現化され実行されることを当たり前と捉え、MSW が貢献できる可能性を確認すると同時に、医療の提供の仕方そのものが自己決定を脅かし、患者の利益に逆行する現状があることも確認せざるを得なかった。患者が生活する人であることを強く認識することから生まれた MSW は、ある意味、現代医療の経済性重視・人間性軽視による混迷に警告を発することのできる職種とも言え、この歴史的起源からの示唆をどう生かしていくのかが具体的に問われている。

## 注

- 1 医療ソーシャルワーカー業務指針 厚生労働省保健局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号
- 2 浅井篤「医療現場で自己決定を実現するために必要な 10 の徳」高橋隆雄・八幡英幸編『自己決定論のゆくえ 哲学・法学・医学の現場から』九州大学出版 P179 2008 年
- 3 谷田憲俊『インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解』 P10 NPO 医療ビジランスセンター 2008 年
- 4 田代不二夫他『ケースワークの原則—よりよき援助を与えるために』 1965 年誠信書房
- 5 磯部光章『話を聞かない医師 思いが言えない患者』 p.154 集英社新書 2011 年
- 6 ジョアン・バラクロー他『医療ソーシャルワークの挑戦—イギリス保健関係ソーシャルワークの 100 年』児島美都子・中村永司監訳 中央法規 1999 年
- 7 中島さつき『医療ソーシャルワーク』 誠信書房 1980 年
- 8 宮本義信『アメリカの対人援助職—ソーシャルワーカーと関連職種の日米比較—』ミネルバ書房 2009 年
- 9 伊藤淑子『社会福祉職発達史研究 米英比較による検討』ドメス出版 1996 年
- 10 児島美都子『医療ソーシャルワーカーの現代性と国際性 MSW45 年のあゆみより』勁草書房 1998 年
- 11 社団法人日本社会福祉士会・社団法人日本医療社会事業協会『保健医療ソーシャルワーク実践 1・2』中央法規 2004 年
- 12 ソーシャルケアサービス従事者研究協議会編 大橋謙策研修代表『日本のソーシャルワーク研究・教育・実践の 60 年』相川書房 2007 年

- 
- 13 (社) 日本医療社会事業協会 50周年記念誌編集委員会編集『日本の医療ソーシャルワーク史 日本医療社会事業協会の50年』日本医療社会事業協会 2003年
  - 14 中島 p.26
  - 15 中島 p.26・p.35
  - 16 金田知子 『保健医療ソーシャルワーク実践1』 p.27 中央法規 2004年
  - 17 佐藤豊道 「ジェネリック・ソーシャルワークの出現の経緯」ソーシャルワーク研究 Vol.24 No.1 pp.24-30 相川書房 1998年
  - 18 児島美都子 p.91
  - 19 中島 p.37
  - 20 中島 p.43
  - 21 川田譽音 『社会福祉援助技術論1』 p.88 中央法規 2006年
  - 22 岡田進一 『保健医療ソーシャルワーク実践1』 p.3 中央法規 2004年
  - 23 岡田 p.7
  - 24 岡田 p.18
  - 25 笹岡眞弓 『保健医療ソーシャルワーク実践1』 p.62 中央法規 2004年
  - 26 厚生省「保健所運営指針」1948年
  - 27 笹岡 p.64
  - 28 ベックマン「日本における医療社会事業視察計画に関する報告書」1956年
  - 29 石原信吾 『日本医療社会事業協会会報』第5号 pp.1-5 1953年
  - 30 堀越由紀子 『保健医療ソーシャルワーク実践2』 p.122 中央法規 2004年