

平成二十一年二月五日 最終講義

私の社会福祉実践をふりかえって

志 田 洋 子

あらためましておはようございます。

今日はお忙しいご予定の中からご都合つけていただきありがとうございます。

ただ今は中山学部長先生から丁寧な御挨拶と御説明を頂戴いたしまして恐縮しております。私の頭の中はパニックでございますけれども皆さまの顔を見ながらいろいろ考えてきたこと、自分が長いこと実践してきたことの中で理論的にきちんと伝えていきたいと思いつつながら研究してきたことについてその一端をお話しさせていただきたいと思えます。何しろ涙腺が緩んでおりますので御無礼があるうかと思えますけれどもどうぞよろしく願いたします。

私は大学を卒業してからずっと医療福祉の現場で実践をしてきました。医療ソーシャルワーカーと現在では言われておりますけれどもその仕事をとおして社会福祉の中で専門性とはどうあるべきかということを追及してきましたので授業の中ではちょっとしか触れることができなかった医療の場でのソーシャルワーカーの役割で四年生の方はつい先日国家試験にトライしてくださいましたわけてですけども、そういう社会福祉士の資格を持ちながら、医療の場に入ってくる専門職のワーカーさんは働いている人の七割をしめているというのが現実です。

私の社会福祉実践をふりかえって(志田)

本学の中でも三年生が医療ソーシャルワーカーの現場に実習に行かせていただいて御一人いい体験をさせていただきましたし、三月にはまたもう一人病院に出させていただく予定をもっています。そういう中で医療のなかに自分がどうやって入っていったのか、そこで自分が考えてきたこと、決してまとまっていりませんが、拙い自分のその教育と研究に関わった中のことを振り返りながらどんなふうと考えてきたかということの一端を皆さんにお示し、これからあとに続く若いエネルギーにして頂けたら嬉しいなあと思っていますのでよろしくお願いいたします。

先ほど中山学部長先生からご紹介いただきましたように、私は社会福祉馬鹿と言われるくらいこの業界しか知らない人間です。特に医療の場と、それから実践にいた時の後半は高齢者の領域で介護老人保健施設という所で、相談員という仕事をしてきました。そういうところになぜ私が至ったか皆さんもこうやって身延山大学にいらっしゃるについては、色々のモチベーションがあらわれたと思います。やっぱり何かを自分が選んでいく時、原点に何かを求めるということが必要だと思えます。私の場合幼い時に東京で生まれたのですが、間に戦争があり、父の住む山形県に引越しました。昔でいう疎開ですね。

自分の意思と反して家を引っ越さざるをえない状況で過ごしまして、小学校から中学校・高校まで過ごしました。小学校の時に私はなぜかわからなかったのですがいつも隣に座っている男の子が居たんです。で、自分も幼い訳ですから、その子がどういう状況の人なのかっていうのがわからない。先生も何もおっしゃらない。何時も窓際が一番最前列で、彼と一緒に座っている。今のようには給食なんてありませんからお弁当を持ってくるんですよね。で、「お弁当も一緒に食べるように」って言われて、彼がこぼしちゃうわけですけれども、そうするとそれを手伝うようにしてだんだん六年生になる時には、「あゝこの人は、何か今でいう判断力に欠ける人なんだなあ」というのがぼんや

り分かってきました。たぶん私が振り返ってみるとそのことが社会福祉にかかわろうとした最初の原点かなという風に思っています。ちょうど小学校の終り頃に九州で知的障害児の施設を開かれた「しいのみ学園」という有名な学園がございますけれども、その映画を見ました。映画を見た時に、まさに、私の横に座ってた同級生の姿が主人公とダブリました。その主人公の親御さんが、学校の教員を辞めて施設を始めた訳ですけれども、その時の関わり方という事で、人が人を援助する。今の言葉でいうとですね。それから、生活を支援するというのが何なのかっていう事と、多分、幼い中で自分なりに心にとどめたものがあったという風に思うんです。そのことが自分が大学を選ぶ時に繋がっていく訳です。……教員の先生方はご存じだとは思いますが、勤務評定とか、教育界の風が吹き荒れた時、私が丁度進路を選択する時期でした。その時期に私の父が教員をしました。本来教員志望ではなかったのですが戦争で自分の職を奪われて、たまたま教員免許があったので教員になった。そういう父ですけども、日教組ですね。その旗振りの先頭に父が立っていましたので、大変、子供である私たちはその時非常に迷惑に感じていたんですね。それで母は間に立って非常に苦しい思いをしながらいたもんですから、私が上の学校に進学したいといった時に母がいったことは教育学部にはいかないでくれ、教員にだけにはならないでくれ、だから、たぶん父が反面教師であったのだらうと思います。わたしは四人兄弟の長女ですから父一人の給料ではそれぞれ希望もあり、弟もいますし、妹もいますのでそんなにお金のかかる学校には行かれなかった。何とか自分で、奨学金が豊かにある時代だったので奨学金をもらいながらいける学校を探すということ、いろいろ探して日本社会事業大学という所に出会いました。そこはちょうど身延山大学と同じぐらい、私たちの時は四年制大学になったばかりでクラス五十人で、男は二十五人女は二十五人というすごい変な取り合わせ、成績順じゃないんですね。男子学生には有利なんですけれども、

女子学生には不利だったんですね。倍率がすごい高くて入るのが大変で、そういう中で私は一番誕生月が若いんです。三月生まれですから、入学試験のときもみんななんか年取った人が多くてですね。難しいなあへんだなあと思って、ペーパーテストは平気だったんですけど、ロールシャテスト、それとあとクレペリンテスト、それでその人の人格とか能力もペーパーテストと合わせて判定するという選考の仕方です。ちょっと当時としては変わってたんです。五教科九科目だから国立大学と同じ扱いなんですけれども私立なんです。国の方で当時、社会福祉コースって持っていませんでしたので、私の母校をそれに充てるということで、厚生省の委託事業として運営されている学校でした。短大で立ち上がっていて、私の時もちょうど四年制になったばかりで四年生の一期生ということで入学して、入学してみたらすごい、いろいろなキャリアの人、生活歴も様々な人、そういう人たちがたくさんいました。その同級生っていうのは今は一年間に何回かしか交流がありませんけれども、皆さんもたぶんそうだと思っておりますけれども、そういうつながりのなかでどこかで共通基盤があればつながっていく、また身延山大学でつながっていく、皆さんが色々なご縁でこうやって集まって、学んでいращやるその中で私も一緒に勉強させていただいた。ということは、また先にいって自分の体験のなかでも豊かに膨らんでいく物もあるだろうし、皆さんのなかでもきっと繋がっていく、仏教学科の学生さんしてみると仏教という世界の中でより広く、先輩である先生方の教え、の中からもまたつながっていくこと大事にしながら一つの身延という絆を大切にしながら、やっていかれたらいいかなと思います。私の自分の体験のなかでそういう思いも強く、さて、だんだん本題に近づいていきますけれども、その中で私の時代は日米安保条約、いわゆる（安保闘争）が激しく行われた時代です。で、そこでわたしは社会福祉と政治とか社会福祉と社会の繋がりがそういうことを、いたく考えさせられました。一番ショックだったのは安保闘争の六十年安保ですけれども、

六月十五日忘れもしませんですけれども東大の女子学生である「樺 美智子」さんという方が私の目の前で亡くなりました。私もノンポリではなかったものですからそういう父のもとで育ちましたので、デモには参加していきまじ、大学も全部休講で、学校の先生が最前列にいて教授が真ん中において、専任の教員が学生を守ってくれるということで先頭に立ちました。そういう中ですからそれに行かないということはその学生ではないという空気の中で毎日毎日をすごしました。自分は社会福祉を求めていくにはどうすればいいか、毎晩寮にいなながら、激しい学生時代を過ごしました。その事って母校の大学だけではなく、高校生も普通の市民も一緒でした。その時、今思うと、日蓮宗は大鼓をたたきますよね。大鼓の集団が毎回いらしてたんです。学生の最後を守って。白いその頃は何をどういう服なのかな？いままでいうと作務衣ですね白い作務衣、何時もいたんですね。そういう中で自分はこういうことを信じて行動を起こす人もいらっしやる。ということをおいながら……。だからそういう中で社会福祉は限りなく実践の科学だとはいわれていますが、良い実践的な場をもとめて、自分の職業をどのように選択していこうかと考えました。本学は仏教学科の学生が多いんですけれども授業の時間にも言いましたけれども、「朝日訴訟」という話をしましたね。岡山県で、結核で療養しているときに生活保護の申請をしたんですけれども、その保護申請のなかで福祉事務所が調査という名目で、お兄さんを探し出して、その家族なんかが困から援助を受けるには、受ける前に家族だから負担をするべきという福祉事務所の指導がありそれに疑問を感じた朝日さんが訴訟を起こしました。そういう事件でした。その事件のちょうどまだ進行中の時に私は学生でした。さらに「医学一般」という授業の中で結核という病気がどういふものなのか？ということをお勉強し、結核の療養ってなんなのか？ということを知りました。自分の所の先輩である卒業生が当時はソーシャルワーカーではなく、ケースワーカーって言ったんですね。ケースワーカーとしてあ

ちこちで活躍していて、その朝日さんの訴訟を助けるということで、先輩が何度も学校の授業に見えて、生活実態を展示してくれているいろいろな説明してくれました。そういうことで病氣とそれから貧困ということ深く考えるようになりしました。それがちょうど三年生の時、皆さんも実習に行った人もいるでしょう。私の時は福祉事務所の実習が必修でした。東京都内の福祉実習をしたときですね。そこでほんとに病氣であるために貧困とかかわりあう、貧困にならざるをえない人たちのところに訪問したり、それから病院に指導者の方と一緒に行ってケースワーカーの方からいろいろその方の生活のことを教えていただいたり、私も実習ですから実際に面接もさせていただいたり、という中で過ごしました。自分はそういう環境の中で変わっていった。転機を与えられた。ということで医療の場に身をおこうと、三年生の時に決めてしまいました。そのことがよかったかどうかかわかりませんが、それと関係して考えるとその時から、自分の実践の中からどう考えてきたか？かっこつけた理論よりも自分の実践の中から話した方が納得をして頂けると思い、こんな展開にしました。朝日訴訟の時に生存権とは何かということと一緒に、憲法で保障されている生存権とは何にか？、生命とは何にか？ということ、与えられた命で病氣で死んでしまった患者さんとも出会いました。その出会いの中で死とはどういうことかという風に思い、出会った患者さんはキリスト教でしたが、信仰って何なんだろうか？ということも考えながら、ずっと追及してきました。憲法二十五条でうたっている最低限度の生活を保障する。という国の責任、だから、個人の責任だけじゃなく、国の責任をどういう風に考えた方がいいか？という事を考えながら自分の職域を決めていったんです。

大学四年生になり、医療の場に行きたいなど、いうことで静岡県で三年越しの求人がありまして、きちんと勉強した医療ケースワーカーを採用したいということでしたけれども、なかなか先輩たちが東京から静岡県に行かないと

いうことでしたのでその病院では採用を待ってました。今年は三年目でしたので今年の卒業生から出してほしいと教授が頼まれました。私が青臭い屁理屈を言いながら、何度も医療ケースワーカーになりたいって言ってましたので、あなたどうですか?といわれました。

就職して人間の外見は変わっても、心の原点は変わらないんだろなと思ひ、こういう場(最終講義)に出るということを聞いた時から、自分の業績を見たり、書いたり、講演会で話した事もみんな読んだりしてきました。そうしてみると考え方ってあんまり変わってないんだって思ひながらいまここにたっています。

県立病院で医療ケースワーカーとして採用されましたけれども、静岡県ではきちんと専門的な勉強した人を採用されたのは、私が二人目でもう一人は、同じ県立病院で精神科のソーシャルワーカーを雇っていたんですね。赤十字病院とか社会福祉法人の病院、そういう所にワーカーと呼ばれる人は配置されてましたけれども、皆さん研修で学ばれて、厚生省がそういうワーカーを養成したんですね。その中で学ばれた人たちでした。でもその人たちが静岡という場所で非常に活発に活動し、そして私に大きな指導的な課題を与えてくださって、私が悩んで相談に行くと「あそこで学んできたのにそんなことも分らないの?一辺では答え教えないよ、自分でもう一回考えてきなさい。」で一番私が困ったのは、患者さんと面談するということに関しては、厳しいトレーニングを受けてきましたからそのことに関しては躊躇はないし、そりゃ失敗はありますけれども、一番悩んだのはお医者さんとの関係でした。

今はお医者さんも大分柔らかくなってきましたけれども、すべて医師の一言で繋がっていく医療のなかで、お医者さんと私のワーカーとしての価値観がうまくかみあわない治療が進まないという時にたいへん迷いました。三百六十あるベットのうち、たったひとりのワーカーで皆さんと同じぐらいの若さ、二十二歳という若さでそこにポンとそれ

も静岡の人間じゃありませんので、方言的なこととか、生活習慣とかもなかなか理解できない。そういう中で微妙に誤差が生じていく、と言う時に自分は試されていると思いがち。こういう時にどうやって自分は立ち向かっていくのか？自分のなかで考えました。その時に原点を考えながら少しずつ、自分はやっていくなということで、医療の場で福祉の援助職をやっていくのは、お医者さんも看護師さんも必要だって分かっているんですけども、すごく厳しい攻め際の中で何を優先していくかということ、今よりはさらに狭い、医療の厳しさを追求していくんですね。生か死かの選択を迫られる時に家族の都合であるとか職員の都合とか、押し出されてしまう。そういう時に私は白衣を着ている医者として立っている人たちに相手にされなかった。

その時ごちゃごちゃ言っていた彼女の方に患者が流れていくが、それでいいのだろうか？その時代結核という病気は嫌われていたのです。結核はすぐ命が亡くなるわけではないけれども、長い闘病生活が必要、ということとそこで患者さんが大変な悩みを持っていました。そこが私の働き場になる。その患者さんの持っている生活課題をきちんと考えるということがわかりました。そのとき看護婦の実習に来る人たちは、必ず相談室で実習期間中に三、四日でしたけれども実習をする。そして一緒にみんなで、その中で患者さんの医療についても相談するという私の役目がありましたから、それを果たす一方で、もうひとつお医者さんのインターン制度のなかでお医者さんも福祉の勉強をする。という時代になってきました。ちょうど昭和の四十年代で、東大の七十年安保で医学の学生が立ち上がって、激しい「安田講堂」の事件がありましたけれども、その時と同じでした。勤務先は県立病院でしたが、国立の医学部の学生さんが実習で来たり、インターンシップで来たりしました。そういう先生たちと、若さでしょうね、実習が終わってから、私は業務が終わってから、アフターファイブで病院の中で、面談室だったり、家族の待

機室だったり、そういう所を利用しながら、勉強会をやったところで今まで私とぶつかっているお医者さんは、こういう厳しさをと通り越したがゆえに私のように甘っちょろい考えの人を排除するんだなあと理解できました。でもそこで止まったら人間成長は無いのだろうなと思ひ、私の中で闘争心が沸き立ちました。

私は何とか狭い入口ですけど、入ろうとしながら入口をこじ開けてきました。茶道でいうにじり口ですね。そういうなかで具体的に私が出会った専門職、というのは皆さんに資料として配っています。そういう医療ソーシャルワーカーが集まって社団法人というのを作りまして、ソーシャルワーカーの倫理綱領を作りました。これは一九六一年私が就職して間もない頃につくられたことで、未だに(時代めいていますけれども)生きています。社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、それからソーシャルワーカー協会という団体の基本になった倫理綱領で御座います。

資料二の方では、医療ソーシャルワーカーって、どんな仕事をするのか?というところで厚労省の方から業務指針ができました。私が就職したとき、今は改訂版ですけども、業務指針の最初のものでした。コピーなんてありませんし、ガリ版刷りですよ。で用紙も茶色になって、こんな真白でないので、さら紙です。でも、黄色くなっていますけれども、私はまだとっています。だから先ほど、学部長先生からご紹介いただいた本字に講師として雇われた時も、それを持って、そのことを説明しながら、お医者さんや看護婦さんたちに、「えーそんなの持っている人いたんだ。そういうのがあるのは聞いてたけど持っていたんだ。」と、で私はなくさず持っていたんで、と示したんです。そこには、当時の社会情勢をもろに反映した業務指針ですけども、特に、今いきなりその資料を使わせていただこうと思っただけですね。二百二十七頁下の段のところに、上は現在の社会情勢の変化、雇用など、いろいろな問題がおきてきて、無保険の子供が出たり、高齢者医療の問題、また振り返してもう一度、検討課題になっていました。

ど、そういう状況の中を反映しながら、たぶん前の趣旨が微妙に変わってきますけれども、その中で何をしなければならぬのかっていうのはソーシャルワーカーの真髓に触れる部分だと思ったので、この業務指針をお示しました。下の方に病院等の保健医療の場合において、社会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的、社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進をはかる。医療ソーシャルワーカーの果たす役割に対する機会がますます大きくなっていると、厚労省でいってお書きくださってますけれども、現にこの仕事に就いているワーカーはみんな悩んでいる。その場で悩むことは違う。で今悩んでいる多くの人は、介護保険に今なりましたよね。だから、医療も変わってきて、介護と医療は違いますけれども、介護保険のなかで介護支援専門員、俗にいうケアマネージャーという役職に対する保証ですけれども、その方たちと自分たちの業務と何が違うのか?というふうに若い人たちは、ダイレクトに学んでいます。勉強会で悩んで止まっていたら何も援助につながらないから、広げればいいんじゃないって言ったんですけど「志田さんは大変なところ通ってきたから何となく広げていけるけど自分らはそうはいかないんだよ」って言ってましたけれども、業務が決まってくるとそれを援助していく時の方法論、仏教福祉学科の学生さんは社会福祉援助技術論、援助技術演習だったり、私と一緒に学びましたよね。そういう時に私は理論は理論で説明しているときに具体的な事例、事象を出して、そこで説明をしていくと皆さんは納得して頂ける。じゃあここで患者さんになったり、お嫁さんになったり、時には子供になったり、いろんな問題、特に前にいる四年生は一期生ですので、私も社会福祉士の養成をする、という時になっていましたので一緒になって事例を自分たちで作っていく、ロールプレーを何回も何回も繰り返しました。その繰り返しの中でたどりついたのはやっぱり援助をするではなく援助させていただくという視点に立った時に相手に思いが伝わる。ということをお互いに確認することじゃないかと思います。そういう業務のな

かでその次の頁に業務範囲が示されています。そんな厳しい、詳しい決め方をするのか？医療という枠の中で本来の治療、病気を治すという治療していくうえで必要なものをキチンとどうとらえていくのかということが必要だと思ふんですよ。特に療養中の一番に述べられているのは療養中の心理的、社会的問題の解決、調整に対して援助する。細かい所は、またコメントしていただけたらと思います。その次に具体的に对应していけるようになって、今の現状では病気が治っても、すぐ退院するという人たちが少なくなっている。家族が遠のいている。生老病死が病院という所に凝縮している。という中では、この福祉援助というのは、私は非常に苦勞しながら、なおかつソーシャルワーカーの醍醐味を發揮して、いろいろの地域の社会資源を利用しながら患者さんやご家族に援助していける。大変面白いのある仕事だと思えます。それは単なる救急病院から、医療の緩やかな、次の病院へ後方病院へ（いやな感じはしますけれども）そういうところに行き、なおかつそこで新しい出会いして治療法を探していただいて、うちに帰れる人もいるし、それでも家に帰れず、施設を選択してきた人もいます。そういう調整を一生懸命やってきました。その時に、医者の前では、看護師の前では見せない、患者さんの姿、家族の本音部分での語り、というのが、そこでわかったということで、カンファレンスをやったり、会議をしますので、ソーシャルワーカーとして、その場身を置くようにと医療部長から言われるようになったときには、ほんとにソーシャルワーカーの仕事が、この病院のなかで必要とされたのです。院外とのつながりも大変順調にあって、最初、冷たく突き放した仲間も一緒にあって抄読会をやったり、新しい資料が入りますと、その当時はコピーが青いコピーでした。紫色にコピーすると紫色に仕上がるんですけども、そういうコピーでお互いに資料で話すという状況、その次に業務として入ってきたのが、社会復帰です。これはその患者さんの持つる能力をよく分析しながら、職場とか、学校とかに復帰できるようにしてい

く。とくにここで私は思い起こすと、今でいう一例を示すと不登校、そういうお子さんが病気になるってしまふ。病気に逃げている子どもたちとの出会いでした。そこで親御さんの苦勞を知るにはソーシャルワーカーですと言うより共働きの女性ですと言ったほうが相手にとって通りがよかった気がします。やっぱりへたな抵抗をされたくないという部分が自分のなかにありましたから、とくにそういう所を気にしながら、やっていきました。この時は地域の社会資源それから、いろいろ福祉の機関、それぞれの児童相談所も含めて、そういう機関との連携との大切さをそこで体験しました。

その次に出てくるのが受診、受容援助、入院は必要だけれども入院できない人。入院はしたけれども、家族の問題とか本人のいろいろな考えで、治療に対して不満があったり、お医者さんにも言えない、看護師さんにも言えない。という中で誰が受け皿になるか？と言うとやっぱり、資料で七つ小分けにしますけれども、そうした問題を一手に引き受けながら、必ずそのことを医療チームのメンバーに返していこうという努力をしてみました。それを返すことが次の新しい患者さんやご家族がいらっしやったときに、ワーカーに相談してみなさいと御紹介していただく機会のきっかけを作っていたかなと思えました。その次が経済的問題でした。その調整だったりしたんでしたけれども、当時は医療費の制度が今よりは不十分でした。ですので、金の切れ目が縁の切れ目のようにして病院を出ざるをえない、その人たちが本当に治療が必要だったら、どうやって医療とつなげていけばいいかということを考えながら具体的に、公的な医療制度、医療保障のなかで、その患者さんやご家族にあう状況を一緒に探していく、私が先行で探すわけではありませんので、こんなのがありますけど、どうでしょうか？という形で具体的に説明を伴うようにしながらやっていく。それから社会活動だったり、自分の研究活動だったり、こういう業務をしてくる中で私はい

ろんな事を考えました。(ちょっと時間のバランスが危うくなってきましたけれども) そのときに援助技術や研修の時に援助の方法ということを追求してきたとおもいます。個別援助であったり、集団援助であったり、地域福祉を主に考える援助の方法であったり、というところで考えながらいろいろやってきました。

そこで出会ったのが同じ医療社会事業協会に所属しているメンバーのなかで、限りなく実践について考えながら、記録をどう残していこうか? という風にかんがえた仲間たちです。それは実践記録研究会といまして、ちょっと本を持ってきました。

「方法としての実践論」、医療ソーシャルワークの現場からというのを大学の提出の論文にも書きましたが、こういうのをまとめた時になを考えたかっという、自分は今、難しい理論をたくさん理解したりする。さらに自分で書いたこの本を抜き出していきますけれども自分の体験の中から示されたもの自己を対象化として、自己をさらけ出して記録を残す、それは自分の為に書くんですね。そして客観的視点を育て、誤りに気づくこともありますので。こんな援助して、これでよかったのか? と考えることもあります。その時の手直しも自分の中です。そして自己の業務の構築化に努力して、もう一度援助が正しかったのか? 再現化してみる。そして理論化していく媒介としてその自分の記録を確認していくということ、ケース記録を書く時の、わたしの一番単純なフレームとして決めました。それを決めて研究会のメンバーに示しながらしていったとき、そこで言われたことってたくさんありましたけれども、そういう中でワーカーとしてどう繋がっていくか、ということ自分を確かめていく、常に自分を確かめる。その中で、いくつかの課題を自分のなかに持ちながらそれを原点としてやっていく。皆さんも多くの夢や生活課題を持ちながら日々努力している、そういう中で原点は変化してもいいんですけど。振り子のように戻っていくということが私

の体験的な中でいえることかなという風に思うんです。そして私が援助した患者さんから、一緒に働いたお医者さんから、御家族から多くの学びに参加させていただきました。

最終的に社会福祉の援助は援助する側にあるのじゃないんです。患者さんや家族のためにあるのだと思うのです。だから時に医者とぶつかり、看護師とぶつかり、「志田さんそんなこと言うならここに入っている患者さんをあなたの中に連れて行ってよ。」はしたない気持ちですけど、そういうことも部長さんから言われるほど寂しく見切られたこともありませう。医者たちは治療をしたい、でも家族は払えないけど治療をしてほしい、そこで何をするかというとは、払えないなら何らかの方法で、法的な公的な支援を受けられるようにしなければならぬですね。

いろいろな今までの経験の中から例をあげると、御主人があまりまじめな父ではなかったので、家族が背中合わせになっている。その中を何とかほじくって協力できる人はいないかどうか、子供さんにもお尋ねしてみたら、長男とか長女はもう家庭をもっていて、御話を聞いてみると、僕らが何とかするから治療をしてもらえないか申し出があった。慈善事業でないから、医療費がたまっている人に、さらに高額な医療負担がかかるような医療行為は行えないと、医者側から言われましたけれども、ご家族の方に理解いただくためには、私がほんとに病院の側ではなく、患者とご家族の悩みの中でやっていく。そうした、ちょっとした信頼関係が社会福祉援助のなかでは「ラポール」と言いますけれども、「ラポール」の成立したときに相手の方はきつと努力をする。奥さんはへろへろしてもう、駄目でしたけれどもそういうお子さんたちが支えてやって、最後にほんとによかった。医者もしょうがないと言いながら分割払いで医療費を入れていくということ、了解を得てなんとかやっていけたという、経験も私はもっています。そうした一連の中で、私はなぜこんなに人はケアをするんだろうか？それはケアというのが医療の場ではケアが優先

されませけれども、その次にケアという行為ができて、今世間で言われている、介護離れ、介護職に従事する人がたらない状況がある。一人暮らし、いろいろな問題を抱えていくことですが、このことに関して皆さんおひとりおひとりになせそういうことをするのか？高齢者だったり、障害者だったり、認知症の人だったり、そういう人たちに對して、私たちは、人として敬愛する。たぶん仏教の世界でもつながるものがあると思うんです。だから簡単に答えなんて出ないんです。わたしもきつと答えなんて出ないだろうと思いつながら、しゃかりきになってそこまで歩いて行く中から初めて哲学的な価値が生まれた。それから倫理が出てきたりするんだろうなと思います。その為には、こうやって出会った人達の満足度、それから出会ったこととお互いに交流して達成していく達成感。そういうものが非常に大切につながりになってくる。そのつながりのなかで一つのアイデンティティが生まれ、次の支援に向けて自分の自信になってくるという考えをもっています。

今は福祉の世界は3Kの時代です。ある施設の職員が「3Kっていうけど自分たちが自分を否定してみたら何も始まらないよね」と委員会がおわって話してみたらそういう言い方をしました。その時に、施設職員さんが自分は言葉足らずだけれども、感謝する、感激する、感動する、みんな「K」がつく、そういうことで、このことって必要だと私は思いました。社会福祉の仕事は私の説明ではまだ玄関口しか見えないかもしれませんが、さらにそこから入っていただいて、よりよくそれを成長させて、自分のものにしていく。人々の生活を支え、それから人生を背負う、そういうなかで限らないこと、それはとっても楽しいし、苦しみにしないでことは従事している人たちの思いでありそれはプライドでもあったり、いろいろな価値観で自分との葛藤の中で考えていくとやっぱり、自分が長くいた世界ですので、否定的なことって気にはなりませんけれども、それに向かって行けることは、いろいろな機会

を与えてくださる出会いが中心じゃないかなとおもうんです。

最後に私がかかわった患者さんで、ずっと病院にいらしてご家族が事情があったもんですから、特別老人ホームに入所した方を具合が悪いので会いたいっていつてるよ。という事で施設の職員から連絡を頂戴して、訪問してみました。まだ六十過ぎぐらいでしたから社会的には働ける年齢ですけれども、病状は厳しいので先が短いということを知ってまして、自分は今度生まれ変わったら、ということを話してくれて、枕元に耳を傾けてきくと、「自分はいろいろな人の世話になった。だから、生まれ変わったら人の世話をしたい」と彼は言いました。その人は、私たちが病院にいた時は、医者も私も、困らせました。「いやな患者さんだね。」と看護師さんは三交代しますので準夜勤の時間帯というのは、患者さんのいろいろな顔が見える時期です。準夜勤の夜勤をするのがとってもいやで、できるだけその患者さんがいるブロックに張り付けられないように、婦長にゴマをすって回る看護員もいたぐらいに嫌われた人でした。その人がそういうことを言ったことに、私は涙が出ました。病院に行って今まであなたをお世話してきた人たちに伝えてもいい?と聞くと、「僕これね、遺言かもしれない。伝えてくれていいんです。」で、帰ってさっそく伝えました。いろいろ意見交換をしてきたんですけれども、そこで反省したことは、人と人との出会ってする、教育しかり、医療しかり、ですよね。介護の問題も利用者さんができにくくなったことを代わってあげる。ただ、自立を阻害してはいけないわけですから、そこらへんの判断は、専門性を追求しながら、自分の中で一つの考えを持って接する。そういう時にきちんと客観的に冷静に見抜ける能力、瞬発的に何が今この患者さんに必要かと判断できる力、その力を自分の中で養っていくことが大事な、というふうに私たちはその時、話しました。でこの社団法人で作った、これの元になっている保健医療ソーシャルワークで何回も医療の場でソーシャルワーカーのいる意味って何だろうか?

医療という部分をきちんと考えながら医療分野で社会福祉の領域を広げていく。きちんと患者さんの生活課題に触れながらそれを育て、作っていくことの必要性みたいなことを、この本を作るとき、静岡から、代表で家族に迷惑をかけながら、何度も東京に行って、研究し、各地域から出てきた仲間と語り合いました。

今回最終講義をするにあたって、その当時研究を一緒にやってきた仲間たちがどういう道をたどったのか？と思いましたが、私と同じように教育の場を与えられて、教員として仕事している仲間になっていました。ぜひ同じ共通基盤を持ったソーシャルワークをやってきた人たち、今、強力に何らかの形でかわり合った人たちと、再度出合いをしながら自分の実践の中でまだ中途半端な理論を再構築したり、膨らましたり、それから新しい議論に刺激を受けながら、検討していく、育てていく。臨床で頑張っている、若い世代の人たちは業務の縛りが大変厳しいので、その縛りの視界のなかではゆとりが持てませんので、私たちこそ、それができるのではないかと考えました。で気が早いので、言えばさっと通じる人に電話したら「卒業するなら楽しみだ。一緒にまたやろう」といわれましたので、私の新しい、また目標をこれから育てたいかなという思いをしています。そういう意味で十分、伝わらなかったかもしませんけれども、社会福祉士職として、専門性を追求するときに、あまりにも実践例を出しましたけど、皆さんにとどかなかった部分は御無礼を致します。色々情報が豊かにございますので穴埋めをして頂いて、今後の皆さんのご健闘を祈念して私の話を終わらせていただきます。ご協力ありがとうございました。

資料 1

医療ソーシャルワーカー倫理綱領

日本国憲法の精神と専門社会事業の原理にしたがい、われわれは次のこと
がらを医療ソーシャルワーカーの倫理綱領とさだめる。

われわれは

1. 個人の幸福増進と社会の福祉向上とを目的として活動する。
2. 対象者の処遇にあたっては、その意志の自由を尊重し、秘密を守り無差別平等の原則にしたがう。
3. ソーシャル・ワーカーとしての自覚をもって対象者との専門的援助関係を保ち、その関係を私的目的に利用しない。
4. 医療社会事業の意義と機能が他の関係職員に理解されるようつとめ、その目的達成に努力する。
5. 専門職業の立場から社会活動をおこない、社会資源の活用と開発をはかり、社会保障の完成に努力する。

(社)日本医療社会事業協会採択、1961年)

資料 2

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)

平成 14 年 11 月改正

一 趣 旨

少子・高齢化の進展、疾病構造の変化、一般的な国民生活水準の向上や意識の変化に伴い、国民の医療ニーズは高度化、多様化してきている。また、科学技術の進歩により、医療技術も、ますます高度化し、専門化してきている。このような医療をめぐる環境の変化を踏まえ、健康管理や健康増進から、疾病予防、治療、リハビリテーションに至る包括的、継続的医療の必要性が指摘されるとともに、高度化し、専門化する医療の中で患者や家族の不安感を除去する等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。近年においては、高齢者の自立支援をその理念として介護保険制度が創設され、制度の定着・普及が進められている。また、老人訪問看護サービスの制度化、在宅医療・訪問看護を医療保険のサービスと位置づける健康保険法の改正等や医療法改正による病床区分の見直し、病院施設の機能分化も行われた。さらに、民法の改正等による成年後見制度の見直しや社会福祉法における福祉サービス利用援助事業の創設に加え、平成 15 年度より障害者福祉制度が、支援費制度に移行するなどの動きの下、高齢者や精神障害者、難病患者等が、疾病をもちながらもできる限り地域や家庭において自立した生活を送るために、医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが十分な連携の下に、総合的に提供されることが重要となっている。また、児童虐待や配偶者からの暴力が社会問題となる中で、保健医療機関がこうしたケースに関わることも決まてまればなくなっている。

このような状況の下、病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る医療ソーシャルワーカーの果たす役割に対する期待は、ますます大きくなってきている。

しかしながら、医療ソーシャルワーカーは、近年、その業務の範囲が一定程度明確となったものの、一方で、患者や家族のニーズは多様化しており、医療ソーシャルワーカーは、このような期待に十分応えているとはいえない。精神保健福祉士については、すでに精神保健福祉士法によって資格が法制化され、同法に基づき業務が行われているが、医療ソーシャルワーカー全体の業務の内容について規定したものではない。

この業務指針は、このような実情に鑑み、医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが社会

福祉学を基にした専門性を十分発揮し業務を適正に行うことができるよう、関係者の理解の促進に資することを目的とするものである。

本指針は病院を始めとし、診療所、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等様々な保健医療機関に配置されている医療ソーシャルワーカーについて標準的業務を定めたものであるため、実際の業務を行うに当たっては、他の医療スタッフ等と連携し、それぞれの機関の特性や実情に応じた業務のウェイト付けを行うべきことはもちろんであり、また、学生の実習への協力等指針に盛り込まれていない業務を行うことを妨げるものではない。

二 業務の範囲

医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 受診や入院、在宅医療に伴う不安等の問題の解決を援助し、心理的に支援すること。
- ② 患者が安心して療養できるよう、多様な社会資源の活用を念頭に置いて、療養中の家事、育児、教育、就労等の問題の解決を援助すること。
- ③ 高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービスの活用を援助すること。
- ④ 傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤や家族内の暴力に対応し、その緩和を図るなど家族関係の調整を援助すること。
- ⑤ 患者同士や職員との人間関係の調整を援助すること。
- ⑥ 学校、職場、近隣等地域での人間関係の調整を援助すること。
- ⑦ がん、エイズ、難病等傷病の受容が困難な場合に、その問題の解決を援助すること。
- ⑧ 患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服、生活の再設計を援助すること。
- ⑨ 療養中の患者や家族の心理的・社会的問題の解決援助のために患者会、家族会等を育成、支援すること。

(2) 退院援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。

- ②介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の理解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。
- ③退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をする事ができるように、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。

④転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。

⑤住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。

(3) 社会復帰援助

退院・退所後において、社会復帰が円滑に進むように、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、次のような援助を行う。

①患者の職場や学校と調整を行い、復職、復学を援助すること。

②関係機関、関係職種との連携や訪問活動等により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院・退所後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。

(4) 受診・受療援助

入院、入院外を問わず、患者やその家族等に対する次のような受診、受療の援助を行う。

①生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供等を行うこと。

②診断、治療を拒否するなど医師等の医療上の指導を受け入れない場合に、その理由となっている心理的・社会的問題について情報を収集し、問題の解決を援助すること。

③診断、治療内容に関する不安がある場合に、患者、家族の心理的・社会的状況を踏まえて、その理解を援助すること。

④心理的・社会的原因で症状の出る患者について情報を収集し、医師等へ提供するとともに、人間関係の調整、社会資源の活用等による問題の解決を援助すること。

⑤入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合には、これに参加し、経済的、心理的・社会的観点から必要な情報の提供を行うこと。

⑥その他診療に参考となる情報を収集し、医師、看護師等へ提供すること。

⑦通所リハビリテーション等の支援、集団療法のためのアルコール依存症者の会等の育成、支援を行うこと。

(5) 経済的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険等関係諸制度を活用できるように援助する。

(6) 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

①他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支

援すること。

- ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療・福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること。
- ③地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。
- ④関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。

三 業務の方法等

保健医療の場において患者やその家族を対象としてソーシャルワークを行う場合に採るべき方法・留意点は次のとおりである。

(1) 個別援助に係る業務の具体的展開

患者、家族への直接的な個別援助では、面接を重視するとともに、患者、家族との信頼関係を基盤としつつ、医療ソーシャルワーカーの認識やそれに基づく援助が患者、家族の意思を適切に反映するものであるかについて、継続的なアセスメントが必要である。

具体的展開としては、まず、患者、家族や他の保健医療スタッフ等から相談依頼を受理した後の初期の面接では、患者、家族の感情を率直に受け止め、信頼関係を形成するとともに、主訴等を聴取して問題を把握し、課題を整理・検討する。次に、患者及び家族から得た情報に、他の保健医療スタッフ等からの情報を加え、整理、分析して課題を明らかにする。援助の方向性や内容を検討した上で、援助の目標を設定し、課題の優先順位に応じて、援助の実施方法の選定や計画の作成を行う。援助の実施に際しては、面接やグループワークを通じた心理面での支援、社会資源に関する情報提供と活用の調整等の方法が用いられるが、その有効性について、絶えず確認を行い、有効な場合には、患者、家族と合意の上で終結の段階に入る。また、モニタリングの結果によっては、問題解決により適した援助の方法へ変更する。

(2) 患者の主体性の尊重

保健医療の場においては、患者が自らの健康を自らが守ろうとする主体性をもって予防や治療及び社会復帰に取り組むことが重要である。したがって、次の点に留意することが必要である。

- ①業務に当たっては、傷病に加えて経済的、心理的・社会的問題を抱えた患者が、適切に判断ができるよう、患者の積極的な関わりの下、患者自身の状況把握や問題整理を援助し、解決方策の選択肢の提示等を行うこと。
- ②問題解決のための代行等は、必要な場合に限るものとし、患者の自律性、主体性を尊重するようにすること。

(3) プライバシーの保護

一般に、保健医療の場においては、患者の傷病に関する個人情報に係るので、プライバシーの保護は当然であり、医療ソーシャルワーカーは、社会的に求められる守秘義務を遵守し、高い倫理性を保持する必要がある。また、傷病に関する情報に

加えて、経済的、心理的、社会的な個人情報にも係ること、また、援助のために患者以外の第三者との連絡調整等を行うことから、次の点に特に留意することが必要である。

- ①個人情報の収集は援助に必要な範囲に限ること。
 - ②面接や電話は、独立した相談室で行う等第三者に内容が聞こえないようにすること。
 - ③記録等は、個人情報を第三者が了解なく入手できないように保管すること。
 - ④第三者との連絡調整を行うために本人の状況を説明する場合も含め、本人の了解なしに個人情報を漏らさないこと。
 - ⑤第三者からの情報の収集自体がその第三者に患者の個人情報を把握させてしまうこともあるので十分留意すること。
 - ⑥患者からの求めがあつた場合には、できる限り患者についての情報を説明すること。ただし、医療に関する情報については、説明の可否を含め、医師の指示を受けること。
- (4) 他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携

保健医療の場においては、患者に対し様々な職種の者が、病院内あるいは地域において、チームを組んで関わっており、また、患者の経済的、心理的・社会的問題と傷病の状況が密接に関連していることも多いので、医師の医学的判断を踏まえ、また、他の保健医療スタッフと常に連携を密にすることが重要である。したがって、次の点に留意が必要である。

- ①他の保健医療スタッフからの依頼や情報により、医療ソーシャルワーカーに係るべきケースについて把握すること。
 - ②対象患者について、他の保健医療スタッフから必要な情報提供を受けると同時に、診療や看護、保健指導等に参考となる経済的、心理的・社会的側面の情報を提供する等相互に情報や意見の交換をすること。
 - ③ケース・カンファレンスや入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合にはこれへの参加等により、他の保健医療スタッフと共同で検討するとともに、保健医療状況についての一般的な理解を深めること。
 - ④必要に応じ、他の保健医療スタッフと共同で業務を行うこと。
 - ⑤医療ソーシャルワーカーは、地域の社会資源との接点として、広範で多様なネットワークを構築し、地域の関係機関、関係職種、患者の家族、友人、患者会、家族会等と十分な連携・協力を図ること。
 - ⑥地域の関係機関の提供しているサービスを十分把握し、患者に対し、医療、保健、福祉、教育、就労等のサービスが総合的に提供されるよう、また、必要に応じて新たな社会資源の開発が図られるよう、十分連携をとること。
 - ⑦ニーズに基づいたケア計画に沿って、様々なサービスを一体的・総合的に提供する支援方法として、近年、ケアマネジメントの手法が広く普及しているが、高齢者や精神障害者、難病患者等が、できる限り地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、地域においてケアマネジメントに携わる関係機関、関係職種等と十分に連携・協力を図りながら業務を行うこと。
- (5) 受診・受療援助と医師の指示

医療ソーシャルワーカーが業務を行うに当たっては、(4)で述べたとおり、チームの一員として、医師の医学的判断を踏まえ、また、他の保健医療スタッフとの連携を密にすることが重要であるが、なかでも二の(4)に掲げる受診・受療援助は、医療と特に密接な関連があるので、医師の指示を受けて行うことが必要である。特に、次の点に留意が必要である。

- ① 医師からの指示により援助を行う場合はもとより、患者、家族から直接に受診・受療についての相談を受けた場合及び医療ソーシャルワーカーが自分で問題を発見した場合等も、医師に相談し、医師の指示を受けて援助を行うこと。
- ② 受診・受療援助の過程においても、適宜医師に報告し、指示を受けること。
- ③ 医師の指示を受けるに際して、必要に応じ、経済的、心理的・社会的観点から意見を述べること。

(6) 問題の予測と計画的対応

- ① 実際に問題が生じ、相談を受けてから業務を開始するのではなく、社会福祉の専門的知識及び技術を駆使して生活と傷病の状況から生ずる問題を予測し、予防的、計画的な対応を行うこと。
- ② 特に退院援助、社会復帰援助には時間を要するものが多いので入院、受療開始のできるときから早い時期から問題を予測し、患者の総合的なニーズを把握し、病院内あるいは地域の関係機関、関係職種等との連携の下に、具体的な目標を設定するなど、計画的、継続的な対応を行うこと。

(7) 記録の作成等

- ① 問題点を明確にし、専門的援助を行うために患者ごとに記録を作成すること。
- ② 記録をもとに医師等への報告、連絡を行うとともに、必要に応じ、在宅ケア、社会復帰の支援等のため、地域の関係機関、関係職種等への情報提供を行うこと。その場合、(3)で述べたとおり、プライバシーの保護に十分留意する必要がある。
- ③ 記録をもとに、業務分析、業務評価を行うこと。

四 その他

医療ソーシャルワーカーがその業務を適切に果たすために次のような環境整備が望まれる。

(1) 組織上の位置付け

保健医療機関の規模等にもよるが、できれば組織内に医療ソーシャルワークの部門を設けることが望ましい。医療ソーシャルワークの部門を設けられない場合には、診療部、地域医療部、保健指導部等他の保健医療スタッフと連携を採りやすい部門に位置付けることが望ましい。事務部門に位置付ける場合にも、診療部門等の諮会議のメンバーにする等日常的に他の保健医療スタッフと連携を採れるような位置付けを行うこと。

(2) 患者、家族等からの理解

病院内パンフレット、院内掲示等により医療ソーシャルワーカーの存在、業務、利用のしかた等について患者、家族等からの理解を得るように努め、患者、家族が

必要に応じ安心して適切にサービスを利用できるようにすること。また、地域社会からも、医療ソーシャルワーカーの存在、業務内容について理解を得よう努力すること。医療ソーシャルワーカーが十分に活用されるためには、相談することのできる時間帯や場所等について患者の利便性を考慮する、関連機関との密接な連絡体制を整備する等の対応が必要である。

(3) 研修等

医療・保健・福祉をめぐる諸制度の変化、諸科学の進歩に対応した業務の適正な遂行、多様化する患者のニーズに的確に対応する観点から、社会福祉等に関する専門的知識及び技術の向上を図ること等を目的とする研修及び調査、研究を行うこと。なお、3. (3) プライバシーの保護に係る留意事項や一定の医学的知識の習得についても配慮する必要があること。

また、経験年数や職資に応じた体系的な研修を行うことにより、効率的に資質の向上を図るよう努めることが必要である。