

原 著

医療ソーシャルワーカーの業務と専門教育の変遷
——精神衛生法改正から医療ソーシャルワーカー業務指針まで——

竹 内 一 夫

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成4年3月26日受理)

Changing Process of the Task and the Professional Education
of the Medical Social Worker in Japan.
—— From the Revision of Mental Hygiene Act
to the Professional Task of Medical Social Worker ——

Kazuo TAKEUCHI

Department of Medical Social Work

Faculty of Medical Welfare

Kurashiki, 701-01, Japan

(Accepted Mar. 26, 1992)

Key words : medical social work, role, task, professional education, official document

Abstract

This is the second report about the changing task and professional education of the medical social worker in Japan.

Just as the first report, the official documents were used in a retrospective investigation.

An objective period was chosen from 1965 to 1989.

Results :

1 . Legally and socially professional education required the medical social worker has to be recognized as university level.

2 . The content of professional education about medicine for the medical social worker is not agreed upon yet.

3 . The professional business for the medical social worker is expanded from simple casework to casework, groupwork, community work (community organization), research, and social work administration. BY the report of the professional task group on the medical worker (1989), commitment to the planning of community health medical welfare system is additionally required for the medical social worker.

4 . After 1974, the medical social worker achieved the position in the health assurance

system in Japan without a certified qualification. It means that the importance of the medical social worker's function in the medical setting is accepted by hospital administrators.

要 約

本稿は、我が国における医療ソーシャルワーカーの業務と専門教育の変遷に関する第2報である。

第1報と同様に、公的文書を用い、経時的に検討を行った。

対象期間は昭和40年から平成元年までとした。

結 果

1. 医療ソーシャルワーカーに要求される専門教育は、法的にも、社会的にも大学レベルのものとして認められるようになった。

2. しかし、医療ソーシャルワーカーに対しての医学的な専門教育の内容に関しては、いまだに一致を見ない。

3. 医療ソーシャルワーカーの専門業務は、ケースワークから、ケースワーク、グループワーク、コミュニティーワーク(コミュニティーオーガニゼーション)、リサーチ、ソーシャルワークアドミニストレーションに拡大した。加えて、医療ソーシャルワーカー業務指針(1989)では、医療ソーシャルワーカーは、地域保健医療福祉システムの計画づくりの参画をも求められている。

4. 1974年以降、医療ソーシャルワーカーは、法的資格を欠くまま、日本における健康保険制度の中での位置付けを得た。これは医療の場におけるワーカーの機能の重要性が、病院管理者から受け入れられたことを意味している。

はじめに

第1報では精神衛生法の改正(昭和40年6月)以前の公的文書の中で、医療ソーシャルワーカーの専門性、業務、教育がどのように取り扱われ、また変化してきたかを取りあげた。そこで確認できたことをあげると、次に述べる3点であった。

1) 保健所法制定後11年で、医療ソーシャルワークはその対象を、当初の「患者」から「患者及び家族、または地域」にまで拡大し、「医療チームの一部門」という位置づけを得た。

2) 同時期、医療ソーシャルワークの専門技法の面では、当初のケースワークに加え、グループワーク、ソーシャルワークリサーチ、コミュニティー・オーガニゼーションの一部へと拡大がみられた。

3) 専門教育の面では、保健所法制定後15年で、既にスーパーバイザー養成までを含んだ、大学

教育でのカリキュラムが提案されていた。

本報では、精神衛生法改正から、平成元年に出された「医療ソーシャルワーカー業務指針」までの期間を対象とし、この間に出された公的文書について、第1報と同様の検討を行う。

1. 精神衛生法改正による変化

昭和40年6月、昭和39年に起きたライシャワー事件を契機に、昭和25年に制定されていた精神衛生法が改正され、その第42条に「精神衛生に関する業務に従事する職員」として「精神衛生相談員」が規定された。この第2項に「前項の職員は、学校教育法に基づく大学において社会福祉を修め卒業したものであって、精神衛生に関する知識及び経験を有するものその他政令で定める資格を有するもの」とされ、政令とされる精神衛生法施行令第7条では、法42条に規定する資格を有するものとして「学校教育法に基づく大学において心理学の課程を修めて卒業

したものであって、精神衛生に関する知識及び経験を有するもの」というように記されている¹⁾。今日的にいうと、臨床心理士も相談員となれるとしたわけで、法に規定された「社会福祉を修められたもの」という、相談員（精神科ソーシャルワーカー）の教育的バックグラウンドが薄れた感はあるが、保健所運営指針にみられた短大程度の学歴ということからすれば、この法改正で、4年制大学で社会福祉を修めたものと、その教育レベルが規定された意味は大きい。

また先の保健所法で医療ソーシャルワーカーが、精神衛生法改正で精神科ソーシャルワーカーが法的に規定され、医療に関わる両ワーカーの法的位置づけが整ったといえる。

2. 精神衛生法改正から精神保健法まで

i. 法令・通知等にみられる医療ソーシャルワーカーの業務

昭和22年の保健所法、同33年の「保健所における医療社会事業の業務指針について」においても、明確にされなかった医療ソーシャルワーカーの機構上の位置づけ、また病院業務の中への取り入れについての厚生省の考え方を知る材料としては、昭和44年4月、厚生省医務局から出された「病院経営管理指導要領」があげられる。これには、医療社会事業は事務機構から分離した方が望ましい事、また医療社会事業を病院業務の中に取り入れ、専任の職員を配置することが望ましいという事が記載され、これまでの指針等での事務機構への位置づけから、医療チームへの位置づけへと一歩踏み出したものとして、それもこれまでの保健所を中心としたものから、一般医療機関へとその対象を広げたものとして評価できる。

また昭和49年10月には、社会福祉法人立の病院または診療所の医療ソーシャルワーカー配置基準をはじめて明示した「社会福祉事業法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について」という通知が、厚生省社会局長、児童家庭局長名で出された。その中の「無料又は低額診療事業の基準」の第3項で「医療上、生活上の相談に応

ずるために医療ソーシャルワーカーを置き、かつ、そのために必要な施設を備えること」が規定され、統続いて同年12月に厚生省社会局庶務課長、同児童家庭局企画課長名で出された「無料又は低額診療事業の基準の運用について（内翰）」²⁾では、先の第3項の具体的内容について、(1)医療ソーシャルワーカーは、社会福祉主事の任用資格を持ち、かつ、病院にあっては専任であることを原則とすること、(2)医療ソーシャルワーカーの活動に必要な施設は、専用室であることが望ましいが、これによりがたい場合は、カーテン、ついたて等で他と明確に区別すること、(3)医療ソーシャルワーカーの数は、医療施設の人員等に対応して必要数とするが、おおむね200床あたり1名とすること、と規定された。ワーカーの教育については、社会福祉主事の任用資格（社会福祉事業法第18条に規定され、大学、旧制大学、旧制高等学校、旧制専門学校で、厚生大臣の指定する科目を修めて卒業した者、厚生大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者）という曖昧な表現に留まっていたが、これにより医療機関におけるワーカーの配置基準がはじめて明示されたのである。

また昭和49年は、日本の医療制度の根幹をなす健康保健制度の中へ、精神科ソーシャルワーカーの働きが取り入れられた年でもあった。この年の診療報酬点数改正時に、精神科ディ・ケア料算定の要件の1つとして、精神科ソーシャルワーカーの設置が取りあげられた。

昭和49年におこったこの3つの出来事は、医療ソーシャルワーカーの業務が、これまでの保健所から、公的に一般病院、精神病院へと拡大していく足掛りとなったといえよう。

昭和57年から同61年までの4年間は、医療ソーシャルワーカーの働きが、健康保険制度の中でその位置を拡大していった時期である。昭和57年4月には、労働災害保険での診療報酬に「医療社会復帰指導管理料」が記載され、昭和58年2月実施の老人保健法では、医師の指導を受けて、薬剤師、保健婦、栄養士、医療ソーシャルワーカーが退院後の療養上必要な指導を行った場合、「退院時指導料」が算定できることとなった。昭和61年4月の診療報酬点数改正では、精

精神科ナイト・ケア料の算定が、精神科ソーシャルワーカーの設置を要件の1つとして認められるようになり、老人診療報酬点数表でも、老人ディ・ケアをより効果的に実施するために、医療ソーシャルワーカーの協力を得て実施することが望ましい旨記載された。

このように公的資格を持たない医療ソーシャルワーカーの働きが、健康保険制度の中に取り入れられていった背景には、医療機関における老人の病床占有率の上昇、国民医療費（特に老人に関する医療費）の健康保険財政への圧迫、精神病院における人権問題への対応ということが考えられるであろう。またこの他関係職能団体の医療ソーシャルワーカーの資格化、業務の保健点数化への根強い要望と、当局へのそれまでの団体からの働きかけも見のがせない事実である。

昭和62年3月には、厚生省に設置された、「新たな医療関係職種資格制度の在り方に関する検討会」の中間報告が出され、臨床工学士、医療福祉士、義肢装具士、補聴器士、言語聴覚療法士の5職種の資格制度化を検討した結果、医療福祉士に関しては、速やかに法制化すべきであるとしながらも、「医療関係職種としての業務の範囲について、若干の議論が残り、また養成についても患者の社会関係の調整等の業務が支障なく行えるために必要な教育の在り方をどう考えるか等、いまだ検討調整が必要である」とされ、医療ソーシャルワーカーの資格の法制化は見送りとなった。

同年6月には「老人保健法施行に伴う保健所の機能強化について」³⁾が健康政策局長通知として出され、「保健所における老人性痴呆等と関する精神衛生相談事業を強化するため、精神衛生相談員の設置をすすめるものとする」と、要員の確保の項で精神衛生相談員が取りあげられた。

ii. 精神衛生法の改正・改称

これまでの入院中心の医療から、地域での医療への転換、精神障害者の人権、社会復帰の促進を基本的考え方として、昭和62年9月に精神衛生法が改正、改称され、精神保健法となった。これに伴い、これまでの精神衛生相談員の規定

に加え、第38条（相談、援助等）で、「精神病院の管理者は、入院中の者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及び保護義務者等との連絡調整を行うように努めなければならない」との条文が入り、精神病院における社会復帰のための相談、援助等が、病院管理者の努力義務とされた。これまでの精神衛生法では、保健所におけるワーカーの業務が規定されていたにすぎず、この改正により、ワーカーの業務が精神病院の業務の1つとして位置づけられた意味は大きい。

iii. その他の働き

昭和48年8月、行政管理庁行政監察局から、「国立療養所の運営に関する行政監察結果報告書」⁴⁾が出ており、この中で医療社会事業が取りあげられている。これは第1報で取りあげた「国立結核療養所における医療社会事業について」

（昭和33年）の監察報告とみなしてよい。これの問題点および所見の項では、「長期入院患者の多い国立療養所においては、医療社会事業の必要性は高いものと考えられるが、全般的にみると専任のケースワーカーが配置されているところは少なく、多数の療養所では兼務職員をこれにあてているものの、その活動状況は低調であって、また、その取扱う問題は一部に限定され、設備等も不十分なものになっている」とし、説明の項で専任のワーカーを置いている療養所の活動を「いずれも独立の面接室を設け、患者の入院時には、個別に面接調査を行ない、ケース記録も整備されて、処置事例も医療費支払等経済的問題から精神問題、家族、生活問題まで多様であって、社会復帰の促進についても著しい効果をあげた例もあり、さらに医師看護婦等とともに患者の治療上の指針を検討するケース・カンファレンスを行ったり、リハビリテーションの症例検討会に参加しているところもある」とし、専任の医療ソーシャルワーカーの活動を評価している。具体的な内容は不明ではあるが、ケースワーク業務として現在に近いものが実施できていたといえよう。

昭和52年5月には、日本学術会議が「リハビ

リテーションに関する教育・養成体制について」⁵⁾という勧告を提出した。医療ソーシャルワーカーの教育に関しては、Ⅲの3項「医療福祉士の養成教育の望ましい水準」で「医療福祉士の教育養成は、今後も4年制大学で（社会福祉系）行われるべきものとする。また指導的な役割をもつ医療福祉士（スーパーバイザー）及び教育研究者の養成は当面大学院修士課程で、将来は博士課程で行われるべきであろう」とし、その教育内容としては「広く社会や人間に関する理解を基盤とするべきことはいうまでもないが、その上で医学的基礎知識を含む医療福祉の専門教育の充実を望みたい。」としている。内容的には第1報で取りあげた公衆衛生審議会の昭和37年の答申と同内容と考えられるが、先の続きに「新しい医学知識実質的な技術の修得のため、1年間の研修コースを設置することを望みたい」と、卒後研修にはじめてふれていることは評価できる。

昭和58年9月には、厚生省医務局国立病院課長・同国立療養所課長通知として、国立病院、国立療養所、国立がんセンター及び国立循環器病センターに勤務する「医療ケースワーカーの標準業務について」という通知が出されている。勤務場所が限定され、これらの施設に勤務する医療ソーシャルワーカーの数も限定されているため、全体への波及効果は少ないものの、当時の厚生省の見解を知る上では大切な資料である。

この通知では「患者のもつ心理的、社会的な問題を担当し、医療チームの一員として、疾病の治療やリハビリテーションなどの医療活動を円滑にすすめることを主な役割とする専門職である」と医療ケースワーカーを定義づけている。業務内容としては、面接、情報の収集、心理・社会診断とケースワークプログラムの作成、情報の提供、心理・社会治療、評価、記録、連絡・調整、維持・管理、その他ケースワークに必要なことの10項目が定められている。この通知ではあくまでもケースワーク業務に焦点があたっており、ソーシャルワーク業務とはなっていないが、ケースワーク業務だけに限定して考えれば、今日においても何等问题となるべきものはないほど整備されている。この通知で注目に価

することは、この時点で初めて面接業務に関し、備考で「業務は医師の指示・諒解のもとに行うこと」と記されたことであり（これ以前の通知、通達では見られなかった）、その範囲は後に取り上げる平成元年の「医療ソーシャルワーカー業務指導」の受診・受療援助ところで求められている医師の指示に比べ、巾広いものであったことである。何故この通知で、このような記載が必要であったかを、知り得る資料は残念ながら見当たらないが、48年に出された先の監察報告の結果と合わせて考えると、医療ケースワーカーの職にある職員が、医療チームの一員としてうまく機能できていなかったためではないかと推察できる。

昭和59年9月には、「労働福祉事業団の病院（労災病院）のM・S・W（メディカルソーシャルワーク）業務基準」が続いて作成された。これも労災病院という特別な役割を持つ病院での業務基準ではあるが、国立以外の医療機関での業務基準として注目に価いする。

この基準では、先の国立病院等の業務基準の内容をより進めたものとしている。ワーカーの業務に於いては「医療システムの一部」として位置づけ、社会復帰への援助を明確に打ち出したことが特徴であろう。業務の範囲は、経済的・社会的問題の解決調整、診療機関の援助、人間関係の調整、心理情緒的問題援助、社会復帰・退院援助、関係（者）機関との連携・協力の6項目をあげ、業務促進の条件整備の項では、ボランティア活動グループとのつながり、患者のグループ化への呼びかけ等を取りあげ、記録・業務統計様式も制定されている。この基準で取りあげられた業務は、現在各地の病院で実施されている業務と比べ、遜色のないものと評価できる。

昭和62年1月には、大学病院医療のあり方、長期入院対策、在宅医療、訪問看護の推進などを中心に「医療システムの構造改革」に取り組むため、厚生省に国民医療総合対策本部が設置された。その構想として、長期入院抑制対策として、老人保健施設以外の長期療養施設の整備、疾病別の標準的入院期間の設定、病院なり国が「入退院マニュアル」をつくり医療ソーシャル

ワーカーが関与した「患者の処遇にかんする委員会」で退院後の指導を行うということを打ち出した。この方針を受けて、全日本病院会、日本医療法人協会、日本精神病院協会、日本病院会によって、同年11月に「入退院マニュアル作成指針」出され、その中で「入退院適正化のための委員会」に医療社会事業部代表等の参加が明記された⁶⁾。この動きは国及び病院団体から、医療ソーシャルワーカーが、患者の入退院に関してではあるが、病院のアドミニストレーションに関与することを認知されたものと考えられる。

これに続き、昭和62年4月には、厚生省と日本医師会が合同で設置した「病院機能評価に関する研究会」が、医療ソーシャルワーカーの配置の有無を評価項目の1つとして取りあげた報告書を出した。⁷⁾これは医療ソーシャルワーカーの業務が、医療システムの一部として認められた事であり、先の病院団体の動きと共に、ワーカーの業務を今後医療システムの中で定着させ、拡充していくための1つの足掛りとなるといえる。

3. 精神保健法改正以後、医療ソーシャルワーカー業務指針まで。

i. 法令・通知等にみられる動き

昭和63年1月には厚生省令として「老人保健の施設及び設備、人員並びに運営に関する基準」⁸⁾が出され、第3章人員に関する基準第4条第1項の3に相談指導員が記載された。相談指導員（ソーシャルワーカー）の配置基準として「入所者の数が百又はその端数を増すごとに1以上」、ディ・ケアを行う施設では「入所者数と通所者の数の合計数が百又はその端数を増すごとに1を加えた数以上」と定められた。ワーカーの配置及び配置基準を明記したものとして、社会福祉事業法に次ぐものと位置づけられる。

昭和63年2月には「精神障害者社会復帰施設設置要綱」⁹⁾が厚生省保健医務局長通知として出され、精神障害者援護寮では1名の精神科ソーシャルワーカーが、精神障害者通所授産施設では、1名以上の精神科ソーシャルワーカーの配

備が職員の項に記載された。

また同年4月に行われた診療報酬点数改正では、重度痴呆患者ディ・ケア料及び、重度痴呆患者収容治療料算定の要件に、精神科ソーシャルワーカー又は、臨床心理技術者等の専従が記載され、医師の指示を受け、理学療法士が看護婦、医療ソーシャルワーカーと共に指導を行った場合も、退院患者理学療法指導料及び開放型病院老人協同指導料が算定できることとなった。

ii. 厚生省「医療ソーシャルワーカー業務指針」を定める

本稿で概観してきたように、医療ソーシャルワーカーは、その公的資格を欠くまま、老人保健や精神障害者の医療において、その重要性が認識されてきたが、先にもふれたように、昭和62年3月に出された「新たな医療関係職種の資格制度の在り方に関する検討会」の中間報告で、その資格の法制化は先送りとなった。この先送りの理由となった「医療関係職種としての業務の範囲について、若干の議論が残る、また養成についても患者の社会関係の調整等の業務が支障なく行えるために必要な教育の在り方をどう考えるか等、いまだ検討調整必要である」ということを受け、また厚生省の考えにある「医療関係職種」という位置づけに対する職能団体の意見の不一致を受けたかたちで出されたのが、平成元年3月の「医療ソーシャルワーカー業務指針」である。

この業務指針の目的はその趣旨のところで、「従来、精神科ソーシャルワーカーと呼ばれてきた者も含め、医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法について指針を定め、資質向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが専門性を十分発揮し業務を適正に執行することができるよう、関係者の理解の促進に資すること」と述べられている。

業務の範囲は、(1)経済的問題の解決、調整援助、(2)療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、(3)受診・受療養援助、(4)退院（社会復帰）援助、(5)地域活動、の5項目にまとめられ、業務の方法は、(1)患者の主体性の尊重、(2)プ

イバシーの尊重, (3)他の保健医療スタッフとの連携, (4)受診・受療援助と医師の指示, (5)問題の予測と計画的対応, (6)記録の作成等, の6項目にまとめられている。

上記各項目の細部から専門技術を拾い出してみると、ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークが業務の範囲の中で位置づけられており、アドミニストレーション、リサーチが業務の方法の中で位置づけられ、理論的にも非常にすっきりした形になっている。ただソーシャルアクションについてはどこにも位置づけられない。これは厚生省の出したこれまでの通知、文書に共通であり、当局の基本的な考え方と受け止められよう。

医療ソーシャルワーカーの組織上の位置づけについては、その他のところで「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こと。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の連係を採りやすい部門に位置づけられることが望ましい事」と、医療ソーシャルワーカーの部門の独立と、保健医療スタッフとの連係を強調している。この文章の続きでは「やむをえず、事務部門に位置付ける場合には、診療部門等の諸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係を採れるような位置付けを行うこと」としている事から、診療部（医師、コメディカルを含む）か、診療補助部（コメディカル部）への組織的位置付けを意図したものであるといえよう。

その他この業務指針にみられる特徴は次の5点である。

- ①患者の自己決定の尊重
- ②患者のプライバシーの尊重（単に守秘義務に留らず、情報コントロールを意味する）
- ③患者・家族への医療ソーシャルワーカーの業務の明示を指示
- ④受診・受療援助については医師の指示を受けることが必要であることを明記。
- ⑤問題の予測と計画的対応の必要性（入院、受療開始のできるだけ早い時期から相談を開始することにより、問題の予測と予防的、計画的

な対応を行う）

これら5点のうち④に関しては、昭和58年の国立病院第のワーカーを対象とした「医療ケースワーカーの標準業務」の面接業務の備考に「業務は医師の指示・諒解のもとに行うこと」という記載が見られるだけで、明確に取り上げられたのは今回の業務指針がはじめてである。この5点いずれもが、ワーカーとしてその専門性を自覚し、またその専門性を高めていく上で不可欠なものであると考える。ただ④であげた医師の指示ということに関し、現在もおお専門職能団体の中で意見の一致をみておらず、それがこの指針を一步すすめた公的資格へと転換できない障壁になっている。

以上、精神衛生法改正から医療ソーシャルワーカー業務指針まで、約20年間の公的文書の中での医療ソーシャルワーカーの業務、教育の取り扱い方を見てきた。

本稿で確認できた事をまとめると次のようになる。

- 1) 昭和40年6月に精神衛生法が改正され、精神衛生相談員が規定されたが、法律的にはこの法律がはじめて、必要とされる専門教育として、4年大学における社会福祉教育を定めた。
- 2) 昭和49年10月の社会福祉事業法の一部改正により、社会福祉法人立の病院、診療所に医療ソーシャルワーカーを置くこと（社会福祉主事の任用資格必要）、およびおおむね200床に1人という配置基準が示された。
- 3) 昭和49年を境に、診療報酬点数表に精神科ソーシャルワーカー、医療ソーシャルワーカーという言葉が、算定等の要件として記載されだし、公的資格がないまま、日本の健康保険制度の中で、専門職の1つとしての扱いを受けだした。
- 4) 入退院マニュアル作制指針、病院機能評価マニュアル等に医療ソーシャルワーカーの業務が取り上げられ、病院管理の立場からも、その業務の必要性、専門性が認められるようになった。
- 5) 昭和63年1月には老人保健施設でのワーカーの配置基準、同2月には精神障害者社会復帰施設での精神科ソーシャルワーカーの必置性が定められた。

6) 平成元年3月の医療ソーシャルワーカー業務指針により、全保健・医療領域で働くワーカーの業務、組織上の位置づけについての国の考え方がはじめて明示された。

昭和22年の保健所法から昭和40年の精神衛生法の改正までを、法令・通知等における医療ソーシャルワークの基礎的条件整備期とするならば、昭和40年以後平成元年の医療ソーシャルワーカー業務指針までの約25年は、基礎的条件の発展、充実期であったと評価できよう。特に後半の25年は、日本の医療制度の根幹をなす健康保険制度の中で、医療ソーシャルワーカーの業務が取り上げられ、位置付けられて来たことは、社会的認知を得る上で、大変大きな意味があったと考えられる。

ま と め

昭和22年の保健所法に、はじめてその法的根拠を持った医療ソーシャルワークの業務は、医学・医療の進歩、社会状況の変化に伴い、その業務の範囲を、個人に対するケースワーク援助から、地域の保健医療福祉システム作りへの参画までにと拡大してきた。

地域保健医療計画、老人福祉推進10ヶ年戦略(ゴールドプラン)が実施に移されている現在、医療機関そのものが、従来のように独立機関としてその活動が続けていく事は難しい。今後は医療機関も、地域保健医療福祉システムの一部として機能していかざるをえないであろう。従って医療ソーシャルワーカーも、医療機関と地域のコーディネーターとして、時には、在宅医療、在宅福祉のケースマネージャーとしての役割を果たしていく事が要求されるようになろう。

医療ソーシャルワーカーの教育レベルとして

は、法令・通達等に見られるように、福祉系4年制大学卒業レベルということで、社会的にも一応の一致を見たと考えられる。しかし、その教育内容については、教育機関、職能団体の間でまだ一致を見ていない。現状では、社会福祉士受験資格を得るレベルでの教育で充分だという意見から、それに基礎に、より医療福祉に係る専門教育の充実を望むものまで巾が広い。現実はまだ具体的に検討され、論議されていないというのが実情である。

医療ソーシャルワーカーとして、患者や家族、また地域に関わる場合、社会的存在としての人についての知識、社会福祉制度・施設についての知識、専門技術についての知識・技能の修得は基本的事項として押えなければならないが、そこには患者の持つ身体的・精神的問題の理解が伴わなければならない。しかもその関わりは、発病から治癒、あるいは死の転帰を迎えるまでの様々なレベルであり、医学、医療の知識、また検査や治癒の侵襲性(invasiveness)についての知識がないと、業務指針にある「実際に問題が生じ、相談を受けてからの業務を開始するのではなく、生活と傷病の状況から生ずる問題を予測し予防的、計画的に対応を行う」という「問題の予測と計画的対応」は困難である。

今後、臨床の場において、医療ソーシャルワーカーが援助過程で、どのような知識をもとにどのような判断を下すか、またその判断にもとづいたサービスの有効性はどうか、あるいはどのような知識があれば、より有効な判断とサービスがなされたのかについての検証を積み重ねることを通し、専門教育内容を教育機関と臨床現場の連携のもとに、築きあげていく事が課題であろう。

文 献

- 1) 大阪府衛生部(1965)精神衛生法新旧条文対照を参照した。
- 2) 厚生省社会局庶務課監修(1989)社会福祉事業関係法令通知集、全国社会福祉協議会、東京、pp 431-433。
- 3) 厚生省健康政策局編集(1990)健康政策六法(平成2年版)、中央法規出版、東京、pp 478。
- 4) 児島美都子、皆川修一、山手 茂編(1980)患者に福祉サービスを、法律文化社、京都、pp 199。
- 5) 日本学会会議(1978)リハビリテーションに関する教育・養成体制等について(勧告)、医療と福祉、No 33。

13 (2), 12-14.

- 6) 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会(1991) 社会福祉・社会保障研究委員会報告——ソーシャルワークの研究教育について(とくに保健・医療領域におけるソーシャルワーカーの資格・教育を中心に)——, 別添資料1, pp 3.
- 7) 日本医師会(1989) 病院機能評価マニュアル, 金原出版, 東京, これは報告書をもとに作制されたマニュアルであり, その93頁に, 評価項目の1つとして医療ソーシャルワーカーの配置が取り上げられている.
- 8) 厚生省健康政策局編(1990) 前掲書, pp 1515.
- 9) 厚生省保健医務局精神保健課監修(1991) 精神保健関係法通知集, ぎょうせい, 東京, pp 537.