

## 42年を振り返る—時代と歩むソーシャルワーク実践、そして研究—

高山 恵理子

### はじめに

おかげさまで、今年で定年退職となります。病院に着任したのが1983年ですので、それから42年がたちました。そのように時が経たという認識は自分にはなかったのですが、最近学生に医療福祉論の講義をする際、「あなたたちはまだ生まれていない時代の話だけれど」と前置きをすることが多くなりました。私も以前の医療状況の「語り部」になってきたんだなあ、と感じるこの頃です。

私が初めて病院に着任した1983年から42年をさかのぼると、1941年、第二次世界大戦中になります。その少しあと—終戦直後の時代に着任したMSWの方<sup>1</sup>にお目にかかり、ご自身の自分史をお書きになったものをいただいたことがありました。ワープロで書かれホチキス止めの冊子でしたが、個人としての御経験の積み重ねからは時代の息吹が感じられ、今でも大切に保存しています。そのようなことを思い出し、その方の冊子には遠く及ばないにしろ、退職の機に、医療ソーシャルワーカー（MSW）として経験してきたことを、書き留めたいと思いました<sup>2</sup>。振り返ると、当初考えていた以上に、大きな変化を経験していたことを再認識しました。そのような当時の状況を一MSWの経験として伝えることができれば、幸いです。

### 1. 「ソーシャルワーカー」との出会い

私は1982年に大学を卒業しました。津田梅子氏が設立した津田塾大学です。今年は5000円札の顔になり、私たち卒業生は、このことを少し茶化しながらも楽しんでいます。が、学生時代より学内にあるこの創始者のお墓を詣でるほど身近に、そして、誇りに思っています。学芸学部国際関係学科に在籍しました。ご存じの通り、津田塾大学は女子大で、創設当初は、英語を身につけ英語の教員になることで、女性の自立を促すことを目指した学校でした。その後、国際関係学科ができました。国際関係がイギリスやアメリカ等の大国を中心に、さらには政治や経済を中心に語られていた当時の状況に対して、周縁とみなされがちな小国の存在に焦点をあて、同時に、文化や社会の重要性に鑑みて文化人類学、社会学などの教員が多く在籍している学科でした。そのような中で私たちは学んだわけなんですけれど、私自身はそこで社会心理学と出会い、人と人、人と社会との関わりの面白さにすっかり魅了されました。

大学4年になり—当時は4年生の夏休みまで就職活動が解禁されなかったんですね。大学4年の夏休みに職場訪問を行う中で、遅ればせながらようやく将来の職業について考えるとともに、一般企業で働くという事のイメージが持てずにいました。そのような時に、偶然入った本屋に『ソーシャルワーカーになるには』という本がおいてあり、これはなんだろう？と思っ

たのが、初めてのソーシャルワーカーとの出会いでした。振り返ると、2年次に受講した「比較文化序説」で、担当教授が「自分の妻はソーシャルワーカーだ」と誇らしげに話していたのですが、その頃は全く気にもかけずにいましたし、社会的にも知られていない職業でした。本をばらばらと捲るなかで、「この仕事は面白そう」と思い、ソーシャルワークを自身の職業にしたいと考えたのが、そもそもソーシャルワーカーになるきっかけでした。

## 2. 日本社会事業学校研究科

調べましたら、日本社会事業大学に、大学既卒者を対象に社会福祉を教える1年制の研究科コースが併設されていると分かりましたので、そこに入学することにいたしました。当時、研究科は、定員が15名で、私たちの1982年生は、14人入学し、12人で卒業しました。本当に少人数でした。

研究科時代の講師の先生方には、ゼミでは若き日の古川孝順先生に学んだのをはじめとして、三浦文夫先生、仲村優一先生がいらっしや、大橋謙策先生の講義では、夏休みの宿題として、地元の社会福祉協議会に見学に行きました。3人の社協職員が区役所の一角で仕事をしていたような時代でした。小松源助先生の講義では、ご自身が翻訳されたパートレットの「社会福祉実践の共通基盤」を輪読しました。教員になり講義でもソーシャルワークの歴史において必ず紹介する文献ですが、当時は意味がよく分らずに読んでいたものでした。小松先生は大変熱心で、ソーシャルワークの文献は重要ですので、文献講読をしましょう、事例検討もやりましょう、と多くの補講をもってくださいました。文献講読では、バイスティック、ハミルトン、パールマン、ホリスなどの文献を輪読しました。非常勤講師として、日赤病院の田戸静先生、国立公衆衛生院（当時）の坂上裕子先生も、ご自身の実践・研究成果を伝授してくださいました。もう一つ、印象に残っているのは、阿部實先生の社会調査の授業です。東京都老人総合研究所（当時）と共同で、ビルメンテナンス従事者の調査を行ったことです。メンテナンスの仕事をしていらっしゃる高齢者の方達を対象とした調査で、実際に、調査票作成、面接、分析を一緒にさせていただきました。対面して話をお伺いする経験は本当に貴重だったなと思っています。

2週間ですが特別養護老人ホームで実習を行いました。1年間のコースなので、福祉のことがよく分らない時期に十分な事前学習もせずに行った実習でした。私の場合は宿泊での実習だったのですけれど、夜になると、よく宿直の職員の方たちに話を聞かせていただいたりしました。おそらく、規定や規則がゆるやかな時代だからこそ許された経験なのだと思います。今から考えると若造の意見にも正面から向き合ってください、将来の進路について助言をいただき、貴重な体験でした。当時の実習は、ソーシャルワーク実践を学ぶというより、社会福祉現場と利用者について身をもって体験し理解したものと思っています。

研究科の学び全体でも、ソーシャルワーク実践、そして面接スキルについては学んだ記憶がほぼありません。ここは今の時代と大きな違いだと思うのですが、当時は、社会福祉

士資格はなく、ソーシャルワークや、社会福祉学の標準化されたカリキュラムもない時代でした。私は、この研究科でのカリキュラムが「普通」だと思っていましたが、上智大学ではカウンセリングや精神保健、スキルに関する科目があったと聞き、大変驚いたものでした。それぞれの大学が理念に基づいた教育をしていた時代であったのだと思います。

忙しい1年でしたが、その合間に流山で「メデュトピア」を主宰している医師<sup>3</sup>の集会を訪問したり、まさに行き当たりばったりといえる動きをしていました。

### 3. 初任者として大学病院へ

#### (1) 病院勤務のMSWの状況

このような研究科での経験をへて、大学病院へソーシャルワーカーとして就職することになりました。1983年から89年の6年間半在職しました。厚生省の資料によると、国内の病院勤務のMSWは当時（1980年）2624名でした（表2）。大学病院退職の翌年である1990年にもその数は未だ5000人に満たなく、2倍に増加しているものの非常に少ない時代でした。ちなみに、2023年現在は、27827.9名ですので、この間に病院勤務のMSW数は10倍となっています。<sup>4</sup>

#### (2) 大学病院での支援内容

大学病院では、6年半在籍しましたが、そのうち5年にわたって大本和子氏と2人職場で実践を行いました。1000床の病院に2人の体制ですので、今からは想像が難しい状況だといえます。当時は、特にソーシャルワーク課題を多く持ちがちな透析療法、脳卒中、脊髄損傷等の患者に重点的に関与し、それ以外の診療科・病棟には、医療スタッフにソーシャルワーク機能を知っていただき、適宜依頼を出していただくことで対応していました。

就職して一番最初に言われたのは、「まず、生活保護の保護基準の計算をできるようにしてね」ということでした。今でこそ、退院支援が6-7割、それ以上を占める急性期病院ですが、当時は、経済問題が最も割合が大きい援助内容でした。高額療養費はいったん立替えなくてはならない時代で、室料差額という慣行化している保険外の医療費も負担としてのしかかっていました。この室料差額については、生活保護になると免除になりました。このような中で、生活保護に該当する可能性がある患者さんをきちんと判断し、福祉事務所を紹介することが求められていました。生活保護に明らかに該当しない患者は、無駄足になるだけでなく、福祉事務所で不適切な対応をされる状況が当時はありました。そうならないよう、保護基準の計算できることは必要でした。

そして、着任当初は経済問題が最も大きな問題だったものが、1980年代後半になると退院（転院）支援が援助内容として次第に大きくなってきました。入院して何日間かたった時点で、患者さんは退院後の方向についての検討が求められ、MSWに紹介されます。患者にとっては傷病による後遺障害などについての現状を受け入れることが課題であるといえる

時期から、退院支援を始めることがソーシャルワーカーに求められるようになってきました。病院の機能分化は始まりつつあった時代ですが、このことが一般的に認識として定着していないなか、当惑する患者さんが多くいらっしゃり、このように当惑された段階から支援を開始し、納得して転院できるよう支援することが必要でした。そうはいつても、平均在院日数の短縮が病院として課題となり始めてはいたものの、今ほどの圧迫感はなかった時代だったといえます。

### (3) 院内チームにいか定着するか

当時、私がいた大学病院では、看護部門長が、「有能な看護婦はソーシャルワーカーを使わない。自分たちでできるもの」という考えに基づいていた方でした。今の協働の時代からは想像しにくい状況かもしれません。当時は、医療関連職種が相次いで誕生していましたので、看護師から見ると、自身の職域が脅かされるように見えたのではないかと、今は思います。

看護師は「こういう患者さんがいるのだけれど、この制度を紹介しようかと思うんだけど、どうでしょうか」と。MSWにコンサルトはしてくださるんですね。このように電話連絡があったときに、「こういう場合はこうです。こういう場合はこうです。…その方は、どのような様子でしょうか?」と、場合によって異なるということを取って細かに伝えると、電話越しに「はああ〜」とため息とともに、「そちら（相談室）に行ってもらいます!」といわれ、ようやく面接につながるというような状況でした。当時はそのような状況でしたので、病院の中にソーシャルワーカーが、関係職種と良い関係を築きながら、どのようにしてか定着するということが大きな課題でした。当然、これは、私が勤務した病院での事ですので、そうではない病院ももちろんありました。

ただ、1990年代に、上智大学の卒業生である田中千枝子氏が、病院におけるソーシャルワーカーの定着に関する論文で、「ソーシャルワーク機能を、既存の治療システムや医療チームに脅威や不快感を与えず組み込む」（田中 1993:19）観点の重要性を指摘したのを読み、「そうそう、脅威を与えないことは大事」と大いに共感したことを覚えています。当時のMSWの状況の一側面としてあった傾向ではあったのだろうと考えます。

そのような中で関係ができてくると、定例カンファレンスや回診への参加が認められたり、そこで意見が求められるようになり、MSWの業務の仕方が変化してくるという事がありました。私の大学院における研究テーマである院内におけるチーム・連携は、この大学病院での経験が影響していると思っています<sup>5</sup>。先ほど言ったような状況なので、回診やカンファレンスで、その患者さんのソーシャルワーク課題を説明すると、「あ、わかりました。病棟で看護師がやります」といわれることも相変わらずありましたが、「じゃあ、お願いします」の一言で支援を開始できるような関係性の変化についても、具体的な場面で体感していたといえます。

#### (4) 大学病院であることの特徴：診療・教育・研究

そんなような実践をしていたわけなんですけど、大学病院ということで特徴がありました。医学部生をはじめとする学生もいるし、研修医もいるので、いろいろなところで勉強会をしてるんですね。だから学びたい、勉強したいと思ったときには、その場がいくらでもあるというような環境でした。私たちが相談室として行っていた勉強会以外にも、頭部外傷や家族療法などの勉強会がリハビリテーション科や精神科教室で行われており、そこに参加させていただいていました。大学病院は、診療、教育、研究の3本柱があるから、そのことを踏まえるようにと言われていました。看護師もメディカルも当たり前のように学会で発表をしていましたし、それが求められる状況でした。MSW部門では、日報をもとにした業務統計より、疾患名や紹介経路によるソーシャルワーク援助課題の相違などの分析を試みていました。ソーシャルワーカーって一体何をしているのか分からないと言われてますが、それを明確にすることはとても重要だろうと、援助内容の可視化に取り組んでいました。

その後、海外ではジョブ・ディスクリプション・職務明細書がある、それを、日本でも作成しようということで、リハビリテーション・ソーシャルワーク研究会<sup>6</sup>の会員を中心に、業務の統計分析を行いました。あらかじめ項目を設定し、2ヶ月間40名以上のMSWが参加し、10分刻みで自分が行った行動をチェックする調査を行いました。その結果から、ソーシャルワーカーには面接に多くの時間を費やしているという印象があったのですが、「患者家族と面接・電話」をしている時間は、22.8%にとどまっており、関係機関・関係職種との連絡・調整だとか、記録の記載、さらに運営・管理に関する業務も多く行っているということが目に見える形で示されました。

そんな中で、もう1つ、私がここで感じたのは、社会福祉学科を卒業したスーパーバイザーと自分との差です。社会福祉学科というのはすごいなと率直に思ったのは、「軸がぶれない」ということです。例えば、自分はどうして自社の医療保険が使用できないのか？とのことで会社社長が来談した時、いろいろ一緒に調べていたのですが、「その人に自分でやらせてあげればいいのよ。」といわれ、「ああ、そうか。」と思いつつも、「でも、来談した方なんだし…。」と理解しにくかったことがありました。朝の申し送りの時には、これはこうなんだからこうすべきだ、いう価値に基づいた判断をされる姿に、自分にもそのような判断ができるようになるのだろうか、と思ったものでした。これは根本的な違いに感じられて、私の方がどう判断するか、その判断はどのようなことなのか、を理解しようとしました。とにかくこの方についていこう。この方がどう判断するかということをよくよく見て、それを自分もできるようにしていこうというふうに思ったものでした。これは、後に価値と論理を両輪のように育てていかななくてはいけないと改めて思うきっかけになる経験でした。先ほど、研究をせよ、ということがありましたが、つい没頭していると、このことについても、「私たちはね、患者さんの医療費から給料をもらっているの。そのことを忘れないで」と指摘を受け、何がもっとも大事なことなのかを、思い知らされたものでした。

## (5) 社会福祉の資格をめぐる問題

1987年、社会福祉士の資格ができるという話がありました。社会福祉士資格の策定に際して、医療ソーシャルワーカーの事例を参考にヒアリングや議論が行なわれながら、厚生省（当時）は医療ソーシャルワーカーは社会福祉士ではないとみなしました。医療ソーシャルワーカーは医療専門職として別な資格を作ります、と。様々な論点がありましたが、もっとも重要な点は、医療ソーシャルワーカーは社会福祉を基盤とした専門職であることと大きく齟齬がある方針だったことです。その後、社会福祉士に医療ソーシャルワーカーを含めるために、日本医療社会事業協会（現 日本医療ソーシャルワーカー協会）は十数年にわたり、1つ1つの取り組みを積み上げ<sup>7</sup>、最終的に医療ソーシャルワーカーは社会福祉士に位置づけられることとなり、現在に至っています<sup>8</sup>。

そして私のスーパーバイザーは、この出来事から、ソーシャルワークについてさらに深めたいと、アメリカに留学しました。その間、これを機会に増員が認められ、3人となったMSWで業務を行い、そして、スーパーバイザーが留学から戻ってくるのと入れ替わりで、私は結婚により四国に転居することになり、退職しました。

## (6) 新人時代とスーパービジョン

ソーシャルワークの部門は2人態勢でしたので、9時から5時まで（正確には、8時30分から4時30分まで）、さほど大きくない部屋に2人のソーシャルワーカーが過ごしている状況でした。家族よりも長い時間といえます。私の着任当初、時々、先輩が「ホットパックに行ってくる」といって席をはずすのです。30年もたってから、ふとそのことを思い出し、ストレスがあったんだな、大変だったんだな。スーパーバイザーって、新しい部下を持つってそういう大変な事なのか、と思うようになりました。

私は当時はっきりとものを言うタイプで、就職したときも先輩に「私はキャリアとしてソーシャルワーカーを選びました」と言っていました。当時は、ソーシャルワーカーになる方というと、多くの場合、家族や親せきに福祉的な課題があって、それが理由でなりました、というように、モチベーションが明確な方が多かった時代でした。キャリアとして選んだという人はあまりいない時代でした。他の職場に行ったらソーシャルワーカーとして続いていなかったかもしれないと思うところだけども、そのスーパーバイザーは「面白いじゃない」といって育ててくれたというところがありました。当時としては変わり種だな、と思います。

大学病院は当時から入院期間は本当に短かったんですね。その短い期間の中で、その方の将来を考えて何を伝え、何を支援することが必要かを考えての実践でした。それでも、当時のソーシャルワーク部門は、少なくとも私が所属していた病院は牧歌的で、一日中記録を書けるような日もありましたし、面接をした患者さんがたった3人だったというような日もありました。隔世の感があります。

そのような中でスーパービジョンをはじめとする指導は受けやすい状態だったと思います。

スーパービジョンについては、大きな病院では、当時すでに行うべきものと位置づけられていました。初年度、初めの頃は1週間に1回というように時間を取って、すべてのケースについてスーパービジョンを受けていました。次第に、2週間に1回と間隔は広がってくるんですけど、当分は、時間を取って全相談のケース記録を読んでいただいて、「ここはどうだったの?」と確認し、「ここはこうしたほうがいい。」等の助言もあり、援助の方向性を検討する機会をいただいていた。「このケースは親御さんが入院している間、子どもたちだけで家にいるので1回訪問した方がいいわよ。」とか。今で言えば、ヤングケアラーのケースになるかと思うのですが、というふうなスーパービジョンを受けながら、業務を身に着けていったといえます。

このスーパービジョンについてなのですが、ソーシャルワーカーとしての支援に必要なことに焦点化して、あくまでもその支援ということを考えてスーパービジョンをしていたというところが、スーパーバイザーとして助けられたと思えたところでした。その事例を進めていくのに、どうしてこうしたのかということに自分自身の引っかけりだとかこだわりだとかがあった時には、それを表出しながら進めていきましたが、当時は、自己覚知を促すことそのものが目的であるようなスーパービジョンが行なわれ、その中でしんどい思いをされているスーパーバイザーがいる、ということもありました。そうではなかった点も、助けられたところだと思います。そして、スーパービジョンは、自分自身の力量が目覚ましく上がっていているということを実感することは全くないけれど、振り返ると、ソーシャルワーカーとしての仕事が着実に的確に行えるようになったのは、まさしくスーパービジョンのおかげだと思います。

## 4. 四国でのソーシャルワーク実践

### (1) リハビリテーション病院への転職

四国に行ったところが、新居の近くにリハビリテーション病院があり、ソーシャルワーカーが必要ではないか、と考えていたところ、縁があり、そちらに就職することになりました。ここでは、私にとっては、大変驚くことがたくさんあったんですが、400床のリハビリテーション病院でした。今回ここでご紹介するために、ホームページを見ましたところ、1910年代に創設された病院で、1970年初頭にリハビリテーションを始めた病院でしたので、当時としては先駆だったといえます。

この病院は、以前医事課兼務のソーシャルワーカーがいたんですけど、医事課の役職に就き、ソーシャルワークが行えなくなっていました。ですので、本当に久しぶりに着任したということでした。そして、当時、これがソーシャルワーカーの存在意義かと思ったのが、10年以上その病院に入院していらっしゃる患者さんが本当にたくさんいた事です。退院が難しい患者さんが、1973年から少しずつ、増えてきてその時の状況になったということもあるのだけれど、そのような状況でした。まだ、回復期リハビリテーション病棟<sup>9</sup>が新設され

ていない時代です。リハビリテーション入院の期間については、特に制度的な制限がなかった時代のひとつの状況といえます。

## (2) 付き添い看護

そして、これも講義で学生に話すときには、みんな想像つかないと思いますが、と前置きして話すことなのですけれど、当時は基準看護を取っていない病院の存在が認められており、そのような病院は、入院に際して付添いを付けるよう家族に求めることができることとされていきました。このリハビリテーション病院は、この基準看護外の病院で、日常生活動作が自立していない患者さんには、付添いが付いていました。医療保険としては、付添いを付けた場合、定められた基準額にもとづいて償還があるのですが、この金額と慣行料金との間に差額が生じていて、1か月にすると15万円にもなります。物価感覚が東京と違う地方での生活で、この費用はものすごく大きなものなので、家族が付添いにつくんです。そして、6床の病室には、夜になると簡易ベッドを患者のベッドの下から引き出して、12人が寝るということになるんです。そして、そのような環境で、10年以上入院しているという事がありました。とても過酷な状態だといえます。1994年の医療改革で、今はこのような基準看護を取っていない病院はなくなっています。本当に改革といえる大きな変化だと思います。

ある日、高齢の女性の入院患者さんに付き添っている夫に、入院を続けている事情を伺ったことがありました。その方のご自宅は、山の上で急な傾斜の細い道の先だそうです。車いすの妻を連れて帰るわけにいかない、とおっしゃっていました。居宅を別にする等他の方法も大きな決断で考えられない、それもできないまま、ずっと入院している、ということでした。「大変では？」と聞きましたら、「でもね、高山さん。シベリア抑留に比べたら楽なもんですよ」とおっしゃられておられました。当時1980年代の方は、若い時にそういう大変な経験があるから、やれていらっしまったんだなあ、と。とはいえ、家族に障がいが生じると、戦時中の抑留と比較するぐらいの過酷なことなのだと感じた経験でもありました。

この病院には、リハビリテーションのスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）が60名か80名か、いずれにしても当時としては、ものすごくたくさんいらっしまったんですね。そして、ソーシャルワーク的なことは、言語聴覚士が行っていらっしました。脳卒中の患者会も立ち上げておられていました。ですので、ソーシャルワーカーの使い方はリハビリテーションのスタッフが知っていて、着任の翌日から、「こういう人がいるんですけど会ってください」と連絡があり、実務に関わらせていただいたというところでした。印象に残る患者さんはとても多くおりました。船員が多い地域なのですが、医学的には、ほんの少しバランスが取りにくいという程度の障害であっても、船員であるために仕事を継続できない、というように、生活上の障害と医学上の障害との間にギャップが大きいことも目の当たりにしました。

リハビリテーション病院というのは入院患者さん全員に後遺障害に起因するソーシャルワークニーズがあり、全員インテークを行うということをそれまでに理解してきており、そ

のようにしました。入院する患者さんには全員面接し、長期の入院とならないよう、早く家に帰れるようになることを考えていくことが必要というところで、病院のスタッフの皆さんと相談しながら進めたということがありました。

ただ、そのような中で、患者さんとしては10年以上そこに住んでいたら—本当に住んでいるんですね—、そこがもう我が家なんですね。で、そういう患者さんのもとに私が行くと、「ほら退院させられるよ」というふうにいわれました。そのきっかけになった患者さんがいらっしゃいました。PT、OTの方とご自宅を訪問して家屋の改造をし、退院されたんだけど、そのあとわりと期間が短い中で、再発があって再入院されたのですね。退院というのは怖いことだという印象ができてしまった、そんなことがありました。それで、また打ち合わせて方針を少し変えて、これから入院する人は短期間で退院できるようにしましょう。そのリハビリテーション病院がこの地域で数少ないリハビリテーション病院で、入院待機の方がたくさんいらっしゃり、にもかかわらずこの病院は何か月待っても入れないよといわれていましたので、その状況を解消するというところに重きをおきながら、すすめました。長期に入院している患者さんは、退院したいと思ったときにはその時には支援する。けれど、新しく入った患者さんは、長くいればいるほどそこが我が家になるのが、悪くはないかもしれないけれど、できれば住み慣れた地域で生活できたほうが良いというところで、そのように進めていくということになりました。

もうひとり、患者さんに妻がつきそう方がいらっしゃいました。この方も年単位で入院してらっしゃって、その付き添いを妻がされていますので、自宅は子どもたち2人で生活していたんですね。交通事故で加害者が不明だったので補償がなく、生活保護を受けていました。「退院したいんだったら今しかチャンスないよ」というふうには、PTがきっかけを作ってくださって、その方と関わることになりました。私はその時、もう少しで産休・育児のための休職を迎える時期だったため、「今しか…」話したのだと思います。頭部外傷のため感情失禁もありましたが、ご家族が家で介護した方がよいと判断されて、自宅に帰る援助をしたということもありました。今で言えば、ここのお宅もヤングケアラーですね。しかし、この方は、生活保護を受けて妹の世話をしながら、受験をして、国立の医学部に入学されたんですね。時代の差と共に、地域の差もあるかもしれませんが一年齢的にもすごく大人だなと思う事がよくありましたが—この方についても、当時率直に素晴らしい力を持った方と思いました。このような感覚は当時のもので、今になるとそれを「偉い」と感じてよいものだろうか、と思うところですが、そんなような時代であり、そんなケースを経験してきたということでした。

### (3) 地域の病院への転籍

その後出産するのですが、1990年当時は育児休業法施行前でした。そのため、出産後は退職する予定でいました。そのようなところ、大学病院時代のスーパーバイザーが職業継続を強く勧め、また、病院が1年間の休職を認めたため、子どもが1歳2か月になるまで休職し、

その後病院に復帰しました。たまたま看護師等の出産が6-7人重なった時期であり、院内保育が開設されたのですが、この保育施設の利用を認められたことで、かなり安心して復職ができました。

運営・管理部門から、関連病院である地域の輪番制救急を担当する100床の病院にも、相談部門を新設するよう言われ、着任しました。今回振り返ってみて初めて気が付いたのですが、この病院での記憶がとても薄いのです。病院の改築にともなって相談室を作っていたのですが、その相談室の光景が記憶にない。育児と仕事との両立が大変だったためだろうと思います。当時と比較して、環境は整ってきたとはいえ、今、子育てをしながら仕事をしている方たちも同様の状態かもしれないと改めて思うところです。

着任当初「ここ使って」といわれたのが、ベッドがある当直室でした。カーテンを付けてもらい、来談者からベッドが見えないようにして、相談室として使用したことはよく覚えています。100床程度の小さな病院にソーシャルワーカーが入ってくる初期の段階だった、と思うところでした。

救急での入院患者さんのスクリーニングと支援が業務でした。また、人工肛門装着者が多くいらっしまったので、その支援、そして、患者会の立ち上げを行いました。特に、この病院では運営・管理との関わりも期待され、患者アンケート実施や病院の方針策定のためのプロジェクトへの関与等、多様な業務に携わりました。患者アンケートは、患者の意向が明確に数字であられるので、運営・管理部門が即座に対応することにつながる等、貴重な経験をいたしました。

それから在宅療養患者の訪問看護にも同行しました。1992年で介護保険がまだできていない時代です。地域の中にサービス資源はほとんどないし、ケアマネジャーもいない。その中で何とか頑張って家族が介護しているという状況がありました。今でも思い出すのは、家族とは別室に終日布団で寝ている方のことです。とっても清潔にしていっしょのだけれど、それ以上のコミュニケーションは取りにくいところに寝ていっしょの方でした。今の感覚でしたら虐待、ともいえる状況だと思うのですが、当時は、これがこのご家族の精一杯のやり方であると理解していました。2000年、介護保険制度できて、サービス資源が充実し、ヘルパー等外部の方が家の中に自然に入ってくるようになったことで、家族のみが介護の担い手でなくなったことのありがたみを重く感じます。

#### (4) ソーシャルワークの業務を新任ワーカーにいかにつたえるか

近隣の病院に、社会福祉学科をでた2人の初任者を採用した病院がありました。彼女が、「高山さん、何をしたらいいかわからないんです。フォーマットもどうしたらいいのか…」とおっしゃっていて、当時使用していたフォーマットを渡し、サポートしました。当時は、経験者も少なく、初めてMSWを採用する職場に初任者が入るという事がありましたので、社会福祉の基礎はある、しかし、具体的にどうしたらいいかわからないというソーシャルワーカー

は、地域の中にはたくさんいただろうことを思いました。そのような中での試行錯誤は、初任者にとって大変なことだと容易に想像がつかます。仕事を可視化するということは、ソーシャルワーカー自身にとっても、重要なことだと感じました。

数年後に、『ソーシャルワークの業務マニュアル』という本を、大本和子氏、笹岡眞弓氏と作成しました。先述のジョブ・ディスクリプションを展開させた取組みでしたが、この本を作った時には、ソーシャルワーク業務をマニュアルにするのか、という批判がありました。しかし、私としてはそれが役に立つ人が、特にMSWが少ない地域には多くいるのではないかと、彼らの置かれている状況をみていて思うところでした。批判があるのは分からないではないが、必要としている人は多くいる、と、強く思う経験でした。

### (5) ソーシャルサポートネットワーク研修会開催

それからもうひとつこの時期の経験したことに、ソーシャルサポートネットワーク研修会があります。ZOOMどころかインターネットもない時代ですので、当時、地域によって研修機会の差は歴然とありました。日本ソーシャルワーカー協会がこのことを問題にして、地方で研修を実施する際に、講師の経費を補助するという企画をしてくださっていました。それで四国に福山和女先生に来ていただいて、四国4県7人を対象に4回8セッションの連続研修を持ちました。ここでストレングス視点がこんなに有効なのか、ということを実感しました。当時、自分にとっての困難なある患者さんのケースをこの研修に提示したんですね。この研修での方法は明確なステップに従って進めていくのですが<sup>10</sup>、実際自分が袋小路に入ってどうしたらよいかわからなくなっているケースを提示したのですが、検討を終えたときには、やれるじゃないか、というふうに思えたのです。ここで起きた変化は、困っている、問題ばかり、と思うソーシャルワーカーの意識が、その方が取り組んでいること、ポジティブな側面を見えなくしてしまう、ということでした。このポジティブな側面を、グループメンバーとともに見出す、再発見するというプロセスをへて、そのセッションで感じた心持ちで患者さんにお会いすると、支援の展開がかわるのです。良好な関係が構築でき、支援の先が見えてくるのです。そういうことを経験しました。1991-2年です。

もうひとつ研修で取り組んだことに、ソーシャルワーカーとしての視点を意識して業務を行う事の重要性がありました。行ったことのソーシャルワーカーとしての意味を考えてくださいというものです。「こじつけ」でよい、やっていることの意味を意識すると、ソーシャルワーカー側の態勢が変わり、業務の行い方が変わる、という事でした。つきつめると、私たちが行うことは全てソーシャルワーカーとして意味がある、と理解した研修になりました。これは、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティに関わる事であるといえました。

その後、東京に戻るようになった際、大学院に行くことを決めたのですが、この決断には、この研修会での経験がとても大きくありました。このように現場に有用な提案ができるようになりたいということが、最初に大学院に行こうと思ったきっかけでした。ただ、実際に大

学院で学ぶ中、実践と研究では、取り組み方や思考のプロセスが違う事を痛感する日々でした。この「実践と研究」については、10年の実践の後に研究職に就いた自身にとって、取り組まなくてはならないテーマだと認識しています。本学退職後、もう少し社会貢献できる体力がありそうですので、地域で小さな実践を行っていきたくて考えています。その中で、引き続き考えていきたいと思っていますので、もう少し明確にすることができましたら、皆様にご意見も伺いたしたいと思います。

## 5. パラダイムの転換の経験

その後、大学院では、小林良二先生にご指導いただきました。最初に、これから重要な概念となる「エンパワーメント」について、調べるように言われました。専門領域が異なる先生に、研究の仕方を身につけたいので是非、と無理を承知で相談し、ご指導をいただくことに了解をいただいた経緯がありましたので、それにも関わらず、ソーシャルワーク領域について提案をいただいたことには頭が下がります。相川書房の「ソーシャルワーク研究」においても、エンパワーメントが特集される頃でしたが、そこで、Cowgerのストレンクス視点でのアセスメント・ガイドライン<sup>11</sup>を知ったのですが、最初に読んだときにまず思ったのは、告白すると「どうしよう。これじゃ、実践ができない」という思いでした。それまで、アセスメントは、専門家が専門的な知識に基づいて行うものと理解していましたし、当然のように、本人が了解しない「裏のアセスメント」を持っていました。ですので、「これではできない、どうしたらいいのか」と思ったのが最初でした。おそらく、パラダイムが替わる時にはこのような思いを持つものなのだろう、と、振り返ると思います。今は、当然のようにストレンクス視点に基づいて支援を組み立てていることを思うと、ここでも隔世の感があります。

## 6. そして、今思う事

このように見てくると、42年間に社会福祉の状況は保健医療分野に限ただけでも、大きく変化していると実感いたします。ソーシャルワーカーとして着任した当初と比較しても、社会福祉に関連する制度は充実してきていますし、社会の状況も隔世の感があります。このことをお伝えするのが自身の役目であろうと思ったことは、最初にお伝えしたとおりです。

そして、私自身は、このような経緯の中で実践経験を踏まえて、大学院を経て、今、研究・教育に携わっております。私の研究のテーマは、保健医療ソーシャルワークの特に退院支援、連携・協働、そして、ソーシャルワーカー養成ですが、今回振り返る中で、これらのテーマが、全て実践に基づいたのであることを改めて認識しました。

研究・教育については、まだ現在進行中であり、振り返る段になっていないので、もう少し時間をいただいたのちに振り返ることができるとよいと考えています。

そして先ほど少し触れましたが、退職後には今少し、社会貢献の意味で実践に近い立ち位置に立ちたいと考えています。今後どのような生活を送ることになるのか、判らないところ

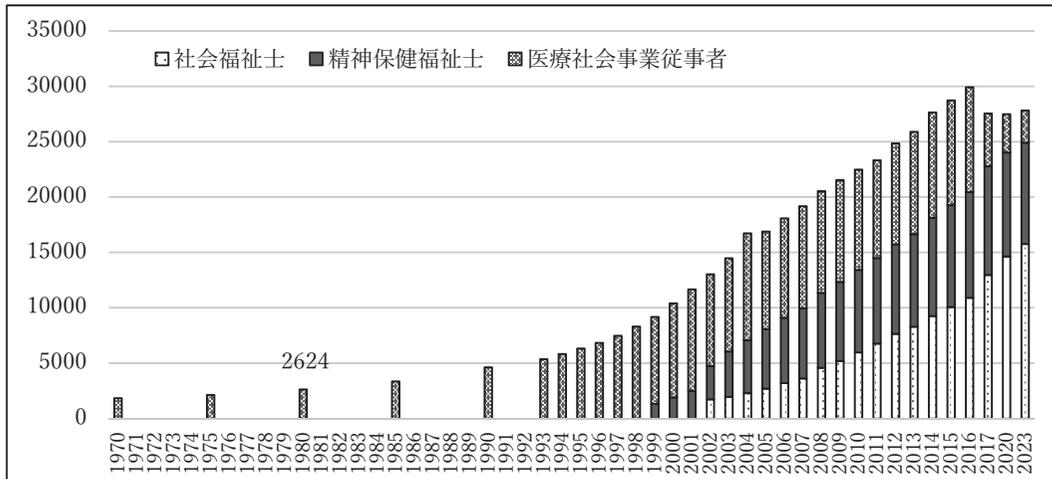
が多いのですが、実践から研究活動に入りましたこの人生の最後には、短い期間にはなるかもしれませんが、実践を行うことができるとよいと考えています。そして、その過程で、実践から、あらためて研究を見つめ、今後も課題としていきたいと思っています。

<資料>

表1 関連する制度等

1987	社会福祉士及び介護福祉士法成立
1989	第1回社会福祉士試験
1992	育児休業法施行
1994	健康保険法等改正（付き添い看護・介護の廃止）
2000	介護保険制度開始／回復期リハビリテーション病棟創設
2008	退院調整加算に社会福祉士が位置付けられる
2018	高額療養費立替払いが開始される

表2 病院勤務のソーシャルワーカー数の推移



(出典 厚生労働省病院静態・動態調査より筆者作成)

\* 2005年より、常勤換算

\* 2017年より、医療社会事業従事者のカウント方法変更

注

- 1) MSWの小林イツ氏には、1997年修士論文のためのフィールドワークでお伺いした病院でお会いし、学生時代からMSWとして勤務された経緯が記された冊子をいただいた。
- 2) 本稿は、2024年9月に本学で開催した「スーパービジョン勉強会」の講演の書き起こしをもとに大幅に加筆修正した。

- 3) 医師である庭瀬康二氏はメディカル、エデュケーション、ユートピアを組み合わせた「メデュトピア」を流山の地にて立ち上げ活動していた。
- 4) 数値の推移を見ると、資格を持たない医療社会従事者を含めた医療ソーシャルワーカー数全体の数値は2017年以降落ち着いてきているものの、有資格者は今もなお継続的に増加している。この要因として、病院間連携・地域包括ケアを背景とした退院支援業務及びそれに伴う2008年からの「退院調整加算」(現 入退院支援加算)等、診療報酬への社会福祉士・精神保健福祉士の位置づけがあげられる。
- 5) 回診・カンファレンスへの参加以前は依頼があった患者のみに関与できたものが、参加することによって、MSWが直接患者のスクリーニングに関われるようになる支援構造の変化を「枠組みチーム」という用語でとらえた。(高山1999)
- 6) 現在は休止中
- 7) この経緯については松山2003に、資料については、秋山2007、日本保健医療社会福祉学会2022に詳しい。
- 8) 「表2 病院勤務のソーシャルワーカー数の推移」の元データである「厚生労働省病院静態・動態調査」に2002年まで社会福祉士の項目がないのは、この影響であると考えられる。
- 9) 回復期リハビリテーション病棟は、医療保険において2000年に規定された病棟区分。これにより、疾患等の状態によって、入院可能な期間が決められている。
- 10) グループの中心に模造紙を置き、模造紙の中心に①簡単な事例紹介を記載し、ステップを進める。その後のステップは、②質問とそれへの回答、③問題点の列挙、④五年後の見通し、⑤取り組んでいること、行っていることの検討、の5段階であった。(福山2005)
- 11) ストレngths視点のアセスメント・ガイドラインには、1クライアント自身の事実理解に優越性をもたせる、2クライアントを信じる、3クライアントが欲しているものを発見する、4個人的・環境的ストレngthsに評価を移す、5多元的にストレngthsを評価する、6ユニーク(唯一無二)であるものを発見するために、評価を使用する、7クライアントの言葉を使う、8アセスメントをSWとクライアントの共同作業とする、9アセスメントに関しお互いの同意に達する、10非難を避ける、11原因-結果思考を避ける、12評価せよ、診断するな、の12項目が示されている。(Cowger1994)

#### 引用した文献

秋山智久編(2007)『社会福祉士及び介護福祉士法成立過程資料集』近現代資料刊行会。

Cowger, C. D, (1994) Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment, *Social Work*39 (3),262-268.

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会編集(2022)『医療ソーシャルワーカー関係資料集成』  
六花出版。

福山和女(2005)『ソーシャルワークスーパービジョン:人の理解の探究』ミネルヴァ書房

厚生労働省「厚生労働省病院静態・動態調査」

松山真（2003）「資格制度化運動の歴史」50周年記念誌編集委員会 編『日本の医療ソーシャルワーク史』日本医療社会事業協会、54-92

大本和子・笹岡真弓・高山恵理子（1996）『ソーシャルワークの業務マニュアルー実践に役立つエッセンスとノウハウ』川島書店。（新版 2004）

高山恵理子（1999）「医療機関における『枠組みとしてのチーム』の形成とその意義」『社会福祉学』39(2),291-307.

田中千枝子（1993）「病院におけるソーシャルワークサービスの定着に関する一考察ーソーシャルリスクをめぐってー」『医療社会福祉研究』2(1),19-23.