

論文

医療ソーシャルワーク業務の変遷

—個別の生活問題を社会の問題としてきたか—

小畑美穂[†]

要約：本論文は、医療ソーシャルワーク業務が、時代や政策といった社会の影響から受ける傾向が強まり、社会へ働きかける視点が希薄化される経緯を整理し、要因との関係性を明らかにした。

貧困や傷病で困窮する患者の受診・入院支援を中心に家族も含め地域社会を視野に業務を担っていた萌芽期を経て、戦後 GHQ 撤退後の保健所医療社会事業後退によって地域社会への視点が希薄化した。同時に援助論の偏重傾向が強まった。創設された職能団体は、質向上と業務明確化を求めるも当初の目的から逸れ資格化運動に傾倒した。

政策は少子高齢社会による財源支出抑制に対応するため基礎構造改革、早期退院、地域移行を推進した。医療ソーシャルワーク業務は、政策、組織に後進することで内向きとなり、個別に現れている生活問題を社会の問題とする視点は薄められた。

キーワード：医療ソーシャルワーク業務、変遷、個別の生活問題、社会の問題

目次

1. 問題の所在
2. 問題の背景、目的、先行研究、研究方法
 - 2-1. 本論文の問題意識
 - 2-2. 本論文の目的
 - 2-3. 先行研究
 - 2-4. 研究方法
3. 医療ソーシャルワーク業務の変遷
 - 3-1. 受診・入院支援中心の萌芽期
 - 3-2. 医療ソーシャルワーク業務の不確かさ
 - 3-3. 内閉化する医療ソーシャルワーク業務
4. 結論
 - 4-1. 受診・入院支援中心の萌芽期
 - 4-2. 保健所医療社会事業の盛衰と地域視点の希薄化
 - 4-3. 医療ソーシャルワークが依って立つ環境の不確かさ
 - 4-4. 社会的長期入院化による「転院の援助」業務が新たに追加
 - 4-5. 「入院斡旋」業務から「退院援助」業務重点化への転換
 - 4-6. 市場強化する政策に追従し、社会を維持・統制する業務へと邁進

[†]同志社大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程

*2020年12月17日受付、2020年12月18日掲載決定

- 4-7. 厚生省の強い影響力と資格化をめぐる福祉系職能団体間の分断
 - 4-8. 医療行為に関する意思決定支援に流れ込む市場の理論
 - 4-9. 医療ソーシャルワーク業務の変遷を通して連携が示唆すること
5. 結語－今後の課題

1. 問題の所在

医療ソーシャルワークの業務は、時代、経済、国家、政策、組織、疾病、人口、家族、地域、文化といった社会的文脈から影響を受けながら、役割期待に応答し、理想を希求し続ける歴史の変遷を辿っている。社会福祉およびソーシャルワークの二次機関である保健医療分野で活動する医療ソーシャルワークの業務は、「施策・制度は援助のありようを規定する」（古川，2009）と古川が述べるように、自らが活動する政策や制度、組織といった社会関係の中で揺らぎ、あるいは翻弄され続けているようにさえ映る。

業務の揺らぎは、時に意図に反し、あるいは無自覚的に、自らが排除の構造をつくり出す社会構造側に立ち、社会構造の排除の犠牲となる人や状況を自らの手で生み出し、支援という名目で循環的に構造へ還元するサイクルのマネジメントへ誘導しかねない。

田川は、「ソーシャルワークは、歴史的に、社会を変えることへの関心、社会を維持あるいは統制することへの関心の、相反する理念や価値を内包しつつ展開されてきた」（田川，2012：1）と憂慮した。すなわち、保健医療分野における医療ソーシャルワーク業務が、社会構造の問題を発見、改善へ向けて働きかけることへの指向と、社会構造の維持だけが目的化し、社会構造の影響から問題を抱える支援対象を認識しながらあるいは無自覚的に管理・統制してしまう指向の両側面を内包していることに自覚的でなければならぬ。

現在、2000年代から本格的に実施展開されている地域包括ケアや地域共生社会の構築、つまり80年代後半から掲げられていた保健・医療・福祉の統合化（厚労省，1985）の調整役として、ソーシャルワークの機能が注視されている。

2018（平成30）年3月27日『社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会のソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割について』は、「機能を発揮し、制度横断的な課題への対応や必要な資源の開発といった役割をになうことができる実践能力を身につけることが求められている」と述べている（厚生労働省，2018）。2019年にはその機能を果たすため実践力のより一層の涵養を目的に、ソーシャルワーク専門職である社会福祉士養成教育の見直し（厚生労働省，2019）が行われることとなった。『社会福祉士及び介護福祉士法施行規則及び社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則の一部を改正する省令（令和2年3月6日厚生労働省令第二十六号）』（国立印刷局インターネット官報，2020）が出された。

少子高齢社会における社会保障の財源危機を念頭に、財務省（2019）は、持続可能な保険制度について、以下の提言をしている。医療保険に関しては、より重症な傷病に対する選別的な利用を、介護保険に関しては、より低額・無償の地域サービスへの移行と市場強化である。

一人ひとりが主体的に自分らしい暮らしを、相互扶助の視点で、尊重し合い、安心安全な居場所を創造してゆく地域共生社会は、理想郷である。一方で、地域包括ケア・地域共生社会が推進する自助互助共助公助において、自助互助の強化による公的責任の後退を見逃してはならないし、共助公助の側面にあるパターンリズムから目を反らしてはならない。

医療ソーシャルワーク業務が、地域包括ケア・地域共生社会で、どの方向を向いて、何を対象に、何を目的に、何を実現しようとしているのか、今一度、歴史に習い、足元を見据え、新たな地平を目指す必要がある。

2. 問題意識, 目的, 先行研究, 研究方法

2-1. 本論文の問題意識

人口構造・疾病構造の変化、多様化・複雑化する社会構造から影響を受ける医療ソーシャルワーク業務は、現状だけでなく歴史的経緯からも内向きで受動的な傾向が見てとれる。

保健医療分野で活動する医療ソーシャルワークが、保健医療分野での資格化がなされていないことによる業務の曖昧化を招いているとの認識もあれば、一方で、『医療ソーシャルワーク業務指針』でもって、ある程度の現実的業務が整備されたとの見解もある。

現在の医療ソーシャルワーク業務が、「社会を維持、統制する」調整的機能として政策・法制度、所属する組織の経営に受動的、あるいは規定に沿うこと自体が業務化してしまい、結果として実践における葛藤や困難性を生み出している。

医療ソーシャルワークが誕生した1920年代当時より、その業務は、混迷する時代が生み出す多岐にわたる社会問題に巻き込まれる一人ひとりの生活問題に関わってきたはずである。2010年以降の実践報告や論文には、退院にかかわる支援業務が全体の8割を占めているとの報告が頻繁にみられている（神林ほか、2010・肥塚、2011・植木、2013）。退院自体が目的化（村上、2020:15）され、生活問題を生み出している社会の問題に働きかけることよりも、社会を維持、統制することに集約される業務が実情となっていないだろうか。このことは地域の保健医療機関に医療ソーシャルワーク業務が本当に必要なのかという存在意義を問うてくる問題である。

今後、国が推進する地域共生社会を目指すために、ソーシャルワーク機能がさらに活用される方向に進んでいる。社会を維持・統制するベクトルは、医療ソーシャルワーク業務が支援対象への管理・統制機能として向かう危険性さえ考えられる。医療ソーシャルワーク業務が、社会構造や政策からの影響に受動的にならざるを得ない状況、個別の生活問題を社会の問題として、社会へ働きかけることから遠のいている現状の解明を試みる必要がある。

2-2. 本論文の目的

医療ソーシャルワークの業務が政策といった社会構造によって影響を受けてきた要因を明らかにするために探索的な試論を行う。基礎分析として、歴史的、社会的経緯を包括的に整理する。医療ソーシャルワークが政策といった社会構造に受動的傾向にあり、現れる個別の生活問題を社会の問題としてとらえることが希薄になっている現状に至る過程と要因との関係性を明らかにする。

2-3. 先行研究

わが国の医療ソーシャルワーク業務に焦点化し、業務内容の変遷とその要因、結果どのような影響が生じているかの研究は、多くはない。そのうち近年の論文においては、医療福祉政策、依拠する基盤としての職能団体、業務指針、退院援助といった、個別の視座から論じられている。

安井（2016）は、脳血管障害の保健医療ソーシャルワークに焦点を置き、社会福祉基礎構造改革以降の政策が、医療ソーシャルワークプロセスを中断化、分断化させた影響について論じている。現在の機能分化された医療福祉政策の中では、脳血管障害の患者が、発症から社会復帰までの長い過程を、いくつかの医療機関や施設を乗り継いで行かなければならない。医療ソーシャルワークが一貫して担っていた支援プロセスは、他機関や他職種へ機能分化・分業化することによって中断・分断化され、機能として伴走し続けるプロセスを失ったことを指摘した。高山（2019）は、1980年代以降の早期退院、医療機能分化を推進する医療政策、特に診療報酬の動向から保健医療機関・組織が経営的に影響を受けていることを整理した。組織から退院調整を担う役割期待として医療ソーシャルワーカーの雇用や配置が促進拡大されたことを調査により明らかにした。結果として現在、医療ソーシャルワーク業務において退院にかかわる調整の割合が高いことを論じた。村上（2019）は、医療ソーシャルワークの対象認識をテーマに、『医療と福祉』の投稿論文を事例集としてレビューし、90年代以降を中心に医療制度改革による業務実践の動向を追っている。80年代には、高度化する医療や慢性疾患と共に複雑化する生活問題に対し、不足する社会資源の開発など社会問題と結びつける視点があった

ことを示した。しかし、90年代以降は、医療福祉政策からの影響によって、所属組織からの経営的期待が高まり、分業体制の深化は、実践報告・研究の大半が退院援助にかかわるものとなっていったこと指摘している。退院援助自体が業務の目的化し、医療ソーシャルワークの対象認識から社会問題に対する視点が薄められていることを論じた。また、大瀧（2012, 2013）は、戦前から戦後にかけて医療ソーシャルワークの原型と言える、医療社会事業と保健所医療社会事業の関係性と変遷を歴史的資料を基に詳細に論じている。大瀧は、特にGHQが、わが国の保健所法改正と米国型技術論的医療ソーシャルワークの導入や業務指針に影響を与えた過程について論じている。

笹岡（2016）は、医療ソーシャルワークが戦後の保健所医療社会事業から後退することによって、アウトリーチという地域への視点が薄まっていったこと、保健所医療社会事業が担っていた業務の非連続性について論じた。

京須（2006 a, 2006 b）は、福祉系専門職団体（5団体）の組織変容過程について述べている。社会背景や政策から各団体が影響を受け活動範囲が狭められる経緯や逆に活動が拡大、担保される歴史的経過を詳細に追っている。特に厚生省（当時）と各団体間の交渉や攻防の過程を整理し、資格化や専門職として社会的認識を握る鍵が、厚生省との関係性にあることを論じている。

先行研究から医療ソーシャルワーク業務が現在に至るまで多様な要因が複雑に重なり変遷し続けていることが明らかになっている。しかしながら、社会背景、政策、職能団体といった各要因と医療ソーシャルワーク業務との相関関係について包括的に整理されたものはない。つまり、これらの社会的諸要因から医療ソーシャルワーク業務が変遷した結果として個別に生起する生活問題を社会の問題とする視点が希薄化されてゆく過程を明らかにし、過去から学ぶことによってこれからの業務を見つめ直す必要がある。

2-4. 研究方法

医療ソーシャルワークが主に関連する医療・福祉施策の動向と福祉系職能団体の動向を歴史的に整理する。医療ソーシャルワークの萌芽期は1920年代前後であるため、変遷を追ってゆくためにも戦前の動向や業務にも触れる。しかし、特に第二次世界大戦後の混乱期から高度経済成長を経て医療福祉政策の動向が大きく変化する背景を中心に年代ごとの特徴を整理する。また、戦後、医療ソーシャルワーク業務が、医療・福祉政策、職能団体・養成機関や所属保健医療機関といった依拠する組織によって影響を受けてきた経緯を解明する。そのための探索的な試論という形で、基礎分析として、歴史的経緯を整理する。分析枠組みは、①医療・福祉政策の動向、②職能団体・養成機関や所属保健医療機関といった依拠する組織の動向、③影響される医療ソーシャルワーク業務の実際、の3つの視座から考察した。時代枠組みとして大きく3つの時期に分けた。根

拠としては、社会的影響力の大きい医療・福祉政策の動向を分析の中核とした。まずは①1920年前後から1945年第二次世界大戦後まで。次いで、②戦後から高度成長期後に整備が進む医療・福祉政策、福祉系職能団体等の動向が大きい1946年から1970年代。そして現在に続く③福祉の市場化、基礎構造改革から具現化に至る1980年代以降2020年現在までを大きな3つの時代枠組みとした。

《基礎分析枠組み》

(1) 分析枠組みの3つの視座

- ①医療・福祉政策の動向
- ②職能団体・養成機関や所属保健医療機関といった依拠する組織の動向
- ③医療ソーシャルワーク業務の実際

(2) 時代枠組みの3つの時期

- ①1920年前後から1945年第二次世界大戦後ごろ
- ②1946年から高度経済成長後の1970年代
- ③福祉の市場化に向かう1980年代から、基礎構造改革以降2020年現在

3. 医療ソーシャルワーク業務の変遷

3-1. 受診・入院支援中心の萌芽期

医療ソーシャルワークが萌芽し、一部の民間医療機関で業務実践が展開されていた時期である。1920年頃から1945年の第二次世界大戦終戦までを分析枠組みとした。

現在に続く医療制度は、1868年医業取り締まり、医学奨励に対する太政官布告、1874年医制発布により確立している（全日本病院協会、2008）。

1923年の関東大震災、1929年の世界同時恐慌と続き自然災害の経済不況と二重の災禍に見舞われ貧困に起因する傷病が社会的な問題で混迷を極めた。また産業革命の波によって、国内外から人の流出入が増加、結核などの伝染病を蔓延させた。英米国と同様に資本主義からこぼれ落ちる貧困や疾病による困窮状態悪化の社会構造を顕在化させた。その対応として、1919年、泉橋慈善病院（現：三井記念病院）に患者の相談、援助を担う婦人相談員がおかれた。しかし専門的体系はまだなく慈善的活動が主であったと言われている（中島、1980：49・児島、2002：21-23）。泉橋慈善病院での病人相談所の当時の業務について、田代国次郎（田代、2003：2）は、『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』で「業務内容は多岐にわたっていたが、医療ソーシャルワークの原型をなすような内容でもあった。」と以下（原文ママ抜粋）のように紹介している。

〈病院相談所の業務内容〉

- 一. 診療打ち切り後困る人。
- 一. 入院が許可されても保証人がないので困る人。
- 一. 子供に牛乳をのませろと医員からいつけられて困る人。
- 一. 退院が許されて帰るべき家がなく困る人。
- 一. 友人または親類に手紙を出したくても出せなくて困る人。
- 一. 診察がすんで家に戻る時病気が重くて歩いて帰るのに困る人。
- 一. お産をしても子供に着せる着物が無いので困る人。
- 一. 産婦が亡くなってあとに残った子供の始末に困る人。
- 一. 入院患者ならびにその家族慰問。
- 一. 入院患者の家庭訪問。
- 一. 患者退院後の職業の斡旋。

なお、当時東京市療養所、小石川の療養所附属の「結核相談所」の社会部が取り扱った相談ケース（田代，2003：3）も紹介されており、抜粋すると、以下である。

相談ケースの内訳（大正15年）	件数
入院の相談又は入所手続きの世話	2,208
応急療養及び予防心得指示並びに実情調査	2,239
入所に関し、特殊事情の訴へを処理	477
在所患者の身上相談と処理	41
退所患者家族の身上等相談を処理	12
退所患者の職業紹介	16
再入所に関する相談	84

医療ソーシャルワークの本格的始まりは、米国のキャボット医師に影響を受けた生江孝之によって1926（大正15）年、恩賜財団済生会芝病院済生社会部に教え子の清水利子が、1929（昭和4）年、現在の聖路加国際病院、社会事業部に、米国で専門的教育を受けた小栗将江（後の浅賀ふさ）が配置されたことによる（中島，1964：53・児島，2002：23・田代，2003：4-5・川村・室田，2011：40-48）。

当時の業務は、貧困や長期療養が必要となる結核患者の医療サービス、家庭訪問、家族等への支援といった生活相談であった。また当時は経済的に裕福な者は、医師や看護師の訪問による自宅治療を受けることが常であり、貧しい者が病院に受診、入院によって治療を受け、さらに貧しい者は、受診や入院さえも困難な状況にあった（杉本，1968：129・猪飼，2013：61）。そのため、貧困と傷病によって生活がままならない患者や家族の受診、入院の働きかけ、手続きが業務の中心であった。さらに入院後の身の回りのことや治療費生活費などの経済的支援、患者入院中の家族への家庭訪問に加え、患

者退院後の家庭訪問、再発・予防などの生活指導、社会復帰のための就労支援といった、受診・入院から入院中、退院後に至るまで、患者のみならず家族単位でトータルに関わる業務に従事している。1935年当時の聖路加国際病院での業務大要を前出の田代(2003:6)は、以下(原文ママ抜粋)のように紹介している。

- 一. 患者の社会的地位及び生活状態並に其の為、人を調査して病気に関係ある資料を医師に報告、提供すること。
- 二. 医師の指導に従ひ、患者に対して其の必要に応じて援助の計画を立てること。
- 三. 患者に静養の機会を与へ、或は療養所に入る事、其他に就て適當の計画を立てること。
- 四. 病気に就ての知識を患者に与へて療養所の指導をすること。
- 五. その他患者の経済状態を調査して、其の必要に応じて入院料を定めて事務部に報告すること。

泉橋慈善病院病人相談所と、専門化されつつある聖路加国際病院社会事業部との業務内容の違いは、専門的価値や根拠、知識や技術の深まり、調査や情報の取りあつかい方、支援の計画化、対応の組織化がなされつつあることが変化として現れている。

なお、産業革命前後の貧困に対する「救済・教化の福祉」慈善事業(高島, 1973・吉田, 1994)と言われていた1920年以前から、貧困は個人の責任や問題ではなく、社会構造の問題であるとの社会福祉的認識が生まれ、福祉の社会化が起こる。

資本主義の構造的必然の所産である貧困(孝橋, 1973)に対して、社会的施策で対応する社会事業(現在の社会福祉に通じる)という概念が誕生した。1938年社会事業法が制定された。この時期、現在使われている医療福祉という用語は、医療社会事業と呼ばれ、①病院社会事業と②保健所医療社会事業に分かれていた(笹岡, 2016)。

わが国では、医療機関を中心に医療社会事業(当時は、医療社会事業と医療ソーシャルワークはほぼ同義として使われていた)が展開され、実践に及んだ理由として導入の形から英米、特に米国からの影響が大きい。理論体系の進化とは反対に、戦後には、方法・技術論の直輸入、偏重傾向(孝橋, 1977・孝橋, 2000・真田, 2005, 笹岡, 2016:18, 秋山, 2007:256-257)と批判されることとなる。技術論の偏重は、業務において社会構造の問題から視点を反らしたという点で、90年代以降、市場化に誘導され整備展開する医療・福祉政策に収斂される医療ソーシャルワークの在り方に影響を与えたと言えよう。

なお、1941年から45年まで続いた第二次世界大戦下では、国が人口・健民政策、国民医療の統制を徹底的に行った厚生福祉の時期である。戦時下では、多くの青壮年男子が出征し、国内に残る多くは女性、子ども、高齢者であった。健民・健兵の増産、軍事需要として、特に将来の人的資源の保護育成を目的に妊産婦や児童の保健衛生、福祉、

保育が国策として強化された。

反面、「高齢者、母子家庭、心身障害者は戦力に寄与しないものとして隠蔽化」（吉田，1994）された。医療福祉に限らず国民に対し、軍事化、国策遂行と厚生事業（社会事業）の国家指導、ファシズム的統制、従属化が強いられたと吉田や一番ヶ瀬ら（吉田，1994・一番ヶ瀬，1994）は記し、杉本（1968：130）は、「全体主義的軍国主義の時代に突入していった1930年代から終戦までは、社会事業の著しい発達はみられなかった。」と残している。

1945年ごろまでの医療ソーシャルワークの業務は、慈善事業から専門的体系化へ向かう途上にあった。貧困や疾病による生活困窮状態にある患者への受診・入院支援が中心で、入院中の物品や訴えへの対応、医療費の支援、患者のみならず家族に対する家庭訪問・指導、社会復帰のための就労支援など多岐にわたっている。

3-2. 医療ソーシャルワーク業務の不確かさ

3-2-(a). 保健所医療社会事業の盛衰と地域視点の希薄化

1945年からGHQ（General Headquarters：連合国最高司令官総司令部）占領下、戦後高度経済成長期を経て1970年代を分析枠組みとした。

戦後GHQ占領下の元、日本国憲法改正、整備・解体含む医療福祉改革などが進められた。

個人と国家との関係が憲法で明文化され、個人や権利といった思想文化の枠組みが浸透し始める（青柳，1987・山崎，2011・武川，2017）。憲法は、保健・医療・福祉の理念的基盤にも大きな影響を与え、権利としての福祉、福祉の一般化・普遍化へ移行する時期である。1950年新生活保護法が成立し憲法25条に基づき国家責任が明文化された。1951年には社会福祉事業法が成立し公私関係が形作られた。医療社会事業は、医療社会福祉事業と呼称が変化し、高度経済成長期を経て1965年頃より、少しずつ医療福祉という言葉に変化してゆく。

医療ソーシャルワークは、GHQから2点で大きく影響を受けている。1点目は、占領下のGHQの指導の元、行われた1947年の保健所法改正である。当初は、駐在する伝染病から米兵の健康を守ることが目的にあった。保健所医療社会事業は、保健所法第2条『公共医療事業の向上及び増進に関する事項』において「医療社会事業というものにはじめて法的根拠が与えられた」（中島，1964：55・杉本，1968：131）。保健所医療社会事業は、杉並区をモデル事業とし、伝染病対策拠点として全国に設置拡大され、医療ソーシャルワークが配置された。2点目は、GHQによる米国型医療ソーシャルワークの実践教育の導入である。「連合軍の指導によって医療社会事業の全国的推進がはかられた。特にケースワーク技術を中心とする個別的社會事業の方法が医療機関にとり入

れられはじめたのが1947年頃である」(杉本, 1968:130)。蔓延する結核やコレラ, 性病といった伝染病による公衆衛生対策, 疾病と関連する貧困対策として保健所医療社会事業が展開された。1948年に出された保健所運営指針は, 現在の『医療ソーシャルワーク業務指針』の下地となった。

また病院に所属する医療ソーシャルワーク業務も戦前の活動同様, 組織内に留まることなく, 地域や家庭に出向き保健婦(現:保健師)と協働で広範囲な家庭訪問, 社会資源の開発に尽力する記録が残っている(中野, 2007・高橋, 2016)。

中島(1980:52)は, 医療ソーシャルワーク業務は, 戦後の混乱, GHQの統制下「極度の食糧難・住宅難・生活難にさらされ, 社会状態は緊迫していた。貧困が生みだす当然の結果として, 病気が発生し, 病人は巷にあふれ, ことに結核患者は入院する病床もなく, 医療費の捻出も困難なままに放置されていた。(略)戦後4-5年までは患者の問題は主として食糧不足・栄養不足・住居および衣類の不足・貧困・精神的な不安・孤児の問題・売春婦の問題等が目立つものであった。ややおちついてからも, 医療社会医業係(医療ソーシャルワーク業務担当者)が担当していた仕事の内容は, 入院斡旋・医療費問題の解決等が主なものであった」と述べている。入院が必要にもかかわらず入院出来ない患者, 医師から退院の指示が出されても帰る家も, 職もない患者の相談に忙殺されていた, と当時の業務実態を語っている(中島, 1964:57)。

一方で, 保健所医療社会事業での医療ソーシャルワーク業務は, GHQの撤退(1952年), 地方自治体の財政不足や衛生行政の問題, 伝染病の終息により高度経済成長以降後退してゆく。医療社会事業は, 医療機関を中心とした病院社会事業に専心してゆくこととなる。杉本(1968:131)は, 「保健所における社会事業の発達は, さまざまな理由によって初期に意図されたようには発達しなかった。保健所におけるケースワーカーの大部分が兼務者であり, 特に保健婦業務との兼務者が多い。中島さつき女史はこの保健所における医療社会事業ののびなやみを県の関係者が十分に仕事を理解しないことを理由の一つとしてあげている。」と述べた。また, 笹岡(2016:14)は, この現象を医療社会事業の非連続性とし, 医療ソーシャルワーク業務が保健所医療社会事業から後退した結果, アウトリーチやソーシャルアクション(以下SA)に関与する地域から目をそらせ, 病院内医療社会事業の業務に留まらせることに繋がったと指摘する。

さらに, 児島美都子は, 「昭和26年(1951年), 東京都の全保健所に専任の医療社会事業担当者が配置されることになる。その多くは日本社会事業短期大学の第1期卒業生であった。華々しく出発した東京都の保健所MSWがその後全く姿を消してしまった。その足跡と原因を解析するのは今後の医療福祉の歴史の課題といえよう。」と, 先述した『日本の医療ソーシャルワーク史』(2003)「保健医療ソーシャルワークの歴史」内のコラムで戦後の保健所医療ソーシャルワークの盛衰を振り返っている。

このように病院医療社会事業としての医療ソーシャルワーク業務は、治療のための入院環境が不足する中の入院調整、入院中の困りごと全般、医療費など経済的な支援が中心に、加えて退院後の住まいや職の相談を担っていた。また、保健所の医療社会事業における医療ソーシャルワーク業務は、GHQの誘導によって法制度や運用といった外堀が埋められるも、内実は、予算削減や衛生行政の課題だけでなく、医療ソーシャルワーク業務や専門性の不明瞭さ、養成教育の不充分さによって後退していったと言える。また、このことは、単なる後退だけでなく、医療ソーシャルワーク業務から「地域の視点」という社会への働きかけをも希薄化させていった。

3-2-(b). 医療ソーシャルワークが依って立つ環境の不確かさ

当時の医療ソーシャルワークは、社会的な認識、身分法や資格、職務内容・範囲の標となる業務指針、養成養育といった専門性を担保してゆく環境が不確かな状態であった。

医療ソーシャルワークの教育は一部私立大学（短期大学等）において行われていたものの社会的な認識あるいは業務として定着、普及するまでには至っていない。医療社会事業従事者に対する公的な養成訓練のはじまりと言われる、1948（昭和23）年の厚生省開催「標準保健所医療社会事業担当者短期講習会」は、3か月にわたって開催された（中島、1964：57・杉本、1968：130）。

しかし、多岐にわたる専門的医療ソーシャルワークの業務を、わずか3か月での付焼刃的な短期講習を受けた者が医療社会事業家として携わるには当然ながら不十分である。

1968年『公衆衛生』32巻3号で医療社会事業（Medical Social Work）の役割として、医療ソーシャルワークの特集を組んでいる。「資料 医療社会事業員について」では、「必要性はいっそう増大しているにもかかわらず、制度的にいっこう発展しない。（略）基本的な要因のひとつは、プロフェッショナルレベルのワーカーの身分制度はもとより、かんじんの養成訓練課程が成立していないことであろう。」と論じられている。

1964（昭和39）年厚生省（当時）の「医療社会事業従事者調査結果（中間報告）」によると以下の通りである（杉本、1968：131）（抜粋）。

①調査施設数	1,639	保健所	339
一般病院	811	精神衛生相談所	31
精神療養所	229	その他	50
結核療養所	216	③医療社会事業従事者の学歴	
その他病院	17	総数	1,971
一般診療所	19	中卒	290
保健所	307	高卒	899
精神衛生相談所	13	短大卒	420
その他	27	大学卒	354
②医療社会事業従事者数・施設別		不明	8
総数	1,971	④専任と兼任数	
病院・診療所	1,551	総数	1,151
一般病院	964	専任	139
精神療養所	300	準専任	159
結核療養所	249	兼任	829
その他病院	19	不明	24
一般診療所	19		

上記調査からは、医療社会事業従業者の半数は一般病院に配置されている。学歴は高卒に次いで短大卒が占めている。ここでは大学、短大共に専門教育の内容に関しては記されていないため短大卒以上が社会福祉系専門教育を受けているのかどうかは不明。就業形態として7割は兼任で、準専任を合わせると8割強は専任ではない。つまり、多くは一般病院に、必ずしも専門的養成教育を受けているのか不明な者が、事務職等との兼任として従事していたであろうことがわかる。

とはいえ、戦前は民間の医療機関に少数配置されていた医療ソーシャルワークは、1948年9月国立国府台病院の精神医学領域をはじめ、国立療養所を中心に少しずつ拡大配置されていった。(中島, 1980: 53)。

1952(昭和27)年、厚生省関東信越任出張所長千種峯蔵氏が主宰の管内国立療養所のソーシャルワーカーで研究会を組織し、厚生省医務局国立療養課長通知(国立療養所長あて)「国立結核療養所における医療社会事業の運営について」(中島, 1980: 145)、「国立療養所におけるメヂカル・ソシアル・ワーカーの執務基準」作成が病院における医療ソーシャルワーカー業務指針の先駆けである。

1956(昭和31)年、調査のため日本に訪れたWHO(世界保健機関)顧問のグエンドリン・ベックマンによる「日本における医療社会事業視察計画に関する報告(ベックマン報告)」ではこのように指摘されている。極めて完結に概略化すると、内容は2点。第1に教育訓練と目標の不十分な点、第2に「本質的に事務員であるように思われる」と、業務も専門的というよりは、手続き的な事務の枠から脱し切れていないという点の

指摘であった（中島，1964：59-61・小嶋，2002：352）。

なお、前述した中島は、押し寄せる相談業務に忙殺される中で、社会資源の拡充、「クライアントへの援助を効果的にする目的の」身分や業務の確立、教育制度の重要性、そのためのソーシャルワーカーの横のつながりの必要性を論じている（中島，1964：58）。その横のつながりの強化を示す福祉系職能団体の組織化については、日本医療社会事業家協会（1957年に日本医療社会事業協会へ・2011年に日本医療社会福祉協会へ名称変更）がいち早く1953年11月に設立（松井，2003：23）されている。東京都医療社会事業家協会理事が身分法について、厚生省へ陳情する動きもあった。その他福祉系職能団体としては、日本ソーシャルワーカー協会が1960年に、日本精神医学ソーシャルワーカー協会（現：日本精神保健福祉士会）が1964年と設立に至っている（京須，2006a：227-229・日本精神保健福祉士協会事業部出版企画委員会，2004：3，25）。

1958年、厚生省公衆衛生局長通知（昭和三十三年七月二十八日）（衛発第七〇〇号）（各都道府県知事・各政令市長あて厚生省公衆衛生局長通達）「保健所における医療社会事業の業務指針について」が出された。この業務指針における業務内容は、1989（平成元）年の『医療ソーシャルワーカー業務指針』へとつながる。

1962年には日本医療社会事業協会が、医療社会事業相談を診療報酬の中に点数化するように要望している。1965年12月、厚生省保健所課「医療社会事業制度調査打合せ」が発足、身分法の具体的な基礎作業が行われた。日本医療社会事業協会、日本ソーシャルワーカー協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、の3協会が集まり、「身分制度調査合同委員会」による「医療社会福祉士法案」が出された。しかし、身分法に好意的であった保健所課課長の更迭などが重なり、新課長の下では、①医療部門では必要不可欠とは思えない（医療機関の長が必置したいという声が少ない）、②管轄が公衆衛生局か医務局か、社会福祉として社会局か、「輪郭が不明確」つまり、業務内容が不明確である、といった理由を指摘され、希求した医療社会福祉士法は実ることはなかった。（中島，1980：71）。

また、1971年、各団体からの働きかけではなく、中央社会福祉審議会、職員問題専門分科会⁽¹⁾起草、社会福祉専門職員の充実強化方策としての「社会福祉士法」資格化制定試案が出された。だが、この案もまた、以下の内容で廃案となっている。①教員と同様、都道府県知事による資格であること、②学歴によって一種、二種の差をつけていること、といった課題（吉田ほか，2011）が理由であった。しかし、最大の理由は、専門性の確立のための身分法を求めた日本医療社会事業家協会と、資格化よりも待遇といった身分の安定の内容を求めた日本精神医学ソーシャルワーカー協会との足並みがそろわなかったことである。加えてその他のソーシャルワーカー協会といった職能団体が一丸となって運動に加わることがなかったことが理由の一つともされている（京須，2006

a:229)。描いてきた業務・身分が確立する可能性は、福祉系職能団体間の方向性がひとつに結集されず、結実することはなかった。

しかし、1973年、日本医療社会事業協会は総会において「社会的要請にこたえられるような医療ソーシャルワーカーの資質向上と制度化をはかる」ことを決定、「医療福祉士」資格制度化運動が改めて開始されている（京須，2006a:232）。

このように、組織化されつつある福祉系職能団体等によって、業務や身分の確立の動きが高まっていったことは確かである。しかし、英国や米国のように職能団体が統合されることはなく（秋山，2007:269-270）、2020年の現在に至るまで、個別に存在している。このことは現在のソーシャルワーク分野（医療、精神、学校、司法、介護等）の業務のわかりにくさ、一般化のしづらさの要因となっている。加えて、業務や身分の不明確さは、政策や社会動向に大きく影響をうける最大の理由と言える。

3-2-(c). 社会的長期入院化による「転院の援助」業務が新たに追加

1973年は高齢者の社会的入院を生んだ老人医療無料化が開始され、「福祉元年」と呼ばれた。しかし秋の第一次オイルショックによる経済不況で結実することはなかった。

本来、退院後の患者・家族の生活、就労等社会復帰支援を担っていた医療ソーシャルワーク業務は、社会的入院と医療財源支出抑制の解決策を担う役割として転院援助を行うようになる。

また、政策から影響を受ける保健医療機関の多くは民間病院である。事業経営安定のため、支出抑制政策に誘導され、退院促進に積極的になってゆく。医療ソーシャルワーク業務は医療事業の資本に集約化されてゆく。このことは、80年代に入り、医療ソーシャルワーク業務が福祉の市場化に集約されてゆく政策や政策からの影響で経営的に早期退院、機能分化を進める所属機関に受動的な在り方の土台をつくることとなった。

1975年「医療社会事業の現状と課題 昭和49年度厚生科学研究・医療施設および地域における医療社会事業の業務指針について」ではこれまで担ってきた社会復帰援助とは区別し「転院の援助」が追加されていると中野は説明している（中野，2007）。

長期の社会的な入院によって高齢者の寝たきり・寝かせきり化や社会生活からの隔絶といった問題が噴出し始めた。介護の社会化が始まり、再び家族が高齢者を自宅の生活に迎え入れることは厳しい状況となっていった。家族が家で介護を行うためのサービスや機器の不足だけでなく、介護施設等高齢者が長期療養生活を継続できる場所も不足していた。元々退院後、暮らしの環境を整えることや、社会復帰のための就労支援をおこなっていた医療ソーシャルワークの業務に、家族に代わり、転院先や療養先を探す割合が増加してゆくことになった。

人口構造や疾病構造に加え政策の一面が社会問題をつくりだしていった1970年代を経過し、1980年以降は、怒涛のように医療・福祉政策が整備されて行く。

このように、退院後の患者・家族の生活、就労等社会復帰支援を担っていた医療ソーシャルワーク業務は、社会的入院と医療財源支出抑制の解決策を担う役割として転院援助を行うようになる。

政策から影響を受ける保健医療機関の多くは民間病院である。事業経営安定のため、支出抑制政策に誘導され、退院促進に積極的になってゆく。医療ソーシャルワーク業務は医療事業の資本に集約化されてゆく。70年代の「転院の援助」業務は、80年代に入り、医療ソーシャルワーク業務が福祉の市場化に収斂されてゆく政策に受動的な在り方の土台をつくることとなった。医療ソーシャルワーク業務の視点が、個人の生活問題が個人と病院の内側に収められてゆく端緒となった。医療ソーシャルワークにおける養成教育、身分法、職務範囲の不明確さが、業務の変遷に更に拍車をかけたともいえる。

3-3. 内閉化する医療ソーシャルワーク業務

3-3-(a). 「入院斡旋」業務から「退院援助」業務重点化の転換

1980年代から福祉の市場化、基礎構造改革以降2020年現在を分析枠組みとした。

1980年の高齢化率は9.1%（内閣府，2019）で、将来の少子高齢化と医療介護財源問題が顕在化し始めた時期である。82年の中曽根政権に始まる規制緩和、89年の竹下政権の消費税導入にみられるように医療・福祉政策は医療財源の支出抑制、支出抑制となる在宅サービスの拡充といった、市場化の構造を底流に持ちながら整備されてゆく。

1983年老人保健法においていくつかの在宅復帰を後押しする指導管理料が新設された。そのうちの1つ「退院指導料」に医療ソーシャルワーカーが明記された。

1985年には医療法の第一次改正が行われ、現在に続く医療計画、病床数の規制、医療機関の機能分化と連携の方向性が示された。

更に1987年に老人保健法改正による老人保健施設の創設、1989年のゴールドプラン策定によって施設緊急整備と在宅福祉の推進を掲げ高齢者の長期入院化を解消する受け皿の拡大が進められた。制度充実に向けてハードである政策を動かすソフトが必要である。

1987年には「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され相談援助と介護実践を担う国家資格が誕生するというシナリオ全体の構成が見えてくる。当時、国は、少子高齢社会の介護のマンパワー増産として介護福祉士の方をより重要視（京須 b, 2006: 59）していた。一方で社会福祉士に関して、名目上は、市場化を見据え、福祉サービスという商品を、消費者が賢くよりよい適切な選択ができる支援として、専門的相談態勢の必要性を根拠とした。

1989（平成元）年には、『医療ソーシャルワーカー業務指針』が厚生省（当時）より通知、制定された。

「業務の範囲」大項目5項目の内、4項目めに「退院（社会復帰）援助」が具体的内容として明記された。70年代までの医療ソーシャルワーク業務のひとつであった社会復帰援助が退院援助という文言に集約された。以下、1989年業務指針から一部抜粋。

2 業務の範囲

- 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・受療援助
- 4) 退院（社会復帰）援助
- 5) 地域活動

2000年代に入ると、退院援助の業務はほぼ確立していることが、2002年医療ソーシャルワーカー業務指針の改正によって示されている。業務の範囲における大項目は以下、6項目で示されている。以下、2002年業務指針から一部抜粋。

2 業務の範囲

- 1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- 2) 退院援助
- 3) 社会復帰援助
- 4) 受診・療養援助
- 5) 経済的問題の解決、調整援助
- 6) 地域活動

1989年の前業務指針時との違いは、退院援助が社会復帰援助と別れ、前方に、社会復帰援助が後方に据えられたことにある。いずれも病院から退院に向けた支援、退院後の環境整備や調整支援を説明している。一体何が異なるのか。内容2)の退院援助における小項目の中では、②の介護保険のサービスやケアマネとの連携に関する内容、③の転院や介護・社会福祉施設の選定援助に関する内容、④の在宅医療に関する内容、⑤の傷病や障害に適した住居の確保、問題の解決が示されている。これらの内容からは、退院援助は、高齢や障害のある患者に対する退院に向けた支援と読み取れる。一方、3)社会復帰援助が示す内容は、小項目、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。」と記しているように、学業や就業の復帰の支援であることが読み取れる。すなわち、いわゆる、生産年齢層を対象とした退院に向けた支援が、社会復帰の対象者として意味している。退院援助と社会復帰を、前者が高齢や障害のある患者、後者を学業や就業に関連する患者の退院に向けた支援との二つの項目に区別しているのである。その上で、高齢や障害のある患者の退院に関する支援を意図的に上位に位置付け

ていることがわかる。

80年代後半は、更に深刻化する高齢社会を視野に、多様化高度化するニーズに対応するため保健・医療・福祉の総合的な展開、統合化が推進され始めた（厚生省、1985）。

この頃の医療ソーシャルワーク業務は、退院後の地域資源の不足に対して、地域へ向けた取組みや社会資源の創出に拡がりを見せている。村上（2020:7）は、「病院内での治療からコミュニティケアに移行する過程で生じた生活上の諸問題に対して、生活の条件を社会的につくすることで解決を図ろうとした実践」と述べている。すなわち、政策が支出抑制を目的に早期退院可能ならしめる在宅サービスの拡充に向かうことによって、医療ソーシャルワークの業務は、病院から地域やコミュニティにおける一人ひとりの暮らしや生活をあらためて重点化することになった。政策の在宅ケアへの指向は、医療ソーシャルワーク業務に患者の暮らしが住まいや家族、地域コミュニティとの相互関係で成り立っている社会関係の重要性を認識する好機となった。

90年代以降、福祉政策は法制度、社会資源の活発な拡充整備に向かい、また医療政策は、急速に在院日数の短縮化、機能分化を図っていった。その結果、医療ソーシャルワーク業務に改めて生起していた個の生活問題を社会化させてゆく視点は激流に流され、一過性に終わってしまっている。

以上の経緯から、所属医療機関は、経営効率と共に適切な退院促進機能として医療ソーシャルワーカーの雇用を推進するようになる（高山、2019:27）。それゆえ、医療ソーシャルワーク業務における「退院援助」が業務の約8割にも及ぶようになる。退院在院日数短縮化、早期退院を効率的に担ってゆくため、退院自体が目的化し始める（村上、2020:15）。

3-3-(b). 市場強化する政策に追従し、社会を維持・統制する業務へと邁進

90年代以降政策はさらに加速し拡大整備、展開していった。1991年のバブル崩壊、経済低迷、競争原理導入と規制緩和によって「財政再建から高コスト構造の是正という国家から市場へのパワーシフト」（横山、2009:37-40）へ向かった。「市場化」「競争」を根幹に統合化する保健・医療・福祉へ基礎構造改革は押し広げられた。

1990年の社会福祉八法改正、1992年の第二次医療法改正で早期退院の流れが本格化、1994年には新ゴールドプラン・エンゼルプラン策定で、利用者本位・自立支援、普遍主義、総合的サービスの提供、地域主義が掲げられた。1997年は第三次医療法改正でインフォームド・コンセント（以下IC）の法制化、介護保険法成立、そして消費増税5%と整備される。構造改革によって福祉の個人化、地域特性という名の地方分権化、国家責任の後退が進み、個人や地域の格差は拡大されてゆく。

医療ソーシャルワーク業務は、80年代に敷かれた政策のルールに乗りながら、目の前の困難を抱える患者、家族に向き合い、援助技術を真摯に追求し、医師や組織の指示

に従い、要請される退院・転院調整、在宅復帰支援に挑み続けている。この間、日本医療社会事業協会の機関紙『医療と福祉』に投稿された論文には「退院・転院調整」にジレンマを感じながらも政策や組織に忠実に、あるいは、効率的な患者退院援助方法、円滑な他職種との連携方法といった技術・方法論に傾倒する論文が寄せられている。個別に現れている生活問題を社会問題として目を向けている論旨は数本のみであると村上(2020:10)は指摘している。

医療ソーシャルワーク業務の核心にある関心は内向きで、支援対象者や状況を社会の秩序に組み込む調整が業務として確立されたと言える。

2000年に入ると、80年代から地固めしていった福祉の市場化の拡大、つまり規制緩和、市場の強化が具体化してくる(横山, 2009:44-71)。市場競争を具現化する介護保険法施行を皮切りに、社会福祉事業法から社会福祉法への改正・改称が行われた。加えてゴールドプラン21では元気で自立した高齢者像をモデルとして国民に提示された。モデル実現のため、地域での相互扶助の目標が掲げられた。元気で自立した高齢者は、自助互助が土台にあり国民の規範だと知らしめられた。障害分野の支援費制度では第二種社会福祉事業(在宅)の市場開放が行われた。また第四次医療法が改正され、病院機能分化、地域移行型医療への転換が示された。地域移行、市場強化、在宅サービスの充実が貫通するミレニアムの幕開きである。

2005年介護保険法改正で地域包括化が登場する。自助・互助・共助・公助による地域ごとの有機的連携が推進され始める(小笠原, 2011:42)。

翌2006年には医療法第一次改正以来の大転換と言われる第五次医療法改正が行われた。6年を1期とした医療費適正化計画が都道府県に義務付けられ、医療機能の分化、地域医療の連携体制の構築が強化された。2006年の診療報酬改正では、急性期入院加算、急性期特定入院加算が廃止(中医協)され、在宅患者入院共同指導料Iが新設された。改定後は、地域連携退院時共同指導料Iとなっている。地域に帰る患者を医療機関と地域の関係機関が共に患者に関する重要なことを共有することに対する評価である。早期退院を前提に退院の質を高めることが目的である。

2年に一度の診療報酬改定、2008年は退院調整加算における社会福祉士等配置が示された。2010年の診療報酬改定では、介護指導連携指導料新設(300点)された。介護保険施行後10年、「医療がわっていない」「医療の敷居が高い」などの連携の壁を緩和、解消し、退院支援を行う医療と地域の受け皿となる介護側の有効かつ適切な連携を目的とし、介護支援専門員との連携強化が示された。さらに、急性期病棟等退院調整加算(退院調整加算から新設)、慢性期病棟等退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算と診療報酬によって早期退院の量と質の確立が誘導されていった。

2012年には、社会保障と税の一体改革関連八法成立、消費税8%と増税が行われた。

2014年地域医療・介護総合確保推進法成立（介護保険法一部改正）では、「介護老人福祉施設の入所制限，軽度介護の地域支援事業への移管等」が出された。

介護保険法だけでなく，2014年の診療報酬改定でも「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第2条で「地域包括ケアシステム」が明示された。

2015年には第六次医療法が改正され，引き続き病床機能分化，地域での連携，在宅医療が推進され，病院完結型から地域完結型へ，かかりつけ医機能の強化が示されている。第6次医療法改正は，引き続き病床の機能分化，在宅医療の推進が示されている。2016年には，地域共生社会の実現という文言が打ち出され，2019年全世代型社会保障へ転換された。全世代型社会保障と地域共生社会の担い手として社会福祉士のソーシャルワーク機能の質向上が目指され，社会福祉士養成課程の教育内容等見直されることとなった。

2016年の診療報酬では，退院支援加算1，2，3（退院支援及び地域連携業務を担う退院支援部門が設置された。退院支援部門に専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されることが示された。

2017年，退院時の共同指導をめぐっては，2017年12月6日に開かれた中央社会保険医療協議会の総会で，厚労省が課題を挙げていた。1つは，医療側は医師，看護師に限定され，介護系サービスの方は，介護支援専門員に限定されていること。2つ目は，算定回数の伸び悩みであった。実際の退院時共同指導の際には医療ソーシャルワークを担う社会福祉士が積極的に参加，調整しており，日本医療社会福祉協会は2017年5月30日付で，2018年度診療報酬改定に関わる要望書を厚生労働省保険局長に宛てて提出。在宅療養支援診療所の医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）の「退院時共同指導料」における評価について，社会福祉士を追加するよう求めた（公益社団法人日本医療社会福祉協会，2017）。

地域移行，在宅促進の推進強化を誘導したい政府は，2018年，①診療報酬改正 入退院支援加算，②退院時共同指導料（400点）：医師看護師等→医師，看護師に加えて，薬剤師，管理栄養士，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，社会福祉士を追加した。③介護支援等連携指導料においては，介護支援専門員以外に，障害分野の相談支援専門員との連携も追加（400点）された。

このように介護，医療，障害の地域での包括的連携，つながりを念頭におき縦割りの法制度，政策が分野を超えて一体的に進められ，80年代後半から始まった保健・医療・介護の統合が具現化されていった。

医療ソーシャルワーク業務は医療機関から地域の資源へのつなぎ手として最前列を死守している。医療法や診療報酬の算定条件に医療ソーシャルワークや社会福祉士が明記される度に業務の確立と一喜を繰り返した。底流には，市場化のセオリーが潜んでいる

ことに気づいているのかいないのか、住み慣れた地域でその人らしい生活の再構築を目的に医療からこぼれ落ちる人びとを地域のパズルにはめ込むように政策に誠実に作業を続けている。社会構造から排除、つまり暮らしや生活を軽視されてゆく人や状況を再度、社会構造へ再統合するためにもがいている医療ソーシャルワーク業務の壮絶さは想像に難くない。だが、医療ソーシャルワーク業務は、政策のベクトルに後進しながら、社会を維持、統制する調整的役割としての機能を担っていることに違いはない。業務はより一層内向きになり、要請に受け身となってゆく。

政策に追従することによって現在の医療ソーシャルワーク業務の輪郭が明らかになっていった。なぜ政策に唯々諾々と受動的な傾向となっていったのであろうか。その背景の一つに医療ソーシャルワーク業務が依拠する基盤となっている福祉系職能団体の歴史的経緯を確認しておく必要がある。

3-3-(c). 厚生省の強い影響力と資格化をめぐる福祉系職能団体間の分断

厚生省社会局に審議会が設置され、度重なる審議、労働省・文部省・厚生省健康政策局との調整、反対陳情・運動（京須，2006 b:58）など幾多の課題を乗り越えて、1987年に社会福祉士及び介護福祉士法⁽²⁾が成立した。10年後の1997年には精神保健福祉士法が成立している。

しかし、1950年代から職能団体が尽力してきた保健医療分野に特化した医療ソーシャルワークの資格化運動は、闘争の過程で好機を逃した感がある。精力的な活動を続けていた日本医療社会事業協会を中心に日本精神保健福祉士会の保健医療分野の資格化運動は70年代も80年代も結実することはなかった。

福祉系職能団体の組織変容、福祉国家資格制定過程の研究について論究した京須（2006 a・2006 b）の二つの論文からは、福祉系職能団体の変遷と厚生省との関係性、社会が動くタイミングに合うかどうか、がいかに重要なのが理解できる。

福祉系職能団体は、成立当初から活動が活発な日本医療社会事業協会（MSW：Medical Social Work）を筆頭に日本精神医学ソーシャルワーカー協会（現：日本精神保健福祉士会：PSW：Psychiatric Social Work）といった保健医療系に加え、養成教育系では、1955年に日本社会福祉教育学校連盟が設立されている。しかし学校加盟率は40%程度で、かつ学校毎の社会福祉の理解、教育の不統一性などの問題があったと言われている（京須，2006 a:230）。

身分法・業務の未確立、養成教育の不統一とソーシャルワークの豊穡な基盤が出来上がるまでには未だ時間を要していた。

そんな中、厚生省からの働きかけによって、1986年「国際社会事業教育会議」の日本開催を成功させた日本社会福祉教育学校連盟は、このことを契機に活動が活発化する。また、学校連盟と同様に受け身的傾向で、活動休止していた日本ソーシャルワーク

協会も、厚生省社会局からの働きかけで、「国際福祉会議」を国際ソーシャルワーカー協会が日本開催を担うことによって活動の再開や活性化が促進されている（京須，2006 a: 231）。

このような流れの中、少子高齢社会の到来による社会福祉サービスの拡充政策、支出抑制のための在宅介護に注視し始めた政府は、1986年12月（厚生大臣斉藤十朗）医療・福祉関係職員資格法定化を指示し、急遽、資格化に動き出した。この流れにのり、保健医療系団体である日本医療社会事業協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会は、医療分野管轄の厚生省『健康政策局』と「医療福祉士」の資格化を目指した。

一方で、社会福祉事業等を管轄とする厚生省『社会局』は、先述した国際会議開催の深い関係性から日本ソーシャルワーク協会と日本社会福祉学校教育連盟と共に「社会福祉士」の資格化を目指し、結果、厚生省社会局が資格化に成功させた。

このことによって、1987年に成立した社会福祉士法には、資格要件、養成教育も含め、保健医療分野のソーシャルワークが含まれることはなかった。社会福祉士に保健医療分野も含めるよう職能団体は厚生大臣宛て厚生省社会局へ要望書として請願（日本医療社会事業協会『医療と福祉』1991-7, No.56 別添資料2「社会福祉士及び介護福祉士法」改正請願昭昭和62年10月1日：43）している。しかし、厚生省社会局は、一度決定したことを再度検討することは困難であること、また医師会との関係性などを挙げ、受け入れることはなかった（松山，2003：68）。1998年の社会福祉士及び介護福祉士法改正において「病院及び診療所」が実務経験の場として認められ指定施設に追加され、2006年になってようやく社会福祉士養成における実習施設に医療機関が追加された。要因の背景には医療機関の早期退院、地域移行を担う医療ソーシャルワーカーである社会福祉士の活用が大きくあることは十分推察される。

1990年、日本医療社会事業協会は総会で、社会福祉士でもって資格化とする、「別の国家資格は求めない」（松山，2003：75・上原，2007：12）とし、社会福祉士を医療ソーシャルワークの資格とし、保健医療分野に特化した資格化への闘争運動に一応の区切りをつけている。

厚生省保健政策局は、医療福祉士を医療職として位置づけ、看護や臨床検査、リハビリ療法士、放射線技師などと同様に診療補助部門として提示した。しかし、職能団体、特に日本医療社会事業協会を中心に、医療は担わない、福祉職としての位置づけを固辞し続けた。医師の指示や医療組織体制の一部に従属することは社会福祉の理念にそわないことを理由に、保健政策局と折り合うことはなかった。

この国家資格化の動き、実情としての背景にある厚生省内の主導権争いが福祉系職能団体の分断を結果的に招いたと、京須（2006 a）は詳細に経緯を説明し、指摘している。

なお、精神医学領域のソーシャルワークは「Y問題」⁽³⁾（桐原，2013）という10年以上にわたる人権問題に対峙していた。さらに1984年の「宇都宮事件」⁽⁴⁾をきっかけに、日本政府は国連差別防止・少数者保護小委員会に提訴され国連の人権小委員会や国際法律家委員会など調査団が来日するまでにいたった（京須，2006 a: 231・桐原，2013: 77）。この出来事によって日本政府の精神科領域への人権意識が高まった。現象化していた精神疾患患者の超長期入院の解消、地域移行にむけた政策の転換期となり、精神衛生法が1987年精神保健法として改正された。

1993年に社会福祉専門職4団体（1993年に設立した「日本社会福祉士会」を含めた、ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会）が、社会福祉士を基礎とする資格統一化の合意形成を行っている（京須，2006 a: 241-242）。

しかし、1994年に精神保健福祉士法の可能性が見えてくると、日本精神医学ソーシャルワーカー協会は、方向性を変更し、単独立法化を目指した。日本精神医学ソーシャルワーカー協会は、これらのタイミングを活用（桐原，2013）し、患者の人権尊重を実現する担い手として精神医学領域のソーシャルワークの重要性を訴えた。精神医学におけるソーシャルワーク業務の確立や身分の保障として1997年資格化を手に入れることになるのである。

京須（2006 a: 243）は、厚生省（当時）と各団体間の交渉や攻防の過程を整理し、資格化や専門職としての社会的認識を握る鍵が、厚生省との関係性にあることを論じている。

以降の力を持つ組織とのパワーバランスに関するいくつかの経緯を見てみる。

2001年8月に日本医療社会事業協会は、国立病院のソーシャルワーカーに福祉職俸給表を適用するため、日本医師会に対し、正式に文書で依頼した。翌月にはこの文書に対して日本医師会からの了承を得ている。しかし、医師会は、2002年「医療ソーシャルワーカー業務指針」の中に「医師の指示関係」を認めることを交換条件とした。結果、医療福祉士資格化要件として、厚生省保健政策局からは医療職としての位置づけによる医師の指示下、医療組織の一部に従属することに依らない福祉職であることを堅持し続けたにもかかわらず、圧力ともいえるべき流れを受け入れざるを得ない状況に立たされたといえる（京須，2006 b, 60-51）。

また、2002年（平成14）「医療ソーシャルワーカー業務指針」改定時には、3業務の方法等、第（5）項の①から③にかけて受診・受療援助における「医師の指示」が述べられている。

なお、2006年には、社会福祉士養成のための実習指定施設に入っていなかった病院、診療所、老人保健施設等の保健医療機関が追加された。政策は、病院の在院日数短縮

化、早期退院、在宅サービスへのつなぎのマンパワーとして保健医療機関に従事する医療ソーシャルワーク業務を活用した。

また、政策が推進する地域移行が、専門職間の分断、分化を促進し、職種間の連携、協働が重視されるようになると、2007年社会福祉士及び介護福祉士法改正にて、ソーシャルワークの定義が見直され、関係者との連絡・調整が追加された。日本医療社会事業協会は、保健医療分野に特化した資格化を目指すことをやめ、社会福祉士法の成立でもって保健医療分野の医療ソーシャルワークも一本化とする宣言している。故に、早期退院、在院日数の短縮化、医療財源支出抑制を主眼においた政策実現に向け、転院、施設入所、あるいは在宅サービスへのつなぎを目的とし、地域を巻き込んだ市場化の担い手となった。医療ソーシャルワーク業務は自らの信念や価値と退院自体が目的化しがちな業務との間に葛藤するのである。

加えて、2008年診療報酬改定があり、退院調整業務に点数化がなされた。すると、今まで社会福祉士養成の実習指定施設から除外されていた病院等保健医療機関が2008年に追加された。

政策誘導によって、地域の連携を担うマンパワーとして、医療機関では社会福祉士である医療ソーシャルワーク業務がより注目されるようになった。医療社会事業部や医療相談室から、地域医療連携室といった名称変更が全国的に広がり、早期退院支援、医療と地域間の橋渡し役を担う機能として配置する医療機関が増えていった。

現在もなお、公的に医療ソーシャルワーク業務の明確化や身分が保障されていないことを示している。時代の要請やタイミング、政策や省庁、医師会といった組織間の主導権を巡る動向、これらの国を動かす組織と医療ソーシャルワークの信念との折り合い、あるいはパワーバランスの不均衡、職能団体間の方向性の違いなど様々な条件で（国家）資格化の実現可能性は影響されることを医療ソーシャルワーク資格化運動の歴史から学ぶことができる。

すなわち、政策といった社会的背景に医療ソーシャルワーク業務自体が影響を受けやすい状況にあり続けているといえよう。また、政府からの介入の在り方は、現在の職能団体の受動的なあり方にも影響を与えている。

忙殺されるほどの相談業務に対し、職能団体は、社会資源の拡充、効果的な援助といった目的で、業務の確立、身分の保障を目指していた。しかし、歴史的概観また、外部からの批判を受け止めると、当初の目的から方向性がズレ「資格化闘争」という内向きの姿勢に傾倒していったと言わざるを得ない。個別の問題を社会化、外在化する視点は、医療ソーシャルワークの業務からも、職能団体からも薄まっていった。

3-3-(d). 医療行為に関する意思決定支援に流れ込む市場の理論

2000年代に着目すべき点は、治療方針や生命倫理の意思決定に関する法やガイドラ

インの整備が続いたことである。先の第三次医療法改正（1997）で示された IC（Informed Consent：十分な説明による同意）から続く流れともいえる。

2007 年終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（2018 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」と内容、名称とも変更）、2006 年がん対策基本法を受け、2007 年がん対策推進基本計画によりがん拠点病院のがん相談支援センター設置、2010 年臓器移植法改正（本人の意思が表明出来ない場合の家族の承諾代理や 15 歳未満の脳死臓器提供）など軒並み整備されている。医療を提供する側も、医療を享受する側も、何が最善の選択肢なのか判断が難しい場面が増えてきていることは間違いない。

わが国では、一人暮らし、高齢世帯、認知機能の低下、認知症の増加、サポート家族の不在、医療の高度先進化に伴う情報の非対称性拡大といった社会的構造に起因する要因が顕著になっている。

先述した医療福祉政策は 80 年代の保健医療福祉の統合化に始まり、90 年代の社会福祉構造改革・福祉の市場化へ進んだ。2000 年以降になって保健・医療・福祉の統合および市場化の具現化がなされた。このような保健・医療・福祉の市場化は、保健・医療・福祉を利用する側に、市場における競争を原理（横山、2009：46-53）とした、多様な選択肢を提供する。

しかし一方で、その多様な選択肢に対する主体的選択を迫る。いわゆる市場経済では選択の結果は自己責任であるとの原理を内包する。この市場の原理にある選択と保健・医療・福祉の市場化が選択という点で融合され、時に保健・医療・福祉における選択が自己責任であるとの不幸な解釈に収斂されることがある。つまり、権利概念としての自己決定ではなく、現在の保健・医療・福祉の中に自己決定は自己責任を伴う、という市場経済における原理の解釈が溶け込んでしまっていることが問題なのである（横山、2009：70, 92）。

よって、主体的な選択、決定が難しい患者または家族を、多職種によって支援する、つまり意思形成支援するための連携、協働が更に注視されるようになった。

米国では、1970 年代以降、ADs（Advanced Directives：事前指示・代理決定者の決定）⁽⁵⁾が国を挙げて推進された。医療訴訟・刑事事件が背景にある。遷延性意識障害（植物状態）、終末期、人工呼吸管理、人工栄養・水分といった医学的管理が必要な状態にある患者とその医療行為の中止に伴う問題であった。契機となった、1976 年カレン・アン・クインラン事件⁽⁶⁾によって、Living will（事前指示）、ADs が「自己決定の明確な根拠」（片山、2016：5）として法的に保障された。1984 年のナンシー・クルーザン事件⁽⁷⁾では、1990 年自己決定法⁽⁸⁾、治療の中止をめぐる権利が保障された。いずれも患者家族側が人として尊重、人らしく生き、死ぬということを訴え、治療の中止を

権利として求めた訴訟事件であった。

しかし、時代の経過とともに米国において ADs の効果について臨床的検証 The SUPPORT study (J. Teno 他, 1997) がなされるも、結果、ADs のみでは、AD の文書化作業を大幅に増やすのみで、意思決定を強化することはなかったと論証されている。重要なことは、患者と医療関係者などサポートする側とのより良いコミュニケーションの構築と包括的な事前ケアの計画を通じて現在の臨床のあり方を改善することだと述べている。

わが国においても、類似の出来事が起こった。しかしながら米国と日本とは発生の仕方が異なる。米国は患者・家族側が医師や医療機関に対し、人間らしくあるために、治療を中止する権利、いわゆるその人らしい最期を権利として訴えた。一方、日本は、本人・家族の希望、あるいは医師がその希望や状況を判断し、治療を中止したことに対し、所属医療機関や行政が問題視し、刑事事件として訴えている点である。

1995年東海大学安楽死事件（神奈川県）⁽⁹⁾では、積極的安楽死、消極的安楽死の許容要件（児玉ほか、2006）が示されることとなった。2005年川崎協同病院（神奈川県）⁽¹⁰⁾では、消極的安楽死として治療の中止が議論された。2000年射水市民病院（富山県）⁽¹¹⁾での治療の中止を巡る事件は、「2007年終末期医療の決定プロセスガイドライン」策定を導いた。

ADs の反省から、意思表示→意思確認→意思形成→意思決定にむけた有機的合意プロセスを尊重するという ACP (Advanced Care Planning)⁽¹²⁾を厚労省は、2018年に「人生会議」と公募によって名づけられた愛称で普及に努めている。多死社会の到来や認知症の増加に伴う医療・ケアにかかわる選択や問題が複雑化する。医療やケアをどのように受けたいか、受けたくないのか、事前に身近な人たちと繰り返しの対話を通して、本人の価値観や信念を皆で共有しよう。人は本来に関係性の中でさまざまなことを考え、相互に影響し合い、取捨選択を重ね、最終的に選ぶというプロセスを経る。その時が来たら、少しでもベストインタレスト（最善の利益）として、本人の思いがその時の対応に少しでも反映されるように準備しておこう。本人の意向が全く聞けない状態でその時が来て、周りがどうしたらよいか悩みあぐねることよりは、本人の考え方や生き様に思いを巡らせ重ね対応する方が、少しは、マシであろう。というのが、ACP の示唆する概要である。最近では、年齢を重ねた多くの人から「子どもには迷惑をかけたくない」との言葉を耳にする。約 70% の人が命の危険が迫った時に自分の意思を伝えられない状況になる（厚労省、2018）。より善い死、つまりより善い生を考えるとどういうことか、非常に重要な問題である。

しかしながら、先述したように、自らの意思で医療、福祉サービスを選択するという主体的選択、主体性や権利の尊重という理論と同時に、保健・医療・福祉の市場化政策

によって、その選択は自己責任であるという市場経済の理論が流れ込んできた。この点を把握しておかなければならない。

先の村上も指摘しているが、『医療と福祉』といった2000年代の医療ソーシャルワークの投稿論文では、がん治療や終末期医療による意思決定支援、組織内外の多職種連携、退院支援の方法や効果・効率に関するものが急増する。2007年『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』に始まるベストインタレストを追求する姿勢は当然、重要であるが、社会構造や政策に後進しつつ、心理的支援や関係調整、つまり援助技術への偏重や社会を維持あるいは統制する方向に荷重がかかっているとも言える。

医療ソーシャルワーク業務が、心理的支援と同時に問題の背景となっている社会構造に働きかけるというよりは、社会や政策に受け身的になり、内向き姿勢は継続している。

2018年の第3期がん対策推進基本計画では、がん医療の充実として、「ビッグデータやAIを活用したがんゲノム医療が推進され個人に最適化されたがん医療の効率的な実現」が示された。ゲノム情報、つまり極めて個人的な遺伝情報を取り扱う倫理的問題を含むチーム医療や患者への相談支援、地域住民が理解できるよう啓発・教育活動が推進されている（厚労省、2018）。

2019年には「医療的ケア児等総合支援事業」を実施し、「人工呼吸器を装着している児童その他の日常生活を営むための医療を要する状態にある児童や重症心身障害児」の地域生活支援向上が目的とされた。医療的ケアが必要な重症心身障害児が家庭の環境で身内と共に過ごすことができる生活は大切ではある。しかし一方でケアを担うマンパワーや環境機器、経済的支援に加え心身や社会的休息、相談援助といった総合的支援の実施が無ければ、実現困難で、医療財源削減の施策に終始してしまう。

また、国は、少子高齢化対策として不妊治療や遺伝子治療といった倫理的問題を含む内容に取り組むとしている。経済的負担が治療を望む患者の心理精神社会的負担と密接にかかわっていることを考慮すると国の取り組みは評価に値するものの、バースコントロールの施策介入は、戦時下に展開された厚生事業を彷彿とさせる。

深い倫理的医療問題や重度医療にも包括化施策が切り込まれ始めている。医療ソーシャルワークの業務が、どこに向いて、どう対応してゆくのか、今後の重要な課題となる。

3-3-(e). 医療ソーシャルワーク業務の変遷を通して連携が示唆すること

2018年に社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会において「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」が出された。

実践を担う医療ソーシャルワークが歴史的・社会的経緯と現状を正面から受け止め、その上でソーシャルワーク機能が何を対象に、何を目的に、何を実現することに貢献し

てゆくのか価値を掘り下げなければ、つまり自覚がなければ、政策に一方的に整合化されることに業務を費やし、歴史はただ繰り返されるだけであろう。

以下の3つの調査報告から近年の医療ソーシャルワークの実際の業務に目を向けてみる。

社団法人日本医療社会事業協会（2005年3月）「保健医療分野におけるソーシャルワーカーの位置づけに関する現状と課題」調査研究報告によると、『医療ソーシャルワーカー業務指針』の2業務の範囲6項目から整理している。ソーシャルワーカーの業務内容は、退院援助が一番多く、次に心理社会的問題解決、受診・受療援助、社会復帰援助、経済的問題解決、地域活動と続いている。2000年代前半の医療ソーシャルワーク業務は、退院援助が中心を占めていることがわかる。

また、「医療ソーシャルワーカーの現状と課題」として、2009年度の富山大学附属病院の業務分析（野田・山本，2011）においても、『業務指針』から項目分類し、退院援助数が同様に最も多く、かつ「退院援助において、依頼件数に対して連携件数が突出して多いこと（略）業務の遂行がいかにか他職種や他業種との連携において遂行されているか伺える。（略）退院支援において、病病連携、病診連携、在宅へ退院に対しての連携が業務の中心であることが伺える。」と述べており、2000年代後半に至っては医療ソーシャルワークの業務は退院支援を中心に連携を要として行っていることが示唆される。

加えて、黒田ら（2010）の「医療ソーシャルワーカーの業務実態とその関連要因」における調査では、転院先の選定、介護保険制度の説明や在宅復帰に伴うサービスの活用支援、転院・在宅サービスに関連する職種との連携といった業務が上位を独占している。『業務指針』との関連からは、退院援助、社会復帰の業務に該当する。同時に、「MSW 所属部署に看護師が配置されていて協働で退院支援や地域医療連携に取り組む者が4分の1を占めていること」が明らかになっている。かつて医師や看護師が担ってきた、患者の退院、社会復帰支援は、1929年本格的に医療ソーシャルワークが萌芽して以降、保健医療分野における社会的・心理的・経済的支援の重要性という価値の元、医療ソーシャルワークが業務として担っていった経緯がある。しかし、黒田らの調査による現場の声からは「在院日数の短縮によってMSWが社会資源や福祉制度に結びつける時間がなく、入院中に院内でできることが少なくなった。診療支援の名目のもとにMSWに課せられる責任や業務量が増えすぎている。」「地域連携パスにより、簡素化された“退院手順”が他職種にはわかりやすいが、その分、自己決定に寄り添うとするMSWのスピードが遅いと思われることもある。」と医療ソーシャルワークの価値・信念と実際の役割期待との間で起こるジレンマが挙がっている。一方で「医療ソーシャルワーカーがいないと病院が成り立たないというぐらい、期待される役割が大きくなっていると思う。MSW業務が地域医療連携業務を一体的に取り組むことの妥当性が示さ

れつつあるのかなと思う。」と肯定的かつ意欲的な意見も出ている。

いずれにせよ、2008年の診療報酬改定による「退院調整加算」業務の点数化が影響し、看護師を中心とした他職種による退院支援や連携業務が拡大していることがわかる。

つまり、2010年前後より、医療ソーシャルワークの業務は、退院支援を中心に院内外の連携を他職種との業務分担において実践していることが理解できる。

このように医療ソーシャルワークは、90年代以降、『業務指針』の分類でいう退院にかかわる支援が業務の大半を占めていると言えよう。また2000年代以降は、病院機能分化、社会福祉基礎構造改革の福祉の市場化の具現化によって、医療ソーシャルワークの業務は、支援プロセスが中断・分断化され、その分断を克服するために他職種とのシームレスな連携、協働（安井、2016）というある意味、業務の拡がりをみせている。

しかしながら、連携は2000年代に始まったことなのであろうか。医療ソーシャルワークのパイオニア的存在である浅賀（1967：114）は1960年代当時の保健所医療社会事業に関する論文「保健婦事業と医療社会事業」において、保健婦（当時）事業の制度や歴史と比較し、「新参ものの医療社会事業はともすれば存在理由を抹殺されそうになったり、冷遇され、只今は僅かに（保健所では）保健婦事業におんぶした赤ちゃん的存在にあり（略）保健婦さんたちに余分の重荷を負わせています。地域の中で両者の果たす役割は密接に結びつき、両者は相互依存的、競合的、或は扶助的な関係で有機的に融・統合されなければなりませんし、両者の役割の裾野は時に境界線を引き難い程オーバーラップしていてもいます。（略）保健婦さんとソーシャルワーカーは、もっともっと話し合いの場をもち、相互に相手の仕事の知識と技術を学び合い、討議をして、地域に目を向けて、末端行政の向上のために協力したいものだと思います。」と当初からすでに保健婦との専門業務棲み分けの困難性、地域の視点、対話や連携・チーム医療の重要性に言及している。

地域移行政策、福祉の市場化は、入院前から入院中、退院後において一貫性・連続性のある医療ソーシャルワーク業務を中断させ、看護師やケアマネジャーなど地域の担い手へ支援を引き渡し、そのために連携・協働する態勢を要請した。

加えて、業務の明確化、専門性の強化とは、職務範囲を限定することであるともいえる。専門性の特化、つまり専門性が高まれば、ひとつの専門性ではオールマイティーに全てのことをカバーできなくなり、分業を必然化する。物事を遂行するため、すなわち包括的な支援を実現するためには、必然的に専門性によって分断された業務を結集させ、つながり（連携）、有機的に活動（協働）することによって統合化させなければならなくなることも認識しておかなければならない。

要するに、業務の明確化や専門性の深化は、分断化によって構成されている。分断化

された専門性を有機的につなぐ多職種間連携を協働的に実践することが現在、改めて医療ソーシャルワーク業務に限らず、特に対人援助職間において重要視されている。

連携・協働は、市場化政策や専門化による分断を再統合する手段にすぎない。しかしながら、連携が意味として示すことは、医療ソーシャルワーク業務が、もう一度、地域社会に視点を向け、視界が開かれることによって、個人が直面する生活問題を社会問題として捉えることのできる好機となると考える。社会を統制することの関心を超えて、社会へ働きかけることに関心へ向かうことができるようになる最後にして最大のタイミングであると考えられる。

ここで忘れてはならないのは、業務が変遷した歴史的経緯を認識しておくことである。

4. 結 論

医療ソーシャルワーク業務が、社会的動向から影響を受け、社会的視点が希薄化される経緯を整理した。

4-1. 受診・入院支援中心の萌芽期

わが国では、民間の医療機関を中心に医療ソーシャルワークが萌芽し展開された。導入の形から英米、特に米国からの影響が大きい。米国型方法論・援助技術論の直輸入、偏重傾向と批判される面もあった。援助技術論の偏重は、業務において社会構造の問題から視点を反らしたという点で、90年代以降、市場化政策に誘導され整備される医療福祉政策に集約されてゆく医療ソーシャルワーク業務の在り方に影響を与えた。1945年ごろまでの医療ソーシャルワークの業務は、慈善事業から専門的体系化へ向かう途上にあった。貧困や疾病による生活困窮状態にある患者への受診・入院支援が中心で、入院中の物品や訴えへの対応、医療費の支援、患者のみならず家族に対する家庭訪問・指導、社会復帰のための就労支援など多岐にわたっていた。

4-2. 保健所医療社会事業の盛衰と地域視点の希薄化

病院医療社会事業としての医療ソーシャルワーク業務は、治療のための入院環境が不足する中の入院調整、入院中の困りごと全般、医療費など経済的な支援が中心に、加えて退院後の住まいや職の相談を担っていた。また、保健所の医療社会事業における医療ソーシャルワーク業務は、GHQの推進・誘導によって法制度や運用といった外堀が埋められるも、内実は、予算削減や衛生行政の課題、医療ソーシャルワーク業務や専門性の不明瞭さ、養成教育の不充分さによって後退していったと言える。また、このこと

は、単なる後退だけでなく、医療ソーシャルワーク業務から「地域の視点」という社会への働きかけをも希薄化させていった。

4-3. 医療ソーシャルワークが依って立つ環境の不確かさ

組織化されつつある福祉系職能団体等によって、業務や身分の確立の動きが高まっていったことは確かである。しかし、英国や米国のように職能団体が統合されることは現時点においても無い。このことは現在のソーシャルワーク分野（医療、精神、学校、司法、介護等）の業務のわかりにくさ、一般化のしづらさの要因となっている。加えて、業務や身分の不明確さは、政策や社会動向に大きく影響をうける最大の理由と言える。

4-4. 社会的長期入院化による「転院の援助」業務が新たに追加

退院後の患者・家族の生活、就労等社会復帰支援を担っていた医療ソーシャルワーク業務は、社会的入院と医療財源支出抑制の解決策を担う役割としての転院援助を行うようになる。

政策から影響を受ける保健医療機関の多くは民間病院である。事業経営安定のため、支出抑制政策に誘導され、退院促進に積極的になってゆく。医療ソーシャルワーク業務は医療事業の資本に集約化されてゆく。70年代の「転院の援助」業務は、80年代に入り、医療ソーシャルワーク業務が福祉の市場化に収斂されてゆく政策に受動的な在り方の土台をつくることとなった。医療ソーシャルワーク業務の視点が、個人の生活問題が個人と病院の内側に収められてゆく端緒となった。医療ソーシャルワークにおける養成教育、身分法、職務範囲の不明確さが、業務の変遷に更に拍車をかけた。

4-5. 「入院斡旋」業務から「退院援助」業務重点化への転換

政策は、増大する医療費支出抑制を目的に早期退院可能ならしめる在宅サービスの拡充に向かった。政策に誘導され保健医療機関は、組織運営・経営のため、支出抑制を目的に、早期退院、在院日数短縮化、地域移行を推進してゆく。所属医療機関は、経営効率のための退院促進係として医療ソーシャルワーカーの雇用を促進するようになる（高山，2019：27）。マンパワーとして本来退院から地域への社会復帰を支援していた医療ソーシャルワーク業務が「退院援助」を担い、他の医療ソーシャルワーク業務を凌駕し約8割にも及ぶようになる。退院在院日数短縮化、早期退院を効率的に担ってゆくため、退院自体が目的化し始める（村上，2020：15）。

医療ソーシャルワーク業務は、病院から地域やコミュニティにおける一人ひとりの暮らしや生活をあらためて重点化することになった。政策の在宅ケアへの指向は、医療ソーシャルワーク業務に患者の暮らしが住まいや家族、地域コミュニティとの相互関係で

成り立っている社会関係の重要性を認識する好機となった。しかし、医療ソーシャルワーク業務に改めて生起していた個の生活問題を社会化させてゆく視点は、早期退院、在院日数短縮化の波にのまれ、一過性に終わってしまった。

4-6. 市場強化する政策に追従し、社会を維持・統制する業務へと邁進

介護、医療、障害の地域での包括的連携を念頭においた政策が分野を超えて一体的に進められ、80年代後半から始まった地域での保健・医療・介護（高齢、障害）の統合が具現化されてゆく。

住み慣れた地域で、その人らしい生活の再構築を目的に医療からこぼれ落ちる人びとを地域のパズルにはめ込むように、政策へ誠実に作業を続けている。医療ソーシャルワーク業務は、市場強化する政策のベクトルに後進しながら、社会を維持、統制する調整的役割としての機能を担っていることに違いはない。業務はより一層内向きになり、要請に受け身となってゆく。

政策に追従することによって、現在の医療ソーシャルワーク業務の輪郭が明らかになっていった。

4-7. 厚生省の強い影響力と資格化をめぐる福祉系職能団体間の分断

時代の要請やタイミング、政策や省庁、医師会といった組織間の主導権を巡る動向、これらの国を動かす組織と医療ソーシャルワークの信念との折り合い、あるいはパワーバランスの不均衡、職能団体間の方向性の違いなど様々な条件で（国家）資格化の実現可能性は影響される。

すなわち、政策といった社会的背景に医療ソーシャルワーク業務自体が影響を受けやすい状況にあり続けているといえよう。また、政府からの介入の在り方は、現在の職能団体の受動的なあり方にも影響を与えている。

忙殺されるほどの相談業務に対し、職能団体は、社会資源の拡充、効果的な援助といった目的で、業務の確立、身分の保障を目指していた。しかし、歴史的概観また、外部からの批判を受け止めると、当初の目的から方向性がズレ「資格化闘争」という内向きの姿勢に傾倒していったと言わざるを得ない。個別の生活問題を社会の問題化する視点は、医療ソーシャルワークの業務からも、職能団体からも希薄化されていった。

4-8. 医療行為に関する意思決定支援に流れ込む市場の理論

自らの意思で医療、福祉サービスを選択する、つまり主体的選択の意識と同時に、医療福祉の市場強化によって、その選択は自己責任であるという市場の理論が流れ込んできた。

また一人暮らし、高齢世帯、認知症の増加、サポート家族の不在、医療の高度先進化に伴う情報の非対称性拡大といった社会的構造に起因する要因が顕著になっている。意思決定が難しい患者または家族を、多職種の多角的視点によってベストインタレストな意思形成を支援するための連携、協働が更に注視されるようになった。

2000年代の医療ソーシャルワークの投稿論文ではがん治療や終末期医療による意思決定支援、組織内外の多職種連携、退院支援の方法や効果・効率に関するものが急増する。

支援対象者のベストインタレストを追求する姿勢は対人援助職として当然のごとく重要であるが、社会的構造や政策に後進しつつ、心理的支援や関係調整、つまり援助技術への偏重や社会を維持あるいは統制する片方に荷重がかかっている。

医療ソーシャルワーク業務が、心理的支援と同時に問題の背景となっている社会構造に働きかけるというよりは、社会や政策に受け身的になり、内向き姿勢は継続している。

4-9. 医療ソーシャルワーク業務の変遷を通して連携が示唆すること

地域移行政策、福祉の市場化は、入院前から入院中、退院後において一貫性・連続性のある医療ソーシャルワーク業務を中断させ、看護師やケアマネジャーなど地域の担い手へ支援を引き渡し、そのために連携・協働する態勢を要請した。

加えて、業務の明確化、専門性の強化とは、職務範囲を限定し、分業を必然化する。包括的な支援を実現するためには、必然的に専門性によって分断された業務を結集させ、つながり（連携）、有機的に活動（協働）することによって統合化させなければならない。

連携が意味することは、分断を再統合する手段である。しかしながら、医療ソーシャルワーク業務が、もう一度、地域社会に視点を向け、視界が開かれることによって、個人が直面する生活問題を社会の問題としてとらえることのできる好機となると考える。社会を統制することの関心を超えて、社会へ働きかけることへの関心へ向かうことができるようになる最適なタイミングである。

以上により、本論文は、医療ソーシャルワーク業務が、時代や政策といった社会の影響から受け身的傾向が強まり、社会へ働きかける視点が希薄化される経緯を整理し、要因との関係性を明らかにした。

貧困や傷病で困窮する患者の受診・入院支援を中心に家族も含め地域社会を視野に業務を担っていた萌芽期を経て、戦後 GHQ 撤退後の保健所医療社会事業後退によって地域社会への視点が希薄化した。同時に援助論の偏重傾向が強まった。創設された職能団

表1 医療ソーシャルワーク業務の変遷と関連する環境要因

年代	社会背景	医療・福祉政策 (主な)	要因	医療ソーシャルワーク業務 (特徴)
1920年前後 -1945年	<ul style="list-style-type: none"> ・1923年関東大災、 ・1929年世界恐慌、 ・資本主義の興隆による格差、 ・貧困の悪化 ・結核等伝染病の蔓延、 ・疾病と貧困による生活困窮状態、生活問題の悪化、 ・1941-1945年第二次世界大戦 	1868年医業取り締まり、医学奨励に対する太政官布告、 1874年医制発布 1927年健康保険法全面施行 1929年救護法制定、母子保護法、軍事扶助法、医療保護法制定 1938年社会事業法	①慈善事業から福祉が社会化され社会福祉が一般化され始める。 ②戦時中は健民・健兵のための厚生事業(妊産婦、子どもを中心に)が推進された。	①慈善事業から福祉が社会化され社会福祉に依拠する専門的体系化へ向かう途上。 ②主には一部の民間医療機関に配置され、貧困や傷病による生活困窮状態にある患者への受診・入院支援が中心で、入院中の身の回りのこと、医療費の支援、社会復帰のための就労支援、患者のみならず家族に対する家庭訪問・指導、などトータルかつ多岐にわたる。
1946年 -1979年	<ul style="list-style-type: none"> ・第二次世界大戦後、GHQによる占領下、憲法や医療福祉政策の改善、推進 ・貧困、結核患者の蔓延 ・入院環境の不整備 ・戦後高度経済成長長期 ・医療福祉政策の整備拡充 ・老人医療無料化による高齢者の長期入院問題 	1946年旧生活保護法制定 1947年保健所法制定(医療ソーシャルワーカー業務指針の原型) 1948年医療法、医師法制定 1949年身体障害者福祉法制定 1950年新生活保護法制定、福祉三法成立(生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法) 1951年社会福祉事業法成立 1958年保健所における医療社会事業の業務指針策定、国民健康保険改正(皆保険へ) 1959年国民年金制定 1961年国民皆保険、国民年金制度適用 1962年医療法一部改正 1963年老人保健法制定 1964年福祉六法(精神薄弱者福祉法、母子福祉法追加) 1971年児童手当制度	①GHQにより医療・福祉政策整備推進、保健所法制定、保健所医療事業(医療ソーシャルワーク)の推進。しかし、GHQ撤退、地方財政の問題、衛生行政の課題などの理由で、保健所医療社会事業は後退してゆく。 ②業務の不確立、不明確さ。各福祉専門職団体の設立。身分法や業務確立運動の展開。医療福祉士資格案、社会福祉士資格案でも成立せず。 ③老人医療無料化による社会的入院、長期入院によって早期退院、機能分化、地域移行(転院、施設、在宅)医療財源支出抑制制まる。	①保健所医療社会事業が促進されるも医療ソーシャルワーク業務は定着せず、保健所医療社会事業の後退と共に医療ソーシャルワークの地域への偏重強まる。 ②業務内容(指針)、身分、資格すべて不明確なため戦前に引き継ぎ業務は多岐にわたり忙殺されるほどの相談に対応し、社会構造や政策、経営母体の事業経営面からも影響を受けやすく、要請に受動的かつ業務は内向きの傾向になる。 ③社会的長期入院は正のための「転院の援助」業務が新たに追加。戦前の受診入院の入口支援中心から退院のための転院といった出口支援中心に業務が変わり始める。

<p>1980年 -2020年 現在</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の長期入院問題の顕在化 ・少子高齢社会／少産多死社会 ・保健・医療・福祉の統合化 ・基礎構造改革/福祉の市場化 ・パブリックセクターによる世界的経済不況 ・地域包括ケア／地域共生社会的経済不況 ・IT、ビッグデータ等情報社会の進化増進 ・阪神淡路大震災／東日本大震災など自然災害 ・COVID 19 によるコロナ禍 	<p>1983年老人保健法制定 1985年第一次医療法改正 1987年社会福祉士及び介護福祉士法制定 1989年ゴールドプラン策定、消費税3%、厚生省通知「医療ソーシャルワーカー業務指針」策定 1990年福祉八法、厚生省（保健政策局）にて「医療福祉士（仮称）資格化に当たっての考え方」が出されるも、成立せず。 1992年老人保健法改正、第二次医療法改正（早期位位の流れが本格化） 1994年新ゴールドプラン、エンゼルプラン 1997年介護保険法成立、消費税5%へ、第三次医療法改正（機能分化、療養型病床群の設置、ICの法制化）、精神保健福祉士法制定。 2000年介護保険法施行、社会福祉事業法→社会福祉法へ、ゴールドプラン21、第4次医療法改正（病院機能分化、一般病床と療養病床の区分届出義務化、地域完結型医療への転換） 2002年医療ソーシャルワーカー業務指針改正 2003年支援助費制度創設（障害分野在宅サービス市場開放） 2005年障害者自立支援法、介護保険法改正 2006年第5次医療法改正（医療適正化計画都道府県義務化、病院機能の分化、連携・推進）、社会福祉士実習指定施設に病院・診療所・老人保健施設が追加 2007年終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン、社会福祉士及び介護福祉士法改正（関係者との連絡・調整が追加） 2008年診療報酬改定（退院調整業務の診療報酬点数数化）、介護保険法・老人福祉法一部改正 2012年介護保険法改正法全面実施（地域包括ケア体制） 2012年社会保障と税の一体改革関連八法成立 2014年診療報酬改定（地域包括ケアシステム）、消費税8% 2015年全世代・全対象型地域包括支援、第6次医療法改正（病床の機能分化、在宅医療の推進） 2016年地域共生社会の実現へ 2018年人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン（改訂版）公表 2019年全世代型社会保障への転換、社会福祉士養成課程の教育内容等見直し、医療的ケア児等総合支援事業、消費税10%</p>	<p>①政策は、増大する医療・介護費支出抑制を目的に社会福祉基礎構造改革・規制緩和、福祉の市場化、地域移行を推進。保健・医療・福祉の統合化の具現化。 ②政策に誘導され保健医療機関は、所属医療機関は、経営効率のための退院促進係として医療ソーシャルワーカーの雇用を促進。支出抑制を目的に、早期退院、在院日数短縮化、地域移行を推進。地域完結型医療へ。 ③関連省庁間の主導権争い、厚生省・医師会といった組織とのパワーバランスの不均衡は、職能団体の「資格化競争」という内向き姿勢への傾倒と資格化の失敗、団体間の分裂を招いた。 ④人口構造、疾病構造、医療の高度先進化と医療・福祉の市場強化は、医療やケアを受ける側や提供する側に主体的決定を促す場面に強化させる。 ⑤地域移行政策、福祉の市場強化による専門職業務の分断化。対応策として多職種間による地域連携・協働強化、促進。</p>	<p>①「入院斡旋」業務から、「退院援助」業務が中心となり、約8割を占めるようになる。退院に関わる生活問題に対応すること以上に、退院在院日数短縮化早期退院を効率的に担ってゆくための退院主体が目的化し始める。 ②退院、地域移行の担い手として整備拡充展開をしてゆく政策・経営に従属的となる。社会を維持、統制する傾向が強くなり、業務はより一層内向き、要請に受動的になる。 ③職能団体の資格化闘争と失敗、団体間の分断は、職能団体から当初の目的を見失わせたと同時に、医療ソーシャルワークの業務から見る視点を希薄化させた。 ④医療やケアに関する意思決定支援といった偏理的問題や多様で複合的な問題を多職種のチーム医療の一員として支援を担う。また、意思決定支援に限らず、援助論の偏重傾向は存続。 ⑤地域移行政策、福祉の市場化は、医療ソーシャルワーク業務を中斷・分断化させた。しかし、分断を再統合するための連携が注目された。院内外の多職種、他機関、関係者との協働、調整を担うことを通し地域や社会への関心へ再び視点を向け始めている。</p>
--------------------------------	---	--	---	--

※筆者作成

体は、質向上と業務明確化を求めるも当初の目的から逸れ資格化運動に傾倒した。

政策は少子高齢社会による財源支出抑制に対応するため基礎構造改革、早期退院、地域移行を推進した。医療ソーシャルワーク業務は、政策、組織に後進することで内向きとなり、個別に現れている生活問題を社会の問題とする視点は薄められていった。

5. 結語—今後の課題

医療ソーシャルワーク業務は、傷病を契機にあるいは傷病と共に、個別に現れている生活問題を社会の問題としてとらえることに、今一度、意識的である必要がある。また、この視点は、独自性として発揮すべき医療ソーシャルワーク業務の最重要機能となる。

保健医療の現場で具体的に現れる生活問題は、傷病を機に顕在化することもあれば、新たに発生、悪化するなど様々である。

では、個別の生活問題を社会の問題としてとらえることとは、あるいは社会問題化させることとは、また社会へ働きかけるということとは、具体的にどういうことであろうか。

以下の2点について明らかにすることが今後の課題である。

第一に、医療ソーシャルワーク業務が担う生活問題を社会の問題としてとらえ、社会へ働きかけるプロセスを明らかにする。

第二に、もし、社会へ働きかけることが現在の医療ソーシャルワーク業務にとって困難な状況なのであるとしたら、要因は何であるかを明らかにする。

これらのプロセス、要因の解明は、現在、医療ソーシャルワーク業務が抱えるジレンマや困難性を乗り越えるための標となる。また、支援対象、地域社会や所属する保健医療機関への本当の意味での貢献に加え、医療ソーシャルワークが存在する意義という観点からも重要である。

注

- (1) 中央社会福祉審議会、職員問題専門分科会：メンバーは、日本社会事業大学教授仲村優一、明治学院大学教授福田垂穂、社会保障研究所研究第三部長三浦文夫、基督教児童福祉会常務理事大谷嘉朗。
- (2) 介護福祉士の資格化にあたり、介護を担う家政婦の存在が既にあり、家政婦は労働省が管轄であった。労働省に先行し厚生省が介護福祉士を法制化するためには、社会福祉士との協働という欧米式の社会福祉理論を前面に押し出すことで、「社会福祉士及び介護福祉士法」として法制化した（京須，2006b, 59）。
- (3) Y問題（Y裁判）：病院・保健所・警察などからなる「地域精神衛生網」が、精神障害者「本人不在（＝本人の同意や理解のない状態）」による強制入院を常態化させていた精神衛生行政体制を相手にYさん、家族、支援会が人権尊重を訴えた裁判。同時に（現）日本精神保健福祉士会に向け、精神障害者の生活に身近にかかわり、体制への批判的な視点を持つ立場であるべきソーシャルワーカーへ警鐘

を鳴らし問題提起した。出来事の背景は、進学で対立していた Y さんのことで悩む両親が市の精神衛生センターへ相談、相談を受けた PSW が「本人不在」の状態でもかかわらず、相談内容を受け精神疾患の疑いがあると医学的判断を行い、関係機関へ情報共有したこと。また、その情報を中心に地域の保健所、医療機関、そして警察が連携し地域精神衛生網として Y さんを精神科へ強制入院に至らせたこと。裁判に関連した聴取内容では全ての関係機関がそれぞれへ責任転嫁する内容が残されている。連携や協働というネットワークや業務の常態化が、批判的視点や公的責任、専門的責任を不明瞭化する危険も内包しているという示唆を与えてくれる問題である（桐原、2013・日本精神保健福祉協会事業部出版企画委員会、2004）。

- (4) 宇都宮事件：宇都宮病院（精神科）の看護師 2 名が 2 名の患者を暴行死させた事件。国際人権問題になり国際機関から日本政府へ日本の精神病院の人権尊重、閉鎖病棟や精神科の超長期入院に対して視察や政策改善要求がなされた（日本精神保健福祉協会事業部出版企画委員会、2004）。
- (5) ADs: Advanced Directives: 判断能力のある成人が将来自分（本人）の判断能力が低下した、または消失した時に備えて、自らに施される医療に関する希望や拒否などの意向を文書などにより事前に指示しておくものである。①代理人指示：事前指示を行う者が意思を表示できなくなった場合に、決定を行う代理人を指名しておくこと。②内容的指示：事前指示書=Living Will:リビングウィル。
- (6) カレン・アン・クインラン事件：1975 年、ニュージャージー州。当時大学生でパーティーに出席していたカレンは、服薬と飲酒が原因とみられ嘔吐し、吐しゃ物が気管つまり意識消失状態で発見され救急搬送されたが遷延性意識障害で人工呼吸器状態になっていた。両親は抜管を希望するが、病院側は拒否。1976 両親が最高裁判所に取り外しを訴え、認められた。しかし抜管後も人工栄養によって 9 年間生存し、1985 年肺炎で亡くなっている。（木澤、2017）
- (7) ナンシー・クルーザン事件：ミズーリ州で 1983 年交通事故によって脳に酸素のいかない状態となり植物状態、人工栄養・水分管理（胃瘻）となっていた。しかし、家族は、生前本人がこのような状況を望まないと事前に話をしていたということで、医療機関へ抜管の権利を求め 1984 年に訴訟を開始。この事件によって、1990 年自己決定法が成立し、2つの義務①入院に当たって治療中止に関する院内指針を患者に知らせること、②事前指示の作成も含め、治療中止に関する患者の権利について知らせること。が法的に定められた。だが、実際には Living will=30% 程度しか行われていないという調査もある。米国では、自己決定権は、プライバシー権であり、「死ぬ権利」「治療の中止をめぐる権利」として普及した。米国世論は、治療停止あるいは中止の権利を肯定する方向に向かった。（木澤、2017）
- (8) 自己決定法：米国では、1990 年患者自己決定法（Patient Self Determination Act）制定により医療、保健機関では、ADs にかかわる情報提供、説明責任、患者への確認などを義務化（片山陽子、2016;5）している。
- (9) 1995 年東海大学安楽死事件（神奈川県）：1991 年：多発性骨髄腫で入院中の患者の長男等から治療行為の中止しを求められ、点滴等の治療を中止。さらに、楽にしてやってほしい。早く家につれて帰りたいと要望され、塩化カリウム等の薬剤を患者に注射して死亡させた。治療中止と積極的安楽死⇒司法処分：横浜地判 医師 殺人 懲役 2 年執行猶予 2 年確定となった。
- (10) 2005 年川崎協同病院（神奈川県）：1998 年、気管支喘息発作で意識不明状態の患者に対し、主治医が期間内チューブを抜管。しかし、患者が苦しうに見える呼吸を繰り返したことから、主治医は准看護師に命じて、筋弛緩剤を静注し、患者を死亡させた。治療中止・積極的安楽死⇒司法処分：横浜地判 医師 殺人 東京最高判懲役 1 年 6 ヶ月執行猶予 3 年。
- (11) 2000 年射水市民病院（富山県）：2000 年外科部長が 7 人の患者の人工呼吸器を取り外し死亡させた。7 人のうち 1 人は本人から同意。6 人は家族の同意のみが得られていた。治療中止 ⇒殺人容疑で書類送検も、不起訴となっている。
- (12) ACP (Advanced Care Planning)：明確な定義はない。2018 年厚労省は、愛称を公募し、「人生会議」と名づけた。日本が ACP の普及推進において主に参考にしたのは、英国意思決定法 MCA (Mental Capacity Act) であると言われている。判断能力が低下、欠落していたとしても、本来全ての人には判断し決定する能力があるとのことが保障されている。その上で、意思形成から決定においてベストインタレストは、法的に定めた代理を担う者を中心に他者との関わりの中で導きだす相互プロセスに意思

決定の意味があるという考えが中核にある。

諸外国において医療やケアの意思形成／意思決定のプロセス、代理に関して法制化されているのは、オーストラリア（ニュー・サウス・ウェールズ）1987年成年後見法、オーストリア2006年改正オーストリア代弁人法、ドイツ成年者世話制度、老齢配慮代理権の制度（民法）、カナダ（オンタリオ州）医療介護同意法、カナダ（ブリティッシュコロンビア州）医療同意と介護施設入所に関する法律、韓国、韓国民法2011改正など（2018年現在）。

引用・参考文献

- 青柳幸一（1987）「『個人の尊重』と『人間の尊厳』－同義性と異質性－」『横浜経営研究』7(4)：12-18。
- 秋山智久（2007）『社会福祉専門職の研究』ミネルヴァ書房。
- 浅賀ふさ（1968）「保健婦事業と医療社会事業 保健婦とソーシャルワーカーはもっと話し合いを」特集保健婦現代史『保健婦雑誌』(23) 1：114-115。
- 猪飼周平（2013）『病院の世紀の理論』有斐閣，61。
- 一番ヶ瀬康子（1994）『社会福祉とはなにか』労働旬報社，101-102。
- 植木智美（2013）「MSWにおける退院支援・転院支援の課題に関する一考察－研究動向の概観から－」『九州社会福祉学』(9)：63，日本社会福祉学会九州部会編。
- 上原正希（2007）「医療ソーシャルワーカーの業務における制約について」『新潟青陵大学紀要』(7)：12，新潟青陵大学。
- 大瀧敦子（2012）「保健所ソーシャルワークに関する歴史的考察に向けて」『社会福祉学研究』(137)：47-63，明治学院大学社会学・社会福祉学研究。
- 大瀧敦子（2013）「占領期の保健所法改正に伴うソーシャルワーク導入の過程分析－衆参両議院構成委員会において「公共医療事業」はどのように議論されたか－」『社会福祉学研究』(140)：149-178，明治学院大学社会学・社会福祉学研究。
- 小笠原浩一（2011）「保健・医療・福祉・介護政策の「地域包括化」と社会イノベーション・パラドクス」『社会政策学会誌「社会政策」』3(1)：42。
- 片山陽子・西川満則・長江弘子・横江由理子編（2016）「アドバンス・ケア・プランニングの関連用語と概念定義」『本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング』，南山堂。
- J Teno, J Lynn, N Wenger, R S Phillips, D P Murphy, A F Connors Jr, N Desbiens, W Fulkerson, P Bellamy, W A Knaus（1997）“Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment”, Journal of the American Geriatrics Society, Pub-Med.gov, (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9100721/> アクセス：2020年12月10日)。
- 川村匡由・室田人志共著（2011）「医療福祉の沿革」『医療福祉論－これからの医療ソーシャルワーカー－』ミネルヴァ書房，40-48。
- 神林ミユキ・原 靖子・橋本澄春・小瀧 浩（2010）「『退院困難』と判断する指標の検証 ソーシャルワーカーの立場から－」『日農医誌』59(2)：86。
- 木澤義之 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野『アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める』平成29年8月3日第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf> アクセス：2020年12月10日)
- 京須希実子（2006 a）「福祉系専門職団体の組織変容過程－ソーシャルワーカー団体に着目して－」『東北大学大学院教育学研究科研究年報』54(2)：225-249，東北大学大学院教育学研究科。
- 京須希実子（2006 b）「福祉系国家資格制定過程の研究－「専門職」形成メカニズム－」『産業教育学研究』36(1)：57-64，日本産業教育学会・学会誌編集委員会。
- 桐原尚之（2013）「『Y 問題』の歴史－PSW の倫理の糧にされていく過程－」『Core Ethics』(9) 71-81，立

- 命館大学大学院先端総合学術研究科。
- 黒田研二・山中京子・水上 然 (2010)『医療ソーシャルワーカーの業務実態とその関連要因』『社会問題研究』(29): 21-30, 大阪府立大学。
- 社団法人日本医療社会事業協会 (2005)「2004 年度位置付け調査研究委員会報告 保健医療分野におけるソーシャルワーカーの位置付けに関する現状と課題 2005 年 3 月」(http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/379_Img_PDF.pdf アクセス: 2020 年 12 月 10 日)。
- 公益社団法人日本医療社会福祉協会 (2017) 厚生労働省保健局長あて「平成 30 年度診療報酬改定に関する要望書」日医協発第 17-074 号 (http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/305_Img_PDF.pdf アクセス: 2020 年 12 月 10 日)。
- 厚生省 (1985)『厚生白書 (昭和 60 年版)』
(https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1985/dl/03.pdf アクセス: 2020 年 9 月 28 日)。
- 厚生省 (1958) 各都道府県知事・各政令市長あて厚生省公衆衛生局長通達「保健所における医療社会事業の業務指針について」(昭和三十三年七月二十八日)(衛発第七〇〇号)
(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4482&dataType=1&pageNo=1 アクセス: 2020 年 12 月 10 日)。
- 厚生労働省 (2007)「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> アクセス: 2020 年 12 月 10 日)。
- 厚生労働省 (2018)「がん対策推進基本計画」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-enkoukyoku/0000196975.pdf> アクセス: 2020 年 12 月 15 日)。
- 厚生労働省 (2018)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> アクセス: 2020 年 12 月 10 日)。
- 厚生労働省 (2018)「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」平成 30 年 3 月 27 日 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoutatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf アクセス: 2020 年 9 月 28 日)。
- 厚生労働省 (2018)「もしものときのために 人生会議」普及・啓発リーフレット
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf> アクセス: 2020 年 12 月 10 日)。
- 厚生労働省 (2019)「社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて 令和元年 6 月 28 日 社会・援護局福祉基盤課 福祉人材確保対策室」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000523365.pdf> アクセス: 2020 年 9 月 28 日)。
- 孝橋正一 (1972)『全訂 社会事業の基本問題』ミネルヴァ書房, 142。
- 孝橋正一 (1977)『新・社会事業概論』ミネルヴァ書房, 32-34。
- 孝橋正一 (2000)『社会事業の基礎理論』株式会社日本図書センター, 102-115。
- 国立印刷局 (2020) インターネット官報 (令和 2 年 3 月 6 日) (号外 第 43 号) 厚生労働省令第二十六号「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則及び社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則の一部を改正する省令 (社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部改正) 第一条 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則 (昭和六十二年厚生省令第四十九号) の一部改正
(https://kanpou.npb.go.jp/old/20200306/20200306g00043/20200306g000430069_f.html アクセス: 2020 年 12 月 15 日)。
- 小嶋章吾 (2002)「医療ソーシャルワーク論再検討 (1) - 医療ソーシャルワーカー政策及び理論の変遷を中心に -」『大正大学研究紀要 人間学部・文学部』(87) 354-332, 大正大学。
- 児島美都子 (2002)『現代医療福祉概論』中央法規出版。
- 50 周年記念誌編集委員会 (2003) 資料編「6. 保健所における医療社会事業の業務指針 昭和 33 年 7 月 28 日公衆衛生局長通知 厚生省」『日本の医療ソーシャルワーク史』: 240, (社) 日本医療社会事業協会。
- 児玉 聡・前田正一・赤林 朗 (2006)「富山県射水市民病院事件について - 日本の延命治療の中止の在り

- 方に関する一提』『日本医事新報』別刷 第4281号（2006年5月13日発行）
（<http://cbel.jp/images/topics/topic200606.pdf> アクセス：2020年12月10日）。
- 財務省（2019）「2019年11月1日財政制度等審議会財政制度分科会提出資料」『社会保障について（医療・介護）2019年11月14日』
（<https://www5.cao.go.jp/keizaishimon/kaigi/special/reform/wg1/20191114/shiryou1.pdf> アクセス：2020年9月28日）。
- 笹岡真弓（2016）「歴史的経緯を踏まえた社会事業・医療・公衆衛生における医療ソーシャルワーク業務の展開－病院完結型業務終焉への過程－」平成28年度東北福祉大学院博士学位論文
（https://tfuilib.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=581&item_no=1&attribute_id=20&file_no=2 アクセス：2020年9月28日）。
- 真田 是（2005）「医療社会事業論争」『戦後日本社会福祉論争』法律文化社，112-140。
- 社団法人 日本医療社会事業協会『医療と福祉』（1978）No.33, No.34。
- 社団法人 日本医療社会事業協会『医療と福祉〈臨時増刊号〉』（1991）No.56 Vol.25-No.1。
- 社団法人 日本精神保健福祉士協会 事業部企画委員会『日本精神保健福祉士協会40年史』株式会社へるす出版。
- 杉本照子（1968）「わが国の医療社会事業の沿革と現状」『公衆衛生』，32(3)：128-133，医学書院。
- 全日本病院協会（2008）「日本の医療・介護を考える－全日本病院協会の取組」病院のあり方委員会編，社団法人全日本病院協会：5，（https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/arikata/080329_iryuu.pdf アクセス：2020年10月5日）。
- 高島進（1973）『現代の社会福祉理論』ミネルヴァ書房，50-56。
- 高橋恭子（2016）「戦前病院社会事業史－日本における医療ソーシャルワークの生成過程」：134-142，ドメス出版。
- 高山恵理子（2019）「医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響：診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの「退院支援」業務との関わり」『上智大学社会学研究』，43：10-30，上智大学社会学研究。
- 田川佳代子（2012）「ソーシャルワーク再考－クリティカル理論，ポストモダニズム，ポスト構造主義」『社会福祉研究』14：1，愛知県立大学。
- 武川真固（2017）「人間の尊厳と自立の在り方－憲法学的視点から－」『高田短期大学介護・福祉研究』（3）。
- 田代国次郎・50周年記念誌編集委員会（2003）「日本医療社会事業協会前史－戦前医療ソーシャルワークの歴史」『日本医療ソーシャルワーク史』：2-7，（社）日本医療社会事業協会。
- 中央社会福祉審議会職員問題専門分科会起草委員会（1971）「社会福祉専門職員の充実強化方策としての「社会福祉士法」制定試案」
（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/60.pdf> アクセス：2020年12月10日）。
- 内閣府，2019，『平成30年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 令和元年度高齢社会対策（令和元年版高齢社会白書）』
（[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/gian_hokoku/20190618_koreigaiyo.pdf/\\$File/20190618koreigaiyo.pdf](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/gian_hokoku/20190618_koreigaiyo.pdf/$File/20190618koreigaiyo.pdf) アクセス：2020年9月28日）。
- 中島さつき（1964）『医療社会事業』誠信書房。
- 中島さつき（1980）『医療ソーシャルワーク』誠信書房。
- 中野加奈子（2007）「医療ソーシャルワークにおける「退院援助」の変遷と課題」，佛光大学大学院紀要第（35）：222-229。
- 野田秀孝・山本奈々穂（2011）「医療ソーシャルワーカーの現状と課題－富山大学附属病院の業務分析から－」『とやま発達福祉学年報』（2）：37-44，富山大学人間発達科学部発達教育学科発達福祉コース。
- 肥塚真由美（2011）「退院支援における医療ソーシャルワーカー役割」第52回日本老年医学会学術集会記録（パネルディスカッション1：目標は共有できるか：退院察計画を巡る職種間連携）『老年医学会雑

- 誌』48(4)：336。
- 古川孝順（2009）『社会福祉原論〔第2版〕』誠信書房，108。
- 松井久典・50周年記念誌編集委員会（2003）「日本医療社会事業協会前史－戦前医療ソーシャルワークの歴史」『日本医療ソーシャルワーク史』：23，（社）日本医療社会事業協会。
- 松山 真・50周年記念誌編集委員会（2003）「日本医療社会事業協会前史－戦前医療ソーシャルワークの歴史」『日本医療ソーシャルワーク史』：75，（社）日本医療社会事業協会。
- 村上武敏（2020）『『医療と福祉』誌にみる1990年代以降のMSWの対象認識』『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』，18：1-21，聖隷クリストファー大学社会学部紀要委員会。
- 安井豊子（2016）『CVA 保健医療ソーシャルワークと人権』，株式会社風詠社。
- 山崎将文（2011）「福祉における人間の尊厳－憲法学からのアプローチ－」『憲法論叢』（18）。
- 横山壽一，2009，「社会保障の再構築－市場化から共同化へ」新日本出版，37-40，44-71。
- 吉田久一（1994）『全訂版 日本社会事業の歴史』勁草書房，29-123，158，159-168。
- 吉田修大・今井博康・高志博明・橋本菊次郎（2011）「精神保健福祉士養成の現状と課題」『人間福祉研究』（14）：109-120，北翔大学。

Changes in Medical Social Work Services : Has individual living problems become public issues?

Miho Obata

The purpose of this study is to clarify the circumstance of the medical social work services in which the passive tendency is strengthened from the effect of the society such as historical context and policy, and the viewpoint which works on the society is diluted. Then, the relevance between these factors and services was clarified.

Through the germination stage in which the services was shouldered mainly in respect of medical consultation and hospitalization support of the patient who is distressed by poverty and injury and sickness with the viewpoint of the local community including the family, the viewpoint to the local community was diluted by public health care center medical social work retreat after the GHQ withdrawal after the world war 2. At the same time, the emphasis on social work methodology and theory increased. Though established occupational organization required quality improvement and services clarification, it deviated from the initial purpose and devoted to the qualification movement.

The policy promoted basic structural reform, earlier discharge from hospital and transition to the regional community in order to deal with the financial resource expenditure control by the low birth rate and aging society.

The medical social work services became inward by backing to policy and organization, and the viewpoint which made the life problem which individually appeared to be a problem of the society was diluted.

Key words : Medical social work services, Changes, Individual living problems, Public issues

