

医療福祉事業の現状

— 医療ソーシャルワークを巡る動向 —

Social Work Practice and Medical Welfare

竹中麻由美*¹ 小河孝則*¹ 熊谷忠和*¹

Mayumi TAKENAKA, Takanori OGAWA and Tadakazu KUMAGAI

要約

本論では、医療福祉事業の一部である医療ソーシャルワークおよび医療ソーシャルワーカーを手がかりに、わが国における「医療福祉事業の現状」を明らかにしようと試みた。ソーシャルワーカーの国家資格である社会福祉士資格についても言及している。社会福祉をとりまく環境の変化に伴いソーシャルワーカーは社会から求められる存在となり、社会福祉士資格が誕生した。しかし社会福祉はもともと所得保障を始めとする公的なサービス提供を中心として発達してきた歴史的経緯から、利用者や患者の自立を支援するソーシャルワークの視点を十分に活用できなかった。医療ソーシャルワーカーは、福祉の二次分野である保健医療機関で数少ない福祉職として活動してきたが、社会福祉士制定当時には保健医療機関におけるソーシャルワーカーの業務経験は、社会福祉士受験資格取得の際に実習免除となる実務経験として認められていなかった。医療ソーシャルワーカーが社会福祉士養成課程に位置づけられていく過程は、保健医療分野が社会福祉士の実践領域として認知される過程でもあった。医療ソーシャルワーカーが行う標準的業務を具体的に定めた「医療ソーシャルワーカー業務指針」の改正過程は、保健医療をとりまく環境の変化を反映している。複数の調査結果から、現場の医療ソーシャルワーカーは専門性を活かした業務を実践していると感じていること、組織から多くの幅広い業務を遂行する期待を寄せられていることがわかった。医療福祉の概念はさまざまに示されているが、「医療」も「福祉」も人間を対象とし、人間の幸福を追求する学問であることに違いはない。人間をとらえる視点や人間にかかわる手法に差違があるとしても、専門職として責任ある関わりを実践しながら利用者や患者を主体とした関係を構築するためには、専門職としての高い倫理観や技術が必要となる。

1. はじめに

1.1. 本学と医療福祉

テーマに示された「医療福祉事業」について確認するため、まず本学における「医療福祉」について概観する。

江草安彦名誉学長は1992(平成4)年、川崎医療福祉大学のオリエンテーションにおける講話で、医療と福祉の関係は並立するものでなく統合化しているところにその特徴があるとして、医療福祉を積極的に明らかにする必要があると述べている¹⁾。1954

(昭和29)年7月24日に発表された旭川荘創設趣意書には「医療を必要とする福祉の分野に積極的に貢献する」ために各種の事業を展開しようという医療福祉への夢が示されている。また江草安彦名誉学長は、旭川荘創設の頃には医療福祉という概念は確立していなかったものの、医療と福祉のサービスを統合する必要性は現場でも市民の間でも認識されていたと指摘し「医療福祉論は理念であるとともに実践のまとめであると言えるでしょう。これらに実証的、理論的な根拠を与え、体系化を進めることにより、

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
(連絡先) 竹中麻由美 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: mayumit@mw.kawasaki-m.ac.jp

総合的な実践科学としての医療福祉学への道が開かれると思うのです。」と「医療福祉」を学問領域として確立するための道筋を示している²⁾。

2008(平成20)年1月9日に開催された川崎医療福祉学会・川崎医療福祉大学共催シンポジウムの開会挨拶で、岡田喜篤学長は、今日の医療福祉という言葉は、かつて医療ソーシャルワークあるいは医療社会事業という意味で使われていた時代があったとした上で、本学の示す「医療福祉」の概念と実体を明らかにすることが重要であると提言している³⁾。

本学における「医療福祉」の概念や実体については、川崎医療福祉学会誌増刊号及びシンポジウムを中心に、広範な専門的立場から示唆に富む実践報告や提言、考察が提示されている。「医療福祉」を実践する「医療福祉事業」は、福祉施設で医療を实践することや医療サービスと福祉サービスの両方を提供することといった単純な理解によって語れるものではないことは明らかである。

1.2. 医療福祉事業と医療ソーシャルワーク

こうした経緯をふまえ、本論では「医療福祉事業」の一部として(下線筆者)、医療分野における社会福祉実践である「医療ソーシャルワーク」に焦点を当てて歴史的経緯を含めた現状を報告することにより、与えられたテーマに対する責任を果たしたい。

医療ソーシャルワークは保健医療分野における社会福祉実践である。医療ソーシャルワークに該当する表現として、英語では medical social work, social work in health services, social work in health care, health social work, social work in the health field などがある。全米ソーシャルワーカー協会によるソーシャルワーカー実務基準および業務指針では social work in health care settings として分類している。日本における医療ソーシャルワーカーの職能団体である社団法人日本医療社会事業協会の英文表記は、Japanese Association of Social Workers in Health Services である。

本論では、保健医療分野におけるソーシャルワーク実践を医療ソーシャルワーク、実践者を医療ソーシャルワーカーとして論じていく。

2. 社会福祉士とソーシャルワーカー

2.1. 社会福祉分野における資格

1987(昭和62)年に「社会福祉士および介護福祉士法」が制定され「社会福祉士」と「介護福祉士」が誕生するまで、社会福祉分野における国家資格は保育士資格のみであった。その他の社会福祉に関わる資格としては社会福祉主事をはじめ児童福祉士、児童自立支援専門員や児童生活支援員など、一定の学

歴や職務経験を根拠とした「任用資格」が存在していた。1997(平成9)年には「精神保健福祉士法」が制定され、新たな資格国家として精神保健福祉士が誕生した。

医師や看護師に代表される医療職が「業務独占」、つまりその資格を所持しない者が業務を行うと罰せられる資格であるのに対し、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士は「名称独占」の資格である。つまり資格を持たない者が名称を名乗ると罰せられるが、資格保持者と同様の業務を行うことはできる。そのため専門性の涵養には課題や困難があったが、一方で国家資格を所持しなくとも従事できる職業であるがゆえに、さまざまな能力・熱意を持った人材が活躍できる可能性を秘めた領域であったともいえる。

2.2. 社会福祉の歴史と社会福祉士

日本国憲法第25条には「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上増進に努めなければならない。」と記されている。一般に「社会福祉」という用語を用いる際には、広義・狭義ふたつの意味を含んでいる。広義の社会福祉は施策・制度を指し、狭義の社会福祉は対人サービスつまり具体的サービスを指していると考えられている。

社会福祉の前身は社会事業であり、社会事業は慈善事業にその端を発している。西欧ではキリスト教の慈善施設が病院へと発展し、日本では聖徳太子によって創設された最古の救済機関であるとされる「四箇院」や行基が設置した「布施屋」などが、貧困者や病人など生活困窮者を救済する施設の始まりとなった。人生の途中でいきなりふりかかってくる疾病や傷害は、貧困による生活困難の大きな原因であった。

やがて福祉が対象とする生活上の困難は貧困だけにとどまらなくなった。育児や介護、調理、掃除などは従来家族内で担ってきた機能であったが、家族形態や社会環境の変化に伴い、家族だけで負うことが不可能となった。その結果、補完的に家族外の組織がこうした機能を委託されることになったものの、専門職が所属しない組織であっても機能を遂行できた。看護や医療とは異なり、生活に密着した領域は、専門職ではない「知り合いの誰かにちょっと頼む」こともでき、依頼した結果が期待通りであるかを依頼者、つまりサービス利用者自らが判断できる。また多くの人が遭遇する行為が多いことから、専門的知識がなくても私的経験に基づいて他者へアドバイスしやすく、相談を持ちかける側も気楽に相談でき

る領域であった。このように福祉の対象や利用者が広がったため、かえって専門性が意識されにくい状況となったのではないだろうか。社会福祉士、介護福祉士が専門職として認知されにくく、また「業務独占」ではなく「名称独占」の資格として発展した背景には、こうした経緯も影響している可能性がある。

2.3. 社会福祉施設等における従事者

財団法人厚生統計協会が発行する「国民の福祉の動向」には、社会福祉施設等の従事者として、医師、保健師・助産師・看護師、理学療法士、作業療法士、保育士、生活指導・支援員、職業・作業指導員、心理・職能判定員、精神保健福祉士、介護職員、栄養士、調理員、生活・児童指導員、児童自立支援専門員、児童生活支援員、児童厚生員、母子指導員、事務員などの職名が挙げられている。ここからも解るようにソーシャルワーカーは「社会福祉士」を基礎資格としつつ、勤務する領域によって「生活支援員」「児童指導員」「生活指導員」「生活相談員」「コーディネーター」「ケースワーカー」「医療ソーシャルワーカー」「スクールソーシャルワーカー」など、さまざまな職名で呼ばれている。医師免許を持った者が医師と呼ばれ看護師免許を持った者が看護師と呼ばれて勤務する医療職とは異なり、職名と資格名が一致していない。また職名が異なるだけでなく、所属する機関や施設によってその仕事の範囲が特徴づけられる。高齢者の施設と身体障害者の授産施設ではソーシャルワーカーが行う具体的業務内容は異なる。こうした複雑さのためソーシャルワーカーという仕事は市民の理解を得にくいのではないかという指摘もある⁴⁾。

ソーシャルワーカーの職名が所属する機関によって異なるという事態は、1910年代のアメリカでも同様であったことが、リチャード・キャボット(Richard C. Cabot)によって報告されている。彼は、当時のアメリカの状況について、約1万人がソーシャルワーカーとして雇用されていると考えられるが彼らはさまざまな肩書きで呼ばれている。どのような肩書きで呼ばれるかは、病院、裁判所、工場、学校などソーシャルワーカーが所属する機関によって決定されるとして、具体的肩書きの例として、social worker, school nurse, home and school visitor, welfare worker, hospital social worker, probation officerなどを挙げている⁵⁾。

3. 「社会福祉士及び介護福祉士法」と社会福祉士

3.1. 法制定の背景

「社会福祉士および介護福祉士法」が制定されるまでの経緯については、2007(平成19)年12月5日

社援発第1205003号「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律について」において「1. 改正の趣旨」として以下のように説明されている。

社会福祉士及び介護福祉士法は、昭和62年5月に、当時、高齢化が進行する中で、在宅において寝たきりの高齢者が増加する一方、世帯規模の縮小や扶養意欲の変化等に伴い、家庭における介護能力の低下がみられ、増大する国民の介護ニーズに適切に対応することが国民生活の重要課題となっていたことから、在宅介護の充実強化等を図るため、誰もが安心して福祉に関する相談や介護を依頼することができる専門的な能力及び知識を有する人材として、社会福祉士及び介護福祉士の資格制度を定めるとともに、このような専門的な人材を我が国で養成し、確保していくため創設されたものである。

3.2. 法改正の経緯

社会福祉士が誕生した後も、国民生活および社会福祉を取り巻く環境の変化はとどまることがなかった。1998(平成10)年6月に報告された中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」では、従来の社会福祉の枠組みを変革する必要性について「I 改革の必要性」で以下のように指摘している。

社会福祉についても、今日の制度は、戦後間もない時期において、戦争被災者、引揚者などが急増する中で、生活困窮者対策を中心として出発し、その後の経済成長とともに発展を遂げてきた。

今日、「幸せ」の意味も実に多様なものとなってきており、社会福祉に対する国民の意識も大きく変化している。少子・高齢化の進展、家庭機能の変化、障害者の自立と社会参加の進展に伴い、社会福祉制度についても、かつてのような限られた者の保護・救済にとどまらず、国民全体を対象として、その生活の安定を支える役割を果たしていくことが期待されている。

このような福祉ニーズ及び制度の多様化に伴って社会からより質の高い福祉専門職が要請される現状に対応するため、「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正されることになった。法改正の背景について、2007(平成19)年12月5日 社援発第1205003号「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律について 1. 改正の趣旨」では以下のように説明されている。

こうした国民の介護・福祉ニーズを背景として、社会福祉士・介護福祉士制度が創設されてから20年が経過したが、この間、我が国の福祉制度は、介護保険制度や障害者自立支援法等の創設により、措置制度から、利用者の選択と自己決定に基づくより普遍化した制度に大きく転換し、介護・福祉サービスは飛躍的に増大している。時代の変化とともに家族や地域が持つ機能も変化

し、人々の価値観や生活のあり様は多様化した。人口の高齢化が進んだ結果、介護を要する高齢者の絶対数は増加し介護期間は長期化した。医療技術や医療機器の発達は、さまざまな疾患を持った患者の在宅生活を可能にした。しかし同時に痰の吸引など医療行為を伴う介護を要する医療依存度の高い患者をどのように在宅で介護するかという課題をもたらした。憲法第25条で保障される「健康で文化的な最低限度の生活」の基準や福祉ニーズは時代と共に拡大し、国民のニーズを解決するためには個人や家族が持つニーズの個別性に着目することが必要となった。福祉ニーズの多様化・複雑化・高度化に対応するためには、ニーズを充足するサービスを構築するだけでなく、ニーズを明らかにした上で適切なサービスへとつなぐ人材が不可欠である。成年後見、権利擁護、虐待、ホームレスなど、新たに注目されるようになったさまざまな課題に対応できる人材も不可欠である。

こうした時代の要請に応じるために「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正された。

3.3. 社会福祉士の役割

「社会福祉士が果たすべき役割」については、平成18年12月「社会保障審議会意見書」で以下の様に示されている。

- ①福祉課題を抱えた者からの相談に応じ、必要に応じてサービス利用を支援するなど、その解決を自ら支援する役割
- ②利用者がその有する能力に応じて、尊厳を持った自立生活を営むことができるよう、関係する様々な専門職や事業者、ボランティア等との連携を図り、自ら解決することのできない課題については当該担当者への橋渡しを行い、総合的かつ包括的に援助していく役割
- ③地域の福祉課題の把握や社会資源の調整・開発、ネットワークの形成を図るなど、地域福祉の増進に働きかける役割

多様化する福祉ニーズを利用者自らが解決する過程を適切に支援し、地域福祉を実現する社会福祉士の役割をより明確に示すために、社会福祉士の定義も改められた。旧法では「専門的知識・技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと（「相談援助」）を業とする者」であったが、改正法では「専門的知識・技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うこと（「相談援助」）を業とする者」とされた（下線筆者）。

社会福祉士の役割について、社団法人日本社会福祉士会が作成したパンフレットでは「支える」「つなぐ」「まもる」とまとめている。社会福祉士は介護福祉士や医師、看護師などとは違い、利用者や患者の身体に直接触れる行為によって専門的援助を行うことは少ない。ニーズに応じた適切な専門職やサービスへ「つなぐ」ことが主な援助手段であり、その過程で面接技術を始めとする専門的技術を用いる。

傷病者やその家族を支援する医療ソーシャルワーカーは、業務上常に医師その他の保健医療サービスを提供する者と密接な連絡・調整を行ってきた実績がある。まさに改正法に示された社会福祉士の定義にあてはまる業務を行っていたといえる。

この法改正の趣旨を実現するために、社会福祉士および介護福祉士養成カリキュラムの内容も刷新され、2009（平成21）年度から新たな教育カリキュラムが実施される。以後本論では「旧カリキュラム」と「新カリキュラム」と表現する。

3.4. 社会福祉士と医療ソーシャルワーカー

医師免許規則制定が1884（明治17）年、看護婦規則制定が1915（大正4）年であるのと比較して、社会福祉専門職資格の成立は医療専門職より遅く、医療機関における「遅れてきた専門職」と指摘されることもある⁶⁾。

そもそもソーシャルワーカーそのものが遅れてきた専門職といえる。日本学術会議第18期社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告「ソーシャルワークが展開できる社会システムづくりへの提案」（2003年6月）では、「ソーシャルワークの考え方は大正時代にアメリカから紹介されたが、戦後長らく所得保障としての生活保護や社会福祉施設への入所といったサービスが行政責任により行われており、国民の自立生活を支援するソーシャルワークは必ずしも十分に発展してこなかった。」と指摘している。もともと家族や近隣における相互扶助に端を発し、慈善による弱者救済によって一定の発展をみた社会福祉実践は、生活に密着した支援が中心であったため、専門職として特化しにくい状況があったのであろう。同時に社会福祉は人々の生活上のさまざまな困難に対応する実践であるため、社会情勢に応じてソーシャルワーカーの活動範囲は拡がり深まっていく。現在、スクールソーシャルワーカーを始め、司法分野や児童分野、ホームレス、権利擁護や成年後見など、さまざまな分野でソーシャルワーカーの活動が目立ってきた。

なお同報告では先の一文に続けて「このような状況のなかで、病院の入院患者の生活問題や結核患者・精神障害者の生活問題に関わる医療分野でのソー

シャルワークは一定の成果をあげてきた。」と述べ、医療ソーシャルワークの功績を認めている。

日本における医療ソーシャルワークの歴史を簡単に辿ると、その萌芽は、1919(大正8)年の泉橋慈善病院相談部の設置、1923(大正15)年の済生会病院の社会部にみることができ、本格的な導入は、1929(昭和4)年、聖路加国際病院に社会事業部が創設され、浅賀ふさが採用されたことに始まる。浅賀はアメリカで社会事業を学び専門的訓練を受けたソーシャルワーカーであった。そして日本に医療ソーシャルワークが本格的に普及するのは、戦後GHQの指導により保健所に医療社会事業係を設置してからとなる⁷⁾。

4. 医療機関とソーシャルワーク

4.1. 社会福祉士養成課程における保健医療機関

社会福祉士国家試験受験資格取得のためには複数の方法がある。正確さを欠くが簡便にまとめると、社会福祉士養成課程等において指定科目を履修した上で国家試験に合格することが必要である。指定科目には指定実習施設における実習が含まれるが、一定の実務経験をもった者は実習を免除される。実務経験とは社会福祉士が行う業務をすでに職業として行っている経験があることを指す。「社会福祉士・介護福祉士法」第二条では社会福祉士が支援する対象者を以下のように定めている。

「この法律において「社会福祉士」とは、(中略)専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があることまたは環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ(以下略)。(下線筆者)

こうした人々に対する相談援助を実施していると認められる施設・事業および職種は、厚生労働省社会局長、厚生労働省児童家庭局通知により定められている。法制定当時、この実務経験の指定施設に医療法に基づく保健医療機関は含まれていなかった。社会福祉士養成課程の実習生配属先となる「実習指定施設」にも含まれず、指定科目に「医療福祉」に関する科目も設定されていなかった。

社会福祉士養成教育における保健医療機関の位置づけは、まず1998(平成10)年4月に社会福祉士の実務経験の対象となる施設・事業、職種に、医療法に基づく病院・診療所の相談員(医療ソーシャルワーカー等)が加えられたことに始まる。その際、以下のアからエまでのすべての相談援助業務を行っている専任の職員であることが条件とされ、ア:患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助、イ:患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談

援助、ウ:患者の社会復帰に係る相談援助、エ:以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動、が挙げられた。この4点は社会福祉士が医療機関で行うべき相談援助業務の範疇を示しているといえる。

4.2. 社会福祉士指定実習施設としての保健医療機関

2006(平成18)年4月には、指定実習施設に介護保険法に基づく介護老人保健施設及び医療法に基づく病院・診療所が加えられた⁸⁾。

この改正に先立ち募集されたパブリックコメントに対し、2006(平成18)年3月10日付けで厚生労働省社会・援護局福祉基盤課が回答している。指定実習施設に新たな施設を追加する理由については、①病院等の保健医療機関においては、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、患者やその家族からの相談に応じ、療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助等を担当する医療ソーシャルワーカーにより相談援助が行われていること、②既に実務経験対象施設として「病院」「診療所」及び「介護老人保健施設」が認められていること、③現在においても、医療ソーシャルワーカーとして医療機関で社会福祉にかかわる相談援助業務に従事している社会福祉士が少なくないこと、を挙げている。そして現場体験を通して社会福祉士として仕事をする上で必要な「専門知識」「専門援助技術」及び「関連知識」について理解を深めるため、社会福祉援助技術現場実習を行う選択肢の一つとして「病院」「診療所」及び「介護保健施設」を追加すると回答している。

社会福祉士養成課程の指定実習施設に加えられたことにより、保健医療機関は社会福祉士の活動領域として一定の認知を得たといえる。ただこの時には、指定科目に「医療福祉論」など保健医療分野におけるソーシャルワークに関する科目は設定されなかった。この点を指摘したパブリックコメントに対し、厚生労働省は「医学一般の講義内容には『保健・医療機関、専門職と福祉職との連携のあり方』を盛り込んでいるため、医療福祉に関する内容を教授することも可能である。」と回答している。しかし2006(平成18)年度に発行されていた「医学一般」のテキストから3種類を選び内容を検討した結果、保健医療対策やサービス体系についての記述は全体の1割弱であり、身体構造や疾患についての記述が大部分を占めていた⁹⁾。旧カリキュラムでは「医学一般」を担当する教員は「原則内科医師」と定められており、医療福祉についてテキスト以上の内容を教授することは困難だったであろう。新カリキュラムでは、従来の「医学一般」(60時間)の代替として「人体の構

造と機能及び疾病」(30時間)と「保健医療サービス」(30時間)が新設され、「医療福祉」を教授する時間が明確に確保された。

ただし保健医療機関におけるソーシャルワーク実習は、社会福祉士資格制定前から任意実習として行われてきた歴史的経緯がある。2006(平成18)年度に(社)日本社会福祉教育学校連盟会員である4年制大学141校を対象として行った調査では、回答を寄せた91校のうち34校が保健医療分野における実習科目を開講していた。そのなかで2005(平成17)年度までに実習科目を開講していた大学は22校(65%)であった。古くは1984年に開講しており、1900年代に開講している大学は6校であった¹⁰⁾。各大学および保健医療機関は、教員と現場実習指導者が協働しながら独自のカリキュラムを構築してきたといえる。

5. 医療ソーシャルワーカーの業務

5.1. 保健医療機関におけるソーシャルワーカー業務

古代から現代に至るまで、疾病や傷害は生活上の障害や困難を生じる大きな原因であり、傷病が重症化・慢性化・長期化するほど、生活上の困難は増大する。医療機関には、早期発見・早期対処および必要な医療を適切に効率的に提供することによって、傷病のために生じる生活困難を最低限にとどめる役割が求められる。患者は医療機関においてのみ「患者」と呼ばれるが、地域で生活する一市民であり、たとえば父親、夫、息子、会社の係長、囲碁サークルの幹事など、さまざまな役割を担って生活している。患者を傷病とともに生きる生活者としてとらえ、適切な医療や社会環境を確保できるように患者本人や家族にかかわるのが、医療ソーシャルワーカーである。

高騰し続ける医療費の適正化対策として、医療の効率的・効果的提供を目的とした保健医療機関の機能分化が行われている。機能分化に伴い保健医療機関が対象とする疾患や発症からの期間、患者に対して果たす役割も分化し、ソーシャルワーカーに求められる役割は所属機関の特徴を色濃く反映するものとなる。たとえば特定機能病院など急性期医療の場では、短期間で次の療養先を探すことや救急搬送されてくる無保険者や単身者などに対する対応などが主となるだろう。病診連携に関わる部署に配属され、事務職や看護職と協働して地域の開業医との連絡・調整を担当することもある。リハビリテーションを提供する医療機関では、医療保険によるリハビリテーションを終了した後リハビリテーションを継続して確保する手段を考えねばならない。一方慢

性期病院では、在宅準備や長期療養のための施設確保の他に、一定のベッド稼働率を保持するための患者獲得・渉外・営業活動といった名目の業務が求められることもある。老人保健施設や保健医療機関併設の居宅介護支援事業所などでは、介護保険に関わる事務やケアマネジャー業務を兼務するソーシャルワーカーも存在する¹¹⁾。

社会福祉の機能が“その人らしい生活の実現を支援する”ことから考えても、医療ソーシャルワーカーの業務が多岐にわたることは当然である。医療機関という組織の中で誰が担当すべきか不明確な業務や、医療職でなくても遂行出来る業務が“とりあえず”医療ソーシャルワーカーのもとに持ち込まれることは珍しくない。医療ソーシャルワーカーは患者および家族をとりまく社会環境の変化に応じたさまざまな機能・役割を求められるが、これは新たな業務を開発してゆく可能性へとつながる。もちろんソーシャルワーカーの業務は時代の要請に応えるものであると共に、社会福祉の価値・倫理に基盤を置くものであり、どのような組織に所属していようとも、ソーシャルワーカーが実践するのはソーシャルワークでなければならない。

ソーシャルワーカーが用いる専門技術のひとつに面接技術が挙げられる。しかし第三者が面接場面を目撃したとしても、そこに専門技術としての面接技術の存在を実感することは困難であり、単に「話をしている」「電話をかけている」としか映らないことも多い。医療行為や介護行為など保健医療機関で専門職から提供されるサービスの大部分が可視的な行為であるのとは異なる点であり、ソーシャルワーカーの業務の特徴のひとつといえる。

このような医療ソーシャルワーカーの業務について、標準的業務を定めたものが「医療ソーシャルワーカー業務指針」である。

5.2. 「医療ソーシャルワーカー業務指針」

5.2.1. 業務指針制定の背景

「医療ソーシャルワーカー業務指針」(以下「業務指針」と記す)は、1989(平成元)年3月に厚生省(当時)から通知されたものが最初である。医療ソーシャルワーカーに関する業務指針としては、1958(昭和33)年に厚生省公衆衛生局長通知として示された「保健所における医療社会事業の業務指針」が存在したが、これはあくまでも保健所におけるケースワーカーの業務について言及したものであった。ちなみにこの指針では医療社会事業について「医療チームの一部門として、社会科学の立場から、(中略)患者とその家族を援助する一連の行為」と定義している(下線筆者)。幅広く保健医療分野における

ソーシャルワーカーの業務について示したのはこの「医療ソーシャルワーカー業務指針」が最初のものといえる。業務指針の内容は、指針策定の「趣旨」及び具体的な業務内容を示した「業務の範囲」、業務を行う上での留意点について示した「業務の方法」から構成されている。「趣旨」では、医療ソーシャルワーカーの役割に対し期待を示しながらも「病院等において、他の職種が対応しきれない相談業務をいわばよらず相談的に引き受けて行っている」ため、業務の範囲が明確とはいえないこと、保健医療機関においてソーシャルワークを行う方法や医療関係者や患者からの理解が不十分であることを指摘している。

その後、2000(平成12)年の医療法改正による病床区分や介護保険制度の創設など医療をとりまく環境の変化に伴い患者や家族が直面する課題は多様化し、保健医療ソーシャルワーカーの業務をより明確にする必要性が生じてきた。2002(平成14)年11月、改正された「医療ソーシャルワーカー業務指針」が、厚生労働省健康局長通知として示された。

改正された「医療ソーシャルワーカー業務指針」の「趣旨」には「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いる。」「この業務指針は(中略)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したものである。」と示されている(下線筆者)。医療ソーシャルワーカーは保健医療の場における「福祉」専門職であるという立場が明確に示されたことになる。

5.2.2. 業務の範囲

業務指針の詳細については省くが、医療ソーシャルワーカーの「業務の範囲」として示されているのは以下の6点である。

- (1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助：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、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、解決、調整に必要な援助を行う。
- (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、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、解決、調整に必要な援助を行う。

- (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援助する。
- (4) 受診・受療援助：適切な医療を利用するための情報提供や、診断・治療が適切に行われるように患者、家族、医師等とかわる。
- (5) 経済的問題の解決、調整援助：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参画する。

5.3. 福祉職俸給表の適用

福祉職としての医療ソーシャルワーカーの立場を明確にした施策としては、2007(平成15)年4月1日に施行された人事院規則改正が挙げられる。厚生労働省所管の国立病院・療養所・高度専門医療センターのソーシャルワーカーについて、これまでの行政職俸給表(一般事務職)から福祉職俸給表適用の専門職種として人事・処遇上の位置づけがなされた。従来これらの機関で勤務するソーシャルワーカーは職名こそ医療社会事業係もしくは医療社会事業専門官などと称されていたが、人事・処遇面では一般行政事務としての扱いであった。そのため専門性に立脚した人事・処遇がなされにくい状況であると指摘されてきた。業務指針で示された業務を遂行できる環境づくりの一環として、専門職種としての給与査定が認められたことは重要である。

5.4. 調査から検討する医療ソーシャルワーカーの現状

5.4.1. (社)日本医療社会事業協会による調査
(社)日本医療社会事業協会が2005年に正会員3,040人を対象として行った会員調査では以下のような結果が得られている。

正会員の内訳を表1に示した。

表1 勤務先種別

	人数	割合
病院・診療所	2,135人	70.3%
在宅介護支援センター	132人	4.3%
老人保健施設	192人	6.3%
保健所・社会復帰施設	22人	0.7%
教育機関	160人	5.3%
その他	399人	13.1%
総数	3,040人	100%

多くの会員が病院・診療所に勤務している。
 会員のうち回答があった2,339人の社会福祉士資格取得状況を表2に示した。

表2 社会福祉士資格取得状況

	人数	割合
取得	1,614人	69.0%
受験資格のみ	226人	9.7%
未取得	499人	21.3%
総数	2,339人	100.0%

名称独占である社会福祉士資格を保持せずに業務を行っている医療ソーシャルワーカーも存在するが、報告書では受験資格を得るために通信教育等を受講している会員が存在するため次回調査では資格取得者がさらに増加すると見込んでいる。

年齢別社会福祉士資格取得状況を表3に示した。

表3 年齢別資格取得状況

	20歳代	30歳代
取得	83.1%	74.2%
受験資格のみ	12.6%	13.2%
未取得	4.3%	12.7%
合計	100.0%	100.0%
	40歳代	50・60歳代
取得	56.0%	48.5%
受験資格のみ	4.7%	3.3%
未取得	39.3%	48.2%
合計	100.0%	100.0%

20歳代では8割以上が社会福祉士資格を取得している。最終学歴では20歳代の97%が大学卒以上であると回答していることから、福祉系大学で指定科目を履修し受験資格を取得した者が多いと考えられる。一方、40歳代で56%、50歳、60歳代でも半数近くが社会福祉士資格を取得している。社会福祉士資格制定に伴い第1回社会福祉士国家試験が実施されたのが1989(平成元)年1月である。社会福祉士は現任者への特別な救済措置がなく、当時すでに現場で勤務していたソーシャルワーカーは専門学校や通信課程などで受験資格を取得した上で、合格率30%前後の試験に挑戦せねばならなかった。40歳代以上の回答者の多くは、時間的・経済的・精神的・身体的負担を負いながら、社会福祉士資格を取得したと考えられる。(社)日本医療社会事業協会が「医療ソーシャルワーカーの基本的な国家資格は社会福祉士である。」という基本方針を遵守してきた経緯を反映しているのではないだろうか^{†2)}。

5.4.2.(社)日本社会福祉士会による調査

2006年(平成18)年12月から2007(平成19)年1

月にかけて(社)日本社会福祉士会が実施した「社会福祉士現況調査」では、医療ソーシャルワーカーに関して以下のような結果が得られている。

会員24,000人から3,000人を無作為抽出して質問紙を郵送し1,518人から回答を得た。就業先が医療機関である回答者は169人(11.9%)であった。従事している主となる職種でMSW(医療ソーシャルワーカー)と回答したのは100人(7.0%)であった。

2001(平成13)年に実施した「社会福祉士現況調査」は会員18,615人に郵送による全数調査を行い7,831人から回答を得ている。そのうち「自分の主要な業務は社会福祉士としての専門性を生かした業務(活動)内容となっている」と回答した者は全体の33.3%であった。職種別にみると、医療ソーシャルワーカーは61.5%が「専門性を生かした業務(活動)内容である」と回答しており、すべての職種の中で最も高い割合となっている。

この調査結果では社会福祉施設よりも保健医療機関で勤務するソーシャルワーカーの方が、自分は専門性を生かした業務を行っていると感じている割合が高い。保健医療機関という福祉の二次機関で、多くの医療専門職と共に業務を行う医療ソーシャルワーカーは、数少ない福祉専門職であるが故に、かえって専門性を意識した活動を実践しているのだろう。

5.4.3.法人代表者等への調査

社団法人日本社会福祉士養成校協会「社会福祉施設における社会福祉士の雇用状況と雇用に向けての研究調査報告書」(2006(平成18)年3月31日)では、「社会福祉事業所等における社会福祉士の雇用及び採用状況についての実態調査」を実施し、保健医療機関における社会福祉士の雇用ニーズについて報告している。回答者は原則として法人を代表する者が人事採用の責任者である。

保健医療分野における社会福祉士の雇用ニーズについて「医療ソーシャルワーカー業務指針」に挙げられている医療ソーシャルワーカーの業務を15項目に整理し質問した結果、「転院や在宅医療に伴う患者・家族の不安への支援」「医療費や生活費の困難への支援」「受診、入院、在宅医療に伴う心理面・生活面の不安への支援」「退院後の生活の場や療養の場の確保」「地域医療との連携」「医療上の指導を受け入れない患者の、心理面・生活面の情報収集や支援」「社会復帰を円滑に進めるための関係機関との調整」について、8割近くが「社会福祉士へ期待している」と回答している。

同調査では、医療ソーシャルワーカーが解決にかかわることが望ましい課題について、自由記述によ

る回答を得ている。病床コントロールや患者紹介・逆紹介^{†3)}、未収金徴収、ホームレス患者への援助、医療事故・医療訴訟への対応などの回答があった。医療ソーシャルワーカーは、所属組織から幅広い業務を求められていることが伺える。

6. ソーシャルワークと医療福祉

6.1. 学問領域としての医療と福祉

医療は医学を基礎とし、自然科学に準拠して発展してきた。医療が取り扱う対象への視点、方法や手法は、自然科学的な根拠に基づいて発展してきた経緯がある¹¹⁾。

岡本は「医療福祉学」の学問性について「医療と福祉が連携・融合・合体したような分野ないし領域に学問が成立するかどうかについては、議論のあるところである。」とし、両者は共に人間に関わることから多くの共通点を持ち互いに協力・連携してきたが、同時に異なる科学や論理を展開しながら発展してきたと指摘している。その上で「医療福祉学は基本的な成立要件である対象、視点、方式および手法等からなる独自の科学方法論に規定されるが、くわえてこれらの方法論から生み出される成果や法則が実際に適応され、価値を生み出すことによってはじめて意味をもつという性格がある。」ものの、現下の医療と福祉の領域における変化と進歩に学問としての方法論が追隨できていないことから「科学方法論が未成熟で、現実や現状を科学する力量に欠けていると言わざるをえない。」と論じている¹²⁾。

一方、社会福祉は人間の生活に密着しており個人の価値概念を含む。飯田は、現状の福祉研究は実学的であるが、その研究手法は哲学・法学・経済学・社会学・心理学等の既存の周辺諸学からの借り物であると述べている¹³⁾。科学的手法を活用し evidence に基づいた実践を行う方法については、アセスメントシートを活用、実践を蓄積できる記録の作成などさまざまな試みがなされている。社会福祉士養成課程の新カリキュラムでは従来「社会福祉援助技術論」に含まれていた「社会調査」が新たな科目として創設され、量的・質的調査について学習する内容となっている。適切な調査手法によってデータを収集・分析し蓄積していく力の獲得を目的としていると考えられる。evidence に基づいた実践や効果測定は、ソーシャルワークにおける重要課題である。

6.2. 全人的存在としての人と医療

自然科学に基づく医療と社会科学に基づく社会福祉という考え方は、それぞれの特徴を端的に示しているものの、両者を相反するものとしてとらえることはできない。

近代医学は解剖学や生理学を基盤として「患者そのもの：patient」と「患者のもつ疾患：disease」を分離した上で、疾患をとりのぞくことによって患者を治療しようと試みてきた¹⁴⁾。医療は効率性と専門分化を実現しながら発展してきたが、同時に一人の人間を「臓器や組織」に分割して扱うことによる問題も指摘された。近年では患者を「全人的存在」としてとらえる一つの方法として narrative based medicine が注目されている¹⁵⁾。斉藤は、evidence based medicine(EBM)と narrative based medicine(NBM)について、EBMとNBMは決して相対立する方法論ではなく、むしろ患者中心の医療を実践するために車の両輪と考えるべき相補的な方法論だとしている¹⁶⁾。さらに医療の根源について「もともと医療とは、患者の語り(ナラティブ)に耳を澄ますことから始める以外に方法を持たなかったのではないか。」と指摘し、EBMとNBMはともに「目の前の患者の最大幸福に焦点をあてる医療の方法論」であると述べている。その上で「NBMは、医療における生物医学的方法論の過剰な重視への警鐘であるとともに、元来医療が本質的に保ち続けてきた『医のアート』の再認識と再発掘であると言えよう。」と持論を展開している¹⁵⁾。斉藤が「アート」という用語を用いた意図の詳細は不明であるが、ソーシャルワークを「アート」であるとする定義が、1949年に発表されたS.パワーズ(Swithun Bowers)による論文「Nature and Definition of Social Casework」に登場する。彼女は「ケースワークは人間関係についての科学的な知識と対人関係における技能を活用する art である。」と述べている¹⁷⁾。機械的に技術を用いるのではなく、状況の個別性に着目し創造的に働きかけるという意味で、アートという言葉を用いている¹⁸⁾。

ケースワークはソーシャルワーク実践の一方法である。そのケースワークも医療も共に人を相手とする対人援助専門職であり、サービス提供者もサービス利用者も人である。そこには客観的数値のみでは判断できない要因が存在しサービスの効果に大きな影響を与えている。サービス利用者である個人の特性に対応した的確かつ柔軟な実践が重要となる。対人援助専門職に「アート」が求められることは、医療と福祉の共通点であるといえよう。

6.3. 医療福祉事業としての医療社会事業、医療ソーシャルワーク

医療福祉という用語は、そのなかに医療福祉事業つまり医療社会事業や医療ソーシャルワークという実践を含んだ概念である。そこで、まずこれらの定義を示した後、定義を手がかりに医療福祉事業につ

いて考察する。

6.3.1. 医療福祉の定義

- (1) 児島美都子：広義には、医療保障や公衆衛生による医療費保障、福祉法による医療費保障制度によって実施される政策体制をさし、狭義には、医療ソーシャルワーカーなどによる対人サービスをさすとらえられる¹⁹⁾。医療福祉は今日では、政策と実践の統一的概念としてとらえられるようになり、具体的には、国民が生活関連施設や対人サービスを利用・改善してみずからの健康権・医療権を守り、発展させることができるよう側面的に援助することをめざす²⁰⁾。
- (2) 飯田精一は、医療は「治療」し、福祉は「援助」し、保健は「予防」すると把握し、それら三者の統合、組み合わせによって、医療福祉学の基本的フレームを提示している²¹⁾。
- (3) 岡田喜篤学長は「一人の患者ないクライアントに接するとき、優れた医学的対応とともに、その人の生活あるいは人生をより豊かなものにしようとする努力、その双方の重要性を表わす言葉として『医療福祉』が理解されるのであり、さらに言えば、医療自体が、本来、福祉に含まれるものなのである。」²²⁾「『医療福祉』とは『人をどうみるか』という視点の問題として理解されなければならない。」²³⁾「『医療福祉』とは『医学モデル』と『社会モデル』の統合を意味する概念だと思う。」と述べている²²⁾。

6.3.2. 医療社会事業の定義

- (1) 岡本民夫：医療社会事業の考え方、ないし視角に関して大きく2つの立場があるといえよう。1つには、医療社会事業を政策的にとらえる立場であり、いま1つはいわゆる医療ソーシャルワーク(medical social work)とよばれる専門技術と方法の体系を中核にすえる立場であって、医療社会事業を技術論的にとらえる見解である²³⁾。
- (2) 浅賀ふさ：医療社会事業とは、ソーシャルケースワークの一部門で、医学的問題を背景として生活失調者の生活調査のために、医師の助手となり、協力者となって、その疾病と関係をもつ社会的・心理的・経済的要因を究明して医師の診断に資し、その治療方針に添って社会的治療を致す各種専門知識の上に立つ一つの専門的仕事で、医師の仕事と同様に予防の面に於いても、仕事の重要性が認められる²⁴⁾。

- (3) 岡村重夫：医療社会事業とは、医療ならびに保健医療機関などの医療チームの一部門として、社会福祉学の立場から医師の診断を助けるとともに、疾病の治療、予防、更生の妨げとなる患者やその家族の経済的、精神的あるいは社会的な諸問題を満足に解決もしくは調整できるように、個人と集団援助する一連の行為をいう²⁵⁾。
- (4) 厚生省「保健所における医療社会事業の業務指針」(1957(昭和32)年)：医療社会事業とは、医療ならびに保健医療機関などの医療チームの一部門として、社会科学の立場から医師の診断を助けるとともに、疾病の治療、予防、更生の妨げとなる患者や、その家族の経済的、精神的、あるいは、社会的な諸問題を満足に解決もしくは調整できるように、患者とその家族を援助する一連の行為をいう²⁶⁾。
- (5) 中島さつき：医療社会事業とは、医療または保健の場においておこなわれる社会事業である。医療チームの一員である専門技術をもつ医療ソーシャルワーカーが、社会福祉の立場から医療の達成に協力することである。主として疾病の予防・治療、あるいは社会復帰をさまたげている患者や家族の社会的・精神的・経済的な問題を満足に解決、もしくは調整できるように個人と集団を援助する仕事である²⁷⁾。

6.3.3. 医療ソーシャルワークの定義

- (1) 杉本敏夫：医療ソーシャルワークとは、端的に言えば医療の場におけるソーシャルワークということである。つまり、医療の領域において発生する生活上の諸問題を解決したり、あるいはその発生を予防するためにソーシャルワークの価値観に基づいて、専門的な知識とスキルや技術をもちいて援助活動を行うことである。つまり、医療における社会福祉実践である²⁸⁾。
- (2) 岡村重夫：ソーシャルワークの理論と方法を、保健医療に適用したものが「保健医療ソーシャルワーク」である²⁹⁾。

6.4. 医療福祉事業とは

一連の定義を検討すると、「医療」と「福祉」は共に人間の生活を支える営みであることがわかる。そもそも医療も福祉も出発点は「人間の幸福」であった。人が幸せであることを阻害する要因はさまざまである。「疾病」から生じる痛みや苦しみにから人を解放しようと臨む医療と、「生活上の困難」から生じ

る苦しみを軽減・解消しようとする福祉とは、共に人の幸福を願い続けてきたはずである。なかでも医療福祉は医療分野における福祉をどのように実現するのかを探求し実践してきた歴史がある。医療と福祉は、車の両輪のように患者を支えてきた。

現場の医療ソーシャルワーカーは組織やクライアントからの要請に応じてさまざまな業務を負っている。なかには他職種でも対応可能な業務もあるかもしれない。繰り返すがソーシャルワーカーの業務は社会福祉の価値・倫理に基盤を置くものであり、どのような領域や施設、機関においても、ソーシャルワーカーが実践するのはソーシャルワークでなければならない。“何を”するのかというよりも“どのように”実践するのが重要である。問題解決の過程でいかに患者・家族を主体とした支援を展開するかが医療ソーシャルワーカーの専門性を発揮する要であろう。

社会福祉は対人援助サービスである。サービス利用者はサービスを利用することによって生活を成立させている。医療サービスのあり方についてさまざまな検討・改善が行われてはいるが、医療の特質を反映した「医術を施す者としての医師」と「それを享受する患者」という関係は、ある程度不均衡なものとならざるを得ないことは当然であろう。福祉領域でも、例えば身体介護を提供する者と利用する者との関係は「行為を提供する者」と「行為を利用する者」との二者に明確に区別され、その役割が交代することはあり得ない。だからこそサービス提供者と利用者との間に意図的に平等な関係を構築することや、利用者の立場に立ったサービス提供の重要性が強調されてきた。専門職としての責任ある関わりを通じて、利用者や患者を主体とした関係を構築するためには、専門職側の高い倫理意識や技術が求められる。まさに「アート」が求められるのである。

7. おわりに

川崎医療福祉大学は日本で初めて「医療福祉」を冠した大学である。当時医療ソーシャルワーカーとして勤務していた筆者は、本学のカリキュラム内容に興味を覚え入学案内を取り寄せたことを記憶している。新人の頃は、新設病院の初代ソーシャルワーカーとして雑多な業務や周りの無理解に翻弄される

ことも多く、大学で学習したソーシャルワーク理論では対処できない現実の厳しさに直面していた。しかし組織の一員として仕事をするうちに、病院のスタッフは各々の立場から患者、家族の生活をいかに支援するかを考えており、「医療」と「福祉」が切り離せないことを実感した。こうした経験のなかで医療ソーシャルワーカーの専門性とは何か、他の医療専門職に伍するために何を習得せねばならないのかなどをいやがうえにも考えざるをえなかった。

川崎医療福祉学会でも討議が重ねられ模索されているように、「医療福祉」の明確な定義は未だ確立されていない。目指すべきものは「人間の幸福」であることに異論はないであろう。幸福を実現していく実践の手段や過程が医療福祉であることにも異論はないであろう。

まず、教員ひとり一人が自らの専門分野に依拠した「医療福祉とは」という明確なビジョンを持ち教育に携わることが求められる。そのビジョンを共有した卒業生たちの実践こそが「医療福祉」の歴史を創りあげていく。教員の役割は学生への教育を通じて社会貢献するのみではなく、現場で働く卒業生達に継続した教育や研究の機会を提供することにある。近年はケアギバー(care giver)の心身の健康の重要性が着目されている。大学は卒業生にとって、愚痴をこぼす場所、辛さをはき出す場所、楽しいことを報告する場所として機能することによっても現場のcareを支える存在でなければならない。ソーシャルワーク実践では、教員が臨床現場でクライアントを対象とした医療福祉事業を実践する機会が極めて少ないが、学生を通じてまさに医療福祉事業を実践しているのである。学生の教育に携わりながら常にその先に存在するクライアント、利用者、患者に思いを馳せることを忘れてはならない。

今回執筆の機会をいただいたことを光栄と感しながら自らの力不足を痛感し続けてきた。しかし結果として医療福祉に対する思いを新たにすることができた。日々ご指導・ご協力いただいている教職員の方々、新たな刺激を与えてくれる学生の皆さん、何より臨床の場で出会ったクライアントや患者の方々に感謝しつつ、今後の研鑽を通じて恩返しをすることを彼らに誓い本稿を終えたい。

注

†1) 一般に、急性期病院、慢性期病院という表現が多く用いられるが、医療法や診療報酬上の区分ではなく、あくまでも通称である。

†2) 医療ソーシャルワーカーに関する資格制度化の歴史については「日本の医療ソーシャルワーク史」(社)日本医療社会

事業協会発行，2003に詳しい．また京極高宣は「医療福祉士への道」医学書院，2008において資格制度に関する持論を展開している．

- †3) 同報告書では「患者紹介」「逆紹介」について明確に定義を示していないが，医療現場で一般的に使用されている用語から，地域の開業医から患者を紹介されることを「患者紹介」，開業医から紹介された患者を再びその開業医に紹介することなど，通院中，退院後の患者を地域の開業医に紹介することを「逆紹介」と表わしていると考えられる．

文 献

- 1) 川崎医療福祉大学創立10年誌編集委員会：川崎医療福祉大学創立10年誌．10，2001．
- 2) 江草安彦：医療福祉への道，125-126，1997．
- 3) 川崎医療福祉学会・川崎医療福祉大学共催シンポジウム 医療福祉を考える《講演・発言記録》，2，2008．
- 4) 日本社会福祉士会監修：社会福祉士まるごとガイド．ミネルヴァ書房，72-73，2001．
- 5) Richard C.Cabot: Social Work: Essays on the Meeting-Ground of Doctor and Social Worker, Boston and New York Houghton Mifflin Company, vii, 1919．
- 6) 松山真：保健医療機関におけるソーシャルワーカーの役割．(社)日本医療社会事業協会編，保健医療ソーシャルワーク原論，相川書房，70，2004．
- 7) 笹岡眞弓：保健医療分野のソーシャルワークの歴史と動向～日本～．(社)日本社会福祉士会・(社)日本医療社会事業協会編，保健医療ソーシャルワーク実践1，中央法規出版，62-64，2004．
- 8) 「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について(昭和63年2月12日付社庶第29号)」厚生労働省社会局長，厚生労働省児童家庭局長通知．
- 9) 古川知絵：社会福祉士と医療福祉～社会福祉士養成課程で医療福祉を学ぶために～，2006(平成18)年度川崎医療福祉大学卒業論文．
- 10) 医療ソーシャルワーカー養成教育の現状とあり方に関する基礎的研究(報告書)，研究代表者 永野なおみ：平成18年度日本学術振興会科学研究費補助金 基盤研究C，2001．
- 11) 岡本民夫：医療福祉学の学問性．小田兼三・竹内孝仁編，医療福祉学の理論，中央法規出版，29，1997．
- 12) 岡本民夫：医療福祉学の学問性．小田兼三・竹内孝仁編，医療福祉学の理論，中央法規出版，31，1997．
- 13) 飯田精一：福祉を哲学する．近代文藝社，154，1992．
- 14) 川喜多愛郎：西洋医学における近代の曙光．医学概論，真興交易医書出版部，20-32，1982．
- 15) 斉藤清二：ナラティブベイスト・メディスンの実践．金剛出版，30-34，2003．
- 16) 斉藤清二：ナラティブベイスト・メディスンの実践．金剛出版，30，2003．
- 17) 倉石哲也：個別援助技術の意義・定義．社会福祉士養成講座委員会編集，社会福祉援助技術論I，中央法規出版，152-153，2003．
- 18) 松本武子：ケースワークの基礎．誠信書房，54-57，1967．
- 19) 児島美都子：医療福祉の概念．児島美都子・成清美治編，医療福祉概論，学文社，5，1997．
- 20) 児島美都子：社会福祉の分野－医療福祉．仲村優一他編，現代社会福祉事典，全国社会福祉協議会，39，1988．
- 21) 小田兼三：医療福祉学の構成．多田羅浩三・小田兼三編，医療福祉の理論と展開，中央法規出版，10，1995．
- 22) 岡田喜篤：保健福祉・医療福祉系大学における社会福祉教育のあり方．社会福祉研究，第86号，39，2003．
- 23) 岡本民夫：医療社会事業の意義．内田守・野村茂編，医療社会事業の実践，光生館，54，1980．
- 24) 浅賀ふさ：医療社会事業 新しい母子衛生．192，1949．
- 25) 岡村重夫：社会福祉学各論．柴田書店，107，1968．
- 26) 厚生省：保健所における医療社会事業の業務指針，1，1957．
- 27) 中島さつき：医療社会事業．誠信書房，1-2，1964．
- 28) 杉本敏夫：医療ソーシャルワークとは何か．杉本敏夫・岡田和敏編著，医療ソーシャルワーク，久美株式会社，1，2007．
- 29) 岡村重夫：保健医療ソーシャルワークの基礎1 基本的視点．保健医療ソーシャルワーク研究会編，保健医療ソーシャルワークハンドブック－理論編，中央法規出版，4，1990．