

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

2004年度位置付け調査研究委員会

熊谷 忠和

四方 克尚

社団法人 日本医療社会事業協会

○はじめに

近年、保健医療のソーシャルワーカーは本報告でも詳細紹介するが多くの病院に設置されてきている。また未設置の病院であっても採用を計画しているところも多い。この背景には 医療制度改革の進展 患者・家族の生活課題の多様化深刻化 生活課題の多様化深刻化が円滑な病院運営や収益効果を損ねる 厚生労働省による二度にわたる「医療ソーシャルワーカー業務指針」(1989 年、2002 年) 介護保険や支援費制度の導入などによる病院と地域・関係機関との連携促進の必要性などが考えられる¹⁾。

本報告は 2003 年独立行政法人福祉医療機構助成事業「病院における社会福祉活動推進に関する調査」(調査研究委員：熊谷忠和、四方克尚、菅原幸一、高田玲子、富樫八郎、松井久典、松山真)に基づき保健医療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を整理するものである。

なお、上記助成事業の報告は昨年(2004 年)3 月に『病院における社会福祉活動推進に関する調査報告書』としてまとめられており、また一部抜粋を既に会員には周知したところである。従って本報告は保健医療におけるソーシャルワーカーの位置づけのあり方に関して、特に引き付け考察をすすめた。

○対象および方法

2003 年 9 月から 11 月にかけて、「2004 年版病院要覧」(医学書院)に掲載されている 9,078 病院の施設長を対象に、ソーシャルワーカーの配置状況や業務に関する実態さらに役割期待に関する意識を把握することを目的とし質問紙(ハガキ)による郵送調査を行った。質問項目は、ソーシャルワーカー(以下 SW)設置の有無 SW の性別 SW の採用予定の有無 SW 未設置の理由 SW の設置年 SW の所属部門 SW 室の名称 SW の雇用形態 SW の業務形態 SW の資格取得 SW の業務内容 SW への役割期待の計 12 設問とした。

○ 結 果

1 . 回収状況と回答病院の特性

(1) 都道府県別回収率 (表 1-1)

全国の約半数の病院から回答を得た (回収率 : 48.2%)。新潟 (69.0%)、山形 (63.7%)、滋賀県 (62.2%) は 60% を超えた。また約半数の都道府県が 50% を超える回収率を確保した。

表 1 - 1 都道府県別回収率

コード	都道府県名	回収	送付総数	回収率 (%)
1	北海道	321	633	50.0
2	青森県	64	109	58.7
3	岩手県	53	108	49.0
4	宮城県	84	150	56.0
5	秋田県	46	81	56.7
6	山形県	44	69	63.7
7	福島県	81	153	52.9
8	茨城県	83	202	41.0
9	栃木県	62	118	52.5
10	群馬県	70	143	48.9
11	埼玉県	165	365	45.2
12	千葉県	129	297	43.4
13	東京都	298	680	43.8
14	神奈川県	162	359	45.1
15	新潟県	96	139	69.0
16	富山県	52	116	44.8
17	石川県	67	142	47.1
18	福井県	36	92	39.1
19	山梨県	37	62	59.6
20	長野県	80	140	57.1
21	岐阜県	56	113	49.5
22	静岡県	103	182	56.5
23	愛知県	179	364	49.1
24	三重県	57	118	48.3
25	滋賀県	38	61	62.2
26	京都府	85	183	40.5
27	大阪府	231	570	40.5
28	兵庫県	163	348	46.8
29	奈良県	38	75	50.6
30	和歌山県	26	74	35.1
31	島根県	23	46	50.0
32	鳥取県	27	58	46.5
33	岡山県	100	192	52.0
34	広島県	121	269	44.9
35	山口県	66	152	43.4
36	徳島県	62	129	48.0
37	香川県	24	53	45.2
38	愛媛県	60	156	38.4
39	高知県	79	145	54.4
40	福岡県	247	484	51.0
41	佐賀県	25	53	47.1
42	長崎県	95	174	54.5
43	熊本県	123	226	54.4
44	大分県	75	163	46.0
45	宮崎県	82	153	53.5
46	鹿児島県	128	284	45.0
47	沖縄県	40	95	42.1
総数		4383	9078	48.2

(2) 病院種別 (一般病院と精神病院) (表 1-2)

回答病院の種別は一般病院 3,776(86.2%)、精神病院 568(13.0%)であった。因みに厚生労働省「医療施設調査」(2000 年) によると一般病院 8,205(88.5%)、精神病院 1,058(11.4%)である。

表 1 - 2 病院種別

		度数	パーセント
有効	一般病院	3776	86.2
	精神病院	568	13.0
	合計	4344	99.1
欠損	欠損値	39	.9
合計		4383	100.0

(3) 病床規模別 (表 1-3)

表 1 - 3 病床規模別

回答病院の病床規模は 100 床未満(32.9%)、100-199 床(31.1%)、200-299 床(14.6%)、300-399 床(9.4%)、400-499 床(4.7%)、500-899 床(5.3%)、900 床以上(1.0%)であった。厚生労働省「医療施設調査」(2000 年)によると 100 床未満(41.1%)、100-199 床(28.5%)、200-299 床(13.0%)、300-399 床(8.1%)、400-499 床(3.9%)、500-899 床(4.6%)、900 床以上(0.8%)である。

		度数	パーセント
有効	100未満	1443	32.9
	100-199床	1365	31.1
	200-299床	642	14.6
	300-399	414	9.4
	400-499	205	4.7
	500-599	111	2.5
	600-699	68	1.6
	700-799	31	.7
	800-899	20	.5
	900-999	12	.3
	1000床以上	30	.7
	合計	4341	99.0
欠損	欠損値	42	1.0
合計		4383	100.0

(4) 開設者別 (表 1-4)

表 1 - 4 開設者別

回答病院の開設者は国(2.6%)、公的機関(19.7%)、社会保険関係団体(0.8%)、医療法人(57.7%)、個人(7.2%)、その他(11.1%)であった。厚生労働省「医療施設調査」(2000 年)によると国(3.8%)、公的機関(14.8%)、社会保険関係団体(1.4%)、医療法人(58.1%)、個人(12.6%)、その他(9.0%)である。

		度数	パーセント
有効	厚生労働省	74	1.7
	文部科学省	30	.7
	財務省	1	.0
	法務省	2	.0
	防衛庁	3	.1
	郵政事業庁	5	.1
	労働福祉事業	19	.4
	都道府県	180	4.1
	市町村	461	10.5
	日赤	47	1.1
	済生会	46	1.0
	厚生連	74	1.7
	北海道社会事業協会	5	.1
	全社連	30	.7
	厚生団	3	.1
	船員保険会	1	.0
	海員掖済会	6	.1
	国共連	18	.4
	地共連	7	.2
	健保連	5	.1
	国保連	2	.0
	公益法人	232	5.3
	医療法人	2531	57.7
	学校法人	53	1.2
	社福法人	106	2.4
	その他の法人	7	.2
	生協組合	49	1.1
	会社	29	.7
	個人	317	7.2
	合計	4343	99.1
欠損	欠損値	40	.9
合計		4383	100.0

2 . 項目別調査結果

(1) ソーシャルワーカー (以下 SW) の設置 (表 2-1-1)(表 2-1-2)

全国の 66.1% の病院にソ - シャルワーカーは設置されており、200 床以上の病院においては 90 % 前後配置されている。

・SW 設置の有無

表2 - 1 - 1 SW設置の有無

		度数	パーセント
有効	無	1432	32.7
	有	2897	66.1
	合計	4329	98.8
欠損	欠損値	54	1.2
合計		4383	100.0

・病床の規模と SW 配置の関係

表2 - 1 - 2 病床規模とSWの有無

病床の範囲 と SWの有無 のクロス表

			SWの有無		合計
			無	有	
病床 の 範 囲	100未満	度数	956	468	1424
		病床の範囲 の %	67.1%	32.9%	100.0%
	100-199床	度数	320	1034	1354
		病床の範囲 の %	23.6%	76.4%	100.0%
	200-299床	度数	75	565	640
		病床の範囲 の %	11.7%	88.3%	100.0%
	300-399	度数	40	373	413
		病床の範囲 の %	9.7%	90.3%	100.0%
	400-499	度数	14	190	204
		病床の範囲 の %	6.9%	93.1%	100.0%
	500-599	度数	6	105	111
		病床の範囲 の %	5.4%	94.6%	100.0%
	600-699	度数	9	59	68
		病床の範囲 の %	13.2%	86.8%	100.0%
	700-799	度数	1	30	31
		病床の範囲 の %	3.2%	96.8%	100.0%
	800-899	度数	2	18	20
		病床の範囲 の %	10.0%	90.0%	100.0%
	900-999	度数	2	10	12
		病床の範囲 の %	16.7%	83.3%	100.0%
	1000床以上	度数	1	29	30
		病床の範囲 の %	3.3%	96.7%	100.0%
合計	度数	1426	2881	4307	
	病床の範囲 の %	33.1%	66.9%	100.0%	

(2) SWの人数 (表 2-2-1)(表 2-2-2)(表 2-2-3)

SWが設置されている病院では平均 2・5 人の SW が配置されている。

性別では女性 64%、男性 34%であった。一人職場は 38 % であり複数配置は 62%を占めている。

SWの人数はおおよそ病床数と比例し多くなっている。

表2 - 2 - 1 SWの人数および男女数

	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
SWの人数	1	36	7275	2.54	2.188
男人数	1	12	2522	1.60	1.028
女人数	1	24	4706	2.04	1.609

表2 - 2 - 2 SWの人数別割合

	度数	有効パーセント
有効 1	1089	38.0
2	785	27.4
3	409	14.3
4	234	8.2
5	135	4.7
6	74	2.6
7	46	1.6
8	28	1.0
9	18	.6
10	19	.7
11	7	.2
12	5	.2
13	5	.2
14	4	.1
15	2	.1
16	1	.0
17	3	.1
20	1	.0
25	1	.0
36	1	.0
合計	2867	100.0
欠損 欠損値	1516	
合計	4383	

表2 - 2 - 3 病床規模とSWの人数

病床の範囲	平均値	度数	標準偏差
100未満	1.45	455	.874
100-199床	2.08	1022	1.455
200-299床	2.97	564	2.107
300-399	3.02	372	2.434
400-499	3.38	189	2.435
500-599	4.21	104	4.820
600-699	3.49	59	3.065
700-799	4.23	30	3.104
800-899	3.28	18	2.270
900-999	4.70	10	3.199
1000床以上	4.48	29	3.169
合計	2.54	2852	2.190

(3) SW採用予定の有無(表2-3)

263 病院(6%)が「採用予定有」とした。

表2-3採用予定有無

	度数	パーセント
有効 予定無	80	1.8
予定有	263	6.0
合計	343	7.8
欠損 欠損値	4040	92.2
合計	4383	100.0

(4) S W未設置の理由 (表 2-4-1)(表 2-4-2)(表 2-4-3)(表 2-4-4)

未設置病院の 8 1.1 % が S W を採用できない理由として人件費の問題とした。「採用基準がわからない」を 1 位にあげた病院は 34% あった。資格要件等が明確でないことが採用に影響を与えている。

(注) 未設置の理由 4 項目 (人件費の問題、採用基準がわからない、相談窓口がわからない、メリットなし) に大きいとするものの順位を問う。

表2-4-1 人件費の問題

		度数	パーセント	有効パーセント
順位	1	708	16.2	81.8
	2	96	2.2	11.1
	3	54	1.2	6.2
	4	7	.2	.8
	合計	865	19.7	100.0
欠損	欠損値	3518	80.3	
合計		4383	100.0	

		度数	パーセント	有効パーセント
順位	1	178	4.1	34.0
	2	285	6.5	54.5
	3	54	1.2	10.3
	4	6	.1	1.1
	合計	523	11.9	100.0
欠損	欠損値	3860	88.1	
合計		4383	100.0	

表2-4-2 採用基準がわからない

表 2-4-3 相談窓口

		度数	パーセント	有効パーセント
順位	1	32	.7	8.9
	2	88	2.0	24.5
	3	214	4.9	59.6
	4	25	.6	7.0
	合計	359	8.2	100.0
欠損	欠損値	4024	91.8	
合計		4383	100.0	

表2-4-4 メリットなし

		度数	パーセント	有効パーセント
順位	1	47	1.1	20.3
	2	30	.7	13.0
	3	10	.2	4.3
	4	144	3.3	62.3
	合計	231	5.3	100.0
欠損	欠損値	4152	94.7	
合計		4383	100.0	

(5) S Wの設置年 (表 2-5-1)(グラフ 2-5-2)(グラフ 2-5-3)

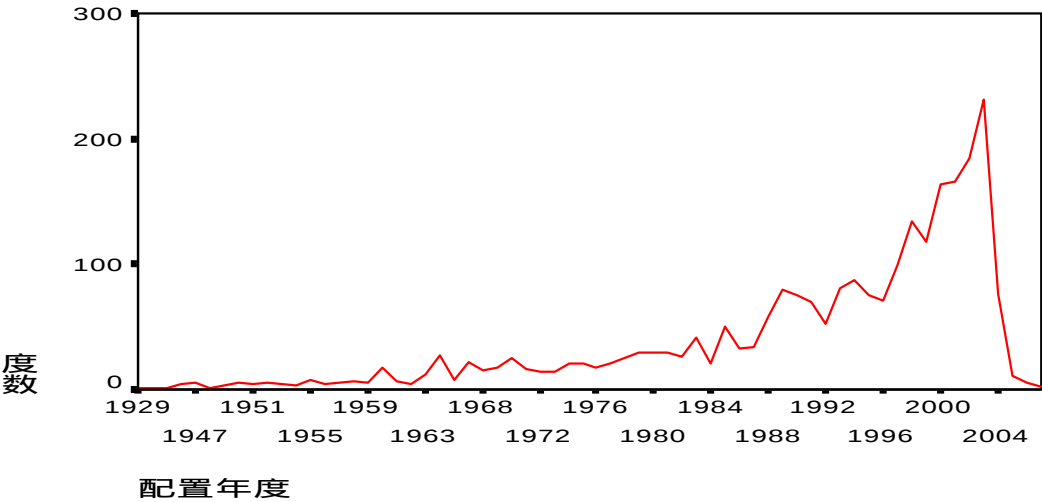
S Wの設置は年々増加しており、1990 年より急増しさらに 2000 年以降急激に増加している。
特に一般病院において増加傾向が著しい。

表 2-5-1 S Wの設置年

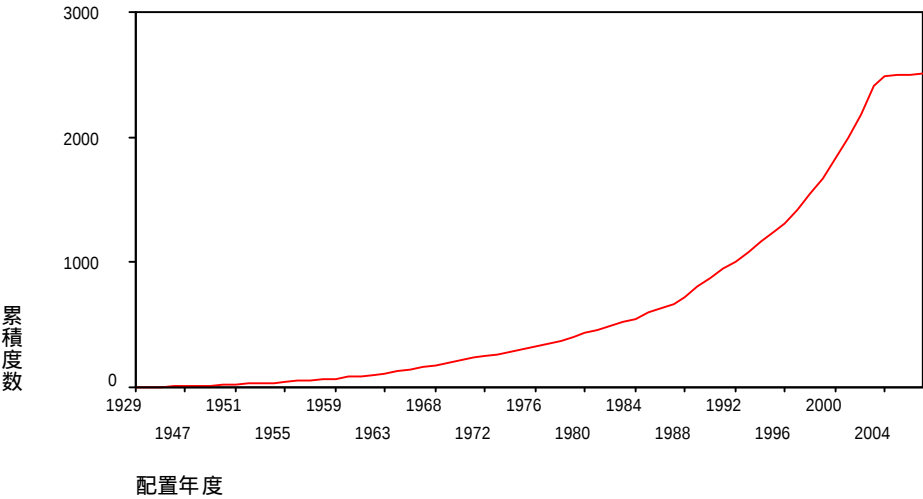
回答病院 2505 件

設置年	件数	設置年	件数	設置年	件数	設置年	件数
1929	1	1958	7	1974	21	1989	80
1930	1	1959	5	1975	21	1990	75
1944	1	1960	17	1976	18	1991	70
1945	4	1961	7	1977	21	1992	52
1947	5	1962	4	1978	25	1993	81
1948	1	1963	12	1979	29	1994	87
1949	3	1965	27	1980	30	1995	75
1950	6	1966	8	1981	29	1996	71
1951	4	1967	22	1982	26	1997	99
1952	5	1968	15	1983	41	1998	134
1953	4	1969	17	1984	21	1999	118
1954	3	1970	25	1985	50	2000	164
1955	8	1971	16	1986	33	2001	166
1956	4	1972	14	1987	34	2002	184
1957	6	1973	14	1988	58	2003	231

グラフ 2-5-2 S Wの設置年(2004 年は採用予定年の数)



グラフ 2-5-3 S Wの設置年累積図(2004 年は採用予定年の数)



(6) S Wの所属部門 (表 2-6)

S Wの所属部門は41%が事務部門としているが独立部門も28%となっている。

表2-6 S Wの所属部門

		度数	有効パーセント
有効	診療部門	218	7.8
	診療技術部門	199	7.1
	看護部門	171	6.1
	事務部門	1178	41.9
	独立部門	789	28.1
	その他	184	6.5
	2部門以上 *	71	2.5
	合計	2810	100.0
欠損	欠損値	1573	
合計		4383	

* 「2部門以上」とはS Wの所属が、2部門以上にまたがっている場合をいう。

(7) S Wの所属する部門の名称 (表 2-7)

S Wの所属する部門の名称は一樣でないが、37.4%が医療相談(科.課.係.室など)であった。次に医療福祉相談(科.課.係.室など)(13.8%)、相談室(科、課、係など)(12.7%)と続くが、「地域医療連携」「総合相談」「在宅支援」に関連する名称も多い。

表 2-7 S Wの所属する部門の名称

所属部門の名称	総数	有効パーセント
M S W (科.課.係.室など)	30	1.2
P S W (科.課.係.室など)	14	0.5
ケースワーカー (科.課.係.室など)	41	1.6
ソーシャルワーカー (科、課、係など)	37	1.5
医療社会事業 (科.課.係.室など)	89	3.6
医療相談 (科.課.係.室など)	907	37.4
医療福祉相談 (科.課.係.室など)	336	13.8
医療連携 (科.課.係.室など)	18	0.7
社会福祉 (科.課.係.室など)	34	1.4
相談室 (科、課、係など)	309	12.7
総合相談 (科.課.係.室など)	36	1.4
地域医療連携 (科.課.係.室など)	180	7.4
地域連携 (科.課.係.室など)	68	2.8
在宅介護支援 (科.課.係.室、センターなど)	53	2.1
その他 *	268	11
欠損 (記入なし)	1963	
合計	4383	

* その他の名称は、上記表記の組み合わせなど多岐にわたり 100 種類前後あった。

(8) 雇用形態 (表 2-8)

S W の 97.3% が常勤雇用されている。

表2-8 S W の雇用形態

雇用形態	人数	パーセント
常勤雇用	7,123	97.3
非常勤	196	2.7
S W 総数	7,319 *	

* 重複回答などあり、表 2 - 2 - 1 S W の人数では S W 総数は 7275 名であった。

(9) 業務形態 (表 2-9)

S W の 86.3% が専任で S W 業務に就いている。

表2-9 S W の業務形態

業務形態	人数	パーセント
専任	5,964	86.3%
兼任	951	13.7%
S W 総数	6,915 *	

* 未回答などあり、表 2 - 2 - 1 S W の人数では S W 総数は 7275 名であった。

(10) 資格取得の実態 (表 2-10-1) (表 2-10-2)

S W の 42.1% が社会福祉士資格を、38% が精神保健福祉士を取得している。その他の取得資格では、介護支援専門員、社会福祉主事が多い。

表2-10-1 取得資格状況

	資格取得者	パーセンテージ *
社会福祉士	3065	42.1
精神保健福祉士	2781	38.2
その他	1708	23.4

* S W 総数を 7275 名とした場合の割合

表2-10-2 その他の資格についての記載内容

その他の資格内容	件数	パーセンテージ
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	334	37.5
社会福祉主事	305	34.2
看護師	64	7.1
保健師	18	2
臨床心理士	19	2.1
介護福祉士	18	2
その他 *	132	14.8
合計	890	

* その他は、資格名称でないものも含め多様な記載あり。

(1 1) S Wの業務 (表 2-11-1)(表 2-11-2 ~ 9)

S Wの業務内容では、退院援助が一番多い。続いて、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、苦情解決となっている。

表2-11-1 S Wの業務

	度数	順位1位 (最小値)	順位3位 (最大値)	合計	平均値 *	標準偏差
心理社会問題解決	1501	1	3	2680	1.79	.860
退院援助	2254	1	3	3463	1.54	.678
社会復帰援助	1350	1	3	2830	2.10	.711
受診受療援助	1182	1	3	2297	1.94	.799
経済的問題援助	1849	1	3	4190	2.27	.761
地域活動	287	1	3	717	2.50	.743
苦情の解決	459	1	3	1190	2.59	.678
その他	195	1	3	445	2.28	.907

* S Wの業務8項目から多い業務を上位から3項目順位をつけるようもとめた。平均値は少ない程順位が高いことを示す。

表2-11-2 心理社会問題解決

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	750	17.1	50.0
2	323	7.4	21.5
3	428	9.8	28.5
合計	1501	34.2	100.0
欠損 欠損値	2882	65.8	
合計	4383	100.0	

表2-11-3 退院援助

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	1283	29.3	56.9
2	733	16.7	32.5
3	238	5.4	10.6
合計	2254	51.4	100.0
欠損 欠損値	2129	48.6	
合計	4383	100.0	

表2-11-4 社会復帰援助

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	282	6.4	20.9
2	656	15.0	48.6
3	412	9.4	30.5
合計	1350	30.8	100.0
欠損 欠損値	3033	69.2	
合計	4383	100.0	

表2-11-5 受診受療援助

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	412	9.4	34.9
2	425	9.7	36.0
3	345	7.9	29.2
合計	1182	27.0	100.0
欠損 欠損値	3201	73.0	
合計	4383	100.0	

表2-11-6 経済的問題援助

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	355	8.1	19.2
2	647	14.8	35.0
3	847	19.3	45.8
合計	1849	42.2	100.0
欠損 欠損値	2534	57.8	
合計	4383	100.0	

表2-11-7 地域活動

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	43	1.0	15.0
2	58	1.3	20.2
3	186	4.2	64.8
合計	287	6.5	100.0
欠損 欠損値	4096	93.5	
合計	4383	100.0	

表2-11-8 苦情の解決

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	50	1.1	10.9
2	87	2.0	19.0
3	322	7.3	70.2
合計	459	10.5	100.0
欠損 欠損値	3924	89.5	
合計	4383	100.0	

表2-11-9 その他

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 1	60	1.4	30.8
2	20	.5	10.3
3	115	2.6	59.0
合計	195	4.4	100.0
欠損 欠損値	4188	95.6	
合計	4383	100.0	

(1 2) S W へ期待する役割 (表 2-12-1) (表 2-12-2)

管理者の S W への期待は 63.9% が患者満足度の貢献が一番とした。集客 (患者) 機能は 6.2%、オンブスマン機能は 5.7% が S W への役割期待を一番とした。その他では、患者の療養支援、家族支援、院内外の連携の要としての役割など多様な役割期待があった。

表2-12-1 S W への期待

	一番期待する役割とした件数	パーセンテージ*
オンブスマン	230	5.7
集客機能	251	6.2
患者満足度	2553	63.9
その他	159	3.9

* 母数は有効回答3993件

表2-12-2 その他の S W への期待内容

その他 S W に期待する役割について (自由記入)
未収対策、D r と家族患者の連携、エンパワメント役割、オールマイティな業務、クレーム対応、ケースマネジメント、サービス対応、情報提供、スムーズなベット調整、スムーズな退院調整、コーディネーター、ベットコントロール、ベッド回転の促進役割、医療スタッフの調整、医療のコーディネータ、医療提供の円滑化、医療費の軽減や転院医療福祉の連携、医療連携機能、家族との交渉、家族支援へ働きかけ、介護保険制度の促進、各専門部と連携と調整、各役所と連携、患者と医者との調整、患者の社会的復帰、患者の療養支援、患者への全体的援助、患者権利の権利を守る、患者の受療権を守る、患者情報の集約拠点、患者不安の解消、帰院先確保、矯正教育、経営改善、経済的問題解決、後見人的役割、在院日数短縮への貢献、在宅復帰の円滑化、社会復帰支援、社会資源活用、社会保険制度の援助、社会保障制度活用、紹介率アップ、心理サポート、診療以外の全ての支援精神障害者社会復帰、組織の教育、活性化対策、組織内との調整や連携、早期退院への貢献、総合コーディネーター、他機関・施設との連携、他職種との連絡調整、退院後の生活援助、地域との連携、地域の調整機能、地域医療への貢献、地域連携、地域連携病診連携、地域生活移行支援、中立的な立場で聞く、当院への理解を深める、入院患者の預かり金管理、入院期間の短縮、入退院の窓口入退院調整病院と診療所の連携、病院と診療所連携の関、病院の体質改善、病院改革、病院機能の質の向上病診、病院連携、病病連携、不安解消、部所と他院との連携、福祉施設との連絡・調整、福祉サービスの周知、平均在院の確保、利用者の生活支援

○ 考 察

1 . 配置促進の現状

最新の厚生労働省「医療施設 (動態) 調査」「病院の従事者の状況」～平成 15 (2003) 年～ⁱⁱによると、精神保健福祉士 4103.6 人 (前年比 36.4% 増)、社会福祉士 1956.2 人 (前年比 13.2% 増)、医療社会事業従事者 8416.7 人 (前年比 1.5% 増) と公表されている。いわゆる病院のソーシャルワーカーは平成 15 (2003) 年時点で総計 14,475 人 (全病院施設数 9,122 病院、全病床数 1,820,212 床) である。顧みると、昭和 39 (1964) 年の中島等の報告ⁱⁱⁱによる病院ソーシャルワーカーの総計は 3,083 人 (全病院施設数 7,047 病院、全病床数 1,077,971 床～昭和 40 年) であった。

本調査においても、小規模病院を含め 66.1% の病院にソーシャルワーカーは設置されており、またソーシャルワーカーを配置している病院が 1980 年代後半以降急増していることを裏付けている (表 2-5-1) (グラフ 2-5-2) (グラフ 2-5-3)。

冒頭でもふれたが、これらの要因として 医療制度改革の進展のなかで個々の病院が「利用者の視点の尊重と自己責任、質の高い効率的な医療の提供 (厚生労働省、2001)」を求められるようになってきたこと。 病院で多種・多様でかつ深刻な患者・家族の生活課題 (生活問題) がみられるようになってきたこと。 この生活課題の未解決が医療費の未収金や長期入院といった問題を出現させ、円滑な病院運営や収益効果を損ねたりしていること。 厚生労働省「医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生省、1989、2003 一部改正)」などの普及で病院のソーシャルワーカー理解がすすんでいること。 病院の機能分化の推進、介護保険制度や支援費制度の進展の中で、病院間そして病院と地域・関係機関との連携の必要性が増大してきたこと。 このようなもとで、患者・家族の生活課題への対処能力 (問題解決能力) の向上を支援し、また院内外のサービス開発などを担うソーシャルワーカーの有用性が明らかになってきたことなどが考えられる。

一方、本調査によると一人職場のソーシャルワーカーが 38% を占め、前出の厚生労働省「医療施

設（動態）調査」（2003 年）によると 1 病院あたりのソーシャルワーカー配置数は 1.58 人であり、100 床あたりでは医師 10.8 人看護師 33.6 人に対し約 0.8 人である^{iv}。対人援助職としてのソーシャルワーカーにはスーパービジョン体制が必要であり、一人職場はバーンアウトなどに陥る危険が高く、利用者への援助の質の観点から望ましくない。また病院の各種チームワークの中で他職種と連携した援助を展開するためにはソーシャルワーカー数が未だ不足しているといえる。組織の中でソーシャルワーク部門が独立して位置づけられていくためにも最低限でも 2 名以上の複数配置にむけての底上げが必要である。

2．配置促進の課題と資格のあり方

病院管理者はソーシャルワーカーの未設置の第一理由として「人件費」（81.1%）を掲げている。「人件費」はいわゆる診療報酬や補助金などソーシャルワーカー配置の財源確保が見込まれないことの懸念であると考えられる。経営性、採算性が問われる現在の医療機関では当然の指摘である。しかし構造改革がすすむ中、診療報酬の誘導や補助金政策への期待は望みが薄い。

ただ、この厳しい状況にもかかわらず前述のように配置が促進されている動向は注目されるべきである。地域医療の展開する上で連携機能が重要となり、また多様化する病院機能の中でソーシャルワーカーを設置することが必要でありまた経営的に足かせになるものではないことを当事者や職能団体が実績をアピールする粘り強い戦略が求められる。とりわけ当協会の実態を踏まえた配置促進にむけた活動展開は重要である。

また、病院管理者はソーシャルワーカーの未設置の理由として「採用基準がわからない」（34.0%）ともしている。「採用基準がわからない」とはソーシャルワーカーは他職種のように国家資格の取得者（業務独占）が絶対的任用要件ではなく、その任用基準が明確でないとするものと考えられる。

一方、病院におけるソーシャルワーカーの 80%が国家資格（社会福祉士 42%、精神保健福祉士 38%、その他 20%）を有してソーシャルワークを実施している（表 2-10-1）（表 2-10-2）。これは、2003 年 3 月の国立病院・国立療養所のソーシャルワーカー採用の要件に社会福祉士、精神保健福祉士国家資格取得者としたことの妥当性を裏付けるものとも考えることもできる。

社会福祉士資格制度が発足し 15 年が経過するも、福祉関係法による機関・施設の必置化が遅々として進展しない中で、保健医療分野においては、必置任用の制度化を待つまでも無く社会福祉士任用の実態が進んでいる。当協会の会員調査においても、実態として 50%以上の現任者がすでに社会福祉士を取得している^v。

保健医療のソーシャルワーカーの資格についてはさまざまな議論がある。大きくは、精神保健福祉士のように社会福祉士とは別に単独の資格を作る方向か、基礎資格は「社会福祉士」の中に含んだものとし、スペシフィックな部分は職能団体などの認定方式にする方向か、の 2 つの考え方があ

る。当協会は後者の立場から、社会福祉士取得を奨励し、さらに保健医療のスペシフィックな質の担保として保健医療に特化した「保健医療分野におけるソーシャルワーク専門研修」（1 年の通信制）を開始した（2003 年）。この修了者を着実に増加させ、社会的評価を高め、そして保健医療に定着し位置づけられるよう粘り強く取り組まなければならない。

3．ソーシャルワーカーの雇用実態

近年医療分野においても職員の非常勤化、パート化がすすむ状況にあるが、ソーシャルワーカーの雇用や業務形態をみると、非常勤や兼務ではなく、専門性の発揮をより保証されることが考えられる常勤や専任が主になっている（表 2-8）（表 2-9）。ここにソーシャルワーカーが病院に欠くことのできない援助専門職として存在してきていることが示されている。

しかし、一方所属部門でみた場合、独立部門（28%）でソーシャルワーカーの自由裁量権を保証している病院もあるが、事務部門（41%）に所属させている病院がまだまだ多い（表 2-6）（表 2-7）。これは、ソーシャルワーカー業務を医療費相談と捉える病院管理者の認知の反映と考えることもできる。病院におけるソーシャルワーカーの所属（組織的位置づけ）は、ソーシャルワーカーの業務

の実態の反映と考えられる。そのために個々の病院におけるソーシャルワーカー自身の実践能力の向上と業務理解のための開発活動などが課題とされる。

4．ソーシャルワーカー業務の標準化

ソーシャルワーカーは、患者・家族の生活課題（生活問題）として具現化される退院問題や医療費の支払いおよび生活費の確保などの経済的問題、また心理社会的問題、社会復帰問題、苦情などに対する個別援助活動（ケースワーク）を中心としながらも、セルフヘルプグループの形成等の集団援助活動（グループワーク）、地域支援システムの形成等の地域援助活動（コミュニティワーク）も行っている。ソーシャルワークの業務は多岐にわたり、その標準化は難しいといわれてきた。

中島は、昭和 50（1975）年時点において、わが国の保健医療におけるソーシャルワーカーの定着にむけての問題点を「(1)必要性が認められないところに、GHQにより種がまかれた。(2)縦割りのしくみの中に横割りの仕事が入りにくい。(3)法的根拠がなく予算がとりにくく、身分法がないので採用がしにくい。(4)ソーシャルワーク業務の効果が測定されにくい。(5)学問としての体系付けがなされていない。対象論、目的論、方法論が確立されていない。(6)保健医療施設でソーシャルワークは二次的なものであるので、医療チームのなかで他の専門職種との協力において困難性がある。(7)MSWの専門教育をおこなう教育機関がない。(8)今日の医療は人間が尊重されておらず、医療者優先であり、患者の立場が低い」(要約)などとした^{vi}。特に、業務の標準化の課題は、長らくの現場ソーシャルワーカー自身の課題でもあった。磯部は「医療政策と医療ソーシャルワーカー」(1980)^{vii}においてソーシャルワーカーに業務基準が無い状況に関して「たとえば建築工務者が設計の図面をもたずに移動していくのと同じでありえまいが、これはあながち論点変更の虚偽ではない」と指摘し、専門行動体系のラインが設定されていないことに疑問を呈した。

一方、現場レベルや職能団体においては業務の標準化を目指した研究や取り組みは地道に積み上げられていった。主なものとしては以下の研究・調査があげられる^{viii}。

-
- ・昭和 40（1965）年 小野哲郎「医療社会従事者の業務内容とその意識」『医療と福祉』2(15)
 - ・昭和 49（1974）年 坂上裕子「医療社会事業の現状と課題—業務基準に関する各種資料から—」（昭和 49 年度厚生科学研究）『ソーシャルワーク研究』2(2)
 - ・昭和 57（1982）年 山手茂・坂上裕子「医療ソーシャルワーク的業務の実態」須川豊・山手茂編『MSW の役割と専門技術』ヘルス出版
 - ・平成元（1989）年 奥田いさよ「医療ソーシャルワーカーの機能と職務に関する一考察 - 職務分析調査を通して」『医療と福祉』23(1)
 - ・平成 5（1993）年 日本社会事業協会業務検討委員会特別委員会「業務検討委員会報告書」『医療と福祉』NO59
 - ・平成 9（1997）年 橘高通泰『医療ソーシャルワーカーの業務と実践』ミネルヴァ書房
-

このような現場実践を土台にした研究調査の蓄積と同時に保健医療分野のソーシャルワーカー業務の標準化を大きく促進したのは、二度にわたる^{ix}厚生労働省による「医療ソーシャルワーク業務指針」であった。

業務指針において、業務の範囲や方法やさらには院内における位置づけのあり方が示されたことにより、現場のソーシャルワーカーは業務統計に取り込むなど積極的に活用した。また医療関係者や患者・家族の理解も指針が公にされたことにより深まった。

2000 年の会員調査^xにおいて、ソーシャルワーカーの具体的業務の割合は、心理・社会的問題の解決調整が 20.5%、退院（社会復帰）援助が 31.9%、受診・受療援助への投入割合は 13.6%、経済的問題の解決調整が 18%、地域活動が 7.2%、その他が 8.9%であった。ソーシャルワーカーの専門業務と考えられる心理・社会的問題の解決調整、退院（社会復帰）援助、受診・受療援助、経済的問題の解決調整、地域活動で 9 割以上を占めており業務の標準化・基準化が図られていることが既に明らかになっている。

今回の調査においても、心理・社会的問題の解決調整が 16.5%、退院(社会復帰)援助が 39.7%、受診・受療援助 13.0%、経済的問題の解決調整が 20.3%、地域活動が 3.1%、その他が 7.2%であった(表 2-11-1)。その他を除いたソーシャルワーカーの専門業務と考えられる業務で 9 割以上を占めており、業務の標準化・基準化さらに定着化が一定図られていることが明らかになっている。

5. ソーシャルワーカーに対する役割期待

ソーシャルワーカーに対する病院管理者の期待をみると、その第一を患者満足度(79%)としている(表 2-12-1)。患者の視点に立った医療の提供が求められる時代に、多数の病院管理者が患者満足度、すなわち患者サービスの充実を第一義にしていることは時代認識の現われと考えることができる。

一方、自由記入欄をみると様々なソーシャルワーカーへの期待がうかがえる(表 2-12-2)。主なキーワードとして「連携」「コーディネート」「退院援助」「社会資源の活用」が抽出される。

○位置づけにむけての課題

先述の中島の指摘^{xi}を保健医療ソーシャルワーカーの位置づけにむけての課題(必要性についての社会的認知の未成熟 縦割り行政による管轄の不明確さ 法的根拠が無いこと 業務基準、効果測定の未確立 学問体系の未成熟 医療チームにおける他職種との協力の困難性 ソーシャルワーカーの教育養成体制 患者中心の考え方が貫かれていない医療状況)として置き換え、今回の調査を通じ明らかになった結果をつき合わせると、必ずしも楽観できる状況ではないにしろ、取り巻く環境の激変(社会福祉士及び介護福祉士法成立、業務指針通知など)を経て、保健医療分野のソーシャルワーカーの位置づけは大きく進展している。

中島が指摘した課題に沿い整理すると、は先にも述べた保健医療を取り巻く変遷の中で、ソーシャルワーカーの必要性は一定認知され、医療チームにおいても役割期待は大きくなっている、また医療全体としても患者中心志向が貫かれるようになりつつあり、その延長線上に患者の満足へのかかわりがソーシャルワーカーに期待されている。については、厚生労働省の担当所轄(健康局)に変化は無いが、資質の確保についての協議に社会援護局からも参加があるなど柔軟な対応がなされている。は前節のとおり、ソーシャルワーカーの国家資格として社会福祉士法が創設(1989年)されたことにより、スペシフィックな部分には課題は残すが基礎資格としての法制化は実現されている。保健医療のソーシャルワーカーの半数が社会福祉士の資格取得者で占められる。は先述の経過のとおり現任者の研究成果、厚生労働省の業務指針により大きく進展した。は社会福祉士法の創設に伴いソーシャルワークの養成課程が位置づけられたことにより、4年生の福祉系大学が増設され、また学問体系も熟成されてきたといえる。

一方「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」(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)(2003 年 6 月)^{xii}において、ソーシャルワーカーへの社会の期待や要請と、それに応えるべき養成や任用の在り方等の齟齬が指摘されている。そこではソーシャルワーカーが日本の社会に定着し根付いていくためのさまざまな課題が提起されている。

保健医療のソーシャルワーカーはソーシャルワーカーの土台を担う大きい領域である認識から、この提案で掲げられているソーシャルワーカー定着にむけての方向性に沿いしっかり運動を展開していかなければならない。

そのことを前提に保健医療ソーシャルワーカーの位置づけに向けての運動の方向を下記に集約した。

●保健医療におけるソーシャルワーカーの配置促進

病床数に対するソーシャルワーカーの不足、一人職場が 40%近くを占めている状況から、さらに配置(雇用)が促進される必要がある。たとえば、栄養士の如く病床単位でのソーシャルワーカー(社会福祉士)の必置、またその財源確保のための制度的方途の整備検討が必要である。

●社会福祉士の実習施設としての保健医療機関の追加

保健医療ソーシャルワーカーの養成の観点から現場実習は重要である。社会福祉士の実務経

験の要件（受験資格）に医療施設での相談業務は認められているが、実習施設に保健医療機関は含まれていない。実習施設に保健医療機関を追加するなど社会福祉士養成カリキュラムの改定が必要である。

- 保健医療に特化するソーシャルワーカーの養成

多様化する保健医療の場で専門性を発揮するためには、保健医療ソーシャルワーカーの国家資格としては社会福祉士を基礎資格として、スペシフィックな部分の教育養成がさらに必要である。スペシフィックな部分は大学院教育や職能集団が専門認定するシステムの中で確立される必要がある。

○まとめ

若いソーシャルワーカーが保健医療分野に急増している。保健医療が特化される現場でちゃんと社会福祉学（ソーシャルワーク）を基盤にした専門性を発揮させ、利用者や関係職種の評価がなされる実践、かつソーシャルワーカーとしての誇りと自信を持った実践の積み重ねと同時に、その実践が定着につながる環境作りが重要である。具体的には日本医療社会事業協会の方針である、保健医療においてソーシャルワーカーとしての社会福祉士を位置づける運動、そして社会福祉士（ソーシャルワーカー）が保健医療において質の高いサービスを提供するための専門研修「保健医療分野におけるソーシャルワーク専門研修」の充実である。これらの運動の積み重ねがソーシャルワーカーの社会的認知を高め、社会的使命を果たしていくことになると確信している。

注

- i 日本医療社会事業協会『病院における社会福祉活動推進に関する調査結果報告書』 部まとめ文より,2003 年度独立法人福祉医療機構助成事業,2004
- ii http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw_iryosd/03/index.html
- 厚生労働省ホームページ「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」（2005 年）
- iii 中島さつき『医療ソ - シャルワ - ク』誠信書房,pp126-129,1975
- iv 同上厚生労働省「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」（2005 年）
- v <http://www.jaswhs.or.jp/public/01/index.asp> 日本医療社会事業協会ホームページ「社会福祉士資格取得状況」によると 92 年 8%、95 年 15%、01 年 37%、04 年 54%とされている。
- vi 中島さつき前掲書『医療ソ - シャルワ - ク』pp92-106
- vii 磯辺実「医療政策と医療ソーシャルワーカー」内田守・岡本民夫編『医療福祉の研究』ミネルヴァ書房,pp111-129,1980
- viii 50 周年記念誌編集委員会編「専門性確立をめざす業務分析の取り組み」『日本の医療ソーシャルワーク史』日本医療社会事業協会,pp93-112,2003
- ix 二度とは前掲 健政発第 188 号「医療ソーシャルワーカー業務指針」（1989）と健発第 1129001 号「医療ソーシャルワーカー業務指針」改定（2002）を示す。
- x 制度化検討研究委員会「2000 年会員調査結果報告」『医療と福祉』NO70,pp2-17,日本医療社会事業協会,2000
- xi 中島さつき前掲書『医療ソ - シャルワ - ク』pp92-106
- xii <http://www.jassw.jp/new/index.htm> (社)日本社会福祉教育学校連盟のホームページに掲載されている。