

在宅療養支援診療所における 医療ソーシャルワーカーの配置実態と そのコンピテンシーの探究

(2021 年度 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 助成研究)

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会

調査研究事業部 勇美記念財団・在宅医療チーム

在宅療養支援診療所における医療ソーシャルワーカーの配置実態とそのコンピテンシーの探究

目的：本研究は、在宅療養支援診療所に勤務する医療ソーシャルワーカー（MSW）の実践に着目し、その語りを通じて求められる専門性とコンピテンシーを明らかにすることを目的とした。

方法：全国の在宅療養支援診療所に所属する MSW10 名に対して、半構造化面接による質的インタビュー調査を実施した。得られた逐語録を分析し、内容を質問項目ごとに整理、さらに既存のコンピテンシー理論に照らして分類を試みた上で、分類困難な要素を再構成・コード化した。

結果：分析の結果、MSW に求められる 7 つの主要なコンピテンシーが抽出された。すなわち、①関係構築・連携力、②情報収集力、③医療・福祉専門知識、④本人主体のケア、⑤組織変革力、⑥発信力、⑦調整能力である。これらの要素は、従来の MSW コンピテンシーと共通する部分がある一方で、在宅医療という領域特有の地域性・多職種連携・柔軟性を伴う実践に即した特性も含まれていた。

結論：在宅 MSW には、ミクロ・メゾ・マクロの各レベルで連動的に機能する能力が求められ、特に地域社会への意識と行動が基盤的視点として内在していることが明らかとなった。今後は、これらのコンピテンシーを教育・研修の基盤とし、在宅医療領域における MSW の専門性を可視化・体系化することが求められる。

【はじめに】

高齢化の進展とともに、住み慣れた地域での暮らしを継続することを支える在宅医療の重要性が高まり、地域包括ケアシステムの推進が国の施策として本格化している。そうした中で、医療と福祉の連携を担う専門職として、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）の果たす役割はこれまで以上に注目されている。とりわけ、在宅療養支援診療所に配置される MSW は近年増加傾向にあり、医療機関と地域、さらにはクライアントの生活の場をつなぐ中核的な存在として期待が寄せられている。しかし、在宅医療の現場で実践されているソーシャルワークの専門性や、そこに求められる能力（コンピテンシー）については、明確な定義や標準化された枠組みが存在せず、実践や教育において一定の指針を欠いているのが現状である。そのため、実践内容にはバラツキがあり、専門職としての質の担保やそれを教育していくための素地が十分整っていない。このような背景から、在宅医療領域における MSW（以下、在宅 MSW）の専門性と求められる能力の可視化が、実践の質的向上と教育的基盤の構築にとって喫緊の課題となっている。

これまで国内では、MSW の専門性やコンピテンシーに関して多く議論の蓄積がある。片岡（2007）は、終末期ケアに関わる医療ソーシャルワーカーの役割と課題において、特定機能病院のフォーカスグループインタビューをもとに 10 領域の医療福祉課題から、特定機能病院が期待する医療ソーシャルワーカーの機能と役割について 1）医療機関の機能分化による医療福祉課題の多様化、2）終末期ケアにおける心理的援助、3）経済的問題への対応、4）社会資源の紹介及び活用への対応、5）在宅生活及び地域医療体制の整備と創設と整理した。その上で、終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの重要性を説きつつも、多様な専門職との協働・連携の過程で、医療ソーシャルワークの専門性と固有性を提示できていないことを課題としている。ソーシャルワーカーのコンピテンシーに注目すると、菊地（2004）は、コンピテンシーとは、「ある職務または状況に対し、効果的あるいは卓越した業績を生む要因として関わっている個人の特性、及び、それらの特性を組み合わせる有効な行動パターンを生み出すための統合的な能力（行動特性）」であると定義している。また、小原（2010）は、コンピテンスとコンピテンシーの概念の違いを明らかにしつつ、ソーシャルワーク領域でのコンピテンスは、確実に創造的なスキルにより、思考と感情と行為を統合していく一連の能力として捉えられていると述べている。その上で、コンピテンスの枠組みや構成要素には、1）人の基盤、2）課題達成力、3）未知への探究力があるとし、専門性とコンピテンスの関連性や実践者自身の資質や内的な力の関与、及び環境側面として教育や現場での訓練の重厚を示したものもある（小原、1997）とし、医療分野におけるソーシャルワークコンピテンシーに関する研究として、ミクロ、マクロ領域からソーシャルワークが必要な能力を提示したものもある。ミクロ領域では、価値観の保持、専門技術としてソーシャルワークの視点、アセスメント能力、介入の技術、コミュニケーションスキル、利用者・ワーカーとの関係性・信頼感、メゾ、マクロ領域ではポジショニングの見極め、役割遂行能力、チームア

プローチと協働能力、公正性とそれを追求する姿勢、ネットワーク化・住民組織化、情報の効果的活用能力としてもものがある（小原他、2000）と述べている。鈴木（2020）は「ソーシャルワーカーの職務上の目的や責務を遂行するため、ソーシャルワーク実践の基盤要素である知識・技術・価値を、効果的・統合的に活用して実践に適用する個人の能力の総体」であると定義し、構成領域として、基盤要素のほか、対人関係構築などの実践行動、観察・判断、態度・性格などの内面的特性があることを明らかにしている。小沼（2020）はソーシャルワークの専門性を発揮するためには、中核となる行動特性（コンピテンシー）を明確する必要があると述べている。また、ソーシャルワークにおけるコンピテンシーを検討していく上で、実践力の習得度を評価可能な形で把握する必要があるとし、専門性と測定可能性の両方が求められると論じている。一方で目に見えないソーシャルワークの価値と倫理観の修養度をどのように評価していくことも重要な課題と捉え、様々な職務、領域に応じたソーシャルワークの専門性を明らかにしていくことが重要だろうと述べた。

これらはMSWの業務や実践、コンピテンシーに関する報告であり、先述のように増加傾向にある在宅MSWを扱ったものではない。在宅MSWに関する既存研究には、大賀によるものがある（大賀, 2020）。大賀（2020）は、これまでの在宅MSWの研究をレビューし、1）在宅MSWの全般的業務内容、2）在宅MSWの役割・機能、3）在宅MSWの専門性の3分野に分類し、1）在宅MSWの全般的業務内容として、実際にソーシャルワーカーとして多く行っている業務とソーシャルワーカーが重要と考えるものは異なっていること、2）在宅MSWの役割・機能として、①地域連携により在宅療養支援体制を整備する役割、②クライアントのニーズを的確に把握し適宜サービスを導入する役割、③医療を活用しながら患者が日常生活を送ることを保証する役割があること、3）在宅MSWの専門性として、①クライアントの主体性を尊重した医療実践に影響を与えること、②クライアントを包括的に理解し、その日常生活を脅かさないような医療と看護のあり方を提案すること、③人（ミクロ）と環境（メゾ・マクロ）の双方に働きかけ、その関係性を調和させるソーシャルワーク実践を行うこと、④生活の場における積極的なニーズの把握とその継続的対応を行うこと、⑤メゾ・マクロレベルに偏重することなくミクロレベルの実践をすることにより個々人が尊重された生活を送ることができることと、要約している。

しかしながら、大賀のレビューやその中で扱われた論文は、在宅MSWがもつべき能力やコンピテンシーに注目していない。そのため、在宅MSWがどのように教育・訓練されるべきかを議論する資料が整っていない現状がある。在宅MSWについては業務内容を示した指針がなく、在宅MSWの存在が診療報酬制度等にも位置付けられていないため、その業務内容は標準化されているとはいいがたい。そのため、現在、日本において、どのくらいの数のMSWが在宅医療の現場に配置され、具体的にどのような実践が行われているのか、また、在宅MSWにはその業務実践上どのようなコンピテンシーが求められるのかは、いまだ十分に明らかにされていない。

【目的】

そこで本研究では、国内の在宅療養支援診療所（在支診）における MSW の配置実態とその業務内容、そして在宅 MSW のコンピテンシーを定量的・定性的に明らかにすることを目的とした。

【方法】

本研究では、3つの調査を実施した。

（調査1）

研究デザインは横断研究である。全国の 3942 の在支診（機能強化型）を対象に相談連携担当者の配置の有無および担当者の資格に関して質問紙を送付し、調査を実施した（オンラインフォームによる調査回答も可能とした）。得られた回答から、現在の SW の配置割合を統計的に推定し、その配置割合の地域性や施設特性を検証した。

（調査2）

研究デザインは横断研究である。上記調査1で回答のあった施設に再度質問紙（オンラインフォーム）調査を行った。各施設での SW の業務状況を集計し、地域性や診療所の規模で内容が異なるかを検証した。

（調査3）

本研究は、在宅療養支援診療所に勤務する医療ソーシャルワーカー（MSW）の専門性および求められるコンピテンシーに関する認識と実践内容を明らかにするため、質的インタビュー調査を実施した。インタビュー対象者は、先行する調査2に回答があり、調査3への協力に同意のあった76箇所の在宅療養支援診療所に所属している MSW で、診療実績、機能、地域的分布、MSW の配置状況などを勘案して12箇所を抽出し、インタビュー調査を依頼した。そのうち、調査への協力が得られた9つの診療所に所属する10名の MSW（いずれも社会福祉士）を対象に、半構造化面接によるインタビューを実施した（1名の診療所に2名在籍）。インタビューの対象者となった MSW の特徴を表1に示す。インタビューは1人あたり約60分間、対面形式にて実施した。調査にあたっては、事前に研究概要および同意文書を送付し、書面による同意を取得したうえで、質問項目も事前に共有した。調査当日は、同意のもと IC レコーダーにて録音を行った。インタビューの実施にあたっては、調査員間のバイアスを最小化するため、統一したインタビューガイドを用いた半構造化形式を採用した。調査員 A が7名、調査員 B および C がそれぞれ1名ずつを担当した。

インタビューでは以下の5つのテーマに基づき、対話的な展開を通して自由度を持たせつつ、

情報の深掘りを図った。

在宅療養支援診療所に勤務する MSW として必要とされるスキル

当該領域における MSW の社会的意義・価値に関する認識

MSW 配置の促進に必要とされる条件や課題

他職種（施設内・地域）から期待される MSW の役割

インタビューデータを IC レコーダーにて保存し、全データを AI 型の記録起こしソフトにて文章データに変換した。その後、AI が起こした文章データを基に、調査員が録音データを聴きながら AI の文章データに修正を加え、全インタビュー録音データを逐語録に変換した。

表 1) インタビュー調査対象者となった医療ソーシャルワーカー (MSW) の特徴および調査日

所在地	MSW 体制	年代	MSW 経験年数	在宅 MSW 経験年数	調査日
A (関西)	複数名	40 代	10 年未満	4 年目	9 月 14 日
B (中部)	複数名	60 代	30 年以上 40 年未満	2 年目	9 月 21 日
C (中国・四国)	複数名	30 代	10 年以上 20 年未満	4 年目	9 月 14 日
D (中国・四国)	複数名	40 代	10 年未満	4 年目	8 月 31 日
E (九州)	複数名	40 代	10 年以上 20 年未満	3 年目	9 月 4 日
F (関東)	単独	50 代?	10 年以上 20 年未満	3 年目	9 月 11 日
G (関東)	単独	50 代?	20 年以上 30 年未満	7 年目	9 月 5 日
H (北海道東北)	複数名	40 代	10 年以上 20 年未満	4 年目	8 月 30 日
I (北海道東北)	単独	50 代	10 年未満	3 年目	9 月 20 日

(倫理的配慮) 本研究は日本医療ソーシャルワーカー協会の倫理審査委員会の承認を受けて実施したものである。

【結果】

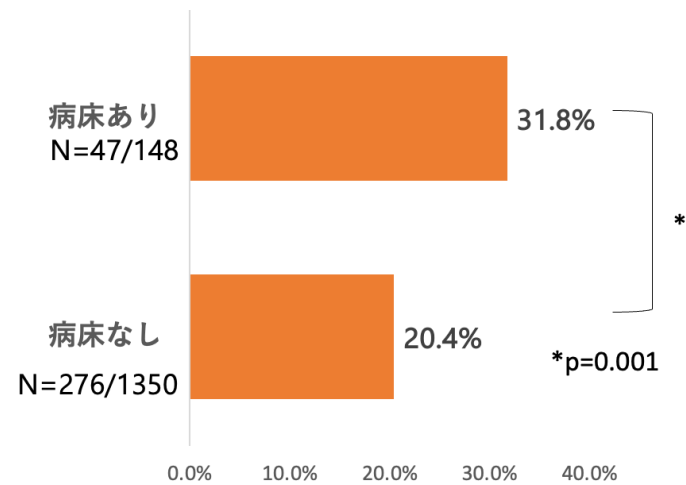
(調査 1)

合計 1,498 の回答を得た (回収率 38.0%)。そのうち社会福祉士か精神保健福祉士の資格をもつ SW を採用している施設は 323 (21.6%) でその 95%信頼区間は 19.5%-23.6%であった。SW を採用している在支診の割合には、都道府県ごとにばらつきがあり (0%-66.7%) (表 2)、有床診療所の方が SW を多く採用していた (病床あり 31.8% vs 病床なし 20.4%) (図 1)。また、SW の配置割合は、医療機関が所在する市区町村の高齢化率と逆相関があることが示された。高齢化率が 23%未満の市区町村では、在宅療養支援診療所における SW の配置割合は 31.6%であったが、高齢化率が 30%を超える市区町村では在宅療養支援診療所における SW の配置割合は 13.6%にとどまった (図 2)。

表 2) 回答のあった在宅療養支援診療所から算出される都道府県別の配置実態（調査 1）

配置割合の高い都道府県（%）		配置がなかった都道府県
青森県	66.7%	秋田県
北海道	40.3%	群馬県
香川県	40.0%	石川県
大分県	33.3%	福井県
東京都	31.6%	山梨県
鹿児島県	30.8%	長野県
埼玉県	30.7%	島根県
福岡県	29.6%	宮崎県

病床の有無別配置割合（%）



病床ありの診療所ほど統計的に有意に
在宅MSWの配置割合が高かった

図 1：在宅療養支援診療所の病床の有無による SW の配置割合の違い

市町村高齢化率別配置割合（％）

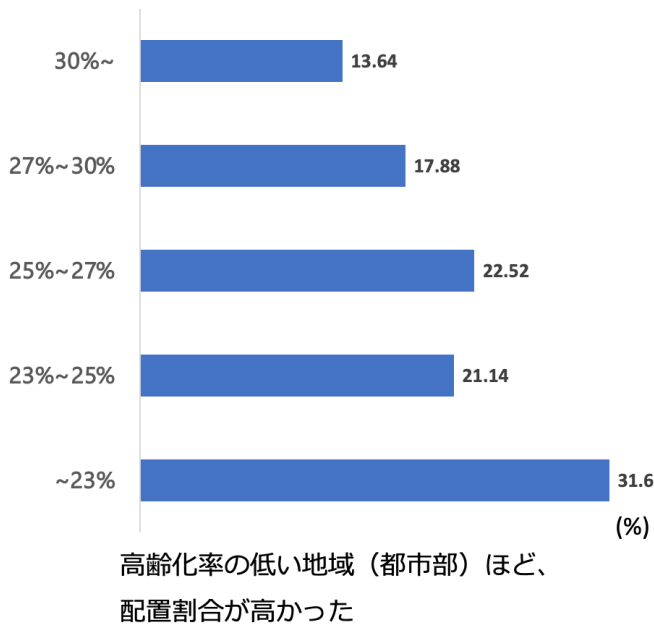


図2：在宅療養支援診療所が所在する市区町村の高齢化率ごとのSWの配置割合の違い

（調査2）

合計の464の回答を得た（回収率11.8%）。SWを採用している在支診では、地域活動や院内外の連携、障害を有する利用者や小児を対象にした支援業務が多く取り組まれていた。無床診療所ほど地域活動が多く、高齢化率が低い都市部と高齢化率の高い地方で業務内容に違いがあった。たとえば、都市部ほど地域活動への参加が多かったが、地方ほど支援者育成のための研修が多かった（それぞれ38% vs 21%、13% vs 21%）（図3）。社会福祉に関する専門資格（社会福祉士、精神保健福祉士など）の有無による業務内容の違いを比較したサブグループ分析により、資格保有者は連携・調整・対人支援に関わる業務への関与が有意に高いことが明らかとなった（図3）。

資格を有するMSWは、院内スタッフミーティングへの参加（92.6% vs. 45.5%、 $p < 0.001$ ）、ケースカンファレンスの調整・参加（87.9% vs. 43.0%、 $p < 0.001$ ）、入院医療機関とのカンファレンス参加（88.6% vs. 38.9%、 $p < 0.001$ ）、および**ケアマネジャーとの連携（94.0% vs. 45.7%、 $p < 0.001$ ）**などにおいて、非資格者よりも明らかに高い関与を示していた。また、在宅医療導入時のインテーク面接も、資格者が多く実施していた（86.6% vs. 31.6%、 $p < 0.001$ ）。また、地域における活動でも差がみられ、資格保有者の方が、地域活動への参加（34.9% vs. 19.9%、 $p < 0.001$ ）、在宅医療の普及啓発活動（30.2% vs. 19.2%、 $p = 0.009$ ）、および**支援者の育成（17.4% vs. 10.3%、 $p = 0.031$ ）**への関与が高かった。さらに、小児の在宅療養や就学に関する相談支援も資格保有者で高かった（14.8% vs. 6.6%、 $p = 0.005$ ）。

一方で、**診療報酬請求関連業務（レセプト業務）**については、非資格者の関与がやや高い傾向がみられた（41.3% vs. 26.8%、 $p = 0.003$ ）（図3）。都市の中心部、大都市周辺部、非都市部という3つの地域区分に基づいて、在宅医療に従事する医療ソーシャルワーカー（MSW）の活動内容を比較したところ、以下のような傾向がみられた。地域活動への参加は、都市圏中心部および周辺部で比較的高く（38～39%）、非都市部では21%とやや低調であった（ $p = 0.20$ ）。支援者育成や患者会支援などの住民参加型活動も、非都市部での実施割合はやや低い傾向が見られたが、統計的には有意差なし。

在宅医療の普及啓発（住民向け勉強会など）は、都市圏中心部で35%と高めだが、地域間の有意差は認められなかった（ $p = 0.43$ ）。院内スタッフミーティング（全体で90%以上）や地域・病院カンファレンスへの参加も高水準であり、特に都市圏中心部での関与が高かったが、有意差は限界的であった（カンファレンス調整： $p = 0.09$ 、病院カンファ： $p = 0.088$ ）。

ケアマネジャーとの連絡調整も、都市圏中心部と非都市部で97%、周辺部では88%と若干の差が見られた（ $p = 0.083$ ）。重度障害者の就労支援や小児支援など、より専門的・特化型の支援活動は全体として実施率が低く、地域差も統計的には有意ではなかった。

レセプト業務（診療報酬請求）については、大都市周辺部で35%とやや高かったが、地域差は有意ではなかった（ $p = 0.23$ ）（図4）。

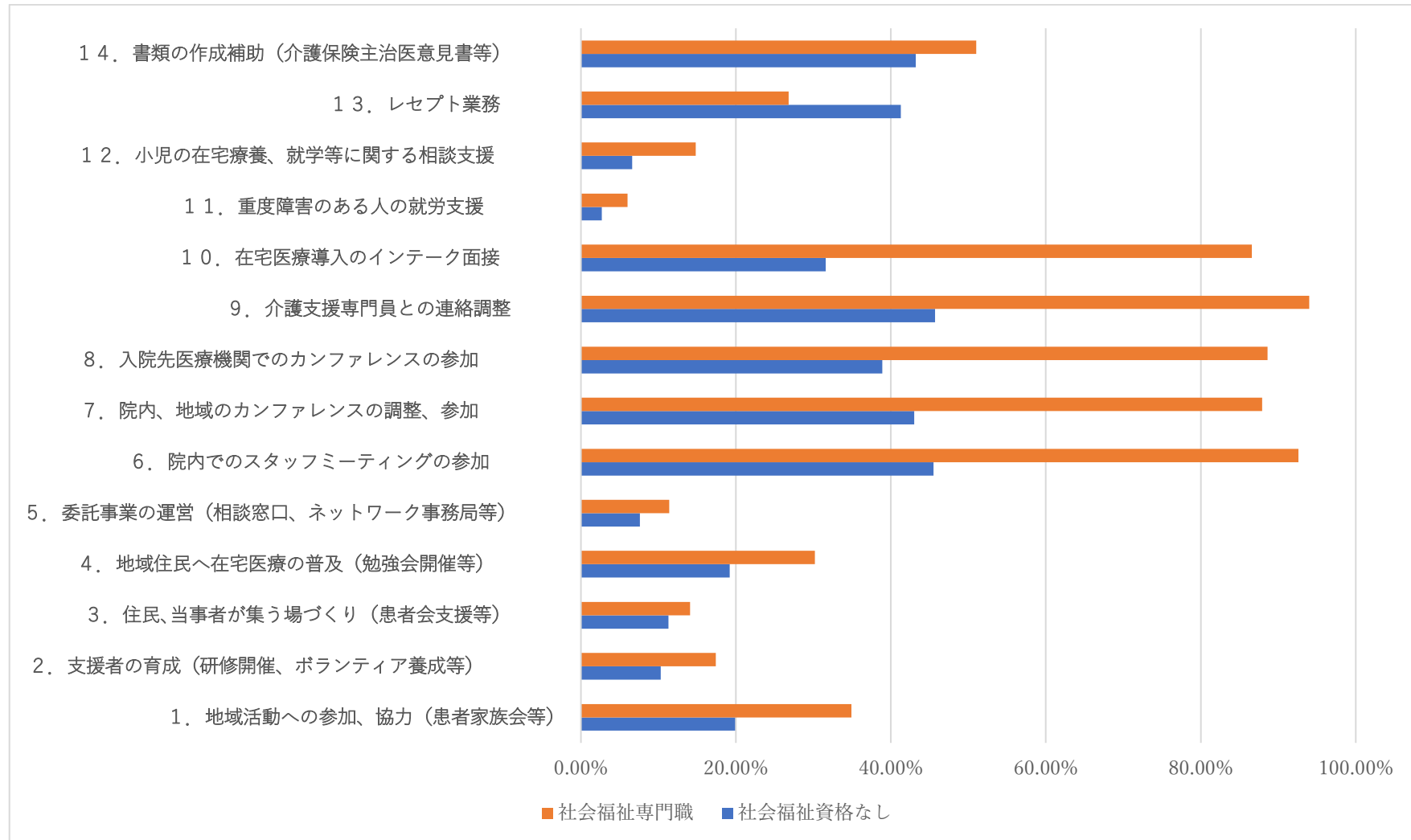


図 3：社会福祉専門職資格の有無による在宅 MSW の業務の分布の違い (調査 2)

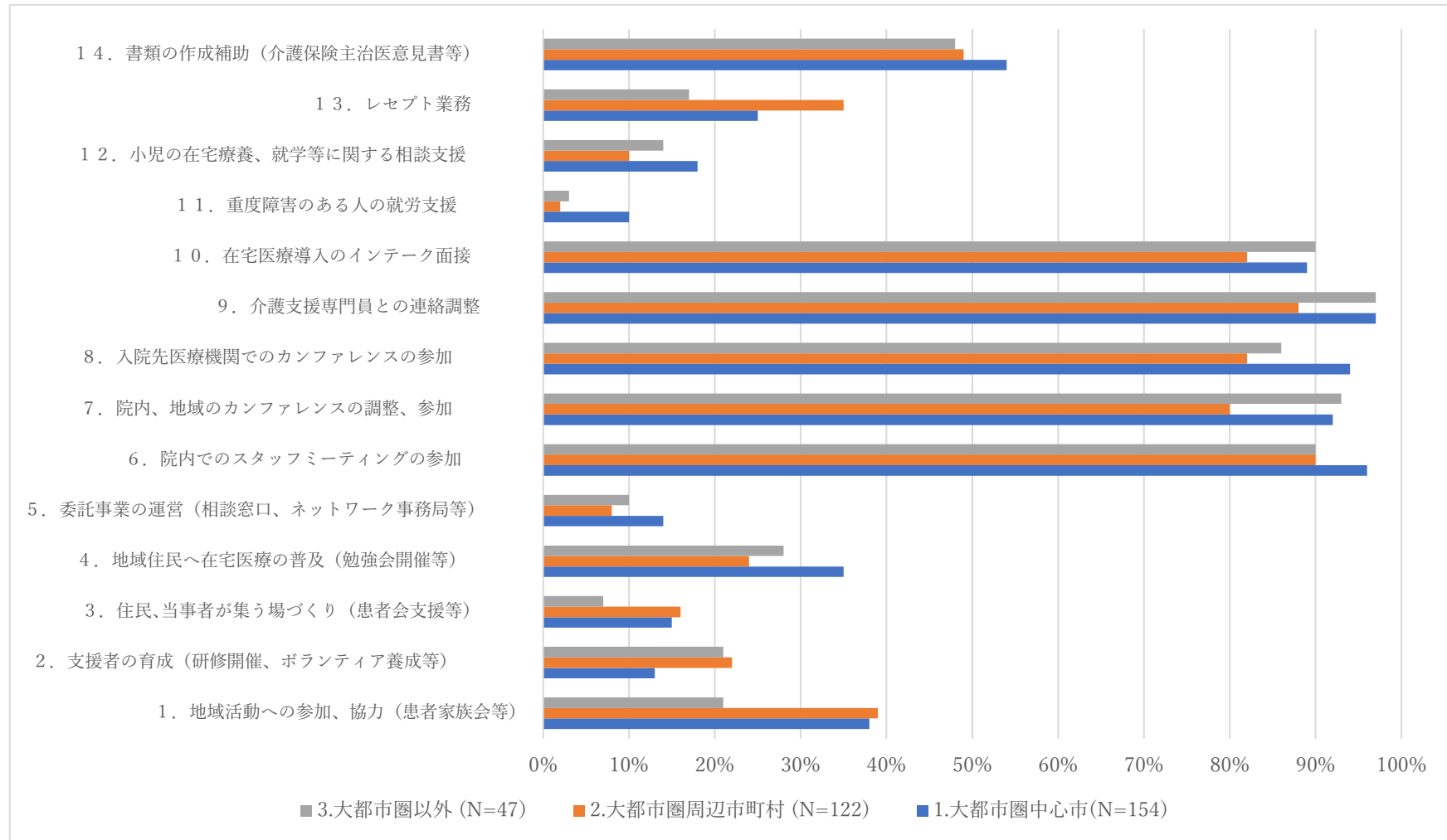


図4：都市度による在宅MSWの業務の分布の違い（調査2）

(調査3)

さらに、在宅 MSW として勤務する 10 名への半構造化インタビューを通じて、実践の中で求められるスキルや専門性、社会的価値の認識、配置促進に関する課題、他職種からの期待等について明らかにした。以下では、得られた語りをもとに、主に 4 つのテーマに分類して分析結果を報告する。

1. 在宅療養支援診療所に勤務する MSW として必要とされるスキル (表1)

参加者からは、病院勤務と在宅勤務のいずれにおいても、MSW として求められる基本的なスキルには大きな違いはないという意見が複数寄せられた。

「基本的なスキル、必要とされるスキルって変わらない気がしています。要は共感力であったり、調整する能力であったり、基本はその人間理解だと思うので、それは病院であろうと、在宅であろうと基本的なスキルは同じだなと思っています」(H)

一方で、在宅医療特有の状況においては、生活環境の中で利用者と関わることから、情報収集力や観察力、非言語的な感性、環境把握力といった追加的なスキルが求められていることが明らかとなった。

「病院ではその患者さんとか家族とかよそいきみたいな本音で、見えない部分があると思う。でも、お家に行くとやっぱりそれがないというか、遠慮なく言ってくれるのを感じる」「病院では見えなかったものが、家いくことである程度その人の発言の裏だったりとか、その人の全体の人となりとかが具現化しやすかったり、わかりやすいというのがポイントだと思うんです。」(B)

「病院にいる時よりも、在宅に行くとアウトリーチすることによって直感的に感じるとか、それをある程度裁量権を持って掘り起こすというか、そう言ったところを任されているし、それがあつ種のやりがいというか、他の職種ではできないものとして価値を生み出してくれる感覚ですね」(E)

「やっぱり何かを感じるというか、あの感覚を大事にしています。その方がやっぱりどのような不安や心配を抱えてらっしゃるのかっていうのと、外で出会った時に面談とは違った部分を感じ取れるかというのは大切だと思っている。」「生活の中で面談するので、本人だけでなく、環境を見ろといった俯瞰的に見る力というのは大切ですね。」(G)

「本当に匂いだったりとか見たものとか絵画だったり持ち物とか、そういう趣味とかも全部見えたりするので、そういうところを五感を本当に発揮しなくちゃいけないと思う」(A)

「より命に直結するというか、どこまでどんなことをして欲しいのか、望んでいるのかみたいなどこ

ろの情報収集能力とか情報伝達能力というか、あとはその聞き方というか、引き出し方みたいなのが結構重要」 「病院から集まってくる情報とかっていうのはもちろん見ながら行くけど、本当にそれがそうなのか？とか病院からのフィルターを通してその言葉っていうのが、本当にそうなのか？というところを改めて自分が聞いてみるというのも大切だなと。」 (C)

「患者さん、家族との距離感、絶妙な距離感をどう保つかということ。本人や家族サイドに立って、溶け込むような感じで関わっていきたいと思っている。巻き込まれるとは違って、溶け込むというのが重要で、難しくて紙一重だと思うが、そのさじ加減が重要だと思っている」 (D)

さらに、MSW は利用者と医療者の間をつなぐ媒介者として、面接から得た情報や家族関係、環境面などを考慮して、どのように診察につなげていくか、専門職に伝えていくか、そして療養環境をどのように作り上げていくかに関するプロセスを構築する能力もまた、大切な視点であることが示唆されていた。

「その人の生活やその人の人生っていうのをイメージしながら診察、初診に入れるっていうのを作り上げていく。そういう意味では、ワーカーが先に入って、インテークでこの辺のイメージが具体化できるように情報収集をして行くというのが、コミュニケーション力を活かしてやれることだと思う」 (A)

「全体像を俯瞰して調整していく役割だったり。ソーシャルワーカーとしてソーシャルワーカーが主役として出る場面っていうのはあまりない気がするんですよね。病院の時よりも。だからどちらかというと、本当に縁の下で力持ち的な所で、頭の中の常にこうエコマップとかを意識しながら、患者さんを中心としてこことここがつながったらいいかとか、個々の力をもうちよっと強くしたらうまくいくなっていうのを、頭の中で考えながら、全体をいつも俯瞰しながら見ている感じ」 (H)

また、初診だけでなく継続して診療していく中で起こってくる変化や調整に対しても意識を高めておく必要があり、診療チームからの情報で在宅療養の現場を想像することや、直接 MSW が介入せずとも、診療チームへのソーシャルワーク的介入によって状況を改善するような能力も語られていた。

「より深く理解していただいたりとか、それをそのタイミングでやることによって、今後の起きるであろう課題をより軽減できるとか、より新たなものを起こさないっていうタイミングで行くっていう感じですかね」 (B)

「俯瞰的に見る視点だったりとか、その循環というか、それぞれの想いを把握することとか、今どう

いう風に噛み合っているのかということを実際現場に行っていなくても頭の中で想像して組み合わせることができるようなことができる」(I)

「全体をコントロールするじゃ無いけど、俯瞰的に見て、こことこのバランスをどうするか？どう調整して、なおかつ舵取りしながら、前に進めて行くためにどうすればいいか？をやっている感じですね」(F)

「日々刻々と病状が変化したり、サービスの状況や体制が変化したりと、変化が大きい中でその変化のスピードに対応していく能力とか、周りの社会資源が変化していく中、どれだけ早くアンテナをキャッチして適切なところにつなげていくかとか。そういったことは必要だと思います」(H)

さらに、診療報酬によって定義されない自由な役割を活かし、専門性を持ったアプローチができることを強みと捉えている部分も明らかになった。

「フットワーク軽く動けるといえるのか、在宅の診療所のソーシャルワーカーって、これをしたらこの点数がもらえるっていうわけでは無いので、割と自由に動けるのが売りだと思っている。患者さんを主語にして、この人のこういった情報を収集しに行ってきます。ということを職場全体が許してくれるというのがいい環境だと思っている」(F)

2. 在宅MSWの社会的意義・価値に関する認識(表2)

MSWの存在は、診療所内のケアの質を標準化する要素として機能しており、チーム内外からの信頼や期待に支えられているとの語りが見られた。

「クリニックのベースの質の担保だったりとか、それをある程度デフォルトでやるみたいなのが、ソーシャルワーカーがいることによって当たり前になる感じで。だから他のソーシャルワーカーがいないクリニックからすると、そう言ったことにすら気づかないというか、それをある程度標準的にやっているみたいなどころはあるかもしれないですね」(E)

「ご家族も含めて何かの時に頼りにしていただける。福祉の窓口とはまた違う立ち位置でソーシャルワーカーっていうのはいるのかなと思いますし、身近なかかりつけの中にもソーシャルワーカーがいるっていうのが、一つの地域の社会の価値観になるとかなという風に。」(J)

また、ソーシャルワーカーがいることによって、診療の質の向上に寄与している可能性があり、それが在宅MSWのいない他診療所との差別化につながったり、社会的価値につながっていた。

「看護師が相談できるというか、今まで自分達の職種として正解だろう。って模索しながらやっていたということだったんですが、新たな視点を持てることになったということは、質を上げるという意味でもすごく大きかったんじゃないかな。というふうに思いますね。」「一つ一つの精度は確実に上がっているという実感はありますね」(B)

「目に見えてこれが明らかにこうだ。ということはあまり無いかもしれないけれど、隙間を埋めるといって、その辺が強みというか、気づいてアプローチできるということができて、それが総じて診療の質の向上につながったりとか、ここに任せたいというのが、価値として出てくるっていう感じかもしれないですね」(F)

「サービスとかそういう物事が動くタイミングを客観的に見極めてくれるという話がありました。ドクターや看護師がぐっとミクロに入り込んでいる時に、やや俯瞰的な視点から、ここはどうなっているのかな？とかこんなことも起こっていないですか？というようなことを意見したりすると、介入のタイミングや方法が変わることもある」(C)

さらに、ソーシャルワーカーとして得た情報を診療や診療以外に役立てていくことや、それを組織内でコーディネートしていくことで、組織全体のソーシャルワーク実践を底上げしていくことにつながっていく価値が示唆された。

「たとえば、ケアマネジャーさんや訪問看護さんからこんなことが困っているという情報が入ったときに、現場でどのようなことが起こっていて、医師に何を求められているかということ解釈して、咀嚼して医師に伝えて、フィードバックすることができる」(I)

「ソーシャルワーカーは多分 24 時間 365 日ある種ソーシャルワーカーだと思うので、一挙手一投足がプライベートであってもソーシャルワーカーなのだと思っている。普段の生活の中でもアンテナを高くしていて、例えば地域のお店に入っても、車椅子で入れるかな？とか、ここだったらあの人が楽しめそうだな。とかなんとなく考えながら生活している感じ」(D)

そして、ミクロレベルの事例からメゾ・マクロ的な課題に気づくこと、そして小さくても実践を行いながら社会に働きかけ、少しでも社会課題に対してアプローチしていくソーシャルアクションの視点を常に持っていることもまた、組織にソーシャルワーカーがいる価値となっていた。

「介護保険とか障害者福祉とかそういった制度から漏れる人ってやっぱりいるんですよね。制度にう

まくつながらない、活用できない人ってやっぱり一定程度いて、このような方々にはやっぱりソーシャルワーカーが関わっていくというのが必要なんだろうなと思うんですよね。そこで在宅に来て驚いたのが、思いの外自宅に引きこもりの方がおられたり、老老介護であったり、8050問題のために仕事を余儀なく制限されている方おられたり、そういった方々に対して、仕事を辞めずに介護できる枠組みとか仕組みが社会的に必要なと思う。そういった意味での制度をソーシャルアクション的なことをしていくには、実際在宅でみて働いている私たちのような職種が声を上げていかないとなあと思っています」(H)

「私たちのような職種がいかに限られた社会資源を有効活用していくかっていうところが重要だと思う。うまく病院を活用しつつ、どれだけ在宅でうまくコーディネートして、在宅で過ごせる時間を増やしていくかっていう」(H)

3. MSW 配置の促進に必要なとされる条件や課題

参加者の語りからは、在宅医療現場における MSW の配置は一定の価値を生み出しているが、その価値が制度的・社会的に「可視化」されていないという課題意識が共通して見られた。

「貨幣的な価値だけでない価値を生み出しているからこそ、ソーシャルワーカーを配置しているところが増えているのだろうと思う。診療報酬でこの点数を稼ぐからではなく、配置によってプラスアルファの価値を生み出しているからこそ、全国で配置が進んでいるのだと思う」(I)

「調査研究をして見える化というか、エビデンス化していったって、できることやその価値を訴えて行くということも大切だと思うんですよね」(A)

「MSW が配置されることによって情報が入ってきやすくなるし、発信もしやすくなるというところもある。そういった価値をもっとアウトプットしていけると、たとえば MSW の行動に対する診療報酬がなくても、クリニック全体にアウトプットしている価値を可視化できると思う」(D)

また、他職種や医療関係者の間で MSW の役割や価値が十分に理解されていないことも、配置拡大の障壁として語られた。

「もう少し職種を理解してもらおうということはすごく必要だろうと思いますね。他の人が関われないとか、他の職種がタッチしにくいと思うようなところを積極的にやっていくしか生き延びていくところはないかなと思ったりしますね」(H)

在宅 MSW の配置を促進していく上では、その役割や価値を社会に向けて発信し、正しく理解される必要性が指摘された。現場では、制度的評価のない中でも柔軟で専門的な実践が展開されており、それがかえって可視化を困難にしているという課題も浮かび上がった。

「ソーシャルワーカーって制限がないじゃないですか。ここまでしても、これ以上はしたらダメみたいなボーダーがない部分。自由に動けると思うんですよね。自分としては悩んだり、組織としてこういう動きをしていいのか？と悩むこともありますが、そこを少しずつ一步步活動を広げていくことが大切なのかな？と思います」(C)

「その中においてある種一つ理念というか、倫理綱領というか、社会福祉の価値というか想いに寄り添って活動を広げたり、フットワークを軽くすることが重要だと思うんです。そうじゃないと、単に好きなことをやっている人になっちゃうので」(C)

4. 他職種（施設内・地域）から期待される MSW の役割（表3）

在宅 MSW は、診療所内において「隙間を埋める存在」として機能しており、個別支援における対応力や連携調整能力が高く評価されていると感じていた。

「今まで社会的な条件が厳しい人は紹介しにくいというのがあったと思うけど、その辺が頼みやすくなったんだと思う」(B)

「自宅で看取るなんて無理だろうと思っていたところを、不可能じゃなくしてくれたことが、残された家族にとっての財産になるといいなと思っている。その時は少ししんどいなと思っていたけど、その後やりきった感がすごく大切だと思っている。そういった経験をすることで、例えばお孫さんが医師を目指すとか、そういったことにつなげていけることをやっていきたい」(A)

「先生方のその見る視点とか、働きかけるといことがどんどん変化してくといか、連携とか生活の視点とかが増しているように思います」(I)

MSW は、診療支援における制度対応や社会資源の調整においても「何でも屋」「窓口」としての役割を担い、頼りにされていると感じていた。

「私が思っているのは、この隙間を埋める何でも屋さんみたいな感じで思っているんです。診療所内からは、市役所へのつなぎとかわかりにくい制度について教えてほしいとか、どこにどのように繋がればいいか。というようなことですね」(F)

「これまでも対応してきたけれど、窓口が固定化かつ一本化したことによって、どんな急な依頼でも受けていきたいと思う」(B)

「地域の各事業所の売りとか強みっていうのを把握して、その個人の患者さんに対して何が一番適正かみたいところトリアージしながらって感じですよ」(G)

さらに、診療所内部のみならず、地域包括ケアシステムの一翼を担う担い手として、地域全体への波及的な役割も期待されていることが語られた。

「地域全体のレベルアップもしていくんだと思います。連携の細々したものが、パイプがつながっていくようなイメージ。最初は難しくても、1本繋がると、それがどんどんと太くなっていった。最初の一本をどう通すのが大切な一歩って思っています。ネットワークの網の目が細かくなっていくためにどうすればいいか」(G)

「地域包括ケアシステムが機能する役目になっていると思う。そのシステムを理解しながら、それがうまく機能するようにクリニック内部から働きかけることとか、医療を通して地域生活に対してアプローチしていくこととか」(I)

【考察】

調査1、2においては、地域の保健医療機関、介護・福祉サービス事業所などと連携を強め、利用者の生活の質の向上を支える在支診のうちおよそ2割でSWが採用されていたが、その配置状況には地域差があった。社会福祉に関する資格を有することは、対象者中心の実践、他職種連携、地域連携といった業務への積極的な関与と関連していることが示唆され、SWが配置されている在支診では地域活動や連携業務などの取り組みが豊かであった。その一方で、非資格者は比較的事務的・補助的な業務を担う傾向がある可能性があった。

このような地域差が生じる要因や、SWの存在が住民の生活の質にどのように貢献するのかに関するさらなる研究が必要である。業務には都会度や診療所の入院病床の有無により異なっていることが示唆されたため、SWに求められる業務や資質を明らかにするためには、セッティングごとのさらなる調査が求められる。

逐語録データは、質問項目ごとおよび回答者ごとに整理された上で、AI(ChatGPT-4o)を活用して要約作業を行った。使用に際しては「あなたは社会福祉学の研究者です。以下のインタビュー回答から要点を抽出してください。ただし、回答内容の範囲内で要約することを条件とします」という指示文を提示した。要約は筆者が逐語録と照合し、内容に齟齬がないか、十分に反映されているかを確

認したうえで使用した。その後、要約データを基に、鈴木（2020）による「国内コンピテンシーモデルから抽出したソーシャルワーク・コンピテンシー分類」に照らして分析を行った。その結果、回答の多くが既存のコンピテンシー分類に分類可能であり、在宅医療分野においても MSW としての基盤的な知識、技術、価値、態度、内面特性が共通していることが確認された。

一方で、一部の語りは既存分類に直接的に収まらず、在宅医療という実践フィールドの特性を反映した内容と考えられた。これらは、むしろ新たな視点での再分類を要する重要な要素であり、独自性をもつコンピテンシーとして検討対象とした。分類に当たっては、在宅医療領域における実践経験を10年以上有する社会福祉学研究者3名を含む複数の専門家により協議を重ね、再コーディングを行った。結果として以下の7項目が、在宅 MSW における実践上の重要なコンピテンシーとして抽出された。

- 関係構築・連携力（個人・ネットワーク・コミュニティ）
- 情報収集力（個人・事業所・地域）
- 医療・福祉専門知識
- 本人主体のケア
- 組織変革力
- 発信力
- 調整能力

これらのコンピテンシーは、在宅医療という文脈に特有の実践課題を含んでいるが、再度鈴木（2020）がまとめた「国内コンピテンシーモデルから抽出したソーシャルワークコンピテンシー分類」に照らし合わせてみると、①関係構築・連携力（個人及びネットワーク、コミュニティ）は、ソーシャルワーク実践行動の他機関連携・チームアプローチと、②情報収集力（個人、事業所、地域）は、ソーシャルワーク実践行動の的確な情報収集・記録・共有と、③医療・福祉専門知識は、ソーシャルワーク実践の基礎要素の知識と同意であることが考えられた。とはいえ、調査研究から在宅のフィールドにおける当項目の特殊性や重要性を考えると、次の3層構造のように考えるのが妥当ではないかと考えた。

まず第1層として MSW としての基礎的なコンピテンシーとして、鈴木（2020）がまとめたコンピテンシー分類があり、第2層として鈴木のコンピテンシー分類と同類の項目があるものの、在宅医療というフィールドにおいて重要なコンピテンシーとして「関係構築・連携力」「情報収集力」「医療・福祉専門知識」をおき、第3層として、在宅医療分野におけるコンピテンシーとして「本人主体のケア」「組織変革力」「発信力」「調整能力」と考えた。なお、第3層として項目であっても、鈴木のコンピテンシー分類に含まれている内容と同義と思われる項目ももちろんあり、在宅医療分野だけの特殊なコンピテンシーではないということは注意が必要である。

その上で、第2層、第3層の項目においては、「地域」の視点が前提として含まれているということが大きな特徴であると考ええる。今回の分類ではあえて「地域」における項目は特出ししていない。これは在宅医療において非常に重要な視点であることは、インタビューや分析でも明らかになっているが、コンピテンシーとしてコード化分類するというよりは、むしろ在宅医療分野におけるソーシャルワーカーとしては常にこの視点を前提と置くことがより本質に近いと考えたからだ。なので、第2層、第3層には「地域」という視点を加味するということが重要である。

本研究では、在宅療養支援診療所に勤務する MSW の語りを通じて、7つの実践的コンピテンシーが明らかとなった。すなわち、①関係構築・連携力、②情報収集力、③医療・福祉専門知識、④本人主体のケア、⑤組織変革力、⑥発信力、⑦調整能力である。これらの項目はいずれも他領域の MSW にも共通する要素を含みつつ、在宅医療においてはより広域的・複合的な実践を求められていることが示された。特に、各コンピテンシーがミクロ（個人支援）にとどまらず、メゾ（組織・チーム）やマクロ（地域社会）レベルの視点と連動して機能していることが特徴的である。また、地域を単なる対象ではなく、「実践の場」として捉え、地域の福祉力やインフォーマル資源といった文脈まで踏まえた実践が展開されていた点は、在宅 MSW の固有性を端的に示すものといえるだろう。

関係構築・連携力（個人及びネットワーク、コミュニティ）

新規の相談にて患者・家族に対して、院内のスタッフとして初めて関係性を構築することが多い MSW は、最初の印象作りや関係構築力が非常に重要になってくる。MSW を通して医療機関全体を評価されることを念頭におきながら関係性構築をしている MSW も存在する。また、様々な場面で窓口になることが多い MSW は、各事業所や各専門職との関係構築もまた重要である。それぞれの症例に対するケアチームの連携がうまくいくこともそうだが、医療機関として実践していきたいことを地域内で実現していくためにも各事業所や各種専門職との関係性は重要である。そのことを見据えて、MSW が様々な機関や専門職にアプローチしていることもわかった。さらに、地域のキーパーソンや行政、イベント主催者との関係構築も行っている MSW も存在した。医療機関でありながら、医療や福祉以外のことについても関係構築を行うことで、地域全体に対するアプローチを行うきっかけ作りを行なっている者もいた。

在宅療養において、連携なくして在宅医療を展開することは難しい。訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、薬局等様々な事業所との連携を日々行なっている。病院での多職種連携の多くは、同医療機関内の決まった専門職同士の連携であることが多いため、意思疎通や連携もしやすい部分があり、回を重ねることに連携が高まっていくことだろう。何より、同法人内ということで働く人の理念も一致していることが多い。しかし、在宅療養の現場においては他事業所の専門職と連携を組むことがほとんどで、企業としての理念や考え方、手法も違う専門職と連携を組む必要がある。また、よほど地域内の事業所が少数でなければ、患者の数だけ多様なチームが存在するというような状況であ

る。その中において患者家族にとってより良い在宅療養という共有の目標を掲げ、共有し、チームとして実践していくことが求められる。その連携の中核を担う MSW としては、各事業所や各専門職の考え方や強み、経験値を活かしたチームづくりや連携を調整していくことを実践していた。この一見すると非効率で面倒と思われるような連携についても、むしろ患者によってチームをオーダーメイドができる強みと捉えたり、あえて経験値の浅い人たちを巻き込み、教育しつつ、地域の専門職スキルの向上や連携力の向上まで見据えて連携している MSW もいた。

また、院外の連携力だけでなく、院内の連携力を高めることについても尽力している MSW も数多くいた。医療機関内にいる数少ない福祉職だからこそ、自身の存在意義やあえて特色を出していくことによって、他専門職もソーシャルワーク的視点や思考を持てるようになり、ひいては診療所全体が自然とソーシャルワーク的視点からもアプローチできるように日々実践している MSW も存在した。

MSW 自身が連携を通して地域や院内に何をアプトプットして行きたいのか、それによってどのような効果があるのかについて意識している MSW の意見も聴取することができた。

情報収集力（個人、事業所、地域）

個別の症例に対して、患者・家族の疾病に対する考え方や将来的な想い、これまでの人生や歩みに対する情報から親族や近所等との関係性、医療以外の生活の悩みや相談といった、多種多様な情報を収集することはもちろんのこと、患者が何を考え、どのような対応を望んでいるのかといった解釈や期待に関する情報をチーム内外に発信し、今後のケアの方向性について患者家族の想いを代弁し、調整することが求められている。

また、多事業所からのケアに関する様々な情報（訪問看護師やケアマネ、薬剤師等）を集めるだけでなく、それぞれの専門職が何を考え、どのようにしていくとよいのかについても聴取し、チーム内に共有、発信している。さらには、「〇〇事業所は〇〇に強い。」「〇〇ケアマネは、〇〇を経験したことがある」「〇〇事業所には最近栄養士が入職した」というような、連携を進める上で重要な情報も常にアップデートしている。

さらには、地域の歴史や行事、店舗やキーパーソンについての情報まで収集し、地域の困りごとや強み、特性なども地域に参加しながら情報収集し、院内外に共有していることもあった。

医療・福祉専門知識

在宅医療の現場において、医療と福祉の連携は在宅療養を充実させる上でも非常に重要なポイントである。在宅療養支援診療所においては医療職が圧倒的多数の中で、数少ない医療と福祉を双方に理解している MSW の存在はその診療所のケアの質を高める上で非常に重要な存在であることが示唆された。福祉の制度や資源に関する知識や連携はもちろんのこと、いかにチームとして福祉力を高めら

れるか、医療と橋渡しできるか重要なポジションであると認識していた。一方で医療と福祉の橋渡しをする上で、医療の知識もまた重要であり、特に人生の最終段階における様々な疾患の方々に対する治療や薬剤、診療の経過などを十分に把握していなければ、質の高い連携には繋がっていかない。

さらに、ソーシャルワーカーという専門職としての力量の発揮も語られている。アドボケイトやエンパワメントといった日常の診療において専門性を発揮することは診療所内において唯一の存在であり、その視点の重要性について診療所内においても期待されていることが語られていた。また、ソーシャルアクション等ミクロレベルの課題を地域の課題と捉え、地域他職種を巻き込みながら解決に向けて動いていくことも期待されていることがわかった。

本人主体のケア力

在宅療養支援診療所で関わる患者は、ある種人生の最終段階である方が多く、必然的に ACP が重要となり、患者・家族と人生の最終段階の話になることが多い。その上で、本人を主語に置きながらケアを調整していくこと、本人の思いを実現していくことを大切にしていた。

また、時には認知症や難病、医療的ケア児など、自身の思いをうまく表現できない方々への意思決定支援に携わる機会も多いため、そのアドボケイトを意識して実践できるかについても語られていた。

さらに、広い意味では地域において本人の思いが語られる環境づくり、早めに自身の思いについて考える機会を設けるために活動したいという方もいた。元気な時から自身の思いについて考えられること、その思いを話し合えること、表明できる等の環境を地域で作り上げることが、本人の主体的なケアを実現するために重要だと考えていた。

いざという時になってから本人の思いを想像するのではなく、本人の思いがそれぞれ考え、表明された上でケアを作り上げていくという、5年後10年後を見据えた実践を地域で実践していくことの重要性も語られていた。

組織変革力

在宅療養支援診療所は組織によっても違うが、それほど規模の大きくない診療所が圧倒的に多い。多くはスタッフが10名～20名前後の診療所である。その中でMSWは院内外の連携の要、ケア調整の要になっていることが多いこともあり、組織をよりよく変革していくために何ができるかを語ることが多かった。そもそも地域において在宅医療を展開しているところが少ないこともあり、在宅療養支援診療所を通してその地域の在宅療養環境をより良くしていこうという思いを持った経営者(医師)の元に集ってきているからこそ、組織全体でその思いも強いと想像するが、その思いをしっかりと実現するところまで持っていくこと、その役割を担っていることが窺い知れた。そのために、院内においても他職種とのコミュニケーションを密にとったり、気になることは自らフットワーク軽く足を運

んだり、経営者とも組織のあり方、今後の方向性などについて話し合い、福祉の専門職としての視点を語るなどしてその役割に貢献している方が多かった。

また、広い意味では地域を組織と捉えると、地域に対しても変革を実行していくこともまた、自身の取り組むべき仕事として捉えている方もいた。簡単ではないことは自覚しつつも、まずはMSWがその意識を持つこと、そのために地域のことを把握し、ネットワークを構築していくことを実践していることが窺い知れた。

発信力

MSWとして患者や家族の思いや考えを汲み取り、診療チームに発信し実現に向けて動いていくことを実践しているMSWが多かった。ただ患者や家族の言葉だけを捉えて発信するのではなく、その裏側に秘められた思いや考えについてもチームに共有し、診療の質や満足度の向上に寄与していた。

また、他事業所との連携における課題や地域における課題に対しても、他事業所や地域、行政に発信を行い、ともに解決に向けて動いていく実践も行なっていた。まずは発信することが解決の一步となっており、診療で感じられた課題を連携の要であるMSWが院内だけでなく、他事業所や地域等への確に発信することも積極的に行なっていた。

さらに、診療所の取り組みや地域特有の取り組み等についても、他事業所や全国に発信することもまた、MSWが中心となりになっていた。発信することによって、新たな知見の習得や人とのつながりなどによって社会的価値の上昇や診療所の知名度の上昇等、さまざまな効果があることを意識しており、実践するだけにとどまらず、発信することもまた、大切な仕事として捉えていた。

調整能力

在宅療養においては自宅での生活が基本であるため、自由度が高い。そのため患者・家族それぞれに生活のあり方、重要度、優先度が変わる。それに伴い、イレギュラーな対応や調整が必要になることもある。患者・家族の在宅療養生活において何がベストなのか？その上で、それを支えるチームとして何ができ、何ができないのかを調整しながら、より良いケアを追求し続けることが重要である。また、一度決めたことも療養生活が続いていく中で再調整することが必要である。その時々状況に合わせて、「常識」や「普通」という概念を超えて、より良い療養生活のためにケアの提案と調整を続けることが求められていた。そのためには、各専門職や事業所についても把握する必要があるだろうし、制度についても詳細を把握や情報収集できる力が必要になってくる。

さらに、地域に対する取り組みや制度改革についても諸々調整が必要になってくる。その上で重要なのが、現状どのようなようになっていて、今後どのようなことが地域全体にとって有益なのかという目的である。進むべき大きな方向性を参加者全員で作上げ、その上で各所の調整をするということ

で、全体で地域のために改善に向けた動きができるという調整が必要になってくることが伺えた。

なお、今回の在宅療養支援診療所の MSW へのインタビューにおいて特徴的な部分として感じたのが、常に地域の視点を持っていること、地域のことを考えて語られていることであった。在宅療養において日常の診療においても地域とは切っても切り離せない存在だからこそ、その重要性がインタビューにて語られているのだと考える。

在宅療養生活を支える上でもインフォーマルケアとして地域の力、近所の力、友人の力、その地域だからこそあるサービスをうまく活用することがケアの質を高める一つのポイントであることはもちろんだが、在宅療養の診察の中で実感する地域の課題に対しても解決に向けて動いていきたいと考える。ひいては在宅療養を展開する地域がより暮らしやすい地域、より誇れる地域になることを願っているからこそ、診療だけにとどまらず地域全体に対するアプローチ等を行っていると思われる。

この地域に対する語りはコンピテンシーのどの項目においても語られていることであり、コンピテンシーとして抽出するのではなく、在宅療養支援診療所の MSW としてベースの考え方になると考えられる。

この7項目のコンピテンシーについては、MSW であるならば、どのフィールドにおいても実践していることばかりだと思われる。しかし、在宅医療というフィールドであるが故に、同意義のコンピテンシーであったとしても、より広域的かつ、多様な様相を求められていると考えられる。特に、どのコンピテンシーにおいてもミクロレベルからメゾ、マクロレベルに対する対応が求められており、それぞれの要素が連動して取り組まれていることが示唆された。

【本研究の限界】

本研究では、インタビューを元に在宅療養支援診療所に所属する MSW のコンピテンシーを明らかにしたが、これまでの先行研究における MSW のコンピテンシー研究では、日頃の業務からもコンピテンシーについて検証を重ねている。在宅療養支援診療所に所属する MSW の業務に関しては、山崎ら（2018）の量的調査等で明らかになっており、今回のインタビュー調査では日頃の業務については触れず、在宅療養支援診療所に所属する MSW の価値や他職種から見た役割、期待されているところなどを中心にインタビューをしている。もちろん日頃の業務から派生していること、感じていることであるため、問題ないと考えているが、日頃の業務を含むことで新たなコンピテンシーや押さえなければならぬコンピテンシーが出てくる可能性があるだろう。そういう意味では、今回の研究で明らかになったコンピテンシーは日頃実践していること以上に希望的観測や思い、理想的な思いをインタビューから抽出している可能性があり、実態とのずれが生じている可能性はあるだろう。

また、インタビューに協力を得た在宅療養支援診療所については、地域や所属する MSW の人数、年齢や運営母体など、ランダムになるように選定したが、すでに在宅療養支援診療所として MSW を配置し、数年が経ち、このような調査にも協力いただけていることを鑑みると、すでに地域において先進的事例である可能性が高く、一般化されているとは言い難い可能性がある。

さらに冒頭の小沼の指摘でもあったように、今回のコンピテンシーについては定量的に評価することが難しい部分もあるため、教育や成果を見ていく上でも難しい部分がある。今回のコンピテンシーについてもどのように評価していくかについても検証していく必要があると考える。

【結論】

日本の機能強化型在宅療養支援診療所の約 20%に MSW が配置されており、医療・介護・福祉の連携強化と生活の質の向上に重要な役割を果たしていることが示唆されたが、配置状況には地域的な格差があった。データから把握できる範囲では、MSW が関与している診療所ほど、地域連携・協働活動が活発である傾向がみられた。在宅医療の特性上、環境把握力・裁量的判断力・プロセス調整能力といった独自のスキルセットが必要であり、地域性や診療所構造に応じた対応が求められる。今後は、MSW の配置促進、能力開発、人材戦略、政策立案の根拠となるデータをより醸成し、発信していくことが求められる。

本研究で明らかになったコンピテンシーについては、MSW として基本的なこと、当然必要な知識、技術、態度の項目もあれば、在宅医療というフィールドだからこそ特に抽出された項目があった。特に病院以上に所属機関以外との専門職との連携やチームづくり、院内に MSW が少ないからこそ、院内に MSW としての存在や役割を発揮し、所属機関による SW 化するアプローチ、また、地域の社会課題に対して、地域の方々と一緒に問題解決を目指していくソーシャルアクションなどが特徴的だった。そのため、まずは現在在宅療養支援診療所に所属している MSW がこのコンピテンシーを意識して実践をしていくことが望まれる。しかし、1 人専門職場や地域に目を向けてもまだまだ少人数であることを考えると、日々の実践や中長期間でのモチベーション等についての教育・研修体制が必須であり、職能団体や学会等と協働した体制づくりが急務である。

また、在宅療養支援診療所に所属している MSW は、所属している医療機関だけでなく、より地域全体に視野を広げ、課題解決に向けた実践まで行っていることが示唆された。これは、従来の MSW としてももちろん重要な価値だと言われているが、病院というフィールドよりも、より在宅療養支援診療所の方がその価値の重要性に気付きやすく、意識的に取り組んでいるのだらうと考えている。そのため、インタビューの中においても、主語が自分自身や患者・家族に留まらず、所属する医療機関や地域全体を主語にして、その上でソーシャルワークの専門職として何を実践していけるのかについて、真摯に向き合っていた。つまり、在宅療養支援診療所という所属医療機関だけでなく、地域全体の利

益のために MSW としての実践を考えている傾向があり、よりメゾ・マクロレベルでの活躍が期待されていた。在宅療養支援診療所の MSW が所属医療機関や地域課題に対するコーディネーターとしてチーム全体、地域全体のために先導して動いていけるかが、今後の在宅療養支援診療所に所属する MSW として重要だろう。

【参考文献】

- 大賀有記 (2020) 「在宅医療ソーシャルワークの意義に関する考察-スピリチュアリティに配慮したソーシャルワークの観点を参考に-」 社会福祉研究 22.1-8P.
- 片岡靖子 (2007) 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」
九州保健福祉大学研究紀要 8 号.71-77P.
- 菊地和則 (2004) 「多職種チームのコンピテンシー-インディビデュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理-」 社会福祉学第 44 巻第 3 号.23-31P.
- 小原眞知子 (2011) 「保健医療分野におけるソーシャルワーク専門性と職務満足度の関連性について」 社会福祉第 51 号.19-39P.
- 小原眞知子 (1997) 「ソーシャルワーク実践の専門性に関する一考察・コンピテンス概念からの検討」 社会福祉第 38 号.1-12P.
- 小原眞知子 (2000) 「保健医療分野ソーシャルワークにおけるアセスメント」 白澤政和研究代表者、
「ソーシャルワークにおけるアセスメントと援助計画に関する理論的・実践的研究報告書」 69-94P.
- 鈴木智子 (2020) 「ソーシャルワーカーのプロフェッショナルコンピテンス概念の検討-国内文献のレビューによる特性と要素の析出」 東洋大学大学院紀要 56.135-153P.
- 小沼聖治 (2020) 「ソーシャルワークにおけるソーシャルアクションのコンピテンシーに関する文献検討」 鴨大社会福祉学論集 28 号.19-26P.
- 菊地和則 (2004) 「多職種チームのコンピテンシー-インディビデュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理-」 社会福祉学 第 44 巻第 3 号.23-31P.