

論 文 要 旨

氏 名 井上 祥明

論文題目（外国語の場合は、和訳を併記すること。）

戦後日本における保健医療へのソーシャルワークの導入と展開

論文要旨（別様に記載すること。）

- (注) 1. 論文要旨は、A4版とする。
2. 和文の場合は、4000字から8000字程度、外国語の場合は、2000語から4000語程度とする。
3. 「論文要旨」は、CD等の電子媒体（1枚）を併せて提出すること。
（氏名及びソフト名を記入したラベルを張付すること。）

現代 MSW (Medical Social Worker) の基礎資格である社会福祉士は 1987 (昭和 62) 年に国家資格化された。その職務は、身体上や精神上に障害があるまたは、環境上の理由により日常生活を営むことに支障がある者の福祉の相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者や医師等の保健医療サービス提供者等との連絡や調整、その他の援助を行うこととされている。こうした職務の遂行に際して、医師の指示が必要とはされていない。しかし 1989 (平成元年) 年に厚生労働省から発出された「医療ソーシャルワーカー業務指針」には、MSW は医療機関の管理者である医師の監督の下に業務を行うとある。ここには、本来、医師の指示を受ける立場ではない社会福祉士が、医療機関で MSW として職務を遂行する際には医師の指示を仰がなければならないという「捻れ」が見られる。

この「捻れ」が、医療機関で MSW が社会福祉士としての本来の職務を遂行することを阻害している。ソーシャルワーカーは、保健医療機関、特に病院において、社会福祉の立場から患者や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決を援助し社会復帰の促進を図るといふ職務を果たせない状況にある。医師や医療機関の利害関心が優先され、例えば早期の転院を促す役割を押し付けられている。ここでは MSW は医師や医療機関の「道具」となっているのである。

「MSW の道具化」に見られる保健医療領域におけるソーシャルワーク／ソーシャルワーカーの危機的状況を生み出している「捻れ」は、どのように構造化されたのか。本論文は、戦後日本における保健医療のソーシャルワークの導入と展開を検討することで「捻れ構造」の生成過程を解明することを課題とした。

「1 章 GHQ によるソーシャルワークの導入」では、GHQ (General Headquarters) による日本へのソーシャルワークの導入を検討した。特に導入の経緯、ならびに導入されたソーシャルワークの内容を検討した。ソーシャルワークの導入は、GHQ の中でも PHW (Public Health and Welfare Section) が担い、その中心人物は社会事業訓練係長のフローレンス・ブルーガー (Florence Brugger) であった。ブルーガーは、ソーシャル・ケースワーク (以下、ケースワーク) の重要性を指摘し、1949 (昭和 24) 年 10 月に開催された都道府県民生部関係者現任者講習会では、当時のアメリカで主流であった心理的・精神医学的ケースワークではなく、メアリー・リッチモンド (Mary Richmond) の環境決定論的ケースワークに関して講習を行なった。ブルーガーは、環境決定論的ケースワークを基盤に日本独自のソーシャルワークが発展することを望んでいたのである。

「2 章 GHQ が持ち込んだソーシャルワークの影響」では、ブルーガーが導入を試みたリッチモンドの環境決定論的ケースワークが、日本のソーシャルワーク教育に与えた影響を検討した。1950 (昭和 25) 年に発行された『社会事業講座』は、日本のソーシャルワーク研究者が執筆しソーシャルワーク教育に用いられたと考えられるが、これを資料にブルーガーが導入しようとしたケースワークと、実際に日本で普及が試みられたソーシャルワークの異同を検討した。両者ともリッチモンド的なケースワーク理論を主軸とし、「パーソナリティの発達」を重要視している点では同じある。ただし後者は、前者に比べて心理的・

精神医学的ケースワークに傾斜している。両者の差異は、『社会事業講座』を執筆した我が国のソーシャルワークの理論家が心理的・精神医学的ケースワークに傾倒したこと、またPHWも教育には干渉しなかったことから説明できるであろう。

「3章 1950年前後の保健所ソーシャルワークの実践と教育」では、ソーシャルワーク教育の内容と保健所ソーシャルワークの業務内容について、前者が後者に影響を与えたのかを検討した。当時の全国の保健所に配置された専任・兼任の医療社会事業係と東京都の専任医療社会事業係の主な業務は、栄養補給の斡旋や関係機関との連絡・調整というコーディネート機能が主であった。この状況を、当時の保健所のソーシャルワーカーは必ずしも肯定的に捉えていたわけではない。というのも「パーソナリティの発達」への寄与が難しい業務内容だったからである。保健所のソーシャルワーカーは「パーソナリティの発達」を重視しており、ここに「パーソナリティの発達」を重視するソーシャルワーク教育の影響が推測される。

「4章 保健所ソーシャルワークの『衰退』の検討」では、保健所ソーシャルワークは「衰退」や「停滞」しているという先行研究の指摘を検討した。そのため1950（昭和25）年前後から1960（昭和35）年前後までの約10年の期間について、保健所ソーシャルワーカーの人員数または配置保健所数及び業務統計数を指標に「衰退」の有無を検討した。全国統計だけでなく、人員数および業務統計数については東京都保健所の動向も検討した。その結果、保健所ソーシャルワークは、1950（昭和25）年前後のから1960（昭和35）年前後の10年間では東京都及び全国の保健所において業務統計数が大幅に減少していることが判明した。しかしその他の指標、つまり人員配置数やソーシャルワーク部門数の設置数からは「衰退」の徴候を読みとれないこともまた判明した。

「5章 保健所ソーシャルワークの変容」では、4章の結論を受けて保健所ソーシャルワークは「衰退」したのではなく、何らかの変容を蒙ったのではないかという仮説の下、当時の業務統計、1950年後半の実態調査、1950年代の事例を検討した。そこから明らかとなったことは、全般的にケースワークの過程が切断され、社会調査が行なわれず制度申請や関係機関との連絡という社会治療のみが重要視されている状況であった。社会調査から社会診断、そして社会治療というケースワークの一連の過程が行われず、一方しか行なわれていないことを「ソーシャル・ケースワーク過程の分断」と呼ぶなら、当時はまさに「ソーシャル・ケースワーク過程の分断」が生じていた。ただし保健所ソーシャルワークの全てで過程の「分断」が生じていたわけではないことには留意する必要がある。

「6章 ソーシャル・ケースワーク過程の分断の要因」では、前述の「分断」の要因を検討した。ケースワークは社会調査、社会診断、社会治療を行う過程だが、保健所では一部を除き、その過程が分断され制度申請や関係機関との調整という環境療法としての社会治療のみを行うことが主となっていた。このような状況に至ったのはどうしてかを問うたのである。「ソーシャル・ケースワーク過程の分断」の要因の候補は2つである。1つは担い手の問題、もう1つは環境の問題である。前者は、保健所ソーシャルワークを担った人々の

特性ゆえに「分断」がもたらされたという仮説である。もう1つは保健所ソーシャルワークが行われていた環境ゆえに「分断」がもたらされたという仮説である。これらの仮説を検討するために、保健所ソーシャルワークはどのような人物が担い、どのような環境で行われていたのかを検討した。

まず保健所ソーシャルワークの担い手を検討した。当時のモデル保健所であった杉並保健所にソーシャルワークが導入されたのは1948（昭和23）年である。この時に初めて保健所ソーシャルワークを担ったのは方面事務所の訪問婦の経歴をもつ人物であった。それ以後も杉並東保健所でソーシャルワークのために採用された人々も、経歴的にはソーシャルワークの専門家ではなく方面委員や保健婦が短期講習等を受講し、保健所ソーシャルワークを担ったと推測される。このことが「分断」の原因なのか。ここで注意が必要なのは、方面委員も保健婦も、ソーシャルワークにおける社会調査にあたる活動を重視していた点である。方面委員は、社会診断を行い、社会治療を行うケースワーク理論に基づく実践を行っており、社会調査にあたる活動を行っていた。保健婦もまた、疾病予防や健康の増進、生活環境整備などを通じて個々人の保健衛生の向上をめざしており、そのために社会保健調査を行っていた。その方法の一つである個別調査は、ケースワークで用いられる社会調査とほぼ同じであった。この2職種が保健所ソーシャルワークを担ったことで、社会調査が行なわれず、社会診断のみが行われるような「分断」が生じたとは考えにくい。

次に保健所ソーシャルワーカーの環境について検討した。保健所ソーシャルワークの基盤となる「公共医療事業」は、政策的には公的制度の斡旋や関係機関との連絡調整とされた。また保健所ソーシャルワーカーは、少人数で多忙のため学ぶ機会も奪われていた。彼／彼女らは、ケースワークの目的の一つである「パーソナリティの発達」に寄与できない状況を問題視していた。保健所ソーシャルワーカーは慢性的に業務過多であり、ケースワークに十分な時間をかけられない状況にあった。その結果、ケースワーク過程が「分断」され、社会調査や社会診断はないがしるにされがちになり、社会治療である制度斡旋や連絡調整のみを行う状況となったと考えられる。

「結論」では、戦後日本における保健医療のソーシャルワークの導入と展開に関する6章までの検討をふまえて、今日の「MSWの道具化」をもたらしている「捻れ」の構造化の解明に向けた課題を検討した。

「捻れ構造」は、社会学でいう医師による「専門家支配 (professional dominance)」にMSWが組み込まれていることから生じている。専門家支配の下では、医師の指示の下に業務は行われるのであり、MSWがそこに組み込まれたなら、そこでの業務はMSWの関心より医師または医師が運営する医療機関の関心が優先されることになるだろう。これが「MSWの道具化」の土壌となる。

しかし次の2つの問いが残る。第1に「MSWの道具化」をもたらす「捻れ構造」つまり医師による専門家支配に、ソーシャルワーカーはなぜ組み入れられたのか。第2にMSWが必ずしも本意ではない退院促進がその業務を占めるようになったのはどうしてか。

第2の問いから考えよう。医療をめぐる制度的状況の変容、特に1961（昭和36）年の国民皆保険の成立や疾病構造の転換により、医療と福祉の機能分担が明確になり、元来は収入源の一部であった「社会的入院」患者は病院から追い出されるようになった。ここにその退院を促進する役割が要請される状況が生じたのである。

ではなぜMSWがそうした役割を担わされたのか。この第1の問いに答えるには、ソーシャルワーカー側の事情を考慮する必要があるだろう。職能団体の活動によって身分保証法を訴えながらも「医療福祉士法」は成立しなかったこと、必ずしも保健医療関連領域における管轄権を保証しない「社会福祉士法及び介護福祉士法」が1987（昭和62）年に成立したこと、一部のMSWの個人的活動が医療に傾倒しすぎたことが、この領域におけるソーシャルワーカーの立場の弱さをもたらしたと考えられる。

かくしてMSWが「道具」とされる「捻れ構造」が成立した。しかしこれは未だ実証的な裏付けの十分ではない仮説にすぎない。今後の課題は、「戦後」以後の保健医療領域におけるソーシャルワークの展開を検討することで、この仮説を実証的に検討することである。