

# 病院実習における医療ソーシャルワーカー養成の課題

山田 武司 (岐阜協立大学経済学部)

キーワード：医療ソーシャルワーク, 医療ソーシャルワーカーの国家資格, 社会福祉士の病院実習

## 1. はじめに

精神科を除く病院の医療ソーシャルワーカーの国家資格は社会福祉士とされている。社会福祉士の養成課程には実習が必須であり、卒業後に精神科を除く病院での医療ソーシャルワーカーを目指す学生は、医療機関において医療ソーシャルワーク実習としての社会福祉士実習を行うことになる。しかし、社会福祉士実習を受け入れている病院は決して多くない。後藤康文・山田武司・高木博史によって行われた「岐阜県内における社会福祉士実習生受け入れに関する調査」(調査期間 2021 年 10 月から 11 月)<sup>1)</sup>によれば、社会福祉士が配置されている病院のうち、実習生を「積極的に受け入れたい」「どちらかと言えば受け入れたい」との回答は合わせて 41.9%であり半数にも及ばなかった。

このような現状において、本稿は「岐阜県内における社会福祉士実習生受け入れに関する調査」を用いて、病院における社会福祉士実習(医療ソーシャルワーク実習)の受け入れの現状から、医療ソーシャルワーカー養成の課題を明らかにすることを目的とする。

なお、「岐阜県内における社会福祉士実習生受け入れに関する調査」で用いた「社会福祉士実習」の名称は、厚生労働省の示す「ソーシャルワーク実習」と同一のものである。また、本稿において「医療社会事業」とは、保健医療における社会福祉の援助事業としての「医療ソーシャルワーク」を指す。

## 2. 医療ソーシャルワークの始まり

医療ソーシャルワークの起源は、1895 年ロンドンの COS (慈善組織協会) のチャールズ・ロックが、利用の適正化を図り無秩序に行われている医療の実施を改善するために、アルマナーをロイヤル・フリー・ホスピタルに配置したことといわれている。

その後、診療の中にソーシャルワークの精神・技術を導入したのは、アメリカの医師キャボットである。キャボットは 1905 年マサチューセッツ総合病院に、医師の医学的な診断を忠実に実行できる社会的条件を整えるためにソーシャルワーカーを雇用了。キャボットは患者の身体的状況(医療の前景)は医師には分かるが、精神的状況・身体的環境・精神的環境である医療の背景は分からないとし、その働きを医療ソーシャルワーカーに求め、患者の全面的治療を考えたのであった。

一方、わが国における医療ソーシャルワークは、1919 年(大正 8 年)に泉橋病院が病人相談所を設置し、相談員を配置して、患者の相談や援助を行ったことが先駆けとなる。近代的な医療ソーシャルワークとしては、1926 年(大正 15 年)に済生会病院に済生会社会部が設立され、相談員が配置された。これは、病院外の独立機関として設立されたものであり、患者と家族、及びその社会生活を調査し、医師はその資料にもとづいて治療、診断をするようにしたものであった。さらに、1929 年(昭和 4 年)に聖路加病院(現・

聖路加国際病院) にアメリカで学んだ浅賀ふさが着任し、医療ソーシャルワークを行った。<sup>2)</sup>

なお、1948年(昭和23年)に出された「保健所運営指針」(厚生省)<sup>3)</sup>によれば、病院での相談等は、泉橋病院等では専門家ではない有志又は事務員によって行われ、済生会病院においては中央社会事業協会の研究生として訓練を受けた者によって行われたとされている。

法律的には、1947年(昭和22年)に制定され1948年に施行された(新)「保健所法」(旧・保健所法は1937年に制定、(新)「保健所法」は1994年に「地域保健法」に改正)に、「公共医療事業の向上及び増進に関する事項」が加えられたのが始まりといえる。この(新)「保健所法」により、1948年より保健所に医療社会事業係が設置された<sup>4)</sup>。(新)「保健所法」はGHQ 公衆衛生福祉部の覚書「保健所機構の拡充強化に関する件」(1947年)<sup>5)</sup>を基に作成されたものである。「保健所機構の拡充強化に関する件」には、保健所の取り扱う12項目の事業の一つとして「Medical Social Service」が挙げられており、(新)「保健所法」の「公共医療事業」は、「Medical Social Service」を指すとされている<sup>6)</sup>。

### 3. 医療ソーシャルワーカーの業務

先に述べた(新)「保健所法」の制定後、「保健所運営指針」(厚生省1948年)<sup>7)</sup>が出され、医療ソーシャルワーク(医療社会事業)が明確化されていった。この「保健所運営指針」には「保健所における医療社会事業」が書かれている。ここには、「医療を広義に解した場合には身体上の治療のみに限られず病気の治療と病気に関係のある好ましくない社会的因子の改善を含ませなければならない」こと、さらに、「患者の病気は、器質的障害乃至は患者個人のみを考慮するだけでは足りない。その家庭事情及び地域社会的な一般条件を考慮しなければならない」ことが述べられている。そして、「医療社会事業の扱う主要問題は病気に関連した社会的及び経済的問題である」としている。

さらに、1958年(昭和33年)に「保健所における医療社会事業の業務指針」<sup>8)</sup>が厚生省から出され、医療社会事業の定義が示された。この定義によると、「医療社会事業とは、医療ならびに保健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、あるいは社会的諸問題を満足に解決もしくは調整できるように、患者と家族を援助する一連の行為をいう」とされている。

現在の医療ソーシャルワークは、その業務を厚生労働省の「医療ソーシャルワーカー業務指針」(以下、業務指針という)に見ることができる。この業務指針は、1989年(平成元年)に制定<sup>9)</sup>され、2002年(平成14年)に改正<sup>10)</sup>された。業務指針では、医療ソーシャルワーカーの果たす役割を「病院等の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」としている。また、この業務指針は「医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、質の向上を図るとともに、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に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する」としている。この医療ソーシャルワーカーの役割及び目的を示す文章において、「社会福祉の立場から」及び「社会福祉学を基にした」の部分は2002年の改正において付け加えられたものである。

医療ソーシャルワーカーの業務の範囲を業務指針から見ていくと、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・受療援助、⑤経済的問題の解決、調整援助、⑥地域活動とされている。なお、この中の「受診・受療援助」は、診断や治療に関する心理・社会的問題を扱うものであり、1989年の制定時より医師の指示を受けて行うことが必要とされている。

#### 4. 医療ソーシャルワーカーの国家資格

ソーシャルワーカーの国家資格は、1987年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定されたのが始まりである。しかし、制定時には、医療ソーシャルワーカーは「社会福祉士」に含まれていなかった。医療ソーシャルワーカーは、「社会福祉士」と並行して別の資格「医療福祉士」として検討されていたためである。

1986年12月に斉藤十朗厚生労働大臣が「医療・福祉分野について国家資格を新たに設ける」との方針を公表した<sup>11)</sup>。「社会福祉士」に関しては、1987年3月23日に中央社会福祉審議会等福祉関係三審議会の合同企画分科会から出された「福祉関係者の資格制度の法制化について」（意見具申）に基づき、「社会福祉士及び介護福祉士法」が1987年5月21日に成立した<sup>12)</sup>。

医療ソーシャルワーカーに関しては、1987年2月5日「新たな医療関係職種の資格制度の在り方に関する検討会」（健康政策局民事課）の第1回会合での検討職種として「医療ソーシャルワーカー」が提案された<sup>13)</sup>。そして、医療ソーシャルワーカーは「医療福祉士」（案）として検討が行われたが、同年3月20日の検討会の中間報告において法案提出の先送りが示されることになった<sup>14)</sup>。当時、厚生省より、「医療福祉士」（案）は医療職として法制化し養成課程は高卒3年と示されていた。これに対して、医療ソーシャルワーカーの国家資格化を求めていた日本医療社会事業協会（現・日本医療ソーシャルワーカー協会）は、養成課程は大学卒業を前提条件としており、厚生省の方針を承服することができなかつたためである<sup>15)</sup>。

なお、1987年に厚生省より「医療福祉士」（案）が示される以前には、1977年に日本学術会議より「リハビリテーションに関する教育・養成体制等について」（日本学術会議勧告）が出され、このなかで、「医療福祉士（Medical Social Worker）の資格制度を創設し、その教育課程は4年生大学（社会福祉系）において行うこと」としている<sup>16)</sup>。また、日本医療社会事業協会においても1982年に「医療福祉士法試案」を作成し、診療報酬点数化の要請を行っている<sup>17)</sup>。国家資格化の議論以前となるが、1974年の「無料又は低額診療事業の基準の運用について」（社会局庶務課長・児童家庭局企画課長）においては、無料又は低額診療事業を行う医療機関に設置される医療ソーシャルワーカーの資格を「社会福祉主事の任用資格」としている<sup>18)</sup>。

1987年の「医療福祉士」（案）の先送り後、厚生省は1988年に「医療ソーシャルワーカー業務指針検討会」を設置し、新たに「医療福祉士」資格化の検討を開始した<sup>19)</sup>。そして、1990年12月に、厚生省健康政策局主務課より「医療福祉士法案」が公表さ、その内容は、①国家資格とする、②養成課程は4年生大学とする、③履修すべき科目は、学問的基盤となる社会福祉科目及び保健・医療科目であること（診療の補助として受診・受療援助等を業務として行うためには、医学的基礎知識が必要）、④医療福祉士資格を社会福祉士と同じ履修科目で作ってほしいという協会の要望は受け入れがたい、というものであった<sup>20)</sup>。

なお、1990年12月に厚生省健康政策局主務課から「医療福祉士法案」が公表されるまでの日本医療社会事業協会の動きは、次のとおりである。

日本医療社会事業協会は医療ソーシャルワーカーの国家資格に関して、1988年の臨時総会において、①学問基盤は社会福祉である、②4年生大学卒、③専門性を十分に発揮できる条件を整える、との基本方針（三原則）を承認した。そして、1990年の総会では、①社会福祉士とは別の国家資格は求めない、②社会福祉士に関する法を検討する、③保健医療分野の専門性に対する資格認定を検討する、という「三項目」を承認した。ここでいう「資格認定」とは協会認定のことである。そして、日本医療社会事業協会の1990年総会を経て同年5月、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三団体会長の連名によって厚生省関係部局に要望書を提出した。この要望書の内容は、①社会福祉士受験資格取得の実務経験に「保健・医療」「地域福祉」における相談業務を加えること、②実習

指定施設に「保健・医療機関」を加えること、③指定科目に「保健・医療分野」を加えることなどであった。しかし、この要望は、厚生省からは受け入れられないものとされた。そのため、日本医療社会事業協会は同年8月に再度要望書を厚生省に提出した。この再度の要望書の内容は、「医療ソーシャルワーカーの資格制度を主管である健康政策局において検討していただきたい」「検討にあたっては、当社団法人日本医療社会事業協会と協議していただきたい」というものであった。<sup>21)</sup>

このような経緯を経て、日本医療社会事業協会は1991年9月の臨時総会で、厚生省が1990年12月に公表した「医療社会福祉士法案」に反対することなどを承認し、同年12月に、厚生労働省は「医療福祉士法案」の提出を断念することになった。<sup>22)</sup>

以上のことから、医療ソーシャルワーカーの国家資格は社会福祉士に含まれることになるのだが、1997年の「精神保健福祉士法」の成立により、医療ソーシャルワーカーの国家資格は、精神科領域の「精神保健福祉士」とそれ以外の「社会福祉士」とに二分されることになった。また、日本医療社会事業協会等が要望していた実務経験への医療施設への追加は、1998年2月に開催された「医療ソーシャルワーカーの在り方等に関する検討会」(厚生省)でようやく承認され、同年6月に省令として発令された<sup>23)</sup>。医療機関が社会福祉士の実務経験に認められたことで、医療ソーシャルワーカーの現任者は社会福祉士指定養成施設等での実習が免除となり、通信教育のみで社会福祉士受験資格を得ることができるようになったのである。

しかし、その時点においては、実習指定施設に医療機関は認められておらず、また、指定科目に「保健・医療分野」が加えられていない状態であり、医療ソーシャルワーカーの養成を「社会福祉士」の養成プログラムの中で行うことには困難があったと考えられる。医療ソーシャルワーカー養成のために必要な、医療機関の実習指定施設への追加は2006年まで待たなければならず<sup>24)</sup>、指定科目への「保健・医療分野」の追加は、2007年の社会福祉士カリキュラム改正において「保健医療サービス」(2019年改正<sup>25)</sup>により「保健医療と福祉」に変更)が加わるまで待たなければならなかった。

現在は大学等の教育機関で、社会福祉士実習として医療ソーシャルワーク実習を病院等の医療機関で実施し、「保健医療と福祉」(保健医療サービス)等の科目を開講することにより、社会福祉士の養成プログラムにおいて医療ソーシャルワーカーの養成が行われている。

## 5. 実習受け入れに関する病院の意向状況

ここでは「岐阜県内における社会福祉士実習生受け入れに関する調査」(以下、調査という)の結果から、医療ソーシャルワーカー養成の要となる、岐阜県下の病院における社会福祉士実習(医療ソーシャルワーク実習)の受け入れ意向の状況を述べる。

回答があった、医療ソーシャルワーカーとして社会福祉士が配置されている31病院(全体の回答病院は社会福祉士が配置されていない病院を含め、精神科を除く86病院中33病院、回答率:38.3%)のうち、実習生を「積極的に受け入れたい」が7病院・22.5%、「どちらかと言えば受け入れたい」が6病院・19.3%であり、受け入れの意向がある病院は「はじめに」に述べたように、13病院・41.9%と半数にも及ばなかった。また、これらの病院から実習指導者の配置が確認できた病院は9病院(実習指導者がいない、または不明の病院を除いた数)であり、実習を受け入れる意向があつて、かつ実習を受け入れることが可能な病院は調査時点において9病院・29.0%と3割にも満たない数となっていた。なお、この31病院に配置されている医療ソーシャルワーカーとしての社会福祉士の総数は134名であった。

医療ソーシャルワーカー(以下、表においてはMSWと表記)である社会福祉士の配置人数と実習受け入れの意向等は表1のとおりである。この表1は、社会福祉士が配置されている31病院から、調査票の「実

習受け入れ意向」に対する回答がない4病院（実習指導者がおらず、その配置希望もないために回答がされなかった病院を含む）、及び「実習受け入れ意向」の回答が無効の1病院の計5病院を除いた26病院からまとめたものである。この26病院に配置されている医療ソーシャルワーカーとしての社会福祉士の総数は120名であった。なお、無効回答となった1病院には、実習指導者資格を有する1名の医療ソーシャルワーカーが配置されていた。

さらに、表1は次の基準により作成した。

- ①「実習受け入れ意向」に関する調査結果のうち、実習生の受け入れを「積極的に受け入れたい」及び「どちらかと言えば受け入れたい」を合わせたものを「受け入れ意向あり」、「あまり受け入れたくない」及び「まったく受け入れたくない」を合わせたものを「受け入れ意向なし」とし、調査結果の「わからない」はそのまま記載した。なお、病院の調査においては、「まったく受け入れたくない」という回答はなかった。
- ②「平均病床数」は、病院名から病床数（2022年7月現在）を調べ、「医療ソーシャルワーカーの配置人数」ごとの平均を算出した。ただし、病院名は調査において任意記載であったため全体で6病院の病床数が不明であり、その病院の病床数と医療ソーシャルワーカーの数は含まれていない。なお、病床数が不明な病院は、1名配置が5病院中1病院、2名から4名配置が12病院中3病院、5名以上配置が9病院中2病院であった。
- ③「一人当たりの病床数」は、病床数が不明の病院を除いて、「医療ソーシャルワーカーの配置人数」ごとに、病床数の総数から、医療ソーシャルワーカー一人当たりの病床数の平均を算出した。
- ④医療ソーシャルワーカーの配置人数と病床数により病院を特定することを防ぐために、医療ソーシャルワーカーの配置人数と病床数は一定の範囲の中での数を示すことにした。
- ⑤調査結果のうち、社会福祉士実習指導者講習会の受講を「積極的に勧めたい」及び「どちらかと言えば勧めたい」を「実習指導者の配置希望がある病院」とした。
- ⑥「実習指導者の配置がない病院」には、実習指導者の配置が不明な1病院を含めた。
- ⑦「実習指導者が配置されている病院」及び「実習指導者の配置がない病院において配置希望がある病院」は、「実習受け入れ意向」の回答があった病院においての病院数を示した。ただし、調査票に実習指導者に関する記載がない病院があったため、「実習受け入れ意向」の回答があった病院数とは合致しない。なお、「実習受け入れ意向」の回答がなかった病院において、「実習指導者が配置されている病院」及び「実習指導者の配置がない病院において配置希望がある病院」はなかった。

このように、表1は医療ソーシャルワーカーの配置人数と実習受け入れの意向を、病床数を含めて表したものであるが、表1のとおり医療ソーシャルワーカーが1名配置の病院では「受け入れ意向あり」の病院はなく、「受け入れ意向なし」が1病院（実習指導者の配置病院）、「わからない」が4病院（「実習指導者配置病院」は1病院、「実習指導者の配置希望がある病院」は0病院）であった。また、「わからない」と回答した病院の記載者は、全て「事務長」などの事務部門の管理者又は「看護部長」であった。調査は、実習生の受け入れに関して一定の職務権限を有する者に対して行っており、1名配置の病院で「わからない」が80%に及んだのは、調査においては1名配置の病院では、実習生受入れの権限が現場の医療ソーシャルワーカー以外の管理者にあること（「受け入れ意向なし」と回答した1病院の記載者は不明）が要因として考えられる

医療ソーシャルワーカー1名配置の病院の平均病床数は、病床数が不明な病院を除き83.7床（最小40



床台、最大100床台)であり、医療ソーシャルワーカー一人当たりの病床数はこの数となる。

次に、医療ソーシャルワーカーが2名から4名配置の病院では、「受け入れ意向あり」が7病院、「受け入れ意向なし」が2病院、「わからない」が3病院であり、58.3%の病院が「受け入れ意向あり」であった。ただし、「受け入れ意向あり」の病院のうち3病院に実習指導者は配置されておらず、この3病院のうち2病院は実習指導者の配置希望があった。そのため、実際に受け入れが可能な病院は4病院・33.3%であり、実習指導者の配置希望がある病院を加えて6病院・50.0%となる。病院の平均病床数は、病床数が不明な病院を除き170.8床(最小50床台、最大310床台)であり、医療ソーシャルワーカー一人当たりの病床数は64.0床である。

さらに、医療ソーシャルワーカーが5以上配置(最大配置人数13名)の病院では、「受け入れ意向あり」が6病院、「受け入れ意向なし」が1病院、「わからない」が2病院であり、66.6%の病院が「受け入れ意向あり」であった。ただし、「受け入れ意向あり」の病院のうち1病院は実習指導者の配置は不明であり、その病院は実習指導者の配置希望があった。そのため、実際に受け入れが確認できる病院は5病院・55.5%であり、実習指導者の配置希望がある1病院(実習指導者の配置が不明の病院)を加えて6病院・66.6%となる。平均病床数は、病床数が不明な病院を除き495.7床(最小280床台、最大620床台)であり、医療ソーシャルワーカー一人当たりの病床数は59.8床である。

表1における、病院全体での医療ソーシャルワーカー一人当たりの病床数は62.1床であった。これは、表1に示した26病院の中で病床数が判明した21病院の総病床数(5,343床)を、その病院の医療ソーシャルワーカーの総数(86人)で割ったものである。

以上のことから、調査の結果からは、実習生の「受け入れ意向あり」の病院は医療ソーシャルワーカーの配置が複数名配置であり、配置人数が増えるほど一人当たりの担当病床数が減り、「受け入れ意向あり」の病院の割合が増えることが示された。ただし、この調査結果は、回答率から1名配置の病院が全て実習生の受け入れ意向がないとするものではない。

しかし、医療ソーシャルワーカー複数配置病院においても、表1より、実習生の「受け入れ意向なし」とする病院が3病院、複数配置の21病院中14.2%、「わからない」とする病院が5病院、複数配置の21病院中23.8%となり、合わせて5病院38.0%が受け入れの意向を示していない。

また、実習指導者の配置及び実習指導者の配置希望がある医療ソーシャルワーカー複数配置の17病院

表1 医療ソーシャルワーカーの配置人数と実習受け入れの意向等

MSWの配置人数/実習指導者の配置と希望	受け入れ意向あり	受け入れ意向なし	わからない	平均病床数(床)	一人当たりの病床数(床)
1名	0(0.0%)	1(20.0%)	4(80.0%)	83.7	83.7
2名から4名	7(58.3%)	2(16.6%)	3(25.0%)	170.8	64.0
5名以上	6(66.6%)	1(11.1%)	2(22.2%)	495.7	59.8
実習指導者が配置されている病院	9	3	2	—	—
実習指導者の配置がない病院において配置希望がある病院	3	0	2	—	—

(「受け入れ可」「受け入れ不可」「わからない」は病院数と配置人数ごとの割合を記載。n=26)

においても、「受け入れ意向なし」の病院が2病院・11.7%（2名から4名配置が1病院、5名以上配置が1病院。この2病院は実習指導者を配置）、「わからない」の病院が3病院・17.6%（2名から4名配置が2病院、5名以上配置が1病院。この3病院のうち実習指導者の配置は1病院、実習指導者の配置希望は2病院）であった。このように、実習指導者の配置及び実習指導者の配置希望があっても、実習の「受け入れ意向あり」と示されなかった複数配置の病院は合わせて5病院・29.4%となっている。

これらのことから、医療ソーシャルワーカーの配置人数や担当病床数以外にも実習受け入れを困難にする要因があると考えられる。

## 6. 実習受け入れ困難の理由とその考察

実習受け入れに関する病院の状況を見てきたが、どのような要因が実習受け入れを困難にしているのだろうか。ここでは調査によって示された「実習受け入れの困難の理由」から、その要因について考察する。

ここで述べる「実習受け入れ困難の理由」は、調査票の「実習生を受け入れたくない理由」及び「社会福祉士実習教育に臨むことや課題」の回答欄への自由記載をまとめたものである。調査においては、受け入れの意向に「あまり受け入れたくない」及び「まったく受け入れたくない」にチェックを付けた場合に、「実習生を受け入れたくない理由」を記載することになっていた。そのため、本来は受け入れの意向を「わからない」とした場合の「実習生を受け入れたくない理由」の記載は無効となる。しかし、本稿においては、幅広く「実習受け入れ困難の理由」を考察するために、受け入れの意向を「わからない」とし、かつ「実習生を受け入れたくない理由」に記載があったものも対象とした。また、「社会福祉士実習教育に臨むことや課題」からは、実習受け入れ困難に関係するものを抜粋した。

表2は、実習受け入れの意向（「あまり受け入れたくない」「わからない」）、医療ソーシャルワーカーの配置人数、実習受け入れ困難の理由をまとめたものである。この表2の「受け入れ困難の理由」のうち、調査票の「実習生を受け入れたくない理由」に記載されていたものはa、b、d、e、f、gであり、調査票の「社会福祉士実習教育に臨むことや課題」に記載されていたものはcである。なお、bとcは同一病院による記載であり、調査結果は6病院のデータからなる。また、表2に示した「受け入れ困難の理由」は、調査票の「実習生を受け入れたくない理由」及び「社会福祉士実習教育に臨むことや課題」に記載された回答に、内容の変更を損なわない範囲で一部変更を加えたものである。

受け入れ困難の理由は、「受け入れ意向」の項目から実習生を「あまり受け入れたくない」と回答した4病院の全てから記載されていた。1名配置の病院においては、a「余裕がない」という回答がされた。この回答の病院名は不明であり病床数を調べることはできなかったが、1名配置の病床数の平均が83.7床（表1）と複数配置の病院に比べて1人当たりが担当する病床が多く、一般的に業務と実習生への指導の両立が難しいことが考えられる。しかし、業務の多忙については、5名以上の病院においても、e「業務が多忙につき、指導が十分にできない」との回答があり、2名から4名の配置病院においても、b「経験の浅いソーシャルワーカーの指導で手一杯なため」、c「受入れの体制を整える必要」、d「体制変更の予定があり、指導できる人材の確保が難しい」という回答があった。これらのことから、病院が実習生を「あまり受け入れたくない」とする要因には、院内での育成を含めた業務との兼ね合いにおいて、実習生を指導することが難しい状況にあることが考えられる。

次に、実習生の受け入れを「わからない」とした病院からは、9病院中2病院から理由が記載されていた。5名配置以上の病院のg「勤務年数や日々の業務等で、実習を担当する人材が確保できない。将来的に

は実習生を受け入れできる体制にしたい」という記載からは、「業務等で」の部分において「あまり受け入れたくない」と回答した病院から示された理由と同様に、業務との兼ね合いからの困難が考えられる。さらに、「勤務年数」の部分においては、勤務年数における実習指導に関する能力や、実習指導者資格を得るための経験年数<sup>26)</sup>が課題になっていると考えられる。

また、1名配置の病院からは、f「学生を受け入れるにあたり、病院側の整備、指導内容について理解しなければならない」との記載があった。この記載からは、業務等の兼ね合いを含めた実習受け入れ体制の不足が推測され、さらに、「指導内容」に関しては記載c「教育機関とこまめな連絡」との関連を見ることができ、大学等の教育機関との連携の課題が考えられる。この連携の課題に関して、上山崎悦代は医療ソーシャルワーカーのインタビュー調査を通して、医療ソーシャルワーカーが実習を受け入れるに当たっての困難として、「学校側が、どのような実習指導をしてほしいと期待しているのかわからない」「どのような指導をおこなえばよいのか、具体的な内容が十分にわからないと」等があることを述べている<sup>27)</sup>。

教育機関は、社会福祉士実習として医療ソーシャルワーク実習に学生を送り出すに当たっては、医療機関での実習内容を踏まえた実習教育を行うことが望まれる。しかし、小規模な教育機関においては、ソーシャルワーク実習教育を分野別に分けて行うことができない場合もある。この場合、社会福祉機関の各分野に配属される実習生と共通なソーシャルワーク実習教育が行われることになり、社会福祉機関とは異なる医療機関の特殊性を踏まえた実習教育を充実させられない可能性が考えられる。

また、社会福祉施設との実習内容の違いをいえば、多くの社会福祉施設においては、実習生は一定の時間と場所において、ある程度自由に利用者と主体的なコミュニケーションを取ることができる。そして、このコミュニケーションによって、生活場面面接におけるラポールの形成から、利用者の思いやニーズに関するアセスメントへと実習を進めていくことが可能となるであろう。しかし、医療機関においては、面接の構造化や半構造化の必要性、プライバシーの確保、疾病への対応、他の医療職との関係等から、実習指導者の常時管理の下でプログラムに沿った実習を行う必要があると考えられる。

これらのことから、教育機関の教員は医療ソーシャルワーク現場の理解を深め、実習に入る学生に対して、必要な知識と医療現場における実習の在り方を適切に指導する必要がある。さらに、実習目的に沿った指導内容やプログラム内容に関して、実習指導者となる医療ソーシャルワーカーと十分な連携を取り、実習中においても巡回指導時に実習指導者と意思疎通を図っていく必要があると考えられる。

表2 MSWの配置人数等と実習受け入れ困難の理由

受入れの意向	MSWの配置人数	受け入れ困難の理由
あまり受け入れたくない	1名	a. 余裕がない。
	2名から4名	b. 経験の浅いソーシャルワーカーの指導で手一杯なため。
		c. 教育機関とこまめな連絡。そして受入れの体制を整える必要。 d. 体制変更の予定があり、指導できる人材の確保が難しい。
5名以上	e. 業務が多忙につき、指導が十分にできない。	
わからない	1名	f. 学生を受け入れるにあたり、病院側の整備、指導内容について理解しなければならない。
	5名以上	g. 勤務年数や日々の業務等で、実習を担当する人材が確保できない。将来的には実習生を受け入れできる体制にしたい。



## 7. まとめ—病院実習における課題—

ここでは「まとめ」として、病院における社会福祉士実習（医療ソーシャルワーク実習）の受け入れの現状から、医療ソーシャルワーカー養成の課題を明らかにする。そのため、初めに「6. 実習受け入れ困難の理由とその考察」において、実習受け入れ困難の理由に挙げられた「業務との兼ね合い」を生じる要因を考えてみたい。

まず、「業務との兼ね合い」には、業務の余裕のなさや業務の多忙があった。医療ソーシャルワーカーの業務は、「2. 医療ソーシャルワーカーの始まり」及び「3. 医療ソーシャルワーカーの業務」で述べてきたように、キャボットの時代より、その中核は受診・受療援助を含む患者・家族の生活問題への対応ということができよう。しかし、現状においては診療報酬の観点から、一定の期間内における転院などの退院援助（退院支援）へのウエートが大きくなってきているといえる。この点に関して、上山崎悦代は、病院の機能分化による急性期病院での退院援助（退院支援）における業務量の増大を下記のように述べている。

急性期病院の医療ソーシャルワーカーは、常に平均在院日数に関心を払い続けなくてはならないし、地域関係機関との連携をより一層強化していく必要が出てきた。また、このような地域移行型の医療サービス提供体制の中では、患者や家族にとっては、次々と医療サービスを受ける場が変化することにつながり、その都度生活上の大きな変化に直面するという意味で、療養上の生活問題が発生しやすくなるのは想像に難しくなく、結果的に、医療ソーシャルワーカーの支援が必要になってくるといえるし、患者が次々に退院していく状況の中、退院支援を行うことは、医療ソーシャルワーカーにとって大変重要かつ膨大な業務量となり、そこに多大なるエネルギーを注ぐこととなったのである。<sup>29)</sup>

調査において医療ソーシャルワーカーが配置されている病院は、病院名が不明な9病院を除く22病院中20病院（実習受け入れ意向が無効回答の1病院を含む）で急性期の病棟を設置している（岐阜県「令和3年度病床機能報告整理」<sup>29)</sup>において、回復期のみ1病院、慢性期のみ1病院を除く。この2病院の実習受け入れ意向は「わからない」であった）。このことから、業務の余裕のなさや業務の多忙の要因の多くは、退院援助（退院支援）における業務の膨大さが影響していると考えられることができる。

また、「業務との兼ね合い」では、業務の余裕のなさや業務の多忙以外に、経験の浅いソーシャルワーカーへの指導も理由として挙げられていた。この点に関しては、教育機関の教育も少なからず影響しているのではないだろうか。「3. 医療ソーシャルワークの業務」で述べたとおり、医療ソーシャルワーカーは社会福祉学を基盤としており、「4. 医療ソーシャルワーカーの国家資格」で述べたように、最終的にソーシャルワーカーの国家資格である「社会福祉士」が、医療ソーシャルワーカーの資格となったことは理にかなっているといえる。しかし、社会福祉士は、社会福祉全般のソーシャルワーカーを対象としており、ジェネリックな学問体系にならざるを得ない。精神科病院における医療ソーシャルワーカー等である「精神保健福祉士」の養成科目が、精神保健福祉士に関する専門科目として690時間を確保<sup>30)</sup>していることから、社会福祉士養成プログラムでの医療ソーシャルワーカー（精神科の医療ソーシャルワーカーを除く）の専門教育の少なさを見ることができる。

以上のことを踏まえ、病院における社会福祉士実習（医療ソーシャルワーク実習）の受け入れの現状から見た医療ソーシャルワーカー養成の課題には、実習受け入れ困難の理由に挙げられた、①「業務との兼ね合い」（業務量や経験の浅い医療ソーシャルワーカーへの指導）、②「医療ソーシャルワーカーの経験年数」、③「教育機関との連携」があると考えられる。さらに、これらの課題に④「実習指導者の配置」を加

えることができる。

この「実習指導者の配置」を加えるのは、実習指導者を配置している病院が15病院（表1の「実習指導者が配置されている病院」の数に、無効回答により表1に含めていない1病院を含めた数）であり、医療ソーシャルワーカーとして社会福祉士が配置されている31病院の48.3%にすぎないためである。このことから、多くの病院で社会福祉士実習（医療ソーシャルワーク実習）の制度的な受け入れ条件自体が満たされていない状況を見ることができる。それには、先に述べた実習課題の①から③が影響しているとも考えられる。

## 8. おわりに

「はじめに」に述べたように、本稿は「岐阜県内における社会福祉士実習生受け入れに関する調査」から得られたデータを基にしている。この調査は、後藤康文（調査代表）及び高木博史に筆者が加わって行ったものであり、本稿の執筆を終えるにあたり後藤、高木の両氏に、さらに、調書に協力いただいた病院に感謝を申し上げる。

## 注

- 1) 「岐阜県内における社会福祉士実習生受け入れに関する調査」は、後藤康文・山田武司・高木博史によって岐阜県内の福祉施設・機関及び病院648カ所を対象に行われたものである。このうち病院への調査は、岐阜県のホームページに掲載されている「病院施設一覧」（2020年10月1日現在）から精神科病院を除いた86病院に対して行った。調査は、2021年10月から11月において郵送法により質問紙（自記式）を配布・回収したものであり、質問への回答は、実習生受け入れに関して一定の職務権限を有する施設長や管理者等に依頼した。
- 2) 医療ソーシャルワークの起源から、わが国におけるにおける医療ソーシャルワークの歴史までは、「中島さつき（1980）『医療ソーシャルワーク』誠信書房」及び「新・社会福祉士養成講座編集委員会編（2017）『保健医療サービス 第5版』中央法規」を参考にした。
- 3) 「保健所運営指針（厚生省 昭和23年）」は、「50周年記念誌編集委員会編（2003）『日本医療ソーシャルワーク史—日本医療社会事業協会の50年』社団法人日本医療社会事業協会, pp. 224-230」に掲載。
- 4) 50周年記念誌編集委員会編（2003）『日本医療ソーシャルワーク史—日本医療社会事業協会の50年』社団法人日本医療社会事業協会, p. 54。
- 5) 日本学術会議 社会福祉・社会保障研究連絡委員会「社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告—ソーシャルワークの教育・研究について（とくに保健・医療領域におけるソーシャルワーカーの資格・教育等を中心に）」（chrome-extension://efaidnbnmnbbpcjpcglclefndmkaj/https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/12/14-18.pdf, p. 328. 2022. 7. 27 閲覧）。
- 6) GHQ 覚書の“Medical Social Service”の訳語としての「公共医療事業」に関しては、下記の論文が参考になる。  
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—衆参両議院厚生委員会において「公共医療事業」はどのように議論されたか」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』明治学院大学, 140, pp. 149-178 ([https://meigaku.repo.nii.ac.jp/?action=pages\\_view\\_main&active\\_action=repository\\_view\\_main\\_item\\_detail&item\\_id=425&item\\_no=1&page\\_id=13&block\\_id=21](https://meigaku.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=425&item_no=1&page_id=13&block_id=21). 2022. 8. 9 閲覧)。

- 7) 前出注3)
- 8) 「保健所における医療社会事業の業務指針（厚生省 昭和33年7月28日公衆衛生局長通知）」は、「50周年記念誌編集委員会編(2003)『日本医療ソーシャルワーク史—日本医療社会事業協会の50年』社団法人日本医療社会事業協会, pp. 240-245」に掲載。
- 9) 「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について（健政発第188号 平成元年3月30日 厚生省健康政策局長）」は、「50周年記念誌編集委員会編(2003)『日本医療ソーシャルワーク史—日本医療社会事業協会の50年』社団法人日本医療社会事業協会, pp. 250-255」に掲載。
- 10) 「医療ソーシャルワーカー業務指針普及のための協力依頼について（健政発第1129001号 平11年11月29日 厚生省健康政策局長）」は、「50周年記念誌編集委員会編(2003)『日本医療ソーシャルワーク史—日本医療社会事業協会の50年』社団法人日本医療社会事業協会, pp. 257-263」に掲載。
- 11) 京須希実子（2006）「福祉系国家資格制定過程の研究—『専門職』形成のメカニズム」『日本産業教育研究』日本産業教育学会, 36, 1, p. 57 ([https://www.jstage.jst.go.jp/browse/jssvte/36/1/\\_contents/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/browse/jssvte/36/1/_contents/-char/ja), 2022.8.9閲覧)。
- 12) 社会保障審議会福祉部会資料（平成18年12月4日開催）「社会福祉士の概要」（chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/f76ad0921e8c707b4925723b00058a92/\\$FILE/sankou.pdf](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/f76ad0921e8c707b4925723b00058a92/$FILE/sankou.pdf), p. 36, 2022.8.9閲覧)。
- 13) 前出注4) p. 65。
- 14) 前出注4) p. 65。
- 15) 前出注4) pp. 66-67。
- 16) 前出注5) p. 329。
- 17) 前出注4) p. 64。
- 18) 児島美都子（1991）「医療ソーシャルワーカーの資格運動の経過と課題」『ソーシャルワーカー』2, 日本ソーシャルワーカー協会, p. 43。  
「無料又は低額診療事業の基準の運用について」には、無料又は低額診療事業を行う医療機関に設置される医療ソーシャルワーカーは病院においては専任が原則であり、概ね200床あたり1名以上の配置とされている（同書p. 43）。  
病院における医療ソーシャルワーカーの配置に関する通知は、1957年1月「国立結核療養所における医療社会事業の運営について」（国立療養所課長）、及び同年8月「『社会福祉法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業』について」（社会局長・児童家庭局長通知）が始まりといえるであろう。「国立結核療養所における医療社会事業の運営について」には、1名以上の専任ケースワーカーとなるべくその補助者をおくこととされており、「『無料又は低額な料金で診療を行う事業』について」には、事業の基準として、診療施設にケースワーカーを置くこととされている（同書p. 42）。
- 19) 前出注11) p. 60。
- 20) 前出注4) p. 76。
- 21) 前出注4) pp. 72-76。

社会福祉士法改正に関するソーシャルワーカー関係三団体（日本ソーシャルワーカー協会、社団法人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）による社会福祉士に関わる要望は、1990年以前にも行われている。それは、「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立した同年1987年の10月に「『社会福祉士及び介護福祉士法』改正請願」として厚生労働大臣に提出されたものである。この改正請願は、実習指定施設及び実務経験に保健・医療機関を加えること、さらに、指定科目・基礎科目の履修に関しては、既卒業生

で相談援助業務に相当期間従事している者については、指定する大学又は指定養成施設で当該科目のみを履修することを認めることを求めるものであった〔前出注5〕 p. 332〕。

22) 前出注4) pp. 78-79。

23) 前出注4) p. 87。

24) 上山崎悦代(2010)「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察—期待される役割と葛藤の検証」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』6, p. 71 (chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://core.ac.uk/download/pdf/295453664.pdf. 2022. 8. 19 閲覧)。

25) 2019 年は厚生労働省より社会福祉士カリキュラム案が公表された年である。改正省令の公布は2020 年となる。〔改正省令：「社会福祉士介護福祉士学校指定規則及び社会福祉に関する科目を定める省令の一部を改正する省令」(令和2年3月6日)〕

26) 実習指導者資格を得るためには、3年以上の実務経験と社会福祉士実習指導者講習の受講が必要となる。

27) 上山崎悦代(2012)「医療機関におけるソーシャルワーク実習教育に関する一考察—実習指導者へのインタビューを通して」『日本福祉大学社会福祉論集』日本福祉大学社会福祉学部, 126, pp. 185-186 (https://core.ac.uk/download/pdf/268279588.pdf. 2022. 8. 19 閲覧)。

28) 前出注24) pp. 69-70。

この論文は2010年のものであるが、現在も病院の急性期等の機能は基本的に変わっておらず、現状においても同様なことがいえると考えられる。

29) 岐阜県「令和3年度病床機能報告整理(病院施設票)」(chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/313310.pdf. 2022. 10. 28 閲覧)。

30) 2019年カリキュラム改正(改正省令の公布は2020年)により、精神保健福祉士の養成においては、社会福祉士との共通科目が510時間、精神保健福祉士専門科目が690時間とされた。社会福祉士においても共通科目が510時間、社会福祉士専門科目が690時間である。また、資格化が準備されている「子ども家庭福祉ソーシャルワーカー」はその専門科目として500時間を予定している。「子ども家庭福祉ソーシャルワーカー」については、厚生労働省「子ども家庭福祉分野の資格・資質向上について(案)」chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000851569.pdf. 2022. 10. 24 閲覧)。