

2020年8月9日 日本ソーシャルワーカー連盟（JFSW）・講演

## 改正社会福祉法への参議院附帯決議の意義とソーシャルワーカー（専門職・団体）に求められる役割

－「新福祉ビジョン」から改正社会福祉法に至るまで、社会福祉士・精神保健福祉士がいかに位置づけられてこなかったのかの跡付け

二木 立（日本福祉大学名誉教授・日本ソーシャルワーク教育学校連盟相談役）

### 講演にあたって

私は、臨床医（リハビリテーション医）出身の医療経済・政策学研究者で、次の3つの心構えを持って研究しています。①医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究を行う、②事実認識と「客観的」将来予測と自己の価値判断の峻別と根拠の明示、③フェアプレイ精神。

私は、長年、ドイツの大哲学者ヘーゲルの教え「何か偉大なことをしようとする者は、…自己を限定することを知らなければならない」を守って、医療経済・政策に限定した研究を行ってきましたが、政策研究の範囲・ウィングは少しずつ拡大し、介護（保険）や地域包括ケアシステムの研究も行うようになり、社会福祉の勉強も徐々に始めました。

2015年に日本社会福祉教育学校連盟会長に就任してからは、福祉政策の研究も行うようになりました。最初に行ったのは、厚生労働省プロジェクトチームの報告「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」（2015年9月。以下、「新福祉ビジョン」）でした。それ以降、ソーシャルワーカーと関連の深い「地域共生社会」についての以下の文書を、複眼的に分析しています。

○「ニッポン一億総活躍プラン」（2016年6月閣議決定）。

○地域力強化検討会「最終とりまとめ」（2017年8月）。

○「地域共生社会推進検討会「最終とりまとめ」（2019年12月）。

私は、2017年の日本医療社会福祉協会講演で、**近年の医療・福祉改革、「地域共生社会」づくりはソーシャルワーカーにとって好機にもなるし、危機にもなる**と指摘しました。しかし、地域共生社会推進検討会「最終とりまとめ」にソーシャルワーカーの記述がまったくないことに危機意識を持つとともに、ソーシャルワーカーの職能団体がそのことに沈黙していることに疑問も感じました。この「最終とりまとめ」を受けてとりまとめられた改正社会福祉法でもソーシャルワーカーはまったく位置づけられていませんが、同法への**参議院附帯決議で、重層的支援体制整備「事業を実施するに当たっては、社会福祉士や精神保健福祉士が活用されるよう努めること」と記載されたこと**に、救いを感じました。

他面、コロナ危機に対する政府・社会、ソーシャルワーカー団体の対応を見てみると、このままでは、社会福祉やソーシャルワーカー（not 介護福祉士）の地盤沈下が進むとの危機意識も持っています。

本日の講演では、私が2015～2020年に発表した論文を紹介しながら、ソーシャルワーカーの皆さんに率直な問題提起をします。

## 1. 厚生労働省プロジェクトチーム「新福祉ビジョン」（2015年9月）の「新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保」の複眼的評価

（拙著『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,62-66頁〔第2章第1節「厚労省プロジェクトチーム『新福祉ビジョン』をどう読むか』の一部〕）

改革の第3の柱「新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保」は、「はじめに」で述べたように、今後の福祉系大学の教育改革を考える上で極めて重要なので、少し詳しく述べます。以下、引用文中のゴチックは私がつけました。

### (1)「基本的な考え方」

まず、(1)「基本的な考え方」の「新しい地域包括支援体制において求められる人材像」では次のように述べています。「新しい地域包括支援体制においては、限られた人的資源によって、複合化・困難化したニーズに対して**効果的・効率的に支援**を提供するため、①要援護者やその世帯が抱える複合的な課題に対して、切れ目ない包括的な支援が一貫して行われるよう、**支援内容のマネジメント**を行うこと、②複合化・困難化した課題に対し、個別分野ごとに異なる者がサービスを提供することが困難な場合もあるため、地域の実情に応じて、**分野横断的に福祉サービスを提供**できること、が求められる」。

さらに、「このような新しい地域包括支援体制を担う者としては、①複合的な課題に対する適切な**アセスメント**と、様々な社会資源を活用して**総合的な支援プラン**を策定することができる人材、②福祉サービスの提供の担い手として、特定の分野に関する専門性のみならず**福祉サービス全般についての一定の基本的な知見・技能**を有する人材が求められる」とされています。

次の「求められる人材の育成・確保の方向性」は略して、その次の「中長期的な検討課題」では以下のように述べています。「新たな地域包括支援体制の基盤となる人材には、**分野横断的な知識、専門性を有する**ことが求められるのであり、こうした人材を育成・確保するためには、**分野横断的な資格のあり方も含めた検討が必要**となる」。そのための検討事項（①～③）は略します。

### (2)「新しい地域包括ケア支援体制を担う人材の育成・確保のための具体的方策」

(2)「新しい地域包括ケア支援体制を担う人材の育成・確保のための具体的方策」の冒頭の「人材の育成・確保に向けた具体的方策」では6つの方策を示しています。福祉系大学が一番注目すべきは①です。

①「包括的な相談支援システム構築のモデル的な実施等」では、「専門的な知識及び技術をもって、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行う者として**位置づけられている社会福祉士**については、複合的な課題を抱える者の支援においてその知識・技能を発揮することが期待されることから、新しい地域包括支援体制におけるコーディネーター人材としての活用を含め、そのあり方や機能を明確化する」と述べています。

②「福祉分野横断的な基礎的知識の研修」では、「**保育・障害・介護など、様々な福祉分野の共通的な基礎的知識を習得するための研修等の創設**などの方策を講じる」とし

ています。③「福祉人材の多様なキャリア形成支援・福祉労働市場内での人材の移動促進」では、「**福祉資格保有者が他資格を取得する際の試験科目の免除や、複数資格の取得を容易にするための環境整備**」、「中核的な役割を果たすべき人材である介護福祉士の養成促進」をあげています。④「潜在有資格者の円滑な再就業の促進」では、「離職した介護福祉士」、「潜在保育士」について触れ、⑤「介護人材の機能分化の推進」では「介護福祉士のマネジメント能力や他職種との連携能力の向上」を強調しています。⑥では「多様な人材層からの参入促進」をあげています。

### (3)私の危機意識と福祉系大学の対応

私は、「新福祉ビジョン」の以上の記述および独自に入手した非公式情報から、厚生労働省の、現在の福祉人材、特に社会福祉士と精神保健福祉士、およびその養成施設での（縦割り）教育への強い不満を読みとりました。社会福祉士についての記述は1か所しかなく、しかも、「福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行」っている者ではなく、これらの業務を（法的に）「**行う者として位置づけられている社会福祉士**」＝実際にこれらの業務を行っているとは明示しない、突き放した表現がされています。学校連盟と社養協が長年求めている「社会福祉士の任用拡大」についてはまったく触れていません。さらに、3の柱では「精神疾患」を持つ人々への支援について書かれているにもかかわらず、精神保健福祉士についての記述はありません！「ソーシャルワーカー（ソーシャルワーク）」という用語もまったく使われていません。

それに対して、介護福祉士には3回言及しています。2014年10月にまとめられた「福祉人材確保対策検討会における議論の取りまとめ」もほとんど「介護人材」の確保について検討・提言しています。

学校連盟元会長・現顧問の大橋謙策氏は、新著で、「新福祉ビジョン」について、「残念なことに、これらニーズ対応型のサービスのあり方が問われ、かつそれらを担う人材のことに触れられているにも関わらず、社会福祉士、精神保健福祉士というソーシャルワーカーについてはあまり言及されていないのはそれらの職種が期待されていないからだろうか」と述べています(5)。私も「新福祉ビジョン」を一読して、まったく同じ印象を持ちました。

視点を変えて、私が読み解いた今後「求められる人材像」は、(i)支援のマネジメント、アセスメント能力を持ち、(ii)分野横断的な福祉サービスの知識・技術を有し、しかも(iii)第2の柱で強調されているICTを駆使できる人材です。ちなみに、第3の改革の項では、「分野横断的」という表現が5回も使われています。

私は、これら3つは適切と思います。私は、福祉系大学の学生が(i)と(ii)の能力を身につけるためには、社会福祉職と他職種との連携を体感できる「多職種連携教育」の導入・拡充が不可欠だと考えています。さらに、福祉系大学の教員自身が、自己の狭い専門の殻を破って、大学の内外で「多職種連携」の教育・研究・実践に積極的に参加する必要があると思います。

福祉系大学がこのような改革を速やかに行い、上記3要件を満たす実力のある社会福祉士を多数養成すれば、社会福祉士の職域は大きく拡大し、高校生・受験生の福祉離れ

も克服できる可能性があります。言うまでもありませんが、以上の大前提は、福祉系大学の卒業生が、社会福祉士資格を取得することです。

さらに、今後は、福祉系大学では、社会福祉士だけでなく、他の関連資格の取得を促進するための教育改革も必要になるかもしれません。また、大規模校では、複数資格を取得するための「研修等の創設」への対応も必要になると思います。なお、2015年4月頃話題になった、介護福祉士と保育士の資格一元化・一本化は、ごく一部の官僚が省内での根回しもせずにごち上げた「アドバルーン」で、現時点では立ち消えになっているそうです。

逆に、福祉系大学がこれに対応できないと、福祉と福祉系大学の地盤沈下はさらに進みます。しかも、他の専門職（看護師・保健師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、さらには2015年9月に制度化が決まった公認心理士等）が拡大した「福祉」領域にどんどん参入し、福祉系大学卒業生の就職難が生じる危険があります。

ただし、このような高度の能力を持つ人材を福祉系大学の学部教育のみで大量に養成するのは困難であり、大学院教育や認定社会福祉士養成との「棲み分け」も必要になると思います。また、財源の裏付けがなされない中では、このような高度な福祉人材の需要・任用はどれくらい増えるのか？という疑問もあります。これは本学の大学改革委員会で「新福祉ビジョン」について検討したときに、出された率直な疑問です。

## 2. 「ニッポン一億総活躍プラン」（2016年6月閣議決定）の施策で医療福祉関係者が注目すべきこと―複数資格に共通の基礎過程の創設と「地域共生社会の実現」

（拙著『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017,69-71頁 [第2章第2節「『ニッポン一億総活躍プラン』と『地域共生社会実現本部を複眼的に読む』の一部」]

「プラン」に初めて盛り込まれた施策で、医療・福祉関係者がもっとも注目すべき施策は、「介護離職ゼロの実現」に向けた対応策⑨「地域共生社会の実現」（60頁）に、「医療、介護、福祉の専門資格について、**複数資格に共通の基礎課程**を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する」、「医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直しを行う」と書き込まれたことです。「新福祉ビジョン」では、「分野横断的な資格のあり方について、中長期的に検討を進めていくことが必要と考えられる」（20頁）と抽象的に書かれていたことと比べると、ずいぶん踏み込んだ記述です。この点は、後で、「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」資料を検討するときに、詳しく述べます。

「プラン」中の**福祉専門職についての記載**をみると、「社会福祉士」とソーシャルワーカー一般の記載はない反面、「スクールソーシャルワーカー」の記載は4か所もあります。特に「プラン」の本文12頁の（課題を抱えた子供たちへの学びの機会の提供）の冒頭では、「特別な配慮を必要とする児童生徒のための学校指導体制の確保、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーの配置など教育相談機能の強化に取り組む」と書かれました。政府文書の最上位にある「閣議決定」のしかも本文にスクールソーシャルワーカーの役割が明記されたのはこれが初めてであり、画期的と言えます。さらに

43 頁の「付表」には、スクールソーシャルワーカー（SSW）を 2015 年度の 2,247 人から 2019 年度の 10,000 人へと 5 年で 4 倍化する数値目標も示されています。

さらに精神保健福祉士については、57 頁の付表、「介護離職ゼロの実現」のための「対応策」の「⑧障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援（その 1）」の「具体的な対応策」の最後（4 番目）に「精神障害者等の職業訓練を支援するため、職業訓練校に精神保健福祉士を配置してそのサポートを受けながら職業訓練を受講できるようにするなど受入体制を強化する」と書かれました。これは精神障害者等の職業訓練校に限定した記述ですが、「新福祉ビジョン」が精神保健福祉士にまったく言及していなかったことと比べると、「閣議決定」に書き込まれたこと、しかも精神保健福祉士の職域拡大が示されたことは大きな前進と言えます。

福祉関係者が「プラン」でもう 1 つ注目すべきことは、本文 16 頁（4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向）の最後に「(4) **地域共生社会の実現**」が掲げられ、次のように書かれていることです。

＜子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、NPO との連携や民間資金の活用を図る＞。

この「地域共生社会」の説明・定義は、内容的には、「新福祉ビジョン」が提起した「新しい地域包括支援体制」、「全世代・全対象型地域包括支援」に近いと思いますが、この 2 つの用語は使われていません。「地域共生社会」という用語は、福祉、特に地域福祉の研究者や実践家にとってはなじみのある言葉だと思いますが、「新福祉ビジョン」では、やや意外なことに使われていませんでした。これは私のややうがった見方ですが、厚生労働省は、「新福祉ビジョン」の名を捨てて実を取った「新福祉ビジョン」で提起した「新しい地域包括支援体制」、「全世代・全対象型地域包括支援」という福祉関係者以外にはやや分かりにくい用語・新語を、「地域共生社会」という一般の国民にもイメージしやすい用語に置き換えた一のかもしれません。

### **3. 地域力強化検討会「最終とりまとめ」（2017 年 10 月）はソーシャルワーカーの役割を高く評価したが…**

（拙著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,54-55 頁 [第 2 章第 1 節「『地域力強化検討会最終とりまとめ』を複眼的に読むーソーシャルワーカーの役割を中心に」の一部）

第 2 に注目したことは、地域力強化のためのソーシャルワーカーの役割を重視していることです。「中間とりまとめ」も「ソーシャルワークの機能」は重視していましたが、ソーシャルワーカーにはほとんど言及していませんでした（2 回のみ）。それに対して「最終とりまとめ」では、ソーシャルワーカーについての記述が 11 か所もあり、そのうち 9 か所が各論の 1 で集中的に書か

れています。それらの一覧を表に示しましたが、記述はきわめて具体的で、社会福祉関係者以外の読者が読んでもソーシャルワーカーの役割・働きがイメージされるような工夫がなされています。

検討会の性格上、記述のほとんどは、地域（力強化）との関わりで書かれていますが、医療分野での役割についても、以下の記述があります。「在宅医療を行っている診療所や地域医療を担っている病院に配置されているソーシャルワーカーなどが、患者の療養中の悩み事の相談支援や退院調整のみならず、**地域の様々な相談を受け止めていくという方法**」（17頁）。これは「中間とりまとめ」での次の記述より、はるかに具体的です：「地域の実情に応じて病院のソーシャルワーカーも協働の中核を担う機能として考えることが可能である」（13頁）。私は、これからの地域包括ケアと福祉改革の主戦場は「地域」であると考え、医療ソーシャルワーカーを含めたソーシャルワーカーが「地域に積極的に出る」よう提唱しているので、この記述には大いに共感しました(3)。

さらに「最終とりまとめ」では、「中間とりまとめ」で「包括的な相談支援を担える人材」の機能とぼかして表現されていたものが、「ソーシャルワークの5つの機能」と踏み込んで再掲されています(16頁)：「制度横断的な知識、アセスメント力、支援計画の策定・評価、関係者の連携・調整、資源開発」。厚生労働省の委員会や検討会の報告で、ソーシャルワーカーの役割がこれほど包括的に論じられたのは初めてであり、今後はこの定式化が「事実上の標準」(de facto standard)になると思います。それだけに、ソーシャルワーカーの養成団体（日本ソーシャルワーク教育学校連盟及び加盟校）や専門職団体は、今後、この5つの機能・能力を身につけたソーシャルワーカー養成・育成のための改革を積極的に進める必要があるし、それなくして今後ソーシャルワーカーが「生き延びる」ことは困難と思います。

ソーシャルワーカーの重視に対応して、「専門職」の役割と「多職種連携」も強調しています。後者は「最終とりまとめ」で初めて取り上げられました。私は、次の提起が一番重要と思います：「多職種連携に当たっては、保健・医療・福祉に限らず、雇用・就労、住まい、司法、教育、産業などの分野にも広がりが見られていることに留意する必要がある」（13頁）。

他面、「最終とりまとめ」は、「中間とりまとめ」と同じく、社会福祉士、精神保健福祉士等の具体的な職種名は書いていません。さらに、ソーシャルワーカーの養成教育の改革についても、以下のような抽象的な一文を書いているだけです。「『我が事・丸ごと』の地域づくりを推進する人材を育成するために、ソーシャルワーカーをはじめとする介護・福祉職の養成カリキュラムの見直しや、職能団体等による資格取得後の現任研修の再構築が必要である」（26頁）。これは、「中間とりまとめ」で「ソーシャルワーカーの養成や配置等については、国家資格として現在の養成カリキュラムの見直しも含めて検討すべきである。人材の確保や定着についても、必要な措置を講ずるべきである」（18頁）とかなり踏み込んで書かれていたことに比べて、かなりトーンダウンしており、残念です。

他面、「職能団体等による資格取得後の現任研修の再構築」は「最終とりまとめ」で初めて提起され、私も重要と思います。なお、社会福祉士等の養成カリキュラムの見直しは、「最終とりまとめ」を受けて、今後、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会で検討されることになります。

#### 4. 地域共生社会推進検討会「最終とりまとめ」にはソーシャルワーカーの記述がない！？

(拙著『コロナ危機後の医療改革』勁草書房,2020年9月出版予定,第3章第4節「地域共生社会推進検討会『最終とりまとめ』を複眼的に読む」の一部)

IV「市町村における包括的な支援体制の整備促進のための基盤」の1は「人材の育成や確保」で、その(1)が「専門職に求められる資質」です。そこで書かれている資質は内容的には、ほとんどソーシャルワーカーの資質と理解できます。例えば、「断らない相談支援においては、本人や家族を包括的に受け止めるためのインテークの方法や、課題を解きほぐすアセスメントの視点、さらに市町村全体でチームによる支援を行うための総合的調整等に関する手法・知識が求められる」と書かれていますが、このような手法・知識を持っているのはソーシャルワーカーです(24頁)。

しかし、驚いたことに、IVでは、社会福祉士や精神保健福祉士という個別資格名だけでなく、「ソーシャルワーカー」という総称もまったく使っていません。「最終とりまとめ」全体も、「専門職」という用語は19回も使っている反面、「ソーシャルワーカー」という表現は一度も使っていません。実は、2019年11月18日に公開された「最終とりまとめ(素案)」は「福祉専門職」という表現を1回使っていたのですが、それも削除されました。

この点は、「地域力強化検討会」(座長・原田正樹日本福祉大学教授)の「最終とりまとめ」が「ソーシャルワークの5つの機能」を明記するなど、ソーシャルワーク、ソーシャルワーカーの役割を強調していたのと対照的です(3)。地域共生社会推進検討会の構成員19人のうち6人は地域力強化検討会の構成員でもあっただけに、この「断絶」・「後退」は気になります。

公平のために言えば、上述したように、5頁には「保健医療福祉等の専門職による対人支援」という表現が1回使われているし、私も「最終とりまとめ」で書かれている様々な「支援」をソーシャルワーカーだけでなく、ケアマネージャー、保健師・看護師等、地域医療・地域福祉の様々な専門職が担っていることはよく知っています。しかし、「福祉の政策領域における地域共生社会」づくり(3頁)、「福祉政策の新たなアプローチ」(30頁)で「福祉の対人支援」(30頁)を中心的に担う人材はソーシャルワーカーであると考えます。

ソーシャルワーカーという職種名を明記するとその配置やそのための予算確保が求められるため、市町村関係者が難色を示したのかもしれませんが、深刻な課題を抱えた人々にソーシャルワークの専門的手法・知識がない支援者が関わることには大きな危険があると思います。

なお、日本ソーシャルワーク教育学校連盟(ソ教連。会長・白澤政和国际医療福祉大学教授)は、「最終とりまとめ」公表直後の2019年12月27日に、「専門職による対人支援」・3つの機能をソーシャルワーカーが担うと解釈し、それに沿った社会福祉士や精神保健福祉士のソーシャルワーカー養成を進めるとの「声明」を公表しています(4)。このような機敏で前向きな対応は大変好ましいと思います。

#### 5. 改正社会福祉法の参議院附帯決議に「社会福祉士や精神保健福祉士の活用」が明記

(拙著『コロナ危機後の医療改革』勁草書房,2020年9月出版予定,第3章第4節の【補注】)

「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が2020年6月5日に参議院で可決成立し、2021年4月に施行されることになりました。本法は、社会福祉

法改正を中心に 11 本の法改正を一括しており、その中心は市町村における包括的な支援体制の整備を行う「重層的支援体制整備事業の創設及びその財政支援」ですが、それ以外に、社会福祉連携推進法人制度の創設や、介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務づけの経過措置の 5 年間の延長等が含まれています。

私は、本法に対する参議院の「附帯決議」（全 6 項）の第 1 項の最後に、重層的支援体制整備「事業を実施するに当たっては、社会福祉士や精神保健福祉士が活用されるよう努めること」と記載されたことに注目しました。私の知る限り、地域共生社会関係の公式文書に両国家資格が明記されたのは初めてです。これは、ソーシャルケアサービス研究協議会（代表・白澤政和氏）が与野党の国会議員に対してねばり強い陳情を行った成果と言われています。今後は、ソーシャルワーカー団体が、この附帯決議を武器にして、重層的支援体制整備事業で社会福祉士や精神保健福祉士の活用が進むよう、市町村に積極的に働きかけることが期待されます。

### おわりにー福祉・介護の研究者と実践者への期待・苦言

（2020 年 8 月 1 日 第 16 回日本福祉大学夏季大学院公開ゼミナール・講演「コロナ危機が医療・介護・福祉に与える影響と福祉・介護の研究者・実践者への期待・苦言」より）

○私の危機意識:今のままでは、[医療と異なり]介護・福祉には「弱い」追い風もほとんど吹かない

\* コロナにより介護・福祉事業所も医療施設と同様に大きな打撃を受け、職員は大奮闘しているが、新聞・テレビではほとんど報じられない。医療機関のコロナ対策でも医療ソーシャルワーカーは「縁の下の方持ち」の役割を果たしているが、その報道は皆無。

\* このままでは、社会福祉やソーシャルワーカー（not 介護福祉士）の地盤沈下が進む。

○それには 2 つの理由があると私は考える。

\* 根本的理由は、介護・福祉（労働者）に対する国民の過小評価と偏見・差別意識

（川口啓子「介護者にリスペクトを 無意識の見下し 人手不足の背景に」(聞き手・浜田陽太郎記者)「朝日新聞」6 月 3 日朝刊。より詳しくは、川口啓子「介護人材の不足ー根底に横たわるネガティブイメージ」『国民医療』No.345:4-14 頁,2020)。

○副次的には、**福祉・介護の研究者と実践者の発信不足→政策への影響力のなさ。**

\* 決定的に弱いのは、量的研究・調査とその「エビデンス」に基づく政策提言。

\* 政策に影響を与えられるのは量的研究で、**この点に限れば「質的研究」は無効。**

\* 私は、2015 年以降、日本社会福祉教育学校連盟や日本ソーシャルワーク教育学校連盟（ソ教連）の役員をして、このことを痛感・実感→コロナ危機でそれがより鮮明になった。

## 【参考文献】

### 近年の医療・福祉改革はソーシャルワーカーにとって好機か？危機か？

（拙著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,59-67頁〔第2章第2節。初出は『医療と福祉』102号：10-13頁,2017〕

## はじめに

私は2017年3月に『地域包括ケアと福祉改革』を出版し、近年の医療・福祉改革（地域医療構想・診療報酬改定、地域包括ケアと福祉改革）を包括的かつ複眼的に分析しました（1）。本節では、同書を踏まえて、それが医療ソーシャルワーカーを含めたソーシャルワーカーに与える影響を検討します。私の問いはそのものズバリ、近年の医療・福祉改革はソーシャルワーカーにとって好機か？危機か？です。

ただし、これは私の個人的問いではなく、ソーシャルワーカーの養成団体と専門職団体の役員が共通に持っているものです。例えば、2016年9月に開かれたソーシャルケアサービス従事者研究協議会（SCS）の「我が事・丸ごと地域共生社会をめぐる緊急討論集会」の「開催趣旨」にも同じ問いが書かれ、2017年3月に開かれた社会福祉専門職団体協議会（2017年4月から「日本ソーシャルワーカー連盟」に改称）の「2017年世界ソーシャルワークデー記念シンポジウム」の副題は「危機を好機に」でした。

結論を先に述べれば、私は好機と危機の両面がある、両者は裏表・背中合わせの関係にあり、未来は関係者・団体の対応でも（ある程度）変わる、変えられる、そして変えるべきと考えています。

以下、まず医療ソーシャルワーカーについて、次に医療ソーシャルワーカーを含んだソーシャルワーカー全体について検討します。

## 1 近年の医療改革・診療報酬改定が医療ソーシャルワーカーに与える影響

まず、近年の医療改革・診療報酬改定が医療ソーシャルワーカーに与える影響について考えます。好機は言うまでもなく、2006年以降の診療報酬改定で社会福祉士が位置付けられたことです。この点で特に重要なのは2016年の診療報酬改定で新設された「退院支援加算1」の算定要件に社会福祉士または退院支援看護師の配置が含まれたことです。これは、日本医療社会福祉協会が長年求めてきた、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の病棟への配置基準への第一歩とも言えます。これにより、退院支援加算1を算定する病院では**社会福祉士資格を有する医療ソーシャルワーカーの雇用が急増**し、一部の地域では病院間で奪い合いが生じています。

他面、病院、特に急性期病院の医療ソーシャルワーカーの多くは、病院経営者から在院日数短縮への貢献のみを求められ、心ならずも**「患者追い出し係」の役割**を果たしている面もあります。そのために、患者・家族との信頼関係は弱まり、ケアマネージャーや地域包括支援センターの職員等から「急性期病院の医療ソーシャルワーカーはなんの援助もしないで退院させている」等の厳しい声が寄せられているとも聞いています。しかも、今後、「地域医療構想」により急性期病床削減の圧力が強まれば、平均在院日数短縮の圧力もさらに強まると思います。

この点に関して私が強調したいことは、在院日数短縮のための「定型的な退院支援・退

院調整」は、医学知識が豊富で医師との関係も（医療ソーシャルワーカーよりは相対的に）良好な看護職－病棟看護師長や退院支援（調整）看護師－の方が優位であることです。

私はこの点を打開する道は、「医療ソーシャルワーカー業務指針」（2002年改正版）が「退院援助」と並んで、「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、社会福祉の専門的知識及び技術に基づいて行う」援助）と「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、地域の保健医療システムづくりに…参画」）をあげていることに立ち返ること、つまり「原点回帰」だと思います。田中千枝子日本福祉大学教授は『保健医療サービス論第2版』で、「ソーシャルワーカーは、退院間際にあわてて介入し『追い出し役』となるのではなく、入院の早期の時点からチームの一員として、必要な援助を『退院計画』として計画的に行うこと。そして結果として、次の『生活』への繋ぎ役としてソーシャルワーカーが患者・家族に認められることが重要である」と強調しており、私も同感です(2)。

## 2 地域包括ケアと福祉改革がソーシャルワーカーにとって好機となる理由

次に地域包括ケアと福祉改革が、医療ソーシャルワーカーを含むソーシャルワーカー全体に与える影響を述べます。私がここで一番強調したいのは、**主戦場は「地域」＝メゾレベルでの活動**であることです。

この点での好機は、最近の厚生労働省関連の文書に書かれている「福祉人材」への期待で、それはほぼそのまま医療ソーシャルワーカーへの期待にもなっています。

「地域包括ケア研究会 2015年度報告書」（2016年3月）は、今後地域包括ケアシステムを推進するためには「地域マネジメント」が必要だと提起し、専門職には「『地域』に対する貢献が今後の役割として期待される」、「社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は、これまで以上に大きくなる」とストレートに強調しています(1:26頁)。

2015年9月に厚生労働省プロジェクトチームが発表した「新福祉ビジョン」（正式名称は「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」）は、今後求める福祉人材として、①支援のマネジメント、アセスメント能力を持ち、②分野横断的な福祉サービスの知識・技術を有し、③ICTを駆使できる人材を提起しました(1:65頁。番号は二木)。私は、「新福祉ビジョン」は今後の福祉改革を考える上での第1の必読文献と考えています。

さらに厚生労働省の「地域力強化検討会中間取りまとめ」（2016年12月）は、今後求められる福祉人材として、以下の5つをあげています。「①制度横断的な知識を有し、②アセスメントの力、③支援計画の策定・評価、④関係者の連携・調整、⑤資源開発までできるような、包括的な相談支援を担える人材」(1:86頁。番号は二木)。

これらは「地域包括ケア」、「新しい地域包括支援体制」、「地域力強化」のために求められる人材像であり、今後はそれらにおいて積極的役割を果たすことが、ソーシャルワーカーを含めた専門職の評価軸の1つになると思います。私は日常的に病院と病院外の地域・福祉施設との橋渡し、連絡調整を行っている医療ソーシャルワーカーのなかには、すでにこれらの能力を有している方が少なくないと思います。

## 3 地域包括ケアと福祉改革がソーシャルワーカーにとって危機にもなる理由

ただし、私は、前日本社会福祉教育学校連盟会長・現ソ教連副会長として、「新福祉ビジョン」と「地域力強化検討会中間とりまとめ」の提起に強い危機感も持っています。なぜなら、「新福祉ビジョン」は「福祉人材」の重要性を強調しているにもかかわらず、ソーシャルワーカーには全く触れていないからです。社会福祉士には1個所で触れていますが、「福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行」っている者ではなく、これらの業務を（法的に）「**行う者として位置づけられている社会福祉士**」と、実際にこれらの業務を行っているとは明示しない、突き放した表現をしています(1:64頁)。

それと異なり「地域力強化検討会中間取りまとめ」はソーシャルワーク「機能」は重視していますが、それとソーシャルワーカー「職名」は峻別し、社会福祉士にはまったく触れていません。逆に、「ソーシャルワークの機能」重視の一文に続いて、「その際、自治体が主導して単に有資格者を『配置する』という形ではなく、また特定の福祉組織に限定するのではなく（以下略）」という、「ダメだし」の強い一文が加えられています(1:86頁)。

これらから、**ソーシャルワーク「機能」とソーシャルワーカー「職種」、社会福祉士・精神保健福祉士「資格」を峻別する厚生労働省の強い意志**を読みとれます。そのために、私は日本社会福祉士会が長年求めている社会福祉士資格の業務独占化は不可能であると判断しています。

それに対して、ソ教連（ソーシャルワーク教育団体連絡協議会。2017年4月から「日本ソーシャルワーク教育学校連盟」に改組。略称は「ソ教連」のまま）の新福祉ビジョンに関わる特別委員会（私が委員長）が2016年11月に取りまとめた「最終報告」は、「ソーシャルワーカーの『資格』（社会福祉士・精神保健福祉士等）とソーシャルワークの『機能』は区別して検討する必要がある」と率直に認めた上で、「『新福祉ビジョン』が提起した『新しい地域包括支援体制』が円滑に機能するためには、ソーシャルワーカーの資質向上だけでなく、福祉分野以外の専門職とのコーディネーションやネットワーク機能の向上も必要」と提言しています。ソ教連は、このことを前提にした上で、「ソーシャルワーク機能の「『中核』は社会福祉士・精神保健福祉士が担うべき」と考えており、それを実現するためのソーシャルアクションを行っています。このことを上述した退院支援に引き寄せると、医療ソーシャルワーカーはいわゆる「困難事例」を中心に支援すると言えます。

最近、他職種（保健師・看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士等）も、地域包括ケアに積極的に参入するようになっており、その際、部分的にソーシャルワーク機能も果たしています。保健師は、社会福祉士や精神保健福祉士と同様に「ソーシャルワークを専門としてきた」との大胆な(?)主張も聞かれます。その結果、一部の地域・領域では、ソーシャルワーカーとの「競合」が生じています。

そのため、ソーシャルワーカーやソーシャルワーカー養成校、ソーシャルワーカー専門職団体が上記文書が提起した期待に応えられない場合、他職種に競り負け、地盤沈下が急速に進む危険があります。それだけに、医療ソーシャルワーカーは病院内の業務に加えて、地域での活動に積極的に参加する必要があると思います。

#### 4 25年前の医療ソーシャルワーカーへの3つの期待

ここで、私が東京の地域病院（代々木病院）でリハビリテーション専門医として働いていた時の経験に基づいて、1992年＝25年前にまとめた医療ソーシャルワーカーへの3つの期待を紹介します【注】。それらは「①医療機関（病院）内の医療チームの明確な一員になってほしい、②地域での保健・医療・福祉のネットワーク作りの中核になってほしい、③もっと医学医療の基礎的知識を身につけてほしい」です(3)。この四半世紀の間に、第1の期待はほぼ実現したと思います。しかし、第2と第3の期待はまだ実現したとは言えません。

第2の期待についてはすでに述べたので、第3の期待について補足します。社会福祉士国家試験科目のうち、医学に関わるのは「人体の構造と機能及び疾病」、医療に関わるのは「保健医療サービス」です。私は、一般のソーシャルワーカーならこれで十分と思いますが、医療ソーシャルワーカーが医療チームの一員として働く上では、医学の知識はこれだけではまったく不十分だと思います。私は元医師のため、病院の医師・経営者とも話す機会が多いのですが、彼らが医療ソーシャルワーカーに対する不満・疑問として真っ先にあげるのがこのことです。

ただし、医学の知識を独習だけで身につけるのは困難であり、医療ソーシャルワーカーは病院内の医師・看護師向けの勉強会にも積極的に参加する必要があると思います。ただし、これはすべての病院で可能ではないので、日本医療社会福祉協会が毎年行っている「研修会」（初任者講習会）の「医療ソーシャルワーカーにとって必要な医学知識」の講義（2017年度は6科目）をさらに充実させると共に、都道府県の協会も同種の講座を開催することを期待しています。

#### おわりにー「温かい心を持ち、しかし冷静な頭脳をも兼ね備えた」ソーシャルワーカーに期待

最後に、これからの医療ソーシャルワーカー像についての私の期待を述べます。それは、「温かい心を持ち、しかし冷静な頭脳をも兼ね備えた」ソーシャルワーカーになっていただきたいということです。これは、言うまでもなく、「冷静な頭脳<と>温かい心」として知られている、イギリスの経済学者マーシャルの有名な言葉のモジリです。しかし、<と>に当たる原語は and ではなく but、"cool heads but warm hearts" です。権丈善一慶應義塾大学教授は、「普通に経済学の訓練をすれば、冷静な頭脳と温かい心情は平行して育たないため、マーシャルは意図して but を使った」と解釈し、「**冷静な頭脳を持ち、しかし温かい心をも兼ね備えた**」と訳しています(4)。

私は、ソーシャルワーカーの多くは、福祉系大学で「価値」をきわめて重視する反面、合理的思考は必ずしも強調しない教育を受けてきたため、「温かい心」は十二分に持っているが、「冷静な頭脳」をあわせ持っている方は多くなく、しかもそれを持つためには特段の努力が必要だと考えています。皆さんがこの2つの能力をシッカリ身につけ、ミクロ、メゾ、マクロの各レベルで、公平で効果的でしかも効率的なソーシャルワークを行うことを期待しています。私自身も、日本ソーシャルワーク教育学校連盟副会長として、それを側面支援することをお約束して、本稿を終わります。

### 【注】私のリハビリテーション専門医時代の医療ソーシャルワーカーとの関わり

私は、現在は医療経済・政策学を専門としていますが、元はリハビリテーション専門医でした。1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業し、東大病院リハビリテーション部で上田敏先生の指導を受けてリハビリテーション医学の研修をした後、1975年に東京の地域病院（代々木病院）の内科病棟で脳卒中患者の早期リハビリテーションを開始しました。そして、最初のリハビリテーションチームの構成員は医師、看護職およびソーシャルワーカーの3職種だけでした。当時、理学療法士、作業療法士は数がごく少なく、民間病院にとっては「高嶺の花」であり、彼らを雇用できたのは、1977年にリハビリテーション専門病棟を開設したときでした。

1976年には脳卒中リハビリテーション患者が増加したため、早期リハビリテーションの一環として、ソーシャルワーカーがリハビリテーション入院患者家族全員に対する入院当日面接（「**SWの入院当日面接**」）を始めました(5,6)。これは、日本初ではないかと自負しています。そして、医学的アプローチと社会的アプローチを同時に実施することにより、「入院期間の“社会的延長”」（社会的入院）を相当予防することができました。当時、全国の脳卒中患者の平均在院日数は約4カ月でしたが、代々木病院のそれは約40日であり、しかも8割の患者が〔直接〕自宅に退院しました(7)。

代々木病院でのこの経験を通して、私はソーシャルワーカー、特に医療ソーシャルワーカーに強い親近感を抱くようになりました。この経験は、1985年に日本福祉大学に赴任後、3・4年生対象の専門演習（ゼミ）指導で生き、ゼミ生の多くが卒業後、医療ソーシャルワーカーとして働くようになりました。私が日本福祉大学で行った「福祉教育」については別に詳しく報告したので、お読み下さい(8)。

### 文献

- (1) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房,2017。
- (2) 田中千枝子『保健医療サービス論 第2版』勁草書房,2014,133頁。
- (3) 二木立『90年代の医療と診療報酬』勁草書房,1992,「医療ソーシャルワーカー資格制度化問題の混迷」二：162-166頁。
- (4) 二木立『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房,2006,104頁。
- (5) 二木立「中規模一般病院でのリハビリテーションの運営」『病院』1977年2月号（36巻2号）：52-53頁。
- (6) 二木立「第一線病院における脳卒中リハビリテーションのあり方」『総合リハビリテーション』1977年5月号（5巻5号）：353-364頁。
- (7) 二木立・上田敏『脳卒中の早期リハビリテーション』医学書院,1987,146頁（第2版,1992,160頁）。
- (8) 二木立『福祉教育はいかにあるべきか？－演習方法と論文指導』勁草書房,2013。