

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2013 年度前期 調査・研究助成金最終報告書

平成 26 年 8 月 28 日

調査研究課題

「災害後の生活再建における在宅医療連携と
医療ソーシャルワーカーの機能」

研究申請者

井元 哲也 国家公務員共済組合連合会 新別府病院

共同研究者

今尾 顕太郎	国立病院機構 別府医療センター
徳丸 茂史	大分赤十字病院
山本 琢也	医療法人健裕会 永富脳神経外科病院
吉田 茂樹	宇佐高田医師会病院
園田 淳司	医療法人 大分記念病院
麻生 昌代	津久見市医師会立 津久見中央病院
金高 弘樹	国東市民病院
谷山 香菜恵	国立病院機構 大分医療センター
荒金 智子	医療法人社団 仁泉会 畑病院
宇都宮 朋宏	医療法人起愛会 宇佐病院

目次

はじめに	3
1章1節：大規模災害における人々への影響とは	
1) 東日本大震災が引き起こした生活への影響	5
2) 震災関連死とは	7
3) 震災が及ぼすところへの影響	7
1章2節：医療ソーシャルワーカーの機能と災害	
1) ソーシャルワークとは	10
2) ソーシャルワーク実践の対象	10
3) ソーシャルワークの機能	11
4) 医療ソーシャルワーカーとは	13
1章3節：インタビュー分析方法	
1) インタビューの目的	15
2) インタビューの概要	15
3) インタビュー対象者	16
4) 分析方法	16
2章1節：分析結果	
カテゴリー分類	18
1) 災害ソーシャルワーク実践のカテゴリー	19
2) 実践による内的影響のカテゴリー	24
3) 災害ソーシャルワークの課題のカテゴリー	25
4) 各項目の関係と全体像	29
2章2節：災害時に発揮された在宅医療連携における医療ソーシャルワークの機能	
1) 医療ソーシャルワーカーが評価した被災地の社会的問題 (現実的場面と専門的評価)	31
2) 有効に発揮された医療ソーシャルワークの機能(場面と行動と機能)	32
結果と考察	33

「災害後の生活再建における在宅医療連携と医療ソーシャルワーカーの機能」

はじめに

日本は、その特徴的な立地から、地震・津波・台風・洪水など様々な自然災害が発生する国である。そして、ひとたび災害が発生すると、人々の暮らしは様々な影響を受け、心身共に重大な危機にさらされる。阪神淡路大震災以降、その実体験から、多くの専門職が各々の特性を生かし人々の生活再建支援に取り組むことが求められるようになった。

2011年に発生した東日本大震災では、各地のソーシャルワーカーが様々な形態で被災地に入り、被災者支援を展開した。日本社会福祉士会や日本医療社会福祉協会は行政との協力体制を整え、現地に本部を設置するなどして恒常的な支援を実施した。また、被災地内のソーシャルワーカーにおいても所属機関内にて専門性を発揮した取り組みが展開された。

それにもかかわらず、震災後に開催された社会福祉関連領域学会やシンポジウムにおいて「被災地においてソーシャルワーカーの姿が見えない」といった意見が聞かれた。

その要因は様々考えられるが、端的に言えば、医療専門職のように“救命する”や保健分野のように“防疫や衛生”といった明快な使命が見えにくかったことにある。ソーシャルワーカーはその特性から、具体的で明快なミッションに基づいた実践展開をする他の職種と比べ、専門性が認識されづらかったと考えられる。

しかし、東日本大震災に限らず、これまでの災害においてもソーシャルワーカーは自分たちの専門性に沿って活動をしてきたはずである。にもかかわらず、姿が見えないという評価については、災害時のソーシャルワークを検証し、理論化・体系化することが十分でなかったことに問題があるのではないだろうか。

一般に医療機関のソーシャルワーカーは、通常業務の中で、様々な疾病により不安に駆られる患者やその家族に対し、ラポール形成・アセスメント・支援計画立案・支援実施・モニタリングのような専門的な手順を、独自の理念に沿って実施することで、クライアントの日常を取り戻せるよう、問題を乗り越えられるよう支援する。

同じように、災害により日常の生活を失った被災者に対しては、少しでも被災前の日常生活に近づけ、直面した問題を乗り越えられるように支援することであり、その意味では通常業務中で立てる目標と同じである。

しかし、災害という特別な状況の中で、支援者である医療ソーシャルワーカー自身も被災者である場合や、災害の規模が大きければその対応する数の多さ、支援内容の優先順位などは異なってくる可能性がある。

これらを鑑みると、医療ソーシャルワーカーは専門職として、その特性を生かした支援の在り方を検討し、理論化・体系化を行うという手段で来るべき災害に備えることが必要である。

マーガレット・ジベルマンは、災害はクライアントを危機的状況に追い込み、財政的・情緒的・身体的にも破壊的であるという。そして、ソーシャルワーカーの機能と役割が、

クライアント支援のためのアセスメント、支持、カウンセリングの役割を担いつつ、組織化、動員化、情報交換を行い、支援共有とサービスの重複の回避のための、計画立案とスーパービジョンの実施であったことと集約し、危機介入チームは情緒的サポートと具体的な援助をもたらすと総括している。

三浦修は、災害時要援護者、特に難病在宅患者の支援に視点を置き、①連携を促進するためのコーディネーターとしての役割、②多職種協働体制構築するためのネットワークづくりの役割、③アウトリーチによる潜在化された支援ニーズ把握のための調査を促進する役割、④多職種と難病患者・家族との協働による支援計画づくりを促進する役割の4つの役割を見出し、平常時の機能として「組織機能・連携機能」「ケースマネージャー機能」の重要性を述べている。

大島隆代は、新潟中越地震の際に、現地で支援者として活動した専門職や住民へのインタビューを分析し、災害時のソーシャルワークにおける課題を①日常的な支援の一部としての危機管理的な備え、②外部支援との関係、③福祉的課題を持つ被災者への対応、④災害後の支援者の業務マネジメントの4つとしている。

いずれの論者も、災害前の対策構築及び被災後数日以降のニーズ調査やネットワークングにおいてソーシャルワーク機能が発揮されると述べている。

Sheafor(1991)は、ソーシャルワーカーの基本的機能を①サービス・資源媒介者、②社会的適応的技能、③カウンセラー、④ケースマネージャー、⑤スタッフ開発、⑥サービス管理者等と分析している。

本研究では、前述したような平時に展開されているソーシャルワークの機能(Sheafor, 1991)が、災害時の有効性について、実践者へのインタビュー調査から分析を行い、医療ソーシャルワーカーが災害時の地域医療に寄与し得る可能性を探ることとする。

1 章 1 節：大規模災害における人々への影響とは

医療ソーシャルワーカーが災害時に担う役割は、その特性から、災害の影響を受けた身体的・心理的側面という医療的（≠医学）視座から介入し生活の安定化へと発展させることである。そして、そのためには、災害による影響が人々および人々の生活にどのように及ぼされるのかを理解しておく必要がある。東日本大震災を例に挙げると、①地震・津波などの災害の直接的影響、②避難所の劣悪な環境や原発など二次的な災害による影響、さらに、③避難生活による体調の悪化、災害関連死などの長期的な影響があるといわれている。

1) 東日本大震災が引き起こした生活への影響

まずは、大災害の影響について確認する。

平成 23 年 3 月 11 日に発生し、未曾有の大災害となった東日本大震災は、警察庁による統計によると、この災害では戦後初めて、死者数が 1 万人を超える自然災害となった。

① 人的被害及び建物被害

東北地方太平洋沖地震及び津波により、東北地方を中心に大きな人的被害及び建物被害が引き起こされ、その規模は、死者 15,854 人、行方不明者 3,089 人、全壊家屋 129,431 戸（※1）（平成 24 年 3 月 28 日現在）に上った。また、地震及び津波による甚大な被害や事故由来放射性物質の影響等により、避難者等の数は、全国で 344,345 人（平成 24 年 3 月 22 日現在）（※2）に上っている（図 1）。

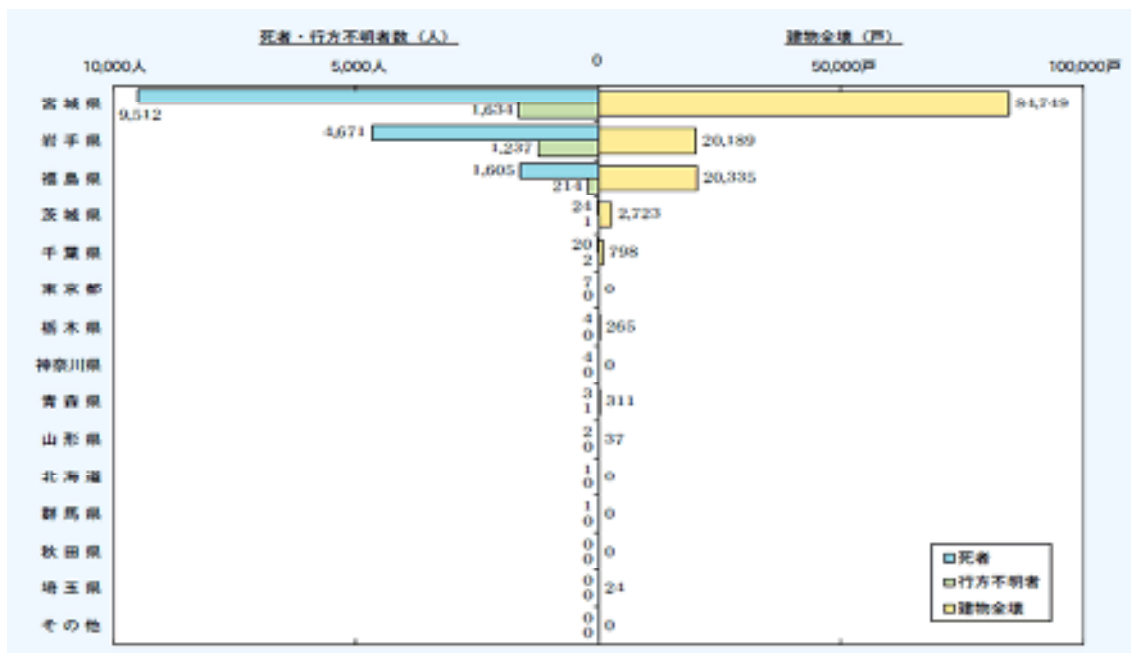
そのうち避難指示が出されている福島県では、福島県内への避難者数約 9.8 万人、福島県外への避難者数約 6.3 万人の合計約 16.1 万人に上っている（※3）。

② ライフラインの被害

ライフラインも壊滅的な影響を受けた。地震による変電所の倒壊等により、地震発生直後、東北電力管内で約 466 万戸、東京電力管内で約 405 万戸が停電した。東京電力では、東電福島原発事故による電力供給力の減少に伴う緊急措置として、平成 23 年 3 月 14 日より、東京電力管内の 1 都 8 県で計画停電を行った。その結果、首都圏の鉄道の大半の路線の運休又は運行本数の削減、工場等の操業停止や短縮など、国民生活や産業活動に大きな影響を及ぼした。

その後、国民や産業界の節電への協力により、東京電力は、4 月 8 日に、計画停電を「実施が原則」から「不実施が原則」とする旨を、発表した。しかし、その後も、「夏期の電力需給対策について」（平成 23 年 5 月 13 日電力需給緊急対策本部）に基づき、東京電力及び東北電力管内全域での電力需要を 15%抑制する等、国民・産業界が一丸となり節電に取り組むこととなった。

図1. 東日本大震災の人的被害及び建物被害（平成24年3月28日現在）



資料：警察庁ウェブサイトのデータを基に文部科学省作成

ガスは、16事業者約46万戸で供給停止となった。また上水道では、余震による被害も含めて19都道府県で累計約230万戸が断水し、下水道では140市町村等の下水管66,208kmのうち、1,140kmが被害を受けた。

情報通信インフラの被害も、広範囲にわたり、通信ビル内の設備の倒壊・水没・流失、地下ケーブルや管路等の断裂・損壊、電柱の倒壊、架空ケーブルの損壊、携帯電話基地局の倒壊・流失などの被害を受け、アクセス回線では約190万回線が、携帯電話・PHS基地局では、約2万9千局が機能停止した。

また、震災時に、安否確認等のために、利用者からの発信が急増したため、輻輳（ふくそう）状態（※4）が発生し、固定電話で最大80～90%、携帯電話で最大70～95%の規制が実施され、音声通信が困難な事態となった。このほか、防災行政無線（※5）は、被災3県（岩手県、宮城県、福島県）の太平洋沿岸の37市町村のうち、35市町村で整備されていたが、装置の倒壊・破損等により11市町村で不通となった（※6）。

② 交通インフラの被害

交通網への影響も大きく、道路では、最大で高速道路15路線、直轄国道69区間、都道府県等管理国道102区間、県道等540区間が被災により通行止めとなった。鉄道では、例えば、東北新幹線、JR東日本の在来線では、電化柱、架線、軌道、駅舎、変電設備等について、それぞれ約1,200か所、約4,400か所で被害を受け、6路線の新幹線をはじめ42社177路線の運行が停止した。また、首都圏全域の鉄道・地下鉄各線も地震直後から運行を停止した。空港については、仙台、花巻、福島、茨城の4空港で被害を受け、このうち、仙台空港は、津波による滑走路等への瓦礫の漂着等のため、しばらく運用停止となった。

港湾については、青森県八戸市から茨城県に至る国際拠点港湾及び重要港湾の14港において、各港湾の防波堤、岸壁、荷役機械等が多くの被害を受け、港湾機能が一時停止した。

2) 震災関連死とは

復興庁によると、東日本大震災における震災関連死（災害関連死）とは、「東日本大震災による負傷の悪化等により亡くなられた方で、災害弔慰金の支給等に関する法律に基づき、当該災害弔慰金の支給対象となった方」と定義されている。

これは、建物の倒壊や火災、津波など地震による直接的な被害ではなく、その後の避難生活での体調悪化や過労など間接的な原因で死亡し、市町村等が定める基準により災害弔慰金の支給が決定した者（まだ支給されていない者も含む）を指している。

同庁の統計によると、この震災関連死に認定されたのは震災から約1年後の平成24年3月31日の時点で1,632名。その後も増加し、2年後の平成25年3月31日では2,688名、3年が経つ平成26年3月11日では3,048名（H25.3.11, 大分合同新聞, 朝刊）と、数多くの命が“震災関連死”という形で失われていることがわかる。

しかし、震災関連死については、あくまでも“申請”があり、それが認められて成立するものであること、この制度を知らず、申請をしていない方が少なからず存在することから、実際の震災関連死者数はこれ以上になると言われている。

また、その死因を復興庁が行った調査で見ると、60歳以上の方が9割以上を占め、（表1）長期間の避難生活による身体・精神的負担による死亡が全体の5割を超えている。（表2）このことから、長期間の避難生活が、身体・精神に与える影響が、甚大であると考えられることができる。

表1 死亡時年齢区分別

	0~9歳	10歳~	20歳~	30歳~	40歳~	50歳~	60歳~	70歳~	80歳~	90歳~	100歳~	不明	合計
岩手県及び宮城県	1			3	8	20	53	102	239	96	7		529
福島県			2	2	7	13	59	136	310	188	16	1	734
合計	1	0	2	5	15	33	112	238	549	284	23	1	1263

表2 原因区分別（複数選択）

	病院の機能停止による初期治療の遅れ	病院の機能停止（転院を含む）による既往症の増悪	交通事情等による初期治療の遅れ	避難所等への移動中の肉体的疲労	避難所等における生活の肉体的・精神的疲労	地震・津波のストレスによる肉体的・精神的負担	原発事故のストレスによる肉体的・精神的負担	救助・救護活動等の激務	多量の塵灰の吸引	その他	不明	合計
宮城県及び岩手県	39	97	13	21	205	112	1	1		110	65	664
福島県	51	186	4	380	433	38	33			105	56	1286
合計	90	283	17	401	638	150	34	1	0	215	121	1950

「復興庁 東日本大震災における震災関連死に関する報告 H24.8.21」より

3) 震災が及ぼすところへの影響

人は、ストレスが多くかかる状況が続くと、心身に大きな影響を受けるものである。東

日本大震災においては、慣れない避難生活・プライバシーが保たれない状況が長く続き、高齢者を中心に、死に直結するような重大なストレス性障害が発生している。それらの心への影響は、時間的経過に伴った変化を以下のように呈す。

①災害時の心理的状態のステージ

災害が起きた時、人の心は大きく揺れ動く。東京都福祉保健局が発行している『災害時の「心のケア」の手引き』では、この心理的な変化を i 茫然自失期、ii ハネムーン期、iii 幻滅期、iv 再建期の4つの段階に大別している。

i. 茫然自失期

災害直後、大きなショックにより恐怖体験のため無感覚・感情の欠如といった茫然自失状態となったり、人によっては、怒りや悲しみのあまり無謀な行動に出たりする者もいる。個人差はあるものの、この時期が3日～1週間程続き、次のハネムーン期を迎える。

ii. ハネムーン期

茫然自失期以降、落ち着きを取り戻した被災者同士が強い連帯感で結ばれる。この状態の時は、被災地全体が暖かいムードに包まれ、災害後数ヶ月続く。

iii. 幻滅期

災害直後の混乱がおさまり始め、復旧に入る時期。被災者の忍耐が限界に達し、援助の遅れや、行政の対応等への不満が出始める。自身の生活の再建と個人的な問題の解決に追われ、これまでの暖かい雰囲気はなくなりトラブルが増える時期。

iv. 再建期

復興が進み、生活のめどがたち始める時期。地域づくりに積極的に参加する人が増える反面、復興から取り残された人や、精神的な支えを無くした人にとっては辛い時期が続く。

以上4つのステージに分かれるが、特に、幻滅期以降に後述するストレス性の精神症状が増えるとされている。特に過度のストレスがかかる場合、ASDやPTSDが発症することがある。

②急性ストレス反応 (ASD)

震災によりあまりにも大きいショックを受けると、多くの人は出来事を受け止めようと思っても受け入れられず、現実を否定する。特に、東日本大震災のような大規模災害における茫然自失期では、親しい人の行方が分からないことや、マグニチュード9.0という日本観測史上最大の揺れの経験、頻発する余震などにより、数多くの人が急性ストレス障害 (ASD) の状態であったとされる。

この急性ストレス障害とは、生命の危機に匹敵する心的外傷 (トラウマ) を経験した後、不安、過敏、緊張、落ち着きのなさ、イライラ、集中力の低下などの精神症状や、動悸、呼吸困難、めまい、首や肩のこり、震え、不眠などの身体症状が現れる一過性の障害のことを言い、概ね、一カ月前後で改善するといわれている。このASDの最大の特徴は、

解離症状が現れることで、生死に関わるようなトラウマ（心的外傷）体験直後から、「心的外傷後のストレス症状」に加えて、自分が自分でないような感覚をいだく解離症状が生じるというものである。この症状がある人は後述するPTSD発症の可能性が高いとされている。心的外傷後ストレス障害（PTSD）と似た症状があるが、急性ストレス障害（ASD）は一過性であり、正しい知識を持ち、セルフケアをすることにより、症状の重症化を抑えることが出来る。

③心的外傷後ストレス障害（PTSD）

外傷的出来事にさらされたことによる精神的な後遺症のことで、突然の不幸な出来事によって、命の安全が脅かされたり、大けがをしたり、恐怖感や無力感を感じるなど、強い精神的衝撃を受けることが原因とされている。また、自分自身が直接の被害者とならなくても、悲惨な光景を目撃したり、家族が被害を受けるなどでも強い精神的ショックを受けることがある。ASDとも似た症状が一カ月以上続く場合が多く、特徴的な症状として再体験症状（つらい思い出を思い出す、夢に見る、フラッシュバックを起こす等）、過覚醒症状（常に緊張しており、物音に敏感になる。不眠等の症状）、回避・まひ症状（再体験と並行して起こり、同じことが起こることを避け、行動範囲が狭くなる、閉じこもるようになる）が上げられる。

④疑似被災という問題

震災後、被災地以外の地域にもかかわらず、イライラした感情を抑えきれず、人間関係が保てなくなる、注意力が散漫になり、仕事でのミスが増える、漠然とした不安感があり、自宅から出ることが出来なくなるといった体調不良を訴える人が増加した。

東日本大震災では、テレビやインターネットの動画サイト等で、我々の想像をはるかに超える強烈で生々しい映像が数多く放送されている。これを被災地以外の人が見た時に、同情・共感することは至極当然の反応だが、中には、直接被災者が感じたであろう家族や大切な人を救えなかったという自責の念や悲しみを、まるで自分のことのように追体験してしまう場合がある。また、東日本大震災の特徴である“原発事故”による放射能といった目に見えない恐怖に怯え、ASD、PTSDといった症状が出る人が、首都圏を中心に増加している。

※1 警察庁調べ ※2 復興庁調べ ※3 福島県発表「平成23年東北地方太平洋沖地震による被害状況即報（第523報）」及び福島県発表「応急仮設住宅・借上げ住宅・公営住宅の進捗状況（東日本大震災）」（平成24年2月23日18時現在）より作成。なお、親類宅等への避難した自主避難者は含まれない。※4 電話やインターネットなどの回線において、通信量の大幅な増加によりつながりにくくなる状態 ※5 都道府県と市町村、防災関係機関等との間を結ぶ通信網で、防災情報の収集・伝達を行うネットワーク ※6 消防庁が、被災3県の太平洋沿岸市町村のうち、防災行政無線が整備されていた35市町村に、東日本大震災における市町村防災無線の利用状況を調査し、東電福島原発事故関係で回答できなかった8市町村を除く27市町村からの回答結果

1章2節：医療ソーシャルワーカーの機能と災害

1) ソーシャルワークとは

人は、社会生活を営む中で様々な危機的場面に遭遇する。傷病や障害を負う、職を失う、生活に困窮する、配偶者からの暴力に遭う、学校でいじめに遭う、家族と絶縁状態になる、法を犯す、大切な人を亡くすなど、危機的場面に挙げればきりが無い。また、それらの危機的な状況は、時として同時・多発に発生し、相互が複雑に絡み合い、更には新たな問題へと発展していく。人々は、そのような状況下で、不安や無力感、孤独感、喪失感、焦燥感などに抑圧され、“尊さ”や“自己の力”を見失うことがある。しかし、人々はいかなる状況下にあったとしても、その命や存在、意思の尊さは変わらず、潜在している力があり、それらは普遍的でなければならない。

IFSW（国際ソーシャルワーク連盟）が2000年の総会で採択した「ソーシャルワークの定義」の中で、ソーシャルワークは、①人道主義と民主主義の理想から生まれ育ってきたこと、②その職業上の価値は、すべての人間が平等であること、価値ある存在であること、そして、尊厳を有していることを認めて、これを尊重することに基盤をおいていること、③人間のニーズを充足し、人間の潜在能力を開発することに焦点をおいてきたこと、④人権と社会正義は、ソーシャルワークの活動に対する動機づけと正当化する根拠であること、⑤不利益を被っている人々との連帯による貧困の軽減を目指し、傷つきやすく抑圧されている人々を解放して社会的包含（ソーシャルインクルージョン）の促進を目指すことであるとしている。

また、「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」（IFSW；2000.7.）と専門職としての価値を定義している。つまり、ソーシャルワークとは、人々が社会生活を営む上で直面する問題の解決や緩和を図るため、価値に基づき専門的知識・技術を駆使し、専門職としての根拠を元に人々を支援していく手段や営みの体系であり、そのソーシャルワークの担い手となるのが、ソーシャルワーカーであるとされている。

2) ソーシャルワーク実践の対象

ソーシャルワーク実践の対象は、大きく3つの領域に分類できる。①対クライアント、対家族や小集団などといったマイクロレベル、②集団やコミュニティなどのメゾレベル、③社会全体を対象としたマクロレベルの3つである。そして、ソーシャルワークの実践の場は、この視点から様々な分野へと枝分かれしていく。例えば、病院や保健所といった医療の分野では、人々の傷病にまつわる問題の解決・緩和を図り、司法の分野では、過ちを犯

した人々の更生・保護を行い、再出発を、または被害に遭った人々の心理社会的な回復を支援する。県や市等といった行政の分野では、行政の視点で社会や地域で引き起こっている問題の把握や解決に励み、何らかの障がいのある者に対しては、社会的な営みへの参加の機会を保障する。親からの虐待を受けた児童には、児童だけでなく親にも支援の目を向け、社会的に不利益を被りやすい母子には、その権利を擁護し、配偶者からの暴力で尊さを失った人々には尊厳の回復を支援する。他にも、災害、難民、貧困、学校、国際問題など、その地域や国の社会背景や出来事によってソーシャルワークの実践の場は異なるものとなる。

3) ソーシャルワークの機能

Sheafor は、ソーシャルワークの役割や機能を主に9つに分類している。本研究では、ソーシャルワークの役割・機能についてはこの分類を採用することとした。

・ソーシャルワーカーの役割と機能 (Sheafor, B. W. et. al. 1991)

① サービス・資源媒介者

目的：クライアントを適切なサービスや資源に繋ぐこと。

機能： i. クライアントの状況アセスメント ii. 資源アセスメント iii. 情報提供
iv. 送致・照会 v. クライアントの権利譲渡

② 社会的適応的技能の教師

目的：クライアントが技能（スキル）をもって困難な生活状況に陥るのを防ぐために、あるいはクライアントの社会的機能（社会生活の営み）を高めるように備えること。（生活困難を回避する能力、社会生活を営む能力と技術を育てていくこと）

機能： i. 生活技能の教育指導 ii. 行動変化の促進 iii. 初期予防

③ カウンセラー/クリニシャン

目的：クライアントが問題となる社会的状況に関連した自らの態度や感情、対処行動に対する洞察、あるいは個人としての成長を望んでいる事柄に対する洞察をすることによって、クライアント自身が自らの社会的機能（社会生活を営む仕方）を変えるよう助けること。

機能： i. 心理社会的アセスメント・診断 ii. 進行中のケアの安定化
iii. 社会的支援（社会的処遇） iv. 実践のリサーチ

④ ケースマネージャー（ケアマネージャー）

目的：援助の進行過程を通して、サービス利用のコーディネートをしながら、そしてクライアントが必要なサービスを確実に受け取れるようにしながら、適切なサービ

スをクライアントに結びつけて個人や家族にサービスの継続を計ること。

機能： i. ケースアセスメント（ケアアセスメント） ii. サービス/処遇計画
iii. 必要なサービスとの連携 iv. サービス提供の監視
v. クライアントの権利擁護としてのケース管理

⑤自己の業務管理者

目的：クライアントに最も効果的にサービスを提供し、雇用組織に責任を負うためにワーカー自らの業務を管理すること。

機能： i. サービスプランニング ii. 時間管理 iii. 質的保障の監視
iv. 情報過程の管理

⑥スタッフ開発

目的：訓練、上司等によるスーパービジョン、外部の専門家によるコンサルテーション、職員管理を通して、援助機関・団体のスタッフの専門職性の発達を促すこと。

機能： i. 職員のオリエンテーションと訓練 ii. 職員管理 iii. スーパービジョン
iv. コンサルテーション

⑦管理者

目的：ヒューマン・サービス組織における政策（方針）、サービス、プログラムを計画し、発展させ、実行すること。

機能： i. 全体マネジメント ii. 内外のコーディネーション iii. 政策とプログラム開発
iv. プログラム教育

⑧社会変革者

目的：クライアントの権利擁護機能を果たすために、生活の質が高められ得るコミュニティの問題と領域を把握し、新しい資源を変化させたり発達を促すことにつながる可能性のあるグループを動かすこと。

機能： i. 社会問題または政策分析 ii. コミュニティの関心を触発・可動
iii. 階級養護（階層養護） iv. 社会資源開発

⑨専門職者

目的：自らの専門職としての能力を活かし（適応させ）倫理的にソーシャルワーク実践に従事し、ソーシャルワークの専門職業としての発達に貢献すること。

機能： i. 自己評価 ii. ソーシャルワークの専門職の向上
iii. ワーカー個人/ワーカーの専門職性の開発

ソーシャルワーカーは、実践の場や対象等によって、これらの機能を使い分ける。例えば、心理的な支援の必要性が高いクライアントには、特にカウンセラーとしての機能が発揮され、社会資源を必要とするクライアントには、社会資源のアセスメントや媒介者としての機能が発揮されるといったように、様々な機能を使い分けながら実践を展開していく。

4) 医療ソーシャルワーカーとは

ソーシャルワーカーは、ソーシャルワーク実践を行う領域によって異なる名称を名乗る場合がある。学校などの教育現場ではスクール・ソーシャルワーカー、社会福祉協議会等に所属し地域内で実践を行う際にはコミュニティ・ソーシャルワーカー、精神保健福祉領域では、サイケアトリック・ソーシャルワーカーである。そして、当研究において、災害時、在宅医療におけるその機能の明確化・課題化を図ろうとしているのが、医療機関においてソーシャルワーク実践を展開する医療ソーシャルワーカーである。

医療ソーシャルワーカーは、主に病院や診療所に所属し、入院・外来患者やその家族等、または地域住民を対象にソーシャルワークを展開する。これまで営んできた社会生活を、クライアントやその家族等が再び自らの元へ取り戻すための支援を行う。例えば、スクール・ソーシャルワーカーが、教育や児童の心身の発達等の知識を備えて実践をしているように、医療ソーシャルワーカーは、社会福祉制度や公的施策等のみならず、一医療者として医療的知識を備え、医療モデルと生活モデルの両方から、人々の生活再建の実現や、延いては予防的視点で支える専門職である。

『医療ソーシャルワーカー業務指針』（厚生労働省：2002年）においては、医療ソーシャルワーカーのその業務内容を、入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に解決、調整に必要な援助を行うとしている。

具体的には、

①療養中の心理的・社会的問題の解決・調整援助：

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、解決、調整に必要な援助を行う。

②退院援助：

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、解決、調整に必要な援助を行う。

③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き援助を行う。

④受診・受療援助：

入院、入院外を問わず、患者やその家族等に対する受診、受療の援助を行う。

⑤経済的問題の解決・調整援助：

入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険等関係諸制度を活用できるように援助する。

⑥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、地域の保健医療福祉システムづくりに参画する。

としている。

これらの支援は、各々が単独に展開されるのではなく、例えば職場復帰という社会復帰も見据えた経済的支援といったように、医療ソーシャルワーカーはクライアントの抱えるニーズに対して、総合的に援助を行う。これは、他の領域で実践を展開するソーシャルワーカーにおいても共通している。そして、業務指針に“入院・入院外と問わず”と明記されているように、医療ソーシャルワーカーは所属組織内のみでなく、地域住民にも向けて、実践を展開していく。

また、医療ソーシャルワーカーが行う支援の延長線上には、地域連携が存在する。ここでいう地域連携とは、医療機関同士の連携、医療機関と福祉機関・行政機関、地域住民等との連携といったように、医療機関とある所定の機関との間のみで完結するものではなく、医療機関、福祉機関、行政機関、地域住民等が一体となって、クライアントやその家族等が必要な制度やサービスの挟間に陥ることのないように、地域全体で作りに上げていくものであるという認識である。

在宅医療連携とは、クライアントやその家族等の生活再建を実現するための地域連携という一つの形を作り上げるための手段であり社会資源である。医療ソーシャルワーカーは、人々が生活再建を実現するために、所属機関内のみならず、地域における在宅医療の確保・整備に向けて、アプローチしていくのである。

1章3節：インタビュー分析

1) インタビューの目的

本研究は、東日本大震災の被災地支援を行った医療ソーシャルワーカー及び被災地市内の医療ソーシャルワーカーにインタビューを行うことにより、災害時の医療ソーシャルワークの有用性を明らかにすることを目的とした。また文献等で明らかにされている災害ソーシャルワークとインタビューで得た語りから、災害によって人々の暮らしに発生する危機を取り除くための専門的実践、在宅医療に寄与する役割と機能を抽出し、災害時に発揮されうる医療ソーシャルワーカーの機能を明らかにすることを旨とする。

2) インタビューの概要

インタビューの対象者は、東日本大震災の被災地内で勤務しているか、被災地支援を行った医療ソーシャルワーカーとした。被災地外の医療ソーシャルワーカー10名と被災地内の医療ソーシャルワーカー5名には研究班員で作成した「事前調査票」を平成25年11月～12月の間に郵送にて送付し、調査を行った。調査項目は、「所属機関」、「氏名」、「性別」、「年齢」、「所有資格」、「経験年数」、「被災地活動の対象」、「被災地活動の時期」、「事例や活動の概要」を用意し、回答してもらった。返送後は、その調査内容を元にインタビュー内容を研究班員にて作成した。

インタビュー調査はその構造化の程度によって、構造化インタビュー、非構造化インタビュー、半構造化インタビューに区分される。この区分は構成する質問のワーディングや発問の順序をどの程度厳格なものにするか、被調査者と相互作用する際にインタビューである調査者がどの程度関与するか、応答の柔軟性をどれほど許容するか等に寄るものである。

上記三つの手法から、今回は半構造化インタビューを採用した。同手法は「質問項目をあらかじめおおよそ決めてはいるものの、話題の展開にあわせてあらたな質問をつけ加えたり、発問の順序にこだわることなく質問し、「回答のしかたも個々の回答者にまかされている」ため、インタビュー進行に柔軟性を持たせることが可能となる。その上、「どの被調査者にも同じ内容の質問を投げかけているため、必然的に回答もある程度構造化されたもの」になり、「あとのデータ分析が行いやすくなる側面もある」とされている。また、ウヴェ・フリックは「半構造化インタビューという方法の長所は、インタビュー・ガイドを一貫して用いることで、データの比較可能性が高まり、そこに含まれる質問項目によってデータの構造化の度合いが増すことにある。特定の事柄に関する具体的な証言がデータ収集の目的の場合には、この半構造化インタビューがより効率のよい方法」と示している。

今回のインタビューの目的は、災害時の医療ソーシャルワークの有用性を明らかにすることにある。統一された三つの質問項目—①普段の職務内容とソーシャルワークに関する価値観、②被災地活動前の使命感、③被災地活動後の価値観の変化—を用意し、これらを軸にしたインタビューを実施する。

これにより、目的に合わせた必要なデータを確実に収集し、また被調査者の自由な発話から興味深い内容を追究していく事もできる。そして、後段階のデータ分析へとスムーズに繋いでいく事が可能になると考えた。

インタビューについては、研究班員2~3名がインタビュアーとなり、インタビュー対象者1名に対しインタビューを行う形をとった。インタビューの内容は、事前に許可をもらいICレコーダーや携帯電話等の録音機にて録音を行った。インタビューの日時と場所については、平成25年12月~平成26年7月までの間でインタビュー対象者の希望により設定した。インタビューの時間は1時間程度とし、インタビューの進め方としては、インタビューの概要を伝え、インタビュアーからの3つの質問に沿って自由な発言を促した。

3) インタビュー対象者

被災地支援を行った被災地外の医療ソーシャルワーカー10名、被災地市内の医療ソーシャルワーカー5名の計15名を対象とした。被災地支援を行った支援者の属性としては、日本医療社会福祉協会の活動、所属する医療機関の活動の一環として参加した者、DMATでの活動等それぞれであった。

4) 分析方法

インタビュー内容を研究班員で文字起こしを行い、キーワードを抽出しデータ化し、KJ法にて分類した。KJ法とは、異質のデータ・情報を統合することによって、新しい発想とアイデアを生む方法論であり、KJ法の手順と概略については以下の通りである。

まずは、定性的データを集めるため、フィールドワーク、記録類から抜粋、討論等手段を用いてデータ収集を行う。

この定性的データを下に、①ラベルづくり、②グループ編成、③A型図解化、④B型叙述化の4ステップを順次踏んで完了する。

- ① ラベルづくり：なんらかのテーマに沿って、素材となるデータが、KJラベルに記される。
- ② グループ編成：このステップの中には、次の3小ステップが含まれている。
 - i. ラベル拵げ：データ化したラベルを、たてよこに並べる作業である
 - ii. ラベル集め：すべてのラベルを読み通す。全部を繰り返し読み、互いに似ているラベル同士を重ねる。この作業をこれ以上は集まらないというところまで行う。
 - iii. 表札づくり：ラベル集めで出来上がったセットごとに、その集まったゆえんの内容を別のラベルに要約する。

こうしてすべてのセットに表札をつけ終わったら、これで1段目のグループ編成が終わったことになる。同様に、表札を使って、再度グループ編成の作業を行う。これを繰り返し、最終的に10程度の表札となるまで行ったところで、グループ編成は終了する。

③ A型図解化

図解化のための紙を拡げ、その紙上でグループ編成の最終段階で得た紙束のラベルを空間配置する。空間配置というのは、この数束の表札の訴える内容がどういう空間的配置をとれば、意味の上で最も判りよい相互関係の配置図をなすか、それを探って空間的に配置する作業である。貼り付けを終えたら、グループ編成で集まった1セットずつの元ラベルを、島のように線で囲む。次に島と島の間に関連づけの工夫を書き込む。そして図解がひとつおわり完成した後に、シンボルマークを図解上に書き込み、A型図解化は完了する。

④ B型叙述化

図解化して判ったことを、さらにストーリーとしてみる。これが叙述化である。その叙述化には2通りの方法がある。ひとつは文章化であり、もうひとつは口頭発表である。以上がKJ法の手順と概略である。

2章1節：分析結果（カテゴリー分類）

対象者へのインタビューでは、具体的な実践の語りを聞くことができた。どれも、被災地で実際に目の当たりにしたこと、被災地で現実的に体感したこと、そして、被災地で考えたことや今でも考え続けていることであり、他者からの伝言ではない事実の語りであった。

被災地に身を置く医療ソーシャルワーカーは、様々な実践を通し、被災者の生活の再建に力を尽くしていた。ここでは、その現実的なソーシャルワーク実践の語りから発揮された機能を抽出した。その結果、「価値」「アセスメント」「面接技術」「プランニング」「連携」「記録」「情報管理」「ジレンマ」「自己覚知」「資質」「災害の理解」「支援者支援」「避難所での役割」「ソーシャルアクション」の14項目が成立し、さらにその14の項目をそれぞれの関連性や関係性を勘案し、3つのカテゴリーとソーシャルワーク実践の根幹をなす専門的“価値”に配置することができた。

以下、それぞれの項目についての特徴をより具体的な語り等を交えながら述べ、最後にそれぞれの相関関係について説明する。なお、本稿では、インタビューの発言は修正せず、そのままの表現で引用することとする。

①『価値』の特徴

本項目では、被災地で活動した医療ソーシャルワーカーの活動原理となる、専門的価値を認識しているキーワードが抽出された。ソーシャルワークの価値で最も類型化されたものは、NASW（全米ソーシャルワーカー協会）の倫理綱領に現れているが、それらに照らしてみると以下のように分類された。

「一番の価値っていうのが人間の尊厳の尊重」「相手を尊重するっていう価値的な部分が一番、バックボーンとして自分のなかにある」などは、NASW 倫理綱領の“価値観：人の尊厳と価値”に該当する。この価値における倫理原則は、「ソーシャルワーカーは人の固有の尊厳と価値を尊重する」とされ、『ソーシャルワーカーは、それぞれの人に対して、個人的な差異や文化的民族的多様性に留意して、優しく尊敬の念をもって接する。クライアントの変革への能力を高め、自身のニーズを申し出る機会を増やさせようと努める』と説明されている。インタビューにおいても、被災者と一括りに人々を見るのではなく、災害そのものの影響が個人に多種多様な影響を及ぼしており、その影響と状況に応じた視点を重要視していることが見て取れる。

また、「その人だけではなくて、その環境に置かれたのを見る」や「人と環境との相互作用に介入する」などの語りは、“価値観：人間関係の重要性”を表している。ここにおける倫理原則は『ソーシャルワーカーは人間関係の枢要性を認識する』とされ、『ソーシャルワーカーは、人々同士の関係が変革への重要な道具であることを理解する。また、個人、家族、社会の団体、組織、地域社会の幸福を増進し、回復し、維持し、高めようとする目的をもった努力のなかで、人々同士の関係を強化しようと努める』と述べられ

ている。

ソーシャルワークは、援助者であるソーシャルワーカーをもクライアントを取り巻く環境として捉えるエコロジカルパースペクティブを導入している。そのため、クライアントと環境との間の相互作用、交互作用に注目し、そこに介入することで環境を好ましい形に変容する実践を行う。ソーシャルワーカーの優れた機能として、環境のアセスメントが挙げられるが、その行動原理としての価値がこの部分に相当する。

このように、ソーシャルワーカーらの言葉からは、日常の援助自体がこれらの価値に基づいて展開されているものであり、それは、災害時においても変わらないものであることが認識されているということがわかる。

この項目から、発揮されたソーシャルワークの専門的機能として Sheafor の役割と機能に基づいて分析すると、“専門職者”機能に該当すると考えられる。

1) 災害ソーシャルワークの実践カテゴリー

①『アセスメント』の特徴

本項目では、他の項目と比べても、語りが多く、キーワードも多くが抽出された。

ソーシャルワークにおけるアセスメントとは、援助目標の設定、援助計画の立案、援助方針決定の基礎となるものとされている。段階としては、①情報収集、②情報の整理と分析、③目標、計画、援助への方向付けの過程からなり、クライアントの「問題」について詳細に把握し、適切な援助の方法を模索するものである。

ソーシャルワーカーは、問題を抱えているシステムの規模に応じて援助対象の範囲を変容させる。一般的には3つの範囲があり、マイクロ・メゾ・マクロの各レベルと設定されている。クライアント個人に介入すべき問題であれば、マイクロレベルの実践を計画し展開する。対象が家族や小集団のようなクライアントシステムとなれば、メゾレベルの実践を。さらに、より大きな地域等を対象とするようであれば、マクロレベルの目標を定め、計画を立案し実践を展開するということになる。

さて、本項目で抽出された特徴は、この3つのレベルに応じた多角的視点によるアセスメントがなされているということである。

まずマイクロレベルでは、「介護量が多い人で（中略）脳梗塞後遺症で左半身マヒ」、「ストレスからくる症状が多かった」「若い兄ちゃんが歩いていたけど、表情が暗かった」「本人はどういう生活をしたいのか」「何もサービスつかってないのかどうかも分からない」など、対象者の身体状況から、今後の意向、利用サービスの状況などより個別的な視点で情報を収集し、分析している。

次に、メゾレベルでは「頼りになる民生委員や自治委員というのがその仮設の中にはない」「新しい就職先もみつからんで、引きこもりっちゅうケースも結構ある」「娘さんがどこの何のサービスにつながっているか誰も知らない」「すべての人たちにその説明が十分いきわたっていない」など、家族内の相互理解の低下や仮設住宅内の関係性の脆弱性、避

難生活による地域住民の状況などを把握していることがわかる。

そして、マクロレベルでは「(各地域の) 医療は大丈夫か?」「もともと医療過疎地であった」「(精神的治療が必要な人が) 増えているのに、精神科とか心療内科は被災で減って」「ぎりぎりで行っている人たちは多いし、かなり貧困層におちている」「行政職員と災害弱者との力関係」「地域によって災害ソーシャルワークも変えないといけない」のように、特に地域の医療資源を中心に、地域住民の経済的問題や災害弱者としての影響など、地域社会の状況の情報を収集し分析していた。また、地域状況によって実践方法を変容させるべきという興味深い視点もあった。

このようにソーシャルワーカーは、最小単位の個人レベル（ミクロ）から地域社会に広がる（マクロ）レベルまでの状況を把握すべく情報を収集し、分析をかけて、援助目標及び計画を立てるためのアセスメントを行っているといえる。

②『面接技術』の特徴

本項目では、ソーシャルワーク実践における具体的手段や技法等に関するキーワードが多く抽出された。アセスメントをはじめとし、プランニング、実行、モニタリング、ケース管理、そして、社会に対するアクションに関するキーワードが抽出された。そして、それらのキーワードを特徴や傾向を分析した結果、①面接技術、②技術論、③心理的サポート、④専門的に聴ける、の4つのカテゴリーに分類することができた。

『面接技術』では、「うまいこと話ができるように引き出してみたりってのはありました」や「根本これかなっていうところを踏まえながら話をして」、「心のトリアージはその人に入って話をしていけないといけない」などのキーワードが抽出され、対象者の思いや言葉の重要性を意識し、それを引き出す技術について語られている。ここから、ソーシャルワーカーの機能に当てはめていくと、“サービス・資源媒介者”としての“アセスメント機能”や“カウンセリング機能”が特にみられた。

『技術論』では、「いろんな問題が沈んで、やっぱそこをアウトリーチしながら拾う」、「患者さんのところに自分たちが行くっていうところは自分の中で経験していない」など、傾向としてはアウトリーチというスタンスを基本とし、アクションを起こしていく、また、クライアントに対する具体的な方法論に関する言葉が多く抽出された。ここでのソーシャルワーカーの機能としては、ニーズを拾い上げる“アセスメント機能”、クライアントに対する“教育的機能”が挙げられる。

『心理的サポート』では、「喪失ケア」、「気持ちに寄り添って」、「とにかく誰も一人にしない」などといったように、対クライアントに対するサポートのみならず、地域全体で、社会全体で心理的サポートを行うことの重要性を感じていることが表在化していた。ソーシャルワーカーは、心理的サポートを行うクライアントのみをみるのではなく、そのクライアントを取り巻く環境や関係にも着目する。ここでは、特に、ソーシャルワーカーとしての、心理社会的な“カウンセリング機能”がみられた。

『専門的に聴ける』では、「声なき声を拾う立場」、「本当に言いたいことってなんだろうなって」、「話を聞いて、分析しながら、どういう風にこの方に支援とかしていったらいいのかなって」などの言葉が抽出された。表面化された、言語化された言葉のみで、そのクライアントを理解するのではなく、非言語的部分も拾い上げながら、その人の背景も踏まえながら、面接において、アセスメントとプランニングも同時に行なっていくという特徴がみられた。ここでは、特に、“アセスメント機能”や“カウンセリング機能”に加えて、ケース全体のプランニングや管理も含めた“マネジメント機能”がみられた。

このように、ソーシャルワーカーは、被災地における面接場面において、ただ聴くのではなく、カウンセリングやアセスメント、プランニングも行いながら、その場でクライアントの変容を促すアプローチも行なっていくことが分かる。面接は、対クライアントの場面ではあるが、ソーシャルワーク実践全体のプロセスを踏まえた具体的手段であるといえる。

③『プランニング』の特徴

ここでいうプランニングとは、具体的な事例の計画ではなく、ミクロ～メゾ～マクロレベルでの援助計画という立場にたつての発言が抽出されていた。また、災害地において、「生活再建」を援助目標に立て、災害を受けた被災者自身の本来の力・潜在的な力をどう引き出していくか、クライアントの自己決定力をどう高めるかというソーシャルワークならではのエンパワーメントの視点が特徴的であった。

「家族支援」「個別の長期的な視点」の中に含まれる発言の中には、ソーシャルワーカーはクライアントと同じ方向を見据える「伴走者」という立場から、生活者の視点に立つことで確認した問題に対し、今この場で、必要なものは何かというアセスメントに則したプランニングをしていることが伺えた。さらに、援助計画の中には、その地域性の視点も組み込まれており、「人」と「環境」の相互・交互作用を扱うソーシャルワーカーらしさが見て取れた。

これらは、病院の医療ソーシャルワーカーの視点というよりは、災害地に飛び出した、病院で働く「ソーシャルワーカー」ならではの先を見据えたソーシャルワークプランニングといえよう。災害地でも、在宅療養でも、クライアントがどんな地域で、どう暮らしていき、どんな家族に囲まれて生活していくかを見ていくのは、病院の医療ソーシャルワーカーの枠を飛び出した、より本質的な「ソーシャルワーカー」の視点であると考えられる。

④『連携』の特徴

本項目では、被災地活動を行った医療ソーシャルワーカーが行った活動の中から、他機関や他職種、地域住民との連携や、環境調整、社会資源の活用といったものについてのキーワードが抽出されており、①連携 ②後方支援 ③調整 ④社会資源の活用 ⑤他職種理解の5つの小項目があげられた。医療ソーシャルワーカーは、日常の業務においても、

その役割の一つとして、この連携機能を発揮しながら業務を行っている。ソーシャルワーカーの役割と機能に照らし合わせると以下のように説明できる。

「ケアマネージャーさんたちと連絡とりながら工夫して」「ヘルパーが充分機能しているよ””という情報提供をすとか、担当の方と連絡を結構取り合って」などは、『サービス・資源媒介者』の中にある「資源アセスメント」や「情報提供」の機能に該当する。この項目では、クライアントを適切なサービスや資源につなぐことを目的としており、インタビューから抽出されたキーワードを見ても、“災害”という非日常の中でも、医療ソーシャルワーカーはただ“繋ぐ”“協力する”のではなく、社会資源のアセスメントを行いながら、専門職としての役割、機能を発揮しながら業務を行っていることが分かる。

また「毎日血圧測定してくれて（中略）その薬を（中略）それを誰がしてくれるんかなーと思って」「この人たちをどう健康をね、管理していくのか」「今後の継続、ソーシャルワークの支援として継続できるように了解を取って、次の人たちにバトンタッチをした」というキーワードは『ケースマネージャー』の中にある“ケースマネジメント”や“サービス提供の監視”機能に該当する。これは、援助の進行過程を通して、サービス利用のコーディネートをしなが、そしてクライアントが必要なサービスを確実に受け取るようにしながら、適切なサービスをクライアントに結びつけて個人や家族にサービスの継続をはかることを目的としている。

災害時においては、提供する社会資源、サービスの継続が困難になる場合が多くあるが、そのような状況においても、現地活動をしたワーカーの言葉の中には、いかにしてクライアントへの支援、マネジメントを継続していくのかという言葉が多く見られた。このことから、ソーシャルワーカーは災害時、現地活動をする中においても、上記機能を発揮していたと考えることができる。

このように大項目『連携』の中に、“サービス・資源媒介者”“ケースマネージャー”機能が該当すると考えることができる。その他『連携』の特徴として、大項目『アセスメント』『情報管理』『記録』と、機能を共有している部分があることが挙げられた。

⑤『記録』の特徴

本項目で抽出された語りである、「引き継ぎ全部作った」「繋ぐ申し送りをした。絶対切れないように」「色んな人が来るけん、型にはめとかないと」に共通するのは、記録は他者ありきの行為という事である。記録を行うのは個である。しかし、それを活用するのは個だけではない。「色んな人」がその記録を見て、それまでの経過を知り、今後の活動における判断材料とするのである。

特に被災地活動においては、一つのケースに対して介入可能な期間は限定されてしまう事が多い。個人のみで完結する支援は無いに等しい。そのため、繋いでいくための記録、情報共有のための記録はソーシャルワークにおいて欠かせない資源であると言える。上記のキーワードから、ソーシャルワークの実践において、他の専門職等との連携や協働とい

った機能を果たすには、こうした記録に基づいた支援が有効であると考えられる。

また、これらの記録を可能とするのはアセスメントに寄るものである。クライアント本人、そしてその置かれた環境についてのアセスメントはソーシャルワーカーの機能の一つでもある。アセスメントが十分に行われていなければ、記録された情報も有用性を持たない。反対に、十分なアセスメントを行なっても、記録、引き継ぎ、申し送りによる情報共有が為されていなければ、アセスメントの機能を活かしきれない事になるだろう。

上記のように「記録」の役割を分析すると、“アセスメント”や“連携”といった様々な機能を仲介するものとして捉える事ができる。ここで発揮されたソーシャルワークの専門的機能としては、“自己の業務管理者”機能（クライアントに最も効果的にサービスを提供し、雇用組織に責任を負うためにワーカー自らの業務を管理する）、“ケースマネージャー”機能（援助の進行過程を通して、サービス利用のコーディネートをしなが、そしてクライアントが必要なサービスを確実に受け取るようにしながら、適切なサービスをクライアントに結びつけて個人や家族にサービスの継続をはかる）、“サービス・資源媒介者”機能（クライアントを適切なサービスや資源につなぐこと）に該当すると考えられる。情報の管理を行い支援に役立てる事は、クライアントをスムーズに社会資源に結び付ける事につながり、同時にクライアントの権利擁護にもつながっていく。

⑥『情報管理』の特徴

本項目では、災害ソーシャルワーク実践として、他の大項目の記録や連携と類似、関連したキーワードが抽出された。石巻赤十字病院や行政などが取り扱った情報は、膨大な情報量であり、それらを適切に情報管理することが、全体マネジメントをする上でも重要な役割である。

情報管理の小項目①情報収集「スライド（資料）貰ったりとか、色々情報をもらって一応行く」「地域の福祉避難所はどこなのか、とか、そういう社会資源をまず知る」「情報集めてましたね」「車で内陸の方の病院に行って受け入れができるかどうか確認してみよう」、②情報提供「私たちも正確な情報を提供できたのでそういうトラブルを未然に防げたっていう意味合いではすごく大きいところ」、③情報管理「やっぱり後々になってもそういった情報っていうのが非常に重要だったんだろうな」「家族関係なしに患者さんだけぼんぼんやって来られたら、例えば何ヵ月後、4ヶ月後5ヶ月後に、うちの家族がいなくてとかそういうトラブルがきっとあったんだと思いますし」「患者さんの情報を求めて家族さんがバツバツ押し寄せる状態だったのでその対応を私たち安否情報室はしていた」、④アンケート調査「アンケート調査とかもやったり」「どんな情報があつたら受け入れやすいかというアンケート調査をして」といったキーワードが抽出された。

小項目の内容を、ソーシャルワーカーの役割と機能に当てはめてみると、“サービス・資源媒介者”の“資源アセスメント・情報提供”、“ケースマネージャー”の“クライアントの権利擁護としてのケース管理”、“自己の業務管理者”の“時間管理・情報過程の管理”、

“管理者”の“全体マネジメント・内外のコーディネーション”、“社会変革者”の“社会問題”または“政策分析・社会資源開発”に該当する。

情報管理は、災害時の個人情報保護にも留意する必要がある。内閣府の災害時要援護者の避難支援ガイドライン平成18年3月改訂によると、個人情報保護法は、個人情報を有効に活用しながら必要な保護を図ることを目的としており、個人情報の有用性を理解し、国民一人ひとりの利益となる活用方策について積極的に取り組んでいくことが重要となっている。そのような観点から、内閣府の国民生活審議会・個人情報保護部会・部会長代理でもある藤原静雄筑波大学大学院教授は、福祉目的で入手した個人情報を本人の同意を得ずに避難支援のために利用することや、避難支援に直接携わる民生委員や自主防災組織等に提供することについて、要援護者との関係では、基本的に「明らかに本人の利益になるとき」である旨示されている。同時に、提供される側の守秘義務の仕組みを構築しておくべきである旨も示されている。市町村は、このような趣旨を踏まえた上で、要援護者情報の避難支援のための目的外利用・第三者提供に関し、積極的に取り組むことが望まれている。

以上のことを踏まえ、情報管理は情報伝達の肝であり、実際に東日本大震災では、ソーシャルワーカーがクライアントの利益の追求という価値に則して行った情報管理が、妥当であり有効であったことが認められる。

2) 実践による内的影響のカテゴリー

①『ジレンマ』の特徴

本項目は、『葛藤』『不全感』という中項目から構成された。

『葛藤』では「自己決定できない人の尊厳はどうやって守られるのか」「ソーシャルワーカーとしてやれてないって思ったのが強い」「災害・喪失等に対してソーシャルワークは発展してきている歴史がある中で、なぜソーシャルワーカーに声がかからないのか」「何もできないソーシャルワーカーなのか、何も分かってもらえないから声をかけてくれないのかってというのが一番自分の疑問だった」と、個々の支援の内容の中での葛藤だけでなく、ソーシャルワーカーの役割についての葛藤が述べられた。

『不全感』では「自分たちのできることで限られている部分はある」「自信なく、なにもできない」と述べられた。災害時ソーシャルワークの有効性が示されているにも関わらず、活動後は達成感や満足感は少なく、不全感が残っている。

災害時支援では支援期間が長期になることや、災害により社会資源が不足していること。また、被災地外からの短期間の支援では、一人のソーシャルワーカーのみの支援期間中には援助が終結しない事例が多く、不全感を抱きやすい要因であると考えられる。

ヒューマンサービス組織での実践はソーシャルワーカーにとっても、ストレスを招く。そのような中でも、専門職者として自己評価をする機能を持ち合わせている。ソーシャルワーカーは実践を振り返り、分析し、吟味し、自分自身を真摯に見直し、自己覚知をする

ことで成長につなげている。ソーシャルワーカーの自己評価する機能は災害時ソーシャルワークにおいても有用であると言える。

ただし、一個人の自己評価のみではなく、災害時ソーシャルワークについての教育や、スーパービジョン、コンサルテーション、支援者のメンタルケアを含めた支援等、専門職団体としてお互いに支えあう仕組みづくりが必要と言える。

②『自己覚知』の特徴

本項目では、「自己覚知」という大きなカテゴリーが形成された。

災害現場で活動したそれぞれのソーシャルワーカーの語りの中に「気づかされた」「気づいた」というキーワードが頻繁に出てきていた。それは、災害の第一線で活動し、日常業務では決して経験できないような経験を通して、これまで気づけなかった自分を再発見(自己覚知)したということである。

そして、その語りの中で「連携室にソーシャルワーカーがいて右から左に流れてうまく流れて行ったりするでしょ。それで達成したって思ったり。(中略)それが専門性だとか言ってるね。今考えると恥ずかしいわ」と日頃の自分の業務を振り返り、これまでの考え方は間違っていたと思ったり、逆に日頃の業務を振り返った結果「自分がやっていたことは間違っていなかった」と思ったりと、自らの活動を点検し、省みて次につなげようとしていた。

また、「いかに今まで急性期の病院のワーカーとして人を捌く、コントロールしてきたのかなって実感しました」「今まで自分がうまく傾聴していなかったと実感しました」というように、「実感した」というキーワードが多く語られていたのは、特殊な環境での実体験を通して、それを振り返り、反省することで自己覚知につなげていることがわかる。

さらに、真の「幸せ」とは何かというところまで踏み込み、「人生観が変わった」というような深い部分での発見にまでつながっている。

以上のように、「振り返り」「自己覚知」「人生観の変化」という小さなカテゴリーが形成され、「自己覚知」という大きなカテゴリーとなった。

活動したソーシャルワーカーには、災害現場で活動したことが、改めてソーシャルワークの専門性について考え直させるきっかけとなっている。

ここからソーシャルワークの機能として当てはめると、“専門職者機能”に当てはまる。

また、自分の実践を振り返って改善する“質的保障の監視”という機能から“自己の業務管理者”機能にも当てはまると言える。

3) 災害ソーシャルワークの課題のカテゴリー

①『資質』の特徴

本項目においても、他の項目と比べて語りが多く、キーワードも多く抽出され、『資質』という今項目を形成する上で、6つの小項目『資質』『理念』『交渉力』『適材適所』『使命

感』『突破力』というカテゴリーが形成された。

それぞれ6つの小項目は「医療必要度の問題点が何となく把握できる」＝『資質』、「ソーシャルワークをしっかりとっているか。これができていないと被災地に行っても何の役にも立たない。」＝『理念』、「この人入れる方が、うまいこと回る感じがしますよ、みたいの」＝『交渉力』、「ソーシャルワーカーの力を借りて協同してやった方が絶対効率がいい」＝『適材適所』、「やること多分、いっぱいあると思うんですよね専門職として」＝『使命感』、以上のようなことが語られた。

これらからは、実際に災害という状況（環境）において、被災地活動を行ったソーシャルワーカーらが、普段のソーシャルワーク業務とかけ離れた状況においても、ソーシャルワーカーの必要性を感じた一面が見て取れる。では実際に何故このように感じる事ができたのか、これはソーシャルワーカーは災害により変容した社会を環境の変化と捉えることができ、社会の変化に対して生じた問題へ働きかける役割を普段の実践、経験から、医療ソーシャルワーカー倫理綱領に述べられている『人々をあらゆる差別、貧困、抑圧、暴力、環境破壊などから守り、包含的な社会を目指すように努める』＝ソーシャルインクルージョン、『社会に見られる不正義と改善と利用者の問題解決のために、利用者や他の専門職等と連携し、効果的に社会に働きかける』＝社会への働きかけ、を發揮することが身についているからである。

よって、ソーシャルワークは災害時においても本質的な価値や理念に基づいて実践を展開することが認められるものであり、この6つの小項目はソーシャルワーカーとして必要不可欠な『資質』とまとめることができる。

そしてこの項目を發揮されたソーシャルワークの専門的機能として分析すると、“社会変革者”機能、“スタッフ開発”機能、“専門職者”機能に該当すると考えられる。

②『災害の理解』の特徴

本項目では、様々な限界を有する被災地の現状について、また災害に関する知識についてのキーワードが抽出された。

「限界」や「制限」という言葉からも分かるように、被災地の環境は普段の活動現場とは大きく異なる。「社会資源が無い」、「完全に情報が無くなって」、「時間的な制限があつたりする」、「選択肢が無い」、「コミュニティなんて崩れてる」など、被災地での活動を通して資源の崩壊や物理的な限界を認識する場面に必ず直面する。「普段どおりの体制っていうのはもちろんとれなかった」の語りからも、災害という特異的な場面での支援に困難を抱く様子が容易に見て取れる。

現地活動を行うにあたっては、そのような災害という状況について理解していることが望ましい。「SWの中でも災害という事をわかってないといけないと思う」、「処置くらいは出来るくらいな知識は、無いよりはあつた方がいいかもしれない」の言葉からも、事前の知識の重要性を認識していることが確認できる。それは、被災地での活動を進めてい

くためでもあるが、同時に、活動を行う自分自身のためでもある。様々な限界や制限がある環境下では、「自分ひとりが行ってすべてを出来る」わけでは無い。そのような状況に直面した時、その事実を悲観的に捉えてしまう可能性は大きい。それは不全感や葛藤へと繋がり、支援者自身に精神的な苦痛を生じさせてしまう。災害の現場において出来ること、そして出来ないことを理解する。このような災害の知識は、現地活動おける基盤であることを認識することが重要だと述べている。

上記からは、クライアントの状況アセスメント、資源アセスメントといった機能を持つ“サービス・資源媒介者”としての役割が見られる。また、資源の限られた被災地においては、“社会変革者”として社会資源開発や社会問題の分析といった機能も大いに活用されている。そして、現地活動を行うにあたっては、“専門職者”として知識・能力向上に努め、スタッフ開発の仕組みを整備するという事前の準備が必要不可欠であることが読み取れる。

③『支援者支援』の特徴

今回災害現場で活動したソーシャルワーカーの語りの中で、「セルフケア」「同職種の仲間」がキーワードとして挙げられた。

『セルフケア』においては「もうちょっと経ったらいろいろ考えて気づくことがあるかもしれない」「できなかった部分は次に生かそうっていう転換の仕方」「災害の現場で100%を求めることは難しい。自分でやったことでまずは一段落」など、前向きに考えることで自分自身をケアする方法、「最初にレクチャーを受けること」「自分自身のケアの方法は知っといた方がいいと思う」というような教育的な視点からのもの、また、「スタッフたちが自分の気持ちを言えたりだとか、休んだりだとかできる場所を作ろうということでリフレッシュルームを作った」など、ハード面からセルフケアができる場を作るといったものがあった。

これらは総じて、災害現場という過酷な環境で活動する場合は、活動前、活動中、活動後のすべての過程で支援者たるソーシャルワーカーにもケアが欠かせないという特徴があるということであり、それらを認識していることである。

『同職種の仲間』というキーワードについては、「同職種の仲間がいたことでお互いを理解しあえることができ、ストレスの軽減が図れた」という場合がほとんどだったが、逆に業務内容がわかっているだけに期待が大きすぎたこと、支援者自身が疲弊していてフォローも受けられず、同職種同士の摩擦につながったケースもあり、それは災害という極度の緊張した環境での特徴であると言える。

支援者が安定していないと被災者援助もおろそかになる。支援者支援は、ひいては被災者への間接的な援助につながるということがわかる。

本項目では、災害という特殊な環境なのかで活動するソーシャルワーカーが、支援者でありながら、支援を必要としているクライアントでもあるという視点から「支援者支援」

が大きな項目として形成された。

これまで「スーパービジョン」はソーシャルワーカーの間でも行われてきたが、今回の災害を機に、これまであまり注目されてこなかったソーシャルワーカーの「ピアスーパービジョン」がいかに重要かが焦点化された。

以上より、これらをソーシャルワークの専門的機能として分析すると、支援者自身をクライアントと捉え、“カウンセラー／クリニシャン”機能にあたると考えられる。

また、“職員管理やスーパービジョン”の役割もあり、“スタッフ開発”機能にも当てはまる。さらに、ソーシャルワーカーの実践は家族評価をし、生活を見てクライアントの伴走者となりうる独自性を持つ。そこで、傷病に焦点化して技術を提供することが前提とされる医師や看護師とは異なった、生活全体を見る“管理者”としての機能にも当てはまる。

④『避難所での役割』の特徴

本項目では、避難所内におけるソーシャルワーカーの役割に関するキーワードが抽出された。抽出されたキーワードを分析した結果、避難所の立ち上げからソーシャルワーカーの視点を組み込み、そして、避難所におけるソーシャルワーカーの役割や専門性の確立等といった傾向がみられた。

具体的な言葉としては、「避難所を立ち上げる時の人員の中にね、社会福祉士って入ってるのが一番良い」や「福祉トリアージが俺たちにはできる」、「お互い言いたいことが合致しないんですよ。そこを調整する必要がある」、「支援のプロなんだよっていうところを、認識から広めていかないといけない」などといった言葉が抽出された。ここから、ソーシャルワーカーの機能に当てはめていくと、特に、“アセスメント機能”や“全体のマネジメント・コーディネート”機能、問題を分析し周囲を巻き込みながら体制を整えていくことを特徴とした“社会資源開発”の機能が挙げられる。ソーシャルワーカーは、これらを行う過程の中で、役割や専門性の確立やアピールを行ない、また、これらの活動が結果的に役割や専門性を確立・アピールすることに発展していくのではないかと考える。

災害・避難所という危機的であり非日常的な状況において、人々が忘れがちであったり、二の次にしてしまったりする“生活”を、避難所にいても、人々が確保できるようソーシャルワーカーは、避難所づくりの段階から関与していくことが必要なのではないのだろうか。

⑤『ソーシャルアクション』の特徴

ソーシャルアクションとは間接援助技術の一つであり、個人を対象にする直接援助技術とは別に、組織や地域社会に働きかけ、制度や政策等の構造や機能上の改善を目指す活動のことをいう。

本項目は、『教育』『システム作り』『組織』『発表』『専門性のアピール』という中項目か

ら構成される。具体的には、「災害時ソーシャルワークの教育」「平常時からの連携のシステム・制度作り」「災害時のソーシャルワーカー派遣のシステム作り」「支援者個人のメンタルケアを含めた教育やスーパービジョン」「専門性の向上のための教育制度」「県等の他機関との連携」等である。その対象は個人レベルから組織レベルまで多岐にわたり、さらに、組織を超えたコーディネートの必要が述べられている。また、システムを作り、どのように運用するかも言及されており、このことはソーシャルアクションのみならず、ソーシャルアドミニストレーション（社会福祉運営管理）も含んでいると言える。

『ソーシャルワーカーの役割と機能』で照らし合わせたところの“スタッフ開発”（i. 職員のオリエンテーションと訓練、ii. 職員管理、iii. スーパービジョン、iv. コンサルテーション）、“管理者”（ii. 内外のコーディネーション、iii. 政策とプログラム開発、iv. プログラム教育）、“社会変革者”（i. 社会問題または政策の分析、iv. 社会資源開発）、“専門職者”（i. 自己評価②ワーカー個人／ワーカーの専門職性の開発、iii. ソーシャルワーク専門職の向上）が該当する。

医療ソーシャルワーカー倫理綱領においても、「専門性の向上」「教育・訓練・管理における責務」「調査・研究」は専門職の倫理責任として謳われており、個々人で研鑽することに加え、専門職団体としての教育や互いに支えあう機能、さらには調査や研究機能が述べられている。

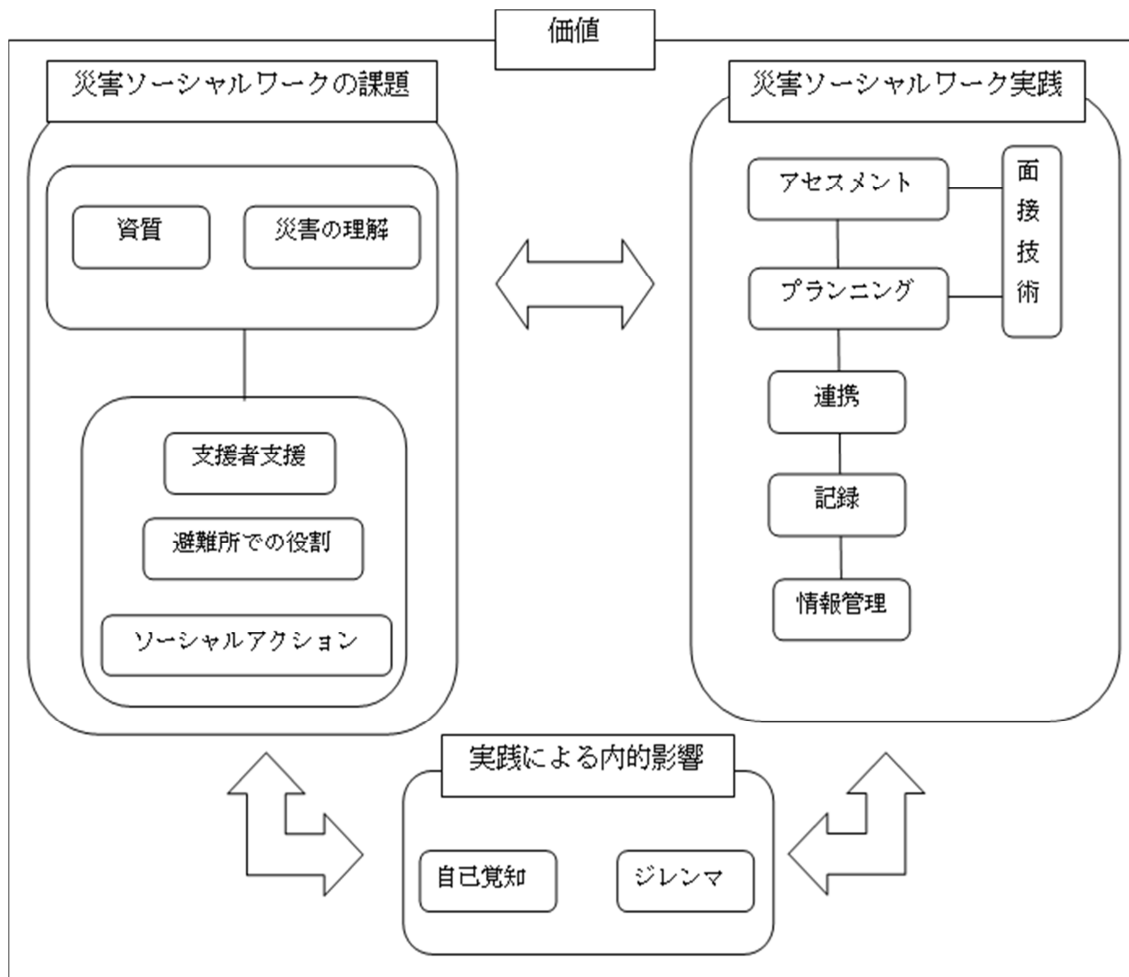
『専門性のアピール』という小項目では「今回のように論文等にしてそれぞれの役割を考えて行きたい」、「ソーシャルワークがどれだけ大事かってことを訴えていかななくてはいけない」と語られている。田尾雅夫はヒューマンサービスの組織の特徴として①非貯蔵性②無形成③一過性④不可逆性⑤認識の困難を挙げている。とりわけ、ソーシャルワークサービスは評価しにくく、他職種から理解されにくいものとなっているため、災害時にもソーシャルワーク機能が発揮されていることを認識し、社会に啓発しなければならないと被災地で活動したソーシャルワーカーは考えていることがわかる。

4) 各項目の関係と全体像

これらの各項目の特徴の関係性を検証した結果、3つのカテゴリーとそれに内包される項目が以下の図のように示されるような関係にあることが見て取れた。

災害時におけるソーシャルワークは、1章で述べてきたような、医療分野であってもそうではない分野のソーシャルワーカーであっても通底する、ゆるがない価値を基盤としている。実践の中身としては、アセスメント・プランニングに並行して面接を行い、関係機関・職種と連携していく。そして、その過程や結果を記録として残し、実践における情報を管理していくという過程を経る。次に、実践を行なっていく中で、基盤となっている価値を振り返るなどし、実践と価値の照合を図った際に発生するのが、内的影響としての自己覚知やジレンマである。そして、その内的影響としての自己覚知やジレンマから、災害ソーシャルワークの課題がみえてくる。ソーシャルワーカーとしての資

質向上や災害への理解を深める必要性、そして、それを基盤とした支援者支援や避難所での役割の確立である。更に、それらは、ソーシャルアクションとして社会へ発信される必要がある。課題は、その解決のために、何らかの形として実践に移されるのである。



価値を基盤とした、災害ソーシャルワーク実践、実践による内的影響、災害ソーシャルワークの課題の3つの領域は、図にもあるように相互に行き来し、循環を繰り返す。そして、それらの領域内に所属するもの同士も、循環しながら発展していく。インタビュー分析において抽出されたカテゴリーは、どれも単独に存在しているのではなく、相互が影響し合い作用し合っているということが分かる。災害ソーシャルワークは、価値を基盤とし、実践や内的整理、課題の解決を図る措置を積み重ねていくものであると考える。

2章2節：災害時に発揮された在宅医療連携における医療ソーシャルワークの機能

1) 医療ソーシャルワーカーが評価した被災地の社会的問題（現実的場面と専門的評価）

ここではインタビュー内容を中心に、被災地活動において医療ソーシャルワーカーがどのような場面に注目し、それをどのように社会的問題と評価したか、そしてその根拠とした価値は何であったかを見ていきたい。

今回、被災地で活動した医療ソーシャルワーカーのインタビューから分析した結果、①社会資源の崩壊、②重層的な喪失、③支援者へのサポート体制の不備、という大きく三つのカテゴリーに分けることができた。

①社会資源の崩壊

災害時には様々な社会資源の崩壊が見られる。具体的には、インフラの崩壊、マンパワーの不足、情報の不足などである。医療ソーシャルワーカーの視点では、それらによって支えられていた、インフォーマルな相互扶助やコミュニティの崩壊にも注目している点が特徴的である。

②重層的な喪失

医療ソーシャルワーカーは①のような可視的な喪失のみならず、精神心理的な喪失、役割の喪失、人によって支えられてきた資源の喪失、人と人・人と社会との関係性の喪失等にも注目している。

例えば、避難所の閉鎖に伴う急激な環境変化に被災者が対応できていない場面では、避難所という資源を失うことだけではなく、そこから発生する人と環境との相互作用の変容をも一つの問題としてとらえていることが分かる。

③支援者へのサポート体制の不備

被災地支援においては、同時期に多職種が関わったり、短期間のうちに支援者が交代したりといった特徴があった。その中で、クライアントを支援する支援者の力量不足を感じた場面や、支援者自身が不全感を抱いた場面、また、支援活動を行う医療ソーシャルワーカーらが疲弊化している場面を確認することができた。

これらの問題を解決するにあたっては、個人の自己覚知やスキルアップに頼るばかりでなく、災害時ソーシャルワークの教育体制とフォローアップ体制を整えることが専門職団体の課題であると言える。

上記のように社会的問題を捉えたその根拠を確認するため、以下に国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）のソーシャルワークの定義を示す。

「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人

びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である」

このように、ソーシャルワーカーは人間の尊厳を尊重しその人々の伴走者となる存在である。支援介入においては、対象となるクライアント自身を見つめるだけでなく、クライアントが置かれた環境、そしてその間の関係性にも着目している。これらの価値に基づき多角的視点から社会的問題をとらえ、その問題を解決するためにソーシャルワーク機能が発揮されるのである。

2) 有効に発揮された医療ソーシャルワークの機能（場面と行動と機能）

在宅医療連携に発揮された機能として、1章で述べた Sheafor のソーシャルワーカーの役割と機能の視点をもとに、インタビュー内容から9つのサンプルを抽出し、実践内容、場面、行動、機能という項目に沿って、図表のような整理を行った。

	実践内容	場面	行動	機能
1	連携	地域移行に向けた在宅支援者と連携する場面	社会資源の利用把握 情報収集	資源アセスメント 情報提供機能
2	アセスメント	精神症状が疑われるクライアントとの面接および合意形成	アウトリーチによる評価 及び支援者への引き継ぎ	カウンセラー クリニシャン 社会的適応的技能の教師 サービス・資源媒介者
3	アセスメント→連携・プランニング	介入困難 ケースの支援	専門的アプローチによる介入 アセスメント 連携 社会資源へつなぐ	専門職者 サービス・資源媒介者 カウンセラー・クリニシャン ケースマネジャー
4	連携・情報管理	連携における情報提供	関係者に必要な情報の調査を行い、一定の様式を作成	ケースマネジャー 自己の業務管理 管理者 社会変革者
5	連携	地域支援者と情報共有の場面設定	より積極的に情報共有と流通を図る	管理者 社会変革者
6	アセスメント	社会資源の機能評価	社会資源自体の働きや社会資源間関係の確認	サービス 資源媒介者 マネジメント 評価
7	連携	精神障害のあるクライアントの避難所からの退所支援	クライアントの適切なアセスメント及び主治医との密な連携	サービス 資源媒介者 カウンセリング・クリニシャン機能 ケースマネジャー機能

8	アセスメント	社会資源の制度及びインフォーマルサポートである現状の確認の場面設定	クライアント及び家族情報の共有及び援助の継続化	サービス 資源媒介者 カウンセリング・クリニシアン機能
9	アセスメント →連携	社会資源を活用したクライアントの情報提供	アセスメント 社会資源の活用 連携	クライアントの状況アセスメント 必要なサービスとの連携

被災地の在宅医療連携における「実践内容」を、アセスメント・プランニング・情報管理・連携と捉えたとき、特にアセスメント・連携が多く、場面によってはそれぞれが複合されていた。

「場面」では社会資源、情報共有などのキーワードが目立った。この項目は、医療ソーシャルワーカーが実際に日ごろ、業務としておこなっているところでもあるが、ケアマネジャーなどでも行っている業務でもある。

「行動」では社会資源の提供にとどまらず、アウトリーチ、社会資源開発など、Sheaforのいう社会変革者としてのソーシャルワークの役割が活かされていることが伺えたが、いかにすれば社会資源媒介者のみの行動にしかみえないような抽出結果でもあった。

「機能」では、サービス・社会資源媒介者にとどまらず、カウンセラー／クリニシアン、ケースマネジャー、社会変革者、管理者などの機能があがっていた。つまり、医療ソーシャルワーカーは、常に日々の業務においても社会資源の情報提供だけではなく、カウンセリング機能を用いながら、クライアントの課題の発掘を行い、資源や情報のアセスメントを行っていくということがいえる。

また、災害によって、生活上のあらゆる喪失体験をしているクライアントに対し、新しい資源を生み出したり、元々存在している社会資源の変容を促したりなど、クライアントが自ら生活の主導権を持ち、生活再建できる環境をつくれるよう援助を行っていた。

他にも、その場面ごと、支援者ごとに限定した援助だけではなく、継続性を視野に持ち、チームとして伴走者として、クライアントとクライアントを取り巻くシステムを見守る姿が明らかにされた。これらは、ソーシャルインクルージョンの視点に立った、ソーシャルワーカーならではの機能であると考えられる。

在宅医療においては、常に個人に疾病や事故、怪我などの非日常的で突発的な災害が起きていると捉えれば、医療ソーシャルワーカーは、災害場面、在宅医療場面、どちらを含む場面でも、ソーシャルワークの多面的なアプローチにより、包括的援助が行えていると確認できた。

結果と考察

大規模災害においては、発災直後から様々な影響が人々を脅かす。1章で述べたように、

ハード・ソフトの両面からあらゆる生活環境が崩壊するとともに、人間そのものの健康も短期集中的または長期的な影響によって破壊されていく。特に、時間の経過とともに進む環境の復興には伴わない健康被害があることを見過ごすわけにはいかない。ほかの問題に目を奪われ、表面化されない健康被害をいかに適切な医療や福祉ケアにつなげていくかが人々の生活や人生の大きな分岐点となる。

このような状況下において、医療分野で活躍するソーシャルワーカーの有効性は高いものだと思われる。

1章2節で述べたように、ソーシャルワークは人権尊重や社会正義という重大な価値に則して、生活者である人々に焦点化し、人々と環境との相互関係や相互・交互作用に介入することで、人々にとっての生活をより望ましいかたちを実現しようとする体系であった。

その中でも医療ソーシャルワーカーは、平時の実践フィールドを医療現場に置き、健康の喪失による生活への影響、反対に生活の質の低下や環境が及ぼす健康被害の構造を評価し、健康維持や生活再建のための方策を立て、専門的援助技術を駆使してQOLの向上のサポートを行う。

今回我々はこの特性に着目した。災害によって環境が大きく変わり、強制的に生活を変容させられ、それにより健康被害を呈す人々を適切な在宅医療へつないでいくという点で、医療ソーシャルワーカーの機能は非常に有効なのではないかと考えた。そして、それを立証するために、被災地で実践を展開した医療ソーシャルワーカーへのインタビュー調査と分析を行った。

結果として、2章1節で図式化されたように、医療ソーシャルワーカーは、ソーシャルワークの本質とされる価値（人権尊重や生活の質の向上など）に基づき援助を展開し、また、それに対して内省を行い、課題の抽出を行うというサイクルで被災地での専門的実践の質の向上を図ろうとする機能があることがわかった。

なかでも、避難所などの被災者が生活する場所と医療をつないでいくという点では、2章2節で焦点化した、状況アセスメントの機能と情報共有の能力、医療－福祉－行政のネットワークの能力は即時性があり、ライフラインや情報が寸断された被災地においては有効性の高いものであった。今や、災害医療の最前線と言われるDMATにおいても情報共有と流通は、何にも優先して重要なツールとされていることを見ても、医療ソーシャルワーカーが持つ情報ネットワーク機能は有効なツールと言えるだろう。

その背景には、ソーシャルワーカーが持っている社会・環境・個人へのアセスメント能力がある。その能力は、災害がどのような社会問題を発生させているのか、それが人々の生活にどのように影響を及ぼしているのかを評価する。そして、それによって起こりうる健康や生活への被害をどのように保護するべきかを、プランニングし、実際の援助に展開している。

ソーシャルワーカーは通常いくつもの分野で活躍している。①児童福祉施設や児童家庭センター等の児童分野、②近年注目されている学校等に配置されるスクールソーシャルワ

ーカー、③地域包括支援センターや介護保険施設を中心とした高齢者を対象とした分野、④障がい者支援施設等の障害分野、⑤刑期を終えた人々を支援する司法の分野、⑥社会福祉協議会やNPO法人のように地域づくりを担う分野、⑦おもに福祉行政に配置されている福祉専門職、そして⑧医療分野のソーシャルワーカーなどである。それぞれの分野のソーシャルワーカーが、基本的価値観に則ってその分野の特性に応じたアセスメントやプランニングといった援助を展開する。

その中であって、医療ソーシャルワーカーは、医療と生活という観点から人びとのQOLの向上を目指す。身体症状や本人の訴えや周囲の情報からアセスメントを行い、救命・健康維持・回復のために情報や環境をどのように組み立てるかをプランニングし、周囲の様々な専門職やインフォーマルな資源とのネットワークを適切に構築するといった援助を展開するのである。

インタビューでは、被災者を適切な医療につなげるという実践が多く聞かれた。被災地内にある急性期病院の医療ソーシャルワーカーは、地域のケアマネージャーから開業医や施設の情報を集め、自院の患者さんを地域の開業医や施設につないだ。福祉避難所では、被災によって大きな精神的ダメージを負いながらも意思表示ができない入所者への丁寧な面接によって、巡回型の精神科医にコンサルトするところにこぎつけた。地域生活支援の場では、被災した娘が孫を連れて帰ってきたことで、家族間のストレスが増強された自宅に訪問し、訪問看護ステーションの利用へと展開させた。これは、被災地で破壊された社会資源によって影響を受けた被災者の声を拾い、資源を繋ぎ止め、避難生活で健康を維持するために医療につなげて、生活を再建するという援助である。

医療ソーシャルワーカーは、2章2節で述べたような様々な機能を発揮しつつ具体的援助を展開したのである。

このように、医療ソーシャルワーカー達の具体的実践の語りは、ソーシャルワークの専門的機能が具現化されたものであり、資源や情報が壊滅していようとも、新たにネットワークを構築するなどの方法によって、被災地においても普段展開している実践と同様に、適切な医療に繋ぐということから、人々の生活の安定化を図ることを目的としていることがわかった。このことから、医療ソーシャルワーカーの機能は災害時であっても地域医療に寄与していることが明らかになった。

今後の課題

今回の研究では、医療ソーシャルワーカーの実践をもとに、発揮された機能の検証を行ったところで終了している。

インタビューを通して実感したことは、いまだ、災害ソーシャルワークというものが体系化されたものではなく、あくまでも、その場その場でそれぞれの医療ソーシャルワーカーが考えて行動をとった結果でしかないということである。

このままの状態では、大規模な災害が起こるたびに、その地域に居る、もしくは支援に

入る医療ソーシャルワーカーがその都度、状況に応じた非体系的な実践を展開せざるを得ず、それは、個のソーシャルワーカーの力量にすべてを依存するということでもあり、弊害も予測される。有事の時により効果的、効率的、均一的な水準で実践が展開されるための土台作りをしていくことは急務であると考え。

今回の研究を足掛かりに、災害ソーシャルワークの体系化に向けた取り組みを進めていく必要があると感じている。

謝辞

今回の研究に対し、財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を頂いたことで、より実践に即した具体的研究がなされた。財団法人在宅医療助成勇美記念財団の理念への敬意を表すと共に、インタビューおよび研究にご協力いただいた多方面の方々に、深く感謝致します。

《参考・引用文献、参考URLほか》

- ・『災害支援における精神保健福祉士の役割』、福原真紀、2011.3.20、日本精神保健福祉士協会誌 「精神保健福祉士」 85号
- ・『3.11後に心のフタが壊れてしまった人たち「疑似被災」という病』、皆川豪志、2011.9.1 産経新聞出版
- ・『災害時の「こころのケア」の手引き』2008.5 東京都福祉保健局
- ・『特集 精神療法「あいまいな喪失」をめぐって一』、2012.8、精神療法第38巻第4号
- ・『新 社会福祉援助の共通基盤 第2版 上・下』中央法規、2009、日本社会福祉士会
- ・『東日本大震災 医療ソーシャルワーカーの支援のバトンⅠ』、2012、公益社団法人 日本医療社会福祉協会
- ・『東日本大震災 医療ソーシャルワーカーの支援のバトンⅡ』、2013、公益社団法人 日本医療社会福祉協会
- ・『在宅医療ソーシャルワーク』、村上 須賀子、京極 高宣、永野 なおみ、勁草書房、2008
- ・『2011年度 災害時におけるメディカルスタッフの役割』、2012、チーム医療推進協議会
- ・『ソーシャルワークにおける方法、技法、技能の関連性』、日和恭世、2012.別府大学紀要 第53号
- ・『災害ソーシャルワークの理論化に関する研究 報告書』、2012、社団法人日本社会福祉士養成校協会
- ・『災害時要援護者支援におけるソーシャルワーク機能に関する一考察』、三浦修、2011.9 新潟青陵学会誌 第4巻第1号
- ・『医療ソーシャルワーカー業務指針』、2012、公益社団法人日本医療社会福祉協会
- ・『遺体 明日への十日間』、君塚良一、アントム・フィルム、2012(DVD)

- ・『やわらかアカデミズム・〈わかる〉シリーズ よくわかる質的社会調査 技法編』、谷富夫、芦田徹郎 2009、ミネルヴァ書房
- ・『新・社会福祉士養成講座 5 社会調査の基礎 第2版』田垣正晋、2010、社会福祉士養成講座編集委員会、中央法規出版株式会社
- ・『質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論』、ウヴェ・フリック著 小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子訳、2002、春秋社
- ・『初めて学ぶ人のための社会福祉調査法』、高橋幸三郎、根本博司、高倉節子、高橋幸三郎編著、2001、中央法規出版
- ・『MINERVA 福祉専門職セミナー⑨ ソーシャルワーカーのための社会福祉調査法』、呉裁喜、2004、ミネルヴァ書房
- ・『社会調査入門—量的調査と質的調査の活用』、K・F・パンチ著、川合隆男監訳、2005、慶應義塾大学出版会株式会社、
- ・『質的インタビュー調査の再概念化』、伊藤勇、2008、福井大学教育地域科学部紀要Ⅲ(社会科学)64 卷、福井大学
- ・『川喜田二郎著作集 5 KJ 法渾沌をして語らしめる』、川喜田二郎、1996、中央公論社
- ・『問題解決学 KJ 法ワークブック』、川喜田二郎、牧島信一、1970、講談社
- ・『発想法 創造性開発のために』、川喜田二郎、1979、中央公論社
- ・『実践グループ KJ 法入門 チーム化と全員参画の職場革新』、松尾隆、1973、日本能率協会
- ・Sheafor, B. W., C. R. & Horejsi, Gloria, A.. Techniques and Guidelines for Social Work Practice, 2nd ed., Allyn & Bacon, 1991, pp. 34-47
- ・大分合同新聞 平成 26 年 3 月 11 日 朝刊 1 面
- ・『災害時のこころのケア』日本赤十字社
- ・<http://www.reconstruction.go.jp/> 復興庁ホームページ
- ・<http://www.mext.go.jp/> 文部科学省ホームページ
- ・<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S48/S48HO082.html> 災害弔慰金の支給等に関する法律

感想

今回、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受け災害時の生活再建における在宅医療連携における医療ソーシャルワーカーの機能について、研究させていただきました。

東日本大震災以降、私たち医療ソーシャルワーカーは、普段は患者様の病院と地域生活を繋ぐという役割を担いながらも、このような大規模災害時に、平時の専門性を保ちつつ、人びとの生活再建において役に立ちうるのだろうかと考えてきました。

本研究によって、多くの方々の医療ソーシャルワーカーの実際の援助を通して、体験や思いを聞き、これまで想像もしなかった役割や機能がそこに求められること、そして、それを果たし得る可能性があることが具体的に見えてきました。

これまで日本では、あまり医療ソーシャルワーカーの災害時の役割や機能については明確化されてこなかったことを考えると、今回の研究が非常に有意義であったと感じています。

勇美財団の助成によって、これらが以前よりも明確化され、さらに、多くの課題が見いだせたこと、併せて、この研究を通して私たち自身の多くの学びと成長が得られたことは、非常に大きな成果でありました。

今回の助成による研究を礎に、さらに、発展させ地域医療への貢献を果たして参りたいと考えております。