

# グラウンデッド・セオリーを用いた医療ソーシャルワーカーのバーンアウト要因・減少要因の分類

中芝三枝子

## 内容

- ◆ [I. はじめに](#)
- ◆ [II. 医療ソーシャルワーカーとエコロジカル・アプローチ](#)
- ◆ [III. 調査法とその理論的背景](#)
- ◆ [IV. 方法](#)
- ◆ [V. 結果](#)
- ◆ [VI. 考察](#)
- ◆ [参考・引用文献](#)

---

[最初に戻る](#)

---

## 1.はじめに

医療ソーシャルワーカーは専門職の総合体である病院という環境のもとにあって、後発の専門職として奮闘している。疾病により人は心理的・社会的に不安に陥ったり問題を抱えたりするが、その相談に応じて安心して治療・療養できるよう援助するのが医療ソーシャルワーカーの根本的役割である。核家族、高齢化、景気の低迷、医療費の個人負担増、脳死、臓器移植、などの今日的な社会問題により、また疾病構造の変化により、医療ソーシャルワーカーの必要性は日々高まっている。

ところが、医療ソーシャルワーカーをとりまく環境というのは容易なものではない。離職率が比較的高いのはそのことを表している。仕事に対する「しんどさ」を日々感じ、仕事に幻滅して辞めていく医療ソーシャルワーカーは多い。しかし、中には「しんどさ」を感じつつも長年働き続けているソーシャルワーカーも一方にはいる。この違いはどこから来るのか。

この論文では医療ソーシャルワーカーをとりまく環境の中の、特にストレスに焦点を当て、バーンアウトを起こす要因、またどういったことが減少要因となっているのかを明らかにしたい。

## II.医療ソーシャルワーカーとエコロジカル・アプローチ

### 医療ソーシャルワーカー

#### 歴史

医療社会事業は産業革命以後の英国において始まった。産業革命による社会の工業化は都市への人口集中を促し、不衛生なスラムを生みだし、失業者の増加を引き起こした。それはとりもなおさず貧困患者の増加に直結する。当時の施療病院にはそうした貧困層の患者があふれかえり、対応に苦慮していた（小田・竹内・平田,1997）。

そこで1895年、ロンドン慈善組織協会（COS）総幹事チャールズ・ロックの働きかけによって王室施療病院に社会事業部が設立され、当時COSの書記をしていたメリー・ステュアートが患者の相談調査にあたったのが医療社会事業の始まりとされる（中島,1990）。

ステュアートの業務は当初、医療費の支払える患者の無料診療を防ぎ、救済の必要のある患者に救貧法の利用を促すための選別であったが、調査の結果、真に無料診療を必要とする患者があまりに多いことが判明した。患者の生活状況が悲惨であることを知った医師達は医療ソーシャルワークの必要を認め、彼女は患者の選別ではなく相談活動をおこなうことになったのである（中島,1964）。

アメリカでの医療社会事業の始まりも産業革命以後である。英国と同様に施療病院では貧困患者の増加が問題となっていた（小田・竹内・平田,1997）。

1905年、マサチューセッツ総合病院のリチャード・キャボットが臨床医の立場から、有効な診断と治療をおこなうために、医療に福祉の精神と方法を導入した。ソーシャルワーカーとして採用されたペルトンとキャノン、医療の背景としての患者の精神的状況、身体的環境、精神的環境についての情報を医師に提供し、患者の全面的治療に貢献した。医師の医学的な診断が忠実に実行されるのは、これを実行できる社会的な条件が患者側に整っていなければならないからである（中島,1990）。

日本では明治に入ってから、上流階級に属する婦人達による救済会が精神病院で貧困患者のための生活相談を始めたのが医療社会事業の始めといわれる（小田・竹内・平田,1997）。

しかし日本の近代的医療社会事業が始まったのは済生会本部病院と聖路加国際病院においてである。いずれも上述のキャボットの影響を受けている。

済生会の生江孝之は1919年に渡米し、キャボットの病院社会事業を見て日本における必要性を実感した。だが、当時は病院の経営としては初めてのことでなかなか開設できず、1926年になって病院外の独立機関として済生会社会部を設立した。そこではケースワークをおこなって医師の診断・治療を助け、一時保育所を設立し、患者の慰安のため余興を行い、売店において日用品・花の廉売をするなど、日本の病院では初めての試みがなされた（中島,1990）。

済生会は日露戦争による経済的困難と資本主義の発達に伴う生活困難者の激増に対処するため

の施薬救療事業を目的として設立された病院であり（中島,1990）、そこでの社会事業の発生形態も施療的発生として位置づけられている（橘高,1997）。

聖路加国際病院では1929年に浅賀ふさを担当者として医療社会事業が始まった。浅賀はキャットが医療ソーシャルワークを導入したマサチューセッツ総合病院でキャノンから専門訓練を受けた日本で最初の人である（橘高,1997）。浅賀は結核相談所を開設し、社会的問題を抱えた貧困患者を対象に予診をし、問題発見をし、医師に提供するとともに、療養の問題等についても相談援助した。あわせて、保健婦と協力して家庭訪問も活発におこなった（小田・竹内・平田,1997）。聖路加国際病院での社会事業の始まりは、済生会の施療的発生と対比して、診療補佐的発生と位置づけられる（橘高,1990）。

戦後の医療ソーシャルワークの歴史は普及期（昭和20年代）、専門性発展期（昭和30年代）、拡張期（昭和40年代）、制度化推進期（昭和50年代）と区分されている（阪上,1985）。この区分に沿ってそれぞれの時期における特徴を振り返る。

医療社会事業の制度的な普及が図られたのは第2次世界大戦終了後、GHQの勧告、指導によってである。1947（昭和22）年に占領軍兵士への結核・性病の蔓延を防ぐ意図で保健所法が改正された。

保健所に始まった医療社会事業系の設置は日赤病院、済生会病院、国立結核療養所等にも広まっていった。当時はアメリカの医療社会事業をモデルとする医療チームの一員としての医療社会事業が強調されていた。しかし、現実には医療保障制度の不備をカバーするために結核患者・長期療養患者・低所得患者を対象に医療の確保、医療費・生活費の保障をおこなうことが業務の大半を占めていた。

昭和30年代は国民皆保険の実施により国民医療費は急増、国家予算の中の社会保障費が大幅に削減され始めた時期である。保健所にも保健所医療社会事業系の配置転換、兼務化として影響が見られた。病院、療養所での医療社会事業は増加して行くが、「患者集めのセールスマン」「便利屋」などと称され、業務内容がまちまちとなっていた（橘高,1997）。

そのような状況下でも昭和40年代になると、医療問題（神風診療、無為地区、差額診療、過密入院、医療保険の赤字）の顕在化、医療技術の進歩による疾病構造の変化（伝染性の疾病から成人病、精神疾患、アルコール依存、難病、公害病）がおこり、この時期の医療ソーシャルワーカーはより複雑でより多様な生活問題についての相談活動もおこなうようになった。医療ソーシャルワーカーの相談事業が確立されてくるのもこの時期であるといえる（小田・竹内・平田,1997）。

昭和50年代に入って医療ソーシャルワーカーの生活相談は二つの意味で変化する。

成人病を中心とする慢性疾患がいよいよ増加し、老人人口の増加とあいまって、入院・外来を問わずに老人患者が多くなり、社会的入院の問題があがってくる。また精神疲労、不安神経症の増加も問題となってきた。

また、医療改革・福祉改革を内容とする社会保障改革がおこなわれ、高齢社会をにらんだ効率

化政策のもと、高齢者が入院とか施設ではなく家族や地域住民によりケアを受けるシステムが目指されるようになった。地域医療、地域福祉の方向はそのためのものである。

そのような情勢下、医療ソーシャルワーカーの業務の中に退院促進という現実的な役割が大きくなっていくという変化が起こった。しかし、医療ソーシャルワーカーは退院促進を退院後の生活相談として受け止め、可能な限り在宅生活ができるように援助をおこない続ける。在宅が困難な場合はそれに代わる退院先を探す仕事もおこなうことになる。

第2の変化は退院援助に伴い、退院後に地域で安定した生活ができるようなシステムを地域に作り出す実践が求められてくるようになったことである。

つまり、この時期には、それまで確立されてきた個別の相談業務が地域の問題として解決するべく動きを作り、地域にシステムを作っていくような、総合的な実践があらわれてくる。

必要に迫られて総合的・実践的な発展が進む一方で、この時期にはアメリカの危機介入理論やエコシステム理論が輸入され、その枠組みで説明しようとする傾向が見られるようになった（小田・竹内・平田,1997）。これは現在でも継続されており、日本における政治的、経済的、社会的情勢のもとに積み上げられてきた生活相談の形態が、その実践に即した理論を作り上げることができないまま、今日に至っているということになる。

## 役割

疾病に伴い患者の環境は変化し、さまざまな問題が生じる。それは主に、疾病に対する不安、治療のための経済的負担、家族や地域社会との関係における軋轢などである。昭和49年度厚生省科学研究班（1976）は、このような患者や家族の心理・社会的問題を生活上の諸障害としている。そして、医療ソーシャルワーカーの目的を、対象者（患者やその家族）の生活上の障害を除去、緩和または解決することを援助し、対象者の健康および福祉の増進を図ることと定義している。

医療ソーシャルワーカーの役割については広義と狭義がある。阪上（1983）は「医療チームの中であって、患者・障害者が、疾病・障害の治療やそこから派生する生活問題に対して、できるだけ自主的な決定に基づいて医療・福祉サービスを活用し社会参加を実現することができるよう援助すること、患者・家族のチームワークを作り上げること、関係職員だけでなくボランティアとの協力関係を作り、患者・障害者の自立援助のサポートシステムを確立すること（P.274）」と定義している。これは広義の役割として位置づけられる。そのため医療ソーシャルワーカーは、心理・社会的問題を持つ患者やその家族に対し、基本的人権の保障という視点に立って、患者の療養生活の安定やその他の困難の軽減・解決を援助し、さらには機関全体の全人的医療の実現に貢献する者とされている（笹岡、1995）。

そのみならず、医療ソーシャルワーカーは病院組織内部の諸問題解決にもあたる。これは狭義の役割として位置づけられる。そこでは種々の連絡調整を図りながらオーガナイザーとしての役割を果たしている（白石、1981）。さらに、医療ソーシャルワーカーは保健・医療の管理

組織体制とそこに属する人々と患者・家族双方の立場をしっかりとふまえて、保健医療供給サービス全体のあり方を調整していく代弁者と調整・調停者としての役割を持つとされている（杉本、1992）。

医療ソーシャルワークは他分野におけるソーシャルワークにはない特徴がある。それは医療ソーシャルワークが医師の医療行為と切り離して進めることができない点である。すなわち、医療ソーシャルワーカーは業務を開始する際、意思の診断・治療方針・治療内容のあらましを理解した上でなければ援助方針を立てることができない（柴山、1979）。しかし方法・技術の点では医療ソーシャルワーカーはケースワーク、グループワーク、コミュニティ・オーガニゼーション、ソーシャル・アクションといったソーシャルワークを応用しており、他分野のソーシャルワーカーと変わるものではない。杉本（1987）は医療ソーシャルワーカーのアイデンティティにとって「社会」の持つ意味が大切であると述べている。それはソーシャルな視点を指しており、ソーシャルワークの基本原理である。なぜならば、「社会的」の概念は幅広く包括的で人の生活全体とその相互の関連に及ぶものであり、そしてソーシャルワーカーの業務はすべて形成された社会関係を通して実践される「社会的」役割であると定義されているからである（杉本、1987）。

#### 医療機関とソーシャルワーカー

医療機関は医療法第1条の5によって「病院」と「診療所」とに分けられている。同法によれば、病院は医師（歯科医師）が公衆（特定多数人）のため、医業（歯科医業）を行う場所であり、患者20人以上の収容施設を有するものを指している。診療所はベッド数が0か19床以下の患者収容施設を有するものを指している。

一般的に病院は「単科病院」「総合病院」という組織形態で呼ばれる。総合病院は、医療法第4条において、100床以上の患者収容施設を有し、診療科中に内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科を含み、都道府県知事の承認を得た病院であると位置づけられている。病院組織は原則として4つの部門によって構成される。その部門とは、1）診療部門、2）診療協力部門、3）看護部門、4）事務部門の4部門である。また、病院組織は病院長をトップに置き、その下に各部の総括責任者として副院長、婦長、事務部長が配属されるという構造を持っている。

また、別の視点から病院の構造を捉えれば、我が国の病院は医師を除いて職能部門別構成となっている場合が多い。すなわち、看護部・薬剤部・臨床検査部・X線部・給食部・事務部などが一般的な職能部門であり、その他にMSW（医療社会事業）・リハビリテーションなどの部門を持つ。すなわち、現在我が国の大部分の病院は、医師グループにおける診療科別に細分された古い縦型組織と他の職能グループの横型とも言える部門別の新しい組織との複合組織を持つ。

しかし病院の管理体制はトップダウン方式を採る一般企業とは異なる。病院において、トップは総括的な運営管理の方針を意志決定するとしても、それを病院各部の具体的特殊事情として、組織の末端に位置する医師一人一人が主治医として診療上の決定を行い、それに基づく指

示が他の協力的職能部門に出されることによって、病院の組織医療が実際に展開している（杉、1983）。この状況を白石（1981）は次のように説明している。すなわち、一般企業組織内の各部門は並列関係にあるが、病院組織内の各部署は医療体系のもとで医局を頂点にいわばヒエラルキーを形成し、直列的關係にある。それが部署ごとの排他性やセクショナリズムをもたらし、問題発生の際の温床ともなっている。さらに、タテ社会特有の人間関係が各部署の業務運営、さらには病院全体の医療業務遂行の上で支障をきたす状況を生みだしている。

院内における構造のゆがみは何もスタッフ間にかぎったことではない。医師は患者の健康と生命という絶対的価値を左右する、治療という専門職的権限を持つ。さらに、患者の専門的知識の欠如と専門家への依存性は医師との間の権威の格差を一層大きなものにしてしているのである（杉、1983）。

その上、現代の医療をめぐる情勢は複雑化している。医学・医療技術の発展により疾病構造が変化し、そこから医学を超えた新たな社会問題が生まれている。1997年国会において脳死・移植法案が可決された。残念ながらこの法案はすべての国民に関係のあるものでありながら、国民の間で十分なコンセンサスを得ないままに成立してしまっている。

ある人の脳死が判定されるのは医療機関においてである。その脳死を受け入れるかどうかは本人の意思と家族の判断に委ねられるが、どちらにしても心理的・社会的・経済的な困難が家族にふりかかる。ところが日本の医療現場では医師が支配的に振るまい、医療ヒエラルキーの中で底辺にあたる患者家族は自由な意志決定が妨げられる事が多い（木勝（ぬで）島、1991）。治療の中止や移植の可否の判断をするにあたって、偏りのない多様な角度から十分な情報を提供し、相談相手となれる存在が不可欠となる（木勝（ぬで）島、1991）。

脳死・移植の他にも、難病、慢性疾患など深刻な心理・社会問題が発生する可能性を持っている疾患は他にもある。疾患を契機として数多くの社会的問題を抱え込むことになった患者家族にとっての完全な医療というのは、医療技術的にはもちろんのこと、心理的・社会的・経済的にも必要なときに、どんな人でも、安心して受けることのできる医療のことである。つまりは医師・看護婦といったメディカル・スタッフだけでは完成されない医療が求められているのである。しかしながら、日本の医療は制度も中身も極めて複雑で、普通の人には理解しがたいものになっている。ともすれば患者の人権侵害がまかり通る伝統的な医療体制の中で、患者家族の相談相手になれるコ・メディカルとしての医療ソーシャルワーカーはますますその必要性が高まっているのではないだろうか。

### ライフモデルとエコロジカル・アプローチ

1970年代以降、ソーシャルワークの方法論が見直され、方法論の統合化、システム論の導入といった動きが見られた（中村、1990；立木・谷口、1994）。その動きの中で、人間の抱える問題状況を説明する際、従来用いられてきた医学・疾病・病理学的な特性表示から転換して、生態学的（エコロジカル）な特性表示を用いる概念が登場した（太田、1990；森野、1990；中村、1990）。これがライフ・モデルである。

ライフ・モデルはGermain(1973)が生態学（エコロジー）の視点をソーシャルワークに導入し、提唱した実践モデルである。生態学は、有機体と環境との相互依存を強調しており、それ

はソーシャルワークのPerson-in-environmentの概念のメタファーである

(Germain,1973;Germain & Gitterman,1996)。人間の場合、環境との交換相互作用(transaction)が行われる場合は「生活」である。したがって、生態学の視点で人間生活を擁護するソーシャルワークのモデルは、ライフ・モデル(life model)と呼ばれている(小島、1992)。人間と環境はそれぞれが互いを形成し、影響し合っているという視点から、ライフ・モデルは人間と環境そのもの、人間と環境の交換相互作用について説明する諸概念で構成されている。

生態学において、有機体の生存原理は交換相互作用にある(岡本、1990;小島、1992)。その関係を活用して自力で問題解決を遂げていく力をGermainは「対処能力」と呼び、「環境」との中間面(interface)に生きる「人間」の能動性を支持していこうとするソーシャルワークの概念の中心に据えた(小島、1992)。これはGermainとGittermanの言う関係性の概念を説明するものである。しかし、人間がたとえ「対処能力」をもっている場合、対面する「環境」が「人間」のニーズに応えうる「応答性(responsiveness)」を持たない場合は、それが人間を寄せ付けないか、住む人間に不便・苦痛・悪影響を与えるという結果になる(小島、1992)。これはGermainとGittermanの言う生活空間(habitat)と適切な環境(niche)の概念を説明するものである。

ライフ・モデルにおいてソーシャルワーカーは、人間と環境、それらの交換相互作用に注目して、そこに存在する問題を明確化し、その問題を引き起こしているストレスを評価して介入を行う。介入においては、両者の交換相互作用を通じてクライアントの「対処能力」の発達をはかり、同時に環境の「応答性」の強化に刺激を与えることが課題となる(小島、1992)。つまり、個体の生きている場としての「生きている生態系」全体を視野に入れ、個体の「うまく生きる力(competency)」と「うまく生きられる場(niche)」の醸成をはかっていくのである(立木・谷口、1994)。また、ソーシャルワーカー自身につき、援助を通して専門家としての力量を発達・強化していく。すなわちソーシャルワーカーは、援助過程におけるクライアントの力量との交換相互作用を通して、自身の専門的価値・知識・自己覚知を専門家の力量(professional competence)に置き換えていく作業を同時に行っているのである(小島、1992)。

#### エコロジカル・アプローチと医療ソーシャルワーカーのバーンアウト

森野(1990)によれば、従来、保健・医療の場におけるソーシャルワークは、医学モデルによって社会診断を行い、機能不全を改良し、治療するという考え方に基づいて行われていた。しかし、医学モデルは個人だけに注目し、社会的背景を考慮しない点において、現在の医療現場ではその視点から患者の生活問題を捉えることに限界が生じるようになった。その結果、上記のライフ・モデルに基づき、患者(クライアント)と環境との相互作用に注目して援助を捉えるようになってきたのである。

エコロジカルな視点を用いると、患者とその環境との相互作用は次のように捉えることが可能である。つまり、ラザルスとフォークマン(1991)の理論を応用すると、クライアントの貧困、失業、障害、疾病といったストレスに対して、社会資源(サービス、制度・政策、クライアントの対処行動など)が十分に存在しないとき、ストレス(cf., 社会関係の不調和、社

会関係の欠損、社会制度の欠陥；岡村、1983）が生じると考えられる。すなわち、ストレスと社会資源とのバランスが崩れた時にストレスは生じる。そのストレスを援助の対象と捉え、ストレスと社会資源とのバランスを保つことを目的として如何に介入を行うか、という視点に基づいてソーシャルワークの方法論は議論が進められてきた。

しかし、医療ソーシャルワークにおけるライフ・モデルの活用は、クライアントとその環境との相互作用に注目し、医療ソーシャルワーカー自身と医療現場という環境との相互作用についてはほとんど議論されてこなかった。

日本では、急速に医療システムが複雑化すると共に、ME（medical electronics）技術に代表される超近代的な医療器材・機器等の導入、高度な医学知識・技術の発展により、複雑な治療やケアを要する臨死の患者や多様な心理社会的問題を持つ慢性・難病患者が増加している（河野、1986）。このような患者の援助は長期にわたって情緒的なエネルギーが消費され、また、医療ソーシャルワーカーは身分法がないという不安定な環境のもとにあるためにはかり知れないストレスにさらされ、バーンアウト状態に陥る危険性が非常に高い。

バーンアウト（burnout：燃え尽き症候群）とは、「モーターがバーンアウトした（焼き切れた）」とか、「電球がバーンアウトした（切れた）」というような日常会話に由来している（田尾、1989）。これが転じて、過度で持続的なストレスに対処できず、張りつめられていた緊張がゆるみ、意欲が急速に萎えてしまったような時に表出される心身の症状について用いられるにいたった（田尾、1989）。

最も古いのはFreudenberger(1974)であるが、孤立的関心、自己防衛のために他者と人間的に接触しようとしめない傾向など、職場や職場への不適応に由来する鬱症状はそれ以前から散見されていた（田尾、1989）。1970年代後半になってから、社会福祉の現場におけるバーンアウトが関心を呼び、児童、公的福祉、精神保健のソーシャルワーカーについて論文が数多く現れるようになり、1980年代に入ってこの問題についての著作が出版され、バーンアウトという言葉が一挙に一般的になったのである（窪田、1992）。

70年代から関心を呼んでいたにもかかわらず、バーンアウトについて正確な定義は与えられていない（Smit,1990）。Freudenberger(1974)によれば、「疲れ切ること、もしくはエネルギー、資源への過度の要求のために疲弊すること」であり、PerlmanとHartman(1982)によれば、「情緒的・肉体的な疲労、生産性の低下、過度の脱人格化（overdepersonalization）の3つの要素を持つ持続的な精神的ストレスに対する反応」とされる。しかし、Maslach(1976)は特に保健医療従事者に関して、「長期間にわたり人を援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群」と定義づけしている。

バーンアウトに関する研究は、社会的ニーズの変化とソーシャルワーカー、心理療法士、看護婦、教師などのヒューマンサービス従事者の急増の時期と不可分の関係にある（Perlman & Hartman,1982）。バーンアウトが問題視されるのは、いったんバーンアウトに陥ると患者に対する医療ケアが機械的・表面的となり、血の通った温かい治療やケア、心理社会的理解に基づいたケアが行えなくなるといわれているからである（Maslach & Pines,1979）。つまり、

保健医療従事者がバーンアウトに陥ると、意欲の喪失が見られ、専門職としての仕事ができなくなる。そして自分自身を道具として、複雑・困難な医学的・心理社会的問題を持つ患者家族に対して心のふれあいを通して直接援助する医療ソーシャルワーカーにとっては、患者家族に対して機械的・表面的なかかわりに終始しては失格なのである。またバーンアウトは個人にとどまらず、周囲にも伝染することが知られている (Johnson,S.H.,1982) 。そうなればそれが直接組織のパフォーマンスの質を規定することになり、患者家族に対して好ましくない影響を与える (田尾、1989) ことはもちろん、未だ社会的な認識が低い日本の医療ソーシャルワーカーに対して悪いイメージが固まってしまいかねず、医療ソーシャルワーク全体の将来に対してマイナスとなる可能性がある。

しかし、医療ソーシャルワーカーを取り巻く環境は前述のようにストレスに満ち、「画一化」「管理社会」「ワーカホリック」に象徴される日本人の特性もある。「頑張れ」「努力だ」の精神論ではなく、医療ソーシャルワーカーとその環境についてあらためて見つめ、何が医療ソーシャルワーカーのバーンアウトの原因となっているのか、ストレスフルな環境でどのような対処資源がソーシャルワークを継続させているのかを明らかにする必要性があろう。

### Ⅲ.調査法とその理論的背景

#### 質的調査

質的調査は技法を様々に組み合わせて行われる。質的調査には参与観察、事例研究、談話分析、プロトコル分析、会話分析などが存在するが、純粋に質的なものもある一方で、量的なデータを記述しているものも多い (Good & Watts,1996)。すなわち、研究対象を説明するために適切な手段を調査者が様々な技法を組み合わせることによって作り出せる点が質的調査の魅力であると考えられる。

質的調査においては、計量調査と比較して信頼性と妥当性が常に問題にされる。GoodとWatts (1996) は、質的調査の妥当性について次のように説明している。結果をより確実にするには、単一の出所のデータを使うだけでは不十分である。すなわちデータは、可能であれば直接指標と間接指標を双方とも使用する、客観的な記録と個人的な記述の両方を使用する、参加者と観察者双方からのデータを使用するなどが必要となる。どのような組み合わせが良いかは調査によって様々である。このように、多様な観測の線 (lines of sight) を使うことは、「トライアングレーション (triangulation)」と呼ばれることが多い (Berg,1995)。Berg(1995)はトライアングレーションを次のように説明している。すなわち、すでに事象の中で分かっている点 (対象) のうち、3点を直線 (lines of sight) で結び、三角形を作る。この三角形は「誤差の三角形 (triangle of error)」と呼ばれるものであり、トライアングレーションとは、この三角形の中心が対象となる事象の真の位置を最も予測しているという考え方である。

信頼性は、研究者自身がツールとなるために測定することは困難である。南 (1996) は、質的調査法であるグラウンデッド・セオリーの妥当性・信頼性の問題点を解決するために、スーパーバイザーの指導を受けること、共同研究で調査を行うことをすすめている。また、小城・川名・片田 (1990) は、グラウンデッド・セオリーを用いた研究に信頼性を持たせるためには、方法のステップを書くこと、引用例を出すことをすすめている。

#### グラウンデッド・セオリー

グレーザーとシュトラウス (1996) は、社会調査を通じて体系的に獲得されたデータから理論を産出する方法を発見した。これがグラウンデッド・セオリー (Grounded Theory) である。グラウンデッド・セオリーは、象徴的相互作用論における人間行動の見方を応用した研究方法である。研究は抽象的な概念と概念同士の関係に関する命題を生み出すために行われる (シェニツとスワンソン、1992)。

グラウンデッド・セオリーを用いた理論化は論理演繹型の理論化とは対称的で、理論を社会調査から帰納的に発展させるものである。グレーザーとシュトラウス(1996)は、データから理論を生み出すことは仮説と概念のほとんどがデータから出てくるだけでなく、調査プロセスを通じてデータと関連づけられながら体系的に作り出されることを主張した。つまり、理論を生み

出すことが調査プロセスと絡み合っているのである。

シェニツとスワンソン（1992）は、グラウンデッド・セオリーの手続について次のように説明する。

グラウンデッド・セオリーでは研究を実施する以前に、一定の変数からなる母集団から標本を選ぶことをしない。まず最初に標本を決め、そこに存在している現象を検証していく。データは、参与観察や面接、文献などによって収集される。

分析は一貫して比較分析法が用いられる。まず最初に、収集したデータを行ごと段落ごとに読解して出来事や事実を探す。次に実質コード（substantive code）をつける。それは、その人物の発した言葉、事象や行動、その他の減少の中身を示すもので、バラバラにされたデータの内容を抽象化するものである。さらにデータを収集し、分析をすすめて、別のカテゴリーを構築する。そして、カテゴリー同士の関連パターンを見るため、データを分析する。この関連パターンを知ることによって最初の仮説が立てられ、後にフィールドで検証が行われる。カテゴリー同士の関係の整理は継続して行われ、関連のパターンが概念として示されるまで行われる。カテゴリーが構築され、結びつけられると、中核（中心）カテゴリーをめぐって理論をまとめる段階になる。中核カテゴリー、主要なカテゴリー、サブカテゴリーの層を成すピラミッド型に図式化して並び替える作業等が行われる。

分析では、どの段階においても、研究者はカテゴリー同士の関係や相互関係について仮説を立て、その仮説をデータと引き合わせて検証する。そのため、グラウンデッド・セオリーによる研究では、データの収集と分析を並行して行うことが研究の方策として不可欠である。データ収集は、それ以上新しいカテゴリーが出てこなくなる（飽和状態になる）まで続けられる。

その次に、「理論に基づくサンプリング」に基づき、データを収集する。理論に基づくサンプリングとは、そのカテゴリーを代表することを確認する必要がある際に行われる。グラウンデッド・セオリーで行う理論的サンプリングとは、他の質的調査に共通するトライアングュレーションの原理に相当する。その場の事実が他の場においても存在することを見出し、その場の人の確信の程度と、その確信と行為が一致していることを確認する作業は、質的研究を行う場合に求められる妥当性の検証である。つまり、カテゴリーの検証と制度や緻密さを高めるためのサンプリングは、そのカテゴリーを証明するために、すなわち妥当性を証明するために行われる。

一方、グラウンデッド・セオリーによって生成された理論の信頼性は、理論を実際に使い、その理論が似たような状況や、また違うタイプの問題に対しても応用できるか否かによって検証される。

グラウンデッド・セオリーの作り出す理論は具体理論（Substantive Theory）と呼ばれ、現場において実践者が考慮すべき様々な条件を案内図的に描き出すものである（深谷・大瀧、1995）。

また、研究者は調査のツールとなる。そのことによって生じる限界について、シェニツとスワンソン(1992)は次のように説明している。分析においては、研究者の訓練・経験といった研究

者の特性が影響を及ぼす。また研究の過程では、問題に取り組む際の視野や収集したデータの多様性・量などが影響を及ぼす。グラウンデッド・セオリーを使って研究を進めていく過程では、思考は帰納的なものから演繹的なものに移り、演繹的なものから帰納的なものへと戻るため、研究者の思考もまた研究過程に大きく影響を及ぼすものである。

## CD理論とフレーム理論

グラウンデッド・セオリーにおいては、データから得られた概念間の関係を説明する際、図式化することを方法として上げている。これを詳しく説明するものがCD理論とフレーム(Frame)理論である。

CD理論とは、人工知能の研究においてSchankが提唱した理論である。Schankは文章を構成している概念が持つ意味の間に関係が存在することに注目した。この関係は概念依存関係(Conceptual Dependency; CD)と呼ばれる。CD理論は、この概念依存関係を説明する理論である。CD理論により、文章において記述されている言語が構成概念を十分に説明しなくても推論することが可能であることが明示された(リッチ、1984)。

CDはひとつの事象の核(core)を表現するために簡単な構造を用いる。その構造は事象がどのように記述されたとしても、常に同じである。その構造は、「どのEVENT(事象)もひとつのACTOR(行為者)、その行為者によって遂行されるひとつのACTION(行為)、その行為が遂行するひとつのOBJECT(対象物)、その行為が向けられるひとつのDIRECTION(方向)を持つ」という要素で構成されている(シャンクとリーズベック、1986)。

CD理論では、事象は上記の構造の要素を持つことが前提となる。そのため文章において事象についての記述が不十分であっても、存在するに違いない行為者や対象物等があれば、それらを暗黙に仮定(Default Association; ミンスキー、1986)し、概念の持つ意味を補うことが可能である。この作業は、コンピュータ・サイエンスの用語であるスロット(slot)を用いて「スロットを埋めること(slot-filling)」と表現される。スロットとは、特定の範囲の値によって埋められるべき場所を指している。この「スロットを埋めること」について詳しく説明したものがミンスキー(1986)の提唱したフレーム理論である。

ミンスキー(1986)はフレーム理論を次のように説明している。フレームとは一種の骨組みであり、記入すべき空白がたくさんある応募書類のようなものである。この空白は、「ターミナル」と呼ばれる。たとえば、部屋を表すフレームには、「台所」「寝室」「オフィス」等の多様な種類のフレームが存在する。そして、部屋フレームのターミナルには「天井」「床」「壁」の6面が相当する。さらに下位ターミナルとして、面にあるもの(机・椅子・テレビなど)が相当する。もし人が机を見た瞬間、居間の机であると思ったものが実際は台所の机であることが分かった場合、人の思考は「居間」フレームから「台所」フレームに移ることができる。つまり、部屋フレームの間は机という情報を持ったターミナルによってつながっているのである。

フレーム理論で用いられるターミナルという用語はCD理論におけるスロットと同義である。

もし、スロットに埋めるべき値が実在しない場合は暗黙の仮定によって値（暗黙値）が埋められる。暗黙の仮定とは、考えられる理由が他にない時に行う過程である。知っていること（あるいは知っていると思っていること）の大部分は暗黙の仮定によって表現されている。暗黙の仮定はフレームの空白部分（スロット）を埋めることによって、典型的な物事を表現する。各スロットには暗黙値が埋め込まれている場合もあり、他に相反する情報が存在しない限り、ことは通常通りに運んでいると仮定される（リッチ、1984）。

また、人間が事象を理解するために持たねばならない知識を組織化したものはスクリプト（script）とよばれる（シャンクとリーズベック、1986）。スクリプトは特定の状況におけるよくある出来事の流れを記述する構造を持つ（リッチ、1984）。例えば、誕生パーティーというフレームの中のスクリプトは、到着→ゲームをする→歌を歌う→ろうそくを消す→ケーキを食べる、というスロットの集合から成立している（リッチ、1984；ミンスキー、1986）。

スクリプトは常識的な決まりきった一連の手順を記述したものである。したがって、人がその知識を持っていれば、事象を説明する文章の途中に省略が存在しても、暗黙に仮定した情報や意味（スロット）を補うことや、次の行動を予測することが可能となるのである（難波・安西・中島、1986）。

この論文では以上の理論に基づいて調査の手続を踏み、調査から得たデータから事象を解釈することを試みる。

## IV.方法

### インタビューの背景

今回の調査は医療ソーシャルワーカーに対する2回の同席インタビュー（MSW1 MSW2）と1回の単独インタビュー（MSW3）の、3回のインタビューという形で行った。同席インタビューについては修士論文を作成する大学院生の行うインタビューについて、データを卒業論文に使用する許可を医療ソーシャルワーカーから得た上で行った。

なお、MSW1は複数の医療ソーシャルワーカーを擁する公立病院、MSW2は単独で業務を行っている公立病院、MSW3は複数の医療ソーシャルワーカーを擁する民間病院に属している。インタビューを実施したのはMSW1は8月26日、MSW2は8月27日、MSW3は12月6日である。

### 質問項目

インタビューはセミ・オープン形式で行われた。筆者が同席した大学院生のインタビューの質問項目は以下の通りである。

1. 今後、MSWの専門職としての仕事や立場は、どのように展開していけばよいとお考えですか？（一般的に、ご自分にとって）
2. 普段のお仕事の中で、MSWとしての仕事や能力が十分にはたせているところは、どんなところか教えて下さい。（自分自身、自分と周囲・組織の関係）
3. それを支えるものとしてどんなものがありますか？（自分自身、自分と周囲・組織との関係）
4. MSWとしての仕事や能力が十分はたせないことがありますか？そのことについて詳しく教えて下さい。（社会資源を活用する際において、組織との関係において、援助を行っている過程において）
5. その要因にはどんなものがあるか教えて下さい。
6. MSWとしての仕事や能力を十分に発揮するために、ご自分から何か行動を起こされることがあれば教えて下さい。（フォーマル、インフォーマルな形で）
7. MSWとしての仕事や能力が十分はたせないという以外で、お仕事をされる上でしんどいと思われることはありますか？それについてお聞かせ下さい。

筆者が独自に行ったインタビューも同じセミ・オープン形式で行った。質問項目は以下の通り

である。

1. MSWとして仕事をしているその環境の中で、ストレスと覚えることは何か。
2. ソーシャルワークそのものの性質にもストレスを覚えているか。
3. MSW個人の性格がストレスに関与するか。
4. 仕事をしていてよかったと思うことは何か。

さらに、インタビューの内容は、記録を確実にするために、被験者の了解を得、テープレコーダーに録音した。

### 分析方法

面接記録はすべてテープに録音した。そこから逐語録をつくり、コーパスとして用いた。各MSWのコーパスはセンテンスごとにナンバリングされ、さらに数センテンスごとにまとまりのあるもの（トピック）をひとつのログとして、ログごとにナンバリングされた。

次にデータをコード化した。まず1次コードとして、コーパスの主要なセンテンスをキーワード、もしくは簡潔な文章でコード化した。この時にラインマーカーを使用し、主要部位を明確にすることに留意した。2次コードの段階では1次コードで不必要なコードを削除、もしくはコード同士をまとめていく作業を行った。3次コードはさらにまとめられ、一般化されてカードに書き込まれた。そこで4次コードとしてKJ法をもちいて3次コードのカードのグループ分けを行い、カテゴリー化し、キーワードを抽出し、最終的にストレスと対処資源を明らかにした。

## V.結果

この章では各MSWのインタビュー全体の要約を行い、それに続いて各MSWの発言から得られたストレスと対処資源に関するキーワードを提示する。

### インタビューの要約

#### MSW 1

現代の医療は専門分化が進んで、それぞれの専門が全人的な医療を行えなくなっている。理想的な医療は各専門職による患者を中心としたチーム医療である。

(58) そういうことで、まあ、あの、最近ね、医療の現場というのは、どんどん医学的に進歩してますよね。

(60) でも、あの、そうすることによって、専門化どんどんしておりますので、かえって人間輪切りになっちゃって、その部分しか見ない。

(55) そして、病院に来られるまでは、あるいは来られてから以降も、社会人であり、生活者でもありますので、その人の、あの、医療をやっていこうとしたら、生活の部分切り離してとか、社会的な要素を切り離して、医療って、パーフェクトにやれないですよ。

(56) 患者さんを中心に据えて、各専門職がああ、それぞれの専門を発揮しながら、ああ、疾病の治癒とか、治療に向けて、ああ、関わっていく、チーム医療のメンバーであると。

MSWの役割は医療に対する総合的視点によって先進医療の弱点を補完すること。院内・院外での調整役であること、受診・受療援助を行うこと、社会復帰援助、危機介入、ソーシャルアクションによって新たに資源を作り出すこと、既にある資源の不備を補うこと、スタッフに対する啓蒙活動である。

(64) だから、医学の進歩と共に、やっぱり、人間を丸ごと見れないという、弱さみたいなものが、私はあるんじゃないかと思うんですよ。

(65) それを、あの、人間を人間として、やっぱりこう、見ていくんだというね、視点として、そのチームに加わったら、やっぱり修正とか、していけますよね。

(155) ほぼ、このスタッフ間の調整っていうのか、コーディネートをする。

(171) チーム医療のコーディネートというのか、それができるのは、まあ、おこがましい言い方かも知れませんが、医療ソーシャルワーカーじゃないかなあと思っていますし、私はそういうふうにしていってますね。

(286) 患者の代弁なんですよ。

(287) そこで調整取るんですけどね。

(307) で、病院に怒れないことを、やっぱり一番怒りやすいところに怒ってきます。

(387) なかなかね、病院に結びつかない子が、あの、保育所の先生から頼むっていわれて、行くなり、白衣の先生じゃだめで、私をクッションにして、つながりができて、病院に来るようになったんです。

(144) 退院という事態に直面したときに、今までの生活を、果たして続けられるかどうかといたら、そうじゃなくなってしまう方が多いんですよね、高齢者でも、障害者でも、長期の慢性疾患でもそうです、そのような方を、いかに社会復帰させるのか。

(270) まあ、危機ですよ、危機に直面したときに、あの、相談室に来るといふのか。

(544) その時はやっぱり、アクションといふのか、ソーシャル・アクションといふのか、制度として現在、充実しなくても、制度外はみ出たところで、こういう風なケースがあるんや、っていうことをね、私は、分かってもらわなければならないかと常に思っているんです。

(568) だから、制度ってそんなものじゃないですか？あの、歴史があつて初めて今があるんですものね。

(570) 私ら自身も、その担い手であるということも、忘れてはならないんじゃないかなあと（笑）思いますが。

(316) ここ、8年来は、看護婦さんを、新人のね、あの、研修を一月くらいずつ受けるんです、いろんなね、そこに、1時間半ほど、MSWとしてね、時間いただいてね。

(368) で、Dr.も、去年ぐらいから、あの、入って4月の、新人の、まあ、Ns.ほどきちっとしませんけど、15分くらい、ざっと全科の新人の先生方に、あの、各業務の案内があつて、そこに一度関わって。

しかし、現時点でのMSWは業務を行う上でのストレスが高い。

(571) なんか、一生懸命やっても、不十分なときもあります。

(579) だから、あの、MSWとして、あの、歯がゆさを感じるこゝろいっぱいありますよ、まだまだね。

(584) しんどい、しんどいな、と思うことは毎日なんですよ。

(657) だから、そのの所をサポートしていくために、我々自身だつてストレスもるに、受けるに決まっていますよね。

それを補っているのが存在意義を確認できる体験であつたり、人間関係であつたり、MSWの個人的な性格であつたりする。

(272) だから、あの、喜びは、喜びの時は、凄く良かったなあと、思いますし…個人的にはそういうふうな、この仕事でなくっちゃ、Ns.もそうですけどね、味わえないような、患者さんと共に、の、喜びといふもののね、充足感みたいなものがあります。

(247) で、お手紙いただいて、最初の、出会い、あつたからこそ、今こういうふうな社会復帰できておると、あの時の、あの、温かい言葉、っていうふうな書いてあるんです（笑）。

(248) そんな時にね、あの、よかったなあと思いますね。

(526) 関係よくしてきますと、原則は退院してからの制度なんやけれど、先に行つて、病院で面接しましょうか？つて言つて、とりあえずは、退院の時に、コーディネーターの人が、私がお家に行つてくことにします、と、後、週に何回か決めますね、とか言つて、当面のことは解決はされるんです。

(633) 今言ったように、のんき坊主で、割にそこがね、悪いところでもあり、いいところもあるかなあとって。

(634) だから、切り替えが早いというのか、病院をぼっと一歩出たら、もう仕事のことは頭から外すことにしてるんです。

(640) 口ではやめたいなあとは言いますが、今はまだ、そこまで、そういうふうに進められたことはないですね。

MSWとして必要なものは、専門的な知識・技術、人間性、そしてMSWとしての理念である。

(85) やっぱり、いろんな事を、消化しながら、で、これは違って、本来的にはこうなんだっていうことを、ひとつ、頑固なまでに、しっかりと持っていないと、押し流されますもんね。

(301) やっぱり、医療の中で、どうすることが一番正しいのかということ、やっぱり外してはだめですよ、ソーシャルワーカーとしてね、外してはいけないことがありますので、たまにはDr.に、言わないといけないこともありますよね。

(608) それに、私たちの仕事って言いますのは、専門的な知識も、どんどん加えていかないとけませんけれど、やっぱり、プラスα、人間としてね、充実していきたいじゃないですか。

(614) 技術確かでも、それだけを患者さん、求めているわけじゃないと思うんです。

(615) プラスα、人間としての、なんというか、魅力みたいなもの（笑）いろんなものが、何かなんか必ず、やっぱり…うまく言えませんがね。

## MSW 2

医療を取り巻く環境とともに、MSWの業務は変化していく。現在の情勢はよりMSWを必要としている。

(20) 広く展開できるとかね、人数が増えるというのとは関係なく、ま、少なくとも世の中の流れでいうと、インフォームド・コンセントであるとか、人権重視しなくては行けないとかね、医療の流れの中でね、結構患者さん本位の医療をしようという大きなうねりはあるのでね。

(21) そういう中ではワーカーとして果たせる役割はあるから、そういうものが院内でアピール手段としてあの…どういう方法があるかという視点でね、やっとなあ、多少はワーカーとして発言できる部分があるかなあと思うんですけども。

(34) ま、あの、経済効率の側面から変わってきているし、それからまあその、なんていうのか、患者さんの捉え方というか、患者さんの立場を、以前のまあいわば、医療のヒエラルキーの中で捉えられていたような、そういう視点じゃない、こう、患者さん本位の、しかもなんというか、本来の患者さん達の権利って言うことが、すごくアピールされる世の中になってきているから、そういう側面からの、あの…医療の変化っていうのはあるんでね、その中でまあ、ワーカーとしてできることがなんかあるので、それをまあ、上手く捉えればね。

(143) だから、まず、疾病環境が、病院として、病院が関わるその、疾病構造がまず、変わってきたし、で、構造変

わってきた上に、病気そのものも治療法がいろいろ変わってきたから、患者さんのその、治療の方針も変わってくるから。

(147)そういう中ではね、すごくやっぱり、病棟のスタッフはソーシャルワーカーの役割っていうのは言葉では上手く説明できないにしろね、あのお、そういう在宅療養が支えられる環境を作らないことには、いくらその機械があっても帰れないっていうことは、体験的に判っているのよね、やっぱりね。

(151)で、それで、そういうことから、すごく、ワーカー、ワーカーとして関わる患者さんの数もそういう在宅療養に向けて、やっぱりすごく増えてきた、と思いますね。

(152)結核病棟が多い時代はね、結核の患者さんの社会的な問題っていうのはすごくその、どういふのかな、例えば、元々から中高年で単身でらっしゃるとか、あるいは経済基盤が脆弱な生活してらっしゃるとか、そういうあの、ある程度はこう、範疇はこう、決まるようなね、患者さんの問題が多かったけれど。

(153)そういう在宅療養で、その酸素なんかを持って帰るときに出てくる社会的な問題っていうのはね、あんまりその元々の患者さんの生活環境、生活環境というか、まあ、その患者さんが持っているあの…いろんな生活背景が、最初からそう、分類できない、こう、累計的に当てはめられない？どんな方にでもまあ、問題は起こるっていうんですかね。

(158)そんな意味ではね、あの、ソーシャルワーカーの仕事も、なんかこう、昔のイメージやとこう、やっぱり経済的に貧しい人が相談に行くんだとか、あの、そういう親族関係があんまりなくて、孤独な状況に置かれている人が相談に行くんやとか、というようなレベルから、どんな社会生活送ってた方でも、それ相応にその、患者さんに、大きな病気が出現して、それが長期に渡って療養せんといかん状況が出て来るとね、同じように皆さん問題抱えてくるんやっていう認識は、ある、と思いますね。

(159)うん、それがやっぱ病院の中の医療の環境も変わってきたし、社会的にも、やっぱり医療の進歩とか、技術の進歩で、治療方法がかわってきたからやと思うんですけどね。

しかしMSWの新たな展開となると公立病院と民間病院とでは違いがあり、民間はよりフレキシブルなのに対し、公立は行政の枠に固まっている。

(11)あのお、一般の、まあ例えば地域に根ざした病院であるとか、あるいは民間病院で、結構その、経営される側の考えと、それからワーカーのその、今後やっていきたい業務の幅とか、そういうことの、こちら側の働きかけとがうまく一致すれば民間病院ってのは結構いくらでも変化できる可能性があるのと。

(13)民間病院のワーカーさんっていうのは、そういうところがすごくその、柔軟に今後の動きを考えていけると思うんだけど、公的な病院というのは、ちょっとやっぱり性格が違うんですよ。

(14)この病院は、もう、G県の病院なので、あのお、一ワーカーがどうか、あるいは、病院長がこういう病院展開したいとかいうような、そういうレベルでの解決というか、決済が取れる業務と、やっぱりG県としての、行政の枠の中なんですね、公立病院っていうのはすごく柔軟性がなくて、こうワーカーの側から新しい発想で、こういう業務をやりたいとか、あるいはこういうことも病院として手を広げたらいいんじゃないかとかいうことは、簡単には通らないんですよ。

公立であるこの病院内では、組織内での連携・個別相談ではワーカーとしての能力を発揮でき

るが、地域との連携は行政の方針上できないし、人員の関係でPRもしにくい。

(24)だから看護の部門でもそうだし、医師の部門でも、要はその、訪問診療とか、訪問看護とかってというようなやり方を病院が展開するっていう、全然計画はないので、従ってワーカーとしても、そういう地域に出ていくっていう動きに関しては、特にその、全然、必要を認めてもらえてないっていうかね。

(68)そういう意味では個別相談として患者さんと関わっている中で、ソーシャルワーカーとして対応する、患者さんとの関係の作り方とか、それから必要な、患者さんの状況に応じた社会資源をあの…使うとかね、そういうことに関しては、ある一定の年、経験を積み重ねてくると、それなりにまあ、習熟してくるといって、上手くなってくる部分もあるし。

(69)それからもちろん患者さんの援助をする上では当然こういう組織の中にいると、病棟のスタッフなんかと十分情報交換したりとか、意見交換した上で動かないといけない部分がありますよねえ、そういうところのあの、チームワークっていうか組織の中での連携の仕方とか、そういうことはね、ある程度その組織をみきわめられて、どういう動きをワーカーとしてするのが一番有効なのかというのが判ってくると、動きやすくなってから、そういうところでは、自分の能力を生かせたりとか、あるいは、まわりが色々な形で助けてくれるっていうか、協力してくれるところ、逆に、よりこう、能力が発揮しやすいようにしてくれるっていうかね、そういうことはお互いにありますよね、その、他職種とのあいだではねえ。

(82)あの、入院のベッド数との絡みで考えても、とてももう、それはでききてないもので、十分にソーシャルワーカーのこういう機能と、相談室があるということと、そこにその、専門職員がいることが患者さんに十分はこう、つたわっていないんですよ。

(94)ただ、あんまりわっご相談が増えても、逆にこちらが対応しきれないっていうこともあってね(笑)、それもあから、あんまり積極的にこう、PRできてない、そういう状況なんですよえ。

MSWとしてのストレスはキリがないが、ストレスの中にはソーシャルワーカーとして扱って立つ基盤も含まれている。

(230)そうですね…うん、まあ、ストレスと思うことってあげたらキリがないけどねえ。

(232)で、そういう怒りっていうのはソーシャルワーカーとして何が大事で、何がその患者さんにとって、本来保障されるべきことが十分に保障されていないとか、そういうことで感じる怒りと思うから、そういう怒りがね、なくなっちゃうとね、ソーシャルワーカーとしてのその、何ていうか、本来のその立っている立場がね、結局何となくこう、曖昧になっていくような気がするんですよ、私の。

(237)だから、そういうことで考えると、怒りは怒りで、すごく、上手くいってない事っていうのは、やっぱりストレスに感じる、こちらもストレスを感じるんやし、当然患者さんもストレスに感じてらっしゃると思うけれども、ストレスの源でもあるけれども、活動の源でもあるのかなっていう、そんな気もするんです。

MSWの働く場としての病院は医療専門職の固まりであり、また福祉相談を目的とした場ではないという性質を持つ。

(25) あの、病院というのはですね、患者さんを治療するに当たってはいろんな専門職の方が協力して、あの、治療に当たってますね。

(30) で、老人ホームで相談をしているときに、これは福祉事務所も同じかと思うんですが、そこにご来院されるクライアントの方は、まさに福祉の相談員の方への、福祉の相談を目的としてご来院されますが、病院の場合は、病院にご来院される患者さんは、一次的には疾患の治療を目的にして来られますので、少なくとも一次的には福祉の相談というものには無関係。

また、急性期の総合病院であることで、病院の急性期化と医療の高度化・多様化、患者層の多様化が同時進行で進んでいる。

(43) この病院で言いますとね、急性期の総合病院ということで、ますます、病院の急性期化、多様化、と、それに伴って当院をご受診なさる患者さんの層の多様性・複雑性という問題は同時進行で進んでおりまして、いわゆる、他面的・複合的問題を持った患者の援助を、急性期病棟特有の、短期間の入院期間・治療期間で解決していくことを、医療者側からも経営者側からも患者側からも、また地域の機関からも求められてくるというのが、ストレスという風に感じています。

以上のような状況の中でMSWであることは非常に苦しい。

(17) あの、いろんなストレスが、現実にはあります。

(100) 苦労とか、つらい思いというのは、それはこの職種だけでなく、あの、どの職種でもありますし、で、個人の受け止め方も影響すると思うんですけど、この、医療ソーシャルワーカーをしたがための、言われなきつらさというか、そういうものも経験してきましたんで…。

(158) ああ、ストレスはね、思い出したらキリがないほどストレスに感じていることはあるんですけども…。

しかし、この病院内でも、世の中の流れでも、MSWの存在を認めていくような雰囲気があり、これからに期待できる。

(199) ですから、いま、よく言われてますのはね、色んな方によく言われるのは、「先見の明があった」というように言われています。

(201) だから、これからの仕事だというふうに言われてるので、雰囲気的にもそういうふうな気がします。

(203) いま、この法人にはもう10数名のMSWがいて、医療ソーシャルワーカーという名前で、ソーシャルワーカーの1さんというふうに全館放送でも呼びますし、何かあったら「ソーシャルワーカー呼べ」ってゆうふうにお医者さんも言ってますので。

(204) そういった意味では、病院の中での雰囲気も含めて、これからの職種だと思っています。

## ストレスに関する概念

### MSW 1

#### ・医療行政の弊害

医療機関は行政によって縦割りに機能・役割が区分されている。しかし、そのことを医療を受ける側が必ずしも認識しているとは限らない。行政による機関の役割と、患者の思惑の板挟みとなってしまうのがMSWである。

(296) あ、ここは市の病院でしょ？だから、市民病院として、市民が、市民病院なんで、貧しい人、お金のない人を受け取るのは当然だし、困った人も入院させてもらうのが当然と思ってますよね。

(297) ところが、病院としての機能は、高度医療をやっていく、と、大学病院を次ぐ、という機能が、きちっと決まっていますよね。

(298) その、あの、思惑がかなり、医療を受ける側と医療をする側の思惑がずれるんですね。

(299) で、この真ん中で、あの、サンドイッチになるのが、私たち。

(691) だからね、病院のその、輪切りにして、病院の機能度も、あの、国から押しつけられた機能ですよ、その機能から、はみ出した患者さんを、やっぱり受け止めて、その人の全人的な立場から、あの、いいように解決はからなあかんわけでしょ？そこがすごく、ストレスあるとこですよ、そして、社会的にもそうですからね。

#### ・社会資源の不足

長期入院を避け、在宅での療養が重視される現状では、患者の在宅を支える人的資源の不足、制度上の不備から、満足な援助ができないことに悩まされる。

(540) 障害手帳の4級レベルでは、自宅に電話を付けることができないんですよ、家庭の電話ね、福祉電話を付けるこ

とが出来ない制度になってるんですけど。

(543)そういうような状態の人をね、お家に帰すときに、今言ったように、電話は必要なのに、福祉から電話を付けて貰えないし、経済的には生保だったんですよ。

(547)ですけどもね、いっつも分かってくれはへんから。

(548)制度のそんなんあきません、書いてありますやる！とか言って。

(522)資源も、やっぱり、同じ行政、B市という行政の中でも、限界がありまして。

(571)なんか、一生懸命やっても、不十分なきももあります、資源がなくなって…で、ニーズと合わないときがあります。

(576)もうちょっと、デンマークとか、ヨーロッパの、北欧なみの、あの、人的なサポートなのか、援助があればね、帰せるんだけどなあ、という時にね、でもね、やっぱり、人の気持ちですから、こっちから見えても、それを無理矢理にはね、病院とか、入院施設に、っていうことはできない。

(579)だから、あの、MSWとして、あの、歯がゆさを感じることいっぱいありますよ、まだまだね。

(676)そして、第一、介護者がいないから帰らないということになったら、施設、すぐに入れますか。

(677)年単位なんですよ、老人保健、老人保健施設じゃないわ、特養でも。

(681)そんな、第一線の病院から、もう退院やねんけど、まだいるいるリスクがあって、というような方が行けるんじゃないんです。

(682)そしたら、ここから退院、っていうような方が、行くところがないんです。

## ・情緒的ストレス

MSWの援助はクライアントの死亡という形で終結することがあり、これがMSWにとって情緒的なストレスとなる。

(487)それと、病院の出会いで、亡くなる方も多いです。

(488)去年の今頃、あの方もあの方もおられたのに、って、そういうような出会いも多いんですけどね。

(490)そんなことで、ストレスもいっぱいやけど、たーまにそういう、ぼつぼつと、嬉しいことがあるもので。

## ・資格

国の規定がないことは業務上、様々な困難を作り出している。病院が専門職の総合体であるという性格上、資格のないMSWの立場はかなり弱い。それは院内での発言力にも現れ、位置づけにも表れる。また、資格がないことで、それぞれの病院によって組織内の位置づけ、業務内容がまちまちになっており、それが全体から見た専門性のあいまいさにも繋がっている。この病院ではMSWの仕事が医療スタッフにはかなり理解されており、またカルテ開示のために業務量が増えている。患者に十分な対応をするために自己犠牲を払っていると感じたり、休憩が取れなかったり、なかなか定時に帰れなかったりするにもかかわらず、MSWの数が増えない。それも国家資格のないことがネックとなっているようである。

(39)で、あの、おっしゃってるように、国の資格というのが与えられてませんから、すべて、院内における、位置づけも、かなりな、何をするにしても、病院は専門職の総合体みたいなものですので、やはり、きちっとした資格がないということは、しんどさがついてまわりますよね。

(40)そんな中で、あの、まあ、まず、病院の機構としてのね、機構の中での組織的な位置づけ？それがなかなかね、一般的に、医療ソーシャルワーカーって言ったら、まああの、あるところは事務局に位置づけられてたり、まあ、あるところは、看護局に位置づけられてたり、局制になってるかどうかわかりませんがね、まあ、あの、副院長の直属とか、ホントに、組織体あの、全国的にバラバラじゃないかなと思うんですよね。

(73)で、ここで言うならば、はじめはそういうふうな形で、医療相談って、何する人かなあとか、例えば、事務的な事だけしてたらいいのかなあのか、医事課の一端ですのね、医療費のことだけかなあ、とか、やっぱり個人によってね、看護婦でも個人によって、受け止め方が違いますよね。

(79)ですけど、いきなり、やっぱり病院のニーズもありますし、認識の度合いもあって、いろんなケースがそれぞれ、紹介されてきますよねえ。

(80)そんな中で、これは違って、これはそうだという取捨選択が難しい。

(205)人数増やして欲しいって言っても、まあ、歴然とこんだけあの、3年でこんなケースがあるんやから、なくてもいいとは言えへんけどね、って、事務局のトップはね、3年目ぐらいの時に。

(206)そんなんやけど、自治体病院見てごらん、他にありますか？って言うてね、で、これ、国からの規定ないですよ、って。

(209)そんな感覚で言われたこともあるんですよ。

(211)資格制度がないために。

(586)というのは、少しずつ、果たす役割というのか、持ち分が、他職種に、あの、理解されていけばいくほど、ケースの紹介も増えてきますよね、で、際限なく、あの、やればやるほど、お仕事、増える仕事じゃないですか（笑）  
ねえ。

(605)いま、医療情報の公開とか言っって、あの、やっぱり、あの、公開といわれれば求められれば公開しないといけな  
いような状況になってきてますよね。

(607)だから、カルテにつけてるものですよ、だから、業務量がおっつかないんです。

(587)で、他の職種のように、あの、先ほども、出ましたけれど、人員の配分とか、そのことの規定がちっともないた  
めに、そして、他者の比較するにも、みんな悪すぎるんですよ、条件が、ね、ひとりワーカーであったり。

(589)だから、あの、やっぱり、業務量がどんどん膨れ上がって、それを、十分満足できるように、こなして  
いこうと思えば、あの、随分の自己犠牲というのか、あるように思うんですよ、クワイエット関係とか。

(599)それがもう、目白押しに、朝ミーティングしている間も、電話がかかったり、患者さんががらっと開けて入っ  
てきて、あの、あの、ほんとにね、昼ご飯を食べるのが2時過ぎになったり、いろいろ、あるんですよ（笑）そ  
れがずーっと延長して、定時に引き上げられない。

日本の医療機関には医師を頂点とし患者家族を底辺とした伝統的なヒエラルキーが存在している。近年では患者を中心とした円形が理想の医療であるという考え方があるが、依然としてMSWが患者中心に考えれば考えるほど、スタッフの無理解にあう現実が存在している。

(275)クライアントを中心に考えれば考えるほど、こうして欲しいなあと、思っても、あの、二の句のつげないような

言葉で拒絶されたり、ドクターでもね、ありますからね…。

(290)だから、それを、調整取りながら、あの…患者サイドの立場で持っていこうと思ったら、自分自身ストレスがかかるんです、そんな、ものの言い方とか。

(302)あの、ドクターが、医療というのは、ピラミッドで、今も、内部のドクターは、まだ、うち、ピラミッドです。

(303)だんだんこのピラミッドが円形に変わろうとしてきてますけれどね、患者さんを中心に据えてこう、円形にね。

(304)ところが今まではピラミッドで頂点にドクターって、こういうふうにして、パラメディカルがあって、一番下が患者さん、というような感じだったんですね。

(305)だから、やっぱりまだ、それをぐいっと形変えていくために、いろんな発言したり、そのためにはあの、ストレスがいっぱい、溜まるんです。

## ・無知・無理解

医療は専門分化が進み、自分の専門のことは判っても他専門に関しては判らないことが多い。知らないことがMSWに対する抵抗となっている。

(173)あの、ね、まだまだ、認めてもらってないのは、そういう部分も、あの、仕事の上で感じることもあります。

(187)でも、最近ね、組織的な位置づけはきちっとできてても、やっぱり、あの…医療技術科の中でも、それぞれの仕事は分かってますけど、まだ、ここの仕事がかめない、ということがあって、だから、組織は変わっても、ふん、というところがあるんですね。

## MSW2

### ・人数不足

人数不足から派生する問題は多い。この病院は独り職場なので組織内業務に埋没してしまうこと、MSWの役割が多くの人に認識されて相談件数が増えても対応しきれないため、PR活動を今よりも積極的にできないことがあげられる。MSW一般の話としては、MSWを複数配置している病院であってもやはり人数は少ないので、ひとりのMSWにしか分からない業務が出てきてしまう。そのために休日にも病院から呼出がかかったりといった、日常と業務の線引きができにくい状況を作り出している。また、MSWの社会的な認知の問題も、資格がないことよりはむしろ、ここでは人数の問題として捉えられている。

(70)だから、個別相談に関してはそういうことが結構有効に動けるようになってきているけれども、逆にあの、やっぱり、外に向かっての色々な、病院という看板を背負って、そのソーシャルワーカーが外に向かって動く、その、働きかけという面ではね、ここの病院では組織が大きすぎて、その中でやっぱり、少人数のワーカーっていうことになる、その辺がやっぱり十分動き切れてないっていう気がしますね。

(71)どうしても組織、機関の中に埋没してしまって、そこの中での業務に追われてしまうから、本来やっぱりワーカー、一ワーカーっていうよりも、やっぱり一つの病院としての組織が、その地域の中でひとつとして存在しているわけだから。

(192)で、ワーカー職というのはほらね、どっちにしたってたくさんいてはる所でも、人数は少ないから、その人にしか分からない業務ってというのは結構、どこの病院でもあるみたいだね、だから、その方、その人が関わっている業務で、突発的に何か問題が起これば、その人に聞かしかないってということで、休みの日にも拘わらず病院から電話がかかって来るとか、呼び出しがあるとか、そういうふうなことがあるっておっしゃってる方は結構いるのね。

(94)ただ、あんまりわっとご相談が増えても、逆にこちらが対応しきれないっていうこともあってね(笑)、それもあるから、あんまり積極的にこう、PRできてない、そういう状況なんですよえ。

(82)それと、何ていうのかなあ、やっぱり局限した部分でしかソーシャルワーカーとしては業務してないので、病院全体の患者さんに対して、まあ、もちろん全てがソーシャルワーク援助を必要とする患者さんではないだろうけども、あの、まあ、いろんな患者サービスの一環で、深い関わりをしなくても、あの、すごくこう…こう、表面的なレベルであっても、本当は全ての患者さんにソーシャルワークサービス部門の、まあ、少なくともオリエンテーションなり、それから病院そのものを上手く利用していただくためのこう、簡単なオリエンテーションを、ソーシャルワーカーの立場からね、少なくとも入院する患者さん全員くらいできると、ホントはいいんだけども、そういうのももちろん、数の問題があるのですね。

(30)ですからワーカーが人数として増えないとできない業務って結構あるんですよ、実際にね。

(213)制度がきちっと出来て、例えば国家資格なんかが出来てね、医療ソーシャルワーカーとしての一つのこう、何ていうか最低ラインの資格が出来たとしても、人数が増えないとそんなに社会的には、みなさんに、一般の社会の方に判ってもらってというのは、むずかしいかなって思うんですけどね。

(214)で、そうするとやっぱり人数ふやさんとあかんのかなっていうことになって、人数増やそうと思ったら、今度は別の戦略考えないといけないですよ。多分、今までと同様な仕事のやり方と、業務の展開だけで良い言うんやったら、やっぱりある程度の所まで人数増えないと思うから、そうするとやっぱりねえ、ちょっとねえ、うん…。

## ・無理解

この病院では医療スタッフは経験上、MSWの役割・必要性を理解している。この病院内の医療相談室は医事課に位置づけられているが、むしろ医事課の職員の無理解が、MSWにとって余計な業務（苦情処理）を増やしている原因となっている。

(107)あまりそのお、中身まで細かく逆に、指示されない、何も言われない、自由に仕事が出来るといい面も歩けれども、あの、逆に具体的な中身っていうのはあんまりわかってもらってないんですよ。

(110)そういう意味での役割分担っていうのと、それも連携すること、やっぱり病棟のスタッフなり、医療関係職種の方が理解も早いし、よく協力してくれるっていう気がしますけれど、それが無いのでね、自分の上司の、こう、ルートで言えば、その、ラインで言えば。

(111)そうすると、なかなか、あの、こういうことを改善して欲しいとか、あるいはこう、雑多な雑用っぽい仕事で、どこがこう、例えば医事課なんかが、対応して、医事課でもっと上手く説明してくれたら済む業務でも、なんか、窓口でもめたからワーカー室にふられてくるとかね、それももっと上手く医事係のほうで、医事係の人が勉強して、対応してくれれば済む業務でも、こっちに回ってきたりするってこともあるし。

(112)その辺の、あの、こう、まあ、雑用っていうような言い方が良いかどうかは私もちょっと難しい部分があるけども、私としてもっと専門領域できちとこう、枠組みが引けて、個々で私が自分の能力を発揮するためにできる業務がもっとキッチリと整理できればね、そこに集中して仕事ができるっていう、思うことが、さっきのなんかあの、近くの病院の人が患者さん連れてきはって、何か窓口で聞いたけど判らへんからどうのこうのという業務も（笑）、聞いてみれば別に私がかかわる必要は無いような業務を、下から、医事係が電話かけてきてふってきたんだけどもね。

(117)そういう、やっぱり、こちらの業務の理解のされ方っていうのが、本当にこの、なんかこの、処理に困ったことは何でもあそこに相談すればいいとかね、例えば、その、多少苦情めいた話で、訴えてこられた話の、そのまあこの、収集が上手くつかなかったら、こちらで、相談室の方で後はよろしく頼むとかね、いう風な事もね、たまにはね、来るので。

(119)で、そういうのもやっぱりきちとした仕事の中身をやっぱり判って頂いてないから、結局はまあそこに、こちらに回ってくるってことも結構あるかな、とは思いますよね。

(120)やっぱ、そういう風なのが、なかなか事務部門の人たちと話して、上手くこちらのその、業務の性格とか、やっぱりうまく言えないことがあってね…。

## ・ソーシャルワーカーとしての基盤

医療サービスや行政サービスを受ける側に対して、提供する側の姿勢が理不尽と感じられる時、患者が不当な扱いをされていると感じられるとき、ソーシャルワーカーはストレスを感じる。医療現場では人権侵害が未だに存在している。スタッフの、患者に対する態度や考え方が、あってはならないと感じられる時に、ソーシャルワーカーは怒りを感じ、それは確かにストレスとなる。しかし、それはソーシャルワーカーの、ソーシャルワーカーとして依って立つ基盤となるもので、このクライアントへの人権侵害に対する怒りを感じられなくなるとはソーシャルワークはあり得ない、という二律背反的な概念である。

(231)でも、結構…ただね、私思うんだけど、ほら、自分が思っていることが上手く、そのお…スタッフとこう、意見がかみ合わなかったり、外部の行政機関と、こちらが要求したいことが上手く伝わらないとか、受け入れて貰えなくて、すぐにその、対応して貰えないとか、そういう事っていうのは今も昔もあるし、これからもぎっとあるんだろうけども、それは、やっぱり基本的に自分の職業とか、考えて、これは絶対その、患者さんがその、利用できる権利であるし、患者さんの立場として、こういうこと、絶対あってはならないことをスタッフがして

いるとか、思ったりしたときにね、やっぱり、あの…それもストレスだし、ストレスがやっぱり怒りにつながるしね。

(232)で、そういう怒りっていうのはソーシャルワーカーとして何が大事で、何がその患者さんにとって、本来保障されるべき事が十分保障されていないとか、そういうことで感じる怒りと思うから、そういう怒りがね、なくなっちゃうとね、ソーシャルワーカーとしてのその、何ていうか、本来のその立っている立場がね、結局なんとなくこう、曖昧になっていくような気がするんですよ、私の。

(237)だから、そういうことで考えると、怒りは怒りで、すごく、うまくいっていない事っていうのは、やっぱりストレスに感じる、こちらもストレスを感じるんやし、当然患者さんもストレスに感じてらっしゃると思うけども、ストレスの源でもあるけども、活動の源でもあるのかなっていう、そんな気もするんです。

(244)決して病院だから患者さんがなんかその、不当な扱い受けても良いとは言えないし、お役所の窓口そのものが、いくらか向こうがまあその、サービス提供する側で、こちらが受け取る側でもね、あの、その人その人の立場を考えた、対応をこう、しなくて良いという事では全然ないから。

(245)そんなこう、感覚がね、だんだんこう、院内にいてると、やっぱり病院はこうやかからしょうがないのよ、とかね、あるいは、お役所っていうところは色んな人が、色んな形で申請に来るんやからある程度は、その、出来ることと出来ひんこととはっきりしてるんやから、出来ひんことはもう、最初からこの通り言われてもしょうがないのよとかいうふうに、先に思いこむのはやっぱりおかしいと思うし、思いこむことを、ソーシャルワーカーも一緒にそれで、思いこんでしまったらね、全然その患者さんの立場っていうものはもう、わかんなくなってしまうと思うから。

## ・組織とワーカー

この病院は公立であり、行政の枠組みの中でしかソーシャルワークを行うことができない。MSW自身にはソーシャルワークの展開について、病院のありかたについてのビジョンがあっても、行政の枠組みは堅固で、ワーカーの自由になり得ない。組織の持つ役割期待とMSW自身の持つMSWの役割の間で矛盾が存在している。

(17)ワーカーの業務として私が身近に感じるのは、例えばその、病院の収益に直接結びつかない業務であるということで、私たちの業務がなかなか病院の経営側にね、病院の経営にプラスになるという側面で評価されにくいという部分があるんですけども。

(14)ここの病院は、もうK県の病院なので、あのお、ワーカーがどうか、あるいは病院長がこういう病院展開したいとかいうような、そういうレベルでの解決というか、決済がとれる業務と、やっぱりK県としての、行政の枠の中なんですね、公立病院っていうのはすごく柔軟性がなくて、こうしてワーカーの側から新しい発想で、こういう業務をやりたいとか、あるいはこういうことも病院としても手を広げたらいいんじゃないかということは、簡単には通らないんですよ。

(16)まあ、そこで考えられる患者さんとの細々したサービスの中身の質を変えていくとか、中での病院のスタッフとの連携の中でよりよいサービスができる方法はどうか、そういう、すごく狭い範囲のね、ミクロの視野での、なんというか、業務の展開の仕方に関しては、あのいろんなやり方も工夫の仕方もあるんだろうけれど。

(28)ただね、やっぱり難しいのはその、今のこの病院の中、県下の病院もそうなんですけども、病院が独自に色々な事業が展開できないのと、それから、病院の中で色々な職種のその定数とか、あるいは必要かということが病院の中であって、もっと人員をふやして活動した方が良いという認識が一定あって、じゃ、すぐに人を増やせるかといえば、病院だけの判断で人はふえないんでね。

(29)要は予算を出すのはK県というところなんで、K県の病院を管轄している本庁の中に部署があって、そこがまずその、そういうことを認めてくれて、人を増やすための予算が付くかどうかという問題だし、それはもう一つ言えば、K県全体の予算の問題だから、議会でそういう予算が承認されないと病院の方の動きというのは実際には動かないという、すごくこう、行政機関の中の病院っていう、すごいいるんなこう、枠組みがあるのでね。

(43)ただ、病院の機構そのものが大きく変わらないとできないワーカー業務も、実際あるかなあとはね…うん。

(53)だからその、病院だけで話し合っ、こんなことをしようって決めてても、必ずそれが実現しないっていうことがよくあることなんでね、そういうのにすごく縛られるんですよ。

(54)なかなか病院全体見ても、ワーカー業務だけでなくってね、病院そのものも、病院としてこういうことして、こんな風に変えたいとか、こういう風にしたいという、色々な病院の中の改革案っていうのがあってもね、もう何年来も実現しないことはいっぱいあるから、うんまあ、そういう枠っていうのはありますよね、公的な病院はね。

## ・個人の要素

熱心すぎて業務に没頭してしまい、仕事と日常とのバランスのとれない人はバーンアウトに陥りやすい。自分の職種に誇りをもちすぎている人は、社会的な評価とのギャップにストレスを感じることもある。また組織内での肩書きや発言力の無いことに不全感を感じるのもパーソナリティの問題である。

(249)まあ、それを感じて、こう、敏感になって、敏感になりすぎるとすごいストレスたまるんだけどね（笑）でもその辺のバランスですよ、ストレスを感じながら仕事をしながら、かといって日常の個人生活では出来るだけストレス無いようにせんとあかんから（笑）、どっかでこう、線を引いて区切っていくことは当然必要やと思うけどね。

(250)でも、性格の違いっていっぱいあるからね、ほおんとに熱心な人はね、もう、あの、心身惜しまず（笑）何か仕事に没頭してはる人もいてはるね、あの、ほんとはこう、そういう線が引きにくい、引けない人っていうのはいらっしゃるみたいですね。

(176)そういう意味で世間でね、自分の職業っていうのを十分認識してもらって、それが、あの、なんていうか、社会的に地位が高いか低いかという問題じゃなくても、ある一定の、まあ、普通の人が聞いて、あ、医療ソーシャルワーカーって、あ、きちっとした、立派だとか、立派でないとか、そういうふうなのは別にして、一応きちっとした仕事してるんだなっていうことがぱっと認識して貰える仕事と、いけばね、医療ソーシャルワーカーですって言った時にはね、かなりその部分では、なかなか、「何してはるの？」とか「それって何です？」っていう部

分がありますよね、現実にはね。

(177)で、ま、そうであっても、別に私は私で仕事してるんだから良いと思う人と、やっぱり社会的にある一定の何となく認知が得られないとか、あるいは評価が、あの、すぐにぱっとしてもらえないということにおいて、あの、やっぱり自己の存在をね、もっとアピールしたいとか、あるいは社会的に自分が認められることを望んでいる人とか、そういう性格の人って、かなりその部分でなんかこう、不全感がきつとあるんだろうなと思うんですよね。

(202)そういう…ポストのことですごくやっぱり問題を感じている人はきつといるだろうし、外に向かってご自分のやっぱり職業っていうのか、自分が誇りに思ってるしゃる方であればあるほどね、やっぱりその、自分が持っている誇りのあの、持ち方と、それが社会的にそれくらいのレベルで認められてるかっていうことの、ギャップが大きければ大きいほどストレスになりはるん違うか、という気がしますけど。

(180)そういう意味では、肩書きが欲しいとか、権限が欲しいとか、それをすごく集中して思いこむと、そこはやっぱりかなえられない部分ですよ。

(185)で、そういう、やっぱり、組織の中での、自分の権限を取りたいとか、それから、肩書きが欲しいとか、そういうことになると、やっぱりそのお、十分に叶えられないっていうふうになる人が多いかもしれないね。

(188)で、ここに一係員として話をするときには、少なくとも上司に自分の意見を言うて、その上司がまあ、それを取り上げてそういう部門で言ってくれたらまた別だけでも、それでもなければね、そういうやっぱり企画運営に関する部門は、ポストがないと、そういうことにもっと積極的に関わりたいと思う人にとっては、やっぱりストレスなるんかなあ、こう、達成されない、っていう部分ですよ。

## MSW3

### ・組織の役割期待との不一致

入院日数縮小、医療の高度化により多面化・複合化した患者の問題を短期間で解決することをMSWは医療スタッフからも、経営側からも、患者からも、地域からも求められている。結局問題を他機関へ転嫁するだけの不十分なケースが多く、自分の目標とするソーシャルワークができないことがストレスとなっている。また、収入に結びつかないソーシャルワークの仕事が民間病院の営利とは相容れないこともストレスと感じられる。

(45)この病院の患者さんの平均入院期間は、在院日数が、平均しますと一人の患者さん当たり20日間です。

(46)で、将来的にはそれを2週間にしなければいけない。

(47)そうすることによってのみ、あの、急性期の基幹病院としてのステイタスを保つことができると聞いております。

(43)感じますね、性質…そうですね、ここの病院で言いますとね、急性期の総合病院ということで、ますます、病院の急性期化、提供できる医療の高度化、多様化、と、それに伴って当院をご受診なさる患者さんの層の多様性、複雑性という問題は同時進行で進んでおりまして、いわゆる、多面的・複合的問題を持った患者の援助を、急性期病棟特有の、短期間の入院期間・治療期間で解決していくことを、医療者側からも経営者側からも患者側からも、また地域の機関からも求められてくるというのが、ストレスというふうに感じています。

(52)そういう意味では非常に深刻な問題、で、その問題は場合によれば、老人ホーム的な考えで言えば、何ヶ月も長い

時間を費やして、一緒に考えていく、そういうシビアな問題をごくわずかな期間で解決するように求められますので、それが非常に大きな、ワーカーの、ストレスになるような気がします。

(53)で、特に、退院に関する機関の締め付けというのが、毎年毎年厳しくなっています。

(55)で、そこを埋め合わせるのに本来自分がイメージしている、また、自分が目標としているソーシャルワークができて、単なる問題を置き換えるだけの、医療機関の、別の医療機関への紹介というような、かたちに終わらざるを得ないケースも多々あるとか…ということも含めて。

(34)例えばお医者さんというのは、社会的にも十分に認知された職種でもありますし、院内でも非常に高い評価を受ける職種でありますので…で、当然病院の収入にとっても書かすことのできない職種である、ドクターに比べると目瞭然なんですけど、医療ソーシャルワーカーというのは、いくらい相談をして、いくら努力をしても、収入という面では全く病院に貢献することはできませんので、そういう経営的な立場からも、高い評価を受けることが難しい。

## ・病院の性格

病院は福祉相談の場ではない。疾患の治療を目的に患者は病院を訪れるのであって、福祉相談に訪れているのではない。

(30)で、老人ホームで相談をしているときに、これは福祉事務所も同じかと思うんですが、そこにご来院されるクライアントの方は、まさに福祉の相談員の方への、福祉の相談を目的としてご来院されますが、病院の場合は、病院にご来院される患者さんは、一次的には疾患の治療を目的にしてこられますので、少なくとも、一次的には福祉の相談という物には無関係。

(31)で、あの、それを二次的に補完する意味で福祉の相談があるかと思うんですけど、そういう役割を、病院の中で、浸透させる作業が非常に難しかった。

## ・無理解

MSWが職種としてどのようなものなのか、どのような働きができるものなのかということ了他専門はわかっていない。それをいちいち自分の言葉で説明する必要があるのは、他の職種が経験しない、MSW独自のストレスになっている。

(27)で、その中心がお医者さんであり、看護婦さんであり、また、リハビリの先生方だとか、言語療法の方、あるいは放射線技師の方、栄養士さんも含めて、色んな職種の方がいる中で、あの、皆さんですね、あの、その専門職のね、位置づけの高さ低さはあるんですけども、そういうので、あの、専門職としての位置づけが確立している中で、医療ソーシャルワーカーだけが、もう、専門資格もなくて、で、あの、職種の内容のあいまいさ、性、を、引きずっていて、で、そういうようなこともあって、自分の、MSWとしての職種が、どういう職種で、どういうような

援助ができるのかを、いちいち、あの、診療協力職の方々に、自分の言葉で説明しなければならないし、また、患者さんにも、あの、自分の立場や役割を説明していかなくてはいけない。

(28)で、ということが、それは他の職種の方が経験しない、MSW独自のストレスナーになっていると私は思いますし、

あの、そういうことで非常に大きなストレスを感じています。

## ・教育制度

MSWとしての専門的な知識・技術が未熟であるほど、個人の性格が援助に反映されやすく、我流になってしまう。現任者の教育、スーパービジョン体制の整備は重要課題である。また、実務にあった学習が大学で履修できてないことが、現場での業務を遂行する上で障害となっているようである。

(84)個人の性格とストレスもそうですし、で、援助の仕方も性格と絶対関連があるように思っています…あの、もっときちんとしたソーシャルワークをしていくんでしょうけど、どうしてもやっぱりあの、未熟なワーカーは、個人の性格が、どうしても感情というかたちで入ってきまして、例えば、亡くなったケース、あの、亡くなられたケースを引きずって、で、あの、あいまいな形でそのケースが終結したときに、死亡という形で終結したときに、自分の中でその問題が解決できずに、花束を買って、あっちの家に届けたりとか、そういうことでなんとかあの、この問題をです、解決しようと思うワーカーは、多いように思いますね。

(90)ですからそれがね、やっぱりその、現任者のトレーニングのあり方というのはね、あの、この病院の問題じゃなくて、日本の医療ソーシャルワーカーの問題としてね、あの、いっぱい課題があるんですけども、その大きな課題の一つだと思います。

(135)あと、もう一つは…それが一つの傾向と、もう一つは…その、医療ソーシャルワークをして、こんな風になりたいというような、思い入れとは別に、それをするための、基本的な勉強が全然できてない。

(136)基本知識が欠如してる。

(139)実務に照らし合わせたね、学習が、大学できちんと履修できてないように思うんです。

(143)それと、大学で学んできた、教科書的なことをね、そのまま何か、こちらでできる、最初結構潔癖性で、そのお、脳血管障害でおられる方が障害を持って、ADLとかなって、で、痴呆症状も出てきて、で、とても家には帰れないと言うような、状態になったときに結構理想を、学習体系的な理想があって、僕は当然老人ホームとか、あの、もちろん家へは、退院の話はするんですけど、結果的には長期療養型の病院に変わってもらったりとか、その、病院の、入院期間の問題も意識して、するんですけども、そういうケースは、やはり、何度も何度もケースカンファレンスを繰り返して、地域の方も来てもらって、家に結びつけていくんだというようなね、一つの理想的なイメージがあって、結局そういうふうな現実とのギャップに悩んだりするというような…。

## ・資格

資格問題は大きい。資格がないことで病院内での、収入を含めた待遇が他専門職よりも恵まれないものになっている。また、国家資格が無いために病院によってMSWの存在の有無、所属、業務内容がまちまちで、MSWを呼称しながら全く違う業務を行って、MSWの専門性をさらに曖昧なものにしている。そのことが、民間病院で奮闘するソーシャルワーカーにとっては腹立たしく感じる。

(37)で、待遇的にも、決して恵まれた待遇だとは思いませんし、特に、病院というのは、資格を有する方と、無資格の方の、と、給与格差というものがあります。

(38)で、当然、私の場合、あの、4年生大学を卒業してますから、4年生大学を卒業しているという評価はありますが、一般企業と違って、病院の場合は、医療の資格を持っているかどうかというのが、非常に待遇への影響力がありますので、そういう意味では、MSWは、医療専門職という明確な位置づけにはならないので、私自身としては大学を卒業した事務員と同じような待遇になっています。

(161)あのお、ひとつはやっぱり、ワーカーの方の動き、あのお、当然、病院によってワーカーの位置づけが違うし、能力が違うからと発言しましたが、あのお、色んな病院の事情がありまして、医療ソーシャルワーカーという呼称をつけながらね、医療ソーシャルワーカーの実態とはかけ離れた仕事をしている人が、結構いるんです。

(165)そんなんで、結果的に上手く折り合いがつかずにね、窓口業務したりとか、雑用したりとか、そういう話聞くにつけて、かなり頭に来るんですわ（笑）。

(166)医療ソーシャルワーカーと呼称する人は、やっぱり医療ソーシャルワークを仕事で、しなければいけないというように、僕は思っているので、それをもっともっと突き詰めて考えていくとね、今の資格の問題に突き当たって来るんです。

(174)やっぱり、ある病院にワーカーが必要であって、ある病院にワーカーが不必要というのはおかしくて、やっぱりどこの病院にもワーカーがね、いて、で、同じ問題を扱っていて、対応していくというのが、やっぱりね、あるべき姿だと思いますのでね。

(176)そういうことを突きつめていくと、やっぱりその、理想のワーカーの、MSWのね、国家資格を決めるんじゃないかと、とりあえず今、資格を取ることによって、民間病院の、小さな民間病院でね、自分なりに道を失ってらっしゃってね、迷ってらっしゃるワーカーの方々のね、立場とか、待遇をね、少しでも評価して、で、ワーカーを置いてくれてない病院にね、ワーカーを置かなければいけないようにイニシアティブを与えたりとか、ええ。

(182)で、ワーカーだけがね、ある病院では医局に入っていたり、看護部だったり、事務になってたり、診療部に入っていたり院長直轄であったり、独立部署であったり、訪問看護部であったりと、病院によってね、ワーカーの所属が違うというものね…ナンセンスやと思うしね、客観的に見てわかりにくいと思うんで、そういう風なことが結構、ストレスになっている…。

## ・個人の要因

非常に真面目で、完全を求め、仕事熱心であることはバーンアウトにつながる。また、MSWの業務を理解してもらうためにケースに完全を期そうと、自分で自分にプレッシャーをかけることもある。その他自分の能力・機関の性質を超えたケースなど、割り切らなくてはいけない

ことを割り切ることができなかつたり、職種に対する高すぎるプライド、医療ソーシャルワークに対する憧れ・思い違いなどの認識の甘さなども、バーンアウトの要因となる。

(72)あの、そういうことのできない非常に、変な言い方ですが、非常にまじめな方（笑）、本当に（笑）、バーンアウトといいますが、そういうような症状に陥ってしまう可能性がありますので、あの…いわゆるその、エネルギーを放出するわけですから、新たなエネルギー吸収のしかたみたいなものも、やっぱり、ワーカーそのものが日常の中で身につけておかなければならないかなあとかは、思いますけど。

(76)ワーカーのことを、ここの病院で医療ソーシャルワーカーのことを覚えていかれますのでね、で、そういうのは、自分の持っているケースをきちんと解決するということによってのみ、自分の立場が守られるという意識が強いですから、あの、そういう意味では非常にプレッシャーを、自分で自分にプレッシャーをかけてしまうところが、私の場合がありますね。

(59)で、そのケースに携わる時に、自分の限界を超えた問題、で、それは私自身の能力の問題もありますし、ここの病院で解決できかねる問題もありますし、そういう問題に遭遇したときに、大きなストレスになりますし、あの、割り切っていかななくてはならないんでしょうけども、ま、色んな問題を考えていきますと、やっぱりそのケースがずっと残存してしまう、残ってしまう。

(147)あの、ほんとにつらいことがありましてね、あの、すごく優秀なワーカーで、僕が非常に信頼していてね、あの、3ヶ月のおつきあいでお辞めの方がいらっしゃるんですけどね、やっぱりその、非常に良くできる方だったんですけど、非常にワーカーとしてのプライドが高くて…。

(148)例えば、私のこれは、事務服なんですけども、そのね、事務服で仕事をすることに耐えられない。

(149)ワーカーなんかは、白衣を着て、で、極端に言いますとね、先生と呼ばれるような、それは極端な話ですよ、お医者さんと対等でなければね、許せないというようなね、方でね、非常に残念でしたよね、あの時。

(128)で、あの、今ここの病院でね、やっぱり6年間に10人から15人以上のMSWと関わってきました。

(129)で、あの、一つの傾向としてね、もちろん高い部分もあるんですけども、甘さの部分は、項目の内容としたらね、一つの部分として、総合病院で医療ソーシャルワークをできるというね、憧れみたいな部分が入ってきたりとか、それは例えばそのお、施設で、その、働くよりも総合病院で働く方が、どことなく華やかというか、イメージとして。

(130)あるいは、その、カウンセラーのような感覚で、カウンセリングセラピーのような感覚で…あの、なんかこう、カウンセリングというのはね、臨床心理士というのはね、女性なんか憧れるでしょ？

(134)と同じようなね、憧れと同じような感覚で入ってきてる人がいるということと。

(142)そういうことと、それと、一つの項目は、医療ソーシャルワーカーが、こんなにも、地位の低い…もっとも高い、お医者さんと同レベルの位置づけで仕事ができてるって、そこまでではなくても、病院のシステムというか、プログラムの中で、ワーカーというものがすべて組み込まれてて、すべて認知されてて、仕事ができるというふうになっていらっしゃる方がいらちゃってて、それと現実とのギャップみたいなところで…あるような気がするね。

# 対処資源に関する概念

## MSW 1

### ・存在意義を確認できる体験

(215)でも、だんだんと、発言していく中で、まあねえ、啓蒙といったら、元に戻しますけれど、組織の中で、よかったなあとと思うのは、ケースによって、チームの中で力を発揮できたとき。

(216)あの、一番スムーズな形で退院とか、社会復帰なさって、よかったね、と、患者さん自身が喜んで、また、他のスタッフも喜んで、あの、よかったと、言って下さる時ですよ。

(217)それと、個々として、あの、個人として、嬉しい、能力を発揮できたなあとと思う時は、あの、他には目に見えないかも知れないですけど、やっぱりクライアントとのなんというのか、信頼関係が樹立出来たときですよ。

(218)あの、ここの相談料がなかったら、私こんなにスムーズに退院できなかったですとか、そういうふうに、言って頂いたときです。

(247)で、お手紙頂いて、最初の、出会い、あったからこそ、今こういうふうに、社会復帰できておりますと、あの時の、あの、温かい言葉、っていうふうに書いてあるんです（笑）。

(248)そんな時にね、あの、よかったなあと、思いますね、まあ、あの自己満足かもしれないけど。

### ・個人的要因

(632)私には、抑鬱はあんまりないんです。

(633)今言ったように、のんき坊主で、割にそこがね、悪いところでもあり、いいところでもあるかなあとって。

(634)だから、切り替えが早いというのか、病院をぼっと一歩出たら、もう仕事のことは頭から外すことにしているんです。

(637)で、忙しいけれど、したいこともするようにしていつてるんです。

(638)どれもこれもパーフェクトにいかうと思ったら無理じゃないですか（笑）。

(639)時々、悪妻であり（笑）、時々、開き直り、こんなに忙しいねんから、記録書かれへんわ、いうことで。

(640)口ではやめたいなあとと言いますが、今はまだ、そこまで、そういうふうには追いつめられたことはないですね。

### ・他機関の人間関係

(526)関係良くしてますと、原則は退院してからの制度なんやけど、先に行って、病院で面接しましょうか？って言っ

て、とりあえずは、退院の時に、コーディネートする人が、私が行ってとく事にします、と、後、週何回か決めますね、とか言って、当面のことは解決はかれるんです。

(530)で、この前、そんなになる前に、こんなに困った人を抱え込んで、高齢でもないし、障害、障害でもないし、手帳も持ってないし、だけどヘルプのいる方で、困った、ということで、とりあえず相談してみますでしょ？

(531)そしたら関係がうまくいってますとね、調整会議というのやってますので、そこにケースを持っておいで、と言ってくれるんですよ、そやから、その枠にあてはまらないケースやのに。

(532)で、こんなこんなで、困ってるんです、って言って、まず持って行くでしょ、そしたら、みんなやっぱりプロですよ、福祉とか、保健のプロですよ、制度がないから、言うて、見て見ぬふりはできないですよ、こうして、なんとかしようか！ってというような話になるんです。

## MSW2

### ・医療ソーシャルワーカーの必要性認める流れ

(33)ただ、さっき言ったような、あの、医療をとりまく環境そのものはもうみんなが良くご存じのように、かなり変わってきている。

(34)ま、あの、経済効率の側面から変わってきているし、それからまあその、なんていうか、患者さんの捉え方というか、患者さんの立場を、以前のまあいわば、医療のヒエラルキーの中で捉えられていたような、そういう視点じゃない、こう、患者さん本位の、しかもなんというか、本来の患者さん達の権利って言うことがすごくアピールされる世の中になってきているから、そういう側面からの、あの…医療の変化って言うのはあるんでね、その中でまあ、ワーカーとして出来ることが何かあるので、それをまあ、上手くとらえればね。

(151)で、それで、そういうことから、すごく、ワーカー、ワーカーとして関わる患者さんの数もそういう在宅療養に向けて、やっぱりすごく増えてきた、と思いますね。

(158)そんな意味ではね、あの、ソーシャルワーカーの仕事も、なんかこう、昔のイメージやとこう、やっぱり経済的に貧しい人が相談に行くんだとか、あの、そういう親族関係があんまりなくて、孤独な状況に置かれている人が相談に行くんやとか、というようなレベルから、どんな社会生活送ってた方でも、それ相応にその、患者さんに、大きな病気が出現して、それが長期にわたって療養せんといかん状況が出て来るとね、同じように皆さん問題抱えてくるんやっていう認識は、ある、と思いますね。

(160)で、そういうところには、で、やっぱりワーカーの必要性っていうのはだんだん出てくると思うから、あの、需要はあるんだと思うんですよ。

### ・医療スタッフの理解

(147)そういう中ではね、すごくやっぱり、病棟のスタッフはソーシャルワーカーの役割っていうのは言葉では上手く説明出来ないにしろね、あの、そういう在宅療養が支えられる環境作らないことには、いくらその機械があっても帰れないっていうことは、体験的に分かっているのよね、やっぱりね。

(150)そしたらもう、やっぱりソーシャルワーカーに中に入って貰って一緒に考えていって、利用できる色んな制度使って、お家に帰ることが、その患者さんの治療に直接つながるっていうことがやっぱりその、その辺はすごくスタッフは理解ありますね。

## MSW3

### ・個人の性格

(67)あの、これは能力の問題とは違うと思うんですけど、あの、私の以前の同僚、今は別の病院で、同法人関連の老人病院に変わっているんですけど、ま、いわゆる、タイムカードを押せば、仕事のことは忘れる性格です。

(70)だからといって、彼女が仕事に熱意がないという訳じゃなくて、あの、いわゆるストレス耐性が強いということですかね、あの、そういうような方は非常にうらやましいなと思います。

(71)で、私の場合、ある程度抱え込むんですけどね、自分の限界を超えたら、ぱっと忘れてしまうということがありますので、それは救いかなあ、と思いますので。

### ・評価

(101)それとやっぱりその、…うーん、どんなふうに言ったら良いんでしょうかね？地位は低いんですけど、収入とか、そういう面は恵まれてないんですけども、ここの病院にいますと、一応、民間の非常に大きな総合病院ですし、医療ソーシャルワーカーと言いますと、医療ソーシャルワークというと全く何か分からないということと、今度は全く分からないままに、架空に高く評価される場合とがあるんです。

(102)で、ですから、あの、今の言い方がちょっと難しいんですけど…総合病院の相談室のソーシャルワーカーをしているんで、かえって、神秘性というんでしょうかね。

(103)全然知らん職種に対する神秘性というんでしょうかね。

(104)で、そういう意味で、ある一定のステイタスが、ある場合があるというか。

(105)で、後は何よりも家族。

(106)家内とか子どもたちが、そういう援助が…困っている方の援助をしているということで、あの…誇りにはしてい

と思うんです。

(107)で、自分自身にもそれは誇りになってますので。

(108)そういうことが一つの支えになっているとか。

(195)心情的にはケースが上手くいって、やっぱり、あのお、ドクターとか看護婦とか、患者家族から、大きく評価されたとき、これは率直に言って、一番嬉しいです。

(196)これは誰でもそうだと思うんです。

## ・将来性

(197)結構、発展途上のものでしょ、ワーカーの職種というのは。

(198)ですから、これからもっと良くなる可能性を秘めてますよね、時代の流れるにも。

(201) (笑) だから、これからの仕事だというふうに言われているので、雰囲気的にもそういう風な気がします。

(204)そういった意味では、病院の中での雰囲気も含めて、これからの職種だと思っています。

(211)あのお、20年前もこれからの職種と呼ばれてて、一つの枕詞みたいになってしまってるんで、今度こそは本当の

これからの職種にして行かなくてはと言う風に思っているんで、そういう意味ではもっともっと大きくて、拡大

できるようなね、職種を選んだのかなというような、結果的に、先に可能性があるのではないかというような、

期待感みたいな物が一つありますよね。

(212)で、待遇も徐々に徐々に、改善されてる面はありますよね。

## ・アイデンティティ

(151)あのお、いろんな、僕自身もね、ソーシャルワーカーとしての、当然プライドはあるし、またそういうプラスのプライドもポジティブになかったらあかんでしょ？

(188)でもね、精神的には僕自身のメンタリティーはMSWにあって。

## ・人間関係

(113)えーと…まず、個人的な人間関係を取るようになってきましたし、あのお…社会人としてのエチケットやマナーはちゃんと守ってきました。

(116)で、あとは、ソーシャルワーカーと一緒に仕事をして下さる方々との人間関係を作っていく作業をしましたし、

で、あのお…私たちが、入ってくる社会資源、それから資源の整理という点では、これはおそらく病院の他の職種

よりもワーカーの方が長けていると思いますので、そういう新たな情報を収集して、整理して、その関連の方々に配っていくような、情報を提供するとか、そういうような、意識は、常にずっと、持ってます。

—

## ストレッサーと対処資源の分類

### ストレッサー

#### 環境

**無理解** 無知・無理解 (MSW1) 無理解(MSW2) 無理解(MSW3)

**無資格** 資格(MSW1) 人数不足(MSW2) 資格(MSW3)

**役割葛藤** 組織とワーカー(MSW2) 組織の役割期待との不一致(MSW3)

病院の性質(MSW3)

社会資源の不足(MSW1)

教育制度(MSW3)

医療行政の弊害(MSW1)

**ソーシャルワークの性質** 情緒的なストレス(MSW1) 医療ヒエラルキー(MSW1) ソーシャルワーカーとしての基盤(MSW2)

#### 個人

**パーソナリティ** 個人の要因(MSW2) 個人の要因(MSW3)

### 対処資源

#### 環境

**存在意義を確認できる体験** 存在意義を確認できる体験(MSW1) 医療スタッフの理解(MSW2) MSWの必要性認める流れ(MSW2) 将来性(MSW3) 評価(MSW3)

**人間関係** 他機関の人間関係(MSW1) 人間関係(MSW3)

#### 個人

**パーソナリティ** 個人的要因(MSW1) 個人の性格(MSW3)

アイデンティティ(MSW3)

## VI.考察

ストレス状態はストレッサーと対処資源のバランスがストレッサーの増加によって崩れることで起こる（ラザルスとフォークマン、1991）。そして過度のストレス状態が続くとバーンアウトに陥る。それを防ぐためにはストレッサーを軽減するか、対処資源を多くしなければならない。

また、生態学的な視点では、人間の側に対処能力（人間と環境との共存の能力）が弱かったり、環境に応答性が無い場合、生活ストレスが高まるが、このストレスを解消するためには、普通、自己の努力とインフォーマルな援助ネットワークにより、交互作用（transaction）の不適應問題を処理する（小島、1992）。交互作用がそれでも成り立たなければ、人は専門のソーシャルワークの援助を利用しようとするのであるが、主体を医療ソーシャルワーカーとした場合、医療ソーシャルワーカーにとっての専門ソーシャルワークの援助に相当するものは、スーパービジョンに他ならない。

本稿での調査では、前述のように、ストレッサーは個人の要因と環境の要因に大別された。しかしこの2つの要因は完全に切り離されているものではなく、交互作用しており、医療ソーシャルワーカーの側に対処の能力が弱い（性格的に融通が利かない、完全主義、きまじめなど）と環境に応答性が無い場合（資格が無く地位が低い、ソーシャルワークに対する理解が無い、社会資源が不足しているなど）、医療ソーシャルワーカーと医療現場の環境との間の交互作用が不適應状態となり、ストレスが高まるという構図が現れた。

また、対処資源においても、個人と環境の2つに分けられた。ここでも個人と環境の間には関係がある。環境の中にある対処資源は「存在意義を確認できるような他者からの評価」と「良好な人間関係」であるが、個人のカテゴリーに属する「楽観的なパーソナリティ」と「医療ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティ」は環境における対処資源を得るための前提でもあれば、得たためにさらに強化されるものでもある。個人と環境との間にこのような良好な交互作用が行われていれば、大きな対処資源となる。

では、そこでスーパービジョンによる介入の目的は交互作用の不適應を軽減・解消、もしくは良好な交互作用を強化したり作り出したりする事になる。スーパービジョンの分野にも生態学的な視座はすでに応用されている（小島、1992）。本稿はスーパービジョンを主旨とするものではないので、それについてここでは言及しないが、この論文の主目的であるストレッサーと対処資源の分類を見ても明らかのように、生態学的な視座に立ったスーパービジョンは、現在の医療ソーシャルワーカーにとっては有効なものであると思われる。

しかし、日本のソーシャルワークの中で、最も立ち遅れている分野がスーパービジョンである（大阪医療社会事業協会新人MSW実態調査班、1997）。本稿でインタビューしたMSWの中には、対処資源に「スーパービジョン」を挙げた者はいなかった。スーパーバイザーの養成・

スーパービジョン制度の確立については、今後積極的な取り組みが多く医療ソーシャルワーカーから期待されているところである。

制度としてのスーパービジョンが整備されていない現状で、医療ソーシャルワーカーのバーンアウトを防止するためには、どうすれば良いのだろうか。ソーシャルワークの仕事自体がストレスに満ちており、仕事中心の生活をしている人とか、社会福祉の仕事为天職と心得て、重大な使命感を持っている人程ハイリスクであるというのに、ストレスそのものは自覚されにくい(黒川、1992)。伝統的に、心と体を統合的に理解する文化が無いがゆえであって、単に、一時的な体調の不調とか、習慣程度に考える傾向があるからである(黒川、1992)。普通、バーンアウトの前兆となるストレスは本人よりも先に周囲の者が気づく(窪田、1992)。周囲の者は、以下の兆候に注意をはらう必要がある(Yates,1979;黒川、1992)。

- \* うつ、朝起きるのが一番つらい。また一日が始まるのかと思うとゆううつであるだけでなく、仕事に取り組むエネルギーがなくなった感じがする。無気力で、何をする気もなく、そのうえ、そんな自分をいつも責めている。
- \* 過食、肥満。過食であるのは、これら常時イライラした不充足感に対して、満腹した胃は一時的に心理的満足感をもたらす。また、一時的に体内の血液を、多量に食物消化のため胃や腸に動員しなければならない。こうすると、イライラの原因である頭にのぼった血がすーっと引く。これによって精神安定効果(tranquilizing effect)がもたらされる。
- \* 不眠。この問題は忙しい人に特有の問題である。夜になると、眠れなくなて悶々として、眠ろうとすればするほど目がさえてくるという症状である。それは、次の日のことを心配したり、興奮したりして、身体が臨戦体制になっていて眠っていないからである。人は、不眠で悩むことによって、さらに精神的に自己を痛めつけ、食欲を失ったり、イライラしたりする。また、たびたび夜中に目を覚ます回数が多くなる、というものストレスの兆候である。これらの症状と頭痛は密接な関係にあるといってもよい。
- \* 首や腰の痛み、肩が凝るという症状である。ワーカーの中には仕事のことを考えすぎて気がついてみると体を固くしている自分に気づくことがある。筋肉は絶えず

緊張させているとその部分は疼痛に変わる。

\* タバコ・コーヒー・酒の多用。これらは最初の一服や一杯は、心をほっとさせ、精神安定の効果がある。しかし、たとえば、タバコのニコチンは、心拍数を増大させるし、血圧を高め、コレステロールやルアドレナリンの水準を高め、体に影響する。

コーヒーの飲用も、含まれているカフェインによって、神経を刺激し、爽快感をもたらすが、3杯も飲むと神経過敏となり、不眠、頭痛、手の汗をかきやすくなるとか、潰瘍を起こさせたりする。

\* 警戒知覚、情緒的に不安定であったり、不意に鳴る電話のベルの音にビクッと驚いたり、以上に神経が過敏になっていること。あるいは、時間を以上に気にしたり、イライラしたり、仕事に手がつかなくなったり、あるいは神経を使いすぎてパニックになったりする。

\* 性的能力の不能、低下。ストレスをもたらす緊急事態は、適応ホルモンを分泌させ、このホルモンの一部は、脳下垂体前葉に作用し、ACTH（副腎皮質刺激ホルモン）として消費される。そして、その量だけ、性腺刺激ホルモンはマイナスとなる。個体保存のためにエネルギーを動員した分だけ種族保存は抑制される。そして、性的不能はストレスの結果であるが、それ自体がまたストレスの原因となる。

とはいえ、一人職場のワーカー、独り暮らしのワーカーなど、気がついてくれる者があまりいない状況でソーシャルワークを行っているワーカーも存在しており、そのような者は精神的な疲労をフォローする資源は自分自身でしかない。そうすると、現任者訓練プログラムの中で、あるいは大学教育の中で、ソーシャルワーカーのストレス・マネジメントに関する教育を行い、ワーカー自身がストレスから身を守る術を身につけておくべきではないだろうか。

また、ソーシャルワーカーの仕事はクライアントに対する相談業務やスタッフとの連携のみではない。もう一つの重要な業務に「教育活動」がある。今回の調査で得られた対処資源の重要な概念「存在意義を確認できる体験」はこの「教育」に関係している。あらゆる場面で、ソーシャルワーカーは医療現場でソーシャルワークの必要性をスタッフに理解してもらえるように働きかけなくてはならない。それはソーシャルワーカーの介入するケースを通してでもあれば、全くインフォーマルな場面やソーシャルワークとは何ら関係ない雑務を通してでも、で

きるだけ医療ソーシャルワークについて説明し、知ってもらうことによって扱うケースが増え、ソーシャルワーカーの介入によってうまくいったケースに対しては周囲からの評価が得られる。つまり、ソーシャルワーカー自身が自ら行動する事が、周囲に存在意義を認めさせる活動となっている。これは業務上重要な対処行動である。

この「教育活動」についてはストレス、つまりしんどさを感じることもあるかもしれない。だが、これはソーシャルワーカーの重要な役割であり、これによって周囲からの評価も得られるのである。周囲からの評価を受けることが励みにならないソーシャルワーカーは、おそらくいないだろう。そのために、ソーシャルワーカーは自発的に環境に働きかけることが必要なのである。

今回の調査ではサンプルの数が少ないことから、信頼性に欠けることは否めない。しかし公立で複数ワーカー、公立の一人ワーカー、民間の複数ワーカーと、バリエーションのある調査を行うことができた。一口にストレスといっても職場環境やソーシャルワーカー自身のパーソナリティによって、内容・程度にかなりの差があり、職場の数だけ、また医療ソーシャルワーカーの数だけのバリエーションが存在するのかもしれない。しかし現場の医療ソーシャルワーカー自身の言葉から汲み上げられた、意義あるものであったと考える。

またこの卒業論文作成の過程で、数々の医療ソーシャルワーカーの方と出会い、助言・協力を頂いたことは筆者にとって大いに勉強になった。この場を借りて心よりの感謝を申し上げます。

## 参考・引用文献

Berg,B.L.(1995,1989). Qualitative Research Methods For The Sciences,2nd edition. Boston: Allyn & Bacon.

シェニツ,R.A.・スワンソン,J.M.(樋口康子・稲岡文昭監訳).(1992). グラウンデッド・セオリー—看護の質的研究のために—.医学書院.

Freudenberger.H.(1974). Staff Burnout. Journal of Social Issues,30(1),159-166.

深谷美枝・大瀧敦子(1995). 実践から理論を導き出すために(1)—グラウンデッド・セオリーによるソーシャルワーク研究の可能性.  
ソーシャルワーク研究,21(1),39-43.

深谷美枝・大瀧敦子(1995). 実践から理論を導き出すために(2)—グラウンデッド・セオリーによるソーシャルワーク研究の可能性.  
ソーシャルワーク研究,21(2),54-58.

Germain,C.B.(1973). An Ecological Perspective in Casework Practice. Social Casework,54(6),323-330.

Germain,C.B. & Gitterman,A.(1996). The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory & Practice, 2nd edition. NY: Columbia University Press.

グレイザー,B.G.・シュトラウス,A.L.(1996). (後藤隆・大出春江・水野節夫訳). データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか—.新曜社.

Good,A.D. & Watts,F.N.(1996). Behavioral and Mental Health Research, 2nd edition. London: Elbaum.

Johnson,S.H.(1982). Preventing group burnout. Nursing Management,13(2),32-34.

河野聖夫(1995). 援助者としてのMSWと援助関係のプロセス.ソーシャルワーク研究,21(3),207-212.

河野友信(1986). 技術革新と医療 In 日本保健医療行動科学会(編).健康と病気の行動科学(59-77).メジカルフレンド社.

片田範子(1990). 看護研究方法におけるGrounded Theory活用の

動向—米国を中心に—看護研究,23(3).35-41.

橘高通泰(1997). MINELRVA医療福祉ライブラリー③：医療ソーシャルワーカーの業務と実践. ミネルヴァ書房.

小島蓉子(1992). 実践における生態学とは?. In 小島蓉子(編訳・著) エコロジカル・ソーシャルワーカーカレル・ジャーメイン名論文一(221-237).学苑社.

厚生省健康政策局(監修)(1993). 改正医療法のすべて.中央法規.

窪田暁子(1992). 援助専門職におけるバーンナウト(燃え尽き症候群).社会福祉研究,54,11-17.

黒川昭登(1992).スーパービジョンの理論と実際.岩崎学術出版社.

ラザルス,R.S.・フォークマン,S.(1991). (本明寛・春木豊・織田正美監訳). ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究.実務教育出版.

Maslach,C.(1976). Burned out. Human Behavior,5(9),6-22.

Maslach,C. & Pines,A.(1979).Burn out, The loss of human caring. In Pines,A. & Maslach,C.(Eds). Experiencing social psychology. New York: Random House. pp.245-252.

南彩子(1996). ソーシャルワークへのGrounded Theoryの適用について.天理大学学報、第181輯

ミンスキー,M.(1986). (安西佑一郎訳). 心の社会.産業図書.

森野郁子(1990). 保健医療ソーシャルワークの基礎—対象・機能・役割—. In 保健医療ソーシャルワーク研究会(編).医療ソーシャルワークハンドブック—理論編一(42-54).中央法規出版.

中島さつき(1964). 医療社会事業. 誠心書房.

中島さつき(1990). 保健医療ソーシャルワークの基礎—医療社会福祉の歴史—. In 保健医療ソーシャルワーク研究会(編).医療ソーシャルワークハンドブック—理論編一(17-29).中央法規出版.

中村佐織(1990). 我が国の生活モデル研究の動向—生態学的視座に関する文献を中心として—.ソーシャルワーク研究,16(2),17-22.

難波和明・安西佑一郎・中島信弥(1986). 考える道具としての

LISP入門.共立出版株式会社.

木勝 (ぬで) 島次郎(1991). 脳死・臓器移植と日本社会—死と死後を決める作法.公文堂.

小代聖香・川名典子・片田範子(1990). 看護研究にGrounded Theoryを活用して (座談会) .看護研究,23(3),69-80.

小田兼三・竹内孝仁・平田豪成(1997). 医療福祉シリーズ①：医療福祉学の理論.中央法規.

岡本民夫(1990). ライフモデルの理論と実践—生態学的アプローチ—.ソーシャルワーク研究,16(2),10-16.

岡村重夫(1983). 社会福祉学原論.全国社会福祉協議会.

大阪医療社会事業協会新人MSW実態調査班(1997).新人MSW実態調査報告書.大阪医療社会事業協会.

太田義弘(1990). ソーシャルワーク実践へのエコシステムの課題.ソーシャルワーク研究,16(2),4-9.

Perlman,B. & Hartman,E.A.(1982). Burnout: Summary and Future Research. Human Relations,35(4),283-305.

リッチ,E.A.(1984). (廣田薫・宮村勲訳) . 人工知能Ⅰ マグロウヒル・コンピュータ・シリーズ.マグロウヒル・ブック株式会社.

齊藤順子(1995). 保健・医療機関におけるソーシャルワーカーの立場性に関する考察—院内ニュースを媒体として—.ソーシャルワーク研究,20(4),316-321.

阪上裕子(1983). 医療福祉の領域の拡大とMSWの役割. In 園田恭一・米林嘉男 (編) .保健医療の社会学—健康生活の社会的条件二(263-279).有斐閣選書.

阪上裕子(1985). 保健医療ソーシャルワークの歴史. In 齊藤安弘・阪上裕子 (編) .保健・医療ソーシャルワーク(9-17).川島書店.

笹岡真弓(1995). 病院で働くソーシャルワーカーのJob Description. ソーシャルワーク研究,20(4),29-36.

シャンク,R.C.・リースベック,C.K.(1986). (石崎峻監訳) . 自然言語理解入門—LIPSで書いた5つの知的プログラム—.総研出版.

柴山悦子(1979). 医療ソーシャルワーカーの諸問題—資格制度化運

動と医療ソーシャルワーカーの課題—ソーシャルワーク研究,20(4),29-36.

白石大介(1981). ソーシャルワーカー定着のための諸条件とその実践的裏付け.ソーシャルワーク研究,7(1),41-54.

Smit,A.V.(1990). Burn-out in Social Work: Its Incidence and Trends in Causation. Maatskaplike Werk/ Social Work,26(2),124-131.

杉政孝(1983). 医療機関の構造 In 園田恭一・米林嘉男(編).保健医療の社会学—健康生活の社会的条件—(149-164).有斐閣選書.

杉本照子(1987). 医療・保健分野で働くソーシャルワーカーのアイデンティティ. 社会福祉研究,41,2-37.

杉本照子(1992). 保健医療におけるソーシャルワーカーの資格問題—ソーシャルワーカーの大同団結の時にあたって—. 社会福祉研究,41,2-37.

昭和49年度厚生科学研究班(1976). 医療社会事業の現状と課題—「医療施設および地域における医療社会事業の業務方針について」研究報告—. 医療と福祉,29増刊号,33-54.

衆議院法制局・参議院法制局(編)(1997). 現行法規総覧.第一法規出版.

田尾雅夫(1989). バーンアウト—ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス—. 社会心理学研究,4(2),91-97.

立木茂雄・谷口泰史(1994). 家族を中心としたエコロジカル・アプローチ：理論・調査・実践.ブリーフ・サイコセラピー研究Ⅲ ブリーフサイコセラピー研究会.

山手茂(1981). 医療チームにおけるMSW の役割. 月刊福祉,9,40-45.

Yates,J.E.(1979). Managing Stress. N.Y: A Division of Management Association. pp.83-88.