

新型コロナウイルス感染症の医療ソーシャルワーカーへの影響

The Impact of COVID-19 Infections on Medical Social Workers

杉山 明伸

渡辺 一生

SUGIYAMA Akinobu WATANABE Issei

Abstract

The purpose of this study was to clarify the impact of COVID-19 Infections on medical social workers(MSWs) and their recognition status about social work practice. The target population was a total of 358 MSWs at hospitals in a Japanese prefecture, and the study was conducted by means of a web anonymous self-report questionnaire survey. Valid replies were received from 81 MSWs (22.6%).

Results from the quantitative analysis of the survey revealed that there were some jobs where the frequency of handling and ratio of responsibilities had been expanded compared to before the COVID-19 epidemic. However, it also became clear that even if MSWs worked with professional awareness, they still might not be able to engage in work that was supposed to be exclusive to MSW due to the effects of the social security program and medical supply system.

Key words: COVID-19, medical social workers, professionalism, proficiency inventory

I. はじめに

筆者らは、2021年、A県の精神科領域も含めた医療ソーシャルワーカー（以下MSW）協会の会員を対象とした「MSWの臨床現場における業務の実態とコロナ禍における影響」に関する調査を実施した。本稿では、コロナ禍においてA県ではMSW業務がどのような影響を受けたか、業務実態に対してMSW現任者がどのような認識でいるのかについて、本調査から得られた統計的分析結果を報告する。

II. 背景

重症急性呼吸器症候群コロナウイルス2型 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) による新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus disease 2019、以下COVID-19) は、2019年12月に中華人民共和国湖北省武漢市で発症した肺炎患者が最初の感染者とされ、瞬く間に世界的規模で感染が広がり、2020年3月11日には世界保健機関 (WHO) で“パンデミック”が宣言されるに至った。

わが国でも、2020年1月28日にはCOVID-19を感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく指定感染症と定める政令が公布され、2020年3月13日に改正された新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、3月26日に政府対策本部を設置し、3月28日に新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針が発表され（以下、3月28日発を「基本的対処方針」）、4月7日には7都府県に緊急事態宣言が発出されて、感染が顕著な地域の教育機関では本学を含めオンライン授業に移行し、“3密”、“ソーシャル・ディスタンス”、“STAY HOME”などの対処策の普及とともに日常生活が大きく規制される事態となった。上記の基本的対処方針は現在まで細かく改正を繰り返しているが、厚生労働省によれば、2023年1月29日現在、累積陽性者数32,464,361名、死亡者数67,639名で、1日で陽性者44,729名、死亡者251名が報告されており（厚生労働省2023）、今なお収束を見通せない現状である。

COVID-19患者の治療に当たる医療機関においても感染拡大を防ぐことはできず、院内での集団感染（クラスター）を招く事態となり、更なる予防措置として、家族の面会を禁止するなど、患者・家族との直接的な接触を厳しく制限せざるをえなくなった。例えば、出産や看取りという人生の最初と最期の場面でも、流行当初、当該医療機関が家族の立会いを認めない例は珍しくなかった。これらは医療スタッフの業務に著しい影響を与えたが、MSWの場合、業務の主たる手段である面接ですら従前のように実施できない状況が続いた。

COVID-19のMSW業務への影響について、都道府県MSW協会レベルでは、2020年6月に大阪協会が調査報告にて、会議や面接機会の減少により対面でのコミュニケーションが制約され、クライアントの意思決定支援、クライアント関係者との合意形成、多職種連携などに難渋している実態を発表した（大阪医療ソーシャルワーカー協会2020）。そして、2021年2月には愛知県協会が調査の結果、患者の様子や状態を直接知る機会が減ったことで自宅退院や転院等を検討する際のイメージを持ちにくい弊害等を報告した（愛知県医療ソーシャルワーカー協会2021）。ま

た、MSW現任者が個別に業務の実態を客観的に検討・分析した報告も散見されている。これらによると、特異な状況下で面会制限される患者・家族への配慮や、感染を警戒している患者・家族への対応に工夫が求められ、療養生活に必要な日用品の調達や療養宿泊施設の入所調整等と、COVID-19以外の疾患に対する入院によらない療養機会の確保などが新たな業務として加わり、地域の関係機関・職種との一層の連携に取り組んでいた(榊原 2021、野田 2021、鈴木ほか 2021)。更に、保正はベテランMSW14名に面接調査を実施し、直面している状況を踏まえ、今後の課題を提示している。すなわち、元よりMSW業務の基本である患者らのQOL増進にかかわる支援を充実させること、今回、理不尽に発生したCOVID-19にまつわる偏見・差別に的確に対処すること、COVID-19以外でも起こりうる緊急事態でのMSWの役割・機能を明確に構築すること、新たに活用することになったオンラインでのコミュニケーションを含めて支援方法を再検討すること、以上である(保正 2022)。

III. 目的

本稿では、「基本的対処方針」後のA県におけるMSW業務への影響と、業務実態に対するMSW現任者の認識について明らかにすることを目的とする。前述の通り、コロナ禍でのMSW業務の現況については各所で調査が進んでいる。筆者らは、COVID-19流行前より、医療供給システムの効率化に伴い、例えば退院援助において医療や看護の論理に依拠した支援・介入を行う傾向があるのではないかとMSW業務の変質を懸念しており、調査により経験年数9~18年目のMSWが他の経験年数カテゴリーと比して医療・看護的な介入を行っている兆候が見られると報告した(渡辺 2018)。COVID-19流行当初、急性期治療を終えても医療的管理が必要な患者を、高機能病棟の病床逼迫を防ぐため、重症対応可能な医療機関から転院させることが懸案事項となったが、次第に受け入れ医療機関も現れ、機械的な転院も実現するようになった経緯がある。このような実績がコロナ後のMSWの業務展開に影響することが想定され、現任者がどのようなスタンスで業務に取り組んでいるのかが問われるところである。COVID-19流行前からの医療供給システムの効率化、及びCOVID-19の流行に伴う医療・福祉サービスの供給システムの変容を経て、今日の業務実態に対する現任者の認識に注目するところに本研究の意義があると考えられる。

IV. 研究方法

1. 調査の対象と方法

本研究では、2021年8月末の時点で首都圏のA県MSW協会に所属する会員のうち、精神科領域を含む病院・診療所・老人保健施設に勤務する358名を対象として、同年11月に、Googleフォームを用いた無記名のWebアンケートを実施した。回答者は81名で、回収率22.6%だった。

2. 調査項目

調査項目は13問あり、内容は次の通りである。調査対象者の基本属性(①MSW経験年数、②

MSW勤務開始年月、③所有資格、④所属機関の病床機能、⑤所属部門の構成職種、⑥所属部門長の職種) 6問、⑦所属機関におけるCOVID-19患者の入院対応の有無と⑧重症度分類2問、「基本的対処方針」後の業務の変化(⑨初回面談の手段、⑩連絡・調整の手段⁽¹⁾、⑪MSW業務の実施頻度) 3問、⑫調査時のMSW業務の担当割合1問、⑬ソーシャルワーカー専門職性自己評価1問。これらの項目のうち、⑨～⑪は「基本的対処方針」後での業務の変化について「1. 減った」～「5. 増えた」、⑫は調査時に「1. まったく行っていない」～「5. すべて行っている」、⑬は「1.

表1 調査対象者の基本属性等 (n=81)

	カテゴリー	人数	割合(%)
MSWの経験年数 (無回答=0)	1年目～5年目	22	27.2
	6年目～10年目	22	27.2
	11年目～15年目	12	14.8
	16年目～20年目	13	16.0
	21年目以上	12	14.8
取得資格 (無回答=2) 複数回答	社会福祉士	80	98.8
	精神保健福祉士	17	21.0
	介護福祉士	10	12.3
	介護支援専門員	25	32.5
	その他	3	3.7
所属部門の長の職業 (無回答=0)	MSW	51	63.0
	医師	16	19.8
	事務	12	12.0
	その他	2	2.5
所属部門の構成職種 (無回答=0)	MSWのみ	46	56.8
	MSW以外混在	35	43.2
病床・病棟機能 (無回答=0) 複数回答	一般病床(急性期)	56	69.1
	一般病床(亜急性期)	9	11.1
	療養病床	17	21.0
	感染症病床	4	4.9
	精神病床	6	7.4
	回復期リハビリテーション病棟	25	30.9
	障害者施設等一般病棟	6	7.4
	地域包括ケア病棟	7	8.6
	緩和ケア病棟	13	16.0
	診療所	5	6.2
	老人保健施設	8	9.9
	その他	3	3.7
コロナ患者入院対応 (無回答=0)	している	52	64.2
コロナ重症患者対応 (無回答=0)	している	20	24.7

あてはまらない」～「5. かなりあてはまる」といずれも5件法で設定し、業務の変化と実態、及び自らの業務への認識を尋ねた。本調査対象者の基本属性等は表1の通りである。

なお、本調査⑪⑫におけるMSW業務には、医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生労働省健康局長通知、平成14年11月29日健康発第1129001号）のⅠ.「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助」、Ⅱ.「退院援助」、Ⅲ.「社会復帰援助」、Ⅳ.「受診・受療援助」、Ⅴ.「経済的問題の解決、調整援助」で挙げられている項目を用いた⁽²⁾。ソーシャルワーカー専門職性自己評価は、妥当性の検討（武田ら2002）を経て、2004年に南と武田によって発表された、ソーシャルワーカーが自らの職務の専門性についてどのように認識しているかを明らかにする指標である。各6項目を有する7カテゴリーで構成されており、「かなりあてはまる」5点、「ややあてはまる」4点、「どちらとも言えない」3点、「あまりあてはまらない」2点、「あてはまらない」1点で採点し、総計が大きいほど自己評価が高いと評価される（南ら2004）。発表から20年近く経ち、研修等で活用されるなどMSW実践現場で定着していると判断し、業務実態に対するMSW現任者の認識の指標として本調査で採用した。なお、本調査では「使命感」「倫理性」「自律性」「知識・理論」「専門的技能」の5カテゴリーの30項目を用いた。「使命感」は仕事に他者への献身や権利擁護を見出し、「倫理性」は中立・公正な態度や患者らの人としての尊厳を遵守し、「自律性」は責任や裁量権を発揮し、「知識・理論」は専門的な知識や社会資源の情報を有し、「専門的技能」は適切な人間関係を築いて患者らや地域の問題解決に寄与することを意味している。

3. 倫理的配慮

本研究は、立教大学コミュニティ福祉学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：KOMI21006N 2021年9月10日）。

4. 分析方法

調査対象者の勤務年数（上記①）と業務の変化・業務の担当割合・専門職性自己評価（⑨～⑬）との関係性検証には一元配置分散分析、勤務状況（④～⑧）と業務の変化・業務の担当割合・専門職性自己評価との関係性検証にはt検定、業務の変化・業務の担当割合・専門職性自己評価相互の関係性検証には相関分析を行い、有意に関連する項目を確認した。なお、分析に当たり、④では一般病床（急性期）を有する病院（以下、急性期病院）と一般病床（急性期）を有さない回答群（以下、非急性期病院）に、⑤では所属部門の構成員が“MSWのみ”と“MSW以外を含む”に、⑥では“所属長がMSW”と“所属長がMSW以外”に区分した。解析にはIBM SPSS Statistics 27を用い、有意水準を5%とした。

V. 分析結果

1. 「基本的対処方針」後の変化

1) MSWの初回面談手段

「患者との対面での面接」49.4%、「家族との対面での面接」74.1%が“減った”・“やや減った”、「患者との電話」24.7%、「家族との電話」77.8%が“増えた”・“やや増えた”、「家族とのビデオ通話・オンライン面接」22.2%が“増えた”・“やや増えた”と回答した。

2) MSWによる連絡・調整手段

「患者との対面での面接」43.3%、「家族との対面での面接」67.9%が“減った”・“やや減った”、「患者との電話」27.2%、「家族との電話」82.7%が“増えた”・“やや増えた”、「家族とのビデオ通話・オンライン面接」27.1%が“増えた”・“やや増えた”と回答した。

3) MSW業務の取り扱い頻度

回答者のうち4割以上が“増えた”・“やや増えた”と回答した項目は以下の通りである。

「受診、入院、在宅医療に伴う不安等の問題解決援助、心理的支援」66.7%、「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」55.5%、「傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤の緩和・調整援助」46.9%、「転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助」46.9%、「転院や退院・退所後に関わる関係機関との連携による心理的・社会的問題の解決援助」40.8%。

2. MSW業務のMSWが担当する割合

回答者のうち4割以上が“まったく行っていない”・“あまり行っていない”と回答した項目は以下の通りである。

「患者会、家族会等の育成・支援」59.3%、「学校、職場、地域での人間関係調整援助」45.6%、「診断・治療内容についての理解促進援助」44.4%、「復職・復学に向けた調整援助」43.2%、「患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服や生活の再設計のための援助」42.0%、「がん、エイズ、難病等の障害受容に関する問題解決援助」40.7%、「通所リハビリテーション等の支援、集団療法の為のアルコール依存症者の会等の育成・支援」40.7%。

3. 「基本的対処方針」後の業務への影響・業務への現任者の認識に関連のある調査項目

該当項目間の関連性を検証したところ、有意差があった項目は下記の通りであった。

1) 非急性期病院と比べた急性期病院

・MSWの初回面談手段：急性期の方が有意により増えた

「家族との電話」(急性期：4.21 ± 0.803、非急性期：3.8 ± 0.957、p=0.047)

- ・MSWの連絡・調整の手段：非急性期が有意に増えたのに対し急性期は変わらなかった
「家族とのメール」(急性期：3.06 ± 0.429、非急性期：3.41 ± 0.666、 $p=0.032$)
- ・MSW業務の取り扱う頻度：急性期の頻度の方が有意により増えた
「療養中の家事・育児・教育・就労等の問題解決援助」(急性期：3.41 ± 0.682、非急性期：3.08 ± 0.4、 $p=0.008$)、「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」(急性期：3.79 ± 0.756、非急性期：3.36 ± 0.638、 $p=0.016$)
- ・MSW業務のMSWが担当する割合：急性期の割合の方が有意に低い
「受診、入院、在宅医療に伴う不安等の問題解決援助、心理的支援」(急性期：3.42 ± 0.786、非急性期：3.8 ± 0.577、 $p=0.018$)、「介護保険制度の説明・利用支援」(急性期：3.91 ± 0.815、非急性期：4.36 ± 0.7、 $p=0.019$)、「介護支援専門員との連携、退院準備について関係機関との相談・協議」(急性期：3.8 ± 0.848、非急性期：4.32 ± 0.69、 $p=0.009$)、「転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助」(急性期：3.79 ± 0.706、非急性期：4.16 ± 0.554、 $p=0.022$)、「診断・治療内容についての理解促進援助」(急性期：2.59 ± 0.682、非急性期：3.0 ± 0.957、 $p=0.031$)、「診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供」(急性期：3.13 ± 0.833、非急性期：3.68 ± 0.852、 $p=0.007$)

2) COVID-19患者の入院対応をしていない病院と比べた対応している病院

- ・MSW業務の取り扱う頻度：対応している病院の頻度の方が有意により増えた
「療養中の家事・育児・教育・就労等の問題解決援助」(対応病院：3.42 ± 0.696、非対応病院：3.1 ± 0.409、 $p=0.011$)、「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」(対応病院：3.79 ± 0.776、非対応病院：3.41 ± 0.628、 $p=0.029$)
- ・MSW業務のMSWが担当する割合：対応している病院の割合の方が有意に低い
「受診、入院、在宅医療に伴う不安等の問題解決援助、心理的支援」(対応病院：3.39 ± 0.777、非対応病院：3.39 ± 0.62、 $p=0.014$)、「患者の生活と傷病の状況に応じた在宅ケア諸サービスの活用援助」(対応病院：3.44 ± 0.873、非対応病院：3.85 ± 0.662、 $p=0.023$)、「介護保険制度の説明・利用支援」(対応病院：3.85 ± 0.802、非対応病院：4.41 ± 0.682、 $p=0.002$)、「介護支援専門員との連携、退院準備について関係機関との相談・協議」(対応病院：3.75 ± 0.821、非対応病院：4.34 ± 0.721、 $p=0.002$)、「転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助」(対応病院：3.75 ± 0.682、非対応病院：4.17 ± 0.602、 $p=0.007$)、「適切な医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供」(対応病院：3.17 ± 0.901、非対応病院：3.72 ± 0.96、 $p=0.012$)、「診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供」(対応病院：3.08 ± 0.837、非対応病院：3.69 ± 0.806、 $p=0.002$)

3) 重症患者に対応していない病院と比べた重症患者に対応している病院

- ・MSW業務の取り扱う頻度：重症対応している病院の方が有意により増えた

- 「療養中の家事・育児・教育・就労等の問題解決援助」(重症対応：3.62 ± 0.671、非重症対応：3.2 ± 0.572、 $p=0.004$)、「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」(重症対応：4.15 ± 0.671、非重症対応：3.49 ± 0.698、 $p=0$)
- ・MSW業務の取り扱い頻度：重症対応している病院の頻度の方が有意に減った
「患者同士や患者・職員間の人間関係調整援助」(重症対応：3.1 ± 0.447、非重症対応：3.41 ± 0.668、 $p=0.023$)
 - ・MSW業務のMSWが担当する割合：重症対応している病院の割合の方が有意に低い
「患者の生活と傷病の状況に応じた在宅ケア諸サービスの活用援助」(重症対応：3.1 ± 0.788、非重症対応：3.75 ± 0.779、 $p=0.002$)、「介護保険制度の説明・利用支援」(重症対応：3.25 ± 0.716、非重症対応：4.31 ± 0.647、 $p=0$)、「介護支援専門員との連携、退院準備について関係機関との相談・協議」(重症対応：3.21 ± 0.855、非重症対応：4.2 ± 0.679、 $p=0$)、「転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助」(重症対応：3.55 ± 0.826、非重症対応：4.02 ± 0.591、 $p=0.027$)、「住居の確保や傷病・障害に適した改修等の住居問題解決援助」(重症対応：3 ± 0.795、非重症対応：3.56 ± 0.975、 $p=0.023$)、「適切な医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供」(重症対応：2.9 ± 0.788、非重症対応：3.52 ± 0.959、 $p=0.01$)、「診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供」(重症対応：2.85 ± 0.745、非重症対応：3.44 ± 0.866、 $p=0.008$)

4. 専門職性自己評価スコア

調査対象者の自己評価スコアはカテゴリーごとに6点から30点で、各カテゴリーの内訳は表2の通りであった ($n=81$)。

表2 専門職性自己評価スコア

専門職性自己評価	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
使命感	22.84	3.466	23	30	12
倫理性	23.34	3.561	24	30	12
自律性	21.14	3.724	22	29	13
知識・理論	20.1	4.114	20.5	29	6
専門的技能	22.52	2.794	23	29	16

5. 専門職性自己評価とMSW業務の取り扱い頻度・MSWが担当する割合

専門職性自己評価に対するMSW業務の取り扱い頻度・MSWが担当する割合の関連性をSpearmanの順位相関係数で検証したところ、有意差があった項目は表3の通りで、いずれも正の相関関係が認められた。

表3 専門職性自己評価とMSW業務の取り扱い頻度・MSWが担当する割合

(Spearmanの順位相関係数)

専門職性自己評価	取り扱う頻度	担当する割合
使命感	24 : .370, 7 : .307, 19 : .291, 22 : .273 16 : .254, 8 : .250, 15 : .242	3 : .326, 18 : .301, 2 : .290, 17 : .258 22 : .257, 7 : .227, 19 : .225
倫理性	24 : .413, 19 : .332, 16 : .258	4 : .280, 8 : .254, 6 : .228, 7 : .222 19 : .222
自律性	17 : .332, 18 : .306, 19 : .270, 24 : .268 12 : .261, 11 : .241, 9 : .238, 7 : .234	4 : .383, 20 : .344, 3 : .319, 2 : .317 6 : .283, 7 : .272, 19 : .272, 5 : .251 22 : .227
知識・理論		7 : .341, 5 : .334, 3 : .327, 4 : .313 20 : .280, 19 : .277, 18 : .266, 6 : .263 13 : .242, 22 : .235
専門的スキル	24 : .243, 17 : .231	20 : .393, 4 : .387, 3 : .332, 7 : .319 22 : .300, 18 : .286, 5 : .283, 6 : .258 17 : .234

※各係数前の数字は注釈(2)で示した業務番号である

VI. 考察

1. 「基本的対処方針」後の変化

MSWの初回面談手段とMSWによる連絡・調整手段は、患者・家族との面接が減り、電話が増えていた。特に、家族との面談手段が顕著に変化した。医療機関におけるCOVID-19のアウトブレイク(爆発的感染)により入院患者が死亡する例も起こり(湯浅2020)、感染防止策として家族の面会を制限する事態となり、コロナ感染確認から3年経った時点でも面会禁止は標準的な対応である。電話による連絡は以前より用いられていたが、必要性は一層増すことになった。電話以外のオンラインによる手段は新たな設備導入であり、MSWの判断のみではなく、施設・機関の方針によっても差異が出ることに加え、患者・家族側にも協力を得る必要があるため、増加傾向は認めるも顕著な増加には至らなかった。

MSW業務の取り扱い頻度に関しては、ほぼ全ての項目において、増加傾向か“変わらない”のいずれかであった。特に「受診、入院、在宅医療に伴う不安等の問題解決援助、心理的支援」と「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」において顕著な増加が認められた。前者については、COVID-19が疑われる症状を認めた場合の医療機関の受診方法の複雑さや困難さ、COVID-19に対する極めて過剰な反応や偏った認識などへの対応が考えられる。またクラスターが発生した場合等において、当該病棟での入院継続に対する不安や、治療の中断・延期が判断され、急な在宅療養への移行が余儀なくされた患者についての対応など、実際に罹患していない場合であっても療養方法の選択において考慮せざるをえない状況が影響したと推測される。後者については、治療の公費負担についての患者への理解促進や目まぐるしく変更される公的な給付・貸付等の制度活用への援助などが影響している。

取り扱う頻度と担当する割合で用いたMSW業務は「医療ソーシャルワーカー業務指針」に基づいており、厚生労働省がMSWの標準的業務を定めたものであるため、他職種も従事することがありえても、MSWは担当して当然の業務内容である。MSWが担当する割合が“まったく行っていない”、“あまり行っていない”との回答を得た項目は、どのような経緯によるものか、検証を要するものとする。「患者会、家族会等の育成・支援」や「学校、職場、地域での人間関係調整援助」などのメゾレベルの業務は、COVID-19により対外活動を控える状況では実施できなくてもやむをえない。「がん、エイズ、難病等の障害受容に関する問題解決援助」などの精神的な支援を要する業務を4割が従事していない実態は、COVID-19と関連があったとしても受け入れがたい思いになる。

2. 「基本的対処方針」後の業務への影響・業務への現任者の認識に関連のある調査項目

重症患者に対応している病院はCOVID-19患者の入院対応をしている病院であり、COVID-19を積極的に入院対応しているのは急性期病院であることから、急性期病院と非急性期病院の比較、入院対応している病院としていない病院の比較、重症患者に対応している病院としていない病院の比較ではほぼ同じ傾向が見られた。

MSWの初回面談手段については急性期病院の電話連絡が顕著に増えていた。医療機関全般に家族の面会禁止などの制限が課せられているが、急性期病院はCOVID-19患者を受け入れる例が多く、陽性で入院した患者については、家族も陽性あるいは濃厚接触者となり、来院がより厳しく制限される場合が多いと考えられる。また、急性期病院は平均在院日数が短く、即時性の点からも電話が選択される。証拠を残す意味合いで意図的にメールを用いたり、家族の希望に応じて敢えて面談したりすることも、MSW自身、あるいはMSW部門の判断としてありえるが、基本的に対面の代替手段の第一選択は電話である。

MSWの連絡・調整の手段については、非急性期病院の方が急性期病院に比べて家族との連絡にメールを用いることが増加傾向にあることが判明した。非急性期病院では一般的に急性期病院より入院期間が長いことにより、面会禁止を補う情報提供手段として活用されたことが推定される。また、どの医療機関でも同様に面会制限が設けられ、居住地からの遠近に関わらず患者に会えない状況が想定されることから、急性期病院から非急性期病院への転院の際に距離を問わない家族も現れ、遠距離に居住する家族に資料などを添付したメールを送る機会が増えたことも影響している。

MSW業務の取り扱う頻度は、急性期病院で「療養中の家事・育児・教育・就労等の問題解決援助」がやや増えており、「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」がより増えていた。この傾向はCOVID-19患者の入院対応をしている病院、重症患者に対応している病院でも同様だった。子育て世代の患者が陽性となり、保育所を利用できなくなった、要介護者あるいは介護をする家族が感染し、必要な介護サービスが利用できないなどの状況は急性期、非急性期に関わらず起こりえたが、在院日数が短く、治療展開が早い急性期病院では緊急

性の高い業務となった。また、コロナ給付金の手続きなどについて、特に自営業者やタクシードライバー、飲食業の被雇用者等に情報提供する機会が多く、急性期病院の方がより多くの患者に対応する機会が多いためと推定される。

なお、重症患者に対応している病院では「患者同士や患者・職員間の人間関係調整援助」が有意に減っていた。治療方法が手探り状態の時期であり、病院全体が命を助けることに集中し、MSWも細やかな配慮を要する業務に十分には手が及ばなかったことや、感染リスクを避けるために病棟職員と他部門の職員の接触が制限され、MSWが病棟に自由に行き来できなくなったことで、当該病棟で発生している状況をタイムリーに収集できなかったことが影響したと推察する。一方、例えば回復期リハビリテーション病棟のある病院で陽性者が発生した場合、リハビリを数日間中断するようなこともあり、病院側は「感染対策のために仕方がない」と説明するが、患者・家族は不満をMSWに訴え、他院への転院を希望することもあった。これにより、コロナ前はあまりなかったリハビリ病院から他のリハビリ病院という共に非急性期病院間での転院相談が増えた。また、リハビリ病院の患者は急性期病院の患者ほど安静を保つ必要がないことから、病院内の移動、面会や外出の制限に関して患者が不満を訴える機会も注目されるようになった。積極的にCOVID-19に対応していない病院でこのような業務が増えたことが結果の一部に影響していると思料する。

MSW業務のMSWが担当する割合で有意差が認められたのは、急性期病院が非急性期病院より、入院対応している病院がしていない病院より、重症患者に対応している病院がしていない病院より、「行っていない」業務だった。「介護保険制度の説明・利用支援」、「介護支援専門員との連携、退院準備について関係機関との相談・協議」、「転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助」などは、コロナ前より非急性期病院の方が在宅退院を支援する機会が多いためと思われる。また、「診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供」は、外来や救急から入院することが多い急性期病院に対し、非急性期病院では元より急性期病院からの紹介で入院に至ることが多く、この窓口をMSWが担うことから医師等への情報提供の機会は必然的に多くなる。

ただし、調査時期、COVID-19患者の入院対応している病院、重症患者に対応している病院では、病床管理を県が行っており、スタッフだけでなく患者・家族の与り知らないところで転院が決まり、実施されることが標準的だった。アフターコロナの患者についても、転入院を承諾する非急性期病院に移るしか選択肢がない時期が続いていた。入院対応している病院のMSWが転院などの業務を“行っていない”可能性があり、注意を要する。また、これらの病院は、「患者の生活と傷病の状況に応じた在宅ケア諸サービスの活用援助」と「適切な医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供」も対応していない病院と比べ行っていなかった。COVID-19治療に特化する病院でも、COVID-19以外の疾患を含め、自宅退院の支援や受診・転院の案内を行っているが、調査時期ではこれらの業務に慎重にならざるをえなかったものと推察する。

「転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助」や「診断・治療内容についての

理解促進援助」は、診療報酬の入退院支援加算等において、入院前に、各職種が介入して患者情報を把握するとともに、入院中に行われる治療・検査を説明することが規定されたなどの状況もあり、コロナ前より急性期病院では他職種が役割を担うシステムになりつつあった業務である。

3. 専門職性自己評価スコア

本スコアは各カテゴリーに6つの設問があり、「あてはまらない」1点から「かなりあてはまる」5点までの5件法で自己評価するものである。カテゴリー内の6設問すべてが「ややあてはまる」であれば24点となり、南と武田によれば、24点以上でかなり専門職性が高いと考えられ、「知識・理論」と「専門的技能」が高く、他のカテゴリーが低いパターンが一般的と評されている（南ら 2004）。

今回の調査では「知識・理論」と「専門的技能」が傑出して高いということはないが、「専門的技能」の最小値が他より高いことから、ここにMSWの他職種との違いを意識しているものと想定される。また、「知識・理論」は平均が最も低く、最小値が6点であることから、勉強不足と認識し、自らの課題を見出していることが窺える。

4. 専門職性自己評価とMSW業務の取り扱う頻度・MSWが担当する割合

1) MSW業務の取り扱う頻度

有意な傾向を認められた項目は中程度以下の正の相関で、専門職性自己評価の各カテゴリーが高まるほど、該当業務を取り扱う頻度が増えることを意味している。つまり、コロナ禍において、より意識的にその業務に取り組む姿勢が表れているものと考えられる。なお、「知識・理論」と有意な相関を示した項目はなかった。

「医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助」は4カテゴリーで比較的高めの相関を示している。元より、経済的課題の支援や社会保障制度活用はMSWにとって専門性を表しやすい業務であり、コロナ関連の制度活用などMSWとしての役割を認識したものと思われる。「診断・治療内容についての理解促進援助」（使命感、倫理性、自律性で相関）や「診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供」（使命感で相関）などとともに、感染対策によりスタッフ以外の立ち入りが殆どない医療現場に、MSWとしてより丁寧に患者・家族に理解を促し、かつ、その意思を組み入れようとする取り組みの結果として、取り扱う頻度も増したものと想定される。

また、使命感と倫理性の2カテゴリーで相関が認められた業務に、「転院や退院・退所後に関わる関係機関との連携による心理的・社会的問題の解決援助」があった。他機関の職員等と物理的に会うことが制限された中で確実な患者・家族への支援体制を担保していくために、自律性と専門的技能の2カテゴリーで相関があった「適切な医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供」とともに、連携の在り方を工夫した状況が窺える。

COVID-19拡大期においては、最期の瞬間まで家族が面会できない事態があった。更に、他の

疾患での治療中に院内感染を契機に亡くなってしまう患者もいた。また、前述の通り、患者や家族を集めて、一斉に関わるような業務は控えざるをえなかった。その中でも「使命感」をもって、「患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服や生活の再設計のための援助」や「患者会、家族会等の育成・支援」に取り組むMSWがいたことも示唆された。

2) MSW業務のMSWが担当する割合

有意な傾向が認められた項目は頻度と同じく中程度以下の正の相関で、専門職性自己評価の各カテゴリーが高まるほど、該当業務を担当する割合が増えることを意味している。つまり、他職種との協働において、よりMSWの専門職性を認識している役割として考えられる。ただし、実際に業務を担うには病院の方針や制度上の規定などの多くの要因が絡むので、MSWに意思があってもできないこともありうる。「使命感」が強ければ、どんな業務でも担当できるような事態は考えがたい。

5カテゴリーすべてと相関が認められた項目である「患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服や生活の再設計のための援助」は、回答者の42.0%が“まったく行っていない”・“あまり行っていない”としていた。しかし、4カテゴリーで比較的高めの相関を示した「傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤の緩和・調整援助」(使命感、自律性、知識・理論、専門的技能で相関)や「患者同士や患者・職員間の人間関係調整援助」(倫理性、自律性、知識・理論、専門的技能で相関)とともに、知識、技術、経験を要する業務であるのに加え、前述のコロナ禍特有のエピソードもある。これらはMSW・病院によっては実際に業務に従事するとは限らないが、MSWとしての専門職性が求められる業務と認識して、積極的に担当しているMSWもいることが示唆された。「がん、エイズ、難病等の障害受容に関する問題解決援助」は回答者の40.7%が“まったく行っていない”・“あまり行っていない”としたが、4カテゴリー(倫理性、自律性、知識・理論、専門的技能)でやや低い相関が認められていた。がん、エイズ、難病は難治性の病気を抱えた患者へのMSWとして支援の必要性を自覚し、がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターなど、業務としての枠組みは一部で確立しているものの、急性期病院でもすべてが担当するわけでもなく、コロナ禍の調査時点においては治療が先送りされる事態もあったため、MSWの中でも対応が分かれる結果となったと考える。

「診断・治療内容についての理解促進援助」は使命感、倫理性、自律性、知識・理論の、「診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供」は使命感、自律性、知識・理論、専門的技能の4カテゴリーでやや低い相関が認められた。前者は回答者の44.4%が“まったく行っていない”・“あまり行っていない”であり、両者とも急性期病院では非急性期に比して有意に行っていないことが判明している。MSWが担うべき役割として、積極的にこれらの業務に取り組もうとするMSWがいる一方、診療報酬の入退院支援加算等により、特に急性期病院の現状では他職種が役割の一部を担うシステムとなっているため、業務に携われないMSWもいるものと推察する。

自律性及び専門的技能と比較的高い相関を示した項目が「症状が出現する原因となる心理的・

社会的問題について、人間関係の調整や社会資源の活用等による問題解決援助」である。これは、1905年、キャボット医師がマサチューセッツ総合病院に初めてMSWを導入した理由の一つであり（キャボット 1969）、患者・家族との専門的な関係性だけでなく、地域の公私関係機関も関与する高度で複合的な専門知識・技術を要する業務であるため、業務の裁量や実践能力に関する認識が反映していると思われる。

VII. まとめと課題

本稿はコロナ禍においてMSW業務がどのような影響を受け、その業務実態に対してMSW現任者がどのような認識でいるのかについて明らかにすることを目的とし、調査結果を量的に分析したところ、対面や対外的業務が制限されるなか、専門職性を意識して、取り扱い頻度を「基本的対処方針」前より拡充した業務があるものの、担当割合では、制度・システムの影響でMSW専有とされていた業務に携われない実態があり、その中でも積極的に業務を担おうとするMSWもいて、対応が分かれた状態であることが判明した。

ただし、本研究は首都圏の1県MSW協会での調査であり、しかも回収率が低かったため単変量の検定に留めていて、今回の結果を一般化するためには、今後、広範囲で多くのMSWを対象とした調査とともに、想定しうる関係性の枠組みを比較検討する必要がある。更に、調査は2021年11月に行い、COVID-19としては第5波と第6波の間で、オミクロン株が国内で初めて確認された時期であることも注意を要する。

以上のように、課題の多い研究ではあるが、今回、コロナ禍においてMSWが自らの専門職性をどのように認識しているのかについて、量的研究方法を用いて検証を試みたことには意義があると考えられる。コロナ後も見据え、調査研究を続ける所存である。

本調査にご協力いただいた皆様に感謝いたします。

注

(1) 本調査⑨⑩で用いた手段は次の通りである。

- 1 患者との対面での面接
- 2 家族との対面での面接
- 3 患者との電話
- 4 家族との電話
- 5 患者とのメール
- 6 家族とのメール
- 7 患者とのビデオ通話・オンライン面接
- 8 家族とのビデオ通話・オンライン面接

(2) 本調査①②で用いたMSW業務の項目は次の通りである。

- 1 受診、入院、在宅医療に伴う不安等の問題解決援助、心理的支援
- 2 療養中の家事・育児・教育・就労等の問題解決援助
- 3 傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤の緩和・調整援助
- 4 患者同士や患者・職員間の人間関係調整援助
- 5 学校、職場、地域での人間関係調整援助
- 6 がん、エイズ、難病等の障害受容に関する問題解決援助
- 7 患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服や生活の再設計のための援助
- 8 患者会、家族会等の育成・支援
- 9 患者の生活と傷病の状況に応じた在宅ケア諸サービスの活用援助
- 10 介護保険制度の説明・利用支援
- 11 介護支援専門員との連携、退院準備について関係機関との相談・協議
- 12 転院先医療機関や介護保険施設、社会福祉施設等の社会資源の選定の援助
- 13 転院、在宅医療に伴う患者・家族の不安等の問題解決援助
- 14 住居の確保や傷病・障害に適した改修等の住居問題解決援助
- 15 復職・復学に向けた調整援助
- 16 転院や退院・退所後に関わる関係機関との連携による心理的・社会的問題の解決援助
- 17 適切な医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供
- 18 診断や治療を妨げる心理的・社会的問題についての情報収集と問題解決援助
- 19 診断・治療内容についての理解促進援助
- 20 症状が出現する原因となる心理的・社会的問題について、人間関係の調整や社会資源の活用等による問題解決援助
- 21 入退院・入退所の判定に関する場面における経済的・心理的・社会的観点からの情報提供
- 22 診療の参考となる情報収集と医師・看護師等への情報提供
- 23 通所リハビリテーション等の支援、集団療法の為のアルコール依存症者の会等の育成・支援
- 24 医療費、生活費の課題に対する福祉、保険等の関係諸制度の活用援助

参考文献

- 愛知県医療ソーシャルワーカー協会、2021、「新型コロナウイルス感染症による医療ソーシャルワーク業務及びクライアントの生活への影響調査報告書」
- 大阪医療ソーシャルワーカー協会、2020、「COVID-19感染拡大にかかる影響調査 報告書」
- 厚生労働省、2022、「新型コロナウイルス感染症の発生状況」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001046688.pdf>、2023年1月30日アクセス)
- キャボット、R. C.、1969、『医療ソーシャルワーク』(森野郁子訳)、岩崎学術出版社
- 榎原次郎、2021、「コロナ禍における診療所で働くソーシャルワーカーの取り組み—地域を基盤としたソーシャルワーク

の特質に焦点をあてて一」、『医療と福祉』、No. 108 Vol. 55-No. 1、34-40

鈴木謙一・砂原聡子・横関明子・片岡多恵子・露木茜、2021、「東京都感染症指定医療機関における福祉的支援の経過報告」、『医療と福祉』、No. 109 Vol. 55-No. 2、9-18

武田加代子・南彩子、2002、「ソーシャルワークの専門職性評価指標作成の試み」、『社会福祉学』、第42巻第2号、32-42

野田智子、2021、「コロナ禍における地域の公的基幹病院の管理職医療ソーシャルワーカー実践」、『医療と福祉』、No. 108 Vol. 55-No. 1、41-48

保正友子、2022、「コロナ禍1年間における医療分野のソーシャルワーカー業務の変化—困難な中にある変化の芽—」、『日本福祉大学社会福祉論集』、第146号、87-103

南彩子・武田加代子、2004、『ソーシャルワーク専門職性自己評価』、相川書房

湯浅祐二、2020、「大規模院内感染はなぜ起きたのか」、日本記者クラブ

渡辺一生、2018、「急性期病院の医療ソーシャルワーカーの退院援助に関する研究—今日の退院援助についての一考察—」、立教大学