

【ソーシャルワーク・コラボセミナー2021】

実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓く
ESW の「実践理論」

～「社会的救命」に資する力量あるソーシャルワーカーを目指して～

資料集

日 時：2022 年 3 月 21 日（月） 13：00～17：00

開催方法：オンライン開催

主 催：日本ソーシャルワーク学会 &

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

目 次

1. 挨拶	日本ソーシャルワーク学会会長 小山隆	3
	救急認定ソーシャルワーカー認定機構代表理事 定光大海	4
2. プログラム		5
3. 【話題提供】		
	～その1～ ESW へ期待すること、医師の立場から	
1)	救急認定ソーシャルワーカー（ESW）が創設された背景 定光大海（堺平成病院）	8
2)	「社会的救命」に資するソーシャルワーカーへの期待 大西光雄（大阪医療センター救急救命センター）	31
	～その2～ ESW の実践枠組み	
	野村裕美（同志社大学）	76
4. 【クロストーク（1）】	～実践報告～ ESW の実践現場から	
1)	実践報告（その1） 高橋裕美（大阪大学医学部附属病院）	103
2)	実践報告（その2） 太田裕子（大阪医療センター）	159
3)	実践報告（その3） 篠原純史（高崎総合医療センター）	172
5. 【クロストーク（2）】	～対論～ 研究者からのメッセージ	
1)	実践の省察の視点から 浅野貴博（ルーテル学院大学）	190
2)	実践の評価の視点から 大島巖（東北福祉大学）	212

ソーシャルワーク・コラボセミナー2021 開催に当たって

日本ソーシャルワーク学会会長 小山隆（同志社大学）

今回の日本ソーシャルワーク学会の「ソーシャルワーク・コラボセミナー」は救急認定ソーシャルワーカー認定機構と共同で実施させていただきます。

扱われるテーマが救急認定ソーシャルワーカーのありようで、「社会的救命」を重要なキー概念としてコラボが展開されるとのこと、個人的にも関心を持たざるを得ません。まさに「命」に関わる「医療」と「社会」に関わる「ソーシャルワーク」がどのような形で連携しているのか、その有り様はどちらが欠けても「人生」を支えていくことが出来ないものであり、お話を聞かせて頂きながら考えていきたいと思っています。

また、セミナーの進行をみても、専門家による「話題提供」に加えて、実践者と研究者が「クロストーク」という贅沢なものとなっています。まだ広く関係者に了解されているとは言い切れない、救急認定ソーシャルワーカーについて理論的なレベルで学ぶと同時に実践家と研究者が本音で様々語り合えること大いに期待できます。

唯一、あまりに盛り沢山で時間が足らなくなるのではないかと言うことだけが心配ですが、「お腹いっぱい」になれそうで、当日を楽しみにしています。

ソーシャルワーク・コラボセミナー2021 開催に当たって

救急認定ソーシャルワーカー認定機構 代表理事 定光 大海

日本ソーシャルワーク学会と救急認定ソーシャルワーカー認定機構共同主催によるソーシャルワーク・コラボセミナーの開催にあたって、救急認定ソーシャルワーカー認定機構の代表理事として一言ご挨拶申し上げます。

このセミナーには社会福祉関連のお仕事に関わっておられる多くのソーシャルワーカーの皆様がご参加されていると聞き及んでおります。救急認定ソーシャルワーカーはその認定制度が 2015 年に設立された新しい領域で、まだ十分に知られていないかもしれません。この機会に是非、救急領域で診療を受ける傷病者の抱える様々な問題と、それに対応して命を救うだけでなく社会生活が成り立つところまで支援することを想定したソーシャルワークについてご理解いただき、事例を通じて救急認定ソーシャルワーカーの目指すものや課題について議論していただければ幸いです。

Web セミナーという制限された状況での開催ですが、皆様のご支援で盛り上がった会になることを期待しています。何卒宜しくお願いいたします。

実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓くESWの「実践理論」 ～「社会的救命」に資する力量あるソーシャルワーカーを目指して～

開催日：2022年3月21日（月）春分の日

開催方法：オンライン（Zoomミーティング）

時間：13:00～17:00

参加費：無料（事前申し込み要）

救急医療（emergency medicine）の現場には、通常の医療機関受診では対応できないほどの救急の疾患を持つ人や、生命の危機が迫っているなどの緊急性がある人がやってきます。しかし医療ニーズの緊急性や重症度とは関係なく、Life（生命・生活・人生）において耐え難い苦痛がある人々の、さまざまな課題やニーズが顕在化する場でもあります。ソーシャルワーカーにとって救急救命というエピソードは、それまで支援につながっていなかった人々を支援につなげる重要な契機となることはいふまでもありません。

2015年に創設された救急認定ソーシャルワーカー認定機構のESW（救急認定ソーシャルワーカー）は、事故、アディクション、自殺企図、虐待、傷害、災害等のエピソードから顕在化する人々の困難やニーズをとらえ「社会福祉課題を解決する」（個別支援）という行為と、「社会課題解決に資する救急医療とESWの実施体制」（体制・制度・仕組みづくり）という使命を果たすことに日夜取り組んでいます。

本セミナーでは、実践者（ESW、医師）と研究者が対話の場を開き、今、救急医療の現場で顕在化する人々の困難やニーズを見逃さず、「社会的救命」に資するソーシャルワーカーのあり様、そしてその「実践理論」について探求していきます。救急医療初期から人々に介入し、ソーシャルワーク専門職として積極的に関与していくことの意義や果たすべき役割について参加者のみなさんと話し合いたいと思います。

主催：日本ソーシャルワーク学会
救急認定ソーシャルワーカー認定機構
後援（予定）：
日本保健医療社会福祉学会
日本臨床救急医学会
日本精神保健福祉士協会
日本医療ソーシャルワーカー協会
日本社会福祉士会
日本ソーシャルワーカー協会

◆申込方法：

日本ソーシャルワーク学会・救急認定ソーシャルワーカー認定機構ホームページ

◆申込締切：2022年3月14日（月）

◆連絡事項：

- ・セミナーの資料は事前に配布されます。
- ・救急認定ソーシャルワーカーの更新ポイント対象の学術集会（10P）です。

プログラム

◆総合司会

南本宜子（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事/済生会京都府病院）

【開会挨拶】

小山隆（日本ソーシャルワーク学会会長）

【話題提供（前半）】

その1：ESWへの期待、医師の立場から

- ・救急認定ソーシャルワーカー（ESW）が創設された背景
定光大海（救急認定ソーシャルワーカー認定機構代表理事/堺平成病院）
- ・社会的救命に資するソーシャルワーカーへの期待
大西光雄（日本臨床救急医学会/大阪医療センター救急救命センター）

その2：ESWの実践枠組み

野村裕美（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事・日本ソーシャルワーク学会/同志社大学）

【クロストーク（後半）】

実践報告

その1

篠原純史（救急認定ソーシャルワーカー認定機構副代表理事/高崎総合医療センター）

その2

高橋裕美（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事/大阪大学医学部附属病院）

その3

太田裕子（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事/大阪医療センター）

対論 研究者からのメッセージ

その1 実践の省察の視点から

浅野貴博（日本ソーシャルワーク学会理事/ルーテル学院大学）

その2 実践の評価の視点から

大島巖（日本ソーシャルワーク学会副会長/東北福祉大学）

みなさんとのクロストーク

◆コーディネーター野村裕美（同志社大学）

【閉会挨拶】

主催団体紹介

◆日本ソーシャルワーク学会◆

ソーシャルワークの実践及び理論の研究及びに教育を通じ、ソーシャルワークの実践及び理論のレベルの向上を図り、社会福祉の発展に資することを目的とした、1984年に設立された学術団体です。

◆救急認定ソーシャルワーカー認定機構◆

日本保健医療社会福祉学会と日本臨床救急医学会を構成団体とし、日本医療ソーシャルワーカー協会と日本精神保健福祉士協会を協力団体とし、2015年に設立されました。救急救命分野の特性に対応し活躍できるESW（Emergency Social Worker）を輩出しています。

【話題提供】

～その1～ESW へ期待すること、医師の立場から

- 1) 救急認定ソーシャルワーカー（ESW）が創設された背景
定光大海（堺平成病院）

- 2) 「社会的救命」に資するソーシャルワーカーへの期待
大西光雄（大阪医療センター救急救命センター）

～その2～ ESW の実践枠組み

野村裕美（同志社大学）

救急認定ソーシャルワーカー（ESW）

認定制度創設の背景

救急認定ソーシャルワーカー認定機構代表理事
堺平成病院

定光 大海

救急認定ソーシャルワーカー認定機構

2015.11.17

構成団体

日本保健医療社会福祉学会
日本臨床救急医学会

協力団体

日本医療ソーシャルワーカー協会
日本精神保健福祉士協会

第1回救急認定ソーシャルワーカー認定

研修および試験

2017年1月21日(土)～1月22日(日)

日本社会福祉士養成校協会(東京)

大阪府済生会千里病院(大阪)

認定試験の結果通知

2017年2月28日 121名の認定

標準テキストの作成

救急患者の支援
-地域につなぐソーシャルワーク-

救急患者支援 地域につなぐ ソーシャルワーク

救急認定ソーシャルワーカー
標準テキスト

監修 救急認定ソーシャルワーカー認定機構

編集 救急認定ソーシャルワーカー認定機構研修・テキスト作成委員会

へるす出版



認定制度創設に至った背景

救急医療とソーシャルワーカー

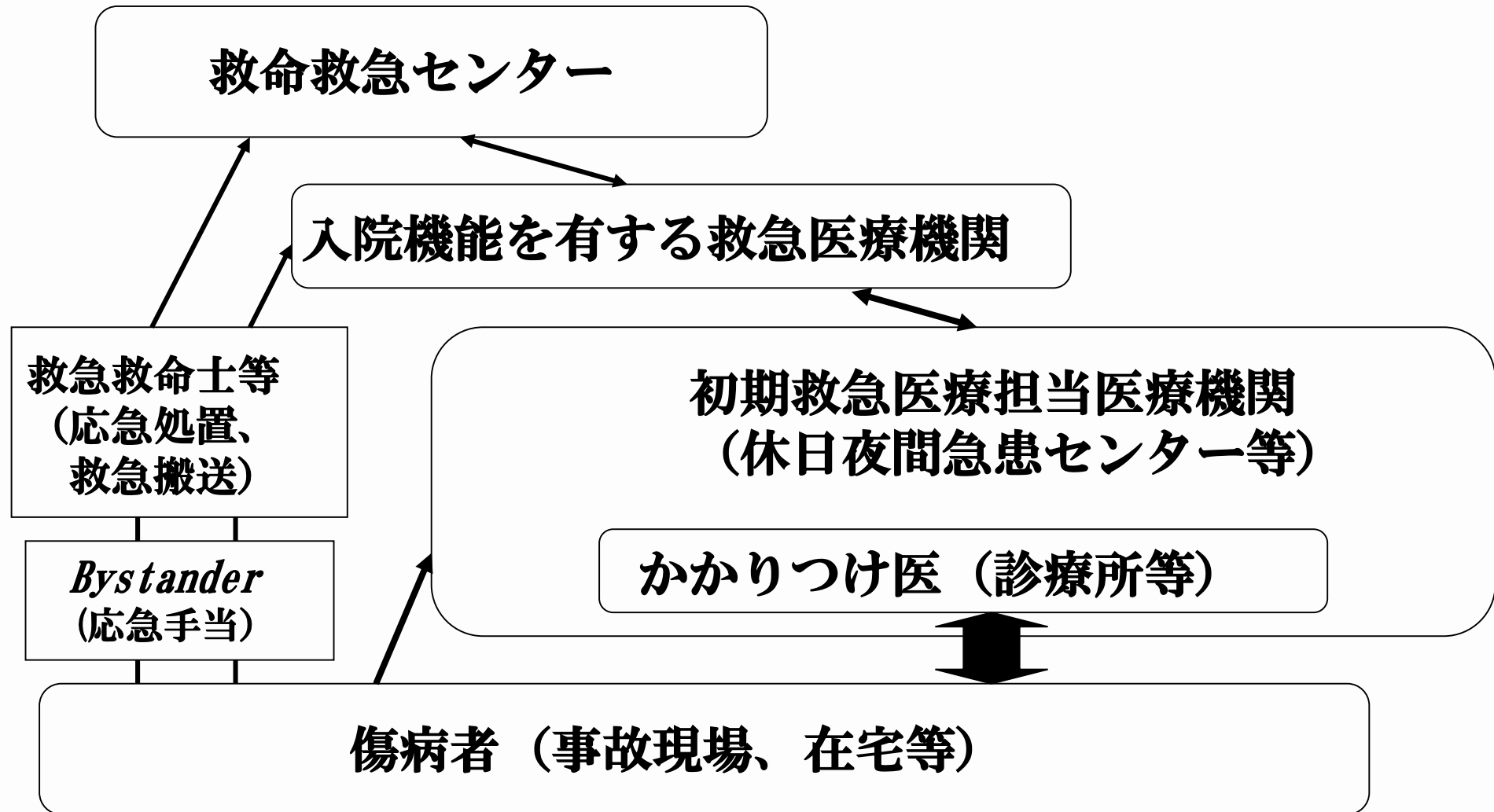
- ・ 救急医療のおかれた状況
- ・ 医療ソーシャルワーカーの業務

救急医療の歴史的背景

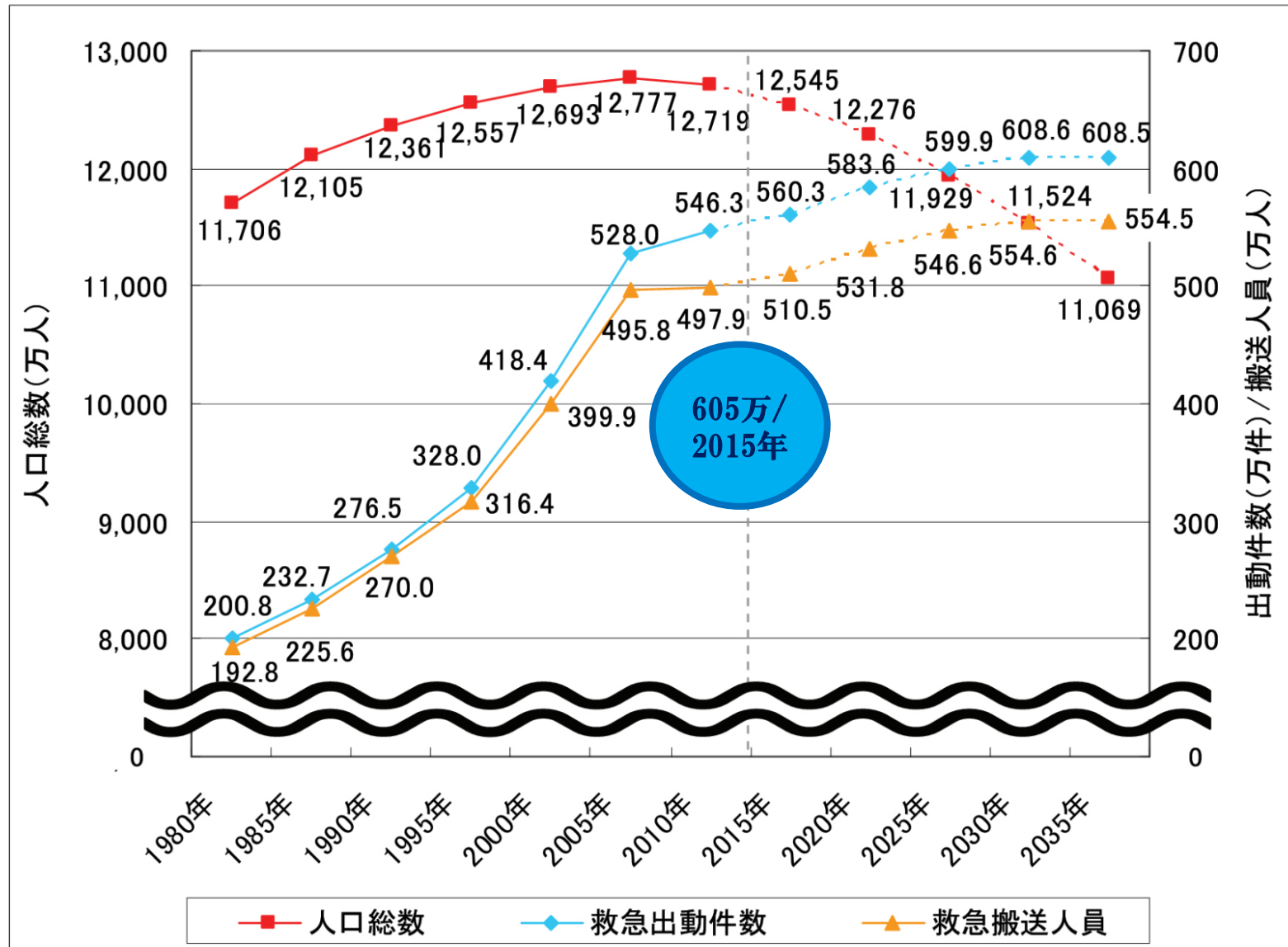
- 1967 :大阪大学医学部附属病院特殊救急部設置
- 1973 :日本救急医学会設立
- 1977 :救命救急センター(日本医科大)
救急医学講座(川崎医科大学)
- 1987 :消防法改正
- 1991 :救急救命士制度の発足
- 1998 :救急医療機関の整備
- 2000 :メディカルコントロール体制
病院前救護体制のあり方に関する検討会
- 2003 :救急科専門医
- 2004 :新医師臨床研修制度
- 2005 :医計画見直し、救急医療体制
- 2008 :救急科の標榜
- 2017 :新専門医制度、19基本専門領域設定

救急医療体制

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」 2005年3月



全国の人口と救急出動件数の推移



医療体制の変化

医師不足

医学部定員減

(最大時に比べて7%減1984年以降2008年まで)

新医師臨床研修制度 2004

地域の医療機関への医師派遣機能低下

地域の医師不足問題が顕在化

病院財政の悪化

診療報酬制度

消費税 8%に増税(2014)

医療計画

医療法改正(2012、2014)

安心と希望の医療確保ビジョン、持続可能な社会保障制度の確立

医療提供体制の確保

5疾病5事業および在宅医療

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患(5疾病)
救急、災害、へき地、周産期、
小児(小児救急を含む)医療(5事業)

病床機能報告制度導入

地域医療構想策定

地域医療構想

2014(平成26)年改定



出典：厚生労働省 資料

医療費の抑制方針

7対1病床の資格条件を厳格化(2014年度)

重症度、医療・看護必要度を25%以上に維持
機能評価係数Ⅱの救急医療係数を上げやすい疾患
脳梗塞、敗血症、頭蓋・頭蓋内損傷



救急患者確保が
急性期医療機関の命運を担う

救急医療に係る医療体制の変化

救急搬送件数の増加

＜高齢者の比率増大＞

病床機能の再編

急性期病床の削減

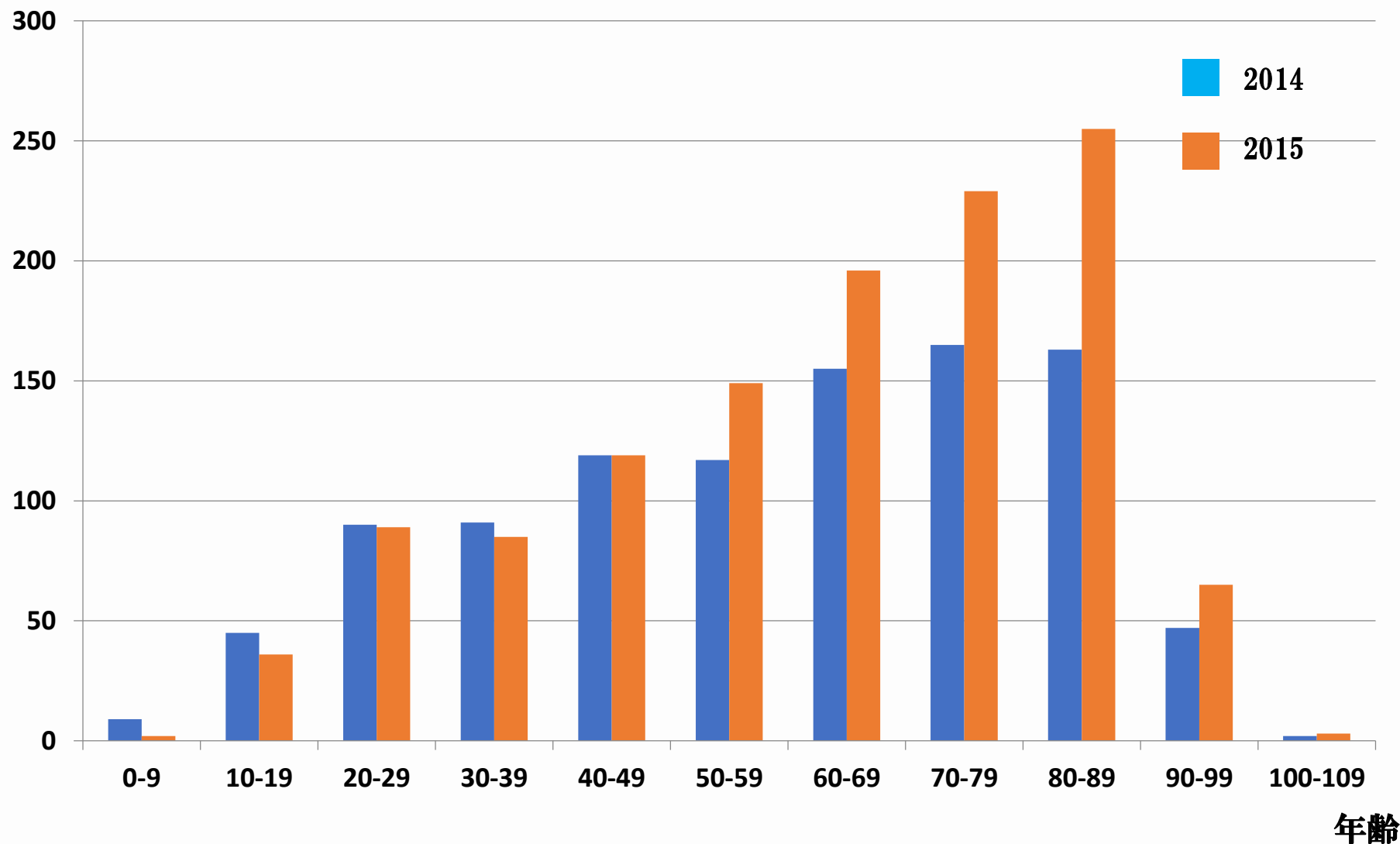
在宅を中心課題とした地域包括ケア

＜ときどき入院、ほぼ在宅＞

救命救急センター搬送患者年齢分布

大阪医療センター2014~2015(2,232例)

患者数



救急医療が直面する課題

- 高齢者への対応
- 救急患者の在宅復帰への道筋
(救急医療の出口問題)

急性期医療機関からの転院困難事例

1. 患者の病態

- ・身体合併症を有する精神疾患
- ・多発外傷
- ・感染症(多剤耐性菌等)

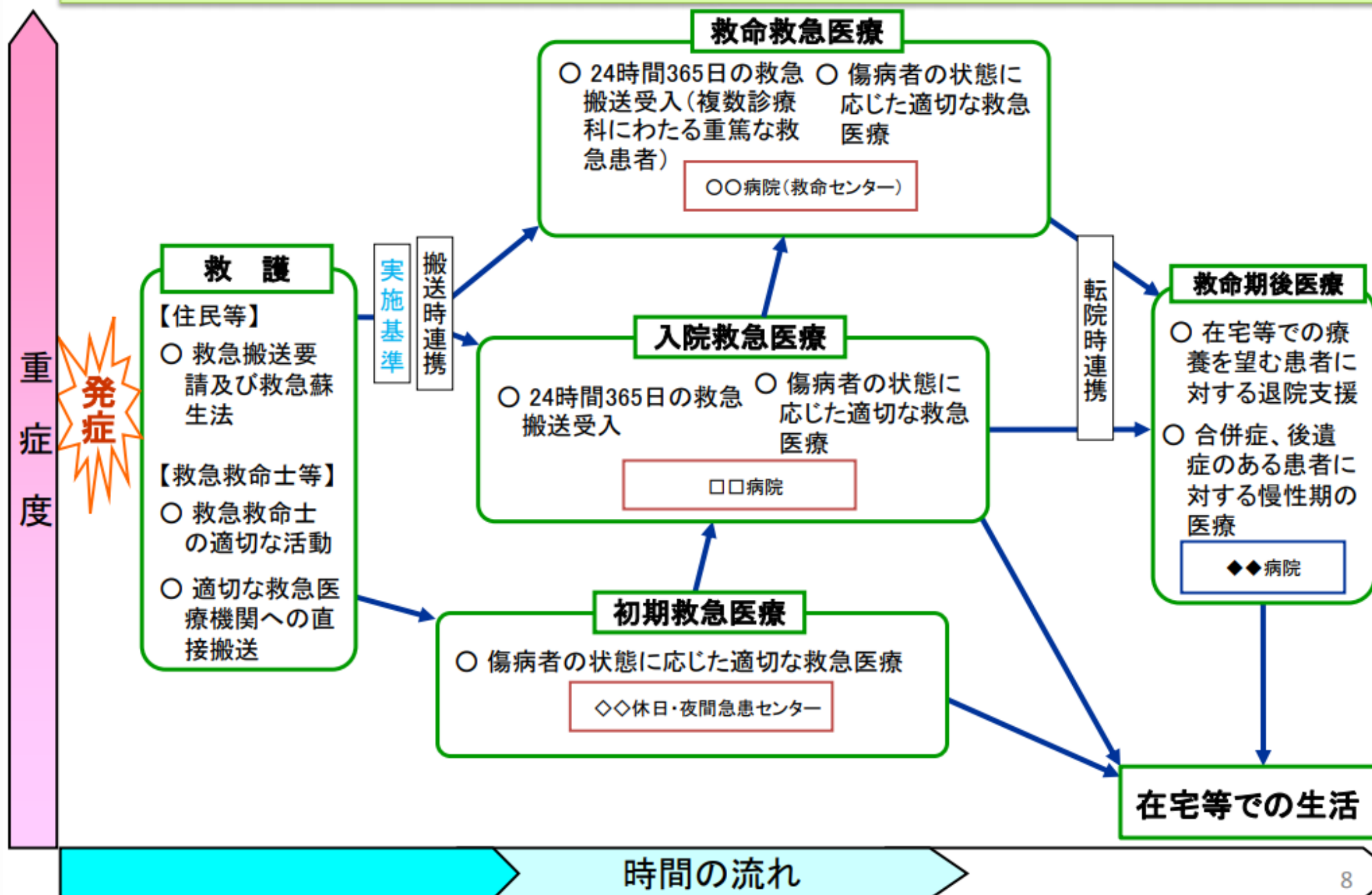
2. 社会背景

- ・独居、高齢者のみの世帯
- ・生活困窮者(身寄りなし、路上生活者、外国人等)

3. 患者・家族の希望との解離

- ・回復までの医療継続;とくに若年者
- ・転院先での同じケアや急変時対応

救急医療の体制



救急患者の背景にある社会的・経済的課題

高齢者

社会的支援を必要とする高齢者特有の実態
(介護、認知症)

運動器疾患、身体合併症をもつ精神疾患患者、
アディクション(薬物依存、摂食障害等)

自殺企図者

被虐待児、DV被害者、障害者

健康保険未加入者、路上生活者、身元不明者、
外国人

重度外傷受傷者(脊損等)

転院・退院の支援や社会的・経済的支援の
道筋を立てる役割が必要

急性期診療から地域での生活に至る過程の支援

- 救急領域に求められる迅速性

患者の病態や社会的・経済的背景の把握
(初期からの対応)

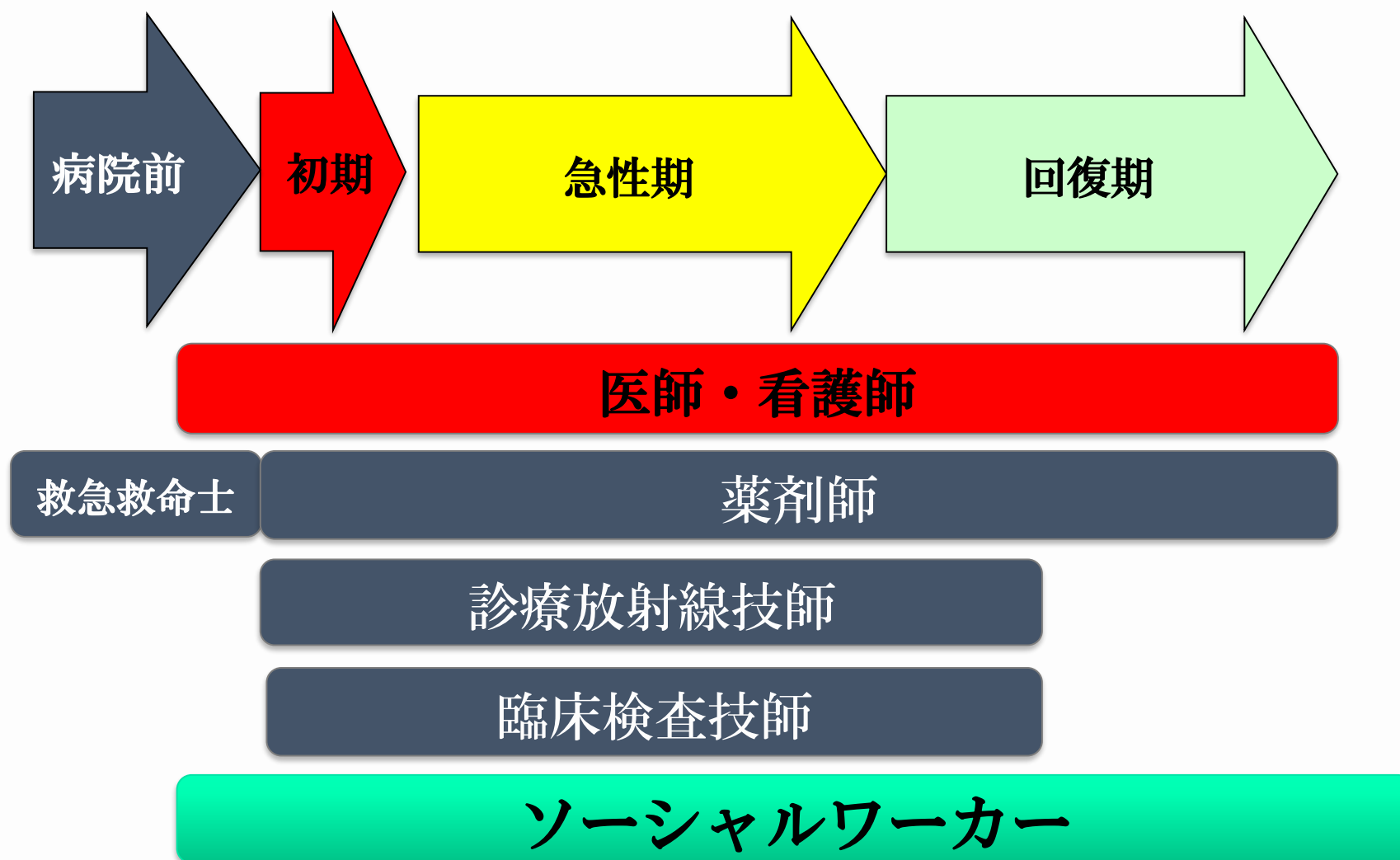
- 生活の場までの継続性

患者・家族が社会的生活に戻る道筋の設定



救急領域でのソーシャルワーカーの役割

救急診療に係わる職種



救急診療から在宅までの道筋を支える キーパーソンとしての役割 救急認定ソーシャルワーカー (Emergency Social Worker ; ESW)



出典：厚生労働省 資料

救急医療の流れ



救急外来

救急医
総合診療医
診療科担当医

超急性期・急性期病床

救命救急センター、ICU(集中治療室)
SCU(脳卒中ケアユニット)
CCU(心臓血管疾患集中治療室)
HCU(ハイケアユニット)
特定集中治療室
(小児、新生児、総合周産期)
等

Postacute

地域包括ケア 病棟 (病床)

Subacute

地域包括ケア病棟入院料：60日まで加算

看護師
薬剤師
放射線技師
検査技師

ESW

ESWのアイデンティティー

- 救急対応を含めた包括的な診療支援

意思決定支援、権利擁護、メンタルサポート
社会的資源の活用（医療費等）
ソーシャルハイリスク対応
退院支援

- ソーシャルワークの個別専門性というよりは、
救急患者に顕在化する課題へ総合的に対応する能力
- 多職種と同じ土俵に立つ資格としての専門性も担保

まとめ

1. ソーシャルワーカー(SW)は急性期から回復期、慢性期さらに療養施設や在宅療養に至る診療連携の一翼を担うことができる。
2. 救急患者の背景因子や急性病態への理解を深めることは救急患者への迅速な診療支援や在宅に至る継続的支援につながる。
3. 救急医療のもつ迅速性に対応しながら、患者背景にある社会的課題への支援の道筋を示す職域の必要性が救急認定SW(ESW)認定制度設立の背景となった。

社会的救命に資する ソーシャルワーカーへの期待

国立病院機構 大阪医療センター
救命救急センター
大西光雄

日本ソーシャルワーク学会コラボセミナー

本日の話題

- “健康”とは
- 救命救急医療において“健康”を獲得するために
 - 肉体的な側面に関する取り組み
 - 精神的な側面に関する取り組み
 - 社会的な側面に関する取り組み
- さまざまな視点を理解するESW
- ESWから発信する
 - 日常業務を研究して発信する
 - 困った事例を研究して発信する
- 直接社会的救命と間接社会的救命
- ESWの役割と展望

健康とは

- Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

(WHO憲章、1946年)

- 健康とは、肉体的、精神的及び**社会的**に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。

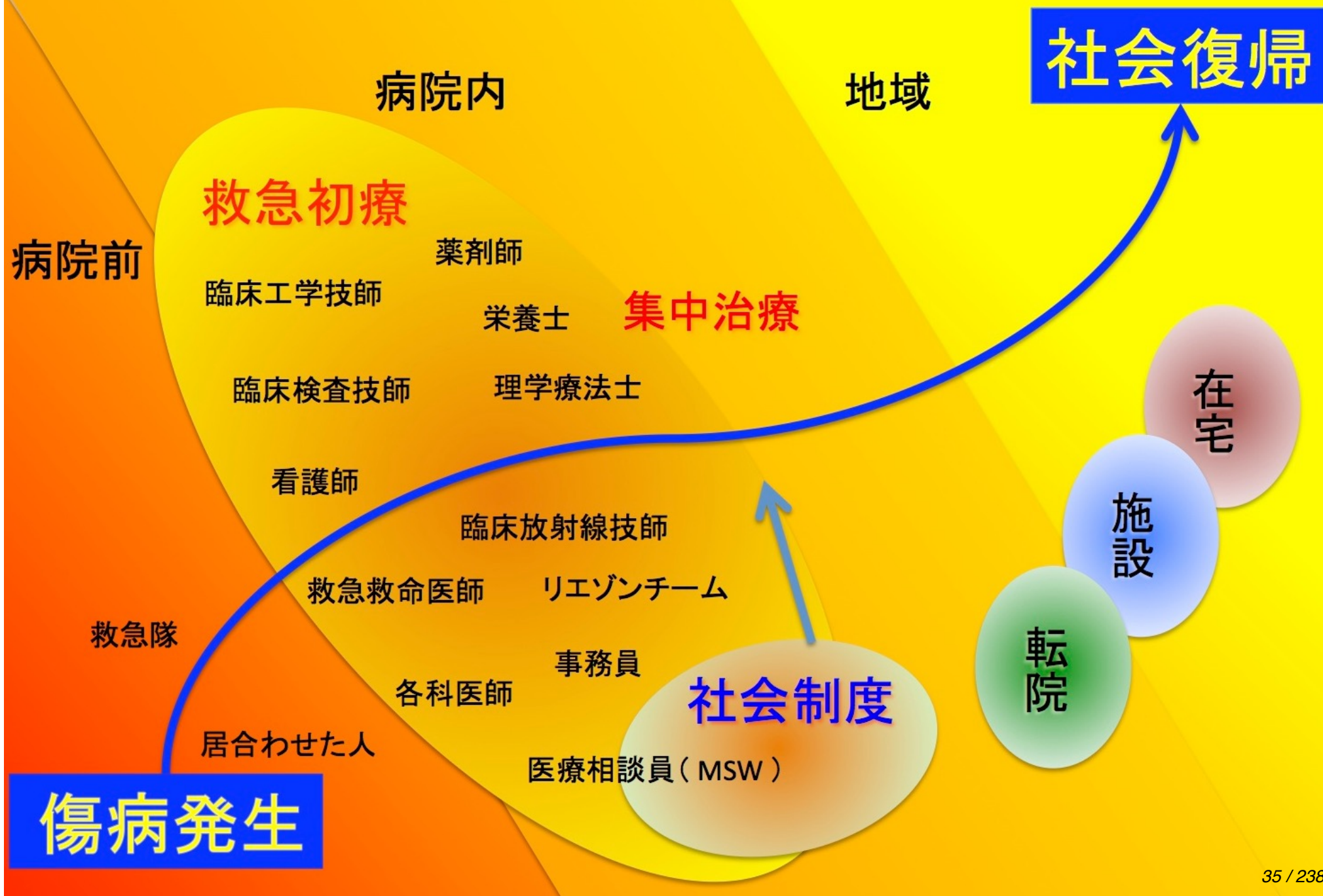
(厚生労働白書 平成26年にも記載)

(完全にの部分“十分に調和のとれた”と訳されることもある)

救命救急における“健康”も同様

- 健康とは、肉体的、精神的及び**社会的**に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。
- 救急医療においても
 - 肉体的
 - 精神的
 - 社会的に良好な状態を求め続けなければならない。

救急医療の流れ



救急医療における肉体的な側面への取り組み

- 昭和23年： 消防法 救急隊に関して
 - 救急業務とは救急搬送として記された。
 - 昭和39年： 救急病院・救急診療所の告示制度
 - 昭和52年： 初期、二次、三次救急医療機関ならびに救急医療情報センターからなる救急医療体制の整備
 - 平成3年： 救急救命士法
(平成18年： 医師届出表の診療科に“救命救急”が加わる)
 - 色々な法制度、整備がなされている
- 直近では
- 令和元年： 脳卒中・循環器病対策基本法における搬送および受入れの体制整備(第13条)

救急医療における肉体的な側面への取り組み

教育

- 心肺蘇生
- 外傷診療
- 脳卒中診療
- 周産期救急
- . . .

さまざまな教育が様々な職種を対象に行われている

外傷の教育では



救急救命士



医師



看護師



救急医療における精神的な側面への取り組み

- 身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について(平成21年)
- 診療報酬
 - 精神科急性期医師配置加算
 - 精神科救急合併症入院料
- 自殺への対策
 - 救急患者精神科継続支援料
 - 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業

精神的救命に関する教育ツール



PEECガイドブック

- 救急現場における精神科的
問題の初期対応
- 『多職種で切れ目のない標
準的ケアを目指して』



救急医療における社会的な側面への取り組み



- 患者に対する社会的側面のアセスメント、課題の抽出と解決策の立案に関する救急医療制度、あるいは保険診療上の評価は??

救急医療における社会的な側面への取り組み



- 患者に対する社会的側面のアセスメント、課題の抽出と解決策の立案に関する救急医療制度、あるいは保険診療上の評価は??
- 転院調整や社会復帰に必須である
- 児童・パートナー・高齢者の虐待の社会的アセスメントは救命に直結する
- 多職種が関与するが、特にESWが中心となっていくと考えられる

救急医療における社会的な側面への取り組み

• 社会的救命

- 患者に対する社会的側面のアセスメント、課題の抽出と解決策の立案に関する救急医療制度、あるいは保険診療上の評価は??
- 転院調整や社会復帰に必須である
- 児童・パートナー・高齢者の虐待の社会的アセスメントは救命に直結する
- 多職種が関与するが、特にESWが中心となっていくと考えられる



医療ソーシャルワーカーとは

- 保健医療の場において社会福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的 問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る
 - 療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助
 - 退院援助
 - 社会復帰援助
 - 受診・受療援助
 - 経済的問題の解決、調整援助
 - 地域活動

の6項目が示された。

「医療ソーシャルワーカー業務指針」 厚生労働省 2002年より

救命救急センター充実段階評価

- 厚生労働省により、平成21年から、救命救急センターの充実度を評価することにより、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、全国の救急医療体制の強化を図る目的で毎年行われている。平成30年、評価内容が新しくなった。

救命救急センターの「評価項目」及び「是正を要する項目」

求められる機能	番号	区分	評価項目	評価点(配点基準)		是正を要する項目(基準)		実数等記入欄				評価記入欄	
				①救命救急センター(高度救命救急センターを含む)	②地域救命救急センター	左記の①の救命救急センター	左記の②の救命救急センター	※は評価と併せて厚生労働省HPIにて公表。				評価点	是正を要する項目
重篤患者の診療機能	救命救急センター長が担当する評価項目	1	救命救急センター専従医師数	・6人以上:1点 ・10人以上:2点 ・14人以上:3点	・3人以上:1点 ・5人以上:2点 ・7人以上:3点	—		※	専従医師数		人		—
		2	1のうち、救急科専門医数	・5人以上:1点 ・7人以上:2点	・2人以上:1点 ・4人以上:2点	・2人以下:1	・1人以下:1	※	救急科専門医数		人		
		3	3.1 休日及び夜間帯における医師数	・2人:1点 ・3人:2点 ・4人以上:3点	・1人:1点 ・2人以上:3点	—		※	休日及び夜間帯における医師数 注)休日と夜間で人数体制が異なる場合は最少人数		人		—
			3.2 休日及び夜間帯における救急専従医師数	・2人以上:2点	・1人以上:2点	—		※	休日及び夜間帯における救急専従医師数 注)休日と夜間で人数体制が異なる場合は最少人数		人		—
		4	救命救急センター長の要件	・救命救急センター長が専従医師であり、かつ救急医療に深く関連する学会認定の指導医など客観的に救急医療に関する指導者として評価を受けている、又は専従医師であり、かつ救急科専門医である:1点 ・救命救急センター長が専従医師であり、かつ日本救急医学会指導医である:2点		・左記基準のいずれも満たさない、 (実際には救命救急センターにおける業務に日常的に関与し責任をもつ者でない等):1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					
		5	転院及び転棟の調整を行う者の配置	・院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、救命救急センター専任として配置されている:1点 ・院内外の連携を推進し、転院及び転棟の調整を行う者が、平日の日勤帯に救命救急センターに常時勤務している:2点		・左記の基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					
		6	診療データの登録制度への参加と自己評価	・救命救急医療に関わる疾病別の診療データの登録制度へ参加し、自己評価を行っている:2点		—		—					—
		7	7.1 年間に受け入れた重篤患者数(来院時)(別表)	・所管人口10万人当たり、100人以上:1点、150人以上:2点、200人以上:3点、250人以上:4点		—		※	年間重篤患者数(来院時)		人		—
								※	所管人口		人		
		7.2	地域貢献度	・地域貢献度(地域内の重篤患者を診療している割合＝所管地域人口当たり当該施設に搬送された重篤患者数/全国総人口当たり全国重篤患者数)が0.5以上:2点		—		—					
		8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	・救命救急センターに対する消防機関からの電話による搬送受入要請について、受入れに至らなかった場合の理由も含め対応記録を残し、応需率等を確認している:1点 ・上記に加え、応需状況(搬送件数、内訳、応需率や応需理由)について院内に公表するとともに、院内の委員会等で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:2点 ・上記2つの内容に加え、調査対象年度の応需状況について院外に公表するとともに、院外の委員会(メディカルコントロール協議会等)で応需状況の改善等に向けた検討を実施している:3点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(応需率を確認している場合記載) 応需率(年間) %					
								(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					
								院外に公表している HPIリンク、広報のPDF等					
								更新予定時期 (調査対象年を掲載していない場合のみ記載)					
		9	救急外来のトリアージ機能	・医療機関で事前に定められたトリアージ基準に基づき、救急外来にトリアージを行う看護師又は医師が配置されている:2点		—		—					—
		10	電子的診療台帳の整備等	・救命救急センターで診療を行った患者の診療台帳を電子化し、その台帳を適切に管理する者を定めている:2点		・左記基準を満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					
		11	内因性疾患への診療体制	・循環器科、脳神経科及び消化器科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速に診療できる体制になっている:1点 ・循環器科、脳神経科及び消化器科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、循環器疾患、脳神経疾患又は消化管出血を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科において迅速(来院から治療開始までに60分)に診療できる体制になっている:2点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					
		12	外因性疾患への診療体制	・一般外科、脳神経外科及び整形外科において夜間・休日の院外オンコール体制が整備されていることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速に診療できる体制になっている:1点 ・一般外科、脳神経外科及び整形外科の全ての診療科の医師が院内に常時勤務していることにより、外傷を疑う患者が搬送された時に、1に該当する専従医師が診療を行い、救急外来から診療を依頼された診療科が迅速(来院から治療開始までに60分)に診療できる体制になっている:2点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					
		13	精神科医による診療体制	・精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、院内の精神科医が常時直接診療するか、救命救急センターの医師が常時精神科医(近隣の精神科病院との連携も含む)に相談できる体制になっている:2点 ・上記に加え、精神科医が救命救急センターのカンファレンス等に参加するなど、精神疾患を伴う患者の入院中の治療、退院支援、転院先との連携等に継続的に関わる体制になっている:3点		・左記基準のいずれも満たさない:1		(基準を満たさない場合のみ記載) 基準を満たさない理由					

救命救急センター充実段階評価

- 充実のために明示されている職種

- 医師 救急科、循環器科、脳神経科、消化器科、一般外科、
脳神経外科、整形外科、精神科、小児科、産婦人科、麻酔科
- 看護師 医師または看護師がトリアージやホットライン対応する
- 転院及び転棟の調整を行う者
- 診療台帳を管理する者
- 医師事務作業補助者
- 薬剤師
- 臨床工学技士

社会的救命のための人材は？

救命救急センター充実段階評価

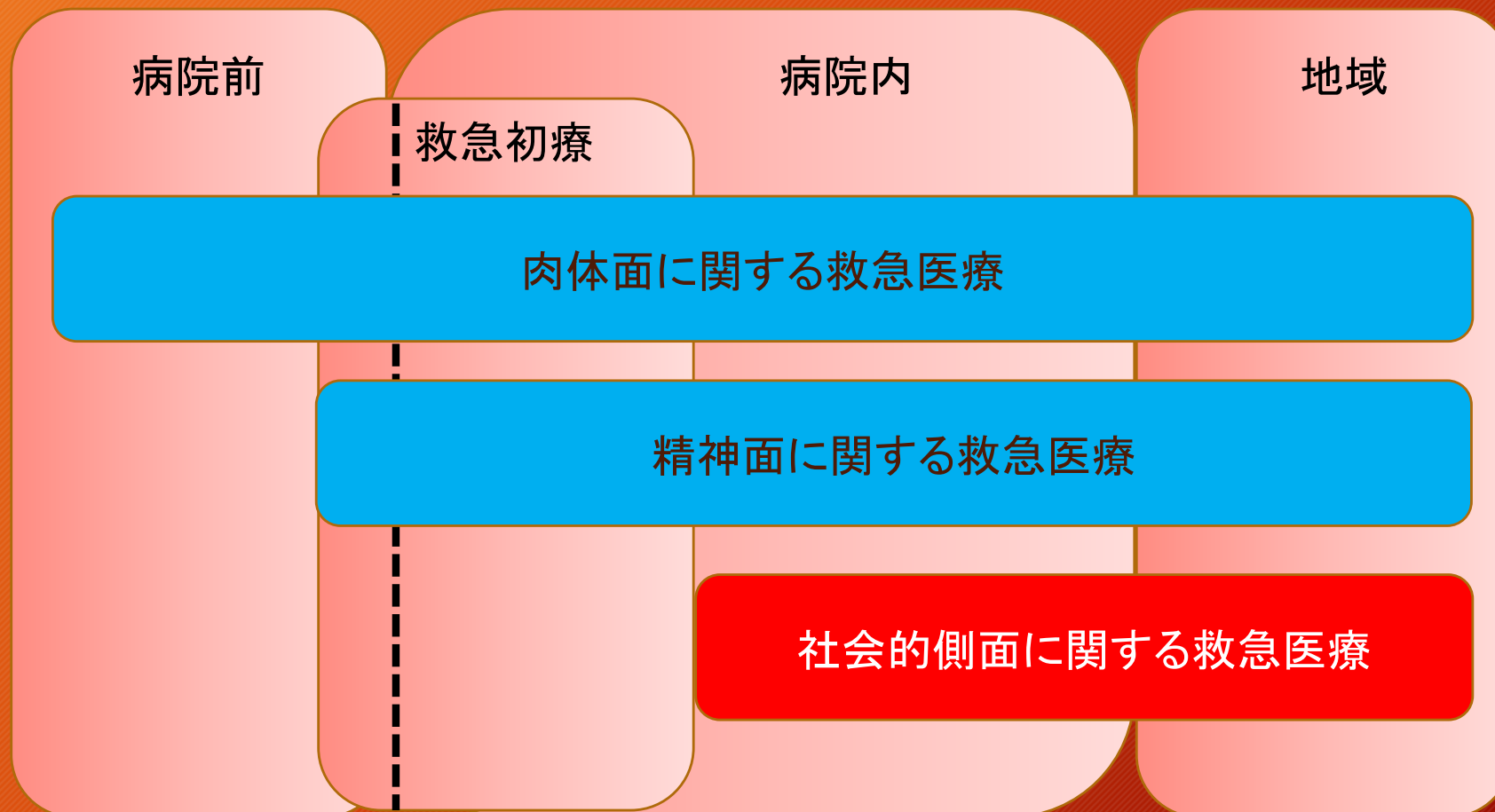
- 充実のために明示されている職種

- 医師 救急科、循環器科、脳神経科、消化器科、一般外科、
脳神経外科、整形外科、精神科、小児科、産婦人科、麻酔科
- 看護師 医師または看護師がトリアージやホットライン対応する
- 転院及び転棟の調整を行う者
- 診療台帳を管理する者
- 医師事務作業補助者
- 薬剤師
- 臨床工学技士

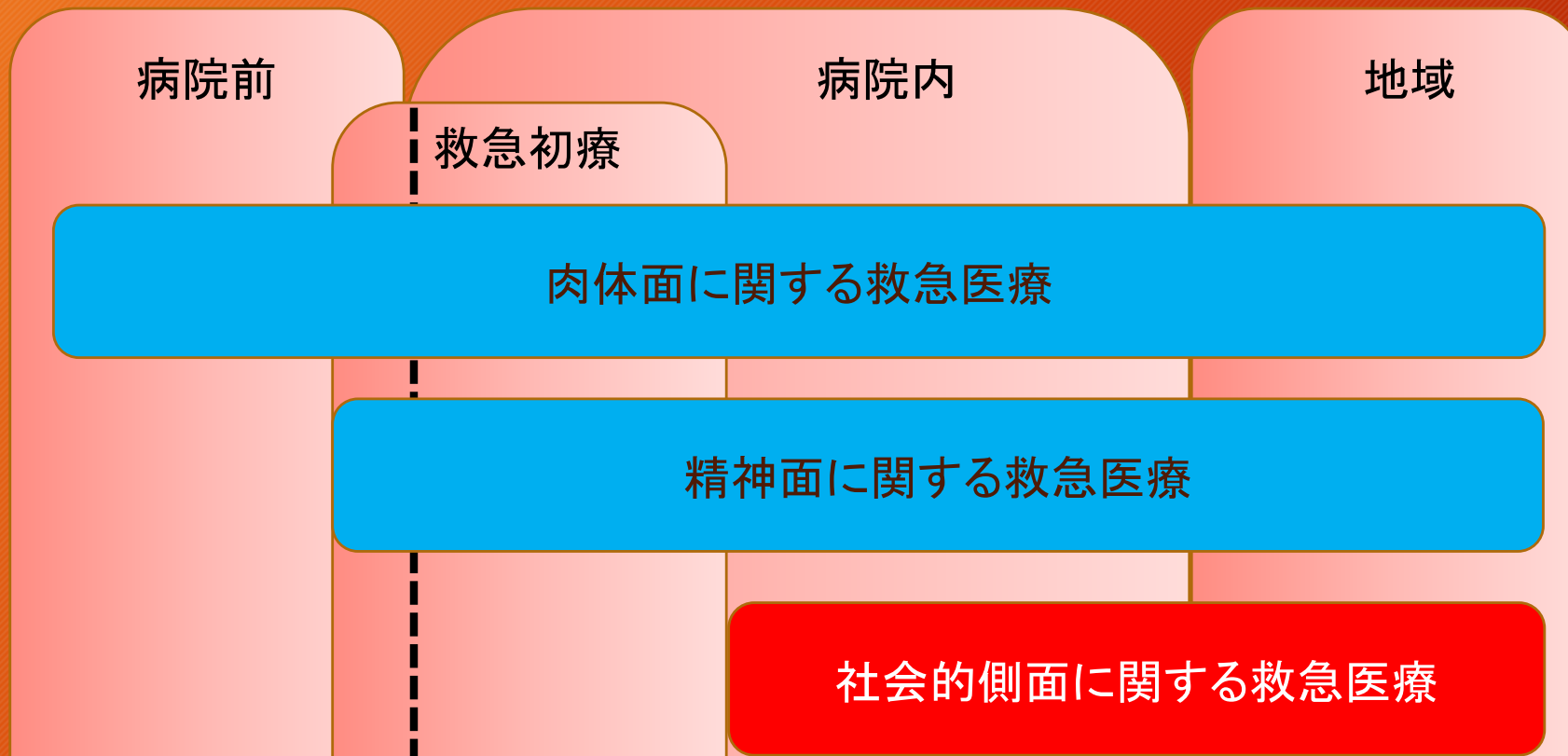
ESWも関与する
かもしれないが・・・
患者搬送時から関与する
わけではなさそう・・・

これらの職種の多くは救急初療時から関与する

それぞれのタイミング

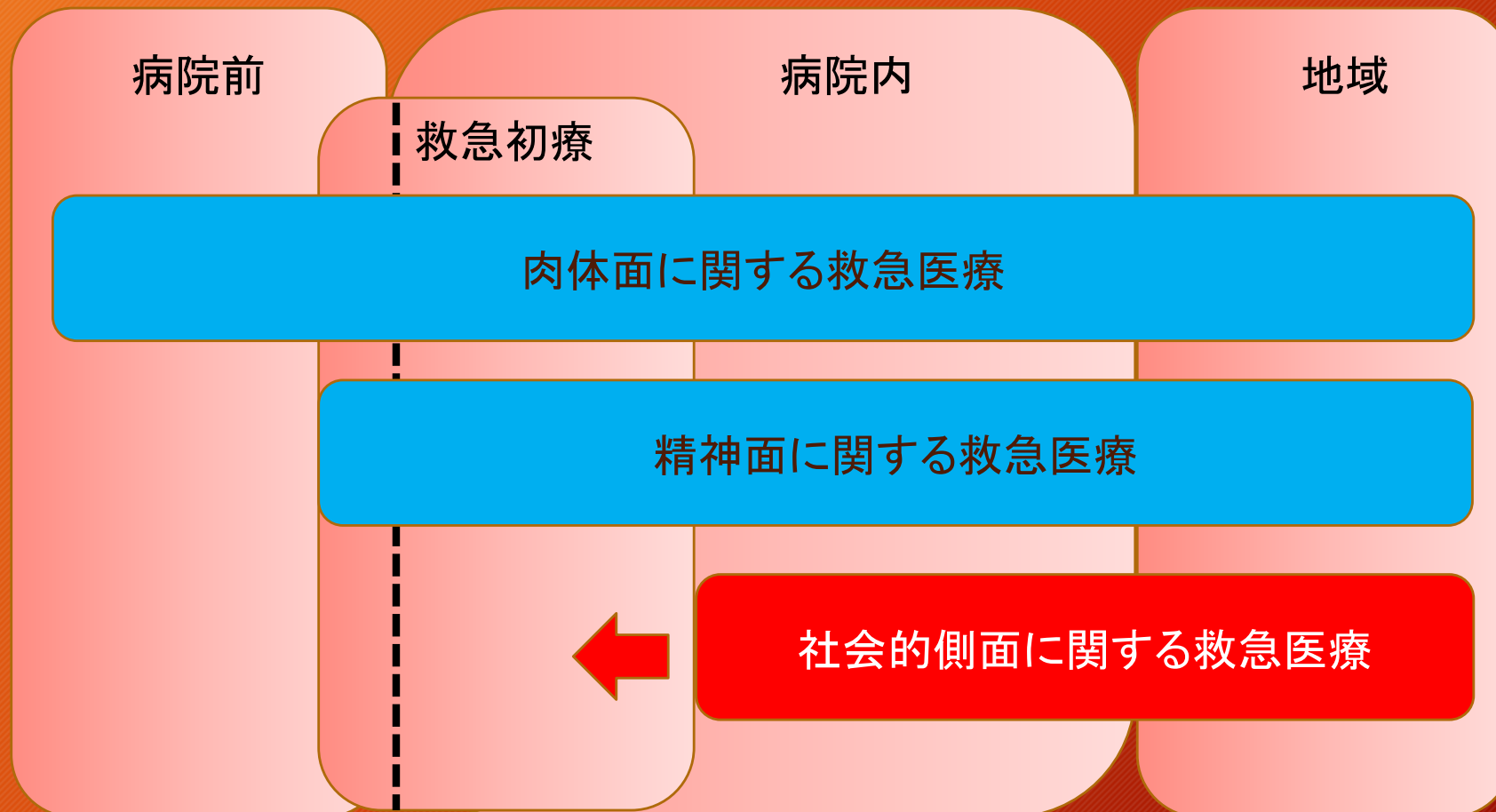


それぞれのタイミング

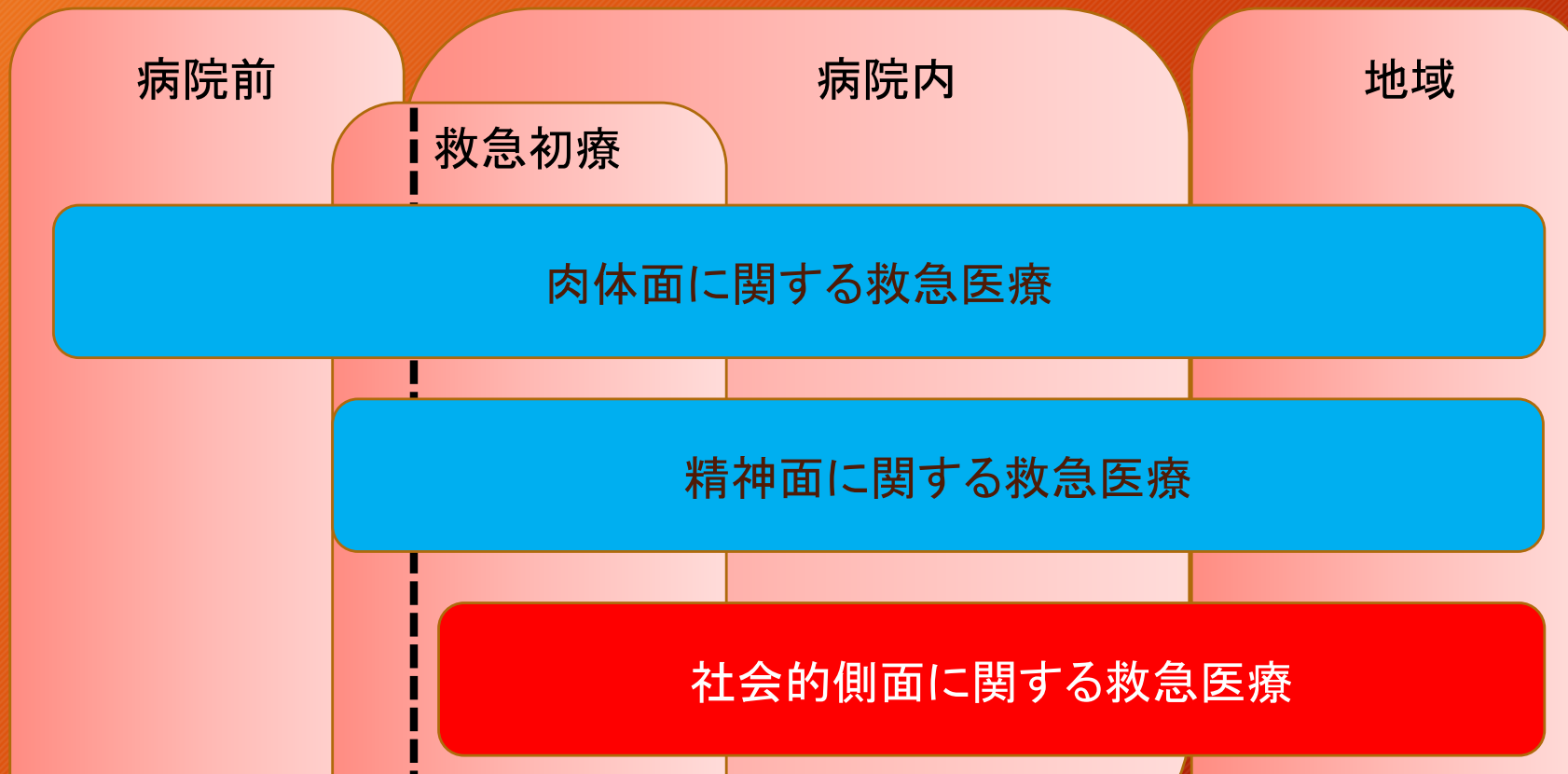


もしかしたら救急初療では関係ないと考えられているのでは？
退院支援加算として社会福祉士の配置が言及されている。

それぞれのタイミング



それぞれのタイミング



救急初療から関わる→情報収集がしやすい、だけでなく虐待などのアセスメントにも取り組むことができる(ESWが関わるまでに退院してしまうと社会的救命ができない)

新しい動き： 入院時重症患者対応メディエーター

- 令和4年度の診療報酬改定より“入院時重症患者対応メディエーター”に関する項目が新設された。
- ESWが関与する可能性が高い

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

- 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

入院時重症患者対応メディエーター

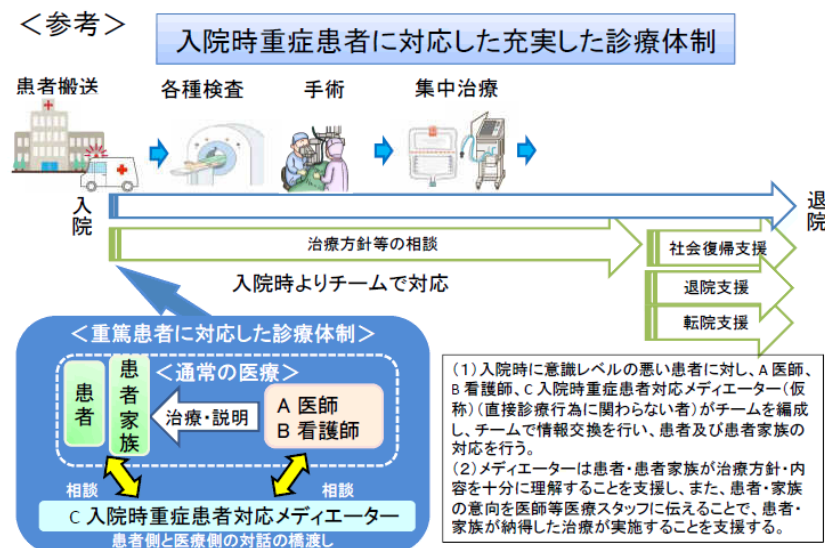
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会
(令和元年6月21日) 資料2

治療に直接関与しない職員の必要性

- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

(出典：名取良弘。「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業. 令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」. 横田裕行.)

新しい動き： 入院時重症患者対応メディエーター

- 令和4年度の診療報酬改定より“入院時重症患者対応メディエーター”に関する項目が新設された。
- ESWが関与する可能性が高い
- いくつかのポイント
 - 担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの職員が対応
 - 家族の意思決定を支援する
 - 関与は“入院時より”
 - しかし、、、
 - 養成テキストでは“臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる”とされる。

新しい動き： 入院時重症患者対応メディエーター

- 令和4年度の診療報酬改定より“入院時重症患者対応メディエーター”に関する項目が新設された。
- ESWが関与する可能性が高い
- いくつかのポイント
 - 担当医師・担当看護師が対応
 - 家族の意思決定に関与しない社会福祉士などの
 - 関与が求められる

社会的救命を目指す制度ではない

臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる”とされる。

コロナ禍でのESW

- コロナ患者への対応は各都道府県で様々な工夫がなされた。
- 患者発生数も、医療資源も、自治体の考え方も、色々と異なる中、できるだけ多くの患者に医療を提供するため最大限の対応がなされた。
- しかし、通常医療と大きく異なることがあった。
- **特に“家族対応（KP対応）”**

コロナ禍でのESW(当院の場合)

- 当院では主として重症患者の治療にあたった。
- KPは濃厚接触者の可能性が高く、場合によっては入院となり連絡がつかなくなることも考えられた。
- 病状説明等は電話連絡で行われることが予想された。
- ESWは
 - 患者が搬送され前や直後に患者の社会的背景、複数のKPの確認等を行い、来院直後から多職種で共有可能にしていた。
 - KPからの相談を集約した。→医師看護師の負担軽減となった。

ESW は多彩な視点を理解していた

- コロナ禍の対応でもそうであったが、ESWは変化する社会情勢、様々な患者の背景を理解した上で臨機応変に対応していた。
- マンパワーが不足する際の原則を理解していた。
- 原則とは？

ESW は多彩な視点を理解していた

- コロナ禍の対応でもそうであったが、ESWは変化する社会情勢、様々な患者の悲しみを理解した上で臨機応変に対応していた。

- マンパワーが不足する中で、原則を理解して

- 原則

それはESWの仕事ではない、と言わなかった！

救急をとりまくさまざまな視点

- 医療者の視点
- 患者・家族の視点
- 施設職員の視点（介護老人福祉施設、介護老人保健施設等）
- 自治体の視点
- 保険会社の視点
- . . .

社会的側面から救命を考える上で非常に重要となる。

さまざまな視点の例（施設での誤嚥）

施設で誤嚥が原因で心肺停止となった場合に考えられる視点

- 医療側 DNARであれば蘇生をしない（と考える人もいる）
- 家族側 意識が戻るのなら蘇生してほしい

第21回日本臨床救急医学会総会 福森ら 2018年

入所者の損害賠償を請求可能

- 施設側 急変時対応は訴訟リスクがある
- 行政側 事故として報告を受ける必要がある
- 保険会社 誤嚥や入浴中の溺水が原因となった場合には
傷害保険対象外

第46回日本救急医学会総会 大西ら 2018年

さまざまな視点の例（施設での誤嚥）

施設で誤嚥が原因で心肺停止となった場合に考慮される視点

- ・ 医療側 DNARであれば蘇生をしない（蘇生しない人もある）
- ・ 家族側 意識が戻るのなら蘇生してほしい

日本臨床救急医学会総会 福森ら 2018年

入所者の権利を尊重し、救急医療を請求可能

- ・ 施設側 急変時の対応と訴訟リスクがある
- ・ 行政側 救急医療の提供と報告を受ける必要がある
- ・ 保険会社 誤嚥や入浴中の溺水が原因となった場合には
傷害保険対象外

第46回日本救急医学会総会 大西ら 2018年

このような多彩な視点を最も理解しているのはESW

ESWの必要性を示すために

身体合併症を有する精神疾患患者の疫学

- 救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5%(全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要
 - ・ H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所で開催、全入院件数3,089件
 - ・ 平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者:保坂 隆 分担研究者:本間 正人
- 岩手県高度救命救急センターの全受診件数中、9.5%が精神科救急患者、そのうちの45%(全体の4.3%)が自殺企図者
 - ・ H14.4.1-H17.3.31における調査、全受診件数11,348件
 - ・ 丸田 真樹ら: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌(58)2, 119-131, 2006
- 横浜市立大学高度救命救急センター搬送者の15-18%が自殺企図者
 - ・ 2003年以降の数字
 - ・ 河西 千秋: 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向, 39-43, 2008
- 身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25
 - ・ 東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定
 - ・ 平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」主任研究者:黒澤 尚 分担研究者:八田 耕太郎 6

身体合併症を有する精神科疾患への対応が検討される際に参考にされた資料

(平成21年5月21日 第17回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料より)

ESWと社会的救命に関する研究が必要である

日々の業務→研究につなげる

- 社会的救命の類型化
 - どのような事例に社会的救命が必要となったか
 - 全国から事例報告やアンケートなどで抽出して類型化
 - 地域特異性の分析(都市部では？地方では？)
- 社会的救命のスイッチのいれ方
 - 病院前で社会的救命の必要性に気づく手法(救命士)
 - 搬送時に社会的救命をアセスメントする手法
- 社会的救命を行うための法整備は十分か？
 - 後見人が必要な場合の医療への影響
 - 意思決定可能であるが確認が困難(引きこもり等)
- 地域で求められることは？(平時・急変時)

困った事例→研究につなげる

みなさんの業務のなかで数多く見つかるのではないのでしょうか

- キーパーソンは存在するが機能しない(治療方針決定が困難)
 - 認知症と診断されていないが認知症を呈している
 - 引きこもりで接触できない(8050問題)
- 危機的状态に陥った摂食障害患者の社会的救命への方策
 - 肉体的、精神的な治療を継続しつつ社会復帰のための調整をどのように行っていくのか
- 低体温や熱中症患者の社会的背景に関するアセスメント
 - 経済的な理由、社会資源が届いていないなど社会的な要因の評価

これらは大阪医療センターや大阪大学で研究に着手しているが、他にも類型化できる事例があるはずで全国規模で調査検討し発信いくことも求められていると考える

重層的支援体制整備事業

- 社会福祉法の改正に伴い、令和3年4月から重層的支援体制整備事業が始まった。
- 既存の取組では対応できない狭間のニーズに対応することも盛り込まれている。
- 支援対象者の例
 - 世帯全体としては経済的困窮の状態にないが、子がひきこもり
 - 発達障害の疑いがある者等で障害サービスの作業所等の利用対象にならないが、一般事業所になじめない人

救急搬送をきっかけにこれらの事業につなぐ、
あるいは救急搬送をきっかけとした支援事業の構築
も社会的救命に直結するのでは？

社会的救命には2種類ある

- 直接社会的救命

- 患者に対する社会的救命

- 貧困、虐待、自立困難な独居、ディオゲネス症候群等

- 間接社会的救命

- 患者の周囲の方に対する社会的救命

- 老老介護、8050問題に代表される支援を要する同居者、児を養育する親の入院等

研究結果→システムを構築

- 研究結果をもとに
 - システムを構築
 - 多職種での知見の共有
 - テキストの作成

社会的救命ハンドブック

患者と周囲の方を救命するために

第0版

ソーシャルワーク・コラボセミナー2021

外傷の教育では



救急救命士



医師



看護師

ESWの役割と展望

- 転院調整だけでなく、患者に対する社会的側面のアセスメント、課題の抽出と解決策の立案(社会的救命)を行う専門職としての役割をESWが担っている。
- 患者を救命するという直接的な意味に加え、周囲の人も(間接的に)救命するという意味でESWに期待される役割は大きい。
- 救急医療に不可欠の存在であることを示すために、ESWがワーキンググループを立ち上げ、ESWの視点でのデータ収集、課題や解決策を提示するなど、社会への発信が必要ではないだろうか。

まとめ

- “健康”を再び獲得するため、肉体的、精神的、社会的な側面から救命救急医療を提供しなければならない。
- 社会的な側面からの救急医療(社会的救命)に資する人材として、多彩な視点を理解するESWが救急医療初期から関わることを期待する。

ソーシャルワークコラボセミナー2021

ESWの実践枠組み

野村裕美（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事／日本ソーシャルワーク学会 同志社大学）



救急医療の場に ソーシャルワーカーがなぜ必要か

「ソーシャルワーカーと出会うべき患者」

- ・何の準備もなく入院（緊急入院）となった人
- ・予期せぬ事態に陥り、自分や家族が、人生の危機的状況にある人
- ・急性期治療が終われば次のステージに移行しなければならない人
- ・ソーシャルワーカーが早期に出会って心理社会的問題に対処する必要がある人

なぜ、そうしたのか！？
あと少し**早く**依頼が来れば……
あと少し気づくのが**早けれ**
ば……

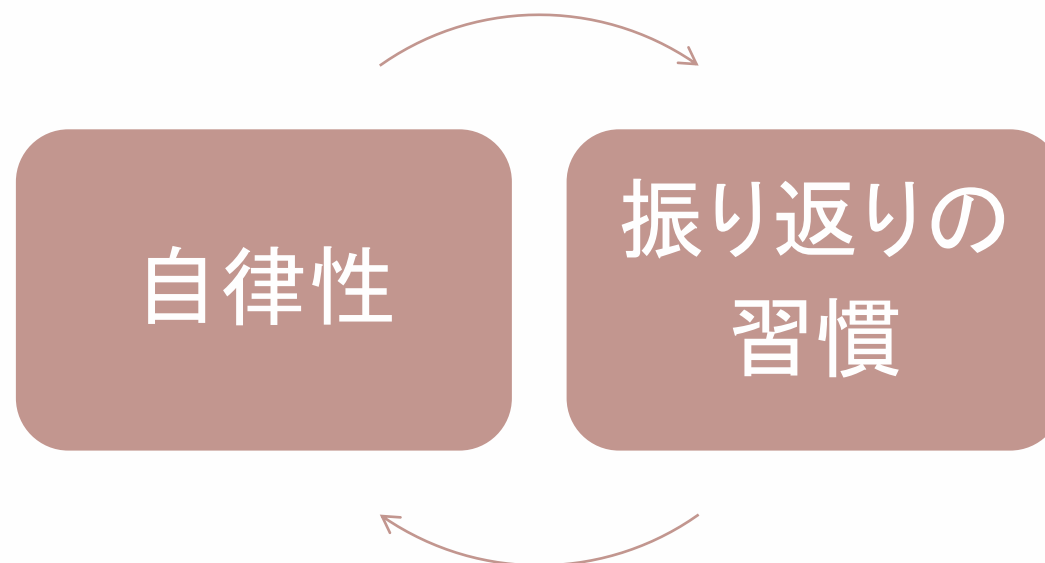
(毎日のカンファレンス、回診にて)
なぜ、そうしたのか？
そんな状況なら、**今すぐ**にでも会
いたい……
患者の病状の変化を**早く**知り、そ
の状況に合わせた支援をしたい

なぜ、そうしたのか？
家族の動揺に**すぐに**沿いたい
ソーシャルワーカーの視点を救
命センタースタッフに知ってほし
い



救急医療における ソーシャルワーク実践の展開

救急医療現場のチームを構成する 専門職に求められる要素



卯野木健(2015:2-3)

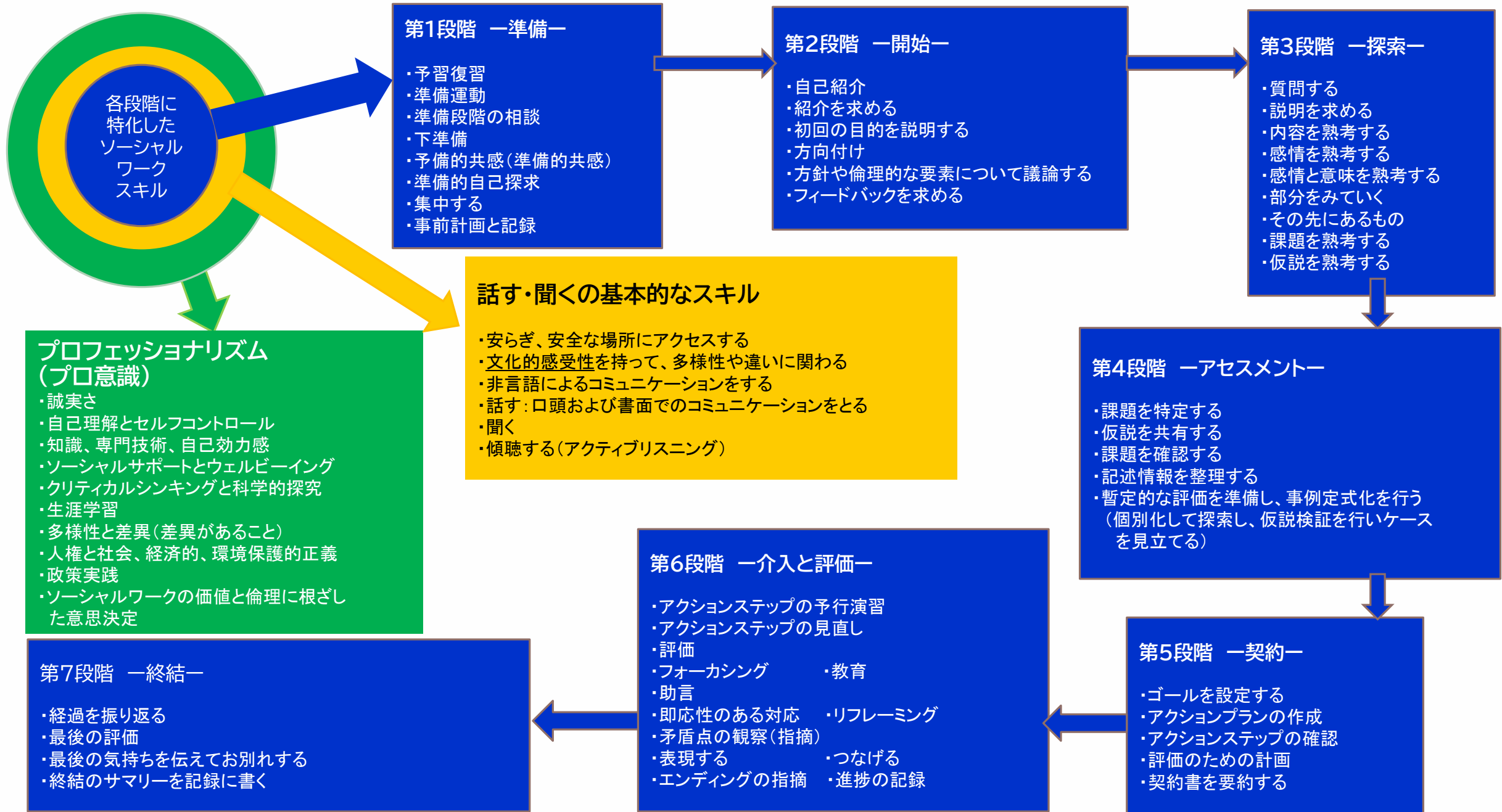
自律性を発揮する

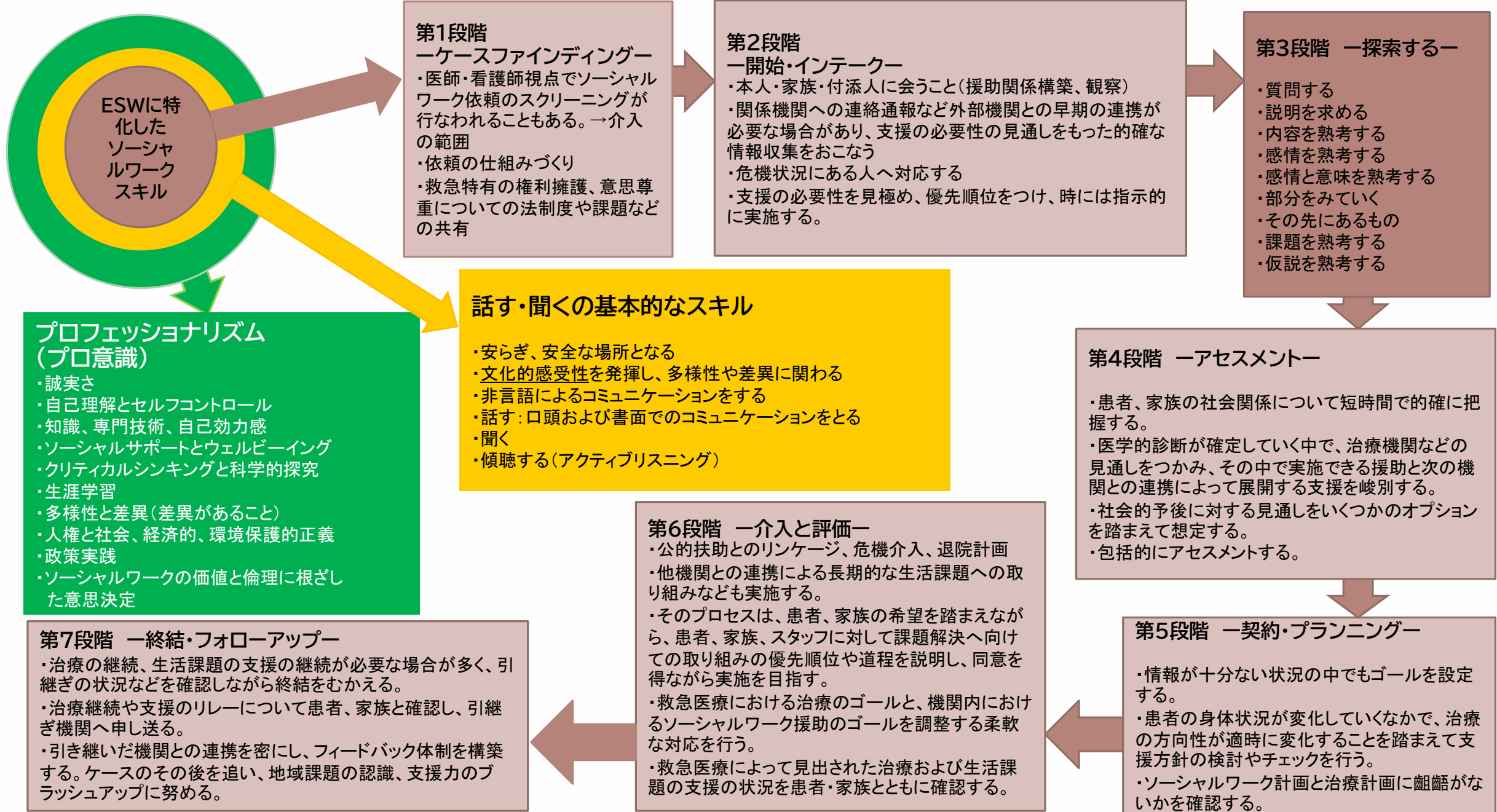
自分で、自分の行為を規制すること。

外部からの制御から脱して、自らの立てた規範に従って行動すること。

ソーシャルワーク倫理が自身の中に内在化され、ソーシャルワーク固有の役割・機能の認識ができて、その実践のプロセスでクライアント自身の自律や意思決定を支えていること(南彩子 2014:1)。

一例一例個別に検討しつつ、価値倫理の葛藤が見られる場合には状況に応じて何が最優先されるべきか、またその根拠についてソーシャルワーカーは論理的説明ができることが大事である(南 2014:9)。





	支援の留意点
入院初期	☐ 患者・家族とESWの出会い方 ☐ 患者・家族の自己決定 ☐ 意識不明でキーパーソンのいない患者への人権的配慮
入院中期	☐ 緊急の相談に対応できる体制づくり ☐ 家族への連絡方法 ☐ 面接の時間・回数への配慮 ☐ 次のステージへのイメージ作り
入院終期	☐ これからの生活の想定への支援の確認 ☐ 転院先や退院先の決定への支援の確認 ☐ 再発防止のための支援



資料 疾患・社会的背景による整理

* 研修資料より一部抜粋

内田 敦子（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事／東海大学医学部付属病院）

①病院前救護との連携においては、今後有効なものとしていく必要がある。

②ESWは、早期介入により、早期問題解決による早期退院を目指すだけでなく、早期に患者に出会い、心理社会的問題を早期に解決することで、スムーズに人生の再構築ができるよう支援しなければならない。

③初期介入だけではなく、治療の経過の中でタイミングよく支援の開始ができることも重要である。

④「問題の予測」「予測に伴う計画」「準備」は、複雑で困難なケースであればあるほど必要である。

一般的に重症であること

予測される心理・社会的問題

突然の発症や受傷という事態に直面し、家族の心理的動揺が激しい。

家族が行わなければならない手続きなどへの対処ができない場合がある。

医療費が高額になるなど、経済的な問題への不安が生じる。

ソーシャルワーカーが行うこと

患者の状態が理解できるよう、情報を共有し、現状理解へのサポートをする。

家族が「今」困っている事について家族自身が理解できるようにする。

行わなければならない手続きの優先順位や手続きの方法などについて助言を行う。

保険制度、社会保障制度の情報を提供し、安心して療養できる環境づくりを行う。

重症の場合は、リハビリテーションや長期療養など転院が必要になる場合が多いため、次の病院や生活についてのイメージ作りを行い、スムーズな転院支援を行う。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

変化の激しい症状である場合は、患者の状態をMSWも把握できるよう医療スタッフとの連携を十分にとる。

精神的にも危機状況である家族への支援、サポートが重要。

紹介する社会資源については、正しい最新の情報を常備し、患者・家族の不利益にならないよう細心の注意を払う。

適切な転院先の選定ができることと、そのタイミングを計れる必要がある。

心肺停止状態・蘇生後脳症・脳死状態 など

予測される心理・社会的問題

生死にかかわるといふ時間的制限がある中で、「人工呼吸器の装着（気管切開）」や「治療方針」についての判断が必要になる。

重度の障害が残り、医療依存度の高い状態での転院が必要となる場合がある。

脳死の場合は、必ず死が訪れる。臓器提供の問題が生じる場合がある。

ソーシャルワーカーが行うこと

医師からの説明に同席し、患者の状態が理解できるようサポートを行う。

また、家族が選択できるよう、意思決定の支援を行う。

死への受容のプロセスに添う。臓器提供の申し出に際しては患者の意思、家族の決定などへの支援

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

意思決定の支援を行うためのスキル。

移植医療を行っている医療機関の情報や、臓器提供の知識が必要。

脳血管障害・頭部外傷 など

予測される心理・社会的問題

重度の障害が残ることがある。

長期の入院や療養が必要になり、転院が必要になる場合が多い。

頭部外傷の場合、高次脳機能障害が残る場合がある。若年であることも多い。

ソーシャルワーカーが行うこと

患者の身体状況についての情報を得て、予測される障害に対するリハビリのできる病院を探すとともに、今後の生活へのイメージ作り、障害受容の初期段階へのアプローチを行う。

医療費や生活費などについて、中長期的なめどを立て、療養生活が送れるよう支援する。

患者が若年である場合、介護者への心理的サポートと今後の生活設計についての支援を行う。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

転院が早期から予測されるため、患者の状態や治療計画を理解し、タイミングを計りながら適切な時期に転院できるよう支援する。

脳血管障害でリハビリを行える病院入院にあたる条件、保険外負担の額、など。

地域の病院についての情報を十分収集しておく。

高次脳機能障害のリハビリが行える病院、などの知識。

介護保険、身体障がい者福祉の情報。

成年後見に関する知識

脊髄・頸髄損傷 など

予測される心理・社会的問題

重度の障害が残ることが入院とほぼ同時に宣告される。(家族)

適切なリハビリ病院への転院が必要となる。

ソーシャルワーカーが行うこと

医師の説明に同席し、家族が障害の状態と、これからの生活について正しく理解し、受容できるよう支援する。

本人への告知についても精神科と協働し、生活の再構築を見据えた支援を行う。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

脊・頸髄損傷の一般的なリハビリプロセス、どのような生活が可能かという知識。

脊・頸髄損傷の専門リハビリ病院への早期の転院は、障害受容や社会復帰のためにも不可欠であること。

急性期の状態でも受け入れるリハビリ病院もあるため、超早期からの転院援助が有効。

広範囲熱傷

予測される心理・社会的問題

生命の危険がある。

重度の障害が残る場合がある。

ソーシャルワーカーが行うこと

長い経過をたどるため、医療費や生活費についての長期的な計画を立てる。

それに伴い、療養を支援する家族の生活への支援や心理的な支援を行う。

顔面に傷がある場合、容貌の著しい変化が起こるため、患者だけではなく、家族の障害受容への支援、家族会の紹介などの支援が必要となる。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

何度も手術を繰り返したり、場合によっては四肢の切断が必要になる場合もある。

救急医療の中でも長い経過をたどり、何度も生命の危機を乗り越えなければならない。

本人のみならず、家族も疲弊していく。また、家族関係が変化することもある。

大きな傷が治っても、形成外科的な処置があり転院がままならないことがある。

また、患者自身も外に出る不安が強い場合が多く、退院後の生活の場所については十分に配慮していく必要がある。

「自殺」による入院

予測される心理・社会的問題

健康保険の使用の可否など医療費の問題が乗じる。

自殺に至った原因によっては、家族の生活を根底から揺るがす場合がある。

自殺を図ったという事態に対する家族の精神的なショックが大きい。

繰り返す自殺企図患者は今後既遂に至る可能性がある。

ソーシャルワーカーが行うこと

保険適応できる状況かどうか、精神科医や家族との確認を取る。

再企図を予防するためにも、退院後の適切な支援を精神科医と共に検討し、本人・家族へも心理教育的にかかわる。

何がきっかけとなったのかを一緒に考え、防御因子を考える。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

自殺企図をした患者は、精神疾患や精神的な不調がベースにあり、自殺企図に至るため、精神科医療につなげる必要がある。

短い入院の間で解決できることが少ないため、整理をして精神科病院、クリニックにつなげる役割を果たす。

「なぜ自殺を図ったか」聞くことをためらわない

ホームレスや身元不明者など

予測される心理・社会的問題

医療保険の加入がないなど医療費の問題が生じる。

キーパーソンのいないことによる問題が発生する。

退院後の生活の場所が問題になる。

社会的基盤が弱いという理由で転院先が見つかりにくい。

ソーシャルワーカーが行うこと

生活背景や、所持金、家族関係などの情報を得て、療養生活が送れるようサポートする。

本人からの情報が得られない場合、運ばれてきたときの状況を関係機関を連絡を取り確認する。

家族が見つかった場合、家族の協力度を測る。

患者の状況がわからない場合は、まず救助された場所を管轄する福祉事務所に連絡を入れる。

死亡が予測される場合は、との対応について院内外の関係者と打ち合わせをする。

予測される退院後の身体状況に応じて、早期から退院後の生活の場所について本人や関係機関と相談を行う。

病状によっては、退院後の生活の場所の設定を早期から考え、治療計画に反映させる。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

最優先に、最低限、行うことが何かを見極める。

生活保護法などの法律的な知識、葬儀・葬祭についての知識→休日の対応策を立てる。

患者の人権やプライバシーについて留意する。

協力が得られにくい家族への対応

「交通事故」や「傷害事件」による発症

予測される心理・社会的問題

事故や事件の状況によっては、医療費が自費扱いにある場合もある。

事故・事件を起こしたことによる、患者や家族の精神的なショックも大きい。

ソーシャルワーカーが行うこと

被害者であれ、加害者であれ、起こったことへの心理的なサポートや起こっている交通事故状況の確認、医療費の出どころなどについて確認する。

様々な手続きを行う家族（まわり）へのサポート。

患者の病態の把握により、次のタイミングの良い転院支援を行う。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

交通事故に関わる様々な法律的な知識や社会保障制度。

ひき逃げ、犯罪被害などについての知識

転院が必要な場合の保険扱についてなど、自動車保険の知識も必要。

遷延性意識障害の患者専門の病院などの知識

オーバースティの外国人

予測される心理・社会的問題

医療保険に加入していない場合が多く、医療費の問題が生じる。

言葉が通じない。

異国の地での治療への不安、文化や医療状況の違いによる不適応が起こることもある。

頼りになる人、支援できる人がいない場合がある。

長期療養ができる病院はなく、自国へ帰国を検討、さらには死亡時の対応を検討する必要がある。

ソーシャルワーカーが行うこと

滞在状況の確認。利用できる制度の有無の検討。

通訳の確保

必要な医療を受けるための方法についての情報収集（医療費の概算・治療を受けられる場所・本国での治療）

死亡が予測される場合などはその対応

手を尽くしても医療費が確保できない場合でも、人道上治療を行わなければならない場合、病院の責任者にもその事情を説明し、理解を得る。→医療スタ

ッフやESWだけでなく、病院全体を巻き込む必要がある。

本国へ帰る場合にはそのためのコーディネートを行う。

援助を行う上で知っておくべきこと・留意点

外国人に対する公的援助の制度、支援している団体や地域の窓靴などの社会資源の知識。

患者が何らかの理由で、人権を脅かされたり、医療を受けることができなくなるようなことがないよう配慮する。

人権的な配慮はもちろん、倫理的な問題への対応

児童虐待が疑われる子供

予測される心理・社会的問題

説明のつかないケガで搬送された場合、同じことが繰り返される場合がある。

親が子育てに自信がない、不安を持っている場合がある。

子供の安全を図るために児童相談所

意識的な虐待の場合は、残された家族、児へ心理的ケアも必要となる。

子供の生活の場所が親から離れる場合もある。

ソーシャルワーカーが行うこと

発症状況の確認、子育てについての親の考え、現状についてどう考えているのか、家族からの情報収集と共に、必要に応じて関係機関からの情報も収集する。

虐待の背景にある心理・社会的問題について課題を抽出し支援をする。

虐待防止委員会を開催し、多職種と共に問題について考え、子供が成長していくうえでの最善策を検討する。

支援を行う上で知っておくべきこと・留意点

院内の相談窓口としての機能、虐待防止委員会を組織する。地域関係機関との窓口機能を果たす。

犯人探しをするのではない。

家族が、児童相談所や地域の関係機関との相談を継続できるような支援。

遠隔地から搬送された患者

予測される心理・社会的問題

慣れない土地での家族の付き添い（宿泊場所の確保）手続きなどが必要となる。

治療・療養の場所を変更する事態が発生するかもしれない。

ソーシャルワーカーが行うこと

宿泊先、病院所在地の情報の提供を行う。

当地で行わなければならない手続きなどについての支援。

患者の治療・療養先について早期からの検討を行う。

移送にあたっては、飛行機・新幹線など適切に移送できるよう支援する。

援助を行う上で知っておくべきこと

日頃より、病院近くの宿泊施設、安価で利用できる施設などの情報収集しておく。

自宅近くへの転院の場合は、転院先病院の情報について収集できる手段を確保する。

移送方法の知識。

治療の必要はないが、帰ることができない患者????

予測される心理・社会的問題

医療費のみならず、生活に困窮している可能性がある。

繰り返しの来院がある場合、生活基盤への介入が必要となる。

ソーシャルワーカーが行うこと

なぜ帰ることができないのか、患者の生活状況の確認。

患者と相談の上、地域との連携とり、帰宅場所の確保、生活の場の設定を行う。

生活支援を含め、関係機関との連携のもと、継続的な支援を受けることができるようにする。

援助を行う上で知っておくべきこと

法外援護、生活保護などの知識。

地域、関係機関との連携、コーディネート力。

単に、家にお金を忘れた場合など、院内で支援できるシステム作りも必要。

暴力的であるなど、支援が困難である場合もあり、病院としての体制、方針の確認も必要となる場合がある。

典型的な人ばかりじゃない！

予測される心理社会的問題

予測できないこともある。

多くの場合は予測できます！

ソーシャルワーカーが行うこと

落ち着いて、忍耐強く、

緊急性をもって、迅速に、さらに様々な変化球に臨機応変に対応する。

しっかりと聞き出す。

援助をするうえで知っておくべきこと・留意点

経験を積むことは重要である。

1人の目で見ない。(多職種・同職種) 患者の支援はMSWだけが担う問題ではない。

組織的対応を求めることもあるため、責任者との関係性の構築も必要。

すべてが社会資源であるため、日ごろからアンテナを張っておく。

柔軟な考え、アイデア、ひらめき！の力を養う。

引用文献

* 文献

救急認定ソーシャルワーカー認定機構(2017)『救急患者支援 地域につなぐソーシャルワーク』へるす出版

南彩子(2014)「専門職としてのソーシャルワーク 再考ーソーシャルワーク倫理に基づく意思決定とそのプロセスについてー」『社会福祉学研究室紀要』第16号 天理大学

卯野木健(2015)「ICU運営で大切にしていること」『ICNR』2-3 学研メディカル秀潤社

BarrBarry R.Cournoyer(2016)“The Social Work Skills WORKBOOK 8e” CENGAGE Learning

* 資料

救急認定ソーシャルワーカー認定機構(2021)『2021年度認定研修配布資料』

【クロストーク（１）】

～実践報告～*ESW* の実践現場から

1) 実践報告（その１）

高橋裕美（大阪大学医学部附属病院）

2) 実践報告（その２）

太田裕子（大阪医療センター）

3) 実践報告（その３）

篠原純史（高崎総合医療センター）



日本ソーシャルワーク学会&救急認定ソーシャルワーカー認定機構共同主催
ソーシャルワーク・コラボセミナー2021

実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓くESWの「実践理論」
～「社会的救命」に資する力量あるソーシャルワーカーを目指して～

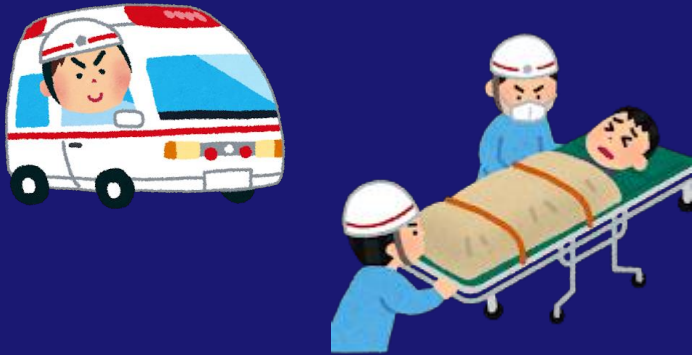
実践報告

大阪大学医学部附属病院
高度救命救急センター

高橋 裕美

2022.3.21

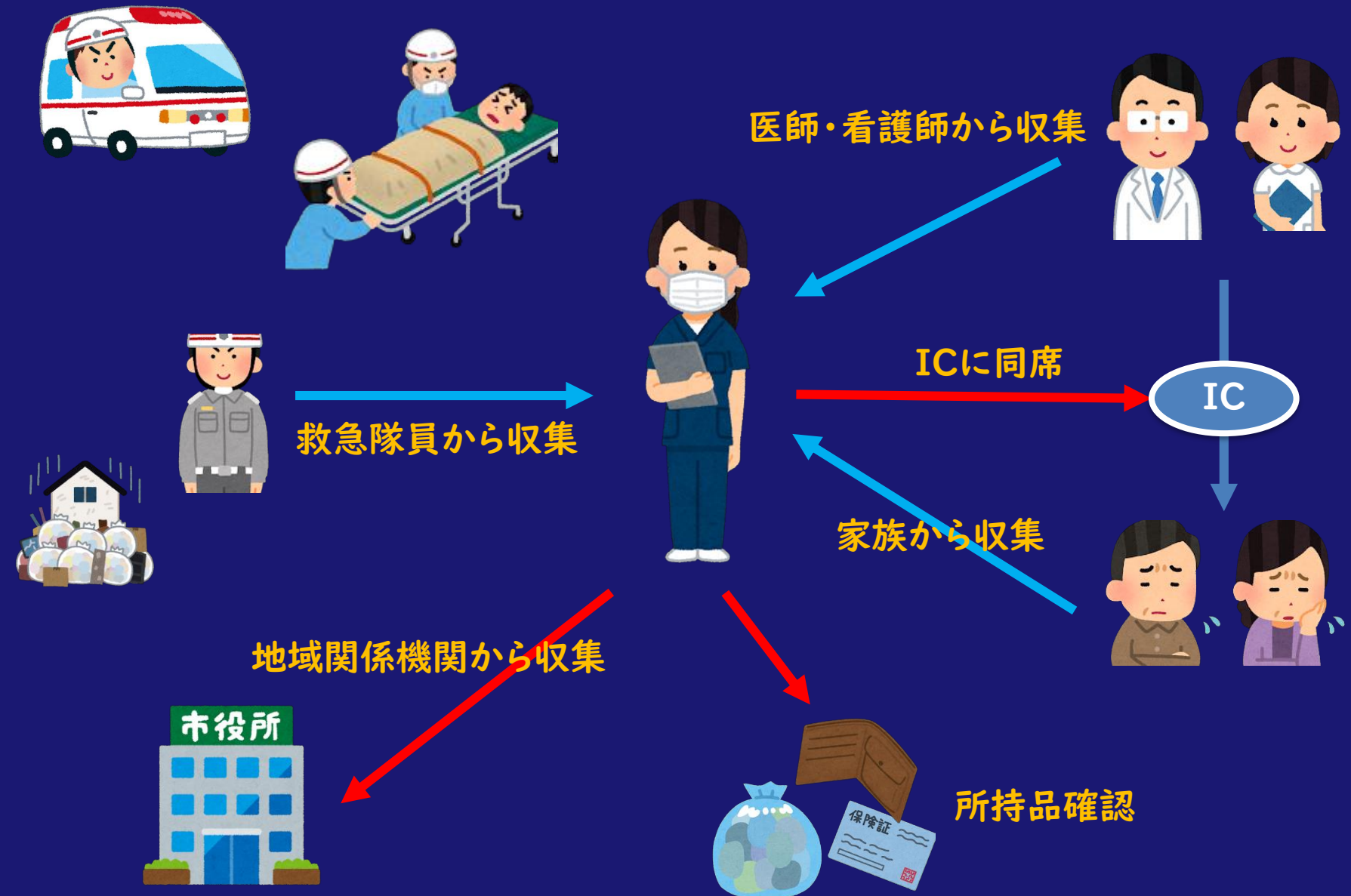
相談を受けるしくみ



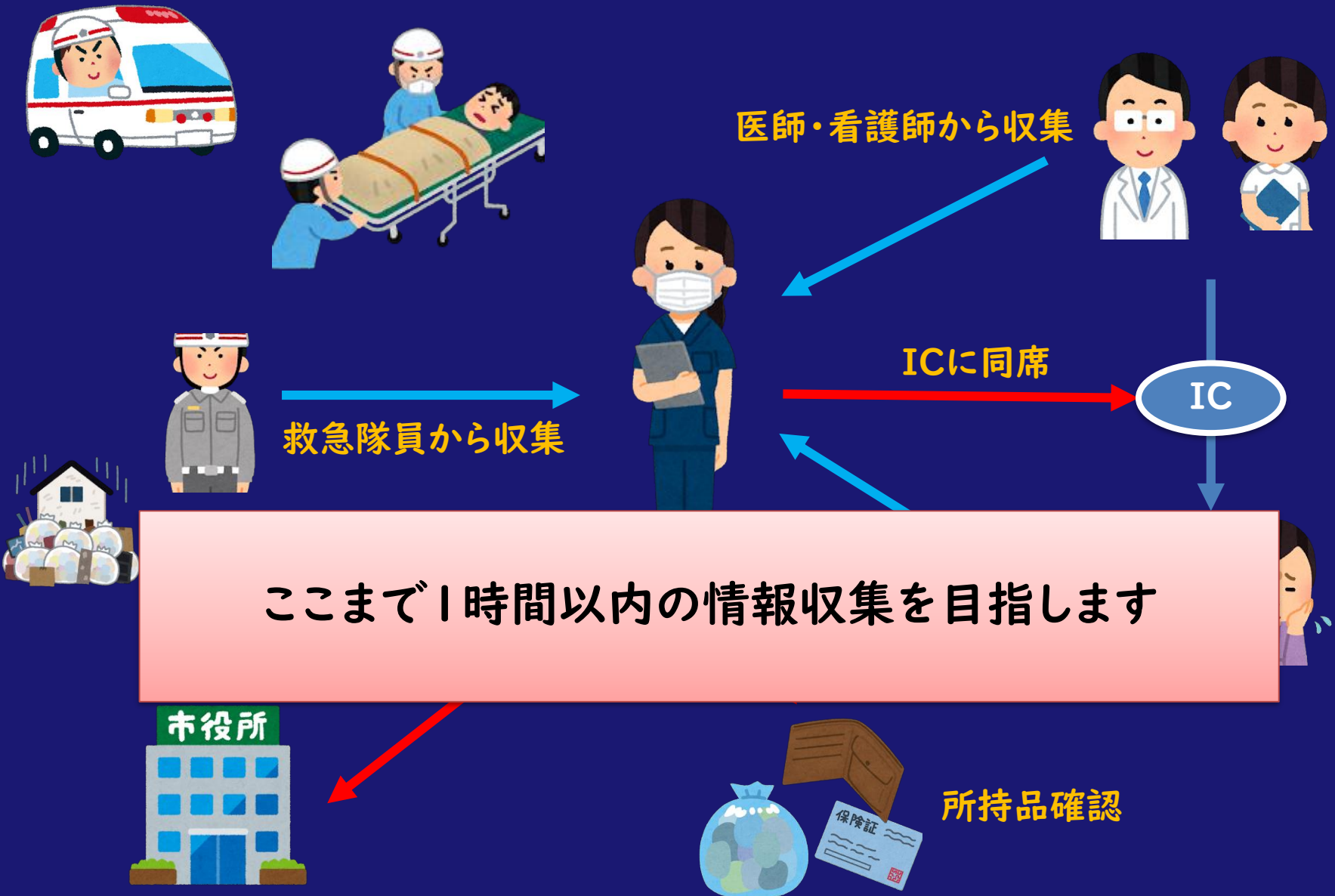
情報収集は、ホットラインが鳴ったところから始まります



相談を受けるしくみ



相談を受けるしくみ



CASE

1. ひきこもり

2. 母子家庭

※倫理的配慮

実際の事例を元に架空事例としています

CASE I (概要)

69歳女性 低体温で救急搬送。

同居の娘は重度心身障害者で週3日デイサービスを利用していた。本人の入院により、介護者がいなくなった娘の支援が必要と判断し、至急地域関係機関と連携し、緊急ショートの手配を行った。

キーパーソン不在の症例として本人の社会的支援を行う方針となったが、救急搬送から数時間後に息子と名乗る男性が来院、同居している長男とわかりキーパーソンを依頼した。

1週間後、転院調整開始にあたり、キーパーソンである息子に何度も連絡するも不通。市役所からの情報で引きこもりであることが判明。転院調整に必要な医療侵襲行為の確認、ご遺体の引き取り等の死後対応、入院費等必要経費の支払いなどの確認が必要なため医師と一緒に何度も自宅を訪問するも人の気配あるが応対無し。内容証明郵便で職権対応する旨送付するも連絡なし。

住居地の役所と協議を重ね、最終的に「介護ネグレクト」と認定され、市長同意で後見人の申請を行い、ようやく転院が可能となった

Phase ①

69歳 女性 低体温で救急搬送

Phase ①

69歳 女性 低体温で救急搬送

低体温・・・
家の環境は

地域は介入して
いるか

誰かキーパーソンは
いるのか

何かサービスは
利用していたのか

金銭管理は誰が
していたのか



Phase ②

69歳 女性 低体温で救急搬送
救急隊より自宅に重度心身障害の娘ありとの情報

Phase ②

69歳 女性 低体温で救急搬送
救急隊より自宅に重度心身障害の娘ありとの情報

お母さんが入院したら
娘は誰が見るんだろう

娘は何かサービスは
利用していたのか

関係機関はどこか

他に誰か親族は
いるのか

後見人はいるか



Phase ②

69歳 女性 低体温で救急搬送
救急隊より自宅に重度心身障害の娘ありとの情報

社会的救命のスイッチ

母の入院により、娘への介入必要
→まずは娘の状況確認

→地域の関係機関から情報収集



Phase ②

69歳 女性 低体温で救急搬送
救急隊より自宅に重度心身障害の娘ありとの情報

- ・管轄の地域包括支援センター、市の障害福祉課に状況確認
娘と二人暮らし。本人・娘双方の年金で生計を立てている。
金銭管理はすべて本人が行っていたとの情報。
娘は週3日デイサービス利用、それ以外の在宅サービス利用無し。
娘については緊急ショートステイ手配するとの返答。

ここまで、搬送から約1時間

Phase ③

救急搬送から数時間後、同居している息子（長男）と名乗る男性が来院
免許証より長男であることを確認し、医師より病状説明を行う
今後のキーパーソンになることの同意を得る
本人の預貯金については息子が金銭管理している

Phase ③

救急搬送から数時間後、同居している息子（長男）と名乗る男性が来院
免許証より長男であることを確認し、医師より病状説明を行う
今後のキーパーソンになることの同意を得る
本人の預貯金については息子が金銭管理している

息子がいてくれて
よかった

息子のことを地域は
知っているのか？

息子の仕事は？

地域との情報と
違って？

息子の支払い能力は？



Phase ④

- ・息子が同居していたことを関係機関は把握していなかった
- ・転院調整開始にあたり、医療同意、ご遺体の引き取り等の死後対応、入院費の支払い確認等の為にキーパーソンである長男に何度も連絡するも不通
- ・新たに市役所より**息子はひきこもり**との情報

Phase ④

- ・息子が同居していたことを関係機関は把握していなかった
- ・転院調整開始にあたり、医療同意、ご遺体の引き取り等の死後対応、入院費の支払い確認等の為にキーパーソンである長男に何度も連絡するも不通
- ・新たに市役所より**息子はひきこもり**との情報

キーパーソンをお願いしたことで負担がかかったのか？

連絡がとれない。
どうしよう・・・

引きこもりの程度は？

息子の収入源は？

息子は生活できてるの？



Phase ⑤

医師と一緒に何度か自宅訪問するも、人の気配あるが応対なし
内容証明郵便で職権対応する旨送付するも連絡なし

Phase ⑤

医師と一緒に何度か自宅訪問するも、人の気配あるが応対なし
内容証明郵便で職権対応する旨送付するも連絡なし

8050問題？

介護ネグレクトで
市役所は動いてくれる？

転院先見つかるかな？

電話もダメ、訪問もダメ、
郵便もダメ。どうしよう・・・

入院期間長くなりそう



Phase ⑥

住居地の役所と協議を重ね、**介護ネグレクトと認定**し、市長同意で後見人の申請を行うことになった。

Phase ⑥

住居地の役所と協議を重ね、**介護ネグレクトと認定**し、市長同意で後見人の申請を行うことになった。

ようやく方向性が
みえてきた

ここまで長かったなあ

転院調整を進めること
ができる

ここからは
関係機関の支援必要



Phase ⑦

搬送から3ヶ月後、ようやく本人の転院先が決まりました。

Phase ⑦

搬送から3ヶ月後、ようやく本人の転院先が決まりました。



各関係機関と連携

- ・長女の支援 → 施設入所の方へ
- ・本人・長女 → 後見人の手続き
- ・長男の支援 → 保健所に引継ぎ

- ・転院先（療養型病院）とはしばらく連携

Phase ⑦

転院するまで約3ヶ月

なぜここまで
かかってしまったのか

もっと早くひきこもりである
ことに気付けなかったか

もっと早く地域に働き
掛けが出来なかったか



Phase ⑦

転院するまで約3ヶ月

救命センターに搬送されてきた時に、これまで隠れていた
家庭や家族の問題が浮き彫りになってくることもある。

アセスメントから支援介入までを短時間で行う中で、
分析、評価、推考を繰り返し、軌道修正を行っていく



CASE2 (概要)

44歳女性 くも膜下出血 (Grade V) により救急搬送。

母子家庭との情報、同居していた長女 (17歳)・次女 (10歳) の生活支援に緊急介入。

すでに自立していた長男から生活状況を確認、預貯金等なく生活保護の申請を行う。子供だけの世帯では生活保護の支給は難しいとの判断。児童相談所からも一時保護を検討したいとの話があるが、子ども達は拒否。

成人していた長男をキーパーソンとして、在宅サービスを併用して現在の自宅での生活の継続を試みることになった。しかし本人が入院中という中で、残された子ども達の生活支援のためのサービスはなく、調整は難渋。

幸運にも若者支援機関につながり、長女の精神的負担の軽減及びボランティアの家事支援を依頼。

しかし、本人の入院の長期化、高次脳機能障害の後遺症によるコミュニケーションの寸断等、時間経過とともに長女・次女の精神的負担や寂しさが増大、入院から8か月後に不登校気味になっていった。

Phase ①

44歳女性 くも膜下出血 (Grade V) により救急搬送。
救急車に長女・次女が同乗してきていた。

Phase ①

44歳女性 くも膜下出血 (Grade V) により救急搬送。
救急車に**長女・次女**が同乗してきていた。

もしかして母子家庭？

お姉ちゃんは
高校生くらい？

下の子まだ小学生？

生活保護？

他に誰か
親族いるかな？



Phase ①

長女から聞き取り。

母子家庭。長女は17歳（高2）・次女は10歳（小5）。

お金のことはよくわからない。

近くに兄（22歳）が住んでいる。兄がもうすぐ来るので聞いて欲しい

Phase ①

長女から聞き取り。

母子家庭。長女は17歳(高2)・次女は10歳(小5)。

お金のことはよくわからない。

近くに兄(22歳)が住んでいる。兄がもうすぐ来るので聞いて欲しい

社会的救命のスイッチ

兄はどこまで
把握しているのか

生活保護?

子ども達今日から
どうしよう?

兄はキーパーソンに
なれるのかな?

他に誰か
親族いるかな?



Phase ②

兄が来院し、聞き取り。

- ・本人はパートのみの収入。兄が毎月不足分を仕送りしていた。
- ・預貯金はなし。
- ・別れた夫（長女・次女の父親）が近所に住んでいるが、どの程度の関わりかわからない。
- ・通帳やカードの場所はわかるが、暗証番号はわからない。
- ・本人の親族は他府県にいるが、連絡先は知らない。

各関係者から情報収集

- ・パート先に親族情報、保険情報、給与額確認
→給与は月8万円。親族の情報は知らない
- ・別れた夫に親族情報、支援状況確認
→現金での支援は一切なし。長女と次女の携帯代は払っているが最近の生活状況や親族情報の詳しいことは知らない

上記より、

預貯金無し、親族情報不明、1か月程度なら兄がなんとか生活費を工面できる
→まずは生活費、入院費確保の為に、生活保護申請を行った。

Phase ②

兄が来院し、聞き取り。

- ・本人はパートのみの収入。兄が毎月不足分を仕送りしていた。
- ・預貯金はなし。
- ・別れた夫（長女・次女の父親）が近所に住んでいるが、どの程度の関わりかわからない。
- ・通帳やカードの場所はわかるが、暗証番号はわからない。
- ・本人の親族は他府県にいるが、連絡先は知らない。

各関係者から情報収集

- ・パート先に親族情報、保険情報、給与額確認
→給与は月8万円。親族の情報は知らない
- ・別れた夫に親族情報、支援状況確認
→現金での支援は一切なし。長女と次女の携帯代は払っているが最近の生活状況や親族情報の詳しいことは知らない

上記より、

預貯金無し、親族情報不明、1か月程度なら兄がなんとか生活費を工面できる
→まずは生活費、入院費確保の為に、生活保護申請を行った。

ここまで、搬送から約1時間

Phase ③

家族支援

その日からどのように生活していくか、役割分担について長男・長女と話し合い。

当面、長男が夕食作り、長女が洗濯や掃除など協力して生活を行っていくことになる。

Phase ③

生活保護担当者より

入院中の本人に対し生活保護申請は受理できるが、未成年だけの世帯への保護費支給は出来ないとの返答あり。

Phase ③

生活保護担当者より

入院中の本人に対し生活保護申請は受理できるが、未成年だけの世帯への保護費支給は出来ないとの返答あり。

え？
じゃあ子ども達どうなるのかな？



Phase ④

さらに市役所家庭児童相談課より、元々ネグレクト疑いの家庭。
現在の状況であれば、子ども達は一時的保護して施設入所になるとの連絡あり。
ネグレクトの内容を確認したところ、夜に子ども達だけ残して母が出かけている
と近所から通告があったとのこと。

Phase ④

さらに市役所家庭児童相談課より、元々ネグレクト疑いの家庭。
現在の状況であれば、子ども達は一時保護して施設入所になるとの連絡あり。
ネグレクトの内容を確認したところ、夜に子ども達だけ残して母が出かけている
と近所から通告があったとのこと。

出かけてるって
どこに行ってるのかな？

子ども達だけ残して
出かけたならネグレクト？

お姉ちゃん高校生だし
施設入所ってどうやる？

子ども達に理由
聞いてみないと



Phase ④

子ども達に本人が出かけている理由を確認。
昼間の仕事が終わってから、時々夜の仕事（スーパーの倉庫で仕分けの仕事）
に行っているとのこと。
お金がないからお母さんずっと働いてたと長女より。

Phase ④

子ども達に本人が出かけている理由を確認。
昼間の仕事が終わってから、時々夜の仕事（スーパーの倉庫で仕分けの仕事）
に行っているとのこと。
お金がないからお母さんずっと働いてたと長女より。

昼夜働いていた。
これネグレクトなのかな？

ちゃんと確認もせずに
ネグレクトで施設入所？

お母さん一生懸命
働いてただけじゃない？

子ども達の意見も
聞いてみないと



Phase ⑤

長男・長女・次女に、生活保護、家庭児童相談課の見解を伝える。
施設入所は絶対に嫌と長女・次女。
長男も、「僕が家事も手伝ってなんとか頑張るから、施設だけは入れないで欲しい」との訴えあり。

Phase ⑤

長男・長女・次女に、生活保護、家庭児童相談課の見解を伝える。
施設入所は絶対に嫌と長女・次女。
長男も、「僕が家事も手伝ってなんとか頑張るから、施設だけは入れないで欲しい」との訴えあり。

葛藤

施設入所が妥当と
判断している行政

施設にだけは入りたく
ないと訴える子ども達

子ども達のためにどちらを選択すべきか



Phase ⑤

長男・長女・次女に、生活保護、家庭児童相談課の見解を伝える。
施設入所は絶対に嫌と長女・次女。
長男も、「僕が家事も手伝ってなんとか頑張るから、施設だけは入れないで欲しい」との訴えあり。

施設入所が妥当と
判断している行政

施設にだけは入りたく
ないと訴える子ども達

自分の選択が正しいのか、
自分の判断が正しいのか、
常に葛藤が生じる

Phase ⑥

家庭児童相談課にカンファレンスの開催を依頼（生活保護課も同席）

子ども達の意向を伝え、在宅での生活継続の方向を提案。

- ・兄が金銭管理することで世帯での生活保護受給
- ・在宅サービス（家事支援）を利用して長女の負担軽減



行政で検討の結果、子ども達の希望通り施設入所ではなく生活保護支給・在宅生活継続の方向となった。

しかし残された子ども達に対するサービスは制度の狭間で難渋。暫定的にファミリーサポート制度やボランティアで家事支援対応。

万全の体制ではなかったが、子ども達も喜んでおり当面サービスを活用しながら様子を見ることになる

Phase ⑥

万全の体制ではない
から少し不安

兄の負担が大きいけど
大丈夫かな

子ども達嬉しそうで
よかった

長女も学校に行き
ながら大丈夫かな

後は地域にできるだけ
介入してもらおう



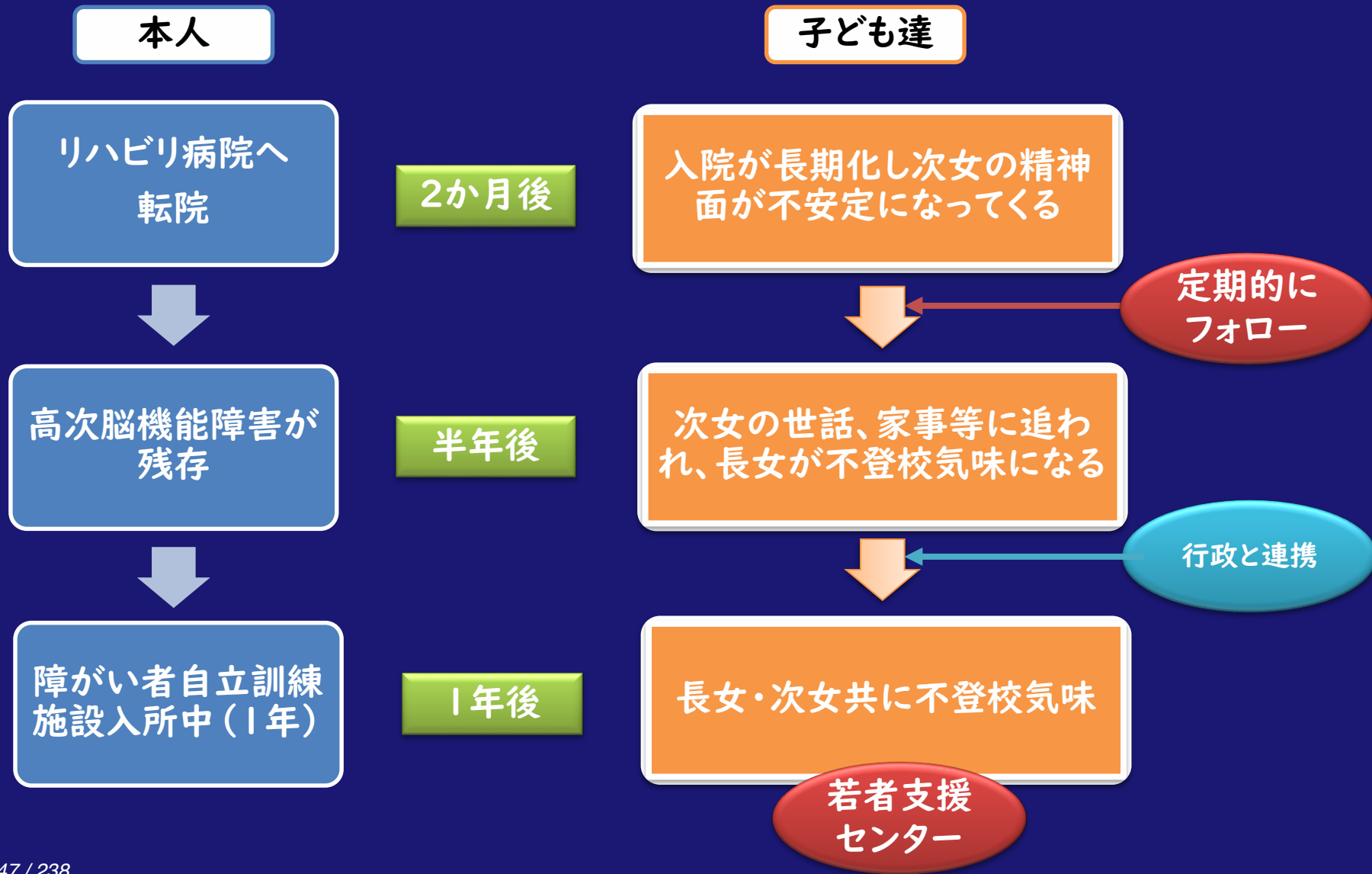
Phase ⑦

2か月後当院での治療が終わり、本人はリハビリ病院へ転院。
高次脳機能障害残存。

兄より、

- ・入院が長期化し、その頃から次女が精神面が不安定になってきた（寂しさ）
- ・次女の世話や家事などの負担が長女にかかり不登校気味になってきた
- ・本人の高次脳機能障害の後遺症によりコミュニケーションが成立せず
2人への負担が増加
との連絡あり。

Phase ⑦



Phase ⑦

地域にあるNPO法人の「若者支援センター」につながったことで、
長女の心の拠り所、居場所が見つかった。
中学生となった次女も一緒に介入してもらった。
2人ともまだ不登校ではあるが、表情は落ち着いてきた。
兄もようやく自身の結婚に踏み切ることが出来た

Phase ⑦

地域にあるNPO法人の「若者支援センター」につながったことで、
長女の心の拠り所、居場所が見つかった。
中学生となった次女も一緒に介入してもらった。
2人ともまだ不登校ではあるが、表情は落ち着いてきた。
兄もようやく自身の結婚に踏み切ることが出来た

あの時の選択は
間違っていたのか

制度の狭間ではあったが
他にサービスがなかったか

結果的に不登校に
させてしまった

もっと早く気付いて
あげられなかったか



Phase ⑦

地域にあるNPO法人の「若者支援センター」につながったことで、
長女の心の拠り所、居場所が見つかった。
中学生となった次女も一緒に介入してもらった。
2人ともまだ不登校ではあるが、表情は落ち着いてきた。
兄もようやく自身の結婚に踏み切ることが出来た

救命センター搬送時に最善の選択をしたつもりでも、
長期的な支援にはなかなか対応できないジレンマが生じる。

これでよかったのか、他に方法があったのではないか
いつも葛藤と迷いがある



ESWの支援

- 患者が搬送されてきたところから「社会的救命」のスイッチが入る
- 本人以外にも、支援が必要な人はいないか。本人が入院することで困る人はいないか。
- 短時間でアセスメントを行い、どう見立てて、どう支援するか瞬時に判断していく。
- 場合によってはカルテのない家族への支援を行うこともある。

間接的社会的救命の対象者

～カルテのない家族への支援～

入院者	対象者
母子家庭・父子家庭における親側	残される子ども
認認介護のどちらか一方	その片側
引きこもり、精神疾患を抱える家庭での主介護者	残された人
虐待症例	その兄弟
地域未介入の家庭の中の主たる生計維持者	残された家族

こんな時どうしますか？

ひきこもりの息子さんが入院。
お母さんと二人暮らし。
お母さんからは尿臭も。

地域も介入したいけど、
拒否強く介入できず。

自宅には電話なし。

1か月後息子さんの血圧が低下。

こんな時どうしますか？

家まで迎えに行くのは、
やりすぎているか？

どこまでが業務なのか？
何が業務外なのか？

いつも葛藤します。

こんな時どうしますか？

家まで迎えに行くのは、
やりすぎか？

どこまでが業務なのか？
何が業務外なのか？

いつも葛藤します。

お母さんを迎えに行き、最期の時間を一緒に
過ごしてもらいました。

こんな時どうしますか？

何が正解で、何が間違っているかではなく、
支援が必要な人に介入していくことが大切。

自分の決断したことが、半年後、一年後に正しかったかどうかはわからない。けれど、その時一番いいと思うことを決断し、その時自分ができる精一杯のことをする。



ESWとして大切にしていること

まず自分の目で、自分の耳で事実を確認する

アンテナを張り巡らし、隠れている要支援者に気付く

関係機関・関係者から一つでも多くの情報を取る

今、自分がすべきことは何か、助ける人は誰かを常に考える



ご清聴ありがとうございました

2022年夏頃 第6回ESW認定申込み開始予定

<https://sites.google.com/site/emergencysocialworker/>

日本ソーシャルワーク学会・救急認定ソーシャルワーカー認定機構協働企画
ソーシャルワーク・コラボセミナー2021

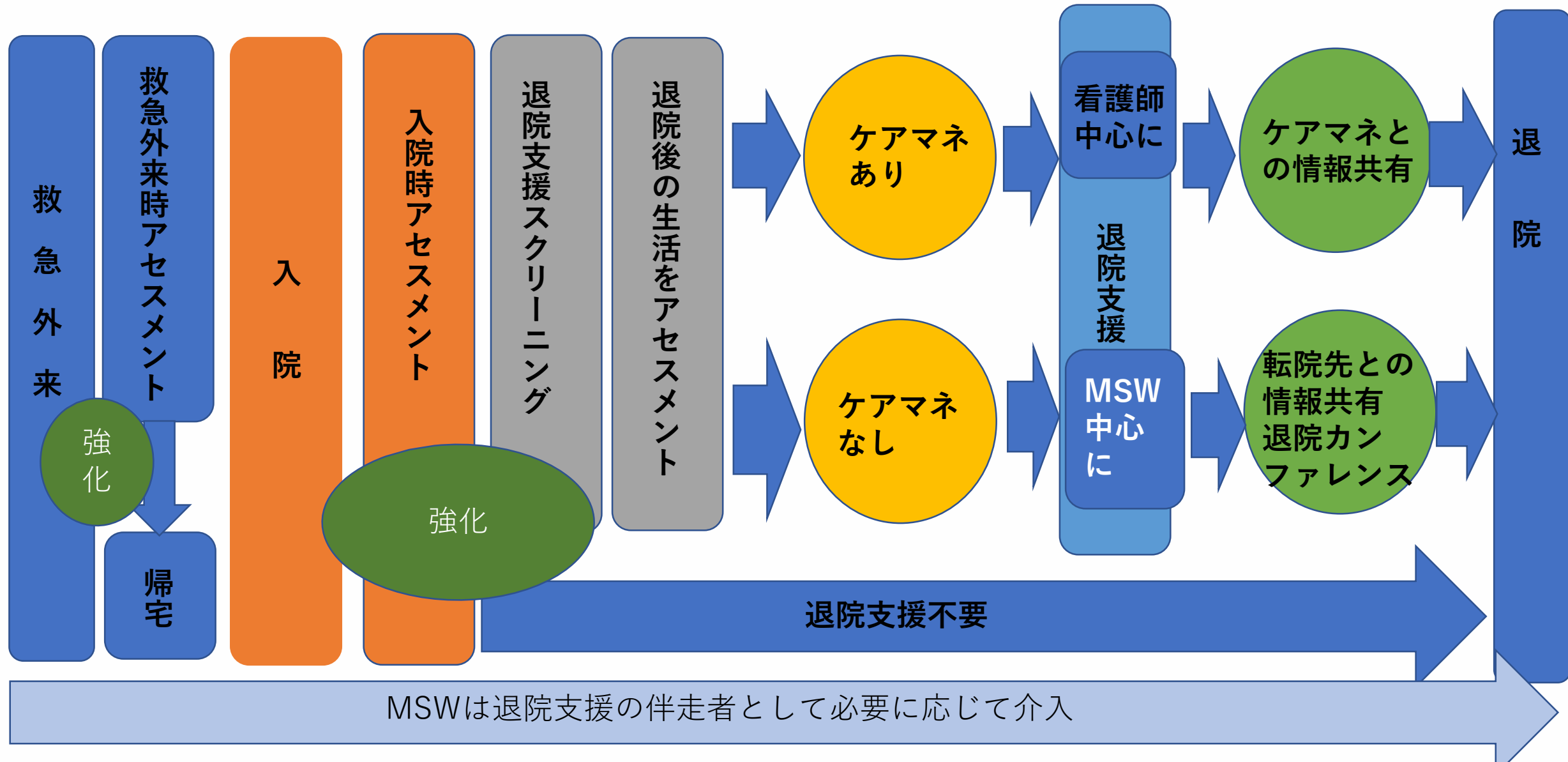
実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓くESWの「実践理論」
～「社会的救命」に資する力量あるソーシャルワーカーを目指して～

実践報告

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
地域医療連携推進部 医療福祉相談室
救急認定ソーシャルワーカー
太田裕子

【救急外来からの入退院支援の流れ】

EMERGENCY案件は担当MSWへ直接介入連絡が入ります



【院内スタッフスイッチを押すポイント例】



■キーパーソン機能不全問題（医療者が求める役割を果たせない）

- ・キーパーソンとなりうる立場にあたる親族が認知症等判断能力が不十分、判断ができない。
- ・コミュニケーションがとれない。等

■8050問題（7040問題・9060問題）

- ・80代の親が、自宅にひきこもる50代の子どもの生活を支え、経済的にも精神的にも行き詰ってしまう状態のこと（親の資産や年金で生活している親子等）
- ・子どもが長年の引きこもり。社会に出た経験がない。社会とつながりが無い。
- ・何らかの疾患を発症しているように思われるが未受診等。



【高齢者虐待】



- ①身体的虐待…高齢者の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴力を加えること。
- ②介護・世話の放棄・放任…高齢者を衰弱させるような著しい減食、または長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為への放置等、養護を著しく怠ること。
- ③心理的虐待…高齢者に対する著しい暴言、または著しく拒絶的な対応、その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ④経済的虐待…養護者、または養護していない高齢者の親族が、当該高齢者の財産を不当に処分すること。その他、高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
- ⑤性的虐待…高齢者にわいせつな行為をすること、または高齢者にわいせつな行為をさせること。



【虐待防止法に位置づけられている以外の虐待】 （5つの虐待と準じた対応を行う）

自己放任（セルフネグレクト）

- ・ 認知症等により、生活に関する能力や意欲の低下した一人暮らしの高齢者が自ら他者に対して援助を求めず、自分で自分の日常生活を放置している状態

【自己放任：セルフネグレクト??（孤独）】

生活に関する能力や意欲の低下した一人暮らしの方の救急搬送

- 元々、医療機関にかかることが嫌い。
- 貧困により医療にかかることができない。
- 受診するために援助してくれる支援者がいない。
- 独居のため、ADLが低下、最終手段として、
病院受診のために救急車を呼ぶしか、病院に受診ができない。

➡ （背景）家族とも疎遠。頼れる知人、友人おらず。
地域住民とのつながりなし。存在を知るのは家主や管理会社のみ等。

【事例発表について】

- キーパーソン機能不全、8050問題、セルフネグレクトに関連した事例を架空事例としてお話します。

【倫理的配慮】

本発表対象者に対して、「公益社団法人日本社会福祉士会 正会員及び正会員に所属する社会福祉士が実践研究等において 事例を取り扱う際のガイドライン」に沿って事例報告の承諾を得た。

【①事例概要と経過】（K Pは??）

X日14時頃、救急外来。80代女性。腰痛を訴え救急搬送。同乗者息子。
診断結果：尿路結石。身体に複数箇所打撲痕あり。

救急外来 ➡ 入院せず自宅へ帰宅 ➡ 外来通院（受診行動とれず）

<問題点>

自己放任（セルフネグレクト）

本人、礼節は保たれているものの、被害妄想と思われる内容のお話を繰り返す。治療が必要であると説明するが、「大丈夫です」と断る。

⇒ 地域包括支援センター、保健福祉センター精神保健担当、医師会コーディネーター（医療・介護連携支援室）へつなぎ、後日、患者家族を交えて、地域ケア会議を実施。

< ESWの行動 >

- ・ 地域包括支援センターへ連絡調整し、医師会へも相談し、認知症サポート医登録がある近くのクリニックを紹介する方針とした。ESWから連絡し、受診時の対応について相談した。
- ・ 地域包括支援センター担当者を確認し、息子さんへ担当者から連絡をいれてもらうことになったと伝えた。
息子さんへ親の介護のことで相談するようにと案内した。

そのまま、親子で帰宅された。

初期介入から 1 時間半程度

(家族からの相談)

- ・翌日 同居の娘から連絡があり、打撲痕については、孫ともみ合っ
つたものである。
- ・本人は、医療機関にかかろうとしない。
- ・入院させてもらえないでしょうか。

・救急搬送が、やっと医療機関にかかることができるチャンスだった。

・私たち家族を助けてください。

助けてほしかったと、泣きながら連絡が入った。

- 関係機関と家族を交えて、地域ケア会議を後日開き、
保健福祉センター精神保健福祉相談員等と顔合わせと
支援方法について検討した。

関係機関でモニタリング

【救急医療の現場にSWの配置をしてほしいと願うこと】



- 障がい者やひきこもりの者がいる家族にとって、困り事をSWにつなげてくれない、SW介入をさせない、SWいない医療機関に搬送された場合理解が得られず、大変です。
- 救急搬送によって、これまで医療にかかろうとしなかった本人や家族が、社会との接点、やっと社会とつながりをもてる場でもあるからです。
- その家がかかえていた課題、解決できなかった問題、見て見ぬふりしていた課題を一気に、吐き出す場となることもあるでしょう。
- 蓋をして帰されたら、何も解決せず、支援の網からこぼれおちます。
お願いします。SWさん、どさくさに紛れて、救急医療の現場だからこそ、突っ込んで話を聴いてみてください。聴くことに躊躇する必要はありません。なぜなら、搬送された本人と家族を救うために、抱えている社会的課題に関わろうとする唯一の専門職がソーシャルワーカーだからです。
ほっとかないでください。とことん大変ですが関わってください。
SW支援が、本人と家族を救う道しるべになることを信じてください。

【②事例概要と経過】（K Pは本人・おひとりさま）

70代後半、女性。新聞がたまっており、1か月以上本人を見かけない、家賃支払いの連絡がつかないため、家主・管理会社が自宅へ訪問。警察、救急隊を呼んだ。

意識障害にて救急搬送。

低体温、脱水、両変形性股関節症、アルツハイマー型認知症（MMSE20点、脳委縮）。

救命救急センター ➡ 一般病棟 ➡ 転院先みつからず ➡ 自宅退去・施設入所

<問題点>

金銭管理が困難。健康保険証等受取ができていない。年金が入る口座のキャッシュカードの暗証番号を思い出すことができない。（金融機関に出向き相談したが、ロックがかかり現金を引き出せない）1年ぐらい前から公共料金の支払いできていない。

⇒ 地域包括支援センター、生活困窮者支援事業へつなぐ。高齢福祉課へ成年後見申立を市長申立が可能か相談をしたが、保佐、補助レベルの方は却下。

法テラス（特定援助対象者法律相談援助制度）利用。



【最後に】



- 救急医療の現場は、ある意味、地域と一番近い場であります。
- 頼れる人がいない、地域とつながっていない、孤独な方が多く、救急で搬送されてきます。
- 救急医療で助かった命、生活の場、治療の場の設定には、多くのエネルギーを要します。
- ESWは、救急の現場から、地域へのスイッチを押す、バトンを渡す立ち位置なのかもしれません。

KPの本人や家族の意思決定能力やセルフケア能力（問題解決能力）

を高め、本人家族の成長・発達を支援することは重要であり、

“社会的救命”と考えて対応しています。

本人家族とともに歩む支援は、地域関係者にも、“社会的救命”への理解へつながっています。

日本ソーシャルワーク学会・救急認定ソーシャルワーカー認定機構共同企画
ソーシャルワーク・コラボセミナー 2021
『実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓くESWの「実践理論」
～「社会的救命」に資する力量あるソーシャルワーカーを目指して～』

急性期病院を中核とした地域病院間連携の取り組み -社会的救命に資する救急医療提供体制を目指して-

篠原 純史（しのはら あつし）

国立病院機構高崎総合医療センター 救急認定ソーシャルワーカー
（救急認定ソーシャルワーカー認定機構 副代表理事）

はじめに

- 急性期病院には、救急医療を要する重篤な傷病者が救急搬送される
- これから救急搬送される患者のためにも、地域において安心・安全な救急医療提供体制を構築させる使命がある
- 急性期病院の医療資源には限りがあり、効率的効果的に活用することが必要となる
- ESWには、救急医療提供体制の構築に資する取り組みが期待される

ESWの支援対象と地域連携

- ソーシャルハイリスク：

独居・身寄り無し、家族疎遠・非協力的、身元不明、ホームレス、外国人（オーバースティ）、無保険、医療費の支払い困難、自殺企図、精神疾患、家庭内暴力・虐待、不慮の事故 等

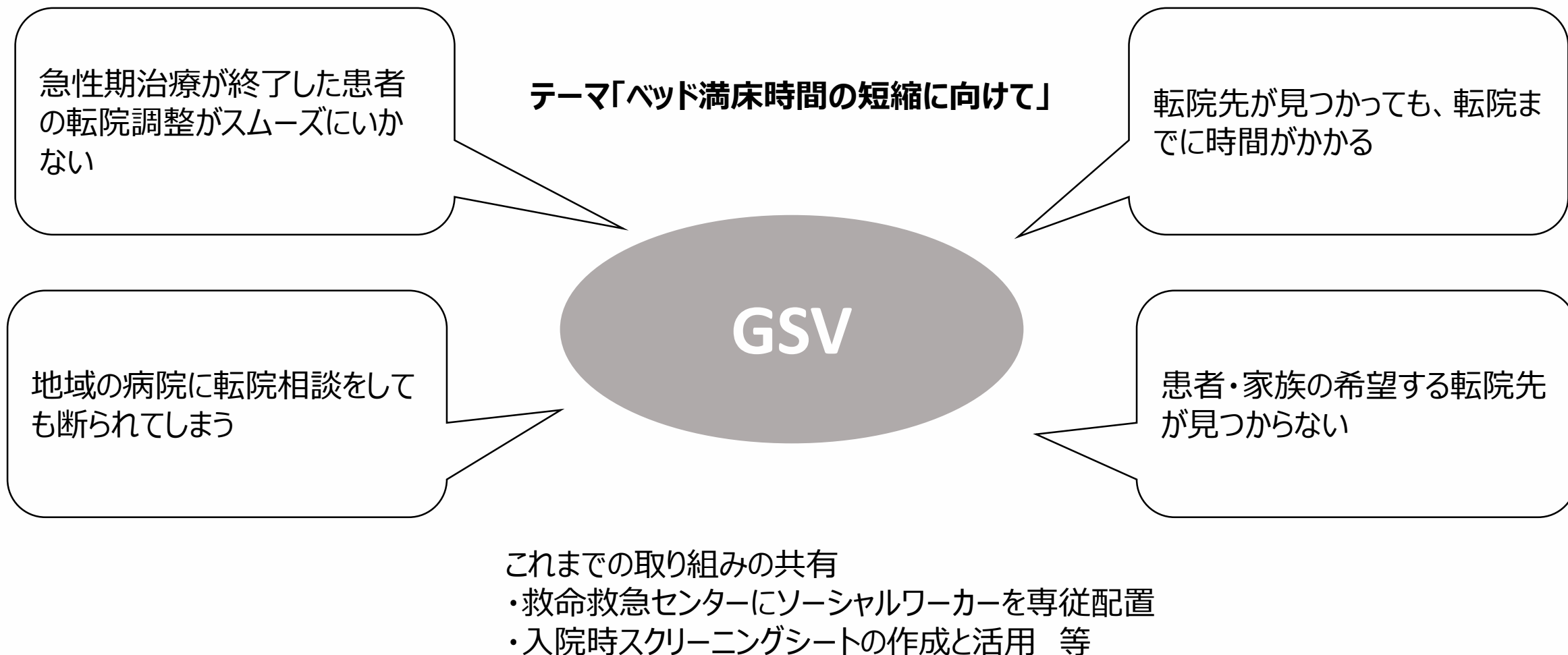
【出典】「救急患者支援 地域につなぐソーシャルワーク」へるす出版（2017）

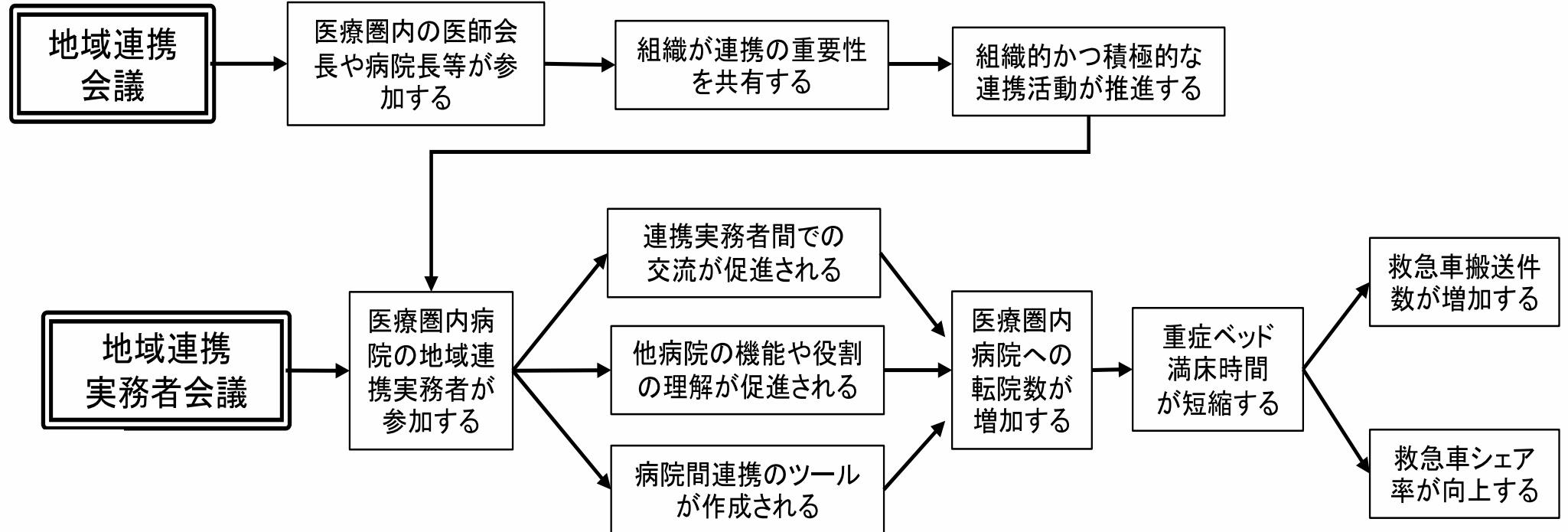
- 患者・家族は、精神的に混乱状態で、適切に動けないことも多い。特に、社会的生活基盤が脆弱な場合には、傷病を機に、潜在化しやすい生活課題が顕在化される
- ESWは、救急医療、急性期医療、そして地域ケアとの連携を通じた地域完結型の支援を意識し、保健医療機関と連携し、生活課題の解決に向けた支援の継続性を担保させる患者の利益に資する取り組みが求められる

事例概要

- A病院（救命救急センター、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院）は、地域の中核を担う急性期病院
- 救急車収容不可時間が長時間あり、地域の救急医療を要する患者が他医療圏の急性期病院へ救急搬送。救急車収容不可時間では、特に入院病床が満床のために受け入れができない「ベッド満床」が多くを占めていた
- A病院のソーシャルワーク部門では、実行性の観点から、ベッド満床時間を減少させる取り組みについて計画し、組織の承認を得て実施した

グループスーパービジョン





A病院を中核とした地域病院間連携プログラム

取り組み後の評価

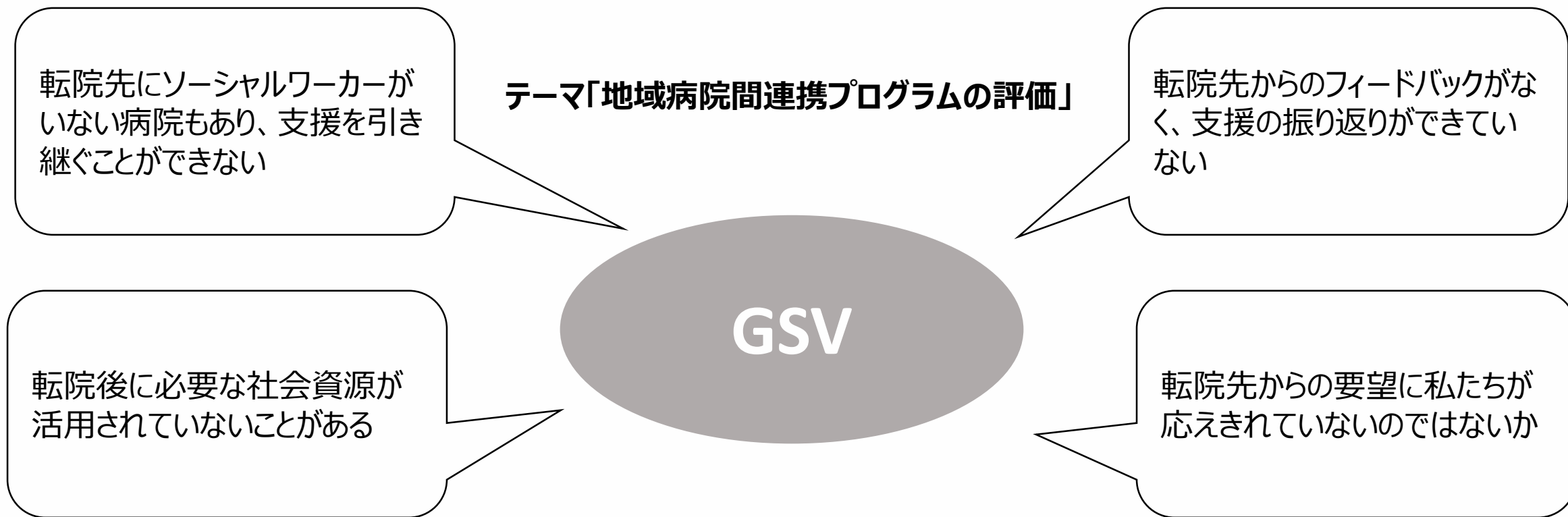
- A病院ソーシャルワーク部門および会議に参加する地域関係機関とともに、あらかじめ設定した評価指標に基づき、取り組み前後の実績を比較

○A病院の重症ベッド満床時間の短縮や救急車搬送件数の増加

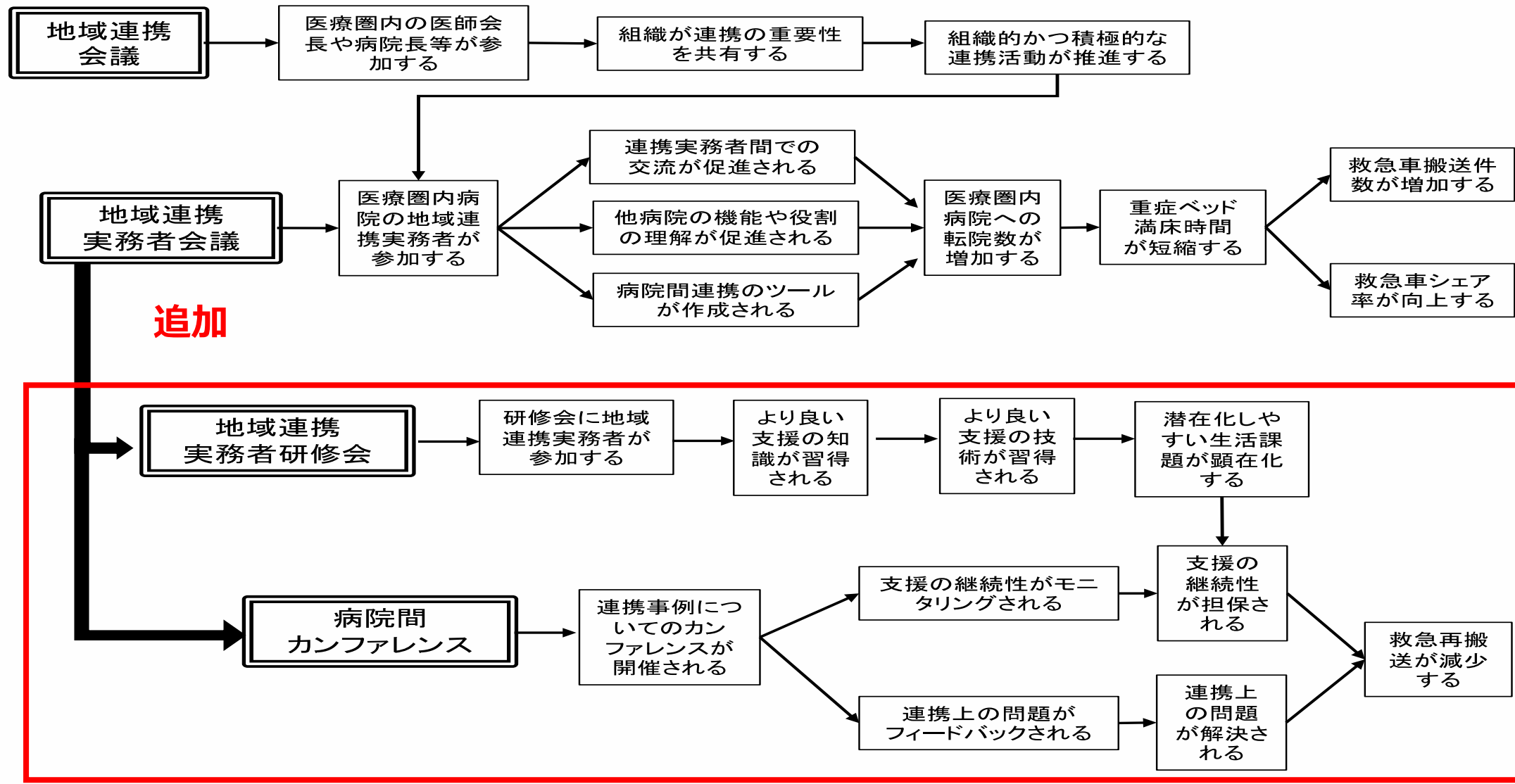
○救急車シェア率（A病院の救急車搬送件数／地域の救急車搬送件数）の増加

○早期転院や転院数の増加は達成

グループスーパービジョン

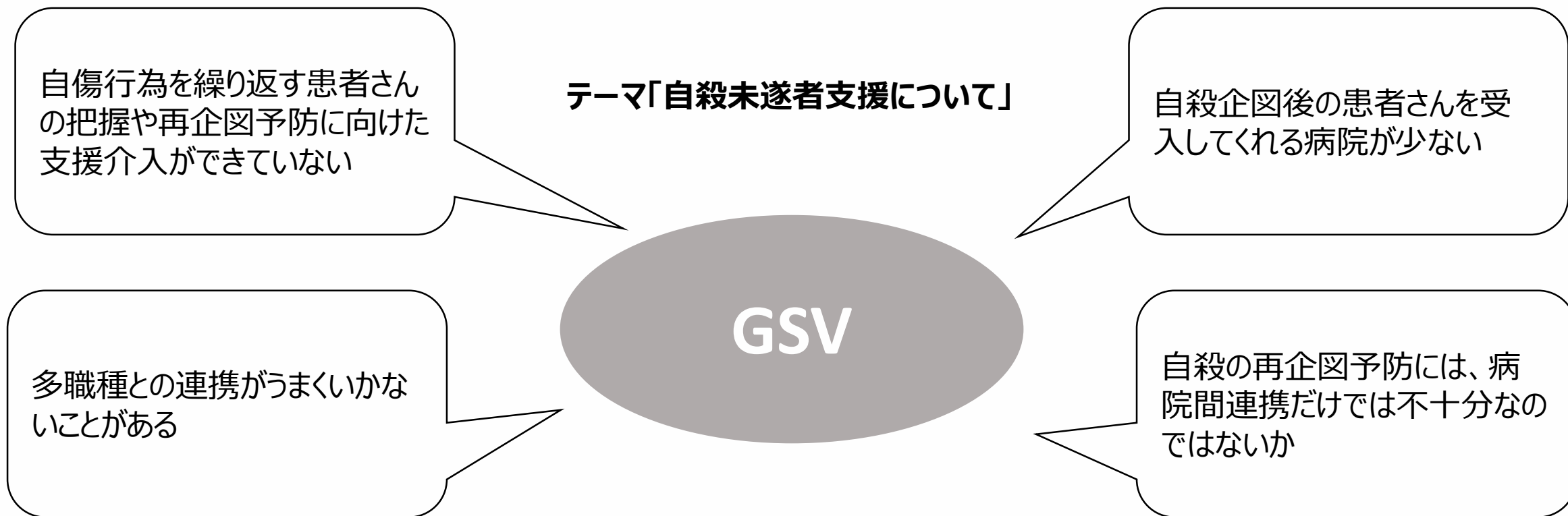


単なる転院数の増加や空床確保だけではなく、
患者の利益に資する地域関係機関との連携が重要



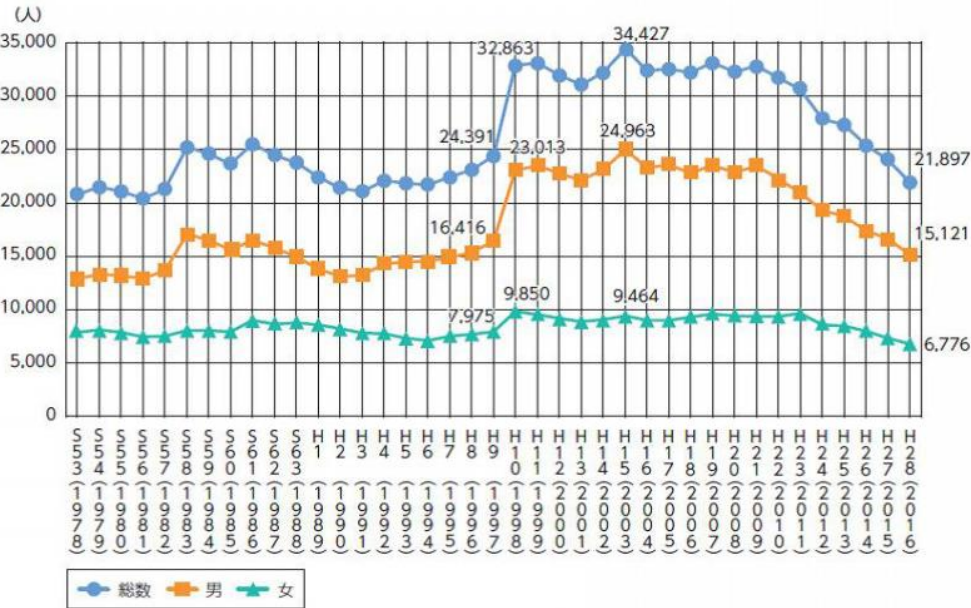
A病院を中核とした地域病院間連携プログラム（改定版）

グループスーパービジョン



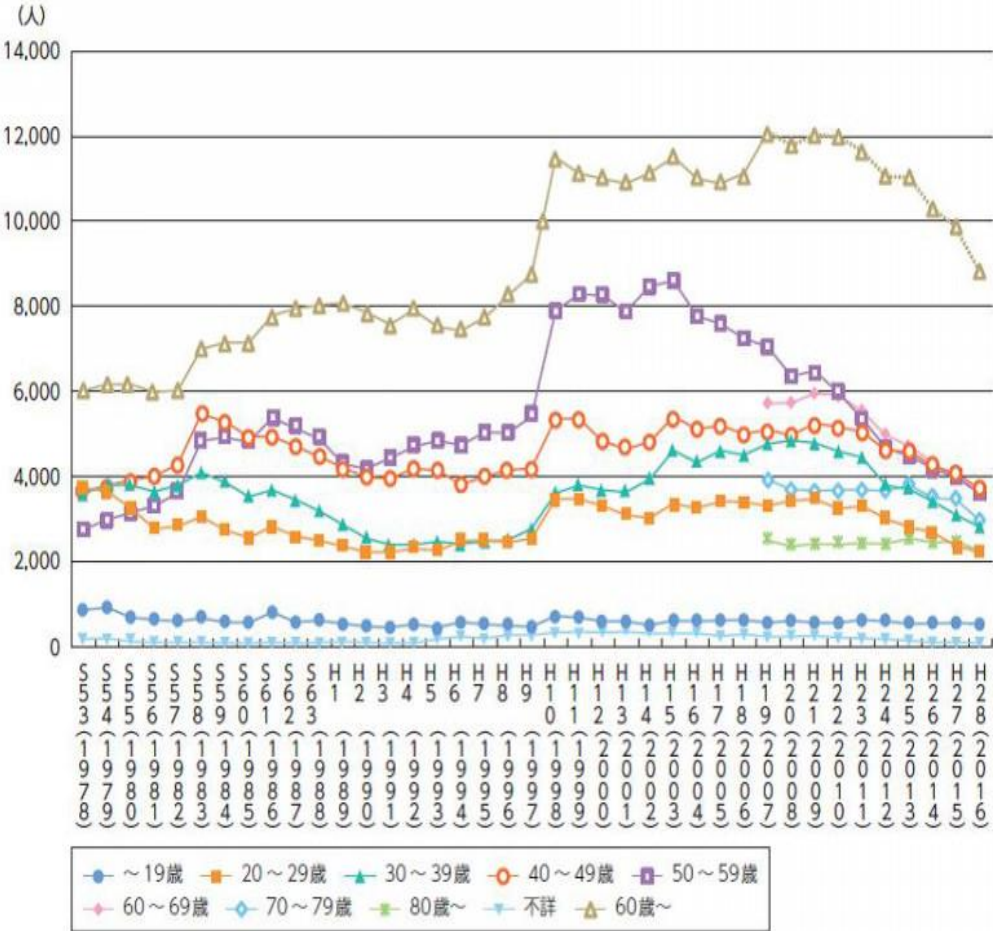
- ・自傷行為、自殺企図を繰り返す患者が増加
- ・「自殺未遂者支援実態調査事業」を受託

自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺者数の推移（自殺統計）

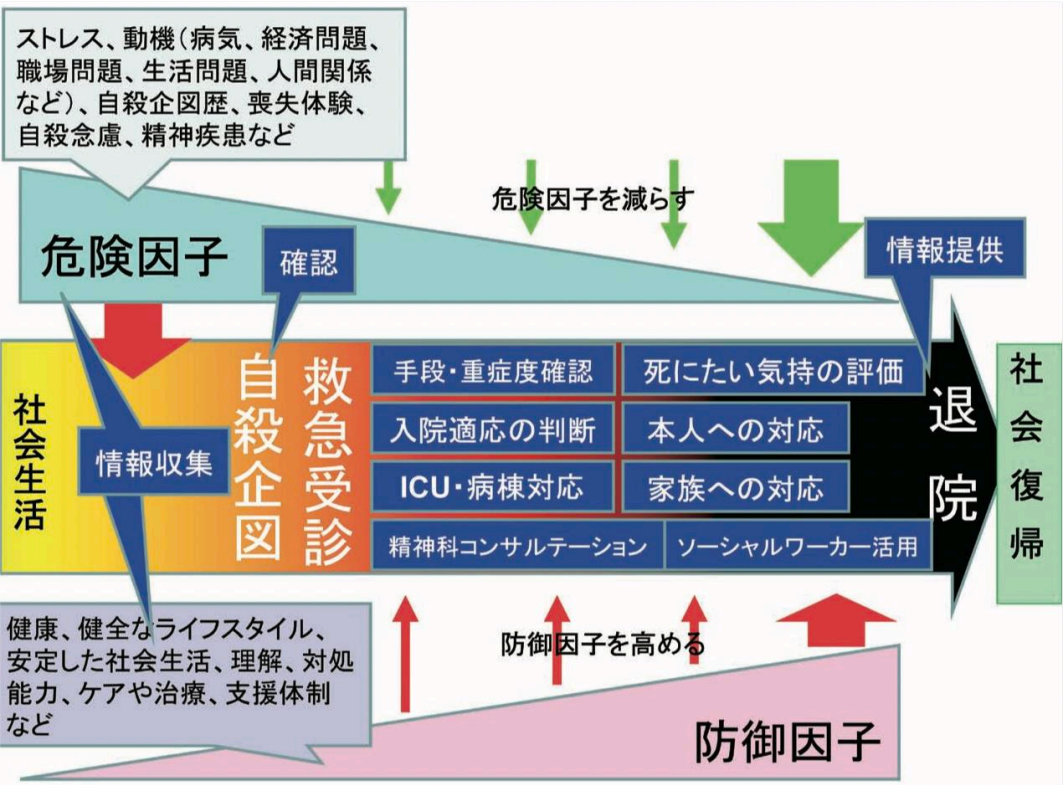


注) 平成18年までは「60歳以上」だが、19年の自殺統計原票改正以降は「60~69歳」「70~79歳」「80歳以上」に細分化された。

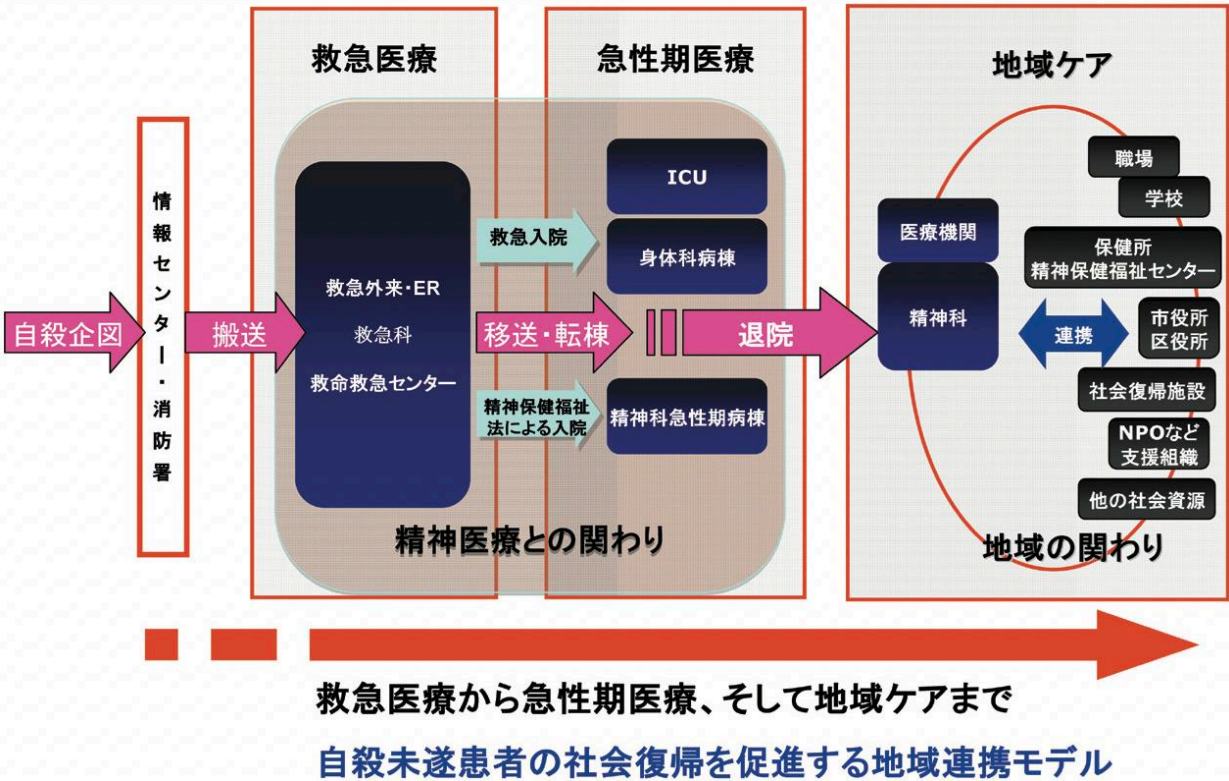
資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

年齢階級別（10歳階級）の自殺者数の推移

自殺未遂者支援



救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応



自殺未遂患者ケアの診療モデル

再企図予防に資する 地域病院間連携プログラムの開発に向けて

- 自殺未遂者の再企図予防の観点から、急性期病院であるA病院における未遂者情報の把握実態を明らかにし、その未遂者情報を分析することで地域病院間連携プログラムの課題を評価
- X年4月1日～X+3年3月31日にA病院へ救急搬送された15,571名のうち、自殺未遂者198名（1.3%）の未遂者情報を分析対象とした

篠原純史,若林チヒロ,梅崎薫: 急性期病院における自殺未遂者情報の把握に関する実態と地域連携プログラムの改善点の評価. 日本臨床救急医学会雑誌. 2019;22:680-8

分析の枠組みと方法

- 枠組み

必ず把握される未遂者情報（性別、年齢、保険種別、企図手段）

把握すべき未遂者情報（家族、社会的役割、原因・動機、危険因子）

未遂者スタッフの介入・地域連携・転帰・転院目的に関する情報

- 方法

未遂者情報の把握実態を明らかにし、転帰別に量的に分析

病院間カンファレンスで取り上げた未遂者情報を質的に分析

篠原純史,若林チヒロ,梅崎薫: 急性期病院における自殺未遂者情報の把握に関する実態と地域連携プログラムの改善点の評価. 日本臨床救急医学会雑誌. 2019;22:680-8

明らかにになった課題と方策

- 課題

未遂者情報の把握実態

救急外来（休日時間外）の支援体制

地域関係機関との連携（病院、保険者、福祉事務所、学校）

モニタリング・フィードバック体制

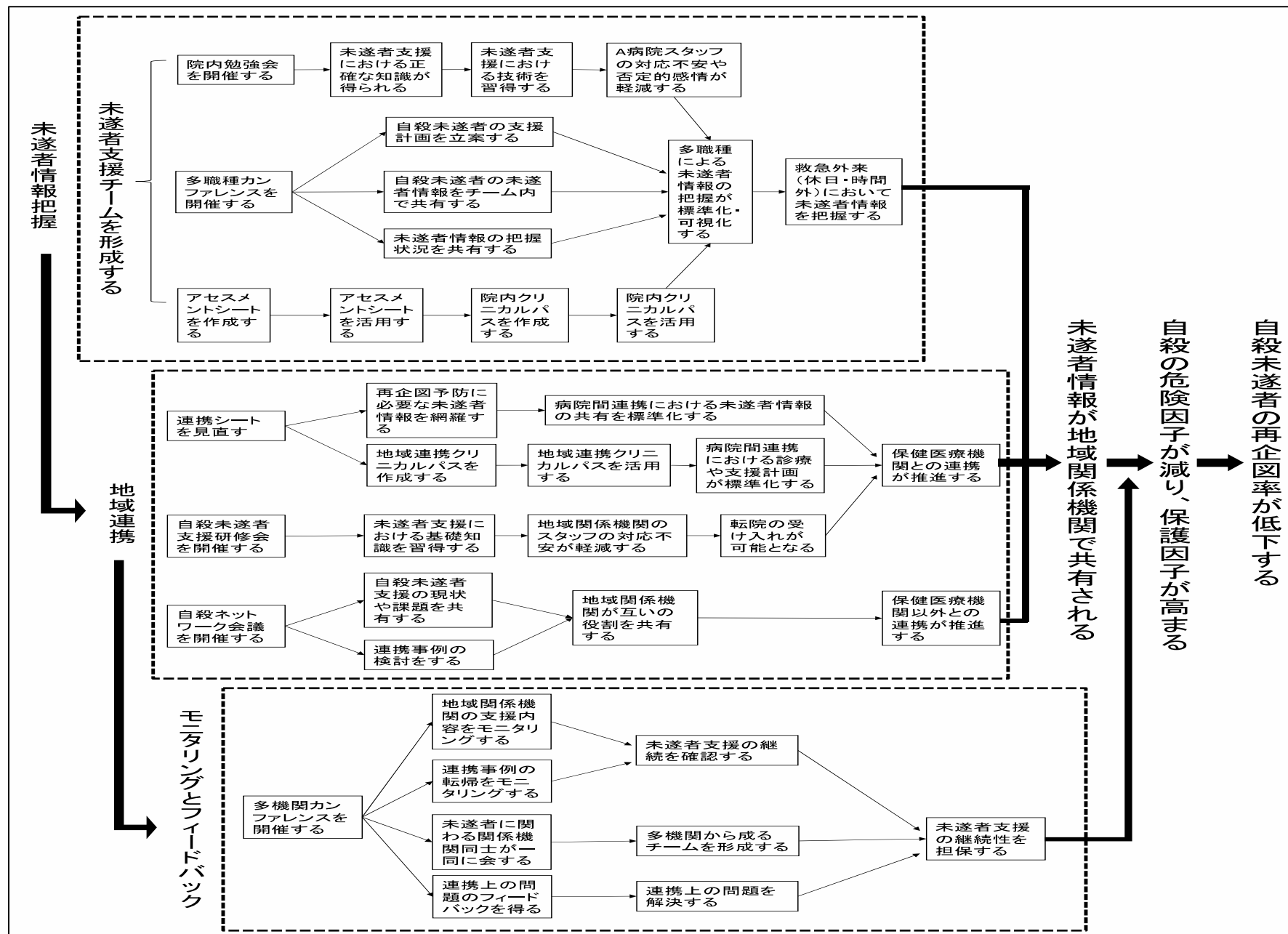
- 方策

未遂者情報の把握：院内勉強会、多職種カンファレンス、クリニカルパス

地域関係機関との連携：連携パス、研修会、ネットワーク会議

モニタリングとフィードバック：多機関カンファレンス

篠原純史,若林チヒロ,梅崎薫：急性期病院における自殺未遂者情報の把握に関する実態と地域連携プログラムの改善点の評価.日本臨床救急医学会雑誌. 2019;22:680-8



再企図予防に資する地域病院間連携プログラム（仮説）

おわりに

- わが国の救急医療提供体制には多くの課題がある
- これらの課題に地域差はあるものの、特定の地域に限ったものではない
- 本事例では、ESWが曰頃から個別支援で感じている実践課題を個別支援にとどまらず、組織や地域に展開することを試みた
- ESWには、救急医療、急性期医療、そして地域ケアとの連携を通じた地域完結型の支援を意識し、保健医療機関のみならず、教育機関をはじめとした様々な地域関係機関と協働した保健医療福祉システムの構築に向け、更なる取り組みが求められる

【クロストーク（２）】

～対論～研究者からのメッセージ

1) 実践の省察の視点から

浅野貴博（ルーテル学院大学）

2) 実践の評価の視点から

大島巖（東北福祉大学）

日本ソーシャルワーク学会 & 救急認定ソーシャルワーカー認定機構共同主催
ソーシャルワークコラボセミナー2021

実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓く
ESWの「実践理論」
～「社会的救命」に資する力量あるSWerを目指して～

【対論～研究者からのメッセージ～】
その1 実践の省察の視点から

浅野 貴博
ルーテル学院大学
(Email: tasano@luther.ac.jp)

【本日の概要】

0. SWerとしての学びとSWerとしてのアイデンティティー

1. SWerであることの不確かさ

2. SWerの実践活動の文脈

3. SWerにとって必要な「知」とは？

おわりに

0. SWerとしての学びとSWerとしてのアイデンティティ

SWerの学びについて調査した筆者の博士論文のためのインタビューへの協力を、社会福祉士または精神保健福祉士を持ち、10年程度以上の実践経験のある支援者に依頼した際…

「私は“ソーシャルワーカー”ではないんですけど…」

→ SWerと呼ばれること&自らをSWerと呼ぶことへのためらい(?)

インタビューを通して明らかになったのは…

- 自らの具体的な学びの経験を語ることが、協力者にSWerとしてのアイデンティティを振り返ることを促す、または、自らのアイデンティティについての過去の振り返りを思い出させる
- 学びの経験を語る中で協力者が語った、それぞれの支援の文脈において様々な形で直面する困難にどのように対処するかによって彼ら一人ひとりの学びが形作られていた

➤ 堀越(2016: 1)

医療 SWer として実践に携わっていた際の自己紹介に関し、相手に応じて「相談員」と「ソーシャルワーカー」を使い分けていたが、「ソーシャル ワーカーという時には、いつも、ある種の緊張感、覚悟があった」

- ☞ 自らがSWerと呼ばれること、そして自らをSWerと呼ぶことをどのように認識するかは、単に呼称の問題ではなく、支援者が自らを専門職としてどのようにアイデンティファイしているかという問題に関連している



SWerとして自己紹介する際に「緊張感」や「覚悟」を抱かせる背景には一体何があるのであるだろうか？

1. SWerであることの不確かさ

Example①

「直接支援，ダイレクトケアの部分がすごく多くて，相談の部分というのは，業務量全体からするとすごく少ないんですよ．直接に利用者に関わってという部分が大半を占めているところから，自分の専門性って何だろうというような気持ちが出てきて．（～）ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティはどうかということに働いてから迷うというか．学校で学んだことは，あくまで実際の仕事で必要なことの一部というふうに割り切って働いていた」

➤ 彼らが前提とする「SWerの役割」と「実際の支援活動」との間にGap

Example②

「社会福祉士としての位置づけとか，（～）専門職としての資格を持っている人とそうでない人の差というのはどこにあるのかということですね．そういう意味で考えると，うちなんかの普段の仕事からするとすごく考えるところがあるんですね．（～）社会福祉士を持ってるからどうなんかなとか，これは言ったらあかんかもしれないですけどね．専門職として何を求められているのかなというあたりが，うまくまとめられないですけど，そのあたりはよく感じる場所ですね」

（浅野, 2017: 6）

Example③

「私らソーシャルワーカーって何をしている人なん？ 別にいらんちゃうん？ と言われるのは違うということを伝えていこうと思ったら、もっと色んなことを勉強しないといけないし、私らの専門性って何や？ というのを考えていかないといけないと思いますね。」

(浅野, 2017: 6)

➤SWerが福祉現場において様々な役割を果たすことが求められるからこそ、専門職としての役割は曖昧さや不確かさを伴い、SWerの“専門性”は外からだけではなく、SWer自身からも見えにくくなる

Cf. 「Jack of all trades (何でも屋)」というSWerへの形容

2. SWerの実践活動の文脈

「リスク社会」(Beck, 1992)と「不確かさ(Uncertainty)」

➤ Evetts (2006: 135)

専門職について「リスク社会における現代の生活の不確かさに関わる仕事に対する、構造的、職業的そして組織的なアレンジメント」であるとしている



☞ 対人援助分野では“不確かさ”にどのように向き合っているか？

実践の標準化 VS 不確かさの受入れ

1) 実践の“標準化”

エビデンス・ベースド・プラクティス(EBP)の大きな影響の下,
不確かさは管理すべき,さらには避けるべきものとする捉え方



不確かさを抑え,確かさ(certainty)を高めるための実践の“標準化”

→ 専門職による実践に対する規制の強化

☞ SWerに対する信頼の不足の表れ?

Littlechild(2008)は,現場のSWerが従うべきチェックリストが
次々と出されることの背景に,SWerへの不信感があることを指摘

☞ SWerの学びに対しても...

不確かさの増す支援環境の中,実践の標準化と併せて,現任研修への参加の義務化という形での規制の強化 (Beddoe and Henrickson, 2005; Coffield, 2007)

2) 不確かさの受入れ

不確かさを日常の支援の一部であり、さらにクリエイティビティの重要な源泉として捉える見方

(e.g. Schön, 1983; Fish, 1998; Higgs and Titchen, 2008)

ソーシャルワーク分野においても、ソーシャルワーク実践の不確かな性質についての様々な指摘

(e.g. Fook, 2007; Howe, 1994; Hugman, 2005; Parton, 1994)

➤ Ife (1997: 30-31)

SWerにとって「変化や不確かさ、危機に対処する能力」を備えることが重要であるとし、実践における不確かさを受け入れることがクリエイティブな実践につながることを指摘

➤ Helsing (2007: 40)

不確かさは「それ自体としてはポジティブなものでもなければ、
ネガティブなものでもない」



☛ 不確かさ自体が“ニュートラルな”ものだとしたら...

不確かさに対する捉え方や向き合い方に違いをもたらしているものは？

3. ソーシャルワーカーにとって必要な「知」とは？ ～知識のヒエラルキー～

1) フォーマルナレッジ (Formal knowledge)

科学的な方法で確立され，明示的な形で表される知識（理論知，形式知...）

☞ フォーマルナレッジを重視する立場からは...

ソーシャルワーク実践が科学的知識に基づいていないことが，対人援助職の中での SWer の相対的な専門性の低さにつながっているとみなされ，フォーマルナレッジをベースにした支援活動を行うことが，SWerの専門性を確立する上で最も重要なことであるとされる(Gambrill, 2007; Gibbs and Gambrill, 2002; Sheldon, 2001; Thyer, 2004; 2008)。

C.f. エビデンスに関するヒエラルキー (Evans, 2003)

	Effectiveness	Appropriateness	Feasibility
Excellent	• Systematic review • Multi-centre studies	• Systematic review • Multi-centre studies	• Systematic review • Multi-centre studies
Good	• RCT • Observational studies	• RCT • Observational studies • Interpretive studies	• RCT • Observational studies • Interpretive studies
Fair	• Uncontrolled trials with dramatic results • Before and after studies • Non-randomized controlled trials	• Descriptive studies • Focus groups	• Descriptive studies • Action research • Before and after studies • Focus groups
Poor	• Descriptive studies • Case studies • Expert opinion • Studies of poor methodological quality	• Expert opinion • Case studies • Studies of poor methodological quality	• Expert opinion • Case studies • Studies of poor methodological quality

Figure 1 Hierarchy of evidence: ranking of research evidence evaluating health care interventions.

Evans, D. (2003: 79) Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions, Journal of Clinical Nursing.

2) インフォーマルナレッジ (Informal knowledge)

様々な個人的経験に基づき暗黙の形を取るため、フォーマルナレッジのように明示化することが難しい知識を指す (実践知, 暗黙知...)

C.f. 「practical knowledge」 (Clandinin and Connelly, 1987); 「practice wisdom」 (Scott, 1990); 「professional artistry」 (Schön, 1983); 「craft knowledge」 (Calderhead, 1987)...etc

☞ インフォーマルナレッジを重視する立場からは...

SWerが日常の支援現場で様々な判断をする上で用いるのはフォーマルナレッジだけではなく、インフォーマルナレッジを含む幅広い知識が用いられていることが強調される (Evans and Hardy, 2010; Parton, 2000; Payne, 2001).

➤ Gray et al. (2009: 13)

「エビデンスは知識の一形態であるが、それだけに過ぎない」と指摘



科学的に確立されたフォーマルナレッジだけでは実践の複雑なリアリティは捉えられないとする考え

現場経験に基づいた個人的な「直観(intuition)」に価値が置かれると、SWerの専門性は明らかにされることなく、SWer個人の特有な能力という、いわば“神秘的な”ものとして扱われることにつながり得る



➤ Shaw (2012 : 54)

リフレクティブ・プラクティスを通して多様な暗黙知 (tacit knowledge) を認識することが「SWer同士の間で共有されている個人的な関わりやプラクティカル・ナレッジの重要性を明らかに」すると指摘

☞ フォーマルナレッジとインフォーマルナレッジは相反するもの？

SWerが実際の現場で用いる多様な形態の知識を包含するためには、両者を「相反する」ものとしてではなく、「相補的な」ものとして捉えることが必要 (Evans & Hardy, 2010 : 114)

3) プラクティカル・モラルナレッジ (Practical-moral knowledge)

SWerはそれぞれの支援現場の文脈において、様々な関係者や関係機関・施設の利害が絡み合う中で専門職として行う何らかの判断には、専門職として自らの依って立つ「価値」が様々な形で関わってくる。

➤ Howe (2014 : 164)

「我々が行うことで、完全に価値中立 (value-neutral) なことはほとんどない」

「SWerがどれほど知っていたとしても、またどれほど彼らの技術が優れていたとしても、SWerは為すべきことについて決断しなければならない。そしてここに価値の問題が生じるのである」

<ソーシャルワーク専門職のグローバル定義>

※2014年7月メルボルンにおける国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）総会及び国際ソーシャルワーク学校連盟（IASSW）総会において定義を採択。

「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。
この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。」

➤ Polkinghorne (2004)

個人間の相互作用を通して行われる判断の重要性を強調した上で、「価値に結びついた (value-relational) 行動は、それ自体が倫理的、感覚的 (aesthetic)、信仰的、または他の価値に関わるものを表現」しており、そうした価値に結びついた行動は「事前に決められた目的を達成するために行うのではなく、なすべきことであるから行う」(p.37).

変化し続ける実践現場への「リフレクティブな理解」に基づいてそうした判断が行われる必要があることを強調



リフレクティブな理解は、過去の個人的及び文化的な学びの統合、ある行動に対する反応について想定したシナリオの統合、そして、その状況において起こりうる行動についての感情的な解釈の統合を伴う。プラクティショナーは、リフレクティブな理解を通して、ある特定の状況における顕著な特徴に自らを順応させた上で、相互作用の中で起きている微細な変化に応答する(p.176)。

4) ソーシャルワークの「臨床の知」～ESWの実践理論の構築に向けて～

SWerの実践活動では、事前に決められた、分かりやすい唯一の解決法が存在しない状況の中で、ある特定の文脈（コンテキスト）を理解した上で、SWer自身の「ナレッジベース」をその文脈に応じて用いて様々な判断を下すことが求められる

☞ESWとして「社会的救命」の“スイッチ”を入れる上で、置かれた文脈をどのようにアセスメントして判断しているかについて、自らの依って立つ「価値」とそれに伴う様々なジレンマも含めて丁寧に言語化していく作業が重要



「社会的救命」のスイッチの可視化、そして共有、さらにESWの「仕組み」づくりへ

☞ 実践報告から…

救急医療の現場で、ESWとして「社会的救命」のスイッチを入れる必要があると判断した患者・家族に対応する際に…

・ 救急医療チームの関係者の中で、そのスイッチを入れて対応する必要性が十分に共有されずに、必要な支援につながらないことも？

→ ESWとして関係者と「社会的救命」のスイッチを共有するために大事にしていることは？

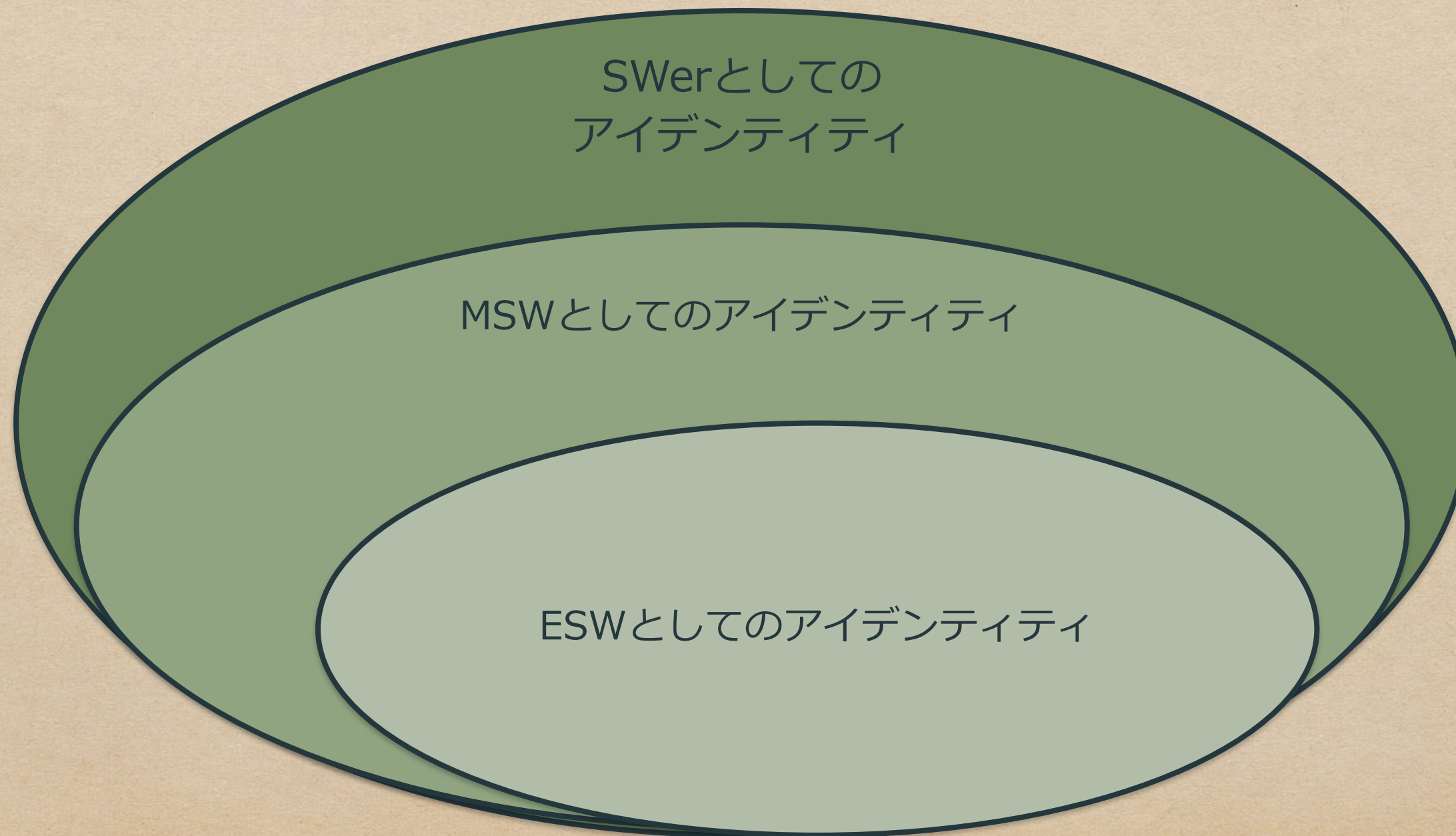
→ ESWとして“葛藤”が生じた際に、どのように向き合っているのか？

➤ 空閑 (2004 : 14)

SWerにとって必要な“知”について「ソーシャルワーカーによる援助の現場のリアリティに寄り添うことによって初めて可能になる、ソーシャルワークの『臨床の知』である」と指摘

おわりに

～ESWとしてのアイデンティティー？～



【References】

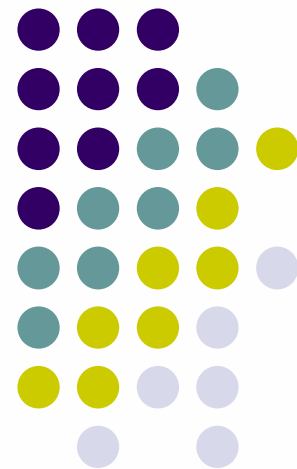
- 浅野貴博 (2016)「ソーシャルワーカーとしての学びにおけるリフレクション:『今いるところ』から離れるために」『ソーシャルワーク学会誌』 33, 13-25.
- 浅野貴博 (2017)「ソーシャルワーカーであることの不確かさ:ソーシャルワーカーとしての学びの検討を通して」日本ソーシャルワーク学会『ソーシャルワーク学会誌』 34, 1-14.
- Asano, T. (2019) 'Open window into professional learning: Post-qualifying learning among Japanese social workers.' *Qualitative Social Work*. 18(6): 1034–1050.
- Beck, U. (1992) Risk society: Towards a new modernity, SAGE Publications.
- Beddoe, L. and Henrickson, M. (2005) Continuing professional social work education in Aotearoa New Zealand, Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 15, 75–90.
- Calderhead, J. (1987) *Exploring Teachers' Thinking*, Cassell.
- Clandinin, D. J. and Connelly, F. M. (1987) Teachers' personal knowledge: What counts as 'personal' in studies of the personal, *Journal of Curriculum Studies*, 19, 487–500.
- Coffield, F. (2007) Running ever faster down the wrong road: an alternative future for education and skills, Institute of Education, University of London.
- Evans, D. (2003) Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions, *Journal of Clinical Nursing*, 77-84.
- Evans, T. and Hardy, M. (2010) *Evidence and knowledge for practice*, Polity Press.
- Evetts, J. (2006) Short Note: The Sociology of Professional Groups New Directions, Current sociology, 54, 133-143.
- Fish, D. (1998) Appreciating practice in the caring professions: Refocusing professional development and practitioner research, Butterworth-Heinemann.
- Fook, J. (2007) Uncertainty: the defining characteristic of social work?, Lymbery, M. and Postle, K. (eds) Social Work - A Companion to Learning, SAGE Publications, 30-39.
- Gambrill, E. (2007) Views of evidence-based practice: Social workers' code of ethics and accreditation standards as guides for choice, *Journal of Social Work Education*, 43, 447–462.
- Gibbs, L. and Gambrill, E. (2002) Evidence-Based Practice: Counterarguments to Objections, *Research on Social Work Practice*, 12, 452-476.
- Gray, M., Plath, D. and Webb, S. (2009) *Evidence-based social work: A critical stance*, Routledge.
- Howe, D. (2014) *The Compleat Social Worker*, Palgrave.
- Helsing, D. (2007) Style of Knowing Regarding Uncertainties, Curriculum Inquiry, 37, 33-70.
- Higgs, J. and Titchen, A. (2008) Professional practice in health, education and the creative arts, Blackwell Science.
- 堀越由起子 (2016)「巻頭言:ソーシャルワーカーという名前」『ソーシャルワーク実践研究』(ソーシャルワーク研究所) 4, 1.
- Howe, D. (1994) Modernity, Postmodernity and Social Work, British Journal of Social Work, 24, 513-532.
- Hugman, R. (2005) Looking Back: The View from Here, British Journal of Social Work, 35, 609-620.
- Ife, J. (1997) Rethinking social work: Towards critical practice, Longman.
- 空閑浩人 (2012)「序章 ソーシャルワーカーとその実践を支える『知』の形成」『ソーシャルワーカー論—「かかわり続ける専門職」のアイデンティティ』ミネルヴァ書房.

- Littlechild, B. (2008) Child Protection Social Work: Risks of Fears and Fears of Risks – Impossible Tasks from Impossible Goals?, Social Policy & Administration, 42, 662–675.
- Parton, N. (1994) ‘Problematics of Government’, (Post) Modernity and Social Work, British Journal of Social Work, 24, 9–32.
- Parton, N. (2000) Some thoughts on the relationship between theory and practice in and for social work, *British Journal of Social Work*, 30, 449–463.
- Payne, M. (2001) Knowledge Bases and Knowledge Biases in Social Work, *Journal of Social Work*, 1, 133–136.
- Polkinghorne, D. E. (2004) *Practice and the human sciences: The case for a judgment-based practice of care*, State University of New York Press.
- Schön, D.A. (1983) The reflective practitioner: How professionals think in action, Basic Books.
- Scott, D. (1990) Practice wisdom: The neglected source of practice research, *Social work*, 35, 564–568.
- Shaw, I. F. (2012) Ways of Knowing in Social Work, *Practice and Research*, Ashgate, 51–64.
- Sheldon, B. (2001) The Validity of Evidence-Based Practice in Social Work: A Reply to Stephen Webb, *British Journal of Social Work*, 31, 801–809.
- Thyer, B. A. (2004) What is evidence-based practice?, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 167–176.
- Thyer, B. A. (2008) The Quest for Evidence-Based Practice?: We Are All Positivists!, *Research on Social Work Practice*, 18, 339–345.

日本SW学会&ESW認定機構共催:SWコラボセミナー2021
対話(クロストーク)で拓くESWの「実践理論」(その2)
実践の評価(プログラム開発・評価)の視点から

2022.3.21

対論②担当:大島 巖
(日本ソーシャルワーク学会副会長
東北福祉大学副学長・教授)



救急医療SWr(ESW)がしばしば 遭遇する社会課題

- 解決が必要な社会課題、社会心理的問題(ハイリスク)
 - ✚ 子ども虐待、DV、高齢者虐待、飛び込み出産
 - ✚ 自殺未遂、アディクション、メンタルヘルス課題、精神疾患の合併
 - ✚ キーパーソン不在・機能不全の高齢者・障害者・その他の人たち
 - ✚ 老老介護、老障介護、ひきこもり、ヤングケアラー等
 - ✚ 身元不明者、路上生活者、オーバーステイの外国人患者、その他
- 予期せぬ事態に陥り、人生の危機的状況にある人とその家族(キーパーソン)
- 「社会的救命」の必要な人たち、その課題

社会課題の解決に資する救急医療と ESWの実施体制(仕組みづくり)とは

- ①それぞれの社会課題ごとの問題解決に有効な「仕組みづくり」への貢献
 - ⇒⇒通常社会サービス・プログラムへの適切な「つなぎ」
 - ⇒⇒有効な(通常の)社会サービス・プログラムを創り出す
- ②社会課題の類型を越えて、救急医療一般に共通するESWの「仕組みづくり」
- ③【個別支援への貢献】ESWの個別支援に役立てられる「仕組みの要素(効果的援助要素)」抽出、実践ガイドの作成

社会課題解決一般に対して、寄与する救急医療ソーシャルワークの特色、価値・理念

- **「社会的救命」**: 医療ニーズの緊急性や重症度とは関係なく、Life (生命・生活・人生)において耐え難い苦痛がある人々の、さまざまな社会的課題やニーズが顕在化することへの緊急的対応や支援
- それまで支援につながっていなかった人々を、**支援につなげる重要な契機**となる
- **「キーパーソン」不在、「キーパーソン」機能不全**
⇒⇒「キーパーソン」に対する「**間接的救命**」(vs「**直接的救命**」)
- **「社会的救命」のスイッチを入れる**
⇒⇒ESWだけでなく、救急のシステムとして。その体制づくり
- 救急医療の発生は、地域課題と密接に関わる
⇒⇒日頃から地域との密接な関係の構築、ネットワーク形成が重要

社会課題解決のための 社会プログラムとは

- 社会問題や社会状況を改善するために設計された、組織的で計画された、通常は継続的な取り組み
- プログラムゴールとプログラム単位からなる(大島ら、2019)
 - ✚ プログラムゴール: 改善すべき社会問題や社会状況
 - ✚ プログラム単位(プログラムプロセス): ゴールを達成するのに有効な組織的で計画された取り組みの単位、プロセス(構造・機能・プロセス)
- プログラム理論(「仕組み」の実践理論??)は、プログラムの構造を①手段と、②目的の関係で整理することにより、どのような社会的目的(アウトカム)をめざすのか、プログラムをどのように実施するのかを明らかにする。各レベル間の評価設問の「見取り図」を提供

支援ゴール の達成

プログラム
ゴール

プログラム単位
(PGプロセス)

支援の
取り組
み・活動
①

支援の
取り組
み・活動
②

支援の
取り組
み・活動
③

ゴールを実現
するための
効果的な手段・
手立て・方法、
打ち手、方略

⇒社会的支援
制度・サービス

支援の組織・支援チーム

プログラム
単位

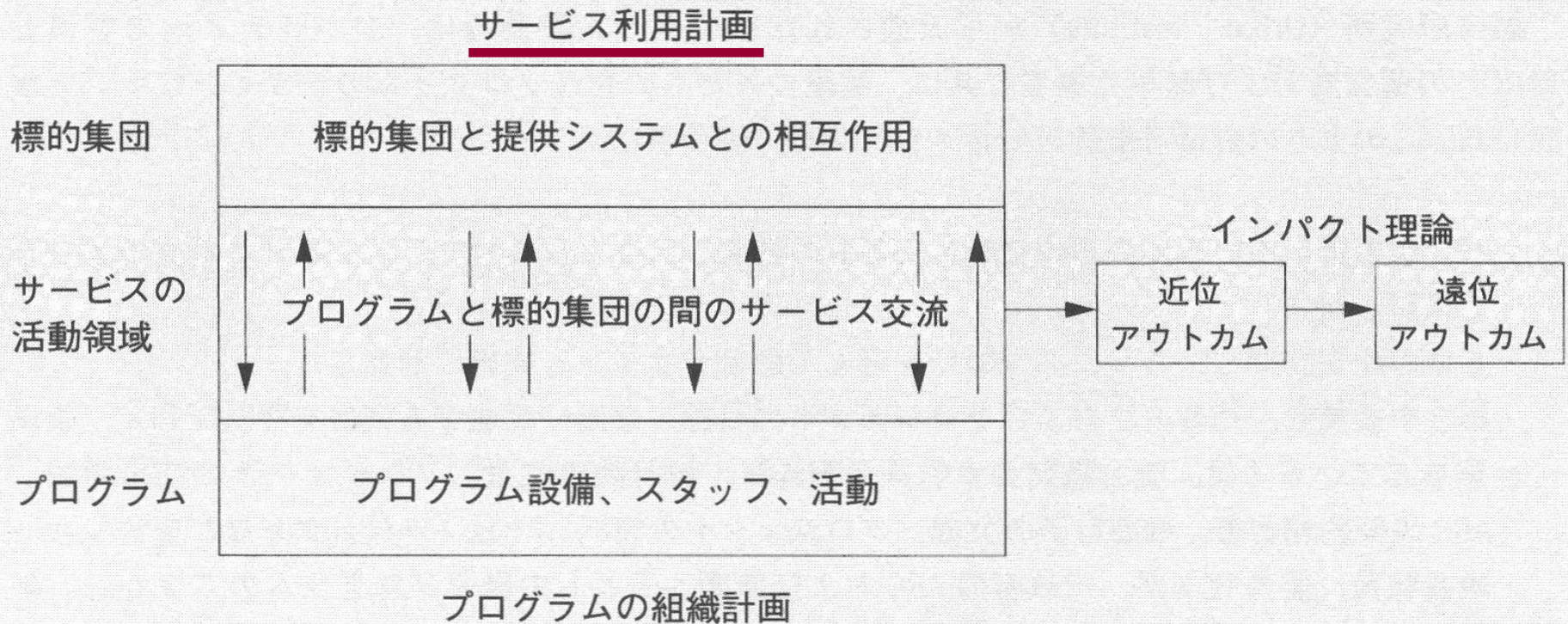
社会プログラムの「プログラム単位」について

6

(出所)大島ら(2019:3)を一部改変

ロッシら(2004)の対人サービスプログラム×利用者の相互作用に重点を置いたプログラム理論

■ EXHIBIT 5-C ■ プログラム理論の概観



プロセス理論

インパクト理論

社会課題の類型を越えて、救急医療一般に 共通するESWの「仕組み」は？

- 前提となる価値・理念
- 「仕組み」が達成を目ざす **目標やゴール**
 - ✦ ①それぞれの社会課題ごとの解決に有効な「仕組み」
⇒⇒通常の社会プログラムの支援ゴール
 - ✦ ②**救急医療一般に共通するESWの「仕組み」**
⇒⇒支援につながっていなかった人々を支援につなげる??
- ゴール・目標を達成するためのプログラム実施方法
 - ✦「**社会的救命**」の**スイッチ**を入れる
 - ✦いま行わなければならない支援は何かのアセスメント
 - ✦近い将来に起こる問題を予測、支援計画の立案
 - ✦危機介入、必要な支援サービスにつなぐ
 - ✦地域との密接な関係の構築、ネットワーク形成
 - ✦支援チーム間で支援目標・計画の共有、モニタリング

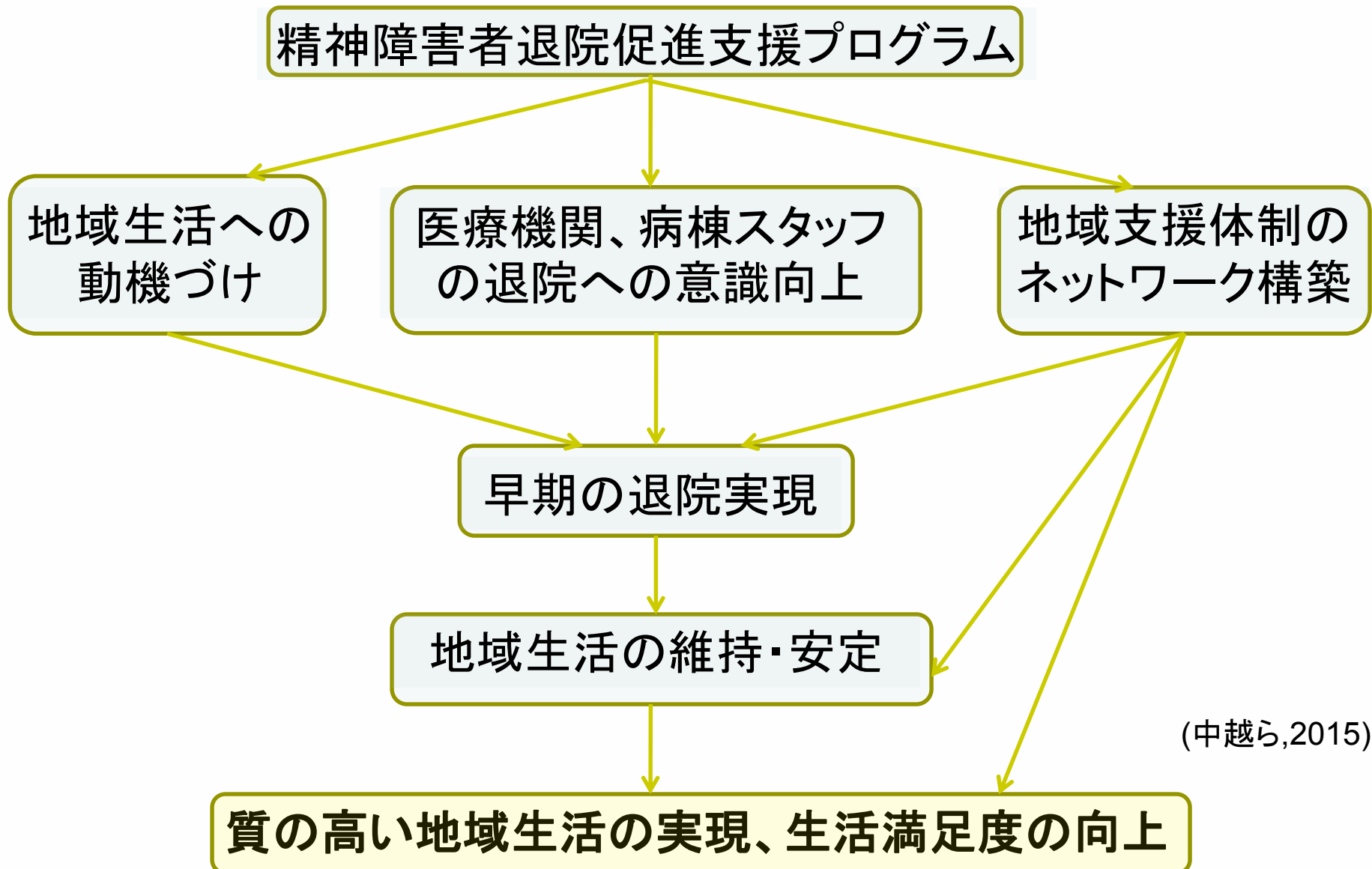
救急医療一般に共通するESWの「仕組み」:

【1】前提となる価値・理念の明確化

- 「社会的救命」: 医療ニーズの緊急性や重症度とは関係なく、Life (生命・生活・人生)において耐え難い苦痛がある人々の、さまざまな社会的課題やニーズが顕在化することへの緊急的対応や支援
- それまで支援につながっていなかった人々を、**支援につなげる重要な契機**とする
- 「キーパーソン」不在、「キーパーソン」機能不全
⇒⇒「キーパーソン」に対する「間接的救命」(vs「直接的救命」)
- 「社会的救命」のスイッチを入れる
⇒⇒ ESWだけでなく、救急のシステムとして。その体制づくり
- 救急医療の発生は、地域課題と密接に関わる
⇒⇒ 日頃から地域との密接な関係の構築、ネットワーク形成が重要

【例示：プログラムゴールとインパクト理論】

退院促進支援プログラムの効果モデル①



(中越ら,2015)

救急医療一般に共通するESWの「仕組み」:

【2】「仕組み」が達成を目指す目標やゴール

- 対処能力が低下している患者・家族を支え、落ち着いて適切な自己選択・自己決定ができるようになる??
- 支援につながっていなかった人々を、適切な社会プログラムにつなげる??
 - ない場合は、創り出す提案をする
- 家族など「キーパーソン」の緊急的課題の解決、解決への方向付け??
- 救急医療チーム全体が、「社会的救命」のスイッチを入れられるようになる??
- 急性期治療の終結後も、ニーズのある人の課題解決ができるように、支援の継続性が担保できる地域ケアシステムを構築する??

【例示:プロセス理論・サービス利用計画】効果モデル②

【地域への働きかけ】

プログラムに対する広報・啓発活動

退院支援計画作成への関与を働きかける

体験利用先の確保・拡大

生活支援を連携しながら進める
病状変化時の密な連絡の働きかけ

【利用者への働きかけ】

広報・啓発活動、退院意向の
敏感なニーズキャッチ

迅速なプログラム導入

利用者との関係作り、動機付けの強化、ニーズアセスメント

退院支援計画の作成

早期の地域サポート資源の
見学・体験利用

早期の退院実現
体験利用先への退院・利用

地域生活の維持・継続
退院支援機関継続サポート

【病院・病棟への働きかけ】

スタッフに対する広報・啓発活動
退院意向の敏感なニーズキャッチを
働きかけ

事業者との橋渡し

退院支援計画作成への関与を
働きかける

退院後生活支援を連携しながら進める

再入院への対応・
フォローアップ

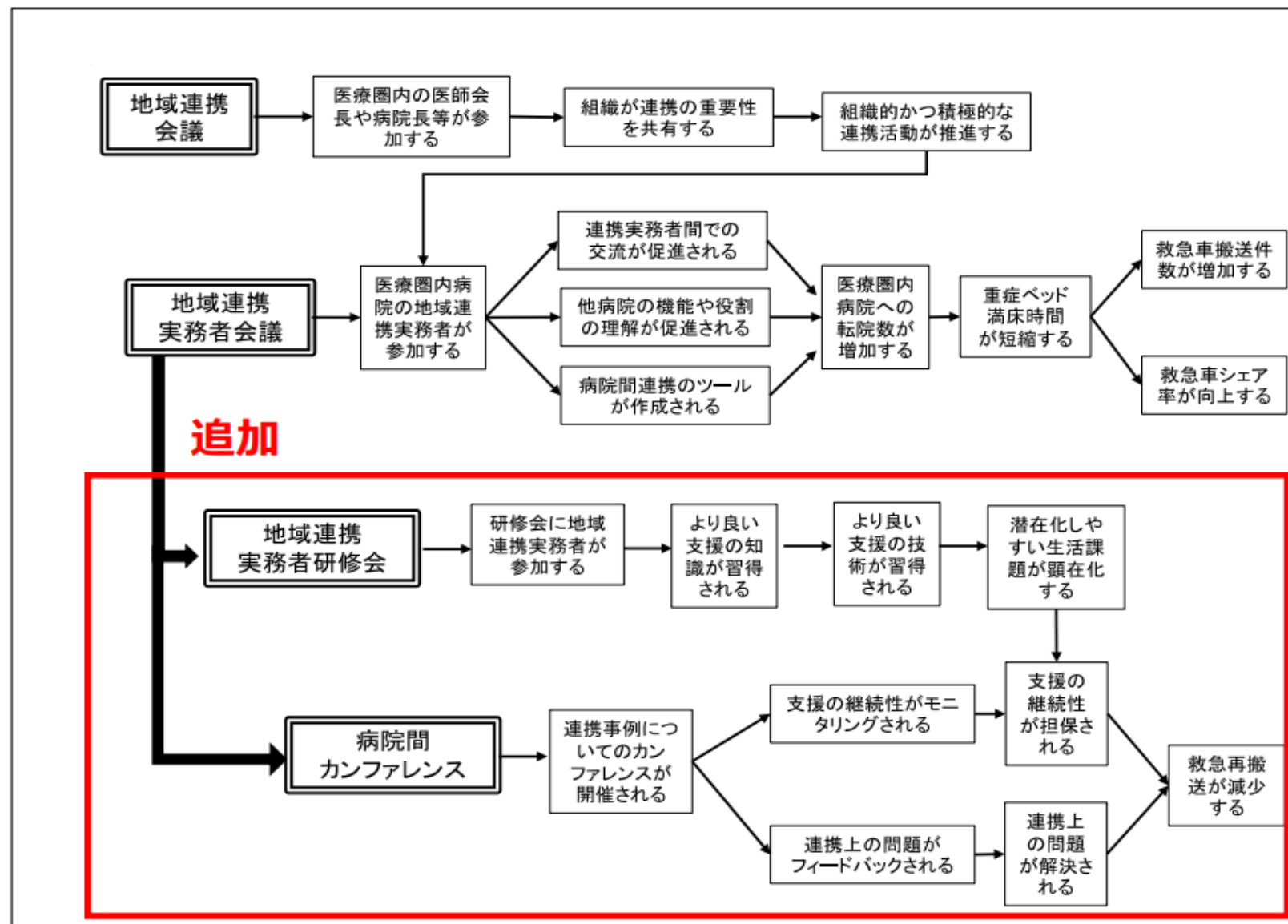
(中越ら,2015)

救急医療一般に共通するESWの「仕組み」:

【3】ゴール・目標を達成するためのプログラム 実施プロセス(サービス利用計画)

- 「社会的救命」のスイッチを入れる
- いま行わなければならない支援は何かのアセスメント
- 近い将来に起こる問題を予測、支援計画の立案
- 危機介入、必要な支援サービスにつなぐ
- 地域との密接な関係の構築、ネットワーク形成
 - 地域連携会議/地域連携実務者会議、病院間カンファレンス(病院毎1×/M)、研修会・SVの実施など(篠原氏報告)
- 支援チーム間で支援目標・計画の共有、モニタリング

(内田敦子様資料(2021)も参考にさせていただきました)



A病院を中核とした地域病院間連携プログラム（改定版）

救急医療一般に共通するESWの「仕組み」:

【4】ゴール・目標を達成するためのプログラム 実施プロセス(組織計画)

- 医療機関内外の組織づくりが重要
- 地域との密接な関係の構築、ネットワーク形成の重要性
 - ✦ 救急医療の発生は、地域課題と密接に関わる
 - ✦ 地域課題解決のために、救急医療機関が地域ネットワーク形成のハブ拠点となって、地域ケアシステム構築をする可能性
- 地域連携会議/地域連携実務者会議、病院間カンファレンス(病院毎1×/M)、研修会・SVの実施など(篠原氏報告)
- ESWが扱うさまざまな社会課題解決にとっても、いずれも共通して、地域との密接な関係の構築、ネットワーク形成は効果的であろう

【例示】退院促進・地域定着支援プログラム(提案モデル)・効果的援助要素リスト

A領域 サービス提供組織		D領域 入院中におこなう退院準備	
A-1	退院促進支援組織と地域生活支援組織の一体的な運営	D-1	迅速な地域資源の体験利用
A-2	地域移行後支援のチーム会議	D-2	住居の確保と入居条件の調整
A-3	地域移行推進員の機能	D-3	家族への支援
A-4	地域移行推進員の配置	E領域 退院促進支援についての目標設定	
A-5	コーディネーターの配置と機能	E-1	可能なかぎり早期の地域移行推進への取り組み
A-6	ピアスタッフの配置と機能	E-2	地域移行推進、地域定着推進への取り組み
A-7	医療機関とのケア会議	F領域 退院後の継続的な包括的地域生活支援体制の構築	
B領域 プログラムの標的集団へのサービス提供		F-1	退院後の継続支援の提供
B-1	医療機関に対する積極的な広報・啓発活動	F-2	退院後の継続的な包括的生活支援の提供
B-2	協力病院入院患者に対する積極的な広報活動	F-3	再入院や不調時の対応・フォローアップ
B-3	ピアスタッフと協力病院入院患者との体験交流機会	F-4	医療機関との連携
C領域 利用者との関係づくりとプログラムの導入		F-5	インフォーマルな資源との連携
C-1	入院患者との積極的な関係作り	F-6	地域定着後の自立移行支援(ステップダウンプログラム)の実施
C-2	迅速なプログラム導入	(中越ら,2015)	
C-3	退院に向けた動機付けの維持、向上		
C-4	プログラム開始時から地域移行、地域生活支援を念頭においたケアマネジメントを行う		
C-5	利用者の意向を尊重した支援計画の作成		

【例示】C-3. 統合サービス導入の際の丁寧な関係作り

◆効果的援助要素

- デイケア利用前にデイケアへの見学の機会がある
- デイケア利用前にデイケアへの体験の機会がある
- デイケアを体験利用した日に、対象者とデイケアスタッフで、短時間でも振り返りを行っている
- デイケアでは、利用間もない人でもプログラムや集団に入りやすいように、小集団プログラムを設定している
- 訪問支援部門の担当者が対象者と一緒にデイケアに体験参加している
- 統合サービスの導入にあたっては、なじみの従事者が窓口となり、対象者との関係作りを丁寧に行っている
- 統合サービスの調整担当者(部門)は、本サービス利用希望者に対して月に2回以上話をする機会を持つ
- 統合サービス利用希望者のニーズを積極的に把握し、相談に対応することを申し合わせている
- 主治医・デイケア従事者・ワーカー等は統合サービス利用希望者および対象となり得る人に対して、本サービスへの関心の有無を個別に確認している
- サービスの利用に際して、対象者と共に計画を立て、決めている

【可視化の方法】効果モデル5アイテム

「効果モデル」を構成する要素 (Effective Model Component 1-5) を、次の5点に整理

- **EMC1) 支援ゴールとインパクト理論**: 効果モデルのゴールと、その達成過程を示すプログラム理論のインパクト理論
- **EMC2) プロセス理論**: プログラムゴールを実現するために有効なプログラム設計図に当たるプロセス理論(サービス利用計画, 組織計画)
- **EMC3) 効果的援助要素リスト**: チェックボックス形式で記述した効果的支援のエッセンスのリスト。**EMC2)**プロセス理論の構成要素
- **EMC4) 評価ツール**: **EMC3)**効果的援助要素に基づくモデル適合度尺度(フィデリティ評価尺度)、および**EMC1)**に基づいて、プログラムアウトカムを随時測定・モニターするための評価のツール
- **EMC5) 実施マニュアル**: 以上**EMC1-4)**の内容を具体的に記載した効果モデル実施マニュアルと評価マニュアルから構成される

(大島ら、2015;2019)

「効果モデル」形成に向けて行う、 形成的評価法のエッセンス

■実践家・当事者の参画、「ボトムアップ評価」の活用

- ✚ 支援ゴール・目標の達成状況を日常的に検証。同時に支援ゴール達成のために最も相応しい支援方法を確認・検討する

■「効果モデル」に関わる関係者の「協働」

- ✚ 当事者・家族、実践家・管理者、行政等の施策立案者、市民などが協働して、「効果モデル」の形成・発展に取り組む

■評価活動における「可視化」

- ✚ ①「効果モデル」が達成を目指す目標やゴール
- ✚ ②ゴール・目標を達成するために行うプログラム実施方法
- ✚ ③「効果モデル」を形成・発展させる形成的評価の方法

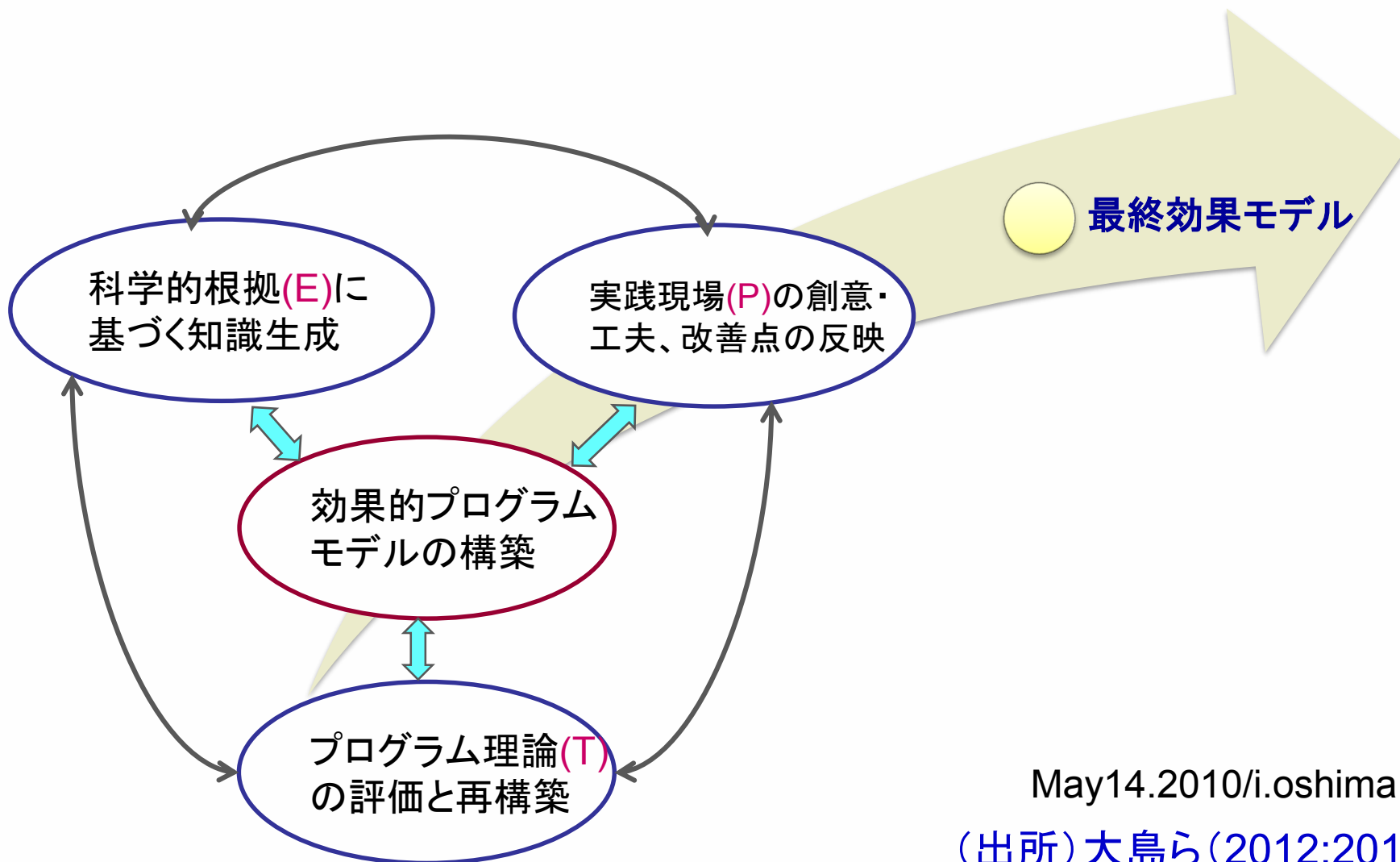
■実践家・当事者などの評価キャパシティ形成を重視

⇒⇒CD-TEP法の提案

新しい形成的評価アプローチ法 としてのCD-TEP法

- プログラム理論(Theory)と、エビデンス(Evidence)、実践(Practice)との円環的対話(Circular Dialogue)を通じて、実践家や当事者など関係者が協働で、EBPを含む「**効果モデル**」(**EBP効果モデル**)構築を目指す形成的評価のアプローチ法
- **【可視化1】**関係者間の円環的な対話(CD)を進めるために、「効果モデル」をプログラム理論や効果的援助要素など**5アイテムで可視化**(前スライド「可視化」の①と②を含む)
- **【可視化2】**その上で、「効果モデル」形成・発展のための評価方法・評価計画も、「**CD-TEP改善ステップ**」で**可視化**(同上③)
- **【評価の場】**実践家等が協働して「効果モデル」の設計・開発、形成・改善、実装の活動に関与し、成果を上げることが可能にする**場を提供**
- **【ボトムアップ評価・協働型評価の理念】**実践家・当事者参画型のボトムアップ評価、協働型評価によって、より効果性と実装性の高い「効果モデル」を目指すアプローチであるという理念

プログラム理論・エビデンス・実践間の円環的対話による効果的プログラムモデル形成のためのアプローチ法(CD-TEP法)



May14.2010/i.oshima

(出所) 大島ら(2012;2019)

形成的評価における 参加型ワークショップの位置(各関係者の協働)

- 社会プログラムに関わる利用者(当事者)、実践家、運営・管理者、サービスその他の利害関係者が協働して、より効果的なモデル構築に貢献できる代表的な「評価の場」であるとともに、重要な「対話の場」「協働・共創の場」である
- 「効果モデル」が5アイテムによって可視化されていることで、それぞれの関係者が対等な立場で、社会プログラムの形成・改善に関与できるメリットがある
- ワークショップは、関係者の意見を「聞く」場ではなく、関係者が主体となってそれぞれの立場で「効果モデル」の形成・発展に、何らかの価値判断を行う場と位置づける
- サービス利用者(当事者)も対等な立場でワークショップに参加して、リカバリーゴール実現に有効な「効果モデル」の開発、形成・改善に貢献できる

最終目標【成果】

家族や地域が安心
して見守れる

本人が元気になる

本人の病状回復

家族が希望が見え
てくる地域での生活に自信が
持てる家族と本人がぎくしゃくした
生活を送らないようになる

家族が元気になる

家族の休養
本人の理解家族が自分の生活を取り戻
す(余暇・健康)人とのかかわりが
楽しくなる

関わり方が上手になる

家族が自分達だけではない
という意識ができる(共有と
か安心とか)誰の良い変
化？中間目標(成
果)入院している方が
退院してみたいくなる

本人への理解

DCに行ってみたいくなる

家族が本人の病気やつらさ
を理解し、本人に適切に関
われる本人がつながって
いる安心感患者さんがDCに来られ
るようになる当事者との心理的な
距離ができる(抱えこみ
すぎない)

地域生活が広がる

訪問

デイの導入・関係作り

家族のサポート

必要な医療の
継続

生活支援

DCスタッフ同行・患者
病院患者へのアプローチ
チラシ・ポスター
(外来病棟)(情報提供)家族教室(毎週)導入
のきっかけ
家族の思いも受け止
める

家族調整

緊急対応

重度の方の一人暮らしの生活支援訪問

他院受診付き添い

メンバー+スタッフ
退院促進準備プログラム
(DC導入?)(心理教育とか)当事者・家族参加で
カンファ
家族への心理教育
(疾患に関する)親なき後について
話し合う

家族会(講演会)

安否確認

服薬相談

外来診察の同行

試し参加・見学

家族の社会生活機能訓練

安否確認のTEL

就労支援

手続き同行

デイケアに来られない人に
訪問する(まだ、来ていない方)予定日(外来、DCなど)
に來なければTEL、訪問

ゴミ回収

外出サポート

時間外訪問TEL

治療継続

資源導入時の同行

DCに來れなければ
毎日訪問ぴあサポータの
活用

手立て・手段

2013/11/15

(大山早紀子、2013／一部改編)

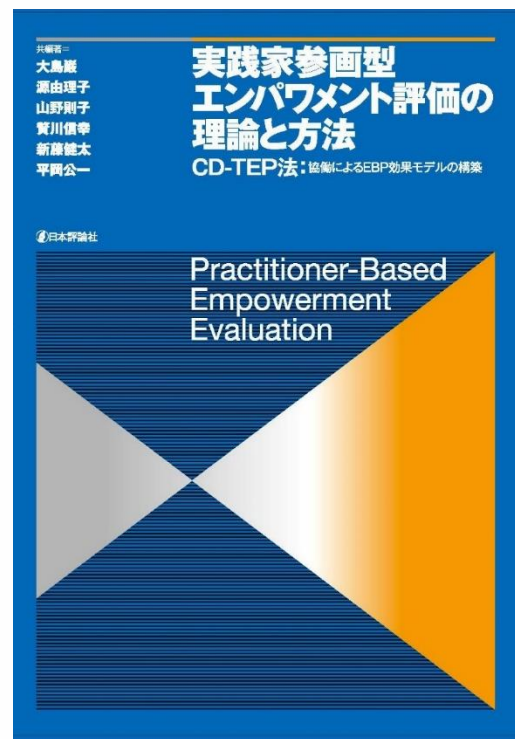
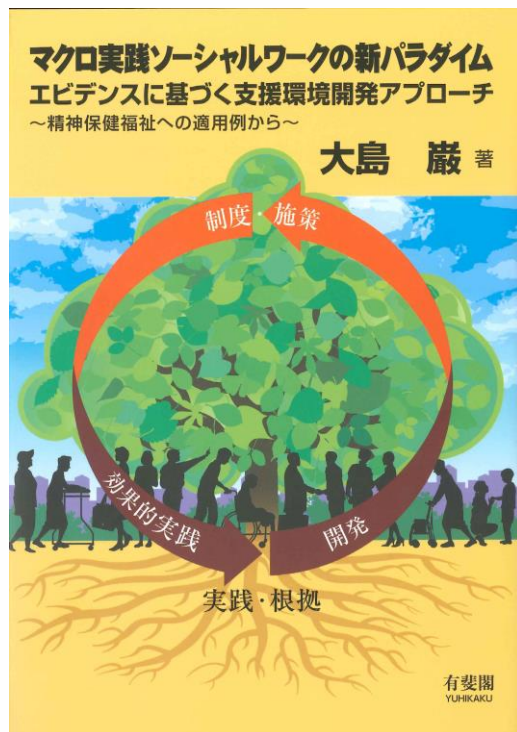
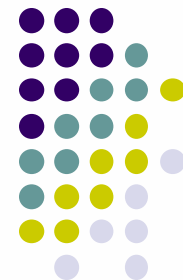
なぜ実践家か:「効果モデル」の形成・発展に果たす実践家の4つの役割

- 「効果モデル」の《開発、形成・改善》に果たす役割
 - 実践家こそが、効果的な社会プログラムを熟知する
 - ボトムアップ評価:優れた「効果モデル」は、実践的な《評価・改善》の検証活動を繰り返し、その結果もたらされる(Chen,2015)
- 「効果モデル」の《実装》に果たす役割
 - 「効果モデル」の有効性の一つに《実装》が位置つき重要
- 実践現場を変革する専門職として使命や役割
 - 実践現場にあまねく存在する利用者の満たされないニーズや制度の狭間問題などに対応できる。使命感を発揮できる
 - 実践現場が常により良い優れた支援提供が可能な組織に変革する⇒⇒《学習する組織》へ(Senge,2006)
- 《効果モデル》の形成・発展に果たす関係者との協働のためのコーディネータの役割
 - プログラム利用者、施策立案者・管理者、関心のある市民等

まとめ

- 救急医療の発生は地域課題と密接に関わっており、地域の社会課題解決にESWは重要な役割を果たすことができる
- Life(生命・生活・人生)において耐え難い苦痛がある人々の、さまざまな社会的課題やニーズが顕在化することへの緊急的対応や支援である「社会的救命」の概念は、今後、ESWのみならず、ソーシャルワーク全般を通して検討が必要
- ESWが対応するさまざまな社会課題の類型を越えて救急医療一般に共通するESWの「仕組み」が定式化されつつある。
- その「仕組み」の構築にとって、実践家参画型のプログラム開発と評価の方法論の活用は有用ではないかと考える

ご清聴、ありがとうございました！



大島 巖（おおしま いわお） i-oshima@tfu.ac.jp

- 大島 巖：マクロ実践ソーシャルワークの新パラダイム：エビデンスに基づく支援環境開発アプローチ～精神保健福祉への適用例から。有斐閣、2016
- 大島、源、山野、贅川、新藤、平岡編：実践家参画型エンパワメント評価の理論と方法 ～CD-TEP法：協働によるEBP効果モデルの構築～日本評論社、2019
- 実践家・当事者参画型エンパワメント評価(PBEE)研究・研修センターサイトで情報発信を行います(4月以降)。 <https://pbee-rc.org/>

ソーシャルワークコロボ 2021・実行体制

篠原純史（救急認定ソーシャルワーカー認定機構副代表理事 高崎総合医療センター）

南本宜子（救急認定ソーシャルワーカー認定機構 済生会京都府病院）

高橋裕美（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事 大阪大学医学部附属病院）

太田裕子（救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事 大阪医療センター）

福森 優司（救急認定ソーシャルワーカー認定機構 大阪大学医学部附属病院）

大島巖（日本ソーシャルワーク学会 / 日本社会事業大学）

浅野貴博（日本ソーシャルワーク学会 / ルーテル学院大学）

野村裕美（日本ソーシャルワーク学会 / 同志社大学）

（順不同）

ソーシャルワーク・コロボセミナー2021 資料集

実践者と研究者の対話（クロストーク）で拓く ESW の「実践理論」
～「社会的救命」に資する力量あるソーシャルワーカーを目指して～

発行日 2022 年 3 月 21 日

主 催 日本ソーシャルワーク学会 &

救急認定ソーシャルワーカー認定機構共同主催

編集・発行 ソーシャルワーク・コロボセミナー2021 実行委員会
