

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

継続的なソーシャルワークを目指して

田 中 希世子

(文学研究科社会福祉学専攻博士後期課程)

はじめに

一 戦後医療政策の特徴と今日の動向

二 「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」

(1) 調査実施概要

(2) 調査結果概要

三 継続的なソーシャルワークを目指して

(1) 退院援助

(2) ソーシャルワーカーの課題

おわりに

はじめに

二〇〇二年、診療報酬改定に基づき医療制度は大きく変化し、

国民の受療環境に多大な影響を及ぼした。なかでも「長期入院に

係る保険給付の範囲の見直し」、及び急性期入院加算の要件見直しに拠る平均在院日数の短縮化においては、患者とその家族に及ぼす直接的影響が大きい。これらの影響によって引き起こされる様々な問題点について、医療領域におけるソーシャルワーカーとして、真摯に受け止めなければならない。病院の一職員としての制約やこれまで以上に限られた時間の中で、クライアントとの関係性を重視し、クライアントを取り巻く社会的環境を冷静に捉え、クライアントのニーズ充足の為に必要となる新しいアプローチや方法を促進していこうとする、ソーシャルワーカーとしての基本姿勢を持ち続けることが重要である。診療報酬改定内容を批判するのみに終始せず、又、直面する問題に翻弄されることなく、診療報酬改定によって影響が及ぶクライアントの問題に対して、より良い解決に向けて積極的、かつ、具体的に取り組む姿勢

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

が必要である。

元来、急性期病院¹⁾で入院する患者の入院日数は短く、入院期間中、ソーシャルワーカーが患者や家族との信頼関係を構築する為に必要な時間的余裕を見つづけることは難しい。限られた入院期間の中では、患者の病状が不安定な状態のうちから、退院時の患者の状態を想定した上で、患者や家族と退院後の生活について話し合っていかなければならない。今日の在院日数短縮化傾向の中で、ソーシャルワーカーが患者や家族の話を傾聴し、ニーズを十分に吟味した上で、患者にとって有効な療養環境を整備する役割を担う為にもどのように取り組めば良いのか。これまで退院援助についての検討はなされてきたが、今回の診療報酬改定を機に、再度、急性期病院におけるソーシャルワークの役割について検討が必要であると考えらる。

本稿では、継続的な支援を可能とする環境を如何に構築していくかをテーマとし、戦後医療政策の特徴と今日の医療政策動向及び医療経済研究機構が二〇〇一年三月に実施した「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」結果の概要を整理した上で、医療領域における、特に急性期病院におけるソーシャルワーカーが取り組むべき課題について考察を行った。

一 戦後医療政策の特徴と今日の動向

今後の急性期病院におけるソーシャルワークの課題について検討するにあたり、歴史的背景を明らかにする為、戦後医療政策の

特徴と今日の動向を述べたい。

今日、経済不況が進む中で医療費が行政改革の重大課題となつた直接の契機は、国民医療費の高騰に抛る国家財政硬直化に起因する。戦後の国民皆保険達成（一九六一年）を機として、各種保険の給付率の上昇や老人医療費無料化（一九七三年）等、国民が安心して治療を受けることが出来るように環境が整えられたことはわが国の大きな特徴であると厚生白書では述べられている²⁾。それと同時に、このような環境が国民医療費の高騰、特に老人医療費の急騰を招く最大の要因といえる。

又、国民医療費の高騰には疾病構造の変化が大きく関与している。戦後混乱期の疾病構造は、急性伝染病や結核といった急性疾患が多くを占めていた。しかし、戦後復興期になると急性伝染病が克服された。また、それまで国民の死因の第一位であつた結核は、徹底した対策が功を奏し、一九五〇年代には死亡率が半減した。下火に向かつた結核に代わり、一九五〇年代に入ると脳血管疾患・癌・心疾患の三疾患が全死因の上位三位を占めるようになり、又、精神障害、難病が問題になるようになった。これらの病気の特徴は慢性的であり、一度罹ると根本的な治療法がなく完治が困難なことにある。結核や急性伝染病の場合は抗生物質、抗結核剤という抜本的な治療薬があつたのに比べ、癌、精神障害、難病、高血圧の治療は、医療技術が進歩することで今までの治療法より相対的な効果を上げたとしても、抜本的に解決する治療薬は存在しないといわれている³⁾。治療薬の開発によって医療費の減少

に成功した急性疾患時の医療費抑制対策とは異なり、慢性疾患は長期の治療を要する為、必然的に医療費は増大した。一九七〇年代に入ると、技術の中心が自動化、コンピュータ化され、大型機器や小型機器の高度技術導入がみられた。只、高度技術は開発費がかかり施設が大型化する。普及するに従い、一回の診断・治療行為自体の技術構成が高まったことにより一人当たりの診療費は急増、その結果、国民全体の医療費増大の要素となった。⁴⁾

疾病構造が急性疾患から慢性疾患へと変化したことは、入院期間の長期化を生み、なかでも、高齢者の長期入院は社会問題にまで発展した。医療費においても、一九七〇年代から増加傾向にあった入院医療費の構成割合は、一九八五年には入院外医療費を上回った。

一九七〇年代後半、日本は低経済成長期に入ったが、国民医療費は増加の一途を辿り国家財政を圧迫し続けた。その結果、行政改革の対象として医療費削減が重要課題となったのである。一九八三年老人保健法が制定され、老人医療費一部負担が導入された。老人保健法の基本理念は、老後の健康に対する国民の自助努力・自己責任であり、適正な医療の確保、給付の適正化・合理化と費用の公平な負担とされていたが、需要抑制を目的としていたと考えられる。こうした社会背景の中で施行された医療法改定（一九八五年）では、地域医療計画の策定による病院病床の規制が試みられた。このような需要抑制と供給抑制の両方を視野に入れた医療費削減の始まりと以後の医療政策における一連の動き

が、現在の医療改革の全体像にもなっている。以上のような動きのなか、近年の度重なる診療報酬の改定による高齢者の医療費負担増や在院日数の短縮化等が推し進められている。

しかし、日本における在院日数の長期化は、これまで中間施設設立に対する検討を怠ってきたことへの讒寄せともいえる。日本では、アメリカのようなナースングホーム等のいわゆる中間施設が存在しなかった。その為、急性・亜急性時に病院に入院し、治療の経過後慢性化し、急変時以外は入院の対象ではないものの在宅での療養が困難な人の場合、退院後、行き場を失う。川上は、「技術的にも本質的解決が困難な重度障害や高齢などを治療中心の病院医療の枠内で処理しようとした結果、治療費を増大させ、福祉政策の立ち遅れを長い間、病院に転嫁してきたことが在院日数の長期化を招いた」と指摘している。

近年において毎年のように行われる診療報酬改定であるが、二〇〇二年四月に施行された診療報酬等の改定では、最近の厳しい経済動向等を踏まえて一・三%減の改定が実施され、基本診療料を含めた広範な項目についての合理化を考慮するとともに、医療の質の向上等における観点から重点的な評価が行われた。具体的には、効率的な医療提供体制の確保、患者の特性に応じた医療の評価、医療技術の適正評価などの観点から、所要の見直しを図るとともに、体系的な見直しを進める観点から、長期入院に係る保険給付の範囲の見直しや、特定機能病院等における保険医療機関別包括評価の導入等が行われた。特に、長期入院に係る保険給付

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

の範囲の見直しにより、一八〇日を超える入院患者の入院基本料が特定療養費の対象となったことは、今後、入院患者に大きな影響を及ぼすものとして注目されている。又、急性期病院等の施設基準の見直しにより、急性期入院加算の要件として継続的に平均在院日数一七日未満を保ち続けることが必要となった。

高齢者の慢性疾患は、成人の慢性疾患に比べて急激に変化することが多く、急性期の医療が必要な場面が急にやってくる。また高齢者の疾患症状は多様で非定型的であったり少なかつたりすることが多く、正確な臨床診断が困難である為、診断も治療もより的確に行う必要がある。このように高齢者医療の現場においては、急性期の医療も慢性期の介護もすべて必要なのであるが、医療体制では、それに応えることが困難になっている。池田は「行政の進めている機能分化は、急性期は医療を、慢性期は（医療ではなく）介護を」という枠組みで行われている」と指摘した上で、「入院期間が長くなると医療の必要度が低下するといった時間の経過と医療の必要度が逆相関するものではない」と述べている。すなわち、時間の経過とは関係なくさまざまな医療と介護双方の必要性がある患者が存在し、「医療or介護」といったものではない。このことを踏まえて、医療の必要度の高い患者はある一定の基準を決めることで、入院期間の制限なく一般病院に入院できるようにする必要があるのではないかという指摘がされるように、個別対応がある程度可能となるシステムの構築も検討されるべきである。

一 「療養型病床群における

患者の実態等に関する調査」

(1) 調査実施概要

二〇〇一年三月、医療経済研究機構が「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」を実施し、その調査結果をまとめた。二〇〇〇年に介護保険制度が施行された後、介護療養型病床群への患者の移行が当初の予想よりも進んでいないことや、療養型病床群が、難病患者や要介護者のうち、医療ニーズの高い者などを対象とすることを想定していたにも関わらず、実際にはこれ以外の患者が入院しているケースも想定される。このことを考慮し、「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」を行うことよって、療養型病床群における患者の実体等を把握することと、療養型病床群の今後のあり方を検討する際の基礎的な資料を作成することを目的としたものである。この調査では、療養型病床群（全療養病棟）の平均在院日数が平均二四五・〇日、実に約八ヶ月間に及んでいることを明確化した上で、療養型病床群における患者の実態に関する事柄等を詳細な報告がされている。調査の内容としては、療養型病床群を有する施設の特性、今後の経営方針、医療保険適用患者・介護保険適用患者の実態等に関する内容で、詳細は以下の通りである。

施設の特性

・病床規模、構成

- ・平均在院日数、患者数
- ・設備等の状況
- ・病棟の状況
- 施設の今後の経営方針

- ・強化していきたい機能

- ・療養型から介護型へ、介護型から医療型へ病床転換する際の課題

- ・療養型病床群を運営する上での課題
- 患者の実態

- ・医療・介護保険適用の有無
- ・基本属性（性別、年齢、入院開始年月等）
- ・要介護度、障害老人の日常生活自立度、地方老人の日常生活自立度、現在の患者の状況
- ・主な傷病（入院時／現在）
- ・行われた処置・診療行為
- ・診療報酬、介護報酬の状況
- ・法定一部負担の軽減の有無
- ・患者の自己負担

調査対象の抽出方法としては、医療施設動態調査の抽出（平成二二年一〇月時点）より、療養型病床群を有する施設三、二〇二施設のうち一、六〇一施設を無作為抽出した（抽出率は二分の一）。抽出した施設において、原則、療養型病床群に平成一三年三月一五日現在入院している患者全員を対象としたアンケート

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

調査実施時期は平成一三年三月二日～平成一三年三月二七日。回収数は二七一施設（全体の一六・九％）であり、その内、有効回収数は二五三施設（全体の一五・八％）であった。また、二五三施設からは、三〇八病棟分の病棟票を得た為、これを集計対象としている。なお、全体三〇八病棟の内、医療療養型病床群は一、二二病棟、介護療養型病床群は五三病棟であり、医療型・介護型が同一なのは二二八病棟であった。有効回収できた二五三施設から、一二、六六六人の有効な患者票を集計対象としている。

(2) 調査結果概要

医療保険適用患者八、三五八人、介護保険適用患者四、二五四人、保険種別不明の患者五四人、計一二、六六六人の患者票をもとに、保険適用別分析が行われている。本論では、「退院までの見込み」状況、「退院後の予定」の有無及び「現在の患者の状況」についての調査結果について述べる。

退院までの見込み

退院までの見込み状況を見ると、「約一ヶ月以内に退院できる見込み」という患者が一〇・四％、「約三ヶ月以内に退院できる見込み」が一〇・八％となっており、これをあわせると三ヶ月以内に退院できる見込みの患者がおよそ二割を占めている。ここで注目に値することは患者のおよそ三人に一人が「退院後の患者の受け入れ体制次第である」状況にあるとの結果が出たことである。一方、「退院できる見込みはない」患者が二九・五％と、こちら

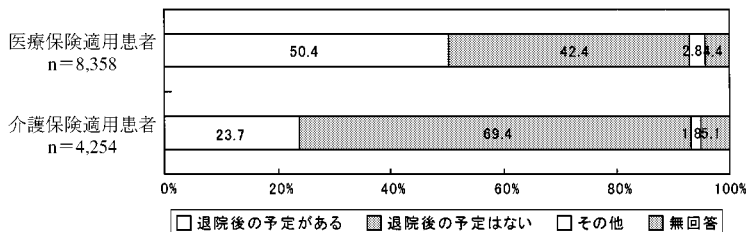


図1 退院後の予定の有無 (S.A)

医療経済研究機構「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」参照、作成。

も約三人に一人の割合という結果である。

医療保険適用患者と介護保険適用患者とを比較すると、医療保険適用患者の方が、六ヶ月以内に退院できる見込みのある患者の割合が相対的に高い。一方、介護保険適用患者では、医療保険適用患者と比較して「退院できる見込みはない」という患者の割合が相対的に高くなっている。

退院後の予定

退院後の予定の有無をみると、医療保険適用患者では、「退院の予定はない」患者が四二・四％であるのに対し、介護保険適用患者では六九・四％となっている。介護保険適用患者の約七割が退院の予定がない状況である。「退院の予定がない」患者について、退院後の予定をみると、

医療保険適用患者では「在宅の予定」が六一・四％で最も多く次いで「指定介護老人福祉施設入所の予定」が一四・六％となっている。

介護保険適用患者では「在宅の予定」が三六・八％で最も多く、次いで「指定介護老人保健福祉施設入所の予定」が二九・一％、「指定介護老人福祉施設入所の予定」が二五・九％となっている。

現在の患者の状況

現在の患者の状況をみると、医療保険適用患者では「病状が不安定で常時医学的管理を要する」患者六・一％、「病状は安定しているが容態の急変が起きやすい」患者は二三・六％である。この割合は、介護保険適用患者の方が高い。「容態急変の可能性は低いが一定の医学的管理を要する」患者は、医療・介護保険適用患者ともほぼ三人に一人という状況である。一方、「容態急変の可能性は低く福祉施設や在宅によって対応できる」患者は、医療保険適用患者の四二・七％、介護保険適用患者の三五・七％を占めており、最も多くなっている。特に医療保険適用患者でその割合が高いといえる。この状況調査で、「常時医学的管理を要する」と「容態の急変が起きやすい」の割合において、介護保険適用患者が医療保険適用患者を上回ったことは注目すべき点であるといえる。詳細は以下のとおりである。

以上、医療経済研究機構が行った「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」報告の一部を取り上げた。この調査が

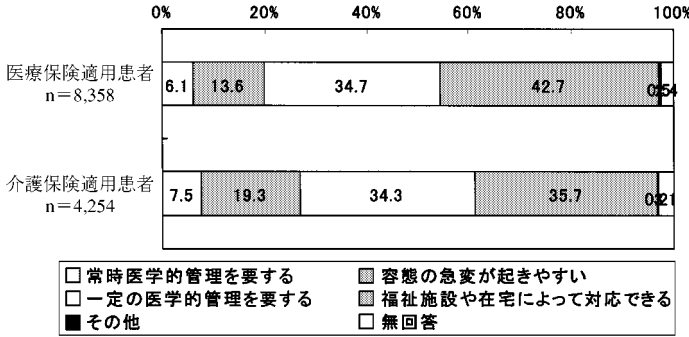


図2 現在の患者の状態 (S.A)
医療経済研究機構「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」参照、作成。

ら、病院ではなく福祉施設や在宅によって対応できる患者や、受け入れ体制次第で退院できる患者の割合が多くみられる結果となっている。特定療養費制度の導入で費用を負担できず、退院する患者も増える可能性は大きい。退院しても、介護なしでは在宅で生活困難な人に対する受け入れ対策が課題となる。

この課題に対し、二〇〇一年一月一〇日に開かれた社会保険審議会介護給付費分科会において、厚生労働省は長期療養型病院の一部を八王子中心の老人保健施設に転換していく方針を発表した。特定療養費による自己負担の増大に伴い、入院期間が六ヶ月を超えらると思われる約五万人の入院患者が、病院から介護施設に移ると見込んでおり、施設基準を特例により緩和することで、ほぼ同数の療養型病院が老人保健施設に転換するよう促していくこととしている⁽¹⁾。それを受け、二〇〇二年二月、厚生労働省は転換型老人保健施設に関するパブリックコメントの募集を行う等、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備ならびに運営に関する基準」の一部改正に向けて動いている。しかし、現在、老人保健施設入所中の治療行為は基本施設療養費に含まれ、施設での診療や治療行為は医療保険に請求することはできない。検査や治療が必要な場合、医療機関に依頼することになるが、紹介先の医療機関でも検査には制限がある。又、医療保険、介護保険適用による投薬や注射を受けることは出来ない。従って、老人保健施設入所中、入所者は治療の継続や検査が必要な場合が生じても、多大な制限を受けることになる。老人保健施設は、治療の必要がない患者が在宅生活へ移行する為の中間施設として考えられており、医療依存度の高い人が老人保健施設へ施設入所することとは、困難な状態にある。病院を退院した後、老人保健施設へ入所することが出来ずに在宅での生活となったが、家族が継続的に在宅介護を行うことが困難となり、結果として、長期療養型病床へ入院せざるを得なくなるといった状況が生まれる可能性がある。又、高齢者の慢性疾患は、成人の慢性疾患に比べて急激に変化することが多く、急性期の医療が必要な場合がある。大阪府にある耳原鳳病院では、褥瘡と嚥下障害と失禁のいずれか一つをも

つ在宅患者は合併症悪化の為一年のうち六四日再入院する必要があるとして⁽¹²⁾。このような状況を考慮し、老人保健施設は中間施設としての機能を発揮させる為に、新たにバックアップ・システム⁽¹³⁾の拡充がはからなければならない。ところが、老人医療費の削減・長期入院の是正・老人患者の追い出しにのみ目が向けられ、その先のこと⁽¹⁴⁾が蔑ろにされているように思われてならない。転換型老人保健施設は、医療資源の有効活用と介護基盤としての老人保健施設の整備促進を兼ねて創設されているが、医療機関と介護施設の融合にあたって具体的な且つ慎重な検討が必要である。

又、医療側から「(病状的には)在宅によって対応できる」と判断された患者であつても、一概に、患者の疾病状況で在宅療養の可能性を押し測ることは出来ない。在宅における介護者の介護力によって、在宅生活の可能性は大きく異なる。現在の社会状況や「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」結果を受け、医療機関におけるソーシャルワーカーの立場から、慢性疾患を抱える患者やその家族の心理状態や介護者の介護力を慎重に考察し、関わりを持つことが重要である。介護者の介護力について多角的視点より熟慮し、在宅療養が可能か否かの検討が必要である。たとえ、介護者が在宅での介護に対して積極的な態度を示した場合であつても、その意見を鵜呑みにし過ぎてはならない。ソーシャルワーカーとして、現在の在宅サービス事情を加味し、当事者の意見を尊重しつつも社会福祉の専門的視点より冷静に熟考する能力を身に付けていくことが重要である。

三 継続的なソーシャルワークを目指して

(1) 退院援助

医療領域におけるソーシャルワーカーの存在意義として、日本医療社会事業協会前会長である高田玲子⁽¹⁵⁾は「患者・家族の生活の安定と心の平穏を取り戻し、療養に専念出来る状態をつくる為にソーシャルワーカーは欠かせない役割を示す。生活障害が一番発生し易い医療機関にこそ、社会福祉士をはじめとするソーシャルワーカーの存在が必要である」と論じており、いつの時代においても、医療領域におけるソーシャルワーカーの普遍的役割として念頭に入れておくべき事柄である。この役割を軸とし、社会的状況に応じて様々な業務を行っていく必要がある。

ソーシャルワークの対象となる事柄は、歴史的、社会的、文化的背景に大きく影響を受ける。医療機関で働くソーシャルワーカーの相談業務においては、従来、経済問題が最も多かった⁽¹⁶⁾。近年、高齢人口が一八%を超える⁽¹⁷⁾、高齢社会である日本の現状では、高齢者はソーシャルワークにおける主要な援助対象者である。高齢者が急性期病院への入院となつた場合、彼らの多くは入院中の治療・看護のみでは完結せず、退院後、在宅にて生活する上で医療・保健・福祉における様々なケアサービスの提供が必要となり、在宅での環境整備に関する援助は、医療領域におけるソーシャルワーカーにとって中心的な業務となつた⁽¹⁸⁾。又、日本の財政的事情等を反映した医療費削減の一施策として進められている急性

期入院加算要件の見直し等による入院期間の短縮化による患者に及ぼす影響は大きく、退院援助は重要な課題となっている⁽¹⁷⁾。

加えて、二〇〇二年に施行された診療報酬改定により急性期入院加算の要件が見直しされ、入院期間の短縮化に拍車がかかった。医療の援助する範囲を診断と当面の課題の治療に限定して早期退院を目指している。池田は「老人医療担当基準が強調する（入院中の退院に向けた）生活指導や心理的援助は行い難い状況を生んでいる。又、十分な援助の行われない退院（転院）や、患者やその家族との退院（転院）基準での十分な合意のない状態での退院（転院）は、退院（転院）後早期の病状悪化や再入院となる患者を増やすことになっている」と指摘する。ソーシャルワーカーとして、必ずしも入院期間の短縮化に合わせて業務を行っていくことに対して肯定するわけにはいかない。しかし、急性期病院に課された一七日という短い入院期間の壁をソーシャルワーカーがいかに乗り越え、援助を行っていくか。これまでも、在宅環境整備を考慮した「退院援助」が中心的な業務として大きな比率を占めつつあったが、今後、更なる入院期間の短縮化を予想した上で、これらの問題を冷静に受け止め、柔軟に取り組んでいくことが必要である。このことを考慮し、退院援助について検討を行いたい。

退院援助を検討する上でまず、近年、各国で注目されている「退院計画（discharge planning）」について触れておく。退院計画は、一九八〇年代に入ってアメリカにおいて急速に進展・普及

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

し、制度化された。その背景として、一九八三年のメディケアへの DRGs-PPS 導入による影響が大きい。DRGs-PPS (diagnosis-related group/prospective payment system) とは診断群別定額払い方式のことであり、診断群定額払い方式の特徴としては、主病名・年齢・性・手術内容・転帰等により患者を約四七〇の「診断群」に分類する、定額は従来のように個々の病院ごとに決めるのではなく、連邦政府が都市部・非都市部の二本立制で全国一律に決める⁽²⁰⁾の二点を挙げることができる。アメリカでは DRGs-PPS 導入の結果、経営優先の病院における「早過ぎる退院（Premature Discharge）」が社会問題となった。この問題について、無駄な入院期間を短縮するだけでなく、退院後のケアについても病院として責任を持つ為に各病院で整備を行うよう迫られることとなり、その解決策として考え出されたのが退院計画のプログラムであった。充実した退院計画のプログラムをもつことは、病院のサービスの質に対する地域の信頼を確保する為の一大要素となったといえる。Schreiber⁽²¹⁾は「費用抑制計画に調和するように、ソーシャルワーク部門はその役割を再確認する必要がある。病院が今日直面している予算削減に一層対応する為には、discharge planning がソーシャルワーク部門の最優先の機能となるべきであり、病院の一部門に所属する以上、ソーシャルワーカーは責務として discharge planning を重要視していくべきである」と述べており、医療機関に所属するソーシャルワーカーは医療機関の損益を防ぐ為、退院計画のプログラムづくりとその計画に沿った援助を

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

中心的に行っていく必要性を強調している。医療機関の損益を防ぐ為の退院援助を強調した Scheiber の発言には疑問が残るものの、競争の激しいアメリカの病院にとって、「退院計画」は見事に経営上の一戦略となり得たのである。そして一九八六年、ケアの保障の為にメデイケアの指定医療機関の条件として退院計画策定の実施が義務付けられ、これにより、退院計画は病院の必須機能として制度化された。

他の先進諸国でも、高齢化及び慢性疾患の増加で、一九七〇年代から各国とも医療費の抑制、長期ケア施設や在宅ケアの整備、推進が行われていたが、施設整備や在宅ケアサービスの拡充のみでは人口の高齢化、慢性疾患の増加、医療費の高騰、家庭の介護力低下等の問題への十分な解決には到らなかった。そこで注目されたのが、「退院計画」である。

日本でも一九九〇年代に入って、他先進諸国と類似の時代背景に抛り、退院計画に着目したのである。手島²²⁾は退院計画について、「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保して、その後の療養生活を安定させる為に、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラム」と述べている。これまでソーシャルワーカーが取り組んできた退院援助を念頭に入れながら手島による退院計画の概念を考慮すると、退院後の生活に不安を抱く入院患者やその家族に対してより安心して退院することが出来るように在宅環境の整備を行うことはソーシャルワーカーとして重要な

業務であり、取り組むべき課題であろう。現在、アメリカのように退院計画が制度化されているわけではなく、あくまで各病院の試行段階であり共通性には欠けるものの、日本でも多くの病院で退院計画実施に向けて様々な取り組みが行われており、退院計画に基づく退院援助は徐々に進められつつある。²³⁾

(2) ソーシャルワーカーの課題

退院計画に基づく退院援助への取り組みを念頭に入れると、ソーシャルワーカーとして退院後の療養環境を整える為に、可能な限り早期から退院計画に関わることが必要である。そして、クライアントの意見を尊重し、ソーシャルワークの視点から地域での生活を見据えた上で退院計画における退院援助を進めていくことが重要である。「はじめに」で述べたように、元来、急性期病院で入院するクライアントの入院日数は短く、ソーシャルワーカーがクライアントとの信頼関係を構築する時間的余裕は見つけ難い。近年の入院期間の短縮化傾向によって、入院中における円滑なソーシャルワーク活動は、これまで以上に困難が予想される。このことを考慮すると、これまで退院援助について多くの議論がされてきたが、再検討を試みる。

これまでの退院援助に対する議論の多くは、病院における他職種との有機的な連携の重要性を唱えたものである。堀越²⁴⁾は患者・家族と病院側の双方にとってより良いかたちで退院が進められる為の条件として、患者の退院時の状況がなるべく早く総合的に

予見され、医療者と患者・家族が共に退院後の生活や療養について考え始められること、退院に向けて特別な配慮を必要とする患者がなるべく早く特定されること、地域の医療機関、保健・福祉機関や団体との協力体制を病院として保つ努力を行うこと、を挙げた上でこれらの条件を実現する為の一指標として、診療各科や病棟あるいは職種や部門を超えた病院全体での取り組みが必要であると述べている。又、小野は、一九九五年イスラエルで開

催された「第一回国際医療・精神保健ソーシャルワーク会議」におけるアメリカのあるメディカルセンター職員の発表で、「既存のワーカーの役割だけではなく、組織内で他の部門に対するプログラムを提供できることに對する意義」が報告されていることを挙げ、「これまでの伝統的な専門家・患者関係の範囲を超えた組織内ソーシャルワークの拡大された役割への意識が重要になる」と論じている。いずれにおいても退院計画における退院援助は、ソーシャルワーカーが単独に活動するのではなく、職種や部門を超えた病院全体の形態として取り組むことへの必要性を強調している。今日では、これまでの議論とそれに伴うソーシャルワーカーの取り組み等が効を奏し、「チーム医療」⁽⁸⁾、「院内ネットワーク」⁽⁹⁾、「トランスディシプリナリチーム (transdisciplinary team)」等の用語が用いられ、医師、看護師、PTやOT等といった他職種との連携による退院援助への取り組みが行われてきている。

しかし、今日のような入院期間の短さでは、たとえ同機関における他職種との有機的な連携を果たすことが出来たとしても、そ

れだけでは十分な対応しきれない状態にある。ソーシャルワーカーが十分にクライエントのニーズを引き出し、吟味し、クライアントにとって有効な療養環境を整備する役割を果たしていく為にも、入院中のみに関わりに終始することなく、退院後の継続した関わりによって、クライエントの「地域生活」に重点をおいた活動を行っていくことが重要となるのではないだろうか。

上記の事柄を考慮し、急性期病院におけるソーシャルワーカーという立場から、これまで以上に「地域への志向性」を高めていくことが、重要な課題となる。この課題に取り組むにあたり、地域で活動する各専門職の視点の相違(同じソーシャルワーカーであっても、各分野・機関による視点の違い)を、正確に把握し、検討していくことが重要であると思われる。それには、まず、各機関・組織のソーシャルワーカーがもつ視点の共通性と特異性について明確にすることが必要である。ソフィア・ブトゥリム⁽¹⁰⁾は「ソーシャルワークの共通基盤はジェネリックな実践と同様ではない。有効なソーシャルワークは次の二つの矛盾した現実を結び合わせなければならない。その一つは、すべての個人が独自な存在であり、人間の状況も決して同じではないという現実である。従ってソーシャルワーク実践は個別化され、人間化されなければならない。第二の現実には、ソーシャルワークの価値、知識、技能の普遍化である。これらの二つを橋渡す道が特定分野でのスペシャリストによるソーシャルワーク実践なのである。これらの分野がどのようにして設定されるかは、扱われる問題の

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

特質や、管理的、組織的な背景によっているが、それぞれに必要とされる専門性が規定されてくる点に特定分野の重要性がある。明確な知識と技能を必要とすることが真の専門職として実践能力の発展に資する重要な点である。」と述べている。このブトユリムの発言からも「各機関・組織のソーシャルワーカー視点の相違」に対する具体的な分析と検討を行うことへの重要性は認識できよう。急性期病院におけるソーシャルワーカーの取り組むべき課題として、上記の検討を行い各専門職に対する理解を深めた上で、各機関・組織のソーシャルワーカーとの密なる協働による地域における継続的・包括的な支援活動を推し進めていくことが必要である。なお、二〇〇二年一月二十九日、厚生労働省健康局長通達として「医療ソーシャルワーカー業務指針」の改正が発表された。業務指針内容には「業務の範囲⁽⁶⁾」、「業務の方法等⁽⁷⁾」等が明記されており、その中で「地域での活動」に関する項目が多く記述されている。項目内容には、地域での活動に対する推進傾向がみられ、このことから地域への活動に対する重要性が窺える⁽⁸⁾。

入院期間の短縮化に合わすといった単純なものではないにしても、インターネット段階で、どれだけ今後の方向性を定めていくことができるのか。ソーシャルワーカーのアセスメント能力が問われる。時間の流れの速さと共に、これまで以上にソーシャルワーク技能を高め、研ぎ澄ましていかなければならない。加えて、患者やその家族にとって、援助がどのような結果をもたらしたかとい

う、ソーシャルワークの効果」について重視する傾向が高まっている。藤田⁽⁹⁾は、退院して自宅で療養している高齢者の現状や、彼ら自身の退院計画への評価についての調査(O'Kay, et al., 1992)や、効果的に退院計画を実践する為の病院組織に関する要因についての調査(Feather, 1993)報告や、いかにコストに見合ったサービスを提供しているかが評価される中で、効果を明らかにする重要性が高まっている(Volland, 1996)等を挙げ、援助の効果に関する研究は、ソーシャルワークの質を評価する為だけでなく、ソーシャルワークがどのような貢献をしているかを明らかにし、その意義を証明する為にも必要であると述べている。

以上を念頭に入れ、変わりゆく医療制度の中で、より充実したソーシャルワーク活動を行う為に必要な取り組みについて、今後の研究課題として具体的に検討を行っていききたい。

おわりに

厚生労働省が二〇〇二年一〇月三〇日、二〇〇一(平成二三)年医療施設(動態)調査・病院報告⁽¹⁰⁾を公表し、そこで病院の平均在院日数は前年に比べて〇・四日短縮していることが明らかになつた。療養型病床群を除く一般病床における平均在院日数は前年比一・三日減の二三・五日となっており、急速な平均在院日数短縮の傾向が窺える。今後、入院期間の短縮化傾向は強まる一方と予想され、医療領域におけるソーシャルワーカーにとって入院期間短縮化への対応は、退院援助という形態でこれまで以上に活

動内容の大きな位置を占めることになりそうである。退院後の生活の場を何処におくのか。どのように暮らしていくことがクライエントにとって望ましいのか。入院中に果たし切れなかった事を退院後も継続してスムーズに補っていくことができるように、経路を見出していかなければならない。それには、医療領域におけるソーシャルワーカーは入院中の関わりにおきのみ終始することなく、退院後も地域生活への援助に対して、十分検討していくことが必要である。

医療機関に所属するソーシャルワーカーの地域に根ざした活動に対する必要性は、これまでも議論されてきた事柄である。しかし、地域の受け皿をどのように作っていくのか、地域のサポートシステムをどのように構築していくか等は未解決な問題であり、未だ大きな課題として残留している。入院 施設入所 在宅といったように、利用者の生活の場がどのように変化しても、継続的で安定した支援を行っていくことが重要である。その場合、どこが中心的な役割を担っていくのか？が大きな争点となる。利用者への支援において柔軟な対応を取る為には、各施設・機関を超えた『ネットワークづくり』が必要となる。それには、公的機関が明確な形態でネットワークに関わり、取り纏めていくことが妥当であろう。只、今日のような福祉予算縮小の方向にある現状では、公的機関に対して新たに役割業務を期待することは大変困難と思われる。しかし、患者や家族、そして地域に暮らす人々の声を活かし、ソーシャルワーカーはこれらの問題を解決の方向に

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

導く一役割を担う必要がある。上記の課題を含めて、より充実したソーシャルワーク援助方法について積極的に検討し、取り組んでいくことが重要であろう。

付記

本稿は本学大学院研究科岡本民夫教授のご指導により執筆し、ご校閲を受けて作成しました。ここに深く感謝いたします。

注

- (1) 機能に応じた診療報酬体系に基づき一般病院は特定機能病院、一般病院及び療養型病床群の三種類に区分されている。「急性期病院」は正式名称ではないが、本論では急性期入院加算及び急性特定入院加算をとる医療機関を「急性期病院」という言葉によって表現する。
- (2) 厚生省、厚生白書 平成二二年版
- (3) 川上武・小坂登美子(一九九二)「戦後医療史序説」勁草書房
- (4) 川上武・小坂登美子(一九九二)前掲書
- (5) 川上武・小坂登美子(一九九二)前掲書
- (6)

一般病棟入院基本料1	25日以内	21日以内
一般病棟入院基本料2	28日以内	26日以内
急性期入院加算	20日以内	17日以内
急性期特定入院加算		

- (7) 山本忠(二〇〇一)「高齢者医療を中心に」(日本社会保険学会編

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

- 『医療保障法・介護保障法』法律文化社）九六 一一九
- (8) 池田信明（一九九五）「高齢者医療」（井上英夫・上村政彦・脇田滋編）高齢者医療保障 日本と先進諸国『労働旬報社』七六 九二
- (9) 池田信明（一九九五）前掲書
- (10) 但し、対象施設の回答負担も考慮し、以下のような基準で管理者に対象病棟を選定してもらい、その病棟に入院している全患者を本調査の調査対象患者としている。
- 病棟の選定方法
- ・医療保険適用の病棟が二つの場合は、この病棟を対象とする。
 - ・医療保険適用・介護保険適用病棟が同一病棟においてある場合は、この一病棟を対象とする。
 - ・療養型病床郡の病棟が複数ある場合で、いずれの病棟も医療保険適用の場合、或いは、いずれの病棟も介護保険適用の場合には、任意に一病棟を選定し、この一病棟を対象とする。
 - ・医療保険適用の療養型病床群が一病棟以上で介護保険適用の療養型病床群も一病棟以上ある場合は、それぞれから任意に一つの病棟を抽出し、合計二病棟を対象とする。
- (11) 転換特例の対象は平成一四年四月一日時点で既設の病院内の療養病床又は一般病床を転換して、平成一八年三月三十一日までに開設される介護老人保健施設で、内容は療養室が開設を受けた日から五年間、「一人当たり八㎡以上」「一人当たり六・四㎡以上」や廊下幅も「片廊下一・八㎡以上、両廊下二・七㎡以上」に適合困難な場合は、「片廊下一・二㎡以上、両廊下一・六㎡以上」(但し、車いすやストレッチャーのすれ違いができるように待避部分
- が必要)などとなっている。その他の留意点では、当該転換特例は病院の既設の療養病床が病棟を単位とする場合であること、人員基準及び運営基準並びに介護報酬については、現行の介護老人保健施設と同様とする、等となっている。
- (12) 池田信明（一九九五）前掲書
- (13) 「週刊社会保障 二二六」（二〇〇一）法研
- (14) 大本和子（一九九七）「転院援助行為とソーシャルワーカーの日常活動」（日本社会福祉学会）『社会福祉学三八』（一）一四五 一一五九
- (15) 二〇〇二年九月一五日現在、全国の六五歳以上の高齢者が三六二万人と過去最高になったことが総務省の調べでわかった。昨年の調査時から七八万人増加し、総人口に占める割合も一八・五%と過去最高となった。又、七五歳以上の高齢者人口は五一万人増の二〇〇三万人となり、初めて二〇〇万人を超え、総人口に対する割合は昨年比〇・四%増の七・九%であった。総人口に対する割合は六五歳以上の割合は、調査開始当初の一九二〇年（大正九年）から五〇年（昭和五年）までは五%台で推移していたが、一〇%を超えた八五年以降は毎年ほぼ〇・五%ずつ増加し、今年には一八・五%と、総人口の五・四人に一人が高齢者となるまで急増している。
- (16) 大本和子（一九九七）前掲論文
- (17) 一九九九年度（社）日本医療社会事業協会調査研究補助事業「医療ソーシャルワーカー業務指針と今後の業務展開に関する調査研究報告」（日本医療社会事業協会）（二〇〇〇）『医療と福祉三四』（一）一四 三五

- (18) 池田信明(一九九五)前掲書
- (19) 大本和子(一九九七)前掲論文
- (20) 二木立(一九九〇)「九〇年代の医療 勁草書房」
- (21) Scheriber, H. (1981) 'Discharge Planning: Key to the future of hospital social work', *Health and Social Work*, 6(2), 48-53
- (22) 手島隆久・退院計画研究会編(一九九六)『退院計画』中央法規
- (23) 取出涼子(一九九七)「ソーシャルワーカーが行う退院援助の意義と今日的課題」、『ソーシャルワーク研究 三(三三)』
- (24) 手島隆久・退院計画研究会編(一九九六)前掲書
- (25) 小野達也(一九九九)「医療ソーシャルワークの動向」(児島美都子・中村永司・杉山章子編著)『国際医療福祉最新線』勁草書房 三二四
- (26) ソーシャルワークの国際組織としては、国際ソーシャルワーカー協会(IFSW)と国際社会事業学校連盟(IASSW)があり、三年に一度の国際会議を開催している。「国際医療・精神保健ソーシャルワーク会議」はこれとは別に、世界で始めて一九九五年にイスラエルで開催された国際会議である。その三年後の一九九八年、オーストラリアで第二回の会議が開催されている。
- (27) Nuri Ginsburg and Richard Woodrow, Mount Sinai Medical Center, New York 『ヘルステア組織の変革におけるソーシャルワークの役割の創造』(児島美都子・中村永司・杉山章子編著 前掲書)
- (28) Halper, A. S. (1993). 'Teams and teamwork: Health care setting.' *ASHA*, 25, 34-35, 48.
- (29) 一九九四年、釧谷大学社会学部にて行われた講義『医療ソーシャルワーカーの課題』(川田晋音日本福祉大学教授訳)より。

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

- (30) 業務の範囲として挙げられた「地域活動」項目において、患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりとして以下のような参画を促している。
- 他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援すること。
- 他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療・福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること。
- 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。
- 関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。
- 又、業務の方法等として「他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関の連携」を挙げ、以下について明記している。
- 医療ソーシャルワーカーは、地域の社会資源との接点として、広範で多様なネットワークを構築し、地域の関係機関、関係職種、患者の家族、友人、患者会、家族会と十分な連携、協力を図ること。
- 地域の関係機関の提供しているサービスを十分把握し、患者に対し、医療、保健、福祉、教育、就労等のサービスが総合的に提供されるよう、又、必要に応じて新たな社会資源の開発が図られるよう、十分連携をとること。
- (31) 藤田譲(二〇〇〇)「慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践

急性期病院におけるソーシャルワークの課題

- (32) (その1)、『関西学院大学社会学部紀要八五』(二二七) 二二二
医療施設調査とは、全国の医療施設の分布や整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の診療機能を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的としている。又、病院報告は全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況や従事者の状況を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的としている。

- 『週刊社会保障・五六(二二二〇)』(二〇〇二年) 法研
〔引用文献〕
・医療経済研究機構(二〇〇一年)『療養型病床群における患者の実態等に関する調査報告書』

〔参考文献〕

- ・吉田健二・和田勝(一九九九)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社
- ・平成一四年度社会保険診療報酬等の改定概要
(厚生労働省ホームページ) http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp_0222-1.html
- ・「二〇〇二年診療報酬改定の全要点」(二〇〇二年)『月刊保険診療・五七(六)』
- ・「健康保険法等改正法案の内容」(二〇〇二年五月)『労働基準広報』労働調査会)
- ・「医科診療報酬の改定の注目点」(二〇〇二)『日本ALS協会会報・五五』日本ALS協会)
- ・『医療制度改革』日本経済新聞 二〇〇一年二月二日
- ・大阪府社会福祉審議会(二〇〇二年九月)『これからの地域福祉のあり方とその推進方策について 府民のみなさん一人ひとりがこれからの「地域福祉」について考え、取り組んでいただくように』答申
- ・日本地域福祉研究所監修(二〇〇二年)『二世紀型トータルケアアシSTEMの創造』