

原 著

医療法改正と医療ソーシャルワーカーの業務

竹 内 一 夫

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成 5 年11月17日受理)

The Revision of Medical Law and the Task of the Medical Social Worker

Kazuo TAKEUCHI

*Department of Medical Social Work
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted Nov. 17, 1993)*

Key words : medical social worker, task, medical law, function

Abstract

By the revision of medical law in 1992, two functional types of hospital were legislated. One is a specified functional hospital and the other is a group of beds for long-term recuperation.

In this article, the author is trying to study how the job and function of the medical social worker will be affected by this revision and also what kind of new technique will be requested to cope with this situational change.

要 約

1992年の医療法改正によって、2種類の病院機能が制定された。一つは高機能病院であり、他の一つは長期療養型病床群である。

本論では、この改正によって、医療ソーシャルワーカーの業務と機能がどのように影響を受けるのか、またこの状況変化に対応するためにどのような新しい技術が求められるのかの検討を試みた。

はじめに

平成4年7月の医療法改正により、病院の機能分化が明確に打ち出されるようになった。今回の改正で変更されたのは、これまでの分類に加え医療機関に関して新しい分類が加わったということである。これまでは総合病院、一般病院、有床診療所、診療所という診療科及び病床数を基準にした分類と、老人保健法による老人病院、一般病院という診療対象別分類であった。今回高度医療機能を有し、かつ、医師の養成、研修の機能を持つ特定機能病院と、病状はおおむね安定しているが、長期にわたって療養を必要とする患者を対象に機能する療養型病床群という病院の機能を基準にした分類がこれに加わった。

この背景には医療計画、老人保健計画、老人福祉計画、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）という、わが国のきたるべき高齢化社会への対応として地域医療の推進、それにとまなう医療システムの再編ということがあろう。高齢化社会に向けて、増大する医療費抑制と、医療の効率化をはかること、地域格差を是正することはこれからのわが国の大きな課題である。

病院のオープンシステム化、また地域医療機関の中での連携、大学病院と診療所や一般病院との連携が進んでいない現在、多くの医療機関は独自でその医療水準を確保して行くために、膨大な医療機器への設備投資を行いその維持に苦心している。加えて深刻な不況の影響を受けその重圧に耐えかねた医療機関の倒産がめだってきた。平成4年度には帝国データバンクによると、45件の医療機関が倒産し、その負債総額は444億5000万円であったという。

このような社会経済的状況の中で、各医療機関に雇いあげられているわが国の医療ソーシャルワーカー（以下ワーカーとする）は、社会の諸情勢からどのような影響を受けるのであろうか、また今後どのような役割を負っていかなければならないのであろうか。本論では今回の医療法改正がワーカー業務に及ぼす影響とワーカーとの対応について検討する。

1. 医療機関の機能とワーカーの業務

平成元年の「医療ソーシャルワーカー業務指針」に示されたワーカーの業務は、それまで各地で行われてきたワーカーの業務、またこの時点でワーカーに必要と考えられた業務をまとめたものであり、大別すると次の3項目に分けられる。

1) 患者・家族への直接的な援助

- 経済的問題の解決、援助
- 療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助
- 情報の収集と提供
- 状況理解への援助

2) 患者・家族への間接的な援助

- スタッフの理解を深めるための患者・家族についての情報提供
- 診療に参考となる、或いは治療効果を高めるための患者・家族についての情報提供
- 家族会、患者会の育成
- 入退院、入退所委員会への参加

3) 地域社会の施設、機関との連携

- 在宅ケア、地域ケアシステム作りへの参加
- 転院、退院後の施設、機関の選定と情報提供
- 住居の確保、復学、復職への援助

これらの業務は、ワーカーの所属する医療機関の特徴によって、その業務の中で強調されるものは異なってくる。（もちろん業務遂行者であるワーカーの教育水準、性格特性、経験等も業務内容に関わる因子ではあるが、ここではワーカー個人の属性に関わる因子は除外し検討する。）

これまでワーカーの業務に影響を与えてきた医療機関の特徴とは、大別すると医療機関の診療内容（総合病院、一般病院、単科病院、診療所、外科系、内科系、老人、精神等）医療機関の設立母胎（職域、国公立、私立、法人等）、医療機関の設置地域の特殊性（都市部、農村部、工業地帯、商業地帯、住宅街等）、医療機関の規模（ベッド数、外来患者数）の4項目であったと考える。

昭和58年の老人保健法制定、昭和62年の「国民医療総合対策本部」設置以来、医療費抑制のための長期入院抑制策、老人保健施設以外での長期療養施設の整備など、病院機能への検討がなされてきており、今回の医療法改正による特定機能病院と療養型病床群の設置はこの検討の延長線上にあるものと考えられる。現在のところこの制度の実施は各医療機関の申請による方式をとっているため、すぐにこの制度が動いていくとは考えにくい、医療を取り巻く社会的な大きな流れの中では、いずれ浸透していくものになるであろう。

老人保健法による医療機関の規定までは、入院患者に於ける老人患者の比率など、各医療機関の診療内容の特徴による分類であったが、たとえば今回の改正による特定機能病院ではその指定を受けるのに紹介患者の率が30%以上を維持している必要があるなど、また療養型病床群では特例許可病棟と同じ病棟の指定は受けられないなど病院の機能そのものを規定するものであるだけに、これが実際に動き出すと老人保健法以上にワーカーの業務にさまざまな影響を及ぼすことが考えられる。

2. ワーカー業務への影響

特定機能病院であれ、療養型病床群であれ、ワーカーの業務の基本は先の「医療ソーシャルワーカー業務指針」にあるが、それぞれの医療機関が果たす機能により、法改正によって強調されるなり追加される業務が異なってくる。以下その検討を試みる。

1) 特定機能病院の場合

特定機能病院では、その設置目的から高度医療を必要とする急性期、ないし難治性の疾患を持った患者の治療に、かなりのウエイトがおかれるであろうことは十分予測できる。また高度機能を有効に活用していくためには、ベッドの回転率・占床率を高める病床の有効活用システムが組まれるであろう。

また例えば現在わが国の一般病床における1患者の平均在院日数は38.1日⁽¹⁾であるが、地域によって最短は26.5日から最長64.1日までの開きがある。このデータからしてもそれぞれ地域の特殊性はあるにしても、病診の連携や在宅医

療・在宅ケアシステムが充実されてくるとまだまだ短縮される余地のある数字である。また病院機能の効率的活用と採算性の向上ということを考えると、これが諸外国並に平均で7日から10日程度に短縮されて行くであろうし、特定機能病院でもこの平均在院日数の短縮は避けられなくなるであろう。

このような状況を想定すると特定機能病院におけるワーカーの業務に及ぼす影響と期待は次のようになる。

(1) 高度に専門的な治療、検査が高密度に行われることは、治療・検査における不可避のリスクも考えねばならず、患者・家族の理解と協力が不可欠である。そのためにはインフォームドコンセントの必要性がますます高まるであろう。ワーカーは医師による患者・家族への病状、予後、検査、治療等についての説明の後、彼らの理解度を確認し、医療チームとの間に理解のズレが生じないように、しかも非常に短時間で調整することが求められよう。

(2) 平成2年の一般病床利用率は全国平均で約82%であり⁽²⁾、感覚的にはほとんど空きベッドが無い状態といえる。30%の紹介患者の受け入れを確保して行くには、病床の有効活用が不可欠となる。したがってワーカーは遅くとも患者の入院と同時に、出来れば入院予約時に患者や家族の社会的な状況、また家庭での受け入れ体制を確認し、治療終了後の退院、転院計画をたて、それへの援助を開始しなければならない。

(3) 高度の医療を受けるということになると、入院治療費の負担も現在よりも多くなり、患者・家族の経済的な負担が増大することが考えられる。しかしながら必要な治療を必要な患者にとり医療政策の面からは費用のために治療を中止する訳にはいかない、ワーカーは患者・家族のこの経済的負担軽減のために各種公的医療費負担制度、諸法、私的保険の活用に加え、地域の医療機関、社会福祉施設、在宅医療や訪問看護制度を活用し、入院期間の短縮＝経済的負担の減少に取り組まねばならない⁽³⁾。(入院期間の短縮は患者側からみれば医療費＝経済負担の軽減であり、医療機関からみれば新たな患者の受

け入れに結びつき、経済性を高めることとなる。ワーカーの合理的な入退院計画での援助により、入院期間の短縮に貢献できれば、これまでややもすると消費部門として位置づけられていたワーカーの位置づけに変革をもたらすものである。)ここではワーカー自身自ら所属する医療機関を中心に据えた援助計画をたてるのではなく、患者や家族を中心に据え、所属医療機関を患者や家族に取っての一社会資源として位置づけ、ワーカーが所属する医療機関を含め患者・家族の医療福祉ニーズ充足のための資源の組み合わせという発想を持つ必要がある。この発想は地域の医療機関や福祉施設等との連携のパイプを太くすることに役立つであろう。

(4) 難病や、高度の医療を必要としている患者や家族の持つ医療福祉ニーズ(生命生活活動を維持していくためのニーズ)は多方面にわたる重層的なものとなる。これへの対応としてはこれまでの対人援助を軸にした援助方法だけでは対応できない。医療福祉ニーズに対応する既存の資源を結び合わせ、或いは不足しているものを開発し、その患者や家族に対応できる援助システムを組み上げることが必要とされる。即ち医療機関のワーカーとしての役割に加えて、地域社会のケースマネージャーとしての役割も求められるようになる。

2) 療養型病床群を持つ病院の場合

医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月、厚生省健康政策局長通知)の第二の2を見ると、療養型病床群の対象患者は高血圧症、脳血管疾患、慢性関節リウマチ、慢性腎疾患等の患者で、長期にわたり療養を必要とする症状の安定した患者ということが想定されている。ここでのワーカーの業務は先の特設機能病院の場合とは異なり、長期療養生活に於ける患者・家族のQOLの維持、向上ということに焦点が当たるであろう。療養型病床群との関わりにおけるワーカーの業務への影響と期待は次のようなことが考えられる。

(1) 長期療養を余儀なくされ入院生活を続けることは、症状が安定しているとはいえ患者や家族に取って、様々な負担を強いることである。今回の療養型病床群では、病室の面積の増加や

談話室、食堂の設置、廊下の手すりの設置など、患者のアメニティやQOLへの配慮がなされてはいるが、それでも自宅での療養と異なり、患者の立場に立てばプライバシーの確保の面では問題があるし、総室での人間関係の継続にはエネルギーを必要とする。また家族の立場で考えると、患者への面会は当然のことではあるが、各医療機関の定められた面会時間に面会に赴くことは、入院療養期間が長くなればなるほど家族員各自の社会生活に影響を及ぼし、精神的負担や経済的負担になってくる。ワーカーはこれから患者・家族の精神的なストレスに充分注意し、双方に過度のストレスが貯まらないよう配慮していくことが要求される⁽⁴⁾。またこのような配慮は、長期療養中の患者と家族の間の人間関係の密度を維持していくことにもつながり、将来の退院への備えをなすということにもなる。

(2) 長期療養では患者や家族の医療費の負担は大きな問題であり、特定疾患や県単独の指定疾患などについての情報収集と提供はもちろんのこと、各健康保険、年金、所得税等の制度に精通し、経済的負担の軽減への効果的な援助がおこなわれることが期待されよう。

(3) 患者や家族は当事者であり、療養の苦しみや困難さは誰よりもよく判っている。それ故に同じ様な状況にあるものの問題や悩みを親身に理解でき、支えることも可能となる。また健康な状態にある医療従事者には了解し難い問題として見過ごしていることもあろう。長期療養に関わるワーカーは、患者会や家族会を育成し、相互に支え合う機能を発揮させると共に、QOLを維持し向上させて行くための働きかけをしていくことが求められる。

(4) 長期療養を余儀なくされる患者であっても、将来病状がコントロールされ、地域でのケアシステムが組めれば家庭での療養で対応できる可能性は常にある。地域でのケアシステム以外に、長期療養から在宅へ移行するときの大きな障壁の一つは、家族の受け入れ拒否である。物理的距離が離れている期間が長ければ長いほど、心理的な距離も離れていく。これが家族の患者受け入れの際の障壁の一つとなる。従ってワーカーとしての在宅への準備は、家族の受け

入れ体制を療養中持続させておくということになる。このためには、家族の患者への面会状況をこまめにチェックし、面会におとづれているならその努力を評価する事で、家族の行動を強化・維持し、面会が遠ざかっているなら促すための働きかけが必要とされる。

(5) (1)から(4)までに述べてきた努力を続けたとしても、高齢化と核家族化のすすむ現代社会では、物理的条件（住居、介護要員、支援システムの不十分さ等）によって在宅での療養を実現できないことがある。やむをえず中間施設、福祉施設への入所を決定しないといけない場合もあろうが、この場合も(4)で述べたように、常に在宅療養への可能性をつなぎ止めておく努力、即ち心理的な距離を保たせるための努力が求められる。

3. 業務遂行に必要な技術、技能

これまでのワーカーは所属する医療機関に関わる患者・家族を対象にし、対人援助技法（ケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク等）を中心に、その専門的活動を続けてきた。様々な医療福祉ニーズを持つ患者・家族への援助として、これらの直接、間接援助技法は不可欠なものであり、これからその必要性は変わることがないであろう。

しかし、地域医療、在宅ケアを進めてきた中で、明確になってきたことは、人びとの持つ医療福祉ニーズの重層的、多面性であった。この重層的・多面的ニーズに対応した援助は、単に患者・家族を公私の各種サービスに結び付けるだけでは成し得ないということも明らかにされてきている。

ワーカーとして、今回の改正で示された機能をもつ医療機関で、先に検討したような期待される役割を果たしつつ、この重層的で多面的な医療福祉ニーズへの援助を行うためには、ケースマネジメントの手法を用い、既存のサービスとサービスを結び付け新たなサービスにしたてあげたり、新たなサービスを開発していかなければならないが、同時に所属する医療機関も資源の一つとして据え、そこでのサービスを開発していくことも重要なワーカーの技能となろう。この技能を備えるためには、従来の個人或

いは集団が自ら問題解決に取り組むことを前提とした援助技術に加え、医療機関の内外を問わず援助に関わる人びとを対象にした次のような技術が要求されると考えられる⁽⁵⁾。

1) 対人関係の技術

重層的・多面的な患者や家族のニーズに対応するには、一職種や一機関、施設だけでは不可能であり、それぞれの機関や施設の壁、或いは、職種の壁を越えたサービスの提供が必要である。これを実現するのに日本で必要なものは根回しである。この根回しの基礎は平素からの幅広い信頼に基づいた人間関係であり、人のつながりの判断力である。どの人脈から攻めていくか、どこから繋げていくかが大切であり、これを見損なうと見事に失敗する。

2) 説得技術

根回しに必要なのは関わる人びとに、その提案が自分たちにもメリットがあり、損害を与えないものであることをまず了解してもらえようように話ができる話術であり、次に行動を共にすることを同意させる説得力である。

3) 広報技術

どれだけいいサービスも他に知られ、広がりを見せなければ一部での自己満足に終わってしまう。またそのサービスが普遍性を持つものであるかどうかを検証するためにも、他に波及させることが必要である。これを行うためには、いかに、何を、いつ、何処へ知らせるかという広報技術が必要である。

4) 状況の分析技術

以上1)から3)までの技術の基礎に必要なのは、それぞれの状況を緻密に分析できる技術である。これには対人関係の分析から状況分析まで幅広い分析能力が要求される。

おわりに

わが国の医療ソーシャルワーカーには国家資格がなく、各医療機関に雇いあげられている現状では、その業務は所属する医療機関が置かれる状況に大きく左右される。本稿では今回の医療法改正での医療機関の機能分類によって、医療ソーシャルワーカーの業務にどのような影響があるか、またそこで期待される業務は何か、

そのためにはこれまでの専門技術としていたもので対応できるのかどうかの検討を試みた。定期的に事例を集めて検討できる状況でないだけ

に、概念的な検討しか出来なかったが、今後各地での実践事例を集める中で具体的な検討を進めたい。

文 献

- 1) 阿部正和, 幸田正孝, 羽田春免, 三浦文夫編 (1992) WIBA'92, 日本医療企画, 東京, pp 991.
- 2) 前掲書, pp 992.
- 3) 出来高払い制における入院期間の短縮, 医療コスト低減, そこでの倫理性については次のものに詳しい. V. R. フェックス, 江見康一他訳 (1990) 保健医療の経済学, 劉草書房, 東京.
- 4) 竹内一夫 (1993) 患者家族の精神保健, 早川泰次郎他編, 系統看護学講座, 精神保健, 第1版, 医学書院, 東京, pp 296.
- 5) 1993年7月に行われた関西学院大学大学院卒業生研究会での平山 尚テネシー大学教授の講演「アメリカにおける社会福祉実習」から引用させていただいた.