

医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察

—期待される役割と葛藤の検証—

上山崎 悦 代

1. はじめに

ソーシャルワーカーは福祉専門職であり、その多くは、福祉関係施設・機関でその業務に従事しているが、保健医療分野においてもソーシャルワーク業務に従事している専門職（以下、医療ソーシャルワーカーという）が多数存在し、現場の第一線で活躍している¹⁾。

医療ソーシャルワーカーは、保健医療分野という、福祉とは近接しながらも異なる分野において、社会福祉学を基礎とし、ソーシャルワークの価値、知識、技術を用いて、ソーシャルワーク業務を実践しており、病気や障害といった問題を抱えるクライアントのさまざまな療養上の暮らしにかかわる問題の相談に応じ、解決にむけた援助を行っている。近年では、全人的医療やチーム医療の重要性が叫ばれる中、医療チームの一員としても、その役割、期待が大きくなっている。

言うまでもなく、保健医療分野は専門職業人の集まりであり、そのほとんどが国家試験によってその能力が認められた集団である。医師、看護師はもちろん、医療専門職と言われる職種は、実に20職種以上ある²⁾。その中において、医療ソーシャルワーカーの多くは、社会福祉士や精神保健福祉士といった国家資格を持って、病院をはじめとした様々な施設・機関で働いている³⁾。

ソーシャルワーカーの業務については、1948（昭和23）年に施行された保健所法の第2条第6項に「医療社会事業の向上及び増進に関する事項」⁴⁾として位置付けられ、その後、1958（昭和33）年には、当時の厚生省公衆衛生局長通知⁵⁾をもって、「保健所における医療社会事業の業務指針」が示された。この中で、医療社会事業については、医療チームの一部門として、社会科学の立場から、疾病の予防や、経済的、精神的、社会的諸問題の解決、調整出来るように、患者やその家族を援助するその一連の行為と定義している。現在では、1989（平成元）年に、厚生省によって示された業務指針を2002（平成14）年に改正し、新しい「医療ソーシャルワーカー業務指針」として、厚生労働省健康局長通知にて関係方面に通知されており、現場の医療ソーシャルワーカーは、この業務指針に則り、また実践の拠り所としながら、日々の業務を遂行している。特筆すべきは、本業務指針には、「医療ソーシャルワーカーが社会福祉学を

基にした専門性を十分発揮し業務を行うことができるように、関係者の理解の促進に資することを目的とする」と明記され、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、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と記されていることであり、これにより、多くの現場のソーシャルワーカーたちは、専門職としてのアイデンティティを持って業務に専念しやすくなったと考えられる。

加えて、昨今の医療を取り巻く環境上の変化の中で、全人的医療やチームアプローチ、あるいは、連携・医療連携といった言葉や考えが声高に叫ばれるようになり、そこに福祉専門職が関わっていく重要性が以前にも増して言われはじめ、ますます医療ソーシャルワーカーへの注目度が高まってきている。このような状況の下、現場の第一線の医療ソーシャルワーカーは、その業務に注目を浴びる一方で、大きな社会情勢、医療環境の変化の波の中で、日々試行錯誤を繰り返しながら、または葛藤し続けながら実践をしているともいえる。

そこで、本稿では、現在の医療ソーシャルワーカーの今日的状況を概観し、主に、その多様化する業務とされる役割、そして医療ソーシャルワーカー自身の葛藤についての検証を加えながら、考察してみることにした。

2. 医療を取り巻く環境

今日の少子高齢社会の進展は、総人口の減少をはじめ、社会保障費の増大や年金問題顕在化など、政治経済の混乱に見舞われ、国民の不安が高まっている。そのような中であって、保健医療分野においても、「医療崩壊」「医療難民」という言葉が世間に流布するなど、先行きの不透明な状況下にある。医療費適正化の名のもとに、医療費の抑制政策が行われ、それに伴い、各医療機関などは厳しい経営状況に陥り、公的病院の閉鎖が相次ぐなど、ますます不安が増大していると言えよう。

医療費適正化は、2006年に制定された「医療制度改革法」に基づき、医療費適正化計画の策定が都道府県に義務づけられたことで、一層拍車がかかっている。これを推進するための方策として、国は生活習慣病の予防や医療機関・病院の機能分化の促進を掲げ、具体的な取り組みが進められてきた。

特に、病院の機能分化は、平均在院日数を下げ、医療費を抑制する直接的な効果を得られるものと期待されるが、一方で、これまでのように、一つの医療機関において、“病気がよくなるまで入院治療を継続すること”が極めて困難な状況となり、医療サービスを受ける側（即ち、患者や家族）へ少なからず不安を抱かせている。この機能分化は、2001年の第四次医療法改正により、結核病棟、精神病棟、感染症病棟を除く「その他の病床」が「一般病床」と「療養病床」のどちらかを選択することを義務づけられたことにより一層の進展をみたが、その結果、医療サービスは、一つの医療機関による完結型医療から、複数の医療機関でそのサービスを受

ける地域移行型医療へと転換していったのである。

そこで、急性期の病院⁶⁾では、平均在院日数を減らすことを大きな目標とし、その数値に多大なる関心を抱いてきた。この目標達成のために、クリティカルパス⁷⁾の導入が盛んに行われ、より効率的な治療を求めようになり、また、各医療機関同士で医療の継続がスムーズにいくような方法論の研究も盛んに行われ、「病病連携」「病診連携」⁸⁾というキャッチフレーズもよく耳にするようになった。今や、急性期病院の多くに、この「連携」を担当する窓口的な役割である「地域連携室」や「地域医療連携室」といった名称の部署が設置され、自院と他院、地域関係機関との連携業務を行っている。尚、この地域連携担当部門には、看護師、医療ソーシャルワーカー、事務職員等が配置されているところが多く、医療ソーシャルワーカーの業務について検討する際には、着目すべきところとなっている。この部門の配置状況、配置職員、職務内容は、各医療機関によってそれぞれ特徴があるが、概ね、地域の診療所等からの紹介患者を受け付け、自院の診療へとつなぐ「前方連携」と言われるものと、自院での急性期治療終了後の患者の継続的医療サービス提供を調整支援する「後方支援」と言われるものを包括的に行っている。特に、後方支援業務においては、自院の入院患者の「退院支援」がその中心的業務となることが多く、いかに、円滑かつ早期に退院できるようにするかということが念頭に置かれ、当然ながら、平均在院日数を減らすこともターゲットにしつつ、患者・家族へのアプローチが行われている。少し具体例をあげると、急性期治療が終了するやいなや、すぐさま退院が検討され、退院に際して円滑に退院できるように、退院後必要とされるさまざまな関係機関（介護保険事業所や在宅医など）との調整や、療養に必要な物品の調達などを行い、また、在宅退院が困難な場合は、他の病院や施設等への転院・入所を検討すべく、関係機関との連絡調整を行っているのである。そして、このような流れは、加速度的に進んでおり、2008年の診療報酬改定時には、退院調整業務そのものに対して診療報酬に点数化されるに至った。また、最近では、入院時あるいは入院が決定した時点（入院日も含む）から、退院支援の必要な患者をスクリーニングし、退院支援を担当する職員（主に、看護師や医療ソーシャルワーカー）が早期に介入できる取り組みを行っている医療機関もみられる。

このように、今日のめまぐるしく変化をする医療環境は、当然ながら、保健医療分野で働く医療ソーシャルワーカーの業務そのものにも直接影響を及ぼした。特に、急性期病院の医療ソーシャルワーカーは、常に平均在院日数に関心を払い続けなくてはならないし、地域関係機関との連携をより一層強化していく必要が出てきた。また、このような地域移行型の医療サービス提供体制の中では、患者や家族にとっては、次々と医療サービスを受ける場が変化することにつながり、その都度生活上の大きな変化に直面するという意味で、療養上の生活問題が発生しやすくなるのは想像に難しくなく、結果的に、医療ソーシャルワーカーの支援が必要になってくると言えるし、患者が次々に退院していく状況の中、退院支援を行うことは、医療ソーシャルワーカーにとって大変重要かつ膨大な業務量となり、そこに多大なるエネルギーを注ぐことと

なったのである。

大きな社会環境，医療を取り巻く状況の変化は，当然の帰結として，保健医療分野で働く医療ソーシャルワーカーの業務や支援の内容，求められる役割等にかかなりの影響を与え，また，めまぐるしく変化していくその時流に合わせた柔軟な対応を求められていると言える。

3. 医療ソーシャルワーカーの現状

<医療ソーシャルワーカーと資格>

さて，ここで医療ソーシャルワーカーの現状について，資格との関連で述べてみたい。平成19年の調査によれば，全国には，10000人以上の医療ソーシャルワーカーがその業務に従事している⁹⁾。また，医療ソーシャルワーカーの職能団体である社団法人日本医療社会事業協会の調査によれば，そのうちの約7割が社会福祉士の資格を持ってその業務にあたっている¹⁰⁾。

医療分野は，当然のことながら，専門職集団であり，専門職の証としての国家資格を有する者がそれぞれの業務に従事してきた。ところが，医療ソーシャルワーカーについては，独自の国家資格を持たないまま，しかし，戦前からその活動を脈々と続けてきたのである¹¹⁾。

1987（昭和62）年に「社会福祉士及び介護福祉法」が制定され，社会福祉分野における国家資格が新たに誕生したが，医師や看護師に代表される医療職が「業務独占」資格であるのに対し，社会福祉士は「名称独占」資格であったため，資格を持たないものでも，資格所持者と同様の業務をすることが出来た。これは，専門性の涵養には課題や困難があったとも言えるが，一方では，さまざまな能力を持つ人材を受け入れる門戸の広さを持つことで，その資格の多様さを得てきたことも事実であり，また，それまでの歴史の中で優れたソーシャルワーク実践を行ってきた医療ソーシャルワーカーたちは，国家資格の有無にかかわらず，その高い専門性を保持しながらその業務を遂行していたのである。

この法律の制定は，ソーシャルワーク実践を行ってきた医療ソーシャルワーカーたちにとっても大きな影響があった。国家資格化されたということは，即ち，ソーシャルワークという業務に対して，国がその専門性を認めているとも言え，国家資格取得者ばかりの集団の中で，無資格者として業務に従事してきた医療ソーシャルワーカーの立場としては，福祉専門職の国家資格が出来ることは，かなりインパクトのある出来事であった¹²⁾。

ところが，当時の厚生省（現，厚生労働省）の考えは，社会福祉士の対象は，「心身の障害があるもの」であり，医療ソーシャルワーカーは「患者つまり傷病者」を対象にするとして，社会福祉とは別に「医療福祉士」を新たに作る旨，国会で答弁していた¹³⁾。よって，心身に障害のある者を対象とする施設，事業及び職種の中に，医療機関は含まれず，また，社会福祉士養成課程の「実習指定施設」にも入らなかったのである。即ち，社会福祉士制度が，社会福祉士の行う相談援助業務の対象から患者や傷病者を除外し，結果的に，医療ソーシャルワーカー

は、この専門職制度から排除される形で成立したのである。

このことは、保健医療分野の中にあっても、純粋にソーシャルワークを実践してきたソーシャルワーカーにとっても衝撃的であったに違いない。そして、全国の医療ソーシャルワーカー自身が、この問題に対して非常に活発に議論を重ね、また、社会福祉士を養成する学校の教員等からも、社会福祉士養成と医療ソーシャルワーカー養成のカリキュラムの問題や、医療ソーシャルワーカー独自の資格化の必要性に至るまで、活発に議論されるに至った¹⁴⁾。

ここで、日本で最大の規模である医療ソーシャルワーカーの職能団体「日本医療社会事業協会（以下、協会という）」の動きを確認しておきたい。前述の通り、医療ソーシャルワーカーは、社会福祉士制度の枠組みの中に入ってくることができず、別の国家資格化が検討されている中、厚生省（当時）は、1990年12月に「医療福祉士（仮称）資格化に当たっての考え方」を提示している。その内容としては、「①国家資格とする。診療の補助としての受診・受療援助等は保健婦助産婦看護婦法（当時）第31条に規定する業務独占を解除し、医療福祉士が行えるようにする、②養成課程は4年制大学とする、③履修すべき科目は、学問的基盤となる社会福祉及び保健・医療科目であること、④業務の内容（平成元年2月に策定された「業務指針検討会報告書」に即したものであること）、⑤経過措置として、現任者の救済措置は設ける」¹⁵⁾ というものであった。これに対して、協会は1991年の臨時総会の中で、「「医療福祉士（仮称）案」に対して、「①『受診・受療援助等』の業務を、『医行為』としての『診療補助業務』としていること、②『医行為』としての『診療の補助業務』の診療報酬点数化をもって経済的な基盤としていること、③『社会福祉科目及び保健・医療科目』を履修する養成課程を考えていること」を理由に、この医療福祉士という新たな国家資格に向けた動きに反対した。特に、医療ソーシャルワーカーの業務が“診療の補助”と位置づけられること、そしてそれが“医師の指示”を受けるという立場になることへの拒否感が強かった。つまり、厚生省の提案に対して、多くの医療ソーシャルワーカーは、自らの専門性の基盤は社会福祉学にあると考え、この案に反発し、結局、医療福祉士という別立ての資格を求めるのではなく、「社会福祉士資格に医療ソーシャルワーカーを含める」ことを要求する運動を展開していったのである¹⁶⁾。ただし、協会会員の中には、医療福祉士資格を目指す会員も少なからずいたことは事実であり、当時の協会内は、さまざまな意見が交錯し、臨時総会を開催することもあり、また開催された総会も、紛糾する事態が続いていたことも記しておきたい。その後、2つの考え方の対立は継続していくが、その間、精神保健福祉士法の制定（精神保健福祉士資格の誕生）を経て、現在においては、社会福祉士を基礎資格とする方向を選んでいると言える¹⁷⁾。

このような歴史的経過を経て、社会福祉士が誕生した後も、長い間、社会福祉士資格制度の中に組み入れてこられなかった医療ソーシャルワーカーであったが、平成18年3月にはようやく「社会福祉援助技術実習」の実習施設として医療機関が認可され、平成19年の社会福祉士及び介護福祉士法改正にかかる社会福祉士養成に関するカリキュラム改正においては、その指定

科目に「保健医療サービス」が入り、その中で、医療ソーシャルワーカーについて学習することが盛り込まれた。そのほか、平成18年度診療報酬改定では、診療報酬上に「社会福祉士」という国家資格名が明確に記載されるに至り、ようやく、社会福祉士制度の中に医療ソーシャルワーカーが根付きだと言えよう。

また、社会福祉士及び介護福祉士法の第2条「定義」において、社会福祉士の業務が、従来の「身体上、精神上の障害がある者、環境上の理由により日常生活を営むのに支障のある者に対する福祉に関する相談」に加え、「医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うこと」と明記され、この文言をみても、社会福祉士と保健医療分野との近接性がより明確になってきたと言ってよい。

このように、医療ソーシャルワーカーと国家資格、あるいは国家資格化についての一連の流れは紆余曲折を経ているものの、現在のところ、社会福祉士という国家資格をベースとして、ソーシャルワーカーとしてジェネリックな力量を持ちながら、保健医療分野という場においてその資格を生かして実践を行っている、と整理することができる。

<医療ソーシャルワーカーの業務>

人生において、疾病や障害というのは、予期せぬことも多く、その後の生活上の障害や困難を生じる大きな原因となる。そして、医療ソーシャルワーカーは、疾病や障害を得て、生活上の混乱と困難に直面している患者や家族と常に向き合い支援を続けている。

いうまでもなく、そこにいる患者は、病院に中では患者と呼ばれるが、一生活者であり、それぞれがそれぞれの人生を歩み、社会生活を営み、役割を持って暮らしている。そういった人々の療養生活上の様々な困難な状況を、一生活者である患者と（もちろん家族等も含む）、ともに考え、解決の方法を検討し、よりよい療養生活、社会環境を確保できるように支援しているのが、ソーシャルワーカーの役割である。

その業務は、社会生活・暮らしの課題を対象としていることから、範囲が広く、また、支援する際の方法や知識、技術も、他の医療専門職のように、何か器具を用いたり、数値的データを取り扱ったり、処置を施すわけでもないため、不可視的であると言われる側面も多い。また、個別面接などを行う際は、患者や家族と医療ソーシャルワーカーという二者による限られた場面と空間を用いるため、周囲から見れば、ソーシャルワーカーは何をしている人かわからない、といった評価を受けてしまいがちである。このような医療ソーシャルワーカーの業務を、標準的に定めたものとして「医療ソーシャルワーカー業務指針」が出された。

医療ソーシャルワーカー業務指針（以下、「業務指針」とする）は、1989（平成元）年に厚生省（当時）から通知されたものが最初であり¹⁸⁾、その後、2002（平成14）年に、改正された「医療ソーシャルワーカー業務指針」が、厚生労働省健康局長通知として示された。この業務指針の趣旨の中には、「病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる

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医療ソーシャルワーカーの果たす役割に対する期待はますます大きくなっている」とあり、また、「この業務指針は、(中略)医療ソーシャルワーカーが社会福祉学を基にした専門性を十分発揮し業務を適正に行うことができるよう、関係者の理解の促進に資することを目的とするものである」とも記載されていることから、医療ソーシャルワーカーが、保健医療の場における「社会福祉の専門職」であるという立場が明確に示されたものであると言える。

業務指針の具体的内容については、大部分を割愛するが、医療ソーシャルワーカーの「業務の範囲」として示されているのは、①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、②退院援助、③社会復帰援助、④受診・受療援助、⑤経済的問題の解決、調整援助、⑥地域活動とあり、それぞれの項目について、具体的かつ詳細な内容が記されている。

現場の医療ソーシャルワーカーは、この業務指針に基づいて、日々のソーシャルワーク実践を行っているのである。

4. 医療ソーシャルワーカーへの期待

さて、前節で述べた業務指針を拠り所としながら、日々現場の第一線で、ソーシャルワーク実践を行う医療ソーシャルワーカーであるが、それでは、今日、医療ソーシャルワーカーにどのような役割と期待がなされているのであろうか。主に、急性期病院の医療ソーシャルワーカーについて確認をしておきたい。

先に述べたように、今日の医療環境は、早期の退院を強く求め、そのために各関係機関との連携を強化している状況にある。連携を担当する窓口は、「地域連携室」や「地域医療連携室」などと呼ばれ、そこに医療ソーシャルワーカーが配属されて、連携に関する業務を担当していることも多い(以下、本論ではこれら連携業務を担当している部署を「連携室」と呼ぶ)。一昔前であれば、医療ソーシャルワーカーのいる場所は、「医療相談室」とか「医療福祉相談室」など、相談という語句が含まれたセクションにいたることが多かったが、近年、連携業務への注目が集まる中、連携という語を含むセクションへと変貌を遂げている。

また、この連携室に所属している職員は、各医療機関によって若干異なるが、主たるところは、医療ソーシャルワーカー、看護師、事務職員などである。そして、この配置されている職員の数や職種の違いが、それぞれの医療機関に特徴を与え、業務そのもの、連携室の在り方自体に少なからず影響を及ぼしていると考えられる。また、その人数の割合や、その専門職のそれまでのキャリア、医療機関内での立場、役職によっても、その連携室の業務の特色は大きく変化する。たとえば、医療ソーシャルワーカーと看護師が主として配置されており、医療ソーシャルワーカーの人数が看護師の人数より相当数多い場合は、より福祉的視点での業務展開になるであろうし、医療ソーシャルワーカーの人数が看護師より多くても、その部門の長が看護

職であったり、看護師の役職やキャリアが数的には多数を占める医療ソーシャルワーカーよりも上であるならば、看護職の意向が強くもたらされるのは、容易に想像の出来るところである。

ところで、連携室やあるいは相談室と呼ばれる部署で働く医療ソーシャルワーカーは、前述した「業務指針」に則った形での業務を展開しているが、その中でも、特に「退院援助」と呼ばれる業務が相当な割合を占めてきている。且つ、その中でも、平均在院日数短縮促進の流れを受け、自宅退院というよりもむしろ、急性期病院での治療が終了したということで、その後の重急性期、あるいは、リハビリテーション期、療養期の医療サービスを提供してくれる医療機関への“転院”を調整する役割を多く担うこととなっている現状が見受けられる。もちろん、退院或いは転院援助というのは、以前より、医療ソーシャルワーカーの業務として存在してきたが、以前とは、その業務の質、内容とも変化してきている¹⁹⁾。加えて、医療費の支払いや生活費の工面など、経済的問題への対応や家族関係上の問題、住まいの確保など、“医療ソーシャルワーカーが携わる業務らしい”と思われる業務よりも、退院或いは転院に関する支援に関する業務が多くを占めることとなった。

そして、この時まさに、「連携」という言葉がしきりに使われ、転院先となる他の医療機関や、介護施設等との調整という“地域関係機関連携”を図っていくことになるのである。もちろん、医療ソーシャルワーカーは、関係機関との連絡・調整だけを行っているわけではなく、転院に際しての当事者たる患者やその家族との面接を重ね、病棟スタッフとのディスカッションを行い、カンファレンスを開催し、最終的に、転院というところへもっていくわけであり、この転院という、急性期病院にとっては一定のゴールを達成するには、それ相応の時間をかけ、かなりの労力を費やしている。

こういった転院調整に際する業務については、円滑な関係機関との連携と、患者への直接的支援が同時並行でなされる必要があり、かつ、出来るだけ速やかにすることが求められ、これを行う役割として、医療ソーシャルワーカーへの期待は大変大きいものになってきている。繰り返しになるが、医療機関は、在院日数を短縮させたいという考えのもと、出来るだけ速やかに急性期治療の終了した患者を転院させるべきと考え、その転院調整役としての医療ソーシャルワーカーという視点で、その役割に期待を寄せている。

5. 医療ソーシャルワーカーの葛藤

<患者と医療機関と医療ソーシャルワーカー>

このような役割期待を背負いながら、現場の医療ソーシャルワーカーは、日々の実践を行うが、この退院支援、特に、転院調整については、医療ソーシャルワーカーの葛藤が顕著に垣間見られるものであると言える。

患者は、突然に襲ってきた疾病や障害に対して、大変混乱し、大きなダメージを受けている。

そして、少しでも回復したいと願い、辛い治療に耐え、慣れない入院生活を送っている。患者の家族も、突然の入院に戸惑い、家族自身の生活も大きく変化し、その変化へなんとか対処しながら、患者を支えている。そのような状況の中、病院からは、「治療が終了した」という理由で、退院が提案されることになる。その時、患者や家族の中には、その理由に納得をすることもあるが、あまりの早期の提案に、「まだ治療中である」とか「まだ治っていないのに」という思いを抱くこともしばしばみられる。しかし、病院としては、急性期治療が終われば次の段階の医療機関へ転院をという考えを持ち、また、他の急性期治療を待つ患者の受け入れをする必要にも迫られ、患者や家族の思いを十分に受け止めることのできないまま、退院を進めていくことになる。この時、医療ソーシャルワーカーは、患者や家族の思いに寄り添い、同時に、医療機関の職員として、この早期退院・転院に向けての調整を図る必要が生じる。

患者や家族は、早期の退院・転院の提案に不安を抱き、時に憤りとなってその感情が吐露される。病院から「追い出される」という感情を抱き、病院スタッフとも険悪な状況になることも珍しくないと言えるだろう。そんな患者や家族と医療ソーシャルワーカーは直接向き合っていかななくてはならない。時に、“医師－患者”という関係性を崩壊させたくないという患者の思いが強く、自分の主張を強く医師に伝えられないときなど、その思いを吐露する先として医療ソーシャルワーカーがあげられ、退院に対する不安、不満、怒り、虚しさといった感情が爆発的に表出されることもある。一方で、医療サービスの機能分化は、今日の医療環境の厳然たる事実として存在し、医師をはじめとする医療スタッフもまた、自身の治療経過を見届けることなく、患者を次の医療機関へ送り出さなくてはならないという現状におかれている。医療機関全体としては、平均在院日数を減らすことを至上命題としている状況にあるため、その医療機関に所属する職員としては、当然のことながら、医療機関の求める役割を遂行していかななくてはならない。

即ち、医療ソーシャルワーカーは、退院に不安を抱き消極的あるいは拒否的になっている患者や家族と、一日でも早く退院をさせたい医療機関側との板挟みになっているのである。それは、まさに病院側と患者側との思いのギャップ調整であり、このギャップを少しでも埋めようと日々努力を重ね、支援計画を立案している。しかし、患者側からは、退院への拒否感ばかりが引き出され、あるいは、医療ソーシャルワーカーに対して、「退院を延ばしてほしい、何とか入院継続出来るように調整してほしい」という要望ばかりが出され、さらに板挟みになってしまう。そうすると、ソーシャルワークの要ともいうべき患者や家族との面接さえ苦痛になってくる場合さえ出てきてしまうのである。医療ソーシャルワーカーは、常に、患者の苦悩や患者と寄り添って受け入れてくれる家族の不安について、その思いに寄り添うわけであるから、医療ソーシャルワーカー自身が、患者と共に、あるいは患者以上に、その時の状況に悩み、もがき苦しむ場面も見受けられる。何より、患者、家族が退院・転院について、「考えようとしなさい」状況が続き、共に退院計画を立案出来ないとなると、その苦しみは、一層強く、

厳しい状況に追い込まれてしまう。

このように、医療ソーシャルワーカーは、医療機関側から求められる役割、即ち、早期の退院調整機能の遂行と、退院に際して多大なる不安を抱き退院に消極的とならざるを得ない患者、家族の思いとの間で揺れ動くのであるが、しかし、この両者の調整を行い、円滑な退院調整と、患者・家族の相談ニーズに即した相談支援を同時に行いながら、何とか目の前の困難な状況を打破し、よりよい療養生活を構築できるようにしていかななくてはならないのである。

<社会資源の問題>

こういった状況の中、それでも、何とか患者・家族と退院計画を立て、具体的に転院の調整に入って行く際、更に医療ソーシャルワーカーを悩ませるのは、受け入れ先機関の少なさであろう。

例えば、急性期病院を退院出来る状態であったとしても、IVH（中心静脈栄養）や、酸素療法、気管切開後の頻繁な処置など、長期にわたって継続的な医療が必要な場合、それらに対応できる医療機関での受け入れを選択しなくてはならない。それが、亜急性期の医療サービスを提供する病院か、慢性期の医療サービスを提供する療養型病院となるのか、その他の選択肢となるかは、その時々状況によるが、往々にして待機機関が長く、また、住み慣れた地域から遠方の場所までいかななくては、そのような機能を持つ医療機関がないということもしばしば見受けられる。その他、リハビリテーションが必要な場合の転院については、回復期リハビリテーション病棟を持つ医療機関への転院を検討する機会が多いが、この病棟には、入院の受け入れ条件が制限されているなど²⁰⁾、転院調整がスムーズに運ぶとは限らない。尚、医療機関への転院とは少し意味合いが異なるが、介護保険施設への入所については、いうまでもなく、かなりの待機があり、特別養護老人ホームに至っては、入所できるまでに、数年単位で待機しておかなくてはならない状況にある。

このように、受け入れ先がないという社会資源の乏しさが、より一層医療ソーシャルワーカーを悩ませ、同時に、患者・家族も悩ませ、病院あるいはその患者を抱える病棟も、退院のめどが立たないことで、悩むのである。そして、結局、医療ソーシャルワーカーは、転院が進まないことを、病院側から時に責められ、患者・家族からは不安の声が上がり、ますます悩みが深くなるという循環に陥りやすい。

<看護職との関わり>

ところで、退院支援は、医療ソーシャルワーカーの大切な業務の一つであるが、近年、看護分野においても、大変注目をされており、先に述べた地域連携業務を担当する部門においても、看護師の占める割合も多い²¹⁾。退院調整看護師という名称も耳にするところであり、医療ソーシャルワーカーと看護師が同じ退院に関する調整、支援を行っているという状況にある。

それは、平成20年の診療報酬改定時に新設された「後期高齢者退院調整加算」にも見ることができる。これは、「総合的な機能評価の結果等を踏まえ、退院困難な要因があるとされたものに対して、その要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことを評価する」というもので、退院支援に関して、入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行い、支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成し、支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うことにより、退院時に1回100点の診療報酬を加算することができるとされた。そして、この加算を得るための施設基準として、「入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること」とされたのである²²⁾。ここで注目したいのは、看護師と社会福祉士が同列で列記されている点であり、これは解釈の仕方によっては、看護師でも社会福祉士でもどちらでもよいし、どちらでも同じような業務を行うと受け取ることができる。

言うまでもなく、社会福祉士と看護師は別の国家資格であり、また、寄って立つ学問的基盤も異なる。ただ、看護師は「診療の補助」と「療養上の世話」を²³⁾行う専門職として、療養生活上の様々な問題に関心を払ってきたし、退院後の療養生活をイメージしたうえで、入院当初から退院についての支援計画を立案するということは、極めて自然なことだということも出来る。療養上の“生活”に最も関心を払っている医療専門職であるとも言えよう。しかし一方で、療養生活の“生活”そのものに常に注目し、人生の大きなライフイベントであろう罹患、受傷、入院ということをきっかけに、患者や家族を含めた生活環境全体に関心を払いながら、その暮らしを客観的、総合的にアセスメントし、支援する医療ソーシャルワーカーが退院支援を行うことは、これもまた極めて自然なことであり、実際、長い医療ソーシャルワークの歴史の中で、脈々と続けてこられた実践であった。

いうなれば、医療ソーシャルワーカーを包含する社会福祉士も、そして看護師も等しく、よりよい療養生活を目指して支援をしているのである。ただ、もともとの視点の違い、アプローチや援助技術、支援方法の相違があることは事実であり、また当然のことであるが、これが、2つの職種が同じ業務を担当するにあたっての困難な状況を生み出すことにつながっている。また、医療ソーシャルワーカーは、長い経過の中で、ずっと以前から、退院支援を行ってきた歴史がある。それゆえ、これここに至って退院支援という業務を、他職種と共有することへの慣れなさといったものを実感しているのも事実ではなかろうか。まして、看護職の間で、この動きが急速に広まることで、これまで培ってきた自らの専門領域に進入されてしまうのではないかという感情を抱いているのかもしれない。その他にも、看護師は、病院内においても、一定の地位を占めているのに対し、医療ソーシャルワーカーは、その職種人員が少なかったり、キャリアが浅かったりすることも多く、結局、看護師が上位に、医療ソーシャルワーカーが下位にという序列のようなものが出来上がった中で、退院支援を行っているところが少なくないのではないか。こういったことが、時には、医療ソーシャルワーカーのアイデンティティの喪

失や、戸惑い、混乱を招いていると考えられる。

互いに、異なる視点を持つため、それぞれの専門性を尊重しあう姿勢が必要であることは言うまでもない。互いの違いを確認し、共有できる部分で連携し、相互に補完しあうことが、同じ業務を担う二つの専門職に、今確実に求められている。異なる視点を持つ者同士が、等しくよりよい療養生活に向けて支援を展開するということは、まさにチームアプローチの一つであるし、多様な支援の方策が打ち出される点においても、患者や家族にとってメリットとなると考えて差し支えない。しかし、違う専門職同士が同じ業務に携わるといことは、それぞれの専門性とアイデンティティを考える時、立場や考え方の違い等から、意見の対立や衝突、双方への無理解へあるいは専門領域争いといったことにつながる危険性もはらんでいるのではないかと考えられ、細やかな注意を払う必要があるだろう。

6. おわりに

これまで、医療環境の変化やそれに伴う医療ソーシャルワーカーの業務、そして、業務上の役割期待や葛藤について述べてきた。

これらは、緊迫する経済情勢の中にあって、毎年膨れあがる社会保障給付費を抑え込む政策とも相まって、医療費適正化政策等の社会政策上の問題とも深く関連しているため、すぐに解決可能な問題であるとは考えにくい。また、医療ソーシャルワーカーの転院調整という業務をみると、平均在院日数を下げることのみに固執し、病院の経営効率や病棟回転率を向上させようとしているかのように見えるかもしれないが、いうまでもなく、これは、一つの医療機関や病院経営者が悪者にされるようなものでは決してない。まして、一人の個人、一つの医療機関で何かができるというものでもない。

今、医療ソーシャルワーカーは、こういった医療環境上の速くて大きな変化の中で、少数派としての立場で、その立ち位置を必死に定めながら、日々葛藤しながらも、少しでも患者、家族のよりよい生活を実現しようと奮闘している。

本稿であげたことは、すでに先行研究で言い尽くされてきたことであるが、改めて振り返ってみて、今後ますますその役割が期待され、注目も高まるであろう医療ソーシャルワーカーの業務そのものについてや、あるいは、医療ソーシャルワーカー自身のかかえる課題、葛藤などにより着目した研究が必要であると考えている。

特に、退院支援に関することでいえば、退院調整看護師の存在を見過ごすわけにはいかず、看護師との連携をいかにしているのか、そして、その中での葛藤や課題、あるいは、連携の有用性はどのようなことか、といった研究を進めていく必要である。例えば、医療ソーシャルワーカーが考える退院支援と、看護師が考える退院支援の、どこに共通点があり、どこが異なるのかといったことや、患者や家族にとって、異なる職種から受ける支援についての考え、そして

将来的な展望を含めた退院支援の在り方に関する研究を細かく行っていくことが、今、特に求められているだろう。看護師との退院支援に関する協働については、それが診療報酬上に位置付けられたのが2008年であり、今後ますます注目されてくると考えられるため、筆者もこのことにより深く着目した研究を行っていきたいと考えている。

注

- 1) 社団法人日本社会福祉士会資料によれば、2009年9月30日現在、同会会員のうち、「医療機関」に勤務する会員は、全体の10.8%、「介護老人保健施設」は5.1%となっている。
最も多いのは、「老人福祉関係施設」の17.3%であるが、医療機関は、これに次いで2番目に多い割合となっている。(https://www.jacsw.or.jp/kaiin/を参照)
- 2) 厚生労働省「平成19年(2007)医療施設(動態)調査・病院報告の概況」の「病院の種類・主な職種別にみた100床当たり常勤換算従事者数」記載項目より。
- 3) 社団法人日本医療社会事業協会「2005年度会員調査報告書」によれば、(社会福祉士資格取得者は)「7割が取得し、受験資格だけの会員が1割いる。ここでは未取得に入っているが、受験資格を得るために通信教育等を受講している会員がいるので、次回調査ではさらに増えるものと思われる。」との記載がある。
また、精神保健福祉士については、2割程度の資格取得状況であるとの報告がある。(尚、調査当時の正会員全員3,040名で、本調査の回答者数は2,339名、回収率76.9%である)
- 4) 1947(昭和22)年の保健所法の「保健所に於ける医療社会事業」において、医療ソーシャルワークについて、以下の(一)～(五)等の記載がある。
(一)医療社会事業の目的、(二)医療社会事業の発展、(三)医療社会事業の職務、(四)医療社会事業の方法、(五)保健所の運営上の責任。尚、この中の(三)について、医療の一部としての仕事をする医療社会事業家の職務を左に列ずるとして、(一)患者及びその家族に対して彼らの当面している医学的、社会的な困難及び理由を了解せしめること、(二)医師又は治療に携わる人々の用に供する為、患者及び彼の置かれている環境の事業に就いて知識及び理解を手に入れること、(三)患者を指導して、共同社会の提供する各種の便益を最も適切に利用せしめる事、(四)医師の採択した治療方針の実行を計画的に援助する事、(五)連絡、と示されている。
- 5) 「保健所における医療社会事業の業務指針について」(昭和33年7月28日衛発第700号、厚生省公衆衛生局長通知)
- 6) 本稿では、「急性期病院」と表現しているが、これは、一般的に多く用いられる表現をそのまま使用しており、医療法や診療報酬上の区分ではなく、あくまでも通称である。
- 7) クリティカルパスは、もともと、工業等の産業界で用いられていた用語であり、生産工程の工程表、あるいは、一連の工程のことを指し示す用語であった。それが医療界にも導入され、現在では、入院から退院までの治療計画、あるいは計画書を示す意味合いで用いられることが多く、計画を立てて患者側に示すことで、患者側も、入院から退院までの経過が理解しやすくなり、満足度も向上すると考えられている。また、医療者側としても、より標準的かつ効率的な医療が提供できると考えられている。
- 8) 通称であり、一般的に、病院間での連携を病病連携、病院と診療所との連携を病診連携と呼んでいる。
- 9) 平成19年(2007)医療施設(動態)調査・病院報告の概況より参照した。
「医療社会事業従事者」と「社会福祉士」を合わせると、12858人にのぼる。尚、精神保健福祉士については、6324.2人であるが、その7割以上は、精神科病院に勤務している。
- 10) 注3を参照のこと
- 11) 日本における本格的な医療ソーシャルワークの歴史としては、1929年(昭和4)年、聖路加国際病院に社

- 会事業部が創設され、浅賀ふさが採用されたことにはじまる。
- 12) 尚、日本医療社会事業協会は、1989年の法制定以前より、医療ソーシャルワーカーの資格化に向けた運動を続けてきた。1977年にはすでに、「資格制度化請願署名運動」が展開されていた。
- 13) 1987年5月18日参議院社会労働委員会、21日衆議院社会労働委員会
- 14) 詳しくは、京極高宣、村上須賀子編著（2005）『医療ソーシャルワーカー新時代 地域医療と国家資格』勁草書房、に詳しい。
- 15) 片岡幸雄（2005）「国家資格化運動の経過」京極高宣、村上須賀子編著『医療ソーシャルワーカー新時代 地域医療と国家資格』勁草書房 163-164
- 16) 『日本社会福祉士会10年史』編集委員会編（2003）『日本社会福祉士会10年史』社団法人日本社会福祉士会
- 17) 社団法人日本社会福祉士会、社団法人日本医療社会事業協会編（2004）『保健医療ソーシャルワーク実践1』中央法規出版 60-76
- 18) 尚、1958（昭和33）年当時に厚生省公衆衛生局長通知として、「保健所における医療社会事業の業務指針」が出されていた。しかしこれは、保健所におけるケースワーカーの業務について言及されているものであり、限定的であった。
- 19) 戦前の医療ソーシャルワーク実践の中でも、「退院援助」という言葉さえみられないものの、退院後の生活を整えるにあたって、食糧や衣服の調達、金銭物資の支給を行ってきたとの実践に関する記述がある。（中島さつき（1975）『医療ソーシャルワーク』誠信書房）
- また、1970年代以前の医療ソーシャルワークの文献には、「退院援助」ではなく、「社会復帰援助」といった言葉を用い、その意味合いにおいても、患者が長い入院生活を経て、いよいよ退院し、その社会復帰に際し、本人の不安や葛藤、障害の受け入れ等の心理的側面へ援助することや、家族職場等への受け入れ態勢づくりの援助、住居や職場のあっせん等を医療ソーシャルワーカーは行っているという記載がある。しかし、1970年代から、「社会的入院」と言われる現象が現れ、1989年の「医療ソーシャルワーカー業務指針」では、とうとう、その業務の項目として「退院（社会復帰）援助」という文言が出された。そして、1990年代以降は、医療費適正化や病院の機能分化、平均在院日数短縮の流れの中で、以下に退院援助を短期間にスムーズに行うかということに、より注目をするようになった。
- 尚、退院援助については、中野加奈子の論文に詳しい。
- 中野加奈子（2007）「医療ソーシャルワークにおける「退院援助」の変遷と課題」『佛敎大学大学院紀要 第35号』221-235
- 20) 回復期リハビリテーション病棟とは、診療報酬上、「脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハを集中的に行うための病棟であり、回復期リハを要する患者が常時80%以上入院している病棟をいう」と規定されている。
- また同病棟へ入院出来るのは、脳血管疾患や、脊髄損傷、神経系の疾患の発症または手術後2か月以内の患者や、大腿骨や膝関節、靭帯損傷後1か月以内の患者など、幾らかの条件があり、単にリハビリテーションが必要であるからという理由だけで、入院することが出来るわけではない。
- 21) 青森県が行った2002年の調査によれば、地域医療連携担当者のうち、職種別では、看護師が35.5%、精神保健福祉士14.8%・医療ソーシャルワーカー14.4%、医療事務11.4%、医師11.1%とあった。
- 青森県（2008）「地域医療連携室の役割に関する調査結果」
（<http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/care/nani.html>,2009.10.10）
（<http://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/kkenkofu/files/renkeisitutyousakekka.pdf>,2009.10.10）
- 22) 尚、「有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること」となっている。
- 23) 「保健師助産師看護師法」第5条に、「この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、

傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」とある。

参考文献

- ・(社) 日本医療社会事業協会50周年記念誌編集委員会編 (2003)『日本の医療ソーシャルワーク史』川島書店 (製作)
- ・(社) 日本社会福祉士会, (社) 日本医療社会事業協会編 (2004)『保健医療ソーシャルワーク実践1』中央法規出版
- ・(社) 日本社会福祉士会, (社) 日本医療社会事業協会編 (2004)『保健医療ソーシャルワーク実践2』中央法規出版
- ・(社) 日本社会福祉士会, (社) 日本医療社会事業協会編 (2004)『保健医療ソーシャルワーク実践3』中央法規出版
- ・京極高宣・村上須賀子編著 (2005)『医療ソーシャルワーカー新時代 地域医療と国家資格』勁草書房
- ・NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会監修 (2004)『実践的医療ソーシャルワーク論』金原出版
- ・小田兼三・竹内孝仁編 (1997)『医療福祉学の理論』中央法規出版
- ・京極高宣 (2008)『医療福祉士への道 日本ソーシャルワーカーの歴史的考察』医学書院
- ・児島美都子 (2007)『イギリスにおける中間ケア政策 病院から地域へ』学術出版会
- ・児島美都子, 成清美治編著 (2007)『現代医療福祉概論』学文社
- ・日本医療社会事業協会編 (2006)『保健医療ソーシャルワーク原論』相川書房
- ・大谷昭・笹岡眞弓・田中千枝子・大本和子編著 (2008)『医療ソーシャルワーク実践50例—典型的実践事例で学ぶ医療福祉』川島書店
- ・中野加奈子 (2007)「医療ソーシャルワークにおける「退院援助」の変遷と課題」『佛教大学大学院紀要 第35号』221-235
- ・南彩子・武田加代子 (2000)「医療ソーシャルワーカーの職務の特徴—アイデアルイメージと実践的意識の比較—」『社会福祉学』41 (1), 111-120
- ・杉浦貴子 (2006)「文献より探索する医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態」『ルーテル学院研究紀要 40号』79-94
- ・伊藤正子 (2006)「医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題」『現代福祉研究第6号』81-101
- ・大瀧敦子 (2007)「医療ソーシャルワークが支援対象とするもの—半世紀の事例集から考察する医療福祉の対象論—」『社会福祉研究』100号120-128
- ・上原正希 (2007)「医療ソーシャルワーカーの業務における制約について」『新潟青陵大学紀要第7号』7-14
- ・上原正希・清治智樹・川崎智恵 (2008)「医療現場における社会福祉援助技術のあり方についての一考察—地域連携機能の枠組み強化への予備的研究—」『新潟青陵大学紀要第8号』197-206
- ・安井豊子 (2007)「医療ソーシャルワークプロセスの分断化から連続性に向けて—昨今の医療・福祉政策の展開を射程において—」『皇學館大学社会福祉学部紀要10号』255-259
- ・竹中麻由美・小河孝則・熊谷忠和 (2009)「医療福祉事業の現状—医療ソーシャルワークを巡る動向—」『川崎医療福祉学会誌増刊号』237-248