

【論文】

医療ソーシャルワーカーの存在意義

－ わが国の医療提供体制の現状と課題から考える －

鍵井 一浩

The importance of the medical social worker
-Thinking about the present conditions and issues of the healthcare system in Japan-

Kazuhiro Kagii



2011年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【論文】

医療ソーシャルワーカーの存在意義

—わが国の医療提供体制の現状と課題から考える—

鍵井 一浩 *

The importance of the medical social worker
—Thinking about the present conditions and issues of the healthcare system in Japan—

Kazuhiro Kagii

要 旨

近年、わが国の医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療機関においては「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が重要なテーマとなっている。また、医療技術の進展に合わせて早期退院が求められるがそのためには、それぞれの地域において、急性期段階、回復期段階、在宅を含む維持期段階といった治療の各ステージに合わせて専門的な医療を提供することが必要となる。

各医療機関は地域において求められている病院機能に応じた情報の提供を行い、各ステージの機関が緊密な連携を図ることで患者・家族が医療・福祉資源の活用がスムーズに出来るようになる。今後さらに地域によって異なる状況を踏まえた医療機関の機能連携や分かりやすい制度運用を作っていくために医療ソーシャルワーカー（以下MSW）の手腕やソーシャルワークの知識・技術は重要になってきている。

Abstract

In recent times, the circumstances surrounding medical care in Japan have changed greatly, and the following three concepts are now regarded as important themes; “shortening the length of hospital stay”, “attaching greater importance to functioning status”, and “cooperation”. In addition to these, with the call for earlier discharge from hospitals which accompanies the advancing development of medical technologies, it is necessary to offer patients specialized medical care in each community corresponding to the acute stage, the convalescence stage, and the maintenance stage including home medical treatment.

Each medical institution should provide information about available hospitals services in each community, and institutions operating at different stages should cooperate with each other more closely. This will result in patients and their families being able to make the most of medical care and welfare resources with the minimum of difficulty. In the future, to build cooperation between the services provided

受付日 2010.9.14 / 受理日 2010.11.10

* 関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

by medical institutions and an easy-to-use system of operation, each of which considers the varying circumstances of various communities, the skills of medical social workers, as well as the knowledge and techniques employed in social work, have become important.

● ● ○ **Key words** 医療機関 medical institution / 情報提供 information provision / 連携 cooperation / 医療ソーシャルワーカー medical social worker (MSW) / 早期退院 early discharge from hospitals

I はじめに

近年、わが国の医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療機関においては、「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が重要なテーマとなっており、個々の医療機関・施設がそれぞれの機能を明示して有機的に連携することが求められている¹⁾。

また、従来の保健・医療・福祉施策のように24時間施設の中で暮らす生活中心であったものを地域へと流れを大きくシフトさせてきている。急性期病院の縮小化や医療機関、介護・福祉施設の機能分担化を伴った大幅な医療制度改革は、医療従事者、介護・福祉職関係者にとって従来の古い認識を改め直す良い機会になったと考えることができる。

機能分担化においては、次施設へスムーズに転院や入所が可能であることが必要不可欠となる。しかし、現在の保健・医療・福祉の連携においては、急性期に病院で立てた目標を回復期・維持期の医療機関・福祉施設や在宅でも継続できるのか、連携はうまく取れているのが問題になっている。また、各施設の不透明性がもたらす保健・医療・福祉内容についての情報不足も、各施設への転院、在宅への不安を抱かせている。それらの問題を解決し、地域で包括的なサービスを実施するためには、各医療機関、介護・福祉施設がどのようなネットワーク作りをしていかなければならないかを考えていかなければならない。その上で、地域が一体となって多様な患者ニーズに対応した保健・医療・福祉を提供し、各医療従事者、介護・福祉職関係者が共通の認識を持つことが大切である。それらを実現し、チームとしてバランスのとれたものへと作り上げていくためには、そのチームの窓口になっていく職種が必要不可欠である。その必要不可欠な職種として現在注目されているのがソーシャルワーカーである。

特に医療機関においては、MSWの配置が急速に図

られてきている。また、患者の在宅生活を可能にさせるためには、最終目標を含む各種情報を施設間、職種間で共有することによって、達成されるものである。患者の目標達成においては、医療機関、介護・福祉施設のみで完結させるのではなく、地域で完結させていかなければならないことを理解しておかなければならない。さらに今後、地域で包括して「地域ぐるみ」で保健・医療・福祉を連携させていくためには、各施設での役割分担が明確にされる必要性があり、地域完結型の保健・医療・福祉の確立が最重要課題と考えられる²⁾。

II わが国の医療提供体制の現状と課題

1. 医療提供体制の変遷

わが国の医療提供体制については、終戦後、結核による感染症への急性期の疾病対応を中心に特例の医療法が制定（1948年）されたことに始まった。当初は公立病院を初め公的な医療機関を中心に病院の量的な確保を図ることが目的であった。

1961年に国民皆保険が達成され、保険証があれば全国どこの医療機関でも受診できるフリーアクセスの仕組みができ更に、国民健康保険の給付率が改善し自己負担割合の減少もあって医療機関の受診がし易くなった。自由開業制と合わせ経済が大きく成長する中、公立のみならず民間の医療機関も併せ医療機関数は大きく拡大していった。

また、65歳以上の人口が1970年に7%に達し高齢化率が上昇する中で、1969年に東京都と秋田県が老人医療費の無料化に踏み切ったことを契機に全国で老人医療費が無料化される状況となった。国の政策として1972年に老人福祉法が改正され1973年に老人医療費の無料化政策が採られた事を契機に老人受療率は急

激に伸び1970年から1975年までの5年間で、70歳以上の受療率が約1.8倍になったと言われている。その結果、必要以上に受診が増えて病院の待合室が「サロン化」したと言われるようになった。さらに、医療機関側は収入が増えることに繋がるとして、空きベッドを利用して高齢者の入院を受け入れるようになり、それに伴って介護サービスを必要とする高齢者の受け皿が、手続きが容易で老人医療費が無料である医療機関に入院する方向に転換されるようになった。いわゆる「社会的入院」を助長しているとの指摘もなされたように、総医療費の増加の原因となったのは、老人医療費であったことは否めない。高齢者の受け皿としての病院、病床が増加する一方で、病院、病床の増加に対応した病院の配置についての調整を行う仕組みは無く、県庁所在地など、人口の多い地域に集積しがちになった。特に、病院の配置が集中した地域においては、1985年に都道府県医療計画制度導入により、病院が設置できなくなるまでの間、病床数が増加し続けた。その後、1970年代のオイルショックが経済を冷え込ませ、10年間で社会保障給付費の対国民所得比は6.5%から13.7%へと2倍以上に急拡大した。

高齢化に伴う医療費の増加は、高齢者の受け皿となる福祉施設の整備を遅らせ、従来の家庭の受け皿も入院する方が、費用負担が軽いという考えが強くなり、介護の体制を乏しいものにさせた。

しかし、第一次医療法改正（1985年）により都道府県医療計画制度が導入され、病床規制制度の実施により地域の病床数が基準を超えている地域には原則として、新たな病院が設置出来ないことになった。これにより、この制度施行前の「駆け込み増床」を最後に病院・病床の伸びに歯止めがかかる事となった。

診療所数においては、1950年代後半以降継続して増加しており、昭和の終わりから平成の初めにかけて、施設数の伸びが一時的に弱まったものの、その後は再度安定して増加（近年は特に無床診療所が増加）している。

医療法はその後、1992年・1997年・2000年と三次にわたり改正が行われており特定機能病院制度及び療養型病床群の創設（1992年）総合病院制度の廃止と地域医療支援病院制度の創設（1997年）療養病床と一般病床の区分（2000年）といった医療機能の分化・連携を推進するための制度改革が行われた³⁾。

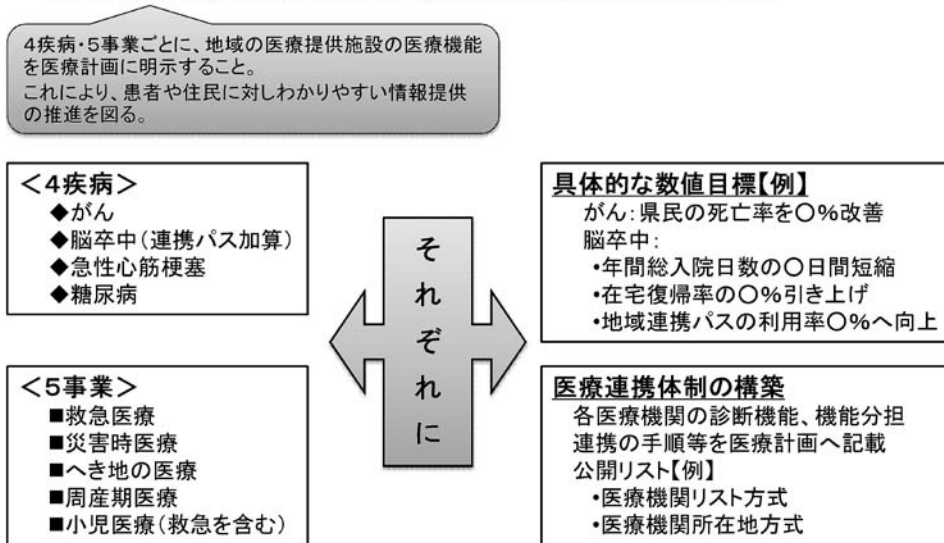
| 年度 | 名称 | 概要 |
|-------------|------------|---|
| 昭和23（1948）年 | 医療法制定 | ●病院の施設基準等を整備 ●公的医療機関を中心に量的確保 |
| 昭和36（1961）年 | 国民皆保険体制の確立 | ●健康保険法・国民健康保険法の制定 |
| 昭和48（1973）年 | | ●老人医療費無料化 |
| 昭和60（1985）年 | 第1次医療法改正 | ●医療計画制度導入（医療圏の設定、病床規制） ●医療法人への指導・監督強化 |
| 平成4（1992）年 | 第2次医療法改正 | ●医療施設機能の体系化（療養型病床群、特定機能病院） ●情報提供の推進（広告規制緩和、院内提示） |
| 平成9（1997）年 | 第3次医療法改正 | ●診療所への療養型病床群の拡大 ●地域医療支援病院制度の創設 ●医療計画制度の充実 ・地域医療支援病院等の整備目標の設定 ・医療関係施設相互の機能分担、連携 |
| 平成12（2000）年 | 第4次医療法改正 | ●病床区分見直し（一般病床、療養病床） ●地域医療計画の見直し（基準病床数） ●臨床研修必修化 |
| 平成13（2001）年 | 医療制度改革大綱策定 | ●安心・信頼の医療の確保と予防重視 ●医療費適正化の総合的な推進 ●新たな医療保険制度体系の実現 |
| 平成18（2006）年 | 第5次医療法改正 | ●情報提供の推進（広告規制緩和、都道府県の情報管理） ●医療計画の見直し（機能分化・連携の推進） ●医療安全の確保（安全管理指針策定、職員研修の実施） ●医療法人制度改革（社会医療法人の創設） |

表Ⅱ-1 医療政策の変遷（下呂温泉病院を取り巻く環境

出典：http://www.gero-hp.jp/assets/files/other/mp/302.pdf

第5次医療法改正：2008年

都道府県ごとに①医療機能情報公開 ②数値目標 ③医療連携体制の構築



医療費抑制→在院日数短縮、病床数削減が背景にあり

表Ⅱ-2 医療計画制度の見直し

出典：阪神南圏域（尼崎市）脳卒中地域連携パス連絡会資料

また医療に対する国民の意識、情報に対する認識の変化等を踏まえ広告規制の緩和、インフォームドコンセントの法律への位置付け等、患者の視点に立った見直しが行われている。

そして2008年に地域医療の連携体制の構築を進める医療計画制度の見直し、医療機関の機能に関する情報の開示等を内容とする第五次医療法改正が行われている。

介護の必要な高齢者の受け皿については、1987年に老人保健施設が制度化され、1990年に高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）が策定された。

その後、在宅介護の体制強化や特別養護老人ホームやケアハウスも含めた施設整備が進められ、病院の中においても、特例許可老人病院（1983年に制度化）といった長期療養に対応した病床類型が位置付けられた。

介護保険制度（2000年）の発足に関しては、社会的入院問題への対応が課題の一つであったが介護基盤の不十分な中、療養型病床群（医療法改正により、2003年9月以降は「療養病床」）についても、介護保険施設の一類型（介護療養型医療施設）として位置付けられた。しかし、その後の介護基盤の整備を踏まえ2006年の制度改革において、2011年度末をもって介護療養型医療施設の類型は廃止されることとなっている。

今後、このように目まぐるしく激変する医療制度や施設の情報素早くチェックし、当事者を中心に保健・医療・福祉等、各分野のより広範囲の職種やボランティア等の緊密な協働をはかっていかなければならない。そのために、各分野の多くの組織・機関・チームにおいて一番人脈に豊富で、制度に精通し、ネットワーク形成に積極的な提案を行う事ができるMSWが幅広い視野で業務を行うことに期待が寄せられている。

2. 我が国の医療提供の取り組みの現状と課題

我が国の病院の特徴としては、人口あたり病床数が多く中小規模の病院が多いといった現状がある。OECD（Organisation for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構）の調査によれば、若干の定義の違いはあるものの我が国の医療保険制度については、諸外国に比べ人口あたりの病床数が多く、病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数は短期化傾向にあるが長いという最大の特徴がある。

言いかえれば、施設に詰め込むことは可能であるが、マンパワー不足のため在院日数の短縮を図ることができないことにより長期入院傾向になっているという悪循環でもあるということである。

また病院の病床（約160万床）のうち、一般病床（精

神病床・結核病床・感染症病床及び療養病床以外の病床)が約80万床と半数以上を占めるが、一般病床がどのような機能を持ち、役割分担するのか明確になっていない⁴⁾。

さらに一般病院の一病院あたりの診療科数は平均7科程度であるが、市町村立病院については、中小規模の比率が高いにも関わらず平均診療数は11科以上と比較的多くなっている。これは大病院の代替としての機能を地域で求められている結果であると考えられる。また、中小の病院については、医療法の体系でも診療報酬の体系でも、その機能の明確化が求められる仕組みになっていない。近年施設数・病床数ともに減少している有床診療所についても、中小の病院と同様、その機能が必ずしも明確ではない。

大病院についても、特定機能病院や地域医療支援病院の制度はあるが、一般病床のうち極一部に留まると共に、医療機能の分化、連携に十分機能していると言いき、また制度が広く知られるには、整っていないと考えられる。本来入院機能及び紹介患者に対する専門外来が期待されているが、大病院においても多くの一般外来患者を受け入れており、一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が、必ずしも図られていない。

これらのことから考えると診療所を含めた医療機関の役割分担が明確でなく、情報も十分でない中、患者は自ら調べ、自分なりの判断で医療機関を選んでいる状況にある。現在の仕組みのもとでは、無料だから、あるいは優先的に診てくれるからと言う理由だけで選択がなされるケースもあると考えられる。

在宅医療においては、往診や訪問診療の実施設数及び実施件数は概ね横這いであり、一般診療所が増える中、これらに取り組み施設割合は低下している。2006年においては、在宅療養支援診療所として9,434施設が届出を行っているが全ての届出施設が、在宅での看取りや訪問看護ステーション、ケアマネジャー等の地域の資源と共同連携が出来ているか検証が必要である。

患者・家族側が大病院を希望する理由として考えられる事は、医療機器や専門医が揃いどんな病気でも対応できると考え、大きな病院の方が安心できると考えているためだと思われる。医療機能や役割の分化・連携が明確になっていない我が国の医療提供体制におい

ては、自分なりの判断が可能となりやすい病院として選択していると考えられる。またこれまでもかかっている病院や身近な診療所においても必要に応じ、適切に専門の病院に紹介してくれるかといった心配があると思われる。

これらの状況を踏まえMSWは患者の持っている情報には、当事者間で持っている知識や情報量や情報を得る機会に差があり患者が最適・正確な選択が出来ない事があることを理解しておかなければならない。

近年地域医療連携室にMSWを配置させる事で診療報酬に反映される事もあり、どの医療機関においても地域医療連携室を開設してきている。また各医療機関は、MSWを配置させる事で、施設内・外の調整がスムーズにできると期待している。地域医療連携室はいわば施設の中核であり、施設内はもとより、外部の施設の情報を集め、その施設の機能を最大に発揮させるよう施設内・外の調整を図れるようMSWが中心になって取り組んでいる。このように地域医療連携室は医療と福祉の施設内と地域を結ぶ連携のための窓口としての役割を担っているという事ができる。

より良いネットワークづくりが出来ているかいかで今後益々進行する医療機関の平均在院日数短縮傾向に対して、早期から次施設や地域に向けた取り組みが可能になる。入院受付、退院支援を重要な役割としているMSWが各病院機能に精通している事でその患者に合った受け入れ手順や待機期間を認識し、医療関係チーム、患者家族に情報を提供する事が出来る。それにより、在院期間中の予定が立てやすく質の高い準備が可能になる。

MSWは、患者・家族が数多くの情報から自己判断して患者に最適な情報提供や医療・福祉資源の活用がスムーズに出来るよう調整役としてハンドルを握っている事を認識しておく必要があると考える。

3. 関係機関の連携の必要性

近年、脳卒中を発生したり、大腿骨を骨折した患者が激増しており社会問題になっている。しかし、患者が直ちに急性期治療を受け、継続して回復期リハビリを受け、残存能力を最大限に回復して、できる限り速やかに自宅など生活の場に帰れると言う、医療機関間が連携して一貫した、切れ目の無い医療の提供がなさ

れるのか一般患者には見えにくい⁵⁾。

また、在宅医療の中心になる、掛り付けの医師が継続してケアを行っていく中で、再入院等の時も含め医療機関や看護・介護サービス機関等と連携を図るなど、中心的な役割を担う仕組みが採られている地域において、患者は安心して日常生活を送る事ができると考えられる。しかし、医療面だけでなく、介護の相談や家族指導など生活全般の対応といった全体の連携の進め方をよく承知した上で、在宅医療を行ってくれる機関を見つける事は容易ではない。

これらの事から考えると、今後ますます急増する脳卒中患者や大腿骨頸部骨折患者に対して関係機関の一貫した切れ目のない医療提供体制が重要となる。そのためには、地域において格差のある社会資源や人材不足に対する取組みとして、自治体の地域における包括的なケアシステムの構築が、できるかどうかにか左右されると考えられる。

今後我が国は、2030年に75歳以上の後期高齢者が現在の2倍近い2260万人に増加すると言われている。現在では、医療施設の整備に伴い病院を利用しやすくなったことと相まって、1950年代には、8割の方が家で亡くなっていたものが、1970年代後半には病院で亡くなる割合が上回るようになった。現在8割の方が病院・診療所で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。

今後は、施設から地域への流れの中でこの割合が維持されるのが疑問である。大切なことは質の高い終末期を迎えるための基盤・整備作りが重要だと考える。

現在は、約110万人である年間死亡数は、2040年には166万人にまで達する見通しとなっている。今後、看取りを含めた医療のあり方が課題となり、急速に増加する高齢者の独り暮らし世帯とともに、認知症高齢者の急増も含めた保健・医療・福祉の連携による地域ケア体制の整備が急務である⁴⁾。

これらのことから今後MSWは、患者やその家族との緊密な関係を通して、生活の質が向上できる環境作りをしていくために、必要に応じて「在宅・地域へ復帰する、もしくは維持期担当の施設への移行」するために必要な各機関との連携や広範囲の職種による連携の窓口となり、連絡・調整の中心となっていくことが求められている。

4. 患者・家族の視点から見た医療提供体制の必要性

一般に患者・家族は地域の中でどこで適切でどのような医療が受けられるのか詳しく理解しているとは言い難い。各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどの現状に関する情報の把握やその開示については、IT (Information Technology: 情報技術)の普及に伴い各都道府県において一定程度行われているが取組状況には差があると言われている。さらに、医療の内容に関する情報の提供まで行っている地域は限定的であるなど、全国的には必ずしも十分なものとなっていない。

また、小児科や産科を中心に、医師確保の難しさから地域の医療機関が診療科を縮小あるいは廃止したり、医療機関自体がなくなるなど、急性期医療の確保が困難となっている地域がある。

急増する高齢者においては近年の関係医療機関の連携の流れが在宅にシフトしてきているものの、往診や訪問診療を行う診療所はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域基盤は不安定なものとなっている。患者、家族にとって退院により一旦、病院から切り離されてしまうと、いざという時に病院に戻れないのではないかと不安がある。

慢性疾患や合併症を複数有することが多い後期高齢者については、特に臓器別の専門医よりは生活管理・人間全体を診てくれる医師が期待されるが、そうした医師の養成は十分に行われていないと言われており、依然、縦割りの医療体制が大半を占めている。合併症を有する後期高齢者、家族の視点から考えると、地域における医療機能の明確化や機能分化、また、わかりやすく理解しやすい医療連携システムと情報開示が求められる。

近年の病院から在宅へ専門職から多職種協働へという大きな流れのなかで、国は“病気を治せ”ではなく、“QOLを高めていく”と言い始めており、言い換えれば“生活の質を高めるために医療を提供する必要がある”という視点に変化している。

しかし、生活の視点で考えると、疾病や障害の問題だけでは不十分であり、経済的な問題や家族の問題が大きなウエイトを占めることになり、そこに関わることのできる中心的存在がMSWだと考えられる。例えば、年金が少なくお金がないから病院に行けないと

ずっと自宅で辛抱していた患者に、MSW が介入することですぐに生活保護申請の支援ができ入院して治療が始まる状況ができるなど、MSW の生活の視点に立った役割は非常に大きいと考える。

Ⅲ 専門性

1. MSW の資格制度

現在我が国のソーシャルワーカーにおいて、医療機関に対する配置基準がしっかりとした診療報酬上に反映されないものの、医療機関での社会福祉士の資格取得者が増加してきている。また、新規採用や欠員補充の際に、社会福祉士資格取得者を採用の要件とする募集も多くなってきている⁶⁾。

社会福祉士の規制緩和としては、1997年9月、行政改革委員会・規制緩和小委員会において、社会福祉士の受験資格要件の規制緩和について検討された。ソーシャルワーカー関係団体へのヒアリングを経て、1998年6月に「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令」が出された。これによって指定施設における業務の範囲等に「医療法に規定する病院及び診療所において相談支援業務を行っている専任職員」が追加された。言い換えれば、病院に勤務するソーシャルワーカーの実務経験が認められ、指定施設での実習が免除されることになり、社会福祉受験資格取得への門戸が広げられた⁷⁾。

これらの経緯は、大変意義のある変革であると考えられる。従来、社会福祉士はその成立過程の中で、「障害者及び高齢者」の相談支援を行うものとして発展してきており、「傷病者」を対象とする MSW とは区別されてきた経緯がある。また、配置が義務付けられている資格ではないことなどを理由として、医療機関のソーシャルワーカーを排除する形で成立していった。福祉専門職として相談支援を行っているソーシャルワーカーは、実質的に社会福祉士と同一の職種であり、所属機関が医療だということだけで、分断されることの問題点は多く指摘されてきた。

施設から地域へと大きくシフトしてきている現在、今後規制緩和が進み、医療と福祉は別とされた従来の考え方がさらに修正され、医療機関に勤務する現任者が、資格取得に向けて取り組みやすくなったことを喜

んでいるだけではいけない。重要なことは、保健・医療・福祉の領域間の垣根が曖昧となり、統合へと向かっている今日の現状の中で、MSW の専門性を考えることが必要だと考える。精神科に限定されているとは言え精神保健福祉士の資格ができた背景において社会福祉士は増加しているがその一方で、精神科以外の医療機関のソーシャルワーカーの資格問題が、解決されないまま残されている現状がある。この間、日本医療社会事業協会は一貫して「社会福祉士以外の国家資格は求めない」との基本姿勢を守ってきており、現行の社会福祉士をいかに医療機関に位置付けさせるかが課題になっている。医療機関のソーシャルワーカーは、医療機関の中で医療連携チームの一員として、医療職として役割を担うのか、それとも福祉職として役割を担うのかという議論は長年にわたって続けられてきた。医療専門職チームの中で、福祉分野を中心に教育を受けてきた MSW が、医療チームの一員となる事で、MSW の働きは他の医療スタッフにもそのありようがよく見える存在となる。医師や看護師・理学療法士がその専門領域で研修を積むように、MSW も救急医療・移植医療・リハビリテーション医療・透析医療・難病医療・緩和ケア医療・高齢者医療といった各専門医療領域でのより深い知識が望まれる⁸⁾。さもないと医療用語が飛び交う中ではその専門性と力量が問われる事になると考える。また MSW の取り組みが2006年4月から業務または配置において、いくつかの診療報酬に反映されることになったが、診療報酬としてはまだ低く、診療報酬に大きく反映される医療専門職チームの中では一歩下がって、専門性を発揮しなければならない事もあると考える。さらに、この診療報酬の算定要件では「看護師と社会福祉士が、それぞれの専門性を生かし、共同して医療・看護の観点から退院困難な要因の解決や、介護・福祉サービスの活用等、退院に向けた総合的な体制による支援を行う」としており医療の知識が求められている事がうかがえる。しかし小嶋らの調査では現任者の4人に1人が MSW として就労するうえで必要な教育を受けていないと認識していると報告している⁹⁾。現在 MSW は多くの実践者・研究者の見解としては「福祉職」として位置付けられているが、社会福祉士養成課程が2009年4月より様変わりした事を機会に、新たな社会福祉士養成課程が MSW の養成教育として充分であるのか検証を今後していく必要が

あると思われる。

2. MSWの養成教育

近年の我が国の医療を取り巻く環境の変化により、「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が重要なテーマとなっている。医療機関においては、地域医療連携室が着々と設置され、MSWを配置させる場面が多くなってきた。それに伴い、社会福祉士の養成教育においても、医療機関が社会福祉士養成課程で、社会福祉援助技術現場実習の指定施設として認められることになった。2009年4月より改定された社会福祉士養成課程では、新たに指定科目とされた「保健医療サービス」のなかで、医療ソーシャルワーカー業務指針が取り上げられている。また、医療機関における社会福祉士の位置づけとしては、すでにMSWの業務の一部が、社会福祉士試験の受験資格を得るための実務経験として、認められるようになっている。

実習においては、これまで実習を行っていなかった大学の6割近くが、今後保健・医療機関での実習を実施予定または検討中としており、新たな科目開講に積極的な姿勢が目立ってきている。

これらに関して、2006年度に病院・診療所・老人保健施設が社会福祉士指定実習施設に追加されたことに対応したものと考えられ、法制度の影響力の大きさがうかがわれる。

しかし一方では、2008年7月、日本学術会議は「(前略)スペシフィックなソーシャルワーカーは、領域ごとに設定される資格として、精神保健福祉士に加えて(中略)認定医療ソーシャルワーカー(中略)などの認定資格を作りだし、社会福祉士をベースにした様々な領域でのスペシフィックなソーシャルワーク専門職の創設が考えられる。」としている。

また近年、労働・司法・教育等の領域でのソーシャルワーク支援の必要性が高まっていること等から、ソーシャルワーク専門職資格の見直しが検討されている。

このような見直しや検討に際しては、養成教育やその必要性について十分な検討が必要であり、MSWのスペシフィックな教育をどのように行っていくのか、教育に携わる者だけでなく現任者の意見が十分に反映されることが望まれる。

これらに関して小嶋らの報告の中で、現任者の4人に1人がMSWとして、就労する上で必要な教育を受けていないと認識していることや受けてきた教育内容がMSWとして就労するには、不十分であったとしている者が8割強であったと評価している⁹⁾。

養成教育のあり方については、資格の問題とも関連して様々な立場や意見があるが、改めて考えるべきときが来ているように思われる。その中で「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」ためには、現任者教育に委ねるべきではなく、就労前段階であるMSWの養成教育や実習が担うべき役割であると考ええる。

さらに重要なのは、社会福祉専門職が、保健・医療領域での相談支援の担い手としての立場を維持することであり、それを可能にするために垣根を越えて保健・医療分野を含めた新しい教育システムが構築される必要があると考える。

これらの教育システムが整っていき、実力を身につけていくことでMSWは多職種間・多医療機関・施設の中での窓口となり、リーダーシップが発揮できると思われる。

3. 他職種とMSWの関係

現在、保健・医療・福祉の領域において、ソーシャルワークの専門職が多機関との協働作業を通して、相談支援など多種多様なサービスを利用者・家族に提供している。

特に近年では、2008年の第五次医療改正(表Ⅱ-2)の中で「連携の推進」「機能分化」が明記されたこともあり、医療機関の中でのMSWの役割は大きく注目されてきている。しかし、MSWが医療機関の中で、多種多様なサービスを利用者に十分に提供されていない。また、他の専門職や多機関との協働作業の成果は、あまり見られないという事実もある。

従来、実践現場において、連携や協働というものは、専門職の集合体で行うというよりも、個人やネットワーク作りの力量にのみに、依存して行われるものとの考えがあった。そのため連携会議などが行われても、なかなか協働がスムーズに行われず、結果的に対人支援の質を低下させる結果を招いていることもあった。

地域における保健・医療・福祉の支援システムが、

重要視されてきた現在、この協働体制をいかに効果的に活用するかが、それぞれの専門職にとっても専門機関にとっても専門領域にとっても重要課題となっている。

また、患者本人を含む家族が抱える問題が、より複雑化し、困難化が進んでいる今日の実践現場においては、一人の専門職が単独で支援をするだけでは、十分な効果を生むことができなくなっている。その意味でも協働体制の構築は、優先して取り組むべき課題である。しかし、協働という言葉の理解がそれぞれの専門職でさまざまになされているため、現場では協働を通じて専門職の活用が的確にされていない。

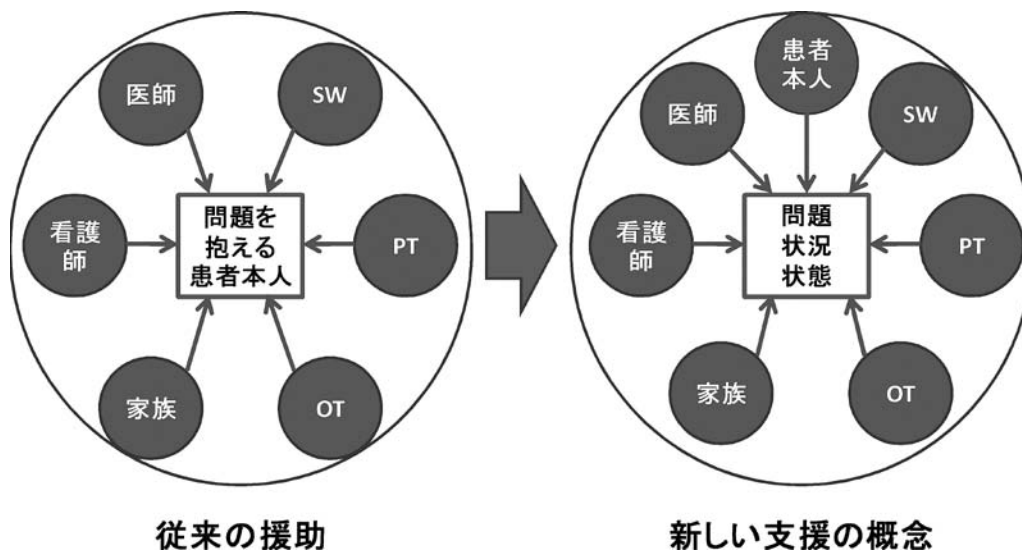
言い換えれば、専門職間で見解の統合をすることが、あるいは意見や目標を統一することが、また、その現場で力を持つ他の専門職から出された意見に賛成や同意をすることが、協働であるとの質の低い理解がなされていることも珍しくはない。

相手の立場や環境も理解せず異種の専門職であるのに互いに同質の同レベルの専門性を持つように、要求する場面もある。このような現状では、その患者の支援状況の関わりに強い特定の専門職の知識や情報が優位に立ち、他の専門職に指示を出す形になり下に見ることに繋がることもあると考える。それにより、専門職種間の協働の意識が、薄れてしまうと考えられる¹⁰⁾。

医療機関の現場においては、医師・看護師・理学療法士・言語聴覚士・薬剤師は、診療報酬にはっきりと反映される職種であり、専門性としても明確である。それに比べ、MSWの取り組みは、2006年4月からの業務または配置がいくつかの診療報酬に反映されることになったがまだほんの一部である。実践現場において、相談支援と言う専門性を発揮しなければいけない場面でも、他の職種に取って代わられることもある。

また、患者の支援のための具体的な協働体制においては、患者や家族を支援の対象として捉えるだけでなく、ともに協働体制のメンバーであると捉え、患者自身が各専門職と並び、それぞれが貢献できる役割や機能を果たせるようにチームとして、サポートすることが大切である。

従来の支援では、問題を持つ患者本人が連携や協働体制の中心に位置づけられ、家族も含めた他の専門職からの支援やサービスをすべて受身的に享受していた。しかし、近年の患者や家族の問題が複雑化、困難化している状況の中では、新しい連携システムとして、問題状況や状態をチームの中心に構え、患者本人を周囲の共同チームの一員として、位置付ける考え方が台頭してきている。言い換えれば、家族とともにこの協働に参画させ、責任・役割を持ち、問題状況や状態と取り組み、この協働体制に対して、自ら可能な貢献をしていくことである¹⁰⁾。



図Ⅲ-1 従来の援助と新しい支援の概念

(出典：福山和女「ソーシャルワークにおける協働とその投法」ソーシャルワーク研究34(4) 相川書房9頁)

このような新しい協働体制を有効に機能させて、患者・家族を支援するためには、MSWの専門性が必要不可欠となる。

MSWは入院相談と退院支援の両方、それに加え心理的・社会的問題・経済的問題などへの支援業務を担当することが多く、患者・家族により身近で、有効な情報を入手しやすい立場にある。

入院判定・退院判定は、医師を含む医療チームで行うべきである。その医療チームに有用な情報を提供し、患者・家族が役割を持ってチームに参加できるきっかけ作りのための窓口として、MSWの存在は大きいと考える。また、患者がチームの中で、MSWへの相談依頼が早ければ、在院日数は短縮できると言われている。言い換えれば、MSWを窓口とした専門職チームの退院支援システムを適切に活用すれば、患者・家族に対する一定以上の質の支援を提供しつつ、在院日数の短縮が可能であるということができる。

4. MSWの現状

近年医療関係機関の経営は氷河期の時代と言われ、経営的に窮地に立たされている施設も多い。しかしながらその一方で、MSWの需要は多く、採用の枠も年々増大傾向にある。これは社団法人日本医療社会事業協会が国立病院でMSW採用条件を社会福祉士にするよう運動してきた効果もあるが、2006年4月からMSWの業務または配置が、いくつかの診療報酬に反映された事にも関係すると考えられる。また2008年の第五次医療法改正の中でのMSWの役割は大きく注目されてきている。さらに2010年2月に開催された第10回チーム医療の推進に関する検討会の中で、「人員増員・配置に関する要望」として①急性期医療において、大勢の患者に対して相談業務を進めていけるよう100床に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。②回復期リハ病棟においては、1病棟に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要であるとの要望が提出されている事からもMSWの採用基準が益々明確になってきている

医療機関が、現在MSWに期待している業務として①入院受付、②退院促進、③介護保険関連業務、④医療費支払いへの社会資源活用による対処、⑤苦情処理などが考えられる。これらの業務は一見、従来と変わ

らないが、これらの業務は、現在の病院には必須であり、これらに即座に対処することができるかで施設の評価がなされ、それに関わる職種として近年周囲に認知されてきたのがMSWであると考ええる。

①入院受付、②退院促進は、ベッドコントロールと言われているものである。医療関係機関の急性期・回復期・維持期を問わず、あらゆる施設において今日は、平均在院日数・病床利用率・紹介率を意識しない病院経営はありえない。また、医療関係機関のその機能を考慮しながら、社会資源を結び付けていく役割がある。③介護保険業務は②退院促進のための効果的で質の高い支援という側面と各組織や関連機関・事業所で行っている介護保険関連事業での橋渡しと言う側面がある。ソーシャルワークの理念やケアマネジメントの方法論に関する技術を用いたものが常に関係することから、経営者側は養成教育の過程で培ってきた経験を新卒者でもすぐに生かせると考え始めたからだと思われる。④医療費支払いへの社会資源制度活用による対処は、昨今の経済状況を反映した未収金問題への対策でもある。医療費未払い問題は、近年急激に増加し医療関係機関の根本的経営を揺るがすなどの件数・額に達しているケースもあると言われている。

これらの問題に対しても患者の経済状態を速やかに把握し、社会資源に結びつけることや素早く相談支援に取り掛かれる立場にある、MSWの役割は大きい。⑤苦情対応は、病院機能評価などでもこれに対処している院内部門が問われる。また、患者・家族が抱える問題が複雑化・困難化しているため多種多様の苦情が発生し苦情は、日常的になりその中で窓口として先ず、MSWに相談が持ち込まれることが近年多くなってきている¹¹⁾。

いずれの業務も取り組み方次第で、MSWらしい価値観を反映し、患者のニーズに即して対応することは可能である。しかし、実際それは医療関係機関の運営や、経営上の必然性から求められていることが多い。そもそも、医療制度改革の骨子が「効率的な医療の期間と社会的入院の是正」であるから、このような趣旨の影響を受けることは当然である。

このような状況下でもMSWが、専門職としての機能を発揮し、院内でのポジションを確保し存在価値をアピールし続けるためには、経営者向けと患者向けのスタンスを意図的に使い分ける必要があると考える。

病院経営の基盤となる「効率性」はMSWが業務の基本に据えている最も基本的な「個別性」と相反する概念だからである。従って、これからのMSWは経営的側面にも対処しながら、多様な院内外の業務を請け負うことで存在感を示し院内向けパフォーマンスに工夫をこらし存在価値を示さなければならない。また独自性と専門性を発揮していくという多重構造を内包しながら日常業務を遂行しなければならないと考える。

IV 今後の医療関係機関の連携とMSWの役割

1. 医療連携体制の構築とMSWの役割

各医療機関が地域医療の中で具体的にどのような役割を担い連携を図っていくかを明確にしていく必要が今後期待されている。

各医療機関がそれぞれに多くの診療科を持って人材確保を図ることは理想であるが、現実的には困難である。しかし、住民に対し地域の実情に応じて機能を分担・連携していくこと、そして、その分担状況と連携の仕組みを住民に明らかにしていく必要がある。

医療の基本原則は、できるだけ短期間に集中して質の高い治療をして、早期にその患者本人に合った日常生活や残存機能を生かした療養生活に復帰させることである。入院医療についても、今後更に検査技術や医療技術の進展等に合わせて在院期間の短縮、早期の復帰を進めていくことが求められる。言い換えれば、それぞれの地域において急性期段階、回復期段階、在宅を含む維持期段階といった治療の各ステージに合わせて、それぞれの施設が役割分担を理解して専門的な医療を提供することにより実現していくことになるということである。これらのことを実現していくために各医療機関は、地域において求められている病院機能に応じて、自らの医療機能や、それに応じた人員体制、病床数、受け入れ手順、受け入れできない患者状態、待機期間をどのようなものとするかの検討を進めていくことが必要となる。

医療機関の機能連携の進め方としては、関係医療機関や地区医師会等との話し合いの場を設け、地域連携パスのたたき台を出して関係者の合意を形成しつつ参加医療機関を増やす方法がある。さらに、これを他の圏域にも波及させる方式がある。しかし、人口の減少

地域であるか、あるいは大きな人口を抱えている地域であるか等、各都道府県ごとまたは県内でも地域によって置かれている状況が異なる。そのため、各都道府県において、様々な事例を参考にして地域の実情に応じた推進方策を確立することが、今後期待されている。

また、2006年の医療法改正において制度化された医療機関の標榜診療科や医師、看護師数等の基本的な情報、提供する医療の内容に関する情報、医療提携や医療安全に関する情報など一定範囲の医療機能情報を提供することが明確にされた。しかし今後、医療機関自らが関係する「医療機能情報提供制度」については、患者、住民に対しわかりやすく地域の実情に応じた求められる情報提供がなされるような確かな制度運用を図ることが必要であると考えられる。

地域の住民にいちばん身近である中小病院の役割と今後の位置付けとして、大病院における高度な急性期治療を終えた後の回復期リハビリの機能や在宅復帰までの調整機能、軽度の急性期医療への対応など、地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能といった機能を有するのが中小病院の位置づけとして期待される。今後さらに、身近な場所に存在することが求められる。

また、地域の実情などにより、大病院を設置できない地域においても、ある程度の急性期の医療に対応できる中小病院があることが必要となり単科の専門病院としての機能を持つ中小病院も考えられる。

入院機能を有する診療所(有床診療所)については、看護等の職員体制が手薄といった課題や医療設備の問題があるものの、地域における貴重な社会資源として有効な活用を図っていくことも今後必要になってくると考えられる。

こうした個々の中小病院や有床診療所が、地域において果たすべき機能・役割については、地域の様々な実情に応じてや医療計画において、可能な限り具体的に明記されるべきである。

さらに、診療所においては、一時的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上や身体機能の予防を図りつつ、時間外や夜間にも連絡が可能であることが期待される。また必要に応じ往診を行うこと等急な発症等への対応が、診療所相互間の連携あるいは病院との連携によって、実現できる

という方向性に向かうべきではないかと考える⁴⁾。

これらのことから考えると今後のMSWの役割としては、地域における支援体制強化のための支援ネットワーク作りと支援内容の整備に積極的に参加するとともに日頃の人脈開発にも取り組み各病院機能に精通しながら連携に関する政策・制度システム研究開発に努力していく必要があると思われる。

チームの中で関係機関との連携を構築していくために、有益なパートナーとして、MSWが機能していくことが異なる資質・能力をもつ人々・機関・組織の中で包括的な成果を効率よく発揮することに繋がると考える。

2. 高齢者の生活を支援するためのMSWの役割

近年、高齢者患者の生活の場は、施設から在宅へと大きくシフトしてきている。しかし、実際には在宅での療養生活を選択することが難しいという問題もある。今後の現状に対して、本人や家族が希望する場合には、自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など、多様な住まいでの生活が可能となるようにしなければならない。またそのためには、在宅医療、看護、介護サービスその他の高齢者の暮らしの安心に繋がる様々なサービスの連携を図ることができる、地域ケア体制の推進が必要不可欠である。

特に、今後、ますます深刻化する後期高齢者の医療のあり方において重要なことは、高齢者がどのように生き、どのように死を迎えたいかという質の高い願いを実現させる医療提供体制である。この願いを実現させるためには、急性期の治療が終われば速やかに生活の場における療養が確保される必要があるという視点を持ち、尊厳に配慮しながら、安心できる医療を提供しなければならないという、認識を持つことが大切である。

高齢者においては、入院前の日常生活動作（以下ADL）と退院時のADLの状況に個人差が大きく、治療方法の選択が退院後の生活の質に大きく影響を及ぼすことになる。これらのことを踏まえて、入院直後から退院後の生活を見越して治療方針の選択を含めた患者・家族との相談や支援を開始することが望ましいと考えられる。その際、高齢者に求められる医療や看護・介護は何かを医療機関のMSWや看護・介護サービス

機関等のソーシャルワーカーが、窓口になって本人や家族とよく話し合う必要がある。また、MSWが中心となり、経済面に配慮した住宅改修を含めた生活導線の確認と福祉用具や自助具の必要性等、社会資源の有効活用法について、最も望ましい選択肢を選んでいくよう調整する必要がある。さらに、家族の協力度の判定とキーパーソンの設定が必要となることをMSWは常に念頭に置いておくことが大切である。

これらのことに加えMSWは、退院後の介護施設への入所、あるいは在宅医療や在宅での看護・介護サービス等を受けながらの自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活に、円滑に移行できるようにしなければならない。そのためには、少なくとも退院時から、在宅医療の中心となる在宅主治医を含めた医療機関と看護・介護サービス機関等との連携を図る工夫が必要となる。MSWは当事者が再入院した場合においては、病院主治医との連携を図り、退院時のカンファレンスに参加して継続的なケアを図るなどの工夫も今後していく必要があると考える。また、医療・福祉に関わる地域の多職種と協働し医師会、社会福祉協議会、民生委員、ボランティアなどのフォーマル・インフォーマルな組織との連携も図りながら、認知症のケアや独居の高齢者も含め地域で解決していく仕組みの構築が必要不可欠であることを常に認識しておく必要がある。

その際MSWが考えておかなければならないことは、高齢者は、「疾患を治療する医療」だけでなく「生活を支援する医療」の視点を常に持つことが大切であるということである。急変時の地域の入院機能を確保することと併せて、訪問看護ステーションを初めとした介護保険関係サービスなどとの連携を含め、こうした医療を多職種とのチームで実施する際の具体的なあり方についても検討を行うことが重要である。

3. 地域ケア体制の計画的な整備におけるMSWの役割

療養病床群は、2003年9月の医療法改正により、介護保険施設の一類型（介護療養型医療施設）と位置付けられたものの、その後の介護基盤の整備を踏まえ、2006年の制度改革において、2011年度末を持って、介護・療養型医療施設の類型は廃止されることとなった。これにより、本格化する療養病床の再編成は、医療の必要性の高い者のための療養病床は確保しつつ、基本

的に後期高齢者の療養を、終末期を含めて、その生活の場をどのように確保していくかを展望し、行うものになった。これらのことを MSW は踏まえながら各地域において、その転換による受け皿作りをしなければならない。また、後期高齢者の療養の将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、高齢者が住み慣れた地域で安心して、暮らし続けることができるように考えていかなければならない。さらに、「地域ケア体制」の計画的な整備を着実にを行うための MSW の役割の1つとして考えられることは、院内システムと院外ネットワークの構築・運用と参加・関与が必要不可欠と言うことである。

その際、地域における在宅医療や在宅での看護・介護サービス等により、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活を継続するための支援をしなければならない。またそのためには、ケア体制を推進する観点から、基本となることを MSW は認識し、住宅政策との連携も図りながら取り組んでいく姿勢が必要であると考えられる。

さらに、療養病床を有する中小病院の今後のあり方については「地域ケア体制」を踏まえながら、介護老人保健施設、その他の介護施設との連携の取り方を考えていく必要がある。また、地域の医療を担う場合においては、回復期リハビリ、軽度の急性期医療への対応などを考えた上で、地域の診療所と連携した在宅療養の支援をしていく必要がある。地域において今後、中小病院の果たすべき機能と役割は、益々期待されその橋渡し役として MSW が重要な存在になると考えられる。

また、以上のような基本的な方向性を踏まえ、介護施設等の基本的なあり方やその入所者に対する医療の提供のあり方についての検討が必要になることが予測される。

4. 高齢者に対して総合的な視点を持った

医療の必要性と MSW の重要性

高齢者においては、複数の疾患や合併症を有していることから複数科受診に伴う重複投薬や検査が行われていることが指摘されている。主治医等が高齢者の状態を把握することによりこうした重複投薬や検査、問診を防ぐことが可能となり、高齢者への診療の標準化

を進めることができる。高齢者の場合、その特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要があると考える。

また、特に後期高齢者においては複数の疾患の併発、再燃、急激な ADL の低下等の状況にあることが多く、総合的な医療が必要となる。手術等に際しては、CGA（高齢者総合的機能評価）等を行うことが重要であり、臓器の状況や一部の機能面だけで手術の要否を判断すると、総合的に見て高齢者に最も適切な医療が選択されていない場合がありうる⁴⁾。

こうした過程においては、代替方法の提示を含めて、家族や本人にしっかり説明した上で納得を得ることが必要である。そうした実践が増えていくことが今後望まれており、医師とともにその役割を担うのが MSW である。

さらに高齢者を総合的に診療するためには、心理・精神面や認知症に対応できる視点を持ち合わせる必要がある。特に認知症の初期段階においては、早期診断や専門医への紹介、家族への説明が重要となる。また早期段階では、地域医療連携室の MSW やケアマネジャーをはじめとする介護サービスへの紹介、つながりが重要となり、終末期には病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供することが重要となる。そこでも MSW の能力と存在が必要不可欠となり、MSW のこれからの知識の幅が重要になると考える。

さらに、認知症をはじめ加齢に伴う様々な疾病、障害を併せ持ちながら、地域において生活する高齢者の特性を理解しておかなければならない。また、それを支える上で、活用しうる必要な社会資源に関する情報や考え方の普及を MSW が中心になって図るとともに、さらなる資源開発を推進する視点が必要であると考える。

V おわりに

近年、医療機関における MSW の採用場面では、ソーシャルスキルの点で現場側にストレスが少ないとの理由や、未熟で即戦力にならないという理由から、新卒者よりも臨床経験者を採用しようとする傾向が認められる¹¹⁾。

医療機関側から考えてみると、ソーシャルワークの

方法論を学んでいる学生であるが、臨床場面の実情を余りにも知らない学生が多いと思われる。

現状の限られた時間の中での学生教育では、臨床場面に即した社会保障論の細部まで学習するのは困難かもしれないが、しかし、自分が就職先に選んだ医療機関が急性期段階、回復期段階、維持期段階のどの治療ステージに属するのか現場の実情を調査し準備を整えておくことは、大切であると思われる。

MSWの業務は、患者が自らの日常生活上の課題と現実的な折り合いをつけられるよう支援することの繰り返しである。しかも、現在の生活や身体機能にかかわる問題なので時間的猶予はなく、なるべく短時間で調整されることが期待されている。これは、患者本人が必ずしも望んでいない選択肢となる場合もある。この点において、新卒者や経験の浅いMSWは入職後自分の業務の専門性を見失い困惑が広がり、現実を受け入れることができるのかで今後が左右されることになる。これらの点を考えると、今後新卒者のMSWも、現場経験者に少しでも近い意識を持たなければならないと考える。

それは、近年どの医療機関においても病病連携・病診連携を扱う部門として、創設している「地域医療連携室」があるが、この部門で働く者が必ずしも福祉専門職である必要はないと言われかねないからである。なぜならば、経営的見地のみから判断すれば、平均在院日数や紹介率等に貢献さえすればいいことであり、「地域医療連携室」の本分が「営業」的色彩が強くなってきているためである⁶⁾。

以前、精神保健福祉士やケアマネジャーが登場した時、現場ではこれでMSWは消えてなくなるのではないかと言われたこともある。またMSWの機能として、まさに期待されている業務が、実は他職種の方が適任ではないかと指摘もされ始めている。この中には、連携室の働きによって効率的に受診ができたり稼働率が上がり転院がスムーズに整うのであれば、患者にとっても医療報酬にとっても悪い話とは限らず、MSWが支援にかかわる必要もないという意見もある。また、MSWは第三者的立場から患者・家族側の権利を守る職種として自らの存在意義を主張してきたが、実際の苦情対応においては、近年、賠償や法的判断にまで踏み込んで対処しうる者が、担当していくことで組織防衛的にも実際の患者救済の点からも、賢明であるとの

指摘も出てきている¹¹⁾。

それでも、一般的に医療機関において、MSWは増員傾向にある。この理由の1つとして考えられることは、一部の療養型・リハビリ病院では受け入れる患者の条件や実施されるサービスが限定的・画一的で、入院相談でのオリエンテーションを主要業務とし、ベッドコントロールに重点を置き、退院支援などの後方支援をほとんど行わない医療機関においては、MSWは扱いやすい職種である。また、所属する医療機関の方針で生活保護受給者を敬遠する場合や、褥そう・感染症など率直な言い回しでMSWが入院を断るなど医療機関・施設によっては、MSWの業務を、紹介率の向上、在院日数短縮のみで評価するところもあり、都合のよい職種として取り扱われることが多い。また、こうした医療機関・施設においては、MSWは、退院後の患者・家族の療養、生活を考慮せず、退院促進業務だけを追求する「道具」になってしまうと考えられる。そうならないためにもMSWが積極的に施設内のシステムや他の医療機関・施設などとの連携、ネットワークの構築・運用に参加・関与することが不可欠であると考えられる。

また、我が国に限らず多くの先進国において、病院から施設・在宅への移行とその後の生活を支援するシステム構築は、大きな課題となっている。患者・利用者は、医療制度（病院）と福祉・介護制度（施設・在宅）という別立ての制度間を移動しなければならない。そのため制度間には「すき間」ができ、それを埋めるのは容易ではないからである。

我が国では、1990年代以降、個々の病院や職種、あるいは地域内の病院同士が協力し、退院支援システムを構築するようになってきた。また、保健・医療・福祉を複合体化する病院も多くなってきている。

政策レベルでは、病院独自の退院支援の取り組みを、診療報酬などにより評価するようになってきた。しかしながら、制度間の「すき間」は依然としてかなり大きく、簡単には埋まらないのが実情である¹²⁾。

近年の病院から在宅へ、専門職から多職種協働へという大きな流れの中で、医療機関、介護・福祉施設の個々の充実だけでなく、地域全体での医療機関、介護・福祉施設の連携が大変重要になってきている。その中で制度間の「すき間」を埋める一役を担う存在として、MSWがキーパーソンとして今後さらに期待されている。

引用文献

- 1) 里字明元 (2007) 脳卒中リハビリテーション連携パス 基本と実践のポイント 医学書院 v 頁
- 2) 船見敬成 (2008) 地域連携パス PT ジャーナル 42 (10) 医学書院 865 頁
- 3) 尾形裕也 (2004) 「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書 3 頁
- 4) 厚生労働省 (2007) 医療構造改革推進本部総合企画調整部会 医療政策の経緯 現状及び今後の課題について 5 - 9 頁
- 5) 石束隆男 (2008) 脳卒中地域連携パス北九州標準モデルについて 北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会 1 - 5 頁
- 6) 村上須賀子 (2009) 実践的医療ソーシャルワーク論改訂第 2 版 金原出版株式会社 118 - 125 頁
- 7) 加島明 (1999) リハビリテーション専門職種の現状と問題点 ソーシャルワーカー—資格制度の行方—総合リハ 27 (4) 医学書院 329 - 332 頁
- 8) 京極高宣 (2008) 医療ソーシャルワーカー新時代 頤草書房 5 頁
- 9) 小嶋章吾 (2009) 医療ソーシャルワーカー養成教育の基礎的研究 (その 2) 医療と福祉 86 (43) 川島書店 42 - 46 頁
- 10) 福山和女 (2009) ソーシャルワークにおける協働とその技法 ソーシャルワーク研究 34 (4) 相川書房 4 - 16 頁
- 11) 杉山明伸 (2006) 医療ソーシャルワーク実践論 学生を専門職へ養成するために 立教大学コミュニティ福祉学部紀要 8 125 - 138 頁
- 12) 平井有美 (2008) シームレス研究会の設立と地域連携クリティカルパス作成 総合リハ 36 (5) 医学書院 506 頁