

2012 年度  
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

修士論文題目

療養型病院におけるソーシャルワーカーの  
役割と専門性に関する研究

指導教員（ 浅野 仁 教授 ）

社会福祉学研究科臨床福祉学専攻

学生番号 2 1 1 6 0 0 0 5 氏名 高岸 真一

(修士論文要旨)

## 療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割と専門性に関する研究

高岸 真一

(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)

### 【目的】

病院の「機能分化」が進められる中で、ソーシャルワークの価値や倫理は同じにせよ、病院の機能が違えば、ソーシャルワーカーの役割や専門性に違いがあると考ええる。そこで、急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーに日々の業務や連携(転院調整)等について、インタビュー調査を通して業務比較を行い、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割を明らかにする。また、筆者が現職場にて支援したケースを事例研究として2事例挙げ、支援の過程等をフィードバックすることで、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性を明らかにする。その上で、療養型病院のソーシャルワーカーがより良い実践を行うための要件を述べる。

### 【方法】

(インタビュー調査) 対象者：急性期病院、療養型病院のソーシャルワーカー計8名。実施期間：平成24年6月30日～平成24年11月30日。調査方法：質問に沿って自由回答とし、1対1の個別面談を実施。質問項目：回答者の属性に関する項目等、両病院のソーシャルワーカーに共通した質問事項8項目と、業務における具体的な質問事項9項目

(事例研究) 対象者：平成16年～平成23年に筆者が担当した患者2名。内容：事例1 家族の決断により最期を自宅で迎えたケース、事例2 入院当初に生活課題が明らかとなったケース。方法：基本情報、入院前・入院中の経過、支援上の問題点、実際の支援、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性、まとめ。

### 【結果】

急性期病院では病院の機能上、患者や家族

の生活課題を完結することができず、療養型病院へ引き継ぐこととなる。つまり療養型病院は、治療やリハビリを行うだけでなく、病気によって生じた、また明らかとなった生活課題に対し、対処しなければならない。そのため、生活課題のアプローチを行うソーシャルワーカーが入院相談窓口業務を担うことが役割の1つであることがわかった。また入院している患者1人1人のQOL向上に向けた支援を行い、どのような患者であれ、在宅や施設等の生活の場に向けた支援を検討することが療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割であることがわかった。また療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性として、ケースを引き継ぎ問題を改めて整理し直す機能、介入のしやすさとニーズへのアウトリーチ機能、患者や家族の受容のプロセスにあわせた介入、地域関係機関へ繋ぐ機能を見出すことができた。

### 【結論】

日々変わる社会情勢において、ソーシャルワーカー自身も自己研鑽する必要がある。また、業務で行った支援をフィードバックし、学会等において療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割や専門性について、明らかにする場を設けることが必要である。そのことは一つのソーシャルアクションであり、社会的地位の向上につながると考える。またフィードバックすることで、新たな課題を見出すことを可能とし、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割や専門性を追求するきっかけにもつながる。そのことは、最終的には患者に還元され、1人1人の患者のニーズにより応えることを可能にする。

# 療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割と専門性に関する研究

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 高岸 真一

## 目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
------------------------------	---

## 第1章 本研究に対する問題意識

- (1) 療養型病院におけるソーシャルワーカーの存在意義の不明確さ・・・・・・3
- (2) 療養型病院におけるソーシャルワーカーの実践を明らかにする必要性・3

## 第2章 療養型病院における歴史的背景とソーシャルワーカーの現状

- 第1節 医療制度から見る療養型病院の歴史的背景・・・・・・・・・・5
- 第2節 療養型病院におけるソーシャルワーカーの現状・・・・・・・・・・7

## 第3章 インタビュー調査

- 第1節 調査の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
  - (1) 目的 / 15
  - (2) 対象者 / 15
  - (3) 対象者の抽出方法 / 15
  - (4) 実施期間 / 15
  - (5) 調査の方法 / 15
  - (6) 倫理的配慮 / 16

(7) 質問事項 / 16

第2節 急性期病院におけるソーシャルワーカーの調査結果・・・・・・・・・・18

(1) ソーシャルワーカーの業務内容 / 18

(2) ソーシャルワーカーの介入時期 / 18

(3) 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか / 19

(4) 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題 / 19

(5) 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い / 21

(6) 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割 / 21

第3節 療養型病院におけるソーシャルワーカーの調査結果・・・・・・・・・・24

(1) ソーシャルワーカーの業務内容 / 24

(2) ソーシャルワーカーの介入時期 / 24

(3) 急性期病院より転院相談を受ける中で日頃感じていることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題 / 25

(4) 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い / 26

(5) 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割 / 26

第4節 調査のまとめ 療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割・・・・28

(1) ソーシャルワーカーの業務内容 / 28

(2) ソーシャルワーカーの介入時期 / 28

- (3) 療養型病院において入院相談窓口をソーシャルワーカーが担うことの  
必要性 / 28
- (4) 療養型病院へ転院調整を行う中で急性期病院のソーシャルワーカーと  
療養型病院のソーシャルワーカーが感じていること / 28
- (5) 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い / 29
- (6) 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められて  
いる役割 / 29
- (7) 小括 / 29

## 第4章 事例研究

### 第1節 事例の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31

- (1) 目的 / 31
- (2) 対象者 / 31
- (3) 方法 / 31
- (4) 倫理的配慮 / 31

### 第2節 事例報告・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

- (1) 事例1 家族の決断により最期を自宅で迎えたケース / 32
- (2) 事例2 入院当初に生活課題が明らかとなったケース / 37

### 第3節 事例のまとめ 療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性・・ 42

- (1) ケースを引き継ぎ、問題を改めて整理し直す機能 / 42
- (2) 介入のしやすさとニーズへのアウトリーチ機能 / 42
- (3) 患者や家族の受容のプロセスにあわせた介入 / 43

(4) 地域関係機関へ繋ぐ機能 / 43

## 第5章 療養型病院のソーシャルワーカーがより良い実践を行うための要件

(1) 組織の中での位置づけの明確化 / 45

(2) 働きやすい環境の整備 / 46

(3) ソーシャルワークを追求する姿勢 / 47

おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・48

参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50

資料

## はじめに

我が国においては、団塊の世代が75歳以上になる「2025年」問題が突きつけられている。平成24年1月推計の国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」によると、高齢化率は、平成22年度では23.0%に対し、平成37年には、30.3%に達すると見込まれている。その要因の1つとしては、人口の減少と共に、生産年齢人口が減少するためである。

高齢者は、高血圧や糖尿病等、慢性疾患を抱えていることが多く、継続的な受診を余儀なくされ、また入院した場合は入院期間が長期化しやすく、要介護状態になりやすいといった特性がある。

そのため医療費においては、厚生労働省「国民医療費」によると、平成22年度が37兆4202億円に対し、平成37年には56兆円に達すると見込まれている。

そのことを踏まえた上で、今後の我が国における医療制度は、高齢社会にあるべき医療の姿を見据えつつ、「社会保障と税一体改革成案」において、急性期、亜急性期、慢性期の病院・病床機能の分化・強化や外来診療の役割分担、在宅医療の充実等が進められていくこととなり、同時に急性期病院においては、今後ますます在院日数の短縮に拍車がかかり、いかに次の担い手である療養型病院や在宅事業所が早期に受け入れを行えるかが問われてくる。

しかし、家族や地域の実情は複雑かつ深刻である。医療・福祉分野におけるサービスは多様化してきており、また変化も著しく、様々な企業が参入してきている。特に住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅の開設は近年加速しているが、その費用負担は高額な場合が多く、同時にサービスの質も問題視されている。また、平成24年度の介護報酬改定では、在宅促進を進めていくために、地域包括ケアシステムの基盤強化が謳われており、365日24時間居宅サービスの利用を可能とした、定期巡回・随時対応サービス等の整備改革が進められているが、どこまで浸透していくのか課題が多い現状である。

家族においては、個々のライフスタイルを重視する考え方が強くなる一方で、家族による介護の期待が困難な状況下にある。平成22年の厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、高齢者の半数以上が単独、あるいは夫婦だけで暮らしていることが明らかとなっており、今後ますます「老々介護」が深刻化する恐れがある。

そのような社会情勢の中で、病院は地域における「一社会資源」として、医療を提供していくことに変わりないが、患者の問題は病気のみならず、身体的、心理的、経済的、社会的問題等様々である。医療が高度化する昨今、社会情勢を踏まえた上で考えると、急性期医療を終えた患者の、継続的な医療や介護、そして病気による生活課題へのアプローチは複雑化・多様化すると思われ、社会福祉の立場から問題を解決していくソーシャルワーカーの役割や専門性は今以上に必要とされるものと思われる。

ソーシャルワーカーは1人1人の患者が望む生活へといかに結びつけることがで

きるかが今後の大きな課題となっている。



## 第1章 本研究に対する問題意識

### （1）療養型病院におけるソーシャルワーカーの存在意義の不明確さ

我が国における医療機関とは、医療法上「一般病院」「精神病院」「結核病院」「感染症病院」の4つに分類されている。その中の「一般病院」は、主に急性期の疾患を扱う「一般病床」と、主に慢性期の疾患を扱う「療養病床」に分けられており、病院の機能の違いが明確化されている。

保健診療の基本となる診療報酬改定制度においては、近年の動向として、重点課題を小児、周産期、精神疾患を含めた救急医療の充実や、勤務医の負担軽減があげられており、「あらゆる世代や病気に対して早期治療を行い、早期に退院させる」ことが急性期病院の役割として求められている。

一方療養型病院においては、急性期病院の後方支援機能として、医療や介護の必要性が高い患者の受け入れを行うことが求められている。それを受けて平成20年度の診療報酬改定においては、入院患者を生活の場へ移行させた場合、退院支援業務に診療報酬がつくこととなった。さらに、平成24年度の診療報酬改定においてもその傾向が強くなっている。しかしそれでもそれは1つの加算にすぎず、急性期病院のように平均在院日数の制限が明確に定められていない。そのため病院によっては、長期入院を全面的に謳っているところもあれば、急性期病院と在宅の「中間施設」として、リハビリに力を入れ、社会復帰に向けた支援を行っている病院等、療養型病院の機能自体もそれぞれの病院の考え方によって違いがある。ソーシャルワーカーの業務においても、入院相談窓口業務から、退院調整、ベッドコントロール、渉外活動等、病院ごとに違いがあり、関連学会や論文を検索してみても、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割や専門性について書かれているものはないに等しい。

また、世間一般的な病院のイメージとしては急性期病院ととらえられており、療養型病院の認知度は低いとテレビのドキュメント番組や入院前の相談で来院される患者の家族に説明する中で切に感じている。ソーシャルワーカーにおいても療養型病院は長期入院や社会的入院ありきの考え方が未だに根強くある中で、いったい何を業務としているのかとの声も聞こえてきている様に思える。このように今まで療養型病院におけるソーシャルワーカーの存在意義が明らかにされてこなかったことは危惧される点である。

### （2）療養型病院におけるソーシャルワーカーの実践を明らかにする必要性

急性期病院では、救急搬送や在宅医からの紹介、患者や家族等が体調の異変を感じて外来受診され、患者の状態に応じて治療を行い、病状の安定を図ることを主目的としている。対して、療養型病院においては、入院してくる患者の多くが急性期病院からの紹介入院であり、急性期病院で治療が終了した後の、継続的な医療や介護、またADLの改善を求めたリハビリを目的に入院依頼がある。入院してくる患

者の大半は決して在宅での生活は不可能ではないが、病気に対する受容ができていなかったり、介護の問題であったりと、患者や家族に何かしらの解決すべき生活課題を抱えていることが多い。つまり、療養型病院では、治療やリハビリを行うだけでなく、病気によって生じた、また明らかとなった生活課題に対し、対処しなければならないという役割が求められている。患者や家族の抱えている生活課題は、多種多様であり、医師や看護師は、日常業務において、その課題までに関われる時間的な余裕や専門的な知識はない。だからこそ、生活課題に対してアプローチを行うソーシャルワーカーが必要となってくる。

ソーシャルワーカーは、病状が安定されリハビリが終了した患者の社会復帰を可能とするために、患者の治療やリハビリの状況等を通して、患者の状態を見ながら、社会福祉の視点を持って、チームの一員として業務を行っている。非日常的な場が生活の場になりがちである療養型病院において、1人1人の患者が生活の場に戻るために、社会資源を有効活用し、地域関係機関と連携を計りながら、問題解決を行っている。

また院内に入院されている患者の対応だけに留まらず、急性期病院などの地域関係機関からの入院相談に対応したり、地域へ出向き、地域のニーズを把握し、地域の病院として、何を必要とされているのか、また改善する点はないか評価を行い、院内の状況を地域へ発信し、地域と共に患者を支える体制作りを行うことも求められている。

様々な役割が求められている療養型病院におけるソーシャルワーカーの実践を明らかにすることは今以上にソーシャルワーカーの必要性を示すことができると同時に、患者や家族の満足度を高め医療の質を向上させる上でも急務であると考えられる。

## 第2章 療養型病院における歴史的背景とソーシャルワーカーの現状

### 第1節 医療制度から見る療養型病院の歴史的背景

療養型病院におけるソーシャルワーカーについて述べるためには、その所属する機関である療養型病院の歴史的背景を見ることが必要である。本節では現在の療養型病院の姿に至るまでの制度上の経過を含めて、療養型病院に求められている役割について述べる。

昭和36年に我が国においては国民皆保険が達成し、昭和47年の老人福祉法改正により、翌年に70歳以上の高齢者は事実上、医療費が無料化されたことは周知の事実である。

しかしそのことにより、高齢者に対する過剰医療や社会的入院が問題視されるようになった。そこで、昭和58年に高齢者（原則70歳以上）にも一定の自己負担を求める老人保健法が施行された。施行に当たり、翌年に「特例許可老人病院」が導入され、入院患者の内、高齢者の比率を設け、また医師及び看護職員や介護職員の配置基準等が設けられた。更に診療報酬に関しても、包括払いにすることで、過剰医療を抑える仕組みがなされた。

しかし、厚生労働大臣官房統計情報部「患者調査 平成2年 上巻（全国版）」によると、一般病院において3ヵ月以上の長期入院患者が全入院患者の4割強を占めているにもかかわらず、特例許可老人等の老人病院の患者は全入院患者の1割強にとどまっており、両者の機能分化が十分に進んでいるとはいえない状況であることが明らかにあった。そこで、平成5年に施行された第二次医療法改正により、病院の「その他の病床」に、主にこれらの患者を対象とする「療養型病床群」が設けられた。

平成12年4月に介護保険法が施行され、また平成13年に施行された第四次医療法改正により、「その他の病床」は「一般病床」か「療養病床」に区分されることとなり、療養病床群は医療法に基づく医療療養型病床と、介護保険法に基づく介護療養型医療施設へと変わった。

それに伴い、特例許可老人病院は現在の療養病床群が代替する形で、平成15年3月末で廃止となっている。

近年の動向としては、医療療養型病床においては、平成18年度の診療報酬改定で、入院基本料に「医療区分」「ADL区分」が導入され、医療の必要性や身体機能により1日の診療単価が定められることとなった。また、平成20年度の診療報酬改定で、退院調整加算が導入され、平成22年度の診療報酬改定で、介護指導料連携加算が導入された。さらに、平成24年度の診療報酬改定で、救急搬送患者救急地域連携受け入れ加算が導入された。

要約すると、国の方針として療養型病院に求めていることは、急性期病院から医療の必要性（医療区分）が高く、かつ、介護度の高い患者の早期受け入れを行う後方支援の役割と、入院患者の社会復帰を支援する役割である。

一方介護療養型医療施設においては、平成 18 年度の医療制度改革関連法案により、平成 24 年 3 月を目処に廃止され、その後は 38 万床ある療養型病床のうち、約 15 万床が医療型の療養病床になり、23 万床が転換型介護老人保健施設（仮称）等へ転換する方向で閣議決定された。各療養型病院は、期日に向けて対策を講じることを余儀なくされ、介護難民の懸念もあったが、その法案は平成 23 年に一旦凍結された後、平成 30 年度末まで延期されることとなった。

平成 24 年 1 月に日本慢性期医療協会より「2012 日本慢性期医療宣言」が発表され、今後の療養型病院のあるべき姿が打ち出された。内容としては、「長期急性期病床として、高度急性期治療後の患者を迅速かつ適切に治療します」、「回復期機能として、積極的かつ充実したリハビリテーションにより地域復帰を目指します」、「癌末期や臓器不全などのターミナル期の患者に対し、何よりも QOL を優先し、周囲とのコンセンサスを得ながら治療します」、「在宅療養後方病院としての機能を整備し、在宅療養患者の緊急入院治療に対応します」「身体疾患合併の認知症患者を積極的に受け入れ、早期の治療を推進します」である。しかし、現状では療養型病院に対する認識も様々であり、各医療機関も混迷を余儀なくされている実態もある。

## 第2節 療養型病院におけるソーシャルワーカーの現状

第1節では療養型病院の歴史的背景や求められている役割等を述べた。本節では、療養型病院におけるソーシャルワーカーの現状について述べたい。

平成19年度に日本療養病床協会（現日本慢性期医療協会）ソーシャルワーク部会が行った調査によると、療養型病院におけるソーシャルワーカーの業務内容は、個別面談等の相談援助だけでなく、入院相談窓口業務、ベッドコントロールにまつわる業務が高値を示していることが明らかとなった。興味深い業務内容としては、渉外活動を行っているという回答も約半数を占めており、これは所属機関から求められている役割と同時に、ソーシャルワーカー自身がポジショニングに悩む業務となっていることが明らかとなった。具体的な質問内容と業務の実施状況については（表1）のとおりである。

さらにこの調査報告では、ソーシャルワーカーの年齢は30歳未満が約5割（表2）、経験年数は5年未満が約6割（表3）という結果が明らかとなっているが、そのことは、年齢が若いことやソーシャルワーカーとしての経験年数が浅いことを意味している。また、組織上の所属が独立部門として位置付けされている機関が約半数（表4）であるにも関わらず、ソーシャルワーカー内に管理職がいると答えた機関が半数を割っている（表5）ことも明らかとなっていることから、職場での立ち位置が低いと推測される。この状況下で細やかな調整を求められていると考えられるが、患者や家族、院内他職種や地域関係機関と時には衝突も起こり得ると考えられる。これらの業務をソーシャルワーカーのみに背負わせることは、強い葛藤やバーンアウトの引き金になり得る要因であると推測される。

しかし一方で「所属機関からの期待項目」（表6）であることも間違いなく、そのことに応えることで、自分たちの立ち位置を守らざるを得ない一面もあると考えられる。

病院と患者や家族の狭間に立って様々な業務を行う中で、ソーシャルワーカーの視点である、「患者に寄り添った支援」をいかに実現できるかが問われている。

(表 1)

## Ⅳ MSWが行っている業務内容について

## 6-1 業務実施状況

## ① 現状業務

n = 237 (=100.0%)

	頻 繁 に 行 っ て	時 々 行 っ て	あ ま り 行 っ て い ない	行 っ て い ない	無 回 答
1. 受診相談	19.0%	41.4%	26.2%	13.1%	0.4%
2. 外来診察への同席	5.1%	25.3%	32.5%	36.7%	0.4%
3. 外来患者の他院への受診援助、検査の予約	8.4%	27.8%	25.3%	38.0%	0.4%
4. 往診・訪問看護等の日程調整	4.2%	11.8%	14.3%	68.8%	0.8%
5. 在宅患者の家庭訪問	3.8%	16.5%	18.6%	60.3%	0.8%
6. 外来カンファレンスへの参加	3.8%	10.1%	13.1%	72.2%	0.8%
7. 在宅部門カンファレンスへの参加	10.1%	27.8%	21.5%	39.7%	0.8%
8. 通所サービスの企画・運営・実施	3.0%	7.2%	6.3%	82.3%	1.3%
9. 通所サービスの送迎	2.1%	4.6%	3.4%	89.5%	0.4%
10. 電話での入院相談	87.8%	9.3%	1.3%	1.3%	0.4%
11. 来院での入院相談・院内案内	85.2%	11.4%	1.7%	1.3%	0.4%
12. 入院諸手続きについての援助	74.3%	12.7%	5.5%	6.3%	1.3%
13. 入院費用の説明	78.5%	14.3%	3.4%	3.4%	0.4%
14. 入院判定委員会等への参加	74.7%	2.1%	2.5%	19.8%	0.8%
15. 入院待機者へのフォロー	61.6%	22.4%	7.6%	8.0%	0.4%
16. 入院患者の手配及びベッド調整	72.2%	12.2%	3.4%	11.8%	0.4%
17. 入院時の患者の搬送	7.6%	15.2%	12.7%	63.7%	0.8%
18. 患者の社会的背景についての他職種への情報提供	83.1%	13.1%	1.7%	1.7%	0.4%
19. 入院患者の金銭管理	11.0%	27.0%	19.4%	42.2%	0.4%
20. 病棟申し送りへの参加・情報交換	61.2%	17.7%	9.3%	11.4%	0.4%
21. 病棟カンファレンスへの参加	64.6%	19.4%	7.2%	8.4%	0.4%
22. 入院患者の他院への受診、検査の予約	22.4%	38.8%	17.3%	20.7%	0.8%
23. 入浴介助	0.8%	0.8%	0.0%	97.5%	0.8%
24. 食事介助	1.3%	3.4%	5.1%	89.5%	0.8%
25. 排泄介助	0.4%	2.5%	1.7%	94.1%	1.3%
26. その他介助業務	1.3%	4.6%	9.3%	83.1%	1.7%
27. 回診への参加	12.7%	7.6%	9.7%	68.8%	1.3%
28. 医師からの病状説明の日程調整	27.8%	33.8%	17.7%	19.8%	0.8%
29. 医師からの病状説明への同席	32.5%	44.7%	13.5%	8.0%	1.3%
30. 患者家族・他職員との合同面接の調整・実施	45.1%	35.4%	11.0%	7.2%	1.3%
31. 外泊の調整	6.3%	23.6%	27.0%	42.2%	0.8%
32. 不在者投票の手続き・実施	14.8%	11.0%	15.2%	58.2%	0.8%
33. 患者家族の心理・社会的、家族的問題についての相談	74.3%	21.5%	2.5%	0.8%	0.8%
34. 医療費等経済的問題についての相談	74.3%	20.3%	3.0%	1.7%	0.8%
35. 社会資源についての情報収集	77.6%	17.7%	3.0%	0.8%	0.8%
36. 社会資源の紹介や利用援助	79.7%	14.8%	3.4%	1.3%	0.8%
37. 諸手続の代行・同行	39.2%	38.0%	13.9%	7.6%	1.3%

38. 転院の援助	63.7%	29.5%	4.6%	1.3%	0.8%
39. 施設等の紹介	80.6%	15.2%	3.4%	0.0%	0.8%
40. 施設等への見学同行	7.6%	31.2%	30.4%	29.5%	1.3%
41. 在宅ケアへのコーディネート	47.7%	27.8%	13.5%	10.1%	0.8%
42. 退院前患者の家庭訪問	22.8%	30.4%	14.8%	30.8%	1.3%
43. 就労の援助・職安への同行・就労先訪問	1.7%	4.2%	20.3%	73.0%	0.8%
44. 退院手続きの援助	32.9%	26.2%	24.5%	14.3%	2.1%
45. 生命保険等の診断書類の手配	16.5%	24.9%	22.8%	35.0%	0.8%
46. 葬儀の手配	3.8%	16.0%	23.2%	56.1%	0.8%
47. 苦情への対応	45.1%	40.5%	10.5%	3.0%	0.8%
48. ケース記録の作成	84.0%	8.4%	3.4%	3.4%	0.8%
49. 退院時要約への記入	14.3%	15.2%	11.0%	57.8%	1.7%
50. 入退院統計の集計・分析	51.9%	16.0%	9.3%	21.1%	1.7%
51. 日報の作成	72.2%	3.0%	3.0%	20.7%	1.3%
52. 月報の作成	47.3%	6.8%	5.5%	38.8%	1.7%
53. 年報の作成	30.8%	4.2%	5.9%	57.0%	2.1%
54. 院内報の作成	13.1%	8.0%	8.9%	67.1%	3.0%
55. 院外と保健医療福祉機関との連絡協力に関すること	68.4%	22.8%	5.5%	2.5%	0.8%
56. 施設経営に類する会議参加	24.9%	22.8%	9.7%	41.4%	1.3%
57. 施設運営連絡に類する会議参加	45.1%	24.5%	6.8%	22.8%	0.8%
58. 医療安全に類する会議参加	32.9%	13.5%	11.0%	41.8%	0.8%
59. 感染防止対策に類する会議参加	18.6%	13.5%	11.8%	55.3%	0.8%
60. ベッドコントロールに類する会議参加	64.6%	12.2%	4.6%	16.0%	2.5%
61. 診療報酬に類する会議参加	23.6%	16.9%	16.9%	41.8%	0.8%
62. 防災管理に類する会議参加	12.2%	16.9%	13.1%	57.0%	0.8%
63. 教育・研修・接遇に類する会議	30.8%	29.5%	12.7%	26.2%	0.8%
64. 事故防止・リスクマネジメントに類する会議参加	32.1%	16.9%	12.2%	37.6%	1.3%
65. その他会議参加	25.3%	10.1%	3.0%	23.2%	38.4%
66. ボランティアの組織化	6.8%	4.2%	4.2%	83.5%	1.3%
67. ボランティアの運営	6.3%	3.8%	7.6%	81.0%	1.3%
68. レクリエーションの実施	5.9%	9.7%	7.2%	75.9%	1.3%
69. 季節行事の企画・運営	11.4%	9.3%	10.5%	67.5%	1.3%
70. 患者・家族会の運営	5.5%	3.4%	6.8%	83.1%	1.3%
71. 地域向け勉強会の企画実施	5.1%	10.5%	6.3%	76.8%	1.3%
72. 介護教室の企画実施	3.8%	4.6%	6.3%	83.5%	1.7%
73. 施設見学者への対応	60.3%	22.4%	7.6%	8.9%	0.8%
74. 来院者への接待（お茶出しなど）	5.5%	8.0%	11.0%	74.7%	0.8%
75. 外来受付（日常的に）	3.0%	1.7%	6.3%	88.2%	0.8%
76. 外来受付当番	3.4%	5.9%	3.0%	86.5%	1.3%
77. 電話交換	11.0%	11.4%	5.9%	70.9%	0.8%
78. レセプト業務	3.8%	1.3%	1.7%	92.4%	0.8%
79. 未収金の対策	19.4%	38.0%	17.7%	24.1%	0.8%
80. 介護用品の展示・説明	3.4%	10.5%	11.8%	73.0%	1.3%
81. 運転（職員・来客送迎）	3.0%	6.8%	4.6%	84.0%	1.7%
82. 渉外（営業）	16.9%	25.3%	10.5%	45.1%	2.1%
83. 施設内の勉強会の実施	9.3%	23.2%	20.7%	45.6%	1.3%
84. 施設内での勉強会への参加	44.7%	39.2%	8.0%	6.8%	1.3%
85. 施設外での勉強会への参加	35.0%	48.9%	10.1%	5.1%	0.8%



86. 施設内での講義等の教育活動	6.3%	21.1%	16.9%	54.4%	1.3%
87. 施設外での講義等の教育活動	6.8%	16.9%	15.6%	59.9%	0.8%
88. MSW実習生の受け入れ	8.4%	19.0%	16.9%	54.9%	0.8%
89. 他職種実習生の受け入れ	5.9%	12.2%	17.3%	62.9%	1.7%
90. 介護保険申請代行	42.6%	18.1%	8.9%	29.5%	0.8%
91. 介護保険外サービスの申請代行	19.4%	27.4%	16.0%	36.3%	0.8%
92. 要介護認定調査票記入	14.3%	6.8%	6.3%	71.7%	0.8%
93. 介護保険サービスの利用契約書説明	40.9%	8.4%	4.2%	45.1%	1.3%
94. ケアプラン作成	13.9%	3.8%	4.2%	77.2%	0.8%
95. サービス担当者会議主催	17.3%	12.2%	11.8%	57.8%	0.8%
96. サービス担当者会議出席	38.4%	26.2%	11.0%	23.6%	0.8%
97. 居宅介護支援事業者連絡会議出席	11.0%	11.8%	8.9%	67.5%	0.8%
98. サービス利用票・提供票等入力	9.3%	1.3%	2.1%	86.1%	1.3%
99. サービス提供事業者への提供票の発送	9.3%	2.1%	4.6%	82.7%	1.3%
100. 給付管理	5.9%	1.7%	2.5%	87.8%	2.1%

(表2)

**3-2 年齢について**

	平成 15 年		平成 19 年	
	MSW総数	比率	MSW総数	比率
65 歳以上	2	0.4%	3	0.4%
60 歳以上 65 歳未満	1	0.2%	7	1.0%
55 歳以上 60 歳未満	11	2.1%	14	2.0%
50 歳以上 55 歳未満	9	1.7%	26	3.7%
45 歳以上 50 歳未満	24	4.5%	33	4.7%
40 歳以上 45 歳未満	30	14.1%	27	3.8%
35 歳以上 40 歳未満	54	25.4%	77	10.9%
30 歳以上 35 歳未満	70	32.9%	146	20.7%
25 歳以上 30 歳未満	213	39.7%	242	34.4%
20 歳以上 25 歳未満	119	22.2%	107	15.2%
無回答	3	0.6%	22	3.1%
合 計	536	100.0%	704	100.0%



(表 3)

**3-3 経験年数について**

	平成 15 年		平成 19 年	
	MSW総数	比率	MSW総数	比率
30 年以上	3	0.6%	9	1.3%
25 年以上 30 年未満	3	0.6%	7	1.0%
20 年以上 25 年未満	7	1.3%	7	1.0%
15 年以上 20 年未満	12	2.2%	24	3.4%
10 年以上 15 年未満	41	7.6%	45	6.4%
5 年以上 10 年未満	120	22.4%	176	25.0%
1 年以上 5 年未満	239	44.6%	313	44.5%
1 年未満	107	20.0%	109	15.5%
無回答	4	0.7%	14	2.0%
合 計	536	100.0%	704	100.0%

(表 4)

**4-1-1 組織図上の所属**

	平成 15 年		平成 19 年	
	病院数	比率	病院数	比率
1. 独立部門（医療福祉相談室・医療社会事業部など独立部門にしている場合）	110	49.3%	114	48.1%
2. 診療協力部門	16	7.2%	16	6.8%
3. 看護部門	17	7.6%	9	3.8%
4. リハ部門	3	1.3%	3	1.3%
5. 事務部門	64	28.7%	80	33.8%
6. その他	13	5.8%	13	5.5%
無回答	-	-	2	0.8%
合 計	223	100.0%	237	100.0%

(表 5)

**4-1-2 業務運営上、管理職に携わっているMSWの有無**

	平成 15 年		平成 19 年	
	病院数	比率	病院数	比率
1. MSW内に管理職がいる	89	40.8%	111	46.8%
2. MSW内に管理職がいない	126	57.8%	108	45.6%
3. その他	3	1.4%	12	5.1%
無回答	-	-	6	2.5%
合 計	218	100.0%	237	100.0%

(表6)

## ② MSW機能の中核と意識する事項・施設側の期待事項、今後行いたい事項

n=237 (=100.0%)

	MSW 機能の中核と意識する項目		施設側からの期待項目		今後行いたい項目	
	病院数	比率	病院数	比率	病院数	比率
1. 受診相談	101	42.6%	69	29.1%	37	15.6%
2. 外来診察への同席	29	12.2%	21	8.9%	20	8.4%
3. 外来患者の他院への受診援助、検査の予約	25	10.5%	32	13.5%	13	5.5%
4. 往診・訪問看護等の日程調整	12	5.1%	14	5.9%	7	3.0%
5. 在宅患者の家庭訪問	42	17.7%	20	8.4%	47	19.8%
6. 外来カンファレンスへの参加	22	9.3%	12	5.1%	30	12.7%
7. 在宅部門カンファレンスへの参加	50	21.1%	32	13.5%	47	19.8%
8. 通所サービスの企画・運営・実施	7	3.0%	14	5.9%	7	3.0%
9. 通所サービスの送迎	1	0.4%	4	1.7%	2	0.8%
10. 電話での入院相談	190	80.2%	138	58.2%	33	13.9%
11. 来院での入院相談・院内案内	194	81.9%	141	59.5%	34	14.3%
12. 入院諸手続きについての援助	137	57.8%	118	49.8%	28	11.8%
13. 入院費用の説明	137	57.8%	117	49.4%	30	12.7%
14. 入院判定委員会等への参加	146	61.6%	110	46.4%	36	15.2%
15. 入院待機者へのフォロー	140	59.1%	99	41.8%	36	15.2%
16. 入院患者の手配及びベッド調整	123	51.9%	136	57.4%	23	9.7%
17. 入院時の患者の搬送	9	3.8%	19	8.0%	5	2.1%
18. 患者の社会的背景についての他職種への情報提供	186	78.5%	111	46.8%	44	18.6%
19. 入院患者の金銭管理	28	11.8%	30	12.7%	6	2.5%
20. 病棟申し送りへの参加・情報交換	129	54.4%	79	33.3%	59	24.9%
21. 病棟カンファレンスへの参加	152	64.1%	92	38.8%	57	24.1%
22. 入院患者の他院への受診、検査の予約	52	21.9%	58	24.5%	13	5.5%
23. 入浴介助	-	-	2	0.8%	4	1.7%
24. 食事介助	1	0.4%	4	1.7%	5	2.1%
25. 排泄介助	1	0.4%	2	0.8%	5	2.1%
26. その他介助業務	2	0.8%	4	1.7%	7	3.0%
27. 回診への参加	24	10.1%	20	8.4%	31	13.1%
28. 医師からの病状説明の日程調整	51	21.5%	49	20.7%	13	5.5%
29. 医師からの病状説明への同席	103	43.5%	56	23.6%	34	14.3%
30. 患者家族・他職員との合同面接の調整・実施	128	54.0%	84	35.4%	39	16.5%
31. 外泊の調整	21	8.9%	22	9.3%	14	5.9%
32. 不在者投票の手続き・実施	9	3.8%	29	12.2%	10	4.2%
33. 患者家族の心理・社会的、家族的問題についての相談	185	78.1%	128	54.0%	44	18.6%
34. 医療費等経済的問題についての相談	186	78.5%	127	53.6%	43	18.1%
35. 社会資源についての情報収集	191	80.6%	122	51.5%	52	21.9%
36. 社会資源の紹介や利用援助	188	79.3%	125	52.7%	46	19.4%
37. 諸手続の代行・同行	111	46.8%	72	30.4%	36	15.2%
38. 転院の援助	167	70.5%	117	49.4%	36	15.2%
39. 施設等の紹介	181	76.4%	127	53.6%	43	18.1%
40. 施設等への見学同行	60	25.3%	29	12.2%	41	17.3%
41. 在宅ケアへのコーディネート	144	60.8%	92	38.8%	60	25.3%

42. 退院前患者の家庭訪問	105	44.3%	55	23.2%	63	26.6%
43. 就労の援助・職安への同行・就労先訪問	34	14.3%	16	6.8%	42	17.7%
44. 退院手続きの援助	78	32.9%	50	21.1%	20	8.4%
45. 生命保険等の診断書類の手配	24	10.1%	24	10.1%	13	5.5%
46. 葬儀の手配	12	5.1%	16	6.8%	7	3.0%
47. 苦情への対応	122	51.5%	114	48.1%	30	12.7%
48. ケース記録の作成	165	69.6%	68	28.7%	42	17.7%
49. 退院時要約への記入	42	17.7%	15	6.3%	29	12.2%
50. 入退院統計の集計・分析	92	38.8%	76	32.1%	40	16.9%
51. 日報の作成	108	45.6%	49	20.7%	52	21.9%
52. 月報の作成	86	36.3%	41	17.3%	63	26.6%
53. 年報の作成	69	29.1%	36	15.2%	74	31.2%
54. 院内報の作成	21	8.9%	25	10.5%	37	15.6%
55. 院外と保健医療福祉機関との連絡協力に関すること	167	70.5%	108	45.6%	57	24.1%
56. 施設経営に類する会議参加	44	18.6%	56	23.6%	33	13.9%
57. 施設運営連絡に類する会議参加	63	26.6%	76	32.1%	37	15.6%
58. 医療安全に類する会議参加	39	16.5%	46	19.4%	31	13.1%
59. 感染防止対策に類する会議参加	21	8.9%	26	11.0%	19	8.0%
60. ベッドコントロールに類する会議参加	99	41.8%	111	46.8%	33	13.9%
61. 診療報酬に類する会議参加	37	15.6%	46	19.4%	24	10.1%
62. 防災管理に類する会議参加	8	3.4%	18	7.6%	9	3.8%
63. 教育・研修・接遇に類する会議	44	18.6%	54	22.8%	33	13.9%
64. 事故防止・リスクマネジメントに類する会議参加	38	16.0%	48	20.3%	31	13.1%
65. その他会議参加	22	9.3%	26	11.0%	9	3.8%
66. ボランティアの組織化	23	9.7%	23	9.7%	44	18.6%
67. ボランティアの運営	20	8.4%	27	11.4%	38	16.0%
68. レクリエーションの実施	9	3.8%	12	5.1%	18	7.6%
69. 季節行事の企画・運営	16	6.8%	26	11.0%	22	9.3%
70. 患者・家族会の運営	36	15.2%	25	10.5%	54	22.8%
71. 地域向け勉強会の企画実施	29	12.2%	24	10.1%	51	21.5%
72. 介護教室の企画実施	15	6.3%	16	6.8%	26	11.0%
73. 施設見学者への対応	97	40.9%	85	35.9%	25	10.5%
74. 来院者への接待（お茶出しなど）	6	2.5%	9	3.8%	4	1.7%
75. 外来受付（日常的に）	3	1.3%	8	3.4%	2	0.8%
76. 外来受付当番	2	0.8%	9	3.8%	1	0.4%
77. 電話交換	4	1.7%	15	6.3%	1	0.4%
78. レセプト業務	3	1.3%	6	2.5%	3	1.3%
79. 未収金の対策	31	13.1%	75	31.6%	10	4.2%
80. 介護用品の展示・説明	13	5.5%	11	4.6%	15	6.3%
81. 運転（職員・来客送迎）	1	0.4%	7	3.0%	0	0.0%
82. 渉外（営業）	39	16.5%	72	30.4%	19	8.0%
83. 施設内の勉強会の実施	39	16.5%	28	11.8%	47	19.8%
84. 施設内での勉強会への参加	80	33.8%	55	23.2%	44	18.6%
85. 施設外での勉強会への参加	93	39.2%	54	22.8%	52	21.9%
86. 施設内での講義等の教育活動	32	13.5%	29	12.2%	35	14.8%
87. 施設外での講義等の教育活動	31	13.1%	20	8.4%	30	12.7%
88. MSW実習生の受け入れ	52	21.9%	22	9.3%	54	22.8%
89. 他職種実習生の受け入れ	12	5.1%	21	8.9%	23	9.7%

90. 介護保険申請代行	62	26.2%	41	17.3%	17	7.2%
91. 介護保険外サービスの申請代行	48	20.3%	30	12.7%	19	8.0%
92. 要介護認定調査票記入	14	5.9%	16	6.8%	5	2.1%
93. 介護保険サービスの利用契約書説明	49	20.7%	58	24.5%	11	4.6%
94. ケアプラン作成	10	4.2%	15	6.3%	7	3.0%
95. サービス担当者会議主催	31	13.1%	28	11.8%	14	5.9%
96. サービス担当者会議出席	85	35.9%	50	21.1%	28	11.8%
97. 居宅介護支援事業者連絡会議出席	24	10.1%	13	5.5%	22	9.3%
98. サービス利用票・提供票等入力	6	2.5%	8	3.4%	4	1.7%
99. サービス提供事業者への提供票の発送	6	2.5%	8	3.4%	4	1.7%
100. 給付管理	5	2.1%	7	3.0%	4	1.7%

## 第3章 インタビュー調査

### 第1節 調査の概要

#### (1) 目的

病院の「機能分化」が進められる中で、ソーシャルワークの価値や倫理は同じにせよ、病院の機能が違えば、ソーシャルワーカーの役割に違いがあると考ええる。急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの日々の業務や連携（転院調整）等について、インタビュー調査を通して確認した上で業務比較等を行い、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割を明らかにする。また同時に課題についても考察する。

#### (2) 対象者

- ・大阪府を中心とした関西圏域に所属する急性期病院のソーシャルワーカー5名と療養型病院のソーシャルワーカー3名、計8名とする。
- ・本研究における急性期病院とは一般病棟入院基本料7対1か10対1看護である病院（障害者施設等一般病棟は除く）を指し、療養型病院とは、医療法による医療療養型病床と介護保険法による介護療養型医療施設を指す（回復期リハビリテーション病棟は除く）。
- ・社会福祉士取得者とする。日本医療社会事業協会ではソーシャルワーカーの基礎資格を社会福祉士としており推奨している。社会福祉士取得者は基本的な社会福祉の価値と倫理を所有していると考ええるためである。
- ・初任者を除く4年目以上の経験者を対象とする。4年目以上のソーシャルワーカーを対象とした理由はある一定の経験を積んでいると考ええるためである。

#### (3) 対象者の抽出方法

- ・筆者自身が対象者の条件に当てはまる知り合いのソーシャルワーカーへインタビューの協力依頼を行った。
- ・知り合いのソーシャルワーカーより対象者の条件に当てはまるソーシャルワーカーの紹介をして頂き、インタビューの協力を得た。

#### (4) 実施期間

平成24年6月30日から平成24年11月30日

#### (5) 調査の方法

- ・インタビューに際して、急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーへ作成した説明文を用いて口頭でインタビューの主旨を説明した上で、書面上の同意書に署名を得た上で実施。
- ・インタビューは質問に沿って自由回答とする。

- ・インタビューは1対1の個別面談とする。
- ・インタビュー中は会話の内容をICレコーダーにて録音する。
- ・インタビューの実施場所については、回答者の所属機関(病院)等、プライバシーが確保できる場所とする。

#### (6) 倫理的配慮

- ・回答者には説明文を用いて口頭でインタビュー実施の主旨を説明した上で、書面上の同意書に署名をとる。
- ・回答者には、所属長に確認をとった上で、インタビューにご協力頂くよう、事前に依頼する。所属長より依頼文の要請があった場合は、依頼文を郵送し、事前に承諾を得た上でインタビューを実施する。その際は所属長にも署名と捺印で同意を得る。
- ・個人名、機関名の確認を行った上で、各病院のソーシャルワーカーへ質問を行うため、調査結果の公表にあたっては、個人名、機関名が特定されないよう個人名はアルファベット(イニシャルにはしない)とし、機関名は公表しないようにする等、個人情報に配慮をする。
- ・インタビュー中、回答できない事項があれば、回答を控えて頂くことを可能とした、途中でインタビューを中断したい場合は、その申し出があり次第、中断する。
- ・インタビュー中は、適宜休憩とり、対象者の負担軽減に努め、気分が悪くなった時など、体調の変化があれば、申し出などによりその時点で中止する等、対象者の健康面に配慮する。
- ・インタビュー中にメモをとった用紙と会話を録音したICレコーダーに関しては、自宅にて鍵のかかる棚で保管する。研究終了後はメモをとった用紙については、自宅内にあるシュレッダーで裁断し、会話を録音したICレコーダーに関しては消去を行う。
- ・結果データは開示要求に対応すべく、最低5年間はUSBにて内容を保存するが、パスワード入力できないと、閲覧できない様に配慮する。その後、消去を行う。
- ・関西福祉科学大学の倫理委員会にて承認を得た。

#### (7) 質問事項

急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカー各々に対して、共通した質問事項8項目と具体的な質問事項9項目とする。

急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーに共通した質問事項
<p>(勤務病院の概要事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設基準 急性期病院：看護体制 7対1 or 10対1、病床数、診療科目数 療養型病院：施設基準Ⅰ or 施設基準Ⅱ、介護療養型医療施設 病床数</li> <li>・平均在院日数</li> <li>・勤務日と勤務時間</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルワーカーの配置人数 (個別的な確認事項)</li> <li>・性別</li> <li>・ソーシャルワーカーとしての経験年数</li> <li>・担当病棟</li> <li>・受け持ち患者数 (月平均)</li> </ul>
急性期病院のソーシャルワーカーへの具体的な質問事項
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ソーシャルワーカーの業務内容</li> <li>2. ソーシャルワーカーの介入時期</li> <li>3. 退院支援において療養型病院を選択する理由</li> <li>4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか</li> <li>5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題。</li> <li>6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い</li> <li>7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割</li> <li>8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか</li> <li>9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか</li> </ol>
療養型病院のソーシャルワーカーへの具体的な質問事項
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ソーシャルワーカーの業務内容</li> <li>2. ソーシャルワーカーの介入時期</li> <li>3. 急性期病院よりどのような患者の相談を受けているのか</li> <li>4. 入院の窓口はどの職種が担っているのか</li> <li>5. 急性期病院より転院相談を受ける中で日頃感じていることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題</li> <li>6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い</li> <li>7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割</li> <li>8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか</li> <li>9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか</li> </ol>

- \* 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカー用に作成した説明文については、巻末に資料として添付する
- \* 回答者、回答者の所属長や所属機関にとった同意書の様式については、巻末に資料として添付する
- \* 共通した質問事項(勤務病院の概要事項、個別的な確認事項)の結果については、巻末に資料として添付する



## 第2節 急性期病院におけるソーシャルワーカーの調査結果

本節では、急性期病院のソーシャルワーカーの役割を明確にするために、具体的な質問事項の中から、あえて療養型病院におけるソーシャルワーカーとの業務比較ができる項目のみに焦点を当てまとめた。

第3章第1節で示した、インタビュー回答者の全ての結果については、巻末に資料として添付する。

### (1) ソーシャルワーカーの業務内容

最も多くを占めているのは回答者全員が「退院支援」と回答。あとは回答者によってその比重は異なるが、「制度説明」「心理的支援」「院内連絡調整」「その他」となった。「その他」とは、各病院ごとにある業務であり、一つに括ることができなかったもので、「その他」と表現することにした。

### (2) ソーシャルワーカーの介入時期

ソーシャルワーカーの介入時期については、回答者5名中3名が「他職種からの依頼」と最も多い回答。タイミングとしては、「治療方針が立った段階」であった。他「スクリーニングシートを活用しチェックされた時」、「患者、家族が希望した時」等があがった。介入依頼が一番多い職種としては、医師、看護師が大多数を占めた。さらに詳しい個別的な意見については、インタビューでの回答を以下に示す。

#### (主な回答)

カテゴリー	コード	データ
介入	時期	「もっと早く介入できたらと感ずることがある」(Aさん)
		「夜間帯の入院だと家族に会う機会を逃してしまう。入院当日でも、医師からの連絡がなければ気づかないことがある」(Bさん)
		「医師によって依頼のタイミングが異なり、介入時期が遅くなったと感ずることは多々ある」(Cさん)
		「他職種からの発信で介入することが多いため、ソーシャルワーカー自ら介入することは少ない」(Dさん)
	方法	「自ら介入する方法も考えなければならない」(Aさん)
		「スクリーニングシートの介入がメインのため、待ちの姿勢であると感じることはある」(Dさん)



	医療機関の機能による限界	「在宅退院に不安要素があったとしても、主治医が退院指示を出し、家族が了承すれば在宅退院している」(Aさん)
		「日々の業務で精一杯であり、自ら介入することができていないと感ずることがある」(Cさん)
	ソーシャルワーカーの限界	「全患者の把握が必要と感ずるが追いつかない」(Aさん)
		「医師が自宅退院問題なしとして退院指示を出した場合、発症前の状況を聞きづらいつ感じたり、その機会がないことが多い」(Bさん)
		「受身の姿勢となっている。依頼書の患者に対応することで精一杯」(Cさん)

### (3) 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか

療養型病院において、入院の窓口を担っているのはソーシャルワーカーとの回答が5名中3名であった。次いで一般事務や看護師が窓口を担っているとの回答であった。

また、ソーシャルワーカーが入院の窓口を担っている場合、自分たちが支援した内容を申し送ることができ、継続的な問題解決に向けたアプローチが期待できるとの回答を全員より得た。他、患者、家族も転院後、引き続き相談できるソーシャルワーカーの存在に安心感を得ることができるとの回答があった。

### (4) 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題

(主な回答)

カテゴリー	コード	データ
転院支援で感じていること	時間的制約	「信頼関係が築けていない段階で患者や家族と退院に向けて話しをしていかなければならないという葛藤」「療養型病院に丸投げではないが、自分自身の支援の幅が狭いつ感じることがある」(Aさん)
		「状態により予後が1～2週間と判断される患者についても、積極的な治療が必要なければ、退院の話しをしなければならない時」(Bさん)

		「末端の支援しかできていないと感じている」(Cさん)
		「短い支援期間で信頼関係を築くことが難しい」(Dさん)
	入院条件	「入院の長期化が予測される患者に関しては敬遠されやすい」(Aさん)
		「医療区分がとれなければ入院が困難と言われることが多い」(Aさん、Bさん)
		「治療方針の変更を言われる」(Aさん、Cさん)
		「地域で医療の必要性が高い患者の受け入れ体制が異なる」「心肺蘇生法を希望しないことが入院の条件」(Cさん)
	ソーシャルワーカーの役割	「退院係にならざるを得ない。押し出し役と感ずることがある。その役割を他職種より求められている」(Aさん)
		「患者や家族が退院をしづめていたとしても、急性期病院の機能を考え割り切って対応している」「病院によって対応が違うため、地域にある病院の特徴と空床状況は常に把握しておく必要がある」(Bさん)
		「急性期病院ですべきか、転院後にすべきか、支援をどこまで行うべきなのか迷う時がある」「患者や家族の理解力の問題や、不安感の強い患者に関しては、限られた時間の中でいかに面接をこなせるか等、調整力が必要とされる」「先方病院が求めることに対する院内他職種や患者、家族とのすり合わせに苦労することがある」(Cさん)
		「支援が中途半端であると感じることはあるが、いかに療養型病院へ引き継ぎが行えるかが重要」「全ての患者に対しての申し送りを行いたい。そのことは患者、家族の安心につながるため」(Dさん)
		「転院先の窓口がソーシャルワーカーであれば、患者や家族の希望を伝える」(Eさん)
	待機期間の	「転院までの待機が長い」(Aさん、Bさん)

	問題	「療養型病院への転院が濃厚な患者に関しては早期介入が特に必要と考える」(Bさん)
	医療格差	「医療の質が落ちるとの印象が患者、家族は強く、転院を拒む」(Cさん、Dさん)
	患者、家族の意向	「何故転院しなければならないのか理解が得られない時がある」(Dさん)
		「患者が在宅復帰を希望していたとしても、家族の了承が得られず、転院調整を行うことに葛藤を感じている」(Eさん)

(5) 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

ここでは日々の業務を行う中で療養型病院のソーシャルワーカーと比較して、急性期病院のソーシャルワーカー特有であると感じられる、業務上の支援のあり方等について述べて頂いた。

(主な回答)

カテゴリー	コード	データ
急性期病院	医療機関の機能	「在院日数の兼ね合いでスピードが求められる」(Aさん)
		「支援においてスピードが求められる」(Bさん、Cさん))
		「退院時期が明確でスピードが求められる」(Dさん)
		「関わる時間が短い」(Eさん)
	ソーシャルワーカーの限界	「治療優先」(Aさん)
		「ほとんど介入しないまま退院している」(Cさん)
		「じっくり関われない。1回、2回の面談で終わることが多い」(Aさん)
	ソーシャルワーカーの能力	「この瞬間に何の支援が必要かの判断力が求められる」(Bさん)
		「医療的な知識が求められる」(Bさん、Dさん)
		「支援が広く浅い」(Eさん)

(6) 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

(主な回答)

カテゴリー	コード	データ
急性期病院	介入	「早期介入」(Aさん)
		「早期介入によって在院日数の短縮、患者や家族が少しでも気持ちの整理ができる時間を作れる。他機関により速く情報発信ができれば、確認事項や待機等に余裕がうまれる」(Bさん)
	他職種連携	「救急搬送も予約入院も他事務職が担当。そこからの情報発信が少ないと感じる」(Aさん)
	認知度	「他事務職がソーシャルワーカーの業務内容を理解できていない」(Aさん)
		「一番関わっている看護師からもいったい何を業務としているのかと思われていると感じることがある」(Dさん)
	患者満足	「在院日数の短縮のために円滑な退院調整ができるかが問われるが、その中でいかに患者満足度を高めることができるかが重要」(Cさん)
療養型病院	地域連携 (窓口業務等)	「入院の窓口はソーシャルワーカーであってほしい」(Aさん)
		「早期受け入れ」(Aさん、Bさん、Cさん)
		「介護との連携」(Cさん)
	退院支援業務	「入院の必要性のない人の積極的な退院支援」(Bさん)

		「最期の生活の場ではなく、病状が安定して生活の場への移行が可能な患者については退院促進が必要」(Cさん)
	ソーシャルアクション(ニーズの発信)	「医療区分で計れない患者の状況。そうではないと言えるのがソーシャルワーカーではないか」(Bさん)
	認知度	「渉外活動」(Bさん)
	療養上の生活支援	「患者と家族を繋ぎとめる役割。入院期間が長くなると疎遠になりがち。来院回数も減ってくる」(Bさん)
両病院共通	患者満足	「満足して退院していけば、病院の質にもつながり、リピーターにもなる」(Dさん)
	成果	「ソーシャルワーカーが介入することによりいかに患者満足につながるのか評価を行っていくことが大切」「ソーシャルワーカーが介入してどう変わるかを示さないといけない」(Dさん)
	スピード	「退院調整加算」(Eさん)
	知識	「社会資源」(Eさん)
	支援の継続性	「次へとつなぐ(繋ぐ役割)」(Eさん)

### 第3節 療養型病院におけるソーシャルワーカーの調査結果

本節では、療養型病院のソーシャルワーカーの役割を明確にするために、具体的な質問事項の中から、あえて急性期病院におけるソーシャルワーカーとの業務比較ができる項目のみに、焦点を当てまとめた。

第3章第1節で示した、インタビュー回答者の全ての結果については、巻末に資料として添付する。

#### (1) ソーシャルワーカーの業務内容

最も多く占めている回答としては、全員が「入院相談窓口業務」と「退院支援」であった。

あとは回答者によって比重が異なるが、「院内連絡調整」「クレーム対応」「受診支援」等があがってきた。

#### (2) ソーシャルワーカーの介入時期

ソーシャルワーカーの介入時期については、前質問の1で全回答者が「入院相談窓口業務」を行っているとの回答より、入院前、あるいは入院時から介入していることがわかった。さらに詳しい個別的な意見については、インタビューでの回答を以下に示す。

#### (主な回答)

カテゴリー	コード	データ
介入	方法	「入院時の病状説明にはできる限り同席し今後の見通しを確認」「ソーシャルワーカーより他職種に患者の状況確認を行い、介入することがある」(Gさん)
		「介入は基本入院時」(Hさん)
	特色	「基本的には、入院相談で介入し、入院後一旦終了。入院が中継ぎとなっている場合は、継続して介入(病棟担当制ではない)」(Fさん)
		「入院相談を担当した者が退院まで担当(病棟担当制ではない)」「全く関わりのない患者は本当に少ない」「入院相談を対応していることもあり、自ら患者のニーズを抽出しやすい環境にあり、問題発生前に介入しやすい」(Gさん)
		「入院相談を担当した者より申し送りを受けた上で、入院時に担当相談員として患者、家族に挨拶させて頂き、インテークを実施(病棟担当制)」「自ら介入の方法を模索できる」(Hさん)

(3) 急性期病院より転院相談を受ける中で日頃感じていることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題

ここでは入院の相談を受ける側である療養型病院側からの視点で急性期病院、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題を述べていることをあえて強調しておく。その上でインタビューでの回答を以下に示す。

(主な回答)

カテゴリー	コード	データ
急性期病院の課題	アセスメント不足	「紹介状と看護サマリーに記載している内容だけで相談してきて、そこにはソーシャルワーカーとしてのアセスメントが全くなされていない場合がある」(Fさん)
	情報提供不足	「病状の変化の連絡がないことがある(良くなっても、悪くなっても)」「病状説明がどのようにされ、どのように患者、家族が理解しているのかを確認してほしい」(Hさん)
	誤認識	「在宅復帰が不可であれば、療養型病院との安易な紹介方法を感じることもある」(Fさん)
	説明不足	「リハビリが状態的に難しい患者に関しても、家族に過剰な期待を持たせ転院させてくることがある」「療養型病院の説明も受けていないケースがほとんど」(Hさん)
	病院の機能	「急性期治療が終了したとの理由だけで相談してくるケースがある」(Fさん)
		「DPCの導入等により、急性期病院のソーシャルワーカーは早期に次の生活の場を見つけることの大変さを感じる」(Gさん)
療養型病院の課題	アセスメント能力	「情報収集の取り方が各個人によって曖昧」(Hさん)
	ベッドコントロール	「部屋が空いているが、入院希望の患者がいな い。入院希望している患者がいるのに、部屋が満床との葛藤は常にあり、2つの役割を担うことの大変さを感じる」(Hさん)
	他職種との意見の相違	「ソーシャルワーカーが入院を進めたいとしても、他職種から懸念されるケースは多々ある」(Hさん)
	ソーシャル	「ケースによっては支援にあせりがない」

	ワーカー の意識	(F さん)
--	-------------	--------

(4) 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

ここでは日々の業務を行う中で、急性期病院のソーシャルワーカーと比較して、療養型病院のソーシャルワーカー特有であると感じられる業務上の支援のあり方等について述べて頂いた。

(主な回答)

カテゴリー	コード	データ
療養型病院	医療機関の機能	「次の生活をより良くしてもらおうという視点で急性期病院は療養型病院を選択してくれても良いと感じる」(H さん)
	ソーシャルワーカーの機能	「基本的に数週間～数ヵ月かけて支援を行っている」(G さん)
	ソーシャルワーカーの課題	「療養型病院を最期の生活の場で終わらせない」(F さん)
	ソーシャルワーカーの能力	「手札の多さ、つまりどれだけ多くの知識や情報を持っているかが問われる」(F さん)
		「療養型病院として何ができるのか判断する能力」「渉外活動について。すべてを担うのは疑問があるが一員であることは必要」(G さん)
		「時間に余裕ができてくるが、タイミングを見計らったり、場の状況を考えたり等、時間をどのように使えるか求められる」(H さん)

(5) 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

(主な回答)

カテゴリー	コード	データ
急性期病院	介入	「先を見越して支援が行えるか」(F さん)
	退院支援業務	「どのような病状説明がなされ、どのように患者、家族は受け止めているのかを療養型病



		院のソーシャルワーカーへ発信」(Gさん)
療養型病院	地域連携業務 (窓口業務等)	「急性期病院の事情とスピードを意識して、早期に受け入れるために必要な情報(ニーズや展望等)を的確な判断や行動力を持って院内へ発信することが必要」(Gさん)
	退院支援業務	「退院促進。退院調整加算が平成24年度の診療報酬改定で入院期間によって点数が変わってきた。今後は施設基準(入院基本料)へ移行してくることも考えられる」(Fさん)
両病院共通	退院支援業務	「患者や家族との関わりの中で患者や家族が不安に思っていることや、解決すべき課題を見出し、いかに患者や家族により添え、課題を解決できるかが重要なのではないかな。プロセスが重要である。患者や家族に理解を得て、納得してもらった上で退院してもらうことが大切である。そのことは安心につながり、病院の評価にもつながる」(Fさん)
		「患者、家族、他機関、院内多職種、皆の気持ちが1つになれるかどうか、その中で患者、家族の納得が得られるかどうか重要」 (Hさん)
	支援の継続性	「急性期病院から療養型病院へ転院してくる過程においては、お互いができることに折り合いをつけながら話し合えるように、顔と顔の見える関係作りを強化し、信頼関係を構築することが必要」(Gさん)
	成果	「ソーシャルワーカーは知識や技術を持って関わることになり目に見えにくい。ソーシャルワーカーがいるからどう変わってくるのか検証がなされていない」(Hさん)
	認知度	「病院によってソーシャルワーカーの役割に違いがあるのかもしれない。社会的な認識として上がってこない理由の1つであると思う」(Hさん)

#### 第4節 調査のまとめ 療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割

本節では第2節、第3節で明らかになった急性期病院と療養型病院におけるソーシャルワーカーの業務内容や介入時期等を比較し、その上で、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割について述べる。

##### (1) ソーシャルワーカーの業務内容

両病院におけるソーシャルワーカーの業務内容においては、「退院支援」の比重が高いことがわかった。一方療養型病院においては、退院支援と同様に「入院相談窓口」の比重が高く、この点において業務内容に違いがみられた。

##### (2) ソーシャルワーカーの介入時期

急性期病院におけるソーシャルワーカーは、他職種からの介入依頼が基本となっており、介入の時期や支援を行う患者においても、他職種に委ねられている傾向であることがわかった。一方療養型病院におけるソーシャルワーカーは、「入院相談窓口」を担っていることから、入院前、入院時より介入しており、支援を必要としている患者においても、問題発生前より、解決すべき課題を自ら見出しやすい環境にあり、この点において違いが見られた。

##### (3) 療養型病院において入院相談窓口業務をソーシャルワーカーが担うことの必要性

急性期病院のソーシャルワーカーからの回答により、療養型病院に入院してくる患者は、医療や介護の継続だけでなく、生活課題に向けたアプローチを必要としている場合もあることがわかった。その点において、療養型病院の入院の窓口はソーシャルワーカーが担う必要性と、支援を「引き継ぐ」役割が求められていることがわかった。

##### (4) 療養型病院へ転院支援を行う中で急性期病院のソーシャルワーカーと療養型病院のソーシャルワーカーが感じていること

急性期病院のソーシャルワーカーは、患者や家族の意向や状況を確認した上で、療養型病院の受け入れ条件や待機状況等を踏まえ、限られた時間の中で、急性期病院としての機能を果たすために、早期転院に向けて支援を行っていることがわかった。その過程においては、支援の幅が狭いことや信頼関係が気づけていないまま、患者や家族と退院に向けた具体的な話しを進めていかなければならないこと等に、葛藤を感じていることがわかった。

一方療養型病院におけるソーシャルワーカーは、入院相談窓口として、急性期病院の機能や入院患者の状況を踏まえた上で、院内他職種へいかに患者や家族の意向や状況を伝え、受け入れに向けた支援を行えるかを課題としていることがわかった。また急性期病院のソーシャルワーカーから転院相談を受ける際に、アセスメン

トや情報発信の不足等に不満を抱えていることがわかった。その点においては、「受けて側」であるがゆえに、感じやすい感情であるようにも思えた。さらに、療養型病院のソーシャルワーカーからは、ソーシャルワークの「限界」にまつわる事項を確認することができなかったが、そのことは、「支援にしばりがない」とも捉えることができる様に思えた。

#### （５）急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

支援において、急性期病院のソーシャルワーカーは、常にスピードが求められ、限られた時間の中でいかに問題整理等を行うことができるかが役割として求められていることがわかった。

一方療養型病院のソーシャルワーカーは、時間を有効に使い、支援のタイミングを見計りながら、患者のQOLを高め、いかに生活の場へと導き出せるかが役割として求められていることがわかった。

#### （６）今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

急性期病院においては、院内他職種と連携強化を計り、支援を必要としている患者に対して、早期介入が求められていることがわかった。その過程においては、1人1人の患者のニーズを踏まえて、自分たちが行った支援が繋がるように課題整理を行い、情報発信していくことが求められていることがわかった。

一方療養型病院のソーシャルワーカーは、入院相談窓口業務の精度をあげると同時に、入院患者の入院継続の必要性を見極めながら、生活の場へ移行させ、入院を必要としている患者の早期受け入れを実現する必要性があることがわかった。その過程においては、1人1人の患者のニーズを踏まえて支援する必要性があることもわかった。

両病院のソーシャルワーカーに求められていることは、ソーシャルワーカーが関わることで、どのように患者や家族にとって良いのか、自分たちの支援について評価を行うことと、関わる以上、患者や家族の満足度をいかに高めることができるかが問われていることがわかった。また、転院調整においては、顔と顔が見える関係性を築き、お互いが病院の機能等を分かりあい、折り合いがつけれる関係作りが求められていることがわかった。その手段としては、療養型病院のソーシャルワーカーに求められていた役割である、「渉外活動」が1つの方法として有効であると考えられる。

#### （７）小括

急性期病院では病院の機能上、生活課題の解決においては、完結することができず、次の担い手である療養型病院に引き継がれることになる。そのため、療養型病院においては、生活課題のアプローチを行うソーシャルワーカーが入院相談窓口業

務を担うことが役割の1つとして求められている。

また、入院している患者1人1人のQOL向上に向けた支援を行い、どのような患者であれ、在宅や施設等の生活の場に向けた支援を検討することが療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割の1つとして求められている。「長期入院」「社会的入院ありき」ではなく、「ケースを引き継ぎ」、「次へと繋げる」ことが療養型病院のソーシャルワーカーの役割であり、同時に今後の課題でもある。

## 第4章 事例研究

### 第1節 事例の概要

#### (1) 目的

インタビュー調査の結果を踏まえた上で、療養型病院のソーシャルワーカーが急性期病院等の地域関係機関よりケースを引き継ぎ、患者に対して、どのような支援を行っているのかを明らかにした上で、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性について述べることを目的とする。

#### (2) 対象者

平成16年から平成23年に筆者自身が担当した患者2名のケース。

事例1：家族の決断により最期を自宅で迎えたケース

事例2：入院当初に生活課題が明らかとなったケース

#### (3) 方法

##### (1) 患者の基本情報

##### (2) 入院までの経過

##### (3) 入院中の経過

##### (4) ソーシャルワーカーが考える支援上の問題点

##### (5) 問題点に対するソーシャルワーカーとしての実際の支援

##### (6) 支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

##### (7) 本事例のまとめ

＊(3)から(6)に関しては入院の期間ごとに区切って述べる

#### (4) 倫理的配慮

- ・勤務先での作業とし、職場から個人情報を持ち出さない。
- ・本事例で使用するアルファベットは個人のイニシャルとは関係なく A さん、B さんとして個人が特定できないように配慮する。
- ・勤務先である院長の承認を得た。
- ・関西福祉科学大学の倫理委員会で承認を得た。
- ・厚生労働省にも個人情報保護法の観点から論文に掲載することに問題がないかどうか確認をとった。

## 第2節 事例報告

### 事例1 家族の決断により最期を自宅で迎えたケース

#### (1) Aさんの基本情報

80代女性。娘夫婦と3人暮らし。他娘も同マンションで生活。ADL自立。口数は少なくなっていたが、認知面は特に問題なし。日中はテレビを見て過ごすことが多かったため、体を動かすことを主目的にデイサービス、健康管理のために訪問看護を利用。家事全般は娘が担っていた。

X日に心不全で急性期病院へ入院。そのことを機に、ADLは高齢者の日常生活自立度でC2。意識レベルはJCSI-3～II-10。医療的処置としては、食事は経口摂取が困難となり経管栄養（経鼻栄養）。また動脈血酸素飽和度の低下により酸素療法、適宜吸引が必要な状態となる。

#### (2) 入院までの経過

Aさんの担当ケアマネジャーを介して入院相談あり。入院前には娘2人が来院され、ソーシャルワーカーと面談。自宅より遠方（車で1時間程かかる距離）であったが、リハビリの評判を聞き、長期臥床による廃用症候群（生活不活発病）の改善を希望。特に食事の経口摂取が可能になることを希望。リハビリ終了後は在宅での生活を希望。

#### (3) 入院中の経過

<入院前・入院時～入院3ヶ月目>

##### ・入院前相談の実施

入院前にAさんの家族が来院し、入院予定である病棟の見学や入院に当たっての希望等をソーシャルワーカーが確認。

##### ・Aさんの病状の経過

入院時、心不全が増悪していることが判明。まずは治療優先となる。家族は延命処置の希望はしないが、心不全に対する治療は希望。主治医より療養型病院の機能を十分に説明した上で、当院にて治療を行うことになる。

およそ2カ月後、次第に心不全は改善傾向となりリハビリ開始となる。

・リハビリカンファレンスの実施

(メンバー)

主治医、病棟（看護師（以下 Ns）、介護士）、理学療法士（以下 PT）、作業療法士（以下 OT）、言語聴覚士（以下 ST）、栄養士、ソーシャルワーカー  
(内容)

リハビリは継続していくが A さんの家族が希望していた歩行や実用的な食事の経口摂取は困難との見解。

・A さんの家族の意向

在宅退院の意向は変わらないが、食事を経口摂取できることが条件と言われる。そのことに対して、主治医より食事の経口摂取は困難であり、経管栄養が必要と説明する。そのため A さんの家族間で経管栄養で在宅復帰が可能か検討して頂くこととなる。

(4-1) ソーシャルワーカーが考える支援上の問題点

- ・A さんの病状が不安定であるため A さんの家族の不安が大きいこと
- ・リハビリで食事の経口摂取が可能になることを A さんの家族は強く希望していたが、食事の経口摂取は困難であること
- ・家族が希望する状態まで改善が難しいことを受けて、退院後の生活の場を検討しなければならないこと
- ・上記により A さんの家族に心理的葛藤が起こっていたこと

(5-1) 問題点に対するソーシャルワーカーの実際の支援

- ・主治医からの病状説明に毎回同席し、A さんの家族が説明をどのように捉え、何を感じているのかを確認
- ・在宅の担当ケアマネジャーには入院時に連絡を入れ、現状の様子と今後の見通し、また状態の経過を見た上で、在宅退院を視野に入れていることを報告
- ・退院後の生活の場について選択肢を検討

(6-1) 支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

- ・入院前より A さんの状態や A さんの家族の意向を把握していたことで、入院当日、A さんの病状が悪化していたことにより、家族に生じるであろう不安を察知することができた。そこで毎回の病状説明に同席することで A さんの家族の不安の軽減を図ろうとした。そのことにより A さんの家族の心理状態を把握することができ介入のポイントをつかむことが可能になると考えた。

- ・先を見据え、在宅退院を視野に入れて、入院当日よりケアマネージャーへ連絡を行うことにした。
- ・このように選択肢の検索と可能性へのアプローチはソーシャルワーカーの支援の一つである。

#### <入院 4 カ月目～5 カ月目>

- ・リハビリカンファレンスの実施

(メンバー)

主治医、病棟 (Ns、介護士)、PT、OT、ST、栄養士、ソーシャルワーカー

(内容)

実用的に大きな改善はされず。現状でリハビリは終了となる。病状に関しても不安定な状態である。

- ・主治医より Aさんの家族へ病状説明。(ソーシャルワーカー同席)

病状は不安定になる一方であり、改善の見込みなく、治療の期待もできない。ソーシャルワーカーから、退院後の生活について具体的に検討していく必要があることを説明する。

#### (4-2) ソーシャルワーカーが考える支援上の問題点

- ・リハビリが終了することに対して Aさんの家族が落胆していること
- ・病状が安定しないことに対して Aさんの家族が不安を持っていること
- ・病状が不安定の中で、退院後の生活について検討しなければならないこと

#### (5-2) 問題点に対するソーシャルワーカーの実際の支援

- ・不安を抱えている Aさんの家族が検討すべきことを明確にするために三つの選択肢を提案。一つ目は在宅退院、二つ目は Aさんの家族が何かあればすぐに駆けつけることが可能な自宅近くの療養型病院への転院、三つ目は主治医了承のもと、当院への入院継続である。
- ・Aさんの病状の進行も考え、在宅への退院を考えるのであればケアマネージャー等の地域関係機関へ早急に相談しなければならないことを説明。
- ・Aさんの家族がケアマネージャーへの連絡を希望されたため、Aさんの現状について報告し、来院を依頼。共に今後の方向性について検討して頂けるように協力を促す。



(6-2) 支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

- ・受容の過程において起こり得るAさんの家族の不安や葛藤を理解した上で、生活の場の選択ができるように導き出す支援。
- ・協力してくれる社会資源の一つとしてケアマネジャーの存在を伝えることでAさんの家族の安心につながると同時に、ケアマネジャーの情報提供により、生活の場のイメージを具体的に描けることができると考えた。専門職からの説明は説得力がある。専門職ごとに各々持っている役割をうまく活用した支援。

<退院月>

- ・主治医よりAさんの家族へ病状説明

病状が更に悪化。急変の可能性が高い。看取りの話となる。在宅を考えるのであれば、早急に調整する必要があると説明。

- ・Aさんの家族の決断

Aさんの家族は迷われるが、最終的に自宅退院を希望される。

(4-3) ソーシャルワーカーが考える支援上の問題点

- ・思っていた以上にAさんの状態が急速に悪化。そのことでAさんの家族は早急な決断を行う必要があったこと
- ・注入や吸引指導等の家族指導も含め、通常であれば時間をかけたいところではあったが、Aさんの状態の悪化により、早急な調整が求められたこと
- ・医療や介護の必要性が高い状態での退院となるため、退院後のサービス調整に院内他職種や地域関係機関との密な情報共有が必要であったこと

(5-3) 問題点に対するソーシャルワーカーの実際の支援

- ・院内にてAさんの家族、院内他職種、ケアマネジャー、ソーシャルワーカーで担当者会議を実施
- ・Aさんの家族の思いを傾聴しつつ、院内他職種、地域関係機関とAさんの家族に対する情報提供や、居宅サービスの調整における役割分担を明確化する
- ・各々で行っている支援の進行状況を随時確認し、院内他職種、地域関係機関との情報共有ができるように窓口としての役割を果たした
- ・退院直前まで在宅に戻ることに對して不安が強く、決断できないAさんの家族に対し、退院直前まで予後も含めた話し合いを行い、Aさんの家族の気持ちの整理がつくように寄り添う支援を行った
- ・退院当日は、主治医、Ns、ソーシャルワーカーが自宅まで付き添い、待機していた担当ケアマネジャーや訪問看護師等へ直接引き継ぎを行った

（６－３）支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

- ・ Aさんの自宅退院を実現するための調整役としての機能
- ・ 各々の役割を見極め、進捗状況を把握した上でのチームを作っていく機能
- ・ Aさんの家族が後悔しないように、Aさんの家族自身で決断できるために、エンパワメントの視点を持ちながら、決断を後押しする支援
- ・ 在宅療養を行う中で、次の支援者であるケアマネージャー等の地域関係機関へ繋ぐ支援

（７）本事例のまとめ

本事例においては、Aさんの状態により、Aさん自身の意向確認が困難な事例であった。そのため、Aさんの家族と生活の場について話しを進めていった。Aさんの状態によりなかなか在宅退院の決断がつかないAさんの家族に対し、入院中の経過を追いながら、主治医からの病状説明には毎回同席する等を行うことで、「最期は住み慣れた自宅で迎えたい」との見え隠れしていたニーズをキャッチすることができた。ソーシャルワーカーとして、院内他職種、地域関係機関それぞれの役割を理解した上で面談ができたことによりAさんの家族の不安をできる限り和らげ、希望に沿う支援が可能となった。

入院前よりAさんの家族と関わりを持ち、入院時も、主治医の病状説明に同席したことにより、状態の悪化によるAさんの家族の心理的葛藤が起こったことに一早く気づき、常に先を見据え、問題が発生する前に、Aさんの家族や院内他職種、地域関係機関と話しあえたことに、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性があったと考えられる。

## 事例2 入院当初に生活課題が明らかになったケース

### (1) Bさんの基本情報

90代女性。独居。ADLは高かったが、認知面の低下あり。そのため、買い物や掃除等でヘルパーを利用。しかし、1人で何でもできるとの思いから介護抵抗が見られ、ヘルパーとの衝突が多々あり。実際は何ヵ月も入浴ができていなかったり、失禁が頻回に見られる等、日常生活に支障があった。

X日に自宅で転倒されているところをヘルパーが発見（転倒して3日程立っていた）。救急搬送され、右大腿骨転子部骨折と診断され入院。転倒して発見されるまでの間に褥瘡が発生。また陰部は不衛生により潰瘍あり。全身状態は年齢的なこともあり低栄養で慢性心不全等あり不安定。また今回の発症によりベッド上での生活となる。

### ・Bさんの家族の基本情報

キーパーソンは姪。80代。他府県の施設へ入所中。日常生活上特に問題ないが、約5年前より1人で遠出の外出は困難。そのためBさんとの連絡は電話でのやりとりのみ。

### (2) 入院までの経過

急性期病院のソーシャルワーカーより、リハビリ目的で転院相談あり。キーパーソンの姪は入院当日来院できず。次回の来院の目途もなし。Bさんは意志の確認は可能だが、認知面の低下あり、全ての判断を求めることは困難。今後については在宅復帰も視野に入れて検討をとの依頼あるも、入院前より在宅は限界であったため、場合によっては施設入所の検討要とのことだった。

### (3) 入院中の経過

＜入院日～入院2ヵ月＞

#### (1) 入院中の経過

急性期病院のソーシャルワーカーに付き添われ入院。入院当初のADLはベッド柵を利用して何とか寝返りができる状態。認知面は長期記憶は比較的保たれているも、思い込んだことを現実として発言する傾向あり。短期記憶はまだらであり、ほんの少し前に話した内容も忘れている。しかし、何度同様の質問をしても返答は同じ。介護に関しては在宅時に見られた抵抗はなくむしろ依存的。人に対する好き嫌いがはっきりしており、特に男性に対しては拒否が強い傾向。

・Bさんとソーシャルワーカーの関わり

入院当初より今後の生活の場について等で何度も面談。しかし、ソーシャルワーカーが男性でかつ、スーツ着用していることに対し、かなりの警戒心が強く、面談を拒否されることが多々あり。

Bさんは金銭管理等、自分自身のことは、姪に相談や依頼したいとの意向。生活の場としては、入院当初は在宅復帰を希望していたが、入院生活に慣れてきたこともあり、入院継続や施設入所の希望を言われる様になり気持ちに変化あり。

・Bさんの姪とソーシャルワーカーの関わり

入院当日より連絡。金銭管理のことや急変時の対応等について確認するが消極的でかろうじて入院の身元保証人は引き受けてもらった状態。

Bさんの姪自身も内科的な疾患により近々病院で精密検査を予定しており、場合によっては入院となる可能性があると言われ報告を受ける。

またBさんの病状説明については、関係者として聞くことは可能であるが、Bさんの治療についての選択はできないと言われる。

今後については、長期療養可能な施設への入所を希望しており、Bさんの事で関わっていくことに限界を感じておられ、成年後見人制度等の制度申請を希望。

・地域関係機関とソーシャルワーカーの関わり

入院当日、Bさんのケアマネージャーが来院され、在宅時のBさんの様子を伺う。Bさんの拒否にて手続きができていなかった日常生活自立支援事業の申し込みや市町村申し立てによる成年後見人の申し立てを、Bさんの姪の了承がとれ次第進めていきたいとの申し出あり。

(4-1) ソーシャルワーカーが考える支援上の問題点

- ・急性期病院からの情報を一旦整理し、アセスメントをし直す必要があったこと
- ・Bさんは内科的に不安定な状況であること
- ・Bさんがスーツを着用している男性に対して警戒心が強いこと
- ・Bさんの姪も病気を抱えていること
- ・入院費の支払いについて検討が必要な状況であること
- ・BさんはBさんの姪に対して依存的であるが、Bさんの姪は関わりに限界を感じており、お互いの思いに相違があること
- ・具体的にBさんの姪がBさんに対して今後どのような関わりを持つことを希望し

ているのが確認できていない状況であること

- ・ B さんの今後の生活の場に対する目標が不明確であること
- ・ これらの問題点が入院時に明らかになっているということ

#### （５－１）問題点に対するソーシャルワーカーの実際の支援

- ・ 入院時より主治医、看護師、リハビリ職員を中心に、B さんの状態について確認をとる。
- ・ B さんと面談する際はスーツからジャージに着替えて、リハビリ実施時を中心に面談を行う。
- ・ B さんの姪の精密検査の結果がはっきりするまでは、B さんの姪の精神面を配慮して、極力連絡することを控えた。
- ・ 入院費の支払いに関しては、制度利用について検討。成年後見人制度については、B さんが B さんの姪に対する信頼が強かったこともあり、B さんの思いを組んでしばらく様子を見ることでケアマネージャーと話しをする。成年後見人制度の代替としての日常生活自立支援事業については検討。この事業決定までには、待機が発生している状況であったため、申し込みをしていくこととなる。

#### （６－１）支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

- ・ 入院前に急性期病院のソーシャルワーカーより得ていた情報以上に複雑な問題をアセスメントにより見出し整理し直したこと
- ・ 早期よりソーシャルワーカーだけでなくチームで動く必要性を認識したこと
- ・ B さんの恐怖心を和らげるために、面接時のスタイルを検討したこと
- ・ B さんの姪との関わるタイミングを見極めたこと

#### ＜入院 3 ヶ月～入院 6 ヶ月＞

- ・ B さんとソーシャルワーカーの関わり

今後については、入院継続や施設入所への気持ちが強くなっており、「自宅は火事で燃えた」との発言も聞かれる。

金銭管理等のことで仮に担当者が来院された場合、話しは聞くが、利用するかどうかは別との返答ある。姪に頼らず自分自身で何とかしなければとの発言もあるが、姪に対しての依存心は継続。

・Bさんの姪とソーシャルワーカーの関わり

姪としては当院でリハビリを行うことにより、在宅時の状態まで回復すると思われていた。Bさんの姪自身、精密検査の結果、病気が見つかり、数日間入院され、退院したとの報告を受ける。今後も定期受診は必要であると伺う。

Bさんの自宅については、築年数も古く、Bさんの姪としては処分したいとの気持ちもあるが、Bさんにとっては住み慣れて、愛着のある住居であるため、Bさんが生きている間は残しておきたいとの意向。

Bさんとの関わりに関しては、他の人に担ってほしい気持ちに変わらないも、Bさんが「自宅は火事で燃えた」との発言があったことや、金銭管理はBさんの姪に任せたいとの意向がある旨伝えたところ、当院へ来院して頂けることとなる。

(4-2) ソーシャルワーカーが考える支援上の問題点

- ・Bさんの全身状態が安定しないこと
- ・Bさんの姪の協力により、銀行手続き等が進みだしたが、Bさんの姪が今後Bさんと具体的にどのように関わりを持つことを希望しているのか未だに確認できていなかったこと
- ・Bさんの今後の生活の場に対する目標が不明確であること

(5-2) 問題点に対するソーシャルワーカーの実際の支援

- ・Bさんの姪にBさんの思いを伝えた
- ・Bさんの姪が銀行や年金の手続きを行う際、各担当機関へ事前に手続方法の確認をとり、Bさんの姪の負担を少しでも軽減できるようにした
- ・生活課題に対してアプローチ途中であることと、Bさんの家族の状況を踏まえて、主治医へリハビリ終了後も、いったんは療養継続の了承をこの段階で得る

(6-2) 支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

- ・Bさんの代弁機能としての役割
- ・Bさんが活用できる制度を繋ぐ役割
- ・生活課題の解決が社会復帰に向けた優先事項と判断したことにより、他職種の理解を得る役割

<入院7ヵ月～退院月>

- ・Bさんの姪とソーシャルワーカーの関わり

日常生活自立支援事業の順番が回ってきたと社会福祉協議会より連絡を受ける。その上で、Bさんの姪にBさんとの関わりについて確認。ここまで辿りついたため、引き続き、Bさんの姪が関わることを希望され、金銭管理を行って頂けることになる。さらに急変時の対応についてもBさんの姪にて対応して頂けることとなる。Bさんの姪自身の体調変化等により関わりが困難となった場合は、成年後見人制度等の利用について相談を希望。

(5-3) 問題点に対するソーシャルワーカーの実際の支援

- ・Bさん姪がBさんと具体的にどのような関わりをもつことを希望しているのか明確にした支援
- ・成年後見人制度や日常生活自立支援事業の利用には至らなかったが、状況に応じて再度相談できるように、関係機関へ説明を補足した

(6-3) 支援から見える療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

- ・最期までBさんの姪のストレングスをみいだして側面的に支援した役割
- ・万一の状況に備えて、制度利用が活用できるように、関係機関との連携は継続できるように繋ぐ役割

(7) 本事例のまとめ

入院当初より生活課題に対する問題が次々と明らかになり、早急な支援が必要であることが分かった。このように療養型病院のソーシャルワーカーは、入院前に得た情報だけでは、十分に患者を把握することができていると考えず、再アセスメントが重要である。このことにより患者の新たな課題や真に解決すべき課題が明らかになることが多い。

これに基づき Bさんの認知面や男性に対する恐怖心を軽減するために面談する際はスタイルを変えたり、Bさんの姪の状況により、タイミングを見極めた支援が展開されることとなる。

成年後見人制度の話しを進めていくことも一つの手段として考えられたが、安易に制度へ結びつけるのではなく、Bさんの思いに対して、Bさんの姪がBさんとどのような形で関わることを希望しているのかを明確にし、Bさんの姪のストレングスを見出し、側面的に支援できた。また同時にその過程においては、生活課題の解決がBさんにとって最重要課題であると他職種との理解を得た上でアプローチした。これが療養型病院におけるソーシャルワーカーの特徴であり、求められる役割を果たしたと言っても良いのではないだろうか。

### 第3節 事例のまとめ 療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性

2つの事例を通して、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性について4点にまとめて以下に述べる。

#### (1) ケースを引き継ぎ、問題を改めて整理し直す機能

療養型病院に入院してくる患者の大半が急性期病院や在宅医、ケアマネージャー等の他機関からの紹介入院である。つまり支援を必要としている患者にまず出会うのは他機関となる。紹介元他機関は、医療やリハビリの継続を目的に療養型病院の紹介を行っている。同時に、その背景には、解決すべき生活課題を抱えていることも多い。それらの問題に対して、アプローチし、整理した上で、療養型病院のソーシャルワーカーへ「繋ぐ役割」を担っている。療養型病院のソーシャルワーカーは、地域関係機関より発信された患者の状態や家族の思い等を、院内他職種ともに協力した上で、「引き継ぐ」ことが必要である。そして、他機関でアプローチしきれなかった生活課題を整理し直すのである。そのことを可能とする点に、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性があると考えられる。

#### (2) 介入のしやすさとニーズへのアウトリーチ機能

療養型病院のソーシャルワーカーは「引き継ぐ」役割で述べた様に、入院相談窓口業務を担うことで、入院前より患者と関わりを持つことができる。地域関係機関より発信された患者の状態や家族の思い等の情報をもとに、再アセスメントを入院前や入院当初より行うことを可能とする。そのことで、患者や家族の置かれている状況や解決すべき生活課題等を一早くキャッチすることができる。つまり、問題を未然に防いだり、解決すべき生活課題がそのままの状態に置き去りにされることを防ぐことへと繋がる。これは、ソーシャルワーカー自らが患者や家族が抱えている問題をキャッチしていることを意味する。つまり一つのアウトリーチ機能と言える。そのことに療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性があると考えられる。

具体的に述べてみると、事例2の様に、患者の状態や家族の気持ち等は日々変化する、場合によっては、本来早急に解決すべき課題が見え隠れしている場合がある。本事例で述べた以外にも、入院した直後に家族が行方不明になったケースや、退院後は戻るはずであった施設がすでに解約済みであったケース、在宅復帰予定の自宅がゴミ屋敷であったケース等に対して、早期に介入することで、改めて生活の場を選択する時間的な余裕や地域関係機関との連絡や調整を早い段階で行うことで確実な問題解決へと導き出すと同時に、選択肢の幅を広げることを可能とする。

また、入院前より患者、家族と面識を持つことは、入院後、支援を必要とされた時に介入しやすいという点も挙げられる。支援を行う際は、信頼関係が必要であり、その点においても、早い段階で関わりを持つことは重要なことであると考えられる。



### （３）患者や家族の受容のプロセスにあわせた介入

事例１、事例２で述べたように、患者の状態を見ながら、家族の心理面等に配慮しつつ、必要な時間をかけて、生活課題等の問題解決に向けてアプローチできることは、療養型病院におけるソーシャルワーカーの強みである。

ではここで、ソーシャルワークは時間の短長で計ることができるのかという疑問について急性期病院と療養型病院の機能も踏まえて述べたい。

急性期病院は早期治療、早期退院が求められる中で、在院日数に制限がある。そのため、ソーシャルワークにおいてもスピードが求められる。療養型病院のソーシャルワーカーは在院日数に関しては特に制度上定められておらず、時間的な面だけを考えると急性期病院のソーシャルワーカーに比べると余裕がある。

ケースによっては、時間を要することもある。患者や家族の抱えている問題は身体的な側面のみならず、心理的、経済的、社会的側面等多岐に渡ることも多く、場合によっては、その問題解決のために、院内のみならず、地域関係機関との協力を必要とする場合もある。

時間をかけることにより、問題解決に結びつくことはあるが、しかし、時間をかけすぎることにより、支援がぶれたり、本来の目的から遠ざかってしまい、支援のタイミングを逃すこともある。

ソーシャルワークは病院の機能に反映される面もあるが、患者や家族の状態（病状的な面等）や、置かれている状況（未収金問題や病院の方針と合わない等）、何を目標（在宅復帰等）としているのかを明確にした上で、支援を進めていく必要があり、療養型病院においても、支援する期間の見極めは必要であり、スピードを求められることもある。

また、医師の退院指示や患者、家族が早期退院を希望している場合もあり、その点においても、状況を見ながらソーシャルワークを展開する必要があると考える。そのためソーシャルワークは時間でその効果を計ることはできないと考える。

ケースごとに患者や家族等と関わるタイミングを逃さず支援できるかが、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性であると考えられる。

### （４）地域関係機関へ繋ぐ機能

ここでは、療養型病院における退院支援について述べることにする。

療養型病院においては、制度上の在院日数が定められていない。しかし、長期入院ありきの考え方ではなく、社会復帰を進めていく必要性はある。

療養型病院へ入院を希望する際は、家族の意向が強い傾向であると考えられるが、同様に入院継続の希望についても、家族の意向が強いと考えられる。しかし、病院は生活の場ではない。非現実的な場（病院という場）が現実的（生活の場）になっている様にも思える。そのことをソーシャルワーカーは評価や判断する必要があると考える。家族が入院継続を希望した場合、本当は自宅で一緒に生活したいと考えているかもしれない。しかし情報や知識、経験がなく、不安でいる可能性もある。

その時にソーシャルワーカーがより添えたならば、患者や家族の生活の場における選択肢は広がり、生活の可能性が広がると考えられる。

支援においては、患者や家族のストレングスに注目し、エンパワメントな視点を持つことが大切である。そのことを導き出し、患者や家族の生活の可能性を見出すことに療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性があると考えられる。

## 第5章 療養型病院のソーシャルワーカーがより良い実践を行うための要件

ここでは、今現在、そして将来、療養型病院においてソーシャルワーカーとして勤務する方々の一つの指標となるために、第1章から第4章で明らかになった療養型病院におけるソーシャルワーカーの現状や役割、専門性等を踏まえた上で、ソーシャルワーカーが業務を行う中で、組織や人員、ソーシャルワーカー自身が改善すべき課題等を述べる。

### (1) 組織の中での位置づけの明確化

第2章第2節や第3章第3節、第4節で明らかとなった通り、ソーシャルワーカーが入院相談窓口業務を担うということは、「病院としての顔」としての存在が大きくなり、患者や家族、そして地域関係機関に自院の印象を与えることになる。治療やリハビリの継続の一つ場として療養型病院は存在しているが、その業務を担う以上、いかに患者や家族に、自院を選択して頂き、ベッドを有効に活用できるかが問われてくる。つまり、稼働率の安定であり、そのことは病院の経営面にも大きく影響する。そのためには、病院として患者や家族にどのような医療サービスの提供（ソフト面やハード面等）ができるかをソーシャルワーカー自身が理解し、自院の状況を踏まえた上で、患者や家族、地域関係機関へ情報発信する役割や、地域の状況を踏まえた上で、地域における「一社会資源」として何を必要とされているのか、院内に情報発信することが求められる。そして入院された患者に対しては、身体的、心理的、経済的、社会的問題等、病気によって引き起こされた、また明らかとなった様々な解決すべき生活課題に対して、院内他職種や地域関係機関と協力しながら、社会福祉の立場でアプローチし、1人1人の患者や家族のQOLが向上できるように支援していくことが求められる。その際、患者や家族と院内他職種、地域関係機関との架け橋としての役割が求められることが多く、いかに、各々の思いや希望等を集約し、患者が希望する支援へと導きだせるかが問われる。

それらの業務を行うということは、「患者視点」、「病院視点」、2つの視点が求められることとなるが、2つを同時に担うことは、常に葛藤の連続である。例えば、病床稼働率を維持させるためには、入院患者の確保であるが、ベッドが空いているが入院を希望する患者がいらないことも起こり得る。単純に考えると、患者を入院継続させておけば、稼働率の維持は可能であり、制度上においても、何ら問題はない。しかし、ソーシャルワーカーとしては、患者の生活の場へ向けた支援が必要である。

そのため、ここで提案したいのが、ソーシャルワーカーには管理職が必要であり、かつ、管理職がソーシャルワーカーであるべきだということである。

現在、ソーシャルワーカーが所属する部署としては、急性期病院も含め、様々な職種で構成された「地域連携室」等と位置づけしている病院が増えてきており、その所属長は医師や看護師が担っていることが多い現状である。患者が抱えている問題は、社会情勢も踏まえた上で、多種多様であり、様々な角度からアプローチする

ことが必要であるため、チーム医療の一つとして考えれば、チームワークを作りやすくする面もあり、そのこと事態に否定はしない。しかし、管理職がソーシャルワーカーであれば、自分たちが行っている支援や地域関係機関と日々やりとりする中で知り得た情報、また患者の確保と患者の生活の場に向けた支援が必ずしもマッチしないこと、さらにソーシャルワーカーとしての専門性を発揮するための業務整理等を、病院の運営や組織を形成する場である「経営会議」等で、病院運営におけるソーシャルワーカーの在り方について、意見を述べることを可能にする。ソーシャルワーカーも病院の一職員であるため、病院の方針に従い業務を行うことは必要であるが、患者や家族、地域関係機関と身近な存在であり、かつ、病院においては唯一社会福祉の視点を持った専門職であるからこそ、そのような場で発言していき、より療養型病院におけるソーシャルワーカーが専門性を発揮できる組織作りが必要なのではないだろうか。そのことで、患者や家族、地域関係機関等に今以上の要望に応えられるのではないだろうか。

## (2) 働きやすい環境の整備

第3章第4節で急性期病院との業務比較を行った上で療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割を述べ、第4章第2節で事例報告を行った上で、第4章第3節で療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性について述べたが、療養型病院のソーシャルワーカーは、急性期病院等の地域関係機関よりケースを「引き継ぎ」、生活の場である在宅事業所や施設等へケースを「繋ぐ」役割が求められている。その中で必要とされていることは、患者の地域にある社会資源を有効活用し、患者や家族の置かれている状況、例えば心理面等に配慮しながら、アプローチを行っていくことである。いかに「関わるタイミング」を見極め、患者の希望する生活の場へと導き出せるかということであるが、その過程においては、患者や家族、院内他職種、地域関係機関との間で、必ずしも思いや希望等が合致するとは限らず、時として意見が衝突することもある。また、関わるタイミングにおいては、患者や家族の個性や価値観等を尊重しながら関わることになり、難しいアプローチの一つである。

ソーシャルワーカーがチームの一員として専門性を発揮するために、そして、様々な葛藤を抱えながら業務を行う中でバーンアウトしないためにも提案したいことが、職場内において、仲間（ソーシャルワーカーがいる）がいること、つまり1人職場ではないことと、教育を受けれる環境、つまりスーパービジョンを行えるスーパーバイザー（先輩ソーシャルワーカー）の必要性である。

業務上においては、支援をどのように行ったら良いのか戸惑ったり、患者や家族、院内他職種、地域関係機関よりクレームや意見の相違があった場合、精神的に落ち込み、自分自身の支援に自信が持てず、悩み苦しむことは、業務を行う中で誰しもが経験することである。その際に、話しができる環境や体制、かつ、同じ業務を行い、同じ思いを持ちながら業務を行っている仲間（ソーシャルワーカー）の存在は必要ではないだろうか。また、実践を行う中で、経験やスキルに応じた教育を受け

れる環境があることも重要であり、そのことを確立していくことで、バーンアウトを防ぎ、療養型病院におけるソーシャルワーカーの必要性や専門性が今以上に明らかになってくると考えられる。

### （３）ソーシャルワークを追求する姿勢

第１章（２）で療養型病院におけるソーシャルワーカーの実践を明らかにする必要性について述べたが、ここでは明らかにするだけではなく、追求する姿勢の大切さについて、ソーシャルワーカー自身の課題も踏まえて述べることとする。

業務を行う中で葛藤を感じ、また業務における不満や改善点を感じているのは、ソーシャルワーカー自身である。そのため、ソーシャルワーカー自身がソーシャルワークとは何かということをしかりと心得て、自分たちの業務のあり方について追及していくことが必要である。病院は専門職で構成された場であるが、その状況下で自分たちの立ち位置を示していくことは難しい一面もあるが、示していく必要がある。

そのためには、日々変わる社会情勢において、ソーシャルワーカー自身も自己研鑽する必要があると考える。また、業務で行った支援を、フィードバックし、学会等において、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割や専門性について、明らかにする場を設けることが必要である。そのことは一つのソーシャルアクションであり、社会的地位の向上につながると考える。またフィードバックすることで、新たな課題を見出すことができ、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割や専門性を追求するきっかけにもつながる。さらに、地域関係機関とのより良い関係を築き上げるためにも、院内に留まらず、地域に出向き、自分たちの存在を伝え、顔と顔の見える関係作りを行っていくことで、より業務を効率化させることができると考える。そのことは、最終的には患者に還元され、１人１人の患者のニーズにより応えることを可能にする。

## おわりに

療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割を明らかにするために、インタビュー調査を急性期・療養型病院のソーシャルワーカーに行ったが、調査目的以上の成果を挙げることができた。急性期病院・療養型病院のソーシャルワーカーは患者に対し、シームレスな支援が展開できるように共働していくことの大切さを改めて感じる機会となった。

私自身、急性期病院での経験がなく、急性期病院のソーシャルワーカーがどのような業務を行っているのかは、日々の関わり（転院調整等）や関連学会等でわかっていた面もあったが、実際にインタビュー調査を行うことで、さらに実感することができた。入院相談窓口業務を行う中で、急性期病院のソーシャルワーカーに対し、情報提供不足等を感じ、「聞いてなかった」「確認していた内容と違う」等の思いを持っていたことは事実であり、密に連携を必要としているにも関わらず、関係性に「障壁」を感じることもあった。しかし、患者に対する思いや、業務に対する葛藤等を伺うことで、患者のより良い生活の場に向けた支援や、QOLの向上に向けた支援等、同じ目標を持っていること、また急性期病院のソーシャルワーカーは、自分たちが支援したことが、療養型病院のソーシャルワーカーによって引き継がれ、そのことで支援が「栄える」ことに期待していることを再認識できた。その思いを裏切らないためにも、自分自身がソーシャルワーカーとして成長していくこと、今まで以上に歩みよっていくことの必要性を感じることもできた。貴重な機会であったと切に感じる。

また、療養型病院のソーシャルワーカーにインタビュー調査を行うことで、業務における思いや葛藤等を共有することができ、そのことは、自分自身の「励み」や「新たな課題」等を見出すきっかけになった。自分自身が業務で感じている思いや葛藤等は決して特別なものではなく、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割そのものであり、解決すべき課題であるように感じた。

さらに、ソーシャルワーカーは様々な支援を行っていることを切に感じ、必要性について感じることもできた。この調査結果は今後も学会等で活かし、ソーシャルワーカーの役割や専門性等を訴えていきたいと思う。

そして、療養型病院におけるソーシャルワーカーの専門性を明らかにするために、事例研究を行い、ケースをフィードバックしたが、日々、ソーシャルワーカーとして成長させてくれているのは、患者や家族であることを改めて感じることもできた。専門職として業務に着かせて頂いている以上、その方たちに寄り添って今後も支援を行っていききたいと切に感じる次第である。

## 謝辞

本研究を行う一番最初のきっかけは、中堅職としての立ち位置になった今、自分自身がこれまでに行ってきた療養型病院におけるソーシャルワーカーとしての支

援を振り返り、ソーシャルワークとは何かということを見つめ直し、これからも専門職として支援を必要としている多くの方たちの支えになりたい、また多くの後輩ができた中、少しでもソーシャルワークとは何かということを伝えていける存在になりたいとの思いからである。

その後押しをしてくれたのは、同じソーシャルワーカーである職場の直属の上司であった。そして、学業を行えたことは、何より職場の同僚の存在であったと切に感じている。業務を行いながら研究活動を行うことは、思っていた以上に時間を確保することが大変であった。授業へ出席するために、業務を同僚が引き継いでくれたことがあったことも事実であり、職場に理解ある人がいること、支えて下さる方たちの存在を改めて感じることもできた。日々支えて下さっている皆さまに深く感謝申し上げます。

また、本研究に賛同して頂き、忙しい中、インタビュー調査にご協力頂いた皆さま、そして所属機関の方たちに感謝の気持ちでいっぱいである。改めてお礼申し上げます。

最後に指導教授として、ご指導頂きました浅野仁教授に深く感謝申し上げます。

## 参考文献

- 1) 日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)—平成 23(2011)年～平成 72(2060)年— 報告書 国立社会保障・人口問題研究所  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/con2h.html>
- 2) 平成 22 年度 医療給付実態調査報告 厚生労働省  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do? toGL08020101 &tstatCode=000001044924&requestSender=dsearch>
- 3) 平成 22 年度 国民医療費の概況 厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/index.html>
- 4) 第 11 回高齢者医療制度改革会議資料(2010 年 10 月 25 日)  
資料 2-2-1 医療費等の将来見通し及び財政影響試算 厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uhlp.html>
- 5) 国民生活基礎調査 最近の調査結果(平成 22 年度時点) 厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/04/tp0411-01-2.html>
- 6) 医療法等の一部を改正する法律案の概要(H12.9.22 国会提出) 厚生労働省  
[http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaisei/tp1024-1\\_10.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaisei/tp1024-1_10.html)
- 7) 療養病床に係る診療報酬・介護報酬の見直しについて(平成 18 年 4 月)  
厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/dl/ryouyou02.ppt>
- 8) 中央社会保険医療協議会 総会(第 125 回)議事次第(平成 20 年 2 月 13 日)  
平成 20 年度診療報酬改定について 資料(総—1)全体版  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a.pdf>
- 9) 平成 22 年度診療報酬改定 第 2 改定の概要 概要 厚生労働省  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryohou/iryohouhoken/iryohouhoken12/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohou/iryohouhoken/iryohouhoken12/)
- 10) 平成 24 年度診療報酬改定について 第 2 概要 個別改定項目について  
厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohouhoken/iryohouhoken15/dl/gaiyou.pdf>
- 11) 平成 24 年度診療報酬改定の基本方針のポイント 厚生労働省  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohouhoken/iryohouhoken15/dl/h24\\_01-02-4.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohouhoken/iryohouhoken15/dl/h24_01-02-4.pdf)
- 12) 平成 24 年度介護報酬改定について 厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/kaitei.html>
- 13) 社会労働課 小沼 敦 療養病床の再編 国立国会図書館 ISSUE BRIEF  
NUMBER 590 (2007.6.7)  
<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/0590.pdf#search='%E7%99%82%E9%A4%8A%E7%97%85%E5%BA%8A%E3%81%AE%E5%A4%89%E9%81%B7'>
- 14) 第 76 回社会保障審議会介護給付費分科資料(平成 23 年 6 月 16 日)



資料3 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の

概要 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ft9d.html>

- 15) 「2012 日本慢性期医療宣言」 日本慢性期医療協会  
[http://jamcf.jp/pdf/2012/20120113chairman\\_2.pdf#search='2012%E6%97%A5%E6%9C%AC%E6%85%A2%E6%80%A7%E6%9C%9F%E5%8C%BB%E7%99%82%E5%AE%A3%E8%A8%80'](http://jamcf.jp/pdf/2012/20120113chairman_2.pdf#search='2012%E6%97%A5%E6%9C%AC%E6%85%A2%E6%80%A7%E6%9C%9F%E5%8C%BB%E7%99%82%E5%AE%A3%E8%A8%80')
- 16) 厚生労働統計協会 「国民衛生の動向 Vol.59 No9 2012/2013」 p 222－235
- 17) 日本療養病床協会ソーシャルワーク部会アンケート集計結果 (07/3/26)  
日本慢性期医療協会 <http://jamcf.jp/enquete.html#0701msw>
- 18) 小西加保留・田中千枝子 編 「よくわかる医療福祉 保健医療ソーシャルワーク」 ミネルヴァ書房 p 78－103
- 19) 医療ソーシャルワーカー倫理の倫理綱領 倫理綱領：2007 年制定版  
日本医療社会事業協会  
[http://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/rinri\\_2007.pdf](http://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/rinri_2007.pdf)
- 20) 倫理綱領 社会福祉士会  
[http://www.jacsw.or.jp/01\\_csw/05\\_rinrikoryo/index.html](http://www.jacsw.or.jp/01_csw/05_rinrikoryo/index.html)
- 21) 一般社団法人日本社会福祉学会研究倫理指針 (2010 年 4 月 1 日施行)  
日本社会福祉学会  
<http://www.jssw.jp/disclosure/pdf/ethics.pdf#search='%E4%B8%80%E8%88%AC%E7%A4%BE%E5%9B%A3%E6%B3%95%E4%BA%BA%E6%97%A5%E6%9C%AC%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E7%A6%8F%E7%A5%89%E5%AD%A6%E4%BC%9A%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%80%AB%E7%90%86%E6%8C%87%E9%87%9D'>
- 22) 佐藤郁哉 著 「質的データ分析法」新曜社 p 198－200
- 23) 田中千枝子 他 「保健医療ソーシャルワーク実践 1」中央法規 p 264－272
- 24) 佐藤久夫 他 「保健医療ソーシャルワーク実践 2」中央法規 p 171－183、  
p 210－221
- 25) 日本医療ソーシャルワーク研究会 編 「2012 年度版 医療福祉総合ガイドブック」医学書院 p 10－26
- 26) 黒木信之 編 「診療科別 患者さんにそのまま見せる！医療福祉相談の本」日総研 p 150－219
- 27) 福祉臨床シリーズ編集委員会 編 「臨床に必要な保健医療福祉」弘文堂 p 138－148
- 28) 砂原茂一 著 「医者と患者と病院と」岩波新書 p 212－217

# インタビュー調査にご協力頂く皆さまへ

依頼文

論文タイトル

療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割と専門性に関する研究

## （１）目的

病院の「機能分化」が進められる中で、ソーシャルワークの価値や倫理は同じにせよ、病院の機能が違えば、ソーシャルワーカーの役割に違いがあると考ええる。急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの日々の業務や連携（転院調整）等について、インタビューを通して確認した上で業務比較等を行い、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割を明らかにする。また同時に課題についても考察する。

## （２）なぜ療養型病院のソーシャルワーカーをクローズアップしたのか

平成 24 年度の診療報酬改定では、急性期病院の役割と在宅促進が重点課題として挙げられている。また世間一般的な病院のイメージとしては急性期病院と捉えられており、療養型病院の認知度は低いとテレビのドキュメント番組や入院前の相談で来院される患者の家族に説明する中で切に感じる。そのような中で、ソーシャルワーカーにおいては、急性期病院の経験をして、初めてソーシャルワーカーが語れるとの印象も感じられ、先行研究を検索してみても、療養型病院のソーシャルワーカーについて書かれている論文は無いに等しい。

療養型病院においては、社会的入院や長期入院ありきの考え方が強い中で、ソーシャルワーカーはいったい何を業務としているのかとの声も聞こえてくる。今まで療養型病院におけるソーシャルワーカーの働きについて明らかにされる機会がなかったと切に感じる。

私自身大学卒業後、約 8 年間現療養型病院に勤務して多くの患者と出会い、その方たちに対して様々な支援を行ってきた。その支援こそがまさにソーシャルワークであると考ええる。

そのため、本研究においては急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーへインタビューを通して、また自分自身の実践報告を踏まえた上で療養型病院の役割を明らかにすると共に、今後の課題を述べたいと感じたためである。

### (3) 対象者

- ・大阪府を中心とした関西圏域に所属する急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーとする。本研究における急性期病院とは一般病棟入院基本料 7 対 1 か 10 対 1 看護である病院（障害者施設等一般病棟は除く）を指し、療養型病院とは、医療法による医療療養型病床と介護保険法による介護療養型医療施設を指す（回復期リハビリテーション病棟は除く）。
- ・社会福祉士取得者とする。日本医療社会事業協会ではソーシャルワーカーの基礎資格を社会福祉士としており推奨している。社会福祉士取得者は基本的な社会福祉の価値と倫理を所有していると考えられるためである。
- ・初任者を除く 4 年目以上の経験者を対象とする。4 年目以上のソーシャルワーカーを対象とした理由はある一定の経験を積んでいると考えられるためである。

### (4) 調査の方法

- ・インタビューに際しては、この依頼文を用いて、インタビューの主旨を説明した上で書面上の同意書の署名と捺印を得た上で実施する。
- ・インタビューは質問紙に沿って自由回答とする
- ・インタビューは 1 対 1 の個別面談とする
- ・インタビュー中は会話の内容を IC レコーダーにて録音する

### (5) 倫理的配慮

- ・この依頼文を用いて口頭でインタビュー実施の主旨を説明した上で、書面上の同意書の署名と捺印で同意を得る。
- ・回答者には、所属長に確認をとった上で、インタビューにご協力頂くよう、事前に依頼する。所属長より依頼文の要請があった場合は、依頼文を郵送し、事前に承諾を得た上でインタビューを実施する。その際は所属長にも署名と捺印で同意を得る。
- ・個人名、機関名の確認を行った上で、各病院のソーシャルワーカーへ質問を行うため、調査結果の公表にあたっては、個人名、機関名が特定されないよう個人名はアルファベット（イニシャルにはしない）とし、機関名は公表しないようにするなど、個人情報に配慮をする。
- ・インタビュー中、回答できない事項があれば、回答を控えて頂くことを可能としました、途中でインタビューを中断したい場合は、その申し出があり次第、中断する。
- ・インタビュー中は、適宜休憩とり、対象者の負担軽減に努め、気分が悪くなった時など、体調の 変化があれば、申し出などによりその時点で中止するなど、対象者の健康面に配慮する。
- ・インタビュー中にメモをとった用紙と会話を録音した IC レコーダーに関しては、自宅にて鍵のかかる棚で保管する。研究終了後はメモをとった用紙については、自宅内にあるシュレッダーで裁断し、会話を録音した IC レコーダーに関しては消去を行う。

- ・ 結果データは開示要求に対応すべく、最低 5 年間は USB にて内容を保存するが、パスワード入力ができないと、閲覧できない様に配慮する。その後、消去を行う。
- ・ 関西福祉科学大学の倫理委員会にて承認を得た

## (6) 質問内容

基本的な質問事項 8 項目と具体的な質問事項 9 項目とする。

急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーに共通した質問事項
<p>(勤務病院の概要事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設基準 急性期病院：看護体制 7 対 1 or 10 対 1、病床数、診療科目数 療養型病院：施設基準 I or 施設基準 II、介護療養型医療施設、病床数</li> <li>・ 平均在院日数</li> <li>・ 勤務日と勤務時間</li> <li>・ ソーシャルワーカーの配置人数</li> </ul> <p>(個別的な確認事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 性別</li> <li>・ ソーシャルワーカーとしての経験年数</li> <li>・ 担当病棟</li> <li>・ 受け持ち患者数（月平均）</li> </ul>
急性期病院のソーシャルワーカーへの具体的な質問事項
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ソーシャルワーカーの業務内容</li> <li>2. ソーシャルワーカーの介入時期</li> <li>3. 退院支援において療養型病院を選択する理由</li> <li>4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか</li> <li>5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題。</li> <li>6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い</li> <li>7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割</li> <li>8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか</li> <li>9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか</li> </ol>
療養型病院のソーシャルワーカーへの具体的な質問事項
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ソーシャルワーカーの業務内容</li> <li>2. ソーシャルワーカーの介入時期</li> <li>3. 急性期病院よりどのような患者の相談を受けているのか</li> <li>4. 入院の窓口はどの職種が担っているのか</li> <li>5. 急性期病院との転院調整を行う中で日頃感じることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題</li> </ol>

6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い
7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割
8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか
9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

関西福祉科学大学

高岸 真一

(大学院 社会福祉学研究科 博士前期課程)

〒582-0026 大阪府柏原市旭ヶ丘3丁目11番1号

TEL : 072-978-0088 (代)

研究指導者：教授 浅野 仁

## インタビューにご協力頂く皆さまへ（同意書）

病院の「機能分化」が進められる中で、ソーシャルワークの価値や倫理は同じにせよ、病院の機能が違えば、ソーシャルワーカーの役割や求められることに違いがあると考えられます。そこで急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの日々の業務や連携について、インタビューを通して確認した上で、療養型病院におけるソーシャルワーカーの役割や今後の課題を明らかにすることを目的とし、インタビューにご協力頂けますよう宜しくお願い申し上げます。

インタビューへのご協力は任意です。インタビューを通じてご提供頂いた情報は、研究者以外の第三者が触れることはありません。また、研究成果の報告では、個人名や機関名が特定されることはありません。

インタビュー中、お答えできない事項があれば、お答え頂かなくて構いません。また、途中でインタビューを中断したい場合は、その申し出があり次第、中断させて頂きます。

### （個人情報保護について）

- ・ インタビューの内容は、研究目的以外には一切使用いたしません。
- ・ インタビューへの同意は、同意書の提出後であっても撤回することができます。
- ・ インタビュー中は IC レコーダーにて内容を録音させて頂きますが、秘密保持を厳守し、データを削除させて頂きます。
- ・ 結果データは開示要求に対応すべく、最低 5 年間は USB にて内容を保存しますが、パスワード入力ができないと閲覧できないようにし、最善の注意を払います。

### （調査結果の公表）

- ・ インタビューの結果は学会報告、論文、報告書のデータとして使用させて頂きます。
- ・ 研究過程および結果の公表にあたっては良識と知的誠実を遵守します。

本研究に同意して頂ける場合は、下記にご署名をお願い致します。

本研究に関する説明事項を理解し、調査・研究への参加に同意します。

平成 年 月 日

ご芳名

関西福祉科学大学  
(大学院 社会福祉学研究科 博士前期課程)  
高岸 真一  
〒582-0026 大阪府柏原市旭ヶ丘 3 丁目 11 番 1 号  
TEL : 072-978-0088 (代)  
研究指導者：教授 浅野 仁

急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーに共通した質問事項  
勤務病院の概要と個別的な質問事項

・急性期病院のソーシャルワーカー 5 名

	A	B	C	D	E
性別	女 性				
病院機能	一般病棟入院基本料 7 対 1 看護			10 対 1 看護	
病床数	230 床		1063 床	301 床	92 床
平均在院 日数	15 日	15 日	回答なし	14 日	14 日
診療科目 数	19	19	48	20	3
ソーシャル ワーカーの配置 人数	4 名	4 名	6 名	7 名	4 名
ソーシャル ワーカーとしての 経験年数	9 年目	4 年目	9 年目	4 年目	14 年目
勤務日 勤務時間	月～土 22 日勤務/月 9:00～17:00	月～土 22 日勤務/月 9:00～17:00	月～金 8:45～ 17:15	月～土 20 日勤務 /月 8:30～ 17:00	月～土 週休 2 日制 9:00～ 17:00
担当病棟	呼吸器内科 消化器内科 循環器内科	脳神経外科 消化器内科 眼科 呼吸器内科 総合内科	脳神経外科 整形外科 神経内科 代謝内分泌 他	循環器科 消化器科	内科 外科 泌尿器科
受け持患 者数（月 平均）	44 人	40 人	50～55 人	60 人	30～40 人



・療養型病院のソーシャルワーカー3名

	F	G	H
性別	男性	女性	女性
病院機能	急性期病棟 (7:1) 医療療養病棟 I 介護療養型医療 施設	障害者病棟 (10:1) 医療療養病棟 (I・II)	回復期リハビリテー ション病棟 I 医療療養病棟 (I・II) 介護療養型医療 施設
病床数	急性期病棟：96 床 医療療養病棟 76 床 介護療養型医療 施設 12 床 計 184 床	障害者病棟 112 床 医療療養病棟 353 床 計 465 床	回復期リハビリテー ション病棟 96 床 医療療養病棟 322 床 介護療養型医療 施設 82 床 計 500 床
平均在院日 数	医療療養病棟 147.1 日 介護療養型医療 施設 278.1 日 急性期病棟 16.3 日	障害者病棟 33.1 日 医療療養病棟 275.2 日	回復期リハビリテー ション病棟 83.2 日 医療療養病棟 274.1 日 介護療養型医療施設 340.3 日
ソーシャル ワーカーの 配置人数	2 名	7 名	16 名
ソーシャル ワーカー としての 経験年数	15 年目	9 年目	6 年目
勤務日 勤務時間	月～土 24 日勤務/月 8:45～17:15 土は 8:45～13:00	月～土 24 日勤務/月 8:30～17:00 土は 3 名以上出勤 で PM～1 名体制	月～土 22 日勤務/月
受け持ち者 数 (月平均)	30 人	60 人	75 人

回答者：A さん

実施日：平成 24 年 6 月 30 日

開始時間：19 時 30 分

終了時間：21 時 00 分

計 1 時間 30 分

### 勤務病院の概要事項

- ・施設基準

看護体制：7 対 1

急性期単科（230 床） 診療科目数：19

- ・平均在院日数

15 日

- ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土（月 22 日勤務）

勤務時間：9:00～17:00

- ・ソーシャルワーカーの配置人数

4 名

### 個別的な確認事項

- ・性別

女性

- ・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：10 カ月

現職場以外：7 年 5 カ月

経験年数：9 年目

現職場以外の病院形態：

療養型病院（回復期リハビリテーション病棟：施設基準Ⅰ、医療療養病棟：施設基準Ⅰ・Ⅱ、介護療養型医療施設）

＊特記事項

療養型病院へ入職後、急性期病院へ移動（法人内移動）

- ・担当病棟

呼吸器内科、消化器内科、循環器内科

- ・受け持ち患者数（月平均）

44 人

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

1 位：退院支援	73%	2 位：院内連絡調整	10%
3 位：情報収集	6%	4 位：介護保険関連	5%
5 位：経済的支援	4%	その他	2%

（退院支援の内訳）

1 位	療養転院	50%
2 位	回復期リハビリテーション病棟	20%
3 位	在宅	18%
4 位	施設	12%
1 位	介護老人福祉施設	45%
2 位	有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅	36%
3 位	グループホーム	10%
4 位	介護老人保健施設	9%

＊担当病棟により退院先は変わる

（補足）

- ・施設入所は戻りの調整がほとんど。（新規 10%、戻り 90%）
- ・専門病院への転院調整は入院間もなく行われることが多く、他事務部門が調整することが多い。ソーシャルワーカーの関わりは少ない。他病院だとソーシャルワーカーが担う病院が多いと考えられる。専門病院への転院は結核疑いや膠原病等、自病院での対応が困難な場合。
- ・在宅調整は、介護保険を新規申請し、暫定でケアマネージャーに在宅調整を依頼。退院前カンファレンスを実施することが多い。

## 2. ソーシャルワーカーの介入時期

### 方法

- ・医師や看護師等の他職種からの依頼 70%  
職種：1位 医師（70%） 2位 看護師（30%）
- ・スクリーニングシートの活用 15%
- ・患者や家族からの直接相談 5%
- ・ソーシャルワーカー自ら発見 5%
- ・ケアマネージャー、施設等の他機関からの情報提供 5%

### （補足）

- ・ソーシャルワーカーが参加しているカンファレンスは呼吸器内科病棟のみ。  
退院についてではなく、現状の病状についての話がメイン。  
開催頻度：週1回  
メンバー：医師、看護師、退院調整看護師、言語聴覚士、栄養士、薬剤師、  
ソーシャルワーカー、
- \*カンファレンスでのケース発見は他職種（医師）からの依頼に入れている
- ・無保険であるとか、身寄りがいない、家族が遠方である、家族の理解力に難あり等、受付（医事課）が一番最初に情報を把握していることが多いが、情報が流れてこない。情報をそこから発信してもらえたら一早く問題解決に向けて早期介入ができる。現状では病棟看護師からの情報提供で分かることが多い。
- ・スクリーニングシートは入院当日に病棟看護師が作成。翌日退院調整看護師が収集し、ソーシャルワーカーの元へ届くことになっているが、届かないこともある。スクリーニングシートは全患者で実施することになっている。  
スクリーニングシート事態、あまり機能していないとの印象。当てにしていない。  
スクリーニングシートが届く前に病棟から声がかかることもある。  
スクリーニングシートは退院支援パスの中に組み込まれている。
- ・患者、家族がソーシャルワーカーへ直接相談に来る際の経路に関しては不明。  
相談内容としては、経済的な相談（個室代が支払えない）、退院先の相談（独居生活であり不安、施設に戻れるかどうか心配）等

- ・ソーシャルワーカー自らがケースの発見については、病院日報で施設から入院した患者や、高齢者（80歳以上）の患者を発見した場合は、カルテで確認するようにしている。スクリーニングシートで年齢は確認できるようになっているが、記入漏れ等によりなかなか情報収集ができない。循環器系の患者は安静期間が長くADLが低下してしまうリスクが高い。また誤嚥性肺炎は経口摂取が困難となったり、食事形態が落ちてしまう可能性があるため気にかける。年齢が高齢になるに連れてそのリスクが高くなる。
  - ・施設やケアマネジャーからの情報提供は、施設や在宅での様子を教えてもらうと同時に現在の状態や退院の時期についての確認がある。
- \* クリニカルパスで介入に支障が出ることはない。

### 介入時期

- 1位 治療方針が立った段階 75%
- 2位 患者、家族に社会的問題（無保険、身寄りがない等）があるケース 10%
- 3位 入院前の生活に戻ることが困難と判断されるケース 10%
- 4位 患者、家族が希望した場合 5%

#### （補足）

- ・入院前の生活に戻ることが困難と判断されるケースについては、治療段階ではあるが、ソーシャルワーカーの判断。
- ・2位に関しては入院日に限りなく近い日で介入

#### （問題点）

- ・他職種からの介入依頼が基本
- ・治療方針が立った段階での介入依頼が多いが、もっと早く介入できたらと感じることがある。療養型病院への転院調整の場合、治療方針が立った段階での介入では、家族の転院先の希望を確認した上で打診を行い、そこから待機が発生するため、退院が延びてしまう。介入の遅さを痛感する。
- ・早期介入の課題である。スクリーニングシートが機能していないことも問題であるが、自ら介入する方法も考えなければならない。
- ・全患者の把握が必要と感じるが追いつかない。

(ソーシャルワーカーの関わりがない在宅調整について)

ADLの低下等在宅退院に不安要素があったとしても、看護師の判断のもと医師が退院を指示し、家族が了承すれば退院している。その際、家族と話をしているのは主に病棟看護師。介入はしていなくても気になることはある。日報で退院したことを知ることもある。退院後、在宅医やケアマネジャーからクレームが入ることはない。介入していなくても、ケアマネジャーがいれば安心感はある。問題なく自宅退院可能と病院側が判断したとしても、ケアマネジャーがそのように感じないこともあると考えている。本来であれば、入院中にサービス内容やサービス変更の必要性は、全患者に対して退院前カンファレンスを実施した方が良いと思われるが、ほとんど実施できていない現状。新規ケースに関しは極力実施するように心掛けているが、退院指示は基本的に翌日退院ということが多い。また、ケアマネジャーが距離を問題とし、来院困難であったり、すぐに時間を作ることが困難という場合もある。退院前カンファレンスは患者の状態に反映されない。ソーシャルワーカーが退院の見極めができれば退院前カンファレンスの件数は延びるし、状態に反映されると思われるが、退院の見極めが難しい。呼吸器内科は病状の見通しが分かりやすいが、循環器内科は治療方針の変更（内服調整等）が多く見通しが分かりにくい。ソーシャルワーカーの知識の問題??

### 3 退院支援において療養型病院を選択する理由

- ・医療度が高く、なおかつ介護度が高い。また意識レベルも低下し在宅や施設入所が困難と判断、または時間を要するケース。
- ・回復期リハビリテーション病棟の該当からはずれてくるが、リハビリ（や治療）が必要なケース。
- ・将来的に見通しが不安定なケース（慢性的な疾患により急性増悪が今後も繰り返し起こる可能性があるケースや癌等による予後不良なケース）。在宅や施設に入所しても、早い段階で再入院が予測されることにより、患者、家族の不安や、施設側から懸念されるケース
- ・介護保険の対象とならないケース。在宅介護が不安。いわゆる行き場のない患者の逃げ場としての転院依頼。

上記は仮説の回答を指示

#### Aさんの意見

- ・施設は酸素、点滴、経鼻対応は困難なところが多い。
- ・経口摂取が困難で経管栄養を希望せず抹消点滴のみを希望。いわゆる看とりのケース。在宅で看とりを希望しない場合。
- ・施設入所が適当であると考えられたとしても、介護保険の結果が出るまでの間、入院を依頼することはある。
- ・入院の必要性がなければ、基本的には療養型病院は紹介しないが、在宅がどうしても困難で、介護保険の対象からはずれ、身体障害者施設を希望する患者に関しては、時間を要するため、療養型病院への転院を進めることはある。

#### 療養型病院へ転院支援を行う際、患者と家族ではどちらの意向が反映されているのか

患者の希望ではなく、家族の希望が強い傾向にある

- ・療養型病院への転院が必要と思われるケースは、患者の意識レベル等の問題で意志確認が困難なケースが多く、家族の意向が反映される場合が多い
- ・患者が在宅を希望したとしても、介護上の問題等で家族が療養型病院を希望した場合は、家族から患者に説明してもらっている。立ち合うことはないため、どのような説明をしているかは不明であるが、「まだ治療が必要で入院継続しなければならない」と説明していると予測。
- ・患者が療養型病院への転院を希望していることは少ないが、承諾しているケースは多々ある。

#### 4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか

- ・ソーシャルワーカー 60%
- ・他職種（看護師、一般事務）40%

療養型単科の病院は、回復期リハビリテーション病棟と療養型病棟、急性期病棟と療養型病棟等、ケアミックスの病院に比べるとソーシャルワーカーが配置されていない病院はまだ多く感じる。

##### ソーシャルワーカーが担うことのメリット

- ・自分自身が支援した内容（経済的支援、家族支援等）が伝わりやすい。今後の生活の場に向けた話しの際に、解決すべき課題等が伝わりやすく、方向性についても話ができる。

##### ソーシャルワーカーが担うことのデメリット

- ・病状的に受け入れが可能かどうかの即答がもらえない。紹介状や看護サマリーの情報提供が必須。看護師が窓口だと口頭で確認ができ返事が早い。
- ・社会的背景の点で指摘が入りやすく、確認や問題解決に時間がかかる。
- ・ゲートキーパーになっていると感じることはある

（例）医療区分がとれないと受け入れ不可、入院が長期化しそうなケース（行き場がない、限定される）。相談で転院につながることはあるが、時間を要する。

##### （その他）

- ・一般事務が入院の窓口の場合、口頭で申し送りをしたとしても、伝わらない。そもそも聞く気がない様に感じる。



## 5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題

- ・ 転院までの待機が長い。早期介入ができていない急性期病院側の問題と療養型病院のベッド調整の問題
- ・ 医療区分がとれなければ入院が困難と言われることが多いが、経鼻や吸引（回数が少ない）があると施設から断られる。
- ・ 退院が長期化することが予測される患者に関しては敬遠されやすい。医療区分がとれたとしても、入院期間は3ヵ月と言ってくる病院は多い。
- ・ 患者、家族が退院をしぶる場合、医師、看護師も一緒になって話をしてくれることもあるが、積極的に退院の話をするのはソーシャルワーカーで退院係にならざるを得ない。押し出し役と感ずることがある。その役割を他職種より求められている。
- ・ 治療方針の変更を言われる。経口摂取が困難となり、できる限りの延命はしたくないとの意向のもと、抹消点滴のみ（看とり）で経過を診ていくことで治療方針が決定していたとしても、IVHや胃ろう造設を条件としてくることもある。また医療区分がとれるように治療方針の変更を求められることもある。
- ・ 在院日数の関係で面談の回数や時間が限られる。十分な支援が行えていないと感ずることがある。信頼関係が築けていない段階で患者や家族と退院の話をしていかなければならないという葛藤。初回面談で具体的な転院に向けての話をしないといけない場合もあり、患者や家族が戸惑うこともある。
- ・ 療養型病院に丸投げではないが、自分自身の支援の幅が狭いと感ずることがある。バトンタッチをすることの役目を感じる。急性期のソーシャルワーカーは支援の末端（10%）を担い、残り（90%）を療養型病院のソーシャルワーカーに託す。期待している。
- ・ 受け入れを断れる際の理由が理解できないことがある

### 退院調整看護師との関係

在宅退院をされる患者で、医療的ケアが多い患者や看とり、癌患者に介入の機会が多い。ソーシャルワーカーも一緒に介入。退院調整看護師にはソーシャルワーカーから声をかけて依頼。退院調整看護師からソーシャルワーカーに声がかかることはない

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

### 急性期側：

- ・ 早期治療、早期退院が求められる中で、在院日数の兼ね合いで支援においてスピードが求められる
- ・ しがらみ（在院日数等）が多い
- ・ 積極的な退院支援が必要で退院ありき。治療優先。
- ・ じっくり関われない。1回・2回の面談での関わりが多い。中途半端という意味ではないに関わりきれていないと感じることはある。時間が限られている中で、どれだけ支援ができるかが求められる

### 療養型側：

急性期病院とは逆

### ソーシャルワークと時間の関係性：

病院の機能が違えば、関われる時間も違う。そのため時間でソーシャルワークは計れない。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

### 急性期側：

- ・ 早期介入（ソーシャルワーカーの配置人数で解決できる問題ではない）
  - ・ 他職種との信頼関係の構築
- 救急搬送も予約入院も他事務職が担当。そこからの情報発信が少ないと感じる。もっと情報発信してほしい。自分自身が他の事務職の業務内容を理解できていない様に、他の事務職もソーシャルワーカーの業務内容を理解できていない。もっと互いが歩みよれる様になる必要がある。医師や看護師とは関係性ができていると思う。

### 療養型側：

- ・ 早期受け入れ（相談を行った次の日にでも受け入れてほしいと感じている）入院判定会議が週1回の病院もある現状を改善してほしい。
- ・ 支援が継続できるように入院の窓口はソーシャルワーカーであってほしい。

（療養型病院に対して）

- ・ 入院期間を入院前から3ヵ月と言われることが多々あるが、看とりのケース等、それぞれの患者の状況に応じた対応をしてほしい
- ・ 療養型病院においてもリハビリを頑張してほしい
- ・ リース（洋服のレンタル）代が高い

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・ 介護保険病棟の廃止については問題ない。病院としての機能が必要とは思えない。ただし、在宅サービスの充実や施設での対応の幅（胃ろうや吸引）が充実してくることが前提。4 月の法改正で施設側の胃ろうや吸引の患者の受け入れに関しては、ほんの少し緩和されたと感じる程度。日中看護師がいても夜間帯に看護師がいない施設は多い。吸引の場合、昼夜問わないこともあるため、体制を強化してほしい。
- ・ 医療区分そもそもの基準に納得できない。医療区分では計ることができない患者の状態や状況がある。制度と患者の狭間で葛藤を感じる。
- ・ 急性期病院における入院期間が長期化する恐れがある。在宅復帰の場合、調整に時間がかかる
- ・ 在宅復帰を家族が拒む場合は無理に在宅調整は行わない。ただし、経済的（有料老人ホーム）、地理的な面で多少妥協してもらう

回答者：Bさん

実施日：平成 24 年 6 月 30 日

開始時間：21 時 30 分

終了時間：23 時 00 分

計 1 時間 30 分

### 勤務病院の概要事項

#### ・施設基準

看護体制：7 対 1

急性期単科（230 床） 診療科目数：19

#### ・平均在院日数

15 日

#### ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土（月 22 日勤務）

勤務時間：9:00～17:00

#### ・ソーシャルワーカーの配置人数

4 名

### 個別的な確認事項

#### ・性別

女性

#### ・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：1 年

現職場以外：2 年 3 ヶ月

経験年数：4 年目

現職場以外の病院形態：

療養型病院（回復期リハビリテーション病棟：施設基準Ⅰ、医療療養病棟：  
施設基準Ⅰ・Ⅱ、介護療養型医療施設）

#### ＊特記事項

療養型病院へ入職後、急性期病院へ移動（法人内移動）

・担当病棟

脳神経外科、消化器内科、呼吸器内科、総合内科、眼科

担当病棟の内訳：

脳神経外科 2/3、残り 1/3。眼科に関して 2 ヶ月に 1 回の関わり程度。眼科の関わりとしては施設戻りと退院日に家族が迎えに来なかった事例（認知症で在宅介護が困難との訴え）

・受け持ち患者数（月平均）

40～50 人

1. ソーシャルワーカーの業務内容

業務内容上位 5 位とその内訳

1 位：退院支援 60%      2 位：経済的支援 20%

3 位：制度説明 10%      4 位：受診支援 10%

（退院支援の内訳）

1 位 回復期リハビリテーション病棟 40%

2 位 療養転院 30%

3 位 在宅調整 20%

4 位 施設戻り 10%

1 位：介護老人福祉施設 40%、

2 位：有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅 30%

3 位：介護老人保健施設 20%、4 位：グループホーム 5%、

5 位：身体障害者施設、知的障害者施設 5%

\*担当病棟によって退院先は変わる

（補足）

・施設入所は戻りの調整がほとんど。（新規 20%、戻り 80%）

・専門病院への転院調整は入院間もなく行われることが多く、他事務部門が調整することが多い。そのため、ソーシャルワーカーの関わりはない。

・在宅調整は、介護保険を新規申請し、見込みでケアマネージャーに在宅調整を依頼。退院前カンファレンスを実施することもある。

## 2. ソーシャルワーカーの介入時期

### 方法

- ・ソーシャルワーカー自ら発見 50%
- ・医師や看護師等の他職種からの依頼 30%  
職種: 1位 医師(60%) 2位 リハビリ職員(20%) 3位 看護師(20%)
- ・患者や家族からの直接相談 10%
- ・ケアマネージャー、施設等の他機関からの情報提供 10%
- \*スクリーニングシートの活用 ほぼ0%

### (補足)

- ・ソーシャルワーカーが参加しているカンファレンスは脳神経外科病棟のみ。  
開催頻度: 週5回  
メンバー: 看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、  
ソーシャルワーカー
- \*カンファレンスでのケース発見は他職種(医師)からの依頼に入れている
- ・ソーシャルワーカー自ら発見について  
脳神経外科病棟に関してはほぼ全員に介入している(1~2人介入できていないことはある)。夜間帯の入院に関しては翌日カルテより把握を行う。確認事項としては病名と病状、会話が可能かどうか、意識レベルを特に把握。ベッド上安静が基本なのでADLはあまり重視しない。分からないこと、疑問に思うことは、医師や看護師に確認。
- ・スクリーニングシートは入院当日に病棟看護師が作成。翌日退院調整看護師が収集し、ソーシャルワーカーの元へ届くことになっているが、届かないこともある。スクリーニングシートは全患者で実施することになっている。スクリーニングシート事態あまり機能していないとの印象。当てにしていない。
- ・患者、家族がソーシャルワーカーへ直接相談に来る際の経路は、脳神経外科病棟に関して言えば、入院時の病状説明で医師がソーシャルワーカーの存在を伝えてくれている。相談内容としては、経済的な相談(医療費のこと)、退院先の相談等。個室代については病棟が解決してくれるため相談してくることはない。脳神経外科病棟に関しては、若い患者も多いため、経済的支援については、高額介護サービス費の説明等様々。
- ・病棟看護師も積極的に患者や家族と今後の生活の場について等話をしてくれるが、ソーシャルワーカーに依頼した方が良いと判断された場合は話の途中に介入依頼がある。
- \*クリニカルパスで介入に支障が出ることはない

## 介入時期

- 1 位 入院当日 50%
- 2 位 リハビリの進行状況 25%
- 3 位 治療目途が立った段階 25%

### (補足)

#### ・入院当日について

脳神経外科病棟に関してはリハビリ転院を必要とするケースが多いため、入院時の病状説明で医師がリハビリ転院について説明するケースが多い。病状的に不安定であったり、手術を控えている患者に関しては、挨拶のみとし（%には挨拶のみも含む）、後日改めて面談の機会を設ける。無保険等、早期介入が必要なケースに関しては、状態に関わらず早期介入する。入院時には必ず家族がいるため、できる限り会えるようにする。夜間帯の入院だと家族に会う機会を逃してしまう。入院当日でも、医師からの連絡がなければ気づかないことがある。

#### ・リハビリの進行状況について

カンファレンスやリハビリ職員から確認し、退院の目途を探る。

### (問題点)

「待ちの姿勢」と感じることはない。介入しそびれたと感じることはある。脳神経外科病棟に関しは、年齢が若く、仕事をしていた人も多い。退院の話が出た際に、多少の高次脳機能障害があったとしても、ADLの回復により、医師や看護師と患者、家族が話あって、自宅退院となるケースがいくつかある。本当に大丈夫かと思うこともあるが、医師が自宅退院を問題なしとして退院指示を出した場合は、発症前の生活の状況（勿論仕事をしていたということは日常生活上特に問題なしと考えられるが、職種等の確認は必要と考えている）を聞きづらいと感じたり、その機会がないことが多い。脳神経外科病棟の患者は退院後、必ず1回は外来受診に来てもらうようにしているが、そこで仕事がうまくいってない、車の運転がうまくできない（免許センターで指摘を受ける）等の問題が発生していることが判明する場合がある。

### 3 退院支援において療養型病院を選択する理由

- ・病名的に回復期リハビリテーション病棟への転院が不可であるが、リハビリが必要なケース。介護老人保健施設ではない理由としては、リハビリの単位数の兼ね合いや介護保険の取得ができない患者
- ・病状的に回復期リハビリテーション病棟での積極的なリハビリが困難であると判断されるが、リハビリは必要な患者。病名としては心原性脳梗塞等があげられる。
- ・今後の方向性により回復期リハビリテーション病棟での受け入れが困難なケース。在宅復帰率の兼ね合いがあげられる。
- ・経口摂取の見込みがない、吸引が頻回、気切が閉じれる見込みのない患者のリハビリと療養目的での転院。
- ・内科の看とりケース。癌のターミナルや老衰、慢性疾患の急性増悪により今後の予後が不良で積極的な治療が困難、また望まないケース。経口摂取が困難で抹消点滴のみを希望等。
- ・介護保険の対象外で身体障害者施設等、施設入所までの待機場所として選択。介護保険が取得できたとしても、結果がでるまでの間の待機や、待機が長期と考えられる（胃ろうや吸引）場合の待機場所としての選択。
- ・家族の状況により。家族が仕事を辞めて介護に備える、家族が病院に入院中等、患者を取り巻く家族状況や社会的背景の問題により、いったん療養型病院への転院を進める場合がある。その際に療養型病院を選択する理由としては、施設の待機が長期であったり、医療的に対応が困難な場合。
- ・障害者医療証や特定疾患受給者証により病院へ入院することで経済的負担が計れるとの理由で家族が希望した場合。施設対応が可能としても、特定疾患の患者は医療区分がとれる場合が多く、療養型病院にとっても受け入れに問題ない場合がある。

**療養型病院へ転院支援を行う際、患者と家族ではどちらの意向が反映されているのか**

家族の希望が強い傾向にある。

- ・療養型病院への転院が必要と思われるケースは、患者の意識レベル等の問題で意志確認が困難なケースが多く、家族の意向が反映される場合が多い（90%）
- ・患者が希望する場合（10%）は、病名的、病状的等の要因により回復期リハビリテーション病棟への転院が不可となったとしても、それでもリハビリを行ないたいと希望する場合



#### 4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか

- ・ソーシャルワーカー 60%
- ・他職種（看護師、一般事務）40%

＊療養型単科の病院は、回復期リハビリテーション病棟と療養型病棟、急性期病棟と療養型病棟等、ケアミックスの病院に比べるとソーシャルワーカーが配置されていない病院はまだ多く感じる。

##### ソーシャルワーカーが担うことのメリット

- ・自分自身が支援した内容（経済的支援、家族支援）が伝わりやすい。
- ・今後の生活の場に向けた話の際に、解決すべき問題点等が伝わりやすく、方向性についても話しができる。療養型病院が最期ではなく、施設入所等、生活の場に向けた支援に期待ができる。
- ・患者や家族の思いが伝わりやすい。

##### ソーシャルワーカーが担うことのデメリット

- ・薬や処置等、病状的な面がなかなか伝わりにくい。何でもかんでも書面で依頼され時間を要する。看護師が窓口だと口頭で相談や確認がとれ可否の返答が早い。

##### （その他）

- ・一般事務が入院の窓口の場合、口頭で申し送りをしたとしても、伝わらない。最初から期待していない。ソーシャルワーカーが同じ様な対応であれば論外と考える。
- ・社会的背景の指摘については、各病院の考え方にもよると考えるため、ソーシャルワーカーで受け入れに左右されるとは思わない。

## 5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題

- ・病状の変化により転院相談のタイミングを間違ったと感ずることがある。常に病状の把握が必要であると感ずる。
- ・待機が長い。療養型病院のベッド調整の問題
- ・医療区分がとれなければ入院が困難と言われることが多いが、経鼻や吸引（回数が少ない）があると施設から断られる。また回復期リハビリテーション病棟の対象からはずれても、リハビリが必要な患者もいる。
- ・状態により予後が1～2週間と判断される患者についても、積極的な治療が必要なければ、転院の話をしなければならない時。

（補足）

患者や家族が退院をしぶっていたとしても、回復期リハビリテーション病棟への転院調整の場合は、急性期病院にいるメリットはないと考えられるため、積極的に話しはできるが、療養型病院への転院や在宅退院の場合は、急性期病院の役割を考え割り切って対応している。

できる限りスムーズに退院支援が行えるように、療養型病院への転院が濃厚な患者に関しては早期介入が特に必要と考える。待機の問題や医療的処置の対応等で病院に差があることを家族に意識してもらう必要がある。また各療養型病院によって対応が違ふため（積極的にリハビリをしてくれる、経口摂取不可の場合胃ろうでないと受け入れ不可、あまり離床をしてくれない等）、地域にある病院の特徴と空床状況は常に把握しておく必要があると感ずている。

### 退院調整看護師との関係

- ・在宅退院をされる患者で、医療的ケアが多い患者や看とり、癌患者、急性増悪を繰り返す可能性のある患者に介入の機会が多い。訪問看護ステーションや在宅医と直接やり取りをしてもらう。
- \*回復期リハビリテーション病棟への転院調整が多いこともあり、あまり関わることはない。退院調整看護師が転院調整に関わることはない。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

### 急性期側：

- ・常に支援においてスピードが求められる
- ・この瞬間に何の支援が必要かの判断力が求められる。優先順位をつけることが必要
- ・医療的な知識（薬、処置内容、病名により、社会的にまた生活場面において、どのような影響を及ぼすか判断が求められる）

### 療養型側：

- ・他機関から引き継いだケースをいかに活かせるか、調整力が求められる。

＊上記は急性期、療養型病院を対比した答え

### ソーシャルワークと時間の関係性

時間でソーシャルワークは計れない。退院して初めてわかる課題もある。その時々で患者の気持ちは変わるため。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

### 急性期側：

- ・早期介入  
在院日数の短縮や患者や家族が少しでも気持ちの整理ができる時間を作ることを可能にする。また他機関により速く情報発信ができれば、確認事項や待機等の余裕が生まれる。

### 療養型側：

- ・医療区分は関係なく、入院の必要性のない人（施設入所や在宅復帰が可能と思われるケース）の積極的な退院支援。その上で早期受け入れ。
- ・渉外活動。患者や家族は療養型病院を知らない。急性期病院の職員すら療養型病院がどのような病院か知らない。
- ・医療区分で計れない患者の状況。そうではないと言えるのがソーシャルワーカーなのではないか。そうでなければ一般事務と同じ。
- ・患者と家族を繋ぎとめる役割。入院期間が長くなると疎遠になりがち。来院回数も減ってくる。ソーシャルワーカーだけの問題ではないが。

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・ 介護保険病棟の廃止については問題ない。病院としての機能が必要とは思えない。ただし、在宅サービスの充実や施設での対応の幅（胃ろうや吸引）が充実してくることが前提。介護保険に限定されなければなお良い。
- ・ 医療区分はそもそもの基準に納得できない。医療区分では計ることができない患者の状態や状況がある
- ・ 入院期間が長期化する恐れがある。在宅復帰の場合、調整に時間がかかる
- ・ 家族の介護負担が増す。家族の介護負担とは、経済的な負担（生活療養費の発生や有料老人ホームへの入所等）、医療区分がとれなければ、病院を転々としていかなければならないという負担。

回答者：Cさん

実施日：平成 24 年 7 月 16 日

開始時間：15 時 30 分

終了時間：17 時 00 分

計 120 分

### 勤務病院の概要事項

#### ・施設基準

看護体制：7 対 1

急性期単科（1063 床） 診療科目数：48

#### ・平均在院日数

回答なし

#### ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～金

勤務時間：8:45～17:15

#### ・ソーシャルワーカーの配置人数

6 名（内 1 名産休中）

小児病棟と精神科病棟に精神保健福祉士がいる。部署は別になる。

### 個別的な確認事項

#### ・性別

女性

#### ・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：4 ヶ月目

現職場以外：8 年（急性期病院） 計 9 年目

#### ・担当病棟

脳神経外科、整形外科、代謝内分泌、神経内科、糖尿内科、耳鼻科、口腔外科、眼科、形成外科。メインは脳神経外科、整形外科、代謝内分泌、神経内科。他は 5 件/月依頼があるかないか。

- ・受け持ち患者数（月平均）

50～55 名/月

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

- 1 位：退院支援 80～90％ 2 位：制度説明（介護保険、身体障害者手帳等）  
3 位：院内連絡調整（他機関の来院連絡等） 4 位：クレーム対応

（退院支援の内訳）

- 1 位 転院調整 8 割程  
1 位：回復期リハビリテーション病棟 6 割強（整形の介入はほぼ該当）  
2 位：療養転院 2～3 割  
3 位：急性期病院への転院 1～2 割  
2 位 在宅調整 1 割強  
3 位 施設 1 割  
1 位：有料系 2 件  
2 位：介護老人保健施設 1 件  
2 位：介護老人福祉施設 1 件

（補足）

- ・制度説明 2～3 件/月、院内連絡調整 1～2 件/月、クレーム対応 1 件/月、程度。現職場の経験年数が浅いため、今後変わる可能性があるも、業務としてはほぼ退院調整。
- ・経済的支援は前院では上位 3 位に入っていたが、現病院では医事課が中心に対応?? 介入依頼はない。
- ・転院調整で急性期病院へ依頼する患者は、療養型病院が空くまでの間、期間限定（1 ヶ月程）での依頼。
- ・在宅は、ターミナルの患者に対し、ケアマネージャーや訪問看護へつなぐ調整。退院調整会議は 1～2 件/月あり。病院よりケアマネージャーへ連絡。初めて居宅サービスを利用する患者や、新たなサービスを利用する患者、医療の必要性が高く、居宅サービスの利用度が高い患者が対象となっている。ケアマネージャー等居宅事業所との日程調整が可能場合に実施。時間が合わなければ電話にて申し送り。
- ・施設は戻り調整が 100%。現職場での経験年数が浅いため、件数的には少なくなっている。

## 2. ソーシャルワーカーの介入時期

### 方法

- ・ 医師や看護師等の他職種からの依頼 8割~9割  
職種：1位 医師 8割~9割、2位：看護師 1~2割
- ・ 患者や家族からの直接相談 1~2割

#### \* 何でソーシャルワーカーの存在を知ったか

事務と看護師で構成されている相談窓口がありそこで紹介。

#### (補足)

- ・ 依頼書を発行してもらい、それをもとに介入する。依頼書はどの職種でも可。  
項目：病名、年齢、キーパーソン、入院期間、介入目的（退院調整等）、特記事項で病状説明の内容等。
- ・ 他職種からの介入依頼は退院支援がメイン。  
患者、家族から声がかかる時は今後の生活について、制度説明等様々
- ・ ソーシャルワーカーが参加しているカンファレンスはリハビリカンファレンス。診療科目ごとに実施。必ず参加しているわけではない。退院の話ではなく、リハビリの進行状況の話がメイン。
- ・ スクリーニングシートはあるが病棟で活用。ソーシャルワーカーに介入が必要であれば依頼書が発行されるため、ソーシャルワーカーがスクリーニングシートで介入することはない。

### 介入時期

- ・ 治療方針が立った段階 90%
- ・ 患者、家族が希望した場合 10%

#### (補足)

整形：術後の経過が分かりやすい。人工関節や頸部骨折の患者は術後の経過が1~2週間とされており、リハビリ転院の必要な患者に関しては、主治医より手術前後で患者や家族に説明されている。回復期リハビリテーション病棟への転院調整はルーチン業務化している。

脳外：術後の経過を見ながら介入依頼あり

神経内科：薬のコントロールがつけば介入依頼あり

代謝内分泌：血糖コントロールがついたあたりで依頼あり

- ・社会的問題（身寄りがない、保険がない等）のある患者で早期介入が必要な患者の依頼は現病院ではない。救急科担当のソーシャルワーカーが対応している。
- ・退院先は診療科目によって違う。転院調整は自病院の他のソーシャルワーカーに比べて明らかに多い。

（関わりにおける問題）

ソーシャルワーカーが待ちの姿勢であると感じることはある。受身の姿勢となっている。依頼書の患者に対応することで精一杯。本来は入院時の段階で、今後の見通しを立てて、介入が必要とソーシャルワーカー自身を感じるケースに関しては自ら経過を追えることが必要とは考えている。医師によって依頼のタイミングが異なり、介入時期が遅くなったと感じることは多々ある。例）介護保険の申請がもう少し早ければ、在宅調整ができた。

介入しそびれたと感じることはない。介入すべき患者はいたと思うが把握できていない。ケアマネージャーや開業医等の他機関よりクレームがきたこともない。前院では地域包括支援センターより介護保険の説明や申請ができていないと指摘を受けたことはある。

＊クリニカルパスで介入がしにくいと感じることはない。



### 3. 退院支援において療養型病院を選択する理由

- ・医療や介護の必要性が高い、また意識レベルが低下し在宅や施設入所が困難と判断、または時間を要するケース。
- ・病名や病状により回復期リハビリテーション病棟の該当からはずれてくるが、リハビリ（や治療）が必要なケース。
- ・将来的に見通しが不安定なケース（慢性的な疾患により急性増悪が今後も繰り返し起こる可能性があるケースや癌等による予後不良なケース）。在宅や施設に入所しても、早い段階で再入院が予測されることにより、患者や家族の不安や、施設側から懸念されるケース
- ・介護保険の対象とならないケース。在宅介護が不安。いわゆる行き場のない患者の逃げ場としての転院依頼。

上記は仮説を支持

#### Cさんの回答

- ・介護保険は取得できるが結果がでるまでの間や入所までの待機場所として依頼。
- ・急性期側からみても将来的に状態の改善や在宅復帰が難しいと判断していても、リハビリ（回復期リハビリテーション病棟への転院等）を家族が希望した場合は打診をしている。

（補足）

療養型病院へ転院したいという患者や家族はほぼいない。急性期病院での入院継続を希望する。理由としては、命を助けてもらったとの気持ちや環境に慣れてきたことと、医療の質（高度医療が可能、看護体制）の問題。よっぽど治療方針に不満がない限り該当してくる。また、現病院は他病院での対応が困難な患者の紹介入院も多く、長期的に関わって治療をしている患者もいる。その間に医師等との信頼関係ができており、転院を拒む。

在宅復帰が可能かどうかは家族の意向が強く反映。本来であれば患者の意向を重視したいが、介護が必要な患者は家族の意向が特に反映。昼間独居となる患者は在宅復帰が難しい傾向。

**療養型病院へ転院支援を行う際、患者と家族ではどちらの意向が反映されているのか**

家族の意向が強い傾向にある。療養型病院に問わず、患者の希望で入院継続を希望する割合は 1 割程度。病院へいることへの安心感が理由として挙げられる。家族希望は 9 割。患者は転院を了承する形となる。

#### 4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか

- ・ソーシャルワーカー 8割~9割（最近は多くなっていると感じる）
- ・他職種（看護師、一般事務）1~2割

##### ソーシャルワーカーが担うことのメリット

医療、介護の継続だけではなく、生活全般における課題の解決に向けた申し送りが可能となる。今後の生活の場についての申し送りや患者、家族の思いが伝わりやすい。

（補足）

自ら行った支援の継続が可能となる。急性期病院では在院日数の兼ね合いで完結できない。そのことを期待している。また患者や家族も同じ様に相談できるソーシャルワーカーがいることに安心する。

##### ソーシャルワーカーが担うことのデメリット

生活課題を整理するために、時間を要する。場合によっては断られる。生活課題や家族がクレーマー等何か問題を抱えている場合はばれやすい（隠すわけではないが）。ソーシャルワーカーがゲートキーパーになっていると感じることはある

（その他）

看護師が窓口の場合：

病状のことが伝わりやすい。ソーシャルワーカーだと何でも書面が必要。しかし悪いことだとは思わない。口頭だけだと不安。書面であれば形に残る。

入院相談窓口を対応する看護師が入院の可否に一定の権限があれば、受け入れの可否返答が早い。

看護師、一般事務が窓口の場合：

人にもよるが生活課題が伝わりにくい。書面のみで口頭での申し送りをさせてもらえないこともある。その場合は伝えておいた方が良いと思われる事項に関しては、FAX 送付状に申し送り内容を記載する。ソーシャルワーカーでもそのように感じることはある。

\* ソーシャルワーカーが窓口である方が安心。

## 5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題

- ・ 末端の支援しかできないと感じている。つなぐ役割を感じる。
  - ・ 急性期病院ですべきか、転院後にすべきか、介護保険の申請等、支援をどこまで行うべきなのか迷う時がある（経過を見た上で療養型病院にお願いすべきか等）。各病院の考え方にもよる。
  - ・ 地域で医療の必要性が高い患者の受け入れ体制が異なる。前病院ではあまりそのように感じなかったが、現職場では近隣は限られているように感じる。
  - ・ 急性期病院と療養型病院での医療格差の問題
- 例）心肺蘇生術（人工呼吸器装着）を希望しないことを条件とする病院が多いが、病状的に落ち着いた患者に対して確認することは酷であり、話をするタイミングの見極めが必要。先方病院が求めることに対する院内他職種や患者、家族とのすり合わせに苦勞することがある。
- ・ 基本的には家族面談を行う病院が大半であるが、家族の意向確認を求められる際に、内容によっては、面談で直接確認できないのかと思うことがある。
  - ・ 治療方針の変更について。経鼻から胃ろう、場合によってはIVHの変更を求められる。その病院はそういう方針だと割り切って対応している。
  - ・ 患者、家族の理解力の問題や、不安の強い患者に関しては、限られた時間の中でいかに面接をこなせるか等、調整力が必要とされる。面会時間は15:00～のため、時間確保が大変である。

### 退院調整看護師との関係

- ・ 小児科は直接保健師や訪問看護に電話等で在宅支援を行っている（小児科においてはほとんど転院調整はない）。
- ・ 癌患者は疼痛緩和、精神的なフォローで介入しており、退院支援はソーシャルワーカー
- ・ 他、救急患者のトリアージ、病棟に対するクレーム対応等も行っている。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

- ・ 支援におけるスピード。療養型病院の経験がないため療養型病院がどのようなかは分からないが、急性期病院の方が求められる。
- ・ 担当患者の件数や把握  
療養型病院の方が担当患者の件数が多く、入院相談をソーシャルワーカーが行っている場合、全患者を把握しているとの印象。急性期病院は把握できていないし、ほとんどが介入しないまま退院している。（その分退院患者数もかなり多い）
- ・ 支援期間  
療養型病院は入院期間が比較的長いため、信頼関係の構築は可能であるが、その分、困難ケースやクレームの対応に長期間関わっているとの印象。

### ソーシャルワークと時間の関係性

ソーシャルワークは時間では評価できないが、急性期病院ではスピードを求められ、いかに早く退院させることができたか、また多くの件数を対応したかで他職種から評価されることが多い。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

### 急性期側：

在院日数の短縮のため円滑な退院調整ができるかが問われるが、その中でいかに患者満足度を高めることができるかが重要。

転院調整においては、単純に空床のある病院へ打診し、早期転院をさせることは容易であるが、患者の将来的な生活を見据えて、課題整理を行い、次のステップの道筋を立てれるように支援することが大切。

### 療養型側：

療養型病院が最期の生活の場ではなく、病状が安定して生活の場への移行が可能な患者については、退院促進が必要。その上で、急性期病院より早期受け入れを行うことが課題。介護との連携も必要である。

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・退院先の選択視が狭まり、急性期治療を終えた患者が、長期入院を余儀なくされる。
- ・在宅サービスの整備が進んでいるが、家族に介護の負担が重くのしかかり、家族自身のライフスタイルの変更が余儀なくされる。

**\*要約**

一言で言えば介護難民の懸念、受け皿の確保の問題、医療区分では計ることのできない患者の状態、家族負担である。

上記仮説を支持

**Cさんの意見**

- ・介護保険病棟の廃止は問題ない。介護に関する制度の充実が前提。しかし受け皿がなく、家族関係が希薄（核家族化）している現状で、在宅促進を進めるには問題あり。仕事をしながら介護をしなければならない人が増えてくると考えられるが酷である。胃ろうのみの方で施設移行までの待機の場所として利用していた患者が急性期病院には多くいるのではないか。そのような患者は今後どうなっていくのかは不明。
- ・家族の意向で在宅復帰が無理であれば、受け入れ先を探すか、地域や金銭面は妥協してもらおう。それでも困難であれば、在宅調整を行う。在宅が最期の砦である。
- ・医療区分だけでは計れない患者の状態。また患者や家族の抱えている課題は別である。医療は高度化してきてはいるが、医療区分を考えると柔軟性がないと考えられる。
- ・医療区分がとれなくても、療養病院への転院が必要と考えられる人もいる。その人達の対応は今度どうなるのかは疑問。

回答者：Dさん

実施日：平成 24 年 11 月 23 日

開始時間：14 時 15 分

終了時間：15 時 45 分

計 1 時間 30 分

### 勤務病院の概要事項

- ・施設基準

看護体制：10 対 1

急性期単科（301 床） 診療科目数：20

- ・平均在院日数

14 日

- ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土（月 20 日勤務）

勤務時間：8:30～17:00

- ・ソーシャルワーカーの配置人数

7 名

### 個別的な確認事項

- ・性別

女性

- ・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：3 年 7 ヶ月（4 年目）

合計 3 年 7 ヶ月（現職場以外の経験はない）

- ・担当病棟

消化器科、循環器科（兼務）＊患者数は半々

- ・受け持ち患者数（月平均）

60 名

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

- |           |     |                  |    |
|-----------|-----|------------------|----|
| 1 位：退院支援  | 80% | 2 位：経済的支援        | 5% |
| 3 位：心理的ケア | 5%  | 4 位：前方連携（受け入れ業務） | 5% |
| 5 位：地域活動  | 5%  |                  |    |

（退院支援の内訳）

#### 1 位 転院 40%

1 位：療養転院 70%

2 位：回復期リハビリテーション病棟 20%

3 位：専門病院 10% 結核疑いで専門病院へ転院調整や大学病院等（自病院では対応が困難なケース）

#### 2 位 施設 30%

1 位：有料系（有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅）  
50%

2 位：介護老人福祉施設 30%

3 位：介護老人保健施設 20%

\* 戻り調整が 7 割を占める

#### 2 位 在宅 30%

\* 担当病棟によって退院先は変わると考える。

（補足）

#### ・経済的支援

生活保護の申請（福祉事務所へ同行）等

一般事務（医事課等）と共同。明確な業務分担はない。ソーシャルワーカーがメインで行っていることが多い。

#### ・心理的支援

他職種に対する不満等。（例）主治医の変更依頼や看護師の対応に対する不満

#### ・前方連携（救急患者の受け入れ調整）

メインは一般事務であるが、別件対応中の場合はソーシャルワーカーが代わりに調整を行う。

#### ・地域活動

「地域の会」があり、病院と地域の方が近い関係でいられるように様々な企画や立案を行っている。

盆踊り：年に 1 回、日帰り旅行：年に 1 回、健康講座：年に数回

\* どなたでも参加可。毎回 50～60 名の参加がある。

## 2. ソーシャルワーカーの介入時期

### 方法

- ・スクリーニングシートの活用 9割強

項目：介護保険に該当するかどうか、75歳以上、入院前と入院後明らかにADLの変化が予測される患者、独居、認知症の有無、保険の有無、緊急入院（救急搬送等）等

上記1つでも該当してくればスクリーニングシートが病棟より流れてくることになる。期間としては入院してから1週間以内。項目が幅広いためほとんどの患者が対象となる。

- ・患者や家族からの直接相談 1割未満

入院時に渡す書類の中にソーシャルワーカーの案内書がある。

（補足）

医師から直接声がかかることはほとんどない。

### 介入時期

- ・スクリーニングシートで該当した患者 9割強

入院してから1週間以内に患者、家族と面接を行うようにする。退院支援計画書の着手と渡すことも必要なため。退院支援計画書の作成は算定がとれるため、業務として求められている。患者、家族に社会的、心理的、経済的問題を抱えている場合や患者自身のADL低下の恐れや介護の問題がある場合はスクリーニングシートで介入依頼がある。

- ・患者、家族が希望した場合 1割未満

（補足）

- ・他職種から声がかかった場合はすでに介入している事が多い。そのため、治療方針が立つ前に介入していることが多い。
- ・救急外来に来院される患者においては、緊急搬送の依頼対応をすることもあるため、身寄りがいない、他介入した方が良くと判断した場合は、救急搬送された時点で様子を見にいくようにしている
- ・病棟にいる際に介入すべきと判断した患者に関してはスクリーニングシートが届く前に介入する。例：認知面が低下している患者等早期介入を要する場合。結果として後日スクリーニングシートで介入依頼がある。



(問題点)

- ・介入すべきだったと感ずることがある

例：1 週間以内に再入院してきた患者。在宅に退院した患者が多い。介護保険サービスの見直しが必要だったのではないかと反省

- ・スクリーニングシートでの介入が中心のため、待ちの姿勢であると感じることはある。待ちの姿勢であってはならないと思うが、日々の業務に精一杯であり、自ら介入することができていないと感じることがある。

＊クリニカルパスとの関係性

介入に支障をきたすことはない

### 3 退院支援において療養型病院を選択する理由

- ・医療や介護の必要性が高い、また意識レベルが低下し在宅や施設入所が困難と判断、または時間を要するケース。
- ・病状や病名により回復期リハビリテーション病棟の該当からはずれてくるが、リハビリ（や治療）が必要なケース。
- ・将来的に見通しが不安定なケース（慢性的な疾患により急性増悪が今後も繰り返し起こる可能性があるケースや癌等による予後不良なケース）。在宅や施設に入所しても、早い段階で再入院が予測されることにより、患者・家族の不安や、施設側から懸念されるケース
- ・介護保険の対象とならないケース。在宅介護が不安。いわゆる社会的入院としての転院依頼。

上記仮説を支持

（Dさんの回答）

1位：

医療的処置の状況により。点滴（IVH 含む）、看とりのケース、気切や吸引等、医療の必要性が高いケース

2位：

在宅も考えているが、家族が医療面や介護面で不安が大きい場合、今後について考える場としての転院調整

3位：

在宅や施設でも十分生活は可能であるが、経済的な問題や待機の問題での転院。例：胃ろうの患者。患者の QOL を考えると施設の方が適切であると考えられることもある。

その他：

介護保険の結果がでるまでの間の転院調整。暫定でサービスを利用するにしても不安要素がある場合。

**療養型病院へ転院支援を行う際、患者と家族ではどちらの意向が反映されているのか**

家族希望：7～8割

本人希望：2～3割 何かあった時に医師、看護師がいることへの安心感

療養型病院への転院調整を行う患者の大半が認知面の低下があり、意向確認が困難な場合が多い。

#### 4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか

- ・ソーシャルワーカー 4 割程  
ソーシャルワーカーが医事課と兼務している場合もある
- ・他職種（看護師：1 割程、一般事務：5 割程）6 割程

##### ソーシャルワーカーが担うことのメリット

医療・介護的なケアの継続だけではなく、生活全般における課題の解決に向けた申し送りが可能となる。今まで行った支援について引き継ぎが可能。患者や家族の安心感にもつながる。

##### ソーシャルワーカーが担うことのデメリット

上記の生活課題を整理するために、時間を要する。ゲートキーパーになっていると感じることはない。患者や家族にとってメリットになると考えているため。

看護師、一般事務の場合、生活背景はあまり聞かれない。家族に問題があったとしてもあまり確認がないとの印象。病状のみの確認が多い。そのため受け入れいの可否が早い。

（その他）

看護師が窓口の場合：

特に医療的な状況の確認をされる。ソーシャルワーカーが窓口だと紹介状、看護サマリー、検査データが必須であるが、看護師が窓口だと口頭で書類が揃っていないくても、口頭で可否判断を行ってくれることがある

一般事務が窓口の場合：

保険状況や支払いが可能か（未収金はないか）等、事務的な確認が重要視される。可否判断にはかならず書類が揃っていることが条件。生活課題を伝えようとしても、伝わらない。

## 5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題

- ・退院の話しが出て、なぜ転院しないといけないのか理解が得られない時がある。療養型病院へ転院することに対して質が落ちるとの印象が強く、転院を拒む。病院が機能分化していることや、療養型病院の説明がうまくできないと感ずることがある。患者や家族に療養型病院のイメージを持ってもらうことが難しい。2年前に実際に療養型病院へ足を運び、療養型病院の機能について少しでも理解しようと働きかけをした。
- ・在院日数の兼ね合いでスピードが求められ、短い間で信頼関係を構築することが難しい。

急性期病院のソーシャルワーカーとして働く以上、スピードは求められて当然。支援が中途半端であると感じることもあるが、いかに療養型病院へ引き継ぎが行えるかが重要と考える。

入院して早い段階で退院の話が出ることに對して、患者や家族が戸惑うのは当然。なぜ転院しないといけないのか問われることは多々ある。その中で転院支援を行うことになるが、信頼関係を築くには通常時間を要する。短い期間の中で信頼関係を築くためには、まずは今何に困っているのか、問題としているのか話を聞くことに努めている。短い期間の中でいかに患者や家族の思いが聞けるかが重要である。その上で転院の話しを具体的にしていくようにする。

場合によっては入院期間の延長を主治医、看護師に相談することがある。具体的には患者や家族が希望する転院先の目途が立っている場合や、生活保護受給の目途、無保険で保険の加入手続きを行っているケース等。自分自身の満足感ではなく、あくまでも入院継続が患者、家族にとってメリットと考えられる場合である。

(療養型病院に対して思うこと)

生活面に関して引き継ぎが可能な体制であってほしい。全ての患者に対して申し送りを行いたい。そのことは、患者、家族の安心につながるため。そのような対応が可能な療養型病院はまた相談したいとも思える。

### 退院調整看護師との関係

部署に1名配置されている。看護面(医療面)でアドバイスをもらう。患者、家族と面談したり、直接転院調整を行うことはほぼない。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

- ・急性期病院は退院時期が明確でスピードが求められる。療養型病院は生活課題の目途が立った段階で、退院日が決定するため、時間的な余裕がある。
- ・急性期病院のソーシャルワーカーは療養型病院のソーシャルワーカーに比べて医療的な知識が求められる半面、療養型病院のソーシャルワーカーはいかに生活課題を解決できるかが問われる。

(療養型病院のソーシャルワーカーに対して)

ベッド調整や患者の搬送、渉外活動等、ソーシャルワーカーとしての業務以外のことを担わされているように感じる。ベッド調整や渉外活動においては、ソーシャルワーカーの業務ではないと言いきれないが、ソーシャルワーカーが担うべきなのは疑問に感じる。療養型病院は純粹にソーシャルワーカーの業務を行えている病院は少ないのではないかと感じることもある。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

ソーシャルワーカーは関わる職種が多い割には何を業務としているのかと思われていると感じることがある。一番密に関わっている看護師からもいったい何を業務としているのかと思われていると感じることがある。

ソーシャルワーカーに対して、看護師は生活課題や状態等により入院が長期化することが予測される患者の早期退院支援を求め、リハビリ職員は患者1人1人に対してより良い生活を送ってもらえるような支援（QOLの向上）を求める。両職員が求めている役割を総合的に担っていくことが急性期、療養型、両ソーシャルワーカーに求められていると考える。急性期のソーシャルワーカーにはスピードが求められる。

またその過程においては、いかに患者の満足度を高めることができるかが重要。満足して退院していけば、病院の質にもつながり、何かあればまた利用したいと思って頂ける。リピーターになる。ソーシャルワーカーが介入することによりいかに患者満足につながるのか評価を行っていくことが大切。そのことは病院の利益にもなると考える。そのためにはエビデンスが必要。エビデンスを明らかにするためには、数字で示すことも必要。医師は何においてもエビデンスを求めてくる。ソーシャルワーカーが介入してどう変わるかを示さないといけない。経営状態が悪くなると、人員削減されるのはソーシャルワーカーや一般事務になるため。

退院支援計画書等によりソーシャルワーカーも算定がとれるようになったが、報酬としては貢献しているとはいえない。上記も踏まえ、病院の経営にどのように関わっていくかが問われている。

### ソーシャルワーカーと時間の関係性

スピードが早いからと言って良いソーシャルワークとは限らない。いかに患者、家族の期待に添えるかが重要。また病院と患者、家族の狭間でいかに患者、家族により添えるかが重要。早期退院させることは容易。面接を行う回数が多ければ多い程、解決すべき課題が浮き彫りになる。入院期間が長くなってしまう要因となるが、その課題をいかに療養型病院のソーシャルワーカーへ繋ぐことができるかが重要。患者や家族の思いを聞き出すためには、時間を要することもある。

急性期病院の感覚を持って療養型病院のソーシャルワーカーは業務を遂行した方が良く考える。ある程度、期間の制約がある方が、患者、家族のニーズを引き出しやすい場合がある。また他機関の調整においては、スピーディさが望まれることが多いのではないかと考えるため。

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・ 退院先の選択が狭まり、急性期治療の終えた患者が、長期入院を余儀なくされる。
- ・ 患者、家族の意向を無視した、在宅促進が強まり、環境調整等、在宅調整が不十分なまま退院した患者が、在宅復帰後、急性増悪を繰り返し、再入院となるケースが増える。
- ・ 在宅事業者との密な関係作りが急務であるが、日々の実践に時間が追われ、なかなか手が回らない。
- ・ 単純に医療区分だけで、患者選びが進めば、医療区分が高くても、処置が多い患者や認知面の低下により見守りを必要とする患者、また患者や家族が生活課題を抱えている場合等は入院の受け入れを拒否され、患者選びがますます加速するのではないかという懸念。またそのようなケースは施設からも懸念されてしまい、行き場が限定（在宅）されてしまう。
- ・ 在宅サービスの整備が進んでいるが、家族に介護の負担が重くのしかかり、家族自身のライフスタイルの変更が余儀なくされる。

**\*要約**

一言で言えば介護難民の懸念、受け皿の確保の問題、医療区分では計ることのできない患者の状態、家族負担である。

上記仮説を支持

**Dさんの回答**

- ・ 受け皿があれば介護保険病棟の廃止は問題ない。病院が担う必要もない。ただ現状ではない
- ・ 転院調整を行う中で医療区分が問われてくることが多くなってきたと感じる。
- ・ 急性期病院での入院継続が長くなれば、他職種から指摘される。患者や家族が希望していなかったとしても地域を問わず受け入れ可能な場へ行ってもらうこともある。希望に沿えなくなってくる可能性がある。
- ・ 家族負担について  
在宅復帰となればサービスは十分整っていないため、介護負担がかかる。施設入所で有料系となれば経済的負担がかかる。お金をとるか、介護や精神的な負担をとるかとの印象。

## Eさんの回答

実施日：平成 24 年 7 月 22 日

開始時間：14 時 30 分

終了時間：16 時 00 分

計 1 時間 30 分

### 勤務病院の概要事項

#### ・施設基準

看護体制：10 対 1

急性期単科（92 床） 診療科目数：3

#### ・平均在院日数

14 日

#### ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土（週休 2 日制）

勤務時間：9:00～17:00（1 時間昼休み）

#### ・ソーシャルワーカーの配置人数

4 名

### 個別的な確認事項

#### ・性別

女

#### ・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：14 年目 現職場のみ経験

#### ・担当病棟

全病棟（担当制ではない）

#### ・受け持ち患者数（月平均）

30～40 名



・特記事項

90%が透析患者。残りの 10%が透析導入前（保存期）の腎機能低下の患者や一般（腎疾患以外）の患者。専門に特化した病院となっている。

対応している患者は、メインは入院患者であるが、外来や法人内のクリニック患者（透析専門で 4 ヲ所あり）も対応。病院の近くに 2 ヲ所クリニックがあり、そこには頻回に行き来している。他 2 ヲ所は 1 回/月交代で訪問している。

平均在院日数について。65 歳以上の透析患者で障害程度が区分Ⅰ・Ⅱに該当する患者は平均在院日数から除外。

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

- |                     |     |               |      |
|---------------------|-----|---------------|------|
| 1 位：退院支援            | 40% | 2 位：他機関への連絡調整 | 30 % |
| 3 位：制度説明            | 20% | 4 位：訪床        | 7%   |
| 5 位：個人情報（カルテ）の開示手続き | 3%  |               |      |

（退院支援の内訳）

- |                            |     |
|----------------------------|-----|
| 1 位：転院                     | 50% |
| 2 位：在宅                     | 40% |
| 3 位：施設（サービス付き高齢者住宅等有料系の施設） | 10% |

（補足）

- ・他機関への連絡調整：

透析時間が短くなったり、検査が急遽入った場合、介護タクシーの時間調整やケアマネージャーにサービスの変更依頼等を行う。

- ・制度説明：

必ず新規で透析を導入する患者には面接を行っている。身体障害者手帳や健康保険（高額医療費）、障害年金の説明等。

- ・訪床：

透析中の患者に声をかける。独居であるとか、介護保険サービスの導入が必要な患者等を検討。心理的サポートや生活課題の整理も含む。

- ・退院支援：

ほとんどが透析導入患者の転院支援で透析対応可能なケアミックス（急性期と療養型）の病院への転院調整を行っている。在宅支援は介護保険の新規導入や変更をケアマネージャーへ相談。ケアマネージャーが透析について知識がなければ注意点等を説明する。透析だからと言って断れることはない。退院前カンファレンスの実施は担当ケースの 1/3 程度。

- ・退院調整加算のミーティングを週 1 回実施。

メンバー：ソーシャルワーカー、事務職員、病棟看護師。

別に退院調整会議がある。以前は週 1 回行っていたが、退院調整加算の会議が行われるようになったため、不定期で実施。

メンバー：医師、退院調整看護師、ソーシャルワーカー（管理職）  
事務職員

## 2. ソーシャルワーカーの介入時期

### 方法

- ・医師や看護師等の他職種からの依頼 70%  
職種：1位 看護師 70%、2位 医師 30%
- ・退院調整会議（カンファレンス）でケースの発見 10%
- ・患者や家族からの直接相談 10%
- ・訪床 10%

（何で患者、家族はソーシャルワーカーの存在を知っているのか）

透析導入後、ソーシャルワーカーは関わるようになっており、時間が立った後に何か相談ごとがあつて声をかけてくることもある。また看護師が情報提供している。

（補足）

透析を導入する際は必ず看護師から連絡がある。透析導入後は経過を追っている。在宅退院する場合は、透析に通院できる体制が整っているかどうか（どこに通院するのか等）、生活環境については必ず確認。

スクリーニングシートは病棟で活用しているがソーシャルワーカーが直接関与することはない。

### 介入時期

上記参照。

他患者、家族に社会的問題（身寄りがない、保険がない等）がある場合やモンスターペーシェントやモンスターファミリーの対応はある。割合としては低い。

（問題点）

ソーシャルワーカーが待ちの姿勢

待ちの姿勢であると感じている。他職種からの発信で介入することが多いため。ソーシャルワーカー自ら介入することは少ない。訪床を行っているが「特に困ったことはない」と言われることが多い。透析患者は長期的な関わりとなる。信頼関係が築ければ、困った時に相談してくれるようになる。だからこそ訪床は必要であると考ええる。

（クリニカルパスとの関係性）

ソーシャルワークに関係性はない。

### 3 退院支援において療養型病院を選択する理由

透析が可能かどうかポイント。療養型単科の病院へ転院調整することはないに等しい。ケアミックスへの病院へ転院調整を行っている。透析が可能な療養型単科の病院はないと思っている。仮に透析を導入していない場合でも、包括払いのため、高額な薬剤等で受け入れが難しいとのイメージ。

在宅復帰が可能な患者とは。患者の ADL や全身状態、認知面等により家族が家に連れて帰れるかどうか、家族の意向が強くでる。仕事等しており、昼間独居となる場合は難しい。また透析に通院できる住環境であるかどうか（階段昇降が必要な場合等）も重要なポイント。

療養型病院へ転院支援を行う際、患者と家族ではどちらの意向が反映されているのか

家族：80%

本人：20%。透析に通院することを苦痛に感じる。

### 4. 転院相談を行う際の療養型病院側の窓口はどの職種が担っているか

- ・ソーシャルワーカー 20%
  - ・他職種（ 看護師 20% 、一般事務 60%） 80%
- 一般事務が大半を占めている。

#### ソーシャルワーカーが担うことのメリット

医療や介護の継続だけではなく、生活全般における課題の解決に向けた申し送りが可能となる。

#### ソーシャルワーカーが担うことのデメリット

上記の生活課題を整理するために、時間を要する。ソーシャルワーカーがゲートキーパーになっていると感じることがある。

（補足）

- ・ソーシャルワーカーが窓口だと患者や家族の思いが伝わりやすい
- ・看護師が窓口だと病状面が伝わりやすい
- ・一般事務が窓口だと保険のことが伝わりやすいが申し送りは十分に聞いてもらえない印象があり、心配になることもある。

## 5. 療養型病院への転院支援の中で日頃感じていることや課題

透析を導入することでその方の生活が大きく変わる。定期的に透析が必要となり、また合併症も起こりやすく、ADLも低下しやすい。そのような状況下で患者が在宅復帰を希望したとしても、家族の了承が得られず、転院調整を行うことに葛藤を感じる。一緒に患者と悩む。転院先の相談窓口がソーシャルワーカーであれば、患者や家族の希望を伝える。看護師、一般事務だと伝えたとしても期待はできない。転院調整の場合、転院先が最期の生活の場となりやすい。病院の経営上、入院継続は問題なく、患者、家族が希望している場合は特にそうなりやすい。

### 退院調整看護師との関係性

退院後の透析を受ける場所、日時を調整。介護タクシーを利用する患者はソーシャルワーカーが調整。カンファレンスをしながら、上手に業務分担ができるように心掛ける。院内介助が必要な場合、どこまで介護タクシーの方が介助してくれるか等、院内連絡調整も必要となる。

療養転院の支援を退院調整看護師が行うことはない。自病院での治療対応が困難な患者が出た場合は転院調整を行うことがある。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

### 急性期側：

関わる時間が短い。支援が広く浅いイメージ

### 療養型側：

関わる時間が長い（時間が比較的許される）。支援が深く長いイメージ

普段療養型病院と関わる機会がないため、イメージがつきにくいですが、リハビリを行ったとしても週2回程度との印象。また80代、90代と高齢者が多く入院している中で、患者や家族が例えば在宅復帰を希望する場合、年齢的なリスク（慢性疾患、ADL、認知症等）を踏まえて、チャンスを活かせるかどうか問われる。

（補足）

- ・療養型病院で行われているベッドコントロールや渉外活動をソーシャルワーカーが行うことについて。

病院で生き残っていくためには、求められるのであれば、やらなければならないと思う。ベッドコントロールについては、患者のことも病院の経営面のことも考えられるとのメリットはあると思う。しかし、何でも屋になりがちであると思う。組織の中での役割を明確にする必要性はある。

### ソーシャルワークと時間の関係性

短い時間で様々な支援を行うことも重要となるし、長く関わって、深く関わることも大切である。ケースバイケースであり、時間でソーシャルワークは計れない。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

スピードと関係調整能力。関係調整能力とは社会資源の知識といかに次へとつなげれるかという意味。療養型病院も在院日数が問われてくると考えられる。国は医療費を削減したいと考えているため。1日でも早く在宅や施設への移行が求められてくると思われる。退院調整加算が良い例。

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・ 退院先の選択が狭まり、急性期治療の終えた患者が、長期入院を余儀なくされる。
- ・ 患者、家族の意向を無視した、在宅促進が強まり、環境調整等、在宅調整が不十分なまま退院した患者が、在宅復帰後、急性増悪を繰り返し、再入院となるケースが増える。
- ・ 在宅事業者との密な関係作りが急務であるが、日々の実践に時間が追われ、なかなか手が回らない。
- ・ 単純に医療区分だけで、患者選びが進めば、医療区分が高くても、処置が多い患者や認知面の低下により見守りを必要とする患者、また患者や家族が生活課題を抱えている場合等は入院の受け入れを拒否され、患者選びがますます加速するのではないかという懸念。またそのようなケースは施設からも懸念されてしまい、行き場が限定（在宅）されてしまう。
- ・ 在宅サービスの整備が進んでいるが、家族に介護の負担が重くのしかかり、家族自身のライフスタイルの変更が余儀なくされる。

**\* 要約**

一言で言えば介護難民の懸念、受け皿の確保の問題、医療区分では計ることのできない患者の状態、家族負担である。

上記は仮説を支持

**Eさんの回答**

透析のクリニックはこの10年で増大した。患者も増えた。診療報酬上手厚い対応がなされてきた。しかし、日本透析学会によると、今後は頭打ちである。診療報酬も徐々に削減される見込み。患者の取りあいも始まっている。

## Fさんの回答

実施日：平成 24 年 7 月 8 日

開始時間：14 時 40 分

終了時間：16 時 40 分 計 120 分

### 勤務病院の概要事項

#### ・施設基準

医療療養病棟：施設基準 I（計 76 床）、  
介護療養型医療施設（12 床）  
急性期病棟：7:1 看護体制（96 床） 計 184 床  
ケアミックス病院

#### ・平均在院日数

平成 24 年 11 月現在（インタビュー調査後確認）  
医療療養病棟：147.1 日 介護療養型医療施設：278.1 日  
急性期病棟：16.3 日

#### ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土（土曜日は月 2 回、土曜日を含めて 24 日）  
勤務時間：8:45～17:15（土曜日：8:45～13:00）

#### ・ソーシャルワーカーの配置人数

2 名（院内研修中の方が 1 名いる）  
病棟担当制ではなく、全病棟に関わっている。

### 個別的な確認事項

#### ・性別

男性



・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：4年5ヵ月

現職場以外：約10年                      計15年目

担当病棟：医療療養病棟：施設基準Ⅰ、介護療養型医療施設、急性期病棟

現職場以外の病院形態：急性期病院：2ヵ所    計約6年

その他：介護老人保健施設で約3年、ケアマネージャーで約5ヵ月

・受け持ち患者数（月平均）

30名弱

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

- 1 位：退院支援 35%      2 位：入院相談 30%
- 3 位：院内連絡調整（他機関より面接に来る） 18%
- 4 位：制度説明（介護保険、身体障害者手帳、生活保護等） 15%
- 5 位：苦情対応 2%

#### （退院支援の内訳）

- 1 位：施設 80%
  - 1 位：介護老人保健施設 45%
  - 2 位：有料系（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅） 30%
  - 3 位：介護老人福祉施設 25%
- 2 位：他病院 10%（療養型病院が 100%）
- 3 位：在宅 10%

#### （補足）

##### ・退院先の選択におけるポイント

在宅復帰の可否については、家族の意向が一番のポイントとなる。在宅復帰が困難であれば、患者の状態（身体面等）を見て、入所可能な施設を検討。その際、経済的状況や地域性に配慮。

##### ・療養型病棟から退院する患者とは

##### ①長期入院患者

医療区分に関係なく年単位で入院している患者。長期入院となっている患者について、病棟（看護師）からケアの面でマンネリ化しモチベーションが上がらない、他の患者の受け入れを行いたいとの意向があげられる。その際病棟（看護師）から主治医に相談。主治医から家族に長期入院になっているとの理由で退院の話がなされる。

##### ②主治医との関係が破綻した場合

長期入院になると起こりやすい。

##### ③上記以外で退院となる患者とは

入院前より施設を申し込み済み。家族が自ら入院中に施設を申し込み済み。医療区分に関係なく状態的に入院継続の必要性がない人で、施設入所が可能な患者（看護師判断）。施設での対応が難しい患者（気管切開、吸引頻回等）は長期入院になりやすい。ソーシャルワーカーからアクションを起こすことはあまりない。退院の話しをしてくるのは主治医、家族、看護師がメイン。他死亡退院もあげられる。

## 2. ソーシャルワーカーの介入方法

基本的には、入院の相談で介入し、入院後一旦終了。環境が変わって患者、家族も病院になれるまで時間がかかる。すぐに退院の話は酷だと考えるため、しばらく様子を見る（カルテチェック等の状態確認はしない）。看護師等より依頼があれば再度介入。介入依頼があった時に、その患者が入院していたことを忘れていることもある。入院が中継ぎ（具体的に早い段階で施設や次の病院への移行が予測される場合）となっている場合は、継続して介入している。（関わりにおける問題点）

主治医や病棟より介入依頼があった場合、医師や看護師の視点でのアセスメントとなっており、生活面、社会面のアセスメントがない。病状や入院期間が重視されており、方針が決まった上での依頼が多く、決定事項としての介入依頼となっている。相談ではなく指示系統。意見を述べようとしても通りにくい。「こういう患者がいるけどどう思うか」と聞いてもらえれば、ソーシャルワーカーとしての視点でアセスメントを行い、退院に向けた支援が行える。

### 3 急性期病院よりどのような患者の相談を受けているのか

- ・急性期治療が終了したが、他退院先に移行が難しい患者

在宅については、高齢者世帯、主介護者が仕事をしており昼間独居となってしまう等、介護上の問題が大きく反映。また回復期リハビリテーション病棟を含め他病院や介護老人保健施設を希望しているが、待機の問題でいったん入院してくる患者もいる。その際の患者の状態は介護上の問題のみの患者もいる。

- ・患者の受け入れについて

療養病棟担当医の考えが強く反映される。療養型病院は「死にゆく場所」との考えが基本。暗黙の基準として、家族は「何も望まず、言わず、何もせず（心肺蘇生術を希望しない等）」に了承を得られる患者。医師の了承が得られなければ受け入れができない。

（受け入れで問題となる医療行為）

- ・持続点滴不可

胃ろうかせめて経鼻経管栄養に変更を依頼。IVH は管理上の問題で不可。

点滴が入らなくなった時に問題が起こる可能性があるためと医師が考えるため。

- ・褥瘡 II 度が限界

・インスリン注射でスライディング対応は不可。固定打ちは可。固定打ちの場合は 3 回/日のデキスターチェックが行えるかが検討課題として上がる（医療区分の兼ね合い）

- ・気切、吸引は可

\*医療区分の配分については医事が入院判定会議で医師に働きかける。

**療養型病院へ転院してくる患者は、患者自身、家族ではどちらの意向が反映されているのか**

家族希望が 99%、1 %は患者。患者の場合在宅復帰に不安が一番の理由。

#### 4. 入院相談は誰が担っているのか

ソーシャルワーカー

##### 入院までの流れ

##### 1. 電話にて入院相談

依頼者はほとんどが急性期病院のソーシャルワーカー。医師が直接電話してくることもある（ソーシャルワーカーがいない、在宅医等）。ケアマネージャーや施設の相談員、また家族から直接相談があることもある。ケアマネージャーや家族の場合は直接来院して相談してくることもある。

（電話での確認事項）

患者の身体面、医療的処置内容、家族背景等の社会面、今後の生活の場についての意向。入院受付票に内容を記録する。

##### 2. 紹介状、看護サマリーの依頼（FAX）

##### 3. 判定会議の実施

メンバー：療養病棟担当医、看護部長、医事課職員、ソーシャルワーカー

開催日時：火・金の2回/週。14時～

方法：

紹介状とNsサマリーをソーシャルワーカーが各職員に配布。相談受付票を基にソーシャルワーカーが司会進行。

##### 4. 判定会議の結果を相談元に返答（受け入れの可否返答）

##### 5. 家族面談（家族とソーシャルワーカーで面談。患者はなし）

##### 6. ベッド調整が出来次第、相談者に連絡

（補足）

- ・同じ患者で指摘が入れば判定会議を2～3回することもある。指摘されそうな事項に関しては、事前に相談者へ確認したり、直接患者の状態を見に行ったり、家族面談を先にして、できる限り1回で終わらせるように心掛ける。
- ・待機期間について。時期により変動。早い時期で1週間程の待機。長い時期では4ヵ月程待たせることもある。
- ・医療療養病棟は急性期病棟を必ず経由（2泊3日）して入院。介護保険病棟は直接入院（患者や家族の費用負担面を配慮）。

・ベッドコントロールについて

病棟の空床は毎日日報でチェック。日報で反映されていない空床状況については病棟から連絡が入ることもある（死亡退院で急に空床が出た場合等）。医療保険病棟での入院か介護保険病棟での入院かはソーシャルワーカーが判断。入院日や（待機患者の中から）どの患者を受け入れるかは病棟判断。事情があり、早い段階で受け入れたい患者についてはソーシャルワーカーが事情を説明して病棟（看護師）にプッシュすることもある。上記によりベッドコントロールはソーシャルワーカーと病棟が半々。

5. 急性期病院より転院相談を受ける中で日頃感じていることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題

**急性期側：**

急性期治療が終了したとの理由だけで相談してくるケースがある。なぜ療養型病院に転院調整を行う必要があるのかアセスメントがなされていない。紹介状と看護サマリーに記載している内容だけで相談してきて、そこにはソーシャルワーカーとしてのアセスメントが全くなされていない場合がある。医師を中継して代わりに電話してきたと感じられる。丸投げ状態である。（全てのケースがそうではない）

在院日数の兼ね合いで仕方ない面もあるが、アセスメントを行っていたとしても、初期の段階のみ。例えば在宅復帰が可能か不可かの意向確認のみで、在宅復帰が不可であれば、療養型病院との安易な紹介方法を感じることもある。その際、今後は施設への入所を希望しているとの申し送りを受けたとしても、入院後、有料老人ホームを希望していた人に、再度意向確認をしてみると、金銭負担が困難と言われたり等、説明不足を感じることもある。ソーシャルワーカーは退院係になっており、他職種はそれを求めている。支援の日数が基準となっている。ソーシャルワーカーがなぜ転院調整を行うかの意義が薄れてきている。

**療養型側：**

ケースによっては支援にあせりがない。例えば空床があったり、入院待ちの患者がいたとしても、入院中の患者が介護老人保健施設等、他施設を申し込みしている場合は、その施設が決まるまでとにかく待つ。また、介護老人福祉施設の申し込みに向けて作成した書類を家族に渡したとしても、申し込みをしたかどうかの確認を怠ることがある。この意見は個人的な問題でもありと考える。

(補足)

- ・ 以前は家族が世間体を気にして施設入所を極端に避け、入院継続を訴えてくる人が多かった。
- ・ 入院患者の受け入れがスムーズにいくように、判定会議が 1 回で終わるようには心掛けています。例えば、口頭で褥瘡があると確認していたとしても、褥瘡の記載が書面では書いていないことがある。褥瘡があるとの情報を聞いた場合は、大きさや深さ、処置内容等、詳細確認をするようにする。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

**急性期側：**

支援におけるスピードが求められる。特に退院支援。

**療養型側：**

どんな患者においても、いかに生活の場へ移行できるか。療養型病院を最期の生活の場で終わらせない。そのために、手札の多さ、つまりどれだけ多くの知識や情報を持っているかが問われる。

**ソーシャルワークは時間で計れるかどうか**

支援が早いからと言って評価されるものではない。もし計れるのであればプロセスは存在しなくなる。結果が全てになる。課題介入や危機的介入等は問われなくなる。専門性とは別問題。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

### 急性期側：

判断力。医師が診察→治療→終了と過程がある中で、いかに経過が読めるか。先を見越して支援が行えるかどうか

### 療養型側：

退院促進。退院調整加算が今年度の診療報酬改定で入院期間によって点数が変わってきた。今後は、施設基準（入院基本料）へ移行してくることも考えられる。

### （補足）

最近のソーシャルワーカーは患者を退院させることが業務の成果と考えているように感じる。患者を退院させることにより、他職員より評価される。しかし本来のソーシャルワーカーとしての退院支援とはそのようなものか。退院支援における患者や家族との関わりの中で患者や家族が不安に思っていることや、解決すべき課題を見出し、いかに患者や家族により添え、課題を解決できるかが重要なのではないか。プロセスが重要である。患者や家族に理解を得て、納得してもらった上で退院してもらうことが大切である。そのことは安心につながり、病院の評価にもつながる。ただ単に早期退院や長期入院患者を退院させることは、患者や家族の満足にはつながらないし、病院の評価にもならない。



8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか
9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

介護保険病棟の廃止は患者の居場所がなくなる可能性がある。現在介護保険病棟に入院している患者は、介護度が高く医療区分が低い患者（胃ろうで吸引4～5回/日）や、気管切開をしているが他特に問題のない患者であるが、現状では受け皿が少ない。そのような患者の対応を迫られると思うとぞっとする。また家族は不安を感じる。

医療区分に該当しなくても家族の事情等で在宅復帰できない患者はどうしたら良いのか。医療区分だけで入院の可否が決まれば行き場はなくなる。持続点滴だけの患者であれば7日間だけ医療区分がとれるため、7日間だけ病院で入院し、その後は在宅というようになるのか。確かに在宅で看れなくもないが、家族の事情（老老介護）等を考えると簡単にはいかない。

以前は病院が最後の砦であった。しかしその時代は終わった。医療区分や在院日数等、しぼりが多くなり、病院も利益を追求しないといけなくなり、そのことで営利目的とならざるを得ない状況となっている。在宅促進が進むにつれて、家族の精神的、経済的負担は増す。最後の砦が在宅となる。病院が最期の砦であった時はその前に選択視はいくつかあった。胃ろうや気切の方でも在宅生活は可能である。訪問看護や往診等、居宅サービスはある。しかし、介護に不安を感じ、やってみる前に困難だと家族が判断している。そのことは家族の都合であるとも考えられる。そのような患者が病院に入院してきていた。今後は、医療区分がとれず、経済的な負担が困難な患者は、選択視もなく在宅へと安易な選択肢が求められてくるのかもしれない。

## Gさんの回答

実施日：平成 24 年 8 月 11 日

開始時間：9 時 30 分

終了時間：12 時 00 分

計 2 時間 30 分

### 勤務病院の概要事項

#### ・施設基準

医療療養病棟：施設基準Ⅰ、施設基準Ⅱ 計 353 床  
障害者病棟（10:1）112 床 計：465 床

#### ・平均在院日数

平成 22 年度実績  
医療療養病棟：275.2 日  
障害者病棟：33.1 日

#### ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土  
勤務時間：8:30～17:00  
＊土曜日は 3 名以上勤務で午後からは 1 名体制

#### ・ソーシャルワーカーの配置人数

7 名

### 個別的な確認事項

#### ・性別

女

- ・ ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：8 年 10 ヶ月（その間 2 ヶ月間出向で系列の介護老人保健施設で勤務） 9 年目

＊現職場以外の勤務先

特別養護老人ホーム 1 年 6 ヶ月（介護職として勤務）

- ・ 受け持ち患者数（月平均）

約 60 名（この 7 月に介護老人保健施設の出向から戻ってきたばかりであり本来の担当患者数より少ない）

- ・ 補足

1 人当たりの受け持ち患者数は 50 名～90 名弱程。役職者や経験年数によって担当患者数は変わってくる。また連携会議（地区の医師会、圏域内の他病院（急性期、回復期、他療養型病院））や院内会議、法人内のソーシャルワーカーの会議等の出席状況によっても変わってくる。

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

- 1 位：入院に関わる業務（入院相談やベッドコントロール）、退院支援で  
それぞれ 30% 計 60%  
3 位：療養生活上の支援 25% 4 位：制度説明 10%  
5 位：受診支援 5%

#### （退院支援の内訳）

平成 23 年度実績（病院としての実績）

- 1 位 急性期転院 76 名 31.1%  
2 位 在宅 68 名 27.9%  
3 位 介護老人福祉施設 40 名 16.4%  
4 位 介護老人保健施設 30 名 12.3%  
5 位 有料系施設 18 名  
（介護付有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等） 7.4%  
6 位 療養型病院 12 名 4.9%  
計 244 名 100%

#### （補足）

- ・療養生活上の支援とは医師や病棟に対するクレーム対応や他職種からの報告事項等様々。
  - ・制度説明とは介護保険や身体障害者手帳の取得に向けた支援等
  - ・受診支援とは他病院への受診調整
- \*退院で一番多いのは実質的には死亡退院

#### （退院支援について）

- ・長期療養目的での入院スタイルはとってはず。次の生活の場へ移るための中間施設との考え。入院相談の段階で入院期間は原則 3 ヶ月から 6 ヶ月と説明を行っている。基本的にはリハビリを主にしている。リハビリの様子を見ながら今後の生活の場について話をしている。療養目的での入院患者に関しては、病状を見ながら相談。
- ・リハビリを行うことが病状的に難しい患者の受け入れも行っている。その場合、退院が難しい方もいる。その方に関しては長期入院となっている場合もある。医師の判断が強い。

- ・ DPC を導入した急性期病院が増え早期退院が進み、そのことで、状態が不安定な患者の受け入れが増え、同時に死亡退院も増えてきたとの印象。
- ・ 医療区分が高い患者や障害者病棟の対象となる患者に関しては積極的な退院支援になりにくい側面もあるが、あくまでも医師の判断。

(急性期病院への転院について)

- ・ 急性治療を要すると判断された患者の緊急転送の調整。医師の数が少なくなり、1 人当たりの医師の負担が大きくなった。そのため急変した場合は転送する率が高くなっている。胃ろう造設については自施設で可能。

(在宅退院について)

- ・ 杖歩行が自立していたとしても、自宅へ帰れない患者もいる。逆に医療処置が必要で介護度が高くても自宅に帰る患者もいる。家族の意向が強く反映される傾向。家族は当初困難だと判断していたとしても、患者の在宅復帰がしたいという意向に家族の気持ちが変わる場合もある。家族の心情の変化等を見つつ、家族のキャラクターやこれまで歩んできた患者と家族の関係、また築き上げられてきた家族の形を大切にしながら、ソーシャルワーカーは介入することになるが、その際のソーシャルワーカーの介入方法は何年立っても難しいと感じる。
- ・ 他機関と調整する場合、例えばケアマネージャーごとに退院支援の仕方が違うため、ソーシャルワーカーの介入方法も変わってくる。

(介護老人福祉施設への入所について)

- ・ ここ何年かの間で近隣において立て続けに開設が続き、その影響で従来型の介護老人福祉施設も空きが出てきた。入所しやすい時期があった。

(有料系施設の入所について)

- ・ 経済的な面が大きく反映。対応面や入所費用は施設ごとに違いが大きい。

(療養型病院への転院について)

- ・療養型病院での入院継続が必要と判断された患者でも、その患者なりに状態が安定していると判断されれば医療区分に関係なく転院の話しが出ることはある（転院調整は実質的に少ない）。医療区分Ⅰの方の受け入れ先は少なくなっているとの印象。療養型病院と施設の狭間の人の行き先を見つけることは大変だと感じる。医療区分さえとれば、転院先は見つけやすい。リハビリを必要としている患者を積極的に受け入れるためにも、転院調整は必要な退院支援である。
- ・療養型病院から療養型病院へ転院の話をする際、何故同じ機能の病院へ転院しなければならないのか、家族は戸惑い、理解が得られにくいことがある。

## 2. ソーシャルワーカーの介入時期

- ・入院相談を担当した者が退院まで担当（病棟ごとの担当制をとっていない）
- ・入院時の病状説明にはできる限り同席し今後の見通しを確認
- ・リハビリを行っている患者に関しては、リハビリカンファレンスの前に、必ず家族と面談や電話で今後の方向性について確認をとるようにしている。
- ・他部署、家族からの声かけであったり、退院の話し等、動きのない患者に関しても、ソーシャルワーカーより他職員に患者の状況確認は行い、介入することはある。
- ・病状的に療養型病院での入院継続が必要で、医師より転院の話しも出ていない患者に関しては、エピソードがなければ、家族と半年から1年会っていないという場合もある。
- ・入院相談の際、家族と面談をしているのでソーシャルワーカーの存在は知ってくれている。そのため何かあれば声をかけてくれる体制になっているため、全く関わりのない患者は本当に少ない。

### 3 急性期病院よりどのような患者の相談を受けているのか

- ・医療や介護の必要性が高い、また意識レベルが低下し在宅や施設入所が困難と判断、または時間を要するケース。
- ・病名や病状により回復期リハビリテーション病棟の該当からはずれてくるが、リハビリ（や治療継続）が必要なケース。
- ・将来的に見通しが不安定なケース（慢性的な疾患により急性増悪が今後も繰り返し起こる可能性があるケースや癌等による予後不良なケース）。在宅や施設に入所しても、早い段階で再入院が予測されることにより、患者・家族の不安や、施設側から懸念されるケース
- ・介護保険の対象とならないケース。在宅介護が不安。いわゆる行き場のない患者の逃げ場としての転院依頼。

上記仮説を支持

#### Gさんの回答

- ・介護老人保健施設への入所が妥当と判断されているが、介護保険が未取得であり、介護保険の結果が出るまでの間の入院依頼や施設入所までの待機としての依頼。
- ・病床数が大きい分、人工呼吸器の患者から、杖をついて歩けるリハビリ目的の患者等、様々な患者の受け入れを行っている。リハビリに関しても回復期から維持期までと様々。医療区分Ⅰであったとしても、そのことだけを理由に断ることはない。
- ・療養型単科（回復期リハビリテーション病棟は除く）の病院でリハビリ職員が 50 名弱おり、リハビリから療養まで様々な患者の受け入れが可能な貴重な病院であると考え。だからこそ、急性期病院に救急患者を積極的に受け入れてもらうためにも、一病院として様々な患者のニーズに応じていく必要があると考える。

#### 療養型病院へ転院してくる患者は、患者自身、家族ではどちらの意向が反映されているのか

患者希望としては、認知面がクリアで入院の必要性を理解し、なおかつ患者自身が今後の生活について、リハビリを行った上で自宅に帰る準備をしたいとの意向。

家族希望としては、医療や介護の問題。リハビリ希望が一番療養型病院へ転院してくる患者の多くは家族の希望。

#### 4. 入院相談は誰が担っているのか

ソーシャルワーカー

##### 入院までの流れ

(紹介元)

平成 23 年度実績

- 1 位：急性期病院 350 名 87.5%
- 2 位：診療所 23 名 5.8%
- 3 位：外来 14 名 3.5%
- 4 位：回復期リハビリテーション病院 6 名 1.5%
- 4 位：療養型病院 6 名 1.5%
- 6 位：介護老人保健施設 1 名 0.3%
- 計 400 名 100%

(入院までの流れ)

1. 紹介元より電話にて入院の依頼（以前は飛び込みでの相談もあったが現在は事前に電話がある）
2. 紹介状や看護サマリー、検査データ等の情報提供書を FAX 依頼。在宅や施設であれば紹介状と頂ける情報を依頼。
3. 判定医（院長）にて情報提供書を確認。薬価の計算はソーシャルワーカー。病状的に前向きに受け入れを進めれるのであれば、家族来院時の確認事項等も確認。
4. 家族面談の実施（情報提供書が患者の代わりとしている）  
入院手続きについて、入院の目的、今後の目標とする生活の場について等を確認。長期入院を希望している場合は、長期療養可能な病院の方が適切であると話しをすることもある。
5. 判定会議の実施  
メンバー：院長、看護部長、リハ医、栄養科、薬剤科、ソーシャルワーカー  
毎日判定会議は実施。各メンバーが集まって判定会議を行うこともあるが、基本的には紙ベースでの判定会議となっている。相談室へ各メンバーが個別に確認に来ている。入院判定会議の曜日を決めたり、一同が集まって判定会議を行おうとすると、受け入れが遅くなってしまう。
6. 可否返答  
基本的には入院相談まで進んだ患者に関しては断っていないが、場合によっては断ることもある。



(入院の受け入れについて)

原則障害者病棟から入院。その後医療療養病棟へ転室。医療療養病棟へ直接入院する場合もある。

(ベッドコントロールについて)

看護部と協力。看護部長と看護課長の会議が週 2 回実施されているが、そこへソーシャルワーカーも参加し、入院の受け入れ予定の患者について、どのように（受け入れ病棟の確認等）受け入れるのか話をしている。直接ソーシャルワーカーが病棟へ入院の交渉へ行くこともある。ソーシャルワーカー自身、常に空床状況を確認している。

\* 現在医師の兼ね合いで受け入れを制限中。空床状況の問題だけではない

(主治医の決定)

入院判定の段階で院長が医師を決定。入院日は紹介元病院、家族、病棟、主治医の予定が合う日で行っている。判定会議の段階で主治医が決定しているため、主治医が不在や外来日、また病棟が風呂日や出勤者の人数等で調整が難航する場合もある。

(その他)

近隣であれば無料で迎えに行っている。

## 5. 急性期病院より転院相談を受ける中で日頃感じていることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題

### 急性期側：

ケースが把握できておらず、入院の目的等何を意図としているのか分からない。患者の状態（特に認知面等）に関する情報提供が不十分。また患者、家族の希望等、申し送りが不十分で、入院後に初めて分かる課題の多さ。紹介状と看護サマリーを見て判断したいり、医師や看護師の話だけで転院調整を行っていないか。直接患者の元へ出向き（訪問し）、患者の状態把握に努めているのか。

### 療養型側

急性期病院からいかに早く患者を早期に受け入れられるか、そのためには入院患者の適切な入院継続の判断、生活の場への移行が求められる。

上記仮説を支持

### Gさんの回答

- ・急性期病院のソーシャルワーカーに求めるばかりではなく、自分自身の対応面も常に考える。
- ・急性期病院にはソーシャルワーカーがいて当たり前の時代となった。
- ・DPC の導入等により、急性期病院のソーシャルワーカーは早期に次の生活の場を見つけることの大変さを感じる。
- ・医療区分が高くても、人工呼吸器となれば対応可能な病院を探すのに苦労しているとの印象。逆に医療区分の低い患者の受け入れ先を探すことにも苦労しているのではないかとの印象。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

### 急性期側：

早期治療、早期退院が求められる中で、在院日数の兼ね合いでスピードが求められる

### 療養型側：

- ・出と入の役割を担っているため、病院の顔としての存在が大きい。その分、他職種、他機関と衝突することも多く、ジレンマが生じやすい。
- ・ベッドコントロールを行っているとしたら、直接経営面に関係することになる。
- ・多くの患者に選んでもらえる様に、渉外活動が求められる
- ・生活場面を見据えた支援が重点的に求められる。そのため、患者・家族と院内他職種、他機関との窓口的な役割として期待が大きい。

上記仮説を支持

### Gさんの回答

- ・療養型病院のソーシャルワーカーは急性期病院の事情（在院日数等）を考えながら、療養型病院として何ができるのか（瞬時に）判断する能力が求められる。療養型病院の受け入れの幅を広くしないと、急性期病院の意向にはなかなかそえない。
- ・入院相談において、支援期間の短い急性期病院のソーシャルワーカーにどこまで求めて良いのか分からなくなることがある。患者や家族の希望と他職種との折り合いをつけるために、どのような情報を収集して、院内発信できるかは日々感じている。
- ・「状態の安定」による急性期病院と療養型病院の温度差。
- ・時間の感覚。スピードの意識、1日の重みの違い。急性期病院のソーシャルワーカーは短期間でいかに解決できるかが求められ、療養型病院のソーシャルワーカーは基本的に数週間～数ヵ月かけて支援を行っている。
- ・急性期病院のソーシャルワーカーは支援期間が短い分、物理的に支援の幅が狭くなる。療養型病院のソーシャルワーカーが引き継ぐ役目。患者、家族は「知っているはず」「説明されているはず」「説明してもらわないと困る」ということを前提にした考え方はやめる。

- ・ 渉外活動について。ソーシャルワーカーが行うことは理にかなっている。病院の窓口としての役割をソーシャルワーカーが担っているのであれば、紹介する側にとっても目にみえやすい。今の病院間の状況が伝わりやすい。その事を一番知っているのはソーシャルワーカーであると考え。転院調整を行うのがソーシャルワーカー（急性期側）で、入院相談を受けるのがソーシャルワーカー（療養型側）であれば、なおさらのことである。ソーシャルワーカー同士が顔と顔の見える関係であれば、円滑な転院調整につながると考える。すべてを担うのは疑問もあるが一員であることは必要。
- ・ 退院支援の比重の大きさ。急性期病院のソーシャルワーカーは退院支援がメイン。療養型病院のソーシャルワーカーも退院支援もあるが、同時に入院相談窓口業務の比重も大きい。
- ・ 介入方法の違い。急性期病院のソーシャルワーカーはすべての患者に関わる訳ではない。介入依頼が前提であり、何か問題が発生した段階で介入しているとの印象。療養型病院のソーシャルワーカーは入院相談を対応していることもあり、自ら患者のニーズを抽出しやすい環境にあり、問題発生前に介入しやすいとの印象。チームの一員として全患者に介入している。

### ソーシャルワークと時間の関係性

スピードで計れるものではないが、病院の職員として勤務している限り、スピードで計らなければならない時もある。自分達の関わりによって病院の利益、不利益に関わる場合、病院の不利益につながわけにはいかない。もちろん、患者、家族の利益、不利益も考えながら、時間を区切って考えなければならない。決定権はないにしろ、自分達の動き次第で退院時期が変わったり、今後の生活の場に影響する場合は、患者、家族の意向を考えながら、病院の一職員として支援することが必要である。中立的職種であるとは考えるが、どの立ち位置にいれば良いのか分からなくなることがある。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

### 急性期側：

スピードが求められる中でいかに患者の状況を把握し、身体面、精神面、生活課題等を情報発信できるか

### 療養型側：

入院相談に際して

- ・ 患者の情報を聞き取り、その情報を整理する能力
- ・ 何を問題としているのか、解決すべき問題をキャッチする能力

その他

- ・ 退院促進
- ・ 地域関係機関との連携強化（アウトリーチ含む）

上記仮説を支持

### Gさんの回答

- ・ 急性期病院から療養型病院へ転院してくる過程においては、患者のために相互理解が必要。お互いの機関の状況を理解した上で、「ここまでしかできません」「ここまでやってくれ」ではなく、お互いができることに折り合いをつけながら話し合えるように、顔と顔の見える関係作りを強化し、信頼関係を構築することが必要。
- ・ 急性期病院のソーシャルワーカーは療養型病院を紹介するのであれば、療養型病院の機能（急性期病院との違い、例えば医療面での対応）等を患者、家族に説明することが必要。また、急性期病院と療養型病院との説明に食い違いがないように（あれば患者、家族との信頼関係が崩れる原因となる）、急性期病院でどのような病状説明（状態であるとか、生活の中で予測される問題を1つの可能性として事前に患者、家族に説明して、はっきりと急性期治療は終了したと説明）がなされ、どのように患者、家族は受け止めているのかを療養型病院のソーシャルワーカーへ発信し、療養型病院のソーシャルワーカーはそれを受けて急性期病院の事情とスピードを意識して、早期に受け入れたために必要な情報（ニーズや展望等）を的確な判断や行動力を持って院内へ発信することが必要。

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・退院先の選択視が狭まり、急性期治療の終えた患者が、長期入院を余儀なくされる。
- ・患者、家族の意向を無視した在宅促進が強まり、環境調整等、在宅調整が不十分なまま退院した患者が、在宅復帰後、急性増悪を繰り返し、再入院となるケースが増える。
- ・在宅事業者との密な関係作りが急務であるが、日々の実践に時間が追われ、なかなか手が回らない。
- ・単純に医療区分だけで、患者選びが進めば、医療区分が高くても、処置が多い患者や認知面の低下により見守りを必要とする患者、また患者や家族が生活課題を抱えている場合等は入院の受け入れを拒否され、患者選びがますます加速するのではないかという懸念。またそのようなケースは施設からも懸念されてしまい、行き場が限定（在宅）されてしまう。
- ・在宅サービスの整備が進んでいるが、家族に介護の負担が重くのしかかり、家族自身のライフスタイルの変更が余儀なくされる。

**\*要約**

一言で言えば介護難民の懸念、受け皿の確保の問題、医療区分では計ることのできない患者の状態、家族負担である。

上記仮説を支持

**Gさんの回答**

- ・医療療養病棟と介護保険施設の狭間にいる患者の行き場がなくならないように、他の施設が担えれば良いが、今後どこが担うのかは疑問。有料系が担うのであれば費用の問題が発生する。
- ・制度ができることは、その時の状況により仕方ない面もある。医療区分は悪いことばかりではない。そのことを理由に生活の場へつなげることもできる。

- ・医療区分の誕生が医療費の抑制であれば、入口だけを閉ざすのではなく、在宅や施設へつなげる支援の強化も必要。そうでなければ、医療難民が増え、患者は病院を追いだされたと負のイメージしか持つことができない。政策の一つではあるが、一般市民には理解されていないのも問題。

（上記を踏まえて今後無理な在宅支援は起こりえるか）  
一病院としてはないと思うが、費用面、地域性等、妥協点は求める。

## Hさんの回答

実施日：平成 24 年 7 月 21 日

開始時間：19 時 15 分

終了時間：20 時 45 分

計 1 時間 30 分

### 勤務病院の概要事項

#### ・施設基準

医療療養病棟：施設基準Ⅰ、施設基準Ⅱ 計 322 床

介護療養型医療施設 82 床

回復期リハビリテーション病棟：施設基準Ⅰ 計：500 床

#### ・平均在院日数

平成 23 年度実績

医療療養病棟 274.1 日、介護療養型医療施設 340.3 日

#### ・勤務日と勤務時間

勤務日：月～土（月 22 日勤務）

勤務時間：9:00～17:00

#### ・ソーシャルワーカーの配置人数

16 名

（医療療養病棟 7 名、介護療養型医療施設 2 名、その他の病棟 6 名）兼務

＊その他の病棟とは回復期リハビリテーション病棟

### 個別的な確認事項

#### ・性別

女

#### ・ソーシャルワーカーとしての経験年数

現職場：5 年 3 ヶ月

現職場以外：なし

合計 6 年目

担当病棟：医療療養病棟：施設基準Ⅰ、介護療養型医療施設



- ・ 受け持ち患者数（月平均）

75 名程
-------

- ・ 補足

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 16 名中、2 名は担当病棟を持っていない。地域連携業務（主に入院相談の対応）を担っている。内 1 名は管理職。</li><li>・ 現病棟以外に回復期リハビリテーション病棟での経験あり。</li><li>・ 病床は療養型単科であるが、その中で機能分化しており、現在担当している医療療養病棟は、主に重度意識障害（遷延性意識障害等）のある患者で、かつ、医療区分や介護度の高い患者が入院している病棟。また担当している介護療養型医療施設は、認知症により、行動障害があり、一般病棟での対応が難しく、かつ内科的な治療が必要な患者で精神科病院に入院する程の状態でない患者の受け入れを行っている。</li></ul> |
|---|

## 1. ソーシャルワーカーの業務内容

### 業務内容上位 5 位とその内訳

1 位：退院支援	40%	2 位：入院相談	20%
3 位：心理的支援	20%	4 位：院内連絡調整	15%
5 位：受診調整	5%		

(退院支援の内訳)

#### 1 位：転院調整

胃ろう造設や急性増悪した患者の急性期病院への転院調整、他療養型病院への転院調整

#### 2 位：施設

1 位：有料系、2 位：介護老人保健施設、3 位：介護老人福祉施設

4 位：身体障害者施設

#### 3 位：在宅

\*転院が 1 位を占める理由としては、急性期病院への転院調整が大きく占めるため

(補足)

- ・心理的支援：患者や家族からの不安、院内に対する苦情対応
- ・院内連絡調整：医師と家族の病状説明の日程調整や病棟から患者に関わる情報共有（家族の連絡先の変更や患者の状態確認、最近の家族の様子等）や患者、家族からの不安や質問に対して、誰が応えるのか、患者、家族に返答するまでの他職種との調整役としての役割。
- ・業務内容上位 5 位には新人教育（1 年目に対して）も入ってくるが、患者や家族に直接関わる業務を挙げたため、今回は除外とした。

(退院支援を必要とする患者とは)

退院に関しては、医師の指示が前提。仮に人工呼吸器や吸引が必要な場合でも、その処置を継続することによって、大きな病状の悪化であるとか変化がなく、今の状態を維持できると判断されるケース（医療区分には関係なく）。

(退院支援のタイミング)

- ・急性期病院から入院してくる場合は、主に家族が病状を受け入れるために、少し時間が必要であったり、リハビリが終了となる時等。
- ・療養型病院から入院して来る患者に関しては、療養型病院を転々としていることが多く、入院当初より家族はいつかは退院しないといけないという意識が強くどのくらい入院できるのか考えている。そのような中で、患者の状態を見ながら、家族の状況を見つつ、少しゆっくりできたとの印象があれば、距離ができすぎない間（足が遠のく、つまり来院回数が減る）に、最終的に医師の判断で退院の話となる。入院が長期化してくると、退院の話がしづらくなる。状態や医師の判断によって変わってくる。

(ソーシャルワーカー側から退院の話をする時)

患者、家族にとって自院で入院継続するよりも、転院も含めて、良い環境があるのではないかと感じた時

例)

- ・リハビリ終了後、身体能力の向上により、サービス調整を行うことで在宅、または施設入所が可能と思われるケース
- ・転院も含めてより自宅に近い場の検討
- ・今の状態が最大能力であり、今後状態が徐々に低下していくと予測され、少しでも在宅での生活を考えられないかと思った時。その場合、生活の質を考えるとというよりも、患者や家族がある程度満足や納得した上で看取りができるかどうか。それは患者の状態によっても変わってくる。家族が熱心に来院している場合は提案する。必ず退院につながるとは限らないが。何があっても自宅の畳で死にたいと訴えていた患者もいた。

(入院が長期化しているケースについて)

- ・数年単位で入院している患者は確かに介入しづらい。
- ・入院以降、ほったらかしになっているということはないが、療養目的で入院してきた患者に関しては、少しタイミングを置いているということはある。病棟は誰が担当相談員か分かっているため何かあれば声がかかる体制にはなっている。担当病棟には毎日顔を出すし、部屋には伺うようにしている。

- ・入院期間が長くなればなるほど、家族の病院に対する「慣れ」が出てきて、入院継続を希望する傾向にある。例）職員と顔馴染みとなり気心が知れてくる。新たな場へ移ることへの抵抗が強くなる。入院生活が日常化している。自院での入院継続を強く希望。家族の心理としては、病院であればどこでも良いというわけではない。場所が変わることに抵抗している。医療費を支払っているとの、顧客としてのアピールをしてくることもある。
- ・入院することによる経済的負担の軽減（医療費助成）、介護の問題（自宅では困難と家族が判断）、意識障害や認知症があるため、どこにいても同じという家族の考え。

上記の人たちの退院支援を行うことは、大変というよりも、なぜ退院支援を行わなければならないのか考える。10年程入院した患者を退院させたケースはある。こういうケースを動かすことは、やりがいを感じる。経過が長い場合、そこまで辿り着くまでのプロセスを収集するだけでも大変である。退院の話しを進めることに時間がかかる場合もあれば、とんとん拍子に進む場合もある。

長期入院患者は特に、1つのケースだけを動かすわけにはいかない。患者、家族の間でグループができている場合があり、同時に数名の患者の退院支援を行わないといけない場合もある。

（退院先の選択について）

- ・在宅の場合。家族が患者を連れて帰りたいという意向はもちろんだが、患者が家に帰りたいという気持ちに家族が動かされる場合もある。場合によっては、ケアマネージャー等の在宅事業者が一度チャレンジしてみようと言ってつながったケースもある。
- ・施設の場合。患者の状態を踏まえてソーシャルワーカー側で適切な施設をピックアップするが、最終的には家族に施設を見てもらって、施設の面談を経て退院。情報提供する際は費用や交通の便、家族の希望を加味する。

## 2. ソーシャルワーカーの介入方法

- ・入院相談の段階で介入、入院後も引き続き介入

入院患者に関しては、1人1人に担当相談員がついているが、病棟担当制であり、入院相談を実施した者が、必ず入院後の担当相談員になるとは限らない。入院相談を担当した者より申し送りを受けた上で、入院時に担当相談員として患者、家族に挨拶をさせて頂き、インテークを実施することになる。介入は入院時が基本。

### (問題点)

- ・患者1人1人に担当制をとっているが、関わりに差があると感じることがある。

例) 自分自身に思われのあるケースや医師や家族に対して気に止めておく必要があるケース(目にとまりやすいケース)、他職種からのアプローチもあり、動いているケース。患者自身に特に問題もなく、心の底には言いたいことがあったとしても、家族自身も病院に対して何も言っていないケースは関わりが希薄になることもある。

### (補足)

自院では患者1人1人に担当相談員がいるにも関わらず、なぜ長期入院となる患者がいるのかと考えた時に、関わりきれなかったりだとか、タイミングを逃してしまったケースがあるのかと思ったりすることはある。ただそれだけではない気がする。経験の差であったり、担当病棟の変更に伴う担当相談員の変更が理由として考えられる。担当制ゆえに、1対1の関わりとなっており、だからこそできることもあれば、見えにくくなっている面や見えていない面もあるのかもしれない。自分のケースだからと言って背負いすぎている面もあるかもしれない。

### 3. 急性期病院よりどのような患者の相談を受けているのか

- ・医療や介護の必要性が高い、また意識レベルが低下し在宅や施設入所が困難と判断、または時間を要するケース。
- ・病名や病状により回復期リハビリテーション病棟の該当からはずれてくるが、リハビリ（や治療継続）が必要なケース。
- ・将来的に見通しが不安定なケース（慢性的な疾患により急性増悪が今後も繰り返し起こる可能性があるケースや癌等による予後不良なケース）。在宅や施設に入所しても、早い段階で再入院が予測されることにより、患者・家族の不安や、施設側から懸念されるケース
- ・介護保険の対象とならないケース。在宅介護が不安。いわゆる行き場のない患者の逃げ場としての転院依頼。介護保険の結果待ち。

上記仮説を支持

#### Hさんの回答

行動障害のある認知症や高次脳機能障害、精神障害で、精神科病院での入院対応は必要ないが、在宅復帰が難しく、施設からは懸念されるケース。かつ、胃ろうや経鼻経管栄養、吸引等の医療的な処置や内科的な対応が必要なケース

**療養型病院へ転院してくる患者は、患者自身、家族ではどちらの意向が反映されているのか**

家族希望 90%、本人希望 10%

- ・患者希望の場合はリハビリを行いたいとの意向がある。
- ・療養型病院への転院は家族意向が大きいですが、急性期病院側の誘導がある様にも思える。

#### 4. 入院相談は誰が担っているのか

ソーシャルワーカー

##### 入院までの流れ

1. 紹介元より電話にて入院依頼（直接患者が来院してくる場合もある。聞き取りシートに確認した内容を記載）
2. 紹介状や看護サマリー、検査データ等の情報提供書の FAX が届く。聞き取りシートと一緒にホッチキスで止める。
3. 入院判定医師にて情報提供書を確認。それまでに薬が当院で準備できるかどうかソーシャルワーカーにて確認。場合によってはリハビリ職員や、医事課にもリハビリを行うに際の注意事項や、病名的にリハビリが実施できるかどうかを確認。個別に患者の情報を事前に伝えておいた方が良い場合は、看護部へ事前報告等を行うことがある。病状的に前向きに受け入れを進めれるのであれば、家族と面談する際の確認事項等も確認した上で、受け入れ病棟の判断を仰ぐ。

##### 4. 家族面談の実施

入院手続きについて、入院の目的、生活歴、今後の目標とする生活の場について等を確認。

##### 5. 判定会議の実施

メンバー：院長、院長代理、副院長（医師、看護師）、リハビリ医、各所属部長

毎日判定会議は実施。紙ベースでの判定会議となっている。入院相談を行った際に、ソーシャルワーカーが聞き取った内容を予約票として一番前につけ、紹介状等の情報提供と一緒に回覧ボードで各部署に回す。

##### 6. 可否返答

基本的には家族面談まで進んだ患者に関してはよっぽどのことがない限り受け入れを断わらない。断るとしたら、紹介状等情報提供書が届いた段階で断る。

（入院の受け入れスタイル）

3 で示された病棟での受け入れを行うが、家族面談後、変更が必要であると感じた場合は、再度入院判定医師に相談。

（ベッドコントロールについて）

ソーシャルワーカーが主に行っている。医療区分の状況も加味しながら、入院前に、入院予定の患者の情報を病棟へ伝え、受け入れ日についても、ある程度指定する。難航する場合は、看護副院長や看護部長にも相談。

(主治医の決定)

週1回、次週の入院患者をどの医師が担当するか、主治医決め医師とソーシャルワーカーとで話し合いの場を持っている。ベッドに余裕がある場合や待機者がいる場合等は、医師の仮当てを行い、それでも追いつかない場合はソーシャルワーカーが直接医師に主治医の依頼を行う。



## 5. 急性期病院より転院相談を受ける中で日頃感じていることや、療養型病院におけるソーシャルワーカーの課題

### ・急性期側

ケースが把握できておらず、入院の目的等何を意図としているのか分からない。患者の状態（特に認知面等）に関する情報提供が不十分。また患者、家族の希望等、申し送りが不十分で、入院後に初めて分かる課題の多さ。紹介状と看護サマリーを見て判断したり、医師・看護師の話しだけで転院調整を行っていないか。直接患者の元へ出向き（訪問し）、患者の状態把握に努めているのか。

上記は仮説を支持

### Hさんの回答

- ・患者の状態や家族の意向等を掴んでいるかどうかは電話での相談の段階で分かる。
- ・病状の変化の連絡がないことがある（良くなっても、悪くなっても）
- ・病状説明がどのようになされ、どのように患者、家族が理解しているのかを確認してほしい。
- ・状態が不安定な患者やリハビリが状態的に難しい患者でも、家族に過剰な（改善の）期待をさせ、転院調整してくることがある。
- ・入院相談では、今の状態と今後の見通しについて家族へ確認をするが、何も聞いていないとの返答が多い。療養型病院の説明も受けてないケースがほとんどであり、「リハビリができる病院へ行って下さい」と言われて家族面談へ来られるケースもある。

### ・療養型側

急性期病院からいかに早く患者を早期に受け入れられるか、そのためには入院患者の適切な入院継続の判断、生活の場への移行が求められる。

急性期病院から申し送りを受け、その情報を多職種と情報共有する際に、患者・家族の希望と各職種との意向との間で生じる葛藤がある。

上記は仮説を支持

### Hさんの回答

- ・受けて側（療養型病院）は「こうしてくれたら良いのに」「こういう情報がほしいのに」と感じやすいが、情報収集の取り方が各個人によって曖昧。経験年数や各個人の意識の差もあるが、病院の印象にもなるため統一させることが大切。

- ・新規患者を受け入れるためには、入院している患者の退院支援を行うことになるが、いかに満足して退院してもらえるのかという視点も大切。
- ・部屋が空いているが、入院希望の患者がいない、入院希望している患者がいるのに、部屋が満床との葛藤は常にあり、2つの役割を担うことの大変さは感じる。そこがうまく回るようになれば良いが、一筋縄にはいかない。また、ソーシャルワーカーが、入院を勧めたいと思っても、他職種から懸念されケースは多々ある。

## 6. 急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーの業務における違い

### 急性期側：

- ・早期治療、早期退院が求められる中で、在院日数の兼ね合いでスピードが求められる

上記仮説を支持

### Hさんの回答

短期間でいかにスムーズに次へつなげれるか。「いかにスムーズに」とは、普通にいつているケースが普通にいくのではなく、ソーシャルワーカーが関わる以上、より早くなるとか、同じスピードだったとしても $+\alpha$ は必要。 $+\alpha$ とは患者、家族、場合によっては他機関がいかに満足のいく形で支援を行えるかどうかである。

急性期病院のソーシャルワーカーは時間が限られている中での支援になると思うが、一方で時間がある場合もある。例えば、外来で定期的に通院している患者であれば、長期的に経過を見ていく可能性を残している。もちろん時間的な余裕があるのかどうかで、その時々介入方法は変わってくる。

### 療養型側：

- ・出と入の役割を担っているため、病院の顔としての存在が大きい。その分、他職種、他機関と衝突することも多く、ジレンマが生じやすい。
- ・ベッドコントロールを行っているとすれば、直接経営面に関係することになる。
- ・多くの患者に選んでもらえる様に、渉外活動が求められる
- ・生活場面を見据えた支援が重点的に求められる。そのため、患者・家族と院内他職種、他機関との窓口的な役割として期待が大きい。

上記仮説を支持

### Hさんの回答

時間に余裕ができてくるが、タイミングを見計らったり、その時々状況を考えたり等、時間をどのように使えるか能力が求められる。

成年後見人制度へ繋ぐ支援の様に時間がかかるケースでも療養型病院はできる強みがある。次の生活をより良くしてもらおうという視点で、急性期病院は療養型病院を選択してくれても良いと感じる。

### 両病院：介入方法について

急性期病院は他職種からの介入依頼が基本。そのベースには依頼内容が決まっている。一方で療養型病院は自ら介入の方法を模索できる。

(補足)

#### ・ベッドコントロール、渉外活動について

ソーシャルワーカーが行うことに意義がある。ソーシャルワーカーが担わなければ、医療区分だけで患者を振り分ける等、患者の姿を無視することになる。ソーシャルワーカーが担うことで、少なからず守られている面がある。今入院している患者を守れていると思う一方で、相談がきた際にこのケースの力になりたいと患者、家族、他機関に対して思った時に、少し無理ができる。それはソーシャルワーカーが担っているからだと考える。この業務のしんどさはあるが、やりたいことをするために、このしんどい思いをしているんだと思えば、やらされているのではなく、選んでさせてもらっていると考える。ソーシャルワーカーとしてこの考え方をもち調整することは大切。

### ソーシャルワークと時間の関係性

計れない。時間はケース次第。ケースによってその時のタイミングによって変わってくる。

## 7. 今後急性期病院と療養型病院のソーシャルワーカーが各々求められている役割

### 急性期側：

- ・スピードが求められる中でいかに患者の状況を把握し、身体面、精神面、生活課題等を情報発信できるか

### 療養型側：

入院相談に際して

- ・患者の情報を聞き取り、その情報を整理する能力
- ・何を問題としているのか、解決すべき問題をキャッチする能力

その他

- ・退院促進（具体的にどのような）
- ・地域関係機関との連携強化（アウトリーチ含む）

上記仮説を支持

### Hさんの回答

両ソーシャルワーカーに対して共通していえることは退院支援。病院の機能は違うが、患者、家族、他機関、院内多職種、皆の気持ちが1つになれるかどうか、その中で患者、家族の納得が得られるかどうか重要。

（補足）

退院調整看護師について。患者に寄り添って話を聞いたり、痛みをとるケアを行っている。ソーシャルワーカーは介入しているが、その中で何をしているのか問われた時に、見えてこない。話を聞きに行っていないのかと言われるれば、話を聞きに行っていないわけではない。ではそれが結果として、目に見えるものと言われるれば、医師や看護師に比べて見えづらい。

医師や看護師は薬を使ったり、処置を行うことで患者の状態を安定させる等、行ったことが分かりやすく見えやすい。一方ソーシャルワーカーは知識や技術を持って関わることになり目に見えにくい。どのような形で活かされるのか表すことが難しい。難しいが必要性はある。必要だからチームに入っている。ソーシャルワーカーがいるからどう変わってくるのか検証がなされていない。病院によってソーシャルワーカーの役割に違いがあるのかもしれない。社会的な認識として上がってこない理由の1つであると思う。この点が上がってくれば、ソーシャルワーカーの必要性は変わってくるかもしれない。

8. 介護保険病棟の廃止についてどのように感じるか

9. 療養型病院においては受け入れの可否判断が今後ますます医療区分に影響されることが予測されるがそのことをどのように感じるか

- ・ 退院先の選択視が狭まり、急性期治療の終えた患者が、急性期病院での長期入院を余儀なくされる。
- ・ 患者、家族の意向を無視した在宅促進が強まり、環境調整等、在宅調整が不十分なまま退院した患者が、在宅復帰後、急性増悪を繰り返し、再入院となるケースが増える。
- ・ 在宅事業者との密な関係作りが急務であるが、日々の実践に時間が追われ、なかなか手が回らない。
- ・ 単純に医療区分だけで、患者選びが進めば、医療区分が高くても、処置が多い患者や認知面の低下により見守りを必要とする患者、また患者や家族が生活課題を抱えている場合等は入院の受け入れを拒否され、患者選びがますます加速するのではないかという懸念。またそのようなケースは施設からも懸念されてしまい、行き場が限定（在宅）されてしまう。
- ・ 在宅サービスの整備が進んでいるが、家族に介護の負担が重くのしかかり、家族自身のライフスタイルの変更が余儀なくされる。

**\*要約**

一言で言えば介護難民の懸念、受け皿の確保の問題、医療区分では計ることのできない患者の状態、家族負担である。

上記仮説を支持

**Hさんの回答**

- ・ 医療区分では計ることのできない患者の状態。医療区分が低い患者でも入院が必要な患者もいる。医療区分が高い患者でも退院できる状況の時もある。ソーシャルワーカーとして生活の場を見据えて、1人1人を見ていきたい。
- ・ 現在介護保険病棟に入院している患者の多くは在宅が困難であるとされた人たちが多いのも現状。施設が担えるかどうかが問題。やっと入院できたという人たちもいる現状である。