

医療社会福祉研究

第8巻 第1号

特集 退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査

- | | |
|----------------------------|-------|
| 退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査 | 吉田 雅子 |
| 病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴 | 藤田 緑郎 |
| 退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能 | 福田 明美 |
| 医療ソーシャルワーカーの退院援助業務への取り組み姿勢 | 田中千枝子 |

原著

- | | |
|---|-------|
| ソーシャルワーカーの退院援助におけるポジショニングとその規定要因 —大学病院の場合— | 三毛美予子 |
| リハビリテーション科患者への援助とその評価—退院患者への調査を通して— 大谷 昭・山村 典子・橘高 通泰 | |

書評

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| 大本和子・田中千枝子・大谷昭・笹岡眞弓：医療ソーシャルワーク実践50例 | 佐藤 豊道 |
| 渡部律子：高齢者援助における相談面接の理論と実際 | 和気 純子 |

1999年 12月

日本医療社会福祉学会

「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する論文、報告、資料、書評などを掲載する。
2. 原稿は、他誌に既に掲載されていないもの、あるいは、現在投稿中でないオリジナルなものに限る。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
5. 原稿提出期限は、とくに定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿送付先は、機関誌担当理事とする。

(〒214-8565 川崎市多摩区西生田1-1-1
日本女子大学社会福祉学科 中谷陽明
電話：044-952-6857, FAX：044-952-6869
電子メール：ynakatan@ikuta.jwu.ac.jp)

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、400字詰め原稿用紙横書きとする。ワードプロセッサ等を利用の場合は、1頁あたり22字×21行とする。フロッピーディスク・電子メール等によるテキストファイルの提出を求められることもある。
3. 「論文」には、300語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード(2～5語)を明記する。
6. 文献は、引用順、あるいは、著者名でABC順に配列する。

*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名、出版社名、発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名、雑誌名、巻数、最初の頁-最後の頁、発行年。

1999～2001年度編集委員

手島陸久(編集委員長)

相原和子、植田章、松山真、中谷陽明(機関誌担当理事)

目 次

特集 退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査

| | | |
|----------------------------|-------|----|
| 退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査 | 吉田 雅子 | 2 |
| 病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴 | 藤田 緑郎 | 11 |
| 退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機 | 福田 明美 | 18 |
| 医療ソーシャルワーカーの退院援助業務への取り組み姿勢 | 田中千枝子 | 27 |

原著

| | | |
|---|------------------|----|
| ソーシャルワーカーの退院援助におけるポジショニングとその規定要因 —大学病院の場合— | 三毛美予子 | 34 |
| リハビリテーション科患者への援助とその評価—退院患者への調査を通して— | 大谷 昭・山村 典子・橘高 通泰 | 50 |

書評

| | | |
|-------------------------------------|-------|----|
| 大本和子・田中千枝子・大谷昭・笹岡眞弓：医療ソーシャルワーク実践50例 | 佐藤 豊道 | 58 |
| 渡部律子：高齢者援助における相談面接の理論と実際 | 和気 純子 | 60 |

退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査

吉田 雅子*

I はじめに

「退院」が、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）にとって、様々な課題の中で取り組むべきこととして大きく意識されてきたのは、ここ7、8年ぐらいかと思う。筆者が現在勤務している医療福祉相談室の前身である医療相談室が開設された昭和43～44年当時の資料をみると、現在と援助内容の分類方法に違いはあるものの、「患者の事情に適した転院先または入院先の紹介」は、全体の新規ケース数（249ケース）の4.4%（11ケース）にすぎなかったのが、平成10年の同割合は、22.5%（206ケース）に及んでいる。

かつて病院から退院することは、多くの人々にとって病気が軽快し日常生活に近づくことであり、また入院費用の負担の心配もなくなるという意味で喜ばしいことであった。そしてとにかく入院治療が必要な間は、あるいは患者自身が家に帰りたと言いつき出さない限りは入院生活を続けており、たとえ大学病院であっても「年」単位で入院している人も珍しくなかった。しかしながら、病院の機能分化が進んでいる現在、「退院」の意味合いは以前のそれとは大いに異にしているが、一般の人々がその状況を十分知っているとはいいがたく、「退院するのは病気が治ってから」という入院治療へのイメージが根強く残っており、病院側から出される退院の話に対する患者・家族のとまどいも大きいものと考えられる。数本の管が体に着いている患者を前にしてある家族は、「空を飛んでいる飛行機の中で、空港に着く前に降りてくださいといわれたようなものですよ」と述べ、家族側と医療者側のギャップの大きさを表現していた。

人口構造や疾病構造の変化、医療技術や福祉機器の進歩などにより、また新たな医療供給制度の確立や改正の進む中、個々のMSWの個人的印象ではなく、これまで生活課題の援助に取り組んできたMSWの退院援助業務を客観的に見直す大事

な時期ではないかと筆者は以前より考えていた。特に、平成12年度からの介護保険制度の施行・ケアマネジャーの誕生という流れの中で、これまでも退院援助にかかわり専門性を発揮してきたMSWの実態を明らかにすることは、MSWの将来を考える上でも有意義と考え、平成9年度厚生科学研究「医療ソーシャルワーカーのケアマネジメントに関する研究」において、事例研究およびアンケート調査を実施した（吉田、1998）。その目的は、MSWがどの程度退院援助を行っているのか、その実態を質・量の双方から明らかにしMSWの資質の向上を図ることであった。その結果MSWは、病院を退院し自宅に帰る患者、あるいは病院から他の病院に転院する患者、さらには病院から老人福祉施設や老人保健施設に入所する患者とその家族に対し、面接による直接援助を含めた幅広い退院援助をケアマネジメントと同様の手法を用いて行っていること、これらが業務全体に占める割合は近年増加し、退院援助がMSWの業務の重要な一部分になってきていることが明らかになった。同時に、退院援助には次に述べるような問題や課題があることもわかった。

①病院管理者や医療スタッフに退院援助の必要性の認識が弱く、未だに院内の援助システムが存在していないため、現状ではMSWによる個別的な援助に止まっており、援助の必要性や紹介の時期が主治医や担当看護婦に任されており、専門的業務としての基準が定まっていない。②MSWの配置数が全体的に少なく、MSWがいない病院も数多くある現状において、MSW1人あたりの業務量が多く退院援助に必要な時間と労力を十分にさけないこと。③MSWとしての退院援助の標準的手続きが確立されていないこと。④退院後の受け皿としての保健・医療・福祉の地域連携や施設等の整備状況が地域によって大きく異なり、地域間格差が大きいこと。⑤MSWの退院援助は退院

*Masako YOSHIDA：順天堂大学医学部附属順天堂医院

するまでのかわりか中心で、退院援助後のモニタリングやフォローアップは全体として不十分であること。以上のような問題や課題に加えて、この研究においては、退院問題の表出のあり方とMSWの退院援助が、援助の目標や期間、直接援助の質と量、退院後のフォローアップ等において、MSWが所属する病院の持つ機能や特性に大きく影響を受けていることが予測できた。このことを受け、平成10年度厚生科学研究という形で、さらに調査研究を行い検討を深めることになった。

II 調査の目的

病院の機能分化が進んでいる現在、退院問題・援助を病院一般として論じることは適当ではなく、病院の機能分化を踏まえて、その類型ごとの退院問題の特徴とこれに対する援助のあり方が問われるべきである。そこで本研究では、退院援助について、病院の機能に着目しつつ退院援助の実態を明らかにすることを目的とした。より具体的には、①病院機能別の退院援助業務の特徴、②退院援助の際に展開されるMSWの援助内容・機能、③MSWの退院援助業務への取り組み姿勢といった諸点について明らかにすることを目的とした。

なお、本研究におけるMSWが行う退院援助業務とは、「医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生省医療ソーシャルワーカー業務指針検討会）」に示された「退院（社会復帰）援助」に相当するものである。また本調査における「退院援助」の事例として想定したのは、退院をめぐってMSWが患者本人あるいは家族と、最低限面接による直接援助を行った事例とした。したがって、医療スタッフから単に受け入れ先の情報を求められたり、電話等での問い合わせに応じたりしたのみの事例は、ここでいう退院援助には含まないこととした。

III 調査の対象および方法

まず、調査票の質問項目を検討するために、病院機能別を念頭にMSW協会会員でもある経験豊かなソーシャルワーカー8名によるフォーカスグループを構成した。このフォーカスグループでは、2日間にわたり、MSWの退院援助に関わる業務とそこで発揮される技術について、実践過程を想

定し課題の抽出を行った。さらにその内容についてのディスカッションを深め、質問項目を作成した。

本研究の対象は、医療機関の現場で働く福祉の専門家であるMSWとした。さらに調査の対象を、わが国のMSWの専門職団体である社団法人日本医療社会事業協会（以下MSW協会）の会員にしばった。これは、わが国には約5,000人の保健・医療分野に働くソーシャルワーカーが存在するとされているが、その中でMSW協会に加入している会員2,843名（平成10年12月現在）は、MSWとしての自覚と活動性に優れている集団として考えられたためである。さらに退院問題の特徴をより明確にするために、医療機関を「高機能型」「長期療養型」「地域医療型」の3つの類型に分類し、そのいずれかに該当するMSW協会の所属する医療機関1病院に1名あたりのMSWを無作為に抽出し調査を依頼した。調査対象者数は、473病院の473名であった。また、今回の退院援助活動の対象者としては、介護保険の対象者でもある65歳以上の高齢者に限定して回答を求めた。

3つの病院類型は、以下のように規定した。「高機能型」は、高度機能急性期病院のことで、医療法における特定機能病院（全国27病院）と病床数500床以上の総合病院を含め、全国で166病院を抽出した。「長期療養型」は、厚生省の療養型病床群名簿による療養型病床を持つ病院と、介護力強化病棟等の特例許可老人病院として都道府県知事の許可を受けた病院であり、合わせて158病院を選んだ。療養型病床群や介護力強化病棟は、病棟単位の認可であり、近年一般病院ではこれらの病床群を併せ持つ「ケアミックス型」も多くみられるようになってきた。したがって当初は、ケアミックス型を病院類型の一つに考えて検討したが、これらの病院を調査対象にするためには、療養型病床群が全病床数の何割を占めているのか、実態として療養型中心なのか一般病床中心なのかを明確にする必要があり、全国規模で個々の病院のそういった病床の構成割合を明らかにするのは技術的に困難なことから断念した。「地域医療型」は、急性期対応の病院と慢性期対応の病院のほぼ中間に位置し、地域の幅広い医療ニーズに対

応できる「地域に責任が持てる病院」という位置づけを想定した。したがって地域医療型では、訪問診療、訪問看護、デイケア等の在宅支援機能を備え、MSWが複数人数配置されて退院援助が活発に行われていることを予測した。しかしこれも全国規模で各病院の在宅支援機能やMSWの配置率を予め把握できていないことから、そのような要因はむしろ調査票の質問項目に含めることとして、地域医療型は、病床数が101床から400床までの総合病院を149病院選定した。なお、類型別の対象病院の抽出は、厚生省健康政策局総務課編の「病院要覧」と、平成10年12月1日現在のMSW協会の会員名簿を使用した。

調査は、郵送配布・回収で行った。また、回答に未記入・不明な点等があった際には、連絡先を記入してきた調査票については、問い合わせをしただけで済ませた。

IV フォーカスグループによる知見

退院援助は、単に医療機関からの退院できる場を確保すればよいのではなく、MSWの援助として留意すべき点として、①クライアントとの共同作業であり、かつ一定のプロセスを踏むこと、②退院の意志、認識、納得など本人の自立性への信頼を前提としたかわりであること、③各レベルの異なるシステムにまたがって働きかけること等が考えられる。したがって、それらの点を十分に意識し、その上で退院援助にかかわる諸要素の検討を行った。そして最終的に、「退院援助業務の実態」「退院援助業務を行う上での前提条件としての基盤整備」「退院援助業務の実践プロセス」「退院援助業務への取り組み姿勢」といった側面を設定して調査を行うこととした。

1 退院援助業務実態

退院援助事例の件数や退院先といった実態を、正確な数値で回答してもらうことはむずかしいと思われ、およその数や割合・順位といった形式で回答を求めることとした。退院援助業務の困難要因は、社会状況の変化を背景に、病院の機能や受け入れ先の状況が大きく関係していると考えられた。そして困難要因の項目を考えるにあたっては、

病院ソーシャルワーカーの業務に焦点をあてた1988年のスコットランド調査(児島, 1997)の項目を、フォーカスグループにより日本との比較においてとらえ直し、わが国の実態に合わせて項目を修正した。さらに困難要因を解決するために強く発揮していると思われるソーシャルワークの機能については、平成9年度の厚生科学研究(吉田, 1998)で開発した項目を使用することとした(表1)。これらの項目は、岡本民夫(1995)が社会福祉専門職の機能としてあげた15の機能を基礎にして検討を重ね作成したものである。

2 退院援助業務を行う上での前提条件としての基盤整備

適切な時期にMSWが退院援助にかかわることができるためには、本人・家族および医療関係者にMSWの役割が認知されていることが前提であり、そのための工夫・システムが整備されていることが重要である。さらに、実際に利用する社会資源の開拓・整備のための活動も項目として挙げられた。

3 退院援助業務の実践プロセス

退院援助業務のプロセスについては、フォーカスグループによる課題・視点の抽出を行い、イギリスのケアマネジメントガイドライン(イギリス保健省, 1997)も参考にしつつ実践プロセスの分析を行った。その結果実践プロセスは、「発見・特定」「インテーク・情報収集・アセスメント」「援助計画の立案と実施」「モニタリング・事後評価」の4つを柱にして、退院援助業務における具体的な行為を52項目に細分化した。回答の選択肢としては、インテークルートや紹介割合、インテーク時に方向性やキーパーソンを特定できる割合、クライアントとの意向の食い違いの割合、計画実施時の平均面接回数、モニタリングの把握割合や情報入手先、他機関依頼先などの項目以外については、「いつも行っている」「だいたい行っている」「あまり行っていない」「ほとんど行っていない」という4段階の回答を求めた。

4 取り組み姿勢

退院援助業務にかかわる諸要因が、ソーシャルワーカーの取り組み姿勢といかなる関連を持つのかを調べるために、フォーカスグループから得ら

れた取り組みにかかわる姿勢や認識の内容を分析し、退院援助業務が、「本来業務である」「興味深い」「やりがいがある」「気が進まない」という4項目の取り組み姿勢を抽出した。

表1 ソーシャルワークの機能

| 分析の指標 | 指標の意味・該当する援助行為 |
|---------------|---|
| A 情報収集・問題把握機能 | 多方面からの情報を収集し、管理し、クライアントの問題点を把握する機能 例：アセスメントのための面接、カンファレンスなど |
| B 社会資源仲介・動員機能 | クライアントのニーズに合わせてフォーマル・インフォーマルな社会資源を仲介・説明し、承諾を得て動員する機能 例：ケアプランの作成・実施など |
| C 調停機能 | クライアントと家族、クライアント・家族と医療機関あるいは地域社会との意見の食い違い、対立、葛藤を調停する機能 |
| D 社会資源開発機能 | 社会資源の利用範囲を広げたり、利用条件を緩和したり、新たな社会資源を開発したりする機能 |
| E 保護・代弁機能 | 自らの権利やニーズを表明できないクライアントや、権利主張の乏しいクライアントを保護し、その権利を擁護し、代弁するアドボカシー機能 サービス利用の手続き代行を含む |
| F 連絡調整・連携機能 | 援助を実行するために、各関係機関、援助者間の連絡調整と各社会資源間の連携の機能 例：院内外のカンファレンス、サービス導入・実施、モニタリング時の連絡など |
| G 支持・助力機能 | クライアントの変化の可能性を信頼し、クライアントの力を引き出し、支持・助力する機能 本人や家族の障害受容や心理的問題への援助を含む |
| H 協働・促進機能 | 援助過程へ、クライアント本人や家族の参加を促し、クライアントの自立を促進する機能 例：カンファレンス、ケアプラン作成への本人・家族の参加等 |
| I 出向・援助機能 | サービスへのアクセスが困難なクライアントやニーズ把握が不十分なクライアントにアウトリーチ等の方法で、援助する機能 例：訪問によるアセスメント、退院前の環境調査、施設見学同伴、訪問によるモニタリングなど |
| J 指導・教育・治療機能 | クライアントに指導者・教育者として援助する機能、心理的問題や精神的問題に対して、治療的に援助する機能、カウンセリング、精神状態不安定時の対応を含む |
| K 組織的機能 | チームでクライアントを援助すること、地域で社会資源開発のための組織化を進めたり、患者会、家族会、ボランティア手段に関わる機能 |

V 調査の結果

473名のMSW協会会員に調査票を郵送し、287名から有効な回答を得た。回答率は60.7%で、病院類型ごとの回答率は表2の通りであった。病院類型別の回答率に大差がないことから、今後の病院類型別の分析にも耐えうるデータが収集できた。本稿では、対象となった病院、医療ソーシャルワーク部門、回答者(MSW)の属性についての報告を行う。本調査研究のより詳細な結果は、報告書を参照されたい(吉田、1999)。

表2 病院類型別回答状況

| 院 類 型 | 調査対象数 | 回収数(%) |
|---------|-------|-----------|
| 高機能型病院 | 166 | 95(57.2) |
| 長期療養型病院 | 158 | 100(63.3) |
| 地域医療型病院 | 149 | 92(61.7) |
| 計 | 473 | 287(60.7) |

1 病院の属性

表3に、病院の属性を示した。調査対象病院の経営形態の内訳は、「医療法人」「その他」「公立(自治体立)」「社会福祉法人」の順が多かった。「その他」が多いのは、選択肢の説明が充分でなく、「公益法人」との区別が困難であったためと思われる。したがって、財団法人立や宗教法人立の病院が、「その他」と回答した可能性が高いと考えられる。病床数で見ると、高機能型の病院が多いこともあり、500床以上の大規模病院が3割近くを占めている。200床以下、200床台、300床台の病院は、それぞれ2割前後であった。長期療養型の病院をみても、100床未満の病院が約半数で、200床未満でも全体の4分の3を占め、総じて病床数は小規模なものが多い。

平均在院日数は、287病院のうち一般病床がない39病院を除いた238病院では、平均値22.6日、標準偏差26.2日であった。一方、長期療養型の有効回答数105病院では、平均値112.8日、標準偏差208.7日と、平均値で約5倍の在院日数となっていた。さらに長期療養型では、平均在院日数が400日を超える病院が26病院と、約4分の1を占めていた。

表3に、病院に併設の在宅支援関連機関と在宅サービスの実施率を示した。訪問看護ステーション

は4割近く、在宅介護支援センターは4分の1近くの病院が併設している一方で、デイサービスの併設は1割に満たなかった。また入所施設も、2割が老人保健施設を、1割強が特別養護老人ホームを併設していた。在宅サービスの実施率では、訪問看護が6割、訪問診療は4割、訪問リハビリテーションは3割の病院が実施していたが、ホームヘルパーサービスや配食サービスの実施率は、1割に満たなかった。

転院患者を受け入れる特定の紹介先、いわゆる後方病院の有無については、6割の病院が何らかの紹介先を持っていた。その種別としては、「組織系列内の紹介先」は1割強と少なく、「診療科や医師限定の紹介先」が4分の1の病院で、「MSW開拓の紹介先」が半数近くの病院で持っていた(表3)。病院機能別で見ると、高機能型が特定の紹介先を持っていることが多く、次が地域医療型、さらに長期療養型となっていた。ただし、「MSW開拓の紹介先」は、高機能型で47.4%、地域医療型で47.8%、長期療養型で41.0%と、いずれの類型でも高い割合を占めており、どのような医療機関においても、転院先の開拓に苦心しているMSWの姿がみとれる。

2 医療ソーシャルワーク部門の属性

表4は、医療ソーシャルワーク部門の属性である。医療ソーシャルワーク部門の組織上の位置づけは、独立して医療相談室などのMSWのみのセクションがある病院が6割近くで、事務部門(医事課、総務課など)に所属している病院が3割近く、医局や診療部門に所属している病院が1割弱であった。MSWの人数では、専任2名、専任1名の病院が共に3分の1を占め、平均人数は2.1人であった。また、9割の病院がMSWの専用面接室を持ち、面接室の数は、1室が約6割、2室以上が約3割であった。

3 回答者(MSW)の属性

回答者であるMSWの属性を、表5に示した。性別は、女性が3分の2を占めており、年齢別では、30歳代が最も多く3分の1近くで、20歳代と40歳代が4分の1強となっていた。平均年齢は

38.5歳であった。経験年数は、5年未満が4分の1で、10年未満で5割強となっており、平均年数は11.9年であった。最終学歴は、社会福祉系大学が多数を占め、社会福祉系大学院および社会福祉

系以外の大学・大学院を加えると、大学卒以上が9割近くに達していた。過去1年間の研修日数をたずねたところ、4分の3が研修を受けており、研修日数の平均日数は8.8日であった。

表3 対象病院の属性

実数(%)

| | | |
|-------------------------------|---------------|------------|
| 経営形態 | 国立 | 2 (0.7) |
| | 公立(自治体立) | 44 (15.4) |
| | 医療法人 | 92 (32.3) |
| | 社会福祉法人 | 35 (12.3) |
| | 学校法人 | 24 (8.4) |
| | 公益法人 | 33 (11.6) |
| | 個人 | 7 (2.5) |
| | その他 | 48 (16.7) |
| 病床数(精神・結核除く) | 601以上 | 53 (18.5) |
| | 501~600 | 30 (10.5) |
| | 401~500 | 24 (8.4) |
| | 301~400 | 60 (21.0) |
| | 201~300 | 53 (18.5) |
| | 200以下 | 66 (23.1) |
| 併設機関 (複数回答) | 訪問看護ステーション | 106 (36.9) |
| | 在宅介護支援センター | 68 (23.7) |
| | 老人保健施設 | 60 (20.9) |
| | 特別養護老人ホーム | 40 (13.9) |
| | デイサービスセンター | 22 (7.7) |
| | ケアハウス | 11 (3.8) |
| | グループホーム | 3 (0.1) |
| 在宅サービスの実施 (複数回答) | 訪問看護 | 176 (61.3) |
| | 訪問診療 | 114 (39.7) |
| | 訪問リハビリテーション | 90 (31.4) |
| | 老人デイケア・デイサービス | 73 (25.4) |
| | ショートステイ | 47 (16.4) |
| | 医療ショートステイ | 37 (12.9) |
| | ホームヘルパー派遣 | 25 (8.7) |
| | ナイトケア | 10 (3.5) |
| | 配食サービス | 10 (3.5) |
| 転入院を受け入れる特定の 紹介先 (複数回答) | 組織系列内の特定の紹介先 | 35 (12.3) |
| | 診療科や医師限定の紹介先 | 70 (24.4) |
| | M S W開拓の紹介先 | 130 (45.3) |
| | その他の紹介先 | 16 (5.6) |
| | なし | 112 (39.0) |

※ 不明は除いてある

表4 医療ソーシャルワーク部門の属性

| | | 実数 (%) |
|-----------|----------------------|------------|
| 組織的位置づけ | 独立した部門（他職種との総合相談室含む） | 171 (59.5) |
| | 事務部門に所属 | 80 (27.9) |
| | 医局・診療部門に所属 | 22 (7.7) |
| | その他 | 14 (4.9) |
| 専任MSW人数 | 4人以上 | 42 (14.6) |
| | 3人 | 36 (12.5) |
| | 2人 | 100 (34.8) |
| | 1人 | 96 (33.4) |
| | 専任MSWいない | 13 (4.5) |
| MSW専用の面接室 | 2室以上ある | 83 (29.2) |
| | 1室ある | 173 (61.0) |
| | ない | 28 (9.9) |

※ 不明は除いてある

表5 回答者（MSW）の属性

| | | 実数 (%) |
|-----------|----------------|------------|
| 性別 | 男性 | 95 (33.2) |
| | 女性 | 191 (66.8) |
| 年齢 | 20歳代 | 76 (26.6) |
| | 30歳代 | 92 (32.2) |
| | 40歳代 | 78 (27.3) |
| | 50歳代 | 38 (13.3) |
| | 60歳以上 | 2 (0.7) |
| 経験年数 | 5年未満 | 76 (26.6) |
| | 5年以上10年未満 | 84 (29.4) |
| | 10年以上15年未満 | 42 (14.7) |
| | 15年以上20年未満 | 34 (11.9) |
| | 20年以上 | 50 (17.5) |
| 最終学歴 | 高等学校 | 8 (2.8) |
| | 社会福祉系専門学校 | 12 (4.2) |
| | 社会福祉系短期大学 | 6 (2.1) |
| | 社会福祉系大学 | 216 (75.5) |
| | 社会福祉系大学院 | 7 (2.4) |
| | 社会福祉系以外の大学・大学院 | 25 (8.7) |
| | その他 | 12 (4.2) |
| 過去1年の研修日数 | なし | 76 (27.2) |
| | 1～2日 | 6 (0.2) |
| | 3～5日 | 87 (31.2) |
| | 6～10日 | 73 (26.2) |
| | 11～15日 | 10 (3.6) |
| | 16日以上 | 27 (9.7) |

※ 不明は除いてある

VI 将来への展望

今回の調査票の最終ページに、退院援助のあり方や本調査についての意見を自由に記述してもらう欄を設けたのだが、対象者の3分の1にあたる約100名の方が何らかの記載を行っていた。内容としては、日頃行っている退院援助そのものに関する意見と、回答に応じてみての感想や意見が多かった。ここでそれらのいくつかについて、紹介してみる。

退院援助そのものに関する意見として、「他職種への参入」や「開始予定の介護保険制度が、家族の介護機能ではなく患者自身の介護度で保険範囲が決まってしまう」ため、「退院援助がやりにくくなる恐れ」を感じていた。また、「組織から求められる退院という結果ばかりに目がいってしまっており、患者・家族の気持ちに共感する経過や、医師や他職種と協力して動く組織力を大切にしていきたい」「病院の都合で退院をしてもらうことはない」といった意見もみられた。MSWの役割については、「医師・看護婦の中には、自分たちが困った時、あるいはわからない時に自分たちを援助してくれると誤解し、患者・家族が困っていても、医師・看護婦が困らなければ援助依頼をしない傾向がみられる」ので、MSWとしての対策が必要であるという指摘もあった。

調査に回答してみたの感想や意見をみると、「自分の仕事を振り返るいい機会」となり、「退院援助においてたくさん過程を経ていることに驚き」「チームを組んだり、広く情報を集め検証する等の大切なことを抜かしているまずさを指摘されたように思い」、調査項目から「これをやったらもう少し業務がスムーズにいくのではないかを考えるきっかけになった」という意見が数多くみられた。

本調査研究によって、どのような医療機関であってもMSWの役割として普遍化できる部分と、病院の機能別で差異がでてくる部分を明らかにした上で、MSWの援助技術の質の均質化に寄与することができればと考えている。調査結果の詳細な分析を他の論文において行っており（藤田，1999；福田，1999；田中，1999），それらを踏まえて、自由記述の意見にもみられたように、日頃

行っている業務の不完全な部分が明らかにされ、それを克服するためのマニュアルづくり等の方策へと発展できることを期待したい。

謝 辞

本研究は、平成10年度厚生科学研究補助金健康科学総合研究事業（主任研究者：吉田雅子，分担研究者：藤田緑郎，福田明美，田中千枝子）の一環として実施されたものである。調査にご協力いただいた社団法人日本医療社会事業協会会員の皆様に深く感謝いたします。なお、フォーカスグループにご協力いただいた下記の方々には、とくに厚くお礼申し上げます。

藤田 緑郎（阪南中央病院）

福田 明美（第二出雲市民病院）

田中千枝子（東海大学健康科学部）

竹中麻由美（帝塚山病院）

三木 文子（順天堂大学医学部附属順天堂医院）

小原真知子（長崎純心大学）

渡鍋 宏史（泉佐野優人会病院）

文 献

- 藤田緑郎：病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴，医療社会福祉研究，8号，11-17，1999。
- 福田明美：退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能，医療社会福祉研究，8号，18-26，1999。
- イギリス保健省原著／白澤政和・広井良典・西村淳訳著：ケアマネジャー実践ガイド，医学書院，1997。
- 児島美都子：新医療ソーシャルワーカー論—その制度的確立を求めて，ミネルヴァ書房，1991。
- 岡本民夫：社会福祉援助技術総論—新しい理論とモデルによる体系的アプローチ，川島書店，1995。
- 田中千枝子：医療ソーシャルワーカーの退院援助業務の取り組み姿勢に関する研究，医療社会福祉研究，8号，27-33，1999。
- 吉田雅子：地域保健福祉における医療ソーシャルワーカーの資質向上に関する研究—MSWのケアマネジメント研究、平成9年度厚生科学研究

補助金健康科学総合研究事業報告書，1998.

吉田雅子：病院機能別にみる退院問題の特徴と医療ソーシャルワーカー援助機能の研究，平成10年度厚生科学研究補助金健康科学総合研究事業報告書，1999.

病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴

藤田 緑郎*

I はじめに

近年、医療の出口であり地域との接点である「退院」が大きな注目を集めているが、これは主として、2つの理由からであると考えられる。1つは介護保険との関係からである。介護保険の導入後、病院の医療ソーシャルワーカー(MSW)は、要介護高齢者の退院に際して、その心身の状態や生活環境をアセスメントし、各種のサービスを結びつけ、退院後の生活を援助していくことになる。もし病院のMSWがこうした退院援助を行わなければ、他機関の、あるいは他職種の専門職がこうした援助を行うことになる。つまりMSWの退院援助が、今問われているのである。言葉をかえれば、退院援助におけるMSWの専門的な機能をどう確立するか、病院のMSWと介護保険の介護支援専門員(ケアマネジャー)が役割をどう整理するのかという課題である。

今1つは、医療機関の機能分化の進行と入院期間の短縮化、在宅療養・介護への移行の強化という医療を取りまく状況の変化によるものである。これは、病院等の経営側からみれば、医療費削減の中で、いかに生き残りを図るのかという課題となる。一方、患者・家族にとっては、乏しい受け入れ態勢の中で、退院後の療養の場あるいは生活の場をどこに求めていくのかという切実な問題となる。

医療機関の機能分化は、数次の医療法改正と診療報酬改訂という経済的な誘導によって、より急速に進行している。一般病床(精神病床、結核病床を除く)は、高度先進医療を提供する特定機能病院から長期療養のための慢性期病院までいくつかに分けられ、療養型病床群や介護力強化病院は医療保険適用の病棟と介護保険適用の介護療養型医療施設とに分かれる。また、医療法人が法人内に老人保健施設を併設する動きや療養型病床群へ病床を転換する動きが進んでいる。こうした動きは、地域における病院が、従来の1つの病院で急

性期の治療から慢性期のリハビリテーションまでを担う「一院完結」型から、機能の異なる複数の病院や診療所が相互に補完、連携しあう「病診・病病連携」型へ変わりつつあることを示している。

病院の機能分化は、利用する患者家族にとっては、主に入院期間の違いと退院後の進路の違いという形で表れる。そして急性期病院は、基本的に早期治療・早期退院の方向となる。ここでは、患者・家族は、治療やリハビリテーションの途上での「突然の退院宣告」を受けることにもなりかねず、転院や自宅退院をめぐる深刻な問題が発生する可能性が高い。一方、慢性期病院では、入院期間は比較的長く、心身の機能維持が入院の目的であり、退院後の進路は在宅ケアや施設入所が多い。ここでは治療よりも、ケアの継続性の確保やQOLの向上が課題になってくる。

以上のような状況において、退院援助は、すぐれて今日的な医療福祉の課題として浮かび上がってくるのである。そこで本研究では、病院の機能の違いが、その病院における退院問題とMSWの実施する退院援助に与える影響に注目した。MSWの退院援助は、その目標、援助期間、患者・家族への直接援助、退院後のフォロー等の局面において、MSWが所属する病院の持つ機能特性の影響を受けることが予測されたわけである。平均在院日数が20日に満たない急性期病院と200日を超える療養型病床群とでは、退院援助のあり方は当然ながら大きく異なる。退院援助を、病院一般として一様に考察することは、既に実態にそぐわなくなっているのである。したがって、病院の機能によって、退院問題はどのように異なってくるのか、MSWの退院援助はどのような特徴があるのかを明らかにする必要性が出てくる。そこで、病院機能の類型別に退院援助の実態を把握する全国規模での調査が企画されたわけである。本研究の目的は、病院の機能分化が、退院問題や退院援助にどのような影響を及ぼしているのかを

*Rokuro FUJITA : 阪南中央病院

解明することであり、さらにはその結果を、将来のMSWの退院援助の業務基準（マニュアル）づくりに役立てることにある。

II 調査の対象および方法

本研究の対象は、医療機関の現場で働く福祉の専門家であるMSWとした。具体的には、わが国のMSWの専門職団体である社団法人日本医療社会事業協会（以下MSW協会）の会員にしばった。わが国には約5,000人の保健・医療分野に働くソーシャルワーカーが存在するとされているが、その中でMSW協会に加入している会員2,843名（平成10年12月現在）は、MSWとしての自覚と活動性に優れている集団として考えられるためである。調査対象の病院は、本研究において規定した3つの類型（高機能型、長期療養型、地域医療型）に該当し、かつMSW協会会員が所属する医療機関とした。なお回答者は、医療機関1病院に1名の無作為に抽出したMSWである。調査は、郵送配布・回収で行い、調査対象者数は、473病院の473人であった。

調査の内容は、「病院・回答者の属性」「退院援助業務の実態」「退院援助業務を行う上での前提条件としての基盤整備」「退院援助の困難要因」「退院援助におけるソーシャルワーク業務」といったもので、具体的な質問項目は、MSW協会所属の中堅のMSW8名によるフォーカスグループから導き出されたものを活用した。病院の類型区分、およびフォーカスグループ等についての詳しい説明は、別論文で述べている（吉田, 1999）。

III 調査の結果

調査対象 473人のうち287人から回答があり、回答率は60.7%であった。回答率が6割を超え、病院機能の類型別にもゆがみの少ないデータとなった。なお、病院・回答者等の属性については、別論文に詳述されているので参照されたい（吉田, 1999）。

1 退院援助業務の実態

退院援助事例の年間件数は、病院機能別にみると表1の通りである。機能別の取り扱い件数は、

高機能型多く、年間201件以上が54%、301件以上が31.5%にのぼる。地域医療型は年間200件以下が8割近くで、200件以上は20%でしかない。長期療養型もほぼ同じ傾向を示している、年間200件以下が79.8%、201件以上が20.2%であった。この結果から、高機能型病院に所属するMSWが、たいへん多くの退院援助事例を取り扱っていることがわかる。1年前と比べた退院援助事例の増加傾向は、全体として増加しており（表2）、「大変増加」と「少し増加」の合計で全体の4分の3を占めている。病院機能別では、高機能型で「大変増加」が40.9%もあり、退院援助件数の多さと一致する結果となっている。「大変増加」は、地域医療型で30.2%、長期療養型で21.6%と、高機能型と比べて少ない割合である一方、長期療養型の3割近くは、1年前と「変わらない」と回答していた。

退院先として、「在宅」「病院」「老人保健施設」「施設」「その他」を挙げ、概ね何割程度がどの退院先に退院しているのかをたずねたところ、比較的差異がみられたのが、在宅復帰と病院転院であった。そこで、これらの退院先に何割の事例が退院しているかを病院機能別にみてもみた（表3、4）。まず、中核的な分布である2割から7割に回答した病院に注目すると、高機能型の在宅復帰は6割程度なのに対して、病院転院は7割強と高い。また地域医療型は、在宅復帰と病院転院の両方が7割弱と同じ程度であった。さらに長期療養型は、在宅復帰が6割強なのに比べて、病院転院は3割とかなり低い。加えて、46%から69%に回答した病院をみると、高機能型で在宅復帰18.9%、病院転院37.8%に対して、長期療養型で在宅復帰30.3%、病院転院11.5%と、はっきりとした傾向がみられた。高機能型で病院転院が多いことと、長期療養型で病院転院が少ないことはある程度予測できたが、長期療養型で在宅復帰する退院事例の割合の高さは、予想の範囲を超えるものであった。

2 退院援助業務を行う上での前提条件としての基盤整備

MSWの退院援助が、どのような共通基盤のもとに、どのような前提条件をふまえて実施されて

表1 退院援助事例の年間件数

上段：実数，下段：%

| | 50件未満 | 50～100件 | 101～200件 | 201～300件 | 301件以上 |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 高機能型 | 4 4.5 | 12 13.5 | 25 28.1 | 20 22.5 | 28 31.5 |
| 地域医療型 | 13 14.4 | 31 34.4 | 28 31.1 | 7 7.8 | 11 12.2 |
| 長期療養型 | 20 21.3 | 25 26.6 | 30 31.9 | 8 8.5 | 11 11.7 |
| 計 | 37 13.6 | 68 24.9 | 83 30.4 | 35 12.8 | 50 18.3 |

※ 不明は除いてある。

表2 退院援助事例の増減傾向

上段：実数，下段：%

| | 大変増加している | 少し増加している | 変わらない | 少し減少している | 大変減少している |
|-------|------------|-------------|------------|----------|----------|
| 高機能型 | 38 40.9 | 40 43.0 | 13 14.0 | 2 2.2 | 0 0.0 |
| 地域医療型 | 26 30.2 | 39 45.3 | 18 20.9 | 3 3.5 | 0 0.0 |
| 長期療養型 | 21 21.6 | 44 45.4 | 29 29.9 | 3 3.1 | 0 0.0 |
| 計 | 85 30.8 | 123 44.6 | 60 21.7 | 8 2.9 | 0 0.0 |

※ 不明は除いてある。

表3 在宅復帰した退院事例の場合

上段：実数，下段：%

| | 20%以下 | 21～45% | 46～69% | 70～84% | 85%以上 |
|-------|------------|-------------|------------|----------|----------|
| 高機能型 | 31 34.4 | 39 43.3 | 17 18.9 | 1 1.1 | 2 2.2 |
| 地域医療型 | 26 28.9 | 34 37.8 | 28 31.1 | 1 1.1 | 1 1.1 |
| 長期療養型 | 30 30.3 | 32 32.3 | 30 30.3 | 5 5.1 | 2 2.0 |
| 計 | 87 31.2 | 105 37.6 | 75 26.9 | 7 2.5 | 5 1.8 |

※ 不明は除いてある。

表4 病院転院した退院事例の場合

上段：実数，下段：%

| | 20%以下 | 21～45% | 46～69% | 70～84% | 85%以上 |
|-------|-------------|------------|------------|----------|----------|
| 高機能型 | 19 21.1 | 32 35.6 | 34 37.8 | 4 4.4 | 1 1.1 |
| 地域医療型 | 24 26.7 | 39 43.3 | 23 25.6 | 3 3.3 | 1 1.1 |
| 長期療養型 | 63 65.6 | 21 21.9 | 11 11.5 | 1 1.0 | 0 0.0 |
| 計 | 106 38.4 | 92 33.3 | 68 24.6 | 8 2.9 | 2 0.7 |

※ 不明は除いてある。

いるのかを、10項目の設問を用いて調査したものが表5である。院内職員に対する研修等でのMSWが行う退院援助の説明は、「行っている」がほぼ半数で、退院援助のパンフレット等を使って広報を「行っている」も半数近かった。病院内の退院に関する委員会への出席は、「そもそも委員会がない」病院が半数近くある一方で、委員会が設けられている場合は、81.3%と大部分のMSWが出席していた。これを病院機能別で比較すると、「委員会がない」は、高機能型と地域医療型で5割強であったが、長期療養型では3分の1にとどまっていた。さらにその委員会への出席も、高機能型と地域医療型が7割程度なのに対して、長期療養型では9割を超える病院でMSWが委員会に出席していた。

退院援助にアセスメントやケアプランのシートを使っているかどうかについては、「行っている」が3割弱で、病院機能別では、高機能型が22.1%、地域医療型が23.9%、長期療養型が39.4%となっており、全体的には使用率は低い。その中でも長期療養型の使用率の高さが目立っていた。定期的な地域連絡会議への出席は、「会議そのものがない」が半数近くあったが、会議がある場合には半数近くが出席しており、病院機能別での差異はみられなかった。一方、社会資源の開拓を目的とした情報収集は、7割近くの病院で行っていた。

ボランティアや患者会等の組織化等の活動にかかわっているかの設問では、「行っている」が4分の1にとどまっているが、病院機能別にみると、高機能型が33.7%、地域医療型が18.5%、

表5 退院援助業務の前提となる基盤整備

上段：実数，下段：%

| | おおいに行っている | だいたい行っている | あまり行っていない | ほとんど行っていない | 非該当 |
|--------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-----|
| M S W の 役 割 の 説 明 | 36 12.6 | 107 37.5 | 92 32.3 | 50 17.5 | |
| パンフレット等の広報手段 | 42 14.8 | 90 31.7 | 81 28.5 | 71 25.0 | |
| 院内委員会への出席 | 69 46.0 | 53 35.3 | 20 13.3 | 8 5.3 | 135 |
| 一定のシートの活用 | 23 8.0 | 59 20.6 | 57 19.9 | 147 51.4 | |
| 地域との調整会議への出席 | 22 14.7 | 45 30.0 | 36 24.0 | 47 31.3 | 135 |
| 社会資源の情報収集 | 57 20.0 | 140 49.1 | 59 20.7 | 29 10.2 | |
| ボランティア・患者会等への参加・運営 | 25 8.7 | 42 14.7 | 73 25.5 | 146 51.0 | |
| 行政への意見・要望の提出 | 13 4.5 | 49 17.1 | 89 31.1 | 135 47.2 | |
| 市長への広報活動 | 9 3.1 | 30 10.5 | 78 27.3 | 169 59.1 | |
| ソーシャルアクション | 21 7.3 | 57 19.9 | 114 39.9 | 94 32.9 | |

※ 不明は除いてある

長期療養型が18.2%と、この活動については、高機能型病院のMSWの参加が目立っていた。広報誌やミニコミ誌を使っている市民への広報活動は、「行っている」が1割強にすぎず、活動としては極めて低調であった。また、病院機能別でも大きな差はなかった。

地域の保険・医療・福祉の計画等に反映する意見や要望の提出については、「行っている」が2割強で、全体的に活発とはいえない結果であった。病院機能別では、高機能型が26.3%、地域医療型が22.9%、長期療養型が16.1%と、不活発な中でも、高機能型病院が、他の種類の病院よりもソーシャルプランへのかかわりに努力しているという結果になった。さらに、社会資源の改良のためのソーシャルアクションについての設問では、「行っている」が3割弱で、この活動についても活発であるとはいえない結果であった。病院機能別では、高機能型が33.7%と比較的高く、地域医療型は27.1%、長期療養型は21.2%と低い数字となっていた。

3 退院援助の困難要因

退院援助をめぐる本人や家族、院内職員、地域の関係者との摩擦・トラブルの件数は、退院援助事案件数の増加に伴い、微増の傾向にある(表6)。病院機能別では、高機能型の「少し増加している」が4割近くで目立つ数字となっていた。退院援助の困難要因として最も強く意識されているものとして11項目を示し選んでもらったところ、高機能型では、「医療依存度の高さ(33.0%)」「家族の介護力(19.1%)」「家族関係(16.0%)」の順序で困難要因が挙げられた(表7)。地域医療型も、「医療依存度の高さ(34.8%)」「家族関係(19.6%)」「家族の介護力(18.5%)」とほぼ同様の結果であった。一方長期療養型では、「家族の介護力(33.3%)」と「家族関係(32.3%)」が最も困難な要因とされ、「医療依存度の高さ(18.2%)」は、他の2つの類型に比べ、低い順位であった。高機能型や地域医療型病院のMSWは、患者本人への医療の必要性を強く意識しているのに対して、長期療養型病院のMSWは、患者本人よりも家族の状態や介護力を強く意識していることがわかった。

また、以上の主要な3つの困難要因の次にくるものとして、高機能型では「在院日数短縮の組織的圧力(13.8%)」であるのに対して、地域医療型や長期療養型では「在宅の保健・福祉サービスの量」であることが、退院援助の実際の困難さを表しているように思われる。

次に、11項目の困難要因の中で、意識としての問題ではなく、実際に取り扱うことが最も多いものを挙げてもらったものが表8である。高機能型では「医療依存度(25.5%)」が1位となっていたが、地域医療型や長期療養型では、「家族の介護力(33.0%、46.5%)」が1位となっていた。以下多いものは、高機能型が「家族の介護力(24.5%)」「在院日数短縮の組織的圧力(16.0%)」、地域医療型が「在院日数短縮の組織的圧力(15.4%)」「在宅の保健・福祉サービスの量(11.0%)」、長期療養型が「家族関係(16.2%)」「在宅の保健・福祉サービスの量(9.1%)」であった。地域医療型病院で「医療依存度の高さ」が意識としては最も困難であると回答されているのに対して、取り扱う困難としては上位に挙げられてないという事実は、医療依存度の高さが実際の困難要因としては表れてこない場合でも、MSWにとっては困難な要因として常に意識されていることがみてとれる。実際、高機能型病院では、取り扱い件数、困難要因としての意識の両者共に、「医療依存度の高さ」が1位となっている。

4 退院援助におけるソーシャルワーク

退院援助のために特に力を入れて行っているソーシャルワーク業務を、11項目の設問を用意した。それらの中で、最も力を入れて行っている業務として第1位に挙げたものを集計したのが表9である。全体的傾向としては、「親族・家族との退院計画の話し合い」「クライアントによる自己決定の促進」「家庭環境チェック」「退院のための院内スタッフとの連携」といった項目が、比較的高い割合で、最も力を入れている業務とされている。これらの業務は、どの病院機能類型でも高い数字を示しており、重要なソーシャルワーク業務であることがわかる。MSWの退院援助の特徴でもある直接的援助機能としての「サービス

表6 退院援助をめぐる摩擦・トラブルの増減

上段：実数，下段：%

| | 大 変 増加している | 少 少 増加している | 変 変 わらない | 少 少 減少している | 大 大 減少している |
|-----------|------------|------------|-------------|------------|------------|
| 高 機 能 型 | 6 6.6 | 36 39.6 | 42 46.2 | 3 3.3 | 4 4.4 |
| 地 域 医 療 型 | 5 5.6 | 24 27.0 | 51 57.3 | 7 7.9 | 2 2.2 |
| 長 期 療 養 型 | 2 2.0 | 22 22.2 | 65 65.7 | 9 9.1 | 1 1.0 |
| 計 | 13 4.7 | 82 29.4 | 158 56.6 | 19 6.8 | 7 2.5 |

※ 不明は除いてある

表7 退院援助の困難要因として意識しているもの

| | 1 位 | 2 位 | 3 位 | 4 位 |
|-----------|--------|--------|--------|-----------|
| 高 機 能 型 | 医療依存度 | 家族の介護力 | 家族関係 | 在院日数短縮の圧力 |
| 地 域 医 療 型 | 医療依存度 | 家族関係 | 家族の介護力 | 在宅のサービス度 |
| 長 期 療 養 型 | 家族の介護力 | 家族関係 | 医療依存度 | 在宅のサービス度 |

表8 退院援助の困難要因として取り扱っているもの
(最もよく取り扱っていると回答した要因の順位)

| | 1 位 | 2 位 | 3 位 | 4 位 |
|-----------|--------|----------|-----------|---------------|
| 高 機 能 型 | 医療依存度 | 家族の介護力 | 在院日数短縮の圧力 | 家族関係 |
| 地 域 医 療 型 | 家族の介護力 | 在宅のサービス量 | 在院日数短縮の圧力 | 経済問題 |
| 長 期 療 養 型 | 家族の介護力 | 家族関係 | 在宅のサービス量 | 医療依存度 経済問題 |

表9 退院援助におけるソーシャルワーク業務
(最も力を入れて行っている業務)

上段：実数，下段：% (複数回答)

| | 家庭環境 チェック | 住 宅 環境改善 手 配 | インフォーマル ネットワーク の 形 成 | サービ スの 申 請 | クライエ ント による 自己決定 の 促 進 | 生活設計 変更への 心理的 サポ ート | 親族・家族 との退院 計画の 話し合い | 介護者へ の心理的 サポ ート | 退院のた めの院内 スタッフ との連携 | 退院後の フォロー アップ | 入院中の 退院計画 遂 行 チェ ック |
|-----------|--------------|--------------------|----------------------------|---------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 高 機 能 型 | 8 8.7 | 1 1.1 | 1 1.1 | 3 3.3 | 16 17.4 | 4 4.3 | 45 48.9 | 3 3.3 | 11 12.0 | 0 0.0 | 0 0.0 |
| 地 域 医 療 型 | 8 8.7 | 2 2.2 | 3 3.3 | 2 2.2 | 21 22.8 | 4 4.3 | 33 35.9 | 4 4.3 | 12 13.0 | 1 1.1 | 2 2.2 |
| 長 期 療 養 型 | 21 21.2 | 2 2.0 | 0 0.0 | 6 6.1 | 10 10.1 | 2 2.0 | 44 44.4 | 3 3.0 | 8 8.1 | 1 1.0 | 2 2.0 |
| 計 | 37 13.1 | 5 1.8 | 4 1.4 | 11 3.9 | 47 16.6 | 10 3.5 | 122 43.1 | 10 3.5 | 31 11.0 | 2 0.7 | 4 1.4 |

の申請」「生活設計変更への心理的サポート」「介護者への心理的サポート」も、その次に高い割合で、力を入れている業務としてあげられている。病院機能別にみると、自宅への退院が多いであろう長期療養型で、「家庭環境のチェック」が、他の類型と比較するとかなり高い数字となっている。以上のように、MSWの退院援助においては、コーディネート機能や本人・家族への直接援助機能が重要であることを裏づける結果であるといえる。

IV おわりに

本研究では、病院を「高機能型」「地域医療型」「長期療養型」の3つの機能類型に分け、各々の病院での退院援助の実態を把握することを目的とした。結果としては、高機能型と長期療養型の病院での退院援助の実態は、当初の予測に近いものであった。高機能型病院のMSWの退院援助の特徴は、短くなる一方の在院日数の下で、医療ニーズの高いケースを数多く抱え、直接援助を含む援助を提供していることにある。一方長期療養型病院のMSWは、家族の介護力に注目しつつ、ケアマネジメントの手法を取り入れて退院援助を進めているのが特徴的である。もう1つの類型である地域医療型の病院では、類型化の作業においても曖昧さが残ったままで進められたことから、地域医療を担っている病院の特徴を明らかにすることができなかった。今後の課題として、地域医療型の病院、あるいは今回取り上げなかった「ケアミックス型」の病院における退院援助の

実態を把握することがあげられる。

退院援助におけるソーシャルワーク業務としては、家族・親族との話し合い、クライアントの自己決定の促進、家庭環境のチェック、院内スタッフとの連携といった業務が中心となっており、MSWの持つコーディネート機能と直接援助機能が重要な役割を果たしている。介護保険制度の実施により、病院から退院する高齢者への退院援助は、今後ますます重要になってくる。MSWには、長年培ってきたソーシャルワークの視点と技術があり、今後一層これらを生かしつつ患者・家族の退院問題にかかわり、MSWの特徴を発揮できるような退院援助を行っていく必要があると考える。

付記

本研究は、平成10年度厚生科学研究健康科学総合研究事業補助金（主任研究者：吉田雅子）を受けて実施されたものである。本研究の研究協力者は、吉田雅子（順天堂大学医学部附属順天堂医院）、福田明美（第二出雲市民病院）、田中千枝子（東海大学健康科学部）、竹中麻由美（帝塚山病院）、渡鍋宏史（泉佐野優人会病院）である。調査にご協力いただいた社団法人日本医療社会事業協会会員の皆様に深く感謝いたします。

文献

吉田雅子：退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査，医療社会福祉研究，8号，2-10，1999。

退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能

福田 明美*

I はじめに

21世紀の保健・医療・福祉の目標の一つは、医療機関や施設を含んだ地域という枠組みの中で、傷病者・高齢者・障害者が自分なりのQOL（人生・生活の質）を追求・選択することができる状態をつくることにある。医療依存度が高かったり、病態や障害像の変化が激しい場合であっても、必要に応じて適切な保健・医療・福祉の諸サービスを受けながら生活することが必要とされ、そのためには保健・医療・福祉の連携や統合は不可欠の要素となっている。

近年進められている医療機関の機能分化の傾向にあわせ、病床の効率的利用の問題は、医療機関経営の立場からも愁眉の課題となっているが、退院促進の呼び声が社会的・組織的要請として叫ばれる中、医療の質と患者の権利保障を担保しながら行なわれる退院援助を担う医療ソーシャルワーカー（以下MSW）は、その援助の在り方に大きな責務を感じている。患者にとっての退院は、当該医療機関から姿を消すことで済ませられるものではなく、目的を持った転院、あるいは生活実態を勘案したよりよい在宅生活への懸け橋でなければならない。さらに、患者・家族の傷病・障害や危機は医療機関の現場で絶えず起こっており、退院援助のプロセスは、その援助の方向性によってクライアントの将来にかかわる問題となる。したがって、MSWの退院援助業務の実態を把握し、その機能を分析することは大きな意味があると考えられる。

MSWの退院援助は、その目的が退院（社会復帰）であり「当該の退院がクライアントにとって適切であることを保障し、クライアントを不必要な不安から解放し、クライアントにおける最大の利益の中で、すべての利用できる援助とサポートが検討されてきたことを保障するものである」（バドウィ・ピアモンティ、1994）とされており、わが国のMSWの退院援助業務について、これら

の姿勢が貫かれているのか検証することも興味深い問題である。本研究は、MSWの退院援助業務を、その援助プロセスの視点から、どのような方向性をもって援助が展開されているのか実態を把握し、退院援助とソーシャルワーク機能の関係についての分析を試みるものである。

II 調査の対象および方法

本研究の対象は、医療機関の現場で働くMSWとした。さらに調査の対象をわが国のMSWの専門職能団体である社団法人日本医療社会事業協会（以下MSW協会）の会員に絞った。これはわが国には約5,000人の保健・医療分野に働くソーシャルワーカーが存在すると言われているが、その中でMSW協会に加入している会員2,843名（平成10年12月現在）は、MSWとしての自覚と活動性に優れている集団として考えられるためである。対象とした医療機関は、本研究で規定した医療機関の3分類（高機能型、地域医療型、長期療養型）に該当する、MSW協会会員の所属する全医療機関であって、回答を依頼したのは、1病院1名あたりの無作為に抽出したMSWである。調査対象者数は、473病院の473名であった。

退院援助プロセスについては、フォーカスグループによる面接調査から、退院援助に関わる課題・視点の抽出を行い、イギリス保健省によるケアマネジメントのガイドライン（イギリス保健省、1997）も参考に、退院援助実践プロセスを分析した。プロセスは、「発見・特定」「インターク・情報収集・アセスメント」「援助計画の立案と実施」「モニタリング・事後評価」の4つの過程を柱に、全項目を52の項目に細分化した。インタークルートや紹介割合、インターク時に方向性やキーパーソンと特定する割合、クライアントとの意向の食い違い割合、計画実施時平均面接回数、モニタリング把握割合や情報入手先、把握方法、他機関依頼先といった項目以外については、「いつも行な

*Akemi FUKUDA：第二出雲市民病院

っている」「だいたい行なっている」「あまり行なっていない」「ほとんど行なっていない」という4段階の回答を求めた。調査対象病院の詳しい分類方法およびフォーカスグループの詳しい知見等は、別の論文で述べている(吉田, 1999)。

退院援助とソーシャルワーク機能に関する分析は、平成9年度厚生科学研究「地域保健福祉におけるMSWの資質向上に関する研究」(吉田, 1998)において使用したソーシャルワーク機能分析(11機能分類)を活用し分析を行なった。この機能分類は、岡本民夫(1995)が社会福祉専門職の機能として挙げた15の機能を、本研究独自に検討して作成したものである。

Ⅲ 調査の結果

調査対象473人のうち287人から回答があり、回答率は60.7%であった。なお、病院・回答者等の属性については、別論文に詳述されているので参照されたい(吉田, 1999)。

1 退院援助の実践プロセス

1) 発見・特定

インテークの仕組みやスクリーニング基準、チェックリストが定着している医療機関はまだ少なく、何らかの仕組みがあるという回答は、全体の6割強であった。その方法としては、「全員インテーク」を実施しているのが15%、「特定の疾患や領域についてインテークルートの確立」しているのが3割、「スクリーニング基準や独自チェックリスト」が採用されているのは1割弱であった(表1)。さらに担当医や看護婦からの依頼において、依頼用紙を用いているかをたずねたところ、全体の約6割が依頼用紙を使用しておらず、援助対象者の発見・特定のプロセスは極めて非効率的な状況にあると思われる。以上のように、退院援助のプロセスにおける「発見・特定」に関しては、多くの医療機関では未だルートの確立やチェックリストの確立が遅れている実態が把握された。退院援助における援助漏れや早期の関わりの重要性が指摘されていることから(手島, 1996)、スクリーニング基準の開発や発見・特定のルートの確立が求められている。

表1 退院援助対象者発見の仕組み

実数(%) : 複数回答(N=287)

| | |
|-------------------|-----------|
| 全員インテーク | 45 (15.7) |
| 特定の疾患・領域のインテーク | 85 (29.6) |
| スクリーニング基準・チェックリスト | 20 (7.0) |
| その他 | 48 (16.7) |

2) インテーク・情報収集・アセスメント

依頼を受けたMSWが情報収集を行なう場合、たとえコミュニケーションの取りにくい場合であっても、大部分が本人面接を行なっており、また面接に来たがらない家族とも会うように心がけていることが示されていた(表2)。また、多角的に情報収集を行なっており、9割前後の回答者が、病状に関して医師や看護婦に複数回の情報収集を行い、病歴や治療経過をカルテで確認している。また5割強が、患者の介護場面や訓練場面に同席し、情報を確認しつつアセスメントに結びつけている。さらに、アセスメントは、全体の6割が本人や介護者以外の家族についても目を向け、生活環境や住宅環境の把握も、ほぼ全員が行っている。このような質の高さは、インテーク面接の後に、退院後の方向性を特定できる事例が7割近くに上ることや、インテークの結果キーパーソンを特定できる事例が全体の4分の3に上るという回答にも表れていた。

以上から、「インテーク・情報収集・アセスメント」に関してMSWは、直接援助への深い配慮をしていることがうかがわれた。本人や家族との面接においては、「コミュニケーションを取りにくい(本人)」や、「面接に来たがらない(家族)」という負荷のある場合であっても、大多数のMSWは、本人や家族との直接面接を行いながら援助を展開しているという実態が明らかになった。これまでも直接面接を大切にしながら援助を行なっているMSWの態度は、1988年のスコットランドにおける病院ソーシャルワーカーの業務に関する調査においても特長としてあげられていた(児島1991)。この調査では、小児医療と老人医療のそれぞれの専門分野について、3つの医療レベル(高、低、両者)でのMSW業務を対象としているが、クライアント(小児ユニットでは家族への

コンタクト、老人ユニットでは老人患者自身へのコンタクトが主であったが）への直接業務が全体業務の30%を占め、各群でもっとも数字が多いと報告されており、援助の中でも直接援助部分の重要性が示されている。

退院援助の際に問題となりがちなのは、本人の意向と家族や院内職種などの考え方の食い違いであるが、これについても実態を調査した。まず、援助事例の約3割が、本人・家族と医師の間に退院に関する理解の食い違いがあるという回答が多く、そのような中で、MSWは共通理解を図るための調整を行なうことになる。具体的には、病状に関して本人・家族と医師の理解が異なって再調整する、退院先の「場」に関して本人・家族と医師の理解が異なって再調整する、退院という結論に関して本人・家族と医師の理解が異なって再調整をするといった場合に、医師に戻して話をしてもらうといった介入が、ほとんどのMSWによって行われていた（表3）。これらの再調整は、医師という人的資源を有効に活用しながら行なっているわけである。

次に本人と家族の意向が食い違うのは、これも援助事例の3割程度と多くのMSWは感じており、9割を超えるMSWは、両者の調整のために介入

を行っていた。同様に、退院に関して本人・家族と医療スタッフ側の意向が食い違う場合も、やはり援助事例の3割程度とMSWは感じており、9割を超えるMSWは両者の調整のために介入を行っていた。これらの調整のための介入は、家族に本人の意向を伝えたり、本人・家族の意向を医療スタッフに伝えたりという人的資源を有効に活用しながら行っている。

以上の結果から、退院援助全体の中でおこる様々な「食い違い」について、MSWが対応している実態が明らかになった。医師をはじめとする院内システムと本人・家族との理解の食い違い（具体的には「病状」「退院の場」「退院という結論」に関する理解の食い違い）には、きちんと医師や院内職員へリファーし、調整を行なっており、一方的な退院という結末にならないよう援助を行なっている。さらに患者本人と家族との間におこる意見・理解の食い違いにもきちんと対応して援助を行なっていることも明らかになった。これらは、バドウィらの示す「退院が適切であることを保障し、患者を不必要な不安から解放し、患者の利益につながるすべての援助・サポートが検討されてきたことを保障される（バドウィ・ピアモンティ、1994）」活動につながるものと確信する。

表2 情報収集時の本人・家族との面接

実数 (%)

| | い つ も 行っている | だいた 行っている | あ ま り 行っていない | ほとん 行っていない |
|-----------------------|----------------|--------------|-----------------|---------------|
| コミュニケーションに障害がある患者との面接 | 62 (21.7) | 158 (55.2) | 55 (19.2) | 11 (3.8) |
| 面接に来たがらない家族との面接 | 94 (33.0) | 173 (60.7) | 17 (6.0) | 1 (0.4) |

※ 不明は除いてある。

表3 患者・家族と医師との食い違いで医師に話をもとす対応

実数 (%)

| | 必 ず 行っている | だいた 行っている | あ ま り 行っていない | ほとん 行っていない |
|---------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|
| 病状に関する理解の食い違い | 171 (60.6) | 101 (35.8) | 9 (3.2) | 1 (0.4) |
| 退院先に関する食い違い | 64 (22.9) | 149 (53.2) | 57 (20.4) | 10 (3.6) |
| 退院という結論の食い違い | 119 (42.3) | 111 (39.5) | 8 (2.8) | 1 (0.4) |

※ 不明は除いてある。

3) 援助計画の立案と実施

援助計画案を書面にして本人・家族と確認を行っているかを問う設問に関しては、半数近くがほとんど行っていないと回答しているが、昨今の医療現場においては書面による確認が取り組み始められており、MSWの相談援助業務に関しても書式化の必要性を強調すべきであろう。援助計画に関する意見調整やカンファレンスに関しては、システムレベルの違い（院内システムと地域関係機関システム）はあるものの、いずれも8割前後の高率でMSWによって行なわれている。

本人・家族への援助の実際がどの程度行われているかを示したものが、表4である。援助計画を短期目標のみならず長期目標についても提示し(77.3%)、社会資源サービスを複数提示した上で本人・家族の選択性を確保し(96.5%)、社会資源に関する情報をリーフレット等で解りやすく提示し(65.1%)、他施設や他機関を利用する場合には本人・家族が事前見学や事前相談を行なえるよう配慮し(91.5%)、在宅復帰をする場合には試験外出や外泊訓練を実施する(92.9%)といった、本人・家族への援助を展開していることがわかる。しかしその反面、退院を前にした本人・家族と地域関係機関や院内職員との打ち合せの会合の実施については、「行なっている」という回答が半数に満たないことから、今後の課題となるであろう。援助計画遂行においては、1事例について、本人・家族との面接回数は平均4.97回を要し

ている。また、その面接回数は転院より自宅復帰の方が多いと答えているMSWが8割近かった。

表5は、MSWの専門性がよく表れている退院援助の特性を5点に集約したものをたずねた結果である。まず1点目は、本人・家族のサービス利用能力をMSWが評価し、利用能力によって社会資源のつなぎ方を変化させていることである。この設問には93.3%が「行っている」と高回答を得ている。2点目は、本人・家族の意志と対処能力を評価した結果、本人の希望に沿った状況が生み出せない場合の対応についてであるが、このときMSWは、本人・家族に状況を説明しより現実的な選択肢を検討する援助を行なっている。この設問にも、93.7%の高回答を得ている。3点目は、本人・家族が自分自身で決定できるだけの時間の確保のために、病院側に退院延期を働きかけているという患者の立場に沿った援助を行なっていることで、89.0%の高回答を得た。さらに4点目は、本人・家族の問題解決への意欲を維持するため、これまでの頑張り振り返ったり、本人・家族を暖かく支持するなどの援助を行いながらパートナーシップの形成に力を入れていることが、79.2%という高回答からわかってきた。そして5点目として、本人・家族の問題解決の意欲が低下した場合、援助計画の変更を含めて再度選択肢を提示する等の一連の活動を通じて、共に検討する機会を設ける等の協同作業に力を入れている側面も、88.2%という高回答からわかった。

表4 援助計画の立案と実施（本人・家族への援助）

実数 (%)

| | 大いに行っている | だいたい行っている | あまり行っていない | ほとんど行っていない |
|---------------|------------|------------|------------|------------|
| 長期と短期の目標の提示 | 57 (20.2) | 161 (57.1) | 51 (18.1) | 13 (4.6) |
| 社会資源の複数個の提示 | 146 (51.6) | 127 (44.9) | 9 (3.2) | 1 (0.4) |
| わかりやすい資源情報の提示 | 52 (18.5) | 131 (46.6) | 68 (24.2) | 30 (10.7) |
| 施設・機関の事前見学・相談 | 139 (48.9) | 121 (42.6) | 21 (7.4) | 3 (1.1) |
| 家族と関係者との会合 | 18 (6.3) | 114 (40.1) | 111 (39.1) | 41 (14.4) |
| 試験外出・外泊 | 130 (45.9) | 133 (47.0) | 17 (6.0) | 3 (1.1) |

※ 不明は除いてある。

表5 援助計画の立案と実施（医療ソーシャルワークの特性）

実数（％）

| | 大いに行っている | だいたい行っている | あまり行っていない | ほとんど行っていない |
|--------------|------------|------------|-----------|------------|
| 能力に応じた資源の紹介 | 49 (35.0) | 165 (58.3) | 18 (6.4) | 1 (0.4) |
| 現実的選択肢の検討 | 106 (37.5) | 159 (56.2) | 17 (6.0) | 1 (0.4) |
| 意志決定のための退院延期 | 74 (26.2) | 177 (62.8) | 29 (10.3) | 2 (0.7) |
| パートナーシップの形成 | 57 (20.4) | 164 (58.8) | 52 (18.6) | 6 (2.2) |
| 問題解決意欲低下への対応 | 63 (22.6) | 183 (65.6) | 29 (10.4) | 4 (1.4) |

※ 不明は除いてある。

以上の結果から、「援助計画の立案と実施」については、本人・家族自身の能力を引き出す働きかけを、援助の方向性としてMSWが持っていることがわかった。短期目標とともに長期目標を提示しながら行なう援助や、複数の社会資源を紹介しクライアントの選択性を確保する援助を行なっていることに加え、情報自体をわかりやすく提示する等のクライアントの主体性を尊重し、それを引き出すイネンブリングやエンパワーの視点に立った援助が展開されている。また、引き出されたクライアントの意欲や適応能力に応じて、立案された計画の修正にMSWは積極的であるし、院内・院外のシステムに対応したカンファレンスによって関係職との連携を保ちながら、クライアントにとってのセーフティネットを作っていく作業を行なっている。具体的な関係機関との接触は、クライアントへの情報提供と安心感を支えるために、クライアントが事前見学や事前相談が行なえるように配慮した介入を行なっていたり、在宅復帰の際には、試験外出や外泊を実施するようにすすめる等のクライアント自身を第一の資源として活用している。まさに、クライアントを起源としたシステム形成を、主体性尊重の精神のもとに援助していると言える。

4) モニタリング・事後評価

退院後の状況に関して、MSWが把握しているのは、全退院援助事例のうち3割強であり、退院後の状況を把握する目的としては、「本人・家族の状況を把握する方が多い」が51.3%、「サービスの適合性を把握する方が多い」が6.5%、「両

方を同じ程度把握する」が42.2%となっていた。また、把握したい情報の入手先は、まず本人・家族、次に地域関係機関、院内関係者となっており、把握したい情報をなるべく本人・家族から直接得ていることがわかる。さらに、退院後の状況把握を他の機関に依頼する場合には、在宅介護支援センターが最も多く、以下訪問看護ステーション、医療機関と続いていた。そしてモニタリングの情報を得ている形態は、電話や訪問といった形態が多い。これらモニタリングによって得られた結果を、院内関係者に知らせて共有しているかとの設問に対しては、6割強のMSWが院内関係者に知らせていると答えており、院内関係者にも退院後の患者の様子を周知させる努力を行っている。

退院援助の評価については、本人・家族に退院援助に関する満足度を聞く機会をもっているかという設問に対して、約8割のMSWがもっていないと答えている。実施した退院援助に関して各関係機関に援助効果を知っているのかという設問に対しても、4分の3のMSWが聞いていないと回答している。さらに実施した退院援助の結果に関して院内職員と話し合う機会を持っているかという設問に対しても、同じく4分の3のMSWが話し合う機会を持っていないと回答しており、退院援助に関する援助効果を検証するチャンスを考えているとは言い難い。また、一連の退院援助に関する自己評価に関してケース記録に明記しているMSWは4割に過ぎず、記録面に関しても弱さが見受けられる。

実際の退院援助の効果性について、本人・家族

への影響の側面と病院内外の各システムレベルへの影響の側面とに分けてたずねた。退院援助の効果を本人・家族の障害受容や人生の取り組み姿勢という点からたずねたところ、55.6%が変化したと回答していた。その反面、退院援助の効果を院内システムや関係機関という地域システムレベルでの協働作業や理解促進、ネットワーク化の視点から設問を起こしたところ、76.2%が変化を意識したと回答していた(表6)。

これらのことから、「モニタリング・事後評価」については、全体のケースのおよそ3割の把握が現状のMSWには精一杯であり、モニタリング機能は、退院援助業務の全プロセスの側面からみても弱い部分と言える。しかしながら、モニタリングの目的を問う回答については、サービスの適合性の把握を目的とするより、本人・家族の生活状況の把握に力点を置いたものが多く、MSWの退院援助の視点が、単にサービスの適合性等の「つ

なく」援助を目的としたものではなく、「クライアントの生活」を基準にした質の高い援助であることが明らかになった。また、MSWは退院援助業務を通じて、院内システムや関係機関や関係職種といった地域システム等、地域生活を舞台とするネットワーク化に寄与し、よりきめの細かい援助を実現する可能性が示唆された。

2 退院援助におけるソーシャルワーク機能

退院援助のために強く発揮していると思われるソーシャルワーク機能を、こちらの用意した11項目から、1位から順に3位まで選ぶ形式で質問したため、1位に5点、2位に3点、3位には1点を与える得点化を行った。結果は、表7に示すとおりである。総得点数の高い上位3位(情報収集・問題把握機能、社会資源仲介・動員機能、連絡調整・連携機能)は、次に続くものとは明らかに数値に差異が認められたため、ここをひとつの区切

表6 退院援助の効果

実数 (%)

| | 大いに 変化・寄与した | だいたい 変化・寄与した | あまり 変化・寄与していない | ほとんど 変化・寄与していない |
|---------------|----------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| 本人・家族への影響 | 15 (5.6) | 134 (50.0) | 109 (40.7) | 10 (3.7) |
| 関係者ネットワークへの影響 | 38 (13.7) | 173 (62.5) | 59 (21.3) | 7 (2.5) |

※ 不明は除いてある。

表7 退院援助において発揮されているソーシャルワーク機能

実数 (%)

| | 1位 | 2位 | 3位 | 総得点(点) |
|-------------|------------|-----------|-----------|--------|
| 情報収集・問題把握機能 | 143 (50.7) | 35 (12.5) | 30 (10.8) | 820 |
| 社会資源仲介・動員機能 | 48 (17.0) | 95 (33.8) | 43 (15.5) | 560 |
| 調停機能 | 12 (4.3) | 13 (4.6) | 19 (6.8) | 118 |
| 社会資源開発機能 | 12 (4.3) | 10 (3.6) | 17 (6.1) | 107 |
| 保護・代弁機能 | 4 (1.4) | 17 (6.0) | 24 (8.6) | 95 |
| 連絡調整・連携機能 | 46 (16.3) | 82 (29.2) | 76 (27.4) | 552 |
| 支持・助力機能 | 12 (4.3) | 11 (3.9) | 27 (9.7) | 120 |
| 協働・促進機能 | 3 (1.1) | 9 (3.2) | 20 (7.2) | 62 |
| 出向・援助機能 | 0 (0.0) | 5 (1.8) | 12 (4.3) | 27 |
| 指導・教育・治療機能 | 2 (0.7) | 1 (0.4) | 6 (2.2) | 19 |
| 組織的機能 | 0 (0.0) | 3 (1.1) | 4 (1.4) | 13 |

※ 不明は除いてある。

りと考え第1群として検証することとした。また、続く4位から7位まで（調停機能、社会資源開発機能、保護・代弁機能、支持・助力機能）を第2群とし、残り（協働・促進機能、出向・援助機能、指導・教育・治療機能、組織的機能）を第3群として分類を行った。

1) 第1群の機能

MSWの行なう退院援助におけるソーシャルワークの中で、一番よく発揮しているソーシャルワーク機能は、「情報収集・問題把握機能」であった。この機能は多方面から情報を収集し、管理し、クライアントの問題点を把握する機能を指す。2番目に発揮されているソーシャルワーク機能は、「社会資源仲介・動員機能」で、クライアントのニーズに合わせてフォーマル・インフォーマルな社会資源を仲介・説明し、承諾を得て動員する機能を指す。3番目に発揮されているソーシャルワーク機能は、「連絡調整・連携機能」で、援助を実行するために、各関係機関や援助者間の連絡調整と各社会資源間の連携を組織する機能を指す。

実践プロセスからの検証にもあったように「情報収集・問題把握機能」に関しては、MSWは各システムレベルからの情報収集を行なう際に、退院援助を想定して情報収集を行なうという態度が特長のひとつとして挙げられる。また、本人・家族のみならず、本人・介護者以外の家族（非同居家族を含む）全体や各関係者からも必要によって情報収集をするほか、カルテによる病歴・治療経過の確認、本人の訓練場面への同席、生活環境・住宅状況など幅広い情報収集窓口と視点を持っていることもその特長として表れている。

「社会資源仲介・動員機能」については、援助計画作成時に代表されるが、社会資源を複数紹介して本人・家族の選択性を保つほか、援助計画の修正・やり直しに積極的であり、クライアントの主体性を配慮した社会資源活用を行なっている点はその特長として挙げられる。また、本人・家族に事前見学・相談を設定したり、試験外出・外泊をすすめる等の、クライアント側に具体的イメージを想起させながら社会資源を仲介している点もその特長といえる。加えて、本人・家族のサービス利用能力の評価から社会資源へのつなぎ方を変

えたり、より実現可能な社会資源の選択肢を検討すること、本人・家族自身の問題解決意欲を配慮した援助の展開といった、実際の社会資源活用までの総合的援助方法についても特長的なものがある。

「連絡調整・連携機能」においては、本人・家族の意向や能力にあった援助方法を中心に、院外の関係機関のみならず、院内の援助に関しても連絡調整を図っている実態に特長がある。援助計画立案時の院内・院外の関係機関それぞれのカンファレンスのほか、モニタリングにおいても院内・院外の関係機関と情報収集や結果の共有を行い、連絡調整・連携に努めている。このことは、MSWが医療機関の内と外に窓口を持ち、クライアントを巡る環境の接点において活動を行なっているという、ソーシャルワークの特長を示した結果となった。

以上のような結果は、保健医療機関に存在する福祉職というMSWの立場を反映した援助が、この退院援助業務の中において行われていることが示されたものである。MSWは、本人・家族の生活を支える福祉サイドのスタッフとしての視点と役割を担うと同時に、医療サイドのスタッフとしての組織的役割と働きかけを平行して担っている。

2) 第2群の機能

「支持・助力機能」は、クライアントの変化の可能性を信頼し、クライアントの持つ力を引き出して支持・助力する機能を指している。「調停機能」は、クライアントと家族、クライアント・家族と医療機関あるいは地域関係機関や地域社会といったシステムレベルの違いを含めて、意見の食い違いや対立、葛藤を調停する機能を指している。「社会資源開発機能」は、社会資源の利用範囲を広げたり、利用条件を緩和したり、新たな社会資源を開発したりする機能を指している。「保護・代弁機能」は、自らの権利やニーズを表明できないクライアントや権利主張の乏しいクライアントを保護し、その権利を擁護し、代弁するアドボカシー機能を指している。

これらの4～7番目に多く発揮されている機能は、退院援助業務の過程においては、ソーシャルワーク、特に個別援助の前提となる基本的な機能

であり、クライアントの自己決定を支える援助の基本的機能である。全体からみると低めの数値ではあるが、退院援助の過程において、きちんとこれらソーシャルワークの前提となる基礎的機能を兼ね備え、退院援助の中で患者が権利を侵害されないよう配慮した援助が展開されていることがわかる。それは、クライアントと直接面接をする中で発揮される機能である直接援助機能関連部分を中心となっており、MSWの退院援助においては、直接援助に関する機能が大切に扱われ、クライアントの自己決定を保障し育む活動がうかがわれる。

「支持・助力機能」「調停機能」「保護・代弁機能」は、この第2群における直接援助機能関連部分であり、クライアントとの関わり方という点に大きく影響を与えているものである。これらの機能は、クライアント自身が問題解決する意欲を回復したり維持していくためには欠くことのできない機能であるばかりではなく、医師を中心とするヒエラルヒー色を未だ多く残している保健医療機関において、重要な意味を持つものである。実際のプロセスの検証にもあったように、「病状」や退院先の「場」や退院という「結論」について本人・家族と医療者との間での食い違いが実際に起こっているのだが、保健医療機関という場の持つ特殊性から、患者・家族は思うことが言い出せない等のパワーレスな状態に陥りやすい。MSWは、このパワーレスな状態に陥りやすいクライアントに対して、力を補ったり育てたりする関わり方を試み、院内においても院外においても調停を行なっていることを示すものである。これらの機能の重要な点は、特に「病状」や「退院という結論」等の契機から、クライアントの障害受容過程への働きかけと重なる部分が多いことである。クライアントの障害受容は、一生ともいえる長い年月を経て醸成されるものではあるが、クライアントにとって初めて触れる「障害」が、保健医療機関で展開されることが多い現実の中では、この初期段階での専門性ある関わりの重要性は尊重されなければならない。ペイン(1998)は、「支援の善し悪しは何をするかではなく、クライアントとどのようにかわるかによって決まる」と述べ

ているが、関わり方に力点を置くMSWの援助は、クライアントの支援にとって重要な位置を占めていると思われる。

また、「社会資源開発機能」についても、MSWの関わり方のひとつとして位置づけることができる。退院援助の結果、退院先が他の保健医療機関であっても在宅であっても、MSWはそれぞれの社会資源を開発しながら援助を行なっているといえ、既存の社会資源のみならず、新しく社会資源を開発しながら、出来るかぎりクライアントに適合するよう配慮しつつMSWは関わりを深めている。具体的には、転院受入先をMSWがどの程度開発している実態があるのかを調査した研究においては(吉田, 1999)、約60%の医療機関が特定の患者紹介先をもたない状況の中で、MSWが独自に開発した紹介先を持つ数は45.3%で、他の場合(診療科や医師限定紹介先がある場合24.4%、組織内系列の特定紹介先がある場合12.2%)と比べて特段の差を持っていた。加えて在宅への退院に関しても、既存社会資源のみならず、インフォーマルな社会資源との連絡を多くとっていることが報告されており(吉田, 1998)、よりクライアントのニーズにあったきめ細かいサービスが期待できるインフォーマル・サービスネットの活用・開発にもMSWが力を入れている側面がみられる。このように、既存社会資源の開発を背景にもつ援助が、クライアントとの関わり方にもよい影響を与えていると考えられる。

3) 第3群の機能

「協働・促進機能」は、援助過程へクライアント本人や家族の参加を促したり、クライアントの自立を促進する機能を指している。「出向・援助機能」は、サービスへのアクセスが困難なクライアントやニーズ把握が不十分なクライアントに、アウトリーチ等の方法で援助する機能を指す。「指導・教育・治療機能」は、クライアントに対して指導者・教育者として援助する機能で、心理的問題や精神的問題に対して治療的に援助する機能を指す。この機能には、カウンセリングや精神状態不安定時の対応を含んでいる。「組織的機能」は、チームでクライアントを援助することや、地域で社会資源開発のための組織化を進めたり、

患者会や家族会等の組織化に関わる機能等を指す。

これら8～11番目に発揮されている機能は、退院援助の過程にはさほど強い影響を与えているソーシャルワーク機能としては表れていない。これには以下の理由が考えられる。「協働・促進機能」は、クライアントに援助過程への参加を促進するものであるが、前述したように本人や家族との直接面接実施の多さからみても、多くのMSWは退院援助の際に、少なくとも本人・家族というクライアントをきっちり巻き込んだ援助を展開しているので、この機能や「出向・援助機能」は、あまり強く発揮している機能としては出現することがなかったものと思われる。特に「出向・援助機能」の中心はアウトリーチであるが、退院援助対象者の紹介経路は数多く存在し、MSW自身が発見する場合は、8.6%と低値で済ますことができている実態がある。これらは、退院援助業務そのものが医療機関をその「場」として展開されるものであるために、アウトリーチの要素は、退院援助業務の中では高頻度には要求されていないことを示している。さらに「指導・教育・治療機能」の中心はカウンセリング的な部分であるが、これについても、特に限定しなくとも結果として、退院援助によって本人・家族の障害受容や人生の取り組み姿勢に変化があったとする群が半数を超えていることから、援助の過程の中では自然に「指導・教育・治療的機能」も発揮されていたことがわかる。しかしながら、「組織的機能」については、医療が在院日数の短縮化で決まる時代を迎え、組織化という、時間も人員も長期的に必要とされる機能については、やはり弱さが感じられる。

IV おわりに

MSWの退院援助業務について、各プロセスごとの具体的援助内容や、退院援助業務の中でMSWが発揮しているソーシャルワーク機能が明らかになった。これらから、MSWが行なう退院援助業務は、ソーシャルワークを基盤とした社会福祉援助であることがうかがわれた。また、その特長は、クライアント主体の原則とともに、クライアントの能力に注目した関わり方とクライアントの意向を実現に近づけるべく、病院組織の内外に援

助の輪を広げていくことに表れている。このことは、バドウィら(1994)の「退院が適切であることを保障し、患者を不必要な不安から解放し、患者の利益につながる全ての援助・サポートが検討されてきたことを保障するもの」という退院援助に関する知見を支持するものとなった。

付 記

本研究は、平成10年度厚生科学研究健康科学総合研究事業補助金(主任研究者:吉田雅子)を受けて実施されたものである。本研究の研究協力者は、吉田雅子(順天堂大学医学部附属順天堂医院)、藤田緑郎(阪南中央病院)、田中千枝子(東海大学健康科学部)、小原真知子(長崎純心大学)、金子努(東広島市在宅介護支援センターゆうゆう)である。調査にご協力いただいた社団法人日本医療社会事業協会会員の皆様に深く感謝いたします。

文 献

- イギリス保健省原著/白澤政和・広井良典・西村淳訳著:ケアマネジャー実践ガイド, 医学書院, 1997.
- 児島美都子:新医療ソーシャルワーカー論—その制度的確立を求めて, ミネルヴァ書房, 1991.
- ミーケ・バドウィ, ブレンダ・ピアモンティ編著(児島美都子, 中村永司監訳):医療ソーシャルワークの実践, 中央法規出版, 1994.
- 岡本民夫:社会福祉援助技術総論—新しい理論とモデルによる体系的アプローチ, 川島書店, 1995.
- M・ペイン著(杉本敏夫・清水隆則監訳):地域福祉とケアマネジメント—ソーシャルワーカーの新しい役割, 筒井書房, 1998.
- 手島陸久編集代表:退院計画, 中法規出版, 1996.
- 吉田雅子:地域保健福祉における医療ソーシャルワーカーの資質向上に関する研究—MSWのケアマネジメント研究, 平成9年度厚生科学研究補助金健康科学総合研究事業報告書, 1998.
- 吉田雅子:退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査, 医療社会福祉研究, 9号, 2-10, 1999.

医療ソーシャルワーカーの退院援助業務への取り組み姿勢

田中千枝子*

I はじめに

退院援助の専門家は、生活の場の変化や環境・関係性の変化、人生や生活設計の見直しなどの、利用者の危機的状況やストレスに対応できる人でなければならない。介護保険を始めとする一連のハードとしての制度改革は、そうした一人一人の生活や権利を保障するソフトとしての、専門家の活動があってこそ成功する。本研究の目的は、そうした利用者のニーズに対応していく専門家の取り組みの実態と課題の把握にある。

とくに医療機関の現場では、機能分化と病床の効率的利用のかけ声の中で、退院促進に関して社会的・組織的要請が強まっているといわれている。専門家は、「次につなげる」ための社会資源の量と質の不足に悩みながらも、組織的交渉力や資源開拓力などの専門性を発揮している。また危機的状態に対処しきれていない利用者に対しても、チームでアプローチを行い、利用者の周辺の様々な関係性や内的な力動の変化を呼び起こす努力をしている。

しかしそうした熱心な専門家の中には、自分の行っている退院援助に対してある種の「不安全感」を感じる人たちがいるという事実がある。その不安全感自体は、彼らをしてスーパービジョンなどを通じて、生産的・創造的な方向性に向かわせる原動力になる。しかしその不安全感がマイナスの方向に流れ、援助の質の低下を招いたり仕事を辞めてしまうなどの非生産的 direction に向かうことがあるのだとしたら、「不安全感」を取り上げて、退院援助の取り組み姿勢を研究することには大きな意味があるだろう。

こうした取り組み姿勢に影響を与えると考えられる諸要素の検討は、職務の満足度 (Job Satisfaction) の研究につながる。ここ十数年欧米とくにアメリカで、医療費前払い制度による入院期間の極端な短縮傾向が強化されてきた。ここでは、退院計画部門で働くソーシャルワーカー

の「燃えつき症候群 (burnout syndrome)」が大きな問題となっている。わが国でも21世紀に向けて、医療機関の機能分化と社会資源の効率的利用が急激に促進されるため、退院援助の専門家の職務の満足度の研究や燃えつき症候群に対する防止対策が、大いに必要となることが予想される。そのため本研究は、こうした実践基盤整備や教育・研修内容の検討に対する先駆的研究と位置づけることができる。

アメリカの先行研究においては、退院援助者の仕事の満足度を、医療費の抑制政策の中で説明することが多い。Glaser (1990) は、そのストレス要因として、具体的な資源の提供という「程度の低い技術」による、手間のかかる頻繁な「打ち合わせ作業」であるという認識、退院困難群をはじめから担当することによって「良い結果に結びつきにくい」、また環境変化に抵抗する利用者の「敵意に晒されがち」であり、適切な「資源がない」といったことをあげている。

Stamps と Piedonte (1986) は、一般的職務の満足度を、①職務の自律性、②本人や所属機関の重要性を認められる地位、③組織の管理・締め付け・制限、④公的私的な個人的交流、⑤仕事に求められる内容、⑥賃金報酬と賃金以外の給付をあげている。Kadushin と Kulys (1995) は、退院計画に従事しているソーシャルワーカーの役割調査において、退院計画者の役割における満足・不満足な源泉を求めた。その結果時間の制約とサポートの欠如についての関連を認めた。

こうした先行研究をもとに、本研究では、直接の満足度を聞く以前に、情緒的要因を含めた退院援助への取り組み姿勢を確認することから始めた。そして医療ソーシャルワーカー (以下MSW) の退院援助業務の遂行に関わる諸要因が、その取り組み姿勢といかなる関連を持つのかについて、現職のMSWへのフォーカスグループによる対面調査と全国郵送調査から分析した。

*Chieko TANAKA : 東海大学健康科学部

II 調査の対象および方法

本研究の調査対象を、わが国のMSWの専門職能団体である日本医療社会事業協会（以下MSW協会）の会員に絞った。わが国には約5,000人の保健・医療分野に働くソーシャルワーカーが存在すると言われている（平成9年度厚生白書）。その中でMSW協会に自発的に加入している会員2,843名（平成10年12月現在）は、MSWとしての自覚と活動性に優れている集団と考えられる。

郵送調査の対象は、本研究で規定した医療機関の3分類（高機能型、地域型、療養型）に該当する。MSW協会会員の所属する全医療機関である。分類の基準等については、別論文で述べている（吉田, 1999）。また直接回答を依頼したのは、1病院1名あたり無作為に抽出したMSWである。調査対象は、473病院の473名であった。

フォーカスグループでの討論の結果から得られた、退院援助に関わる組織的・基盤的要素や、援助過程における専門的視点に関わる要素を質問項目化した。また同時に取り組み姿勢に関わる内容を分析し、4つの項目の抽出を行った。最終的に調査項目は、退院援助の実態（10項目）、退院援助の組織的共通基盤（10項目）、援助過程における援助の視点（54項目）、病院の属性（8項目）、回答者の属性（6項目）、取り組み姿勢（4項目）となった。

取り組み姿勢の4項目については、調査用紙の最後に設定され、「退院援助業務はあなたにとって」という文章で、4段階（大いにそう思う、大いにそう思う、あまりそう思わない、全くそう思わない）での回答を求めた。項目の内容は、①自分にとって本来業務である、②自分にとって気が進まないものである、③自分にとって興味深いものである、④自分にとってやりがいのあるものである、といったものであった。

病院・部門の属性14項目は、病院機能、経営形態、病床数、平均在院日数、同じ組織内の関連機関、組織内のサービス、特定紹介先で構成している。そのうち同じ組織内の関連機関やサービスや特定紹介先は、複数回答であるためその回答数を得点化して分析した。病床数と平均在院日数は、一定期間や一定数の区分を作って変数化した。

退院援助業務の実態10項目は、退院援助の年間件数、援助数の推移、退院先の割合、トラブル数の推移、退院援助の困難要因のうち困難度の順位づけ、同取り扱回数数の順位づけ、発揮しているソーシャルワーク機能の順位づけ、力を入れているソーシャルワーク業務の順位づけから構成されている。年間件数や退院先の割合については、一定件数や割合の区分を作って変数化してから分析した。とくに分析的な意味づけの有無の関係から、退院先の割合が自宅へ（自宅率）と病院へ（転院率）と答えた数字については、区分を作って変数化した。また一連の問題や必要な業務の順位づけは、それぞれ1位、2位、3位と別に分けて分析を行った。本論文ではとくに第1位に関わる内容について検討を行った。

退院援助を円滑かつ発展的に実践するための共通基盤として、10項目を設定した。それぞれ「大いにしている」「大いにしている」「あまりしていない」「ほとんど／全くしていない」の4段階から回答を求め分析処理を行った。個別の援助過程の視点54項目は、発見・特定の段階、インテーク・情報収集・アセスメントの段階、援助計画の立案と実施、モニタリング：事後評価から構成されている。それぞれ前の項目に習って、処理がなされている。

回答者の属性6項目は、性別、年齢、経験年数、最終学歴、研修経験と研修期間で構成されている。最終学歴については、高校卒業後社会福祉系学習歴4年未満として、社会福祉系専門学校と社会福祉系短大をまとめ、社会福祉系大学および大学院をまとめ、非社会福祉系大学および大学院を独立させ、高等学校およびその他をまとめて区分し分析を行った。

なお、本研究で取り扱った以上のような変数については、「取り組み姿勢」の変数を除いて、別の論文でも報告・分析を行っているので参照されたい（吉田, 1999；藤田, 1999；福田, 1999）。

III 調査の結果

回収状況は、調査対象473名のうち287名からあり、回収率60.6%であった。回収率が6割を超え、また機能別の3病院の対象機関数および割合がほ

ば同数であるために、機能別に存在する問題の諸要素の影響を受けにくい、ある程度「不全感」に対する取り組み姿勢の実態を解説できる歪みの少ないデータとなった。なお、病院・回答者等の属性については、別論文に詳述されているので参照されたい(吉田, 1999)。

分析としては、まず表1に示す取り組み姿勢の項目について、選択肢の4段階を、「大いにそう思う」を積極群とし、「だいたいそう思う」から「全くそう思わない」までの3つの段階を消極群に区分し変数化した。ただし「気が進まないものである」という質問だけは、「全く思わない」を積極群とし、「大いにそう思う」から「あまりそう思わない」までの3段階を区分する形で集計を行った。そして取り組み姿勢の4つの項目とそれぞれの変数に対してカイ二乗検定を行った。その結果の一覧表が、表2である。カイ二乗検定で有意な関連が見られた関係には、「*」を記入している。

1 医療機関の基本属性と回答者の属性

組織的位置づけ、病床数、一人当たり病床数、人数と兼任専任の別など、ほとんどの変数と有意な関連は認められなかった。ただし経営形態で、「興味深い」に関連が見られた。国公立や個人立の医療機関よりも、医療法人や社会福祉法人、学校法人、公益法人立の病院のMSWに多く積極群が見られた。これは環境的な条件として、周囲の理解や教育・サポートが受けられる環境の中で、

興味深さが育てられる可能性があると考えられる。また所属組織のサービス数の多さと「本来業務」に関連が見いだされた点は、組織内のサービスメニューが増えていく中で、そうしたサービスを積極的にマネジメントしていく役割を担っていると考えられる。

回答者の性別や年齢、最終学歴や研修経験や日数、経験年数すべてにおいて、取り組み姿勢4項目との関連は見いだせなかった。これはそうした基本的要素ではなく、日々の実践の中での業務の目標や考え方や問題把握の視点によって考えることができるのかもしれない。Kadushinら(1995)の知見によると、MSWと非MSWとの間で、MSWの方が有意に満足度が高い結果がでているが、本調査では検証できなかった。この点については、日本のソーシャルワーカーの置かれている状況との差異の研究が今後に向けて必要である。

2 退院援助業務の実態

退院援助件数が影響していないのは、Kadushinら(1995)の知見に合致する。また在宅率の高さと、「本来業務」や「やりがい」に関する意識に関連があった。転院率にはどの項目も反応しなかった。自宅に戻ることとMSW側の取り組み姿勢には、何らかの関連した意味合いが感じられるが、今後このことを検討していく必要がある。また退院援助件数やトラブル数の増加は、取り組み姿勢の認識には影響がなかった。

表1 退院援助業務への取り組み姿勢

実数 (%)

| | 大いに そう思う | だいたい そう思う | あまり そう思わない | 全く そう思わない | 不明 |
|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|----|
| 本来業務である | 155 (54.6) | 118 (41.5) | 10 (3.5) | 1 (0.4) | 3 |
| 気が進まないものである | 23 (8.2) | 55 (19.7) | 130 (46.6) | 71 (24.4) | 8 |
| 興味深いものである | 83 (28.6) | 114 (41.2) | 75 (27.1) | 6 (2.2) | 10 |
| やりがいがあるものである | 84 (30.3) | 136 (49.1) | 56 (20.2) | 1 (0.4) | 10 |

表2 MSWの取り組み姿勢と各要因との関連

p ≤ 0.05* p ≤ 0.01** p ≤ 0.001***

| | | 本来業務 | 気が進まない | 興味深い | やりがいがある |
|----------|--|----------|--------|------|---------|
| 病院の属性 | 病院機能 経営形態 総病床数 療養型病床数 平均在院日数（一般病床） 平均在院日数（療養型病床） 組織内関連機関の数 組織内関連サービスの数 特定紹介先の窓口の数 | * | | * | |
| MSW部門の属性 | 専任MSW数 専任+兼任MSW加算数 組織内位置づけ 面接室の有無 面接部屋数 | | | | |
| 回答者の属性 | 性別 年齢 経験年数 最終学歴 研修経験の有無 研修日数 | | | | |
| 業務の実態 | 取り扱い件数 MSW一人当たり取り扱い件数 援助事例数の年間推移 退院先の割合（在宅率） 退院先の割合（転院率） トラブル数の年間推移 困難要因（困難度）の1位 困難要因（取り扱い数）の1位 発揮すべきソーシャルワーク機能の1位 発揮したいソーシャルワーク業務の1位 | * | | | ** |
| 実践基盤 | 組織啓発への説明の機会 広報・説明手段の確保 退院に関わる委員会の出席 アセスメントシート等の使用 定期的地域連絡会の出席 社会資源開拓目的の外出 地域組織化への努力 地域計画に反映する意見要望 市民への広報活動 ソーシャルアクション | *** * | | * | * |
| 実践手順 | 全員インターク率 特定分野のインタークルート保持率 紹介経路（医師より） 紹介経路（看護婦より） 特定依頼用紙の利用 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>インテーク時の退院援助の想定 機関紹介事例の退院援助の想定 コミュニケーション障害患者への面接 面接に来たがらない家族への面接 医師看護婦からの複数回の情報収集 病歴治療経過のカルテ再確認 介護・リハ訓練場面への同席 行き先の方向性の特定割合 キーパーソンの特定割合 家族の意向情報の把握 生活・住環境の把握 面接場所と時間の確保 患者側と医師の理解のくい違い割合 病状の理解のくい違い 退院の場の理解のくい違い 退院への感情的くい違い 本人と家族の意向のくい違い割合 本人意向の家族への繋ぎ方 患者側と医療者側の意向のくい違い割合 患者側意向の医療者への繋ぎ方</p> | <p>*** *** * *</p> | <p>** *** * ** * * * * * * * * *</p> | <p>*** *** * *</p> |
| <p>援助計画書の書面提示 援助計画の修正やり直し 院内職員とのカンファレンス 関係機関とのカンファレンス 長期目標の提示 社会資源の複数提示 社会資源のリーフレット化 事前見学・相談の勧め 退院前の本人側を交えた話し合い 試験外泊や外出の勧め サービス利用能力の評価と資源の繋ぎ方の変更 問題対処能力の評価と実現可能な選択肢の検討 組織への退院延期の働きかけ 平均面接回数 自宅復帰の面接回数の傾向 パートナーシップの形成 意欲低下と再検討の機会</p> | <p>* * *</p> | <p>* * *</p> | <p>* * *</p> |
| <p>退院後の状況の把握割合 モニタリングの目的 把握の情報元1位 把握の情報元機関1位 把握方法1位 結果の院内スタッフへの知らせ 事後評価の患者側からの聴取 事後評価の関係機関側からの聴取 事後評価の院内スタッフからの聴取 事後評価のMSWとしての明記 人生の取り組み姿勢の変化 ネットワークづくりへの寄与</p> | <p>* * *</p> | <p>* * *</p> | <p>* * *</p> |

3 基盤整備

実践基盤の整備に関しては、「本来業務」と考える積極群が多くの項目で有意な関連を示した。市民への広報や地域組織化への努力、資源開拓の外出、医療福祉相談に関する広報手段や院内での理解の促進のための説明の機会などと関連があった。また市民への広報や資源開拓のための外出などは、「興味深い」と考える群と「やりがいがある」とする積極群にも有意に関連があった。

その反面、退院援助に関わる委員会への出席やシートの利用など院内環境の整備には関連がなかった。これは、業務としての基盤整備への興味ややりがいのもとが、委員会の出席やシートの開発などの院内活動では満たされないと考えられているのかもしれない。また、院内を超えて、直接地域にその援助活動の関心が向かっていることを示しているとも考えられる。また面接の場や機会、対面時間の確保について、「本来業務」だけではなく「興味深い」と答えた積極群にも関連があった。これは、面接への興味と援助のプロセスとしての関係性に対する関心を表している結果とも考えられる。

4 実践のプロセス

発見・特定のプロセスでは、取り組み姿勢各項目とも有意な関連は生じていない。インテーク面接では、「気が進まない」群に退院後の方向性への特定の困難度と、本人と医療者の認識の食い違いの両者に特徴が見られた。これは「気が進まない」群にとって、他の取り組み姿勢では見られない有意な関連である。インテーク時点での調整作業、とくに組織と利用者との間の食い違いに強く注目して、専門家として調整の困難を感じることで、気が進まない原因になっていることが推察できる。また関係機関に対するインテーク時点での退院援助に向けての思惑と働きかけは、4項目全てに関連を見いだすことができた。これは、関係機関との連携が、退院問題を挟んで重要になることが認識されていることの表れであろう。

計画の策定と実施に関しては、計画の変更と再検討の実施について、「本来業務」と「やりがい」に関連を見いだしていた。また面接回数平均は、

「興味深い」群に有意に多いことが分かる。このことから面接に対する興味の持ち方が、取り組み姿勢を強化することが推察される。

モニタリングと自己評価では、本人や家族の満足度を聞く機会を設けることに全ての項目が反応した。とくに「気が進まない」群は、満足度を聞くような機会が、援助した相手との間で恵まれない傾向が強いことが推察される。また関係機関の評価を聞いたりモニタリングの結果をスタッフと分かち合う体験を行うことは、「興味深い」や「やりがいがある」と大きな関連を持っていた。地域の専門家や院内のスタッフのサポートや連携が、そうした興味ややりがいを育てることが推察される。さらに「興味深い」の積極群は、院内職員と援助の振り返りを行う機会を持つようにするなど、周辺スタッフや仲間のサポートを支えに、自らの専門性の成長に役立てようとする姿勢が現れているのかもしれない。

援助の結果としてのネットワークづくりや本人家族の問題への取り組み姿勢の変化などは、「気が進まない」を除いて関連がある。単なる退院援助で、利用者が退院すれば終了という物差しではなく、地域や対個人・家族の変容に関わる目標を考えるものの見方が、やりがいや興味深さを育てるとも考えられよう。

IV おわりに

本研究の結果から、退院援助業務への各取り組み姿勢ごとに、特徴的な退院援助業務の遂行の実態が明らかになった。総体としては、取り組み姿勢と、教育背景や研修実績、また組織的な位置づけやマンパワーの充実などの病院・部門属性との間には大きな関連が見られなかった。むしろ個別のソーシャルワーカーの日々の業務に対する視点や、援助の目的の立て方や方法などの影響が大きいことがうかがわれた。

援助の実態としては、とくに在宅率と取り組み姿勢に強い関係があった。また基盤整備については、自分が所属する医療機関の内部の取り組みを超えて、地域への展開について布石を打つことに興味を持つ傾向があった。

「本来業務」を意識する群は、一連の基盤整備

項目に注目が集まっていた。このことは「退院援助業務は、本来組織的・地域的取り組みをシステムティックに行う必要がある」という認識が根づいていることを示すものであろう。「興味深さ」を感じる積極群は、面接に関わる諸要素に強く反応し、また自分の行った援助の事後評価に大きな関心を持っていることが分かった。「やりがい」を感じる群は、モニタリングや事後評価の項目と強く反応し、内外のスタッフのサポートや評価の確認によって、やりがいが育ち支えられていることが推察できた。また普段の情報収集における関係機関とのつきあい方など、地域との関係性を重視する姿勢も判明した。その反面「気が進まない」群は、他の群のように基盤整備や対人援助のプロセスとは関連していなかった。利用者と医療者側との間の軋轢の調整がうまくいかないため、組織と利用者の緊張関係の中で不全感を感じていると考えられた。

以上のような特徴を持つ取り組み姿勢や認識に対応して、以下のようなMSWの退院援助業務に関わる課題が考えられよう。

- ①「気が進まない」消極群には、援助技術や機能としての調整能力の向上と、組織と利用者との間の対立関係で問題を捉えない、新たな視点を身につけるための学習、とくに退院促進に対する組織的要請をうまく扱えるような、また十分な退院援助を行う必要性に関して、組織的に認知を得られるような方向性の開拓および意欲の育成。
- ②「本来業務」消極群には、個別の事例における問題が、組織の基盤の整備によって解決することもあるとする、視点の幅を広げる退院計画の考え方と組織や地域を動かす手法の学習。
- ③「やりがい」消極群には、地域展開を行う中で、専門家としての援助活動を支える一つの資源として、医療機関内外の関係機関、専門家、非専門家、利用者をつえ、かつその関係性をお互いに育てていく能力や意欲の育成。
- ④「興味深さ」消極群には、退院というストレスの強い危機的状況を利用者が、自己決定や納得のいく選択によって乗り切ることを援助するための面接技術の向上と、時間や機会の確保のための組織に対する働きかけ。

こうした課題を達成することを通じて、不全感をスーパービジョンや研修などによって肯定的に扱えることが可能になると考えられる。それによって業務に関わる満足度が上昇し、厳しい社会的・組織的要請の中でも専門的な有効な働きができる。さらに最終的には、職務に忠実であろうとすればするほど陥りやすいとされる燃え尽き症候群の発生を抑止し、有効な援助活動に貢献できると考える。

付 記

本研究は、平成10年度厚生科学研究健康科学総合研究事業補助金（主任研究者：吉田雅子）を受けて実施されたものである。本研究の研究協力者は、吉田雅子（順天堂大学医学部附属順天堂医院）、藤田緑郎（阪南中央病院）、福田明美（第二出雲市民病院）、石井朝子（自治医科大学医学部付属病院）、三木文子（順天堂大学医学部附属順天堂医院）である。調査にご協力いただいた社団法人日本医療社会事業協会会員の皆様に深く感謝いたします。

文 献

- 藤田緑郎：病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴、医療社会福祉研究、9号、11-17、1999。
- 福田明美：退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能、医療社会福祉研究、9号、18-26、1999。
- Glaser, R.: Medicine's winter of discontent. *Pharos*, 41-53, 1990.
- Kadushin, G. and Kulys, R.: Job satisfaction among social work discharge planners. *Health and Social Work*, 20(3), 174-186, 1995.
- Stamps, P. G. and Piedmonte E. B.: Nurses and work satisfaction. Ann Arbor, MI, Health Administration Press Perspectives 1986.
- 吉田雅子：退院援助に関する医療ソーシャルワーカーへの全国調査、医療社会福祉研究、9号、2-10、1999。

ソーシャルワーカーの退院援助におけるポジショニングとその規定要因

— 大学病院の場合 —

三毛 美予子*

Key Words 退院援助, 大学病院, グラウンデッド・セオリー・アプローチ

I はじめに

病院のソーシャルワーカーにとって、退院援助¹⁾は重要業務の1つであるにもかかわらず、多くの問題や困難が生じていることが指摘されている。先行研究では、担当ケースの多さ、他職種からの援助依頼基準のバラツキ、退院までの時間不足、退院の延期、医師・病棟と家族・患者の意向の違いなどが、問題や困難として示されている（日本医療社会事業協会、1998）。

こうした問題や困難は、大学病院のソーシャルワーカーによる退院援助においても生じている。上記のような要因によって、患者や家族、医師や看護婦などの医療職、ワーカー自身も、葛藤や不満を抱く退院援助となることが、大学病院のソーシャルワーカーから報告されている（堀越、1996）。また、転院援助の困難性やその要因についても指摘されている（神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会、1999）。これらの先行研究は、大学病院での退院援助にはワーカーとクライアント関係以外の所属機関や社会資源といった要素が複合して、困難が生じていることを示している。つまりワーカーとクライアント関係以外の部分のワーカーをとりまく社会的な状況、すなわち、コンテキストのなかに、退院援助を左右するものが存在することを意味している。ソーシャルワーカーの退院援助で生じる問題や困難は、ワーカーのコンテキストの把握なしには理解しえないのである。

しかしソーシャルワークの専門教育や文献研究では、伝統的に、ワーカーとクライアント間に関する知識や技法の開発を積み重ねることに中心的関心があった（Specht, 1988）。だが近年では、

機関の方針、規制や規則、資源なども含めて、ソーシャルワーカーを把握するワーカーシステムという考え方が示されている（Garvin & Seabury, 1997）。また、保健・医療領域のソーシャルワークでは、政策、技術、組織というコンテキストが、ワーカーとクライアント関係や実践に影響することも主張されている（Kerson, 1997）。また日本でも、所属組織に関するもの（副田、1996；横田・立木、1997）、チームワーク（高山、1999）、倫理的葛藤（沖田、1997）など、近年、ワーカーのコンテキストに関連した実証的研究が増えてきている。

しかし日本では、コンテキストそのものに焦点をあてた実証的研究は十分なされていない。退院援助の先行研究についても、一大学病院に関してであったり（堀越、1996）、クライアントを分析視点にして把握された困難と要因に関する研究であり（神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会、1999）、ソーシャルワーカーのコンテキストそのものに焦点はあてられていない。また、海外の退院計画の先行研究についても、所属機関（Feather, 1993；Iglehart, 1990）、倫理的葛藤（Proctor, Morrow-Howell & Lott, 1993）をはじめ、関連研究はあるものの、ワーカーのコンテキストの全体像をテーマにした研究は見うけられない。

以上のような理由から、本研究では、大学病院のソーシャルワーカーの退院援助におけるコンテキストに注目して、なぜ、どのように、個々のクライアントへの退院援助に困難や問題が生じるのかを探る。これは、退院援助のコンテキストの一端を示すとともに、ソーシャルワークにおいて克服していくべき実践と研究課題を示唆するだろう。

*Miyoko MIKE : 関西学院大学大学院

II 研究方法

本研究では、帰納的な質的調査の方法論の1つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチ(木下, 1999)によって、コンテクストを解明した。グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以降GT法)は、グレーザーとストラウス(Glaser & Strauss, 1967)によって生み出された、研究対象となる現場の現実を正確に映し出す理論を構築するための方法論である。GT法における理論とは、研究対象とする現象を、データに密着して分析的に導き出したオリジナルな概念とその諸特性や概念間の関係によって説明することを意味する(Glaser & Strauss, 1967)。この分析的というのは、データが示す現象の意味とその関係を読み取ること、解釈することであり、単なるデータの整理や分類ではない(Glaser & Strauss, 1967; 木下, 1999; Strauss & Corbin, 1990)。また、その方法論的特性として、①データ収集と分析の併行的実施、②理論構築のために必要なデータは何でどこで収集するかという判断に基づいてデータ収集を進める理論的サンプリング、③継続的なデータ比較と問いかけがあげられる。こうした特性を踏まえて、データ分析と収集を繰り返しながら概念を生成し、概念を関連づけて、理論を構築するのである(Glaser & Strauss, 1967; 木下, 1999; Strauss & Corbin, 1990)。

GT法の長所は、この方法によって構築された理論の説明力が数量・質的方法を含め他のどの調査方法よりも優れている点である(木下, 1999)。また、社会福祉や看護など臨床的ヒューマンサービスにおける社会的相互作用や対人援助の行われているコンテクストを明らかにするのに適しており(木下, 1999; 太田ほか, 1999)、日本の医療ソーシャルワークでも有効性が主張されている(南, 1999)。

本研究の調査方法としてGT法を採用したのは、本研究のテーマのように先行研究や理論も十分示されていない領域において、理論構築を目指すGT法は適した調査方法であるからである。また、退院援助のように複雑な現象については、研究対象となる現場をできるだけ捕らえることが可能な調査方法を用いることが必要と考え、データに密

着した調査を強調するGT法を採用した。さらにGT法は、本研究の関心でもある。研究対象となる現象のコンテクストや人々の相互作用を解明するものである(木下, 1999; 太田ほか, 1999; Strauss & Corbin, 1990)。そして、本研究のように限定的な研究領域において、説明力のある理論を構築するには優れた方法であるからである(木下, 1999)。

本研究では、ソーシャルワーカーが担当した退院援助ケースを中心にデータ収集と分析を実施した。調査対象とした退院援助ケースは、3つの大学病院のソーシャルワーカー計8名の30ケースである。なお、データは1998年2月から1999年1月にかけて収集した。

1 データ収集と分析

本研究では前述したGT法の方法論的特性を踏まえてデータ分析と収集を行っている。ただし、データ収集にあたっては、質的調査法一般のデータ・サンプリング法である意図的サンプリング(Miles & Huberman, 1994; Patton, 1990)も用いた。すなわち、GT法では最初のデータ収集は無差別に調査対象者と観察場所を選んで実施するとされているが(Strauss & Corbin, 1990)、本研究ではそれを踏襲せず、調査協力病院のソーシャルワーク部門と調査協力者を意図的に選定している。これは、実践への提言を視野に入れ、優れたソーシャルワーカーによる退院援助のデータを集めるためである。したがって、研究・学会活動の実績から医療ソーシャルワークの実践と研究をリードし、かつ、研究者が定期的に訪問できるという地理的理由から、第1の協力病院のソーシャルワーク部門を選定した。次にその部門の責任者クラスのワーカーに、ソーシャルワーカーとして5年以上の経験年数があり、社会福祉を主専攻として大学教育を受けた者を条件に調査協力者の推薦を依頼し、3名の調査協力者を得た。

データは、第1協力病院の調査協力者から重点的に収集した。協力者が担当したケースのなかから、できるだけ調査実施期近くに終結した退院援助ケースを選び、それらについて、研究者が協力者ヘインフォーマル・インタビューを行った。

インタビューでは、ケース記録に基づいて、援助の経過、ワーカーの行動と判断、その背景を明確にした。その内容はテープレコーダーに録音し書き起こした。また、フィールドノートに、調査経過、協力者とのインフォーマルな会話、感じた点や気づいた点を記していった。なお、第1の協力病院では19ケースのデータを収集している。

データ分析の対象は、インタビュー内容、ケース記録、フィールドノート、協力者による退院援助に関する執筆物である。そのなかから、①ワーカーやクライアントや両者の相互作用以外の要素でワーカーの実践に影響を与えている部分、②その影響はなぜ、どのように、どの程度生じているのか、③①及び②に対するワーカーの感じ方と行為について、それらを表すと思われる部分を印刷物にマークし、その意味の解釈や疑問点を空欄にメモ書きした。データの意味を解釈するために行ったのが、データに対する問いかけとデータの比較である。すなわち、「なぜこういうことが起こるのか、なぜこのケースではこういう展開や結果になったのか、なぜ別のケースでは同じようにならなかったのか」「ソーシャルワークの役割や機能から考えると、ここでワーカーはこうすべきなのになぜそうしなかったのか。それについてワーカーはどう思っているのか。また他のケースや他のワーカーはどうなのか」といった問いかけと比較である。また、収集したデータが問いかけに明確な答えを出していないと判断した場合は、何度も協力者にインタビューし明確にしたい点を尋ねている。なお、調査協力者1名と経験年数8年の精神病院のワーカーにも、インタビュー内容とケース記録についてマーキングと概念化を依頼し、各々の抽出箇所やその意味について研究者と意見交換を行い、研究者の概念や考えを批判的に検討してもらった。

このように、データ収集と第三者を交えた問いかけと比較によるデータと概念の検討という過程を何度も繰り返すことによって、最初に作った概念はデータに適合しているか、概念や抽出箇所は研究テーマに即して重要かを見直していった。同時に、同類の概念を分類してまとめなおすという作業を繰り返し、同種の概念のまとめである

カテゴリーを生成した。この段階は、GT法におけるオープン・コーディングの段階である(Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990)

次に、第1協力病院に引き続き、第2、第3の協力病院のソーシャルワーク部門を選定し協力を依頼した。これは、3つの病院という異なる集団からデータを収集し比較することによって、第1病院の段階で導き出したカテゴリーや概念のバリエーションを増やし、それらが存在する証拠を確かにするためであり、GT法において強く推奨されているものである(Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990)。両病院と調査協力者の選定条件と方法は、第1病院と同じである。ただしケース選定については、距離的な点から研究者が定期訪問できないので、クライアントの年齢、退院先、援助に関するワーカーの満足・不満足という枠組みを設け、それに基づくケース選定を依頼した。この枠組みは、オープン・コーディングの段階で、概念のバリエーションを提供する要素と研究者が特定したものである。

データ収集法も第1の病院と同様であり、第2、第3の病院から計11ケースのデータ収集を行っている。なお、両病院の協力者に対してもインタビューを数回行ない、カテゴリー生成をより確かなものにし、また1回めのインタビューで不明瞭だった点を明らかにすることを試みている。また第1病院で調査を進めるなかで、大学病院の特徴、ソーシャルワーク部門の歴史や院内での位置づけなどの理解なしでは、データ分析をしにくいと感じたので、これについても責任者クラスのワーカーにインタビューを行った。これは、理論的サンプリングの考えかたに基づく。なおこのインタビューは、第1病院に対しても後ほど実施した。インタビューの合計時間は、ケースに関して43時間、大学病院やソーシャルワーク部門に関しては6時間である。

オープン・コーディングの段階で生成したカテゴリーが、第2、3の協力病院でも表れているか、違いがあるならなぜか、他のバリエーションはないか、といったことをデータへの問いかけと比較によって確かめながら、第2、第3病院のデータを分析した。なおこの段階以降、GT法の研究と

指導に実績のある大学教授からスーパーバイザーとして指導を受けている。そこでは、研究者が生成した概念やカテゴリー、研究者の現象に対する解釈、研究テーマに即して重要と思われるデータを口頭で次々述べ、それに対してスーパーバイザーが問いかけ、コメントすることを繰り返した。こうした指導によって、最初のオープン・コーディングで生成したカテゴリーや概念をデータの意味するところにさらに合致するように命名しなおし、データやカテゴリー候補を洗い出して新たにカテゴリー化した。さらにカテゴリーを類似のもので結びつけて、多数のカテゴリーを集約する主要なカテゴリーとして、結果の部分で示す3つを生成し、それらを構成するサブカテゴリー、さらなる下位の概念を関係づけた。こうした作業を繰り返し、最後に、これらのカテゴリーを統合する中核カテゴリーを作り出した。この一連の過程においても、浮上したカテゴリーや概念がデータと関連があり、その意味を表す言葉かということ、データと照らし合わせて検討する作業を何度も行っている。また、生成したカテゴリーの内容は、主に第1病院の調査協力者に、第2、第3病院の協力者にも数回フィードバックし意見交換を行った。

2 調査協力病院と調査協力者の特徴及び属性

調査協力病院は、いずれも大都市近郊の、研究・教育機関を兼ね備えた私立大学の医学部付属病院である。それぞれ20以上の診療科を有した急性期医療中心の総合病院である。特定機能病院の承認も受けているため、高度の医療を必要としたり、疾病が重篤であったり希少である患者の割合が多い。平均在院日数は3病院とも1997年度実績で1ヶ月未満である。

調査協力者は、ケース提供については2つの協力病院の責任者クラスのワーカー2名を含む計8名、大学病院やソーシャルワーク部門に関するインタビューについては3病院の責任者クラスのワーカー3名の、延べ9名である。調査開始期で経験年数7年の者が1名、8年が2名、13年が2名、18年が2名、21年が1名、29年が1名である。社会福祉専攻で大学院前期課程を修了し

た者が4名、社会福祉学科大学卒が5名である。社会福祉士の資格を有する者は5名、取得のために現在教育を受けている者が3名いる。性別は、全員女性である。

3 本研究の質の確保の方法

質的調査研究においても、研究はどれほど正確で信じるに値するかという質（Creswell, 1998）を確保することは重要であるが、その前提となる質の評価基準や考え方について、統一した見解は示されていない。質的調査、さらにはGT法による研究においても、その適切さを評価する際に、妥当性、信頼性、信用性、一般化、再現性といった量的調査の概念や基準を当てはめることは適当でないと主張する論者もいる（木下, 1999; Lincoln & Cuba, 1985; Strauss & Corbin, 1990）。また、質的研究の評価基準は、その特徴に従い再定義される必要があるとして独自の基準を提示している論者もいるが、その基準の内容や用語は異なっている（Creswell, 1998）。

このように質的調査研究の評価の基準や考え方は統一されていないが、本研究では、質的調査における研究者のバイアスを防ぎ、描写や説明や解釈の正確さや信憑性を高めるという妥当性の考え方（Maxwell, 1996）に基づき、研究の質の確保に努めた。この考え方では、研究者の先入観や理論に適合するようにデータを解釈するのではなく、調査対象者の考えや言葉や行動に付与されている意味を理解すること、さらに、食い違うデータにも注意を払い現象に対して様々に理解し解釈することが妥当性を高めるために必要とされている（Maxwell, 1996）。本研究でこの妥当性の考え方を採用したのは、これが質的調査の研究において一般的に採用されている妥当性の考え方であるからである（Maxwell, 1996）。さらにGT法で強調される、諸概念や理論は研究対象である現象に適合し、現象を良くつかまえているかという評価基準（Chenitz & Swanson, 1986; ; Glaser & Strauss, 1967; 木下, 1999; Strauss & Corbin, 1990）にも通じるからである。

以上のような妥当性を高めるために、本研究ではいくつかの方法を採用した。その1つは、ケー

ス記録、インタビュー、フィールドノート、その他執筆物という複数の方法によってデータ収集する三角測量的手法である。第2に、データ分析過程で分析結果を調査協力者に何度かフィードバックしたり、最初のオープン・コードディングでは調査協力者や本研究に直接関係のない精神病院のワーカーにもデータ分析を依頼し、研究者の解釈を検討してもらった。こうした方法は、現象に対する見方や調査協力者がインタビューで語った意味が適切に解釈されているか確認し、研究者の先入観によるデータ解釈の誤りを防ぎ、データ解釈の正確さを高めるものである (Creswell, 1998; Glaser & Strauss, 1967; Lincoln & Cuba, 1985; Maxwell, 1996; Patton, 1990)。

また、GT法においては、研究者自身が現象を捉えるツールであり研究者のデータ解釈力が重要であるので、スーパーバイザーの指導を受けることが望ましいとされている (木下, 1999; 南, 1996)。本研究では、データ分析過程において、GT法の研究・指導実績のある大学教授にスーパーバイジングを受けている。

Ⅲ 結果²⁾

先行研究が示しているように、大学病院のソーシャルワーカーの退院援助においては、援助時間ぎれになり、心理社会的問題に対して十分な援助がないままに患者が退院するということが生じていた。また、患者・家族のニーズにマッチする転院先を探そうとしても転院先病院が見つかりにくい、医療職の協力を得られないなどの、問題や困難が生じていた。ワーカーのコンテキストのなかで、これらの問題や困難を引き起こす要素として研究者が特定し、生成したカテゴリーは、**カウントダウンのプロセス、ニッチ確立、調整しがたいミスマッチ**である。この3つは、個々のケースにおいて違った様相を示し、相互に関連しあい、ワーカーが位置しているところを決めていた。そして個々の退院援助ケースでソーシャルワーカーとしてどこまで機能を発揮し役割を遂行できるかということ、ある程度決定したり左右していた。つまり、ソーシャルワーカーとしての機能や役割に限界が生じ個々の退院援助ケースに困難や問題

が発生する背景として、ワーカーのコンテキストのなかで、3つの要素によってワーカーの位置しているところがあらかじめ決められてしまうという側面が見出されたのである。

本研究では、3つの要素との関係においてソーシャルワーカーが位置しているところ、すなわち、大学病院の退院援助におけるワーカーとクライアントの相互作用に影響を与えるカウントダウンのプロセス、ニッチ確立、調整しがたいミスマッチが関連して形成されるコンテキストにおいて、ソーシャルワーカーが位置しているところを**ポジショニング**と定義し、これを中核カテゴリーとした。そしてポジショニングを規定するのが、カウントダウンのプロセス、ニッチ確立、調整しがたいミスマッチという主要なカテゴリーである。

なお、ポジショニングとは奥川(1997)が示した概念であり、本研究はそれを援用している。奥川は、ソーシャルワーカーをはじめ対人援助専門職が、対象者と専門職自身は「どこにいるのか、すなわち、立っている地点、スタンディングポイントを見る考え方 (pp. 102-103)」としてこの概念を定義し、専門職のポジショニングを専門職の生活史や価値観と所属機関で捉えている。本研究は奥川とは異なり、ワーカーが援助で活用する社会資源、および、単に所属機関という概念で把握するには複雑なカウントダウンのプロセスとニッチ確立という所属機関に関連した概念によってポジショニングを捉える。ではこの3つの要素はどのようなもので、どのように関連しあいポジショニングを規定しているのか、本研究で明らかになったことを説明しよう。

1 カウントダウンのプロセス

本研究では、患者や家族の問題をソーシャルワーカーがアセスメントしきれないまま患者が転院したり、時には時間に追いまくられながら援助するワーカーの姿が浮かび上がった。これらは、患者の目標とされる退院日までのタイムリミットが設定され、それにむけて時間が迫り残された時間が減っていき、退院援助関係者に**時間の圧力**がかかっていくがゆえに生じている。本研究では、この現象を**カウントダウン**と命名した。さらに

このカウントダウンは援助の経過に伴い様々な形で表れ、ワーカーに影響を与えるというプロセス的な側面が見出された。したがって本研究では、患者の目標退院日にむけてタイムリミットがきられ、残された時間が減っていくがゆえに退院援助関係者に時間の圧力がかかり、それが援助の経過にしたがって様々な形でソーシャルワーカーの退院援助に影響をもたらすプロセス的な側面を持つことをカウントダウンのプロセスと定義し、これをポジショニングを規定する主要なカテゴリーの1つとした。

カウントダウンは、医療改革によって入院患者の早期退院が大学病院全体で目指されるようになった結果、診療各科・病棟で厳しい病床管理が実施されているために生じている。これは、患者と家族、医師、看護婦、ワーカーも含めて、すべての大学病院内関係者がそれぞれの立場で経験しているものである。カウントダウン的要素による退院援助への影響は、先行研究でも時間的制約ということで報告されている（神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会、1999）。

カウントダウンや早期退院の方針について、ワーカーは、「大学病院のおかれた状況を考えて仕方がない」³⁾「大学病院の機能を守ることで大学病院の医療を必要とする人が入院できる」「大学病院に長くいるよりも他の病院に移るほうが患者は病状にあった医療を受けられる」ことから、「早い退院」に資するように活動している。しかし、それらに答えることを最優先課題として受けとめているわけではなく、形式的な受けとめに留まっている。つまり早期退院やカウントダウンに答えることが「最終的に目指すところではなく」、「患者と家族にとってよりベターになるような」退院援助を目指すことが意識されている。

ソーシャルワーカーにとってのカウントダウンのプロセスとして見出されたのは、**退院の決定、開始、プッシュ・中断・延長、緩和、気がかりな終了**である。これらはカウントダウンのプロセスのサブカテゴリーである。では、それぞれはどのようなもので、どのようにワーカーに作用しポジショニングを規定するのか説明しよう。

(1) 退院の決定

ソーシャルワーカーにとってのカウントダウンが開始される前に、医療職による患者の退院の決定と退院までの**タイムリミットの決定**がなされていた。退院の決定は、基本的には医学的判断に基づく。これは、患者の主治医が、患者にはさらなる医学的管理やリハビリテーションが必要なのだが、急性期の大学病院の段階ですべき治療は終了したという判断を下すことである。なお、ここでの主治医とは、大学病院では1人の患者を経験年数の異なった複数の医師が診ているので、そのなかの誰かを指している。さらに、入院患者が待機しており病床をあげなければならないので、治療が終了した患者は退院して欲しいという、病床管理上の判断も働く。これには、主治医のみならず、診療科・病棟の他の医師や看護婦も影響を与えていた。**タイムリミット**は、予定とされる退院期日の決定をもって決められる。**タイムリミット決定のイニシアティブ**をとるのは、診療科・病棟によって医師であったり看護婦長であったりする。看護婦は、医師と同様にカウントダウンのプロセス全般にわたり影響を与える**カウントダウンの影響者**である。

カウントダウンの開始を告げられると、家族のほとんどは**早すぎる退院**と感じ、退院の決定に対して「具合の悪い人、治っていない人を病院は追い出すのか」という抵抗感を抱く。こうした状況は、ワーカーが援助開始後に近年の病院や医療政策の動向を患者や家族に説明しても、「頭でわかってはもらえるけど、なかなか納得していただけない」ものであり、時にワーカーは「**追い出し役**」とみなされかねない立場におかれていることもあった。

(2) 開始

こうしたなか、ソーシャルワーカーの退院援助は始まる。ただし、すべての入院患者に関わっているわけではなく、**社会的リスク**がある患者と家族を援助していた。これは一部の協力者の間で、「**ハイソーシャルリスク**」と表現されており、ワーカーの心理社会的援助が必要な、生活上の潜在的な不安定性や危険性を意味する。援助依頼ルートを通じて、社会的リスクのある患者・家族がワーカーと結びつくと、ワーカーにとってのカウント

ダウンが開始される。この時、どの依頼ルートを通じて患者・家族がワーカーと結びついたかという事は、ワーカーのカウントダウンとポジショニングに重要な意味を持っていた。それは、依頼ルートは後述するニッチ確立と関係しており、それゆえにタイムリミットの意味合いが以下に説明するように異なるため、ワーカーの援助時間と活動が大きく左右されるからである。

すなわち、参画システム、医療職との関係としてのニッチが比較的確立している診療科・病棟や医療職が、社会的リスクを発見して援助を依頼してくる場合は、ワーカーが「これくらい時間があったらなんとかいける」という、ある程度十分な援助期間を確保できる**妥当なタイムリミット**での依頼である。だが、ワーカーのニッチがあまり確立していない診療科・病棟や医療職からの依頼であると、「明後日転院できる病院を紹介して欲しい」といったように、援助時間がほとんどない**非現実的なタイムリミット**や**逼迫したタイムリミット**であることもあった。つまり、ニッチ確立と密接に関連したカウントダウンの開始というプロセスにおいて、ワーカーに残された援助時間が決められてしまうというポジショニングとなり、どこまで援助できるかが、ある程度規定されてしまうのである。

ただし非現実的・逼迫したタイムリミットを課されても、ワーカーはなんとか援助を行ったり、交渉してタイムリミットの変更を試み成功している場合もあった。しかし、功が奏せず依頼が流れていることもあった。

(3) プッシュ・中断・延長

カウントダウン開始以降の援助過程でも、カウントダウンは様々にワーカーに作用しポジショニングを規定し援助に影響を与えていた。ワーカーは、カウントダウンの時間の圧力について、「何も言われなくても真綿で首をしめられている」と感じているので、「早い退院」を前提として、援助活動を行っている。しかし、後述する調整しがたいミスマッチによって、なかなか援助が進展しないと医療職からみなされると、早く退院先を見つめるようにと、次のように**プッシュ**されていた。

火がついている、もう来ちゃいましたからね、〇〇先生も□□先生も、もう本当にすごい勢いで、うん、一番に退院させるべき人だって、どこでもいいんですよ、老人病院でもあればワンクッションおけばいいんだってね。

ワーカーはこうしたプッシュを防衛しながら援助を行っていた。ワーカーはプッシュの他、カウントダウンのプロセスに影響を与えられるカウントダウンの影響者の1人となりうるが、ただしその影響力は医療職に比べると小さい。

また、ソーシャルワーカーが医師との合意のもとで退院援助を行っているにもかかわらず、医師によって患者が転院させられたり、ワーカーにかわって医師が退院援助を行うなど、援助途中でワーカーの関わりが終了させられ、カウントダウンが途中で**中断**することもあった。これらは事前にワーカーと医師の合意を得てなされたというよりも、医師からの一方的な形でなされている。これはニッチ確立が不十分な診療科・病棟に多く見られた。

カウントダウンのタイムリミットは**延長**されることもあった。延長は、①患者が感染症に感染したり病状悪化などの身体的リスクが発生した場合、②転院先病院や在宅サービス確保後の転院・自宅退院待機の場合、③後述する調整しがたいミスマッチによって転院先病院がなかなか見つからない場合に、ワーカーが主治医にタイムリミットの延長を交渉し、主治医が延長を許容できた時に可能となる。しかし、時間の圧力や、他の医師や看護婦からのプッシュによって、主治医が延長を認められない場合、すでに確保された次の生活場に移るまで待機を目的として、患者が自宅に一旦帰るなり、他の病院に転院するといった、**ワンクッション退院**がなされていた。

(4) 緩和

ソーシャルワーカーの退院援助において、通常よりタイムリミットに余裕があり時間の圧力が厳しくない例外があった。これは、カウントダウンの**緩和**である。緩和されるのは、依頼が来た時にワーカーが緩和を提案して、医療職がそれに納得できる要素をケースが含んでいる場合である。その1つとして主治医の患者に対する思い入れがある。患者が若く、病状は重い時間がかければ

状態が良くなる可能性がある、「かわいそうだ」から、納得できる転院先が見つかるまで待つという反応が生じていた。ただしそれは、先の見通しや転院先を探すのに時間がかかる患者について、カウンタウンの緩和は仕方がないという診療科内の合意が成立していなければならない。さらに、医師が後述する受け入れ調整型ミスマッチを経験的に知っていれば緩和されやすい。また、医療職が急いで退院することの社会的リスクを実感できる場合も認められていた。こうした緩和が認められるのは、後述するニッチ確立と関係している。

(5) 気がかりな終了

医療職にとってのカウンタウンは、患者が退院して終了する。すなわち、退院した患者の外來通院がないと、ほとんどが「あとのことはおしまい」である。ソーシャルワーカーにとっても、カウンタウンの時間の圧力は患者の退院によって終了するが、退院後の患者・家族への**気がかり**は続いていた。それは、何か問題はありそうなのだがアセスメントしきれずに患者が退院したり、社会的リスクを感じながらも介入できなかったり、ミスマッチが未調整のまま退院している時である。これは、カウンタウンが顕著でなかった頃には対応可能であったが、現在のカウンタウンのなかでは対応しがたくなっているものである。また、気がかりがあっても、次の機関にそれを引き継げればよいが、そういう専門職が不在でできない場合もあった。気がかりなケースについて、ワーカーが退院後のフォローアップをしたり、また、家族や転院先病院のワーカーからその後の様子が伝えられることもある。しかしフォローアップを必要と思いつつも、実際には行っていないこともあった。それには、「転院、退院したら次の機関にお任せするのが筋」「ソーシャルワーカーがいないところだと聞きにくい」「余裕がない」という背景がある。

2 ニッチ確立

調査協力を得たソーシャルワーク部門は、大学病院の機構に組みこまれたフォーマルな存在であるが、個々の診療科・病棟や医療職にとってインフォーマルな存在であるかのようにみなされてい

ることもあった。ワーカーにまったく仕事を依頼しない部門や限定的な関わりに留まっている部門があったり、ワーカーが思うように活動をしにくい部門や医療職がいるなど、診療科・病棟や医療職によってワーカーの活用の仕方が異なっていた。その背景には、大学病院のワーカーが役割や機能を果たし対クライアントの直接援助を行うためには、他部門・医療職との関係に関連した環境や位置が確保されていなければならないこと、そしてそうした環境や位置は病院や医療職から与えられるものでなく、ワーカーたちが作り上げていかなければならないということが見出された。これは、組織や所属機関といった概念では平板で、ワーカーの援助に影響する所属機関関連のコンテクストを捉えきれないことを意味している。したがって本研究では、以上のような現象を説明するために、**ニッチ確立**という主要なカテゴリーを生成した。そしてニッチ確立とは、退院援助という局面において、大学病院内でソーシャルワーカーとして役割を果たし機能を発揮できるような最適業務環境をつくるために、大学病院内他部門・医療職との関係における位置をワーカーが確立することと定義する。

なお、ソーシャルワークにおけるニッチとは、ジャーメインとギッターマン (Germain & Gitterman, 1996) が生活モデルのなかで使用しており、「コミュニティの社会構造のなかで個人や集団が占めている地位 (p. 20)」と定義している。ジャーメインとギッターマンは、クライアントに対してニッチ概念を使用しているが、本研究はそれとは異なり、所属機関におけるソーシャルワーカーの位置について表現するために援用している。また生態学やジャーメインとギッターマンは、ニッチを他との関係における主体の地位とみなしているが (Germain & Gitterman, 1996; Whittaker, 1970)、本研究ではニッチを位置と捉える。なぜならワーカーのニッチは固定的なものではなく、**創造、維持、縮小、解体**といったダイナミックなものとして捉えられるからである。つまり、医師や看護婦の移動や病院の方針の変化に伴ってニッチが縮小、解体されたり、それを防ぐためのワーカーによるニッチの維持や、新たに

ニッチをつくりあげる創造といったワーカーの努力によって、ニッチが確立されることが見出されたからである。

退院援助ケースによって、かなりのニッチ確立からまったくの未確立まで、ニッチ確立の程度にはバラツキがあった。そしてどちらかというところ、ニッチが十分に確立されていないために、ソーシャルワーカーの機能と役割が制約されているという現象が見られた。さらに、それにカウントダウンのプロセスや調整しがたいミスマッチが複合して、ワーカーのポジショニングがある程度規定され、時に退院援助の問題や困難が生じていた。では、ニッチはどのような条件や要素から構成され、ニッチ確立とはどのような状態なのか。また、他の2つのカテゴリーとどのように複合してワーカーのポジショニングを規定するのか。これらを説明するために本研究で導き出したニッチ確立のサブカテゴリーは、**ニッチ確立の前提条件、ニッチの構成要素、ニッチ確立の限界である¹⁾**。

(1) ニッチ確立の前提条件

すべての診療科・病棟、医療職に対してニッチ確立するためには、ソーシャルワーク部門にマンパワーが十分あることが前提条件である。しかし調査協力を得たソーシャルワーク部門のワーカー数は4～6人であり、20以上の診療科、900～1200の病床をカバーするには限界がある。マンパワー不足は、病院トップの方針や、「ソーシャルワーク部門は診療報酬には反映しにくい不採算部門」という医療職の見方が反映され、すべての診療科・病棟にソーシャルワーカーが配置されるようなシステムになっていないことに由来する。大学病院のソーシャルワーカーは、もともと圧倒的なマンパワー不足のなかで、退院援助の他、さまざまな業務を行わなければならない。必然的に、以下のようなニッチの構成要素をすべての診療科・病棟、医療職に確立することは制約されるので、本研究で論じているのは限定的な範囲でのニッチ確立である。

(2) ニッチの構成要素

大学病院のソーシャルワーカーのニッチを構成するものとして、**診療各科・病棟への参画システム、医療職との関係、機能的側面の3つを特定し**

た。ワーカーのニッチは、この3つの下位にある概念の要素がすべて満たされた時に、真に確立するといえる。しかし、本研究で調査したケースではそれは少なく、参画システムとしてのニッチが確立していても医療職との関係としてのニッチが十分確立してなかったり、参画システムとしてのニッチが未確立でも医療職との関係と機能的側面が確立しているといったように、諸要素が組み合わされた形のニッチ確立が多数であった。

1) 参画システム

ソーシャルワーク部門とある診療科・病棟との間に、その入院患者に対してワーカーが重点的に援助する合意が成立していることがあった。これは、その部門の医療にワーカーが参画する固定的な仕組みがシステムとして存在していることを意味する。この参画システムは**定例ミーティングの設置と社会的リスクの援助**によって保障される。**定例ミーティングの設置**とは、ワーカーと診療科・病棟の医療職やその入院患者とが定期的に顔をあわす場が、部門間の決まりとして設置されていることである。診療科・病棟の医療職とのカンファレンスやミーティングの保持、診療科・病棟の会議への参加、回診への同行、診療科・病棟の入院患者全員、または、特定の疾病の患者とのインタビュー面接の実施はその例である。

さらに、ワーカーと定例ミーティングを持つ部門が患者の**社会的リスクの援助**を医療のなかに組み込み、ワーカーを活かしてその対応を試みていることも、参画システムには必要である。定例ミーティングを持っていても、それが「人間関係を作って、こちらのやっていることを少しでも理解してもらって、聞いてもらえるかというレベル」という、医療職との関係形成を目的としたレベルに留まっている場合もあった。このレベルであると、後述するような援助のタイミングや情報交換といった機能的側面をワーカーが確保することが難しく、患者や家族に対してワーカーが十分な役割を果たすことができないといったことが見られた。

各部門の医療に組みこまれている社会的リスクは、**狭義の社会的リスク**が中心である部門、**広義の社会的リスク**も対応されている部門というように、部門によって内容に違いがあった。狭義の

リスクが中心の部門では、転院先病院を見つけれない、社会保障制度が必要など、医療職が対処不可能であったり医療者の目に留まりやすいリスクへの対応はなされる。しかし、退院後の患者の療養生活や家族の生活に困難や不安定さはあるか、といった視点からの社会的リスクには関心が及びにくい。そして、カウントダウンによって早く退院させて欲しいという関心が、医療職の中心となりがちであった。

一方、今後1年後といった長期的な視野で、病気や事故によって解体された患者や家族の生活を再構築していくという視点から、広義の社会的リスクに対応するのが必要なケースもあることが合意され、ワーカーが活用されている部門もあった。このリスクを組みこんでいる部門では、カウントダウンの猶予がなされることも見出された。こうした部門の医療職は早い退院を思いながらも、広義のリスクの援助なしに退院は不可能なことも認識しているので、ワーカーはある程度時間をかけて患者退院後の生活の場を探せるというポジショニングとなり、後述する調整しがたいミスマッチの克服が可能となっていたこともあった。

カウントダウンの影響を受けて、ワーカーが定例ミーティングを持っている診療科・病棟に組み込まれている社会的リスクは、狭義のリスクが中心になりがちであった。しかし、広義の社会的リスクの援助が参画システムとして保持されている診療科・病棟もあり、そうした部門に対しては、ワーカーのニッチはより確立している。

2) 医療職との関係

ソーシャルワーカーが個々の医療職とどのような関係にあるかということも、ワーカーのニッチを構成する。そしてそれは、**親和的關係と実力に基づく關係**という二重の関係によって規定されていた。**親和的關係**は、人と人の心理的な距離感に規定される関係を前提としており、医療職とワーカーが個人と個人として親しい関係にあることである。ワーカーと一緒に仕事をした経験がなかったり、経験が少ない医療職と経験豊富な医療職とでは、心理的な距離が異なるので、仕事のやりやすさに違いがある。次にあげるのは、初めて一緒にケースを担当した医師との相互作用につい

での、ある協力者の表現である。

ドクターに「どういう説明をされましたか」とかです、ね、根掘り葉掘り聞かないとだめになるでしょ。それはちょっとねえ…。それで病気のことはどんなふうに言われて、どういうふうな考え方でずかって。まあそりゃね、それこそ、その、いつも一緒にワットとやってるようなところだったら、「えー、そんなんやっただんですか」「どないやっただんですか」とか言って、ちょっとあつかましく聞けたりするけど、なかなかちょっとそこまでの関係ではなかったから。

この協力者は心理的距離の遠さから、話し合いや情報交換といった後述する機能的側面をセーブしていた。こうした初めての顔合わせや顔見知りの関係から脱して、医療職と親和的關係にあると、ソーシャルワーカーとして機能しやすくなる。

しかし親和的關係が中心であると、「親しいのだけれどもソーシャルワーカーが何をするのかわかってもらってない」状態に陥りやすい。それに留まるのではなく、仕事において発揮されている実力を認め合うという**実力に基づく關係**を作っていくことがニッチには必要である。これは、広義の社会的リスクを援助するワーカーの実力を医療職から認められることである。一方、ワーカーが医療職の実力を認めるには、その臨床上の力量のみならず、医療職が患者と家族の広義の社会的リスクにどこまで思いが及ぶか、患者や家族の視点から生活を見ることができるといった点も関係していた。

3) 機能的側面

ニッチは、**話し合い、情報交換、自律性、タイミング、効率化**といった、ソーシャルワーカーの行為という機能的側面からも構成される。つまり、参画システム、医療職との関係としてのニッチが確立しているということは、上記のような側面がワーカーに可能になることを意味する。こうした機能的側面が可能になると、ワーカーはカウントダウンの時間の圧力を克服しやすいポジショニングにあった。

話し合いとは、援助過程で生じた懸案や問題を解決したり、援助方針を決定するために、ワーカーが医療職と遠慮なしに意見を述べ合うことであ

る。その前提として、ワーカーと他職種が互いに相手の言い分に耳を傾けることがあげられる。その上で、他職種にとって「うだうだと聞こえるかもしれない」懸案や問題を、次のように意見を出し合って相談できることである。

あの一、やっぱその部分に家族がどうしようっていう不安を持っているのは事実だからね、そこんとこを割と時間かけて、ああでもないこうでもないっていうのを、言い合ったりとかできるっていう部分ね。

さらに、援助過程で医療職の領域や行動に関わることに、ワーカーが意見を言え、相手に頼めることも話し合いには含まれる。

また、診療科・病棟、医療職によってはワーカーに関わる仕事を限定して依頼をしたり、行動を制約することが見うけられた。しかし、そのような医療職の制御から脱して、ソーシャルワーカーが自分の価値に基づいて活動する自律性も、ニッチの機能的側面である。これは、自身の判断によって「自由自在に動ける」という感覚である。

情報交換とは情報提供と情報収集のことであるが、カンファレンスやミーティングなどの定例ミーティングによって、情報交換の精度が高められる。つまり、患者や家族の病棟での様子、病状、医療職の動きや病床管理の状態など、ワーカーがアセスメントと介入に必要な情報を入手しやすい。また、ワーカーが伝えたいことを確実に伝達でき、さらにその内容が意図したように理解され、情報が共有されているかということも確認可能である。

ソーシャルワーカーが先手を打って援助活動に取り組むために時宜を得るタイミングも、ニッチの機能的側面である。参画システムや医療職との関係としてのニッチがあると、医療職は依頼のタイミングを心得ていた。また、患者の病状の変化などの情報がリアルタイムに入手できるので、ワーカーがタイミングを逃すことなく介入できる。

参画システムや医療職との関係としてのニッチが確立していると、医療職によって退院援助に要する仕事のかなりの部分が補われるので、ワーカーが労力や時間を効率化できる。例えば、社会的リスクのある患者・家族の発見や医師に対する情報提供を看護婦に任せたり、各ケース毎に病棟

へ行かずとも一度に複数のケースの情報交換が可能になるということが見られた。

(3) ニッチ確立の限界

ニッチが確立すれば、大学病院内の要因に関わる退院援助の問題や困難がすべて解決するわけではなく、ニッチ確立にかかわらず、ワーカーが対応しがたい部分もあった。1つは医療職間の相互作用に関わる部分である。1人の患者を複数の診療科で診ている場合の医師同士の相互作用や、医師と看護婦との情報交換に関わる部分で、意思疎通の悪さや方針の違いがあると、そこにワーカーが直接影響を及ぼしにくい。また個々の医療職の力量に関わる部分も対応しがたい。つまり参画システムとしてのニッチがあっても、個々の医療職が社会的リスクをアセスメントできなかつたり、患者・家族の視点で療養生活を考えられないという場合である。また実力に基づく関係が成立するためには、相手の医療職にそういった力量がなければ成立は難しい。

3 調整しがたいミスマッチ

カウントダウンのプロセスやニッチ確立はワーカーの所属機関に関連したポジショニング規定要因であるが、患者・家族にとっての退院後の社会資源に関しても、ソーシャルワーカーのポジショニング規定要因があった。これに関して生成した主要なカテゴリーは、調整しがたいミスマッチである。調整しがたいミスマッチとは、患者・家族のニーズとそれに対する退院後の社会資源としての保健医療施設が調和していないというミスマッチが与件的に生じ、それをワーカーが個々のケースの援助において調整しがたいということの意味する。

調整しがたいミスマッチは、患者が他病院に転院の場合に顕著であった。このミスマッチは、大学病院から退院する時の患者・家族の身体心理社会的ニーズと、転院先病院が要求する患者の身体心理社会的状態が一致しないために生じている。これは、厚生省による病院機能分化政策を受けて、各病院が独自の機能を打ち出した頃から表れ始めているとワーカーは感じている。

しかし、クライアントが社会資源を利用できる

よう援助することはソーシャルワークの目的の1つであるがゆえ、ソーシャルワーカーは、ブローカー、コーディネーター、媒介者、代弁者の役割を果たして (Hepworth, Rooney & Larsen, 1997)、ミスマッチを調整しなければならない。それにもかかわらず、ミスマッチを調整しがたいとはどういうことか。これを説明するために導き出したのが、転院先病院による**受け入れ調整**、**家族・患者の希望**、**ソーシャルワーカーのこだわり**というサブカテゴリーである。

これらによって、転院先病院に関してワーカーが調整しがたいほどのミスマッチが与件的に存在していると、利用できる転院先病院が限定されるというポジショニングとなり、ソーシャルワーカーとしての機能や役割の遂行に限界が生じやすいのである。たとえば、ニッチがある程度確立し、またカウントダウンの影響が少なくても、転院先病院の受け入れ調整や、家族の希望とソーシャルワーカーのこだわりに応えるような転院先病院が限られているために、利用できる社会資源が非常に制限されるというポジショニングとなり、ワーカーや家族も満足しがたい退院となったということが生じていた。一方、カウントダウンのプロセスの影響が大きく、しかもニッチがあまり確立していなくても、受け入れ調整によるミスマッチの影響が少なかったため、ワーカーが患者のニーズと転院先病院を結びつけやすいという展開になっていたケースもあった。では、それぞれのカテゴリーの内容はどのようなものか、以下に説明しよう。

(1) 転院先病院による受け入れ調整

転院先病院が入院患者の受け入れを調整しているために、患者が入院を認められずミスマッチが起こっていることがあった。これには、転院先病院による患者リスクの判断が働いている。これは、患者の病状や行動を医学的に管理できるシステムが整っていない、病院の掲げる医療が提供できるまで患者の身体・精神機能が回復していない、という医学的側面からのリスク判断である。また、退院後帰る場所がない、退院先が未定などの社会的リスクも、受け入れ調整の判断であった。こうした判断による受け入れ調整については先行研究

でも詳しく報告されている (神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会, 1999)。大学病院のソーシャルワーカーが受け入れ調整に影響を及ぼす難しさを、ある協力者は次のように表現している。

いや、他機関には強く言えない。それはやっぱり他機関の決めることでしょう。(中略)
他機関に向かっておたくが悪いとは、絶対、それは失礼で言えないもん。それはできない。(中略)
他機関の体制を変えてもらうなんていうのは、他機関も理由があってやってるわけでしょう。

受け入れ調整には、カウントダウンの影響による早すぎる退院も関係し、大学病院退院時の患者の身体心理社会的状態が、転院先病院の提供する医療にマッチするまでに至っていないという側面もある。これは、国の医療政策を受けて、各々の病院が各自の機能に応じて提供する医療の境界線を引いているゆえに、調整しがたいミスマッチが生じているということでもある。それゆえ、個々のケースについて代弁の機能を果たしても根本的解決には繋がらないことは、大学病院のソーシャルワーカーに認識されている (神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会, 1999)。

また、医学的社会的に患者の受け入れは可能なのだが、満床ゆえに、もっと後に受け入れるという転院先病院による病床管理上の判断も、ミスマッチを引き起こしていた。転院先病院の示した受け入れ可能日まで大学病院が待てればよいが、待てない時、ワンクッション退院や他の病院探しがなされている。

(2) 家族・患者の希望

転院先病院による受け入れ調整があっても、もし家族がどこの病院でもよいからとにかく退院後の行き先を確保したいという気持ちであれば、どこかに転院は可能である。しかし家族や患者、特に家族は、転院先の病院に対して、さまざまな希望を持っていた。家族は、患者の身体・精神機能が少しでも向上するような医療が受けられる病院への転院希望が強い。これに、長期入院、費用面、交通の便などに関する希望が重複している。しかしこれらを満たす転院先病院は少なかったり、希望する病院が受け入れ調整を行っているのが現

実であった。したがって、家族は現実に折り合いをつけざるをえないのだが、それでも納得しがたいところに、ワーカーの「しんどさ」がある。

家族の希望に影響するのが紋切り型の病院観である。家族のなかに、よい病院、悪い病院といった固定的なイメージが存在しているために、今後の患者の回復や療養生活を考えると、ワーカーを含めた専門家が医学的によいと考える病院を受け入れがたい場合があった。家族にとってよい病院は、大学病院のように全科そろった、多くの医者や看護婦のいる病院であり、転院先病院の希望としてこれをあげる家族が多い。一方、精神病院や老人病院に対しては否定的イメージが強く、病状的にはそこがよいと専門家には思われても、家族はそれを受け入れがたいということが見られた。

(3) ソーシャルワーカーによるこだわり

退院援助担当者が、とにかく大学病院から患者が退院して欲しいという姿勢で援助に臨めば、とりあえずどこかの病院を探して転院にもっていくことは可能だろう。だが、大学病院のソーシャルワーカーはそうではない。それは、少しでも家族や患者のニーズと希望にマッチしたところ、患者の回復の可能性を引き出せる医療が提供されること、そしてできればソーシャルワーカーがいて心理社会的な援助も提供されることというように、少しでも患者・家族に「ベターな」転院先をみつけようという思い入れ、すなわち、こだわりをもって転院先病院を探している。それゆえ、どこでもいい病院探しに終始せず、逆説的だが調整しがたいミスマッチを生んでいる。こだわりは、ソーシャルワークの価値や目的を実現しようとする姿勢の表れでもある。しかし、こだわりを持って探して家族が納得できる病院を確保できればよいが、受け入れ調整によってなかなか見つからない場合がある。そうした時、ソーシャルワーカーは投げ出しそうになる。

最初、私、病院探しするときに、結構崇高な考えであたり始めたんですけど、最後は受けてくれるところ、どこでもいいやみたいな感じで、すごいなんか思っちゃって。

IV 結論

本研究では、大学病院のソーシャルワーカーによる退院援助において、先行研究で示されているような問題や困難を引き起こすコンテキストの解明を試みたが、研究の結果、顕著に浮かび上がったコンテキストは、カウントダウンのプロセス、ニッチ確立、調整しがたいミスマッチの3つである。そしてこの3つがダイナミックに関連してワーカーに影響するため、ワーカーの位置しているところ、すなわちポジショニングが規定され、ソーシャルワーカーの役割や機能が制約され、困難や問題が生じていた。

この3つがどのように関連しワーカーのポジショニングを規定しているかということは、個々のケースによってまったく違った様相を呈していた。例えば、調整しがたいミスマッチが予想されても、ニッチが比較的確立していればカウントダウンを緩和しやすく、ワーカーがある程度の時間をかけて転院先を探せるというポジショニングが確保できていることもあった。また、ニッチがある程度確立していても、調整しがたいミスマッチの影響が大きいため、ワーカーがなかなか患者・家族のニーズにあった転院先病院を見つけることができず、次第にカウントダウンの時間の圧力が医療職にかかり、ワーカーに対してブッシュや中断といったカウントダウンのプロセスがもたらされるというポジショニングとなっていることもあった。これらが意味することは、大学病院のソーシャルワーカーによる退院援助は、ワーカーのコンテキストと切り離して理解することはできないこと、さらにそのコンテキストは非常にダイナミックな動きがあり、ワーカーの機能と役割に影響するということである。

本研究で示したポジショニング規定要因は、今後のソーシャルワーク研究と実践にいくつかの重要な意味と課題を示している。その1つは、社会福祉において関心が増している連携やチームワーク研究に対して、ニッチ確立の概念が示唆する点である。つまり、大学病院においてはソーシャルワーカーが他職種とチームワークや連携を行えるような環境があってそれらが可能になるのであり、そのために、診療科や病棟、医療職に対し

てソーシャルワーク部門や個々のワーカーがニッチを確立していかなければならないということである。これは、ソーシャルワーカーがチームワークや連携を行うための条件として、ニッチ確立が必要であるということの意味している。

第2に、カウントダウンに代表される時間の要素に関してである。アメリカでは、課題中心アプローチにおいて、時間の制限という構造が組み込まれ、短時間で援助を視野に入れた方法が生み出されたが(Reid, 1986)、それに比べて日本のソーシャルワークでは、時間の要素を実践理論に十分取り入れていないように思われる。第3に、ニッチ確立や調整しがたいミスマッチは、所属機関や社会資源を「変革」することが、代弁などのソーシャルアクションによって容易になしがたいことを示している。これらは社会保障制度の転換によって生じている現象でもあるので、今後のソーシャルワーク研究では、これらを取り込んだソーシャルワークの有り様を示していかなければならない。

この第2第3の課題に対する解答は、本研究のなかでは、大学病院のソーシャルワーカーの活動のなかに見出された。3つの要素によってポジショニングが規定されても、ワーカーはそれを凌駕するような活動も行っていた。これについては、機会を改めて発表したい。

最後に本研究の限界について記したい。まず、本研究の結果として示した理論が大学病院の特徴とどのように関わっているかということに関して、これを明確に結論づけることは難しい⁵⁾。この点を明らかにしようと、インタビューでも調査協力者に尋ねたが、明確な反応は得られなかった。おそらく、以上の点を明らかにするためには、大学病院以外の病院からもデータを収集し比較することが必要と思われる。

次に、収集した30ケースのうち、在宅退院のケースが7ケースと少なかったこと、小児患者ケースのデータが収集できなかった点である。これは第1の協力病院からデータ収集した際に、調査実施期近くに終了した在宅退院のケースが少なく、小児患者のケースはなかったこと、また協力者の調査協力への負担を考え調査ケース数を増やさな

かったことによる。しかし、本研究のテーマから考えると、上記ケースについてもデータを収集するべきであろう。

またニッチ確立に関して、ニッチ確立しやすい病院の土壌や雰囲気や文化といったものがあるように感じられたが、3つの病院の比較だけでは理論的飽和(Glaser & Strauss, 1967)に至らず、今回は概念化を見送った。この要素は、ワーカーのマンパワーやワーカーの活動とともに、ニッチ確立に影響すると思われるので、今後の継続研究において明らかにしていきたい。

付記

本研究は、兵庫医科大学病院、東海大学病院、北里大学病院のソーシャルワーカーの方々の協力なしには実現できませんでした。協力してくださった方々に心よりお礼申し上げます。またデータ分析にあたって、立教大学社会学部・木下康仁教授からスーパーバイザーとして多大なご指導を賜りましたことに、深く感謝申し上げます。なお本研究は、第7回(平成9年度)医療科学研究所助成研究「高齢者の退院援助におけるエキスパート・ソーシャルワーカーの意思決定プロセスの分析」の中から生まれたものである。

【注】

- 1) 退院計画という考え方も示されているが、日本では病院システムとしての退院計画が十分定着していないと思われる。ゆえに本研究では退院援助と称し、「患者退院後の生活場が確保、整備され、また、患者やその家族の療養生活が安定するように、心理社会的な援助を行うこと」という意味で使用する。
- 2) 本稿は、量的調査や一部の質的調査の論文にみられる、結果の部分にデータ分析結果を示し、考察の部分に結果分析から解釈されることを示すといった、結果と考察を分けて記す構成を採用していない。これはGT法がデータの分析と収集をある程度繰り返しながらまとまりのある解釈(理論)を構築する方法論であるため、分析と考察は解釈作業として一体化して進められるという特性によるものである。これは、グレ

ーザーとストラウス、ストラウスとコービンが支持しているものである。

- 3) これ以降のかぎ括弧内の内容は、インタビューの中で調査協力者が語った言葉である。
- 4) ニッチ確立にはワーカーによる維持や創造といったワーカーによる確立のための活動も関わるが、本研究はコンテキストをテーマにしているので、この点については触れていない。ニッチ確立におけるワーカーの活動については、近く執筆予定のワーカーの援助活動に焦点を当てた論文の中で説明したい。
- 5) カウントダウンのプロセスや調整しがたいミスマッチに関して大学病院の特徴から生じると推測される部分もあるが、急性期医療中心の規模の大きい病院でもこうした現象は見られるかもしれないため、本研究では大学病院の特徴と研究結果を関連づけるに至らないと判断した。

【文献】

- Chneitz, W. C., & Swanson, J. M. From practice to grounded theory : Qualitative research in nursing. Addison-Wesley Publishing Company, 1986. (樋口康子・稲岡文昭監訳『グラウンデッド・セオリー：看護の質的研究のために』, 医学書院, 1992.)
- Creswell, J. W. Qualitative inquiry and research design. 193-203, Sage, 1998.
- Feather, J. Factors in perceived hospital discharge planning effectiveness. Social Work in Health Care, 19(1), 1-14, 1993.
- Garvin, C. D., & Seabury, B. A. Interpersonal practice in social work (2nd ed.). 33-34, Allyn and Bacon, 1997.
- Germain, C. B. & Gitterman, A. The life model of social work practice : Advance to theory & practice (2ed ed.). 20. Columbia University Press, 1966.
- Glaser, B., & Strauss, A. The discovery of grounded theory. Adine, 1967. (後藤隆・大出春江・水野節夫訳『データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか』新曜社, 1996)
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., & Larsen, J. A. Direct social work practice (5th ed.). 2-31, Brooks/Cole, 1997.
- 堀越由紀子「大学病院における退院計画—総合相談部の取り組みの例」, 手島陸久(編集代表)『退院計画』249-266, 中央法規出版, 1996.
- Iglehart, A. P. Discharge planning: Professional perspectives versus organizational effects. Health and Social Work, 15(4), 301-309, 1990.
- 神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会「大学病院における転院援助困難事例の調査」『病院』(4), 352-354, 1999.
- Kerson, T. S. Practice in context: The framework. In T. S. Kerson and associates (Eds.), Social work in health settings: Practice in context (2nd ed.), 15-49, Hawoth Press, 1997.
- 木下康仁『グランデッド・セオリー・アプローチ：質的実証研究の再生』, 弘文堂, 1999.
- Lincoln, Y. S. & Cuba, E. G. Naturalistic inquiry. Sage, 1985.
- Maxwell, J. A. Qualitative research design: An interactive approach. 75-98, Sage, 1995.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. Qualitative data analysis (2nd ed.). 27, Sage, 1994.
- 南彩子「ソーシャルワークへのGrounded Theoryの適用について」『天理大学報』18号, 79-90, 1996 .
- 南彩子「質的調査法を用いた医療ソーシャルワーク研究について—Grounded Theory Approachを中心として」第19回日本医療社会事業学会報告, 1999.
- 日本医療社会事業協会「地域保健福祉における医療ソーシャルワーカーの質向上にかんする研究—MSWのケアマネジメント研究—」, 平成9年度厚生科学研究, 1998.
- 沖田佳代子「ケースマネジメントにおける倫理的ディレンマ」『社会福祉研究』69号, 107-115, 1997.
- 奥川幸子『未知との遭遇』三輪書店, 1997.
- 太田喜久子ほか「座談会：Grounded Theory

- Approachを用いた看護研究実践論：Research Question]『Quality nursing』, 5(6), 51-58, 1999.
- Patton, M. Q. Qualitative evaluation and research methods, Sage, 1990.
- Proctor, E. K., Morrow-Howell, N., & Lott, C. L. Classification and correlates of ethical dilemmas in hospital social work. *Social Work*, 38(2), 166-177, 1993.
- Reid, W. Task-centered social work. In F Turner (Ed.), *Social work treatment* (3rd ed.), 267, The Free Press, 1986.
- 副田あけみ「在宅介護支援センターにおける援助実践：実践内容を規定する組織要因の検討」『社会福祉学』54号, 1-19, 1996.
- Specht, H. New directions for social work practice, 98, Prentice-Hall, 1988. (京極高宣・高木邦明監訳『福祉実践の新方向：人間関係と相互作用の実践理論』中央法規出版, 1991)
- Strauss, A., & Corbin, J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques, Sage, 1990. (南裕子監訳『質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリーの技法と手順』医学書院, 1999)
- 高山恵理子「医療機関における枠組みとしてのチームの形成とその意義」『社会福祉学』59号, 291-307, 1999.
- 横田恵子・立木重雄「機関に対するライフモデル・ソーシャルワーク実践の一考察－職場内のインフォーマル集団の形成とエンパワーメントを通じてのフォーマル課題の変容」『社会福祉学』56号, 81-98, 1997.
- Whittaker, R. H. *Communities and ecosystems* (2nd ed.), 68, Macmillan, 1970. (宝月欣二訳『生態学概説：生物群と生態系』第2版, 培風館, 1991)

Positioning and its Factors of Discharge Planning by Social Workers in University Hospitals

Miyoko Mike

Discharge planning is an important task for social workers in university hospitals, but studies of discharge planning show that the social workers encounter many difficulties and problems in discharge planning. The context in which they work with clients is one of the factors that influences their roles and functions.

The author conducted a study to investigate what kind of context influenced social workers, as well as how and why the context brought difficulties and problems to social workers. Grounded-theory-approach was used to identify elements of the context of social workers which influence their practice and create difficulties in practice. Besides this approach was also used to develop a theory about the context of social workers in discharge planning at university hospitals.

The study identified 'positioning' as a core category and 'countdown', 'niche-building' and 'unadjusted mismatch' as main categories. The three main categories, specific elements in the context of discharge planning, were interrelated and then determined the positioning of social workers. The positioning often constrained roles and functions of social workers and impacted the interactions and relationships between workers and clients.

リハビリテーション科患者への援助とその評価 —— 退院患者への調査を通して ——

大谷 昭*
山村 典子**
橘 高通***

Key Words リハビリテーション・ソーシャルワーク、入院時面接、退院援助

I はじめに

近年医療の場でのソーシャルワークを取りまく状況の変化はめまぐるしいものがある。ソーシャルワークの存在意義が深く問われている時代であり、医療におけるソーシャルワーク実践を有用なものとするために、援助を必要とする患者・家族に対して、いかに効果的に患者・家族とかわるかが重要な課題となっている。

手島¹⁾はソーシャルワーカーの退院計画に関して、わが国の現状で学ぶべきこととして次のような点を挙げている。①退院援助そのものを病院全体のプログラムとして明確化されること、②すべての患者に十分なアセスメントや援助が提供されるための、スクリーニングの基準、各職種の役割分担、連絡体制がシステム化されること、③早期から援助を行えること、④患者・家族の退院計画への参加を必須とすることである。これらはソーシャルワーカーにとって退院計画に限ったことではなく、他の援助業務にも十分あてはまるものである。特に①～③の医療機関内でのソーシャルワーカーそのものの位置づけに関わることについては、従来それらの条件が整備されないことが、ソーシャルワーカーとしての役割が十分に発揮できない要因とされることも多かった。

しかし、リハビリテーション領域においては、その理念・方法が主に米国から導入された1960年代当初より、ソーシャルワーカーの存在がチームの一員として位置づけられており、そのような条件が満たされ、リハビリテーション・チームにおいて、チームメンバーとして濃密に関わるソ-

シャルワーカーも多い²⁾。リハビリテーションは、患者の身体的、心理的、社会的側面に全体として援助すること、あるいはすべての面においてできる限りの機能を獲得することが目的とされ、主として身体のみを対象とし、原状への回復という意味の治療を目的とする従来の医療概念を越える共通の目標がそこには設定されていた³⁾。そのような理念を具体化するものとして、患者・家族あるいは特定の疾患・障害群への全員面接、方針を決めるための定期的なカンファレンス、回診などへの参加がごく当然のこととして実施されていた。

兵庫医科大学病院においても、リハビリテーション科の入院患者について1991年より全員面接を行ってきた。通常は、入院後早い時期に患者・家族と面接を行う。面接の目的として、①リハ・入院時カンファレンスのための心理社会的情報の聴取、②ソーシャルワーカーの援助が必要な心理社会的問題のスクリーニング、③ソーシャルワーカーの役割についての説明をおいている。入院時面接後はソーシャルワーカーの判断、リハビリテーションスタッフの依頼、患者・家族の希望により、援助の形態は多様である。入院時面接のみで終わってしまうケース、主として退院時に関わるケース、生活全般にかなりインテンシブな援助を必要とするケースと様々である。今回リハビリテーション・チームのなかで、そのような患者・家族への援助が本当に彼らのニーズにそったものであったのかを検討するために、入院時面接を行った患者に対して、退院後の生活とソーシャルワークの援助の受け取り方について調査を行った。

*Akira OHTANI : 大阪府立看護大学

**Noriko YAMAMURA : 前兵庫医科大学病院

***Michihiro KITUTAKA : 兵庫医科大学病院

II 調査の対象及び方法

兵庫医科大学病院医療社会福祉部において、リハビリテーション科入院患者としてソーシャルワーカーが入院時面接を行い、1993年4月から1997年3月までに退院した患者166名を対象として、1997年11月から12月に質問紙郵送法により調査を行った。

調査項目は退院後の生活実態と入院中のソーシャルワーク援助に関してであった。退院後の生活実態についての項目は、基本的属性（性、年齢、障害名、障害の程度、要介護か否か）、現在の生活で苦痛に感じていること、現在の生活への認知、介護に関しての実態、利用しているサービスである。ソーシャルワークの援助については、入院中の面接の受け取り方、退院時の相談に関するものであった。障害の程度については、東京都老人総合研究所社会福祉部門により開発されたADL総合評価⁴⁾を参考にした。ただし、7段階のうち、今回は郵送調査によって行うため回答者が区別することが難しいと思われる、いずれも「ほとんど介助」の状態を示す重度の3段階を1つのカテゴリーにし5段階とした。入院中の面接の受け取り方については、1993年に当院において行われた藤井⁵⁾の患者調査より、患者が受け取っているサービスの類型として抽出された、情報の提供と納得、カウンセリング、関係調整に、新たに問題解決の項目を加えた。

その他の項目については、直接援助を担当した複数のソーシャルワーカーによりブレインストーミングを行った後、実践を通して得た実態に適合と判断した項目を設定しプリテストを行い、回答しにくい項目、表現について修正した。また回答のあった対象者についてソーシャルワークの援助記録より、入院時面接での対象者及び入院中の面接回数を集計した。

III 調査結果

調査対象者166名中104名(62.9%)の回答があり、そのうち死亡2名と回答が不十分であったもの1名を除き101名(60.8%)を有効回答とした。回答者は本人62名(61.4%)、配偶者18名(17.8%)、息子2名(2.0%)、娘11名(10.9%)、息子・娘の配偶

者4名(4.0%)親族以外の人4名(4.0%)であった。

1 対象者の基本的属性と生活状況

対象者の基本的属性は表1に示されるように女性が多く、年齢は平均年齢61.6歳（範囲は19歳～89歳）であった。ADL（日常生活動作能力）では、家庭内で自立しているかあるいはそれ以上の機能のものが59名(58.4%)であり、家庭での生活でも介助を要する者が42名(41.5%)である。障害の種類としては、脳血管障害が最も多くなっており、障害別の割合としては医療機関のリハビリテーション部門としてごく一般的なものと考えられる。

表1 対象者の属性 (N=101) N (%)

| | | |
|-------|----------|-----------|
| 性別 | 男性 | 41 (40.6) |
| | 女性 | 60 (59.4) |
| 年齢 | —39 | 12 (11.9) |
| | 40—49 | 10 (9.9) |
| | 50—59 | 14 (13.9) |
| | 60—69 | 31 (30.7) |
| | 70—79 | 30 (29.7) |
| | 80— | 4 (4.0) |
| ADL | 遠方外出可能 | 29 (28.7) |
| | 家の周囲外出可能 | 21 (20.8) |
| | 家庭内自立 | 9 (8.9) |
| | 家庭内一部介助 | 26 (25.7) |
| | 家庭内殆ど介助 | 16 (15.8) |
| 障害の種類 | 脳血管障害 | 28 (27.7) |
| | 脊髄疾患 | 18 (17.8) |
| | 膝、股関節疾患 | 14 (13.8) |
| | 関節リウマチ | 13 (12.9) |
| | 切 断 | 3 (3.0) |
| | その他 | 18 (17.8) |

現在の生活状況（表2）としては、生活している場所は自宅85名(84.2%)であり、予測したよりも、退院後在宅での生活を維持できているものが多かった。入院中でも社会的入院のものはほとんどなく、退院後のほとんどの時期は自宅で生活していた。また、特別養護老人ホームに1名の

入所者しかいないことも予想外であった。これは対象群の障害の状態や社会的背景に恵まれているからなのか、あるいは長期の待機期間に見られるように施設の入所のしにくさや抵抗感からなのか、今後検討すべき課題である。施設の「その他」は職業訓練施設と養護学校の寮にいる者であった。

介護を受けている者は全体のほぼ40%であり、介護者は70%以上が配偶者であった。現在の生活への満足度では、「大変満足している」「まあ満足している」を合わせると60%以上が満足していると考えられる。

表2 生活の状況 N (%)

| | | |
|------|------------|-----------|
| 生活場所 | 自 宅 | 85 (84.2) |
| | 入 院 中 | 8 (7.9) |
| | 施設入所 | 8 (7.9) |
| | 特別養護老人ホーム | 1 |
| | 老人保健施設 | 2 |
| 介 護 | 受けている | 43 (42.6) |
| | 受けていない | 57 (56.4) |
| | 回答なし | 1 (1.0) |
| 介護者 | 配 偶 者 | 29 |
| | 息 子 | 1 |
| | 娘 | 8 |
| | 息子の嫁 | 3 |
| | そ の 他 | 2 |
| 満足度 | 大変満足している | 17 (16.8) |
| | まあ満足している | 49 (48.5) |
| | あまり満足していない | 24 (23.8) |
| | 全く満足していない | 6 (5.9) |
| | 回答なし | 5 (5.0) |

福祉サービスの利用については表3のように、「医療費助成制度」や「年金手当」のような経済的な援助に関連するものの割合が高かった。

表3 福祉サービスの利用

| | 利用した | 利用しなかった |
|-------------|-----------|-----------|
| 医療費助成制度 | 78 (77.2) | 23 (22.8) |
| 年金手当 | 65 (64.4) | 36 (35.6) |
| 交通運賃の割引 | 57 (56.4) | 44 (43.6) |
| 税の控除 (所得税等) | 46 (45.5) | 55 (54.5) |
| 税の免除 (自動車税) | 29 (28.7) | 72 (71.3) |
| 駐車ステッカー | 26 (25.7) | 75 (74.3) |
| ベッド・車椅子の給付 | 36 (35.6) | 65 (64.4) |
| ホームヘルパー | 15 (14.9) | 86 (85.1) |
| デイサービス | 11 (10.9) | 90 (89.1) |
| ショートステイ | 8 (7.9) | 93 (92.1) |
| リハビリ通所 | 15 (14.9) | 86 (85.1) |
| 訪問看護 | 9 (8.9) | 92 (91.1) |
| 訪問入浴 | 2 (2.0) | 99 (98.0) |
| 保健婦の訪問 | 10 (9.9) | 91 (90.1) |
| ボランティアの訪問 | 6 (5.9) | 95 (94.1) |

経済的な側面でのメリットは、利用者にとってわかりやすく、また身体障害者手帳の交付時に福祉事務所により同時に申請をすますようなシステムをとっているところも多く、サービスの利用率が高いものと考えられる。しかしホームヘルパー以下のいわゆる在宅サービスについては利用率が低かった。介護を受けているもの20~30%にすぎず、家族への介護負担が予測される。またサービスを利用しない理由として、「サービスを知らない」(17名)、「手続きが面倒」(14名)となっており、サービスを必要としているのにサービスへのアクセスが確保されていないことを意味している。ソーシャルワークの援助によって課題とすべきことが示されている。

2 入院時・入院中の面接について

入院中のソーシャルワーカーの援助について、表4にある項目で質問した。ソーシャルワーカーの患者への機能において、「制度についての説明」「知りたいことを教えてくれた」は情報提供機能、「困っていたことの解決」「気持ちの整理」は問題解決機能、「話を聞いてくれた」「よく分かってくれた」は心理的サポート機能、「上手に伝えてくれ

た」「連絡をとってくれた」は連絡調整あるいはコーディネート機能として質問を設定した。結果が表5であり、ソーシャルワーカーに感じたことでは、「制度についての説明」「話を聞いてくれた」「知りたいことを教えてくれた」が高くなり、「上手に伝えてくれた」「連絡をとってくれた」は低くなっている。患者にとってはソーシャルワーカーは情報を与えてくれる人であり、話を聞いてくれる人であることが端的に示されている。それに対して連絡調整機能は、ソーシャルワーカーが重要だと考え場合によっては時間・労力を割いているような援助が、患者にとっては認知しにくい面があることがうかがわれる。

入院時（初回面接）の対象者は、患者及び患者・家族、すなわち患者を含んだ面接が80%実施されている。障害を持つようになった場合にえてして、援助の対象者が患者を除外して家族に偏りがちになるが、患者が参加していることは非常に大切なことである。入院中の面接回数は、インテークだけで終わるものも4分の1を占め、平均面接回数は5.3回、最大54回であった。

表4 ソーシャルワーク援助への質問項目

- ① 相談員はいろんな制度の利用や申請方法等についてよく説明してくれた。
- ② 相談員はあなたの知りたいことについてよく教えてくれた。
- ③ 相談員と話すことで、その時困っていたことの解決に役だった。
- ④ 相談員と話をすることで、気持ちの整理ができた。
- ⑤ 相談員はあなたの話をよく聞いてくれた
- ⑥ 相談員はあなたのことをよく分かってくれた。
- ⑦ 相談員は患者の家族の事情を病院や福祉事務所等役所の人に上手に伝えてくれた。
- ⑧ 相談員は患者や家族と病院や福祉事務所等役所との間の連絡を適切にとってくれた。

3 退院時の相談について

リハビリテーションは、障害を残す患者が再び社会的生活に戻ることを目的とし、ソーシャル

表5 ソーシャルワーク援助について

| ソーシャルワーク援助の受け取り方 | あてはまる あてはまらない | |
|------------------|---------------|----------|
| | 制度についての説明 | 65(64.4) |
| 知りたいことを教えてくれた | 48(47.5) | 53(52.5) |
| 困っていたことの解決 | 36(35.6) | 65(64.4) |
| 気持ちの整理 | 36(35.6) | 65(64.4) |
| 話を聞いてくれた | 59(58.4) | 42(41.6) |
| よく分かってくれた | 36(35.6) | 65(64.4) |
| 上手に伝えてくれた | 22(21.8) | 79(78.2) |
| 連絡をとってくれた | 21(20.8) | 80(79.2) |
| 入院時面接の対象者 | | |
| 患者 | 55(54.5) | |
| 患者・家族 | 26(25.7) | |
| 家族 | 18(17.8) | |
| その他 | 1(1.0) | |
| 不明 | 1(1.0) | |
| 入院中面接回数 | | |
| 1回 | 25(24.8) | |
| 2回 | 18(17.8) | |
| 3回-5回 | 27(26.7) | |
| 6回以上 | 30(29.7) | |
| 不明 | 1(1.0) | |

ワーク援助では退院時の援助が非常に重要であり、リハビリテーションスタッフから期待される役割でもある。表6は、退院に関して相談をしたか、しなかったか、さらに相談をした場合に相談をしてどのような点が役に立ったか、あるいは相談をしなかった場合の理由である。通常は入院時に全局面接を行い、退院についての相談は、ある程度医学的リハビリテーションが終了になる段階で具体的な援助を行うことになる。対象となるケースについては明確な基準は作っておらず、他の医療スタッフより依頼されるもの、ソーシャルワーカーの判断でアクセスするもの、患者・家族の希望で行うものと、個別的に取り込まれることになる。退院相談を「した」「しない」はほぼ半数ずつを占めている。相談をしなかった理由は、「必要がない」が29名(61.7%)であるが、入院時に面

表6 退院の相談 N (%)

| | |
|-------------------|-----------|
| 退院の相談 (N=101) | |
| した | 48 (47.5) |
| しない | 47 (46.5) |
| 回答なし | 6 (5.9) |
| 相談をしなかった理由 (N=47) | |
| 必要がない | 29 (61.7) |
| 相談できると思わなかった | 6 (13.0) |
| 相談しても無駄 | 4 (8.5) |
| 相談に抵抗 | 2 (4.3) |
| 本当のことを話せない | 1 (2.1) |
| 福祉部を知らなかった | 7 (14.9) |
| 相談が役に立った理由 (n=46) | |
| 知りたいことを教えてくれた | 29 (63.0) |
| 問い合わせをしてくれた | 24 (51.1) |
| 他機関等に同行してくれた | 9 (19.6) |
| 連絡をとってくれた | 15 (32.6) |
| 気持ちを理解してもらえた | 17 (37.0) |
| 退院後のことへの配慮 | 25 (54.3) |
| 退院後も相談にのってもらえる | 15 (32.6) |

接をしているにもかかわらず「医療社会福祉部を知らなかった」7名(14.9%)、「相談できると思わなかった」6名(13.0%)となっている。インタビュー時点でのソーシャルワーカーのコンタクトの取り方についてが、今後の検討課題であることを示している。

また役に立った点では、「知りたいことを教えてくれた」「問い合わせをしてくれた」という具体的な援助とともに、「退院後の配慮(質問項目は「退院後の生活のことを気にかけてくれた)」が多くなっている。これはよくいわれる、患者・家族にとって退院というのは、医療スタッフから「見放された」「見捨てられた」感情をとともうものであり、それに対しては退院後のことについても配慮を示すということが、それらの感情の軽減に効果をもたらしていることも考えられる。

4 退院時の相談・面接回数に関連する要因

1) 退院時相談と退院後の生活

退院についての相談が必要に応じて行われたのかを検討するために、退院についての相談をした群としなかった群に分け、退院後の生活についての要因とクロス集計を行った(表7)。退院の相談の有無について、ADL ($\chi^2=0.04, p=0.83$), 満足度 ($\chi^2=0.00, p=1.00$) にかんしては有意な差はなかった。また要介護であるかどうかについても同様であり、退院の相談と退院後の生活についての関連は見いだせなかった。

またソーシャルワーカーの退院時の相談と密接に関連すると思われる福祉サービスの利用については、「ベッド・車いすの給付」($\chi^2=8.53, p=0.00$), 「年金・手当」($\chi^2=4.06, p=0.04$) 「運賃の割引」($\chi^2=5.61, p=0.02$) に有意差がみられた。「ホームヘルパー」「ベッド・車いす」については、退院時に給付に関して情報提供や連絡調整をすることも多く、退院時相談群の利用率の多さと結びついていると思われる。

2) 退院相談・面接回数とソーシャルワーク援助

退院の相談及び面接回数と入院中のソーシャルワーク援助の関連をクロス集計したのが表8である。表には、ソーシャルワークの援助について「あてはまる」としたもののそれぞれの群の中での割合を記載した。退院の相談とソーシャルワークの援助の受け取り方は、援助の受け取り方のすべての項目について相談をした群があてはまるとしている割合が高く、「制度についての説明」($\chi^2=8.51, p=0.00$), 「話を聞いてくれた」($\chi^2=10.49, p=0.00$), 「よく分かってくれた」($P=7.22, p=0.01$), 「上手に伝えてくれた」($\chi^2=9.98, p=0.00$) が強い関連性を示していた。また「知りたいことを教えてくれた」($\chi^2=4.65, p=0.03$), 「困っていたことの解決」($\chi^2=5.11, p=0.02$), 「連絡をとってくれた」($\chi^2=6.07, p=0.01$) も有意差があった。

入院中の面接回数2回以上を面接少数群、3回以上を面接多数群とした。面接回数は、退院時の相談に限らず実際に必要であったソーシャルワーク援助を表している。面接回数では有意差があっ

たのは2項目であり、「困っていたことの解決」
 ($\chi^2=5.31, p=0.02$), 「上手に伝えてくれた」
 ($\chi^2=4.73, p=0.03$)であった。また面接回数
 と退院相談のクロス集計では、退院相談をした者

48名中、面接回数多数群35名(同群の72.9%)、
 面接回数少数群13名(同群の40.4%)であり、退
 院相談をした者はしなかった者と比較して有意に
 面接回数が多かった($\chi^2=10.22, P=0.00$)。

表7 退院相談と関連要因

| | 退院の相談 | | |
|------------|------------|-------------|------------|
| | 相談群 (N=48) | 非相談群 (N=47) | χ^2 値 |
| A D L | | | |
| 自立 | 28 (59.6) | 27 (57.4) | |
| 要介助 | 19 (40.4) | 20 (42.6) | 0.04 |
| 満足度 | | | |
| 満足 | 31 (68.9) | 31 (68.9) | |
| 不満足 | 14 (31.1) | 14 (31.1) | 0.00 |
| 福祉サービスの利用 | | | |
| 医療費助成 | 40 (83.3) | 33 (70.2) | 2.30 |
| 年金・手当 | 36 (75.0) | 26 (55.3) | 4.06* |
| 運賃割引 | 33 (68.8) | 21 (44.7) | 5.61* |
| 税控除 | 24 (50.0) | 22 (46.8) | 0.10 |
| 税減免 | 15 (31.3) | 14 (29.8) | 0.02 |
| ベッド・車椅子の給付 | 24 (50.0) | 10 (21.3) | 8.53** |
| 駐車ステッカー | 12 (25.0) | 13 (27.7) | 0.09 |
| ホームヘルパー | 9 (18.8) | 6 (12.8) | 0.64 |
| デイサービス | 5 (10.4) | 5 (10.8) | 0.00 |
| ショートステイ | 5 (10.4) | 3 (6.4) | 0.50 |
| リハビリ通所 | 10 (20.8) | 5 (10.6) | 1.95 |
| 訪問看護 | 6 (12.5) | 3 (6.4) | 0.45 |
| 保健婦の訪問 | 5 (10.4) | 5 (10.8) | 0.00 |

(注) ADL・満足度は欠損値あり

* $P < .05$ ** $P < 0.1$

表8 援助の受け取り方と退院相談・面接回数

| | 退院の相談 (%) | | | 面接回数 (%) | | |
|---------------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| | 相談群 (N=48) | 非相談群 (N=47) | χ^2 値 | 少数群 (N=43) | 多数群 (N=57) | χ^2 値 |
| 制度についての説明 | 81.3 | 53.2 | 8.51** | 55.8 | 71.9 | 2.80 |
| 知りたいことを教えてくれた | 60.4 | 38.3 | 4.64* | 37.2 | 56.1 | 3.51 |
| 困っていたことの解決 | 47.9 | 25.5 | 5.11* | 23.3 | 45.6 | 5.31* |
| 気持ちの整理 | 43.8 | 29.8 | 1.99 | 32.6 | 38.6 | 0.39 |
| 話を聞いてくれた | 77.1 | 44.7 | 10.49** | 53.5 | 63.2 | 0.95 |
| よく分かってくれた | 50.0 | 23.4 | 7.22** | 32.6 | 38.6 | 0.39 |
| 上手に伝えてくれた | 35.4 | 8.5 | 8.48** | 11.6 | 29.8 | 4.73* |
| 連絡をとってくれた | 31.3 | 10.6 | 6.07* | 14.0 | 26.3 | 2.25 |

(注) * $P < .05$ ** $P < .01$

IV 考察

ソーシャルワーク援助を行ったリハビリテーション科入院患者は、ほぼ安定した在宅生活を送っていた。しかし、そのこととソーシャルワーク援助の関連性は明確には見出すことができなかった。特に福祉サービスの利用については、入院中の援助においても、患者・家族にとっての必要なサービスの利用確保が大きな比重を占めているにもかかわらず、実際には在宅サービスの利用が十分でなかった。その理由として、サービスを知らないことや手続きが面倒であるというのが実態であった。大学病院という医療機関の性格から、退院後の患者・家族とのコンタクトには制約があることや退院時には情報が提供されていてもその時点で必要がないため、患者・家族側に十分認識されていないことも考えられるが、退院後の生活でのサービスへのアクセスを確保する方法を検討する必要がある。

入院時の面接では、ソーシャルワーカーの役割についての説明、患者・家族が最も心配や不安と感じていることの傾聴、心理社会的情報の聴取を行う。その中で最も強く患者・家族に印象づけていたのは「制度についての説明」であり「話を聞いてくれた」である。「制度についての説明」は、援助として非常に具体的であり患者・家族にとっても分かりやすいことは理解できる。「話を聞いてくれた」は、ソーシャルワークの傾聴や受容の基本的な姿勢やスキルを示すものであるが、そのことが患者・家族に十分伝わっているかは確認しにくい事柄である。しかし、「話を聞いてくれた」と受け取っているものが60%近くで2番目に数値が高いということから、傾聴や受容という心理的な側面への働きかけも患者家族への援助として伝わっていると考えられる。

一方、連絡調整の機能は理解されていない傾向にある。業務の上では特に大学病院という大規模の医療機関内および医療から地域へのコーディネート役割として、非常に大きな比重を占めている業務にもかかわらず、あまり患者・家族には認識されていない。このことについては、連絡調整の活動が、患者・家族が直接同席していないところ

で院内スタッフや外部の機関と交渉をしたり、同席していたとしても、面接室からただ電話をかけているとしか受け取れないという、患者・家族から専門的な援助としては認識されにくい性格をもつ。今回の調査の結果による理解の低さがそのような原因によるものなのか、あるいは援助の方法に問題があるのかより深く検討を要する課題であろう。入院時に面接しているにもかかわらず、ソーシャルワーカーの存在や役割が理解されていないことによる非相談のものが少なくない。入院時面接でのソーシャルワーカーの存在や機能をどのように患者・家族に認知を得るかが重要となる。

退院の相談と障害の程度は有意な関連はなく、また今回の調査では、患者・家族の心理社会的側面の項目があまり含まれていなかったため、退院相談／非退院相談を分ける要因が見いだせなかった。面接回数が多い事例の内容を記録を通して確認すると、障害の重さより、患者・家族の社会的な対処能力の問題が大きく影響していることがうかがわれた。たとえば、サービスの制度説明をしたとしても、社会的対処能力の高い患者家族は、後は独力でサービスの利用まで到達することができるが、社会的対処能力に問題のある患者・家族の場合は、同じ説明を何回も繰り返したり、あるいはサービスの供給機関との交渉もソーシャルワーカーが患者家族に代わって行う場合もでてくる。そのようなことから、面接回数が多くなっていた。今後は、ソーシャルワーク援助の対象となる患者・家族の社会的な対処能力に関係する要因、たとえば現実認知能力、感情統制能力、他者とのコミュニケーション能力、ソーシャルサポートについての把握が必要となるであろう。またそれが明らかになれば、退院援助へのスクリーニング項目にもなるであろう。

以上から今後の課題としては、①初回面接におけるソーシャルワーカーの役割について、患者・家族に認知を得る効果的な方法の検討が必要である。②退院相談や、よりインテンシブな援助を必要とするケースの基準の作成のために、患者・家族の社会的側面の要因や項目を中心とした調査やアセスメントが必要となる。

付記

本研究は平成9年度文部省科学研究費補助金基盤研究(C)研究課題番号(09610191)の一部として行われた。

文献

- 1) 手島陸久編集代表・退院計画研究会編：退院計画，中央法規，1996年
- 2) 小原眞知子：ソーシャルワーカーと医療専門職の協働—リハビリテーション・チームの経験

から一，ソーシャルワーク研究，23(3)，32-42，1997年

- 3) 上田 敏：リハビリテーションを考える，青木書店，1983年
- 4) 東京都老人総合研究所社会福祉学部門：高齢者の家族介護と介護サービスニーズ，光文館，1996年
- 5) 藤井美和：病院におけるソーシャルワークサービスへの評価—患者調査結果の報告，医療社会福祉研究，3(1)，19-27，1994年

The Evaluation of Social Work Practice in a Rehabilitation Medicine Unit: Research on Post-discharged Patients

Akira Ohtani, Noriko Yamamura, and Michihiro Kitutaka

This article examines how social work intervention affected patients in a rehabilitation medicine unit. The respondents of this survey via questionnaire were 101 persons discharged from the rehabilitation unit of Hyogo College of Medicine Hospital. They were interviewed for psycho-social history taking and social work intervention by hospital social workers when they were admitted to the rehabilitation unit. Results indicate that they are generally satisfied with daily living, but some don't utilize social services because they are not informed about them or because the services are not accessible. More helpful social work treatment for patients during hospitalization was information giving and carefully listening. On the contrary, the function of mediator was not well understood by users. We have to investigate patients' psycho-social factors influencing the necessities of social work intervention.

大本和子・田中千枝子・大谷 昭・笹岡眞弓著
「医療ソーシャルワーク実践50例」
 — 典型的実践事例によるわかり易い医療福祉 —

川島書店 1999年

「事例は生きた教科書である！」——ソーシャルワーク実践に関心を持つ者は、この箴言に疑いを抱く人はいないはずである。「事例に身を置き、事例に帰る」——これが、実践現場と深く関わっている者の本質的態度であろう。「事例に語ってもらう」——それは、事例に対して畏敬の念を抱きつつ、胸襟を開き、事例から「この本質」を学び取る姿勢を持ち続けることを意味している。

本書は、標題にあるように、医療ソーシャルワークの典型的実践50例を提示して、医療福祉の神髄をわかり易く伝えることに主眼を置いた画期的な実践的・理論的良書である。事例は時代の状況と密接不可分に結びついているのだから、実践力量を高めるためには、常に「最新的事例」を必要とする。本書は、この要求を確実に満たしており、50例の収集・提示の意義は大きい。これらの意味で、「画期的・実践的」と評価できる。

われわれはどの事例からも学び取ることが可能であるが、とりわけ「典型的実践事例」から多くのことを学ぶことができる。そして、何が「典型的」であり、何が「典型的」でないかは、多分に「理論的」といえる。「典型的実践事例50例」の提示、これこそが揺るぎない本書の価値を物語っている。

本書の目次構成と執筆者は、以下の通りである。はしがき（執筆者一同）

第1章 医療機関のソーシャルワーカーの機能と役割（大本和子・東海大学病院総合相談部、田中千枝子・東海大学健康科学部社会福祉学科）

事例1：外国人が医療を受ける機会を保障する／事例2：いわゆる「問題患者」へのソーシャルワーク／事例3：患者の望む医療の実現への手助け／事例4：患者のQOLの向上にソシ

ャルワーカーができること／事例5：患者家族の自己決定と医療スタッフの理解への働きかけ／事例6：障害を持った子どもから子離れするプロセスへの援助／事例7：AIDSと宣告された患者夫婦を支える／事例8：所属機関の方針とソーシャルワーカーの役割／事例9：家庭復帰を拒んだ高齢患者への援助／事例10：病院のソーシャルワーカーのできることの範囲と責任

第2章 ソーシャルワークの価値（大谷昭・大阪府立看護大学）

事例11：被虐待児へのソーシャルワーカーの介入／事例12：クライアントの利益を擁護する働き／事例13：新しい貧困問題とソーシャルワーク／事例14：患者の立場に立つとき／事例15：ソーシャルワーカーが得る情報と秘密保持の問題／事例16生活の質の保障と自己決定のジレンマ／事例17：家族の決定を支援する働き

第3章 アセスメント・介入（大谷昭、笹岡眞弓・文京女子大学人間学部）

1. アセスメント／2. 介入
 事例18：戦略的介入の重要性／事例19：医師の診断とソーシャルワーク・アセスメント／事例20：治療を逃避する理由はなにか／事例21：危機介入から社会復帰の援助まで／事例22：クライアントが現実と直視することを意図した対応／事例23：医師の病状説明の場へのソーシャルワーカー同席の意味／事例24：突然の病名告知とソーシャルワークの展開／事例25：家族の葛藤に巻き込まれない／事例26：同じ主訴から始まった3人のクライアント／事例27：家族が介護の限界を言語化することの意味／事例28：リハビリテーションチームでの働き／事例29：ソーシャルワーカーがクライアントに自らを率

直に伝えること／事例30：クライアントがソーシャルワーカーに期待することとできること
 第4章 チームワークとシステムづくり（田中千枝子）

事例31：骨髄移植患者に対するインテーク面接システムの創設／事例32：援助対象者のスクリーニングリストの作成と組織の協力を得るまで／事例33：患者会の創設に関わる意味／事例34：地域連携とソーシャルワーク活動／事例35：行政の処遇不服に関して、病院間ソーシャルワーク検討会でしたこと／事例36：医師との連携を考えながらクライアントを支える／事例37：ソーシャルワーカーの判断を生かすために

第5章 社会資源とソーシャルワーカー（大本和子）

事例38：精神科デイケアの効果的活用／事例39：未婚出産と社会資源／事例40：生活保護への抵抗感を取り除くためのアプローチ／事例41：脊髄損傷者の社会資源の開発／事例42：日本型マグドナルドハウスの創設／事例43：通院送迎システムを創出するー地域社会への働きかけ／事例44：インフォーマルな社会資源の利用

第6章 スーパービジョン（笹岡眞弓）

事例45：スーパービジョンによる的確な患者理解／事例46：スーパービジョンによる関係性の気づきと自己覚知／事例47：援助関係の中で起きたできごとに心の整理をつける／事例48：ソーシャルワーカーの動揺を支える／事例49：ふだんの実践への不安ーこれでいいのだろうか？／事例50：共にある援助の大切さに気づく

コラム：外国人の医療問題／退院計画／高齢者のいく場所／倫理的ジレンマ／患者の権利とソーシャルワーク／危機介入／インフォームド・コンセントとソーシャルワーク／移植医療とソーシャルワーク／ハイソーシャルリスク／ケアマネジメント

以上、見たように、「実践事例50例」は今日のが国の医療福祉の状況をかなり体系的に網羅する内容となっている。書評の中で目次全体を提示することは、多くの場合、薦められることではないだろう。にもかかわらず、敢えてこれを試みた

理由は、事例の抽出そのものが高い価値を有していると思えるからである。読者はこの試みを是とするであろう。各章の始めで、章名に関わる解説が行われている。そして、事例ごとに事例の特徴を表す標題が付けられ、標題についての「解説」が提示される。次に、事例の提示となるが、「経過」「結果」「考察」という3つのセクションに分けられ、現実的な解説が行われている。読者は、医療ソーシャルワーク実践の領域の多様さと深さを感得するに違いない。要望としては、事例ごとの数冊の参考文献の提示と包括的な事項索引があった方がよい。改訂版のときに配慮して頂きたい。実践の理論化に貢献する基本文献である。

（佐藤豊道：東洋大学）

渡部律子著

「高齢者援助における相談面接の理論と実際」

医歯薬出版 1999年

本書は、著者の日米両国における臨床および教育実践によって得られた豊富な知識と体験をもとに構成され、その内容は、下記に示すとおり、高齢者援助における相談面接の技法を中核としながらも、援助職者の倫理や基本的姿勢、援助関係、職業としての援助職がもつ意味や課題などを含めて広範多岐にわたっている。また、著者が「あとがき」のなかで述べているように、本書は、在宅介護支援に携わる職員にむけた研修プログラムの開発過程で構想されたものであることから、公的介護保険の導入を控えて不安と混乱を抱える現場の実践家が、自らの実践を振り返りながら、その基本を再確認しつつ、ケアマネジメントやエンパワーメントといった今日的な課題についても本質的な理解を深めることができるように意図されている。以下に、本書の構成を示しておきたい。

- 1章 援助職者の基礎を形成する視点
 - 援助行動のモチベーションと基本的姿勢
- 2章 援助関係を形成するもの
 - 援助すること・されること
- 3章 アセスメント
 - 要援護者がおかれている状況の統合的な理解
- 4章 相談面接業務の全プロセス
- 5章 面接における言語技術
- 6章 相談面接の実勢：インテーク面接の実際
- 7章 高齢者を対象とする援助職の意味
 - 高齢者がクライアントである職場で仕事をすることは
- 8章 専門の援助職者としての向上
 - 燃え尽き症候群の予防：自らの仕事の特徴を理解し資質を向上させていくために必要な知識の枠組み

ところで、本書は、次に述べる諸点において、極めて今日的な意義があるものと考えられる。

まず第一に、高齢者援助に関わる方法論について、単なる知識や事例の羅列や要約に終始することなく、18の演習と7つの事例、さらに8つのエピソードを織り交ぜながら、読者が自らの実践を素材として、演習形式で技法を学ぶことを可能にしている点である。この点については、著者のアメリカの社会福祉系の大学院における援助技術や実習の教育実践がベースになっていることがうかがわれる。著者は冒頭で「アメリカに行ってみて驚いたのは、『援助の技術』を『系統だてて教える』方法があったこと・中略・日本でほとんど同じ様な実践をしているにもかかわらず、その実践に名前がなかったり、系統的に説明されていなかったり、あるいは理論化されていなかった」と述懐しているが、わが国の社会福祉教育に必要とされている課題は、援助技術をいかに具体的・実践的に教授していくのかにあるといっても過言ではない。来年度予定されている社会福祉士の養成カリキュラムの改訂においても、「演習」の強化が打ち出されており、その意味でも本書の果たすべき役割は小さくないと思われる。

第二に、本書が単なる技法の習得を目指すワークブックにとどまらず、その技法が必要とされる背景や条件、理論的基盤についてもわかりやすく記述し、「科学」としての実践を分析し、その開発を目指している点をあげておきたい。具体的には、数多く盛り込まれた図表や研究ノートには、国内外の研究の最新動向や著者による研究の成果などが加えられ、ともすれば乖離しがちな実践と教育と研究の有機的な統合を実現している。

第三に、公的介護保険の導入によって、あらゆる保健・医療・福祉の専門職がケアマネジャーとして高齢者援助に参入することになった現状にお

いて、著者は、社会福祉援助技術論のなかで確立されてきた援助の原則に立脚し、これを高齢者援助に関わる援助職が依拠しうる「共通基盤」としている点をあげることができる。また、同時に、とかく“一人歩き”しがちなケアマネジメントについて、それがソーシャルワークの領域では以前から職務の一部として行われてきたものであり、高齢者援助の方法の一つにすぎないことを明記し、高齢者援助の幅広さや奥深さを強調している。ケアマネジメントにおける他分野の専門職の参入によって、自らの専門性を見失いがちなソーシャルワーカーらは、本書によってそのアイデンティティを再確認するとともに、他分野の専門職にとっても、本書は十分に普遍的な内容を含んでおり、ケアマネージャーの養成や訓練に幅広く活用することができるであろう。

最後に、わが国では、社会福祉援助技術に関わる理論や方法の多くを、アメリカをはじめとする諸外国における研究や実践のなかから学んできたわけであるが、そのほとんどは活字から紐解かれたものであり、それがいかに教育やスーパービジョンの場で教授されているのかを知る機会はずしも多くなかった。本書は、著者のアメリカにおける社会福祉援助技術の教育実践が、わが国の援助職への教育や研修の実践においても有効性をもちうることを示したものであり、今後のわが国における社会福祉援助技術教育のあり方を考えるうえにおいても、参考になる点が多い。

なお、今後は、本書を用いた研修やスーパービジョンが積み重ねられることによって、その効果の評価が行われ、わが国の高齢者援助に携わる援助職に求められる課題や技法が明らかにされることが期待される。

(和気純子：東京都立大学)

医療社会福祉研究 第8巻第1号

1999年12月30日 発行

編 集 日本医療社会福祉学会「医療社会福祉研究」編集委員会
編集責任者 手島陸久（編集委員長）
発 行 日本医療社会福祉学会
〒259-1193 神奈川県伊勢原市望星台
東海大学病院総合相談室内
Tel : 0463-93-1121（内線 3355-9）
Fax : 0463-92-6175
発行責任者 荒川義子（日本医療社会福祉学会長）
印 刷 ㈱ 雅 企 画

1部定価 1,100円

December 1999

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 8 No. 1

-
- Special Articles:** National Survey of Discharge Planning for Medical Social Workers
National Survey of Discharge Planning for Medical Social Workers*Masako Yoshida*
Discharge Planning and Functional Types of Hospitals*Rokuro Fujita*
Process of Discharge Planning and Functions of Social Workers*Akemi Fukuda*
Social Worker's Working Attitude towards Discharge Planning*Chieko Tanaka*

Original Articles

- Positioning and its Factors of Discharge Planning by Social Workers in University
Hospitals*Miyoko Mike*
The Evaluation of Social Work Practice in a Rehabilitation Medicine Unit: Research on
Post-discharged Patients*Akira Ohtani, Noriko Yamamura, Michihiro Kitutaka*

Book Review

Toyomichi Sato

Junko Wake

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)