

在宅医療に関わる ソーシャルワークの 手引き



公益社団法人
日本医療社会福祉協会

刊行にあたって

保健医療分野で働くソーシャルワーカー（以下：医療ソーシャルワーカー）は病院をはじめ、診療所や老人保健施設などの保健医療の場において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を支援し、社会復帰の促進を図る業務を行っています。（公社）日本医療社会福祉協会は、医療ソーシャルワーカーや医療社会事業の普及、発展を支援する人々から構成されている団体です。多くの会員は病院に勤務していますが、近年、在宅医療に力をいれる診療所、特に「在宅療養支援診療所」で、医療・ケアチームの一員として活躍する医療ソーシャルワーカーが増えてきました。

在宅医療は、長年一部の熱意のある医師や看護師によりけん引されてきた印象がありますが、平成18年度の診療報酬に「在宅療養支援診療所」が新設され、在宅医療に関する様々な施策が進められるようになりました。平成25年からは都道府県が整備すべき医療計画において「5疾病5事業」に「在宅医療」が加わり、国家的な課題として在宅医療が位置づけられ、本格的に推進されるようになりました。

このような中で、なぜ在宅医療に医療ソーシャルワーカーが求められるようになったのかを考えてみました。超高齢社会を迎え、在宅生活を支える社会資源が増えてきました。要介護の方には介護保険法、障がい者や難病の方には総合支援法によるサービス、その他インフォーマルな支援もあります。在宅医療は在宅生活とは切っても切れない関係であり、医療ソーシャルワーカーは、患者さんと家族等が幸せを実感できる生活のためにコーディネートができると思います。また、病院、介護保険事業所、行政等の多岐にわたる関係機関との連携役を担っています。特に病院は、入院患者を在宅医療に送り出す側であり、時には在宅医療から引き受ける側でもある重要な存在です。病院の退院支援スタッフに在宅医療に関する関心や知識がなければ、在宅医療は広がりません。病院のスタッフが在宅医療をイメージできるように働きかけることが大切な役割です。私は病院に勤めていますが、「本人と家族の意思があれば、ほとんどの患者さんは家に帰れる」という在宅療養支援診療所のソーシャルワーカーの言葉に背中を押された経験があります。

もう一つ大切な役割として、患者さんの意思決定支援者にもなれます。「人生会議」という愛称で呼ばれているアドバンス・ケア・プランニングは在宅医療の現場では日常的に行われています。患者さんがこれからのこと、もしもの時のことを考える場合、不安や心配は医療についてだけではなく、家族のこと、社会的な役割のこと、お金のことなど多岐にわたります。そのような心理、社会的な側面から、患者さんの意思を尊重し、尊厳を持った生き方を支えることができるのは医療ソーシャルワーカーだと思います。

加えて、これから医療ソーシャルワーカーに期待されていることとして地域活動があります。所属機関自体が地域包括ケアの一翼を担うことも多いと思いますが、そこで互助、共助のための地域住民とともに行う事業を支える存在としての活躍が求められていると思います。

このように在宅医療の現場で働く医療ソーシャルワーカーへの期待は膨らんできています。今は診療報酬での配置基準があるわけでもなく、規定された業務に縛られることもありません。それだけに新しい業務を切り開いていける可能性があります。厚生労働省医政局が2016年から開催している「全国在宅医療会議」に当協会の理事が構成員となっていることからその期待がうかがえます。今後、医療ソーシャルワーカーの活躍の場として広がることが予想されます。本書が在宅医療の現場で働く、また今後働きたいと考えている医療ソーシャルワーカーの方々の一助となることを願っています。

2020年8月
公益社団法人 日本医療社会福祉協会
会長
早坂 由美子

この手引きの使い方

在宅医療の発展に伴い、在宅医療にかかわる医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)は、近年増加傾向にある。それに伴い、在宅という病院とは異なる環境下における実践について、何らかの指針となるものが欲しいという声が多く聞かれるようになった。

また、本手引き作成の前段階として行った全国の在宅療養支援診療所対象の「相談支援・連携業務にかかわる担当者の配置に関する調査」では、MSWを配置している医療機関と配置していない医療機関両方から、現状とその理由を伺った。(3章参照)この調査の中で、雇用者側には、MSWの業務の内容がわからない、どのように機能するのかわからない、といった声があることも分かった。

こうした状況を背景に、この手引きを作成することとなった。この手引きは、これまでMSWとして病院などで勤務してきた社会福祉士等、卒業後初めての勤務先が在宅医療の現場である社会福祉士等、そしてこれからMSWを配置しようと検討している管理者を主な対象として作成している。

この手引きでは、まず、在宅医療に関わるMSWとはなにか、その業務や役割について「個別支援」「院内連携」「院外連携」「地域活動」に大別し、詳細な説明を加えている。各内容では、それぞれの業務における要点を記した後、事例と用いて考え方や具体的な手法について示している。その後、管理者向けに具体的に配置に関する事項をまとめて掲載している。

また、3章には先述した調査報告書を添付している。他医療機関の状況についても参考にしていただければと思っている。

本手引き作成に当たっては、社会福祉士として10年以上MSW業務に従事し、なおかつ在宅医療領域において5年以上の経験を有するMSWを対象にグループインタビューを実施し、その内容を質的に分析、整理した。また、多職種がチームで協働する在宅医療の特性を鑑み、多職種からのコンサルテーションを受けることで、より実用的なものにすることを目指した。

目次

1章 在宅医療に関わるソーシャルワーカーとは

在宅医療に関わるソーシャルワーカーとは	06
---------------------	----

2章 在宅医療に関わるソーシャルワーク実践の要点

在宅医療に関わるソーシャルワーク実践の要点	08
-----------------------	----

■在宅医療ソーシャルワーク実践におけるミクロ・メゾ・マクロの相互作用

①個別支援	12
②院内連携	18
③院外連携	24
④地域活動	29

3章 実態調査報告

『在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の実態に関する調査』報告	36
---------------------------------	----

4章 医療ソーシャルワーカーを配置するにあたって

在宅医療機関の管理者に向けて	52
----------------	----

5章 巻末資料

■医療ソーシャルワーカーの倫理綱領	56
■医療ソーシャルワーカー業務指針	64

1章 在宅医療に関わるソーシャルワーカーとは



ソーシャルワーカー・医療ソーシャルワーカー(MSW)とは

ソーシャルワーカーは、医療、福祉、教育、行政機関等にて、ミクロからメゾ、マクロレベルを意識しながらクライアントの利益を追求していく専門職である。その中でも、保健医療機関に所属するMSWは、「保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う」とされてきた。（日本医療社会福祉協会WEBより）具体的なMSW業務については、厚生労働省健康局長通知で明記されているので、巻末資料をご参照いただきたい。（厚生労働省健康局長通知「医療ソーシャルワーカー業務指針」）

そこに、近年、在宅医療の推進、医療の進歩と多様化、人々の生活の多様化、制度の多様化、介護保険開始後の多職種協働などといった、変化がもたらされた。その中で生じた新たな経済的・心理的・社会的問題について、既述の業務を業としてきたMSWが、患者の居宅・居室、そして地域をフィールドとしてソーシャルワーク実践をし始めることは至極自然なことである。

✓ 在宅医療に関わるソーシャルワーカーとは

在宅医療の現場で実践するMSWとは何なのか、その独自性は何なのかということについて、この手引きを作成するに際し、何度も何度も向き合ってきた。まず、先述したMSWの本質的な部分はこれまでの医療機関内における実践を主とするMSW実践と何ら変わりはないことは前提となっている。そのフィールドは異なっても、有する価値観や介入の目的、そのために用いる手法は他の医療機関に所属するMSWと同様なのである。

この大前提を踏まえた上で、「在宅医療」というフィールドの特性と、それによってもたらされるMSW実践の特性を検討すると、以下のように整理することができる。

- ・患者の生活している自宅や地域で、患者の生活、人生という「線」に伴走的にかかわり続ける。
- ・人生の最終段階に関わることが多く、本人の人生観や価値観に寄り添う事をより多く求められる。
- ・多職種・他職種との連携業務の割合が大きい。（様々な職種が別機関や法人に所属していることが多いこと、訪問時はその職種の単独訪問になることが多いため）
- ・1つの事例にあるミクロの課題をメゾ・マクロの視点で地域の課題としてとらえなおすことが可能である。（ミクロ・メゾ・マクロの視点については2章 参照のこと）

上記のような特性を常に意識し、状況を俯瞰し、実践することが求められる。

在宅療養では、疾患以外に住環境、家族関係、社会資源の状況等、多様な要因が複雑に絡み合う。また、様々な職種がかかわる在宅医療の現場の中で、MSWがどのように機能しうるかは、地域性、所属機関の特性、患者に関わる多職種から構成されるチームのメンバーによって異なる。しかし、一人ひとりの患者のためにできることを模索し、多次元に継続的に働きかけ、患者の自己実現をサポートすることを普遍的な目的とするMSWが、在宅療養を続ける患者とその家族、そしてそれを支えている多職種のチームに寄与できることは少なくない。

2章 在宅医療に関わるソーシャルワーク実践の要点

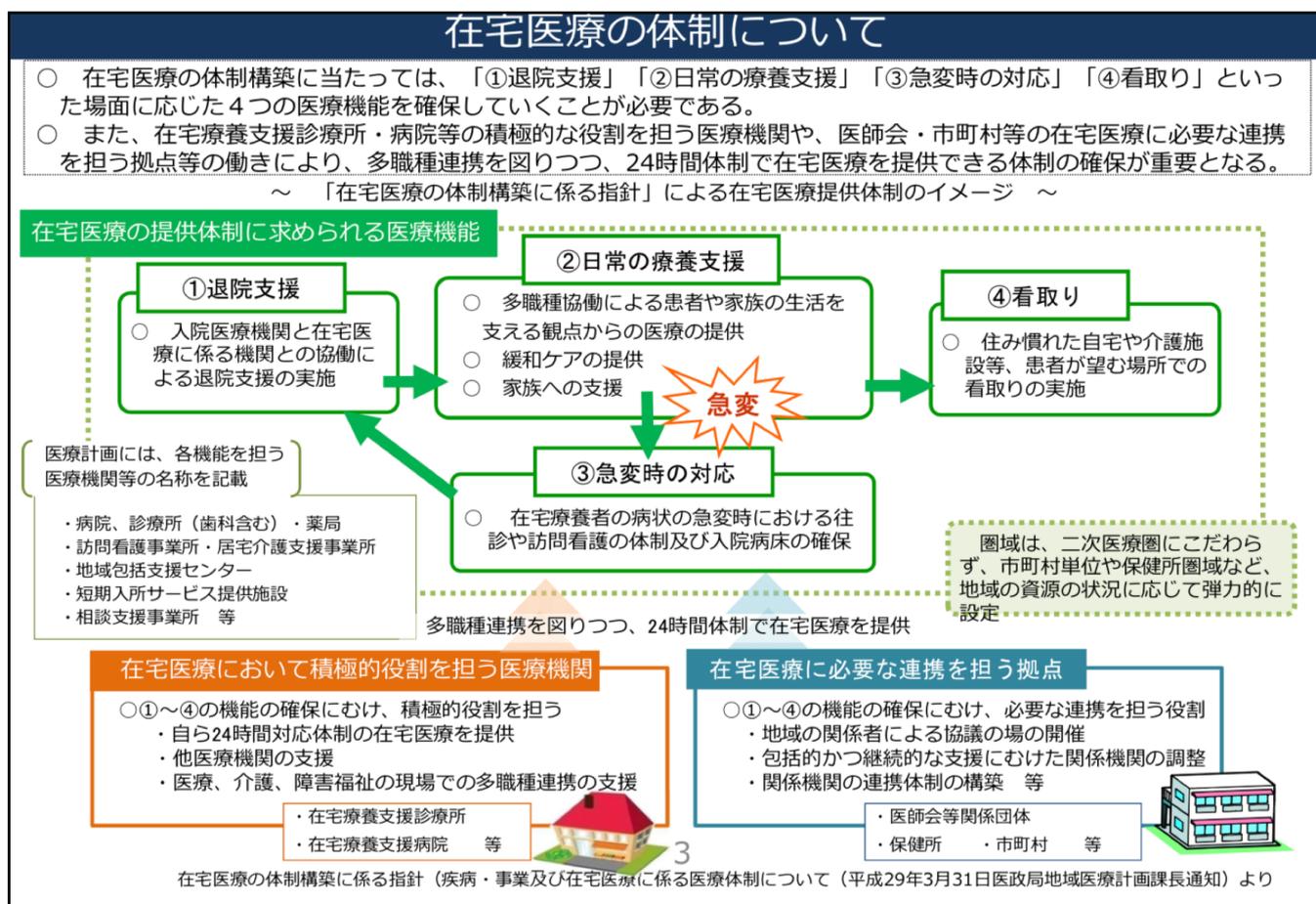
✓ 在宅医療ソーシャルワーク実践におけるミクロ・メゾ・マクロの視点

第1章にもあるように、私達はMSWとして本質的な部分については、これまでの医療機関内における実践を主とするMSW実践と変わらない。

その上で、在宅医療の医療機関として求められる役割・機能に対しても、MSWとして貢献できることがある。下記は厚生労働省が示す在宅医療の体制について示した図だが、①～④の機能に対して、在宅医療機関に所属するMSWとしての役割を右図に図示した。

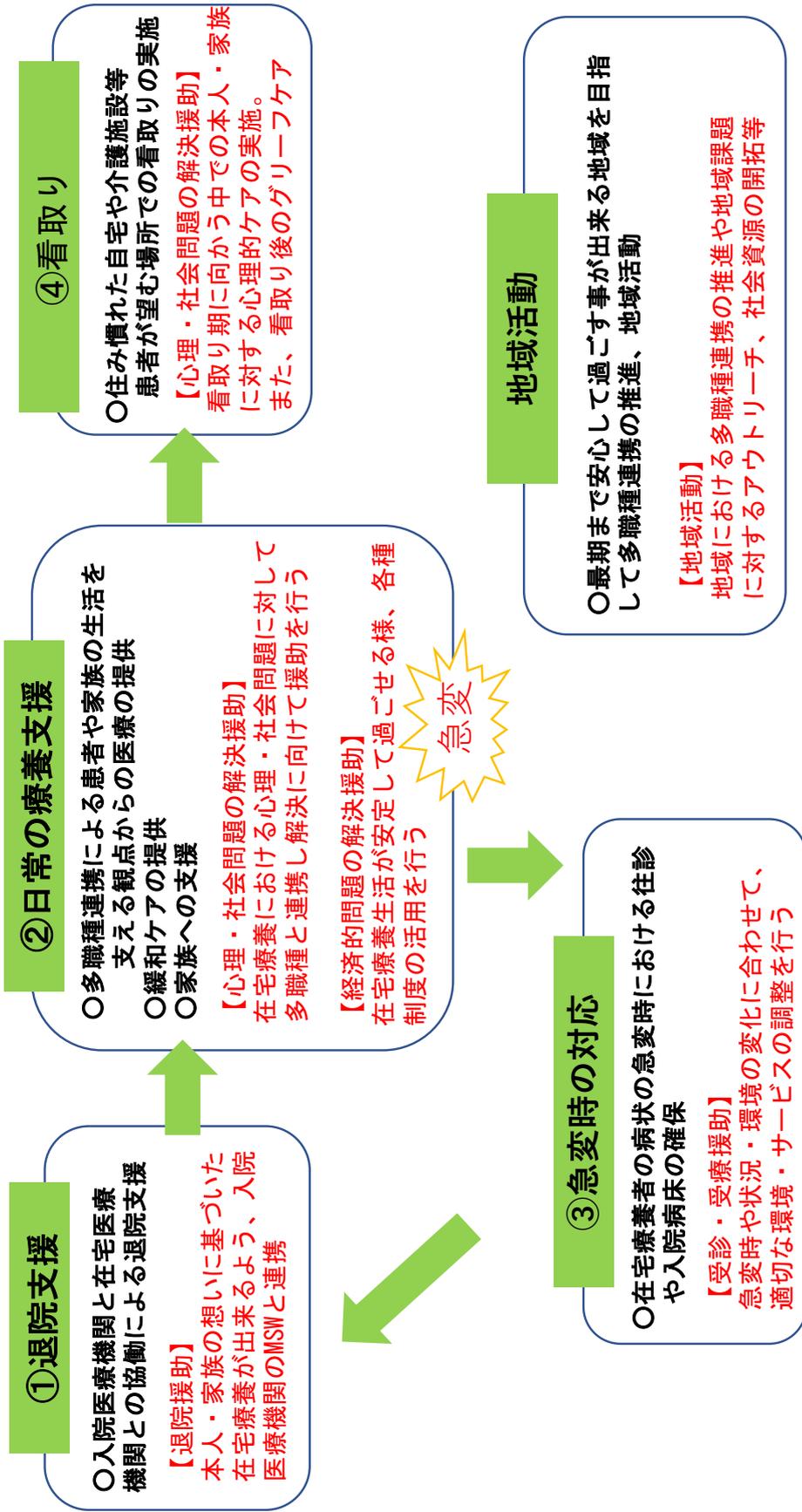
それぞれの機能においてMSWとしての専門性を発揮することで、在宅医療提供体制の構築や地域連携、在宅医療の普及等において寄与できると考える。

また、①～④の機能だけでなく、MSWとして地域活動について追加をしている。これは、マクロ的な視点を持ちつつ、地域課題の解決に向けた実践を行うことが非常に重要であると感じるためである。



在宅医療における医療ソーシャルワーク実践

○厚生労働省が示す、「在宅医療提供体制のイメージ」に示されている4つの機能について、医療ソーシャルワーカーも、各機能において支援を実施している。



右図は、在宅医療MSWの実践をミクロ・メゾ・マクロの視点で図示化したものである。

- ・ミクロ：個別支援
- ・メゾ：多職種連携
- ・マクロ：地域活動

それぞれの実践もちろん大切であるが、偏りすぎず、バランス良く実践出来ることが理想的である。

また、それぞれの視点は独立しているわけではなく、相互に関係し合っている点が重要である。ミクロ的な課題に対しても、メゾ的な視点、マクロ的な視点で課題を俯瞰することによって、解決策が見出しやすくなったり、新たな課題が見通せたりする事がある。

MSWはレンズを入れ替えるように、局所的（ミクロ）な視点から広角的（マクロ）視点を持ち、切替たりピントを合わせるといった感覚を持って関係性に注目してもらいたい。

例えば、制度の狭間で困っている事例に対してミクロ的な視点で個別支援を行っていくことはもちろんだが、この症例のように困っている方が地域にどれだけいるのだろうか？制度のこの部分が解決されれば、どれだけの方が助かるのだろうか。といったように、考えをめぐらせることによって、視点の広がりを実感出来るようになると思う。

まずは、ミクロ的な視点からマクロ的な視点まで見通してみること、考えてみることをこの図からイメージしてもらえれば幸いである。

在宅医療における医療ソーシャルワーク実践

住み慣れた地域で最期まで安心して暮らしていただけるよう、本人・家族の想いに基づいた支援(個別支援)を実施するだけでなく、地域に点在する医療・福祉事業所(専門職)と連携・調整することによって、地域全体のケア力の向上を目指す(院外連携・多職種連携)。さらに、地域課題に対して、課題解決に向けて住民や行政・地域資源と共に社会資源の開拓や地域活動を実施するなど幅広い業務を担う専門職である。





①個別支援

実践の場を問わず、患者や家族に対するミクロレベルにおけるソーシャルワークの実践は、MSWの根幹である。患者や家族、そして患者を支える人々がどのような価値観を有し、どのように生き、どのように最期を迎えたいのか。丁寧にとらえた上でその希望や要望を実現するために必要な支援を提供することが期待されている。これらの前提を踏まえ、ここでは在宅医療の現場におけるMSWの個別支援の要点を示す。

* 在宅医療に関わるMSWの実践の要点

在宅医療現場を医療的側面からみると、何らかの医療を在宅においても継続的に受ける必要のある病状を持つ患者が対象であるということ、提供することのできる医療に限りがあることが特徴としてあげられる。また、患者の生活という側面からは、患者の生活の場がMSW実践の場であること、患者の家族等の果たす役割がとても大きいこと、多職種が関わっていること、といった事柄があげられる。このような特徴を有する現場で展開される個別支援の対象は患者、そして患者を取り巻く人々である。患者本人を支援することが当然基本にあるわけだが、在宅医療では患者だけではなく、生活を共にし、支えている家族や身近な人々の理解や覚悟、想いが大変重要である。MSWは患者本人とは別にそれらの人々がどのように患者のおかれている状況や病状を理解しているのか、患者や現在の生活に対してどのような想いを抱いているのかを、丁寧に確認する必要がある。なぜなら、患者を支えている人々の患者の理解や想いは患者本人の生活に大変大きな影響を与えるからである。ここでは、個別支援における業務の要点を「本人支援」「家族等への支援」に分類して説明する。

	実践の領域のレベル	要点
本人支援	<p>インタビュー (エンゲージメントを含む) アセスメント 訪問診療導入の 手続き</p>	<p>全人的な視点から患者、周辺の状況をとらえること、それに基づいて訪問診療導入の手続きをすることは、訪問診療に入る医師や看護師、その他職種による個別かつ適確・適切な医療サービス、社会資源、制度の導入・活用を可能とし、それは患者の望む生活の実現に寄与することとなる。また、この時点で請求も含めた訪問診療の仕組み、他医療機関と協働する仕組み、さらに訪問診療の限界(保険上の制限、機能上の限界など)についても丁寧に説明し、了解を得る必要がある。可能であれば、これまでの既往歴や入院歴、受診歴を聞きながら今後、入院や受診が必要となった場合の現時点での希望も確認をする。</p>
	<p>意思決定支援 (協働意思決定)</p>	<p>在宅医療の継続だけが選択肢ではないこと、状況や病状でいくらかでも悩み、迷い、変更していいということを患者に繰り返し伝えながら、寄り添い、折々に患者の意思を確認し、適宜患者を支援しているMSWの所属機関、他機関の多職種によるチームと患者の意思や考え、想いに関するMSWのアセスメントした内容を必要に応じて共有する。</p>
	<p>環境調整・ コーディネート</p>	<p>患者の自己実現を可能にする環境を整えるためには、患者の病状の変化や特性、患者や患者を取り巻く環境に関する正確なアセスメント、そして適確なコーディネートが重要である。病状や症状、そして治療と共存していかななくてはならない患者が多い在宅医療の現場では、医療職以外の他職種や他機関に医療の視点も伝え、必要であれば提供する支援にその視点を反映していくことで患者の利益につながることを目指す。</p>

実践の領域のレベル	要点
<p>アセスメント</p>	<p>以下3点の視点からのアセスメントし、患者とその家族を支えている多機関多職種によるチームと適宜その結果を共有する。</p> <p>1.主介護者/意思決定する人/キーパーソンなどの確認</p> <p>患者の日常生活を主に介護・介助し、支えている家族、患者とともにあるいは患者に代わって生活の仕方や治療方針の決定をする家族、そしていろいろな決定は直接にするわけではないが、患者の生活を組み立てるときに中心に据えることでその後の支援が円滑に進む家族など、患者の周りにいる家族や人々の役割を確認し、見極めることを意味する。</p> <p>2.患者と家族等の関係・パワーダイナミクスの評価</p> <p>3.家族等同士の関係・パワーダイナミクスの評価</p> <p>患者と家族のこれまでの経過や経済事情、住宅事情などを背景に、患者とそれぞれの家族や周囲の人々はどのような関係を持っているのか評価することを意味する。在宅療養生活の中で様々な事柄を決定していく際、どのような形で誰にどのように誰が働きかけていくことによって円滑に患者の求める形を実現できるか、検討していく際に大変重要な情報となる。</p>
<p>心身にもたらす 介護負担の評価と軽減</p>	<p>家族の有する他の役割も把握した上で心身の負担を評価し、適宜軽減を図る。特に医療依存度の高い患者が利用できる各種サービス、制度などの社会資源は限られるため、留意する。(具体的にはレスパイトケアの調整など)</p>
<p>グリーフケア</p>	<p>先述したアセスメントを念頭に、患者の終末期や死亡後に支援が必要な家族か、必要な場合にはどのような支援が必要か検討し、提供する。タイミングは、患者の死後とは限らない。患者の家族が患者の病状の悪化や死亡をどのように受け止めるか、MSWはアセスメントを繰り返し、病状悪化等の変化が起きる前に患者とは別に家族とかかわり、支援の必要性を見極める。例えば患者との関係が良好で献身的に支えている家族がいたとする。言語表出することでストレスに対処する傾向にある家族の場合、MSWは適宜家族と面談をし、心理的支援を提供する。患者死亡後、患者を支えていた多職種チームの多くは訪問することはなくなるが、MSWはその後も生き続けていく家族を支援する目的で訪問することもある。一方、患者とのそれまでの関係性や、家族自身の持つ力により、死亡によってももたらされる精神的ストレスが高くないもしくは自身で対処できる</p>

実践の領域のレベル	要点
	<p>場合、病状の変化が緩やかに長い年月を経て起きており、家族も十分に準備ができている場合、あるいは他者に語ることでストレスに対処することを好まない場合は訪問を含み、MSWが介入、支援することが最善ではないこともある。このように、支援者側の「こうすべき」「こうであろう」を押し付けた支援にならないように十分注意する必要がある。</p>

* 在宅療養支援診療所のMSWによる個別支援の事例 (8050世帯の支援を考える)

(事例の経過・背景)

Aさん(89歳・女性)とその息子であるBさん(55歳)の二人暮らし。遠方に他に息子が二人いる。Aさんには認知機能の衰えなどはなく、自宅で二人分の食事を用意することはでき、また、入浴を自力で行うことが可能な身体機能も保たれている。室内の移動は問題ないが、外出には不安があり、買い物などはBさんが行っている。年齢相応の心機能の低下があり、通院や緊急時に不安を感じ始めたBさんからの依頼で訪問診療が開始となった。

(事例の展開と概説)

MSWは訪問診療開始前後の介入時において、介護保険申請時の支援、ケアマネジャーの選定、訪問リハビリとの調整を行った。また、体調不良時の往診時などに医師に同行し、適宜患者と家族の心理社会的状況を把握し、他機関との情報共有を中心に行っていた。継続的なアセスメントにより、主介護者はBさんだが、様々な決定は遠方の息子が中心になっていること、もう一人の遠方の息子は意思決定の中心ではないが、Aさんはその息子の意向を重視していることなどが分かっていた。

既述したように、家族間の関係、家族と本人の関係のアセスメントをこのように行っている。このアセスメントがあることにより、今後の病状悪化時の意思決定支援が円滑に行われるようになる。

訪問診療開始して3年ほど経過、定期訪問後の主治医より身体機能が低下傾向にあり、今後支援体制の見直しが必要な可能性があるとの連絡が入った。主治医に身体状況、医師の病状や今後に関する予測を確認したうえでMSWはAさん宅を訪問し、Aさん、Bさんと面接を行った。

在宅医療の現場では、専門職が単独で訪問することがほとんどのため、それぞれの職種が他職種の業務を十分理解し、必要と判断した時点で主体的に連絡や報告をして連携を図ることが非常に重要である。MSWをはじめすべての職種に通じることだが、他職種としっかりと連携できる関係と仕組み作りが求められている。

面接では、現状の理解状況の確認と、AさんとBさんそれぞれの希望を確認した。Aさんは在宅での終末期を希望しているが、BさんはAさんを在宅で看取ることには不安がある、とのことだった。そこで、Aさんを支えている多職種チームや、遠方に住む息子達を含めたカンファレンスの場を設け、今後の方向性について検討することにした。この間、これまでのアセスメントの結果、BさんはAさんの病状の悪化に大変不安を感じる様子があったので、MSWはこまめに電話や訪問などで面接を重ね、心理的支援を行った。その中で、今後想像される病状変化についても医師に確認をしながら伝え、理解の深化を支援した。Bさんは、このころから自分自身の今後の生活に関する不安をMSWに語るようになった。

この前半の部分は、介入当初のアセスメントにおいてBさん一人では今後の方向性は確定しないと想定されたため、最初の段階から本人家族を促し、遠方の家族を巻き込んだ部分である。こうすることで限られた時間の中で本人と家族の意思決定をできるだけ当事者の想いに寄り添った形で実現することが可能となる。

同時に、BさんがAさんの病状悪化によってもたらされるストレスに対処することが難しいのではないかというアセスメントに基づき、MSWはBさんに細やかに関わっている。その結果、Bさん自身の将来の不安もMSWに表出するようになり、Bさんの不安定さを支えることでAさん自身の生活を支えることにもつながっていった。このように患者の想いや希望を実現するためにはそれを支える患者の家族や周囲の人々を支えることが必須である。

その後、カンファレンスやいくつかの面接をしながら今後の療養生活について検討を重ねていた最中、体調が急変し、救急搬送、そのまま入院し、数日後に他界してしまった。約1か月後、自宅に訪問し、Bさんと面接したところ、これまで収入はAさんの年金が大部分を占めていたこと、Bさん自身は大学卒業後就職し、職場の人間関係を理由に退職後、正社員としての職歴がないこと、漠然とした今後に関する不安や焦燥感を訴えた。MSWはBさんに対し、継続的に支援が可能な地域にある社会資源につなぐことができることなどを伝え、Bさんの支援体制が確定するまでサポートをすることを伝えた。

Bさんには、Aさんの急逝というストレスに一人で対処することが難しいと考え、MSWは訪問し、面接をしている。前述したように患者の死亡のタイミング、患者の家族自身が持つストレス（力）、患者と家族の関係などによって、患者死亡後のMSWの介入は多様である。多くの職種は患者の死亡によって訪問を終了することが多い。しかし、MSWはその必要性を評価し、患者死亡後も家族が地域で自分らしく生きていけるための軌道づくりまで必要であれば関わる事が可能である。

MSWが個別支援を実施する際、一方で核家族化、未婚晩婚化、高齢化が進んでいる社会背景から、同様の事例が地域の中にもあるのではないかと考えることができる。そして、同様の状況にある他の介護者をつなぐことで当事者によるサポートの仕組みができるのでは、そこに雇用が生まれるのでは、と考えることもできるかもしれない。あるいは患者が他界した後の経済的不安に対応するために、学習会や講座の設定を地域包括支援センターに相談することもできるかもしれない。このような問題は、他の人々や地域の問題にもなりうる意識しながら取り組んでいくこともMSWの使命である。



②院内連携

在宅医療においては、所属機関の多職種がチームとなって支援を実践することが多い。しかし、同じ機関に所属していても、職種によって価値感や専門性は異なり、考え方や行動には違いが出てくる。所属機関が示す理念やビジョン等を踏まえつつ、チーム内のコミュニケーションの円滑化、価値感の共有、連携の強化を行うことで、チーム力が向上し、個別支援や地域活動等の質の向上に繋がる。組織内における関係性や状況、環境等に合わせて、院内連携を高めるコーディネートをする事も、MSWにおける大切な仕事である。

* 在宅医療に関わるMSWの実践の要点

同じ理念の下に集った仲間だからこそ、互いの価値感を理解し、尊重することで、専門性を発揮できる組織を作ることができる。こうして連携を高めることで、より困難な事例への介入や、業務効率化によって、より多くの地域の患者への支援を可能とすることへもつながる。

専門性の違いによって、それぞれの視点や将来像、アプローチも様々である。各専門職がそれぞれの専門性の中で、患者の生活を改善したい、地域を良くしたいと考え、行動していても、所属機関のチームとしてまとまっていなくては、大きな力は発揮されにくい。

MSWはその仲介、コーディネート役として、専門職それぞれの視点、アプローチを理解、整理し、組織全体として進むべき方向性を共有していく場のセッティングやディスカッションを行うことが重要である。

多職種でのディスカッションをまとめていくには困難なことも多い。しかし、多職種の視点があることは、より多角的かつ多様なアプローチが可能になることでもある。まずは、それぞれの専門職が、なぜそのケアを実践する必要があると考えているのか。そのケアを実践する事で何が改善し、どのようにその患者の生活が改善すると考えているのか。まずは、互いの専門職の想いを共感するだけでも連携は深まる。その際、MSWとして生活全体を包括した視点、そのケアを実践していくことで数日後、数ヶ月後、数年後、その患者の生活がどのようになっているのかといった時間軸の思考を持つことは大切である。

私達は、患者が在宅生活を快適に過ごせるために専門職の技術・知識を使用するはずなのだが、治療や状況の改善といった手段が目的化してしまうことがしばしばある。専門職が行うケア一つひとつが、快適な在宅療養生活につながっているという視点をチーム全体で持つことが重要である。そして、最終的には診療所全体としての進むべき方向性を各専門職が理解し、同じ目標に沿ったケアが実践出来るような舵取りが重要である。

そのような実践を一つひとつ行い続けることで、組織としての成熟度は向上し、質の高いケアの提供や、困難な事例への対応ができるようになり、地域に対する貢献へとつながっていくと考える。

実践の領域のレベル	要点
クライアント (患者・家族等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ チームとしての価値を最大限に引き出すコーディネート ・ 多職種が話し合う際の共通言語（価値感の共有）の設定 ・ 各専門職のアプローチへの理解と共感 ・ ケアの方向性の統一 ・ タイムリーな情報共有 (患者・家族の意向、チームとしての方向性) ・ 医療情報と生活情報との価値基準の置き方の調整 ・ デスカンファレンスの実施
組織	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内カンファレンス（全体の情報共有） ・ 各専門職の特性を理解 ・ 診療所としての特色・強みの共有 ・ 全スタッフが窓口となるような組織作り ・ 各専門職との情報共有
地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における医療資源としての役割の実践 ※地域に存在する医療機関として、どのように地域へ貢献・還元できるか。所属機関の地域内の役割を創出 ・ 地域資源の理解と役割分担の調整 ※地域内にある医療・福祉のフォーマル資源だけでなく、地域のキーパーソンや商店等の把握と情報共有、連携

医療だけがうまくコントロール出来ていても在宅療養がうまくいくわけではない。多職種の視点やアプローチを通して、生活全般をサポートする事が重要である。特に医療介入が必要な事例や医療的ケア児、社会的困難な事例等については、専門職の高い専門性とタイムリーな連携ができて、ようやく質の高い支援に結びつく。その上で、院内連携はその土台となる部分であり、患者や地域のためにも日頃からしっかりと院内連携を実践しておくことが重要になる。

* 院内連携に関する「クライアント」、「組織」、「地域」の相互作用 (事例：癌の末期の患者を支える)

Aさん(46歳・女性)は子宮癌末期状態で病院にて抗がん剤治療を続けていた。抗がん剤の効果も期待できなくなり、夫(48歳)と話し合った結果、ホスピスではなく自宅にて最期まで生活することを希望。予後は半年程度と夫婦には告知されており、疼痛は内服にてコントロールされていた。Aさん夫婦には、中学校2年生(息子)と小学校6年生(娘)の子どもがおり、4人住まいである。子ども二人は母の病状について詳しく知らされてはいない。退院にむけて、カンファレンスが開催されることとなった。

<実践の展開>

1) 専門職の視点・アプローチの共有、今後の展開について

MSWは退院カンファレンスに参加し、所属機関の医師・看護師・リハビリスタッフと今後のケアについて各専門職とそれぞれに情報共有を行った。医師とは、今後起こりうる疼痛の悪化に備えてオピオイドローテーションや食欲不振等について、リハビリスタッフとはADL低下に備えた環境整備やリハビリテーションの介入について、看護師とは食事や排泄、睡眠など生活全般に対するケアの介入について。さらに、母親としての役割や子どもへの告知、残された時間をどのように過ごしていくのか等について共有した。

癌の末期の方は展開が早いため、今後起こりうることを見据えてケアの調整や準備を進めておくことで、安心して生活出来るようになる。しかし、専門職それぞれの視点のみでケアを行うとスピード感のズレやケアチームとして一体的なケアが実現できない恐れがあるため、MSWとしては専門職それぞれが何を考え、どのようなケアを実施しようとしているか、また院内全体でズレがないかなどを把握し、各種調整等することが望まれる。

また、疾患だけでなく本人や家族の心のケアや環境についても配慮しておくことが重要である。例えば本事例では小学校6年生の娘さんの進学のことや心のケアのこと、今後家庭内に唯一の女性になること等についても想像し、院内のチームとしてケアの抜けや偏りが無いよう把握、調整を行っていくこともMSWにとって大切な仕事である。

2) 所属機関の情報共有及び連携

在宅療養が始まって1週間後、所属機関のスタッフで情報共有&カンファレンスを行った。疼痛は内服にてコントロール良好だが、ADLの低下と食欲不振があること、夫は不安が強く少しでも変化があると医療者からの説明を希望していること、今後介護休暇申請をすること、子ども達は母親と接したいがなかなかうまく接することが出来ないことが報告された。そして、本人の想いとして残された時間を考えると今家族と過ごす時間を大切にしたいこと、母親として息子、娘に伝えたいことがあることが共有された。

ケアを実践していく中での状況や新たな情報等によって、ケアを日々変化させていく必要がある。例えば上記の事例の場合、情報共有によって事務スタッフ等は夫からの電話がかかってきた際に、往診の閾値を低くしたり、医療者から再度連絡し直すことで家族の不安を軽減できるであろうし、ケアスタッフがサポートする事で家族旅行や外出などを計画できるかもしれない。また、その際には本人と子ども達の時間を作ることでそれぞれに伝えたいことを伝えることが出来るかもしれない。本人や家族の想いは日々変化していくため、先を見据えつつケアも合わせて変化させていくことが必要であり、所属機関のスタッフ全て（直接ケアに関わらないスタッフも含む）が同じ方向を見据えてケアしていけるよう、MSWが院内に対する情報共有やケアの調整、アドバイス等を行うことも重要である。

本カテゴリーは院内連携であるため深くは触れないが、もちろんその際にはケアマネジャーや訪問看護師、薬剤師等、他事業所との連携、情報共有、ケアの方向性の確認等も重要である。

3) 地域活動への展開

在宅療養を半年過ぎ、最期は自宅にて安らかに迎えられた。亡くなる数ヶ月は夫の介護休暇によって家族の良い時間が過ぎ、家族旅行にも数回出かけることが出来た。子ども達とも十分コミュニケーションが取れ、母としての役割も果たせた様子があった。

その後ひよんなことから兄の中学校の先生と話す機会があり、同様の境遇の子ども達が複数人いること、その際教師がどのように接すればよいか等悩んでいることが分かった。そこで、医師、看護師とMSWにて中学校の教員向けに人生会議やグリーフケアの勉強会を開催することとなった。

在宅療養にて発見された課題等は、その他地域にも点在している可能性がある。MSWの仕事は症例毎に個別の支援を実施していくことも大切だが、地域がより過ごしやすくなるように地域課題に対して実践をしていくことも大切な役割である。その際に、院内の専門職種を巻き込む事も重要である。本事例では医師・看護師を巻き込んで中学校教員に向けた勉強会を開催している。このように、院内の専門職を巻き込む事によって、院内全体に地域活動を実施する事の意義や効果をつたえることが出来るようになる。

地域に存在する医療機関として役割を果たすこと、専門知識・技術を持った多職種が所属する医療機関と地域をつなぐこともまた、MSWにとって大切な役割である。



③院外連携

昨今、独居世帯の増加や家族機能の低下などの社会的背景から患者に代弁者がいないケースも地域には増えてきている。そのようなケースも含め、患者や家族の抱える課題は、医療や介護に限ったものではなく個々の生活や心理社会的な背景等により多様かつ複雑化してきている。このような患者の置かれている環境が、提供される医療やケアに影響を及ぼすことも少なくない。地域の関係職種が密に連携を取りながら患者を支援することが以前にも増して求められており、MSWは、医療機関の窓口として地域のお他機関・多職種と協働しつつクライアントを多面的に支援することが求められている。

* 在宅医療における院外連携の実践の要点

在宅で生活している患者には多くの事業所や支援者が関わりチームを形成している。そして、そのチームに属す支援者はそれぞれの専門性に則した評価を行い日々支援にあたっている。MSWはその地域のチームの一員として各支援者と密な連携を取りながら、チームの力を最大限に発揮できるよう立ち回る役割を担っている。

院外連携に係るMSWに求められる役割として、

- ・クライアントに関わる支援者のチーム内において、治療方針と生活状況のコーディネートを行い、他機関と協働しながらクライアントの意思決定の支援や療養方針の合意形成を行う。
- ・クライアントと支援者それぞれとの関係性を見極め、クライアントにとってより望ましい相談窓口を適宜検討する。同時に、クライアントの状況に関わる支援者のチーム内でタイムリーに情報共有できる体制を構築する。
- ・所属機関のどの職種においても他機関とタイムリーかつ密に連携が取れる体制を整える。
- ・地域で暮らす住民の療養生活をより良くするため、他機関との連携を強化する。

などがあげられる。

MSWは、普段から他機関・他職種との信頼関係の維持向上を意識し、各支援者の専門性やその評価、価値観を十分に理解した上で、患者・家族への支援や地域活動に携わることが重要である。

院外連携を密に行うことでクライアントのより良い支援が多面的に検討できるだけでなく、組織全体の資質向上や地域に点在する課題への包括的なアプローチも可能となる。

実践の領域のレベル	要点
クライアント	<ul style="list-style-type: none"> ・治療方針や医療情報をクライアント及びクライアントに関わる支援者の中でタイムリーに共有する。 ・クライアントと他機関（他機関に所属する支援者）、支援者と支援者など、クライアントとクライアントを取り巻く人たちの関係性をアセスメントする。 ・患者の身体・精神状態に応じ、既存の社会資源の調整や新たな社会資源の開発などの環境調整（マネジメント）を行う。 ・支援の過程において、関わる支援者で構成されるチームの中でのMSWの立ち位置を理解する。 <p>→上記を踏まえ、“（MSW自身も含めた）誰がどの部分に関わることがクライアントにとっての利益になるか”という視点を持ちつつ、関わる支援者の中でクライアントの抱える課題に応じた役割分担を行う。加えて、その都度クライアントの状況を支援者間で密に共有し、臨機応変にその時々に合わせてアレンジメントを行う。</p>
組織	<ul style="list-style-type: none"> ・所属機関の他職種から得た情報を他機関へ発信・共有する。 ・他機関の声を代弁し所属機関内へ共有する。 ・他機関と円滑に情報共有ができるような所属機関内の体制作りを行う。 ・他機関からも自分の組織がどのように評価されているかという視点を持ち、他機関から相談しやすい窓口としての役割を担う。
地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域に点在する社会資源を把握する。 ・地域にある社会資源をアセスメントし日頃から関係性の維持向上に努める。 ・新たな社会資源の開発を行う。 ・他機関と密に連携しつつ地域の課題を抽出し、課題解決に向け協働して取り組む。 ・地域の専門職対象の集まりへ参加し意見交換を行い、日頃から連携を深める。

* 在宅療養支援診療所のMSWが院外連携を実践して関わった事例 (身寄りのない独居の患者を地域で支える)

Aさん(82歳・男性)は現在の住まいで長年暮しており妻が亡くなってから一人暮らし。関わりのある身寄りはいない。Aさんは、妻を亡くしてから自宅に引きこもりがちで最近では足腰も弱っていた。身の回りのことは自分で何とかできるが、外へ出掛けることはできず買い物などは週1回来ているヘルパーをお願いしていた。

ある日、訪問したヘルパーが部屋で倒れているAさんを発見、その場でD病院へ救急搬送をした。D病院で、脱水と診断され点滴治療が開始されたが、Aさんは「家に帰せ!」と暴れてしまい十分に治療ができなかった。本人に付き添うことができる身寄りも居なかったため入院できずに帰宅した。

ケアマネジャーからE診療所のMSWへ「Aさんは病院に行きたくないと言うしどうしたら良いでしょうか・・・」と相談があった。

<実践の展開>

1) 意思決定支援と療養の方針の検討、合意形成

MSWはケアマネジャーの不安を傾聴しつつAさんの意向を改めて確認が必要と判断。診察の調整をするとともにケアマネジャーと相談の上でサービス担当者会議を開催し療養の方針を検討することとなった。

診察時、ケアマネジャーやヘルパーも同席する中、医師より改めてAさんへ病院に行くかどうか確認すると「病院には行かない!もう何もしなくて良い!」と強く訴えた。MSWからその理由を尋ねると「妻を看取ったこの家で私も死にたい。」とAさんは語り、Aさんは妻を看取ったこの家で最期を迎えたいという思いがあることを確認した。

Aさんの思いを受け、ケアマネジャーやヘルパーと共にできる限り最期までAさんが自宅で暮らしていくことを目標に支援をしていくことを共有した。

身寄りのない患者は、患者の意思を代弁する親族等がないため、特に支援者が患者の意思に耳を傾けそれを尊重する必要がある。

ただ、所属機関の医師や看護師、地域のケアマネジャーやサービス提供者など、支援者個々人でも価値観や言葉の捉え方が異なり、必ずしも支援者全員の見解が統一されているとは限らない。患者の意思を確認するためにも患者も含めた支援者間での話し合い（サービス担当者会議や退院前のカンファレンス等）を幾度も重ね、その都度患者の意思の確認や療養の方針を合意形成した上で支援にあたるのが非常に重要である。

2) 支援者間の価値観や悩みの共有及び円滑に連携できる体制作り

サービス担当者会議ではAさんができる限り住み慣れた自宅で最期を迎えるまで支援をしていくよう話し合われた。しかし、ヘルパーより本人の体調変化に対する不安の声があがり、ヘルパーのバックアップのあり方も検討する必要があった。MSWより主治医へAさんに関わるヘルパーに対して今の病状や今後予測される病態変化、病態変化の時の対処方法などを説明する機会がつかれないか相談し、後日レクチャーをする機会を設けることとなった。また、ヘルパーが医療面の不安等があった際にタイムリーに相談に応じる体制を整える必要があると考え、MSWよりD診療所の他職種へ協力を依頼した。

並行して、Aさんに関わる誰もが緊急時に一貫した対応ができるようケアマネジャーとMSWが協力して緊急時の連絡の流れや対処方法を書面で作成し、全ての支援者で共有することとした。

在宅医療を利用する患者には多くの支援者が関わっており、各支援者の専門性や医療的知識の違いだけでなく、患者に対する支援者個人の価値観や姿勢も多様である。

患者のより良い療養生活を実現するためには、患者に関わる支援者それぞれの専門性や関わり方に理解を示し、互いの評価を共有することが重要である。加えて、支援者間の悩みを共有しながら、それに対する具体的な策を講じることで、チームとして互いの組織や職種への理解が深まり結束力が高まる。

一方、患者の状態に応じて検討すべき課題も変化するためタイムリーな連携も必要である。ただ、MSWだけではその役割を担うことには限界があり、所属機関のスタッフが誰でも対応できるよう組織作りをすることは非常に大切である。以上を行うことで、患者のより良い療養生活の実現に資することができる。

3) 地域の課題検討と地域活動への展開

Aさんを自宅で看取った後、デスクカンファレンスを開催した。支援者同士でAさんの支援内容について再検討をしつつ、Aさんとの関わりを生かし、地域で一人暮らしをしている人のサポート体制について定期的に検討していくこととなった。

地域のチームで支援した一人の患者への関わりから支援内容を振り返り、地域で暮らす他の身寄りのない人の現状や考える課題を改めて検討する必要がある。

一つのケースから得られた課題を地域の関係職種で振り返り吟味することにより、新たな社会資源の開発や今後の地域作りへ発展させることも可能となる。

クライアントや地域が抱える課題の早期発見やその介入はMSWや所属機関だけでは対応しきれないことが多い。そのため、他機関とも密に連携を取りながら協働して支援していくことが重要でありより良い支援の提供にも繋がる。そのためにもMSWは、日頃から他機関と意識的にコミュニケーションを取りながら関係性の維持と向上を目指し、双方の価値観の理解を深めることが重要である。



④地域活動

医療ソーシャルワーカー業務指針においては、かねてより患者・家族等へのミクロレベルでの実践に並んで地域活動が位置づけられている。地域の人々の多様なニーズを伴う在宅療養を具体化するにあたり、公的な社会資源のみを頼りに実践することは現実的ではない。地域内のインフォーマルサポートを活用または育成すること、地域のネットワーク作りに参画をするといった地域活動の実践が不可欠となる。

在宅医療に関わるMSWが、ミクロレベルの実践を主としながらも地域活動をいかに展開していくかについての要点を下記に示す。

* 在宅医療における地域活動の実践

在宅医療に関わるMSWが地域活動に取り組むにあたり、まず重要となるのは実践の対象とする「地域」及び「コミュニティ」が具体的に何を指すのかを明確にすることである。患者・家族のみならず地域住民または専門職など多様な人々との協働を要する地域活動において、地域及びコミュニティが意味するものを明確にし、協働する他者と共有することが重要となる。それらは地域の特性や地域における所属機関の立ち位置などによって異なることが想定されるが、MSWの地域活動は主として「病気・健康をテーマとするコミュニティ（共同体、グループ、組織等）」が、その実践の対象になると考えられる。

さらに患者・家族が抱える共通の課題、すなわち地域課題や現状を把握するための情報収集が必要となる。MSWによる地域活動が最終的に地域の患者・家族等に寄与するものとなることを目指す時、日々のミクロレベルの実践を通してみえる地域課題への気づきや発見は貴重な情報となる。これらを踏まえ、地域活動の具体的内容の検討・計画を進める。「地域」、「クライアント（患者・家族）」、「組織」の3つの領域での実践の要点を説明する。

実践の領域のレベル	要点
クライアント (患者・家族)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域活動が患者・家族の在宅療養の質向上等に寄与するものとなるよう、活動目的を明確なものとして設定する。 ・インフォーマルサポートの体制を構築・強化することで、個々の患者・家族の在宅療養を支えるといった視点を持つ。 ・個々の患者・家族が抱える共通の課題（＝地域課題）をミクロレベルの実践の積み重ねの中で見出す（後述の事例参照）。
組織	<ul style="list-style-type: none"> ・地域活動を具体化・実践するに際し、所属機関管理者の理解・許諾を得る。 ・地域活動の目的や意義を所属機関内の多職種と共有し、活動実施に際しての協力を得る。 ・地域活動に際しての金銭的・経済的な基盤作りが重要になる。（助成金などの資金調達や行政事業の受託などの工夫が必要） ・地域活動の実施にあたり、地域内の他機関の理解や協力を得る。他機関との協働体制を構築することによって、活動の拡がりが生まれる場合がある。
地域	<ul style="list-style-type: none"> ・地域やコミュニティが指す意味合いの明確化を行う。 ・地域やコミュニティの課題把握のための情報収集・アセスメントを実施する。 ・多様な立場の地域住民（民生委員等）や地域の専門職等とのつながり・関係を構築する。 ・在宅医療の普及啓発の観点から市民講座等の企画・実施や、MSWが講師の役割等を務めるといったことが考えられる。 <p>【想定される地域活動の対象】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○共通する疾病や障害を抱える患者・家族 ○所属機関・他機関との繋がりが十分ではない患者・地域住民 ○元気な地域住民（アドバンスケアプランニングの実践など） ○地域内の関係機関・他機関の専門職 <p>その他、インフォーマルサポートの具体例として、患者会や家族会、サロン、ボランティア活動の取り組みなどが想定される。</p>

* 在宅療養支援診療所のMSWによる「地域活動」の実践例 (認知症家族介護者を支える家族会運営)

アルツハイマー型認知症中等度と診断されているAさん(79歳・男性)は、同居の妻の介護を受けながら、訪問診療を利用し在宅生活を継続していた。最近になり、トイレ動作が間に合わず失禁をしてしまうというAさんの状況があり、その対応に妻が疲弊しているという状態をMSWは確認した。Aさんの妻は、身内または友人などに認知症の介護をした経験のある方がおらず、自分の大変な思いを誰かに聞いてもらいたいといった思いを解消できずにいた。MSWは、Aさんの妻への支援を検討すると同時に、下記の流れにおいて地域活動を計画・実施した。

【実践の展開】

①地域課題への気づき・発見

MSWはAさんの妻の介護負担の軽減の方策を検討しながらも、最近になりAさんの妻と同様に認知症の介護に伴う心理的な負担を抱える家族介護者が、訪問診療利用患者の家族の中に複数いることを感じていた。実際に、これらの認知症家族介護者のニーズに対応するような地域内の取り組みを調べると、それが地域の中に十分に無いことを確認した。MSWは、認知症家族介護者の特に心理的な負担等を支えるサポート体制が十分でない事が地域課題になると判断をした。

②所属機関の管理者・他職種との共通理解の構築

MSWは自身が務める診療所内の会議において、Aさんの妻の事例を踏まえ、認知症家族介護者を支えるサポート体制が十分でない事が地域課題となっていることを管理者及び他職種と協議した。他職種からは、Aさんの妻のような認知症介護を行う中での負担感を聞いて欲しいといったニーズは、他患者の家族からも数多く確認されるという意見があがり、当該の地域課題への対処が必要であるとの共通理解を得た。会議を通して、地域活動としてAさんの妻をはじめとする認知症家族介護者を支える家族会の開催を検討する方針となった。

③地域住民の協力体制の構築及び地域活動の計画・実施

MSWは、活動への協力を仰げそうな人として、過去に家族の認知症介護に積極的に取り組んでいた地域住民に連絡を取った。最終的に4名の地域住民からの協力が得られるに至った。MSWは地域住民との協議を重ねて、診療所内における認知症家族介護者の会の企画案をまとめた。運営に際しては開催場所の確保と、お茶代などの雑費が必要になることを見込んだ。再び診療所の会議において、企画案を提示し診療所内の空きスペースを使い、当面の雑費は診療所での負担を見込みながら、家族会を開催していくことが決定した。

その後、地域住民及び他職種の協力を得ながら、認知症家族介護者を支える家族会を継続実施する状況にある。会に参加をしたAさんの妻からは笑顔が見られ、「悩みながらもなんとか夫の介護を続けていきたい」といった声が聞かれた。

【支援全体の概説】

公的制度内においては、家族の心理的・情緒的なニーズへの対応を期待することは、往々にして難しい状況がある。その為、それらに対応をするインフォーマルサポートは重要なものとなり、またその具体化を行うMSWの地域活動への期待が見込まれる。本事例のMSWは個別支援の実践並びに地域内の社会資源の調査を通して、認知症家族介護者の心理的負担を支えるサポート体制が十分でない事が地域課題になると判断をし、当該の課題解消に向けた地域活動を展開した。

本事例の地域活動は、活動の対象となるコミュニティが「認知症家族介護者」と明確である。この点において、ミクロレベルにおける個別実践との相互作用も想像が容易なものとなっており、地域活動に対して他者からの理解も得やすい状況があったと考えられる。また本事例のように活動の計画当初より、所属機関内の他職種や地域住民との協力体制を構築することは、長期的な活動実施や継続を検討する上で重要となる。

Key Words

○個人情報保護

ケアマネジャーとの情報共有、他機関紹介時や看護師への指示を出す際などに必要最低限の情報提供があることを伝える。実際にサービスが開始した後、他職種からの情報提供の依頼があった際、それが必要最低限であり、患者の利益獲得のために必要かどうか、必ず検討する。

○様々な指導料、管理料、加算の算定

MSWは入退院時や医療機器使用等に関する診療報酬について最低限知っている必要がある。(例:退院時共同指導料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈、栄養指導管理料、在宅自己注射指導管理料等)

他医療機関と連携する際も、所属機関と他機関がどのように何を算定することになるのか、知っておくことでよりスムーズな連携につながることが多い。また、訪問先の条件によって算定内容が異なることも知っていることで、より個別に応じた支援の提案が可能になる。

【居宅療養管理指導】

居宅療養管理指導を請求する医療機関の場合は、必ずその説明を患者、家族等にすること。この指導は介護保険の範疇のため、介護保険証の確認も必要となる。

【退院時共同指導料】

平成30年度の診療報酬改定により、退院前カンファレンスに社会福祉士が参加する際にも診療報酬が算定できるようになった。(⇒退院前カンファレンスについては後述のポイントを参考のこと)カンファレンスの内容を書面にし、患者・家族と共有することが望ましい。

○様々なカンファレンス、会議

【退院前カンファレンス】

退院前カンファレンスの主な目的・効果は、1円滑な退院支援、2患者、家族の不安の解消や軽減、意思決定支援、3医療処置やケア内容、療養の方針の検討、4病院と地域とのより良い関係づくりである。退院前カンファレンスに参加する際には、事前に入院中の患者・家族の情報を確認し、カンファレンスで話し合う内容を病院のスタッフと共有や確認しておくことが重要である。カンファレンスの内容はカルテにも記載し患者・家族と共有した書面の控えもカルテとともに保管をする。カンファレンスでは、医療者や支援者の支援体制について検討するだけでなく、患者や家族が対話に参加し自身の意見や意向を伝えられるようにMSWは配慮しながら対応することを忘れてはいけない。

【デス(エンゼル)カンファレンス】

患者が亡くなった後に実施するカンファレンス。患者に対しての支援を時系列で多職種によって振り返ることで、keyになったポイントや支援、改善すべきところが見えてくる。また、それぞれの想いを吐露することで、専門職に対するグリーフケアの一助にもなる。どうしても困難だった事例や課題の残った事例ばかりを取り上げ、課題の振り返りをしがちだが、その中でも良かった点やもし次に同様な事例を対応する場合にどのようにすると良いかなど、前向きなディスカッションをすることで、質の向上や連携の向上に寄与する。

【サービス担当者会議】

ケアマネジャーが、利用者のケアプラン原案を作成し、サービス調整を行なった後にサービス提供者を集めてケアプランの内容を検討する会議。利用者の状態の変化などによりケアプランを変更する際にも開催される。利用者に関わる支援者が集まる貴重な機会であり、患者・家族の支援に関わるチームが支援を遂行する上で欠かせない会議である。その上で療養の方針の検討や意思決定支援の機会となることも多く、患者・家族・支援者の間で合意形成するには有効な手段の一つである。そのため、患者・家族の生活を尊重した意見を参加者全員がそれぞれの専門性に沿って見解を述べ意見交換ができる会議となることを目指す必要がある。

○BPSアプローチ (Bio Psycho Socialモデル)

BPSアプローチは患者・家族の置かれている状況や環境を、病気 (Bio) 、心理 (Psycho) 、社会 (Social) にて課題を整理する。複雑な課題が絡み合う在宅療養では、医療以外の課題を解決することで劇的に療養生活が改善することや、一見違う課題でもつながりが見えることで、まず行う支援などが整理される。多職種だからこそ様々な視点での課題や強みが見つかり、解決に対するアプローチも多彩になる。また医療的な課題と生活の課題が並列に整理されることで医療者以外の発言もしやすくなり、多職種の意見を引き出すのに良いツールである。

○ソーシャルワーク部門の組織内での位置づけと管理

MSWは、社会福祉の専門職であり、医療関係職種(医師、看護師等)や事務職(事務職・システム専門職・設備関係職種等)とは異なる視座をもつ職種として、組織内の理解を得ることが必要である。

○インフォーマルサポート

公的資源（フォーマルサポート）に対して、非公的な家族・近隣・ボランティアなどによる支援を指す。時間的な拘束や支援の内容に様々なルール・規制のある公的資源に比べて、その特質には、柔軟性や共感性があるとされる。MSWの実践においては、地域に存在するインフォーマルサポートの活動内容等の把握を行い、患者・家族のニーズに合わせて適宜、協働をしていくことが重要となる。さらに、それらの実践を通じて、地域に不足するサポート内容を把握し、新たな地域活動の展開につなげていくことが望まれる。

○在宅医療の普及啓発

外来や入院に比して、在宅医療の利用に関する一般的な理解は高いとはいえない状況がある。これらに対し在宅医療の普及啓発を進めることは、多くの人が願う住み慣れた地域での生活の継続を支える第一歩となる。業務指針の地域活動の項においてMSWの実践の一つとして定められるように、その重要性は大きい。在宅医療の普及啓発の具体的な取り組み内容としては、市民講座の開催やパンフレットの配布などが全国の事例としてあげられる。

3章 実態調査報告



在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の実態に関する調査 【実践関連事項】報告書

《 2018年度（後期）公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 研究助成 》

調査の概要

本調査は、公益財団法人 日本医療社会福祉協会が、「2018年度（後期）公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成」を受けて実施したものである。

（1）調査目的

わが国における在宅医療の普及・発展が進む中で近年、在宅療養支援診療所に所属し実践を行う医療ソーシャルワーカーの実践報告や取り組みが散見されるようになった。本調査では、全国の在宅療養支援診療所に所属する医療ソーシャルワーカーの配置実態や実践概況を明らかにすることを目的とする。

（2）調査対象

全国の在宅療養支援診療所の管理者、相談支援・連携業務の責任者
相談支援・連携業務の担当者

*2019年5月1日時点において、地方厚生局に届出を行っている在宅療養支援診療所

（3）調査対象数：3,239機関

（4）調査方法：郵送・全数調査

（各地方厚生局の『施設基準の届出事項』を元に対象機関を特定）

（5）有効回答数

管理者：415票（有効回答率12.8%）

相談支援・連携業務の責任者：277票（有効回答率8.6%）

相談支援・連携業務の担当者：301票

（216機関から所属担当者数分の複数回答。有効回答率6.7%）

（6）調査期間：2019年8月9日～9月27日

2020年3月 公益社団法人 日本医療社会福祉協会

本報告書の内容

本報告書は、上述する調査の内、医療ソーシャルワーカー及び在宅療養支援診療所相談支援・連携業務担当者の実践等に関連する回答を抜粋しまとめたものである。本調査全体の報告書については、下記のURLより参照頂きたい。

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>

1. 相談支援・連携業務の担当職員の配置状況及び保有資格（管理者票からの抜粋）

本調査において回答のあった在宅療養支援診療所（415機関）の内、相談支援・連携業務の担当職員（以下、相談・連携担当者）の配置状況は、219機関（52.8%）であった。

相談・連携担当者の保有資格については、看護師が121名（30.1%）で最も多く、続いて社会福祉士が87名（21.6%）であった。一方、特に資格を保有していないという回答が17名あった（表1）。

表1 相談支援・連携業務の担当職員の保有資格の概況（複数回答）

	人	%
医師	6	1.5%
看護師	121	30.1%
保健師	9	2.2%
社会福祉主事	31	7.7%
社会福祉士	87	21.6%
精神保健福祉士	29	7.2%
介護福祉士	24	6.0%
介護支援専門員	69	17.2%
相談支援専門員	9	2.2%
その他資格	17	4.2%
合計	402	100.0%

2. 相談支援・連携業務の担当職員の概況（担当者票からの抜粋）

（1）勤務形態について

i) 雇用形態（n=298）

回答を頂いた機関における相談・連携担当者の雇用形態は、「常勤」285名（94.7%）、「非常勤」13名（4.3%）であった。

ii) 業務形態（n=238）

相談支援・連携業務の形態について、「専従」として業務を担っているとの回答が、141名（59.2%）、「専任」97名（40.8%）であった。

(2) 相談支援・連携業務の担当者の経験年数

相談・連携担当者の調査時点までの所属診療所における相談支援・連携業務の経験年数及び相談支援自体の経験年数は下記の通りであった。

- ・現所属診療所における経験年数 (n=168) : 平均4.86年 (SD4.06)
- ・相談支援経験年数 (n=135) : 平均8.79年 (SD6.72)

(3) 相談支援・連携業務の担当者の職種について (n=299)

回答を頂いた相談・連携担当者の職種で最も多かったのは、「医療ソーシャルワーカー」125名 (41.8%) で、続いて「看護師」90名 (30.1%) が多く、これら2つの職種で70%を占めた (表2)。

表2 相談支援・連携業務の担当者の職種

	人	%
医師	10	3.3%
看護師	90	30.1%
医療ソーシャルワーカー	125	41.8%
介護支援専門員	11	3.7%
相談支援専門員	3	1.0%
事務	42	14.0%
その他	18	6.0%
合計	299	100.0%

3. 在宅療養支援診療所における1か月あたり新規相談の概況（責任者票からの抜粋）

在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の責任者より、2019年6月の1か月間の相談実績を元に下記の質問に回答を頂いた。

（1）新規総相談件数及び相談元（訪問診療を導入していない相談も含む。n=246）

在宅療養支援診療所一機関あたりの1か月の新規総相談件数は、平均13.1件（SD 17.5）であった。それらの相談元で最も多かったのは、「病院」からの相談で、一機関あたり4.35件の相談、続いて「ケアマネジャー」からの相談が一機関あたり3.4件となった（表3）。

表3 新規総相談件数及び相談元

	合計	一機関あたりの 平均値	標準偏差
病院 (n=243)	1056	4.35	7.61
自院の外来から移行 (n=242)	102	0.42	1.60
ケアマネジャー (n=243)	825	3.40	5.52
地域包括支援センター (n=242)	154	0.64	2.00
訪問看護師 (n=242)	165	0.68	1.82
家族 (n=242)	401	1.66	6.64
本人 (n=243)	105	0.43	1.76
その他 (n=242)	452	1.87	6.13

(2) 訪問診療に関する新規相談件数及び相談元

訪問診療の新規相談・依頼についての一機関あたりの1か月の件数は、平均10.1件 (SD 12.9) となった。訪問診療新規相談の相談元について最も多かったのは、(1)と同様に「病院」で、一機関あたり3.44件の相談、続いて「ケアマネジャー」からの相談が一機関あたり3.06件となった(表4)。

表4 訪問診療に関する新規相談件数及び相談元

	合計	一機関あたりの 平均値	標準偏差
病院 (n=250)	861	3.44	6.34
自院の外来から移行 (n=249)	82	0.33	1.07
ケアマネジャー (n=249)	761	3.06	5.07
地域包括支援センター (n=248)	120	0.48	1.93
訪問看護師 (n=249)	151	0.61	1.82
家族 (n=248)	255	1.03	5.75
本人 (n=248)	46	0.19	0.72
その他 (n=249)	319	1.28	3.34

4. 多職種カンファレンスの参加状況について (責任者票からの抜粋)

在宅療養支援診療所の代表者及び相談・連携担当者が参加した「退院前カンファレンス」、「サービス担当者会議」、「それ以外のカンファレンス」の参加状況について、在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の責任者より、2019年6月の1か月間の実績を元に下記の質問に回答を頂いた。

(1) 退院前カンファレンス

診療所全体での「退院前カンファレンス」への参加は、一機関あたり平均2.65件 (SD 4.47) となり、その内、相談・連携担当者の参加は平均2.12件 (SD 4.2) となった。

(2) サービス担当者会議

「サービス担当者会議」への参加については、在宅療養支援診療所全体で平均3.72件（SD 7.15）となり、その内、相談・連携担当者の参加は平均2.63件（SD 7.37）となった。

(3) それ以外のカンファレンス（上記以外の他機関と行ったカンファレンス全て）

上記以外のカンファレンスへの参加は、在宅療養支援診療所全体で平均2.49件（SD 5.19）となり、その内、相談・連携担当者の参加は平均1.54件（SD 3.78）となった。

5. 在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の担当者の業務内容について（担当者票からの抜粋）

(1) 各業務の頻度

下記の35項目の相談支援・連携業務について、それぞれの業務をどれくらいの頻度で行っているかを伺った（表5）。

(2) 各業務の重要度の評価

35項目の相談支援・連携業務について、相談・連携担当者自身による業務の重要度の評価を伺った（表6）。

(3) 各業務の取り組み状況及び取り組み予定

35項目の相談支援・連携業務に関する業務の取り組み状況を伺った（表7）。

表5 在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の頻度

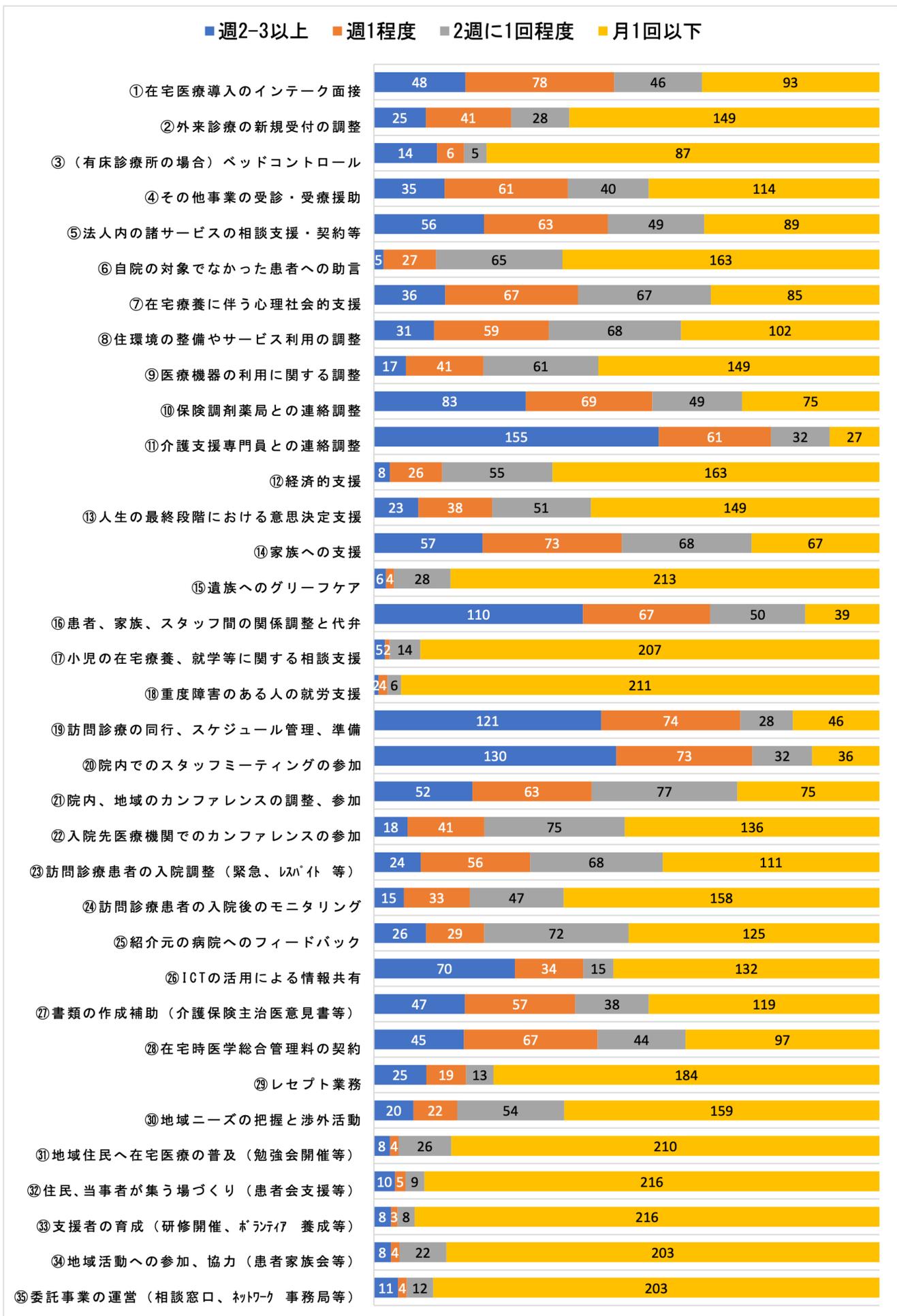


表6 在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の重要度の評価

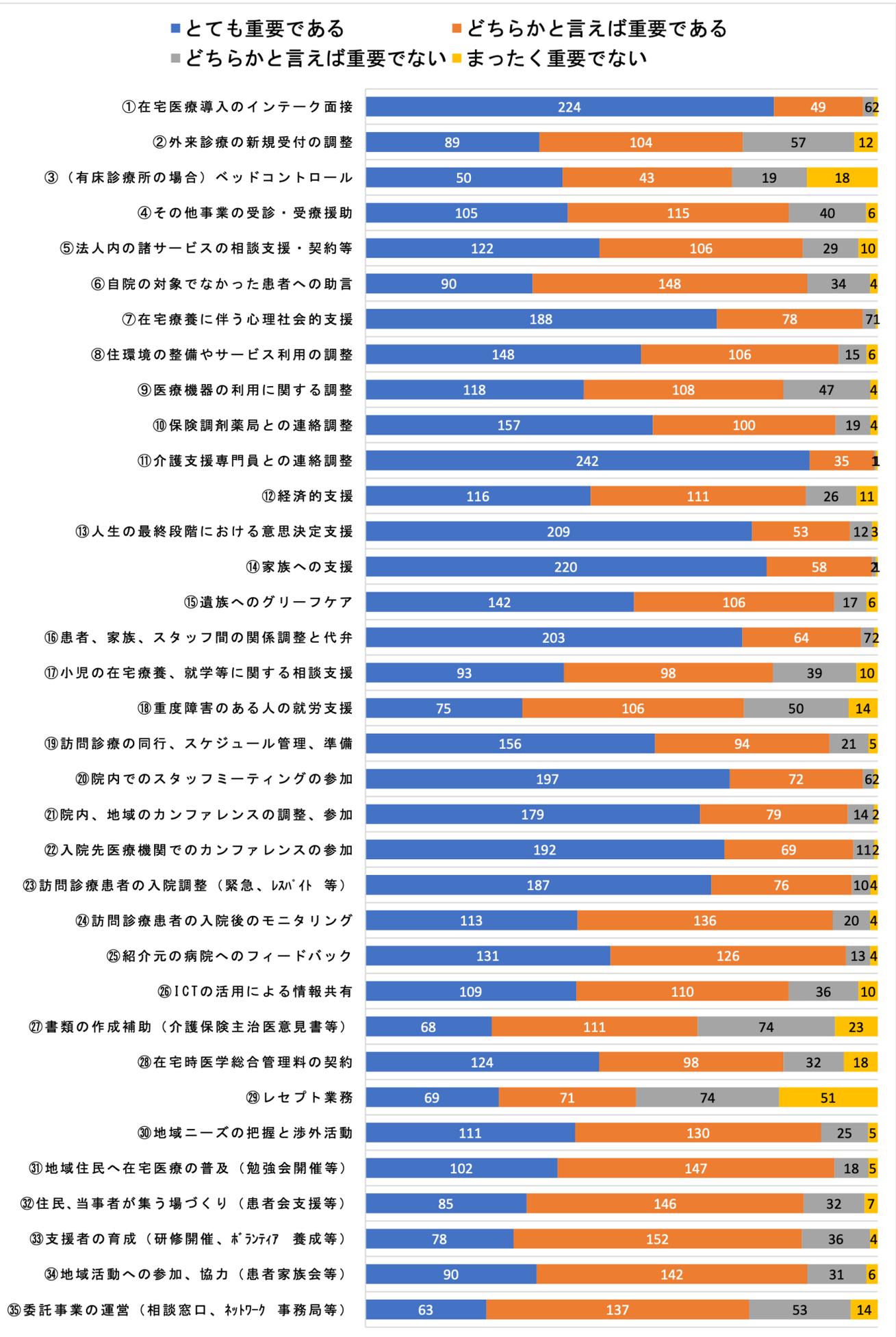
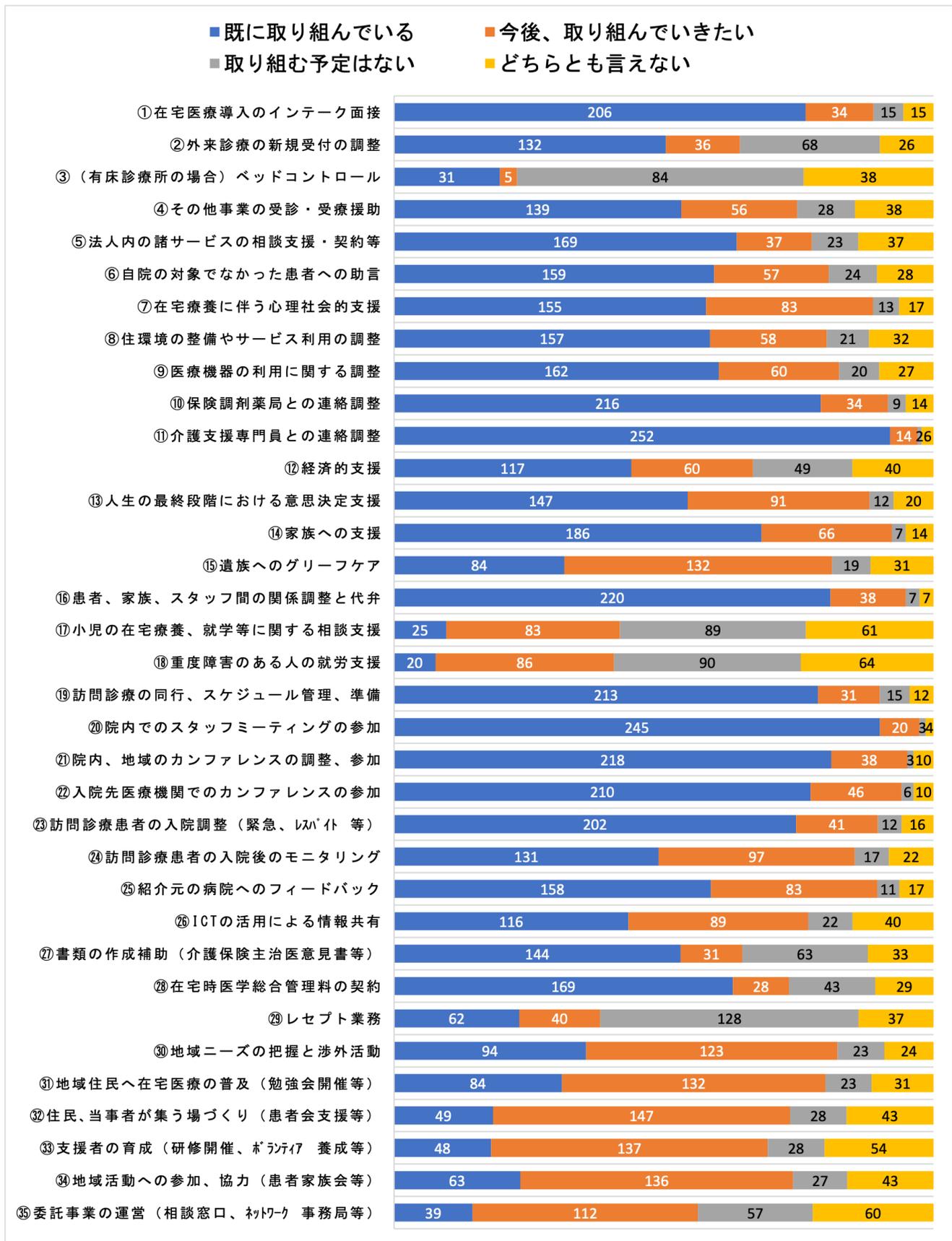


表7 在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の各業務の取り組み状況及び取り組み予定



(4) 上記質問項目以外の在宅療養支援診療所における医療ソーシャルワーカーの業務

【自由回答：一部】

i) よく取り組んでいる業務

- ・ 地域サロン開催
- ・ 家族会運営（グリーンケア等）
- ・ 病状説明の場面設定
- ・ 気になる患者宅への訪問（外来患者及び訪問診療患者）
- ・ 人生の最終段階における意思決定支援

ii) 重要と考える業務

- ・ 在宅医療導入のインテーク面接
- ・ 初めて訪問診療利用を開始する場面などの患者本人、家族の不安の解消
- ・ 訪問診療開始後のモニタリング
- ・ 社会保障制度の活用
- ・ 家族介護者の支援
- ・ 介護保険対象外の方（若年の方など）へのマネジメント
- ・ 意思決定支援
- ・ 関係機関との情報共有。
- ・ 多職種連携の推進
- ・ 地域の潜在的ニーズの掘り起こし
- ・ 地域の状況把握
- ・ 経営マネジメント

6. 診療報酬「退院時共同指導料」の算定状況について（責任者票からの抜粋）

診療報酬「退院時共同指導料」の算定状況について、在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の責任者より回答を得た。

(1) 過去3年間における「退院時共同指導料」の算定状況

2016年度から2018年度の3年間における各年度の算定状況は以下の通りであった。

- ・ 2016年度 (n=217) : 平均11.2件 (SD 25.4)
- ・ 2017年度 (n=221) : 平均14.0件 (SD 29.4)
- ・ 2018年度 (n=227) : 平均16.3件 (SD 30.2)

(2) 在宅療養支援診療所全体及びコメディカル、社会福祉士参加の場合の退院時共同指導料の算定状況 (表8)

診療所全体では、「必ず算定している」、「概ね算定している」を合わせて70.5%の回答であったが、医師以外の職種が参加した退院前カンファレンスにおいて、「必ず算定している」、「概ね算定している」との回答は、合わせて56.8%となった。また、社会福祉士参加による退院前カンファレンスにおいては、「社会福祉士がいない」状況があり、退院時共同指導料の算定は限られたものとなっていた。

(3) 社会福祉士参加による退院前カンファレンスの退院時共同指導料の算定状況について (社会福祉士のみで退院時共同指導料を算定している診療所のみへの質問、n=48)

2018年度診療報酬改定前後で、算定状況の変化があったかどうかを伺ったところ、「増えた」16件 (33.3%)、「変わらない」28件 (58.3%)、「分からない」3件 (6.3%)、「その他」 (2.1%) となった。

表8 退院時共同指導料の算定状況

		度数	%
在宅療養支援診療所全体	必ず算定している	117	44.8%
	概ね算定している	67	25.7%
	あまり算定していない	12	4.6%
	全く算定していない	65	24.9%
	合計	261	100.0%
医師以外の職種 (コメディカル)	必ず算定している	85	34.0%
	概ね算定している	57	22.8%
	あまり算定していない	13	5.2%
	全く算定していない	95	38.0%
	合計	250	100.0%
社会福祉士	必ず算定している	36	14.5%
	概ね算定している	12	4.8%
	あまり算定していない	5	2.0%
	全く算定していない	20	8.0%
	社会福祉士単独で参加することが ない	28	11.2%
	社会福祉士がいない	148	59.4%
合計	249	100.0%	

(4) 社会福祉士参加による退院前カンファレンスの退院時共同指導料の算定をするために取り組んでいる事（自由回答：一部）

- ・ 当院訪問診療の患者が病院へ入院した場合には、入院先の医療ソーシャルワーカーへ退院前の連携の依頼の連絡を前もってしておく。
- ・ 極力日程を合わせてカンファレンスへ参加するようにしている。
- ・ 退院前カンファレンスの前にインテークを実施、指導料算定の同意を得ている。
- ・ 事前に家族と連絡取り、算定に際して費用等を説明している。
- ・ 病院の連携室とのつながりを日頃から持ち、患者が入院した際には退院前カンファレンスに参加させていただくよう声かけする。

(5) 社会福祉士のみでは退院時共同指導料の算定をしていない理由（表9）

（社会福祉士のみでは退院時共同指導料を算定していない診療所への質問、n=229、複数回答）

社会福祉士のみでは退院時共同指導料の算定をしていない理由について、最も多い回答は、「その他」78件（56.9%）となり、その他の自由記述によると「社会福祉士がいない」というコメントが多数であった。その他に、「他職種と共に参加している」、「単独での参加はない」とのコメントがあった。

表9 社会福祉士のみでは退院時共同指導料の算定をしていない理由

	度数	%
社会福祉士でも算定できることを知らない	21	15.3%
患者・家族へ退院時共同指導料にかかる費用負担について説明する機会がない	15	10.9%
算定について患者・家族の同意が得られない	3	2.2%
算定の仕方が分からない	8	5.8%
組織でカルテの記載する権限がない	3	2.2%
算定が面倒	9	6.6%
その他	78	56.9%
合計	137	100.0%

結果概要・考察

(1) 調査全体における結果概要及び考察

本調査に回答を頂いた在宅療養支援診療所における相談支援・連携業務の担当者の職種として最も多かったのは医療ソーシャルワーカーであり、続いて多かった職種は看護師であった。これらの職種及び相談支援・連携業務の担当者は、何らかの機関において相談支援経験を複数年（平均8.79年）経た後に、現在所属する在宅療養支援診療所における業務に就いていた。相談支援・連携業務の担当者の業務内容の内、その頻度が高い業務は、「介護支援専門員との連絡調整」、「院内でのスタッフミーティングの参加」であり、院外連携・院内連携がその主たる業務になっていることが伺えた。また、それらの業務に続いて頻度の高い業務が「訪問診療の同行、スケジュール管理、準備」となっていることから、患者・家族との対面における関わりまたは個別支援も、相談支援・連携業務担当者の主要な業務の一つとなっていることが伺えた。特に個別支援に関連する「在宅医療導入のインテーク面接」、「家族への支援」、「人生の最終段階における意思決定支援」については、各相談支援・連携業務担当者がその重要性を共通して挙げていた。患者・家族の在宅療養の支援にあたり、在宅医療の開始から最期までを見据えた継続的な支援を具体化する視点、患者だけでなくその家族を併せて支えていく事は、相談支援・連携業務担当者の実践にあたり、重要な視点となっていることが伺えた。加えて、それらの個別の患者・家族に関わる実践の他、「地域住民へ在宅医療の普及」や「住民、当事者が集う場づくり」等、地域全体を見据えた支援に取り組んでいる相談支援・連携業務担当者の存在や、それらの業務への取り組み意欲の高さが明らかとなった。

現在、在宅療養支援診療所の社会福祉士が診療報酬算定をできる項目は、「退院時共同指導料」が主たるものとなる。しかし、在宅療養支援診療所に社会福祉士が在籍していても算定要件となる退院前カンファレンスに「社会福祉士が単独で参加することがない」といった事情も含めて半数近くの機関において、実際の算定には結びついていないことが明らかとなった。今後、さらに在宅療養を希望する患者・家族の増加が見込まれる中で、それらの人々の心理社会的な側面を支える社会福祉士の役割の重要性は増すものと考えられる。院外連携を含む多様な業務を担う在宅療養支援診療所の社会福祉士の配置やその拡大を考えると現行の診療報酬制度のあり方やその見直し案等の検討の必要性があると考えられた。

(2) 調査結果を踏まえた在宅医療に関わるMSWの実践に関する考察

①個別支援

本調査より、新規患者の受け入れに関する相談等を含む相談支援・連携業務については、MSWに限らず多職種で担っている状況があるという事が分かった。在宅医療の開始時のインテーク面接や、在宅医療に関する患者・家族等の心理社会的問題の解決には、ソーシャルワークの視点や面談技術が有効であるところらの専門知識や技術を多職種に共有していくことも重要であると考えられた。

また、グリーンケア、小児在宅や重度障害者に関する業務の頻度が少ない結果となっている。これは所属医療機関の患者において小児や重度障害の患者が占める割合自体が少ないことや、調査月における看取りの有無も関係するため、結果の解釈に配慮を要するが、小児や障害者の在宅医療を実践する医療機関の拡充またはそこでの相談援助を行うことができるMSWの養成が今後より重要となることが伺えた。

②院内連携

在宅医療分野におけるMSWの活躍を期待する雇用者（医師）が少ないことが本調査より明らかとなった。患者・家族等への支援や連携等への期待についてはもちろんであるが、院内の多職種とコミュニケーションを図り、連携を円滑にするMSWの実践にも期待を寄せる声が多かった。さらに、院外との連携、地域の連携の最前線にいるMSWだからこそ、地域での立ち位置を見据えながら所属機関の方向性や経営についての貢献を期待する声も確認することができた。全国的には所属医療機関の主軸として経営に携わるMSWも増えてきている傾向があり、経営やコミュニケーション、チームビルディング等を学び、それらを生かした所属機関への貢献や地域への貢献できるMSWの養成も求められていることが伺えた。

③院外連携

MSWを配置するメリットとして多くの管理者が「介護支援専門員等の他機関・院外他職種との連携がスムーズになる」（91.2%）、「医療機関とのやり取りがスムーズになる」（84.3%）と回答している。在宅医療に関わるMSWは、組織において院外他機関・他職種との連携に貢献し、またそれらへの役割の期待が大きいことが伺える。

一方、「退院時共同指導料」について社会福祉士参加による算定は全体の2割弱に留まっている状況において、今後、MSWの積極的な退院前カンファレンスへの参加が望まれる。しかしな

がら、診療報酬に限らずMSWとして他機関や他職種との連携はクライアントの支援や組織運営においても非常に重要な業務であることを意識して日々の業務に当たる必要がある。

④地域活動

相談・連携担当者の業務の内、ミクロレベルでの実践に比して、地域活動に関連する業務の取り組み状況は限られたものになっていることが伺える。しかし、相談・連携担当者の23.4%は「地域活動への参加、協力」に既に取り組んでおり、具体的に「地域住民へ在宅医療の普及」は31.1%の方が、「住民、当事者が集う場づくり」は18.4%の方が、それらの取り組みをしていることが明らかとなった。わが国の社会保障財政を鑑みた時、今後、保健医療福祉の公的制度が拡充の方向へ動くことが困難と考えられる中で、医療ソーシャルワーカーが各地域での地域活動を具体化しながら、地域内のケア体制を強化し、個々の患者・家族の在宅療養を支えるといった取り組みは、さらにその重要性を増していくものと考えられる。一方、限られた在宅医療に関わるMSWの人員体制の中で、地域活動の実践に時間を割いていく事の難しさがある事も想定される。その際、まずは在宅医療に関連する地域課題を整理し、事業所内でそれらの理解・共有を図りながら、地域内の他事業所との協働の可能性も含め、地域活動として何か実践できることはないかを探求することだけでも、その意義は大きいと考えられる。

4章 医療ソーシャルワーカーを配置するにあたって ～在宅医療機関の管理者に向けて～

✓ ソーシャルワーカーの働く環境

在宅医療現場をフィールドとするソーシャルワーカーが面接をする場面は実に多様であり、患者や家族宅や病院に赴き、面接をする機会が多くなる。また、所属機関に来ていただく場合でも、訪問診療を中心にしている医療機関等の場合は、スペースが十分でない事が多い。そのため、「相談室」として確立した部屋を持たずに医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務職などが部屋を共有していることも少なくない。そのような環境下でもしっかりとソーシャルワーカーとしての専門性を発揮できることが重要である。

しかし、ソーシャルワーカーの活動として以下の備品の確保があると、業務の効率化、質の向上に繋がると考える。

* 固定電話、携帯電話、インターネットアクセス

患者や家族との電話の面談や他機関、多職種との連絡調整のために電話を使う頻度は非常に多くなるため、可能であれば専用、あるいはほぼ専用に使える固定電話があると有効である。固定電話の配置については、守秘義務に配慮する必要がある。さらに、所属機関から訪問に出ている不在になることも多いため、タイムリーな対応ができるようにするためには携帯電話があると有効である。

他医療機関、各種社会資源に関する様々な情報がインターネットで示されていること、多忙な家族や他職種とのやりとりに近年電子メールはSNSの活用が有効であることを踏まえ、セキュリティを前提としたインターネットや電子メールを使える設備も必要である。

— 面談室

在宅療養支援診療所などの在宅医療サービスを提供する医療機関ではスペースが限られていることも多い。また、患者の自宅で面接をすることも多いので、医療機関内にプライバシーを守られる面接室は必須ではない。しかし、来訪者や自宅で話せない相談があった場合にMSWが使うことのできる部屋があるようにしておくことが望ましい。

— 移動手段

地域性に合わせて車や自転車、電動自転車を使うことができることが望ましい。

— カルテや地域包括システムへのアクセス、多職種との情報共有の手段の確保

所属機関内でも他職種と常に行動を共にしているわけではなく、患者宅にはそれぞれの職種が別々に訪問することが多い在宅の現場の特性を考えると、他職種がどのように患者とかかわっているのか、情報を共有することができること、そしてMSWから情報を提供できる仕組みがあることはより効果的な支援の実現につながる。

— 個人情報の扱い

医療機関の外部において患者や家族、介護者が特定されうる情報を口外しないことが求められる。また、記録用紙、診療録等を自医療機関から持ち出した場合、取り扱いには十分気をつけることが必要である。

※院外活動における留意点

よりよい相談業務を可能にするためにはプライバシーの確保、連絡手段の確保が必要になる。また、患者の自宅における面接が多いことから、移動手段の確保も必要となる。

✓ 医療ソーシャルワーク部門の組織内での位置づけと管理

医療ソーシャルワーカーは、社会福祉の専門職であり、医療職（医療関係職種）や事務職（事務職・システム専門職・設備関係職種等）とは異なる視座をもつ職種として、組織内の理解を得る事が必要である。

多職種が所属する診療所では各種専門職の様々な価値感や専門性が存在する。組織として最大限の力を発揮できるように調整することで、個別の診療だけでなく地域支援に対する質の向上等にもつながる。院内での連携を高めることもまた、MSWにとって大切な仕事である。

✓ 医療ソーシャルワーカーの周知

医療ソーシャルワーカーは、組織内、地域他職種及び地域住民へその役割について理解を得るような手段や働きかけが必要である。

- ・医療ソーシャルワーカーの設置について、医療機関パンフレット・医療機関案内・ホームページなどにより、組織内外に周知されることが必要である。
- ・他の医療機関や関係機関等との連携のために、名刺が必要である。
- ・地域の諸会議等に参加し地域の関係職種や地域住民との関係性構築を図る。
- ・地域で開催される会議や研修への参加
(在宅医療介護連携推進事業・その他地域で開催される 会議・研修・勉強会)
- ・地域ケア会議への参加
- ・自治会活動等の地域住民と関わる活動 への参加

✓ 医療ソーシャルワーカーの採用基準

採用基準：大学・専門学校等で社会福祉学を専攻した者

資格：社会福祉士、社会福祉士の受験資格を有する者

精神保健福祉士、精神保健福祉士の受験資格を有する者

✓ 研修の必要性～採用後の職員資質の確保について～

医療ソーシャルワーカーは部門の構成員が少なく、特に診療所における配置は地域差があり、各団体が行う研修会等に参加することが必要である。社会環境の変化に伴う影響を把握し、患者家族・組織・地域のニーズに対応していく実践力を高めるためには、研修会等への参加は業務の一部として位置づけられる。

また、業務の成果を発表、他機関・他職種の活動を見聞する為には、関係学会への参加は不可欠である。

1. 日本医療社会福祉協会が開催する研修会

- ・ 基幹研修Ⅰ・Ⅱ
- ・ 在宅医療ソーシャルワーク研修
- ・ 保健医療分野におけるソーシャルワーク専門研修
- ・ 各都道府県医療ソーシャルワーカー協会の研修 等

2. 保健・医療・福祉の関連団体及び学会が開催する研修会

- ・ 日本医療社会事業学会
- ・ 日本社会福祉学会
- ・ 日本医療社会福祉学会
- ・ 日本在宅医療連合学会
- ・ 日本地域福祉学会
- ・ 一般社団法人 日本保健医療社会福祉学会 等

3. 国際ソーシャルワーカー連盟国際会議（IFSW）

（グローバル化の進展の中で国際的な視点も求められている。）

✓ 実習生の受け入れ

医療機関における専門職の人材確保と育成については、各種の教育課程が実習・研修を行うことで、積極的に取り組んでいる。MSWも同様に、優秀な人材確保と育成のため、社会福祉士の実習機関として、実習生の積極的な受け入れが必要である。



他機関との院外連携

在宅医療を利用する患者には多くの関係機関や専門職、インフォーマルな社会資源が関わりその生活を支えている。患者への医療的な介入は、生活状況や社会的背景により個々人で異なってくる。地域の専門職で構成されるチームで包括的に支援に当たることにより患者のより良い支援が実現できる。

MSWは患者が地域で安心して暮らすことができるよう、その患者にどのような職種や人が関わっているのかを俯瞰的に把握し、所属機関の窓口として円滑な連携に努め、所属機関の介入方法の検討や地域他機関との調整等の役割を果たす。その役割を円滑に進めるためにも、地域とは普段から密なコミュニケーションを図り、他機関との信頼関係を構築するよう努めることが重要である。それにより、地域の支援者で構成されるチームの結束力がより強まり、地域の多様なニーズにチームとして介入できるようになる。

*地域の事業所や社会資源、インフォーマルネットワークなどを活用することによって、最期まで安心して過ごせる在宅療養環境を作り上げていくことに貢献することができる。

*退院する前に開催されるカンファレンスに参加することで在宅療養に対してスムーズな移行ができるだけでなく、診療報酬の請求も可能である。

*地域ケア会議等に参加することによって、地域の事業所や資源、インフォーマルケア等との連携やネットワーク化の推進に貢献することができ、地域の課題解決に向けて活動することができる。また、そのような活動を積極的に行うことによって、地域における医療機関の貢献も見えやすくなる。



地域活動の展開

患者・家族の在宅療養生活の支援に際しては、そこで発生する多様なニーズへの対応が不可欠となり、またそれらに対応するためには、地域の中に医療保険や介護保険等の公的資源のみならずインフォーマルサポートを含む広範なサポート体制が整備されていることが望まれる。これらに関連し、業務指針においては、かねてより患者・家族へのミクロレベルでの実践に並んで地域活動が位置づけられている。MSWの実践に際しては、関係機関、関係職種などとの連携・協働をしながら、地域活動の実践としてボランティア体制の構築や家族会、サロンの運営などを具体化し、それを個々の患者・家族の支援に還元していくことが重要となる。

5章 巻末資料



医療ソーシャルワーカーの倫理綱領

前文

われわれソーシャルワーカーは、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する。われわれは平和を擁護し、社会正義、人権、集団的責任、多様性尊重および全人的存在の原理に則り、人々がつながりを実感できる社会への変革と社会的包摂の実現をめざす専門職であり、多様な人々や組織と協働することを言明する。

われわれは、社会システムおよび自然的・地理的環境と人々の生活が相互に関連していることに着目する。社会変動が環境破壊および人間疎外をもたらしている状況にあって、この専門職が社会にとって不可欠であることを自覚するとともに、ソーシャルワーカーの職責についての一般社会及び市民の理解を深め、その啓発に努める。

われわれは、われわれの加盟する国際ソーシャルワーカー連盟と国際ソーシャルワーク教育学校連盟が採択した、次の「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」(2014年7月)を、ソーシャルワーク実践の基盤となるものとして認識し、その実践の拠り所とする。

ソーシャルワーク専門職のグローバル定義 (IFSW ; 2014年7月)

ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。

この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。

われわれは、ソーシャルワークの知識、技術の専門性と倫理性の維持、向上が専門職の責務であることを認識し、本綱領を制定してこれを遵守することを誓約する。

原理

- I (人間の尊厳) ソーシャルワーカーは、すべての人々を、出自、人種、民族、国籍、性別、性自認、性的指向、年齢、身体的精神的状況、宗教的文化的背景、社会的地位、経済状況などの違いにかかわらず、かけがえのない存在として尊重する。
- II (人権) ソーシャルワーカーは、すべての人々を生まれながらにして侵すことのできない権利を有する存在であることを認識し、いかなる理由によってもその権利の抑圧・侵害・略奪を容認しない。
- III (社会正義) ソーシャルワーカーは、差別、貧困、抑圧、排除、無関心、暴力、環境破壊などの無い、自由、平等、共生に基づく社会正義の実現をめざす。
- IV (集団的責任) ソーシャルワーカーは、集団の有する力と責任を認識し、人と環境の双方に働きかけて、互恵的な社会の実現に貢献する。
- V (多様性の尊重) ソーシャルワーカーは、個人、家族、集団、地域社会に存在する多様性を認識し、それらを尊重する社会の実現をめざす。
- VI (全人的存在) ソーシャルワーカーは、すべての人々を生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面からなる全人的な存在として認識する。

倫理基準

I クライアントに対する倫理責任

1.(クライアントとの関係) ソーシャルワーカーは、クライアントとの専門的援助関係を最も大切にし、それを自己の利益のために利用しない。

- 2.(クライアントの利益の最優先) ソーシャルワーカーは、業務の遂行に際して、クライアントの利益を最優先に考える。
- 3.(受容) ソーシャルワーカーは、自らの先入観や偏見を排し、クライアントをあるがままに受容する。
- 4.(説明責任) ソーシャルワーカーは、クライアントに必要な情報を適切な方法・わかりやすい表現を用いて提供する。
- 5.(クライアントの自己決定の尊重) ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定を尊重し、クライアントがその権利を十分に理解し、活用できるようにする。また、ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定が本人の生命や健康を大きく損ねる場合や、他者の権利を脅かすような場合は、人と環境の相互作用の視点からクライアントとそこに関係する人々相互のウェルビーイングの調和を図ることに努める。
- 6.(参加の促進) ソーシャルワーカーは、クライアントが自らの人生に影響を及ぼす決定や行動のすべての局面において、完全な関与と参加を促進する。
- 7.(クライアントの意思決定への対応) ソーシャルワーカーは、意思決定が困難なクライアントに対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する。
- 8.(プライバシーの尊重と秘密の保持) ソーシャルワーカーは、クライアントのプライバシーを尊重し秘密を保持する。
- 9.(記録の開示) ソーシャルワーカーは、クライアントから記録の開示の要求があった場合、非開示とすべき正当な事由がない限り、クライアントに記録を開示する。
- 10.(差別や虐待の禁止) ソーシャルワーカーは、クライアントに対していかなる差別・虐待もしない。
- 11.(権利擁護) ソーシャルワーカーは、クライアントの権利を擁護し、その権利の行使を促進する。
- 12.(情報処理技術の適切な使用) ソーシャルワーカーは、情報処理技術の利用がクライアントの権利を侵害する危険性があることを認識し、その適切な使用に努める。

II 組織・職場に対する倫理責任

- 1.(最良の実践を行う責務) ソーシャルワーカーは、自らが属する組織・職場の基本的な使命や理念を認識し、最良の業務を遂行する。
- 2.(同僚などへの敬意) ソーシャルワーカーは、組織・職場内のどのような立場にあっても、同僚および他の専門職などに敬意を払う。
- 3.(倫理綱領の理解の促進) ソーシャルワーカーは、組織・職場において本倫理綱領が認識されるよう働きかける。
- 4.(倫理的実践の推進) ソーシャルワーカーは、組織・職場の方針、規則、業務命令がソーシャルワークの倫理的実践を妨げる場合は、適切・妥当な方法・手段によって提言し、改善を図る。
- 5.(組織内アドボカシーの促進) ソーシャルワーカーは、組織・職場におけるあらゆる虐待または差別的・抑圧的な行為の予防および防止の促進を図る。
- 6.(組織改革) ソーシャルワーカーは、人々のニーズや社会状況の変化に応じて組織・職場の機能を評価し必要な改革を図る。

III 社会に対する倫理責任

- 1.(ソーシャル・インクルージョン) ソーシャルワーカーは、あらゆる差別、貧困、抑圧、排除、無関心、暴力、環境破壊などに立ち向かい、包摂的な社会をめざす。
- 2.(社会への働きかけ) ソーシャルワーカーは、人権と社会正義の増進において変革と開発が必要であるとみなすとき、人々の主体性を活かしながら、社会に働きかける。
- 3.(グローバル社会への働きかけ) ソーシャルワーカーは、人権と社会正義に関する課題を解決するため、全世界のソーシャルワーカーと連帯し、グローバル社会に働きかける。

IV 専門職としての倫理責任

- 1.(専門性の向上) ソーシャルワーカーは、最良の実践を行うために、必要な資格を所持し、専門性の向上に努める。
- 2.(専門職の啓発) ソーシャルワーカーは、クライアント・他の専門職・市民に専門職としての実践を適切な手段をもって伝え、社会的信用を高めるよう努める。
- 3.(信用失墜行為の禁止) ソーシャルワーカーは、自分の権限の乱用や品位を傷つける行いなど、専門職全体の信用失墜となるような行為をしてはならない。

- 4.(社会的信用の保持) ソーシャルワーカーは、他のソーシャルワーカーが専門職業の社会的信用を損なうような場合、本人にその事実を知らせ、必要な対応を促す。
- 5.(専門職の擁護) ソーシャルワーカーは、不当な批判を受けることがあれば、専門職として連帯し、その立場を擁護する。
- 6.(教育・訓練・管理における責務) ソーシャルワーカーは、教育・訓練・管理を行う場合、それらを受ける人の人権を尊重し、専門性の向上に寄与する。
- 7.(調査・研究) ソーシャルワーカーは、すべての調査・研究過程で、クライアントを含む研究対象の権利を尊重し、研究対象との関係に十分に注意を払い、倫理性を確保する。
- 8.(自己管理) ソーシャルワーカーは、何らかの個人的・社会的な困難に直面し、それが専門的判断や業務遂行に影響する場合、クライアントや他の人々を守るために必要な対応を行い、自己管理に努める。

<用語について>

○クライアント

1. 医療ソーシャルワーカー行動綱領では、共通綱領で使用されている「利用者」ではなく「クライアント」を使用することにしました。これは、「利用者」は社会サービスを利用する者という意味に限定されますが、医療ソーシャルワーカーは、入院・入所相談にみられるように、医療サービスを利用する前段階で援助を開始することがあります。また、遺族に対するケア、地域住民に対するサービスなど、その対象は広がりをもち、必ずしもサービスの「利用者」に限られていないからです。
2. クライアントとは、1-1に記載したように、『医療ソーシャルワーカーと、クライアント・ワーカー専門関係を相互に確認し、相互に共通の認識をもつ者』としました。病院等においては、クライアントは『患者』であることが多いと思います。しかし、「患者である夫に病名を隠して接することに耐えられない。面会に来るのが辛い。」などの場合は、患者の家族がクライアントになることがあります。
3. 行動基準の『1.クライアントに対する倫理責任』は、専門的関係を相互に確認したクライアントに対するものです。援助の中で誰がクライアントであるか、が常に意識されている必要があります。
4. 受診相談や入院相談の場合、直接専門関係を相互に確認することはありませんが、医療ソーシャルワーカーは、クライアントとなるであろう人の利益を考慮して援助を開始しており、この場合のクライアントは、他機関の職員や家族ではなく「患者」であると考えます。
5. 援助全体をとおしてクライアントの利益の最優先（1-2）が意識され続けるのであり、クライアントを変更する場合には、そのことが相互に確認されることが必要です。クライアントの家族だからといって、（無意識的であっても）クライアントの了解無しに、医療ソーシャルワーカーが責任を負う人が変更されることのないよう注意することが必要です。

○医療ソーシャルワーカー

1. 自らを表すことばとして、「価値と原則」「倫理基準」の部分については「ソーシャルワーカー」を、「行動基準」では「医療ソーシャルワーカー」を用いています。これは、四団体が合意して作成した文言については変更をするべきではない、との考え方に立ち、四団体共通部分については原文のとおり「ソーシャルワーカー」のままとし、「行動基準」は、当協会独自のものであるので「医療ソーシャルワーカー」としたものです。



医療ソーシャルワーカー業務指針

（厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日 健康発第1129001号）

一 趣 旨

少子・高齢化の進展、疾病構造の変化、一般的な国民生活水準の向上や意識の変化に伴い、国民の医療ニーズは高度化、多様化してきている。また、科学技術の進歩により、医療技術も、ますます高度化し、専門化してきている。このような医療をめぐる環境の変化を踏まえ、健康管理や健康増進から、疾病予防、治療、リハビリテーションに至る包括的、継続的医療の必要性が指摘されるとともに、高度化し、専門化する医療の中で患者や家族の不安感を除去する等心理的問題の解決を援助するサービスが求められている。

近年においては、高齢者の自立支援をその理念として介護保険制度が創設され、制度の定着・普及が進められている。また、老人訪問看護サービスの制度化、在宅医療・訪問看護を医療保険のサービスと位置づける健康保険法の改正等や医療法改正による病床区分の見直し、病院施設の機能分化も行われた。さらに、民法の改正等による成年

後見制度の見直しや社会福祉法における福祉サービス利用援助事業の創設に加え、平成15年度より障害者福祉制度が、支援費制度に移行するなどの動きの下、高齢者や精神障害者、難病患者等が、疾病をもちながらもできる限り地域や家庭において自立した生活を送るために、医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが十分な連携の下に、総合的に提供されることが重要となってきた。また、児童虐待や配偶者からの暴力が社会問題となる中で、保健医療機関がこうしたケースに関わることも決してまれではなくなっている。

このような状況の下、病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る医療ソーシャルワーカーの果たす役割に対する期待は、ますます大きくなってきている。

しかしながら、医療ソーシャルワーカーは、近年、その業務の範囲が一定程度明確となったものの、一方で、患者や家族のニーズは多様化しており、医療ソーシャルワーカーは、このような期待に十分応えているとはいえない。精神保健福祉士については、すでに精神保健福祉士法によって資格が法制化され、同法に基づき業務が行われているが、医療ソーシャルワーカー全体の業務の内容について規定したものではない。

この業務指針は、このような実情に鑑み、医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが社会福祉学を基にした専門性を十分発揮し業務を適正に行うことができるよう、関係者の理解の促進に資することを目的とするものである。

本指針は病院を始めとし、診療所、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等様々な保健医療機関に配置されている医療ソーシャルワーカーについて標準的業務を定めたものであるため、実際の業務を行うに当たっては、他の医療スタッフ等と連携し、それぞれの機関の特性や実情に応じた業務のウェイト付けを行うべきことはもちろんであり、また、学生の実習への協力等指針に盛り込まれていない業務を行うことを妨げるものではない。

二 業務の範囲

医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ①受診や入院、在宅医療に伴う不安等の問題の解決を援助し、心理的に支援すること。
- ②患者が安心して療養できるよう、多様な社会資源の活用を念頭に置いて、療養中の家事、育児、教育就労等の問題の解決を援助すること。
- ③高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービスの活用を援助すること。
- ④傷病や療養に伴って生じる家族関係の葛藤や家族内の暴力に対応し、その緩和を図るなど家族関係の調整を援助すること。
- ⑤患者同士や職員との人間関係の調整を援助すること。
- ⑥学校、職場、近隣等地域での人間関係の調整を援助すること。
- ⑦がん、エイズ、難病等傷病の受容が困難な場合に、その問題の解決を援助すること。
- ⑧患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服、生活の再設計を援助すること。
- ⑨療養中の患者や家族の心理的・社会的問題の解決援助のために患者会、家族会等を育成、支援すること。

(2) 退院援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ①地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。
- ②介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。
- ③退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活ができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。
- ④転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
- ⑤住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。

(3) 社会復帰援助

退院・退所後において、社会復帰が円滑に進むように、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、次のような援助を行う。

- ①患者の職場や学校と調整を行い、復職、復学を援助すること。
- ②関係機関、関係職種との連携や訪問活動等により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院・退所後の心理的・社会的問題の解決を援助すること。

(4) 受診・受療援助

入院、入院外を問わず、患者やその家族等に対する次のような受診、受療の援助を行う。

- ①生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供等を行うこと。
- ②診断、治療を拒否するなど医師等の医療上の指導を受け入れない場合に、その理由となっている心理的・社会的問題について情報を収集し、問題の解決を援助すること。
- ③診断、治療内容に関する不安がある場合に、患者、家族の心理的・社会的状況を踏まえて、その理解を援助すること。
- ④心理的・社会的原因で症状の出る患者について情報を収集し、医師等へ提供するとともに、人間関係の調整、社会資源の活用等による問題の解決を援助すること。
- ⑤入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合には、これに参加し、経済的、心理的・社会的観点から必要な情報の提供を行うこと。
- ⑥その他診療に参考となる情報を収集し、医師、看護師等へ提供すること。
- ⑦通所リハビリテーション等の支援、集団療法のためのアルコール依存症者の会等の育成、支援を行うこと。

(5) 経済的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険等関係諸制度を活用できるように援助する。

(6) 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

- ①他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援すること。
- ②他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療・福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること。
- ③地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。
- ④関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。

三 業務の方法等

保健医療の場において患者やその家族を対象としてソーシャルワークを行う場合に採るべき方法・留意点は次のとおりである。

(1) 個別援助に係る業務の具体的展開

患者、家族への直接的な個別援助では、面接を重視するとともに、患者、家族との信頼関係を基盤としつつ、医療ソーシャルワーカーの認識やそれに基づく援助が患者、家族の意思を適切に反映するものであるかについて、継続的なアセスメントが必要である。

具体的展開としては、まず、患者、家族や他の保健医療スタッフ等から相談依頼を受理した後の初期の面接では、患者、家族の感情を率直に受け止め、信頼関係を形成するとともに、主訴等を聴取して問題を把握し、課題を整理・検討する。次に、患者及び家族から得た情報に、他の保健医療スタッフ等からの情報を加え、整理、分析して課題を明らかにする。援助の方向性や内容を検討した上で、援助の目標を設定し、課題の優先順位に応じて、援助の実施方法の選定や計画の作成を行う。援助の実施に際しては、面接やグループワークを通じた心理面での支援、社会資源に関する情報提供と活用の調整等の方法が用いられるが、その有効性について、絶えず確認を行い、有効な場合には、患者、家族と合意の上で終結の段階に入る。また、モニタリングの結果によっては、問題解決により適した援助の方法へ変更する。

(2) 患者の主体性の尊重

保健医療の場においては、患者が自らの健康を自らが守ろうとする主体性をもって予防や治療及び社会復帰に取り組むことが重要である。したがって、次の点に留意することが必要である。

- ①業務に当たっては、傷病に加えて経済的、心理的・社会的問題を抱えた患者が、適切に判断ができるよう、患者の

積極的な関わりの下、患者自身の状況把握や問題整理を援助し、解決方策の選択肢の提示等を行うこと。

②問題解決のための代行等は、必要な場合に限るものとし、患者の自律性、主体性を尊重するようにすること。

(3) プライバシーの保護

一般に、保健医療の場においては、患者の傷病に関する個人情報に係るので、プライバシーの保護は当然であり、医療ソーシャルワーカーは、社会的に求められる守秘義務を遵守し、高い倫理性を保持する必要がある。また、傷病に関する情報に加えて、経済的、心理的、社会的な個人情報にも係ること、また、援助のために患者以外の第三者との連絡調整等を行うことから、次の点に特に留意することが必要である。

①個人情報の収集は援助に必要な範囲に限ること。

②面接や電話は、独立した相談室で行う等第三者に内容が聞こえないようにすること。

③記録等は、個人情報を第三者が了解なく入手できないように保管すること。

④第三者との連絡調整を行うために本人の状況を説明する場合も含め、本人の了解なしに個人情報を漏らさないこと。

⑤第三者からの情報の収集自体がその第三者に患者の個人情報を把握させてしまうこともあるので十分留意すること。

⑥患者からの求めがあつた場合には、できる限り患者についての情報を説明すること。ただし、医療に関する情報については、説明の可否を含め、医師の指示を受けること。

(4) 他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携

保健医療の場においては、患者に対し様々な職種の者が、病院内あるいは地域において、チームを組んで関わっており、また、患者の経済的、心理的・社会的問題と傷病の状況が密接に関連していることも多いので、医師の医学的判断を踏まえ、また、他の保健医療スタッフと常に連携を密にすることが重要である。したがって、次の点に留意が必要である。

①他の保健医療スタッフからの依頼や情報により、医療ソーシャルワーカーに係るべきケースについて把握すること。

②対象患者について、他の保健医療スタッフから必要な情報提供を受けると同時に、診療や看護、保健指導等に参考となる経済的、心理的・社会的側面の情報を提供する等相互に情報や意見の交換をすること。

③ケース・カンファレンスや入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合にはこれへの参加等により、他の保健医療スタッフと共同で検討するとともに、保健医療状況についての一般的な理解を深めること。

④必要に応じ、他の保健医療スタッフと共同で業務を行うこと。

⑤医療ソーシャルワーカーは、地域の社会資源との接点として、広範で多様なネットワークを構築し、地域の関係機関、関係職種、患者の家族、友人、患者会、家族会等と十分な連携・協力を図ること。

⑥地域の関係機関の提供しているサービスを十分把握し、患者に対し、医療、保健、福祉、教育、就労等のサービスが総合的に提供されるよう、また、必要に応じて新たな社会資源の開発が図られるよう、十分連携をとること。

⑦ニーズに基づいたケア計画に沿って、様々なサービスを一体的・総合的に提供する支援方法として、近年、ケアマネジメントの手法が広く普及しているが、高齢者や精神障害者、難病患者等が、できる限り地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、地域においてケアマネジメントに携わる関係機関、関係職種等と十分に連携・協力を図りながら業務を行うこと。

(5) 受診・受療援助と医師の指示

医療ソーシャルワーカーが業務を行うに当たっては、(4)で述べたとおり、チームの一員として、医師の医学的判断を踏まえ、また、他の保健医療スタッフとの連携を密にすることが重要であるが、なかでもこの(4)に掲げる受診・受療援助は、医療と特に密接な関連があるので、医師の指示を受けて行うことが必要である。特に、次の点に留意が必要である。

①医師からの指示により援助を行う場合はもとより、患者、家族から直接に受診・受療についての相談を受けた場合及び医療ソーシャルワーカーが自分で問題を発見した場合等も、医師に相談し、医師の指示を受けて援助を行うこと。

②受診・受療援助の過程においても、適宜医師に報告し、指示を受けること。

③医師の指示を受けるに際して、必要に応じ、経済的、心理的・社会的観点から意見を述べること。

(6) 問題の予測と計画的対応

①実際に問題が生じ、相談を受けてから業務を開始するのではなく、社会福祉の専門的知識及び技術を駆使して生活と傷病の状況から生ずる問題を予測し、予防的、計画的な対応を行うこと。

②特に退院援助、社会復帰援助には時間を要するものが多いので入院、受療開始のできるかぎり早い時期から問題を予測し、患者の総合的なニーズを把握し、病院内あるいは地域の関係機関、関係職種等との連携の下に、具体的な目標を設定するなど、計画的、継続的な対応を行うこと。

(7) 記録の作成等

- ①問題点を明確にし、専門的援助を行うために患者ごとに記録を作成すること。
- ②記録をもとに医師等への報告、連絡を行うとともに、必要に応じ、在宅ケア、社会復帰の支援等のため、地域の関係機関、関係職種等への情報提供を行うこと。その場合、(3)で述べたとおり、プライバシーの保護に十分留意する必要がある。
- ③記録をもとに、業務分析、業務評価を行うこと。

四 その他

医療ソーシャルワーカーがその業務を適切に果たすために次のような環境整備が望まれる。

(1) 組織上の位置付け

保健医療機関の規模等にもよるが、できれば組織内に医療ソーシャルワークの部門を設けることが望ましい。医療ソーシャルワークの部門を設けられない場合には、診療部、地域医療部、保健指導部等の保健医療スタッフと連携を採りやすい部門に位置付けることが望ましい。事務部門に位置付ける場合にも、診療部門等の諸会議のメンバーにする等日常的に他の保健医療スタッフと連携を採れるような位置付けを行うこと。

(2) 患者、家族等からの理解

病院案内パンフレット、院内掲示等により医療ソーシャルワーカーの存在、業務、利用のしかた等について患者、家族等からの理解を得るように努め、患者、家族が必要に応じ安心して適切にサービスを利用できるようにすること。また、地域社会からも、医療ソーシャルワーカーの存在、業務内容について理解を得よう努力すること。医療ソーシャルワーカーが十分に活用されるためには、相談することのできる時間帯や場所等について患者の利便性を考慮する、関連機関との密接な連絡体制を整備する等の対応が必要である。

(3) 研修等

医療・保健・福祉をめぐる諸制度の変化、諸科学の進歩に対応した業務の適正な遂行、多様化する患者のニーズに的確に対応する観点から、社会福祉等に関する専門的知識及び技術の向上を図ること等を目的とする研修及び調査、研究を行うこと。なお、三(3)プライバシーの保護に係る留意事項や一定の医学的知識の習得についても配慮する必要があること。

また、経験年数や職責に応じた体系的な研修を行うことにより、効率的に資質の向上を図るよう努めることが必要である。

【参考文献】

- 北島英治「グローバルスタンダードにもとづくソーシャルワーク・プラクティス:価値と理論」
ミネルヴァ書房 2016年
- 公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団 「在宅医療テキスト」 2006年第1版
- 川越正平 「家庭医療学、老年医学、緩和医療額の3領域からアプローチする在宅医療バイブル」
日本医事新報社 2014年第1版
- 永井康徳・永吉裕子・こしのりょう 「在宅医療をはじめよう！医療を変える、地域を変える、
文化を変える」 南山堂 2017年第1版
- 永井康徳 「たんぽぽ先生の在宅医療報酬算定マニュアル」 日経BP社 2012年初版
- 日本医療社会福祉協会(編集), 日本社会福祉士会(編集)「保健医療ソーシャルワーク:アドバンス
ト実践のために」中央法規 2017年
- NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 「在宅医療実践マニュアル第2
版 地域ケアをつくる仲間たちへ」 医歯薬出版株式会社 2006年第2版
- 佐藤智・大島伸一・高久史磨・山口昇・島崎謙治・和田忠志 「明日の在宅医療 第1巻 在
宅医療の展望」 中央法規出版株式会社 2008年
- 佐藤智・片山壽・川越博美・島崎謙治 「明日の在宅医療 第5巻 在宅医療・訪問看護と地
域連携」 中央法規出版株式会社 2008年
- 佐藤智・開原成允・井部俊子・佐藤美穂子・平原佐斗司・和田忠志 「明日の在宅医療 第6
巻 在宅医療と人材育成・人材確保」 中央法規出版株式会社 2008年
- 山辺朗子「ジェネラリスト・ソーシャルワークの基盤と展開 総合的包括的な支援の確立に向
けて」ミネルヴァ書房 2011年

【筆者】

上田 まゆら 医療法人社団 青い鳥会 上田クリニック 在宅総合相談室

日本医療社会福祉協会理事

小山 宰 東京都立大学大学院 人文科学研究科 社会福祉学教室 博士後期課程

小林 廣岳 医療法人社団南星会 湘南ライフタウン診療所

西出 真悟 オレンジホームケアクリニック/日本医療社会福祉協会理事

日本医療社会福祉協会 調査研究部

【アドバイザー】

佐原 まち子 WITH医療福祉実践研究所 代表理事

高砂 裕子 南区医師会訪問看護ステーション 管理者

鶴岡 浩樹 日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科 教授/つるかめ診療所 副所長

平原 佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 研修・研究センター長

公益社団法人 日本医療社会福祉協会

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2018年度在宅医療助成一般公募（後期）「在宅医療研究への助成」事業

2020年8月 初版

