

IV 診療所を拠点とした在宅医療における医療ソーシャルワーカーの役割 —「いばらき診療所こづる」医療コーディネーターの実践例より—

新潟医療福祉大学 横山豊治

1. はじめに

無床診療所で医師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーらがチームを組み、日常業務の半分以上を訪問活動に充てながら、地域の中で多くの患者の在宅医療を支えている実践例が茨城県内にある。そこでは5名の医療ソーシャルワーカーが専任で勤務し、「医療コーディネーター」という独特の役割を担い、多職種で支える在宅医療の要役を務めている。

この診療所を拠点とした在宅医療の展開と、そこにおける医療ソーシャルワーカーの働きは、在宅医療実践の先駆的な取り組みとして他の地域にも貴重な示唆を与えるものと注目し、今般、当該診療所の担当職員から聴き取り調査を行ったので報告する。

2. いばらき診療所こづるの概要

聴き取り調査の実施日と対象者、及び本稿で取り上げる在宅医療の実践主体の概要は、以下のとおりである。

表1 いばらき診療所こづるの概要

調査日	2006年12月26日
調査対象者	いばらき診療所こづる ソーシャルワーカー：高野和也氏
施設名	いばらき診療所こづる
運営主体	医療法人社団いばらき会
所在地	茨城県東茨城郡茨城町小鶴127-1
事業	在宅療養支援診療所（無床） 訪問看護ステーション ケアプランセンター
診療科	内科・神経内科・整形外科・漢方科
職員	医師・看護師・理学療法士（3人）・ケアマネジャー（3人） ソーシャルワーカー（5人）・事務職員
関連施設	茨城県内に同一法人で運営する無床診療所が他に3ヶ所 （日立市・東海村・ひたちなか市）

当該法人の沿革としては、8年ほど前に1ヶ所目の診療所が開設されて以後、順次、診療所が開設され、現在までに上記の「こづる」を含めた4ヶ所の診療所が運営されている。「こづる」はその中でも最も新しく、2004年に開設。4ヶ所すべての診療所に、「医療コーディネーター」という職種が雇用されている点に大きな特徴があるが、その役割については後述する。

同一法人で運営する別の診療所との兼務の医師も含め、4人の医師が診療に従事しており、午前中は通常の外来診療を行っているが、午後は専ら訪問診療にあたっている。¹⁾

「現在、継続的に在宅医療で見守っている患者は約100人だが、さらに20～30人程度まで対応することは可能ではないかと考えている」と語るのは、同診療所で医療コーディネーターを務めるソーシャルワーカーの高野和也氏である。以下、高野氏から聴き取った事柄をもとに同診療所が展開する在宅医療の特徴について述べる。

3. 在宅医療の実践

同診療所では毎日、看護師、理学療法士を含むほとんどの医療・福祉専門職が訪問活動に従事し、それぞれが地域で暮らす担当患者宅を回っているが、そこで特筆すべき点は、3人の医師が行う訪問診療に、看護師ではなくそれぞれ担当のソーシャルワーカーが1人ずつ医療コーディネーターとして同行するという点である。

この「医療コーディネーター」という職名は、同法人独自の呼称であり、ホームページなどでも紹介されている。採用時の身分は事務職だが、いわゆる医療事務の業務を担うわけではない。同診療所の組織上は5人全員が「医療ソーシャルワーカー室」の所属とされており、在宅医療に関する相談の窓口対応を務め、提供できるサービスやその費用負担などについて説明したり、介護保険制度に関する説明やケアマネジャーの紹介なども必要に応じて行ったりしている。それらは、医療ソーシャルワーカーであればどこの医療機関でも行っている一般的な業務といえるが、午後は毎日、医師とともに訪問活動に携わるのが日課となっている点は、極めて特徴的である。

1人の医師が午後の訪問診療で回る件数は1日5～8件程度だが、それに同行する医療コーディネーターは、事前に訪問先の調整を行い、その日の訪問計画を立て、カルテや持参する用具・器材等を用意し、訪問先では薬の残量などもチェックしつつ医師と患者とのやり取りをメモにとって持ち帰る。夕方まで訪問して診療所に戻り、書類の整理などを済ませて退勤するのは大体19時～20時頃。夜間も緊急呼び出しに対応できるように、携帯電話の電話当番を毎晩5人で交代しながら受け持っている。これだけを見れば、診療の補助的な面が多く、医師の秘書的な役割のようにも思われるが、コーディネーターは訪問先でも患者の生活を見る視点を欠かさないといい。

医師と連日、行動を共にすることで患者の身体状況や健康状態の把握は最も身近なところで可能となるが、医師が専門とする「病気と患者」という視点だけで見るのではなく、「患者と周囲の人々との関係」を見たり、「医療を受ける前の段階の『生活のアセスメント』」を行ったりするということが重要であり、ソーシャルワーカーが訪問診療に同行する意味がそこにあるのである。

この業務に就き始めた当初は、在宅の医療管理に日常的に用いられている用具・器材の名称等、医師の発する医学的な用語の意味するところを理解するのに苦労したものの、経験を重ねるに連れて患者の医療面の情報だけでなく、患者・家族らが発するメッセージを幅広くキャッチできるようになってきたという。

こうした業務を適切かつ円滑に行うには、各職種間の情報の共有が肝要となるが、同診療所では毎朝、全スタッフが集まって申し送りを行い、新患に関する情報や、患者の病状変化に関する情報などの共有化を図っている。

4. 地域をフィールドとするソーシャルワーカー

同診療所が立地する町は人口約3万5000人で、県庁所在地の水戸市に隣接しているが、農家が多く、高齢化の進んでいる地域である。

その町で、同診療所は「半径10キロメートル以内が守備範囲で、その範囲内であればターミナルまで継続的な支援が可能」としている。

疾患としては脳血管障害と神経難病とで全体の半数を超えるが、癌と診断されている患者が全体の2割くらいを占めており、年間で20名ほどの在宅死を看取っているとのことである。²⁾

この地域では、各集落に「常会」と呼ばれる互助的な組織が機能していて、地縁によるヨコのつながりがあるため、葬儀も専門業者の営む葬儀場ではなく、自宅で執り行うことが多い。

残された遺族や近隣住民同士のつながりの中で、悲嘆を分かち合う場面もよく見受けられるとのこと、終末期を家庭や地域から離れた病院という環境に移されて迎えるのではなく、地縁・血縁に見守られた環境の中で過ごし続けられることが大切であり、人口呼吸器など在宅医療用の機器が進歩した現在では、こまめな訪問診療によって最期までそれを支え続けることが可能だということを、この診療所の実践は示しているといえる。

ただ、終末期までを含めた在宅医療を継続的に行うためには、末期癌患者だけではなく、良性疾患の患者へのターミナルケアに関する専門的知識と技術を備えた医師の存在が必要であり、同診療所の所長は他県のホスピスでの臨床経験を踏まえてそうしたケースにも取り組んでいるということである。自身もホスピスに勤務した経験を持つ高野氏は、医師養成の医学教育の中に、こうした在宅ターミナルケアまで含めた在宅医療に関する教育が組み込まれることを望むという。

ソーシャルワーカーには例えば、社会資源の活用を得意とする人、心理的ケアを得意とする人、コミュニティー・アプローチを得意とする人というように、それぞれ志向に個人差が生じることはあるが、高野氏自身としては、診療所に所属してはいながらもコミュニティー・ソーシャルワーカーとして仕事を組み立てていくことを志向しているとのことである。³⁾

「診療所という建物があるだけでは在宅患者は支えきれず、インフォーマルな情報や人間関係も視野に入れたアウトリーチの実践が重要。夜間などに緊急の連絡が入ったときに対応を判断するには、日頃から患者の状況を総合的に把握しておく必要がある。患者の生活の場で話しを聴くことが在宅医療の要であり、そこに働き甲斐も感じている」という高野氏の言葉から、在宅医療にソーシャルワーカーが果たすコーディネーター機能の意義がうかがわれた。

5. 医療連携システムとしての一翼として

いばらき診療所こづるの実践は、他病院との連携から始まるともいえる。

病院から自宅退院となる患者を引き継いでフォローしていくために、退院前に入院中の病院に同診療所のソーシャルワーカーが出向く「事前訪問」を行い、患者の状態や家族背景等の情報を入手し、患者自身との顔合わせを行って関係をつくり、在宅ケアを開始するための種々の準備について打ち合わせをしていくのである。

また、その際には出向いたソーシャルワーカーだけで決めかねることもあるため、そこで得た情報や課題を一旦、診療所に持ち帰ってスタッフと相談して対応を決めるという場合もあるということである。

こうした活動には、他病院の医療ソーシャルワーカーたちとの平素からのつながりが肝要となる。開設から3年目の同診療所では、これまでにその機能について理解を得るためのPR活動にも力を入れてきたとのことであり、今では近隣の医療機関との連携もかなり進んできているという。

患者の在宅生活を託す病院側にとっても、また患者・家族にとっても心強いのは、この診療所が3年前の開設当初から、夜間・休日を問わず24時間体制で医師・看護師・ソーシャルワーカーらが緊密な連携のもとに対応するシステムをつくっていたことである。そうした先駆的な実践を後追いする形で国の医療政策も動き、2006年4月から「在宅療養支援診療所」の制度が新設されたが、同診療所もその指定を受けて患者中心の医療に専心している。

慢性疾患をもつ高齢患者が多く、介護保険適用のケースが多い。同診療所にも3人のケアマネジャーが勤務してケアプランの作成やマネジメント業務を行っているが、担当ケースはかかりつけの介護保険利用者のうち7割程度であり、すべてをこの事業所で囲い込んでいるわけではない。当然、他の介護保険事業所との連携も相互に行われている。

同診療所のパンフレットやホームページには「最新の設備を持つ大きな病院や、様々な介護サービス等と有機的な連携をとりながら、これからもこの場所で活動していきたいと思っています」と、他施設・他機関との連携のもとでの在宅支援であることを強調している。

我が国では、市民の病院医療に対する信頼感、安心感は根強く、「病院にいれば安心」という意識も高いが、一方で、住み慣れた家庭での療養生活を望む患者も多い。そのニーズを汲み取り、家族をバックアップする体制も十分構築できて、必要な疾病の管理さえ遺漏なく確保されれば、かなりの患者の在宅生活が実現可能であることを、この診療所の実践は示しており、地域でのこうした受け皿が担保された病診連携のシステムが病院中心型の医療からcommunity basedの医療へとシフトする鍵になると考えられる。

そして、

- 1) チームによるケア
- 2) 患者宅で提供できる医療行為の充実
- 3) 24時間体制での対応
- 4) 家族への支援

以上の4つを、「いばらき診療所こづる」が行っていることで、この地域においては多くの患者の在宅生活が実現していることがわかった。

6. おわりに

本稿では、茨城県の都市近郊の郡部で、民間の診療所によって展開されている在宅医療の実践について報告した。

そこは、外来受診者に対応する旧来の診療所のイメージが大きく覆されるほど徹底した訪問重視の診療所であり、5人ものソーシャルワーカーが雇用され、「医療コーディネータ

一」として患者の医療面・生活面を総合的に把握し、医療スタッフやケアマネジャーらと密接に連携しながら終末期までの在宅生活支援の要役を担っている点は他に類を見ず、極めて先駆的といえる。

コ・メディカルを含めた多くの専任スタッフを擁する無床診療所が、経営的にも成り立ち得ることを示す実践例ともいえ、今後の我が国の医療のあり方に大きな示唆を与える試みである。

とりわけ、多職種による総合的、継続的な在宅支援や他機関との連携を円滑に進めていく上で、ソーシャルワーカーがチームケアのコーディネーターとして重要な役割を果たしていること、また、単に調整役に終始するのではなく、患者の生活面・社会的側面・心理的側面の支援に専門性があることを自覚しながら、その職責を全うしようと努力しているところに、在宅医療の推進におけるソーシャルワーカーの存在意義や有用性がうかがわれる。

ただ、ここで取り上げた実践例が、都市部においてもそのまま応用できるかは、検討の余地があると思われる。地域社会における人と人、世帯と世帯との結びつきが機能しているという地域特性や、農家が多く、持ち家率が高いために住宅改造を含めた住環境の整備を行いやすいといったことも、住民の在宅志向を強めている面があり、そういうニーズに応え、地域特性を活かしながら展開されている実践という見方もできよう。

また、同診療所の5人のソーシャルワーカーは福祉系大学の出身者とは限らず、むしろ他分野を専攻した者が多いということであったが、医師とペアを組んで日夜、診療と密接に関わる業務を行う上では、専門用語の理解など、医療に関する実践的な知識を身につけていく必要がある。同診療所では、最初は文字通り補助的な仕事をしながらそれらを覚えていくということであったが、このような職種を大学等の専門教育において養成し、実践力を備えた人材として現場に輩出できるようにしていくことが必要なのではないかと考えられる。そして、その際に重要なことは、多忙な業務の中で医師のアシスタント役に留まるのではなく、医療にも福祉にも精通し、両者の橋渡しが適切に行えるよう、患者の全人的なアセスメントと支援を実践し続けられるだけの確固たるソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを涵養する教育プログラムである。

そうした人材養成のしくみを、既存の社会福祉士、精神保健福祉士の制度を踏まえながら、我が国でどのように構築していくかが問われている。⁴⁾

謝辞

ご多忙にもかかわらず、貴重な実践例をお聞かせいただいた上、本報告書の作成にあたって数々のご助言をいただいたソーシャルワーカーの高野和也氏に深く感謝申し上げます。

<注釈>

- 1) 医師4人のうち、常勤医師は2人。他の非常勤医師のうち1人は、医療法人社団いばらき会が東海村で運営する「いばらき診療所とうかい」の院長を兼務。
- 2) 2006年には、32名の患者を自宅で看取った。そのうち、19名が癌の診断を受けている患者であった。
- 3) 高野和也氏は、「ここでの実践を通じてコミュニティー・アプローチの視点の大切さを実感しているが、もともと面談というものを重視してきており、それは今も変わっていないので、対人援助という視点と、地域の中で患者さんと家族がどのような支援を受けながら過ごしていけるのかという視点との両方が大切だと思っている」と述べている。
- 4) 高野和也氏は、「社会福祉士、精神保健福祉士の他、ケアマネジャー、臨床心理士、チャプレンとも接点がある仕事なので、職種を超えた多様な関係者との横のつながりを大切にしたい」と述べている。
- 5) 本稿末尾に添付の資料のうち、「いばらき診療所こづる」の訪問範囲等を記した資料は、同診療所の「在宅医療のご案内」を複写。
- 6) 本稿末尾に添付の資料のうち、「在宅医療に係る評価について」は次のホームページから引用。
(社)日本病院薬剤師会ホームページ2006年2月22日付け最新情報「平成18年度診療報酬改定について」URL <http://www.jshp.or.jp/cont/060222.html>

参考文献

- ・児島美都子・大野勇夫編著『地域医療と福祉－医療ソーシャルワーカーの働き－』勁草書房，1982年
- ・Hind.Charles・RK編，岡安大仁監訳，高野和也訳『いかに“深刻な診断”を伝えるか－誠実なインフォームド・コンセントのために－』人間と歴史社，2000年
- ・京極高宣・村上須賀子編『医療ソーシャルワーカー新時代－地域医療と国家資格－』勁草書房，2005年

いばらき診療所こづる

訪問看護ステーションこづる

ケアプランセンターこづる

いばらき診療所こづるは外来・在宅医療を中心に活動しております。

体が不自由であっても、様々な疾患を持ちながらも住み慣れた家で、豊かな人生を送ることができるようご支援致したいと考えております。

◆外来部門

診療科

- ・内科 成人病、呼吸器、循環器、消化器、内分泌、自己免疫疾患など一般の内科疾患
- ・神経内科（月・火・水・金曜日）
脳梗塞・出血、認知症、パーキンソン病、けいれん、しびれ、めまい、その他
脳・脊髄・末梢神経疾患、不眠・不安
- ・消化器内科（木曜日）
- ・整形外科、漢方科（水曜日、時間予約制）

診療時間 月～金 9：00～11：30 休診日 土・日・祝日
時間外は往診中のことがあるのでお電話でお問合せください。

◆在宅医療部門

ご自宅で療養・介護されている方をサポート致します。入院しなくとも、ご自宅で可能なことは多くあり、通院や入院する代わりに、定期的に医師、看護師、理学療法士、薬剤師などがご自宅に伺い診療を行っています。また、身体がご不自由であっても、ご病気を持ちながらも、何より住み慣れたご自宅で、豊かな人生を安心してお過ごしいただくことを大切にしています。

ご相談は随時承っておりますので、ご連絡ください。

対象となる方

認知症、脳卒中、心・肺疾患、高齢、腰痛・関節痛などで通院が困難な方。

体が不自由でご自宅で療養中の方。

癌など悪性疾患であってもご自宅で過ごしたい方。

高齢者世帯や昼間高齢者のみになるご家庭の方で、症状変化時の通院が困難なため、医師・看護師のサポートをご希望の方。

その他

「在宅療養支援診療所」について

私達2004年から、茨城県水戸市、茨城町、鉾田市、小美玉市(旧、友部町、内原町、美野里町、鉾田町、旭村)近郊で在宅医療、訪問看護、緩和ケア(在宅ホスピス)の活動を開始致しました。様々な人との出会いを通して、人と人とのつながりを大切に生きていくことのすばらしさを実感しています。特に当院では、お体の不自由な方の在宅医療・訪問看護ばかりではなく、在宅ホスピス、緩和医療、緩和ケアに取り組んでおります。多くの出会いや別れを通して、私達自身、様々なことを学び、考えての、試行錯誤の毎日であったかも知れません。

2006年4月から、健康保険上「在宅療養支援診療所」という制度が創設され、在宅での療養生活をよりきめ細かくご支援できるようになりました。この制度はすでに私達の診療所で組み立てていた診療体系が追認されたようなもので、在宅医療・看護の24時間体制、在宅での看取りなどができる診療所に許可される制度です。私達はすでにその活動を数年前から実践してきておりますが、今後も、「在宅療養支援診療所」という制度を利用し様々なご支援を提供していきたいと考えております。在宅医療というのは、ご自宅でご家族が治療をすることが目的ではありません。病気やその後遺症をお持ちであってもご自宅でご家族と共に豊かな人生をお持ちいただけることが何よりの目的であると考えます。そのために私達は、医療・看護的な側面をご支援申し上げ、何ができるかを考えて参りたいと存じます。

新しい制度が発足致しましたが、在宅医療は制度的な制限も多く、訪問の時間や回数も限られているので、ご本人やご家族にご協力いただき初めて成り立つものです。すでに在宅医療をお受けになっている方も、在宅医療のことをあまりご存じなく、ご不安の中で退院を決意されたり、医師・看護師の訪問を受け入れてくださった方が多いのではないかと思います。皆様との協力のもと、より充実したものにしていけることができると考えております。人間も生物学的な時間という意味で、いつか限りがあることは否が応でも受け入れなければなりません。しかし、人生という中で、その時その時完結した時間を重ねていくことが大切だと考えます。

近年、病院は治せる病気を治すところに急速に変貌してきております。治療法が未確立な、慢性の疾患に罹患したり、後遺症が残ったり、一人で社会生活が営めにくくなるような認知症が発症した場合、慢性期の病院や施設へ入所することは、社会から遠ざけることに他ならず、人生を考えたときにはあまり私達の望まない選択肢のように思えます。入院・入所させることがより患者さんを大切に扱っていると考えている方もいらっしゃるかも知れません。しかし、人としての尊厳のある人生を全うするということを考えたとき、このような病気になっても、ご自宅で平穏な静かな時間をお過ごしいただくこと以上の素晴らしいことはないし、それ以上のご家族や周囲の人々の優しさはないのではないのでしょうか。人らしく生きるための手段として私達は、在宅医療・訪問看護の側面をご支援していきたいと願っています。医療技術の進歩により、ご自宅でも様々な治療をお受けいただくことができるようになりました。在宅医療は底辺の医療かも知れませんが、最低の医療ではなく、むしろ充実した生活を維持するための裁量のむしろ最先端の方法だと信じます。病気であってもきちんと治療しながらご自宅でお過ごしになるということが在宅医療本来の目的のようにも感じております。

在宅療養支援診療所で対応可能な疾患、訪問可能範囲など、ご相談は随時受け付けております。お気軽に御問合せいただければと存じます。

