

# 「地域医療福祉システム」構築に求められる専門職について

—沖縄県沖縄市・新垣病院の在宅医療促進に取り組むP S Wの事例から—

A Study of a specialist and its role expected to construct a system to supply medical and welfare services in the community.

—Based on a case working on home-centered medical services in Aragaki Hospital, Okinawa prefecture—

石 田 路 子

Michiko Ishida

## Abstract

The premise on people's safe and secured lives in the community is depending on the substantiality of well-organized as well as totally combined with both medical and welfare services. The premise could be realized when a specialist functions as to coordinate between those medical and welfare fields to meet people's expectations.

This study emphasizes the necessity of such specialists as essential social roles which would be demanded by the future, and its significance is considered based on a case working on introducing the PSW'Psychological Social Worker'to promote home-centered medical services in Okinawa Prefecture.

## 1. はじめに

今回の調査研究では、患者が退院した後も在宅で適切な医療サービスを受けることができ、必要に応じて相談や治療を継続していけるような在宅医療システムが地域に根付いている事例について、その在宅医療システムの詳細およびシステム形成に必要とされた要素や要件について分析し考察することを目的としている。事例として取り上げるのは沖縄県沖縄市において昭和40年に開設された精神科病院（新垣病院）の取り組みである。

新垣病院では、精神保健福祉士（P S W）や臨床心理士、看護師などによって組織された訪問チームによる在宅療養患者への訪問件数が月平均約500～600回に及ぶほど、在宅における患者の療養および生活復帰に力を入れている。さらに、訪問看護や通院患者リハビリテーション事業、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設など社会復帰施設、そして精神保健福祉相談や自立・生活支援、居宅介護支援事業など地域を包括した医療と福祉の連携サービスを提供するためのハード・ソフト両面にわたる整備に努めてきている<sup>1)</sup>。

沖縄市で40年以上にわたって精神病院としての中核的な役割を果たしてきた新垣病院が、どのよう

な経緯や取り組みを経て今日の在宅医療システムの基盤を築いてきたのかについて調査したいと思う。そして、新垣病院のような精神病院で行われている在宅医療に関する実践内容を参考にしつつ、その他の診療科病院が今後在宅医療を展開していくための要件について整理したい。また、精神科の在宅療養で必要とされている精神保健福祉士の役割および機能は、他の診療科における在宅医療の現場ではソーシャルワーカーが担うべきものである。在宅療養を継続していくための支援や再入院の予防等に必要とされるソーシャルワークが、精神科ソーシャルワークと同様に診療報酬へ反映されるためには、どのような課題を乗り越えていくべきかという点を明らかにしたいと思う。

## 1. 沖縄県における精神科医療の概要

沖縄県における精神科の有床医療施設は24施設（平成16年6月末）であり、病床数は5,634床である。その内、公立病院（国立琉球病院、県立精和病院、県立宮古病院、県立八重山病院）の精神科病床数は合計850床、残り19施設は民間の精神科病院で総病床数が4,784床（全病床の約85%）である。この他に、病床を有しない精神科診療所が46施設あり、沖縄県の精神科施設数は全部で70施設となる。

沖縄県の精神科病床は人口1万人に対して41.9（平成15年6月30日現在）であり、これは全国平均27.8（平成15年10月1日現在）を大幅に上回っている。近年、沖縄県では精神科診療所の開設が増加しており、精神保健福祉法第18条に基づいた法的資格を有する精神保健指定医の数は139名である。その内病院に勤務している指定医は97名であり、病院常勤医の33.9%を占めている。

「平成17年沖縄県における精神保健福祉の現状」によれば入院患者数は5,315名で、その内措置入院患者病床数は152床、措置入院者数47名（0.9%）である。保護者の同意および指定医の診察による強制入院である医療保護入院は1,519名で28.6%を占めている。残りの約70%が本人の意思による任意入院（3,749人）である。沖縄県における精神科入院患者の平均在院日数は329.8日であり、全国平均の348.7日を若干下回っている傾向にある。

同「平成17年沖縄県における精神保健福祉の現状」によれば通院患者総数は28,924名であり、入院患者数を含め患者総数は34,239名で県人口の約2.5%を占めている。入院患者の費用負担については、905名（17%）が特別措置（昭和47年に本土復帰した時点で精神病院に入院していた患者対象）によって入院医療費の全額公費負担となっている。また、3,454名（65%）は各種保険の適用者であり、906名（18%）は生活保護、47名（1%）が精神保健福祉法第29条適用となっている。通院医療費の費用負担内訳は、16,261名（56.2%）が精神保健福祉法第32条適用<sup>2)</sup>による公費負担であり、各種保険の適用者は11,785名（40.7%）、生活保護が492名（1.7%）、私費・その他294名（1%）となっている。入院患者の疾患別内訳は統合失調症が65.2%、器質性疾患21.8%、精神作用物質による精神障害4.3%、気分障害3.2%、神経症性障害1.3%、てんかん0.9%、精神遅滞0.5%、成人の人格および行動の障害0.1%となっているが、これは全国の疾病統計とほぼ一致している。

沖縄県では、平成4年7月より精神科救急医療システムの形成に取り組む動きが始められている。沖縄県地方精神保健審議会が中心となり、平成6年6月には精神科救急医療実態調査検討委員会を設置し、平成8年3月に「精神科救急医療実態調査報告書」が作成された。平成8年7月には精神科救

急医療システム検討委員会が設置され、平成9年2月に「精神科救急医療システム検討報告書」が作成された。同年の5月から7月にかけて報告書が諮問され、答申された。そして、現在の沖縄県精神科救急医療システムが平成10年6月1日より実施されることになった。

このシステムは、精神科医療を必要とする人が、いつでも安心して相談や受診ができるように、精神科救急医療システムを用意するものである。県内全域を4圏域（本島中北部、本島南部、宮古、八重山）に分け、圏域ごとに病院群輪番方式（民間精神科病院15、公立病院4）で当番病院を置き、応急入院指定病院が圏域ごとに整備された。ただし、離島の救急はそれぞれの公立病院（宮古病院・八重山病院）が一手に対応することになっている。また、休日・夜間等の時間外に精神科救急医療相談窓口が総合精神保健福祉センターに設置されている。開始当初は年末年始や土・日曜、祝祭日の夜間に実施されていなかったシステムも、平成11年10月より県立精和病院がこの時間帯を受け持つことになり、365日24時間体制での実施が可能になっている。

表1 精神科救急医療システム実績表

年 度	回数	総受信 件数	医 療 機 関 紹 介					電話 相談
			当番病院	かかりつけ 医	救急告示 病院	応急病 院	そ の 他	
平成10	508	708	136	101	4	5		464
平成11	737	1371	205	55	14	5		1096
平成12	869	1871	220	43	2		6	1600
平成13	845	2214	200	45	13		13	1943
平成14	848	2700	242	50	18	1	15	2374
平成15	850	2708	260	53	35	1	18	2341
平成16	850	2612	314	47	44		10	2197
平成17	851	2450	334	69	39		18	1990

平成18年度沖縄県立総合精神保健福祉センター資料より

平成17年度の精神科救急医療の受診状況は2,450件にのぼり、この数は平成16年度まで年々増加傾向にあったものが若干減少していることを示している。その内訳は334件が当番病院への紹介で、内127件が入院となっている。また、かかりつけ病院へは69件が紹介され、39件が入院となっている。しかし、大部分の1,990件は電話相談のみで対応がされており、このシステムが機能することによって在宅患者の不安が一定程度軽減されていることが推測できる。ちなみに、相談者別の受診状況をみると、本人が1,113件（45%）、家族648件（29%）、関係者485件（20%）、その他144件（6%）となっている。

## 2. 新垣病院の事業内容について

新垣病院が保有する病棟は、老人性認知症疾患治療病棟（50床）、リハビリテーション中心の精神

療養病棟（60床）、生活療養中心の精神療養病棟（60床）、精神科一般病棟（57床）、精神科急性期治療病棟（46床）であり、全病床数は273である。

また、本館病棟1階に設置されている地域医療室には、精神保健福祉士などソーシャルワーカーをはじめ、心理専門職、作業療法士、看護師、介護福祉士などが定期的に集まってカンファレンスや情報交換が頻繁に行われている。さらに、地域医療室には来院した患者や家族がいつでも気軽に立ち寄れるように相談窓口が設置してあり、担当の専門職が常時対応できる体制が整えられている。

新垣病院では、とくに訪問看護として退院後に通院しながら治療を受けている人の生活支援に力を入れている。ソーシャルワーカーや看護師が2名1組で、定期的に自宅を訪問して病状や生活についての相談・指導を行っている。新垣病院の概況を表2、変遷について表3に示した。

表2 新垣病院の概況

事 項	内 容	
名 称	医療法人 卯の会 新垣病院	
所 在 地	沖縄県沖縄市安慶田4丁目10番3号	
開 設 主 体	医療法人	
敷 地 面 積	13,933.83 m <sup>2</sup> （建物延 10,385.81 m <sup>2</sup> ）	
付 帯 設 備	グループホーム(なごみ荘)・授産施設(あらた舎)・農場・木工所・OT室・陶芸室・精神科デイケア・精神科ナイトケア・重度認知症デイケア・生活訓練施設(ラポール)・福祉ホーム(ホープ)・共同住宅・コミュニティホール	
職 員 数	合 計(286名)	平成17年4月現在
	医 師・……・17名	検査技師・……・1名 薬 剤 師 ……・4名 X線技師・……・1名 栄 養 士 ……・3名 心 理 士……・7名 作業療法士・……・15名 ソーシャルワーカー・…15名 看護職(正・准)・…106名 事 務 職 ……・21名 介護福祉士・……・22名 作 業 職……・4名 助手(看護・作業療法)57名 そ の 他……13名

表3 新垣病院の変遷

年	事 柄
1970	4月15日 病院開設(109床)
1971	8月15日 109床から223床へ増築
1972	7月1日 基準看護3類認可
1975	9月1日 基準看護2類認可

1976	9月1日	基準看護1類認可
1981	8月17日	基準看護特1類認可
1982	7月22日	作業療法認可
1985	12月1日	基準看護特2類認可
1986	5月1日	特別養護老人ホーム「春華園」開園
1987	6月1日	ディケアセンター認可
1989	3月13日	法人認可
1990	3月9日	老人保健施設「信成苑」開苑
1992	4月	夜間加算認可
1993	4月12日	老人性痴呆症疾患治療病棟およびディケア開設
	9月16日	地域医療室開設
1994	4月1日	重度痴呆患者ディケア(Ⅱ)承認
	4月4日	沖縄看護専門学校実習受け入れ
1995	8月1日	新看護体制実施、療養病棟開設、精神科ディケア70名へ
1996	3月4日	精神科ディナイトケア実施
	4月1日	精神障害者社会復帰施設「援護寮ラポール」、福祉ホーム「ホープ」開設
1997	7月1日	あらかきクリニック開設
1998	6月1日	精神科救急開始
1999	4月	外来土曜日診察開始
	6月	クリティカルパス導入、ケースマネジメント導入
	7月1日	精神科ナイトケア実施、老人性痴呆疾患治療病棟
	7月26日	外来送迎サービス開始
	9月13日	ディナイトケア送迎サービス開始
2000	4月1日	居宅介護支援事業所開設
	4月	入院基本料3認可、看護補助加算10:1認可
	8月28日	グループホーム「なごみ荘」認可
2001	1月4日	共同住宅使用開始
	6月	療養病棟2単位(60名×2)となる
	9月1日	精神科急性期治療病棟入院料1認可
	9月3日	医療事故防止対策委員会発足
2002	4月1日	授産施設「あらた舎」開設
	4月	急性病棟ベッド数46床へ、一般病棟ベッド数57床へ

#### 4. 新垣病院における在宅医療サービスの内容

精神科の在宅医療サービスの根幹は訪問看護である。訪問看護については、昭和40年の精神衛生法改正後に保健所の保健婦（当時）や精神保健福祉相談員などが訪問指導を行うようになったことから

始まったものとされている。当時は精神科病院を退院した多くの患者に対応できるだけのマンパワーが保健所に確保されているわけではなかったため、予防の目的とはいえ、あくまで対処療法的な働きかけにとどまっていた。その後も実質的には精神科病院の看護婦（当時）やソーシャルワーカーが、担当する地域の患者宅をときに訪問するという活動が細々と行われていたというのが実状であった。しかし、昭和61年に公衆衛生審議会が「精神障害の社会復帰に関する意見」という意見書を厚生大臣に提出し、精神科集団療法の点数化が実現した。ここにおいて、精神科ナイトケアと精神科訪問看護料が点数化されることになり、それ以降ようやく退院患者の再発予防のための訪問看護が少しずつ地域に定着していくことになった。

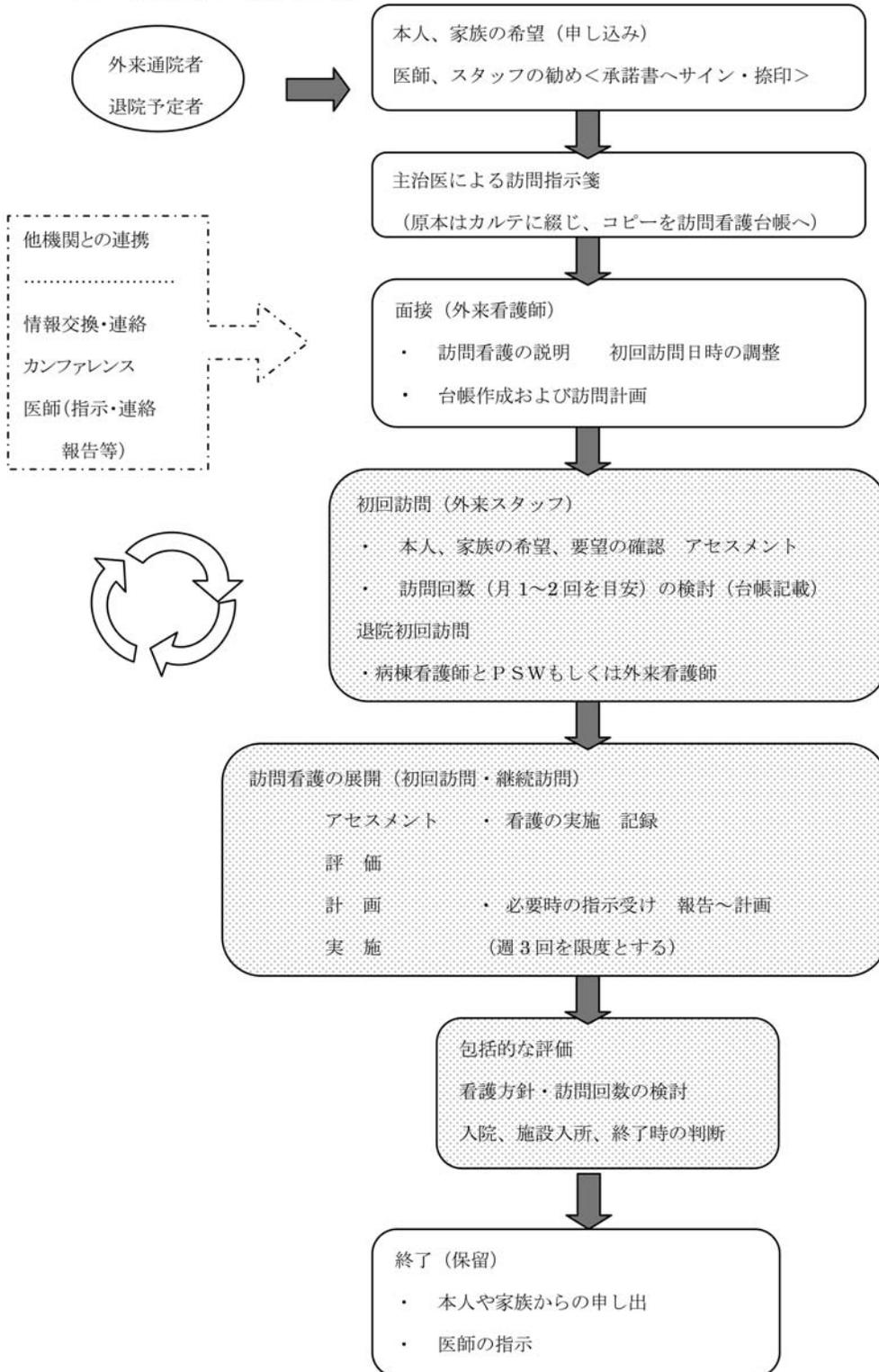
現在、新垣病院において積極的に進められている訪問看護は、平成元年頃より開始されたものである。当初は、ソーシャルワーカーや看護師などが一人もしくは二人一組で退院後の患者宅を訪ねて状態を確認し、また生活上の問題やその他心配事、家族からの相談等を聞くという活動が行われていた。その後、平成4年9月16日に地域医療室が開設され、これ以降から新垣病院における訪問看護を要とした在宅医療システム、つまり患者の病状と生活を病院と在宅の両面から見守り支えていくシステムが地域で本格的に展開されていくことになる。

地域医療室の開設以降、新垣病院では訪問看護をソーシャルワーカーや心理士と看護師らの二人一組によって行う方式を実践してきた。これは、訪問看護という名称がつけられているとはいえ、在宅で療養している患者には看護師が担当する医療的ケアのみならず自立生活支援や家族支援としてのソーシャルワークによる対応が不可欠であるとする考え方によるものである。長年にわたって実践されてきた二人体制の訪問看護については精神科在宅療養に重要であることが認められ、平成16年の診療報酬改定で複数訪問としての加算がされることになった。

現在、新垣病院で実施されている訪問看護に関わっている職種は看護師、精神保健福祉士、心理士の他、作業療法士や栄養士、薬剤師が加わる場合がある。その内、実際に訪問を行っているのは看護師、精神保健福祉士、心理士がほとんどである。地域医療室に所属する相談員（心理士及び精神保健福祉士）は合計10名おり、その内の病棟専従相談員3名を除く7名が訪問看護に従事している。そして、外来看護を担当する12名の看護師とともに総勢19名から二人一組の訪問看護グループが編成されている。一日8グループ（午前4グループ、午後4グループ）が、平均で約4件の訪問を月曜日から金曜日まで行い、これを合算すると一ヶ月の訪問看護件数は約600件を数えることになる。

図1は、新垣病院で実施されている訪問看護の流れと展開を図示したものである。また、訪問看護は次の5つの側面から対応が図られている。①日常生活の支援（食事、排泄、生活リズム、睡眠、身体保清、住居や衣服の衛生管理等）、②病状悪化の早期発見（病状悪化の状況として自傷他害のおそれや妄想による身体維持不能・他者への迷惑行為、家族による対応困難な場合等を把握しておく）、③対人関係の援助（家族・近隣・他の患者・職場との関係づくり、関係機関であるディナイトケア・援護寮・グループホーム・授産施設・支援センター・社会福祉協議会等との連携づくり）、④医療継続への支援（服薬管理、通院継続への援助として医師との治療関係づくり、本人や家族が病気を理解していく過程の受容、関連機関のスタッフへの働きかけ、必要に応じて他の機関へ行けるように手配

図1 訪問看護の流れと展開



すること等)、⑤社会活動参加への支援(就労支援やディナイトケアおよび作業所への通所の勧め方と支援等)。

訪問看護はチームアプローチを基本としており、そのチームは医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士および関連施設(ディナイトケア、援護寮、グループホーム、授産施設、支援センター、社会福祉協議会等)のスタッフで構成されている。また、常に連携を密にしながら定期的および随時のカンファレンスが開かれている。具体的には、毎朝8時15分から相談員間の情報交換ミーティングがあり、8時30分より45分まで外来スタッフと相談員による合同ミーティングが開かれている。ここでは前日のケース報告等がされ、スタッフ間の情報共有がされている。定期的カンファレンスは毎週1回(院長による回診日に)約30~40分ほどの間で実施され、ケースに関する情報交換や対応策等が話し合われる。この他に、退院に向けてのケースマネジメントが随時開かれている。このケースマネジメントは30~60分の時間で、本人や家族も含め、さらに施設関係者や訪問看護担当者、保健所や社会福祉協議会関係者などが参加し、退院以降の治療や生活全般についての話し合いが行われている。

訪問看護については、訪問件数や時間など数量的な側面と、情報収集やアセスメント・計画立案と実施の妥当性、問題解決の程度や効果など質的な側面から評価が行われている。評価に際しては、本人の生活自立度や病状の安定性、対人関係や社会参加の様子、社会資源の利用程度、さらに家族をはじめ他のサポート体制の内容や本人自身の生活満足度等がチェックポイントとしてあげられている。医師、看護師、精神保健福祉士、心理士等の出席による定期的カンファレンスにおいて評価が行われ、訪問看護による各事例の結果および原因分析によって訪問計画の修正が図られていく。

本人や家族から不安の訴えや相談事がほとんど無くなり、精神状態や生活が安定してきた場合には本人と医師が相談して訪問看護の終了を決定することになる。この場合は、より客観的な判断が必要とされるが、本人が服薬を続け、継続した外来通院ができるようになること、退院後の生活に自信を持ち、訪問看護による援助を必要と感じなくなっていることなどを見極めながら決定していくことになる。

訪問看護はケースごとに台帳が作成されるが、次のような書類から台帳がつくられている。

- ①訪問看護指示箋・・・医師によって訪問看護の目的や必要性が説明され、本人・家族からの要望や訪問回数等が記されている。(承諾書には療養者または家族のサイン・捺印がされる) 原本をカルテ、コピーを訪問看護台帳に綴じる。
- ②看護サマリー・・・家族構成・連絡先、既往歴・入院に至るまでの経過、退院理由・退院先 ADL・身体状況、問題点、対策、評価・今後の課題等をまとめてある。
- ③訪問看護計画書・・・POS記録方式<sup>3)</sup>を用いた経過記録と各時点における評価を記入する。
- ④訪問看護台帳用紙・・・基本情報(学歴・職歴、外来初診日、医療区分、病名、合併症等)、退院時状況、経済状況(年金、生活保護、収入、精神保健福祉手帳、担当保健師等)、介護保険等(居宅支援事業所、ケアマネジャー、担当ヘルパー等)、家族構成、住居状況などが記されている。
- ⑤訪問看護記録・・・訪問看護の内容を時系列的に記録していく。

⑥カードックス・・・・・・・・基本情報（性別、生年月日、年齢等）、病棟に関する情報（入院年月日、転入院年月日、入院経過日数、病室番号、食事等）、変化する情報（外出の可否、外泊の可否等）、定時に変化する情報（体温、血圧、脈拍、安静度、看護度、治療方針、保清、尿測定、排泄、服薬、注射等）、その他（医師の指示、他科受診、予約、検査予約、処置、特記事項等）をカルテより情報を収集して記入する。

⑦地図

⑧表紙（地図により地域ごとに色分け）

訪問看護の第一義的な目的は再発の防止である。在宅で療養している患者の症状悪化や変化を、定期的な訪問によって早期に発見し、適切な対応を早めに行っていくことが再入院をできる限り防ぐことにつながっていくのである。精神科治療では、多くの患者が在宅生活に戻り、地域社会へ復帰できることを援助していくことが主な目標とされている。訪問看護は、在宅における精神科治療の維持・継続および回復までを包括した総合的な医療福祉援助として位置づけることができる。また、精神保健福祉士による本人の社会復帰に向けての福祉的援助や家族サポートといったソーシャルワークが、訪問看護の一環として診療報酬上に評価されたことは特筆される点である。

## 5. 「在宅福祉医療システム」の要件および今後の課題について

「在宅医療福祉システム」とは、在宅で療養している患者の病状を見守り、状態の変化に応じて適切な治療や看護サービスを提供するという医療的側面だけでなく、患者や家族および在宅療養を支えている人たちが抱えている不安や問題を出来る限り軽減して在宅療養の安定的継続や再入院の予防に努める福祉的側面のサービスを複合化したシステムとして定義づけたいと思う。ここでは、在宅医療福祉システムを構築していくための要件をまとめ、システムを形成していく際に乗り越えていくべき課題について考えてみたい。

要件としてあげられるのは、第一にソーシャルワーカーとしての精神保健福祉士の存在である。医療と福祉の両領域を繋ぐ専門職としての精神保健福祉士の役割が、在宅福祉システム構築の一つの鍵となると思われる。精神科ソーシャルワーカーとしての業務が、精神保健福祉士という国家資格として社会的な認知を獲得したことも重要な点である。第二に、精神保健福祉士の役割や活動の意義に関する評価があげられる。評価については様々な指標が考えられるが、やはり精神科専門領域に関する社会保険等診療報酬に精神保健福祉士の活動が点数化されていることは大きいと思われる。さらに将来的な展望も含めた上で、第三の要件としては患者が安心して在宅療養生活をおくれるように支援していくためのチーム体制が病院関係内のみならず地域を包括した範囲で整備されるために、多様な社会資源とのシステム連携及び情報交換を図るための総合的なマネジメント方法の確立および専門的マンパワーの確保が必要であると思われる。これらの三要件について、次に詳しく見ていくことにする。

（要件1）精神科ソーシャルワーカーに関する社会的認知度（承認度）の高まり

在宅医療福祉システムに関して、他の診療科に先駆けて取り組みを実践してきたのが精神科病院における訪問看護システムである。在宅医療福祉システムの福祉的側面を担うソーシャルワーカーとし

て、現在では精神科診療において精神保健福祉士の存在が不可欠なものとなっている。1997年12月に公布され、1998年4月より施行された精神保健福祉士法によって精神保健福祉士は国家資格となったが、精神科ソーシャルワーカーの役割や地位に関して今日の社会的認知が得られるまでには、関係者らによる長年にわたる活動実績や地位向上に向けての運動があった。

1948年に国立国府台病院で社会事業婦という名称で精神科臨床チームの一員に配置されたのが精神科ソーシャルワーカーのはじまりとされている。その後、1964年に日本精神医学ソーシャルワーカー協会が設立され、1965年に改正された精神衛生法によって地域における精神衛生活動が展開しはじめると、精神科ソーシャルワーカーの意義や役割が問われるようになった。しかし、当時は精神科ソーシャルワーカーのみならず社会福祉領域全てのソーシャルワーカーが、いまだ低い社会的地位や劣悪な労働条件に甘んじている状況であり、自らの業務に関する専門性を発揮する環境になかったというのが実状であった。

その後、1984年に起きた宇都宮事件<sup>4)</sup>に対する国際的批判への対応として、翌1985年に国が精神障害者の社会復帰促進と人権擁護を趣旨とする精神衛生法の改正を発表すると、1986年には日本精神医学ソーシャルワーカー協会が、その際に改正の趣旨を実現するためには精神科ソーシャルワーカーの配置が不可欠であるとする要望書「精神衛生法改正に伴うPSW配置に関する要望について」を提出した。1987年1月には、政府から福祉および医療領域における専門職種についての法定資格化を図る方針が発表され、その中に医療ソーシャルワーカーが掲げられていた。

一方、厚生省（当時）社会・援護局では介護福祉職を介護福祉士とする国家資格化が検討されている中で、ソーシャルワーカーとしての社会福祉士を国家資格化する案が浮上していた。1987年5月に成立した社会福祉士及び介護福祉士法では、社会福祉士の業務範囲を福祉領域に限定した医療領域を含まない職種として法制化され、医療領域に関わるソーシャルワーカーの国家資格化については留保される形となった。しかし、1990年12月に厚生省健康政策局計画課から「医療福祉士（仮称）資格化にあたっての考え方」が示されたが、日本医療社会事業協会は社会福祉士以外の資格は受け入れられないとして厚生省案を拒否し、厚生省は1991年の通常国会への法案上程を断念したという経緯があった。

1993年6月の精神衛生法改正にあたり、衆参両院で「精神科ソーシャルワーカーの国家資格制度の創設について検討すること」という附帯決議がされ、1994年4月には日本精神医学ソーシャルワーカー協会は臨時総会の中で精神科ソーシャルワーカー単独の国家資格化を求める方針を決定した。同年10月に精神科ソーシャルワーカー業務研究会による報告書が公表され、精神科ソーシャルワーカーの業務10項目のうち、受診援助等5項目の業務が医師の指示を受けて行う診療補助行為が含まれているとして、これに関した保健婦助産婦看護婦法第31条の規定を解除して一部に業務独占を含む国家資格とする必要があることが主張された。

1993年の障害者基本法、1994年の地域保健法、そして1995年に精神保健福祉法が制定され、精神科ソーシャルワーカーの国家資格制度の創設に関する動きは加速されていき、1997年12月に精神保健福祉士法が成立した。第1回精神保健福祉士試験は1999年1月に実施され、約4700名が受験した。2005年4月現在では、全国に2万6542人が精神保健福祉士として登録されている。国家資格である

精神保健福祉士の誕生によって、精神科領域で専門業務を担うソーシャルワーカーの役割や意義についての社会認知度が高まったことは明らかである。これまでの経緯を振り返ってみると、精神保健福祉士の国家資格は、長期入院生活をおくっている患者の福祉増進や社会復帰など、病院内のみならず在宅療養を念頭においた福祉の専門サービスを担う精神科ソーシャルワーカーとしての役割と意義の重要性が認められたものとして理解できる。

今後、在宅療養を行っている患者の生活を医療と福祉の両面から支援していくソーシャルワーカーの存在は、精神科以外の診療科においても重要なものになっていくと考えられる。これから地域で展開されていく在宅医療福祉システムの在り方およびソーシャルワーカーの役割や機能、意義を考えていく場合に、精神科ソーシャルワーカーの諸活動にわたる軌跡及び精神保健福祉士の資格化の経緯等は、様々な示唆を与えてくれるものであると思われる。

#### （要件2）精神科ソーシャルワークの社会保険等診療報酬における点数化

精神保健福祉士が看護師とともに実践している精神科訪問看護は、昭和61年に公衆衛生審議会が「精神障害の社会復帰に関する意見」という意見書を厚生大臣に提出し、精神科集団療法の点数化が実現したことから精神科ナイトケアと精神科訪問看護料が点数化され、診療報酬に反映されることとなった。

その後、平成16年4月版の『社会保険・老人保健診療報酬－医科点数表の解釈』第2章特掲診療料第8部精神科専門療法におけるI012精神科訪問看護・指導料には、「精神科訪問看護・指導料（I）は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下、「保健師等」という）が、精神障害者である入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。（平16.2.27保医発0227001）」とあり、550点が算定されることになっている。

これは、「保健師等の訪問により看護又は療養上に必要な指導を行った場合、週3回に限り算定される」ものである。ただし、「区分番号C005（精神科以外の診療科）の在宅患者訪問看護・指導料は算定しない」とされている。さらに、「複数の保健師等を訪問させて、看護又は療養上に必要な指導を行わせた場合は、所定の点数に450点を加算する」ことが規定され、精神保健福祉士が患者宅を訪問して本人や家族および在宅療養に関わる人たちへの対応や支援についても、在宅療養生活の安定的継続や再入院予防に資する活動であることが評価され、診療報酬上に加算されることになったと理解される。

また、精神科において病院で3ヶ月以上の精神科治療を受けてきた患者の退院に先立って行われる退院前訪問指導料については380点が算定されることになっている。これはI001-2精神科退院前訪問指導料として「精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神障害者である患者の退院に先立ち、患者又は精神障害者社会復帰施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後館外看護や相談にあたる者に対して、退院後の療養上に必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導

を行った場合にも算定できる。(平 16.2.27 保医発 0227001)」と規定されており、精神保健福祉士によるソーシャルワークが退院前訪問指導として点数化されていることがわかる。

一方、精神科専門療法以外の退院前訪問指導料については、同『社会保険・老人保健診療報酬－医科点数表の解釈』第2章特掲診療料第1部指導管理等におけるB007退院前訪問指導料に360点が算定され、以下のように規定されている。「(1)退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の退院に先立って患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、退院後の療養に必要と考えられる指導を行った場合に算定する。(2)退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日に関わらず退院日に2回分を算定する。(3)〈略〉。(4)医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。(5)(6)(7)(8)〈略〉(平 16.2.27 保医発 0227001)」。

この規定の(4)に掲げられているように、退院前訪問指導に関係できるのは全て医療の専門職であり、ソーシャルワークに関する専門職は組み込まれていない。入院時から在宅療養につなげる過程で不可欠な退院前訪問指導は、在宅医療福祉に携わるソーシャルワーカーにとって必須の役割と考えられる。しかし、実際に病院内の地域連携室等に所属するソーシャルワーカーが、こうした仕事を担うことがあったとしても、その業務に対する評価が診療報酬等に反映されなければ病院運営側にとって利益がないと見なされることは必定である。そのため、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が本来の業務の傍らでソーシャルワーク的な業務も担わなければならないというのが現状である。

こうしたことは、同第2章特掲診療料第2部在宅医療に関する各項目における規定を見れば、より明らかである。在宅患者訪問看護・指導料に関してはC005において詳しく規定がされているが、ここで算定される業務は保健師、助産師、看護師、准看護師による看護及び指導料に限られている<sup>5)</sup>。看護の業務は保健師助産師看護師法第5条に「療養上の世話又は診療の補助」と規定されており、訪問看護の場合も当然ながら治療や診療に関わる業務としての算定がされるものである。むしろ、先に見た精神科における訪問看護に、精神保健福祉士らのソーシャルワークも含まれるといった適用の方が医療における特例であると思われる。

しかし、今後は診療科を問わず在宅療養が拡大していくことになり、退院後に在宅で療養していく患者の生活を総合的に支援する方法が不可欠になってくる。このことは、看護や理学療法・作業療法といった医療的サービス領域のみならず、本人及び家族等への精神的・社会的ケアを含む福祉的サービスが複合的に提供されることで実現されるものである。しかし、精神科における精神保健福祉士のような位置づけが、他の診療科におけるソーシャルワーカーに与えられるためには、法規定等の見直しが必要となってくる。現在、第二種社会福祉事業である無料低額診療事業を実施している病院には医療ソーシャルワーカーの配置が義務づけられており、医療保険の診療報酬上の一部に社会福祉士の配置が明記されることになっている。このような動きは今後さらに拡大されていくと思われ、社会福

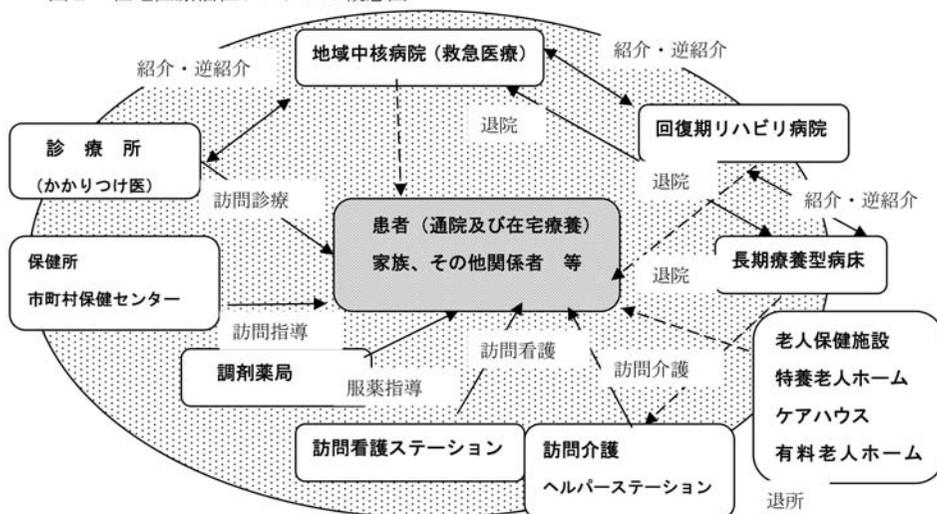
社士及び介護福祉士法の施行規則第2条に掲げられている指定施設<sup>6)</sup>についても、2003年7月の改正によって保健所、病院・診療所が加えられている。医療機関に所属してソーシャルワークを担う専門職は、今後も増加していくことが予想される。

精神保健福祉士の場合は、業務の一部に医師の指示を受けて行う診療補助行為が含まれているとして、これに関する保健助産婦看護婦法第31条の規定を解除して一部に業務独占を含む国家資格とされている。今後は病院でソーシャルワークを担う専門職も、とくに在宅療養に関しては在宅療養の安定的継続や再入院の回避に努める目的を持つソーシャルワークが、診療補助行為に含まれる業務として位置づけられるべきである旨を主張していく必要があると思われる。その際には、在宅療養に関してソーシャルワーカーが関わる業務のうち、どの部分が医師の指示を受けて行う診療補助行為であるかを明確にし、今後は重点化されていく訪問看護をソーシャルワーカー同行による複数訪問で行われることの意義と効果を強く訴えていかなければならないと思われる。

(要件3) 総合的なマネジメント方法の確立および専門的マンパワーの確保

患者が安心して在宅療養生活をおくれるように支援していくためには、医師をはじめ看護師、理学療法士、作業療法士等の医療職や、管理栄養士、ソーシャルワーカーなど他職種を含む複合的な専門職チームによるケア体制の確立が必要である。在宅における療養生活が安定的に維持されるためには、病院内でのカンファレンスやクリティカルパス等の活用による緊密な情報連携システムのみならず、病院と在宅をつないで病状や診療・看護内容を共有化する連携システムが必要とされる。さらに、病状に大きな影響をもたらすと思われる在宅生活環境に関して、患者だけでなく家族や在宅療養に関わる人たちからの訴えや要望を取りまとめ、個別の相談に対応して状況の悪化を防ぐといった包括的視点に立ったケアシステムの確立も重要である。

図2 在宅医療福祉システムの概念図



こうした広い視野で在宅医療福祉システムが整備されるためには、病院内及び病院外の多様な社会資源を掌握し、それらを有機的かつ複合的に連携させて有効に活用していくマネジメントの方法が確立されなければならない。在宅療養者が増大して在宅医療が拡大されるということは、従来の病院内完結型医療システムが地域内完結型医療システムへと大幅に転換されなければならないことを意味している。これは、病院と診療所との機能連携をはじめ、医師や看護師など医療専門職と在宅介護を担う介護専門職との連携、また行政や社会福祉協議会といった諸機関との連携を含む社会福祉資源の活用システムなど、広範囲にわたる総合的なマネジメントとして捉える必要がある。図2は、以上の内容を踏まえた上で在宅医療福祉システムの概念図を示したものである。

こうした地域を包括する在宅医療福祉システムを総合的に管理・運営していくためには、統括的なマネジメントを業務とする専任の人材の育成が必須である。これを仮に「在宅医療福祉コーディネーター」として構想し、今後はその養成プログラムについても考案していくことが必要になると思われる。

## 6. おわりに

今回の調査研究では、患者が退院した後にも在宅で適切な医療サービスおよび相談や社会資源活用などソーシャルサービスを継続的に受けることができる在宅医療システムが地域に根付いている事例として、沖縄県沖縄市の精神科病院（新垣病院）を取り上げた。新垣病院では在宅における患者の療養および生活復帰に力を入れており、精神保健福祉士や臨床心理士、看護師などによって組織された訪問チームによる在宅療養患者への訪問件数が月平均約500回以上に及ぶ実績をもっている。沖縄県内でも先駆的に在宅医療システムの基盤づくりに取り組んできた新垣病院の実践内容を参考にしつつ、今後に精神科以外の診療科病院が在宅医療を展開していくための要件について整理した。また、精神科の在宅療養で必要とされている精神保健福祉士の役割および機能は、他の診療科における在宅医療の現場ではソーシャルワーカーが担うべきものであり、在宅療養を継続していくための支援や再入院の予防等に必要とされるソーシャルワークが、精神科ソーシャルワークと同様に診療報酬へ反映されるためには、どのような課題を乗り越えていくべきかという点について考察した。

要件の1としてあげられるのは、精神科医療における精神科ソーシャルワーカーに関する社会的認知度の高まりである。これは1997年に精神保健福祉士が国家資格になったことに負うところが大きい。また、精神科領域において患者へのメンタルケアや相談、在宅療養に伴う生活全般の自立支援等のソーシャルワークが、治療及び看護など医療サービスに不可欠なものとして医療関係者の間にも認知されてきたことの表れとして理解できる。精神科以外の診療科においては、地域連携室等に在籍するソーシャルワーカーが患者の退院及び在宅療養に関する援助サービスを担うべきであり、患者宅への訪問相談や地域の社会資源開発等に努めていく必要がある。しかし、多くのソーシャルワーカーは病院内にとどまって患者の退院援助を行うことに終始しているのが現状である。今後は、ソーシャルワーカーの国家資格である社会福祉士に関する諸規定の見直しもさることながら、在宅療養の拡大に伴って必要とされる患者及び家族のメンタルケアや生活自立支援に不可欠なものとして、ソーシャルワークの意義や効果を訴えて社会的認知度を高めていく必要がある。

要件の2は、精神科ソーシャルワークが社会保険等診療報酬において点数化されていることの重要性である。要件の1で述べたように、在宅療養に関するソーシャルワークの診療補助としての機能や効果を根拠あるデータによって証明していく必要がある。ソーシャルワークによって、どれほど患者にとって安定的な在宅療養の継続が可能となったか、また再入院の予防にどれだけ効果をもたらしたかをデータによって示していくことが必要である。在宅療養におけるソーシャルワークが診療報酬に反映されることは、まさしく医療と福祉が一体化されて初めて可能になるものと思われる。これまで、長年にわたって叫ばれてきた医療と福祉の連携が実質的に進んでこなかったのは、この一体化ができていなかったからであると思われる。

要件の3にある総合的なマネジメント方法の確立および専門的マンパワーの確保は、将来的に在宅医療福祉システムを地域に根付かせていくという展望の中で考えていくべきものである。地域を包括した広い視野で在宅医療福祉システムを整備するためには、図2に示したような多様な社会資源を掌握し、それらを有機的かつ複合的に連携させて有効に活用していくマネジメント能力が求められる。在宅療養者の増大は、従来の病院内完結型医療システムが地域内完結型医療システムへと大幅に転換されなければならず、これは病院と診療所との連携、医療専門職と介護専門職との連携、行政や関係諸機関との連携を含む社会福祉資源の活用システムなど、広範囲にわたる総合的なマネジメントの必要性があるものである。このような在宅医療福祉システムを総合的に管理・運営していくためには、統括的マネジメントを業務とする専任の人材の育成が必須であり、今後はその養成プログラムが必要とされると思われる。

#### 〈注釈〉

- 1) 新垣病院では障害者自立支援法の施行にともない、平成18年4月より福祉ホームをグループホームに再編している。さらに、次年度の4月からは生活訓練施設・援護寮もグループホームとして運営されることになっている。
- 2) これまでの通院医療費公費負担制度（精神保健福祉法第32条）に変わり、平成18年4月1日より障害者自立支援法に基づく自立支援医療制度（精神通院）が始まった。これにより、精神通院医療・更生医療・育成医療は、「自立支援医療制度」として「医療費と所得の双方に着目した負担」の仕組みに統合された。通院医療費公費負担制度（精神保健福祉法第32条）との違いは、有効期間が1年となったこと。自己負担額が医療費の1割となること。ただし、疾病の程度や「世帯」の所得の状況等に応じて、1ヶ月あたりの自己負担額に上限が設定される場合がある。病院・診療所・訪問看護事業所だけでなく、院外薬局の利用についても事前の申請が必要となる。医療受給者証はひとりに1枚交付される。医療受給者証の「指定医療機関名」欄に記載されていない病院・診療所・薬局・訪問看護事業所で自立支援医療は受けられない。申請権者は本人であり、受診者が18歳未満の場合は保護者が申請権者となる。

新たな制度は、精神による疾患で通院医療が継続的に必要な人の医療費（薬剤費を含む）の自己負担分を公費で負担するものである。（公費の負担は、国と県とで1 / 2 ずつ）この制度を利用

すると自己負担分は原則 1 割となる（生活保護の方は、自己負担分はありません）。自己負担額の軽減措置として、所得や疾病の状態に応じて、1 ヶ月あたりの自己負担額に上限が設けられることがある。この制度は、統合失調症等の精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある人を対象としている。精神症状が改善していてもその状態を維持し、かつ再発を予防するために通院医療を継続する必要がある場合は対象となる。また、対象となる医療の範囲は、精神疾患及び精神疾患に起因して生じた病態に対する通院による医療（投薬も含む）とされ、医療保険の適用になるものに限られている。対象者・医療の範囲については、これまでの通院医療費公費負担制度と同じであるが、医療受給者証に記載された病院や診療所、薬局などでの医療費のみが対象となる。

- 3) POSは Problem Oriented System の略で、患者の解決されるべき問題点や課題をリストアップしたもの（Problem List）を作成し、それを記録の目次であると共に治療・看護の目標に据えて全人的視点から患者を把握するために用いるものである。新垣病院では、問題リスト作成に PBLST 方式を用いており、それは P（Psychiatric）＝精神的・心理的・性格的問題、B（Body）＝身体的問題、L（Life）＝日常生活活動上の問題、S（Social）＝家族・社会など環境上の問題、T（Temporary）＝一時的な問題という 5 つの側面からチェックしていくが、患者の全人的把握のために、その人の持っている良い面についてもチェックする G（Good）の項目を加えている。
- 4) 1984 年の宇都宮事件とは、報徳会宇都宮病院で看護職員らによる集団リンチを受けた統合失調症の入院患者が死亡した事件のことである。この事件の発覚により、同病院で行われていた無資格者による検査や看護、また医師や看護職員による患者蔑視や日常的な患者への暴力の実態が明らかにされた。また、患者は病院内で様々な労役に就かされ、通信や面会の自由が剥奪されており、不当な強制措置が度々行われていたこともわかった。さらに、同病院で行われていた不正な経理や、極端な医師及び看護師の不足という実態も調査された。この事件を契機にして、精神医療審議会の設置や精神科病院への入院形式の見直し、社会復帰に関する法整備などが進められていくことになる。
- 5) 訪問看護は、居宅において療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、この計画に基づいて患家を定期的に訪問して看護及び指導を行った場合、1 日に 1 回を限度として算定される。保健師、助産師、看護師による訪問看護は週 3 日目までが 530 点、週 4 日目以降は 630 点が算定される。また、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者や 14 日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて 1 日に 2 回又は 3 回以上の訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数にそれぞれ 450 点又は 800 点が加算される。さらに、在宅で死亡した患者について、1 ヶ月以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、その死亡前 24 時間以内にターミナルケアを行った場合は、所定点数に 1200 点が加算される。
- 6) 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第 2 条に規定されている社会福祉士が業務を行う指定施設は次の 13 項目である。①地域保健法の規定により設置された保健所、②児童福祉法に規定する児童相談所、母子生活支援施設、児童養護施設、知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ

児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センター、③医療法に規定する病院及び診療所、④身体障害者福祉法に規定する身体障害者更生相談所、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設及び身体障害者福祉センター、⑤精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神保健福祉センター及び精神障害者社会復帰施設、⑥生活保護法に規定する救護施設及び更生施設、⑦社会福祉法に規定する福祉に関する事務所、⑧売春防止法に規定する婦人相談所及び婦人保護施設、⑨知的障害者福祉法に規定する知的障害者更生相談所、知的障害者サービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通勤寮及び知的障害者福祉ホーム、⑩老人福祉法に規定する老人サービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センター、⑪母子及び寡婦福祉法に規定する母子福祉センター、⑫介護保険法に規定する介護保険施設、⑬前に掲げる施設に準ずる施設として厚生労働大臣が認める施設（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則：平成15年7月2日厚生労働省令第116号改正現在）

[参考文献]

- 沖縄県障害保健福祉課「沖縄県福祉のまちづくり条例」平成9年沖縄県条例
- 沖縄県立総合精神保健福祉センター「平成17年度精神科救急医療システム実績」2006
- 小渡敬「沖縄県の精神医療の概要と精神科救急医療の現状」沖縄県医師会報2006年4月号
- 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」平成14年12月19日
- 社会保険研究所「医科点数表の解釈 平成16年4月版」2004
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会編「精神科リハビリテーション学」2003 中央出版
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編「精神保健福祉論」2001 ヘルス出版
- 福祉士養成講座編集委員会編「資料編」2004 中央出版
- 牧潤二「平成16年度診療報酬改定 4年後までを見据えて『根拠』に基づいた改定に」医療行政トピックス2004年3月号

