

結核医療のソーシャルワークを通して見た 医療ソーシャルワーカーの役割

津川 忠久 上田 奈々¹⁾ 山本 弥生¹⁾ 森本 保²⁾ 第63回国立病院総合医学会
(平成21年10月23日 於仙台)

IRYO Vol. 64 No. 9 (587-590) 2010

要旨

三重県は南北に細長く伸びる地形的構造により、必然的に人口的分布から経済的な不均衡が生じ、南北地域間の医療資源格差について重要な課題となっている。三重中央医療センターは三重県のはほぼ中央に位置し、結核拠点病院として結核病棟50床を有し、県内広域より患者を受け入れている。三重県でもDOTS(直接監視短期化学療法；directly observed treatment short-course)カンファレンス等の活動を通じ結核の根絶を最大の目的としている。当院ではDOTSカンファレンスを退院直前に導入することで、行政と医療機関の連携を強化し円滑な患者支援を目指している。近年結核患者は本県でも高齢者が大きな割合を占めている。結核患者の支援は高齢者医療支援上の問題点に結核疾病特有の管理上の問題が重なる。そのため、よりきめ細やかさが問われることになる。とくに三重県南部では、医療資源が乏しく、結核既往の患者を受け入れることができる施設は希少であり、患者支援には地域行政機関との密接な連携が不可欠である。

80歳代女性患者の退院調整の具体例を提示して考察を加えた。福祉職としての医療ソーシャルワーカー(MSW)が、国民のニーズにきめ細かくケースごとに対応していくことで、少しでもウェルビーイング(生活の安定を図って、その人らしい生き方を支援する)を保守することが、信頼のおける病院として支持されることにつながると考える。

キーワード ウェルビーイング, ソーシャルワーク, 結核医療

はじめに

高齢者医療の拡大による診療報酬の見直しはあるものの、結核患者の診療報酬の大幅な見直しは行われてはいない。平成16年度からの国立病院・療養所の独立行政法人化において、その療養環境整備の衰

退化が見られ始めている。また結核患者の実質的な減少も原因の一つだが、患者の生育歴、性格、経済、生活状況、病状(合併症、既往病の進行)と患者の高齢化で、より一層シビアな管理が必要になる。困難な病床維持をするより、他の運営上メリットのある療養、回復リハビリへの転換が顕著である。現状

国立病院機構三重中央医療センター 地域総合相談支援センター 1)看護部 2)心臓血管外科(現院長)
(平成22年5月7日受付,平成22年11月12日受理)

Social Work's Role in the Tuberculosis Medical Treatment

Tadahisa Tsugawa, Nana Ueda¹⁾, Yayoi Yamamoto¹⁾ and Tamotsu Morimoto²⁾, NHO Mie Chuo Medical Center

Key Words: well-being, socialwork, tuberculosis

から国立病院機構として、政策医療の認識で結核病床を確保する使命を感じ、また、数少ないベッドに集中する困難ケースに国立病院が支援の実績を上げるためには、数多い困難ケースに対応する技術と経験の蓄積が重要であると考え、ウェルビーイング（生活の安定を図って、その人らしい生き方を支援する）のためにソーシャルネットワークスキルを、これからますます構築していくとともに、柔軟な対応を調整することを医療ソーシャルワーカー（MSW）は得意とする専門職である。

三重県の結核療養の問題点

三重県は南北に伸びる細長い海岸部の北中部に数万-10万人規模の都市が偏在し、南北地域間の医療資源格差が重要な課題となっている。結核医療を担う医療機関は7病院で130床（収容モデル病床を含む）を有している。しかしながらそのうち25床の結核病棟が閉鎖され、主力2病院が、モデル病床に切り替えて、実質負担軽減を行っている。その中で三重中央医療センターは県のほぼ中央に位置し、結核拠点病院として結核病棟50床を有し、県内広域より患者を受け入れている。遠方からの受け入れは療養上もちろん退院時に複雑な問題が生じる。原因は、支援者（家族、福祉事務所等）が遠方であることが中心である。また、高齢者の発症率が高いことが問題を複雑化させている。この場合MSWは時として代弁者の役割や仲介的役割を持つことになる。

日本における結核治療現状

世界的にみて日本の治療患者の年間約30,000人は米国と比較しても2倍以上の新規登録患者数となる（[http://www3.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/e06dc86564c40a8e4925709f001f3b9b/\\$FILE/siryu_all.pdf](http://www3.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/e06dc86564c40a8e4925709f001f3b9b/$FILE/siryu_all.pdf)¹⁾）。国が結核根絶を目標とした政策として、平成19年には結核予防法35条で同居者に感染させる場合においてのみ入所命令ができるとしていたが、改正後は感染症法37条で感染したものに入院勧告ができるようになった。人権の尊重に留意をしているが、実質、結核入院は措置扱いとなり強制力が高まった。また定期健康診断と定期予防接種の強化を図った。しかしながら医療現場の負担は大きく、病棟を維持していく上ではさまざまな問題が大きい。いまだに結核は感染症であることから不治の

病と考えられることも少なくなく、強い感染力があるとも誤解される場合もある。現在の感染に対する安全管理体制の基準もいまだ曖昧である。そのため排菌が止まった状態であっても対応に混乱がおき、結核病棟以外では困難であるとされることが多い。また、内服が多い、高額である。そこで医療費が包括になる老人保健施設や医療・介護療養型では対応不可能と判断される。そのような理由で結核病棟の入院期間は長期化し、患者の精神状況は限界に達していくことになる。隔離病棟での長期入院患者の生活を支援することは必須であるが、病棟スタッフの疲労やストレスは長期化により増幅する。このようなことから他疾患の病棟管理に比べ、結核病床の運営の維持はスタッフの健康管理を含め非常に厳しい状況にある。三重県では確実に結核病棟は減少してきている。三重県内の約半数の結核病棟を保有する当院の役割は重要になってきている。今後は、当院のあり方と三重県全体における地域の支援が結核根絶の鍵となってくる。MSWは県保健福祉部との協力のもと、ソーシャルアクション（社会変革を目指し直接的に働きかける活動）を通し、地域への理解と支援を求める役割を担っていくことになる。地域との連携においてMSWの援助技術を駆使することで問題を解決することができると思う。

DOTSカンファレンスとMSW

DOTS（直接監視短期化学療法）の実施による完治への指導見守りが強化されている。当院では1回/月に三重県下担当保健師とのカンファレンスを行う。当院メンバーは呼吸科医師、臨床検査技師、薬剤師、病棟看護師、MSW、退院調整看護師からなる。入院中からの自己管理のリスクを確定し、内服管理を検討し指導する。退院してからも継続的に保健師訪問により内服管理を継続的に行うことで結核完治を目標とする。MSWと退院調整看護師はDOTSカンファレンスに参加し、入院中から退院後も内服療養管理ができる住環境整備においてソーシャルアクションはもちろんのこと計画運営の総管理というようなアドミニストレーション（administration）的役割を担っていく必要がある。根絶を目指す観点からDOTSカンファレンスは結核根絶の最後の砦のような役割を担っており、カンファレンスでの検討については妥協できない。

事例の紹介と考察

事例は、病院からは遠い地域に住む80歳代の女性で、生活保護世帯である。夫の死後独居で、猫7-10匹を飼っている。既往歴に高血圧症、骨粗鬆症、腰痛がある。

自宅で衰弱し歩行困難となり、福祉事務所の介入で病院を受診し、肺結核と診断され、当院結核病棟への入院となった。入院約7カ月で排菌は陰性化した。入院中、自覚症状はなく、食思良好、歩行はゆっくり可能であった（介護度1程度）。排泄はポータブルで、入浴は軽介助、コミュニケーションに障害はなかった。

高齢者医療と単身高齢者問題の延長上と結核療養の問題も加わり複雑化ケースである。

MSWの役割として、次の2点を考えた。

- ①間接的には早期退院、早期社会復帰を目標に、住居地の地域関係機関の窓口となること
- ②直接的には精神的、生活のサポートとして、a. 金銭管理として遠方の福祉事務所からの保護費支給における受け渡し代理、b. 心理的問題解決に向けての身の上相談、c. 在宅退院支援の三本柱

a. 金銭管理においては「患者預かり金口座」の新設をし、遠方からの振り込みを可能にした。b. 心理的問題解決においては『最愛の夫と建てた家で心の支えの猫たちと、もう一度暮らしたい。それが叶わないのであれば死にたい』とまで在宅退院を切望していた。そこで一緒に今後の生活を検討することで、将来の目標を明確にして、生きる気力を維持していけるよう支援していくこととした。

1. 退院支援に関する判断の経過

DOTSカンファレンスでは、入院中の状態と、患者の住居地が過疎地で、医療福祉などの支援体制が整っていないこと、住居自体隙間の多い簡易住宅で空調も整っていないうえ、飼い猫の出入りで清潔を保てないこと、高齢で単身ということで在宅への退院は不可能と考えられた。しかし、患者の在宅退院の希望が強いことから、主治医・病棟師長・退院調整看護師・MSWのカンファレンスで転院・入所・自宅退院の3パターンを検証し、安心して居住できる場所の確保・内服管理を含め医療管理、短期入所・入院施設の確保を最低限の基準とした。結核既往があることで地域の病院での受け入れは不可能であり、保健所との検討に時間がかかる間に患者自

身の在宅退院の思いは増強していった。

2. 自宅退院の実現

「安心した住環境の確保」においては、生活保護の支援によって住宅改修が行われ、ケースワーカーがボランティア的関与で清掃を行ったことで住環境が整った。また、「医療管理の確保」については保健師の熱心な相談により自宅に近い地域診療所の往診医の快い協力が得られた。保健師は結核治療患者の退院を心配する近隣住民の説得も行った。「介護サービスの確保」については当初関与が無理と判断のあった介護事業所の内の一スタッフの熱意でその事業所がサービス提供をすることになった。また、地域の中核病院においては掛け合うことで救急時の対応の準備と確保ができた。設定した退院基準を満たし退院準備が完了した。患者自身も退院支援が進むにつれ、精神的にも穏やかになり、病状も安定し、自宅へ退院できる希望を持つことで、生きる気力につながっていった。

3. 支援の実際

この間の、退院調整関連機関は、保健所・福祉事務所・市役所福祉課・介護保険課・介護保険事業所・病院・介護保険関連施設等であった。福祉事務所（生活保護実施機関）は積極的な協力体制のもと保健所との連携、家族的役割、自宅周辺の転院や入所可能な施設探し支援、在宅支援の整備として住宅改修、往診医との交渉、訪問看護調整等を行った。保健所は、結核医療の中核機関として、入院機関である当院との交渉、退院機関への打診として直接地域の病院長等への交渉、病状把握、自宅支援において周囲の関係者、住人への交渉などを担当した。

MSWは、地域の医療・福祉の運営状況や役割を認識して調整または管理をしていった。地域連携支援カンファレンスへの出張は遠方のため容易ではなかったが、住環境の実態を確認し、支援者同士のコミュニケーションを含めた連携に必要な基盤を固め、患者の生活基盤にじかに触れて、患者とのラポール（信頼関係）形成に大きく役立つので、援助技術の一環として不可欠であった。

4. 考察

この事例では、MSWの活動で、さまざまな社会資源をとりまく人の心を動かすことができ、地域の協働支援により、患者本人が希望する自宅退院を実

現できた。地域の専門機関へ妥協せず交渉を行った姿勢は地域の信頼を得ることにつながったのではないだろうか。医療のこれからの方向性として、「治す医療」だけでなく病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>）²⁾。すなわち、MSWは本人の立場に立つことが基本的に重要な役割であり、また、病院と患者との関係調整も役割である。

終わりに

三重県の地理的な特質上、病院の所在状況によって地域間にサービスの質の格差がある。結核治療に限らず、三重県における医療介護福祉の資源調整は非常に困難かつ重大な課題となっている。また、生活の営みの変化による核家族化により世代の相互の支え合いまでも崩壊し、制度やサービスによって生活を支える必要がますます拡大している。そこで正しく状況を把握し、連携の強化を意識し、政策の検討に向き合うことが必要となってきた。個々の問題をじっくり把握していくことにより、地域社会全体の問題が明確化されることになり、その明確化された問題を積極的に社会に働きかけて解決していく役割がMSWにある。整備に時間と労力こそかか

るが、一ケースのやりとりにより制度や認識、対応が変革することがある。そこからもMSWは患者に対して、病院に対して、地域に対して、非常に重要な役割を担っていることがうかがえる。福祉は10年近く前までは措置対応の公費ですべて賄われてきたが、近年応能負担や民間企業の介入によるサービス購入の有償サービス化がおきている。院内でもまったくのサービスであった相談支援も重要な役割を認められる形で退院支援計画書作成や退院時合同カンファレンス、介護支援連携指導等において報酬がつき患者負担が発生している。そのことは、MSWに福祉的意識に加え、コスト意識が十分必要なことを示唆している。このようにMSW自身も意識改革が必要になってきている。今後MSWはウェルビーイングの推進と病院の経営や地域の経済効果を検証し地域住民の生活の実態と経済の実態を調整することで、安心した医療の提供を目標に活躍できると考える。

[文献]

- 1) 厚生科学審議会感染症分科会資料（平成17年10月18日）
- 2) 「安心と希望の医療確保ビジョン」平成20年6月厚生労働省発表