

## 〈研究ノート〉

## 慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践(その1)\*

—医療制度改革下における最近の動向

藤 田 譲\*\*

## はじめに

慢性疾患は、長期間の継続した医療が必要なだけでなく、治療効果を上げるために患者自身の治療への参加が求められる、といった特徴がある。しかし、慢性疾患患者や家族にとっては、治療に取り組み、疾患に適応した生活を送ることは大きな生活上のストレスとなる。言い換えると、慢性疾患というストレスに対して、いかにうまく適応するか、対処するかということが、慢性疾患患者と家族にとっての生活課題であると考えられる。したがって、ソーシャルワーカーとしても、慢性疾患患者への援助は大切な役割のひとつである(Germain, 1984; Rosenberg, 1991; Sidell, 1997)。

とりわけ、近年疾病構造が肺炎や結核などの急性感染症から慢性疾患中心へ、特に糖尿病や心臓病のような成人病と呼ばれる、慢性の身体的疾患中心に変化したと言われている。このことは、ソーシャルワーク・サービスの対象となる人々が増加していることでもあり、彼らをどのように援助するかはソーシャルワーカーにとっても重要な課題であると考えられる。

それだけでなく、慢性疾患患者の増加は、それに費やされる医療費の増大も意味している。慢性疾患にかかる医療費の増大は、高齢化の進展と景気の低迷などによる健康保険財政の悪化という要因とあわせて、政策的な面からも問題視されている。つまり、慢性疾患患者の増加は、患者の生活というミクロ・レベルと、医療財政というマクロ・レベルの両方で、見逃せない問題となってきた。

本稿では、このような情勢を踏まえ、慢性疾患のうち、増加傾向にある慢性の身体的疾患を持つ患者へのソーシャルワークについて、文献レビューを基に近年の動向を中心に考察してみる。なお、本稿では、慢性の身体的疾患という意味で慢性疾患という言葉を使用することとする。

## I 医療ソーシャルワークを取り巻く環境の変化

## 1 疾病構造の変化

『平成9年版厚生白書』(1997)によれば、1995年の疾病別死亡者数では、慢性疾患を死因とするものが全体の約63%となっている。また、1993年には、医療機関で治療を受けている慢性疾患患者は、全国で約1,200万人にのぼっている。慢性疾患の中でも、特に、糖尿病や心臓病、腎臓病、癌などのいわゆる成人病は、食生活の欧米化など生活習慣の変化により、患者数が増加傾向にある。もちろん、発病しているが自覚症状が軽微なため受診していない人や、発病の可能性が高い人など、潜在的な患者の存在を考えると、その数はもっと多いものと考えられる。

さらに白書の中では、慢性疾患の多くが生活習慣を改善することで、疾病の発症や進行を予防できると述べている。そして、生活習慣を形成している行動変容を促進するために、対人援助・グループワークなどの集団援助・コミュニティワークなどの社会支援が、重要な支援策になると指摘している。つまり、疾病構造が慢性疾患中心に変化している状況で、慢性疾患患者へのソーシャルワークの必要性が増しているとも言えるだろう。

\*キーワード：ソーシャルワーク・慢性疾患・医療制度改革

\*\*関西学院大学大学院社会学研究科博士課程後期課程

## 2 医療費抑制政策の推進

『平成9年版厚生白書』において、慢性疾患対策が大きく取り上げられた理由のひとつとして、慢性疾患患者が増加し、合併症の治療などより医療資源を必要とする状態になれば、医療費の支出も増加してしまうという、財政上の問題が考えられる。白書によれば、1994年度の国民医療費において、慢性疾患に対する医療費の総額はおよそ7兆7千億円にも達している。医療費のうち慢性疾患の占める割合は70歳以上で48.5%と、69歳以下の28.8%を上回っており、高齢化の進行とともにこの数字が増大していくことが予想されている。このような医療費の増加は深刻な問題であり、現在、医療費抑制のための抜本的な医療制度改革が検討されている。

その中心となる対策のひとつは入院期間の短縮である。すでに、健康保険から支払われる費用の一部を、入院期間に応じて大幅に逓減させることで、一定の成果を上げている。もうひとつは、医療費の支払い方式の見直しである。現在主流の出来高払い方式では、行われた治療内容に基づき、かかった費用のすべてが支払われる。その結果、ほぼ無制限に治療を行うことができるため、医療費高騰の大きな要因と見なされている。そこで、一定の疾患に対して支払う費用を定額にする包括払いの導入が検討されている。包括払いの下では、どのような治療が行われようとも支払額は一定のため、とりわけ慢性疾患に対する医療費の抑制効果が高いと期待されている。このほかにも、患者自身の医療費の自己負担を増やす対策も取り入れられている。

一方では、このような医療費抑制対策による、医療の質の低下が懸念されている。例えば、入院治療が完結していないにもかかわらず退院させられたり、包括払いが導入された結果、必要な検査や投薬までも減少したりするのではないかとも言われている。医療の質を維持しようとするれば、医療機関では経費削減策、すなわちリストラやダウン・サイジングも必要になる。いずれにせよ、医療費削減という政策レベルの問題は、医療のあり方に大きな影響を及ぼしつつある(山路、1997)。

## II 慢性疾患患者へのソーシャルワークの動向

前節で検討した保健医療分野の環境の変化は、その中で業務を行うソーシャルワーカーにも様々な影響を与えている。本節では、日本より先に改革が進められたアメリカにおけるソーシャルワークを中心に、1980年代以降の動向について検証していく。

### 1 保健医療分野の改革の影響

アメリカの保健医療分野の改革の中でも、増大する医療費の抑制を目的とした支払い方式の変更の影響が大きい。病気の種類ごとにあらかじめ支払われる費用を決めておく DRG (the diagnostic related group) が、1983年にアメリカで導入された。DRG では、医療機関は患者に対してどのような治療をしようとも、それに対しては一定の収入しか得られない (Caputi & Heiss, 1984)。したがって、医療機関を維持していくための収益を上げるためには、いかに治療のコストを押さえるか、つまりコスト意識が求められるようになった (Dinerman, 1997)。

さらに、1990年代に入ると、マネイジドケア (managed care) という考え方が広まっていった。これは、コストを押さえるあまり、医療の質の低下が指摘されるようになったため (Reamer, 1985; Poole, 1985)、低いコストで良質な医療を提供しようという、相反する目的を目指す試みである (Cornelius, 1994; Ebinburg & Cottler, 1995)。そのために、医療機関の役割分化や、クリティカル・パスといった診療手続きの標準化による医療の提供が行われるようになった。あるいは、治療効果や患者の満足度に関する調査も盛んになってきた (Volland, 1996; Auslander, et al., 1997)。つまり、Dinerman (1997) が「自動車産業のよう」と形容しているように、いかに効率良く、しかも効果的に医療を提供するかが、マネイジドケアにおいては重要な課題なのである (藤林、1998)。

こうした近年の保健医療分野における改革により、Reamer (1985) は入院患者へのケアや退院計画などに影響が出るのではないかと述べてい

る。とりわけ、ソーシャルワークの中核をなす「自己決定の原則」に関連して、患者の権利と雇用されている医療機関の方針との間でソーシャルワーカーに葛藤が生じるのではないかと指摘している。Poole (1987) は、退院後の患者や家族のケアについての責任が曖昧になり、自宅に戻った患者や家族が必要なサービスが利用できずに困っている現状を報告している。あるいは、コスト削減の影響により、ソーシャルワーク部門の管理者が退職してスーパーバイザー不在になったり、看護婦などの他職種によって人員補充されるといった、厳しい実態も報告されている (Berger, et al., 1996)。

その一方で、このような現実の中で、ソーシャルワーカーがどのような役割を果たしていくべきか、といった問題についても多くの議論がなされている (Caputi & Heiss, 1984; Reamer, 1985; Poole, 1987; Volland, 1996; Dinerman, 1997; Rosenberg & Holden, 1997)。これらの論文には、ソーシャルワーカーが置かれている厳しい現実を直視しながらも、患者や家族の生活を援助するという、専門職としての使命を果たそうとする姿勢が現れていると考えられる。そして、多くのソーシャルワーカーが苦闘しているのが実情である (平山、1998)。

## 2 ソーシャルワークの方向性

これまで述べてきた、アメリカの保健医療分野における改革の中で、慢性疾患患者へのソーシャルワークには大きく2つの方向性が見られる。

### (1) 予防への取り組み

慢性疾患の中には、糖尿病のように、発症や疾患の進行に喫煙や食事などの生活習慣が関与しているものがある。見方を変えれば、生活習慣を改善すれば、発症や疾患の進行を抑えることができるのである。したがって、発症する可能性のある人や疾患の初期段階にある患者に対して、どのように対処すれば疾患のリスクを避けることができるかを教育していく、予防への取り組みが有効だと考えられている (Black, Dornan, & Allegrante, 1986; Sidell, 1997)。

Rosenberg & Holden (1999) は、慢性疾患の患者数が増えたり、病状を悪化させる患者が増え

ると、それだけ医療にかかるコストが増加することから、コスト削減を可能にするという意味で予防の重要性を指摘している。実際、心臓の開胸手術を受ける患者を対象にした、手術によるストレスを軽減する援助 (Blythe & Erdahl, 1986)、HIV感染者のための継続的な予防的介入 (Scofield, 1995)、アフリカ系アメリカ人のための癌予防のための教育プログラムの研究 (Lowe, et al., 1995)、人工呼吸器などの医療機器を装着して自宅で生活している子供を持つ家族への、危機理論に基づく予防的介入 (Petr & Merdock, 1995) など、さまざまな予防に関する報告が見られる。

これらの成果が示すように、予防は単にコスト面から重要なだけではない。危機理論によれば、あらかじめ起こりうる事態に備えるほうが、よりうまく事態に対処できると考えられている。そして、事態にうまく対処できないことにより、さらに危機を増幅させ、さらに好ましくない事態を引き起こすこともある。もちろん、事態にうまく対処できるほうが生活の質 (quality of life) という観点からは好ましい。そういう意味からも、予防を目的とした援助は、ソーシャルワーカーにとって重要な役割だと言える。

### (2) ソーシャルワーク・サービスの効果

ソーシャルワークの効果についての議論は、以前より取り上げられてきた重要なテーマのひとつである。ただし、現在の保健医療分野においては、これまでとは違う重要性を持っている。

ひとつは、コスト面からの要請である。Dinerman (1997) は、医療改革が進む中で、ソーシャルワーカーは経済的な観点からも、客観的に援助の効果を示さなければならないと述べている。特に、コストに敏感な環境で働くソーシャルワーカーには、介入の結果、コストがどの程度削減できたか、医療機関の収支をどれくらい良くできたか、そしてそれにソーシャルワーカーがどのように貢献したかを示すことが必要とのことである。一言で言えば、経営に貢献していることを提示しなければならないのである。経営環境が厳しくなれば、非採算部門がリストラされるのは、医療においても同様である。ソーシャルワーク部門がリストラされないためには、このような対抗措置が

必要なのだろう。

もうひとつは、患者や家族にとって、援助がどのような結果をもたらしたかという面である。ここで言う結果とは、従来のように、クライアントの問題が解決できたかどうかを意味するだけではない。McNeillら(1998)は、ソーシャルワーカーが援助した218名の子供とその親を対象に、提供された援助についてどのように評価しているかを調査した。また、退院して自宅で療養している高齢者の現状や、彼ら自身の退院計画への評価について調査(Oktay, et al., 1992)や、効果的に退院計画を実践するための病院組織に関する要因についての調査(Feather, 1993)も報告されている。いずれの研究においても、単に援助がうまくいったかどうかだけでなく、調査結果を基に、さらに良い援助を提供するためにはどうすれば良いか、という示唆をも与えてくれる。

このような援助の効果に関する研究は、ソーシャルワーク・サービスの質を評価するためだけでなく、ソーシャルワークがどのような貢献をしているかを明らかにし、その意義を証明するためにも必要である。さらに、いかにコストに見合ったサービスを提供しているか(cost-effectiveness)が問題とされる現状では、効果を明らかにする重要性がいっそう高くなっている(Volland, 1996)。

### Ⅲ 保健医療分野におけるソーシャルワークの課題

これまで、ソーシャルワークを取り巻く環境の変化を踏まえて、アメリカにおける動向について述べてきた。それに基づき、日本におけるソーシャルワークの課題について考えてみる。

#### 1 制度改革のモニタリング

2000年4月より介護保険がスタートする。さらに、数年後には第4次医療法改正と健康保険制度の改革が予定されている。日本でもアメリカと同じように、限られた財政の中でいかに質の良い医療を提供していくかが、各医療機関にとっての課題となるだろう。一方で、これらの制度改革が慢性疾患患者や家族にどのような影響を与えるかについて、社会福祉の立場から十分に検証されてい

ないのではないだろうか。

制度改革の影響を様々な角度から検証することは重要である(Reamer, 1985; Volland, 1996; Berger, et al., 1996)。制度改革によって患者の生活がどのように変化するかを明らかにすることで、改革の方向に影響を与えることも可能である。変化した環境の中で、ソーシャルワーカーがどのように患者や家族を援助すべきかを検討することもできる。

したがって、どのような制度改革が行われるのか、そしてその結果、医療のあり方、患者や家族の生活にどのような影響が生じるのかについて、注意深くモニタリングを続けることは重要な課題のひとつだと考える。

#### 2 援助プログラムの研究開発

慢性疾患に関連した援助を検討するうえで、慢性疾患により患者や家族の心理社会的側面にどのような影響が生じるのか、という問題を明らかにすることが重要である(Dinerman, 1997)。また、対処の習得を援助するためには、どのような対処が必要であるかといった具体的な内容を検討しなければならない(Sidell, 1997)。また、慢性疾患による心理社会的問題は、疾患によって大きく異なるものである。慢性疾患への対処についても、その具体的な内容は、疾患によって異なってくる。したがって、疾患ごとに個別的に検討を加えることも必要であろう。もちろん、患者や家族のニーズも把握しなければならない(Volland, 1996)。

このような研究成果に基づき、具体的な援助プログラムを検討することになる。さらにそのプログラムを実施してみて、効果を測定し、改良を進めるという過程をへて、より良いプログラムを開発することが必要である。あわせて、コストから見た効果についても検証することも重要である(Volland, 1996)。このことは、同時に、ソーシャルワークが慢性疾患患者や家族、さらには社会にどのような貢献をしているのかを示すことにもなる。

#### 3 医療関係職種へのPRと彼らとの協働

援助プログラムが患者を対象にするものである

以上、医療関係職種の協力を得ることで、援助プログラムをより効果的なものにできるだろう (Black, Dornan, & Allegrante, 1986)。そのためには、医療関係職種へソーシャルワーカーの役割や、開発した援助プログラムについて十分に理解してもらう必要がある。したがって、援助プログラムの有効性を具体的かつ科学的に実証することが求められる。そして、プログラムやその運営の過程に、どのように医療関係職種を巻き込み、彼らとともに患者や家族へ援助を提供していくか、という戦略を展開していくことも必要であろう (Poole, 1987)。

本稿では、慢性疾患患者へのソーシャルワークについて、現在の保健医療分野のソーシャルワークを取り巻く環境も含めて文献的考察を行った。筆者自身、慢性疾患患者や家族と日常的に関わっているソーシャルワーカーであり、本稿で挙げた課題はすべて筆者の研究・実践両面での課題でもある。しかし、介護保険の導入や医療制度改革が行われることにより、ソーシャルワークの存在意義が揺らいでいる現状では、これらの課題は保健医療分野のソーシャルワーカーにも共通のものであるように思われる。

#### 【参考文献】

- Auslander, W. F., Thompson, S. J., Dreitzer, D., & Santiago, J. V. (1997) Mother's satisfaction with medical care: Perceptions of racism, family stress, and medical outcome in children with diabetes, *Health and Social Work* 22 (3), 190-199.
- Berger, C. S., Cayner, J., Jenson, G., Mizrahi, T., Scesny, A. & Trachtenberg, J. (1996) The changing scene of social work in hospitals: A report of a national study by the society for social work administrators in health care and NASW, *Health and Social Work* 21 (3), 167-177.
- Black, R. B., Dornan, D. H., & Allegrante, J. P. (1986) Challenges in developing health promotion services for the chronically ill, *Social Work* 31 (4), 287-293.
- Blythe, B. J. & Erdahl, J. C. (1986) Using stress inoculation to prepare a patient for open-heart surgery, *Health and Social Work* 11 (4), 265-274.
- Caputi, M. A. & Heiss, W. A. (1984) The DRG revolution, *Health and Social Work* 9 (1), 5-12.
- Cornelius, D. S. (1994) Managed care and social work: Constructing a context and a response, *Social Work in Health Care* 20 (1), 47-63.
- Dinerman, M. (1997) Social work roles in America's changing health care, *Social Work in Health Care* 25 (1/2), 23-33.
- Ebinburg, G. M. & Cottler, J. M. (1995) Managed care, in *Encyclopedia of Social Work* 19<sup>th</sup> ed. (Edwards, R. L. editor-in-chief), NASW Press, 1635-1642.
- Feather, J. (1993) Factors in perceived hospital discharge planning effectiveness, *Social Work in Health Care* 19 (1), 1-14.
- 藤林慶子 (1998) 「ソーシャルワーカーにおけるコスト意識の必要性—マネジド・ケアと公的介護保険制度のシステム的対応から—」『医療社会福祉研究』7 (1)、12-17.
- Germain, C. B. (1984) *Social work practice in health care—An ecological perspective*, Free Press.
- 平山尚 (1998) 「医療と福祉の接点について」、大阪医療社会事業協会年報『大阪の医療社会事業 平成9年度のあゆみ』、117-125.
- 厚生省 (1997) 『平成9年版 厚生白書』.
- Lowe, J. I., Barg, F. K., & Bernstein, M. W. (1995) Educating african-americans about cancer prevention and detection: A review of literature, *Social Work in Health Care* 21 (4), 17-36.
- McNeill, T., Nicholas, D., Szechy, K., & Lach, L. (1998) Perceived outcome of social work intervention: Beyond consumer satisfaction, *Social Work in Health Care* 26 (3), 1-18.
- Oktay, J. S., Steinwachs, D. M., Mamon, J., Bone, L. R., & Fahey, M. (1992) Evaluating social work discharge planning services for elderly people: Access, complexity, and outcome, *Health and Social Work* 17 (4), 290-298.
- Petr, C. G. & Murdock, P. B. (1995) Home care for children dependent on medical technology: The family perspective, *Social Work in Health Care* 21 (1), 5-22.
- Poole, D. L. (1987) Social policy and chronic illness, *Health and Social Work* 12 (4), 246-249.
- Reamer, F. G. (1985) Facing up to the challenge of DRGs, *Health and Social Work* 10 (2), 85-93.
- Rosenberg, G. (1991) The known and unknown about the chronically ill, *Social Work in Health Care* 15 (3), 1-7.
- Rosenberg, G. & Holden, G. (1997) The role of social work in improving quality of life in the community, *Social Work in Health Care* 25 (1/2), 9-22.
- Rosenberg, G. & Holden, G. (1999) Prevention: A few thoughts, *Social Work in Health Care* 28 (1), 1-11.
- Sidell, N. L. (1997) Adult adjustment to chronic ill-

ness: A review of the literature, *Health and Social Work* 22 (1), 5-11.

Volland, P. J. (1996) Social work practice in health care: Looking to the future with a different lens, *Social Work in Health Care* 24 (1/2), 35-51.

山路克文 (1997) 「医療制度改革下における MSW 機能の変容と課題～退院・社会復帰援助の制度的期待と問題点～」『医療と福祉』31 (1)、29-34.

## Social Work Practice with Chronic Illness: Recent Movement under Health Care Reform

### ABSTRACT

Social workers in health care have paid attention to chronic illness patients and their families. Now, social work with chronic illness has become a more important area for social work in health care, because of the increase in health care costs.

This article examined health care reform and its impact on social work with chronic illness patients and their families. Under health care reform with financial restrictions, especially in the care for chronic illness patients and their families, a social worker is required to provide services which satisfy both client needs and cost-effectiveness. Social work in health care is rapidly changing, and the future tasks of social work in Japan are proposed.

**Key Words** : social work, chronic illness, health care reform