

医療ソーシャルワーカーの養成のあり方と 医療連携チームの今後の養成課程の方向性

鍵 井 一 浩*

Training Courses for Medical Social Workers and the Prospective Direction of Training Courses for Medical-Cooperation Teams

Kazuhiro Kagii

要旨：近年、わが国の医療実践現場において、医療連携チームのそれぞれの職種が、円滑に高度な専門性を発揮することで、益々進行する医療機関の「平均在院日数短縮」傾向の中であっても、質の高い患者支援が可能になった。その一方で、患者・家族が抱える問題がより複雑化・困難化・多様化が進んでおり、個々の専門職が別々に支援するだけでは、十分な効果を出すことができなくなっている。そのため多職種協働体制の構築は、優先して取り組むべき課題である。しかし、医療連携チームの中で医療ソーシャルワーカー（medical social worker：以下 MSW）は、医療機関での実習を経験せずに MSW として、医療実践現場に就職することも多い。今後 MSW は、医療連携チームの中で、即戦力としてチームの一員となれるよう社会福祉職という立場を守りながら、医療の知識を蓄えていくことが重要であると考ええる。

Abstract : In recent years, the various professional categories in medical-cooperation teams in current Japanese medical practice have enabled high-quality patient support through the smooth performance of advanced specialty jobs, despite the increasing progress of trends towards shorter average hospital stays in the nation's medical institutions. At the same time, the issues that patients and families face are becoming increasingly complicated, difficult, and diverse, and the support provided by a single professional is proving to be insufficient. To that end, priority should be given to the topic of constructing a cooperative system composed of multiple professions. However, medical social workers (MSW) in medical-cooperation teams are frequently gaining employment in the current medical field without having undergone any on-the-job training at a medical institution. In the future, it is vital that MSWs continue to accumulate medical knowledge while maintaining their position as social welfare workers so that they can be of immediate value as team members in medical-cooperation teams.

Key words : 医療連携チーム medical-cooperation team 専門職 specialist 多職種 multiple professions 医療ソーシャルワーカー medical social worker 実習 on-the-job training

* 関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

I はじめに

近年、わが国の医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療機関においては「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が重要なテーマとなっている。また、個々の医療機関・施設がそれぞれの機能を明示して、有機的に連携することが求められている¹⁾。その方向性は、地域の医療機能の分化・連携の推進に向けられ、それに伴い地域医療連携の強化がより一層重視されるようになってきている。また、医療機関においてもそれぞれの機能を明示して有機的に連携するために、急速に「地域医療連携室」の設置が進んでいる。この背景には、益々進行していく「在院日数の短縮化」により、効率のよい「退院調整」が求められることになったことや 2006 年 4 月から業務または配置のいくつかに診療報酬として、反映されることになったことも関係していると考ええる。

さらに、医療関係分野で展開されるソーシャルワークにおいても変革の時期を迎えており、2006 年には病院・診療所・介護老人保健施設が社会福祉指定実習施設に追加され、これまで実習を行っていなかった大学も今後実習先として取り組み始めている。しかしながら、保健・医療機関での実習が認められることになったことを手放しで喜んではいけない分岐点にある時期でもあると考ええる。今後は、専門性を持った MSW をいかに医療機関に位置付かせるかが課題になってきている。ここ数年で飛躍的に医療機関に「地域医療連携室」が設置されているが、その人員配置に社会福祉士だけでなく「退院調整」を担ってきたある程度の経験を有する看護師も配置されることも認められるようになった。これにより、医療の視点が必要な入退院時の患者においては、看護師が役割を担うことになるケースが多くなる。

MSW の養成課程においてすべての学生が、保健医療機関で「社会福祉援助技術現場実習」に取り組むとは限らない。医療連携チームの中

で、保健医療機関で実習を経験せずに、MSW として医療実践現場に出ることへの課題、言い換えれば即戦力として、教育されてきている保健・医療専門職と大学、短大等での教養教育を基本に発達してきた社会福祉専門職とでは、養成教育の根本が大きく異なっているということである。

今後は、医療専門職チームの中で、社会福祉分野を中心に教育を受けてきた MSW が医療連携チームの一員となることで、MSW の働きは他の専門職種にもそのあり様がよく見える存在になることも期待される。その一方で、医師や看護師・リハビリテーション関係職種がその専門領域で研修を積むように、MSW も救急医療・緩和ケア医療・高齢者医療といった各専門医療領域でのより深い知識が望まれる²⁾。さもないと、医療用語が飛び交う中では、その専門性と力量が問われることになる。

現在「医療ソーシャルワーカー養成」のために講義、演習、実習を開講してきている大学も徐々に増加してきているものの、医療ソーシャルワーカーとして特定の教育を今後は、どのように行なっていくべきかが課題である。養成教育は、2009 年度から社会福祉士の新カリキュラムが施行されたことに伴って、新たに「保健医療サービス」が指定科目に加えられ、従来「医学一般」で教授されていた医療保険制度に加えて、診療報酬や保健医療の専門職との連携³⁾などが取り入れられた。しかしながら今後、医療連携チームの中で専門性を発揮し、調整役となるためには、それらを実現するための養成教育が必要である。現在、医療実践現場では、患者本人を含む家族が抱える問題がより複雑化・多様化・困難化が進んでおり、患者の多様なニーズを一人の専門職や固定された専門職のチームでは、十分な支援ができなくなっている。そのため MSW においても、医療連携チームの他職種の専門性や養成課程を理解し、MSW の養成課程を再確認する必要もあると考ええる。

II 医療ソーシャルワーカーの養成のあり方

1. 近年の医療情勢から考える MSW 養成のあり方

近年、MSW の配置の場が「医療相談室」「医療福祉相談室」などの名称の場から「地域連携室」「地域医療連携室」「病診連携室」などの名称に変更する医療機関が急速に急増し、その部署の配置人員も MSW やある程度の経験を有する看護師、事務員といった人員で構成することが多く見られるようになった。この背景には、2006 年の診療報酬改定の中で、大腿骨頸部骨折患者に対し「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療退院時指導料」が認められ、全国各地で本格的に地域連携パスに取り組みられるようになり、さらに 2008 年の診療報酬改定で脳卒中に対しても認められ、大きく診療報酬に反映されるようになったためである。また、2010 年の診療報酬改定で、療養病棟や障害者病棟が算定する従来の「退院調整加算」の名称を「慢性期病棟等退院調整加算」に変更され、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価が新設された。さらに「後期高齢者退院調整加算」が廃止されるとともに、年齢制限要件が介護保険サービス対象者①40 歳以上 65 歳未満の特定疾病の患者②65 歳以上の患者にまで広げられた「急性期病棟等退院調整加算」が新設された。これにより、一般病棟等入院患者に係わる退院を促進する評価が拡大されたことになる。どちらの退院調整加算の場合においても、退院調整部門の設置と退院調整の経験がある専従の看護師と専任の社会福祉士、またはその逆の場合においても、その配置を満たしていれば加算されることになった。この算定には、看護師と社会福祉士がそれぞれの専門性を活かし、協働して医療・看護の視点からの退院困難な要因の解決や介護・社会福祉サービスの活用等、退院に向けた総合的な体制による支援を行うとしており、MSW が専門性を持って退院調整に積極的に参加することが明確にされた。

介護保険と医療機関との連携においては、2010 年より「介護支援連携指導料」が診療報酬に反映されることになった。この算定要件としては、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえて、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等のケアマネジャーと連携し、退院後のケアプラン作成に繋げることでしている。また、医師の指示を受けた医療職種が入院前から担当していたケアマネジャー、退院後に担当する予定のケアマネジャーと連携してケアプランを作成することが条件である。その後、医療機関の地域医療連携室に配置されている MSW が窓口となり、調整していく役割を担っていることが多い。

さらに、2007 年の第 5 次医療法改正では、医療法全般に亘って大幅に手が加えられ、患者の選択に資する医療機関情報提供の推進、広告規制緩和、医療安全対策の改革、患者相談窓口設置の努力義務、医療計画の見直し、医療機能の分化・連携、行政処分を受けた医師等の再教育、医療法人制度の改革などが定められた。これらの変革から患者中心の医療が近年は進められていることや、効率のかつ効果が期待できる医療に転換したことが伺える。従ってわが国の MSW は、際限なく増加していく医療・社会福祉財源への対応を前提にしながら在院日数短縮化という大きな壁を乗り越えて、患者・家族が求める支援を追求していかなければならない。言い換えれば、限られた在院日数の枠組みの中で、患者の求める支援を置き去りにすることなく、対応していくことができるということである。

このように、急速に変化する医療情勢の中で、患者の抱える問題も多様化・複雑化・困難化しており、保健・医療・社会福祉分野の関係職種のみならず、公営住宅関係など行政の多様

な部署やボランティア団体など、視野をさらに広げた職種や組織との調整も必要になってきている。これらの調整を担うため、地域医療連携室の設置が医療機関において積極的に取り組まれてきている。また、そこに配置されている MSW に、これまで病気の障害という断片的な捉え方をして、別々に提供されることが多かったサービスを患者一人ひとりの生活に目を向けて、質の高い総合的な環境づくりの支援をしていくことに期待が寄せられている。

しかし、MSW の養成教育課程においては、就職前に医療機関での実習を経験した者は 3 割前後と低い⁴⁾。また、MSW として初めて就労する前に受けた教育の中で、実習以外に医療ソーシャルワークについて学んだ経験についても、学習経験の積んだ者は半数⁴⁾に及ばない。その半数に及ばない者の中でも「保健医療制度の知識」については、医療ソーシャルワークの専門教育として 6 割程度しか学んでいない状況である。近年の目まぐるしい医療情勢の変化の中で、常にアンテナを張り巡らせ、地域の医療機関・施設、多職種との協働ができる MSW 養成教育に繋がっているか疑問である。また MSW の取り組みが、診療報酬に反映され、周囲にも認知され始めてきたところであるが、それに見合う専門性が発揮できて即戦力になれるかという課題が残されていると考える。

2. 病期を踏まえた MSW 養成のあり方

近年、個々の医療機関・施設がそれぞれの機能を明示して有機的に連携することが求められており、施設連携の必要性が益々高まってきている。施設連携において重要なことは、医療機関ごとにそれぞれの機能特化や平均在院日数を踏まえて、急性期を担う病院と亜急性期・回復期のリハビリテーションを担う病院あるいは、療養を担う病院・老人保健施設、在宅などの連携がより一層強固とならなければならない。また近年、各医療機関とも「機能特化」を踏まえた病期ごとに、特色を明確に示し始めてきてい

る。

「病期」とは、疾患がたどる過程をある特徴によって区分した時期を示しており、対象とする疾患の症状が、時間の経過の中で大きく変化する場合に、症状の経過から疾患をうまく区分することができる⁵⁾とされている。これらのことを具体的に述べると、生命的予後を左右する時期であり、症状が安定していない時期が急性期で、生命が保証され、症状の安定が確認されてから回復が進む時期を回復期、そして症状の変化が減少し、症状が維持してくる時期を維持期に区分されている。

各症状を各ステージに区分する意義は、関わる患者の現状を端的に示すと同時に、対象とする患者が、同じ疾患を有する患者がたどる経過のどの時期に在るのかを識別することにあるとされている。このような病期の区分を理解するための必要条件としては、疾患の特徴や治療過程を理解しておかなければならない。また治療の開始から終了までの所要期間を念頭に入れて、疾患の特徴を捉える場合、症状の進行度合いや症状の変化に視点を置く場合と治療内容とその経過に視点を置く場合の 2 つがある⁵⁾とされている。

現在、医療実践現場においては、症状の変化を端的に捉えた病期が活用されており、医療実践現場だけでなく、一般的にも急性期、回復期、維持期についての区分が当たり前になっている。しかし、ここで重要なことは、近年の病期による「機能特化」の理解だけでなく、従来は当たり前とされ、固定されていた各病期に関わる医療連携チームの構成が、近年は各病期に合った、またその状況に合った、多職種の連携を構成しながらチームは成長し発展しなければならない。言い換えれば、各病期ごとに医療連携チームの専門職のメンバー構成が変化することである。このように各病期の身体面・生活面を理解する力と、各専門職の専門性を把握しておくことが今後益々求められる。

MSW においても急性期場面では、素早く患

者の生命的・身体的側面を把握しておくことで、どの社会資源を活用していくことが必要かを判断できる材料となるため、医療関係分野の知識を蓄えておく必要がある。回復期の場面では、入院直後から各専門職、患者・家族が意見を統一して、患者の障害程度と回復段階を踏まえながら、ADL 自立のための支援の量を見極めていく力が必要となってくる。維持期では、入院時に急性期や回復期で獲得された身体機能や ADL 能力・基本動作能力などの再確認や病態が安定しているのか、改善の可能性があるのかを評価することができる能力が必要である。退院時には、疾病の経過を踏まえて患者の現在の心身の状況と今後の心身の状況を予測しながら、患者・家族が長い経過の中で、疾病と向かい合うことができるよう総合的な評価ができる能力が必要である。

このように各病期における機関の役割の中で、MSW においても、それぞれの病期に合った役割を果たさなければならない。しかし、現在の MSW の学歴、所有資格、医療ソーシャルワークの実習経験はさまざまである。また、社会福祉の全般的な知識・技術・価値などのソーシャルワークの基礎を学ぶことはできるが、理論に偏ってしまい、実践的な教育は不十分となり、就労後に習得していかざるを得ないという意見もある⁴⁾。医療連携チームの中で、他職種は卒後、即戦力として期待できるが、MSW においては戦力になるまでには、就労後しばらく時間を要する。今後、医療連携チームの中で、遅れを取らないためにも、現任者教育に委ねるべきではなく、就労前段階である MSW の養成教育が担うべき役割があると考えられる。さらに MSW として就労する上で、最低限自分が選んだ機関の病期を理解しておく必要がある。さもないと、急性期機関で就労する場合、医療用語が飛び交う中で医療の知識が求められる役割が高くなり、自分の力不足のために医療連携チームの中で、十分にソーシャルワークができない状況に陥る危険性もある。

3. 診療報酬を踏まえた MSW の養成のあり方

近年、医療分野で展開されるソーシャルワークにおいても変革の時期を迎えており、2006 年には、病院・診療所・介護老人保健施設が社会福祉士指定実習施設に追加され、これまで実習を行なっていなかった大学も今後、保健・医療機関での実習を実施予定している所も増加している。また MSW の取り組みが 2006 年 4 月から業務または配置に、幾つかの診療報酬に反映されることになった。さらに 2010 年より、診療報酬において大きな変革があり、「調整」「連携」というキーワードに関わる部分で従来より大きく反映されることになった。具体的には急性期病棟、慢性期病棟からの「退院調整」に関わることで調整看護師と社会福祉士がそれぞれの専門性を活かし協働して、医療・看護の視点から退院困難な要因の解決や介護・社会福祉サービスの活用等、退院に向けた総合的な体制による支援を行うことで、算定できることになった。介護保健関連においても、居宅介護支援事業者等のケアマネジャーと入院中から「連携」し退院後のケアプラン作成に繋げることで算定されることになった。

介護保険業務は、退院促進に関わる後方支援に関わる業務の一つである。2010 年より介護支援連携指導料が診療報酬に反映されるようになり、介護関連施設・事業所、医療機関にもメリットが得られるようになった。このため急速に医療機関にケアマネジャーが訪問してくるケースが増えつつあり、その窓口として地域医療連携室の MSW や退院調整看護師が介護保険関連業務での橋渡し役となる機会が増加している。また退院に向けた患者への支援の中で、高齢者の場合、入院前の ADL と大きく異なることも多くあり、その際、在院中に獲得した能力を少しでも在宅で発揮しながら、質のある生活が送れるよう、介護サービスへの繋ぎという質の高い支援という側面もある。

しかし MSW は、診療報酬に反映されたことに満足をしてはいけな時期でもある。

現行の MSW をいかに、医療機関に位置付かせるかが課題になってきている。ここ数年で飛躍的に医療機関に「地域医療連携室」が設置され、その人員配置に社会福祉士だけでなく「退院調整」を担ってきた、ある程度の経験を有する看護師も配置されることも認められるようになった。従って、医療の視点が必要な入退院時の患者においては、看護師が役割を担うことになるケースが多くなる。医療専門職チームの中で、社会福祉分野を中心に教育を受けてきた MSW が医療連携チームの一員になることで、MSW の働きは他の専門職種にもそのあり様がよく見える存在になる。その一方で医師や看護師・リハビリテーション関連職種がその専門領域で研修を積むように、MSW も救急医療・移植医療・リハビリテーション医療・透析医療・難病医療・緩和ケア医療・高齢者医療といった各専門医療領域でのより深い知識が望まれる³⁾。さもないと医療連携チームの中で、その専門性と力量が問われることになる。

さらに、このような状況の中で MSW は、経営者向けと患者向けのスタンスを意図的に使い分ける必要がある。それは、病院経営の基盤となる「効率性」は MSW が業務の基本に捉えている最も基本的な「個別性」と相反する概念だからである。近年の医療機関は、経営的状況や運営を考慮しない機関はありえない。そもそも、医療制度改革の骨子が「効率的な医療の提供と社会的入院の是正」であるから、このような趣旨の影響を受けることは当然であると思われる。その中で MSW が、専門職としての機能を発揮し、院内でのポジションを確保し、存在価値をアピールしていかなければならない。従って、これからの MSW は経営的側面に対処しながら、多様な院内・外の業務を請け負うことで存在感を示し、院内向けパフォーマンスに工夫を凝らし、存在価値を表さなければならぬ。また独自性と専門性を発揮していくという多重構造を内包しながら日常業務を遂行しなければならない。

従って MSW は、経営的見地から診療報酬に反映されるよう業務に取り組むことになるが、大切な事は、診療報酬に値する専門性が発揮できるかである。しかしながら近年、医療機関における MSW の採用場面では、社会技能の点で現場側にストレスが少ないとの理由や、未熟で即戦力にならないという理由から、新卒者よりも臨床経験者を採用しようとする傾向が認められる。医療機関側から考えてみると、ソーシャルワークの方法論を学んでいる学生であるが、臨床場面の実情を余りにも知らない学生が多いと思われるからである。特に病院におけるの保健医療サービスは、日本の社会保障の一部であり、医療法や医師法等の様々な医事法制のもとで運営されている⁶⁾。しかし医療機関を「体調を整えるところ」「困っている人を助ける場」という考え方でしかなく、そこで役割を担うことができれば良いという考えしかもっていない学生も多い。また、「急性期、回復期、維持期」の区別が付いておらず、病院機能の役割を考えずにどの場面で専門性を発揮し支援したいのかも考えていない学生もあり、勉強不足が露呈されることもあるように思われる。さらに診療報酬改正や社会保障の全般的な変化に伴い、医療機関も MSW も役割や期待のされ方が変容し、活動の場によって具体的な業務内容が、変化することを理解していない学生がかなりいる⁶⁾。このような現状を踏まえて、小嶋ら⁴⁾は、受けてきた教育内容が MSW として就労するには、不十分であったとした 8 割強の現任者のアンケート調査の結果から、MSW 養成教育にとって医療ソーシャルワーク実習と医療ソーシャルワーク学習の両方が不可欠であり、今後は最低限の専門性習得を図ることは就労前段階である MSW の養成教育が担うべき役割としている。

4. 医療連携を踏まえた MSW 養成のあり方

近年の「施設から地域」への流れにおいては、様々な機関や職種との連携が必要となる

が、特に医療機関では、連携する専門職や役割が固定化していることが多い。しかし地域へ向けた取り組みでは、患者ごとに新たなチーム編成をしていくことが重要である。退院支援・調整においては、医療機関が患者の退院後の生活に責任を持つということではあるが、患者は対象者ごとに状態や支援環境が異なることを踏まえておかなければならない。医療機関と地域の連携があってこそ退院支援・調整は充実したものになる。連携は、単に連絡の仕組みや連絡票などのマニュアル、診療報酬を目的にしたものであってはいけない。双方が理念や目的（何のために、誰のために退院支援・調整をするのかなど）を共有することや、人間関係も大切であり、日頃から連携の基礎を作る努力が求められる。

また、近年の保健・医療・社会福祉の多くの実践現場においては、「複数の専門職が同じ場所で、ともに連携しながら支援する専門職連携実践（inter-professional working：以下 IPW）」が必要不可欠なものになってきている⁷⁾。以前の保健・医療・社会福祉分野の「連携」という考え方は、医師を他の医療職の円の中心に配置していた。また理学療法士や作業療法士、看護師などすべての専門職を医師の周囲を回る衛星のごとく見立てて、“para-medical”と呼んでいた。しかし実践現場では「患者不在」になるとの意見が多く出てきたため、「患者中心の医療」とする考えが台頭してきた。この考え方は、医師が医療職の輪の中に収まって、中心の位置に患者を据え、医師以外の専門職は“co-medical”（一緒に医療を支える）とするものである。さらに、これらの考え方から発展して、患者本人を周囲の協働チームの一員として位置付け、家族と共にこの協働に参画させ、責任・役割を持ち、問題・状況に取り組み、この協働体制に対して自ら可能な貢献をすることが期待されている。また、従来の“medical”とは医師だけであるという考え方である。しかしながら、医師は医療職全体や組織を管理するための教育を十

分に受けてきたとは言えないのが現状である⁸⁾。

これらのことを踏まえて、保健・医療・社会福祉における専門性を考えてみると、それぞれの領域における専門性とは、診療報酬改正・医療制度改革や社会保障の全般的な変化など時間の経過とともに発展しなければならない。また現在の実践現場では、患者本人を含む家族が抱える問題がより複雑化し、困難化が進んでおり、患者の多様なニーズを一人の専門職が単独で支援をするだけでは、十分な効果を出すことができなくなっている。その意味では、他の専門性に置き変わってしまう過程で、横断面方向への拡張が生じる場合もあるのではないかと考える。1つの専門性の立場から一皮むけて、一般化することによる専門性、言い換えれば「新たな専門性」が構築されることも必要となってくると考える。各職種の専門性の追求と同時に地域医療・在宅医療の重要性が叫ばれている近年においては、多職種連携についても見直していく必要があると思われる。

従って、今後の医療連携を考えていくと、専門職の基礎教育の現場で異なる教育、コースに在籍する学生が、同じ場所でともに IPW を学び合うといった専門職連携教育（inter-professional education：以下 IPE）を行っていく必要がある⁷⁾。また IPE を行うには、教育環境の整備はまだまだ不十分であるが、MSW においても、自分の属する専門職の専門性を改めて考える機会を持つことができると同時に、他の専門職の専門性を把握するためには、重要な教育システムである。

Ⅲ 医療連携チームにおける現在の養成教育課程

1. これからの医療連携教育の必要性

わが国の医療実践現場では「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が大きく取り上げられている。これは実践現場において、医療連携チームのそれぞれの職種が円滑に高度な専門性を

発揮することで、益々進行する医療機関の平均在院日数短縮傾向の中であっても、質の高い患者支援が可能になる。各専門職の専門分化・高度化においては、医療人材の養成に対する社会的要請も急速に変化してきている。これらを踏まえて、各専門職において卒前・卒後教育の充実により、医療実践現場の急激な変化に伴う臨床能力や変化に対応できる能力を身につける医学系教育に関するファカルティ・ディベロップメント (Faculty Development: FD) が展開されるようになった⁸⁾。そしてチュートリアルシステムを推奨してモデル・コア・カリキュラムが促されるようになり、それらの取り組みが始まっている^{9, 10)}。

また、認定専門職・専門職制度が医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士の職種において開始されてきている。これらの取り組みは専門職として臨床実践能力を高めていくためだと考える。臨床実践能力とは、各病期、各領域などにおける当事者に対する各専門職の専門性による評価・介入・支援・効果判定の一連の流れを実践する能力はもとより、他職種との連携や社会資源の活用、政策や行政などの制度の利用を含めた、総合的かつ継続的に専門職の専門性を提供していく過程や今後の視点 (将来的展望) に立った専門職の専門性の展開を検討することができる実践能力¹¹⁾である。

このように医療連携チームにおけるそれぞれの領域の専門職は、時間の経過とともにより発展、進化する必然性と宿命を負っている⁸⁾。近年の医療情勢のうねりの中で、各専門職の専門性はその領域の中で深く掘り下げられてきている。しかし、教育システムが整い各専門職の専門性が深く掘り下げられ発展していくことで、患者の抱える問題によっては、特定の専門職の知識や技能が優位に立ち、他職種に指示を出す可能性も考えられる。一方、深く掘り下げられることで、他職種との共通部分が増加し明確にお互いが理解できるため、より価値を高めるこ

とが可能になる。

近年の患者本人を含む家族が抱える問題が、より複雑化・困難化・多様化が進んでいる実践現場においては、一人の専門職が単独で支援するだけでは、十分な効果を出すことができなくなっている。その意味でも協働体制の構築は、優先して取り組むべき課題である。しかし協働という言葉の理解がそれぞれの専門職でさまざまになされているため、実践現場では協働を通じて専門職の活用が的確にされていない。言い換えれば専門職間で見解の統合をすることが、あるいは意見や目標を統一することが、またその現場で意見に賛成や同意をすることが、協働であるとの質の低い理解がなされていることも珍しくはない。相手の養成課程や専門性も理解せず、異種の専門性を持つ専門職であるのに互いに同質の同レベルの専門性を持つように要求する場面もある。各専門職が取り組み始めた卒前、卒後の高度教育により患者家族を支援していく能力は、確実に向上していくことが予測できるが、問題は個々の専門職が別々に支援するのではなく、多職種協働体制を構築するための横断面方向への拡張である。

連携教育においては近年、保健・医療・社会福祉の多くの現場で「複数の専門職が同じ場所で、ともに連携しながら支援する IPW が欠かせない⁷⁾」と指摘されだしている。また、連携協働の必要性が求められている一方、専門職の基礎教育の現場では、異なる教育・コースに在籍する学生が、同じ場所とともに IPW を学ぶ合うといった IPE を行うには教育環境の整備など多くの課題がある⁷⁾。しかし、自分の属する専門職の専門性を立場・位置・そして他の専門職の動きを把握できる能力を身につけることで、ケースごとに自分の役割を理解した協働チームの一員として責任を果たすことができる。さらに出番がない時でも、他の専門職が経験不足で専門性が発揮できない場面において、その代替機能を果たすことができるといった判断が可能になる⁸⁾。専門職として極めて高い到達点

を意味し、これが inter-professional の能力であり、IPE はそのための教育とされている。現在、わが国では専門職教育に IPE を義務化できていない。また WHO (世界保健機関) の IPE ワーキンググループの勧告にも対応できていない状況である。しかしながら、2008 年 11 月に「日本保健医療福祉連携教育学会」が立ち上がり、連携協働研究が開始されている。今後さらに発展し、マネジメント教育やリーダーシップ教育まで到達されることが周囲から期待されている。その一方で、IPE の取り組みは、医師・看護師・保健師・助産師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・薬剤師で構成されることが多く、近年医療連携チームの一員として注目されているといわれている社会福祉士の存在は少ない。今後、社会福祉職という立場を守りながら、医療連携チームの中で、その存在価値が認められるための医療関係分野の知識が、蓄えられる教育ができるかが重要になってくる。社会福祉士が、医療連携チームの中で調整役として、専門性を発揮していくためには、下方向へ掘り下げるだけでなく、横断面方向への進化・発展が必要である。

2. 医療連携のための医師の養成教育

わが国の専門医の養成は、大学教育あるいは学会がその中心を担っており、その養成においては細分化されていると言われている。例えば内科においては、基本的に循環器や消化器と言った臓器別に養成されているのが現状である。また、アメリカに比べて人口比で 2 倍以上の専門医が養成されている分野であると言われている。その一方で、今後益々高齢化社会を迎えるわが国が求める“一人の患者を全人的に診る”総合的な医療に対応できる医師の養成については、欧米諸国のような取り組みは十分になされていない。さらに従来は、医学部の教育カリキュラムについても各大学によって独自に作成されており、基本的に医師国家試験出題基準を満たしておけば大学の自由裁量に任されていた。

しかし、極端な専門分化と大学医局の利益を最優先する医師の価値観は、未熟な技術による医療事故、研修医のアルバイト、研修医の過労死、医師の名義貸しなどの社会問題を生み出した¹²⁾。それに対して国民の間から大学医局の支配制度に対する批判や、広く一般的な診療能力を備えた医師の要求、医師の技量に関する情報開示など国民も医師の養成において効果的な改革を強く求め出して来た。医療の現場が多様化し、“種々の専門医や技術とは何か”が問われるようになってきたのである¹³⁾。医師の養成という共通目標に対しては、全国規模で共同開発することが効果的かつ効率的とされモデル・コア・カリキュラム、および卒前臨床実習開始前の学生評価のための共用試験としてのコンピュータを使った知識の試験 (computer based testing: CBT)、態度と技能を評価する客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination: OSCE) が導入された。

モデル・コア・カリキュラムは「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—」として収録されて 2001 年 (平成 13 年)3 月 27 日に公表された。この背景には、1999 年 (平成 11 年) 2 月 26 日に公表された 21 世紀医学・医療懇談会第 4 次報告「21 世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」の「教育内容の精選と多様化」の項に「今後、医学・医療に対するニーズはますます多様化し地域医療はもとより福祉・介護、国際医療協力、製薬等の様々な分野において、医師・歯科医師の一層の活躍が求められるようになることが予想される。各大学においては、こうした社会的ニーズの多様化に対応して、かかりつけ医機能を担う人材、国際医療協用に携わる人材、生命科学などの学際的な基礎研究に携わる人材など、様々な人材を育成することができるよう、多様な学科やコースの導入を積極的に図っていくべきである。そのためにはまず精選された基本的内容を重点的に履修させるコア・カリキュラムを確立し、学生が主体的に選択履修

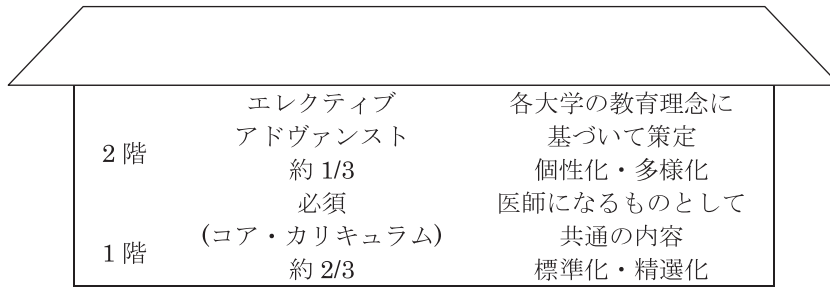


図 1 2階建ての医学教育カリキュラム

出典：佐藤達夫 医学教育モデル・コア・カリキュラム 医学書院 総合リハ 2002 398 頁

できる科目を拡充・多様化することが必要である (以下略)¹⁴⁾」と公表された経緯がある。

これは、医師になるために必須の共通学習項目を全国の大学が協力して、精選化と標準化を模索する 1 階部分 (標準化・精選化) と科学技術の急速な進歩と社会の要請も斟酌したうえで、各大学の教育理念に基づき立案したエレクトィブおよびアドヴァンストの科目を包含する 2 階部分 (個性化・多様化)¹⁴⁾で構成する医学教育カリキュラムと言える (図 1)。

従来は、教えるべき内容の選択は教員個人の判断に委ねられ、科目間、大学間でばらつきが多かったと言われている。コアとは、医学教育の共通的中核部分で、医学生が到達しなければならない標準的な目標である。また、モデル・コア・カリキュラムに採録された「リハビリテーション」項目や「地域医療」項目、「保健、医療、社会福祉と介護の制度」項目は次の通り (表 1、表 2、表 3) であり、従来の医師の医学モデル中心の考えから統合モデルへとシフトしてきていることが伺える。

表 1 診療の基本 (リハビリテーション)

リハビリテーション
一般目標：リハビリテーションの基本を学ぶ
到達目標：1) リハビリテーションの概念と適応を説明できる
2) リハビリテーションチームの構成を理解し、医師の役割を説明できる
3) 福祉・介護との連携におけるリハビリテーションの役割を説明できる

- 4) 障害を機能障害、能力低下、社会的不利に分けて説明できる
- 5) 日常生活動作 (ADL) の評価ができる
- 6) 理学療法・作業療法と言語療法を概説できる
- 7) 主な歩行補助具、車椅子、義肢 (義手、義足) と装具を概説できる

出典：医学教育モデル・コア・カリキュラム (—教育内容ガイドライン—)
平成 22 年度改訂版 60-61 頁

リハビリテーションの基本を学ぶということを一一般目標として、その到達目標としては具体的に 7 つの目標が挙げられているが、そのうち 4 項目に関しては臨床学習なども通じた上で、卒業までに到達すべき目標として位置付けられている。ここで注目すべき点は、リハビリテーションチームの構成を理解するとしていることであり、言い換えればチームの各職種の専門性を理解した上で、医師の専門性を理解した役割が認識できていると言うことである。また社会福祉・介護との連携という点では決して医師の役割は医療のみで完結しないという考え方にシフトしてきていることが伺える。

表 2 医学・医療と社会 (地域医療)

地域医療
一般目標：地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身につける
到達目標：1) 地域社会 (へき地・離島を含む) における医療の状況、機能および体制等を含めた地域医療について概説できる

- 2) 医師の偏在（地域および診療料）の現状について説明できる
- 3) 地域における、保健（母子保健、老人保健、精神保健、学校保健）・医療・福祉・介護の分野間および多職種間（行政を含む）の連携の必要性について説明できる
- 4) 地域医療の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を身に付ける
- 5) 地域における、救急医療、在宅医療の体制を説明できる
- 6) 災害時における医療体制確立の必要性と、現場におけるトリアージを説明できる
- 7) 地域医療に積極的に参加・貢献する

出典：医学教育モデル・コア・カリキュラム（－教育内容ガイドライン－）
平成 22 年度改訂版 16 頁

地域医療については、病院内の施設だけでなく地域へ視点が当てられることになった現れであり、医師の役割の 1 つとして地域の中で、患者がどう生活を送っていくのかなどの生活機能まで今後は視野に入れておかなければならないということである。

表 3 医学・医療と社会（保健、医療、福祉と介護の制度）

<p>保健、医療、福祉と介護の制度</p> <p>一般目標：保健、医療、福祉と介護の内容を学ぶ</p> <p>到達目標：1) 日本における社会保障制度を説明できる</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) 医療保険と公費医療や介護保険を説明できる 3) 高齢者福祉と高齢者医療の特徴を説明できる 4) 産業保健（労働関係法規を含む）を概説できる 5) 医療の質の評価（質の定義、クリニカルパス）を説明できる 6) 国民医療費の収支と将来予測を概説できる 7) 医師法と医療法を外接できる 8) 医療関連法規に定められた医師の義務を列挙できる 9) 医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる 10) 医療従事者の資格免許、現状と役割、連携とチーム医療を説明できる

- 11) 感染症法・食品衛生法の概要と届出義務を説明できる
- 12) 予防接種の意義と現状を説明できる
- 13) 医師法と医療法以外の医療関係法規を概説できる

出典：医学教育モデル・コア・カリキュラム（－教育内容ガイドライン－）
平成 22 年度改訂版 17 頁

保健、医療、福祉と介護の制度については常に次施設へ目を向けておくことも医師の役割の 1 つであることを意識させたことであり、そのためには社会資源やその制度やしくみを理解しておかなければならないということになる。さらにその情報を得るためには、医療連携チームの各専門職の資格免許や現状も押さえておかなければいけないということである。

表 4 基本事項（患者中心のチーム医療）

<p>患者中心のチーム医療</p> <p>一般目標：チーム医療の重要性を理解し、医療従事者との連携を図る能力を身につける</p> <p>到達目標：1) チーム医療の意義を説明できる</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) 医療チームの構成や各構成員（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療職）の役割分担と連携・責任体制について説明し、チームの一員として参加できる 3) 自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求められることができる 4) 保健、医療、福祉と介護のチーム連携における医師の役割を説明できる

出典：医学教育モデル・コア・カリキュラム（－教育内容ガイドライン－）
平成 22 年度改訂版 14 頁

さらに詳細にみても「基本事項」のうちの「患者中心のチーム医療」の中では、チーム医療に関する教育目標が示されている（表 4）。医師はチーム医療の重要性を認識するとともに、どの項目においても医療連携チームの各専門性を理解しておかなければならない。その上で医師が、リーダーシップを発揮しながら連携を図る能力を身につけておくことの必要性が、

今後さらに求められてきている。

これらの医学教育モデル・コア・カリキュラムを受けて、学生が臨床実習に参加する前に最低限必要な知識、態度、技能をもっているかを適正に評価する共用試験が導入された。これは医師の養成という共通目標に対しては、全国規模で共同開発することが効果的かつ効率的とされたためである。また、モデル・コア・カリキュラムおよび卒前臨床実施開始前の学生評価のための共用試験として、知識に関しては CBT が、態度と技能に関しては OSCE が実施されることになった。OSCE などの共用試験は、進級などの判定を目的とした合否を決定するためだけでなく、試験後の態度や技能の改善のために役立つ形成的評価としても用いられる機会が多いとされている¹³⁾。

医療等専門の教育制度は一般的に医師の教育システム、教育内容を参考にして整備されてきたとされており、今回の医学教育改革は、他の医療専門職の教育に影響を与えられることが考えられる。これらのことを踏まえて、今後飛躍的に進歩することが予想される医学・医療技術に伴い、専門的な知識および技能が必要とされる。しかしその一方で、医師としての基盤形成の時期に将来の専門性を問わず、患者を全人的に診ることができる基本的な臨床能力を身につけることの重要性を認識することも必要である。この経緯を踏まえて、現在、臨床研修必須化と言った方向で進んでいる。その内容の目標は①プライマリーケアをはじめとして全人的なアプローチのできる医師を養成し、患者の要求にマッチした医師を作ること②全人的なアプローチは専門分野を問わないこと③研修医が研修に専念できる環境を整備すること④研修終了の評価を十分に行うことなどであり、人間全体を診る総合的な診療を行える医師の養成が徐々に開始されてきていると言える。

しかしながら、従来の臓器別にできている専門性の質の確保と今後の養成のあり方については、各学会の取り組みだけでなく、何らかの第

三者的な機関が一定の関与を行うなど、今後さらに検討していく必要があると思われる。また今後、益々増加する高齢者について考えると、高齢者は複数の疾患の併発、ADL の低下等の状況にあることが多く、総合的な医療が必要である。さらに高齢者を総合的に診療するためには、認知症をとらえる視点を持っていることが必要である。認知症の初期段階においては早期診断や専門医への紹介、家族への説明が重要であり、中期段階ではソーシャルワーカー・ケアマネジャーなどの社会福祉職、介護サービスへの紹介、繋がりが重要となる。終末期には病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供していくことが重要となる。認知症をはじめ、加齢に伴う様々な合併症を抱えながら地域で生活する高齢者の特性とそれを支える上で活用しなければならない社会資源は、何かを理解できる医師の養成が必要である。医師が判断して患者に適切な情報を提供することができる、患者の立場に立って各医療資源への振り分け機能を理解した医師の養成、確保が今後さらに重要になってくると考える。この点においては、現在の実践現場では、社会福祉分野の調整役として MSW が力を発揮する場面が多く、MSW の専門性を発揮して医師をサポートしながら、社会資源、医療資源の情報を提供する役割を担っている。今後、医師が社会福祉分野の視点を持つことで、さらに早期から患者の予後予測をして、より早期に退院に向けた質の高い支援ができることに繋がると考えられる。

3. 医療連携のための看護師の養成教育

わが国の看護師養成は高校からの 5 年一貫性で行われる課程と高等学校卒業後に大学、短期大学 (3 年課程)、専修、各種学校 (3 年課程) で養成される課程、また准看護師の資格取得後に 2 年課程の短期大学、専修・各種学校に進学することによって行われる場合など多様な形態をとる。また 2009 年 7 月 9 日に「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関

する法律の一部を改正する法律案」が衆議院本会議で可決成立し、2010年4月から施行となった。これにより看護師国家試験の受験資格を得るための養成課程として、文部科学大臣の指定した大学（短期大学を除く）が明記されることになり、日本看護協会は看護師の基礎教育は「大学」が主流になると報じた¹⁵⁾。

この流れを受けて看護系大学院の増加も著しく、日本における看護師教育の高度化が進んでいる。2001年に大学院修士課程が43校、博士課程が14校であったのが2010年で大学院修士課程104校、博士課程が36校と10年の間に激増しており、高学歴化している。この教育の高度化の背景には、2003年から2004年に実施された第一次、第二次と開催された「看護学教育の在り方に関する検討会」の中で卒業時到達目標である看護実践能力構成として「ケア環境とチームの体制整備能力」が位置づけられたことにある。これは、医療の高度化、専門分化、患者の高齢化、重症化、在院日数の短縮化が強化されつつあった当時、チームをより意識して働くことができる看護師が今後益々必要となることが明確化されてきたためである¹⁵⁾。

また専門看護師の認定制度が1997年から開始され、専門看護師をチーム医療推進者として、その存在を位置付けようとして取り組んでいる。わが国の専門看護師は欧米のCNS (Clinical Nurse Specialist) のように複雑で解決困難な看護問題を保有している個人や家族や集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するために、特定の専門看護分野の知識及び技術を深めたものとNP (Nurse Practitioner) のようなプライマリーケアもしくは専門的な医療を外来、病院、または介護施設で提供する独立した医療提供者の双方の役割を果たすことが期待された制度である。さらに、2010年2月の「チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書」の中で、ケアの専門家である専門看護師が患者のケアの領域にも踏み込んだ看護を患者に直接実践していることで、医療の効率化と質の向上に

寄与するとしている¹⁶⁾。この中の要望事項において、幅広い機能を兼ね備えたわが国の専門看護師が、そのチーム医療のメンバーとして役割を果たしていけるようにし、医療機関のみならず、介護保険施設、訪問介護ステーションといった地域にある様々な医療・介護の現場で専門看護師の雇用促進やコンサルテーション・システムの構築を図っていきたいとしている。この考えは、地域看護分野の中でさらに具体的に①退院していく患者に対して、継続すべき医療サービス及び介護サービスのトータル・マネジメント②終末期であると診断された在宅療養者の死亡前後の医療と介護のマネジメント（死亡の確認を含む）③地域における在宅医療連携のトータル・コーディネーションと述べており、看護教育の高度化を背景に地域の中で、チームをより意識して働くことができる看護師の養成を目指していると考えられる。

リハビリテーション分野においては、今後の看護のあるべき方向性として、リハビリテーション領域での看護師の役割機能を明確化にし、患者やリハビリテーションチームメンバーとチーム医療の目的を果たすために力を発揮していくとしている¹⁷⁾。具体的には、リハビリテーションチームの中での看護師の役割として、各セラピストのかかわりの中で獲得した動作などを生活の場で活用し、自立への支援を実践する¹⁸⁾ことにあり、そのためには「優れた知識・訓練・技術を実践する中で看護の質の向上に多大な影響を持つ者」すなわちスペシャリストが必要であるとしている。これらのことから考えると、わが国の医療システム中に、専門看護師をチーム医療推進者としてなくてはならない存在として、公に位置付けるための仕組みづくりに、大きな期待を日本専門看護師協会は寄せていることが伺える。また、多職種連携チームの中で、調整役の役割を担っていくことも視野に入れているのではないと思われる。その中で、MSWが医療実践現場において、今後も調整役として役割を果たしていくためには、医療

分野の知識を早期から蓄えると同時に、患者の世帯をもしっかりと目を向けることのできる視点を持つことが重要である。

4. 医療連携のための理学療法士の養成教育

わが国において理学療法士養成校が最初に設立したのは、1963 年国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院である。しかし最初の養成校は、学校教育法上の学校でない場で行われていたと言われている¹⁹⁾。1966 年 2 月に第 1 回の国家試験が行われ、183 名の理学療法士が誕生し、同年 7 月 17 日には日本理学療法士協会が発足した。その後、教育についてはいくつかの答申や勧告がなされ、1970 年には医療関係者審議会理学療法・作業療法部会から厚生大臣、文部大臣に両分野の養成を学校教育法に基づく大学教育に委ねることが望ましいとの意見が出された。これらを踏まえて、1979 年に金沢大学医療技術短期大学部で最初の短期大学での理学療法士養成が開始された。しかしながら、短期大学部では理学療法士養成に欠かすことのできない専門教育、専門研究、人間形成などの側面についても不完全なままに止まるという¹⁹⁾意見もあった。

1977 年に開催された日本学術会議においても「リハビリテーションに関する教育、研究体制について」の勧告の中で、理学療法士・作業療法士の教育は 4 年制大学でなされるのが望まれるとされた。しかし、教育に当たるものが確保しがたい状況であったため、3 年生短期大学教育での養成実施が続いた。1991 年に大学審議会で提言がなされ、大学設置基準・短期大学設置基準ならびに大学院設置基準が大幅に改定されたことにより、1992 年に広島大学に 4 年生大学教育課程での理学療法士養成が開始された。また大学院設置基準の改定により、大学院大学の社会人入学枠の設定や夜間制大学院の拡充がなされ、高度研究者の養成が着実に進んだ。カリキュラムにおいては、1966 年に施行された理学療法士・作業療法士学校養成施設指

定規則（以下、指定規則）では 3300 時間で行われ、その中での実習時間は 1680 時間（50.9%）であった。その後 1972 年の指定規則の改定では、1080 時間（40.0%）1989 年の指定規則改定では 29.0% になった。この 2 回目の改正では、専門科目を専門基礎科目と専門科目に明確に区分し、専門基礎科目にリハビリテーション概論やリハビリテーション医学が登場し、地域保健学、地域福祉学、精神科リハビリテーションの内容が追加された。また専門科目においては、生活環境論が追加されたことにより、今後の高齢化社会を踏えた教育が取り入れられたことが示唆される。その後 3 回目の指定規則の改正では臨床実習が 19.4% とさらに減少し、学校卒業人口が少なかった時代には即戦力となる理学療法士が求められていた時代から、現在の卒業人口が 1 万人と増加している時代では、専門教育・専門研究の養成へと理学療法教育が移行してきていると考えられる。

また、協会の基本目的が「理学療法士の人格・倫理及び学術技能を研鑽し、わが国の理学療法法の普及向上を図るとともに、国民保健の発展に寄与する」ことである。この目的を実現するために系統的卒後教育の一環として「生涯学習システム」を構築する必要がある²⁰⁾との提言から 1997 年度より生涯学習システムが実施された。この生涯学習プログラムが開始されるのと同時に専門領域研究会に入会することができる。専門領域研究会は、理学療法分野の各領域を専門的に深めるために①理学療法基礎系研究部会②神経系理学療法研究部会③骨・関節系理学療法研究部会④内部障害系理学療法研究部会⑤生活環境支援系理学療法研究部会⑥物理療法研究部会⑦教育・管理系理学療法研究部会の 7 領域に分かれて研究が進められている。この中の⑤生活環境支援系理学療法研究部会では、健康増進、保健・社会福祉・地域理学療法、トイレ、寝具、福祉器械、環境制御など“施設から地域”を意識した研究がなされている。

専門領域研究会では広範囲に及ぶ理学療法の

業務領域を専門別に分類し、それぞれの領域で活動する会員間の学術交流に推進し、専門領域における水準を高め、かつその領域における指導的役割を担う人材を育成することを目指している。すなわち理学療法士としてのプロフェッショナルリズムを確立し、国民の医療・保健・社会福祉の向上とその普及に寄与することにはかならない²¹⁾。さらに2013年度からより高い知識と技術をもった専門理学療法士制度が開始され、国民の保健・医療・社会福祉に貢献し医療チームの中で専門性が発揮されることに期待が寄せられている。しかしながら、理学療法士の役割の1つである家屋改修や自助具に関しては、経済状態に問題がある場合には、社会福祉制度を活用することで、患者が安心して訓練に取り組むことができるようになり、妥当性のあるゴール設定を立案していくことに繋がる。現在の医療実践現場においては、MSWのサポートがあって成り立つ場面も多い。従って今後、理学療法士においても、さらに社会福祉分野の知識を蓄えていく必要がある。

5. 医療連携のための作業療法士の養成教育

わが国において、作業療法士養成校が最初に設立されたのは、理学療法士養成と同じく、1963年国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院である。リハビリテーションに関する専門学校は厚生省管轄であったがその後、短大・大学にも養成学科が設立されこれらにおいては文部省管轄となった。1965年には理学療法士及び作業療法士法が制定され、1966年国家資格としての作業療法士が誕生した。またその年の9月に日本作業療法士協会が結成された。1993年に理学療法士と同じく広島大学に初めて4年生の作業療法士養成課程が設置された。作業療法士の教育面では、従来協会においては、世界作業療法士連盟（World Federation of Occupational Therapists：WFOT）が定める作業療法士教育の最低基準による養成校の審査および認定作業を実施し、養成校の質を保証してきてい

る²²⁾。1998年に「生涯教育単位認定システム」が承認され、知識と技術に関して常に最高基準を保ち、後輩の育成と教育水準の高揚に努めるとともに、学術的研鑽及び人格の陶冶を目指して相互に律し合うとした。

また、2008年から2012年の5年間に作業療法5ヵ年戦略として「地域生活移行支援への推進」を目指すことになった。この目的は「急激な社会制度の変化や国民の健康・障害に対する意識の変化を背景に、作業療法が保健・医療・福祉等の領域において、国民の健康な生活に寄与するための（社）日本作業療法士協会活動を推進させる5ヵ年の行動戦略とする」としたことにある¹¹⁾。言い換えれば、蓄積された作業療法技術と急増する作業療法士を投入し「医療から地域生活移行に向かう全てのステージで途切れることなく支援する作業療法」の実践である¹¹⁾。さらに、この5ヵ年戦略の持つ意味は、作業療法をより必要としている領域や作業療法が貢献できる領域への職域拡大を含め、入院医療を中心とした医療の領域に5割、保健・社会福祉・教育等の領域を含めた身近な地域生活の場に5割の作業療法士配置を重点事項にしていることである¹¹⁾。また、この5ヵ年戦略の中で注目すべき点は、医療と地域生活支援の両サービスにまたがり、医療から介護・社会福祉への円滑な移行を推進する担い手として作業療法士は重要な役割を果たすことを明言していることである。

これらのことを踏まえると一定以上の臨床実践能力、教育、研究管理運営能力をもつ作業療法士を養成配置し、臨床現場における作業療法の質の安定を図ることや、地域生活支援能力の高い作業療法士の養成を目指していると言える。また、これらの実現を確実なものにしていくために、協会では2009年度より専門作業療法士制度を開始しており、各専門分野ごとに高度且つ専門的な作業療法士の育成を目指している。さらに、地域生活支援能力の高い作業療法士の養成が進むことで、作業療法士による障害

特性を把握した立場からの生活障害を予後予測し、動作的な解決方法の指導ができることに繋がる。生活動作分析の視点からは、福祉用具の利用や家屋改修などの住環境評価を地域の中で行うことも重要となりその際、MSW との関係が重要になってくる。社会福祉制度の適用など社会資源の活用がスムーズに出来る体制が、作業療法士と MSW との間で整えておくことも必要である。

6. 医療連携のための言語聴覚士の養成教育

1963 年、理学療法士と作業療法士の法則化の動きとともに始まった資格法制化の議論は、1997 年の言語聴覚士法の成立によって議論に終止符が打たれた。言語聴覚士の養成においては、1971 年国立聴力言語障害センターに開設された聴能言語専門職員養成所で始まった。言語聴覚士法に基づく指定養成校は 1998 年から申請が始まり、大学、高卒 3 年・4 年の専門学校、大学卒 2 年の専門学校、短大 1 年以上修業者対象 2 年課程などの養成課程がある。

また言語聴覚士のカリキュラムは、言語聴覚士学校養成所指定規則で定められており、高卒者対象の課程では 93 単位、大卒者対象の課程ではすでに履修されている基礎分野の単位を除く 73 単位を履修することになっている²³⁾。また国家試験が開始されたのは、1999 年からで第 1 回では 4003 名の言語聴覚士が誕生した。実習においては、5 年以上言語聴覚士として業務に従事した指導者のもとで、480 時間 (12 単位) 以上の実習を行い、通常は数週間ずつ複数の学外実習施設で実習を行う場合が多い。近年では、臨床実習前に客観的臨床技能試験 (OSCE) を取り入れている養成校もでてきた。

卒後教育では、日常的に自らの知識と技術を向上させる努力を行うことは、社会から求められている責務であり、個人で行うと同時に、それを保障する社会的システムが必要であるとしている²³⁾。これらのことを踏まえて、医師、歯科医師の臨床研修、理学療法士、作業療法士の

生涯学習システムを手本に、協会も 2004 年に生涯学習システムを開始させた。また、専門プログラム 1 期修了者に、認定言語聴覚士のコースが提供されるようになった。このコースは、2008 年に摂食・嚥下領域、聴覚領域、発声・発語領域を順次開催している。また、卒後 3 年目までを対象とした基礎プログラムでの講座では①臨床マネジメントと職業倫理②協会の役割と機構③臨床業務のあり方④職種間連携⑤言語聴覚療法の動向⑥研究法序論を設けている。

日本言語聴覚士協会では、卒後から直ぐに協会全体として、多職種間連携を意識した育成に取り組んでいることが伺える。さらに卒前教育では、今日の医学教育の共通の考え方である問題基盤型学習 (problem-based learning: PBL)、共用試験 (CBT)、OSCE を言語聴覚士の養成教育のなかにも一部導入してきている。これは、卒業後に基本的な言語聴覚療法の臨床業務が遂行できるようにするためであり、到達度を全国共通としたものにするため CBT や OSCE を活用しようとするものである。

しかしながら近年の医療実践現場では、激変する社会情勢に応じて教育内容を変化させていく必要がある。例えば“施設から施設へ”の流れから“施設から地域”への流れにシフトしている現在では、質の高い QOL を求める患者に対して、嚥下訓練や老人性難聴に対する言語聴覚療法など益々需要は増大²⁴⁾すると考えられる。また 2004 年度の診療報酬改訂で言語聴覚療法が初めて訪問リハビリテーションに位置付けられ、言語聴覚障害を持つ方や摂食・嚥下障害を持つ方の生活する場所に、直接言語聴覚士が赴き、サービスを提供できる体制が整備された。その一方で、訪問言語聴覚士の実働数やサービスを提供する施設・病院 (診療所) が少なく MSW やケアマネジャーの認識の差もある。これらを踏まえて今後、国家資格化の遅れを解消し、協会活動の充実と発展を図るため①生涯学習システムの充実・発展 (基礎講座の地域開催、専門講座の拡充、認定言語聴覚士・

専門言語聴覚士制度の創設)②養成教育の充実③学会、学術誌の充実、研究活動の促進④言語聴覚士の認知度を高めるための広報活動(言語聴覚士、言語聴覚障害、摂食・嚥下障害に関する理解)⑤公益法人化⑥組織率の向上²⁵⁾が必要である。さらに MSW においては、今後これらの言語聴覚士の取り組みを理解しながら、言語聴覚士の専門性が栄養状態の管理やコミュニケーションの改善など、ADL の維持と向上に繋がる専門職であることを常に認識しておくことで、入院直後から退院支援に素早く取り掛かることができ、自宅退院に繋がる社会資源であるということも考えておく必要がある。

7. 医療連携のためのリハビリテーションエンジニアの養成教育

近年 IT (Information Technology: IT) 技術の目覚ましい発展とともに注目されつつある分野の 1 つとしてリハビリテーション工学がある。それは、IT 技術を利用して障害を抱える方への支援が可能であることが、認識されたことにもよる。携帯電話を例に挙げてみると、視覚障害者のために携帯電話のカメラ機能を利用して色を判別するアプリケーション、聴覚障害者への情報保障としてのモバイル型遠隔情報保障システム、重度機能障害者を対象とした 1 スイッチで操作可能な携帯電話など情報端末が次々と開発されている。今後益々 IT を利用した機器が導入されさらに身近なものになることが予測される。

しかし、その一方でリハビリテーションエンジニアとして現場で働くリハビリテーションエンジニアは数が少ないと言われている。その理由として考えられることは①資格職として位置付けられていない②教育システムが整っていない③リハビリテーションサービスシステムのなかに位置付けられていない④法制度として整っていない。など職務領域が不明確であり、定義においても明確でない。そのため、社会的な基盤を形成せずに独自の形で発展してきたと考え

られる。

わが国のリハビリテーション工学の発祥は、1960 年代の終わりから 70 年代のはじめにかけて各地に設置された、研究機関やリハビリテーションセンターにリハビリテーション工学部門ができたことに由来するとされている²⁶⁾。しかしながら 1986 年に結成された日本リハビリテーション工学協会には、2007 年には約 900 名の会員で構成されるようになったが、そのうちエンジニアは 250 名程度である。さらに、リハビリテーションの臨床現場で専門職として仕事に携わるリハビリテーションエンジニアは約半数程度であるとされている。

近年、注目されてきているという分野でありながら、昨今の国や地方自治体の行財政改革の影響を受け、公的リハビリテーションセンターやリハビリテーション研究機関のリハビリテーションエンジニア職が撤廃や縮小の傾向にあることも事実である。このような厳しい状況にあるものの、リハビリテーションエンジニアに臨床現場から社会福祉系、リハビリテーション系、社会福祉工学系大学の教官への転職を促し、その実践での知識を生かして、リハビリテーション工学を経験の浅いリハビリテーション専門職や社会福祉専門職に伝えるとともに、工学系大学の支援機器の研究開発により実効性の高い成果を現すなど貢献し始めてきている²⁷⁾。

リハビリテーション工学がわが国で発祥した当時は、歩行分析に代表される障害をもった方の運動機能を解析することや、動力義手や義足の開発に代表される障害を持った機能を工学的に代替することに重点を置いていた。その成果は、なかなか臨床現場で評価されずにいた。リハビリテーションエンジニアの存在をアピールすることができるようになったのは、電動車いすや環境制御装置などの開発により、脊髄損傷者や神経筋疾患患者に対して障害者支援機関で工学的対応が可能になってからである。さらに近年の高齢者の延伸とともに、高齢者の生活を支援する機器や高齢障害者への機器支援を中心

とした領域が注目されてきている。その一方、在宅高齢者支援の現場では、福祉機器使用経験は極めて乏しいといわれており、福祉機器を扱える人材も少ない。優れた福祉機器の開発のためには、実践現場での使用経験や適用経験に基づいて行わなければ開発効率が悪くなると言われている。今後は福祉機器を扱える人材育成のためにも、支援現場での機器適用に科学的実証を行うことのできるリハビリテーションエンジニアの養成が必要になっている。

近年、社会福祉工学を専攻する学科も各地で徐々に増えてきているが、リハビリテーションエンジニアの職域やその専門性を理解した人材の職問題を今尚、抱えている。現在最前線で活躍しているリハビリテーションエンジニアの多くは、社会福祉工学の教育だけでなく、卒業後に理学療法士や作業療法士の資格を取得して医療の知識を基礎にしながら専門性を追求しているのが大半である。この背景の一つには、リハビリテーションエンジニアの発祥の原点である各地の研究機関やリハビリテーションセンターにおいて、工学部門の閉鎖や縮小が相次いでいることも要因と考えられる。リハビリテーションエンジニアという資格制度は未だに確立されておらず、リハビリテーションエンジニアという職種を施設や機関に配置してもなかなか採算がとれないのが現状であり、社会から期待されているものの全体的には縮小傾向へと向かっている。今後、注目されている高齢者関連に対して数少ない専門性を持ったリハビリテーションエンジニアを慎重に拡大していくことも考えておかなければならない。また今後、資格制度の獲得を視野に入れた、大学での教育カリキュラムを検討し、実践現場で人材を教育していけるシステムを作っていくことも重要だと思われる。その上で、他職種との連携も今後多く持つことが予測されるので、医療連携チームの一員としてリハビリテーションエンジニアの役割をより明確にしていくとともに、他職種の専門性と役割を理解していくことも必要である。その

中で、MSW とともに患者本人だけでなく世帯全体を通して、生活の状態に踏み込み人的支援を優先にさせるか、住環境整備の補完を優先にさせるか検討できる能力を身に付けていくことも重要であると考えられる。

8. 医療連携のための医療ソーシャルワーカーの養成教育

医療ソーシャルワークとは、医療分野で展開されるソーシャルワークのことを言い、MSW は、医療ソーシャルワークを担当するソーシャルワーカーを指す。現在、わが国のソーシャルワーカーにおいては、医療機関に対する配置基準が採算が採れるほど診療報酬に反映されていないものの、医療機関での社会福祉士の資格取得者が増加してきている。また、新規採用や欠員補充の際に、社会福祉士資格取得者を採用の要件とする募集も多くなってきている。

しかし従来、社会福祉士はその成立過程のなかで、「障害者および高齢者の」相談・支援を行うものとされ、「傷病者」を対象とする MSW とは区別された²⁸⁾。また、配置される場を限定している資格ではないこと等を理由として、MSW を排除する形で成立していた²⁸⁾。その後、社会福祉士の規制緩和により 1997 年 9 月に行われた行政改革委員会・規制緩和小委員会の中で、社会福祉士の受験資格要件の検討がなされた。これにより、1998 年 6 月に「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令」が出され、指定施設における業務の範囲等に「医療法に規定する病院及び診療所において相談・支援業務を行っている専任職員」が追加された。言い換えれば、医療機関に勤務するソーシャルワーカーの実務経験が認められたことになる。これらの経緯からも他職種と比較して、社会福祉専門職資格の成立はより遅く、医療機関における「遅れてきた専門職」と指摘²⁹⁾されたのも納得できる。また、国家資格の所持が義務付けられた職業ではないとされ、そのため、さまざまな人材が従事している分野で

もある。さらに、ソーシャルワーカーは「社会福祉士」を基礎資格としつつ、勤務する領域によって「生活支援員」「児童指導員」「生活指導員」「生活相談員」「コーディネーター」「ケースワーカー」「医療ソーシャルワーカー」「スクールソーシャルワーカー」など、さまざまな職名で呼ばれており、職名が異なるだけでなく所属する機関や施設によって、その仕事の範囲が特徴づけられているという複雑さのために、ソーシャルワーカーという仕事は、市民に理解が得にくいものとなっている²⁹⁾。

その一方で、ソーシャルワーカーの専門職としての養成の仕組として、主に社会福祉系の大学、あるいは他分野の大学を卒業した上で、1年から2年制の養成校が担ってきた養成課程の背景から一歩進んで、2012年度より認定社会福祉士制度が開始されることになった。その背景には、社会構造の変化に伴い社会的支援のニーズが増し、社会的支援の必要な状況が困難化・複雑化・多様化しているためである。しかしながら、現在の社会的支援のニーズに対応できる社会福祉士の養成及びそれを推進できるキャリア形成を含めた専門職の育成がなされる社会福祉士制度に、少し前進したばかりであると考えられる。「認定社会福祉士」「認定上級社会福祉士」ともに、「高齢分野」、「障害分野」、「児童・家庭分野」、「医療分野」、「地域社会・多文化分野」の5分野からなっており、医療分野においても明確に専門性の研鑽が求められてきている。また、認定社会福祉士の定義、役割の中で「(前略)高度な専門知識と熟練した技術を用いて個別支援・他職種連携及び地域福祉の増進を行うことができる能力を有することを認められた者をいう」³⁰⁾と定義され、役割においても①複数の課題のあるケースの対応を担当する。②職場内でリーダーシップをとる。相談援助実習指導など人材育成において指導的役割を担う。③地域や外部機関との対応窓口となる(窓口として緊急対応、苦情対応などに関わる)④関連分野の知識をもって、他職種と連携す

る。職場内でのコーディネートを行う。組織外に対して自分の立場から発言ができる³⁰⁾としており、MSWの領域で指摘されてきた「医学一般」の知識不足を補い専門領域で研鑽することで、社会福祉分野を中心に教育を受けてきたMSWが、医療連携チームの中で調整役として、役割を果たしていけることに繋がると考える。

9. 医療連携のための介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成教育

介護支援専門員は介護保険法に規定のある「要支援」または「要介護」と認定された利用者が、その程度や状態に合った適切な介護サービスが受けられるようにするためのケアプラン（介護サービス計画）を作成し、そのケアプランに基づいたマネジメントを行う者である。また、そのケアプランの給付管理までを行うことがケアマネジャーの役割である。ケアマネジャーの配置については、ケアマネジャーの設置が義務付けられている「介護保険施設」をはじめ「福祉事務所」や「在宅介護支援センター」などの公的機関や「福祉用具販売会社」や「保険会社」と言った介護保険に関係する企業など多岐に渡っている³¹⁾。

ケアマネジャーになるためには、「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格しなければならない。その「介護支援専門員実務研修受講試験」を受けるには、受験指定期間の実務経験が必要である。実務経験は、①実務経験が5年以上で当該業務に従事した日数が900日以上の対象者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士）②相談援助業務の経験が5年以上ある者③社会福祉主事任用資格又はホームヘルパー2級研修の修了者で、実務経験が5年以上ある者④介護などの実務経験が10年以上

の者である³²⁾。また、試験合格後に研修があり、その研修を修了し登録して初めて「介護支援専門員証」を取得することができる。さらにケアマネジャーには、2006年の改正介護保険法施行において専門職として唯一、資格の更新制度（5年ごとの資格更新）が導入されている³³⁾。この更新制度は、ケアマネジャーとして働き続ける限り続く。講習は、各都道府県単位で行われ①介護支援専門員専門研修②介護支援専門員実務従事者基礎研修③主任介護支援専門員研修の3つの段階に分かれている。①介護支援専門員専門研修では、専門研修課程Ⅰ（33時間）専門研修課程Ⅱ（20時間）があり、現にサービス計画の作成に従事している者で、1年以上の実務経験がある者が専門研修課程Ⅰを受講した後に、専門研修課程Ⅱを受講することになっている。目的としては一定の実務経験をもとに必要に応じた専門知識、技能の習得を図ることにより、その専門性を高め、資質向上を図ることである。②介護支援専門員実務従事者基礎研修では、事業所においてケアマネジャーとして現にサービス計画の作成に従事している者で実務経験が1年未満の者を対象としている。目的としては、ケアマネジャーの実務を経験した後に、実務従事者として必要な技術・技能の研鑽を図ることでケアマネジャーの実務能力の向上を図ることである。③主任介護支援専門員研修を受講するためには下記の条件が必要である。

- ・専任のケアマネジャーとして従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上
- ・ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実務及び推進について（2002年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者で専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上
- ・日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーで、専任のケアマネジャーとして従事した経験が3年（36ヶ月）以上

- ・介護保険法施行規則第140条の52第2号に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者

介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などケアマネジャーの業務に対し、十分な知識と経験を有するケアマネジャーでケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得した者を対象に行うことを目的としている³⁴⁾。

しかしながら、絶えざる研修や高い倫理観をもっている専門職であるが、現在は任用資格であり国家資格ではない。日本ケアマネジャー協会では、更にケアマネジャーの資質向上を目指して、ケアマネジャーが役割を十分に果たし質の均一化を図るための日本のケアマネジメントの体系化と確立を早急に行い、大胆なケアマネジャー養成の見直しを検討している。その取り組みとして新人ケアマネジャー養成に関する対策として国家資格化と大学教育相当の養成課程（コアカリキュラム作成が急務）が必要としている。また現任ケアマネジャーへの対策としては、国の定めた研修内容を早急に見直し医療サービス、認知症科目の必修化を目指している。また、質の確保は国で担保すべきとして、都道府県による研修内容のばらつきをなくすために、全国統一の研修教材を定め講師を養成する必要があるとしている³⁵⁾。その一方で、現在の日本におけるケアマネジャーの役割は、介護保険下での範疇でしか専門性が発揮できない仕組みになっている。この点においては、今後さらにMSWの専門性の1つである利用者本人だけでなく世帯として捉え、社会福祉制度や社会資源と結びつけていくことが、重要であることを理解した教育システムになっていくことが望ましいと考える。

Ⅳ おわりに

わが国の医療実践現場では「在院日数の短縮化」「機能特化」「連携」が大きく取り上げられている。医療実践現場において、医療連携チームのそれぞれの職種が、円滑に高度な専門性を発揮することで、益々進行する医療機関の「平均在院日数短縮」傾向の中であっても、質の高い患者支援に繋げようとするためである。また、各専門職の専門分化・高度化においては、医療人材の養成に対する社会的要請も急速に変化してきている。

また、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士においては、認定専門職・専門職制度が開始されてきている。これらの取り組みは、専門職として臨床実践能力を高めていくためだと考える。臨床実践能力とは、各病期・各領域などにおける当事者に対する各専門職の専門性による評価・介入・支援・効果判定の一連の流れを実践する能力はもとより、他職種との連携や社会資源の活用、職場や行政などの制度の利用を含めた、総合的かつ継続的に専門職の専門性を提供していく過程や今後の視点（将来的展望）に立った専門職の専門性の展開を検討することができる実践能力である。

近年、その実践能力を発揮する場においては、患者本人を含む家族が抱える問題がより複雑化・困難化・多様化が進んでおり、一人の専門職が単独で支援するだけでは、十分な効果を出すことができなくなっている。その意味でも協働体制の構築は、優先して取り組むべき課題である。しかし協働という言葉の理解が、それぞれの専門職でさまざまになされているため、実践現場では協働を通じて専門職の活用が的確になされていない。言い換えれば、専門職間で見解の統合をすることが、協働であるとの質の低い理解がなされていることも珍しくはないと考える。相手の養成課程や専門性も理解せず、異種の専門性をもつ専門職であるのに互い

に同質の同レベルの専門性を持つように要求する場面もある。各専門職が取り組み始めた卒前・卒後の高度教育により患者・家族を支援していく能力は、確実に向上していることが予測できるが、問題は個々の専門職が個別に支援するのではなく、多職種協働体制を構築するための横断面方向への拡張である。

連携教育においては近年、保健・医療・社会福祉の多くの現場で「複数の専門職が同じ場所で、ともに連携しながら支援する IPW」が欠かせないと指摘されだしている。また、連携協働の必要性が求められている一方、専門職の基礎教育の現場では、異なる教育・コースに在籍する学生が、同じ場所でもともに IPW を学び合うといった IPE を行うには、教育環境の整備など多くの課題がある。

現在、わが国では専門職教育に IPW を義務化できておらず、また WHO の IPE ワーキンググループの勧告にも対応できていない状況である。しかしながら、2008 年 11 月に「日本保健医療福祉連携教育学会」が立ち上がり、連携協働研究が開始されている。今後さらに発展し、マネジメント教育やリーダーシップ教育まで到達されることが、周囲から期待されている。その一方で、IPE の取り組みは医師・看護師・保健師・助産師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・薬剤師で構成されることが多く、近年医療連携チームの一員として注目されていると言われている社会福祉士の存在は少ない。この原因として考えられることは、①医学系の学部を設置している大学が必ずしも福祉系の学部を設置しているとは限らないため同じ環境の元で連携しにくい。②医療関係分野と社会福祉関係分野の両分野の知識を備えた指導者が少ない。③MSW 養成教育は現在、現任者教育が中心になっているため養成課程の中で、カリキュラムをどう組むことができるかなど課題が多くある。しかしながら、MSW 養成教育において今後は、社会福祉職という立場を守りながら、医療連携チームの中で、医療関係分野の知

識を蓄えるための教育ができるかが、MSW の存在価値を認めさせるためには重要である。

引用文献

- 1) 石東隆男「脳卒中地域連携バス北九州標準モデルについて」『北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会』2008 年、1-5 頁。
- 2) 京極高宣「医療ソーシャルワーカーの国家資格制度化-医療福祉現場からの提言-」『医療ソーシャルワーカー新時代』頸革書房、2008 年、5 頁。
- 3) 永野なおみ 他 3 名「医療ソーシャルワーカー養成教育の基礎的教育 (その 1) -大学教育の実態調査の結果を基に-」『医療と福祉』43(1)、2009 年、37-41 頁。
- 4) 小嶋省吾 他 3 名「医療ソーシャルワーカー養成教育の基礎的研究 (その 2) -現任者を対象としたアンケート調査結果を基に-」『医療と福祉』43(1)、2009 年、42-46 頁。
- 5) 松永篤彦「病期からみた理学療法の展開」『PT ジャーナル』医学書院 44(3)、2010 年、181-183 頁。
- 6) 杉山明伸「医療ソーシャルワーク実践論学生を専門職へ養成するために」『立教大学 コミュニティ福祉学部紀要』125-138 頁。
- 7) 原和彦「連携教育の実践と課題-昭和大学における学部連携 PBL チュートリアル」『PT ジャーナル』医学書院 43(12)、2009 年、1043 頁。
- 8) 大嶋伸雄「連携教育の実践と課題」『PT ジャーナル』医学書院 43(12)、2009 年、1033-1047 頁。
- 9) 松尾理「変貌する医学教育」『日醫新報』4014、2001 年、53-57 頁。
- 10) 松尾理「モデル・コア・カリキュラムを踏まえた基礎医学教育のあり方」『医学教育』2003 年、34、297-302 頁。
- 11) 日本作業療法士協会「5 カ年戦略スライド」<http://www.iryofukushi-com/images/pdf/02.program/0201.pdf> (参照 2010-9-20)。
- 12) 水溶和也「卒後教育-前期・後期研修-」『総合リハ』医学書院 34(10)、2006 年、934 頁。
- 13) 大山輝夫「卒前教育」『総合リハ』医学書院 34(10)、2006 年、927-931 頁。
- 14) 佐藤達夫「医学教育モデル・コア・カリキュラム」『総合リハ』医学書院 30(5)、2002 年、377 頁。
- 15) 酒井郁子「連携教育の実践と課題-看護学領域から」『PT ジャーナル』医学書院 43(12)、2009 年、1053-1057 頁。
- 16) 山田雅子「チーム医療の推進に関わる検討会に関する要望書」『日本専門看護師協議会』2010 年
- 17) 野々村典子「リハビリテーション専門看護」『総合リハ』医学書院 30(6)、2002 年、503 頁。
- 18) 落合美美子「看護師」『総合リハ』医学書院 35(6)、2007 年、538 頁。
- 19) 篠原英記「4 年制大学における理学療法臨床実習の課題と展望」『PT ジャーナル』医学書院 31(2)、1997 年、101-105 頁。
- 20) 吉元洋一「理学療法士」『総合リハ』医学書院 36(4)、2008 年、339 頁。
- 21) 長澤弘「新しい「専門理学療法士」制度について」『PT ジャーナル』医学書院 43(10)、2009 年、916 頁。
- 22) 陣内大輔「作業療法士」『総合リハ』医学書院 36(4)、2008 年、343 頁。
- 23) 深浦順一「言語聴覚士」『総合リハ』医学書院 36(4)、2008 年、349-352 頁。
- 24) 柏木敏弘「言語療法士」『総合リハ』医学書院 27(4)、1999 年、319 頁。
- 25) 深浦順一「言語聴覚士」『総合リハ』医学書院 35(6)、2007 年、550 頁。
- 26) 市川冽「リハビリテーションエンジニア」『総合リハ』医学書院 27(4)、1999 年、333 頁。
- 27) 田中理「エンジニア」『総合リハ』医学書院 35(6)、2007 年、557-559 頁。
- 28) 加島明「ソーシャルワーカー資格制度のゆくえ」『総合リハ』医学書院 27(4)、1999 年、330 頁。
- 29) 竹中麻由美 他 2 名「医療福祉事業の現状-医療ソーシャルワーク巡学動向-」『川崎医療福祉学会認増刊号』2009 年、239-240 頁。
- 30) 「専門社会福祉士認定システム構築に向けた基礎研究事業報告書 (要約版)」『社団法人 日本社会福祉士会専門社会福祉士研究委員会』2011 年、8-9 頁。
- 31) 職種紹介 ケアマネジャー (介護支援専門員)。http://www.wel.ne.jp/doc/job_introduction/caremanager.html (2012 年 7 月 3 日 確認)
- 32) 「資格の難易度」<http://www.newtongym8.com/G-Keamane.html> (2012 年 7 月 3 日 確認)
- 33) 「日本ケアマネ協会の資料について」http://caremanagement.jp/?action_bbs_threaddetail=true&

鍵井一浩：医療ソーシャルワーカーの養成のあり方と医療連携チームの今後の養成課程の方向性

- thread_id=2204 (2012年9月18日 確認)
- 34) 「ケアマネジャーを極める!? 主任介護支援専門員とは!？」<http://www.sokuhou-care.net/menu/syunin.html> (2012年6月30日 確認)
- 35) 木村隆次「ケアマネジャーの在り方について」『社会保障審議会介護会 介護保険部会』2010年 1-3頁。