

【論文】

医療機関におけるこれからの専門職チームの構築

—医療と福祉の連携のための医療ソーシャルワーカーの役割—

鍵井 一浩 *

Formation of Specialist's Teams at Medical Institutions in the Future
- A Cooperative Role for Medical Social Workers in Medical Treatment and Welfare -

Kazuhiro Kagii

要 旨

わが国は、少子高齢社会を迎え医療及び介護・福祉の制度改革が着実に進行している。それに伴って入院期間短縮が進行し、これまで以上に医療ニーズの高い患者が早期に退院することになる。しかし、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。医療機関が退院支援と地域連携を考えると、医療の場から生活へ移行するための調整が必要不可欠である。そのためには医療機関の中で医療の視点と同時に社会福祉の視点から患者の生活を把握して疾病との関連性を検討しなければならない。そうした役割を医療機関に求めるとき、医療ソーシャルワーカー（medical social worker 以下 MSW）の専門性を抜きには考えられない。また患者の支援を地域で完結させる過程においては、保健・医療・福祉分野の専門職との関わりが重要であり、各専門職が専門性を発揮しながら重複や衝突しないよう調整役としての MSW のスキルが必要不可欠である。

Abstract

Japan has become a low-birthrate aging society, and institutional reforms in medical care, nursing, and welfare are making steady progress. This is accompanied by a trend of shorter hospital stays, so that patients with a high level of medical need are discharged earlier than ever. In the current situation, however, the problems for families including the patients themselves have become more complicated and difficult to solve. A single specialist working alone cannot be effective enough in meeting a patient's various needs. Considering the medical institution's support for hospital discharge and the cooperation of the community, these are essential to the adjustment form moving from the medical environment to everyday life. Thus, it is necessary to understand a patient's life from the medical perspective while in the medical institution, while at the same time from the social welfare perspective, and to study the relationship with the medical disorder. When such roles are required in a medical institution, we must consider the medical social worker

受付日 2011.9.7 / 受理日 2011.10.26

* 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

(MSW) specialty. For the patient support process to be completed in the community, the relationship between specialists in the health, medical and welfare fields is important. The MSW's skill as a coordinator with demonstrated expertise in each specialty is essential in avoiding duplication of effort and conflicts.

● ● ○ **Key words** 制度改革 institutional reform / 入院期間 hospital stay / 医療ソーシャルワーカー medical social worker / 専門職 specialist / 連携 cooperation

I はじめに

近年、医療機関においては、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、急性期から回復期、維持期まで連続した「治療」「看護」「介護」「リハビリテーション」が必要になってきている。そのためには、各医療機関のスタッフが自らの医療機関内だけでなく発症から在宅復帰するまでの過程を理解し連携する医療機関、介護・福祉施設が一体となって患者・家族に納得してもらえる保健・医療・社会福祉を提供することが重要となる。その中で、患者により良い療養環境を検討してもらうためには、MSWがどのような役割を果たすのかが重要となる。患者・家族の思いを受け止め、適切な退院支援を進めていくという大きな役割を理解して院内の中で医師を始め看護師やリハビリ関係職種などと連携をとり、患者が置かれている症状はもとより、一人ひとりの患者の置かれている社会状況からどのような退院先が適切なのかを患者・家族とともに考えていくことができるのかが鍵となってくる。

また、近年の施設から在宅へ、専門職から多職種協働へという大きな流れの中では、医療機関・介護・福祉施設の個々の充実だけでなく、地域全体での医療機関・介護福祉施設の連携が大変重要になってきている。その中で制度間の「すき間」を埋める調整役の役割が果たせる専門職として、MSWに期待が寄せられている。しかし、保健・医療・社会福祉における専門性は同質で同レベルというのではなく、自分の属する専門領域の範囲と役割、立場などをよく理解しないと他の専門職と重複や摩擦などを生じる結果となる。さらに、近年の患者・家族が抱える問題はより複雑化、困難化しており、患者・家族の多様なニーズに対応するためには、1つの専門性の範疇を超えて同質な専門職と異質な専門職との連携構築がなされ、「新たな

専門性」として進化していく必要があると考える。

従来の考え方として、医療関係職と社会福祉関係職では、視点が異なり支援の手順やアプローチ方法に相違があるのは当然であるという傾向にあった。今後、ますます深刻化する医療機関の「在院日数の短縮化」を踏まえた上で、患者・家族を最優先にしていくためには、専門職全体の底上げと質の高い連携構築が重要である。その中で、チームの中で率先して医師がリーダーになれるようにサポートしながら、施設間・職種間の調整役であるMSWが、力を発揮しなければならない時期に来ていると考える。患者・家族は自分なりの専門性の解釈で身近の相談しやすい専門職に相談することも多い。患者・家族から最初に選ばれた窓口である場合でも、次の情報共有化に繋げるために、医療分野・社会福祉分野の両方の知識や視点も今後、更に必要になると考える。現状の医療機関の現場では今尚、医療分野と社会福祉分野には「すき間」がある。その「すき間」を埋めていくために各専門職の成長が必要であるが、現段階においてはまだ時間を要する。当面は医療分野と社会福祉分野の調整役として、MSWが役割を担う必要があり今後、さらに成長し発展していかなければならないと考える。

II 医療・福祉連携構築のためのMSWの役割

1. 患者を中心に考えた専門職チームの構築

今日のMSWは、患者・家族が抱えるより複雑化・困難化した問題をもつ患者を支援する役割を担う。しかしながら、医療機関においては、近年の様々な機関や職種との「連携」が重要と叫ばれている割には、連携する専門職や役割が固定化していることが多い。患者・家族に対して質の高い支援を行うためには、対象者ごとに個別に新たなチーム編成をしていくことが重

要である。今後、医療実践現場において、求められる専門職の連携について考えてみると、保健・医療・社会福祉のそれぞれの領域における専門性は、時間の経過とともに、より発展・進化する必然性と役割を担っていかなければならない。また、「専門職チーム」の重要な役割として、複数の専門職チームを形成しそれぞれの専門分野の知識・技術を集約して、患者・家族に適切な支援を提供することである。

しかし、各医療機関の機能・役割・考え方は異なっており、各専門職についても、それぞれの視点や支援技術に違いがある。自分の専門領域の範囲と役割、立場などをよく理解しないと、他の専門性との重複や衝突を生じてしまうことになる¹⁾。実際のカンファレンスの場面では、異なる専門性であるのに互いに専門性の質や同じレベルに、知識や情報を共有することが求められることが多い。

各専門職の意見をチームの中で、無理に統一して考え方や思想感が同じであるかのように、支援を進めていくことには無理が生じる。各専門職の視点は異なっていて当然であり、特に医療関係職種と社会福祉関係職種との支援手順や視点が異なるのはやむを得ない。重要なことは、その異なる考え方や意見に対して理解を示しながら、意見の違いを認める環境であるかということである。チームは、医療機関のためにあるものではなく、患者・家族を支援することを目的としたチームであることを認識しておかなければならない。支援チームは、進化の途中であり支援方法が異なる非常に複雑な環境の中で、調整していかなければならない。そのため素早くチームの中でコミュニケーションをとり、日々変化していく情報を確実に各専門職に伝える調整役が必要である。近年の医療分野と社会福祉分野の「連携」の必要性が強調される以前から、MSWが取り組んできた業務の一つである「連携」を基盤とした質の高い調整力が発揮されることで、MSWの「新たな専門性」が構築されることに繋がると考える。

2. 多職種の専門性を考える視点と

これからのMSWの専門性

近年、多くの医療機関の実践現場では、多職種が専門性を発揮してともに連携しながら支援することが求められている。しかし、各職種の専門性と言っても実

際は、その当事者である専門職ですら全ては捉えることができていない実情もある。ましてや他の専門職にとっては、捉えにくい場面があるのは必然的である。

近年、支援の対象者である患者・家族の抱える問題は、より複雑化、困難化しており、身体的機能面のみならず、心理的・社会的側面を踏まえた患者・家族の生活支援を目指さなければ、地域に帰すことができないという現状にある。

医療機関の中で国際生活機能分類 (International Classification of Functioning Disability and Health: 以下ICF) を基盤に考えてみると、医師をはじめ各医療関係職種は、「治療」に関係する「心身の機能構造」を専門性の起点とした教育を基礎に経験を重ねるごとに、掘り下げていくことを中心とした教育である。それに比べて、MSWをはじめとした社会福祉関係職種は「参加」を専門性の起点とした教育を基礎に、経験を重ねるごとに更に追求していくことを中心とした教育となり、相反する関係にある²⁾。(図1)

また、看護師の専門性の起点を大嶋は、「心身機能・構造」寄りの教育を基礎としているが、さらにICFの全領域に関与する教育基盤にあるとしている¹⁾。これらのことを踏まえて、改めて各専門職の専門性について考えてみると、現在の養成課程では、質や知識の均一性を追求することには無理が生じてくることになる。

カンファレンスは、チーム間で意見や目標を統一し、各専門職の意見に同意をすることに目標をおいてはならない。重要なことは、各専門職種の支援方法や方針が異なっても、批判や反発をするのではなく異なっても当然であることを理解しながら、その異なる意見について話し合える環境が必要であると言うことである²⁾。そのためには、医療関係職種は社会福祉分野を社会福祉関係職種は医療分野を臨床経験の中で、学習していかなければならない。さらに今後、養成課程の中で取り入れていくことができるのかが益々重要になってくると考える。

特にMSWは、患者本人だけではなく家族を含めた世帯を対象とする領域の広い職種であることから、多職種連携は必要不可欠な専門職である。さらに、多職種連携について考えると、各専門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、見直しの必要性もあると考

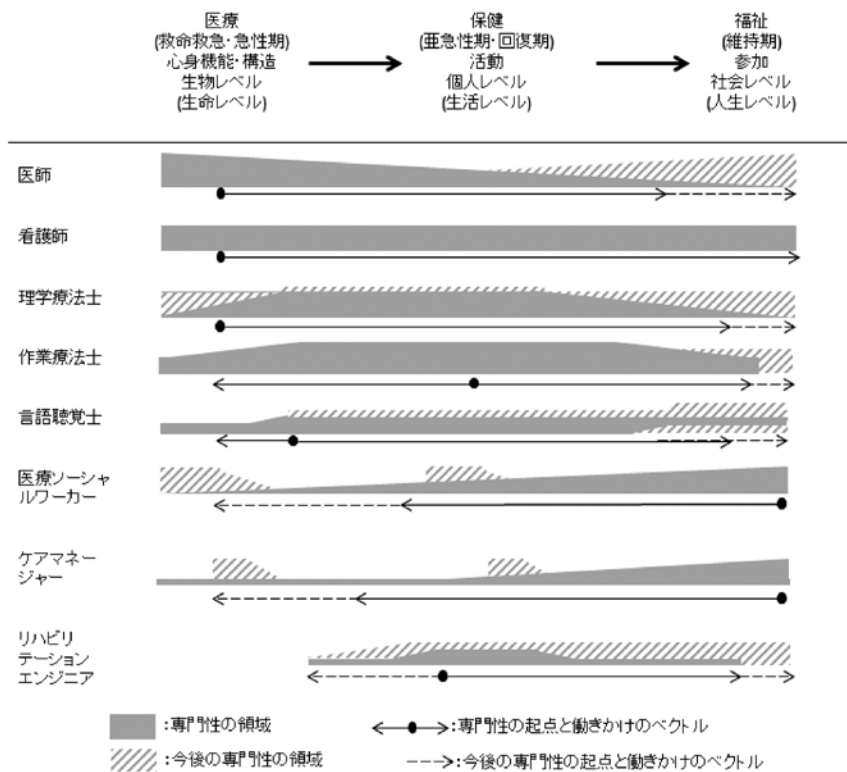


図1 施設機能・ICF から考える医療機関職種の専門性の起点と領域 (一般病棟の例)
 注記：筆者が加工
 出典：大嶋伸雄「連携教育の実践と課題」理学療法ジャーナル 43 (12) 医学書院 1039頁

える。保健・医療・社会福祉専門職種連携の実践では、専門職チームが必要であり、チームには、チーム内のすべての専門職を理解してくれる、リーダーや調整役が必要である。当然リーダーは、医師が率先してなっていかなければならないが調整役は、施設内のシステムと施設外のネットワーク構築に力を発揮することができ、施設間・職種間の調整役として専門性を担うMSWがなっていかなければならないと考える。今後、質の高い専門職連携実践を実現するための重要な役割を担うのが、医療分野と社会福祉分野の「すき間」を埋めることができるMSWだと考える。近年どの医療機関においても病病連携・病診連携を扱う部門として開設している「地域医療連携室」があり、その中心的専門職として看護師と社会福祉士が「それぞれの専門性を生かし、共同して医療・看護の観点から退院困難な要因の解決や、介護・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、2010年より診療報酬に反映されるようになった。これらのことから施設間・職種間の調整役として、医療分野と社会福祉分野の「すき間」を埋めるこ

とに期待が寄せられているのが伺える。しかし、調整役として本来重要な役割を担うのは、24時間患者の状態を把握でき日常生活動作 (Activities of Daily Living: 以下ADL) を捉えることができ、医療の知識を持ち合わせている調整看護師だという看護師からの意見も出ており、今まで調整役の専門職として少し過信していたMSWにおいては、改めてその専門性を検証し直す時期に来ているのではないかと考える。その中で、現在の「地域医療連携室」の配置において、看護師不足の解消ができ、診療報酬に大きく反映されることになれば、看護師やその他の専門職種がその専門性を奪いとってしまう可能性もあるのではないかと考える。その一方で、2012年度より専門社会福祉士認定制度が開始されることになった。この専門社会福祉士認定制度³⁾は、「認定社会福祉士」と「認定上級社会福祉士」に分かれている。「認定社会福祉士」とは、社会福祉士及び介護福祉士法の定義に定める相談支援を行うものであって、所属組織を中心にした分野における福祉課題に対し、倫理綱領に基づき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とされている。活動としては、所属組織における相談支援部門で、リーダーシップを發揮して、高齢者福祉、医療など各分野の専門的な支援方法や制度の知識を生かして他職種と連携していくことである。また、役割としては、①複数の課題のあるケースへの対応②職場内のリーダーシップ、実習指導③地域や外部機関との窓口、緊急対応、苦情対応④他職種連携、職場内コーディネートなどである。さらに、分野ごとの認定があり、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分野からなり、医療分野においても明確に専門性の研鑽が求められることになった。これにより、MSW 養成課程で、指摘されてきた「医学一般」の知識不足の解消に繋がるのではないかと考える。「認定上級社会福祉士」は、当初「認定専門社会福祉士（仮称）」としていたが、この名称は、「専門」という表現が分野を限定した専門性をイメージさせることから、正式名称を「認定上級社会福祉士」とすることになった。「認定上級社会福祉士」とは、社会福祉士及び介護福祉士法の定義に定める相談支援を行う者であって、社会福祉についての高度な知識と卓越した技術を用いて、倫理綱領に基づく高い倫理観を持って個別支援、連携・調整及び地域福祉の増進等に関して質の高い業務を実践するとともに、人材育成において他の社会福祉士に対する指導的役割を果たし、かつ実践の科学化を行うことができる能力を有することを認められた者とされている。活動は、所属組織とともに地域で活動し、新たなサービスの開発や人材の育成・指導にあたり、地域の機関間連携のシステムづくり、福祉政策形成への関与などの役割を担うことになっている。しかし、専門社会福祉士認定制度が、すべてのソーシャルワーカーに刺激を与え、取り込まれるとは思われないが今後、MSW が医療機関の中で、医療の視点と同時に社会福祉の視点から、患者の生活を把握して、医療の場から生活へ移行するための質の高い支援に繋がるのではないかと考える。

3. 総合的な視点を持った医療連携の構築

従来の医療機関においては、縦割構造が中心で縦割の医療組織に対して、MSW がどのように調整してい

けるかが、MSW の力量として評価されていた。また、高齢者においては、複数の疾患を有していることから複数科受診に伴う縦割構造の複数化と言う事態に陥る危険性を常に合わせ持っている⁴⁾。しかし、患者の治療や療養が、1つの医療機関で完結し目的が達成されることが困難になった近年においては、患者本人を周囲の協働チームの一員として位置づけ、家族とともにこの協働に参画させ、責任・役割をもたせ、この協働体制に対して、自ら可能な貢献をする事に期待が寄せられている。こうした連携体制の構築が加速化した背景には、医療を取り巻く環境が大きく変化し、2006年の診療報酬改定により社会福祉士が明確に位置づけられ、診療報酬に反映されてきたことにもよると考える。ここきて、医療と社会福祉の連携・調整を日常業務としてきた MSW の専門性を真に發揮していくことができる時代がやってきたのではないかと考える。しかしながら、MSW の連携・調整におけるスキルは、経験年数による格差があることが否めないのは当然であるが、連携・調整する相手となる専門職によっても、力量が發揮できない場面がある事が指摘されている。

MSW が、力量を發揮しにくい例として、河宮によると、連携する相手が看護職である場合、看護職には、24時間患者の命を預かっているという責任感が根底にあり、看護職の重要な業務の一つとして強調されてきたのは、療養・看護・生活の継続性のための多職種との連携調整であるとしている⁵⁾。また、医療機関で MSW が配置され地域医療連携室が設置される以前は、多くの場合、退院調整看護師が、患者が入院した早期から関わり、病棟の看護部長をはじめ担当看護師と連携を図りながら、退院支援・調整の要・不要の決定、アセスメント、ケアプラン立案などを行っていた看護職が、支援を行い社会資源が活用できるように、院内の調整役となる場面が多かった⁶⁾。このことが、MSW が医療連携を構築していく上での阻害因子となっている一つの要因と考えられる。さらに看護師は、専門性の起点を ICF の全領域（「心身機能・構造」「活動」「参加」）に関与していると大嶋は述べており¹⁾、看護師は、日常の業務の中で、24時間患者の変化に気を配ることを専門職としていることから、患者に最も身近な存在である事は言うまでもない。

しかし、患者調整業務は、看護職の業務として以前は重要な役割を果たしてきたといえるが、医療と社会

福祉の連携が強調される近年は、MSW が多岐にわたる専門職の役割や意見の相違から生じるズレを埋める調整の専門職として、アプローチをしていくことが求められてきている。また、退院支援・調整は、様々な疾患やあらゆる年代の患者・家族が対象となるが、その入院患者・家族すべてに退院支援・調整が必要になるというわけではなく、退院支援・調整を行う患者を選別することも必要となる。その選別には、医療的視点と社会福祉的視点の両方から選別していくことになる。その選別や支援の専門職として、力を発揮していくことに近年は、MSW に期待が寄せられている。退院支援・調整にMSW に期待が寄せられている理由として、患者が在宅生活に復帰する場合は、必要な経済的な情報や、役所関係などの諸手続きの説明と、地域医療・社会資源への橋渡しなどの役割を担い、福祉施設などに入所する場合は、入所に関する案内や手続きの説明など、近年重要な役割を担ってきているからであると考えられる。

今後、質の高い選別や退院支援・調整を行っていくためには、各専門職は自分の属する専門性を発揮しながら、医療的視点と社会福祉的視点をより多く持って、掘り下げていくことが重要となる。これらのことから考えると、医療的視点では医師による身体的リスク管理と予後予測、リハビリ関係職による基本的動作能力やADL能力などの情報、看護職による療養上の情報が必要となる。社会福祉的視点では、MSW やケアマネジャーによる社会資源の情報や手続きの説明など、お互いの専門分野の精度を高めながらも、今後はお互いの専門分野の垣根を飛び越えて成長していかなければならない。

しかしながら、MSW は、社会福祉士の国家資格を持って医療機関で働いているが従来、医療福祉論や医療ソーシャルワーク論が、社会福祉士の養成課程に必修として位置づけられてこなかった。また、2007年に「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律案」が可決し、社会福祉士養成教育内容の見直しが行われ、「保健医療サービス」が必須科目として位置づけられたが、まだ僅かな期間である⁷⁾。MSW が、連携していく医療連携チームの医療関係職は、社会福祉実習など自分の属する専門分野を越えて、社会福祉分野に関係する学習を内容的にはまだ浅いが、取り入れてきている。従ってMSW は今後、連携・調整の専

門職として、他の職種とのすき間を埋めていくためには、社会福祉分野を越えて医療分野の知識の向上を目指さなければならないと考える。保健・医療・社会福祉分野において、「連携」が強調される一方その目的が、効率化や経済性を重視する医療機関も実際は多くある。

現状の医療連携チームでは、連携チームの実践教育や理論を伴わない場合も多く、連携を構築していく上で障害になる場合もある。その原因として、各専門職種の異なる養成課程とその専門性の背景があり、実習期間や履修科目など、各専門職自体の組織の違いが大きく関係していると思われる。具体的には、各組織の団体専門職制度の違いや、各専門教育の中で同じ意味を表現しているにもかかわらず、専門用語が異なるなど他の専門職の用語に触れずに、他職種に連携を求めてコミュニケーションをとろうとしている点が考えられる。また、自分の生活を守るのは当然のことではあるが、施設の中で自分の属する組織の位置づけ確保のために、診療報酬獲得競争が起り、自分たちが属していると考えられる専門性に関することが、他職種に侵食されることに警戒する場面も考えられる。

近年の医療機関の経営は、大変厳しく組織の中では部門ごとに診療報酬を競わせたり、効率化を求めることに重点を置く施設も多く、専門職としての役割の標準化を招く恐れがあると考えられる。更に、連携会議やカンファレンスの場面について考えて見ると会議では、それぞれ異なった専門職が一同に会することになるが、一般的にはその席では、各専門職種間で意見や目標の統一をすることや他の専門職から出された意見に、賛成・同意することが重要であると思われがちである。しかし現状は、異種の専門職であるのに、お互いに同質で同レベルの専門性を持った意見を求めることには、無理があることも多くそのカンファレンスにおいての焦点をあてる内容により、特定の専門職の知識が優位に立ち、主導権を握る場合もある。医療連携チームは、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・義肢装具士・薬剤師・などの医療関係職種とケアマネジャー・ソーシャルワーカー・介護福祉士・リハビリテーションエンジニア・建築技師などの福祉関係職種と保健関係職の保健師と言った同質的、異質な専門職メンバーからなり、同質な連携体制は、各専門職の同質部分が大きく占めるため1人のメ

ンバーが、自分の専門性を強調し過ぎると他職種から違和感を持たれる。また、その圧力に負けてしまう場合は、意見を同調し修整することも認められる。次に異質的な連携チームでは、それぞれの専門性の特徴が異なることが多く、異なる意見には、無理に意見を同調をしないという場面があり、逆に共通の意見に関してははっきりとお互いが認識できるため、その共通部分の価値を認める形となり、他職種との関わりはその共通の部分で意見を統一することになることもある²⁾。

このように専門性が、異なるメンバーで構成されるケアカンファレンスでは、時には衝突や反発が起こるのは当然であるが、以前のカンファレンスでは、医師がリーダーとして最終的に指導権を握ることが多く、各専門職特に、医療関係職を中心に配置されるといった“para-medical”と呼ばれる配置関係にあった。また近年は、患者を中心とする医療の考え方から、中心に患者を配置し、医師も医療職の輪の中に収まった方向に変化してきている。“para-medical”という考え方は、医師だけ“medical”とする考え方でもある。しかし医師は、従来その養成課程において、医療職全体を管理する調整役的な教育を受けてきていない¹⁾。さらに近年は、保健・医療・社会福祉専門職連携が強調されており、医療職中心のメンバー構成から保健・社会福祉関係職も構成メンバーの一員として、積極的にチームに取り入れてきている。また、患者本人や家族を支援の対象として捉えるだけでなく、共に連携チームのメンバーとして、役割が果たせるようにチーム編成がなされるようになってきている。このチームが、うまく機能するためには、調整役的な存在が必要となってくるが、医学部だけでなく保健・医療・社会福祉職養成課程においても今まで調整を専門とする「マネジメント教育」は、ほとんどなされてこなかった現状がある。これらの問題を解決して行くためには今後、質の高い調整機能が発揮できる「マネジメント教育」が必要になると考える。医療連携チームの中での調整役は、どの専門職もなりえることは可能だと考えるが、以前から、MSW が積み重ねてきた調整力を発揮する時代が、やってきているのではないかと考える。

4. 医療連携チーム構築過程での課題

近年、MSW は役割遂行上、多職種連携・協働は欠

かせなくなってきたおり、在院日数短縮化が進む中、急性期から継続して治療を行っていくためには、医療機関や福祉施設のスタッフ等との連携を図るなどの仕組みが取られる必要がある。特に、急性期を過ぎ全身状態が安定した回復期、維持期においては、患者が安定して生活を送っていくために医療面だけでなく、介護の相談や家族指導などの生活面全般の対応ができる社会福祉職の専門性が重要である。また、患者の心身機能面、家族背景、家屋環境などをよく理解し、患者ニーズをよりの確に判断することができる医師が、入院時から中心的役割を担っていかなければならない。今後、退院までの医学的管理情報を各専門職に提供しながら治療の各ステージに合わせて、それぞれの分野の専門職の力が、発揮できるシステムの構築が必要である。さらに、医療・社会福祉関係者が、連携することでネットワークが強化され、医療・社会福祉の連携性確保と質が向上し、患者・家族の不安が、解消することに繋がると思う。これまでのように一つの医療機関で、医療が完結する時代ではなく、「地域が一つの医療・福祉機関」として、機能するような地域全体での医療・社会福祉体制・整備が必要である。

また地域では、様々な機関や職種との連携が必要であるが、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く、各病期によっては対象者ごとに、新たなチーム編成をしていくことが大切である。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もつということであるが、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なければならない。各病期の医療機関の支援を地域がしっかりと引き継ぎ受け止める、すなわち、医療機関と地域の連携があつてこそ退院支援・調整は、充実したものになると考えられる。連携は単に連絡の仕組みや連携表などのマニュアルを作るのみならず、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、こうした意味において、日頃から連携の基礎をつくる努力が求められる。

しかしながら、MSW は、患者の生活という見えない世界を少しでも見える世界に近づけるために、医療用語が飛び交う医療連携チームの中で、医療分野の知識を蓄えながら、社会福祉職のスタンスを取っていく必要があると考える。無論、MSW が看護師や理学療

法士、作業療法士、言語聴覚士等の医療職並みの詳しい医学知識は必要ないと思えるが、医師から患者についての説明を受けたとしても、それを理解するに足りる知識、そして医事法に関する知識は今後、MSWにおいても身に付けておくべきではないかと思われる。

Ⅲ 患者への関わりを踏まえた各専門職と MSW との連携

1. これからの医療連携チームのあり方

近年、わが国の保健・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:IPW)」が、必要不可欠なものになってきている。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。この考え方は、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。「para-medical」の「para」は「側面」「補助」という意味であり、医師に他の医療専門職が従う関係であった。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為、そこで「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、医療は医師が単独で行うものではなく、中心の位置に患者を据え、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士など医療スタッフ全員による協働作業で取り組み、各医療スタッフが対等な立場で協力して、医療に従事することが重要であるとするものである。さらに近年では、患者本人を周囲の協働チームの一員として位置づけ、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ったが、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。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について考えてみると、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一般的な変化など時間の経過と共に発展、進化する必然性と宿命を負っている。専門性が、その領域の中でよ

り深く掘り下げられ、研究されていくのは当然のことであるが問題は、横断面方向への質のある拡張である。自分の専門領域の範囲と役割、立場などをよく理解し認識できていないと、他の専門性との重複、衝突、吸収などの軋轢を生じてしまうと考えられる。

現在の実践現場では、患者本人を含む家族の抱える問題が、より複雑化し困難化が進んでいる。また、患者の多様なニーズを一人の専門職が、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。その意味では、他の専門性に置き換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。一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、多職種の連携についても、見直していく必要もあると思われる。保健・医療・社会福祉専門職連携の実践では、「専門職チーム」が必要であり、チームにはチーム内のすべての専門職を理解してくれるリーダーや調整役が必要である。当然リーダーは医師が率先していかなければならないが、調整役は、施設のシステムと施設外のネットワーク構築に力を発揮することができ、施設間・職種間の調整役となり専門性を担う専門職として、徐々に MSW に期待が寄せられてきている。

なぜならば、2000年4月の診療報酬改定における急性期特定病院加算の要件の一つとして、地域医療連携室の設置が盛り込まれて以降、退院支援の窓口が明確にされ始め、その中の中心的役割を MSW が担っているからである。また、在院日数の短縮に伴い、「入院日から退院支援を始める」という動きが急速に進み始めている。その際、特に注意しておかなければならないことは、高齢者の場合一旦退院しても短期間のうちに再入院するケースが後を絶たないことである。その理由の多くは、経済的貧困や患者・家族の障害・疾病への心理的な支援者の有無などであり疾病そのものでなく、心理・社会的な面が再入院の要因としてあげられるためである。

医療機関が退院支援と地域連携を考えると、こうしたリスクファクターを医療機関の中でいち早く察し・予測し、医療の立場から生活への移行するための調整が必要不可欠である。医療機関の中で、医療の視

点と同時に社会福祉の視点から患者の生活を把握して、疾病との関係性を検討しなければならない。言い換えれば、地域生活におけるニーズを分析して、地域ケア機関に繋ぐという働きが、求められるということである。退院は、医療機関だけで行われるものではなく、地域において完結していくことを目指さなければならない。そうした役割を医療機関に求めるとき、医療職は、医療関係分野だけでなく、社会福祉関係分野の知識が求められ、社会福祉職は、社会福祉関係分野だけでなく医療関係分野の知識が今後、益々求められると考える。

2. 医療機関における医師の役割と MSW の関係

近年の医療機関における医師の役割として大切なことは、医療機関の「平均在院日数短縮化」を念頭に置きながら、患者・家族にできるだけ早い時期に、適切な説明を行うように努めることである。このタイミングを逃さないためにも、医師は、医療連携チームの重要性を理解し、医療従事者との連携を図る能力を身につけておく必要がある。より短時間のうちに、各専門職種から多くの情報を収集しながら、主治医と患者の信頼関係を構築し、今後の患者のステージを考えておかなければならない。患者・家族への適切な説明をもとに紹介された病院・施設において、その後の治療、療養、介護が行われれば、病院の医師・各専門職種・施設の社会福祉職と患者の間において、より望ましい意思疎通が図れることに繋がり、医療連携チームの中でリーダーシップを発揮できる医師の役割は重要である。

今後、さらに医療連携チームの中で求められる医師のあり方として、患者の情報の非対称性（通常の財やサービスと異なり当時者間で持っている知識や情報量に差があり、利用者が最適・正確な選択ができない）があることを理解しておかなければならない⁴⁾。患者が自己判断して、数多くの医療・福祉施設から転院先を選ぶためには、専門家である医師が生命的・身体的側面を判断して、患者に適切な情報を提供することが、益々求められると考える。そのためには今後、患者・家族との間に立って各医療・社会福祉資源への振り分け機能を発揮できる医師の育成・確保を図る必要があると思われる。現在の医師の育成教育では、モデル・

コアカリキュラムにおけるチーム医療⁸⁾の目標の中で、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ことを目標にしており、具体的到達目標を①医療チームの構成や各構成員の役割、連携と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②自分の能力の限界を認識し、他の医療従事者に必要に応じて援助を求めることができる③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④地域の保健、医療、福祉と介護生活とそのネットワークの状況を説明できるとしている。しかし、チーム医療・連携を強く意識した医師の教育は、2001年度から開始されたばかりであり、まだまだ教育の成熟には時間を要すると思われる。また医師が、プライドを捨てて自分の能力の限界を表出して、医療チームの専門職に支援を求めることができるか、社会福祉分野を苦手とする医師が、ネットワークの状況を説明できるのかなどまだ課題はあると考える。その中で、医師をサポートすることができる調整役の存在が、重要な鍵を握ると考える。2006年4月からMSWの業務または配置が、いくつかの診療報酬に反映され、急速に医療機関で「地域医療連携室」が開設されてきている。これはMSWが、社会福祉分野の専門職として、ネットワークの状況を理解し、医師を始めとする医療職の弱い部分とされる社会福祉分野の支援と調整ができることに、期待を寄せていることによるものであると考える。この理由として、2010年2月に開催された第10回チーム医療の推進に関する検討会の中で、「人員増員・配置に関する要望⁹⁾」として①急性期医療において大勢の患者に対して、相談業務を進めていけるよう100床に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である②回復期リハ病棟においては、1つの病棟に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要であると要望が提出されていることから、MSWに対して期待が寄せられていることが捉えられる。

また今後わが国は、2030年に75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2260万人に増加すると言われている。高齢者においては、複数の疾患や合併症を有していることが多く、そのため複数科受診に伴う重複投薬や検査が行われていることが指摘されている。主治医等が、高齢者の状態を把握することにより、こうした重複投薬や検査、問診を防ぐことが可能になり、高齢者への診療の標準化をすすめる事ができる。高齢者の

場合、その特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要があると考える。

さらに後期高齢者においては、複数の疾患の併発、再燃、急激な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になる。手術に際しては、高齢者総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: 以下CGA）等を行うことが重要であり、臓器の状況や一部の機能面だけで手術の要否を判断すると総合的に見て高齢者に最も適切な医療が選択されない場合がありうる。こうした過程においては、代替方法の提示を含めて、家族や本人にしっかり説明した上で、納得を得ることが必要である。こうした実践が増えていくことが今後、望まれており実践現場では、患者本人だけでなく家族の意見を調整し、医師との繋がりができるのかがMSWの役割であると考えられる。MSWは、医師が生命的・身体的側面を判断して次の段階に進めるための適切な情報提供をしていくために、病院の中で主に後方連携を担う職種とされている。また、病院全体のシステムと連動して、役割を果すことが求められるようになってきている。これまでMSWが、行ってきた退院支援を含む個別事例への支援の重要性は、今後も変わらないことが予測されるが、MSWは、それらに加えて病院内のシステムや他の病院や施設などとの連携・ネットワークの構築・運用への参加・関与が求められ、退院後の患者・家族の療養・生活を常にチームの中で考えておく必要があると思われる。医師においては、今後、益々深刻化する後期高齢者の医療のあり方において、高齢者はどのように生き、どのように死を迎えたいかという質の高い願いを実現させるための医療提供体制を常に、念頭に置いておかなければならない。また、高齢者は入院前のADLと退院時のADLの状況に個人差が大きく、治療方法の選択や支援のあり方が、退院後の生活の質に大きく影響を及ぼすことになることを認識しておく必要がある。これらのことを踏まえて考えると、入院直後から退院後の生活を見越して、治療方針の選択を含めた患者・家族との相談や支援を開始することが望ましい。その際、高齢者に求められる医療や看護・介護は何かを医療機関のMSWや施設のソーシャルワーカーが、窓口になって患者本人や家族とよく話し合う必要がある。その中で、MSWが考えておかなければならないことは、高齢者は、「疾患を治療する医療」だけでなく「生活を

支援する医療」の視点を常に持つことが大切であるということである。

3. 医療機関における看護師の役割とMSWとの関係

退院調整には、地域の社会資源の情報や制度・政策、ネットワーク作りに精通したMSWと共に進めていくべきだと考えるが、2010年2月の「チーム医療の推進について」の報告書の中の「看護師の役割の拡大」の項で、看護師が「チーム医療のキーパーソン」として位置づけられた。この理由として坂本は、「患者の生活」を看ているのは看護師で、入浴や食事など生活に関わる全ての状況をアセスメントしながらケアをし、他のどの職種もこのような役割を担っていないとしている。さらに看護師が、一番早く患者の変化やリスクを発見でき、新しく処方された薬の飲み方が複雑であれば薬剤師に、食事がうまく食べられていないようであれば管理栄養士や言語聴覚士に、患者に想定外の異常な変化が、現れたら医師にというように、他職種に繋いで連携を図りながら患者の変化やリスクに適切な対応を取る¹⁰⁾ため、看護師がチーム医療のキーパーソンであるとしている。

また鄭らによると、患者・家族が退院調整部門を活用する理由が、「退院後、継続しなければならない医療処置があった」「自宅での療養生活について相談したかった」「介護保険の利用が必要だった」「退院後、医療機器・看護用具等を利用したかった」が多く挙げられ¹¹⁾看護師の役割の重要性を強調している。さらに篠田は、退院支援のマネジメントは①病院内の多職種によるチームづくり②病院外の社会資源と地域連携システムづくり③医学モデル(問題指向型アプローチ)から生活モデル(目標指向型アプローチ)へのモデルチェンジの支援であるとしており、この3点をうまく回すために8項目の機能を提示¹²⁾している。

1) スクリーニング機能

退院支援が必要な患者を早期に発見し、特定し支援を開始する。

2) コミュニケーション機能

患者と家族の面接や相談などを通して信頼関係を構築し、生活ニーズを分析し、カンファレンスを通して多職種協働で退院支援計画を作成する。

3) アセスメント・計画作成機能

CGA など包括的なアセスメントツールを使用し、生活ニーズを分析し、カンファレンスを通して多職種協働で退院支援計画を作成する。目標指向型アプローチを徹底するには、退院支援計画における目標設定と共有化が鍵となる。

4) 教育機能

自立したその人らしい生活を送るために必要な教育指導プログラムを作成し、多職種に依頼する。

5) 調整（連携）機能

院内の多職種と連携してチーム医療を推進したり、看護連携により継続看護を行う。さらに地域のサービス事業者や施設と連携し、サービスの調整を行い、様々な支援が総合的に受けられるよう調整する。

6) エンパワメント機能

本人や家族が持つ本来の強さ（セルフケア能力）を一つの資源（内的資源）とし、これらを引き出し活用する機能。社会資源（外的資源）を開発する機能も含まれる。

7) 社会資源の情報収集・活用機能

フォーマルまたはインフォーマルサービスの情報収集、管理（更新）を定期的に行い、患者・家族の生活ニーズに合った社会資源を活用する。

8) 評価機能

退院支援やモニタリングや事後評価により、プロセス評価やアウトカム評価を行い、退院支援の質の向上を図る。評価は患者個々人の退院支援に係るもの（事後評価）と退院支援という事業全体に係る評価（事業評価）がある。

このように、調整の専門職として取り組んできたMSWの役割を退院調整看護師が追いつき、追い抜くことも今後あり得ると思われる。その中でMSWが、存在を示していくには、医療の知識を着実に蓄えながら、あらゆる角度から患者を観る視野を広げていくことである。MSWの専門性の質の向上という点では、2012年度より開始される社会福祉士の認定制度において期待はできるが、成熟するには時間を要すると思われる。

今後、“施設から施設”“施設から在宅”に移る段階で切れ目を作らないためには、患者・家族に可能なかぎりカンファレンスに参加してもらい、退院支援・調整のためのプランを示していき、検討を重ね、プランの修正をしながら、具体的なプランを作成していくこ

とが必要である。そのためには、患者本人だけでなく世帯として観ることができる専門職が必要であり、その点ではMSWの専門性が大いに必要となる場面もあると考える。また近年、QOLを高め質の高い看護を効率的に提供することや看護チームの強化と多様な患者ニーズに対して、限られた時間で対応するために、看護資源（リソース）の活用¹³⁾を目的にしたリソースナースの設置が進みだしている。このリソースナースの役割の1つとして、入院から退院、退院から退院後の適切な生活の場やケアの調整をその役割として実践する「包括看護実践支援者¹⁴⁾」として、その専門性が期待されている。このように看護師の持っている療養上の情報を元に、例えばペースメーカー装着患者においては、身体障害者手帳の交付に繋げることや褥瘡などがあれば、介護保険に繋げることで、退院時に素早く患者の状態に合ったベッドが用意されるなど、「医療分野」の知識を生かしながら、退院に向けた調整能力の活用が期待できる。その中で、MSWは看護サービスの質を保ちながら患者が獲得したADL能力や基本動作能力を発揮できる場を提供するための制度・政策や地域の社会資源を患者・家族に結びつけていく調整能力を発揮することで、より高いレベルでの退院支援に繋がると考える。今後、さらに医療連携チームの専門職においては、「医療分野」と「社会福祉分野」の垣根はなくなってくることが予測され、どの専門職も両領域をどれだけ飛び越えることができるかが重要となり、ジェネラリストがスペシャリストである専門家を活用して患者・家族の満足度を少しでも得られる医療・社会福祉を提供することが必要不可欠であると思われる。

4. 医療機関における理学療法士の役割とMSWとの関係

わが国は2050年に高齢化率が35.7%とピークに達し、世界屈指の高齢化社会を迎えようとしている。このため介護を必要とする患者も多く、2004年の国民生活基礎調査（図2）によると、要介護の原因となる疾患の順位として、第1位が脳血管疾患（25.7%）、第2位が高齢による衰弱（16.3%）、第3位は骨折・転倒（10.8%）、第4位は認知症（10.7%）、第5位は関節疾患（10.6%）となっている。このようにいずれの疾患も理学療法が多く関わる疾患であり、要介護にさせな

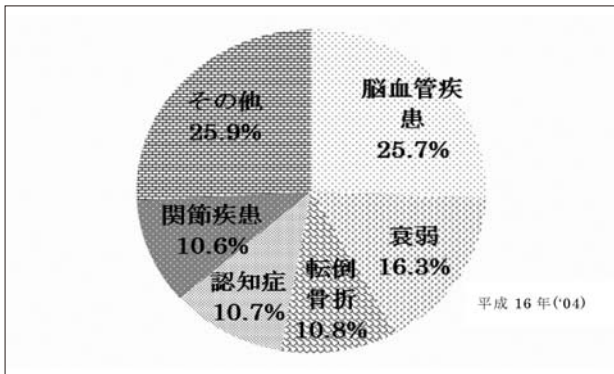


図2 出典：「国民生活基礎調査」厚生労働省資料

いたためにも治療が重要である。

理学療法の流れとして、急性期においては、発症してから可能な限り早い時期に行われる理学療法として、高度な医学的対応ができる医療機関での機能回復のための運動療法がこれにあたる。リスク管理に焦点を置きながら、安静や活動量の低下に伴う廃用症候群の予防にも積極的に取り組み、早期のADLの獲得が主体となる。その後、ある程度の身体機能回復が進み、自宅復帰が可能となる場合、極端に短い在院日数の中でMSWは、入院と同時に介護保険やその他あらゆる社会資源の活用を視野に入れることができるかが重要である。そのためには、理学療法士とMSWの間で積極的に身体機能やリスク管理、合併症の情報を共有しようとする姿勢が必要である。また、急性期施設での治療でも症状が安定せず、在院日数の制限から在宅復帰できない場合は、回復期病院や亜急性期病院での引き継ぎの治療や運動療法が必要な場合がある。このような場合、理学療法士は、入院早期から予後予測をして、身体機能の回復程度と回復スピードをMSWに伝え、その情報をもとにMSWは、患者・家族と共に次のステージで本人の身体機能が、少しでも多く獲得できるように次の施設へ繋げるための後方支援を行う必要がある。

回復期では、医学的に急性の状態から脱した時期に、集中的に機能回復のための運動療法を行うものである。理学療法士は、リスク管理に配慮しながら機能低下している部位を元の状態に近づけるための運動療法を積極的に行い、基本動作能力の向上と安定を目指す。また、できるだけ早期に障害の予後予測を的確に行いながら、ADL能力向上や生活の質に向けての環境調整や家族への指導を行う。さらに、入院直後から各専

門職・家族が、意見統一をしながら患者本人の回復段階に合わせた、ADL自立のための支援の量や仕方に変更していかなければならない。この時期の患者・家族においては、再び以前の日常生活を取り戻せるのかなど、回復過程と予後に対して不安を抱くようになる病期である。このことを踏まえて、可能な限り速やかに患者・家族に病態把握をさせなければならない。その際、MSWの役割として、患者・家族に精神的支援をしながら患者・家族の訴えをしっかりと受け止めて、冷静に対応しながら、最大限活用できる社会資源を結びつけていかなければならない。

維持期においては、回復期に継続して現在の身体機能、生活機能の維持や体力の維持改善、よりよい生活環境の整備、介護者の負担の軽減など、自立生活を支援するのはもちろんのこと、家族やその周囲のクオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life: 以下QOL）の向上も目的とした社会参加に向けた機能回復のための運動療法が必要となる時期である⁶⁾。しかし訓練の施行にも関わらず、機能面、能力面とも改善が認められず、継続的に療養生活を送ることになる場合も多い。維持的な生活を送ることによる日常生活の制限は、自らの価値観や生活習慣を変えてしまうことになり、家族においては混乱を招いたり、経済的負担も含めて家族内の安定は、保たれず崩壊の危機に陥ることもある。MSWは、患者・家族への精神的サポートと経済的支援のために、最大限活用できる社会福祉制度や社会資源を素早く結びつけることができるよう緊密な関係を構築していくことに努めなければならない。

理学療法の連携においては、発症してからの時期によるリハビリテーションの連携と在宅生活者などへの各方面からの支援連携の2つに大別され、前者は急性期～回復期～維持期という発症の入院から在宅支援までの上流から下流への淀みない流れ、いわゆる縦の連携である。後者は主に在宅支援での各体系間もしくは、職種間での連携いわゆる横の連携を言い、それぞれの場で“専門性”を確立していく必要がある。いずれにせよ最終的には、対象者の生活の質を高めることが大切である。理学療法士は、身体機能や能力を十分に把握しうる職種であり、医療の中で培った知識や技術の情報を他職種に伝えることが重要である。その中でMSWは、限られた在院日数の中で患者の身体能力を考慮しながら、心理的・社会的問題・経済的問題な

どとともに、患者のその後の生活を支援するための医療制度と、社会福祉・介護保険制度（施設・在宅）という制度間の「すき間」を埋める役割を果たすことになる。これらが機能することで、患者にとって最適な退院先を確保していくことに繋がると考えられ、理学療法士の行う運動療法による基本動作能力を適切な環境で発揮させることに繋がると思われる。

5. 医療機関における作業療法士とMSWの関係

近年、患者のニーズは多様化、複雑化しており、社会のニーズに応じて、作業療法の領域も少しずつ変化してきているが、現在の作業療法の領域は①身体障害②精神障害③発達障害④高齢期障害⑤地域の5領域ある。“身体・精神”の領域を縦糸とすれば、“発達・高齢期”の領域は、年齢で区切った横糸である。そして“地域”は生活支援という立場から、それら4領域へのアプローチを行う包括領域である¹⁵⁾とされている。また理学療法士と作業療法士の役割の違いについては、役割分担説があり、理学療法士は下肢で、作業療法士は上肢もしくは、理学療法士は機能訓練で、作業療法士は生活応用動作を担当するといった説である。その中で、現在一般的にその専門性として認知されていることは、理学療法士は身体機能そのものの回復を担い、作業療法士は身体と作業、道具を繋ぐところの回復の支援とされているため、リフトや車椅子やその他の福祉用具、住環境の整備を作業療法士が、主に担う専門職とされている。従って、作業を行う上で様々な障害を克服し、改善させていくための技術と作業を用いて、身体・精神・心理・対人関係などに働きかけるための技術でもある。さらに山根¹⁶⁾によると、ひとの生活や一生を構成するすべての行為、行動の形態を「作業」、その作業をひとが行うことを「作業活動」、ひとの日々の営み（作業）を用い、身体の機能の障害を軽減し、生活に必要な技能の習得を援助し、よりよい作業体験の場を提供することが「作業療法」としてしている。これらのことから考えると、質の高い生活に必要な技能の習得や作業体験をさせていくためには、患者の筋力向上や麻痺の改善、拘縮の改善など身体機能の回復があって成り立つものであるから、身体機能面に関しては理学療法士とは関係を密にしておかなければならない。また、患者の院内生活は訓練場面だけで

はない。病棟生活が、生活の大半を占めることから、リスク管理も含めて医師と看護師とも情報交換を常にとっておくことも大切である。

作業療法士は身体機能と作業、道具を繋ぐところの回復の支援でもあることから、上肢や手指が使えない場合の補助具、装具などの工夫も作業療法士が担当する機会は多い、生活に必要な様々な道具についての使用技術が、求められることになる。補装具や装具、車椅子などは、身体障害者手帳や社会福祉制度など関係するためこれら制度、政策に精通しているMSWとの情報交換も早期からしておかなければならない。また逆に、MSWは入院受付の際に、身体障害者手帳や介護保険の有無、経済状態を素早くキャッチできる立場にあることから、患者・家族のニーズや今後、必要になってくる退院調整のための情報を作業療法士、理学療法士にもできるだけ早い段階で情報提供しておく必要がある。

さらに、近年の医療の流れが、“施設から施設”から“施設から地域”へと大きく流れがシフトしてきている現場においては、患者のADLの自立にとどまっているのではなく、社会参加の必要性も強調されるようになってきている¹⁷⁾。その中で、地域作業療法を行う意味としては大きく2つ言われている。1つ目として“地域拠点として作業療法を行う”意味で対象は、高齢者・障害者など作業療法を必要とする個人であり、2つ目として“地域を作業療法する”意味で作業療法の立場から見て障害がある、あるいは未発達の地域を作業療法的手法により、向上させるということである。この場合の対象は、地域全体あるいは地域の中の特定集団であり、行政の中の保健医療福祉活動が多い。例えば、何らかの文化的環境的要因があって、「屋内に閉じこもり、寝たきりも多い」地域を対象に、園芸やスポーツなどの作業活動を使って健康活動を企画・展開するなどである¹⁷⁾。この2の意味は地域在宅支援にあたるすべての分野に当てはまることになり、これは地域医療、地域保健、地域福祉、地域リハビリテーションなどにあたる。また、地域作業療法が「地域」において実践すべき必要な支援は、地域社会への所属の回復である。そのためには、社会生活の回復を生活作りに向けた具体的な支援により、在宅・地域で生活する障害児・者を対象に地域社会の一員として、より充実した生活が遂行できることを目的に、地域作業療法を

展開しなければならない。さらに、地域社会に存在するあらゆる社会資源を活用しながら、地域の中で実践されるようサービスを体系することにより、機能的な連携やシステム化に向けた地域の組織化活動が可能となると思われる¹⁸⁾。また、作業療法による支援が、有効に行われるために、作業療法の評価をケアチームに提供し、ケアプランの立案への協力が重要となる。また、作業療法士による障害特性を把握した立場から、生活障害の予後予測と動作的な解決方法の指導が重要となり、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る。その際、MSWとの関係が重要となり、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が必要である。そのことで、情報収集や制度の理解に手間取ることなく、必要な支援を見逃したり、タイミングを逃したりしてしまうことなく、環境を整えていくことに繋がると考える。

6. 医療機関における言語聴覚士の役割とMSWとの関係

患者が、在宅へ退院する上で楽しみの一つとなるのが食事である。しかし、在宅へ向けた患者の中には、摂食・嚥下障害があるケースも多く、その対応においても、高いリスクや活動を伴うことがある。また摂食・嚥下障害に対する医療機関における取り組みは、単なる個々の機能訓練の積み重ねではない。それは基礎疾患に対する治療、時にはリスクを伴う検査及び訓練、外科的治療、摂食時の姿勢指導、食事内容の検討、病棟での摂食介助、摂食レベルのゴールなど、多様な職種による多様なアプローチが、有機的に組み合わせられて行われるものである。

言語聴覚士は、言語聴覚士法第四十二条において、摂食・嚥下訓練を行い得ることが業務の内容として明記されている。また、その業務の性格上、検査や訓練を機械的に行うだけでなく、医学的治療の内容を理解し、全身状態やリスクを考慮した上で、摂食・嚥下訓練を行うという食事動作におけるチームアプローチの中心的存在として、その役割を担っている。具体的な言語聴覚士の取り組みの1つとして、食事場面では在宅に向けた患者の中には、十分に経口摂食ができない患者も多くその場合、主治医や言語聴覚

士と相談し、経腸栄養剤や水分を鼻腔チューブや胃瘻から摂取させて、低栄養状態や脱水を防ぐことも考えておく必要もある。食事の姿勢においても、頭頸部や体幹の位置を調整しながら嚥下運動に有効な状態を作ることも言語聴覚士の重要な役割である。さらに在宅患者の中には、鼻腔栄養チューブが挿入されていても、口蓋粘膜がオブラート状になりやすい。この層の間で細菌が繁殖し不顕性の細菌吸引を起こす恐れがあるゆえ、口腔内の清潔状態を評価し、不顕性誤嚥などによる肺炎に罹患させないように注意していくという役割を担っている¹⁹⁾。

また、地域の言語聴覚障害患者の対応においては、言語聴覚障害がある患者を自立して生活させていくために、医療の場で急性期・回復期の治療を受けた後、地域で適切なサービスを受ける必要がある。2004年度の診療報酬改訂で、言語聴覚士が初めて訪問リハビリテーションに位置づけられた。言語聴覚障害を持つ方の生活する場所に、直接言語聴覚士が赴き、コミュニケーション活動の活発化・社会生活の拡大に向けて、支援することが必要な場合、サービスを提供できる体制が整備されつつあり、今後、言語聴覚士の役割も益々大きくなっていくと考える。

しかし、一方、訪問言語聴覚士に関しては、重要であることは認識されてきているが、実際には訪問言語聴覚士の実働数は極めて少ないのが現実である。また、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り、何処が訪問言語聴覚士を行っているのかということや、さらに、内容や対象者等の情報をまったく持っていないMSWやケアマネジャーも多い。これらのことを踏まえて、患者の状態を各医療職が、共通の認識をもって治療を行い、その効果を検討し、有効な治療を行っていくために、病院同士の病病連携が必要となる。さらに、地域における視点から、潜在的嚥下障害患者や在宅の言語聴覚障害患者への対応において、MSWやケアマネジャーを中心とした社会福祉関係職種が、病院と診療所（地域のかかりつけ医）・在宅・訪問看護ステーションとの病診連携の必要性を認識しておかなければならないと考える。

特にMSWは、院内の退院計画（後方連携）を支援する立場にあり、患者を在宅へ退院させる可能性追求のためにも、言語聴覚士の役割を理解しておく必要が

ある。今後、わが国は2030年に、75歳以上の後期高齢者が現在の2倍近い2260万人に増加すると言われており、脳血管疾患も益々増加することが予測される。その際、高次機能障害に対する知識をしっかりと蓄えておかなければならないと考える。またMSWは、言語聴覚士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かなければならないと思われる。それにより、入院直後から退院支援が素早く取り掛かることができ、自宅へ退院させることに繋がる可能性が多くなると考える。

7. 医療機関におけるリハビリテーションエンジニアの役割とMSWとの関係

近年、わが国においてもノーマライゼーションの理念が着実に浸透しつつあり、文化・言語・国籍の違い、老若男女といった差異、障害・能力の如何を問わずに利用することができる施設や製品の設計といった、ユニバーサルデザインや支援技術の研究も盛んに行われるようになった。このような研究の成果が、リハビリテーション工学の分野においても、日々進歩を遂げ、失われた人間の機能やそれが原因で起こる能力障害や社会的不利を改善するために工学技術を応用し、医学分野と融合させた人工の補助・補完・代替装置や環境システム作りが行われている。現代の工学分野は、日々障害のある人々の機能回復のための治療を支援することや、その人らしい生き方を支援するために進歩している。

なかでも支援機器は、リハビリテーション工学の主要課題であり、工学技術を駆使した支援機器を個々人の特性に合わせて研究、開発、適用、提供することで、障害に起因する諸問題の解決を図り、個々人の生活や人生を支援することが、リハビリテーション工学の極めて重要な側面である。そのために、臨床的実践を基盤にすることが重要となる。人支援に関する技術の考え方においては、リハビリテーション工学は、言わばパーソナルデザインに重きを置く技術であり、その対極にあるのがユニバーサルデザイン、中間を広くカバーするのが支援技術と言える²⁰⁾。

患者の機能回復という視点から考えると、リハビリテーション工学は、機能回復のための支援や治療に直

結する工学、支援技術は、直接のおよび間接的に関わる工学、ユニバーサルデザインは、間接的に関わる工学と整理することができる。今後、この3つの技術分野が調和しながら発展していくことが、誰もが主体的・積極的に参加できる豊かな社会形成に大きな力を発揮するものと思われる。そのなかで、リハビリテーション工学は、障害のある人々の個別支援技術として、洗練され確立されていくことが重要である。近年のIT技術の目覚ましい発展やロボット工学の進歩など、その技術を患者支援のために応用できる可能性は限りなくあり、リハビリテーション工学が今後、益々注目を浴びることが予測される。さらに、リハビリテーション工学だけに限らず、今日の医療の領域には、在宅の高齢者への支援という新しい領域への技術的展開が求められている。また回復期リハビリテーション病院や、リハビリテーションセンターでさえ障害者（高齢者も含めて）への支援技術と在宅の高齢者・障害者への支援技術とは、異なった部分が多くみられることがあることや、その技術の相違に気づいてさえいない状況があることも大いにある²¹⁾。

リハビリテーション工学の領域で言えば、福祉機器による支援が最も代表的な支援の一つである。しかし、在宅の支援では、病院やリハビリテーションセンターなど一定の整った環境での支援技術と異なり、介助能力、住環境、本人の能力、他の福祉機器との整合性などの他に、本人や家族の生活の状態が大きな要因として考慮されなければならない。また、生活の状態によっては福祉機器による技術よりは、人的支援の方が優先される場合や住環境整備で補完した方が良い場合もある。いわば、定型的支援策が決定しにくい領域でありその上、高齢者や難病患者の場合には、本人の能力の変動が激しく良い支援が行われれば、本人の能力が改善または最大限発揮することができ、それに伴って必要となる福祉機器が変化するなど、絶えず動的な支援が必要となる。これらの点から考えると、本人や家族の生活の状態に踏み込み人的支援を優先にさせるか、それとも住環境整備の補完を優先させるかの判断と見極める力が必要となる。その中で患者本人だけでなく、世帯全体を通してみることができるMSWが、家族調整や社会福祉制度、社会資源の活用や検討に際して役割は大きいと考える。ケアマネジャーの支援の対象は、利用者であり介護保険下での動きしかできない。世帯

全体を通して支援し、他職種との連絡・調整をしていくには、MSWの役割が必要であり、そこに専門性が発揮できると考える。

8. 医療機関におけるケアマネジャーの役割とMSWの関係

ケアマネジャーは、ケアマネジメントを行うため、地域社会の中でサービスを提供することにより、利用者の生活全般にわたるニーズと公私にわたる社会資源との間に立ち、複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図りながら包括的・継続的に、サービス供給を確保する役割を担うことが重要な業務である。さらに、在宅福祉サービスが法定化され、地域自立生活を支援し地域福祉を推進するという、新しい社会福祉の考え方が登場してくると、視点・枠組みとケア方針の立案が、的確に検討できるかが重要なポイントとなると考える。このポイントの本質を理解することができるかが、ケアマネジャーの地域連携における役割の重要点となり、利用者の自立支援、QOLの向上などの観点からも最も重要な意味を持つと考える。

ケアマネジャー次第で、利用者支援の方向性が大きく左右されると言われており、そのために、ケアマネジャーによるしっかりとした地域の自立支援に向けた取り組みが、成されなければならない。また要介護者が、地域社会で主体的に生きて行くための生活支援を行うために、ケアマネジャーは、対象者のニーズを的確に捉えておくことが重要である。さらに、それと同時に当事者だけでなく、家族全体のニーズとして把握しておかなければならない。

今後、わが国において、益々認知症や一人暮らしの高齢者が増加していく中で、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域において、健康で尊厳を保ちながら、その人らしく生き生きとした生活を送れるようにしなければならない。そのためには、その人の持つ力を最大限に引き出し、地域社会を構成する人、団体、企業等が協力して地域社会全体で、高齢者を支えていく仕組み作りが必要である。特に高齢者が、元気な状態から要介護状態になっても、その人のその時々状態にあった切れ目ないサービスを提供することが重要である。また、保健・医療・社会福祉・地域の連携、様々な社会資源の活用による統合的な地域ケアシステムを確立することが大切である。

これらのことを踏まえてケアマネジャーは、保健・医療・社会福祉の幅広い分野にまたがる専門的な知識と経験に基づく専門職として高齢者問題、障害者問題、子育て問題等に対して、幅広い視点を持たなければならない。しかし、これらの視点は、ケアマネジャー個々だけでは任せられないことが多く、その際、医療機関のMSW、施設のソーシャルワーカーとの連携が必要になる。この点においては、2009年の介護報酬改定で医療連携加算、2010年に介護支援連携指導料が認められ、これまで困難とされてきたケアマネジャーと医療機関の連携も、地域内で統一的に取り組むケースが出てきている。以前は、日頃から利用者の主治医と情報交換を密にするなど、医療と介護の連携の重要性を認識しているケアマネジャーでも、急変による利用者の入院時などでは、どのようにして行動したらよいのか戸惑うことも多く認められた。この原因として考えられることは、大病院では情報を交換する窓口が医療機関ごとでまちまちであり、何処に連絡すれば良いのかはっきりしないケースや、医療機関においてはケアマネジャーの話が漠然として、ポイントがはっきりしないなどが考えられる。これらを改善するために、病院やケアマネジャー、利用者、家族が担う役割を文章で明確化したり利用者が受けている介護サービスやADLを医療機関側に伝えたりする「居宅サービス情報提供書」、退院後のケアプラン作成に必要な情報提供を依頼する「意見紹介書」などの試みが、一部の地域で取り組み始められており、医療と介護の連携も着実に進んでいる。介護支援連携指導料が、2010年度より診療報酬に反映され、医療側、介護側の双方に大きなメリットをもたらした。これは、「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、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を作成するということ」で診療報酬に反映されるものである。医師の指示を受けた医療関係職種が、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ということである。またケアマネジャーが、医療の知識を持つと同時に医療機関の情報交換担当窓口

を明確にしていく必要がある。窓口は、現在地域医療連携室が担うことがほとんどであり、そこに多く配置されている退院調整看護師やMSWがその役割を担うことになる。また、退院調整を担う専任の看護師は5年以上の経験を有し、師長・管理職クラスの相談業務に適している看護師とされている。この点においては、病棟の収益を考えながら、ベッドコントロールを行い、入退院を調整する役割が求められるとともに、病状が落ち着いた患者・家族を医療的観点から納得させなければならないからである。環境に慣れだした患者・家族を速やかに転院を促していくためには、しっかりとした医療の知識を持ち、経験のある専門職が担わなければならないと考えられるため、経験のある退院調整看護師が必要になる。またその一方で、地域医療連携室にMSWが配置されている理由は、日頃から院内・外のネットワーク作りに積極的に取り組み、地域の社会資源の情報と社会保障制度に精通しており、沢山の情報から患者に選択できる機会作りが可能であるためであると考えられる。このように、患者の身体機能を中心とした調整役には、退院調整看護師が主に役割を担う機会が多く、社会保障制度や地域の社会資源に関する手続きなどについては、MSWが役割を担うことが多い。この両者が、バランスよく歯車が噛み合うことで、質の高い退院支援へと繋がり、そこに地域医療連携室の価値があると考えられる。

ケアマネジャーにおいても、複数のケアマネジャーが縦割りサービスを個々に提供するのではなく、関係職種がチームを組んだ上で、その中の1人がケアマネジャーとして、その利用者の支援に責任を持つという地域トータルケアシステムを構築していくことが大切である。しかし、介護保険が施行されサービスの利用が増加している一方で、制度全体の課題として、ケアマネジメントが十分にできていない、ケアマネジメントの公平・公正の確保ができていないなど、サービスの質の確保・向上が課題になっている。ケアプランチェックや介護サービス事業者への研修など質の確保・向上に取り組む必要があり、支援困難事例等に対するケアマネジャーへの支援や事業者への指導を確立しなければならない。さらに制度全体として“地域で高齢者を支える仕組み”を構築し、今後、さらに高齢者に関する様々な問題・課題への対応は、“地域”を中心に推進していく必要があり、医療機関から地域へとシーム

レスな連携が重要である。

また、ケアマネジメントという手段・方法は、社会福祉サービスを必要としている人が、どのようなニーズを有し、どのような支援が必要かということについて、その人の人生のある時期にある時点を切り取って判断することになるが、その人をめぐる家族関係や近隣関係とを調整しつつ、支援するエコロジカルアプローチも行わなければならない。その意味からも地域自立生活支援は、ケアマネジメントという手段・方法だけでは十分ではない。ケアマネジメントを手段として活用したソーシャルワークという考え方と実践が地域自立生活支援には、必要とならざるを得ない。このことから医療機関でのMSWとの連携が重要なポイントとなるのではないかと考える。

IV おわりに

近年の医療実践現場では、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、他の専門性に置き換わってしまう場合も考えられ、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。

今後、さらに所属する専門性の立場から進化して、進化したことによる専門性、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、多職種間連携についても、見直していく必要があると思われる。保健・医療・社会福祉専門職連携の実践では、「専門職チーム」が必要であり、チームには、チーム内のすべての専門職を理解してくれるリーダーや調整役が必要である。当然リーダーは医師が率先してなっていかなければならないが、調整役は、施設内のシステムと施設外のネットワーク構築に力を発揮することができ、施設間・職種間の調整役として専門性を担うMSWがなっていかなければならないと考える。なぜならば、2000年4月の診療報酬改定における急性期特定病院加算の要件の一つとして、地域連携室の設置が盛り込まれて以降、退院支援の窓口が明確にされ始

め、その中の中心的役割をMSWが担っているためである。また、在院日数の短縮に伴い「入院日から退院支援を始める」という動きが急速に進みはじめている。その際、特に注意しておかなければならないことは、高齢者の場合、一旦退院しても短期間のうちに再入院するケースが後を絶たないことである。その理由の多くは、経済的貧困や患者・家族の障害・疾病への心理的受容の程度、虐待、環境や地域の物理的条件、精神的な支援者の有無など疾病そのものではなく、心理・社会的なポイントが、再入院の要因としてあげられるためである。

医療機関が、退院支援と地域連携を考えると、こうしたリスクファクターを医療機関の中でいち早く察知・予測し、医療の場から生活へ移行するための調整が必要不可欠である。そのためには、医療機関の中で医療の視点と同時に社会福祉の視点から患者の生活を把握して、疾病との関連性を検討しなければならない。言い換えれば、地域生活におけるニーズを分析して、地域ケア機関につなぐという動きが求められるということである。退院は、医療機関だけで行われるものではなく、地域において完結されるものである。そうした役割を医療機関に求めるとき、MSWの専門性を抜きには考えられない。また、患者の支援を地域で完結させる過程においては、保健・医療・社会福祉分野の専門職とのかかわりが重要であり、各専門職が専門性を発揮しながら、重複や衝突しないよう調整役としてのMSWの技術が必要不可欠である。ここに、地域から見たMSWの存在意義の一側面があると考ええる。

- 版 金原出版株式会社 2009 110~125頁
- 6) 福島道子:入院時から始める退院支援・調節 日総研出版 2009 20~37頁
 - 7) 村上信:医療ソーシャルワーカーの質の向上 医療と福祉 社団法人日本医療社会事業協会 2008 83 (41) 1頁
 - 8) 木村彰男:医学部卒前教育の改革とリハビリテーション 医学 医学書院 総合リハ 2002 30 (5) 404頁
 - 9) チーム医療推進協議会:チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について 厚生労働省医政局 2010年2月
 - 10) 坂本すが:看護師の役割拡大と特定看護師(仮称)看護 2010 62 (9) 47-48頁
 - 11) 鄭桂紅:求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立看護 2008 60 (11) 40-41頁
 - 12) 篠田道子:退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割 看護 2008 60 (11) 46-47頁
 - 13) 木村チヅ子:専門領域をもつ看護師の活用から役割発展へ向けた看護管理 2009 230-231頁
 - 14) 平井三重子:リソースナースセンター設置による専門看護師・認定看護師の活動と質の保証 看護管理 2009 237頁
 - 15) 岩崎テル子:標準作業療法学 身体機能作業療法学 医学書 2006 5頁
 - 16) 山根寛:ひとと作業・作業活動 三輪書店 2005 4-5頁
 - 17) 寺山久美子:地域作業療法学 共働医書出版社 2003 3~23頁 71~73頁
 - 18) 牧田充代:地域理学療法学 医学書院 2006 6~9頁
 - 19) 深浦順一:リハビリテーション関連職種の現状と展望 言語聴覚士 総合リハ 2007 35 (6) 医学書院 545-547頁
 - 20) 田中理(2007)リハビリテーション関連職種の現状と展望 エンジニ総合リハ 35 (6) 医学書院 557-559頁
 - 21) 市川洵:リハビリテーション関連職種の現状と問題点 エンジニア総合リハ 1998 27 (4) 医学書院 337-341頁

引用文献

- 1) 大嶋伸雄:連携教育の実践と課題 PTジャーナル 医学書院 2009 43 (12) 1033-1040頁
- 2) 福山利女:ソーシャルワークにおける共働とその技法 ソーシャルワーク研究 相川書房 2009 34 (4) 44-47頁
- 3) 社会福祉士の認定制度 専門社会福祉士認定制度準備委員会 <http://www.jacsw.or.jp/nintei/contents/02/> (2011年10月28日確認)
- 4) 厚生労働省 医療構造改革推進本部総合企画調整部会:医療政策の経緯現状及び今後の課題について 2007 23-24頁
- 5) 村上須賀子:実践的医療ソーシャルワーク論 改訂第2