

〈研究ノート〉

## 病期から考えるこれからの 医療ソーシャルワーカーの役割

鍵 井 一 浩\*

### The Role of Medical Social Workers from the Point of Stage of Illness

Kazuhiro Kagii

**要旨：**現在、医療実践現場では病状の変化を端的に捉えた病期が活用されており、世間一般にも急性期、回復期、維持期の区分が周知されてきている。しかし、この病期の区分は、近年の「平均在院日数短縮」傾向の中にあっては、急性期、回復期、維持期の医療的役割を考え直す必要もある。その中で従来は、固定されがちであった各病期に関わる医療連携チームの構成メンバーを各病期ごとの機能にあった、専門職メンバーに変化させていかなければならないと考える。また、今後益々「平均在院日数」の短縮化が進んでいくことを踏まえて、入院と同時に医療連携チームは医療の提供だけでなく、社会福祉サービスの提供も速やかにできるかが重要になってくる。これらを踏まえて医療ソーシャルワーカー（medical social worker 以下 MSW）は、素早く患者の身体的側面を把握して、どのタイミングで社会資源と結びつけるかを理解しておくことが期待される。

**Abstract：** Changes in patient condition are clearly delineated into stage of illness, and these stages are currently utilized on the treatment frontline. However, average days of hospitalization has tended to decline in recent years, and the medical role of the acute, convalescence, and maintenance phases of illness should be reevaluated. In particular, it is proposed that medical treatment teams be composed of specialists in each stage of illness, rather than as a fixed team for each stage as currently tends to be the case. Further, given that reduction in average days of hospitalization is likely to progress further in the future, it is important for medical treatment teams to provide not only medical but also social welfare services promptly upon patient admission. As such, it is desirable for medical social workers (MSW) to quickly grasp patient physical condition and understand when social resources should be made available.

**Key words：** 病期 stage of illness 平均在院日数 average days of hospitalization 医療連携チーム medical treatment team 医療ソーシャルワーカー medical social worker 社会資源 social resources

---

\*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」が重要な課題となっており、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<sup>1)</sup>。このように、施設連携の必要性が益々高まってきたが、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、急性期を担う医療機関から亜急性期・回復期のリハビリテーションを担う医療機関、さらに療養を担う医療機関、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。

急性期医療機関から維持期医療機関、地域への一連の連携をスムーズに行うためには、重複関係をより少なくし、連携する施設が治療の開始から終了まで一筆書きのように一筋の連鎖<sup>2)</sup>となり、取り組み期間が短くなれば「在院日数短縮」に繋がる。しかし、近年の医療機関における「病期」の区分の捉え方を曖昧にしていたり、理解していない専門職がいれば、医療連携チームとして成り立たない。各専門職は、疾患の特徴や治療過程を理解して、治療の開始から終了までの所用期間を念頭に入れておく必要がある。それにより、各病期ごとの医療連携チームの専門職メンバー構成を把握することが可能となる。現在の医療実践現場では、各病期にあったまたそれぞれの患者個人にあった、チーム編成が求められているため、チームは成長し発展しなければならない宿命にある。

このような病期別に分類されてきた背景

には、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年度の超高齢化社会の到来に伴う、将来への財源に対する危機感から始まった「医療制度改革」がある。また、医療制度改革の目的は各病期における医療機関を「機能特化」させ、各病期の医療機関の「平均在院日数」を短縮させることである。しかし、「平均在院日数」が短縮すればよいという考えだけでは、医療従事者としては失格である。その中には、医療の質を確保しながら専門職同士、施設間同士の連携を構築していくという姿勢がなければならない。さらに、危機的状態を脱したかどうかの判断の情報を素早く医師から収集し、地域の最新の社会資源情報をよく熟知し、院内・外の調整がスムーズにできる専門職が必要である。

## II. 病期を踏まえた MSW の役割

### 1. 今後の医療の方向性と MSW の役割

医療の基本原則は、できるだけ短期間に集中して質の高い治療、そして早期にその患者本人にあった、日常生活や残存機能を生かした、療養生活に復帰させることである。入院医療についても今後さらに、検査技術や医療技術の進展等に合わせて、在院期間の短縮、早期の復帰を進めていくことが求められる。言い換えれば、それぞれの地域において急性期段階、回復期段階、在宅を含む維持期段階といった治療の各ステージに合わせて、それぞれの施設が担う役割を理解して、専門的な医療を提供することにより、実現していくことになるということである。これらのことを実現していくために、各医療機関は地域の中で、求められている医療機能に応じて、自らの医療機能やそれに応じた人員体制、病床数、受け

入れ手順、受け入れできない患者状態、待機期間をどのようにするかなどの検討を進めていくことが必要となる。

地域の住民に一番身近である中小病院の役割と今後の位置付けとして、大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハビリテーションの機能や軽度の急性期医療への対応などである。また、地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点といった機能を有することが、中小病院の位置付けとして期待されており、今後益々、身近な場所に存在することが求められている。さらに、地域の事情などにより大病院を設置できない地域においては、ある程度の急性期医療に対応できる中小病院も必要になってきている。

入院機能を有する診療所（有床診療所）については、看護等の職員体制が手薄といった課題や医療設備の問題があるものの、地域における重要な社会資源として、有効活用を図っていくことも今後必要になってくる。こうした個々の回復期、維持期を担う医療機関が地域において果たすべき機能・役割については、地域の様々な実情や医療計画の中で、可能な限り具体的に明記されるべきである。今後、回復期・維持期の医療機関においては、一時的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上や身体機能の予防を図りつつ、社会資源活用の窓口として期待されている。また、必要に応じて介護保険との連携や急変した場合などの対応が、各病期の医療機関と施設との間に実現できるという方向性に向かうべきである<sup>3)</sup>。これらのことから考えると今後、MSWの役割としては、地域における支援体制強化のための支援ネットワーク作りと支援内容の整備に積

極的に参加するとともに、日頃の人脈開発にも取り組み各医療機関・施設に精通しながら、連携に関する政策や制度、システムの研究や開発に努力していく必要があると考える。

## 2. 各病期を踏まえた情報収集と MSW の役割

今後の医療機関においては、医療サービスの質の向上と効率化や医療サービスに係る情報収集・分析・評価を行っていくことが重要となる。その上で必要な基盤である情報技術（Information Technology：以下IT）を積極的に活用していかなければならない。例えば、健診や診療情報、レセプトデータ等の収集分析、レセプトオンライン化の推進等が考えられる。また、医療機関との連携という面では、医療機関の情報提供や役割、その情報連携など患者に関わる医療機関のネットワーク化や電子的情報連携、事務の効率化や医療安全の確保といったIT活用による効果も期待される<sup>3)</sup>。（表1）

また、地域の医療連携体制の構築の検討にあたっては、専門家だけの議論に終わらせることなく、さまざまな形で地域住民の参加を求めることが必要である。これらの取り組みを通じて、また地域の医療資源は有限であることを踏まえて、病院と病院、病院と診療所、病院・診療所とその他のサービス等の効率的な役割分担を図ることが必要となる。患者においては、自らの健康状態を全体的に把握し、信頼関係を築くことができる、かかりつけ医を持つことも検討していく必要がある。また、専門的あるいは高度な医療を必要とする場合には、その紹介で必要な各病期の医療を受けるな

ど、医療機関の連携に繋がる適切な受診のあり方が求められている。さらに、地域においてはシームレスな医療連携体制を構築し、各病期の医療機関の機能を開示することで、地域住民がその情報をもとに受診がしやすくなる。

国においても、地域住民の理解を得て適切な受診行動の普及啓発をするなど、地域の取り組みを促した、こうした好事例をまとめて関係方面に参考として、紹介することや研修会を開催するなどを進める必要がある。MSW の役割としては、地域連携体制の構築にあたり、平素より地域の医療

情報、社会資源を掌握し、医療機関等と福祉施設・患者間の間に立ち、患者の適切な受診を促す必要がある。また、患者への方向付けを行い、どの病期の地域医療連携室においても同じ情報量が得られるよう工夫していくことが重要である。それらに加えて、MSW は患者・家族の利益を尊重した支援を実施するには、どうすればいいかを日々模索する必要がある。さらに、患者支援のための院内システム・院外ネットワークの構築・運用とそれへの参加・関与をしながら、情報をいかに素早く効率的に収集できるかを検討した上で、患者への情報を

表 1 医療等における IT 化の推進

医療等における IT 化の推進		
IT に関する基本的考え方		
<ul style="list-style-type: none"><li>○ IT は、医療等のサービスの質の向上と効率化や、これらサービスに係る情報収集・分析・評価 (PDCA サイクル)に必要となる重要な基盤</li><li>○ 医療等における IT 化を重点的に推進するため、「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン(IT グランドデザイン)」を策定(平成 19 年 3 月 27 日)</li></ul>		
IT 化の具体的内容		
目指すべき将来の	<ul style="list-style-type: none"><li>○健診・診療情報、レセプトデータ等の収集分析<ul style="list-style-type: none"><li>・平成 20 年度から開始される保険者実施の健診・保健指導において、健診情報の収集を開始。平成 21 年度以後、疫学的利用方策を検討</li><li>・平成 20 年度にレセプトデータの全国的な収集・分析体制を構築し、平成 21 年度から段階的に収集分析を開始</li></ul></li><li>○医療機関の情報化、情報連携の推進<ul style="list-style-type: none"><li>・医療用語・コード等の標準化（継続中）、医療情報システムの相互運用性の確保（平成 19 年度～）、ネットワークセキュリティ要件の明確化など情報連携のための環境整備</li></ul></li><li>○レセプトオンライン化の推進<ul style="list-style-type: none"><li>・大規模医療機関・薬局を中心に、レセプトの電子媒体化が進んでおり、平成 22 年 4 月には 8 割以上のレセプトが、また、平成 23 年 4 月には、原則、全てのレセプトがオンライン化</li></ul></li><li>○健康 IT カード（仮称）の導入に向けた検討<ul style="list-style-type: none"><li>・平成 19 年度中に結論等</li></ul></li></ul> <p>※ 個人情報の保護には万全を期す</p>	
	IT の活用により期待される効果	
	<ul style="list-style-type: none"><li>○生涯にわたる健康情報の効率的な利活用<ul style="list-style-type: none"><li>・健診・診療情報等を電子的に入手・管理し、個人が日常の健康管理に活用</li><li>・個人が健診・診療情報等を医療機関に提供し、適切な医療を受ける</li></ul></li><li>○医療機関等のネットワーク化・電子的情報連携<ul style="list-style-type: none"><li>・利用者に係る情報（持病、アレルギー、薬歴・検査歴、急変時への対応等）の伝達による適切な医療の確保</li></ul></li><li>○IT は、医療等のサービスの質の向上と効率化や、これらサービスに係る情報収集・分析・評価（PDCA サイクル）に必要な重要な基盤</li><li>○医療等における IT 化を重点的に推進するため、「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン（IT グランドデザイン）」を策定</li><li>○医療機関等のネットワーク化・電子的情報連携<ul style="list-style-type: none"><li>・診療画像、検査情報等の円滑な情報交換→診療において活用</li><li>・遠隔医療の推進</li><li>・専門医への紹介、セカンドオピニオンへの円滑化</li><li>・重複・不要検査等のは正</li></ul></li><li>○健康情報の統計的・疫学的分析による EBM の推進</li><li>○保険者による効果的な保健指導</li><li>○医療機関の事務の効率化・安全の確保<ul style="list-style-type: none"><li>・カルテ保存や運搬の効率化・誤記・誤読防止等</li></ul></li><li>○保険者や審査支払機関の医療保険事務コストの抑制</li><li>○社会保障給付の重複調整</li></ul>	

出典：医療等における IT 化の推進について 厚生労働相資料 2007 1 頁



浸透させる取り組みが期待されている。

その中で、現在取り組まれている効率的な情報収集のツールとしては、2006年4月に制定された「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療退院指導料」に伴って地域連携パスが開始されている。このツールを活用することにより、急性期医療機関では病型や部位、外科的治療、内科的治療の内容、合併症の有無、発症前のADL、現病歴、急性期医療機関の経過、急性期医療機関の入院時・退院時の所見を書くようになった。回復期医療機関では、回復期医療機関の入院時・退院時の所見、ADLと治療経過、リハビリ内容を記入するようになった。さらに、地域連携パスの中には意識レベル、運動麻痺、訓練による変化点、再発予防に必要な検査データなどの治療管理状態を急性期医療機関と回復期医療機関で共同で書くという工夫もなされている。

しかし、地域連携パスの対象疾患は脳卒中、大腿骨頸部骨折、心疾患、糖尿病の4疾患であるため、その他の疾患を有する患者の情報収集や診療報酬上の理由により維持期医療機関、施設には連携促進効果は持ちにくい。そのため別の方法でネットワーク化を図った上で医療機関・施設の連携を形成する必要がある。これらを踏まえて一部の地域で試みられていることは、医療圏域ごとに各病期の医療機関、施設が連携体制を構築して①各病期の医療機関・施設のベッド数、②スタッフ数、③受け入れ手順、④適応疾患、⑤受け入れ出来ない患者状態、⑥待機期間、⑦各医療機関・施設の特徴などの情報を開示していく動きもでてきている。このような情報を各医療機関のMSWがしっかりと把握しておくことで、患者の抱えている地域の何処でどのような

医療・介護サービスが受けられるかといった不安の解消や患者間で持っている知識や情報量の差をなくすることが可能となる。また、患者が最適な選択ができるよう共通した視点、価値観を背景とした連続性、継続性のある患者相談、支援の提供ができることに繋がる。

### 3. 病期を踏まえた関係職種・医療機関の連携とMSWの役割

脳卒中を発症した患者や大腿骨を骨折した患者は、直ちに急性期治療を受け継続して回復期リハビリでの訓練や治療に繋げ、残存能力を最大限に発揮して、できる限り速やかに自宅などの生活の場に帰らなければならない。しかし、医療・福祉（介護）施設間での一貫した切れ目のない医療・社会福祉相互の関係性は一般住民には見えにくい。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（介護）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。患者が安心して生活を送っていくためには、医療関係面だけでなく、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専門性を持った社会福祉職の存在が重要である。また、患者の身体機能面をよく理解し、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。特に高齢者においては、複数の疾患の併発、再燃、急激なADLの低下など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、臓器の状況や一部の機能面だけで手術の可否を判断すると、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<sup>3)</sup>。このような過程においては、代替え方法の提示

を含めて患者・家族にしっかりと説明した上で納得を得ることが必要である。MSW の役割としては、患者だけでなく家族の意見を調整し、場合によっては代弁者として医師との繋ぎをし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他職種に提供しながら、治療の各ステージに合わせて、各領域の専門職が力を発揮できるシステムの構築が求められてきており、医療・社会福祉関係職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・家族の不安を解消することにもなる。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、「地域が一つの医療機関・福祉施設」として機能するような地域全体での医療と社会福祉サービス提供体制を構築していかなければならない。

しかし、地域で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く、地域では対象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。医療機関の支援を地域がしっかりと引継ぎ、受け止めるすなわち医療機関と地域の連携があってこそ退院支援・整備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絡表などのマニュアルを作ることのみならず、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、日頃から連携の基

礎を作る努力が必要である。その中で MSW においては、患者が転院や在宅生活をする上での必要な経済的情報や諸手続き、その他の社会資源や施設などの多くの情報を持っている。必要な支援をタイミングよく提供するためにも MSW の存在は重要であり、調整場面での窓口の中心として、役割を果たしていかなければならない。なぜならば、患者個々に合った社会資源や制度を活用して、患者を全人的に診ることのできる医師の養成への取り組みが、2001 年に公表された「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－」により開始されたばかりであるからである。そのため、患者・家族の立場になって各医療資源への振り分けができる医師の確保にはまだ時間を要する。

#### 4. 病期における MSW の業務

近年どの病期の医療機関においても、地域医療連携室が開設されてきており、MSW も配置されるようになってきた。MSW の業務指針の内容としては、MSW の業務の範囲が 6 領域<sup>4)</sup>示されている。①療養中の心理・社会的問題解決・調整援助：療養生活上に伴う不安を受け止め対応する。②退院支援：在院日数短縮化の中で MSW は急性期・回復期・維持期医療機関、施設の役割を理解して、在宅復帰を視野に入れながら患者の次のステージに切れ目なく支援していく。③社会復帰支援：近年一つの医療機関で完結することは困難であり、患者の社会復帰のためには専門職同士の連携が必要である。④受診受療支援：受診受療支援の領域は、MSW ならではの業務領域であり、医師の指示を要すると業務指針の「業務の方法等」の項で特記されている。

MSW は医療連携チームの一員として、患者・家族の置かれている状況を受け止め、各専門職に情報提供することや、患者が医療上の指導を受け入れがたい理由を素早くキャッチして、チーム内に情報提供するといった患者・家族と医療連携チームの橋渡し役を担う。⑤経済的問題の解決、調整支援：患者・家族が安心して治療に専念できるよう経済的問題を可能な限り制度・政策などに結びつけて解決できるよう支援していく⑥地域活動：施設から地域へ大きくシフトしてきている近年は、MSW が積極的に地域医療福祉資源の発掘や開発に取り組んでいくということである。業務の方法としては、(1) 個別援助に係る業務の具体的展開 (2) 患者の主体性の尊重 (3) プライバシーの保護 (4) 他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携 (5) 受診・受療支援と医師の指示 (6) 問題の予測と計画的対応 (7) 記録の作成等が示されている。

また、杉山<sup>5)</sup>は MSW の役割を大きく①入院受付②退院促進③介護保険関連業務④医療費支払いへの制度活用による対処⑤苦情対応の 5 つに分けている。各病期の MSW は、近年必然的にこのような業務に関わることが多くなっているが、その中でも①入院受付②退院促進は、ベッドコントロールといわれているものである。今日、医療機関の急性期、回復期、維持期を問わず、あらゆる医療機関において、平均在院日数、病床稼働率を意識しない医療機関の経営はありえない。また、医療機関のその機能を考慮しながら、社会資源を結びつけていく役割があり、病期のどの時期においても MSW の役割として期待されるところである。しかし、急性期において

は、発症から直接入院の運びとなりすぐさま退院となることが多く、本人や家族との面接を通じて入院となることは、回復期・維持期に比べて少ない。急性期の MSW は、生命の保持や傷病に対する治療が優先されるため、より医療関係分野の知識が求められることになり回復期・維持期の MSW は、医療関係分野の知識を備えながら本人・家族の社会的背景を理解して入院受付・退院促進に努める必要がある。③介護保険業務は、②の退院促進のための効果的な社会資源の活用であり、患者に対して質の高い生活を支援していくための業務を担っている。また、各施設や関連機関・事業所で行っている介護保険関連業務での橋渡しという役割もある。しかしながら、急性期では、症状の原因に対する手術や治療に集中する時期であり、介護保険業務に関する MSW の業務は、回復期・維持期の病期で役割を担う場面が多い。

また、どの病期においても MSW が役割を担う場面は多いと考えられるが、急性期においては、在院日数が回復期・維持期に比べ極端に短いため、手続きに時間を要する場合は、次のステージにその手続きの業務の橋渡しをすることも多い。そのために急性期医療機関の MSW は、数ある社会資源からより素早く選択する能力が求められる。さらに、回復期から維持期に移行するにつれて、身体機能に照らし合わせながら、本人にあった社会資源に結び付けていくことになる。④医療費支払いへの社会資源・制度活用による対処は、昨今の経済状態を反映した未収金問題への対策でもある。医療費未払い件数は、年々件数が増加する傾向にあり、どの病期の医療機関でも経営を圧迫する原因の一つとして取り扱わ

れている。これらの問題に対しても、患者の社会的背景を直ちに把握して、社会資源に速やかに結びつけることや相談窓口として、素早く支援に取り組むことができる立場にある MSW の役割は大きい。⑤苦情対応は、患者・家族が抱える問題が多様化・複雑化・困難化しているため、多種多様の苦情が持ち込まれ、その際に MSW が窓口となり、相談を担当するケースが多くなっている。

その中で、急性期においては、手術に関わることも多く、手術の提示や代替方法を本人や家族に医師が説明する場合、患者・家族の意見を調整し、医師との繋ぎが出来る能力が求められる。その際、患者の身体機能の把握が出来ておらず説明不足であれば、医師に対する苦情とともに、MSW においても苦情の対象になる。回復期・維持期においては、MSW が直接苦情の対象となるケースとしては、社会資源の仕組みや活用方法、転院先の情報についての説明を怠ると苦情が持ち込まれる。近年の医療が“施設からの地域”へと大きくシフトしてきている流れにおいては、今後 MSW が、その役割を怠ると苦情として持ち込まれる件数は、さらに増加していくことが予想される。

### Ⅲ. 病期の捉え方

#### 1. 病期の定義

急速に進む医療制度改革の根幹は、医療提供体制の確立でありそのためには、医療機能を特化させ連携の推進が必須である。その中で、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医療機関ごとの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いっそう強固な関係でなくてはならない。また「機能特化」という点では近年、各医療機関ともその役割を踏まえた病期ごとに特色を示し始めてきている。

「病期」とは、疾患がたどる経過をある特徴によって区分した時期を意味しており、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という特徴を持つ場合に、症状の経過から疾患をうまく区分することが出来る<sup>6)</sup>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と区分されている。

しかし、病期別に分類されてきた背景には、超高齢社会の到来に伴う将来の医療、介護給付費の高騰、そこから生じる財源の枯渇への危機感から始まった「医療制度改革」がある<sup>7)</sup>。さらに、医療制度改革の目的は、医療費に抑制をかけ速やかに回復期機関・維持期機関に連携させ、総合的な医療費財源を抑えるためである。

また、これら各病期の一連の連携をスムーズに行うためには、重複関係をより少なくしなければならない。しかし、「平均在院日数」が短縮すればよいという考えだけでなく、その中に医療の質を確保しながら、施設間同士の連携が出来るかを考えておかなければならない。その方法として考えられることは、①各施設間で取り組まれている各病期の役割を明確にする。②各病期において、その役割に必要な時期を開示して、治療に取り組める期間を提示する。



③各病期の施設の役割に合った前方支援、後方支援関係を明確にする。④「地域ぐるみ」で連携できるようネットワーク関係を構築していく。⑤連携可能な施設間で目標を共有し治療期間を施設間同士で周知しておく。このように、各々が属する施設の病期ごとに、患者の治療・改善過程に沿った取り組みや進め方が重要になってくる。

また、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あ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置いて、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<sup>6)</sup>とされている。

しかしながら、医療実践現場では、症状の進行度合いや症状の変化に視点を置いた病期が活用されており、現在、医療実践現場だけでなく、一般的にも急性期、回復期、維持期など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ることも多かった各病期に関わる医療連携チームの構成が、各病期に合ったまた、それぞれの患者、個人に合ったチーム構成をしなければならないということである。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中で、同職種であっても専門性や役割を

変化させることも出てくるということである。さらに、医療連携チームの専門職が各病期の患者の身体機能面や患者の生活背景を理解するとともに、各専門職の専門性を把握しておくことで質の高い医療連携チームの構築に繋がる。

## 2. 急性期での MSW の役割

急性期の定義としては、“病気が急激に発症した時期であり、なんらかの異常が身体的・精神的な症候としておこり、ある程度の早さで進行していく時期”<sup>8)</sup>とされている。この時期は適切な手術や治療処置が提供されなければ、生命的な危険を招き予後を左右する。不適切な対応がなされれば急性期症状は改善されず、全身状態が低下した状態が長期化する。しかし、早期に適切な治療や処置が提供されれば、早期に状態が改善され治癒する可能性が多い時期でもある。

急性期は、各疾患によって症状の状態は様々であり、高齢者においては、複数の合併症を抱えており、手術後・外傷後のショックがもたらす精神症状の悪化に注意を要する。急性期疾患は症状が急激に発現し、経過が短く完全に治癒することもあるが、生命的危険性を招くことも多い。さらに完全に治癒することなく、症状が低下した状態が長期化すると、慢性状態に陥ることがとても多い。また、突然の疾患により緊急入院する状態になると、家族の役割に変化がもたらされ、十分な家族内の機能が保たれなくなるために、家族全体の生活が脅かされ不安定<sup>7)</sup>となる時期でもある。また、急性期状態が長期化すれば家族は混乱を来し、その状態を打破するための資源活用ができなくなり、患者本人だけでなく

家族全体に不安をもたらすこともある。この時期の最大の目的は、発症後直ちに症状が強く出現してくる時期であるため、症状の原因に対する手術や治療を集中的に行うことである。この時期の適切な対応が、生命を確保し症状を可能な限り減少させることに繋がる。

近年の在院日数の短縮化により、厳しい状況にある急性期においては、適切な対応により生命の確保が出来ることに繋がる。しかし、患者を次のステージに繋げるためには、3つのケースを考えておかなければならない<sup>9)</sup>。1つめは、急性期機関での生命危機を脱して、治療や処置の終了を確認できた患者に対して、自宅復帰ができるケースである。言い換えれば、手術直後から症状が安定し、合併症が少なく麻痺症状や筋力低下・拘縮も少なく早期離床、セルフケアが早期に自立できる場合である。この場合には、入院前の ADL 状況や生活状況を参考にして、もとの状態に近づけるよう目標を設定していかなければならない。急性期という在院日数の極端に短い医療機関の中で、在宅復帰に繋げていくためには、生命的危機から脱していくことを最優先に考えながらも、入院と同時に介護保険やあらゆる社会資源の活用を視野に入れることができる専門職の存在が必要になってきている。また、生命の危機を脱した時期を見逃さずに、生命的危機から社会的側面に繋げられる専門職の存在も重要である。その役割を担うためには、近年どの医療機関にも開設されている地域医療連携室に配置されている MSW や看護師が、その専門性を発揮して調整をしていかなければならない。

しかし、どの地域医療連携室でも課題と

して挙げられていることの中に、生命的・身体的側面は、はるかに看護師の方が理解できており、社会資源の情報や制度の活用など生活的評価に関しては、はるかに MSW の方が知識が豊かである。これらのことを考えると、より信頼できる専門職であるためには、医療連携チームの各医療関係職も社会福祉関係分野の知識も蓄えておく必要性もでてきている。また、MSW も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にもなるため、今後は医療関係分野の知識を蓄えておく必要性もでてきている。

2つめは、急性期医療機関での治療でも症状が安定せずまた、在院日数の制限から在宅復帰できないケースである。言い換えれば、麻痺症状や筋力低下・拘縮が重度であり、回復期リハビリ病院や重急性期病院での引き続きの治療や訓練が必要な場合である。このケースでは、入院開始のできるだけ早期に予後予測ができ、治療経過から自宅復帰するために、あらゆる社会資源を活用しても在宅での医療・看護・介護福祉サービスの導入に時間的余裕がないと判断することができる専門職の存在が必要である。また、スムーズに次に繋げる視点をもてる専門職や患者本人だけでなく、支援の対象を家族として捉えることができる専門職の存在が必要である。言い換えれば、素早く次に繋げるための調整能力に長けた専門職の存在が重要ということである。どの病期でも調整能力は重要であるが、急性期では、身体機能の回復に比重が置かれるため、より医療関係分野を熟知した調整能力が必要不可欠であるということである。それに加えて、患者本人だけでなく家族全体

として捉えることのできる専門職でなくてはならない。この点でも急性期においては、医療関係分野の知識に比重を置きながらも、社会福祉関係分野の知識を持つという、バランスのとれたものになっておかなければならない。

3つめは、全身状態が不良で症状が早期から重度な状態が続き、急性期施設での治療の継続がまだ必要であり、生命的危機が安定していない場合である。このようなケースの場合、平均在院日数内での退院、転院が困難であるため、全身状態の急変に気をつけて、可能な限り廃用症候群を予防し早期離床を目標とする。その一方で、生命的危機を脱して、安定状態が確保できたとしても回復期リハビリテーション病院においては、対象疾患が定められている上に、発症から2カ月以内と期限が決められているため、回復期リハビリテーション病院への転院は困難である。従って、重度な状態が継続するような症例では、早期から予後予測をしながら、急性期医療機関から療養型病床などで継続して治療できるよう、安定した状態を早期に見極められる専門職が必要となる。また、最終的に直接自宅退院を目指す場合には、医療的側面と社会的側面の両方を調節し、繋げる力をもった専門職が存在していなければならない。それは、患者の身体機能面の情報を素早く医師から収集し、地域の最新の社会資源を素早く収集することができ、院内・外の調整がスムーズにできる専門職が必要であるということである。生命的・身体的側面の情報を素早くキャッチできる立場にあるのは現在、看護師などの医療関係職種が主であると思われるが、家族調整の場面ではMSWの存在は大きい。これらのことを踏まえて

考えると今後、看護師が窓口になっていくためには、社会福祉関係分野の知識を身につけておく必要がある。またMSWにおいては、危機的状态から脱したなどの身体機能面の判断を素早くもらうためには、医療関係分野の知識をしっかりとっておかなくてはならない。地域医療連携室は、各医療機関とも2006年以降急激に開設されてきた。この背景には、2006年の診療報酬改正より、入院患者の退院に関わる調整に対して評価がなされることになり、退院調整に関する経験を有する専従の看護師または、社会福祉士が1名以上配置されていれば点数が請求できることになったことが大きい。これにより、MSWが社会から認知されるきっかけとなったことには間違えないことだが、急性期という病期で求められる役割の中には、医療関係分野の知識を持つておかなくてはならないということを、認識しておく必要がある。

### 3. 回復期でのMSWの役割

回復期の定義としては「疾病や外傷によって生命や身体機能が脅かされた患者が危機状態から脱し、その他の疾病の併発や続発症を予防しながら、社会復帰に向けてADLの自立をはかっていく時期である<sup>10)</sup>」とされている。しかし、回復期においても治療が優先されることに違いないが、急性期との違いとしては、急性に生命を確保し、臓器障害の増悪を防ぐという意味合いはない<sup>6)</sup>とされている。また、回復期は患者が疾病の危機から脱したとはいえ、完治する患者ばかりとは限らない。後遺症を残す患者が、残存機能や残存能力を最大限に活用して社会復帰、自宅復帰を目指していかなければならない様々の問題を

抱えている場合も多い。

また、回復期の目的は、機能障害の改善や ADL の向上を目指すことであるが、その改善・向上は回復期だけの病期だけでは完結せずに、維持期の初期まで継続するケースも少なくない。その一方で 2000 年以降、一般病床や療養型病床から回復期に変換する医療機関が増加し、その結果 2008 年の診療報酬改正で回復期リハビリテーション病棟の条件において、自宅復帰率 60 % 以上となり、厳しい条件が打ち出された。そのため、回復期リハビリテーション病棟をもっている回復期の施設は、自宅退院可能な患者を確保していかななくてはならないという、宿命を持っていることになる。さらに、回復期は基本的動作能力や ADL、手段的 ADL の改善・向上を目標にしているため「身体活動量」いわゆる持久性獲得については、急性期に比べてはるかに求められる。

回復期の患者は、急性期が過ぎ症状が安定すると、再び受傷前の状態に改善することができるのか、再び以前の日常生活を取り戻せるかなど、回復過程で予後に対して不安を抱くようになる病期でもある。この病期において、さらに重要なことは、可能な限り速やかに患者の家族に病態把握をさせることが出来るかである。この点においては、患者・家族に精神的支援をしながら主治医をリーダーとして、病態説明に医療連携チームで取り組む必要がある。また、精神的支援においては、患者・家族の訴えをしっかりと受け止めて支援していかなければならない。さらに生命的予後においては、医師が責任を持って説明していかなければならないが、常に昼夜問わず 24 時間患者の状態を把握している看護師や病棟で

の ADL 能力、基本的動作能力など、リハビリ関係職種を含めた医療関係職種からの情報提供と、患者・家族の精神面を初回面接の段階から、関わり受け止めることができる社会福祉関係職である MSW からの情報提供により、医師を中心にした患者・家族への病態説明に取り組んでいかななくてはならない。

患者自身が自立に向けて踏み出すためには、患者本人が意欲的に ADL 向上・基本動作能力の獲得を目指さなければならない。急性期は発症直後であり、患者の生命を確保し、臓器障害の増悪を防ぎ、症状をできるだけ軽減させなければならず、そのため患者・家族は余裕がなく、病態把握もままならない状態である。従って、急性期は各専門職、家族、友人などあらゆる他者に依存が許される病期であるが、回復期では、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考え方に変更していかなければならない。

回復期の疾患には、①障害を残す可能性のある疾患②完全治癒が可能な疾患③長期に療養を要する疾患がある<sup>9)</sup>。完全治癒可能な場合は、どのタイミングで自宅復帰させるかを検討すればよいが、麻痺や言語障害、拘縮、四肢切断、痛み、歩行障害などの障害を残す症例では、その状態に患者・家族は動揺し、精神面が不安定となる場合も珍しくない。このような場合、医療連携チームは患者・家族の気持ちを受けとめ冷静に対応しながら、最大限活用できる社会資源に結びつけていくという使命がある。その点では、MSW が中心になり、次施設への入院・入所となる場合でも、自宅復帰が可能な場合でも、早期から目指していく



ことが重要である。また、長期に治療が必要な場合、回復期だけでは、完結しないため次施設への入院・入所を疾患の予後的判断が可能になった時点から、検討していく必要がある。この場合、医療関係職から速やかに疾患の予後の情報を収集し、あらゆる次施設への入院・入所ができるよう MSW が中心となり、調整していかなければならない。

この時、考えておかななくてはならないことは、疾患や障害の程度により、発症前の生活や職場復帰ができないことも多く、世帯全体として経済的窮地に陥ることもあることや青年期にある患者にとっては、将来の進むべき方向を転換せざるおえないこともあるということである。この場合は、あらゆる社会福祉制度の活用を検討することができ、身体障害者手帳などの知識を持ち、手帳の活用による雇用などの検討が出来る MSW の役割は大きい。

回復期医療機関の主な役割は、平均在院日数が短い急性期医療機関から引き続いて、再び以前の ADL や基本動作能力を獲得させるための集中的な治療や訓練を行うことである。しかし、平均在院日数が短いために改善の可能性があるにもかかわらず、急性期医療機関から直接地域に退院させてしまうと、要介護度が高い状態のまま介護サービスに移行させてしまうことになる。そのため、必要以上の介護がいるという判断がなされることにもなり、自宅での介護サービス量の増加や施設入所者の増加を招いてしまうことで財源を圧迫することに繋がる。平均在院日数が短い急性期医療機関から再び以前の ADL や基本動作能力の獲得が期待できる患者においては、急性期医療機関から直接地域に退院させない

方が良い場合もある。急性期医療機関から回復期医療機関での引き続いての治療や訓練を施行することで、患者の中には自立できることや最少限の介護サービスの利用で、生活を営むことができることもある。従って、医療保険による急性期の入院サービスから介護保険によるサービスに移行する間に要介護度を改善させる仕組みが必要<sup>11)</sup>となり、その役割を担う施設として「回復期リハビリテーション病棟」が必要となってきた。

しかし、「回復期リハビリテーション病棟」においては、いくつかの規定がある。①回復期リハビリテーションを要する状態の患者が 80% 以上入院していること②厚生労働省が定める回復期リハビリテーション病棟を要する状態及び入院が可能な期間（1～2 カ月）③自宅復帰率 60% 以上④重症度の高い患者 20% 以上などの厳しい条件をクリアしなければならない。この点においては、病床稼働率、ベッドコントロールを常に意識して調整できる専門職として MSW が役割を担っていく必要がある。また、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において、人員増員・配置に関する要望<sup>12)</sup>では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回復期リハビリテーション病棟においては、1 病棟に 1 名以上のソーシャルワーカーが必要であるとの要望が提出されている事からも MSW に期待が寄せられているのが促える。

#### 4. 維持期での MSW の役割

維持期の定義としては「全身的なさまざ

まな障害の結果、自覚症状があるかないか、状態が良くも悪くもならず、完璧に治癒することもなく、結果が緩慢で長期間持続する状態をいう<sup>13)</sup>とされている。また、維持期の特徴は①医療技術の著しい進歩により生命的危機から脱しても、完全に治癒することなく持続状態が続き死に直結する状態まで至らない慢性状態が長く継続する。②治癒に至らなくても適切な治療、管理、処置により症状が安定し、一時的に症状が寛解することもある。これを“寛解期”という。③慢性的な経過をたどる中で治療や処置、管理がうまくいかなかったり、体調の変化により症状が悪化することがある。これを“急性増悪期”という。④疾患によっては、寛解期と増悪期を繰り返しながら徐々に進行していく。⑤初期は自覚症状がないか、またあっても軽度であり、なかなか発見されない場合もある。症状の時期が一定せず、その程度もさまざまであり予測しにくい。⑥潜伏期が過ぎて、初めから慢性的に症状が長期続く場合がある<sup>13)</sup>などである。

さらに、米国慢性疾患委員会 (1956) によると「次の特徴のうち、1つあるいはそれ以上を有し、すべての機能が減退の状態、あるいは正常からの逸脱の状態を意味するとしている。その特徴として①永続的な障害②以後機能障害を残すもの③不可逆的な病理変質に起因するもの④リハビリテーションのために患者に特別な訓練が必要なもの⑤長期間の管理や観察およびケアが必要であることが予測されたもの」と定義されている<sup>14)</sup>。また慢性疾患の特徴として、米国の社会学者ストラウス<sup>14)</sup> (Strauss) は①長期にわたること、②さまざまな側面において不確かであること、③

症状を緩和するのにかなりの努力を要すること、④複数の多様な疾患であること、⑤患者の生活にきわめて侵害的であること、⑥多様な補助的なサービスが必要であること、⑦費用がかかることを挙げている。このように維持期の病態は、不可逆的に進行していくことが多く経済的にも負担がかかるとともに、その疾患が残されたため人生のすべてが、継続的な治療や管理が必要になることもある。従って、患者・家族は慢性経過のそれぞれの時期、症状と向き合いながら病院生活を送ることになる。

このように、慢性的に療養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、精神面に問題を来すことや治療・管理そして症状が一向に改善しないことで、自らの疾患に対する今後の不安による精神的苦痛をもたらす。家族においても混乱をまねくことになり、経済的負担も含めて家庭内の安定は保たれず、崩壊の危機を招く恐れもある。患者が抱えている疾病とともに生活していくということは、それまで患者が築き上げてきた身体的・精神的・社会的な価値観を変え、人生の目標や生きがいまでも変えることになることもある。また、患者によっては大きくライフスタイルを変えることになり、転職や失職が余儀なくされることもある。これにより、社会的、経済的变化への適応が迫られ、社会活動の喪失や社会的疎外感を感じることもなり、ストレスが蓄積する時期でもある。維持期において重要なことは、できるだけ早い段階で自分の抱える疾病を正しく理解して、自分のこれからの人生設計を築き上げることができるかということである。言い換えれば、病状を見極めながら家族や医療連携チ

ームの支援を受けて、最大限の可能性を引き出し、自分の生き方を見つけていけるかと言うことである。患者の人生設計の立て直しには、かなりの時間を費やすことになるが、医療実践現場では、平均在院日数の短縮が求められており、療養病棟を持っている医療機関においては、入院ができれば、ある程度の長期療養は可能であるが、待機期間が長くなかなか入院できないのが現状である。

また、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2260万人に増加することが予測されており、医療機関の平均在院日数の短縮化が益々、進行する中で質の高い終末期を迎えられるよう、基盤整備作りができるかが重要である。言うなれば、医療機関の整備に伴い病院を利用しやすくなったことと相まって、1950年代には、8割の方が家で亡くなっていたものが、1970年代後半には病院で亡くなる割合が上回るようになり、現在は8割の方が、病院・診療所で亡くなっている現状に対して、どのように今後対応していくかと言うことである。

さらに、現在、約110万人である年間死亡数は、2040年には166万人にまで達する見通しになっており、看取りを含めた医療のあり方が課題になってきている。そのためには、急速に増加する高齢者の独り暮らし世帯とともに、認知症高齢者の急増も含めた保健・医療・社会福祉の連携による地域ケア体制の整備が急務である<sup>3)</sup>。

その一方で2006年度から、MSWの配置が診療報酬に反映されることになり、地域医療連携室の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、慢性期病棟等退院調整加算、退院支援計画作成加算が算定できることになった。また、2010年度の診療報酬改定より、介護支援連携指導料の算定が可能となり、退院後に本人が介護サービスの導入を望んでいる場合、退院後から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関わる必要性が明確にされた。これは、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していくということである。

これらのことから考えると、入院時の医療連携チームの役割や構成が、退院時の医療連携チームの役割や構成と異なることもあると考えられる。入院時には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や治療ができる専門職との関わりが大きくなる。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、疾病と向き合うことが出来るよう総合的な評価をしなければならない。

退院時の医療連携チームの構成メンバーとして重要なことは、医療機関から地域を考えることのできる専門職であるということである。24時間を通した医療機関内のADLや基本動作能力だけでなく、全身状態やリスク管理を考慮して、その能力を発揮する場面は何処なのかを考えることができる専門職が必要である。それに加えて、

患者やその家族との緊密な関係を通して、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専門職がチームには必要不可欠である。この点においては、後方支援の窓口として地域医療連携室の MSW が、調整役として役目を担う機会が多くなってきている。調整部門の窓口として、どの医療機関にも地域医療連携室が設置されつつあり、人員も看護師、社会福祉士が配置されてきており、看護師は前方支援において、身体機能面を中心とした窓口調整が主とした業務である。また、病状や全身状態が安定した患者を必要に応じて「在宅・地域へ復帰させるもしくは維持期担当の施設へ移行」するために、必要な各機関との連携や広範囲の職種による連絡の窓口になり、社会資源に結び付けていく連絡・調整においては、MSW が役割を担っていく場面であると考えられる。

#### IV. おわりに

現在、医療実践現場では病状の変化を端的に捉えた病期が活用されており、世間一般に急性期、回復期、維持期の区分が周知されてきている。しかし、一般的に認識されている病期の区分は、近年の「平均在院日数」短縮傾向の中においては、改めてその役割を整理し直す必要がある。その中で、従来は固定されていても当たり前とされていた、各病期に関わる医療連携チームの構成メンバーを今後は、益々短縮化が進む「平均在院日数」を踏まえて、各病期の機能や役割を反映し、患者個人にあったチーム構成にしていかなければならない。すなわちそれは、各病期ごとの機能にあった医療連携チームの専門職メンバーに構成が

変化するということになる。

さらに医療の基本原則は、できるだけ短期間に集中して質の高い治療を提供してできる限り早期に、患者本人にあった日常生活や残存機能が発揮できる環境を整えていくことができるかである。これらのことを実現するためには急性期、回復期、維持期といった治療の各ステージに合わせて、それぞれの施設がその機能や役割を理解して、各専門職の専門性が発揮される環境になければならない。

しかし今後、「平均在院日数」の短縮化を踏まえて、入院と同時に医療連携チームは、医療の提供だけではなく社会福祉の提供も速やかにできるかが重要である。なぜならば、次施設への転院あるいは、地域へ復帰させていくためには、患者の経済状態を把握した上で、次のステージへの諸手続きや患者の身体機能を生かすことができる、社会資源の活用などが必要不可欠であり、必要な支援をタイミングよく提供することで、各病期で獲得した身体能力を最大限に発揮することができる。そのためには、MSW が患者支援の窓口となり、情報共有化のために医療連携チームの調整役として、力を発揮しなければならない。

これまでのように一つの病期の医療機関で医療が完結する時代ではなく、各病期の医療機関が医療と社会福祉を提供しながら重複関係をより少なくし、治療開始から終了まで一連の連携をスムーズに行わなければならない。そのためには、病期の区分の捉え方を曖昧にせず、各病期の機能や役割を理解しながら、各病期にあった医療連携チームの構成に、その都度変化させていかなければならない。医療連携チームは固定化されるものではなく、必要に応じて変化



し発展しなければならない。その中で医療用語が飛び交う医療連携チームの構成メンバーの一人として MSW は、素早く患者の身体的側面を把握しておくことで、どのタイミングで社会資源を活用していくことが必要か、その判断をしながら環境を整えていくことができる考える。

#### 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」『北九州リハビリテーション支援体制検討委員会』2008 年 1-5 頁
- 2) 里宇明元『脳卒中のリハビリテーション連携バス基本と実践ポイント』医学書院 2007 年 20 頁
- 3) 「医療改革の経緯現状及び今後の課題について」『厚生労働省 医療構造改革推進本部総合企画調整部会』2007 年 5-24 頁
- 4) 佐藤俊一、竹内一夫、他 1 名「保健医療サービスに対するソーシャルワークの視点、専門職連携と医療ソーシャルワーカーの役割」『新・医療福祉学概論』川島書店 2010 年 28 頁 151-152 頁
- 5) 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第 8 号』2006 年 126-128 頁
- 6) 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 2010 年 44(3) 181-183 頁
- 7) 金谷さとみ「維持期理学療法モデル」『PT ジャーナル』医学書院 2010 年 44(3) 205 頁
- 8) 山口端穂子「急性期概論」『看護診断をふまえた経過別看護 1 急性期』学習研究社 2001 年 2-29 頁
- 9) 横田一彦「急性期理学療法モデル」『PT ジャーナル』医学書院 2010 年 44(3) 191-193 頁
- 10) 山口端穂子「回復期概論」『看護診断をふまえた経過別看護 3 回復期』学習研究社 2004 年 2-22 頁
- 11) 石川誠「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題」『PT ジャーナル』医学書院 2005 年 39(5) 391-392 頁
- 12) 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
- 13) 山口端穂子「慢性期概論」『看護診断をふまえた経過別看護 2 慢性期』学習研究社 2004 年 2-16 頁
- 14) Anselm L. Strauss et al. (南裕子・監訳)：『慢性疾患を生きる。ケアとクオリティ・ライフの接点』医学書院 1987 年 1-28 頁