

医療現場における社会福祉援助技術のあり方についての一考察 地域連携機能の枠組み強化への予備的研究

上原 正希¹⁾ 清治 智樹²⁾ 川崎 智恵²⁾

1) 新潟青陵大学 看護福祉心理学部福祉心理学科

2) 新潟臨港病院

One consideration about the ideal method of the social welfare support technology
- Pilot study to the frame reinforcement of the regional alliances function -

MASAKI UEHARA¹⁾ TOMOKI SEIJI²⁾ CHIE KAWASAKI²⁾

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

2) NIIGATA RINKO HOSPITAL

Abstract

“Function differentiation” and “the construction of the effective medical system” are declared and I “examine illness, and the popular name which each hospitals cooperate not medical care to conclude treatment with a medical institution and support cooperates”, and each medical institution 1 has been built in a system cooperating as “illness disease cooperation” these days.

In the basics, the patient has an idea to live in the area that lived so long.

The patient visits a hospital for treatment in the local medical office (family medicine) which lived so long and when high medical care is necessary, visits a hospital for treatment by the introduction of the medical office (family medicine) in a large-scale scale hospital. The healing back is reorganized by form from “at-home (a medical office) to hospitalization (a large scale hospital) and at-home” (a medical office) to visit a hospital for treatment again in the medical office, and a shift change is made to a community medicine.

And, as a window of the medical institution of a side taking the introduction of the patient, each organization establishes “community medicine cooperation room” these days. Although I am almost common about the ideal method of the function of the cooperation room of each engine, however, there is few difference about the staff and the duties contents belonging to. I think that these some differences control administration greatly.

This time I inspected it about an ideal method of the cooperation room than the side of the medical social-worker who belonged to the cooperation room. As a result the result that a medical social work function got the side to be important for administration of the cooperation room from one instance example was provided.

Key words

「Community medicine cooperation room」 「Social welfare support technology」 「Cooperation」
「Social worker」

要 旨

昨今、「機能分化」と「効率的な医療体制の構築」が謳われ、各医療機関は一医療機関で治療を完結する医療ではなく、各病院同士が連携をし支援を行う、通称「病診連携」、「病病連携」として連携し合うシステムに構築されてきている。

その基礎には、患者は住みなれた地域で生活するという理念がある。

患者は住み慣れた地域の診療所（かかりつけ医）に通院し、そして、高度な医療が必要な場合には大規模・中規模病院に診療所（かかりつけ医）の紹介により通院をする。治癒後は、再度診療所に通院を行うという、「在宅（診療所）から入院（大・中規模病院）そして在宅（診療所）へ」という形に再編され、地域医療へシフトチェンジがなされている。

そして、その患者の紹介を受ける側の医療機関の窓口として、昨今、各機関は「地域医療連携室」を開設している。各機関の連携室の機能のあり方についてはほぼ共通しているものの、所属している職員及び、その業務内容については若干違いが存在する。この若干の違いが運営を大きく左右するものであると考える。

この度は連携部門に所属する医療ソーシャルワーカーの側面より、連携室のあり方について検証を行った。その結果、一事例から、医療ソーシャルワーク機能が連携室の運営に重要であるという側面を得る結果が得られた。

キーワード

「地域医療連携室」、「社会福祉援助技術」、「連携」、「ソーシャルワーカー」

はじめに

近年理想の患者像は、自身の住みなれた地域の診療所にかかりつけ医を持ち、身近で医療の提供を受け、安心な生活を地域で過ごす、そして困難な疾患が生じた場合には、近隣の中規模医療機関（以下、病院）で治療を行うのが近年理想の患者像とされている。治癒の後には、早期に病院を退院し、かかりつけ医で診療を継続する。このような「在宅（診療所）から入院（病院）そして在宅（診療所）へ」と、継続した医療の提供がされるためには、診療所と病院の連携は重要であり、そして、スムーズな移行を可能にするために、患者の情報共有システムが必要となる。このシステムの構築により、患者は地域でより安心した生活を可能し、現在、このような連携の取り組みが進められている。

この様な支援を行うための情報共有システムとして、昨今、多くの医療機関では「地域医療連携室（以下、連携室）」を設立し、運営を行っている。

連携室の機能としては、周辺地域の診療所などから紹介されてきた患者を、連携というルールに軌道させるための受付窓口役であり、その他、連携のための諸支援が行われている。

このような、診療所と病院、あるいは病院同士が連携を行うことを、通称「病診連携」、「病病連携」と言い、文字通り「病院」と「診療所」もしくは、「病院」と「病院」が連携して患者さんの診断治療にあたる。その結果、医療機関の機能分化が図れ、医療提供の効率的な運用、昨今の医療制度改革の大きな柱である、医療費削減への取り組みにもつながる。

地域の医療機関が相互に連携、ネットワークをつくることによって、地域医療の向上にも努めるとともに、個々の患者を総合的かつ継続的に地域で生活できるための、真の患者のための医療をめざすものである。その重要なポジションを担うのが「連携室」である。

連携室が、うまく機能すれば、地域において、保健医療福祉の連携に伴う各種サービスが総合的に提供できる地域完結型体制が構築されるはずである。しかし必ずしも各病院の

連携室が上手く機能しているという現状にはない。それは連携室がただの情報伝達役としての機能しかしていないことや、機関によって所属する専門職、専門職配置の違いなどの問題もあり、連携室のあり方は千差万別であるからである。このような状況を打開し、効果的な連携室運用を図るためのスタンダード作りの体制構築検討が現在必要であり、その構築策の1つに「医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）」の社会福祉援助技術が効果的な支援の一翼を担うのではないかと思ひ模索するため、研究を行うこととした。

1. 医療法の歴史と医療機関機能

わが国における医療機関機能のあり方については、時代の変遷の中、大きく変貌を遂げている。

医療法は1948年（昭和23）に制定されている。その際、終戦後まもないこともあり、医療機関の主たる機能は「医療機関の量的整備」、「医療水準の確保」、「病院の施設基準整備」、「感染症対策」が中心の時代であった。

1985年（昭和60）の第一次医療法の改正では、医療機関の量的整備が着実に実り、その後、医療資源の地域格差是正が謳われ、都道府県医療計画制度の導入がなされた。

1989年頃は、「一つの病院が患者の入院治療から在宅に至るまでに対応する一病院完結¹⁾」を目指す動きがあったものの、その後医療機関の「機能分化」と、「効率的な医療体制の構築」が主たるテーマに浮上した。

1992年（平成4）の第二次医療法改正時、このときのスローガンは医療機関の「機能分担と連携」であり、新しい概念として「特定機能病院」、「療養型病床群」が提起²⁾、それ以外に、医療機関・診療所・老人保健施設に、他の機関への患者紹介、情報提供が盛り込まれた³⁾。

1996年（平成8）の第三次医療法改正の焦点は、要介護者の増大に対応し、地域に必要な医療を確保するなど、国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を図ること⁴⁾、その後、2000年（平成12）には病院施設基準に、地域医療連携室の設置が謳われ

(特定機能病院、急性期(特定)入院加算病院) 2001年(平成13)には第四次医療法の改正、2003年(平成15)には診断群分類において包括的に診療報酬が支払われるDPCの導入(特定機能病院⁵⁾、2006年(平成18)4月の診療報酬改定では、1992年の第二次医療法改正時に謳われた「機能分担と連携」をより前進するべく、一部疾患であるものの、病院間において連携パスを使用することで地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料⁷⁾として評価され、具体的な点数化として算定できるようになり、連携に伴う評価が受けられるようになった。

2006年4月(平成18)の社会保障審議会医療部会は診療報酬改定の視点として 質の高い医療提供、医療の効率化・連携(急性期～慢性期～在宅へ)という仕組み作りが主に謳われ³⁾、この部会の意見も受け、2007年(平成19)の第五次改正医療法では、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応、医療安全の確保、医療従事者の資質の向上などが謳われた。については、急性期・亜急性期・慢性期病院、診療所、在宅といった病院の規模や患者の受療行動による流れの見直しを行い、患者が地域内で医療が完結できるシステムの構築をし、そのためにも、地域連携パス等を通じ医療機能の分化・連携を推進、患者に転院・退院後も考慮した切れ目のない医療を提供し、早期に在宅生活へ復帰できるように支援するということが謳われ、1992年(平成4)の第二次医療法改正時のスローガン、「医療機関の機能分担と連携」は現在も医療機関の構造変化への基礎をなしている。

2. 地域医療連携室

「地域医療連携室」の主たる業務については図1、また、イメージ図としては図2・図3を参考にしていきたい。連携室とは、周辺地域の病院や診療所から紹介されて医療機関に受診する患者の相談・受付の窓口役である。昨今、病院と診療所あるいは病院同士

が連携、通称「病診連携」、「病病連携」として診療にあたることの必要性が重要視されている中で、各機関においても周辺地域の診療所や施設と協力してネットワークを作り、地域医療の向上に努めるとともに、患者が安心して病院にかかれる一つのプロセスとして連携室を立ち上げている。

初診・慢性的な疾患の場合、地域の診療所(かかりつけ医)で診てもらい、入院が必要な場合、より専門的な治療(検査・手術など)については病院が受け持つ。診療所から紹介を受けた患者に対して専門的な治療を終了した場合には、紹介元の診療所に逆紹介し、そこで継続的に治療していただく。昨今、医療の場では「一医療機関完結型医療」ではない、「地域完結型医療」へのシフトチェンジがなされている。地域の各機関で相互に連携し、業務を推進することにより、個々の患者を総合的かつ継続的にケアし、真に患者さんのための医療をめざすことを可能にするものである。

【業務・機能】

- 紹介医からの対応
- ・紹介への対応
- ・紹介患者の受診・退院に応じた紹介医への連絡
- 紹介患者のデータ管理(地域おける患者の情報共有)
- 紹介患者の来院準備
- 高度先進医療機器の地域共同利用
- 地域医療活動の参画(勉強会・住民への医療講座など、普及活動)
- 他病院・診療所・施設への転院及び逆紹介など

図1 地域医療連携室の主たる業務

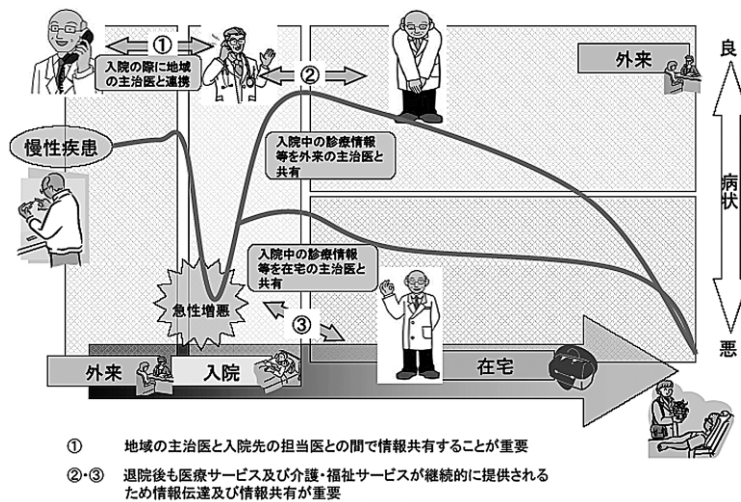


図2) 後期高齢者における医療連携のイメージ¹¹⁾

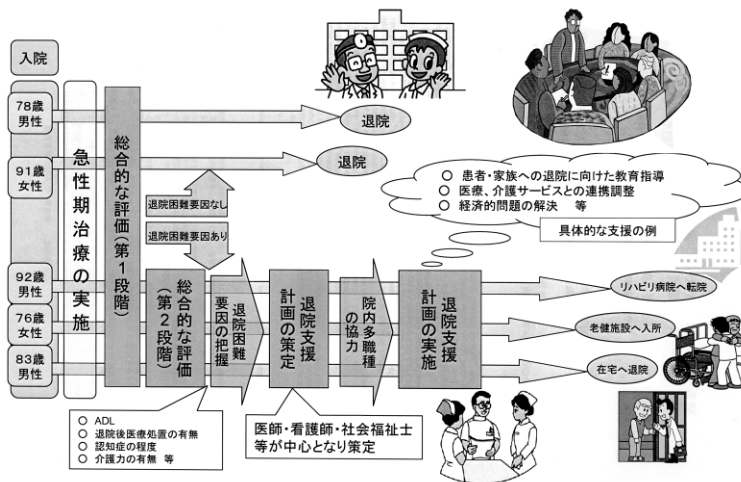


図3) 後期高齢者の入院から退院の流れ¹¹⁾

3. 連携の難しさ

連携室に所属している職員は各機関により若干異なる。主たる職員は、MSW、看護師・事務員などであるが、この専門スタッフの配置の「若干の相違」が連携室のあり方に大きな影響を及ぼしている。

連携室には「病院」と「診療所」、「病院」と「病院」の架け橋という連携役であるという役割ともう一つ、職種間の連携や機関内連携のあり方が最も重要である。

医療の場における「連携」とは、患者に対するチームアプローチである。チームアプロ

ーチとは、支援を行う上でのネットワーク（通信網）であり、このネットワーク機能が快適に機能しなくては、有効性のある支援、つまり患者支援を効率良く構築しえることはできなく、院内のチームの連携が快適に促進されていないならば、外部に対する連携は困難なものになる。

多職種による支援は、「本来はケアの質を高めるはずであるが、チームワークが適切に行われていないと、軋轢、確執、役割の混乱などが生じる」¹⁰⁾「チーム医療においては一致した理念も大切になる。その理念は、病院の特性や理念など治療理念の一致し、その結果、

理念に沿った役割遂行が可能になると考える。¹⁰⁾いかに共通認識を持って、各専門職の専門性(役割)を生かし、協調し合い、業務遂行していくかが重要である。

4. 事例『新潟臨港病院における地域連携と退院調整』

(1) 新潟臨港病院の地域連携部門

新潟臨港病院は、入院病床199床の中規模病院である。以前は「総合病院」を標榜していたこともあり、常勤医のいる内科、整形外科、外科・肛門科、産婦人科、歯科口腔外科を中心に診療科は18に渡り、新潟市東区の中核的医療機関の一つとなっている。急性期疾患対応のほか、49床の療養病床(医療保険)を有し慢性期療養にも対応しており、その医療機能は幅広いものとなっている。

しかしながら、地域連携機能や退院調整機能に関しては旧態依然とした感は否めなかった。

「地域連携室」は、主に紹介状や返書の管理、開業医等からの診療予約、入院依頼、医療機器開放の窓口業務を事務職2名が病歴管理業務と兼務して行っている。また、ベッド管理を行う看護職がアドバイザー的に地域連携室職員をフォローする体制である。

「医療相談室」は、訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所といった在宅看護・介護部署と同じ「社会医療事業部」に属し、MSW2名でソーシャルワーク機能の一環として退院支援を行ってきた。また、他院MSWからの療養病棟への入院相談にも対応し、退院に関する「後方連携」と入院に関する「前方連携」を同時に担っている部署でもあった。

(2) 退院調整部門の創設(H18.7)

看護職の立場から継続看護的支援を行うこと、ならびに早期退院の促進を目的に、看護職が介在する退院調整部門が創設されることとなった。その経緯と詳細については、検討段階でMSWに相談がなかったため不明である。医療相談室にMSW1名の異動について相談があった時点では退院調整部門の創設は

すでに決まっており、大まかな流れや配置人員等も看護部長と医療相談室の上長である社会医療事業部長(看護職)との話し合いで決定されていた。

調整の必要なケースを早期に把握・介入するため、入院患者全員にスクリーニングを行い退院調整の必要なケースを選定する仕組みで、在宅生活の現状を理解している看護師(訪問看護、ケアマネジャーの経験あり)を専任(1名)とし、MSW(1名)が医療相談室との兼務となった。

基本的には専任看護師が中心となりMSWとともに運営方針や業務マニュアルを企画した。退院調整部門として外部との連携機能も全て対応することとし、専任看護師とMSWとで近隣の居宅介護支援事業所や介護保険施設等に挨拶回りを行った。

この退院調整部門は「地域支援室」と名づけられ、医療相談室同様、社会医療事業部に属され在宅看護・介護支援部門の一つとして位置づけられたが、この組織上の位置づけおよび名称については、後に課題にもなった。

「地域支援室」の業務、運用方法は(図4)のとおりとされた。

(3) 退院調整部門(地域支援室)の運用と問題点

1) スクリーニングケース依頼

ケース依頼数も当初の予想に比べて少なかった。マニュアルでは専任看護師はケースに長期的に関わるのではなく短期間で継続看護・医療依存に関して調整し、長期的に介入支援が必要であればMSWに引き継ぐこととしていたが、結果的に専任看護師も長期的に退院調整に関わりMSW同様の役割となっていた。

2) ケース介入

病棟では地域支援室が退院計画のマネジメントの中心となると考えて積極的な関わりを期待していたが、地域支援室ではあくまで病棟看護師との役割分担を行っていた。そのため病棟・地域支援室双方の認識の違いが生まれてしまった。

図4 新潟臨港病院 地域支援室（H18.7～H19.6）の業務・運用方法

<p>1) 業務内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅退院調整（処遇方針決定支援、居宅介護支援事業所などの地域保健福祉機関と連携窓口、退院時カンファレンス調整、退院指導確認など） ・他院や介護保険施設から入院となったケースの再入所（転院）調整 ・施設入所や転院に関する相談・調整 <p>2) 運用方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟看護師が入院1週間以内にアナムネをもとに退院調整の必要性を入院患者全員にスクリーニングして提示し、ケース介入依頼となる。 ・スクリーニングされたケースについて医師・病棟看護師とともに方針の確認、当室の介入について了解を得る。早期に当室が関わることで本人や家族の退院方針を決定できるように支援する。 ・地域支援室での担当者を決定する。 <p>基本的には…在宅復帰するケースについては専任看護師が担当。 施設入所や転院希望のケース、他病院や介護保険施設から入院となったケース、介護保険以外の社会福祉制度の導入・調整が必要なケースはMSWが担当。 その他、スクリーニング前に相談に来たケースや以前より関わりのあるケースは相談のうえ担当者を決定。</p> <p>(在宅復帰の場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟の退院指導や医療継続をチェックする。 ・退院後も当院の通院が継続する場合は、外来へ支援経過と継続する問題について情報提供する。 ・退院後の生活や医療継続について外来や地域医療福祉機関に確認し、退院調整の評価をする。
--

3) 外部との窓口機能として

地域医療福祉機関より問い合わせの窓口がわからないという意見が多々あった。医療相談室・地域支援室・地域連携室、病棟などケースによって連絡窓口が異なり、外部機関より「連絡するときどこに連絡すべきか迷う」、あるいは「連絡しても話がスムーズに進まない」という意見もあった。また、院内においても各部署の名称が似ていることもあり、医療相談室・地域連携室・地域支援室の各々の役割について理解されていなかった。

4) 「地域支援室」の廃止（H19.6）

地域支援室専任看護師の退職に伴い「地域支援室」は一旦廃止となり、退院調整機能は「医療相談室（MSW）」に戻る形となった。

しかしながら、この一年、退院調整に看護職が能動的に携わったことから、病棟看護師がもっと積極的に退院調整に関与しようとの機運が高まり、退院患者の処遇方針を策定する段階において病棟看護師がイニシアチブをとり、MSWへのケース介入および面談前に処遇方針が定められる傾向が強くなった。また「病棟看護師であってもケースカンファレンスを行い、退院調整は可能」との意見もあり、以後ケースのMSWへの介入依頼は病棟看護師の基準で行うことになった。大まかには、介護保険サービス利用希望（未申請）

施設入所希望（施設からの入院は除く）

入院前の環境に戻ることでできないケースである。

(4) 退院調整部門と院内連携に関する考察

訪問看護やケアマネジャーの経験者であり、在宅介護の現状を理解している専任看護師が退院調整に介入することで、病棟看護師も在宅生活へ移行する継続看護の視点を学ぶ好機となったという意見も聞かれ、同様にMSWも地域支援室の看護師とともに退院調整にあたって今まで見落としがちであった医療継続の視点を学ぶことができたことから、看護師とMSWがコラボレートして退院調整にあたる利点を実感したところである。

一方、院内で地域支援室の役割に関する認識が統一されていない上、院外の地域保健福祉機関へ病棟より直接連絡する場合もあるなど、窓口がはっきりしないことで外部の機関を混乱させていた面もあり、地域の連携先機関が病院の連携担当者に何を望んでいるかを考慮していなかった点が否めない。また、「入院患者」のケースについては地域支援室、「外来患者や、入院患者であっても社会福祉制度説明のみ」のケースについては医療相談室という分担にしていたため、相談の継続性、連続性がなく、我々MSWや外部機関だけでなく患者や家族に対しても不便なものであ

た。患者のライフイベントをシームレスに捉え、必要な援助を行っていくという視点が不足していたのではないだろうか。

退院調整に関する職種がチームとして集まって検討する機会がなく、退院調整システム自体の評価方法がはっきりしていなかったことも反省の一つであり、より良い退院調整システムの構築のためには院内のスタッフの共通理解が第一と考える。退院調整部門開設の段階から退院調整に関わる全ての職種で密な話し合いが必要であったのではないだろうか。退院調整システムの構築とそのための、院内の共通理解には多くの時間がかかり、幾多も試行錯誤してより良いものに作り上げていかなければならない。また、退院調整の専任看護師が病棟看護師に近い立場で医療・看護面についてフォローし、MSWにケース介入依頼していく形が理想的と考える。他部署の看護師から本人の状態や治療・相談の進捗についてチェックする形になると「従来のMSWの退院支援と同じ」という感覚となるのではないか。

昨今「退院調整看護師」という役割が看護界で注目を集めている。また退院調整は病棟看護師でも可能という考え方もある。確かに看護師は看護・医療の立場で退院後の生活について一緒に考えることができる立場であるが、患者・家族の立場で生活を全体的にとらえることができるだろうか。医療・身体ケアを中心に継続看護を目指す「看護師」と、患者と家族の生活ステージの再構築を目指す「MSW」・・・各々の役割、専門性とは何かを理解する必要があり、そのうえで「協働」できるのではないだろうか。

地域支援室が開設・廃止となった結果、退院調整については医療相談室で対応することになり支援室開設以前のケース介入依頼の方法に戻ったが、基本的には病棟看護師が主導となって退院調整をしているのが現状であり、MSWのソーシャルワーク介入は以前より困難な状況になったように感じられる。看護師とMSWのお互いの専門性を理解し協働していく、また、他職種を巻き込んだチームアプローチを実践していくにはどのようなシステムが必要なのか、今後も検討・模索して

いく必要があると思われる。また、お互いの職種と専門性を理解するだけでなく、MSWはMSWの、看護師は看護師の役割を自ら認識する必要もあると考える。

(5) 退院調整・地域連携とMSW

ここまで「退院調整」を中心に主に看護師とMSWの協働、退院調整部署と病棟等との院内連携を中心に考察してきた。

しかしながら退院調整は決して病院内で完結するものではなく、地域の保健・医療・福祉関係機関(職)にとどまらず、フォーマル、インフォーマルを問わず患者・家族を取巻く全ての環境を調整することで完成するものである。残念ながら「退院後の生活をデザインするのはケアマネジャーであるから、病棟看護師とケアマネジャーとで連携できれば大丈夫」との誤解を生じている面がある。患者の退院後の生活は、介護保険のみに支えられているわけではない。本来、退院調整機能にはケアマネジメントを含めたソーシャルワーク機能が求められるのではないだろうか。退院調整が地域における各種資源の連携の上で成り立つものと考えるのであれば、ネットワークの一要素である医療機関に所属するMSWの役割機能もまた地域連携に寄与するものでなければならない。

また、退院調整は在宅復帰だけではなく、施設入所が選択肢となることもあり、福祉施設、とりわけ入退所の窓口となる支援相談員や生活相談員といったソーシャルワーカーとの連携調整は欠かせないものである。施設入所後の受診や再入院調整など、病院を退院した後もソーシャルワーカー間の関与が継続するということは日常茶飯事である。こうした面を考えると、地域連携における病院側の関わりを「退院支援」、「入院調整」といった断片で捉えることの無理が生じてくる。病院側が地域の機関に対して何を求めるかを考えるのと同時に、地域の機関は病院に対して何を求めているかの視点を持ち合わせなければ、よりよい連携関係の構築はできないだろう。

退院調整や地域連携については、2008年(平成20)診療報酬改定においてより具体的に体系化されるものと考えられる。「退院調

整」については、看護師や社会福祉士による退院アセスメントや退院支援計画の作成が明文化されそうであるし、地域連携についても介護事業者との積極的な情報交換と共有についての方針が明確になりつつある。大腿骨頸部骨折などの地域連携クリティカルパスの運用にあっても、地域・医療機関によってはMSW間を窓口とした連携が実際に行われ始めている。

また、2007年（平成19）12月5日に公布された「社会福祉士及び介護福祉士法」改正においては、社会福祉士の業務定義として「福祉サービスを提供する者又は医師等の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡・調整」が明確化された。

医療・保健・福祉の架け橋たるソーシャルワーカー（社会福祉士）の役割が明確化され、診療報酬上でも退院調整や地域連携においてソーシャルワーカーに求められる機能が更に明文化されようとする中、前方連携、退院調整、後方連携の各機能が病院の中で分散された状態でも支障なく運用されるためには、MSWと他の各職種・各部署間の院内連携の強化が尚一層求められるとともに、業務分担の明確化が必要である。

しかしながら人員に余裕のある病院であればともかく、中小病院で前方連携、後方連携、退院調整の役割について個別にMSWを配置することは、現実的には難しい。また、各機能が分散することによる弊害、問題点は前述した我々の地域支援室を通じた経験のとおりである。地域の社会資源を把握し、病院と地域の各資源との結びを担ってきた従来のMSWの連携機能を発展的に捉え、前方連携および退院調整を含めた後方連携をシームレスに行うことが理想的ではないだろうか。

また、入院加療を担う病院と在宅医療を担う開業医との機能分担が伸張する今日において、退院調整は患者の医療継続の面から開業医との連携がますます重要視されるであろうし、地域連携はMSW一職種だけでは完結しないことは言うまでもなく、病院においては医療職、とりわけ看護職が持ち得る専門性と機能がMSWの機能とコラボレートされることが望ましいだろう。

(6) 「地域医療福祉連携」に向けて

～新潟臨港病院における展望

新潟臨港病院では、外来診療に関する相談、紹介受診、入院予約、検査及び機器使用予約といった前方連携的業務は「地域連携室」が、福祉・介護施設への入所や他の療養型病院への転院といった後方連携は「医療相談室」が担っていた。ところが前方連携であっても自院の療養病床への入院相談や福祉制度の対象となる患者の入院相談は、社会的・福祉的背景を伴った入院であり、他院の医療相談室（MSW）からの相談が殆どであるため、前方連携であっても医療相談室が窓口となることが多い。連携室と医療相談室の業務が重複混在している状況といえる。

また、後方連携にあっても、先述の「地域支援室」における専任看護師とMSWによる退院調整の実績から、退院後の受診の必要や、医療処置の継続など、主に継続医療・継続看護の面において医療相談室（MSW）のみの支援では不十分な点があることが否めず、看護職の関わりが大変有用であることがわかった。また退院後フォローにあたる開業医への逆紹介の場面では連携室との役割分担に迷うこともあった。

「地域連携室」、「地域支援室」、「医療相談室」のそれぞれが断片的に患者（ケース）に関与することで、相談や調整の連続性が保ちにくく、また外部機関の担当者にとってわかりづらい状態であるといえる。機能を専門化、分担するだけでは不十分で、それらを有効に連携させること、窓口調整機能を一元化することなど改善の必要がわかった。

こうした観点から、従来病院が持っていた医療連携機能とMSWの持っていた医療福祉の機能を統合且つ強化した新たな「地域医療福祉連携」を模索すべく院内の組織・業務・配置人員の見直し、連携窓口の再構築を目指しているところである。具体的には、地域連携室と医療相談室を統合させ、看護師、MSW、事務職の各職種を配置した「地域連携センター」の構築を目指すものである。但し、MSWの専門性、福祉的立場を損ねないよう「医療福祉相談室」をセンター内において存続させる構想でもある。また、この部門は今

後、診療報酬改定に伴う「地域連携クリティカルパス」、「退院支援」、「医療介護連携・情報共有」の仕組みに対応していくことになるだろう。また、患者個々のケアマネジメントやケースワークだけでなく、病院を含めた地域での医療福祉ネットワーク構築場面などにおいて、今後コミュニティワークの拠点にも成り得るものと考ええる。

5. 結論

MSWはもともとの業務の特性上、社会的な結びつきも強く、多くの社会資源とも結びついていることは承知の事実であろう。であるのなら、患者へのマネジメントは容易であり、かつ、スタッフのマネジメントも中枢をなし、担うことが最も有用であろう。先にも記載の通り「退院調整」がスムーズに行われることにより「疾病患者より生活者へ」というスムーズな移行を可能とする。退院調整がすべてではないものの、退院調整が不十分だと連携もうまくはいかない。

退院調整の成功が地域連携を可能とし、又、地域連携を補完するものである。

地域連携部門は、良好且つ整理された院内連携はもとより、地域の保健医療福祉関係機関をはじめとする諸資源との関係構築と連携を目指し、各職種（看護師・MSW・事務職）の専門性を生かしつつも、チームとしての機能向上を図る必要がある。また、生活者たる患者を支えるという観点に立ち、福祉分野との連携を含めた「地域医療福祉連携」を構築すべきであり、そこにはソーシャルワーカーが持つ社会福祉援助技術が求められるのではないだろうか。

6 おわりに

今後も医療制度改革の風は、各医療機関に対して厳しさを増してくるであろう。そのような中、各医療機関・診療所も各一つの独立した事業者として生き残りをかけ、尽力していかなくてはならないであろう。いかに共存共栄、あるいは機能・役割分担という見方に立ち、これからは医療提供のみだけではない、

経営面をも視野においての連携を摸索する時代になろう。

この度の研究は、連携室における社会福祉援助技術のあり方についての研究の第一段階の予備的研究である。本研究にて、一医療機関の連携部門の状況を把握し、当初仮説で立てた社会福祉援助技術が効果的な支援の一役を担うのではないかという部分に関し、有用なものであるとその効果を多少なりとも強固にできた。

今後、新潟県の連携室設置機関とも共同し、連携室におけるMSWのあり方について、今後、研究を継続していく予定であり、継続し連携室の問題点、より効果的な機能のあり方を今後も模索していこうと考えている。

謝辞

本研究の執筆、事例使用に関し、御協力をいただきました医療法人新潟臨港保健会 新潟臨港病院 院長 霜鳥 孝先生をはじめ多くのスタッフの皆様に深く感謝いたします。ありがとうございました。

付記

本報告における役割分担は、下記の通りである。

上原：分析と考察、執筆。

清治・川崎：事例分析と考察、執筆。

引用・参考文献

- 1) 田野倉浩治．医療事務Openフォーラム - 地域連携バスと療養型病院．月刊保険診療．東京：医学通信社．2007；68．
- 2) 山路克文．一般病院における医療ソーシャルワーカーの一考察．新潟青陵大学紀要．2003；3：2．
- 3) 小竹敦司．これからの地域医療連携のありかたと中堅病院の対応．看護部長通信．2006；4：pp92-96．
- 4) 佐野文男．医療法改正の経過．北海道医報．1997；880：pp2-5．
- 5) 杉崎千洋．病院における地域医療連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化．平成16・17年度科学研究費補助金国内調査研究報告書．2006
- 6) 一部疾患とは、大腿骨頸部骨折であり、かつ、大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術を実施しているものに限定されている。
- 7) 地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料の診療報酬はそれぞれ1,500点である。
- 8) 厚生労働省．良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案の概要．
<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/kanrenhouan02a.html>>．
2007.12.13
- 9) 地域連携バス等とは、「等」については「地域連携バス」及び「クリティカルバス」について指している。
地域連携バスとは：急性期から慢性期に至る医療機関の連携バス（医療連携クリティカルバス）を地域まで延長し、保健・福祉のサービスを連動させること。
青森県三八地域県民局 地域健康福祉部 企画調整室．
<<http://www.pref.aomori.lg.jp/sa-kikaku/houkatsu/houkatsu.html>>
2007.12.13
クリティカルバスとは：医療の内容を評価・改善して、質の高い医療を患者さんに提供することを目的として、入院から退院までの計画を立てたもの。患者さん用には、検査の予定や治療の内容、リハビリテーションの計画、いつ頃どの様な状態になれば退院することができるかなどを、一覧表している。
筑波記念病院．
<<http://www.tsukuba-kinen.or.jp/column/timely/030501.html>>
2007.12.13
- 10) 渡辺俊之．チームアプローチについて．月刊理学療法．2007；24巻4号
- 11) 図2・図3については、平成19年10月12日開催の中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第101回） 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の「後期高齢者医療について-後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子について」の資料「入院医療について」資料（診-3）pp2～3より。