

# 退院支援における医療ソーシャルワーカー と介護支援専門員の連携に関する考察

---

—チームアプローチにおけるソーシャルワーク  
の

調整機能について—

11sw1110 小林育美

## 目 次

目次	i 頁
序章	1 頁
第 1 章 退院支援における医療福祉連携	2 頁
第 1 節 医療福祉連携が進められてきた背景	2 頁
第 2 節 医療福祉連携に関する理論的枠組み	5 頁
第 3 節 介護支援専門員の業務実態	8 頁
第 2 章 退院支援における MSW と介護支援専門員の連携の現状	11 頁
第 1 節 MSW から見た退院支援における連携の課題	11 頁
第 2 節 介護支援専門員から見た退院支援における連携の課題	16 頁
第 3 章 事例の考察	20 頁
第 1 節 事例概要	20 頁
第 2 節 考察	22 頁
第 4 章 退院支援における MSW と介護支援専門員の連携の課題と対策	25 頁
終章	30 頁
注	31 頁
参考文献	33 頁

## 序章

本論文のテーマは、退院支援<sup>(1)</sup>における、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）と介護支援専門員(以下ケアマネ)との連携である。このテーマを選んだ理由は、病院実習に向けた事前学習の中で、病院と地域の在宅支援関係者が連携する重要性と、そこにある課題に興味を持ったからである。

患者の利益や自己決定を尊重した退院支援には、MSW が専門的知識・技術を持ち、院内連携体制が整っていることに加え、地域で患者を支える在宅関係者、特にケアマネとの適切な連携が重要である。しかしながら、松岡によれば、多職種チームワークは、その体制さえ整えば問題を解決できるというイメージがある一方で、「言うは易し行うは難し」というのが実状である。多職種チームワークに存在する様々な障壁を克服するためには、チームワークに関する知識や技術が必要である(松岡 2000)。近年、MSW とケアマネの連携をはじめ、様々な領域において、多職種連携の必要性が論じられている。しかし、松岡が指摘するように、多職種チームワークには様々な障壁があり、それらを克服するためには、多職種チームワークを活用するスキルが必要である。

MSW とケアマネとの連携について、これまで多数の先行研究がなされている。しかし、その内容の多くは、退院支援における MSW から見たケアマネとの連携のしづらさ、あるいはケアマネから見た MSW や病院との連携のしづらさを、アンケート調査やインタビュー等で明らかにし、その対策として全国で行われている様々な取り組みを紹介するにとどまっている。それらの中に、MSW とケアマネがそれぞれ認識する課題を整理・比較し、考察しているものは少ない。筆者は、先行研究による調査結果や考察を踏まえ、これまで明らかにされた課題を整理し、チームワークを促進する対策を考える必要があると考える。

そこで、本論文は、先行研究によるアンケート調査等で明らかになった、退院支援における連携について、MSW とケアマネがそれぞれ認識する課題を、その性質によって整理し、対策を考察することで、MSW とケアマネの円滑でよりよい連携を実現する方法を模索することを目的とする。

第 1 章では、退院支援における医療福祉連携推奨の背景にふれた上で、多職種連携に関する定義や理論的枠組み、ケアマネの業務実態をみていく。第 2 章では、先行研究から、MSW とケアマネがそれぞれ認識している連携の現状を明らかにする。第 3 章においては、筆者の実習における体験から、MSW とケアマネの連携について考察する。第 4 章は、第 1 章から第 3 章までを踏まえた、MSW とケアマネの連携における課題の整理と、対策の考察

とする。

## 第 1 章 退院支援における医療福祉連携

退院支援における MSW とケアマネの連携上の課題を考察するにあたり、本章では、第 1 節でこれまで医療福祉連携が進められてきた背景を整理し、第 2 節では医療福祉連携の理論的枠組みについて述べる。第 3 節では、ケアマネの資格や業務の概要、現在置かれている状況について整理する。

### 第 1 節 医療福祉連携が進められてきた背景

医療と福祉の連携の重要性が強調されて久しい。だが、医療福祉連携には様々な形態がある。医師をはじめとした医療職と、MSW やケアマネなど福祉職の職種間の連携に関心を向ける場合と、病院という機関と在宅医療・福祉のサービスを提供する地域との連携に関心を向ける場合である。本論文では特に後者に焦点を当てて、医療福祉連携を考えるが、本節においては、まずこの両者が必要とされるに至った背景を整理する。

医療福祉連携が求められる背景の一つとして、医療において生活モデルの考え方の必要性が高まったことが挙げられる。1970 年代、高齢化の進行、慢性疾患の増加、医療技術の向上を背景に、何らかの医療を必要とする障害者や高齢者が増加した。安留孝子によれば、病気や障害を抱えながら生きる人を支えるには、その身体に生じている医療的な問題だけでなく、その人の生活における問題にも目を向けなければならない。なぜなら、人間は生物学的存在であると同時に、人や社会とのつながりを持つ社会的存在であるからである。自分らしく生きるということは、人間の身体と心、それらが一体となって営む社会との関わりの全てが、自身の意思に沿って総合的に営むことができることなのである(安留 2010: 16-17)。疾患や患者のニーズが多様化、複合化しつつある現代における医療には、そういった患者を総合的に捉える視点からのケアが求められている。

しかしながら、医師や看護師をはじめとした医療職が、患者の医療的問題に加えて、生活問題まで捉えるのは困難である。そのため、医療機関において、患者の生活問題を把握し、患者の利益や自己決定を尊重するために必要な支援を判断する MSW といった職種の

重要性に関する認識が高まり、医師や他の専門職と対等で、かつ協働的なチームによる連携が重要になってきたといわれている。

さらに、1997年の第三次医療法改正から始まった地域医療、在宅ケア推進の流れや、2000年の介護保険制度の導入により、退院後の療養生活を視野に入れた退院方針を立てることが医療側に求められるようになり、病院は、院内での職種間の連携だけでなく、ケアマネや訪問看護師、保健師など、地域で在宅医療・療養を担う専門職との密接な連携が必要不可欠となった。

これらの医療福祉連携が強調される流れは、これまでの政策動向をみればよくわかる。1980年代、ノーマライゼーションの考え方が普及したことで、住み慣れた地域での生活を継続するための自立支援、在宅医療・ケアが推奨された。また、1985年には医療法が制定以来初めて改正され、地域内の体系的な医療提供体制の整備を促進する内容が盛り込まれた。さらに、1980年代は保健医療福祉が連携した総合的なサービス提供の基盤づくりが計画的に進められ、1989年にはゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十か年戦略)が策定されるなど、高齢者の在宅生活を支える基盤が制度上形づくられていった。

1997年の第三次医療法改正では、「医療提供にあたっての患者への説明と理解(インフォームドコンセントの努力義務の規定)」、「地域医療支援病院の創設」などの内容が盛り込まれた。佐藤俊一・竹内一夫によれば、地域医療支援病院の整備は、プライマリーケアを受けもつかかりつけ医や中小病院、それらを支援する地域医療支援病院というように、地域の医療機関の役割分担を進め、病院完結型医療ではなく、地域完結型医療の実現を可能とする大きな改正であったとされる(佐藤・竹内他 2010:75)。

3年後の2000年には、「入院医療を提供する体制の整備」を主たる目的とする第四次医療法改正が行われた。それまでの医療法改正においても、医療機関の機能分化は進められてきたが、4つある病床区分のうち「その他の病床」に含まれる病床の機能区分が不明確であったため、この改正で「その他の病床」が「一般病床」と「療養病床」に分けられ、さらなる機能分化が推進された。さらに、同年に保健・医療・福祉サービスを総合的に利用できる仕組みとして介護保険制度が導入されたことにより、在宅療養の状況が大きく変化し、退院時のケアマネとのスムーズな連携が、患者の在宅医療の整備に欠かせない業務となった。

2005年には医療制度改革大綱が制定され、入院期間の短縮、地域医療連携体制の構築、患者への情報提供の推進、根拠に基づく医療(EBM)が取り上げられた。2006年の第五次医

療法改正では、「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革」を基本的な考えとし、患者が医療に関する情報を十分に得た上での、適切な医療の選択を支援するため、入退院時における治療計画等の文書の交付と説明を定めた。この改正では、医療における患者の権利について、これまでのようにインフォームドコンセントやセカンドオピニオン等によって「患者の知る権利」を守るだけでなく、患者が自身の医療の決定権を持ち、入退院時の治療計画の説明を受けて自ら「選択」していくという形で、患者の権利を守るという考え方に変化してきている(厚生労働省 2014)。

ここまで 1980 年代から 2006 年までの政策動向の概略を見てきたが、佐藤・竹内他は、この時期に行われた制度改正によって、効率的かつ効果的な医療を推進する流れが強調されるとともに、患者中心で、開かれた医療にシフトしたと指摘している。さらに、社会福祉も自己決定、自立支援を基礎に効率的かつ効果的なサービス提供に取り組みはじめ、支援の方法に関しては、措置から契約へシフトし、医療と福祉の二つの領域は、制度的にも方向性を一致させることが可能な状況になったと述べている(佐藤・竹内他 2010:28-29)。今後は、効率的かつ利用者中心の支援体制の実現に欠かせないとされる、地域完結型ケアの必要性はより一層高まると考えられ、院内・院外の医療職と福祉職の多職種によるさらなるチーム志向の活動が求められるだろう。

最後に、医療と介護の連携が、近年診療報酬・介護報酬においても評価されるようになった点にふれておきたい。医療と介護の連携強化に関する報酬の中で、社会福祉士やケアマネが係わるものは、診療報酬の退院調整加算、退院時共同指導料、介護支援連携指導料、介護情報提供料等が挙げられる。介護報酬については、2009 年の介護報酬改定で、医療との連携を充実させる視点から、医療連携加算、退院・退所加算が新しく創設された。さらに 2012 年の介護報酬改定では、医療との連携を強化する観点から、医療連携加算、退院・退所加算について算定要件及び評価等の見直しが行われている。また、この改定によって緊急時等居宅カンファレンス加算<sup>②</sup>が新設された。

医療と介護の連携が、「報酬」として制度上に位置づけられたことは、在宅支援を効率的で質の高いものとしていくために、医療福祉の連携が不可欠である事が公的に認知されるようになったことを示している。それだけではなく、報酬として制度に反映されるまでは、現場それぞれの努力によって行われてきた連携業務が、制度による裏づけがされたことで、どの現場でも当然に行われる業務として認識されるようになり、体制面も整いつつあることを表していると言えるだろう。

## 第2節 医療福祉連携の理論的枠組み

まず、医療・福祉領域における多職種連携の定義と形態についてふれたい。松岡千代によれば、多職種連携あるいはチームワークという概念について、これまで多くの定義がされてきたが、それらには「2人以上の異なった職種で構成されること」「共通の目的・目標を持って共に働くプロセスであること」などが共通している。そこで、ここでは多職種連携・チームワークを「2人以上の異なった職種で構成され、共通の目的・目標を持って共に働くプロセス」と定義する(松岡 2010:114-117)。多職種連携の形態としていくつかのモデルが知られており、そのおかれた状況によって適したモデルが異なるとされる。それは、表1に整理したマルチモデル、インターモデル、トランスモデルである。

表1 チームワークモデルの特徴

	相互作用性	役割の開放性	階層性
マルチモデル	小	ほとんどなし	あり
インターモデル	大	部分的にあり	なし
トランスモデル	大	あり	なし

(出典)松岡(2009:316)

マルチモデルは、医学モデルに基づくもので、医師を頂点とした職種間の階層性があり、救命救急など緊急性の高い課題に適したモデルである。インターモデルは、メンバー間の関係性が対等で、意思決定はチーム全体で行われるモデルであり、慢性疾患患者や難病患者へのケアに適している。慢性疾患患者は疾病に関する問題だけでなく、心理・社会的問題を複合的に抱えているからである。このモデルでは、各職種の知識・技術・役割・責任がしばしば重複するため、葛藤や競争が起きやすいとされる。トランスモデルは、当事者をチームの一員として取り込まなければ解決が難しい課題(児童虐待問題など)に有効なモデルとされる。「役割解放」を特徴とし、職種間に階層性はなく、知識と技術を共有して展開される。これら3つのモデルを「相互作用性」「役割の開放性」「階層性」から示しているものが表1である。

しかしながら、この3つのモデルを明確に区別することは難しい。なぜなら、横山正博

が述べるように、チームは、利用者の生活課題や利用者を取り巻く環境の変化に対応しながら、その様相が変化していくためである。つまり、患者が入院し、急性期、回復・リハビリ期を経て、在宅復帰に向けた準備期に入り、在宅生活を開始するまでのプロセスの中で、チームは利用者の生活課題に応じて流動的かつ臨機応変に構成されなければならないのである(横山 2010)。専門職間の関係や、当事者のチームへの参加度合等から、表 1 で示したチームワークモデルは一般的に急性期から在宅生活開始期に向かって、マルチモデルからトランスモデルに変化していく過程を踏むと言われるが、必ずしもそのような流れになるとは限らない。現実的には患者の状態や生活課題によって、チームに適したモデルは順序に関わらず変化する必要性が生じる。

本論文で扱う退院支援における多職種連携は、横山が挙げた急性期から在宅生活開始までの 4 つの過程のうち、当事者を含めたチームが、より対等な立場で利用者の生活問題の解決に取り組む、在宅復帰に向けた準備期から在宅生活開始期の段階にあたる。また、表 1 で示したモデルにおいて、在宅支援を行う段階のチームワークは、急性期を脱し、利用者を含めメンバー間の階層性はあまり見られず、相互作用性、開放性が強まるインターモデルあるいはトランスモデルにあたるといえるだろう。

ここまで、医療・福祉領域における多職種連携の定義と形態について述べてきたが、実際に多職種チームによるアプローチで問題を解決するには、様々な障壁(バリア)があることがわかっている。その障壁とは、①周辺環境の問題、②専門職自身に関わる問題、③多職種チームワークの展開上の問題<sup>③</sup>である。障壁を克服するためには、メンバーがお互いの差異を伝えあい、それを認め合って理解を深めること、表 1 の多職種チームワークの形態を、状況に合わせて適切に選択・活用すること、チームメンバー間で葛藤や対立が生じても、次の局面を見据えた対応ができるよう、チームの発達段階それぞれの特徴に関する知識と、チームワークを促進させていくスキルなどが必要である(松岡 2009:314-320)。

また、横山は、保健医療福祉領域における多職種によるチームアプローチについて、学問的背景や、異なる価値・技術を持つ専門職がチームアプローチを展開していくには、様々な困難が生じると指摘する。横山は、その困難の内容として、渋沢田鶴子が整理した「コラボレーション(協働)<sup>④</sup>の阻害要因」を示しており、それが表 2 である(横山 2010:98-99)。

渋沢は、多職種チームアプローチにおける協働の阻害要因を、「利用者・家族」「専門職」「組織レベル」「行政・政策レベル」の 4 つのシステムから整理している。

表 2

システム	コラボレーション(協働)を妨げる要因
利用者・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受動性</li> <li>・過度の負担</li> <li>・治療・援助過程に関する知識の欠如</li> </ul>
専門職	<p>&lt;対クライアント・家族関係&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クライアントの主体性と自己決定の無視</li> </ul> <p>&lt;他職種との協働&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・互いの専門性に関する知識の欠如</li> <li>・役割の曖昧さ・縄張り争い</li> <li>・価値観・理念・方法論の対立</li> <li>・不均等な力関係の違い</li> <li>・事前の準備不足</li> </ul>
組織レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの供給に関する硬直した管理体制</li> <li>・職能団体の硬直した規制</li> <li>・コンシューマーに対するアカウントビリティの欠如</li> </ul>
行政・政策レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・たてわり行政</li> <li>・診療報酬制度</li> </ul>

(出典)渋沢(2002)を一部修正

「利用者・家族」が多職種チームワークのシステムとして組み込まれ、「利用者・家族」の①受動性②過度の負担③治療・援助過程に関する知識の不足、を協働の阻害要因としていることから、渋沢は、利用者・家族がチームの中心として役割をもつ形で、チームアプローチが展開することを前提としていることがわかる。従って、救命が最優先され、専門職間で役割分担がされるマルチモデルだけでなく、利用者の参加が不可欠とされるインターモデルやトランスモデルによるチームワークにおいても、このコラボレーション(協働)の阻害要因が存在するという指摘であると考えられる。

筆者は、序章において、本論文の目的は、退院支援における連携に関する先行研究で扱われている、MSW とケアマネがそれぞれ認識する課題を整理し、対策を考察することであ

ると述べた。そこで、第4章において、渋沢が示した多職種チームアプローチにおけるコラボレーション(協働)の阻害要因の表を用いて、MSWとケアマネそれぞれが認識している連携の課題を整理・考察していく。その前に、次節では、ケアマネの業務実態について、先行研究におけるアンケート調査に基づいて整理する。

### 第3節 介護支援専門員の業務実態

介護保険法において、ケアマネは「要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。)からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたもの」(法第79条第2項第2号)と定義されている。ケアマネになるためには、保健医療福祉分野での実務経験を5年以上有し、その上で介護支援専門員実務研修受講試験に合格、介護支援専門員実務研修の課程を修了し、介護支援専門員証の交付を受ける必要がある。

その業務内容は、高良麻子・長谷憲明によると、全体をおおまかに4つに整理できる。ケアプラン作成依頼受付や、要介護者等の基本情報を管理台帳に記録するなどを主な業務とする「要介護者に関する情報の全体的管理」と、要介護者等のケアマネジメントを主に行う「介護サービス計画管理」、「介護報酬に係わる業務」、「市町村からの委託による要介護認定の調査」である(高良・長谷 1999:18-19)。また、ケアマネが働く場は、制度改正により多様になっており、その業務内容も居宅におけるものと施設などにおけるもので異なっている。

居宅におけるそれは、要介護者等の相談を受けてケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整や、入所を必要とする場合の介護保険施設への紹介等であり、主に居宅介護支援事業所と地域包括支援センターに勤務する。施設等での業務は、サービス利用者が日常生活を営むことができるよう支援するため、解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成することである。施設等においては、この施設

サービス計画等に基づきサービスが実施される。これらの業務は主に、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等で行われている。

三菱総合研究所は、居宅介護支援専門事業所及び介護支援専門員業務の実態の経年的変化を把握することを目的として、2001年から継続的に、全国の指定居宅介護支援事業所から都道府県別、法人別に、層化無作為抽出した事業所と、そこに勤務するケアマネを対象にアンケート調査を行っている（「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」）。2013年の本調査の結果によると、1事業所あたりケアマネ数は、常勤職員平均2.9人、非常勤職員平均0.2人で、合計3.1人となっている。また、1事業者あたりの利用者数は、介護予防支援では平均14.6人、居宅介護支援では平均75.4人で、ケアマネ1人あたり（月160時間）の担当利用者数は、平均36.2人であった。また、保有資格は、介護福祉士が56.0%、看護師が14.0%、社会福祉士が10.9%となっている。本調査は、2001年から計7回実施されているが、調査の結果を比較すると一貫して介護福祉士の割合は増加傾向（2001年の28.7%から2013年の56.0%）で、看護師の割合は減少傾向（2001年の36.2%から2013年の14.0%）にある。このことから、福祉・介護の分野を専門とするケアマネが増える一方で、医療に精通するケアマネは減少していることがわかる。

2013年の調査における、「ケアマネが業務上感じている困難や悩み」についての項目を見てみると、まず業務プロセスにおける負担感については、介護予防支援では「初回のケアプラン作成」が41.4%、「医療機関・主治医との連絡・調整」が25.3%、「利用者の状態像等に関するアセスメント」が21.8%と多い。居宅介護支援では、「医療機関・主治医との連絡・調整」が39.9%、「サービス担当者会議の開催」が33.3%、「初回のケアプラン作成」が30.7%の順に多い結果となっている。勤務上の悩みについては、「自分の力量について不安がある」が52.3%と最も多く、次いで「賃金が低い」が32.4%、「残業が多い、仕事の持ち帰りが多い」14.8%の順となっている。これらは、2011年の調査時とさほど変わっていない。さらに、業務遂行上の悩みについては、「記録する書式が多く手間がかかる」が64.2%と最も多く、「困難ケースへの対応に手間がとられる」が45.5%、「ケアマネの業務範囲が明確でない」29.7%、「制度が頻回に変わり、対応に時間と労力がかかる」が29.3%という順であった。業務の煩雑さや手間が業務上の最も大きな負担となっているが、一方でケアマネは、それらが十分に評価されていないと感じている現状にあるといえる。

ケアマネの業務実態について、村社卓は、当事者にとって「業務量が多く忙しい」「労

多くて報われない」ものであるとし、その事務処理の煩雑さや業務の抱え込みが顕著であることを指摘している(村社 2011:21-22)。

また、本調査において、「業務範囲が明確でない」という悩みが、2007年の20.6%から2013年の29.7%に増加している点にも着目すべきだろう。これは、ケアマネが自身の役割が曖昧になっていると感じていることを示していると考えられる。ケアマネ自身の役割認識の混乱には、様々な理由が影響していると考えられる。近年の医療福祉連携の推進によって、様々な専門家が集まる多職種チームへケアマネが参加し、その役割の発揮が求められるようになった。しかし、ケアマネが医療機関や医療職について理解しきれていないまま医療領域と連携する機会が増え、どこまでが自分の役割であるのかわかりにくくなったということが、大きな要因の一つと言えるだろう。

村社によれば、「役割葛藤」「役割の曖昧さ」など、対人援助職に特徴的なストレス要因は、様々な業務をこなすことが求められるケアマネの労働負担を増大させている(村社 2011:21-22)。つまり「労働負担」には、業務量の多さという面と、精神的な負担という側面も含まれることを意味している。自身の役割が明確でない中で、他機関との連絡調整や、利用者の支援に関わる多職種をチームに巻き込んでいく機能を果たすのは困難を極めるだろう。野中猛は、多職種チームを構成するすべての職種に当てはまることとして、連携が進むにつれて、ますます専門職としてのアイデンティティが求められると指摘する(野中 2003:1099-1100)。特に地域ケアにおいて多職種によるチーム連携が進めば、モデルで見るように、それぞれの職種が持つ役割が必然的に他の職種と重複しやすくなり、葛藤、対立が起きやすくなる。

ケアマネという職種が生まれて14年あまりが経つが、今日ケアマネを取り巻く法律・制度は目まぐるしく変わり、その業務が多様かつ煩雑になりつつある。そのような状況がある中、医療福祉領域における多職種チームワークの必要性はますます高まり、介護保険サービスの要であるケアマネも、多職種チームに積極的に参加していくことが求められている。しかし、大量の書類を扱う業務や、利用者を訪問して行う業務など、多様な業務をこなすケアマネにとって、異なる職種とうまく連携していくということは、多大な労力を必要とする業務プロセスの一つであり、業務遂行上の大きな負担となってしまっているのが実態といえるだろう。

## 第2章 退院支援におけるMSWと介護支援専門員の連携の現状

本章では、先行研究によるヒアリング調査や、フォーカスグループインタビュー等の結果を用いて、退院支援におけるMSWとケアマネの連携における課題を整理、考察する。第1節では、MSWがケアマネとの連携において認識している課題について述べ、第2節では、ケアマネがMSWとの連携において認識している課題について述べる。

### 第1節 MSWから見た退院支援における連携の課題

露木信介・銚丸俊一によれば、MSWが地域のケアマネと連携して患者・家族を支援する場合に、双方のコミュニケーション不足や、一方的に誤解を招くことでトラブルが生じ、お互いが不快な思いを抱きながらケースを進行する実態がある(露木・銚丸 2006:21)。具体的にはどのような課題があるのだろうか。

2010年に「東京都介護支援専門員協議会調査委員会」が、都内の病院に勤める27名のMSWを対象に個別またはグループでヒアリングを行った。その結果報告の中で、ケアマネに対して困っている点・要望について、入院時、入院中、退院時、その他(患者の状態に係わらない)の4つの段階に分けて整理している(表3)。本節では、この調査に基づいて、他調査の結果と比較検討を加えながら、MSWから見た連携の課題を整理する。

調査報告によると、ケアマネに対しMSWが困っている点・要望として、まず患者の入院時では、「病院に来ない」「連絡が取りにくい」「どこの事業所に所属しているのかわからない」などが挙げられている。また、入院中においても「病院にこない」「アポイントを取らずに急に来る」など、連絡の件について意見がいくつも見られる。ここから、ケアマネとの間で連絡手段が明確になっておらず、連絡体制が整っていないという問題があると考えられる。

こういった連絡体制の問題について、2005年に露木・銚丸は、関東に勤務するケアマネ5名とMSW5名のグループを対象にそれぞれグループインタビューを行い、その結果から、ネットワークの形成プロセス、維持の方法等、連絡のやり取りに関する項目について、MSWとケアマネの間に違いがあることを指摘している。

表 3

MSW が困っている点・要望	
入院時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネが病院に来ない。</li> <li>・ケアマネと連絡が取りにくい。</li> <li>・本人・家族に聞いてもケアマネがどこの事業所かわからない。</li> <li>・最初から在宅は無理と言わないでほしい。</li> </ul>
入院中	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネが病院に来ない。</li> <li>・ケアマネがアポイントを取らず急に来る</li> <li>・入院中キーパーソン以外の人からの意見も多く、元々の役割分担がわからない</li> <li>・入院中は病院が、在宅はケアマネが仕切るというモラルをお互い持つべき</li> <li>・退院後のサービス導入予定がわからない</li> </ul>
退院時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ宛てに看護サマリーを要求される。</li> <li>・退院が決まると退院日を延ばしてほしいと言われる。</li> <li>・医療依存度が高くなると受け入れを拒否される。</li> <li>・事業所によって入院時に契約が切れている。</li> <li>・新しいケアマネをどこで探すのかわからない。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お互いのできることでできないことをある程度はっきりさせたい。</li> <li>・顔の見える関係。</li> <li>・在宅なのか、転院なのか、施設なのか、方針が決まらないケース。</li> <li>・積極的治療しない意志がある末期がん患者を退院させたいが、ケアマネと家族が反対して進まないケース。</li> <li>・共通言語で話せる必要がある。</li> <li>・病院の種類と使い方の違いを理解してほしい。</li> <li>・地域包括支援センターと居宅ケアマネジャー事業所の違いも病院からはわかりにくい。</li> <li>・話が分かりにくいので要点をまとめてから質問してほしい。</li> <li>・医療の知識をもっと勉強してほしい。</li> <li>・本人・家族の意思確認がしたいのに、ケアマネの思いのみで話をしないでほしい</li> </ul>

(出典)東京都介護支援専門員研究協議会調査研究員会「平成 22 年度医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーの連携に関するヒアリング報告」を一部修正

例えば、ネットワーク維持の方法については、MSW がカンファレンスやケースの内容に関する連絡調整など、フォーマルな場面でネットワークの維持を試みることが多いのに対し、ケアマネは、食事会、定期的に会いに行く、困った時に電話をかけるなど、比較的インフォーマルな手段を用いるといった違いを挙げている(露木・鉦丸 2006:22-23)。MSW がネットワーク維持の手段として用いるカンファレンスや、ケースに関する連絡調整は、ケースを通じた公的な場面におけるものである。一方で、ケアマネが食事会や定期的な訪問などによって MSW とのネットワーク維持を図るという手段は、日常的な場面におけるものであり、MSW とケアマネで、在宅支援を行うためのネットワーク維持手段に違いがあることがわかる。

このように、ネットワークを維持するための手段が双方で異なっているのは、双方のネットワーク概念の相違が関係していると考えられる。つまり、MSW はケースごとに形成されるフォーマルな関係をネットワークと捉えているのに対し、ケアマネは、日常的なコミュニケーションを重視し、何かわからないことがある時や、緊急時に連絡を取り合う関係をネットワークと捉えている。ネットワーク概念の相違によって生じる、その維持手段の違いは、必要な時に相手と連絡が取れない、あるいは、MSW が困るタイミングで相手がコミュニケーションをとろうとするなど、連絡のやり取りにおけるトラブルを招き、ここですれ違いが生じてしまうのではないかと考える。

表 3 を見ると、入院中は、入院時と同じく「病院に来ない」「アポイントを取らずに急に来る」など連絡のやりとりの問題に加え、「キーパーソンや元々の役割分担がわからない」「退院後のサービス導入予定がわからない」など、ケアマネの持つ情報が十分に伝わっていない状態にあることがわかる。

ケアマネの持つ情報提供に関して、「北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会」が 2009 年に市内の医療機関（病院：82 施設、診療所：312 施設）とケアマネ（2009 年のケアマネジメント研修参加者）を対象に行ったアンケート調査結果によると、同年度の介護報酬改定で医療連携加算が算定できるようになった影響から、ケアマネは加算ができる以前と比べ、積極的に在宅での生活状況やケアプランについて病院へ情報提供するようになった(北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会 2009)。しかしながら、栗岡清英によると、その一方で、病院とケアマネそれぞれがどのような情報を必要としているのか相互理解がまだ十分ではないため、必要な情報を提供してもらえないと互いに感じているのが現状だという(栗岡 2012)。相手がどんな情報を求めているのか理解が難しいのは、退

院支援の進捗状況や、情報提供の目的がきちんと共有できていないことが、1つの要因であると考えられる。特にケアマネから病院へ情報提供する場合、後ほど述べるが、ケアマネは、病院の機能についての理解や、医療機関の状況や仕組み等についての理解が浅くなりがちなために、病院の中で行われている支援状況や、病院から何を求められているのか判断するが難しいのではないだろうか。

表3に見られる入院中における「入院中はMSWが、在宅はケアマネが仕切るというモラルをお互い持つべき」という意見は、一人の患者をMSWとケアマネが支援する際に、役割分担や責任の所在が曖昧な部分があることを示している。谷義幸によれば、要介護認定の判定・変更の間や、患者が在宅→病院→在宅（施設）を移動する間、連携先や責任、対応の範囲が地域とケアマネによってまちまちだと、連携開始の時期や相互の役割認識にも混乱が生じてしまうとMSWは感じている(谷 2011:25-26)。責任の所在や連携開始時期、役割認識が共有されていない状況で退院支援を進めれば、関係者間だけでなく、患者を巻き込んだトラブルの原因になりかねない。

表3をみると、退院時では、「退院直前に退院日を伸ばしてほしいと言われる」「医療依存度が高いケースを拒否される」「介護力不足でも、経済的問題で退院しなければならない時は協力してほしい」など、MSWが退院支援を進めようとしても、ケアマネが患者の受け入れを拒むという意見がある。これは、ケアマネの非協力的な態度というよりも、MSWをはじめとした病院スタッフとの、在宅関係者の在宅生活の捉え方の違いを指摘できるだろう。病院スタッフからは見えにくい、在宅関係者が日々の業務で感じている「在宅生活の限界」と、医療スタッフのそれとの相違が問題の本質ではないかと考える。この問題点については、第2節で再び触れたい。

表3におけるその他の意見として、「共通言語で話せる必要がある」「病院の種類と使い方の違いを理解してほしい」「医療の知識をもっと勉強してほしい」など、ケアマネ側の医療に関する知識不足を指摘する意見が多い。このように、MSWはケアマネ側の医療に関する知識不足から、連携のしづらさを感じている一方で、露木・鉾丸は、ケアマネ自身も医療との関わりに困難さを感じており、それらが「病院の敷居が高い」と感じる要因の一つとなっていると指摘する(露木・鉾丸 2006:22-23)。

永野淳子が2000年に福祉系のケアマネを対象に行ったフォーカスグループインタビュー調査によれば、福祉の資格を有するケアマネは医療知識が不足する傾向にあること、在宅ケアにかかわる医療職や、インフォーマルな人々（家族、大家など地域住民）から利用者

の心身状態に関する情報を得ていること、要介護者の生活状況や取り囲む環境の変化を含めた包括的アセスメントから、医療ニーズを把握していることの3点が明らかとなっている(永野 2006:27-31)。ここから、ケアマネが自身の医療知識の不足を認識していること、利用者の医療ニーズに関して自力でわからないことは、在宅ケアを行う医療職や、利用者に関わる人々との情報交換のルート、利用者の生活状況を包括的にアセスメントする視点など、自身の持つ資源や能力を活用して理解しようと試みていることがわかる。

また、厚生労働省の「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」は、福祉関係職種資格を持つ介護支援専門員が増えていることが、医療との連携が十分でない要因の一つであると指摘している。さらに医療との連携において必要な知識については、ケアマネに係わる研修で医療に関するカリキュラムを充実させる必要があるとしている。福祉系の資格を持つケアマネについて、医療知識が不足傾向にあることを示す調査結果や、看護師と介護福祉士はじめ、基礎資格の違いによる医療知識等の専門知識の学習状況を比較・分析した工藤英明・宮本雅英他(2011)、須佐公子・豊嶋三枝子他(2006)などの先行研究が数多く見受けられること、さらに厚生労働省の報告内容等を勘案すれば、医療と介護の連携を考える上での医療知識不足という課題はすでに広く認識され、円滑な連携を阻害する重大な要因の一つであることは間違いないと言えるだろう。

次に、表3の「積極的治療をしない意志がある末期がん患者を退院させたいが、ケアマネと家族が反対して進まないケース」「本人・家族の意思確認をしたいのにケアマネの思いだけで話さないでほしい」といった意見からは、クライアントの意思を尊重したいと考えるMSWの方針と、ケアマネの言動が一致しないことがあると読み取れる。露木・鉾丸によれば、MSWはケアマネとの連携において、ソーシャルワーク倫理、特に、利用者の利益の優先、利用者の自己決定の尊重、意思決定能力の不十分な利用者に対する最善の方法を用いた利益と権利の擁護などへの配慮が欠けた時、ストレスや困難さを感じている(露木・鉾丸 2006:23)。

さらに谷はMSWの立場から、退院時連携における個々の支援が、病棟スタッフやケアマネなどケア提供側の関心とテンポで進められ、単なる紹介や代行によって方向性が決められていくという動きに疑問を感じており、患者の病状と受け入れ先の条件をただマッチングさせ、単純な作業として入退院先を決める「ブローカー」役割<sup>6)</sup>ではない支援が、MSWとケアマネに求められると述べている(谷 2013)。退院支援において、単純な結びつけ作業のような連携が行われていることに危機感を持つMSWは、利用者、家族を生活者として

捉え、その自立支援と QOL 向上を目指し、患者の主体性を尊重しながら支援するという「ソーシャルケースワーク」の基本的な考え方を、多職種によるチーム全体で共有し、実践していきたいと考えるだろう。だからこそ、介護保険法を専門に扱うとはいえ、同じ相談援助職であるケアマネとは、課題の設定や支援方針を統一したいという思いが特に強いのではないかと考える。しかしながら、QOL に重点をおいた患者中心の医療や生活モデルの考え方が、医療においても重要なもの言うまでもないが、ケアマネはじめ、自分と異なる分野の職種に対して、MSW の考え方ややり方の理解を他の職種に一方的に求めることで、トラブルを事前に避けようとする方法は一面的過ぎるとも言えるだろう。むしろ、多様な専門性を持ったメンバーがチーム内にいることが多職種連携にとって重要な部分であるのなら、価値観や支援方針の違いが明らかになり、葛藤が生じたとき、どう対処し、乗り越えていくかという視点が重要ではないかと考える。この点については、第 4 章でさらに詳しく述べる。

本節で扱った MSW からみたケアマネとの連携における問題点は、①ネットワーク概念の相違によるコミュニケーション手段の違い、②情報提供の目的が共有できていない、③支援の流れの中での役割認識・責任の所在の曖昧さ、④困難ケースに対するケアマネの拒否的な姿勢、⑤ケアマネの医療に関する知識不足、⑥ソーシャルワークの基本姿勢に反する退院支援の 6 つに整理できるだろう。

次節では、ケアマネからみた MSW との連携における問題点を整理、考察していく。

## 第 2 節 介護支援専門員から見た退院支援における連携の課題

河野聖夫・石川雄一他が、2009年に甲信越(山梨県、長野県、新潟県)の各地域における居宅介護支援事業所および地域包括支援センター合計789件に勤務するケアマネ889名を対象に、ケアマネのMSWに対する認識や役割期待の状況を把握するためのアンケート調査を行っている。本節では、その調査結果等を基に、ケアマネから見た連携の課題を整理していく。

調査によれば、ケアマネは、情報共有の取り組みについて、病院側に主体性を求める傾向にある。さらに、その傾向は入院時よりも退院時の方が強い(河野・石川他 2011:44)。病院側に主体性を求める理由は、この調査において明らかにされていないが、第1節でもふれたように、医療に関する知識が不足していることによって感じる病院との関わりの困難さ

が、その理由の一つであると考えられる。

ケアマネを感じる病院との関わりの困難さについて、第2章第1節において取り上げた2009年に北九州市内の医療機関とケアマネを対象に行ったアンケート調査の結果によれば、ケアマネは、退院前に患者の疾患や治療の見込み、在宅での医療についての情報を病院から得たいと感じることが多い。しかし、そういった情報を得るために、ケアマネから医師に連絡を取ることに、「どこに連絡をすればいいのかわからない」「医師は多忙で連絡をしても会ってくれないことが多い」等の理由で、強い抵抗感を感じるという。一方で、利用者の入院中に病院側からカンファレンス等への参加要請があった場合は、調査対象のケアマネの9割がカンファレンスに参加し、情報共有を行っているという結果が出ている(北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会 2009)。つまり、ケアマネは自ら医師に直接連絡を取って情報を得るよりも、病院側からのカンファレンス参加要請を受け、病院内で行われるカンファレンスに参加することによって、利用者の疾患や在宅生活の医療について等、退院時に必要な情報を得る傾向にある。そのため、ケアマネは、病院が主体となって連携を進める必要があるという認識を持っていると考えられる。

こういったケアマネの受動的とともれる病院との連携における認識は、病院との間で連絡方法や連携体制が整っていないために、生じていると思われる。たとえ医療に関する知識不足や、病院に対する敷居の高さを感じていたとしても、病院の医療職と連絡を取り合い、必要な情報を共有する手段と体制が整っていれば、ケアマネはわからないと感じることを、直接あるいはMSW等の連携窓口を通して医療職に確認することができ、主体的に退院支援に関わることも可能ではないだろうか。よって、ケアマネからみた病院との連携の問題として、まずケアマネと病院間の連絡手段・方法が明確でないこと、情報共有の体制が未整備であることが挙げられる。

また、河野・石川が行った調査によれば、医療機関との連携における窓口としての役割について、職種別でMSW59.0%、看護師34.4%、医師2.6%という順で期待が向けられている。ケアマネは、医療機関と連携するにあたり、その窓口としての役割を主にMSWに期待している。さらに、MSWが連携の窓口としての役に立っているかどうかという設問に対し、「アクセスの良さ」「情報量が豊富」などの理由から、8割以上のケアマネが「役立っている」と回答した一方で、否定的な理由として「退院後の生活を考えていない」「医療と地域での暮らし両方を考えていない」等が挙げられた(河野・石川他 2011:45-46)。ケアマネは、MSWが医療機関との連携窓口としての役割を果たしていることに対して一定の評価をす

る一方で、MSWが利用者の退院後の地域での暮らしを考慮せずに支援を行っていることを問題視している。

これは第1節においてふれた、困難なケースの場合、MSWが退院支援を進めようとしても、ケアマネに退院日を延ばしてほしいと言われてたり、在宅での患者の受け入れを拒まれたりする等、MSW側が認識しているケアマネとの連携のしづらさに関連していると考えられる。つまり、ケアマネが日々の業務で感じる「在宅生活の限界」や難しさが、MSWとケアマネの連携のしづらさや、すれ違いを生じさせる要因となってしまうのではないだろうか。

ケアマネが業務の中で感じる在宅生活の難しさについては、2006年に、布花原明子・伊藤直子が、ある市の指定介護支援居宅事業所に所属する20名のケアマネを対象に、ケアマネジメント業務においてケアマネが直面する困難を明らかにする目的で、個人面接法による調査を行っている。本調査によれば、利用者・家族の生活支援上の困難として、独居利用者の生活を守る方策と、医療ニーズへの対応等が挙げられている。独居利用者の生活を守る方策とは、例えば、火元管理など生活の危険を防ぎ、見守り体制をつくることや、通院介助の協力者の確保が難しいことなどである。場合によっては、ケアマネが病院まで利用者につき添うなど、本来の業務範囲を超えて、利用者を支えているケースもある。また、医療ニーズの対応については、特に急変時や緊急時の対応にケアマネが苦慮しているケースが多い(布花原・伊藤 2007)。24時間患者の状態をチェックできる体制が整い、何か異常があれば医療の専門スタッフがすぐに病室へ駆けつけ、必要な処置を行うことができる病院という環境からは、ケアマネが感じるような、利用者の生活に潜む危険や、緊急時の対応に対する不安は見えにくいのではないだろうか。

また、山本みどりはケアマネを「『かかりつけ生活相談員』ともいうべき存在(山本 2001: 73)」と指摘している。このように、ケアマネは、自分が抱えているケースそれぞれに常に意識を向けて、わずかなサービスの変更にも、その代行機能を以て対応しなければならない。それに対しMSWは、クライアントが持つ能力を最大限に引き出し、活用する姿勢で援助を行うため、クライアントが自ら手続きを行うことも多い。加えて、大冨賀政昭によれば、2006年に地域密着型サービスの一つとして創設された夜間対応型訪問介護など、地域において要介護者を24時間体制で支えるサービスは、人材確保や、経営効率といった側面での課題等から、十分に機能しているとは言えず(大冨賀 2006)、病院と地域の療養環境の差は依然大きい。こういった状況の中で、常に見守りが必要あるいは医療依存度が高い等

の困難ケースの自宅退院は、ケアマネからして現実的な課題や、自らの業務負担が大きく、そのため「MSWは退院後の生活まで考えていない」と感じる機会が多くなっているのではないだろうか。

その他、MSWが連携窓口として役に立っているかという設問に対する否定的な意見として、「病院間の格差が大きい」といった指摘や、「不親切な人がいる」「積極的でない人がいる」等、属人的な問題点を指摘する意見もみられた。露木・銚丸が、2005年に関東に勤務するケアマネ5名とMSW 5名のグループそれぞれに行ったグループインタビュー調査によれば、ケアマネがMSWとの連携において困難を感じる場面として、退院計画を立てる際、一方的に病院やMSWの援助計画を押しつけられた時、命令された時、特に大きい病院で顕著なものとして、医療職の立場でのみ援助方針を立てられ、ケアマネのアセスメントや話を聞いてもらえず、相談にも乗ってもらえない時などが挙げられている。ケアマネは、MSWの「『聴く』といった相談姿勢」が欠如した時や、相談・情報収集のルートがMSWによって絶ち切られたときに困難さを感じる(露木・銚丸 2006:23)。つまり、ケアマネは、MSWを連携を担う専門職と捉え、病院との連携窓口として役割を果たすことを期待しているため、ケアマネのアセスメントや意見を聞いて専門性を尊重し、適切に院内の医療職につないでほしいと感じていると考えられる。さらに、この調査では、MSWに求める能力・人物像として、「わかりやすい説明ができること」「上からものを言わないこと」「ケアマネの話聞く度量や視野の広さ」「在宅・生活状況などを実際にみてること」などが挙げられ、「一緒に考え、親身になってくれること」を求めていることがわかった(露木・銚丸 2006:23)。

木村暢男によれば、医療サイドと福祉サイドで、在宅生活が可能かどうかの捉え方に違いがあり、病院での患者支援は医学モデルを基にして行われており、これは疾病や障害を原因として捉え、原因を取り除き、治療する問題志向型アプローチである。医学モデルは治癒が可能なケースには有効だが、在宅生活の支援においては、福祉職が指向する生活モデルによるアプローチが必要である。生活モデルは、疾病や障害などのマイナス面を持ちながらも、プラス面を増やし、その人が目指す生活に近づける目標指向型アプローチである。在宅で生活する高齢者や障害者を支援する場合には、病院職員の医学モデルから生活モデルへの転換が求められると指摘している(木村 2011)。ケアマネが病院側から援助方針を「押しつけられる」「命令される」と感じ、MSWに対しては、ケアマネ側に歩み寄る親身な態度を求める傾向にあるのは、こういった医療職と福祉職がそれぞれ指向するアプローチの違いによって、ケアマネ自身が「相手にされていない」と考える部分が大きいから

ではないだろうか。しかし、疾病や障害など身体の状態に着目する医療サイドと、社会的な環境の中での本人の生活に着目する福祉サイドでは、視点の違いが生まれて当然であり、いかにお互いの領域に対する理解を深め合い、視点の違いを活かすことができるかが課題である(東京都社会福祉協議会 2011)。その課題に取り組むにあたっては、やはり医療と福祉の両領域にまたがるMSWに対する、病院とケアマネの間を取りもつ調整役としての期待は大きいといえるだろう。

本節で扱ったケアマネからみたMSWとの連携における問題点は、①情報共有の取り組みにおける病院側の主体的な姿勢の欠如、②退院先の判断基準の違い、③退院後の地域での生活に対する配慮のない退院支援、④連携を担う専門職としてケアマネの話を「聴く」姿勢の欠如の4つに整理できるだろう。

次章では、本章において整理した、MSWとケアマネそれぞれが認識する課題について、事例を用いてさらに考察していく。

### 第3章 事例の考察

これまで、退院支援におけるMSWから見たケアマネとの連携の課題と、ケアマネから見たMSWとの連携の課題をそれぞれ見てきたが、本章においては、筆者のA病院における実習体験を基に、事例を用いてそれらの課題をさらに考察していく。本事例は実習先の指導者から引用の許可を得て、地域、氏名など個人が特定できる情報に関しては極力削除し、一部家族関係なども変えて記載するなどして倫理的配慮をした。

A病院は、一般病床、回復期リハ病床、療養病床で計261床のケアミックス型で、2次救急からリハビリテーション、療養まで幅広い機能を有する地域の医療を担う総合病院である。

#### 第1節 事例概要

##### 1. Bさん(60代男性)の置かれている状況

Bは40代でALS<sup>(5)</sup>を発症し、数年前からA病院のレスパイト入院を毎月2週間利用し、病院と自宅を行き来している。結婚はしておらず、自宅で母親と二人暮らしで、妹が遠方

で生活している。これまで母親が家事と本人の世話を全てこなしていたが、筆者が実習を開始した月に母親が心不全で亡くなり、母親の死後はレスパイト入院と、自立支援給付のショートステイ等を利用しながら生活している。母親の死をきっかけに、今後在宅療養を継続するかを判断しなければならなくなったが、妹と、ケアマネをはじめとする在宅関係者は、施設入所以外は不可能と考えているのに対し、MSWをはじめとする病院職員は、Bの思いを尊重して、在宅療養を続けていく方向での調整を考えており、家族・在宅関係者側と病院側で意見が対立している。

## 2. 心身状態、社会資源等の状況

主治医によると、Bは進行が遅いALSであるため、年単位で筋力低下や嚥下障害が進むことはあっても、すぐに急変することはないだろうということであり、要介護度2、医療区分Ⅱであった。院内での生活は車いすではほぼ自立しており、見守りレベルである。時々膝折れはあるが、両手でつかまりながら歩行練習を行っている。食事は、セッティングすれば一人で可能である。

MSWによれば、Bは几帳面で穏やかな人柄であり、家族や周囲に迷惑がかからないかを気かけ、自分の思いを抱え込む傾向があるという。身体障害者手帳は取得済みで、生活保護を受給している。レスパイト入院を月2週間利用し、自宅にいる間はデイサービス、訪問マッサージ、福祉用具レンタル等利用しながら母親が介護していた。近所に頼れる人はいないという。家は戸建てで、1階は本人の生活スペース、2階は母親の部屋となっている。担当ケアマネによると、自宅は、通路が狭い、洗面所が遠いなど、車いすでは生活しにくいところがあるという。

## 3. 支援の状況

MSWは、Bがレスパイト入院の利用を開始した時期から関わっている。母親の負担の軽減を考え、MSW、妹、ケアマネはこれまで今後の方向性について電話で数回話をしており、長期的な見通しとして、いずれは施設入所もありうるということで意見がまとまっていた。母親の死をきっかけに、妹と、担当ケアマネ、訪問看護ステーションの職員等の在宅関係者は、これ以上の在宅療養は限界と判断し、本人に施設入所を提案したところ、了承したため、施設入所方針となった。しかし、それをケアマネからの電話で知ったMSWが、本人に話を聞いたところ、「妹に迷惑はかけられないので施設入所を了承したが、本当は家で暮らしたい」と話した。従ってMSWは関係者が集まって本人の気持ちを考える場の設定が必要と考えた。

Bの在宅療養について、主治医、看護師等から、環境を整えばこれまで通り在宅療養を続けることはまだ十分可能という見解を得られた。これらの見解を得て MSW は、本人が希望する在宅療養継続に向けて調整を進める方向性を確認し合った上で、妹、在宅関係者、生活保護担当者に合同カンファレンス設定を提案した。妹とケアマネは、在宅療養は転倒や急変のリスクが大きく、独居では不可能という認識であり、カンファレンスの必要性が理解されなかった。しかし、一か月ほど電話で話し合いを重ねた結果、合同カンファレンスの開催に至った。

合同カンファレンスには医師、看護師、理学療法士、MSW、在宅クリニック所属の看護師、訪問看護ステーション所属の理学療法士、ケアマネ、生活保護担当者が参加し、主に B の病状と、在宅関係者から見た、在宅療養を続けるにあたっての課題について話し合われた。在宅関係者からは、「転倒の危険性が以前より高まっている。また、独居で車いす生活をするならば、自宅の環境改善が必要になる。急変のリスクも考えれば、今後母親がいない環境で生活させるのは危険すぎる」「独居になる時間帯に何かあっても人を呼べない」「母親が亡くなってしまった今が、施設入所に切り替えるタイミングではないか」といった意見が出された。また妹からは、「自分は遠方で暮らしていて、何かあった時にすぐに駆けつけられないので、24 時間体制で見守りがある環境でないと困る」といった意見が出た。MSW はそういった不安を傾聴し、病院スタッフから改めて病状や、レスパイト入院中の様子を説明してもらった上で、今後の具体的な課題として、住宅改修、緊急時の連絡手段について検討することを参加メンバーと確認した。加えて MSW は、ケアマネと妹が独居の時間帯を心配する気持ちに理解を示したうえで、状態が比較的安定している今こそ、本人の思いを尊重し、在宅療養できるように支援する必要があると訴えかけた。

話し合いの結果、折衷案として、サービス付き高齢者向け住宅（以下サ高住）への入居方向で調整する案を引き出した。B 本人も「1人で暮らせるのはうれしい」と候補に挙がったサ高住を気に入り、無事 B のサ高住入居が決まった。

## 第2節 考察

この事例は、Bの療養先についての意見が、家族・在宅関係者側と、本人・病院職員側で真っ向から対立した事例である。結果的に合同カンファレンスによってサ高住に入居する方針でまとまったが、MSW が合同カンファレンス開催を提案してから、カンファレンスそ

のものの必要性が家族や在宅関係者に理解され、実現に至るまでの期間に一ヶ月ほど要した。この事例においては、病院職員側と家族・在宅関係者の意見調整が最も大きな課題であったといえる。では、この事例において関係者間で意見が対立した要因は何だったのだろうか。

本件では、MSW とケアマネの連携における問題の一つとして挙げた、「ネットワーク概念の相違によるコミュニケーション手段の違い」といった課題はみられない。A 病院では、医療相談室、居宅介護支援事業所、地域連携の 3 つの機能が一体化した「総合ケアセンター室」が、地域と病院をつなぐ役割を全て担っている。在宅関係者からみれば、病院に対する連絡は、連携窓口である「総合ケアセンター室」へ連絡すれば、適切な部署あるいは職員へつないでくれるため、理解がしやすい。むしろ、この事例において問題だと考えられるのは、ケアマネが、医師や MSW など、病院側専門職の意見を聞く機会を持たずに、家族や在宅関係者だけで施設入所が適切と判断してしまった点であろう。

そこから、この事例における 1 つ目の問題として、家族と在宅関係者だけで話が進み、本人の思いが後回しになってしまっている点が挙げられる。B 本人は、妹とケアマネからの施設入所の提案に一度は同意している。しかし、MSW が B 本人に確認を取ったところ、B は本心から施設入所を望んでいたわけではなく、妹に遠慮し、半ば説得されたような形で施設入所を受け入れたことが分かった。そこから MSW は、関係者が本人の気持ちを考える機会が必要と判断し、合同カンファレンスの設定に向けて行動を起こしている。

この点に関連する課題としては、第 2 章第 1 節において、MSW からみたケアマネとの連携における問題を整理した中での、「ソーシャルワークの基本姿勢に反する退院支援」が挙げられるだろう。これは、退院支援において、患者の主体性を尊重しながら支援するというソーシャルワークの基本的姿勢が共有出来ないとき、MSW はケアマネとの連携において困難を感じるという課題であった。この事例においても、それは同様に言えるだろう。ケアマネは面接によって本人の意思を確認しているものの、B さんの控えめな性格や、妹に対して遠慮する気持ちなどを考慮すれば、本心では施設入所を望んでいないかもしれないという可能性を認識する必要がある。例え B の心情に気付くことが難しかったとしても、MSW はじめ、レスパイト入院中の B の様子を知る病院職員からの意見を知っていれば、本人の思いと異なる支援を推し進めるような結果にはならなかったのではないだろうか。

2 つ目に、病院職員側と、家族・在宅関係者側で、在宅療養が可能かどうか判断する基準や視点が異なっている点が挙げられる。妹とケアマネは、B の転倒の危険性や、容態が急変

することを恐れて、在宅療養は危険と判断していた。それに対し、MSW はじめ病院職員は、B の日常的な動作に関して自立度が高い点に着目し、むしろ病態が安定している今しか在宅療養を実現できないかもしれないと判断をしている。つまり、ケアマネは転倒や病気の急変など、緊急時のリスクに着目し、それらを回避しようとしていた。しかし、MSW は、B が現段階でできることに目を向け、そのプラス面を伸ばすためにどのような支援が必要かを考えようとしているのである。

在宅療養が可能か判断する視点の違いについては、第 2 章第 2 節の、ケアマネからみた MSW との連携における問題の整理の中で、「退院先の判断基準の違い」「退院後の地域での生活に対する配慮のない退院支援」といった部分に示されている。このように、病院職員と在宅関係者の間では、在宅療養が可能か判断する視点に大きな違いがある。特にそれを強く感じているのはケアマネ側であることが読み取れる。それらが要因となって、この事例では、生活モデルと医学モデルの逆転が生じていると考えられる。つまり、一般的に生活モデルは在宅支援で用いられ、医学モデルは医療機関等で用いられることが多いが、在宅関係者は、病態や緊急時のリスクに着目して支援方針を判断する傾向があるため、モデルが逆転し、在宅関係者側が医学モデル、病院側が生活モデルの視点で支援を進めようとしている。

しかし、この事例においては、ケアマネなど在宅関係者が、病院職員よりも利用者の緊急時の対応を特に重要視する傾向にあることを MSW が理解していた。そのため、合同カンファレンスにおいて、B の在宅療養に関して在宅関係者が感じる不安や意見を病院職員と共有し、具体的な対策について意見交換できるように調整を行っている。このように、生活モデルと医学モデルの逆転という事態が起こりうることを理解した上で、支援チームに所属する専門職の視点の違いに配慮した働きかけをしていくことは、専門職としての価値観や、視点の違いについての相互理解を促進するきっかけとなるだろう。

ケアマネは、在宅生活の実情や難しさを日常の業務の中で知っているために、医療依存度が高い利用者や見守りが必要なケースについて、特別な支援が必要であることを重視し、在宅療養は無理だと判断することも多い。しかし、ケアマネはその特有の業務や視点から、利用者の緊急時について不安を多く抱えているということを、医療職が理解していなければ、医療職との判断の違いを、ケアマネ個人の資質の問題と誤解するかもしれない。反対に、医療職が、ケアマネはどのような不安をもっているのか、なぜ不安を感じているのかを、カンファレンスにおいて共有することができれば、ケアマネは利用者の地域での生活

をよく知り、病院職員からは見えない様々なリスクに気付き、どうすれば利用者が安全に生活できるかを考える視点を持つ専門職であると認識できるだろう。

筆者は、この事例において、病院とケアマネがお互いに歩み寄り、退院援助方針を定めることにつながった最大のポイントは、MSW が、連携を担う専門職としての「聴く」姿勢を意識して、合同カンファレンスを設定し、双方が抱える不満や疑問をぶつける場をあえて作った点にあると考える。そういった場で課題を整理し、具体的な対策を全員で検討することで、支援チームのメンバー全員が、共通の意識を持ったチームになることにつながったのである。

筆者が合同カンファレンスに同席した際、ケアマネをはじめとする在宅関係者から「病院ではやれることでも、自宅ではやれないことがある」「こちらで責任を持てるケースには限界がある」といった発言があり、そこから在宅関係者が抱える「病院職員は在宅生活の大変さをわかってくれない」といった思いを読み取ることができた。MSW は、そういった病院側のやり方に不満をもつ在宅関係者に受容的な態度で接し、具体的にどのような不安があるか列挙してもらい、それぞれの不安に対しどのような対策がとれるかについて話し合いを促した。チームメンバー同士が対立するなどのチーム連携上の課題が、表に出ないよう単に抑え込むことは、根本的な解決策にはならない。この事例での MSW の対応のように、MSW がチームメンバー間の調整役を果たしつつ、あえてそれぞれが抱えている不安や不満を出し合い、専門職としての視点や考え方の相互理解を進め、チームの結束を高めることが、表面的ではない専門職チームの協働のために必要なのではないだろうか。

次章において、第1章第2節で整理した医療福祉連携における理論的枠組みと、第2章において整理した、MSWとケアマネそれぞれから見た連携の課題を踏まえ、MSWとケアマネの連携における課題と対策を考察する。

#### 第4章 退院支援におけるMSWと介護支援専門員の連携の課題と対策

本章では、第2章で明らかになった MSW とケアマネそれぞれが認識する連携しづらさから、2職種間の連携の課題を考察する。考察するにあたり、改めて、第1章で示した渋沢によるコラボレーション(協働)の阻害要因(表2)を取り上げたい。

渋沢は、多職種チームアプローチにおける協働の阻害要因を、「利用者・家族」「専門職」

「組織レベル」「行政・政策レベル」の4つのシステムから整理している。ここでは、MSWとケアマネの連携に着目し、4つのシステムの中でも「専門職」のシステムにおける協働の阻害要因を扱う。尚、MSWとケアマネの2職種間の連携に焦点を当てて、専門職同士の連携について考察を進めるため、「専門職」システムのうち、専門職と当事者の協働を妨げる<対クライアント・家族関係>「クライアントの主体性と自己決定の無視」の項目ではなく、専門職同士の連携を妨げる要因<他職種との協働>を中心に扱う。しかしながら、退院支援におけるチームは、利用者の生活課題に応じて、何より利用者の主体性や自己決定を尊重するように形成される必要がある。退院支援を行う上で、専門職と当事者の協働が重要であるという点を前提とし、その主体性や自己決定を尊重するために多職種同士の効果的なチームワークが必要であるという立場で、専門職の連携について考察を進めていく。

第2章で、MSWからみたケアマネとの連携における問題点は、①ネットワーク概念の相違によるコミュニケーション手段の違い、②情報提供の目的が共有できていない、③支援の流れの中での役割認識・責任の所在の曖昧さ、④困難ケースに対するケアマネの拒否的な姿勢、⑤ケアマネの医療に関する知識不足、⑥ソーシャルワークの基本姿勢に反する退院支援の6つに整理できるとした。

一方で、ケアマネからみたMSWとの連携における問題点は、①情報共有の取り組みにおける病院の主体的な姿勢の欠如、②退院先の判断基準の違い、③退院後の地域での生活に対する配慮のない退院支援、④連携を担う専門職としての「聴く」姿勢の欠如の4つに整理できるとした。

渋谷が整理した表2の多職種チームアプローチにおける協働の阻害要因のいくつかと照らし合わせながら、MSWとケアマネがそれぞれ認識する連携の課題を整理してみる。

まず、「役割の曖昧さ・縄張り争い」について取り上げる。これには、退院支援においてMSWとケアマネの役割分担ができていないとした、MSW側が認識する③役割認識・責任の所在という課題が当てはまるだろう。役割認識が曖昧になっているという課題は、谷が、自らのMSWの経験から、ケアマネは利用者をめぐる支援関係の変化を捉える視点が乏しいと指摘するように(谷 2011)、どちらかというケアマネ側で顕著であると考えられる。また、第1章第3節においてケアマネの業務実態について整理したが、その中で、ケアマネ自身も自らの役割が曖昧になっていると感じているということがわかっている。多様な専門性を持つ専門職が集まり、支援を行うとなれば、退院支援の、特に在宅支援を行う段階でのチームの場合は特に、それぞれの役割が重複するなど、必然的にゆらぎが起こる。

チームメンバーが持っている価値観や技術がそれぞれ違えば、それらを活かすための役割分担が必要であるし、支援を効率的に進めるためにも、それぞれが専門とする領域で支援を進めていくべきだろう。しかし、多職種チームによる利用者の生活課題の解決は、それぞれに分担された役割を果たせさえすればうまくいくというものではない。野中は、チームワークを促進するための原則として、第一にチームに共通の目標を設定することを挙げている。また、役割分担に関しては、チームの構成員は、それぞれの能力と限界を示して、自分の立場を築く必要があるとしている(野中 2007)。

利用者を多面的に捉えた問題解決が求められる退院支援においては、利用者の意向に基づいて、チームで共通の目標を設定し、その目標に向けて専門職が相互作用しながら、その専門性を発揮することが重要ではないだろうか。つまり、役割分担を明確にすることよりも、共通の目標に対し、専門職同士で足りない部分や考え方が対立する部分について、補い合ったり、意見を交わし合ったりする機会の方が重要であると考ええる。また、各専門職にはそれぞれ専門性としての能力と限界がある。多職種チームによって在宅支援を行う場合の役割分担は、初めからそれぞれの役割を決めようとするのではなく、他職種との協働を念頭に置いて、それぞれの専門職の能力と限界を示しておく程度でもよいのではないか。井上弘子が指摘するように、包括的な視点から問題解決を進める上で重要なのは、チームとして共通目標に向けて活動をしていく中で、自らの専門性による限界、すなわち他の専門職との考え方の違いなどを、少しずつメンバー同士で越えていく過程である。また、それがチームの「集団的に問題解決する力」を強め、チームの成長にも繋がるのではないだろうか(井上 2014)。

次に、表 2 の「互いの専門性に関する知識の欠如」だが、これには MSW がケアマネに対して認識する④困難ケースに対するケアマネの拒否的な姿勢、⑤ケアマネの医療に関する知識不足、⑥ソーシャルワークの基本的姿勢に反する支援といった課題が該当する。またケアマネが MSW に対して認識するものとして②退院先の判断基準の違い、③退院後の地域生活への配慮の欠如が当てはまるだろう。ケアマネは、病院の医療提供体制や医療知識、MSW が基盤とするするソーシャルワークの考え方について、理解しきれていない部分が多い。一方で MSW は、地域における在宅生活の実態や、ケアマネという職種、その所属する機関など、地域への理解が十分でないことが考えられる。

これは「価値観・理念・方法論の対立」と関連が強いものである。なぜなら、自らの専門職としての考え方の軸とする価値観・理念や、支援の方法が他の職種と異なるときに、

それを対立という「トラブル」が起きた状態と認識するのは、相手の専門性について十分に知識を持たないまま、チームによる退院支援を行っていることが原因の一つだと言えるからである。また、相手が自分の専門性を理解してくれていないと感じることで、自分は相手と対立した状態にあると認識するともいえるだろう。「互いの専門性に関する知識の欠如」に当てはまるものとして、先ほど挙げた MSW・ケアマネそれぞれが感じている連携の課題も、自らが重要視する価値観が理解されずに、支援が展開したことを問題視している点が共通している。

チームメンバー間での専門性の対立・葛藤こそ、多職種チームワークにおいて直面する最も大きな困難と言えるだろう。しかしながら、松岡が「チームメンバー間の葛藤や対立は必然的なものであり、むしろそれがチーム形成にとって欠かせない要素(松岡 2009:318)」と指摘するように、チームメンバーである専門職がそれぞれ異なる価値観・技術を持っていること、それらが利用者の生活問題を多面的に捉えるために活用されることが、多職種によるチームで退院支援を行う意義なのである。

MSW がケアマネに対して感じている「ソーシャルワークの基本姿勢の反する支援」や、ケアマネが MSW に対し感じている「退院後の地域生活への配慮の欠如」等の課題をみると、相手が自分の専門性を理解して支援の方向性を統一することが、専門職同士の対立を解消し、それが利用者にとってよい支援につながるという思いがあるように感じられる。ここには、多職種チームワークで生じる専門職同士の専門性の対立や葛藤は、回避すべきトラブルであるという誤解があるのではないだろうか。

しかし、福山和女によれば、異なる専門家が集まる場において、特定の職種の考えに基づく意見統一がされたならば、さまざまな専門家の集合体による協働の特異性が消え失せてしまう(福山 1999)。自らの専門性の理解を他の専門職に求めて、専門性の対立というトラブルを解消しようとするやり方は、多職種によるチームアプローチの機能を失わせるだけでなく、利用者を包括的に捉えることを困難にし、偏った視点から利用者の尊厳を考えることにもなりかねない。

松岡は、多職種チームワークを構成するものとして、多職種の参加によって異なった知識、技術、価値が投入され、特定の課題解決に向けてチームで目標を達成するための機能である「タスク機能」と、チームという集団の活動を維持し・補修し、強化する機能である「メンテナンス機能」があるとしている。「メンテナンス機能」は、チームオリエンテーションやリーダーシップ、コミュニケーション、フィードバック、バックアップ、コーデ

イネーション、葛藤解決の機能によって構成される。「タスク機能」こそ多職種チームワークの中核をなすものであるが、「タスク機能」が果たされる過程で起きる様々な問題に対処する「メンテナンス機能」が極めて重要であるとしている(松岡 2009)。多職種チームワークというと、松岡が指摘する「タスク機能」をどう機能させるかが意識されがちだが、実際には、「タスク機能」を上手く機能させようとするほど、その過程でメンバー同士の相互作用に問題が生じやすくなる。従って、チームで問題解決を目指すためには、「メンテナンス機能」が十分に機能し、良好な人間関係が形成されチームの調和が保たれた、専門職同士の相互作用がしやすい環境づくりがなされる必要がある。

では、どのようにすれば「タスク機能」と「メンテナンス機能」がバランスよく備わった、専門職同士の相互作用がしやすい多職種チームの実現につながるのだろうか。松岡は、「メンテナンス機能」の中で特に重要な「葛藤解決の機能」について、葛藤を嫌がらず、むしろオープンにして、チームの変革に活用するものであるとし、その機能の獲得には、チームメンバーのスキルトレーニングが必要であると指摘している(松岡 2009)。

病院と地域の連携の必要性が高まるとともに、退院支援における MSW とケアマネの連携の難しさが認識されるようになり、2 職種間の連携をよりよくするため、豊島区の「なんでも相談室<sup>(7)</sup>」などをはじめ、現在も各地で様々な取り組みが行われている。しかし、松岡が指摘したような、チームワークを促進するためのスキルのトレーニングを目的とした取り組みは、筆者が調べた限りでは見つからなかった。多職種チームワークは、頭では分かっているけれども、実際には思い通りにいかないことが多いという性質のものであり、現場の中で繰り返し実践を重ねていくことが、スキルを身に付ける最適な方法と認識されているということかもしれない。しかし、多職種連携の必要性が認識されるようになってから今日に至るまで、多職種チームワークのコンピテンシー教育の体系化はなされておらず、未だ試行錯誤の段階である(松岡 2009)。現場での試行錯誤を積み重ねていくことは重要だが、医療福祉連携が不可欠であるという認識が定着しつつある今日、多職種チームワークを促進するスキルが、自然と身についていく類のものではなく、日常的業務の中で必要とする技術の一つとして認識され、具体的なトレーニングの方法についての研究も進められるべきではないかと考える。

また、「メンテナンス機能」のうち「葛藤解決の機能」について、筆者は、社会福祉学を基盤とする相談援助職として、MSW が果たす役割が大きいのではないかと考える。「葛藤解決の機能」における葛藤マネジメントのプロセスは、①何に、どこで葛藤が生じている

のか明らかにする（目標設定や専門的価値等）、②葛藤をもたらした要因を明らかにする（情報把握方法の違いによる情報の差異や、個人的・専門的な認識の違い等）、③メンバーに葛藤をオープンにし、ディスカッションする、④葛藤を問題解決できるものに変容させるというものである(松岡 2009)。

このプロセスは、第3章で取り上げた筆者の実習体験における、本人・病院職員と家族・在宅関係者の間で意見が対立していたケースで、MSWが調整役としての役割を果たしていた姿と重なる。井上が、多職種協働において、個々の専門技術を、一定の距離感をもって理解できることが、ソーシャルワーカーの特殊な立ち位置を可能にしていると指摘するように(井上 2014)、MSWは、利用者と専門職、あるいは専門職同士の間で起きた問題を、利用者の尊厳が尊重されるよう調整する視点と技術を持つ職種である。また、ケアマネがMSWに対し、連携を担う専門職として「聴く」姿勢を持ってほしいと期待を寄せている点からも、多職種チームワークにおいて生じた対立や葛藤を、調整役としてメンテナンスする役割がMSWに求められているのではないだろうか。

## 終章

本論文では、MSWとケアマネとの連携の課題と対策について論じた。MSWとケアマネは、2職種の連携に対してそれぞれ課題を認識しており、それらの背景には、互いの専門性に対する理解のなさ、価値観や視点など専門職としての専門性の対立や、医療に関する知識の差、組織及び業務上の事情、情報提供の目的が共有されていないこと、コミュニケーションのとり方の違いなどの要因が関係していることがわかった。また、MSWとケアマネそれぞれが認識する課題は、多職種チームワークによって利用者の生活支援を行う場合に生じる、チームの協働を阻害する要因と一致するものが多い。本論文では、その中でも「役割の曖昧さ・縄張り争い」、「互いの専門性に関する知識の欠如」、「価値観・理念・方法論の対立」を取り上げた。これらの問題に対する対策としては、そもそもチームは利用者の意向や生活課題によって臨機応変に形態が変容するべきものであり、メンバーの役割についても、明確に分担されるものではなく、むしろ他の専門職と一緒に作業する過程や、メンバー同士の相互作用を重要視する考え方をしていくことの重要性を述べた。また、専門職同士の対立や葛藤は、様々な専門職が集まって活動するとき必然的に起こるものである。

チーム内でのこういったトラブルは、メンテナンス機能の葛藤マネジメントによって、解決可能なものへと変容することで、チームの成長につながる可能性を指摘した。

今後の課題は、チームワークを促進させるためのスキルを身に付ける機会の確保や、チームメンバー内で生じている不満や葛藤をあえて表に出し、対立を恐れずに話し合える関係づくりができるかどうかである。また、そのような関係づくりには、利用者の尊厳が尊重されるよう、チーム内の問題をアセスメントし、それぞれの専門職の専門性を理解しながら、問題解決に向けて調整する視点が必要である。チーム内の対立や葛藤のコントロールには、相談援助職としてソーシャルワークの技術をもつ、MSWの果たす役割が大きいと考える。

今回、MSWとケアマネ2職種の連携に焦点を当てたことで、具体的なケースを通して、多職種連携の課題を考察することができた。ただし、本論文で整理したMSWとケアマネの連携の課題は、全て先行研究を参考にしたものであり、実態を十分に反映できていない可能性がある。多職種連携について考える際、「相互理解」や「メンバー同士の歩み寄り」など、理想論に近い結論に至ることが多い。それらを現実に即した効果的な対策としていくためには、調査によって多職種連携の実態を明らかにし、その結果に基づいた考察がなされる必要がある。本論文は、実際にMSW・ケアマネを対象にした調査等は行っておらず、複数の先行研究による調査結果を用いて考察をしている点、さらなる検証が必要である。

しかしながら、今後より一層多職種連携の必要性が高まる中で、現場ではどのような課題が生じているのか、チームの一員として何が求められているのか、筆者が実際に多職種チームの一員となる前に考察を深められたことは、多職種連携を不可欠とするMSWを目指す上で、貴重な時間であったと考える。退院支援を行う多職種チームの調整役であるMSWは、クライアントに焦点を当てる援助だけでなく、チーム全体を眺めて状況を把握し、メンバーそれぞれの考え方や、チームの方針が、利用者にとっての利益を尊重できているか常に意識し、必要があればチームをコントロールするという重要な役割であることを忘れず、医療福祉に携わっていきたい。

注

---

(1)退院支援には、医療機関へ転院する場合と、退院して施設入所する場合、在宅退院する場合とがあるが、本論文では、介護保険のサービスをはじめ、必要な社会資源を調整し

ながら、在宅での療養に必要な援助を行う場合を指す。

- (2) ケアマネが、病院又は診療所の求めにより、医師等と共に利用者の居宅を訪問し、利用者を含めた在宅患者緊急時カンファレンスを行い、調整を行った場合に算定。200 単位/回(月に 2 回を限度)。
- (3) 周辺環境の問題とは、多職種チームワークの実践が公に認められ、専門職が所属する施設・組織と制度によるサポートが存在しているかである。専門職自身に関わる問題とは、役割や機能が不明確さで重複していることなど、専門職間の知識・価値・クライアントの捉え方などの差異を、お互いに理解していないことを根源に生じる問題である。多職種チームワークの展開上の問題とは、チームワークが発展するプロセスと、その中で発生した問題にどう対処するかについての知識と技術の欠如から生じる問題である(松岡 2010:116)。
- (4) コラボレーション(協働)とは、渋沢によれば、「協力(専門家、あるいは組織がそれぞれ個別の目標を達成するために他の専門職と共同で作業すること)」と「コーディネーション(職種・組織間で情報を交換し合い、作業を計画すること)」の延長にあり、職種・組織間が目標を一緒に設定し、資源だけでなく、権力、権威、責任を分け合うことである。コラボレーションには、①共通の目標の設定と同意、②目標達成の責任の共有、③それぞれの専門知識を駆使して一緒に作業することの 3 要素が含まれる(渋沢 2002)。
- (5) 筋委縮性側索硬化症。体を動かすための神経系(運動ニューロン)が変性することで筋肉が徐々にやせ、力がなくなる。呂律が回らなくなったり、嚥下障害が生じたりする。進行性の病気で、現在のところ原因が明らかになっておらず、有効な治療法は見つかっていない(日本ALS協会)。
- (6) ここでいう「ブローカー」役割とは、谷によれば、退院時の医療・介護連携において、患者の病状・心身症状と、介護サービス等の受け入れ条件を単純にマッチングさせ退院先を決めていく作業である。これは、患者の権利保障や心理・社会的問題への視点が欠け、機能分化の効率性の追求に重きを置くものであるといえる。谷は、MSWやケアマネは、その業務を「ブローカー」役割に縮小するのではなく、医療や介護を受ける権利の保障という観点を重視し、患者・家族が自ら課題に取り組むプロセスを大切にしつつ、退院後の生活をともに考えるような働きかけやサポートを含む「支援(相談援助)としての連携」をしていくことが重要であるとしている(谷 2013)。
- (7) 2013年10月に豊島区によって豊島区医師会館に開設された。区民や介護・医療関係者を

対象とした、在宅医療を専門とするMSWの地域における相談窓口である。大学病院や都立病院等の専門医療機関、かかりつけ医、保健所、障害福祉、介護保険事業所、地域のリハビリ機関などを繋ぐ役割を持ち、在宅での療養や家族の生活を支える。この事業によって、地域から「敷居が高い」と感じられている医療機関への素早いアクセスが可能となり、多くの介護関係者から相談窓口のMSWのもとへ相談が寄せられる(中辻 2014)。

## 参考文献

---

- 布花原明子・伊藤直子,2007,「ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容—ケアマネジメントスキル不足の検討—」『西南女学院大学紀要』11:9-19.
- 福山和女,1999,「福祉・保健・医療のネットワークにおける医療ソーシャルワークの機能」『ソーシャルワーク研究』25(1):9-27
- 井上弘子,2014,「【ソーシャルワークの原点と可能性—多職種協働に期待される今—】多職種協働におけるソーシャルワーカーの専門性を考える 「生活予後」を軸として」『医療ソーシャルワーク』62:29-34.
- 木村暢男,2012,「退院支援・調整における病院とケアマネジャーの連携の現状と課題」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』10:37-45.
- 北九州市リハビリテーション支援体制検討委員会「医療と介護の連携に関する調査報告」(<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/>)2014.10.20 閲覧.
- 河野聖夫・石川雄一・雨宮良一・山寄和洋・坪田泰志,2011,「介護支援専門員における医療機関との情報共有と医療ソーシャルワーカーへの期待～介護支援専門員に対するアンケート調査の結果から(調査報告)～」『医療と福祉』44(2):42-48.
- 高良麻子・長谷憲明,1999,『介護支援専門員 ケアマネジャーハンドブック』ブックマン社.
- 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の概要」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/kanrenhouan02a.html>)2014.10.5 閲覧.
- 厚生労働省「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」(<http://www.mhlw.go.jp/>)2014.9.27 閲覧.

- 厚生労働省「介護支援専門員」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000054119.html>)2014.10.13 閲覧.
- 工藤英明・宮本雅英・児玉寛子・出雲祐二,2011,「介護支援専門員の自己学習状況及び専門的知識 基礎資格による自己評価の比較」『東北の社会福祉研究』(7):37-50.
- 栗岡清英,2012,「病院が欲しい情報とケアマネジャーが欲しい情報のギャップを埋める具体策」『地域連携入退院支援』5(5):19-22.
- 松岡千代,2000,「ヘルスケア領域における専門職間連携——ソーシャルワークの視点からの理論的整理」『社会福祉学』40(2):17-38 頁.
- 松岡千代,2009,「【ソーシャルワークにおける連携と協働の技法】多職種連携のスキルと専門職教育における課題」『ソーシャルワーク研究』34(4):278-320 頁.
- 松岡千代,2010,「多職種・チームワークとは」小林加保留・田中千枝子編『やわらかアカデミズム・〈わかる〉シリーズ よくわかる医療福祉 保健医療ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房,114-117 頁.
- 三菱総合研究所「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」([http://www.mri.co.jp/project\\_related/roujinhoken/](http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/)) 2014.10.13 閲覧.
- 村社卓,2011,『ケアマネジメントの実践モデル—調整・仲介・給付管理,チームマネジメント—』川島書店.
- 永野淳子,2006,「介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態～フォーカスグループインタビュー調査から～」『日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要』(15):25-31.
- 中辻康博・武山ゆかり,2014,「「在宅医療相談窓口の医療ソーシャルワーカー」という存在」『医療ソーシャルワーク』62,:13-18.
- 日本ALS協会「ALSという病気の概略」(<http://www.alsjapan.org/jp/index.html>)2014.12.28閲覧.
- 野中猛,2003,「ケアマネジャーに必要なチームワークの技術」『老年精神医学雑誌』14(9):1096-1100.
- 野中猛,2007,『図説ケアチーム』中央法規出版.
- 大冢賀政昭,2006,「地域包括ケアシステムにおける24時間定期巡回・随時対応型訪問サービスの位置づけと課題」『保健医療科学』61(2):139-147.
- 佐藤俊一・竹内一夫・村上須賀子編,2010,『新・医療福祉学概論』川島書店.
- 渋谷田鶴子,2002,「対人援助における協働—ソーシャルワークの観点から—」『精神療法』

28(3):270 - 277.

須佐公子・豊嶋三枝子・伊藤佳代,2006,「介護支援専門員の仕事の困難性の具体的状況 看護職と福祉職の相違」『日本看護福祉学会誌』11(2):87-94.

谷義幸,2011,「【医療福祉連携とケアマネジャーの役割】退院時連携とよりよくつなぐ実践の課題」『ケアマネジメント学』(9):23-30.

谷義幸,2013,「退院支援と医療ソーシャルワーカーの実践課題 ～介護支援連携におけるMSW機能の検討～」『福祉研究』(109):11-20.

東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会「医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーとの連携に関するヒアリング報告」(<http://cmat.jp/index.html>)2014.9.27 閲覧.

東京都社会福祉協議会「提言 I :退院後、行き場をみつけづらい高齢者への支援の構築」(<http://www.tcsw.tvac.or.jp/>)2014.10.27 閲覧.

露木信介・鉾丸俊一,2006,「地域と病院の連携について—医療ソーシャルワーカーと介護支援専門員のフォーカスグループインタビューを通して得られたこと—」『医療と福祉』39(2):21-25.

山本みどり,2001,「MSWとケアマネジャーとの関係を探る—現場の不安は発展につながるのか—」『医療と福祉』34(2):72-78.

安留孝子,2010,「医療の変遷と社会福祉の関係」小林加保留・田中千枝子編『やわらかアカデミズム・〈わかる〉シリーズ よくわかる医療福祉 保健医療ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房,16-17 頁.

横山正博編,2010,『ソーシャルワーカーのためのチームアプローチ論』ふくろう出版.