

総説

地域生活を支援する福祉専門職の医療と介護の連携における現状と課題
 Collaboration Between Medical Service and Care Work
 by Community Social Workers

行實 志都子¹⁾, 八重田 淳²⁾, 若林 功³⁾

1) 神奈川県立保健福祉大学

2) 筑波大学

3) 昭和女子大学

Shizuko Yukizane¹⁾, Jun Yaeda²⁾, Isao Wakabayashi³⁾

1) Kanagawa University of Human Services

2) University of Tsukuba

3) Showa Women's University

抄 録

目的：本研究は、神奈川県における医療と介護の連携促進要因を探ることを目的とした。

方法：神奈川県医療ソーシャルワーカー協会（MSW）、神奈川県精神保健福祉士協会（PSW）、神奈川県介護支援専門員協会（CM）の協会員各150名を無作為抽出し、450名を対象とした郵送無記名自記式質問紙調査（2016年3月28日～4月15日）を実施した。主な調査内容は、基本属性、国の方策や地域の状況・疾患・医療体制等の知識、自分の周囲の連携体制、医療機関連携における課題、専門職としての役割意識である。データ分析には相関分析及び分散分析を用い、医療と介護の連携要因と傾向を探った。

結果：回答者140名（回収率31%）の職種全てにおいて項目間の高い相関が示された。特にMSWとPSWにおいての違いが顕著に見られた。

考察：本調査結果から連携促進要因には、①国の動向理解②疾患の正しい理解③連携への苦手意識の克服④スーパービジョン・コンサルテーションのシステム整備⑤クライアント中心にした連携意識が重要である。これらを踏まえ自分に何ができるかという視点や意識を少しでももちながら、その気持ちを共有でき一緒に何かを始められる仲間探しから連携の一步が始まると考えられた。

キーワード：在宅医療、地域生活、専門職連携、研修体制

Key words：Community medicine, community living, interprofessional collaboration, in-service training

I. はじめに

2015年国勢調査の結果から、65歳以上の高齢者の

著者連絡先：神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科
 〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1
 (受付 2016.9.16 / 受理 2017.1.6)

人口は総人口の26.7%となり、初めて4人に1人が65歳以上の高齢者であると総務省は発表した¹⁾。超高齢化による社会構造の変化による2025年問題（5人に1人が75歳以上）は、医療介護領域にも深刻な問題である。この問題に対し厚生労働省は急速な準備を検討し、医療介護領域にも早急な対応を求めた。今までの在宅医療は、最後は病院で看取るという「病

院完結型」が主流であった。しかし、2025年問題で高齢化が進むと医療機関だけで高齢者を対応しきれず、地域全体で治し支える「地域完結型」へのシステム移行が求められる。ところが、現在の在宅医療システムでは、医療完結型から地域完結型への整備が追い付いておらず、医療・介護サービスの提供体制への改革が早急な重要課題となっている^{2) 3) 4) 5) 6) 7)}。

厚生労働省は2013年に、社会保障制度改革国民会議報告書の中で「病床機能分化により早期の家庭復帰・社会復帰の実現とそれを支える地域包括ケアシステムの構築」の必要性を明記した⁸⁾。これを受け「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」が2014年度の診療報酬改定の重点課題となった。さらに2014年は、地域包括ケアシステム構築のために「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関連法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法、以下、医療介護総合確保推進法とする。）」が可決された⁹⁾。2015年には介護報酬が改定され、ここ数年で医療と介護を取り巻く環境が大きく動き出した。つまり国は、法制度等の改正により医療提供体制の効率化と地域包括ケアシステムの構築をめざして、地域における医療及び介護の総合的な確保に大きく舵を切った。ところが、法制度などのハード面は着実に進められているが、それを担う専門職の体制が整っていない。地域包括ケアシステム構築の計画や専門職間にチームアプローチの視点はあっても、在宅生活を可能にするほどの連携体制が十分ではない。その上、自治体の在宅ケアサービスにも格差がみられる。つまり、専門職の連携が取れた地域づくりを求めて法制度を整備しているが、医療・介護現場の連携の仕組みづくりが間に合っていない状況である。そして在宅医療等の調査研究では、そのサービスを使うことでクライアントの変化やチームアプローチの意識の重要性や支援の在り方などが多く述べられている^{10) 11) 12) 13) 14) 15) 16)}。しかし、医療と介護を繋ぐ専門職の意識調査などは実施されていない。そのため、医療と介護を繋ぐ専門職が、どのような課題を抱えているか、また連携するためにはどのような意識をもつことが必要かなどの連携体制の現状は明らかにされていない。よって、在宅医療を支える医療と介

護の連携促進の現状や課題を明らかにし、それらを踏まえた人材育成が地域包括ケアシステム構築には必要である。そして、医療と介護の間を繋ぐ資源としての人材育成が2025年問題等を解決するためには急務である。

II. 研究目的

本研究は、神奈川県における医療と介護の連携促進要因を探ることを目的とした。

III. 用語の定義

1. 保健福祉圏域：保健福祉圏域とは、障害者・高齢者の保健福祉計画における都道府県が設定する広域の単位（圏域）を指す。神奈川県は、横浜（横浜市）・川崎（川崎市）・相模原（相模原市）・横須賀・三浦（横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町）・湘南東部（藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町）・湘南西部（平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町）県央（厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村）・県西（小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町）の8つの圏域に分かれている。
2. 本研究の操作的定義：本研究では、地域生活支援という視点から社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員等の社会福祉領域の専門職のみを医療と介護に携わる専門職として位置付けた。

IV. 研究方法

1. 研究対象者：以下のとおりである。
 - 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会（以下、MSWとする）150名
 - 神奈川県精神保健福祉士協会（以下、PSWとする）150名
 - 神奈川県介護支援専門員協会（以下、CMとする）150名 計450名
 尚、対象抽出方法は、各協会会員名簿（2016年2月末現在）より無作為抽出法により各150名ず

- つ、計450名を抽出する。
2. 調査方法：本研究は、無作為抽出法による無記名郵送自記式質問紙調査である。
 3. 調査内容：本研究は研究設問を「医療と介護の連携強化には、地域包括ケアシステムを理解していることが必要か」とし、基本属性（性別、年齢、経験年数、保健福祉圏域、所属機関、資格等）、国の方策や地域の状況（7項目：よく理解している～全く理解していない、の5件法）、疾患・医療体制等の知識（10項目：よく理解している～全く理解していない、の5件法）、自分の周囲の連携体制（6項目：連携可能な専門職の人数について記入）、医療機関連携の中で感じていること（11項目：とても感じる～全く感じない、の5件法）、医療・介護連携等の専門職としての役割意識（9項目：よくできている～全くできていない、の5件法）、医療・介護連携業務（7項目：よくできている～全くできていない、の5件法）について調査した。
 4. 調査期間：2016年3月28日～2016年4月15日
 5. 分析方法：基本属性等単純集計並びに医療と介

護の連携の要因や傾向について、SPSSを用いて、全体並びに職種別の相関分析および分散分析を実施した。

6. 倫理的配慮：本研究は、神奈川県立保健福祉大学倫理委員会承認（保大第25-67）を得て、対象者に本研究の趣旨、方法、個人情報の取り扱い、研究協力への有無による不利益がないこと、調査票の返信をもって調査への同意が得られたものとする旨についても記入した書面を郵送した。個人情報の保護の観点から、各協会より対象者へ発送をお願いした。

V. 結果

本研究は、450部配布中140部（MSW44、PSW34、CM46）を回収し、回収率31%（MSW29%、PSW23%、CM30%）であった。

1. 対象者属性（表1）

対象者の属性に関しては、下記のとおりである。

表1 基本属性（全体・職種別）

		n=140 (保健福祉圏域 n=136・所属機関 n=139)			
		全体	MSW (n=44)	PSW (n=34)	CM (n=46)
性別	男性 (%)	42人 (30%)	7人 (15.9%)	15人 (44.1%)	12人 (26.1%)
	女性 (%)	98人 (70%)	37人 (84.1%)	19人 (55.9%)	34人 (73.9%)
年齢	最少・最大・平均	24歳・79歳・45.8歳	25歳・59歳・37.9歳	24歳・73歳・41.5歳	37歳・79歳・54.8歳
経験年数	最少・最大	3ヶ月・35年	10ヶ月・30年	2.3年・35年	3ヶ月・28年
	平均	12.4年	10.3年	11.9年	8.5年
保健福祉圏域	横浜 (%)	43人 (30.7%)	15人 (34.1%)	9人 (26.5%)	14人 (30.4%)
	川崎 (%)	19人 (13.6%)	7人 (15.9%)	4人 (11.8%)	5人 (10.9%)
	相模原 (%)	8人 (5.7%)	2人 (4.5%)	0人 (0%)	6人 (13.0%)
	横須賀・三浦 (%)	17人 (12.1%)	6人 (13.6%)	9人 (26.5%)	5人 (10.9%)
	県央 (%)	14人 (10.0%)	5人 (11.4%)	3人 (8.8%)	2人 (4.3%)
	湘南東部 (%)	14人 (10.0%)	4人 (9.1%)	5人 (14.7%)	4人 (8.7%)
	湘南西部 (%)	5人 (3.6%)	1人 (2.3%)	0人 (0%)	7人 (15.2%)
	県西 (%)	13人 (9.3%)	4人 (9.1%)	1人 (2.9%)	1人 (2.2%)
	その他 (%)	3人 (2.2%)	4人 (9.1%)	1人 (2.9%)	1人 (2.2%)
所属機関	医療機関 (%)	66人 (47.1%)	41人 (93.2%)	19人 (55.9%)	4人 (8.7%)
	地域機関 (%)	24人 (17.1%)	2人 (4.5%)	15人 (44.1%)	1人 (2.2%)
	介護機関 (%)	49人 (35.0%)	1人 (2.3%)	0人 (0%)	41人 (89.1%)

2. クライアント支援のための自分自身の周囲で連携体制がとれる専門職の平均人数 (表2)

クライアント支援のための連携体制については、各職種別では下記の通りとなった。CMが他の職種と比べて、医療機関に対しては少ない結果となった。

分散分析の結果は、医療機関のアセスメント ($df=2/104, F=5.893, p<.05$) プランニング ($df=2/102, F=6.462, p<.002$)。地域機関のアセスメント ($df=2/100, F=6.263, p<.05$) プランニング ($df=2/99, F=5.982, p<.05$) が示された。

3. 医療と介護の連携促進要因における相関分析並びに分散分析の結果

以下の項目について、全体結果と職種別結果をPearsonによる相関分析並びに分散分析を実施した。

1) 国の方策や地域状況等の知識を理解しているか (表3～表6、表23)

相関分析では全体結果は、全ての項目において相関がみられた (表3)。職種別 (表4～表6) では、PSWは④医療機能分化に対する相関が低かった。

表2 クライアント支援のための自分自身の周囲で連携体制がとれる専門職の平均人数

		n=140 (人)		
質問内容		MSW	PSW	CM
医療機関	クライアントのアセスメントについてじっくり話せる専門職	7.9	8.1	2.7
	クライアントのプランニングやモニタリングについてじっくり話せる専門職	7.6	7.8	2.3
地域機関	クライアントのアセスメントについてじっくり話せる専門職	6.2	8.8	2.6
	クライアントのプランニングやモニタリングについてじっくり話せる専門職	6.4	8.7	2.6
介護機関	クライアントのアセスメントについてじっくり話せる専門職	5.5	2.6	4.6
	クライアントのプランニングやモニタリングについてじっくり話せる専門職	5.1	2.8	4.7

表3 国の方針や地域状況の知識について (全体)

							n=140
	①医療介護総合確保推進法	②地域包括ケアシステムの理解	③地域医療構想	④医療機能分化の理解	⑤神奈川県人口動態	⑥勤務先地域住民の特徴・社会資源	⑦医療計画におけるPDCA
①医療介護総合確保推進法		.569**	.603**	.415**	.423**	.326**	.557**
②地域包括ケアシステムの理解			.468**	.424**	.378**	.448**	.318**
③地域医療構想				.387**	.576**	.337**	.509**
④医療機能分化の理解					.332**	.338**	.328**
⑤神奈川県人口動態						.454**	.462**
⑥勤務先地域住民の特徴・社会資源							.391**
⑦医療計画におけるPDCA							

** $p<.01$

表4 国の方針や地域状況の知識について (MSW)

							n=44
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
①		.595**	.614**	.277	.488**	.415**	.558**
②			.475**	.492**	.426**	.588**	.321*
③				.330*	.530**	.448**	.441**
④					.216	.546**	.128
⑤						.442**	.498**
⑥							.338*
⑦							

** $p<.01$ * $p<.05$

表5 国の方針や地域状況の知識について (PSW)

							n=34
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
①		.653**	.587**	.285	.515**	.493**	.555**
②			.629**	.256	.424*	.474**	.338
③				.451**	.771**	.335	.448**
④					.370*	.132	.353*
⑤						.406*	.449**
⑥							.428*
⑦							

** $p<.01$ * $p<.05$

表6 国の方針や地域状況の知識について (CM)

							n=46
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
①		.347*	.648**	.446**	.380**	.194	.758**
②			.468**	.529**	.348*	.344*	.416**
③				.392**	.543**	.278	.712**
④					.419**	.354*	.459**
⑤						.453**	.508**
⑥							.398**
⑦							

** $p<.01$ * $p<.05$

分散分析の結果は、①医療介護総合確保推進法 ($df=2/119, F=7.312, p<.001$) ②地域包括ケアシステム ($df=2/121, F=8.647, p<.001$) ④医療機能分化の理解 ($df=2/120, F=17.086, p<.001$)」に対しては、職種間の有意な差がみられた。

2) 疾患・医療体制等の知識を理解しているか (表7～表10、表23)

相関分析では知識の理解に対する全体結果は、⑤精神疾患に関しての項目のみ相関が見られなかった (表7)。職種別は、MSWは⑤精神疾患と

⑥以降の病床の特徴や在宅医療との相関、PSWは①～④の疾患名と⑦緩和医療、CMは①～③のがんや生活習慣病等と在宅医療の相関が見られなかった (表8～表10)。

分散分析の結果では、全ての項目の①脳卒中 ($df=2/121, F=24.238, p<.001$) ②がん ($df=2/121, F=10.317, p<.001$) ③糖尿病 ($df=2/120, F=12.870, p<.001$) ④心疾患 ($df=2/121, F=16.000, p<.001$) ⑤精神疾患 ($df=2/121, F=27.365, p<.001$) ⑥病棟の特徴 ($df=2/121,$

表7 疾患・医療体制等の知識について (全体)

n=140										
	①脳卒中の知識や対応	②がんの知識や対応	③糖尿病の知識や対応	④心疾患の知識や対応	⑤精神疾患の知識や対応	⑥急性期・回復期・慢性期の特徴	⑦緩和医療の役割	⑧訪問看護の役割	⑨在宅介護の役割	⑩介護施設の役割
①脳卒中の知識や対応		.704**	.605**	.779**	.026	.470**	.432**	.459**	.482**	.442**
②がんの知識や対応			.629**	.780**	.181*	.476**	.589**	.444**	.399**	.437**
③糖尿病の知識や対応				.647**	.118	.380**	.442**	.500**	.514**	.498**
④心疾患の知識や対応					.132	.451**	.574**	.477**	.487**	.465**
⑤精神疾患の知識や対応						.052	-.009	-.027	-.060	-.004
⑥急性期・回復期・慢性期の特徴							.605**	.520**	.512**	.538**
⑦緩和医療の役割								.500**	.520**	.638**
⑧訪問看護の役割									.880**	.768**
⑨在宅介護の役割										.820**
⑩介護施設の役割										

** $p<.01$ * $p<.05$

表8 疾患・医療体制等の知識について (MSW)

n=44										
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
①		.712**	.515**	.541**	.335*	.383*	.300*	.352*	.372*	.352*
②			.617**	.744**	.436**	.530**	.638**	.478**	.476**	.590**
③				.417**	.559**	.354*	.248	.367*	.334*	.395**
④					.412**	.519**	.631**	.416**	.417**	.499**
⑤						.166	.163	.253	.253	.279
⑥							.707**	.671**	.668**	.824**
⑦								.588**	.605**	.782**
⑧									.908**	.724**
⑨										.763**
⑩										

** $p<.01$ * $p<.05$

表9 疾患・医療体制等の知識について (PSW)

n=34										
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
①		.593**	.519**	.871**	.473**	.278	.227	.312	.300	.137
②			.484**	.702**	.364*	.408*	.344	.334	.087	.071
③				.671**	.393*	.243	.160	.533**	.464**	.394*
④					.504**	.360*	.302	.404*	.305	.129
⑤						.368*	.473**	.274	.184	.364*
⑥							.588**	.398*	.435*	.303
⑦								.255	.276	.362*
⑧									.778**	.713**
⑨										.752**
⑩										

** $p<.01$ * $p<.05$

表10 疾患・医療体制等の知識について (CM)

n=46										
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
①		.661**	.304*	.731**	.663**	.552**	.277	.211	.195	.277
②			.600**	.850**	.708**	.522**	.596**	.099	.190	.237
③				.559**	.422**	.196	.615**	.149	.262	.267
④					.702**	.451**	.571**	.119	.198	.227
⑤						.561**	.441**	.305*	.376**	.427**
⑥							.396**	.329*	.267	.323*
⑦								.163	.219	.422**
⑧									.923**	.610**
⑨										.660**
⑩										

** $p<.01$ * $p<.05$

$F=15.458, p<.001$) ⑦ 緩和医療 ($df=2/120, F=13.681, p<.001$) ⑧ 訪問看護の役割 ($df=2/121, F=10.945, p<.001$) ⑨ 在宅介護の役割 ($df=2/121, F=14.474, p<.001$) ⑩ 介護施設の役割 ($df=2/121, F=14.372, p<.001$)」で有意な差がみられた。

3) 医療・介護連携等の中で感じていること (表11～表14、表23)

相関分析では連携業務において感じていることでは、全体的に①～③の連携のしづらさと④連携の苦手意識と⑦入院中と地域が切り離されているという点の相関が高く示された (表11)。職種別では、MSWは①～③連携のしづらさでは、他職種のみだけではなく院内での連携のしづらさを感じていた。(表12～表14)。

表11 医療・介護連携の中で感じていること (全体)

n=140											
	①他機関との連携のしづらさ	②他職種との連携のしづらさ	③同じ職場でも連携しづらい	④他機関などへの連絡調整は苦手	⑤入院直前の情報提供があれば、入院当初の生活課題が把握しやすい	⑥入院中の情報提供があれば、退院に向けての支援がしやすい	⑦入院生活と地域生活は切り離されている	⑧介護専門職の疾病理解力がある	⑨介護専門職の医療機関システム理解力がある	⑩医療機関SWの地域機関理解力がある	⑪医療機関SWの介護機関理解力がある
①他機関との連携のしづらさ		.731**	.147	.382**	-.100	-.078	.225**	-.115	-.044	-.017	-.159
②他職種との連携のしづらさ			.418**	.485**	-.174*	-.059	.233**	-.064	.022	-.061	-.006
③同じ職場でも連携しづらい				.231**	-.115	.119	.198*	-.074	.069	.011	.174*
④他機関などへの連絡調整は苦手					-.115	-.212*	.158	.033	.119	-.027	-.082
⑤入院直前の情報提供があれば、入院当初の生活課題が把握しやすい						.388**	-.253**	.096	-.029	.115	.151
⑥入院中の情報提供があれば、退院に向けての支援がしやすい							.088	.025	-.148	-.110	.134
⑦入院生活と地域生活は切り離されている								-.047	-.047	-.128	-.072
⑧介護専門職の疾病理解力がある									.562**	.255**	.058
⑨介護専門職の医療機関システム理解力がある										.269**	.049
⑩医療機関SWの地域機関理解力がある											.440**
⑪医療機関SWの介護機関理解力がある											

** $p<.01$ * $p<.05$

表12 医療・介護連携の中で感じていること (MSW)

n=44											
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
①		.722**	.327*	.245	.140	.260	.093	-.273	-.302*	-.273	-.114
②			.565**	.458**	-.014	.260	.188	-.142	-.146	-.372*	-.024
③				.330*	-.012	.307*	.425**	.130	.008	-.148	.237
④					-.150	.090	.152	-.055	-.135	-.228	.079
⑤						.366*	-.246	.177	-.023	.200	.125
⑥							.052	.092	-.076	.020	.189
⑦								.014	-.150	-.076	.448**
⑧									.528**	.079	-.047
⑨										.031	-.124
⑩											.331*
⑪											

** $p<.01$ * $p<.05$

表13 医療・介護連携の中で感じていること (PSW)

n=34											
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
①		.609**	.120	.408*	-.393*	-.336	.249	-.164	.049	.043	-.287
②			.495**	.516**	-.515**	-.239	.079	.081	.202	.035	.093
③				.468**	-.186	-.070	.038	-.064	.258	.182	.200
④					-.279	-.167	.068	.159	.427*	-.031	-.047
⑤						.296	-.233	.103	0.000	-.069	-.198
⑥							-.035	.146	.138	-.297	.002
⑦								-.298	.024	-.203	-.161
⑧									.549**	.193	.143
⑨										.308	.248
⑩											.520**
⑪											

** $p<.01$ * $p<.05$

表14 医療・介護連携の中で感じていること (CM)

n=46											
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
①		.822**	.089	.390**	-.047	-.028	.357*	.241	.180	.225	-.058
②			.306*	.552**	-.146	-.015	.408**	.169	.147	.143	.062
③				.312*	-.385*	-.005	.176	-.306*	-.031	-.064	-.097
④					-.034	-.172	.194	.103	.149	.276	.207
⑤						.389**	-.080	-.004	-.113	.113	.222
⑥							.328*	-.096	-.457**	-.255	-.184
⑦								.142	-.009	-.105	-.233
⑧									.498**	.454**	.206
⑨										.344*	.232
⑩											.594**
⑪											

** $p<.01$ * $p<.05$

分散分析の結果では、②他職種との連携のしづらさ ($df=2/120, F=4.191, p<.05$) ⑦入院生活と地域生活は切り離されている ($df=2/120, F=8.621, p<.001$) ⑩医療機関SWの介護機関理解力 ($df=2/118, F=12.310, p<.001$) において、有意な差がみられた。

4) 医療・介護連携等の専門職の役割意識の中でできているかどうか (表15～表18、表23)

相関分析における役割意識の結果は、①～⑦の項目では相互に相関が見られた。しかし、⑧スーパービジョン体制は、⑤他機関との連絡と⑦切れ目のない退院支援のみ、⑨コンサルテーション体制においては、①役割理解②役割説明③自分の専門性説明との相関は見られなかった (表15)。これは職種別でも同じ傾向が見られた (表16～表18)。

表15 医療・介護連携等の専門職としての役割意識 (全体)

	n=140								
	①地域包括ケアシステムでの自分の専門職の役割を理解	②地域包括ケアシステムでの自分の専門職の役割説明	③他機関へ自分の専門性を説明	④連携のために自分が率先して動く	⑤担当ケースを通して他機関とよく連絡する	⑥担当ケースの退院前カンファレンスは、他機関・他職種と必ず行う	⑦医療・介護の切れ目のない支援を目指して退院支援を行う	⑧業務で迷ったり、不安があるとスーパービジョンを受ける	⑨業務で迷ったり、不安があるとコンサルテーションを受ける
①	.763**								
②		.337**							
③			.395**						
④				.253**					
⑤					.244**				
⑥						.300**			
⑦							.290**		.020
⑧								.327**	.067
⑨									.139
⑩									.115
⑪									.140
⑫									.206*
⑬									.250**
⑭									.246**
⑮									.301**
⑯									.678**

** $p<.01$ * $p<.05$

表16 医療・介護連携等の専門職としての役割意識 (MSW)

	n=44								
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
①	.752**	.316*	.431**	.358*	.266	.326*	.056	-.149	
②		.400**	.386*	.323*	.332*	.420**	.154	-.059	
③			.579**	.602**	.216	.428**	-.053	-.009	
④				.500**	.395**	.458**	.074	-.085	
⑤					.539**	.526**	.060	.142	
⑥						.559**	.134	-.059	
⑦							.416**	.115	
⑧								.328*	
⑨									

** $p<.01$ * $p<.05$

表17 医療・介護連携等の専門職としての役割意識 (PSW)

	n=34								
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
①	.870**	.383*	.313	.083	.418*	.106	.285	.320	
②		.420*	.343	.052	.432*	.112	.172	.316	
③			.775**	.557**	.462**	.508**	.044	.140	
④				.654**	.508**	.538**	.120	.305	
⑤					.571**	.727**	.178	.397*	
⑥						.740**	.224	.396*	
⑦							.336	.432*	
⑧									
⑨									

** $p<.01$ * $p<.05$

表18 医療・介護連携等の専門職としての役割意識 (CM)

	n=46								
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
①	.596**	.446**	.373*	.182	.093	.175	-.087	-.132	
②		.669**	.515**	.232	.284	.314*	-.073	.071	
③			.672**	.494**	.142	.357*	.024	.002	
④				.610**	.374*	.549**	.173	.166	
⑤					.508**	.575**	.261	.103	
⑥						.596**	.349*	.459**	
⑦							.333*	.355*	
⑧								.712**	
⑨									

** $p<.01$ * $p<.05$

分散分析の結果では、①役割理解 ($df=2/120$, $F=5.150$, $p<.05$) ③自分の専門性の説明 ($df=2/120$, $F=3.163$, $p<.05$) ⑥カンファレンス ($df=2/118$, $F=4.291$, $p<.05$) ⑦切れ目のない支援 ($df=2/118$, $F=7.276$, $p<.001$) ⑧スーパービジョン体制 ($df=2/120$, $F=10.045$, $p<.001$) ⑨コンサルテーション体制 ($df=2/120$, $F=11.164$, $p<.001$)」で有意な差がみられた。

5) 医療・介護の連携業務についてできているかどうか (表19～表23)

相関結果での連携業務は、全ての項目において相関が見られた (表19)。職種別にみると、MSWは①ニーズに合わせて調整と③他機関職員のための指導のための医療スタッフへの働きかけと同じく③と⑦クライアント主体のための家族への働きかけにおいて、相関が見られなかった。(表20～表22)。

分散分析の結果では、①ニーズに合わせて調整 ($df=2/118$, $F=7.768$, $p<.001$) ②クライアント等

への技術支援への働きかけ ($df=2/117$, $F=11.640$, $p<.001$) ③他機関職員のための指導のための医療スタッフへの働きかけ ($df=2/117$, $F=12.158$, $p<.001$) ⑤在宅生活への連携業務 ($df=2/118$, $F=3.559$, $p<.05$) ⑥介護サービス時に多職種連携のため率先して動く ($df=2/118$, $F=7.146$, $p<.001$) で有意な差がみられた。

VI. 考察

本調査結果から医療と介護の連携促進要因には、①国の動向理解②疾患の正しい理解③連携への苦手意識の克服④スーパービジョン・コンサルテーションのシステム整備⑤クライアント中心にした連携意識が重要であることが示された。

まず①国の動向理解の点において、PSWは、地域包括ケアシステムと医療機関の機能分化との関連性に関してあまり意識しておらず、精神科救急は知っていても地域包括といわれると精神障害者より

表19 医療・介護の連携業務 (全体)

	n=140						
	①必要な医療行為・介護、日常生活の注意点をクライアント等のニーズ・生活スタイルに合わせて調整	②クライアント等が専門的な技術支援が受けられるための働きかけ	③他機関の職員が適切な指導等を受けるための医療・介護スタッフへの働きかけ	④クライアント等の生活支援のアセスメント、プランニングをじっくり話し合うための他機関への働きかけ	⑤クライアント等の在宅生活のための連携業務の調整	⑥介護制度サービス利用における多職種との連携では、率先し動く	⑦クライアント主体を常に意識しながら、家族への働きかけ
①必要な医療行為・介護、日常生活の注意点をクライアント等のニーズ・生活スタイルに合わせて調整		.669**	.506**	.579**	.641**	.544**	.461**
②クライアント等が専門的な技術支援が受けられるための働きかけ			.694**	.587**	.480**	.511**	.402**
③他機関の職員が適切な指導等を受けるための医療・介護スタッフへの働きかけ				.631**	.510**	.479**	.399**
④クライアント等の生活支援のアセスメント、プランニングをじっくり話し合うための他機関への働きかけ					.609**	.466**	.428**
⑤クライアント等の在宅生活のための連携業務の調整						.609**	.490**
⑥介護制度サービス利用における多職種との連携では、率先し動く							.423**
⑦クライアント主体を常に意識しながら、家族への働きかけ							

** $p<.01$

表20 医療・介護の連携業務 (MSW)

	n=44						
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
①		.536**	.283	.482**	.698**	.477**	.531**
②			.655**	.615**	.608**	.452**	.358*
③				.687**	.418**	.393**	.296
④					.547**	.488**	.514**
⑤						.651**	.371*
⑥							.432**
⑦							

** $p<.01$ * $p<.05$

表21 医療・介護の連携業務 (PSW)

	n=34						
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
①		.564**	.432*	.740**	.759**	.545**	.619**
②			.706**	.755**	.567**	.522**	.603**
③				.769**	.564**	.418*	.651**
④					.748**	.505**	.680**
⑤						.618**	.669**
⑥							.662**
⑦							

** $p<.01$ * $p<.05$

表22 医療・介護の連携業務 (CM)

	n=46						
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
①		.734**	.445**	.427**	.448**	.346*	.384**
②			.517**	.427**	.370*	.337*	.510**
③				.397**	.445**	.431**	.463**
④					.486**	.365*	.195
⑤						.663**	.456**
⑥							.465**
⑦							

** $p<.01$ * $p<.05$

表23 Tukey HSDによる多重比較

調査内容 (I) 職種			平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	調査内容 (II) 職種					
医療機能分化	MSW	CM	1.117*	.222	.000	コンサルテーションを受ける	MSW	CM	1.056*	.225	.000
		PSW	1.191*	.239	.000		PSW	PSW	.644*	.245	.026
	PSW	MSW	-1.191*	.239	.000		MSW	MSW	-.644*	.245	.026
		CM	-.075	.238	.947		CM	CM	.412	.243	.211
精神疾患の知識	MSW	MSW	-1.117*	.222	.000	ニーズ・生活スタイルに合わせて調整	MSW	MSW	-1.056*	.225	.000
		CM	-.249	.163	.283			CM	PSW	-.412	.243
	PSW	CM	-1.257*	.177	.000		PSW	CM	.332	.143	.056
		MSW	1.257*	.177	.000		MSW	PSW	.611*	.157	.000
退院前カンファレンス	MSW	CM	1.008*	.175	.000	技術支援のための調整	MSW	CM	-.278	.156	.179
		PSW	.249	.163	.283			CM	MSW	-.332	.143
	PSW	MSW	-1.008*	.175	.000		PSW	PSW	.278	.156	.179
		CM	-.049	.181	.960		CM	CM	.500*	.164	.008
スーパービジョンを受ける	MSW	CM	.488*	.199	.042	介護制度サービス利用への連携	MSW	CM	-.844*	.179	.000
		PSW	-.488*	.199	.042			PSW	MSW	-.344	.179
	PSW	MSW	-.537*	.196	.020		CM	MSW	-.500*	.164	.008
		CM	.049	.181	.960		PSW	PSW	.344	.179	.137
	MSW	CM	1.073*	.239	.000		MSW	CM	.198	.159	.426
		PSW	.530	.262	.110			PSW	PSW	.651*	.174
	PSW	MSW	-.530	.262	.110		CM	MSW	-.651*	.174	.001
		CM	.543	.259	.095		CM	CM	-.452*	.173	.027
	MSW	MSW	-1.073*	.239	.000		MSW	MSW	-.198	.159	.426
		PSW	-.543	.259	.095			PSW	PSW	.452*	.173

も高齢者支援の意識が強く、2025年問題にはPSWには関係ないという意識が働いているように推測できた。しかし連携には、自分の領域には関係ないと思わずに、今何が求められているかを常に意識する姿勢が求められている。次に②疾患の正しい理解では、精神疾患への意識への相関関係が低く示されたが、精神疾患へのイメージが「統合失調症」等という疾患だけに留まっているためと推測できた。そのため精神疾患は、PSWの領域であり緩和ケアや訪問看護、在宅介護という領域とは別世界のものと捉えられていた。在宅医療の受け入れは、疾患のイメージに捉われることなく、クライアントの疾患や状況を把握しながら対応することが求められている。さらに、今後認知症も増加し、全ての病気等においては、うつ状態などの精神症状が現れる可能性は誰にでもある。よって、全ての職種が精神疾患への知識や対応の仕方などを習得することが連携促進のためには必要である。③連携への苦手意識の克服では、入退院の前後での連絡調整や情報提供は、他機関への連絡調整が苦手と思っていると、業務が忙しい中では、なかなか億劫な作業である。そのため、このままでは入院と地域での退院後の生活が切り離されていると感じていても、行動が伴わないという現状が明らかになった。そこで、どのように連絡調整をすればスムーズにできるかなど、自分の専門性や役割を説明ができるようなスキルを身に着け自信をつ

けることが重要である。④スーパービジョン・コンサルテーションのシステム整備では、スーパービジョンを受ける意識やシステムが整っていないことも問題である。つまり、このシステムが軽視されるとそれぞれの専門性を高めるための自己覚知や連携等の対応の仕方などの教育機会がもちにくくなる。よって、専門的スキルの向上が遅れると考えられる。コンサルテーションにおいては、他職種とのカンファレンスというイメージが強いようであるが、コンサルテーション時にも自分の業務役割や自分の専門性を説明する力が求められる。そのことについて意識化させることも重要な課題である。⑤クライアント中心にした連携意識では、MSWとPSWは同じソーシャルワーカーであるが、業務内容からみられる意識差異があることが明らかとなった。それにはPSWは、MSWと同じく病院で働くものとCMのように地域で働くものとが存在することが大きいといえる。さらに、PSWは精神疾患という「障害と疾病を合わせもつ」対象者のため、入院中だけでなく退院後も関わりをもつことが多い。よって、PSWは両方の視点が必要となり、クライアントの接し方に対して、得意分野を特化しているMSWとCMとの違いが現れたと推測できた。

連携とは、それぞれの得意分野をいかに調整しながら、うまく混ぜ合わせ調合することであると考えられる。よって連携時には、誰かの指示を待つだけでな

く、自分が率先して動く行動力と相手を尊重する姿勢が必要になるといえる。

Ⅶ. おわりに

この調査結果の連携促進要因を踏まえて、自分に何ができるかという視点や意識を少しでももちながら、その気持ちを共有でき一緒に何かを始められる仲間探しからその一歩が始まると考えられた。また、それぞれの職場で蓄積された医療と地域が協働する手法等を共有、そして検討することも大事である。そして、時代にあった医療と地域の連携のための手法として、本研究結果を連携のための研修体制等に盛り込むことも2025年問題の課題解決のための一つの方法である。

本研究の限界は、神奈川県内の調査であり、社会福祉領域のみを対象としているため、今後の医療と介護の連携を検討するためには、医療関係職種も入れた調査が必要である。

謝辞

お忙しい中、調査にご協力をしてくださった神奈川県医療ソーシャルワーカー協会、神奈川県介護支援専門員協会、神奈川県精神保健福祉士協会の皆さま、データ入力を手伝ってくださった東京武蔵野病院 宮本亮明様には、この場を借りて深く感謝申し上げます。

参考・引用文献

- 1) 総務省統計局：平成27年度国勢調査結果<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.htm> (2016.9.10アクセス)
- 2) 厚生労働省：地域包括ケアの理念と目指す姿について 資料<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uivi-att/2r9852000000ujwt.pdf#search> (2016.9.10アクセス)
- 3) 国立大学法人東京大学：平成26年度「老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤の整備に係るガイドラインの策定等に関

する調査研究事業在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書」；2015.3

- 4) 厚生労働省：我が国における地域包括ケアシステムの実現に向けて 資料http://www.i-ise.com/jp/information2/sym_20150311_yoshida.pdf；2015.3.11 (2016.9.10アクセス)
- 5) 厚生労働省；人生の最後段階における医療に関する意識調査 資料 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>；2014.3 (2016.9.10アクセス)
- 6) 厚生労働省；在宅医療・介護あんしん2012 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/an shin2012.pdf#search (2016.9.10アクセス)
- 7) 厚生労働省；在宅医療・介護の推進について 資料 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/.../dl/zaitakuiryuu_all.pdf (2016.9.10アクセス)
- 8) 社会保障制度改革国民会議資料：社会保障制度改革国民会議 報告書(概要)～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～；2013.8.6
- 9) 厚生労働省 全国会議資料：医療介護総合確保推進法等について；2014.7.28
- 10) 北村育子, 永田千鶴 他：認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察, 日本福祉大学社会福祉論集, 第130号；日本福祉大学社会福祉学部191-208, 2014
- 11) 松阪誠應, 浜村明德他：在宅ケアサービス提供課程における関係スタッフの連携, リハビリテーション医学；35：918-925, 1998
- 12) 川出義浩：地域包括ケアシステムにおける在宅栄養管理と薬剤師の役割について, 30 (3)；771-774, 2015
- 13) 永田千鶴, 北村育子：地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プライスを果たす地域未着型サービスの機能と課題, 日本地域看護学会誌17 (1)：23-31, 2014
- 14) 三宅美智子, 三宅真奈美, 藤原芳朗；介護福祉士に求められる地域包括ケアのあり方—介護現場職員の質問紙調査から—, 川崎医療短期大学

紀要35：43-50, 2015

- 15) 北村育子, 永田千鶴：地域包括支援センターによる認知症の在宅生活継続支援：専門職間の連携に着目して, 日本福祉大学社会福祉論集, 第133号, 日本福祉大学社会福祉学部：1-16,

2015

- 16) 夏井演, 吉本照子, 緒方泰子；受診援助にて入院した精神障害をもつ人の退院後の地域生活支援のしくみづくり, 保健医療科学, Vol.62 No.5：532-540, 2013

