

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における
2 職種間の連携と退院支援実践力に関する研究
The Cooperation between Medical Social Workers
and Discharge Coordination Nurses
and their Practical Ability to Provide Discharge Support

2023 年 7 月

早稲田大学大学院 人間科学研究科
影山 康博
KAGEYAMA, Yasuhiro

研究指導担当教員： 扇原 淳 教授

目次

第1章 社会的背景と本論文の構成	1
1.1 地域包括ケアシステムにみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師 間の連携の有用性	1
1.2 用語の定義	5
1.3 論文全体の構成	6
第2章 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師 の配置体制と2職種間の連携	9
2.1 はじめに	9
2.2 2008年度診療報酬制度改定	9
2.3 2010年度診療報酬制度改定	11
2.4 2012年度診療報酬制度改定	13
2.5 2016年度診療報酬制度改定	16
2.6 2018年度診療報酬制度改定	19
2.7 2020年度診療報酬制度改定	22
2.8 診療報酬制度改定のまとめと結語.....	24
第3章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられ た国内文献の文献検討	26
3.1 研究の目的	26
3.2 研究方法	26
3.2.1 文献の収集方法	26
3.2.2 分析方法	27
3.2.3 倫理的配慮	27
3.3 結果	28
3.3.1 MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた先行文献.....	28
3.3.2 分析対象別分類	36
3.3.3 調査方法別分類	36

3.3.4	発行年別分類	37
3.3.5	トピック別分類	38
3.4	考察	38
3.4.1	先行文献の動向と今後の研究課題	38
3.4.2	本研究の限界と今後の課題	40
3.5	結論	41
第4章	医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の構成因子に関する一考察（研究Ⅰ）	42
4.1	研究の目的	42
4.2	研究方法	42
4.2.1	調査対象者	42
4.2.2	データ収集方法	42
4.2.3	調査内容	43
4.2.4	分析方法	44
4.2.5	倫理的配慮	44
4.3	結果	45
4.3.1	分析対象者	45
4.3.2	MSWと退院支援看護師間の連携の構成因子	46
4.4	考察	49
4.4.1	MSWと退院支援看護師間の連携の構成因子	49
4.4.2	連携できる環境体制の構築	50
4.4.3	専門性を尊重したコミュニケーション	51
4.4.4	相互のスーパービジョン	52
4.4.5	本研究の限界と今後の課題	52
4.5	結論	53
第5章	医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子と職種間の差異；2職種における専門スキルの強み（研究Ⅱ）	54
5.1	研究の目的	54
5.2	研究方法	54
5.2.1	調査対象者	54

5.2.2	データ収集方法	54
5.2.3	調査内容	54
5.2.4	分析方法	54
5.2.5	倫理的配慮	55
5.3	結果	55
5.3.1	分析対象者	55
5.3.2	MSWと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子	55
5.3.3	MSWと退院支援看護師の退院支援実践力の差異	59
5.4	考察	60
5.4.1	MSWと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子の特徴	60
5.4.2	MSWと退院支援看護師における専門スキルの強み	60
5.4.3	本研究の限界と今後の課題	61
5.5	結論	62
第6章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における2職種間の連携が		
	退院支援実践力に与える影響（研究Ⅲ）	63
6.1	研究の目的	63
6.2	研究方法	63
6.2.1	調査対象者	63
6.2.2	データ収集方法	63
6.2.3	調査内容	63
6.2.4	研究の枠組み	63
6.2.5	分析方法	64
6.2.6	倫理的配慮	68
6.3	結果	68
6.3.1	分析対象者	68
6.3.2	MSWと退院支援看護師間の連携と退院支援実践力の散布図と相関係数	68
6.3.3	退院支援実践力を目的変数とした重回帰分析結果	72
6.4	考察	75
6.4.1	MSWと退院支援看護師間の連携と退院支援実践力の相関関係	75
6.4.2	『連携できる環境体制の構築』の退院支援実践力への影響	76

6.4.3	『専門性を尊重したコミュニケーション』の退院支援実践力への影響.....	77
6.4.4	『相互のスーパービジョン』の退院支援実践力への影響	78
6.4.5	個人要因と環境要因の退院支援実践力への影響	79
6.4.6	本研究の限界と今後の課題.....	80
6.5	結論	80
第7章	本論文のまとめと今後の課題.....	82
	引用文献	85
	本論文に関連した業績	93
	謝辞.....	94

第1章 社会的背景と本論文の構成

1.1 地域包括ケアシステムにみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の有用性

日本は1970年に高齢化社会、1995年に高齢社会、2007年に超高齢社会となった。高齢化率が7%に達した社会が高齢化社会、14%に達した社会が高齢社会、21%に達した社会が超高齢社会と呼ばれる。また、「日本社会は、2010年頃を境に人口減少の局面に入り、当面この傾向は、改善を期待できない」¹⁾と指摘されるように、人口減少社会となった。高齢化や人口減少が進む現代社会では、地域包括ケアシステムが推進されている。厚生労働省は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます」²⁾と述べている。なお、「2025年を目途」と述べられているが、「地域包括ケアシステムの取組は、数年で完了するものではない。2025年、そしてさらにその先の2040年、2060年に向けて、長い道のりになる取組である」³⁾。

地域包括ケアシステムに関して、急性期医療機関においては退院支援が重要である。地域包括ケア時代の多職種連携に関する文献でも、急性期病院では病院機能の分化と連携が進められ、在宅医療の充実が図られている⁴⁾と報告されている。急性期医療が機能しなければ、慢性期医療、在宅医療、介護サービスへ移行できない⁵⁾との見解もあるように、患者を適時、適切に次の療養場所へ移行するためには、急性期医療機関の退院支援が機能していることが不可欠である。

しかしながら、現状については、患者・介護者の高齢化、患者・家族が抱える問題の多様化、退院支援専門職種の人員不足などが原因となり、「(前略)急性期から地域包括期ないし慢性期へと患者の流れが円滑になされているとは言い難い」⁶⁾、「(前略)在院期間の延長、転院先の受け入れ困難等が社会的な問題となっている」⁷⁾といった意見もある。こうした社会問題の解決は地域包括ケアシステムにおいて必須であり、この意味でも急性期医療機関の退院支援は重要と言える。つまり、急性期医療機関の退院支援をいかに実践するかが、地域包括ケアシステムを構築・維持・強化する一つのキーポイントになると考え

ることができる。退院支援看護師による退院支援システム構築の様相を明らかにした先行文献でも、退院支援システム構築の推進は、地域包括ケアシステム構築につながる⁸⁾と述べられている。

また、「地域包括ケアシステム構築に基づき地域完結型の医療が推進されるなか、急性期病院では短期間での質の高い退院支援が求められている」⁹⁾、「急性期病院では、病状に合わせた退院後療養の目標に必要なサービスが受けられるような退院支援・調整が限られた時間のなかで求められている」¹⁰⁾、「病院を取り巻く環境の変化により、急性期病院の効率的な病床運用が求められている」¹¹⁾と述べられているように、地域包括ケアシステムにおいて、急性期医療機関の退院支援には在院日数の短縮化が求められている。厚生労働省の調査結果¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾を参考に、急性期医療機関の主たる病床である一般病床（急性期病床）の平均在院日数について、他の病床のそれと比較できるように表 1-1 に示した。

表1-1 病床の種類別にみた全国の病院の平均在院日数

(単位:日)

	平均在院日数							
	2021年	2020年	2019年	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年
一般病床	16.1	16.5	16.0	16.1	16.2	16.2	16.5	16.8
療養病床	131.1	135.5	135.9	141.5	146.3	152.2	158.2	164.6
精神病床	275.1	277.0	265.8	265.8	267.7	269.9	274.7	281.2
感染症病床	10.1	9.8	8.5	8.3	8.0	7.8	8.2	8.9
結核病床	51.3	57.2	64.6	65.6	66.5	66.3	67.3	66.7
介護療養病床			301.4	311.9	308.9	314.9	315.8	315.5
全病床	27.5	28.3	27.3	27.8	28.2	28.5	29.1	29.9
介護療養病床を除く全病床			26.7	27.0	27.2	27.5	27.9	28.6

「厚生労働省：医療施設調査・病院報告の概況、結果の概要、病院報告、平均在院日数」(2014～2021年度)を参考に筆者作成。

注1) 2020年7月豪雨の影響により、2020年6月分、2020年7月分の報告において、熊本県の病院1施設(球磨医療圏)は、報告のあった患者数のみ集計されている。

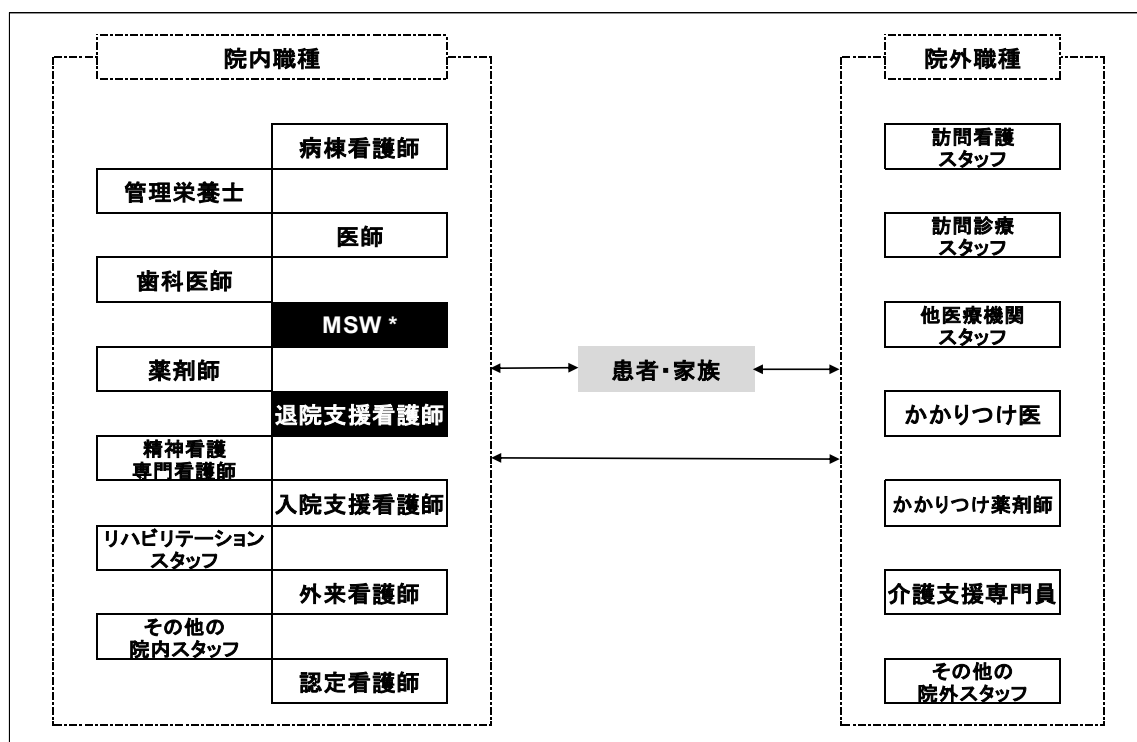
注2) 2018年7月豪雨の影響により、2018年7月分、2018年8月分の報告において、広島県の病院1施設(尾三医療圏)は、報告がなかったため除いて集計されている。

注3) 熊本地震の影響により、2016年4月分の報告において、熊本県の病院1施設(阿蘇医療圏)は、報告がなかったため除いて集計されている。

表 1-1 より感染症病床を除いた他の病床と比較すると、一般病床の平均在院日数の短さは顕著である。このように短く限られた時間の中で、急性期医療機関の退院支援は行われ

ている。言い換えれば、このような短時間で、急性期医療機関の退院支援は行われなければならない。

なお、急性期医療機関の退院支援は院内外の多職種連携により行われるものである。退院支援については、多職種がそれぞれに与えられた役割を認識し、情報の共有・相互理解により強みを発揮しながら、連携して患者・家族のサポートを行う²⁰⁾必要がある。また、「医療保険と介護保険、病院と地域、まさしくその接点に『退院』がある。『退院』をサポートする仕組みは、両者が行うチームアプローチそのものである」²¹⁾とも指摘されている。急性期医療機関の退院支援に関わる院内外の職種と患者・家族について図 1-1 に示した。



注1) * 医療ソーシャルワーカー

図1-1 急性期医療機関の退院支援に関わる院内外の職種と患者・家族

図 1-1 より、院内外の多くの職種が、急性期医療機関の退院支援に関わっていることが分かる。なお、患者・家族については、支援される対象と考えられる。しかしながら、退院支援におけるチーム医療について報告した先行文献にて、患者・家族はチームの一員と理解する²⁰⁾とも指摘されているように、連携して退院支援を行うチームの一員と考えるこ

とが重要である。

一方、職種というフレームで見ると、急性期医療機関で退院支援を主に担っているのは、図 1-1 では白字で示したが、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）と退院支援看護師の 2 職種（以下、2 職種）である。本論文では、急性期医療機関の退院支援に関わる多職種のうち、この 2 職種のみを研究の対象としている。

地域包括ケアシステムにおいて、在院日数の短縮化に重きが置かれる急性期医療機関には、包括的・総合的・効率的・短期的な退院支援が求められる。こうした退院支援がより良質なものとして患者や家族に提供されるためには、急性期医療機関で退院支援を主に担っている 2 職種間の連携が重要と考えられる。

なお、本論文第 3 章で後述したが、MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた国内文献は、医中誌 Web と CiNii Articles を使ったデータベース検索、引用文献からの情報収集、逆リンク検索、雑誌・著者の検索を行った結果、IMRAD 形式の一次文献で 13 本あった（最終検索日：2021 年 5 月 12 日）。トピックで分類すると、「技術や技術の特徴」²²⁾²³⁾、「判断プロセスの特徴」²⁴⁾、「協働や役割・役割分担」²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾、「退院支援および連携の課題」²⁹⁾³⁰⁾、「業務の認識やストレス対処力」³¹⁾³²⁾、「コンフリクト」³³⁾³⁴⁾に大別された。

急性期医療機関の MSW と退院支援看護師においては、職種間で専門スキルの強みに差異があり、それぞれの強みを生かした 2 職種間の連携の強化は、退院支援実践力の向上に有用である。これを検証するためには、「2 職種間の連携の構成因子」、「2 職種の退院支援実践力（以下、退院支援実践力）の構成因子」、「2 職種における専門スキルの業務への影響」、「2 職種間の連携の退院支援実践力への影響」がトピックとなる研究が有益と考えたが、先行文献には見当たらず、本論文で行うこととした。

本論文第 4 章（以下、研究 I）では、2 職種間の連携の構成因子を明らかにし、先行文献と比較して、各因子が 2 職種間の効果的な連携に必要と示唆することも重要と考えた。そこで、研究 I の目的は、急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携の構成因子を明確化することとした³⁵⁾。第 5 章（以下、研究 II）では、MSW と退院支援看護師の各職種における専門スキルの強みを明らかにすることにより、2 職種の強みを生かした連携が有用と示唆することも重要と考えた。そこで、研究 II の目的は、急性期医療機関の MSW と退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子を明確化し、両職種の実践力の差異を明らかにして、2 職種における専門スキルの強みを探索することとした³⁶⁾。第 6 章（以下、研究 III）では、研究 I と研究 II で得られたデータ・結果・成果を用いて量的研究を行い、その

関係性を明らかにして、2 職種間の連携の強化が退院支援実践力の向上に有用と示唆することも重要と考えた。そこで、研究Ⅲの目的は、急性期医療機関の MSW と退院支援看護師における、2 職種間の連携と退院支援実践力の相関関係と、2 職種間の連携の構成因子が退院支援実践力に与える影響の度合いを明らかにすることとした³⁷⁾。

なお、研究Ⅰ・研究Ⅱ・研究Ⅲでは、同サンプルによる同調査から得られた多量なデータから複数の分析を行うため、早稲田大学の倫理審査の際に、それぞれの該当範囲を明記した。研究Ⅰ・研究Ⅱ・研究Ⅲそれぞれが単体で1つの研究として成立する一方、3つの研究でより大きな1つの研究として成立する旨、倫理審査で報告した。

研究Ⅰ・研究Ⅱ・研究Ⅲにおける関係性および差別性に関しては、研究Ⅰでは2 職種間の連携、研究Ⅱでは退院支援実践力について、それぞれで異なるデータから分析を通して事象を明らかにすること、研究Ⅲでは2 職種間の連携と退院支援実践力の関係性について、研究Ⅰと研究Ⅱで得られた結果から分析を通して事象を明らかにすることと端的に言える。

1.2 用語の定義

本論文で「連携」は、「複数の異なる人や機関・組織の間にネットワークをもち、問題解決のために共通の目的をもって、互いに連絡をとり協力して物事を行うこと」³⁸⁾と定義する。また、「2 職種間の連携」は、回答者自身の2 職種間の連携とする。さらに、「(前略)医療・福祉・保健分野における協働は『ネットワーク』『チーム医療』『連携』などとも呼ばれ、それぞれ若干のニュアンスの違いはあるものの、ほぼ同義語と見なしてもよい(後略)」³⁹⁾という報告がある。本論文では、引用文献に関して用いられる「協働」「チームワーク」「チームアプローチ」「チーム医療」という用語に関して、「連携」とほぼ同義語と見なすこととする。

本論文で「退院支援」は、「入院患者が適切な時期に病院を退院し、円滑に次の療養場所に移行できるようにするために行われる支援全般(後略)」⁴⁰⁾と定義し、「退院支援実践力」は、これを実践する能力と定義する。また、「退院支援」は医療機関内外のスタッフ全体で行う支援全般でなく、MSW と退院支援看護師の2 職種が行う支援全般とし、「退院支援実践力」は回答者自身または個人の実践力とする。さらに、本論文では、「(前略)『退院調整』はマネジメントの意味合いが強いが、広義には『退院支援』の1つに含まれると考えられる」⁴¹⁾ため、「退院支援」と「退院調整」という用語を区別せず、「退院支援」という用語

を使用する。なお、「退院支援」という用語について、先行文献や診療報酬制度から引用する際は、各文献や当該制度で使用されている用語をそのまま用いる。

「医療ソーシャルワーカー」と「退院支援看護師」という用語についても、先行文献や診療報酬制度から引用する際は、各文献や当該制度で使用されている用語をそのまま用いる。本論文で引用した診療報酬制度に関しては、「医療ソーシャルワーカー」という用語は使われておらず、「社会福祉士」という用語が使われている。また、「退院支援看護師」という用語も使われておらず、「看護師」という用語が使われている。

1.3 論文全体の構成

論文全体の構成について図 1-2 に示した。

医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における 2職種間の連携と退院支援実践力に関する研究

第1章 社会的背景と本論文の構成

- 第1節 地域包括ケアシステムにみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の有用性
- 第2節 用語の定義
- 第3節 論文全体の構成

第2章 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の配置体制と2職種間の連携

第3章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献の文献検討

第4章

研究Ⅰ

医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の構成因子に関する一考察

第5章

研究Ⅱ

医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子と職種間の差異；2職種における専門スキルの強み

第6章

研究Ⅲ

医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における2職種間の連携が退院支援実践力に与える影響

第7章 本論文のまとめと今後の課題

図1-2 論文全体の構成

第1章では、第1節にて、地域包括ケアシステムに関して、急性期医療機関においては退院支援が重要であること、およびMSWと退院支援看護師の2職種間の連携が重要と考えられることを指摘した。第2節にて、用語の定義について述べた。第3節にて、論文全体の構成について述べた。

第2章では、診療報酬制度に関して、その変遷をたどり、急性期医療機関におけるMSWと退院支援看護師の配置体制と2職種間の連携について検討した。なお、第2章は引用文献⁴²⁾⁴³⁾を加筆・修正した。

第3章では、MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献の文献検討を行い、先行文献の動向と今後の研究課題に関して検討した。

第4章では、研究Ⅰとして、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間の連携の構成因子を明確化した。なお、第4章は引用文献³⁵⁾を加筆・修正した。

第5章では、研究Ⅱとして、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子を明確化し、両職種の実践力の差異を明らかにして、2職種における専門スキルの強みを探索した。なお、第5章は引用文献³⁶⁾を加筆・修正した。

第6章では、研究Ⅲとして、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師における、2職種間の連携と退院支援実践力の相関関係と、2職種間の連携の構成因子が退院支援実践力に与える影響の度合いを明らかにした。なお、第6章は引用文献³⁷⁾を加筆・修正した。

第7章では、本論文のまとめ、限界、今後の課題について述べた。

第2章 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の配置体制と2職種間の連携

2.1 はじめに

昨今、診療報酬制度に関して、MSWと退院支援看護師の2職種が主に担っている退院支援は重要なテーマであり続けている。退院支援に関連する制度は改定ごとに見直され、内容・種類ともに充足され、診療報酬点数も増加傾向にある。2職種の配置体制と2職種間の連携については、診療報酬制度と切り離して考えることはできない。これらは、2年に1度改定される診療報酬制度と相互に影響しつつ変化を遂げてきたと言える。

そこで本章においては、2008・2010・2012・2016・2018・2020年度診療報酬制度改定に着目して、「退院調整加算」から「入退院支援加算」までの変遷をたどり、主として急性期医療機関における2職種の配置体制と2職種間の連携について検討することとした。なお、2014年度診療報酬制度改定については、本論文に限り特筆すべき内容はないと判断して触れないこととした。

2.2 2008年度診療報酬制度改定

2008年度診療報酬制度改定で、「退院調整加算」と「後期高齢者退院調整加算」が新設された。これらの施設基準として、退院調整部門が設置されていることと、退院調整部門に専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていることが明記された。厚生労働省の資料⁴⁴⁾⁴⁵⁾を参考に、2008年度診療報酬制度改定における「退院調整加算」「後期高齢者退院調整加算」の概要について表2-1に示した。

表2-1 退院調整加算, 後期高齢者退院調整加算の概要 (2008年度診療報酬制度改定)

名称	対象患者 (抜粋)	診療報酬点数	施設基準 (抜粋)
退院調整加算	療養病棟入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院支援計画作成加算: 100点 (入院中1回)	病院では, 退院調整部門が設置されており, 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ること。
	障害者施設等入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院加算: 100点 (退院時1回)	
退院加算	療養病棟入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院支援計画作成加算: 100点 (入院中1回)	病院では, 退院調整部門が設置されていること。
後期高齢者退院調整加算	一般病棟入院基本料などを算定しており, 退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者で, 在宅での療養を希望する患者。	退院加算: 300点 (退院時1回)	
		100点 (退院時1回)	病院では, 退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師または社会福祉士が1名以上いること。なお, 当該看護師または社会福祉士は, 週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

「厚生労働省：平成20年度診療報酬改定に係る通知等について, 診療報酬の算定方法, 基本診療料」, および「厚生労働省：平成20年度診療報酬改定に係る通知等について, 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を参考に筆者作成。

「退院調整加算」については、入院中に1回算定可能な「退院支援計画作成加算（100点）」と、退院時に1回算定可能な「退院加算（100点または300点）」で構成されていた。

社会福祉士国家資格を保有するMSWが、医療機関で診療報酬を得られるようになったのはこれが初めてのことであり、医療機関におけるMSWの配置に関してターニングポイントとなった。医療政策がMSWの実践に及ぼした影響について考察した先行文献では、この改定以降、MSWの人数が大幅に増加したことを数値で確認できる。例えば、全国の病院に従事する社会福祉士は、2007年の3625.7人が2008年には4581.2人、2009年には5183.4人にまで増えたことが報告されている⁴⁶⁾。また、この改定内容は退院調整看護師の配置にも大きく影響し⁴⁷⁾、この改定以降、多くの病院で退院調整部門が設置された⁴⁸⁾。この改定で、「退院調整が評価されるようになったことを契機に、退院調整部門が設置され、退院調整看護師を配置する病院が増加している」⁴⁹⁾との報告もある。

2008年度診療報酬制度改定ではまだ、2職種のうちいずれかの職種を配置することが施設基準とされていた。また、「退院調整加算」「後期高齢者退院調整加算」は、2018年度診療報酬制度改定の「入退院支援加算1・2」と比較すると、診療報酬点数も低いものだった。しかしながら、日本全国の医療機関における、MSWや退院支援看護師の配置、退院支援部門の設置につながる契機となった点で、重要な改定であったという見解ができる。

2.3 2010年度診療報酬制度改定

2010年度診療報酬制度改定で、「退院調整加算」が「慢性期病棟等退院調整加算1・2」に変更された。一方、「後期高齢者退院調整加算」が廃止され、「急性期病棟等退院調整加算1・2」が新設された。「急性期病棟等退院調整加算」については、「後期高齢者退院調整加算を廃止し、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から新たな評価を新設する」⁵⁰⁾と説明されている。厚生労働省の資料⁵¹⁾⁵²⁾を参考に、2010年度診療報酬制度改定における「慢性期病棟等退院調整加算1・2」「急性期病棟等退院調整加算1・2」の概要について表2-2に示した。なお、NICUの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから⁵³⁾、新生児特定集中治療室管理料などを算定している患者を対象とする「新生児特定集中治療室退院調整加算」が新設されたが、本論文においては触れないこととした。

表2-2 慢性期病棟等退院調整加算1・2, 急性期病棟等退院調整加算1・2の概要 (2010年度診療報酬制度改定)

名称	対象患者 (抜粋)	診療報酬点数	施設基準 (抜粋)
慢性期病棟等退院調整加算1	療養病棟入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院支援計画作成加算: 100点 (入院中1回) 退院加算: 140点 (退院時1回)	退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が, 専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
	障害者施設等入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院支援計画作成加算: 100点 (入院中1回) 退院加算: 340点 (退院時1回)	
慢性期病棟等退院調整加算2	療養病棟入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院支援計画作成加算: 100点 (入院中1回) 退院加算 100点 (退院時1回)	病院の場合, 退院調整部門に退院調整に関する経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。
	障害者施設等入院基本料などを算定しており, 長期にわたり入院していて, 在宅での療養を希望する患者。	退院支援計画作成加算: 100点 (入院中1回) 退院加算: 300点 (退院時1回)	
急性期病棟等退院調整加算1	一般病棟入院基本料などを算定しており, 退院困難な要因を有する入院中の, 65歳以上の者または40歳以上の特定疾病の者で, 在宅での療養を希望する患者。	140点 (退院時1回)	退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が, 専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。専従の看護師または専従の社会福祉士は, 週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。
急性期病棟等退院調整加算2		100点 (退院時1回)	病院の場合, 退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。当該看護師または社会福祉士は, 週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

「厚生労働省:平成22年度診療報酬改定, 診療報酬の算定方法の一部を改正する件, 入院料等」, および「厚生労働省:平成22年度診療報酬改定, 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を参考に筆者作成。

「慢性期病棟等退院調整加算 1」については、入院中に 1 回算定可能な「退院支援計画作成加算（100 点）」と、退院時に 1 回算定可能な「退院加算（140 点または 340 点）」で構成されていた。「慢性期病棟等退院調整加算 2」については、入院時に 1 回算定可能な「退院支援計画作成加算（100 点）」と、退院時に 1 回算定可能な「退院加算（100 点または 300 点）」で構成されていた。

2010 年度診療報酬制度改定では、「慢性期病棟等退院調整加算 1」と「急性期病棟等退院調整加算 1」の施設基準において、退院支援部門に MSW と退院支援看護師の 2 職種をともに配置する内容が初めて明記された。「慢性期病棟等退院調整加算 1」と「慢性期病棟等退院調整加算 2」、「急性期病棟等退院調整加算 1」と「急性期病棟等退院調整加算 2」をそれぞれ比較すると、2 職種を併置することで、より高い診療報酬を得られるようになったことが分かる。これに関しては厚生労働省も、「従来の退院調整加算について、看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更⁵⁰⁾と説明している。この施設基準は、個々の医療機関における 2 職種の併置につながる契機になったと考えられる。また、退院支援という複雑性の高い 1 つの業務に対して、異なる専門職種である MSW と退院支援看護師の 2 職種で連携して行うことが有用と示唆された、初めての施設基準であったと考えられる。

さらに、2010 年度診療報酬制度改定前、急性期医療機関の 2 職種は「後期高齢者退院調整加算」を算定してきたが、その対象は 75 歳以上の入院患者に限定されていた。しかしながら、2010 年度診療報酬制度改定で、「急性期病棟等退院調整加算 1・2」の対象は 65 歳以上の患者または 40 歳以上の特定疾病の患者に大幅に拡大された。この対象の拡大は、多種多様な身体的・心理社会的悩みや問題を抱える、より多くの患者・家族への退院支援が必要になることを意味していた。この実現のためにも、2 職種の併置に関する先述の施設基準は、急性期医療機関における 2 職種間の連携が有用と示唆したとも解釈できる。

2010 年度診療報酬制度改定の特徴としては、退院支援部門に MSW と退院支援看護師の両職種を配置することで、より高い診療報酬を得られるようになったことと、「急性期病棟等退院調整加算」にて算定の対象が拡大されたことを挙げることができる。

2.4 2012 年度診療報酬制度改定

2012 年度診療報酬制度改定では、“急性期病棟等”や“慢性期病棟等”といった病棟の

種類による分類が名称から削除され、「退院調整加算 1・2」に変更された。また、2012 年度診療報酬制度改定では、「効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する」⁵⁴⁾見直しが行われた。厚生労働省の資料⁵⁵⁾⁵⁶⁾を参考に、2012 年度診療報酬制度改定における「退院調整加算 1・2」の概要について表 2-3 に示した。なお、新生児特定集中治療室管理料などを算定している患者を対象とする「新生児特定集中治療室退院調整加算 1・2」もあったが、本論文においては触れないこととした。

表2-3 退院調整加算1・2の概要（2012年度診療報酬制度改定）

名称	対象患者（抜粋）	入院期間（入院日より）	診療報酬点数	施設基準（抜粋）
退院調整加算1	一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	14日以内	340点（退院時1回）	退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
		15日以上30日以内	150点（退院時1回）	
		31日以上	50点（退院時1回）	
退院調整加算2	療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	30日以内	800点（退院時1回）	
		31日以上90日以内	600点（退院時1回）	
		91日以上120日以内	400点（退院時1回）	
		121日以上	200点（退院時1回）	

「厚生労働省：平成24年度診療報酬改定，診療報酬の算定方法の一部を改正する件，入院料等」，および「厚生労働省：平成24年度診療報酬改定，基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を参考に筆者作成。

2010年度診療報酬制度改定では、退院支援部門にMSWと退院支援看護師のうち1職種を専従、もう1職種を専任で配置することによって、より高い診療報酬が得られる「慢性期病棟等退院調整加算1」「急性期病棟等退院調整加算1」を算定でき、これが実現できなくても、病院においては退院支援部門にいずれか1職種を専従で配置することによって、「慢性期病棟等退院調整加算2」「急性期病棟等退院調整加算2」を算定できた。しかしながら、2012年度診療報酬制度改定では、「退院調整加算1」「退院調整加算2」とともに、退院支援部門に2職種のうち1職種を専従、もう1職種を専任で配置することが必須とされ、これが実現できなければ「退院調整加算」自体が算定不可能とされた。両職種が配置されていなければ「退院調整加算」を算定できないとしたこの改定により、急性期医療機関において、2職種の併置と2職種間の連携はより促進されたと考えられる。

また、2012年度診療報酬制度改定では、表2-3に示したように“入院期間による評価”が行われ、2職種間の連携による、効率性・迅速性・効果性の高い退院支援実践が求められたとも推測できる。

2012年度診療報酬制度改定の特徴としては、「退院調整加算」算定のためには、退院支援部門にMSWと退院支援看護師の両職種の配置が必須となったことと、早期退院が評価され、入院期間に応じた診療報酬点数が提示されたことを挙げるができる。

2.5 2016年度診療報酬制度改定

2016年度診療報酬制度改定では、「退院調整加算」から「退院支援加算」に名称が変更された。2008年度診療報酬制度改定から2014年度診療報酬制度改定までは加算の名称に“退院調整”という言葉が使われていたが、この段階で初めて“退院支援”という言葉に切り替えられたことは特筆すべきと考える。この改定については、「患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する」⁵⁷⁾と説明されている。厚生労働省の資料⁵⁸⁾⁵⁹⁾を参考に、2016年度診療報酬制度改定における「退院支援加算1・2」の概要について表2-4に示した。なお、新生児特定集中治療室管理料などを算定している患者を対象とする「退院支援加算3」もあったが、本論文においては触れないこととした。

表2-4 退院支援加算1・2の概要（2016年度診療報酬制度改定）

名称	対象患者（抜粋）	診療報酬点数	施設基準（抜粋）
退院支援加算1	一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	600点（退院時1回）	退院支援部門に、退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
	転院を受け入れた、連携する他の保険医療機関で当該加算を算定した者で、一般病棟入院基本料などを算定している患者。		
	療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	1200点（退院時1回）	退院支援および地域連携業務に専従する看護師または社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師または社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。病棟に専任の看護師または社会福祉士が、退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差支えない。
	転院を受け入れた、連携する他の保険医療機関で当該加算を算定した者で、療養病棟入院基本料などを算定している患者。		
退院支援加算2	一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	190点（退院時1回）	退院支援部門に、退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
	療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	635点（退院時1回）	

「厚生労働省：平成28年度診療報酬改定について、診療報酬の算定方法の一部を改正する件、入院料等」、および「厚生労働省：平成28年度診療報酬改定について、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を参考に筆者作成。

2016 年度診療報酬制度改定では、「退院支援加算 1」にて、MSW や退院支援看護師を病棟に配置する施設基準が新たに示された。この改定内容は、2 職種の配置体制、および2 職種が連携する環境や体制に大きな影響を及ぼしたと考えられる。病棟に退院支援専門職種である MSW や退院支援看護師が配置されることにより、退院支援部門に配置される MSW や退院支援看護師と、病棟に配置される MSW や退院支援看護師との連携が可能になった。一方では、病棟に配置される MSW や退院支援看護師と、病棟看護師との連携も可能になった。

また、この改定内容は、2 職種の増員にも大きな影響を及ぼしたと考えられる。急性期医療機関においては、病棟数を多く有している機関が多数ある。病院においては、MSW や退院支援看護師が配置される病棟は 1 人につき 2 病棟、計 120 床までに限られたが、MSW や退院支援看護師を病棟に配置するためには、それだけ多くの人員が必要となり、全国多数の急性期医療機関が大幅な人員充足を行った。実情として 2016 年度診療報酬制度改定後しばらくの間は、MSW や退院支援看護師を病棟に配置することが難しく、「退院支援加算 1」の算定を断念し「退院支援加算 2」を算定していた急性期医療機関も少なくなかった。しかしながら、2 職種の人員充足に積極的・組織的に取り組むことによって、「退院支援加算 2」から「退院支援加算 1」に切り替える急性期医療機関が次第に増加していった。

さらに、「退院支援加算 1」にて、MSW や退院支援看護師が、20 か所以上の連携保険医療機関などの職員と年にそれぞれ 3 回以上面会して協議する施設基準が新たに示された。この施設基準が掲げられたことにより、2 職種が両職種または単職種で、院外の多職種と対面で協議・情報共有を行う機会が顕著に増えた。この協議に対して、2 職種が一緒になって対応する機会や医療機関が増えたこと、また、2 職種のうち一方の職種が対応してその協議内容をもう一方の職種と共有する機会や医療機関が増えたことを考慮すると、この改定内容は、外部の専門職種との連携強化とともに、院内の 2 職種間の連携強化にも大きな影響を及ぼしたと考えられる。

一方、「退院支援加算 1」の算定要件では、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出すること、一般病棟入院基本料等の場合は原則として入院後 7 日以内、療養病棟入院基本料等の場合は原則として入院後 14 日以内に患者および家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、入院後 7 日以内に退院支援計画の作成に着手すること、入院後 7 日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員および退院支援部門の看護師ならびに社会福祉士等が共同してカンファ

レンスを実施すること⁵⁷⁾などが示された。

2016 年度診療報酬制度改定では、それ以前に「退院調整加算」で行われていた、“入院期間による評価”が廃止された。その一方で、先述の施設基準や算定要件からも明らかのように、2 職種の業務内容がより具体的に示され、それに対し日数制限が設けられた。“入院期間による評価”は廃止されたものの、在院日数短縮化を強く求められる急性期医療機関においては、退院支援部門と病棟にそれぞれ配置される MSW や退院支援看護師が、2 職種間および退院支援部門と病棟間で連携しつつ、退院支援の効率性・迅速性・効果をこれまで以上に高めていくことが求められたと考えることができる。

2.6 2018 年度診療報酬制度改定

2018 年度診療報酬制度改定では、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」⁶⁰⁾がさらに図られた。この改定については、「病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す」⁶⁰⁾と説明されている。加算の名称に関しても、「退院支援加算」は、入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価していたことから⁶¹⁾、「入退院支援加算」に見直された。厚生労働省の資料⁶²⁾⁶³⁾を参考に、2018 年度診療報酬制度改定における「入退院支援加算 1・2」の概要について表 2-5 に示した。なお、新生児特定集中治療室管理料などを算定している患者を対象とする「入退院支援加算 3」もあったが、本論文においては触れないこととした。

表2-5 入退院支援加算1・2の概要（2018年度診療報酬制度改定）

名称	対象患者（抜粋）	診療報酬点数	施設基準（抜粋）
入退院支援加算1	一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	600点（退院時1回）	入退院支援部門に、入退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
	転院を受け入れた、連携する他の保険医療機関で当該加算を算定した者で、一般病棟入院基本料などを算定している患者。		
	療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	1200点（退院時1回）	入退院支援および地域連携業務に専従する看護師または社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師または社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。病棟に専任の看護師または社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差支えない。
	転院を受け入れた、連携する他の保険医療機関で当該加算を算定した者で、療養病棟入院基本料などを算定している患者。		
入退院支援加算2	一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	190点（退院時1回）	入退院支援部門に、入退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
	療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。	635点（退院時1回）	

「厚生労働省：平成30年度診療報酬改定について、診療報酬の算定方法の一部を改正する件、入院料等」、「厚生労働省：平成30年度診療報酬改定について、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を参考に筆者作成。

表 2-4 と表 2-5 を比べると、2016 年度診療報酬制度改定では“退院支援”という言葉で表現されていた箇所が、2018 年度診療報酬制度改定では“入退院支援”という言葉に変更されたことが分かる。また、表 2-4 と表 2-5 に記載した内容に限っていえば、“退院支援”から“入退院支援”への言葉の変更箇所を除くと、対象患者・診療報酬点数・施設基準に関しては、「退院支援加算」で採用されていたものが「入退院支援加算」でも継続して採用されたことが分かる。

「入退院支援加算 1」に関しては、MSW や退院支援看護師を病棟に配置する施設基準が、2016 年度診療報酬制度改定の「退院支援加算 1」の施設基準から継続して採用された。この施設基準については、MSW や退院支援看護師を病棟に配置することが難しく、「退院支援加算 1」の算定を断念し「退院支援加算 2」を算定していた急性期医療機関も少なくなかったことを先述した。2018 年に厚生労働省が実施した調査⁶⁴⁾を参考に、急性期医療機関における「入退院支援加算 1・2」の届出状況について表 2-6 に示した。

表2-6 急性期医療機関における入退院支援加算1・2の届出状況（2018年）

名称	n	「入退院支援加算1」を届出している	「入退院支援加算2」を届出している	「入退院支援加算」を届出していない
急性期一般入院料1	367	70.3%	21.3%	7.9%
急性期一般入院料2・3	34	52.9%	26.5%	20.6%
急性期一般入院料4-7	344	19.5%	31.1%	48.5%

「厚生労働省：(令和元年度第11回)入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編」を参考に筆者作成。

個々の急性期医療機関が「入退院支援加算 1」を届け出なかった理由は、MSW や退院支援看護師を病棟に配置する施設基準を満たせなかったことだけではないと考えられるが、これも一つの要因であったと考えられる。表 2-6 からは、2016 年度診療報酬制度改定でこの施設基準が告示されて数年経た 2018 年に、急性期一般入院料 1 の機関では約 70%、急性期一般入院料 2・3 の機関では約 50%が、「入退院支援加算 1」を届け出しており、入退院支援部門に 2 職種の両職種を配置し、病棟にも 2 職種の両職種またはいずれかの職種を配置していたことが言える。これに対して、表 2-6 では急性期医療機関全体でみると、「入退院支援加算 1」でなく「入退院支援加算 2」を届け出ている機関や、「入退院支援加算」を届け出していない機関も多い。病棟に 2 職種のいずれの職種も配置していなかった機関や、院

内に2職種両職種を配置していなかった機関が多かったことも推測できる。「比較的規模が大きな病院では、社会福祉制度に詳しいMSWと医療知識を有する退院調整看護師が協働しているが、中小規模の病院では退院調整看護師を専従・専任配置できないことも多い⁶⁵⁾といった報告もある。厚生労働省による2018年のこの調査では、急性期医療機関でみても、2職種の人員確保の難しさが示唆されたと考えることができる。

また、本研究では詳細に触れないが、2018年度診療報酬制度改定では、「入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療を受けられるような、より優しく丁寧な医療を推進する観点から、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合の評価を新設する⁶⁶⁾とされ、「入院時支援加算」が新設された。「入院時支援加算」に関しては、診療報酬点数は200点（退院時1回）、対象患者は自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であり、「入退院支援加算」を算定する患者とされた⁶⁶⁾。

2.7 2020年度診療報酬制度改定

2020年度診療報酬制度改定における「入退院支援加算」の名称や診療報酬点数に関しては、2018年度診療報酬制度改定と同じであった。一方、その施設基準に関しては、入退院支援部門の看護師や社会福祉士における常勤要件が緩和された。また、本論文では詳述しないが、2018年度診療報酬制度改定で新設された「入院時支援加算」について見直しが行われ、より高い診療報酬が得られる「入院時支援加算1」（230点）と、「入院時支援加算2」（200点）に分けられた。厚生労働省の資料⁶⁷⁾⁶⁸⁾を参考に、2020年度診療報酬制度改定における「入退院支援加算1・2」の概要について表2-7に示した。なお、新生児特定集中治療室管理料などを算定している患者を対象とする「入退院支援加算3」もあったが、本論文においては触れないこととした。

表2-7 入退院支援加算1・2の概要（2020年度診療報酬制度改定）

名称	対象患者（抜粋）	診療報酬点数	施設基準（抜粋）
入退院支援加算1	<p>一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。</p> <p>転院を受け入れた、連携する他の保険医療機関で当該加算を算定した者で、一般病棟入院基本料などを算定している患者。</p>	600点（退院時1回）	<p>入退院支援部門に、入退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師または社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師または非常勤社会福祉士（入退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する者に限る）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師または常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師または非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</p>
	<p>療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。</p> <p>転院を受け入れた、連携する他の保険医療機関で当該加算を算定した者で、療養病棟入院基本料などを算定している患者。</p>	1200点（退院時1回）	<p>入退院支援および地域連携業務に専従する看護師または社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師または社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。病棟に専任の看護師または社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。</p> <p>転院または退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携保険医療機関などの数が20以上であること。上記施設基準でいう入退院支援部門または病棟に配置される看護師や社会福祉士と、それぞれの連携保険医療機関などの職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。</p>
入退院支援加算2	<p>一般病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。</p>	190点（退院時1回）	<p>入退院支援部門に、入退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師または社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師または非常勤社会福祉士（入退院支援および地域連携業務に関する十分な経験を有する者に限る）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師または常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師または非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</p>
	<p>療養病棟入院基本料などを算定しており、退院困難な要因を有する入院中の者で、在宅での療養を希望する患者。</p>	635点（退院時1回）	

「厚生労働省：令和2年度診療報酬改定について、診療報酬の算定方法の一部を改正する件、入院料等」、「厚生労働省：令和2年度診療報酬改定について、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」を参考に筆者作成。

2020年に厚生労働省が実施した調査では、「入退院支援加算 2」を届け出ている機関が「入退院支援加算 1」を届け出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」という回答が最も多かった⁶⁹⁾。また、同調査では、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項として、「担当患者数が多いため、患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」という回答が多かった⁶⁹⁾。2020年度診療報酬制度改定では、表 2-7 の施設基準に示したように、入退院支援部門の看護師や社会福祉士における常勤要件が緩和され、非常勤職員でも可能とされた。この改定内容からは、MSWや退院支援看護師における、配置や人員の充足と部署内外の 2 職種間の連携がよりいっそう期待され、必要とされていることを読み取ることができる。

2.8 診療報酬制度改定のまとめと結語

2008年度診療報酬制度改定では、「退院調整加算」と「後期高齢者退院調整加算」が新設され、これらの施設基準として、退院調整部門が設置され、1名以上の看護師または社会福祉士が配置されていることが示された。これにより、全国の急性期医療機関がMSWや退院支援看護師を配置、退院支援部門を設置するターニングポイントとなった。

2010年度診療報酬制度改定では、「慢性期病棟等退院調整加算 1」と「急性期病棟等退院調整加算 1」にて、退院支援部門に2職種をともに配置する施設基準を満たすことで、より高い診療報酬を得られるようになった。急性期医療機関においても、2職種が併置される契機となった。この施設基準は、退院支援という1つの業務に対して2職種間の連携が有用と示唆された、初めての施設基準と考えられる。また、急性期医療機関においては、「後期高齢者退院調整加算」と比較して、「急性期病棟等退院調整加算」にて算定の対象が大幅に拡大された。

2012年度診療報酬制度改定では、退院支援部門に2職種を併置しなければ「退院調整加算」を算定できなくなった。このことにより、急性期医療機関において、2職種の併置と2職種間の連携はより促進されたと考えられる。また、早期退院が評価され、入院期間に応じた診療報酬点数が示され、2職種間の連携による効率性・迅速性・効果性の高い退院支援実践が求められたとも推測できる。

2016年度診療報酬制度改定では、「退院調整加算」から「退院支援加算」に名称が変更された。「退院支援加算1」にて、MSWや退院支援看護師を病棟に配置する施設基準が示され、2職種の配置体制や増員、および2職種が連携する環境や体制に大きな影響を及ぼしたと考えられる。同じく「退院支援加算1」にて、MSWや退院支援看護師が、20か所以上の連携保険医療機関などの職員と年にそれぞれ3回以上面会して協議する施設基準も示され、外部の専門職種との連携強化とともに、院内の2職種間の連携強化にも大きな影響を及ぼしたと考えられる。

2018年度診療報酬制度改定では、入院前から退院までの連続性の高い支援に重きが置かれ、「入退院支援加算」という名称に変更されて、「入院時支援加算」が新設された。「入退院支援加算1」では、MSWや退院支援看護師を病棟に配置する施設基準が継続して採用された。厚生労働省による2018年の調査では、急性期医療機関でも、「入退院支援加算1」でなく「入退院支援加算2」を届け出ている機関や、「入退院支援加算」を届け出していない機関も多く、2職種の人員確保の難しさが示唆されたと言える。

2020年度診療報酬制度改定では、「入退院支援加算」の施設基準にて、入退院支援部門の看護師や社会福祉士における常勤要件が緩和された。厚生労働省による2020年の調査でも、2職種の人員確保の難しさに関連する回答が多く、この改定内容については、MSWと退院支援看護師における、配置や人員の充足と部署内外の2職種間の連携がよりいっそう期待されているものとする。

本章では、2008年度診療報酬制度改定の「退院調整加算」から2020年度診療報酬制度改定の「入退院支援加算」までの変遷をたどり、主として急性期医療機関におけるMSWと退院支援看護師の配置体制と2職種間の連携について検討した。本章で報告してきたことから、2職種の配置体制と2職種間の連携については、診療報酬制度と切り離して考えることはできないことが分かる。急性期医療機関におけるMSWと退院支援看護師の配置体制と2職種間の連携は、これまでと同じくこれからも、2年に1度改定される診療報酬制度と相互に影響し合い、より強いものに変化を遂げていくものとする。

第3章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献の文献検討

3.1 研究の目的

本章における研究の目的は、MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献の動向と今後の研究課題に関して検討することとした。

国内文献に限定した理由は、日本国内の医療機関に勤務する2職種に焦点が当てられた先行文献に限定して検討するためである。また、日本の退院支援が国内の診療報酬制度に起因することや、第2章で先述したように、急性期医療機関におけるMSWと退院支援看護師の配置体制や2職種間の連携が、国の診療報酬制度と相互に影響し合っていることもその理由である。

3.2 研究方法

3.2.1 文献の収集方法

MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献の収集に関しては、以下4つの方法で、発行年に制限をかけずに行った。

- ①医中誌 Web および CiNii Articles を用い、「ソーシャルワーカー and 退院支援看護師」「ソーシャルワーカー and 退院調整看護師」「ソーシャルワーカー and 看護師 and 退院支援」「ソーシャルワーカー and 看護師 and 退院調整」をキーワードとして、それぞれデータベース検索を行った。検索を行った時点において、拡張検索機能（マッピング機能）が医中誌 Web には装備されており、CiNii Articles には装備されていなかった。
- ②データベースを利用して、入手した文献の引用文献情報の中から、必要または有用と考えられる文献を検索した。また、こうして引用文献情報をもとに入手した文献の引用文献情報の中からも、同様の手続きを行い、これを繰り返した。
- ③CiNii Articles の検索機能を使い、ある特定の文献からその文献が引用されている文献を検索した。

④文献を検索・収集する中で、複数の文献に出てくる雑誌や著者に関して、データベースで検索した。

①～④の検索方法で、抄録がある場合はその記載内容も参考にして、MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた、またはその可能性があると推測された「原著論文」「研究ノート」「資料」「報告」「事例」（これらに類似する論文の種類を含む）などを検討候補として入手した。入手した文献の中から、2職種に焦点が当てられたIMRAD形式の一次文献を選定し、本研究の対象とした。

最終の検索は2021年5月12日に実施した。

3.2.2 分析方法

上記収集方法により入手した、MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた先行文献それぞれに関して、「研究目的」「分析対象」「調査方法」「結果」「考察」「トピック」「研究の限界と課題（各文献の著者が示したもの）」について、文献内容として表に示した。トピックについては、各文献の研究目的を中心に抄録や本文から検討して、最も代表的と考えたトピックを1つ選定した。

次に、それらの先行文献に関して、「分析対象」別、「調査方法」別、「発行年」別に分類して、それぞれ表にまとめた。分析対象については、「MSWと退院支援看護師の2職種」「MSW」「退院支援看護師」「事例」「既存資料」「その他」に分類した。2職種以外のスタッフを分析対象としている場合は「その他」に、「事例」や「既存資料」を分析対象としつつ実際に2職種を分析対象としている場合は「MSWと退院支援看護師の2職種」に分類した。調査方法については、「質問紙調査」「面接調査」「事例調査」「既存資料調査」「複数の調査方法の組み合わせ」に分類した。発行年については、「-2005」「2006-2010」「2011-2015」「2016-2020」「2021-」に分類した。

次いで、内容の類似性・相違性に基づき照合し、先行文献全体のトピックを複数検討して各文献を分類した。

分析には、国内文献レビューに関する文献⁴¹⁾⁷⁰⁾⁷¹⁾なども参考にした。

3.2.3 倫理的配慮

論文の著作権を侵害することがないように留意した。

3.3 結果

3.3.1 MSW と退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた先行文献

前述の条件を満たしている、MSW と退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた文献の数は13本であった。これら13本の先行文献の書誌情報について表3-1に示した。また、この13本の先行文献に関して、文献内容Ⅰとして、「研究目的」「分析対象」「調査方法」「結果」「考察」「トピック」について表3-2に示した。さらに、文献内容Ⅱとして、「研究の限界と課題（各文献の著者が示したもの）」について表3-3に示した。

表3-1 2職種に焦点が当てられた国内文献の書誌情報

文献 番号	タイトル	著者	掲載誌	巻(号)
		発行年月		頁番号
1	介護療養型医療施設の退院調整に携わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス対処力(SOC)との関連	望月宗一郎, 他	山梨大学看護学会誌	8(2)
		2010.03		21-29
2	東京都内の病院の退院調整部署に関する調査	大倉美紀, 他	日本医療マネジメント学会雑誌	11(4)
		2011.03		251-255
3	退院支援において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術	石橋みゆき, 他	第21回 研究助成・事業助成報告書	
		2011.09		187-208
4	退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴	石橋みゆき, 他	千葉看護学会会誌	17(2)
		2011.12		1-9
5	ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究；退院支援担当者へのアンケート調査から	佐藤奈津子	北星学園大学大学院論集	(4)
		2013.03		19-38
6	がん相談支援センターにおける看護師と医療社会事業専門員(MSW)との連携の課題	日塔裕子, 他	第14回日本医療情報学会看護学術大会 論文集	
		2013.07		180-181
7	介護療養型医療施設の看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識；専門職連携に焦点を当てて	田中結香, 他	保健医療福祉連携	6(1-2)
		2013.09		2-10
8	医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況；「病院における医療ソーシャルワーカー退院支援業務に関する調査」より	高山恵理子, 他	医療と福祉	47(1)
		2014.01		60-66
9	医療ソーシャルワークにおける退院調整看護師との役割分担の現状と課題；急性期病院のMSWに対するアンケート調査から	徳山磨貴, 他	医療と福祉	47(1)
		2014.01		54-59
10	ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究；退院支援担当者へのインタビュー調査から	佐藤奈津子	北星学園大学大学院論集	(5)
		2014.03		1-21
11	終末期患者に対する退院支援の一例；退院調整看護師との協働からMSWの役割を考える	鬼頭裕美	共済医報	64(3)
		2015.08		294-297
12	退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴	石橋みゆき, 他	保健医療福祉連携	10(1)
		2017.03		19-28
13	NICUにおける退院支援の現状調査	大脇吉子, 他	日本新生児看護学会誌	23(2)
		2017.11		25-33

表3-2 2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容 I

文献番号	研究目的	分析対象	調査方法	結果	考察	トピック
1	介護療養型医療施設において退院調整に携わる看護師とMSWの、業務に関する認識とストレス対処力(SOC)との関連を明らかにすること	全国の介護療養型医療施設の、退院調整部署に所属または退院調整を主に担当する看護師155人、MSW180人の計335人(機関数は集計対象外)	質問紙調査	看護師・MSWともに、ストレス対処力と役割受容との間に関連があった。 ストレス対処力が高い者には、「経営者・管理者に業務内容の理解あり」「仕事にやりがいあり」「現職種としての継続意欲あり」という特徴があった。	ストレス対処力が高いことと他者からの「理解」が関連しており、これが仕事へのやりがいや継続意欲に繋がる。 今後、多職種連携推進の際には、相互に理解を深めることが大切である。	業務の認識やストレス対処力
2	東京都内の退院調整部署、退院調整看護師や退院調整担当者の実態を明らかにし、今後の活動を検討すること	東京都内83病院の退院調整看護師または退院調整担当者83人(職種別の人数は集計対象外)	質問紙調査	回答を得た病院の84%にあたる70病院に退院調整部署が設置され、そのうち96%にMSW、56%に看護師、27%に事務員が配置されていた。 退院調整業務のうち、「意思決定支援のための面談」は、退院調整看護師・MSWともに多く行っており、医療に関するものは看護師が多く、制度活用や転院支援はMSWが多かった。	急性期の病院を中心に退院調整看護師の配置が進んでおり、特に急性期の病院では近年医療と生活両面のアセスメントができる退院調整看護師のニーズが高まりつつある。 転院支援はMSWが、在宅支援は退院調整看護師が行っていることが多いと思われるが、在宅支援に関する項目に有意差が見られなかったのは、退院調整看護師とMSWが協働して行っているためである。	協働や役割・役割分担
3	退院調整看護師とソーシャルワーカーが退院支援過程においてどのような技術を駆使しているのかその詳細を明らかにすること	文献番号4で、5医療機関の退院調整看護師5人、MSW5人が語ったインタビューの内容	既存資料調査	退院調整看護師の技術とソーシャルワーカーの技術は、意図によってまとめると以下8つに分類された:「退院支援介入早期に支援目標を見定める技術」「本人を含めた家族全員のニーズから療養生活方針決定を支援する意思決定支援技術」「家族を理解し、家族と協働し退院支援計画を実施する技術」「退院支援目標に向けて支援計画を遂行する技術」「療養者を中心に社会資源をコーディネートする技術」「目標を共有して多職種とともに退院支援を推進する技術」「退院支援の過程と結果について自己評価する技術」「実践活動を通して院内の退院支援質向上を図る技術」。	退院調整看護師の技術とソーシャルワーカーの技術は、支援の意図という観点から見ると共通部分が多い。 退院調整看護師とソーシャルワーカーの技術は、意図からみて共通であっても、その手段や方法には多くの相違がある。 退院調整看護師とソーシャルワーカーが用いている技術の違いを踏まえ、相互に補完するべき視点を意識しながら2職種協働による退院支援体制を構築することが望まれる。	技術

表3-2 2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容 I (つづき)

文献番号	研究目的	分析対象	調査方法	結果	考察	トピック
4	<p>退院調整看護師とソーシャルワーカーが行う退院支援過程、およびそこで行われている判断プロセスの内容について、両職種の共通点とそれぞれの特徴を明らかにし、職種間協働の在り方を検討すること</p>	<p>研究Ⅰ：先行文献、および研究者の一人である退院支援実践に熟練した看護師の実践事例</p> <p>研究Ⅱ：5医療機関の退院調整看護師5人、ソーシャルワーカー5人の合計10人</p>	<p>研究Ⅰ：文献検討、および事例分析</p> <p>研究Ⅱ：面接調査</p>	<p>退院支援過程は、相談開始、初期のアセスメント、退院支援計画立案、退院支援計画の実現可能性のアセスメント、院内調整、院外調整、調整内容点検のためのアセスメント、退院準備カンファレンス、退院支援の評価の9段階に整理された。</p> <p>判断プロセスは、①情報収集、②判断・意図、③行動の3つを繰り返す行いう構造であった。</p> <p>判断プロセスの内容は、【本人の状態と本人・家族の意向を早期に把握する】【本人・家族の意向と療養の方向性のズレに気付く】を含む全14が両職種共通の内容として抽出された。</p> <p>退院調整看護師とソーシャルワーカーの相違点として、アセスメントの方法と問題解決へのアプローチの方法があった。</p>	<p>退院調整看護師とソーシャルワーカーは退院支援の方向性・適切性を各段階で見極めており、退院支援の目標の定め方が両職種で一致している。</p> <p>組織で期待される職種役割、個人の経験の積み重ねとその活用のしかた、就業環境における多職種との関係によってそれぞれの支援方法の特徴が際立った。</p> <p>退院調整看護師とソーシャルワーカーは専門性や教育背景が異なるが、退院支援における判断プロセスの内容の多くが共通であることを認識しつつ、相互理解し協働することで、より質の高い退院支援が展開できる。</p>	判断プロセスの特徴
5	<p>北海道内の医療機関を対象として、退院支援の実際と、退院支援担当者が抱くコンフリクトの実態と要因を明らかにすること</p>	<p>北海道内の医療機関のMSW72人、退院調整看護師29人の合計101人(機関数は集計対象外)</p>	<p>質問紙調査</p>	<p>ソーシャルワーカーと退院調整看護師間には、「調整に伴うコンフリクト」「専門職種間フレームワークコンフリクト」「組織的なコンフリクト」といった3つのコンフリクトが存在した。</p>	<p>退院支援は複数の意向と概念が錯綜し調整を要する業務であり、個々の退院支援担当者は調整に伴うコンフリクトを抱きやすい。</p> <p>2職種間で積極的なコンサルテーションを行っている実態が確認できず、他方で担当職種により支援目標や支援結果に相違を生じさせている事実が確認され、2職種間には、専門職種間フレームワークコンフリクトが存在している。</p> <p>2職種間には、退院支援経験年数と組織上の権限に関する「ねじれ現象」により、組織的コンフリクトが存在している。</p>	コンフリクト

表3-2 2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容 I (つづき)

文献番号	研究目的	分析対象	調査方法	結果	考察	トピック
6	がん患者の相談業務にあたり、MSWと看護師の連携の現状を把握した上でどのように連携すべきか課題を明らかにすること	A病院でがん患者と家族の相談業務を担当MSW4人、退院調整看護師1人の計5人	面接調査	MSWは、がんの患者・家族の対応や相談の対応に悩んだり困ったりしているが、MSWと看護師間では意図的には情報共有を行っていない現状があった。また、MSWは相談業務における看護師の主な役割を「在宅療養分野」と認識しそれ以外はMSWが対応しており、退院調整看護師は転院と福祉に関する事をMSWの役割と捉え相談していた。	看護師とMSWが患者・家族のニーズの把握・問題の明確化を行い問題解決を目指すための課題としては、情報の共有化が重要である。今後、A病院においては、がん相談支援担当職員全員で、①個々が把握した情報を意図的に共有する、②問題解決のために互いの役割を明確化・理解した上で、どのように介入していくかについてカンファレンスを行うなど、ゴールに向かって検討するような場が必要である。	連携の課題
7	療養病床、特に介護療養型医療施設の円滑な退院促進に必要な要素と専門職種連携の在り方を検討する基礎資料として、退院調整に携わる看護師とMSWの業務に関する認識を明らかにすること	全国の介護療養型医療施設の、退院調整部署に所属または退院調整を主に担当する看護師155人、MSW180人の合計335人(機関数は集計対象外)。文献番号1と同じ分析対象	質問紙調査	看護師はMSWよりも、「業務量が多い」「医師と連携を取ることが困難である」と認識しており、MSWは看護師よりも、「看護師と連携することが困難である」「経営者が業務内容を理解してくれている」と認識していた。また、看護師、MSWともに、日常業務の中で「社会的入院」について考えていた。	日頃の業務の多さや互いの業務内容の認識不足から「専門職連携」が上手に機能していない実態が明らかとなり、今後、保健医療福祉の専門職が協働して相談援助に関わり退院調整を図ることが重要である。	業務の認識
8	医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の状況と、退院支援をめぐる看護師との協働の状況を明示すること	日本医療社会福祉協会(現・日本医療ソーシャルワーカー協会)に所属する、608医療機関のMSW608人	質問紙調査	ソーシャルワーカー所属部署への看護師配置の有無についてみたところ、38.0%(231病院)に看護師が配置されていた。 退院調整部署内におけるMSWと看護師との協働は約40%の病院で行われており、退院調整に関わる部署が一病院内に複数存在している病院が約15%あった。 社会課題をもつ転院支援は分担がなされており、76.1%(178病院)において、主にソーシャルワーカーが担当していた。また、三次救急指定、救急指定なしの病院において、医療課題をもつ在宅支援は看護師が担う傾向にあった。	医療課題をもつ在宅支援においては、それ以外のケースに劣らず、患者・介護者の心理・社会的課題は大きいことが予測される。この支援での主な担当が看護師・退院調整部門に移行している現状をふまえ、ソーシャルワーカーとしての的確なスクリーニングと関与は今後の課題である。 複数専門職が関わる中で、退院支援においてソーシャルワーカー、ソーシャルワーク部門が担える役割と独自性、効果について明示することは今後の課題である。特に、医療課題をもつ場合に生じるソーシャルワーク・ニーズと支援を明示することは、重要な課題である。	協働

表3-2 2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容 I (つづき)

文献番号	研究目的	分析対象	調査方法	結果	考察	トピック
9	急性期医療を中心とした病院で業務を行うMSWと退院調整看護師との役割分担の現状を明らかにすること	1県下33機関のMSW33人	質問紙調査	退院調整看護師は33施設中24施設(73%)で配置されており、24施設中20施設は退院調整看護師とMSWが同部署であった。 「退院調整看護師との役割分担については模索中」とする回答が多かった。 「自宅退院」か「転院」といった「退院の方向性」が、担当ケース振り分け時の判断基準として優先される項目としては三番目に多い項目となっており、さらに50%の病院が、「転院支援はMSW」が、「在宅支援は退院調整看護師」が担当する傾向があると回答した。	互いの専門性が発揮されるような役割分担や協働のあり方は、いまだ手探り段階である。 「退院の方向性」や「医療依存度」というような判断基準から、MSWか退院調整看護師のどちらか一方が担当すればいいと振り分けるのではなく、2職種が共同で初回面談を行い、クライアントが抱える困難を総合的にアセスメントした上で担当を決めたり、時には一人のクライアントに対し相互に役割を分担・協働して支援する必要もある。	役割分担
10	北海道内の医療機関にある退院支援部門に配置された看護師とMSWを対象に、退院支援における2職種の実践の相違とコンフリクトの有無、その要因と構造を明らかにすること	北海道内の6医療機関のMSW6人、退院調整看護師3人の合計9人	面接調査	「一業務2職種」を阻むコンフリクトとして、「専門職種間コンフリクト」と「管理権限の介在によるコンフリクト」が存在した。	一人の患者に対してSWと退院調整看護師が同時に関わるという方法が、退院支援システムにおいて位置づけられる必要がある。 「一業務2職種」を実現するためには、2職種間の相互理解の問題について考えること、2職種間に対等な立場を保障すること、退院支援実践におけるコンフリクト克服モデルを提示すること、人件費の問題について考えることが必要である。	コンフリクト
11	MSWが退院調整看護師と協働して支援を行った事例を基に、職種による視点の違いや役割期待について考察すること	1事例、および院内外の関係者	事例調査、および面接調査	MSWには心理的援助や患者の社会環境への働きかけ、各機関や制度の調整が求められていた。さらに、協働したことでより質の高い支援を展開できた。	各機関や制度の調整はMSWの強みであり、在宅生活をより長く保つために患者の生活スタイルに合わせたケアの変更や看視連携は退院調整看護師の強みである。MSW・退院調整看護師が、それぞれの強みを生かしていくことが重要である。	役割

表3-2 2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容 I (つづき)

文献番号	研究目的	分析対象	調査方法	結果	考察	トピック
12	退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーが用いる、それぞれの職種に特有な専門性を反映した技術の性質や特徴を明らかにし、専門職連携教育への示唆を得ること	文献番号4で、5医療機関の退院調整看護師5人、ソーシャルワーカー5人が語ったインタビューの内容	既存資料調査	退院調整看護師とソーシャルワーカーの退院支援の意図は共通であっても、家族支援、目標設定や課題のアセスメント、他職種との協働、院内の退院支援の質向上への働きかけ等において、用いる技術に専門性を反映した特徴や性質の違いが見られた。退院調整看護師は、療養者の予測される状態を自らアセスメントして他職種にその内容を確認し、ソーシャルワーカーは療養者の現在のニーズを多職種との連携・調整を行う中で把握するという特徴があった。	退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーが用いる技術の性質や特徴は、「支援対象の捉え方」と「多職種との関わり方」を中心に専門性が反映される。	技術の特徴
13	NICUにおける退院支援を推進していくための要件および今後の課題について示唆を得ること	全国54医療機関の看護管理者54人、46医療機関の退院支援看護師46人、56医療機関のMSW56人の合計156人	質問紙調査	NICUの退院支援加算を取得している施設は半数強であり、算定不可の理由については、人材の質的・量的な不足が最も多く挙げられていた。 NICUの退院調整看護師を対象とした結果において、看護師は、社会福祉に関する知識や、円滑な退院調整とはどのようなものか、実践的な流れに関する学習機会を求めている。 MSWのほとんどは、NICUの事例を1例以上経験していたが、専門的な研修を受けている対象は少なかった。	看護・福祉の視点を取り入れた、多職種を対象とした、実践的な研修が求められている。 退院調整看護師とMSWがお互いの専門性や役割を活用して、連携を強化することで、より質の高い退院支援を、効率的に実践できる可能性がある。 まずは、人材の育成とともに、院内・院外において、どの施設においても退院支援チームが作られ、実際に機能できるよう、支援していくことが重要な課題である。	退院支援の課題

表3-3 2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容Ⅱ

文献番号	研究の限界と課題(各文献の著者が示したもの)
1	本研究では、退院調整に携わらない者との比較をしていないため、今回得られた結果は退院調整業務に携わる者の特徴として一概に言及することはできない。また、本研究デザイン上正確な因果関係を探るには不十分であり、今後もコホート研究の実施を含め更なる検討を行う必要性がある。
2	今回の調査は、東京都全642病院を対象に行ったが、回答率は13%に過ぎなかった。原因として、病院長宛に調査票を郵送し記載は退院調整看護師もしくは退院調整担当者に依頼、という調査方法であったため、退院調整看護師を配置していない病院などで調査票が退院調整担当者に届かないなどの事態に陥ったことが考えられる。
3	本研究で扱った分析のためのデータが、退院調整看護師5名、ソーシャルワーカー5名の計10名から得られた語られた内容であり、データの内容を一般化するには、今後もデータを積み重ねて分析を続けなければならない。この点が本研究の限界でもあり、今後取り組むべき課題である。 本研究結果をもとに、さらなる検討事例を積み重ね、多様な事例に対応できる看護技術として本研究結果を発展させていくことが今後の課題である。
4	今後は、地域連携、地域における退院支援システムづくりを目指した退院調整看護師とソーシャルワーカーの職種間協働のあり方についても検討を重ねることが研究課題であるとともに、療養の場所の移行を支援する、訪問看護師やケアマネジャー等地域で活躍する職種も対象とした効果的な退院支援教育プログラムを開発することも課題である。
5	更なる在院日数短縮化に向け、2職種にはより有効な退院支援システム構築が求められている。今後の調査研究では、新しい体制下における退院支援の実態調査とコンフリクトの要因分析が望まれる。
6	記載なし。
7	本研究では、各介護療養型医療施設で看護師・MSW1名ずつの回答であるため、各職場の構成割合の関係上、看護師は管理職が回答することが多く、MSWは管理者以外の者が多かった。このような選択バイアスが発生していることは否めない。また、本研究デザイン上、正確な因果関係を探るには不十分であり、今後もコホート研究の実施を含め更なる検討を行う必要性がある。
8	本調査は、回収率が36.7%である点で一般化には限界がある。
9	本研究はA県の医療ソーシャルワーカー協会会員で200床以上の一般病床を有する病院のMSWに対して実施した調査であるため、サンプル数が非常に少なく、この結果を一般化させるには不十分である。また今回は「急性期医療」を中心とした病院へ調査協力をお願いした点においても、非常に限定的な調査結果となっている。 今後は本調査結果をふまえ、さらなる調査票の改良を検討し、サンプル数を増やした上で調査を実施する必要がある。また、両職種の「協働」についてその実際を明らかにするには、MSWと退院調整看護師、両者に対するインタビュー等の質的調査も行う必要がある。
10	記載なし。
11	記載なし。
12	退院支援については社会情勢の変化に伴い制度も急速に変化しているが、本研究はデータ収集当時の社会情勢の影響を受けていることがある。今後は、本研究で得られた退院支援の技術を踏まえ、近年の医療福祉制度のもとで多様な地域特性や病院の特性を考慮したデータを追加し、それぞれの専門職の技術の特徴を統合した教育内容を基盤とした教育プログラムの開発に向けて研究を進展させていくことが課題である。
13	記載なし。

3.3.2 分析対象別分類

MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた 13 本の先行文献に関して、分析対象別分類について表 3-4 に示した。

表3-4 2職種に焦点が当てられた国内文献における分析対象別分類

分析対象	MSWと退院支援看護師の2職種	MSW	退院支援看護師	事例	既存資料	その他
文献番号	1, 4, 5, 6, 7, 10	8, 9			3, 12	2, 11, 13
文献数	6 (46.2)	2 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (15.4)	3 (23.1)

n = 13 (%)

分析対象に関しては、MSW と退院支援看護師の 2 職種が 6 本 (46.2%) で最も多く、MSW と既存資料がそれぞれ 2 本 (15.4%) と続き、その他は 3 本 (23.1%) であった。退院支援看護師のみを分析対象とした、2 職種に焦点が当てられた国内文献は存在しなかった。MSW と退院支援看護師の 2 職種を分析対象とした 6 本の先行文献のうち、文献番号 4 では研究 I で文献検討と事例分析が行われ、研究 II で 5 機関の MSW5 人・退院調整看護師 5 人を分析対象に面接調査が行われていた。また、文献番号 1 と文献番号 7 は同じ分析対象であるが、いずれも MSW と退院支援看護師の 2 職種として分類した。その他の内訳については、退院調整看護師または退院調整担当者を分析対象とした文献が 1 本、事例および院内外関係者を分析対象とした文献が 1 本、看護管理者・退院支援看護師・MSW を分析対象とした文献が 1 本であった。

3.3.3 調査方法別分類

MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた 13 本の先行文献に関して、調査方法別分類について表 3-5 に示した。

表3-5 2職種に焦点が当てられた国内文献における調査方法別分類

n = 13 (%)

調査方法	質問紙調査	面接調査	事例調査	既存資料調査	複数の調査方法の組み合わせ
文献番号	1, 2, 5, 8, 9, 13	6, 10		3, 7, 12	4, 11
文献数	6 (46.2)	2 (15.4)	0 (0.0)	3 (23.1)	2 (15.4)

調査方法に関しては、質問紙調査が 6 本（46.2%）で最も多く、既存資料調査が 3 本（23.1%）、面接調査と複数の調査方法の組み合わせがそれぞれ 2 本（15.4%）と続いた。複数の調査方法を組み合わせていた文献番号 4 については、文献検討・事例分析・面接調査が、文献番号 11 については、事例調査・面接調査が行われていた。

3.3.4 発行年別分類

MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた 13 本の先行文献に関して、発行年別分類について表 3-6 に示した。

表3-6 2職種に焦点が当てられた国内文献における発行年別分類

n = 13 (%)

発行年	-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	2021-
文献番号		1	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	12, 13	
文献数	0 (0.0)	1 (7.7)	10 (76.9)	2 (15.4)	0 (0.0)

発行年に関しては、2011-2015 年が 10 本（76.9%）で最も多く、2016-2020 年が 2 本（15.4%）、2006-2010 年が 1 本（7.7%）と続いた。2005 年以前および 2021 年以降では 2 職種に焦点が当てられた国内文献は発行されていなかった（最終の検索は 2021 年 5 月 12 日に実施）。

3.3.5 トピック別分類

2 職種に焦点が当てられた 13 本の先行文献に関して、各文献のトピックを検討した。表 3-2 には、各文献において最も代表的と考えたトピックを 1 つ示した。次いで、13 本の先行文献において、内容の類似性・相違性に基づき照合し、先行文献全体のトピックを複数検討し、各文献を分類して表 3-7 に示した。

表3-7 2職種に焦点が当てられた国内文献におけるトピック別分類

n = 13 (%)						
トピック	技術や技術の特徴	判断プロセスの特徴	協働や役割・役割分担	退院支援および連携の課題	業務の認識やストレス対処力	コンフリクト
文献番号	3, 12	4	2, 8, 9, 11	6, 13	1, 7	5, 10
文献数	2 (15.4)	1 (7.7)	4 (30.8)	2 (15.4)	2 (15.4)	2 (15.4)

MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた 13 本の先行文献は、トピックで分類すると、「技術や技術の特徴」(文献番号 3, 12)、「判断プロセスの特徴」(文献番号 4)、「協働や役割・役割分担」(文献番号 2, 8, 9, 11)、「退院支援および連携の課題」(文献番号 6, 13)、「業務の認識やストレス対処力」(文献番号 1, 7)、「コンフリクト」(文献番号 5, 10) に大別された。

3.4 考察

3.4.1 先行文献の動向と今後の研究課題

本研究の選定条件を満たしている、MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた国内文献の文献数は 13 本であった。

分析対象の分類にて、表 3-4 より、実際に MSW と退院支援看護師の 2 職種を分析対象としていたのは 6 本であった。33 機関の MSW33 人を分析対象とした先行文献(文献番号 9)では、MSW と退院支援看護師の両職種における協働の実際を明らかにするには、両職種に対するインタビュー調査等の質的調査を行う必要があると報告されている(表 3-3)。職種、

医療機関での所属や配置場所、研究領域が異なるとしても、MSWと退院支援看護師の2職種を分析対象とすることが、2職種に焦点が当てられた研究を行うに当たり重要な一要素になると考えられる。

調査方法の分類にて、表3-5より、質問紙調査が6本と最も多かった。介護療養型医療施設のMSW180人、退院調整部署に所属または退院調整を主に担当する看護師155人を分析対象に質問紙調査を行った先行文献（文献番号7）では、「本研究では、各介護療養型医療施設で看護師・MSW1名ずつの回答であるため、各職場の構成割合の関係上、看護師は管理職が回答することが多く、MSWは管理者以外の者が多かった。このような選択バイアスが発生していることは否めない」と報告されている（表3-3）。2職種を対象に無記名式の質問紙調査を郵送法で行う場合、同一機関内で各職種2名以上に回答を求めることにより、役職者と非役職者の両者から回答を得ることが重要と考えられる。また、83病院の退院調整看護師または退院調整担当者83人を分析対象に質問紙調査を行った先行文献（文献番号2）では、「今回の調査は、東京都全642病院を対象に行ったが、回答率は13%に過ぎなかった。原因として、病院長宛に調査票を郵送し記載は退院調整看護師もしくは退院調整担当者に依頼、という調査方法であったため、退院調整看護師を配置していない病院などで調査票が退院調整担当者に届かないなどの事態に陥ったことが考えられる」と報告されている（表3-3）。33機関のMSW33人を分析対象に質問紙調査を行った先行文献（文献番号9）でも、サンプル数が非常に少なく、この結果を一般化させるには不十分であり、サンプル数を増やした上で調査を実施する必要があると報告されている（表3-3）。2職種を対象に無記名式の質問紙調査を郵送法で行う場合、職種によって所属や配置場所が異なることがあり、どの部門宛に郵送し、どのように各職種個人に配布されるようにするかを検討して、目標とするサンプル数を獲得することが重要と考えられる。

発行年の分類にて、表3-1および表3-6より、2010年3月に最初の文献（文献番号1）が発行され、2011～2015年の間に10本が発行された。これには、第2章で検討したが、診療報酬制度の変遷が影響していたのではないかと推測する。法律や世の中の状況、およびそれらの変化により、特定の研究テーマが重要視されたり軽視されたりするようになり得る。端的に言うと、2008年度診療報酬制度改定では、社会福祉士と退院支援看護師のいずれかの配置と退院支援部門の設置が施設基準に明記された。2010年度診療報酬制度改定では、退院支援部門に社会福祉士と退院支援看護師の2職種をともに配置することで、より高い診療報酬が得られるようになった。2012年度診療報酬制度改定では、退院支援部門に社会

福祉士と退院支援看護師の2職種を併置しなければ、「退院調整加算」を算定できなくなった。一方、本研究の選定条件を満たしている、2016年以降に発行された文献は2本であった（最終の検索は2021年5月12日に実施）。第1章第1節にて、地域包括ケアシステムに関して、急性期医療機関においては退院支援が重要であること、およびMSWと退院支援看護師の2職種間の連携が重要と考えられることを指摘した。また、第2章にて、診療報酬制度に関して、MSWと退院支援看護師の2職種が主に担っている退院支援は重要なテーマであり続けており、退院支援に関連する制度は改定ごとに見直され、内容・種類ともに充足され、診療報酬点数も増加傾向にあることを指摘した。それゆえに、2職種に焦点が当てられた研究はさらに蓄積されることが必要と考えられる。

トピックの分類にて、表3-7より、「技術や技術の特徴」（文献番号3, 12）、「判断プロセスの特徴」（文献番号4）、「協働や役割・役割分担」（文献番号2, 8, 9, 11）、「退院支援および連携の課題」（文献番号6, 13）、「業務の認識やストレス対処力」（文献番号1, 7）、「コンフリクト」（文献番号5, 10）の6つに大別された。急性期医療機関のMSWと退院支援看護師においては、職種間で専門スキルの強みに差異があり、それぞれの強みを生かした2職種間の連携の強化は、退院支援実践力の向上に有用である。これを検証するためには、「2職種間の連携の構成因子」、「2職種の退院支援実践力の構成因子」、「2職種における専門スキルの業務への影響」、「2職種間の連携の退院支援実践力への影響」がトピックとなる研究が有益と考えたが、先行文献には見当たらず、本論文で行うこととした。

3.4.2 本研究の限界と今後の課題

検索方法の限界として、国内文献に限定したことが挙げられる。先述したが、国内文献に限定した理由は、日本国内の医療機関に勤務する2職種に焦点が当てられた先行文献に限定して検討するためである。日本の退院支援が国内の診療報酬制度に起因することや、急性期医療機関におけるMSWと退院支援看護師の配置体制や2職種間の連携が、国の診療報酬制度と相互に影響し合っていることもその理由である。

一方、MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献のレビューは、先行文献では見受けられない。今後の課題として、実施方法をより系統的なもの、網羅性をより高いものとし、それ自体で完結する論文として、その国内文献のレビューを作成することが挙げられる。また、退院支援に関わる、専門職間の連携や専門職の実践力に関する海外の研究について精査することも、今後の課題として挙げられる。

3.5 結論

MSW と退院支援看護師の 2 職種に焦点が当てられた国内文献 13 本の文献検討を行い、先行文献の動向と今後の研究課題に関して検討した結果、以下 4 点が明らかになった。

1. 実際に 2 職種を分析対象としていた文献は 6 本であった。MSW と退院支援看護師の 2 職種を分析対象とすることが、2 職種に焦点が当てられた研究を行うに当たり重要な一要素になると考えられる。
2. 調査方法では質問紙調査が 6 本と最も多かった。2 職種を対象に無記名式の質問紙調査を郵送法で行う場合、同一機関内で各職種 2 名以上に回答を求めることにより、役職者と非役職者の両者から回答を得ることが重要と考えられる。また、職種によって所属や配置場所が異なることもあり、どの部門宛に郵送し、どのように各職種個々人に配布されるようにするかを検討して、目標とするサンプル数を獲得することが重要と考えられる。
3. 2016 年以降に発行された文献は 2 本であった（最終の検索は 2021 年 5 月 12 日に実施）。地域包括ケアシステムおよび診療報酬制度に関して、2 職種が主に担っている退院支援は重要であり、2 職種に焦点が当てられた研究はさらに蓄積されることが必要と考えられる。
4. トピック別分類では、「技術や技術の特徴」、「判断プロセスの特徴」、「協働や役割・役割分担」、「退院支援および連携の課題」、「業務の認識やストレス対処力」、「コンフリクト」の 6 つに大別された。急性期医療機関の MSW と退院支援看護師においては、職種間で専門スキルの強みに差異があり、それぞれの強みを生かした 2 職種間の連携の強化は、退院支援実践力の向上に有用である。これを検証するためには、「2 職種間の連携の構成因子」、「2 職種の退院支援実践力の構成因子」、「2 職種における専門スキルの業務への影響」、「2 職種間の連携の退院支援実践力への影響」がトピックとなる研究が有益と考えたが、先行文献には見当たらず、本論文で行うこととした。

第4章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の構成因子に関する一考察（研究Ⅰ）

4.1 研究の目的

研究Ⅰの目的は、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間の連携の構成因子を明確化することとした。

4.2 研究方法

4.2.1 調査対象者

調査対象者は、急性期医療機関で急性期病棟を担当する、MSWと退院支援看護師とした。所属を急性期医療機関、担当を急性期病棟とした理由は、両職種が所属・担当している可能性が高いと判断したからである。MSWは、社会福祉士国家資格を保有して、主に退院支援業務を行う者とした。退院支援看護師は、「退院支援看護師」「退院調整看護師」などの名称は問わず、主に退院支援業務を行う看護師とした。雇用形態に関しては、2職種ともに常勤に限定した。

4.2.2 データ収集方法

東京都・埼玉県・千葉県・神奈川県「届出受理医療機関名簿」を参考に、一般病床を200床以上有する急性期医療機関のうち、138機関を選定した。200床以上としたのは、病床数が多い機関ほど退院支援看護師の配置率が高いと考えたからである。次に、上記以外の43道府県で、大学病院と赤十字病院を対象に同様の手続きを行い、113機関を選定した。最終的には、47都道府県251機関の退院支援部門宛に、研究協力依頼状および研究参加者の方への説明文書を1部ずつ添えて、アンケート調査票および返信用封筒を郵送し、配布を依頼した。アンケート調査票の配布部数は、回収率を考慮して合計部数を約1000部と目安を立てた後に、各機関で各職種同数として、243機関については各2部、事前に内諾を得られた6機関と大規模な2機関については所属人数や病床数に応じて各3部以上で調整した。全体でMSWと退院支援看護師に各523部を郵送した。自記式・無記名式アンケート

ト調査とし、回答は回答者個々人で筆者宛に返送するよう依頼して、回答の守秘義務が守られる調査方法とした。回答の守秘義務に関しては、研究協力依頼状と研究参加者の方への説明文書に明記した。配布と回収は、2020年4月～6月で行った。

4.2.3 調査内容

アンケート調査票の質問項目は、①属性（5項目）、②配置体制（3項目）、③2職種間の連携（25項目）、④退院支援実践力（32項目）、合計65項目とした。

②配置体制の質問項目では、①所属機関に2職種が配置されているか、④退院支援に専従または専任のMSW・看護師が2病棟に1人以上配置されているかについて質問した。本研究では、回答者の配置場所の特定・分類は行わなかった。また、④は2020年度診療報酬制度改定前に、当時の「入退院支援加算1」の施設基準を参考に作成した。「入退院支援加算1」の施設基準は2020年度診療報酬制度改定で緩和されたが、当該項目の主目的はMSWと退院支援看護師の病棟配置の有無に関して調査することであり、この施設基準がさらに改定されたとしても意義がある。

2職種間の連携に関する尺度については、先行文献には見当たらなかった。また、退院支援実践力に関する尺度については、先行文献⁷²⁾⁷³⁾のようにMSW・退院支援看護師それぞれを対象とする尺度は開発されているが、2職種を対象とする尺度は先行文献には見当たらなかった。それゆえに、③2職種間の連携と④退院支援実践力の質問項目は、以下の手順で独自に作成した。まず、筆者が関係する5機関のMSW5人・退院支援看護師5人に対し、主として「2職種間の連携」「退院支援実践力」に関して30～60分程度の非構造化インタビューを個別に実施した。ここまでで質問項目を暫定的に作成し、早稲田大学のソーシャルワーク研究者（教員および大学院生）との協議をそれぞれ繰り返し、退院支援に関する研究実績を持つ看護学研究者（大学教員）に助言を求めた。次いで、機関数は集計対象外であるが、筆者が関係する2機関の2職種を始めとして、MSW10人・退院支援看護師10人を対象に、自記式・無記名式アンケート調査票による予備調査を実施した。③2職種間の連携と④退院支援実践力の質問項目にはLikert Scaleを用い、6点：「とてもそう思う」、5点：「そう思う」、4点：「ややそう思う」、3点：「あまりそう思わない」、2点：「そう思わない」、1点：「全くそう思わない」の6段階評価とした。また、③2職種間の連携の質問項目作成には、2職種に焦点が当てられた文献²²⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾³³⁾³⁴⁾、病棟看護師を分析対象に退院支援におけるチームワーク尺度を考案した文献⁷⁴⁾なども参考にした。④退院支援実践力の

質問項目作成には、2 職種に焦点が当てられた文献²²⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾³³⁾³⁴⁾、退院支援実践力に関連する文献⁷²⁾⁷³⁾、退院支援の実践状況に関連する文献⁴⁷⁾⁷⁵⁾なども参考にした。

なお、①退院支援実践力の質問項目は、「MSW と退院支援看護師の両職種が実践する可能性のある内容」を想定して作成した。研究Ⅱ（第 5 章）で示した、表 5-2「2 職種の退院支援実践力における職種別回答値」では、①退院支援実践力の全項目で 2 職種が関わっていることを確認できる³⁶⁾。

②職種間の連携と①退院支援実践力の質問項目作成に当たっては、MSW と退院支援看護師の両職種、およびソーシャルワーク研究者と看護学研究者の両者の協力を繰り返し得て、ソーシャルワーク・看護学の両視点から妥当性について検討を重ねた。

②職種間の連携の質問項目については、研究Ⅰ（第 4 章）と研究Ⅲ（第 6 章）にて、①退院支援実践力の質問項目については、研究Ⅱ（第 5 章）と研究Ⅲ（第 6 章）にて分析を行った。

4.2.4 分析方法

項目分析では、天井効果・床効果の有無を確認し、Good-Poor Analysis (G-P 分析) を行い、Item-Remainder Correlation (I-R 相関)、項目の Cronbach の α 係数を求めた。研究Ⅲ（第 6 章）にて、2 職種間の連携の全項目合計得点による全体尺度を用いる予定である。そのため、項目分析を行った意図は、この全体尺度を用いる際の信頼性を検討するためである。

因子分析では、最尤法、Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を用いた。

信頼性の指標として、因子の Cronbach の α 係数を算出した。

統計解析には、IBM SPSS Statistics 25 および 27 を使用した。

4.2.5 倫理的配慮

研究参加者の方への説明文書にて、研究概要、研究参加の任意性、研究参加に伴う危険や不利益が生じる可能性はないこと、個人情報収集しないこと、研究成果の公表、利益相反の状況はないこと、問い合わせ先などに関して明記し、アンケート調査票への回答をもって研究参加に同意したものとみなした。

本研究は、早稲田大学の「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の承認を得て実施した。承認番号は 2018-161(1)であり、実施承認日は 2019 年 9 月 16 日である。

4.3 結果

4.3.1 分析対象者

MSW189人（回収率：36.1%）、退院支援看護師200人（回収率：38.2%）、合計389人（回収率：37.2%）から回答を得た。そのうち所属機関にMSWと退院支援看護師の2職種が配置されており、全質問項目の65項目に欠損値のなかった、MSW154人（有効回答率：29.4%）、退院支援看護師172人（有効回答率：32.9%）、合計326人（有効回答率：31.2%）を分析対象とした。

分析対象者の属性・配置体制について表4-1に示した。表4-1より、医療機関就業年数では退院支援看護師がMSWより長く、退院支援経験年数ではMSWが退院支援看護師より長い傾向にあった。この傾向を前提として職種別にみると、医療機関就業年数と退院支援経験年数では異なる階層から両職種ともに回答を得ることができた。また、同じく職種別に見て、職位では役職者・非役職者の両者から、配置体制では各体制から両職種ともに回答を得ることができた。これらのことから、本研究の分析対象者は、適切に母集団の代表になっているものとする。

表4-1 分析対象者の属性・配置体制

		職種		
		MSW n = 154 (%)	退院支援看護師 n = 172 (%)	2職種(合計) n = 326 (%)
性別	男性	41 (26.6)	1 (0.6)	42 (12.9)
	女性	113 (73.4)	171 (99.4)	284 (87.1)
医療機関 就業年数	1年未満	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.3)
	1年以上3年未満	9 (5.8)	1 (0.6)	10 (3.1)
	3年以上5年未満	18 (11.7)	0 (0.0)	18 (5.5)
	5年以上10年未満	36 (23.4)	7 (4.1)	43 (13.2)
	10年以上20年未満	66 (42.9)	89 (51.7)	155 (47.5)
	20年以上30年未満	23 (14.9)	51 (29.7)	74 (22.7)
	30年以上	1 (0.6)	24 (14.0)	25 (7.7)
退院支援 経験年数	1年未満	2 (1.3)	13 (7.6)	15 (4.6)
	1年以上3年未満	10 (6.5)	66 (38.4)	76 (23.3)
	3年以上5年未満	22 (14.3)	54 (31.4)	76 (23.3)
	5年以上10年未満	37 (24.0)	29 (16.9)	66 (20.2)
	10年以上20年未満	64 (41.6)	9 (5.2)	73 (22.4)
	20年以上30年未満	18 (11.7)	1 (0.6)	19 (5.8)
	30年以上	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.3)
職位	役職者(主任以上)	65 (42.2)	67 (39.0)	132 (40.5)
	非役職者	89 (57.8)	105 (61.0)	194 (59.5)
病棟での 配置体制	MSWのみを配置	20 (13.0)	11 (6.4)	31 (9.5)
	退院支援看護師のみを配置	28 (18.2)	37 (21.5)	65 (19.9)
	MSWと退院支援看護師を配置	81 (52.6)	108 (62.8)	189 (58.0)
	配置なし	25 (16.2)	16 (9.3)	41 (12.6)

注1) 分析対象者の326人は全て、MSWと退院支援看護師の2職種が配置されている医療機関に所属している。

「病棟での配置体制」では、MSWと退院支援看護師の病棟配置の有無を表している。

病棟に各職種が配置されていない場合、分析対象者が所属する医療機関には2職種が配置されている。

4.3.2 MSW と退院支援看護師間の連携の構成因子

2職種間の連携における因子分析結果について表4-2に、2職種間の連携における回答値について表4-3に示した。

2職種間の連携の25項目の項目分析に関して、天井効果・床効果は見られなかった。次に、25項目でG-P分析を行い、全項目で上位群25%が下位群25%より平均点が高く統計的有意差が認められた。次いで、25項目でI-R相関を求め、25項目の相関係数は0.516~0.788であった。25項目のCronbachの α 係数は0.957であった。項目分析で削除すべき項目はないと判断した。項目分析における本結果は、研究Ⅲ(第6章)において、2職種間の連携の全項目合計得点による全体尺度を用いることが可能であることを担保している。

25項目で行った1回目の因子分析後、最小固有値1.00の基準(Kaiser-Guttman基準)およびスクリープロット基準を参考に、因子の解釈可能性も考慮して、因子数を3因子に決

定した。2回目の因子分析後、項目の内容と Cronbach の α 係数を吟味しつつ、因子負荷量の絶対値が 0.400 未満の 2 項目を削除した。3回目の因子分析後、因子負荷量の上記削除基準に該当する項目は存在せず、因子分析を終了し、下位項目は 23 項目とした。因子名は、因子負荷量・因子構造・因子間の相関係数を熟慮し、当該分野の知識・見識も参考に作成して、研究者間の検討を重ねて確定した。第 1 因子は『連携できる環境体制の構築』，第 2 因子は『専門性を尊重したコミュニケーション』，第 3 因子は『相互のスーパービジョン』と命名した。

第 3 因子『相互のスーパービジョン』については、スーパービジョンは同職種間で上下関係をもって行われる指導であるため、『相互のスーパービジョン』ではなく、『相互のコンサルテーション』とすべきではないかとの用語上の異論も想定できる。しかしながら、本研究では、あえて『相互のスーパービジョン』とした。その理由は、第一に、MSW と退院支援看護師は退院支援を中心となってもに行う専門職種、つまり、退院支援専門職種という同職種であると考えられることである。第二に、スーパービジョンの上下関係については、スーパーバイザーとスーパーバイジーによらず、同僚が平等な立場で行うピアスーパービジョンも存在することである。第三に、ソーシャルワークにおけるスーパービジョンはケースに責任を持つことが基本であるが、コンサルテーションは第三者的なものとも考えられることである。第四に、研究Ⅲ（第 6 章）でも引用したが、スーパービジョンに関する先行文献で、異質性スーパービジョンでは、スーパーバイザーとスーパーバイジーが異なる専門的知識・教育背景を持ち、スーパーバイザーはスーパーバイジーに別の視点を提供できる⁷⁶⁾とする意見や、異職種によるスーパービジョンの長所を認めれば、その欠点を補う工夫ができる⁷⁷⁾とする意見があることである。これら 4 つの理由によって、『相互のスーパービジョン』と命名することがふさわしいと判断した。

因子の Cronbach の α 係数は因子全体が 0.951、第 1 因子が 0.907、第 2 因子が 0.921、第 3 因子が 0.833 であり、信頼性を確認した。

表4-2 2職種間の連携における因子分析結果

n = 326

因子名	項目番号	項目	因子負荷量		
			因子1	因子2	因子3
因子1: 『連携できる環境体制の構築』	27	合同ミーティングを2職種で定期的に行うことができる	0.769	-0.047	-0.085
	26	担当ケースの情報を2職種で定期的に変換することができる	0.747	0.024	-0.065
	24	2職種で話し合って担当ケースを決めることができる	0.664	0.024	0.090
	29	退院支援の実績に関して相手職種と話し合うことができる	0.581	-0.027	0.257
	28	外部との協議・話し合いに2職種で対応することができる	0.557	-0.099	0.212
	23	相手職種の得意・苦手領域を理解することができる	0.549	0.197	-0.004
	25	1人の患者を初めから相手職種と2人で担当することができる	0.539	0.016	0.018
	22	相手職種の担当ケースに関してアドバイスすることができる	0.495	0.294	-0.031
	19	2職種チームとして役割を分配できる存在がいる	0.469	-0.024	0.457
	15	2職種チームの成果を総合的に評価する者が2職種の中にいる	0.446	-0.044	0.390
	12	2職種で意思表示しやすい環境が備わっている	0.416	0.406	0.074
因子2: 『専門性を尊重したコミュニケーション』	10	自身が得た情報を相手職種と共有することができる	0.060	0.923	-0.130
	9	自身の知識や経験を相手職種に伝えることができる	0.213	0.860	-0.227
	8	退院支援の取り組みを相手職種と高めることができる	-0.029	0.715	0.212
	7	同じ目標を相手職種と持つことができる	-0.180	0.671	0.337
	5	相手職種の業務を理解することができる	-0.080	0.590	0.138
	16	自身の考えに関心を向けてくれる人が相手職種にいる	0.032	0.548	0.338
	6	記録を通して患者情報を相手職種と共有することができる	-0.068	0.547	0.179
11	退院支援を円滑に行うための工夫を2職種で伝え合う環境がある	0.361	0.484	0.065	
因子3: 『相互のスーパービジョン』	20	退院支援について適切な助言を与えてくれる存在が相手職種にいる	-0.118	0.255	0.707
	18	2職種チームとして個人の能力や可能性を見極められる存在がいる	0.430	-0.060	0.509
	21	自身の担当ケースに関して相手職種に相談することができる	-0.053	0.419	0.484
	17	相手職種とともに退院支援について学ぶ機会がある	0.303	-0.008	0.467
削除項目(項目番号順)	13	2職種チーム全員が納得するまで話し合うことができる			
	14	2職種間で退院支援を積極的に話題にする存在がいる			
		因子相関行列			
			因子2		
			因子3		
			0.678		
			0.658	0.632	
		各因子のCronbachのα係数	0.907	0.921	0.833
		因子全体のCronbachのα係数			0.951

注1) 因子抽出法:最尤法, 回転法:Kaiserの正規化を伴うプロマックス法。

注2) 当該因子に所属する項目の因子負荷量については太字にして下線を施した。

表4-3 2職種間の連携における回答値

n=326 (%)

因子番号	項目番号	6段階尺度					
		6点: とてもそう思う	5点: そう思う	4点: ややそう思う	3点: あまりそう思 わない	2点: そう思わない	1点: 全くそう思わ ない
1	27	79 (24.2)	114 (35.0)	47 (14.4)	51 (15.6)	17 (5.2)	18 (5.5)
1	26	54 (16.6)	105 (32.2)	85 (26.1)	43 (13.2)	22 (6.7)	17 (5.2)
1	24	45 (13.8)	95 (29.1)	87 (26.7)	57 (17.5)	24 (7.4)	18 (5.5)
1	29	34 (10.4)	84 (25.8)	92 (28.2)	80 (24.5)	27 (8.3)	9 (2.8)
1	28	46 (14.1)	97 (29.8)	82 (25.2)	67 (20.6)	22 (6.7)	12 (3.7)
1	23	33 (10.1)	148 (45.4)	99 (30.4)	35 (10.7)	9 (2.8)	2 (0.6)
1	25	55 (16.9)	86 (26.4)	67 (20.6)	53 (16.3)	32 (9.8)	33 (10.1)
1	22	41 (12.6)	123 (37.7)	108 (33.1)	38 (11.7)	13 (4.0)	3 (0.9)
1	19	34 (10.4)	97 (29.8)	113 (34.7)	63 (19.3)	11 (3.4)	8 (2.5)
1	15	30 (9.2)	88 (27.0)	80 (24.5)	90 (27.6)	29 (8.9)	9 (2.8)
1	12	67 (20.6)	152 (46.6)	84 (25.8)	15 (4.6)	5 (1.5)	3 (0.9)
2	10	53 (16.3)	184 (56.4)	73 (22.4)	13 (4.0)	1 (0.3)	2 (0.6)
2	9	44 (13.5)	148 (45.4)	108 (33.1)	19 (5.8)	6 (1.8)	1 (0.3)
2	8	57 (17.5)	163 (50.0)	76 (23.3)	25 (7.7)	3 (0.9)	2 (0.6)
2	7	56 (17.2)	160 (49.1)	89 (27.3)	18 (5.5)	1 (0.3)	2 (0.6)
2	5	58 (17.8)	186 (57.1)	71 (21.8)	9 (2.8)	1 (0.3)	1 (0.3)
2	16	61 (18.7)	128 (39.3)	87 (26.7)	41 (12.6)	6 (1.8)	3 (0.9)
2	6	68 (20.9)	167 (51.2)	72 (22.1)	12 (3.7)	5 (1.5)	2 (0.6)
2	11	81 (24.8)	149 (45.7)	70 (21.5)	16 (4.9)	7 (2.1)	3 (0.9)
3	20	58 (17.8)	134 (41.1)	87 (26.7)	33 (10.1)	7 (2.1)	7 (2.1)
3	18	20 (6.1)	106 (32.5)	103 (31.6)	79 (24.2)	11 (3.4)	7 (2.1)
3	21	94 (28.8)	146 (44.8)	70 (21.5)	10 (3.1)	3 (0.9)	3 (0.9)
3	17	39 (12.0)	96 (29.4)	94 (28.8)	74 (22.7)	18 (5.5)	5 (1.5)
	13	32 (9.8)	87 (26.7)	119 (36.5)	68 (20.9)	13 (4.0)	7 (2.1)
	14	57 (17.5)	139 (42.6)	92 (28.2)	30 (9.2)	2 (0.6)	6 (1.8)

注1) 項目13・14は削除項目。

4.4 考察

4.4.1 MSW と退院支援看護師間の連携の構成因子

本研究では急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携の構成因子として、『連携できる環境体制の構築』『専門性を尊重したコミュニケーション』『相互のスーパービジョン』を抽出した。急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携の構成因子に関して、因子分析を行って報告した研究はこれまで存在せず、全国調査で 2 職種から得た回答を基に、因子分析で共通因子を抽出したことに意味はあると考える。

4.4.2 連携できる環境体制の構築

第1因子〔連携できる環境体制の構築〕は、MSWと退院支援看護師の2職種が連携するための、環境と体制の主体的、継続的、組織的な構築である。

先行文献では、MSWと退院支援看護師が「(前略)2職種協働体制を組むことにより、社会福祉的な課題が多くあるのか、医療的な課題が多くあるのかその支援課題の特徴について、職種の強みを生かした、より豊富な情報収集・分析が可能となろう」²⁴⁾と主張されている。また、MSWと退院支援看護師による「2職種相互補完の退院支援体制は、患者と家族にとって、退院後の問題への対応範囲が広がり、より安心した退院を可能とするであろう」²²⁾と主張されている。これらの意味で、〔連携できる環境体制の構築〕は、「援助もれ」を防止して支援内容をより充実させる体制²⁷⁾と環境、患者・家族にとって不利益にならない体制²⁸⁾と環境の構築と言うこともできる。

2職種間の連携の実情については、退院調整部署内でのMSWと看護師との協働は、約40%の病院で行われていた²⁶⁾との調査報告がある。この報告からは、同一部署内に常駐していても、MSWと退院支援看護師間の連携がない医療機関も少なくないことを推測できる。2職種間の連携については、「方向性が確定している場合には協働することはなく、それぞれが個々に支援をすることが多い」²⁸⁾とする2職種も少なくないと考えられる。先行文献では、「『一業務2職種』とは、単に、退院支援部門に2職種を配置することで実現するものではない。(中略)一人の患者に対してSWと退院調整看護師が同時に関わるという方法が、退院支援システムにおいて位置づけられる必要があることを明らかにした」³⁴⁾と結論付けられている。MSWと退院支援看護師間の効果的な連携には、2職種自身が〔連携できる環境体制の構築〕を主体的かつ継続的に行っていくことが必要と考える。

また、〔連携できる環境体制の構築〕には、MSWと退院支援看護師それぞれの配置や人員の充足、退院支援部署における事務員の配置や人員の充足が、所属医療機関によって重要視されることも大切と考える。当然であるが、MSWと退院支援看護師いずれかの職種が配置されていない機関では、2職種間の連携は不可能である。また、MSWと退院支援看護師が、2職種で連携できる環境体制を構築する時間をいかに確保できるかは、両職種それぞれの人数や、退院支援部署で事務に専従する事務員の配置の有無や人数にも影響されると推測する。

先行文献では、「回答を得た病院の84%にあたる70病院に退院調整部署が設置されていた。そのうち、96%にMedical Social Worker(以下、MSW)、56%に看護師、27%に事務員

が配置されていた」²⁵⁾、「(前略) 専従あるいは専任退院支援看護師を配置している施設は約半数であり、看護職が専門的に関わることができている施設は多いとはいえない」³⁰⁾、「MSWの人員の充実を求めていくことも重要である」³⁰⁾という報告がある。現時点でも、退院支援看護師を配置していない医療機関は少なくない。また、退院支援部署に事務員を配置していない医療機関も少なくない。さらに、MSWの人員充足を必要とする医療機関も少なくないと推測できる。

こうした状況に対して本研究では、表 4-1「病棟での配置体制」における2職種の回答に関して、MSWのみを配置が31人(9.5%)、退院支援看護師のみを配置が65人(19.9%)、MSWと退院支援看護師を配置が189人(58.0%)であり、いずれかの職種が病棟に配置されていると回答した者と、両職種が病棟に配置されていると回答した者の合計が87.4%であった。この結果からは、2職種の配置や人員の充足を組織的に図っている医療機関が少なくないことも推測できる。MSW・退院支援看護師・退院支援部署の事務員の配置や人員の充足を所属医療機関として図っていくという点で、MSWと退院支援看護師間の効果的な連携には、「連携できる環境体制の構築」が組織的に行われることも必要と考えられる。

4.4.3 専門性を尊重したコミュニケーション

第2因子〔専門性を尊重したコミュニケーション〕は、相手職種への尊敬に基づく、相手職種の専門性を尊重した、効果的・効率的なコミュニケーションである。

先行文献では、MSWと退院支援看護師の2職種は、「チーム構成員間の円滑なコミュニケーションを土台に、専門職の能力を發揮しながら、問題に応じた意思決定を図っていくことが望ましいと考えられた」³⁴⁾と述べられている。〔専門性を尊重したコミュニケーション〕は、上記引用の言葉を借りれば、2職種間の連携の「土台」になる因子であるとも考えられる。また、先行文献では、MSWと退院支援看護師は相互に尊重できなければ、役割分担や協働をうまく行えず、専門性を發揮することに葛藤する²⁷⁾と指摘されている。さらに、1人の患者に対してMSWと退院調整看護師が同時に関わる「一業務2職種」を実現するためには、2職種間の相互理解の問題について考える必要がある³⁴⁾とも指摘されている。これらの指摘からも、MSWと退院支援看護師間の効果的な連携には、「専門性を尊重したコミュニケーション」が必要と考えられる。

一方で、MSWと退院支援看護師は、「(前略) 一人の患者に対して2職種がお互いの視点やアプローチ方法を尊重しつつ責任を持って関われる体制を構築する(後略)」²⁴⁾ことが有

用と主張されている。また、2 職種が、退院支援過程におけるそれぞれの職種に特有な専門性を反映した技術の性質や特徴を踏まえて、相互に補強・補完すべき点を意識しながら協働する²³⁾ことが有用とも主張されている。『専門性を尊重したコミュニケーション』の「専門性」に関して、本研究では具体的に言及していないが、上記引用で挙げられる視点・アプローチ方法・専門性を反映した技術の性質や特徴は、これに該当するものと考えられる。

4.4.4 相互のスーパービジョン

第3因子『相互のスーパービジョン』は、MSWと退院支援看護師の2職種間に対等な立場を保障すること³⁴⁾が先行文献で主張されているが、2職種がフラットな立場で行うスーパービジョンである。

本研究では「スーパービジョン」という言葉を選定したが、先行文献では「コンサルテーション」という言葉を使用し、MSWと退院支援看護師の2職種間で積極的なコンサルテーションが行われなければ、患者にとっては問題の特定部分にしか支援が提供されない危険性がある³³⁾と指摘されている。また、退院支援看護師は、「(前略)社会福祉に関する知識や、円滑な退院調整とはどのようなものか、実践的な流れに関する学習機会を求めている」³⁰⁾、「看護・福祉の視点を取り入れた、多職種を対象とした、実践的な研修が求められている」³⁰⁾とも指摘されている。2職種個々人が意欲的・継続的に取り組むことができるよう、『相互のスーパービジョン』を実践する機会・時間を臨機応変かつ定期的に設けていくことが、MSWと退院支援看護師間の効果的な連携には必要と考えられる。

具体的には、先述もしたが、視点・アプローチ方法・専門性を反映した技術の性質や特徴などに関して、それらの2職種間の差異が何であるのかも含め、教え合い、学び合うことが有用と考えられる。

4.4.5 本研究の限界と今後の課題

本研究は、回答者から自身についての主観的な回答を得て分析したため、客観性には限界がある。また、アンケート調査の設計上の問題から、回答したMSWと退院支援看護師が同一の医療機関に所属しているかどうかについては不明であり、論理展開には限界がある。

一方、今後の課題としては、本研究は急性期医療機関で急性期病棟を担当する2職種を

対象としているが、急性期医療機関以外の2職種を対象とした研究も求められる。

4.5 結論

急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携は、〔連携できる環境体制の構築〕〔専門性を尊重したコミュニケーション〕〔相互のスーパービジョン〕の3つの因子から構成されることが明らかになった。

また、先行文献と比較して、これら3つの因子が MSW と退院支援看護師間の効果的な連携に必要と示唆された。

本研究の知見は、急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携のあり方や役割分担のあり方を検討する際に、役立つ資料の一つになると考えられる。

第5章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子と職種間の差異；2職種における専門スキルの強み（研究Ⅱ）

5.1 研究の目的

研究Ⅱの目的は、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子を明確化し、両職種の実践力の差異を明らかにして、2職種における専門スキルの強みを探索することとした。

5.2 研究方法

5.2.1 調査対象者

第4章第2節第1項の「調査対象者」に同じ。

5.2.2 データ収集方法

第4章第2節第2項の「データ収集方法」に同じ。

5.2.3 調査内容

第4章第2節第3項の「調査内容」に同じ。

5.2.4 分析方法

項目分析では、天井効果・床効果の有無を確認し、Good-Poor Analysis（G-P分析）を行い、Item-Remainder Correlation（I-R相関）、項目のCronbachの α 係数を求めた。研究Ⅲ（第6章）にて、退院支援実践力の全項目合計得点による全体尺度を用いる予定である。そのため、項目分析を行った意図は、この全体尺度を用いる際の信頼性を検討するためである。

因子分析では、主因子法、Kaiserの正規化を伴うプロマックス法を用いた。なお、研究Ⅰと研究Ⅱで因子抽出法が異なる理由は、各研究で因子分析を円滑に展開することができる方法を選定したからである。

信頼性の指標として、因子の Cronbach の α 係数を算出した。

また、回帰法で因子得点を推定し、職種別にその平均値を算出して、独立したサンプルの t 検定（有意水準 5% で両側検定）を行った。

統計解析には、IBM SPSS Statistics 25 および 27 を使用した。

5.2.5 倫理的配慮

研究参加者の方への説明文書にて、研究概要、研究参加の任意性、研究参加に伴う危険や不利益が生じる可能性はないこと、個人情報収集しないこと、研究成果の公表、利益相反の状況はないこと、問い合わせ先などに関して明記し、アンケート調査票への回答をもって研究参加に同意したものとみなした。

本研究は、早稲田大学の「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の承認を得て実施した。承認番号は 2018-161(1) であり、実施承認日は 2019 年 9 月 16 日である。

5.3 結果

5.3.1 分析対象者

第 4 章第 3 節第 1 項の「分析対象者」に同じ。表 4-1「分析対象者の属性・配置体制」を参照。

5.3.2 MSW と退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子

退院支援実践力における因子分析結果について表 5-1 に、退院支援実践力における職種別回答値について表 5-2 に示した。

表 5-2 では、退院支援実践力の全 32 項目で 2 職種が関わっていることを確認できる。

この 32 項目の項目分析に関して、天井効果が 1 項目で見られ、床効果は見られなかった。天井効果が見られた 1 項目を削除し、31 項目で G-P 分析を行い、全項目で上位群 25% が下位群 25% より平均点が高く統計的有意差が認められた。次いで、31 項目で I-R 相関を求め、相関係数が 0.400 未満の 1 項目を削除し、30 項目の相関係数は 0.454~0.772 であった。30 項目の Cronbach の α 係数は 0.946 であった。項目分析における本結果は、研究Ⅲ（第 6 章）において、退院支援実践力の全項目合計得点による全体尺度を用いることが可能であることを担保している。

30項目で行った1回目の因子分析後、最小固有値1.00の基準（Kaiser-Guttman基準）およびスクリープロット基準を参考に、因子の解釈可能性も考慮して、因子数を3因子に決定した。2回目の因子分析後、項目の内容とCronbachの α 係数を吟味しつつ、因子負荷量の絶対値が0.400未満の2項目、および複数の因子にわたって因子負荷量の絶対値が0.350以上の3項目を削除した。この段階では、項目40は所属外の因子負荷量が“-0.359”であったが、項目として不可欠と判断し、Cronbachの α 係数も確認して残すこととした。3回目の因子分析後、因子負荷量の上記削除基準に該当する項目は存在せず、因子分析を終了し、下位項目は25項目とした（上記“-0.359”は“-0.345”となった）。因子名は、因子負荷量・因子構造・因子間の相関係数を熟慮し、当該分野の知識・見識も参考に作成して、研究者間の検討を重ねて確定した。第1因子は、意思決定支援が、患者・家族のニーズアセスメントに基づいて立てた計画、および医療機関や退院支援部門で立てている計画・目標・方針の両方に基づいて行われる必要があるという意味で、【計画に基づく意思決定支援力】と命名した。それゆえに、在院日数の短縮に関する項目や加算・指導料の算定に関する項目が含まれている。第2因子は、訪問看護、訪問診療、かかりつけ医、ケアマネジャーについて紹介・調整し、在宅ケアのスタッフが参加できる合同カンファレンスを企画・開催しつつ、医療・介護用品を準備するなど、患者の退院後の生活の場に、患者・家族が必要とする医療・療養支援、保健指導を取り込む力を意味し、【医療的ケアの生活への融合力】と命名した。第3因子は、福祉事務所との調整、社会保険・公的扶助制度に関する交渉、転院・転所支援、患者・家族が利用可能な社会資源に関する探索・交渉などにおける力を意味し、【保健医療福祉サービス調整力】と命名した。

因子のCronbachの α 係数は因子全体が0.932、第1因子が0.895、第2因子が0.917、第3因子が0.891であり、信頼性を確認した。

表5-1 2職種の退院支援実践力における因子分析結果

n = 326

因子名	項目番号	項目	因子負荷量		
			因子1	因子2	因子3
因子1: 【計画に基づく意思決定支援力】	31	病状の見通し・治療方針を患者に説明することができる	0.762	-0.117	-0.132
	52	入院日から退院を見据えて支援することができる	0.719	-0.067	0.096
	50	患者の全体像(身体面・精神面・社会的背景)を把握することができる	0.659	0.108	0.143
	49	退院に向けて患者の状態変化を予測し対応することができる	0.654	0.245	-0.014
	51	患者・家族の真意を引き出すことができる	0.634	0.006	0.190
	32	患者と家族との関係を調整することができる	0.619	-0.079	0.280
	30	退院支援が必要な患者を特定することができる	0.619	-0.074	0.038
	33	家族へのカウンセリングや精神的支援を行うことができる	0.602	-0.101	0.145
	40	家族に医療技術や介護技術を指導することができる	0.563	0.232	-0.345
	57	在院日数を短縮することができる	0.498	0.044	0.094
	60	介護支援等連携指導料を十分に算定することができる	0.469	0.241	-0.144
61	退院時共同指導料を十分に算定することができる	0.464	0.321	-0.172	
59	入退院支援加算1または2を十分に算定することができる	0.448	0.214	0.003	
因子2: 【医療的ケアの生活への融合力】	43	訪問看護ステーションについて、紹介・調整することができる	-0.135	0.999	0.027
	56	訪問診療について、紹介・調整することができる	-0.105	0.920	0.083
	42	地域のかかりつけ医について、紹介・調整することができる	-0.064	0.873	0.029
	41	ケアマネジャー(介護支援専門員)について、紹介・調整することができる	0.032	0.696	0.152
	45	在宅療養に必要な医療・介護用品の供給ルートを確認し、準備することができる	0.237	0.606	-0.125
46	退院支援に関する合同カンファレンスを企画・開催することができる	0.196	0.558	0.027	
因子3: 【保健医療福祉サービス調整力】	55	福祉事務所と連絡・調整することができる	-0.097	0.026	0.817
	35	社会保険・公的扶助制度について、探索・交渉・情報提供することができる	-0.047	0.038	0.806
	36	転院先(医療機関)について、探索・交渉・情報提供することができる	0.038	-0.071	0.766
	54	行政(福祉課など)と連絡・調整することができる	-0.110	0.162	0.764
	37	転所先(介護施設等)について、探索・交渉・情報提供することができる	0.110	-0.103	0.749
34	患者・家族が利用可能な社会資源について、探索・交渉・情報提供することができる	0.228	0.110	0.564	
削除項目(項目番号順)	38	退院支援計画書を作成することができる			
	39	患者・家族が在宅で無理なく実施できるケア方法を調整することができる			
	44	保健所・保健センターについて、紹介・調整することができる			
	47	退院後のケア体制を整えられる適切な退院日を調整することができる			
	48	退院後の患者・家族からの相談に対応することができる			
	53	地域包括支援センターについて、紹介・調整することができる			
		ベッドコントロールを行うことができる			
		因子相関行列	因子2		
			因子3		
			0.641		
			0.474	0.334	
		各因子のCronbachのα係数	0.895	0.917	0.891
		因子全体のCronbachのα係数			0.932

注1) 因子抽出法: 主因子法, 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法。

注2) 当該因子に所属する項目の因子負荷量については太字にして下線を施した。

表5-2 2職種の退院支援実践力における職種別回答値

職種	因子番号	項目番号	6段階尺度					
			6点: とても思う	5点: そう思う	4点: やや思う	3点: あまり思う わない	2点: そう思わない	1点: 全く思わ ない
			MSW n=154 (%)	退院支援看護師 n=172 (%)	MSW n=154 (%)	退院支援看護師 n=172 (%)	MSW n=154 (%)	退院支援看護師 n=172 (%)
MSW 退院支援看護師	1	31	2 (1.3) 20 (11.6)	37 (24.0) 70 (40.7)	63 (40.9) 60 (34.9)	29 (18.8) 15 (8.7)	16 (10.4) 6 (3.5)	7 (4.5) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	1	52	16 (10.4) 24 (14.0)	46 (29.9) 67 (39.0)	64 (41.6) 66 (38.4)	22 (14.3) 13 (7.6)	4 (2.6) 2 (1.2)	2 (1.3) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	50	15 (9.7) 21 (12.2)	62 (40.3) 81 (47.1)	63 (40.9) 62 (36.0)	14 (9.1) 7 (4.1)	0 (0.0) 1 (0.6)	0 (0.0) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	49	9 (5.8) 25 (14.5)	53 (34.4) 73 (42.4)	70 (45.5) 63 (36.6)	18 (11.7) 11 (6.4)	3 (1.9) 0 (0.0)	1 (0.6) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	51	7 (4.5) 12 (7.0)	46 (29.9) 72 (41.9)	78 (50.6) 65 (37.8)	21 (13.6) 20 (11.6)	2 (1.3) 3 (1.7)	0 (0.0) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	32	10 (6.5) 16 (9.3)	62 (40.3) 69 (40.1)	71 (46.1) 69 (40.1)	10 (6.5) 18 (10.5)	1 (0.6) 0 (0.0)	0 (0.0) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	30	21 (13.6) 24 (14.0)	67 (43.5) 99 (57.6)	51 (33.1) 46 (26.7)	12 (7.8) 3 (1.7)	2 (1.3) 0 (0.0)	1 (0.6) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	33	4 (2.6) 10 (5.8)	24 (15.6) 52 (30.2)	77 (50.0) 75 (43.6)	44 (28.6) 29 (16.9)	5 (3.2) 5 (2.9)	0 (0.0) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	1	40	4 (2.6) 16 (9.3)	14 (9.1) 59 (34.3)	34 (22.1) 60 (34.9)	50 (32.5) 26 (15.1)	27 (17.5) 7 (4.1)	25 (16.2) 4 (2.3)
MSW 退院支援看護師	1	57	5 (3.2) 13 (7.6)	31 (20.1) 41 (23.8)	69 (44.8) 62 (36.0)	45 (29.2) 50 (29.1)	2 (1.3) 5 (2.9)	2 (1.3) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	1	60	7 (4.5) 27 (15.7)	31 (20.1) 43 (25.0)	64 (41.6) 64 (37.2)	38 (24.7) 29 (16.9)	10 (6.5) 7 (4.1)	4 (2.6) 2 (1.2)
MSW 退院支援看護師	1	61	7 (4.5) 28 (16.3)	31 (20.1) 46 (26.7)	50 (32.5) 58 (33.7)	46 (29.9) 28 (16.3)	12 (7.8) 12 (7.0)	8 (5.2) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	1	59	20 (13.0) 36 (20.9)	52 (33.8) 57 (33.1)	46 (29.9) 59 (34.3)	26 (16.9) 10 (5.8)	8 (5.2) 8 (4.7)	2 (1.3) 2 (1.2)
MSW 退院支援看護師	2	43	25 (16.2) 36 (20.9)	63 (40.9) 95 (55.2)	46 (29.9) 29 (16.9)	11 (7.1) 7 (4.1)	5 (3.2) 4 (2.3)	4 (2.6) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	2	56	23 (14.9) 39 (22.7)	66 (42.9) 78 (45.3)	47 (30.5) 33 (19.2)	9 (5.8) 16 (9.3)	4 (2.6) 3 (1.7)	5 (3.2) 3 (1.7)
MSW 退院支援看護師	2	42	16 (10.4) 31 (18.0)	58 (37.7) 74 (43.0)	48 (31.2) 41 (23.8)	19 (12.3) 18 (10.5)	6 (3.9) 7 (4.1)	7 (4.5) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	2	41	24 (15.6) 31 (18.0)	68 (44.2) 91 (52.9)	46 (29.9) 35 (20.3)	10 (6.5) 10 (5.8)	3 (1.9) 4 (2.3)	3 (1.9) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	2	45	10 (6.5) 24 (14.0)	44 (28.6) 74 (43.0)	61 (39.6) 49 (28.5)	23 (14.9) 20 (11.6)	9 (5.8) 5 (2.9)	7 (4.5) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師	2	46	26 (16.9) 44 (25.6)	80 (51.9) 93 (54.1)	33 (21.4) 27 (15.7)	13 (8.4) 5 (2.9)	1 (0.6) 2 (1.2)	1 (0.6) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	3	55	30 (19.5) 11 (6.4)	79 (51.3) 52 (30.2)	41 (26.6) 42 (24.4)	3 (1.9) 48 (27.9)	1 (0.6) 11 (6.4)	0 (0.0) 8 (4.7)
MSW 退院支援看護師	3	35	26 (16.9) 9 (5.2)	89 (57.8) 56 (32.6)	33 (21.4) 64 (37.2)	6 (3.9) 37 (21.5)	0 (0.0) 5 (2.9)	0 (0.0) 1 (0.6)
MSW 退院支援看護師	3	36	30 (19.5) 17 (9.9)	93 (60.4) 79 (45.9)	30 (19.5) 39 (22.7)	1 (0.6) 25 (14.5)	0 (0.0) 9 (5.2)	0 (0.0) 3 (1.7)
MSW 退院支援看護師	3	54	31 (20.1) 20 (11.6)	88 (57.1) 66 (38.4)	32 (20.8) 46 (26.7)	3 (1.9) 32 (18.6)	0 (0.0) 6 (3.5)	0 (0.0) 2 (1.2)

表5-2 2職種の退院支援実践力における職種別回答値（つづき）

職種	因子番号	項目番号	6段階尺度					
			6点: とても思う	5点: そう思う	4点: やや思う	3点: あまり思う わない	2点: そう思わない	1点: 全く思わ ない
			MSW 退院支援看護師	3	37	24 (15.6) 16 (9.3)	86 (55.8) 65 (37.8)	37 (24.0) 44 (25.6)
MSW 退院支援看護師	3	34	24 (15.6) 15 (8.7)	89 (57.8) 90 (52.3)	37 (24.0) 59 (34.3)	4 (2.6) 8 (4.7)	0 (0.0) 0 (0.0)	0 (0.0) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師		38	31 (20.1) 72 (41.9)	62 (40.3) 77 (44.8)	28 (18.2) 21 (12.2)	13 (8.4) 1 (0.6)	8 (5.2) 1 (0.6)	12 (7.8) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師		39	9 (5.8) 21 (12.2)	44 (28.6) 81 (47.1)	75 (48.7) 66 (38.4)	20 (13.0) 4 (2.3)	4 (2.6) 0 (0.0)	2 (1.3) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師		44	24 (15.6) 15 (8.7)	54 (35.1) 43 (25.0)	40 (26.0) 35 (20.3)	28 (18.2) 54 (31.4)	5 (3.2) 15 (8.7)	3 (1.9) 10 (5.8)
MSW 退院支援看護師		47	19 (12.3) 30 (17.4)	62 (40.3) 87 (50.6)	54 (35.1) 34 (19.8)	14 (9.1) 19 (11.0)	1 (0.6) 2 (1.2)	4 (2.6) 0 (0.0)
MSW 退院支援看護師		48	20 (13.0) 26 (15.1)	71 (46.1) 72 (41.9)	46 (29.9) 43 (25.0)	12 (7.8) 22 (12.8)	2 (1.3) 7 (4.1)	3 (1.9) 2 (1.2)
MSW 退院支援看護師		53	32 (20.8) 43 (25.0)	87 (56.5) 92 (53.5)	32 (20.8) 28 (16.3)	3 (1.9) 4 (2.3)	0 (0.0) 1 (0.6)	0 (0.0) 4 (2.3)
MSW 退院支援看護師		58	1 (0.6) 8 (4.7)	9 (5.8) 20 (11.6)	39 (25.3) 38 (22.1)	53 (34.4) 59 (34.3)	26 (16.9) 30 (17.4)	26 (16.9) 17 (9.9)

注1) 項目38・39・44・47・48・53・58は削除項目。

5.3.3 MSW と退院支援看護師の退院支援実践力の差異

回帰法で因子得点を推定し、職種別にその平均値を算出して、独立したサンプルの t 検定（有意水準 5% で両側検定）を行った。退院支援実践力における因子得点の t 検定結果について表 5-3 に示した。

【計画に基づく意思決定支援力】と【医療的ケアの生活への融合力】は退院支援看護師の、【保健医療福祉サービス調整力】は MSW の因子得点の平均値が高く、これら 3 つの因子では両職種間に統計的有意差が認められた。

表5-3 2職種の退院支援実践力における因子得点のt検定結果

n = 326

		因子得点の平均値 ()は標準偏差		t検定		
		MSW	退院支援看護師	t値	df	p値
因子名	第1因子:計画に基づく意思決定支援力	-0.25 (0.89)	0.23 (0.96)	4.692	324.0	< .001
	第2因子:医療的ケアの生活への融合力	-0.20 (1.00)	0.18 (0.91)	3.531	324.0	< .001
	第3因子:保健医療福祉サービス調整力	0.41 (0.79)	-0.36 (0.94)	8.042	322.5	< .001

注1) 独立したサンプルのt検定(有意水準5%で両側検定)を2職種間で行った。

5.4 考察

5.4.1 MSWと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子の特徴

本研究で明らかになったMSWと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子は、2職種それぞれを対象にその構成因子を報告した先行文献の結果を支持するものであった。つまり、第1因子【計画に基づく意思決定支援力】は、退院支援看護師を対象とした先行文献では「患者・家族との合意形成力」に、第2因子【医療的ケアの生活への融合力】は、「退院後のケアバランスの見積力」と「退院後のケアバランスの調整力」に共通・類似していた⁷³⁾。また、第3因子【保健医療福祉サービス調整力】には、福祉事務所との調整や社会保険・公的扶助制度に関する交渉が含まれ、これらはMSWを対象とした先行文献では「アドボカシー・権利擁護にかかわる実践」と表現された内容である⁷²⁾。同様に、患者・家族が利用可能な社会資源に関する探索・交渉が含まれ、これは「仕組みづくり・資源開発にかかわる実践」であり、MSWを対象とした先行文献の報告と一致した⁷²⁾。

5.4.2 MSWと退院支援看護師における専門スキルの強み

第1因子【計画に基づく意思決定支援力】では、MSWより退院支援看護師の因子得点の平均値が高く、両職種間に統計的有意差が見られた。この因子には、カウンセリングや精神的支援、患者と家族との人間関係の調整という内容が含まれており、ソーシャルワークが対象とする分野と重なる部分も多い。急性期医療機関の2職種は医療依存度の高い患者や家族に退院支援を行うことが多いことや、「(前略)退院調整看護師は、病状からみる適切な退院時期の評価や継続看護といった患者の身体に対する支援の比重が多いと言える」²⁸⁾と報告されていることから考えると、患者と家族の属性やニーズの違いが影響している可能性も考えられる。しかしながら、本研究では患者と家族の属性やニーズの特性につい

では調査していない。それゆえに、患者と家族の属性やニーズの特性に基づいて検討すると、本結果と異なる結果が統計的に導き出される可能性はあると考える。この検討を行うことは今後の課題である。また、退院支援における意思決定支援に関して、MSWより退院支援看護師が得意であるとする先行文献も見当たらない。これらのことから、第1因子【計画に基づく意思決定支援力】は、退院支援看護師の専門スキルにおいてより強みがあると本研究では言えないものとする。

第2因子【医療的ケアの生活への融合力】と第3因子【保健医療福祉サービス調整力】に関しては、先行文献でも、各機関や制度の調整はMSWの強み、ケアの変更や看看連携は退院調整看護師の強み²⁸⁾、社会資源・制度はMSWの専門性、医療は退院調整看護師の専門性³³⁾と報告されている。また、医療に関するものは退院調整看護師が多く行い、制度活用や転院に関するものはMSWが多く行っていたこと²⁵⁾、医療課題のある在宅支援は主に退院支援に関わる部署の看護師が、社会課題のある在宅支援と、医療・社会課題のある転院支援は主にMSWが担当する病院の割合が高かったこと²⁶⁾も報告されている。本結果では、【医療的ケアの生活への融合力】は退院支援看護師の、【保健医療福祉サービス調整力】はMSWの因子得点の平均値が高く、これら2つの因子では両職種間に統計的有意差が見られた。この結果と先行文献²⁵⁾²⁶⁾²⁸⁾³³⁾の上記報告とを比較すると、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキルにおいて、【保健医療福祉サービス調整力】ではMSWの専門スキルにおいて、より強みがあることが示唆される。

また、1人の患者に2職種が関わるのが重要であること²⁴⁾²⁷⁾²⁹⁾³³⁾³⁴⁾や、1人の患者に1職種しか関わらなければ患者に不利益が生じ得ること³³⁾³⁴⁾が先行文献で主張されている。これらの主張を本知見は支持するものであり、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキルにおいて、【保健医療福祉サービス調整力】ではMSWの専門スキルにおいて、より強みが発揮された2職種間の連携が、退院支援の質や効果性・効率性の向上に有用と示唆される。

5.4.3 本研究の限界と今後の課題

先行文献では、ソーシャルワーカー自身は、他職種の専門職性に比べて自らの専門職性を低く評価する傾向がある⁷⁸⁾という報告がある。本研究は回答者から自身についての主観的な回答を得て分析したため、客観性には限界がある。また、アンケート調査の設計上の問題から、回答したMSWと退院支援看護師が同一の医療機関に所属しているかどうか

については不明であり，論理展開には限界がある。

一方，今後の課題としては，【計画に基づく意思決定支援力】について，患者と家族の属性やニーズの特性に基づいて検討することが挙げられる。また，本研究は急性期医療機関で急性期病棟を担当する 2 職種を対象としているが，急性期医療機関以外の 2 職種を対象とした研究も求められる。

5.5 結論

急性期医療機関の MSW と退院支援看護師の退院支援実践力は，【計画に基づく意思決定支援力】【医療的ケアの生活への融合力】【保健医療福祉サービス調整力】の 3 つの因子から構成されることが明らかになった。

また，【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキルにおいてより強みがあり，【保健医療福祉サービス調整力】では MSW の専門スキルにおいてより強みがあり，2 職種の強みを生かした連携が有用と示唆された。

本研究の知見は，急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携のあり方や役割分担のあり方を検討する際に，役立つ資料の一つになると考えられる。

第6章 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における2職種間の連携が退院支援実践力に与える影響（研究Ⅲ）

6.1 研究の目的

研究Ⅲの目的は、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師における、2職種間の連携と退院支援実践力の相関関係と、2職種間の連携の構成因子が退院支援実践力に与える影響の度合いを明らかにすることとした。

6.2 研究方法

6.2.1 調査対象者

第4章第2節第1項の「調査対象者」に同じ。

6.2.2 データ収集方法

第4章第2節第2項の「データ収集方法」に同じ。

6.2.3 調査内容

第4章第2節第3項の「調査内容」に同じ。

6.2.4 研究の枠組み

病棟看護師を分析対象に退院支援実践力と退院支援実践力向上に影響を与える要因を検討した先行文献では、「病棟看護師のチームアプローチは退院支援実践力に影響を与えており、チームアプローチと退院支援実践力へは、個人による要因と環境による要因が影響を与えている（後略）」⁷⁹⁾と考えられている。これも参考に、本研究の枠組みについて図6-1に示した。

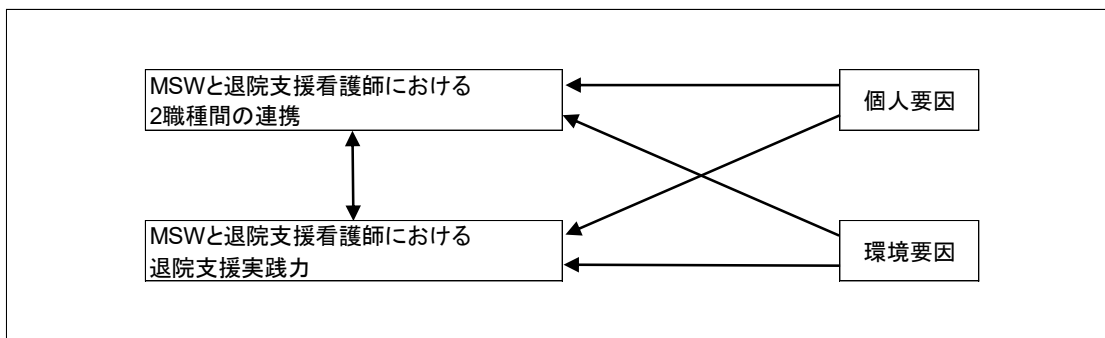


図6-1 本研究の枠組み

図 6-1 より本研究では、2 職種間の連携と退院支援実践力は相互に影響し合い、2 職種間の連携と退院支援実践力それぞれには個人要因と環境要因が影響していると想定した。なお、本研究の目的は、2 職種間の連携と退院支援実践力の相関関係と、2 職種間の連携の構成因子が退院支援実践力に与える影響の度合いを明らかにすることである。それゆえに、個人要因と環境要因については補足的に分析・考察を行うのみとして、これらの構成要素に関して詳細な調査を行っていない。これを行った上で、2 職種間の連携の構成因子・個人要因・環境要因の退院支援実践力への影響度合いに関して分析することは今後の課題とした。また、本研究では、退院支援実践力の構成因子・個人要因・環境要因の 2 職種間の連携への影響度合いに関しても調査を行っていない。個人要因と環境要因それぞれの構成要素に関して詳細な調査を行った上で、これを行うことも今後の課題とした。

本研究で個人要因は、アンケート調査で回答を得た「職種」「性別」「医療機関就業年数」「退院支援経験年数」「職位」のみを変数とした。環境要因は、アンケート調査で回答を得た「病棟での配置体制」のみを変数とした。

6.2.5 分析方法

2 職種間の連携における各項目の合計得点と、退院支援実践力における各項目の合計得点の関係を視覚化するため、2 職種、MSW、退院支援看護師それぞれを分析対象に、散布図を作成した。この際、MSW と退院支援看護師を区別するため、MSW=◇、退院支援看護師=○のプロットで示した。2 職種間の連携における各項目と平均得点について表 6-1 に、退院支援実践力における各項目と平均得点について表 6-2 に示した。

表6-1 2職種間の連携における各項目と平均得点

		2職種 n=326 (MSW n=154 退院支援看護師 n=172)		
項目番号	項目	平均得点 ()は標準偏差		
		MSW	退院支援看護師	2職種
1-1	相手職種の業務を理解することができている	4.95 (0.74)	4.82 (0.76)	4.88 (0.76)
1-2	記録を通して患者情報を相手職種と共有することができている	4.88 (0.87)	4.81 (0.91)	4.84 (0.89)
1-3	同じ目標を相手職種と持つことができている	4.73 (0.89)	4.78 (0.83)	4.75 (0.86)
1-4	退院支援の取り組みを相手職種と高めることができている	4.74 (0.92)	4.73 (0.90)	4.74 (0.91)
1-5	自身の知識や経験を相手職種に伝えることができている	4.62 (0.89)	4.62 (0.87)	4.62 (0.88)
1-6	自身が得た情報を相手職種と共有することができている	4.81 (0.79)	4.84 (0.81)	4.83 (0.80)
1-7	退院支援を円滑に行うための工夫を2職種で伝え合う環境がある	4.84 (0.97)	4.83 (1.00)	4.83 (0.99)
1-8	2職種で意思表示しやすい環境が備わっている	4.84 (0.89)	4.71 (0.98)	4.77 (0.94)
1-9	2職種チームの成果を総合的に評価する者が2職種の中にいる	3.89 (1.23)	3.94 (1.24)	3.92 (1.23)
1-10	自身の考えに関心を向けてくれる人が相手職種にいる	4.60 (1.02)	4.55 (1.07)	4.58 (1.05)
1-11	相手職種とともに退院支援について学ぶ機会がある	4.09 (1.15)	4.20 (1.16)	4.15 (1.16)
1-12	2職種チームとして個人の能力や可能性を見極められる存在がいる	3.93 (1.10)	4.20 (1.03)	4.07 (1.07)
1-13	2職種チームとして役割を分配できる存在がいる	4.08 (1.08)	4.25 (1.14)	4.17 (1.11)
1-14	退院支援について適切な助言を与えてくれる存在が相手職種にいる	4.34 (1.18)	4.76 (0.97)	4.56 (1.09)
1-15	自身の担当ケースに関して相手職種に相談することができている	4.82 (1.00)	5.06 (0.84)	4.95 (0.93)
1-16	相手職種の担当ケースに関してアドバイスすることができている	4.51 (1.01)	4.31 (1.06)	4.40 (1.04)
1-17	相手職種の得意・苦手領域を理解することができている	4.56 (0.91)	4.40 (0.99)	4.48 (0.95)
1-18	2職種で話し合って担当ケースを決めることができている	4.09 (1.40)	4.07 (1.30)	4.08 (1.35)
1-19	1人の患者を初めから相手職種と2人で担当することがある	3.88 (1.59)	3.99 (1.52)	3.94 (1.55)
1-20	担当ケースの情報を2職種で定期的に交換することができている	4.21 (1.42)	4.25 (1.28)	4.23 (1.35)
1-21	合同ミーティングを2職種で定期的に行うことができている	4.53 (1.42)	4.30 (1.42)	4.41 (1.42)
1-22	外部との協議・話し合いに2職種で対応することができている	4.04 (1.35)	4.21 (1.23)	4.13 (1.29)
1-23	退院支援の実績に関して相手職種と話し合うことができている	3.94 (1.23)	4.00 (1.22)	3.97 (1.23)
	合計	101.94 (17.91)	102.63 (17.19)	102.30 (17.51)

表6-2 2職種の退院支援実践力における各項目と平均得点

		2職種 n=326 (MSW n=154 退院支援看護師 n=172)		
項目番号	項目	平均得点 ()は標準偏差		
		MSW	退院支援看護師	2職種
2-1	退院支援が必要な患者を特定することができる	4.58 (0.91)	4.84 (0.67)	4.72 (0.80)
2-2	病状の見通し・治療方針を患者に説明することができる	3.73 (1.12)	4.47 (0.97)	4.12 (1.10)
2-3	患者と家族との関係を調整することができる	4.45 (0.74)	4.48 (0.81)	4.47 (0.78)
2-4	家族へのカウンセリングや精神的支援を行うことができる	3.86 (0.81)	4.17 (0.92)	4.02 (0.88)
2-5	患者・家族が利用可能な社会資源について、探索・交渉・情報提供することができる	4.86 (0.70)	4.65 (0.71)	4.75 (0.71)
2-6	社会保険・公的扶助制度について、探索・交渉・情報提供することができる	4.88 (0.73)	4.14 (0.95)	4.49 (0.93)
2-7	転院先(医療機関)について、探索・交渉・情報提供することができる	4.99 (0.65)	4.35 (1.12)	4.65 (0.98)
2-8	転所先(介護施設等)について、探索・交渉・情報提供することができる	4.82 (0.74)	4.20 (1.15)	4.49 (1.03)
2-9	家族に医療技術や介護技術を指導することができる	2.98 (1.29)	4.23 (1.09)	3.64 (1.34)
2-10	ケアマネジャー(介護支援専門員)について、紹介・調整することができる	4.59 (1.02)	4.77 (0.93)	4.68 (0.98)
2-11	地域のかかりつけ医について、紹介・調整することができる	4.25 (1.20)	4.59 (1.06)	4.43 (1.14)
2-12	訪問看護ステーションについて、紹介・調整することができる	4.52 (1.11)	4.87 (0.91)	4.70 (1.02)
2-13	在宅療養に必要な医療・介護用品の供給ルートを確認し、準備することができる	4.01 (1.16)	4.53 (0.97)	4.29 (1.09)
2-14	退院支援に関する合同カンファレンスを企画・開催することができる	4.74 (0.91)	4.98 (0.86)	4.87 (0.89)
2-15	退院に向けて患者の状態変化を予測し対応することができる	4.29 (0.87)	4.65 (0.81)	4.48 (0.86)
2-16	患者の全体像(身体面・精神面・社会的背景)を把握することができる	4.51 (0.79)	4.66 (0.77)	4.59 (0.78)
2-17	患者・家族の真意を引き出すことができる	4.23 (0.79)	4.41 (0.85)	4.32 (0.83)
2-18	入院日から退院を見据えて支援することができる	4.27 (1.01)	4.57 (0.87)	4.43 (0.94)
2-19	行政(福祉課など)と連絡・調整することができる	4.95 (0.70)	4.33 (1.09)	4.62 (0.97)
2-20	福祉事務所と連絡・調整することができる	4.87 (0.76)	3.88 (1.23)	4.35 (1.15)
2-21	訪問診療について、紹介・調整することができる	4.52 (1.10)	4.73 (1.08)	4.63 (1.09)
2-22	在院日数を短縮することができる	3.91 (0.89)	4.02 (1.00)	3.97 (0.95)
2-23	入退院支援加算1または2を十分に算定することができる	4.29 (1.13)	4.56 (1.10)	4.43 (1.12)
2-24	介護支援等連携指導料を十分に算定することができる	3.84 (1.05)	4.28 (1.12)	4.07 (1.11)
2-25	退院時共同指導料を十分に算定することができる	3.68 (1.17)	4.29 (1.13)	4.00 (1.19)
	合計	108.62 (14.43)	111.65 (16.03)	110.22 (15.35)

次いで、2 職種間の連携における各項目の合計得点と、退院支援実践力における各項目の合計得点の 2 変数間で、2 職種、MSW、退院支援看護師それぞれを分析対象に、Spearman の順位相関係数を求めた。

続けて、2 職種を分析対象に強制投入法による重回帰分析を行った。目的変数は退院支援実践力として、尺度は退院支援実践力における各項目の合計得点とした。説明変数は、2 職種間の連携を構成する〔連携できる環境体制の構築〕〔専門性を尊重したコミュニケーション〕〔相互のスーパービジョン〕の 3 因子³⁵⁾、個人要因の「職種」「性別」「医療機関就業年数」「退院支援経験年数」「職位」、環境要因の「病棟での配置体制」の合計 9 変数とした。説明変数の尺度に関して、2 職種間の連携を構成する 3 因子は、回帰法で推定した因子得点とした。個人要因については、「医療機関就業年数」「退院支援経験年数」は数値に大小の連続性があるためダミー変数にせず、いずれも 1=“1 年未満”，2=“1～3 年未満”，3=“3～5 年未満”，4=“5～10 年未満”，5=“10～20 年未満”，6=“20～30 年未満”，7=“30 年以上”とした。「職種」「性別」「職位」はダミー変数を用い、「職種」では 0=“MSW”，1=“退院支援看護師”，「性別」では 0=“男性”，1=“女性”，「職位」では 0=“役職者”，1=“非役職者”とした。環境要因の変数については、「病棟での配置体制」はダミー変数を用い，0=“MSW のみを配置”，0=“退院支援看護師のみを配置”，0=MSW と退院支援看護師を配置”，1=“配置なし”とした。

なお、重回帰分析を行う事前準備として、上記 9 つの説明変数間において Spearman の順位相関係数を求め、多重共線性の有無について確認した。相関係数の値が 0.8 以上の場合は、共線性が高い変数群のいずれかを説明変数から外すこととした。多重共線性の有無については、重回帰分析を行った後、Variance Inflation Factor (VIF) の値でも確認した。VIF の値が 10 以上の場合は、共線性が高い変数群のいずれかを説明変数から外すこととした。また、残差分析を行った。残差の正規性を確認するために、Durbin-Watson 比を求めた。

本研究における重回帰分析は、「目的変数を予測すること」を目的としていない。主たる目的は、「説明変数である 2 職種間の連携を構成する 3 因子が、目的変数である退院支援実践力に与える影響について検討すること」であり、補足的に、説明変数である個人要因と環境要因が目的変数に与える影響について検討することとした。

統計解析には、IBM SPSS Statistics 25、および 27 を使用した。

6.2.6 倫理的配慮

研究参加者の方への説明文書にて、研究概要、研究参加の任意性、研究参加に伴う危険や不利益が生じる可能性はないこと、個人情報収集しないこと、研究成果の公表、利益相反の状況はないこと、問い合わせ先などに関して明記し、アンケート調査票への回答をもって研究参加に同意したものとみなした。

本研究は、早稲田大学の「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の承認を得て実施した。承認番号は2018-161(1)であり、実施承認日は2019年9月16日である。

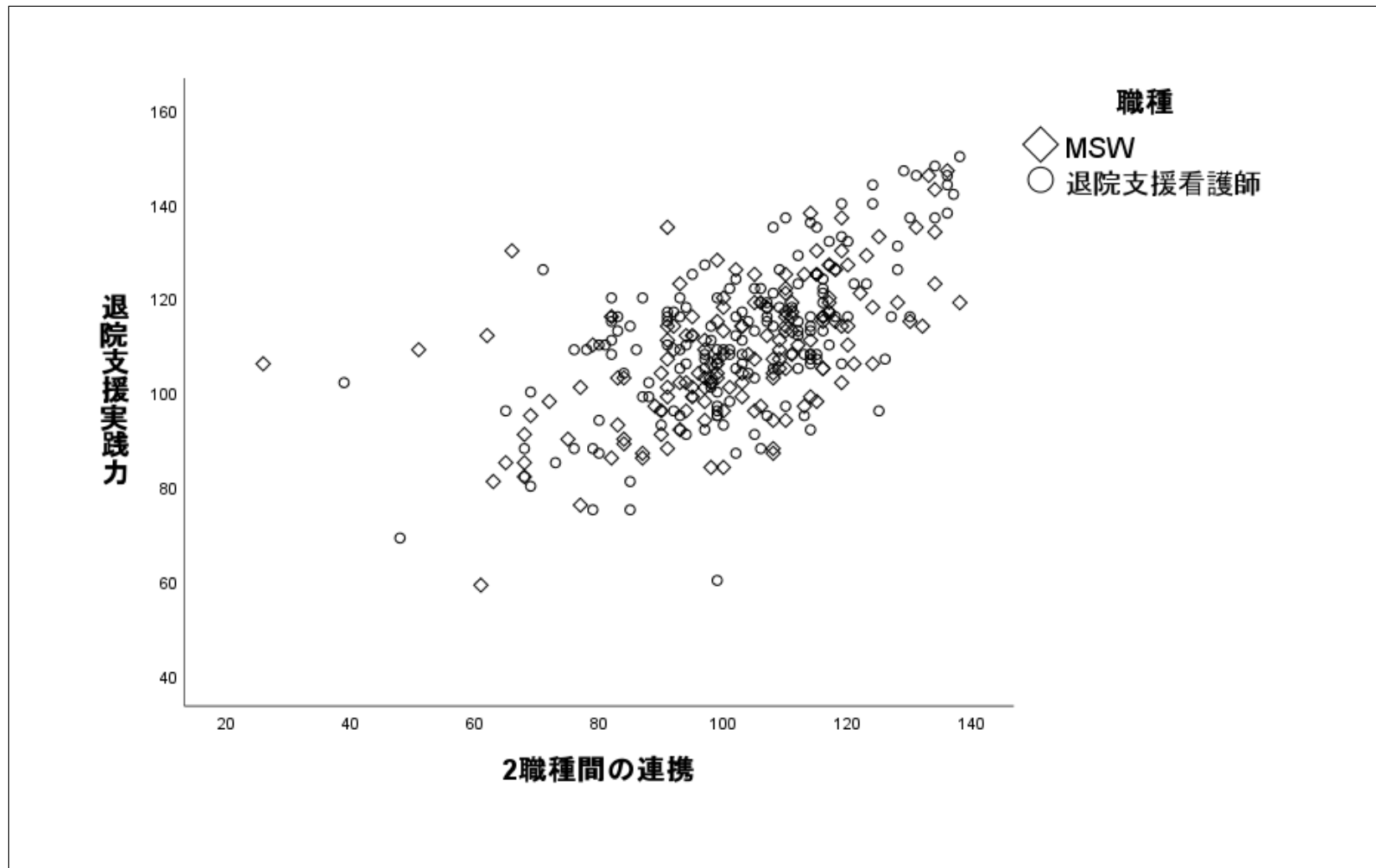
6.3 結果

6.3.1 分析対象者

第4章第3節第1項の「分析対象者」に同じ。表4-1「分析対象者の属性・配置体制」を参照。

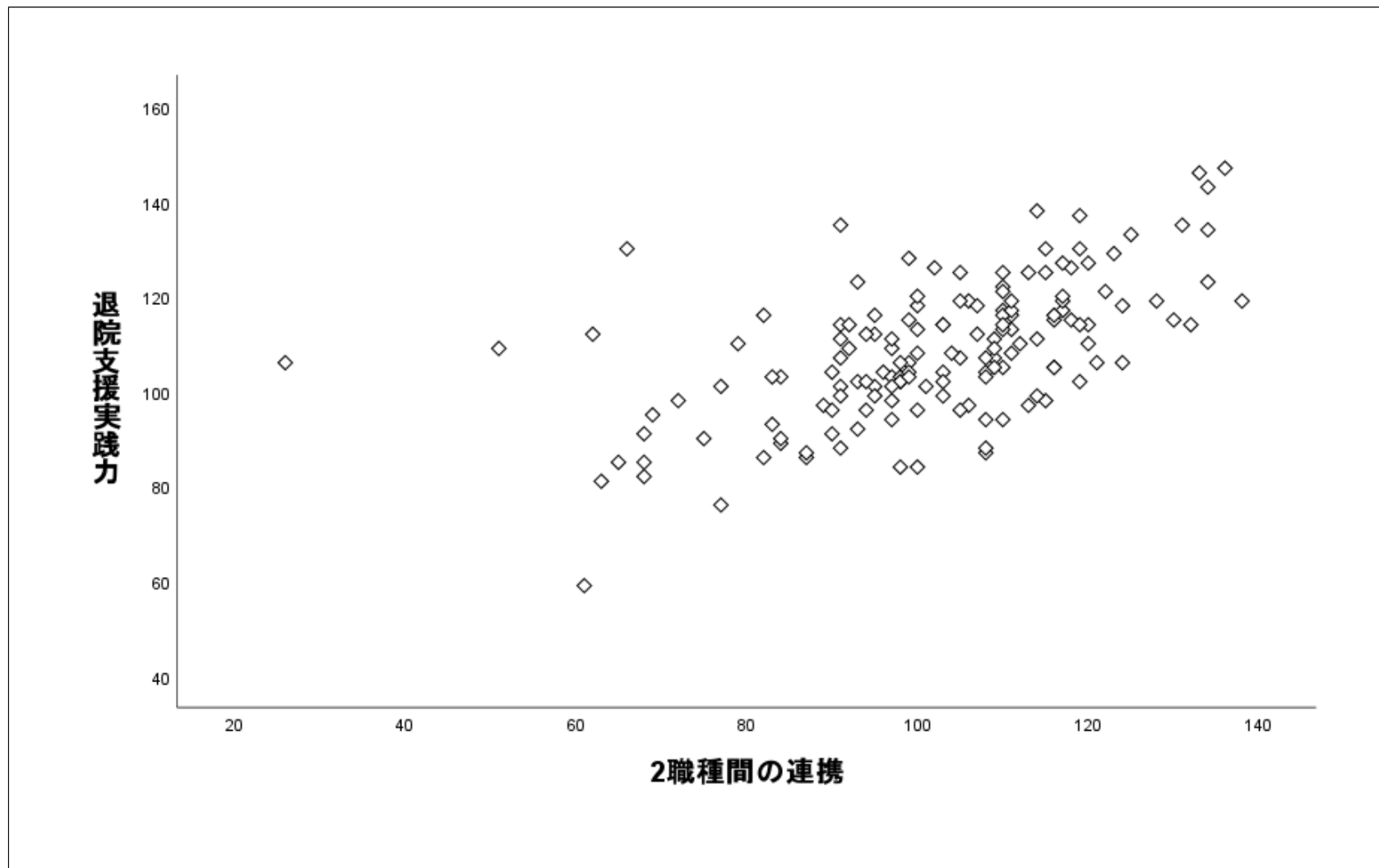
6.3.2 MSWと退院支援看護師間の連携と退院支援実践力の散布図と相関係数

2職種、MSW、退院支援看護師それぞれを分析対象に、2職種間の連携と退院支援実践力の相関関係を表した散布図について図6-2、図6-3、図6-4に示した。これらの散布図では、2職種、MSW、退院支援看護師のいずれにおいても、ある程度のプロットが2職種間の連携では60～140、退院支援実践力では80～150の範囲でグループを形成していると考えられた。このグループは左下から右上がりになっており、2職種、MSW、退院支援看護師のいずれを分析対象としても、2職種間の連携と退院支援実践力には、正の相関関係があると推測された。



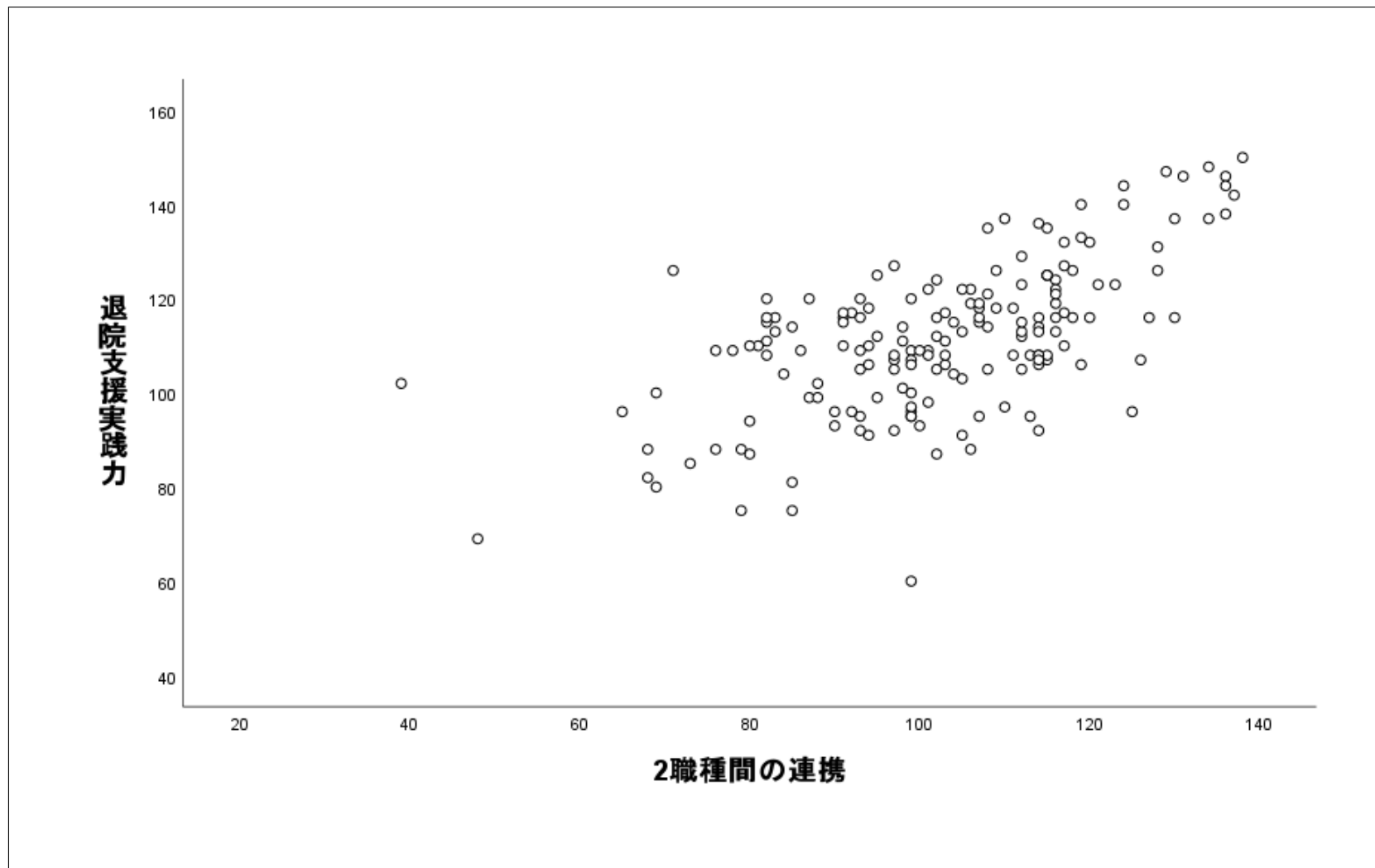
2職種 $n=326$ (MSW $n=154$, 退院支援看護師 $n=172$)

図6-2 2職種間の連携と退院支援実践力の散布図 (分析対象:2職種)



MSW $n=154$

図6-3 2職種間の連携と退院支援実践力の散布図 (分析対象:MSW)



退院支援看護師 $n=172$

図6-4 2職種間の連携と退院支援実践力の散布図（分析対象：退院支援看護師）

次いで、2職種、MSW、退院支援看護師それぞれを分析対象に、2職種間の連携と退院支援実践力の変数間で Spearman の順位相関係数を求め、表 6-3 に示した。表 6-3 より、2職種では $r=0.576$ 、 $p < .001$ 、MSW では $r=0.595$ 、 $p < .001$ 、退院支援看護師では $r=0.574$ 、 $p < .001$ であった。2職種、MSW、退院支援看護師のいずれを分析対象としても、2職種間の連携と退院支援実践力には、正の相関関係があると統計的に認められた。

表6-3 2職種間の連携と退院支援実践力の順位相関係数

2職種 $n=326$ (MSW $n=154$ 退院支援看護師 $n=172$)			
	2職種	MSW	退院支援看護師
相関係数	0.576**	0.595**	0.574**
有意確率(両側)	< .001	< .001	< .001
度数	326	154	172

注1) Spearmanの順位相関係数を求めた。

注2) ** 相関係数は1%水準で有意(両側)である。

6.3.3 退院支援実践力を目的変数とした重回帰分析結果

2職種を分析対象とした、説明変数間における Spearman の順位相関係数について表 6-4 に、退院支援実践力を目的変数とした重回帰分析結果について表 6-5 に示した。

表6-4 説明変数間におけるSpearmanの順位相関係数

2職種 n=326 (MSW n=154 退院支援看護師 n=172)

		連携できる環境体制の構築	専門性を尊重したコミュニケーション	相互のスーパービジョン	職種	性別	医療機関就業年数	退院支援経験年数	職位	病棟での配置体制
連携できる環境体制の構築	相関係数	1.000	0.690**	0.739**	-0.014	-0.046	0.212**	0.215**	-0.279**	-0.042
	有意確率(両側)		< .001	< .001	.796	.403	< .001	< .001	< .001	.447
専門性を尊重したコミュニケーション	相関係数	0.690**	1.000	0.677**	-0.011	0.009	0.147**	0.153**	-0.119*	-0.034
	有意確率(両側)	< .001		< .001	.845	.873	.008	.006	.031	.535
相互のスーパービジョン	相関係数	0.739**	0.677**	1.000	0.120*	0.051	0.131*	-0.022	-0.118*	-0.054
	有意確率(両側)	< .001	< .001		.031	.361	.018	.694	.033	.333
職種	相関係数	-0.014	-0.011	0.120*	1.000	0.388**	0.461**	-0.597**	0.033	-0.104
	有意確率(両側)	.796	.845	.031		< .001	< .001	< .001	.552	.060
性別	相関係数	-0.046	0.009	0.051	0.388**	1.000	0.197**	-0.195**	0.074	-0.103
	有意確率(両側)	.403	.873	.361	< .001		< .001	< .001	.180	.064
医療機関就業年数	相関係数	0.212**	0.147**	0.131*	0.461**	0.197**	1.000	0.132*	-0.438**	-0.122*
	有意確率(両側)	< .001	.008	.018	< .001	< .001		.017	< .001	.027
退院支援経験年数	相関係数	0.215**	0.153**	-0.022	-0.597**	-0.195**	0.132*	1.000	-0.358**	0.026
	有意確率(両側)	< .001	.006	.694	< .001	< .001	.017		< .001	.638
職位	相関係数	-0.279**	-0.119*	-0.118*	0.033	0.074	-0.438**	-0.358**	1.000	-0.026
	有意確率(両側)	< .001	.031	.033	.552	.180	< .001	< .001		.635
病棟での配置体制	相関係数	-0.042	-0.034	-0.054	-0.104	-0.103	-0.122*	0.026	-0.026	1.000
	有意確率(両側)	.447	.535	.333	.060	.064	.027	.638	.635	

注1) ** 相関係数は1%水準で有意(両側)である。

注2) * 相関係数は5%水準で有意(両側)である。

表6-5 退院支援実践力を目的変数とした重回帰分析結果

2職種 $n=326$ (MSW $n=154$ 退院支援看護師 $n=172$)

	非標準化係数		標準化係数 ベータ	t値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差				許容度	VIF
『連携できる環境体制の構築』	6.534	1.258	.406	5.192	< .001	.294	3.400
『専門性を尊重したコミュニケーション』	3.270	1.072	.206	3.051	.002	.394	2.540
『相互のスーパービジョン』	-0.415	1.202	-.025	-0.345	.730	.338	2.959
職種	8.224	2.445	.268	3.364	< .001	.284	3.520
性別	2.394	2.139	.052	1.119	.264	.824	1.213
医療機関就業年数	-0.863	0.938	-.062	-0.921	.358	.398	2.515
退院支援経験年数	2.996	0.808	.264	3.709	< .001	.355	2.816
職位	-1.658	1.594	-.053	-1.040	.299	.691	1.447
病棟での配置体制	-2.897	1.993	-.063	-1.453	.147	.969	1.032

注1) 目的変数は2職種の退院支援実践力に関する回答値の合計得点。

注2) ANOVA $p < .001$

注3) R^2 乗=0.431, 調整済み R^2 乗=0.414

注4) Durbin-Watson比=1.799

表 6-4 より、説明変数間における Spearman の順位相関係数を算出した結果、相関係数の値が 0.8 以上となる変数群は存在しなかったため、多重共線性の問題はないと判断して全 9 変数を重回帰分析の対象とした。表 6-5 より、VIF の値も 10 以上となる変数は存在せず、ここでも多重共線性の問題はないと判断した。分散分析の結果は有意で、自由度調整済み決定係数は 0.414 であった。先述したが、本研究で重回帰分析を行う主たる目的は、目的変数を予測することではなく、説明変数が目的変数に与える影響について検討することとした。このため、自由度調整済み決定係数が高くないことは、本研究ではあまり問題にならないと考えた。Durbin-Watson 比は 1.799 であり、残差はランダムであると判断した。

表 6-5 より、重回帰分析の結果、目的変数である退院支援実践力に対する説明変数の影響度合いに関しては、『連携できる環境体制の構築』 ($t=5.192$, $p < .001$)、退院支援経験年数 ($t=3.709$, $p < .001$)、職種 ($t=3.364$, $p < .001$)、『専門性を尊重したコミュニケーション』 ($t=3.051$, $p < .01$) の順に、退院支援実践力に対する影響が強いと統計的に判断さ

れた。なお、〔相互のスーパービジョン〕に関しては、 $t=-0.345$ 、 $p>.05$ であった。

6.4 考察

6.4.1 MSW と退院支援看護師間の連携と退院支援実践力の相関関係

2 職種、MSW、退院支援看護師のいずれにとっても、図 6-2、図 6-3、図 6-4 の散布図では、2 職種間の連携と退院支援実践力には正の相関関係があると視覚的に推測できる。表 6-3 の順位相関係数では、2 職種間の連携と退院支援実践力には正の相関関係があると統計的に判断できる。これらのことから、2 職種間の連携が強くなるにしたがい、退院支援実践力は高くなる傾向があると言える。それゆえに、2 職種間の連携の強化が退院支援実践力の向上に有用と示唆される。先行文献では、定量的研究により、2 職種間の連携と退院支援実践力における正の相関関係を報告した研究は見当たらず、この意味で本研究に意義はあると考える。

研究Ⅱ（第5章）では、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキルにおいてより強みがあり、【保健医療福祉サービス調整力】では MSW の専門スキルにおいてより強みがあり、2 職種の強みを生かした連携が有用と報告した³⁶⁾。2 職種に焦点が当てられた先行文献でも、MSW・退院調整看護師それぞれの得意分野を生かしていくことが重要²⁸⁾と指摘されている。また、MSW に焦点が当てられた先行文献でも、「(前略) 医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の援助内容が重なる部分を問題とせず、お互いの専門性を活かしながら協働して、患者の援助を行うことの重要性が分かる」⁸⁰⁾と指摘されている。さらに、退院支援看護師に焦点が当てられた先行文献でも、退院支援には医療の専門職である退院調整看護師と、社会福祉の専門職である MSW が、それぞれの強みを生かし、互いに協働を促進することにより、必要な支援をタイムリーに提供できる⁸¹⁾と指摘されている。例えば、相手職種の強みとする専門スキルについて、相手職種から助言を受けつつ実践できれば、退院支援の質や効率性を高めつつ、相手職種の強みとする専門スキルを学ぶことができる。また、あまり時間をかけることができない急性期医療機関の退院支援であるが、1 人の患者に対し、相手職種の強みとする部分を適時任せられ、自職種の強みとする部分に少しでも多くの時間を費やせれば、退院支援の質や効率性を高めつつ、自職種の強みとする専門スキルをさらに磨くことができる。先行文献のこうした指摘と比較しつつ、本結果と研究Ⅱの結果を絡めると、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援

看護師の専門スキル，【保健医療福祉サービス調整力】では MSW の専門スキルによって，それぞれの強みを生かした 2 職種間の連携の強化が，退院支援実践力の向上に有用と示唆される。

6.4.2 『連携できる環境体制の構築』の退院支援実践力への影響

『連携できる環境体制の構築』に関して， $t=5.192$ ， $p < .001$ であり，退院支援実践力に対して強く影響していると統計的に判断された。

研究 I（第 4 章）より，『連携できる環境体制の構築』の下位項目には，「2 職種でのミーティングの実施」「2 職種間での担当ケースの情報交換」「2 職種での担当ケースの選定」「2 職種での外部との話し合い」「2 職種で 1 人の患者を初めから担当」「相手職種の担当ケースへのアドバイス」などが含まれた³⁵⁾。これらの下位項目については，2 職種両職種の配置がなければ実現は当然不可能である。また，2 職種のうちいずれかの職種の人員が過度に少なくても実現は困難になる。現状として，多くの急性期医療機関における 2 職種の配置状況や人数は，これらを行うに当たり十分とは言えない。2018 年に厚生労働省が実施した調査では，急性期一般入院料 1 の機関 ($n=367$) では 7.9%，急性期一般入院料 2・3 の機関 ($n=34$) では 20.6%，急性期一般入院料 4～7 の機関 ($n=344$) では 48.5%が，「入退院支援加算」を届け出ていなかった⁶⁴⁾。「入退院支援加算」を届け出ていない機関は，その施設基準から，機関内に 2 職種両職種を配置していない可能性が高いと推測できる。この調査結果からは，2 職種両職種を配置していない急性期医療機関が多いことを読み取ることができる。また，2020 年に厚生労働省が実施した調査では，退院支援の積極的な取組や促進などを困難にしている事項として，「退院支援に係る職員数が確保できないため，十分な退院調整ができない」などの回答が多かった⁶⁹⁾。『連携できる環境体制の構築』が退院支援実践力に強く影響していることを考えると，急性期医療機関における 2 職種両職種の配置と 2 職種各職種の人員充足は急務といった見解ができる。各機関が，2 職種が『連携できる環境体制の構築』を組織的に行い強化していくことが，退院支援実践力の向上に有用と考える。

一方で，『連携できる環境体制の構築』は，2 職種個々人が主体的に行っていくことが重要である。先行文献では「システム」という用語を使い，2 職種が，「お互いの業務を否定したり，取り合ったり，押しつけ合ったり，責任転嫁をするようなシステムではいけないと考える。お互いの専門性を活かし，高め合いながら，援助が行えるようなシステムを

共同で構築することで、チーム、組織としての退院援助システムが出来上がる」⁸⁰⁾と指摘されている。この「システム」という用語は、「環境体制」という用語に変更しても同種の内容を伝えられるものと考えられる。しかしながら、現状として、研究 I（第 4 章）では先行文献²⁶⁾²⁸⁾の報告も受けて、同一部署内に常駐していても、MSW と退院支援看護師間の連携がない医療機関も少なくない³⁵⁾と述べた。『連携できる環境体制の構築』が退院支援実践力に強く影響していることを考えると、積極的な連携がない 2 職種においては、各職種各々が相手職種との連携が生み出す相互補強的、相互補完的な効果を理解し、2 職種間の連携に対する意識を変換することが必要といった見解もできる。2 職種個々人が、両職種間で『連携できる環境体制の構築』を主体的に行い強化していくことが、退院支援実践力の向上に有用と考える。

6.4.3 『専門性を尊重したコミュニケーション』の退院支援実践力への影響

『専門性を尊重したコミュニケーション』に関して、 $t=3.051$ 、 $p<.01$ であり、退院支援実践力に対して影響していると統計的に判断された。

2 職種に焦点が当てられた先行文献でも、チーム構成員間の円滑なコミュニケーションを土台に支援すること³⁴⁾、異なる専門職として相互に尊重すること²⁷⁾、2 職種間の相互理解の問題について考えること³⁴⁾の重要性が報告されている。MSW が抱える業務上の不安の特徴とその解消の手立てを明らかにした先行文献では、「MSW は業務上の不安を他者に相談することによって解消していた」⁸²⁾と結論付けられている。2 職種がお互いに相談相手となることができれば、退院支援実践上の不安については相互補強性、相互補完性によって軽減・解消・予防できる場合も多いと考えられ、このことが退院支援実践力の向上につながるといった見解もできる。2 職種が相互に相談相手となり、そうあり続けるためには、相手職種の専門性を尊重しつつコミュニケーションを図っていく必要がある。この意味でも本結果は支持され、『専門性を尊重したコミュニケーション』の強化は、退院支援実践力の向上に有用と考えられる。

また、退院支援実践力に対して最も強く影響していると統計的に判断された『連携できる環境体制の構築』についても、『専門性を尊重したコミュニケーション』を図りつつ行うことが重要と言える。先行文献では「退院援助システム」に関してであるが、「(前略)それぞれの立場と他職種の専門性を理解・尊重した上で創り上げる必要がある」⁸⁰⁾と指摘されている。研究 I（第 4 章）の因子相関行列で、『専門性を尊重したコミュニケーショ

ン〕因子と〔連携できる環境体制の構築〕因子は、 $r=0.678$ で正の相関関係が認められた³⁵⁾。つまり、〔専門性を尊重したコミュニケーション〕が図れているほど、〔連携できる環境体制の構築〕も実現できている傾向があると言える。この因子間相関の視点でも本結果は支持され、〔専門性を尊重したコミュニケーション〕の強化は、退院支援実践力の向上に有用と考えられる。

6.4.4 〔相互のスーパービジョン〕の退院支援実践力への影響

〔相互のスーパービジョン〕に関して、 $t=-0.345$ 、 $p>.05$ であり、統計的には退院支援実践力に影響していないと判断された。〔相互のスーパービジョン〕因子を抽出した研究 I（第4章）の研究目的は、2職種間の連携の構成因子を明らかにすることであり、尺度開発ではなかった。この理由もあり、〔相互のスーパービジョン〕因子に所属する下位項目は4項目のみであった³⁵⁾。それゆえに、〔相互のスーパービジョン〕の下位項目について再検討および追加した上で、退院支援実践力を目的変数に重回帰分析を行うことが今後の課題である。その結果、〔相互のスーパービジョン〕は、退院支援実践力に影響していると統計的に判断される可能性は十分にあると考える。なお、異なる2専門職種間で、〔相互のスーパービジョン〕と命名した理由は研究 I で説明した。

スーパービジョンに関する先行文献でも、異質性スーパービジョンでは、スーパーバイザーとスーパーバイジーが異なる専門的知識・教育背景を持つ。スーパーバイザーがスーパーバイジーと同じ専門性に立ち、同質の知識を持つ同質性スーパービジョンには、限界と負の要素がある。異質性スーパービジョンには、それぞれの異なる専門性を交差させることで、スーパーバイザーはスーパーバイジーに別の視点を提供できる⁷⁶⁾という意見がある。また、「(前略) 同職種のスーパーバイザーの不足を嘆くより、異職種によるスーパービジョンの長所を認め、その欠点を補う工夫ができる(後略)」⁷⁷⁾という意見もある。MSWが抱える業務上の不安の特徴とその解消の手立てを明らかにした先行文献でも、不安の軽減にはスーパービジョンが重要である⁸²⁾と示唆されている。

研究 I では、2職種に焦点が当てられた先行文献²³⁾²⁴⁾の報告を受け、視点・アプローチ方法・専門性を反映した技術の性質や特徴などに関して、それらの2職種間の差異が何であるのかも含め、教え合い、学び合うことが有用と考えた³⁵⁾。また、研究 II（第5章）では、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキルにおいて、【保健医療福祉サービス調整力】では MSW の専門スキルにおいて、より強みが発揮された2職種

間の連携が、退院支援の質や効果性・効率性の向上に有用と考えた³⁶⁾。表 6-2 でも、各職種の得意とする項目、および 2 職種間で相互補強、相互補完でき得る項目を推測できる。

『相互のスーパービジョン』を通して、視点・アプローチ方法・専門性を反映した技術の性質や特徴とそれらの 2 職種間の差異や、各職種の専門スキルの強みを教え合い、学び合うことができれば、個々人の退院支援実践力は向上すると考えられる。先述のことからも、『相互のスーパービジョン』は、退院支援実践力に影響していると統計的に判断される可能性は十分にあると考える。

「MSW の職場は 1 施設の配置数が多くても 5~6 名という少人数体制が大半であり、スーパービジョンを行なう人的及び時間的なゆとりがないという声が聞かれる」⁸³⁾との指摘もある。しかしながら、MSW と退院支援看護師で連携して人的・時間的ゆとりを創出しつつ、研究 I (第 4 章) でも述べたように、2 職種個々人が意欲的・継続的に取り組むことができるよう、『相互のスーパービジョン』を実践する機会・時間を臨機応変かつ定期的に設けていくこと³⁵⁾が、退院支援実践力の向上には有用と考える。

6.4.5 個人要因と環境要因の退院支援実践力への影響

個人要因の退院支援経験年数に関しては、 $t=3.709$, $p < .001$ であり、退院支援実践力に影響していると統計的に判断された。これに対し、個人要因の医療機関就業年数に関しては、退院支援実践力に影響していないと統計的に判断された。研究 I (第 4 章) で示した表 4-1 「分析対象者の属性・配置体制」より、医療機関就業年数は退院支援看護師が MSW より長い傾向にあり、MSW は医療機関就業年数 \neq 退院支援経験年数、退院支援看護師は医療機関就業年数 \neq 退院支援経験年数の傾向にあることが言える。例えば退院支援経験年数がともに 3 年の MSW と退院支援看護師でも、MSW は医療機関就業年数も 3 年であり、退院支援看護師は医療機関就業年数が 20 年であれば、退院支援実践力に両者間で差異が生じることも考えられる。こうした意味で、医療機関就業年数が退院支援実践力に影響している可能性も考えられ、医療機関就業年数を含む個人要因に関して詳細な調査を行った上で、退院支援実践力への影響度合いに関して分析することが今後の課題として挙げられる。

個人要因の職種に関しては、 $t=3.364$, $p < .001$ であり、退院支援実践力に影響していると統計的に判断された。研究 II (第 5 章) にて、退院支援実践力の【計画に基づく意思決定支援力】因子に関して、MSW より退院支援看護師の因子得点の平均値が高く、両職種間に統計的有意差が認められた。この理由として、患者と家族の属性やニーズの違いが影響

している可能性を考えた³⁶⁾。本結果についても、これと同様に考えられる。今後の課題として、退院支援実践力について、患者と家族の属性やニーズの特性に基づいて検討することが挙げられる。

個人要因の性別と職位、環境要因の病棟での配置体制に関しては、いずれも退院支援実践力に影響していないと統計的に判断された。病棟での配置体制については、先述したように、本研究では回答者の配置場所の特定・分類は行わなかった。先行文献には、「退院調整担当が施設に一人や二人の時代から病棟配置の時代となり、退院調整専任が病棟ともっと近い位置に立つことで、病棟看護師との協働意識を生み、情報共有の困難さや負担感の改善につながるのではと考える」⁸⁴⁾との報告もある。それゆえに、病棟での配置体制を含め、環境要因についても詳細な調査を行った上で、退院支援実践力への影響度合いに関して分析することが今後の課題として挙げられる。

6.4.6 本研究の限界と今後の課題

本研究は、回答者から自身についての主観的な回答を得て分析したため、客観性には限界がある。また、アンケート調査の設計上の問題から、回答した MSW と退院支援看護師が同一の医療機関に所属しているかどうかについては不明であり、論理展開には限界がある。

一方、今後の課題としては、『相互のスーパービジョン』の下位項目について再検討および追加すること、退院支援実践力について患者と家族の属性やニーズの特性に基づいて検討すること、個人要因と環境要因それぞれの構成要素について詳細に調査することが挙げられる。また、これらを行った上で、本研究と同じ手続きで退院支援実践力への影響度合いについて分析することや、退院支援実践力の構成因子・個人要因・環境要因の 2 職種間の連携への影響度合いについて分析することも挙げられる。さらに、本研究は急性期医療機関で急性期病棟を担当する 2 職種を対象としているが、急性期医療機関以外の 2 職種を対象とした研究も求められる。

6.5 結論

MSW と退院支援看護師の両職種にとって、2 職種間の連携と退院支援実践力には正の相関関係があることを、視覚的および統計的に示すことができた。2 職種間の連携が強くな

るにしたがい、退院支援実践力は高くなる傾向があると言えた。また、研究Ⅱ³⁶⁾（第5章）の結果を絡め、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキル、【保健医療福祉サービス調整力】ではMSWの専門スキルによって、それぞれの強みを生かした2職種間の連携の強化が、退院支援実践力の向上に有用と示唆された。

2 職種間の連携の構成因子が退院支援実践力に与える影響の度合いは、『連携できる環境体制の構築』、『専門性を尊重したコミュニケーション』の順に影響が強いと統計的に判断された。なお、『相互のスーパービジョン』に関しては、下位項目について再検討および追加することにより、退院支援実践力に影響していると統計的に判断される可能性が十分にあると考えた。

以上のことから、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間の連携の強化が、退院支援実践力の向上に有用と示唆された。

本研究の知見は、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間の連携のあり方や役割分担のあり方を検討する際に、役立つ資料の一つになると考えられる。

第7章 本論文のまとめと今後の課題

急性期医療機関の MSW と退院支援看護師においては、職種間で専門スキルの強みに差異があり、それぞれの強みを生かした 2 職種間の連携の強化は、退院支援実践力の向上に有用である。これを検証するためには、「2 職種間の連携の構成因子」、「2 職種の退院支援実践力の構成因子」、「2 職種における専門スキルの業務への影響」、「2 職種間の連携の退院支援実践力への影響」がトピックとなる研究が有益と考えたが、先行文献には見当たらず、本論文で定量分析によって行った。

研究Ⅰ（第4章）では、因子分析にて、急性期医療機関の 2 職種間の連携は、〔連携できる環境体制の構築〕〔専門性を尊重したコミュニケーション〕〔相互のスーパービジョン〕の 3 因子で構成されることを明らかにした。

研究Ⅱ（第5章）では、因子分析にて、急性期医療機関の 2 職種の退院支援実践力は、【計画に基づく意思決定支援力】【医療的ケアの生活への融合力】【保健医療福祉サービス調整力】の 3 因子で構成されることを明らかにした。また、*t* 検定を用いて、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキルにおいて、【保健医療福祉サービス調整力】では MSW の専門スキルにおいて、より強みがあることを示唆した。

研究Ⅲ（第6章）では、散布図を作成、順位相関係数を算出し、2 職種間の連携と退院支援実践力の 2 変数間には正の相関関係があることを、視覚的および統計的に示すことができた。2 職種間の連携が強くなるにしたがい、退院支援実践力は高くなる傾向があると言えた。また、先行文献と比較しつつ、本結果と研究Ⅱの結果を絡め、【医療的ケアの生活への融合力】では退院支援看護師の専門スキル、【保健医療福祉サービス調整力】では MSW の専門スキルによって、それぞれの強みを生かした 2 職種間の連携の強化が、退院支援実践力の向上に有用と示唆した。さらに、重回帰分析にて、2 職種間の連携の構成因子が退院支援実践力に与える影響の度合いは、〔連携できる環境体制の構築〕、〔専門性を尊重したコミュニケーション〕の順に影響が強いことを明らかにした。なお、〔相互のスーパービジョン〕に関しては、下位項目について再検討および追加することにより、退院支援実践力に影響していると統計的に判断される可能性が十分にあると考察した。以上のことから、急性期医療機関の MSW と退院支援看護師間の連携の強化が、退院支援実践力の向上に有用と示唆した。

また、第3章の文献検討にて、「MSWと退院支援看護師の2職種を分析対象とすること」、「役職者と非役職者の両者から回答を得ること」、「サンプル数を獲得すること」は、先行文献における今後の研究課題であることを明らかにした。本論文の研究Ⅰ・研究Ⅱ・研究Ⅲにおいては、MSW154人、退院支援看護師172人、合計326人を分析対象とした。各職種および両職種におけるこれらの分析対象者数は、表3-2「2職種に焦点が当てられた国内文献の文献内容Ⅰ」で示した先行文献の分析対象者数と比べても、数的に劣っていないと言える。さらに、MSWと退院支援看護師の両職種ともに、役職者・非役職者の両者を対象としたことに価値がある。

次に、第3章の文献検討における限界と今後の課題に関しては、検索方法の限界として、国内文献に限定したことが挙げられる。先述したが、国内文献に限定した理由は、日本国内の医療機関に勤務する2職種に焦点が当てられた先行文献に限定して検討するためである。日本の退院支援が国内の診療報酬制度に起因することや、急性期医療機関におけるMSWと退院支援看護師の配置体制や2職種間の連携が、国の診療報酬制度と相互に影響し合っていることもその理由である。一方、MSWと退院支援看護師の2職種に焦点が当てられた国内文献のレビューは、先行文献では見受けられない。今後の課題として、実施方法をより系統的なもの、網羅性をより高いものとし、それ自体で完結する論文として、その国内文献のレビューを作成することが挙げられる。また、退院支援に関わる、専門職間の連携や専門職の実践力に関する海外の研究について精査することも、今後の課題として挙げられる。

研究Ⅰ・研究Ⅱ・研究Ⅲに共通する限界と今後の課題に関しては、回答者から自身についての主観的な回答を得て分析したため、客観性には限界がある。また、アンケート調査の設計上の問題から、回答したMSWと退院支援看護師が同一の医療機関に所属しているかどうかについては不明であり、論理展開には限界がある。一方、今後の課題としては、本研究は急性期医療機関で急性期病棟を担当する2職種を対象としているが、急性期医療機関以外の2職種を対象とした研究も求められる。

研究Ⅱにおける今後の課題に関しては、【計画に基づく意思決定支援力】について、患者と家族の属性やニーズの特性に基づいて検討することが挙げられる。

研究Ⅲにおける今後の課題に関しては、『相互のスーパービジョン』の下位項目について再検討および追加すること、退院支援実践力について患者と家族の属性やニーズの特性に基づいて検討すること、個人要因と環境要因それぞれの構成要素について詳細に調査す

ることが挙げられる。また、これらを行った上で、本研究と同じ手続きで退院支援実践力への影響度合いについて分析することや、退院支援実践力の構成因子・個人要因・環境要因の2職種間の連携への影響度合いについて分析することも挙げられる。

MSWと退院支援看護師の2職種の強み・専門性や、2職種間の連携の必要性については、先行文献でも触れられている。しかしながら、統計分析に基づいて実証的に検討し報告する先行文献は見られない。本論文では、2職種間の専門スキルの強みの差異や、2職種間の連携と退院支援実践力の関連について、統計分析によって明らかにした。これらは、本論文の中でも特に独創性と新規性のある知見とすることができたと考える。

また、本論文は、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師の2職種間の連携が、患者・家族、および医療機関の経営に対して、より良い効果をもたらすことに着目している点でも新規性があると考えられる。

先述もしたが、本研究は、急性期医療機関で急性期病棟を担当する2職種を対象とした。2職種間の連携が患者・家族、および医療機関の経営により良い効果をもたらすといった着眼点で、医療療養病棟や地域包括ケア病棟など、急性期病棟以外を担当する2職種を対象に研究を行い、本論文と比較検討することは、本論文の発展につながるものと考えられる。

本論文では、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間で専門スキルの強みに差異があり、それぞれの強みを生かした2職種間の連携の強化は、退院支援実践力の向上に有用であることを検証した。

本論文は、先行研究では見られなかった統計的手法を用いた分析によって、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間の連携の強化が、退院支援実践力の向上に有用と報告しており、学術的意義があると言える。

また、本論文は、医療現場の感覚を強く反映している研究である。本論文の知見は、急性期医療機関のMSWと退院支援看護師間の連携や役割分担のあり方に加えて、退院支援の質の向上を検討する際に有益な資料の一つになると考えられることから、社会的意義があると言える。

さらに、本論文は、QOLの向上やWell-beingの実現を目指す人間科学に貢献するものであると考えられる。

引用文献

- 1) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2019) 「<地域包括ケア研究会> 2040年：多元的
社会における地域包括ケアシステム；「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会」『地域
包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書』
(平成30年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業), 1-43.
- 2) 厚生労働省「地域包括ケアシステム, 地域包括ケアシステムの実現へ向けて, 地域包括ケ
アシステム」
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-
houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/))
(2023年4月閲覧)
- 3) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2016) 「<地域包括ケア研究会> 地域包括ケア
システムと地域マネジメント」『地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービス
のあり方に関する研究事業報告書』(平成27年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業),
1-40.
- 4) 上加世田豊美 (2016) 「急性期医療施設の在宅療養に向けての取り組み；小児急性期医療
のなかでの多職種連携」『日本在宅ケア学会誌』19(2), 11-14.
- 5) 齋藤登, 吉野由希, 浅香えみ子, 岡田弘 (2021) 「大規模病院における入退院支援センター
設立への取り組み」『日本医療マネジメント学会雑誌』22(1), 14-18.
- 6) 有賀徹, 塚川敏行 (2019) 「救急医療の『出口問題』について；医療の機能分化と連携, 地
域包括ケア推進のもとで」『日本臨床救急医学会雑誌』22(3), 429-435.
- 7) 亀山仁史, 坂田純, 小林隆, 若井俊文, 小山諭, 鈴木一郎, 遠藤直人, 鈴木榮一 (2017) 「新潟医
療圏地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みとその成果」『新潟医学会雑誌』
131(6), 363-368.
- 8) 石橋みゆき, 雨宮有子, 伊藤隆子, 樋口キエ子, 丸谷美紀 (2019) 「退院支援看護師による退
院支援システム構築の様相」『千葉大学大学院看護学研究科紀要』(41), 1-11.
- 9) 佐々木ちひろ, 石橋みゆき, 大原裕子, 正木治恵 (2021) 「急性期病院のプライマリーナース
が行う退院支援に関わる看護援助」『千葉看護学会会誌』27(1), 71-79.
- 10) 和口秀子, 日高久美, 篠木敬二, 松岡美緒, 見戸佐織, 土井聖子, 畑亜希子, 井端剛, 小室竜太

- 郎, 飯島正平 (2013) 「脳内出血患者の急性期病院における在宅復帰をめざして ; 退院調整看護師と患者家族としての立場から学んだこと」 『癌と化学療法』 40, 216-218.
- 11) 森川久美 (2020) 「患者支援センター現状と課題」 『京都市立病院紀要』 40(1), 36-39.
- 12) 厚生労働省 「平成 26 年 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/dl/2-3.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 13) 厚生労働省 「平成 27 年 (2015) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_02.pdf)
(2023 年 4 月閲覧)
- 14) 厚生労働省 「平成 28 年 (2016) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/02_02.pdf)
(2023 年 4 月閲覧)
- 15) 厚生労働省 「平成 29 年 (2017) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/03byouin29.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 16) 厚生労働省 「平成 30 (2018) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/dl/03byouin30.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 17) 厚生労働省 「令和元 (2019) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/03byouin01.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 18) 厚生労働省 「令和 2 (2020) 年医療施設 (静態・動態) 調査 (確定数) ・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/03byouin02.pdf>)

(2023年4月閲覧)

- 19) 厚生労働省「令和3(2021)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況, 結果の概要, 病院報告, 平均在院日数」

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/03byouin03.pdf>)

(2023年4月閲覧)

- 20) 奥村由美(2020)「チームで行う退院支援・退院調整」『交通医学』74(3・4), 61-64.
- 21) 村松智子(2007)「急性期の総合病院における退院支援の現場から」『総合ケア』17(4), 40-44.
- 22) 石橋みゆき, 吉田千文, 丸谷美紀, 雨宮有子, 樋口キエ子, 葛西好美, 佐瀬真粧美, 諏訪部高江, 小暮みどり, 津野祥子(2011)「退院支援において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術」『第21回 研究助成・事業助成報告書』, 187-208.
- 23) 石橋みゆき, 吉田千文, 雨宮有子, 小暮みどり, 樋口キエ子(2017)「退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴」『保健医療福祉連携』10(1), 19-28.
- 24) 石橋みゆき, 吉田千文, 木暮みどり, 津野祥子, 丸谷美紀, 雨宮有子, 樋口キエ子, 諏訪部高江, 佐瀬真粧美, 葛西好美(2011)「退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴」『千葉看護学会会誌』17(2), 1-9.
- 25) 大倉美紀, 石原ゆきえ, 山内真恵, 安部節美(2011)「東京都内の病院の退院調整部署に関する調査」『日本医療マネジメント学会雑誌』11(4), 251-255.
- 26) 高山恵理子, 小原真知子, 山口麻衣, 高瀬幸子(2014)「医療機関における退院支援に関わるソーシャルワーク部門の位置づけと看護師との協働の状況」『病院における医療ソーシャルワーカー退院支援業務に関する調査』より『医療と福祉』47(1), 60-66.
- 27) 徳山磨貴, 鈴木孝子, 道井典子(2014)「医療ソーシャルワークにおける退院調整看護師との役割分担の現状と課題; 急性期病院のMSWに対するアンケート調査から」『医療と福祉』47(1), 54-59.
- 28) 鬼頭裕美(2015)「終末期患者に対する退院支援の一例; 退院調整看護師との協働からMSWの役割を考える」『共済医報』64(3), 294-297.
- 29) 日塔裕子, 清田久美子, 高瀬昌浩, 中川希代, 畠山友香, 武田由紀(2013)「がん相談支援センターにおける看護師と医療社会事業専門員(MSW)との連携の課題」『第14回日本医療情報学会看護学術大会論文集』, 180-181.

- 30) 大脇吉子, 木下千鶴, 内田美恵子 (2017) 「NICUにおける退院支援の現状調査」『日本新生児看護学会誌』 23(2), 25-33.
- 31) 望月宗一郎, 小澤結香, 村松照美, 飯島純夫 (2010) 「介護療養型医療施設の退院調整に携わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス対処力(SOC)との関連」『山梨大学看護学会誌』 8(2), 21-29.
- 32) 田中結香, 望月宗一郎 (2013) 「介護療養型医療施設の看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識; 専門職連携に焦点を当てて」『保健医療福祉連携』 6(1-2), 2-10.
- 33) 佐藤奈津子 (2013) 「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究; 退院支援担当者へのアンケート調査から」『北星学園大学大学院論集』 (4), 19-38.
- 34) 佐藤奈津子 (2014) 「ソーシャルワーカーと退院調整看護師間のコンフリクトに関する研究; 退院支援担当者へのインタビュー調査から」『北星学園大学大学院論集』 (5), 1-21.
- 35) 影山康博, 加瀬裕子 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の構成因子に関する一考察」『人間科学研究』 35(1), 109-117.
- 36) 影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子と職種間の差異; 2 職種における専門スキルの強み」『日本在宅ケア学会誌』 25(2), 155-164.
- 37) 影山康博 (2023) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における 2 職種間の連携が退院支援実践力に与える影響」『日本看護福祉学会誌』 28(2), 1-11.
- 38) 村山洋史 (2011) 『看護学事典』 (第 2 版) 日本看護協会出版会, 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (総編集), 1016-1017.
- 39) 野坂達志 (2008) 「コラボレーションのお作法」『臨床心理学』 8(2), 192-197.
- 40) 永田智子 (2011) 『看護学事典』 (第 2 版) 日本看護協会出版会, 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (総編集), 607.
- 41) 影山葉子, 浅野みどり (2015) 「家族への退院支援に関する国内文献レビュー (第 1 報); 退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて」『家族看護学研究』 20(2), 93-105.
- 42) 影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の活躍と 2 職種協働; 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の配置体制と 2 職種間連携 - I」『地域連携 入退院と在宅支援』 15(2), 78-83.
- 43) 影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の活躍と 2 職種協働; 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の配置体制と 2 職種間

- 連携－Ⅱ』『地域連携 入退院と在宅支援』15(3), 80-87.
- 44) 厚生労働省「平成 20 年度診療報酬改定に係る通知等について, 診療報酬の算定方法, 基本診療料」
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1aa.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 45) 厚生労働省「平成 20 年度診療報酬改定に係る通知等について, 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて, 本文」
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1h.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 46) 高山恵理子 (2019) 「医療ソーシャルワーカーの業務に医療政策が及ぼした影響 ; 診療報酬の動向と医療ソーシャルワーカーの『退院支援』業務との関わり」『上智大学社会福祉研究』(43), 10-30.
- 47) 小宅比佐子, 佐藤則子, 間雅子, 小田勢津子, 木村弘江, 武田淳一, 西純子, 永田郁子, 小澤三枝子 (2013) 「国立病院機構・国立高度専門医療研究センターにおける退院調整に関する実態調査」『国立看護大学校研究紀要』12(1), 17-25.
- 48) 富田耕平, 井上智子, 前川佳敬, 福森優司, 高橋裕美, 青木和子, 花田真由子, 下村光明, 松尾怜奈, 友國領子, 表敦代, 武田悠希, 植園法子, 樂木宏実 (2016) 「大学病院における退院調整部門が実施する退院支援に関する実態調査」『大阪大学看護学雑誌』22(1), 17-22.
- 49) 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子 (2012) 「急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割」『東京医療保健大学紀要』6(1), 65-71.
- 50) 厚生労働省「平成 22 年度診療報酬改定の概要【医科診療報酬】」
(https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/setumei_03.pdf)
(2023 年 4 月閲覧)
- 51) 厚生労働省「平成 22 年度診療報酬改定, 診療報酬の算定方法の一部を改正する件, 入院料等」
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-010.pdf>)
(2023 年 4 月閲覧)
- 52) 厚生労働省「平成 22 年度診療報酬改定, 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知), 別添」
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-043.pdf>)

- (2023年4月閲覧)
- 53) 厚生労働省「平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について」
〈<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 54) 厚生労働省「平成24年度診療報酬改定の概要」
〈https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_01-03.pdf〉
(2023年4月閲覧)
- 55) 厚生労働省「平成24年度診療報酬改定について, 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示), 入院料等」
〈<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/2-2.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 56) 厚生労働省「平成24年度診療報酬改定について, 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知), 別添」
〈<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/5-2-1.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 57) 厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の概要」
〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 58) 厚生労働省「平成28年度診療報酬改定について, 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示), 入院料等」
〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114812.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 59) 厚生労働省「平成28年度診療報酬改定について, 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」
〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114881.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 60) 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の概要」
〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197979.pdf>〉
(2023年4月閲覧)
- 61) 厚生労働省「平成30年度診療報酬改定について, 個別改定項目について」

- <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 62) 厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定について、診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (告示), 入院料等」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196287.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 63) 厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定について、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知)」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000205633.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 64) 厚生労働省「(令和元年度第 11 回) 入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000563530.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 65) 小林利彦 (2014) 「退院支援・退院調整業務に関するインターネットアンケート調査」『日本医療マネジメント学会雑誌』14(4), 203-208.
- 66) 厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定について、個別改定項目について」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 67) 厚生労働省「令和 2 年度診療報酬改定について、診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (告示), 入院料等」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603748.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 68) 厚生労働省「令和 2 年度診療報酬改定について、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (通知)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666310.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 69) 厚生労働省「入院 (その 3) 入院横断的個別事項」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853842.pdf>
(2023 年 4 月閲覧)
- 70) 影山葉子, 浅野みどり (2015) 「家族への退院支援に関する国内文献レビュー (第 2 報); 退

- 院調整看護師に関するこれまでの研究と家族への退院支援に関する今後の研究課題」
『家族看護学研究』20(2), 106-116.
- 71) 平谷優子 (2019) 「ひとり親家族に関する国内文献レビュー ; 2007-2014 年の論文を対象とした検討」『家族看護学研究』25(1), 160-174.
- 72) 小原真知子, 高山恵理子, 高瀬幸子, 山口麻衣 (2017) 『ソーシャルワーカーによる退院における実践の自己評価』相川書房, 17-90.
- 73) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美 (2013) 「退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発」『日本看護科学会誌』33(3), 3-13.
- 74) 深野美紅, 難波志穂子 (2016) 「退院支援におけるチームワーク尺度の考案」『日本医療マネジメント学会雑誌』17(2), 60-65.
- 75) 戸村ひかり, 永田智子, 清水準一 (2017) 「退院支援の実践状況と退院支援に関するシステム整備の関連要因の明確化」『日本在宅看護学会誌』5(2), 26-35.
- 76) 萬歳芙美子 (2005) 『ソーシャルワークのスーパービジョン ; 人の理解の探究』ミネルヴァ書房, 福山和女 (編著), 238-262.
- 77) 対馬節子 (2000) 『スーパービジョン・コンサルテーション実践のすすめ』(現代のエスプリ No.395) 至文堂, 深澤道子・江幡玲子 (編集), 73-82.
- 78) 南彩子, 武田加代子 (2004) 『ソーシャルワーク専門職性自己評価』相川書房, 3-10.
- 79) 西山和代, 関井愛紀子 (2019) 「病棟看護師の退院支援実践力とチームアプローチとの関連」『日本看護管理学会誌』23(1), 1-10.
- 80) 青木正恵 (2013) 「医療ソーシャルワーカーによる退院援助に関する一考察」『九州社会福祉学』(9), 1-14.
- 81) 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代 (2014) 「急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難」『老年看護学』18(2), 67-75.
- 82) 田中結香, 望月宗一郎 (2015) 「医療ソーシャルワーカー (MSW) が抱える業務上の不安と解消の手立て」『保健医療福祉連携』8(2), 146-154.
- 83) 浅野正嗣 (2007) 「医療ソーシャルワーカーの困難とソーシャルワーク・スーパービジョン」『金城学院大学論集 社会科学編』4(1), 18-35.
- 84) 平田貴代美 (2017) 「急性期病院における退院支援への取り組みの効果と課題」『第 16 回山口県看護研究学会学術集会プログラム・集録』, 39-41.

本論文に関連した業績

学術論文（査読あり）

1. 影山康博, 加瀬裕子 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師間の連携の構成因子に関する一考察」『人間科学研究』35(1), 109-117.
2. 影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子と職種間の差異 ; 2 職種における専門スキルの強み」『日本在宅ケア学会誌』25(2), 155-164.
3. 影山康博 (2023) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師における 2 職種間の連携が退院支援実践力に与える影響」『日本看護福祉学会誌』28(2), 1-11.

論文（その他, 査読なし）

1. 影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の活躍と 2 職種協働 ; 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の配置体制と 2 職種間連携 - I」『地域連携 入退院と在宅支援』15(2), 78-83.
2. 影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の活躍と 2 職種協働 ; 診療報酬制度の変遷にみる医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の配置体制と 2 職種間連携 - II」『地域連携 入退院と在宅支援』15(3), 80-87.

受賞

1. 令和 4 年度日本在宅ケア学会優秀論文賞 (2022.5)
影山康博 (2022) 「医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師の退院支援実践力の構成因子と職種間の差異 ; 2 職種における専門スキルの強み」『日本在宅ケア学会誌』25(2), 155-164.

謝辞

元・早稲田大学人間科学学術院の加瀬裕子教授（現・早稲田大学名誉教授）に心からの感謝を申し上げます。指導教員として4年間、ご指導いただきました。特に、本論文の第5章の基になっている原著論文では日本在宅ケア学会優秀論文賞をいただきましたが、加瀬先生の丁寧かつ密なご指導のおかげと考えております。4年間、何度も何度も、どんな時でもやり取りさせていただいた情景が、今でも鮮明に蘇ってきます。

本当にありがとうございました。

早稲田大学人間科学学術院の扇原淳教授に心より感謝いたします。加瀬先生がご退職されたあと、指導教員として1年半の間、ご指導いただきました。私が常勤勤務していたこともあり、ご多忙の中で時間を調整していただき、定期的に夜遅くまで長時間、個人的にご指導いただきました。研究者としての姿勢をいつも学ばせていただき、日々あたたかい言葉をかけていただき、本論文を完成させることができました。

本当にありがとうございました。

早稲田大学人間科学学術院の永島計教授に心よりお礼申し上げます。中間報告会では副査として、社会的意義は大きいとの評価をいただき、とても嬉しく、勇気づけられました。また、プレゼンテーションについてのご助言もいただきました。特に、「シンプルな図表を用いて視覚に訴えることが非常に重要」といったお言葉は印象的で、忘れられません。

本当にありがとうございました。

千葉大学大学院の石橋みゆき准教授に厚くお礼申し上げます。幾度か研究室を訪問させていただき、また、適時メールでのやり取りを通して、退院支援に関する研究実績を持つ看護学研究者の立場から、多くのご助言をいただきました。本論文を完成させるまで、とても長い間お世話になり、公開審査会の副査も快くお引き受けいただきました。

本当にありがとうございました。

とても多くの早稲田大学関係者の皆様にお力添えいただきました。早稲田大学所沢総合

事務センターの皆様にも多大なご協力をいただきました。

本当にありがとうございました。

調査にご協力いただきました全国の医療機関関係者の皆様に厚く感謝申し上げます。

本当にありがとうございました。

本論文は、実に多くの方にご尽力いただいて完成させることができました。論文執筆にお力添えいただいたすべての皆様に深く感謝申し上げます。

本当にありがとうございました。