

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

# 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～

## A Study on the Conflict between a Social Worker and a Discharge Support Nurse: From the Interview Survey to the Staff Members of Discharge Support

佐 藤 奈津子

### 1. 研究の背景：一業務 2 職種路線の 成立

わが国の医療政策では、戦後の1948年、医療水準の確保を図ることを目的に医療法が制定された。以来、約40年をかけて医療施設の量的整備が達成されてきたが、この間、医療を巡る社会環境の変化への対応が求められ、1985年の第一次医療法改正を皮切りに、数次にわたる改正が重ねられてきた。

2007年の第五次医療法改正では、地域の医療・福祉諸機関との連携を前提とした退院計画とその提示の義務が明示された。急性期病院では治療計画と同時に退院計画を策定し、治療終了にあわせ次の療養の場へ移るシステムが整えられていった。機能分化した病院間ではシームレスな病病連携が、在宅診療所との間では病診連携が謳われ、地域における医療と福祉のネットワーク構築が図られた。

このように一般病床では、治療終了と同時に患者が病院を退院することが望まれる時代となった。人工呼吸器を装着している、胃ろうや中心静脈からの栄養補給が必要であるといった、障害や医療管理の継続を要する状態でも一般病床では退院の対象となる。藤田は、

急性期病院から退院を求められる患者・家族の葛藤について、「病院の機能分化は、利用する患者家族にとっては、主に入院期間の違いと退院後の進路の違いという形で表れる。そして急性期病院は、基本的に早期治療・早期退院の方向となる。そこでは患者・家族は、治療やリハビリテーションの途上での『突然の退院宣告』を受けることにもなりかねず、転院や自宅退院をめぐる深刻な問題が発生する可能性が高い」（藤田1999：11）と述べている。患者は、医療、リハビリテーション、介護ニーズに応じ、地域の医療・介護機関へと療養の場を移していくこととなる。患者を送り出す一般病院では「出口問題」が、患者を引き受ける地域各機関では「入口問題」を担当する職種が「連携」の要として注目されることとなった。

従来、診療報酬点数表には退院支援に関する項目はなく、実践しても病院の収益にならない半面、病院職員の誰が実践しても構わない業務であった。1989年に厚生省より発表され、2002年に改定された「医療ソーシャルワーカー業務指針」では、退院後の療養に関する相談は「退院援助」として医療ソーシャルワーカーの業務に位置づけられている。ただし、

全ての病院に医療ソーシャルワーカーが配置されているものではなく、未配置の病院では主に病棟師長や、看護師による看護相談室などが役割を担ってきたと推察される。

2008年4月の診療報酬改定では、「退院調整加算」が誕生し、一般病床では75歳以上の患者に対し、一入院あたり100点の「後期高齢者退院調整加算」を算定できるようになった。施設基準では、「入院患者の退院に係る調整に関する部門が設置されていること」と退院調整部門の設置が義務付けられ、また、「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又は社会福祉士が1名以上いること」と退院支援を担う職種として「看護師」と「社会福祉士」が並列で位置づけられた。

2010年4月の診療報酬改定では、「急性期病棟等退院調整加算」が新設され、対象者が「65歳以上及び40歳以上の介護保険法施行令に規定する16疾病を有する患者」に拡大されるとともに、施設基準により加算点数の差別化が図られた。100点の「急性期病棟等退院調整加算2」では、従来通りいずれか1職種の配置であるのに対し、140点の「急性期病棟等退院調整加算1」では、2職種両方の配置が定められている。つまり、ソーシャルワーカー（以下SWと略す）にしろ看護師にしろ、いずれか1職種が中心的に役割を担ってきた退院支援の領域に、「一業務を2職種が担う」という新しい路線が生まれたのである。しかしながら診療報酬点数表では、2職種がどのように協働・連携・役割分担すべきか、その方法までは言及されていない。

田中は、「看護師とソーシャルワーカーは常に協働しているチームメイトであるが、同じ『生活』をとらえるのでも、『療養生活』と『社会生活』というように、基盤となる生活の捉え方と内容が異なっている」（田中2008：16）と述べている。看護師とSWがクライアントを捉える方法について、「1人の人間のLIFE

の異なる所から発想して」（田中2008：16）おり、「逆のベクトルの方向性で相補的に連携をとる必要がある」（田中2008：16）と医療職も福祉職も、LIFEを扱うことでは共通しているが、扱う部分と扱い方に相違があると指摘している。生命、疾病から出発し、社会生活へ拡大する看護師と、人生や社会生活から疾病に焦点化していくSWとでは、対象者の捉え方、思考、価値観に自ずと差異が生まれ、このフレームワークの相違が、実際の支援での関わり方（支援方法）への差異に発展していく。退院支援の特色である「一業務を2職種が担う」ことにおいて、専門職が持つフレームワークが衝突・対立した場合、もしくは衝突・対立という顕著な状態まで至らなくても、2職種間で何らかの調整が図られない場合には、専門職間のコンフリクトが予想される。

コンフリクトについて篠田は、「価値観の異なる専門職の集合体である医療・福祉チームが成長する段階では、必ずといっていいほどコンフリクトが発生する。したがって、コンフリクトを避けるのではなく、上手にマネジメント（対処行動）することが求められている」（篠田2011：57）と述べ、コンフリクトに向き合う重要性を指摘している。看護師とSWとの協働の形は、退院支援においていくつかの実践例が示されているが（松下2008：86-159、宇都宮2011：42-122）、いずれの連携モデルも2職種の良質で円滑な連携事例であり、2職種がどのような場面で何に対してどのようなコンフリクトを感じているのか、そしてどのように解消しているのか、もしくは保留・放置しているのかという視点では分析されていない。

## 2. 研究目的と意義

本研究では、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SW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を目的とする。

退院調整加算の誕生により、専門性が異なる2職種が同一業務を担うという、従来の縦割りの病院組織では見られない状況が生み出された。国の政策に変化がない限り、今後は益々2職種が並存して退院支援に当たる場面は増えていくであろうことや、今回の改正により高い算定を目指して2職種配置が進むであろうことが考えられる。1職種配置より2職種配置の点数を高く設定した意は、2職種間の差異を強調し、退院調整看護師とSWの異なる機能の相乗作用を期待しているのだろうか。例えこの差異による相乗効果があるとしても、現実には退院支援システムの中において2職種間で何らかの連携や調整が図られなければ、この効果は疑わしい。複数職種が一つの業務を担うことで最大限の効果を発揮するための答えを現場の実践者が持ち得ていないとするならば、クライアントの不利益を招かないよう、早期に「一業務2職種」のプラス面、マイナス面を明らかにしておくことには意義があると考ええる。

### 3. 研究方法

北海道厚生局「届出受理医療機関名簿」(2011年5月9日作成)に基づき、一般病床で「急性期病棟等退院調整加算」を届け出ている医療機関へアンケート調査を実施した(佐藤2013:19-38)。このアンケート調査に回答があり、かつインタビュー調査への協力の承諾が得られた中からさらに比較検討のため、以下3種類の調査対象者のパターンを想定した。

- 1) 「急性期病棟等退院調整加算1」を届け出て、SWと退院調整看護師の2職種が配置されている病院の退院支援担当者
- 2) 「急性期病棟等退院調整加算2」を届け

出て、SWのみが配置されている病院の退院支援担当者

- 3) 「急性期病棟等退院調整加算2」を届け出て、退院調整看護師のみが配置されている病院の退院支援担当者

「急性期病棟等退院調整加算1」を届け出て、SWと退院調整看護師両方が配置されている病院は3機関あり、合計6名の担当者に調査を実施した。「急性期病棟等退院調整加算2」を届け出て、SWのみが配置されている病院は17機関あった。その中から、豊富なバリエーションを期待しタイプの異なる以下の対象者3名を選択した。

1名は、算定件数が退院支援実践の経験と関連すると考え、「急性期病棟等退院調整加算2」の算定件数が最も多い病院のSWとした。2名は、本稿のテーマに従い、最もコンフリクトの表出が見られたSWとした。3名は、比較の意味から、医療的側面の情報提供を苦手領域に上げてはいるが、目立ったコンフリクトが読み取れないSWとした。

「急性期病棟等退院調整加算2」を届け出て、退院調整看護師が配置されている病院は2機関あったが、いずれも退院支援部門に専任のSWが配置されており、「看護師のみが配置されている」の条件には該当しなかったため、前述の2種類、合計9名を調査対象者とした。調査対象者の氏名、病院名は、表1:調査対象者一覧のようにマスキングしている。

調査対象の9名に、調査目的、調査方法、  
表1:調査対象者一覧

No	氏名	職種	病院名	加算種別
1	G氏	SW	A病院	加算1
2	H氏	看護師		
3	J氏	SW	B病院	
4	K氏	保健師		
5	L氏	SW	C病院	
6	M氏	保健師		
7	N氏	SW	D病院	加算2
8	P氏	SW	E病院	
9	Q氏	SW	F病院	

インタビューガイド、倫理的配慮を示した「ヒアリング調査協力をお願い」を送付し、改めて調査への協力を求め、承諾を得た。

2011年8月18日から9月25日にかけてインタビュー調査を実施した。

対象者の勤務先を訪問し、基本的に個室（1名のみ個室の都合がつかず、調査途中から外来ロビーに移動した）において、90分前後の半構造化面接を行なった。必要に応じ、回答したアンケート用紙を提示しながら進めた。

倫理的配慮として、「ヒアリング調査協力をお願い」に、参加に同意しないことによる不利益は一切ないこと、調査に参加することを同意した後でも、いつでも自由に同意を撤回し調査への参加をやめることができること、調査の結果について指導を受けるため、指導教授、大学関係者が調査記録を閲覧する場合があるが、対象者の名前やプライバシーに関する事柄が外部に漏れることはないこと、結果は調査研究目的以外には使用しないこと、それ以外の用途に使用する場合は対象者の同意を得ることを明記した。インタビュー調査実施の前に、ICレコーダーへの録音、筆記により記録をとることを口頭で伝え同意を得た。

インタビューガイドは、「調査対象者の基本属性」「退院支援部門について」「退院支援システムについて」「退院支援の実際について」「コンフリクトについて」「『退院調整加算』に対する評価について」「補足の自由発言」の7領域で構成した。

9名のインタビューの逐語録を、語りの意味から、「対象者の基本属性、職歴」「退院支援部門の歴史、位置づけ、職員構成、業務内容」「退院支援システム」「コンフリクトの状況」の項目に再分類した。「コンフリクトの状況」では、語り全体から、コンフリクトに関連する語りを、コンフリクトの有無、コンフリクトの対象とコンフリクトの内容、コンフリクトへの対応に着目し分析した。

## 4. 結 果

調査結果の報告では一部、「急性期病棟等退院調整1」は「加算1」、「急性期病棟等退院調整2」は「加算2」、「看護師」は「Ns」と略す。K氏、M氏は保健師であるが、分類上は「看護師」「Ns」と表記する。

アンケート結果（佐藤2013:19-38）から、調査対象者が勤務する病院の「病院種別」「所在地」「病床内訳」「退院数」「平均在院日数」「加算件数」は、表2：調査対象者の病院データの通りである。

表2：調査対象者の病院データ

No.	病院名	病院種別	所在地	病床内訳 (床)	退院数 (人)	平均在院 日数(日)	加算件数 (件)
1	A病院	一般	R市	一般(98)	984	16	SW:9 Ns:0
2	B病院	一般	R市	一般(312)	5,766	15.98	SW:0 Ns:166
3	C病院	地域支援	S市	一般(258) 精神(80)	3,787	14.1	併せて279
4	D病院	一般	T市	一般(42) 回復期(38)	960	17	4
5	E病院	一般	U市	一般(129)	1,754	15.4	240
6	F病院	一般	W市	一般(88) 回復期(48) 療養(60)	1,764	17.6	11

\* 病床数は調査時点、院実数、平均在院日数、加算件数は2010年度のデータである。

再分類した項目に沿い、「対象者の基本属性、職歴」「コンフリクトの状況」は調査対象者ごとに、「退院支援部門の歴史、位置づけ、職員構成、業務内容」「退院支援システム」は医療機関ごとに結果を報告する。

### (1) 対象者の基本属性、職歴

#### ① G氏

33歳、女性。社会福祉士、介護支援専門員。大学卒業後、SWとして、一般病院、デイサービスセンターで勤務してきた。2011年1月1日にA病院へ入職し、「地域連携・医療福祉相談室」に配属となった。役職はない。

#### ② H氏

40歳、女性。看護師。看護学校卒業後、老人保健施設、訪問看護ステーション、



療養型病床群、一般病院を経て、2004年4月にA病院へ入職した。病棟、外来勤務を経て、2009年、「地域医療連携室」に配属となる。2010年9月、「地域連携・医療福祉相談室」に名称変更となる。役職は「看護師長」である。

### ③J氏

32歳、女性。社会福祉士。大学卒業後、一般企業、ホームヘルパー、特別養護老人ホームの生活相談員を経て、2010年8月にB病院へ入職し、「地域医療連携センター」に配属となった。SWの職歴は生活相談員の2年間のみである。「スタッフ職員」と呼ばれるパート採用で役職はない。

### ④K氏

46歳、女性。保健師。看護学校卒業後、保健師としてB病院へ入職し、現在まで勤務している。保健管理部、病棟、訪問看護を経て「地域医療連携センター」へ異動となった。役職は「主任」である。

### ⑤L氏

61歳、男性。精神保健福祉士。大学卒業後、S市役所・福祉事務所のケースワーカーを経て、C病院へ異動となる。2011年3月、主幹（課長）で退職し、4月から非常勤事務員として「医療支援相談室・分室」に配属となった。

### ⑥M氏

58歳、女性。保健師。看護学校卒業後、C病院へ入職する。保健師資格取得のため一時病院を離れるが、復職し、外来部門から2000年、地域支援室設立時に異動となる。2006年からの診療情報管理室勤務を経て、2008年、主幹（課長）として医療支援相談室へ異動となり、2009年、室長に昇格した。

### ⑦N氏

37歳、男性。社会福祉士、介護支援専門員。大学卒業後、現在の法人に就職し、3カ所の医療機関でSW、ケアマネジャーとして勤務してきた。2009年10月、法人内の別病院からD病院へ「医療福祉課」の課長として異動し、2年が経過した。

### ⑧P氏

30歳、女性。社会福祉士。専門学校を卒業後にE病院へ入職する。系列のクリニック勤務を経て、2011年よりE病院の「医療相談室」と「地域医療連携室」の兼務である。役職はない。

### ⑨Q氏

32歳、女性。社会福祉士、介護支援専門員。大学卒業後、系列の老人保健施設に入所し、2009年にF病院の「地域連携部医療相談室」へ異動した。役職は「主任」である。

## (2) 退院支援部門の歴史、位置づけ、職員構成、業務内容

### ①A病院

企業立の病院であるA病院では、2010年、本社より部門設置の指示があり、同年9月に「地域連携・医療福祉相談室」が組織された。2010年11月、ケアマネジャー資格を持った看護師を、2011年1月、G氏を採用した。A病院でのSW採用はG氏が初めてである。

室長（院長が兼務）下に、師長（H氏）、看護師、SW（G氏）、事務職員の3名が配置されている。部門は相談業務と地域連携業務を担っている。H氏の主業務は、退院支援の他、広報活動、前方連携、本社へ提出するデータ作成業務がある。G氏は相談業務全般が8～9割、連携業務が1～2割といった配分である。

## ②B病院

病院の建て替え時<sup>1)</sup>、「地域医療連携センター」が新設され、SWと退院調整看護師が配属となった。院長がセンター長を兼務し、その下に8名のスタッフが配置されている。うち、後方連携担当者は、保健師（G氏）、看護師（訪問看護師と兼任）、SW（F氏）、精神保健福祉士の4名である。部門は、紹介患者等の対応を行う前方連携と、退院支援である後方連携を担っている。K氏は退院調整看護師として退院支援に従事するほか、継続看護委員会に所属し、退院支援システム作りに携わっている。J氏は相談業務専任である。退院支援の実務上の管理はK氏が担っている。

## ③C病院

SW部門は、1975年、医事課内に設立された。看護では、2000年に地域支援室が設立され、保健師2名と看護師1名が、高齢者の退院支援や訪問看護業務を始めた。2005年、地域支援室とSW部門である医療福祉相談室が合併し、院長直轄の「医療支援相談室」が設立された。部屋は一般病棟にあり、M氏を含め看護職が4人、SWが1名配置されている。精神科病棟にある「分室」には、保健師1名、SW3名（L氏を含む）、臨床心理士1名、事務職員1名が配置されている。部門は3つの機能を有し、在宅支援グループ、相談グループ、リスクマネジメントグループに分かれている。在宅支援グループには看護職が4名、相談グループには社会福祉士・精神保健福祉士あわせてSWが4名、リスクマネジメントグループにはSW2名、看護職2名が所属している。M氏の主な業務は医療安全管理者としての役割であり、退院支援の実務からは離れている。L氏は分室に属し、相

談グループとリスクマネジメントグループに携わっている。

## ④D病院

人数に関係なく独立したSW部門を構成するのが法人共通の組織形態となっている。「医療福祉課」は、N氏と女性SW1名の2名で構成されている。SWは病床種別による担当制をとっており、N氏は一般病棟を、もう一人のSWは回復期リハビリテーション病棟を担当している。2011年4月から、在宅診療部の看護師3名と部屋をシェアしている。

## ⑤E病院

SWの採用は約20年前で、地域連携室兼務も長い。SWは「医療相談室」に属し、主任以下6名で構成されている。事務部所属で、室長は医事課長が兼務しているが、P氏と室長とのやり取りは殆どなく、業務管理は主任SWが担っている。

## ⑥F病院

初代のSW採用は、1990年代後半である。「地域連携部」の下に「医療相談室」と「地域連携室」があり、4名のSW全員が兼務している。Q氏の前任者の時代に、兼務体制が作られていた。地域連携部の部長は看護職で、各種施設を持つ在宅支援部の管理者も兼務している。部長が多忙なために、Q氏が業務管理を行う場面が多い。SWは病棟担当制をとっており、Q氏は一般病棟の一部を担当している。

# (3) 退院支援システム

## ①A病院

75歳以上の患者に対して病棟がスクリーニングを行い、更に退院調整看護師が患者との面接を通じ二次スクリーニン

グを行っている。退院調整看護師が持ち帰った情報を元に、状況に応じ、H氏、G氏、退院調整看護師の間で振り分け、ケース担当制を用いている。H氏はSWに対して、外来患者の医療費や制度対応への期待を持っており、入院患者を厚く受け持たせないでおきたいという考えがある。G氏も、経済的な問題を抱えている、家族が精神疾患を患っているというケースは、自ら担当するよう心がけている。

A病院では、病棟が外部機関と直接的に調整する仕組みがなく、介護保険サービスの再開の連絡等も全て退院支援部門が行っており、H氏は連絡調整業務の多さを語っている。

## ②B病院

65歳以上でクリニカルパス適応以外の患者と、介護保険の特定疾病に該当する患者に対して、病棟がスクリーニングを行っている。該当者は退院支援部門に連絡が入り、まずK氏の手元に届く。部内ではケース担当制を用いている。振り分け基準は積極的にルール化されておらず、年度初めに職員が立てた年度目標に応じ、自主的に選び取ることができるよう配慮されている。J氏も、職種による担当ケースの区別はないと述べており、部門の看護師や病棟から助言を受けながら医療ニーズの高い患者を担当している。

部門内では毎朝ミーティングを行うほか、週2回カンファレンスが開かれ、各職員が担当ケースを提出し、2職種が互いにアセスメントや支援内容を検討し合う場として位置づけられている。

## ③C病院

65歳以上と介護保険の特定疾病に該当

する患者を対象に、病棟がスクリーニングを行い、該当者は部門に連絡される。退院支援は全て在宅支援グループの看護師4名が対応している。SWが担当する退院支援は、精神科の分室が中心であり、一般病棟ではあまり見られない。一般病棟におけるSWの役割は、経済的な問題が見られた場合、看護師から要請を受け、問題領域を限定して対応している。L氏も、経済的側面や制度活用へのアプローチにSWとしての存在価値を置いていると述べている。また、SWが単独でケースを担当するリスクを指摘し、看護職と問題領域別に関わるスタイルが望ましいと述べているが、M氏によれば、1人の患者に対し2職種が対応したケースは、実際には20件に1件あるかないかであり、出現頻度は高くない様子が語れていた。

## ④D病院

入院時の看護師アナムネーゼをスクリーニングに代替している。アナムネーゼの中に12項目のチェック項目があり、介護保険申請が必要か、在宅支援が必要か、医療費など経済的な問題はないかという3項目のいずれかにチェックが入ると、病棟からSWへ連絡が入る。それに対して病棟担当制を敷いている2名のSWが分担担当している。2010年春から、各病棟に2名ずつ退院調整看護師が配置されたが、業務多忙のため機能していない。在宅診療部の看護師は、訪問診療対象者を見出すために、SWと病棟カンファレンスに参加しているが、SWの退院支援へ積極的に関与することはない。

## ⑤E病院

入院の順番に患者を振り分け、入院患者全員に担当SWが決まるシステムになっている。亜急性期病棟は担当制を用



いている。退院支援が必要な患者の情報は、SWへ集約されているが、SWも病棟からの依頼を待たずに、スクリーニング・シートを用い支援対象者の発見に努め、アウトリーチにより介入している。院内スタッフとの連携は円滑で、問題を共有できる関係性にある。

3～4年前からE市内にも回復期リハビリテーション病棟が出来始め、脳卒中地域連携パスが運用されるようになった。転院相談では、家族背景、入院前の生活状況、患者の思いなどを先方のSWに申し送っている。

#### ⑥F病院

SWは病棟担当制を用いる他、アウトリーチにより様々な形で情報収集し、支援対象者の発見に努めている。スクリーニング・シートは、必要に応じてSW自身が記入している。F病院では、SWの早期介入が在院日数短縮につながると考えられ、組織からの役割期待を担っている。

SWは個々の支援だけではなく、病院全体の退院支援の質の向上を目指し、看護師やリハビリテーションなど他職種の新人教育に対して積極的に関わっている。

### (4) コンフリクトの状況

#### ①G氏

「看護師が上司ってということで、守られてる部分がおっきい」と組織の中で権限を持つ看護職に保護されている感覚と同時に、医療費や社会制度への対応を期待するH氏に対して、「自分の専門性をもっと、もっと、こう理解してもらうために、どうやっていいのかなっていうのが、正直わかんないんですよね、まだ…」とSWの業務に関し、未だ共通した認識

形成が満たされないジレンマを述べている。

退院支援実践については、「看護師さん達よりは場数を踏んできた」「わたしでもできますけれど」という自負があり、退院調整看護師との棲み分けという観点で役割分担を考えた時に、「多分ね、看護師さんたちあんまり葛藤ないと思うんですね」とコンフリクトを感じていない退院調整看護師とは対照的に、「全体的なモヤモヤ感」があると述べている。

退院調整看護師の実践は、「こういうサービスがありますよっていうところで、入っていったら」とサービスの枠組から相談対応する傾向にあると述べており、SWの支援プロセスとの相違を感じている。また、転院の相談では、「やっぱり経済面はすっぱり抜けてるんですね」と経済的視点の欠落を指摘している。患者の支払い能力に関するアセスメントが不足したまま転院相談を進める様子をミーティングで見聞きしながらも、自ら助言することはできないと述べている。G氏が担当している医療ニーズの高い患者については、退院調整看護師から助言を受ける様子を語っているが、求めている相手に積極的に助言することには躊躇が伴う。事例を見る視点の相違を感じつつも、部門内の看護職は、「一緒に働いていて全然いやだになっていうのは全くなくて、むしろ心強い面の方が大きいんだけど、その分脅かされる」というように心強さと脅威とを合わせ持った、相反した存在である様子を述べている。

病棟から退院調整看護師に対しては、相談専門の看護師としての特殊性が認識されず、同じ看護職として厳しい目が注がれている構造について述べている。

## ②H氏

部門の職員構成に対しては、H氏が望んだ職員を採用できたことに、部門として複眼的視点を保持することができたと高い満足感を示している。職員に対しては強い保護責任を感じており、公平な関わりと仲間意識の形成に取り組んでいる様子を語っている。

3名の担当者が、部内で情報交換、コンサルテーションしながらケース担当制を用いている状況については、満足感を示しているが、部内で決め事をするときに、看護職とSWの間で、「意見が真っ二つにわかれる時があるんです」と語っている。看護職は、「患者に関わるものだから他の部署が協力してくれてもいいじゃない」という患者中心の考えを持っているが、対してSWは、患者の利益を尊重しつつも、部門間の業務管理の責任や全体のバランスを考えて発言する。医療職とSWの視点の相違という、専門性から生まれるフレームワークの相違を感じている。意見の対立が起こった時には、積極的に取り上げず、「当面このままでいきますって形で、あの、話は流してしまおう」と見送っている状態にあると語っている。

課題として真っ先に語られたものは、病棟に退院支援部門の業務を理解して貰う難しさについてである。退院支援部門が主導して進めていくと、病棟の中に「やらされてる感」という不満が生じてくる。そのため、病棟との連携では、病棟の感情を読み取りながらの駆け引きが必要であり、H氏にとっては葛藤を伴うやり取りであると語っている。

## ③J氏

C病院では、職種による差異に着目せずにケース担当制を用いているが、J氏

は、退院調整看護師が行う退院支援と、SWが行う退院支援との相違がわからないと語っている。SWよりも医療的知識を豊富に備えた退院調整看護師が退院支援を担当する方が、患者の安心感につながるのではないかと述べている。J氏は入職以後、退院支援を実践してきたにも拘らず、退院支援におけるSWの役割については、「なんかピンと来ないんですよ」と繰り返し語っている。部門内のカンファレンスは、新人職員であるJ氏にとって異職種同士のコンサルテーションの場というよりも、看護職からアセスメントとプランニングのチェックを受ける場面であると述べている。J氏が抱えているSWとしての葛藤について、業務管理者であるK氏に対しては、「言わない…そうですね、なんかこう漠然とし過ぎて多分主任も何て言えばいいのかわかんないですもんね。で、なんかこう仕事も違うし」と相談することに一線を画している。

K氏の業務管理に対する戸惑いについて、二つのエピソードが語られた。一つには、入院前より夫の暴力を受けていると訴えた女性患者の事例について、K氏からは、「そこにこう何か医療的に、困る事はあるのかい？」という指摘を受けたことがあった。「退院調整ってところで、医療的な何かが、何か問題点があるのか？っていう視点でいかなきゃいけないっていうことなのかなあと思った」と医療的な問題を見ることが一義的に求められることに割り切れない思いが残ったことを語っている。二つには、ケアマネジャーに向けてSWの支援経過を書面で渡したいとK氏に提案したところ、「そういう仕事をするなら、もっと違う調整の時間に当てた方が。それは、看護師の仕事だ、病棟の仕事だ」と必要性が認め

られなかった。他の病院のSWからは、業務の一つであると耳にしていたため、納得できない思いが残ったことを述べている。

#### ④K氏

J氏が退院調整看護師を始めるに当たっては、在院日数短縮よりも、患者が安心して在宅へ帰ることを目標にするよう上司から指示を受けており、退院支援を行うために組織から権限が与えられている。継続看護委員会に属して退院システム構築を牽引しているK氏からは、病棟における退院支援の取り組みの詳細が語られ、病棟に対するコンフリクトは表出されなかった。

退院調整看護師とSWの相違について、「判断の相違」を挙げている。看護師の特徴について、医療的な問題と生活介護上の問題を区分けし、医療的な問題から取り上げていくと述べている。対してSWは、ケースによっては、医療的問題よりも、生活上の問題を重視しなければならない場合があると述べている。

部内のSWとの関係性に関するコンフリクトは希薄である。2職種間には、「常にかう、一緒になっているので、気になるケースとかあったらお互いに相談しあっているようなこと多いですね」とカンファレンスによらず日常的にコンサルテーションが存在している様子を語っており、また、SWにコンサルテーションを求め易い関係が保たれているとも述べている。

#### ⑤L氏

L氏が過去に体験してきた転院相談は、医療職同士の情報交換に基づき成立するものであった。L氏は、療養型病床群の誕生以後、SWが退院支援や入院相

談の窓口として広く世の中に配置され、転院相談のスタイルが、医療職中心からSW中心へ変化したと述べている。L氏が退院支援を担っていた当時、管内の急性期病院はC病院しかなく、療養目的の病院や施設は常に満床が続き、自宅療養できない人達は、家族の生活圏を離れ、近郊の病院に転院するしか方法がなかった。「転院を決めていただくというふうなことが退院支援の業務の中でもものすごい大きなウエイトを占めていたんですね」「ものすごく私らにとって、あの、過酷でした」と転院相談がSWにとって大きな負担であった様子を語っている。2002年、看護部内に在宅支援室が設立されたことは、「心強く思いましたし、あの、ま、で、あの、病院の機能からすると当然のことかなというふうには思いましたがね」と退院支援は医療職が中心に行うべきというL氏の考え方に応じた組織編成であり、歓迎できる出来事であった。

退院調整看護師へのコンフリクトは希薄であり、解消されている理由として、「一つのフロアの中で業務していくことの最大のメリットだと思う」という環境要因を挙げている。

#### ⑥M氏

一時期、看護とSWは別々の部門に分かれて、其々で患者の相談に対応していたが、「非常にやっぱりリンクする問題があって、例えば一人の人を帰すにしても、看護とか医療の問題だけじゃなくて、経済的問題だとか、あの、介護保険だけじゃなくてそれ以外の、福祉を、福祉サービスとか、あの、どうしたほうがいって問題があって複雑な問題が絡み合っている」と患者の抱える問題が2職種にまたがって存在することが明らかになった。そのため、「やっぱり窓口一つ

にした方がいいだろうって、まあ病院も考えたんですけど、私もそういうふうに常々思っていたので、あの、病院側がこういう形でまとめて一つにしましうって、あの、考えでできたのは非常に賛成でした」と部門として統合した病院の方針を支持しており、M氏自身も肯定的に捉えている。その長として異なる職種の業務管理を行う立場については、「特に問題はないですよ。あの、看護部でもないし医事課でもないし医療支援相談室という、あの、一つの部署なので。そこはそこで。別に問題なくできています」と特に違和感なく行われている様子を語っている。

「選択肢が限られている」という地域の資源の不足から、自宅退院できない場合には他市町村の病院や施設を選択せざるを得ず、自宅近くで療養させたいという家族の希望と現実が折り合わないジレンマが語られた。「病院が許す限りであれば患者さんを置いておいてあげてもいいんじゃないの？」と患者・家族の希望を最優先に尊重しようというSWに対し、「その気持ちはよくわかる」と理解を示しつつも、「でも実際にはやっぱりある程度良くなったら動いて貰わなきゃいけないのも事実だと、いうことも看護師思うんですね」と実際に退院支援を担う看護師の考え方との葛藤を指摘している。意見が異なった場合には、「喧嘩するわけではないですけど、あの、ま、一応お互いに主張したりもしますよね」と2職種は互いに意見を述べ合っているものの、「でも、そのままですよ」と結論には至らない様子を述べている。

医療支援相談室が院内で定着した一方で、「病棟がやっぱりこっちにまる投げしちゃうんですね」という「デメリット」を感じている。M氏は、病棟におけ

る日頃のケアが、退院後の療養環境を整える基本になると考えているが、本来の責任を果たせない病棟に葛藤を感じている。そこで、退院調整看護師からプライマリナースへの働きかけを通じ、退院支援に対する病棟の意識を変化させたいと語っている。

#### ⑦N氏

D病院では、経済的に困窮している利用者が多く、院内のスタッフは大変なケースをよく見ているため、「退院支援って言うっても、本当に自然にみんなが考えられるので、連携についてなんか一からやらなきゃいけないって苦労するってところは少ない」と院内の連携意識が高い様子を述べているが、他方、一般病棟では自院の回復期リハビリテーション病棟へ転棟する患者が多いため、病棟が、「退院調整に慣れていない」とN氏は感じている。N氏は、看護部内に退院調整看護師育成の動きがあることについて、「私は協働してそういった退院調整を進めるために、一緒に仕事ができるのかなという気はしますけれど」と退院調整看護師の存在は歓迎している。その上で病棟の退院支援能力の底上げを考慮し、病棟とSWの役割分担を意図してはいるが、今のところは、「私のほうで、こう、だいたいマネジメントするっていう話になるんですけど」と病棟担当のSWが支援の中心になっている様子を語っている。

#### ⑧P氏

事務系の室長との関係性については、「普段の業務的なところは、任せられているような感じ」と積極的に干渉されない様子を語っている。かといって放任ではなく、「アドバイスのなところとかも貰えるし、何かあったら、ま、言いなさ



いって言うてくれたりとかもあるので、そういう面では安心して、やっていけるっていうのはありますね」と保護されている感覚について語っている。他方で、SWの専門性の理解を得る際には説明や時間を要し、「やっぱり考え方の違いみたいところとかは、やっぱりあるのかなと」と職種の相違から生れる考え方の相違も感じていると述べている。

P氏には、専門職として自信を持てる社会福祉の領域と、「医学的知識だとかは、あの、簡単なことはあの、勉強はしてきてるけど、やっぱり詳しくは勉強不足」と自信が持てない医療の領域がある。例えば、医師から説明を聞いても尚、今後の病気の変化の具体的なイメージが持てず、適切な療養環境選択の判断がつかない状態も起こってくる。この葛藤の解消には、「私たちでは知識不足している部分はやっぱり、あの、看護師なり、その先生ってところが」と医師、病棟師長に教えて貰うことで知識を補強していると述べている。

#### ⑨Q氏

自宅退院後の食事形態を家族の事情に応じて考えることができなかった事例や、家族の差し入れは食べることができないのに、病院食のお粥と刻み食には手をつけなかった患者の事例や、入院中に発生した褥瘡を持ったまま施設へ再入所させようとした事例などを例に挙げ、病棟が適切な退院支援を実現できない現状があると述べている。そのため、「うちの病院の看護師の質が退院支援の質が、低いと思われたくないっていうんですかね。ワーカーも含めた」という患者・家族や地域機関からの評価を心配する危機感と、「もっと看護師として退院支援をなんか頑張ってよ」という病棟への期待

を語っている。病棟における退院支援の質が危ぶまれている要因として、「在宅を経験してきた看護師がいないです、うちは、あんまり。病院だけ、とか」と在宅療養の経験不足をあげている。また、7対1看護配置の影響から看護部内では新人教育が急務の課題であり、退院支援が後回しになっている現状を指摘している。

療養病棟の看護師から後輩SWに、「この人にすごい手を取られるから、他の人が受けられないから出してほしい」と退院促進を強く求められたエピソードについて語り、「ただ、社会資源がないんですよね。その中で私たちすごい困って」というSWの事情は斟酌されず、看護集団の力でプレッシャーをかけられることにコンフリクトを抱いていたと述べている。

病棟に対して在宅療養の視点に立ち発言ができる者として、SWの役割を感じているが、病棟との駆け引きでは、看護師とSWの数の相違が、部門の持つ力の相違につながっていると語っている。SWとして退院支援で力量を発揮できるようになるために、他部門と対等に立てるような組織的権限を獲得したいと述べている。

## 5. 考 察

インタビュー調査より、「加算1」の退院支援担当者が抱くコンフリクトを中心に、「加算2」の担当者の語りを比較、参照しながら、以下の3点を考察する。

一点目の「退院支援におけるコンフリクト」では、退院支援実践において2職種が抱くコンフリクトの中から、主に、「2職種と病棟間のコンフリクト」「専門職種間コンフリクト」について考察する。二点目の「退院支援



部門内のコンフリクト」では、管理者である看護師と、SWとの間に生じているコンフリクトの中から、「SWの役割特定のコンフリクト」「異職種管理による保護機能と教育機能保障に関するコンフリクト」「管理権限の介在によるコンフリクト」について考察する。三点目の「『一業務2職種』の必要性」では、「一業務2職種」に見られた実践の特性を検証し、実現の必要性について考察していく。

## (1) 退院支援におけるコンフリクト

### ① 2職種と病棟間のコンフリクト

「加算1」の3病院では、病棟がハイリスク・スクリーニングを実施して退院支援部門に結果を連絡した後、退院支援部門内では何らかのルールに従い2職種がケースを分担して退院支援に当たっている。「加算1」の届出病院では、病棟によるハイリスク・スクリーニングが退院困難要因を有した患者抽出のシステムとして定着していると推測できる。

「加算2」でも、「退院困難な要因を有する患者を抽出する体制」の整備が定められているが、対象者はSWにより見出されており、ハイリスク・スクリーニングは支援プロセスの一環としてSWが行っていた。「加算2」の病院では、SWが担当制をとり、主導的に退院支援を行ってきた歴史があるためと考えられる。「加算2」のSWから病棟に対しては、退院支援スキルが育まれていない状況が指摘されている。そのため、病棟教育に力を注ぐSWの姿も見られた。「加算2」の病院では、SWが病棟に入り込み、退院支援対象者の発見から支援プロセス全体を強力にマネジメントすることが病院の退院支援システムとして定着してきたため、病棟として退院支援能力を発達させる必要性が希薄だったことが考えられる。

「加算1」のSWからは、病棟へのコンフリクトは表現されていなかった。他方、看護職からは、病棟との駆け引きに関する葛藤が語られており、SWからも、病棟が退院調整看護師に厳しい目を注いでいる状況が指摘されていた。

つまり、「加算2」では、SWから病棟へのコンフリクトが見られたが、「加算1」では、SWと病棟とのコンフリクトは低く、退院調整看護師と病棟とのコンフリクトが高い傾向にあると考えられる。

その理由の一つには、退院調整看護師導入の初期には、相談職としての業務内容が、同じ看護職である病棟から理解が得られにくいことが予測される。北川は、退院調整看護師が病棟から、「役割を理解されていないこと」（北川2009：88）を指摘している。二つには、退院調整看護師に期待される教育機能が考えられる。C病院の管理者がプライマリナーズ教育の重要性を語っているが、看護の中では、退院支援の要は病棟における「ジェネラリストナーズ」（宇都宮2011：7）による看護介入であると位置付けられている。退院調整看護師が病棟に対して教育機能を発揮することにより、SW自身が病棟の退院支援能力育成に関わる機会・負担は軽減されていくだろう。退院調整看護師が機能することは、病棟の退院支援能力向上を促し、SWの病棟に対するコンフリクト軽減につながると考えられる。

### ② 専門職種間コンフリクト

「加算1」の届出基準では、看護師と社会福祉士の配置は定められているが、2職種の役割分担については全く具体的内容が示されていない。「加算1」の病院では、いずれも「ケース担当制」が採用されており、担当した職種の専門性に

応じて退院支援が遂行されていく。

G氏からは、経済状況に対するアセスメントの必要性について2職種間で認識の差異が認められたことが語られた。J氏からは、看護師が限定された医療的側面に着目している様子や、看護職の管理者からの業務指示により他機関へのソーシャルワークの継続性が実現できなかった様子が語られていた。いずれのSWも、表3：専門性・苦手領域の分類（佐藤2013:34）にある、「社会資源・制度」「社会生活・家族」「困難事例」の視点から事例を考えていると推測できる。

表3：専門性・苦手領域の分類

	ソーシャルワーカー	看護師
専門性	社会生活・家族 社会資源・制度 ネットワーク・連携・調整 面接 自己決定 困難事例	医療 自己決定
苦手	医療 困難事例 役割期待 ニーズと資源のマッチング	社会資源・制度

出所) 佐藤 (2013 : 34)

このように2職種間では、事例を見る視点、退院支援のプロセスにおいてフレームワークの差異が認められた。「ケース担当制」により、1人の患者が持つ2つの問題側面のうち、SWが対応すべき側面に手当てされないということは、患者の利益が担保されているとは言い難い状態である。また、SWの申し送り書作成という、メゾレベルにおけるSWの実践が停滞することも、ひいては患者の不利益につながると推測できる。

ところで、この差異に対して、2職種はどのように対応しているのであろうか。G氏は、経済状況のアセスメントが不足していると思われる退院調整看護師の事例に対して、自ら進んで助言はできないと述べている。A病院では「ケース

担当制」を採用しているため、G氏から積極的な助言がない限りは、退院調整看護師が担当するケースにおいてSWの専門性が不足する可能性が予測できる。J氏も、ケアマネジャーへSWの申し送り書を提出することについて、積極的に提案することを避けている。B病院でも「ケース担当制」のため、SWの支援の連続性は、口頭での申し送りに限定された状態になっている。

つまり、SWは看護職とのフレームワークの差異から生じるコンフリクトを認識しながら、それを看護職に対して積極的に述べたり話し合うという行動を差し控える傾向にあると推測できる。

看護職は、SWとの関係性をどのように考えているのだろうか。看護職は管理者の立場から、平素のコミュニケーションで意思疎通を図るよう努力したり、部内のカンファレンスでアセスメントを協議することにより、2職種の相補性が担保されていると語っている。別の看護職は、転院場面での入院継続を希望する家族について、フレームワークから生まれる方針の相違を感じてはいるが、特に大きな問題ではないため今はそれ以上積極的に取り上げないという姿勢を示している。

このように、看護職にもコンフリクトを表面化しない力が加わっており、2職種はいずれもコンフリクトが表層に現れないように抑止する働きを持っていると考えられる。

フレームワークの差異により2職種間が明らかな衝突や対立にあるという状態ではないが、SW側ではコンフリクトを抱いており、かつそれは潜在化の方向に向いていることが明らかになった。看護職側では、フレームワークの差異が顕在化しないよう積極的に取り上げない事象

が確認できた。

差異が顕在化・表面化することにはどのような問題があるのだろうか。

SWは、差異の顕在化により、一種の縄張り争いや、領域を侵されるような感覚を生じさせるリスクについて述べているが、他方、互いの専門性に対する理解と専門職としての自律を促進する働きも備えている。

福山は、専門職間の協働体制について、「異種の専門職種であるのに互いに同質の、同レベルの専門性を要求する場面もみられる。このような現状では、特定の専門職の知識や情報が優位に立ち、他の専門職に指示を出す形となり、専門職間の協働の意義が薄れてしまうように思える」（福山2009：281）と述べている。同質的な専門職関係では、相互に教え合う現象が生じるため構成員の満足度は高くなるが、均一化した質を持つ専門職の集まり以上の協働にはならない。異質的な関係では、共通の部分の価値を認め異質であることを尊重することにより、構成員は自律性を持って行動できるようになる半面、依存できないことに不満を覚える、とされている（福山2009：281－282）。

「加算1」の施設基準に看護師と社会福祉士が同格で定められているとはいえ、医療が持つ命と健康の安全を優先に考えるという使命から、病院業務においては、福祉職であるSWよりも医療職である看護師に優先権が備わっていると考えられる。

そのため、2職種間のフレームワークの差異を顕在化させない業務分担や、医療において優先権を持つ看護職が、医療的なアセスメントを通してSWに同質性を求めることにより、J氏のように、退院支援における職種の特異性が不明瞭と

なり、医療への同質性が強まっていく。その結果SWには、アイデンティティの揺らぎが起こり、専門職として自律性を獲得する上での阻害要因になっていくと推測できる。

つまり、差異の顕在化はメリットとデメリットの両側面を備えている。差異の顕在化自体が問題なのではなく、差異が顕在化したときにどのように調整を図り「相補性」を担保するかが問題になると考える。

退院支援実践の中でフレームワークの差異はどのように調整されているのだろうか。

蒲生によれば、チームの職務達成のためには、構成員が持つ技術を適切に組み合わせ、補完的技術を開発することが重要であるとされる。蒲生は、補完的技術として、「技術的あるいは職能的専門能力」「問題解決および意思決定の技術」「対人関係の技術」をあげている（蒲生2008：165－166）。つまり、チーム構成員間の円滑なコミュニケーションを土台に、専門職の能力を発揮しながら、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。

2職種からは、専門職フレームワークの差異の調整に対して具体的にどのような工夫を図っているかが語られている。G氏は、専門性外の知識が必要な場合は、看護職にアドバイスを求めている。J氏は、カンファレンスでアセスメント内容を一致させていた。L氏は、机を並べ同じ部屋で業務をすることにより、自然に相互理解が深まると考えていた。

他方、調整が思うように進まない事象も語られていた。A病院では、担当者が自ら積極的にコンサルテーションを求めない限り、もう一方の職種が必要を判断し、「技術的あるいは職能的専門能力」

としての助言を提供するものではないことが明らかになった。B病院のカンファレンスの活用では、SWにとって医療の優先権の中で支援方針を再確認する場となっており、拮抗した専門能力による意思決定の場とは言い難かった。C病院では、同室で作業することにより事例に対する互いの価値観、視点の相違を認識しながらも、「対人関係の技術」である議論は保留となっていた。

このように2職種は互いにフレームワークの差異の調整を図ろうと、助言、カンファレンス、作業空間の設定などの「補完的技術」の開発に取り組んでいるが、やり方が定まらない不安定な状態であると推測できる。

これまで2職種は、チーム医療の中で医師やコメディカルと並ぶ構成員として実践してきた。元々、看護を含むコメディカルの職種は、医師の業務から分業して生まれた職種であるため、各構成員は独立した専門領域を持っている。SWは医師の指示のもとに置かれていない福祉職ではあるが、患者を中心とした分業体制のチーム医療の中に位置づけられてきた。チーム医療においては、各々が独立した専門領域を持ち分業体制がとられているからこそ、チーム全体としての有機的連携が有効と考えられる。

各構成員は侵しがたい専門性を確立しており、自分にはない専門性を備えた専門職として相互に尊重しながらチームを形成している。専門職間は、「コンサルテーション」という言葉に表現されるように、意見を訊く、助言を求める、求められたら提供するという、相手の専門性を尊重しその領域は侵さない関係性にある。専門職間の文化では、積極的に侵襲しない関係性を保つことが暗黙の了解であることが推測できる。そのため、考え

方、見る対象、見方、視点、アプローチ、目標など、あらゆる点で専門性によるフレームワークの差異を生じる退院調整看護師とSWの間でも、自ら差異に踏み込み意見を述べ合うという侵襲性の高い行動は禁忌であり、差異の調整に応える方法論を持ち得ていない現状であると考えられる。

## (2) 退院支援部門内のコンフリクト

### ①SWの役割特定のコンフリクト

G氏は、社会資源に関する役割期待を寄せる上司に対し、SWの役割の理解を求めることに努力と時間を要してきた。佐藤（佐藤2013：34）が述べるように、SWにとって「社会資源・制度」は専門性に含まれているが、あくまで構成する一要素に過ぎない。G氏の葛藤は、SWの専門性から、看護師が苦手とする「社会資源・制度」だけが切り取られ、業務分担として指示されたことに起因している。ここに、部門管理者とSWの間で、「何をSWの役割・業務とするのか」というコンセンサスの形成に関するコンフリクトが生じていることがわかる。

ところが、同じ「社会資源・制度」に期待されいながら、L氏はコンフリクトを表出していない。むしろ積極的に役割を選びとっており、同時に退院支援業務を看護職が担うことには肯定的であった。医師、看護師、コメディカル職種など、病院における役割・業務が明確化されている職種と異なり、SWは「誰」の相談にのるか、「どのような」相談にのるかという「対象」と「内容」の規定が、「医療ソーシャルワーカー業務指針」で定められてもなお現場の裁量に左右される。そのため、SW自身がどのような志向を持ち役割や業務を規定するかにより、実務内容に変化が生まれると予測できる。



つまり、SWを管理する職種がSWの専門性をどのように理解し権限を与えるかという枠組みと、SW自身の業務への志向とがマッチングしなかった場合、「専門性」理解のフレームワークの相違に起因した役割特定のコンフリクトが生じ、更に業務命令として発せられることにより、SWが感じるコンフリクトが高まることが予測される。E病院の医事課長とSWのように、SWが集団化し、ある程度の独立性を持ち、業務への干渉が少ない関係性であればこのコンフリクトは軽減されるが、看護職から日常的に直接の業務管理を受けるSWには、コンフリクトが強まることが推測できる。

## ②異職種管理による保護機能と教育機能保障に関するコンフリクト

このように、SWと異職種の管理者との間にはフレームワークの葛藤があり、そこに指示命令の力の関係が加わることで更にコンフリクトが高まることが予測された。他方、SWの中には、異職種の管理者を持つことにより安心感を抱く者もいた。つまり、SWにとって異職種の管理を受けることには、コンフリクトと同時に、保護されるメリットが共存していることがわかる。

異職種管理による保護機能は、管理する職種の権力をSWに委譲することを意味している。中島は、専門職群の分類として、医療専門性のレベルと患者とのコンタクト・レベルから職務内容を類型化した（中島2009：144）。医療に関する情報、患者に関する情報を多く握っており、かつ、人数も多い職種である看護師、医師が、組織の意思決定に影響力を持った部門と考えられている。このようにSWは他職種と比べて病院組織上のパワーが低い職種であるため、例えばSWが看護

職の配下に入ることにより、組織における看護部の権力や権限がSWに委譲され、他職種とのやり取りの中で活用することが可能となる。他職種とのパワーの不均衡を持つSWにとって、パワーを持つ職種の管理下に入るとは、業務促進の一助になると推測できる。しかしながらこの保護機能によるメリットは、あくまで専門職間のフレームワークのコンフリクトと表裏一体のものであると考えられる。

このように、異職種による管理を受けるSWはコンフリクトを感じているが、SWを管理している「加算1」の看護職からは、コンフリクトは表出されなかった。

「加算1」の回答者が属する部門はいずれも、診療報酬や制度改編に合わせて経営改善の目的により病院上層部が決定し生まれた部門である。トップダウンの指示により、看護職に強い権限が付与されており、看護職は異職種を管理することに違和感を持つことなく、従来の看護管理手法を異職種に応用していると推測できる。

本来看護職がSWへ提供するものは、助言、アドバイス、コンサルテーションであるはずだが、管理職と部下の関係になったときに指示命令へと変化する。J氏は、専門性を異とする上司に相談しても理解が得られないと考え、教育的機能を求めることを控えている。また、新人の立場故に、カンファレンスはアセスメントやプランニングのチェックを受ける場面であると述べている。鈴木は、「経験の少なさがストレスを増大させ離職率を高める結果、MSWの平均年数が若くなっている可能性を指摘した。とくに経験の浅いMSWを支援する必要があることが示された。」（鈴木2008：240）と



SWの新人教育の必要性を指摘している。SWが異なる専門職の管理を受けた場合には、専門職としての成長に必要な、実践を通しての教育の機会が欠落するという問題を生じさせると考えられる。

### ③管理権限の介在によるコンフリクト

そもそも病院組織では、医療職に優先権があるため、SWと看護職が同一部門に配属され、いずれかを管理職種に選択する場合には、「社会生活」の専門家であるSWよりも、命と健康を守る医療職である看護職のプライオリティが高くなることが考えられる。

多くの調整を要する退院支援業務において、パワーと優越性の格差を抱えた2職種は、対等な関係で意見を述べ合う、協議する、方向性を一致させるなどの調整を図ることが可能だろうか。

蒲生が指摘する「問題解決および意思決定の技術」(蒲生2008:166)では、優先権に加えて管理権限を持った職種が、退院支援実践における2職種の関わり方を常にリードしていく可能性が予測できる。また、チームにおいては、「対人関係の技術」(蒲生2008:166)として「スムーズなコミュニケーションや建設的な対立がなされる」(蒲生2008:166)必要があると述べられているが、管理する、されるという関係性において、互いの立場をフラットな状態に整え専門職として対等なコミュニケーションを実施することには困難が伴うと推測される。

上山崎は、地域連携部門における2職種の職位や人数が持つパワーバランスについて、「医療ソーシャルワーカーの人数が看護師より相当数多い場合は、より福祉的視点での業務展開になるであろうし、医療ソーシャルワーカーの人数が看護師より多くても、その部門の長が看護

師であったり、看護師の役職やキャリアが数的には多数を占める医療ソーシャルワーカーよりも上であるならば、看護師の意向が強くもたらされることは、容易に想像の出来るところである」(上山崎2010:73-74)と延べている。上山崎が指摘している管理権限の介在によるコンフリクトが、調査結果では「加算1」算定病院の退院支援部門に起きていると考えられる。

このように、退院支援部門内では看護職がSWの業務管理を行うことにより、その管理権限の介在が2職種の対等な関係性を阻害しコンフリクトを生じさせていると考えられる。

2職種間のフレームワークの差異の表明を抑止する働きにも「管理権限の介在によるコンフリクト」が影響していると予測できる。SWがフレームワークの差異を認識しながらも表明しないのは、看護職が差異の存在を認めない状況であるという要因の他に、看護職に管理権限が備わっていることがもう一つの要因として考えられる。「コンフリクトを避けるのではなく、上手にマネジメント(対処行動)することが求められている」(篠田2011:57)と述べられているように、コンフリクトのマネジメントが必要とされるということは、それだけ異職種に対してフレームワークコンフリクトを表明しディスカッションすることには困難が伴うことを意味している。まして異職種が管理者であればなおさらコンフリクトの表明には負荷がかかることが予測できる。つまり、「管理権限の介在によるコンフリクト」と「専門職種間コンフリクト」は、互いにマイナスの相乗効果を持つという構造が推測できる。

### (3) 「一業務2職種」の必要性

何らかの基準によりケースを振り分ける「ケース担当制」が、専門職種間コンフリクトを際立たせていることについて述べた。ここでは、退院支援業務を2職種が共に担当する、つまり一つのケースを2職種が同時に担当する「一業務2職種」方式について検討を加える。

古屋は、「職種特性に応じた、得意領域を活かすチーム構成が重要」(古屋2011: 69)として、看護師は「複雑な医療処置を要する患者の支援や、難病の診断とケア、がんのターミナルケア、訪問看護を要する人」を、SWは「医療費・生活費などの経済的問題の調整を要する人や、福祉施設・介護施設の利用が想定される人、身寄りのいない単身者への支援」を担当すべきであると述べている。

このような「ケース担当制」は、患者の医療ニーズを一つのメルクマールとして、「医療ニーズ」を持つ患者と、「生活ニーズ」を持つ患者とに峻別し、看護職とSWとで担当者を分担する方式である。果たして、一人の患者が持つ「ニーズ」を、「医療」と「生活」に峻別することが可能であろうか。

「医療ニーズ」が何を指しているかの定義は一樣ではない。健康を維持する行動を「医療ニーズ」と称した場合、内服治療から人工呼吸器管理まで幅広くバリエーションがある。「一つの部署として連携して業務を行うために、まず業務整理を行い、『部署としての退院支援』の方針をもちましよう。そして、それぞれの専門性を生かした役割分担を決めることです」(篠田2009: 83)というように、バリエーションのどこに「医療ニーズ」のメルクマールを置くのかは各機関の2職種に任されている。

「医療ニーズ」は疾患の重篤性、悪化、進行、予後に応じて高まることが予測されるが、「生活ニーズ」は「医療ニーズ」の多寡とどのように関連するのであろうか。

小西は、社会生活上の基本的欲求に、「経済的安定」「職業的安定」「家庭的安定」「医療の機会」「教育の機会」「社会参加の機会」を挙げている。傷病によりこれらの基本的欲求が満たされなくなると、人は「生活不安」を感じたり「生活困難」に陥ると指摘している(小西2010: 45)。傷病の治療を受けることは「医療・保健衛生」との関係が強化されるが、その他の基本的欲求との関係が希薄になり、生活の全体性がアンバランスな状態となる。

J氏が語った、夫から暴力を受けている女性患者は、入院前からの夫婦関係に課題を抱えていた。つまり、疾患とは無関係に「生活ニーズ」が発生していた状態にある。G氏が指摘した、退院調整看護師が担当している転院相談の事例は、「医療ニーズ」の継続に伴い、経済的側面の「生活ニーズ」に着目しなければならない状態にある。このように、「医療ニーズ」が伴わなくても「生活ニーズ」は生じるが、「医療・保健衛生」の強化と、他の基本的欲求の充足は反比例の関係にあり、「医療ニーズ」が強まると「生活ニーズ」も増加すると推測できる。

また、小西が指摘した「基本的欲求」(小西2010: 45)は、傷病を負った患者本人だけに限らない。患者の家族や関係者が各々に存在するものであり、それが患者の「基本的欲求」と関連、連鎖しているのである。

つまり、「医療ニーズ」が強い患者にこそ、患者と関係者の「生活ニーズ」に対応するためにSWの関わりが不可欠である筈である。一人の患者が持つ「医療ニーズ」と「生活ニーズ」の双方に異なる専門性を持ったSWと看護職が対応し、かつ、いずれか一方の職種から求められなくても、積極的に専門性が提供されてはじめて、患者にとって「相補性」が担保された状態と考えられる。

しかしながら田尾は、「人間関係一般は、概して相互作用の機会が増えるほど、好意的

にもなるが、その半面、競合や対立も増えることにもなる」(田尾1995:103)と述べ、「相補的な連携関係が強化されるほど、葛藤が大きくなるというパラドックスがある(田尾1995:104)」と指摘している。すなわち、患者にとって有効である「一業務2職種」が進むほど2職種が感じるコンフリクトが増強することが考えられる。

## 6. 結論と解決課題

「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。「医療ニーズ」の高い患者は「生活ニーズ」も高まるという対象者のニーズの二重性により、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。そして、「一業務2職種」を阻む以下の2つのコンフリクトと構造が明らかになった。

第一に、2職種の専門性に基づいたフレームワークの差異が調整されないことにより「専門職種間コンフリクト」が生じていることを明らかにした。2職種の「相補性」が担保されない状況は患者の不利益を招く恐れがあることを指摘した。第二に、「管理権限の介在によるコンフリクト」の存在を明らかにした。管理権限の介在により対等な立場の専門職という関係ではなくなり、管理する者、される者という関係性にコンフリクトが生じていることを明らかにした。そして、2つのコンフリクトは互いにマイナスの相乗効果を持っており、いずれか一方のコンフリクトが作用することにより、もう一方のコンフリクトが拡大していくことを明らかにした。

ではこのようなコンフリクトを超えて、2職種が一人の患者が持つ二つのニーズへ同時に関わる「一業務2職種」を実現するためにはどのような問題について考える必要がある

だろうか。

一つには、2職種間の相互理解の問題である。看護職がSWに期待する「社会資源・制度」や病院・施設に関する情報は、ソーシャルワーク展開に欠かせない知識であるが、ソーシャルワークの全てではない。SWが持つ「生活モデル」を活用するという視点が必要であろう。また、SWも継続看護に理解を深めつつ、「医療ニーズ」の高い事例におけるソーシャルワークの必要性を言語化していく努力が求められるだろう。また、専門職の枠組以外に、個人的な「志向」の存在も示唆された。職員個人の特性として、退院支援で何をを目指しているのか、何を重視しているのかという個別性の理解が求められるだろう。

二つ目には、2職種間に対等な立場を保障することである。二重性を持った患者のニーズや2職種の専門性は明確に二分できるものではなく、境界ではオーバーラップするため、「一業務2職種」の実践では「ケース担当制」よりさらに調整が必要となり、「専門職種間コンフリクト」が増強する可能性が推測できる。そのため、「管理権限の介在によるコンフリクト」からの影響をできるだけ軽減することが望ましい。2職種のいずれかに管理権限を与えるのではなく、2職種以外の管理者を置き、2職種間に上下の関係性を設けない工夫が求められる。対等な立場が保障されることにより、2職種はようやく専門職同士として「一業務2職種」の遂行が可能になるだろう。

三つ目には、退院支援実践におけるコンフリクト克服モデルの提示である。これまでの実践モデルは2職種の良質な連携モデルが中心であった。コンフリクト存在を認め、公のものとするには難しさが伴うのだろう。2職種間のコンフリクトを克服するという視点での実践モデルが提示されることにより、侵襲性の高い関係性を禁忌とする専門職文化から距離を置き、コンフリクトに向き合う契

機になることが期待できる。

このようにコンフリクト解消に向けた対応策が図られた上で、四つ目には、人件費の問題が浮上する。「一業務2職種」となれば、現在の「ケース担当制」よりも倍の職員配置が必要になる。退院支援はあくまで退院困難な要因を有する入院中の患者に対象者が限定されるため、病院の規模や機能により加算件数には一定の限界がある。退院支援業務に加算はついたが、複数の職員を維持できるほどの収入にはなり得ていないのである。退院支援実践が病院、患者双方にどのような利益、効果がもたらしているのかを評価することにより、人件費の問題が解消されていく必要があるだろう。

## 謝 辞

長時間のインタビューに対応いただいた9名の退院支援担当者の皆さまの貴重な語りなくして本研究の成果は得られませんでした。深く感謝申し上げます。

## 注

- 1) B病院の建て替え工事の着工は2006年12月。2009年8月、全棟の供用を開始した。

## 引用文献

- 藤田緑郎 (1999) 「病院機能別にみる退院問題および退院援助の特徴」『医療社会福祉研究』8 (1) 11-17.
- 福山和女 (2009) 「ソーシャルワークにおける協働とその技法」『ソーシャルワーク研究』34 (4) 278-290.
- 古屋龍太 (2011) 「『連携室』と『相談室』、『看護職』と『ソーシャルワーカー』の連携と役割分担」『地域連携入退院支援』3 (6) 65-72.
- 蒲生智哉 (2008) 「『医療の質』と『チーム医療』の関係性の一考察 クリニカルパス活用による一貫性のある医療の実現」『立命館経営学』

- 47 (1), 163-183.
- 上山崎悦代 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察—期待される役割と葛藤の検証—」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』6, 67-81.
- 北川恵・岩郷しのぶ・他 (2009) 「急性病院の退院調整に携わる病院看護師の在宅移行連携の実態と認識」『看護管理』34 (13), 82-89.
- 小西加保留、田中千枝子編著 (2010) 『よくわかる医療福祉 保健医療ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房.
- 松下正明監修 (2008) 『チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド』中央法規出版.
- 中島明彦 (2009) 『ヘルスケア・マネジメント 医療福祉経営の基本的視座』同友館.
- 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.
- 篠田道子編集 (2009) 『ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり』日本看護協会出版会.
- 篠田道子 (2011) 『他職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』医学書院. 『診療点数早見表2010年4月版 (医科)』 (2010) 医学通信社.
- 鈴木俊彦・森有加・他 (2008) 「医療ソーシャルワーカーの仕事に対する満足感に関連する要因 退院支援における院内の職種間連携に注目して」『病院』67 (3), 238-241.
- 田中千枝子 (2008) 『保健医療ソーシャルワーク論』勁草書房.
- 田尾雅夫 (1995) 『ヒューマン・サービスの組織—医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社.
- 宇都宮宏子編 (2011) 「これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域」日本看護協会出版社.

