

# 医療マネジメントに寄与する

## 社会福祉士（SW）の業務構造に関する研究

### 一回復期リハビリテーション病棟をモデルとして

榊原 次郎

キーワード：医療マネジメント、ソーシャルワーカー、  
回復期リハビリテーション病棟、専従配置、スーパービジョン

#### 1. はじめに（研究の背景と目的）

2000年に創設された回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟と略す）は、2013年7月の時点で、1,199病院、1,504病棟、66,542病床<sup>[1]</sup>が存在している。この病棟の目的は、急性期病院から可能な限り早期に入院させ、集中的なリハを実施することにより寝たきりを防止し、日常生活活動（ADL）を向上し、在宅復帰を推進すること<sup>[2]</sup>にある。回復期病棟は、創設からわずか14年で、人口10万人当たり病床数が50床を超え、現在も届出数が増加している。社会保障制度改革国民会議報告書では、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床で、その状態にふさわしい医療を受けることができるよう、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保する必要性<sup>[3]</sup>が指摘されており、回復期病棟はわが国の医療政策上、重要な位置を担っていることが分かる。

しかし、一方で回復期病棟の課題も少なくない。回復期病棟の要であるリハビリテーション専門医は、2,000名を超えておらず、救急専門医と並び最も少ない専門医となっており、また、セラピスト（PT・OT・ST）は全国に養成校が増えているものの、入職5年未満で経験の浅いスタッフが多い<sup>[4]</sup>という報告がある。治療実績に関しては、代表的なADL評価法の一つである、FIM（Functional Independence Measure）の入院時から退院時までの伸び（FIM利得）は、2002年の全国調査から2013年まで、ほぼ変化をしておらず、発症から入院までの期間も、2006年の診療報酬改定で、3ヶ月から2ヶ月と入院までの期間が制度として短縮されても、32.8日から27.9日と減少幅

はわずかであり、可能な限り早期に入院をさせるという使命からは、遠い現状がある。患者の入院日数も 2006 年改定で、疾患ごとの入院日数上限が変更されたが、72.1 日から 71.9 日と短縮されていない傾向<sup>[5]</sup>にある。

この要因としては、再発による再入院、認知症や複合的な疾患の合併者の問題、老老介護や独居、高齢夫婦のみといった世帯の増加<sup>[6]</sup>等が挙げられており、ADL 改善＝在宅復帰という図式が成立しにくく、患者を取り巻く家族世帯の介護問題、住宅問題、貧困や困窮といった経済的社会的問題が背景にある。一方で、効果的な地域医療連携システム構築の遅れもあり、適切に患者が川上から川下へと移動できていない問題も生じている。つまり、回復期リハビリテーション病棟自体の機能不全の問題だけでなく、患者・家族側の経済的・心理社会的問題や、医療機関を取り巻く地域連携の問題等が、折り重なっている状況といえる。

このような現状の中で、2014 年 4 月の診療報酬改定にて、回復期リハビリテーション入院料 1 体制強化加算に社会福祉士（以下 SW と略す）の病棟専従が施設基準として設けられた。保健医療領域で職務を行う社会福祉士は、厚生労働省から示された業務指針<sup>[7]</sup>により、社会福祉の立場から患者・家族のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る役割がある。また、同指針では、転院・退院援助、地域の医療介護福祉システム作りを通じた連携活動等も、業務の範囲とされ、SW は自宅退院率や適切な入退院調整による病床稼働率等、医療機関のマネジメントにも関与する職務を担っているものの、SW が行っている業務内容や具体的な連携活動の報告は、事例研究<sup>[8.9.10.11.12]</sup>が多い。患者・家族への満足度調査<sup>[13]</sup>、業務指針に基づいて作成された業務得点と関連する要因研究<sup>[14]</sup>、コーディネート機能と平均在院日数等との分析<sup>[15]</sup>といった数量的な研究は少なく、SW の業務行動とその成果の可視化は進んでいない現状にある。更に、今回の改定で専従配置要件が課されたのは、回復期病棟の上記加算についてのみである。本来、SW の業務範囲とされる、心理社会的問題や経済的問題、転退院支援等が必要な患者・家族は、どのような病棟に入院しても存在し、ソーシャルワークサービスを受ける権利がある。すべての医療機関の病棟に、SW が専従配置されていないこと自体も、早急に改善が必要な課題である。

本研究では、SW が病棟に専従配置される影響や効果を検討するため、①回復期病棟 SW をモデルとし、その業務行動と SW 部門構造を精査すること。②その業務行動と部門構造が、医療機関のマネジメントに寄与している内容や、範囲等を明らかにすることを目的として、量的調査を実施した。

なお、ここでいう専従の定義は便宜上2つに分けて使用することとする。一つは、診療報酬上の上記加算で施設基準とされている「退院調整に関する3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士<sup>[16]</sup>」であり、これを体制強化専従SWとする。もう一つは、本研究にて検討する専従の定義として、「回復期リハ病棟に専従する常勤社会福祉士」と仮定し、本研究専従SWとする。

## 2. 研究方法

### 2-1. 分析データ

本研究では、一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会の準会員・賛助会員を除くすべての会員病院、996病院のSWを対象に、2014年6月に実施された「回復期リハビリテーション病棟における社会福祉士の業務構造に関する質問紙調査」のデータを用いた。回収が確認できた病院数は284病院（回収率28.5%）であった。

分析は、保健医療福祉職における連携を、総合的に把握するために開発された「連携活動評価尺度」を用いた。この評価尺度を用いた理由は、既に先行研究として同様の尺度で地域福祉権利擁護事業の専門員<sup>[17,18]</sup>や、地域包括支援センター職員（社会福祉士・保健師等・主任介護支援専門員）への調査<sup>[19]</sup>、HIV/AIDS患者に対する医療ソーシャルワーカー調査<sup>[20]</sup>等が行われており、信頼性が高いと判断したからである。また、本調査独自の尺度としては、新たに開発した回復期病棟SWの業務遂行度を評価した「業務遂行得点」を用いた。分析対象は、上記「連携活動評価尺度」と「業務遂行得点」に関わる項目のすべてに回答した270病院（322病棟）とした。なお、統計解析は、SPSS Ver.21.0 for Windowsを用いた。

### 2-2. 分析方法

①調査対象となったSW個人（年齢・性別・経験年数・連携活動項目・業務遂行項目等）、SW部門（部門人数・管理職の有無・スーパービジョン体制）、医療機関の基本属性（回復期病棟の入院基本料・病床数・在宅復帰率・平均在院日数・病床稼働率・発症および紹介からの入院までの日数・患者の心理社会的課題の有無等）について、記述統計を実施した。

②業務遂行項目は、その業務を実施した場合を「1」、未実施の場合を「0」と2件法に分類し、その合計を業務遂行得点として分析に用いた。

③連携活動評価尺度の下位因子と業務遂行得点の相関分析を実施した。

④SW 個人属性や SW 部門の構造別に、連携活動評価尺度の下位因子および業務遂行得点を、2 つの母平均の差の検定、一元配置分散分析による多重比較を行い、連携活動や業務遂行について、SW の個人属性や部門体制による差異を確認した。

⑤在宅復帰率・平均在院日数・病床稼働率・発症および紹介から入院までの日数を、その回復期病棟機能の医療と経営の質を把握するための医療マネジメント指数と操作的に定義し、各医療マネジメント指数と SW の個人属性や部門構造について、2 つの母平均の差の検定、一元配置分散分析による多重比較を行った。

以上の分析結果から、回復期病棟機能のアウトカムと呼べる医療マネジメント指数が、SW の業務行動や部門体制によって差が生じるのかを確認した。

### 2-3. 倫理的配慮

本研究で用いた調査データについては、兵庫県立大学大学院経営研究科研究倫理審査委員会において、研究計画および調査実施について、承認（照会番号：2014-0001）を受け実施をした。調査協力依頼には調査票は任意であり、個人ごとに無記名で回答すること、個人情報に関する秘密の厳守を伝え、了解を得た場合のみ回答してもらった。また、今回の分析に際しては、個人情報が匿名化されたデータのみを扱った。

## 3. 研究結果

### 3-1. 調査対象（SW 個人）の基本属性

調査対象となった SW270 人の性別は、男性 66 名（24.4%）、女性 204 名（75.6%）であった。平均年齢は 33.7 歳（標準偏差 6.7）で、男性 SW34.6 歳、女性 SW33.5 歳と有意な差は認められなかった。SW としての経験年数は平均 7.4 年（標準偏差 5.1）で、男性女性ともに 7.4 年とほぼ同じであった。取得している資格（複数回答）では、社会福祉士は 270 名全員取得しており、以下社会福祉主事 132 名、ケアマネジャー113 名、精神保健福祉士 56 名、介護福祉士 31 名、臨床心理士は 0 名であった。

### 3-2. 調査対象（SW 部門）の基本属性

調査対象となった SW 部門の平均人数は 3.8 名（標準偏差 2.3）で、管理体制は部門内に管理者がいる 197 部門（73.0%）、いない 73 部門（27.0%）であった。SV 体制については、SV 実施の頻度ごとに、ほぼ毎日実施 65 部門（24.3%）、週 1, 2 回実施 57 部門（21.3%）、月 1, 2 回実施 51 部門（19.1%）、実施する体制にない 94 部門（35.2%）

となっており、度数としては、SVを行う体制が未整備な部門が、一番多い結果であった。

回復期病棟におけるSWの現行配置については、専従170病棟(53.0%)、専任96病棟(29.9%)、他病棟と兼任55病棟(17.1%)であった。また、回復期病棟の経過措置が終了する平成26年10月以降の予想配置については、専従181病棟(56.4%)、専任86病棟(26.8%)、他病棟と兼任54病棟(16.8%)と、兼任はほぼ変わらず、専任から専従へ体制を転換させる予定の病棟が11病棟存在した。

### 3-3. 調査対象（医療機関）の基本属性

回復期病棟を含めた医療機関の総病床数は平均195.8病床(標準偏差133.2)で、最小が32床、最大が1,013床となっていた。回復期病棟が属する病院機能別の分類では、主として急性期病院の中にある回復期病棟が69病院(25.6%)、以下療養型病院60病院(22.2%)、リハビリテーション専門病院45病院(16.7%)、急性期も療養型もあるケアミックス型病院96病院(35.6%)であり、ケアミックス型病院の中にある回復期病棟が一番多かった。

1病棟当たりの病床数別分類では、29床以下13病棟(4.0%)、30～39床44病棟(13.6%)、40～49床142病棟(43.8%)、50床以上125病棟(38.6%)であった。現行入院基本料は回復期1と2が同数で154病棟(47.5%)、回復期3が16病棟(4.9%)であり、10月以降の予想入院基本料は回復期1で体制強化加算取得が81病棟(25.8%)、回復期1で加算なし87病棟(27.7%)、回復期2が132病棟(42.0%)、回復期3が14病棟(4.5%)となり、回復期2が減り、加算取得となるかは未定であるが、回復期1の算定を予定する病棟が増える結果となった。

医療マネジメント指数となる在宅復帰率は平均82.6%(標準偏差11.4)、平均在院日数は77.4日(標準偏差23.4)、病床稼働率は平均90.0%(標準偏差10.6)、発症から入院までの日数は平均30.3日(標準偏差8.7)、紹介から入院までの日数は平均12.3日(標準偏差5.2)であった。

### 3-4. 連携活動評価尺度からのSW業務行動

まず、連携活動の15項目それぞれが、どの程度取り組みとして行われているのかを把握するために、記述統計量から平均値と標準偏差を算出した(図表1)。この評価尺度は4件法で、全くしていない「0」、あまりしていない「1」、ある程度している「2」、大変よくしている「3」とした。

図表1 連携活動評価尺度記述統計量

質問項目	平均値	標準偏差
1. あなたは、利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	2.3407	.49025
2. 利用者がどんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	2.3519	.49373
3. サービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関から集めていますか	2.2111	.49144
4. 相談内容や問題状況を基礎に、関係する他職種や他機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言していますか	1.6519	.74493
5. 関連する他の機関に協力を要請しますか	2.4222	.56498
6. 関連する他の機関から協力を要請されますか	2.1148	.57662
7. 自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか	1.6148	.76138
8. 関連する他の機関から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	1.6926	.57677
9. 関連する他の機関にどのような専門職がいるか、把握していますか	1.9370	.43937
10. 事例検討会等研修会への参加を、同僚に呼び掛けますか	1.5111	.88663
11. 関連する他の機関や他職種との親睦会に参加しますか	1.4926	.76027
12. 新人のSWが入職した場合、関連する他の機関に挨拶回りをしますか	1.6556	1.03286
13. 複数の関連する他の機関が参加する会議等の出席について、自分の判断で一定の費用負担を決定する権限がありますか	.3778	.68837
14. 自分の業務内容について、関連する他の機関に資料や情報を伝達していますか	1.3222	.81109
15. 複数の関連する他の機関・専門職で集めた利用者の情報を適切に管理していますか	2.3407	.55431
連携活動評価尺度合計得点	27.0370	4.85386

この結果、多く行われていた項目は、「5. 関連する他の機関に協力を要請しますか」「2. 利用者がどんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか」「1. あなたは、利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか」「15. 複数の関連する他の機関・専門職で集めた利用者の情報を適切に管理していますか」であった。

### 3-5. 業務遂行項目の評価尺度作成

業務遂行項目については、経験10年以上の回復期病棟SW複数名に対する、インタビュー調査によって選定したものである。本調査では、2014年5月の1ヶ月間に、調査対象SWが担当して退院された患者数の内、項目1～6は実際に行った人数を記載してもらい、その割合を算出した。項目7. 8は2014年5月中に行った業務活動、項目9. 10は2014年3月～5月の3ヶ月間で行った、業務活動の回数を記載してもらった（図表2）。

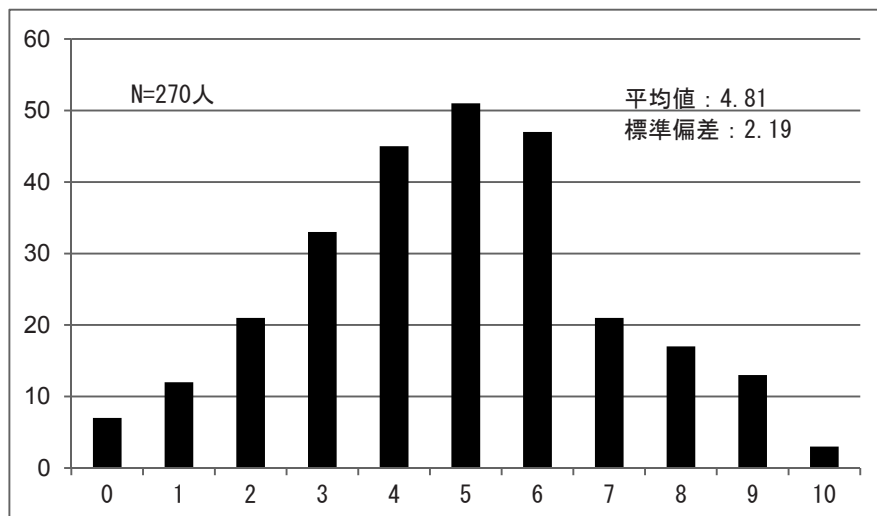
業務遂行項目10項目は、その業務を実施した場合を「1」、未実施の場合を「0」と2件法に分類し、その合計を「業務遂行得点」として分析に用いた。この結果、業務遂行合計得点は、ほぼ正規分布を示すこととなった（図表3）。

そこで、連携活動評価尺度の4つの下位尺度（「情報共有」「業務協力」「関係職種交流」「連携業務の処理・管理」と「業務遂行得点」）の相関分析を実施した（図表4）。それぞれの相関係数が0.304から0.521で、1%水準で有意となったため、これらの尺度は、SWの業務行動を表す尺度として適用できると判断した。

図表2 SW業務遂行項目

1. SWの役割や業務内容を説明し、入院後1週間以内に個別相談支援を開始した人数
2. 患者家族の意向を踏まえ、リハビリテーション総合実施計画書にSWの支援内容を記入した人数
3. 退院後の生活イメージを共有するため、SWを含めた担当職種で自宅訪問を行った人数
4. 退院後に切れ目のないサービスが導入できるよう、在宅サービス事業者や施設担当者等と退院前カンファレンスを実施した人数
5. 担当職種内で統一した支援方針となるように、SWが方針をまとめた人数
6. SWが関わり、ケアマネジャー等と協働してサービス調整を行い、退院日まで確定させた人数
7. 病棟の現状や課題、職員の教育や診療報酬への対策等、病棟運営について話し合う会議に参加した回数
8. 回復期リハが必要な患者が早期入院できるよう、急性期病院（病棟）に、電話やFAX等でベッド状況を伝えた回数
9. 医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状等を把握するため、訪問活動を行った回数
10. 医療・福祉・介護機関や行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数

図表3 業務遂行合計得点と人数のヒストグラム



図表4 業務遂行得点と連携活動評価尺度下位項目の記述統計量

	平均値	標準偏差
業務遂行得点合計	4.8148	2.19050
情報共有得点	6.9037	1.12342
業務協力得点	6.1889	1.31529
関係職種交流得点	9.9037	2.74810
連携業務処理・管理得点	4.0407	1.30562

業務遂行得点と連携活動評価尺度下位項目の相関係数

	業務遂行得点	情報共有	業務協力	関係職種交流	連携業務 処理・管理
業務遂行得点	-	.304**	.328**	.435**	.370**
情報共有		-	.521**	.311**	.309**
業務協力			-	.409**	.357**
関係職種交流				-	.384**
連携業務処理・管理					-

\*\*p<0.01

### 3-6. SW個人とSW部門の基本属性と連携活動および業務遂行の関連分析

SW個人属性やSW部門の構造別に、連携活動評価尺度の4つの下位尺度「情報共有」「業務協力」「関係職種交流」「連携業務の処理・管理」および業務遂行得点を、2変量の相関分析、2つの母平均の差の検定、一元配置分散分析し多重比較を行った。連携活動や業務遂行は、SWの個人属性や部門体制によって、差が生じているのかを分析した結果、性別と年齢については、相関は見られなかった。次に、SW経験年数を度数分布表に沿い、4年以下、5～8年、9年以上と3つにカテゴリー化し分析した。連携活動尺度の業務協力・関係職種交流・連携業務処理管理が、業務遂行尺度の個別支援・総合リハ計画書作成・方針まとめ・訪問活動・連携会議参加は、経験が増すごとに得点も上昇していたが、有意差は検出されなかった。

SW部門の構造別では、部門管理者あり群の方が、自宅訪問得点が有意に高かった（有意確率0.01<有意水準0.05）。また、平均得点で比較すると、連携活動尺度では関係職



種交流得点・連携活動合計得点が、業務遂行尺度では連携会議参加得点・業務遂行合計得点が、管理者ありのグループが高い得点を示していた（図表5）。

図表5 SW部門管理者あり・なしにおけるt検定結果

SW部門管理者 ①あり ②なし	平均値	平均値の差 (①-②)	t値	有意確率
連携活動合計得点	①27.35 ②26.28	1.07	1.6	0.11
情報共有得点	① 6.95 ② 6.79	0.16	1.11	0.27
業務協力得点	① 6.22 ② 6.14	0.08	0.45	0.65
関係職種交流得点	①10.09 ② 9.44	0.65	1.7	0.09
連携業務処理・管理得点	① 4.09 ② 3.90	0.19	1.05	0.3
業務遂行合計得点	① 4.97 ② 4.42	0.55	1.83	0.07
個別支援得点	① 0.51 ② 0.47	0.04	0.59	0.56
計画書得点	① 0.64 ② 0.57	0.07	1.07	0.29
自宅訪問得点	① 0.55 ② 0.38	0.17	2.64	0.01*
退院前カンファ得点	① 0.51 ② 0.50	0.01	0.19	0.85
方針まとめ得点	① 0.51 ② 0.42	0.09	1.4	0.16
退院日確定得点	① 0.51 ② 0.47	0.04	0.51	0.61
運営会議得点	① 0.48 ② 0.38	0.10	1.51	0.14
急性期連絡得点	① 0.47 ② 0.53	-0.05	-0.74	0.46
訪問活動得点	① 0.29 ② 0.35	-0.06	-0.95	0.35
連携会議参加得点	① 0.49 ② 0.36	0.13	1.87	0.06

\*p<0.05

病棟の配置体制については、病棟専従群の方が、兼任群に比べ、有意水準0.05で連携活動尺度では情報共有得点（有意確率0.03）・業務協力得点（同0.03）が、業務遂行尺度では自宅訪問得点（同0.01）・運営会議得点（同0.00）・業務遂行合計得点（同0.01）がそれぞれ高く、2群間に有意な差がみられた（図表6）。

図表6 病棟専従・兼任におけるt検定結果

病棟配置体制 ①専従 ②兼任	平均値	平均値の差 (①-②)	t値	有意確率
連携活動合計得点	①27.13 ②25.56	1.57	1.96	0.05
情報共有得点	① 7.03 ② 6.62	0.41	2.24	0.03*
業務協力得点	① 6.27 ② 5.77	0.50	2.2	0.03*
関係職種交流得点	① 9.85 ② 9.38	0.47	1.07	0.28
連携業務処理・管理得点	① 3.99 ② 3.79	0.20	0.9	0.37
業務遂行合計得点	① 5.02 ② 4.02	1.00	2.82	0.01*
個別支援得点	① 0.53 ② 0.42	0.11	1.3	0.19
計画書得点	① 0.65 ② 0.54	0.11	1.34	0.18
自宅訪問得点	① 0.57 ② 0.37	0.20	2.49	0.01*
退院前カンファ得点	① 0.50 ② 0.54	-0.04	-0.47	0.64
方針まとめ得点	① 0.50 ② 0.48	0.02	0.24	0.82
退院日確定得点	① 0.49 ② 0.50	-0.01	-0.18	0.86
運営会議得点	① 0.53 ② 0.21	0.32	4.44	0.00**
急性期連絡得点	① 0.50 ② 0.37	0.13	1.68	0.1
訪問活動得点	① 0.31 ② 0.21	0.10	1.4	0.1
連携会議参加得点	① 0.46 ② 0.38	0.08	0.89	0.19

\*\*p<0.01 \*p<0.05

スーパービジョン（SV）体制は、連携活動尺度では情報共有得点・業務協力得点・関係職種交流得点・連携業務処理管理得点のすべてにおいて、また、業務遂行尺度では早期個別支援得点・リハ計画書得点・方針まとめ得点・訪問活動得点・連携会議参加得点・業務遂行合計得点が、SV体制を週1回以上実施しているグループの方が高く、その群間に有意差があった（図表7）。

図表7 SV体制におけるt検定結果

SV体制 ①週1回以上 ②未実施	平均値	平均値の差 (①-②)	t値	有意確率
連携活動合計得点	①28.48 ②25.06	3.42	5.4	0.00**
情報共有得点	① 7.17 ② 6.57	0.60	3.96	0.00**
業務協力得点	① 6.49 ② 5.81	0.68	3.77	0.00**
関係職種交流得点	①10.47 ② 9.03	1.44	3.95	0.00**
連携業務処理・管理得点	① 4.35 ② 3.65	0.70	3.95	0.00**
業務遂行合計得点	① 5.22 ② 4.19	1.03	3.45	0.00**
個別支援得点	① 0.59 ② 0.43	0.16	2.44	0.02*
計画書得点	① 0.68 ② 0.52	0.16	2.42	0.02*
自宅訪問得点	① 0.56 ② 0.44	0.12	1.78	0.08
退院前カンファ得点	① 0.55 ② 0.53	0.02	0.26	0.79
方針まとめ得点	① 0.58 ② 0.35	0.23	3.34	0.00**
退院日確定得点	① 0.51 ② 0.50	0.01	0.12	0.9
運営会議得点	① 0.42 ② 0.39	0.03	0.34	0.74
急性期連絡得点	① 0.44 ② 0.51	-0.07	-1	0.32
訪問活動得点	① 0.37 ② 0.20	0.17	2.71	0.01*
連携会議参加得点	① 0.53 ② 0.32	0.21	3.09	0.00**

\*\*p<0.01 \*p<0.05

### 3-7. SWの連携活動及び業務遂行、SW個人属性、部門構造と医療マネジメント指数の関連分析

先に定義した在宅復帰率・平均在院日数・病床稼働率・発症および紹介からの入院までの日数を、その回復期病棟機能の医療と経営の質を把握するための医療マネジメント指数とし、その指数と連携活動評価尺度の下位因子得点、業務遂行の実施割合、実施回数等について、2変量の相関分析を行った。また、各医療マネジメント指数を従属変数、連携活動評価尺度の下位因子得点、業務遂行実施割合、実施回数を独立変数とした重回帰分析を行った。結果としては、相関分析では若干の相関係数で有意を認める項目があったものの、重回帰分析では、各医療マネジメント指数との直接の因果関係を示す項目は検出されなかった。

次に、各医療マネジメント指数とSWの個人属性や部門構造について、2つの母平均の差の検定、一元配置分散分析し多重比較を行った結果、男女比では有意差はなし、管理者の有無では、有意水準0.1で見ると、病床稼働率が有意確率0.094と、あり群の方が高かった。有意差はなかったが、在宅復帰率、平均在院日数も、あり群の方がそれぞれ指数は良かった。

病棟の配置体制については、病床稼働率では病棟専従群の方が、兼任群に比べ得点が高く、有意差があった（有意確率0.01<有意水準0.05）。また在宅復帰率でも、有意水準0.1で有意確率0.07となっており、専従群（83.3%）が兼任群（79.96%）よりも3.34ポイント高かった（図表8）。

図表8 病棟専従・兼任におけるt検定結果

病棟配置体制 ①専従 ②兼任	平均値	平均値の差 (①-②)	t値	有意確率
在宅復帰率	①83.30 ②79.96	3.35	1.78	0.07
病床稼働率	①92.51 ②87.90	4.61	2.8	0.01*

\*p<0.05

以上の結果から、SWが病棟に専従配置される影響や効果として、回復期病棟SWの業務行動とSW部門構造について、有意水準0.05で明らかになったことは、以下の通りである。

①SW部門管理者について、管理者のいる方が、自宅訪問に多く行っていた。

②病棟配置体制は、専従群の方が情報共有、業務協力、自宅訪問、運営会議参加、業務遂行合計の得点が高かった。

③SV 体制においては、より頻回に SV を実施している方が情報共有、業務協力、関係職種交流、連携業務処理・管理、早期個別支援開始、リハ計画書、方針まとめ、連携会議参加、業務遂行合計の得点が高かった。

次に、SW の業務行動と部門構造が医療機関のマネジメントに影響を与えていたのは、以下の項目である。

①管理者のいる方が、病床稼働率が高いと考えられた。

②病棟専従群の方が、病床稼働率が高く、在宅復帰率も高かった。

## 4. 考察

本研究では、SW が病棟に専従配置される影響や効果を分析した結果、医療機関の経営視点からのマネジメントの向上よりも、いわゆる医療の質の向上に資する効果が示されたと言えるのではないかと考えられる。この医療の質という観点においては、先行研究から医療の質の評価に際して、「構造」(ストラクチャー)、「過程」(プロセス)、「成果」(アウトカム) の3側面を評価するという方法が示されている。

例えば、厚生労働省では、医療の成果に関する指標、及び過程に関する指標の取扱いとして、診療後の患者の状態等「医療の結果・成果」を表すアウトカム指標（具体例：死亡率・回復率・再入院率・患者満足度等）と、実際に行われた診療の適切さ等の「医療の過程」を表すプロセス指標として、早期リハビリテーション開始率、糖尿病患者での血糖コントロール等が用いることができるとの定義もなされている<sup>[21]</sup>。

本研究では回復期病棟 SW の業務行動も、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの3側面からの分類による評価を試み、本研究で用いた調査項目を下記のように枠組み化し、それぞれがどのように関連しているかを整理した（図表9、再掲）。

図表 9 SW 部門の構造、業務プロセス、医療マネジメント指数の関連性

構造（ストラクチャー）	過程（プロセス）	成果（アウトカム）
SW 性別	連携活動評価尺度 C	在宅復帰率 E
SW 年齢	・ 情報共有機能 B・C	平均在院日数
SW 経験年数	・ 業務協力機能 B・C	病床稼働率 DE
SW 部門人数	・ 関係職種交流機能 C	発症から入院までの日数
SW 部門管理者有無 A・D	・ 連携業務処理管理機能 C	紹介から入院までの日数
SW 部門配置体制専従・非専従 B・E	業務遂行尺度 B・C ・ 早期個別支援開始 C	
SW 部門 SV 実施頻度 C	・ リハ計画書 C ・ 方針まとめ C ・ 自宅訪問 A・B ・ 連携会議参加 B・C	

アウトカム指標とプロセス指標との関連性を重回帰分析した結果からは、各医療マネジメント指数との、直接の因果関係を示す項目は検出されなかった。このことは、各種SWの業務行動は、アウトカムとした医療マネジメントへの効果に、影響がなかったと言わざるをえない。

これは、既に、リハビリテーション患者データベース（DB）データを用いたSW関与と在院日数の関連性を検討した先行研究<sup>[22]</sup>で明らかにされており、本研究はこの結果を支持することとなった。例えば、在院日数には家族の意向、医療機関の経営方針、地域のインフラ整備状況等、多数の交絡因子が影響を与えているとの示唆もされており、本研究においても同様といえる。

また、本研究においては経営におけるマネジメントを測る指標として、在宅復帰率や病床稼働率を扱い、アウトカム指標とストラクチャー指標との関連性の分析をした。この結果からは、病床稼働率とSW部門配置体制において、専従群の方が兼任群と比較して、病床稼働率が有意に高くなっており（上記E）、在宅復帰率でも、5%の有意差はないものの、専従群が兼任群よりも高い結果を示していた。また、SW部門管理者の有無によっても、管理者のいる方が、病床稼働率は高くなっていった（上記D）。

これはSWが専従スタッフとなり、病棟チームの一員として配置されている方が、患者一人ひとりへの退院支援や、チームアプローチが促進されるだけでなく、病棟患者

の退院動向が把握されやすくなり、急性期からの入院調整やベッドコントロールが行いやすく、結果として在宅復帰率や病棟稼働率が向上するものとの推察ができる。つまり、SWの専従化は、医療の質のひとつの側面であるアウトカムに影響を与えていたと言える。

ただし、このSWの専従化という、このストラクチャー指標がSW部門という構造が存在すればよいのか、または、SW部門がきちんと機能しているかを弁別できるような指標とすることは、今後の課題といえる。

本研究の結果から、ストラクチャー指標とプロセス指標間には、実に様々な関連があることが明らかにされた。例えば、SW部門管理者の有無は、多職種チームで実施することが奨励されている自宅訪問のSW参加率において、管理者あり群がなし群に比べ有意に高かった（上記A）。

特に、ストラクチャーレベルで、プロセス指標に影響を及ぼしていたのは、SW部門配置体制と、SV実施体制の2つであった。SWが病棟専従化されている方が、情報共有機能と業務協力機能、業務遂行尺度の自宅訪問得点と連携会議参加得点がそれぞれ高くなっているだけでなく、業務遂行合計得点というSW業務を包括する得点自体にも有意差が認められた。（上記B）。

また、SV体制においては、実施頻度の多い群が、連携活動評価尺度の4つの下位項目すべてにおいて、業務遂行尺度も入院早期からの個別支援を開始している得点、その支援を総合リハ計画書に盛り込んでいる得点、他機関との連携会議への参加得点、回復期病棟チーム内でSWが中心となって退院支援方針をまとめていく作業得点、業務遂行合計得点が有意に高くなっていた（上記C）。

SWにおけるSVとは、管理・支持・教育という3機能を提供することにより、実践家の社会化の過程を含む、専門職育成の過程である<sup>[23]</sup>と定義付けられている。福山(2005)は、スーパーバイザーは組織の理念や、方針に沿った業務を遂行させるために、職員が行う援助や支援を確認する責任があり、SVは専門職の業務全般の遂行をバックアップするための職場の確認作業体制<sup>[24]</sup>とされ、スーパービジョン体制の重要性を述べている。

以上のことから、SWの能力向上のためには、部門内にSWの管理者を設置し、その管理者を中心に、教育管理をベースにおいたSV体制を構築することが必要である。頻回なSVにより、患者が入院した直後から、早期に個別支援を開始すること、自宅訪問に積極的に同行すること、心理社会的な支援を盛り込んだ総合リハ計画書を作成していく業務遂行の流れを、患者・家族への支援プロセスと位置付けることで、先に述べ

た SW の能力は向上するものと考えられる。

SW は新人や初任者であっても、一人で医療専門職の多い病棟へ赴き、チームの一員でありながら、時にはチーム意見と正反対になっている患者・家族の想いや代弁をし、多職種と退院支援方針をまとめあげなければならない。この業務遂行をバックアップするために上司が部下へ SV を行うことが、より SW の能力向上には有用であると考えられる。この SV は SW の職業的社会的化にとって必須の取り組みと思われ、この体制を構築していくことが、SW 部門には必要となり、逆にいえば、これがなければ部門全体のサービスの質は維持できないともいえる。

この SV 体制をベースとした病棟専従化が、病棟でのチームアプローチ促進・個別性のある適切な退院支援・きめ細かい入退院の病床管理による病床稼働率向上へと作用し、院内多職種連携と院外多機関連携の接着面として機能すると考えられる。

## 5. おわりに

上述してきたように、SW が病棟に専従配置される影響や効果を検討する目的で SW 部門の構造と業務行動が、医療機関の経営や医療の質向上におけるマネジメントに与える影響について、分析・考察をした。本研究の結論としては、在宅復帰率や病床稼働率といった医療の質といわれる指標の向上には、SW 部門内に管理者を設置し、SW を病棟専従配置にすることで効果が示されることがわかった。ただし、単に専従配置という体制を整備するだけでは効果は乏しく、SW の業務遂行能力の向上にあたっては、頻回な SV を開催する体制を整備することが必要と考えられた。

本研究の限界は、回収率が 28.5%と低かったことや、SW の関与による医療の質についての結果は得られたが、経営マネジメントとの関連性に関しては、明らかにできなかったこと等があげられる。今後の課題としては、SW の人数や専従配置させているということを評価する指標ではなく、SW 部門が十分に機能していることを評価するべきで、この指標を開発することが重要であろう。

しかしながら、業務内容がわかりにくい、見えにくいと言われてきたソーシャルワークという無形サービスのアウトカムが、一部でも可視化できたことは本研究の成果であるとする。今後も、すべての病棟に専従配置化されるよう、研究を続けていきたい。



## 謝辞

本論文を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授、筒井孝子教授を始め、多くの先生方にご指導をいただきました。特に筒井孝子教授には、調査票の作成、分析、考察について、多くのご助言をいただきました。また、本学特任教授であり、私の所属する医療法人真正会斉藤正身理事長からは、大学院進学に温かいエールを送り続けて下さいました。

本研究の調査に協力いただいた全国の回復期病棟ソーシャルワーカーの方々を始め、すべての皆様に、深く感謝いたします。

## 文献

- [ 1 ] 回復期リハビリテーション協会編（2014）「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」、回復期リハビリテーション協会。
- [ 2 ] 石川誠（2013）「MEDICAL REHABILITATION 回復期リハビリテーションチームにおける働き方ー回復期リハビリテーション病棟の使命」、全日本病院出版会。
- [ 3 ] 社会保障制度国民会議編（2013）「社会保障制度改革国民会議報告書ー確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋ー」、内閣官房社会保障改革担当室。
- [ 4 ] 石川誠（2013）「回復期リハ病棟の課題と展望」『回復期リハビリテーション』Vol. 12 No1、回復期リハビリテーション協会、12-17 頁。
- [ 5 ] 1 と同掲書。
- [ 6 ] 宮井一郎（2014）「回復期リハビリテーション病棟の今後のあり方」『回復期リハビリテーション』Vol. 13 No1、回復期リハビリテーション協会、8-10 頁。
- [ 7 ] 厚生労働省保健局長通知（2002）「医療ソーシャルワーカー業務指針」。
- [ 8 ] 山路克文（2003）「一般病院における医療ソーシャルワークの一考察ーアルコール依存症患者を事例とした「介入」と「社会的支援」に関する私論ー」『新潟青陵大学紀要』第 3 号、1-15 頁。
- [ 9 ] 片岡靖子（2007）「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」『九州保健福祉大学研究紀要』第 8 号、71-77 頁。
- [ 10 ] 杉崎千洋（2005）「病院の地域連携と医療ソーシャルワーカーの組織・業務の変化ー島根県・松江二次医療圏内 2 病院の調査からー」『福祉文化』第 4 号、1-16 頁。

- [11] 福井秀隆 (2013) 「医療保険と介護保険の地域連携システムー医療ソーシャルワーカーの前方支援と病院の地域支援ー」『四天王寺大学大学院研究論集』第8号、57-75頁。
- [12] 保正友子 (2011) 「医療ソーシャルワーカーの実践能力変容過程：新人期から中堅期に至る3段階」『社会福祉学』52 (1)、96-108頁。
- [13] 榊原次郎・熊谷晶子・土屋志穂 (2012) 「患者・家族から見た医療ソーシャルワーカーの評価調査から考えるソーシャルワーク機能」『医療と福祉』No92 Vol.46-No1、34-38頁。
- [14] 黒田研二・山中京子・水上然 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの業務実態とその関連要因」『社会問題研究』第59号、21-30頁。
- [15] 関田康慶 (2009) 「MSW コーディネート機能の入退院モデル分析ー連携モデル分析と平均在院日数」『病院』Vol168 No12、59-63頁。
- [16] 回復期リハビリテーション病棟入院1体制強化加算 (2014)
- [17] 筒井孝子 (2003) 「地域福祉権利擁護事業に関わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発 (上)」『社会保険旬報』No2183、18-24頁。
- [18] 筒井孝子 (2003) 「地域福祉権利擁護事業に関わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発 (下)」『社会保険旬報』No2184、24-28頁。
- [19] 筒井孝子・東野 定律・大冢賀 政昭 (2010) 「全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況および連携活動能力に関する研究」『介護経営』第5巻第1号、2-14頁。
- [20] 田中千枝子・本名靖 (2009) 「HIV/AIDS 患者に対する医療ソーシャルワーカーの地域連携行動」『日本福祉大学社会福祉論集 (121)』、43-54頁。
- [21] 厚生労働省医政局医療情報の提供のあり方等に関する検討会 (第8回) 資料1より (2011)。
- [22] 井上祐介 (2009) 「高齢者を対象にしたMSWの関与と在院日数の関連性の検証ーリハビリテーション患者データバンク(DB)のデータを用いてー」『介護経営』第4巻第1号、69-77頁。
- [23] 福山和女 (2005) 『ソーシャルワークのスーパービジョナー人の理解の探求ー』ミネルヴァ書房、195-237頁。
- [24] 23と同掲書。