

〔論 文〕

# ソーシャルワーカーによる 回復期リハビリテーション病棟への転院支援実践の分析

若杉美千子・高橋 学

Analysis of Transfer Assistance to the Convalescent Rehabilitation Ward Provided  
by Social Workers

Michiko WAKASUGI and Manabu TAKAHASHI

This study elucidates the situation of patients who need assistance, but have not been transferred to convalescent rehabilitation wards. The researchers conducted interviews with six experienced social workers engaged in transfer assistance about their efforts to protect their patients' right to receive rehabilitation assistance.

The authors used the focus group interview method and the following four important categories were extracted: the suitability of the rehabilitation, the criteria for determining the transfer, groups of patients who are in need but not eligible to be transferred, and the assistance provided by the social worker.

Analysis reveals that the social workers, with discretion, tact, and an ecological view of the situation, performed various activities tailored to their patients' and the environment in which they live including their families and social resources.

The authors suggest that a more versatile framework than the current medical policies needs to be established to efficiently help all patients in need of rehabilitation at convalescent wards.

*Key words: convalescent rehabilitation ward (リハビリテーション病棟), focus group interview method (FGI法), ecological social work (エコロジカル・ソーシャルワーク), medical policies (医療政策), groups of patients who fail be transferred (転院できない患者群)*

## I. 問題の所在

戦後から今日にかけて、日本の医療政策は時代の流れとともに目まぐるしい変化を遂げている。そして、治療医学や生活水準などの著しい進歩と向上により、疾患像と障害像が大きく変貌し、医療提供対象者と医療供給システムも機能分化という変遷を遂げてきた。「平成 28 年度診療報酬改定の基本方針」(厚生労働省 2015)によれば、地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点として、「医療を受ける患者にとってみれば、急性期、回復期、慢性期などの状態に応じて質の高い

医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働するなど、切れ目ない提供体制が確保されることが重要である」と示されている。このように診療報酬改定による医療計画制度の見直し等を通じた医療機関の機能分化が進められる一方で、医療・介護の連携が求められる現代社会において、二木(2007: 169)は、「医療ソーシャルワーカーが得意とする連携機能をさらに強める必要」があると述べている。このような診療報酬等による流れを受け、急性期病棟では平均在院日数、病床稼働率を意識し、治療終了後に早期退院を目指すようなソーシャルワーカーが中心となって連携機能を活

かし、退院・転院支援を実践している現状があるといえよう。

一方、回復期リハビリテーション病棟は、「脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟」(日本リハビリテーション病院・施設協会編 2009: 7)であり、急性期治療を終え、身体機能の回復、ADLの回復、Quality of life (以下QOLと略す)の向上や生活の再構築を目的としたリハビリテーションが実施される。しかし一方で、リハビリテーションが必要とされる患者は、本来は積極的かつ専門的なリハビリテーションを提供する回復期リハビリテーション病棟が療養先の候補となるはずであるが、その病棟の受け入れ対象患者は、一定の要件が定められており、必ずしもリハビリテーションを必要とする患者を包括的に受け入れているわけではない。厚生労働省による回復期リハビリテーション病棟の受け入れ対象基準は表1に示しているように、限定的に列举されている。

医学的にも、社会的にも受け入れられてきたリハ

ビリテーションの定義について、上田(1983: 11)は「個々の身体部位の機能回復のみを目的とするのではなく、障害をもつ人間を全体としてとらえ、その人が再び『人間らしく生きられる』ようになること、すなわち“全人間的復権”を窮極的な目標とするということ」と定義している。つまり、本来のリハビリテーションの姿とは、単に個々の身体的機能の回復を指すのではなく、医学的、教育的、職業的、社会的な要素が欠けることなく、その人が人間らしく生きられること、「全人間的復権」を目標とすることであるとされてきた。しかし、上述したように、回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーションの受け入れは限定的であり、上田が前述したような「全人間的復権」を目標とする本来の定義や概念とは異なるため、問題が生ずることを本論では提起する。それに対し堀田(2009: 175)は、「2年に1度、単価の改定が行なわれるが、その際の点数の引き上げや引き下げは、とりわけ医療提供者への経済的インセンティブに働きかけ、医療行為の重点配分を変化させることにもつながるため、医療機関の経営に対する影響力も大きく、医療政策の有効な手段の一つともなりうる」と診療報酬制度が医療機関に与える影響力について述べており、本研究で取り扱う急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の双方に

表1 回復期リハビリテーション病棟の受け入れ対象疾患及び算定上限日数

算定対象となる回復期リハビリテーションを要する状態	発症・手術からの期間	算定上限日数
① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後又は手術後の状態、義肢装着訓練を要する状態	2ヶ月以内	150日
		高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷
② 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2ヶ月以内	90日
③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	2ヶ月以内	90日
④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	1ヶ月以内	60日
⑤ 股関節又は、膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内	90日

厚生労働省(2016)別表第9「回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数」をもとに筆者ら作成

与える影響もまた大きいものと考えられる。2008年の改定では、リハビリテーションに関する診療報酬に成果主義が導入され、2016年の改定では、リハビリテーションの評価にアウトカムの指標が投入され、リハビリテーションの効果が一定の水準に達していない場合、1日6単位を超えた疾患別リハビリテーション料は入院料に包括されてしまうこととなった。このように、年々リハビリテーションに関する診療報酬制度は、回復度による治療効果に基づいた評価方法へと変化しており、堀田(2009:182)が述べるように、「成果主義ゆえに高い回復率を見込むことができる患者のみを選択する可能性」があると考えられる。上述したように本来のリハビリテーションの姿とは、QOLの向上、全人間的復権、自己実現を目標とするものであるが、回復期リハビリテーション病棟への転院においては、効果に基づき規定された疾患や状態像、発症から受け入れまでの時間的制約といった諸条件や基準を満たさなければならず、それらは入院受け入れ患者の選別を行わせる要因となり得る。

以上のことから、2つの論点を挙げる。1つ目に、診療報酬制度により規定された回復期リハビリテーション病棟の入院基準は、患者選別を招き、リハビリテーションを必要とするにも拘わらず急性期病院及び急性期病棟から回復期リハビリテーション病棟への転院困難となる患者群を発生させている現状があることを論ずる。2つ目に、そのような実態に対して、リハビリテーションを受ける患者の権利を守るために行っているソーシャルワーク実践があり、そこで発生するパラドックスについて論ずる。これは制度に則して転院支援を実践する一方で、その制

度の矛盾から生じる転院困難な患者群に対して、リハビリテーションを受ける権利を獲得させようとするパラドックスである。

なお、回復期リハビリテーション病棟への転院支援が困難となる患者群は、2つに分類される。1つはリハビリテーションの適応があり、既存の制度の対象者、つまり対象疾患・期限等の条件を満たしている患者ではあるものの、合併症、状態像、社会的背景等の様々な理由により対象外扱いになるものである。もう1つは、リハビリテーションの適応があるが、そもそも制度の対象者ではなく、既存の枠組みの中では認められていないものである。これらの2つの患者群に対する困難な転院支援の状態を、本論では「転院支援の狭間」と表現する。

## II. 研究の目的と意義

先に述べた論点を踏まえ、先行研究として、ソーシャルワーカーによる回復期リハビリテーション病棟への転院支援実践に関する論文を検索した。検索方法としては、国内データベースである医中誌、CiNiiにて、「ソーシャルワーカー」と「リハビリ／回復期／転院／退院」というキーワードの他に、本研究は制度・政策に対する提言という側面があることから、「診療報酬／制度／政策」をキーワードに加え、それぞれ組み合わせ検索した。2017年7月21日時点の検索結果は、表2に示した通りである。

その中から解説や特集、症例報告、重複しているものを除き、原著論文として記載されているものを抽出した。その結果、慢性期病棟を対象とする転院支援の研究(水野・佐藤・明神・荒谷・稲垣・水野2011)や院内リハビリテーション科の受け入れ状況

表2 先行研究の検索結果

	医中誌	CiNii	医中誌	CiNii	医中誌	CiNii
	診療報酬		制度		政策	
ソーシャルワーカー ×リハビリ	15	3	28	7	12	2
ソーシャルワーカー ×回復期	6	1	5	0	3	0
ソーシャルワーカー ×転院	7	0	11	1	6	1
ソーシャルワーカー ×退院	50	4	45	6	16	5

の調査研究（田中・坂本・土肥 2004），診療報酬改定によるソーシャルワーカーの退院支援の業務や役割の変化に関する研究（小銭・久永 2014），診療報酬による業務の制約等の回復期リハビリテーション病棟のソーシャルワーカーを対象としたストレスに関する研究（久保 2013）の4件が該当した。しかしながら，これらの先行研究では，本研究で論じる制度・政策による「転院支援の狭間」の生成構造や狭間に陥っている患者の存在，それらに対するソーシャルワーク実践については，十分に言及されていない。

回復期リハビリテーション病棟は他病棟と比較しても，対象疾患や期限など受け入れ基準等が画一的かつ限定的に定められており，制度・政策の影響を大きく受けている病棟といえる。そのため，回復期リハビリテーション病棟に焦点をあて，「転院支援の狭間」の問題やソーシャルワーク実践について論じることで，制度・政策の課題を浮き彫りにすることができる。これは従来の研究にはない独自の視点といえる。また，このような制度・政策に対してソーシャルワーカー自らが実践を踏まえて論じている先行研究や文献は少ない。本研究は，患者を支援する専門的従事者としてソーシャルワーカー自らが実践を明らかにし，制度・政策に対して提言していくものであり，その点においても意義があると考ええる。

以上のことから本論では，「転院支援の狭間」に陥る患者の存在やリハビリテーションを受ける権利を守るべくソーシャルワーカーが行っている工夫やアプローチ，資源開発などの転院支援実践を明らかにすることを目的とし，調査によって明らかになった結果を踏まえて，新たな知見と制度・政策への課題を述べる。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 調査方法と選定理由

本調査は，質的研究法である Focus Group Interview（以下 FGI と省略）を用いて実施した。FGI は，率直で日常的な会話等から人々の意見の広がりや理解したり，新たな視点を発見したりすることを目的・目標とし，具体的な経験や体験を明らかにしていくことが可能となる手法である。グルー

ブダイナミクスを活用することで他のメンバーからの新たな知見を得ることができ，相互に実践の根拠や背景等を確認しながら，すり合わせを行うことで，情報を深めていくことができるため，調査方法として選定した。

当日は，筆者らがインタビューを行い，インタビューガイドに基づく質問内容（表3）を順に説明し，その後は討議形式で進行した。

#### 2. 調査対象者

調査対象者の基本的な条件は，「東京都や神奈川県などの都心部の急性期病棟・回復期リハビリテーション病棟に勤務している経験年数10年目以上のソーシャルワーカーであること」，「一定数の回復期リハビリテーション病棟の転院支援の実務経験があること」，「回復期リハビリテーション病棟への転院支援に対して意欲的に行っていること」の3つの条件に全て該当している6名を対象とした。なお，医療機関を都心部に限定した理由は，制度・政策が東京都や神奈川県などの都心部をモデルとして制定されており，都心部のソーシャルワーカーを調査対象にすることで国の問題として普遍化できると考えたためである。また，経験年数を10年目以上と設定した理由は，彼らが制度・政策の影響を示す上で，社会状況の変遷や制度・政策の変容とともに実践経験を積み重ねており，またその経験知から院内・院外に向けたアプローチ方法のレパートリーを多く持ち合わせていると想定したためである。また，グループダイナミクスを最大限に引き出すため，急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の異なる病棟種別に属するソーシャルワーカーの人数に偏りが出ないように配慮した。

研究協力者のプロフィールは表4の通りである。なお，2017年2月時点でのデータである。

#### 3. 調査期間

FGIの実施日は2017年2月28日，所要時間は2時間，分析に要した期間は2017年3月上旬～6月上旬までの約3ヶ月間である。

表3 質問項目、質問内容、主な回答者

No.	質問項目	質問内容	主な回答者	
			急性期病棟	回復期リハビリテーション病棟
1		臨床場面において回復期リハビリテーション病棟への転院方針をどのように判断し、決定していますか？メンバーや場面について教えてください。	○	
2	医学的リハビリテーションの適否・回復期リハビリテーション病棟への転院方針を決定する判断基準	主治医の依頼時に、回復期リハビリテーション病棟へ転院相談が可能と考える判断基準があれば教えてください。また、判断する上で使用しているツールについても教えてください。	○	
3		急性期病棟からの転院相談で、回復期リハビリテーション病棟へ転院可能となる判断基準があれば教えてください。また、それらの判断をするメンバーや場面、ツールについても教えてください。		○
4		回復期リハビリテーション病棟の対象疾患であり、ソーシャルワーカーが回復期リハビリテーション病棟への転院が適切だと判断しつつも、実際に転院が難しい疾患群やケースについて教えてください。また、転院が難しい理由についても併せて教えてください。	○	○
5	転院困難な患者群に対するソーシャルワーカーのアプローチ	4のようなケースに対して、院内（多職種、チームなど）や院外（多機関、行政など）等へ働きかけたり、制度の隙間を埋めるために取り組んでいたり、工夫していることを教えてください。	○	○
6	診療報酬改定の影響による入院対象者の変化	診療報酬改定の影響で、回復期リハビリテーション病棟の入院対象者が変化しましたか。具体的にどのように変化しましたか？	○	○

表4 研究協力者プロフィール

協力者	病院種別	病棟	病床数	性別	SWとしての経験年数	現在の所属機関の勤続年数
A	急性期	急性期病棟	1000床以上	男	22年	22年
B	急性期	急性期病棟	1000床以上	女	16年	8年
C	急性期	急性期病棟	1000床以上	女	17年	17年
D	急性期・回復期	急性期病棟	500～1000床	女	20年	12年
		回復期リハビリテーション病棟	99床以下			
		地域包括ケア病棟	99床以下			
		緩和ケア病棟	99床以下			
E	回復期	回復期リハビリテーション病棟	100～199床	女	16年	3年
F	回復期・慢性期	回復期リハビリテーション病棟	200～299床	女	10年	10年
		障害者病棟	99床以下			
		療養病棟	200～299床			
		特殊疾患病棟	99床以下			
		緩和ケア病棟	99床以下			

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、昭和女子大学研究倫理審査委員会の倫理審査を受け、承認を得て実施した（審査番号 16-61 2017年2月28日）。対象者に対しては、患者情報、調査対象者の職場事情などが赤裸々に語られる場でもあるため、データ収集、研究協力に関しては事前に研究の目的および方法、情報の秘密厳守、協力に応じなくても不利益はないことを文書と口頭で説明し、承諾を得た。また、逐語録での名前や場所などの固有名詞は、すべてアルファベットを用いて個人や所属機関が特定されないようにするなど倫理的配慮をした。

#### 5. 分析方法

ICレコーダーに録音したインタビューで得られた発言内容を全て逐語録にし、これを質的データとしたうえで、下記の手順で内容を分析した。インタビューの分析は、KJ法とグラウンデッド・セオリーアプローチ（GTA）を参考にし、分析の手順については、インタビュー調査やFGI法を手法としている上山崎（2016）、木下（2007）、日和（2014）の先行研究や安梅（2010）の文献を参考に実施した。

分析の手順は、まず、逐語録から本研究のテーマに照合して重要な言葉や意味深い意見を抽出し、「重要アイテム」を生成した。不要な言葉の削除や類義語の規定を行い、発言の文脈に沿った意味が分かるように言葉を補足した。そして、研究目的と関連する「重要アイテム」をKJ法の手法を用いてグループ編成し、「重要カテゴリー」を生成した。さらに「重要カテゴリー」中の各「重要アイテム」の中から類似性の高いものをまとめ、カテゴリー化を行い、「サブ重要カテゴリー」を生成した。なお、分析の過程では、常に逐語録に戻りながら内容が適切か否かを検証した。また、分析した内容を調査対象者に提示し、その上で適宜修正を加えるなど、妥当性の確保に努めた。

### IV. 結果と分析

1070の重要アイテムを生成し、不要な言葉の削除や類義語の規定を行い、分析には373の重要アイ

テムを使用した。373の重要アイテムを研究目的と照合し、「医学的リハビリテーション適否の判断基準」、「回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準」、「回復期リハビリテーション病棟への転院が難しい患者群」、「ソーシャルワーカーが行っている工夫・アプローチ」の4つの重要カテゴリーを生成した。その上でKJ法により、重要カテゴリーごとにグループ編成し、さらに類似性の高い重要アイテムをまとめ、サブ重要カテゴリーを生成した。なお、重要アイテムによっては1つ以上の重要カテゴリーやサブ重要カテゴリーに該当するものもあるため、その際には重要アイテムを重複して使用している。

なお、「医学的リハビリテーション適否の判断基準」とは、急性期病棟内で患者のリハビリテーションの適否を判断している基準を示している。医学的リハビリテーション適否の判断により適応と判断された場合、急性期病棟内や転院の受け手である回復期リハビリテーション病棟内で、さらに医学的要件の他に回復期リハビリテーション病棟への転院方針の適否を判断する基準がある。それを「回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準」と示している。これらの適否の判断基準の影響等により、狭間の患者群が発生する。これらの狭間の患者群を「回復期リハビリテーション病棟への転院が難しい患者群」と示している。以上の判断基準や転院が難しい患者群に対し、急性期病棟・回復期リハビリテーション病棟のソーシャルワーカーが実践しているアプローチや工夫を「ソーシャルワーカーが行っている工夫・アプローチ」と示している。以上の4つの重要カテゴリーの関係性を示したものが図1である。

上記に挙げた、4つの重要カテゴリーごとに図を提示しながら結果と分析を述べる。

#### 1. 医学的リハビリテーション適否の判断基準

重要カテゴリー「医学的リハビリテーション適否の判断基準」では、25の重要アイテム、7のサブ重要カテゴリーが生成された（図2）。

##### (1) 場面とメンバー

医療依存度の程度によってリハビリテーション適

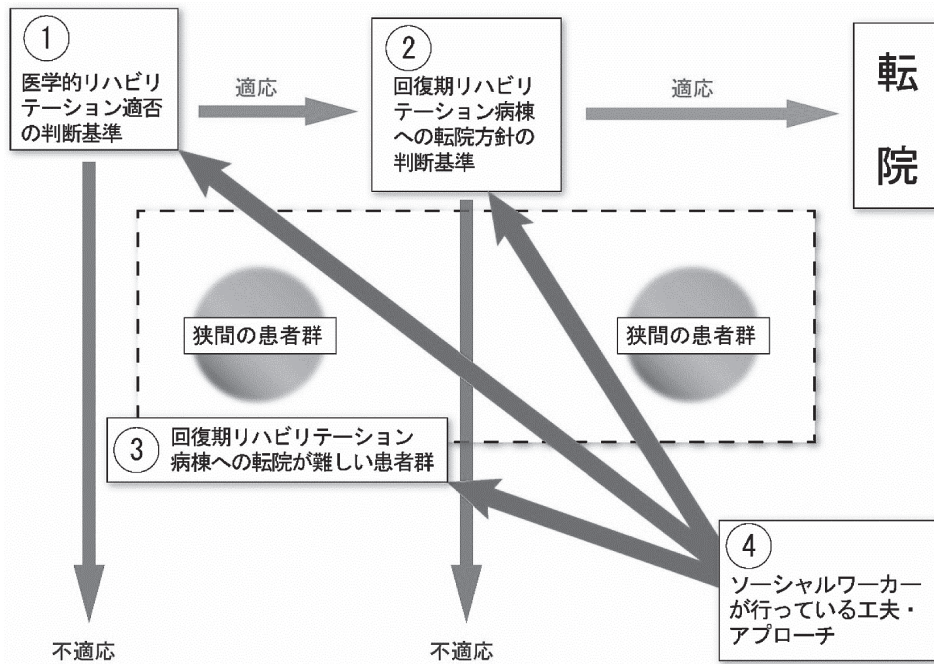


図1 重要カテゴリーの関係図

① 医学的リハビリテーション適否の判断基準（重要カテゴリー）

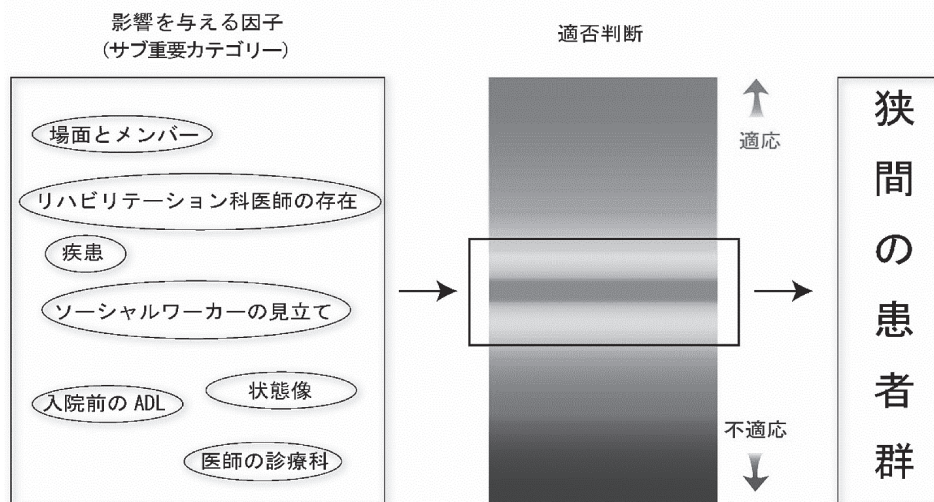


図2 医学的リハビリテーション適否の判断基準

否を判断する場面やメンバーが異なる。例としては、医療依存度が高い患者や外科手術後の患者の場合は、例外的にリハビリテーション科医師にも参加を促し、多職種でカンファレンスを行い、医療依存度が高くはない患者等については、リハビリテーション科医師は入らず、主科の医師・病棟看護師・リハビリテーションスタッフ・ソーシャルワーカーでリハビリテーションの適否と療養先について判断することが多い。

(2) 入院前のADL

主科の担当医師は、入院前のADLが変化しているかを評価し、変化しているようであれば、リハビリテーション科医師へ併診を依頼している。

(3) リハビリテーション科医師の存在

主科の担当医師はリハビリテーション科医師の意見を信頼し、リハビリテーション科医師によるリハビリテーション適否の判断や転院種別の提案に賛同している。

#### (4) 医師の診療科

脳神経外科では、日頃から脳血管疾患等の回復期リハビリテーション病棟の対象疾患に対する治療をしており、回復の困難さとリハビリテーションによる改善の見込みの判断を踏まえ、療養型病棟か回復期リハビリテーション病棟かという療養先の検討を行っている。

#### (5) 疾患

脳血管疾患については入院をした段階で、ある程度リハビリテーション適否の判断ができるという意見は急性期病棟側のソーシャルワーカー側の共通項である。回復期リハビリテーション病棟対象疾患である廃用症候群では、内科系・外科系のどちらの治療を実施したかによって、リハビリテーション適否の判断やリハビリテーション科併診に影響が出る。

#### (6) 状態像

患者の認知機能の低下という状態像は、リハビリテーション適否の判断に影響し、いくら家族や患者がリハビリテーションを希望しても、医師の判断でリハビリテーションの対象ではないとされることがある。

#### (7) ソーシャルワーカーの見立て

ソーシャルワーカーは、患者・家族の意向や患者の入院前のADL、実際の患者の状況（意識レベル）、現段階のリハビリテーションの状況を踏まえて転院

までの期間で遂行できる単位数、ソーシャルワーカーから見た患者の能力、患者自身の生きようとする意欲、努力してリハビリテーション訓練をしている姿など、回復の可能性をソーシャルワーカーとしての経験知によって見立てている。そして、見立てをもとに多職種とリハビリテーションの必要性を協議し、リハビリテーション適否の判断に影響を与えている。

### 2. 回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準

重要カテゴリー「回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準」では、75の重要アイテム、13のサブ重要カテゴリーが生成された（図3）。

#### (1) 状態像・合併症

医療依存度が高いこと、個室対応が必要な感染症を罹患していること、意識レベルが低いこと、リハビリテーションの指示が伝わりにくいこと、合併症があること、圧迫骨折などによる痛みがありリハビリテーションが進んでいないことなどの状態像が回復期リハビリテーション病棟への転院が難しいと判断される基準の一つとなっている。

#### (2) 回復の見込み

医療依存（酸素、IVH、気管切開、経腸栄養等）がある患者の場合、現在の処置内容等の情報だけで

② 回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準（重要カテゴリー）

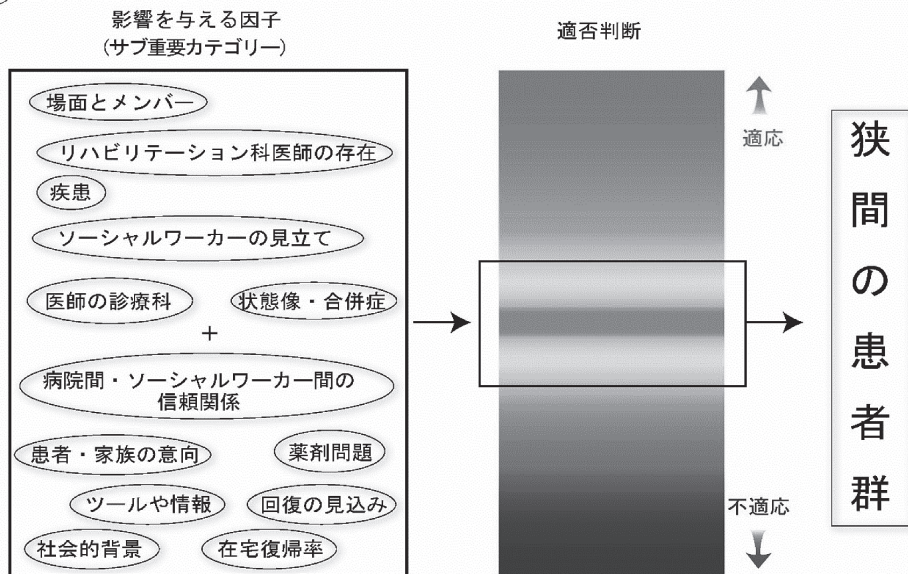


図3 回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準



はなく、それらの回復の見込みについて情報が求められる。

### (3) ソーシャルワーカーの見立て

紙面による情報提供書や医師からの情報以外に病棟での患者の様子、意識レベル、医療行為、患者の反応を確かめ、患者自身の生きようとする意欲、努力してリハビリテーションしている姿など、患者の状態をソーシャルワーカーが観察し、ソーシャルワーカー自身の経験知を頼りに、回復期リハビリテーション病棟への転院方針の妥当性を判断している。

### (4) 患者・家族の意向

ソーシャルワーカーが面接等で確認し、希望・意向と合わせて転院先の方針を決めることが多い。

### (5) 場面とメンバー

急性期病棟側では、医師、看護師、リハビリテーション科各セラピスト、ソーシャルワーカーなどの多職種で構成されたカンファレンスの場にて、患者の全身状態がリハビリテーションに耐え得るかどうか相談をしながら、転院先の種別を決めている。

一方、回復期リハビリテーション病棟側では、ベッドコントロールをしているスタッフや医療事務担当職員がカンファレンスに加わるなど、所属組織によって異なるメンバー構成となっている。

### (6) リハビリテーション科医師の存在

回復期リハビリテーション病棟への転院を含めた療養先の選定については、最終的にリハビリテーション科医師がリハビリテーションの適否を判断した上で、療養先を決定している。

### (7) ツールや情報

紙面等による情報提供前に急性期病棟側のスタッフのプレゼンテーションを聞き、リハビリテーションの内容や病名、入院条件に合致しているかの確認をする。さらに、患者の心身の状態を言葉で補足してもらうことによって総合的に判断している。

### (8) 医師の診療科

脳神経外科、一般消化器外科、整形外科などの外科診療科は、主科が先導して回復期リハビリテーション病棟への転院方針を決めており、一方で内科は主科が先導して転院方針を決めることはない。

### (9) 在宅復帰率

いずれ自宅退院が望めるか否かの在宅復帰率の問題が、回復期リハビリテーション病棟への転院方針の判断基準の一つとなっている。

### (10) 社会的背景

単身、独居、生活保護受給中などの社会的背景がある患者の場合は、患者の身体的にリハビリテーションの必要性があっても、様々な理由で転院が叶わないことがある。

### (11) 疾患

たとえリハビリテーションが必要な状態像だったとしても、回復期リハビリテーション病棟への入院には脳血管疾患や肺炎などのように厚生労働省にて定められている入院対象疾患に該当する必要がある。そのため、対象疾患かどうかによって、転院方針について判断の明暗がわかる。

### (12) 薬剤問題

薬の管理や薬価が経営上の問題となり、継続治療できるかの検討に波及することがある。

### (13) 病院間・ソーシャルワーカー間の信頼関係

紙面での情報提供のやりとり不備や、過去のケースでの失敗体験をしていると、転院受け入れに疑義が生じる場合がある。ソーシャルワーカー同士の信頼関係は受け入れの判断において大きな影響を与え、信頼関係の構築ができない場合、判断の際のマイナスの要素になり得る。

## 3. 回復期リハビリテーション病棟への転院が難しい患者群

重要カテゴリー「回復期リハビリテーション病棟への転院が難しい患者群」では、103の重要アイテム、11のサブ重要カテゴリーが生成された(図4)。

### (1) 回復の見込み

リハビリテーション効果が得られないと判断された患者や医療依存(酸素、IVH、気管切開、経腸栄養等)の回復見込みがつかない患者、退院後の先々のビジョン(自宅に帰れる見込みなど)が立っていない患者は受け入れが難しいとされる。

### (2) 在宅復帰率と(3) 退院後の療養先の担保

自宅復帰見込みがある患者を積極的に受け入れる

③ 回復期リハビリテーション病棟への転院が難しい患者群（重要カテゴリー）

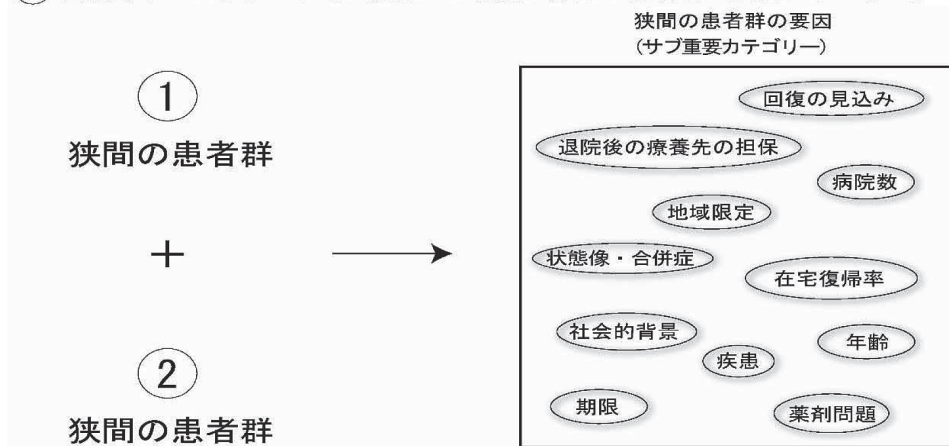


図4 回復期リハビリテーション病棟への転院が難しい患者群

状況となり、リハビリテーション終了後、自宅に帰れるか否か微妙な状況の患者は、リハビリテーションの受け入れが厳しくなっている印象がある。入院相談の時点で退院後の療養先の担保がなく、在宅復帰を達成できそうにない患者は転院が難しくなる傾向にある。

**(4) 状態像・合併症**

一日9単位のリハビリテーションに耐えられない、感染症がある、意識レベルが低い、治療やリハビリテーションの指示が伝わりにくい、がんや他の疾患などの合併症や併存疾患の病態的な管理や継続治療が必要、骨折後の免荷などで痛みがありリハビリテーションが進んでいない、低栄養でアルブミン値が低い、心疾患がベースにあり負荷をあまりかけられない、心臓に予備力がない、抗がん剤を使用しながらの病態管理が必要、神経障害がある、睡眠時無呼吸症候群などによりCPAPを使用している、糖尿病を合併していてまだ病態・薬剤調整中などの状態像・合併症による影響で転院が困難となる。

**(5) 地域限定**

75歳以上の患者は受け入れ地域を限定している場合がある。家屋評価可能な範囲の地域など、患者の居住地によって受け入れの可否を判断している。

**(6) 社会的背景**

単身、独居、生活保護受給中などで、身寄りがない、状態像的に個室管理が必要だが個室代金が払えない等の経済問題を抱えている患者、外国人患者、薬害患者（血友病患者やHIV陽性患者など）などの社

会的背景がある患者の場合、転院が困難となる可能性が高い。

**(7) 期限**

回復期リハビリテーション病棟は、算定対象となる疾患ごとに発症・手術から入院までの期間が定められている（最大2ヶ月以内）。感染症に対する抗生剤の点滴投与が必要で内服への切り替えに時間を要する場合や、免荷をしている場合など、通常より長期の治療期間が必要な患者については、治療後に状態が改善されても回復期リハビリテーション病棟への入院期限まで日数がなく、入院対象外となってしまうことがある。

**(8) 疾患**

回復期リハビリテーション病棟の対象疾患は、脳血管疾患のように明確なものもあれば、「手術後の廃用症候群」といった不明確なものも混在している。手術後の廃用症候群の枠は、病院ごとに発症日の定義が異なるため、該当するか否かの判断が難しく、また低侵襲の手術を行った場合は廃用症候群を認められないなど、術式によっても判断が異なる。手術後は病状的に安静を保つ必要があり、仮に入院相談をしたとしてもリハビリテーションの必要性について問われることもある。

また、自殺未遂で精神科疾患がある患者、薬害患者（血友病患者やHIV陽性患者など）、透析患者、脳腫瘍患者などの併存疾患の有無も受け入れの可否に影響する。

## (9) 病院数

透析などの併存疾患は、本来は受け入れに問題はないはずだが、医療設備や人員体制の問題から入院下で透析ができる体制が整っておらず受け入れ不可となる場合がある。回復期リハビリテーション病棟を持つ病院で透析可能な病院は非常に少ないために、入院相談ができる病院の選択肢が狭まる。

## (10) 薬剤問題

薬価の問題、薬の管理の問題、副作用など、薬を服用しながらのリハビリテーションと病態管理について懸念され、受け入れ不可となることがある。

## (11) 年齢

高齢化が進み、高齢者の転院相談も増えているが、本当にリハビリテーションが可能か、判断が難しいこともある。

## 4. ソーシャルワーカーが行っている

### 工夫・アプローチ

重要カテゴリー「ソーシャルワーカーが行っている工夫・アプローチ」では、163の重要アイテム、5のサブ重要カテゴリーが生成された(図5)。

### (1) ソーシャルワーカー同士のアプローチ

急性期病棟ソーシャルワーカーと回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーの双方向のアプローチ内容が抽出された。急性期病棟ソーシャルワーカーは、持っている過去の経験や知識を元に、回復期リハビリテーション病棟側の体制やベッド状況などを考慮しながら入院相談のタイミング等を測り、診療情報提供書等の文字情報では現れない患者の力を自らで確認し、行間部分をプレゼンテーションで埋めようと努めていた。回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーから急性期病棟ソーシャルワーカーへのアプローチでは、判定会議がスムーズに移行できるように、受け入れを判断する医師が求める詳細等が具体的に記載された診療情報提供書の提出を依頼している。また、対象疾患に非該当になりそうな患者の相談の場合は、急性期病棟側で全身状態、治療経過、既往などを探してもらうなど、対応策についての助言や提案をすることもある。

回復期リハビリテーション病棟側の体制やベッド状況などを考慮しながら入院相談のタイミング等を測り、診療情報提供書等の文字情報では現れない患者の力を自らで確認し、行間部分をプレゼンテーションで埋めようと努めていた。回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーから急性期病棟ソーシャルワーカーへのアプローチでは、判定会議がスムーズに移行できるように、受け入れを判断する医師が求める詳細等が具体的に記載された診療情報提供書の提出を依頼している。また、対象疾患に非該当になりそうな患者の相談の場合は、急性期病棟側で全身状態、治療経過、既往などを探してもらうなど、対応策についての助言や提案をすることもある。

### (2) 急性期病棟内でのソーシャルワーカーによる多職種へのアプローチ

現段階のリハビリテーションの状況を踏まえて、転院までの期間でどの位の単位数をこなせるかをソーシャルワーカーなりに見立て、多職種とディスカッションを重ねている。またリハビリテーション科への訓練依頼を出していない患者でも、回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーションが適していることや、急性期病棟入院中にリハビリテーションを開始する必要性などの見立てを主科の医師へ伝え、その指示をリハビリテーション科医師宛に出

ソーシャルワーカーが行っている工夫・アプローチ

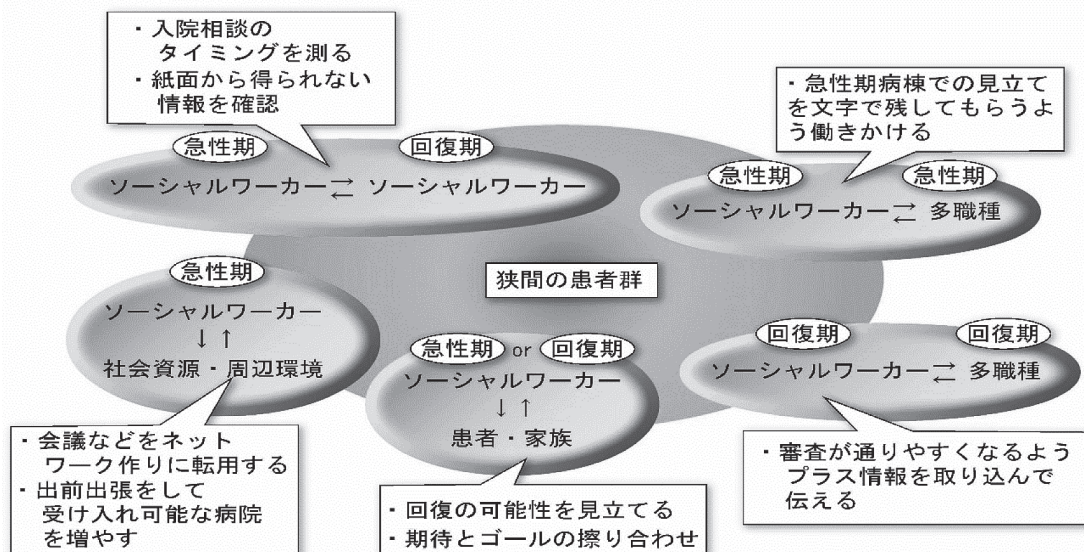


図5 ソーシャルワーカーが行っている工夫・アプローチ

してもらふことがある。

判定会議の際に最低限必要であろう情報（処方内容、入院日、手術日、回復の見込み）、特記すべき情報について診療情報提供書内に明記されるように医師に提案・協議している。患者の状態像や病棟での様子が反映されるADL票においては、特にせん妄・介護への抵抗など問題行動の項目に該当する患者の場合、その行動に至る背景、頻度、回復の見立てなど将来像に関する詳しい情報を補い、患者の状態像を正確に伝える工夫をする。また、全身状態、治療経過、既往など入院条件に該当する項目がないか医師や多職種とともに探索する。

### (3) 回復期リハビリテーション病棟内での

#### ソーシャルワーカーによる多職種へのアプローチ

回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーは、急性期病棟ソーシャルワーカーからの情報を元に、患者の状態像を掴むため、医師、看護師、薬剤師、栄養士、医療事務職員など、必要な職種にいつでも聞ける関係性を構築し、それぞれの専門分野に合わせてアプローチを行っている。

また、急性期病棟側から患者の転院に対してマイナスの情報があればあるほど、回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーカーは転院のためにプラスになる情報を盛り込んで院内スタッフへ伝える等、情報の偏りを防ぐ工夫をしている。

### (4) 患者・家族へのアプローチ

実際の患者の意識レベル、医療行為、患者の反応を確かめて転院方針の妥当性を判断している。また、家族と面接し、家族の意向や入院前のADLを確認し、回復の可能性を見立て、受け入れ基準に近づけられるかを考える。リハビリテーションに対する患者・家族の期待値の高さと、実際のゴールとの間に差がありすぎる場合や、回復期リハビリテーション病棟側で患者の状態像が掴みにくいときは、スタッフが急性期病棟側に訪問して実際に患者を見て判断し、その時に家族とも相談することがある。医療保険、介護保険の範囲内のリハビリテーションでは物足りない、またはこだわりたい患者・家族には自費でリハビリテーションを提供してくれる施設を提案することもある。その他、家族にリハビリテーションを

覚えてもらうなど、リハビリテーションの継続方法の工夫を凝らす場合もある。

金銭問題や身寄り問題を抱える患者については、生活保護の受給開始となれば入院中の洗濯やキーパーソンの問題等を対処できることがあるため、必要に応じて患者と相談し生活保護申請も検討している。

### (5) 急性期病棟ソーシャルワーカーによる

#### その他の社会資源・周辺環境へのアプローチ

急性期病棟ソーシャルワーカーが受け入れ基準を満たすか否かの判断に迷った際には、正式相談前に、日頃から連携をとっている回復期リハビリテーション病棟へ相談し、回復期リハビリテーション病棟の入院基準を満たすか否か、急性期病棟側で工夫すべきことがあるか等の情報を得て、正式相談に備えている。また、ソーシャルワーカー同士のネットワークを有効活用している。地域の病院との連携会議のような場で挨拶を交わしたり、大学病院の場合は、医師の外勤先（医局など）との連携や、各病院で開催されている会議を上手にネットワーク作りに転用させたりすることを大切にしている。

薬害患者（血友病患者やHIV陽性患者など）については、急性期病棟側からソーシャルワーカーが出前出張をして話をするなど、対応がそれ程大変ではないことをわかってもらい、受け入れ可能な病院を増やす工夫をする。

## V. 考 察

### 1. 「転院支援の狭間」に陥っている患者の存在

インタビュー結果で抽出された「疾患」、「状態像・合併症」、「回復の見込み」というサブ重要カテゴリーからも見えてくるように廃用症候群や医療依存度が高い患者については、リハビリテーションによる改善の効果が得られないのではないかと判断され、受け入れが難しくなっていることが明らかになった。この背景としては、2016年の診療報酬改定でアウトカム評価の指標も加わり、回復期リハビリテーション病棟の入院から退院までのリハビリテーションの改善率を図る仕組みが加わったことも影響していると考えられる。また、「在宅復帰率」、「退院後の療養先の担保」、「回復の見込み」というサブ重要カテゴ

リーで語られたように、回復期リハビリテーション病棟の退院後の先々の生活ビジョンが立っていない患者もまた、受け入れが難しくなるのである。これらは診療報酬上でいう在宅復帰率の影響を受けており、回復期リハビリテーション病棟側の意見としては、病院の方針として自宅に帰る見込みがある患者を積極的に受け入れている状況があることも抽出された。また、サブ重要カテゴリーの「薬剤問題」については、薬価の問題、薬の管理の問題、病態管理の問題などを懸念されることが明らかになった。さらに、サブ重要カテゴリーの「疾患」、「状態像・合併症」、「年齢」では、意識レベルの低下、病態管理を要するような状態像や感染症、精神疾患、がんなどの合併症がある患者、また高齢な患者は、回復期リハビリテーション病棟で提供する単位数のリハビリテーション訓練に耐えられそうにないと判断される場合がある。また、医療体制として専門医がいないことや医療機器などの整備がないことにより急変時等の対応ができないと判断されたりするため、病状管理の側面から受け入れが難しくなることが明らかになった。単身、独居、生活保護受給中など、親族の協力が得られない、経済問題を抱えている患者や外国人患者、薬害患者（血友病患者やHIV陽性患者など）といった「社会的背景」のサブ重要カテゴリーで語られる患者群は、病院側で配慮が必要な事項であり、トラブルの危険性を孕んでいる場合は、リハビリテーションの必要性よりもその点が重視され、受け入れが困難となることが明らかになった。患者の症状や改善のスピードについては個別性があるが、このように診療報酬上で定められた受け入れ基準が限定的であるがゆえに、「転院支援の狭間」は生まれているといえる。

## 2. 実践現場におけるエコロジカル・ソーシャルワーク

生態学的理論（エコロジカル理論）の提唱者である Carel B. Germain（C・B・ジャーメイン）や Alex Gitterman（A・ギッターマン）は、生活問題の発生を次のように述べている。「クライアントが直面する『ニーズ』や『問題』は、『生活』の中で捉えられ概念化される。即ち、人間と環境の間の交互作用

（transaction）の結果」（Germain & Gitterman 1980 = 1992: 89）と捉えている。このような生活モデルの問題の考え方は、「病理の反映としてではなく、他人や、物・場所・組織・思考・情報・価値を含む生態系の要素の中の相互作用の結果」（Germain 1973 = 1992: 11）としている。本研究で明らかになった「転院支援の狭間」の患者の存在を考えた時、転院を難しくさせる要因を患者自身の問題として捉えるのではなく、制度・政策、経営を考える病院組織の在り方、ソーシャルワーカーや院内の多職種による思考や価値観など、患者を取り巻くあらゆる生態系の要素と患者との交互作用による不適合が起これ、その結果、回復期リハビリテーション病棟への転院が叶わないという問題が生じていると考える。

そして、その解決策について家高（2014:10）は、『医療モデル』のような個人の持つ問題と、その解決を直線的に捉えるのではなく、人と環境の相互作用が、お互いに影響しあうことで、個人や地域社会、家族とそれを取り巻く環境などの作用が、問題を引き起こす」とし、「環境と人との交互作用に視点を置き、その接点を円滑にすることで、利用者の生活を良い方向へと導くものである」と述べている。「転院支援の狭間」に陥っている患者の存在を捉え、環境との接点に介入をしていくエコロジカル・ソーシャルワークは、患者のリハビリテーションを受ける権利を守るための糸口を見出す上で有効であると考えられる。

エコロジカル・ソーシャルワークの視点で考えると、本研究でいう「環境」は、患者を取り巻く物理的、社会的な全てを指し、病院組織、ソーシャルワーカーや院内多職種の思考や価値観なども含まれる。インタビュー調査で抽出された「ソーシャルワーカーの見立て」、「患者・家族の意向」、「場面とメンバー」、「リハビリテーション科医師の存在」、「医師の診療科」、「病院間・ソーシャルワーカー間の信頼関係」というサブ重要カテゴリーはそれらを示しているといえよう。今回の調査結果においても、重要カテゴリーの「ソーシャルワーカーが行っている工夫・アプローチ」で抽出されたように、医学的リハビリテーションの必要性の判断に始まり、回復期リハビリテーション病棟への転院方針の決定までのプロセ

ス、実際に転院調整を行う際の急性期病棟側の事前準備及び院内での働きかけや、受け手である回復期リハビリテーション病棟側の院内調整等、それぞれの場面において、ソーシャルワーカーは「環境」へ働きかけ、「転院支援の狭間」を埋めるための工夫とアプローチを展開していることが明らかになった。

### 3. 制度・政策の問題点

上述したように回復期リハビリテーション病棟への転院は、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の双方の医師やソーシャルワーカーなど、多職種の判断と価値基準の影響があることが明らかとなった。また、受け入れ困難となる患者群は、診療報酬体系で決められている対象疾患や期限の他にも、インタビュー調査結果として抽出された「状態像・合併症」、「薬剤問題」、「入院前のADL」や「社会的背景」などのサブ重要カテゴリーによっても選別される状況があり、その背景には在宅復帰率やアウトカム評価、包括医療など回復期リハビリテーション病棟が課せられている診療報酬上の規定と密接な関係があることが見えてきた。それらの事情を加味しながら、ソーシャルワーカーがエコロジカルな視点から数々のアプローチを行い、リハビリテーションを必要とする患者の転院が実現できるよう、制度・政策の枠組みに当てはめることなく、時には越境しながらソーシャルワーカー同士、または多職種、患者・家族や社会資源に対し、働きかけていることが明らかになった。しかしながら、裏を返せば、患者はソーシャルワーカーの力量次第でリハビリテーションを受ける機会が左右されるという懸念事項も明らかになったといえる。ソーシャルワーカーの視点や姿勢次第で、患者のリハビリテーションの先にある生活を一変させる可能性を、現行の制度が孕んでいる。制度・政策が患者の生活を脅かす存在となるのである。公平性を保つことを前提とし、基準が作られたはずではあるが、現在の枠組みではリハビリテーションが必要とされているにも拘わらず、転院が叶わない患者群が発生し、それゆえソーシャルワーカーが規定の枠組みを越えて本来のリハビリテーションの目標である「全人的復権」を目指せるよ

う奮闘している姿がある。本来は回復期リハビリテーション病棟の枠組みに包含されてよい患者が「転院支援の狭間」に陥っているという制度・政策の問題が浮き彫りになったといえよう。

## VI. 結 論

本研究では制度・政策の影響が大きい回復期リハビリテーション病棟に焦点をあて、本来のリハビリテーションの在り方と既存の制度の枠組みとの齟齬について論じてきた。診療報酬制度により定められた回復期リハビリテーション病棟の入院基準等の枠組みは、患者選別を招き、転院が難しくなる患者群を発生させていることが明らかになった。そしてソーシャルワーカーは、そのような「転院支援の狭間」の事象に対し、患者個人の問題として捉えるのではなく、患者を取り巻く環境に対して働きかけるエコロジカル・アプローチを行いながら、リハビリテーションを受ける患者の権利を守るために制度・政策の矛盾と闘っている姿を明らかにした。これはソーシャルワーカーの専門的スキルの高さを示すものでもあるが、逆に制度的課題を隠蔽するという実践上のパラドックスを生み出しているのである。

高良(2017: 190)が述べるように「社会で生活している人びとを支援する以上、また法制度のもとで支援を行う以上、ソーシャルワークを政治から分離して考えることはできない」ため、現代社会において本研究で取り扱ったような「転院支援の狭間」の問題に対して、ソーシャルワーカーがどのような支援をしているのかを明らかにできたことには意義がある。また、北川・水間・山下・山本(2007)は、「急性期病院においては、患者の治療経過よりも転院先を確保できるかどうかのほうが、事実上最も重要な点になることが少なくない」と述べており、そのような支援の危険性についても警鐘を鳴らすことができたのではないかと考える。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

FGIの参加メンバーは、調査結果が普遍化できるよう地域や病院機能について考慮した上で選出したが、すべての地域の結果を表現しているとはい

きれない。また、FGIは調査協力者の主観を用いるという性質上、恣意的な結果になり得る。そのため、異なるメンバーで調査を実施し、結果を比較したり、統計分析など量的研究を組み合わせたりすることで信頼性を高めていく必要がある。

その他の課題として、院内に回復期リハビリテーション病棟が併設されている所属機関と併設されていない病院との比較、患者への直接的アプローチに焦点をあてた調査、ソーシャルワーカーの経験年数によるアプローチの比較、回復期リハビリテーション病棟の都道府県格差に焦点をあてた地域ごとの特性の抽出など、本研究の結果を軸にさらに発展させていくことができると考える。

なお、今後も医療改革は益々進み、診療報酬による影響を受けながらも、ソーシャルワーカーは転院支援を実践することが予測される。患者の問題は多様化、複雑化しており、一人のソーシャルワーカーや病院単独の努力では十分な支援は困難となっている。こうした背景であるからこそ、医療制度・政策による公共性の在り方が問われていると考える。近年の医療費抑制策の観点から、機能回復効果を指標とする回復期リハビリテーション病棟を取り巻く制度・政策の在り方では、「全人的復権」を目指すどころか「転院支援の狭間」に陥る患者が後を立たない。

最後に、回復期リハビリテーション病棟に関する政策提言を述べる。筆者らは、調査で明らかとなった「転院支援の狭間」の患者群を包含できる仕組みが必要であると考え。具体的な策としては、高額な薬剤の継続が必要な患者に対しては、包括医療費の枠を越えて承認される必要があると考える。また、回復期リハビリテーション病棟に転院後、状態が悪化した患者については、連携している近隣の救急病院にて積極的に受け入れができるような新たな算定条件を加えることも一考である。入院期限の問題については、治療後の安静が必要と医学的に判断された患者に対しては、安静に要した日数を除外して計算することも不可欠であると考え。さらに、社会的背景として経済問題や身寄りに問題があるような患者の場合は、既定の在宅復帰率が達成されなかつ

たとしても、回復期リハビリテーション病棟側が不利益を被らないような特例条件を創設するなど、患者の個々の状態に合わせた基準が構築され、現在の医療制度・政策の枠組みに一定の裁量もてるように期待する。

本研究で明らかになったように、本来は回復期リハビリテーション病棟の枠組みに包含されてよい患者が「転院支援の狭間」に陥っている状況がある。ソーシャルワーカーの力量や努力によって転院が達成されるのではなく、上述したように、「転院支援の狭間の患者群」を包含できるような新たな制度・政策の改革が必要と筆者らは考える。C・B・ジャーメイン(1980=1992: 85)は、「たとえ病気・障害・失敗・深い悲しみに直面しても、人間はなお成長や健康に向かって活動する、もって生まれたパワーをみなもっている」と述べている。患者の可能性は図り知れないものであり、「全人的復権」を目指すリハビリテーションを受ける患者の権利は、制度・政策によって選別されるものではなく、患者の生命や人生への可能性を導き出し、追求する機会が保障されるものであると考える。

#### 引用・参考文献

- 安梅勅江(2010)『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 III / 論文作成編 科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版。
- Germain, C. B. (1973) An ecological perspective in casework practice. *Social Casework*, 54(6), pp.323-330. (=1992, 小島蓉子編訳・著 『エコロジカル・ソーシャルワーカーカレル・ジャーメイン名論文集—』学苑社 所収。)
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1980) Social work, identity, competence, and autonomy: the ecological perspective. *Social Work in Health Care*, 6(1), pp.1-10. (=1992, 小島蓉子編訳・著 『エコロジカル・ソーシャルワーカーカレル・ジャーメイン名論文集—』学苑社 所収。)
- 日和恭世(2014)「ソーシャルワーカーの実践観に関する一考察 テキストマイニングによる分析をもとに」『別府大学紀要』55, 73-83.
- 堀田真理(2009)「再考—インセンティブ報酬としてのわが国における診療報酬制度『経営論集』74, 173-197.

- 家高将明編 (2014)『現代ソーシャルワーク論 社会福祉の理論と実践をつなぐ』晃洋書房.
- 上山崎悦代 (2016)「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの IPW 2つのインタビュー調査から」『日本福祉大学社会福祉論集』135, 111-132.
- 木下ゆり (2007)「フォーカスグループインタビューによる保健医療を学ぶ学生の喫煙意識の質的分析」『静岡英和学院大学紀要』8, 223-231.
- 北川寛直・水間正澄・山下愛茜・山本佳昭 (2007)「急性期病院の相違による回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査 地域完結型と病院完結型との比較」『日本リハビリテーション医学会誌』44(4), 237-241.
- 高良麻子 (2017)『日本におけるソーシャルアクションの実践モデル—「制度からの排除」への対処』中央法規出版.
- 厚生労働省 (2016)「厚生労働省告示第五十三号」  
<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=335776&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114832.pdf>, 2017/2/28
- 厚生労働省 (2015)「平成28年度診療報酬改定の基本方針」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000106247.pdf>, 2017/04/24
- 小銭寿子・久永聖人 (2014)「2008年の診療報酬改定が医療ソーシャルワーカーの業務に与えた変化に関する一考察: 質問紙・インタビュー調査を用いて」『名古屋市立大学紀要』8, 65-72.
- 久保茂樹 (2013)「回復期リハビリテーション病棟における医療ソーシャルワーカーのストレスに関する研究」『医療と福祉』46(2), 22-31.
- 水野大介・佐藤隆信・明神麻歩・荒谷翠・稲垣いづみ・水野充江 (2011)「診療報酬改定による転院援助業務の影響」『陶生医報』27, 49-52.
- 日本リハビリテーション病院・施設協会編 (2009)『維持期リハビリテーション—生活を支えるリハビリテーションの展開—』三輪書店.
- 二本立 (2007)『医療改革 危機から希望へ』勁草書房.
- 田中清和・坂本昌子・土肥公子 (2004)「当院リハビリ科入院患者受け入れ状況の変化」『JR リハビリテーション医療学会誌』30, 54-55.
- 上田敏 (1983)『リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権—』青木書店.

(わかすぎ みちこ 横浜市立大学附属市民総合医療センター)

(たかはし まなぶ 福祉社会学科)