

【調査票3】日常生活状況等モニタリング票

記入者： _____

任意番号		性別	1.男 2.女	年齢	_____歳	介護度	
------	--	----	---------	----	--------	-----	--

項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入)	ケア評価			
			退院 1週間後 (/)	退院 1月後 (/)	退院 3月後 (/)	
IADL	1	買い物	1.自立して「している」 (他者からの見守りや介助を要せずに、各行為をしている場合をいう) 2.見守りを受けながら「している」 3.一部介助を受けながら「している」 4.全介助を受けながら「している」 5.これらの行為を行っていない(していない)			
	2	食事の支度				
	3	家事				
	4	金銭の管理				
	5	遠くへの外出				
ADL等	1	歩行 (45m以上)	1.自立して、45m以上歩行している。 (杖や歩行器、装具を使用してもよい) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない 6.車いすで45m以上自走している			
	2	屋内移動	1.自立(介助や見守りなしに移動をしている。 車いすや杖などの移動手段は問わない) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない			
	3	屋外移動				
	4	階段昇降 (1段分)	1.自立(介助や見守りなしに1段の階段昇降をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない			
	5	車いすと ベットの間の移乗	1.自立(ベッド上の起き上がり動作から車いすへの移乗までの一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※一連の動作の中で、見守りと一部介助が混在する場合はより重度の方(この場合は一部介助)で評価下さい)			
	6	入浴	1.自立(入浴の一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない			
	7	トイレ動作	1.自立(トイレ使用に関する一連の動作(トイレへの出入り、便座に座る、衣服の上げ下げ、トイレットペーパーの使用等)を見守りや介助なしにしている。手すりの使用は可) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合は、一部介助で評価)			
	8	整容 (洗面、整髪、 歯磨き、髭剃り)	1.自立(使用物品を用意し、整容の行為をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※整髪は見守りだが、洗面は一部介助の場合、より重度の方(一部介助)で評価)			
	9	更衣	1.自立(更衣に関する一連の動作(服を着る、ボタンをとめる等)を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合は、一部介助で評価)			
	10	排便コントロール	1.失禁なし。必要な座薬の使用や浣腸もできる。 2.座薬や浣腸の使用に介助を要したり、時に失禁する。 3.1-2以外			
	11	排尿コントロール	1.失禁なし。昼夜ともコントロール可能。尿集器使用もできる。 2.時に間に合わず失敗する。尿集器使用に介助を要す。 3.1-2以外			
	12	食事摂取	1.自立(届く範囲に食物をセットすれば、適度な時間内に食事をしている。調味料をかけるなども含む) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない			
	13	寝たきり度	1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2			

項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (/)	1月後 (/)	3ヶ月後 (/)
外出頻度等	1 買い物	(評価日を含めた1週間の状況) 1.週4日以上 2.週2-3日 3.週1日 4.週に1日もなし			
	2 散歩				
	3 友人と会う				
	4 日中の活動性		1.よく動いている 2.座っている事が多い 3.横になっていることが多い		
移動手段	1 屋内移動手段 (複数回答)	1.独歩 2.手すり・伝え歩き 3.床上移動 4.T字杖 5.多脚杖 6.歩行器 7.シルバーカー 8.装具 9.車いす自走 10.車いす介助 11.その他			
	2 屋外移動手段 (複数回答)				
認知機能	1 短期記憶	1.できる(思い出せる) 2.できない			
	2 日常の意思決定	1.できる 2.特別な場合以外は可 3.日常的に困難 4.できない			
	3 意思の伝達	1.できる 2.時々できる 3.ほとんどできない 4.できない			
	4 認知症自立度	1.自立 2.I 3.II a 4.II b 5.III a 6.III b 7.IV 8.M			

問2 「退院 1 週間後」と「3 カ月後」の医療・介護サービス受給状況を下記評価区分に従って評価下さい。

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	退院 1 週間後 (/)	3 カ月後 (/)
1.外来でのリハ	1.あり 2.なし 3.不明		
2.訪問介護	1.あり 2.なし		
3.訪問看護7 (PT,OT,STによる)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	週()回	週()回
4.訪問リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	週()回	週()回
5.通所介護(リハ スタッフ配置あり)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	週()回	週()回
6.通所介護(上記以外)	1.あり 2.なし		
7.通所リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	週()回	週()回
【リハサービス内容】※リハで行っている内容全ての番号を右欄に記入。 1.筋力増強運動 2.関節可動域トレーニング 3.バランス練習 4.起居・立位動作練習 5.移動動作練習 7.ADL 練習(整容、更衣、移動、排泄など) 8.IADL 練習(屋外移動、買い物、掃除、調理など) 9.福祉用具アドバイス 10.住宅改修アドバイス 11.家族への介護助言・指導 12.その他			

問3 家族の方の介護の状況についてご回答下さい(家族による介護が行われていない場合は記入不要です)。

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	退院 1 週間後 (/)	3 カ月後 (/)
主たる介護者の 介護負担感	1.非常に強い 2.まあまあ強い 3.どちらとも言えない 4.あまりない 5.ほとんどない		
家族介護日数	※毎日の場合「7」と右欄に記入下さい		
家族介護時間 (実施日について)	1.ほとんど終日 2.半日程度 3.2-3 時間程度 4.必要時に手をかす程度		

3ヵ月後に評価できなかった場合の理由

1.入院(月 日) 2.介護施設・居住系施設入所(月 日)
3.死亡(月 日、理由:)
4.担当事業所変更 5.その他(理由:)

【調査票 4-1】 毎日の生活に関する質問票（第1回:退院から約1週間後）

ご記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

問1 あなた自身の今日の健康状態を最も良く示しているものを 1つ選んで ○を付けて下さい

(1) 移動の程度 について

1. 私は歩き回るのに問題はない
2. 私は歩き回るのにいくらか問題がある
3. 私はベッド(床)に寝たきりである

(2) 身の回りの管理 について

1. 私は身の回りの管理に問題はない
2. 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
3. 私は洗面や着替えを自分でできない

(3) 普段の活動(例:仕事、勉強、家族・余暇活動) について

1. 私はふだんの活動を行うのに問題はない
2. 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
3. 私はふだんの活動を行うことができない

(4) 痛み/不快感 について

1. 私は痛みや不快感はない
2. 私は中程度の痛みや不快感がある
3. 私はひどい痛みや不快感がある

(5) 不安/ふさぎ込み について

1. 私は不安でもふさぎ込んでもいない
2. 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
3. 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

(裏面に続きます)

問2 健康状態などに関する次の質問について、一番よく当てはまるもの1つに○を付けて下さい

(1) **あなたの健康状態** について

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

(2) **転倒に対する不安** について

1. 不安がある 2. 不安はない

問3 気持ちややる気(意欲)に関する次の5つの質問について、はい・いいえ のいずれかに○を付けて下さい

- (1) 毎日の生活に満足していますか 1. はい 2. いいえ
- (2) 毎日が退屈だと思うことが多いですか 1. はい 2. いいえ
- (3) 外出したり何か新しいことをするより、家にいたいと思いますか 1. はい 2. いいえ
- (4) 自分が無力だと思うことが多いですか 1. はい 2. いいえ
- (5) 生きていても仕方ないと思う気持ちになることがありますか 1. はい 2. いいえ

問4 ご家族や友人・地域住民とのコミュニケーションに関する質問について、あてはまる方に○を付けて下さい

(1) あなたの心配ごとや悩みを相談していますか

- ・家族や親戚に相談を 1. している 2. していない
- ・友人や地域住民の方に相談を 1. している 2. していない

(2) 他の人から心配ごとや悩みを聞いたり相談にのっていますか

- ・家族や親戚からの相談に 1. のっている 2. のっていない
- ・友人や地域住民の方からの相談に 1. のっている 2. のっていない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。 ケアプラン作成担当の方にお渡し下さい。

(プラン作成者 記入欄)	プラン作成者 氏名		対象者 任意番号	
-----------------	--------------	--	-------------	--

【調査 4-2】 毎日の生活に関する質問票（第 2 回:退院から約 3 ヶ月後）

ご記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

問1 あなた自身の今日の健康状態を最も良く示しているものを 1つ選んで ○を付けて下さい

(1) **移動の程度** について

1. 私は歩き回るのに問題はない
2. 私は歩き回るのにいくらか問題がある
3. 私はベッド(床)に寝たきりである

(2) **身の回りの管理** について

1. 私は身の回りの管理に問題はない
2. 私は洗面や着替えを自分でするのいくらか問題がある
3. 私は洗面や着替えを自分でできない

(3) **普段の活動(例:仕事、勉強、家族・余暇活動)** について

1. 私はふだんの活動を行うのに問題はない
2. 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
3. 私はふだんの活動を行うことができない

(4) **痛み／不快感** について

1. 私は痛みや不快感はない
2. 私は中程度の痛みや不快感がある
3. 私はひどい痛みや不快感がある

(5) **不安／ふさぎ込み** について

1. 私は不安でもふさぎ込んでもない
2. 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
3. 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

(裏面に続きます)

問2 健康状態などに関する次の質問について、一番よく当てはまるもの1つに○を付けて下さい

(1) **あなたの健康状態** について

1. とても健康 2. まあまあ健康 3. あまり健康でない 4. 健康でない

(2) **転倒に対する不安** について

1. 不安がある 2. 不安はない

問3 気持ちややる気(意欲)に関する次の5つの質問について、はい・いいえ のいずれかに○を付けて下さい

(1) 毎日の生活に満足していますか 1. はい 2. いいえ

(2) 毎日が退屈だと思うことが多いですか 1. はい 2. いいえ

(3) 外出したり何か新しいことをするより、家にいたいと思いませんか 1. はい 2. いいえ

(4) 自分が無力だと思うことが多いですか 1. はい 2. いいえ

(5) 生きていても仕方ないと思う気持ちになることがありますか 1. はい 2. いいえ

問4 ご家族や友人・地域住民とのコミュニケーションに関する質問について、あてはまる方に○を付けて下さい

(1) あなたの心配ごとや悩みを相談していますか

・家族や親戚に相談を 1. している 2. していない

・友人や地域住民の方に相談を 1. している 2. していない

(2) 他の人から心配ごとや悩みを聞いたり相談にのっていますか

・家族や親戚からの相談に 1. のっている 2. のっていない

・友人や地域住民の方からの相談に 1. のっている 2. のっていない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。 ケアプラン作成担当の方にお渡し下さい。

(プラン作成者 記入欄)	プラン作成者 氏名		対象者 任意番号	
-----------------	--------------	--	-------------	--

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 23 年度分担研究

カンファレンスの評価

－退院時カンファレンスに焦点を当てて－

研究分担者 篠田道子（日本福祉大学社会福祉学部 教授）
研究協力者 木村圭佑（日本福祉大学大学院 実務家教員）
研究協力者 宇佐美千鶴（日本福祉大学大学院 実務家教員）

【研究要旨】

本研究は、退院時カンファレンスに焦点を当てた2つの調査を行った。①調査1：専門職が一堂に集まる「退院時カンファレンス」を参与観察し、職種間の発話数や発言者比率などカンファレンスの定量的評価をする。②調査2：リハ専門職に対し、退院時カンファレンスを題材にしたディスカッションの後に「カンファレンス自己評価」を実施し、カンファレンススキルの傾向を分析する。

【調査1】は、退院時カンファレンスへの参与観察を通して、定量的評価（総発話数・発言者比率・ファシリテーターおよび職種別の発話時間と比率）を行うものであり、U病院の退院時カンファレンスに参加した医療・福祉専門職12名の発言を分析した結果、

- 1) 総発話数：延べ発言数は45分間で24回であった。
- 2) 発言者比率：参加者12名のうち、1回以上発言した人は10名、発言者比率（発言者数／参加者数）は、71.4%であった。
- 3) ファシリテーターおよび職種別の発話時間と比率：ファシリテーター24%で、30%以下を標準とすると適正な時間であった。職種別では、医師28.8%、看護師長17.7%、リハ専門職11.1%で病院側の発話時間が90%にのぼり、在宅側からの発言は少なかった。

【調査2】は、A県の医療機関等に勤務するリハ専門職21名を対象に、12項目で構成されている「カンファレンス自己評価表」に基づき、5段階評価で評価した。その結果、

- 1) 肯定的評価項目：①カンファレンスへの積極的な参加、②事前準備、⑧情報交換・共有ができた、⑩新たな気づきや見解、⑫カンファレンスへの満足度
- 2) 否定的評価項目：⑤討論の中で疑問に思ったことを質問する、⑥参加者としてリード、⑨他者の意見を引用・改良して発言、⑩多様な対応策の提案 と回答した。

以上の結果から、退院時カンファレンスは病院側の発言に多くの時間が割かれ、特定の職種の発言に偏っていることが分かった。本カンファレンスの目的は、退院後の患者・家族の生活支援であり、在宅側からの積極的な発信が求められること、カンファレンスの出席率・運営技術の向上に取り組む必要があると考えた。また、リハ専門職は、対等な立場で意見交換したり、議論をリードするスキルが不十分である。リハビリ前置主義を貫くためにも、リハの視点を加味したケアプラン作成への貢献が必要である。

A. はじめに

保健医療福祉サービスにおける多職種チームや支援者間の連携は上手くされていないことはたびたび指摘されている。教育の場では、利用者中心の理念を重視したチームアプローチの必要性は教授されるものの、具体的な方法論や共通の価値観を持ち相互理解するための教育方法は確立されていない。

イギリスでは保健医療福祉の連携は教育なしには成しえないと、1980年代に IPE (Interprofessional Education: 専門職連携教育) が台頭してきた。「専門職であることは連携ができることを意味する」といわれるように、保健医療福祉の対人援助にかかわる専門職には、各領域独自の知識・技術・態度と連携・協働できる知識・技術・態度が必要である¹⁾。

IPEの方法には、いくつか共通点がある。①事例教材(モジュールやケース教材)を用いて、②訓練されたファシリテーターによって、③参加者同士のディスカッションで相乗効果を創出することで、優れた問題解決へと導いていくプロセスをシステム化している。

IPEの一つとして、マネジメント領域で効果をあげているケースメソッド教育がある。ケースメソッド教育とは、高木・竹内(2010)によれば、「訓練主題の含まれるケース教材を用いてディスカッションを行う体系的な教育行動」と定義されている²⁾。現実起こった事象を題材にしたケース(事例)を教材に、ディスカッションをしながら、意思決定や問題解決力等の実践力を磨くことを目的にしている。保健医療福祉の教育分野でも IPEの一環としてケースメソッド教育の導入が広がりつつある³⁾⁴⁾⁵⁾。

保健医療福祉サービスのディスカッションの場はカンファレンスである。日々のカンファレンスは、利用者の生活課題を解決すべく、多職種で構成されたチームが参集し、ディスカッションをしながら有益な支援方法を見出す作業である。これはケースメソッド教育と重なる。ゆえに、日々のカンファレンスは IPE そのものであり、意図的に実施することで、連携力の向上が期待できる。

このように専門職連携はカンファレンスを抜きにして機能しないことは明らかであり、厚生労働省「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」の議論でも、チームアプローチの質を向上させるには、カンファレンスを充実させること、単なる情報交換の場ではなく、議論・討論の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に職種を尊重した議論をすることが重要であると提言している⁶⁾。

カンファレンスの効果については、上原・野中(2006)が4つにまとめている。①支援に必要な情報の共有と確認、②ケアカンファレンス技術の習得、③相互理解による連携の具体化と地域課題の発見、④支援の原則と価値観の共有である⁷⁾。しかし、カンファレンスの研究は、「理論・実践の両面でほとんど検討されていない概念」であり⁸⁾、実証的な研究が求められている。

退院時カンファレンスは、医療チーム、在宅チーム、患者と家族の3者が参集して、退院後の生活とリスクマネジメントの視点を加味しつつ、新たな生活に移行できるよう、チームとしての意思決定を行うものであり、退院支援の中核的な活動である。しかし、職種による参加率のバラツキがあり、特にリハビリテーション専門職(以下、「リハ専門職」)の出席率の低さが指摘されている⁹⁾。在宅ケアを推進するには、利用者の療養場所が変わっても「リハビリテーション前置主義」が貫かれ、リハビリテーションサービスが分断されないように、リハ専門職が架け橋になることが期待されている。

このような背景から、退院時カンファレンスに焦点を当てた2つの調査を行った。①専門職が一堂に集まる「退院時カンファレンス」を参与観察し、職種間の発話数や発言者比率などカンファレンスの定量的評価をする。②リハ専門職に対し、退院時カンファレンスを題材にしたディスカッションの後に「カンファレンス自己評価」を実施し、傾向を分析する。

B. 対象および方法

【調査1】退院時カンファレンスの定量的評価

1. 目的

退院時カンファレンスへの参与観察を通して、定量的評価（総発話数・発言者比率・ファシリテーターおよび職種別の発話時間と比率）を行う。

2. 対象

U病院の退院時カンファレンスに参加した医療・福祉専門職12名（医師、薬剤師、看護師長、退院調整看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、訪問看護師、通所介護責任者、住宅改修事業者）と患者の家族2名（今回の調査では、家族の発言は分析から外した）。

ファシリテーター（司会者）は退院調整看護師であった。

3. 倫理的配慮

U病院院長と看護部長に書面をもって研究の説明を行い、研究協力の同意を得た。患者と家族に対しては、退院調整看護師と看護師長が書面をもって面接し、研究の説明を行い、同意を得た。医師など他の参加者に対しても同様に説明し、同意を得た。

4. 方法

U病院で開催される退院時カンファレンスに、参加者の同意を得たうえで研究者が参与観察した。カンファレンスの過程は、研究者が聞き取り、ただちに文字化して分析の素材とした。曖昧な箇所は参加者に確認した。

分析は、先行研究¹⁰⁾を参考に、以下の定量的評価を行った。①総発言数（カンファレンスで延べ何回の発言がなされたかを測定）、②発言者比率（参加者のうち、1回以上発言した人の比率）、③ファシリテーターおよび職種別の発話時間と比率（カンファレンス全体を100としたとき、ファシリテーターおよび各職種が発話している時間と比率）である。

【調査2】リハビリテーション専門職のカンファレンス自己評価

1. 目的

「カンファレンス自己評価」を分析し、リハ専門職のカンファレンススキルの傾向を明らかにする。

2. 対象

A 県の医療機関等に勤務するリハ専門職 21 名（理学療法士 20 名、作業療法士 1 名）。

3. 方法

日本福祉大学大学院ケース教材委員会が所蔵しているケース教材を題材に、訓練を受けたファシリテーターのリードにより、リハ専門職 21 名が、設定された課題に従って 75 分間ディスカッションし、終了後に「カンファレンス自己評価表」を記入した。

ケース教材は、「訪問リハビリで働き始めたスタッフの悩み」（本文 9 頁＋資料 2 頁）を用いた。本教材は、退院前カンファレンスにおける多職種間の葛藤を描いたもので、相互理解の視点やコミュニケーションのあり方を議論するものである。日本福祉大学大学院ケース教材委員会の審査・承認を経て登録されているものであり、一定の質は保たれている。

ファシリテーターは、高度専門職業人として日本福祉大学実務家教員に登録され、かつディスカッションリードの訓練を重ねたリハ専門職である。

「カンファレンス自己評価表」とは、文献を参考に篠田・宇佐美（2010）が作成したもので、12 項目で構成されている（表 1）。主に、「参加後の満足度」「カンファレンスの準備」「ディスカッションに関するもの」（参加者としての気づき、発言の仕方・場づくりへの貢献等）で構成されている。回答方法は、5 段階評価（そう思う～ふつう～そう思わない）とした。

C. 結果

【調査1】

1. 参加者の主な属性

退院時カンファレンスに参加した、医療・福祉専門職の12名。

参加者の内訳は以下の通りである。

- ・病院側：医師、薬剤師、看護師長、退院調整看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカーの8名
- ・在宅側：介護支援専門員、訪問看護師、通所介護責任者、住宅改修事業者の4名
- ・患者側：長男夫婦2名（分析の対象から外した）

2. 総発言数

延べ発言数は45分間で24回であった。比較対象となる研究結果が存在しないため、近接領域であるケーメソッド教授法の定量的評価を参考に（12）。ケースメソッドの討論参加者の総発言数は90分授業で平均して70前後である。これより多ければ発言自体は活発であっても、内容量（文字数が少ないことになり、参加者が論旨を伴う発言をせず、断片的な意見を言うに留まっている）ことが疑われる。また、70に大きく届かない場合は、参加者の発言が長くなっていると思われる。

一概に比較できないが、今回の退院時カンファレンスの総発言数はやや少ない。これは、後述するように、医師の病状説明に時間が割かれ、意見交換に要する時間が少なかったためである。

3. 発言者比率

参加者12名のうち、1回以上発言した人は10名、発言者比率（発言者数/参加者数）は、71.4%であった。

4. ファシリテーターおよび職種別の発言時間と比率

カンファレンス全体を100としたとき、ファシリテーターが発話している時間と比率は、11分で24%であった。前述したケースメソッド教授法では、授業担当者の発言時間比率は30%以下を目指していることから、本カンファレンスでは適正な時間といえる。

職種別の発言時間と比率は、医師13分(28.8%)、薬剤師4分(8.8%)、看護師長8分(17.7%)、リハ専門職5分(11.1%)、管理栄養士1分(2%)、介護支援専門員3分(6.7%)であった。医師の13分が長くなっているのは、患者の病状悪化について医学的な見地からの予後予測に時間を費やしたためである。

病院側の発言時間が90%にのぼり、在宅側は医学的所見や看護・リハビリの現状と課題を病院から聞き、情報を共有化している状況であった。

【調査2】

1. 回答者の主な属性

21名のリハビリテーション専門職に「カンファレンス自己評価表」に記入してもらい、その場で回収した（回収率100%）。内訳は、理学療法士20名、作業療法士1名。そのうち、経験年数3年以下の者が18名、4年以上が3名であった。

2. カンファレンス自己評価の結果

自己評価12項目について、「5：そう思う」と「4：ややそう思う」と回答したものを『肯定的評価』としてまとめ、「3：ふつう」を『中間的評価』、「2：あまりそう思わない」と「1：そう思わない」を『否定的評価』の3段階に分けて集計した。3段階のうち、最も比率が高かったところを網掛けで示した。その結果、①カンファレンスへの積極的な参加、②事前準備、⑧情報交換・共有ができた、⑩新たな気づきや見解、⑫カンファレンスへの満足度は『肯定的評価』と回答する者が多かった。

一方、⑤討論の中で疑問に思ったことを質問する、⑥参加者としてリード、⑨他者の意見を引用・改良して発言、⑩多様な対応策の提案については、『否定的評価』と回答する者が多かった。

表1 カンファレンス自己評価表

単位（人）

自己評価項目	肯定的評価	中間的評価	否定的評価
①積極的に参加できたか	9 (43%)	8 (38%)	4 (19%)
②事前準備が十分できたか（提出書類等）	11 (52%)	7 (33%)	3 (14%)
③受容的・許容的な雰囲気づくりに貢献できたか	5 (24%)	13 (62%)	3 (14%)
④自分の考えや意見を他の参加者に伝えられたか	6 (29%)	9 (43%)	6 (29%)
⑤討議の中で疑問に思ったことを質問できたか	2 (10%)	6 (29%)	11 (52%)
⑥参加者の立場から討論の流れをリードできたか	1 (5%)	5 (24%)	15 (71%)
⑦「主張+理由」の発言パターンで発言できたか	0 (0%)	11 (52%)	10 (48%)
⑧参加者間で情報交換・共有ができたか	13 (62%)	7 (33%)	1 (5%)
⑨他者の発言を引用・改良して発言できたか	2 (10%)	6 (29%)	13 (62%)
⑩多様な対応策を提案できたか	1 (5%)	8 (38%)	12 (57%)
⑪新たな気づきや見解が得られたか	20 (95%)	1 (5%)	0 (0%)
⑫カンファレンスに満足したか	18 (86%)	3 (14%)	0 (0%)

D. 考察および結論

調査1では、退院時カンファレンスの定量的評価を試みた。比較する研究結果が存在しないため、近接領域であるケースメソッド教授法との比較を通して考察する。前述したように、ケースメソッドの教育効果について、いまだに定量的に測定する方法が見つかっていないと前置きしながらも、定量的・定性的評価の方法を示している。本研究でも、ケースメソッドの定量的評価に準じて分析している。

保健医療福祉分野の専門職が一堂に集まると、医師の発言時間が総じて長くなり、病院側の発言割合が多くなる。「退院時カンファレンス」は病院側が主催するもので、確かに病院側の意向に沿って進められる場合が多い。しかし、目的は退院後の患者・家族の生活支援であり、趣旨から考えると在宅側からの積極的な発言が求められる。

篠田(2011)は、カンファレンスの過程で最も重要なことは、言語化による「実践知」の活性化であり、多職種が有する経験・価値観・信念・ノウハウなど「実践知」を共有する場である。討論することで、他のメンバーの意見に絶えず対応し、その反応を丁寧に受け止め、さらに対応するというサイクルを回すことであると指摘している¹³⁾。

短い時間内であっても議論を活性化するには、課題をフォーカスした集中的な討論が必要である。参考になる取り組みとして、尾道市医師会方式ケアカンファレンス(以下、「尾道方式」)がある。尾道方式のカンファレンスは、「医療知識や医療的対処の方法」と「生活上の問題点への対処方針」が情報共有され、リスクマネジメントを含めたケアプランの検討がなされる。事前に情報共有がなされているため、所要時間は15~20分である¹⁴⁾。

多忙な保健医療福祉職が一堂に参集するには、効率的な運用が求められる。入念に準備することで、短い時間でも実のある議論ができるものである。

また、退院時カンファレンスは、「退院後の介護サービスの分配を決める会議」あるいは「病院側から情報提供を受ける会議」という誤った考えがあるが、そうではなく、退院後の生活とリスクマネジメントの視点を加味しつつ、病院チーム、患者と家族、在宅チームの合意を取り付け、チームとしての意思決定を行うものである。さらに、社会資源を活用しながら、新たな生活に移行できるよう支援することである。

リハ専門職だけでなく、一般的に保健医療福祉職は、医師を頂点としたヒエラルキーの組織で仕事をしている。そのため、フラットな関係で議論する経験が少なく、対等な立場で意見交換したり、参加者として議論をリードすることが不得手である。リハの分野は、急性期・回復期・維持期の接点であると同時に、医療保険と介護保険サービスの接点でもある。入院から退院、さらに在宅へと療養の場が変化しても、「リハビリテーション前置主義」を貫き、リハサービスが分断されないように、リハ専門職が架け橋になることが求められている。このようなことから、カンファレンスの参加率を向上させ、リハの視点を加味したケアプラン作成が重要である。

研究の限界として、今回はカンファレンスの定量的評価に留まり、定性的評価については実施できなかった。ここでもケースメソッド教授法の定性的評価が参考になる。佐野(2005)は、ケースメソッド授業の過程で展開されている教師と学生間の相互作用について、「発話」に着目して分析している。たとえば、学生の発話を教師が「受け止めた」というメッセージをフィードバックすることで、発言者は自らの存在価値を感じるようになり、発言が活性化されるとしている¹⁵⁾。今後はカンファレンスの内容分析に踏み込んだ評価を行い、カンファレンスの過程について更なる分析を加えたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

【文献】

- 1) 埼玉県立大学編集 (2009) : 「IPW を学ぶ - 利用者中心の保健医療福祉連携」中央法規出版、P16 .
- 2) 高木晴夫監修・竹内伸一著 (2010) : 「ケースメソッド教授法入門」慶応義塾大学出版、P13-44.
- 3) 岡田加奈子・竹鼻ゆかり編著 (2011) : 「教師のためのケースメソッド教育」. 少年写真新聞社.
- 4) 矢野栄二・苅田香苗・川上憲人編著 (2006) : 「ケースメソッドによる公衆衛生教育」 篠原出版社.
- 5) 日本福祉大学大学院医療福祉マネジメント研究科 : 「大学院教育改革支援プログラム ; 高度な専門性を備えた福祉現場の人材養成- 日本全国・地域の人材養成拠点大学へのチャレンジ」 <http://www.n-fukushi.ac.jp/gs/swgp/> 平成 24 年 3 月 15 日閲覧.
- 6) 第 7 回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ、平成 23 年 3 月 2 日開催資料.
- 7) 野村豊子 (1999) : 「ケアカンファレンスの理論と実際 (その 1) ; ケアカンファレンスとは何か」岩手県立大学社会福祉学部紀要 2 - 1 . P69-79.
- 8) 上原久・野中猛 (2007) : 「ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの効果」. 日本福祉大学社会福祉論集、第 116 号、P53-62.
- 9) 川越雅弘・備酒伸彦・森山美知子 (2011) : 要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況—急性期病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床間の比較—, 理学療法科学, 26(3), P387-392.
- 10) 前掲書 2)、P227-237
- 11) 篠田道子編集 (2010) : 「チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方」. 日本看護協会出版会、P120.
- 12) 前掲書 2)、P227-237.
- 13) 篠田道子 (2011) : 「多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、P48.
- 14) 田城孝雄 (2006) : 「尾道式ケアカンファレンスの構造と機能 - サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」. 介護経営、1(2)、P68-78.
- 15) 佐野享子 (2005) : 「ケースメソッド授業における教師・学生間の相互作用に関する一考察 - ビジネス・スクールにおける討論授業での教師の発話に焦点を当てて - 」. 京都大学高等教育研究所第 11 号、P1-11.

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 23 年度分担研究報告書

自宅退院要介護者に対する介護支援専門員と医療職間のリスク評価の差異

研究分担者 白瀬由美香（国立社会保障・人口問題研究所 研究員）
研究分担者 篠田道子（日本福祉大学 教授）
研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

本研究は、介護支援専門員と病院の医療職（看護、リハ職）間の、同一症例に対するリスク評価（現状評価および予後評価）の差異を検証し、退院後のケアプランへの適切な看護・リハサービス導入の実現（退院前 CC の質向上）に向けた基礎資料とすることを目的とする。

退院前 CC に参加する病院の看護職、リハ職、および介護支援専門員を対象として質問紙調査を実施した。自宅退院要介護者に関し、現時点（退院前 CC 開催前の時点）の病状・症状、退院後の自宅での IADL/ADL の能力レベル、ならびに今後 1 ヶ月以内の増悪や重症化、機能低下の可能性を、病棟看護師、リハ職、介護支援専門員がそれぞれ評価した。有効回答 51 事例を分析した結果、

- 1)退院時の要介護度は、「要介護 3-5」が 47.1%であった
- 2)入院原因疾患は、「骨折」13 名が最も多く、次いで「肺炎」9 名、「心不全」6 名であった
- 3)現在の病状・症状に関して、介護支援専門員が病棟看護師よりもリスクを軽度に評価している率が高かったのは「服薬の遵守」53.3%「認知機能」30.0%「褥瘡の状態」25.0%などであった
- 4)退院後の自宅での IADL/ADL に関して、介護支援専門員がリハ職よりも軽度に評価している率が高かったのは、「屋外移動」32.6%「屋内移動」27.9%「買い物」「入浴」26.2%などであった
- 5)今後 1 ヶ月以内の増悪や重症化の可能性について、介護支援専門員が病棟看護師よりもリスクを軽度に評価している率が高かったのは、「服薬の遵守」53.1%「認知機能」43.1%「水分・栄養摂取」26.0%などであった
- 6)今後 1 ヶ月以内の IADL/ADL の低下可能性について、介護支援専門員がリハ職よりもリスクを軽度に評価している率が高かったのは、「歩行」16.3%「階段昇降」「トイレ動作」9.3%などであった

などのことがわかった。

以上の結果から、介護支援専門員がリスクを軽度に評価する、すなわちリスクを見落とす可能性が高い項目が明らかになった。退院後のケアプランへの適切な看護・リハサービス導入の実現に向けて、①服薬の遵守、褥瘡の状態、認知機能に関するリスク認識の向上、②屋内・屋外の移動や歩行に関する機能維持のためのリハ継続の重要性、などを介護支援専門員に適切に指導・助言していくことが必要であると考えられた。

A. はじめに

本研究は、要介護者の医療リスクに対する病棟看護師、リハ職、介護支援専門員間の評価の差異を明らかにし、介護支援専門員と看護職間の連携強化に向けた基礎データとすることを目的とする。

現在、医療費適正化の観点から、入院日数の短縮化が推進されている。しかし、入院患者の67%を占める65歳以上高齢者の退院に関しては、病院側、患者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅サービス間をつなぐシステムなどの複数の要因が関係するため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が、現在高まっている。

今後重要なことは、退院支援の質の向上を目指すことであるが、特に、退院前ケアカンファレンス（以下、退院前CC）は、病院関係者と在宅関係者が一堂に会して、退院後の支援のあり方を検討する多職種協働の場であり、これを実効あるものにしていく必要がある。しかし、その実態は明らかとなっていない。また、多職種間にはアセスメントの視点、ケアプランへの看護／リハサービスの必要性に対する認識の差異があると思われるが、そのような基本的な実態調査も行われていない。

そこで、退院前CCに参加する病院の看護師／リハ職、介護支援専門員を対象に、同一症例に対するリスク評価（現状評価および予後評価）の差異を検証し、退院後のケアプランへの適切な看護・リハサービス導入の実現（退院前CCの質向上）に向けた基礎資料とすることを目的とした調査を実施することとした。

B. 対象および方法

1. 対象

調査協力9病院で実施される退院前CCに参加する病院の看護職、リハ職、および介護支援専門員を対象とする。本研究では、退院前CCに参加する要介護者に関するアセスメント（ヒアリング含む）を実施するため、本人または家族の同意が得られた方のみを対象とした。調査協力病院から自宅退院予定で、かつ、本研究への参加に同意が得られたのは51事例であった。

2. 方法

① 方法

退院前CCに参加する要介護者に関し、現時点（退院前CC開催前の時点）の病状・症状、自宅でのIADL/ADLの能力レベル、ならびに今後1ヶ月以内の増悪や重症化、機能低下の可能性を、病棟看護師、リハ職（理学療法士、作業療法士など）、介護支援専門員がそれぞれ評価した。なお、病棟看護師と介護支援専門員の両方が評価したのは51事例であった。リハ職と介護支援専門員の両方が評価したのは44事例であった。

② 評価内容

（1）現時点の病状・症状の評価

介護支援専門員、病棟看護師が、同一事例に対し、入院原因疾患の病状・症状、入院原因疾患以外の病気の病状・症状、血圧の安定性、痛みのコントロール、水分・栄養摂取、排泄状態、嚥下状態、睡眠状態、褥瘡の状態、認知機能、服薬の遵守状況の11項目について、「良好／まあまあ良好／やや不良／不良／該当せず／未確認・判断できない」の6区分で、退院前CC開催前の時点の評価を実施した。

（2）退院後の自宅でのIADL/ADLの能力レベルの評価

介護支援専門員、リハ職が、同一事例に対し、買い物、歩行、屋内移動、屋外移動、階段昇降、移乗、入浴、トイレ動作、整容、更衣、食事摂取の11項目について、「自立／見守り／一部介助／全介助／実行不可」の5区分で、退院前CC開催前の時点の評価を実施した。

(3) 今後1ヶ月以内の増悪や重症化の可能性の評価

介護支援専門員、病棟看護師が、同一事例に対し、入院原因疾患の病状・症状、入院原因疾患以外の病気の病状・症状、血圧の安定性、痛みのコントロール、水分・栄養摂取、排泄状態、嚥下状態、睡眠状態、褥瘡の状態、認知機能、服薬の遵守状況の11項目について、「ほとんど可能性なし/あまり可能性なし/やや可能性あり/非常に可能性あり/わからない」の5区分での評価を実施した。

(4) リハ未実施の場合の今後1ヶ月以内の機能低下の可能性の評価

介護支援専門員、リハ職が、同一事例に対し、買い物、歩行、屋内移動、屋外移動、階段昇降、移乗、入浴、トイレ動作、整容、更衣、食事摂取の11項目について、「ほとんど可能性なし/あまり可能性なし/やや可能性あり/非常に可能性あり/わからない」の5区分での評価を実施した。

③ 倫理的配慮

調査開始に当たっては、患者および担当の介護支援専門員に対し、研究目的、研究成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを病院スタッフが説明し、同意された方のみを対象とした。

C. 結果

1. 対象者の基本属性 (n=51)

① 性・年齢

対象者26名を性別にみると、「男性」20名(39.2%)、「女性」31名(60.8%)、平均年齢は「男性」77.15歳(標準偏差7.043歳)、「女性」81.16歳(標準偏差8.247歳)であった。

② 退院時の要介護度

退院時の要介護度をみると、「認定なし」3名(5.9%)、「要支援1-2」2名(3.9%)「要介護1-2」19名(37.3%)、「要介護3-5」24名(47.1%)であった。

図表1. 性別にみた要介護度別対象者数

	総数 (人)	認定なし		要支援1~2		要介護1-2		要介護3-5		不明・未回答	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
総数	51	3	5.9	2	3.9	19	37.3	24	47.1	3	5.9
男性	20	2	10.0	0	0.0	7	35.0	10	50.0	1	5.0
女性	31	1	3.2	2	6.5	12	38.7	14	45.2	2	6.5

③ 入院原因疾患(複数回答)

有効回答47名の主な入院原因疾患をみると、「骨折」13名(27.7%)、「肺炎」9名(19.1%)、「心不全」6名(12.8%)、「脳梗塞」4名(8.5%)、「脳出血」3名(6.4%)などであった。

④ 医療処置(複数回答)

有効回答50名の何らかの医療処置の必要性の有無をみると、「必要」19名(37.3%)、「必要なし」31名(60.8%)であった。処置が必要な19名の処置内容をみると、「経管栄養」「吸引」6名(31.6%)、「酸素療法」「胃ろう」4名(21.1%)、「気管切開」3名(15.8%)などであった。

2. 家族構成および介護者の状況

① 家族構成

有効回答 50 名の家族構成をみると、「本人のみ（独居）」2 名（4.0%）、「本人+配偶者」9 名（18.0%）、「本人+配偶者+子ども」9 名（16.0%）、「本人+子ども」5 名（10.0%）「本人+子ども夫婦」5 名（10.0%）などであった。

② 主介護者

有効回答 49 名の主介護者をみると、「配偶者」が 21 名（42.9%）と最も多く、次いで「娘」12 名（24.5%）、「息子の嫁」10 名（20.4%）の順であった。

③ 家族介護力

有効回答 50 名の家族介護力をみると、「日中も夜間も常時介護に専念できる者が 1 名いる」が 19 名（38.0%）と最も多く、次いで「日中および夜間に、部分的に介護できる者が 1 名いる」13 名（26.0%）、「常時介護に専念できる者 1 名と部分的に介護できる者がいる」9 名（18.0%）の順であった。

3. 現在の病状・症状に関する評価の差異

① 病棟看護師と介護支援専門員の評価の差異（n=51）

病棟看護師および介護支援専門員間の、現在の病状・症状等に関する評価をみた。

評価の一致率を項目別にみると、「嚥下状態」が 54.0%と最も高く、次いで「認知機能」48.0%、「水分・栄養摂取」47.1%、「入院原因疾患の病状」44.0%の順であった。

介護支援専門員の方が病棟看護師よりもリスクを軽度に評価していた率（以下、軽度評価率）をみると、「服薬の遵守」が 53.3%と最も高く、次いで「認知機能」30.0%、「褥瘡の状態」25.0%の順、介護支援専門員の方が病棟看護師よりもリスクを重度に評価していた率（以下、重度評価率）をみると、「入院原因疾患の病状・症状」が 38.0%と最も高く、次いで「痛みのコントロール」が 31.7%、「入院原因疾患以外の病気の病状・症状」30.6%の順であった。

病棟看護師は評価していたが、介護支援専門員は確認していなかった、あるいは判断がつかなかった率（以下、未確認率）をみると、「褥瘡の状態」が 37.5%と最も高く、次いで「血圧の安定性」22.0%、「痛みのコントロール」17.1%、「服薬の遵守」13.3%の順であった。

図表 2. 現在の病状・症状等に対する病棟看護師と介護支援専門員の評価の差異

ア) 入院原因疾患の病状・症状 (n=50)

		総数	介護支援専門員の評価				未確認 判断不可
			良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	
病棟 の 評 価	総数	50	9	28	6	5	2
	良好	16	3	8	3	2	0
	まあまあ良好	29	4	19	3	2	1
	やや不良	4	2	1	0	1	0
	不良	1	0	0	0	0	1

【介護支援専門員の評価】・一致：22 名 ・軽度評価：7 名 ・重度評価：19 名 ・未確認：2 名

イ) 入院原因疾患以外の病気の病状・症状 (n=36)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	36	6	13	9	4	4
	良好	9	1	3	3	1	1
	まあまあ良好	17	4	8	2	1	2
	やや不良	8	1	2	3	1	1
	不良	2	0	0	1	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：13名 ・軽度評価：8名 ・重度評価：11名 ・未確認：4名

ウ) 血圧の安定性 (n=50)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	50	15	17	7	0	11
	良好	27	9	8	3	0	7
	まあまあ良好	17	5	8	1	0	3
	やや不良	6	1	1	3	0	1
	不良	0	0	0	0	0	0

【介護支援専門員の評価】・一致：20名 ・軽度評価：7名 ・重度評価：12名 ・未確認：11名

エ) 痛みのコントロール (n=41)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	41	5	21	7	1	7
	良好	13	3	7	0	0	3
	まあまあ良好	20	1	10	5	0	4
	やや不良	8	1	4	2	1	0
	不良	0	0	0	0	0	0

【介護支援専門員の評価】・一致：15名 ・軽度評価：6名 ・重度評価：13名 ・未確認：7名

オ) 水分・栄養摂取 (n=51)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	51	22	13	11	3	2
	良好	23	13	3	4	1	2
	まあまあ良好	21	8	9	4	0	0
	やや不良	4	1	1	1	1	0
	不良	3	0	0	2	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：24名 ・軽度評価：12名 ・重度評価：13名 ・未確認：2名

力) 排泄の状態 (n=48)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	48	14	16	9	7	2
	良好	16	7	5	3	1	0
	まあまあ良好	19	7	9	3	0	0
	やや不良	6	0	2	1	2	1
	不良	7	0	0	2	4	1

【介護支援専門員の評価】・一致：21名 ・軽度評価：11名 ・重度評価：14名 ・未確認：2名

キ) 嚥下の状態 (n=50)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	50	24	12	5	4	5
	良好	27	18	6	1	1	1
	まあまあ良好	16	6	5	3	0	2
	やや不良	2	0	0	1	0	1
	不良	5	0	1	0	3	1

【介護支援専門員の評価】・一致：27名 ・軽度評価：7名 ・重度評価：11名 ・未確認：5名

ク) 睡眠の状態 (n=49)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	49	18	13	11	2	5
	良好	24	11	6	4	0	3
	まあまあ良好	15	5	5	3	0	2
	やや不良	5	1	2	2	0	0
	不良	5	1	0	2	2	0

【介護支援専門員の評価】・一致：20名 ・軽度評価：11名 ・重度評価：13名 ・未確認：5名

ケ) 褥瘡の状態 (n=16)

		介護支援専門員の評価					
		総数	良好	まあまあ 良好	やや不良	不良	未確認 判断不可
病棟 の 評価	総数	16	5	2	3	0	6
	良好	8	2	1	0	0	5
	まあまあ良好	5	3	0	2	0	0
	やや不良	3	0	1	1	0	1
	不良	0	0	0	0	0	0

【介護支援専門員の評価】・一致：3名 ・軽度評価：4名 ・重度評価：3名 ・未確認：6名