

コ) 認知機能 (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	15	9	7	4
	良好	9	6	1	0	0	2
	まあまあ良好	21	7	10	2	1	1
	やや不良	14	2	4	5	3	0
	不良	6	0	0	2	3	1

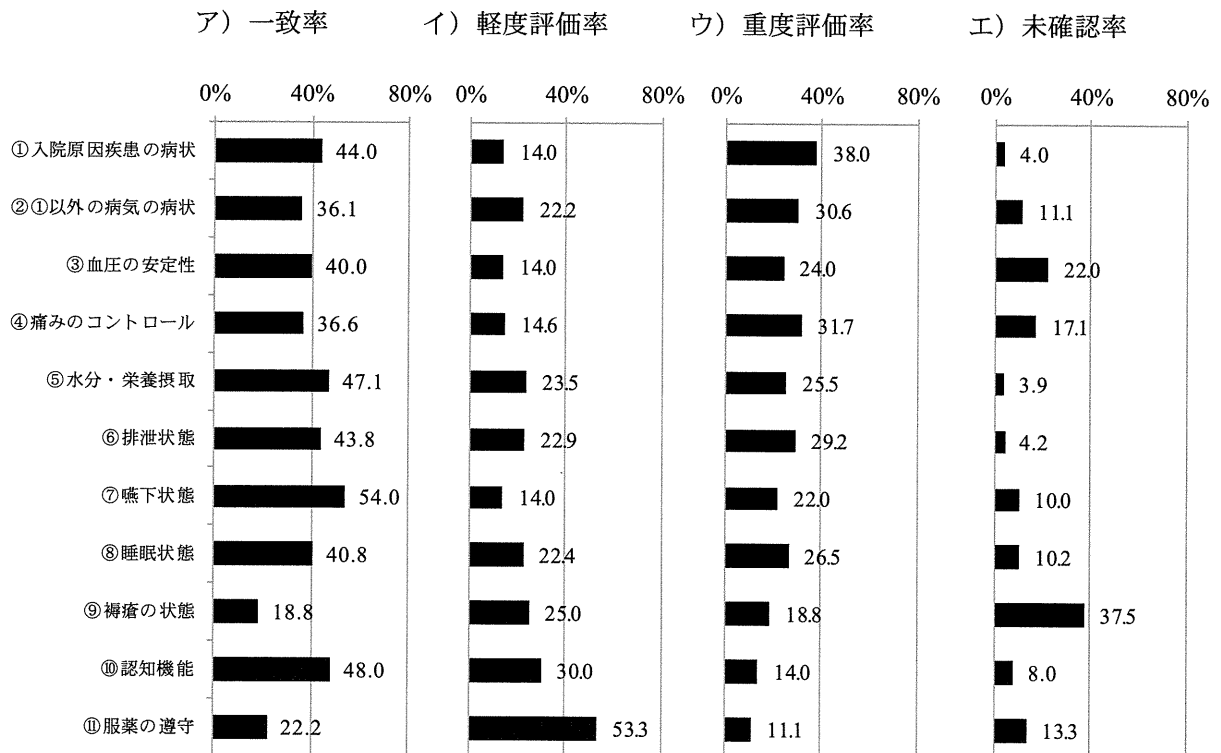
【介護支援専門員の評価】・一致：24名 ・軽度評価：15名 ・重度評価：7名 ・未確認：4名

サ) 服薬の遵守 (n=45)

		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	45	24	9	2	4	6
	良好	11	5	2	0	2	2
	まあまあ良好	17	13	3	0	1	0
	やや不良	7	2	2	1	0	2
	不良	10	4	2	1	1	2

【介護支援専門員の評価】・一致：10名 ・軽度評価：24名 ・重度評価：5名 ・未確認：6名

図表 3. 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率の差



図表 3 では、病棟看護師と介護支援専門員の評価が一致した者の有効回答数に対する割合を一致率とした。例えば図表 2 の「服薬の遵守」のクロス表をみると、病棟看護師と介護支援専門員の評価が一致した者は 10 名（網がけ部分）なので一致率は 22.2%となる。軽度評価とは、病棟看護師は「まあまあ良好」と評価したのに対し、介護支援専門員は「良好」と評価、病棟看護師は「やや不良」と評価したのに対し、介護支援専門員は「良好／まあまあ良好」と評価、病棟看護師は「不良」と評価したのに対し、介護支援専門員は「良好／やや良好／やや不良」と評価した場合のことで、このような軽度評価を受けた人数の合計が有効回答数に対する割合を軽度評価率とした。逆に、重度評価率とは、介護支援専門員の方が重度に評価した人数の合計が有効回答数に対する割合のことである。

② リハ職と介護支援専門員の評価の差異 (n=44)

リハ職および介護支援専門員間の、退院後の自宅での IADL/ADL の能力レベルに関する評価をみた。

評価の一致率を項目別にみると、「トイレ動作」「食事摂取」が 67.4%と最も高く、次いで「買い物」61.9%、「歩行」61.0%の順であった。

介護支援専門員の方がリハ職よりも IADL/ADL の重症度を軽く評価していた率（以下、軽度評価率）をみると、「屋外移動」が 32.6%と最も高く、次いで「屋内移動」27.9%、「買い物」「入浴」26.2%の順であった。介護支援専門員の方がリハ職よりも重度に評価していた率（以下、重度評価率）をみると、「移乗」が 48.8%と最も高く、次いで「屋内移動」「整容」27.9%、「トイレ動作」23.3%の順であった。

図表 4. 自宅での IADL/ADL の能力レベルに関するリハ職と介護支援専門員の評価の差異

ア) 買い物 (n=42)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	42	0	1	5	12	24
	自立	1	0	0	0	1	0
	見守り	0	0	0	0	0	0
	一部介助	6	0	0	4	0	2
	全介助	4	0	0	0	2	2
	実行不可	31	0	1	1	9	20

【介護支援専門員の評価】・一致：26名 ・軽度評価：11名 ・重度評価：5名

イ) 歩行 (n=41)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	41	4	10	9	7	11
	自立	3	3	0	0	0	0
	見守り	15	1	9	5	0	0
	一部介助	5	0	1	2	1	1
	全介助	3	0	0	2	1	0
	実行不可	15	0	0	0	5	10

【介護支援専門員の評価】・一致：25名 ・軽度評価：9名 ・重度評価：7名

ウ) 屋内移動 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	43	7	10	6	17	3
	自立	8	5	3	0	0	0
	見守り	11	2	5	4	0	0
	一部介助	6	0	1	1	4	0
	全介助	9	0	1	1	6	1
	実行不可	9	0	0	0	7	2

【介護支援専門員の評価】・一致：19名 ・軽度評価：12名 ・重度評価：12名

工) 屋外移動 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	43	0	7	11	21	4
	自立	1	0	1	0	0	0
	見守り	10	0	4	6	0	0
	一部介助	5	0	1	3	1	0
	全介助	13	0	1	1	10	1
	実行不可	14	0	0	1	10	3

【介護支援専門員の評価】・一致：20名 ・軽度評価：14名 ・重度評価：9名

オ) 階段昇降 (n=42)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	42	1	4	14	4	19
	自立	0	0	0	0	0	0
	見守り	9	1	3	4	1	0
	一部介助	11	0	0	9	0	2
	全介助	4	0	1	1	0	2
	実行不可	18	0	0	0	3	15

【介護支援専門員の評価】・一致：27名 ・軽度評価：6名 ・重度評価：9名

カ) 移乗 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	43	5	12	10	14	2
	自立	15	5	6	3	1	0
	見守り	9	0	5	2	2	0
	一部介助	8	0	1	2	5	0
	全介助	10	0	0	3	5	2
	実行不可	1	0	0	0	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：17名 ・軽度評価：5名 ・重度評価：21名

キ) 入浴 (n=42)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	42	1	0	20	20	1
	自立	1	0	0	1	0	0
	見守り	3	0	0	3	0	0
	一部介助	13	1	0	10	2	0
	全介助	19	0	0	4	14	1
	実行不可	6	0	0	2	4	0

【介護支援専門員の評価】・一致：24名 ・軽度評価：11名 ・重度評価：7名

ク) トイレ動作 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	43	8	5	11	16	3
	自立	11	7	2	2	0	0
	見守り	6	1	2	3	0	0
	一部介助	8	0	1	5	2	0
	全介助	14	0	0	0	13	1
	実行不可	4	0	0	1	1	2

【介護支援専門員の評価】・一致：29名 ・軽度評価：4名 ・重度評価：10名

ケ) 整容 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	43	8	7	18	8	2
	自立	10	6	2	2	0	0
	見守り	4	1	2	1	0	0
	一部介助	19	1	2	11	5	0
	全介助	9	0	1	4	2	2
	実行不可	1	0	0	0	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：21名 ・軽度評価：10名 ・重度評価：12名

コ) 更衣 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職評価	総数	43	6	3	18	14	2
	自立	9	5	1	3	0	0
	見守り	0	0	0	0	0	0
	一部介助	16	0	2	12	2	0
	全介助	17	1	0	3	11	2
	実行不可	1	0	0	0	1	0

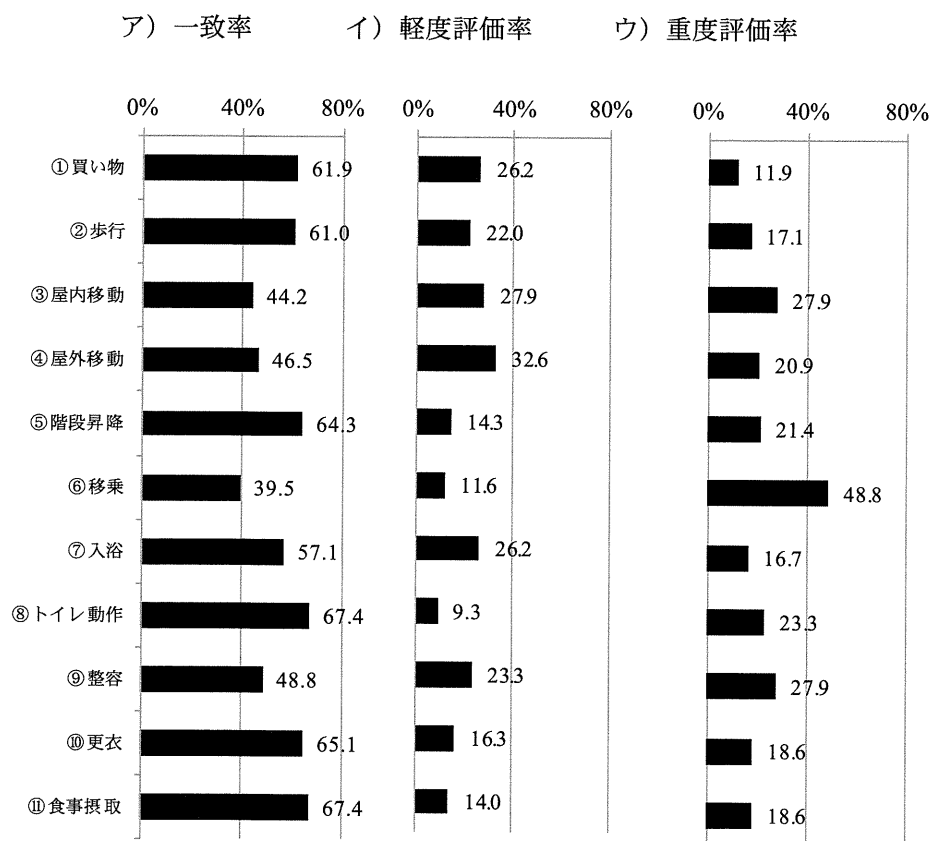
【介護支援専門員の評価】・一致：28名 ・軽度評価：7名 ・重度評価：8名

サ) 食事摂取 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	自立	見守り	一部介助	全介助	実行不可
リハ職 評価	総数	43	17	10	9	5	2
	自立	22	15	4	3	0	0
	見守り	5	0	5	0	0	0
	一部介助	6	2	1	3	0	0
	全介助	9	0	0	3	5	1
	実行不可	1	0	0	0	0	1

【介護支援専門員の評価】・一致：29名 ・軽度評価：6名 ・重度評価：8名

図表 5. 自宅での IADL/ADL の能力レベルに関するリハ職と介護支援専門員の評価率の差



4. 今後1ヶ月以内の増悪や重症化の可能性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)

病棟看護師及び介護支援専門員間の、今後1ヶ月以内の増悪や重症化の可能性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56.9%と最も高く、次いで「睡眠状態」52.9%、「水分・栄養摂取」50.0%、「入院原因疾患の病状・症状」48.0%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評価していた率をみると、「服薬の遵守」が53.1%と最も高く、次いで「認知機能」43.1%、「水分・栄養摂取」26.0%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をみると、「痛みのコントロール」が47.1%と最も高く、次いで「排泄状態」33.3%、「入院原因疾患の病状・症状」31.4%の順であった。

病棟看護師は評価していたが、介護支援専門員はわからなかった率（以下、不明率）をみると、「血圧の安定性」15.7%、「痛みのコントロール」「睡眠状態」「褥瘡の状態」9.8%であった。

図表 6. 増悪・重症化の可能性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)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評 価	総数	50	4	12	24	8	2
	ほぼ可能性なし	7	2	1	2	1	1
	あまり可能性なし	17	1	5	8	2	1
	やや可能性あり	22	1	5	14	2	0
	非常に可能性あり	4	0	1	0	3	0

【介護支援専門員の評価】・一致：24名 ・軽度評価：8名 ・重度評価：16名 ・不明：2名

イ) 入院原因疾患以外の病気の病状・症状 (n=50)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評 価	総数	50	6	10	26	4	4
	ほぼ可能性なし	9	3	1	2	1	2
	あまり可能性なし	16	3	4	8	0	1
	やや可能性あり	22	0	5	14	2	1
	非常に可能性あり	3	0	0	2	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：22名 ・軽度評価：10名 ・重度評価：14名 ・不明：4名

ウ) 血圧の安定性 (n=51)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評 価	総数	51	5	20	16	2	8
	ほぼ可能性なし	13	2	6	2	0	3
	あまり可能性なし	19	3	8	7	0	1
	やや可能性あり	17	0	6	6	1	4
	非常に可能性あり	2	0	0	1	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：17名 ・軽度評価：10名 ・重度評価：16名 ・不明：8名

エ) 痛みのコントロール (n=51)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
病棟 の 評価	総数	51	4	14	26	2	5
	ほぼ可能性なし	16	1	5	8	0	2
	あまり可能性なし	19	1	7	9	0	2
	やや可能性あり	13	2	2	6	2	1
	非常に可能性あり	3	0	0	3	0	0

【介護支援専門員の評価】・一致：14名 ・軽度評価：8名 ・重度評価：24名 ・不明：5名

オ) 水分・栄養摂取 (n=50)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
病棟 の 評価	総数	50	11	13	21	4	1
	ほぼ可能性なし	15	7	3	3	2	0
	あまり可能性なし	8	2	3	3	0	0
	やや可能性あり	22	2	7	13	0	0
	非常に可能性あり	5	0	0	2	2	1

【介護支援専門員の評価】・一致：25名 ・軽度評価：13名 ・重度評価：11名 ・不明：1名

カ) 排泄の状態 (n=51)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
病棟 の 評価	総数	51	10	14	22	5	0
	ほぼ可能性なし	11	5	3	2	1	0
	あまり可能性なし	19	4	6	8	1	0
	やや可能性あり	18	1	5	10	2	0
	非常に可能性あり	3	0	0	2	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：22名 ・軽度評価：12名 ・重度評価：17名 ・不明：0名

キ) 嚥下の状態 (n=51)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
病棟 の 評価	総数	51	16	16	14	2	3
	ほぼ可能性なし	21	11	5	3	0	2
	あまり可能性なし	15	5	9	1	0	0
	やや可能性あり	10	0	2	7	0	1
	非常に可能性あり	5	0	0	3	2	0

【介護支援専門員の評価】・一致：29名 ・軽度評価：6名 ・重度評価：13名 ・不明：5名

ク) 睡眠の状態 (n=51)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評価	総数	51	13	15	13	5	5
	ほぼ可能性なし	20	9	4	4	0	3
	あまり可能性なし	15	1	9	2	1	2
	やや可能性あり	14	3	2	7	2	0
	非常に可能性あり	2	0	0	0	2	0

【介護支援専門員の評価】・一致：27名 ・軽度評価：6名 ・重度評価：13名 ・不明：5名

ケ) 褥瘡の状態 (n=51)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評価	総数	51	13	8	19	6	5
	ほぼ可能性なし	17	9	2	2	1	3
	あまり可能性なし	13	3	4	5	1	0
	やや可能性あり	14	1	2	7	3	1
	非常に可能性あり	7	0	0	5	1	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 ・不明：5名

コ) 認知機能 (n=51)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評価	総数	51	11	13	18	6	3
	ほぼ可能性なし	8	5	1	1	0	1
	あまり可能性なし	11	3	4	3	0	1
	やや可能性あり	22	3	8	6	4	1
	非常に可能性あり	10	0	0	8	2	0

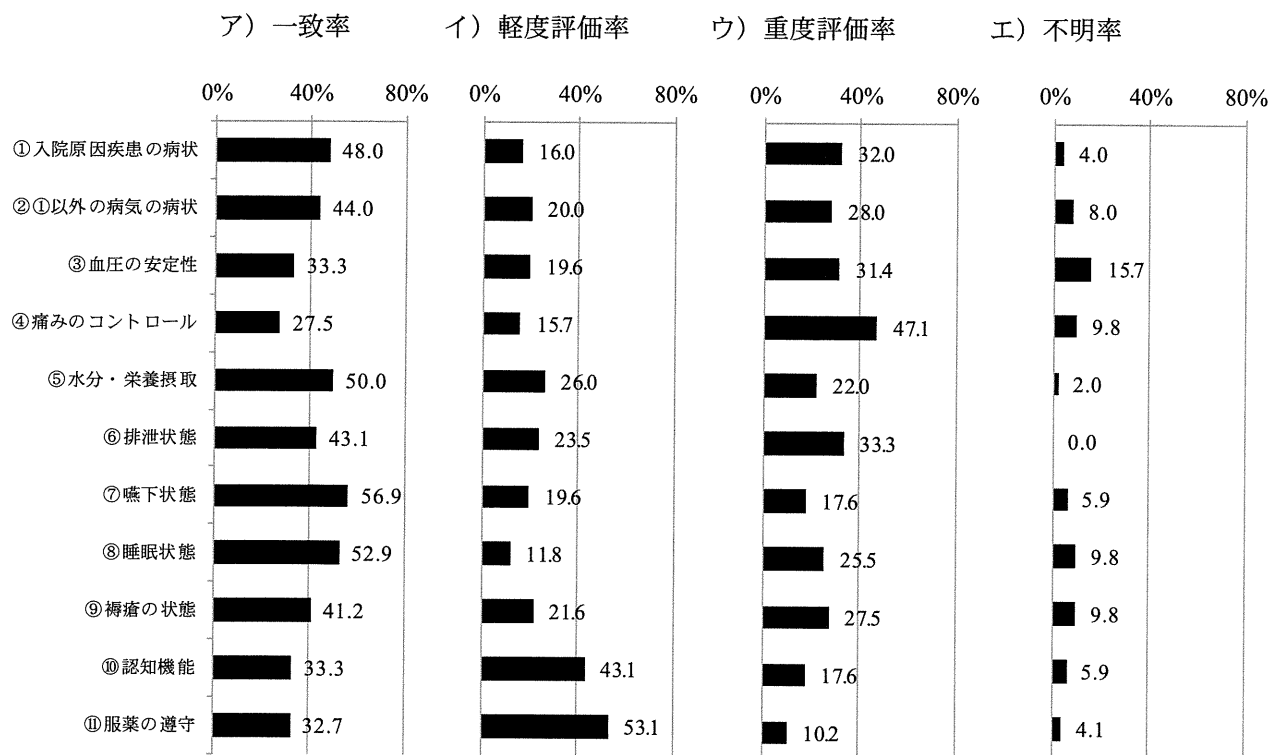
【介護支援専門員の評価】・一致：17名 ・軽度評価：22名 ・重度評価：9名 ・不明：3名

サ) 服薬の遵守 (n=49)

		介護支援専門員の評価					不明
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	
病棟 の 評価	総数	49	21	17	7	2	2
	ほぼ可能性なし	10	8	1	1	0	0
	あまり可能性なし	14	7	5	2	0	0
	やや可能性あり	20	6	9	2	1	2
	非常に可能性あり	5	0	2	2	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：16名 ・軽度評価：26名 ・重度評価：5名 ・不明：2名

図表 7. 増悪・重症化の可能性に対する病棟看護師と介護支援専門員の評価率の差



図表 7 では、病棟看護師と介護支援専門員の評価が一致した者の有効回答数に対する割合を一致率とした。例えば図表 6 の「服薬の遵守」のクロス表をみると、病棟看護師と介護支援専門員の評価が一致した者は 16 名（網がけ部分）なので一致率は 32.7%となる。軽度評価とは、病棟看護師が「あまり可能性なし」と評価したのに対し、介護支援専門員が「ほぼ可能性なし」と評価、病棟看護師が「やや可能性あり」と評価したのに対し、介護支援専門員が「ほぼ可能性なし／あまり可能性なし」と評価、病棟看護師が「非常に可能性あり」と評価したのに対し、介護支援専門員が「ほぼ可能性なし／あまり可能性なし／やや可能性あり」と評価した場合のことで、このような軽度評価を受けた人数の合計が有効回答数に対する割合を軽度評価率とした。逆に、重度評価率とは、介護支援専門員の方が重度に評価した人数の合計が有効回答数に対する割合のことである。

② リハ職と介護支援専門員の評価の差異 (n=44)

リハ職及び介護支援専門員間で、リハを継続しなかった場合の今後 1 ヶ月以内の IADL/ADL の能力レベルの低下の可能性に関する評価をみた。

評価の一致率を項目別にみると、「買い物」が 51.2%と最も高く、次いで「屋内移動」50.0%、「歩行」「階段昇降」46.5%の順であった。

介護支援専門員の方がリハ職よりも低下リスクを軽度に評価していた率をみると、「歩行」が 16.3%と最も高く、次いで「階段昇降」「トイレ動作」9.3%の順、介護支援専門員の方がリハ職よりも低下リスクを重度に評価していた率をみると、「入浴」「更衣」53.5%、「整容」48.8%の順であった。

リハ職は評価していたが、介護支援専門員はわからなかった、もしくは回答しなかった率をみると、「買い物」27.9%、「階段昇降」20.9%、「歩行」18.6%の順であった。

図表 8. 機能低下の可能性に対するリハ職と介護支援専門員の評価の差異

ア) 買い物 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	17	4	6	4	12
	ほぼ可能性なし	29	16	2	2	1	8
	あまり可能性なし	7	1	2	0	3	1
	やや可能性あり	6	0	0	4	0	2
	非常に可能性あり	1	0	0	0	0	1

【介護支援専門員の評価】・一致：22名 ・軽度評価：1名 ・重度評価：8名 ・不明：12名

イ) 歩行 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	10	2	9	14	8
	ほぼ可能性なし	10	6	0	0	0	4
	あまり可能性なし	11	4	2	0	4	1
	やや可能性あり	12	0	0	6	4	2
	非常に可能性あり	10	0	0	3	6	1

【介護支援専門員の評価】・一致：20名 ・軽度評価：7名 ・重度評価：8名 ・不明：8名

ウ) 屋内移動 (n=44)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	44	8	5	9	15	7
	ほぼ可能性なし	13	6	1	0	3	3
	あまり可能性なし	13	2	3	2	4	2
	やや可能性あり	12	0	1	7	2	2
	非常に可能性あり	6	0	0	0	6	0

【介護支援専門員の評価】・一致：22名 ・軽度評価：3名 ・重度評価：12名 ・不明：7名

エ) 屋外移動 (n=42)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	42	9	4	6	16	7
	ほぼ可能性なし	19	8	1	0	6	4
	あまり可能性なし	11	1	3	0	5	2
	やや可能性あり	10	0	0	6	3	1
	非常に可能性あり	2	0	0	0	2	0

【介護支援専門員の評価】・一致：19名 ・軽度評価：1名 ・重度評価：15名 ・不明：7名

オ) 階段昇降 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	13	1	10	10	9
	ほぼ可能性なし	16	10	0	0	0	6
	あまり可能性なし	9	2	1	3	2	1
	やや可能性あり	13	0	0	6	5	2
	非常に可能性あり	5	1	0	1	3	0

【介護支援専門員の評価】・一致：20名 ・軽度評価：4名 ・重度評価：10名 ・不明：9名

カ) 移乗 (n=44)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	44	5	3	15	16	5
	ほぼ可能性なし	9	4	1	1	1	2
	あまり可能性なし	16	0	2	6	6	2
	やや可能性あり	13	1	0	6	6	0
	非常に可能性あり	6	0	0	2	3	1

【介護支援専門員の評価】・一致：15名 ・軽度評価：3名 ・重度評価：21名 ・不明：5名

キ) 入浴 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	4	6	16	10	7
	ほぼ可能性なし	16	4	4	2	2	4
	あまり可能性なし	15	0	2	8	2	3
	やや可能性あり	10	0	0	5	5	0
	非常に可能性あり	2	0	0	1	1	0

【介護支援専門員の評価】・一致：12名 ・軽度評価：1名 ・重度評価：23名 ・不明：7名

ク) トイレ動作 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	6	4	14	13	6
	ほぼ可能性なし	14	3	3	2	2	4
	あまり可能性なし	15	3	1	5	4	2
	やや可能性あり	10	0	0	6	4	0
	非常に可能性あり	4	0	0	1	3	0

【介護支援専門員の評価】・一致：13名 ・軽度評価：4名 ・重度評価：20名 ・不明：6名

ケ) 整容 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	9	10	12	7	5
	ほぼ可能性なし	18	7	2	4	2	3
	あまり可能性なし	22	2	8	8	3	1
	やや可能性あり	3	0	0	0	2	1
	非常に可能性あり	0	0	0	0	0	0

【介護支援専門員の評価】・一致：15名 ・軽度評価：2名 ・重度評価：21名 ・不明：5名

コ) 更衣 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	10	8	13	7	5
	ほぼ可能性なし	19	7	4	3	2	3
	あまり可能性なし	19	3	4	9	2	1
	やや可能性あり	5	0	0	1	3	1
	非常に可能性あり	0	0	0	0	0	0

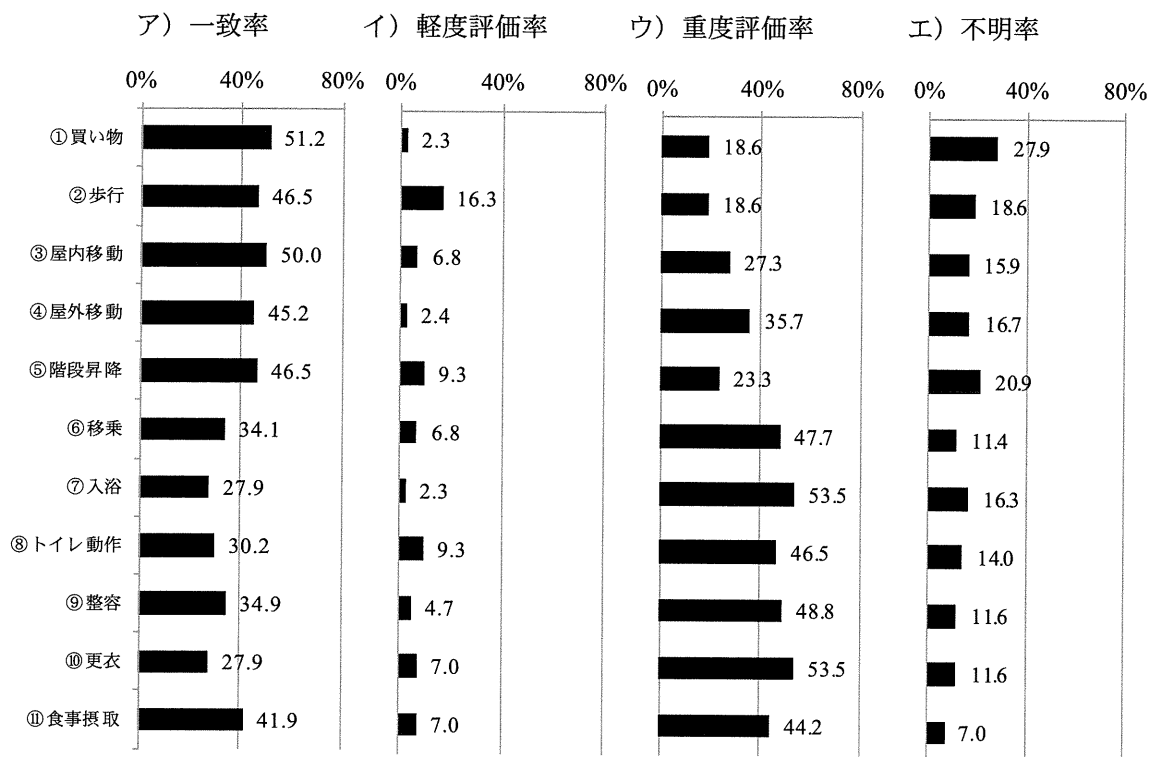
【介護支援専門員の評価】・一致：12名 ・軽度評価：3名 ・重度評価：23名 ・不明：5名

サ) 食事摂取 (n=43)

		介護支援専門員の評価					
		総数	ほぼ可能性なし	あまり可能性なし	やや可能性あり	非常に可能性あり	不明
リハ職評価	総数	43	16	7	11	6	3
	ほぼ可能性なし	29	13	4	6	4	2
	あまり可能性なし	8	2	3	3	0	0
	やや可能性あり	6	1	0	2	2	1
	非常に可能性あり	0	0	0	0	0	0

【介護支援専門員の評価】・一致：18名 ・軽度評価：3名 ・重度評価：19名 ・不明：3名

図表 9. 機能低下の可能性に対するリハ職と介護支援専門員の評価率の差



D. 考察

本研究では、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）の差異を検証した。

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、現在の病状・症状に関する「服薬の遵守」「認知機能」「褥瘡の状態」であり、今後1ヶ月以内の増悪や重症化の可能性については、「服薬の遵守」「認知機能」「水分・栄養摂取」であった。この結果から、介護支援専門員は、現状でも予後予測でも、服薬や認知機能に関してリスクを適切に判断できない可能性の高いことが示唆された。有効回答47事例の介護支援専門員の基礎職種を見ると、34.0%が看護職であるものの、それ以外は介護福祉士44.7%、社会福祉士14.9%、ホームヘルパー8.5%のように福祉職で占められている。介護支援専門員が医療職ほどには疾病の医学的管理に関する知識を持っていないという現実を見据え、退院支援を行うことが必要である。たとえば、退院前CCで服薬、認知機能、褥瘡などについて特に十分な説明をするとともに、継続的な医学的管理が行えるようケアプランに訪問看護の導入を進めるような方策が考えられる。

リハ職と介護支援専門員の評価の差異については、看護師との差異に比べて、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」「屋内移動」であった。今後1ヶ月以内のIADL/ADLの低下可能性についても、「歩行」や「階段昇降」などの項目で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。また、「買い物」「階段昇降」「歩行」については、介護支援専門員が判断できないもしくは回答していない率が高かった。これらのことから、介護支援専門員は特に歩くことや移動に関わる項目について、身体機能の現状や機能低下の恐れがあることを十分に認識できていない可能性が推察された。本調査の51事例のうち、退院前CCに理学療法士が出席したのは64.7%、

作業療法士は 60.8%、言語聴覚士は 15.7%である。退院後に継続リハが適切に実施されるよう、退院支援の場にリハ職が確実に関与することができるような環境作りが求められる。

E. 結論

本研究によって、介護支援専門員がリスクを軽度で評価する、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。そのためになされるべき退院前 CC の具体的な改善方法は、最終年度の検討課題である。

【文献】

- 1) 篠田道子：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、2010.
- 2) 川越雅弘：医療・介護連携が求められる背景とは、作業療法ジャーナル、Vol.45、No.2、pp.102-107、2011.
- 3) 金澤善智：福祉住環境整備における理学療法士の役割、理学療法学、第 32 巻、第 4 号、2005 年、pp.173-176.

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

第2章

認知症ケアにおける 医療・介護連携

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

認知症の人に対する医療・介護サービス提供上の諸問題

研究協力者 沖田裕子(特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター代表)
研究分担者 竹内さをり(甲南女子大学 講師)

【研究要旨】

本研究は、認知症を有する人に対する医療および介護サービスの提供における課題を示し、認知症の地域連携のあり方や、関係する機関、職種の役割を明確にすることを目的とする。

認知症の人は、認知症であることを認識しており、医療や介護に対して、どのような支援を望んでいるかを伝えようとしている。支援にあたる関係者はそのことを理解して、本人の望む支援について考える必要がある。

診断時には、本人、家族が認知症ではないかと思ったエピソードを聞き取り、神経心理テスト、画像診断とともに、血液検査結果も参考にする。血液検査により、認知症の人の体に不具合を生じさせている要因の有無を明らかにすることが必要である。また、認知症を疑った場合に、そこで生じる不安を手遅れにしないために、どこに相談に行けばよいのかを明確にすること、かかりつけ医から専門医への相談が容易にできるシステムを作ること、もの忘れによる生活の困りごとへの対応を適切に行うことが必要である。

認知症地域連携ネットワークを構築するうえでの課題として、認知症の支援に対して、地域で働くそれぞれの専門職のイメージが異なっていること、地域の多職種が協働のイメージを明確に持っていないこと、どのようなステージの人に対する支援を誰が行うのかが不明確であることがあげられる。

これら課題の解決のためには、認知症の支援に関係する機関、職種の役割を認識するために、かかりつけ医、サポート医、専門医と、地域包括支援センターや介護支援事業所の職員、民生委員などが一緒に参加する研修が必要である。

在宅ケア現場では、認知症が予測される高齢者への支援として、介護保険を受けるまでや地域のかかりつけ医に受診するまでの支援、専門医の紹介などを行うことである。

施設ケア現場では、入所者への健康管理、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）への対応を行うことや、認知症には長く緩和ケアが必要であることからターミナルケアについても連携を行い進めていくことが必要である。

A. はじめに

本研究は、認知症を有する人に対する医療および介護サービスの提供における課題を示し、認知症の地域連携のあり方や、関係する機関、職種の役割を明確にすることを目的とする。

B. 方法

認知症本人や家族、関係機関、スタッフに対して認知症専門看護師として相談に応じてきた経験、知見をもとに、現状の医療、介護における課題および各職種の果たすべき役割について検証する。

C. 結果

1. 認知症本人の声から学ぶ

認知症と診断された68歳、女性の声を紹介する。

「2008年12月私立の総合病院の老年科で軽度の認知症と診断されました。

認知症と診断される一番の理由とされたのは、そのころ私がことばを言い間違えるという自覚症状を言ったことのようなものでした。

ススキを診てスマレと言ったり、カラスを診てカエルということばが口をついて出たことがありました。

私は、自分の認知症が進んで、家族に大きな負担をかけるようになることを避けたいと考えています。

そのために自分で、まだものが考えられるうちにできることは何なのか、そういった相談をし、支援を受けられたらありがたいです。そういう相談は老年科のお医者さんや看護師さんは、忙しすぎてできません。診察の数分では、とても話せません。

もっと認知症の専門医を増やさなければ、患者はどんどん増えていくのに不安です。

自分の認知症がどの程度進んでいるのかを、詳しく知りたいです。脳のレントゲンを患者に見せて説明してほしいです。

初期の患者の意思を、聞く場があるといいと思います。セカンドオピニオンも主治医に言いだしにくいのです。

認知所の診断には、家族が一緒でないとできないと言われました。一人での受診を受けたいと思いました。

誰もが乳がんの検診のように受診できたら良いのにと 생각합니다。」

認知症の人には病識が無い、とこれまで言われてきたが、女性の声にもあるように、本人は認知症であることを認識している。認知症の人のうち、80%は自分が認知症であることを認識しているとも言われている。

また、今後のことを相談したり、考えたりするための支援が必要だと述べているが、それは老年科などの医師や看護師では、忙しすぎるため難しいと認知症の本人は、感じてしまっている。女性は、十分な相談ができ、支援を受けるために、認知症専門医が増えることを望んでいるが、筆者はそれだけでは、十分な支援の実現は難しいと感じている。

さらに、病状についてレントゲンなどを示し、説明を受ける機会を望んでいる。実際には、医師から説明を受けているはずであるが、本人は記憶障害のために覚えておらず、満足な説明を得たという実感も無い。

本人は、セカンドオピニオンについても考えているが、認知症の場合、治らない病気であることを理由に、セカンドオピニオンを受けることは無理と言われることが多い。

また、認知症の人には、家族に負担をかけたくはないという思いがあるため、一人での受診を希望する場合もあるが、家族同伴の受診が求められるという現状がある。

このように、現状の医療や介護現場には、認知症の本人が望んでいる診断や支援を実現できていないのが実情である。

2. 適切な診断とは

認知症の診断、医療的支援として、現在、サポート医の養成が行われている。サポート医は、認知症に関する知識を有し、かかりつけ医や専門医療機関、地域包括支援センターとの連携を行い、認知症高齢者に対する支援を行う役割を担う。しかし、認知症に関する1日の研修を受けたことで、サポート医になれるため、認知症の状況を十分理解し、適した支援や連携を行えるまでの状況であるとは言い難い。

適切な診断には、「ものわすれ外来」などで、専門医による診断を受けることが大切である。

診断に必要な事項として、①問診により認知症ではないかというエピソードを本人・家族が伝えること、②神経心理テスト(長谷川式簡易知能評価スケール、Mini-Mental State Examination、認知機能検査など)の実施、③画像診断(MRI、脳血流シンチ SPECT など)、④血液診断がある。

認知症の診断において①の認知症を疑うエピソードを重要視している場合、きっちりとした診断を行うことができると言える。また、④の血液検査では、ホルモンバランスや貧血、糖尿病、甲状腺機能について調べることで、本人の状態に異変を起こしている状況を把握することができる。認知症の診断において、血液検査によるこれらの状態把握は、必須であると考えますが、実際には認知症の疑いを持って受診した際に、検査されないことが多い。

適切な診断を受けることができない現状において、その課題を解決する方法の一つとして、どこに相談に行けばよいかを明確に示すことがある。具体的には、地域で認知症の相談を受けられる窓口の一覧を作成するなど有効である。次いで、かかりつけ医から専門医への相談システムを整備することや、もの忘れを診てくれる、かかりつけ医一覧もであると良い。

もの忘れによる生活への困りごとへの対応を行うことも大切で、診断、治療に関する医療だけでなく、生活支援の視点でのかかわりが持てる機関の整備も必要であると言える。

これら診断、支援の充実により、認知症の人が抱える不安を手遅れにしない支援が実施できると言える。

3. 中核症状と BPSD

認知症には、図1に示す中核症状と BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : 行動・心理症状) の関係がある。認知症の支援に必要なことは、BPSD を無くすことではなく、本人が持っている「やりたいこと」をできるようにすることが大切である。しかし、家族をはじめ、ケア関係者など、認知症の本人に直接関わる支援者は、客観的な視点で本人を見つめることが難しい。適切な支援を行うためには、支援者を客観的に見つめ、後方支援できる人材が関わる必要がある。

認知症の人への支援には、まず本人が伝えようとしている言動を理解し、ニーズを知ることが大切である。そのためには、認知症の人の立場に立ち、難しくなっていることを理解する。また、言動の原因やその背景を考えること、本人の言葉やサインから手がかりを見つけ出すことである。これまでその人が辿ってきた生活やその背景、病前の生活を理解し、本人ができること、理解できることを知るといったアセスメントが重要である。これらのアセスメントを実施する有効な手法として「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式(以下、センタ

一方式)」がある。

センター方式は、「私」を主語として、本人を捉え、また、家族、支援者との関係を考えるものであり、パーソン・センタード・ケアを実行するためのツールである。パーソン・センタード・ケアとは、イギリスの臨床心理学者トム・キッドウッドが提唱した人間中心主義的ケアであり、ケアや心理的援助、リハビリテーションを認知症の人の「その人らしさ personhood」を中心に構成するものである。認知症のケアには、困難で混乱した行動を理解することや、その人の生活背景や生活史を理解する、個人的ケアのパターンや過去の好みや関心を反映したケアプランを確立することが大切であると言える。

また、認知症の原因疾患やステージによっても、みられる状態が変わってくるため、これらの理解も重要である。

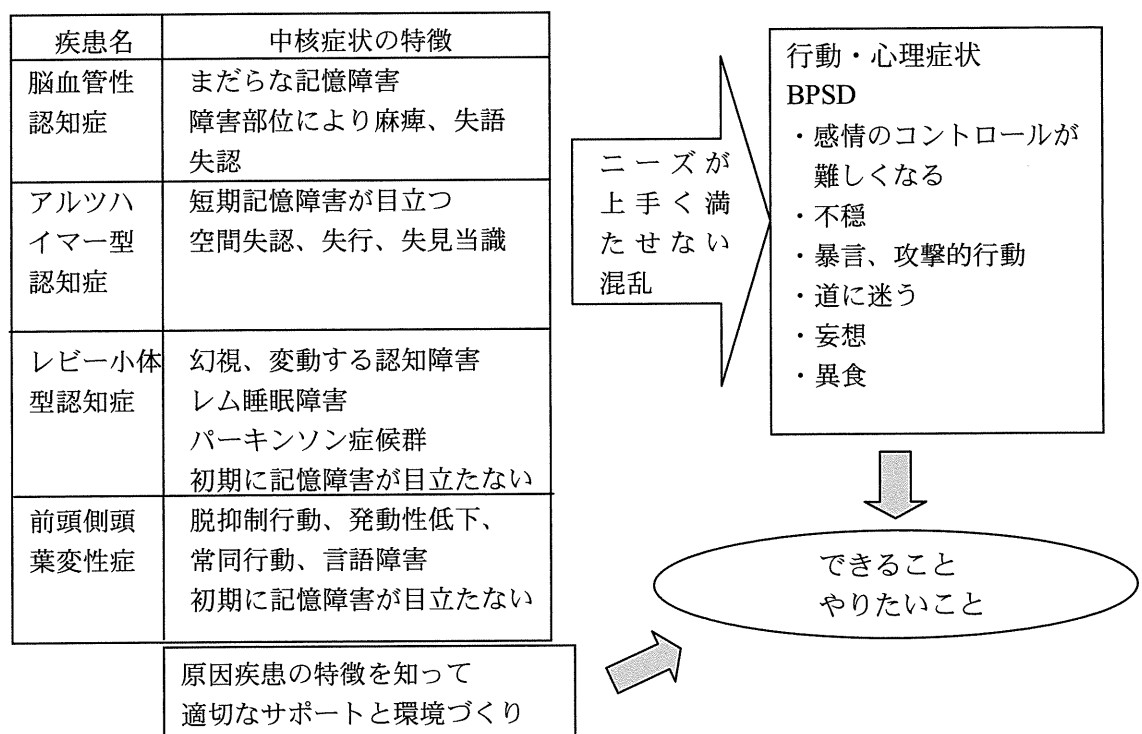


図 1. 中核症状と BPSD の関係

4. 認知症の地域連携のあり方

認知症の医療、介護について、それぞれの対場から果たせる役割にはどのようなことがあるだろうか。また、その役割を果たす際には、どのような職種の人との連携が必要になるのかを示す。

認知症の地域支援ネットワークを構築するうえでの課題として、次のことが言える。

- 1) 認知症支援といっても、地域で働くそれぞれの専門職のイメージが異なっていること
…医療に従事する専門職は介護の、介護に従事する専門職は医療の、それぞれの専門性を十分理解できていないという課題がある。専門性を理解できていないことで、自らの専門範囲ではない内容を抱え込んでしまい、解決に時間を要してしまうといった状態を引き起こす。
- 2) 地域の多職種が、協働のためのイメージを明確に持っていないこと
…医師の役割は明確であるが、介護の役割は不明確な点が多い。どこまでが自分の責任で遂行すべき事柄か、責任をだれが取るのが不明確なことで、認知症の人に関わる多職種の協働がどのように実現できるのかが分からない。
- 3) ステージに応じた支援を、誰が行うのかが不明確である

D. 考察およびE. 結論

認知症の地域連携ネットワーク構築に対する課題の解決のためには、認知症の支援に関係する機関、職種の役割として次のことが必要であると厚生労働省は示している。

1) 認知症サポート医が果たすべき役割

- ①都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修を企画、立案する。
- ②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築を図る。
- ③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力を行う。

即ち、認知症サポート医には、地域における「連携」の推進役が期待されている。

しかし、一方で、認知症サポート医がかかりつけ医の相談役・アドバイザー的な役割を果たすには、診療時間的に困難であるという課題があり、その課題に対する解決策を検討する必要性があると言える。

2) かかりつけ医に期待される役割

かかりつけ医には、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援するために、下記の役割を果たすことが望まれている。

- ①早期段階での発見・気づき
- ②認知症の人に対する日常的な身体疾患対応、健康管理
- ③家族の介護負担、不安への理解
- ④専門医療機関への受診誘導→医療連携
- ⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携→他職種協働

これらを適切に実行していくためには、医師だけでなく、地域包括支援センターと協働していくことが重要であり、結果の4に上げるような、かかりつけ医、サポート医、専門医と、地域包括支援センターや介護支援事業所の職員、民生委員などが一緒に参加する研修が必要である。