

#### 4) 利用者、家族、介護支援専門員のリハ導入に対する意向と訪問リハ導入の関係

利用者、家族、介護支援専門員のリハ導入意向との関係を見ると、三者の意向とも訪問リハ導入と有意な関係にあった（すべて  $p < 0.001$ ）。

表4 訪問リハ導入の有無と利用者／家族／介護支援専門員のリハ導入意向の関係

	導入群(n=75)		非導入群(n=334)		p 値
	n	%	n	%	
利用者の意向					
必要なし	6	8.0	79	23.7	<0.001***
あまり必要ない	5	6.7	54	16.2	
やや必要	15	20.0	76	22.8	
非常に必要	41	54.7	56	16.8	
未確認	8	10.7	69	20.7	
家族の意向					
必要なし	3	4.0	73	21.9	<0.001***
あまり必要ない	3	4.0	52	15.6	
やや必要	15	20.0	94	28.1	
非常に必要	54	72.0	102	30.5	
未確認	0	0.0	13	3.9	
介護支援専門員の意向					
必要なし	2	2.7	40	12.0	<0.001***
あまり必要ない	2	2.7	54	16.2	
やや必要	15	20.0	122	36.5	
非常に必要	56	74.7	118	35.3	

Note; \*\*\*:  $P < 0.001$ ,  $\chi^2$ 検定

#### 5) 介護支援専門員とリハ専門職の連携状況と訪問リハ導入の関係

介護支援専門員とリハ専門職の連携状況を見ると、退院前訪問指導あり ( $p < 0.001$ )、ケアプランへのリハ導入に関するリハ専門職による指導あり ( $p < 0.001$ )、退院前 CC への利用者の参加 ( $p = 0.019$ )、家族の参加 ( $p = 0.005$ )、介護支援専門員の参加 ( $p = 0.038$ ) との間に有意な関係がみられた。

表5 訪問リハ新規導入の有無とケアプラン作成プロセスへのリハ専門職の関与状況の関係

	導入群(n=75)		非導入群(n=334)		p 値
	n	%	n	%	
退院前訪問指導					
あり	39	52.0	71	21.3	<0.001***
なし	36	48.0	263	78.7	
退院前 CC への参加					
利用者					
参加	40	53.3	129	38.6	0.019*
不参加	35	46.7	205	61.4	
家族					
参加	53	70.7	176	52.7	0.005**
不参加	22	29.3	158	47.3	
介護支援専門員					
参加	56	74.7	207	62.0	0.038*
不参加	19	25.3	127	38.0	
ケアプランへのリハ導入に関する指導					
あり	55	73.3	114	34.1	<0.001***
なし	20	26.7	220	65.9	

Note; \*:  $P < 0.05$ , \*\*:  $P < 0.01$ , \*\*\*:  $P < 0.001$ ,  $\chi^2$ 検定

#### 4. 独立変数の決定

##### 1) 独立変数間の相関分析

抑制因子が存在すると、単変量解析では、関連因子とアウトカムの間に関連がみられなくても、多変量解析では有意な関連が現れる場合がある。そこで、抑制因子の存在を考慮し、単変量解析で  $p < 0.1 \sim 0.2$  の変数を多変量モデルに投入することが推奨されている (Katz, 1999)。そこで、今回、単変量解析で  $p < 0.1$  の変数を独立変数の候補とした。最終的に候補として選択された変数は、①介護支援専門員の基礎資格、②入院原因疾患：脳卒中、③入院原因疾患：肺炎、④入院原因疾患：呼吸器疾患、⑤入院原因疾患：心疾患、⑥退院時の要介護度、⑦退院時の寝たきり度、⑧入退院時の寝たきり度の変化、⑨退院時の認知症自立度、⑩利用者のリハ導入意向、⑪家族のリハ導入意向、⑫介護支援専門員のリハ導入意向、⑬退院前訪問指導の実施、⑭退院前 CC への利用者の参加、⑮退院前 CC への家族の参加、⑯退院前 CC への介護支援専門員の参加、⑰退院後ケアプランへのリハ導入に関するリハ専門職からの指導の 17 変数である。

これら 17 変数に対し、Spearman の相関分析を実施した結果、相関係数  $r$  が 0.7 以上の相関を示したものは、リハ導入に対する家族と介護支援専門員の意向、退院前 CC への家族と介護支援専門員の参加の 2 項目であった (表 6)。

##### 2) VIF の検証と独立変数の削除について

相関係数は 2 つの独立変数間の相関関係をみたものであり、3 つ以上の独立変数が絡み合っている場合には、相関関係の分析だけでは判断しきれない場合がある。そこで、多変数間の関係を評価する指標として考案された指標が VIF である。これが 10 を超えると問題あり、4 を超えると問題が生じる可能性があると言われている (Katz, 1999)。

そこで、17 変数間の VIF を算出した結果、退院前 CC への介護支援専門員の参加が抽出されたため、同変数を独立変数から削除した。削除した結果、残り 16 変数の VIF は全て 4 以下となった。また、入院原因疾患が呼吸器疾患の場合、訪問リハが全く導入されていなかったため、統計量が計算できないことから、同変数も独立変数から削除した。最終的に、残りの 15 変数を独立変数と決定した。

表 6 独立変数間の相関分析

No	独立変数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	介護支援専門員の基礎資格	1.00																
2	入院疾患：脳卒中	.05	1.00															
3	入院疾患：肺炎	-.03	-.14**	1.00														
4	入院疾患：呼吸器疾患	.05	-.11*	-.08	1.00													
5	入院疾患：心疾患	.03	-.10*	-.03	-.06	1.00												
6	要介護度	.03	.05	.13**	-.04	-.06	1.00											
7	入退院時の寝たきり度の変化	.02	.24**	-.10*	-.03	.03	.08	1.00										
8	退院時寝たきり度	.05	-.08	.15**	-.02	.05	.60**	.18**	1.00									
9	退院時認知症自立度	.03	-.04	.18**	-.09	.03	.31**	-.10*	.30**	1.00								
10	リハ導入意向（利用者）	.03	.24**	-.12*	-.07	-.11*	-.04	.11*	-.06	-.26**	1.00							
11	リハ導入意向（家族）	-.03	.25**	.01	-.15**	-.13*	.14**	.11*	.07	.01	.63**	1.00						
12	リハ導入意向（介護支援専門員）	-.02	.17**	.00	-.17**	-.04	.12*	.04	.09	.09	.46**	.70**	1.00					
13	退院前訪問指導の実施	.02	.39**	-.14**	-.04	-.07	.05	.18**	-.02	-.11*	.28**	.17**	.19**	1.00				
14	退院前 CC への参加（利用者）	.03	.13**	-.10*	-.00	.07	.04	.19**	-.04	-.11*	.12*	.13**	.12*	.24**	1.00			
15	退院前 CC への参加（家族）	-.07	.14**	-.07	-.06	.02	.23**	.17**	.14**	.03	.09	.19**	.17**	.24**	.54**	1.00		
16	退院前 CC への参加（介護支援専門員）	-.07	.13*	-.08	.00	.03	.18**	.16**	.10*	.02	.04	.07	.12*	.20**	.63**	.84**	1.00	
17	リハ職によるプランへのリハ導入指導	.01	.27**	-.13*	-.15**	-.05	.08	.14**	.02	-.09	.42**	.45**	.41**	.35**	.15**	.19**	.13**	1.00

Note; Spearman's correlation coefficient

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

## 5. ケアプランへの訪問リハ導入への関連要因に関する多変量解析

### 1) カテゴリー区分の変更

多重ロジスティック回帰分析では、各独立変数の数値とそれに対するオッズ比の自然対数が直線関係にあることを前提としている。

そこで、これら確認を行い、利用者及び家族のリハ導入意向を、「非常にあり/ややあり」と「なし/あまりなし/確認していない」の2区分に変更した。また、介護支援専門員のリハ導入意向も、「非常にあり/ややあり」と「なし/あまりなし」の2区分に変更した。

### 2) 多変量解析結果

退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入の有無を従属変数、上述した検討結果から残った15変数を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析（強制投入）を実施した。

その結果、退院時の要介護度（オッズ比=1.418、95%信頼区間（95%CI）=1.072-1.877）、寝たきり度（オッズ比1.589、95%CI=1.006-2.512）、認知症自立度（オッズ比0.715、95%CI=0.529-0.965）、ケアプランへのリハ導入指導（オッズ比2.089、95%CI=1.048-4.163）の4変数が有意であった。なお、Hosmer-Lemeshowの検定結果は $p=0.803$ であり、回帰モデルはデータに適合していた。また、判別率的中率は84.8%であった。

表7 多重ロジスティック回帰による訪問リハの新規導入への関連因子分析結果

独立変数及び区分	回帰係数	オッズ比	95%信頼区間	p値
介護支援専門員の基礎資格				
医療系の基礎資格保有者 (ref=福祉系)	0.481	1.618	0.857-3.055	0.138
脳卒中				
あり (ref=なし)	0.300	1.350	0.653-2.788	0.418
肺炎				
あり (ref=なし)	-0.672	0.510	0.172-1.513	0.225
心疾患				
あり (ref=なし)	-1.754	0.173	0.021-1.415	0.102
要介護度 (1ランクの増加)	0.350	1.418	1.072-1.877	0.014*
寝たきり度 (1ランクの増加)	0.463	1.589	1.006-2.512	0.047*
入退院時の寝たきり度の重度化				
あり (ref=なし)	0.385	1.469	0.783-2.755	0.231
認知症自立度 (1ランクの増加)	-0.336	0.715	0.529-0.965	0.028*
利用者のリハ導入意向				
非常にあり/ややあり (ref=なし/あまりなし/未確認)	0.310	1.364	0.611-3.046	0.449
家族のリハ導入意向				
非常にあり/ややあり (ref=なし/あまりなし/未確認)	1.161	3.194	0.847-12.039	0.086
介護支援専門員のリハ導入意向				
非常にあり/ややあり (ref=なし/あまりなし)	0.411	1.508	0.338-6.726	0.590
退院前訪問指導				
あり (ref=なし)	0.623	1.865	0.932-3.732	0.078
退院前CCへの利用者の参加				
あり (ref=なし)	0.038	1.038	0.493-2.188	0.921
退院前CCへの家族の参加				
あり (ref=なし)	-0.037	0.964	0.431-2.154	0.929
ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職の指導				
あり (ref=なし)	0.737	2.089	1.048-4.163	0.036*

Note; \*, $p<0.05$

## D. 考察およびE. 結論

本研究は、介護支援専門員を対象とした質問紙調査により、自宅に退院した要介護高齢者への退院後ケアプランへの訪問リハの新規導入要因を明らかにすることを目的としたものである。

今回、先行研究をもとに、①居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況、②介護支援専門員の属性、③利用者属性、④ケアプランへの利用者／家族／介護支援専門員のリハ導入意向、⑤退院後ケアプラン作成プロセスへのリハ専門職の関与状況の5領域に関する項目と、退院後のケアプランへの訪問リハの新規導入の有無との関係を見た。その結果、単変量解析では、介護支援専門員の基礎資格、入院原因疾患が脳卒中／心疾患／呼吸器疾患に該当、退院時の要介護度、退院時の寝たきり度、入院時の寝たきり度の変化、利用者／家族／介護支援専門員のケアプランへのリハ導入に対する意向、退院前訪問指導の有無、退院前CCへの利用者／家族／介護支援専門員の参加の有無、ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職の指導の有無が有意な関係を示した。さらに、多変量解析により他の要因を調整した結果、退院後の要介護度、退院時の寝たきり度、退院時の認知症自立度、ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職の指導の実施の4項目が、訪問リハ新規導入の有無と有意な関係を示すことがわかった。

以下、設定した領域別に、本研究における二変量及び多変量解析結果に対する解釈について述べた後、退院後のケアプランへの適切なリハ導入を図る上での今後の課題を整理する。

### 1) 介護支援専門員の属性と訪問リハ導入の関係性について

訪問リハの新規導入率を基礎資格別にみると、看護職で高く、福祉職で低かった。島内ら(2005)は、福祉職は訪問介護と通所介護をケアプランに集中的に導入する傾向があるが、看護職は訪問系や通所系の医療・介護サービスを比較的偏りなく導入していると指摘している。日本介護支援専門員協会(2009)が実施した調査では、ケアプランへのリハ導入の妥当性に関して、「あまり導入できていない～導入できていない」と答えた割合は、「看護師」25.5%、「介護福祉士」42.2%と、福祉職の方が高かったと報告されている。

これら調査は退院後のケアプランに限定したものではないが、これら調査が示した、基礎資格によりサービス選定方法や選定結果が異なる傾向は、退院後ケアプラン作成プロセスでも同様と考えられることから、基礎資格間のサービス決定プロセスの差が、退院後ケアプランへの訪問リハ導入率の差に影響している可能性があると考えた。

### 2) 利用者属性と訪問リハ導入の関係性について

日本では、高齢者の生活機能低下モデルとして、急性発症を起点として急激に生活機能が低下する脳卒中モデルと、徐々に生活機能が低下する廃用症候群モデルがあり、これら高齢者の病態に応じたサービス提供が必要と指摘されている(高齢者リハビリテーション研究会, 2004)。

入院原因疾患と訪問リハの新規導入率の関係をみると、脳卒中で訪問リハ導入率が有意に高く、心疾患、呼吸器疾患などで有意に低く、肺炎でも導入率が低い傾向にあった。また、独立変数間の相関分析をみると、利用者のリハ導入意向と脳卒中は正の相関を、一方、肺炎や呼吸器疾患、心疾患では負の相関を示していた。

これら結果から、利用者や家族、介護支援専門員にとって、脳卒中のように急激に機能低下する疾患の場合は退院後のリハ継続の必要性を認識しやすく、逆に、徐々に生活機能が低下する疾患の場合、リハの必要性を認識しにくいと、リハ導入が低い水準に留まっている可能性が考えられた。

腰塚(2011)は、在宅要介護者の中には、適切なリハを行えばADLや家族介護負担度が改善する余地があるにも関わらず、現状に合わせた介護サービスを受け続けているケースが少なからず存在していると指摘している。リハの必要性の認識が難しい廃用性機能低下に対しては、リハ専門職がリハ適応を適切に判断した上で、利用者や家族へのリハの必要性に関する説明と同意を強化し、適切なリハ介入を行うシステム作りが、今後特に必要である。

### 3) リハ導入意向と訪問リハ導入の関係性について

五嶋ら（2005）は、適切な訪問リハ導入を図るためには、介護支援専門員の訪問リハに対する理解度を高めることが必要と述べている。金城ら（2009）は、介護支援専門員を対象にビデオを用いた訪問リハの啓発活動を実施し、視聴後、訪問リハに対する理解度が高まったと報告している。

これらは、介護支援専門員に対するリハ知識を高める介入が、訪問リハのケアプランへの導入に対して有効であるとの指摘である。しかしながら、福祉職が約7割を占める介護支援専門員に対し、研修等を通じてリハ知識の向上を図ることで、リハ導入に関する利用者との合意形成のスキルを向上させることは難しいであろう。強化すべきは、介護支援専門員の知識向上ではなく、リハ専門職と介護支援専門員の協働によるケアプランの検討と、リハ導入の必要性に関する利用者・家族への適切な説明と合意形成、ならびに療養指導／介護指導の強化であろう。

### 4) ケアプラン作成プロセスへのリハ専門職の関与と訪問リハ導入の関係性について

入江（2010）は、介護支援専門員が立てたケア目標には、機能の維持・改善、生活自立に関わる視点が欠落しているため、利用者のリハニーズを把握出来ていない。したがって、これらの視点を持ち合わせたリハ専門職がケアプラン作成に関与することが、適切なりハ導入を進める上で重要と指摘している。本研究でも、ケアプランへのリハ導入に対するリハ専門職による指導が訪問リハ新規導入と有意な関係にあることが確認され、入江の主張を裏付ける結果となった。

これら結果から、ケアプラン作成へのリハ専門職の関与が重要であるとの結論を得たが、第三章で指摘したように、現在の日本の退院支援プロセスへのリハ専門職の関与は非常に弱い。特に、在宅リハ専門職が、退院前 CC にほとんど参加していない点は大きな問題である。早期退院を円滑に進めるためには、利用者や家族、介護支援専門員との合意形成の場である退院前 CC に、病院ならびに在宅サービスに従事するリハ専門職などが参加し、リハ継続の必要性について適切な指導・助言を行う仕組みに変えていかなければならない。これを側面支援するために、退院前 CC への在宅リハ専門職の参加に対する報酬設定も必要である。ケアプランへのリハ導入を介護支援専門員が決定した後から在宅リハ専門職が関与するのではなく、ケアプラン原案の作成段階からリハ専門職が関与する仕組みを構築することが、円滑な退院支援、必要なりハ継続を保障するために必要であると考えられる。

### 5) 総合的な課題について

これまで4つの領域に対し考察を加えてきたが、ここで、4領域を総合した今後の課題を2点述べる。

1点目は、廃用性機能低下への適切な対応である。

高齢者の場合、廃用性機能低下による ADL 能力の低下と廃用性機能低下の進行という悪循環が、健康寿命の短縮、寝たきりの発生の原因となっていることは明らかである。

脳血管障害などにより、明らかな運動機能障害を来している場合は、利用者・家族の意向や介護支援専門員の判断により、退院時にリハが導入されやすい環境にあり、結果的に廃用性機能低下への対応もある程度はなされているが、肺炎など運動機能障害が顕著でない場合、廃用性機能低下への対応が不十分であることは否めない。これらのことから、廃用性機能低下は退院時にリハ専門職が必ず対応すべき症候群であるという認識をもつべきである。

2点目は、退院時ケアマネジメントの標準化への支援である。

円滑な退院支援を実現するためには、介護支援専門員の基礎資格に関わらず、適切な判断の下、必要なサービスが導入されるといった、退院時ケアマネジメントの標準化を図る必要がある。そのためには、リハ専門職が利用者の状態や予後を適切に評価した上で、ケアプランにリハを適切に位置づけるための支援を行うといった仕組みの導入と、その行為を評価する報酬設定が必要である。

## 6) 本研究の限界点と今後の課題

1 点目は、本研究の回答者の代表性である。今回の調査対象者は、兵庫県介護支援専門員協会会員を中心とした1,612名であるが、これは兵庫県の介護支援専門員の約4割であり、回収率は50.2%あるものの、回答者属性に偏りがある可能性がある。また、独立変数全ての有効回答者を分析対象者としたため、分析対象者は409事例に減少している。そこで、代表性の部分的検証を行うため、分析対象者の基礎資格の分布状況を、全国調査データと比較した(三菱総合研究所, 2010)。同調査によると、介護支援専門員の基礎資格は、「介護福祉士」50.0%、「看護職」24.3%、「社会福祉士」7.0%などであった。本調査におけるこれら3職種の割合は、それぞれ49.4%、25.2%、10.8%であり、全国調査とほぼ同じであった。以上の結果から、部分的な検証ではあるが、本研究結果には代表性があると考えた。

2 点目は、他地域への一般化の可能性である。本研究は、兵庫県の介護支援専門員を対象としたものであり、研究結果の他地域への一般化に関しては保証できない。本研究では、訪問リハ導入群と非導入群間で、訪問リハの整備率に有意差がなかったが、訪問リハ資源が乏しい地域においては、リハ資源の整備状況がリハ導入に影響を及ぼす可能性はある。そのため、本研究と同様の多変量解析結果が得られるとは限らない。

本研究では、退院後ケアプランへの訪問リハの新規導入に対する関連因子を、多重ロジスティック回帰分析により評価した。その結果、「リハ専門職による指導の強化を図ることにより、退院後ケアプランへの適切な訪問リハ導入が推進できるのではないか」との仮説が得られた。ただし、退院支援の最終目的は、ケアプランへのリハ導入自体ではなく、あくまで、自宅環境下での、退院一定期間における生活機能の予後の維持/向上である。Indredavik ら (2000) は、退院後からの継続的な訪問リハ提供に加え、退院1ヶ月後の評価とケアプランの見直し、看護やケア関係者との連携強化などを含んだトータルシステムを提供し、ADL改善などの効果を挙げている。

今後、Indredavik ら (2000) の早期退院支援システムを参考に、日本版のリハ専門職による退院支援システム、具体的には、退院後同行訪問による自宅環境下でのADL能力評価及び予後評価、ケアプラン内容に対する指導・助言、療養環境調整、利用者への療養指導、家族介護指導、退院1ヶ月後の状況把握とケアプラン見直しへの指導・助言等を試行するとともに、通常のケアマネジメントによる退院者のADL等の変化との比較により、同システムの効果を介入研究により検証する必要がある。

### 【引用文献】

- 五嶋佳子, 永富香織, 重本 亨, 石井敦子, 佐藤祐佳, 鬼崎信好, 石竹達也 (2005). 介護保険制度下における訪問リハビリテーションの利用状況分析. *久留米医学会誌*, 68, 37-44.
- 後藤伸介, 松村朋枝, 織田裕可里, 栗井由美, 中山さやか, 勝木 準, 木下潤子, 京谷亜紀, 山下夕子, 唐津 学, 宮本由香里 (2005). 介護支援専門員を対象とした訪問リハビリテーションに関する調査. *石川県理学療法学雑誌* 5(1), 30-33.
- 堀野公美子 (2006). 訪問リハビリテーション利用の促進について. *理学療法研究・長野*, 34, 54-55.
- 稲田健吾, 土屋隆史, 安藤聡美, 高野香代, 菅家美恵子, 須田 恵, 腰塚 裕 (2010). 訪問リハビリテーション導入を左右する要因に関する検討—介護支援専門員のアンケート調査を通して. *理学療法学* 37(2), 106-107.
- Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Løge AD, Mørch B (2000). Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 31(12), 2989-2994.
- 入江多津子 (2010). リハビリテーションとケアマネジメント. *総合リハ*, 38(6), 519-525, 2010.
- 加部直子 (2008). 訪問リハビリテーションについて—理学療法士とケアマネージャーの立場から—. *理療*, 38(3), 33-39.

- 金城正太, 友利幸之介, 大友貴子, 山田勝雄, 東登志夫 (2009). ビデオを用いた介護支援専門員に対する訪問リハビリテーションの啓発活動とその有用性. *作業療法*, 28(5), 578-584.
- Katz MH (1999). 木原雅子, 木原正博 訳 (2008). *医学的研究のための多変量解析—一般回帰モデルからマルチレベル解析まで* (pp.71-75). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- Kawagoe M, Kajiya S, Mizushima K, et al (2009). Effect of Continuous Home-Visit Rehabilitation on Functioning of Discharge Frail Elderly. *J Phys Ther Sci*, 21(4), 343-348.
- 高齢者リハビリテーション研究会 (2004). *高齢者リハビリテーションのあるべき方向*.
- 厚生労働省 (2010a). *平成20年介護サービス施設・事業所調査*.
- 厚生労働省 (2010b). *平成20年医療施設調査 (静態調査・動態調査) 病院報告*.
- 腰塚 裕 (2011). 介護保険制度と在宅医療 在宅医療から見た運動器障害 訪問リハビリテーションは寝たきり予防に有用である. *医学のあゆみ*, 236(5), 412-416.
- 三菱総合研究所 (2010). *居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書* (pp.1-32).
- 森川亜紀, 金川善洋, 幡谷恵美 (2008). 地域における訪問リハビリテーションの必要性～ケアマネージャーを対象としたアンケート調査～. *みんなの理学療法*, 19, 46-48.
- 日本介護支援専門員協会 (2009). *介護支援専門員 (ケアマネジャー) の医療的ケアの知識向上のための調査研究事業報告書* (pp.7-76).
- 佐藤健一, 高橋明子, 丹葉留菜, 中野夏樹, 高橋茂実, 鈴木 務, 新瀉裕子, 斎藤 功 (2008). 居居宅介護支援事業所における訪問リハビリテーション現況調査—秋田県理学療法士会調査部の報告—. *秋田理学療法*, 16(1), 41-51.
- 島内 節, 森田久美子, 友安直子 (2005). 在宅ケア利用者のアウトカムに影響するケアマネジメント要因—ケアマネジャーの職種別比較を通して—. *日本地域看護学会誌*, 7(2), 21-26.
- 篠田道子編集, 社団法人全国訪問看護事業協会監修 (2006). *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* (pp.2-15). 東京: 日本看護協会出版会.
- The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovas Dis*, 25, 457-507.
- 対馬栄輝 (2008). *SPSS で学ぶ医療系多変量データ解析* (pp.97-135). 東京: 東京図書.
- 内田 治 (2011). *SPSS によるロジスティック回帰分析* (pp.40-64). 東京: オーム社.
- 宇都宮宏子 (2009). *病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例* (pp.2-37). 東京: 日本看護協会出版会.
- 渡部早希, 上野武治, 渡辺明日香 (2005). 介護保険制度におけるケアマネジメントの問題点および作業療法士への期待. *北海道作業療法*, 22(1):26-32.

#### 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



## 退院患者に対するケアプランへのリハ導入の実態に関するアンケート調査票

以下の質問について、名称や数字を記入、または該当数字に○、または□に✓をお付け下さい。

### I 貴事業所及びリハ関連事業の実施状況について

1	所属事業所の設立法人は？(例:医療法人株式会社)	( )
2	貴事業所の介護支援専門員は、常勤非常勤併せて何名ですか？	( )名
3	同一又は系列法人で、病院やリハ関連の事業を行っていますか？(該当するもの全てに✓)	
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションからのリハ(訪問看護) <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護(リハ職の配置があり、機能訓練を実施している場合のみ✓)	
4	リハに関して相談できるリハ職がいますか？ (※同一法人内でも別の法人でも構いません)	1.はい 2.いいえ

### II ケアプランへのリハ導入の現状について

1	現時点で、ケアプランを作成している要介護者は何名ですか？	( )名
2	問1の利用者のうち、以下のリハを受けている人数は何名ですか？(いない場合"0"と記入)	
	①訪問リハ ( )名      ②訪問看護ステーションからのリハ ( )名 ③通所リハ ( )名      ④通所介護での機能訓練 ( )名	

### III 退院時における病院との連携状況とプラン作成プロセスについて

「現在在宅にいる要介護者のうち、最も直近の退院者(但し、検査目的での入院者は除きます)」の入院先との連携やケアプラン作成プロセスについて伺います。該当する□に✓を入れて下さい。

1	入院されていた病院の病床の種類は何ですか？ 1.急性期(一般)病床 2.回復期リハ 3.療養病床(医療または介護) 4.その他 5.不明	
2	その病院は貴事業所と同一法人(又は系列法人)ですか？	1.はい 2.いいえ
3	入院する前の、利用者の寝たきり度は？ 1.自立 2.J1(交通機関で外出) 3.J2(隣近所の外出) 4.A1 5.A2 6.B 7.C 8.不明	
4	今回の入院の主たる原因疾患は何ですか？(該当する番号に○)。 1.脳出血 2.脳梗塞 3.大腿骨骨折 4.他の骨折 5.肺炎 6.心疾患 7.高血圧症 8.糖尿病 9.脂質異常症 10.関節症 11.呼吸器疾患 12.脊椎障害 13.廃用症候群 14.その他	
5	その方は、 <u>入院前</u> 、以下のリハサービスを利用されていましたか？(該当するもの全てに○) 1.訪問リハ 2.訪問看護 3.通所リハ 4.通所介護(機能訓練実施) 5.1~4の利用なし	
6	病院の専門職による自宅での退院前訪問指導はありましたか？	1.あり 2.なし 3.不明
7	質問6で退院前訪問指導「あり」と回答された方に伺います。 退院前訪問指導に立ち会った方はどなたですか？(該当する職種全てに✓)。 (病院側) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 (在宅側) <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他	
8	退院前に、病院にて、在宅関係者を交えた会議(以下、退院前合同カンファ)は開催されましたか？また、あなたはその会議に参加されましたか？ 1.参加した 2.開催されたが参加できず 3.開催されず 4.開催されたか不明 5.退院後から利用者にかかわったため、入院中の退院前合同カンファには不参加	
9	質問8で、退院前合同カンファに「参加した」と回答された方に伺います。 あなた以外で退院前合同カンファに参加された職種全てに✓をお付け下さい。 (病院側) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) (在宅側) <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 在宅医 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )	
10	病院の専門職から、「退院後の日常生活を支援するために、リハ継続が必要」といった指導や助言はありましたか？	1.あり 2.なし

11	退院後のリハサービス導入の必要性について、病院の医師、リハ職 (PT、OT、ST) はどのように感じておられましたか？ (※最も近い番号に○)
	(病院医師) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認 (病院リハ職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認

(問 12-17 は、在宅退院後の状況についてです)

12	その方の要介護度は？(※右欄の ( ) 内に、要支援者の場合 1-2、要介護者の場合 1-5 の数字を記入下さい)	要支援( ) 要介護( )
13	在宅退院直後(約1週間後)の、利用者の寝たきり度及び認知症自立度は？	
	1.自立 2.I(交通機関で外出) 3.II(隣近所の外出) 4.A1 5.A2 6.B 7.C 8.不明 1.自立 2.I 3.IIa 4.IIb 5.IIIa 6.IIIb 7.IV 8.M 9.不明	
14	リハサービス導入の必要性について、利用者、家族、在宅主治医、在宅のリハ職 (PT、OT、ST)、あなた自身はどのように感じておられましたか？ (最も近いものに○)	
	(利用者) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(ご家族) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(主治医) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(リハ職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
15	サービス担当会議を開催する前に、ケアプランにリハサービスをいれた方が良いか、医師やリハ職に相談されましたか？	1.相談した 2.相談していない
	問 15 で「相談した」と回答された方に伺います。医師やリハ職は導入の必要性について、どのように判断されましたか？最も近い番号に○をお付け下さい。	
17	退院後のケアプランに、リハサービスを導入しましたか？ (該当するもの全てに○)	
	1.訪問リハ 2.訪問看護 3.通所リハ 4.通所介護(機能訓練実施) 5.1~4 の導入なし	

IV 退院者へのリハサービスの継続性を確保するための方法について

1	退院利用者の退院後ケアプランに、リハサービスを適切に導入できていると思いますか？				
	1.出来ている 2.ほぼ出来ている 3.あまり出来ていない 4.ほとんど出来ていない				
2	退院者のケアプランに、リハサービスをより適切に導入するための方法について伺います。以下の項目の重要性について、お考えに最も近い番号に○をお付け下さい。				
		非常に重要	まあまあ重要	あまり重要でない	重要でない
	①自分自身のリハに関する知識を向上させること	1	2	3	4
	②病院の退院前訪問指導を充実させること	1	2	3	4
	③地域の在宅リハ資源を充実させること	1	2	3	4
	④病院との退院前合同カンファを充実させること	1	2	3	4
	⑤病院の医師やリハ職、MSW との連携を強化すること	1	2	3	4
	⑥地域において、気軽に相談できるリハ職を持つこと	1	2	3	4
⑦ケアプラン原案に対するリハ職からの指導・助言	1	2	3	4	

V 最後に基礎資格(ケアマネ以外の資格)と実働開始年等をお教え下さい(資格は該当する□に✓)。

資格：□看護職 □リハ職 □社会福祉士 □介護福祉士 □その他 ( )	
実働開始年 (いずれかの居宅介護支援事業所で勤務を開始した年)	平成 ( ) 年
事業所所在地の地域包括支援センター名	( ) 地域包括支援センター

アンケートは以上です。ご協力、有難うございました。

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 24 年度分担研究報告書

「入院時情報提供書」の作成

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】**

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を推し進めているが、我々が行った退院事例調査から、①退院事例の約7割は急性期病床からの退院である、②急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていない（病院関係者は在宅での状況が把握できていない）といった事実が明らかとなった。

そこで、今回、急性期病床との入院時の連携の強化を図ることを目的に、要介護高齢者が入院した場合に、ケアマネジャーから病院スタッフに提供する「入院時情報提供書」を作成することとした。

ケアマネジャーと退院調整看護師を交えた複数回の検討会を開催し、①退院支援を行う上で重要な情報だが、病院の関係者では把握が難しい情報、②自宅退院に向けて、入院中に提供する看護やリハの内容を検討する際の参考となる情報、③在宅での医療支援体制に関する情報を提供するという観点から、項目を選定した。主な項目は以下の通りである。

- ・入院前の生活状況（ADLの自立度や手段等）に関する項目
- ・入院前の生活上の困りごとに関する項目
- ・認知機能／周辺症状に関する項目
- ・処置や服薬に関する項目
- ・医療支援体制に関する項目
- ・介護サービス利用状況に関する項目
- ・在宅での生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目
- ・ケアマネジャーからみた生活上の一番の課題に関する項目

今後、本書の開発の背景や狙いを、滋賀県内のケアマネジャーや病院の退院調整部門の関係者に広く周知しながら、導入につなげていく予定である。

## A. 開発の背景および目的

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を押し進めている。こうした中、介護支援専門員には、要介護高齢者の「退院支援」に積極的に関わるとともに、「円滑な退院を支援する」ことへの貢献が求められている。

さて、我々が行った退院事例調査によると、

- ① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院であること
- ② 急性期病床からの退院患者の入院原因疾患をみると、肺炎や心疾患の方が多かったが、そのうちの約8-9割は、要介護者の入院であること
- ③ 急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていないこと  
(自宅の療養環境や入院前の生活状況を、病院側は十分には把握できていない)

などが判明した。これらの事実と国の施策動向から、「急性期病床との入院時の連携の強化を図ること」を解決すべき優先課題の一つと考えた。

今回、提案する「入院時情報提供書」は、この課題を解決(改善)するための「手段」として開発したものである(もちろん、急性期病床だけでなく、回復期リハ病床や療養病床から退院される場合にもお使い頂けるものとなっている)。

## B. 方法

滋賀県介護支援専門員連絡協議会のメンバー、退院調整看護師、県庁担当で構成される検討会を設けて、具体的な項目の検討を行った。

## C. 結果、D. 考察、E. 結論

①退院支援を行う上で重要な情報だが、病院の関係者では把握が難しい情報、②自宅退院に向けて、入院中に提供する看護やリハの内容を検討する際の参考となる情報、③在宅での医療支援体制に関する情報を提供するという観点から、項目を選定した。主な項目は以下の通りである。

- ・入院前の生活状況(ADLの自立度や手段等)に関する項目
- ・入院前の生活上の困りごとに関する項目
- ・認知機能/周辺症状に関する項目
- ・処置や服薬に関する項目
- ・医療支援体制に関する項目
- ・介護サービス利用状況に関する項目
- ・在宅での生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目
- ・ケアマネジャーからみた生活上の一番の課題に関する項目

今後、本書の開発の背景や狙いを、滋賀県内のケアマネジャーや病院の退院調整部門の関係者に広く周知しながら、導入につなげていく予定である。

## 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

【入院時情報提供書（居宅介護支援事業所→医療機関）】※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

病院担当者様 (記入日：H\_\_年\_\_月\_\_日 入院日：H\_\_年\_\_月\_\_日)

基本情報	フリガナ		性別	生年月日	年齢			
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S__年__月__日	__歳			
	住所				家族状況			
	キパーン	( ) (TEL)			T			
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )						
入院歴	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (H__年__月__日～__年__月__日)						
		(原因疾患)						
入院前の生活	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行なっていない (入浴場所) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (排泄方法) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事形態) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
困りごと	入院前の生活上の困りごと	(本人の困りごと)	(家族の介護上の困りごと)	(住環境/用具使用上の課題)				
認知	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)						
	BPSD	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す						
処置等	処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( __% /分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡						
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼						
医療支援体制	主治医	機関名			医師名			
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: ) (緊急時訪問対応) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	訪問歯科	機関名	(TEL)					
	訪問看護	事業所名	(入院前の訪問看護) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (緊急時訪問対応) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
	薬局	(TEL)						
週間計画		日	月	火	水	木	金	土
	午前							
	午後							
退院に向けて	自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安 (家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない (本人次第) <input type="checkbox"/> 不安						
	ケアマネからみた生活上の一番の課題							
事業所名						担当者名		
所在地								
連絡先	TEL: ( ) - FAX: ( ) -							

□裏面に住環境（玄関、居室、トイレ、お風呂、トイレやお風呂までの移動部分等）がわかる写真や見取り図を添付しています。

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 24 年度分担研究報告書

「地域ケア会議」の運営方法の検討

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】**

国は、ケアマネジメントの機能強化に向け、その一手段として「地域ケア会議」の推進を検討しており、平成 27 年度からは全市町村で実施する方向となっている。

これに向け、国は、運営手順書や先行事例の紹介などを進める方向であるが、同会議は現場レベルの話であり、国の方向性を理解した上で、早めに関係者間で、会議の運営方法に関する話し合いを進めておく必要がある。

そこで、今回、福井県越前市と共同で、地域ケア会議の運営方法に関する検討を行い、平成 25 年 1 月から、まずは退院事例を対象とした地域ケアデモ会議を実施した。

本稿では、越前市で検討してきた経過や内容について紹介するとともに、デモ会議を通じて会議の司会者の進行方法の手順を検討した。また、デモ会議を通じて見えてきた課題についても言及する。

今後は、個別事例を検討する「地域ケア個別会議」において、対象事例の範囲を拡大する（認知症など）とともに、個別会議から見えてきた地域の課題、ケアマネジメント上の一般的課題を解決するための「地域ケア推進会議」を設置し、地域課題の解決に向けた地域マネジメントを推進して行く方向で検討を進めている。

## A. はじめに

国は、ケアマネジメントの機能強化に向け、その一手段として「地域ケア会議」の推進を検討しており、平成27年度からは全市町村で実施する方向となっている。

これに向け、国は、運営手順書や先行事例の紹介などを進める方向であるが、同会議は現場レベルの話であり、国の方向性を理解した上で、早めに関係者間で、会議の運営方法に関する話し合いを進めておく必要がある。

そこで、今回、福井県越前市と共同で、地域ケア会議の運営方法に関する検討を行い、平成25年1月から、まずは退院事例を対象とした地域ケアデモ会議を実施した。

本稿では、越前市で検討してきた経過や内容について紹介するとともに、デモ会議を通じて会議の司会者の進行方法の手順を検討した。また、デモ会議を通じて見えてきた課題についても言及する。

## B. 方法

福井県越前市にて、「ケアマネジメントプロセスの強化のための地域ケア会議検討会」を月1回のペースで開催し、地域ケア会議の運営方法の検討を行った。

## C. 結果

### 1) 検討経過

表1に、地域ケア会議実施に向けた検討経過の概要を示す。

表 1. 地域ケア会議実施に向けた検討過程

日付	実施内容
2012.5.18	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護支援専門員・主任ケアマネ研修会を開催</li> <li>・地域ケア会議の実施に向けた意見交換を実施</li> </ul>
2012.6.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コアメンバーによる事前打合せ（行政、包括職員、リハ職、学識経験者）</li> <li>①検討会の趣旨の確認</li> <li>②検討会における検討事項の整理（委員の選定など）</li> <li>③今後のスケジュールについて</li> </ul>
2012.7.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1回地域ケア会議検討委員会の開催</li> <li>①委員紹介</li> <li>②ケアマネジャーの質向上に関する国の動向の紹介</li> <li>③事例検討会の開催に向けた論点整理及び意見交換</li> <li>④リハ職のアセスメントの視点とサービス提供の実態について</li> <li>⑤次回の検討課題及びスケジュールについて</li> </ul>
2012.9.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第2回地域ケア会議検討委員会の開催</li> <li>①前回の会議の概要について</li> <li>②ケアマネジメント業務の流れについて（主任ケアマネジャーより）</li> <li>③訪問看護師のアセスメントの視点について（訪問看護師より）</li> <li>④ケアマネジメントの機能強化に向けた最新の動向の紹介</li> <li>⑤地域ケア会議運営に関する意見交換</li> <li>⑥次回の検討課題について</li> </ul>
2012.10.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第3回地域ケア会議検討委員会の開催</li> <li>①地域ケア会議の基本骨格について（これまでの議論の確認）</li> <li>②地域ケア会議の基本骨格／運営方法に関する意見交換（論点メモより） <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議の流れについて</li> <li>・事例に関する提出書類について</li> <li>・当日の会議の運営の流れについて</li> <li>・アドバイス表の内容について（委員→報告者）</li> </ul> </li> <li>③今後のスケジュールについて（検討状況報告及びデモ会議の実施など）</li> </ul>
2012.11.16	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デモ会議の実施に向けた準備会の開催（事例提供者を交えて）</li> <li>①当日準備する資料の確認</li> <li>②事例概要の紹介（包括及び居宅のケアマネジャーより）</li> <li>③デモ会議における座席表、役割分担の確認</li> <li>④デモ会議の進行スケジュールの確認</li> </ul>
2012.11.27	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議開催に向けた検討経過報告 （対象：地域包括支援センター職員及びケアマネジャー）</li> <li>・デモ会議の実施（脳梗塞の退院2事例）</li> </ul>
2013.1.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デモ会議の実施（脳梗塞、大腿骨骨折の退院2事例）</li> <li>・入浴動作のアセスメントのポイントの解説（リハ職より）</li> </ul>
2013.3.14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議の進め方に関する意見交換</li> <li>・来年度の方向性、スケジュールの確認</li> </ul>



## 2) 主な論点

表2に、地域ケア会議実施に向けた主な論点を示す。

表2. 地域ケア会議実施に向けた主な論点

---

### 論点1. 地域ケア個別会議の目的について

### 論点2. メンバー選定とその役割について

- ①専門職のメンバーをどうするか、また、選定方法をどうするか
- ②事例提出者を誰にするのか（包括、ケアマネジャー）
- ③事例提供者と専門職のお互いの関係性をどう位置づけるか
- ④事例提供者の役割をどうするか
- ⑤専門職の役割をどうするか

### 論点3. 事例の募集方法と提出方法について

- ①どのような事例を提出してもらうのか
- ②誰から事例を提出してもらうのか（強制？ 任意？）
- ③どの時点で、どのような方法で資料を提出してもらうのか
- ④どのような資料を提出してもらうのか
- ⑤専門職には事前に資料を送付するのか

### 論点4. 開催頻度と1回当たり事例数について

- ①開催頻度をどの程度とするか
- ②1回に何事例扱うのか、また、1例当たりの検討時間をどうするか

### 論点5. 個別会議の開催方法と案内方法について

- ①クローズの会議にするのか、オープンにするのか
- ②オープンの場合、誰にどのように会議開催を通知するか

### 論点6. 当日の運営方法について

- ①席の配置をどうするか（報告者、司会者、専門職、その他）
- ②当日の配布資料をどうするか、また、会議後に回収するのか
- ③総合司会を誰がするのか、また、司会進行を誰がするのか
- ④機器を使用するか、また、何の機器を用意するか

### 論点7. 司会者の養成方法について

- ①司会の手順（方法論）をどう標準化するのか
- ②当面は川越が司会するが、どの時点から誰に引き継ぎを行うか
- ②候補者を誰とするか

### 論点8. 会議運営方法等の見直しについて

- ①事例ベースで明らかになった課題などをどこでどのように扱うか
  - ②来年度以降の方法論やスケジュールをどうするか
-

### 3) 主な論点に対する検討結果

#### (1) 課題1 (地域ケア個別会議の目的) について

介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理(平成25年1月7日)では、次のような記述がある(筆者が一部表現を改変している部分あり)。

- 
- ・アセスメントは「解決すべき課題」を把握するための重要プロセスである
  - ・課題や目標を導き出したプロセスを明らかにすることは、介護支援専門員のアセスメント能力を高めるために重要である。
  - ・これにより、サービス担当者会議において「考え方の共有」がなされ、その結果、サービス内容の検討の円滑化が期待される。
- 

そこで、地域ケア会議(個別会議)の目的を、

- ①課題解決能力の向上(アセスメントの向上を含む)
- ②生活をささえる上で必要なサービスや社会資源に関する意見収集

とした。

#### (2) 課題2 (メンバー選定と役割) について

(会議のメンバーについて)

- 専門職：医師、訪問看護師、リハ職(PT, OT)、ケア職、地域包括の主任ケアマネジャー、ケアマネジャー代表者、川越
- 事務局：市担当課、地域包括メンバー

(事例提供者について)

- 地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、及びケアマネジャーを事例提供者とする。ただし、ケアマネジャーは当面、任意参加とする(参加が少ない場合は、メンバーの事業所に依頼)。

(事例提供者と専門職の関係性について)

- 地域ケア会議は、事例提供者を、第三者の専門職が側面支援する形のものとする。この位置づけに鑑み、専門職は事例提供者に対し、前向きな改善点の指導・助言を行うものとする(否定的な意見は言わない。お互いが自由に発言できるような雰囲気作りを心がける)。
- 地域ケア会議参加者は「縦の関係」ではなく、利用者の自立をできるだけ支援するという共通の目標に向かって協働する「横の関係」とする。

(専門職の選定方法について)

- 専門職の選定においては、地域ケア会議の位置づけ、事例提供者との関係性などを理解していることが求められる(専門職の選定要件)。  
→モデル試行期間中の専門職は固定メンバーとすることとした(順次拡大予定)。
- 対象者の特性によっては、固定メンバーだけでは解決できない(適切な指導・助言ができない)可能性もある。その場合は、
  - ①臨時メンバーとして招集する
  - ②事務局が後日専門職にヒアリングし、結果を事例提供者に回答するなどの対策をとる。

①に関しては、適切なアドバイスが期待できる反面、厳しい意見が出て会議の雰囲気かわられるリスクもある。また、この会議のためだけに臨時メンバーを招集するデメリットもある。

→今回は、②の方法を選択した。

(理由：専門職の評価ができ、今後の事例拡大時（認知症の追加等）の専門職選定の参考になる。専門職とのネットワーク構築にもつながる。)

(専門職の役割について)

○専門職の役割は、

①アセスメント情報の確認（不足があれば、質問して補う）

→「なぜその質問をしたのか」を司会者が質問する場合あり。

(専門職のアセスメントの視点を学ぶため)

②設定した課題の確認（その課題に対し、利用者はどうありたいのか、現状はどうか）

③症状・病状や ADL の現状の確認と予後評価

(今後の、改善や悪化の可能性について言及する)

④設定課題に対する指導・助言

⑤課題分析（課題が生じている主要原因の究明）に対する指導・助言

⑥課題改善・解決方法に対する指導・助言

(「何のサービスを導入したか」ではなく、「課題解決に向けて各サービスに何を期待したのか」について言及する)

⑦専門職との連携方法に対する助言（主治医との連携方法など）

⑧ADL や症状・病状の変化状況の確認（必要に応じて、対応策を指導・助言）

とする。

### (3) 課題3（事例の募集方法と提出方法）について

(事例の募集方法について)

○地域包括の主任ケアマネジャーは、会議の司会進行役も期待されていることから、全員、事例を提出する。

○ケアマネジャーに関しては、全体の説明会を開催した後、参加募集する。参加が少ない場合は、専門職の事業所に依頼する。

(提出事例について)

○国は、①自立支援の視点がより必要な事例、②課題解決が困難な事例などを例示している。ただ、後者の場合、第三者の専門職が参加したとしても解決が難しい可能性が高い。今回のケア会議では、専門職の負担が特に大きい。そこで、当面は、専門職が取り組みやすく、かつ、結果にもつながりやすいものから取り組むこととし、自立支援の視点がより必要な事例に対象を絞ることとする。

→具体的には、①退院事例、②初回認定事例に限定することとした。

(方法論が確立した後、順次、対象者を拡大する。)

○本会議の目的は、課題認識～課題抽出～課題分析～解決策の検討といった一連の思考プロセスの強化を図ることにある。そこで、退院事例に関しては、退院直後などに限定せず、退院後3ヶ月以内を目安とした。

(事例の提出時期について)

- 専門職から「事前に資料が欲しい」という要望があったため、
  - ①会議の10日程度前に、事務局に資料を提出してもらう
  - ②専門職に対し、1週間前くらいに資料を送付する。とした。

(提出資料について)

- 基本的に、事例提供者の負担を出来るだけかけないこととする。ただし、専門職の助言を受けるに当たって必要な情報は追加収集することとした。提出資料は以下のとおり。
  - ①アセスメント資料（各ケアマネジャーが普段使用しているもの）
  - ②入院経過及び自宅環境に関する写真（玄関、居室、トイレ、お風呂、動線など）
  - ③第1～第3表
  - ④その他（ケアマネジャーの思考過程に関係するような独自資料など）

(4) 課題4（開催頻度と1回当たり事例数）について

(開催頻度について)

- まずは、会議運営方法の確立を目指す。したがって、会議は月1回のペースとする。
- 1回の会議で2事例程度からスタートする。
- 1事例に対し、40分程度をかけることとする。

(5) 課題5（開催方法と案内方法）について

(開催方法について)

- 会議は、自由参加（事前申請の上）とする（資料準備の都合もあり）。
- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターには、市の担当者から開催案内を通知する。
- 会議において、オブザーバーの意見表出は不可とする。

(6) 課題6（当日の運営方法）について

(当日の配布資料について)

- オブザーバーに対しては、事例概要がわかる資料のみを配付する。  
(思考プロセスに対する議論が中心のため、事例の詳細を知る必要はないという判断)

(機器の使用について)

- 配布資料に関しては、会議後に回収する。

(機器の使用について)

- アセスメント表、第1～3表に関しては、スクリーンに映す。  
(事例提供者の報告に合わせて、川越が操作する)

(司会進行について)

- 総合司会は市職員（地域包括支援センター職員）が行う。事例の進行は当面、川越が行う。