

## D. 考察—日本への示唆—

退院支援や病診連携が円滑にいかないのは、医療機関と地域のサービス事業者との硬直的な連携や、遅い退院支援、開業医のソロプラクティス（単独診療）指向など、システムに問題があるといえる。患者が高齢化して、治癒が期待できないこと、社会的問題を複数抱えていることから、短い在院日数の中で、医師を中心としたチームではこのような問題は解決できない。また、病診連携は医師同士の「点」レベルの連携に留まっており、地域社会資源の実践力を活用するという「面」として連携システムが作られていない。「点」としての連携は脆弱であり、「面」として効果をあげている HAD の取り組みを参考しつつ、わが国への示唆をまとめる。

### 1) 退院支援は「入院医療の延長線上」であり、チームの連携をシステム化する

急性期病院における退院支援は「入院医療の延長線上」として位置づけ、在宅ケアに軟着陸するための「つなぎ」とし、早い段階から病院チームと在宅ケアチームが協働で退院支援を展開するシステムが必要になる。フランスでは「つなぎ」を担うのが、HAD という組織である。日本の在宅医療は、開業医のソロプラクティス指向が強く、病診連携や介護との連携は弱く、24時間365日の対応はできない状況である。ケアマネジャーも、入院中から病院チームと連携をとることは敷居が高く、病院チームと在宅チームを束ねるマネジメント能力は十分とはいえない。そもそも病院というのは、入院させたならば、責任をもって退院してもらおう責務がある。したがって、退院支援は病院チームからの積極的なアプローチが求められる。

HAD に近い組織としては、「退院調整室」または「地域医療連携室」であろう。ここが、拠点となって、病院チームと在宅チームの「つなぎ」役となり、入院早期からの介入を組織的かつ計画的に進めていくことが求められる。その際、医師の関与をどうするかである。

とかく、病診連携は医師同士の連絡レベルにとどまることが多い。HAD は、病院勤務医と開業医の調整を行うコーディネイト医師が存在したが、わが国にはこのような医師は存在しない。また、病診連携をケアマネジャーに任せるのも負担が大きい。それであれば、「退院調整室」または「地域医療連携室」の医師、看護師、医療ソーシャルワーカーがコアチームを形成して、チームで「つなぎ」役を担うことが現実的である。大切なことは、各々が単独で関わるのではなく、チームを単位として組織的に退院支援を展開することである。

### 2) ケマネジャーという「強み」を活用する

一方で、日本ならではの「強み」もある。医療と介護の連携のキーパーソンであるケアマネジャーが存在している。フランスにはケアマネジャーという職種は存在しないため、HAD の管理看護師がその役割を担っている。HAD の入院期間は 22 日なので、その後の役割は開業看護師が引き継いでいる。

ケアマネジャーは患者自身が選択し、入院前～退院前後～退院後と長い期間担当するため、担当者の変更で発生する手続きコストが減少する。さらに患者・家族とのエモーショナルな関係を築けるメリットがある。システムだけ作ってもチーム（患者・家族含む）は動かない。特に意思決定に関わる場面では、価値観や情緒的な感情の共有が求められる。とかく、急性期医療の現場は人手不足と在院日数の短縮化で疲弊している。患者・家族とのエモーショナルな関係が築けていない状況で、退院支援を進めざるを得ない。ここにケアマネジャーの「強み」を発揮してもらおうが、その場面としてはカンファレンスが有効である。

### 3) 入院時カンファレンスからチームによる目標の共有と合意形成

川越他の研究では、急性期病院での退院前合同カンファレンスの開催率は 54.9% という結果である。カンファレンスは、本人・家族を交えた病院チーム・在宅チームの情報共有と合意形成だけに留まらず、前述したようにエモーショナルな感情や価値観の共有化を図る唯一の場である。

急性期病院では明確な退院規準はなく、一般的に「入院医療の必要性が低くなった状態」で退院を勧めている。医療の必要性はあるが、必ずしも入院医療で対応する必要はなく、在宅医療・外来医療で十分としている。しかし、患者・家族は入院医療でなるべく医療問題を解決して欲しいと考えているため、医療従事者と患者・家族間にはギャップがある。このような状況を避けるためには、入院時に「入院医療の必要性が低くなったら退院」という目標を確認し、具体的な状態像を病院チームだけでなく、患者・家族、在宅チーム（代表者としてケアマネジャーが参加）が共有しなければならない。したがって、入院カンファレンスからメンバー全員が目標を共有化して、合意形成するという作業が必要になる。まさに、チームは「一日にして成らず」である。

## E. 結論

在宅入院制度では、退院支援と在宅医療は「入院医療の延長線上」として位置づけ、コーディネーター医師と管理看護師がキーパーソンとなって、3つのチームが連携して在宅医療を定着させている。このような取り組みは、多職種・他機関との連携が「点」に留まり、かつ24時間365日対応できずに伸び悩んでいる日本の在宅医療の参考になるものである。

わが国には、医療と介護を統合するジェネラリストとしてのケアマネジャーが存在している。この「強み」を入院中から活用し、早い段階からカンファレンスに参加してもらうなど、「面」としての退院支援チームづくりが推奨される。

### 【参考文献】

- 1) 篠田道子 (2008) : フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に－. 海外社会保障研究、NO.162, pp.29-42.

## 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

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」  
分担研究報告書

高齢者の終末期におけるケアの課題  
～意思決定能力が低下した高齢者への対応に焦点を当てて～

研究分担者 篠田道子（日本福祉大学 教授）

**【研究要旨】**

本稿では、高齢者の終末期ケアの課題、とりわけ意思決定能力が低下した要介護高齢者への対応に焦点を当てて、調査研究や事例研究、さらには文献や資料などを検討し、以下の知見が得られた。

高齢者の終末期ケアの課題を3つに整理した。①死に至る3つのパターンに応じたケアの必要性、②過小医療としての「みなし末期」、過大医療としての経管栄養等への対応、③意思決定が明確でない高齢者に対する医療・ケアチームの合意形成のあり方、である。特に②③においては、最近増加している胃瘻の問題がある。胃瘻には光と影があり、是非を問うのは困難である。多様な価値観、死生観を尊重しつつ、医療・ケアチームがカンファレンスで合意形成しながら、個別的な終末期ケアが提供できる体制・教育が必要である。

また、高齢者の終末期ケアの「質」の評価の枠組みとして、①評価する側面、②良い質の構成要素、の2つについて合意する必要がある。また、患者・家族とケア提供者では、評価の視点が異なることを前提に、高齢者や家族の「主観的な思い」を重視し、その視点を中心において臨床的に重要な点をケア提供者が追加した多軸で評価することが重要である。また、終末期ケアの満足度は、死亡場所ではなく、どのようなケアのプロセスに影響されるという知見から、プロセスを重視した丁寧なケアマネジメントが求められる。

**A. 研究目的**

高齢者の終末期ケアは、予後予測や意思の確認が難しく、かつ長期化するため介護者を含めた生活支援が必要など特有の課題がある。とりわけ、認知症などで意思決定できない要介護高齢者の終末期ケアは、本人や家族の主観的なとらえ方に着目したケアマネジメントが求められる。また、胃瘻など経管栄養の適用が大きな課題となっており、とりわけ末期の認知症患者は、苦痛が増すだけで生活の質（Quality of Life：QOL）の観点から疑問との指摘も多い。

本研究では、調査研究や事例研究、さらには文献や資料などから得られた知見をもとに、高齢者の終末期ケアの課題、質の評価の枠組みと構成要素を整理し、認知症などで意思決定能力が低下した高齢者への対応、さらに経管栄養の是非について考察する。

**B. 研究方法**

本研究は、高齢者の終末期ケアに関する調査研究と事例研究、終末期ケアに関する文献や資料から得られた情報をもとに、高齢者の終末期ケアの課題、質の評価の枠組みと構成要素を整理し、さらに認知症などで意思決定できない高齢者への経管栄養の是非について考察する。

## C. 結果

### 1. 高齢者の終末期ケアの課題

調査研究や文献から高齢者の終末期ケアの課題を3つに整理した。①死に至る3つのパターンに応じたケアの必要性、②過小医療・過大医療の問題、③意志決定が明確でない、である。以下、3つの課題について説明する。

#### 1) 死に至る3つのパターン

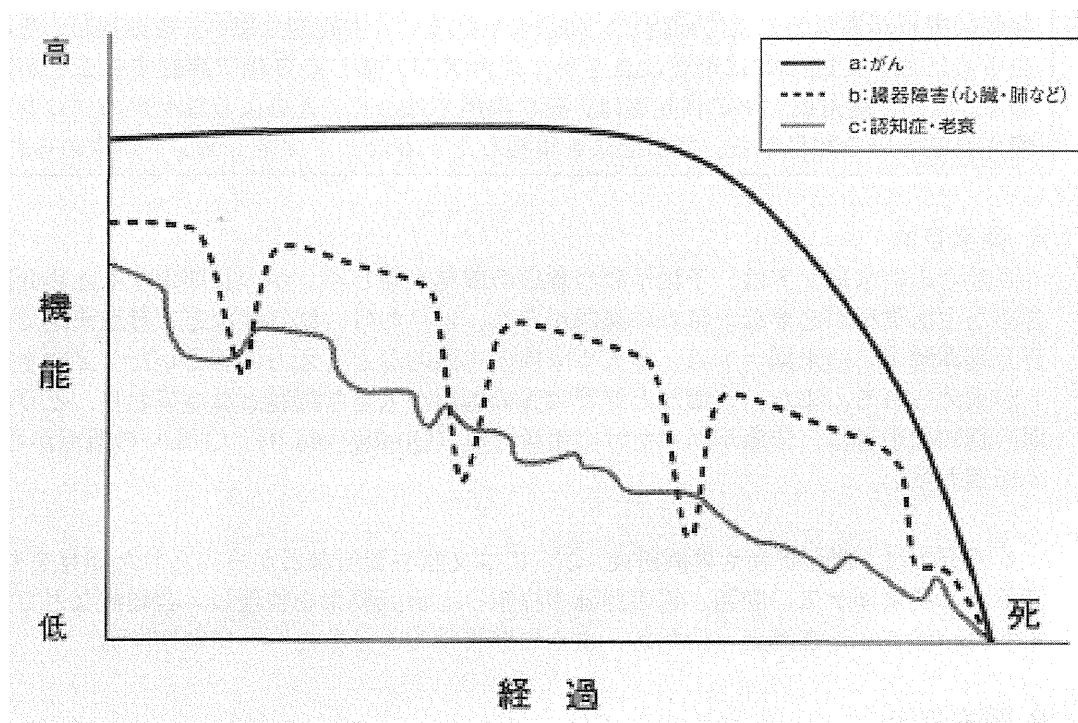
死に至る経過としては、

ア) 死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化する  
(がんなどの場合)

イ) 慢性疾患で増悪と緩解を繰り返し、機能は徐々に(2~5年で)下降線をたどる(心臓・肺・肝臓など慢性疾患の場合)、

ウ) 長期間(5年以上)にわたり、徐々に機能が低下する(認知症や老衰の場合)  
の3つのパターンがあるが、高齢になるほど②③のパターンが多くなる。宮田他(2004)が行った全国調査でも、訪問看護を受けていた高齢者1000人は、3パターンに類型され、それぞれ3割程度ずつ見られた。これらは、終末期の期間、かかる費用、症状、ニーズなどが異なるため、類型化に応じた終末期ケアを実施することが求められる

図1. 高齢者の死に至る経過の3つのパターン



## 2) 過小医療・過大医療

過小医療については、脱水などの急性増悪による悪化と、老衰による末期と区別することが医学的に難しいとされている。本当は末期ではないが、末期とみなしてしまう、いわゆる「みなし末期」の危険性がある。たとえば、高齢者の経口摂取低下に対して、それが可逆的か不可逆的かの検討を十分にしないまま、不可逆的なものとみなして必要な医療を実施しないこと、このことは延命治療の放棄ではなく、治療の可能性をも放棄することになる。杉本他（2006）の研究でも、臨死期に至る過程で病状の急速な変化が3割程度起こりうる事が確認されており、慎重な対応が求められる。

また、その一方で、臨死期になっても積極的な治療が行われたり、経口摂取が困難になった認知症高齢者に人工栄養がされているなど、過大医療も問題になっている。特に胃瘻造設者は右肩上がりが増加している。PEGドクターズネットワークの調査では、2008年度の新規造設件数は20万件、交換件数は60万件と報告している。患者の基礎疾患は、脳血管障害が55%、認知症29%（うち重度認知症15%）、パーキンソン病7%、ALS（筋萎縮性側索硬化症）2%である。平均年齢81歳、1年以内に死亡する人と3年以上生存する人はそれぞれ3割であった。死亡原因は、肺炎59%、心不全14%、その他22%である。

さらに、療養病床への胃瘻患者も増加している。日本慢性期医療協会（2010）の調査では、医療療養病床の経管栄養患者は41.8%（うち、胃瘻28.8%、経鼻胃管13.0%）、中心静脈栄養7.1%と報告している。ほとんどが一般病床で造設された後に転院してきた患者である。一方、アメリカナーシングホームにおける経管栄養患者は6.8%と低く、その差は歴然としている。

欧米と比較すると日本人の平均寿命は長く、胃瘻造設後も長い期間生存する。加えて介護施設のケアの方が相対的に優れている（介護福祉士という国家資格の介護職員を相当数配置しているのは日本だけ）こと、医療へのアクセスが良く、肺炎など状態悪化時は医学的ケアが速やかに実施されるなど、良いコンディションを保つ条件が整備されている。欧米では胃瘻患者そのものが少ないこと、他の疾患（心臓病等）で死亡する患者が多い、生存期間が短い、介護従事者の質に問題があることから、比較することは難しい。胃瘻の問題は、超高齢社会に突入した日本独自の課題であり、胃瘻の光と影をみつめながら日本人の死生観に沿った対応方法が求められる。

## 3) 意思決定が明確でない高齢者への対応

意思決定が明確でない高齢者については、2007年に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」）を公表した。ガイドラインの趣旨は、①患者本人の決定を基本として終末期医療を進めることが最も重要、②医療の開始、不開始、変更、中止などは医療・ケアチームが慎重に判断する、③治療方針の決定に際し、患者と医療従事者の合意内容を文章化する、④患者の意志を推察できない場合は、家族と話し合い、患者にとって最善の治療方針をとる、と記載されている。

注目すべきは、④の患者の意志が確認できない場合は、家族と医療・ケアチームによる丁寧な話し合いを推奨していることである。多様な価値観が交錯する終末期ケアでは、多面的かつ慎重な話し合い（カンファレンス）による合意が必要になる。

一方で、以下の点が曖昧であり、倫理的な課題が残る。①終末期の定義されていない、②医療行為の開始、不開始、変更、中止が同列に扱われているが、「中止」は目に見える行為が伴うだけに、チームの心理的負担が大きい。また、すでに実施している行為を途中で中止するのは、「手を下す行為」と解釈され、倫理的ジレンマが起こりやすい。

老年医学会が行った調査（2011）では、一旦開始した人工栄養法を中止した経験のあ

る医師も4割いた。また、中止することは「倫理的（法的）に問題がある」との考えも2～3割あったと報告されている。「チームで判断」などプロセスを経ていれば違法とはみなされないと指摘する声もあるが、法的なバックアップがあっても行為に踏み切れないのが現状ではないか。

平均寿命をはるかに越えている要介護高齢者で、全身状態が低下していて、意思疎通も十分できなかつたり、ADLも低く寝たきりであったり、という状態の人に胃瘻を造ることが、その人のQOLを改善するのか、「解」を得るのは容易なことではないが、正面から議論する必要がある

## 2. 高齢者の終末期ケアの「質」の評価

終末期ケアの質を評価する枠組みとして、ドナベディアン・モデルが参考になる。本人の著書で、「評価の際は、ケアのどの側面を評価するのか、そしてそれぞれにおける“良い質”を構成しているものは何かについてあらかじめ了解しておく必要がある」と述べている。つまり、「評価する側面」と「良い質の構成要素」の2つについて合意する必要があることを示唆している。

田中（2010）は、特別養護老人ホームの終末期ケアの質を評価するための構成要素を、ドナベディアン・モデルに準拠して作成した。以下、概要を示す。

### 【構造】

- ① 本人：性、年齢、経済状況、自立度、身体状況、医療処置、終末期を送る場所
- ② 家族：受け入れ状況、終末期ケアへの希望、協力体制、面会状況
- ③ 施設：看取り介護加算算定、常勤看護師の配置、内科医または高齢者専門の嘱託医の散在、夜間・休日の往診、看取り指針、看取り同意書、個室の確保、家族の宿泊が可能な体制、相談支援体制、終末期ケアの職員研修、カンファレンス等
- ④ ケア提供者：経験年数、終末期に対する姿勢

### 【過程】

- ① ケアプロセス：看取りに関する意志確認、終末期の判断、同意書の作成、定期的な意思確認、看取りの立会、死亡直前・死亡時の家族への連絡、死後の処置、グリーフケア
- ② ケアマネジメント：アセスメント、看取り個別計画の作成、連携・調整、カンファレンス、コーディネーターの存在、モニタリング、事後評価

### 【成果】

- ① 本人：苦痛の軽減、安寧、終末期前からの日常生活の維持
- ② 家族：ケア負担感の軽減、看取り後の満足感
- ③ ケア提供者：看取り後の満足感

また、患者・家族の視点と医療従事者の視点による評価は一致しないことが指摘されている。樋口（2009）は、患者・家族とケア提供者では評価の視点が異なることを前提に、高齢者や家族の主観的な思いを重視し、その視点を中心において臨床的に重要な点をケア提供者が追加した多軸で評価することを提言している。

これらを踏まえて、樋口他（2010）は、介護者の「満足度」と「思い」に焦点を当てて調査した。その結果、質を高めるには、高齢者や家族の希望や期待度など主観的な思いの変化に寄り添い、生活の延長上にある死をどのように迎え、看取るのか、そのプロセスの

質を高めることを重視したケアマネジメントの実施と、終末期ケアの質を高める4条件を導き出した。以下、4条件について説明する。

① 本人・家族の意志表示があること

：高齢者の意思決定を尊重し、QOLが向上するような工夫をし、死にゆく過程の一般的な状況が安心して安らかであることをサポートすることが重要である。そのためには、希望と期待度を確認し、それらに応じてケアマネジメントを実施し、満足度が高まるようなサポートをする。

② ケアを支える介護力や周りの人々のサポート

：家族の介護に対する見通しや期待度を確認し、家族のニーズへの対処と負担感の軽減、死別および死別後の家族への悲嘆に対するケアを実施する。

③ 終末期ケアを支える医学医療ケア

：症状マネジメントを行い、過不足のない医療や質の高い技術が提供され、ケア提供者とよい関係が構築されるように働きかける。

④ 本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント

：本人や家族の願いを実現するためには、患者と家族・社会との関係を調整し、継続したケア、一貫したケアができるようにマネジメントする。

#### D. 考察およびE・結論～意思決定能力が低下した高齢者の終末期ケアに焦点を当てて～

高齢者の終末期ケアは、本人・家族の主観的なとらえ方に着目し、長期の生活支援と死を迎える準備から死別後の悲嘆までサポートするケアマネジメントが求められる。さらに、終末期ケアの「質」を高めるには、「評価する側面」と「良い質の構成要素」の2つについて、本人・家族と医療・ケアチームが合意する必要がある。これらを作成するにあたっては、ドナベディアン・モデルの質の評価が参考になる。

高齢者の終末期ケアで問題になるのは、意思決定ができない、あるいは能力が低下している人に対して、本人の意思を尊重し、主観的なとらえ方に着目した看取りができるのか、である。厚生労働省のガイドラインには、本人の意思が確認できない場合は、医療・ケアチームが家族とともに、カンファレンス等で話し合い、患者にとって最善の治療方針をとる、合意内容を文章化すると記載されている。

多様な価値観が交錯する要介護高齢者の終末期ケアの、「解」は容易には見つからず、合意形成は難しい。カンファレンスでは、異なる考え方をぶつけながらも、相乗効果を発揮させ、合意形成するという高度なファシリテーションスキルが求められる。

また、胃瘻には光と影があるが、最近の書籍、新聞記事やテレビ放送は、どちらかという胃瘻の影を強調したものが多い。胃瘻で注入された栄養素は、小腸の絨毛（免疫細胞）に吸収されて、全身の免疫力をアップさせ、生存期間を延長させる。さらに、栄養状態が改善することで、褥瘡が改善したり、嚥下障害が改善するなどの効果もある。胃瘻イコール「悪」、「尊厳がない」「QOLが低下する」というステレオタイプ的な発想ではなく、胃瘻で命をつなぎながら、また介護者の力を借りながら生きていくことが認められる、日本はそれが可能な国であるという違った見方も必要であろう。

終末期のあり方は多様で、本人・家族の主観的なとらえ方、価値観、死生観を尊重しながら、医療・ケアチームがカンファレンスでじっくりと話し合いながら、オーダーメイドの終末期ケアが提供できる体制・教育が重要であると考えられる。

また、これまでの研究結果から、終末期ケアの満足度は、死亡場所ではなく、どのようなケアを受けてきたのかという、プロセスに影響されるという指摘から考えても、プロセスを重視した丁寧なケアマネジメントが求められる。

#### 【文献】

- 1) 宮田和明、近藤克則、樋口京子編 (2004) : 高齢者の終末期ケア. 中央法規出版、東京.
- 2) 杉本浩章、近藤克則 (2006) : 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題. 社会福祉学、46(3)、pp.63-74.
- 3) 樋口京子 (2009) : 高齢者の終末期におけるケアマネジメント. Geriatric Medicine、47(4)、p.471.
- 4) 樋口京子、篠田道子、杉本浩章、近藤克則 (2010) : 高齢者の終末期ケアの質を高める4条件とケアマネジメントツール. 中央法規出版、東京.
- 5) 田中克恵 (2010) : 特別養護老人ホームの終末期ケアを促進するための「ストラクチャー・プロセス」に関する実証研究. 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科修士論文.
- 6) PEG ドクターズネットワークホームページ (<http://www.peg.or.jp/>、2010.12.8)
- 7) 日本慢性期医療協会 (2010) : 医療型療養病床の栄養状態に関する患者調査
- 8) 日本老年学会 (2011) : 「食べられなくなったらどうしますか? - 認知症のターミナルケアを考える」シンポジウム資料. 2011年2月27日開催.

#### 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



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」  
分担研究報告書

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<sup>1)</sup>。

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<sup>2)</sup>。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<sup>3)4)5)</sup>。

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<sup>6)</sup>。

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<sup>7)</sup>。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<sup>8)</sup>、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<sup>9)</sup>。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<sup>10)</sup>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（11）。表 1 に項目を示す。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. 総発話数

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スメソッド教授法の定量的評価を参考にする(2)。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話をせず、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話数はやや少ない。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、授業担当者の発話時間比率は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。

職種別の発話時間と比率は、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。

病院側の発話時間が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、⑪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討論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、その反応を丁寧を受け止め、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<sup>13)</sup>。

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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>。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間与状況—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 24 年度分担研究報告書

ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価

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 宇佐美千鶴（日本福祉大学大学院 実務家教員）

【研究要旨】

**目的：**多職種連携教育として位置付けられたケースメソッド演習を受講した院生が、演習受講後にどのような学びを得ているのか、学びの内容を分析することである。

**対象：**日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科で2008～2010年の3年間にケースメソッド演習を受講した1年生86名である。調査方法：4回の演習直後に「授業評価アンケート」（演習の満足度評価と自由記述を求める5つの設問で構成されている。）を実施した。本研究では自由記述の内容を分析データとした。

**分析方法：**各設問に書かれた内容をセンテンスの単位で抽出し、内容を変えないように要約して“項目”とした。次に、項目間の類似性と相違性、関連性などを検討しながら「サブカテゴリー」にまとめ、さらに抽象度を高めて『カテゴリー』を生成した。分析は2名の分析者で行い、ケースメソッド教育に3年以上従事している有識者3名に、分析結果の妥当性を検証してもらった。

**結果：**86人の院生から回答を得た（有効回答100%）。自由記述の内容分析を行った結果、178項目が抽出され、ポジティブな項目が163と多かった。「その他」と「ネガティブな項目」を除いた152項目を分析対象とした。その結果、17のサブカテゴリーと、9つのカテゴリーに分類し、さらに2つの構造化名に整理した。項目数の多かったカテゴリーは、「視野の広がり」、「実践への後押し」、「内省の促進」、「コミュニケーションの鍛錬」であった。

**考察および結論：**これらの結果から、本研究の対象者は『視野や思考の広がり』を獲得し、『コミュニケーションを鍛錬』しつつ、『多職種やチームケアの理解』や『問題解決力』を高めていた。これらは、ケースメソッド教育が目指しているものであり、演習を通して習得されたものと思われる。また、自分の考え方や判断基準の傾向を理解するなど『内省を促進』しつつも、暗黙知を形式知にしたり、分析の枠組みを使って意見を合理的にまとめるなど、『実践の後押し』となる方法を学ぶことの重要性が示唆された。一方で、連携・協働の難しさも実感していた。友好的に議論を導くファシリテーターが存在していても、相手を尊重しながら方向修正することの難しさや困難さが立ちはだかっていた。これらは、ケースメソッドの経験を重ねることで、軽減するのは今後の研究成果を待つところであるが、少なくとも、ファシリテーターや参加者は、このような困難さが伴っていることを理解しながら、討論に参加すべきであろう。以上の結果から、「連携力は教育なしには身につかない」ことを認識し、多職種連携教育の教育プログラム・方法を開発する必要性がある。すでにイギリス専門職連携推進センターでは、このような認識に立って、国家レベルで連携教育を進めている。わが国においても、近い将来、何らかの連携教育を受けた学部卒業生が半数になることが予想される。「高度専門職職業人」の養成を目指している保健医療福祉系大学院は、連携教育を受けた人々のリカレント教育の担い手になることが期待されている。連携教育の方法はいくつかあるが、2年間という短い時間で、効率よく「良質な体験」を重ねるには、ケースメソッドのように、一定の評価が得られている教育プログラム・方法は有益であると考えられる。

## A. はじめに

文部科学省は1997年に21世紀医学・医療懇談会の報告で、少子高齢化社会である21世紀を担う保健・医療・福祉関係の人材育成が重要な課題であると位置づけた。そして、保健・医療・福祉が連携した総合的なチームケアを推進することを求めている。しかし、教育の場では、利用者中心の理念やチームアプローチの必要性は強調されるものの、具体的な教育方法は十分とはいえない。

小河ら(2012)は、全国の国公立大学747大学2131学部5076学科(2012年4月開設予定含む)のうち、保健医療福祉系専門職の国家資格受験可能な431大学615学部865学科に対し、郵送による質問紙調査を行い、多職種連携教育プログラム導入の有無と実施状況の調査を行った。有効回答284件(32.8% 183大学、221学部、284学科)のうち実施している大学は、51大学(17%)、66学部(29%)、97学科(34%)で、プログラム開始時期は2006年がピークだったと報告している。一方、導入予定大学は26大学(14%)、28学部(13%)、36学科(13%)であり、そのうち開始時期が決定している大学は5大学5学部6学科であった。実施している、あるいはこれから実施するのを合わせると、学部の42%、学科では47%が何らかの連携教育に取り組んでいる。導入にあたっての検討課題は、「プログラムを運営するためのマンパワーの確保」、「学部間のカリキュラム編成に関するもの」である。

日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科(以下、本研究科)では、2007年度に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ー全国・地域の人材養成拠点大学へのチャレンジ」(2007~2009年度)の採択を受け、その一環として多職種連携教育の考え方を導入し、具体的な方法として、2008年からケースメソッド演習を体系づけている。

ケースメソッドとは、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。実践事例をもとに教育課題を盛り込んで作成したケース教材を用い、多様な背景を持つ院生が参加し討論をするものであり、外観上の特徴として4点ある。①ケース教材、②ディスカッション、③協働的な討論態度、④ディスカッションリーダーである。ケースメソッドの教育効果について竹内(2009)は、これまでの経験則から5点をあげている。①ケース教材は実践さながらの統合的問題状況をそのまま扱える、②討論参加者の経営活動における得意領域を伸ばしつつ、弱点の補強が自ずと進む、③訓練の時間効率が高いので、短時間で多種多量の訓練を積むことができる、④精神力が鍛えられ、人間的成長が促される、⑤真の学習能力が身に付くである。

学生にとっての学習効果は、ある一つの教育方法だけで決定される性格のものではない。とはいえ、新しい教育方法を組み込む場合、どのような学びを得ているのかを評価することは重要である。以上のことから、本研究では、ケースメソッド演習後の学びの内容を分析することで、多職種連携教育の学習評価を行う。

## B. 対象および方法

### 1) 対象者

本研究科で、2008~2010年の3年間にケースメソッド演習を受講した1年生86名。

### 2) 調査方法

ケースメソッド演習の直後に「授業評価アンケート」を実施した。「授業評価アンケート」は、演習の満足度評価(5段階評価)と自由記述を求める5つの設問で構成されている。自由記述の設問は、以下の5点である。

- ① 今日の演習で気づきや発見はありましたか、また何か得るものはあったでしょうか。
- ② 今日の感想やケースメソッドについてご意見をお書きください。
- ③ ケースメソッド演習を通して、有用な知識や情報を得ることができましたか。
- ④ ケースメソッド演習を経験して、物事の考え方や捉え方に変化はありましたか。変化のあった方はどのような変化でしたか。
- ⑤ ケースメソッド演習は、日本福祉大学大学院の目指す医療・保健・福祉領域における高度専門職業人の育成に役立つと思いますか。また、改善すべき点があればご意見をお聞かせください。

### 3) 分析方法

本調査では、設問①～④の設問に書かれた自由記述の内容を分析データとした。分析方法は、各設問に書かれた内容をセンテンスの単位で抽出し、内容を変えないように要約して“項目”とした。次に、項目間の類似性と相違性、関連性などを検討しながら「サブカテゴリー」にまとめ、さらに抽象度を高めて『カテゴリー』を生成した。ただし、カテゴリーとサブカテゴリーは、できるだけ生の声を反映させ、抽象度をあげすぎないように配慮した。

分析は2名の分析者で行い、さらにケースメソッド教育に3年以上従事している有識者（大学教員）3名に、分析結果の妥当性を検証してもらった。

### 4) 倫理的配慮

対象者には、口頭により調査の目的・方法について書面および口頭で説明した。調査協力は任意であること、回答の有無は成績に関係しないこと、匿名性が担保されること、目的以外では使用しないことについて説明を行い、同意を得た。

## C. 結果

2008年度生（n=39）、2009年度生（n=29）2010年度生（n=18）の合計86人（有効回答100%）が回答した。

性別は男性43人、女性43人、年齢は20代13人(15%)、30代25人(29%)、40代22人(26%)、50代20人(23%)、60代6人(7%)、所属先は医療法人33人(38%)、社会福祉法人13人(15%)、学校法人26人(30%)、地方公務員5人(6%)、その他9人(11%)であった。

自由記載の内容分析を行った結果、178項目が抽出され、ポジティブな項目が163と多かった。その178項目の中から「その他」と「ネガティブな項目」を除いた152項目を分類した。152項目は、表1のとおり17のサブカテゴリーと、さらに9つのカテゴリーに分類、2つの構造化名に整理した。

表1 ケースメソッド演習で抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーと項目数の割合

構造化図名	カテゴリー(9)	サブカテゴリー(17)	サブカテゴリーに含まれる項目数(割合)
学びの内容	①視野の広がり	「視点と思考の広がり」 「思考の整理と深まり」 「多様な視点」	31(20.4%)
	②コミュニケーションの鍛錬	「話し合いの重要性」 「コミュニケーションの重要性」	22(14.5%)
	③相互理解の視点	「他職域・職種の理解」 「チームワークの重要性」 「リーダーやマネジャーの役割理解」	15(9.9%)
	④問題解決力の向上	「問題の本質的理解」 「問題解決方法や戦略の深まり」	13(8.6)
	⑤利用者本位の意味	「患者・利用者本位の意味」	4(2.6)
実践化への後押し	①実践への後押し	「実践への動機づけ」 「理論と実践のむすびつけ」	20(13.1)
	②内省の促進	「自己の気づき」 「自己のスタイルを自覚」	20(13.1%)
	③協働の難しさ	「協働の複雑さ」	15(9.9%)
	⑤体験からの学び	「ファシリテーター体験からの学び」	12(7.9%)

以下、『カテゴリー』『サブカテゴリー』『項目』の順で述べる。

- ①『視野の広がり』は、「視点と思考の広がり」、「思考の整理と深まり」、「多様な視点」の3つのサブカテゴリーから成り立っている。152項目中31項目と最も多く、全体の20.4%を占めていた。“弱みやピンチも見方を変えれば強みになることがわかった”、“自分にはない視点と解決策が広がった”、“自分の見方が変わった、広がった”など広がりや深まりを表す項目が出された。
- ②『コミュニケーションの鍛錬』は、「話し合いの重要性」と「コミュニケーションの重要性」のサブカテゴリーから成り立ち、22項目14.5%を占めていた。“いろいろな人の意見を聞くことで自分の意見に磨きがかかった”、“根拠をもって意見や解釈を述べると説得力が増すと思った”などの項目が出された。
- ③『相互理解の視点』は、「他職域・職種の理解」、「チームワークの重要性」、「リーダーやマネジャーの役割理解」の3つのサブカテゴリーから成り立っており、15項目9.9%を占めていた。“他分野の専門家と議論する楽しさ(学び)が少しずつわかった”、と、相互理解が深まるにつれて、もたらされた楽しさを体感していることを表す項目が出された。
- ④『問題解決力の向上』は、「問題の本質的理解」と「問題解決方法や戦略の深まり」の2つのサブカテゴリーから成り立っており、13項目8.6%を占めていた。“問題の優先順位が鍵となることがわかった”などの項目が出された。
- ⑤『利用者本位の意味』は、「患者・利用者本位の意味」1つのサブカテゴリーからのみ成立しており、4項目2.6%であった。“その人らしさをどう実現するのか考えさせられた”などの項目が出された。

これら①～⑤のカテゴリーは、【学びの内容】としてまとめた。