

[研究論文]

介護支援専門員が退院調整時に医療機関に求める情報共有内容と 地域連携のあり方に関する研究 ～介護支援専門員の経験年数による比較に焦点をあてて～

中田晴美* 坂井志麻* 柳 修平*
犬飼かおり* 服部真理子* 大堀洋子**

CARE MANAGERS' REQUEST TO HEALTHCARE INSTITUTIONS TO SHARE INFORMATION, AND REGIONAL CARE COORDINATION: FOCUSING ON CARE MANAGERS' YEARS OF EXPERIENCE

Harumi NAKADA* Shima SAKAI* Shuhei RYU*
Kaori INUKAI* Mariko HATTORI* Yoko OHORI**

本研究は、介護支援専門員が、対象者の退院調整時に行うケアマネジメントを実施する上で医療機関側に求める情報共有内容と、経験年数による差について比較することで、退院調整時における効果的な情報共有ツールの開発および、地域連携のあり方について検討することを目的として実施した。

介護支援専門員に対し、自記式質問紙調査を実施したところ、109人から回答を得た（回収率74.1%）。介護支援専門員の経験年数5年未満の群（以下S群）と、経験年数5年以上の群（以下L群）で、「病院から必要な情報」として認識している項目に差があるか比較した結果、S群では、＜利用者に関する情報＞の「病名（現在の病状）」、「リハビリ」、L群では、＜家族に関する情報＞の「家族の関係性」、「経済状況」の項目が必要であると認識していた。さらに、L群の方が、＜利用者に関する情報＞の「入院中の治療内容」、「性格」、＜家族に関する情報＞の「家族構成」、「家族の関係性」、「主介護者の状況」、「経済状況」の項目について、情報を活用できていると認識していた。これらから、ケアマネジメント実施の際に、介護支援専門員としての経験年数が浅いと、患者本人の医療管理の視点に偏り、経験年数を重ねるに従って社会的な側面に対する視点まで持てるようになることが分かった。また、退院前カンファレンスでは、L群の方が病院医療者の説明は在宅生活での実現性を考慮していないと感じている人が多かった。

以上のことから、効果的な情報共有ツールは、①医療管理、②生活支援・介護、③心理・社会的情報、④人的・物理的環境に関する情報項目を網羅したものであり、医療職以外でも理解できる簡易な文書作成、説明を行うことでケアマネジメントの質を確保することが重要である。さらに、在宅療養環境を加味したアセスメントおよび情報共有が行えるよう、病棟スタッフに対する教育研修体制の充実を図ることが求められる。

キーワード：介護支援専門員、情報共有、地域連携、経験年数

Key words : Care Managers, Information sharing, regional care

*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

**東京女子医科大学病院 (Tokyo Women's Medical University Hospital)

Abstract

This study aimed to explore development of an effective information sharing tool for patient discharge arrangements, and to seek optimal regional coordination of home care. We investigated details of care managers' requests to healthcare institutions to share information during patient discharge arrangements, and compared these results by care managers' years of experience.

A self-administered survey was distributed to care managers and 109 responses were obtained (response rate: 74.1%). Care managers were divided into two groups by years of experience: ≤ 4 years (group S) and ≥ 5 years (group L). Comparisons of the two groups on items perceived as "necessary information from hospitals" revealed that group S regarded the "name of illness (current symptoms)" and "rehab" items of the Patient Information category as necessary information, and that group L regarded the "family relationship" and "financial situation" items of the Family Information category as necessary information. Moreover, group L made better use of following items: "details about inpatient treatment" and "personality" (Patient Information category) and "family member composition," "family relationship," "principal caregiver's situation," and "financial situation" (Family Information category). These findings suggest that care managers with less experience likely have narrower views limited to patient healthcare management, but those with more experience likely have wider views that include social aspects of patients. Also, care managers in group L were more likely to find that information provided by hospital staff at discharge conferences lacked consideration of the practical aspects of home care.

Thus, an effective information sharing tool should cover information about (1) healthcare management, (2) support and care, (3) psychological and social aspects, and (4) interpersonal and physical environments. Creation of a written manual easy enough to be understood by non-healthcare professionals and providing adequate explanations will help ensure quality of care management. Improved training systems for ward staff are necessary to facilitate assessment of the situation and sharing of information that considers the home care environment.

I. はじめに

わが国の老年人口割合は増加の一途をたどり、今後ますます医療や介護を必要とする高齢者も急増することから、医療費・介護保険料の財源の逼迫が危惧されている。このような現状に対する方策として、医療制度改革が推進され、DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) に基づく包括医療が導入された。また、2006年には、医療機能の分化・連携と在宅医療の充実を図ることを主要な柱とする医療制度改革が提言された。

これらを受け、医療機関の機能分化・在宅医療への転換を目指し、在院日数の短縮化が進み、医療ケアが必要な状態で退院する患者が増加しており、さらに、家族体系の変化や経済不安などの現在の社会情勢も変わり、患者やその家族の退院後の生活への不安が増大していると推測される。

患者や家族が安心して、退院後も継続した医療やケアを受けるためには、在宅療養生活を支えるためのネットワークを構築し、退院前から関係職種と対象者についての情報共有を行い、各職種の方針を確認しながら、対象者のケアマネジメントを実施していくことで、円滑な退院と、退院後の安定した在宅療養生活を確保するための綿密な退院調整を推進していくことが重要であると考える。

この関係職種と対象者についての情報共有を行う方法として、従来、入院中の対象者の状態について記載された文書である看護サマリーが用いられることが多い。これまで、看護サマリーの形式について検討した研究がなされ(菊池,小澤,2006;丸山,大石,蒔田,2004)、看護サマリーを効果的に活用するためには、退院日以前の情報伝達が不可欠であることが示唆されている(大木,島内,友安,2005)。その一方で、看護サマリーを作成するにあたり、長時間の業務負担を強いられるものの、看護サマリーの評価が十分に行われておらず、病院看護師と訪問看護師との間には、対象者の在宅ケアマネジメントを行う際に必要と考える情報項目にズレが生じている(水流,石垣,三美,2002)という問題が指摘されている。加えて、同じ医療職同士である病院看護師と訪問看護師との情報共有に関する研究は多く見られるが、在宅ケアマネジメントの担い手である、介護支援専門員と病棟看護師との情報共有方法に関する研究は散見するだけである(本道,須藤,2001;小原,廣畑,野村,2008)。そのため、対象者の退院調整時に在宅療養を支援するために行うケアマネジメントを実施する

上で必要な情報が、医療機関側と介護支援専門員との間で適切に行われているのか、介護支援専門員がどのような情報を求めているか現状を把握した上で、退院調整時に活用できる効果的な情報共有ツールを開発することが必要である。

また、介護支援専門員が直面する困難の内容を明らかにした研究では、「医療依存度の高いケース」に困難感を抱えていることが指摘されており、その理由として、「主治医との連携が取りにくい」、「疾患管理に関する予測ができない」などが示されている(布花原,伊藤,2007;吉江,斉藤,高橋,2006;斉藤,佐藤,2006)。これらは、介護支援専門員の所有資格として、介護・福祉職が大半を占めているという現状から、医療的知識が必要となるケースの疾患管理や、将来予測について困難感を生じていることが予測される。

加えて、病棟看護師の経験年数による退院調整の課題について明らかにした研究では、病棟経験3年未満の看護師は、「医療管理・生活介護の必要性・環境評価・患者家族の希望」といった在宅ケアアセスメントの4つのポイントに対する知識・認識が不足しているという指摘がある(三上,日下,2007)。

今後、さらに早期退院が推進され、医療依存度の高いケースが在宅療養へ移行してくることから、これまで以上に、対象者の身体・疾病状況に伴う様々な問題が生じることが考えられる。そのため、在宅療養生活を担う窓口となる介護支援専門員においても、本人の身体・疾病状況の管理のみならず、在宅療養環境まで含めた在宅ケアアセスメントの4つのポイントについて網羅し、ケアマネジメントを行っていくことが求められる。

しかし、2000年に介護保険制度が施行されてから10年が経過したところではあるが、他の関係職種と比較すると介護支援専門員の歴史はまだ浅く、介護支援専門員としての確固たる経験や知識の積み重ねが少ないことに加え、経験年数が少ない看護師は、退院調整に関する能力が不足しており、経験年数による対象者への支援の偏りが生じているという課題が報告されるように(三上ら,2007)、介護支援専門員においても同様に、経験年数によって退院調整に関する能力の格差が生じ、ケアマネジメントの質の確保がなされていない可能性が危惧される。しかし、今後ますます増加する在宅療養者を受け入れ、在宅医療やケアを継続して提供するためには、介護支援専門員としての経験不足といった個人の力量に影響されることなく、対象者の多様なニーズに対応し、在宅ケアマネジメントの質

の確保・向上に向けた方策を検討することが重要である。

以上のことを踏まえ、対象者の退院調整時に在宅療養を支援するために行うケアマネジメントを実施する上で、介護支援専門員がどのような情報共有を求めているのか、そして、その内容が介護支援専門員の経験年数によって差を生じているのかについて現状を把握した上で、効果的な情報共有ツールの開発および、対象者に対し切れ目のない医療・充実した在宅介護体制を提供するために必要な方策を検討することが課題である。

Ⅱ. 目的

介護支援専門員が、対象者の退院調整時に在宅療養を支援するために行うケアマネジメントを実施する上で医療機関側に求める情報共有内容および、経験年数による差について明らかにすることで、退院調整時における効果的な情報共有ツールの開発および、地域連携のあり方について検討することを目的とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

東京都内 A 区の居宅介護支援事業所に在籍する介護支援専門員に対する、A 区主催の研修会への参加者とした。

2. 方法および調査期間

対象者に対し、自記式質問紙票調査を実施した。回答は無記名とし、返信用封筒に封をして当日研修会会場に設置した回収用ボックスで回収した。調査期間は、2009 年 8 月～9 月である。

3. 質問紙票項目

1) 基本的属性

年齢、性別、所属機関のサービス内容、所有する資格および経験年数、介護支援専門員経験年数、現在の所属機関での勤務年数、病院での勤務経験の有無について調査した。

2) ケアプラン作成のための看護サマリー等の文書に対する認識

看護サマリー等の文書に含まれると想定される情報項目として、＜利用者に関する情報＞ 21 項目、＜家族に関する情報＞ 9 項目、全 30 項目を設定した。

そして、各項目について「病院から必要な情報」であるか「かなり必要：4～まったく必要ない：1」の 4 段階で回答を得た。さらに、各項目について病院からの情報を活用できていると認識しているか「病院からの情報の活用度」について「かなりできている：4」～「まったくできていない：1」の 4 段階で回答を得た。

3) 退院時共同指導（以下、退院前カンファレンスとする）に感じる思い

医療処置や医療機器を導入して退院する利用者へ、病棟看護師との退院前カンファレンス開催時に感じる思い 10 項目について、「かなり思う：4」～「まったく思わない：1」の 4 段階で回答を得た。

4) 困難事例に関する認識

先行研究を参考に、依頼を受けるにあたって困難を生じるとされる「独居の介護力の必要な在宅調整」、「予後 1～2 週間（ターミナル）の在宅調整」、「複数の医療処置が必要な在宅調整」、「家族が積極的に退院を望んでいない在宅調整」、「生活保護受給中の利用者の在宅調整」の 5 つの事例をあげ、これらの事例の依頼を受けるにあたりどのくらい困難に思うか自身の認識について、「かなり思う：4」～「まったく思わない：1」の 4 段階で回答を得た。

4. 分析方法

基本的属性について、度数集計を行った。次に、介護支援専門員の経験年数による退院調整時に医療機関に求める情報共有項目および、退院調整に対する認識の差を比較するために、本研究対象者の介護支援専門員としての平均経験年数 4.5 ± 2.80 年を基準とし、介護支援専門員の経験年数が 5 年未満の群（以下「S 群」とする）と、経験年数 5 年以上の群（以下「L 群」とする）の 2 群に分け、各調査項目について Wilcoxon の順位和検定を実施した。データの解析には統計解析パッケージ SPSS15.0J を使用し、統計的有意水準は、p 値が 0.05 未満とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の目的・趣旨の説明および、研究への参加は自由意志とすること、調査票への記入は無記名であり、途中でいつでも回答を中断できること、また、その際にも不利益は一切生じないこと、調査票は無記名のため回答をもって研究協力への同意を得たものとするを説明書に明記した。この文書を用い

て、口頭で対象者へ説明を行い、研究参加への同意を得た。得られた全てのデータは、匿名性を保持した上で、研究責任者および研究分担者が厳重に保管した。なお、本研究は、東京女子医科大学研究倫理委員会での承認を得て実施した。

V. 結果

質問紙票の回収数は109人で、回収率は74.1%であった。

1. 対象者の基本的属性 (表1)

対象者の平均年齢は、47.1 ± 10.18歳であり、女性が約8割を占めていた。所属機関のサービス内容としては、訪問介護が最も多く66人(60.6%)であり、次いで通所介護25人(22.9%)であった。

平均所有資格数は、1.4個であり、最も経験年数が長い資格は、介護福祉士48人(44.0%)、ヘルパー21人(19.3%)、看護師9人(8.3%)、社会福祉士9人(8.3%)であった。また、最も所有期間の長い資格での平均経験年数は、10.5 ± 8.79年、介護支援専門員としての平均経験年数は、4.5 ± 2.80年であった。

加えて、現在の所属機関での平均勤務年数は3.8 ± 3.50年、病院での勤務経験がある人は、24人(22.1%)であった。

2. 介護支援専門員の経験年数による看護サマリー等の文書に対する認識についての比較

表1 対象者の基本的属性

		n=109	
		度数	(%)
年齢	25歳以上~40歳未満	27	(24.8)
	40歳以上~50歳未満	29	(26.6)
	50歳以上~60歳未満	27	(24.8)
	60歳以上~70歳未満	16	(14.7)
	無回答	10	(9.1)
性別	女性	85	(77.9)
サービス内容(複数回答)	訪問介護	66	(60.6)
	通所介護	25	(22.9)
	訪問看護	11	(10.1)
	訪問入浴介護	9	(8.3)
	その他	20	(18.3)
	無回答	15	(13.8)
	所有資格	介護福祉士	48
ヘルパー		21	(19.3)
看護師		9	(8.3)
社会福祉士		9	(8.3)
その他		20	(18.3)
無回答		2	(1.8)
介護支援専門員経験年数	3年未満	30	(27.5)
	3年以上~5年未満	28	(25.7)
	3年以上~7年未満	25	(22.9)
	7年以上~10年以下	26	(23.9)
	病院での経験	あり	24

表2 「病院から必要な情報」に対する認識の比較

		平均ランク		P値
		S群(n=58)	L群(n=51)	
利用者に関する情報	病名(現在の病状)	57.00	52.73	0.031*
	入院中の治療内容	54.54	54.45	0.986
	今後起こりうる病状の変化	56.06	53.79	0.251
	服薬の種類	55.26	54.71	0.855
	在宅の服薬管理方法	54.62	55.43	0.868
	在宅の治療処理方法	54.54	53.41	0.811
	感染症と対応	54.70	55.34	0.883
	医療機器機材の調達方法	53.52	55.64	0.703
	外来通院の必要性	58.06	51.52	0.140
	リハビリ継続の必要性	58.92	50.54	0.043*
	再入院の受け入れ準備	51.57	57.77	0.216
	食事の状況	56.66	53.11	0.414
	排泄の状況	54.78	55.25	0.916
	清潔の状況	54.10	56.02	0.700
	睡眠の状況	54.17	55.94	0.728
	日常生活動作の能力	56.98	52.75	0.288
	認知症の有無と程度	57.05	52.67	0.272
	性格	51.35	58.15	0.213
	本人への病状説明と理解度	51.47	59.02	0.139
	在宅療養に対する希望	56.82	52.93	0.430
生き方・価値観	54.88	55.14	0.962	
家族に関する情報	家族構成	50.46	60.17	0.810
	家族の関係性	49.37	60.24	0.048*
	主介護者の状況	50.84	58.74	0.114
	経済状況	47.89	63.11	0.006**
	在宅療養への家族の希望	54.05	55.02	0.848
	家族への病状説明と理解度	53.48	55.68	0.641
	家族の介護知識技術習得度	52.82	57.48	0.394
	住居改造・介護用品の必要性	57.73	51.89	0.275
人的サービスの必要性	54.18	53.79	0.943	

Wilcoxonの順位和検定 p<0.05* p<0.01**
 S群:介護支援専門員経験年数5年未満
 L群:介護支援専門員経験年数5年以上

1) 「病院から必要な情報」に対する認識の比較 (表2)

S群とL群で、「病院から必要な情報」として認識している項目に差があるか比較した。その結果、S群では、「病名(現在の病状)」(p=0.031)、「リハビリ」(p=0.043)の項目といった、<利用者に関する情報>について、必要であると認識している人が多かった。一方、L群では、「家族の関係性」(p=0.048)、「経済状況」(p=0.006)の項目といった、<家族に関する情報>について、必要であると認識している人が多かった。

2) 「病院からの情報の活用度」に対する認識の比較 (表3)

S群とL群で、「病院からの情報の活用度」について差があるか比較した。その結果、L群の方が、<利用者に関する情報>の項目の「入院中の治療内容」(p=0.005)、「性格」(p=0.048)、および<家族に関する情報>の項目の「家族構成」(p=0.034)、「家族の関係性」(p=0.010)、「主介護者の状況」(p=0.020)、「経済状況」(p=0.008)の情報について、活用できていると認識している人が多かった。

3. 介護支援専門員の経験年数による退院前カンファレンスに感じる思いについての比較 (表4)

表 3 「病院からの情報の活用度」に対する認識の比較

	平均ランク		P値
	S群(n=58)	L群(n=51)	
病名(現在の病状)	51.79	54.49	0.575
入院中の治療内容	46.47	62.00	0.005**
今後起こりうる病状の変化	49.96	57.78	0.164
服薬の種類	53.34	53.70	0.947
在宅の服薬管理方法	50.94	55.54	0.413
在宅の治療処理方法	48.17	57.55	0.095
感染症と対応	50.03	56.53	0.250
医療機器器材の調達方法	46.92	53.85	0.213
外来通院の必要性	54.27	51.56	0.760
リハビリ継続の必要性	52.36	54.88	0.653
再入院の受け入れ準備	48.38	57.31	0.116
食事の状況	51.12	56.38	0.346
排泄の状況	52.64	54.54	0.732
清潔の状況	50.64	55.91	0.345
睡眠の状況	51.22	55.20	0.480
日常生活動作の能力	51.52	55.90	0.432
認知症の有無と程度	51.44	53.79	0.671
性格	47.06	58.12	0.048*
本人への病状説明と理解度	48.48	57.37	0.114
在宅療養に対する希望	49.34	55.29	0.291
生き方・価値観	50.48	54.95	0.429
家族構成	47.46	59.33	0.034*
家族の関係性	46.33	60.62	0.010*
主介護者の状況	47.39	60.60	0.020*
経済状況	46.61	61.51	0.008**
在宅療養への家族の希望	49.40	54.98	0.310
家族への病状説明と理解度	48.19	55.37	0.191
家族の介護知識技術習得度	50.63	55.81	0.344
住居改造・介護用品の必要性	52.27	53.86	0.777
人的サービスの必要性	52.04	51.96	0.989

Wilcoxonの順位和検定 p<0.05* p<0.01**
 S群:介護支援専門員経験年数5年未満
 L群:介護支援専門員経験年数5年以上

表 4 退院前カンファレンスに感じる思いについての比較

	平均ランク		p値
	S群(n=58)	L群(n=51)	
病院医療者の説明(病状、医療処置)は分かりやすいですか	54.06	56.07	0.703
病院医療者にあなたが知りたいと思うことを聞けますか	50.78	58.66	0.151
病院医療者は介護支援専門員の役割を知っていると感じますか	57.74	51.88	0.277
病院医療者の説明は在宅生活での実現性を考慮していると感じますか	60.05	49.25	0.043*
病院医療者と患者家族の方向性が一致していると感じますか	55.97	53.90	0.696
在宅に丸投げされると感じますか	51.29	59.22	0.149
今後の状態変化が予測できますか	53.31	56.92	0.505
在宅療養のための話し合いに参加できたと実感できますか	53.62	56.57	0.567
話し合いはケアプランの作成に役立ちますか	52.54	56.70	0.432
退院時共同指導の雰囲気は良いと感じますか	54.34	55.75	0.795

Wilcoxonの順位和検定 p<0.05*
 S群:介護支援専門員経験年数5年未満
 L群:介護支援専門員経験年数5年以上

表 5 困難事例に関する認識についての比較

	平均ランク		p値
	S群(n=58)	L群(n=51)	
独居の介護力の必要な在宅調整	52.25	53.90	0.749
予後1~2週間(ターミナル)の在宅調整	56.11	50.47	0.275
複数の医療処置が必要な在宅調整	57.01	49.42	0.134
家族が積極的に退院を望んでいない在宅調整	53.32	53.70	0.943
生活保護受給中の利用者の在宅調整	56.02	50.57	0.330

Wilcoxonの順位和検定
 S群:介護支援専門員経験年数5年未満
 L群:介護支援専門員経験年数5年以上

退院前カンファレンスに感じる思いについて、S群とL群で比較したところ、S群の方が、「病院医療者の説明は在宅生活での実現性を考慮していると感じますか」という項目において、考慮していると感じている人が多かった(p=0.043)。

4. 介護支援専門員の経験年数による困難事例に関する認識についての比較(表5)

困難事例の依頼を受けるにあたり、どのくらい困難に思うかという自身の認識について、S群とL群で比較したところ、全ての事例において差がみられなかった。しかし、全ての回答結果の中で、S群の「複数の医療処置が必要な在宅調整」事例について、特に困難と感じていた(平均ランク=57.01)。

VI. 考察

1. 介護支援専門員の退院調整時に医療機関に求める情報共有項目および退院調整に対する経験年数による認識の現状と課題

S群とL群で、「病院から必要な情報」として認識している項目に差があるか比較した結果、S群では、「病名(現在の病状)」(p=0.031)、「リハビリ」(p=0.043)の項目といった、<利用者に関する情報>について、

必要であると認識しており、一方、L群では、「家族の関係性」(p=0.048)、「経済状況」(p=0.006)の項目と、<家族に関する情報>について、必要であると認識していた。さらに、Lの群の方が、<利用者に関する情報>の、「入院中の治療内容」(p = 0.005)、「性格」(p=0.048)、および<家族に関する情報>の、「家族構成」(p=0.034)、「家族の関係性」(p=0.010)、「主介護者の状況」(p=0.020)、「経済状況」(p=0.008)の項目について活用できていると認識しており、経験年数が長い人の方が、本人のみならず在宅介護のキーパーソンとなる家族に関する情報の必要性を認識し、情報収集および活用が行えていることが伺えた。

また、依頼を受けるにあたって困難と感じる事例について、S群とL群の間で差はみられなかったものの、全ての回答結果の中で、S群の「複数の医療処置が必要な在宅調整」事例について、特に困難と感じており(平均ランク=57.01)、医療管理のマネジメントについて困難を生じる可能性があることがわかった。

病棟看護師と介護支援専門員が必要と認識する入院中の情報の優先順位は、①身体・生理的情報、②保健行動、③心理・社会的情報、④環境的情報であるとの報告があるが(緋田, 能瀬, 原, 他 2002)、本研究においても、これらの情報について、介護支援専門員は必要であるという認識が高かった。よって、医療機関と介護支援専門員との情報共有ツールには、これらの情報を網羅することが条件であることが示唆された。

さらに、経験年数が浅いうちは、患者本人のみ、または患者の疾病・障害といった医療管理の視点に偏りがちであり、経験年数を重ねるに従って医療的知識が補完され、さらに家族に関する情報といった社会的な側面、すなわちソーシャルワークの情報も網羅したアセスメントに至ることがわかった。すなわち、三上らが経験年数が浅い病棟看護師が行う退院調整には偏りを生じるといった課題について明らかにした研究結果と同様に(三上ら, 2007)、介護支援専門員においても、経験年数の差によって在宅ケアマネジメントに必要な情報収集の視点、アセスメントに対する認識に偏りが生じているという現状が把握された。加えて、本研究の対象者109人の所有資格として、福祉職が6割以上を占めていたこともあり、特に経験が浅いうちには、どうしても医療的な知識が不十分となり、患者の疾病・障害といった医療管理の視点にとらわれやすくなることが推察された。

これらの課題を解決するために、介護支援専門員の所有資格は、医療職、福祉職など多岐に渡ること

から、在宅療養の連携先について、医療依存度の高いケースは医療職の資格を持つ介護支援専門員を選択するなど、ケースの状況に応じた連携先の選択が必要との議論もなされている(樋口, 原田, 大木, 2009; 吉江ら, 2006)。しかし、現状としては、福祉職の資格を持った介護支援専門員が大半を占めていること、さらに、医療改革の推進により、医療処置が必要なケースが在宅療養に移行していることに加え、がん対策の制定や診療報酬の改正により終末期ケアが推進される中、介護支援専門員が今後ますます医療依存度の高い、複合的な問題を抱えるケースに対するマネジメントを行う機会が急増することを考えると(内田, 中谷, 島内, 2009)、連携先の所有資格の選択には限界があると考えられる。

よって、主な情報共有先となる介護支援専門員の経験年数不足、所有資格の相違などといった個人の力量により、ケアマネジメントの質に差を生じることなく、対象者の多様なニーズに対応していくためには、在宅ケアマネジメントを行う際の一助となる情報共有ツールを作成し、このツールで得られた情報を基にアセスメントを行い、円滑な退院調整にむけて活用していくことが必要であると考え。そして、この情報共有ツール作成にあたっては、①身体・生理的状況を踏まえた医療管理に関する情報、②生活支援・介護に関する情報、③心理・社会的情報、④人的・物理的環境に関する情報項目を網羅することが必要である。さらに、情報共有ツールに記載する際には、経験年数の浅い介護支援専門員が特に必要と認識している、医療管理に関する情報について、医療職以外の職種でも十分に理解できるよう、簡易な表現を用いた文書作成、および説明を行うことで情報共有を行い、ケアマネジメントの質を確保するための支援をしていくことが望まれる。

2. 退院調整にむけた地域連携のあり方について

退院前カンファレンスに感じる思いについては、S群の方が、「病院医療者の説明は在宅生活での実現性を考慮していると感じますか」という項目において、考慮していると感じている人が多く、L群の方が、実現性を考慮していないと感じていた(p=0.043)。さらに、L群において「在宅に丸投げされる」と感じている人が多かった(平均ランク=59.22)。大崎らの研究によると、病棟看護師に対し退院支援教育を実施したところ、教育を受けた群の方が、介護力、経済的問題の有無、介護保険の有無、利用している社会資源などについての情報収集および、退院支援のための院内連携を有意に

行えるようになったという報告がある(大崎,大竹,赤間,他,2009)。このことから、情報共有および連携を行う上での医療機関側の課題として、病棟内での画一的な環境の中での患者・家族のアセスメントではなく、退院後の在宅療養環境を加味した上で、個別性を踏まえた情報共有ツールの作成、アセスメント、および介護支援専門員への情報提供が行えるよう、在宅支援部門の職員のみならず、病棟スタッフに対する教育研修体制の充実を図ることが求められる。

さらに、本研究でも明らかになったように、退院調整に関わるスタッフの経験年数や所有資格などの背景により、退院調整にむけたマネジメントの質に影響が出ないよう、情報共有ツールのみならず、入院から在宅療養までの一連の過程に応じた退院調整ツールの開発が望まれる。そして、このツールを基に関係職種間で、他職種の特性・役割を理解した上で、地域連携ネットワークを構築していくことが今後の課題である。

VII. 研究の限界と今後の展望

本研究は、特定の地区に勤務する介護支援専門員を対象に調査を行ったため、本研究の結果を一般化するには限界がある。今後、さらに対象者を拡大しデータを蓄積することで、効果的な情報共有ツールの開発および退院調整にむけた地域連携のあり方について検討していく必要がある。

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました東京都内 A 区の介護支援専門員の方々に深く感謝いたします。なお、本研究は、東京都内 A 区が東京女子医科大学病院に委託した「退院調整モデル事業」を実施するにあたり東京女子医科大学と共同で行った。

引用文献

- 布花原明子,伊藤直子 (2007): ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容－ケアマネジメントスキル不足の検討－, 西南女学院大学紀要, 11, 9-21.
- 緋田秀美, 能瀬敬子, 原美佐恵 他 (2002): 介護保険利用者の退院調整における連携－ケアマネージャーと病棟看護師の連携意識の検討－, 日本看護学会論文集老年看護, 33, 202-204.
- 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆 (2009): 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状－連携上の困難・役立った支援より, 看護実践の科学, 34 (10), 61-69.
- 本道 和子, 須藤直子 (2001): 介護保険利用に対する退院調整方法の分析, 日本看護学会論文集地域看護, 32, 94-96.
- 菊池幸恵, 小澤摩治子 (2006): 在宅看護における自宅退院時看護サマリーの利用状況実態調査－訪問看護師, ケアマネージャーへのアンケート調査を通して－, 日本看護学会論文集地域看護, 37, 140-142.
- 丸山幸子, 大石和子, 蒔田寛子 (2004): 看護サマリー用紙の改善の検討, 日本看護学会論文集老年看護, 35, 85-87.
- 三上 佑介, 日下和代 (2007): 病棟看護師の経験年数による退院調整の差と課題－入院により ADL 低下傾向のある患者の退院調整において－, 日本看護学会論文集老年看護, 38, 6-8.
- 小原喜代子, 廣畑直子, 野村真佐子 (2008): 地域連携における必要な情報の職種別・施設別の比較, 日本看護学会論文集地域看護, 39, 137-139.
- 大木正隆, 島内節, 友安直子 他 (2005): 訪問看護師が認識する病院から在宅への移行期におけるケア情報とその活用時期に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 9 (1), 94-103.
- 大崎瑞恵, 大竹まり子, 赤間明子 他 (2009): 地域中核病棟看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果, 日本看護研究学会誌, 32 (4), 111-119.
- 齊藤知子, 佐藤由美 (2006): 介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態, 千葉看会誌, 12 (2), 8-14.
- 水流聡子, 石垣恭子, 美代賢吾 (2002): 連携に必要な情報の精選と電子的手段による共有: 現状と展望, 看護展望, 27 (2), 36-40.
- 内田陽子, 中谷久恵, 島内節 (2009): エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践, 北関東医学雑誌, 59, 337-344.
- 吉江悟, 齊藤民, 高橋都 他 (2006): 介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因 12 種類のケース類型を用いて, 日本公衆衛生学会誌, 53 (1), 29-39.