

15. 退院支援におけるケアマネジャーの役割に関する調査研究

○荒木 篤 (社会福祉法人 笠松町社会福祉協議会/笠松町地域包括支援センター)

加藤 裕子 (名古屋市療養サービス事業団)

山田 るみ子 (社会福祉法人一期一会福祉会)

【研究目的】 入院前から退院、在宅での定着までのプロセスにおける介護支援専門員の役割を明確化し、医療機関との有効な連携を持つ上で必要となる要素を抽出する。当該内容を基盤に介護支援専門員が退院支援において、医療機関や多職種との有効な連携について標準化できるマニュアル作成を目的としている。

【研究の必要性】 地域包括ケアシステムの中核である医療介護連携について、国は、当該連携事業を地域支援事業に組み込み、平成29年度以降、逐次推進されてきた。制度改正の過程で、入退院支援に関しては診療報酬及び介護報酬に加算が設けられ、入院時の情報共有から退院支援、在宅生活への定着等、双方の役割が明確化されてきた。今回は、その連携の実態を把握する目的で、入退院支援プロセスに焦点を当てて研究を行った。

【研究計画】 量的研究の手法を使用し、介護支援専門員に入院から退院から在宅への定着のプロセスに沿って質問紙を作成し、内容を分析することとした。

1	質問紙の作成
2	介護支援専門員の職能団体における研修時に、質問紙を配布し記入後回収しデータ収集を実施。
3	質問紙のデータ化
4	データ分析
5	入院から退院、在宅の定着までのプロセスで、介護支援専門員が担う役割について報告書を作成
6	報告書をベースにマニュアル作成

【実施内容・結果】

研究概要

(1) 研究方法

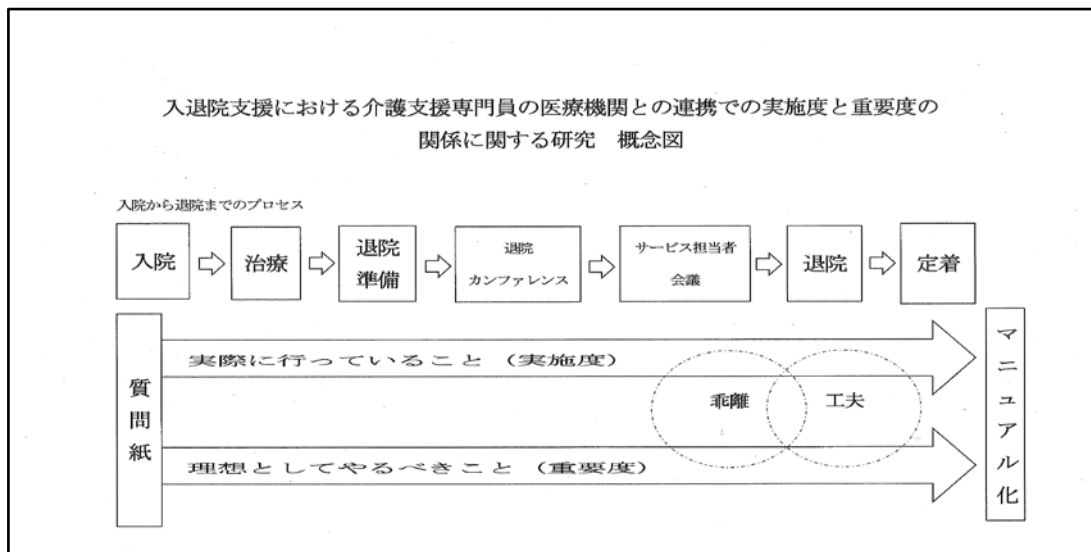
利用者の入院から退院までのプロセスに焦点化し、介護支援専門員側が医療機関とどのように連携を図っているのかを把握すべく質問紙による量的調査を実施した。

対象はG県の介護支援専門員とし、職能団体総会時に質問紙を配布し回収した。総数 301 人、有効回答 190 人（有効回答率 63.12%）。

質問紙は、入院から退院へのプロセス（入院前 6 項目、入院時 5 項目、退院準備 4 項目、退院カンファレンス 6 項目、サービス担当者会議 4 項目、在宅定着 2 項目）の 6 段階の各項目について、実施の主体が、①介護支援専門員、②医療機関、③双方の協働かを尋ね、主体が①と③の場合には、介護支援専門員の実施度と重要度を 5 件法のリッカート尺度で把握した。

(2) 倫理的配慮

本研究において、倫理的配慮として、参加者には配布時に調査目的等を説明し、調査協力を依頼し、任意であることを伝えた。調査については日本福祉大学研究倫理委員会にて承認を得ている。（申請番号 19-46）



(3) 退院支援におけるプロセスの主体・実施度・重要度

今回の質問紙では、介護支援専門員が関わっている利用者が入院した際の退院支援プロセスにおける主体（介護支援専門員自ら・医療機関と協力して両方で・医療機関のみ）を聴き把握した。

また、主体が介護支援専門員もしくは医療機関と両方で行った場合に、どのくらい実施したか（実施度）と、どのくらい重要に考えているか（重要度）を把握した。

以下、退院支援プロセスである。プロセスの項目は、退院支援に伴う前回研究の聞き取り調査から抽出された 33 のメソッドを基盤に、改めて検討し抽出している。

退院支援におけるプロセスと連携等の項目

		主体	実施度	重要度
入院前	退院支援の手順の明確化（ルール）			
	退院支援の見極めの基準づくり			
	退院調整時の担当者等の把握			
	顔の見える関係づくり（会議や研修）			
	入退院時における情報様式の共有			
	利用者や家族への入院等に関する備えの助言			
入院時	入院時の連絡			
	退院支援カンファレンスの開催（7日以内）			
	3日以内に情報を提供			
	ADL、IADL等、共有様式による提供			
	退院支援の責務に関する所在の明確化			
	家族への情報提供			
退院準備	褥瘡やリハビリ等 変化に応じた打ち合わせ			
	退院カンファレンスのメンバーを選定する			
	利用者の退院後の意向の聞き取り			
	生活の再設計に向けたケアプラン作成			
退院カンファレンス	カンファレンスに向けたメンバーへの情報提供			
	カンファレンスでの医療情報の取得			
	具体的な看護・介護の方法を確認する			
	利用者や家族が会議に参加し続けられる配慮			
	顔合わせと情報共有による本人・家族への安心の提供			
	退院日と初回診療日を決める			
サービス担当者会議	参加メンバーへの情報提供			
	退院後の在宅生活に向けたサービス調整			
	利用者や家族の生活に対する意向の表明			
	目標の共有			
定着化	退院後の居宅サービス計画等のモニタリング			
	退院後の利用者・家族の状況変化への対応			

○主体 3択 1. 介護支援専門員 2. 医療機関と両方で 3. 医療機関

○実施度 5択

1. ほとんどしていない 2. あまりしていない 3. 時々している
4. おおむねしている 5. 常にしている

○重要度 5択

1. まったく重要でない 2. ほとんど重要でない 3. どちらとも思わない
4. おおむね重要 5. とても重要

研究結果

1. データ収集の集団的特徴

1) 年齢層が高い 50代・60代で全体の80%

人生経験の積み上げがあり、対人援助における多様な場面で、高い対応能力が予測される。

2) 介護支援専門員の業務経験も高い 5年以上が約80%。

年齢層が高いだけでなく、介護支援専門員としての業務経験年数も高い。

介護支援専門員としての経験も豊富であり多様な技術も習得している可能性が高い

3) 勤務領域（仕事をしている場所）居宅介護支援事業所が90%

自らの実践現場では、退院支援における医療機関との連携は業務上、必須の事項となっている可能性が高く、故に、関心も高い可能性がある。

4) 基礎資格に直接サービス提供経験者が多い

介護福祉士が61%、保健師・看護師が22%。全体の80%が直接的サービス提供の経験のある介護支援専門員が多い。今回の退院支援連携における強みとなる可能性を包含している。

5) 主任介護支援専門員資格取得が約60% 高度な専門技術を有する人材が多い

主任介護支援専門員の資格取得に関しては、研修プログラムには、事例研究に基づく「地域課題」の抽出技術も含まれる。故に、自身の実践現場における課題への注視できる視点を持つ。

退院支援における介護と医療の連携体制は、地域全体の課題となっている可能性もあり関心は強い可能性がある。

6) 所属 社会福祉法人・医療法人で半数以上

所属法人で一番多いのが社会福祉法人、次いで医療法人であった点では、経営的な基盤が安定している可能性がある。

7) 勤務形態 常勤専任が75%

介護支援専門員として安定的な業務ができる環境にある人材が多いことが予測される。キャリアを積み、主任資格取得を可能とする勤務環境にあるといえる。

2. 分析内容

データ収集の母集団の特徴を踏まえ、質問紙の回答から以下のとおり分析を行った。入院前から退院、在宅での定着までのプロセスにおける主体割合と実施度と重要度の平均値を示している。なお主体割合は、無回答を除いた割合を再計算している。表では、主体構成割合の分析枠組みで50%以上のものを色分けしている。実施度と重要度は、主体がケアマネ、両方の協働の場合に示された回答の平均値である。

表 退院支援プロセスにおける主体割合とプロセスの実施度・重要度平均値

プロセス	項 目	主体 (%)		
		ケアマネ	両方	医療
入院前	退院支援の手順の明確化 (ルール)	27	35	38
	退院支援の見極めの基準づくり	25	34	41
	退院調整時の担当者等の把握	28	53	19
	顔の見える関係づくり (会議や研修)	27	53	20
	入退院時における情報様式の共有	26	54	20
	利用者や家族への入院等に関する備えの助言	37	38	25
	実施度平均 3.93 (±0.272) 重要度平均 4.51 (±0.056)			
入院時	入院時の連絡	37	42	21
	退院支援カンファレンスの開催 (7日以内)	25	49	26
	利用者情報の提供	68	21	11
	A D L、I A D L等、共有様式による提供	51	33	16
	退院支援の責務に関する所在の明確化	26	50	24
	家族への情報提供	25	51	24
	実施度平均 4.18 (±0.288) 重要度平均 4.56 (±0.097)			
退院準備	褥瘡やリハビリ等 変化に応じた打ち合わせ	18	62	20
	退院カンファレンスのメンバーを選定する	31	54	15
	利用者の退院後の意向の聞き取り	31	54	15
	生活の再設計に向けたケアプラン作成	66	22	12
	実施度平均 4.43 (±0.111) 重要度平均 4.73 (±0.065)			
退院 カンファ レンス	カンファレンスに向けたメンバーへの情報提供	42	43	15
	カンファレンスでの医療情報の取得	33	44	23
	具体的な看護・介護の方法を確認する	28	59	13
	利用者や家族が会議に参加し続けられる配慮	25	59	16
	顔合わせと情報共有による本人・家族への安心の提供	25	61	14
	退院日と初回診療日を決める	15	43	42
	実施度平均 4.35 (±0.087) 重要度平均 4.69 (±0.051)			
サービス 担当者 会議	参加メンバーへの情報提供	56	32	12
	退院後の在宅生活に向けたサービス調整	66	22	12
	利用者や家族の生活に対する意向の表明	56	31	13
	目標の共有	50	37	13
	実施度平均 4.57 (±0.087) 重要度平均 4.81 (±0.022)			
定着化	退院後の居宅サービス計画等のモニタリング	69	17	14

	退院後の利用者・家族の状況変化への対応	72	16	12
	実施度平均 4.61 (±0.01)	重要度平均 4.78 (±0.005)		

分析1：主体構成割合

まずは入院から退院での支援プロセスでの主体構成割合からみてみる。50%の半数以上が実施主体となる項目をみると、「入院前」では双方の協働が多くを占めている。「入院時」では、「利用者情報の提供」ではケアマネジャーが主体であるが、「退院準備」では双方の協働が中心である。一方、「生活の再設計に向けたケアプランの作成」はケアマネジャーが主体となっている。「退院カンファレンス」については双方で協働が中心となっている。「サービス担当者会議」や「定着化」では、ケアマネジャーが主体となっている。以上の結果から、入退院支援プロセスにおいて、「サービス担当者会議」以降はケアマネジャーが主体の業務となっているが、それ以前の「入院前」から「退院カンファレンス」においては、ケアマネジャーと医療側の双方が協働しており、連携して業務を遂行していくことの重要性が示唆された。

分析2：実施度と重要度

次に、ケアマネジャーの実施度と重要度についてみると、各プロセスでの実施度平均では、「定着化」が最も高く、次に「サービス担当者会議」であり、逆に「入院前」と「入院時」での実施度は低くなっている。なお、ケアマネジャーは「退院カンファレンス」よりも「退院準備」で実施度が高くなることが示された。ケアマネジャーが意識する重要度については、確かに「サービス担当者会議」や「定着化」でやや高いが、「入院前」「入院時」「退院準備」「退院カンファレンス」についてもほとんど変わらない平均値を示していた。このことから、ケアマネジャーは、利用者の入院前から自宅で定着するまでのすべてのプロセスが重要であるとの認識で業務を実施していることが分かった。なお、実施度も重要度も共に最も高いのはサービス担当者会議における「退院後の在宅生活に向けたサービス調整」であった。次が、実施度では「退院後の利用者・家族の状況変化への対応」が、重要度では「カンファレンスでの医療情報の取得」が高かった。これらから、介護支援専門員は、退院に向け医療情報を取り込んでの体制整備を最も重視していることが分かった。

【考察と今後の課題】

介護支援専門員は入退院支援プロセスにおいて、自らの業務について重要性を認識し、それを実施していることが分かった。入退院支援プロセスで、「退院後の在宅生活に向けたサービス調整」を最も実施し、さらに最重要視していることが明らかになった。介護支援専門員と医療機関との関係構築のもとで実施する項目の重要性が示されており、相互協働による入退院における連携の仕組みづくりが今後の介護支援専門員の課題として示唆された。

【経費使途明細】

使 途	金 額
印刷製本費（冊子 200 部）	159,280 円
質問紙データ入力費用	45,000 円
会議費（交通費含む）	45,000 円

通信運搬費（冊子配布等）140 円切手×180 枚	25,200 円
消耗品費等（封筒・インク・用紙等）	28,944 円
合 計	303,424 円
大同生命厚生事業団助成金	300,000 円