地域包括ケア病棟における多職種で実施する 退院前カンファレンスの現状分析と課題

甲斐 由香里 大野 貴子

Analysis of Pre-discharge Multi-professional Conferences in the Community Comprehensive Care Ward

Yukari Kai and Takako Ohno

I. はじめに

厚生労働省（2020）は、日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれていると報告している。それに伴い、多くの国民が、医療や介護を受けながら住み慣れた地域で生活を継続できる保健医療福祉制度の体制の整備が喫緊の課題となっている。従って、病院から地域につなぐ在宅と医療との連携を強化し、地域における包括ケアを充実させる対応策をより一層進めていくことが必要である（厚生労働省、2016）。

地域包括ケア病棟は、急性期医療を経過した患者や、在宅で療養を行っている患者等を受け入れ、在宅復帰支援を役割とする病棟であり、入院患者が住み慣れた地域へ移行するための支援を実施している。その支援において退院前カンファレンスは、退院後の生活に即したケア内容と体制をつくるために多職種が集って実施するものであり、情報共有し役割を分担することにつながる場であるため、意義のあるものである。藤澤（2013）は「退院支援の質向上においては、まず患者・家族の意思決定に基づく退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントを確実にを行い、多職種、患者・家族を含めた退院前カンファレンス

等を有効に活用しながら、退院後の生活に向けた準備を進める取り組みが基盤となる」と述べており、多職種での退院前カンファレンスは、退院支援において重要といえる。また、佐條（2016）は「多職種の連携のためには、専門性志向と協働志向により多職種が対等な立場で話し合い、患者目標の設定と共有が重要である」と述べている。退院前カンファレンスは看護師だけで成り立つものではなく、多職種が協働することで初めて成り立つものであり、多職種が連携して退院支援を行うためにも、退院前カンファレンスには患者、家族と、患者に関わる全ての職種が参加するのが、理想であると考ええる。

筆者が所属するA病院は地域の中核病院であり、地域包括ケア病棟の2018年度の在宅復帰率は94.9%、うち自宅への退院は85.0%である。地域包括ケア病棟が誕生して4年が経過した（2018年時点）が、ここで実施している退院前カンファレンスにおいて、患者・家族に関わる全職種の参加は難しく、病棟看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）、理学療法士や作業療法士等のリハビリテーションに関わる職種（以下リハビリ職とする）の、4職種のみが参加が現状であり、質に対しての評価もされていない。そのため、現在実施している退院前カンファレンスの内容が、退院後に在宅で生活する患者にとって有効なのかかわからない状況がある。そこで、まずは退院前カンファレンスにおける医療者側の、評価を含む現状分析を実施し、患

者の円滑な在宅療養への移行に向け、退院前カンファレンスをより有効なものにするための課題を把握したいと考えた。

II. 研究目的

地域包括ケア病棟で実施している退院前カンファレンスに参加する多職種への質問紙調査から、退院前カンファレンスの現状を分析し、患者が円滑に在宅療養へ移行するための、退院前カンファレンスの課題を明確にする。

III. 用語の定義

本研究における多職種とは、地域包括ケア病棟での退院前カンファレンスに参加する職種（看護師、MSW、ケアマネジャー、患者担当リハビリ職等）とする。また、退院前カンファレンスは、患者が在宅療養に円滑に移行するために病院関係者が開催し、患者・家族と病院関係者および在宅療養にかかわる多職種が一堂に会して行う話し合いのこととする。

IV. 方法

1. 調査対象

質問紙調査の対象は、調査期間に地域包括ケア病棟内で実施された退院前カンファレンスに参加した多職種である。

2. 調査期間

調査期間は、2018年7月23日～2018年8月28日である。

3. データ収集方法

質問紙調査は自作の質問紙を用い、無記名自記式により実施した。調査期間中に開催された計10回の退院前カンファレンス参加者に、カンファレンスの度に質問紙を手渡しで配付し、病棟に設置した回収箱への投函もしくは、返送を依頼した。また、各退院前カンファレンスにおいて、その対象となった患者の入院期間中の退院前カンファレンスの開催回数、開催時期を把握した。

4. 調査項目

地域包括ケア病棟における多職種で実施する退院前カンファレンスの現状分析に関する質問紙の調査項目は、以下のようにした。

1) 対象者の属性

対象者の属性として、職種、所属部署での経験年数を尋ねた。

2) 退院前カンファレンスの質の評価

越部(2013)、樽矢(2015)の先行研究を参考にした7項目の質問事項<①多職種が対等な立場で話し合うことができている、②患者の目標設定ができている、③患者の目標が共有できている、④退院後の生活に向けた準備を進める取り組みが充実している、⑤患者・家族の意思決定に基づく退院後の生活を視野に入れたアセスメントが確実に行われている、⑥専門性志向(チームを形成するそれぞれの職種の専門性を重視し、専門分化と高度な専門性に意味を置くこと)が発揮できている、⑦協働志向(同じ目的のために、協力して働くこと)が発揮できている>を設定し、5段階評価(とてもそう思う・そう思う・どちらでもない・思わない・全く思わない)で訊ねた。また、7項目すべてが「とてもそう思う」になるために必要なことの自由記述、退院前カンファレンスは必要かの4段階評価(とてもそう思う・そう思う・思わない・全く思わない)とその理由の自由記述、各々の職種において退院前カンファレンスに必要な情報は何かと思うかの自由記述、退院前カンファレンスに必要な職種(医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・薬剤師・栄養士・MSW・ケアマネジャー・各介護保険事業所・その他)の複数選択と参加してほしい・参加しなくてもよい理由の自由記述、その他の意見の自由記述とした。

5. データ分析方法

選択式質問項目については単純集計を行った。また、自由記述は文章の意味を損なわない簡潔な一文とし、コードとした。内容が類似するものをまとめた後に、コードの類似性・共通性に沿ってサブカテゴリーとした後、抽象化を図り、カテゴリーとした。研究者間で分類の妥当性を確認した。

6. 倫理的配慮

質問紙調査では質問紙とともに、研究目的・方法、公表の意図、自由意思の尊重、記録物等は研究終了後5年間保管し、その後、すべて溶解して破棄し、電子媒体(USB)のデータはすべて消去すること等を記載した説明書と、返信用封筒を同

封して配付した。質問紙の回収箱への投函もしくは返送をもって同意とした。質問紙は無記名とし匿名性を遵守した。調査の実施にあたっては、所属長の下承を得た。なお、本研究は所属施設の倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号：H30 - 2、承認年月：2018年8月）。

V. 結果

調査期間中に開催された、計10回（対象患者10名）の退院前カンファレンスに参加した延べ38名に質問紙を配付した。回収数は27部（回収率71.1%）であった。

退院前カンファレンスの対象である患者の、入院期間中の退院前カンファレンス開催回数は各患者1回で、その開催時期は入院から平均63.2日であり、退院まで平均12.7日であった。

1. 回答者の属性

質問紙に回答した職種と回答数は、看護師9名（33.3%）、MSW6名（22.2%）、ケアマネジャー5名（18.5%）、理学療法士4名（14.8%）、作業療法士3名（11.1%）の5職種27名だった。また、現在の所属部署での経験年数は、1年以上3年未満が9名（33.3%）、3年以上5年未満が4名（14.8%）、8年以上10年未満が4名（14.8%）、10年以上が4名（14.8%）、5年以上8年未満が3名（11.1%）、1年以内が1名（3.7%）、20年以上が1名（3.7%）、無記載が1名（3.7%）だった。

2. 退院前カンファレンスの質の評価

実施した退院前カンファレンスについて、質の評価として設定した7つの項目に対する5段階評価の結果を表1に示す。なお、5段階評価は<>、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[]、コードは〔 〕で記す。

「①多職種が対等な立場で話し合うことができる」の評価は、回答者27名のうち<とてもそう思う>が11名（40.7%）、<そう思う>が14名（51.9%）、<どちらでもない><思わない>が各1名（3.7%）であった。職種別では、MSW、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士は全て<とてもそう思う>または<そう思う>と評価したが、看護師は9名中、<どちらでもない><思わない>と評価したのが各1名であった。

「②患者の目標設定ができていない」の評価は、

回答者27名のうち<とてもそう思う>が6名（22.2%）、<そう思う>が15名（55.6%）、<どちらでもない>が6名（22.2%）であった。MSWとケアマネジャーは全て<とてもそう思う>または<そう思う>と評価したが、看護師、理学療法士、作業療法士の3職種は<どちらでもない>が看護師9名中4名、理学療法士4名中1名、作業療法士3名中1名であった。

「③患者の目標が共有できている」の評価は、回答者27名のうち<とてもそう思う>が4名（14.8%）、<そう思う>が15名（55.6%）、<どちらでもない>が7名（25.9%）、<思わない>が1名（3.7%）であった。MSWは全て<とてもそう思う>または<そう思う>と評価したが、看護師は<どちらでもない>が9名中3名、<思わない>が1名であった。他の職種では<どちらでもない>と評価したのが、ケアマネジャー2名・理学療法士1名・作業療法士1名であった。

「④退院後の生活に向けた準備を進める取り組みが充実している」の評価は、全体では<とてもそう思う>が7名（25.9%）、<そう思う>が15名（55.6%）、<どちらでもない>が5名（18.5%）であった。作業療法士は全て<そう思う>と評価したが、他の職種では、<どちらでもない>と評価したのが、看護師1名、MSW2名、ケアマネジャー2名、理学療法士1名であった。

「⑤患者・家族の意思決定に基づく退院後の生活を視野に入れたアセスメントが確実に行われている」の評価は、全体では<とてもそう思う>が8名（29.6%）、<そう思う>が16名（59.3%）、<どちらでもない>が3名（11.1%）であった。職種別では、MSW、理学療法士、作業療法士は全て<とてもそう思う>または<そう思う>と評価したが、看護師は9名中2名、ケアマネジャーは5名中1名が<どちらでもない>と評価した。

「⑥専門性志向が発揮できている」の評価は、全体では<とてもそう思う>が7名（25.9%）、<そう思う>が18名（66.7%）、<どちらでもない>が2名（7.4%）であった。職種別では、MSW、理学療法士、作業療法士は全て<とてもそう思う>または<そう思う>と評価したが、看護師は9名中1名、ケアマネジャーは5名中1名が<どちらでもない>と評価した。

表1 退院前カンファレンスの評価

人数 (%)

		とてもそう思う	そう思う	どちらでもない	思わない	全く思わない
①多職種が対等な立場で話し合 うことができている	看護師	0 (0.0)	7 (77.8)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)
	MSW	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	11 (40.7)	14 (51.9)	1 (3.7)	1 (3.7)	0 (0.0)
②患者の目標設定ができている	看護師	0 (0.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
	MSW	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	6 (22.2)	15 (55.6)	6 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
③患者の目標が共有できている	看護師	0 (0.0)	5 (55.6)	3 (33.3)	1 (11.1)	0 (0.0)
	MSW	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	4 (14.8)	15 (55.6)	7 (25.9)	1 (3.7)	0 (0.0)
④退院後の生活に向けた準備を 進める取り組みが充実している	看護師	1 (11.1)	7 (77.8)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	MSW	5 (83.3)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	7 (25.9)	15 (55.6)	5 (18.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤患者・家族の意思決定に基づ く退院後の生活を視野に入れた アセスメントが確実に行われて いる	看護師	1 (11.1)	6 (66.7)	2 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
	MSW	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	8 (29.6)	16 (59.3)	3 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑥専門性志向が発揮できている	看護師	2 (22.2)	6 (66.7)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	MSW	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	7 (25.9)	18 (66.7)	2 (7.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑦協働志向が発揮できている	看護師	2 (22.2)	5 (55.6)	2 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
	MSW	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	ケアマネジャー	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	理学療法士	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	作業療法士	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	9 (33.3)	13 (48.1)	4 (14.8)	0 (0.0)	0 (0.0)

「⑦協働志向が発揮できている」の評価は、全体では<とてもそう思う>が9名(33.3%)、<そう思う>が13名(48.1%)、<どちらでもない>が4名(14.8%)であった。職種別では、MSW、理学療法士、作業療法士は全て<とてもそう思う>または<そう思う>と評価したが、看護師は9名中2名、ケアマネジャーは5名中2名が<どちらでもない>と評価した。

そして、①～⑦の項目が「とてもそう思う」になるために必要なことは16名が記述し、コード

は20であった。分析の結果、表2に示すように、【カンファレンス前準備】【必要な情報の共有】【情報収集】【多職種連携】【カンファレンス開催時期】【専門性の向上】の6つのカテゴリーに分類された。

【カンファレンス前準備】には、〔自宅での生活についての情報を、退院前カンファレンスで話す以前に伝えてほしい〕等3つのコードを含む〔カンファレンス参加前の情報収集〕、〔患者・家族の意思が明確〕、〔退院前調整〕、〔カンファレン

表2 ①～⑦の項目が「とてもそう思う」になるために必要なこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
カンファレンス 前準備	カンファレンス参加前の 情報収集	自宅での生活についての情報を、退院前カンファレンスで話す以前に伝えてほしい
		7項目のチェックリストを用いる等、7項目についてカンファレンス内で話し合えるよう、準備して挑む
		各職種が専門の能力を発揮できるよう、専門の見地からの情報をもつてのぞむ
	患者・家族の意思が明確	退院後の患者・家族の意思が明確
	退院前調整	退院方向決定時の退院前の調整が必要
カンファレンス前の退院 前訪問	退院前カンファレンスを行う前に退院前訪問を行う	
必要な情報の 共有	情報共有	情報共有 多職種同士のコミュニケーションを増やし、現在の状況や目標の共有を行う
	各職種が必要な情報の共有	各々の職種が必要としている情報の共有 (ADLが分かると) ケアプランが立てやすい
	カンファレンスで必要な情報 の理解	退院前カンファレンスで必要とされる情報の理解
	全参加者の情報共有	施設職員やレンタル業者の思いも十分に聞けるようにする
情報収集	情報収集	患者・家族・ケアマネジャーからの情報収集
多職種連携	多職種同士の関係づくり	病院からの情報を確認しあえる関係づくりをする なんでも相談できる立ち位置にいること
	多職種連携	本人・家族とケアマネジャー、介護サービス事業者と病院スタッフの連携
	多職種の参加	カンファレンス開催時にできるだけ多職種が集まる
カンファレンス 開催時期	カンファレンス開催時期	入院後状態が安定した時のカンファレンスも必要だが、現実には2回カンファレンスを行うことは困難
専門性の向上	専門の看護師が必要	専門の看護師が欲しい
	個人のスキル向上	個人のスキル向上

ス前の退院前訪問]の4つのサブカテゴリーが含まれた。

【必要な情報の共有】には〔多職種同士のコミュニケーションを増やし、現在の状況や目標の共有を行う〕等2つのコードを含む[情報共有]、[各職種が必要な情報の共有]、[カンファレンスで必要な情報の理解]、[全参加者の情報共有]の4つのサブカテゴリーが含まれた。【情報収集】は〔患者・家族・ケアマネジャーからの情報収集〕のコードを含む[情報収集]のサブカテゴリーが含まれた。

【多職種連携】には、[多職種同士の関係づくり]、[多職種連携]、[多職種の参加]の3つのサブカテゴリーが含まれ、【カンファレンス開催時期】には、[カンファレンス開催時期]の1つのサブカテゴリー、【専門性の向上】には、[専門の看護師が必要]、[個人のスキル向上]の2つのサブカテゴリーが含まれた。

3. 退院前カンファレンスの必要性和その理由

「退院前カンファレンスは必要だと思うか」の問いに対して<とてもそう思う>と回答したのは13名(48.1%)、<そう思う>が13名(48.1%)、無記載1名(3.7%)だった。

その理由については、25名が記述し、コードは35であった。表3に示すように、【情報共有・交換ができる】、【直接話し合える】、【退院への支援が明確になる】、【患者・家族の安心・安全な生活につながる】、【家族の理解を促しやすい】【その他】の6つのカテゴリーに分類された。

【情報共有・交換ができる】のコード数は10件で、[情報共有ができる]、[情報交換の場になる]、[退院後の生活をイメージして共有ができる]、[患者の様子が伝わる]の4つのサブカテゴリーが含まれた。【直接話し合える】のコード数は2件で、[多職種の意見が聞ける]、[多職種が一堂に集まり効率的に話が進む]の2つのサブカテゴリーが含まれた。【退院への支援が明確になる】のコード数は17件で、[目標をすり合わせることができる]、[患者・家族に退院についての再確認ができる]、[方向性の意見交換・決定ができる]、[退院に向けての課題が明確になる]、[多職種の意見で問題解決ができる]、[退院後の支援を検討・確認・調整できる]の6つのサブカテゴリーが含まれた。【患者・家族の安心・安全な生活につながる】のコード数は2件で、[患者・家族の安心安全な生活につながる]の1つのサブ

表3 退院前カンファレンスが必要な理由

カテゴリー	サブカテゴリー (件数)	コード (抜粋)
情報共有・交換ができる	情報共有ができる (4)	情報共有ができる
		関係する職種同士が情報共有できる
	情報交換の場になる (1)	入院中の状態の共有が必要で、直接話し合うことで細かな情報を伝達共有できる
	退院後の生活をイメージして共有ができる (2)	多職種での共有は大事で、情報交換の場になる
直接話し合える	患者の様子が伝わる (3)	家族も踏まえて退院後のリアルな生活について想定し話すことができる 退院後の生活を本人・家族・院内スタッフ、地域の支援者との間で共有できる
	多職種の意見が聞ける (1)	看護師やリハビリ担当者から病院での様子を家族に伝えられる機会 本人の入院してからのADLなどが直接サービス事業所に伝わる
	多職種が一堂に集まり効率的に話が進む (1)	多職種の意見が聞け、患者にとってよい退院支援ができる 電話での情報共有は効率が悪く、その場で多職種で退院日などを決定することで話がスムーズに進む
退院への支援が明確になる	目標をすり合わせることができる (3)	本人・家族・多職種で退院後の生活をイメージでき、同じ目標を持ってサービス提供ができる
		退院前に再度、本人の目標を合わせることができる
		時折、多職種間との目標設定が違う時がある
	患者・家族に退院についての再確認ができる (2)	患者が退院に向けてどのように受け止めているか、再度認識・確認できる
		患者・家族に方向性について再確認できる
	方向性の意見交換・決定ができる (3)	家族、ケアマネジャー、MSWと方向性について意見交換ができる
直接的な意見交流を行うことで、具体的な退院の方向性につなげることができる		
退院にむけての課題が明確になる (3)	退院に向けて困難なことが明確になり、方向性がまとまる	
	退院先へ帰るための準備、対応が明らかになる 在宅で気をつけて行くことを知り、ケアプランに位置づけられる	
多職種の意見で問題解決できる (1)	退院後の不安なこと・問題点に対して多職種の意見から問題解決できる	
	退院後の生活を共有し、必要なサービス・支援を検討・確認できる	
	在宅生活がスムーズにできるように調整が必要 現状を伝えることで今後の生活につながる支援ができる	
患者・家族の安心・安全な生活につながる	患者・家族の安心安全な生活につながる (2)	(退院に向け) 患者・家族の不安軽減につながる 退院後、安全・安全な生活をするために必要な支援ができる
家族の理解を促しやすい	家族の理解を促しやすい (1)	理解に乏しい家族に専門的見地の意見を伝えられて、理解を促しやすい
その他	必要時の開催でよい (1)	退院後サービスをあまり使わない方などは必要ないと思う
	参加困難なときがある (2)	時間的な余裕がない

カテゴリーが含まれた。【家族の理解を促しやすい】のコード数は1件で、[家族の理解を促しやすい]の1つのサブカテゴリーが含まれた。【その他】のコード数は3件で、[必要時の開催でよい]、[参加困難なときがある]の2つのサブカテゴリーが含まれた。

4. 退院前カンファレンスで必要な情報

各々の職種において、退院前カンファレンスに必要な情報は、25名が記述し、コード数は70件であった。表4に示すように、【患者のリハビリ状況・能力・ADL・IADL】、【患者の病状・状態・生活状況】、【患者・家族の希望・目標】、【家族・介護者の状況】、【退院後の支援内容】、【情報共有】の6つのカテゴリーに分類された。

【患者のリハビリ状況・能力・ADL・IADL】のコード数は20件で、[リハビリ状況]、[身体能力・

生活能力]、[患者のADL・IADL]、[入院前後のADLの違い]、[ADLやリハビリ状況]、[退院時の移手段]の6つのサブカテゴリーが含まれた。【患者の病状・状態・生活状況】のコード数は17件で、[患者の病状・状態]、[患者の認知機能]、[入院時の生活状況]、[退院後の生活状況]、[在宅生活の可能性]、[生活上の注意]、[本人の注意事項]の7つのサブカテゴリーが含まれた。【患者・家族の希望・目標】のコード数は3件で、[生活の希望]、[患者・家族の目標]の2つのサブカテゴリーが含まれた。【家族・介護者の状況】のコード数は4件で、[家族・介護者の状況]の1つのサブカテゴリーが含まれた。【退院後の支援内容】のコード数は25件で、[退院後の病状管理]、[介助方法]、[退院後の支援内容]、[退院後のサービス利用]、[環境調整]、[住宅状況]、[ケアマ

表4 退院前カンファレンスに必要な情報

カテゴリー	サブカテゴリー (件数)	コード (抜粋)	
患者のリハビリ状況・能力・ADL・IADL	リハビリ状況 (4)	リハビリ状況 (できること、できないこと) リハビリのできること、できないこと、危険なこと、大丈夫なこと等 (リハビリ職は) 歩行距離など具体的なリハビリの様子	
	身体能力・生活能力 (2)	身体能力、生活能力 身体能力	
	患者のADL・IADL (11)	患者のADL 本人のADL・IADL (リハビリ職は) 良い状態・悪い状態の時のADLの情報提供 病棟でのADL	
	入院前後のADLの違い (1)	入院前後のADLの違い	
	ADLやリハビリ状況 (1)	現在のADLやリハビリでの状況	
	退院時の移動手段 (1)	退院時の患者の移動手段 (屋内・屋外)	
	患者の病状・状態・生活状況	患者の病状・状態 (9)	患者の病状 患者の状態 患者の状態の把握、今後の予後予測 在宅におけるリスク 看護師は、患者の目標からみた現在の患者の状態
患者の認知機能 (1)		認知レベル	
入院時の生活状況 (2)		入院時の病棟生活の状況 入院時の生活のリズム	
退院後の生活状況 (2)		退院後の1日の生活の流れの把握 退院先での生活の見通し	
在宅生活の可能性 (1)		在宅で生活できるか	
生活上の注意 (1)		生活上の注意点	
本人の注意事項 (1)		本人の注意事項	
患者・家族の希望・目標	生活の希望 (1)	生活に対する希望	
	患者・家族の目標 (2)	患者・家族の目標	
家族・介護者の状況	家族・介護者の状況 (4)	家族の理解力 家族背景 家族構造 介護者のマンパワーやキーパーソン	
	退院後の病状管理 (3)	今後の病状管理 (受診、薬の管理) 内服状況 退院後の受診経過	
	介助方法 (1)	介助が必要ならば介助方法	
	退院後の支援内容 (4)	退院後の支援内容 支援状況	
退院後の支援内容	退院後のサービス利用 (4)	社会資源 (サービス、介護度等) 退院後のデイサービス利用は可能か 退院後の介護サービス 退院の方向性とサービス使用予定	
	環境調整 (3)	環境 環境調整 (手すりや福祉用具の利用必要性)	
	住宅状況 (7)	自宅の状況 自宅の状態 (段差や手すりの有無) 住宅改修の必要性	
	ケアマネジャーの意向・予定 (2)	ケアマネジャーの今後の予定 (MSWは) ケアマネジャーの意向 (意向を踏まえたサービスの提案ができるよう)	
	退院前カンファレンス後の情報 (1)	退院前カンファレンス後のサービス利用や支援内容等の情報	
	情報共有	情報共有 (1)	各々の知っている情報を話すこと

ネジャーの意向・予定]、[退院前カンファレンス後の情報]の8つのサブカテゴリーが含まれた。
【情報共有】のコード数は1件で、[情報共有]のサブカテゴリーが含まれた。

5. 退院前カンファレンスに参加が必要な職種と理由

退院前カンファレンスに参加してほしい職種は、医師 37.0%、看護師 96.2%、MSW 96.2%、ケ

表5 参加してほしい理由

職種	カテゴリー (件数)	コード (抜粋)
医師	医師の一言で患者が納得できる (1)	患者が納得できない際に医師からの一言で納得する可能性がある
	在宅医に依頼の場合は医師が必須 (1)	かかりつけ医、往診医に依頼をした場合は必要
	医師に生活環境を知ってほしい (1)	在宅での生活環境を知って欲しい
リハビリ職	運動能力・ADLの検討ができる (4)	病室・その場で運動能力が判断できる
		身近な看護師だけでなく、ADLの視点から必要
		家での動き(補助具使用)にアドバイスが行える
看護職・リハビリ職	ADLの検討ができる (1)	日常生活と運動時のADLを比較する
	ADL・運動能力を理解している (1)	ADL、運動能力を一番理解している
薬剤師	服薬管理のため (1)	服薬管理の必要性があれば
栄養士	栄養指導のため (3)	栄養指導の実施により虚弱の予防につながる
MSW	仲介役として (2)	仲介役として必要
ケアマネジャー	退院後の支援者のため (3)	自宅での生活と経過の状況も含めて退院後の生活について話ができ、退院後の看護に引き継げる
		患者・家族の退院後の生活のためのサービスなどの専門であるため必要
多職種	患者の現状の情報共有ができる (8)	患者の現状を知るために必要 院内での状態(病棟での状態、症状、リハビリでの状態)を伝える
	多職種での情報共有ができる (2)	伝える情報が多い 情報共有ができる
	その場で退院調整ができる (2)	退院調整をその場で行える 電話をしなくてはいけなくて、一緒にできればよい
	サービスを調整できる (1)	本人に合ったサービス内容を決められる
	方向性を確認できる (1)	サービスの調整や段取りなど方向性を確認できる
	支援の見極めができる (1)	各々の意見を参考に、今後の生活に必要なことの見極めができる
	退院支援のため (4)	退院後の支援のために必要
	専門的な意見が聞ける (1)	専門的な意見が聞ける
	自身のスキルアップになる (1)	自分自身の勉強になり、気を付けるところ、気づけるところが増えそうである
	多職種連携が必要なため (1)	院内での情報と退院後に患者と関わって行く方の連携が必要
	患者のためになる (1)	患者のためになる

アマネジャー 96.2%、理学療法士 96.2%、作業療法士 66.6%、言語聴覚士 62.9%、薬剤師 33.3%、栄養士 51.8%、各介護保険事業所 48.1%、その他 11.1%だった。また、その他の内容としては、ヘルパー、近隣・民生委員、患者・家族だった。

参加してほしい理由は、22名が記述し、コード数は41件であった。表5に示すように、医師については【医師の一言で患者が納得できる】、【在宅医に依頼の場合は医師が必須】【医師に生活環境を知ってほしい】の3つのカテゴリーに分類された。リハビリ職については【運動能力・ADLの検討ができる】のカテゴリーに、看護職・リハビリ職については【ADLの検討ができる】、【ADL・運動能力を理解している】の2つのカテゴリーに分類された。薬剤師については【服薬管理のため】のカテゴリーに、栄養士については【栄養指導のため】のカテゴリーに、MSWについては【仲介役として】のカテゴリーに分類された。

多職種(複数の職種を選択)については、【患者の現状の情報共有ができる】、【多職種での情報共有ができる】、【その場で退院調整ができる】、

【サービスを調整できる】、【方向性を確認できる】、【支援の見極めができる】、【退院支援のため】、【専門的な意見が聞ける】、【自身のスキルアップになる】、【多職種連携が必要なため】、【患者のためになる】の11のカテゴリーに分類された。

参加しなくてもよい理由は、15名が記述し、コード数は17件であった。表6に示すように、〔医師や栄養士は場合によって必要だが、全員には必要ない〕等【必要に応じての参加】7件、〔医師の参加も希望するが、調整が困難〕等【医師の調整困難】5件、〔参加できるのであれば参加してほしい〕の【可能であれば参加】1件、〔作業療法士、言語聴覚士は患者と関わっていない〕の【患者との関与が希薄】1件、〔相談員や看護師に情報を伝達しておけばよい〕の【相談員・看護師に情報伝達】1件、〔食事や薬の問題点を解決したうえで、看護師が情報を持って参加すればよい〕の【食事や栄養の問題点を解決し看護師が情報をもって参加】1件、〔リハビリ職は一番必要な方の出席で、まとめることができる〕の【代表者が

表6 参加しなくてもよい理由

カテゴリー (件数)	コード
必要に応じての参加 (7)	医師や栄養士は場合によって必要だが、全員には必要ない
	問題があれば介入でよい
	必要な場合のみでよい
	薬剤師と栄養士は必要に応じて (参加でよい)
医師の調整困難 (5)	医師の参加により患者も安心し、方向性が定めやすいと考えるが、現実難しい
	医師は参加してくれない
	医師の参加も希望するが、調整が困難
可能であれば参加 (1)	参加できるのであれば参加してほしい
患者との関与が希薄 (1)	作業療法士・言語聴覚士は患者と関わっていない
相談員・看護師に情報伝達 (1)	相談員や看護師に情報を伝達しておけばいい
食事や栄養の問題点を解決し看護師が情報を持って参加 (1)	食事や薬の問題点を解決したうえで、看護師が情報を持って参加すればよい
代表者が参加 (1)	リハビリ職が一番必要な方の出席で、まとめることができる

参加】1件の5つのカテゴリーに分類された。

6. その他の意見

その他の意見は8名が記述し、〔開始時間に間に合わず、話の流れを理解できないときがあるため、途中参加の人にも話の流れを情報共有する時間があるとよい〕等【要望】2件、〔忙しい中、参加してくれありがたい〕等【他職種への感謝】5件、【その他】2件の結果となった。

VI. 考察

1. 退院前カンファレンスの充実に向けた課題

退院前カンファレンスの評価として、7項目の5段階評価を尋ねたところ、どの項目もくとてもそう思う>または<そう思う>で7~9割を占めており、概ね肯定的な評価が得られていた。項目別では、専門性志向の発揮や協働志向の発揮、アセスメント、多職種の対等な立場での話し合いはできているという評価が高く、退院前カンファレンスでは、各職種が専門性を発揮していると考えられる。しかし、患者の目標設定・共有、退院後の準備を進める取り組みといった、具体的な検討や調整が必要な項目はやや評価が低く、評価を高めるために【カンファレンス前準備】が必要とあった。退院前カンファレンスの場を、多職種間で在宅療養について具体的に検討・調整できる場に強化する必要がある。

退院前カンファレンスは96%が必要だと回答し、理由に【情報共有・交換ができる】【直接話し合える】【退院への支援が明確になる】【患者・家族の安心・安全な生活につながる】といった退院前カンファレンスの利点をあげていた。一方

で、退院前カンファレンスをより良くするために必要なこととして、【カンファレンス前準備】【必要な情報の共有】【多職種連携】【専門性の向上】をあげており、これらは退院前カンファレンスの利点をさらに生かすための課題と捉えられる。退院前カンファレンスの質向上を図るために必要なこととして、専門的見地からの情報をもつてのぞむこと、退院前カンファレンスで必要とされる情報を理解することが記述されていたが、各専門職が把握すべき退院支援に必要な情報に対する理解が十分でないことや、個人では患者の情報を把握しているかもしれないが、チーム内で全員が把握しているとは限らず、退院前カンファレンスの参加者が把握していないことが考えられる。吾妻ら(2013)は「看護師が最も数の多い職種であり、そのため意思統一が困難であるという状況もみられた」と報告している。看護職は96%の回答者が参加は必要と考え、ADL等退院後の生活に関わる重要な情報を求められていることから、チームとして統一した見解を持ち、退院前カンファレンスの参加者による影響がないようにしたい。また、退院前カンファレンス参加者の経験年数は、1年以内から5年未満が52%と半数以上を占めていた。経験年数が十分でないことを補えるようなシステムや、所属部署での教育を検討し【専門性の向上】を図りたい。

参加してほしい職種では医師37.0%、薬剤師33.3%、各介護保険事業所48.1%と半数を下回っており、自由記述に【必要に応じての参加】でよいとあった。また、参加してほしい職種のその他のなかにヘルパー、近隣・民生委員、患者・

家族が少なからず記載されていた。多職種だけで退院前カンファレンスを開催するのではなく、患者の生活状況や経済状況、人物像を把握している方々の参加を促し、より具体的に患者像や生活をイメージするために必要な人物の参加を希望しているのだと考えられる。このように、どのような患者にどのような参加者が必要かを事前に把握し、調整する必要がある。退院前カンファレンスに参加する職種の調整は、A病院ではMSWが主で実施している。原田ら(2014)は「退院支援には高齢者の身体状況の変化を予測した支援が行える医療の専門職である退院調整看護師と、多様な課題に対する社会的・経済的な支援をする社会福祉の専門職であるMSWが、それぞれの強みを生かし、互いに協働を促進することにより、高齢者と家族に必要な支援をタイムリーに提供できる」と報告している。退院前カンファレンスの参加者の調整においても、患者の病状・状態を把握し予測もできる看護師も介入して一緒に調整をするべきだと考える。調整により退院前カンファレンスに参加しない職種に対しては、【カンファレンス前準備】にある[カンファレンス参加前の情報収集]をして、情報をもっておく必要があると考える。特に、看護師・MSWは「相談員か看護師に情報を伝達しておけばいい」といった意見から分かるように、その役割を多大に期待されている。看護師は医療の専門職として、医師や薬剤師等が参加しない場合は、退院前カンファレンスに必要な情報を判断し、事前に情報を得ておく必要がある。

今回の調査での、退院前カンファレンス対象者の入院期間中のカンファレンス開催回数は1回であり、開催時期が入院から平均63.2日、退院まで平均12.7日であった。このことから退院支援が遅延し、退院間際で退院前カンファレンスが行われ、複数回の開催ができていないことが推察された。退院支援を充実するために、タイムリーにカンファレンスを開催できるよう、退院前カンファレンスの開催時期・開催回数の見直しも必要である。

2. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査はカンファレンスに参加する医療者側の意見のみを聞いており、患者・家族の安心・

安全な在宅療養のためには、在宅療養に移行した患者・家族からの退院支援の評価やニーズを把握する必要があると考える。また、退院後の患者の生活を把握し、退院前カンファレンスが円滑な在宅移行につながったか振り返ることで、患者や家族に対して、より具体的な支援が実施できると考えるため、その機会をもつことを検討したい。

謝辞

本調査にご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、岐阜県立看護大学教員による、岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援を受けて取り組んだ。

本論文は、看護実践研究学会第1回学術集会の発表内容をさらに分析し、加筆・修正を行ったものである。本論文における利益相反はない。

文献

- 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴ほか. (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要, 7, 23-33.
- 藤澤まこと. (2013). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究(第2部) - 退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討 -. 岐阜県立看護大学紀要, 13 (1), 67-80.
- 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代. (2014). 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院調整における困難. 老年看護学, 18(2), 67-75.
- 越部恵美, 佐久間美保子, 高瀬真由美ほか. (2013). 訪問看護師からみた病院とステーションとの連携のあり方 - 療養者・家族の安心につながる退院前カンファレンスの検討 -. 第43回日本看護学会論文集(老年看護), 110-113.
- 厚生労働省. (2020). 地域包括ケアシステム. 2020-12-31. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 厚生労働省. (2016). 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針). 2019-2-19. <http://www.mhlw.>

go.jp/public/bosyuu/iken/dl/p20161115-01c.pdf

佐條美保子. (2016). 多職種協働で取り組む退院支援のあり方ーアウトカム・マネジメントを用いたアクションリサーチを通してー, 第20回日本看護管理学会学術集会抄録, 264.

樽矢裕子, 濱本洋子, 佐藤鈴子. (2015). 退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 38(4), 25-34.