

2020年度博士論文

訪問リハビリテーションサービスを提供する理学療法士・作業療法士の
介護支援専門員との連携に関する研究

桜美林大学大学院 老年学研究科 老年学専攻
丹野 克子

目次

第1章 序論	1
第1節 研究の背景	1
第2節 本研究の目的・意義と基本的視点	5
第3節 本研究における用語の説明	7
第2章 研究1：訪問リハ職とケアマネジャーの相手職種との連携の展開	9
第1節 訪問リハ職の視点によるケアマネジャーとの連携の展開	9
第2節 ケアマネジャーの視点による訪問リハ職との連携の展開	17
第3章 研究2：訪問リハ職に関するケアマネジャーの認識—差異と関連要因—	29
第4章 総合考察	40
第5章 結論	49
謝辞	51
文献	52
資料（図表および質問紙）	

第1章 序論

第1節 研究の背景

1. 地域包括ケアシステムに向けたリハビリテーションの展開

日本では2025年に向けて、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築¹⁾が求められている。そこでは、生活機能を見据えた多職種協働によるリハビリテーション（以下、リハ）の実施が必要とされている。そのための効果的実践の方法として、リハビリテーション専門職（以下、リハ職）等を活かした自立支援に資する取組を推進し、高齢者が要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す必要がある¹⁾とされる。また、リハビリテーションは、リハ職である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のみが行う活動ではなく、多職種協働による活動であること²⁾も示されている。つまり、ここで求められる「リハビリテーションの実施」は多職種協働であり、多職種協働においては参画する専門職間の連携（以下、職種間連携）が必要不可欠である。

2. 介護保険制度下の職種間連携に関する実践的研究について

2000年から日本で開始された介護保険制度によるサービス提供は多職種協働が基本であり、職種間連携が重要かつ必要な支援方法として認識されている。具体的な連携の形式と過程は、まず、サービス利用者である要介護者本人と家族（以下、利用者）および関係専門職の参加を原則とするサービス担当者会議の合議でサービス計画書（以下、ケアプラン）が決定される。ケアプランには、利用者の生活ニーズに対する目標が明示され、サービス提供者として種々の社会資源が目標達成のために位置づけられる。ここに位置づけられた在宅サービスの提供者は、ケアプランに基づく個別援助計画を作成して実際のサービスを提供していく。多くの場合、介護支援専門員（以下、ケアマネ）が、利用者と相談・検討しながらケアプランの原案を作成している。そして、ケアマネによって招集された前述のサービス担当者会議の場で、原案を基にケアプランが検討される。またケアマネは、利用者がサービス利用を継続している間、個別のサービスが予定通りに提供されているか、目標に向かう効果が得られているか、サービスへの利用者満足はどうか等についてのモニタリングを実施している。言い換えれば、介護保険制度は仕組みとして多職種連携を推進するものであり、その連絡調整の役割をケアマネが担っている³⁾。

このような多職種協働のもとに行われる介護保険制度下の職種間連携について、様々な職種とケアマネとの連携をテーマにした研究報告が存在する、例えば、訪問看護職との連携については、ケアプランへの訪問看護サービスの選定過程⁴⁾、訪問看護師のケアマネに対する認識⁵⁾などがある。また、訪問介護事業者との連携については、ケアマネとの連携

の程度と事業所への苦情の関連⁶⁾が明らかにされている。このような中でリハ職とケアマネとの連携については、退院支援プロセスへのケアマネの関与に関する原著論文⁷⁾がある。しかし、訪問によるリハビリテーション（以下、訪問リハ）サービスのリハ職との連携については、学会発表の抄録は数多いものの、研究論文としては、事例研究^{8,9,10,11)}により連携の重要性・必要性が指摘され、実態調査¹²⁾により課題等が示されているものの、連携の実際の展開を捉えた報告は見当たらない¹³⁾。さらにケアマネが生活ニーズを抽出する際に、看護や介護のサービスにつながるニーズに比べてリハサービスにつながるニーズの判断が難しいという声が実践現場で聞かれていて、ケアマネはリハに関する知識に自信がないという報告¹⁴⁾もある。よって、地域における多職種によるリハビリテーション実施のうえで、リハ職の連携の実態を把握した上で課題を整理していくことが必要である。

3. 連携に関する研究において、訪問リハ職を対象にする必要性

訪問リハサービスは、医療保険および介護保険で利用できるサービスである。介護保険の居宅サービス全体に占める利用率は2.7%である（訪問看護ステーションからのサービスを除く）¹⁵⁾。本サービスは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった専門職が担っている。

大浦ら¹⁶⁾は、ケアマネと訪問介護員を対象に、訪問リハサービスの提供者に対する要望を調査し、連携・指導・相談の要望が強いと報告している。一方で、蒔田ら¹⁷⁾はケアマネの訪問サービスに対する理解の不十分さや違和感を指摘し、金城ら¹⁸⁾は、訪問リハサービスに関するケアマネの理解の程度が、サービスの紹介ビデオの視聴により向上したことを報告している。蒔田らと金城らの報告は、訪問リハサービスに対する他職種の理解不足があることを示唆している。他に訪問リハサービスの提供者の他職種との連携に関する先行研究では、前述のように事例研究^{8,9,10,11)}や実態調査¹²⁾があるものの、連携の具体的な内容を捉えた報告は見当たらない。既存研究の到達点からすれば、リハ職とケアマネの間でなされる連携の実態を把握することは、両職種間の連携における課題を知るうえで重要である。

4. 連携に関する学術的研究

医療・保健・福祉の領域において、連携の定義を検討した先行研究^{19,20,21,22)}から、連携には、解決すべき課題やニーズの存在と共有、連携する相手の存在と認知、解決のための共通の目的の存在、情報共有と協働といった構成要素が考えられる。これらの構成要素からすれば、連携は2人以上の人や組織・機関のつながりや関係から構成され、相手からの影響を受けながら展開しているものであり、職種間連携の検討を行う場合、連携相手からの影響を考慮に入れる必要がある。しかし、先行研究においては、主体となる特定職種から相手職種への一方向を捉えた実態であり、職種の「間」で起こっていることに着目して

いるものはみられなかった。連携は2者以上のつながりや関係から成るものであることから、職種の相互作用を捉えた検討が必要であると考ええる。

連携の目的に関する先行研究において、連携の目的を施設や専門職側の課題におくものがほとんどであり、クライアントの立場に立った目的ではなかった²³⁾ことが指摘されている。介護保険制度下の職種間連携はチームアプローチの具体的方法として行われ、チームアプローチは利用者の自立支援のために行われる。したがって、介護保険サービスにおける連携に関する検討は、これまでの研究ではあまり目が向けられていなかった、「利用者のための連携」という視点に立った研究がなされなければならない。

連携に関する研究においては、対象職種を明確にする必要がある。職種による連携行為に差があること、実践の根拠となる法・制度によっても連携の展開方法が異なると推測されるためである。加えて、連携のしかたが人員や連絡体制により異なる^{24,25)}こと、情報交換に対する認識度の違いが個人の意思決定の違いを反映したものである²⁶⁾こと、職種によって連携に対する認識が異なる^{27,28,29)}こと、連携能力に個人の資質が影響すること^{30,31)}が示されている。

連携の効果に関する先行研究では、在宅ケアスタッフが適切な情報確認・追加収集やニーズ評価を行うためには、「担当者一人で」や「職種内」で行うよりも「他職種との会議で行う方が良好な結果が得られた」³²⁾という報告がある。連携して目標や計画を立て、目標に沿った情報交換を行うこと、生活動作の中に結びついたリハビリプログラムを取り込むことが利用者に成果をもたらす³³⁾ことも示されている。

5. 本研究に関連する欧米における研究

欧米においても、高齢者を対象にした Long-term care として、地域における多職種協働によるチームケアや、保健・医療・介護を統合的に連携させていく統合的ケアが推進されている。これらに関する研究のうち影響や効果を検証したものでは、入院・入所の抑制と死亡率低下、コスト、対象高齢者の幸福感や QOL、健康増進等を成果の指標にしている^{34,35,36,37,38,39,40,41,42)}。それらの研究では、すべての指標に効果があるものは少なく、いずれかの指標では効果的だったが、他の指標では明らかではなかったというように報告ごとにばらつきがある。そして全体としてはチームケアの有効性があいまいである⁴³⁾という報告もある。これらに対して、各国・各地域での統合的ケアはプログラムの目的は似通っているが、プログラムの内容と焦点については差異があり、介入内容と構成をよく比較した上で成果を比較すべき⁴⁴⁾という指摘もある。さらに、地域をまたいだレビューでは、制度や施策の設計の違い、開始前・後の実施者（専門職）の歴史や教育の違いにより、それらの地域間の差異が生じるものと考えられる。

他に、チームケアに参加する専門職のトレーニングの必要性を述べた報告⁴⁵⁾や、実際にトレーニングを行った日本での取り組み⁴⁶⁾では、連携能力教育の重要性が示唆されている。

なお、本研究で対象にしている職種間連携について、論文検索データベース Pub Med で、検索語「home visit」または「visit rehabilitation」に、「collaboration」と「therapist」を掛け合わせて検索を行った。しかし、本研究の目的である、リハ職と資源調整やサービス連結を担う職種（ケアマネやソーシャルワーカー等）との連携行動に関するものは見当たらなかった。

第2節 本研究の目的・意義と基本的視点

1. 研究の目的と意義

本研究の目的は以下の2点である。①介護保険制度の下での訪問リハ職とケアマネの両者を対象とした調査に基づき、2職種間の連携の構成要素、展開過程、機能を明らかにする。②訪問リハサービス内容に関するケアマネの認識とそれに関連する要因を明らかにする。

①の目的については、連携の構成要素と展開過程に着目したのは次のような理由からである。先行研究^{21)・22)}では連携を捉える枠組みがさまざまに示されているものの、連携の概念を整理した結果、構成要素、展開過程という枠組みに集約できると考えたからである。さらに機能への着目したのは、連携がどのような効果や影響を持つのかまでを視野におさめるためである。

②については、先行研究^{21)・22)}と目的の①の結果によって、連携の構成要素のうち核となる職種間における情報共有の程度に着目した。

このような目的を達成することにより、両職種間の連携上の課題がこれまで以上に具体的かつ実践的に明らかになり、両者が行うべき連携方法を検討していくことが可能になる。

2. 本研究における対象設定の理由

本研究では、介護保険制度の下での連携に着目し、連携行為者を訪問リハ職とケアマネに限定している。介護保険制度下における連携に着目したのは、介護保険制度では理念だけでなく実践的にチームアプローチが求められており、具体的な形が、たとえばサービス担当者会議や医療連携加算として示されているからである。

連携行為者をケアマネと訪問リハ職の職種間連携に限定したのは、次のような理由からである。ケアマネは介護保険法第7条第5項において、市町村や各サービスを行う者等との「連絡調整等を行う者」と定義づけられており、制度的にも、実状としても、連携を図り促進する役割が課せられている。したがって、介護保険サービス提供上の連携における職種間の相互作用を検討する際には、ケアマネとの連携の側面をはずすことはできない。もう一方の連携相手である訪問リハ職については、前述したように、地域包括ケアシステムにおいて真の意味でのリハビリテーションを実現するには、リハ職のみならず、他のすべての職種がリハビリテーションの理念を理解したうえで、リハ職を活かした多職種協働が為されなければならない。しかし、リハ職を対象にした職種間連携に関する研究は、実践的にも学術的にも少なく、リハやリハ職の他職種との連携推進に関する課題が明確になっていない現状にある。中でも、訪問リハ職という在宅生活により近い関わりを持つ訪問リハサービスの直接的提供者を対象とすることで、近年重視されている在宅における職種間連携の強化に役立つ研究とすることができる。

3. 訪問リハサービスを対象にする際の留意点

保健・医療・福祉の領域におけるリハサービスの提供は、一般的には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が担っている。介護保険のサービスにおいて、これらの職種が主体・中心になって提供できるサービスは、サービス種別で言うと「訪問リハビリテーション」「介護予防訪問リハビリテーション」「訪問看護」「介護予防訪問看護」である。前2者は利用者の居宅において、「理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション」を行うサービスである。後2者は利用者の居宅において行う「療法上の世話又は必要な診療の補助」であり、介護報酬では「訪問看護費イ(5)理学療法士等による訪問の場合、または訪問看護費ロ」に該当する。しかし実質的には両者は同様のサービス内容である。そのため、本研究では、「訪問リハサービス専門職」とは、「訪問看護」「訪問リハビリテーション」「介護予防訪問看護」「介護予防訪問リハビリテーション」のいずれかのサービスを行っている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とする。ただし、実践の場で言語聴覚士による訪問リハサービスの提供は極めて少ない⁴⁷⁾ことから、研究実施上はさらに職種を限定し、訪問リハサービスを提供する理学療法士および作業療法士を対象にする。

介護報酬の算定基準では、医療サービスは「計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき」サービスを行った場合に算定できるものとなっている。本研究で対象にする訪問リハサービスにおいても、そのサービス提供にあたり、「医師の指示」が必要で、制度のシステム上トップダウン形式である。このことは、たとえば訪問介護サービスの過程では、利用者－ケアマネー訪問介護提供者との関係の中でサービス提供・利用が展開していく3者間関係が基本であるのに対して、医療サービスでは4者間の関係になるということである。このことは、本研究の対象である訪問リハ専門職とケアマネーの間の連携に何らかの影響を与えるはずであり、このことを考慮した調査と分析が重要である。

4. 本研究における職種間連携の操作的定義

本研究では、介護保険サービスにおける専門職の職種間連携について、先行研究^{19,20,21,22)}による連携の定義を踏まえたうえで、介護保険サービスにおける職種間連携とは、「サービスを利用する主体のニーズ充足のために、所属や職種の異なる複数の専門職が協力して行う行為や活動、およびそのプロセス」と操作的に定義する。

第3節 本研究における用語の説明

1. 連携の「概念」とは何か

先行研究^{24,25,26,27,28)}では、職種により連携の捉え方や範囲等の認識のしかたが異なっていることが示されている。すなわち、連携の概念は、職種の養成課程、卒後教育、職歴、現在の所属機関の考え方等に影響を受けるものと考えられる。このように、本研究では2職種および個別の対象者ごとに、連携の概念が異なる可能性があることに留意し、連携の「概念」については、連携を行う専門職種が各自連携に抱いているイメージである「連携とは～することである。」という表現を用いて表すことができる活動や行為として定義する。

2. 連携の「構成要素」とは何か

連携の「構成要素」とは、連携がどのようなものによって成り立っているかというものである。たとえば、連絡方法、情報授受（情報提供や情報交換等）、情報共有化、相談、調整、コンサルテーションのような専門知識や技術を生かした教育・指導的行為等が考えられる。具体的には「連携ではどのような内容の情報交換が、どのような手法で行われているか」「連携上工夫していることは何か」「連携して良かった・悪かったと思うことはどのようなことか」という質問を用いて把握する。

3. 連携の「展開過程」とは何か

連携は、サービス導入前からサービス終了後まで続き、サービス利用・提供の時間的な経過でみれば、サービスの導入前、導入時、サービス利用者のニーズの変化の発生時、緊急時、終了時、そのほかに単純に事務的な連絡などが考えられる。このような時間軸の上で、連携の手法や連携が果たす機能に相違があると考えられる。たとえばチームモデルでいえば、通常はインターディシプリナリモデルで動いていたチームが、緊急時には一時的にマルチディシプリナリモデルやトランスディシプリナリモデルに変化するなど、専門職の連携上の意識や行為において、通常とは異なるものが起こるのではないかと考えられる。このような時間的な経過に伴う連携に関する何らかの変化を「展開過程」として把握する。これらを把握するための質問は、「どのようなタイミングでどのような連携が行われているか」「連携上困難・うまくいったと感じたことは何か」である。

4. 連携の「機能」および「効果と限界」とは何か

「機能」とは、何らかの結果をもたらす「はたらき」である。そして連携の「機能」によって、単一職種が単独でサービスを提供した場合以上に良い・望ましい結果が生じた場合、その結果が連携の「効果」である。これは福山⁴⁸⁾、荻野ら⁴⁹⁾のいう「それぞれの専門領域からの貢献部分の和と相互作用から産出されるプラス α 」の部分にあたるものである。

る。連携の「限界」とは、効果というプラス面の結果ではなく、マイナス面の結果、あるいはプラスにもマイナスにも影響のない荻野ら⁴⁹⁾による「単なる総和： $\Sigma(a+b)$ 」の結果を表す。

利用者に対する「機能」と「効果」では、利用者の生活が充実すること、専門職の役割に対する理解が促進すること、途切れのないシームレスなサービス利用が行われること、専門職への信頼感や安心感が得られること等が考えられる。専門職に対する「機能」と「効果」では、サービスを効率的に提供すること、専門領域以外の知識や技術を学べること（教育的機能）、専門職から受ける助言により問題解決ができたり早くなったりすること（コンサルティング機能）、他の職種の理解が進むこと、将来に続くネットワークが拡大され、強化されること、コミュニケーション能力が向上すること、相手から受けるエンパワメントが強化されること（支持的機能）等が考えられる。そして「限界」とは、連携しなくても同じである、あるいは連携により副作用のような新たな問題が発生すること等がある。

これらを把握するために「連携して良かった・悪かったと思うことはどのようなことか」「連携の相手にどのようなことを期待していて、どのような役割を担う者と考えているか」「連携はサービス展開やその結果にどのような影響をもたらしたと思うか」という質問を行う。

欧米を中心にした大規模な調査研究やレビューでは、チームケアの効果判定の評価指標として、入院・入所の抑制、死亡率低下、コスト低下、対象高齢者の幸福感・QOL・身体機能の向上や健康増進等を用いている。しかし、本研究の関心は、職種間連携の実態を明らかにすることを主目的としているため、これらの客観的な評価の指標は用いず、対象者が捉えている主観的な評価を用いる。

第2章 研究1：訪問リハ職とケアマネジャーの相手職種との連携の展開

研究1では、訪問リハ職とケアマネが、利用者にサービス提供する際に行う連携の展開を明らかにするために、はじめに訪問リハ職とケアマネそれぞれにグループインタビューを行い、職種ごとの概観を捉えた。加えて、個別性、具体性を捉えるために個別インタビューを行い、グループインタビューの結果を補完した。

第1節は訪問リハ職、第2節はケアマネが捉えている連携の展開を示す。

第1節 訪問リハ職の視点によるケアマネジャーとの連携の展開

1. 目的

本項では、介護保険制度下の訪問リハ職とケアマネとの連携の展開を、訪問リハ職からの視点で明らかにすることである。

2. 方法

1) グループインタビュー

(1) 調査対象者

調査対象者の抽出は、事業所の長を介して当該事業所の所属職員を対象に行った。具体的には、「A県地域リハビリテーション連携委員会」による名簿¹⁾に記載されたB市および近隣2市2町に位置する訪問リハサービス提供の全事業所8か所の長に対して、研究協力依頼文書を送付し、当該事業所の職員の抽出を依頼した。抽出の基準は、勤務形態を問わず、B市内在住高齢者にサービスを提供している理学療法士または作業療法士とし、抽出数は各事業所1～2名とした。

対象者抽出の承諾の得られた事業所は7か所で、調査の同意が得られた者は計10名であった。職種別人数は理学療法士6名、作業療法士4名で、訪問リハサービス提供の従事経験年数は1～6年だった。

(2) データ収集の方法

同意の得られた訪問リハ職10人全員を1グループとして、2011年3月にフォーカスグループインタビューを行った。インタビューはインタビューガイドに基づき行った。インタビューガイドはサービス提供依頼のプロセス、サービス提供プロセスにおける他職種との連絡方法、他職種からの情報の活用、ケアプランにおける訪問リハサービスの適切性で構成した。進行は研究者2名で行い、インタビュー時間は約2時間であった。インタビューは録音し、その録音記録を逐語録として起こした。

(3) 分析方法

データの分析には、さまざまな現場の具体的な現象の全体像を構造的に把握できる質的統合法(KJ法)²⁾の手法を用いた。質的統合法(KJ法)は、川喜田二郎氏が開発・体系化した「KJ法」の基本原則と基本技術に準拠した質的研究方法である。川喜田氏の研究

所に 20 年間在籍した山浦晴男氏が、1991 年独立後に、看護分野等において実践的に発展させてきた²⁾ ものであり、基本手順を図 2-1 に示した。この手順に則り、まず、逐語データを 1 つの意味のまとまりごとに単位化し、元ラベルを作成した (①ラベルづくり)。次いで、元ラベルを類似性に着目し、2~4 枚を目安にグループ化し (③ラベル集め)、グループごとに全体の意味を一文に表現して新たなラベルを作成した (④表札づくり)。この作業を繰り返し (⑤グループ編成)、これ以上集約できない段階を最終ラベルとした。その後、最終ラベル同士の関係性を探す空間配置を行い、ラベル間の関係を示す関係記号と添え言葉、および各ラベルの内容を端的に表したシンボルマークをつけて見取図を作成³⁾ した (⑥見取図の作成)。さらに、見取図から最終ラベルを除き、シンボルマークと、シンボルマーク間の関係を示す関係記号と添え言葉を残して、関係構造を模式図化したシンボルモデル図²⁾ を作成した (⑧シンボルモデル図の作成)。なお、シンボルマークは、「事柄：エッセンス」の二重構造で表現した。「事柄」とは、そのラベルが全体の中でどのような位置にあるかを説明するものであり、「エッセンス」とは、固有性の姿を現す表現でラベルが表わす意味を説明するものである²⁾。

分析の信頼性と妥当性の確保のために、筆者は質的統合法 (KJ 法) の研修を複数回受講し、見取図の作成に質的統合法 (KJ 法) の指導者である山浦晴男氏より助言を受けた。また、シンボルモデル図を叙述化した文章について、訪問リハ職 4 名 (うち 1 名はインタビュー参加者) から意見を聞き、結果の妥当性を確保した。

(4) 倫理的配慮

研究協力依頼の際に、研究に関する事項を記載した説明文書を送付し、さらにインタビュー前に文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。本研究は山形県立保健医療大学倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 1003-27)。

2) 個別インタビュー

(1) 調査方法

訪問リハ職に対して、基本情報の把握と個別インタビューを行った。基本情報は所有資格、経験年数、訪問リハサービス提供者数等に関するもので、自記式調査票で把握した。個別インタビューはインタビューガイド (表 2-1) に基づいて、半構造化面接の手法で、約 90 分間のインタビューを行った。インタビュアーは研究者 1 名が担当した。インタビューは IC レコーダーで録音し、同時に筆記で記録しながら行った。

(2) 対象者の選定方法 (図 2-2)

A 県ホームページの「介護保険指定事業者一覧」から、県庁所在地である B 市およびその近隣市町 (2 市 2 町) に所在するすべての訪問看護ステーションを抽出し、その管理者宛に、研究に関する説明書等を返信用封筒と共に郵送して依頼し、該当する訪問リハ職を推薦書で推薦してもらった。そして、推薦された訪問リハ職に、研究への協力の意思を確認した。最終的なインタビュー協力の可否は、訪問リハ職の任意とした。

(3) 調査の実施期間

実施期間は、平成 24 年 11 月～平成 25 年 4 月だった。

(4) 倫理的配慮

研究内容およびインタビュー内容を所属長と対象者に対して、事前に資料を送付した。さらにインタビュー開始前に文書と口頭で研究内容を説明し、文書で同意を得た。インタビューデータのテキスト化を業者に依頼したが、個人情報や知り得た情報の漏洩を防止するために、事前に個人情報取扱書と作業手順書を取り交わした。

3. 結果

1) グループインタビュー

(1) 最終ラベルとシンボルマーク

インタビューに基づく逐語データから、178 枚の元ラベルが作成され、9 段階のラベル集めを経て 7 枚の最終ラベルに集約された。さらに最終ラベルに基づいてシンボルマークを表現した。表 2-2 にシンボルマーク、最終ラベル、元ラベル代表例を示した。以下では、最終ラベルからシンボルマークを生成させた理由を説明する。

①「ケアマネとの人間関係側面：職種・職歴による付き合い方の難しさ」は、ケアマネの個人的特性や、ケアマネをはじめとする連携相手の職種や職歴により感じるパワーバランスの不均衡等の影響を受けて、相手によって付き合い方が変わる難しさがあることを表している。

②「ケアマネとの業務の進め方側面：職種・職歴に伴う考え方のギャップ調整の難しさ」については、訪問リハ職は利用者の能力向上の志向が強いのにに対し、家族や他職種は利用者の安全優先の志向が強いために、目標設定や計画作成に悩むことが例としてあげられた。そしてこのような志向の違いによる、家族や他職種とのギャップの調整に困難感を感じていた。このシンボルマークは、目標と計画を立てていく業務の進め方であることから、①とは異なる側面とした。

③「情報交換の機会：利用者の多さと急な予定による確保の難しさ」については、例として、電話やサービス担当者会議など、他職種と直接やりとりできる機会を持ちたいと思っているものの、利用者の多さにより時間の確保が難しいことや、サービス担当者会議の開催予定の連絡が急なために出席調整が困難なことなどが語られた。

④「サービス提供過程におけるやりとり側面：多様な関係者間のスムーズな報告・連絡・相談」については、次のような語りがあった。サービス提供の依頼者はケアマネ、利用者本人やその家族が多いものの、医師や病院所属の専門職等、多くの職種に拡大していた。また、サービス提供開始に至る過程だけでなくサービスの提供中にも、多様な関係者との間で様々な報告、連絡、相談を双方向に行っていた。担当外の要介護高齢者に関する相談を受けることもあった。

⑤「サービス提供過程における検討内容側面：サービス提供者間のスムーズな意思疎

通」に関しては、相互の事前相談や、リハビリの目標への理解がなされていれば、総合的で全体を包括した「ケアプラン」に具体的にリハビリの目標が反映されるため、それに基づく訪問リハ職の専門的介入内容を表す「個別援助計画」をスムーズに立てられるといった経験が語られた。また、訪問リハサービスの内容に細かな変更があっても、関係者の意思疎通が図られていれば、ケアプランの修正や変更まで求めることはないことが語られた。ここでは、ケアプランや個別援助計画が一見スムーズに作成・変更されているようであるが、関係者の間で“事前に相談できれば”“理解が得られれば”“意思疎通が図られていれば”という条件が付いていた。なお、訪問リハ職の個別援助計画は、医師の指示に基づくが、インタビューではそれを前提とした上でケアプランとの関係が語られた。

⑥「ケアマネ側からの働きかけ：密度の濃い情報に基づく訪問リハ職を活かす調整力の発揮」については、定期訪問以外にも、頻回に利用者を訪問しているケアマネの行動に関するものである。このようなケアマネは、利用者に関して密度の濃い情報を持っているため、訪問リハ職にとって有用な情報交換が可能となる。そして、訪問リハ職への質問や相談も多い。このような過程で、両者の信頼関係が醸成され、ケアマネが、訪問リハ職の専門性を活かすための他職種との連携調整を行ってくれることが語られた。

⑦「訪問リハ職側からの働きかけ：些細な情報発信に基づくケアマネとの関係づくり」は、伝達を迷うような些細な情報を伝えた時に、さらに重要な情報交換や検討に発展した経験が語られた。

（２）訪問リハ職の連携の様態（シンボルモデル図の叙述化）

訪問リハ職の連携の様態は、図 2-3 に示すシンボルモデル図の構造を示していた。この図を叙述化した結果を以下に示す。

①「ケアマネとの人間関係側面：職種・職歴による付き合い方の難しさ」と②「ケアマネとの業務の進め方側面：職歴に伴う考え方のギャップ調整の難しさ」はケアマネとのつながりの両側面をなしながら、連携上感じる心理的側面を表している。そして、この２側面には、③「情報交換の機会：利用者の多さと急な予定による確保の難しさ」という背景が物理的側面として影響している。しかし一方で、④「サービス提供過程におけるやりとり側面：多様な関係者間のスムーズな報告・連絡・相談」と、⑤「サービス提供過程における検討内容側面：サービス提供者間のスムーズな意思疎通」の２側面は、①②③の難しさがありながらも、それを乗り越えて連携を図り、制度上・業務上に必要なプロセスが滞りなく進んでいることを表している。

①②③の難しさの一方で、それに立ち向かう動きとして、⑥「ケアマネ側からの働きかけ：密度の濃い情報に基づく訪問リハ職を活かす調整力の発揮」、⑦「訪問リハ職側からの働きかけ：些細な情報発信に基づくケアマネとの関係づくり」という、ケアマネと訪問リハ双方の営みが存在している。そして、⑥⑦の営みは、①②③に立ち向かいつつ、さらに④⑤の業務遂行のスムーズさに対しても、“事前に相談できれば”“理解が得られれば”“意思疎通が図られていれば”といった条件を整える背景として影響していた。

2) 個別インタビュー

2名の対象者から協力を得て、そのデータを分析した。

(1) 訪問リハ職 A の分析結果 (図 2-4)

A は臨床経験 6 年目の理学療法士で、単独の訪問看護ステーションの事業所に所属している。

まず「ふぞろいな情報を前提に専門的評価を実施」した結果である【サービス開始前の情報】があり、そして次に「リハからケアマネへ小さなことをこまめに連絡」する【伝えたい情報】が出てきて、「ケアマネからリハが得た情報を利用者の（評価や介入）のために活用」する【活かしたい情報】という両面がある。【伝えたい情報】がある一方で、また、【活かしたい情報」と同時に、「異なる意見に納得を得るための理論的で繰り返す説明」をしなければならない【専門職としてのリハ職の行動】も存在する。また、【連携しやすいケアマネの行動】である「頻繁な連絡とオープンな態度」は、【伝えたい情報】を連絡することと、【活かしたい情報】を活かすことの両方を促進する。ケアマネとの連携と相互作用がこのようにありつつ、しかし、サービス提供に影響を与えるもうひとつの職種である医師については、「利用を決定づける（のは結局、医師の）指示書」であることと、医師と指示書への「ケアマネ関与の見えづらさ」が、【訪問リハ職からみた医師の立場】として捉えられていた。

(2) 訪問リハ職 B の分析結果 (図 2-5)

B は臨床経験 14 年目の理学療法士で、病院併設の訪問看護ステーションに所属している。

B は、インタビューの中盤にかかるところで、「連携が、病院より訪問リハの場では多い」と話した。この【連携が多い訪問リハ】を言い換えれば、インタビューで語られた具体的な内容になる。まず、サービスが開始された【提供初期はケアマネに必ず情報を伝える】ことで、「ケアマネ確認の上で次回以降のサービス提供を行」っている。そしてその後、【ケアマネのリハ理解のため】に「リハを理解して調整してもらうために、（ケアマネに対して）確認・質問・説明など手間をかけて情報を伝える」。これと対をなすように【ケアマネの利用者理解のため】に「利用者の全体像を把握してほしいので、利用者に関するリハ職の情報を伝える」という両面がある。一方で、「医師とは指示書でつながるものの、リハの必要性を疑問視されることもある」ように、【不足している医師との連携】の側面がある。また、【提供初期はケアマネに必ず情報を伝える】、および【ケアマネのリハ理解のため】【ケアマネの利用者理解のため】に情報を伝えるので、それゆえに「リハ職がケアマネに情報を効率よく漏れなく伝えるための様式を整備」、つまり【定期報告書の整備】を行っていた。

そして、このような行動に立脚して、「複数のサービス間で、タイミング、情報、目標、重点を相互に理解・共有し、利用者のより良い生活を支える」【意義のある連携のありよ

う】が示された。

4. 考察

本研究では、訪問リハ職の視点からケアマネとの連携の展開を捉えた。本研究の目的に沿い、連携の構成要素は情報と目的の取り扱い、展開過程における相互交流と相互作用、機能と効果について総合的に考察を行う。

1) 結果のまとめ

本研究のグループインタビューの分析から、訪問リハ職は、ケアマネを含む他職種や家族等の関係者との間で、目標設定のジレンマ、本来立てたい個別援助計画とのギャップ、職種・職歴等に影響されて感じる圧力、さらに人的・時間的制約により望む連携機会を確保しにくい物理的な困難を抱えていたことが明らかにされた。その他に、医師との関係において、リハへの理解の状況や、ケアマネとの関係の見えづらさを感じていることが明らかになった。

個別インタビューの結果は、グループインタビューの結果を支持し、説明・補完するものであった。具体的には、訪問リハ職 A により相互から提供された情報が存在し、双方の行動・態度がそれらの情報が活かされるかどうかに影響しており、情報の効力を職種間の連携が左右することが示唆された。情報の効力を左右すると同様に、「目標設定のジレンマ、本来立てたい個別援助計画とのギャップ」を、双方の連携の行動・態度が左右していると考えられる。加えて訪問リハ職 A は、指示医とケアマネとの関係の見えづらさにも言及していた。そして訪問リハ職 B は、ケアマネのリハに対する理解と、利用者に対する理解を進める行動を行うことによって「目標設定のジレンマ、本来立てたい個別援助計画とのギャップ」が起らないよう先手を打った形を取っていた。B は利用者中心のチームであろうとして【意義のある連携のありよう】を語った。A に比べて B は、グループインタビューにおける困難感への対応ができて印象がある。これは A が 6 年目、B は 14 年目という臨床経験の差によるのかもしれない。しかし、B から医師との連携が不足していることが述べられていた。ただし、インタビューしたグループや A のようにケアマネの関与のあり方ではなく、医師の指示のもとで介入するリハ職として、医師に向き合う専門職の自分の課題と考えているの比重が大きいと捉えられた。

2) 考察

訪問リハ職（言語聴覚士を含む）に対する他職種との連携に関する調査⁴⁾では、7～8 割が入院・入所施設から情報提供を受け、医師への情報提供経験は 8 割以上、ケアマネに対するケアプランへの助言経験が約 9 割、訪問介護員への助言経験が 3 割以上と報告されている。しかし、連携を進める中で、困難感や不満感がくすぶり、さらに人的・時間的制約により求める連携の機会確保が乏しいということが、連携を更なる地平へと進めることを妨げていることが推測された。

訪問リハ職の不満・困難感の中心は、目標のギャップの存在と、そのギャップの調整の難しさであった。医療保険サービス（医療機関）のチームは、多くの場合、医師を中心にしたマルチディシプリナリモデルである。つまり医師のリーダーシップのもとでチームが活動していく。一方、介護保険サービスのチームでは、インターディシプリナリモデルあるいはトランスディシプリナリモデルの特徴に近い。つまり多職種が対等に参加した協働であり、制度としても理念としても、リーダーとなる専門職の職種は固定していない。ここにチーム統制の難しさがある。さらに、介護保険で提供される医療である訪問リハサービスは、医師の指示とケアプランの双方を拠所とすることから、訪問リハ職の専門的観点から捉えたニーズと目標を、これらとどうすり合わせるかという難しさもある。先行研究における「連携」の定義には、「共通の目的」「共有された目標」の語句が含まれることが多い^{5,6,7,8)}。しかし、本研究の結果からは、シンボルマーク②を導いた最終ラベルに「リハビリの目標についても、改善・向上を目指そうとする訪問リハ職と、それよりもリスク回避・安全優先のケアマネ・家族とのギャップがあり、本当はプラスをよりプラスに改善するような連携の意味合いを強めたいが」とある。つまり、連携の意義をより高めたい思いとともに、目標共有に困難感をもつ訪問リハ職の姿が明らかになった。ケアマネとの連携に関する研究には、ケアマネと医師、看護師、介護職との関係を対象にしたものがある^{9,10,11)}。そこではコミュニケーション、情報の取り扱い、チーム内のパワーバランスなどが課題とされている。しかし、本研究のように目標の相違に葛藤するような姿は捉えられていない。すなわち訪問リハ職が感じている目標共有の困難さは、ケアマネと他職種の間には起こっていないと推測できるが、本研究として言及することは難しく、今後の課題としたい。さらに、訪問リハ職と他職種との連携を対象にした研究論文は見当たらず、訪問リハ職とケアマネとの間に限定した事象であるのかどうかについても、今後の課題としていきたい。

ただし、本研究では、そのような困難を抱えながらも、依頼を受ける時から多様な人々との情報交換レベルでの連携を試み、業務遂行においては大きな問題になることなくサービス提供を行っており、このような連携の試みの中で、ケアマネとの間に、双方向に配慮した働きかけが行われ、このことが訪問リハ職の不満・困難感の解消に貢献していることが示された。訪問リハ職の連携に焦点をあてた事例研究によると、伊藤¹²⁾は、訪問リハ職と医師・ケアマネ・ヘルパーとの間で、わずかな機会を最大限に活用し、些細な情報も交換することで、頸髄症者の活動量増加と動作能力向上が得られたことを報告している。氷見ら¹³⁾は、関係者の相互に工夫した連携により、利用者の目標が達成できたことを報告している。安河内¹⁴⁾は、安全性を優先する家族と利用者に対して、他職種と連携しながら介入したことにより、利用者が新たな動作を獲得した事例を報告し、鈴木ら¹⁵⁾も、車椅子貸与にあたり、安全性を優先する福祉用具相談員の提案と、身体機能発揮を優先する訪問リハ職の提案を、利用者とともにすり合わせ、より適切な車椅子の選定に至った過程を報告している。これらの報告は連携の推進の重要性を明らかにしているものの、連携

をどのように推進させるかについてはほとんど触れられていない。本研究では、ケアマネとの関係を中心にした訪問リハ職の連携は、不満・困難感という心理的側面と物理的制約を潜在させつつ、相互に配慮した義務的業務ではない連携行動をとることで、順調な業務実施・サービス提供がなされていることが示唆された。

上岡ら¹⁶⁾は訪問リハ職である理学療法士を対象に調査し、強化が必要な教育内容に、他職種・他機関との連携の要望が多いことを指摘している。本研究の結果を踏まえるならば、訪問リハ職の連携能力を向上させる教育においては、業務上・制度上必要な連携を実施していくためにも、心理的・物理的なジレンマを超えて目標を共有し、協働する連携スキルが体得される必要があるものと思われる。訪問リハ職においては、連絡や情報交換にとどまらず、「より良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」⁶⁾の高みにあがるような取り組みが必要である。他方、他の職種、特にチーム内の連絡調整の要であるケアマネには、職種間の目標共有を図る能力の向上が求められる。もちろん、連携にとって人的・時間的な制約がある現体制の改善を図ることも必要なことは言うまでもない。

5. 研究の限界と今後の展望

これまで訪問リハ職の視点から他職種との連携を構造的に捉えた研究はない。今後は、本研究で明らかにされた訪問リハ職が感じる連携上の心理的ストレスを課題として取り上げ、連携行動への影響やその発生要因を分析することが必要である。加えて、このような心理面にも配慮し、目標共有のやり方も含む連携スキルの教育プログラムの開発・評価も必要である。

謝辞

本研究のデータ分析にあたり、質的統合法（KJ法）の指導者である情報工房の山浦晴男先生にご支援をいただきました。

付記

本節のグループインタビューに関わる部分は、第8回日本保健医療福祉連携教育学会において発表したものに加筆・修正を加え、学術誌「保健医療連携」に投稿し掲載された論文（丹野克子，照井孫久，遠藤和子．訪問リハビリテーションサービスを提供する理学療法士・作業療法士の連携の様態—ケアマネジャーとの関係を中心に—．保健医療福祉連携．vol. 9, no. 1, p. 21-28, 2016.）を博士論文のために一部を修正したものである。

本節の個別インタビューに関わる部分は、公益財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団（平成24年度）の助成を受けて実施した。

第2節 ケアマネジャーの視点による訪問リハ職との連携の展開

1. 目的

本項の目的は、訪問リハ職とケアマネの連携に関する活動の展開を、ケアマネの立場から明確にすることである。

2. 方法

1) グループインタビュー

(1) 調査対象者

居宅介護支援事業所のケアマネを対象に、2011年3月にフォーカスグループインタビューを実施した。対象のケアマネの抽出方法は、同年1月にA県ホームページの「介護保険指定事業者一覧」からA県A市に所在する16カ所の居宅介護支援事業所を無作為抽出した。抽出した事業所の長宛に、はじめに電話で研究趣旨を説明して文書送付の許可を得、その後、研究に関する説明文書を送付して、職員の推薦を得た。

調査対象者となるケアマネの要件は、A市内在住者の介護予防支援または居宅介護支援を当該時点で担当していること、および、当該時点またはその直近の1年間で介護保険における訪問リハサービスをケアプランに組み入れたことがあることとした。

推薦の協力を得られた事業所と対象者は10ヶ所10名で、6ヶ所の非協力の理由は、訪問リハサービスをサービス計画に組み入れた経験者がいないこと、インタビュー実施日の参加ができないことであった。所属長から推薦された対象者に対して、あらためて研究に関する説明を文書で行い、参加の承諾を得た。当日の実際の参加者は8名で、ケアマネ以外の既得資格は看護師、社会福祉士、介護福祉士、訪問介護員であった。2名の欠席者の理由は、急な利用者対応が必要になったためだった。

(2) フォーカスグループの方法とインタビューガイド

グループの進行は研究者2名が行い、1名がインタビューガイドに沿いながら主に進行し、他の1名が補助的な役割を担った。他に進行補助者3名が同席して、機材の取り扱い、書記、会場環境整備等を行った。開始から終了まで、休憩10分間を含む約2時間であった。

インタビューの様子をICレコーダーで録音、ビデオカメラで録画、筆記記録で記録し、これらの記録を分析用データとして用いた。

インタビューガイドは、対象者の訪問リハサービスニーズの判断、サービス利用の経過中に生じる行為や思い、医師の指示書作成過程、サービスへの期待を中心に、それぞれの過程で起こる連携について尋ねる形で構成した。

(3) データの分析方法

フォーカスグループインタビューの録音データを文字に起こし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach ; M-GTA) ^{17) 18)} に基

づいて分析した。補助的なデータとして、録音データから聞き取りにくいものを筆記データで補い、非言語的データ（うなづきによる同意等）をビデオ録画データで補った。M-GTA で分析するにあたり、データ解釈の際に焦点をおく特定の人間を意味¹⁷⁾する「分析焦点者」を「リハビリテーション専門職資格のない居宅介護支援事業所のケアマネ」に、データに即して分析するために絞り込む¹⁷⁾「分析テーマ」を「介護支援専門員が体験した訪問リハサービス提供プロセス」と設定した。

M-GTA の手続きでは、データから概念を生成し、まとまりのある概念同士をカテゴリーとして作成し、最終的に、カテゴリーを用いてストーリーラインを構成し、ストーリーラインを図式化した結果図を作成する^{17) 18)}。ストーリーラインと結果図はカテゴリー間の関係を説明するもので、これにより分析が終了する。本分析では、概念の関連により第一次カテゴリーを生成し、第一次カテゴリーで関連付けられたもの同士を第二次カテゴリーとして生成した。そして、第二次カテゴリーをさらに上位へ関連付けられるものがあつたため、それを第三次カテゴリーとした。このように生成された最終的なカテゴリーをコアカテゴリーとし、その下位をカテゴリー、さらにその下位をサブカテゴリーと表現する。M-GTA による分析にあたり、M-GTA に精通している指導者より、スーパービジョンを受けた。

（４）倫理的配慮

研究協力依頼の際に、研究に関する事項を記載した説明文書を送付し、さらにインタビュー前に文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。本研究は山形県立保健医療大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 1003-27）。

２）個別インタビュー

（１）調査方法

居宅介護支援事業所に勤務しているケアマネに対して、基本情報の把握と個別インタビューを行った。基本情報は所有資格、経験年数、担当利用者数等に関するもので、自記式調査票で把握した。個別インタビューはインタビューガイド（表 2-1）に基づいて、半構造化面接の手法で、約 90 分間のインタビューを行った。インタビュアーは研究者 1 名が担当した。インタビューは IC レコーダーで録音し、同時に筆記で記録しながら行った。

（２）対象者の選定方法（図 2-2）

グループインタビューにご協力を得られた訪問リハ職から、インタビュー後に「連携しやすいと感じるケアマネ」を個別に紹介してもらい、当該ケアマネに連絡して内諾を得た後に、ケアマネの所属長に推薦依頼を行った。所属長宛に、研究に関する説明書等を返信用封筒と共に郵送して依頼し、当該ケアマネを推薦してもらった。最終的なインタビュー協力の可否は、ケアマネの任意とした。

（３）調査の実施期間

調査（インタビュー）の実施期間は、平成 24 年 11 月～平成 25 年 4 月だった。

(4) 倫理的配慮

研究内容およびインタビュー内容を所属長と対象者に対して、事前に資料を送付した。さらにインタビュー開始前に文書と口頭で研究内容を説明し、文書で同意を得た。インタビューデータのテキスト化を業者に依頼したが、個人情報や知り得た情報の漏洩を防止するために、事前に個人情報取扱書と作業手順書を取り交わした。

3. 結果

1) グループインタビューの結果

(1) 対象者の特性

リハ専門職の資格既得者はいなかった。

(2) カテゴリーと概念の関係

分析の結果、37個の概念から、最終的に4個のコアカテゴリーが生成された。以下の記述において、概念を〈 〉、サブカテゴリーを《 》，カテゴリーを[]、コアカテゴリーを【 】、インタビューにおける発言の引用を“ ”で示す。

①【リハニーズ判断への挑戦】を構成するカテゴリーと概念の関係（表2-3，図2-6）

このカテゴリーは、利用者本人（以下、本人）にとって必要なリハビリテーション（リハ）のニーズ（リハニーズ）の発見や見極めを行おうとする際に、ケアマネが「リハニーズ判断に対する意欲」をもって、しかし「リハニーズ判断の不安」も感じながら、「リハニーズ判断の暫定手段」を駆使して判断していこうとしている態度のことである。

「リハニーズ判断に対する意欲」を構成するひとつの概念は「リハビリの専門家ではない」がある。これは、リハ専門職ではなくても、全体ニーズの中のリハニーズについて、戸惑いながらも判断をしていこうとしていることを示す。そして、一方では「誰が決めるのか」と、リハニーズの見極めを特定職種が単独で行うとは限らないとも感じていた。

「リハニーズ判断の不安」は、リハ専門職ではないがゆえに「リハアセスメントに対する自信のなさ」、〈リハ知識の不足〉をめぐえずに生じる不安である。ニーズ把握に関するこのような脆弱性を解消するためにも、「リハニーズ判断の暫定手段」を工夫していた。これは、〈経験による補い〉で直感的判断力が磨かれることや、自分以外の専門職（リハ専門職、医師、他サービス提供者）および本人や家族を巻き込んで〈多職種関与で判断〉を促すことがなされていた。さらに、サービス提供中にサービス終了や変更の判断が出てきてリハニーズの見直しが必要なときには、本人・家族や専門職と〈納得できるまでの議論〉を行っていた。

②【多様な人・機関・情報の活用と調整】を構成するカテゴリーと概念の関係（表2-4，図2-7）

このカテゴリーは、ケアマネジメントの過程において、本人や家族を含む関係者から得られる「多様な意思や情報の吸収と承認」というケアマネの内的な処理と、必要に応じて行う「多様な意思や判断の調整」という対外的な行動を含む。さらに、多職種が集うカン

ファレンスをより有効で効率的に運ぶために「カンファレンスの事前対応」も含まれている。

「多様な意思や情報の吸収と承認」の構成概念は7つあり、それぞれ並列な関係である。訪問リハ職と病院のリハ職の見解が異なることに戸惑いを感じている状況を〈病院と在宅との見解の違いへの戸惑い〉と命名した。本人の能力や可能性に関して、訪問リハ職と家族の意見に違いがあり、それぞれを承認している状況については、〈家族と訪問リハ職の間の思いの違いの承認〉と命名した。訪問リハサービスの提供を事業所に依頼した際に、事業所によりニーズ判断が異なることを体験しており、そのことへの戸惑いを〈訪問リハ事業所によるニーズ判断の違いへの戸惑い〉、ニーズが無いとしてサービス提供を断られることを許容することを〈訪問リハからのサービス導入お断りの許容〉と命名した。そして、リハへの考え方について〈本人と他者との思いの違いの承認〉をすることもあった。

医師との関係においては、医師から“誰でも（注：訪問看護ステーションの看護師もという意味）リハビリはできるでしょう”という専門性の違いへの無理解や、“訪問看護ステーションの中に全部PT（注：理学療法士）さん、OT（注：作業療法士）さんがいるでしょう”という誤解に基づく発言を受ける等の体験があり、〈リハ専門性への医師の誤解の承認〉と命名した。本人・家族・専門職の意見や情報に基づいてリハニーズがあると思って相談しても“リハビリは必要ない”と言われ、〈医師と関係者の思いの違いの承認〉体験もしていた。このようにそれぞれの人や機関の間に起こる思いの違い・ズレ・ギャップが集約されていくのがケアマネの立場である。それに対して、戸惑いや疑問を抱きながら、それぞれの考えを理解し、ひとつひとつを情報として承認しようとしていた。

さらにケアマネは、以上のような「多様な意思や情報の収集と承認」という内的処理の過程を踏まえ、必要に応じて「多様な意思や判断の調整」という対外的行動を起こしていた。「多様な意思や判断の調整」を構成するサブカテゴリーとその構成概念は、具体的な行動を表している。

ケアプランでは、現実的な目標を明文化することが必要である。そこで専門職に個別にあたり、サービス担当者会議の場を用いて〈現実的で身近な目標を多職種協働で設定〉する作業をしたり、本人・家族の思いを尊重しながら現実に対する理解を図るよう〈本人・家族が受け入れられる現実的目標設定の誘導〉をするようにして、《現実的目標の設定作業》を行っていた。

そして、多様な意思や情報の存在が、本人にとって何らかの不利益を生じさせるときには、《思いや理解のすり合わせ作業》を行っていた。本人の不利益になるような〈“思いの違い”の調整〉を、本人・家族・職種・事業所間のそれぞれの事情を汲みながら行い、医師の見解が周囲と齟齬があれば〈医師との良好な関係づくり〉を図りつつ行動していた。関係者同士が顔を合わせていてもタイミングを逃していたり、言いにくいことだったりして、“思いの違い”についての対話できていないことがあれば、〈直接対話による意見交

換〉の時間と場所を設ける調整を行うこともあった。前段で〈訪問リハ事業所によるニーズ判断の違いへの戸惑い〉があり、〈訪問リハからのサービス導入お断りの許容〉体験があることを述べたが、これに対して、《ニーズに応じてくれる事業所探し》をしていた。

【多様な人・機関・情報の活用と調整】の手段のひとつにカンファレンスがある。ここでのカンファレンスとは、サービス担当者会議および退院前会議等、複数の専門職が一堂に会して行う会議すべてをいう。この会議が効果的・効率的な成果を生むように、[カンファレンスの事前対応]を行っていた。それは、《病院リハ職からの情報獲得努力》、《カンファレンスの事前調整》である。

《病院リハ職からの情報獲得努力》として、退院直後からリハサービスが必要と判断されている場合には、〈病院リハ職の参加を促す日程調整〉に努め、欠席の場合には会議への情報提供を求めて〈病院リハ職からの情報確保〉を行っている。また、病院リハ職の出欠に病院間格差があると感じていて、病院の態勢を見極めながら〈カンファレンス参加の病院格差に合わせた情報獲得〉を行っていた。

《カンファレンスの事前調整》として、サービス提供内容や提供スケジュールおよび想定される問題等を、サービス提供者ごとに交渉して事前に調整しておく等、〈予想されることの事前調整〉を行っていた。そして、病院や機関ごとに異なる〈カンファレンス対応の違いへの適応〉も図っていた。

③【連携活用の工夫】を構成するカテゴリーと概念の関係（表 2-5、図 2-8）

ケアマネは、実務上、連携を求められる場面は多いが、ここでは、より積極的に、ケアマネジメントの一手法として連携を活用していこうとする態度が把握された。これを【連携活用の工夫】と命名し、このコアカテゴリーは4つの工夫（カテゴリー）で構成された。

工夫のひとつとして[個人や事業所の特性の理解と対応]があった。〈連絡頻度は関係次第〉で、連絡しやすい関係があると情報交換の頻度が増える傾向があることを自覚し、職種による差よりも、個人や事業所によって連携のやりやすさが異なっていることもわきまえて、〈個人や事業所の特性に合わせた連携〉を行っていた。

訪問リハ職が積極的に連携行動を起こしてくれること一たとえば“専門的なことが病院側から情報を得られなくて…中略…訪問リハビリの方が骨折の箇所のレントゲンを直接見てください”と訪問リハ職が病院側に医療情報を求めていたり、“訪問リハビリのPTさんは、自分の訪問と訪問の間にデイサービスに寄っていただいて…中略…職員の方に指導していただいたり”することにより職種間連携が順調に効率よく進むので、ケアマネは[〈訪問リハ職の積極的連携による効率性向上〉]を期待して促進しようとしていた。ここには、ケアマネが仲介を行わず、訪問リハ職が自主的に行動するものも含まれていた。

一方、工夫を強いられるものとして、病院スタッフと在宅スタッフとの間をつなぐことは難しく、[〈病院と在宅のつながりを工夫〉]する必要性を感じていた。さらに工夫していることとして、[専門職間の連携の促進]があった。このカテゴリーは3つの概念から生成

された。〈リハ職間の連携の促通〉は、リハ職同士をつなぐことにより、病院等と在宅の間のシームレスな移行や、同時期に関わる複数のリハ職の相互作用を高めるため、本人に直接関わっているリハの専門職同士の接点場面を設けて、情報交換等の連携を促すことである。リハ職と他の職種との連携については、リハ職の専門性を活かした介助法等の指導や助言を複数職種で共有するよう誘導する〈リハ視点の多職種共有の誘導〉、個別の利用者に対するより良い介助方法を正確に伝えるために、リハ職から他の職種や機関に直接伝授する場面を設定する〈リハ的介助技術伝授の場面設定〉を行っていた。

④【リハ効果の波及体験】を構成するカテゴリーと概念の関係（表 2-6、図 2-9）

このコアカテゴリーは、リハによる効果が多方面に拡大・拡散して波及することを表し、2つのカテゴリーから生成された。

〔リハ専門性への期待行動〕はリハという専門的な介入に対する期待をもって行う行動を示す3つの概念から生成された。ケアマネは“リハビリの専門家ではない”が、アセスメントやモニタリングを行ったときに、直感的に“リハの必要性”を察知することがある。それを確認するために、〈訪問リハ職にアセスメント依頼〉をして、専門の見地によるアセスメントを実施してもらうことがある。

訪問リハサービス利用の経過中では、本人、家族、他のサービス提供者に対して、個別の症状や疾患特性に留意した効果的な運動や介助法、動作方法を伝達してもらうために、訪問リハ職に〈個別の運動・動作指導の依頼〉をすることもある。これは、単に運動や動作面だけでなく、家族の理解・心情に有益な変化や、他の専門職に新たな介助法やリハ的視点の獲得をもたらすこともあった。

さらに、ケアマネが訪問リハ職に対して、“専門性が（専門職ごとに）それぞれあるが故の、…中略…役割の差というか、そういうのに明確に壁を作られてしまうと、ちょっと難しい”“専門性の壁はあるんだけど、お互いの接点、重なる部分があった方がいいなというふうには、サービス調整している中では最近思っていて”“リハビリって身体的な機能の部分の割と重視されてしまうんですけども、本人、その人を見ていただいて…中略…気持ちの方を汲んでいただけてほしい”と語ったように、リハの専門性を超えるかもしれない関わりを求めて調整に動くこともあり、これを〈リハ職の専門性の保守と超越の調整〉と命名した。

〔リハ効果実感の蓄積体験〕は、個々のケースに起こった〈訪問リハの効果を実感〉したものが蓄積していくことを表している。サービス利用が始まり、進んでいく間に、“思いの違い”がすり合わさっていくという成果もあり、これを〈サービス利用による“思いの違い”の解消〉と命名した。“専門的な視点からアドバイスいただいたことで、（介護者である）お父さんの気持ちとご本人の気持ちと、私たちサービス提供者の気持ちが近づけたなと思った”という事例のように、訪問リハサービスの利用によって本人の心身機能や活動能力の実際が明らかになり、関係者が潜在能力や限界といった現実を理解することで、サービス利用以前に存在していた“思いの違い”がすり合わさっていくことを表してい

る。このような「リハ効果実感の蓄積体験」が、サービスの試み的な利用を後押しすることがある。

(3) ストーリーラインと結果図

生成したコアカテゴリーとカテゴリーの関係をストーリーラインとして記述し、それを図式化した結果図を図 2-10 に示す。

居宅介護支援事業所に所属するケアマネは、訪問リハサービスのケアマネジメントの過程において【リハニーズ判断への挑戦】をしながら、【多様な人・機関・情報の活用と調整】を繰り返し行い、そのために「連携」という手法を用いていた。そして、【多様な人・機関・情報の活用と調整】をよりよく行うために【連携活用の工夫】を図っていた。これにより【リハ効果の波及体験】が進み、かつ【リハ効果の波及体験】をねらって【多様な人・機関・情報の活用と調整】、【連携活用の工夫】を行っていた。そして、【リハ効果の波及体験】が利用者、家族、他の専門職にも及ぶことが、【リハニーズ判断への挑戦】の動機にもなっていた。

2) 個別インタビューの結果

(1) ケアマネ A の分析結果 (図 2-11)

A は、ケアマネジメント経験 10 年、基礎資格は看護師で、主任介護支援専門員である。訪問リハ職が雇用されている訪問看護ステーションに併設の居宅介護支援事業所に所属している。この事業所にはケアマネが 2 名いる。A が依頼している訪問リハは、併設ステーションからの提供が多いが、地域の他事業所からのものもあった。

まず、併設事業所であることから、【併設同士のやりやすさ】により、「相談や協力を得やすい関係」があった。このことと相まって、「体験・実感の蓄積から進む理解」があり、【リハ職の専門性を知る】ことができていた。一方で、ケアマネをやっていると、併設同士ではなくても「顔と考えがわかり、助け合う関係づくり」ができて、【地域の職種がつながる】実感を持っていた。この、「地域の職種がつながる」ことによって、さらにまた「体験・実感の蓄積から進む理解」で【リハ職の専門性を知る】こととなっていた。逆方向の関係もあり、【リハ職の専門性を知る】ほど、さらにまた他事業所や他サービス所属の職種、つまり【地域の職種がつながる】ことに発展していた。【リハ職の専門性を知る】、それによって【リハ職への期待】が生じていた。

【リハ職への期待】の中身は「専門的介入が不可欠なケースに関わる自覚と協働」で、地域の在宅ケアでは、専門家でなければという期待と、【地域の職種がつながる】ことで互いに助け合うという両面があった。よって地域において、専門職の専門性を活かすための連携と、職種間で助け合う関係を活かす連携の両面があり、ケアマネの調整のバリエーションになっていた。

さらに【リハ職への期待】があること、そのために【リハの指示をする医師との連絡調整】、およびそれと両面をなす【リハ職の独自性を尊重するケアマネの連絡調整】が行わ

れていた。【リハの指示をする医師との連絡調整】は訪問リハの「利用調整を終えてから（指示書作成依頼先の医師に必要性を）説明して承諾を得る」ことであり、そのような連携行動を行う理由は、リハの介入が不可欠なケースがあつて【リハ職への期待】があるためである。【リハ職の独自性を尊重するケアマネの連絡調整】は「リハ職が行うリハ職や医師とのやりとりには関与しない」で任せていて、その理由は、高い専門性をもつ「リハ職への期待」があり、医療の専門職同士で直接やりとりをしてもらうほうが良いと考えているからである。

そして、【リハ職の独自性を尊重するケアマネの連絡調整】の姿勢、【リハ職への期待】があること、【リハ職の専門性を知る】ことが、それぞれ【リハ職介入による安心感】に影響し、「サービスが軌道に乗ると安定志向にシフト」していった。

この見取り図とストーリーラインについて、研究協力者からは、指示医・訪問リハ職・ケアマネの関係性は、利用者のケースバイケース、ケアマネと医療機関の普段からの関係性が影響するが、ケアマネ A が取っている方法がスムーズにいくのは、A が長期間の看護師経験によるものだろうという見解があつた。加えて、ケアマネが行う地域の専門職との連携は、報告レベルの情報授受で完了しやすく、地域内の専門職間のネットワークにまで考えが及んでいる A は、ケアマネに求められる役割を果たし、望ましいスタイルで実務をしているのだろうという意見があつた。

(2) ケアマネ B の分析結果 (図 2-12)

B は、ケアマネジメント経験 2 年、基礎資格は介護職である。診療所に併設されている、ケアマネが 1 名の事業所所属である。

B は、利用者の「在宅生活再構築のためにリハビリを仕切り直す」【ケアマネとしての訪問リハの適応判断】をしている。そして、「利用者と（訪問リハ）サービス担当者の両方に配慮して何段階も対応」して【サービス開始までの連絡・調整】を行っている。しかしその後、主催するサービス担当者会議を、B が【追求したいサービス担当者会議の理想的なあり方】である「参加者全員による検討の場にできず、自信をなく」したり、それと共に「指示書と個別援助計画をすべて入手できているわけではない」、つまり【知りたいが把握できない定型情報】があつたりしている。一方で、「リハ職からの情報が（定期訪問以外の利用者宅への）訪問のきっかけになる」、つまり【訪問リハ職からの連絡に促される訪問】と共に、「多職種とできるだけ会って話そうと思」い、【機会を活かした面談】を行っていくようになる。このような行動があることで、じわじわと浸透して「個別評価に基づいて利用者の能力を発揮する介入を行うことを（リハ職に）期待して」【医療専門職であるリハ職への信頼】をもって訪問リハの「適応を判断する」ようになっていく。それゆえに、【ケアマネとしての訪問リハの適応判断】を行うことになる。

この見取り図とストーリーラインについて、研究協力者であるケアマネで、基礎資格が社会福祉士の者は、ところどころにケアマネの未熟さを感じるが新人の場合にはあり得ることかもしれないという意見と理解を示した。また、【医療専門職であるリハ職への信頼】

として、利用者個人の心身の能力を発揮する介入について、他の職種にはできないリハ職の強みであるという意見があった。同じく研究協力者であるケアマネで、基礎資格が看護師の者は、自身がケアマネジメントに携わった初期の頃を思い出し、実感として理解できること、特にケアマネが一人職場であれば尚更であるというコメントをした。また、【サービス開始までの連絡・調整】が何段階もあること、【追求したいサービス担当者会議の理想的なあり方】、【訪問リハ職からの連絡に促される訪問】は、自身に重ね合わせた共感があった。

4. 考察

1) インタビュー結果のまとめ

グループインタビューでは、ケアマネはケアマネジメントの過程において、訪問リハが適応するのかどうかというニーズ判断の難しさを体験し、何らかの理由で訪問リハサービスを利用したことを契機に、リハ職の専門性を徐々に理解していく一連の過程が捉えられた。リハ職に対する理解の促進には、多様な人・機関と連携して情報授受を繰り返すという行動が貢献していた。さらに、リハ職の専門的知識や技術が他職種への伝播することを利用者メリットと考え、必要に応じて職種間連携を調整する役割を担っていた。

個別インタビューの結果は、グループインタビューの結果を支持するものであった。具体的には、Aのように経験の長い看護師であっても、Bのように介護職経験がある者でも、ケアマネの業務の初期にはリハ職への理解が低く、ケアマネジメント経験においてリハ職を組んだことを契機に理解が進むということである。利用者の生活課題に協働して取り組む過程で、相互のコミュニケーションや情報授受、訪問リハ職介入による効果を知る機会などを経て、体験的に理解していく過程が存在していた。一方で、このような訪問リハ職への理解や期待の程度は、ケアマネによる差が存在していた。さらに、ケアプランへのリハサービス設定は、利用者の生活ニーズに基づきつつも、サービス利用目標や内容は限定的で、形式化しやすいことが明らかになった。

2) 考察

ケアマネは、基礎資格が多様である。1998年（第1回）～2012年（第15回）の介護支援専門員実務研修受講試験の合格者が受験時に申請した既得資格について、厚生労働省の職種別合格者数のデータ¹⁹⁾によると、介護福祉士が38.7%と最も多く、次いで看護師、准看護師が27.3%、相談援助業務従事者・介護等業務従事者が10.9%と続いている。一方、リハ職と言われる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、合計して3.4%に過ぎない。このように、ケアマネの多くは、“リハビリの専門家ではない”。今回のインタビュー参加者についても、既得資格を制約しなかったが、実際にはリハ職の有資格者はいなかった。

ケアマネが自ら“リハビリの専門家ではない”と言いつつ、【リハニーズ判断への挑戦】

を行い、ニーズに基づいていこうとする態度は、専門職としての行動規範の実践でもある。介護保険制度における医療サービスは、ケアプランに位置づけるとともに医師の指示が必要であり、訪問リハサービスも同様で、制度上は医師が必要性の判断をし、サービス利用の可否の決定権を持っている。それにもかかわらず意欲をもって主体的に【リハニーズ判断への挑戦】に取り組み、〈多職種関与で判断〉し、〈納得できるまでの議論〉によって多職種の能力を関与させている。このような行動をとるのは、リハへの要望や期待に関連する多様な情報、多様な思いの存在を把握しているからである。指示は医師が行うが、決定者は一人ではなく、本人を含む多様なメンバーである、あるいはそうあるべきと考えているとみることができる。このような形で医師の指示書が作成されれば、質的にはチーム全体の総意としての指示となる。ここには、介護保険制度が目指すチームアプローチの具現化を指向するケアマネの姿勢が見られる。

多様な意思や情報は、ある立場（人や機関）と、それと相互作用をもつ別の立場（人や機関）の間で起こる、思い・判断・情報などの齟齬、葛藤、拮抗やズレを多く含むという意味でも多様である。そして、ケアマネは、物事がうまく進んでいるときには、[多様な意思や情報の吸収と承認]の対応をするが、それが本人の何らかの不利益になると感じると、[多様な意思や判断の調整]に動いていく。ここには、本人主体やチームアプローチの基本理念を根底にした行動が見える。そして、カンファレンスには、非常に多くの配慮と手順をもって臨んでいて、ケアマネにとって、かつ【多様な人・機関・情報の活用と調整】行動において、カンファレンスが、特に重みがあり、手間もかかることが示唆された。松坂ら²⁰⁾は、介護保険制度開始前の在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携に関する研究で、情報収集、ニーズ評価、サービス調整等に多職種連携が有効であるが、多職種が関与する会議の場合、サービス調整に要した期間が有意に長いことを明らかにした。本研究結果は、これを支持するものとなった。

【リハニーズ判断への挑戦】でも、【多様な人・機関・情報の活用と調整】でも、「連携」が有用な手段として用いられていた。そして、さまざまな【連携活用の工夫】を行うことによって、個人や事業所の特性を理解したうえで多職種の効果的連携を図っていた。リハ職が有する固有の専門性とその影響について理解し、必要なところに【リハ効果の波及体験】をもたらし、リハの効果を実感することが、さらに【リハニーズ判断への挑戦】への動機づけにも及んでいた。

このように、ケアマネは、本人を含むチーム全体の思いや動きを把握しながら、個々のサービス専門職（サービス提供担当者）が最大限に有効活用されるよう、効果的・効率的なチームアプローチを促進しようと行動していると考えられる。さらに、介護支援専門員が持っているケアマネジメント上の不安、意欲、判断、期待等の思いが、このような行動を促しているものと考ええる。

グループインタビューに、個別性と具体性のある個別インタビューの結果を重ねると、ケアマネによる訪問リハ職の理解や期待の違いは、ケアマネの環境因子や個人因子による

ものと考えられる。環境因子や個人因子とは、基礎資格、職歴、ケアマネの実務経験年数、事業所特性である。例えばケアマネ A の場合には、看護師およびケアマネの経験数が長く、複数のケアマネが所属し、訪問看護ステーションに併設の事業所に勤務している。それに対してケアマネ B の場合には、介護職経験は長いがケアマネ経験は 2 年と浅く、B の他にケアマネの所属は無く、診療所に併設の事業所である。インタビューの結果、A においては、リハ職を理解し、期待し、信頼しているために、訪問リハ職が効率的にサービスを提供できるよう、指示医や他事業所の同職種との連携をサポートしていた。そして、ケアマネの専門職との連携が、地域全体の専門職のネットワークづくりに貢献していると感じていて、B よりも広い視野をもって業務を遂行していた。ただし、研究方法に示したとおり、A と B は 2 名とも、インタビューに応じた訪問リハ職から「信頼できて連携しやすいケアマネ」として推薦された人々であることを、あらためてここに記しておく。

連携によって、単にリハ職とその専門性を理解していくことのみならず、利用者の状態や状況から、訪問リハのサービスの必要性を判断できるようになっていく過程も明らかになった。連携がもたらす効果のひとつに、専門職の能力向上が指摘されている。すなわち、利用者の生活ニーズに対して、根拠をもってサービスを適用していくスキルが向上する可能性が示唆された。

さらに、ケアプランへのリハサービス設定は、利用者の生活ニーズに基づきつつも、サービス利用目標や内容は限定的で、形式化しやすいことが明らかになった。リハ職による専門的サービスそのものが、ある特定の限定的な目標や内容への適応であるかもしれないし、ケアマネの利用者アセスメントが形式化しているのかもしれないが、本研究からの言及はできない。同じく、ケアプランが形式化している傾向が、利用者の自立や QOL の支援としてどのような影響をもたらしているかについても言及することができない。これらの点については、連携というテーマとは異なる視点で検討が必要と考える。

5. 研究の限界と展望

居宅介護支援事業所でサービス計画に訪問リハサービスを位置づけた体験をもつケアマネに対して、フォーカスグループインタビューと個別インタビューを実施し、グループのデータは M-GTA により、個別インタビューは質的統合法 (KJ 法) により分析した。その結果、ケアマネは、サービス活用過程において関係者の多様な意思を汲みながら、利用者の立場とニーズの視点に立って、専門職の有益性を活かして生活を支援するという役割を果たしている姿が浮き彫りになった。さらに、連携の効果のひとつとして、訪問リハ職の知識・技術が、他職種のサービス内容に展開していくことが明確になった。このような効果について、今後さらに明らかにしていくことによって、連携の機能や意義の検討につながると考える。

グループインタビューの分析結果からは、ケアマネが重視している観点や連携の活用実態が把握できた。個別インタビューからは、訪問リハ職や提供サービスについて理解が進

んでいく過程が把握できた。介護保険サービスでは、利用者一人に複数の専門職が関わる
ことが多く、同時に複数職種の相互関係が存在しているため、連携についての研究は、複
数職種の相互作用に配慮した把握方法や分析方法が求められる。今後は、この点にも着目
して検討していく必要がある。さらに、ケアマネの既得資格や実践経験による影響につい
ても検討していく必要がある。

付記

本節のグループインタビューに関する部分は、日本ケアマネジメント学会第 12 回研究
大会において発表した内容を一部修正してまとめた。

本節の個別インタビューに関する部分は、公益財団法人フランスベッド・メディカルホ
ームケア研究・助成財団（平成 24 年度）の助成を受けて実施した。

第3章 研究2：訪問リハ職に関するケアマネジャーの認識—差異と関連要因—

1. 目的

本研究の目的はふたつある。第1は、訪問リハサービスの提供内容に対するケアマネの認識を明らかにすることである。すなわち、訪問リハサービスとその提供職種に対するケアマネの理解の程度を、サービス提供内容の認識の正確さで測る。その結果から、情報を媒介とする職種間の相互理解について考察する。第2は、その認識の正確さに関連する要因を探ることである。

サービス提供内容の認識の正確さに関連する要因には、研究1の結果も踏まえ、個人因子・環境因子として年代、性別、所有資格、業務経験年数、事業所の併設関係が、連携行動因子として面談の機会を仮定した。事業所の併設関係と面談の機会は直接的な対話のしやすさ、年代や業務経験年数は研究1において訪問リハ職が影響を受けると感じていたことから、コミュニケーションや人間関係としての影響因子になりうると考えた。所有資格は、訪問リハ職のケアマネ資格の有無と、ケアマネの基礎資格が医療系であるか、福祉や介護系であるかによって、相手職と相手職の専門性や業務内容に関する理解のしやすさに影響しうると考えた。

2. 方法

1) 対象者と質問紙配付・回収の方法（図3-1）

独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト Welfare and medical service network system (WAM-NET) のデータから東北地方の各県50か所、合計300か所の居宅介護支援事業所（以下、ケアマネ事業所）を無作為に抽出して、事業所の長宛に研究説明書とともに質問紙を郵送した。調査対象のケアマネは、調査時点で訪問リハサービスの利用者を担当している者のうち、50音順で最初の1人とするのを依頼した。また、当該ケアマネが担当している訪問リハサービスの利用者のうち、50音順で最初の人を指定事例と定めた。なお、訪問リハサービスの利用者がいないために回答できない場合にも返送できるように、そのチェック欄を設けた。

調査対象の訪問リハ職は、指定事例への直接的なサービス提供者とし、上記ケアマネが質問紙を配付するよう依頼した。配付時にケアマネから訪問リハ職に対して指定事例の氏名を伝えることで、同一事例に関して回答できるようにした。ケアマネと訪問リハ職のペアを同定できるように質問紙に通し番号を付し、両職種が相談して回答しないように研究説明書に明記した。回答済みの質問紙は、各回答者から研究者宛に直接返送とした。調査期間は平成26年7月～9月であった。

2) 質問項目

質問項目は、基本属性、サービス提供内容に関すること、指定事例情報で構成した。指

定事例情報とは指定事例の年代、要介護度、現有疾患等で、ペアのケアマネと訪問リハ職の両者が同一事例に関して回答していることを確認するために調査票に加えた。サービス提供内容の質問は、リハ職には、20 項目について指定事例への提供の有無を尋ねた。ケアマネには、「事例に提供されている『訪問リハサービス』について、あなたは、どのような内容であると認識して（思っ）て）いますか」という質問で、リハ職と同じ 20 項目を提示して「思う」「わからない」「思わない」の 3 件法で尋ねた。

個人要因として取り扱う項目のうち、年代については 20 歳代から 60 歳以上の 5 段階で尋ねた。所有資格は、訪問リハ職にはケアマネの資格の有無を、ケアマネには医療・福祉・介護等の資格 23 種類を選択肢として複数回答で尋ねた。経験年数は、訪問リハ職は訪問リハサービスに初めて従事した時から調査時までの年数、ケアマネは居宅介護支援の実務経験年数を尋ねた。相手職種との面談の機会については頻度と場所について尋ねた。指定事例担当者以外を含む相手職種との面談の機会の頻度については、「頻繁にある」から「まったくない」の 4 件法で尋ねた。面談の場所については 3 区分し、訪問リハサービス提供中に利用者宅で面談する機会（以下、機会・サービス中利用者宅で面談）、訪問リハサービスの事業所（以下、訪問リハ事業所）で面談する機会（以下、機会・訪問リハ事業所で面談）、ケアマネ事業所で面談する機会（以下、機会・ケアマネ事業所で面談）とした。事業所併設の有無については、併設サービスの種類を尋ねた。さらに基本的属性の把握のために、両職種に性別、訪問リハ職には理学療法士か作業療法士かを尋ねた。

調査に使用した質問紙は、資料の 18 ページから 41 ページに示した。

3) 分析方法

(1) 認識の差異に関する分析方法

分析はまずサービス内容の提供の多寡を単純集計し、その後提供に関するケアマネの認識を確認した。認識の分析にあたり指定事例へのサービス提供内容について、リハ職が「有」・ペアのケアマネが「思う」と回答したもの、またはリハ職が「無」・ペアのケアマネが「思わない」と回答したものを「一致」とみなし、それ以外の組み合わせを「不一致」とみなした。20 項目それぞれについて、「一致」と「不一致」の偏りの有無を把握するために χ^2 適合度検定を適用した。統計学的有意水準は 0.01 未満とした。

(2) 認識の差異の関連要因に関する分析方法

i. 分析対象者と一致得点による群分け

ケアマネと訪問リハ職の回答のうち、質問紙番号、指定事例の年代と要介護度が一致し、さらに以下に記載する一致得点、投入する独立変数の回答に欠損のないペアを分析対象とした。

一致得点については、提供内容の 20 項目のうち、全事例に提供され、正しく認識された 1 項目（関節・筋力・バランスに関すること）があったため、当該項目を除外した 19 項目について、一致項目を 1 点、不一致項目を 0 点として加算した得点を算出し、そのペ

アの一致得点とした。満点は 19 点である。この指標に基づき中央値で群分けし、それぞれ一致得点の高群と低群とした。

ii. 独立変数の作成方法

年代については「20 歳・30 歳代」「40 歳代」「50 歳以上」の 3 段階、経験年数については「5 年未満」「5 年以上 10 年未満」「10 年以上」の 3 段階、ケアマネ所有の他資格については「医療職資格の有無」の 2 値に変換した。なお、訪問リハ職の「ケアマネ資格の有無」の無回答者 1 名については、20 歳代で 4 年の経験年数であり、ケアマネ資格の受験要件である 5 年以上の実務経験に該当しないと考えられたため、「無」と判断した。「訪問看護」「訪問リハビリテーション」のいずれかのサービス事業所の併設「あり」を、訪問リハ事業所併設「あり」とみなした。面談の機会は、「頻繁にある」「ときどきある」を「あり」、「ほとんどない」「まったくない」を「なし」の 2 値とした。

iii. 統計学的分析の方法

高群と低群の 2 群の特徴を把握するために χ^2 検定を行った。さらに、従属変数に低群と高群、独立変数に訪問リハ職とケアマネそれぞれの個人要因と連携行動要因（独立変数）を投入して 2 項ロジスティック回帰分析を実施した。変数投入法は強制投入法とした。有意水準は 0.05 未満とした。多重共線性の検討のため、事前に、独立変数間に著しい相関関係（ $r > 0.9$ ）が存在しないことを確認 10) した。統計解析には IBM SPSS Statistics Ver.23 を用いた。

4) 倫理的配慮

研究者の所属研究機関（桜美林大学）の倫理審査委員会の承認（番号 14015）を得て実施した。説明書と質問紙に、調査協力は任意で、質問紙の返送をもって研究協力への同意とみなす旨を明記した。

3. 結果

1) 質問紙返送の結果

ケアマネは 221 人（回収率 73.7%）から返送があり、そのうちの 142 人（回収全数の 64.3%）に訪問リハサービス利用があった。76 人（回収全数の 34.4%）は、訪問リハサービス利用が無く、3 人（回収全数の 1.4%）は事業所休止等の連絡だった。訪問リハ職からは 91 人の返送があった。これらのうち、調査票番号に基づきペアになるのは 88 ペア、さらに指定事例情報の年代と要介護度が一致していたのは 67 ペアであった。

2) 認識の差異に関する分析結果

(1) 回答者の基本属性（表 3-1）

サービス提供内容の質問に対する無回答が 1 割（2 項目）以下である 61 ペアを分析の対象とした。訪問リハ職の資格は理学療法士 30 人（49.2%）、作業療法士 31 人（50.8%）

で、ケアマネの資格所有者は13人(49.2%)であった。性別は、男性33人(54.1%)、女性28人(45.9%)であった。年代は30歳代29人(47.5%)、20歳代16人(26.2%)、40歳代14人(23.0%)、50歳以上2人(3.3%)の順に多かった。経験年数は、理学療法士または作業療法士の資格取得後の経過年数でみると、3年未満はなく、10年以上20年未満が26人(42.6%)で最も多かった。所属施設は訪問看護ステーションが29か所(47.5%)、病院・診療所が24か所(39.3%)、介護老人保健施設が7か所(11.5%)であった。併設サービスがあるのは52か所(85.2%)で、居宅介護支援事業所を併設しているのは46か所(75.4%)であった。

ケアマネの所有資格(重複回答)は介護系資格41人(67.7%)、福祉系資格29人(47.5%)、医療系資格12人(19.7%)の順に多かった。性別は、男性12人(19.7%)、女性49人(80.3%)、年代は50歳代が23人(37.7%)と多く、次に30歳代・40歳代が19人(31.1%)、20歳代はいなかった。経験年数は、居宅介護支援事業所でのケアマネジメント業務従事期間でみると、6年以上10年未満22人(36.1%)、10年以上18人(29.5%)、3年以上6年未満が15人(24.6%)、3年未満4人(6.6%)の順に多かった。併設サービス(重複回答)のうち訪問リハビリサービス提供事業所になりうる訪問リハビリテーション事業所は5か所(8.2%)、訪問看護ステーション12か所(19.7%)、介護老人保健施設と医療機関がそれぞれ11か所(18.0%)であった。

(2) 指定事例情報(表3-2)

指定事例の年代は80歳代が25人(41.0%)と最も多かった($p=0.000$)。また、65歳未満の2号被保険者が9人(14.8%)だった。要介護度は要介護5が17人(27.9%)と最も多かったが、統計的に有意な偏りはなかった($p=0.053$)。

指定事例の現病疾患等(重複回答)は、多い順に脳血管疾患37人(60.7%)、認知症15人(24.6%)、関節疾患(大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折、変形性関節症の合計)、廃用症候群がそれぞれ14人(23.0%)だった。

(3) サービス提供内容(表3-3)

20項目のサービス内容で、「関節・筋力・バランスのいずれかの身体機能」(以下、「関節・筋力・バランス」)は、利用者全員に提供されていた。半数以上の利用者に提供されていた内容は、提供の多い順に「ねがえり、起き上がり、立ち上がり、ベッドと車いす間の移乗、座位、立位のいずれかの動作や姿勢保持」(以下、「起居・移乗動作」)が52人(85.2%)、「歩くことや車椅子操作等の移動動作」(以下、「移動動作」)が45人(73.8%)、「福祉用具」と「自主トレーニング」がそれぞれ38人(62.3%)、「介護者の介助方法」が36人(59.0%)であった。一方、利用者の2割以下への提供内容は、少ない順に「家事活動に関する動作や方法」(以下、「家事動作」)が4人(6.6%)、「身だしなみに関する動作や方法」(以下、「整容動作」)が8人(13.1%)、「嚥下(飲み込み)や咀嚼(噛むこと)」(以下、「嚥下・咀嚼」)と「食事に関する動作や方法」(以下、「食事動作」)が11人(18.0%)、「入浴に関連する動作や方法」(以下、「入浴動作」)が12人(19.7%)で

あった。

(4) サービス提供内容に対するケアマネジャーの認識 (表 3-3)

「関節・筋力・バランス」は、ケアマネ全員が提供を認識していた。

検定の結果、 $p < 0.01$ で有意な偏りがあったのは、「感覚、知覚のいずれかの身体機能」(以下、「感覚・知覚」)「起居・移乗動作」「移動動作」「嚥下・咀嚼」「食事動作」「家事動作」だった。このうち「感覚・知覚」は不一致が一致より多く ($p = 0.002$)、他の 5 項目は一致が不一致より多かった ($p = 0.000 \sim 0.007$)。

一致と不一致に有意な偏りがなかった項目は、提供の多い順に「福祉用具」、「自主トレーニング」、「介護者の介助方法」、「健康増進」、「認知機能、知的機能、精神機能のいずれかの機能」(以下、「認知・精神機能」)、「住宅や家屋環境」、「トイレ・排泄に関する動作や方法」(以下、「排泄動作」)、「外出に関する動作や方法」(以下、「外出活動」)、「言語やコミュニケーション」、「衣服の着脱に関する動作や方法」(以下、「更衣動作」)、「呼吸機能」、「入浴動作」、「整容動作」だった。

3) 認識の関連要因に関する結果

(1) 分析対象と群分け

質問紙返送の結果で説明した 67 ペアのうち、一致得点と独立変数の回答に欠損のない 55 ペアを対象とした。一致得点の分布は、最小値 3 点、最大値 18 点、中央値 12 点 (四分位範囲 14.0-8.5) であった。中央値 12 点以下 27 ペアを低群、13 点以上の 28 ペアを高群とした。

(2) 対象者の特性

一致得点低群・高群の対象者における要因の分布と χ^2 検定の結果 (表 3-4) については、ケアマネの「機会・サービス中利用者宅で面談」についてのみ有意な差があり ($p = 0.032$)、高群に機会のあるとする者が多かった。

(3) 一致得点に影響する変数

一致得点の低群・高群に有意に影響する要因は表 3-5 に示した。このモデルは、モデル χ^2 検定が $p = 0.024$ 、適合度は、Hosmer と Lemeshow の検定 $p = 0.691$ 、予測値と実測値の判別の中率 78.2% で適合していた。訪問リハ職の「年代」(オッズ比 (以下同) 0.126, オッズ比の 95%CI (以下同) 0.020-0.801)、ケアマネの「訪問リハ事業所併設」(24.720, 1.163-525.402)、「機会・サービス中利用者宅で面談」(12.128, 1.209-121.618)、「機会・ケアマネ事業所で面談」(0.034, 0.002-0.745) であった。他の変数は有意な影響がなかった。

4. 考察

この考察では、訪問リハのサービス提供内容、サービス内容に対するケアマネの認識、サービス内容認識の関連要因それぞれの結果について考察する。

1) 訪問リハのサービス提供内容の考察

まず本研究の指定事例が全国の訪問リハサービスの利用者との対比でどのような特徴を有するか見てみたい。厚生労働省の平成 25 年度調査¹⁾（以下、厚労省 25 年度調査）の訪問リハサービスの利用者の要介護度は、軽度（要支援 1・2）11.5%，中度（要介護 1・2）36.8%，重度（要介護 3・4・5）48.2%であった。本研究の指定事例は、軽度 6.6%，中度 25.2%，重度 67.2%で、厚労省 25 年度調査の対象利用者より重度な傾向であった。訪問リハサービスの提供職種は、理学療法士が約 8 割、作業療法士が約 3 割（複数職種の関与があるため、合計 10 割を超える）で、理学療法士の割合が本研究よりもかなり高かった。しかしながら、訪問リハサービスの利用者への提供内容は、「関節可動域訓練」（83.2%），「筋力増強訓練」（78.4%），「歩行訓練」（69.3%），「筋緊張緩和（ストレッチ）」（64.7%），「起居/立位動作練習」（62.0%），「バランス練習」（50.1%）の順に多かった。提供が少ないものは、少ない順に、「認知機能に対するもの」（1%程度），「趣味活動」（2.4%），「摂食・嚥下訓練」（3.2%）や「言語訓練」，「IADL 練習」，「入浴動作訓練」，「言語訓練」（4%程度），次いで「トイレ動作訓練」，「体操」，「その他 ADL 訓練」（10%程度）であり、本研究と同様の傾向を示している。

大浦ら²⁾は、ケアマネが訪問リハサービスに期待する効果とその評価を明らかにしたが、半数以上が期待していた項目は、「身体機能の回復」，「動きやすさ（起居動作）の改善」，「現状の維持」，「屋内の歩行や移動能力の改善」，「身のまわり動作（セルフケア）の改善」であった。期待が 1 割以下だったのは、「呼吸」，「言語や会話」，「嚥下や誤嚥の改善」だった。本研究で把握された訪問リハ職によるサービス内容の提供の多寡は、大浦ら²⁾が示した訪問リハ職への期待の高さ・低さの程度とほぼ一致するものだった。

本研究では、厚労省 25 年度調査¹⁾に含まれていない「介護者の介助方法」，「福祉用具」，「住宅や家屋環境」という環境因子への介入も把握している。これらは、大浦ら²⁾によれば、訪問リハへの期待として高くない。しかし、本研究では実際に約 4～6 割の利用者へのサービス提供が確認された。これは、訪問リハ職が、国際生活機能分類

（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）（以下、ICF）³⁾の構成要素である心身機能・身体構造という機能的側面や、活動という能力的側面のみでなく、環境因子への直接介入を実施していることを示している。日本作業療法士協会の調査⁴⁾においても、訪問リハサービスを提供している作業療法士の 6 割以上が用具の提供・使用指導等を実施しており、本研究結果を裏付けている。地域理学療法や地域作業療法の教科書を前提とした図書^{5,6)}（以下、教科書）にも、提供内容として福祉用具・住宅改修の適合⁵⁾，自助具や福祉機器の活用と助言⁶⁾等が記述されている。このように、約半数の利用者に対して環境因子への介入が行われ、「関節・筋力・バランス」への介入が全数に、「起居・移乗動作」，「移動動作」が 7 割以上に提供されていることを勘案すれば、心身機能・身体構造や活動と、環境因子の、複数の側面に介入している事例も多いと推測

できる。よって、訪問リハ職は生活機能を支える複数の要素に同時に視点を置く視座に立ち、必要な介入を実施していると言える。

2) サービス内容に対するケアマネの認識の考察

(1) ケアマネジャーの内容認識の難易性

「関節・筋力・バランス」は全事例に提供・認識されていた。「感覚・知覚」に関しては認識の誤りが多く、「起居・移乗動作」、「移動動作」、「嚥下・咀嚼」、「食事動作」、「家事動作」に関しては正しく認識されやすかった。また、他の項目は、統計的には均等だったが、一致が多いとは言えないことから、ケアマネが認識しにくい項目と考えることができる。

認識しやすかった内容のうち「関節・筋力・バランス」と「嚥下・咀嚼」は心身機能・身体構造であり、他の項目は活動に該当するものである。「嚥下・咀嚼」は、“飲食”に伴う機能であるため、ケアマネにとっては活動の項目と捉えやすいとも考えられる。ケアマネの標準課題分析の項目内容⁷⁾は、健康状態・活動・参加・背景因子（環境因子と個人因子）で構成されており、心身機能・身体構造を把握するものではない。かつ生活課題を明らかにする志向性から、活動レベルが認識しやすかったものとする。しかし一方で、活動レベルである他の日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）の「排泄動作」、「整容動作」、「更衣動作」、「入浴動作」や、手段的日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living：IADL）である「外出活動」についての認識は難しかった。これは、大浦ら²⁾の研究による、ケアマネの“期待”が反映された結果と考える。

「感覚・知覚」は、提供が「有」が25人、「無」が36人に対して、ケアマネは「実施されていると思う」「わからない」「思わない」がそれぞれ12人、11人、37人で、“わからない”の人数が「認知・精神機能」の項目に次いで多かった。本項目は他の種々の機能や動作と異なり、仮にケアマネの面前で訪問リハ職が介入を実施したとしても、目に見えにくく、説明なしに理解することは困難であると推測される。そのため、本項目の提供をケアマネが認識するには、訪問リハ職が明確に説明する必要があると考えられる。

(2) 情報共有の課題と情報リテラシー

藤田ら⁸⁾が開発した「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」（5因子17項目）の「チームの関係構築」因子には、情報収集と提供に関する項目が含まれている。情報収集に関しては「他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した」、情報提供に関しては「自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた」を問う項目である（傍点、著者）。本研究の結果は、訪問リハ職とケアマネの両職種について、具体的な内容に関する情報授受行動の検討の必要性を示唆している。

大浦ら²⁾は、訪問リハサービスの効果に対するケアマネの評価として、「期待通り」は2割程度で、「まあまあ期待通り」が6割程度と最も多く、「やや期待外れ」「期待外れ」はそれぞれ1割以上と報告し、“効果は十分でない”と捉えられていることを示した。本研

究の結果を統合すると、ケアマネが期待している内容は高い頻度で提供されていながら、提供の有無と効果については“認識されにくい”と解釈できる。これにはふたつの理由が考えられる。ひとつは、訪問リハ職の問題として、提供しているが効果をあげられていない可能性である。もうひとつは、職種同士のコミュニケーションと情報リテラシーの問題として、情報活用の希薄さの可能性である。情報は、授受するのみで終わらず、相互に活用することで有意義なものになる。訪問リハ職もケアマネも、定期報告・随時報告を相互に行なっているが、いかに適切に情報を出し、受けた情報をいかに解釈・活用するかという行動の検討が必要である。

訪問リハ職とケアマネが顔を合わせられる連携の機会として、サービス担当者会議がある。しかし、他サービスや他職種に比較して、訪問リハ職の会議への参加は少ない⁹⁾。会議では、解決すべき課題の共有は9割、短期目標の参加者間の共有は8割と概ねできているものの、ケアプランと個別援助計画の方向性のずれの確認割合は6割程度、個別援助計画の説明依頼は3割以下にとどまっている⁹⁾。以上の現状から、個別援助計画の実践であるサービス提供内容について、直接のやりとりで確認し合う機会は非常に少ないことが推測される。仮に定期報告等の書面への記載や、ケアマネが利用者に行うモニタリングでの確認がなされなければ、提供内容の伝達機会は極めて限られることになる。

訪問リハ職の提供内容が具体的に理解されることは、利用者に関する職種間の情報共有とコミュニケーションを深化させることにつながると考えられる。効果的な情報共有と情報活用をより一層図るために、専門職間の情報授受のあり方について検討が必要である。

3) サービス内容認識の関連要因の考察

(1) 一致得点に影響する年代

訪問リハ職の年代が高くなるほど一致得点が低群になりやすい結果であった。一方、ケアマネの年代および両職種の経験年数は、有意な影響がなかった。理学療法士・作業療法士の多くは、20歳代で資格取得後に就業して継続していくため、年代が上であるほど経験年数が長くなる。わが国における専門職間連携教育（以下、連携教育）は、2000年の介護保険制度をきっかけに「連携」を模索する段階になった¹⁰⁾。2004年以降の文部科学省の教育改革 GP（Good Practice）事業により、連携教育が公に認知されはじめ¹⁰⁾、2011年には日本学術会議による専門職の養成機関への連携教育と研究の導入の提言¹¹⁾があった。連携教育は国レベルの政策課題になり¹²⁾、大学において本格的に行われる¹²⁾ようになった。このような背景から、リハ職において卒前に連携教育を受けたのは、20歳代という若い年代に限られると考えられる。また、リハ職の卒後の連携教育は任意研修であり、個人の選択・判断による参加に委ねられている。これに対して実務に従事しているケアマネは、年代に関係なく、法定研修で定期的・義務的に繰り返し連携教育を受けている。これらの連携教育システムの違いが、一致得点への年代の影響の違いに現れたと考える。

先行研究¹³⁾において、訪問リハ職はケアマネの職歴（執筆者注：経験年数と年代が上

である意味を含んでいる)にプレッシャーを感じていた。一方で「それに立ち向かう動き」として、訪問リハ職側からの「些細な情報発信に基づく」ケアマネとの関係づくり、ケアマネ側からの「密度の濃い情報に基づく訪問リハ職を活かす調整力の発揮」という双方の行動が、経験や年代の差から受ける困難感の解消に役立っていた。本研究の対象者は、訪問リハ職の73%が20～30歳代で、ケアマネの67%が40歳以上であった。このように年代差のある両職種が、情報を媒介とした行動を行い、結果的に情報共有が促進されたことが考えられる。

(2) 一致得点に影響する併設事業所の有無

ケアマネ事業所に訪問リハ事業所が併設されていると、一致得点高群となりやすい結果であった。先行研究では、異なる職種がお互いに接する「場」の設定と、その「場」の継続的な共有^{14) 15)}、アクセスしやすい「場」の提供¹⁶⁾が連携の促進要因として指摘されている。事業所の併設が、両職種が接する「場」の継続的な共有とアクセスのしやすさを可能にし、連携の促進に作用したと考えられる。他方、事業所が併設されていることにより、利用者を担当している訪問リハ職から受けた情報の専門的内容に関して、ケアマネが併設事業所所属の別のリハ職に質問できるため、情報の理解と認識につながりやすいのではないかと考えられる。

訪問リハ事業所へのケアマネ事業所併設の有無は有意な影響がなかった。訪問リハサービスは、提供事業所数やマンパワーの少なさが指摘されている¹⁷⁾。すなわち、訪問リハ職には、併設事業所以外の複数の事業所や多数のケアマネとの関わりがあり、ケアマネ事業所の併設の有無に関わらず、他の事業所のケアマネとも情報の授受や話し合いの機会があることから、有意な影響がなかったと考えられる。

(3) 一致得点に影響する面談の機会

ケアマネが訪問リハサービス利用中の利用者宅で訪問リハ職と面談する機会が日頃からあると、一致得点高群になりやすかった。実際のサービス提供の場面は、対話による伝わりやすさに加えて、言語情報を視覚情報で補うことや利用者に関する話題へ集中しやすいことがあり、このことが提供されている内容の理解と記憶を促したのではないかと考えられる。他方、ケアマネ事業所に訪問リハ職が来所して面談する機会があるほうが有意に低群になりやすかった。訪問リハ職は、ケアマネとの連携の困難さの理由のひとつに、利用者が多いための時間的多忙(空き時間の無さ)を挙げている³⁾。面談機会の確保は、多忙な訪問リハ職が時間をやりくりしてケアマネ事業所に出向くということであり、その必要性に迫られて行っている可能性がある。つまり、因果の関係が逆であり、一致度が低いというように、両職種の間で目標や方針、サービス内容等に関する意向が合致していないために、その改善を目指して面会が行われているという見方も可能である。

面談は顔を合わせた対話の機会であり、さまざまな情報交換が行われやすく、先述した「場」の設定でもある。しかし、本研究では、面談の場所により情報認識の正確さへの影響が異なることが明らかにされており、単に顔を合わせて話す「場」を持つだけではな

く、サービス提供の実際場で具体的なことをイメージしながら情報提供することの重要性が示唆された。

（４）一致得点と他資格の有無の関係

訪問リハ職のケアマネ資格の有無、ケアマネの医療職資格の有無は一致得点に影響がなかった。これらの資格があれば相手職種に対する理解がより深く、情報の共有や認識をしやすくするという仮説に基づく項目であったが、本研究では有意な影響がみられなかった。資格については有無のみでなく、実務や業務の経験を考慮すべきと思われる。

５．研究の限界と今後の展望

本研究は両職種各 300 人を対象に調査を実施したが、返送のあったケアマネの 3 割以上に当該サービスの利用者がなかったこともあり、回収できたペアは 91 であった。さらに、回答の精査により最終的な分析対象は、認識の程度の分析では 61 ペア、関連要因の分析では 55 ペアまで減少し、このサンプルサイズがオッズ比値の有意性の検出力に影響したと考えられる。しかし本研究の目的の達成には同一事例の担当者同士が条件であり、今後、より多くのペアから回答を得るための調査方法を検討していく必要がある。

本研究では、訪問リハ職のサービス提供内容を把握したが、提供内容の項目は、提供目的や事例目標とは必ずしも一致しないことを念頭におくべきである。それは、例えば目標が ADL の諸動作の改善・維持だとしても、目標達成のためには ADL の要素である「関節・筋力・バランス」や「感覚・知覚」への介入を手段として実施するという還元的志向に基づく。機能による能力の保障（機能が向上することで、結果として能力が向上する）という考え方である。そして、このような特有の視点と思考プロセスを経て提供内容を決めている訪問リハ職を、ケアマネがどのように理解しているのか、解明していく必要がある。

ケアマネは、利用者本人・家族と専門職からの情報を整理して、総合的ニーズに基づく総合的目標を明確にし、必要なサービスをケアプランに明記するだけであり、各サービスの提供内容はサービス提供専門職に委ねられる。したがって、ケアマネが、本調査の質問項目のように詳細な内容を把握する必要性については議論の余地がある。しかし、ケアマネは、サービス提供内容の“やりかた”は知らなくても、“何が提供されているか”は、把握していなければならないのではないだろうか。例えば、訪問看護サービスが行う“全身的な体調把握と管理”の具体的手法は知らなくても、それが実施されていることは知っているはずである。この観点に立てば、本調査のような提供内容の詳細を理解することは、専門性の理解と活用にとって重要な戦略であると考ええる。

向¹⁸⁾は、理学療法士養成校 61 校に対する調査結果から、訪問リハサービスに関する卒業前教育が、学内学習および臨床実習ともに不足していることを指摘した。教科書^{5,6)}には、専門職としての役割、訪問リハサービスの目標や提供内容、他職種・多職種との連携の重要性に関する記述があるが、連携の具体的な方法論（例えば、情報の授受と活用の方法、チームモデルにより異なる連携スタイルなど）が詳述されているとは言い難い。今

後、訪問リハ職の連携能力の向上のために、情報リテラシーに必要な知識と技術が整理される必要がある。多職種から多量の情報が集中するケアマネの情報リテラシーについても同様である。

本研究において、心身機能・身体構造、活動と環境因子の複数要素を一体的に捉える視座に立つ訪問リハ職の姿が確認できた。蒔田ら¹⁹⁾は、訪問リハ職の特徴的な観察視点として、「ADLと生活の楽しみを観察してQOLを意識する」ことを挙げている。蒔田らの報告も踏まえ、訪問リハ職の専門性を活かす多職種連携について明らかにしていきたい。

さらに、面談も含めた情報授受の方法の違いが、サービス内容の認識に与える影響を明らかにしていく必要がある。

付記

本章は、下記の既発表論文を博士論文のために統合したものである。統合にあたり、加筆・修正を加えた。

認識の差異に関する部分は、第33回東北理学療法学術大会における発表、および学術誌「東北理学療法学」に投稿し掲載された論文（丹野克子，白澤政和．訪問リハビリテーションサービスの提供内容に対するケアマネジャーの認識．東北理学療法学．Vol.28：78-83，2016.）から引用・加筆・修正した。

認識の関連要因に関する部分は、学術誌「リハビリテーション連携科学」に投稿し掲載された論文（丹野克子，白澤政和．訪問リハビリテーションサービスの提供内容をケアマネジャーが正確に認識する要因．リハビリテーション連携科学．Vol.18No.1，2017）から引用・加筆・修正した。

第4章 総合考察

本章では、本研究の目的に沿って、訪問リハ職とケアマネの職種間連携について、①連携の構成要素、展開過程、機能、および②訪問リハサービス内容に関するケアマネの認識とその要因について整理する。

1. 訪問リハ職とケアマネジャーの職種間連携の展開

1) 職種間の連携の構成要素

(1) 情報の授受方法と内容

まずはルーティンな業務の中での情報の授受についてみてみよう。訪問リハ職とケアマネとの間の情報の授受はサービス利用の開始前には次のようなものがあった。最初に、ケアマネが訪問リハ職にサービス提供を依頼する段階で、訪問リハの事業所に電話での連絡の上、基本情報やケアマネの事前評価等の情報を FAX あるいは郵送で事業所に送っていた。その後、依頼を受けた事業所の担当となるリハ職単独、もしくは管理者とともにサービスの説明や契約を行うため、高齢者宅に訪問していた。その訪問にはケアマネが同席する場合もしない場合もある。初回訪問後に、訪問リハ職は、高齢者や家族との合意内容、初回訪問時の評価と目標等について電話または FAX でケアマネに連絡していた。

サービス提供が軌道に乗ると、両者で連絡を取り合う機会が減っていくが、訪問リハ職からケアマネに毎月介護報酬請求に必要な書類サービス提供票が送付されることが必要であった。このサービス提供票には任意ではあるが、利用者の情報を添付することもできることになっている。そのため、その情報はメモ程度であるものから、様式を定めてきちんと行われるものなど訪問リハの事業所によりかなり異なっていた。この情報に対するケアマネの反応もその後の対応に生かしたり、まったく無関心であったりとかかなり異なるものであった。

ルーティンな業務以外に、偶然ではあるものの、訪問リハ職のサービス提供の時間中に、ケアマネが利用者宅に行き、両者が顔を合わせて連携する場面があった。この連携は利用者理解・職種間の相互理解・サービスの質の向上につながるものとして訪問リハ職、ケアマネともに捉えていた。このような場での連携は、面と向かって情報交換することで親和性を高め、実際の場面から言語化できない情報を汲み取ったり、思ったことを述べ合ったりするなど他のツールでは叶わない情報交換がなされていた。

以上に加えて、相互に協働する行動の契機となりやすいのは、問題が生じた時に必要となるイレギュラーな連絡・連携であった。イレギュラーな連絡・連携後には、生じた問題の解決を図るという共通の目的が発生し、目的を達成するための協働につながっていた。

近年では情報授受のツールとしてメール、SNS、ICT などの情報機器を介したものの有用性が強調されているが、本研究ではその活用はほとんど話題にあがらなかった。

(2) 連携上の工夫

訪問リハ職が行っている連携上の工夫には、些細なことでも伝えようとする情報発信方法上の工夫、毎月の定期報告をできるだけ有効なものとするための報告の様式上の工夫、電話連絡をとりやすい時間帯の事前確認が挙げられていた。ケアマネについては、個々の訪問リハ職や所属施設によって連携の容易さが異なるため、その特性に応じて連携方法を工夫しようという努力をしていた。加えて、リハ職間の連携促進にも尽力していた。例えば病院や通所のリハ職と訪問リハのリハ職同士が直接連絡できる手段を用意したり、異事業所のリハ職の直接的な連携を促したり、他サービス職との接触の機会を設けたりすることもあった。

（３）連携の利益・不利益

利益は、後述する連携による「満足」や「効果」が得られることと言える。不利益は、連携を行うためにかかる時間の要素が大きい。しかし、時間要素が与える業務圧迫度は、ケアマネが業務として連携するのに対して、訪問リハ職の連携は異なる様相を呈していた。

訪問リハ職において、報酬要件となる義務的業務の連携と、報酬にはならない業務（ボランティア的業務）ながら、サービスの質の向上、ケアマネをはじめとした他職種との関係づくり、チームアプローチの深化につながる連携があり、特に後者には時間を要していた。後者の連携は必須業務＋ α であるため、 α 部分に意義を見出し自発的に臨む人・場合と、困難さが全面になり消極的になる人・場合があった。その契機や理由には、個人要因・環境要因・事例要因が考えられる。この＋ α の連携行動がどのような状況下において必要なのか、連携が必要な状況の明確化は今後の課題である。「連携必要性」を示すことができれば、訪問リハ職にとって基本的専門性の外にある、専門職としての連携能力向上に一定の指標を提供できる。

ケアマネにおいて連携自体は業務の一環であるが、連絡・調整でとどまるものから、義務ではない対面方式のコミュニケーションの場を設けるような工夫まで、幅広い連携方法を取っていて、後者の方が、より利用者の QOL やチームメンバー間の関係向上につながっていた。時間要素について、連携によるニーズ評価期間への影響はないが、サービス調整にかかる時間が延長するという報告がある¹⁾。しかし、本研究で、ケアマネが時間要素に否定的に言及することはなかった。タイミングが合わずに連絡が取りにくい、訪問リハ職が多忙でサービス担当者会議に欠席しやすい等、難儀する様子はあったが、工夫して対応していた。

両者が 1 事例・1 事案に協働している時であっても、そこでの連携行動は、ケアマネにおいては報酬対象内・専門的介入内であり、訪問リハ職にとっては報酬対象外・専門的介入外である事態は多いため、連携に対する両者の観点や振る舞いが異なるのは当然である。

（４）先行研究との比較

榮ら²⁾は、連携の構成要素として、①同一目的の一致、②複数の主体と役割、③役割と

責任の相互確認、④情報の共有、⑤連続的な協力関係過程の5つを示した。本項とこれらの5要素を対比させてみると、訪問リハ職とケアマネの職種間連携においては、①および④の不十分さ、③の曖昧さが明確になった。

①同一目的の一致は、目的を目標に基づくものとするれば介護保険下の関係では、ケアプランが作成・共有された時点では一致しているはずである。しかしながら、訪問リハ職は、サービス提供の進捗過程において徐々に不一致になる体験をしていた。訪問リハ職が利用者の残存能力の評価に基づいて一段上位の能力獲得を目指す提案に、周囲から必ずしも同意を得られないことに対して、抑制されてはいるものの、不満・焦燥・苛立ちを感じていた。リハ職は基本的に、リハビリテーションすなわち回復・向上・獲得・復帰を目指すという理念を持っている。介護保険で「自立支援」と表されている基本理念と同様とも言える。一方で利用者・家族やケアマネを含む他職種は、納得・同調して挑戦していこうとする人々と、安全優先志向になりやすい傾向にある人々が存在している。目標の設定には、このような個人的信条の影響が考えられ、訪問リハ職が専門職の信念を持ってインフォームドコンセントを行っても、安全優先を転換できない利用者・家族、ケアマネを含む他職種がいる。訪問リハ職がケアマネやケアプランの目標に感じる歯がゆさは、専門職間の信念対立が背景にあると言える。

④情報の共有は、利用者に特別なイベントが起こった際には集中的に情報共有をしようとするものの、ルーティンワークにおいては不十分な面があった。そしてそのことが相手職の思考や行動に関する不十分な理解にもつながっていると考えられる。情報を共有し、それを普段の介入に活用するというよりも、相手の領域は相手にお任せするという態度がケアマネにおいてより顕著であった。それに対して訪問リハ職は、毎月行う定期報告のタイミングを活用して小さな変化も伝えようと努力するなど、自身の思考と行動をケアマネに伝え、理解の深化を期待している態度がみられた。情報に対するこのような態度の違いには、双方の職種における多職種で構成されるチームに対するイメージの違いが影響しているのではないかと推測される。具体的には、ケアマネにはマルチディシプリナリモデルに近い役割分担型のチームイメージ、訪問リハ職にはそれぞれの役割を果たしつつも紐帯の強さを求めるチームイメージである。訪問リハのそれはマルチディシプリナリモデルよりもインターディシプリナリモデルに近く、チームに対して一体感を求めていると言える。③役割と責任の相互確認についても、このようなチームに対するイメージの相違、さらには双方が各々のフィールドで働くまでのチームにおける経験が影響していると考えられる。すなわち、チーム内でお互いがどのような行動をとるかについては、各々のチームにおける経験が影響している可能性がある。どのような経験が影響するかについては、本研究の結果からは言及することが困難であることから、今後の課題としたい。

2) 2 職種間の連携の展開過程

(1) 利用開始過程における連携の変化

訪問リハ職では、サービス提供の依頼を受けた時から、ケアマネ以外にも多様な専門職と情報交換するなど、業務遂行上必要な連携を行っていた。サービスの提供期間中においても、多角的な情報の獲得とそれに基づく詳細な評価・検討、さらにより緊密な関係構築を目指して、些細な情報をも効率よく伝える努力をしていた。しかし、ケアマネとの間では医師から出された訪問リハ職に対する指示内容の変更が共有されないという問題点もあった。具体的には、医師の指示書は定期的に更新され、見直されるものの、見直された指示内容が訪問リハ職と医師の間でのみ処理され、そこにケアマネの関与がないという問題であった。

ケアマネにおいては、訪問リハ職との接触や協働の多寡により、訪問リハ職の専門性とサービスへの認識に差が生じていた。グループインタビューから、訪問リハが必要か否かの判断を主体的に行うことができるか否かについては、当該サービスの利用経験が大きな意味をもつことが示唆された。利用経験が少ない頃では、訪問リハのケアプランにおける位置づけが受動的であったものの、訪問リハを利用することで利用者にその効果が顕著に現れることを体験することにより、利用の判断をより主体的・自発的に行うことができるようになっていた。さらに訪問リハと他サービスを同時に利用することで、訪問リハ職の専門的技術を他のサービスの提供者に習得させるということを試みることもあった。個別インタビューにおいても、訪問リハをケアプランに組むという経験が増すほど、訪問リハ職という専門職への理解が深くなることが明らかにされた。半面、このような経験の増加がリハ職への依存を高め、リハ職のサービス部分に対するアセスメントやモニタリングから一步引いたスタンスになり、「おまかせ」という態度の醸成にもつながっていることも示唆された。いずれの場合においても、訪問リハ職からの情報を受けてルーティンワーク以外の行動を起こすことで、ケアマネだけでは気づけなかった新たな視点で利用者を見ることになり、利用者のより深い理解に結びつく可能性が示唆された。加えて、ケアマネにとって訪問リハ職と連携を進めることで、リハビリを未知のものから既知のものへ、得体の知れないものから期待し頼れるものへと変化する可能性が示唆された。

両職種とも多くの利用者を担当している。利用者・家族の中には状態やサービス利用の変化が著しい人もいて、変化が著しい時期には訪問リハ職とケアマネの連絡が密になり、他方、改善・向上・維持の時期では連絡が粗になる傾向にあることが示唆された。ただし、利用者や家族の状況の変化、他サービスの変化、訪問リハ職へのクレーム等が起こった際、訪問リハ職を巻き込むか否かの判断はケアマネによってなされていた。

利用者が訪問リハの利用を開始する前から数回の利用までは、ケアマネと訪問リハとの間には密な情報交換や連絡が行われている。しかし、あるケアマネが、「サービス利用が落ち着く」と表現していたように、訪問リハを利用者・家族が受入れ、利用が定着すると、急変やトラブルが起こらない限り、定期報告の紙面によるやりとりが情報交換の主なものとなる。この紙面での情報交換についても関心が徐々に失われ、訪問リハ職に一方的に「おまかせ」という状況に至る事例もあった。このような事例がどの程度普遍的か、その

要因は訪問リハ職・ケアマネのどこにあるかは今後の検討課題である。

（２）連携上の満足と困難

訪問リハ職は、ケアマネから自身の視点では得られない有益な情報を得られることに満足していた。そして、自らの情報発信がケアマネの情報提供や調整行動の促進に貢献していると認識していた。しかし、ケアマネや主治医を含む他職種との関係については、さまざまな困難を感じていた。困難の内容は、目標設定のジレンマ、個別援助計画とケアプランとのギャップ、職種・職歴から感じるプレッシャーであり、これらの困難を調整する手段・能力に乏しいことにも悩んでもいた。連携において、「共有された目標」「対等な関係」は効果を導く要素であるが、この２職種においてはこれらが充足されているとは言えないことが明らかとなった。「目的の共有が充分になされていない場合、（中略）単なる分業方式になりかねない。（中略）目的を共有化する機会を意図的に作っていく必要がある」との指摘³⁾がある。目的や目標の共有に関しては、訪問リハ職がより強く不十分と感じ、意識を強く持っているのに対して、ケアマネにはそのような観点が弱いことが示唆されたが、今回の調査における偶然かどうか、今後量的な調査を通じて確認する必要がある。

訪問リハ職は、人数対比の利用者数・サービス提供回数が非常に多く、それをこなすために多くの時間を費やす必要があることから、連携に割く時間的な余裕が十分でないという困難も抱えていた。反面、時間的な余裕がない中でも連携の機会を最大限に活用しようとする姿勢がみられた。

ケアマネは、ケアプランの遂行、ケアプランに立てた目標の達成とともに、利用者・家族の満足感、チームアプローチの構築と促進、自身のアセスメント能力の向上が図れることに連携の満足を感じていた。連携時の人間関係やコミュニケーションに困難感を抱くことがあったが、総じて、連絡・調整を超えて、関係深化や課題解決力強化の高みに至るレベルの連携ができることへの満足感が存在していた。

（３）先行研究との比較

連携の展開過程について、Germain⁴⁾の協働過程を基盤に、栄ら²⁾は、①単独解決できない課題の確認、②課題を共有し得る他者の確認、③協力の打診、④目的の確認と目的の一致、⑤役割と責任の確認、⑥情報の共有、⑦連続的な協力関係の展開、の７段階を試案している。本研究に適用すると、②をケアマネが行う際にケアマネの個人因子が関係すること、③はシステム化されていること、④⑤⑥が不十分であること、⑦は時間要素の課題があり、特に訪問リハ職において連続性の担保に困難があることが確認された。

①単独解決できない課題の確認は、ケアマネジメントが始まり、ケアプラン化された際に行われる。その後②に進むが、この際、ケアマネがサービスの利用経験がなかったり、サービスの効果に関する意識が弱かったりすると、適切にサービスを利用するという発想に至らない場合があることが、ケアマネの個人インタビューから明らかになった。③は、サービス設定がなされ、サービス事業所へ協力を打診するシステムとフローが存在し、ケアマネも訪問リハ職もこの際の情報授受と目標共有を、積極的・主体的に実施していた。

④⑤⑥については、前述した（１）職種間の連携の構成要素（４）先行研究との比較）と
おり、目標、情報、チームに対する関心と体験により差異が生じるものと推測された。

①から⑥の過程を経て、⑦連続的な協力関係となって展開していくことについて、チー
ムの形式は継続していることが示された。しかし、ケアマネの場合訪問リハ職へのお任せ
感覚、訪問リハの場合にはチーム全体が不統一である感覚を持っていた。さらにリハ職に
おいては、訪問スケジュールが途切れなく設定されるために連絡・相談などの時間の余裕
は少なく、業務上は利用者への介入時間のみが報酬化され、ケアマネや他職種との連絡・
調整は無報酬である。このような報酬上の差別化が、ケアマネとの連絡・調整という連携
がその後の訪問につながっているという感覚を持つことを困難にしているのではないかと
推察された。

先行研究^{2,5)}は、『連携』の展開過程においては、評価や失望といった『認識』レベル
のものと、打ち合わせや助言といった『行為』レベルのものとが含まれ、自然発生的な
『連携』発生の過程、目的一致の過程、役割確認の過程、協力関係への発展過程といっ
た、複数の段階を『連携』の展開過程は包含していると考え、①から⑦の７段階を示し
た。この点では、連携の展開過程でのいくつかの躓きを経験し、さらにそれらが重複する
など、⑦の協力関係を感じられるに至るまでには克服すべき課題も少なくないことが示唆
された。

3) 2 職種間の連携の機能

(1) 連携の機能と効果

連携の機能と効果には、利用者に影響するものと専門職に影響するものがあつた。意義
ある連携として、訪問リハ職の調査対象者は利用者のより良い生活を支えることを挙げて
いた。その言葉に象徴されるように、訪問リハ職とケアマネのいずれも、連携にはより良
い生活を支えられる効果があるという認識をもっていた。つまり、「利用者の生活が充実す
ること」が確認されたと言えよう。他の訪問リハ職の対象者は、連携が獲得する情報量と
内容を拡大することで、新たな課題を明確にし、協働でケアのあり方を考えることにつな
がること、連携を通じて直面した課題に対しても、さらなる連携をして対応していると述
べていた。加えて、この訪問リハ職は連携を通じて些細な情報でもケアマネに伝えようと
する態度が身についたことと述べており、連携が「コミュニケーション能力が向上するこ
と」「相手から受けるエンパワメントが強化されること（支持的機能）」も示唆された。

ケアマネについては、連携により、地域内の社会資源のネットワークが拡大すると述べ
ており、「将来に続くネットワークが拡大され、強化される」ことが確認された。その他
に、専門職の役割に対する理解が促進すること、専門職への信頼感や安心感が増すこと、
サービスを効率よく提供すること、専門領域以外の知識や技術を学ぶこと、専門職から受
ける助言により問題解決を迅速に図ることなども連携による効果として確認された。しか
し、「途切れないシームレスなサービス利用が行われること」に関しては、先述の「1.

職種間の連携の構成要素 2) 連携上の工夫」の項で述べたように、ケアマネを通じて異事業所間の同職種の連携が推進されていることが示された。このことは、連携の機能・効果であるとともに、連携推進そのものを目指した活動であるとみることでもある。

各専門職が表明している倫理綱領・倫理規定から、連携・協働の記述を分析し、各専門職が目指す他職種との関係のあり方を検討した研究³⁾があり、対象職種には理学療法士、作業療法士、ケアマネが含まれている。それによると、内容は2種に大別され、一つは利用者のニーズに応じていこうとするもの（ただし3職種のうちケアマネのみ）、他の一つが他の専門職に対する敬意と専門性の尊重の遵守（ただし3職種のうち理学療法士、作業療法士のみ）とされている。この区分は本研究で得られた知見でも支持されている。このように、本研究の対象者は、専門職が目指すものを体現していた。さらに、連携が持つ課題発見と課題解決力強化、および連携の蓄積がもたらす専門職における自律・自覚・コミュニケーションスキルの向上や、地域における職種・組織・機関のネットワーク発達が確認された。

（2）連携の限界

連携の効果を発揮させるためには、情報の授受と協働の程度が鍵であり、情報の授受と相手への理解の不足は、連携の障がいとなっていた。訪問リハ職については、利用者に訪問リハサービスを提供し、記録に残すということが主な業務に対して、ケアマネとの情報の授受は従なる業務である。制度上求められる情報の授受は、ケアマネとの間ではサービス提供票のやり取りと個別援助計画の伝達、および医師の指示書および指示書の期間が終了した段階での情報提供がある。しかし本研究で明らかになったように、訪問リハ職は、実際には様々なタイミングで、多様な相手と色々な情報の授受を行っている。時には情報のみならず、専門的知識や技術を伝えることもある。訪問リハサービスの介護報酬は主な業務に対するものであり、従なる業務に対する報酬はない。介護報酬を効率的に得るためには、所定の時間内でサービスをある一定以上提供する必要がある。そこには事業所・居宅間、居宅・居宅間の移動時間も含まれる。このような時間的制約の中で連携を行うのは、経済的な理由よりもボランティア精神に依るところが大きいことから、時間配分の工夫を要する行動であると考えられる。

それに対して、ケアマネは、アセスメントからサービス担当者会議を経てケアプランを作成すること、社会資源の連絡調整が主な業務であり、連携そのものが業務の一環である。制度上の求められる業務に連携が含まれる。したがって、ケアマネの連携は、ルーティンの中でも行われるものであることから、目指すものは利用者のQOLとケアマネジメントの質の向上であることが必要である。

4) 訪問リハサービス内容に関するケアマネの認識とその要因分析からの考察

訪問リハサービスで提供されている内容は、訪問リハの提供実態で把握されているもの⁶⁾、ケアマネから提供が期待されているもの⁷⁾、リハ職の養成校で教示されているもの^{8,9)}

に含まれるものであった。これらの内容は、生活機能を支える複数の要素と環境因子に同時に視点を置くものであった。しかし、ケアマネが提供を期待しているものでありながら、訪問リハサービス内容に対するケアマネの認識には偏りがあった。この背景に、専門性に対する曖昧な理解、定期・不定期に提供される情報理解の不足があることが示唆された。

認識に影響する要因には、訪問リハ職の年代、事業所が併設か否か、利用者宅またはケアマネの事業所での面談の有無があった。訪問リハ職の年代は低いほど、事業所は併設であること、利用者宅での面談があることが、正しい認識につながっていた。訪問リハ職の年代については、実務経験と卒前・卒後教育体系の影響が考えられる。保健・医療・福祉・介護職に対する連携教育は、2000年頃と2010年頃を境に段階的に変化した。今後、連携教育と実務経験年数が実践的な連携行動に与える影響を検証することが、より適切な連携教育のあり方にとって必要である。連携方法（手段）のひとつである面談が利用者宅で行われている場合に認識の正しさにつながることにについては、コミュニケーションの質、言語に加えて視覚・聴覚・触覚・嗅覚を伴うことにより強化される情報、場から受け取る緊張感や熱量のような感覚的意識が、他の方法では獲得できない情報と認識を与えるためと考えられる。このような、利用者を前にして顔と顔を合わせる機会は連携の機能をより働かせ、効果をより大きくするものとして期待できるが、時間的制約の問題の解決と共に検討されるべきである。

5) 連携の展開と情報の共有に関する考察

訪問リハ職とケアマネの連携は、業務上や制度上必要である義務的連携と、それらを超えるものがあった。義務的連携を超える連携の目的の多くは利用者利益のためであった。そして両者とも、連携には利用者のより良い生活を支える機能があることを認識していた。これらのことから、この2職種間の連携は、第1章第2節において示した連携の定義「サービスを利用する主体のニーズ充足のために、所属や職種の異なる複数の専門職が協力して行う行為や活動、およびそのプロセス」と合致するものである。

連携の核となる情報共有に関しては、専門的思考の理解を伴う情報に関する共有程度に課題があると言える。目標のすり合わせの問題、提供されているサービス内容の認識の問題がこれに該当する。しかし、連携の展開過程で述べたように、ケアマネは訪問リハサービスの利用経験の積み上げ、それに伴う連携経験の積み上げによって、訪問リハ職と専門性の理解を深化させていた。すなわち訪問リハサービスの利用経験がさらに増えていけば、目標のすり合わせやサービス内容の認識に関する課題が減少する可能性が考えられる。しかし、このような問題意識への関心の程度によって左右されるだろう。

目標のすり合わせについて、訪問リハ職はケアマネのみならず、利用者とも協働して作り上げたいという考えを持っていた。しかし、利用者とケアマネの中には、安全を優先する考えもあり、訪問リハ職にとっては大きなジレンマであった。個々の事例では個別の事

情があるとしても、介護保険の基本理念のひとつである自立支援に向かう協働になっていない可能性がある。利用者の意識や行動を自立に向かう方向に変化させるためには、ケアマネが訪問リハ職のジレンマに気づき、訪問リハ職が説明能力を高め、両者が十分な意見交換で理解し合うことが必要である。

訪問リハ職と提供するサービスに対する理解の程度について述べてきたが、ケアマネやケアマネジメント、ケアマネの思考内容と思考過程についての、訪問リハ職の理解や認識はどうだろうか。訪問リハ職からも、ケアマネからも、グループおよび個別インタビューのいずれからも、ケアマネに関する理解の程度に関する話題は得られなかった。このような相違は、サービスを提供する職種への役割期待と、調整する職種へ役割期待の違いとも考えられる。本研究の中では捉えきれなかった新たな検討課題として考えていきたい。

第5章 結論

本章では、本研究で得られた知見、総括、および今後の展望と課題について記述する。

1. 本研究で得られた知見

本研究で得られた知見は、次の7つにまとめられる。

1. 本研究において、訪問リハ職とケアマネは双方ともに義務的業務を超えた連携を行っており、その効果を体感することで、相互に期待している関係が築かれていた。これは、研究1から得られた。

2. 両者の連携に影響する要因には、①利用者の経過、②訪問リハ職の心理的・時間的負担、③ケアマネにおける訪問リハ職との接触や訪問リハサービスの利用経験、④両者の専門志向と相互の関心度、⑤両者の指示書を出す医師等との関係、⑥所属事業所の関係（併設、同一法人等）があった。これは、研究1および2から得られた。

3. 連携の効果については、訪問リハ職とケアマネがともに認識していた。それと同時に、効果を期待して連携が促進され、より効率性を求める工夫を双方が行うことで、連携方法の改善が図られていた。そして、効果の認識と方法の工夫によって、情報交換のレベルの連携から、相互協力を遂行するレベルの連携へと質的な変化が生じていた。これは、研究1から得られた。

4. 連携に対する態度については、連絡調整を主な役割とするケアマネとは異なり、訪問リハ職においては、その必要性は認めつつも主な仕事に含まれないことから時間的な制約もあり、期待する連携が取れていないという見方をしていた。これは研究1の訪問リハの視点から得られた。

5. 利用者に対する目標・目的の共有の不十分さが認められたが、訪問リハ職にはこの意識が強く、ケアマネには弱い傾向があった。しかし、この齟齬が両者の協働に支障を来たしているとはいえなかった。これは、研究1および2から得られた。

6. 介護保険の基本理念である自立支援の志向性については、訪問リハ職がこのような志向性を強くもつのに比べて、ケアマネの場合、安全志向・安定志向が強く、目標共有の困難さにつながる葛藤が存在していた。さらに、この葛藤は訪問リハ職には強く自覚されている反面、ケアマネには意識されにくいものだった。これは、研究1および2から得られた。

7. ケアマネは、訪問リハサービスの利用経験を重ね、対面する連携を行うことによって、訪問リハ職とサービスへの理解と信頼を深めていた。これは、研究1および2から得られた。

2. 総括

本研究において、訪問リハ職とケアマネの2職種間の連携を取り上げた。多職種連携が制度的に推進されている現状において、職種間の連携を当事者双方の視点から捉えたこ

とに意義があると考ええる。加えて、連携に関連する先行研究で「その他の職種」と一括りになっていたリハ職の連携について、訪問リハという範囲、ケアマネとの関係という範囲ではあるが、一定の知見が得られたことは、連携におけるリハ職の行動を検討するうえで意義あるものと思われる。

研究1においては、グループのインタビュー結果を、個人のインタビューの結果が具体的に詳細に補完するものとなった。研究2においては、両職種をマッチングさせたことにより情報共有の程度を確認することができた。この調査方法は、情報共有の程度を客観的に測定できた反面、分析に耐えるペア数の量を増やすための実施上の課題が残った。

2つの研究では、2職種の連携の構成要素、展開過程、機能の側面を捉えることができ、連携の実態をある程度網羅的に把握した。他方では、ケアマネの基礎資格による影響は見いだせなかった。これは、インタビューや調査の協力者の募集の際に、基礎資格に言及しなかったことが理由である。ただし、研究1において、個別インタビューの対象としたケアマネの基礎資格は看護師と介護福祉士であったが、両者とも、訪問リハサービスを利用するケアマネジメント経験を重ねることにより、リハ職の業務を理解していた。研究2においては、ケアマネの基礎資格を医療職と介護・福祉職の2つに分けて影響を比較したが、有意な差がなかった。以上のことから、訪問リハ職との連携において、ケアマネの基礎資格の影響は小さいと考えられる。研究2において、ケアマネの経験年数を5年で区分したが有意な差がなかったことから、単純なケアマネ経験年数よりもリハ職との接点の多寡が職種理解に影響する可能性があると思われる。

全体として、得られた知見の一つひとつは、職種間連携を図る職種ごとの過程や課題を説明でき、連携のあり方の検討材料を提供している。しかし、知見は断片的な範囲にとどまっていることから、今後はこれらの知見間の関連性にも言及していきたい。

3. 今後の展望

今後の展望として、短期的には、本研究の知見が対象とした2職種間に特有なのかどうか、他の職種間連携を対象とした研究を行い、一般化の可能性を追求したい。その際、2職種間とする限り、多職種連携の中的一面であることを無視できない。多職種連携は多数の職種が多様な交流と関係を持ち、複雑なダイナミズムが生じている。この複雑さを解明できるような研究方法の考案も必要である。分析の際には、2職種であれ、多職種であれ、①連携経験を年数等の量的尺度のみならず、経験してきた質的なものからも検討すること、②ケアマネのように連携が役割と報酬の範囲内にあり制度上保障されている職種と、訪問リハ職のように役割として求められているものの報酬外であり制度上認められていない職種という点を意識すること、③連携に関する教育や学習の影響を考慮すること、が必要である。長期的展望として、チームにおける連携の理論化を目指していきたい。

謝辞

はじめに、主査である長田久雄教授、副査である中谷陽明教授、指導教員・副査の杉澤秀博教授、外部副査である国際医療福祉大学大学院の白澤政和教授、そして故人となられた石川久展先生に感謝申し上げます。

私の9年間という長い博士後期課程在籍期間において、入学当時、桜美林大学大学院教授であった白澤先生から、当初の指導教員として研究計画・実施・論文投稿への過程にご指導をいただきました。特に研究2の同一事例担当者の2職種をマッチングする方法は、白澤教授がご教示くださったものです。2019年4月の異動後にも、外部副査のお立場で指導いただきました。ありがとうございました。

長田教授には、常に全体的な視点からご教示いただくことができました。ある時ゼミにうかがってご指導をいただいた際に、まとまると思いますよと言ってくださった言葉に励まされてまいりました。実施、分析、執筆、何をとっても遅緩でご迷惑ばかりおかけしました。それでも最後までご教示いただけたことに、お詫びとともに、御礼申し上げます。

中谷教授には、最終の時期にご指導をいただきました。本研究の意義をあらためてお教えいただき、今後の課題を明らかにしてくださいました。ありがとうございました。

杉澤教授からは、本論文執筆におけるご指導はもちろんのこと、杉澤ゼミに時々参加させていただき、多数の院生とのディスカッションやご指導の場に触れ、多くの気づきと学びをいただきました。2019年4月以降、指導教員になってくださった杉澤教授のお力を借りて、ようやく完成を迎えられました。感謝の気持ちは尽きません。心から感謝申し上げます。

二次試問の際に外部副査であった故・石川先生は、類似するテーマの研究を進められているお立場から、職種間連携を研究として取り扱うことの困難さと意義を教えてくださいました。二次試問を終えた私に対して、大きく労い、励まし、貴重な資料を手渡してくださいました。何とか到達できた本論文の完成を伝えられず、慙愧に堪えない思いです。安らかなる眠りをお祈りいたします。

そして、桜美林大学大学院四谷キャンパスの、四谷期から新宿期までの歴代の事務室の皆様方は、遠方であることに加え、院のスケジュールやシステムにいつまで経っても慣れない私を、私の立場になっていつも応援・支援してくださいました。頼りすぎるほど頼らせていただいたことに、この場をもって感謝いたします。

最後に、私に本研究のテーマをもたらし調査にもご協力いただいた、フィールドで活動している多忙なケアマネジャー、理学療法士、作業療法士の皆さん、これまでの9年間で理解しご支援いただいた、所属先である山形県立保健医療大学保健医療学部理学療法学科の歴代の学科長と教員、および、たくさんの大きなライフ・イベントを共に乗り越えながらここまで到達させてくれた家族に感謝を申し述べます。ありがとうございました。

関わってくださった人々と私の間の連携からも、多くを学ばせていただきました。

文献

第1章

- 1) 厚生労働省：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書．(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>, 2017.6.8)
- 2) 厚生労働省：平成 18 年 3 月 27 日付老老発第 0327001 号課長通知 リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例および様式例の提示について．介護保険制度平成 18 年 4 月改正関係通知等．(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/seido/0604/>, 2016.6.25)
- 3) 丹野克子，白澤政和：訪問リハビリテーションサービス内容に対するケアマネジャーの正確な認識の要因．リハビリテーション連携科学，18（1）：（2017）
- 4) 吉岡久美：介護支援専門員の活動状況調査－ケアプラン作成時の訪問看護選定状況－．九州看護福祉大学紀要，6（1）：181-190（2004）
- 5) 須田由紀，佐藤悦子，依田純子，et al：訪問看護師が持つ介護支援専門員との連携に関する認識の実態．山梨県立大学看護学部紀要，16：21-30（2014）
- 6) 鳥海直美，岡田進一，白澤政和：訪問介護事業者への苦情に関する研究－サービス提供体制およびケアマネジャーとの連携体制との関連－．日本在宅ケア学会誌，7（2）：75-82（2004）
- 7) 川越雅弘，備酒伸彦，森山美知子：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関与状況．理学療法科学，26（3）：387－392（2011）
- 8) 伊藤彩：頸髄症患者への訪問リハビリテーションアプローチ～ホームエクササイズと他職種との連携から～．山形理学療法学，2：24-27（2005）
- 9) 氷見昌美，関春美，岡田与志子，et al：訪問リハビリテーションにおける関係機関との連携について．理学療法群馬，17：40-47（2006）
- 10) 安河内亮：重度脳幹出血を発症した症例の訪問リハビリテーションでの関わり．理学療法福岡，25：71-74（2012）
- 11) 鈴木健太，松田雄太：訪問リハビリテーション担当者と福祉用具専門相談員の連携－身体機能に合った車椅子の選択がスムーズに行えた一症例－．山形理学療法学，10：20-23（2013）
- 12) 公益社団法人日本理学療法士協会：平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業訪問リハビリテーションと，訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業 調査報告書，東京（2014）
- 13) 丹野克子，照井孫久，遠藤和子：訪問リハビリテーションサービスを提供する理学療法士・作業療法士の連携の様態－ケアマネジャーとの関係を中心に－．保健医療福祉連携，9(1)：21-28（2016）

- 14) 遠藤慎一：介護支援専門員に対する意識調査からみえた訪問リハビリテーションの課題．第47回日本理学療法学会大会抄録集，39 (Suppl.2)：Eb0589 (2011)
- 15) 平成26年度介護給付費実態調査の概況（平成26年5月審査分～平成27年4月審査分）．(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/14/dl/11.pdf>, 2015.12.28)
- 16) 大浦智子，津山努，中西康祐：介護支援専門員と訪問介護員における訪問リハビリテーション効果への期待—量的・質的検討—．作業療法，32 (5)：440-450 (2013)
- 17) 蒔田寛子，牧田光代：在宅療養支援に必要な専門職の観察の視点と連携の課題．保健医療福祉連携，8：155-163 (2015)
- 18) 金城正太，友利幸之介，大友貴子，et al：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，28：578-584 (2009)
- 19) 山中京子：医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成．社会問題研究，53 (1)：1-22 (2003)
- 20) 筒井孝子，東野定律：全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究．日本公衛誌，53 (10)：762-776 (2006)
- 21) 吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理．桃山学院大学総合研究所紀要，34(3)：109-122 (2009)
- 22) 栄セツコ：「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに—．桃山学院大学総合研究所紀要，35(3)：53-74 (2010)
- 23) 礪玲子，小松崎愛美，真田育依，et al：高齢者介護関連文献における「連携」の内容分析．リハビリテーション連携科学，11 (2)：152-157 (2010)
- 24) 別所遊子，細谷たき子，北出順子，et al：寝たきり高齢者の訪問看護におけるリハビリに関する検討．福井医科大学研究雑誌，1 (1)：191-198 (2000)
- 25) 別所遊子，長谷川美香，北出順子，et al：在宅高齢者の日常生活動作能力と訪問看護が行うリハビリケア．北陸公衆衛生雑誌，27 (1)：1-7 (2000)
- 26) Ogiwara,S, Tsukada,N.：Attitude of physiotherapists vis-à-vis nurses concerning information exchange. Journal of the Tsuruma HEALTH SCI.MED.KANAZAWA UNIV., 28：127-134 (2004)
- 27) 尾形綾子，伊達久美子：Y大学病院におけるコメディカル間の連携に対する認識—看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士の比較—．山梨大学看護学会誌，3 (1)：41-48 (2004)
- 28) 上林美保子：行政保健師の行う「連携」の概念に関する研究—地域看護分野と社会福祉分野の文献検討を中心に—．岩手県立大学看護学部紀要，6：1-16 (2004)
- 29) 松岡千代，石川久展：「チームワーク」認識に関する研究—自記式質問紙を用いた専門職間比較—．香川県立医療短期大学紀要，(2)：17-24 (2000)
- 30) Reese,D.J, Sontag,M.A.：Successful interprofessional collaboration on the hospice

- team. *Health&Social Work*, 26 (3) : 167-175 (2001)
- 31) 渋谷田鶴子：対人援助における協働—ソーシャルワークの観点から—。精神療法, 28 (3) : 270-277 (2002)
- 32) 松坂誠應, 浜村明德, 東登志夫, et al : 在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携。リハビリテーション医学, 35 : 918-925 (1998)
- 33) 別所遊子, 細谷たき子, 長谷川美香, et al : 寝たきり高齢者の在宅ケアにおける訪問看護職と理学療法士との連携。福井医科大学研究雑誌, 1 (3) : 495-509 (2000)
- 34) Mira Johri, Francois Beland, Howard Bergman : International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18 : 222-235 (2003)
- 35) Ruth Elkan, Denise Kendrick, Michael Dewey, et al : Effectiveness of home based support for older people : systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323 (29) : 1-9 (2001)
- 36) Adam Shapiro, Miles Taylor : Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *The Gerontologist*, 42 (3) : 334-341 (2002)
- 37) Lucia S. Sommers, Keith I. Marton, Joseph C. Barbaccia, et al : Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med*, (160) : 1825-1833 (2000)
- 38) John C. Scott, Douglas A. Conner, Ingrid Venohr, et al : Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: A 2-Year randomized trial of the cooperative health care clinic. *JAGS*, 52 : 1463-1470 (2004)
- 39) Rene J. F. Melis, Eddy Adang, Steven Teerenstra, et al : Cost-effective of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *Journal of Gerontology*, 63A (3) : 275-282 (2008)
- 40) Rene J. F. Melis, Monique I. J. van Eijken, Steven Teerenstra, et al : A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on Geriatric Syndromes in vulnerable older who live at home (Dutch EASY care Study). *Journal of Gerontology*, 63A (3) : 283-290 (2008)
- 41) Lee-Fay Low, Melvyn Yap, Henry Brodaty : A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11 : 93-107 (2011)
- 42) Christina M. Krause, Christopher S. Jones, Stephen Joyce, et al : The impact of a multidisciplinary, integrated approach on improving the health and quality of care for individuals dealing with multiple chronic conditions. *American Journal of*

- Orthopsychiatry, 76 (1) : 109-114 (2006)
- 43) Amede Gogovor, Bernard Burnand, Sare Ahmed, et al : Team effectiveness in - patient health management: An overview of reviews. International Journal of Clinical Medicine, 3 : 614-627 (2012)
- 44) Marielle Ouwens, Hub Wollersheim, Rosella Hermens, Marlies Hulscher, Richard Grol : International Journal for Quality in Health Care, 17 (2) : 141-146 (2005)
- 45) Nicholas J. Cordato, Sabari Saha, Michael A. Price : Geriatric interventions : the evidence base for comprehensive health care services for older people. Aust Health Rev., 29 (2) : 151-155 (2005)
- 46) Hiroshi Murayama, Takuhiro Yamaguchi, Satoko Nagata, Sachiyo Murashima : The effects of an intervention program for promoting interorganizational network building between multidisciplinary agencies and community-based organizations: a cluster trial in Japan. BMC Public Health, 12 : 178-187 (2012)
- 47) 厚生労働省. 平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成 25 年度調査) (11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書.
(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051768.pdf, 2015.12.20).
- 48) 福山和女: 福祉・保健・医療のネットワークにおける医療ソーシャルワークの機能. ソーシャルワーク研究, 25(1): 9-16 (1999)
- 49) 荻野ひろみ, 對馬節子, 萬歳英美子: 精神保健分野のコラボレーションにおけるソーシャルワーカーの果たすべき機能と適用理論. 精神療法, 28 (3) : 301-309 (2002)

第 2 章

- 1) 山形県地域リハビリテーション連携委員会, リハビリテーションスタッフ名簿平成 20 年 8 月現在, 山形 (2008)
- 2) 山浦晴男: 質的統合法入門考え方と手順, 第 1 版: 23-77, 医学書院, 東京 (2012)
- 3) 山中政子: 急激に臨死期に至った症状のある肺がん患者の情動体験—精神症状が緩和した事例と難渋した事例の比較—. 千里金蘭大学紀要, 11 : 67-76 (2014)
- 4) 公益社団法人日本理学療法士協会: 平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業訪問リハビリテーションと, 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業 調査報告書, 東京 (2014)
- 5) 松岡千代: ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理—. 社会福祉, 40 (2) : 17-38 (2000)
- 6) 筒井孝子: 地域保健サービスの担当職員における連携評価指標開発に関する統計的研究, 厚生労働科学研究費補助金 (がん予防等健康科学総合研究事業) 平成 15 年度研究報告書, 東京 (2004)

- 7) 吉池毅志, 栄セツコ : 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34 (3) : 109-122 (2009)
- 8) 成瀬昂, 阪井万裕, 永田智子 : Relational Coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. 日本公衛誌, 61 (9) : 565-573 (2014)
- 9) 柴山志穂美 : ケアマネジャーと主治医の連携のあり方に関する研究. 自立支援介護学, 3 (2) : 140-146 (2010)
- 10) 伊藤幸代, 小林厚美, 南田喜久美 : 在宅における訪問看護師とケアマネージャー, ホームヘルパー間の連携困難に関する調査. 日本看護学会論文集 : 地域看護, 44 : 47-50 (2014)
- 11) 成瀬和子, 宇多みどり : 在宅ケアにおける多職種連携の困難と課題. 神戸市看護大学紀要, 22 : 9-15 (2018)
- 12) 伊藤彩 : 頸髄症患者への訪問リハビリテーションアプローチ～ホームエクササイズと他職種との連携から～. 山形理学療法学, 2 : 24-27 (2005)
- 13) 氷見昌美, 関春美, 岡田与志子, et al : 訪問リハビリテーションにおける関係機関との連携について. 理学療法群馬, 17 : 40-47 (2006)
- 14) 安河内亮 : 重度脳幹出血を発症した症例の訪問リハビリテーションでの関わり. 理学療法福岡, 25 : 71-74 (2012)
- 15) 鈴木健太, 松田雄太 : 訪問リハビリテーション担当者と福祉用具専門相談員の連携—身体機能に合った車椅子の選択がスムーズに行えた一症例—. 山形理学療法学, 10 : 20-23 (2013)
- 16) 上岡裕美子, 松田智行, 飯島弥生, et al : 訪問リハビリテーションの教育プログラム構築に向けた調査報告—実践家から見た養成施設における教育の課題—. 理学療法学, 40 (5) : 378-385 (2013)
- 17) 木下康仁 : グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 : 質的研究への誘い. 初版, 弘文堂, 東京 (2003)
- 18) 木下康仁 : ライブ講義 M-GTA : 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 初版, 弘文堂, 東京 (2007)
- 19) 厚生労働省 : 第 15 回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/jukensha/15-2.html> , 2013.1.8)
- 20) 松坂誠應, 浜村明德, 東登志夫, et al : 在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携. リハビリテーション医学, 35 : 918-925 (1998)

第3章

- 1) 厚生労働省 : 平成 24 年度介護報酬改定の効果検証および調査研究に係る調査 (平成 25 年度調査) (11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書.

- (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051768.pdf, 2015.12.20)
- 2) 大浦智子, 津山努, 中西康祐: 介護支援専門員と訪問介護員における訪問リハビリテーション効果への期待—量的・質的検討—. 作業療法, 32: 440-450 (2013)
 - 3) ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版. 障害者福祉研究会編, 中央法規 (2002)
 - 4) 一般社団法人日本作業療法士協会, 作業療法白書 2010. (<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/whitepaper2010.pdf>, 2015.11.30)
 - 5) 標準理学療法学専門分野地域理学療法学. 奈良勲シリーズ監修, 牧田光代・他編, 第3版, 医学書院 (2012)
 - 6) 標準作業療法学専門分野地域作業療法学. 小川恵子編, 第1版, 医学書院 (2005)
 - 7) 厚生労働省: 課題分析標準項目について.
(<http://www.jupiter.sannet.ne.jp/to403/hourei/cm/11rk029.html#4>, 2015.12.25)
 - 8) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江: 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. 厚生指標, 62(6): 1-9 (2015)
 - 9) NTT データ経営研究所, 平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 生活期リハビリテーションにおける多職種協働・連携の実態に関する調査研究事業報告書 (2015)
 - 10) 大嶋伸雄: 専門職間連携教育の変遷と現状. 老年社会科学, 33 (3): 472-477 (2011)
 - 11) 日本学術会議健康・生活科学委員会高齢者の健康分科会. 提言 地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて (2011) p. 10.
 - 12) 松岡千代: 多職種連携の新時代に向けて 実践・研究・教育の課題と展望. リハビリテーション連携科学, 14 (12): 181-194 (2013)
 - 13) 丹野克子, 照井孫久, 遠藤和子: 訪問リハビリテーションサービスを提供する理学療法士・作業療法士の連携の様態—ケアマネジャーとの関係を中心に—. 保健医療福祉連携, 9 (1): 21-28 (2016)
 - 14) 中村洋: 多職種連携における 2 つの阻害要因と 4 つの促進要因. 医療と社会, 24 (3): 211-212 (2014)
 - 15) 中村洋: ヘルスケア分野における多職種・多機能間連携の促進ならびに阻害要因への対応—構造的ミスマッチと多様性のマネジメントならびに連携と健全経営との共進的發展—. 医療と社会, 22 (4): 329-342 (2013)
 - 16) 栄セツコ: 「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに—. 桃山学院大学総合研究所紀要, 35(3): 53-74 (2010)
 - 17) 公益社団法人日本理学療法士協会. 平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 訪問リハビリテーションと, 訪問看護ステーションからの理学療法

士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業調査報告書，東京（2014）

- 18) 向正希：地域理学療法学における授業の現状と課題．東北理学療法学，22：37-42（2010）

第4章

- 1) 松坂誠應，浜村明德，東登志夫，小泉幸毅，今中悦子，藤田雅章：在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携．リハビリテーション医学 35：918-925（1998）
- 2) 栄セツコ：「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに—．桃山学院大学総合研究所紀要，35(3)：53-74（2010）
- 3) 村田真弓：医療福祉専門職の多職種連携・協働に関する基礎的研究—各専門職団体の倫理綱領にみる連携・協働の記述から—．大妻女子大学人間関係学部紀要人間関係学研究，13：159-165（2011）
- 4) Germain, C. B.：Social work practice in health care: An ecological perspective. New York, Free Press.（1988）
- 5) 吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—．桃山学院大学総合研究所紀要，34（3）：10-122（2009）
- 6) 厚生労働省：平成24年度介護報酬改定の効果検証および調査研究に係る調査（平成25年度調査）（11）生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書．
（http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051768.pdf, 2015.12.20）
- 7) 大浦智子，津山努，中西康祐：介護支援専門員と訪問介護員における訪問リハビリテーション効果への期待—量的・質的検討—．作業療法，32：440-450（2013）
- 8) 標準理学療法学専門分野地域理学療法学．奈良勲シリーズ監修，牧田光代・他編，第3版，医学書院（2012）
- 9) 標準作業療法学専門分野地域作業療法学．小川恵子編，第1版，医学書院（2005）

資料

訪問リハビリテーションサービスを提供する専門職の
介護支援専門員との連携の実相に関する研究

図表および質問紙

指導 杉澤秀博教授

老年学研究科

老年学専攻

211K2901

丹野克子

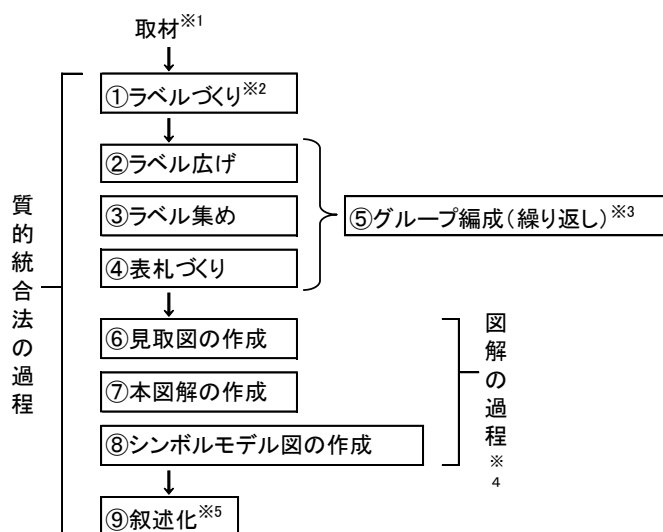


図 2-1 質的統合法の基本的手順
(山浦晴男2012「質的統合法入門 考え方と手順」p.25図2-2を改変)

- ※1 「取材」は、観察記録、インタビューの逐語録、記録からの抜粋、討論での意見など、さまざまな素材で入手できる。本研究ではグループインタビューの逐語録である。
- ※2 得られた素材を2つの内容ごとに切り分け、単位化する作業である。このときできあがったラベルを「元ラベル」とよぶ。
- ※3 ⑤グループ編成は、②ラベル広げ(机の上に読みやすく並べる。)、③ラベル集め(類似するラベル同士でグループをつくる。)、④表札づくり(グループ内の複数のラベルの内容を一文にまとめ、新しいラベルを作成し、グループ内のラベルを重ね、一番上において束ねる。新たなラベルを「表札」とよぶ。)を繰り返していく作業である。グループ総数が5～7個になったら作業を終了する。最終的に作成された表札が「最終ラベル」になる。
- ※4 本論文における図2は、⑥を経た⑧である。
- ※5 ⑨叙述化は、図解の文章化である。最終ラベルの内容と添え言葉を用いながら説明の文章を作成する。

本文 10 ページ 第 2 章 第 1 節 2. 方法 2) 個別インタビュー (1) 調査方法
本文 18 ページ 第 2 章 第 2 節 2. 方法 2) 個別インタビュー (1) 調査方法

表 2-1

表 2-1 インタビューガイドの要点

■共通項目

1. サービス提供の過程における連携
 - ・ 各時期（利用準備期、利用中、利用終了、利用内容変更など）における連携場面のやりとり
 - ・ 訪問リハサービスへの医師の指示に関わる連携場面とやりとり
 - ・ 連携がうまくいっている／うまくいかないと感じる時のやりとりや対応
2. 連携方法に関連して
 - ・ サービス担当者会議における専門職との関わりや成果
 - ・ 随時の連携時の目的、方法、成果
3. 連携の結果の活用
4. 連携の意義について
 - ・ 連携を行うことによって生じた反応や変化
 - ・ 専門職である自分にとっての連携の意義

■訪問リハ職に対して

1. ケアマネジャー以外の専門職との連携について

■ケアマネジャーに対して

1. ケアプランに訪問リハサービスを位置づける判断について
2. 訪問リハ職以外の専門職との連携について

本文 10 ページ 第 2 章 第 1 節 2. 方法 2) 個別インタビュー (2) 対象者の選定方法
本文 18 ページ 第 2 章 第 2 節 2. 方法 2) 個別インタビュー (2) 対象者の選定方法

図 2-2

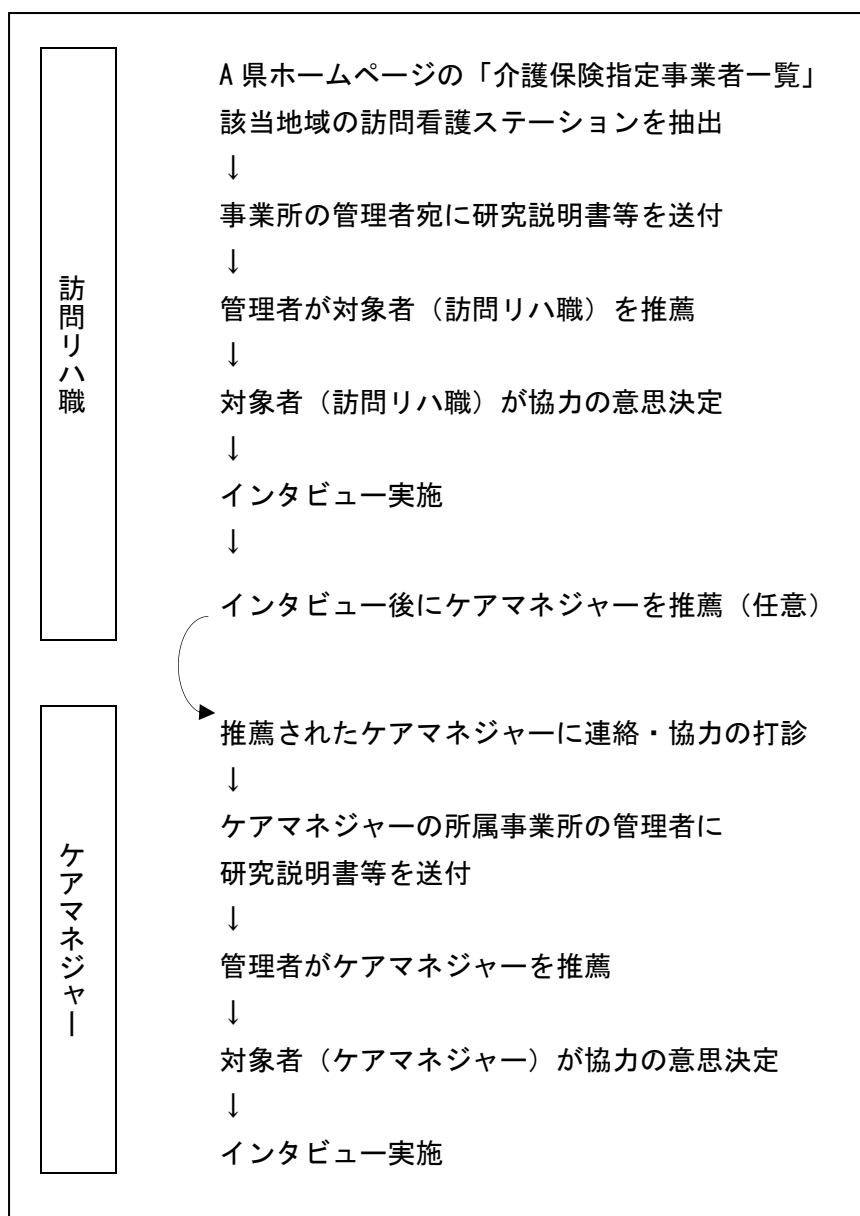


図 2-2 対象者の選定とインタビュー実施までのフロー

表 2-2

表 2-2 シンボルマーク・最終ラベル・元ラベル代表例の関係

*シンボルマーク **事柄：エッセンス	最終ラベル	元ラベル代表例
①ケアマネとの人間関係側面： 職種・職歴による付き合い方の難しさ	ケアマネの特性に差が大きいため、始めは個人ごとの傾向と対策を探り、反応が良い人とは連携の意欲や回数が増しやすく、反応が乏しい人には定期報告だけいいかなという感じになる。また、ドクターや、元リハ職のケアマネにプレッシャーやパワーバランスを感じると相談しづらくなるなど、相手の職種や反応によって、付き合い方が変わることがある。	依頼をいただくと、正直一番最初に会った時に何をするかというと、利用者さん本人もそうですが、まずケアマネを探る作業というか、どういう事を考えているケアマネなのかとか、そのかたの特性をまずつかみながらどういってお付き合いをしていったほうがいいのかとか。
②ケアマネとの業務の進め方側面： 職種・職歴に伴う考え方のギャップ調整の難しさ	職種によって考え方や求めていること・行動・態度に相当な差があり、ケアマネの場合は元の職種の影響がケアプランに反映される。リハビリの目標についても、改善・向上を目指すとする訪問リハ職と、それよりもリスク回避・安全優先のケアマネ・家族との間にギャップがあり、本当はプラスをよりプラスに改善するような連携の意味合いを強めたいが、家族の困難感や負担感を思うと、それをケアマネに情報提供することも迷う。	私達はリハスタッフなので、なるべく「できる」までいかなくても「する ADL」とか目的に身体機能がもう少しよくなるものを目指して、ここまでだったら最低限おうちでも続けていけるんじゃないかという目標を立てて、こういう風に、じゃあケアさん達（介護スタッフ達）にも、介助方法を統一してやってもらいたいとなった場合に、そこにリスクが伴うのであれば、そんなに高いものを目指さずとも、一回高いものを目指して下げるよりは、前半楽な方という所でのギャップをいかに埋めるか。
③情報交換の機会： 利用者の多さと急な予定による確保の難しさ	電話は書面より手間がかからずタイムリーに相談でき、担当者会議は関係者全員が顔を合わせられるので、直接話して情報交換できる機会としてそれぞれ活用したいが、利用者が多くて空き時間が無かったり、急な予定連絡に都合を合わせられないことは多い。	利用者さんの都合とか他のサービス提供者さんの都合と合わないことがあって、そのためだけに（担当者会議出席の）時間を確保しようとするのが難しいことがあります。
④サービス提供過程におけるやりとり側面： 多様な関係者間のスムーズな報告・連絡・相談	サービス提供の依頼は、ケアマネの他にも多数の職種から来るし、こちらからケアマネに提供依頼があったことを連絡することもある。サービスを開始するまでもまだ、指示書や契約のこともあり、多数の人とのつき合いがある。さらにサービスが提供されている最中には、事業所内・外の専門職と、担当利用者の他に、担当外の高齢者についてお互いに相談し合うこともある。	連携をとる時にも、医学的な事とか、そういう時は看護師さんとうまく連携をとっていったりとか、生活面でこうしていきたいという時には、関わっているヘルパーさんとやりとりしたりと、連携をするときは変えていくのかなと。
⑤サービス提供過程における検討内容側面： サービス提供者間のスムーズな意思疎通	訪問リハ職としてのケアプランへの関与は、サービス開始までにある程度の流れがあり、事前相談や担当者会議で、リハビリの目標をケアプランに具体的に反映させられれば、そのプランに沿って個別援助計画を作成するし、サービスが提供されている最中は、相談してサービス内容や頻度を変更することはあるが、関係者の意思疎通でそれが伝わっていれば、ケアプランを変更するほどのことに関わることはない。	その時持ってくる仮のケアプランもそうですが、だいたい大まかな言い回しで書いてくるかたが多い印象ですので、特段そこから変えなくても、ケアマネさんや他のサービス、詳細についてうまく意思疎通がとれていれば、そんなにケアプランを変えてまでとか、内容をもっと詳細までとか、そういう事にあまりなくても。
⑥ケアマネ側からの働きかけ： 密度の濃い情報に基づく訪問リハ職を活かす調整力の発揮	気軽にこまめに利用者を訪問しているケアマネは、利用者との信頼関係が濃く、状態をよく把握しているので訪問リハ職からの情報提供内容が通じやすく、質問や相談をくれることもあって連携しやすいと感じる。また、訪問リハ職に配慮した工夫や調整をしてくれたり、訪問リハ職からの情報を関係者に伝言してくれたり、ケアマネのみならず、他職種とも連携がとれていると感じる。	気軽に訪問しているケアマネさんだと、患者さんとの信頼関係も濃い感じがして、状態を把握してくださっているので、私が情報を流したときも「ああ、そうだね」というので「こういう点はどうですか」という質問とか相談をされることもあるので、そのへんでは結構やりやすいかなと感じています。
⑦訪問リハ職側からの働きかけ： 些細な情報発信に基づくケアマネとの関係づくり	言わなくてもいいかなと思うような些細な情報がいつばいあって、それをケアマネにふと伝えた時に、最近話していないちょっとしたことがお互いから出てきたり、細かな部分で話しやすかったりする。	（些細な事でもただ電話してることがあり、その理由は）ちょっとしたお互いの、最近話していない部分が、意外とそういう時に出てきたりとか、細かい部分で話しやすかったりとか。

*シンボルマークに付した番号は、シンボルモデル図(図 2)に付した番号に対応。

**シンボルマークの「事柄」は全体像におけるラベルの位置づけであり、「エッセンス」は固有性を表す表現である。

***元ラベル・最終ラベルにおける「ケアマネジャー」は、「ケアマネ」に表記を統一した。

⑥ ケアマネ側からの働きかけ:
密度の濃い情報に基づく
訪問リハ職を活かす調整力の発揮

両者通底し

⑦ 訪問リハ職側からの働きかけ:
些細な情報発信に基づく
ケアマネとの関係づくり

背景で影響し

① ケアマネとの人間関係側面:
職種・職歴による
付き合い方の難しさ

両側面をなし

② ケアマネとの業務の進め方側面:
職歴に伴う考え方の
ギャップ調整の難しさ

背景で物理的に影響し

③ 情報交換の機会:
利用者の多さと急な予定による確保の難しさ

④ サービス提供過程における
やりとり側面: 多様な関係者間
のスムーズな報告・連絡・相談

両側面をなし

⑤ サービス提供過程における
検討内容側面: サービス提供
者間のスムーズな意思疎通

質的統合法におけるシンボルモデル図は、「シンボルマーク」、「関係記号」とよぶ独自の記号、関係記号を説明する接続詞的な「添え言葉」により示される。図では、①～⑦が表 1 にも示した「シンボルマーク」、イタリック体の文字が、ラベル間の関係を示す「関係記号」を説明する「添え言葉」。「関係記号」と「添え言葉」の関係⁹⁾は以下のとおり。

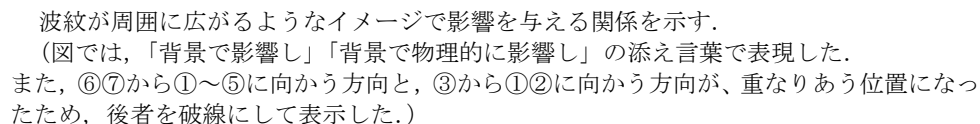
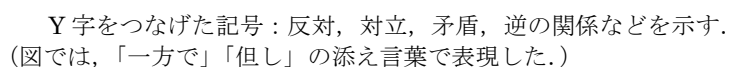
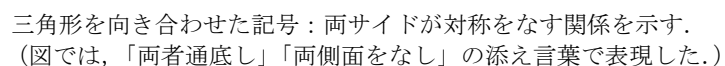


図 2-4

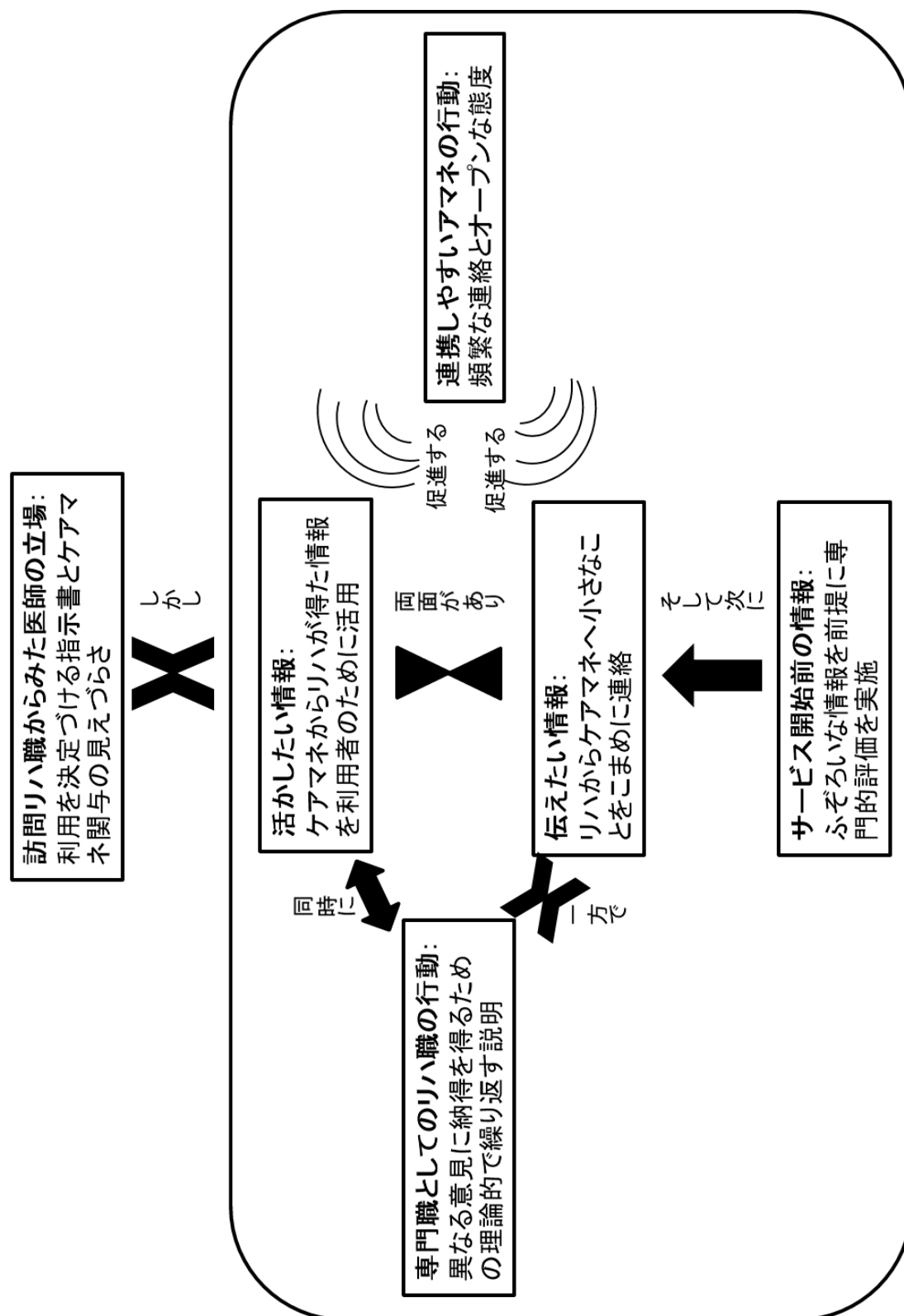
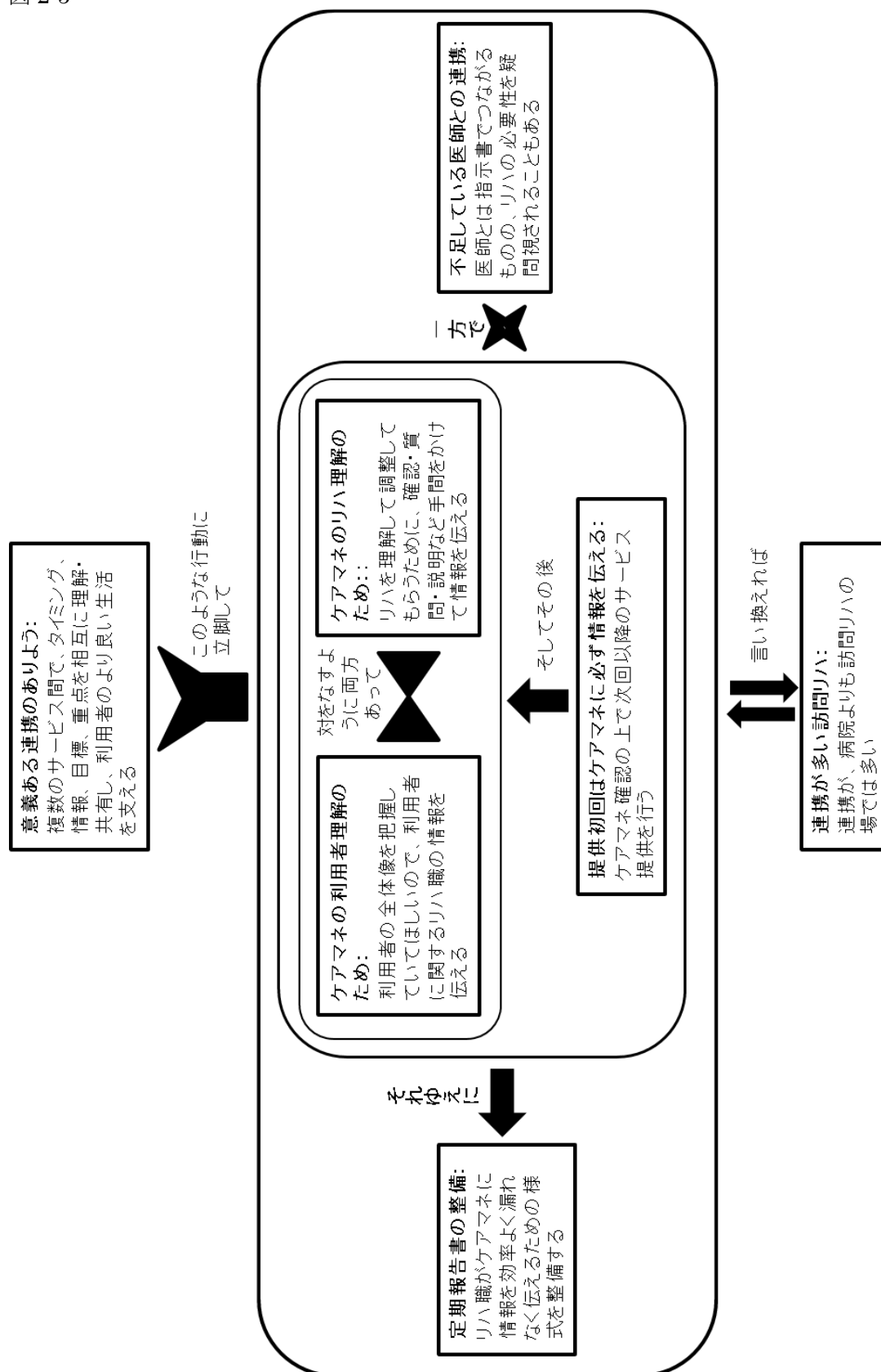


図 2-5



本文 18 ページ

第 2 章 第 2 節 2. 方法 2) 個別インタビュー (1) 調査方法
表 2-1

本資料の 2 ページの表 2-1 に同じ

本文 18 ページ

第 2 章 第 2 節 2. 方法 2) 個別インタビュー (2) 対象者の選定方法
図 2-2

本資料の 3 ページの図 2-2 に同じ

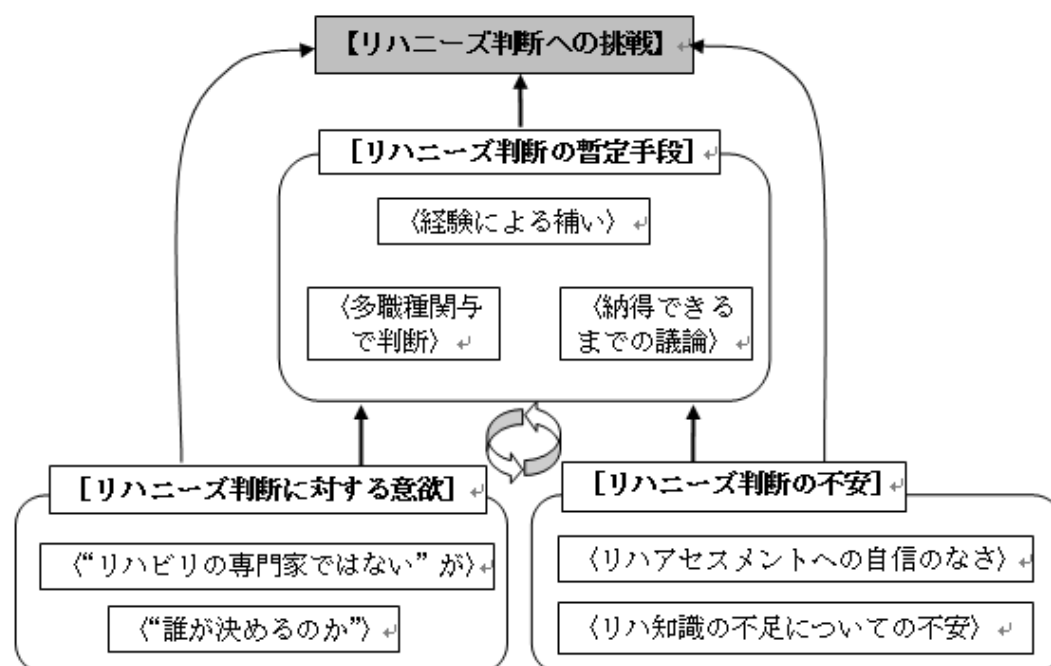
表 2-3

表 2-3 【リハニーズ判断への挑戦】を構成するカテゴリー・概念の一覧

CC	C	概念	定義
リハニーズ判断への挑戦	リハニーズ判断に対する意欲	“リハビリの専門家ではない”が	リハ職ではないのでニーズ判断に関わることに戸惑いながら、判断しようとしていること。
		“誰が決めるのか”	リハニーズの見極めは、特定職種が単独で行うとは限らないと感じていること。
	リハニーズ判断の不安	リハアセスメントへの自信のなさ	リハに関するアセスメントに自信がないと思っていること。
		リハ知識の不足についての不安	リハに関する専門的知識の不足を不安に思うこと。
	リハニーズ判断の暫定手段	経験による補い	訪問リハサービス利用の経験を積むことにより、リハの必要性に関する直感が働くようになること。
		多職種関与で判断	リハニーズを判断するために、複数の職種の見解を得ること。
		納得できるまでの議論	リハの終了や変更等の判断に疑問があると、納得できるまで議論しようとする事。

CC：コアカテゴリー、C：カテゴリー

図 2-6



注) → 矢印の元のカテゴリーの実施や存在によって、先端のカテゴリーが成果として得られる。

↻ 影響を受け合いながら行為が繰り返される。

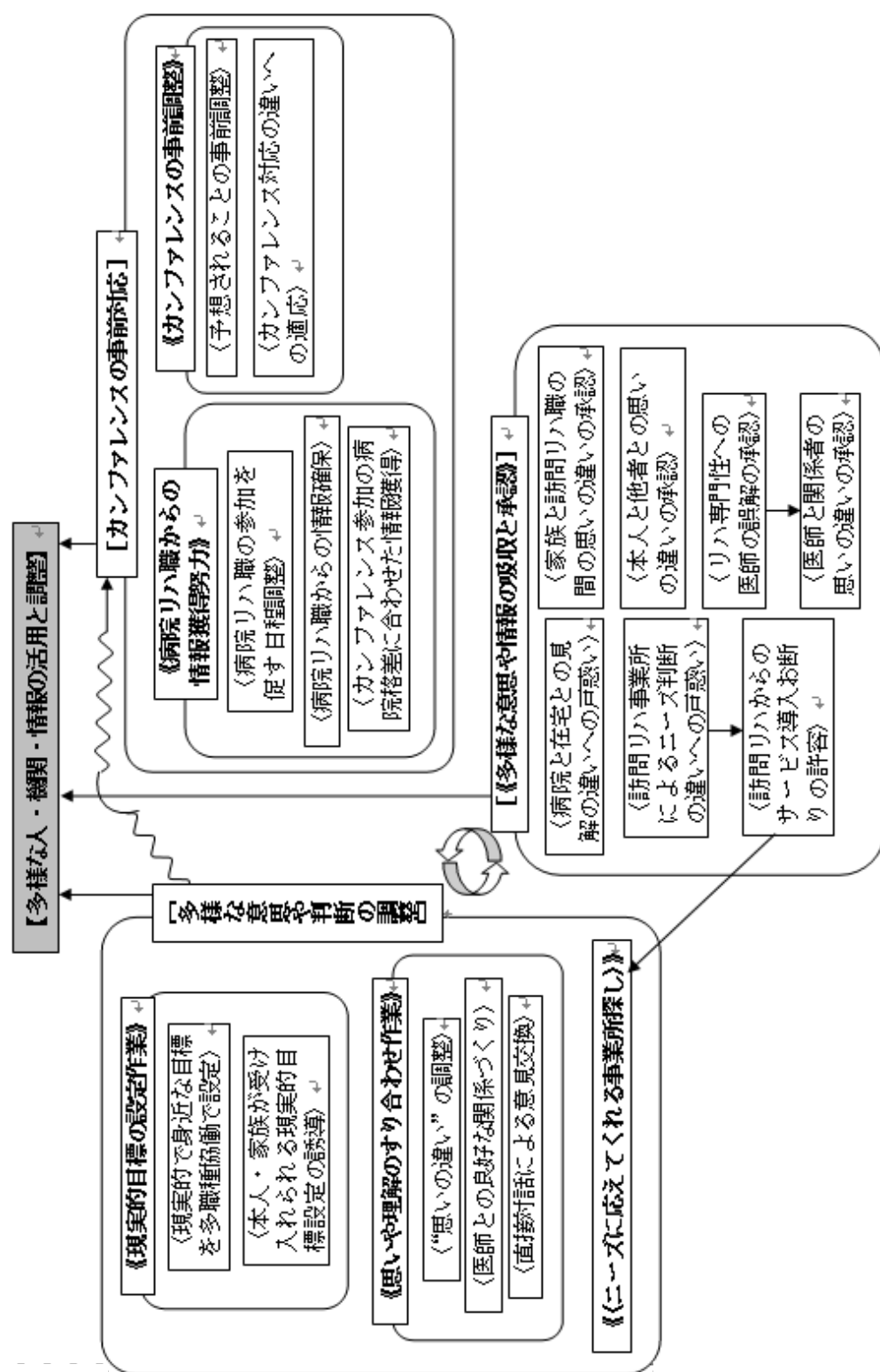
図 2-6 【リハニーズ判断への挑戦】を構成するカテゴリー・概念の関係図

表 2-4

表 2-4 【多様な人・機関・情報の活用と調整】を構成するカテゴリー・概念の一覧

CC	C	SC	概念	定義
多様な人・機関・情報の活用と調整	多様な意思や情報の吸収と承認		病院と在宅との見解の違いへの戸惑い	病院リハ職と訪問リハ職の間で、評価情報やプログラム方針が異なることがあり、戸惑うこと。
			訪問リハ事業所によるニーズ判断の違いへの戸惑い	事業所によって、ニーズ判断の違いがあることに戸惑うこと。
			訪問リハからのサービス導入お断りの許容	サービス提供の依頼に対し、事業所側のニーズ判断や人員の理由で断られることを許容すること。
			家族と訪問リハ職の間の思いの違いの承認	家族と訪問リハ職の間の思いや考えの違いを承認すること。
			本人と他者との思いの違いの承認	本人が表出している希望と、家族を含む関係者との考えの違いの承認。
			リハ専門性への医師の誤解の承認	看護師がリハ職と同じサービスを提供できるという誤解の承認。
			医師と関係者の思いの違いの承認	医師と、利用者を含む関係者との考えの違いの承認。
	多様な意思や判断の調整	現実的目標の設定作業	現実的で身近な目標を多職種協働で設定	自宅での実際の様子を関係職種が把握し、現実的で身近な目標を立てて共有すること。
			本人・家族が受け入れられる現実的目標設定の誘導	現実的目標設定のために、本人・家族の思いと現実に対する理解を慮りながら話し合い、専門職の力も借りて、現実落实到し込めるよう、導いていくこと。
		思いや理解のすり合わせ作業	“思いの違い”の調整	利用者に結果的に不利益になる“思いの違い”を、何としても調整しようとする。
			医師との良好な関係づくり	リハをプランに組み入れる必要性を、医師に認めてもらうために行う工夫の手順。
			直接対話による意見交換	誰かの納得が得られていなければ直接話し合う方法で調整を行うこと。
		ニーズに応じてくれる事業所探し		リハニーズがあると思えば、ある事業所にニーズが無いと断られても、サービス提供してくれる事業所を探すこと。
	カンファレンスの事前対応	病院リハ職からの情報獲得努力	病院リハ職の参加を促す日程調整	カンファレンスに病院リハ職が参加できるよう、できる限り日程を調整すること。
			病院リハ職からの情報確保	病院リハ職がカンファレンスに不参加の時に、参加に代わる情報提供を求めること。
			カンファレンス参加の病院格差に合わせた情報獲得	カンファレンスへの病院リハ職の参加態勢に、病院による違いがあるのを認識し、合わせる。
		カンファレンスの事前調整	予想されることの事前調整	カンファレンスまでの間にできる調整を事前に行って、カンファレンスに臨むこと。
			カンファレンス対応の違いへの適応	カンファレンスに対する病院の対応の違いを把握し、合わせる。

CC : コアカテゴリー, C : カテゴリー, SC : サブカテゴリー



注) → 矢印の元の概念やカテゴリーの実態や存在によって、先端の概念やカテゴリーが起こる。(破線は「重みづけ」を表す)。

影響を受け合いながら行為が繰り返される。

図 2-7 【多様な人・機関・情報の活用と調整】を構成するカテゴリー・概念の関係図

本文 21 ページ

第 2 章 第 2 節 3. 結果 1) グループインタビューの結果 (2) カテゴリーと概念の関係③

表 2-5

表 2-5 【連携活用の工夫】を構成するカテゴリー・概念の一覧

CC	C	概念	定義
連携活用の工夫	個人や事業所の特性の理解と対応	連絡頻度は関係次第	連絡しやすい関係があると情報交換の量が増える傾向があること.
		個人や事業所の特性に合わせた連携	個人や事業所によって, 連携のやりやすさが異なり, 各々に合わせたやり方をする.
	訪問リハ職の積極的連携による効率性向上		訪問リハ職が, 連携のために自ら積極的に行動してくれることによって, 物事が順調に効率よく進むこと.
	病院と在宅のつながりを工夫		在宅スタッフだけの連携以上に, 病院と在宅のつながりには工夫が必要.
	専門職間の連携の促通	リハ職間の連携の促通	関わっているリハ職同士の接点場面を設けて連携を促すこと.
		リハ視点の多職種共有の誘導	リハ職の指導や助言を複数職種で共有するために誘導すること.
		リハ的介助技術伝授の場面設定	より良い介助方法を個別に正確に伝えるために, リハ職から他の職種や機関に直接伝えてもらう場面を設定すること.

CC : コアカテゴリー, C : カテゴリー

本文 21 ページ

第 2 章 第 2 節 3. 結果 1) グループインタビューの結果 (2) カテゴリーと概念の関係③

図 2-8

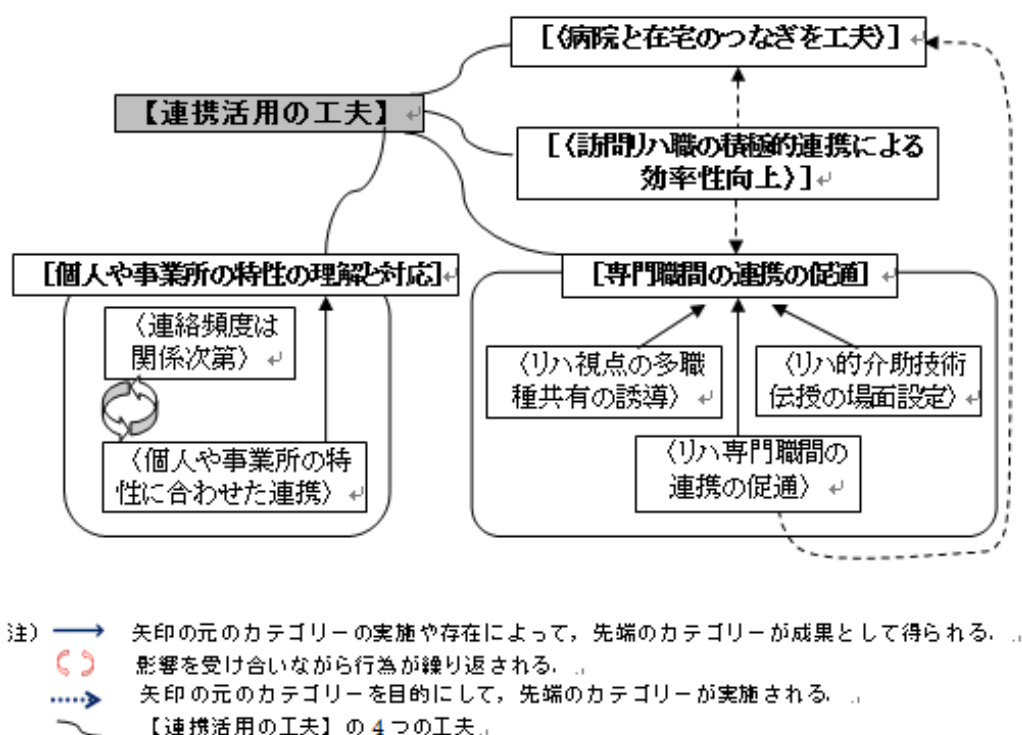


図 2-8 【連携活用の工夫】を構成するカテゴリー・概念の関係図

本文 22 ページ

第 2 章 第 2 節 3. 結果 1) グループインタビューの結果 (2) カテゴリーと概念の関係④

表 2-6

表 2-6 【リハ効果の波及体験】を構成するカテゴリー・概念の一覧

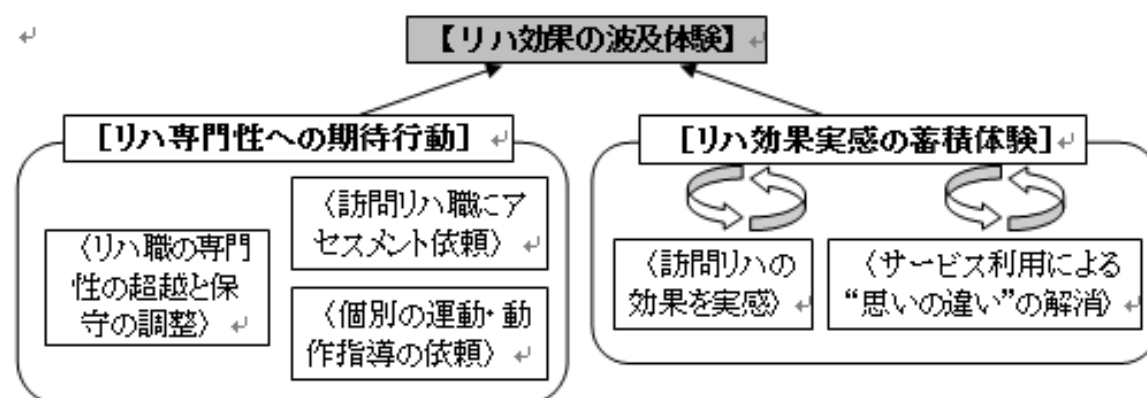
CC	C	概念	定義
リハ効果の波及体験	リハ専門性への期待行動	訪問リハ職にアセスメント依頼	アセスメントを目的に関わってほしいと思うケースや場合があること.
		個別の運動・動作指導の依頼	利用者や関係者に対する, 個別の効果的な介助法や動作方法の伝達をリハ職に依頼すること.
		リハ職の専門性の超越と保守の調整	専門職間の狭間が重なり合うように, しかし相互に専門領域に踏み込み過ぎないように調整すること.
	リハ効果実感の蓄積体験	訪問リハの効果を実感	効果を, 期待通り, または期待以上であると実感すること.
		サービス利用による“思いの違い”の解消	サービス利用が始まり, 進んでいく間に, 思いの違いがすり合わさっていくこと.

CC : コアカテゴリー, C : カテゴリー

本文 22 ページ

第 2 章 第 2 節 3. 結果 1) グループインタビューの結果 (2) カテゴリーと概念の関係④

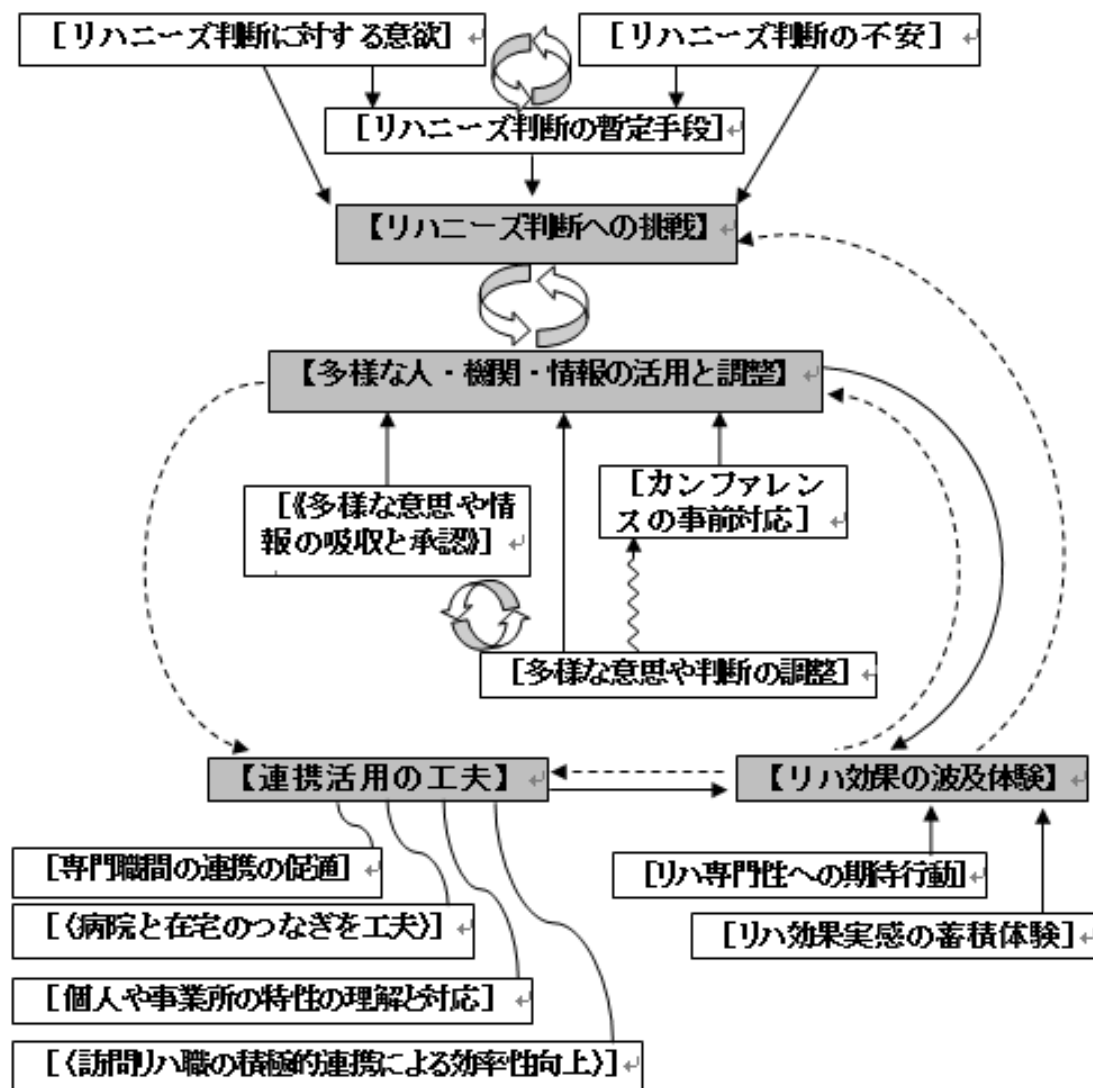
図 2-9



注) → 矢印の元のカテゴリーの実施や存在によって, 先端のカテゴリーが成果として得られる, ...

↻ 影響を受け合いながら行為が繰り返される, ...

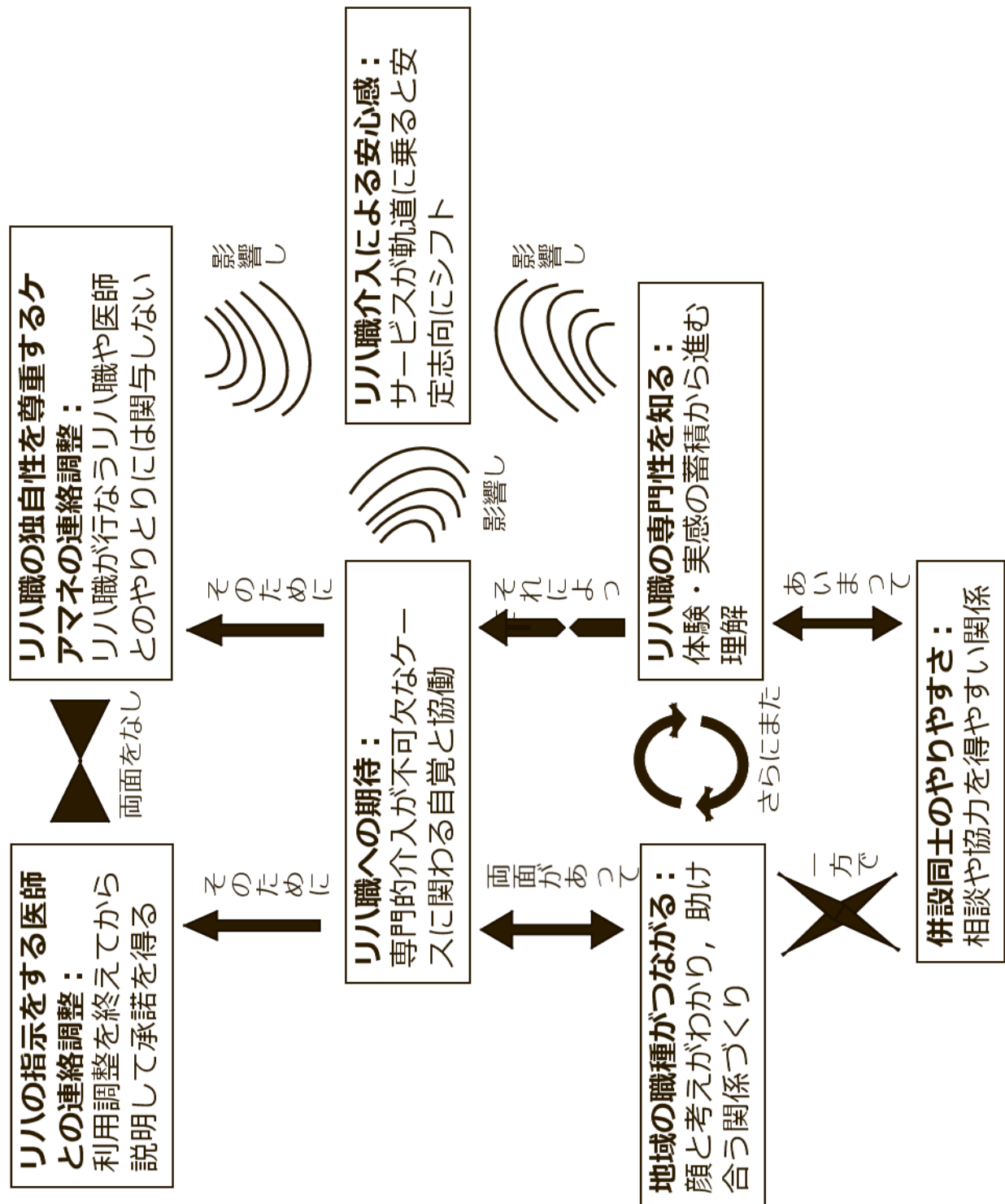
図 2-9 【リハ効果の波及体験】を構成するカテゴリー・概念の関係図



- 注) 矢印の元のカテゴリーの実施や存在によって、先端のカテゴリーが成果として得られる。...
- 影響を受け合いながら行為が繰り返される。...
- 矢印の元のカテゴリーを目的にして、先端のカテゴリーが実施される。...
- 【連携活用の工夫】の 4 つの工夫。...
- 【カンファレンスの事前対応】が【多様な意思や判断の調整】の中で重みづけされていることを表す。...

結果図には、コアカテゴリー間の関係、および各コアカテゴリーとカテゴリー間の関係を示した。...

図 2-10 結果図



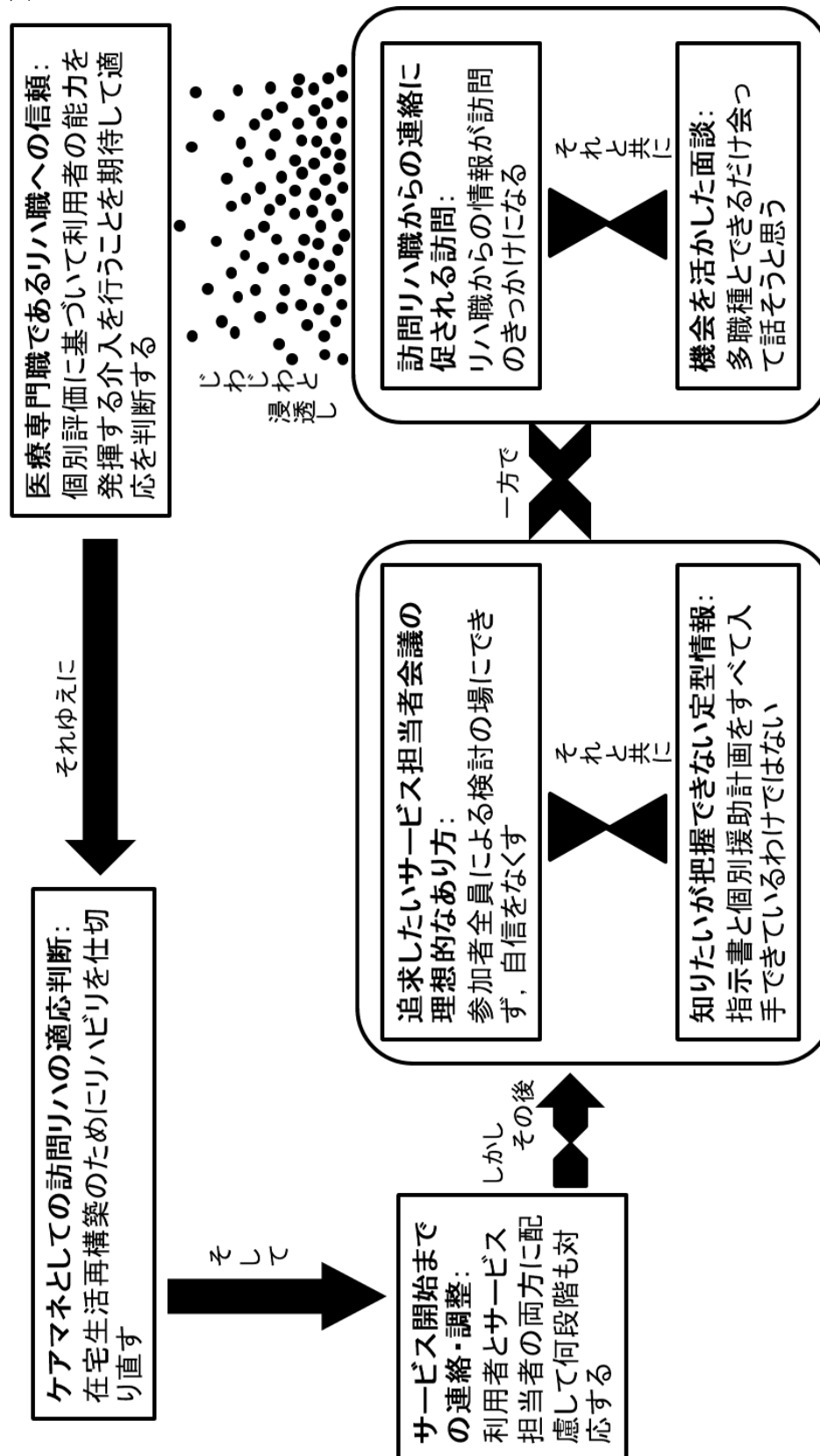


図 3-1

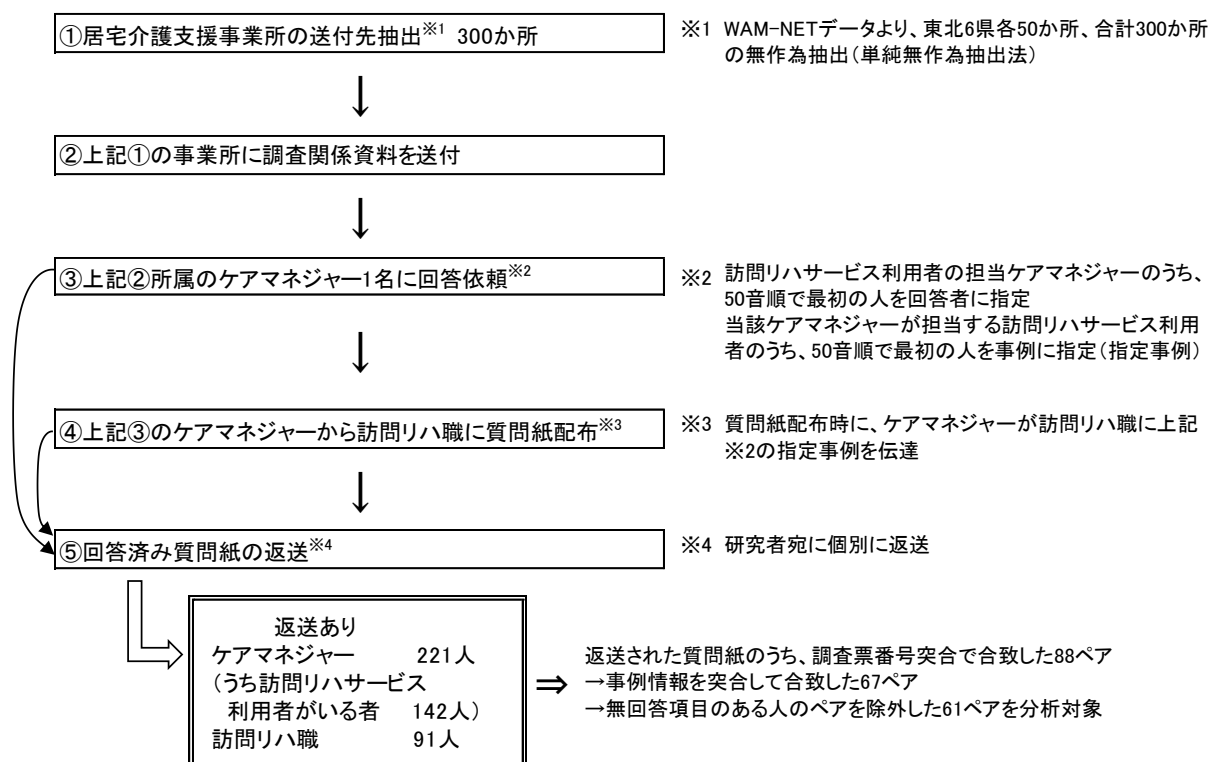


図 3-1 調査のフロー

介護支援専門員と訪問リハビリテーション専門職との連携に関する調査

調査へのご協力をお願い

この調査は、介護支援専門員の方を対象に行います。
お忙しい折とは存じますが、どうぞよろしくお願いいたします。

【調査の目的】 この調査は、介護支援専門員と訪問リハビリテーション専門職（以下、訪問リハ職とします。）との連携活動の実際を把握し、連携において両者に起こる関係、連携の効果、連携における課題について検討します。また、その結果を、より良い連携のあり方の検討に用います。

【同意を得る方法と倫理的配慮】 この調査へのご協力は任意です。ご協力いただかなくても、不利益をこうむることはありません。この調査用紙を返送くださることによって、研究協力の同意をいただいたとみなさせていただきます。いただいたご回答は、個人を特定できない形でデータ化し、分析します。また、結果の公表にあたっては、個人を特定できないようにいたします。

なお、本調査は介護保険サービスにおける職種間連携について検討するためのものであり、介護支援専門員や訪問リハ職の評価を行なうものではありません。

【貴事業所および対象者の選定方法】 本調査（アンケート）のお願い先は、WAMNET のデータから、東北地方 6 県の各県ごとに 50 か所、合計 300 か所の居宅介護支援事業所様を無作為に抽出させていただきました。貴事業所において、「(予防) 訪問リハビリテーション」または「(予防) 訪問看護（理学療法士等によるもの）」（以下、「訪問リハサービス」とします。）を利用している利用者様を担当している介護支援専門員様のうち、ご氏名が 50 音順で最初の方をお願いいたします。

これらのサービスの利用者がいらっしゃらない場合、
右の□内にチェックしていただき、
返送用封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

「訪問リハサービス」の
利用者がいない ☐

【介護支援専門員様へのお願い】 ご協力いただく介護支援専門員様には、訪問リハサービスを利用している利用者のうち、ご氏名が 50 音順で最初の方を、調査項目の一部にある「特定の 1 事例」としてご回答くださいますようお願い申し上げます。

さらに、そのサービスを直接提供している理学療法士または作業療法士（以下、訪問リハ職とします）の所属事業所の管理者様に、同封している資料（訪問リハ職用調査票等）を手渡しお渡しくくださいますようお願いいたします。また、「特定の 1 事例」が誰であるかを、口頭でお伝えください。これは、実際に連携をしている 2 者の間で、連携に関する活動や考え方に、どのような相違があるかを明らかにするためです。お手を煩わせることとなりますが、どうぞよろしくお願いいたします。

調査票についている番号は、訪問リハ職様の調査票と同じ番号になります。これは、分析において、事例を共有するお二人を明確にして実際の連携活動の比較を行なうために必要なものであり、事業所様やご回答いただいた方を特定するものではありません。

なお、ご回答いただくにあたって、回答内容について「特定の 1 事例」を担当している訪問リハ職の方と相談せずに、自らの思いやお気持ちでお答えください。

ご回答にあたり、裏面の「用語の定義」をお読みください。

【調査の実施時期】 平成 26 年 7 月 16 日（水）～平成 26 年 7 月 30 日（水）

【謝礼】 御礼の品を同封しております。

調査にご協力いただかなくても、ご笑納くださいますようお願いいたします。

本調査についてご質問やご不明点がございましたら、
裏面の問い合わせ・連絡先まで遠慮なくご連絡ください。

【研究を実施する者】

研究責任者 桜美林大学大学院 教授 白澤政和
研究担当者 桜美林大学大学院老年学研究科博士後期課程 丹野克子

【問い合わせ・連絡先】

研究担当者 丹野克子 さんのかつこ
所属 山形県立保健医療大学保健医療学部理学療法学科
〒990-2212 山形県山形市上柳 260 番地
電話・FAX 023-686-6619 (研究室直通)
E-mail ktanno@yachts.ac.jp

【用語の定義】

本調査における用語を次のように定義いたします。
ご回答にあたってご理解を賜りますよう、お願いいたします。

- 「訪問リハサービス」：介護保険の居宅サービスで、「訪問看護（理学療法士等によるもの）」「介護予防訪問看護（理学療法士等によるもの）」「訪問リハビリテーション」「介護予防訪問リハビリテーション」を表します。本調査では、問 24、問 25 を除き、医療保険によるサービス含まずにご回答ください。
- 訪問リハ職：上記「訪問リハサービス」を提供する理学療法士と作業療法士を表します。本調査においては、言語聴覚士を除きます。
- 専門職：介護保険、医療保険、社会福祉制度等に基づき、対象者に対して何らかの支援を行なう方で、専門的な業務を実施している方を表します。
- 看護師等：看護師、准看護師、保健師を表します。
- 特定の1事例：調査にご協力いただく（調査票に回答くださる）介護支援専門員様が担当していらっしゃる「訪問リハサービス」を利用している利用者のうち、ご氏名が 50 音順で最初の方とします。「特定の1事例」に関する質問は【Ⅲ】の箇所になります。

調査票

調査用番号 No.

-C

すべての項目について、平成 26 年 7 月 1 日現在の状況でご回答ください。

本調査における「訪問リハサービス」とは、介護保険の居宅サービスで、

①「訪問看護（理学療法士等によるもの）」②「介護予防訪問看護（理学療法士等によるもの）」

③「訪問リハビリテーション」④「介護予防訪問リハビリテーション」を表します。

ただし、問 24 および問 25 については、医療保険サービスを含みます。

【Ⅰ】 あなたが所属している事業所について、おたずねします。

問 1 あなたの事業所が所在する県はどちらですか。

1. 青森県 2. 岩手県 3. 秋田県 4. 宮城県 5. 山形県 6. 福島県

問 2 あなたの事業所は次のうちのどれですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 他の介護保険のサービス提供事業所（介護保健施設を含む）と併設である。（問 2-2 へ）
2. 病院または診療所と併設である。（問 3 へ）
3. 地域包括支援センターと併設である。（問 3 へ）
4. 在宅介護支援センターと併設である。（問 3 へ）
5. 上記 1～4 以外の機関と併設である。（問 3 へ）（併設機関 _____）
6. 単独事業所である。（問 3 へ）

問 2-2 上記の問 2 で「1. 他の介護保険サービス提供事業所と併設である。」を選択した方の
みお答えください。併設している事業所が提供しているサービスについて、あては
まるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. （介護予防）訪問介護 | 2. （介護予防）訪問入浴介護 |
| 3. （介護予防）訪問看護 | 4. （介護予防）訪問リハビリテーション |
| 5. （介護予防）通所介護（認知症対応型を含む） | 6. （介護予防）通所リハビリテーション |
| 7. （介護予防）短期入所生活介護 | 8. （介護予防）短期入所療養介護 |
| 9. （介護予防）福祉用具貸与 | 10. 介護老人保健施設 |
| 11. 特別養護老人ホーム | 12. 認知症対応型共同生活介護 |
| 13. その他（ _____ ） | |

問 3 あなたの事業所（居宅介護支援事業所のみ）の人員体制をおしえてください。雇用形態に関
わらずに実人数をご記入ください。

1. ケアマネジメント実務を行っている介護支援専門員の数 （ _____ ）人
2. ケアマネジメント実務を行っていない職員の数 （ _____ ）人

問 4 平成 26 年 6 月分のあなたの事業所全体の給付管理の請求件数をおしえてください。

介護予防支援についても、1 ケースを 1 件としてご回答ください。

1. 介護予防支援を請求した数 （ _____ ）件
2. 居宅介護支援を請求した数 （ _____ ）件

【Ⅱ】 あなた自身のことについて、おたずねします。

問 5 あてはまる性別に○をつけてください。

1. 男性 2. 女性

問 6 あてはまる年代に○をつけてください。

1. 20 歳代 2. 30 歳代 3. 40 歳代 4. 50 歳代 5. 60 歳代以上

問 7 介護支援専門員の資格を取得した年を（ ）内にご記入ください。

西暦（ ）年

問 8 主任介護支援専門員の資格をもっていますか。

1. もっている 2. もっていない

問 9 介護支援専門員以外の保有資格について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 助産師 6. 看護師 7. 准看護師
8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 社会福祉士 11. 社会福祉主事 12. 介護福祉士
13. 視能訓練士 14. 歯科衛生士 15. 言語聴覚士 16. あん摩マッサージ指圧師 17. はり師
18. きゅう師 19. 柔道整復師 20. 栄養士または管理栄養士 21. 精神保健福祉士 22. 義肢装具士
23. 1～22 以外の資格（ ）

問 9-2 上記の問 9 でご回答いただいた資格について、**実務経験年数**を下記にご記入ください。

資格を保有していて実務年数が無い場合には、「0」とご記入ください。

問 9 で○をつけた番号	左の資格の実務経験年数
(例 1) 6	25 年
(例 2) 10	0 年
	() 年
	() 年
	() 年

問 10 下表に示した業務の**実務経験年数**をおしえてください。

業務種別	実務経験年数
1. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員業務	通算 () 年
2. 居宅介護支援事業所以外での介護支援専門員業務	通算 () 年
3. 地域包括支援センターや在宅介護支援センターでの業務	通算 () 年
4. 行政(保健所を含む)での業務	通算 () 年

問 11 現在のあなたの雇用・勤務形態について、もっとも近いものひとつに○をつけてください。

1. 常勤・専任 2. 常勤・兼務 3. 非常勤・専任 4. 非常勤・兼務

問 12 現在のあなたの職位について、もっとも近いものひとつに○をつけてください。

1. 事業所の管理者
2. 管理者以外の管理職（複数の職員を統括する立場。主任など。）
3. 管理者・管理職ではない

問 13 平成 26 年 6 月分のあなたの担当数と、関わった訪問リハ職の人数をおしえてください。

介護予防支援についても、1 ケースを 1 件としてご回答ください。

	介護予防支援 給付管理の件数 (平成 26 年 6 月分)	居宅介護支援 給付管理の件数 (平成 26 年 6 月分)	サービス利用(給付管理)は無いが 何らかの支援を行なった数 (平成 26 年 6 月中)
1. あなたの担当ケース の全数	() 件	() 件	実数 () 人
2. 上記 1 のうち、「訪問リ ハサービス」の利用があ ったケースの数	() 件	() 件	
3. 上記 2 の「訪問リハサ ービス」を提供している 訪問リハ職の人数	サービス提供した訪問リハ職の実人数 実人数 () 人 把握していない場合 には左枠にチェックを してください。		給付管理に結びつかない関わりを もってもらった(アセスメントのみ等) 訪問リハ職の実人数 実人数 () 人

【Ⅲ】 特定の 1 事例[※]に関して、おたずねします。

- ※「特定の 1 事例」は、ご回答いただく時点で「訪問リハサービス」を利用している利用者のうち、ご氏名が 50 音順で最初の方としてください。また、あなたから調査票等をお渡しいただく訪問リハ職の方に、その利用者のご氏名をお伝えいただきますようお願いいたします。
※【Ⅲ】における質問や選択肢における「事例」は、この「特定の 1 事例」のことを意味します。
※【Ⅲ】における質問や選択肢における「訪問リハ職」は、訪問リハ職全般ではなく、「特定の 1 事例」を担当している訪問リハ職 1 名のことを意味しています。

問 14 平成 26 年 7 月 1 日現在で担当しているケースのうち、この事例の担当訪問リハ職と共有している他のケースの数をおしえてください。

本ケース 1 人 + 他ケース () 人

問 15 事例の概要についてお尋ねします。

問 15-1 事例へのあなたのサービス提供（ケアマネジメント）の開始年月をおしえてください。

平成 () 年 () 月

問 15-2 事例の年代であてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 65 歳未満 2. 65 歳以上 70 歳未満 3. 70 歳代
4. 80 歳代 5. 90 歳代 6. 100 歳以上

問 17 事例に提供されている「訪問リハサービス」について、あなたは、どのような内容であると認識して（思っ）ていますか。それぞれの項目について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

	思 わ な い	わ か ら な い	思 う
① 関節、筋力、バランスのいずれかの身体機能に関する事	1	2	3
② 感覚、知覚のいずれかの身体機能に関する事	1	2	3
③ 認知機能、知的機能、精神機能のいずれかの機能に関する事	1	2	3
④ ねがえり、起き上がり、立ち上がり、ベッドと車いす間の移乗、座位、立位のいずれかの動作や姿勢保持に関する事	1	2	3
⑤ 歩くことや車椅子操作等の移動動作に関する事	1	2	3
⑥ 言語やコミュニケーションに関する事	1	2	3
⑦ 呼吸機能に関する事	1	2	3
⑧ 嚥下（飲み込み）や咀嚼（噛むこと）に関する事	1	2	3
⑨ 上記⑧以外の、食事に関する動作や方法に関する事	1	2	3
⑩ トイレ・排泄に関する動作や方法	1	2	3
⑪ 衣服の着脱に関する動作や方法	1	2	3
⑫ 入浴に関連する動作や方法	1	2	3
⑬ 身だしなみ（歯磨き、洗面、整髪、髭そり、化粧等）に関する動作や方法	1	2	3
⑭ 外出（散歩、買い物を含む）に関する動作や方法	1	2	3
⑮ 家事活動に関する動作や方法	1	2	3
⑯ 介護者（家族やサービス提供者）の介助方法に関する事	1	2	3
⑰ 福祉用具に関する事	1	2	3
⑱ 住宅や家屋環境に関する事	1	2	3
⑲ 自主トレーニングに関する事	1	2	3
⑳ 健康増進に関する事	1	2	3

問 18 あなたは、事例に関して次の行為を行ないましたか。それぞれの項目について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

	行 な い	予 定 あ り	行 な う こ れ か ら	行 な っ た
① 事例が急変したときの対応や連絡先を、訪問リハ職と話し合っ て決めた	1	2	3	
② 「訪問リハサービス」の指示書を医師から得るための手順や担 当者について、訪問リハ職と話し合っ	1	2	3	
て決めた				
③ 連携上のルール（例：どのような連絡が必要か、連絡のタイミ ングや方法など）を、訪問リハ職と話し合っ	1	2	3	
て決めた				
④ この事例について、事業所内・地域・専門職間等で事例検討（サ ービス担当者会議は含まない）を行なった	1	2	3	

問 19 あなたは、事例に関する次の行動や態度を、事例を担当している訪問リハ職に対してどの程度行なっていると思いますか。それぞれの項目について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえません	やや思う	とても思う
① 必要に応じて、訪問リハ職に相談している	1	2	3	4	5
② 訪問リハ職に提供する情報の量は適切である	1	2	3	4	5
③ 訪問リハ職に提供する情報の内容は適切である	1	2	3	4	5
④ 訪問リハ職への情報提供に、わかりやすい言葉を使っている	1	2	3	4	5
⑤ 訪問リハ職への連絡方法（連絡のための手段）は適切である	1	2	3	4	5
⑥ 訪問リハ職を、チームの一員として考えている	1	2	3	4	5
⑦ 訪問リハ職から連絡がきたときに適切に対応している	1	2	3	4	5
⑧ 訪問リハ職から提供された情報を適切に活用している	1	2	3	4	5
⑨ 訪問リハ職が納得できるようなケアマネジメントを行なっている	1	2	3	4	5
⑩ 訪問リハ職の意見を、サービス計画書（ケアプラン）やケアマネジメントの過程において、取り入れている	1	2	3	4	5

問 20 事例を担当している訪問リハ職が、あなたに対して、事例に関する次の行動や態度をどの程度行なっていると思いますか。それぞれの項目について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえません	やや思う	とても思う
① 必要に応じて、あなたに相談してくれる	1	2	3	4	5
② あなたに提供する情報の量が適切である	1	2	3	4	5
③ あなたに提供する情報の内容が適切である	1	2	3	4	5
④ あなたへの情報提供に、わかりやすい言葉が使われている	1	2	3	4	5
⑤ あなたへの連絡方法（連絡のための手段）が適切である	1	2	3	4	5
⑥ あなたを、チームの一員として考えている	1	2	3	4	5
⑦ 専門職としてのあなたの考え方を知っている	1	2	3	4	5
⑧ あなたの性格を知っている	1	2	3	4	5
⑨ あなたが連絡をしたときに適切に対応している	1	2	3	4	5
⑩ あなたが提供した情報を適切に活用している	1	2	3	4	5
⑪ あなたが納得できるようなサービスを提供している	1	2	3	4	5
⑫ あなたの意見を、個別援助計画（リハの個別プラン）の作成やサービス提供の過程において取り入れている	1	2	3	4	5

問 21 事例を担当している訪問リハ職に対して、あなたはどのように思っていますか。それぞれの項目について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらか いえない	やや 思う	とても 思う
① 困ったときに相談できる	1	2	3	4	5
② 知りたいことを気軽に聞ける	1	2	3	4	5
③ 躊躇せずに連絡できる	1	2	3	4	5
④ 共通言語をもって話し合える	1	2	3	4	5
⑤ 協力して仕事をしている感じがする	1	2	3	4	5
⑥ チームメンバーとして一体感を感じる	1	2	3	4	5
⑦ チーム内の合意形成を行ないながらサービス提供を行なっている	1	2	3	4	5
⑧ 親しみを感じる	1	2	3	4	5
⑨ 事例の身体的な状況を知っている	1	2	3	4	5
⑩ 事例の精神・心理的な状況を知っている	1	2	3	4	5
⑪ 事例の経済的・社会的な状況を知っている	1	2	3	4	5
⑫ 事例の生活環境(居住環境や家屋構造等)を知っている	1	2	3	4	5
⑬ 事例の今後の生活についての意向を知っている	1	2	3	4	5
⑭ 事例の家族の状況を知っている	1	2	3	4	5
⑮ 事例の生活に関するニーズを把握している	1	2	3	4	5
⑯ 「訪問リハサービス」の他に事例が利用している介護保険サービスを把握している	1	2	3	4	5

問 22 それぞれの項目についてあなたが知っているかどうか、あてはまるものひとつに○をつけてください。

	知 ら ない	あいまい である	知 っ て い る
① 事例が利用している介護保険サービス以外の社会資源	1	2	3
② 「訪問リハサービス」の個別援助計画(リハの個別プラン)における事例の目標	1	2	3
③ 事例の身体的な状況	1	2	3
④ 事例の精神・心理的な状況	1	2	3
⑤ 事例の生活に対する意向	1	2	3
⑥ 事例の家族の介護負担感の程度や内容	1	2	3
⑦ 事例の「訪問リハサービス」の指示書を作成している医師の顔	1	2	3
⑧ 事例担当の訪問リハ職に連絡のとりやすい時間や方法	1	2	3
⑨ 事例担当の訪問リハ職が事例に訪問している頻度	1	2	3
⑩ 事例担当の訪問リハ職の専門職としての考え方	1	2	3
⑪ 事例担当の訪問リハ職の性格	1	2	3
⑫ 事例担当の訪問リハ職が理学療法士であるか作業療法士であるか	1	2	3
⑬ 事例担当の訪問リハ職の顔	1	2	3

【Ⅳ】 「訪問リハサービス」の利用全般に関して、おたずねします。

※【Ⅳ】の質問や選択肢における「訪問リハ職」は、訪問リハ職全般を意味しています。
 ※【Ⅳ】では、現在の所属事業所だけでなく、あなたがこれまでに所属した居宅介護支援事業所での介護支援専門員業務の経験すべてを踏まえてご回答ください。

問 23 あなたは次のような機会がどれくらいありますか。表のそれぞれの項目について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	頻繁にある	ときどきある	あまりない	まったくない
① 「訪問リハサービス」のサービス提供時間に合わせて、あなたが利用者宅を訪問して、話し合いをする	4	3	2	1
② 訪問リハ職が、あなたの事業所に来て、話し合いをする	4	3	2	1
③ あなたが「訪問リハサービス」の事業所に行って、話し合いをする	4	3	2	1
④ 「訪問リハサービス」のサービス提供担当者と、地域等で開催される会議や研修会で顔を合わせる（サービス担当者会議を除く）	4	3	2	1
⑤ 上記①～④以外に、訪問リハ職と面談の機会がある	4	3	2	1
⑥ 「訪問リハサービス」提供事業所の管理者と、あなたが直接顔を合わせる機会がある	4	3	2	1
⑦ 利用者の担当医師と、会って話し合いをする	4	3	2	1
⑧ 利用者の担当医師と、電話で話し合いをする	4	3	2	1

問 24 下表に示した疾患や状態のある利用者に対して、「訪問リハサービス」を導入した経験がありますか。それぞれについて「有・無・不明」のうちから、あてはまるものひとつに○をつけてください。「不明」は、導入経験があるかどうか思い出せない場合につけてください。この質問では医療保険と介護保険のいずれでもよいとします。

疾患や状態	導入経験の有無	疾患や状態	導入経験の有無
①脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血等)	有・無・不明	⑨がんによる終末期の人	有・無・不明
②脊髄損傷	有・無・不明	⑩がん以外による終末期の人	有・無・不明
③大腿骨頸部骨折	有・無・不明	⑪認知症	有・無・不明
④脊椎圧迫骨折	有・無・不明	⑫うつ病	有・無・不明
⑤筋萎縮性側索硬化症(ALS)	有・無・不明	⑬上記⑫以外の精神疾患のある人	有・無・不明
⑥脊髄小脳変性症	有・無・不明	⑭廃用症候群 または生活不活発病	有・無・不明
⑦パーキンソン病	有・無・不明	⑮変形性関節症(股関節、膝関節、脊椎等)	有・無・不明
⑧上記⑤⑥⑦以外の進行性の神経難病	有・無・不明	⑯在宅酸素療法をしている呼吸器疾患の人	有・無・不明

問 25 下表に示した状況にある利用者に対して、「訪問リハサービス」を導入したことがありますか。それぞれについて「有・無・不明」のうちから、あてはまるものひとつに○をつけてください。「不明」は、導入経験があるかどうか思い出せない場合につけてください。この質問では医療保険と介護保険のいずれでもよいとします。

状況	提供の有無
① 世帯に経済面の問題がある	有・無・不明
② 利用者ご本人が虐待を受けている、またはその疑いがある	有・無・不明
③ 独居者	有・無・不明
④ 「訪問リハサービス」の利用者以外の同居者が、介護や福祉のサービスを受けている	有・無・不明

問 26 あなたは、「訪問リハサービス」の実際の提供者について、理学療法士と作業療法士を区別していますか。

1. 区別していて、サービス利用にあたり職種を選択したいと思う
2. 区別しているが、サービス利用にあたってはどちらでもよいと思う
3. 区別していない

問 27 理学療法士は、「訪問リハサービス」において、どのような仕事をする人だと思いますか。

問 28 作業療法士は、「訪問リハサービス」において、どのような仕事をする人だと思いますか。

問 29 訪問リハ職は、あなたとの連携を進めるためにどのような行動や工夫をしていると思いますか。

問 30 あなたは、訪問リハ職と他のサービスとの間の連携を進めるために、どのような行動や工夫をしていますか。

[]

問 31 訪問リハ職との連携によって、どのようなことが得られますか。

[]

問 32 訪問リハ職との連携について、ご意見をご記入ください。

[]

ご回答いただいた調査票は、同封した返送用封筒に入れて、
平成 26 年 7 月 31 日（木）までに、ご投函ください。
ご協力いただきまして、ありがとうございました。

介護支援専門員と訪問リハビリテーション専門職との連携に関する調査

調査へのご協力をお願い

この調査は、下記文章で指定する理学療法士または作業療法士の方を対象に行います。
お忙しい折とは存じますが、どうぞよろしくお願いいたします。

【調査の目的】 この調査は、介護支援専門員と訪問リハビリテーション専門職（訪問リハ職）との連携活動の実際を把握し、連携において両者に起こる関係、連携の効果、連携における課題について検討します。また、その結果を、より良い連携のあり方の検討に用います。

【同意を得る方法と倫理的配慮】 この調査へのご協力は任意です。ご協力いただかなくても、不利益をこうむることはありません。この調査用紙を返送くださることによって、研究協力の同意をいただいたとみなさせていただきます。いただいたご回答は、個人を特定できない形でデータ化し、分析します。また、結果の公表にあたって個人を特定できないようにいたします。

なお、本調査は介護保険サービスにおける職種間連携について検討するためのものであり、介護支援専門員や訪問リハ職の評価を行なうものではありません。

【貴事業所および対象者の選定方法】 回答をお願いする方は、先に調査を実施させていただいた居宅介護支援事業所の介護支援専門員様からご紹介いただいております。調査にご協力くださった介護支援専門員様が担当している利用者のうち、50音順で初めの方を「特定の1事例」とし、その「特定の1事例」に対してサービスを提供している方にご回答をお願いします。これは、実際に連携をしている2者の間で、連携に関する活動や考え方に、どのような相違があるかを明らかにするためです。

指定させていただいた方が、ご退職や長期休職等のために
ご回答が難しい場合、右の□内にチェックしていただき、
返送用封筒でご返送くださいますようお願いいたします。

指定された理学療法士や
作業療法士がいない

☐

【ご回答いただく方へのお願い】 調査の一部にある「特定の1事例」については、この調査票をお渡しくださった介護支援専門員様にお尋ねください。これは実際に連携をしている2者の間で、連携に関する活動や考え方に、どのような相違があるかを明らかにするためです。

また、調査票についている番号は、先に調査にご協力いただいた介護支援専門員様の調査票と同じ番号です。これは、分析において、事例を共有するお二人を明確にして実際の連携活動の比較を行なうために必要なものであり、事業所様やご回答いただいた方を特定するものではありません。

なお、ご回答いただくにあたって、回答内容について「特定の1事例」を担当している介護支援専門員の方と相談せずに、自らの思いやお気持ちでお答えください。

ご回答にあたり、裏面の「用語の定義」をお読みください。また、本調査についてご質問やご不明点がございましたら、下記問い合わせ・連絡先まで遠慮なくご連絡ください。

【調査の実施時期】 調査票がお手元に届いてから2週間以内にご返送（ご投函）ください。
平成26年8月6日（水）までを目安とさせていただきます。

【謝礼】 御礼の品を同封しております。

調査にご協力いただかなくても、ご笑納くださいますようお願いいたします。

本調査についてご質問やご不明点がございましたら、
裏面の問い合わせ・連絡先まで遠慮なくご連絡ください。

【研究を実施する者】

研究責任者 桜美林大学大学院 教授 白澤政和

研究担当者 桜美林大学大学院老年学研究科博士後期課程 丹野克子

【問い合わせ・連絡先】

研究担当者 ^{たんのかつこ} 丹野克子

所属 山形県立保健医療大学保健医療学部理学療法学科

〒990-2212 山形県山形市上柳 260 番地

電話・FAX 023-686-6619 (研究室直通)

E-mail ktanno@yachts.ac.jp

【用語の定義】

本調査における用語を次のように定義いたします。
ご回答にあたってご理解を賜りますよう、お願いいたします。

- 「訪問リハサービス」：介護保険の居宅サービスで、「訪問看護（理学療法士等によるもの）」「介護予防訪問看護（理学療法士等によるもの）」「訪問リハビリテーション」「介護予防訪問リハビリテーション」を表します。本調査では、問 26、問 27 を除き、医療保険によるサービス含まずにご回答ください。
- 訪問リハ職：上記「訪問リハサービス」を提供する理学療法士と作業療法士を表します。本調査においては、言語聴覚士を除きます。
- 専門職：介護保険、医療保険、社会福祉制度等に基づき、対象者に対して何らかの支援を行なう方で、専門的な業務を実施している方を表します。
- 看護師等：看護師、准看護師、保健師を表します。
- 介護支援専門員：予防サービスにおいて、地域包括支援センター職員がケアマネジメントの担当者である場合については、質問の【Ⅱ】【Ⅳ】において「介護支援専門員」に含めてご回答ください。
- 特定の1事例：本調査にご協力いただいた（調査票に回答くださった）介護支援専門員様が担当していらっしゃる「訪問リハサービス」を利用している利用者のうち、ご氏名が50音順で最初の方です。「特定の1事例」に関する質問は【Ⅲ】の箇所になります。
「特定の1事例」がどなたであるか不明な場合には、介護支援専門員の方にご確認くださいようお願いいたします。

調査票

調査用番号 No.	-R
-----------	----

-R

すべての項目について、平 26 年 7 月 1 日現在の状況でご回答ください。

【I】あなたが所属している事業所について、おたずねします。

問1 あなたの事業所が所在する県はどちらですか。

1. 青森県 2. 岩手県 3. 秋田県 4. 宮城県 5. 山形県 6. 福島県

問2 あなたの事業所は次の中のどの種類の事業所ですか。

1. 訪問看護ステーション 2. 病院 3. 病床のある診療所 4. 病床の無い診療所
5. 介護老人保健施設 6. その他（ ）

問3 あなたの事業所は次のうちのどちらですか

1. 他の介護保険サービス提供事業所を併設している。(間 3-2へ)
2. 他の介護保険サービス提供事業所を併設していない。(間 4へ)

問 3-2 上記の間 3 で「1. 他の介護保険サービス提供事業所を併設している。」を選択した方のみお答えください。居宅介護支援事業所（ケアプランを作成する事業所）を併設していますか。

1. 居宅介護支援事業所を併設している。
2. 居宅介護支援事業所を併設していない。

問4 あなたの事業所の職種、人数、雇用形態をおしえてください。

職種	雇用形態別の人数			
	常勤 専任	常勤 兼務	非常勤 専任	非常勤 兼務
看護師等	() 名	() 名	() 名	() 名
理学療法士	() 名	() 名	() 名	() 名
作業療法士	() 名	() 名	() 名	() 名
言語聴覚士	() 名	() 名	() 名	() 名
事務業務のみを行う職員	() 名	() 名	() 名	() 名
その他の職員	() 名	() 名	() 名	() 名

問 5 平成 26 年 6 月のあなたの事業所のサービス提供実績をおしえてください。

不明な場合には、お手数でも、貴事業所の請求事務の担当者等にお問い合わせいただき、ご記入ください。

それぞれの表の下段「サービス提供のべ回数」とは、介護報酬の請求をした訪問の回数(日数)でご回答ください。

■「訪問看護」サービスを提供している事業所の方

	看護師等による 予防訪問看護	看護師等による 訪問看護	理学療法士等による 予防訪問看護	理学療法士等による 訪問看護
利用者の 実数	()名	()名	()名	()名
サービス提供の べ回数	()回	()回	()回	()回

■「訪問リハビリテーション」サービスを提供している事業所の方

	予防訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション
利用者の実数	()名	()名
サービス提供の べ回数	()回	()回

【Ⅱ】あなた自身のことについて、おたずねします。

問 6 あなたの職種（保有資格）をおしえてください。

1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 理学療法士と作業療法士

問 7 あてはまる性別に○をつけてください。

1. 男性 2. 女性

問 8 あてはまる年代に○をつけてください。

1. 20 歳代 2. 30 歳代 3. 40 歳代 4. 50 歳代 5. 60 歳代以上

問 9 現在の所属事業所における、あなたの雇用・勤務形態について、あてはまるものひとつに○をつけてください。あてはまるものがない場合には、最も近いものをひとつ選択して○をつけてください。

1. 常勤・専任 2. 常勤・兼務 3. 非常勤・専任 4. 非常勤・兼務

問 10 現在の職場でのあなたの職位について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 事業所の管理者
2. 管理者以外の管理職（複数の職員を統括する立場。主任など。）
3. 管理者・管理職ではない

問 11 あなたが平成 26 年 6 月に担当したケースの実人数と、ケースを担当している介護支援専門員等^{※1}の人数を（ ）内にご記入ください。

※1 地域包括支援センター職員がケアマネジメントの担当者の場合にも、介護支援専門員として数えてください。

※2 サービス提供(給付管理)がなくても、相談を受けたり、アセスメントのみを実施したケースがありましたら、「サービス提供(給付管理)は無いが何らかの関わりをもった数^{※2}」の欄にご記入ください。

予防給付 給付管理のある人数 (平成 26 年 6 月分)	介護給付 給付管理のある人数 (平成 26 年 6 月分)	サービス提供(給付管理)は無いが 何らかの関わりをもった数 ^{※2} (平成 26 年 6 月中に関わった人数)
()人	()人	()人
上記の利用者を担当している 介護支援専門員等 ^{※1} の実人数 ()人		

問 12 理学療法士または作業療法士の資格を取得した年を（ ）内にご記入ください。

両方の資格をお持ちの方は、先に取得した年をご記入ください。

西暦（ ）年

問 13 理学療法士または作業療法士以外に保有している資格について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 他の資格を保有していない
2. 介護支援専門員
3. 看護師
4. 准看護師
5. 介護福祉士
6. 精神保健福祉士
7. 社会福祉士
8. 言語聴覚士
9. 柔道整復師
10. あん摩マッサージ指圧師
11. はり師
12. きゅう師
13. 2～12 以外の資格（ ）

問 13-2 上記の間 13 で「1. 他の資格を保有していない」以外を選択した方のみお答えください。保有資格について、実務経験年数を（ ）内にご記入ください。資格を保有していて実務年数が無い場合には、「0」とご記入ください。

実務の勤務形態は常勤・非常勤、専任・兼任等を問いません。

問 13 で○をつけた番号	左の資格の実務経験年数
(例 1) 2	(0) 年
(例 2) 5	(3) 年
	() 年
	() 年
	() 年

問 14 「訪問リハサービス」に初めて従事した年を（ ）内にご記入ください。

西暦（ ）年

問 15 理学療法士または作業療法士として、下記の領域に従事したことがありますか。それぞれの領域について、従事経験の有無に○をつけてください。従事時の勤務形態は、常勤・非常勤、専任・兼任等を問いません。

従事した領域	従事経験の有無
①「訪問リハビリサービス」提供事業所	有 ・ 無
② 急性期病院や急性期病棟	有 ・ 無
③ 回復期病棟	有 ・ 無
④ 病院や有床診療所の外来部門	有 ・ 無
⑤ 病床をもたない診療所の外来部門	有 ・ 無
⑥ 介護老人保健施設の入所部門	有 ・ 無
⑦ 通所リハビリテーション（デイケア）	有 ・ 無
⑧ 特別養護老人ホームの入所部門	有 ・ 無
⑨ 通所介護（デイサービス）	有 ・ 無
⑩ 行政や保健所	有 ・ 無
⑪ 上記①～⑩以外の領域への従事経験がある場合には、右の（ ）にご記入ください	従事したサービス種別や機関など ()

Ⅲ 特定の1事例[※]の連携に関して、おたずねします

※「特定の1事例」は、この調査票を渡してくださった介護支援専門員が指定したケースになります。
 ※【Ⅲ】の質問や選択肢における「事例」は、この「特定の1事例」のことを意味します。
 ※【Ⅲ】の質問や選択肢における「介護支援専門員」は、介護支援専門員全般ではなく、「特定の1事例」を担当している介護支援専門員1名（この調査票を渡してくださった方）のことを意味しています。

問 16 平成 26 年 7 月 1 日現在で担当しているケースのうち、この事例の担当介護支援専門員と共有している他のケースの数をおしえてください。

本ケース 1 人 + 他ケース () 人

問 17 事例の概要についてお尋ねします。

問 17-1 事例へのサービス提供開始年月をおしえてください。

平成 () 年 () 月

問 17-2 事例の年代であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | | |
|-----------|------------------|------------|
| 1. 65 歳未満 | 2. 65 歳以上 70 歳未満 | 3. 70 歳代 |
| 4. 80 歳代 | 5. 90 歳代 | 6. 100 歳以上 |

問 17-3 事例の介護度について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 要介護 1 4. 要介護 2
5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5

問 17-4 事例が有する疾患等について、下の表 A から、あてはまるすべての番号をご記入ください。

番号 ()

問 17-5 事例の状況等について、下の表 B から、あてはまるものすべての番号をご記入ください。

番号 ()

【問 17-4】 表 A 事例の疾患等

①脳血管疾患（脳梗塞、脳出血等）
②脊髄損傷
③大腿骨頸部骨折
④脊椎圧迫骨折（胸椎、腰椎含む）
⑤筋萎縮性側索硬化症（ALS）
⑥脊髄小脳変性症
⑦パーキンソン病
⑧上記⑤⑥⑦以外の進行性の神経難病
⑨がんによる終末期の人
⑩がん以外の終末期の人
⑪認知症
⑫うつ病
⑬上記⑪⑫以外の精神疾患のある人
⑭廃用症候群または生活不活発病
⑮変形性関節症（股関節、膝関節、脊椎等）
⑯在宅酸素療法をしている呼吸器疾患の人
⑰上記①～⑯のどれでもない

【問 17-5】 表 B 事例の状況

①経済面の問題がある
②虐待を受けている、またはその疑いがある
③独居である
④あなたがサービスを提供している利用者以外の同居者が介護や福祉のサービスを受けている
⑤上記①～④には該当しない

問 18 事例の「訪問リハサービス」の提供依頼（利用の打診）を、あなたの事業所に連絡したのは誰でしたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 介護支援専門員
2. 医師からの直接の連絡や指示（指示書による指示を含む）
3. あなたの所属事業所の職員
4. あなたの所属事業所と同じ事業所と同じ法人の職員
5. 上記 1～4 以外の、在宅サービスを提供している専門職
6. 上記 1～5 以外の、医療機関（病院・診療所・介護老人保健施設）の専門職
7. 事例本人
8. 事例の家族（同居・別居を問わない）
9. 地域住民（近隣住民、民生委員、自治会長等）
10. その他（連絡した人の職種等）

問 19 事例に提供している「訪問リハサービス」は、どのような内容ですか。それぞれの項目について提供の有無に○をつけてください。

	提供の有無
① 関節、筋力、バランスのいずれかの身体機能に関する事	有 ・ 無
② 感覚、知覚のいずれかの身体機能に関する事	有 ・ 無
③ 認知機能、知的機能、精神機能のいずれかの機能に関する事	有 ・ 無
④ ねがえり、起き上がり、立ち上がり、ベッドと車いす間の移乗、座位、立位のいずれかの動作や姿勢保持に関する事	有 ・ 無
⑤ 歩くことや車椅子操作等の移動動作に関する事	有 ・ 無
⑥ 言語やコミュニケーションに関する事	有 ・ 無
⑦ 呼吸機能に関する事	有 ・ 無
⑧ 嚥下（飲み込み）や咀嚼（噛むこと）に関する事	有 ・ 無
⑨ 上記⑧以外の、食事に関する動作や方法に関する事	有 ・ 無
⑩ トイレ・排泄に関する動作や方法	有 ・ 無
⑪ 衣服の着脱に関する動作や方法	有 ・ 無
⑫ 入浴に関連する動作や方法	有 ・ 無
⑬ 身だしなみ（歯磨き、洗面、整髪、髭そり、化粧等）に関する動作や方法	有 ・ 無
⑭ 外出（散歩、買い物を含む）に関する動作や方法	有 ・ 無
⑮ 家事活動に関する動作や方法	有 ・ 無
⑯ 介護者（家族やサービス提供者）の介助方法に関する事	有 ・ 無
⑰ 福祉用具に関する事	有 ・ 無
⑱ 住宅や家屋環境に関する事	有 ・ 無
⑲ 自主トレーニングに関する事	有 ・ 無
⑳ 健康増進に関する事	有 ・ 無

問 20 あなたは、事例に関して次の行為を行ないましたか。それぞれの項目について、あてはまるものひとつに○をつけてください。

	行ない ない	予 定 あり 行 な う こ れ か ら	行 な っ た
① 事例が急変したときの対応や連絡先を、介護支援専門員と話し合っ て決めた	1	2	3
② 「訪問リハサービス」の指示書を医師から得るための手順や担当者 について、介護支援専門員と話し合っ て決めた	1	2	3
③ 連絡上のルール（例：どのような連絡が必要か、連絡のタイミング や方法など）を、介護支援専門員と話し合っ て決めた	1	2	3
④ この事例について、事業所内・地域・専門職間等で事例検討（サー ビス担当者会議は含まない）を行なった	1	2	3

問 21 あなたは、事例に関する次の行動や態度を、事例を担当している介護支援専門員に対して、どの程度行なっていると思いますか。それぞれの項目についてもっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえない	やや 思う	とても 思う
① 必要に応じて、介護支援専門員に相談している	1	2	3	4	5
② 介護支援専門員に提供する情報の量は適切である	1	2	3	4	5
③ 介護支援専門員に提供する情報の内容は適切である	1	2	3	4	5
④ 介護支援専門員への情報提供に、わかりやすい言葉を使っている	1	2	3	4	5
⑤ 介護支援専門員への連絡方法（連絡のための手段）は適切である	1	2	3	4	5
⑥ 介護支援専門員を、チームの一員として考えている	1	2	3	4	5
⑦ 介護支援専門員から連絡がきたときに適切に対応している	1	2	3	4	5
⑧ 介護支援専門員から提供された情報を適切に活用している	1	2	3	4	5
⑨ 介護支援専門員が納得できるようなサービスを提供している	1	2	3	4	5
⑩ 介護支援専門員の意見を、個別援助計画やサービス提供の過程において、取り入れている	1	2	3	4	5

問 22 事例を担当している介護支援専門員が、あなたに対して、事例に関する次の行動や態度をどの程度行なっていると思いますか。それぞれの項目について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえない	やや 思う	とても 思う
① 必要に応じて、あなたに連絡してくれる	1	2	3	4	5
② あなたに提供する情報の量が適切である	1	2	3	4	5
③ あなたに提供する情報の内容が適切である	1	2	3	4	5
④ あなたへの情報提供に、わかりやすい言葉が使われている	1	2	3	4	5
⑤ あなたへの連絡方法（連絡のための手段）が適切である	1	2	3	4	5
⑥ あなたを、チームの一員として考えている	1	2	3	4	5
⑦ 専門職としてのあなたの考え方を知っている	1	2	3	4	5
⑧ あなたの性格を知っている	1	2	3	4	5
⑨ あなたが連絡をしたときに適切に対応している	1	2	3	4	5
⑩ あなたが提供した情報を適切に活用している	1	2	3	4	5
⑪ あなたが納得できるようなケアマネジメントをしている	1	2	3	4	5
⑫ あなたの意見を、サービス計画（ケアプラン）の作成やケアマネジメントの過程において取り入れている	1	2	3	4	5

問 23 事例を担当している介護支援専門員に対して、あなたはどのように思っていますか。それぞれの項目について、もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちら とも いえない	やや 思う	とても 思う
① 困ったときに相談できる	1	2	3	4	5
② 知りたいことを気軽に聞ける	1	2	3	4	5
③ 躊躇せずに連絡できる	1	2	3	4	5
④ 共通言語をもって話し合える	1	2	3	4	5
⑤ 協力して仕事をしている感じがする	1	2	3	4	5
⑥ チームメンバーとして一体感を感じる	1	2	3	4	5
⑦ チーム内の合意形成を行ないながらケアマネジメントを行なっている	1	2	3	4	5
⑧ 親しみを感じる	1	2	3	4	5
⑨ 事例の身体的な状況を知っている	1	2	3	4	5
⑩ 事例の精神・心理的な状況を知っている	1	2	3	4	5
⑪ 事例の経済的・社会的な状況を知っている	1	2	3	4	5
⑫ 事例の生活環境(居住環境や家屋構造等)を知っている	1	2	3	4	5
⑬ 事例の今後の生活についての意向を知っている	1	2	3	4	5
⑭ 事例の家族の状況を知っている	1	2	3	4	5
⑮ 事例のリハに関するニーズ把握が適切だと思う	1	2	3	4	5

問 24 それぞれの項目についてあなたが知っているかどうか、あてはまるものひとつに○をつけてください。

	知らない	あいまいである	知っている
① 事例が「訪問リハサービス」の他に利用している介護保険サービスの種類	1	2	3
② 事例が利用している介護保険サービス以外の社会資源	1	2	3
③ ケアプランにおける事例の目標	1	2	3
④ 事例の身体的な状況	1	2	3
⑤ 事例の精神・心理的な状況	1	2	3
⑥ 事例の生活に対する意向	1	2	3
⑦ 事例の家族の介護負担感の程度や内容	1	2	3
⑧ 事例の「訪問リハサービス」の指示書を作成している医師の顔	1	2	3
⑨ 事例担当の介護支援専門員に連絡のとりやすい時間や方法	1	2	3
⑩ 事例担当の介護支援専門員が事例に訪問している、おおよその頻度	1	2	3
⑪ 事例担当の介護支援専門員の専門職としての考え方	1	2	3
⑫ 事例担当の介護支援専門員の性格	1	2	3
⑬ 事例担当の介護支援専門員の基礎資格	1	2	3
⑭ 事例担当の介護支援専門員の顔	1	2	3

【Ⅳ】「訪問リハサービス」の提供全般に関して、おたずねします。

※【Ⅳ】の質問や選択肢における「介護支援専門員」は、介護支援専門員全般を意味しています。
 ※【Ⅳ】では、現在の所属事業所だけでなく、これまでの「訪問リハサービス」提供経験すべてを踏まえてご回答ください。

問 25 下表に示した面談の機会が、どの程度ありますか。それぞれの項目について、あてはまるもののひとつに○をつけてください。

	頻繁にある	ときどきある	あまりない	まったくない
① 「訪問リハサービス」のサービス提供時に合わせて、介護支援専門員が利用者宅に来て、話し合いをする	4	3	2	1
② 介護支援専門員が、あなたの事業所に来て、話し合いをする	4	3	2	1
③ あなたが、介護支援専門員の所属先に行って、話し合いをする	4	3	2	1
④ 介護支援専門員と、地域等で開催される会議や研修会で顔を合わせる（サービス担当者会議を除く）	4	3	2	1
⑤ 上記①～④以外に、介護支援専門員と面談の機会がある	4	3	2	1
⑥ 利用者の担当医師と、会って話し合いをする	4	3	2	1
⑦ 利用者の担当医師と、電話で話し合いをする	4	3	2	1

問 26 下表に示した疾患や状態のある利用者に対して「訪問リハサービス」を提供した経験[※]がありますか。それぞれについて、「有・無・不明」のうちから、あてはまるもののひとつに○をつけてください。「不明」は、提供経験があるかどうか思い出せない場合につけてください。この質問では医療保険と介護保険のいずれでもよいとします。

※表記の疾患等に基づく症状そのものに対するプログラムを実施しなかった場合でも、その疾患等のある利用者を担当した経験がある場合には「有」としてください。

疾患や状態	提供経験の有無	疾患や状態	提供経験の有無
①脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血等)	有・無・不明	⑨がんによる終末期	有・無・不明
②脊髄損傷	有・無・不明	⑩がん以外による終末期の人	有・無・不明
③大腿骨頸部骨折	有・無・不明	⑪認知症	有・無・不明
④脊椎圧迫骨折	有・無・不明	⑫うつ病	有・無・不明
⑤筋萎縮性側索硬化症(ALS)	有・無・不明	⑬上記⑫以外の精神疾患のある人	有・無・不明
⑥脊髄小脳変性症	有・無・不明	⑭廃用症候群 または生活不活発病	有・無・不明
⑦パーキンソン病	有・無・不明	⑮変形性関節症(股関節、膝関節、脊椎等)	有・無・不明
⑧上記⑤⑥⑦以外の進行性の神経難病	有・無・不明	⑯在宅酸素療法をしている呼吸器疾患の人	有・無・不明

問 27 下表に示した状況にある利用者に対して「訪問リハサービス」を提供した経験がありますか。それぞれについて、「有・無・不明」のうちから、あてはまるものひとつに○をつけてください。「不明」は、提供経験があるかどうか思い出せない場合につけてください。この質問では医療保険と介護保険のいずれでもよいとします。

状況	提供の有無
① 世帯に経済面の問題がある	有・無・不明
② 利用者ご本人が虐待を受けている、またはその疑いがある	有・無・不明
③ 独居者	有・無・不明
④ あなたがサービスを提供した利用者以外の同居者が、介護や福祉のサービスを受けている	有・無・不明

問 28 介護支援専門員は、どのような仕事をする人だと思いますか。

問 29 あなたは、介護支援専門員との連携を進めるためにどのような行動や工夫をしていますか。

問 30 介護支援専門員は、あなたと他のサービスの間の連携を進めるために、どのような行動や工夫をしていると思いますか。

問 31 介護支援専門員との連携によって、どのようなことが得られますか。

問 32 介護支援専門員との連携について、ご意見をご記入ください。

ご回答いただいた調査票は、同封した返送用封筒に入れてご投函ください。
 ご投函いただくまでの期間は、この調査票をお受け取りいただいてから2週間です。
 (平成26年8月6日までを目安とさせていただきます。)
 ご協力いただきまして、ありがとうございました。

表 3-1

表 3-1 回答者の基本属性

		訪問リハ職		ケアマネジャー	
		人	(%)	人	(%)
所有資格	理学療法士	30	(49.2)	医療系 ^{※3}	12 (19.7)
	作業療法士	31	(50.8)	福祉系 ^{※3}	29 (47.5)
				介護系 ^{※3}	41 (67.7)
	介護支援専門員資格所有			主任介護支援専門員資格	
	資格あり	13	(21.3)	資格あり	27 (44.3)
	資格なし	48	(78.7)	資格なし	34 (55.7)
年代	20歳代	16	(26.2)	20歳代	0 (0.0)
	30歳代	29	(47.5)	30歳代	19 (31.1)
	40歳代	14	(23.0)	40歳代	19 (31.1)
	50歳代以上	2	(3.3)	50歳代以上	23 (37.7)
性別	男性	33	(54.1)	男性	12 (19.7)
	女性	28	(45.9)	女性	49 (80.3)
経験年数 ^{※1}	3年未満	0	(0.0)	3年未満	4 (6.6)
	3年以上6年未満	11	(18.0)	3年以上6年未満	15 (24.6)
	6年以上10年未満	15	(24.6)	6年以上10年未満	22 (36.1)
	10年以上20年未満	26	(42.6)	10年以上	18 (29.5)
	20年以上	8	(13.1)	無回答	2 (3.3)
	無回答	1	(1.6)		
所属施設の種類の種類	訪問看護ステーション	29	(47.5)	介護保険サービス併設の	
	病院・診療所	24	(39.3)	居宅介護支援事業所	58 (95.1)
	介護老人保健施設	7	(11.5)	単独の居宅介護支援事業所	1 (1.6)
	その他	1	(1.6)	無回答	2 (3.3)
併設サービス ^{※2}	居宅介護支援事業所			訪問看護	12 (19.7)
	あり	46	(75.4)	訪問リハビリテーション	5 (8.2)
	なし	7	(11.5)	介護老人保健施設	11 (18.0)
	無回答	8	(13.1)	医療機関	11 (18.0)

※1 経験年数は、訪問リハ職については当該資格取得後の年数(3～27年、平均11.7±6.9年)、ケアマネジャーについては居宅介護支援事業所におけるケアマネジメント業務の経験年数(1～15年、平均7.4±3.8年)

※2 重複回答あり、表記以外の併設施設は省略

※3 重複回答あり、医療系:看護師・准看護師・歯科衛生士・栄養士、福祉系:社会福祉士・精神保健福祉士・社会福祉主事、介護系:介護福祉士

表 3-2 事例の特性

		人	(%)	χ^2 適合度検定	
年代	65歳未満	9	(14.8)	$\chi^2 = 46.311$ $p = 0.000$	***
	65歳以上70歳未満	4	(6.6)		
	70歳代	19	(31.1)		
	80歳代	25	(41.0)		
	90歳代以上	4	(6.6)		
要介護度	要支援1・2	4	(6.6)	$\chi^2 = 10.902$ $p = 0.053$	n.s.
	要介護1	6	(9.8)		
	要介護2	10	(16.4)		
	要介護3	13	(21.3)		
	要介護4	11	(18.0)		
	要介護5	17	(27.9)		
現有疾患等※	①脳血管疾患	37	(60.7)		
	②脊髄損傷	0	(0.0)		
	③大腿骨頸部骨折	4	(6.6)		
	④脊椎圧迫骨折	2	(3.3)		
	⑤筋委縮性側索硬化症(ALS)	1	(1.6)		
	⑥脊髄小脳変性症	1	(1.6)		
	⑦パーキンソン病	3	(4.9)		
	⑧上記⑤⑥⑦以外の進行性の神経難病	3	(4.9)		
	⑨がんによる終末期	1	(1.6)		
	⑩がん以外の終末期	0	(0.0)		
	⑪認知症	15	(24.6)		
	⑫うつ病	2	(3.3)		
	⑬上記⑫以外の精神疾患	1	(1.6)		
	⑭廃用症候群	14	(23.0)		
	⑮変形性関節症(股関節、膝関節、脊椎等)	8	(13.1)		
	⑯在宅酸素療法をしている呼吸器疾患	2	(3.3)		
	⑰上記①～⑯のどれでもない	5	(8.2)		

※重複あり, *** : $p < 0.001$, n.s.: not significant

本文 32 ページ 第 3 章 第 2 節 3. 結果 2) 認識の差異に関する分析 (3) サービス提供内容
 本文 33 ページ 第 3 章 第 2 節 3. 結果 2) 認識の差異に関する分析 (4) サービス提供内容に対するケアマネジャーの認識

表 3-3

表 3-3 訪問リハ職のサービス提供内容とケアマネジャーの認識

提供の多い順	事例への訪問リハビリテーション提供内容(質問項目)※1	リハ職の提供の有無※2		ケアマネジャーの認識※3		一致と不一致の偏りの検定有意確率(p)
		有 人(%)	無 人(%)	一致※4 ペア(%)	不一致※4 ペア(%)	
1	1) 関節、筋力、バランスのいずれかの身体機能に関すること	61(100.0)	0(0.0)	61(100.0)	0(0.0)	—
2	4) ねがえり、起き上がり、立ち上がり、ベッドと車いす間の移乗、座位、立位のいずれかの動作や姿勢保持に関すること	52(85.2)	9(14.8)	55(90.2)	6(9.8)	0.000 ***
3	5) 歩くことや車椅子操作等の移動動作に関すること	45(73.8)	16(26.2)	52(85.2)	8(13.1)	0.000 ***
4	17) 福祉用具に関すること	38(62.3)	23(37.7)	36(59.0)	25(41.0)	0.159
5	19) 自主トレーニングに関すること	38(62.3)	23(37.7)	40(65.6)	21(34.4)	0.015 *
6	16) 介護者(家族やサービス提供者)の介助方法に関すること	36(59.0)	25(41.0)	34(55.4)	27(44.3)	0.370
7	20) 健康増進に関すること	30(49.2)	31(50.8)	33(54.1)	28(45.9)	0.522
8	3) 認知機能、知的機能、精神機能のいずれかの機能に関すること	28(45.9)	33(54.1)	32(52.5)	29(47.5)	0.701
9	2) 感覚、知覚のいずれかの身体機能に関すること	25(41.0)	36(59.0)	18(29.5)	42(68.9)	0.002 **
10	18) 住宅や家屋環境に関すること	23(37.7)	37(60.7)	29(47.5)	31(50.8)	0.796
11	10) トイレ・排泄に関する動作や方法	23(37.7)	38(62.3)	35(57.4)	26(42.6)	0.249
12	14) 外出(散歩、買い物を含む)に関する動作や方法	22(36.1)	39(63.9)	37(60.7)	24(39.3)	0.096
13	6) 言語やコミュニケーションに関すること	18(29.5)	43(70.5)	29(47.5)	32(52.5)	0.701
14	11) 衣服の着脱に関する動作や方法	16(26.2)	45(73.8)	31(50.8)	30(49.2)	0.898
15	7) 呼吸機能に関すること	15(24.6)	46(75.4)	34(55.4)	27(44.3)	0.370
16	12) 入浴に関連する動作や方法	12(19.7)	49(80.3)	35(57.4)	25(41.0)	0.197
17	8) 嚥下(飲み込み)や咀嚼(噛むこと)に関すること	11(18.0)	50(82.0)	43(70.5)	18(29.5)	0.001 **
18	9) 上記8以外の、食事に関する動作や方法に関すること	11(18.0)	50(82.0)	41(67.2)	20(32.8)	0.007 **
19	13) 身だしなみ(歯磨き、洗面、整髪、髭そり、化粧等)に関する動作や方法	8(13.1)	53(86.9)	37(60.7)	24(39.3)	0.096
20	15) 家事活動に関する動作や方法	4(6.6)	57(93.4)	42(68.9)	19(31.1)	0.003 **

a. X²適合度検定, b. 1ペアに欠損あり * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

※1 片括弧の番号は質問紙調査における質問番号(質問順)

※2 訪問リハ職への質問指示文: 事例に提供している「訪問リハサービス」は、どのような内容ですか。

※3 ケアマネジャーへの質問指示文: 事例に提供されている「訪問リハサービス」について、あなたは、どのような内容であると認識して(思っています)か。

※4 訪問リハ職が「有」・ケアマネが「思う」、訪問リハ職が「無」・ケアマネが「思わない」と回答したペアを「一致」とし、「一致」以外は「不一致」とした。

本文 33 ページ 第 3 章 3. 結果 3) 認識の関連要因に関する結果 (2) 対象者の特性
表 3-4

表 3-4 致得点低群・高群の対象者特性

		n	一致得点12点以下 低群 28 (50.9)		一致得点13点以上 高群 27 (49.1)		有意確率 ^a (<i>p</i>)
		n (カテゴリーの群間%)					
訪問リハ職 (n=55)							
資格	理学療法士	25	13 (52.0)	12 (48.0)		0.883	
	作業療法士	30	15 (50.0)	15 (50.0)			
性別	男性	29	16 (55.2)	13 (44.8)		0.504	
	女性	26	12 (46.2)	14 (53.8)			
年代	20歳代・30歳代	40	18 (45.0)	22 (55.0)		0.316	
	40歳代	13	9 (69.2)	4 (30.8)			
	50歳以上	2	1 (50.0)	1 (50.0)			
ケアマネジャーの資格	あり	11	8 (72.7)	3 (27.3)		0.106	
	なし	44	20 (45.5)	24 (54.5)			
訪問リハサービス初従事以降の年数 (訪問リハ経験年数)	5年未満	22	12 (54.5)	10 (45.5)		0.620	
	5年以上10年未満	23	10 (43.5)	13 (56.5)			
	10年以上15年未満	10	6 (60.0)	4 (40.0)			
居宅介護支援事業所の併設	あり	41	23 (56.1)	18 (43.9)		0.188	
	なし	14	5 (35.7)	9 (64.3)			
機会・サービス中利用者宅で面談	あり	49	24 (49.0)	25 (51.0)		0.413	
	なし	6	4 (66.7)	2 (33.3)			
機会・訪問リハ職の事業所で面談	あり	15	6 (40.0)	9 (60.0)		0.322	
	なし	40	22 (55.0)	17 (45.0)			
機会・ケアマネジャーの事業所で面談	あり	14	8 (57.1)	6 (42.9)		0.589	
	なし	41	20 (48.8)	21 (51.2)			
ケアマネジャー (n=55)							
性別	男性	19	4 (40.0)	6 (60.0)		0.446	
	女性	45	24 (53.3)	21 (46.7)			
年代	20歳代・30歳代	18	10 (55.6)	8 (44.4)		0.442	
	40歳代	16	6 (37.5)	10 (62.5)			
	50歳以上	21	12 (57.1)	9 (42.9)			
医療職の資格 ^b	あり	6	2 (33.3)	4 (66.7)		0.362	
	なし	49	26 (53.1)	23 (46.9)			
居宅介護支援の実務経験年数	5年未満	15	8 (53.3)	7 (46.7)		0.925	
	5年以上10年未満	25	12 (48.0)	13 (52.0)			
	10年以上15年未満	15	8 (53.3)	7 (46.7)			
訪問リハサービス提供事業所の併設	あり	10	4 (40.0)	6 (60.0)		0.446	
	なし	45	24 (53.3)	21 (46.7)			
機会・サービス中利用者宅で面談	あり	35	14 (40.0)	21 (60.0)		0.032 [*]	
	なし	20	14 (70.7)	6 (30.0)			
機会・訪問リハ職の事業所で面談	あり	21	9 (42.9)	12 (57.1)		0.348	
	なし	34	19 (55.9)	15 (44.1)			
機会・ケアマネジャーの事業所で面談	あり	16	11 (68.8)	5 (31.3)		0.090	
	なし	39	17 (43.6)	22 (56.4)			

a χ^2 独立性検定. *: $p < 0.05$

b 医療職の資格「あり」6名は、看護師または准看護師。

本文 37 ページ 第 3 章 3. 結果 2) 認識の関連要因に関する結果 (3) 一致得点に影響する
変数

表 3-5

表 3-5 仮定した要因と一致得点低群・高群との関連

投入した独立変数		有意確率 (p)	オッズ比	オッズ比の 95%信頼区間 下限 上限	
年代 ^a	訪問リハ職	0.028 *	0.126	0.020	0.801
	ケアマネジャー	0.312	1.649	0.626	4.349
他資格の有無 ^b	訪問リハ職	0.118	0.121	0.009	1.712
	ケアマネジャー	1.000	1.000	0.091	11.003
経験年数 ^c	訪問リハ職	0.368	2.019	0.438	9.310
	ケアマネジャー	0.137	0.353	0.090	1.392
併設の有無 ^d	訪問リハ職	0.088	0.140	0.015	1.344
	ケアマネジャー	0.040 *	24.720	1.163	525.402
機会・サービス中利用者宅で面談 ^e	訪問リハ職	0.574	0.407	0.018	9.318
	ケアマネジャー	0.034 *	12.128	1.209	121.618
機会・訪問リハ職の事業所で面談 ^e	訪問リハ職	0.701	1.554	0.164	14.718
	ケアマネジャー	0.439	2.639	0.225	30.903
機会・ケアマネジャーの事業所で面談 ^e	訪問リハ職	0.797	0.772	0.108	5.505
	ケアマネジャー	0.032 *	0.034	0.002	0.745

一致得点 0:低群, 1:高群. * $p < 0.05$

a 年代 1:20歳代・30歳代, 2:40歳代, 3:50歳以上.

b 訪問リハ職はケアマネジャー資格, ケアマネジャーは医療職(医師, 看護師, リハ職等)資格. 0:無, 1:有.

c 訪問リハ職は訪問リハに初めて従事した年から経過した年数, ケアマネジャーは居宅介護支援の実務経験年数. 1:5年未満, 2:5年以上10年未満, 3:10年以上.

d 訪問リハ職は居宅介護支援事業所の併設, ケアマネジャーは訪問リハサービス事業所の併設. 0:無, 1:有.

e 0:無, 1:有.