

<報告>

要介護認定における認定調査員の判断基準の解釈を共有化するしくみづくり —コンピュータネットワークと会議を活用して—

櫻庭けい子¹⁾, 吉本照子²⁾, 緒方泰子²⁾

¹⁾ 千葉市介護保険課

²⁾ 千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学専攻地域看護システム管理学領域

Development of a System to Promote the Sharing of Interpretations of Evaluation Criteria for Care Need Certification: Utilization of Computer Networks and Conferences

Keiko SAKURABA¹⁾, Teruko YOSHIMOTO²⁾, Yasuko OGATA²⁾

¹⁾ Nursing Insurance Seciton Chiba City

²⁾ Nursing Care Systems Management, Graduate School of Nursing, Chiba University

抄録

目的: 政令指定都市 A 市の介護認定調査員（以下調査員）が的確な介護認定調査を実施するために、認定調査の判断基準の解釈のバラツキをなくし、共有するしくみをつくる。

実施方法: 市役所において要介護認定を統括する保健師がリーダーとなり、各区で認定調査を行い、かつ調査員を指導する立場の保健師 6 人と介護福祉士 9 人（以下メンバー）としきみづくりを行った（2008 年 4 - 10 月）。情報保護の観点から、A 市情報システム課が管理し、パスワードを設定したコンピュータネットワーク上に、各区役所からアクセス可能なファイル「A 掲示板」及び「B 掲示板」を作成した。メンバーが調査項目の判断に関する疑問や意見を「A 掲示板」に記入し、その内容に基づいて保健師・介護福祉士合同会議（以下会議）で判断基準の解釈を多面的に検討し、認定調査員テキストや県担当部署と整合性を確認した上で、共有を図った。リーダーは、メンバーが互いの意見とその理由を十分に表出し、意見の違いの要因を明らかにするように働きかけ、合意した事項を他の調査員に周知するため「B 掲示板」に記載した。

結果及び考察: 「A 掲示板」には、認定調査項目に関する質問 25 件、それらに対する意見が 49 件記入された。内容の例は「意思の伝達」について、理解したい内容の話でも自分の言いたいことを伝えることができると判断するのか、また「薬の内服」について、薬の認識はあるが、時間や回数の認識はなく薬を口に入れてもらい、水は自分で飲む時の判断はどうするのかという判断基準の解釈等についてであった。掲示板と会議において、メンバーは互いの判断基準の解釈を述べ合い理解することで、自分の意見を見直し、確認あるいは修正して、納得した判断基準の解釈を共有した。共有した事項は「B 掲示板」に記載し、他の調査員に周知した。これは、意見とその理由の共有を重視する合意形成の過程と考えられた。また、新しい知識を、蓄積された経験と関係づけることによって、理解が促進または阻害される成人学習者の特徴に即した過程でもあった。こうした過程を含むしくみは認定調査を的確に実施し平準化するために有効と考えられた。定期的な見直しが行われ、常に個性による判断の難しさが伴う認定調査の質保証を担う者は、本しくみづくりのような継続的に認定調査の平準化の取り組みを行う必要があると考える。

キーワード: 介護認定調査、平準化、合意形成、コンピュータネットワーク、政令指定都市

〒 260-0026 千葉市中央区千葉港 1-1 千葉市高齢障害部介護保険課

E-mail: kaigohoken.HWS@city.chiba.jp

[平成 22 年 6 月 8 日受理]

Abstract

Purpose This study was conducted to help “examiners involved in long-term care need certification” in an ordinance-designated city conduct a certification survey in an effective manner, and promote the development and sharing of uniform criteria for evaluating survey results.

Methods The development was headed by the public health nurse (PHN) working for the city government who was in charge of care need certification during the period between April and October 2008.

The PHN developed a management system in collaboration with six other PHNs and nine team members who were certified care workers in six wards of the city. With particular emphasis on information protection, we created “Bulletin Board A” and “Bulletin Board B” on a computer network administered by the Division of Information Systems of the city, and set up passwords. The bulletin board files can be accessed by the ward offices in the city. The above-mentioned members submitted their questions and opinions regarding the interpretation of the survey results to be posted on Bulletin Board A. Based on these comments, PHNs and the certified care workers discussed with each other the examination of evaluation criteria at joint meetings. We then examined their discussion’s consistency with the textbooks for certified examiners and the relevant departments in the prefectural office to promote the sharing of criteria. The leaders helped members express their opinions and supporting arguments, and clarify the factors associated with differences in their opinions. Finally, the leaders posted agreed-upon criteria on Bulletin Board B for all examiners.

Results and Discussion Regarding care need certification, 25 questions and 49 comments were posted on Bulletin Board A. The questions included: “Whether a person who can speak should be regarded as being able to express his/her intentions even when you cannot understand him/her” (expression of intentions); “Whether a patient should be regarded as being able to take medicine when he/she can only recognize drugs, without being able to understand the concept of appropriate dosage, including the time and frequency, and drinks a glass of water after the tablets are placed in the mouth” (administration of drugs). On the bulletin boards and at meetings, the members exchanged their opinions regarding the different interpretations of evaluation criteria, and reviewed them to establish uniform criteria to be shared. The agreed-upon criteria were posted on Bulletin Board B for all examiners to confirm. In this process of consensus building, emphasis was placed on the sharing of opinions and supporting arguments, and the members made efforts to relate new findings to their long years of experience. This process, designed to help the members increase their learning efficiency, was effective to develop uniform evaluation criteria required for care need certification.

The certification survey is revised on a regular basis to facilitate the appropriate evaluation of a diversity of care needs. Continuous efforts (e.g., to establish a system for information sharing) should be made to equalize the certification survey in order to maintain and improve its quality.

Keywords: long-term care need certification survey, equalization, consensus building, computer networks, ordinance-designated city

I. はじめに

平成 12 年度に開始された介護保険は、現在介護が必要な高齢者に不可欠なものとして定着している。介護保険サービスを利用するには最初に要介護認定を受けることが必要であり、認定調査結果と主治医意見書をもとに認定審査会において判定される。この要介護認定は全国統一の基準で実施される。

介護保険は一方で様々な課題もみえてきており、そのひとつに要介護認定における自治体間差がある。この自治体間差について国は「全国的な審査のバラツキは審査会運営に関わる特定の機関や特定の要素によってのみもたらされるものではない¹⁾」とし、「認定調査の平準化は多くの自治体において積極的に取り組まれており（中略）改善が図られている。しかしながら、要介護認定全体において質問

や問い合わせが多いのも基本調査項目の解釈によるものであることから、全国的に定義等の解釈等で混乱が生じている¹⁾と報告している。

このような要介護認定のバラツキは、同じ状況にある利用者が異なる介護度に判定される原因ともなり得る。これは介護度によって介護給付が行われるしくみである介護保険において、公平な給付が行われないことにもつながり、介護保険制度の信頼が大きく揺らぎかねない。このため要介護認定の基本の一つである、認定調査項目（以下調査項目）の判断基準の解釈の平準化（区間における調査項目の判断基準の解釈のバラツキを最小限とするために、調査員全員が同じ判断基準の解釈で認定調査を実施すること）は重要である。

政令指定都市である本市では、直接的な介護保険業務を全 6 区の区役所が主となって行い、市役所がそれを統括す

るという体制をとっている。本市の認定調査は各区に配置されている嘱託である認定調査員（以下調査員）と保健師・介護福祉士が約9割を実施しており、その質の確保や平準化のため各区内で保健師・介護福祉士を中心とする話し合いや市全体での研修、また判断基準の解釈について市役所において要介護認定を統括する筆者と、各区の保健師・介護福祉士との個別的な意見交換等を行ってきた。しかし「調査項目により、各区間で判断基準の解釈に違いが見られる」「認定調査をする時は常に判断に迷っている」等の声が聞かれ、本市においても他の自治体と同様の課題がみられていた。

認定調査を実施するため、調査員が対象者の状況を的確に把握できる方法としてこれまでソーシャルワーク技法を取り入れた研修や自己研鑽の必要性³⁾等が報告されている。しかし本市のように各職場が離れ、日常の疑問や問題を共有しにくい状況において、各区間の調査項目の判断基準の解釈を共有し、バラツキを少なくするしくみに焦点を当てているものは少ない。

そこで今回、全職員が利用できるコンピュータネットワーク上に設置した掲示板と会議の場を利用し、各職場が離れている調査員間において調査項目の判断基準の解釈の根拠を多面的に検討し、かつ共有するしくみづくりを試みた。これには浜町⁴⁾が述べている、関係者の意見の理由や根拠を掘り起こすことと、関係者の間で納得する解決策を見出すプロセスを構築することを重要とする、医療における合意形成の考えを用いた。

なお「判断基準」の名称は認定調査員テキスト2009（平成21年4月）より「選択基準」と変更されたが、本稿では「判断基準」を使用した。

II. 実施方法

1) 判断基準の解釈を共有するしくみづくりの体制

調査項目の判断基準の解釈を共有するしくみづくりは、コンピュータネットワーク上の掲示板を活用できる者が常勤職員に限定されていることや、十分な話し合いが可能な人数を考え、推進役を担う筆者（以下推進者）と保健師6名及び介護福祉士9名（以下メンバー）で行った。メンバーの認定調査の経験年数（平均±標準偏差）は、保健師が 1.3 ± 1.1 年、介護福祉士が 6.6 ± 1.3 年であった。

認定調査を実施している者64名のうち参加した者は23%であるが、メンバーは市の調査員を指導する立場にあると同時に各区役所で実際に認定調査を行っており、調査員の意見の収集及び調査員への共有事項の周知により、しくみを推進する役割を担うことができると考えた。

本稿では平成20年4月～10月の実施状況を報告する。

2) コンピュータネットワークと会議を活用したしくみの作成過程および評価

図1に示すとおり市役所内のコンピュータネットワーク上に各区からもアクセスが可能なフォルダを設置し、そこに「A掲示板」、「B掲示板」の名前で2つのエクセルファイルを作成した。掲示板への記載を通じて、これまで、各区の調査員が調査項目の判断基準の解釈や、調査上の疑問・意見がある時に行っていた各区内での話し合いや、筆者が個別に答えていた内容についての情報が、全区でもわかるようにした。

「A掲示板」では、認定調査の実施時や認定調査票の確認時に気づいた判断基準の解釈の違いや疑問、それに対する意見を記入しそれぞれの意見を共有した。「A掲示板」に記入された意見にもとづき、話し合いを深めるため、定

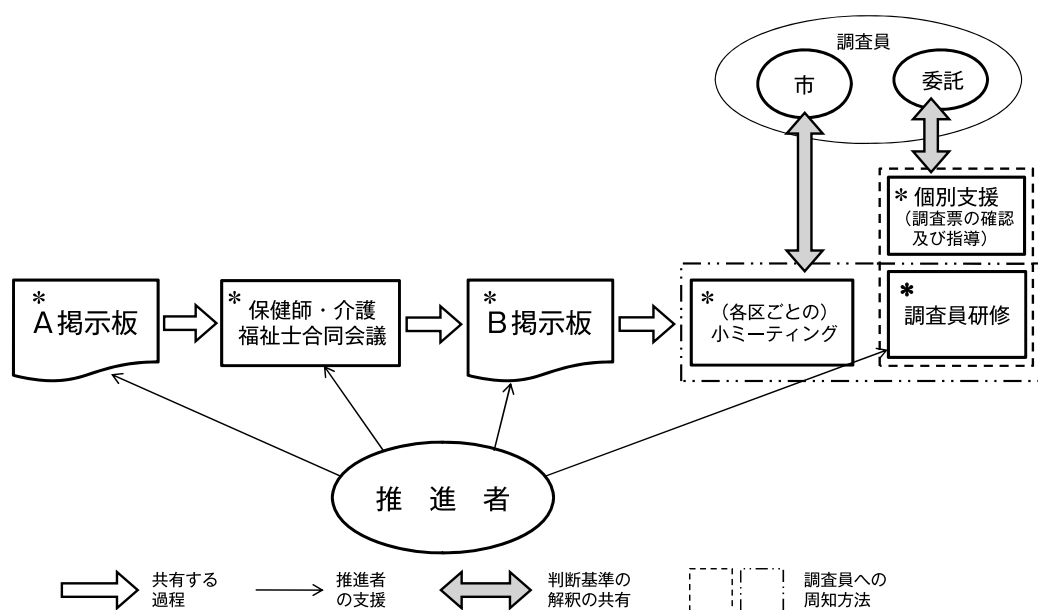


図1 認定調査項目の判断基準の解釈を共有するしくみ

期的に「保健師・介護福祉士合同会議（以下合同会議）」を開催し、意見を出し合うことによって、互いに異なる判断基準の解釈を共有し、皆が納得する解釈の共有を図った。そして共有された解釈は推進者が「B 掲示板」に記入した。「B 掲示板」に記入された事項は、「小ミーティング（区毎に開催）」において話し合いの経過も含めて、メンバーから調査員へ周知された。また、認定調査全体の約 1 割を実施している委託調査員には、認定調査票を確認する際の「個別指導」や「認定調査員研修」において、共有事項を周知し共有できるようにした。

このしくみの評価として、あらかじめ市の調査員全員を対象に、調査員テキストの Q&A 集を参考に選んだ調査項目 10 項目各々を、どのように判断するか回答を得ておいた。そして、6 ヶ月後に同じ調査項目の判断について再度回答を求め、判断基準の解釈のパラツキの変化について検討した。調査項目の判断の解釈として、初回の回答を得た後合同会議を開催し、何れを正解にするかを検討しておいた。共有した事項は調査員へ周知した。

また、A・B 掲示板の「調査項目の判断基準の解釈の共有」における意義について、メンバーからの意見を個別に聴取した。

3) 推進者の役割

推進者はメンバーに対して、判断基準の解釈を共有するしくみとしての掲示板及び合同会議の目的や掲示板への記入上のルールを作成し、周知した。それと同時に介護保険制度における要介護認定、特に認定調査の重要性を伝えた。

推進者はこのしくみを実施するにあたって、メンバーに掲示板への記入を促し、記入事項の偏りの有無や記入上のルールが守られているか等、常に掲示板の活用状況についての確認を行った。そして合同会議を設定し、メンバーの意見から判断基準の解釈の異なる要因を明らかにしたうえで、皆の納得した判断基準の解釈が共有出来るよう推進役を担った。また県担当部署（以下県）・他市の状況および認定調査員テキスト（以下テキスト）の確認により、市独自の解釈にならないように配慮した。

Ⅲ. 倫理的配慮

掲示板に記入する時には互いに異なる意見を尊重し、個人に対する非難や攻撃を行わないこと等を文書に明記しメンバーに周知した。

掲示板へアクセスするパソコンは、情報セキュリティの観点から全て本市の情報システム課によって管理され、それぞれに設定されたパスワードの入力が無ければ使用ができないものを使用した。

Ⅳ. 結果

1) 各調査項目の判断基準の解釈を共有する過程

(1) A 掲示板への記入状況

掲示板に記入された事項は、認定調査の実施や調査票の

確認等で気づいた判断基準の解釈についての質問とそれに対する意見であった。

調査項目についての質問が 25 件とそれに対する意見が 49 件記入された。各質問に対する意見の記入は 1～6 件と幅がみられた。このうち質問に対する意見が多かった調査項目について、判断基準の解釈を共有する過程を次に述べる。

(2) 「意思の伝達」の判断基準の解釈を共有する過程 (図 2)

この項目の定義は「調査対象者が意思を伝達できるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない」であり、選択肢は「調査対象者が意思を他者に伝達できる」「ときどき伝達できる」「ほとんど伝達できない」「できない⁵⁾」となっている。

最初に A 掲示板に記入された意見は、認定調査員研修において示された判断基準の解釈に対しての迷いであり、「理解しがたい内容の話でも自分の言いたいことを伝えているので『出来る』と判断すると研修で聞いたがそれでよいか」であった。それに対し、“a その判断はおかしい、程度に応じて判断すると聞いている” “b 研修で講義されたように判断している” と異なる意見が記入された。

推進者は、各区分及び調査員間で判断基準の解釈は異なっており、共有する必要があると考え、話し合う場として合同会議を設定した。またメンバーが主体的に参加し、十分な話し合いの中から判断基準の解釈が異なっている要因をみだせるように、会議の進行役をメンバーに任せ、座席の位置の工夫や全員に発言を促す等、会議の進行役を支援した。合同会議において、研修で講義された内容に A) それはおかしいと思っていた、B) 自分の言いたいことだけでは「出来る」と判断できない、等の意見が出された。その中から、推進者は判断基準の解釈の異なる要因は「対象者の伝える内容が受け手側に了解できる範囲にあるかどうか」と考え、話し合うと共にメンバーとテキストを再確認した。

そして共有した事項について県の見解と整合性を確認したうえで、B 掲示板に記載した。メンバーは B 掲示板に記入された事項について、それぞれの区において小ミーティングを開催し、調査員へ判断基準の解釈の違いとその理由、パラツキの要因及び共有事項の判断根拠について周知し、調査員と共有した。

調査員は、周知された共有事項をテキストに添付する等を行い、認定調査時に活用し、疑問が生じた場合はメンバーに伝え、メンバーは掲示板に記載した。

一方、調査員へ共有事項を伝えるのみのメンバーもみられた。

(3) 「薬の内服」の判断基準の解釈を共有する過程 (図 3)

「薬の内服」の定義は、「薬の内服に係る一連の行為について、自分で行っているかどうかを評価する項目である。インスリン注射、塗り薬の塗布等、内服以外のものは含まれない」となっており、一連の行為とは「薬の飲む時間や飲む量を理解する」^{注1} 「薬や水を手元に用意する」「薬を

注1 「薬の飲む時間や飲む量を理解する」行為は、調査員テキスト 2009 (平成 21 年 4 月) より削除されているが、本論の内容にとって必要であるため、そのまま用いた。

口に入れる」「飲み込む」、選択肢は「1. 自立」「2. 一部介助」「3. 全介助」である。

区の保健師から A 掲示板に薬の内服の判断について“「一部介助」「全介助」の境はどこか。例えば薬としての認識はあるが、時間や回数の認識はなく口に入れてもらい、コップを渡すと自分で飲める時の判断はどうするのか”と記入された意見に対し、“a 薬を口に入れてもらっていると「全介助」と判断する調査員と、「一部介助」と判断す

る調査員がいる”と、判断基準の解釈が異なっている状況が記入された。これはメンバーが認定調査票を確認した際に、市の調査員と委託調査員に判断基準の解釈が異なることに気づき、出された意見であった。これをうけて、合同会議と同じ位置づけで、掲示板記入直後に開催された保健師会議の場において話し合った。

会議では、A)「全介助」と判断してもよいと思う、B) 薬の理解ができていれば「全介助」と判断しない等、意見

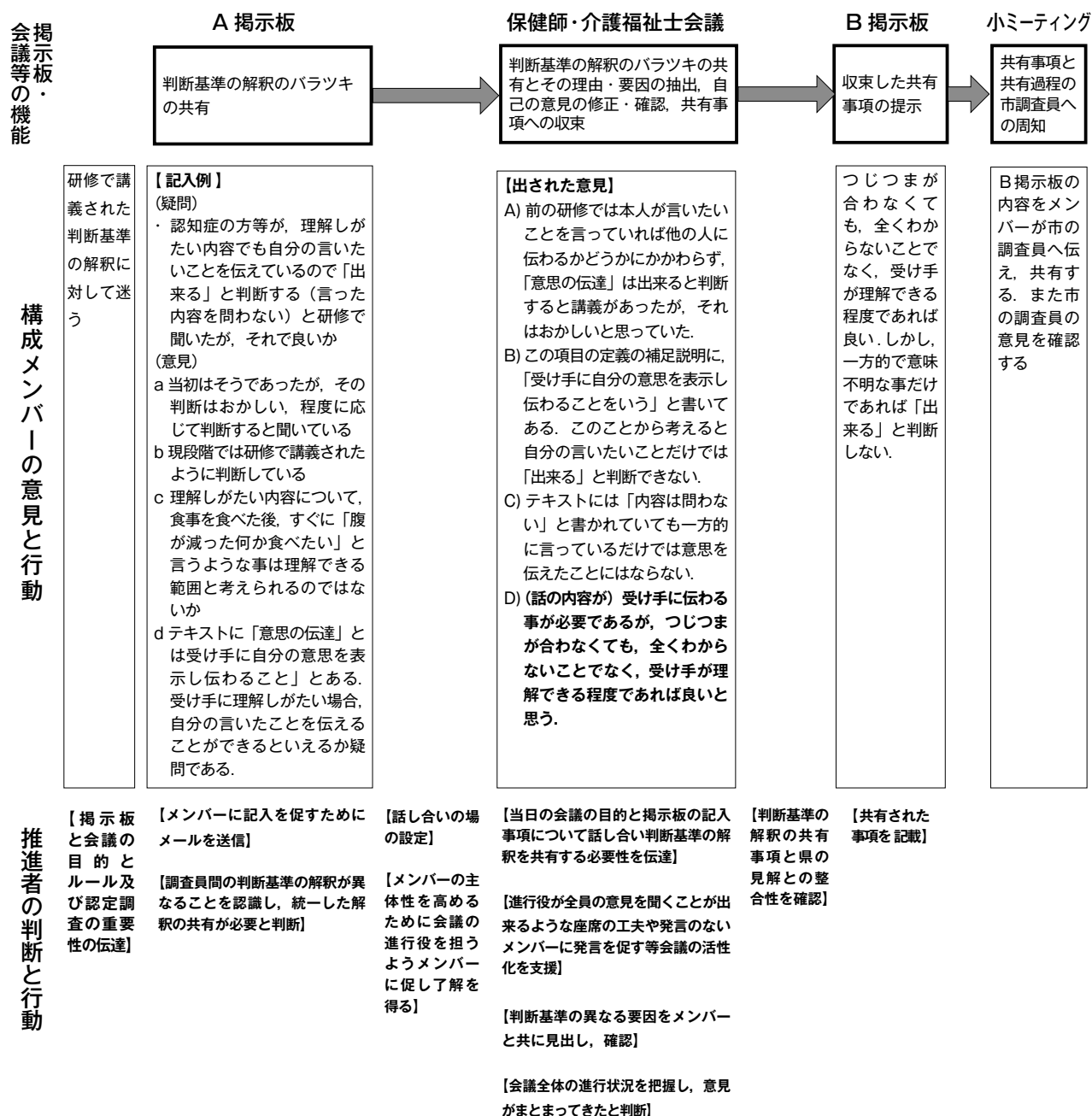


図2 「意思の伝達」の判断基準の解釈の共有に至る過程

「意思の伝達」とは、調査対象者が意思を伝達できるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。(調査員テキスト 2006 より)

がわかれ, C) 施設では介護者が対象者に薬を口に入れてあげれば「全介助」と判断している. 市の調査員との統一が必要等の意見がみられた. 推進者はこの異なる要因を「薬の内服」の行為の一つである「薬の理解」の解釈の範囲と考え, テキストで「薬の理解」について確認した. そして薬の理解は「薬を飲む時間や飲む量を理解する」行為となっており, 単に薬と食べ物の違いがわかる程度ではないことをメンバーと共有し, B 掲示板に記入した.

しかし, 最初に A 掲示板に記入された疑問に対し, 「薬の理解」の範囲についてだけではないとの意見から, さらに合同会議において「コップを渡すと自分で水を飲む時の判断」について話し合った. これについて F) 薬を口に入れる手間がかかっており「全介助」で良いと思う, G) 薬を口に入れてもらっていても, 自分で水を飲む場合「一部介助」と判断している, H) 飲み込むのみであれば「全介助」と判断するが, 自分でコップで飲んでいるのに「全介



図3 「薬の内服」の判断基準の解釈の共有に至る過程

「薬の内服」とは, 薬の内服に係る一連の行為について, 自分でやっているかどうかを評価する項目である. (調査員テキスト 2006 より)

助」と判断するには抵抗がある、等の意見が出された。

話し合いの中では「一部介助」とする意見は多数を占めたが、皆が納得している様子がみられず、推進者も異なる意見の要因が把握できなかった。そのため結論を保留にするよう会議の進行役に提案した。

会議終了後、推進者は意見が異なる要因をテキストに示されていない「自分で水をのむ」時の解釈にあると推測し、テキストや県及び他市の見解を参考にして、「薬の内服」の行為毎の解釈を数名のメンバーと整理した。それをA掲示板に再度提示し、メンバーからの疑問や意見を再確認した後、B掲示板に記入した。

しかし、メンバーは必ずしも納得しておらず、共有には至らなかった。

2) しくみの結果と評価

(1) 市の調査員のバラツキの減少

市の全調査員を対象に、調査項目10項目の判断について、初回と6ヶ月後の回答を比較した結果、初回と6ヶ月後共に正解率が90～100%は7項目、80%は1項目であった。このうち6項目は初回に比べ6か月後の正解率が高くなり、2項目は低くなった。他の項目に比べ初回の正解率が低い項目は2項目（「麻痺」に関するもの、「視力」に関するもの）見られたが、それぞれ25.0%から62.0%へ、40.9%から76.0%へと正解率が高くなり、全体としてバラツキは減少した。

(2) メンバーがとらえたA・B掲示板の意義

メンバーが回答した掲示板の意義は、認定調査項目の「解釈を共有するために有用である」「他者の意見を知ることができる」「手軽に使用できる」の5つの内容に分けられた。各区分で異なる判断基準の解釈の共有が図れること、調査を行う際に判断のよりどころ、お互いの意見を知ること等を掲示板の意義としてとらえていた。

また、掲示板を用いた点について、「すぐに答えがなくても記入しておくことにより、後でも統一を図れる」「6区が共通に見ているのがよい」「メールや電話で確認する手間が少なく掲示板は有効である」と評価していた。

V. 考察

1) 認定調査の平準化におけるしくみの必要性

介護について、筒井が「介護保険法では、介護サービスを定義しておらず、また介護とは何かについても明確な定義はおこなわれていない」とし、「介護という極めて日常的な行為」とも述べているように、個々異なる対象者の状態や各々の日常生活と切り離しにくい介護等を調査する認定調査は難しく、常に疑問や迷いが生じると思われる。メンバーも掲示板の意義として「ふだん判断に迷うことがあり、確認することが出来る」「自分が迷った際の判断基準の材料になる」と捉えている。

また調査項目は、調査員間において判断にバラツキが生じやすいものが含まれている。例えば「麻痺の有無等」の項目の判断に必要な、「日常生活に支障がある場合」の統

一的な定義が示されていないものや、「飲水」のように介助されているかどうかと飲水量が適正かどうかの判断も含む、複数の要素の判断が求められるもの等がある。このような調査項目について調査員間で判断基準の解釈が異なった場合、要介護度を判定する基準時間が10分程度変化する場合も確認されていると述べられている。

本稿で取り上げた「意思の伝達」「薬の内服」についても、研修で使用した事例を用いて基準時間を計算すると、調査員間で判断が異なることによって、「薬の内服」は4分程度、「意思の伝達」は2分程度、変化する例がみられた。

このようなことから平成21年4月より、要介護認定は調査項目の変更や各項目の選択肢の選択基準に評価軸が明示される等の改正が行われ、バラツキは相当程度小さくなったと報告された。しかし、テキスト2009には「要介護高齢者という集団の特性は、その時代に用いられた介護のあり方やその方法等といった時代背景を反映していることから、調査項目の定期的な見直しと同様に中間評価項目の分析を今後も継続して実施していく必要がある」と書かれており、要介護認定の基本となる調査項目は今後も定期的に見直される。このために調査員が調査項目の定義や判断基準を的確に理解し、同じ解釈で判断しバラツキを可能な限り少なくするための平準化に向けた努力を、継続的に行っていく必要があると考える。

2) 判断基準の解釈を共有する過程の必要性

「意思の伝達」の調査項目において最初に研修で伝達されたように判断することに迷ったメンバーが、A掲示板に意見を記入した。それに対し「研修で伝達されたように判断していない」と「研修どおり判断している」と異なる意見が記入された。A掲示板において、この調査項目の判断基準の解釈が調査員間で異なることをメンバー間で共有し、そのうえで合同会議の話し合いによって互いの意見から異なる要因をみだすと共に、テキストや県の見解を再確認し、判断基準の解釈の共有を図った。一方「薬の内服」においては、市の調査員と委託調査員との判断基準の解釈が異なることに気づいたメンバーがA掲示板に疑問を記入した。合同会議（保健師会議も含む）の話し合いで意見の異なる要因は「薬の理解」の範囲の捉え方にあるとし、その判断基準の解釈を共有した。このように掲示板に調査項目の判断基準の解釈についての疑問や迷い、それに対する意見を記入し、互いの意見が異なることを共有したうえで合同会議においてその要因を明らかにし、皆の納得する判断基準の解釈を共有するという過程を経ている。これは適用した考え方に沿った合意形成がなされたと考える。

合意形成について浜町は「(医療に必要な合意形成で)重要な点は最終的な意思決定は決定者が行うのであるが、関係者の意見の理由や根拠を掘り起こすことと関係者の間で納得する解決策を見出すことを意思決定のプロセスに構築することである」としている。吉武もまた医療における合意形成の考え方を「医療における意見の一致という最終的な合意は望ましいがむしろそこに至るプロセスを重視した考え方である」と述べ、合意を図る意味について「関係

者が意見とその理由を共有することは、患者のニーズにあった治療法の検討に役立つだけでなく、それぞれの意見形成や意見修正あるいは自信を高めるのに役立つ」と述べている。本しくみにおいても同様のことが観察された。例えば、「意思の伝達」の過程において、理解しがたい内容でも自分に言いたいことを伝えているので、「出来る」とする研修の講義に疑問をもつ者と、研修で講義されたように判断している者、それぞれがお互いに意見を述べ合い、テキスト等を確認するなかで改めて自分の意見を見直し、修正あるいは確信をもち、皆の納得した判断基準の解釈を共有化している。このようなことは、今までのような調査員の疑問への個別的な対応や全体の研修では得られないものであった。

また、渡邊は「成人は、長年にわたり手に入れた知識と経験の蓄積を自分の学習の場に持ち込んでくる。今学んでいることは、蓄積された経験と関係づける形で理解される」と成人の学習の特徴を述べており、その経験は新しいことを学ぶ際にプラスとなることが多いが、既得の知識・経験やそこから得た実感と相容れないような事象に出会った場合、逆に新しい学習にマイナス要因として働く場合もあるとしている。

メンバーは専門職や今までの調査員としての経験をもっており、自分で納得しないことや新しい調査項目の判断基準の習得や既に習得された知識の修正は簡単にはできない。このような場合、お互いの意見によって自らが気づき、納得する判断基準の解釈の共有へと結びつけていく過程を含んでいる本しくみは、有効であったと考えられる。

3) 本しくみの「共有」は認定調査のバラツキの低減になるか

市の調査員を対象とした調査項目の判断に関する回答の結果は、全体として正解率は高くなっており、バラツキは低減していた。こうしたことから、調査項目の判断基準の解釈を共有する本しくみは有効と考える。

しかし、メンバーが調査員に共有された事項を周知しただけであった場合や、本稿で例として示した「薬の内服」の項目の自分で水を飲む時の解釈のように、会議でバラツキの要因が把握できず、推進者が後にメンバー数人と整理し周知したものは、調査員間で判断基準の解釈の共有には至らなかった。

本しくみでは十分な意見の表出とバラツキの要因を見出し、皆が納得できる解釈を共有することが重要であったと考える。

4) 本しくみを構築するための推進者の役割

リーダーの一番大きな役割をゴーマンらは「仕事に対する興奮や楽観、熱意を喚起し、同時に協調と信頼を醸成することだ」と述べている。推進者はメンバーに対して、このしくみを試みる前や実施中に介護保険における認定調査の重要性について、機会をとらえて説明し、合同会議の進行役をメンバーに任せた。また、国で実施する要介護認定に関する研修に、メンバーが参加できるように各区と調整した。このようなことが毎日実施している要介護認定や認定調査の業務に対する意欲を高め、メンバー間や推進者と

の間に協調や信頼を醸成し、しくみの構築を推進したと考えられた。

さらに推進者はファシリテータの役割も担った。適切な合意形成について、浜町は「最適な意思決定を可能にするには、適切な話し合いとファシリテータの存在が必要である」とし「ファシリテータ役は、関係者の意見とその理由を掘り起こす技術が特に要求される」と述べている。推進者は様々な意見を収集する場としてA掲示板を、話し合いの場として合同会議を設定した。そして、判断基準の解釈の異なる要因を見出し、皆の納得する解釈の共有を図るために、話し合いの場では座席の配置の工夫、発言のない人に発言を促す等、合同会議の進行役がメンバー全員の意見を引き出し、十分に役割をはたすことができるよう支援した。推進者はこうしたファシリテータの役割を認識し、その役割を果たすことが重要であると思われた。

5) 掲示板の限界と課題

このしくみにおいて、調査項目の判断基準の解釈に疑問や意見がある時に、庁内コンピュータネットワーク上の掲示板に記載する方法をとったが、記載することを躊躇し、意見はあるが記載しないメンバーもみられた。このような場合、意見をくみ取ることは難しい。また、記載内容に記載者の意図を十分に反映していない場合もみられ、会議を開催し直接的な話し合いによって意見を十分に聞く必要があった。

さらに掲示板への記入は、判断基準の解釈のバラツキに気づいた者が、書ける時間を活用して記載した内容であり、判断基準の解釈に生じているバラツキの全体を把握することには限界があった。調査項目全体の判断基準の解釈のバラツキを知り共有するには、メンバーの気づきだけでなく、意図的に全体を網羅した、調査項目の判断基準の解釈に対する質問を投げかける必要があった。

今回、判断基準の解釈を図るしくみを使用したメンバーは、十分な話し合いが可能な範囲等の理由から、調査員への指導的立場にある保健師と介護福祉士とした。今後は市の調査員や委託調査員がどのように直接に関われるか、その方法を模索する必要があると考える。

本論文は、千葉大学院看護学研究科看護システム管理学専攻における修士研究報告書の一部に加筆・修正をしたものである。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただきましたメンバーの皆様並びに認定調査員の皆様、市役所及び各区役所介護保険課の皆様にご心より感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 要介護認定適正化事業事務局(受託団体: 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社). 平成

- 19 年度要介護認定適正化事業報告書. 2008.
- 2) 増山道康. 介護保険要介護認定調査スキル研修について－研修方法と今後の課題. 青森保健大雑誌 2004;6(2):101-8.
- 3) 本田順子. 要介護認定の認定調査に関わる市調査員が直面する現状と課題. 地域看護 2005;(36):213-5.
- 4) 浜町久美子. 医療における意思決定と合意形成プロセス. 生命倫理 2005;15(1):176-84.
- 5) 厚生労働省. 認定調査員テキスト 2006. 2006.
- 6) 筒井孝子. 介護サービス論. 初版. 東京:有斐閣;2001.
- 7) 厚生労働省. 要介護認定の見直しに係る検証・検討会における検討結果について. 介護保険最新情報 2009;(Vol.127).
- 8) 厚生労働省. 要介護認定 認定調査員テキスト2009改訂版. 2009.
- 9) 吉武久美子. 医療倫理と合意形成. 初版. 東京:東信堂;2007.
- 10) 渡邊洋子. 生涯学習時代の成人教育学. 初版. 東京:明石書店;2007.
- 11) ダニエル・ゴールマン, リチャード・ボヤツィス, アニー・マッキー. 土屋京子 訳. EQリーダーシップ. 東京:日本経済新聞出版社;2007. p.47.