

## 最終試験の結果の要旨

報告番号	総研第 573 号		学位申請者	水間 喜美子
審査委員	主査	郡山 千早	学位	博士(医学)
	副査	井戸 章雄	副査	橋口 照人
	副査	堀内 正久	副査	宇都 由美子

主査および副査の5名は、令和2年8月17日、学位申請者 水間 喜美子 君に面接し、学位申請論文の内容について説明を求めると共に、関連事項について試問を行った。具体的には、以下のような質疑応答がなされ、いずれについても満足すべき回答を得ることができた。

質問1) 退院支援アセスメントの記述のICF第1レベルカテゴリーへの置換は、医師・看護師・理学療法士・介護士・社会福祉士による記述に基づいているが、研究の前提として、5職種の記述の質の高さは確保されているのか。

(回答) 調査を行った慢性期病院は、研修の実施や医療機能評価の認定を受けるなどして、ケアの質の向上と標準化に努めており、診療録の退院支援アセスメントに関する記述も質の高さと記述量が確保されていた。

質問2) 本研究中の退院支援アセスメントとは、入院期間のいつ頃から作成を始めるものなのか。

(回答) 退院支援が始まる時期の明確な定義は先行研究においてもないが、本研究は、退院支援のステップ中(Marks, 1994)、「Step3:アセスメントと退院支援計画の立案」の段階を退院支援アセスメントの作成時期と位置づけた。

質問3) 退院支援アセスメントからICFへの置換の結果は、研究対象とする医療機関の特徴に影響を受けるか。

(回答) 本研究と同様の調査を、急性期病院や回復期病院で行うと、視点の比重が本研究の結果とは変わってくることも予想される。退院支援における多職種の視点の病院種別間での共通点や相違点は、今後の研究課題としたい。

質問4) 医師(3名)、理学療法士(3名)、社会福祉士(2名)の人数が、看護師、介護士(ともに13人)より少ないが、それによる統計的偏りは考慮したか。

(回答) 本研究の統計解析結果は、各専門職ごとの平均比率を統計的に比較しているため、専門職一人当たりの視点を5職種間で比較していることになる。よって、この統計手法により、人数的補正は行われていると考える。

質問5) 「地理的要因を含む地域の自然環境が患者の再入院率の予測因子となる」というのはどのような意味か。

(回答) リウマチなどの免疫疾患をはじめ、光や空気、音などの地域の自然環境が、患者の再入院率の重要な予測因子の1つとなり得る疾患があることによる。

質問6) 「社会経済的活動」とは仕事などの活動を意味するのか。これには年齢も影響すると思うが、どう考えるか。

(回答) 社会経済的活動とは、仕事、経済的生活、教育などを意味する。後期高齢者の場合は、仕事のことを考慮する必要性は低いかもかもしれないが、経済的生活として、金銭の使用や管理の能力のアセスメントは重要となると考える。

質問7) 日本では、死亡退院を除くと慢性期病院から自宅への退院が最多であるが、諸外国ではどうか。

(回答) 国際的にまだ慢性期病院に関する研究そのものが少ない現状であるが、米国の医療経済研究(Einav et al., 2017)では、米国でも慢性期病院から自宅を含む居宅系への退院が最多(71%)と報告されている。

質問8) 退院支援において、多職種は異なる視点からアセスメントしているという結論であるが、各専門職は、異なる専門職の視点について、認識していてもアセスメントしないのか、もしくは最初から認識していないのか。

(回答) 各職種の卒前教育のカリキュラムにおいては、他の職種の専門分野についても必要性に応じて学んでいるため、各専門職は異なる職種の視点を全く認識していないわけではないが、現場実践では、専門性に基づいた視点に重点を置くようになるのではないかと考える。多職種連携とは、全ての専門職が全ての視点を見なければならないということではなく、異なる専門職同士が互いの視点を補完し合いながら行うものではないかと推察する。

質問9) この研究から、多職種連携教育では、何を教育すれば良いと考えるか。

(回答) 多職種連携教育では、各専門職が異なる視点を持ったうえで、協働の能力を涵養する内容が必要と考える。

質問10) 退院支援における対象患者の経済力については、第1レベルカテゴリーのどこに当たるのか。

(回答) 活動と参加の「d8 主要な生活領域」に、経済的活動に関するアセスメント項目が含まれる。

質問11) 今後の包括的(bio-psycho-social)な退院支援ツールの開発では、bioの部分で、患者のシンプルな身体能力と生理的機能の関わりをアセスメントする側面もあっていいと思うが、その点はどうか。

(回答) ICFは、身体的・心理的・社会的な機能・能力のアセスメントツールとして長けているため、WHOが推奨しているように、ICD-10との併用も行えば、bioの側面のアセスメントも充実した包括的ツールが開発されると考える。

質問12) フォーマルとインフォーマルなサポートとは、具体的にどのように異なるのか。

(回答) フォーマルなサポートとは、公私のサービス事業所や制度、政策のことであり、インフォーマルなサポートとは、家族・友人・コミュニティーの人々など、親密な人間関係から提供されるサポートを示す。

質問13) 環境因子の「e4 態度」とは、具体的にどのようなことか。

(回答) 「e3 支援と関係」が家族・友人・コミュニティーの人々・サービス提供者の存在をアセスメントする項目であり、「e4 態度」はその人々の態度(価値観、信念、規範、習慣など)を示すものである。

## 最終試験の結果の要旨

質問 1 4) 国ごとに様々なレベルがあるが、国際的スタディを行うと、今回の研究における ICF の項目に照らした数値の結果は変わってくるか。

(回答) ICF は、国内外のマクロレベルでのデータ比較のための利活用も企図しており、今後の国際的調査は重要である。国家間で比較すると、国ごとの様々な社会経済的要因を背景とする格差が、結果に表れてくることも予想される。

質問 1 5) 今回の研究背景の説明において使用した「疫学的転換」とは、どのような意味か。

(回答) 「疫学的転換」は、国際保健用語としての使用が見られる言葉で、“epidemiological transition” (Frenk et al., *Lancet*, 2010) を日本語訳したものである。感染症などの急性疾患から、生活習慣病や癌などの慢性疾患へと、社会の疾病構造が変化してきたことを説明する言葉として、今回の発表中で使用した。

質問 1 6) 退院支援時に対し、入院中は多職種の視点はどのようになっているか。

(回答) どの職種も入院中は、心身機能への視点が增加すると予想する。また、入院中と退院支援時に活躍する職種は多少異なることが考えられる。

質問 1 7) 経験年数が、各職種内の視点に影響を与えると考えるか。

(回答) 例えば経験年数の長い医師は、心身機能に加えて患者の社会的側面への考慮も増加し、活動と参加や環境因子の視点が増加するなどの事象が発生することは予想される。

質問 1 8) 今回の研究での、評価対象であった専門職の実際の経験年数の分布を教えてください。

(回答) 医師は全員 25 年以上、理学療法士は全員 10 年以上、社会福祉士は約 5 年と約 10 年、看護師と介護士は 3 年から 20 年以上とばらつきがあった。職種ごとの経験年数を考慮した分析は、今後の研究調査の課題としたい。

質問 1 9) 自宅への退院と施設などへの退院では、多職種の視点が異なってくるか。

(回答) 自宅への退院は要介護 1、2 の患者が、施設への退院は要介護 3 以上の患者が多くなるため、多職種の視点は変化してくると予想される。自宅への退院の方が、social な視点への比重はより高いのではないかと考える。

質問 2 0) 診療録の中からの退院支援アセスメントの記述の抜粋は、人的作業で行ったのか。

(回答) 調査者 2 名 (学位申請者と医師 1 名) による作業で記述の抜粋を行った。2 名がそれぞれに 102 名の診療録を閲覧、記述を抜粋、一覧を作成した後、合意形成に基づいて退院支援アセスメントの記述の全体の一覧を作成した。

質問 2 1) 診療録は、紙媒体であるか。

(回答) 紙媒体である。

質問 2 2) 退院支援アセスメントの記述の抜粋の単位は、単語レベルか、文章レベルか。

(回答) ケアの質の向上や標準化に努め、診療録への質的記述のクオリティーも確保されている病院であったため、退院支援アセスメントの記述の抜粋は文章単位で行った。

質問 2 3) 人間が書いた質的な記述を ICF に置換する、ICF linking rule という方法がある、という理解でよいか。

(回答) 質的な内容を ICF に置換する方法として、WHO が ICF linking rule という方法を推奨している。ICF linking rule は、ICF をベースとした疾患別のアセスメントツール開発の予備調査の段階など、先行研究での使用例がある。

質問 2 4) ICF linking rule は、日本語の研究においての利用も可能か。

(回答) ICF linking rule は、アルゴリズムを示したもので、日本語の内容でも使用は可能である。

質問 2 5) テキストマイニングのような単語レベルではなく、文章内容を人的に ICF に置換したという理解でよいか。

(回答) ICF への置換の段階は、質的解析方法と類似している。質的研究が分析・結果の妥当性を高める方法として、複数名での分析を合意形成に基づいて総括する方法があり、本研究もその手法に準じて、研究の妥当性確保に努めた。

質問 2 6) 教育背景の異なる専門職間の視点の違いは予想されるものであるが、本研究の意義をどう考えるか。

(回答) 確かに直感的な理解として認識されている事象を確認した側面もあるが、多職種の間で、具体的に、何がどのように異なっているのかということを示した実証研究は少ない。本研究は、多職種の視点の違いの可視化により、連携の阻害要因を減じ、多職種連携の実践・教育に基礎的な知識を付与するものとしての学術的貢献が考えられる。

質問 2 7) 重要と言われているが、実践ではどの職種でも不足している視点は、今後アセスメントすることは可能か。

(回答) 対人関係構築や社会経済的活動の能力、地域の自然環境のアセスメントは、退院した患者が地域で再び生活していくために重要な因子である。今後は、病院スタッフが地域のスタッフとも連携しながら、これらの側面に関するアセスメントを、病院内の情報としても取り扱えるようになることが重要であると考えられる。

質問 2 8) 社会福祉士や介護士が心身機能への言及が少ないことなどは、専門性などの職種の特徴によるものか、職種間での経験年数の影響によるものか。

(回答) サンプルサイズの小ささに本研究の限界があるが、本研究における視点の違いは、各職種の専門性に起因するものと考えられる。経験年数を考慮した検討は、今後の研究課題としたい。

質問 2 9) 2 名による質的解析に準じた分析であるが、2 名という人数は十分と言えるのか。

(回答) 質的解析の妥当性確保には 2 名以上が推奨され、今回も基準は満たしている。

質問 3 0) 退院支援アセスメントは、各職種が独立で行うのか、カンファレンスなどにおいて合同で行うのか。

(回答) 退院支援アセスメントは、各職種が独立した状態及び、合同のカンファレンスの両方で行う。本研究では、合同カンファレンスからの記述及び、各職種が独立に患者と接してアセスメントした記述の両者を抜粋した。

質問 3 1) 統計解析は、一元配置分散分析を行っているが、データの正規性は検討しているか。

(回答) 一元配置分散分析を行うにあたり、データの正規性の検討は、ヒストグラムの作成、もしくは Shapiro-Wilk 検定の実施により検討した。

以上の結果から、5 名の審査委員は申請者が大学院博士課程修了者としての学力・識見を有しているものと認め、博士 (医学) の学位を与えるに足る資格を有するものと認定した。