

**多職種連携を理解するために
インターライ方式ケアアセスメントを活用した教育の評価**
小野恵子¹⁾ *、進藤真由美¹⁾、山本明子¹⁾、古川照美¹⁾

1) 青森県立保健大学

Key Words ①多職種連携 ②ケアアセスメント ③看護教育

I. はじめに

A大学の令和2年度在宅看護実習は、新型コロナウイルス感染拡大の影響で学内演習となった。本来であれば、訪問看護ステーションの訪問看護計画や居宅介護支援事業所のケアプランは、臨地の実習施設での訪問事例を通して学ぶ予定であった。しかし、それができなくなった状況で、MDS¹⁾の後継版インターライ方式ケアアセスメント^{2) 3)}のツールを活用することで、訪問看護計画とケアプランの両者を自ら考えて学べるような教育を実践し学生の実習目標達成度から評価を試みる。

II. 目的

目的は、実習の学内演習の一部として、インターライ方式ケアアセスメントを活用したケアプラン・訪問看護計画を実践し、その教育の評価をすることである。

III. 研究方法

1. 対象: A大学看護学科の在宅看護実習履修者101名。
2. 方法: 実習の学内演習の一部として、対象者全員がインターライ方式ケアアセスメントを活用したケアプラン・訪問看護計画の実践を学んだ。その後、実習の学びについて「在宅看護実習目標達成度評価表」を用いて各自の学習成果を自己評価し提出するよう課した。
3. 調査内容: A大学看護学科在宅看護実習で使用している「在宅看護実習目標達成度評価」(7の中項目、24の下位尺度で構成)について、「4:できる。あるいは、理解でき根拠ある説明・記述ができる」から「1:一層の努力を要する」の4段階で回答を求めた。
4. 分析方法: 24の下位尺度ごとに単純集計を行った。
5. 倫理的配慮: 分析同意においては、成績結果の終了後、学生にインフォームド・コンセントを行った。期間は、実習開始の令和2年6月から同意書回答期限の令和2年10月までとした。なお、本研究は本学の研究倫理審査の承認(承認番号20023)を受けて実施した。

IV. 結果・考察

1. インターライ方式ケアアセスメント(クラウド式)を活用した実践の概要

1) 講義

講義では、チームケアとケアマネジメントを学ぶために、在宅看護におけるチームケア、居宅介護支援、ケアマネジメントのプロセス、居宅サービス計画(ケアプラン)の内容を教授した。その際、ケアプランと訪問看護計画が立案できるように、インターライ方式ケアアセスメントの講義もおこなった。

2) グループワーク1: 事例アセスメント

教員が作成した1事例と訪問看護指示書から、インターライ方式アセスメント票を活用してアセスメントした。その後、ScaleやCAPの検討を行い、課題整理総括表の作成を2-3名のグループで行った。

*連絡先: 〒030-8505 青森市浜館間瀬 58-1 E-mail: k_ono@auhw.ac.jp

3) グループワーク 2 : ケアプラン・訪問看護計画書

グループワーク 1 で行った内容から、居宅サービス計画書 (1) と (2)、週間サービス計画表を作成し、その後、訪問看護計画書の作成までグループで行った。

4) 発表会

グループ毎にグループワークの成果を資料提示して発表したり、異なるケアプランが導かれた理由を質問したり、互いのプランの良いところをほめる等、意見交換を行った。

2. 在宅看護実習目標達成度評価の結果による教育の評価

1) 在宅看護実習目標達成度評価表

101名の対象者のうち、研究協力に同意を得たのは94名(93.1%)で収集したデータは全て有効回答として分析した。

(1) 利用者・家族の健康状態と生活状況の理解

「利用者・家族の生活環境を説明できる」は72名(76.6%)で、努力を要するが1名(1.1%)だった。

(2) 利用者・家族の生活の場や状況に応じた援助

「利用者・家族の生活環境を活かした方法で援助計画を立案できる」は54名(57.4%)であり、努力を要するが2名(2.1%)であった。

(3) 利用者・家族の生活課題の理解

「利用者・家族の生活全般の解決すべき課題およびその根拠が説明できる」は61名(64.9%)であり、努力を要するが3名(3.2%)であった。

(4) 訪問看護ステーションの役割・機能の理解

「訪問看護ステーションの役割・機能について説明できる」は56名(59.6%)で、努力を要するが2名(2.1%)であった。

(5) 看護職と他職種の連携・協働の必要性の理解

「在宅ケアチームにおける看護職の役割・機能を説明できる」は83名(88.3%)、「各専門職種との連携・協働の必要性を説明できる」は88名(93.6%)で、努力を要するはいなかった。

全体的に自己評価はできる・概ねできるが半数以上おり、訪問看護計画とケアプラン等を自ら考えて学べるような教育ができたのではないかと推測する。

V. 謝辞

本研究は、令和2年度ヘルスプロモーション戦略研究センター「ヘルスプロモーション戦略研究」の助成を受けて実施した。

VI. 文献

- 1) 池上直己訳：日本版MDS-HC 2.0：在宅ケアアセスメントマニュアル、医学書院、2004.
- 2) 池上直己監訳：インターライ方式ケアアセスメント、医学書院、2011.
- 3) 池上直己ほか編集：インターライ方式ガイドブック、医学書院、2017.

VII. 発表

2020年度青森県保健医療福祉研究発表会・日本ヒューマンケア科学学会第13回学術集合同集會 一般演題口述発表