

<報告>

一地域包括支援センターにおける包括的ケアに向けた
ケースカンファレンスの基準づくり

水村純子¹⁾，吉本照子²⁾，緒方泰子³⁾

¹⁾ 社会医療法人河北医療財団

²⁾ 千葉大学大学院看護学研究科

³⁾ 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

Development of standards for case conferences in order to provide
integrated care at a community-based integrated care center

Junko MIZUMURA¹⁾，Teruko YOSHIMOTO²⁾，Yasuko OGATA³⁾

¹⁾ Social Medical Corporation, Kawakita Medical Foundation

²⁾ School of Nursing, Graduate School of Nursing, Chiba University

³⁾ Department of Gerontological Nursing, Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University

抄録

目的：地域包括支援センター内でのケースカンファレンスが、多職種でケースの情報を共有し、支援の目標や方針を検討する場として機能していなかったことを背景とし、効果的・効率的なケースカンファレンスを実施することが課題であった。そこで、利用者に対する包括的ケアを行うために、職員各々の役割行動を規定したケースカンファレンス基準をつくることを目的とした。

方法：センター長がリーダーとなり、看護師，社会福祉士，主任介護支援専門員を中心に社会福祉主事，介護支援専門員を加えた計6人の職員で基準試案を作成した。基準試案をもとに平成22年5月から8月にケースカンファレンスを実施し、職員の意見を反映させて基準試案を修正し、基準を完成させた。ケースカンファレンスの効果的・効率的な実施に向けて、事例選定，記録および評価に用いる書式を5種作成した。基準作成の目的とした効果的な包括的ケアの状況およびケースにおける基準使用の効果をもとに評価した。

結果：作成した基準試案および5種のツールを使用しながら、全員がケースカンファレンスに参画し、ケースの情報，支援目標・方針を共有し、統一した支援をおこなうことができた。

独居の看取りなど在宅生活の継続が困難であると予測された支援においても、各職種の意見を反映して支援目標を決め、ケースの情報，目標および支援方針を多職種で共有し、統一した方針で対応し、本人の意向に沿って在宅で看取れた。全員でその効果を評価し、同様なケースに関する今後の対応方法のルールを決めることができた。虐待支援の遅れもみられなくなった。

結語：各職種の担当するケースの数の偏りを防ぎつつ専門性を発揮し、多職種協働による支援の必要なケースを効果的・効率的に選定し支援・評価できたと考えた。主担当を中心に多職種で支援を分担し、その効果を全員で評価・確認したことにより、各職員が多職種協働における専門職としての役割を自覚し、効果的な相互の役割行動を理解し、多職種協働の必要なケースの特性に応じた支援の実践知を共有できたと考えられた。

制度創設4年目のセンターにおいて、多職種協働による包括的ケアを提供するには、各職員が専門

連絡先：水村純子

〒166-8588 東京都杉並区阿佐谷北1-7-3

Tel: 03-3339-2983

Fax: 03-3339-6675

E-mail: chocolate120964@yahoo.co.jp

[平成26年3月30日受理]

職としての自己および他職種の役割を認識し、専門職として確実に協働できるようなツールの作成を含めた基準および実践の効果の共有が必要であり有効であったと考えられた。

キーワード：地域包括支援センター，ケースカンファレンス，包括的ケア，多職種協働，基準

Abstract

Objective: As case conferences at our community-based integrated care center (CBIC) were not able to effectively share case information or discuss goals and support policy, it became necessary to establish standards for case conferences to ensure their efficacy and efficiency in an inter-disciplinary team. Therefore, we aimed to develop new standards for case conferences in order to clarify the role of each medical and social welfare professional and improve the quality of integrated care within an inter-disciplinary team at a CBIC.

Methods: The head of the CBIC and five other staff members, including a nurse, a certified social worker, and an advanced care manager, prepared a draft of the standards. Using the draft, case conferences were held between May and August 2010 and revisions were made to reflect staff members' views. The finalized standards include these tools for efficient case conferences: "a table of the summaries and the staff members in charge of each case" to improve the selection of cases for inter-disciplinary collaboration, "a form for recording the assessment, the support plan, and the support policy for each case in a case conference", and "an evaluation form for the support of each case in a case conference". The effects of using the standards in actual case conferences were evaluated based on the staff members' evaluations of the outcome of the support for each case in which the standards were used.

Results: All staff members at our CBIC participated in the case conferences using the new standards. The standards facilitated the sharing of case information, the setting up of a support plan, and the establishment of policy that reflected the views of every member of the inter-disciplinary team and could be followed by all staff members. Inter-disciplinary collaboration was facilitated by cooperation among all staff members with the aim of supporting the case and the person primarily responsible for the case. This support was completed, even when providing support for a case in which living at home was expected to become difficult to continue, such as terminal care at home for a person who lives alone. Each case was evaluated by all staff members and the rules for determining support of the same cases and no delay of support for abuse happened.

Conclusions: The case conference standards prevented the uneven distribution of cases among medical and social welfare professionals, and ensured that appropriate specialists were included in the support and evaluation for each case. Mutual support was provided within the inter-disciplinary team under the leadership of the person primarily responsible for the case, and its effectiveness was evaluated and confirmed by the staff members' evaluations, which led to a better understanding of each medical and social welfare professional's role.

In order to provide integrated care through inter-disciplinary collaboration at a CBIC, it was found to be necessary to prepare action rules that enabled staff members to reconfirm their own role as well as the roles of other professionals and allow all members of the inter-disciplinary team to fulfill their roles as professionals.

keywords: community-based integrated care center, case conference, integrated care, inter-professional collaboration, standard

(accepted for publication, 30th March 2014)

I. はじめに

地域包括支援センター（以下センター）は、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉

の増進を包括的に支援する [1] ことを目的として、2006年度の介護保険法改正により創設された。設置主体は市町村であり、65歳以上の被保険者おおむね3,000人以上6,000人未満に1か所設置されている。センターの主な業務内容は4つあり、それらは総合相談支援、権利擁護、介護予防事業、包括的・継続的ケアマネジメント業務で

ある。これらの多様な支援業務を行うために保健師または在宅ケアの経験がある看護師, 社会福祉士, 主任介護支援専門員を配置することになっている。これら三種の専門職が協働することにより, 地域の高齢者の相談を次の機関につなぐまで, 一時的に支援する拠点として機能する [2]。しかし, センターの4つの業務各々における三職種の効果的な協働方法とその効果に関し, 職員体制, 業務の振り分け, 職員側の業務に対する意識等の問題 [3] が提起されており, チームとして協働する仕組みの開発が課題 [4] とされている。

当センターにおいてもこうした多職種協働の課題があった。担当地域の高齢者数は約6,000人(平成21年4月時点), 高齢化率は約25%であったが, 独居世帯・高齢者世帯の相談件数や経済状況の厳しい世帯が増加傾向にあり, 認知症の疑いがある, または認知症を有する高齢者の相談が増加傾向にあった。認知症高齢者に関する相談では, 疾患, 生活状況, 家族問題, 近隣との問題, あるいは金銭管理, 消費者被害などの経済的問題が関連することが多く, これらの問題が複合し, 支援困難になる事例が多くみられた。センターは, 本来こうした身体的・精神的・社会的問題が複合した事例を多職種協働による包括的ケアにより, 迅速・効果的に支援することが期待される。

本報告における包括的ケアとは, 「各々の専門性を生かしながら専門職がひとつにまとまり, 利用者の意向に沿いながら, ケアニーズの課題解決にむけてケア提供をおこなうこと」である。

ケースカンファレンス(カンファレンス)は, 本人・家族およびケア提供者が包括的ケアにおける相互の役割や行動, ケア情報等を確認し, 共有する場であり, 多職種協働の要となる。しかし, 本センターでは, 専門職が揃ってカンファレンスの時間を確保するのが難しく, 必ずしも三職種各々の専門性を生かしながらケースの情報と多面的な課題解決の方針を検討・共有していなかった。またカンファレンスでケースを検討すべきか否かを担当職員が各々の基準で判断し, 自分が支援困難であると思うケースをあげていた。さらに, カンファレンスにおける検討結果が必ずしも記録されておらず, 相談ケースに

対する職種間の情報, 目標, 支援の方針の共有が不足していた等, カンファレンスが多職種で情報を共有し, 支援の目標や方針を検討する場として機能していなかった。その結果, 家族による高齢者虐待の疑いのある2つのケースに対し, 各専門職の協働による多面的な情報の検討がなされず, 支援の遅れが生じた。そこで, 職員が利用者の意向とケアニーズをもとに包括的なケアを行うために, 各々がどのように行動し協働するかを規定する「カンファレンスを行うための基準(基準)」が必要と判断し, 作成した。緩和ケアのカンファレンスの実態に関し, 目的や参加者の役割の曖昧さ, 情報の欠如等により必ずしも効果的になされず, 実施過程の標準化が必要とされている [5] ように, 基準づくりの考え方, 作成方法, 活用方法とその効果の報告は実践的意義があると考えられる。

本報告における基準とは, 「利用者のQOL向上を目指して包括的なケアのタイミングを逃すことなく提供するために, ケースの情報を共有し, 専門職を中心とする職員間で課題および課題解決の方針を検討するためのセンター内のカンファレンスの諸ルール」であり, 以下の4種類で構成された。具体的には, カンファレンスで検討するケースの選定に関する基準(ケースの選定基準), カンファレンスの準備と実施に関する基準, カンファレンスの記録の基準, およびカンファレンスで検討した包括的ケアに対する評価に関する基準, およびカンファレンスのより効果的・効率的な実施のための書式等のツール(表1)である。

II. 方法

本報告における基準の作成にあたっては, センター長がリーダーとなり, 看護師, 社会福祉士, 主任介護支援専門員を中心に社会福祉主事, 介護支援専門員で構成されたメンバー計6人でプロジェクト(平成22年5-8月)を実施した。センター長がメンバーにプロジェクトの必要性を説明した後, 各々が利用者への支援で大切にしていることおよび本基準の活用によりめざす包括的ケアを協議し合意形成した。メンバーの負担をより軽減するために, センター長とメンバー1名の計2名が, 基準

表1 ケースカンファレンス基準とツールの関係性

基準項目	基準の内容	基準の活用のために用いるツール
ケースカンファレンスの事例と選定方法	多職種協働による検討および支援が必要なケースを, 複合するケアニーズおよび個別性を加味した一定の方法で選定する	・虐待スクリーニングシート ・担当者別分類表
ケースカンファレンスの準備と実施	効率的なカンファレンスを行うための主担当職員の準備内容および実施における検討方法・方針の決定方法を規定する	・X地域包括支援センター・共通アセスメントシート
ケースカンファレンスの記録	カンファレンスの記録の書式および共有方法を規定する	・ケースカンファレンス個人記録票
ケースカンファレンスで検討した目標・支援方針の評価	ケースの支援に関する評価時期および評価の書式を規定する	・ケースカンファレンス個人評価票

試案原案4種類を作成し、他のメンバーの意見を反映して基準試案を作成した。基準試案をもとに平成22年5月から8月にカンファレンスを実施し、メンバーの意見を反映させて基準試案を修正し、基準を完成させた。カンファレンスのより効果的・効率的な実施に向けて、事例選定、記録および評価に関するツール5種を作成し、基準の活用の際に用いた。具体的には、虐待スクリーニングシート、各ケースの概要と担当者を示す分類表(担当者別分類表)、X地域包括支援センター・共通アセスメントシート、カンファレンス個人記録票、カンファレンス個人評価票を作成し用いた。以下に、1. 基準の必要性・作成方法、および内容・使用方法、2. 基準を使用した効果に関する評価方法を示す。

1. 基準の必要性と作成方法、および内容と使用方法

1) カンファレンスで検討するケースの選定に関する基準

作成の必要性と作成方法：当センターの相談者は、一般高齢者から要介護者まで幅が広く、新規相談および要支援者へのケアマネジメントを含む支援継続中の相談件数は、1日あたり40-50件に及ぶ、しかもほとんどの利用者は複数のケアニーズを有していた。そうした中で、認知症を有し、医療及び家族の問題があり、高齢者虐待の疑いのあるケースに対して、相談を受けた職員が他の専門職と相談せず、自分一人の判断で対応した結果、一定の期間、支援がなされなかった。また、認知症を有する利用者の拒否が強く、医療受診、サービス調整、成年後見人の選定が遅れたケースがあった。これらのケースの問題は、複雑な総合相談が増え、業務量に対する職員の不足 [6] する中で、すぐに支援につながなければならない多問題ケースが多数の相談の中でうもれてしまい、支援の遅れにつながる可能性を示していた。したがって各々のケアニーズをもとにカンファレンスで検討すべきケースを適確に選定するための基準が必要であった。

選定基準となるケアニーズの項目及び該当数は、毎月、Z区に相談内容を報告する際の項目をもとに各月の相談ケースの実績を算出し、メンバーに複数の問題を抱える

相談ケースの要因および支援困難事例を聴取して決定した。さらに、全職員共通の選定基準とするためのツールとしてZ区高齢者虐待発見チェックシート [7] をもとに、家族の介護状況を把握して未然に虐待を予防することを目指すための高齢者虐待スクリーニングシートおよび各職員が利用者のケアニーズを同一の枠組みで整理し、多問題が複合したケースを選定するための担当者別分類表(図1)を作成することとした。

内容と使用方法：ケースの発見や相談を受けた職員は一時対応し、日々のミーティングにて報告し、センター長は担当者別分類表全体を確認して、職員間のケースの担当の負担の偏りがないように主担当職員を決定し、職員の合意を得ることとした。主担当職員は利用者が該当するケアニーズに丸をつけ、センター長はケースの特性を把握し、カンファレンスの事例を選定することとした。

ケースの具体的な選定方法を以下に示す。図1の11項目のケアニーズのうち4項目以上該当する場合を多問題ケースとしてケースカンファレンスを行うこととし、3項目以上(要支援者は2項目以上)を準多問題ケースとして毎日のミーティングで担当者が適宜、報告し、必要に応じてカンファレンスで検討する時間を確保することとした。利用者Aは2項目のケアニーズがあり、多問題ケースに該当しない。利用者Bは、3項目のケアニーズがあり、準多問題ケースに該当するが備考欄に入院中と記載されているため、退院後、在宅生活に戻る前にカンファレンスを行う予定を示す。利用者Cは、5項目のケアニーズがあり、多問題ケースに該当するため、早期にカンファレンスで検討する事例であることを示す。

2) カンファレンスの準備と実施に関する基準

作成の必要性と作成方法：当センターの運営方針として、センター長は、どの職員も多問題ケースの支援ができることを目指し、主担当の専門性に限定しないでケースの担当を配分した。また、カンファレンスにおける専門職による多面的な検討をもとに主担当を中心に各々の専門職がケース支援の役割分担を行い、包括的ケアを実施することとした。そこで、看護師、社会福祉士、主任

担当職員 A		ケアニーズ											
	利用者名	認知症	虐待報告済 ※1	虐待ハイリスク ※2	虐待要経過観察・報告	家族問題	精神疾患	CM支援	成年後見	医療問題	金銭管理・経済問題	近隣との問題	備考
1	A							○		○			
2	B ※3	○	○			○							入院中
3	C ※4	○		○		○		○		○			

※1 高齢者虐待ケースとしてZ区虐待支援担当係に報告したケース
 ※2 高齢者虐待発見シートX版を使用し、スクリーニングした結果、今後の支援においてZ区に報告する可能性の高いケース
 ※3 ケアニーズの項目に○が3つ以上は、準多問題ケースとし、ミーティングで報告し、必要に応じてケースカンファレンスをおこなう
 ※4 ケアニーズの項目に○が4つ以上は、多問題ケースとし、優先的にケースカンファレンスで検討する

図1 多問題ケース選定および管理のための「担当者別分類表」の記入例

介護支援専門員はカンファレンスに必ず参加して専門以外の個人的な経験や意見ではなく、専門職としての見解を述べ、相互の意見を否定しないで目標・方針を検討し、全員で共有することとした。しかし、必要な情報が不足しているとカンファレンスにおける検討が困難であり、また、情報の確認をカンファレンス中に行うと検討の時間が減ることから、主担当者が検討に必要な情報を事前に整理し、全員が事前に情報を確認するような準備と実施が必要であった。業務が多忙な中で、三種の専門職各々が参加にむけて優先的に時間を確保し、カンファレンスに出席し、専門以外の個人的な経験に基づく意見では、他職種が納得しがたいので、各々の専門職の立場で発言する等、カンファレンスにおける態度や視点あるいは、行動方法の基準が必要であった。

そこで、センター長とメンバー1名が、ケア会議に関する運営方法に関する文献 [8] を参考に当センターの事例の多面的な課題について、効果的に検討できたケースとできなかったケースのカンファレンスの実施過程を対比しながら、常に実施すべき内容を記述し、カンファレンスの準備と実施に関する基準を作成した。さらに、基準のより効果的・効率的な活用に向け、情報を整理するためのツールとして、アセスメントに関する文献 [9-11] とZ区介護予防チェックリスト [12] をもとに「X地域包括支援センター・共通アセスメントシート（アセスメントシート）」を作成することとした。

内容と使用方法：主担当職員は、事前に利用者基本情報および課題と現状について、各々の専門性をもとに、当センター既存のアセスメントシートを用いて抽出し、カンファレンスで検討するための情報として整理し、カンファレンス個人記録票に記述することとした。評価のためのカンファレンスでは、カンファレンス個人評価票に目標や主担当職員の意見等を事前に記載することとした。主担当職員以外のメンバーは、カンファレンスの実施前にこれらの情報を確認し、専門職として適確な意見が述べられるように準備することとした。

3) カンファレンスの記録の基準

作成の必要性と作成方法：記録は実践の証であり、継続的ケアのための情報を共有し、実施した援助を評価し、看護の質を管理する [13] ために必要である。したがって、記録項目の標準化と確実な記録が必要である。しかし、当センターでは記録の書式がなく記録内容が不統一であり、検討結果が必ずしも記録されず、また各々の主担当者が記録を保管していた。そこで、決定した支援の目標と支援内容を共有し、実施の結果を評価するための根拠となるカンファレンスの記録の基準および記録のツールを作成した。

記録に関する文献 [14-16] をもとにカンファレンスの記録票原案を作成した。ついで、カンファレンスの記録票原案をメンバーが負担や戸惑いなく記録できるように、センター長がカンファレンスを進行しながら各メンバーの意見を入力し、さらにメンバー1名が試用して、実用

性を確認した。

内容と使用方法：カンファレンスで検討した結果を共有し評価するために、目標、現状、本人・家族の意見、他機関の意見、主担当の意見、専門職の意見、残った課題、支援の継続の必要性と今後の方針を記録することとした。また職員の記録作成の負担を軽減するためにカンファレンスの進行順に記録票の項目を配置し、各ケースを検討しながら記録できるようにし、職員間で情報を効率的に共有するために、法人内のコンピューターシステム上のカンファレンス個人記録票に入力することとした。

4) カンファレンスで検討した包括的ケアに対する評価の基準

作成の必要性と作成方法：当センターでは、カンファレンスで決定した目標に関する包括的ケアの質を必ずしも評価しておらず、質改善のための管理が不足していた。そこで、本人・家族および連携機関の意見を得ながら、センターが提供した包括的ケアの質をセンター内で自己評価し、改善するために評価の基準が必要であった。そこで、センター業務マニュアル [17] をもとに作成し、カンファレンスで検討した包括的ケアに対する個人評価票（ケースカンファレンス個人評価票）を作成した。

内容と使用方法：カンファレンスで共有した目標や方針に沿って利用者の意向をふまえているか、支援の実施状況、支援内容が適確であったのか、また計画の見直しが必要かについて、カンファレンスで決めた時期に全員で評価し、ケースカンファレンス個人評価票に結果を記載することとした。

2. 基準を使用した効果に関する評価方法

基準作成の目的とした効果的な包括的ケアの提供と利用者のQOL向上の観点から、多職種協働による包括的ケアの実現の状況およびケースにおける基準使用の効果をもとに評価した。

1) 基準作成前後におけるケースの特性に即した多職種協働の実現

基準導入前の平成21年5月から8月と基準導入期間の平成22年5月から8月の相談件数とケースカンファレンスの実施件数、ケースの背景、担当者別分類表のケアニーズの項目をもとに利用者のケアニーズを比較した。ついで、センター内の支援の担当職種連携、多職種協働による支援の方法、直営包括センターおよび行政他部門との連携の件数を比較した。

2) 包括的ケアを要するケースに対する基準使用の効果

当センターでは、独居・家族支援がないケースの増加が予測されたが、そうした包括的ケアを要するケースを支援した経験は少なかった。そこで、今回作成した基準を使用し、本人の意向にそって支援したケースをもとに、包括的ケア提供に対する基準使用の効果を評価した。

3. 倫理的配慮

施設長に対して本プロジェクトの必要性と具体的計画

を説明し、同意を得た。その後、センター全職員にむけて本プロジェクトの必要性と具体的計画とともに個人が特定されないよう十分配慮することを説明し同意を得た。今回の投稿にあたり、地域や人物を特定しないことで設置主体の行政担当課長及び施設長の了承を得た。

III. 結果

作成した4つの基準をもとに全員がカンファレンスに参画した。また5種類のツールを使用し、追加あるいは不要と判断された項目はなかった。

しかし、担当者別分類表を使用した過程で、「多問題ケース」、「準多問題ケース」に該当しても日々のミーティングで主担当者による支援の報告をもとに情報共有し、経過観察だけでよいケースもあることがわかった。また、「準多問題ケース」に至らないケースであっても、認知症と家族問題、認知症と成年後見人の選定など認知症に関する項目に該当した場合は、早急にカンファレンスで検討しなければいけないケースもあった。さらに職員の経験や職種による各項目の該当の有無の判断のばらつきが予測された。

そこで、一定の基準にそったスクリーニングに各ケースの個別性を加味して、よりの確に多問題ケースを選定するための基準として、センター長が日々の報告を聞き、利用者の安心、安全が保障できないと判断したケースは優先的に選定することを追加した。

1. 基準作成前後におけるケースの特性の変化に即した多職種協働の実現

1) 基準作成前後におけるケースの特性の変化

センターの全相談件数は、平成21年5月から8月では1955件、カンファレンス実施件数は79件であった。平成22年5月から8月では、全相談件数2079件、基準を作成しながらカンファレンスを実施した件数は38件であった。相談件数の変化があまりみられなかった中で担当者別分類表に沿って事例を選定した結果、カンファレンスの実施件数は減少したが、以下に示すように、多職種で検討すべき優先度の高いケースを確実に選定し、検討することができた。

平成21年と平成22年のケースの背景を年代別で比較すると、前期高齢者（65歳～74歳）が22.8%から42.1%と増加し、独居世帯は36.7%から52.6%に増加した。ケースのケアニーズを比較すると、認知症を有するケースは49.3%から44.7%に減少がみられ、家族問題を有するケースは40.5%から76.3%、介護支援専門員への支援を有するケースは14.0%から60.5%、医療問題を有するケースは31.6%から84.2%へ割合が増加した。また、高齢者虐待ケースは、平成21年ではZ区高齢者虐待支援担当係に報告したケースが7.5%であり、平成22年は21.1%に増加した。また、高齢者虐待スクリーニングシートを活用した結果、虐待ハイリスクが21.1%、虐待要経過観察・報告が2.6%みられた（表2）。このように多面的検

表2 ケースカンファレンスを行った事例の背景とケアニーズに関する基準導入前後の比較

項目		件数 (%)		
		基準導入前 (平成21年5月～8月)	基準導入後 (平成22年5月～8月)	
ケースの背景	性別	男性	31 (39.2)	16 (42.1)
		女性	48 (60.8)	22 (57.8)
	年代	64歳以下	3 (4.0)	1 (2.6)
		65～74歳	18 (22.8)	16 (42.1)
		75～84歳	36 (45.6)	11 (28.9)
		85歳以上	22 (27.8)	10 (26.3)
世帯背景	独居	29 (36.7)	20 (52.6)	
	同居	32 (40.5)	11 (28.9)	
	高齢者世帯	18 (22.8)	7 (18.4)	
利用者のケアニーズ	認知症	有	39 (49.3)	17 (44.7)
	虐待報告済み		6 (7.5)	8 (21.1)
	虐待ハイリスク		—	8 (21.1)
	虐待要経過観察・報告		—	1 (2.6)
	家族問題	有	32 (40.5)	29 (76.3)
	精神疾患	有	15 (18.9)	98 (24.3)
	介護支援専門員への支援	有	12 (14.0)	23 (60.5)
	成年後見制度の問題	有	7 (8.8)	4 (10.5)
	医療問題	有	27 (31.6)	32 (84.2)
	経済・金銭管理の問題	有	12 (15.1)	17 (44.7)
	近隣との問題	有	5 (6.3)	9 (23.7)

討を要する問題を含むケースの割合が増加しており、検討すべきケースのより効果的・効率的な選定ができた。

2) 多職種協働の実現

カンファレンスにおけるセンター内の多職種協働では、平成21年では主担当職員中心で支援したケースが70.5%、主担当・副担当職員と一緒に支援したケースが12.7%、主担当職員不在のままその後の支援が不明瞭になったケースは16.5%であった。平成22年においては、主担当職員中心で支援したケースが45.5%に減少し、主担当・副担当職員と一緒に支援したケースが50.0%に増加した。主担当職員不在のケースはなく、1件ではあるが主担当職員を中心に全員で支援したケースもあった。支援方法を比較すると、医療連携が24.1%から81.6%に増加した等、全体的に増加がみられ、各ケースに対してより多様な支援を行えた。また、ケアニーズをもれなく抽出したことにより、支援方針として、当センターと直営包括センターおよび行政他部門との連携が必要と判断されたケースが、30.4%から73.7%に増加した(表3)。

2. 包括的ケアを必要とするケースに対する基準の使用の効果

虐待支援の遅れはみられなかった。さらに、多職種協働による包括的ケアの効果に関し、「本人の意向に沿った」という基準の目的に沿って看取りを実施した1事例をもとに示す。

[事例] キーパーソン不在のまま入院を拒否し、在宅生活を望んだ肺癌末期利用者への支援

70代、男性、独居、A県に妹がいるが音信不通である。B病院のMSWより「肺癌末期であるが入院を拒否し帰宅した。在宅酸素のみ手配済みで、センターの支援は拒否している」と情報提供があった。センター長と主担当職員が訪問し、実態把握調査をした結果、在宅生活の

継続は困難であり、孤独死を迎える可能性もあった。しかし、利用者の意向は在宅生活の継続を強く希望し、入院を拒否し続けた。

本ケースは、家族・近隣による支援がなく、セルフネグレクト、家族問題、医療問題、金銭管理・経済問題、さらにケアマネジャー支援の必要性のある事例として、多問題ケース(表1)に該当し、カンファレンスで検討すべきケースとして選定された。本センターではこうした独居高齢者の在宅での看取りを支援した経験がなかった。

カンファレンスにおける検討過程で、各職種の看取りの考えを述べ合った結果、在宅での支援継続は困難、一方、最期は本人自身が決める権利がある等、専門職間の看取りの考えの違いと意見の対立がみられた。そこで、どうしたら本人の意向に沿えるかという基準の目的に沿って、相互の意見を否定しないという基準をもとにカンファレンスを実施して支援方針を検討し、「本人の意向に沿って安全・安心を保障する」と決定した。多問題の解決と包括的ケアに向け、看護師は病状観察や入院時期の見極め、社会福祉士は経済状況への支援、主任介護支援専門員は他機関との調整等、各々の役割を分担し、協力して支援した。記録の基準をもとに個人記録票に支援内容と結果を記述し、日々のミーティングで各々の役割を実施できているかを確認し、評価した。

支援の結果、主担当職員を支援しながら利用者を在宅で看取ることができた。利用者は、職員からの訪問を待ち、支援を受けたことに感謝の言葉を述べていた。包括的ケアの評価の基準をもとに、支援終了後の評価を行い、今後、同様なケースがあったときの対応方法のルールを全員で決めることができた。主担当職員は、全職員に支えられたことで支援の負担が軽減した、また支援の達成感を得たと述べ、多職種協働による支援の効果を認識していた。

表3 ケースカンファレンスによる支援担当者の連携の状況と支援の方法に関する基準導入前後の比較

		件数 (%) 項目	
		基準導入前 (平成21年5月～8月)	基準導入後 (平成22年5月～8月)
支援の担当 職種連携	主担当中心	56 (70.5)	10 (45.5)
	主担当・副担当	10 (12.7)	11 (50.0)
	全員で支援	0 (0.0)	1 (5.0)
	主担当なし	13 (16.5)	0 (0.0)
支援の方法	医療連携	19 (24.1)	31 (81.6)
	CM(介護支援専門員)支援	13 (16.5)	25 (65.8)
	家族支援	18 (22.8)	24 (63.2)
	経済状況の支援	10 (12.1)	19 (50.0)
	後見制度の利用	4 (5.0)	4 (10.5)
	近隣との調整	8 (10.1)	13 (34.2)
直営包括センターおよび行政の他部門との連携		24 (30.4)	28 (73.7)

IV. 考察

カンファレンスの基準の作成および実施による効果的なケース支援の実現、およびカンファレンスが多職種協働にもたらした効果について考察する。

1. カンファレンスの基準の作成および実施による効果的なケース支援の実現

今回作成したケースの選定基準をもとに事例を選定した結果、基準作成前と比較すると、検討した事例の数は減ったが、多職種協働および他機関との連携による包括的なケアができるようになり、支援の遅れはみられず、センターの役割をよりの確に遂行するためのカンファレンスができるようになったと判断できた。

多職種協働は包括的ケアに必要であるが、カンファレンスの時間の確保、また結果に示した事例のように、専門職間の考えの違いと意見の対立等、職種間の調整の負担も増す。したがって、他機関との連携の業務も増し、センターの業務が益々複雑になる中で支援を行うには、各職員の多職種協働に対する動機づけが重要と考えられた。今回、センター長が担当者別分類表をもとに担当地域における各ケースのケアニーズ全体を把握し、カンファレンスにおける検討の優先順位を判断したことにより、多様なケースの中から緊急性の高いケースをよりの確に選定し、全職員が多職種協働による包括的ケアに必要なケースとして納得し、カンファレンスにおける検討に関し動機づけられたと考えられた。また、実施の基準として、相互の意見を否定しないという行動を明記したことは、カンファレンスの効率・効果を高め、討議および決定した支援方針に沿った各職種のケアの実施への意欲を高めたと考えた。その結果、包括的なケアと支援の遅れの防止ができたと考えられた。

さらに、本基準の目的を「利用者のQOL向上を目指して包括的なケアのタイミングを逃すことなく提供する」と明示したこと、基準の作成に際して、各々が利用者への支援で大切にしていることおよび本基準の活用によりめざす統一した包括的ケアを協議し合意形成したこと、また実施においても、事例に示したように「どうしたら本人の意向に沿えるか」という本基準の目的にもとづく問いかけを行いながら討議を進めたことは、カンファレンスおよび多職種協働によるケース支援の目的・目標、支援方法の一貫性を確保し、専門職間の考えの違いと意見の対立に留まることなく、専門職として協力してめざすケアの方向性を検討し役割を担うというカンファレンスの効果と効率を高めたと考えられた。

2. ケースカンファレンスが多職種協働にもたらした効果

1) 各職員の専門職としての貢献の自覚と責任の強化

細田 [18] は、「カンファレンスで、各々の職種が情報

提供や意見の提示を求められることにより、自らの患者への貢献を自覚し、責任を持つようになる」と述べている。結果に示したケースは、家族等の支援者がおらず、終末期の身体管理、経済的保障及び他機関の調整が必要等、主担当職員一人の支援では限界が予測され、包括的ケアの必要性が高く、多職種協働が必要とされた。カンファレンスにおいて、各職種が専門職の立場から意見を述べるという基準をもとに、専門職としての責任と貢献を意識しながら意見を述べ、また主担当職員は、負担の軽減だけでなく多職種協働によるケース支援の達成感を得たと考えられた。専門職としてのこうした経験は、多職種協働のための自分の力量開発の動機づけとなり、包括的ケアの基盤強化に結び付くと考えられた。

2) 多職種協働の必要なケースの特性に応じた支援の実践知の共有

本基準の特徴の一つは、カンファレンスで検討したケースの支援の結果について、一定期間後に多職種で評価したことである。評価は、支援目標と実施した支援の結果を正しく見極め、優れた実践を知識として引き出す [19] ことである。今回、各専門職それぞれの観点から意見を述べ、評価したことにより、全員でケースへの支援を振り返り、他の同様なケースへの支援に生かすことができるような知識を抽出し、ルールとして共有できたと考えられた。その際、ケースの選定基準に基づく分類を手がかりとして、各職員がケースの特性を認識でき、特性に即した支援の実践知を整理し、共有できたと考えられた。

V. 結語

制度創設 4 年目のセンターにおいて、多職種協働による包括的ケアを提供するには、各職員が専門職としての自己および他職種の役割を認識し、専門職として確実に協働できるような、ツールの作成を含めたカンファレンスの基準および実践の効果の共有が必要であり有効であったと考えられた。

センターにおける包括的ケアの実践例およびカンファレンスの基準に関する先行研究が少ない中で、今回は、主にセンターのこれまでの問題の要因分析と実用可能性の観点から基準を作成し、問題解決の視点から評価した。今後、本基準の適用による各ケースの評価結果をもとに、センターの包括的ケアに対するケースカンファレンス基準の有用性を検証することが必要と考える。

付記

本論文は、平成22年度千葉大学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の一部をまとめたものである。

謝辞

本研究を進めるにあたり, ご協力いただきました職員の皆様に心より感謝を申し上げます。

引用文献

- [1] 厚生労働省老健局. 地域包括支援センターの手引き. 2007. p.1.
- [2] 財団法人長寿社会開発センター. 地域包括支援センター業務マニュアル. 2010. p.37-49.
- [3] 鳥羽美香. 地域ケアシステムにおける地域包括支援センターの機能に関する研修. 文京学院大学人間学部研究紀要. 2007;9(1):223-33.
- [4] 野川とも江, 高杉春代. 地域包括支援センターにおける多機関・多職種の連携と協働. ソーシャルワーク研究. 2009;34(4):298-304.
- [5] Davison G, Shelby-James TM. Palliative care case conferencing involving general practice: an argument for a facilitated standard process. *Australian Health Review*. 2012;36(1):115-9.
- [6] 三菱総合研究所. 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書. 2012. p.78-84.
- [7] Z区. Z区高齢者虐待防止対応マニュアル. 2009. p.32.
- [8] 野中猛, 高室成幸, 上原久. ケア会議の技術 (第2版). 東京: 中央法規出版; 2008.
- [9] 認知症介護研究研修東京センター, 認知症介護研究研修大府センター, 認知症介護研究研修仙台センター. 改訂版認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方 (第1版). 東京: 中央法規出版; 2006.
- [10] 財団法人長寿社会開発センター. 地域包括支援センター業務マニュアル. 2013. p.119.
- [11] 新津ふみ子. ケア・コーディネーション入門 (第1版). 東京: 医学書院; 1997.
- [12] Z区. 介護予防チェックリスト. 2006.
- [13] 佐藤友美, 和泉成子, 小川薫, 滝口陽子, 小峠愛. アクションリサーチを用いた看護記録の改善に向けての取り組み. 福岡県立大学看護学部紀要. 2005; 3:21-31.
- [14] 新津ふみ子. ケア・コーディネーション入門 (第1版). 東京: 医学書院; 1997.
- [15] 伊藤淑子. ケアカンファレンス実践ハンドブック (第1版). 東京: ミネルヴァ書房; 2009.
- [16] 野中猛, 高室成幸, 上原久. ケア会議の技術 (第2版). 東京: 中央法規出版; 2008.
- [17] 財団法人長寿社会開発センター. 地域包括支援センター業務マニュアル. 2012. p.213.
- [18] 細田美和子. 「チーム医療」の理念と現実—看護に生かす医療社会学からのアプローチ— (初版). 東京: 日本看護協会出版会; 2003.
- [19] 大串正樹. ナレッジマネジメント—創造的な看護管理のための12章— (初版). 東京: 医学書院; 2009.