

地域包括支援ネットワーク構築における
多職種協働の態度構造に関する研究
ー地域ケア会議の分析を通してー

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻
博士後期課程 看護学領域
横 山 正 博

地域包括支援ネットワーク構築における多職種協働の態度構造に関する研究
－地域ケア会議の分析を通して－

目次

第1章 研究の背景と動機	1
第1節 高齢社会の現状と課題	1
1. 日本の高齢化をめぐる動静	
2. JR東海による損害賠償請求事件に対する最高裁判所の判決の意義	
第2節 地域包括ケアシステムの政策的枠組み	3
1. 政策概念としての地域包括ケア	
2. 地域包括ケアシステム構築に向けての基盤形成	
3. 地域包括ケアシステム構築の実質化	
4. 地域包括ケアシステム構築の強化	
5. 地域共生社会の実現の文脈における地域包括ケア	
第3節 地域包括支援ネットワークの構築	7
第4節 多職種協働を機能させる手立てとしての地域ケア会議	8
第5節 多職種協働の態度の重要性	10
第6節 地域ケア会議の質を評価する研究の必要性	10
引用文献	
第2章 本研究の重要となる概念と研究の目的	15
第1節 重要となる概念	15
1. 地域包括ケアシステム	
2. 規範的統合	
3. 多職種協働	
4. 地域包括支援ネットワーク	
5. 地域ケア会議	
6. 態度	
第2節 研究の目的	23
1. 問題の所在	
2. 研究の目的	
3. 研究の構成	
引用文献	

第3章 研究1 多職種協働の態度形成要因の構造の質的分析	27
第1節 研究1の目的	27
第2節 研究1の方法	27
1. 地域ケア会議の分析－第1段階－	
2. 地域ケア会議の参加者に対する聞き取り調査－第2段階－	
第3節 倫理的配慮	29
第4節 地域ケア会議の分析結果－第1段階－	30
1. 第1ステージの分析：ケースの人間像や生活像を共有し，課題を明確化するステージ	
2. 第2ステージの分析：ケースの課題を検討し，具体的な支援内容を検討するステージ	
3. 地域ケア会議の構成要素	
4. 地域ケア会議の構造と特徴	
第5節 地域ケア会議の主催者に対する聞き取り調査の分析結果－第2段階－	60
1. 進行役を務めたC主任介護支援専門員からの聞き取りの分析	
2. 事例提供したE社会福祉士からの聞き取りの分析	
3. 地域ケア会議の構成要素	
第6節 考察	80
引用文献	
第4章 研究2 多職種協働の態度形成要因の構造の量的分析	85
第1節 研究2の目的	85
第2節 研究2の方法	85
1. 研究デザイン	
2. 調査対象	
3. 調査方法	
4. 調査内容	
5. 調査期間と回収数	
6. 分析方法	
第3節 倫理的配慮	92
第4節 研究2の結果	92
1. 基本属性等	
2. 各質問項目の単純集計	
3. 各質問群で抽出された因子	
4. 共分散構造分析による多職種協働の態度形成要因モデル	
第4節 考察	108
1. 事例提供者に対する評価	
2. 進行役の重要性	
3. 態度の3成分の分析	

- 4. 規範的統合の重要性
 - 5. 多重指標モデルの3つの系
- 引用文献

第5章 結論 115

参考資料 研究2の調査票

図4-1 共分散構造分析による多職種協働の態度形成要因モデルの拡大版

第1章 研究の背景と動機

第1節 高齢社会の現状と課題

1. 日本の高齢化をめぐる動静

我が国の総人口は、総務省によると2019年8月1日現在の確定値¹⁾で、1億2,621.9万人であり、前年同月に比べ27.7万人減少している。一方、65歳以上の人（以下、65歳以上の人を高齢者とする）は3,582.9万人であり、前年同月32万人増加している。高齢者の総人口に対する割合である高齢化率は、28.4%であり、世界最高水準の高齢化率となっている。一方、都道府県別の高齢化率の地域格差は大きく、2018年10月1日現在、秋田県が36.4%と最も高く、沖縄県が21.6%と約15%の格差がみられる²⁾。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成29年推計）報告書」³⁾では、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には、出生中位・死亡中位推計による高齢者人口は3,677.1万人、高齢化率は30.0%に達すると推計されている。その後も総人口が減少するなかで高齢者人口は増加傾向にあり、高齢者人口が頂点となる2042年には3,935.2千人、高齢化率が36.1%となると推計されている。その後も少子化の影響により高齢化率は増加の一途をたどると推計されている。また、総人口に占める75歳以上の後期高齢者の割合は2055年には25.1%となり、約4人に1人が75歳以上になると推計されている。

さらに、2017年現在高齢者のいる世帯数は2,378.7万世帯と、全世帯数である5,042.5万世帯の47.2%を占めている。なかでも夫婦のみの世帯が773.1万世帯と32.5%を占めており、最も高い割合を占めている⁴⁾。さらに一人暮らしの高齢者は男女ともに増加傾向にあり、2015年の段階で男性約192万人、女性約400万人であり、高齢者人口に占める割合は男性13.3%、女性21.1%となっている⁴⁾。

介護保険制度における要介護または要支援の認定を受けた人は、2016年度末で618.7万人であり、65歳以上である第1号被保険者の18.0%を占めている⁴⁾。2007年度末の437.8万人から180.9万人増加している。要介護又は要支援の認定を受けた人の割合は、65～74歳で要支援が1.4%、要介護が2.9%であるのに対して、75歳以上では要支援が8.8%、要介護23.3%であり、後期高齢者の要介護の認定を受けた人の割合が高い状況となっている⁴⁾。

2016年の厚生労働省「国民生活基礎調査」⁵⁾によれば、要介護者等からみた主たる介護者の続柄は、58.7%が同居者であり、その内配偶者が25.2%、子が21.8%及び子の配偶者が9.7%となっている。また、性別については、男性が34.0%、女性が66.0%と女性が多い。要介護者等と同居している60歳以上の主たる介護者は、男性が70.1%、女性が69.9%である。

総務省「平成29年就業構造基本調査」⁶⁾によれば、家族の介護や看護を理由とした離職者数は2016年10月から2017年9月の1年間で99.1千人であった。特に女性の離職者数は75.1千人で、全体の75.8%を占めている。厚生労働省は2018年5月21日、第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について、2020年度末には約216万人、2025年度末には約245万人が必要となり、2016年度の約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある

と報告されている⁷⁾。

認知症高齢者数は、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」によれば、各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合、2025年には730万人になると推計されている⁸⁾。認知症対策については、2019年6月18日に認知症施策推進大綱が、認知症施策推進関係閣僚会議において決定され、今後も引き続き国の重要施策として位置づけられている。

高齢者の介護に関する諸問題の解決として、すでに介護保険制度が2000年、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律が2006年から施行されている。介護保険法はこれまで5回の改正を繰り返しながら、介護保険制度の充実が図られてきたが、依然として高齢者の介護に関する問題の解決は困難な状況にあるといえる。厚生労働省は、高齢者の介護に関する問題の解決に向けて、2025年をめどに地域包括ケアシステムの構築を政策課題とし、それに基づいて各自治体も地域包括ケアシステムの構築の実現に向けて取り組んでいる。

2. JR東海による損害賠償請求事件に対する最高裁判所の判決の意義

このような社会状況の中で、象徴的に起こった損害賠償請求事件の一審から最高裁までの判決は、高齢化が進展するこれからの現代社会の方向性を検討する上で貴重な判例⁹⁾となる。2007年12月、徘徊症状がある男性の認知症高齢者AがJR東海共和駅において電車にはねられ死亡に至った事故の一連の判決である。第一審の名古屋地方裁判所は、JR東海が振替輸送費等の賠償請求をしたことに対して、別居している長男と同居者であり介護者である妻に監督義務があるとして、720万円全額の損害賠償命令を下した。第二審の名古屋高等裁判所は、長男には見守る義務はなかったが、妻には民法上の監督義務があったと認定した。妻の経済的状況、JR東海が線路への進入路とされたフェンス扉の施錠を十分にしていなかったという理由から、JR東海の請求額の5割に相当する360万円を妻のみに支払い命令を下した。

しかし、最高裁判所第三小法廷は2016年3月1日、第二審の判決を覆し、妻及び長男の監督義務はなかったとし、JR東海の損害賠償は免責された。免責の主要な判決理由は、「精神障害者と同居する配偶者であるからといって、その者が民法714条1項にいう『責任無能力者を監督する法定の義務を負う者』に当たるとすることはできない。」「法定の監督義務者に該当しない者であっても、責任無能力者との身分関係や日常生活における接触状況に照らし、第三者に対する加害行為の防止に向けてその者が当該責任無能力者の監督を現に行いその態様が単なる事実上の監督を超えているなどその監督義務を引き受けたとみるべき特段の事情が認められる場合には、法定の監督義務者に準ずべき者として、民法714条1項が類推適用される。」「認知症により責任を弁識する能力のない者Aが線路に立ち入り列車と衝突して鉄道会社に損害を与えた場合において、Aの妻Y1が、長年Aと同居しており長男Y2らの了解を得てAの介護に当たっていたものの、当時85歳で左右下肢に麻痺拘縮があり要介護1の認定を受けており、Aの介護につきY2の妻Bの補助を受けていたなど判示の事情の下では、Y1は、民法714条1項所定の法定の監督義務者に準ずべき者に当たらない。」「認知症により責任を弁識する能力のない者Aが線路に立ち入り列車と衝突して鉄道会社に損害を与えた場合において、Aの長男Y2がAの介護に関する話合いに加わり、Y2の妻BがA宅の近隣に住んでA宅に通いながらAの妻Y1によるAの介護を補助し

ていたものの、Y2自身は、当時20年以上もAと同居しておらず、上記の事故直前の時期においても1箇月に3回程度週末にA宅を訪ねていたにすぎないなど判示の事情の下では、Y2は、民法714条1項所定の法定の監督義務者に準ずべき者に当たらない。」⁹⁾であった。

第一審及び第二審の判決からは、認知症による徘徊行動などが見られる際には、徘徊時の鉄道事故等の虞を考えると、介護者にとっては在宅介護の負担感がより増大し、施設入所等が促進されることが推測される。一方、外出等の行動の制限や監視を嚴重にするといった介護者自身の負担感が増大し、また認知症高齢者の行動の自由が介護者により制限されることにつながる可能性が予測される。このような介護負担や個人の行動の制約は、現在厚生労働省が2025年を目途に政策展開をしている、「可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築」¹⁰⁾とは逆行する判決内容と言わざるを得ない。

最高裁判所の判決は、第一審及び第二審を覆す内容ではあったが、実際に監督義務者としての介護者が、どこまでの監督義務を果たせばよいのかは個別事情によると解釈される。依然として徘徊行動などが見られる高齢者の介護者にとっては、監視をしておくことの必要性があることは変わらず、介護者により一層の介護負担が集中するような状況となるのではないかという不安を残す判決内容でもあった。

一方で、最高裁判所の判決は介護者の監督義務だけでは限界があり、徘徊行動などが見られる認知症高齢者が安心・安全に生活できるように、専門職のみならず地域住民も含めて地域全体で高齢者を支え、住みやすい地域づくりを目指す取り組みが必要であることを示唆している。

今後、少子高齢化など社会の急激な変化は、社会活力の低下をきたし、人間関係の希薄化、格差の再生産・固定化、豊かさの変容などをともない、我が国のあらゆる側面に影響を及ぼしてくる¹¹⁾。将来の変化を予測することが困難な時代¹¹⁾と言われながらも、現在の若年層が将来を見据えて、高齢者が自立した日常生活を営むことができるような社会の構築を社会全体で考えていく時代となっている。

第2節 地域包括ケアシステムの政策的枠組み

1. 政策概念としての地域包括ケア

地域包括ケアシステムは、厚生労働省老健局長の私的研究会である「高齢者介護研究会」が2003年に報告書としてとりまとめた「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」¹²⁾で登場した政策概念であり、以下の通りの内容が示されている。

「一人一人が住み慣れた街で最期までその人らしく生きることを保障するための方法として、現在の在宅サービスを複合化・多機能化していくことや、新たな『住まい』の形を用意すること、施設サービスの機能を地域に展開して在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること、施設において個別ケアを実現していくこと」が必要であること、「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」が必要であること及び「在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービス

の連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくこと」が必要であることを指摘している¹²⁾。これは、現在厚生労働省が説明している地域包括ケアの考え方の原型となるものである。

また、介護保険制度施行後における高齢者介護の課題は「介護予防・リハビリテーションの充実」「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」「サービスの質の確保と向上」であり、これらは構造的に相互に関連していると指摘し、「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を実現すると目標を掲げている¹²⁾。

さらに、介護保険制度で新たに導入された「個々の要介護者の心身の状況等に合致したケアを総合的かつ効率的に提供する仕組み」としてのケアマネジメントについて、その効果は必ずしも十分に発揮されておらず、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられると厳しい評価をしている。さらに、この問題認識により、「介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなど地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）が提供されることが必要」と指摘している。そして、地域包括ケアを有効に機能させるためには、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う在宅介護支援センター等の機関が必要と提言している¹²⁾。

一方、在宅介護支援センターは、生活上の支援を望む高齢者に対して総合的な相談対応をしてきたが、居宅介護支援事業所との役割分担が不明確との指摘もあり、在宅介護支援センターが地域包括ケアのコーディネートを担うためには、その役割を再検討し、機能を強化していく必要があると指摘している¹²⁾。

2. 地域包括ケアシステム構築に向けての基盤形成

以上の「高齢者介護研究会」の提言を踏まえて、地域包括ケアシステムの構築が、2004年の介護保険法改正によって、制度的に位置づけられることとなった。地域包括ケアシステムを具体的に推進するために、高齢者が要介護状態等となることを予防し、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため市町村が主体的に行う地域支援事業が創設された。

地域支援事業の事業内容は、「介護予防ケアマネジメント事業」「地域の高齢者の実態把握、介護保険以外の生活支援サービスの調整を含む総合相談支援事業」「権利擁護事業」「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」で構成されている「包括的支援事業」を必須とした。

これらの事業を推進する中核的な機関として、老人福祉法に規定されている在宅介護支援センターに代わって、地域包括支援センターが創設された。しかし、地域包括支援センターは、その業務の多くが介護予防給付のケアマネジメントに傾斜せざるを得ず、本来期待されていた地域包括ケアシステムの構築に関する業務が十分に行われてこなかったという評価が与えられることとなった¹³⁾⁻¹⁵⁾。

また、同年の介護保険法の改正より、地域包括ケアを具体化するサービスとして「泊まり」、「通い」及び「訪問」の機能をもち、これらのサービスを一体的に提供する小規模多機能施設が新たに位置づけられた。いわゆる「在宅三本柱」といわれる在宅生活を支える重要なサービスが一体

的に提供される仕組みであった。

その後、2008年に地域包括ケアのあり方を検討するために、「平成20年度老人保健健康増進等事業」として、有識者をメンバーとする「地域包括ケア研究会」が厚生労働省内に組織された。その最初の報告書である「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点整理」¹⁶⁾において、地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義された。

さらに、同報告書において、地域包括ケアシステムの構築のために、「自助・互助・共助・公助」という概念が取り入れられ、それぞれの役割分担を踏まえながら、有機的に連動して提供されるようなシステム構築が検討されなければならないとされた¹⁶⁾。中でも、地域の互助の機能を充実させる方向性を示した。「自助」は「自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること」、「互助」は「インフォーマルな相互扶助、例えば、近隣の助け合いやボランティア等」、「共助」は「社会保険のような制度化された相互扶助」、「公助」は自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等」と定義されている¹⁶⁾。互助の概念が強調されたことにより、その地域に特有のインフォーマルな社会資源を開発・活用し、専門職との協働のもとにその地域固有のシステムを作るという地域づくりという側面が強調された。

3. 地域包括ケアシステム構築の実質化

前項で述べた「地域包括ケア研究会」の報告¹⁶⁾を受けて、地域包括ケアシステム構築の実質化を図るために、2011年には「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により介護保険法が改正され、同法第5条第3項において、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」と明記された。

厚生労働省は、「高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める」ために、「単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設」「保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施」¹⁷⁾などの介護保険制度の改革を行った。

さらに、2014年には地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（医療介護総合確保法）第2条第1項で、地域包括ケアシステムは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう.）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に

確保される体制をいう。」と定義された。

厚生労働省は、「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。」¹⁷⁾と法改正の趣旨説明をしている。

さらに、「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要」¹⁷⁾とし、「関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。」という在宅医療と介護連携の推進をする制度改革を行った¹⁷⁾。

4. 地域包括ケアシステム構築の強化

2018年4月に施行された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」は、地域包括ケアシステム強化法として位置づけられた。厚生労働省は、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。」とその趣旨を説明している。

地域包括ケアシステムの深化・推進のために、「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進」「医療・介護の連携の推進等」「地域共生社会の実現に向けた取組の推進等」¹⁷⁾を推進することが規定された。具体的には、「全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化」「国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業(支援)計画を策定」「地域包括支援センターの機能強化」(市町村による評価の義務づけ等)、「医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備」「市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化」¹⁷⁾等である。

一方で、市町村や地域包括支援センターは、地域包括支援センターの事業について評価を行うとともに、必要な措置を講じなければならないこととされた。これに基づいて、厚生労働省は、全国で統一して用いる評価指標を策定し、地域包括支援センターの業務の実施状況を把握することで、適切な人員体制の確保や業務の重点化・効率化を進めることとした¹⁵⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。

5. 地域共生社会の実現の文脈における地域包括ケア

厚生労働省は、2019年5月に「地域共生社会推進検討会」を設置し、同年11月に同検討会から「最終とりまとめ(素案)」²⁰⁾が示されており、現在審議されている。素案においては、地域住民の複合化・複雑化した課題解決のためには、「本人・世帯の属性にかかわらず受け止める、断らない相談支援」「本人・世帯の状態に合わせ、地域の資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する、参加支援」「地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する、地域づくりに向けた支援」が必

要とされている。

これからの保健医療福祉政策においては、高齢者も包摂した全世代全対象型の「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を目指し、地域住民も含めた多職種の協働による複合化・複雑化した地域住民の課題を解決する「包括支援体制」²⁰⁾の整備を進めることとなる。

「包括支援体制」の整備は、高齢者分野ではすでに介護保険制度の中に地域包括ケアシステムとして組み入れられ、他の分野に先行し 2006 年施行の介護保険法においてすでに位置づけられている。しかし、地域包括ケアシステムの構築が本格的に推進されるまでには 10 年以上の時間的経過を要することとなった。

しかし、介護保険制度における地域包括支援センターの役割はさらに重要性を増し、他の分野の諸制度に対しての先行的な実践が期待されており、厚生労働省老健局振興課長発「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について（通知）」¹⁹⁾においては、「介護予防ケアマネジメントや包括的支援事業等の実施を通じて、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、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としており、今後、地域包括ケアシステムの構築を推進していく上で、その機能強化は重要な課題」とされている。

すでに、2015 年には厚生労働省に設置された「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」が、「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」を報告し、全世代・全対象型の地域包括支援体制の構築を目指すとした²¹⁾。高齢者分野で先行してきた地域包括ケアシステムを、「全世代・全対象型」地域包括支援体制²¹⁾としてすべての人を対象とする新たな政策を提言したものである。

今後は、「全世代・全対象型」の地域包括支援体制を構築し、地域共生社会²²⁾を実現するという文脈で、地域包括支援センターを中核機関として、地域包括ケアシステムを構築していく方法論を高齢者分野が先行して確立していくことが求められており、J R 東海による損害賠償請求事件のような案件が発生しない社会の構築が求められている。

第 3 節 地域包括支援ネットワークの構築

徘徊行動などが見られる認知症高齢者が安心・安全に生活できるように、専門職のみならず地域住民も含めて地域全体で高齢者を支え、住みやすい地域づくりを目指す取り組みが必要であることはすでに述べたが、その一つの方法論が地域包括支援ネットワークの構築である。

地域包括支援センターは、介護保険法第 115 条の 46 第 1 項において「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ことを目的として、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置」された。特に、「包括的支援事業」のうち、「総合相談支援業務」（介護保険法第 115 条の 45 第 2 項第 1 号）、「権利擁護業務」（同法第 115 条の 45 第 2 項第 2 号）、「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」（同法第 115 条の 45 第 2 項第 3 号）及び「介護予防ケアマネジメント」（同法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号二）は必須業務とされている。さらに、「多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築」が必須業務として位置づけられている¹⁵⁾。

地域包括支援ネットワークについては、厚生労働省は現在「包括的支援事業を効果的に実施するためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。このため、こうした連携体制を支える共通の基盤として多職種協働による『地域包括支援ネットワーク』を構築することが必要である。」¹⁵⁾と説明している。

また、地域包括支援センター運営マニュアル²³⁾では、地域包括支援ネットワークを「関係行政機関はもとより、地域のサービス利用者や家族、サービス事業者、関係団体、成年後見関係者、民生委員、地域支え合い等のインフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される『人的資源』からなる有機体」と説明している。この地域包括支援ネットワークの構築こそが、JR東海による損害賠償請求事件のような案件が発生しないような社会を実現する手立てとなり、地域包括ケアの構築のための一つの方法論となる。

しかし、白澤²⁴⁾は地域包括支援ネットワークづくりの具体的な展開方法は、地域包括支援センター運営マニュアル²⁴⁾においても示されていないと指摘している。また、岩間²⁵⁾は、地域包括ケアシステムにおける地域包括支援ネットワークの構築という文脈の中で、ネットワークの定義の難しさについて、ネットワークは客観的に確認することができないことから、そこでどのようなダイナミクスや力関係が生起しているかを外から正確にとらえることが難しいと指摘している。さらに、瞬間瞬間でネットワークのあり方は変わり続け、ネットワークを構成する関係者間で共有するといっても簡単にはいかず、メンバーでその意義やあり方を共有することが難しいことを指摘している。岩間²⁵⁾は一方、相手に合わせて自由自在に形を変えることができ、相手に合わせて複数のネットワークを組むことができるという特性があることも指摘している。ネットワークだけを取り上げて、それを対象化して客観的に把握することは容易ではなく、ソーシャルワークの実践から、「ネットワーク」をキーワードとして切り出していくという作業が必要と述べている。

しかし、ネットワークは、保健医療福祉の分野の多職種や地域住民も含めて関与するために、ソーシャルワークや保健活動といった特定分野の固有の方法論のみから「ネットワーク」をキーワードとして切り出していくことは困難であり、ソーシャルワークの実践からのみ切り出せるものではない。基本的には、利用者のニーズを中心に、保健医療福祉分野の専門職や地域住民がどのような支援を展開しているかを分析し、またその地域の特性なども考慮しながら、高齢者の安心・安全が確保されるような多職種協働による支援の中から「ネットワーク」を切り出していく必要がある。この意味において、地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム構築の中核機関として、地域包括支援センターの実践活動の中から、多職種の協働による地域包括支援ネットワーク構築の具体的な方法論を導き出していくことが求められている。

第4節 多職種協働を機能させる手立てとしての地域ケア会議

2012年4月施行の介護保険法の改正により、「地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。」(介護保険法第115条の46第5項：当時)と法文に明記された。これを根拠に、2013年3月29日付「地域包括支援センターの設置運営について」において、地域包括支援セン

ターの業務として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が位置づけられた。さらに、地域包括支援ネットワーク構築の手法の一つとして、「行政職員、地域包括支援センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される会議体」を地域包括支援センターの業務として位置づけている。この会議体のことを厚生労働省は地域ケア会議と称し、地域ケア会議は厚生労働省の方針により推進されていくこととなった。

2014年6月には、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」に基づき介護保険法が改正され、2015年4月から施行された介護保険法第115条の48において、「介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議を置くように努めなければならない。」と明文化された。法文には努力課題とされているが、厚生労働省は、地域ケア会議を地域包括ケアシステムの構築を推進していく手立てとして実質的に各市町村に対して義務化している¹⁵⁾。地域ケア会議が介護保険法に位置づけられたことにより、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築の手立てとして、今後さらにその重要性と期待が高まっている。

また現在、リハビリや医療等との連携を行い、利用者の状態を改善・重度化防止していくための支援方法を検討する地域ケア会議も推進されており²⁶⁾、今後一層地域包括支援センターは、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築のために、地域ケア会議を推進する役割を担うこととなる。

一方、地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書」（平成30年度老人保健増進等事業）²⁷⁾では、地域包括ケアシステム構築の方法論として、「サービスの持つ価値やそのサービスを利用する意義を、住民・利用者と提供者が、支えられる側と支える側という関係性を越えて共に話し合い、改善を繰り返しながら、その地域の住民にあったサービスの使い方を考えていく過程」であるいわば「参加と協働」が求められるとしている。「参加と協働」とは、「それぞれの地域における実情を踏まえ、そこに住む利用者やその家族などとのやり取りの中で、その地域の実情にあったサービスや、その提供体制をデザインしたり、調整したりすることと定義できる」としている。ここで指摘されている「参加と協働」を実現する場を地域ケア会議と位置づけることが可能である。

また、先述した「地域共生社会推進検討会」の「最終とりまとめ（素案）」²⁰⁾では、「包括的な支援体制の構築に向けては、多職種による連携や多機関の協働が重要な基盤となる。これが充実するためには、多職種、多機関が集い情報共有や協議を行う場（会議体）の機能が重要である」とし、この会議体を「有効活用し、包括的な支援の提供に向け個別事例の検討等を行うこと等が望ましい。」とし、この会議体の中に地域ケア会議も位置づけられている。今後も地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを構築する拠点として、地域住民の参加を含めた多職種協働の体制整備を行い、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築を推進していくことが求められている。地域包括ケアを推進する役割は今後さらに重要となる。

以上のことから、地域包括支援センターが開催する地域ケア会議は、多職種がそれぞれの専門的立場や地域住民の目線から見た課題意識を集約し、専門職や地域住民の支援を関連付け、構造的、体系的、包括的、重層的な支援の方向性を検討・共有し、地域包括支援ネットワークの構築を目指した多職種連携を機能させる手立てとなる。

第5節 多職種協働の態度の重要性

地域ケア会議においては、参加者は多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援行動の意図を持つことが重要となる。その行動意図に至るまでの過程がいわば地域ケア会議における検討過程ともいえる。地域ケア会議は単なる話し合いや協議の場ではなく、行動意図を喚起する何らかの要因が存在すると考えられる。その要因を探索し、その要因を意識した地域ケア会議をデザインする必要がある。

行動意図に至る要因は、社会心理学の中心概念である「態度」²⁸⁾で説明が可能である。最も包括的で一般的な態度の定義は、G.W. Allport の定義といわれている²⁸⁾。その定義は、「態度とは、関連するすべての対象や状況に対する個人の反応に対して、直接的かつ力動的な影響を及ぼす、経験にもとづいて組織化された、精神的および神経的準備状態のことである。」とされている²⁹⁾³⁰⁾。この態度の概念的定義は、あくまでも態度を仮説的構成概念にとらえたものであり、これから直接に態度の操作的定義を導くことは困難である²⁹⁾。すなわち、Allport の態度の概念的定義を直接に用いて、態度の実証研究を行うことははなはだ困難であるといわざるをえないと指摘されている²⁹⁾。

しかし、Allport の定義は現代においても多くの社会心理学のテキストで紹介されており、態度を論じるには、必要な基盤的知識となる。さらに、M.J. Rosenberg & C.I. Hovland³¹⁾³²⁾は、態度を「人がある対象に対してとる行動を説明、予測するための仮説的構成概念であり、『感情成分』『認知成分』『行動成分』の3つの要素が含まれる」と定義している。「認知成分」とは、「信念の言語的表現」、感情成分とは、「感情の言語的表現」、行動成分とは、「表面に表れる行為であり、行動に関する言語的表現」とされている³¹⁾。

態度の3要素とされる「認知成分」「感情成分」「行動成分」をもとに地域包括支援センターの専門職の地域ケア会議に対する態度を測定することで、地域ケア会議における多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築する要因を明らかにすることが可能ではないかと思われる。地域包括支援ネットワークの構築の成否のために、多職種協働の態度を扱うことは、重要な課題である。

第6節 地域ケア会議の質を評価する研究の必要性

以上のような問題意識をもとに、これまで地域包括ケアシステム構築の課題を明らかにするために実施した地域住民の生活実態調査の結果³³⁾⁻³⁶⁾をもとに、模擬的に地域ケア会議を開催し、当該地域の「包括」の専門職らに参加を求め、その評価を地域包括支援センターの専門職らとともにに行った。その結果、地域ケア会議は、多職種が協働して地域包括支援ネットワークを構築し、個別ケースや地域課題を解決するための態度を形成する場³⁶⁾であり、その態度形成の質が地域ケア会議の質を評価する指標となるのではないかという仮説を得ている。しかし、地域ケア会議において、どのような要因をもとに、またそれらの要因がそれぞれ影響し合いながら、多職種が協働する態度が形成されるのか、その構造を解明するには至っていない。

地域ケア会議の質は、今後地域包括支援ネットワークの構築に影響を及ぼす要因となり、その質の向上が図られるとともに、その質を評価する研究が今後求められているといえる。しかし、

地域ケア会議の先進事例が厚生労働省の「地域ケア会議実践事例集」³⁷⁾や「地域ケア会議運営マニュアル」³⁸⁾に示されているものの、学術的にその質を評価した研究は見当たらない。先進事例としては、岡山県総社市、埼玉県和光市および兵庫県の朝来市の地域ケア会議の取り組みがある。岡山県総社市の取り組みでは、地域住民活動の活性化や関係機関等の連携によるニーズの早期発見、早期対応の実現、支援困難事例の顕在化といった成果が示されている³⁹⁾。和光市の取り組みでは、個別事例の検討に際して、栄養士や薬剤師等の専門職がスーパーバイザーとして参加し、ケースの予後予測によって要介護・要支援状態の軽度化、重症化の防止につながる成果が示されている⁴⁰⁾⁴¹⁾。この取り組みは、介護予防を推進するための地域ケア会議のモデル²⁶⁾となっている。また朝来市は、個別課題から地域課題を引き出す地域ケア会議の仕組みを構築した成果をあげている⁴²⁾。

学術研究としては、長崎純心大学の研究者らが、地域包括支援センターに関する全国調査⁴³⁾を実施し、地域ケア会議に関する自由記述について、どのような語彙が用いられていたのかについて探索的に明らかにしている研究⁴⁴⁾⁴⁵⁾があるのみである。

本論は、地域ケア会議において、多職種が協働でどのように地域包括支援ネットワークを構築し、どのように課題解決にあたる態度を形成しているかその要因を検討する地域ケア会議の質の評価に関する研究である。本研究の成果は、地域ケア会議に参加する専門職や、また主催する地域包括支援センターの専門職、さらにインフォーマルな資源としての民生委員等にとって求められる態度の根拠となり、さらに地域ケア会議の質の向上を図り、望ましい多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築につながる可能性をもっている。

引用文献

- 1)総務省統計局. 人口推計（令和元年（2019年）8月確定値. 令和2年（2020年）1月概算値）（2019年11月20日公表）.
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202001.pdf>（参照 2020-1-25）
- 2)総務省統計局. II. 各年10月1日現在人口. 人口推計の結果の概要.
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2018np/index.html>（参照 2019-11-28）
- 3)国立社会保障・人口問題研究所. 「日本の将来推計人口（平成29年推計）報告書」.
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf（参照 2019-11-21）
- 4)内閣府. 令和元年度高齢社会白書. 2019：9-10.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html（参照 2019-11-28）
- 5)厚生労働省. 平成28年国民基礎調査の概況. 2017：28-33.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf>（参照 2019-11-28）
- 6)総務省統計局. 平成29年就業構造基本調査結果の概要. 2018：6.
<https://www.stat.go.jp/data/shugyou/2017/pdf/kgaiyou.pdf>（参照 2019-11-28）
- 7)厚生労働省. 第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について. 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323.html>（参照 2019-11-28）
- 8)二宮利治. 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究報告書. 厚生労働省

働省科学研究成果データベース, 2015 ; 2-19.

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>(参照 2019-11-28)

9)最高裁判所. 平成 26 年 (受) 第 1434 号, 第 1435 号 損害賠償請求事件 平成 28 年 3 月 1 日 第三小法廷判決主文.

http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/714/085714_hanrei.pdf (参照 2019-11-28)

10)厚生労働省. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて.

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiikihoukatu/ (参照 2019-11-22)

11)中央教育審議会大学分科会 大学教育部会. 予測困難な時代において 生涯学び続け, 主体的に考える力を育成する大学へ (審議まとめ). 2012 ; 1-18.

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/houkoku/1319183.htm(参照 2019-11-28)

12)厚生労働省高齢者介護研究会. 2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～. 2003.

<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html> (参照 2019-11-28)

13)社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会. 平成 22 年度「地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業」報告書. 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会. 東京, 2011 ; 9.

https://www.shakyo.or.jp/research/2010_pdf/network_all.pdf (参照 2019-11-28)

14)立教大学. 包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究報告書. 立教大学. 東京, 2010 ; 156.

<http://takahato.sakura.ne.jp/takahato/old/report/H21rouken.pdf> (参照 2019-11-28)

15)2018 年 5 月 10 日付厚生労働省老健局総務課長, 高齢支援課長, 振興課長および老人保健課長 発「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について (通知).

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205731.pdf> (参照 2020-01-21)

16)三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 地域包括ケア研究会 報告書 - 今後の検討のための論点整理 (平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業). 東京, 2009 ; 6-11.

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf> (参照 2019-11-28)

17)厚生労働省. 介護保険制度の概要.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html (参照 2019-12-01)

18)2018 年 7 月 4 日付厚生労働省老健局振興課長発「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について (通知)」.

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryoku-files/documents/2018/0705092053939/kvol661.pdf>(参照 2020-01-21)

19)2019 年 4 月 22 日付厚生労働省老健局振興課長発「地域包括支援センターの事業評価を通じた

- 機能強化について（通知）」の一部改正について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000506735.pdf>（参照 2020-01-21）
- 20)厚生労働省地域共生社会推進検討会. 最終とりまとめ（素案）. 2019；1-25.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000567956.pdf>（参照 2019-11-28）
- 21)厚生労働省. 新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム. 誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－. 2015；1-22.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>（参照 2019-12-15）
- 22)厚生労働省. 「地域共生社会」の実現に向けて.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>（参照 2019-12-01）
- 23)地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編. 地域包括支援センター運営マニュアル－地域の力を引き出す地域包括ケアの推進を目指して－. 一般社団法人長寿社会開発センター, 一部改訂, 東京, 2016；101-109.
- 24)白澤政和. 地域のネットワークづくりの方法－地域包括ケアの具体的な展開－. 中央法規, 東京, 2013；5-14.
- 25)岩間伸之. ソーシャルワーク実践におけるネットワーク構築の意義. 社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センターネットワーク研究委員会編, 地域包括支援センターにおける連携・ネットワークの構築に関する研究研修事業報告書. 2010；19-28.
https://www.jacsw.or.jp/01_csw/07_josei/2009/files/hokatsu_kenkyu.pdf（参照 2019-12-15）
- 26)厚生労働省 老健局老人保健課. 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き. 2017；1-14.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf>（参照 2019-12-08）
- 27)三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. 平成 30 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 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書. 東京, 2019；5-18.
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/houkatsu_01_1_2.pdf（参照 2019-12-15）
- 28)岡本浩一. 態度. 明田芳久, 岡本浩一, 奥田秀宇他, 社会心理学（ベーシック現代心理学 7）. 有斐閣. 東京, 2007；57-66.
- 29)土田 昭司. 社会的態度研究の展望. 社会心理学研究, 1992；7：147-162.
- 30)Allport, G.W. Attitudes. In C Murchison (ed), Handbook of social psychology Vol.2. Worcester, Mass : Clark University Press.1935；798-844.
- 31)原奈津子. 態度・説得. 遠藤由美編著, 社会心理学－社会で生きる人の営みを探る－. ミネルヴァ書房. 京都, 2011；141-160.
- 32)Rosenberg, M.J. & C.I. Hovland. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In M.J. Rosenberg, C.I. Hovland, W.J. McGuire, R.P. Anderson, & J.W. Brems (Eds), Attitude organization and change . Yale University Press. 1960；1-14.
- 33)山本せつ子. 人と地域で支えあうまち－中山間地域の「地域包括ケア」を考える. 山口県立大学地域包括ケア研究会編, やまぐち発！みんなで創る老後の暮らし 地域力を生かす「地域包括

- ケア」. 東洋図書出版. 防府, 2013 ; 66-74.
- 34)横山正博. 中山間・過疎地域の地域包括ケアシステムの課題. 山口県立大学地域包括ケア研究会編, 地域包括ケアシステムの未来構想図. 東洋図書出版. 防府, 2014 ; 17-32.
- 35)藤村孝枝. 地域ケア会議の実際. 山口県立大学地域包括ケア研究会編, 地域包括ケアシステムの未来構想図Ⅱ. マルニ. 山口, 2015 ; 119-135.
- 36)横山正博, 坂本俊彦, 前田哲男他. 中山間地域の地域包括ケアシステム構築における規範的統合に關与する研究実践. 山口県立大学学術情報, 2017 ; 8 : 121-133.
- 37)厚生労働省. 地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集ー地域の特色を活かした実践のためにー. 東京, 2014 ; 29-200.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000188270.pdf>(参照 2019-11-28)
- 38)一般財団法人長寿社会開発センター. 地域ケア会議運営マニュアル (平成 24 年度老人保健健康増進等事業). 東京, 2113 ; 75-176.
<https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf>(参照 2019-12-15)
- 39)小坂田稔. 実践的地域包括ケアシステム構築の方法と課題ー総社市と美咲町の取り組みを通してー. 社会福祉学部編, 高知県立大学紀要, 2012 ; 61 : 1-23.
- 40)宮下公美子. 埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由ーこうすれば実現する！理想の地域包括ケアー. 大阪, メディカ出版. 2015 ; 63-75.
- 41)吉村眞理, 加登田恵子. 和光市の地域包括ケアシステム構築の取り組みから考える. 山口県立大学地域包括ケア研究会編, 地域包括ケアシステムの未来構想図. 東洋図書出版. 防府, 2014 ; 67-88.
- 42)足立里江. 兵庫・朝来市発 地域ケア会議サクセスガイドー地域包括ケアシステムのカギが, ここにある！ー. メディカ出版. 大阪, 2015 ; 10-34.
- 43)潮谷有二, 宮野澄男, 奥村あすか他. 地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要. 純心現代福祉研究, 2014 ; 18 : 33-71.
http://www1.n-junshin.ac.jp/cmw/study/chousahoukoku_shiotani.pdf (参照 2019-11-28)
- 44)吉田麻衣, 潮谷有二, 宮野澄男他. 地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要ー地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析ー. 純心現代福祉研究, 2014 ; 18 : 73-79.
http://www1.n-junshin.ac.jp/cmw/study/chousahoukoku_yoshida.pdf (参照 2019-11-28)
- 45)奥村あすか, 潮谷有二, 宮野澄男他. 地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要ー地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析ー. 純心現代福祉研究, 2014 ; 18 : 81-86.
http://www1.n-junshin.ac.jp/cmw/study/chousahoukoku_okumura.pdf(参照 2019-11-28)

第2章 本研究の重要となる概念と研究の目的

第1節 重要となる概念

1. 地域包括ケアシステム

本論では、地域包括ケアシステムを「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)の法文にある「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」として定義する。また、ほぼ同様の意味で現在厚生労働省が公式に述べている「2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制」を補足的定義とする。

地域包括ケアシステムを構成している基本となる考え方は、“community-based”と“integrated”¹⁾⁻⁴⁾である。“community-based”と“integrated care”は、2つの異なる概念であるが、この2つの概念を接続する必要があると T. Plochg & N.S. Klazinga⁵⁾は指摘している。また、筒井¹⁾は、日本における地域包括ケアシステムは、その文脈から諸外国で進められている“community care”、“integrated care”、“community based care”、“all-inclusive care”と称される取り組みと同義と考えられると述べている。しかし、“integrated care”の理論については、概念が多様化しており統合理論はまだ確立されていないと指摘している¹⁾。また、堀田⁴⁾もほぼ同様の趣旨で、国際的な文脈からみればコミュニティを基盤とすることを要素として包含した“integrated care”という提供体制の変革に焦点をおいたものであると指摘している。厚生労働省の地域包括ケアシステムの英訳も、“the Community-based Integrated Care System”⁶⁾である。

“community-based”について、Plochg & Klazinga⁵⁾は、「地域の健康ニーズに基づき運用されるヘルスシステムであり、地域の健康に関する考え方、好み及び社会的な価値を踏まえて、さらに地域の参加を一定水準保証することである」と述べている。これは、1978年9月に世界保健機関とユニセフによるアルマ・アタ宣言⁷⁾による“primary health care (PHC)”の5原則に通底する。PHCの5原則について、表2-1の通り説明されている⁸⁾。

さらに、Plochg & Klazinga⁵⁾は“integrated care”については、異なる機関間でケアの調整や継続性を確保することにより、ヘルスケアの提供で見られる分断を軽減することを目的とする方法論であり、組織化の類型としている。D. Kodner⁹⁾も、多様なサービス、事業者、環境に関連する複雑な問題のある患者のケアの質と生活の質、顧客満足、システム効率を高めるために、ケアとキュア部門の間の連結、提携、協働を構築するように設計された財政、経営、組織、サービス提供、臨床レベルの首尾一貫した一連の方法でありモデルと説明している。

一方、地域包括ケア研究会はW.N. Leutz¹⁰⁾の定義をもとに「連携・統合のレベル」について、「連携 (linkage)」「協調 (coordination)」「統合 (full integration)」の3段階(統合の強度)が想定されるが、多くの「在宅医療・介護連携」は「連携」であり、2040年までに「協調」または「統合」への移行を目指すべき」と指摘している¹¹⁾。「連携 (linkage)」「協調 (coordination)」「統合 (full

integration)]の説明を表 2-2 に整理した。さらに、現状では多くの「在宅医療・介護連携」の取組は「連携 (Linkage)」のレベルにとどまり、2040 年までには「連携 (Linkage)」から「協調 (Coordination)」または「統合 (Full integration)」への移行を目指していくべきであると指摘している¹¹⁾。

表 2-1 PHC の 5 原則

原則	説明
公平／平等性	ヘルスケアはそれを必要とするすべての人間にとって 入手可能かつ適正であり、無視される集団があってはならない。
地域共同体／住民の主体的参加	受益者としての存在だけではなく、計画・意思決定者として、また実施過程においても地域共同体の主体的参画が不可欠。 ※意思決定、事業実施については組織化された地域住民共同体の存在が必須であり、組織化された地域共同体が機能するためには組織の規範や外部組織とのネットワークなどが必要である。つまり、PHC では、この原則部分で既に規範やネットワークといったソーシャル・キャピタルの存在が不可欠といえる。
予防重視	治療より予防普及・健康促進活動を重視。経済性の観点からも重要
適正技術	ヘルスケアに用いられる資機材及び手法、技術はひろく受容された適正なものではない。
複数の分野からの複合的／多角的アプローチの必要性	人間の衛生状態は水供給、教育等多岐にわたる要因と複合的に関係しているため、それら保健以外の社会的側面からのアプローチも必要である。

表 2-2 地域包括ケア研究会が示した連携・統合のレベル

連携・統合のレベル	説明
連携 (Linkage)	医療機関同士における紹介状のように、必要な時に、必要なサービスにつなぐといったつながりであり、全体の調整機能には至らない個別の仕組み
協調 (Coordination)	組織間の連携がより強く、また構造化されている状態であり、多様な職種が統一したケアの考え方を共有し、退院支援のためのルールなどが定められている状態
統合 (Full integration)	必要なサービス資源が統合されている状態であり、特定のニーズをもった利用者を対象とした一体的・包括的なサービス提供体制などが該当する。利用者からみて多様なサービス一体的に提供されているように見えるのが特徴といえるだろう。看護小規模多機能型居宅介護などは、看護、介護、通い、訪問、泊まり、ケアマネジメントなど、必要なサービス資源がひとつの事業体のもので提供されており、「統合 (Full integration)」に近い形態といえる。

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング、平成 28 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 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 地域包括ケア研究会報告書 -2040 年に向けた挑戦- から作表

日本の地域包括ケアシステムの将来像は、都道府県や市町村から指定を受けた事業所がサービスを提供し、一つの法人によるサービス提供の集中に制限を加えていることから、多機関で勤務する多職種の協働による“coordination”の状態を模索して行くべきと思われる。ここに多職種協働という方法論が必要となり、多職種協働を実現していくための、つまり“coordination”を実現していく手だてが必要となる。

また、筒井¹⁾は、統合理論の整理として、R. Rosen ら¹²⁾の定義を紹介し、統合の種類とそのプロセスを紹介している。Rosen は統合の種類として、「システムの統合」、「規範的統合」、「組織的統合」、「管理的統合」、「臨床的統合」に分類している (表 2-3)。

表 2-3 統合の種類とそのプロセス

統合の種類	統合的プロセスの説明
システムの統合	政策, ルール, そして帰省のフレームワークの協調と提携
組織的統合	組織間での構造, 統合システム, 関係の強調
管理的統合	事務管理業務, 予算, 財政システムの提供
臨床的統合	情報とサービスの協調, または患者のケアを統一し, 一つの過程にまとめる,
規範的統合	組織, 専門家集団, 個人の間で価値観, 文化, 視点の共有

筒井の訳を記載, Rosen,筒井の表を一部改編

日本において, システム的統合とは, 医療と介護のサービスが一体的に提供できるシステムとしての介護保険制度と言える。組織的統合とは, 各専門職団体・職能団体・サービス提供事業者団体による臨床的パートナーとしてのさまざまな取り決め等が想定される。管理的統合とは, 各機関内外の情報提供システムといったことが想定される。臨床的統合とは, 「情報とサービスの協調, または患者のケアを統合し, 一つの過程にまとめる」¹¹⁾と説明されていることから, 多職種協働による課題解決の過程とも言える。

2. 規範的統合

規範的統合は, 平成 25 年度厚生労働省の老人保健健康増進等事業による地域包括研究会が, 「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」において, 「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が, 同一の目的の達成のために, 地域内の専門職や関係者に共有されている状態」と定義している¹³⁾。さらに, 「地域包括ケアシステムの構築に向けては, 市町村は具体的な基本方針を明示し, 関係者に働きかけて共有していく『規範的統合』が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに, システムの統合を図っても, その効果は発揮できないため, 「規範的統合」は重要な意味を持つ」と説明している。

また, 横山は「地域包括ケアシステムの構築にあたっては, 地域住民, 関係機関・団体, 行政等が地域の課題について共通認識し, 合意形成を図りながら, その課題を解決する仕組みを作っていくことが重要であり, その過程を経て規範的統合が実現する」とし, 規範的統合を実現する過程が問われていると指摘している¹⁴⁾。

さらに, Rosen らは, 規範的統合について, 「組織, 専門職集団や個人間での価値, 文化, 将来像について共有を促進すること」とし, 例示として「統合の共通目標を設定すること, コミュニケーションギャップを確認すること, 地域の諸事情を踏まえて信頼関係に基づく臨床関係を構築すること, サービスの利用者や広範な地域に関与すること」と説明している¹⁾¹²⁾。

厚生労働省は, 規範的統合に関して, 「保険者である市町村, 地域包括支援センター, 住民, 事業者等の関係者の間で, 介護保険の自立支援や介護予防といった理念や, 高齢者自らが健康保持増進や介護予防に取り組むといった基本的な考え方, わがまちの地域包括ケアシステムや地域づくりの方向性等を共有するとともに, 多職種の専門的視点を活用しながら自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント支援を行うことが求められる。」と説明している¹⁵⁾。

一方, 筒井²⁾は, 規範的統合について, 介護予防サービスを取り上げて, 「これまで国主導で実施されてきた介護施策を市町村主導とし, その行く末をイメージできないままに各市町村がスタートせねばならなかった。つまり, 『規範的統合』が実施されていなかったことが事業の失敗」と

指摘している。

地域包括ケアシステム構築における規範的統合に関する研究は数少ないが、横山はアクションリサーチの手法を用いて、実際に地域やその地域を担当する地域包括支援センターと協力し、模擬的に個別ケースを検討する地域ケア会議を開催し、地域ケア会議に研究者として参加している¹⁴⁾。その結果として、地域ケア会議において、関係者が協働で地域包括ケアシステムを構築していかうとする行動変容につながったことで、規範的統合が可能であったと評価している。地域ケア会議の実施及び実施に至る過程こそ、規範的統合を実質化する機会となっていることを指摘している。規範的統合は、地域包括ケアシステムを構築する上で、“integration”に関する重要な概念となる。

3. 多職種協働

「地域包括支援センターの設置運営について」¹⁶⁾において、地域包括支援センターの業務として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が示されている。その中で、「包括的支援事業を効果的に実施するためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。」と指摘し、また「地域ケア会議は、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティアなど地域の多様な関係者が適宜協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである」としている。これらのことから、多職種とは、フォーマル及びインフォーマルなサービスを含み、個別支援や地域支援にかかわる、あるいはかかわろうとするすべての人材ということが可能である。

協働については、類似語として、「連携」「チームアプローチ」等の多様な用語で説明されることが多い。特に、多職種連携、多職種協働という用語は、無前提として用いられていることが多い。これは、国際的にも十分な概念定義¹⁷⁾がされていないことにもよる。

法律用語としては、介護保険法第115条の47第7項では、「地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法に定める民生委員、被保険者の地域における自立した日常生活の支援又は要介護状態等となることの予防若しくは要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための事業を行う者その他の関係者との連携に努めなければならない。」とあるように「連携」が用いられている。

厚生労働省は「地域包括支援センターの設置運営について」¹⁶⁾では、「多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築」と表現し、「多職種協働」を用いている。さらに、厚生労働省の行政説明資料である「在宅医療・介護連携推進事業について」あるいは「在宅医療・介護の推進について」では、「地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが重要」であり、「関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。」¹⁸⁾¹⁹⁾と説明し、連携と協働を一つの文脈で区別して用いている。さらに、市町村及び地域包括支援センターの評価指標では、「地域ケア会議における、多職種連携による個別事例の検討、対応策の実施を評価するもの」²⁰⁾と説明している。

平成 25 年度老人保健健康増進等事業（2017 年 3 月）「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業」報告書「＜地域包括ケア研究会＞ 2040 年に向けた挑戦」¹¹⁾では、「在宅医療」や「在宅介護」, 「在宅医療・介護連携」といった表現が頻繁に使われているが, これらは, 現状, 医療と介護がバラバラに存在することを前提とした表現であり, 2040 年までには, 医療と介護は, より「統合された状態」となり, 「多職種連携によるチームケア」が当たり前になっている状態が不可欠である」と指摘している。以上のことから, 「連携」や「協働」の概念がさまざまな視点や水準で捉えられており, 「連携」「協働」の概念が曖昧となっている現状が見られる。

学術的には, 協働と連携の概念整理が必要であるとの問題認識から, 吉池ら²¹⁾は, 協働を目的達成のための手段的概念, 連携を, 協働を実現するためのプロセスを含む手段的概念と整理している。その上で, 協働とは, 「同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むこと」として, “collaboration”をあてている。「連携」とは, “cooperation”として, 協働を実現するための過程を含む手段的概念としている。

松岡²²⁾は, ヘルスケア領域の連携について, 公式性と相互関連性という概念を用いて, それぞれの関係の強さから「cooperating (協力)」, 「conference (打ち合わせ)」, 「teamwork (チームワーク)」, 「consulting (専門的助言)」と整理している。野中¹⁷⁾は, さらに松岡の所論をもとに, それを連携の類型と整理し, 連携を“collaboration”と位置づけている。

また, J.ウーベルバイト²³⁾は, イギリスの 1990 年のコミュニティ・ケア改革の中で, 異なる専門職や異なるサービス機関で働く人々が, コミュニティの人々の保健や社会的ニーズを満たすためにはどのように働くか, という問題意識のもとに, チームケアをどのように発展させるかを論じている。その中で, “coordinate”, “collaborate”, “cooperate”という概念を用いている。それぞれ, 「調整」, 「共同」, 「協働」と訳されている。

しかし, 連携と協働のさまざまな定義は, 恣意的な要素が強く, その明確な定義は困難と思われるので, 連携や協働の実態を的確に表現し, 潜在変数としての連携や協働の観測変数を吟味することが必要である。

一方, 地域包括ケアシステムが“integration”を指向している以上, 連携も協働も“integration”という概念のなかに包摂されるべきものと考えるのが妥当である。したがって, 連携, 協働という概念を用いるのではなく, “integration”という概念の中で捉え, その状態像を表すことが合理的ではないかと思料される。

しかし, 本論では, “integration”と言う概念がまだ浸透していない中で, 「統合」という用語は理解されにくいこと, 筒井¹⁾が, “integration”の概念が多様化しており統合理論はまだ確立されていないと指摘していること, 本論の主要なテーマが多職種による地域包括支援ネットワークを構築するための地域ケア会議を扱うので, 厚生労働省が示している「多職種協働による地域包括支援ネットワーク」に依拠し, 多職種協働という用語を用いて論を展開する。

4. 地域包括支援ネットワーク

地域包括支援センター運営マニュアルでは, 「地域包括ケアシステム構築を目的とするフォーマル・インフォーマルな人材としての多職種により構成され, 情報を共有し, 顔が見える関係・信

頼関係に基づく課題解決を図るための機能と役割を共有する有機体」²⁴⁾と定義されている。

学術的なネットワーキングの定義としては、福山²⁵⁾は、ジョンソン&ヤンカ²⁶⁾が述べている「さまざまな関心と志向性を持つ人々間のコミュニケーションと共同作業の発展であり、維持である。そして、マクロレベルの調整ができるようにする技術である。ネットワーキングは公式の援助システムに属する人々と非公式のシステムに属する人々（自然発生的援助者）が共同して働くための手段」を引用し、「福祉・保健・医療の専門職機関間で、互いの専門性を駆使し、社会の中で人々の生活支援を包括的に行うための協働体制を利用者と共に形成することであり、そのプロセスを含む」としている。横山²⁷⁾はシステムとネットワーキングを対比させながら、「ネットワークとは包括的支援システムが機能していくための社会資源や人的資源の有機的な結びつきであり、その結びつきを形成していく過程」をネットワーキングと定義している。

岩間²⁸⁾は、地域を基盤としたソーシャルワークの機能として、「個と地域の一体的支援」をあげ、それは「個を地域で支える援助と個を支える地域をつくる援助を一体的に推進することを意味すると指摘している。また、「一つの事例が地域を変える」という積極的展開によって、個への支援と地域力の向上の相乗効果を志向」と述べている。さらに、地域包括支援ネットワークは、第一義的にはその対象は高齢者やその介護をしている家族であるが、支援者自身も対象とするところに特徴がある。顔が見える関係・信頼関係に基づく課題解決を目指していることから、ネットワークの一員となることにより、ネットワーク自体に安心や信頼感が形成され、その支援に対する向上心や相互に支え合うという関係形成が生じることになると説明している。

以上を踏まえて、多職種協働による地域包括支援ネットワークの性質を表 2-4 に示した。

表 2-4 地域包括的支援ネットワークの性質

項目	説 明
目的	社会の中で人々の生活支援を包括的に行うための協働体制を利用者と共に形成すること
対象	個別の生活課題及び地域課題
過程	支援にかかわる多職種が、その専門性や関心を前提とし、個別の生活課題や地域課題の解決に向かって、協力関係のもとに日常的に働いている過程
構成	地域のサービス利用者や家族、サービス事業者、関係団体、成年後見関係者、民生委員、地域支え合い等のインフォーマルサービス関係者、一般住民等を含む多職種
特長	ネットワークを構成する資源は、その解決すべき課題の性質により可変的

5. 地域ケア会議

2018年5月10日付厚生労働省老健局総務課長、高齢支援課長、振興課長および老人保健課長発「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について（通知）¹⁶⁾に示されている地域ケア会議の内容を表 2-5 に整理した。

地域ケア会議は、表 2-6 に示した3つの水準で捉えることが可能である。「個別課題解決機能」「地域包括支援ネットワーク構築機能」を主に発揮する個別レベルの地域ケア会議、「地域包括支援ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」を主に発揮する「日常生活圏域レベルの地域ケア会議」「地域づくり・資源開発機能」「政策形成機能」を主に発揮する保険者単位レベルの地域ケア会議が想定される。実際には、どの機能をどの水準の地域ケア会議で発揮するかは、各地域の特性を踏まえて地域ケア会議の体系をデザインする必要がある²⁹⁾。地域包括支援センターが担う地域ケア会議は、「個別課題解決機能」「地域包括支援ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」

を發揮する「個別レベルの地域ケア会議」あるいは「日常生活圏域レベルの地域ケア会議」となる。本論の対象とする地域ケア会議は、個別レベルの地域ケア会議とする。

しかし、地域ケア会議の取り組み事例は、「地域ケア会議運営ハンドブック」²⁹⁾や「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集－地域の特色を活かした実践のために」³⁰⁾などで紹介されているが、その成果や質を学術的に評価した文献は少ない。また、先進事例を体系的に分析し、その地域ケア会議の成果を評価した研究は少ない。地域ケア会議は、「地域包括支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握」といった抽象度の高い目的が示されており、地域ケア会議の成果を得るための技術はまだ未確立な状況であると推測される。

表 2-5 地域ケア会議の概要

項目	説明	
法的根拠	介護保険法第 115 条の 48 第 1 項：市町村は、第 115 条の 45 第 2 項第 3 号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の係者、関係機関及び関係団体により構成される会議を置くように努めなければならない。	
目的	1. 個別ケースの支援内容の検討を通じた、 1) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援 2) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築 3) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握 2. 地域づくり、資源開発並びに政策形成など、地域の実情に応じて必要と認められる事項	
方法と構成	医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティアなど地域の多様な関係者が適宜協働	
機能	個別課題解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
	地域包括支援ネットワーク構築	地域包括支援ネットワークの構築：高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
	地域課題発見	地域課題の発見：個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
	地域づくり・資源開発	地域づくり・資源開発：インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域に必要な資源を開発する機能
	政策形成	地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

〔2018 年 5 月 10 付厚生労働省老健局総務課長、高齢支援課長、振興課長および老人保健課長発「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について（通知）〕から作成

表 2-6 地域ケア会議の水準

	個別課題解決	ネットワーク構築	地域課題発見	地域づくり・資源開発	政策形成
市町村レベル	×	△	○	◎	◎
日常生活圏域レベル	○	◎	◎	○	×
個別レベル	◎	◎	○	△	×

「地域ケア会議運営マニュアル」（一般財団法人長寿社会開発センター；2013）及び「地域ケア会議運営ハンドブック」（一般財団法人長寿社会開発センター；2016）を参考に作成。

◎：主な機能 ○：その機能を發揮することもあり得る △：その機能を發揮することもあり得るが、あまり想定されていない ×：ほぼその機能を發揮することは求められていない

地域ケア会議の成果は、3つの水準で評価が可能と思われる（表 2-7）。第 1 の水準の成果は、2015 年を目途として、地域ケア会議での検討の積み重ねにより、その地域の地域包括支援ネットワークが構築されている状態と言える。第 2 の水準の成果は、地域ケア会議後の支援経過のモニ

タリングによって、個別ケースの課題の解決や地域課題が解決されている状態といえる。第3の水準の成果は、ケースの支援方針が共有され、地域ケア会議の重要性が理解されている状態であり、かつ多職種協働で地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援の行動意図を支援者がもっている状態と整理できる。

表 2-7 地域ケア会議の成果の水準

成果の水準		成果の時期	状 態 像	例 示
第1水準		2015年	2015年を目途として、地域ケア会議での検討の積み重ねにより、その地域の地域包括支援ネットワークが構築されている状態	施設入所等によらないで、徘徊による事故がない状態
第2水準		地域ケア会議後の課題解決	地域ケア会議後の支援経過のモニタリングによって、個別ケースの課題の解決や地域課題が解決されている状態	徘徊に対する地域包括支援ネットワークが整備され、機能している状態
第3水準	重要性の理解	地域ケア会議の検討の過程	ケースの支援方針が共有され、地域ケア会議の重要性が理解されている状態（規範的統合）	地域ケア会議の重要性が理解され、徘徊が想定される高齢者に対し、地域包括支援ネットワークを構築して具体的な支援を行動として展開できる状態
	支援行動の意図		多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援行動の意図をもっている状態	

地域ケア会議は、規範的統合及び臨床的統合を図る機会と捉えることができる。特に、この状態ができていないことが、多職種協働による課題解決を行う上での阻害要因にもなる。

6. 態度

Allport の態度の定義は第1章で紹介したが、その定義³¹⁾³²⁾を用いて、地域ケア会議への適用を試みるならば、次のように説明が可能である。態度の対象は、地域ケア会議における個別課題の検討である。態度は、「準備状態」であることから、ケース検討を通じて多職種による地域包括支援ネットワークを形成するための準備状態を地域ケア会議で形成することになる。例えば、徘徊が想定される高齢者に対し、地域包括支援ネットワークを構築して具体的な支援を行動として展開できる準備状態を形成することである。

態度は「経験にもとづいて組織化される」とあることから、地域ケア会議におけるケースについての検討過程そのものが態度を形成する経験である。最終的な地域ケア会議の結論を出すためには、検討の過程そのものが組織化されたものでなければならない。単なる意見の交換や感想を述べるだけでは組織化された地域ケア会議とはいえない。

「態度の対象と関連するすべての対象と状況に対する反応に対して、規定的で動的な影響を与える」については、「関連するすべての対象と状況」とは、各参加者のケースに関する様々な情報であり、その情報をもとに、課題解決に向けた意見交換やアセスメントがあり、どのように支援すればよいか、どのような役割を担えばよいか、それぞれ考え、自らの支援行動を考え表明する機会と捉えることが可能である。

さらに、M.J. Rosenberg & C.I. Hovland³³⁾³⁴⁾の3要素を考慮すると、具体的な支援を行動として展開できる「準備状態」を形成するまでの過程において、「認知成分」「感情成分」が検討の過程

において観測できると推測される。態度の構成要素とされる「認知成分」「感情成分」「行動成分」を観測変数として、地域ケア会議における地域包括支援センターの専門職の多職種協働の態度が測定可能となる。

第2節 研究の目的

1. 問題の所在

本論は地域ケア会議の質に関連する研究であり、本論における問題認識は、以下の通りである。

- ①地域ケア会議は、地域包括支援ネットワーク構築のための多職種協働を機能させる手だてであり、規範的統合の場である。
- ②地域ケア会議において多職種協働が機能している状態は、地域ケア会議に参加した多職種が協働で課題解決にあたらうとする態度を測定することで評価が可能である。

2. 研究の目的

現在国が進めている地域包括ケアシステム構築においては、多職種協働が一つの大きな課題となっており、多職種協働を機能させる手だてとして地域ケア会議が位置づけられている。

地域ケア会議で如何に多職種協働による態度形成ができるかが、地域包括支援ネットワークを構築する上で大きな課題となる。そこで、本研究では、地域ケア会議において多職種がどのように協働する態度を形成しているか、その態度形成の要因及びその要因間の関連性を分析し、多職種が協働する態度形成の構造を明らかにし、さらに多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築の促進要因を検討し、全国水準での地域ケア会議のあり方を提言することを目的とする。

3. 研究の構成

1) 研究1－質的研究－

定性分析により、地域ケア会議を構成する要素を抽出し、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築のための態度形成要因の仮説モデルを生成する。本論では、研究1とする。

調査は2段階の調査に分けて実施した。第1段階として、実際の地域ケア会議を分析した。次に、第2段階として地域ケア会議を主催した地域包括支援センターの専門職を対象として聞き取り調査を実施した。

2) 研究2－量的研究－

定性分析により生成した多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築のための態度形成要因の仮説モデルを定量分析的に検証した。本論では研究2とする。研究1と研究2の構成と手順を図2-1に示した。

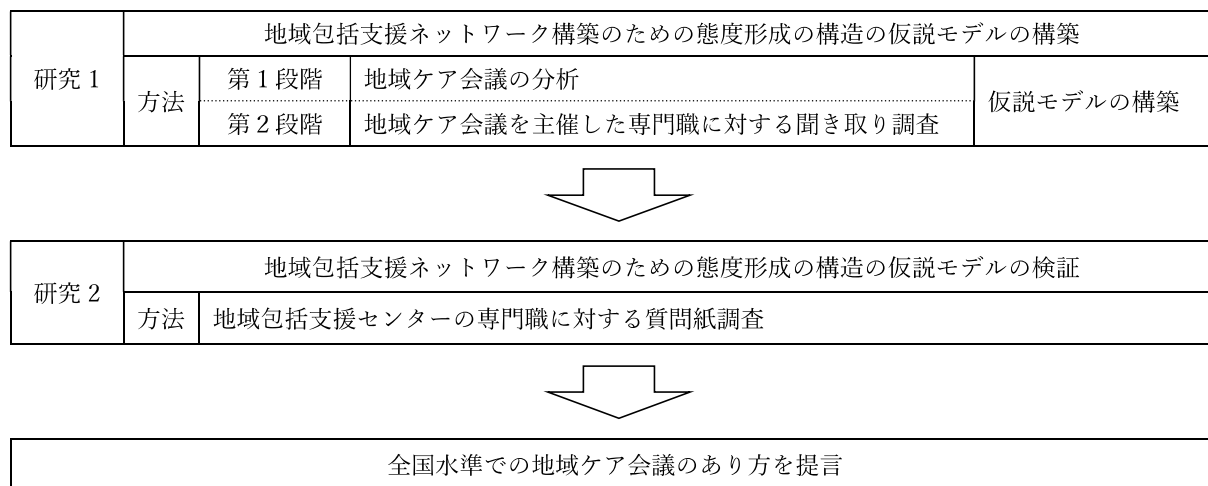


図 2-1 研究の構成と手順

引用文献

- 1)筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated care の理論とその応用. 中央法規. 東京, 2014 ; 36-105.
- 2)筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス. Integrated care 理論と実証. 社会保健研究所. 東京, 2014 ; 15-90.
- 3)堀田聰子. 地域包括ケアの担い手を考える-支えあい育みあうまちづくり-. 医療と社会 2015 ; 24 : 367-379.
- 4)堀田聰子. オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—. 労働政策研究・研修機構編, 労働政策研究報告書 167. 労働政策研究・研修機構. 東京, 2014 ; 4-45.
<https://www.jil.go.jp/institute/reports/2014/documents/0167.pdf> (参照 2019-11-28)
- 5)Ploch T. Klazinga N.S. Community-based Integrated Care: Myth or Must? International Journal for Quality Health Care 2002 ; 14 : 91-101 .
<https://www.longwoods.com/content/21091> (参照 2019-11-28)
- 6)2016 Edition Annual Health, Labour and Welfare Report — Consideration of a social model to overcome demographic aging — [Summary] Ministry of Health, Labour and Welfare.
<https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw10/index.html> (参照 2019-11-28)
- 7)Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (参照 2019-11-28)
- 8)不破尚子. プライマリ・ヘルスケアとソーシャル・キャピタル. ソーシャル・キャピタルと国際協力—持続する成果を目指して—【事例分析編】. 国際協力事業団 国際協力総合研究所. 東京, 2002 ; 197-208.
http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/11700630.pdf (参照 2020-01-22)
- 9)Dennis Kodner: Introduction to Integration All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. Health Care Quality 2009 ; 13 : 6-15.
<https://www.longwoods.com/content/21091> (参照 2019-11-28)

- 10)Walter N. Leutz. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q 1999 ; 77 : 77-110.
https://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf (参照 2019-11-28)
- 11)三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 平成 28 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 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 地域包括ケア研究会報告書 -2040 年に向けた挑戦-. 東京, 2017 ; 5-23.
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf (参照 2019-09-28)
- 12)Sara Shaw, Rebecca Rosen and Benedict Rumbold. An overview of integrated care in the NHS What is integrated care? Nuffield Trust 2011 ; 7-10.
<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>
(参照 2020-01-22)
- 13)三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 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 地域包括ケアシステム構築するための制度論に関する調査研究事業 地域包括ケア研究会報告書. 東京, 2014 ; 3-29.
https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf (参照 2019-11-28)
- 14)横山正博, 坂本俊彦, 前田哲男他. 中山間地域の地域包括ケアシステム構築における規範的統合に関する研究実践. 山口県立大学学術情報, 2017 ; 8 : 121-133.
- 15)平成 27 年 6 月 5 日付厚生労働省老健局長発「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」.
<http://iryo.kk-mic.co.jp/information/file/ETC-270605-1.pdf> (参照 2020-01-22)
- 16)2018 年 5 月 10 日付厚生労働省老健局総務課長, 高齢支援課長, 振興課長および老人保健課長発「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について (通知).
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205731.pdf> (参照 2020-01-21)
- 17)野中猛. 【図説】ケアチーム. 中央法規. 東京, 2007 ; 14-15.
- 18)厚生労働省老健局老人保健課. 在宅医療・介護連携推進事業について.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000131928.pdf>
(参照 2019-12-16)
- 19)在宅医療・介護推進プロジェクトチーム. 厚生労働省. 在宅医療・介護の推進について.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf (参照 2019-12-16)
- 20)厚生労働省 平成 31 年 4 月 22 日付厚生労働省老健局振興課長「地域包括支援センターの事業評価を通じた機能強化について (通知)」の一部改正について.
- 21)吉池毅志, 栄セツ子. 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 2009 ; 34 : 109-122.
https://stars.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=1399&item_no=1&page_id=13&block_id=67 (参照 2019-12-16)
- 22)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－. 社会福祉学 2000 ; 40 : 17-38.

- 23) John Øvretveit. 三友雅夫, 茶谷滋監訳, ケアマネージャー必携 コミュニティケアの戦略ー学際的チームとケアマネジメント. 恒星社厚生閣, 東京, 1999 ; 1-7.
- 24) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編. 地域包括支援センター運営マニュアルー地域の力を引き出す地域包括ケアの推進を目指してー. 一般社団法人長寿社会開発センター, 一部改訂, 東京, 2016 ; 101-109.
- 25) 福山和女: ソーシャルワークにおける協働とその技法. ソーシャルワーク研究 2009 ; 34 : 278-290.
- 26) Louise C. Johnson & Stephen J. Yanca, SOCIAL WORK PRACTICE A GENERALIST APPROACH second edition. 山辺朗子, 岩間伸之訳, ジェネラリスト・ソーシャルワーク. ミネルヴァ書房. 京都, 2007 ; 492-493.
- 27) 横山正博. チームアプローチの基本概念. 横山正博編: ソーシャルワーカーのためのチームアプローチ論. ふくろう出版. 岡山, 2010 ; 10-18.
- 28) 岩間伸之. ソーシャルワーク実践におけるネットワーク構築の意義. 社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センターネットワーク研究委員会. 地域包括支援センターにおける連携・ネットワークの構築に関する研究研修事業報告書. 2010 ; 19-28.
https://www.jacsw.or.jp/01_csw/07_josei/2009/files/hokatsu_kenkyu.pdf (参照 2020-01-22)
- 29) 地域ケア会議運営ハンドブック作成委員会編. 地域ケア会議運営ハンドブック. 一般財団法人長寿社会開発センター. 東京, 2016 ; 21-57.
- 30) 厚生労働省. 地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集ー地域の特色を活かした実践のためにー. 東京, 2014.
- 31) 岡本浩一. 態度. 明田芳久, 岡本浩一, 奥田秀宇他, 社会心理学 (ベーシック現代心理学 7) . 有斐閣. 東京, 2007 ; 5-66.
- 32) Allport, G.W. Attitudes. In C Murchison (ed), Handbook of social psychology Vol.2. Worcester, Mass : Clark University Press. 1935 ; 798-844.
- 33) Rosenberg, M.J. & C.I. Hovland. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In M.J. Rosenberg, C.I. Hovland, W.J. McGuire, R.P. Anderson, & J.W. Brems (Eds), Attitude organization and change . Yale University Press. 1960 ; 1-14.
- 34) 池上知子, 遠藤由美. グラフィック社会心理学, 第2版. サイエンス社. 東京, 2015 ; 67-88.

第3章 研究1 多職種協働の態度形成要因の構造の質的分析

第1節 研究1の目的

地域ケア会議の構成要素を抽出し、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築のための態度形成要因の仮説構造モデルを生成することを目的とした。

第2節 研究1の方法

1. 地域ケア会議の分析－第1段階－

1) 調査対象

調査対象は、地域包括支援センターが実施した地域ケア会議の各出席者の発言内容とした。出席者は、地域包括支援センターの主任介護支援専門員1名と社会福祉士1名、基幹型地域包括支援センターの保健師1名、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（サービス付き高齢者向け住宅管理者兼務）1名、通所介護事業所の管理者1名、訪問介護事業所の管理者1名、弁護士事務所の弁護士1名及び民生委員1名であった。主任介護支援専門員は地域ケア会議の進行役、社会福祉士は事例提供者の役割を担った。

地域ケア会議実施の趣旨は、サービス付き高齢者向け住宅に入居していた認知症の女性が、骨折により入院加療していたが、退院許可が下りたため、退院後のサービス付き高齢者向け住宅「サ高住」での生活を支援する方法について検討することであった。地域ケア会議に要した時間は90分であった。

対象とした地域ケア会議は、多職種協働による地域包括支援ネットワークに資する成功事例として位置づけることが可能であった。成功した要素としては、参加者全員が地域ケア会議の参加にあたって、何らかの関与をしておりケースに対する理解が一定あったこと、個別ケースの詳細な検討からそのケースを支援するネットワークを形成しようとする意図や結論が明確であったこと、参加者がケースに関与する関係者に限定されていたこと及び具体的な行動としての支援計画が表明され、地域包括支援ネットワーク形成過程の様相が明らかであったことであった。成功事例の分析を通じて、地域包括支援ネットワーク構築における多職種協働の態度の要因分析が可能となると考えられた。

2) 調査方法

A市に設置されている地域包括支援センターが実施した地域ケア会議の進行に極力影響を与えない方法により同席し、地域ケア会議の冒頭から終結までICレコーダーにより録音した。

3) 調査期間

2015年8月に実施した。

4) 分析方法

地域ケア会議の内容を録音し、逐語録を作成した。逐語録の作成にあたっては、なるべく標準語におきかえ、感嘆詞などは削除した。参加者の発言において明らかに誤った用語を用いている場合は、適切な用語に置き換えた。

次に、参加者の各発言の意図が一つとなるように文章を区切り切片化し、切片化したそれぞれの文章に3桁の番号を発言番号として付した。発言番号ごとに、参加者の発言の内容の一つ一つがどのような趣旨で発言され、また地域ケア会議の進行上、どのような意味を持つのかを解釈しながら、その内容を範疇化し、地域ケア会議の構成要素として抽出し、〔 〕で示した。範疇化にあたっては、発言内容を反復精査し、老年看護を専門とする研究者と検討を重ね、命名した。

第1章で述べたように、保健医療福祉分野の専門職や地域住民がどのような支援を展開しているかを分析し、またその地域の特性なども考慮しながら、高齢者の安心・安全が確保されるような多職種協働による支援の中から「ネットワーク」を切り出していく作業でもある。

2. 地域ケア会議の参加者に対する聞き取り調査－第2段階－

1) 調査対象

上述した地域ケア会議の主催者である地域包括支援センターの専門職2名とした。1名は、地域ケア会議で事例を提供した社会福祉士及び進行役を務めた主任介護支援専門員1名とした。

事例を提供した社会福祉士は、女性、37歳、当該地域包括支援センターでの勤続年数は2年、保健医療福祉分野での勤続年数は調査時点で15年6カ月であった。所有資格は、社会福祉士及び介護支援専門員であった。主任介護支援専門員は、男性、43歳、当該地域包括支援センターでの勤続年数は9年6か月、保健医療福祉分野での勤続年数は調査時点で20年6カ月であった。所有資格は、社会福祉士及び主任介護支援専門員であった。

2) 調査方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接とした。

3) 調査期間

第1段階での地域ケア会議の終了した同月の別の日に実施した。

4) 調査内容

表3-1に示したインタビューガイドに基づいて、地域ケア会議について振り返りを求める聞き取り調査を実施した。

表3-1 インタビューガイド

	インタビューガイド	意 図
1	地域ケア会議でのケース検討を通じて得られた気づきを教えてください。	・地域ケア会議の主催者として、地域ケア会議の運営や進行など全般的な気づきを問う。
2	地域ケア会議を終えて、今後多職種と協働で課題解決するにあたって、どのような見通しを立てることができましたか、教えてください。	・個別課題を多職種との協働で解決するための考え方や技術、多職種協働の方法等について問う。 ・多職種協働に必要な要素や多職種協働を推進するための課題等が得られたかを問う。

3	地域ケア会議を終えて、今後どのように多職種と協働で実践していこうと思いましたが、教えてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種協働を具体的な行動としてイメージできたかを問う。 ・多職種協働のための意欲や今後の実践上での工夫すべきことなどの気づきが得られたかを問う。
4	地域ケア会議を終えて、多職種と協働で実践をすることに対して何か迷いや葛藤を感じたことがあれば、教えてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種協働の困難性や課題などを問う ・多職種協働の阻害要因を問う
5	今後の支援において自分の役割をどのように認識しましたか、教えてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議を主催する地域包括支援センターの専門職としての役割をどのように認識したかを問う。
6	その他に何かお気づきがあれば、教えてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・上記以外の質問に対する回答以外の所感を自由に引き出す。

5) 分析方法

聞き取りの内容を録音し、逐語録を作成した。逐語録は、なるべく標準語におきかえ、感嘆詞などは削除した。

次に、聞き取りの順序に従って、質問及び回答に3桁の番号を回答番号として付した。対象とした専門職2名は、地域ケア会議の運営と進行上のキーパーソンであり、地域ケア会議の進行の振り返りも回答として求めたため、第1段階の地域ケア会議の分析を踏まえて、地域ケア会議の進行内容と聞き取り内容を照合し、対象者の回答の意図や回答の内容を解釈しながら、地域ケア会議の分析結果もあわせて、地域ケア会議の構成要素を抽出する試みを行った。

抽出した構成要素を段階1と同様に〔 〕で示した。抽出にあたっては、老年看護を専門とする研究者と検討を重ね、命名した。この作業も同じく、多職種協働による支援の中から「ネットワーク」を切り出していく作業でもある。

第3節 倫理的配慮

「ヘルシンキ宣言（2013年フォルタレザ修正）」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、「山口大学大学院医学系研究科保健学専攻における人を対象とする医学系研究の実施に係る標準手順書」および「山口県立大学における研究・実験に係る生命倫理に関する指針」、「山口県立大学における研究活動の不正行為の防止等に関する規程」にしたがって、インフォームドコンセント、個人情報保護、研究の辞退・撤回の保証について明記した同意説明文書により研究参加の依頼を行い、研究参加者からは研究参加の同意書を得た。本研究は、山口大学大学院医学系研究保健学専攻医学系研究倫理審査委員会（管理番号322-1）および山口県立大学生命倫理委員会（整理番号27-23）の承認を得た後に実施した。

第1段階の調査では、地域ケア会議を実施した管理者および地域ケア会議の出席者が所属する機関の長に、事前に研究への協力および職員の研究協力に対する依頼を文書で行った。研究の対象となる地域ケア会議出席予定者全員に対して、研究協力に対する依頼を文書で行った。地域ケア会議開催時には、研究同意説明文書により口頭で研究の内容について説明をし、同意書に署名を得た。

研究協力については任意であり、研究協力の辞退、地域ケア会議終了後での辞退は随時可能であることも研究同意説明文書に明記し、口頭でも説明した。地域ケア会議の出席者の所属機関には、研究に関する倫理審査委員会が設置されていないため、山口大学大学院医学系研究科保健学

専攻医学系研究倫理審査委員会および山口県立大学生命倫理委員会の承認を受けていることを伝えた。地域ケア会議の内容については、出席者全員の同意を得た上で、ICレコーダーで録音した。

第2段階の調査では、当該地域包括支援センターの管理者および地域ケア会議の出席者が所属する機関の長に、事前に研究への協力および職員の研究協力に対する依頼を文書で行った。対象者に対して、研究協力に対する依頼を文書で行った。聞き取り調査にあたっては、研究同意説明文書により口頭で研究の内容について説明をし、同意書に署名を得た。研究協力については任意であり、研究協力の辞退、途中での辞退、および聞き取り調査時の発言内容の撤回は聞き取り調査後も含めて随時可能であることも研究同意説明文書に明記し、口頭でも説明した。聞き取り調査対象者の所属機関には、研究に関する倫理審査委員会が設置されていないため、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会および山口県立大学生命倫理委員会の承認を受けていることを伝えた。聞き取り調査については、対象者の同意を得た上で、ICレコーダーで録音した。

第4節 地域ケア会議の分析結果－第1段階－

逐語録の作成にあたっては、参加者名は参加者の発言内容に登場する順番に機械的にAからOまでコード化し、その所属機関の名称及びその属性等を表3-2に示した。

表3-2 地域ケア会議の参加者のコード

名称	属性等	本章における表記
A	地域ケア会議が開催された自治体	
B	地域ケア会議を開催した地域包括支援センター	B 包括
C	地域ケア会議の進行役 B 包括の主任介護支援専門員	C 主任介護支援専門員
D	地域ケア会議で検討の対象となったケース	ケース D
E	地域ケア会議での事例報告者 ケース D の要介護認定が「要支援」時にかかわっていた	E 社会福祉士
F	ケース D が入居していたサービス付き高齢者向け住宅 退院後の居住地となる	F サ高住
G	ケース D が入居時から利用していた居宅介護支援事業所	G 居宅介護支援事業所
H	G 居宅介護支援事業所の介護支援専門員 F サ高住の管理者を兼務	H 介護支援専門員
I	民生委員	I 民生委員
J	ケース D が利用していた通所介護事業所 F サ高住と J 通所介護事業所は隣接	J 通所介護
K	G 通所介護事業所の管理者	K 管理者
L	ケース D が利用していた訪問介護事業所	L 訪問介護
M	K 訪問介護事業所の管理者	M 管理者
N	弁護士	N 弁護士
O	A 市の基幹型地域包括支援センターの保健師	O 保健師

逐語録は、90分の地域ケア会議の進行経過から、ケースDの検討課題を焦点化し、それをもとに各参加者からのケースDについて各参加者が把握している情報を共有し、地域ケア会議におけるケースDの課題を明確化するステージ（以下、第1ステージ）、及びその後ケースDの課題解決に向けた検討を行い、ケースD支援内容を検討するステージ（以下、第2ステージ）に区分することが可能であった。

第1ステージを「ケースの人間像や生活像を共有し、課題を明確化するステージ」、第2ステージを「ケースの課題を検討し、具体的な支援内容を検討するステージ」と命名した。この2つのステージごとに、地域ケア会議の進行にそって分析を行った。

1. 第1ステージの分析：ケースの人間像や生活像を共有し、課題を明確化するステージ

第1ステージの逐語録と範疇化した命名を表3-3に示した。

表3-3 第1ステージの逐語録

No.	参加者	逐語録	範疇化の命名
001	C主任介護支援専門員	それでは地域ケア会議を始めます。	〔会議の展開〕
002	C主任介護支援専門員	終了は11時30分を予定しています。	〔会議の展開〕
003	C主任介護支援専門員	限られた時間ですが、実りある地域ケア会議にしたいと思いますので、円滑な進行にご協力をお願いします。	〔会議の展開〕
004	C主任介護支援専門員	Dさん、84歳女性の方についての課題、支援策を検討します。	〔会議の展開〕
005	C主任介護支援専門員	Dさんの概要につきましては、地域包括支援センターのE社会福祉士よりお願いします。	〔会議の展開〕
006	E社会福祉士	現在、要介護認定は要介護2です。	〔情報提供〕
007	E社会福祉士	平成26年末に認知症の進行により長年住んでいた自宅から同じ地区にあるFサ高住に入居しました。	〔情報提供〕
008	E社会福祉士	既往歴として、平成22年12月に脳出血を発症し、急性期病院に入院、加療しました。	〔情報提供〕
009	E社会福祉士	平成25年、腰椎圧迫骨折で整形外科に入院しました。	〔情報提供〕
010	E社会福祉士	平成26年6月、脳血管性認知症の確定診断を病院で受けました。	〔情報提供〕
011	E社会福祉士	平成27年4月に腰椎を圧迫骨折し、なかなか安静が保てず、骨折の状況が悪化し、治療のための入院を検討しました。	〔情報提供〕
012	E社会福祉士	認知症があるため、整形外科の紹介で平成27年6月15日に一時的に別の病院に入院し、加療しています。	〔情報提供〕
013	E社会福祉士	杖を使用せずに、屋内歩行が可能です。現在、入院中のため屋外での歩行はありません。	〔情報提供〕
014	E社会福祉士	認知面については、平成27年6月の時点で、HDSが17点、MMSEが20点で主治医から中等度の認知症と診断を受けています。	〔情報提供〕
015	E社会福祉士	入院して1カ月半が経過した平成27年8月4日に、病院にて保佐人、担当介護支援専門員、「B包括」社会福祉士と主治医にて面談を行いました。	〔情報提供〕
016	E社会福祉士	主治医からは、帰宅要求があるがこの1カ月は落ちついており、腰痛は軽減しコルセットなしで過ごしているとのことでした。	〔情報提供〕
017	E社会福祉士	腰痛の経過も良好であり、平成27年8月17日に退院の予定です。	〔情報提供〕
018	E社会福祉士	主治医からは今後退院するにあたって、Dさんに対する刺激が調整できる環境、つまり少し行動の制限があり、見守りが常にあるような環境が望ましいのではないかとのことでした。	〔情報提供〕
019	E社会福祉士	サ高住では、自由度が高いため危険度は高まっていくのではないかとのことでした。	〔情報提供〕
020	E社会福祉士	実際に、昨年末にFサ高住に入居後も入居者の方とトラブルがありました。	〔情報提供〕
021	E社会福祉士	同じ階の入居者から金銭を借り、ものを無理やりあげるなどの言動があり入居者の親族からクレームもあったようです。	〔情報提供〕

022	E 社会福祉士	自宅に住んでいた頃からも、近所や知り合いに金銭を借りたり、ものをあげたりという言動があり、	〔情報提供〕
023	E 社会福祉士	B「包括」としても、そのことを把握するのに中々苦労しました。	〔支援の評価〕
024	E 社会福祉士	入院前の生活については、日用品はヘルパーが購入し、	〔情報提供〕
025	E 社会福祉士	本人が出かけた時には小遣いでお菓子など好みのものを購入していました。	〔情報提供〕
026	E 社会福祉士	金銭管理は、保佐人が金銭を管理していました。	〔情報提供〕
027	E 社会福祉士	生活必需品や小遣いなどの金銭はFサ高住で預かり、必要時に本人に渡していました。	〔情報提供〕
028	E 社会福祉士	服薬もFサ高住で管理していました。	〔情報提供〕
029	E 社会福祉士	夕方になると「自宅に帰りたい」と毎日訴えがあり、	〔情報提供〕
030	E 社会福祉士	本人の思いを尊重して自宅に帰ってもらっていました。	〔情報提供〕
031	E 社会福祉士	自分で歩いて帰宅し、戻ってくるのが可能でした。	〔情報提供〕
032	E 社会福祉士	以前飼っていた犬に会いにいきたいなどの理由があったようです。	〔情報提供〕
033	E 社会福祉士	家庭環境については、夫は平成〇年〇月に永眠しました。	〔情報提供〕
034	E 社会福祉士	子どもはいません。	〔情報提供〕
035	E 社会福祉士	Dさんの兄弟は遠方に住んでおり、平成〇年〇月に親戚の法要があった際、妹宅に訪問したようですが、それ以降の交流はありません。	〔情報提供〕
036	E 社会福祉士	夫の弟はすでに亡くなっています。	〔情報提供〕
037	E 社会福祉士	その嫁が市内に在住しています。	〔情報提供〕
038	E 社会福祉士	甥、姪もいるようですが、疎遠な状況です。	〔情報提供〕
039	E 社会福祉士	近隣環境については、自宅にいる頃から民生委員をはじめ、地域の見守りや訪問がありました。	〔情報提供〕
040	E 社会福祉士	Fサ高住に入居してからも本人が家に帰りたがるため、	〔情報提供〕
041	E 社会福祉士	小地区見守り活動の対象者として見守りが継続している状況です。	〔情報提供〕
042	E 社会福祉士	その他としては、Cさん自体、人づき合いがよい方で、地域との関係も良好と思われれます。	〔アセスメント〕
043	E 社会福祉士	住んでいた頃から続けている踊りの稽古には、入居してからも週2回、踊りの先生の送迎で福祉センターに通っていました。	〔情報提供〕
044	E 社会福祉士	地域のサロンに月1回、民生委員の声かけで参加し、また宗教の集まりで知人宅を訪問していました。	〔情報提供〕
045	E 社会福祉士	Fサ高住に入居後も、これまでの趣味や地域との交流も皆さんの支援を得ながら継続していた状況です。	〔情報提供〕
046	E 社会福祉士	サービス提供者としては、今後Fサ高住に戻った際、以前のように安全に自宅までの道のりを行き来することができるかという不安があると思います。	〔不安〕
047	E 社会福祉士	自動車の往来が多い道路に隣接していますので、危険を予知できるかといったことも不安材料としてあり、	〔不安〕
048	E 社会福祉士	退院後も継続した地域の見守りが必要ではないかと思われれます。	〔支援の方向性〕
049	E 社会福祉士	Dさんの状況を踏まえ、どのように地域で見守りをしていくか、共通認識を持って関係者が支援していくことが必要と思います。	〔支援の方向性〕
050	E 社会福祉士	住みなれた地域でなじみの関係を持ちながら、Dさんが安心して生活できるような支援を今後も地域の方々とともに今日は考えていきたいと思います。	〔検討課題の明確化〕
051	C主任介護支援専門員	事例提供者からDさんの現状と課題について報告いただきました。	〔会議の展開〕
052	C主任介護支援専門員	今日はDさんに関係のある方に集まっていたいただきましたので、それぞれの立場からのご意見を伺いたいと思います。	〔会議の展開〕
053	C主任介護支援専門員	ただ今、E社会福祉士からDさんの概況を報告してもらいましたが、E社会福祉士は要支援時の担当の介護支援専門員です。	〔会議の展開〕
054	C主任介護支援専門員	現在、要介護2になり、D介護支援専門員が担当しています。	〔会議の展開〕

055	H 介護支援 専門員	入院前は、デイサービスと訪問介護を利用していました。	〔情報提供〕
056	H 介護支援 専門員	F サ高住での様子は、今 B 社会福祉士が言われたとおりです。	〔情報提供〕
057	H 介護支援 専門員	F サ高住では、施設とは違って自由に過ごしてもらいます。	〔情報提供〕
058	H 介護支援 専門員	自宅に帰りたい時には、声だけかけてもらえればそのまま帰ってもらいます。	〔情報提供〕
059	H 介護支援 専門員	「夕飯の時間までには必ず帰ってきてね」と本人と約束をしていますが、	〔過去の支援内容〕
060	H 介護支援 専門員	大抵は自分で帰って来ていました。	〔情報提供〕
061	H 介護支援 専門員	帰って来なかった時は、I 民生委員さんに「帰ってきていない」という連絡をして、	〔過去の支援内容〕
062	H 介護支援 専門員	その後 I 民生委員さんからも行きそうところが、大体わかっておられるので、探してもらって場所を確認して迎えに行くということをしていました。	〔過去の支援内容〕
063	H 介護支援 専門員	I 民生委員さんに、訪問しているだろう家の方に「もうそろそろ帰りませんか」と声かけてもらうようにお願いしていました。	〔過去の支援内容〕
064	H 介護支援 専門員	実際に、今回の入院前は自分で自宅に帰ることができたし、行きたいところにも行けた状況でした。	〔情報提供〕
065	H 介護支援 専門員	入院が思ったより長くなってしまい、実際に自宅に帰りたいという思いは多分まだあると思われるので、	〔アセスメント〕
066	H 介護支援 専門員	一人で自宅に帰る道順を覚えているかどうか、迷子にならないかということに心配しています。	〔心配〕
067	C 主任介護 支援専門員	では、デイサービスでの状況を K 管理者からお願いします。	〔会議の展開〕
068	K 管理者	入院前の状況として、週 5 日の利用でした。	〔情報提供〕
069	K 管理者	利用の時間帯には特に帰宅要求とかが強いということはほとんどありません。	〔情報提供〕
070	K 管理者	朝とデイサービス終了後になると、帰宅したいという思いが強くなって出かけるということが多々ありました。	〔情報提供〕
071	K 管理者	特に朝食後、デイサービスの迎えに行くと、帰宅願望があり、	〔情報提供〕
072	K 管理者	説得して来ていただいていた状況でした。	〔過去の支援内容〕
073	K 管理者	何人かの利用者には、自分は欲しいものがあっても購入することができないので、日常生活品の購入を他の入居者に依頼することがあり、	〔情報提供〕
074	K 管理者	職員が介入して何回か止めたこともありました。	〔過去の支援内容〕
075	K 管理者	最も気になるのは、お金のことをすぐく気にされていたことです。	〔気がかり〕
076	K 管理者	デイサービスの利用中も何度も事務所に行って、「自分のお金はどうなっているのか」、「年金はどうなっているのか」と訴えがあり、毎回説明することが一日のうち 4~5 回ありました。	〔情報提供〕
077	K 管理者	それに対して、いつも職員は決まったように弁護士さんが管理していることを話しました。	〔過去の支援内容〕
078	K 管理者	周りの利用者の方に「私はここでお金をとられている」といった発言があったので、退院してからも気になることです。	〔気がかり〕
079	C 主任介護 支援専門員	ありがとうございます。では、ヘルパーステーションの M 管理者からお願いします。	〔会議の展開〕
080	M 管理者	訪問介護は週 2 回の利用で、洗濯と掃除をしていました。	〔情報提供〕
081	M 管理者	午前中に訪問していましたが、サービスの開始の前に居室から外に出てこられます。	〔情報提供〕
082	M 管理者	踊りに行ってくるという訴えがあることがあり、外出する準備をし、出かけようとしていたことがよくありました。	〔情報提供〕

083	M 管理者	こちらが「掃除をしますよ」と伝えると、	〔過去の支援内容〕
084	M 管理者	あまり拒否とか嫌がられることはなく、部屋の方まで来ていただきました。	〔情報提供〕
085	M 管理者	サービス中にやはり掃除をしていることを忘れられるのか、また1階に降りて外出しようとするのが何回もありました。	〔情報提供〕
086	M 管理者	このようにサービス提供中に、一緒にいてもらうことができませんので、	〔情報提供〕
087	M 管理者	どうしても目が離れてしまうと外に出てしまう危険がありました。	〔情報提供〕
088	M 管理者	部屋の掃除をして、本人が少し何か気になって捜し物をされることがあり、	〔情報提供〕
089	M 管理者	掃除した後にまたすぐ汚してしまって、部屋の清潔があまり保てない状態でした。ご自分で洗濯することも元気な時はありました。	〔情報提供〕
090	M 管理者	ただ洗濯をしている過程で何かほかのことをしようとしてそのまま忘れて、汚れた便がついたような衣類がそのまま洗面器においてあったり、	〔情報提供〕
091	M 管理者	病院受診も一緒に同行しましたが、	〔過去の支援内容〕
092	M 管理者	やはり自分のことを医師に伝えることがうまくできないので、ヘルパーの付き添い、誰かの付き添いは必要と思います。	〔支援内容の提案〕
093	M 管理者	誰かが付き添っていないと医師とのやりとりの時に、大丈夫ではないのに大丈夫と伝えたり、薬を飲んでいないことも、「飲んでいる」と伝えたりしていました。	〔情報提供〕
094	M 管理者	以前は自宅の犬に会いに行くと言って自宅に帰られたことが多かったです。	〔情報提供〕
095	M 管理者	犬のことを言っていると思うのですが弟が家にいるから会いに行くというような訴えもよくありました。	〔情報提供〕
096	M 管理者	薬もヘルパーに付き添ってもらい、帰って来ていたのですが、帰られた後外出し、	〔情報提供〕
097	M 管理者	薬局に行っ薬をもらっていないといったこともあったそうで、心配な状況です。	〔心配〕
098	M 管理者	最も気になるのは掃除に入っても汚してしまう、汚染物をそのまま忘れておいたままにしてしまうので、	〔情報提供〕
099	M 管理者	衛生面、清潔が保持できるのか少し気になります。	〔気がかり〕
100	C 主任介護支援専門員	ありがとうございました。それでは、地域でかかわりがあるI民生委員さんからお願いします。	〔会議の展開〕
101	I 民生委員	ご自宅におられる頃から、地区社協が小地区見守り友愛訪問活動を実施しています。	〔過去の支援内容〕
102	I 民生委員	Fサ高住に入所されても、毎日ご自宅のほうに帰っていることがあるので、	〔情報提供〕
103	I 民生委員	引き続き友愛訪問員に見守りをしてもらっています。	〔過去の支援内容〕
104	I 民生委員	Fサ高住に入居したことはご近所の方々にもお伝えしました。	〔情報提供〕
105	I 民生委員	以前からお買い物で立ち寄っていたようなお店にも訪問員さんと一緒に回って、これまではツケでのお買い物もあったかと思うので、	〔情報提供〕
106	I 民生委員	それは本当に困るのでそういったことがないように、とにかくツケで物を売らないようお願いをしました。	〔過去の支援内容〕
107	I 民生委員	そして、夕方5時過ぎて地域で見かけたら、「Fサ高住に帰らないといけないよ」という声かけをしてくださいとお願いに回りました。	〔過去の支援内容〕
108	I 民生委員	1回だけお願いしただけではなくて、地域のサロンに来られた時には、今日は元気にサロンに来ているという話を地域の方にもし、	〔過去の支援内容〕

109	I 民生委員	とにかく見かけたら声をかけて F サ高住に帰るように声かけをしてくださいとそれぞれお店にお願いしています。	〔過去の支援内容〕
110	I 民生委員	F サ高住に入居したことにご本人がまだ慣れていないから、自宅に帰りたいという気持ちも強いから、自宅に帰りたいという話を近所でもしておられます。	〔情報提供〕
111	I 民生委員	ご近所の方は、「まあそうなの」と話を聞かれるのですが、そうではないとお話をしています。	〔情報提供〕
112	I 民生委員	特に、F サ高住に入居してご本人のためによかったと思うのは、食事の管理がよくできていることです。	〔情報提供〕
113	I 民生委員	以前はよくお腹を壊して、近所の薬局に度々薬を買いに行ったり、薬局ではないお店に薬はないかと尋ねてみたりということがありました。	〔情報提供〕
114	I 民生委員	その面で、お腹を壊す心配がなくなりました。	〔情報提供〕
115	I 民生委員	それからお薬を飲み忘れるという心配が自宅にいとありましたが、	〔情報提供〕
116	I 民生委員	F サ高住への入居によって、服薬管理もきちんとできて、お薬の飲み忘れがないということがよかったと思っています。	〔支援の評価〕
117	I 民生委員	地域の方々も、ご主人がなくなってお一人になられて、やはり言動が不安な面もあるから、F サ高住に入居したことは、安心でよかったと思っています。	〔支援の評価〕
118	I 民生委員	また、日中も自宅の方に帰ってきた時は、地域の方々が「最近どうですか」と話を聞いてくれるので、	〔情報提供〕
119	I 民生委員	今までの関係は保たれています。	〔アセスメント〕
120	I 民生委員	とにかく一番心配なのは本当に徘徊というか、帰り道がわからなくなることです。	〔心配〕
121	I 民生委員	今のところそのような心配はないと D 介護支援専門員さんから聞いていたので、そこは安心です。	〔心配〕
122	I 民生委員	しかし、退院して、今度帰ってきてまた前のように地域に出た時に迷子になって、どこにいるかわからなくなった時の心配があるということを、今後帰って来られたら、また地域の方々にお話ししたいと思います。	〔支援内容の提案〕
123	I 民生委員	また「そんなに深刻ではないけど、とにかく今どおりでいいのでお声かけしてあげてください。夕方になったらさあ、ご飯よ、早く帰らないといけないよと声かけをしてくださいね。」と地域の方々にはお話ししたいと思います。	〔支援内容の提案〕
124	I 民生委員	夕方行方がわからなく探さないといけない時には、D 介護支援専門員さんから私に連絡をするので探してほしいという依頼を受けていましたが、それ以降はそういうことは今のところありません。	〔情報提供〕
125	I 民生委員	ただ、5 時頃にコロッケ屋さんのあたりを歩いていて、「どこに行かれるのですか」と言ったら、「犬に会いに行く」と言って、お土産にコロッケ持っておられたことがありました。	〔情報提供〕
126	I 民生委員	「会いに行きたければ連れて行ってあげましょう」と言って連れて行ってあげて、「会うことはできましたか」と言ってまた連れて、「今犬に会いに行っておられるところで、見つけたから F サ高住に今から連れて帰る。」と連れて行ったことは 1 回ありました。	〔情報提供〕
127	I 民生委員	5 時少々過ぎぐらいでしょうか、友愛訪問員さんからは、「誰かが何時ごろか、商店街のほうへ歩いて行っていたのをみかけた。」と連絡があり、それから F サ高住に帰っているのかと思って、F サ高住に電話をしたことはありました。	〔情報提供〕
128	I 民生委員	今までのところは何とかできていたことが入院して環境が変わって、今度退院して帰ってきたらどうということになるのだろうかという不安があります。	〔不安〕
129	I 民生委員	入院してすぐに面会に行くと、「F サ高住に帰りたい、もう病院にいたくない」といった気分になったらいけないので、「ちょっと遠慮してくれ」と主治医にも言われていました。	〔情報提供〕

130	I 民生委員	「そろそろ行っていいですか」とお伺いをたててお見舞いに行った時に、最初に会った時に私を覚えているのかと少々思いましたが、ちゃんと覚えていてくれて小1時間、友愛訪問員さんと一緒にお話して、「痛くないし、ちゃんとご飯も食べて、よく眠れているからもう早く帰りたい、Fサ高住のお兄さんらも待っているとってくれるので、帰りたい、」と言われていました。	〔情報提供〕
131	I 民生委員	本人が帰ってこられて F サ高住での生活にまた順応できることをとても希望しています。	〔気遣い〕
132	I 民生委員	今までどおりのちょっとした問題はありますが、	〔気がかり〕
133	I 民生委員	何とかかんとかいけるようなところに、また以前のようになるといいと思っています。	〔気遣い〕
134	I 民生委員	そして、もう1点が、ご自宅がずっと空き家になっていて庭木が夏場だからすごく生い茂っていて、空き家になっているというのを近所の人も知っているけれど、	〔情報提供〕
135	I 民生委員	やはり防犯上の不安というのがある。	〔新たな課題〕
136	I 民生委員	これからご自宅にいなくて入居という状況が続くので、あまりに荒れているとご近所の方もやはり不安になる面もあるというのでも、少々心配な点ではあります。	〔新たな課題〕
137	C 主任介護支援専門員	ありがとうございました。では、保佐人の弁護士からお願いします。	〔会議の展開〕
138	N 弁護士	このケースについては、非常に地域が機能した形で、成年後見制度の利用につながったケースだと思います。	〔支援の評価〕
139	N 弁護士	金銭管理とかお金に対する思いは、ある意味 D さんの素質、資質というか、D さん特有のものもあると思います。	〔アセスメント〕
140	N 弁護士	非常にお金に対する執着というか何と表現したらいいかわからないのですが、思いが非常に強い方です。	〔アセスメント〕
141	N 弁護士	これは、もともとご主人が完全に金銭管理をされていて、ご主人に言われて、お金をもらってそれを使うということが背景にあるようです。	〔アセスメント〕
142	N 弁護士	お子さんもおられないこともあり、もともとお金をかなり使う方の方です。	〔情報提供〕
143	N 弁護士	それでご主人がお元気だったころはご主人がそれをコントロール、つまり渡すタイミングなりして、コントロールされていた生活歴があった方の方です。	〔情報提供〕
144	N 弁護士	結局、いろいろ家に訪問販売であるとか、リフォーム業者であるとかいろいろな人たちが出入りするようになって、かなり高額な改修工事をするということがあり、地域の方々がこのままではいけないということで、B「包括」に連絡をし、	〔過去の支援内容〕
145	N 弁護士	協力して本人申し立てという形で保佐開始の申し立てを裁判所にしました。	〔過去の支援内容〕
146	N 弁護士	審判が下るまでに、2カ月、3カ月時間がかかるので、審判前の保全処分といって早期の申し立てをしてすぐに財産管理を裁判所に選任してもらおうというような手続も合わせて取りました。	〔過去の支援内容〕
147	N 弁護士	そういう点ではレアなケースではあります。	〔支援の評価〕
148	N 弁護士	最初もどちらかというとお金のことが発端で、地域の人たちがこのままでは放っておけないということでかかわったケースのように思います。	〔支援の評価〕
149	N 弁護士	D さん夫婦は、とても地域とのつながりも深い方で、	〔アセスメント〕
150	N 弁護士	よく地域の方々が面倒をみられていました。	〔情報提供〕
151	N 弁護士	しかし、Fサ高住に入居する前にはとにかくお金を何に使っているのかまったくわからない状態でした。	〔情報提供〕
152	N 弁護士	本人が持っているとすぐにそのお金がなくなることだけは間違いはないのですが、それがどこに行っているかということが誰もわからない状態でした。	〔情報提供〕

153	N 弁護士	つまり、いくら断片的な情報はありますが、お金の流れがわからないという状態でした。	〔情報提供〕
154	N 弁護士	本人としても、やはりもともと人にプレゼントしたり、ごちそうしたりとかということが好きな方だった影響もあって、そのためのお金が欲しいというようなことでこのようなことになっていました。	〔情報提供〕
155	N 弁護士	そこで、在宅のケースでしたので、請求書を送れるものは全部請求書を送ってもらおうようにして、あとは2週間に1回3万円ずつ本人に渡して、かつそれを1万5千円ずつ封筒と財布にわけて、要はこれで1週間やりくりしなさいよと言いました。	〔過去の支援内容〕
156	N 弁護士	またお金がないと大騒ぎをして銀行や信用金庫に行ったりということを繰り返されていました。	〔情報提供〕
157	N 弁護士	食べることにに対する認識・認知度も合わせてかなり低下していて、	〔アセスメント〕
158	N 弁護士	よく私も気にしていたのが、飲みかけのペットボトルを部屋に置いていたのを3日、4日たつてカビが生えているのも気づかずにまた飲む、あるいは料理も多分つくりおきしたものを、食べてしまうとか、そういったことがとても多くて、	〔情報提供〕
159	N 弁護士	なかなか私のほうも先ほどのアセスメントの中にもありましたが、核となる親族がない方なので、在宅でのケアというのは難しいのではないかと思います。	〔支援の難しさ〕
160	N 弁護士	そういった中でご主人が亡くなられて、Dさんもやはり一人では不安と言って、当初は本人さんの意思でFサ高住に入居したわけですが、	〔情報提供〕
161	N 弁護士	すぐに今度は帰宅要求が非常に強くなったというような状況です。	〔情報提供〕
162	N 弁護士	Fサ高住に入居後も基本的にお金の管理を一定額してもらって必要なものはそこから渡してもらうという形にしたわけですが、	〔過去の支援内容〕
163	N 弁護士	やはり本人としては手元に持ちたい。手元に持たせるとお菓子をいっぱい買ってきて、ほかの入居者に配るなどの問題行動があり、お金をある程度制限せざるを得ない、ほかの入居者との関係で制限せざるを得ないという状況でした。	〔過去の支援内容〕
164	N 弁護士	このような状況が続きながらも、踊りと、地域のサロンには参加して一応平穏で暮らしていらっしゃいました。	〔情報提供〕
165	N 弁護士	やはりそれでも帰宅要求のあまり友人の家にずっとそのまま居座っているということがあり、	〔情報提供〕
166	N 弁護士	D 介護支援専門員さんと I 民生委員さんが連携をとっていただいて、何かあれば電話でという体制をとったのが功を奏したと思っています。	〔支援の評価〕
167	N 弁護士	結局、本当に帰ってこなくて困ったのは1回だったと思います。	〔情報提供〕
168	N 弁護士	それで今回、圧迫骨折があつて、なかなかそこを十分認識できないから動き回ってしまい、本人が痛がるということがあり、	〔情報提供〕
169	N 弁護士	一旦、R病院に入院ということになりました。	〔情報提供〕
170	N 弁護士	地域や介護支援専門員もできれば地元に近いところでということから、平成27年8月17日に、比較的早期の退院ではあるのですが、今後また在宅時お世話になるという状況になっています。	〔情報提供〕
171	N 弁護士	I 民生委員さんからもありましたが、これはほかのケースにも敷衍できると思うのですが、今回のようなキーになる親族がないようなケースで、もうなかなか現状から客観的には自宅で一人の生活をするのができないと思われる人の在宅生活をどうするかというのは、なかなか悩ましい問題だと思います。	〔支援の難しさ〕
172	N 弁護士	やはり人が住まなくなると、当然家の傷みもひどくなるし、今の庭木の問題などもあるわけで、これは法律上裁判所の許可をとって成年後見人や保佐人が売却するという選択もなくはないわけです。	〔支援の難しさ〕

173	N 弁護士	しかし、今度は本人の納得と理解の問題があり、私は正直、私の範疇の問題としては実はそこが一番今後どうするかというところで悩んでいるところです。	〔支援の難しさ〕
174	N 弁護士	多分これから同様のケースというのが多数出てくると思います。当然、だから住まなくなった家に、そうお金をかけて例えば修繕するわけにもなかなかいかない中で、どのように独居の高齢者で施設に入居された方の家をどのように維持・管理していくかです。	〔支援の難しさ〕
175	N 弁護士	先ほどあったようにやはり D さん自身も家に対する思い入れというのは非常に強いので、当面は今の状況でいくばくかのことをしながらやっていくしかないとは考えています。	〔支援の方向性〕
176	N 弁護士	最後に、この D さんのケースというのは本当に地域に支えられた形で、ある意味伝統的な地域のいい面が発揮できているケースだと思います。	〔支援の評価〕
177	N 弁護士	ただ、他方においてやはりこの D さんのようにキーとなる親族がいなくて、私どものようないわゆる専門家の後見人がついた時に、要は誰の判断でどこまでのことをするかというのがなかなか悩ましいケースだと思います。	〔支援の難しさ〕
178	N 弁護士	今回また F サ高住に帰るわけですが、病院での今の状況は非常に落ちついて、病院の先生の意見からすると、今の環境自体本人にとっても心地よいというような話があったり、私が前回会った時も、「ここすごいいいよ」というような話があったりして、結局本人の中で環境が変わるのが本当にいいことなのかどうかというのはわからないわけですが、近所の方が助けてくれるという方向にいています。	〔アセスメント〕
179	N 弁護士	ただ今後こういうふうな親族との関係が希薄な方について、どういうふうにしていくかというのがなかなか難しい問題だと思います。	〔支援の難しさ〕
180	N 弁護士	あとは今後 F サ高住に帰って、今までのような帰宅要求がどこまで強くなるのかどうかなどについて、見きわめて今後のことについて考えていかなければならないと思います。	〔支援の方向性〕
181	C 主任介護支援専門員	ありがとうございました。それぞれの立場から現状、また課題、これまでの支援内容などを説明してもらいました。	〔会議の展開〕
182	C 主任介護支援専門員	中には詰めていく課題もありますが、私から何点か質問があります。	〔会議の展開〕
183	C 主任介護支援専門員	現状、金銭管理は 2 カ月に、1 カ月に、2 週間に 1 回でしょうか。	〔情報の確認〕
184	N 弁護士	いや、それは入居される前です。	〔情報提供〕
185	C 主任介護支援専門員	今はどうされていますか。	〔情報の確認〕
186	H 介護支援専門員	F サ高住で管理して、必要な時に必要な分だけお渡ししていました。	〔過去の支援内容〕
187	C 主任介護支援専門員	盗られたということは繰り返しこれからも想定はされるが、預けるということですね。	〔支援内容の提案〕
188	H 介護支援専門員	そうですね。その辺は変えずにいきましょうと思います。	〔支援内容の提案〕
189	C 主任介護支援専門員	わかりました。服薬の確認についても、自宅におられた時にはまったくできていなかったけれども、不完全だったけれども、今はヘルパーステーションとデイサービスのかわりで管理ができているということですね。	〔情報の確認〕

①C 主任介護支援専門員（進行役）による地域ケア会議の展開（発言番号 01-005）

「D さん、84 歳女性についての課題、支援策を検討します。」と地域ケア会議の目的を示している。冒頭の C 主任介護支援専門員の発言から、地域会議の構成要素として〔会議の展開〕を抽出した。

②E 社会福祉士（事例提供者）の説明（発言番号 006-045）

E 社会福祉士は、ケース D が要支援の認定交付を受けていた時期に、直接予防給付に関するケアマネジメントを実施していた支援者であった。E 社会福祉士は、ケース D の属性、家族関係、日常生活動作、既往歴、入院の経緯、入院情報、退院情報、F サ高住での金銭トラブル、F サ高住と自宅との行き来等の状況を説明している。E 社会福祉士のケースの情報を要約すると、表 3-4 の通りとなる。

表 3-4 事例提供者（E 社会福祉士）によるケース情報の要約

ケース D は、死別後一人暮らしとなり、認知症の進行により自宅から同じ地区にある F サ高住に入居した。入居 5 か月後腰椎圧迫骨折となり、現在入院中である。腰痛の経過も順調であり、8 月下旬退院となる。主治医から、ケース D の退院後の F サ高住の生活について、刺激が調整できる環境、見守りが常にあるような環境が望ましいとの助言があった。
入院前の F サ高住に入居中の生活状況
① 他の入居者との金銭トラブルがあった。
② ケース D の保佐人である弁護士が金銭管理していた。
③ 夕方には帰宅欲求がみられていた。
④ 自宅に外出後は再び F サ高住に戻ってくるのが可能であった。
⑤ 自宅在住時から民生委員をはじめ地域の見守りや訪問があり、地域との関係も良好であった。

③E 社会福祉士の〔検討課題の明確化〕（発言番号 046-050）

E 社会福祉士はケース D の情報を説明した後、ケース D が退院し F サ高住での生活を始めるにあたっては、F サ高住は自動車の往来が多い道路に隣接しているため、以前のように安全に自宅までの道のりを行き来することができるか不安があること、また交通事情等の危険を予知できるか、ケース D に対する〔不安〕を表明している。

その上でケース D の退院後の F サ高住での生活について、これまでと同様の継続した地域の見守りが必要であり、見守りの支援体制について関係者が共通認識をもつことが必要であると、仮説としての〔支援の方向性〕を示している。さらに、「住みなれた地域でなじみの関係を持ちながら D さんが安心して生活できるような支援を今後も地域の方々とともに今日は考えていきたい」と地域ケア会議の〔検討課題の明確化〕をしている。

E 社会福祉士の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔アセスメント〕〔不安〕〔支援の方向性〕〔検討課題の明確化〕が抽出された。

④F サ高住の入居時の支援者であり、退院後の支援者となる H 介護支援専門員の説明（発言番号 051-066）

E 社会福祉士の提起を受けて、さらにケース D の情報を共有するために、C 主任介護支援専門員は G 居宅介護支援事業所の H 介護支援専門員に対して、〔情報提供〕を求めている。

H 介護支援専門員は、F サ高住の管理者も兼務していた経験も踏まえて、ケース D の F サ高住入居時のサービスの利用状況や生活の状況についての〔情報提供〕をしている。特に、自宅への帰宅欲求があった場合には、「夕飯の時間までには必ず帰ってきてね」と本人と約束をした〔過去の支援内容〕を説明している。さらに、ケース D が入院前は自分で自宅に帰ることができていたこと及び行きたいところにも出かけていたことなどの F サ高住からの外出に関する〔情報提供〕をしている。

ケース D の見守り支援体制と外出時の行方不明時の対応については、I 民生委員と連絡を取り

合い、I 民生委員にケース D の居場所の探索を依頼し、存在場所が確認された段階で迎えに行く対応をしていたと〔過去の支援内容〕を説明している。

さらに、ケース D が退院後に F サ高住での生活を始めるにあたっては、帰宅欲求があるのではないかと〔アセスメント〕している。さらに、E 社会福祉士が地域ケア会議で焦点化した検討課題に対して、一人で自宅に帰る道順を覚えているかどうか、迷子にならないか〔心配〕している。

H 介護支援専門員の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕〔心配〕が抽出された。

⑤F サ高住の入居時の支援者であった J 通所介護の K 管理者の説明（発言番号 067-078）

E 社会福祉士の提起を受けて、さらにケース D の情報を共有するために、C 主任介護支援専門員は J 通所介護の K 管理者に対して、〔情報提供〕を求めている。

K 管理者は、ケース D が朝と通所介護の利用後に帰宅欲求があり、朝については通所介護の利用を勧めているなどの対応をしていたこと、日用品の購入を他の入居者に依頼することがあったこと等の〔情報提供〕をしている。さらに、ケース D は、所持金の所在に関する訴えがあり、その都度金銭は弁護士に管理を依頼していることをケース D に伝えていたという〔過去の支援内容〕も説明している。

ケース D が F サ高住に入居時に、「私はここでお金をとられている」といった訴えがあったことから、退院後の F サ高住の生活について、「最も気になるのは、お金のことをすごく気にされていたことです。」と、金銭トラブルが発生する可能性があるというケース D に対する〔気がかり〕を表明している。

K 管理者の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔気がかり〕が抽出された。

⑥F サ高住の入居時の支援者であった L 訪問介護の M 管理者の説明（発言番号 079-099）

E 社会福祉士の提起を受けて、さらにケース D の情報を共有するために、C 主任介護支援専門員は、F サ高住入居時にサービスを利用していた L 訪問介護の M 管理者に対して、〔情報提供〕を求めている。

M 管理者は、ケース D の F サ高住入居時のサービスの利用状況や生活の状況の〔情報提供〕をしている。病院受診の同行などの〔過去の支援内容〕についても説明している。特に、「目が離れてしまうと外に出てしまう危険がありました」と外出に係る〔情報提供〕をしている。また、捜し物行動がみられること、居室や衣類の清潔保持が保てないことなど日常の生活状況についての〔情報提供〕をしている。

「最も気になるのは掃除に入っても汚してしまう、汚染物をそのまま忘れておいたままにしまうので、衛生面、清潔が保持できるのか少し気になります。」と普段の日常生活上のケース D の〔気がかり〕を表明している。

さらに、病院受診については、受診同行時の状況を踏まえて、医師に自分のことをうまく伝えることができないとの〔情報提供〕をし、通院時には誰かが付き添うことが必要であると具体的な〔支援内容の提案〕をしている。また、薬局に行き薬をもらっていないといったこともあったことを〔心配〕している。

M 管理者の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔気がかり〕〔新たな課題〕〔支援内容の提案〕〔心配〕が抽出された。

⑦在宅時から F サ高住入居時までの支援者であった I 民生委員の説明（発言番号 101-136）

E 社会福祉士の提起を受けて、さらにケース D の情報を共有するために、C 主任介護支援専門員は、自宅在住時から F サ高住入居時まで支援を行っていた I 民生委員に〔情報提供〕を求めている。

ケース D が F サ高住に入居時の外出時の状況についての〔情報提供〕をしている。特に、「夕方 5 時過ぎて地域で見かけたら、「F サ高住に帰らないといけないよ」という声かけをしてください」と地域住民に対しても支援の依頼を行っており、民生委員としての〔過去の支援内容〕を具体的なエピソードを交えて説明をしている。また、I 民生委員の活動を通して、近隣とケース D の関係は保たれているとケース D を取り巻く環境についても〔アセスメント〕している。

I 民生委員が最も強調したのは、退院後に F サ高住の生活が始まると、入院の影響により外出時に F サ高住まで帰ってくるができるか〔心配〕している。また、I 民生委員は、外出時に行方不明になることを想定して、近隣に対してケース D に声掛けするように依頼をするといった具体的な〔支援内容の提案〕をしている。さらに、「本人が帰ってこられて F サ高住での生活にまた順応できることをとても希望しています。」とケース D に対する〔気遣い〕を表明している。

最後に、ケース D の自宅が空き家になり、庭木が生い茂っていることについて、防犯上の課題を指摘し、E 社会福祉士が焦点化した課題以外の地域の〔新たな課題〕を提示している。

I 民生委員の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕〔支援内容の提案〕〔心配〕〔気遣い〕〔新たな課題〕が抽出された。

⑧在宅時から F サ高住入居時までの支援者であった N 弁護士の説明（発言番号 137-180）

E 社会福祉士の提起を受けて、さらにケース D の情報を共有するために、C 主任介護支援専門員は、自宅在住時から F サ高住入居時まで保佐人として金銭管理をしていた N 弁護士に〔情報提供〕を求めている。

N 弁護士は、ケース D の生活歴から、金銭に対する執着傾向や問題行動、トラブルについての〔情報提供〕をしている。また、訪問販売やリフォーム業者の頻繁な出入りがあり、地域住民の協力のもとに B 包括への通報を通して、弁護士による保佐が開始された経緯を〔過去の支援内容〕として説明している。また、保佐人としての具体的な金銭管理についての〔過去の支援内容〕も説明している。食べることに對する認識・認知度も低下していることから、認知症が背景にあると〔アセスメント〕している。

帰宅欲求について、「H 介護支援専門員さんと I 民生委員さんが連携をとっていただいて、何かあれば電話でという体制をとったのが功を奏したと思っています。」と外出に関する〔支援の評価〕をしている。これを踏まえて、帰宅要求がどの程度現れてくるのか見極めが必要であると E 社会福祉士が焦点化した課題についての〔支援の方向性〕を示している。

一方、「本人の中で環境が変わるのが本当にいいことなのかどうなのかというのはわからない」と、H 介護支援専門員と同様に F サ高住と自宅の行き来のことについて〔不安〕を表明している。

ケース D の支援から、「ほかのケースにも敷衍できると思う」として、親族がおらず、自宅か

ら施設に入居した際の自宅での生活は「悩ましい問題」と指摘している。さらに、専門家の後見人がついた時に、要は誰の判断でどこまでのことをするかというのがなかなか悩ましいケースであり、地域で支えていくことの重要性和〔支援の難しさ〕を指摘している。また、「伝統的な地域のよさ」と表現し、地域包括支援ネットワークが機能していたと〔支援の評価〕をしている。

N 弁護士の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕〔不安〕〔支援の評価〕〔支援の方向性〕〔支援の難しさ〕が抽出された。

⑨C 主任介護支援専門員によるケース D の情報の確認（発言番号 181-189）

各参加者の〔情報の確認〕をしている。その結果、自宅在住時と F サ高住在住時での金銭管理の方法、服薬管理については自宅在住時には困難であったが、F サ高住では、訪問介護と通所介護で管理ができていることを H 介護支援専門員から確認している。

C 主任介護専門員の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報の確認〕が抽出された。

2. 第 2 ステージの分析：ケースの課題を検討し、具体的な支援内容を検討するステージ

第 2 ステージの逐語録と範疇化した命名を表 3-5 に示した。

表 3-5 第 2 ステージの逐語録

No.	参加者	逐 語 録	範疇化の命名
190	C 主任介護支援専門員	次に、事例提供者から、今後の問題点を整理していただいたことを振り返ります。	〔会議の展開〕
191	C 主任介護支援専門員	入院中の主治医と 8 月 4 日に保佐人、介護支援専門員、C 社会福祉士が担当主治医と話をしたところ、退院のほうは可能だとのことで、来週の月曜日 17 日に退院が決まっているということでしょうか。	〔情報の確認〕
192	C 主任介護支援専門員	サ高住でするので、今後も自由に出入りができるので、自宅に犬か弟かわかりませんが、いらっしゃると認識されておられるようなので、自宅に帰り、道に迷ってしまうことがあるだろうということが想定されます。	〔会議の展開〕
193	C 主任介護支援専門員	それから、夕食までに帰ってこれなかったことがこれまで一度あり、今後も帰れるかどうかまだわからないということが確認できたと思います。	〔情報の確認〕
194	C 主任介護支援専門員	このことに対する支援策を考えていきたいと思います。	〔会議の展開〕
195	C 主任介護支援専門員	入院するまでは、5 時までに帰って来なければ、F サ高住から I 民生委員さんに連絡をしているということですね。	〔情報の確認〕
196	D 介護支援専門員	6 時です。	〔情報提供〕
197	C 主任介護支援専門員	6 時に I 民生委員さんに連絡があったら、地域の見守り訪問員さんの方ご連絡をされておられるということでしょうか。そのあたりの支援をもう少し詳しくお話にいただいてよろしいでしょうか。	〔情報の確認〕
198	I 民生委員	友愛訪問員さんのお知り合いのお嫁さんというか娘さんと友愛訪問員さんがお友達関係で、その方のお母さんと D さんがお友達関係で、そう言えば月に 1 回ぐらいは遊びに来られていたけど、3、4 カ月来られないねと話していたところ、突然夕方やってきて話し込んで、ご飯時になっても帰られないから困っていたということを、F サ高住に帰ってから、遊んだ状況だったということを知りました。	〔情報提供〕

199	I 民生委員	その時ご本人はとにかくFサ高住を出たい、自宅に帰りたい、	〔情報提供〕
200	I 民生委員	夜逃げの支度をして、荷物全部まとめて、「もう私は絶対にあそこに帰らない」と剣幕のようだったらしいです、	〔情報提供〕
201	I 民生委員	最終的にお迎えに行つてFサ高住に戻られました、	〔情報提供〕
202	I 民生委員	その後、「どうしてそんなに自宅に帰りたいの」と言ったら、昼間会いに行くとは意外と落ちついて話をしてくれるのですが、「ご自宅にいるより、ここにいるほうがずっと安心よ、私たちも。」 「ここで朝昼晩ご飯も食べてデイサービスにも行って、お散歩に行きたかったら行ってもいいけど5時までには帰らないとね」とお話をしました、	〔過去の支援内容〕
203	I 民生委員	夜逃げの荷物も全部片づけて、「もうまたこんな夜逃げの支度したくをして、」と笑いながら、本人も笑いながら話をしました、	〔情報提供〕
204	I 民生委員	「来週はまたお花見に一緒にお出かけしましょう、ここでね、元気でいてくれないと」と話をしました、	〔過去の支援内容〕
205	I 民生委員	それが丁度2月か3月ぐらい寒い時期でした、まだ入居してあまり慣れてない時でした、	〔アセスメント〕
206	I 民生委員	お買い物して入居者の人にお菓子もあげたいのにこれもだめと言われたというようなことが重なって、本人はそこが消化できない状態、気分の時だったと思います、	〔アセスメント〕
207	I 民生委員	しかし、Fサ高住も夕方にお出かけすることは、「出かけてはいけない」というわけでもないの、それで本人もちょっと犬が心配で会いたいからというふうに、出かける動機はそこにあるのだと思います、	〔アセスメント〕
208	I 民生委員	それからは、この事件があつてからは、私は5時から6時の間は緊張ですよ、電話がかかってくると、どうしようねと言われてたら緊張することがありました、	〔気がかり〕
209	I 民生委員	その後はなくて、月2回はFサ高住にもお顔を見に行くし、もう1回はサロンでも会えるし、その間に時々夕方に見かけることもあつたから、いろいろまだなれていないから、だましだましで、ご本人の気分が落ち着いてここにおつたら（よいと思います）、	〔情報提供〕
210	I 民生委員	お友達が来てちょうどお友達の方といあわせた時、「ここはええんよ」と、すぐお友達の方にも言ったりされます、	〔情報提供〕
211	I 民生委員	だからその1日の時間帯のDさんの流れの中で、どうしても帰りたい時間がやってくるのではないのかと思います、	〔アセスメント〕
212	I 民生委員	そこをうまくかわしてあげたらいいのではないかと思うのですが、	〔アセスメント〕
213	I 民生委員	今はまだ足腰もしゃんしゃんしているからちゃんと歩けるのですが、	〔アセスメント〕
214	I 民生委員	歩けるがゆえに元気なのがゆえに、見た目はそういう認知症があるということが回りの人にはわからないので、本当に徘徊になつてしまった時に、その違いがわかるのだろうかということが、少々（心配です）、	〔気がかり〕
215	I 民生委員	明日ちょっと遊びにいこうと思うのだけど、お顔を見に行こうと思うのだけどというような電話をかけると、電話に出ないということはないです、	〔情報提供〕
216	I 民生委員	「呼んでも、呼んでも電話に出てくれないで、さっきかけたのに」と言ったら、「今デイサービスの真最中で部屋においとつたから」と言つて、かかってくるのかもするし、	〔情報提供〕
217	I 民生委員	特に私の電話を着信拒否しているわけではないので、もしまたそういうことがあつてもお電話はできるのではないかと思います、	〔アセスメント〕
218	I 民生委員	もし私にかかってくる時には、もちろん友愛訪問員さんにすぐ連絡をしてその辺に、家に帰ってないかちょっと見に行つて、私も見に行くのでと言つて、	〔支援内容の提案〕

219	I 民生委員	行ったらご近所の方にもきょうはみかけとらんねとかいうのを聞いて、そのお店が開いているような時間であればそこにもちょっとのぞきに行ってみようかなという想定です。	〔支援内容の提案〕
220	I 民生委員	本当に全然違う家だとか方面まで行って、もうわからなくなったらというのは不安ですが、	〔不安〕
221	I 民生委員	この地区の自宅付近とかお買い物に行き、今まで行っていたようなお店付近も探すところまではできますけど、そこから先になったら本当に今の徘徊 SOS プログラムでしょうか、何かそういうのをしておくかではないか。	〔支援内容の提案〕
222	I 民生委員	あれはご親族でないと申し立てができないのですか、顔写真とか登録して。	〔支援内容の提案〕
223	N 弁護士	あり得ると思いますし、逆にキッズ携帯的な、要は大抵携帯電話で持って出かけていたから、携帯にその機能があるかどうかちょっと私はわからないのですが、	〔支援内容の提案〕
224	N 弁護士	GPS は別に契約してもいいのではないかと、もちろんこれもいいと思いますし、	〔支援内容の提案〕
225	N 弁護士	さらには今、ご本人さんが携帯電話を持たれているからという意味で言えば、GPS 機能も使えるかと思いますが、確か登録すればできるのではなかったか。	〔支援内容の提案〕
226	E 社会福祉士	警察の方がおっしゃっていたので、私が利用しているわけではないのですが、このネットワークの登録申請をされる時に、もしご本人が携帯電話を持っていれば au なのかソフトバンクなのかドコモなのかを聞いてくださいと警察に言われています。	〔支援内容の提案〕
227	E 社会福祉士	それは、持っておられたら位置が会社に聞けばわかるからというふうに言われました。本当にそういうことになれば警察のほうで検索はできるのではないかとはいいます。	〔支援内容の提案〕
228	N 弁護士	これはでも、いい制度ですし。	〔支援内容の提案〕
229	E 社会福祉士	この方、親族がおられないので保佐人の先生を通じて申請を、	〔支援内容の提案〕
230	N 弁護士	保佐人での申請できるはずなので、それは、これは利用しましょう。	〔支援内容の提案〕
231	H 介護支援専門員	僕、今話聞いていて思ったのですが、携帯を使う機能を保っているのでしょうか。	〔アセスメント〕
232	E 社会福祉士	病院では携帯・・・	〔支援内容の提案〕
233	H 介護支援専門員	携帯、使っていたのに、だから、そこがちょっと、やり方がわからなくなっていたら、少し話がかわってくるなと思いました。	〔アセスメント〕
234	N 弁護士	私当初 Z 病院に入院した時にうちに早く出たいと電話がかかってくるかなということを想定していました。公衆電話は設置してあるので、それにも全然なく、多分どこにも電話がかかってないですね。	〔情報の確認〕
235	H 介護支援専門員	Z 病院は本人さんには多分携帯は持たせていないと思うので、そこからかけられるかどうかですけど。	〔情報の確認〕
236	C 主任介護支援専門員	これまでは、デイサービスに行かれていた時はお部屋に置いていたのですか。	〔情報の確認〕
237	E 管理者	持ってこられた時もありました。	〔情報提供〕
238	C 主任介護支援専門員	I 民生委員さんがかけた時には、着信が残っていると、何回かかけると出られるということですか。	〔情報の確認〕
239	I 民生委員	何回かかけたら出るのと、あと「誰、電話した？」といった反応がある。リダイヤルを多分しているのだと思います。	〔情報提供〕
240	C 主任介護支援専門員	F サ高住で何かそういうことはありますか。	〔情報の確認〕
241	H 介護支援専門員	本人に電話かけたのはもう日常茶飯事です。しかし、携帯だけは必ず持って、出してもらって頂戴ねと先に言ってありましたので、携帯はもうほぼ必ず持って出かけられておられた。	〔情報提供〕
242	H 介護支援専門員	今までだから本人に連絡したら、連絡は大体ついていた感じでした。	〔情報提供〕

243	C 主任介護 支援専門員	今、話に出ました徘徊 SOS ネットワーク事業のことは皆さんご存じということでよろしいでしょうか。では、その中で au かドコモかソフトバンクかという会社を聞くのは警察が調べるためにということですね。	〔情報の確認〕
245	C 主任介護 支援専門員	こちらがとりに行くために、やっぱりキッズ携帯とかそういう類でないといけないということですよ。	〔情報の確認〕
246	C 社会福祉士	はい。	〔情報提供〕
247	C 主任介護 支援専門員	はい、わかりました、ありがとうございます。ですので、今までどおりに生活をされると、携帯電話を持って出られるだろうと思われま。	〔会議の展開〕
248	C 主任介護 支援専門員	どうしても家に帰りたい時間帯をかわすとさっきおっしゃいましたがかわすことというのはどういうことですか。	〔会議の展開〕
249	H 介護支援 専門員	F サ高住に入居されてからも、こちらのほうの流れでいくと最初は多分自宅に帰ってしまったら、多分こちらに帰ってこないのではないかと可能性が非常に高かったので。	〔アセスメント〕
250	H 介護支援 専門員	最初のころはいろいろな手を使って気をそらせたり、出るの自体をとめるといふか、気を本当にそらせて、かわしていたのです。	〔過去の支援内容〕
251	H 介護支援 専門員	それがどんどん本人のストレスになってきて、いろいろな問題がおきてきたので、これはもう自由にできるだけさせようという方針になりました。	〔過去の支援内容〕
252	H 介護支援 専門員	ただ帰れるかどうかわからなかったから、最初の 2、3 回は僕がもう後をついて行って、本人にはわからないように後をついて行って、実際ちゃんと帰って、家まで帰ってこられるかどうかというのを確認して、それが大丈夫だったのであとはもうフリーにしました。	〔過去の支援内容〕
253	H 介護支援 専門員	基本的には出たいという時にはデイサービスの時間帯以外ですが、出てもらうような感じに持っていったら結構だんだん落ちついてきました。	〔アセスメント〕
254	H 介護支援 専門員	それほど、こっから帰ってきてねと言わなくても、もう自分で自主的に帰ってこられるような状況になっていたのですけど。	〔情報提供〕
255	H 介護支援 専門員	だから、いい感じになってきていると思っていたら、圧迫骨折をしてしまって、結局今度は骨折を治すために制限をしないといけないような状況に戻ってしまったのです。	〔情報提供〕
256	H 介護支援 専門員	それがまたどんどん本人さんのストレスになってきて、犬のこととかをずっと言っておられたのですが、弟が家にいるとかいうのを言い出したのも、妄想だと思うのですが。	〔アセスメント〕
257	H 介護支援 専門員	多分ストレスがどんどん重なって行ってそういうのがやっぱり少々出てしまったのではないかと感じでした。	〔アセスメント〕
258	H 介護支援 専門員	なので、今回とりあえず帰ってこられたらまずどこまで本人さんの認知機能が入居前までと同じくらい保たれているのかどうか。家に帰ると言われたら、また最初の 2、3 回はちょっと後ろからつけて、それがまたできるのかどうかを確認したいと思います。	〔支援内容の提案〕
259	C 主任介護 支援専門員	先ほどコロッケ屋さんのところという話がありましたが、今までの自宅に帰られる経路というのはどなたかご存じの方いらっしゃいますか。	〔情報の確認〕
260	C 主任介護 支援専門員	大体この辺を通るだろうということです。	〔情報提供〕
261	H 介護支援 専門員	僕がつけていたのですが、大体コロッケ屋さんの道通って薬局が左手にあってそれを真つすぐ行って、ただ、自宅に行くまでに寄り道を絶対ね、3 個か 4 個しているのです。薬局に寄ったりなどです。	〔情報提供〕
262	H 介護支援 専門員	こちらには、自宅に帰る、ちょっと帰ってくると言っていくのですが、実際には友達のとこ 2、3 軒行って、商店街のほうに行って自宅には寄らずにうちの F サ高住にそのまま帰ってきたりとかです。	〔情報提供〕

263	H 介護支援 専門員	途中で自分が帰りたいという目的を多分忘れてしまうのだと思います。	〔アセスメント〕
264	H 介護支援 専門員	自分のテリトリーをぐるぐる回っているような印象でしたね、つけていた時は、	〔アセスメント〕
265	C 主任介護 支援専門員	では、課題にあがっておりますように、なかなか家に帰ることをとめることも難しいということですし、自由度が高いですので、家に帰ることも想定されるということで、やはり安全に行き来ができて、なるべく夕食までにはFサ高住に帰れるようにしたいという課題設定するということがよろしいかと思いますが、いかがでしょうか。	〔支援の方向性〕
266	C 主任介護 支援専門員	その策としまして、携帯電話をやはり持って出ていただくということが一つのキーワードだと思いますので、それをFサ高住で携帯電話を持ったかどうかという確認というのは、これはできそうですか。	〔支援内容の確認〕
267	H 介護支援 専門員	大丈夫です。できると思います。必ず事務所の前を通らないと出られないので、そこでわかるとは思います。	〔支援内容の確認〕
268	C 主任介護 支援専門員	これまでもしていただいたとは思いますが、また帰られてからも同じような行動をされるかどうかということもわかりませんし、その辺の声かけをしていただくということでもよろしいでしょうか。	〔支援内容の確認〕
269	C 主任介護 支援専門員	それから、I 民生委員さんは友愛訪問員さんにまず電話がかかってくれば、また緊張される6時の時間帯を用意する形になるかもしれませんが、	〔配慮〕
270	I 民生委員	退院後しばらくの間はですね、そういうことが起こる可能性があるかもしれませんが、その辺、退院されることを友愛訪問員さんに伝えていただくというご準備は可能でしょうか。	〔支援内容の確認〕
270	I 民生委員	もちろん今もいつごろ退院できるのだろうかという話もしていますし、もう退院したら今月は8月25日がサロンの会なので、会には来られるだろうかという感じでお話もしているので、連絡はできます。	〔支援内容の確認〕
271	I 民生委員	あと、サロンで当然ご近所でもおつき合いのあった方が今、Y デイサービスを利用されていらっしゃるの、その方と一緒に来るような算段になるといいですね。	〔支援内容の確認〕
272	H 介護支援 専門員	その人はサロンには出ておられたのですか。	〔情報の確認〕
273	I 民生委員	今までが、その方も3月に入院されて、ちょっと体調不良です。	〔情報提供〕
274	I 民生委員	それまではサロンの会長さんをされていました。	〔情報提供〕
275	I 民生委員	ですが、そういう体調不良の面もあったので、今友愛訪問員さんをお願いしている方がサロンの会長さんになって、この前もお誘いしたのですが、その日はデイサービスがあるから、サロンへは行かないと、断られたので、あれ？ みたいな。	〔情報提供〕
276	I 民生委員	一緒に D さんとその方とかご一緒に来てくださったらいいなと思います。	〔気遣い〕
277	I 民生委員	まだその方も足がちょっと不安なのと、暑いし、あれだったらまたお帰りは誰かが送っていくことも考えていますので、来るのはご一緒に来てもらって帰りはまた送っていくみたいな感じで当面はできます。	〔支援内容の提案〕
278	H 介護支援 専門員	携帯は、もう SOS に登録した方がいいでしょうね。	〔支援内容の確認〕
279	N 弁護士	いいと思います。私で詳細な情報はわからないから、協力してもらいながらです。	〔支援内容の確認〕

280	H 介護支援 専門員	あと、GPS は僕よくわからないのですが、もう名前の登録とかもしないで、対応できる機種だったら、勝手にその機能がついているのでしょうか。よくわからないのです。	〔情報の確認〕
281	E 社会福祉士	ただ家族とかが調べるためには、きっと GPS 機能を契約しないと携帯を持っているだけではどこにいるかが、わからないと思います。	〔情報の確認〕
282	I 保健師	携帯によって、機能がついているものについてないものがあるようです。	〔情報の確認〕
283	N 弁護士	だから、今持っておられるらくらくホンに、その機能がついているかどうか調べないといけないという話ですね。	〔情報の確認〕
284	H 介護支援 専門員	そうですね。	〔情報の確認〕
285	N 弁護士	だけど、携帯電話を変えたら余計にまた使い方がわからなくなるでしょうから、よく子ども向けの IC ホンは間違いなく GPS がついていて普通にインターネットで確か、見られるはずだったと思うのですが、小さい子どもに持たせるものです。	〔情報の確認〕
286	H 介護支援 専門員	では、帰られたら、確認をしましょう。	〔情報の確認〕
287	N 弁護士	そうですね。	〔情報の確認〕
288	C 主任介護支 援専門員	徘徊 SOS ネットワークは一応登録をするという方向で、詳細は基幹型地域包括支援センターと相談させていただくということでしょうか。	〔支援内容の確認〕
289	C 主任介護支 援専門員	そのほか、地域の方からさきほどあがった庭木が少し伸びていて、確かに修繕費がかさむのがかかるとい話がありました。	〔会議の展開〕
290	N 弁護士	一応、庭木の剪定を業者手配していますので近日中にはどうにかなると思いますが、どこまでやるのか少々悩んでいます。	〔支援の難しさ〕
291	N 弁護士	つまり、結局、木もこれがまた O 地区というのはまた難しく、D さんの隣の木も大分生えこんでいたり、いろいろ重複的になっていて、どこまでどういうふうにしていくかというの、なかなか難しいと思いますが、ただ現時点と見れば大きい木は切ってもらおうと思っています。	〔支援内容の提案〕
292	N 弁護士	本当はそのあと草が生えなくてできればいいのですが、なかなかどこまでどうすることがよいかとところです。これ実際庭木の問題もそうですし、家の通風もご近所の方が協力してくれるというような話もあったのですが、だから本当にどうするかということですね。	〔支援の難しさ〕
293	N 弁護士	例えば、今家にある冷蔵庫をどうするかということもありますし、そろそろ考えなければならぬ局面だと思えますが、なかなか、引き続き協議をしようということですね。	〔アセスメント〕
294	H 介護支援 専門員	外側もそうですけど、この間ご依頼があったので、うちのヘルパーのほうで掃除に、本当久しぶり行きました。そしたら、ネズミだと思うのですが、板においていたいろいろなものをひっくり返してもう大変なことになっていたらしいのです。	〔情報提供〕
295	H 介護支援 専門員	だから定期的に多分中のほうの掃除も多分入れたほうがいいのではないかと行った人間は言っていました。	〔情報提供〕
296	N 弁護士	そうですね。やっぱり確かに私が行った時もネズミだかイタチだか何だかわからないけど、何か食べ散らかしているというような、押入れから出てきて、何か食べ散らかしているような節もあったので、やはり人がいなくなると当然そういったものが、	〔情報提供〕
297	H 介護支援 専門員	とりえず月に一度の程度の頻度で、有料サービスになってしまいますけど、前回やったみたいに継続してやりましょうか。	〔支援内容の提案〕
298	N 弁護士	お願いします。	〔支援内容の確認〕
299	H 介護支援 専門員	では、1カ月に一度ぐらいでよいでしょうか。	〔支援内容の確認〕

300	N 弁護士	どうだろう、とりあえずそれでやってみて、それで難しかったら、また期間を短くしてもいいと思います。	〔支援内容の確認〕
301	I 民生委員	先生、それと表側のすだれが外れてぶらんぶらんして、台風とかがきたらあれが飛んでいってしまうのではないかって心配されていたので、あれ、外側から吊り外すだけだったら、ご近所の友愛訪問員さんがご主人とちょっと行ってはまずのは簡単だからはずしますけどというの也被われていましたけど。	〔支援内容の確認〕
302	N 弁護士	それは、やっていただけると非常に助かります。	〔支援内容の確認〕
303	I 民生委員	やってもいいですかね。	〔支援内容の確認〕
304	N 弁護士	結構です。	〔支援内容の確認〕
305	I 民生委員	あれから先生から、していいのかどうかみたいなお話をされていたので。	〔支援内容の確認〕
306	N 弁護士	はい、それは結構です。	〔支援内容の確認〕
307	I 民生委員	はい、それはお伝えしておきます。	〔支援内容の確認〕
308	C 主任介護支援専門員	では、想定しておりました課題に対して、またつけ加えもあったかと思いますが、いくつか支援策のほうが出たところで事例を提供していただいた立場のほうから何かありますか。	〔会議の展開〕
309	E 社会福祉士	支援計画の課題案として、今出た課題として皆さんにご協力いただくというところで、気分転換ができないというところで、自宅との行き来が安全にできて、なるべく夕食の6時までにはDさんにサ高住に帰っていただくということで今、地域の民生委員さんにも協力を得ながらやっていきたいと思います。	〔支援内容の確認〕
310	E 社会福祉士	ある程度、日中ある程度出かけることは容認する方向で、少しそこでとめないで、デイサービスを日中利用されていることもあると思いますので、多分朝晩の話なのかなと思いますけども、夜間帯については職員さんも手薄になられることもありますので面を考えて夕方までには帰っていただく、そのために先ほど言ったSOS事業もありますけれども、携帯でもGPS機能が使えるとか、あとは帰って来なければ民生委員さん、友愛訪問員さんのご協力いただいてサ高住のほうに帰していただくということ。	〔支援内容の確認〕
311	E 社会福祉士	あと、「X包括」のほうにも一報をいただければ指導することも可能かなと思います。どうしてもちょっと困っているとこういう状況があれば、ご連絡いただければ少し地域、また地域外に出ておられる可能性もあるかもしれない。	〔支援内容の確認〕
312	E 社会福祉士	これはわかりませんが、ちょっとその辺の協力はできると思いますので、またご一報いただければと思います。あとは、今後もサロンとかそういった地域の活動につながりながら少しストレスを発散しながらDさんの生活を支えていければよいのではないのかと思ったところです。	〔支援内容の確認〕
313	E 社会福祉士	あとは、今後もサロンとかそういった地域の活動につながりながら少しストレスを発散しながらDさんの生活を支えていければよいのではないのかと思ったところです。	〔支援内容の確認〕
317	H 介護支援専門員	あと、踊りはどうしますかね。	〔支援内容の確認〕
318	I 保健師	送迎はお願いできていますか。	〔支援内容の確認〕
319	N 弁護士	1回退院した後に整形外科に通院させてもらって先生の意見聞いてもらったほうが良いような気がします。骨の引っつきぐあいの関係もあるでしょうから。	〔支援内容の確認〕
320	H 介護支援専門員	そうですね。	〔支援内容の確認〕
321	H 介護支援専門員	わかりました。それで対応します。	〔支援内容の確認〕
322	H 介護支援専門員	あと、デイサービスとしては今までどおりですか。	〔支援内容の確認〕
323	E 管理者	そうですね。回数とか踊りの関係で週2回はあけていたというのがあったので、それ以外の日は利用です。	〔支援内容の確認〕

324	E 管理者	すぐに出られればあれなんですけど、6時過ぎとかに出ようとされるとどうしても食事がもうすぐなんでという話をして止めたこともあったので、今後ちょっと戻られてからの様子次第でもあるのですが、利用時検討していかないといけないと思っています。	〔支援内容の確認〕
325	H 介護支援 専門員	本人さんの生活パターン、つまりどこに行ったかが大体わかるような状況がつかうことができれば、デイサービスの利用時間を例えば短くしたら、その分だけ早目に帰ってくる確率が高まるかもしれない。このことは、退院してからではないと分からない。	〔アセスメント〕
326	C 主任介護 支援専門員	ほかにはいかがでしょうか。	〔会議の展開〕
327	I 民生委員	迷子カードみたいなものに、名前とFサ高住に電話してくださいとか、私の携帯でもいいのですが、帰れなくて困っている時におばあちゃん名前何て言うのとか聞かれた時に何か持っているみたいに、かばんをぱっと開けた時に何かあったらいいと思う。	〔支援内容の提案〕
328	I 民生委員	ただ、Dさんはかばんをたくさん持っている。お出かけのたびに变えて、お財布もあちこちなくなったりするので、ちょっとあれだけ何かあるといいのではないかな。	〔支援内容の提案〕
329	C 社会福祉士	出かけるバッグがわかっているならば、その中に忍ばせることはできる。	〔支援内容の提案〕
330	H 介護支援 専門員	いや、多分、携帯のシールは貼っているんですかね。何か。	〔支援内容の提案〕
331	N 弁護士	むしろ携帯に貼るのが。	〔支援内容の提案〕
332	I 民生委員	迷子と思われるような時はこちらに電話してくださいみたいな、Fサ高住みたいに書いて、迷子カードじゃなく迷子シール。	〔支援内容の提案〕
333	H 介護支援 専門員	迷子になったらとか文章入れなくても、Fサ高住とそこの電話番号入れとくだけでも多分見たら多分そこにかけてくれるでしょうからね。	〔支援内容の提案〕
334	I 民生委員	お家に電話してあげようかと言ったら、出したらね。	〔支援内容の提案〕
335	I 保健師	ただ、全部のかばんに入れられないでしょうね。	〔支援内容の提案〕
336	I 民生委員	だから、携帯にシールを貼る。	〔支援内容の提案〕
337	C 主任介護 支援専門員	そこはもうご本人さんが何でこんなん張るのかってことはあるかもしれませんがね。一応、大丈夫ですかね。	〔支援内容の確認〕
338	H 介護支援 専門員	大丈夫じゃないかな。	〔支援内容の確認〕
339	I 民生委員	何かカモフラージュに番号のストラップでプレゼントしてみても、	〔支援内容の提案〕
340	H 介護支援 専門員	今はやめたほうが、ああそうか、お人形さんとかスタンプとか何かかわいいのをつけておられるから。	〔支援内容の提案〕
341	O 保健師	ストラップ風につけて、それに書いてあったらね。違和感がないかもしれないですよ。	〔支援内容の提案〕
342	C 主任介護 支援専門員	今回の地域ケア地域ケア会議を開催するにあたり、事前になんかいろいろ情報収集をしました。ですから地域ケア会議に出席して、やはり地域での見守りの状況、施設の生活の状況というのは、顔が見える関係の中での話だからこそできたことだと思います。また本人さんの意見を代弁する保佐人の方も出席していただいたので、支援策が少し深まったのではないと思いました。	〔会議の集結〕

343	C主任介護支援専門員	17日に退院の予定であり、退院前の状況と変わらなければよいのですが、変わっていたり、また迷子になる頻度が増えたりという場合には少し課題の見直しをしなければならないと思います。その際は、このような形で集まり、支援策を検討していくことも必要ではないかと思えます。今後ともDさんが一度は住みなれた地域を出て行った形になっていますが、犬であったり、住みなれた家を求めて帰ることもあるかもしれないが、安心・安全に生活ができるということを支えていくために、ぜひ今後ともご協力をよろしく願いいたします。	〔会議の終結〕
344	C主任介護支援専門員	皆様のご協力いただきまして定刻内に終わることができました。今後とも、この地区のネットワークを大切にしていきたいと思っています。ぜひ地域包括支援センターのほうに相談等していただけたらと思っています。では、以上で終わりたいと思います。本日はありがとうございました。	〔会議の終結〕

①C主任介護支援専門員（進行役）による〔情報の確認〕（発言番号 190-197）

退院を間近に控えた状況に対して、Fサ高住での生活を今後継続していくことを前提に、E社会福祉士の焦点化した検討課題に基づいて、特にケースDの外出時の支援策を検討することを再度焦点化している。さらに、焦点化した検討課題を参加者が理解を深めることができるように、ケースDが外出し、18時までFサ高住に帰宅してこない時は、Fサ高住からI民生委員に連絡をしていることを確認した上で、I民生委員にFサ高住入居時の支援内容の詳細について、〔情報の確認〕をしている。

C主任介護支援専門員の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報の確認〕が抽出された。

②I民生委員からの行方不明時の想定とその〔支援内容の提案〕（発言番号 198-222）

I民生委員は、Fサ高住の入居当初の帰宅欲求にともなう外出の状況について、「夜逃げの支度をして、荷物全部まとめて、『もう私は絶対にあそこに帰らない』と剣幕のようだった」と具体的なエピソードを交えて〔情報提供〕をし、関連する〔過去の支援内容〕を説明している。さらに、ケースDの行方が分からなくなる時間帯である17時から18時は、「電話がかかってくると、どうしようねと言われたら緊張することがありました。」と〔気がかり〕を表明している。

一方、帰宅欲求の原因について、Fサ高住入居当初は生活に慣れない不自由さや自宅に対する気になることがあり、「どうしても自宅に帰りたい時間がやってくるのではないかと〔アセスメント〕している。また、I民生委員は「そこをうまくかわしてあげたらいいのではないかと思う」と何らかの支援が必要な時間帯を示している。「見た目はそういう認知症であることが回りの人にはわからない」との〔気がかり〕も表明している。さらに、「本当に全然違う家だとか方面まで行って、もうわからなくなったらというのは〔不安〕」と表明している。

以上を踏まえて、I民生委員は、ケースDがFサ高住から行方不明になり、電話があった場合は、友愛訪問員に連絡をし、心あたりの場所を自らも訪問してみようという具体的な〔支援内容の提案〕をしている。さらに、探しても見つからない場合は、徘徊SOSネットワーク事業（実際の発言では、「徘徊SOSプログラム」と表現されている）の利用を検討してみることも必要ではないかと、支援の限界とその限界に対応する〔支援内容の提案〕をしている。

I民生委員の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔気がかり〕〔アセスメント〕〔不安〕〔支援内容の提案〕が抽出された。

③I 民生委員からの〔支援内容の提案〕についての検討（発言番号 223-230）

I 民生委員の「徘徊 SOS ネットワーク事業」の利用の検討という〔支援内容の提案〕に対して、E 社会福祉士は、N 弁護士と携帯電話の機能について確認しつつ、携帯電話をもっていれば存在位置が確認できると〔支援内容の提案〕をしている。さらに E 社会福祉士は、保佐人である N 弁護士に「親族がおられないので保佐人の先生を通じて申請を」と N 弁護士に対応を依頼している。N 弁護士は、「保佐人での申請できるはずなので、それは、これは利用しましょう。」と E 社会福祉士の〔支援内容の提案〕に対して、〔支援内容の確認〕をしている。それぞれの役割に応じた〔支援内容の提案〕がなされている。

E 社会福祉士と N 弁護士の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔支援内容の提案〕〔支援内容の確認〕が抽出された。

④I 民生委員からの〔支援内容の提案〕についての検討の深化（発言番号 231-247）

しかし、H 介護支援専門員は、ケース D は携帯電話を使用することができるのか、ケース D の電話の使用についての手段的日常生活動作の〔アセスメント〕を求めている。

N 弁護士からは、入院時には携帯電話を使用していないのではないかと入院時の〔情報提供〕をしている。I 民生委員と H 介護支援専門員は、ケース D が携帯電話を利用していた状況について〔情報提供〕をし、それらの詳細について参加者間で〔情報の確認〕を行っている。

以上の検討を踏まえて、C 主任介護支援専門員は、地域ケア会議の参加者が「徘徊 SOS ネットワーク事業」を理解しているかの〔情報の確認〕を行い、ケース D は今までどおりの生活を仮定すると、携帯電話を持って外出できるのではないかと、しかし今後は「キッズ携帯」といった携帯電話でないと利用は困難であることを〔アセスメント〕している。

C 主任介護支援専門員、H 介護支援専門員、I 民生委員及び N 弁護士の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔アセスメント〕〔情報提供〕〔情報の確認〕が抽出された。

⑤I 民生委員の家に帰りたい時間帯をかわすことについての意味の検討（発言番号 248-264）

C 主任介護支援専門員は、I 民生委員の「1 日の時間帯の D さんの流れの中で、どうしても帰りたい時間がやってくるのではないのかと思います。」「そこをうまくかわしてあげたらいいのではないかと思う」との発言（発言番号 211-212）をもとに、ケース D に対する支援を検討する手掛かりを得るために、参加者に対してその意味を改めて問い直し、〔会議の展開〕をしている。

H 介護支援専門員は、ケース D が F サ高住に入居中、外出時に F サ高住に戻って来ることができない可能性が高いことを想定して、外出に対する気をそらせながら、外出自体を防ごうとしたとの〔情報提供〕をしている。しかし、そのことが本人のストレスになり、さまざまな問題が生じてきたと〔アセスメント〕し、自分で戻ってくることができることを確認した上で、自由に行動できるようにするという支援方針を立てたと、〔過去の支援内容〕を説明している。その後、落ち着いてきたと〔アセスメント〕をしている。

ケース D の退院に際して、H 介護支援専門員は「今回とりあえず帰ってこられたらまずはどこまで本人さんの認知機能が入居前までと同じくらい保たれているのかどうなのか。家に帰ると言われたら、また最初の 2、3 回はちょっと後ろからつけて、それがまたできるのかどうかを確認したい」と認知機能を再〔アセスメント〕し、外出時に F サ高住に戻ってくることができるのか確

認するという具体的な〔支援内容の提案〕をしている。

C 主任介護支援専門員, H 介護支援専門員の発言から, 地域ケア会議の構成要素として〔会議の展開〕〔アセスメント〕〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔支援内容の提案〕が抽出された。

⑥ケースDの課題の再整理と〔支援の方向性〕〔支援内容の確認〕(発言番号 265-277)

C 主任介護支援専門員は, H 介護支援専門員がケース D の再〔アセスメント〕の必要性を述べたことから, 退院後も F サ高住から自宅に出かけることも想定されるので, 「夕食までには F サ高住に帰れるようにしたい」という〔支援の方向性〕を示した。さらに H 介護支援専門員に対して, 「F サ高住で携帯電話を持ったかどうかという確認」という〔支援内容の確認〕をし, H 介護支援専門員は快諾をしている。

C 主任介護支援専門員は, 「I 民生委員さんは友愛訪問員さんにまず電話がかかってくれば, また緊張される 6 時の時間帯を用意する形になるかもしれませんが」と I 民生委員に対して〔配慮〕を示しながら, 「退院後しばらくの間はですね, そういうことが起こる可能性があるかもしれないので, その辺, 退院されることを友愛訪問員さんに伝えていただくというご準備は可能でしょうか。」と従前通りの対応が可能であるか〔支援内容の確認〕をし, I 民生委員も快諾している。

さらに, I 民生委員は, ケース D 以前に参加していたサロンの〔情報提供〕を行い, ケース D が再度サロンに参加できるようになればよいとの〔気遣い〕を表明している。

以上のことから, C 主任介護支援専門員, H 介護支援専門員及び I 介護支援専門員の発言から, 地域ケア会議を構成する要素として〔支援の方向性〕〔支援内容の確認〕〔情報提供〕〔気遣い〕〔配慮〕が抽出された。

特に, 第 2 ステージにおいては, 最終的な〔支援内容の提案〕の合意形成に向けて, 丁寧に〔支援内容の確認〕をする発言が多くなっていると推測される。焦点化された課題に対する支援内容を共有することで, 各専門職の役割が明確になっている。

⑦ケースDの課題の〔支援内容の提案〕の合意形成(発言番号 278-289)

H 介護支援専門員は, I 民生委員が提起した「徘徊 SOS ネットワーク事業」の利用に対して, 「SOS に登録したほうがいいでしょうね。」と具体的な〔支援内容の提案〕をしている。N 弁護士, H 介護支援専門員, E 社会福祉士, O 保健師らによって, 携帯の機能についてのそれぞれの知識についての〔情報提供〕があり, 参加者がその知識を共有している。C 主任介護支援専門員から, 「徘徊 SOS ネットワーク」に登録をするという〔支援内容の提案〕について〔支援内容の確認〕がなされた。

以上のことから, C 主任介護支援専門員, H 介護支援専門員及び I 介護支援専門員の発言から, 地域ケア会議の構成要素として〔支援内容の提案〕〔情報提供〕〔支援内容の確認〕が抽出された。

⑧ケースDの課題の〔支援内容の確認〕(発言番号 290-307)

C 主任介護支援専門員から, 第 1 ステージで話題になったケース D の自宅の庭木が生い茂っていることを検討するために, 〔会議の展開〕をしている。これについては, 保佐人である N 弁護士が既に, 庭木の剪定を業者手配しているとすでに対応していると〔情報提供〕をしている。しか

し、その地域の状況などを勘案すると、どこまで剪定してよいか判断に悩んでいると〔支援の難しさ〕を表明している。また、雑草や家屋の管理や家屋内にある物品の管理なども、実際にどう対応すればよいかと課題提起をしつつ、「地域住民と引き続き協議をしよう」と具体的な弁護士としてできる〔支援内容の提案〕をしている。

一方、H 介護支援専門員からは、「定期的に多分中の方の掃除も入れたほうがいいのではないかと」の〔情報提供〕があった。さらに、「月に一度の程度の頻度で、有料サービスになってしまいますけど、前回やったみたいに継続してやりましょうか。」と、介護保険外のサービスとしての訪問介護の利用を継続して行うとの〔支援内容の提案〕があった。保佐人である N 弁護士も同意をしている。また、I 民生委員からは、ケース D の自宅のすだれを取り外すことについて、友愛訪問員が取り外してはどうかとの〔支援内容の提案〕に、N 弁護士は同意し、〔支援内容の確認〕を行っている。

以上のことから、C 主任介護支援専門員、H 介護支援専門員、I 民生委員及び N 弁護士の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔会議の展開〕〔情報提供〕〔支援の難しさ〕〔支援内容の提案〕〔支援内容の確認〕が抽出された。

⑨ケース D の課題の〔支援内容の確認〕（発言番号 308-314）

C 主任介護支援専門員は、ケース D に対する支援内容がいくつか確認されたことを判断して、事例を提供した E 社会福祉士に対して、〔支援内容の確認〕をしている。

E 社会福祉士からは、表 3-6 の通り、〔支援内容の確認〕がなされた。

表 3-6 事例提供者（E 社会福祉士）によるケースの支援内容

-
- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①日中の外出はある程度容認し、地域の民生委員、友愛訪問員にも協力を得ながら、自宅との行き来が安全にでき、なるべく夕食の 18 時までにはケース D にサ高住に戻ってくるように支援する。 |
| ②SOS 事業の活用と携帯の GPS 機能の活用をする。 |
| ③B 包括もケース D の支援に対する協力体制をとる。 |
| ④ケース D が地域の活動につながり、ストレスを発散するように生活を支える。 |
-

地域ケア会議の当初、E 社会福祉士が提起した「住みなれた地域でなじみの関係を持ちながら D さんが安心して生活できるような支援を今後も地域の方々とともに今日は考えていきたい」という地域ケア会議の検討の方向性にそった結論を導き出していると思われる。

以上のことから、C 主任介護支援専門員、E 社会福祉士の発言から、地域ケア会議の構成要素として〔支援内容の確認〕が抽出された。

⑩ケース D の課題の別角度からの検討（発言番号 315-341）

C 主任介護支援専門員は、地域ケア会議開始当初の検討課題の整理が完了し、〔支援の方向性〕が確認できたと説明し、さらに、不足している課題等がないか〔会議の展開〕をしている。

H 介護支援専門員は、踊りの教室に通っているとの〔情報提供〕をしている。送迎が F サ高住で対応が可能かの打診が、O 保健師からあったが、N 弁護士から、「退院した後に整形外科に通院させてもらって先生の意見聞いてもらったほうが良いような気がします。骨の引っつきぐあいの関係もあるでしょうから。」と〔支援内容の提案〕をしている。

デイサービスの利用についても、H 介護支援専門員と K 管理者とで冬期の外出利用時間についても〔情報提供〕がなされている。H 介護支援専門員からは、「本人さんの生活パターン、つまり

どこに行ったかが大体わかるような状況がつかることができれば、デイサービスの利用時間を例えば短くしたら、その分だけ早目に帰ってくる確率が高まるかもしれない。このことは、退院してからではないと分からない。」と退院後ケース D の生活パターンや外出状況を把握したうえでないと、デイサービスの利用時間の調整ができないと〔支援内容の確認〕をしている。

I 民生委員，H 介護支援専門員，O 保健師からは、氏名や電話番号を書いた「迷子カード」のようなものを外出時に持たせたり，携帯にそのようなシールを貼ったり，ストラップを持たせたりしたらどうかとの〔支援内容の提案〕があった。

以上のことから，C 主任介護支援専門員，H 介護支援専門員，P 保健師，N 弁護士，K 管理者，I 民生委員，E 社会福祉士の発言から，地域ケア会議の構成要素として〔会議の展開〕〔情報提供〕〔支援内容の確認〕〔支援内容の提案〕が抽出された。

⑪C 主任介護支援専門員のまとめ（発言番号 342-344）

地域ケア会議を終了するにあたって，C 主任介護支援専門員は表 3-7 に示した内容でまとめ，〔会議の終結〕をした。

表 3-7 C 主任介護支援専門員のまとめ

-
- ①今回の地域ケア地域ケア会議を開催するにあたり，事前にかなりいろいろ情報収集をした。
 - ②そのことで，地域ケア会議に出席して，やはり地域での見守りの状況，施設の生活の状況というのは，顔が見える関係の中での話だからこそできた。
 - ③ケース D の意見を代弁する保佐人も参加し，支援内容が少し深まった。
 - ④退院前の状況と変わっていたり，また迷子になる頻度が増えたりという場合には，少し課題の見直しをしなければならぬ。
 - ⑤その際には，このような形で集まり，支援策を検討していくことも必要であるので，今後ともご協力をお願いしたい。
 - ⑥今後とも，この地区のネットワークを大切にしていきたい。
 - ⑦B 包括にも相談等してほしい。
-

3. 地域ケア会議の構成要素

地域ケア会議の分析結果から，地域ケア会議の構成要素として，第 1 ステージにおいては，〔情報提供〕〔アセスメント〕〔不安〕〔支援の方向性〕〔検討課題の明確化〕〔過去の支援内容〕〔心配〕〔気がかり〕〔新たな課題〕〔支援内容の提案〕〔気遣い〕〔支援の評価〕〔支援の難しさ〕〔発言内容の確認〕が地域ケア会議の構成要素として抽出された。

第 2 ステージにおいては，〔情報の確認〕〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔気がかり〕〔アセスメント〕〔不安〕〔配慮〕〔支援内容の提案〕〔会議の展開〕〔支援の方向性〕〔支援内容の確認〕〔気遣い〕〔合意形成〕〔支援の難しさ〕〔会議の終結〕が地域ケア会議の構成要素として抽出された。

第 1 ステージ及び第 2 ステージを通しては，〔会議の展開〕〔検討課題の明確化〕〔情報提供〕，〔情報の確認〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕〔気がかり〕〔不安〕〔心配〕〔気遣い〕〔配慮〕〔支援の難しさ〕〔支援の評価〕〔支援の方向性〕〔支援内容の提案〕〔支援内容の確認〕〔新たな課題〕〔会議の終結〕が地域ケア会議の構成要素として抽出された。

1) 〔会議の展開〕

進行役である C 主任介護支援専門員が，地域ケア会議の円滑な進行のために，地域ケア会議で

各参加者の発言を整理し、次に何を検討するか等議論の方向性を確認し、〔会議を展開〕させている。

2) 〔検討課題の明確化〕

第1ステージにおいて、事例を報告したE社会福祉士の「退院後も継続した地域の見守りが必要」とした仮説としての支援の方向性を提示し、「住みなれた地域でなじみの関係を持ちながらDさんが安心して生活できるような支援を今後も地域の方々とともに今日は考えていきたい」と地域ケア会議での〔検討課題の明確化〕をしている。

3) 〔情報提供〕〔過去の支援内容〕

第1ステージにおいては、E社会福祉士が地域ケア会議において明確化した検討課題をもとに、E社会福祉士、H介護支援専門員、K管理者、M管理者、I民生委員及びN弁護士がそれぞれケースDにかかわってきた経緯から、ケースDの課題解決に向けた情報と〔過去の支援内容〕を説明している。ケースDの外出時の対応について、H介護支援専門員、I民生委員、M訪問介護管理者及びK通所介護管理者がそれぞれの立場からかかわってきたことが〔情報提供〕され、共有されている。

第1ステージにおいては、各参加者の〔情報提供〕から、外出時の対応については、H介護支援専門員とI民生委員との協力関係がすでに形成されており、ケースDに対する地域包括支援ネットワークが存在していたことが確認され、参加者間で共有されている。

第2ステージにおいては、ケースDの支援内容を検討する過程において、各参加者が必要に応じて、必要な情報と過去に実施してきた支援内容を説明している。特に、I民生委員は、Fサ高住の入居当初の帰宅欲求にともなう外出の状況について、「夜逃げの支度をして、荷物全部まとめて、『もう私は絶対にあそこに帰らない』と剣幕のようだった。」と具体的なエピソードを交えて説明している。

4) 〔情報の確認〕

C主任介護支援専門員が、「それから、夕食までに帰ってこられなかったことがこれまで一度あり、今後も帰れるかどうかまだわからないということが確認できたと思います。」とあるように、第1ステージで提供された情報も含めて、各参加者がケースDの詳細な〔情報の確認〕をしている。特に、焦点化された検討課題について参加者が理解を深める目的で、一つ一つの〔情報を確認〕していることが第2ステージの特徴である。

5) 〔アセスメント〕

〔アセスメント〕とは、ケースDの課題解決に必要であると思われるケースDの人間像や生活像を把握し、あるいは推測や判断していることである。

E社会福祉士は、「Dさん自体、人づき合いがよい方で、地域との関係も良好とされます。」とケースDの性格やそれを踏まえた地域との関係が良好であったとケースDの人間像を把握している。I民生委員も同様に、「今までの関係は保たれています」と地域との良好な関係が今後も継続されると〔アセスメント〕している。

H介護支援専門員は、「入院が思ったより長くなってしまい、実際に自宅に帰りたいという思いは多分まだあると思われます」と帰宅欲求が現れるのではないかと〔アセスメント〕し、ケースDの人間像を把握している。

特に、第2ステージにおいては、I民生委員が、帰宅欲求の原因についてFサ高住入居当初はケースDにとって、生活に慣れない不自由さや自宅に対する何らかの心配事があり、どうしても自宅に帰りたい時間帯があるのではないかと〔アセスメント〕している。これを受けて、C主任介護支援専門員が「どうしても家に帰りたい時間帯をかわすとさっきおっしゃいましたがかわすことというのはどういうことですか。」と発言し、ケースDの帰宅欲求とそれに対する具体的な支援を検討するために、〔アセスメント〕を深化しようとしている。

N弁護士は、「金銭管理とかお金に対する思いは、ある意味Dさんの素質、資質というか、Dさん特有のものもあると思います。」「非常にお金に対する執着というか何と表現したらいいかよくわからないのですが、思いが非常に強い方です。」「これは、もともとご主人が完全に金銭管理をされていて、ご主人に言われて、お金をもらってそれを使うということが背景にあるようです。」と、ケースDの金銭感覚や金銭トラブルに関する背景も含めて〔アセスメント〕している。

これらの〔アセスメント〕から、ケースDの退院後のFサ高住の生活においては、帰宅欲求が以前と同様に見られるであろうことを前提として、その際地域で見守りをするなどの地域の支援体制を継続する必要があるとの共通理解が参加者間で得られている。また、Fサ高住での金銭管理のトラブルが発生するであろうことも参加者間で共通理解されている。

E社会福祉士が「住みなれた地域でなじみの関係を持ちながら、Dさんが安心して生活できるような支援を今後も地域の方々とともに今日は考えていきたいと思います。」という検討課題を深化させて行くためには、それぞれの専門職からの的確な〔アセスメント〕が共有されている。

6)〔気がかり〕〔不安〕〔心配〕

〔気がかり〕〔不安〕〔心配〕は、ケースD対して、明らかな根拠は必ずしもないが、課題解決をしておかないとケースDに不利益が生じてしまうのではないかとこの緩やかな危惧である。

H介護支援専門員は、「一人で自宅に帰る道順を覚えているかどうか、迷子にならないかということに心配しています。」とFサ高住と自宅の行き来のことについて〔心配〕を表明している。K管理者は、「周りの利用者の方に『私はここでお金をとられている』といった発言があったので、退院してからも気になるところです。」と金銭管理についての〔気がかり〕を表明している。M管理者は、「薬局に行って薬をもらっていないといったこともあったそうで、心配な状況です。」「衛生面、清潔が保持できるのか少し気になります。」と服薬管理と居室の衛生管理について、〔気がかり〕を表明している。

I民生委員は、「とにかく一番心配なのは本当に徘徊というか、帰り道がわからなくなることです。」とH介護支援専門員と同様にFサ高住と自宅の行き来のことについて〔気がかり〕を表明している。N弁護士は、「本人の中で環境が変わるのが本当にいいことなのかどうなのかというのはわからない」と、H介護支援専門員と同様にFサ高住と自宅の行き来のことについて〔気がかり〕を表明している。

I民生委員は、認知症であることが周囲には理解されないのではないかとこの〔気がかり〕も表明している。また、「本当に全然違う家だとか方面まで行って、もうわからなくなったらというの

は不安」と〔不安〕も表明している。I 民生委員が最も多く〔気がかり〕〔不安〕〔心配〕を表明していた。〔気がかり〕〔不安〕〔心配〕は、一人では解決が困難な課題であり、今後の支援内容を考える上での何らかの参考になるのではないかといった内容を含むものにとらえることが可能である。一方、今後のケースDの予測不能な状況に対する支援者としての迷い、〔不安〕及び確信のなさも含んでいると考えられる。

ケースに対する各出席者の気がかりや不安およびこれまでの支援内容が共有されることで、ケースの課題が明確になり、各支援者の具体的な支援行動の表明につながり、出席者にこれからの支援の確信が得られている。

7) 〔気遣い〕

〔気遣い〕は、ケースDに対する期待や今後このような状態になってほしいといった希望等とした。出現頻度は低かったが、いずれもI 民生委員から、「本人が帰ってこられてFサ高住での生活にまた順応できることをとても希望しています。」「何とかかんとかいけるようなところに、また以前のようになるといいと思っています。」「一緒にDさんとその方とかご一緒に来てくださったらいいなと思います。」とケースDに対する〔気遣い〕を発言している。

8) 〔配慮〕

「I 民生委員さんは友愛訪問員さんにまず電話がかかってくれば、また緊張される6時の時間帯を用意する形になるかもしれませんが」とC主任介護支援専門員はI 民生委員に対して、〔配慮〕を示している。

9) 〔新たな課題〕〔支援の難しさ〕

N弁護士は、ケースDの支援から、「ほかのケースにも敷衍できると思う」と前置きして、「ただ、他方においてやはりこのDさんのようにキーとなる親族がいなくて、私どものようないわゆる専門家の後見人がついた時に、要は誰の判断でどこまでのことをするかというのがなかなか悩ましいケースだと思っています。」「親族との関係が希薄な方について、どういうふうにしていくかというのがなかなか難しい問題だと思っています。」と、一人暮らしで親族がおらず、認知症による成年後見制度の活用が必要なケースの支援のあり方について〔新たな課題〕を提起している。法的には、「裁判所の許可をとって成年後見人や保佐人が売却するという選択もある」としているが、本人の納得と理解の点での問題があると指摘している。しかし、弁護士は、その地域の状況などを勘案すると、どこまで剪定してよいか判断に悩んでいると〔支援の難しさ〕を表明している。

10) 〔支援の方向性〕〔支援内容の提案〕〔支援内容の確認〕

〔支援の方向性〕はケースDに対する具体的な支援行動ではないが、今後のケースDの長期的な目標を達成するための支援方針、〔支援内容の提案〕はケースDに対する具体的な各参加者の支援行動の提案、及び〔支援内容の確認〕はケースDに対する具体的な各参加者の支援内容の確認である。

E社会福祉士は、退院後のFサ高住での生活について、これまでと同様の継続した地域の見守りの必要性及び見守りの支援体制について関係者が共通認識をもつことが必要であると仮説としての〔支援の方向性〕を示している。

これに対して、ケース D のさまざまな情報共有をする過程の中で、N 弁護士は、「D さん自身も家に対する思い入れというのは非常に強いので、当面は今の様な状況でいくばくかのことをしながらやっていくしかないとは考えています。」「今後 F サ高住に帰って、今までのような帰宅要求がどこまで強くなるのかどうなのかなどについて、見きわめて今後のことについて考えていかなければならないと思います。」と〔支援の方向性〕を示している。

M 管理者は、「自分のことを医師に伝えることがうまくできないので、ヘルパーの付き添い、誰かの付き添いは必要と思います。」とこれまでの支援上の経験から具体的な〔支援内容の提案〕をしている。

また、I 民生委員は、「今度帰ってきてまた前のように地域に出た時に迷子になって、どこにいるかわからなくなった時の心配があるということ、今後帰って来られたら、また地域の方々にお話ししたいと思います。」と具体的な〔支援内容の提案〕をし、ケース D の今後の生活の予後を確認し、それに基づいた具体的な支援行動計画を示している。さまざまなケース D の情報やこれまでの支援内容を共有し、民生委員としての役割を自覚しつつ可能なことは行動しようとする確信としての自己効力感¹²⁾が得られていると推測できる。自己効力感は、目標としている行動に挑戦しようとする傾向を示すことが明らかとなっている¹²⁾。

第 1 ステージでは、E 社会福祉士の指摘した検討課題に対する参加者自身の具体的な支援行動計画を提示したのは、I 民生委員のみであった。第 2 ステージにおいては、I 民生委員は、F サ高住から行方不明になり、電話があった場合は、友愛訪問員に連絡をし、心あたりの場所を自らも訪問してみようという具体的な〔支援内容の提案〕を提案している。さらに、また、探しても見つからない場合は、徘徊 SOS ネットワーク事業の利用を検討してみることも必要ではないかと、支援の限界とその限界に対応する〔支援内容の提案〕をしている。

I 民生委員の「徘徊 SOS ネットワーク事業」の利用の検討という提案に対して、E 社会福祉士は、N 弁護士と携帯電話の機能について確認しつつ、携帯電話をもっていれば存在位置が確認できると〔支援内容の提案〕をしている。さらに E 社会福祉士は、保佐人である N 弁護士に「親族がおられないので保佐人の先生を通じて申請を」と N 弁護士に対応を依頼している。N 弁護士は、「保佐人での申請できるはずなので、それは、これは利用しましょう。」と対応を了解している。それぞれの役割に応じた〔支援内容の提案〕がなされている。

さらに、C 主任介護支援専門員は、H 介護支援専門員に対して、外出時に携帯電話を持ったかどうかという確認するという〔支援内容の確認〕をし、H 介護支援専門員は快諾をしている。

C 主任介護支援専門員は、これまで緊張する時間帯であった 18 時頃の対応が必要なるかもしれないと I 民生委員を〔気遣い〕ながら、ケース D の退院について友愛訪問員に情報提供し、従前通りの対応が可能であるか〔支援内容の確認〕を I 民生委員にしている。I 民生委員は、N 弁護士に再度そのような対応をしてよいのか N 弁護士に〔支援内容の確認〕をしている。

11) 〔支援の評価〕

N 弁護士は、「非常に地域が機能した形で、成年後見制度の利用につながったケースだと思っています。」「最初もどちらかというとお金のことが発端で、地域の人たちがこのままでは放っておけないということでかかわったケースのように思います。」「D 介護支援専門員さんと I 民生委員さんが連携をとっていただいて、何かあれば電話でという体制をとったのが功を奏したと思っています

す。」とこれまでの〔情報提供〕や〔過去の支援内容〕から、これまでのケースDの支援について肯定的に〔支援の評価〕を行っている。肯定的な〔支援の評価〕は、各参加者に対して〔安心感〕や〔支援の確信〕をもたらす。

1 2) 〔会議の終結〕

C 主任会議支援専門員は、地域ケア会議の終結にあたって参加者全員で〔支援の方向性〕を確認している。さらに、「退院前の状況と変わっていたり、また迷子になる頻度が増えたりという場合には、少し課題の見直しをしなければならない。」「その際には、このような形で集まり、支援策を検討していくことも必要であるので、今後ともご協力をお願いしたい。」「今後とも、この地区のネットワークを大切にしていきたい。」とこれまでの支援者の関係性をより強固な関係にしたいという地域包括支援センターの専門職としての意向を表明し、参加間で共有を図っている。さらに、ケースDに対して多職種が協働して支援を効果的に展開できるように、多職種協働のプラットフォームの構築ができたことの実感が示されていると推測される。

4. 地域ケア会議の構造と特徴

切片化した逐語録の発言の意図や発言された内容を範疇化したその出現頻度を表 3-8 に示した。第1ステージでは、〔情報提供〕が52.9%と最も高い出現頻度であった。次いで、〔過去の支援内容〕が11.6%であった。これは、検討課題にしたがって、ケースDの状況を把握するプロセスである。それぞれの〔情報提供〕などからケースDの今後のFサ高住での生活課題が明らかとなっている。

弁護士はこれまでの各参加者の支援内容から、肯定的に〔支援の評価〕をしている。このことは、参加者にとってこれまでの支援の妥当性を裏付けることにもなり、今後の支援に対する〔支援の確信〕としての〔自己効力感〕が得られ、具体的な支援行動を喚起すると推測される。

一方、各支援者から〔ゆらぎ〕も表明され、〔気がかり〕〔不安〕〔心配〕〔支援の難しさ〕といった感情を参加者は共有している。

以上のことから、改めて第1ステージは、ケースの人間像や生活像を共有し、課題を明確化し、ケースDについて〔共通理解の深化〕がなされ、参加者がこれまでの支援内容を共通理解し、実際には参加者それぞれがケースDを支援していたという〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕が存在していたことを確認する過程でもあった。

第2ステージでは、〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕といった構成要素も一定数あるが、〔支援内容の提案〕〔支援内容の確認〕が発言内容の41.9%を占めていた。第1ステージの検討結果を踏まえて、具体的な〔支援内容の提案〕の発言が増加している。

〔支援内容確認〕〔支援内容の提案〕が、それぞれ22.6%及び19.4%であり、第2ステージ全体の41.9%を占めている。また、支援内容を検討するために、〔情報の確認〕作業も13.5%ではあるが、第1ステージに比べて高い割合となっている。最終的にE社会福祉士が、表3-6に示したように、ケースの支援内容を確認し、またC主任介護支援専門員も表3-7に示したようなまとめをしている。

以上のことから、第2ステージでは、第1ステージの情報をもとに各参加者がそれぞれの〔役割の共通認識〕をし、具体的な〔支援内容の提案〕という今後の各自の行動計画も示している。

このことから、ケースの課題を検討し、具体的な支援内容を検討するステージであり、さらに「緩やかな地域包括支援ネットワーク」から「強固な地域包括支援ネットワーク」へ変容したステージと位置付けることが可能である。

表 3-8 地域ケア会議の構成要素の出現頻度

地域ケア会議の構成要素	出現頻度					
	第1 ステージ		第2 ステージ		合 計	
	度数	割合	度数	割合	度数	割合
〔会議の展開〕	15	7.9	9	5.8	24	7.0
〔検討課題の明確化〕	1	0.5	0	0.0	1	0.3
〔情報提供〕	100	52.9	27	17.4	127	36.9
〔情報の確認〕	3	1.6	21	13.5	24	7.0
〔過去の支援内容〕	22	11.6	5	3.2	27	7.8
〔アセスメント〕	9	4.8	17	11.0	26	7.6
〔気がかり〕	4	2.1	2	1.3	6	1.7
〔不安〕	4	2.1	1	0.6	5	1.5
〔心配〕	3	1.6	0	0.0	3	0.9
〔気遣い〕	2	1.1	1	0.6	3	0.9
〔配慮〕	0	0.0	1	0.6	1	0.3
〔支援の難しさ〕	7	3.7	2	1.3	9	2.6
〔支援の評価〕	8	4.2	0	0.0	8	2.3
〔支援の方向性〕	4	2.1	1	0.6	5	1.5
〔支援内容の提案〕	5	2.6	30	19.4	35	10.2
〔支援内容の確認〕	0	0.0	35	22.6	35	10.2
〔新たな課題〕	2	1.1	0	0.0	2	0.6
〔会議の終結〕	0	0.0	3	1.9	3	0.9
合 計	189	100.0	155	100.0	344	100.0

第5節 地域ケア会議の主催者に対する聞き取り調査の分析結果－第2段階－

1. 進行役を務めた C 主任介護支援専門員からの聞き取りの分析

①地域ケア会議でのケース検討を通じて得られた気づき

聞き取り内容を表 3-9 に示した。

C 主任介護支援専門員は、地域ケア会議に誰を招集するか苦慮した様子が見え、「地域の方」とは、民生委員など支援にかかわってきたインフォーマルな資源としての地域住民と考えられる。民生委員にまずは地域ケア会議の参加の要請をしたと考えられ、民生委員からも地域ケア会議に参加させたい候補が挙がってきたことが「意外に協力的だということにびっくりしました。」と回答している。

I 民生委員に対して、「民生委員さんはそもそも面倒見がよくて、ひとり暮らしの高齢者の方の見守りネットワークとかもつくっていて、地域サロンのボランティア」をしていると評価しているように、日ごろからその活動の状況を把握していたと推測された。民生委員との関係性において、特に初めて委嘱された民生委員に対しては、「ひとり暮らしで困っている方いるからちょっと来てというふうに言われても、すぐ断らずに行っていて、関係をよくつくろうとしていたのは大きいと思います」と回答していることから、丁寧な説明や支援などが必要であることも指摘し

ている。

一方で、民生委員のように接触頻度の高い支援者との関係形成は容易な面もあるが、「保佐人の方を入れるかどうかは本当に悩んだ」「保佐人の方にどういいう話をするのか、事前に詳しく説明をしてほしいと言われたので、そこで個人情報をごんごんに取り扱うかとか結構構えていらっしやった。」と回答しているように、日常的に接触頻度が低いと思われる弁護士に地域ケア会議の〔参加要請の逡巡〕や要請すること自体に一定の〔抵抗感〕があったことが推測される。

C主任介護支援専門員の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔参加要請の逡巡〕〔抵抗感〕が抽出された。

表 3-9 地域ケア会議でのケース検討を通じて得られた気づき

No.	実 際 の 質 問	回 答
1	地域ケア会議でのケース検討を通じて得られた気づきを教えてください。	
2		気づきは、ケア会議を招集するときに、誰が集まるのかと想定した時に、地域の方は難しいのではないかと実際は思っていました。
3		民生委員さんもそうですし、民生委員さんを通じ何人も、ひょっとしたらあの人も呼ぼうとかか、この人も呼んだほうがいいとかって、そういうふうに言っていたので、意外に協力的だということにびっくりしました。それは、このケースの特性だったのかもしれない。
4	地域性もあるのでしょうか。	
5		比較的にかわりの多かった民生委員さんだったので、相談はしやすかったですが、別にこの民生委員さんのケースを選んだわけじゃないので、たまたまでした。
6	協力が得られた要因というのは何かありますか。	
7		その民生委員さんはそもそも面倒見がよくて、ひとり暮らしの高齢者の方の見守りネットワークとかもつくっていて、地域サロンのボランティアもされていていらっしやいました。
8		地域のコミュニティ協議会で働いていらっしやるので、地域をよく知っていらっしやるというか、わからないことはいろいろ相談してくださったのですね、こういう場合はどうしたらいいのとか。
9		2年半ぐらいおつき合いがあるのですけども、いろんなことで話をすることが多かったので、何でも協力しますよと言っていた。
10	それは、むしろ民生委員さんの属性もあるし、包括として、Cさんとして民生委員さんのほうと日ごろから関係形成をつくっていたということですか。	
11		そうですね。
12	両方の要素ですか。どちらが強いような感じですか。	
13		1期目の民生委員さんだったので、いろいろ最初からわからないことは全部相談されていた。それに丁寧に答えてはきたつもりです。
14		ひとり暮らしで困っている方いるからちょっと来てというふうに言われても、すぐ断らずに行っていて、関係をよくつくるうとしていたのは大きいと思います。
15	ほかに何か気づき、ケース検討自体の気づきはありますか。ケースの検討の結論みたいところで。	

16		保佐人の方を入れるかどうかは、本当に悩んだ。
17		保佐人の方にどういう話をするのか、事前に詳しく説明をしてほしいと言われたので、そこで個人情報をごんごんに取り扱うとか結構構えていらっちゃった。
18		そうではなくて、本当に退院された後どうするかということをお話したいと言ったら、それはぜひやってほしいと言われた。
19		なので、突然あの日来られていたら難しかったと思いますけれども、やはり前もって説明に行っておいたからよかった。

②多職種協働による課題解決の見通し

聞き取り内容を表 3-10 に示した。

多職種協働で課題解決をするためには、地域包括支援センターの専門職が、例えば「困っているときには会議を開いてくれる人、介護保険の更新をしてくれる人」といった具体的な役割を担っているか、〔他職種の理解〕を得ることが重要と認識している。地域包括支援センターの専門職は何をする人かという具体的な人材像を他職種に伝達することの重要性も指摘している。

これまであまりかかわりのなかった支援者に対しても、「手間をやっぱり準備として、しておけば、あなたはこういう仕事をしている人」とあるように、丁寧なアプローチが求められていることを認識している。このことをC主任介護支援専門員は、「積み重ねていくとできそう」と表現し〔日常的な関係形成の積み重ね〕が重要であることを示唆している。

C 主任介護支援専門員の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔他職種の理解〕〔日常的な関係形成の積み重ね〕が抽出された。

表 3-10 多職種協働による課題解決の見通し

No.	実 際 の 質 問	回 答
20	今後、多職種協働ということが当然必要になってくると思われませんが、地域ケア会議を終えてCさん自身が協働で個別なり地域の課題を解決するにあたって、何か自分でできるというような見通しという、こういうふうによればいい、こういうふうによれば成功するとか、あるいはしないほうがいいのか、むしろポジティブな面でソーシャルワーカーとして協働するといったときの見通しといいますか、こういうふうな仕事をすればいいといったようなことは何か得られましたか。	普段から自分がやっていることを理解してもらうということが大事。
21		普段から自分がやっていることを理解してもらうということが大事です。
22		地域包括支援センターの社会福祉士なり、そういったことをちゃんとわかっていたでいて、こういう困っているときには会議を開いてくれる人なのだから、介護保険の更新をしてくれる人なのだから、やっぱりわかっていたかかないと相手も協力してくれないと思う。
23		なので、さきほども言いましたが、最初に、初めての方、弁護士さんとかだったら話をしておいたほうがよかったのかなと思うので、そういうことを積み重ねていくとできそう。
24		日ごろ話をしていない民生委員さんにはもう少しアプローチをしておいて、今回の民生委員さんほど動かせないかもしれま

		せんが、その手間をやはり準備しておけば、あなたはこういう仕事をしている人と言ってくれるかなと思います。
25		今回、ケアマネジャーの方と一緒に話し合いができたので、事例を出していただかないと地域を巻き込めないのも、もっと定期的に地域を回って巻き込みたいケースないですか、巻き込んでいくことも必要かなと思います。

③多職種協働の実践の方向性

聞き取り内容を表 3-11 に示した。

今後のどのように多職種と協働による実践の方向性として、「顔を見せていく、顔なじみになっておくことが必要と思いました」とあるように、「顔」を認識してもらうことの必要性を指摘している。

表 3-11 多職種協働の実践の方向性

No.	実 際 の 質 問	回 答
26	具体的に何か、多職種協働で何かをやっているとき、これを実践しているというの、ちょっと重複になるかもしれませんがありますか、具体的にありますか。	地域の団体に、やはり顔を見せていく、顔なじみになっておくことが必要と思いました。
27		だから保佐人の方でもそうですけども、一度会っておいたので、あ、あのおきの方ですねという感じですよと来られて、では、始めましょうというふうに言えた。顔が見えてないとあはいかなかったと思う。日ごろから顔なじみになっておく、話をしなくてもちゃんと顔を見ておくということがではないかと思えます。
30	具体的にどのような方法が有効なのでしょう。	
31		民生委員さんだったら定例会、福祉委員さんだったら福祉の定例会もありますし、新規の利用者さんが来たときに、ちょっと近くまで来たのでとかというふうには、民生委員さんの家まで行く結構そういう場、あそこ家もこうなんだよとか、ああなたよとか教えてくださったりするので、これは有効と思ったりもしたので。

④多職種協働における迷いや葛藤

聞き取り内容を表 3-12 に示した。

「こちらの抱えている、困っているだろうなと思う課題等、地域が抱えている困っている課題が一致すればいい。」との回答から、支援者が考えている問題意識と利用者自身が感じたり、考えていること問題認識に齟齬があった場合の〔不安〕を感じている。また、「本当に御本人が望んでいることかどうかというのはわかりませんし、ごみを片づけてほしいけども、放っておいてほしいとかという方も中にはいらっしゃいますし、この夏も暑いけども、エアコンかけずに扇風機だけで生活していて、あの人扇風機だけだけでも大変よというのが地域からあがっています。」は、一種の〔迷い〕と捉えることができる。

しかし、地域ケア会議での検討課題として、支援者や地域住民が考えている問題意識と利用者自身が感じ、考えていることの齟齬があった場合の問題、あるいは本人の意思表示が困難な場合の支援の方法についても今後考えざるを得ないという地域ケア会議における〔新たな課題〕が発見されている。

C主任介護支援専門員の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔不安〕〔迷い〕〔新たな課題〕が抽出された。

表 3-12 多職種協働における迷いや葛藤

No.	実 際 の 質 問	回 答
32	今回のケースに限らず、多職種協働をしていく際の迷いとか葛藤とかゆらぎとか、そんなものがあればちょっとぜひともこれを教えてください。	こちらの抱えている、困っているだろうなと思う課題等、地域が抱えている困っている課題が一致すればいい。
33		ですが、これよりも例えば空き家が大変なのよとか、違う話が出たときにはどうしようかなと思いました。
34		今回は家に帰るという徘徊が今よりひどくならないようにということを目指していましたが、そっちが用意していなかったことが出たときにはどうしようかなと。
35	それは少し難しいですね、違う方向に行ってしまう可能性がありました。	
36		すだれが飛びそうだとか、草が伸びていたとか、イタチか何かがいきましたみたいな話があったので。
37	特に今回の会議で、先ほど弁護士さんにどう説明するかという一つの迷いというがあり、少し戸惑われた点なのかなと思ったのですが、いかがですか。	
38		家族とか、保佐人、後見人は本人の代理ですけども、本人がどう思っているかということのを代弁する人の意見をどれぐらい聞けるかなと思って。
39		本当に御本人が望んでいることかどうかというのはわかりませんし、ごみを片づけてほしいけども、放っておいてほしいとかという方も中にはいらっしゃいますし、この夏も暑いけども、エアコンかけずに扇風機だけで生活していて、あの人扇風機だけだけど大変よというのが地域からあがっています。
40		でも、御本人はそれでいいよというふうに言っているので、ケア会議に上げるときに、本人がどれぐらい問題意識を持っているかというのが、高ければ高いほどかけやすいです。
41		本当にこれが、本人が困っていらっしゃるかどうかということの確認は、みんなでそうだね、そうだねってしないと審議に進めないから、その打ち合わせを2度3度今回したはずなのですね。
42		この手間をかけると、これを2件、3件、4件、1カ月でしようと思ったら、すごいえらいことになる・・・と思います。
43	そう思いますね、今回の地域ケア会議はとても丁寧なモデルだと思います。だから、ある程度みんなが慣れていったらもう少し短縮してできるのかなという気がしました。	このメンバーで2度、3度あるわけではないと思うので、毎回人が変わるから、またゼロからと言うか、少し流れを確認してからしなければいけないので、かなり件数が増えてくると、これは大変だと思います。

⑤専門職としての役割

聞き取り内容を表 3-13 に示した。

「会議で決まったことが守られているというか、うまくいったかどうかというところは確認しなければいけませんし、役割分担も負担なく行われているかどうかということも確認しなければいけません」とあるように、地域ケア会議後の〔モニタリングの必要性〕を認識している。

地域ケア会議とサービス担当者会議の違いについて、地域ケア会議は「立体的なイメージ」「サービス担当者会議というのは、自分の中で出した目標をまずほかの方々と共有して、自分という

か利用者をつくるものです。」と回答している。サービス担当者会議は、ある意味では契約行為であり、それぞれの専門職には、契約に基づいた責任がともなう。そこまでの重たい責任を、「民生委員さんばかりにかけてしまうと申しわけがない」「それぐらいなら民生委員でもできるんだなというのが民生委員さん同士にも広まる」と民生委員に対して〔配慮〕や〔気遣い〕を示している。さらに、「広くもっと普及していけば、地域ケア会議の実感というんですか、それに伴ってもっともっと皆さんに伝わって、やっぱりやろうよというふうな話になる。」と回答している。

C 主任介護支援専門員が、地域ケア会議を立体的と発言した内容は、参加メンバーが自主的にそれぞれの〔役割の共通認識〕をし、過重な責任を持たずに、それぞれの責任を共通認識することで負担なく支援のネットワークに加わることができ、さらにその支援者は必要に応じて可変的に拡大されていくというイメージでとらえているのではないかと推測された。地域包括支援ネットワークを管理し、個別課題や地域課題の解決に向けていくことが地域包括支援センターの役割であると認識している。「すっきりした」という発言から、地域包括支援ネットワークがどのようなものであるかを実感できていると推測される。

C 主任介護支援専門員の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔モニタリングの必要性〕〔配慮〕〔気遣い〕〔役割の共通認識〕が抽出された。

表 3-13 専門職としての役割

No.	実 際 の 質 問	回 答
43	今後、包括の社会福祉士としてCさんが今回のケア会議をされて認識された御自身の役割というんですか、どんな役割があるというふうに認識されましたか。	会議の進行とかですか。
44	それも含めて、前後も含めて、今後の支援ということも含めて。	まず、会議で決まったことが守られているというか、うまくいったかどうかというところは確認しなければいけませんし、役割分担も負担なく行われているかどうかということも確認しなければいけませんし、それは事例提供者も私もどちらもしなければいけないかなと思うことと、
45		同じように困っている事例があれば同じように解決できるかもしれませんからお声がけしてくださいねという、ケア会議の宣伝、啓発をそこからしていただいて、できれば民生委員さんには今日の集まりでこうこうこうでしたよという報告はしてほしいです。
46		僕は終わった後、地区社協の集まりがありまして、今度地区の住民座談会があるんですけども、その実行委員会の中でも空き家問題というのが出ましたので、空き家といえば、先日ケア会議で出たケースにも空き家の問題があると。
47		だから、いろんなところで共通する問題点が上がってくると思いますので、ケア会議というものがあるので、少し紹介をしたら、そんなのできるのかなという話で。
48	今回ある意味モデル的にやって、前後で、Cさんの中で変わったこと、あるいは違った風景みたいなものがありましたか。	それはそうです、できたので自信ができました。
49		形ではうまくいくかなと思っていたのですが、皆さんが同じ課題で見えてくれて、一生懸命策を考えてくれて、提案することに、私はこれができる、これができる、あんなふうに言ってくださるとは、あそこまで言ってくださるとは思ってなかったので、これなら、また会議やっても、困っている方のためになるなというふうに思いました。

50	サービス担当者会議とは雰囲気違いますか。	違います。
51	どういう点で違いますか。	
52		サービス担当者会議というのは、自分の中で出した目標をまずほかの方々と共有して、自分というか利用者をつくるものです。
53		今回は、そうかもしれないし、こうかもしれないしって、あらゆる方向性から見て、責任を持ってないわけですよ、民生委員さんというのは、
54		だから、責任を民生委員さんばかりにかけてしまうと申しわけがないから、ほかのサービス提供事業者だったり、包括支援センターが補いますよという投げかけをして、
55		だから、そうですね、一次的、二次的、三次的じゃないですけども、もう少し円じゃなくて、立体的に包み込むようなイメージですかね。
56	そうですね、重層的って言ったらいいですかね。	そうですね、担当者会議なんか線でつながっている感じがします。
57	じゃあ、明らかに違いましたよね。	幅が何か、いなかったら、何とかさんにも電話するし、行きそうなところにも歩いて行くしっていうような。
58		その人の力量の差かもしれませんが、担当者会議で決まるサービスはこれをしますって、これだけをするっていうことは決まっているんですけど、
59		少し、本当、いろんなことを想定して、何て言えばいいんですか、線や面じゃなくて球というか、玉っていうか、立体的なイメージがありますね。
60	わかりました、これ、ちょっと関係ない話になるかもしれませんが、そんなことが広くもっと普及していけば、地域ケア会議の実感というんですか、それに伴ってもっともっと皆さんに伝わって、やっぱりやろうよというふうな話にもなっていくのかなと。	そうですね、それぐらいなら民生委員でもできるんだというのが民生委員さん同士にも広まると思うし、
61		私たちが知らない登場人物もいると思うし、お願いしたら申しわけないのかなということも実はあっさりやっていたいたり、だから、言わないのは損だったのかなと。
62	そうですね。	言って答えて、それは当たり前だと思っているのだったら、言って、断られたらいいかなと、やっていただいたら、お願いしますと。
63	だから、本当の意味でのネットワークをつくる場というふうにも位置づけられるかもしれないですね。そう言っていただけると、とても何かよかったと思います。	すっきりしました。

⑥その他の気づき

聞き取り内容を表 3-14 に示した。

今回の地域ケア会議に対する、C 主任介護支援専門員の達成感が高く、〔成功体験〕を得たともいえる。このような〔成功体験〕が専門職としての〔自信〕や〔支援の確信〕にもつながる。しかし地域包括支援センターの専門職の地域ケア会議に対する取り組みの質が課題であることを指摘している。

「僕はメンバー、皆さん知っていたから、初めて会う弁護士さんも前もって会っていたし、民生委員さんは2年半つながりがあったので、何を言っても話ができる方だったので、そういう強みがあった」と指摘しているように、普段の実践においても、〔少し強い関係性がある人〕を意

識していつでも、ネットワークに参加できるような準備や構えをしておく必要性も指摘している。地域を理解するだけでなく、地域の人と関係性を持って、アウトリーチしておくことが地域包括支援センターの専門職には求められていることが自覚されている。

C主任介護支援専門員の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔成功体験〕〔自信〕〔支援の確信〕〔少し強い関係性がある人〕が抽出された。

表 3-14 その他の気づき

No.	実 際 の 質 問	回 答
64	何かほかに言い残したこととか、お気づきがあれば、教えてください。	
65		一度体験をすると自信は持てるのですが、包括支援センター、うち9人職種がいて、誰もができるようになるにはなかなか難しいのかなと思うのですが、
66		進行的なマニュアルみたいなものができるわけではないと思うのですが、やはりみんなである程度流れを知っておいて、こういうことがうまくいったよということは共有するべきと思っていますので、経験をして、一度は進行して体験するといのかなと思っています。
67	新人さんとか包括に配属されてきた方にいきなり地域ケア会議を開けというのは、それはやっぱり難しいんですか。	
68		地域を知っていて、僕はメンバー、皆さん知っていたから、初めて会う弁護士さんも前もって会っていたし、民生委員さんは2年半つながりがあったので、何を言っても話ができる方だったので、そういう強みがあったのかと。
69		だから、そこを強くしてあげないと、いきなり初対面とか、二度、三度のメンバーだけではちょっと難しいかなと思って。
70		そこまでまだフランクにできる会議じゃないかなと、少し強い関係性がある人が何人かいないと。
71		だから、やはり繰り返しなのかもしれませんし、そういう意味ではまだ来て1年、2年の職員ではちょっとハードルが高いような気もします。
72	なるほどね。地域を知らなければ、一定のキャリアがあっても難しいということですね。	
73		利用者さんのところだけ訪問しているのと、やっぱり地域の方と話をし、民生委員さんと話をし、実際ケースのことで話をしたのとやはり違うと思います。

2. 事例提供した E 社会福祉士からの聞き取りの分析

①地域ケア会議でのケース検討を通じて得られた気づき

聞き取り内容を表 3-15 に示した。

「Dさんの個別課題をきちっと明確化しておくということがまず必要と思います。」と〔事前準備の重要性〕を指摘している。

また、「やはり日頃から顔が見えているだけに、ケース D のことが手に取るように、やはりみんなわかるし、いろいろ意見交換をスムーズにできたというのは、ケース D の事例だったからできた」と回答している。これは、C主任介護支援専門員と同様に、普段の実践においても、〔少し強い関係性がある人〕を意識して、いつでも、ネットワークに参加できるような構えをしていた

からこそその発言と思われる。

E 社会福祉士も、「顔」を認識してもらうことの必要性を指摘している。「顔が見える」からこそ、ケースの様子が共有でき、意見交換がスムーズとなり、「重層的な見守りを意識する話し合いができたというところはよかった。」と回答しているように、既にあった〔緩やかなネットワーク〕が重層的で〔強固なネットワーク〕に変容したことが認識され、E 社会福祉士にとっては、〔成功体験〕として位置付けられていると推測される。

また、C 主任介護支援専門員と同様に「民生委員さんはそこまで責任を負わずというか、やはり、そういう責任を負わずというのもやはり民生委員さんにはかなり負担だと思います。」と民生委員に対する〔配慮〕が述べられている。

「包括としてDさんを見守りますよという約束事ができたというのは安心感」と回答している。介護支援計画は契約であるが、「包括としてDさんを見守りますよという約束事ができたというのは安心感です」と回答しているように、地域包括支援ネットワークによる支援には、〔安心感〕が必要である。また、地域包括支援ネットワークは、〔約束事〕と述べていたのは、地域包括支援ネットワークを説明するための新たな知見といえる

E 社会福祉士の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔事前準備の重要性〕〔少し強い関係性がある人〕〔緩やかなネットワーク〕〔強固なネットワーク〕〔配慮〕〔安心感〕〔約束事〕が抽出された。

表 3-15 地域ケア会議でのケース検討を通じて得られた気づき

No.	実 際 の 質 問	回 答
74	この間、地域ケア会議をやりましても、事前準備の段階からも含めて、地域ケア会議でのケース検討を通じて、何か得られた気づきがあれば教えてください。	事前準備に関しては、Dさんの個別課題をきちっと明確化しておくということがまず必要と思います。
75		それを踏まえた上で地域での課題、支援策、ある程度、見立てを立てておく、道筋を立てておくということがまず成否にかかわる大事なことでとても実感しました。
76		ケースDに関しては、地域でも気になる認知症の方であり、日々顔の見える保佐人であったり、民生委員さんでも密に顔を見て、いろいろやはり連携を取っていた。ああいう話し合う場でも、やはり日頃から顔が見えているだけに、ケースDのことが手に取るように、やはりみんなわかるし、いろいろ意見交換をスムーズにできたというのは、ケースDの事例だったからできたというところはすごい感じました。
77	日ごろからのそういう関係というのはとても大事だったということでしょうか。	そうですね。
78	そういうふうなことが既にあったということですね。	そういうことを、包括を交えていろんな機関で日々やっていたということがすごく成功というか、よかったかなというふうに思いますね。
79	だから、地域ケア会議の場でネットワーク化できたというよりも、既にあったネットワークをあの場で確認したというイメージ、どういうイメージなんですかね、そこは。	多分、それが近いと思います。皆さんがそれぞれに自分の役割を話し合っても、やはり民生委員さんは民生委員さんの役割を意識してらっしゃる、ケアマネジャーはケアマネジャーということでみんながそれぞれDさんの知らずとそういう見守りができて、
80		この間、初めてそういう役割をきちっと共通認識を持って、ここはここだよねということを役割分担する、再確認をしたというところが大きかったと思います。

81	そうすると、地域ケア会議の前後で、何かさん自身の D さんに対する支援の仕方というのやりやすくなりましたか。	やりやすくなったと思います。
82	なるほど。その、やりやすさの一番のポイントはありますか。	見守りが重層的に話し合えたというところで、まずは今、入所している F サ高住のケアマネさんや職員さんが、D さんが出ていったところを把握する。大体目星がついている地域で動かれる範囲というところは民生委員さんが把握して、もし例えば S O S 事業という話もありましたけど、
83		地区内に出れば、民生委員さんはそこまで責任を負わずというか、やはり、そういう責任を負わずというのやはり民生委員さんにはかなり負担だと思います。
84		そこで、包括としてどう動くかというところ、その、こうだったらああするみたいな、重層的な見守りを意識する話し合いができたというところはよかったかなと思います。
85	そういう意味では、C さん自身の安心感も得られた部分もある、とても大きいですか。	そうですね、大きいですね。
86	ああ、そうですね。	地域でここまでやってもらえる。でも、私たち知らないじゃないですか、やはり包括として D さんを見守りますよという約束事ができたというのは安心感です。

②多職種協働による課題解決の見通し

聞き取り内容を表 3-16 に示した。

「D さんみたいな認知症が出てきたときにどうするかという、見守りを強化するに当たっては、やはりなかなかきめ細かい支援というのは、介護保険ではどうしてもできない部分というのがたくさんある」と指摘している。認知症の人の支援は、地域で支えていくという方向性が明確に自覚されている。JR 東海の損害賠償事件が投げかけた課題の解決の一つの手だてとしての〔地域ケア会議の価値重要性〕を示唆している発言でもある。

さらに、地域ケア会議でそれぞれの役割を〔約束事〕で確認し合うことは、「みんなでやりましょうよ」という「雰囲気をつくるというか、それって大事。何となくやるじゃなくて」「民生委員さんにとってもすごく有意義なことになると思います。」と回答している。さらに、協働とは「みんなでつくり上げていくプロセス」と「協働」のあり方を提起している。

E 社会福祉士の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔地域ケア会議の価値重要性〕が抽出された。

表 3-16 多職種協働による課題解決の見通し

No.	実 際 の 質 問	回 答
87	多職種と協働で色々な問題を解決するに当たって、何か C さんの中で見通しを立てることができましたか。	やはり一つ問題になっているのは D さんみたいな認知症が出てきたときにどうするかという、見守りを強化するに当たっては、やはりなかなかきめ細かい支援というのは、介護保険ではどうしてもできない部分というのがたくさんあると思います。
88		そうすると、やはり地域のキーパーソンである民生委員さんとか支援員さんとかの力は、御近所さんもそうでしょうけど、大きいと思います。
89		そういう会議に出かけて情報交換しておく、それで巻き込んだ支援が考えていけるという必要性をすごく感じたし、本当に大事なことだと思います。
90	今までと、例えば民生委員さんとの関係というか、そういうのはちょっと変わってきましたかね。	そうですね、特に今回の D さんの民生委員さんはものすごくやる気でいらっしゃって、まだ 1 期目でいらっしゃると思うんですけど、ここまでフットワークよく、以前は、包括に言っ

		たと言いつばなしみたいな民生委員さんもあったように、私は知りませんが、あるという話もあったけども、今は割りと地域のことはみんな話し合っているという、そういう民生委員さんの考え方が出てきているのかなと、やはり意識が変わらないと、なかなか難しいです。
91	例えば、民生委員さんとの関係をつくるためには、こういう地域ケア会議とかというのは有効だと思われませんか。	そうですね。
92	あるのとないのとでは、ちょっと違いますか。	民生委員さんもそういう確認し合うという会議に引き込んでいくという、そこで民生委員さんの役割を確認して、みんなでやりましょうよということです。
93	そうですね。	そういう、やはり雰囲気をつくるというか、それって大事、何となくやるじゃなくて、確認し合うというのは、民生委員さんにとってもすごく有意義なことになると思います。
94	今おっしゃられたことで、例えば協働という言葉で置きかえられますか。	
95		そうですね、みんなで作って上げていくプロセスというか。
96	つくり上げていく、なるほど、なるほど。じゃあ、多分、これからもこのDさんならDさんの支援というか、関係をつくり上げていくということですかね。	

③多職種協働の実践の方向性

聞き取り内容を表3-17に示した。

「地域に出ていくって苦手意識は実際に包括に来てすごい感じるころはあります」とやや〔抵抗感〕を前置きしながら、「やはり日々の連携が大事」と回答している。〔日常的な関係形成の積み重ね〕が重要であると認識している。また、「誰が偉い人というわけじゃなくて、やはり、医者はここまでやる、生活のことはわからないから、それは在宅支援するみんなで考えましょうよという、そういう役割なのか、そういう広範な話ができるといいなと思います」は、地域包括支援ネットワークのあり方を提言している。先にも述べた連携や協働の阻害要因³⁾⁻⁶⁾を軽減していく役割を地域ケア会議が果たして行くことが必要であるという〔地域ケア会議の価値重要性〕を認識している。

E 社会福祉士の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔抵抗感〕〔地域ケア会議の価値重要性〕が抽出された。

表3-17 多職種協働の実践の方向性

No.	実 際 の 質 問	回 答
97	Cさん自身が、例えばいろんな職種と協働するために何をしたらいいのか、どう協働関係をつくり上げていったら包括の職員としてよいと思いますか。	結構、地域に出ていくって苦手意識は実際に包括に来てすごい感じるころはありますけど。
98	では、ほかに専門職の人とはどうですか。	民生委員さんの会議に足を運びますが、なかなか恐縮する部分があったりはしますが、でも、やはりそれをやっていかないといけないだろうなという課題もあります。
99	インフォーマルな資源とか、民生委員さんのような方とか、専門職とか、弁護士とか、医師などとどううまくやっていけるのか、どうすれば協働という関係がうまくいくようなイメージを持っていますか。	専門職さんと、以前、居宅のケアマネやってるころ、そういう連携というのは日々やってきましたし、いろんなケースをやることによって、いろんな社会資源、そこにいる職員さんのこともすごくよく知りましたし、包括に来て、より社会資源が、独居の方も多いので、すごく視野は広がったなと思いますので、やはり日々の連携が大事なのかなと思います。

100	そうですね、だから、そういう意味でも地域ケア会議というのは有効ということでしょうか。	誰が偉い人というわけじゃなくて、やはり、医者はここまでやる、生活のことはわからないから、それは在宅支援するみんなで考えましょうよという、そういう役割なのか、そういう広範な話ができるといいなと思いますね。
-----	--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

④多職種協働における迷いや葛藤

聞き取り内容を表 3-18 に示した。

「看護師さんってすごく予後をすごく心配されて、病気らしい、こうしたらどうしよう、だから早く何とかしないといけないじゃない、この人っていう、ちょっと焦らされたような経験もあります」と回答している。これは、考え方や見方、価値観が異なる看護師との〔葛藤〕が示されている。「それでも本人がここで暮らしたいということを望んで、家族も予測できるリスクを話した上で、やはり、それでもと言われて、その話し合いで生活が成立するのであれば、そこは後押ししてあげたいというのが社会福祉士としての自分の思い」と社会福祉士の価値観や考え方が述べられている。この解決を「折り合い」と表現しているが、「一緒に考えるという姿勢はとってまず」と発言している。一緒に考えるという志向性をもつ地域ケア会議のありようも提示されている。

E 社会福祉士の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔葛藤〕が抽出された。

表 3-18 多職種協働における迷いや葛藤

No.	実 際 の 質 問	回 答
101	地域ケア会議を終えて、多職種と協働で実践をすることに対して何か迷いや葛藤を感じたことがあれば、教えてください。何か迷いとか葛藤とか、何かジレンマとか、これは何かちょっとまずいなとか、うまくいかないなと思ったことはありますか。	
102		医療職さんとか、例えば看護師さんなんかも入っているケースもありますけど、看護師さんってすごく予後をすごく心配されて、病気らしい、こうしたらどうしよう、だから早く何とかしないといけないじゃない、この人っていう、ちょっと焦らされたような経験もあります。
103		ただ、本人にとっては、それはまだ望んでないこともあるかもしれないし、まだ生活ができるんじゃないかという認知症の方とかを支援したことがありました。
104		ただ、在宅の限界をどこで見きわめるかというのにすごく悩んだ事例はありました。
105	例えば、在宅の限界といったところが、看護師さんと、例えば包括の職員なんか、社会福祉士なんかそうかわからないけれども、ちょっと医療職と違うところってありますか。在宅の限界みたいなことを考えるときに、割りと早く、医療職のほうが限界感じたりとか。	まず、すごくわかるんですね。
106		専門知識がおありになるので、たしかに認知症が進んで家に帰れなかったらどうするの、この人、溝にはまって命の危機にさらされるかもしれないとか、認知症のレベルだと思うよと言われて。
107		でも、それを本人は判断能力落ちてらっしゃるので、家族と話して、それでも本人がここで暮らしたいということを望んで、家族も予測できるリスクを話した上で、やはり、それでもと言われて、その話し合いで生活が成立するのであれば、

		そこは後押ししてあげたいというのが社会福祉士としての自分の思いというはある。
108		そこに、どう医療職さんと折り合いをつけるかという、ここまでいってたらちょっとやめましょうという、そういう話し合いが持てるとうよかったなというケースはありました。
109		本人、家族の思いをやはり尊重した結果がそこなのかなと思います。
110		私も地域支援なんて本当に今年度からなので、なかなか民生委員さんとのおつき合いはまだそこまではないんですけど、余りむちゃぶりされることはないと思うんですけど。基本、一緒に考えるという姿勢はとってます。

⑤専門職としての役割

聞き取り内容を表 3-19 に示した。

「見守りの体制というのを再確認しました。」「地域外に出られたら、包括もやはり応援しないといけないでしょうし、そういう自分自身の役割、包括もその流れの中に入っていきますよということを認識できた」と発言しているように、地域包括支援センターは、地域包括支援ネットワークを構築し、地域で何らかの課題があれば、そこに積極的に関与していくことが役割であるということが認識されている。地域包括支援センターの立ち位置は、例えば徘徊高齢者がいた場合その支援のネットワークをどうつくっていくかは、介護支援専門員のケアマネジメントでは困難であるという認識をもっていると推測される。「地域包括支援センターの設置運営について」⁷⁾において、「個別ケースの支援内容の検討を通じた、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援」につながる役割が認識されている。

表 3-19 自分の役割

No.	実 際 の 質 問	回 答
111	今後、D さんを支援していくための D さんの今後の役割って、例えばどういうふうに認識されてますか。	今回話し合って、いろいろ見守りの体制というのを再確認しました。
112		地域外に出られたら、包括もやはり応援しないといけないでしょうし、そういう自分自身の役割、包括もその流れの中に入っていきますよということを認識できたかなと思います。
113		今後、認知症が進んできてたときに、同じサ高住で生活できるのかなという、その辺の見きわめもやはり包括としてもやっていかないといけないところかなと思います。
114	そうすると、ちょっと包括の立ち位置ってどうなるのか。そこでケアプランつくってというのは、その生活になると思うんだけど、包括の立ち位置って、その人が徘徊をしたとかといったときに、その支援のネットワークをどうつくっていくとか、居宅のほうでは対応できないようなことを包括のほうでバックアップしていくか、そんなところに。	そうですね。
115	なるほど。そうすると、包括の仕事は大変ですね。	でも、地域で見守る体制ができたことによって、ある程度はそこでやってもらえるんだという、そこまでこちらが抱えることはないという面もあるかなとは思っています。

⑥その他の気づき

聞き取り内容を表 3-20 に示した。

E 社会福祉士も、「地域ケア会議ならではの、ある意味、地域の課題についてお話も出てきたというところは、またサービス担当者会議とは違う、地域を対象とした会議ならではのと感じました。」とあるように、C 主任介護支援専門員と同様に、サービス担当者会議の違いを回答している。また、「本当に本人を支える、やはり話し合いの場というのが地域ケア会議なのかなとは感じました」と回答している。地域ケア会議の有効性や重要性を認識し、C 主任介護支援専門員と同様に、地域ケア会議で事例を報告したことが、〔成功体験〕となっている。

E 社会福祉士の回答から、地域ケア会議の構成要素として〔成功体験〕が抽出された。

表 3-20 その他の気づき

No.	実 際 の 質 問	回 答
116	最後に何かお気づきがあれば教えてください。	
117		ケアマネをちょっとやってきて、サービス担当者会議というのは常日ごろ更新時期とかケアプラン変更時とかやって、その人を支える生活支援も話し合う場というのは何回も経験はしてきました。
118		けども、地域を交えてこうやって会議をするということは本当に初めての経験でしたので、そこから、いろんな個別課題からいろいろ空き家の問題とか興味深い話も出てきました。
119		地域ケア会議ならではの、ある意味、地域の課題についてお話も出てきたというところは、またサービス担当者会議とは違う、地域を対象とした会議ならではのと感じました。
120	ということは、ケアマネとして、サービス担当者会議と地域ケア会議というのは明らかに違いましたか。	かなり広がり、本当の意味で本人を支えている人たちが集まっていて、介護保険だどうしてもかかっているサービス機関が主になってしまいます。
121		ただ、地域の人を見守っているケースはたくさん今までもありましたし、そういう意味で、本当に本人を支える、やはり話し合いの場というのが地域ケア会議なのかなとは感じましたけど。
122	多分、その感触だと僕は思ってます。サービス担当者会議ではなくて、それはそれで必要なんだけど、地域を見る、みんなでネットワークをつくっていく。それぞれその役割があって、みんなで、安心感、責任のなすり合いではなくて、それぞれの役割があることの安心感というようなのがちょっとあるというまとめでいいでしょうか。	
123	だから、介護というサービスで、そういう要素がうまく組み合わさった、非常にいい例であったかな。	本当、Dさんは幸せな方だなと、なれ親しんだ地区で住みかえですか、その地区での住みかえをしたという、何か、そこが地域包括ケアシステムの見本になるような、当てはまるような事例だとすごく思って、感じています。そこで生活できているDさんというのは、多分幸せなんだろうと、それがずっと続くかどうかかわからないですけど。
124		本来なら、多分、本当に施設入所してしまっているケースかなと思いますけど、

3. 地域ケア会議の構成要素

C 主任介護支援専門員と E 社会福祉士の 2 名の聞き取り調査の分析から、〔事前準備の重要性〕〔地域ケア会議の価値重要性〕〔強固な地域包括支援ネットワーク〕〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕〔安心感〕〔参加要請の逡巡〕〔日常的な関係形成の積み重ね〕〔配慮〕〔成功体験〕〔他職種理解〕〔抵抗感〕〔参加要請の逡巡〕〔支援の確信〕〔自信〕〔迷い〕〔モニタリングの必要性〕〔役割の共通認識〕〔不安〕〔新たな課題〕〔配慮〕〔気遣い〕〔支援の確信〕〔少し強い関係性がある人〕〔約束事〕〔葛藤〕が、地域ケア会議の構成要素として導き出された。

さらに、これらの要素も踏まえて、第 4 節で示した地域ケア会議の分析結果もあわせて、さらに地域ケア会議における重要な構成要素を導き出した。

1) 〔事前準備の重要性〕と〔地域ケア会議の価値重要性〕

事例提供者である E 社会福祉士の地域ケア会議で検討すべきケース D の状況説明、それに基づく〔検討課題の明確化〕を行うことで地域ケア会議が開始された。地域ケア会議では、多職種が参加することから、それぞれの専門職の価値観や下位文化をもち込むことになり、専門職間相互による印象や人間関係の緊張感が存在すると考えられる。議論の進行の仕方により、相互に否定的な感情を持つことも想定される。

また、地域ケア会議では一定の結論や成果を導き出し、共有することが必要であることから、参加者自身が〔地域ケア会議の価値重要性〕を理解し、それぞれの参加者の〔役割の共通認識〕を図ることが重要となる。これらの問題認識をもとに、E 社会福祉士が「D さんの個別課題をきちっと明確化しておくということがまず必要だと思います。」と回答しているように、B 包括内で、事前にケース D の事前の情報を確認し、何を検討すべきか周到な準備をし、ケースの〔検討課題の明確化〕を行い、ケース D に対する〔支援の方向性〕をある程度の見立て、解決の道筋を立てておくという〔事前準備の重要性〕が認識されていた。

事例を報告した E 社会福祉士は、「退院後も継続した地域の見守りが必要」とした仮説としての〔支援の方向性〕、及び「住みなれた地域でなじみの関係を持ちながら D さんが安心して生活できるような支援を今後も地域の方々とともに今日は考えていきたい」と〔検討課題の明確化〕を行う作業を事前に行っていたと推測された。

さらに、C 主任介護支援専門員も E 社会福祉士も、地域包括支援センターの職員として、参加者に対して事前に地域ケア会議で何を検討するかを説明することで、〔地域ケア会議の価値重要性〕の理解の促進を図っていたと考えられる。

以上のことから、地域ケア会議にあたっては、地域包括支援センターの専門職は、事前にケースの〔情報の確認〕をし、何を検討すべきか周到な準備をし、ケースの〔検討課題の明確化〕を行い、ケースに対する〔支援の方向性〕をある程度の見立て、解決の道筋を立てておくことが重要であることが明らかとなった。そのことで、参加者に対して〔地域ケア会議の価値重要性〕の理解の促進を図ることが可能となる。

さらに、支援に関与しているあるいは関与が予測される専門職や民生委員などのインフォーマルな支援者に対して、地域包括支援センターの機能やどのような職種が何をしているかを日常の実践の中で伝達し、〔他職種理解〕が得られるよう〔日常的な関係形成の積み重ね〕が重要であ

ることも明らかとなった。特に重要なのが、〔少し強い関係性がある人〕を支援のキーパーソンとして、〔相談しやすい関係性〕を確保しておくことである。この作業は、〔顔のわかる関係〕から〔顔の向こう側が見える関係〕へと発展する要因となる。

一方で、地域にはさまざまな属性を持つ専門職やインフォーマルな支援者も存在することが予測され、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築の阻害要因となることもある。そのことが想定される場合は、事前に地域ケア会議の趣旨や目的を丁寧に説明することが重要である。進行役のC主任介護支援専門員は弁護士に〔参加要請の逡巡〕があったが、弁護士の〔情報提供〕〔支援内容の提案〕〔新たな課題〕の発見により、弁護士の参加の要請は〔成功体験〕として位置づけられている。これらの一連の事前の準備が、地域ケア会議を円滑に進める要因であり、参加者の〔地域ケアの価値重要性〕の理解の促進が図られることとなる。

2) 〔緩やかなネットワーク〕から〔支援の方向性〕をもつ〔強固な地域包括支援ネットワーク〕への変容

地域ケア会議の参加者は、これまでケースDにかかわる支援者であった。B包括の専門職であるC主任介護支援専門員とE社会福祉士は、それらの支援者がどのような支援を展開していたか一定の情報を収集し、今後のケースDを支援するために、〔支援の方向性〕と目的を持った〔強固な地域包括支援ネットワーク〕を構築する意図もあったと推測された。C主任介護支援専門員は、「相談のしやすさ」という関係性の下に、日常的に「比較的にかかわりの多かった民生委員」と相互にケースDの〔情報提供〕に努め、I民生委員の活動状況を十分に把握し、〔相談しやすい関係性〕を形成しておくことの重要性を認識していたと推測される。

また、I民生委員と主任介護支援専門員との間で〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕をすでに形成していたと評価することができる。地域包括支援センターの専門職は「もっと定期的に地域を回って巻き込みたいケースないですかって、巻き込んでいくことも必要」と回答しており、地域の支援者との〔かかわりの深化〕をさせながら普段から地域包括支援ネットワークの構築を意識していることが推測された。結果として、地域ケア会議では、以前から存在していた〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕が確認され、〔支援内容の提案〕に基づき、〔支援の方向性〕をもつ〔強固な地域包括支援ネットワーク〕に変容したと評価できる。

しかし、E社会福祉士が聞き取りの中で、「包括としてDさんを見守りますよという約束事ができたというのは安心感です。」とあるように、ネットワークは契約ではなく、〔約束事〕ととらえることにより、〔安心感〕が生まれ、その〔安心感〕がさらなる自発的な支援行為につながっていくのではないかと推測された。この〔安心感〕をもたらすのは、地域包括支援センターであるという自覚をもってE社会福祉士が普段の実践に取り組んでいることも推測された。

C主任介護支援専門員の弁護士に対する地域ケア会議の〔参加要請の逡巡〕については、「価値観・理念・方法論の対立」「信頼・コミュニケーションの欠如」³⁾⁻⁶⁾といった協働や連携の阻害要因としてあげられている内容が意識されていると推測される。しかし、C主任介護支援専門員が「そうではなくて、本当に退院された後どうするかということを話し合いたいと言ったら、それはぜひやってほしいと言われた。」とあるように、弁護士に限らず地域ケア会議の趣旨や何を検討するか、どのような方向性で〔支援内容の提案〕をするかといった事前の説明が、地域ケア会議に参加する〔抵抗感〕の軽減には必要であった。「突然あの日来られていたら難しかったと思いま

すけれども、やはり前もって説明に行っておいたからよかった。」と回答した内容がこのことを裏付けている。

多職種協働で課題解決をするためには、地域包括支援センターの専門職は何をする人かということのを他職種に伝達することの重要性を指摘していることから、〔日常的な関係形成の積み重ね〕が、「もっと定期的に地域を回って巻き込みたいケースないですか、巻き込んでいくことも必要」と地域の支援者との〔かかわりの深化〕を追求する行動意図を明確にもっていたことが推測された。また、C主任介護支援専門員と同様に、「民生委員さんはそこまで責任を負わずというか、やはり、そういう責任を負わずというのもやはり民生委員さんにはかなり負担だと思います。」と回答しており、それぞれの職種や立場に対する〔配慮〕が必要なことを示唆している。

C主任介護支援専門員もE社会福祉士も、既にあったネットワークが〔強固な地域包括支援ネットワーク〕変容したことが認識され、それぞれ〔成功体験〕が得られたと推測される。

地域ケア会議の構成要素として、新たに〔相談しやすい関係性〕〔かかわりの深化〕が抽出された。

3) 〔共通理解の深化〕と〔対等な関係〕

地域ケア会議が円滑に進行され、一定の結論や成果を得るには、明確化された検討課題を中心に、議論を組み立てていくことが重要であり、そのためには参加者が地域ケア会議で検討されるべき中心的課題にそった発言をすることが求められる。

対象とした地域ケア会議では、参加者がこれまでケースDにかかわってきた経緯や、ケースDの情報、それに基づく〔アセスメント〕及び実際の〔過去の支援内容〕を発言している。地域ケア会議の場において改めて、参加者がそれぞれの立場からの情報や〔過去の支援内容〕及び〔アセスメント〕を共有することは、ケースDの人間像や生活像について〔共通理解の深化〕をするために必要である。この作業を通じて、それぞれの専門職の専門性、これまでの支援上の役割、支援の価値観や方法論を共有し、相互の信頼関係を築くコミュニケーションが図られ、〔対等な関係〕形成に資する効果があると推測された。

地域ケア会議の構成要素として、新たに〔共通理解の深化〕〔対等な関係〕が抽出された。

4) 〔顔の重要性〕

C主任介護支援専門員もE社会福祉士も、顔を認識してもらうことの必要性を指摘している。〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕から〔強固な地域包括支援ネットワーク〕に変容したことも、地域ケア会議という場には、顔が存在し、相互に顔が認識された効果と思われる。

多職種協働の基盤として、「顔の見える関係」の形成が医療従事者間の問題として指摘されている⁸⁾。また、福井⁹⁾らは、顔の見える関係評価尺度を開発している。顔が、多職種連携の一つの要因になっていると言える。

森田らは、地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索する研究^{10) 11)}において、「顔の見える関係」を「顔のわかる関係」「顔の向こう側が見える関係」「顔を通り越えて信頼できる関係」の3つに概念化している¹⁰⁾。最初は、「『誰が誰だか分からない』状態であるので、『顔が分かる』ことで顔の見える関係であると思われるが、連携が進むにつれて、連携に必要なのは『ひととなりの分かる関係』であることが分かる。できれば、『信頼できる

関係』になりたいが、連携を取るためには全員が信頼できるようにならなくても、『ひととなり
が分かる関係』であればまずはよい。このひととなりが分かる関係のことを『顔の向こう側が見
える関係（ひととなりの分かる関係）』¹⁰⁾と指摘している。これらの関係が促進されることで、
『顔を通り超えて信頼できる関係』が構築されると指摘している¹⁰⁾。また、ひととなりが分かる
ことで、ネットワークの価値を感じる体験をするとも指摘している¹⁰⁾。

さらに、「顔が分かるから安心して連絡しやすい」「役割を果たせるキーパーソンが分かる」
「相手に応じて自分の対応を変えるようになる」「同じことを繰り返して信頼を得ることで効率
がよくなる」「親近感がわく」「責任のある対応をする」という顔の見える関係の要因が連携を
促進するとしている¹⁰⁾。

C 主任介護支援専門員の「地域の団体に、やはり顔を見せていく、顔なじみになっておくこと
が必要」は、森田らの主張する〔顔のわかる関係〕¹⁰⁾であり、「一度会っておいたので、あときの
方ですぬという感じですっと来られて、では、始めましょうというふうに言えた」のは、〔顔の
向こう側が見える関係〕（ひととなりの分かる関係）¹⁰⁾が形成されつつある状態であると推測
される。

地域ケア会議の事前準備をする段階で、誰に参加を要請するかの検討が〔顔のわかる関係〕¹⁰⁾
を形成する最初の作業であり、実際に地域ケア会議の趣旨を説明する作業の中で、〔顔の向こう
側が見える関係〕¹⁰⁾が形成される。そして、地域ケア会議においてケースの検討をする中で〔顔
を通り超えて信頼できる関係〕¹⁰⁾が形成され、〔他職種の理解〕が深まり、多職種への〔抵抗感〕
が解消されていったと推測される。

特に、C 主任介護支援専門員の弁護士に対して、地域ケア会議の〔参加要請の逡巡〕があり、
これはまだ〔顔のわかる関係〕¹⁰⁾にとどまっていた状態と推測される。しかし、ケースDについ
て地域ケア会議で検討することを事前にN 弁護士に説明したことにより、少なくとも〔顔の向こ
う側が見える関係〕¹⁰⁾の形成に効果があったと推測される。実際の地域ケア会議では、N 弁護
士は積極的に、ケースDについての〔情報提供〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕〔支援の難
しさ〕〔支援の評価〕〔支援内容の提案〕が発言されている。このことから森田らの述べる〔顔のわ
かる関係〕〔顔の向こう側が見える関係〕〔顔を通り越えて信頼できる関係〕¹⁰⁾が、地域ケア会
議の準備段階から漸次的に形成されたと推測される。

地域ケア会議は、いわゆる「顔の見える関係」⁸⁾⁻¹¹⁾を形成し、支援の展開を進化させる場でも
あり、第2章で述べた「連携 (Linkage)」から「協調 (Coordination)」¹²⁾に移行する場でもあり、
さらに意識されていない〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕をさらに〔支援の方向性〕と目
的を持った〔強固な地域包括支援ネットワーク〕に変容させる契機となる可能性をもっている。

地域ケア会議の構成要素として、新たに〔顔のわかる関係〕〔顔の向こう側が見える関係〕〔顔
を通り超えて信頼できる関係〕が抽出された。

5) 〔自己効力感〕

地域ケア会議を実施する地域包括支援センターは、各参加者が具体的な〔支援内容の提案〕を
し、それに基づいて具体的な支援を展開できる〔自己効力感〕を持つことのできるような地域ケア
会議の運営が求められる。〔自己効力感〕とは、A. Bandura が提唱した概念であり、「ある行動を
起こす前に個人が感じている「自己遂行可能感」、さらに「自分自身がやりたいと思っていること

の実現可能性に関する知識、あるいは、自分にはこのようなことがここまではできるのだという考え」と説明している。さらに、Bandura は、〔自己効力感〕は、自分で実際に行ってみること、他人の行為を観察すること、自己教示や他者からの説得的な暗示、情緒的な喚起といった情報源を通して形成されるとしている¹⁾。

このことから、地域ケア会議では、参加者自身が地域ケア会議の〔地域ケア会議の価値重要性〕を確認し、他の参加者からの〔情報提供〕や〔過去の支援内容〕を共有し、自らの〔支援内容の提案〕を行い、多職種協働により個別課題や地域課題を解決していこうとする意欲を醸成し、解決に向けた確信や参加者自身が役割としてできることの実現可能性を見立て、支援を展開していこうとする自信をもつことが重要である。さらに、参加者の発言を観察し、他の参加者の課題解決に向けた期待や〔熱意〕を感じ取ることも重要である。

地域ケア会議の第1ステージにおいて、I 民生委員が「退院して、今度帰ってきてまた前のように地域に出た時に迷子になって、どこにいるかわからなくなった時の心配があるということを、今後帰って来られたら、また地域の方々にお話ししたいと思います。」と発言したように、積極的に支援を展開していこうとする自信を持った行動意図を表明している。

C 主任介護支援専門員も、「民生委員さんはそもそも面倒見がよくて、ひとり暮らしの高齢者の方の見守りネットワークとかもつくっていて、地域サロンのボランティアもされていらっしゃる」と評価しているように、日ごろから参加要請の対象者の活動状況を十分に把握し、〔熱意〕を持って民生委員の役割を果たしている I 民生委員に参加を依頼したことが、地域ケア会議の成果をもたらしていると推測される。

また、弁護士という保健医療福祉関係者以外の支援者からの肯定的評価は、支援者のこれまでの〔支援の確信〕をもたらし、各参加者のこれからの支援に対する〔自己効力感〕につながる。意図的に、地域ケア会議という「顔の見える関係」のなかで、各参加者は相互に支援の肯定的な評価をすることも必要である。

地域ケア会議の構成要素として、新たに〔自己効力感〕が抽出された。

6) 〔規範的統合〕

地域包括ケアシステムの構築には、規範的統合が必要といわれている¹³⁾⁻¹⁶⁾。規範的統合とは、第2章で述べたとおりであるが、多職種が協働して支援を効果的に展開するために、地域ケア会議がそのプラットフォーム機能⁵⁾を担うことを期待されていることから、地域ケア会議は規範的統合を促進する場としても位置づけることが可能である。

規範的統合を促進するためには、地域ケア会議の参加者一人一人の〔自己効力感〕が醸成され、さらに参加者で〔自己効力感〕を共有することである。地域ケア会議に参加した行政保健師が地域ケア会議終了後に、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、参加者全員が「私が頑張ろう」から「一緒にやろう」という雰囲気作りが必要であり、支援者が「個人の努力で何とかしよう」というレベルにとどまらず、一緒に頑張る仲間を増やそうと思えるような支援が必要、さらにそのことが潜在している人材の発掘や支援する側の組織化などにもつながると述べている¹⁷⁾状態を、地域ケア会議を通じて作り出していくことである。規範的統合を実質化していくことが、地域包括支援センターの専門職に求められている。

今回の地域ケア会議においても、最後に C 主任介護支援専門員が、「地域ケア会議に出席して、

やはり地域での見守りの状況、施設の生活の状況というのは、顔が見える関係の中での話だからこそできた。」、「今後とも、この地区のネットワークを大切にしていきたい。」と発言していることは、多職種協働のプラットフォームの構築が可能となり、〔規範的統合〕の手がかりが得られている状態と考えられる。

また、地域ケア会議後に、C 主任介護支援専門員は、地域ケア会議に対する「自信がついた」と回答している。その背景には、「皆さんが同じ課題で見えてくれて、一生懸命策を考えてくれて、提案することに、私はこれができる、これができる、あんなふうに言ってくださるとは、あそこまで言ってくださるとは思ってなかった」とあるように、参加者がケースの課題解決や地域課題の提案などを共有し、自発的に自らの役割を担おうとする取り組み姿勢がC主任介護支援専門員の〔自信〕につながっていると推測される。参加者全員でケースが安心して生活できる地域にしたいという〔規範的統合〕が形成されたのではないかと推測される。規範的統合こそが、参加者の自主性や積極性を引き出し、進行役を務めたC主任介護支援専門員の地域包括支援センターの専門職としての専門職としての〔自信〕、あるいは今後多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築し、それぞれの参加者の〔支援の確信〕につながったと推測される。

さらに、E 社会福祉士が協働とは「みんなでつくり上げていくプロセス」と指摘している。地域ケア会議での検討は、事前準備段階を含めて、〔顔のわかる関係〕¹⁰⁾から〔顔の向こう側が見える関係〕へ、そして〔対等な関係〕が保証される〔顔を通り超えて信頼できる関係〕¹⁰⁾が形成される過程であり、さらに地域包括支援ネットワークを構築するために〔地域ケア会議の価値重要性〕を参加者全員で共有する過程でもあった。参加者間において、十分なコミュニケーションを図り、ケースDの〔支援内容の確認〕を参加者全員で行い、それぞれの〔役割の共通認識〕を行い、ケースDの退院後のFサ高住における生活の支援体制を整備することができたという点において、地域ケア会議での検討の過程は「規範的統合」の過程と評価することが可能である。地域ケア会議の構成要素として、新たに〔規範的統合〕が抽出された。

7) 〔ゆらぎ〕

これまで抽出された地域ケア会議の構成要素として、〔迷い〕〔不安〕〔心配〕〔葛藤〕が抽出された。また、N 弁護士がケースDに対する〔支援の難しさ〕を表明しているように、〔支援の難しさ〕とは、支援を展開する上での手詰まり感、わからなさ、悩みである。一方で、専門家においてもわからない〔支援の難しさ〕は、ケースDの課題の広さや深さを提起している。専門家はすべてを理解していなければならないという前提は、相互に信頼・コミュニケーション・意欲の欠如をもたらし、不均等な力関係をも持ち込むこととなる。

これらのことから、〔迷い〕〔不安〕〔心配〕〔葛藤〕〔支援の難しさ〕〔抵抗感〕といった否定的な感情は、尾崎が論じている支援上の〔ゆらぎ〕¹⁸⁾と捉えることが可能である。尾崎は、〔ゆらぎ〕を「援助者、クライアント、家族などが経験する動揺、葛藤、不安、あるいは迷い、わからなさ、不全感、挫折感などの総称」¹⁸⁾と説明している。さらに支援者の〔ゆらぎ〕を「感情や判断が動揺したり、迷う姿、あるいは援助の見通しのなさに直面したり、自らの無力さを感じたりする状態」¹⁸⁾と説明している。さらに、「仮に、『まったくゆらぐことのない』実践、『つねにゆらがない』援助があるとすれば、それはある偏った援助観や信念に固着した不健全な実践である」¹⁸⁾と主張している。一方で、「ゆらぎ」は、「多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人

の変化・成長を導く契機」¹⁹⁾とも説明している。

C主任介護支援専門員は、「家族とか、保佐人、後見人は本人の代理ですけども、本人がどう思っているかということのを代弁する人の意見をどれぐらい聞けるかなと思って。」と回答しており、独居で認知症高齢者や、入院中で明らかに本人の意思がなかなか確認しづらい場合の支援をどうするのかとの〔迷い〕〔不安〕〔支援の難しさ〕を感じていたと推測される。その解決策の一つとして、本人の意思を確認するために、保佐人である弁護士を招集したと説明している。「迷い」が生じた場合には、新たな知見を持っている支援者に参加の要請をすることが重要なことが認識されている。「ゆらぎ」は、「多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人の変化・成長を導く契機」でもあると尾崎¹⁹⁾が指摘したことが体験されている。このことは、地域ケア会議にスーパーバイザーが必要であることを示唆している。

次に、地域ケア会議での検討課題以外の問題などが出てきた場合、または検討課題からそれで違う方向に検討が進んで行ってしまった場合どのように会議を進行すればよいのかという〔迷い〕がC主任介護支援専門員にはあった。しかし、今回の地域ケア会議では、確かに検討課題から一見それているようであるが、新たな地域課題を提起している結果となっている。地域ケア会議は、個別ケースの検討から地域課題の発見という機能を持つことから、決して問題のあった会議とは言えない。常に、個別ケースの課題から地域の課題へと敷衍化し、地域ケア会議の成果とする進行が望まれる。弁護士も「敷衍化すると思うが」と、一旦断りを入れつつ、ケースDの自宅が空き家となり、そこから発生してくる問題について議論を発展させている。

最終的には、弁護士の知見から、地域の新たな問題の提起が行われることとなり、参加者が納得する方向で議論を進めることができている。〔迷い〕などの〔ゆらぎ〕は、尾崎が示しているように、新たな問題解決の糸口を提供することにつながる契機となっていたと考えられる

地域ケア会議の構成要素として、新たに〔ゆらぎ〕が抽出された。

第6節 考察

地域ケア会議を構成する重要な要素として、〔事前準備の重要性〕〔地域ケア会議の価値重要性〕〔緩やかなネットワーク〕から〔支援の方向性〕をもつ〔強固な地域包括支援ネットワーク〕への変容、〔共通理解の深化〕と〔対等な関係〕、〔顔の重要性〕〔自己効力感〕〔規範的統合〕〔ゆらぎ〕が抽出された。これらの要素が、多職種協働の態度を構成する要因と考えられる。

これらの要因をもとに、地域ケア会議において多職種が協働で地域包括支援ネットワークを構築し、さらに個別ケースの課題の解決にあたる態度をどのように形成しているか、多職種協働の態度形成要因の仮説を生成した（表3-21）。

表 3-21 多職種協働の態度形成要因の仮説

No.	生成した仮説
1	地域ケア会議を主催する地域包括支援センターの専門職は、地域ケア会議に先立って事例提供者とともにケースの〔情報の確認〕をし、何を検討すべきか周到な準備をし、ケースの〔検討課題の明確化〕を行い、ケースに対する〔支援の方向性〕をある程度の見立て、解決の道筋を立てておくことが重要である。地域ケア会議を主催する地域包括支援センターの専門職は、事例提供者との協働による事前準備が重要であり、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築の起点となる。
2	地域ケア会議が円滑に進行され、一定の結論や成果を得るには、明確化された検討課題を中心に、議論を組み立てていくことが重要であり、そのためには参加者が地域ケア会議で検討されるべき課題にそった発言をすることが求められる。
3	地域ケア会議における検討課題が焦点化されることで、ケースについての〔共通理解の深化〕が促進される。これらの作業を通じて、参加者は、これまで相互にあまり意識されていなかった〔緩やかなネットワーク〕があったことを認識し、〔支援の方向性〕をもつ〔強固な地域包括支援ネットワーク〕に変容する。〔強固な地域包括支援ネットワーク〕とは、第2章で述べた地域ケア会議の第3水準としての「多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援行動の意図をもっている状態」である。
4	一方で、地域ケア会議では多職種が参加することから、それぞれの専門職の価値観や下位文化をもち込む。また、視覚的及び聴覚的あるいはノンバーバルコミュニケーションとしての身体的な会話も存在する環境の中で進行されることから、さまざまな感情が存在する。さらに、専門職間相互による〔抵抗感〕や人間関係の緊張感、あるいはこれまでの支援に対する〔不安〕〔迷い〕〔葛藤〕〔心配〕〔葛藤〕〔支援の難しさ〕〔抵抗感〕といった〔ゆらぎ〕が存在すると考えられる。
5	〔ゆらぎ〕は支援の展開上不可避であり、一方今後の支援について「多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人の変化・成長を持ちびく契機」でもある。各参加者は地域ケア会議において、〔ゆらぎ〕を体験するなかで〔支援の確信〕を得ることが推測される。〔支援の確信〕とは、自らの〔支援内容の提案〕を行い、多職種協働により課題を解決していこうとする意欲を醸成し、解決に向けた確信や参加者自身が役割としてできることの実現可能性を見立て、支援を展開していこうとする〔自己効力感〕でもある。
6	参加者間でいわゆる「顔の見える関係」を形成し、〔安心感〕〔成功体験〕〔支援の確信〕〔自信〕を相互に得ることで、〔対等な関係〕に基づく信頼関係を形成していくことが重要である。この信頼関係は、第2章で述べた地域ケア会議の第3水準としての「多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援行動の意図をもっている状態」を形成する基盤となる要因である。
7	在宅支援にかかわる専門職や民生委員などのインフォーマルな人材も含めて、ケースの支援方針やそれぞれの役割を共通認識し、多職種協働の重要性が理解されていることが必要である。このことは、第2章で述べた地域ケア会議の第3水準としての「ケースの支援方針が共有され、地域ケア会議の重要性が理解されている状態」であり、規範的統合が形成されている状態である。

前項で述べた仮説を実証するためには、上記の潜在変数と観測変数を用いて量的に分析していくことが求められる。

本研究は、地域ケア会議において多職種がどのように協働する態度を形成しているか、その態度形成の要因及びその要因間の関連性を分析し、多職種が協働する態度形成の構造を明らかにすることを目的としている。このことから、第1章でも述べた M.J. Rosenberg & C.I. Hovland⁽²⁰⁾⁻⁽²²⁾の「態度」の3成分の知見、及び態度の3成分の関係性を論じた M. Solomon の知見を採用し、前項で示した仮説をさらに構造化したモデルを生成した。

態度とは、「人がある対象に対してとる行動を説明、予測するための仮説的構成概念であり、「感情成分」「認知成分」「行動成分」の3つの要素が含まれる」と定義されている。「認知成分」とは、「信念の言語的表現」、「感情成分」とは、「感情の言語的表現」、「行動成分」とは、「表面に表れる行為であり、行動に関する言語的表現」としている⁽²⁰⁻²²⁾。

前項で述べた仮説をさらに抽象度を上げて説明すると、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築する態度の形成にあたっては、事例提出者と進行役の周到な準備が起点となる。地域ケア会議の参加者あるいは参加者間でのケースの支援に関する理解・認識が重要となることから、これを「認知成分」と捉えた。一方、地域ケア会議の場において参加者自身、あるいは参加者

間でさまざまな感情がみられることから、これを「感情成分」と捉えた。地域ケア会議の成果は、「多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援行動の意図をもっている状態」を作り出していくことであることから、これを「行動成分」と捉えた。

一方で、重要な要因として、「ケースの支援方針が共有され、地域ケア会議の重要性が理解されている状態」である〔規範的統合〕が抽出された。これは、「認知成分」と捉えることも可能であるが、Rosen²³⁾ や筒井¹⁵⁾ が、地域包括ケアシステム構築における“integration”の重要な要素として捉えていること、また本論では地域ケア会議の一つの重要な成果と捉えたことから、「認知成分」とは独立して多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築の態度を形成する要因とした。

また、態度の3成分の関係性について、Solomonらは消費者の購買行動を例に態度の3成分の関係性について3類型²⁴⁾を示している(表3-22)。いずれもある成分がある成分に影響をして態度が成立すると仮定している。Solomonらは、類型1を「標準的学習階層」モデルとして示している。これまでの地域ケア会議の進行過程から、第1ステージでは、各参加者が共通にケースDの状況を把握するプロセスであり、ケースDに対する認知“cognition”から開始され、さらに第1ステージ及び第2ステージを通じてさまざまな感情がみられ、最終的に〔支援内容の提案〕という行動意図が共有されていることから、類型1の標準的学習階層モデルを援用して仮説モデルを作成した(図3-1)。

以上の検討から、「進行役の事前準備」「事例提供者の事前準備」「ケースの支援に対する理解」「参加者あるいは参加者間の感情」「支援の行動意図」及び「規範的統合」を潜在変数として捉えた。「地域ケア会議の進行役と事例提供者の事前の準備が起点となり、それぞれがケースの支援に対する理解と参加者自身あるいは参加者間の感情に影響を及ぼし、さらにそれぞれが地域ケア会議の成果である支援行動の意図と規範的統合に影響を及ぼす仮説モデルを生成した。

表 3-22 態度の3成分の関係性

類 型		態度の3成分の関係性
類型1	標準的学習階層モデル	認知成分 (cognition) →感情成分 (affection) →行動成分 (behavior)
類型2	低関与階層モデル	認知成分 (cognition) →行動成分 (behavior) →感情成分 (affection)
類型3	経験階層モデル	感情成分 (affection) →行動成分 (behavior) →認知成分 (cognition)

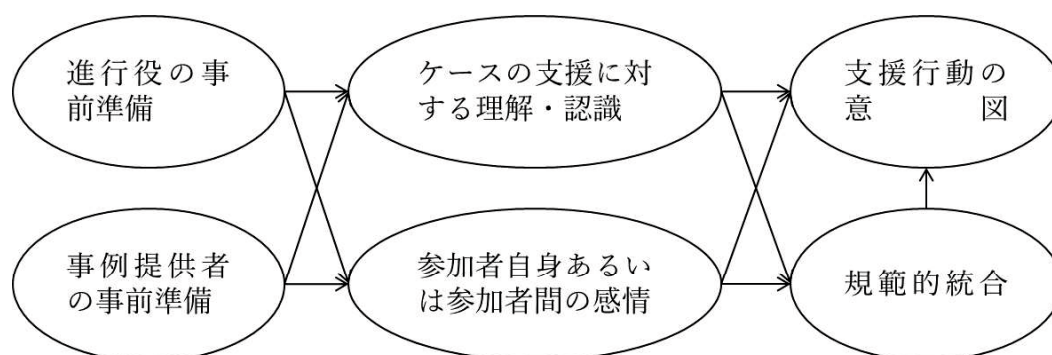


図 3-1 多職種協働の態度形成要因の仮説モデル

引用文献

- 1)東條光彦, 坂野雄二, セルフ・エフィカシー尺度. 上里一朗監修, 心理アセスメントハンドブック 第2版. 西村書店. 新潟, 2001; 425-434.
- 2)江本リナ. 自己効力感の分析. 日本看護科学会誌 2000; 20: 39-45.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jans1981/20/2/20_39/_pdf/-char/ja (参照 2019-12-21)
- 3)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, 2002; 28: 270-277.
- 4)正司明美. チームアプローチの課題. 横山正博編, ソーシャルワーカーのためのチームアプローチ論. ふくろう出版. 岡山, 2010; 98-103.
- 5)副田明美. 協働: 対人間・職種間・組織間. 古川孝順, 副田明美, 秋本美世編, 現代社会福祉の争点(下)－社会福祉の利用と権利－. 中央法規出版. 東京, 2003; 89-123.
- 6)山口桂子, 佐野明美, 服部淳子 他. 小児医療における医師と看護師の協働に関する問題－協働を妨げる看護側の要因. 愛知県立大学紀要 2005; 11: 1-9.
https://aichi-pu.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=1373&item_no=1&page_id=13&block_id=17 (参照 2019-09-28)
- 7)2018年5月10日付厚生労働省老健局総務課長, 高齢支援課長, 振興課長および老人保健課長発「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について(通知).
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000205731.pdf>(参照 2020-01-21)
- 8)鈴木優花, 田高悦子, 伊藤絵梨子 他. 在宅医療における看護職間の「顔の見える関係」評価の実態と関連要因の把握－在宅医療連携部署に所属する病院看護師と訪問看護師に焦点を当てて－. 日本地域看護学会誌 2018; 21: 49-57.
- 9)福井小紀子. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. 日本在宅医学会雑誌 2014; 16: 5-11.
- 10)森田達也, 山岸暁美. 地域での実践のまとめ. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究班編, OPTIM Report 2011 地域での実践 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 Outreach Palliative care Trial -of Integrated regional Model-, 第1版. 青海社. 東京, 2012; 17-19.
http://gankanwa.umin.jp/pdf/optim_report2011.pdf (参照 2019-12-21)
- 11)森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域ケア緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. 日本緩和医療学会誌 2012; 7: 323-333. (参照 2019-09-28)
http://www.seirei.or.jp/optim/society-monograph/pdf/materials_039.pdf
- 12)三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 平成28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 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 地域包括ケア研究会報告書 -2040年に向けた挑戦-. 東京, 2017; 5-23.
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf (参照 2019-09-28)
- 13)横山正博, 坂本俊彦, 前田哲男他. 中山間地域の地域包括ケアシステム構築における規範的統合に關与する研究実践. 山口県立大学学術情報, 2017; 8: 121-133.
- 14)三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 平成25年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保

健康増進等事業 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書. 2013 ; 3-5.

https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf (参照 2019-09-28)

- 15)筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略－Integrated care の理論とその応用. 中央法規出版. 東京, 2014 ; 35-72.
- 16)筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス－Integrated care 理論と実証. 社会保険研究所. 東京, 2014 ; 16-54.
- 17)山本せつ子. 人と地域で支えあうまち－中山間地域の「地域包括ケア」を考える. 山口県立大学地域包括ケア研究会編, やまぐち発！みんなで創る老後の暮らし 地域力を生かす「地域包括ケア」. 東洋図書出版. 防府, 2013 ; 66-74.
- 18)尾崎新. まえがき. 尾崎新編, 「ゆらぐ」ことのできるカーゆらぎと社会福祉実践. 誠信書房. 東京, 1999 ; i - x .
- 19)尾崎新. 「ゆらぎ」からの出発－「ゆらぎ」の定義, その意義と課題. 尾崎新編, 「ゆらぐ」ことのできるカーゆらぎと社会福祉実践. 誠信書房. 東京, 1999 ; 1-30.
- 20)Rosenberg, M.J. & C.I. Hovland. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In M.J. Rosenberg, C.I. Hovland, W.J. McGuire, R.P. Anderson, & J.W. Brems (Eds), Attitude organization and change . Yale University Press. 1960 ; 1-14.
- 21)池上知子, 遠藤由美. グラフィック社会心理学, 第2版. サイエンス社. 東京, 2015 ; 67-88.
- 22)原奈津子. 態度・説得. 遠藤由美編著, 社会心理学－社会で生きる人の営みを探る－. ミネルヴァ書房. 京都, 2011 ; 141-160.
- 23)Sara Shaw, Rebecca Rosen and Benedict Rumbold. An overview of integrated care in the NHS What is integrated care? Nuffield Trust 2011 ; 7-10.
<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>
(参照 2020-01-22)
- 24)Solomon, M. Attitude. Bamossy, G. Askegaard, S. Hogg, M.K. Eds. Consumer Behavior- European Perspective- 3rd ed. Pearson Education Limited, Madrid, 2006 ; 137-163.
<https://books.mec.biz/tmp/books/NXHQRTHBQ2L87NIU6YVN.pdf>(参照 2019-12-22)

第4章 研究2 多職種協働の態度形成要因の構造の量的分析

第1節 研究2の目的

第3章では、多職種が協働で地域包括支援ネットワークを構築し、さらに個別ケースの課題の解決にあたる態度をどのように形成しているか、地域ケア会議の分析を通じてその要因を抽出し、多職種協働の態度形成要因の仮説モデルを生成した。本章では、この仮説モデルの妥当性を検証し、多職種協働の態度形成要因モデルを作成することを目的とした。

第2節 研究2の方法

1. 研究デザイン

横断的研究による量的調査とした。

2. 調査対象

対象者は、全国のすべての地域包括支援センターにおいて、地域ケア会議に参加した経験のある専門職とした。

3. 調査方法

2019年2月6日現在、各県のホームページに記載されてある地域包括支援センターのリストより把握した全国すべての地域包括支援センター5,491カ所の管理者宛に、調査実施の依頼文書、調査票及び返信用封筒を郵送した。各地域包括支援センターの回答者は1名とした。調査協力が得られた場合は、当該回答者が調査票に無記名で回答を記入し、返信用封筒に封緘して直接研究責任者に郵送するよう依頼した。調査票の記入・発送をもって、研究への参加を同意したものとみなした。すべての地域包括支援センターを対象とする全数調査となるため、信頼性のあるデータが把握されると想定される。

4. 調査内容

1) 基本属性等

基本属性は、性別、年代及び現在の地域包括支援センターにおける勤務年数とした。また、管轄地域の人口規模も質問項目とした。

2) 多職種協働に関する質問群の構成

研究1で生成した多職種協働の態度形成要因の仮説モデルにしたがって、地域ケア会議に参加した際に思ったこと等を問う質問群1から質問群6を設定した。質問群1は事例提出者に対する

評価に関する 17 項目、質問群 2 は進行役に対する評価に関する 19 項目、質問群 3 は参加者あるいは参加者間でのケースの支援に関する理解・認識に関する 23 項目、質問群 4 は参加者にみられた感情に関する 39 項目、質問群 5 は地域ケア会議の成果に関する 22 項目、質問群 6 は参加者の行動に期待される資質・能力に関する 37 項目とし、合計で 157 項目を設定した。個別ケースを検討する地域ケア会議を前提として回答を求めた。質問項目は、老年看護を専門とする研究者と精査の上、設定した。

質問群 1 を事例提供者評価質問群、質問群 2 を進行役評価質問群、質問群 3 をケースの理解・認識質問群、質問群 4 を支援者の感情質問群、質問群 5 を規範的統合質問群、及び質問群 6 を行動期待質問群と命名した。うち、質問群 3 は研究 1 で抽出された「認知成分」、質問群 4 は同じく「感情成分」、質問群 6 は同じく「行動成分」としてとらえた。

質問群 1 から質問群 5 の各回答は、「とても思う」「まあまあ思う」「なんとも言えない」「あまり思わない」「ほとんど思わない」のリッカート尺度を用い、それぞれ「5」「4」「3」「2」および「1」を割り当てた。質問群 6 の各回答は、「とても期待できる」「まあまあ期待できる」「なんとも言えない」「あまり期待できない」「ほとんど期待できない」のリッカート尺度を用い、それぞれ「5」「4」「3」「2」及び「1」を割り当てた。

3) 各質問群の設定の意図と質問項目

①質問群 1：事例提供者評価質問群の設定の意図

研究 1 から地域ケア会議の実施に際して、地域ケア会議の事例提供者の事前準備の重要性が示唆され、その準備の状況は、参加者の多職種協働の態度形成に影響を及ぼすことが推測された。このことから、事例提供者の事前準備の状況に対する評価、さらに地域ケア会議において事例提供者としてケースの状況を的確に把握し、地域ケア会議の結論を導くための気づきなども含めて、多職種協働の態度形成に影響を及ぼす要因として仮定した。

研究 1 において地域ケア会議の分析結果から導き出された地域ケア会議を構成する要素、さらに地域ケア会議運営マニュアル、その他の地域ケア会議に関する文献¹⁻⁵⁾等で事例提供者に求められている資質・能力等を参考とし、地域ケア会議における事例提供者に対する評価を問う 17 項目を設定した(表 4-1)。

②質問群 2：進行役評価質問群の設定の意図

研究 1 から地域ケア会議の実施に際して、地域ケア会議の事前準備の重要性が示唆され、その準備の状況は、参加者の多職種協働の態度形成に影響を及ぼすことが推測された。このことから、進行役の事前準備の状況に対する評価、さらに参加者に対して〔配慮〕し、地域ケア会議の結論を導くための進行役としての適切な役割を果たしていたかを、多職種協働の態度形成に影響を及ぼす要因として仮定した。

研究 1 において地域ケア会議の分析結果から導き出された地域ケア会議を構成する要素、さらに地域ケア会議運営マニュアル、その他の地域ケア会議に関する文献¹⁻⁵⁾等で進行役に求められている資質・能力等を参考とし、地域ケア会議における進行役に対する評価を問う 19 項目を設定した(表 4-2)。また、進行役は地域ケア会議においては、限られた時間の中で結論を出し、検討課題にそって議論が進捗しているかを管理する必要があるため、地域ケア会議の進行技術⁶⁾も求められることから、地域ケア会議の進行技術を問う質問項目を含めた。

③質問群 3：ケースの支援に関する理解・認識質問群の設定の意図

参加者のケースの支援に対する理解や認識を「認知成分」とした。これらの「認知成分」の観測変数として、研究 1 において得られた地域ケア会議の構成要素、さらに地域ケア会議運営ハンドブック、その他の地域ケア会議に関する文献¹⁻⁵⁾等を参考に、地域ケア会議の進行の要領を示している内容もあわせて検討し、ケースの支援に対する参加者の理解や認識を問う 23 項目を設定した(表 4-3)。

④質問群 4：支援者の感情質問群の設定の意図

視覚的及び聴覚的、あるいはノンバーバルコミュニケーションとしての身体的な会話も存在する環境の中で地域ケア会議は進行されることから、さまざまな感情が存在することが想定される。地域ケア会議において参加者間で想定される感情を「感情成分」とした。これらの「感情成分」の観測変数として、研究 1 において得られた地域ケア会議の構成要素、さらに地域ケア会議運営ハンドブック、その他の地域ケア会議に関する文献¹⁾⁻⁵⁾等を参考に、地域ケア会議の進行の要領を示している内容もあわせて検討し、地域ケア会議で生じる感情を問う 39 項目を設定した(表 4-4)。

特に、感情の中でも肯定的感情は、Bandura が提起した〔自己効力感〕あるいは自己遂行可能感として捉えることが可能であり⁷⁾⁸⁾、多職種協働の態度形成に影響を及ぼすと推測された。〔自己効力感〕の尺度である「一般性セルフ・エフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale: GSES)」⁷⁾で用いられている質問項目を参考に質問項目を設定した。

一方、肯定的な感情があると同時に、参加者には疲労感や無力感といった否定的感情をもつことが考えられる。これらは、負の〔自己効力感〕でもあり、尾崎が述べる〔ゆらぎ〕⁹⁾¹⁰⁾ととらえることが可能である。尾崎は、〔ゆらぎ〕について、多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人の変化・成長を導く契機でもあると指摘している¹⁰⁾ことから、地域ケア会議の参加者の〔ゆらぎ〕は、多職種協働の態度形成に影響を及ぼすと推測した。多職種連携を基本として実践を行う介護支援専門員が普段体験している否定的感情としての〔ゆらぎ〕の構造を分析した研究¹¹⁾を参考に、地域ケア会議の進行を想定して、質問項目を設定した。

⑤質問群 5：規範的統合質問群の設定の意図

質問群 5 は、第 3 章で抽出された〔規範的統合〕についての質問群であり、地域ケア会議の成果について問う質問群とした。本論では、成果の水準を第 1 水準から第 3 水準に分類した。質問群 5 で扱うのは、第 3 水準のうちの〔地域ケア会議の重要性の理解〕である。これは、地域ケア会議において、ケースの課題解決に向けて多職種がケースの〔支援の方向性〕や〔支援内容の提案〕について共通理解し、さらに〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕が〔強固な地域包括支援ネットワーク〕に変容し、ケースの支援について〔共通理解の深化〕〔支援の確信〕等が得られている状態である。このことは、多職種が〔地域ケア会議の価値重要性〕を共有している状態であり、〔規範的統合〕が実現されている状態と考えることが可能である。〔規範的統合〕については、すでに第 2 章において、本論の重要となる概念として説明した。

これらの〔規範的統合〕に関する質問群を、地域ケア会議の成果として捉え、質問群 6 を質問群 1、質問群 2、質問群 3、質問群 4 の従属変数と想定して 22 項目を設定した(表 4-5)。

⑥質問群 6：行動期待質問群の設定の意図

多職種協働による地域包括支援ネットワークの一員として、それぞれの役割を果たす具体的な支援行動をする意図として「行動成分」を捉えた。質問群 6 で扱うのは、地域ケア会議の成果の第 3 水準のうちの「支援行動の意図」に関する質問項目である。

第 3 章でも述べた通り、地域ケア会議の参加者は自主的に、自らの専門性やこれまでの活動の延長として、具体的な支援行動の計画を提示していた。この提示こそ、地域ケア会議において求められる行動であり、このようにしたいという行動意図である。また、行動意図を持つということは、このようなことができるというコンピテンシーとしてもとらえることが可能である。コンピテンシーは、D.C. McClelland により提唱された能力評価の概念であり、S.M. Spencer と S.M. Spencer によって、「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」¹²⁾と定義されている。第 6 群の質問項目は、参加者が多職種協働を行動として期待できるかどうか、あるいはできるようになったかを評価する質問項目として設定した。

研究 1 において、地域ケア会議の分析結果から導き出された地域ケア会議を構成する要素、地域ケア会議運営ハンドブック、その他の地域ケア会議に関する文献¹⁻⁵⁾、またチームアプローチコンピテンシーに関する文献¹³⁾¹⁴⁾、さらに“WHO GLOBAL COMPETENCY MODEL”¹⁵⁾¹⁶⁾の内容もあわせて検討し、37 項目を設定した。これらの質問群を、地域ケア会議の成果として捉え、質問群 5 を質問群 1、質問群 2、質問群 3、質問群 4 の従属変数として 37 項目を設定した（表 4-6）。

表 4-1 質問群 1：事例提供者評価質問群

質 問 項 目	
1	事前にケースの情報を的確に把握していた
2	事前にケースの情報を的確に分析できていた
3	事前にケースに対する支援の経過を的確に把握していた
4	事前にケースの生活ニーズを的確に把握していた
5	事前に地域ケア会議で検討すべき内容を的確に把握していた
6	事前にケースの支援の方向性を的確に把握していた
7	事前にケースの予後予測を的確に見立てることができていた
8	事前に他の職種の支援上の役割を認識していた
9	事前に支援における自分の役割を認識していた
10	事前に地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を把握していた
11	新たなケースのニーズを発見できていた
12	今後のケースの支援体制を、確認することができていた
13	支援の迷いが見られた (R)
14	ケースに対する気がかりがあった (R)
15	表明されない思いがあった (R)
16	事前に会議参加者と意図的に関係を形成しておくことが重要であることが認識できていた
17	自分の支援のふりかえりができていた

(R) は逆転項目

表4-2 質問群2：進行役評価質問群

質問項目	
1	事前にケースの情報を的確に把握していた
2	事前にケースの情報を的確に分析できていた
3	事前に地域ケア会議で検討すべき内容を整理していた
4	アセスメントが深化するように、参加者の発言を促していた
5	参加者が議論しやすいように、課題を整理していた
6	会議の進行の時間配分に配慮していた
7	参加者の支援のスキルアップが図られるよう配慮していた
8	事例提供者や参加者に対して気づきを促していた
9	参加者の役割が明確になるように配慮していた
10	事例提供者の支援の迷いを受け止めようとしていた
11	事例提供者のケースに対する気がかりを受け止めようとしていた
12	事例提供者の表明されない思いを表出できるように促していた
13	ケースの課題を解決に導けるように配慮していた
14	会議の結論や成果を的確にまとめていた
15	参加者が今後連携できるような雰囲気を作っていた
16	参加者の発言を丁寧に解釈していた
17	参加者の発言の一つ一つを尊重していた
18	会議を統制することができていた
19	今後のケースの支援体制を、明確に整理することができていた

表4-3 質問群3：ケースの支援に関する理解・認識質問群

質問項目	
1	ケースの情報を共通理解できていた
2	ケースの情報を各専門職の立場から分析できていた
3	ケースに対する支援の経過を共通理解できていた
4	ケースの生活ニーズを共通理解できていた
5	地域ケア会議で検討すべき内容を共通理解できていた
6	地域ケア会議で検討すべき課題が深化していた
7	アセスメントが深化していた
8	新たなケースのニーズを発見できていた
9	ケースの支援の方向性を共通理解できていた
10	ケースの具体的な支援計画を共通理解できていた
11	参加者それぞれの視点から、ケースの予後予測を見立てることができていた
12	これまでの支援に緩やかな支援体制が存在していたことを、共通認識できていた
13	今後のケースの支援体制を共通理解することができていた
14	他の職種の支援上の役割を認識できていた
15	支援における自分の役割を認識していた
16	他の職種の支援のスキルを理解できていた
17	参加者一人一人が、支援のあり方を振り返ることができていた
18	ケースの支援上利用できる社会資源を共通理解できていた
19	事例提供者の支援の迷いを共通理解できていた
20	事例提供者のケースに対する気がかりを共通理解できていた
21	事例提供者の表明されない思いを共通理解できていた
22	自分の専門性を認識できていた
23	個人情報保護の重要性を共通理解していた

表 4-4 質問群 4：支援者の感情質問群

質問項目	
1	他専門職の大変さや苦労が理解できていた
2	自分の支援に対する自信を持つことができていた
3	自分自身の仕事に対するやる気が出ていた
4	お互いに好感をもつことができていた
5	自分の支援上の精神的負担が軽減されていた
6	自分の専門性を発揮しているという自負をもっていた
7	主体的に参加していた
8	積極的に参加していた
9	これまでの支援に後悔が見られた (R)
10	他の職種に対して引け目が感じられた (R)
11	他の職種に対して防衛感が見られた (R)
12	他の職種の発言を傾聴していた
13	連帯感が見られた
14	信頼感が生まれていた
15	親近感が生まれていた
16	相互に尊敬の念が見られた
17	緊張感が見られた
18	他の職種に対する苦手意識が見られた (R)
19	互いに配慮や気遣いがあった
20	安心感が見られた
21	一体感が見られた
22	自分だけで頑張らなくてよい雰囲気が見られた
23	支援の役割の押し付け合いが見られた (R)
24	不全感が見られた (R)
25	会議に参加することへの抵抗感が見られた (R)
26	無力感が見られた (R)
27	苦痛感が見られた (R)
28	葛藤が見られた (R)
29	わからなさが見られた (R)
30	脱力感が見られた (R)
31	疲労感が見られた (R)
32	やりがい感が見られた
33	対等な関係が形成できていた
34	いらだち感が見られた (R)
35	士気の低下が見られた (R)
36	地域への愛着が見られた
37	達成感が見られた
38	他者の発言に対して、内容や感情の反映をするなど理解に努めていた
39	自分の発言が他者に対して伝わりやすいように工夫していた

(R) は逆転項目

表 4-5 質問群 5：規範的統合質問群

質問項目	
1	個別支援の検討から地域支援の必要性を共通理解できていた
2	地域ケア会議後のモニタリングの必要性を共通理解できていた
3	個別支援の検討から、社会資源を開発する必要性を共通理解できていた
4	個別支援の検討から、地域作りや政策形成に結びつける必要性を共通理解できていた
5	地域包括ケアシステム構築のために、必要な会議であることを、共通理解できていた
6	今後の支援方針について、参加者全員で意思決定することの重要性を理解できていた
7	ケースに対する支援観を共通理解できていた
8	今後の地域ケア会議に対する期待感をもつことができていた
9	今後地域ケア会議に参加する意欲が高まっていた

10	自分の支援の方向性について確信をもつことができていた
11	利用者の自立支援に向けて貢献しているという達成感があった
12	地域包括ケアシステム構築のために重要な会議であることが共通理解できていた
13	地域に不足している社会資源の共通理解ができていた
14	地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を共通理解できていた
15	自らの専門的能力を向上することができていた
16	保険者（市区町村）の姿勢・方針を共通理解することができていた
17	他の職種の価値観を共通理解できていた
18	支援の限界を共通理解できていた
19	関係者が一緒に課題解決に向けて考えることが重要であることを共通理解できていた
20	地域ケア会議は、参加者の実践力のスキルアップのために重要であることが共通理解されていた
21	地域ケア会議は、多職種連携を促進していくために重要であることが共通理解されていた
22	地域包括支援ネットワーク構築のための多職種協働のプラットフォーム機能をもつことが共通理解できていた

表 4-6 質問群 6：行動期待質問群

質問項目	
1	必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報について照会することができる
2	必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報を的確に提供することができる
3	必要に応じて、他の専門職に対して相談ごとを持ちかけることができる
4	個別ケースの急変時において、他の専門職に対して連絡することができる
5	必要に応じて、地域ケア会議の開催を行政や地域包括支援センターに要請することができる
6	必要に応じて、サービス担当者会議の開催を介護支援専門員に要請することができる
7	必要に応じて、他の専門職に支援の要請を行うことができる
8	必要に応じて、インフォーマルな支援者に対して支援の要請を行うことができる
9	責任を他の専門機関・専門職に転嫁しないで、自ら課題解決の手立てを考えることができる
10	地域支援の視点から支援を検討することができる
11	地域ケア会議後のモニタリングを的確に行うことができる
12	新たな課題が生じた場合は、他の専門職と連携して、的確な対処ができる
13	他専門職と社会資源を開発する手立ての検討を行うことができる
14	他専門職と地域作りや政策形成に結びつける検討を行うことができる
15	地域包括ケアシステム構築のために、働いているという意識を持つことができる
16	地域ケア会議で意思決定された支援の内容を確実に遂行できる
17	個別ケースの状況の変化に応じて、地域ケア会議で意思決定された支援の内容の変更について、他職種に対して照会や相談できる
18	他職種の理解をさらに深めていく意識を持つことができる
19	保険者（行政）に対して、具体的な課題解決案を提示できる
20	多職種間で自主的な勉強会や会合を持つことができる
21	支援のネットワークの一員としての自覚をすることができる
22	他職種との関係形成においてストレスマネジメントができる
23	日頃から、他職種とともに考える姿勢を持つことができる
24	支援の目標を常に共有できる
25	他職種と共通言語でコミュニケーションをとることができる
26	他職種と支え合う関係を形成できる
27	他職種との関係形成において、コンフリクトマネジメントができる
28	自らの支援について他職種からチェックを受ける関係を形成できる
29	多職種間の支援を調整できる
30	第三者からスーパービジョンを積極的に受けることができる
31	支援に対する倫理観を統一することができる
32	多職種と交渉して、自分の考えている支援を実現することができる
33	地域ケア会議に参加する際は、ケースの情報を整理しておく等の事前準備ができる
34	地域ケア会議での支援方針や支援内容に基づいて、各専門職は個別支援計画を立てることができる
35	必要に応じて、リーダーシップを発揮し、支援の方向性を統一することができる
36	他職種が支援に迷いやわからなさを感じた時に、的確な助言ができる
37	地域ケア会議の意義を他職種に積極的に伝達することができる

5. 調査期間と回収数

調査は、2019年3月に実施した。回答件数は、1,025件であり、回収率は、18.15%であった。

6. 分析方法

基本属性等の4項目と質問群1から質問群6について欠損値のない839件の回答を分析の対象とした。質問群1から質問群6の質問項目について、プロマックス斜交回転による探索的因子分析を行い、それぞれの質問項目の背景にある因子を抽出した。推定は最尤法を用いた。逆転項目は数値の逆転処理をした。分析にあたっては、因子負荷が0.4以下の質問項目を適宜削除し、すべての因子負荷が0.4以上となり、各因子の項目数が2項目以下とならないようになるまで分析を繰り返し、因子分析の最適解を求めた。

次に、各質問群で得られた各因子の質問項目について信頼係数を求め、内的整合性による信頼性を確認した。その上で、各因子の質問項目の合計点を、各質問群を説明する観測変数にとらえ、各質問群を潜在変数とした多重指標モデルを作成し、潜在変数の関係を明らかにするために最尤法による共分散構造分析を行った。共分散構造分析には、IBM SPSS25及びAmos25を用いた。

多重指標モデルの適合度指標には、GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted GFI), CFI (Comparative Fit Index) 及びRMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を用いた。

第3節 倫理的配慮

研究の参加は任意であり、回答は無記名とした。研究に参加しない場合も、何ら不利益が生じないことを依頼文書に記載した。調査票は、対象者が個別に研究者に直接郵送する方法で回収した。調査票への回答及び返送をもって、研究参加の同意を得たこととした。回収用封筒、調査票に差出人の名前や所属する事業所の名称を記載する必要がないことを調査票に記載した。

調査票の情報については、回収と同時にID番号を設定し、回答内容は電子化を行い、暗証番号を設定し、セキュリティー対策を講じた。インフォームドコンセント、対象者に対する倫理的配慮と秘密保持等について、山口県立大学生命倫理委員会の承認（山口県立大学生命倫理委員会30-44）を受けて、調査を実施した。

第4節 研究2の結果

1. 基本属性等

性別、年代、現在勤務している地域包括支援センターでの勤務年数及び管轄地域の人口規模を表4-7から表4-10に示した。性別は、男性が311人(37.1%)であった。年代は、40歳代が339人(40.4%)と最も多く、次いで50歳代が286人(34.1%)であった。現在勤務している地域包括支援センターでの勤務年数は、5年以上10年未満が228人(27.2%)と最も多く、次いで10年以上15年未満が163人(19.4%)であった。これらの属性は、性別、年代及び現在の地域包括

支援センターでの勤務年数は、これまでの地域包括支援センターの専門職を対象とした調査¹⁷⁻¹⁹⁾とほぼ同じ傾向を示している。管轄している地域の人口規模は、10,000人から25,000人が257人(30.6%)と最も多かった。平均は、21.0±29.2千人であった。

表4-7 性別

	度数	割合
男性	311	37.1
女性	528	62.9
合計	839	100.0

表4-8 年代

	度数	割合
20歳代	23	2.7
30歳代	131	15.6
40歳代	339	40.4
50歳代	286	34.1
60歳以上	60	7.2
合計	839	100.0

表4-9 現在の職場での勤務年数

	度数	割合
1年未満	87	10.4
1年以上～3年未満	183	21.8
3年以上～5年未満	159	19.0
5年以上～10年未満	228	27.2
10年以上～15年未満	163	19.4
15年以上	19	2.3
合計	839	100.0

表4-10 管轄地域の人口規模163

	度数	割合
2,000人未満	123	14.7
2,000人～10,000人未満	202	24.1
10,000人～25,000人未満	257	30.6
25,000人～50,000人未満	198	23.6
50,000人以上	59	7.0
合計	839	100.0
平均21.0±標準偏差29.2千人		

2. 各質問項目の単純集計

各質問群の単純集計結果を表 4-11 から表 4-17 に示した。

表 4-11 質問群 1：事例提供者評価質問群の単純集計結果

質 問 項 目		と と も 思 う	思 う ま あ ま あ	な い 何 と も 言 え	あ ま り 思 わ な い	ほ と ん ど 思 わ な い	合 計
1	事前にケースの情報を的確に把握していた	146 17.4	548 65.3	96 11.4	44 5.2	5 0.6	839 100.0
2	事前にケースの情報を的確に分析できていた	75 8.9	435 51.8	246 29.3	77 9.2	6 0.7	839 100
3	事前にケースに対する支援の経過を的確に把握していた	144 17.2	515 61.4	137 16.3	37 4.4	6 0.7	839 100
4	事前にケースの生活ニーズを的確に把握していた	70 8.3	454 54.1	247 29.4	62 7.4	6 0.7	839 100
5	事前に地域ケア会議で検討すべき内容を的確に把握していた	91 10.8	440 52.4	233 27.8	66 7.9	9 1.1	839 100
6	事前にケースの支援の方向性を的確に把握していた	55 6.6	364 43.4	330 39.3	83 9.9	7 0.8	839 100
7	事前にケースの予後予測を的確に見立てることができていた	34 4.1	316 37.7	361 43	118 14.1	10 1.2	839 100
8	事前に他の職種の支援上の役割を認識していた	72 8.6	413 49.2	271 32.3	77 9.2	6 0.7	839 100
9	事前に支援における自分の役割を認識していた	110 13.1	489 58.3	199 23.7	38 4.5	3 0.4	839 100
10	事前に地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を把握していた	44 5.2	275 32.8	396 47.2	116 13.8	8 1	839 100
11	新たなケースのニーズを発見できていた	61 7.3	301 35.9	362 43.1	106 12.6	9 1.1	839 100
12	今後のケースの支援体制を、確認することができていた	134 16	437 52.1	209 24.9	58 6.9	1 0.1	839 100
13	支援の迷いが見られた (R)	87 10.4	310 36.9	275 32.8	152 18.1	15 1.8	839 100
14	ケースに対する気がかりがあった (R)	107 12.8	348 41.5	274 32.7	102 12.2	8 1	839 100
15	表明されない思いがあった (R)	47 5.6	222 26.5	404 48.2	148 17.6	18 2.1	839 100
16	事前に会議参加者と意図的に関係を形成しておくことが重要であることが認識できていた	147 17.5	340 40.5	267 31.8	77 9.2	8 1	839 100
17	自分の支援のふりかえりができていた	170 20.3	441 52.6	182 21.7	44 5.2	2 0.2	839 100

逆転項目は逆転処理をする前の結果

表 4-12 質問群 2 : 進行役評価質問群の単純集計結果

質 問 項 目		と と も 思 う	思 う ま あ ま あ	な い	何 と も 言 え	あ ま り 思 わ な い	ほ と ん ど 思 わ な い	合 計
1	事前にケースの情報を的確に把握していた	141	526	130	35	7	839	
		16.8	62.7	15.5	4.2	0.8	100	
2	事前にケースの情報を的確に分析できていた	99	491	208	37	4	839	
		11.8	58.5	24.8	4.4	0.5	100	
3	事前に地域ケア会議で検討すべき内容を整理していた	166	516	127	27	3	839	
		19.8	61.5	15.1	3.2	0.4	100.0	
4	アセスメントが深化するように、参加者の発言を促していた	147	477	174	39	2	839	
		17.5	56.9	20.7	4.6	0.2	100.0	
5	参加者が議論しやすいように、課題を整理していた	150	474	175	35	5	839	
		17.9	56.5	20.9	4.2	0.6	100.0	
6	会議の進行の時間配分に配慮していた	197	483	123	30	6	839	
		23.5	57.6	14.7	3.6	0.7	100.0	
7	参加者の支援のスキルアップが図られるよう配慮していた	89	361	321	62	6	839	
		10.6	43	38.3	7.4	0.7	100.0	
8	事例提供者や参加者に対して気づきを促していた	94	460	230	52	3	839	
		11.2	54.8	27.4	6.2	0.4	100.0	
9	参加者の役割が明確になるように配慮していた	121	504	179	30	5	839	
		14.4	60.1	21.3	3.6	0.6	100	
10	事例提供者の支援の迷いを受け止めようとしていた	127	486	194	29	3	839	
		15.1	57.9	23.1	3.5	0.4	100.0	
11	事例提供者のケースに対する気がかりを受け止めようとしていた	137	491	179	30	2	839	
		16.3	58.5	21.3	3.6	0.2	100.0	
12	事例提供者の表明されない思いを表出できるように促していた	74	377	331	49	8	839	
		8.8	44.9	39.5	5.8	1	100.0	
13	ケースの課題を解決に導けるように配慮していた	142	513	159	21	4	839	
		16.9	61.1	19	2.5	0.5	100.0	
14	会議の結論や成果を的確にまとめていた	147	479	183	25	5	839	
		17.5	57.1	21.8	3	0.6	100.0	
15	参加者が今後連携できるような雰囲気を作っていた	187	480	142	26	4	839	
		22.3	57.2	16.9	3.1	0.5	100.0	
16	参加者の発言を丁寧に解釈していた	152	471	189	23	4	839	
		18.1	56.1	22.5	2.7	0.5	100.0	
17	参加者の発言の一つ一つを尊重していた	193	506	118	18	4	839	
		23	60.3	14.1	2.1	0.5	100.0	
18	会議を統制することができていた	124	462	222	27	4	839	
		14.8	55.1	26.5	3.2	0.5	100.0	
19	今後のケースの支援体制を、明確に整理することができていた	118	462	222	33	4	839	
		14.1	55.1	26.5	3.9	0.5	100.0	

表4-13 質問群3：ケースの支援に関する理解・認識質問群の単純集計結果

質問項目	とても思う	思う まあまあ	ない	何とも 言え	あまり 思わない	ほとんど 思わない	合計
1 ケースの情報を共通理解できていた	70 8.3	588 70.1	146 17.4	34 4.1	1 0.1	839 100.0	
2 ケースの情報を各専門職の立場から分析できていた	96 11.4	531 63.3	180 21.5	31 3.7	1 0.1	839 100.0	
3 ケースに対する支援の経過を共通理解できていた	71 8.5	540 64.4	196 23.4	32 3.8	0 0.0	839 100.0	
4 ケースの生活ニーズを共通理解できていた	59 7	518 61.7	229 27.3	32 3.8	1 0.1	839 100.0	
5 地域ケア会議で検討すべき内容を共通理解できていた	76 9.1	515 61.4	220 26.2	27 3.2	1 0.1	839 100.0	
6 地域ケア会議で検討すべき課題が深化していた	58 6.9	365 43.5	364 43.4	46 5.5	6 0.7	839 100.0	
7 アセスメントが深化していた	59 7	386 46	338 40.3	52 6.2	4 0.5	839 100.0	
8 新たなケースのニーズを発見できていた	69 8.2	384 45.8	327 39	56 6.7	3 0.4	839 100.0	
9 ケースの支援の方向性を共通理解できていた	92 11	546 65.1	174 20.7	25 3	2 0.2	839 100.0	
10 ケースの具体的な支援計画を共通理解できていた	72 8.6	494 58.9	246 29.3	23 2.7	4 0.5	839 100.0	
11 参加者それぞれの視点から、ケースの予後予測を見立てることができていた	63 7.5	408 48.6	327 39	37 4.4	4 0.5	839 100.0	
12 これまでの支援に緩やかな支援体制が存在していたことを、共通認識できていた	70 8.3	436 52	288 34.3	42 5	3 0.4	839 100.0	
13 今後のケースの支援体制を共通理解することができていた	90 10.7	526 62.7	203 24.2	17 2	3 0.4	839 100.0	
14 他の職種の支援上の役割を認識できていた	96 11.4	532 63.4	190 22.6	20 2.4	1 0.1	839 100.0	
15 支援における自分の役割を認識していた	92 11	545 65	182 21.7	17 2	3 0.4	839 100.0	
16 他の職種の支援のスキルを理解できていた	58 6.9	432 51.5	307 36.6	37 4.4	5 0.6	839 100.0	
17 参加者一人一人が、支援のあり方を振り返ることができていた	72 8.6	437 52.1	288 34.3	38 4.5	4 0.5	839 100.0	
18 ケースの支援上利用できる社会資源を共通理解できていた	57 6.8	400 47.7	318 37.9	56 6.7	8 1	839 100.0	
19 事例提供者の支援の迷いを共通理解できていた	67 8	421 50.2	308 36.7	40 4.8	3 0.4	839 100.0	
20 事例提供者のケースに対する気がかりを共通理解できていた	68 8.1	442 52.7	290 34.6	36 4.3	3 0.4	839 100.0	
21 事例提供者の表明されない思いを共通理解できていた	31 3.7	260 31	480 57.2	62 7.4	6 0.7	839 100.0	
22 自分の専門性を認識できていた	98 11.7	500 59.6	218 26	21 2.5	2 0.2	839 100.0	
23 個人情報保護の重要性を共通理解していた	239 28.5	426 50.8	145 17.3	26 3.1	3 0.4	839 100.0	

表4-14 質問群4：支援者の感情質問群の単純集計結果

質問項目	とても思う	まあまあ思う	ない	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない	合計
1 他専門職の大変さや苦勞が理解できていた	138 16.4	513 61.1	162 19.3	24 2.9	2 0.2	839 100.0	
2 自分の支援に対する自信を持つことができていた	32 3.8	317 37.8	439 52.3	48 5.7	3 0.4	839 100.0	
3 自分自身の仕事に対するやる気が出ていた	45 5.4	328 39.1	410 48.9	52 6.2	4 0.5	839 100.0	
4 お互いに好感をもつことができていた	137 16.3	492 58.6	185 22.1	22 2.6	3 0.4	839 100.0	
5 自分の支援上の精神的負担が軽減されていた	62 7.4	379 45.2	348 41.5	42 5	8 1	839 100.0	
6 自分の専門性を発揮しているという自負をもっていた	46 5.5	308 36.7	426 50.8	51 6.1	8 1	839 100.0	
7 主体的に参加していた	116 13.8	423 50.4	238 28.4	56 6.7	6 0.7	839 100.0	
8 積極的に参加していた	128 15.3	400 47.7	249 29.7	56 6.7	6 0.7	839 100.0	
9 これまでの支援に後悔が見られた (R)	7 0.8	83 9.9	396 47.2	305 36.4	48 5.7	839 100.0	
10 他の職種に対して引け目を感じられた (R)	5 0.6	69 8.2	278 33.1	381 45.4	106 12.6	839 100.0	
11 他の職種に対して防衛感が見られた (R)	12 1.4	82 9.8	272 32.4	352 42	121 14.4	839 100.0	
12 他の職種の発言を傾聴していた	200 23.8	528 62.9	88 10.5	18 2.1	5 0.6	839 100.0	
13 連帯感が見られた	87 10.4	469 55.9	244 29.1	34 4.1	5 0.6	839 100.0	
14 信頼感が生まれていた	91 10.8	451 53.8	264 31.5	29 3.5	4 0.5	839 100.0	
15 親近感が生まれていた	105 12.5	479 57.1	219 26.1	28 3.3	8 1	839 100.0	
16 相互に尊敬の念が見られた	92 11	419 49.9	290 34.6	35 4.2	3 0.4	839 100.0	
17 緊張感が見られた	79 9.4	344 41	268 31.9	136 16.2	12 1.4	839 100.0	
18 他の職種に対する苦手意識が見られた (R)	13 1.5	128 15.3	308 36.7	299 35.6	91 10.8	839 100.0	
19 互いに配慮や気遣いがあった	105 12.5	557 66.4	152 18.1	20 2.4	5 0.6	839 100.0	
20 安心感が見られた	44 5.2	417 49.7	331 39.5	42 5	5 0.6	839 100.0	
21 一体感が見られた	64 7.6	411 49	319 38	39 4.6	6 0.7	839 100.0	
22 自分だけで頑張らなくてよい雰囲気が見られた	88 10.5	468 55.8	238 28.4	39 4.6	6 0.7	839 100.0	
23 支援の役割の押し付け合いが見られた (R)	7 0.8	54 6.4	164 19.5	390 46.5	224 26.7	839 100.0	
24 不全感が見られた (R)	5 0.6	47 5.6	269 32.1	349 41.6	169 20.1	839 100.0	

25	会議に参加することへの抵抗感が見られた (R)	6	81	206	374	172	839
		0.7	9.7	24.6	44.6	20.5	100.0
26	無力感が見られた (R)	4	30	164	398	243	839
		0.5	3.6	19.5	47.4	29	100.0
27	苦痛感が見られた (R)	4	37	171	378	249	839
		0.5	4.4	20.4	45.1	29.7	100.0
28	葛藤が見られた (R)	3	98	259	330	149	839
		0.4	11.7	30.9	39.3	17.8	100.0
29	わからなさが見られた (R)	3	100	243	347	146	839
		0.4	11.9	29	41.4	17.4	100.0
30	脱力感が見られた (R)	3	18	178	387	253	839
		0.4	2.1	21.2	46.1	30.2	100.0
31	疲労感が見られた (R)	10	79	208	340	202	839
		1.2	9.4	24.8	40.5	24.1	100.0
32	やりがい感が見られた	17	300	435	81	6	839
		2	35.8	51.8	9.7	0.7	100.0
33	対等な関係が形成できていた	40	421	300	70	8	839
		4.8	50.2	35.8	8.3	1	100.0
34	いらだち感が見られた (R)	3	41	177	373	245	839
		0.4	4.9	21.1	44.5	29.2	100.0
35	士気の低下が見られた (R)	2	23	166	393	255	839
		0.2	2.7	19.8	46.8	30.4	100.0
36	地域への愛着が見られた	41	286	389	110	13	839
		4.9	34.1	46.4	13.1	1.5	100.0
37	達成感が見られた	27	310	415	81	6	839
		3.2	36.9	49.5	9.7	0.7	100.0
38	他者の発言に対して、内容や感情の反映をするなど理解に努めていた	55	521	234	28	1	839
		6.6	62.1	27.9	3.3	0.1	100.0
39	自分の発言が他者に対して伝わりやすいように工夫していた	69	531	220	18	1	839
		8.2	63.3	26.2	2.1	0.1	100.0

逆転項目は逆転処理をする前の結果

表4-15 質問群5：規範的統合質問群の単純集計結果

質問項目	とても思う	思う まあまあ	ない	何とも 言え	あまり 思わない	ほとんど 思わない	合計
1 個別支援の検討から地域支援の必要性を共通理解できていた	83 9.9	483 57.6	199 23.7	66 7.9	8 1	839 100.0	
2 地域ケア会議後のモニタリングの必要性を共通理解できていた	82 9.8	477 56.9	220 26.2	55 6.6	5 0.6	839 100.0	
3 個別支援の検討から、社会資源を開発する必要性を共通理解できていた	82 9.8	385 45.9	284 33.8	75 8.9	13 1.5	839 100.0	
4 個別支援の検討から、地域作りや政策形成に結びつける必要性を共通理解できていた	70 8.3	362 43.1	290 34.6	101 12	16 1.9	839 100.0	
5 地域包括ケアシステム構築のために、必要な会議であることを、共通理解できていた	81 9.7	357 42.6	307 36.6	78 9.3	16 1.9	839 100.0	
6 今後の支援方針について、参加者全員で意思決定することの重要性を理解できていた	87 10.4	459 54.7	249 29.7	35 4.2	9 1.1	839 100.0	
7 ケースに対する支援観を共通理解できていた	89 10.6	519 61.9	205 24.4	22 2.6	4 0.5	839 100.0	
8 今後の地域ケア会議に対する期待感をもつことができていた	61 7.3	353 42.1	355 42.3	60 7.2	10 1.2	839 100.0	
9 今後地域ケア会議に参加する意欲が高まっていた	39 4.6	308 36.7	399 47.6	82 9.8	11 1.3	839 100.0	
10 自分の支援の方向性について確信をもつことができていた	27 3.2	394 47	366 43.6	46 5.5	6 0.7	839 100.0	
11 利用者の自立支援に向けて貢献しているという達成感があった	32 3.8	338 40.3	388 46.2	74 8.8	7 0.8	839 100.0	
12 地域包括ケアシステム構築のために重要な会議であることが共通理解できていた	61 7.3	378 45.1	314 37.4	70 8.3	16 1.9	839 100.0	
13 地域に不足している社会資源の共通理解ができていた	66 7.9	392 46.7	292 34.8	76 9.1	13 1.5	839 100.0	
14 地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を共通理解できていた	34 4.1	313 37.3	390 46.5	92 11	10 1.2	839 100.0	
15 自らの専門的能力を向上することができていた	39 4.6	346 41.2	389 46.4	54 6.4	11 1.3	839 100.0	
16 保険者（市区町村）の姿勢・方針を共通理解することができていた	27 3.2	246 29.3	388 46.2	139 16.6	39 4.6	839 100.0	
17 他の職種の価値観を共通理解できていた	44 5.2	484 57.7	270 32.2	36 4.3	5 0.6	839 100.0	
18 支援の限界を共通理解できていた	69 8.2	400 47.7	310 36.9	52 6.2	8 1	839 100.0	
19 関係者が一緒に課題解決に向けて考えることが重要であることを共通理解できていた	162 19.3	524 62.5	135 16.1	14 1.7	4 0.5	839 100.0	
20 地域ケア会議は、参加者の実践力のスキルアップのために重要であることが共通理解されていた	93 11.1	381 45.4	303 36.1	54 6.4	8 1	839 100.0	
21 地域ケア会議は、多職種連携を促進していくために重要であることが共通理解されていた	145 17.3	493 58.8	171 20.4	27 3.2	3 0.4	839 100.0	
22 地域包括支援ネットワーク構築のための多職種協働のプラットフォーム機能をもつことが共通理解されていた	62 7.4	353 42.1	346 41.2	65 7.7	13 1.5	839 100.0	

表4-16 質問群6：行動期待質問群の単純集計結果

	質問項目	きるとも期待できる	まあまあ期待できる	い何とも言えない	きかない	あまり期待できない	ほとんど期待できない	合計
1	必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報について照会することができる	110 13.1	537 64	165 19.7	24 2.9	3 0.4	839 100.0	
2	必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報を的確に提供することができる	90 10.7	518 61.7	206 24.6	22 2.6	3 0.4	839 100.0	
3	必要に応じて、他の専門職に対して相談ごとを持ちかけることができる	145 17.3	553 65.9	123 14.7	14 1.7	4 0.5	839 100.0	
4	個別ケースの急変時において、他の専門職に対して連絡することができる	134 16	526 62.7	145 17.3	29 3.5	5 0.6	839 100.0	
5	必要に応じて、地域ケア会議の開催を行政や地域包括支援センターに要請することができる	122 14.5	468 55.8	191 22.8	47 5.6	11 1.3	839 100.0	
6	必要に応じて、サービス担当者会議の開催を介護支援専門員に要請することができる	91 10.8	470 56	233 27.8	36 4.3	9 1.1	839 100.0	
7	必要に応じて、他の専門職に支援の要請を行うことができる	94 11.2	583 69.5	138 16.4	20 2.4	4 0.5	839 100.0	
8	必要に応じて、インフォーマルな支援者に対して支援の要請を行うことができる	56 6.7	424 50.5	306 36.5	47 5.6	6 0.7	839 100.0	
9	責任を他の専門機関・専門職に転嫁しないで、自ら課題解決の手立てを考えることができる	44 5.2	372 44.3	386 46	32 3.8	5 0.6	839 100.0	
10	地域支援の視点から支援を検討することができる	39 4.6	393 46.8	333 39.7	66 7.9	8 1	839 100.0	
11	地域ケア会議後のモニタリングを的確に行うことができる	38 4.5	401 47.8	342 40.8	50 6	8 1	839 100.0	
12	新たな課題が生じた場合は、他の専門職と連携して、的確な対処ができる	62 7.4	537 64	211 25.1	27 3.2	2 0.2	839 100.0	
13	他専門職と社会資源を開発する手立ての検討を行うことができる	32 3.8	308 36.7	367 43.7	118 14.1	14 1.7	839 100.0	
14	他専門職と地域作りや政策形成に結びつける検討を行うことができる	24 2.9	268 31.9	380 45.3	134 16	33 3.9	839 100.0	
15	地域包括ケアシステム構築のために、働いているという意識を持つことができる	33 3.9	279 33.3	376 44.8	120 14.3	31 3.7	839 100.0	
16	地域ケア会議で意思決定された支援の内容を確実に遂行できる	29 3.5	413 49.2	345 41.1	42 5	10 1.2	839 100.0	
17	個別ケースの状況の変化に応じて、地域ケア会議で意思決定された支援の内容の変更について、他職種に対して照会や相談できる	52 6.2	511 60.9	240 28.6	30 3.6	6 0.7	839 100.0	
18	他職種の理解をさらに深めていく意識を持つことができる	72 8.6	515 61.4	222 26.5	27 3.2	3 0.4	839 100.0	
19	保険者（行政）に対して、具体的な課題解決案を提示できる	29 3.5	284 33.8	383 45.6	115 13.7	28 3.3	839 100.0	
20	多職種間で自主的な勉強会や会合を持つことができる	27 3.2	287 34.2	360 42.9	135 16.1	30 3.6	839 100.0	
21	支援のネットワークの一員としての自覚をすることができる	50 6	448 53.4	289 34.4	42 5	10 1.2	839 100.0	
22	他職種との関係形成においてストレスマネジメントができる	18 2.1	212 25.3	447 53.3	143 17	19 2.3	839 100.0	
23	日頃から、他職種とともに考える姿勢を持つことができる	72 8.6	530 63.2	195 23.2	37 4.4	5 0.6	839 100.0	
24	支援の目標を常に共有できている	41 4.9	423 50.4	321 38.3	46 5.5	8 1	839 100.0	

25	他職種と共通言語でコミュニケーションをとることができる	63 7.5	477 56.9	259 30.9	34 4.1	6 0.7	839 100.0
26	他職種と支え合う関係を形成できる	71 8.5	554 66	187 22.3	25 3	2 0.2	839 100.0
27	他職種との関係形成において、コンフリクトマネジメントができる	17 2	244 29.1	497 59.2	71 8.5	10 1.2	839 100.0
28	自らの支援について他職種からチェックを受ける関係を形成できる	27 3.2	257 30.6	422 50.3	115 13.7	18 2.1	839 100.0
29	多職種間の支援を調整できる	47 5.6	452 53.9	270 32.2	60 7.2	10 1.2	839 100.0
30	第三者からスーパービジョンを積極的に受けることができる	35 4.2	239 28.5	393 46.8	143 17	29 3.5	839 100.0
31	支援に対する倫理観を統一することができる	29 3.5	327 39	387 46.1	85 10.1	11 1.3	839 100.0
32	多職種と交渉して、自分の考えている支援を実現することができる	27 3.2	398 47.4	358 42.7	47 5.6	9 1.1	839 100.0
33	地域ケア会議に参加する際は、ケースの情報を整理しておく等の事前準備ができる	98 11.7	552 65.8	161 19.2	21 2.5	7 0.8	839 100.0
34	地域ケア会議での支援方針や支援内容に基づいて、各専門職は個別支援計画を立てることができる	57 6.8	469 55.9	277 33	29 3.5	7 0.8	839 100.0
35	必要に応じて、リーダーシップを発揮し、支援の方向性を統一することができる	35 4.2	381 45.4	371 44.2	45 5.4	7 0.8	839 100.0
36	他職種が支援に迷いやわからなさを感じた時に、的確な助言ができる	31 3.7	374 44.6	387 46.1	43 5.1	4 0.5	839 100.0
37	地域ケア会議の意義を他職種に積極的に伝達することができる	49 5.8	392 46.7	326 38.9	67 8	5 0.6	839 100.0

3. 各質問群で抽出された因子

質問群1から質問群6の因子分析結果を表4-17から表4-23に示した。また、それぞれの質問群における因子の命名を表4-24に示した。

表4-17 質問群1：事例提供者評価質問群の因子分析結果

質問項目	因子		
	1	2	3
1 事前にケースの情報を的確に把握していた	.944	-.130	-.018
3 事前にケースに対する支援の経過を的確に把握していた	.904	-.105	-.048
2 事前にケースの情報を的確に分析できていた	.867	-.005	.034
4 事前にケースの生活ニーズを的確に把握していた	.772	.039	.052
5 事前に地域ケア会議で検討すべき内容を的確に把握していた	.455	.347	.018
6 事前にケースの支援の方向性を的確に把握していた	.417	.415	.052
8 事前に他の職種の支援上の役割を認識していた	.016	.720	-.009
11 新たなケースのニーズを発見できていた	-.157	.651	.036
10 事前に地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を把握していた	-.012	.627	-.041
12 今後のケースの支援体制を、確認することができていた	-.021	.622	.111
16 事前に会議参加者と意図的に関係を形成しておくことが重要であることが認識できていた	-.055	.519	-.050
9 事前に支援における自分の役割を認識していた	.245	.513	-.083
7 事前にケースの今後の予後予測を的確に見立てることができていた	.315	.484	.020
17 自分の支援のふりかえりができていた	.036	.459	-.080
14 ケースに対する気がかりがあった (R)	-.051	-.030	.841
13 支援の迷いが見られた (R)	.005	.011	.649
15 表明されない思いがあった (R)	.069	-.018	.542

表 4-18 質問群 2：進行役評価質問群の因子分析結果

質問項目	因子		
	1	2	3
18	.934	-.148	-.046
14	.906	-.155	-.001
19	.789	-.013	.068
13	.753	.129	-.090
15	.678	.179	-.083
16	.660	.154	.017
5	.626	-.023	.221
17	.593	.217	-.002
4	.551	.062	.161
7	.550	.118	.081
9	.542	.187	.048
8	.514	.216	.015
6	.457	.060	.107
11	-.061	.942	.012
10	-.034	.895	.013
12	.195	.603	-.015
1	-.075	.011	.939
2	.021	-.027	.911
3	.256	.059	.544

表 4-19 質問群 3：ケースの支援に関する理解・認識質問群の因子分析結果

質問項目	因子			
	1	2	3	4
13	.854	-.037	-.006	.007
9	.776	.169	-.098	-.014
10	.738	.126	-.031	.014
14	.604	-.052	.329	-.074
12	.577	-.032	.062	.089
11	.459	.044	.235	.059
3	-.011	.918	-.122	.060
1	.041	.766	.043	-.073
4	.083	.660	-.007	.085
2	-.067	.533	.441	-.151
5	.128	.484	.111	.124
16	-.077	.005	.770	.060
15	.132	-.024	.672	-.019
22	.085	.031	.643	.017
17	.015	-.012	.497	.246
20	.073	.006	-.091	.892
19	-.025	.031	.038	.852
21	-.026	-.019	.217	.634

除外質問項目：6, 7, 8, 18, 23

表 4-20 質問群 4：支援者の感情質問群

質問項目	因子				
	1	2	3	4	5
27 苦痛感が見られた (R)	.928	.000	-.039	.036	-.062
30 脱力感が見られた (R)	.893	.025	-.034	-.075	.056
26 無力感が見られた (R)	.884	-.008	-.018	.020	-.018
31 疲労感が見られた (R)	.816	.093	-.031	-.036	-.110
28 葛藤が見られた (R)	.789	-.037	-.039	.046	-.175
34 いらだち感が見られた (R)	.726	-.073	.024	-.098	.220
35 士気の低下が見られた (R)	.715	-.013	.043	-.077	.188
29 わからなさが見られた (R)	.708	.090	-.012	.036	-.101
25 会議に参加することへの抵抗感が見られた (R)	.658	.053	.056	.094	-.076
24 不全感がみられた (R)	.596	.019	.100	.113	.035
23 支援の役割の押し付け合いが見られた (R)	.511	-.100	.139	-.041	.227
14 信頼感が生まれていた	-.050	.961	.031	-.057	-.039
15 親近感が生まれていた	.020	.939	-.039	-.157	-.010
13 連帯感が見られた	-.035	.862	.061	-.058	.025
21 一体感が見られた	.007	.822	-.005	-.052	.025
20 安心感が見られた	.015	.720	-.049	.076	-.022
16 相互に尊敬の念が見られた	-.015	.619	-.022	.006	.177
22 自分だけで頑張らなくてよい雰囲気が見られた	.131	.526	-.043	.037	-.012
4 お互いに好感をもつことができていた	.062	.521	.015	.109	.086
5 自分の支援上の精神的負担が軽減されていた	.053	.442	-.044	.267	-.083
37 達成感が見られた	-.017	.407	.022	.239	.082
33 対等な関係が形成できていた	-.022	.400	.128	.134	.081
10 他の職種に対して引け目が感じられた (R)	-.041	-.012	.897	.030	-.035
11 他の職種に対して防衛感が見られた (R)	-.034	.043	.850	.015	.013
18 他の職種に対する苦手意識が見られた (R)	.101	.097	.594	.002	-.046
9 これまでの支援に後悔が見られた (R)	.138	-.136	.491	-.043	-.060
2 自分の支援に対する自信を持つことができていた	-.030	.026	.056	.749	.035
6 自分の専門性を発揮しているという自負をもっていた	.046	.088	-.024	.608	.071
3 自分自身の仕事に対するやる気が出ていた	.019	.267	-.049	.567	-.026
38 他者の発言に対して、内容や感情の反映をするなど理解に努めていた	.002	.080	-.102	.129	.671
39 自分の発言が他者に対して伝わりやすいように工夫していた	-.053	.098	-.022	.112	.614
12 他の職種の発言を傾聴していた	.003	.226	.047	-.103	.489
19 互いに配慮や気遣いがあった	-.034	.229	-.035	-.064	.452

除外質問項目：1, 7, 8, 17, 32, 36

表4-21 質問群5：規範的統合質問群

質問項目	因子		
	1	2	3
4 個別支援の検討から、地域作りや政策形成に結びつける必要性を共通理解できていた	1.003	-.113	-.047
3 個別支援の検討から、社会資源を開発する必要性を共通理解できていた	.966	-.104	-.040
13 地域に不足している社会資源の共通理解ができていた	.563	.021	.095
1 個別支援の検討から地域支援の必要性を共通理解できていた	.520	.229	.016
5 地域包括ケアシステム構築のために、必要な会議であることを、共通理解できていた	.505	.290	.040
9 今後地域ケア会議に参加する意欲が高まっていた	-.087	.838	-.006
10 自分の支援の方向性について確信をもつことができていた	-.055	.786	-.045
11 利用者の自立支援に向けて貢献しているという達成感があった	-.020	.737	-.007
8 今後の地域ケア会議に対する期待感をもつことができていた	.028	.730	.028
12 地域包括ケアシステム構築のために重要な会議であることが共通理解できていた	.239	.449	.158
15 自らの専門的能力を向上することができていた	.074	.447	.203
21 地域ケア会議は、多職種連携を促進していくために重要であることが共通理解されていた	-.101	-.082	1.030
20 地域ケア会議は、参加者の実践力のスキルアップのために重要であることが共通理解されていた	.037	.069	.707
19 関係者が一緒に課題解決に向けて考えることが重要であることを共通理解できていた	-.010	.104	.608
22 地域包括支援ネットワーク構築のための多職種協働のプラットフォーム機能をもつことが共通理解できていた	.181	.019	.587

除外質問項目：2, 6, 7, 14, 16, 17, 18

表4-22 質問群6：行動期待質問群

質問項目	因子				
	1	2	3	4	5
34 地域ケア会議での支援方針や支援内容に基づいて、各専門職は個別支援計画を立てることができる	.784	-.132	.051	-.030	.056
35 必要に応じて、リーダーシップを発揮し、支援の方向性を統一することができる	.721	.086	.141	-.043	-.100
36 他職種が支援に迷いやわからなさを感じた時に、的確な助言ができる	.707	.093	.092	-.031	-.088
33 地域ケア会議に参加する際は、ケースの情報を整理しておく等の事前準備ができる	.631	-.056	-.082	.040	.113
16 地域ケア会議で意思決定された支援の内容を確実に遂行できる	.485	-.052	.000	.039	.180
32 多職種と交渉して、自分の考えている支援を実現することができる	.477	.386	-.080	.004	-.002
37 地域ケア会議の意義を他職種に積極的に伝達することができる	.461	.144	.206	.013	.015
17 個別ケースの状況の変化に応じて、地域ケア会議で意思決定された支援の内容の変更について、他職種に対して照会や相談できる	.419	-.038	.018	.196	.188
28 自らの支援について他職種からチェックを受ける関係を形成できる	.076	.710	.039	-.028	-.012
30 第三者からスーパービジョンを積極的に受け取ることができる	.069	.687	.068	.029	-.101
22 他職種との関係形成においてストレスマネジメントができる	-.208	.624	.106	.005	.227
27 他職種との関係形成において、コンフリクトマネジメントができる	.061	.555	.052	.046	.054
20 多職種間で自主的な勉強会や会合を持つことができる	-.178	.519	.240	-.043	.168
31 支援に対する倫理観を統一することができる	.477	.511	-.105	.006	-.148
29 多職種間の支援を調整できる	.181	.447	-.092	.055	.224
14 他専門職と地域作りや政策形成に結びつける検討を行うことができる	-.033	.031	.959	.009	-.087
13 他専門職と社会資源を開発する手立ての検討を行うことができる	-.008	.052	.800	.030	-.005
15 地域包括ケアシステム構築のために、働いているという意識を持つことができる	.151	-.043	.685	-.013	.026
10 地域支援の視点から支援を検討することができる	.088	.060	.456	.034	.168
19 保険者（行政）に対して、具体的な課題解決案を提示できる	.059	.212	.440	.002	.028
1 必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報について照会することができる	-.147	.048	-.019	1.001	-.046
2 必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報を的確に提供することができる	-.050	.097	.032	.933	-.152
3 必要に応じて、他の専門職に対して相談ごとを持ちかけることができる	.118	-.090	.013	.612	.112
4 個別ケースの急変時において、他の専門職に対して連絡することができる	.254	-.070	-.055	.496	.108
7 必要に応じて、他の専門職に支援の要請を行うことができる	.151	-.075	.119	.439	.173
23 日頃から、他職種とともに考える姿勢を持つことができる	-.007	-.021	.044	.002	.823
26 他職種と支え合う関係を形成できる	.191	.072	-.061	.056	.601
25 他職種と共通言語でコミュニケーションをとることができる	.101	.155	-.063	-.002	.596
24 支援の目標を常に共有できる	.160	.165	-.034	.026	.530
21 支援のネットワークの一員としての自覚をすることができる	-.002	.154	.176	-.065	.515

除外質問項目：5, 6, 8, 9, 11, 12, 18

各質問群で抽出された因子と各因子の信頼性係数（Cronbach' α ）を表 4-23 に示した。質問群 1 では、「事前情報把握」「検討の方向性を見立て」「不安」が抽出された。質問群 2 では、「参加者と会議進行の配慮」「事例提供者への配慮」「事前の情報把握」が抽出された。質問群 3 では、「支援の方向性・支援体制の共通理解」「ケース情報の共通理解」「他職種や自己の理解」「事例提供者のゆらぎの共通理解」が抽出された。質問群 4 では、「ゆらぎ」「顔の見える関係」「他職種に対する違和感」「自信」「他職種への配慮」が抽出された。質問群 5 では、「地域包括ケアシステムの共通理解」「地域ケア会議の重要性の理解」「多職種協働の重要性の共通理解」が抽出された。質問群 6 では、「統一された支援の遂行」「多職種の視点を尊重した関係形成」「協働による地域づくり・政策形成の検討」「信頼に基づく多職種への働きかけ」「共通言語でのコミュニケーション」が抽出された。各質問群の各因子の Cronbach' α は、0.711 から 0.912 であり、信頼性は確保されていると考えられる。

表 4-23 各質問群の因子の命名と Cronbach' α

上段：因子の命名

下段：因子の質問項目の信頼性係数

質問群	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
質問群 1： 事例提供者評価質問群	事前情報把握 0.912	検討の方向性 の見立て 0.825	不安 0.711		
質問群 2： 進行役評価質問群	参加者と会議 進行の配慮 0.941	事例提供者へ の配慮 0.873	事前の情報把 握 0.884		
質問群 3： ケースの支援に関する 理解・認識質問群	支援の方向性・ 支援体制の共 通理解 0.893	ケース情報の 共通理解 0.876	他職種や自己 の理解 0.816	事例提供者の ゆらぎの共通 理解 0.871	
質問群 4： 支援者の感情質問群	ゆらぎ 0.939	顔の見える関 係 0.918	他職種に対す る違和感 0.804	自信 0.783	他職種への配 慮 0.755
質問群 5： 規範的統合質問群	地域包括ケア システムの共 通理解 0.871	地域ケア会議 の重要性の理 解 0.867	多職種協働の 重要性の共通 理解 0.847		
質問群 6： 行動期待質問群	統一された支 援の遂行 0.887	多職種の視点 を尊重した関 係形成 0.874	協働による地 域づくり・政策 形成の検討 0.878	信頼に基づく 多職種への働 きかけ 0.880	共通言語での コミュニケーション 0.878

4. 共分散構造分析による多職種協働の態度形成要因モデル

各質問群を潜在変数とし、各質問群から抽出された因子を観測変数として、最適解としての多重指標モデルを図 4-1 の通り作成した。多重指標モデルの作成にあたっては、適合度指標である GFI : 0.9 以上と RSMEA : 0.05 以下となるようにモデルの再構築を繰り返し、最も高い GFI と最も低い RSMEA が得られたモデルを採用した。

多重指標モデルの構築にあたっては、質問群 1 は、どの潜在変数に対しても影響が小さかったため、モデルから除外した。同時に、観測変数に対する標準化係数の低い観測変数をモデルから除外し、ひとつ除外するごとにモデルの適合度を確認し、十分な適合度を得られるまで除外を行った。

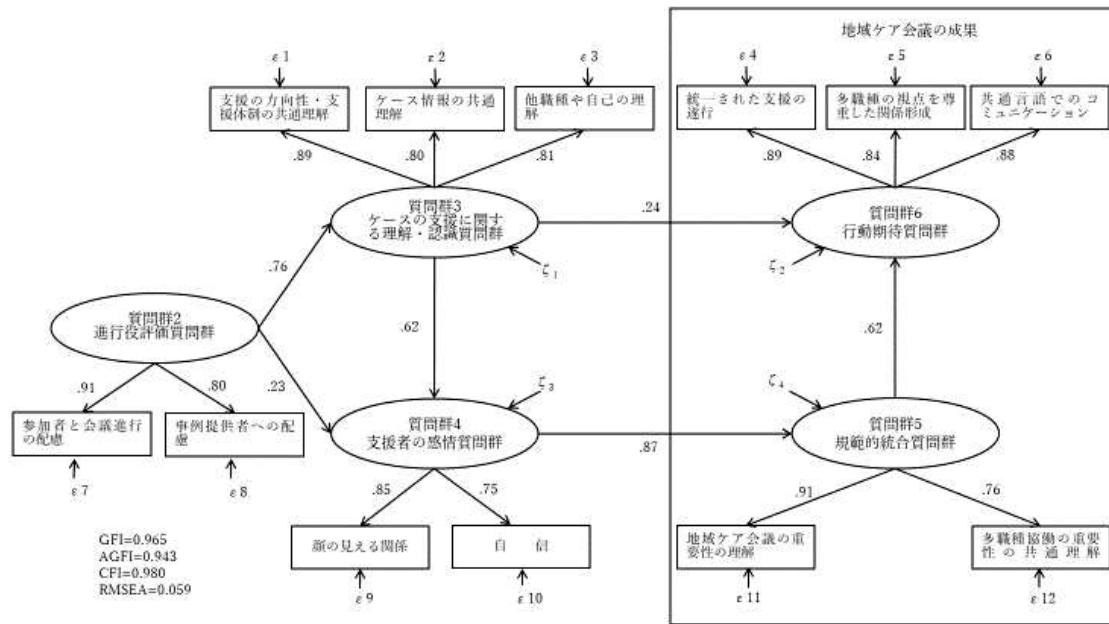
最終的に、質問群 2 では第 3 因子「事前の情報把握」、質問群 3 では第 4 因子「事例提供者のゆらぎの共通理解」、質問群 4 では第 1 因子「ゆらぎ」、第 3 因子「他職種に対する違和感」、第 5 因子「他職種への配慮」、質問群 5 では、第 1 因子「地域包括ケアシステムの共通理解」、質問群 6 では、第 3 因子「協働による地域づくり・政策形成の検討」、第 4 因子「信頼に基づく多職種への働きかけ」が除外された。

最終モデルの適合度指標は、GFI=0.965, AGFI=0.943, CFI=0.980, RMSEA=0.059, $\chi^2=190.375$ ($p<0.000$) であった。RMSEA は、0.05 以下とはならなかったが、最も 0.05 に近似するモデルであった。RMSEA は、0.05 未満であればあてはまりがよく、0.1 以上であればあてはまりはよくないとされ²⁰⁾、0.059 は適合度から言えば、グレーゾーンにあたるが、本モデルを採用することとした。

質問群 2 は、質問群 3 と質問群 4 に影響を及ぼしていた。それぞれの標準化係数と有意確率は、0.76 ($p<0.001$) 及び 0.23 ($p<0.001$) であった。質問群 3 は、質問群 4 と質問群 6 に影響を及ぼしていた。それぞれの標準化係数と有意確率は、0.62 ($p<0.001$) 及び 0.24 ($p<0.001$) であった。質問群 4 は、質問群 5 に影響を及ぼしていた。標準化係数と有意確率は、0.87 ($p<0.001$) であった。質問群 5 は、質問群 6 に影響を及ぼしていた。標準化係数と有意確率は、0.62 ($p<0.001$) であった。

質問群 2 の観測変数は、「参加者と会議進行の配慮」「事例提供者への配慮」となった。それぞれの観測変数に対する標準化係数と有意確率は、0.91 ($p<0.001$) 及び 0.80 ($p<0.001$) であった。質問群 3 の観測変数は、「支援体制の方向性・支援体制の共通理解」「ケース情報の共通理解」「他者や自己の理解」であった。それぞれの観測変数に対する標準化係数と有意確率は、0.89 ($p<0.001$)、0.80 ($p<0.001$)、0.81 ($p<0.001$) であった。質問群 4 の観測変数は、「顔の見える関係」と「自信」であった。それぞれの観測変数に対する標準化係数と有意確率は、0.85 ($p<0.001$) と 0.75 ($p<0.001$) であった。質問群 5 の観測変数は、「地域ケア会議の重要性の理解」「多職種協働の重要性の理解」であった。それぞれの観測変数に対する標準化係数と有意確率は、0.91 ($p<0.001$) と 0.76 ($p<0.001$) であった。質問群 6 の観測変数は、「統一された支援の遂行」「多職種の視点を尊重した関係形成」「共通言語でのコミュニケーション」であった。それぞれの観測変数に対する標準化係数は、0.89 ($p<0.001$)、0.84 ($p<0.001$)、0.88 ($p<0.001$) であった。

質問群 6 を最終の従属変数とした場合の各質問群の関係性は 3 通りの系があることがわかった(表 4-24)。第 1 系では、質問群 2 が質問群 3 に影響し、さらに従属変数としての質問群 6 に影響をする。第 2 系では、質問群 2 が質問群 4 に影響し、さらに質問群 5 に影響し、最終的に従属変数としての質問群 6 に影響をする。第 3 系は、質問群 2 が質問群 3 に影響し、さらに質問群 4 及び質問群 5 に順に影響し、最終的に従属変数としての質問群 6 に影響をする。質問群 2 から質問群 6 への影響の間接効果は、第 3 系が 3 つの系の中では 0.254 と最も高かった。



ε, ζ は誤差変数を表す

図 4-1 共分散構造分析による多職種協働の態度形成要因モデル

表 4-24 多重指標モデルにおける 3 つの関連性の系

	質問群 2	質問群 3	質問群 4	質問群 5	質問群 6	間接効果
第 1 系	①	②			③	0.182
第 2 系	①		②	③	④	0.124
第 3 系	①	②	③	④	⑤	0.254

○付き数値は影響の順序を示す

第 5 節 考察

1. 事例提供者に対する評価

質問群 1 は、分析の当初から他のどの質問群に対しても、影響度が小さかったため、モデルから除外した。研究 1 では、事例提供者から地域ケア会議の実施にあたっては、地域包括支援センター内で、事前にケースの〔情報の確認〕をし、何を検討すべきか周知な準備をし、ケースの〔検討課題の明確化〕を行い、ケース D に対する〔支援の方向性〕をある程度見立て、解決の道筋を立てておくことが重要であることが明らかとなった。しかし、研究 2 においては、事例提供者に対する評価は、多職種協働の態度形成には影響していないことが明らかとなった。研究 1 での分析からも、事例提供者の地域ケア会議自体での発言数は他の参加者と比較すると多くはなく、最初にケースの〔情報提供〕と地域ケア会議終了時におけるケースの〔支援方針の確認〕が主であった。むしろ事例提供者は、今後の支援の手がかりを得る立場として地域包括支援センターの専門職には認識されており、「事例提供者対参加者」という構造を作り出し、多職種協働によるキーパーソンとしては認識されていなかった面があると推測される。

しかし、研究 1 においては、進行役である C 主任介護支援専門員と十分な事前準備をしており、事例提供者の地域ケア会議における役割は重要である。研究 1 の対象とした事例提供者は地域ケ

ア会議を実施した B 包括の専門職であった。一般的には、地域ケア会議における事例提供は主には介護支援専門員が想定される。介護支援専門員は、すでにケースのケアマネジャーとして多くの専門職等と関係性を持ち、ケースの情報には精通し、アセスメントは十分に行っているという前提で捉えていたとも推測される。

研究 2 では、事例提供者の評価は多職種協働の態度形成には影響されない結果となったが、地域ケア会議の目的は「個別ケースの支援内容の検討を通じた、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援」¹⁸⁾であり、多職種協働を機能させる存在であることに変わりはない。

2. 進行役の重要性

進行役に対する評価は、地域ケア会議の成果を得るための起点となっていることが明らかとなった。すでに、地域ケア会議の成果を得るには、地域包括支援センターの専門職が事前の準備を十分にすることが重要との結果を筆者らは指摘しており⁵⁾、この知見をさらに高い信頼性に基づく分析から追認する結果となった。地域ケア会議の進行役は主には地域包括支援センターの職員が担うことが想定されるが、今回の調査の対象とした地域包括支援センターの専門職は、進行役の重要性を理解していたと推測される。

特に、「参加者と会議進行の配慮」「事例提供者への配慮」が質問群 1 を説明する観測変数であったため、進行役には、「会議を統制する」「会議の結論や成果を的確にまとめる」「今後のケースの支援体制を、明確に整理する」「ケースの課題を解決に導けるように配慮する」「参加者が今後連携できるような雰囲気を作る」「参加者の発言を丁寧に解釈する」「参加者が議論しやすいように、課題を整理する」「参加者の発言の一つ一つを尊重する」「アセスメントが深化するように、参加者の発言を促す」「参加者の支援のスキルアップが図られるよう配慮する」「参加者の役割が明確になるように配慮する」「事例提供者や参加者に対して気づきを促す」「会議の進行の時間配分に配慮する」「事例提供者のケースに対する気がかりを受け止める」「事例提供者の支援の迷いを受け止める」「事例提供者の表明されない思いを表出できるように促す」といった配慮が必要とされていることが明らかとなった。

また、研究 1 において〔迷い〕〔気がかり〕〔迷い〕〔不安〕〔心配〕を共有することは、「多面的な見方、複層的な視野、新たな発見、システムや人の変化・成長を持ちびく契機」¹⁰⁾となることの重要性を述べたが、研究 2 においてもその重要性が示唆されたといえる。今後、地域ケア会議を推進する役割を担う地域包括支援センターの専門職には、事前準備も含めて、参加者や事例提供者に常に配慮を持って地域ケア会議を運営していくことが求められる。参加者や事例提供者に対する〔配慮〕は、多職種協働を機能させ地域包括支援ネットワークを構築する上での重要な態度形成要因の起点あるいは前提条件ともなる要因であり、多職種協働の阻害要因を軽減・除去する基本的な姿勢である。

3. 態度の3成分の分析

1) 認知成分

「認知成分」を説明する観測変数は、第1因子「支援の方向性・支援体制の共通理解」、第2因子「ケース情報の共通理解」及び第3因子「他職種や自己の理解」であった。

第1因子及び第2因子は、研究1で抽出された地域ケア会議を構成する要素である〔情報提供〕〔情報の確認〕〔過去の支援内容〕〔アセスメント〕〔支援の方向性〕〔支援内容の提案〕〔支援内容の確認〕〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕といったケースを共通に理解する観測変数である。ケースを的確に〔アセスメント〕し、適切な〔支援内容の提案〕をし、〔支援の方向性〕を共通認識することが重要であることを示唆している。またこの作業は、参加者に〔緩やかな地域包括支援ネットワーク〕が〔強固な地域包括支援ネットワーク〕に変容したことを実感させる契機となる。

第3因子は他の専門職や自らの役割や専門性を認識する観測変数である。自らの専門性とは異なる他職種の支援スキルなどについて〔他職種の理解〕が促進され、一方で他職種から〔支援の評価〕を得ることで、自らの専門性を認識することが可能となり、自らの役割を認識できるのではないかと推測される。さらに、進行役の〔配慮〕により、ケースに対する理解が促進されると同時に、他の職種や自身の専門性や役割が認識される。

「支援の方向性・支援体制の共通理解」「ケース情報の共通理解」「他職種や自己の理解」をすることが、多職種協働の態度形成の要因であり、地域ケア会議の成果を得るための促進要因となっていることが明らかとなった。

2) 感情成分

感情成分を説明する観測変数は、第2因子「顔の見える関係」及び第4因子「自信」であった。「ゆらぎ」「他職種に対する違和感」は、感情成分を説明する観測変数とはならなかった。

第1因子の「ゆらぎ」としての「苦痛感」「脱力感」「無力感」「疲労感」は個人に向けられた感情であるが、多職種協働の態度の要因とは考えにくいことが明らかとなった。また、第3因子の「他職種に対する違和感」他職種に対する「引け目」「防衛感」「苦手意識」は、他者に対する感情であるが、多職種協働の態度を構成する要因とは考えにくいことが明らかとなった。

一方で、第2因子「顔の見える関係」は、他者との関係性の中で生起される感情でもある。ケースに対する〔共通理解の深化〕がなされ、〔支援の方向性〕〔支援内容の提案〕を共有していくことで、参加者相互に〔対等な関係〕が生起され、森田らの主張する〔顔のわかる関係〕〔顔の向こう側が見える関係〕〔顔を通り超えて信頼できる関係〕としての「信頼感」、 「親近感」、 「連帯感」、 「一体感」、 「安心感」、 「相互に尊敬の念」、 「自分だけで頑張らなくてよい雰囲気」、 「お互いに好感」といった感情が、多職種協働の態度形成の要因であり、地域ケア会議の成果を得るための促進要因となっていることが明らかとなった。

地域ケア会議という視覚的、聴覚的、あるいはノンバーバルコミュニケーションとしての身体的な会話も存在する環境の中で進行されることにより、より一層お互いを理解する感情が生起される。この意味において、電話や電子メールなどの伝達媒体を通じての共通理解には限界がある。各参加者のそれぞれの「息づかい」が感じられる地域ケア会議であることが必要である。

また、第4因子である〔自信〕は、〔自己効力感〕としても説明が可能である。研究1で分析した地域ケア会議の第1ステージにおいて、I民生委員が「退院して、今度帰ってきてまた前のように地域に出た時に迷子になって、どこにいるかわからなくなった時の心配があるということを、今後帰って来られたら、また地域の方々にお話ししたいと思います。」と支援の行動意図を表明している発言は、I民生委員が〔自信〕、民生委員としての自負とやる気を読み取ることが可能である。

「顔の見える関係」「自信」といった感情が、多職種協働の態度形成の要因であり、地域ケア会議の成果を得るための促進要因となっていることが明らかとなった。

3) 行動成分

「行動成分」を説明する観測変数は、第1因子「統一された支援の遂行」、第2因子「多職種の視点を尊重した関係形成」及び第5因子「共通言語でのコミュニケーション」であった。

第1因子は、地域ケア会議において決定された〔支援の方向性〕や〔支援内容の提案〕に基づいて、各専門職は各自の専門性と立場を根拠に支援計画を立て、その支援を遂行する資質・能力でもある。

第2因子及び第5因子は、他職種を理解し、他職種とともに考える姿勢を持ち、他職種と支え合う関係性の中でストレスマネジメントやコンフリクトマネジメントができる資質・能力、自らをコントロールしながら支援の展開ができる資質・能力と捉えることが可能である。「行動成分」は、単なる自らの役割を遂行するという行動のみが期待されているのではなく、「他職種とともに考える姿勢」「他職種と支え合う関係を形成できる」といった関係性の中で支援行動が展開できる資質・能力が必要なことも示唆している。

4. 規範的統合の重要性

規範的統合を説明する観測変数は、第2因子「地域ケア会議の重要性の理解」及び第3因子「多職種協働の重要性の共通理解」であった。

第1因子「地域包括ケアシステムの共通理解」も重要な要因と考えられたが、資源開発・地域作り機能や政策形成機能といった市町村レベルの地域包括ケアシステム構築にかかわる質問項目であったため、直接多職種協働を形成する態度の要因としては除外されたと推測される。

第2因子は、「今後地域ケア会議に参加する意欲が高まる」「自分の支援の方向性について確信をもつ」「利用者の自立支援に向けて貢献しているという達成感」「今後の地域ケア会議に対する期待感をもつ」「地域包括ケアシステム構築のために重要な会議であることが共通理解できる」「自らの専門的能力を向上することができる」といった地域ケア会議の成果でもある。これは、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築するための具体的な行動水準の成果の前提として必要な条件とも言える。一方、これらは「感情成分」とも捉えることもできるが、「感情成分」は基本的には参加者間で形成されると捉え、意欲、達成感、期待感、個人的なレベルでの地域ケア会議の成果であると捉えた方が妥当であると思われる。意欲、達成感、期待感は個人内の〔熱意〕でもある。この〔熱意〕が見られる状態は、参加者一人一人が〔地域ケア会議の価値重要性〕を理解している状態であり、規範的統合が確保されている状態とすることが可能である。

第3因子「多職種協働の重要性の共通理解」は、多職種による地域包括支援ネットワークの構築の重要性の共通理解に関する内容である。ケースの支援に対して、一人の専門職だけではなく、多職種で課題解決をする必要があり、多職種協働の共通基盤が必要となるという理解が必要であることを意味している。

地域ケア会議の成果として、各参加者の〔熱意〕をもって、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築のための共通理解をすることが求められている。

5. 多重指標モデルの3つの系

研究1における態度の標準的学習モデル¹⁹⁾を採用した多職種協働の態度形成要因の仮説モデルを概ね立証することが可能であった。「認知成分」が「感情成分」に影響し、さらに「行動成分」に影響するというモデルであった。表4-22で示したように、「認知成分」が「感情成分」に影響し、さらに「行動成分」を従属変数とするモデルとなった。

ここで、特記しなければならないのは、「行動成分」「感情成分」に加えて、質問群5：規範的統合質問群を介して、従属変数である質問群6に影響するモデルが構築されたことである。第1系及び第2系も、質問群2を起点に、最終的には「行動成分」である質問群6に影響するが、第3系が最も質問群6に高い効果を示していた。

結果として、多職種協働による態度形成の要因は、地域ケア会議の進行役が、参加者や事例提供者に対する〔配慮〕をすることで、ケースの支援に関する理解や認識が高まり、さらにそのことで支援者に「顔の見える関係」「自信」といった感情が生起され、この関係性を通して多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築のための共通理解が得られることで規範的統合が確保され、この規範的統合を通して、地域包括支援ネットワークを構築するための具体的な行動が期待されるという関係性が明らかとなった。

別の視点から整理すると、地域ケア会議の進行役の会議進行の質が高いと、参加者のケースの理解度が促進されるような議論が可能となり、参加者間で肯定的な感情が生起される。さらにその感情がより肯定的であると、参加者に〔自信〕と〔自己効力感〕が生起され、その結果として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築のための期待感や意欲が喚起され、地域ケア会議の意義や価値が共有されるといった規範的統合が確保される。さらにこの規範的統合は、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築するための具体的な行動を促進する基盤と考えることが可能である。

以上のことから、地域ケア会議において、多職種協働の態度を形成するには進行役の進行要領が重要となり、進行に対する配慮が重要となる。地域ケア会議の進行に対する配慮は、参加者の議論を深め、共通理解を深め、議論の理解の深まりにより、地域ケア会議全体に肯定的な感情が生起され、多職種間の良好な関係が形成される。さらに、多職種間の良好な関係は、地域ケア会議の重要性と多職種協働の重要性の理解に影響し、規範的統合が確保され、この規範的統合を基盤に、参加者全員で地域包括支援ネットワークをもとにそれぞれの支援を展開していこうとする行動に発展することが明らかとなった。

規範的統合は、地域ケア多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明確な支援行動の意図をもっている状態を作り出す重要な促進要因である。

なお、研究2は、日本学術振興会科学研究助成事業（課題番号：15K03937 研究課題名：地域包括ケアシステム構築における専門職の協働の態度形成要因の分析）の一環として実施しましたことを申し添えます。



引用文献

- 1)地域ケア会議運営ハンドブック作成委員会編，地域ケア会議運営ハンドブック．一般財団法人長寿社会開発センター．東京，2016；21-57.
- 2)横山正博，藤村孝枝監修，「地域ケア会議開催のポイント」地域包括ケアコーディネーター養成研修会報告書．山口県地域包括支援・在宅介護委支援センター協議会，山口，2014；1-24.
- 3)高室成幸．事例提出の技術．野中猛，高室成幸，上原久著，ケア会議の技術．中央法規出版．東京，2007；36-49.
- 4)上原久．ケア会議の技術〈2〉事例理解の深め方？．中央法規出版．東京，2012；32-47.
- 5)横山正博，堤雅恵．高齢化先進地域における地域ケア会議推進上の課題ー地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因分析．山口医学 2019．(2019.12 投稿受理)
- 6)野中猛．進行の技術．野中猛，高室成幸，上原久著，ケア会議の技術．中央法規出版．東京，2007；84-91.
- 7)東條光彦，坂野雄二．セルフ・エフィカシー尺度．上里一朗監修，心理アセスメントハンドブック 第2版．西村書店．新潟，2001；425-434.
- 8)江本リナ．自己効力感の分析．日本看護科学会誌 2000；20；39-45.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jans1981/20/2/20_39/_pdf/-char/ja (参照 2019-12-21)
- 9)尾崎新．まえがき．尾崎新編，「ゆらぐ」ことのできるカーゆらぎと社会福祉実践．誠信書房．東京，1999；i-x.
- 10)尾崎新．「ゆらぎ」からの出発ー「ゆらぎ」の定義，その意義と課題．尾崎新編，「ゆらぐ」ことのできるカーゆらぎと社会福祉実践．誠信書房．東京，1999；1-30.
- 11)横山正博，山根俊恵，吉島豊緑 他．介護支援専門員の体験する「ゆらぎ」の構造方程式モデリングによる分析．山口県立大学学術情報 2009；2；1-12.
- 12)ライル・M・スペンサー，シグネ・M・スペンサー．コンピテンシー・マネジメントの展開[完訳版]．梅津祐良，成田攻，横山哲夫訳，生産性出版．東京，2014；12-19.
- 13)菊地和則．協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ．ソーシャルワーク研究 2009；136；292-297.
- 14)松岡千代．多職種連携の専門職教育における課題．ソーシャルワーク研究 2009；136；314-320.
- 15)WHO GLOBAL COMPETENCY MODEL.
https://www.who.int/employment/competencies/WHO_competencies_EN.pdf (参照 2019-12-21)
- 16)佐甲隆，野呂千鶴子，伊藤薫．WHOグローバルコンピテンシーモデル．三重県立看護大学紀

要 2007 ; 11 : 9-15.

17) 豊田秀樹. 共分散構造分析[Amos 編] - 構造方程式モデリング. 東京書籍. 東京, 2007 ; 18-19.

18) 2018年5月10付厚生労働省老健局総務課長, 高齢支援課長, 振興課長および老人保健課長発
「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について.

19) Solomon, M. Attitude. Bamossy, G. Askegaard, S. Hogg, M.K. Eds. Consumer Behavior-
European Perspective- 3rd ed. Pearson Education Limited, Madrid, 2006 ; 137-163.

<https://books.mec.biz/tmp/books/NXHQRTHBQ2L87NIU6YVN.pdf#search=%27Solomon+Consumer+behavior%27>(参照 2019-12-22)

第5章 結論

本研究の問題認識は、現在厚生労働省が地域包括ケアシステムの構築にあたって推進を図り、介護保険法にも規定されてある地域ケア会議を取り扱った。地域ケア会議は、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築を目的としている。

本研究では、地域ケア会議において多職種がどのように協働する態度を形成しているか、その態度形成の要因及びその要因間の関連性を分析し、多職種が協働する態度形成の要因間の構造を明らかにすることで、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築の促進要因を検討し、全国水準での地域ケア会議のあり方を提言することを目的とした。

研究の方法として、研究1と研究2を実施した。研究1は、質的分析により、地域ケア会議を構成する要素を抽出し、多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築のための態度形成要因の仮説モデルを生成した。これは、多職種協働による地域包括支援ネットワークとは何かを帰納的に「切り出す」作業でもあった。

研究2では、研究1の質的分析により生成した多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築のための態度形成要因の仮説モデルを定量的に検証した。

1. 得られた知見

- [1] 地域ケア会議において多職種協働の態度形成要因は、潜在変数として態度の3成分である「認知成分」「感情成分」及び「行動成分」、さらに「地域ケア会議の進行役の評価」及び「規範的統合」として説明される。
- [2] 「認知成分」を説明する観測変数として、「支援の方向性・支援体制の共通理解」、「ケース情報の共通理解」及び「他職種や自己の理解」が抽出された。
- [3] 「感情成分」を説明する観測変数として、「顔の見える関係」及び「自信」が抽出された。「行動成分」を説明する観測変数として、「統一された支援の遂行」「多職種の視点を尊重した関係形成」「共通言語でのコミュニケーション」が抽出された。
- [3] 「地域ケア会議の進行役の評価」を説明する観測変数として「参加者と会議進行の配慮」及び「事例提供者への配慮」が抽出された。
- [4] 「規範的統合」を説明する観測変数として「地域ケア会議の価値重要性」「多職種協働の重要性の共通理解」が抽出された。
- [5] 潜在変数間の関係性からみると、
 - ①地域ケア会議において、多職種協働の態度を形成するには司会者の進行要領が重要となり、進行に対する配慮が重要となる。
 - ②地域ケア会議の進行に対する配慮は、ケースに対する共通理解を深め、このことで地域ケア会議全体に肯定的な感情が生起され、多職種間の良好な関係が形成される。
 - ③良好な関係は、地域ケア会議の重要性と多職種協働の重要性の理解に影響し、規範的統合が確保され、この規範的統合を基盤に、参加者全員で地域包括支援ネットワークをもとにそれぞれの支援を展開していこうとする行動に発展する。
- [6] 規範的統合は、地域ケア多職種協働により地域包括支援ネットワークを構築しようとする明

確な支援行動の意図をもっている状態を作り出す重要な促進要因である。また、緩やかな地域包括支援ネットワークを強固な地域包括支援ネットワークに変容させる促進要因にもなる。

2. 提言

- [1] 地域ケア会議は、多職種協働の態度形成が可能となる機会であり、このことを十分踏まえて地域ケア会議は実施されるべきである。
- [2] 地域ケア会議の実施にあたっては、地域包括支援センターの職員は、事前準備を十分しておくことが重要である。中でも日頃から、支援に関係する専門職やインフォーマルな支援者と相談しやすい緩やかな地域包括支援ネットワークを形成しておくことが重要である。
- [3] 地域ケア会議の進行においては、進行役は参加者や事例提供者に対して、ケースの支援に関する理解や認識を高め、支援者に「顔の見える関係」「自信」といった感情が生起されるように配慮することが必要である。
- [4] このことで、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築のための共通理解が得られ、規範的統合が確保されるということを認識しておくことが重要である。規範的統合は、多職種協働の態度形成における重要な概念であり、実践課題であることを踏まえておくことが必要である。
- [5] 規範的統合を通して、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築するための具体的な行動が期待されるということを認識し、規範的統合が確保されるような地域ケア会議となるように地域包括支援センターの専門職は工夫が必要となる。

以上のことを実践現場の言葉を引用すると、第3章でも述べたが、地域ケア会議の参加者全員が『私が頑張ろう』から『一緒にやろう』、支援者が「個人の努力で何とかしようというレベルにとどまらず、一緒に頑張る仲間を増やそう」と思えるような、規範的統合に基づいた多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が重要である。

3. 本研究の発展の可能性

1) 地域ケア会議の質を評価する尺度開発への可能性

今回の研究の最も重要な結果は、第4章の図4-1の「共分散構造分析による多職種協働の態度形成要因モデル」である。この結果から今後全国で展開されている地域ケア会議の質を高めるために、地域ケア会議の質を評価する尺度開発の研究に発展させる可能性を持つ。現在、地域ケア会議の評価指標が厚生労働省によって示されている。しかし、実績を問う項目で構成されていることから、地域ケア会議における検討の質や成果の質を評価する尺度開発は喫緊の課題といえる。

しかし、今回の研究2の調査対象は地域包括支援センターの専門職に限ったことから、地域ケア会議に参加が想定される介護支援専門員をはじめ、多くの専門職や民生委員などの地域で活躍しているインフォーマルな人材も含めて標本抽出し、精度の高い尺度の開発に発展させることが必要である。

2) 規範的統合の重要性の周知と研修プログラムへの適用

本研究の成果は、地域ケア会議を主催する地域包括支援センターの専門職や他の専門職等に有用な結果と考えられる。特に、規範的統合が重要な要因と抽出されたことから、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築するためには、地域ケア会議において規範的統合が重要であることを周知し、地域包括支援センターの専門職や地域包括ケアにかかわる人材に対する研修課題あるいは研修プログラムの一環として伝達していくことが必要である。地域包括支援センターや関係者を対象とした研修・教育プログラム等の開発も今後の研究課題となる。

4. 本研究の残された課題

研究1では、成功事例としての1地域ケア会議を分析の対象とした。地域ケア会議の構成要素の抽出作業を行ったが、成功事例のみで抽出された要素が飽和しているかさらなる検討の余地を残している。分析に際しては、老年看護学の研究者とともに丁寧な解釈をしたところであるが、分析の対象をさらに確保すること、また成功事例の分析にとどまらず期待された成果が得られなかった地域ケア会議なども含めて分析をしていく必要がある。また、成果を得る工夫や地域ケア会議の背景にある地域の実情も含めて分析の視点を同定し、分析方法の開発も求められる。

また、地域ケア会議の構成要素の抽出作業において、聞き取り調査も実施したが、対象を地域ケア会議の進行役である地域包括支援センターの専門職と事例提供者に限定した。今回の対象は地域ケア会議の実施主体の専門職のみに限定したことになる。今後は、実施主体の専門職だけではなく、地域ケア会議の参加者にも同様の趣旨の聞き取り調査を行い、参加者からみた地域ケア会議の分析を行う研究が必要と思われる。

研究2では、地域ケア会議の実施主体である全国の地域包括支援センターにおいて地域ケア会議に参加したことのある専門職を対象とした。今後地域ケア会議の参加経験のある介護支援専門員やサービス提供事業者の専門職も対象とした研究も必要と思われる。特に地域ケア会議では、専門職に限らず民生委員などの地域で支援にかかわるインフォーマルな人材を対象とした研究が望まれる。地域包括支援ネットワークには、このような人材も想定されている。地域ケア会議という法律に基づいて実施される場に参加することに対して、躊躇や抵抗感があると想定されるため、今後地域ケア会議への参加を促進するためにも、インフォーマルな人材の、地域ケア会議に参加する際の態度や意識について調査することは一つの研究課題となる。

さらに、規範的統合が確保されるような地域ケア会議となるようにするための方法論を開発するまでには至らなかったため、規範的統合を促進する研究が必要である。

調査のお願い

1 本研究の課題名 地域包括ケアシステム構築における専門職の協働の態度形成要因の分析

2 本研究の目的 本研究では、地域ケア会議において多職種がどのように協働する態度を形成しているか、その態度形成の要因を抽出し、その要因間の関連性を分析し、協働する態度の形成過程の構造を明らかにすることを目的としています。このことを通して、多職種連携の促進要因が明らかとなり、今後の地域ケア会議のあり方を提言する予定です。この調査は、全国のすべての地域包括支援センターの専門職の方で個別地域ケア会議（個別ケースを検討する会議）に参加されたご経験のある方を対象としています。

3 本研究にあたっての倫理的配慮

- 本研究は、山口県立大学生命倫理委員会において研究実施計画書と研究実施の適否に関して、倫理的・科学的妥当性の観点から審査を受け、承認を得ております（承認番号 30-44）。
- この調査は、無記名です。調査結果は数値で統計的に処理しますので、ご回答いただいた方個人が特定されることは決してありません。
- 本調査票の記入・郵送をもって、研究への参加を同意したものとさせていただきます。郵送後には、研究への参加の撤回はできません。研究にご参加されない場合も、何ら不利益は生じません。
- 本調査は無記名となりますので、返信用封筒にはあなたの氏名や勤務先を記載しないようお願い致します。
- 調査票に記載された情報は、回収と同時に ID 番号を設定し、回答内容は電子化を行い、暗証番号を設定するなどセキュリティー対策を講じます。調査票および電子データは、研究責任者の研究室内の施錠付きの保管庫で厳重に管理しますので、第三者に漏れることはありません。
- 最終的な研究成果は、学術目的のために学術雑誌、学位論文や学会で公表する予定です。データの公表についても、調査票へのご回答及びご返送をもって、同意いただいたこととさせていただきます。
- この研究で得られたデータが、本研究の目的以外に使用されることはありません。
- 回答には約15分程度かかり、お手をわずらわせますが、ご協力いただきますようお願い致します。

4 調査票記入にあたってのお願い

- 調査票は8頁分あります。質問は、表と裏それぞれに印刷してありますので、もれなくご記入ください。
- すべての質問は、個別地域ケア会議（個別ケースを検討する会議）に参加した専門職の方々のことについて、あなたが感じたり、思ったことについてご回答ください。
- ご回答は、あてはまる番号を選び、その番号を○印で囲んでください。なお、質問項目により数値を記入していただく回答があります。
- すべての質問項目のご回答後、同封の返信用封筒をご利用のうえ、**2019年3月25日(月曜日)**必着となるように、ご投函ください。宛先は、返信用封筒に記載されております。また、大変恐れ入りますが、再度記入漏れなどがないかご確認をお願い致します。
- 調査結果を統計的に分析するために、記入漏れがあると、有効なデータとならないことがありますので、必ずすべての質問にお答えください。
- 本調査の成果については、関連学会及び論文として発表致します。回答された方のご所属やご氏名は特定されませんので、ご安心してご回答ください。
- 本調査についてのお問い合わせ先
〒753-8502 山口県山口市桜島3-2-1 山口県立大学 副学長（教授） 横山正博
Tel : 083-928-4772 e-mail : yokoyama@yamaguchi-pu.ac.jp

問1 あなたが地域ケア会議に参加した時に、事例を提出した方(事例提供者)に対して、あなた自身がお感じになられたことや思われたことについてお尋ねします。直近に開催されたあるいはこれまでに参加された個別地域ケア会議を想定して、以下の質問ごとに、最も当てはまる番号ひとつに、○をつけてください。

	質 問 項 目 (事例を提出した方(事例提供者)に対して、感じたことや思ったこと)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
1	事前にケースの情報を的確に把握していた	5	4	3	2	1
2	事前にケースの情報を的確に分析できていた	5	4	3	2	1
3	事前にケースに対する支援の経過を的確に把握していた	5	4	3	2	1
4	事前にケースの生活ニーズを的確に把握していた	5	4	3	2	1
5	事前に地域ケア会議で検討すべき内容を的確に把握していた	5	4	3	2	1
6	事前にケースの支援の方向性を的確に把握していた	5	4	3	2	1
7	事前にケースの予後予測を的確に見立てることができていた	5	4	3	2	1
8	事前に他の職種の支援上の役割を認識していた	5	4	3	2	1
9	事前に支援における自分の役割を認識していた	5	4	3	2	1
10	事前に地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を把握していた	5	4	3	2	1
11	新たなケースのニーズを発見できていた	5	4	3	2	1
12	今後のケースの支援体制を、確認することができていた	5	4	3	2	1
13	支援の迷いが見られた	5	4	3	2	1
14	ケースに対する気がかりがあった	5	4	3	2	1
15	表明されない思いがあった	5	4	3	2	1
16	事前に会議参加者と意図的に関係を形成しておくことが重要であることが認識できていた	5	4	3	2	1
17	自分の支援のふりかえりができていた	5	4	3	2	1

問2 あなたが地域ケア会議に参加した時に、司会者(進行役)に対して、あなた自身がお感じになられたことや思われたことについてお尋ねします。直近に開催されたあるいはこれまでに参加された個別地域ケア会議を想定して、以下の質問ごとに、最も当てはまる番号ひとつに、○をつけてください。

	質 問 項 目 (司会者(進行役)に対して、感じたことや思ったこと)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
1	事前にケースの情報を的確に把握していた	5	4	3	2	1
2	事前にケースの情報を的確に分析できていた	5	4	3	2	1
3	事前に地域ケア会議で検討すべき内容を整理していた	5	4	3	2	1
4	アセスメントが深化するように、参加者の発言を促していた	5	4	3	2	1
5	参加者が議論しやすいように、課題を整理していた	5	4	3	2	1
6	会議の進行の時間配分に配慮していた	5	4	3	2	1
7	参加者の支援のスキルアップが図られるよう配慮していた	5	4	3	2	1

	質 問 項 目 (問2の続き) (司会者(進行役)に対して、感じたことや思ったこと)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
8	事例提供者や参加者に対して気づきを促していた	5	4	3	2	1
9	参加者の役割が明確になるように配慮していた	5	4	3	2	1
10	事例提供者の支援の迷いを受け止めようとしていた	5	4	3	2	1
11	事例提供者のケースに対する気がかりを受け止めようとしていた	5	4	3	2	1
12	事例提供者の表明されない思いを表出できるように促していた	5	4	3	2	1
13	ケースの課題を解決に導けるように配慮していた	5	4	3	2	1
14	会議の結論や成果を的確にまとめていた	5	4	3	2	1
15	参加者が今後連携できるような雰囲気を作っていた	5	4	3	2	1
16	参加者の発言を丁寧に解釈していた	5	4	3	2	1
17	参加者の発言の一つ一つを尊重していた	5	4	3	2	1
18	会議を統制することができていた	5	4	3	2	1
19	今後のケースの支援体制を、明確に整理することができていた	5	4	3	2	1

問3 あなたが地域ケア会議に参加した時に、参加者あるいは参加者間での地域ケア会議の進行状況に対する理解度・認識度について、あなた自身がお感じになられたことや思われたことについてお尋ねします。直近に開催されたあるいはこれまでに参加された個別地域ケア会議を想定して、以下の質問ごとに、最も当てはまる番号ひとつに、○をつけてください。

	質 問 項 目 (参加者あるいは参加者間での 地域ケア会議の進行状況に対する理解度・認識度)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
1	ケースの情報を共通理解できていた	5	4	3	2	1
2	ケースの情報を各専門職の立場から分析できていた	5	4	3	2	1
3	ケースに対する支援の経過を共通理解できていた	5	4	3	2	1
4	ケースの生活ニーズを共通理解できていた	5	4	3	2	1
5	地域ケア会議で検討すべき内容を共通理解できていた	5	4	3	2	1
6	地域ケア会議で検討すべき課題が深化していた	5	4	3	2	1
7	アセスメントが深化していた	5	4	3	2	1
8	新たなケースのニーズを発見できていた	5	4	3	2	1
9	ケースの支援の方向性を共通理解できていた	5	4	3	2	1
10	ケースの具体的な支援計画を共通理解できていた	5	4	3	2	1
11	参加者それぞれの視点から、ケースの予後予測を見立てることができていた	5	4	3	2	1
12	これまでの支援に緩やかな支援体制が存在していたことを、共通認識できていた	5	4	3	2	1
13	今後のケースの支援体制を共通理解することができていた	5	4	3	2	1
14	他の職種の支援上の役割を認識できていた	5	4	3	2	1

	質 問 項 目 (問3の続き) (参加者あるいは参加者間での 地域ケア会議の進行状況に対する理解度・認識度)	と ても 思 う	ま ま ま あ 思 う	何 と も 言 え な い	あ ま り 思 わ な い	ほ と ん ど 思 わ な い
15	支援における自分の役割を認識していた	5	4	3	2	1
16	他の職種の支援のスキルを理解できていた	5	4	3	2	1
17	参加者一人一人が、支援のあり方を振り返ることができていた	5	4	3	2	1
18	ケースの支援上利用できる社会資源を共通理解できていた	5	4	3	2	1
19	事例提供者の支援の迷いを共通理解できていた	5	4	3	2	1
20	事例提供者のケースに対する気がかりを共通理解できていた	5	4	3	2	1
21	事例提供者の表明されない思いを共通理解できていた	5	4	3	2	1
22	自分の専門性を認識できていた	5	4	3	2	1
23	個人情報保護の重要性を共通理解していた	5	4	3	2	1

問4 あなたが地域ケア会議に参加した時に、参加者間に見られた様子や雰囲気について、あなた自身がお感じになられたことと思われることについてお尋ねします。直近に開催されたあるいはこれまでに参加された個別地域ケア会議を想定して、以下の質問ごとに、最も当てはまる番号ひとつに、○をつけてください。

	質 問 項 目 (参加者間に見られた様子や雰囲気)	と ても 思 う	ま ま ま あ 思 う	何 と も 言 え な い	あ ま り 思 わ な い	ほ と ん ど 思 わ な い
1	他専門職の大変さや苦勞が理解できていた	5	4	3	2	1
2	自分の支援に対する自信を持つことができていた	5	4	3	2	1
3	自分自身の仕事に対するやる気が出ていた	5	4	3	2	1
4	お互いに好感をもつことができていた	5	4	3	2	1
5	自分の支援上の精神的負担が軽減されていた	5	4	3	2	1
6	自分の専門性を発揮しているという自負をもっていた	5	4	3	2	1
7	主体的に参加していた	5	4	3	2	1
8	積極的に参加していた	5	4	3	2	1
9	これまでの支援に後悔が見られた	5	4	3	2	1
10	他の職種に対して引け目が感じられた	5	4	3	2	1
11	他の職種に対して防衛感が見られた	5	4	3	2	1
12	他の職種の発言を傾聴していた	5	4	3	2	1
13	連帯感が見られた	5	4	3	2	1
14	信頼感が生まれていた	5	4	3	2	1
15	親近感が生まれていた	5	4	3	2	1
16	相互に尊敬の念が見られた	5	4	3	2	1
17	緊張感が見られた	5	4	3	2	1
18	他の職種に対する苦手意識が見られた	5	4	3	2	1
19	互いに配慮や気遣いがあった	5	4	3	2	1
20	安心感が見られた	5	4	3	2	1
21	一体感が見られた	5	4	3	2	1

	質 問 項 目 (問4の続き) (参加者間に見られた様子や雰囲気)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
22	自分だけで頑張らなくてよい雰囲気が見られた	5	4	3	2	1
23	支援の役割の押し付け合いが見られた	5	4	3	2	1
24	不全感が見られた	5	4	3	2	1
25	会議に参加することへの抵抗感が見られた	5	4	3	2	1
26	無力感が見られた	5	4	3	2	1
27	苦痛感が見られた	5	4	3	2	1
28	葛藤が見られた	5	4	3	2	1
29	わからなさが見られた	5	4	3	2	1
30	脱力感が見られた	5	4	3	2	1
31	疲労感が見られた	5	4	3	2	1
32	やりがい感が見られた	5	4	3	2	1
33	対等な関係が形成できていた	5	4	3	2	1
34	いらだち感が見られた	5	4	3	2	1
35	士気の低下が見られた	5	4	3	2	1
36	地域への愛着が見られた	5	4	3	2	1
37	達成感が見られた	5	4	3	2	1
38	他者の発言に対して、内容や感情の反映をするなど理解に努めていた	5	4	3	2	1
39	自分の発言が他者に対して伝わりやすいように工夫していた	5	4	3	2	1

問5 あなたが地域ケア会議に参加した時に、**地域ケア会議全体の成果**について、あなた自身がお感じになられたことや思われたことについてお尋ねします。直近に開催されたあるいはこれまでに参加された個別地域ケア会議を想定して、以下の質問ごとに、最も当てはまる番号ひとつに、○をつけてください。

	質 問 項 目 (地域ケア会議の成果)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
1	個別支援の検討から地域支援の必要性を共通理解できていた	5	4	3	2	1
2	地域ケア会議後のモニタリングの必要性を共通理解できていた	5	4	3	2	1
3	個別支援の検討から、社会資源を開発する必要性を共通理解できていた	5	4	3	2	1
4	個別支援の検討から、地域作りや政策形成に結びつける必要性を共通理解できていた	5	4	3	2	1
5	地域包括ケアシステム構築のために、必要な会議であることを、共通理解できていた	5	4	3	2	1
6	今後の支援方針について、参加者全員で意思決定することの重要性を理解できていた	5	4	3	2	1
7	ケースに対する支援観を共通理解できていた	5	4	3	2	1
8	今後の地域ケア会議に対する期待感をもつことができていた	5	4	3	2	1

	質 問 項 目 (問5の続き) (地域ケア会議の成果)	とても思う	まあまあ思う	何とも言えない	あまり思わない	ほとんど思わない
9	今後地域ケア会議に参加する意欲が高まっていた	5	4	3	2	1
10	自分の支援の方向性について確信をもつことができていた	5	4	3	2	1
11	利用者の自立支援に向けて貢献しているという達成感があった	5	4	3	2	1
12	地域包括ケアシステム構築のために重要な会議であることが共通理解できていた	5	4	3	2	1
13	地域に不足している社会資源の共通理解ができていた	5	4	3	2	1
14	地域ケア会議に参加していない他の支援者の必要性を共通理解できていた	5	4	3	2	1
15	自らの専門的能力を向上することができていた	5	4	3	2	1
16	保険者（市区町村）の姿勢・方針を共通理解することができていた	5	4	3	2	1
17	他の職種の価値観を共通理解できていた	5	4	3	2	1
18	支援の限界を共通理解できていた	5	4	3	2	1
19	関係者が一緒に課題解決に向けて考えることが重要であることを共通理解できていた	5	4	3	2	1
20	地域ケア会議は、参加者の実践力のスキルアップのために重要であることが共通理解できていた	5	4	3	2	1
21	地域ケア会議は、多職種連携を促進していくために重要であることが共通理解できていた	5	4	3	2	1
22	地域包括支援ネットワーク構築のための多職種協働のプラットフォーム機能をもつことが共通理解できていた	5	4	3	2	1

問6 あなたが地域ケア会議に参加した時に、参加者の今後の行動に期待されることについて、あなた自身がお感じになられたことや思われたことについてお尋ねします。直近に開催されたあるいはこれまでに参加された個別地域ケア会議を想定して、以下の質問ごとに、も当てはまる番号ひとつに、○をつけてください。

	質 問 項 目 (参加者の今後の行動に期待されること)	とても期待できる	まあまあ期待できる	何とも言えない	あまり期待できない	ほとんど期待できない
1	必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報について照会することができる	5	4	3	2	1
2	必要に応じて、他の専門職に対して個別ケースの情報を的確に提供することができる	5	4	3	2	1
3	必要に応じて、他の専門職に対して相談ごとを持ちかけることができる	5	4	3	2	1
4	個別ケースの急変時において、他の専門職に対して連絡することができる	5	4	3	2	1
5	必要に応じて、地域ケア会議の開催を行政や地域包括支援センターに要請することができる	5	4	3	2	1
6	必要に応じて、サービス担当者会議の開催を介護支援専門員に要請することができる	5	4	3	2	1

	質 問 項 目 (問6の続き) (参加者の今後の行動に期待されること)	とても期待できる	まあまあ期待できる	何とも言えない	あまり期待できない	ほとんど期待できない
7	必要に応じて、他の専門職に支援の要請を行うことができる	5	4	3	2	1
8	必要に応じて、インフォーマルな支援者に対して支援の要請を行うことができる	5	4	3	2	1
9	責任を他の専門機関・専門職に転嫁しないで、自ら課題解決の手立てを考えることができる	5	4	3	2	1
10	地域支援の視点から支援を検討することができる	5	4	3	2	1
11	地域ケア会議後のモニタリングを的確に行うことができる	5	4	3	2	1
12	新たな課題が生じた場合は、他の専門職と連携して、的確な対処ができる	5	4	3	2	1
13	他専門職と社会資源を開発する手立ての検討を行うことができる	5	4	3	2	1
14	他専門職と地域作りや政策形成に結びつける検討を行うことができる	5	4	3	2	1
15	地域包括ケアシステム構築のために、働いているという意識を持つことができる	5	4	3	2	1
16	地域ケア会議で意思決定された支援の内容を確実に遂行できる	5	4	3	2	1
17	個別ケースの状況の変化に応じて、地域ケア会議で意思決定された支援の内容の変更について、他職種に対して照会や相談できる	5	4	3	2	1
18	他職種の理解をさらに深めていく意識を持つことができる	5	4	3	2	1
19	保険者（行政）に対して、具体的な課題解決案を提示できる	5	4	3	2	1
20	多職種間で自主的な勉強会や会合を持つことができる	5	4	3	2	1
21	支援のネットワークの一員としての自覚を持つことができる	5	4	3	2	1
22	他職種との関係形成においてストレスマネジメントができる	5	4	3	2	1
23	日頃から、他職種とともに考える姿勢を持つことができる	5	4	3	2	1
24	支援の目標を常に共有できる	5	4	3	2	1
25	他職種と共通言語でコミュニケーションをとることができる	5	4	3	2	1
26	他職種と支え合う関係を形成できる	5	4	3	2	1
27	他職種との関係形成において、コンフリクトマネジメントができる	5	4	3	2	1
28	自らの支援について他職種からチェックを受ける関係を形成できる	5	4	3	2	1
29	多職種間の支援を調整できる	5	4	3	2	1
30	第三者からスーパービジョンを積極的に受けることができる	5	4	3	2	1
31	支援に対する倫理観を統一することができる	5	4	3	2	1
32	多職種と交渉して、自分の考えている支援を実現することができる	5	4	3	2	1
33	地域ケア会議に参加する際は、ケースの情報を整理しておく等の事前準備ができる	5	4	3	2	1
34	地域ケア会議での支援方針や支援内容に基づいて、各専門職は個別支援計画を立てることができる	5	4	3	2	1
35	必要に応じて、リーダーシップを発揮し、支援の方向性を統一することができる	5	4	3	2	1
36	他職種が支援に迷いやわからなさを感じた時に、的確な助言ができる	5	4	3	2	1
37	地域ケア会議の意義を他職種に積極的に伝達することができる	5	4	3	2	1

問7 あなたの性別について、あてはまる番号に○をつけてください。

1 男 2 女

問8 あなたの年齢について、あてはまる番号に○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歳以上

問9 現在の地域包括支援センターでの勤務年数について、あてはまる番号○をつけてください。

1 1年未満 2 1年以上～3年未満 3 3年以上～5年未満
4 5年以上～10年未満 5 10年以上～15年未満 6 15年以上

問10 あなたの所属している地域包括支援センターの管轄している地域の人口規模の概数を千人単位で教えて下さい。

例示 21,600人の場合 21.6 千人

□□. □千人

質問は以上です。ご協力有難うございました。

なお、本調査は日本学術振興会科学研究助成事業（課題番号：15K03937 研究課題名：地域包括ケアシステム構築における専門職の協働の態度形成要因の分析）の一環として実施しておりますことを申し添えます。



図 4-1 共分散構造分析による多職種協働の態度形成要因モデルの拡大版

