

原著論文

多職種事例検討会における支援困難事例の分析

—学際的アセスメントとストレングスに配慮した課題解決策—

室谷牧子¹、佐瀬美恵子²、外堀佳代³、黒田研二⁴

抄録

地域包括ケアに関わる専門職の参加のもと、インシデント・プロセス法を用いた多職種による事例検討会を開催した。介護支援専門員が支援上困難を感じる事例の特徴、当日の参加者のアセスメント及びグループワークで抽出された課題と課題解決法の提案について、記録の内容分析を行った。目的は、本人の自立支援と尊厳保持を中心に据えたケアマネジメント展開への提言を行うことである。

分析の結果、以下の点が明らかになった。支援困難事例の特徴として「認知症」「家族に課題」「医療」「介護上の課題」がキーワードとして抽出された。支援が困難となる背景はこれらの要素単体ではなく、複数が絡み合い困難さが増している。同居家族の影響も受ける。地域包括ケアの構成要素を意識したアセスメントでは「本人の思い」と「インフォーマルサポート」の情報・分析の不足が認められた。抽出された課題としては、「本人の思いの把握」「地域との関わり・支援体制」「連携」のいずれもが不十分であることが指摘された。提案された解決策は、「本人の思い・ストレングスの把握」「地域ケア会議等を活用し支援体制を構築する」「地域とつながりをもつ」ことであった。

以上から、あらかじめ支援困難事例の特徴を理解し、初動時から支援体制を強化し、困難化を予防する仕組みが重要であることが確認できた。そのためには本人や地域のストレングスが十分発揮できるよう、本人の生活機能や能力を評価し、地域の情報を有効に活用することが求められる。これらを学際的チームアプローチにより、PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルに基づき展開することで、本人の自立支援と尊厳を守る支援が期待される。

キーワード：多職種事例検討会、支援困難事例、ストレングス、ケアマネジメント、
インシデント・プロセス法

¹ 関西大学大学院人間健康研究科 博士課程後期課程

² NPO 法人介護支援の会松原ファミリー

³ 宝塚市高齢福祉課

⁴ 関西大学大学院人間健康研究科

Analysis of Difficult to Support Cases Presented at Multidisciplinary Case Meetings: Assessment and Strength-Informed Problem-Solving Strategies

Makiko Muroya, Mieko Sase, Kayo Sotobori and Kenji Kuroda

Abstract

We held case study meetings using the incident-process method, in which multidisciplinary professions working in community-based care participated. A content analysis was performed concerning characteristics of cases that the care manager in charge felt difficult to support, assessment by participants of the meetings, and problems and problem-solving proposals that the participants generated at the meeting. This study aimed to make recommendations for the development of care management based on the core values of protecting client's dignity and supporting their independence.

The results of the analysis revealed the following points. The difficult to support cases were characterized by several keywords, including "Dementia," "Family Issues," "Medical Treatment," and "Support Issues". Difficulty was not caused by these simple factors but was intertwined due to these factors. It was also affected by cohabiting family members. In the assessment based on the constituent elements of community-based care, there was a paucity of information regarding "the client's wishes" and "informal care support." Further, it was pointed out in the group works that the extracted tasks were insufficient for "grasping personal thoughts" "relationship with the community / support system" and "cooperation". The proposed solution was "to grasp personal thought and strengths," "to build a support system utilizing community care meetings" and "to have a connection with the community".

As indicated above, the characteristics of cases where support was difficult were reconfirmed, as was the importance of strengthening the support system from the initial stage and having a system in place to prevent cases becoming difficult to care for. Thus, it is important to adequately understand client and community strengths, evaluate the client's functional capacity, and effectively utilize community information. By practicing these based on the Plan-Do-Check-Action (PDCA) cycle through an interdisciplinary team approach, it is expected that care which supports individuals' dignity and independence will be realized.

Keywords: Multidisciplinary Case Meetings, Difficult to Support Cases, Strengths,
Care Management, Incident-Process Method

1 研究の背景と目的

わが国は2025年の超高齢社会に対応すべく地域包括ケアシステムの構築を進めている。地域包括ケアシステムは多様な組織、機関と連携しながら地域の社会資源を効果的に活用し、住民の主体的な参加のもと地域特性に応じて構築される必要がある。人がどのように生き、どのように最期を迎えるのか、一人一人が自分の人生と向き合い選択することができる社会を自分達の手で作り上げていく作業であると言える。まさに、自律して生きていくことの重要性が問われることとなる。

2016年のわが国の平均寿命は83.87歳であるが、2017年9月には90歳以上の人口が初めて200万人を突破した（総務省統計局，online）。長寿社会においては多くの人々が歳を重ねることで心身の機能が衰え、介護や支援を要することになる。「2015年の高齢者介護」（高齢者介護研究会，2003）では、支援者は高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とするケアの実現を目指し、「高齢者の尊厳を支えるケア」を実践していく必要性を述べている。介護保険制度創設以降、多くの高齢者のケアマネジメントは介護支援専門員に委ねられた。人がより豊かに過ごすためには、その人らしさを支援することが大切であり、パーソン・センタード・ケアの理念（ベンソン，2007）やなじみの関係の効果（永田，1997）に見られるように、その人らしい暮らしの継続には介護保険によるサポートだけでなく、個人の生活背景に関連のある地域社会のつながりが重要である。

しかしながら、介護支援専門員は介護保険の給付管理業務に追われ、効果的な利用者支援が充分できず、法改正の度に業務量が増加し負担は増すばかりである（河野，2013）。厚生労働省社会保障審議会の調査でも介護支援専門員のケアマネジメントの課題はたびたび議論され（介護保険部会，2010；介護給付費分科会，2011）、2012年には「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が設置された。介護支援専門員の業務で十分達成出来ていない業務には、自立支援の考え方、適切なアセスメント（課題把握）、医療連携、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートや地域のネットワーク化、介護支援専門員の能力向上があり、介護支援専門員の資質に差があることも課題とされている（社会保障審議会，2011）。検討会では議論の中間的な整理として第一にケアマネジメントの質の向上を掲げ、取り組みとして自立支援に資するケアマネジメントの推進と多職種によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくりを挙げて

いる。さらに、保険者機能の強化や医療介護の連携促進にも触れている。

一方、介護支援専門員は業務に組み込まれているものも含め事例検討の機会が多い職種である。サービス担当者会議は代表格でケアマネジメントを利用者や家族、支援者とともに振り返り評価する機会であり事例検討の要素を持つ。他にはライセンス取得・維持のための法定研修、地域ケア会議、退院時カンファレンス、職場や地域包括支援センター圏域での多職種や認知症支援に関連する研修会がある。サービス担当者会議や退院時カンファレンスの場面では個別事例の情報共有や解決へ向けた糸口を探ることが目的で開催されることが多いが、職能研修や多職種事例検討会では、自身の振り返りや連携強化が狙いであり、地域ケア会議のような課題抽出・解決を狙いとした個別事例対応の経験をネットワークや地域づくりへ発展させる目的を持つ事例検討会もある。

CiNii (Citation Information by NII, 国立情報学研究所のデータベース) で「多職種」「事例検討」をキーワードに検索すると本文のある 5 年以内の論文は 35 件であった。精神科医療や病院内の看護現場、在宅看護からの個別事例の検討報告が多く、地域包括ケアに関連する多職種による事例検討会の報告は 6 件、認知症ケア専門士の資質向上を目的とする事例検討の持ち方 (水野, 2014)、マインドマップを使った事例検討会 (八森, 2015) などの報告がある。八森らは多職種連携と地域力を活かした課題解決力向上を目的に、独自の「見える事例検討会」を、ファシリテーターを養成して開催し、地域ネットワークの形成に良い影響を与えている。しかし、マインドマップ作成やファシリテーション技術の習得は特別な研修を受講しなければならず、誰もが気軽に開催することが出来ない。

今回、A 市においてケアマネジメント業務に携わる専門職を中心に、地域包括ケアシステム構築に関与する専門職を対象とした事例検討会を開催した。今回の事例検討会は自治体担当者からの呼びかけで、連携強化と資質向上を目的とする研修会である。主催者である自治体の高齢福祉担当保健師と地域包括支援センターの主任介護支援専門員、筆者ら研究者がスーパーバイザー (以下 SV) として参画し、参加者全員が事例提供者の立場で主体的に課題解決策を考えることができるインシデント・プロセス法を採択した。事例検討会当日は、専門職が地域包括ケアシステムの構成要素を意識してバランスよく情報収集、アセスメントが出来るよう、参加者の質問によって得られた情報をホワイトボードに項目ごとに記載し、可視化しながら進行し、多職種でのグループワークに KJ 法 (川喜田, 1970) を取り入れて課題・課題解決法を検討した。インシデント・プロセス法とはマサチューセッツ工科大学のポール・ピコーズ教授が考案したもので、特別支援学校等教育現場で多く

使われる事例検討法の一つで、実際の教育相談活動の場において発生した問題を参加者が共有体験を通して解決し、その後の参加者の実践的な活動に結びつきやすいとされる。大河内（2016）は、インシデント・プロセス法は、事例検討のプロセスが明確に定められており、参加者はその時々を検討する課題が明確になっているのが大きな特徴で、参加者は紹介される事例を受動的に聴くのではなく、自らが課題を整理し解決法を見出す主体者として参加することが求められているとし、支援者の資質向上の一助となると述べている。さらに先行研究においても介護支援専門員や地域包括支援センター職員への効果が報告されている（黒田，2013；丹野，2014）。

今回の研究は、この事例検討会の事例提供者である介護支援専門員（一例のみ地域包括支援センターの社会福祉士）が主観的に困難と感じている事例を全体的に分析することから、まず、以下の点を明らかにする。それは、①介護支援専門員が困難と感じる事例の特徴、②地域包括ケアシステム構成要素からみた多職種によるアセスメントの実際、③抽出された課題の傾向と課題解決策の3点である。それらを踏まえ、本人の自立支援と尊厳保持を中心に据えたケアマネジメント展開への提言を行うことを目的としている。なお、本研究では、個別の事例の関わりを議論するのではなく、事例検討会で取り扱った個々の事例を集約することで全体的に見えてきたものは何か、をテーマに論じることとする。

2 研究方法

本研究は、A市が開催した多職種事例検討会の記録を分析した質的研究である。

2.1 A市の概要

A市は大阪や神戸に通勤通学の便がよく、大都市近郊の落ち着いた住宅地として発展してきた。市域南部の市街化地域に人口が集中し都市化がみられるが、北部は山並に囲まれた自然豊かな農村地域であり、市には観光名所や歴史ある寺社があり、都会と農村を併せ持つ地域と言える。2017年9月現在の人口は22万5283人、高齢化率26.7%である。行政が市内を7つの大きなエリアに分類し、地域包括支援センターは委託型で7か所設置されている。市は2011年に「住民主体による地域づくり活動」の一環として住民による地域の居場所づくりの支援を開始し、2017年には1自治会、6NPOによる活動が展開されている（黒田他，2017）。

2.2 A市多職種事例検討会の概要

1) 事例検討会の開催

事例検討会はA市高齢福祉担当課が在宅医療・介護連携推進事業として実施した。地域包括ケアに携わる多職種間でのコミュニケーションや連携を促進することと、アセスメント力を高め、対象者の理解や課題解決能力を養うことを目的として、市内7つの圏域を5つのブロックに編成して開催した。さらに、終了後は各職場において短時間で事例を共有し課題解決について議論することを習慣にする意図もあったため、各地域の主任介護支援専門員にファシリテーターとしての協力を依頼した。

事例検討会の開催期間は2015年12月から2017年3月までで、月1回1事例を2時間で扱い、1ブロック3回シリーズで5ブロックを回り、計15回開催した。

2) インシデント・プロセス法による事例検討会

事例検討会はインシデント・プロセス法を参考に、グループワークにKJ法を取り入れて開催した(表1)。インシデント・プロセス法は事例提供者の困りごとに参加者が一問一答式で質問することで背景や原因となる情報を収集し、それをもとに課題を分析して解決のための具体的方策を考える事例検討法で、事例提供者の負担が少なく、参加者の主体性、積極性を養い、短時間で物事の整理が行える利点がある。筆者は2011年、2012年に地域包括支援センター職員を対象に継続してインシデント・プロセス法を活用した事例検討会を開催しており、今回はその方式を採択した(黒田, 2013)。

表1 事例検討会開催手順

時間	内容
17:30	事例提供者、ファシリテーター集合 打ち合わせ 事例の概要と事例提供の意図の確認 ホワイトボードにあらかじめ記載する項目のタイトルを書く 項目 医療・看護、介護・リハビリ、介護予防・生活支援、 保健・福祉、住まい・住まい方 本人-ADL,IADL、経済・金銭管理、1日の生活、生活史、 能力・強み、趣味 家族 参加者受付 あらかじめ職種をみて5、6名1グループ編成に分類
18:00	事例検討会開始、あいさつ、当日のタイムテーブル説明
18:15	参加者はホワイトボードの前に椅子をもって集合し、事例提供者と向かい合って座る 司会者(ファシリテーター1)から事例提供者の紹介

	司会者が事例提供者に質問し、テーマや提供理由、簡単な概要を聞く
	板書役（ファシリテーター2）がホワイトボードに記載していく
	参加者はどんどん質問しながらアセスメントを深める
18:45	グループに分かれてホワイトボードに書き出された情報をもとに課題を考える 個人ワーク5分程度で付箋に課題を書き出す グループで共有する 出された課題の中から優先順位をつけ、グループで議論する課題を決める
19:10	1つの課題にしぼり、解決法を考える 個人ワーク5分程度で付箋に課題解決法を書き出す グループで共有する
19:30	全体共有 グループの意見を発表し、全体で共有する
19:50	SVのコメント、事例提供者の感想
20:00	終了

2.3 研究方法

事例検討会で扱った 15 事例の議論の記録の内容分析を行った。記録は事例検討時に事例提供者と参加者のやり取りにより表出された事例の情報と、グループワーク後の全体共有で出された各グループから抽出された課題と課題解決法で、いずれもホワイトボードに記載され、全体で共有したものである。毎回のホワイトボード（もしくは黒板）の枚数は3枚程度である。記録は毎回 ipad を用いて写真で保管した。

内容分析は定義（ベレルソン，1957；上野，2008）に基づき、①記述全体を文脈単位、②1内容1項目として含むセンテンスを記録単位とし、③個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類・命名した。

分析した内容は大きく分けて5点ある。1点目は事例固有の属性と背景で、①家族形態、②年齢、③支援困難となった背景である。2点目は事例検討会時に事例提供者と参加者の質疑応答で得られた事例の情報量である。参加者全体で表出した情報を地域包括ケアシステムの構成要素と関連付け①医療・看護、②介護・リハビリテーション、③保健・福祉、④介護予防・生活支援、⑤住まい・住まい方、⑥本人の状況、⑦本人の選択・本人の思い、⑧家族の状況、に分けて情報量を比較した。情報量とは、参加者が事例提供者に質問して得た答えをファシリテーターがシンプルな語句でホワイトボードに記載する内容である。記載された情報を単文または意味が通じる単語の単位でカウントし、量的な可視化をすることで比較検証する。3点目は社会資源活用状況である。4点目は本人の思いやストレスである。5点目はグループワークで議論して抽出された課題および課題解決策である。

分析内容の信頼性・妥当性を確保するために、複数の研究者で確認を行い、分析内容の再テストを行った。

2.4 倫理的配慮

この研究は関西大学人間健康学部研究倫理委員会の審査を受け承認（審査番号 2017-8）が得られ実施したものである。

3 結果

3.1 参加者の概要と検討事例の背景と特徴

1) 参加者の概要

3回シリーズで5ブロックに開催した計15回の事例検討会の参加者は延べ612人、平均参加者数は41人/回であった。5つのブロック全体の各回の平均参加者数は、1回目47人、2回目41人、3回目36人であった。参加者の職種は各回で変化はあったが、全体では介護支援専門員44%、介護福祉士19%、社会福祉士5.1%、看護師12%、その他（サービス付き高齢者住宅職員、薬剤師、セラピスト等）17%、不明3.4%であり、介護支援専門員の参加が半数近く占めた。所属は居宅介護支援事業所29%、地域包括支援センター19%、訪問介護12%、通所介護11%、訪問看護9.3%、その他20%であった。経験年数は10年以上が41%、5–10年が28%、1–3年が19%と、5年以上の経験豊富なベテランの参加が7割を占めた。しかし、「職場で事例検討会を開催していない」が24%、「前年度に一度も事例検討会に参加していない」は27%と4分の1の参加者にとっては事例検討会が身近ではないことが伺えた。

2) 事例の属性

検討事例数は15例で男性が7例、女性が8例であった（表2）。本人（事例の対象である本人）の年代は70代前半から90代後半である。独居の事例（以後独居事例）は8例、同居家族を有する者の事例（以後同居事例）は7例で、同居事例のうち配偶者と同居している高齢者夫婦世帯が3例、高齢者夫婦と息子（独身）の同居が1例、本人と息子（独身）の同居が2例、本人と孫（独身・男性）の同居が1例であった。

3) 介護支援専門員が困難と感じる事例の特徴

独居事例と同居事例で特徴を概観すると、介護度は独居事例では未申請 1 例を除き、要支援 2、要介護 1、要介護 3、要介護 4 が各 1 例、要介護 2 が 3 例である。同居事例では未申請の 1 例を除くと、要介護 1 が 2 例、要介護 2、要介護 3 が各 1 例、要介護 5 が 2 例であり独居事例よりも介護度は重度であった。

次に 15 事例の特徴の類型化を行い 4 つのキーワードを見出した。1 点目は「認知症」である。本人が認知症を有している事例が独居事例で 6 例、同居事例で 7 例と全体で 87% に及ぶ。認知症の病型は、アルツハイマー型認知症 (AD) 6 例、脳血管性認知症 (VD) 2 例(疑い含む)、意味性認知症 (SD) 1 例、アルツハイマー型認知症 (AD) + レビー小体型認知症 (DLB) の混合型 1 例、進行性核上性麻痺 1 例、不明 1 例、その他支援者が認知症ではないかと感じている事例が 1 例あり、鑑別診断を受けている事例が多かった。認知症を有する事例は中核症状として記憶障害、理解判断力の障害が全事例に見られるが、さらに BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 認知症の行動心理症状) が生じている事例が 7 例あり、内容は徘徊が 3 例、閉じこもり、夜中にごそごそする、幻視、逸脱行為 (商品の持ち出し) が各 1 例あった。

表 2 事例の属性

事例 NO	居住形態	年代	性別	介護度	事例のキーワード			
					認知症	家族に課題	医療	介護上の課題
1	独居	70前	男	支援 2	○?			○金銭管理
2	独居	80前	女	介護 1	○AD	○思いの違い		
3	独居	80前	女	介護 2	○AD・とじ込もり			○排泄
4	独居	80半	女	介護 2	○認知症・徘徊			○キーパーソン無
5	独居	80後	女	介護 2	○AD・徘徊			○環境の変化
6	独居	90後	女	未			○拒否	○拒否
7	独居	70前	男	介護 3			○胆管炎	○孤立・拒否
8	独居	70後	男	介護 4	○進行性核上麻痺		○難病・転倒	
9	同居夫婦	70後	男	介護 1	○AD・ごそごそ	○性格・関係性		
10	同居夫婦	80前	男	未	○SD・逸脱	○夫婦間		○失禁・金銭
11	同居夫婦	80半	女	介護 3	○AD,DLB徘徊幻視	○うつ		
12	同居夫婦と息子	70前	女	介護 2	○無,VD?	○拒否	○左麻痺 ・腎不全	△拒否
13	同居息子	70半	男	介護 5	○VD	○生活力	○脳出血右麻痺 ・癲癇・肺炎	○全介助・虐待?
14	同居息子	90後	女	介護 5	○AD	○こだわり ・不安神経症		○虐待?
15	同居孫	80前	女	介護 1	○AD	△孫の理解		○通販

AD: アルツハイマー型認知症、SD: 意味性認知症、DLB: レビー小体型認知症、VD: 脳血管性認知症

2 点目は「家族に課題」である。家族に課題を有している事例は、同居事例すべてにみられ、夫婦の関係性、介護者の精神的な疾患、介護観、生活力、介護に対する理解不足等があり、全体で 8 例あった。3 点目は「医療ニーズ」である。医療的なニーズを有している事例は、進行性難病、慢性疾患、脳卒中後遺症で麻痺を有する、必要な医療の拒否が 5 例にみられた。4 点目は「介護上の課題」である。上記以外に介護上何らかの課題を有している事例が全体で 11 例あり、内容は支援拒否が 3 例、虐待（恐れを含む）が 2 例、金銭管理上の課題が 2 例、排泄や ADL の介助、環境の変化（引っ越し）への対応、通販トラブル、キーパーソン不在、孤立があった（複数計上事例あり）。なお、「虐待（恐れを含む）」は家族の課題と考えられるが、本人との関係性や家庭の課題でもあるため「介護上の課題」に分類した。

表 2 から事例の属性とキーワード全体を概観すると、独居事例はいずれも事例のキーワードに挙げた特徴の中から 2 点を有している。同居事例ではいずれも「認知症」と「家族に課題」を有し、さらに「介護上の課題」あるいは「医療ニーズ」を有している。このことから、介護支援専門員が支援困難と感じる事例、いわゆる「支援困難事例」は、複合的な要素を兼ね備えていることがわかった。特に同居家族がいる場合は、「認知症」「家族に課題」がある事例は支援がより困難になることがわかった。

3.2 事例検討会におけるアセスメント

1) 情報収集の傾向

事例検討会時の質疑応答から参加者が引き出した情報量を地域包括ケアシステムの構成要素に関連付けて分類した（表 3）。

それぞれの事例全体の情報量に占める各構成要素の情報量の割合を見ると、「⑥本人の情報（ADL、IADL、生活歴、趣味等）」は、事例 No9, 13, 14 以外は 3 割以上と一番多くみられた。次いで多い情報は「①医療・看護」である。表 3 には記載できなかったが、医療に関する情報の詳細では認知症の診断と投薬の情報は共通してみられたが、それ以外の情報は少なかった。事例 No8, 10, 11 は難病や認知症の BPSD を有し医療ニーズがあるものの、それぞれの事例の情報量からみると「①医療・看護」の情報量が少ない。3 番目に多い情報は「③介護・リハビリ」である。事例により情報量は様々で、拒否事例や介護サービスの利用が少ない事例は情報量が少ない。以上の 3 要素の情報量が各事例の情報量の約半数から 8 割を占めている。一方、全体的に「③保健・福祉」に関する情報量は極めて少

表3 事例検討会での地域包括ケアの構成要素別情報収集量（単文・単語の数）

事例 No	居住 形態	事例のキーワード				①医療 看護	②介護 リハビリ	③保健 福祉	④介護予防 生活支援	⑤住まい 住まい方	⑥本人の 情報	⑦本人の 選択・思い	⑧家族の 状況	合計
		認知症	家族に 課題	医療	介護上 の課題									
1	独居	○?			○	10	8	3	10	4	38	3	6	82
2	独居	○AD	○			8	5	0	3	3	36	2	2	59
3	独居	○AD			○	27	10	0	8	5	30	1	6	87
4	独居	○認知症			○	12	8	3	9	5	26	1	3	67
5	独居	○AD			○	11	10	0	5	6	21	1	1	55
6	独居			○	○	6	2	0	3	6	27	4	2	50
7	独居			○	○	19	3	4	6	9	21	3	3	68
8	独居	○		○		13	13	2	8	4	33	3	8	84
9	夫婦	○AD	○			4	6	1	1	1	14	1	24	52
10	夫婦	○SD	○		○	18	14	0	0	7	25	2	15	81
11	夫婦	○AD,DLB	○			20	12	3	2	5	34	0	23	99
12	夫婦 息子	○VD?	○	○	△	13	9	1	0	6	28	3	24	84
13	息子	○VD	○	○	○	26	15	0	2	4	16	2	21	86
14	息子	○AD	○		○	12	10	0	3	2	21	2	25	75
15	孫	○AD	△		○	20	5	0	4	8	16	0	14	67

No1-8は独居事例、No9-15は同居事例

なく、全く情報を収集していない事例が 8 例ある。「②介護予防・生活支援」の情報も全体の中で見ると少ない。個別事例をみると、事例間で差があり、例えば事例 No1 は経済的な理由で介護サービスよりも地域の知人や宗教団体に支えられ生活しているため、他の事例より「④介護予防・生活支援」の情報量が多い。また、独居事例よりも同居事例の方が「⑧家族の状況」を多く収集し、同居事例より独居事例の方が「④介護予防・生活支援」、「⑤住まい、住まい方」の情報が多い。さらにどの事例をみても「⑦本人の選択・思い」の情報は十分収集出来ていないことが明らかになった。

2) 社会資源活用状況

社会資源の活用状況は、【大カテゴリー】として「フォーマルサポート」と「インフォーマルサポート」に分類した（表 4）。「フォーマルサポート」の【中カテゴリー】は「介護保険・医療保険」と「その他」に分類した。【下位カテゴリー】は、「介護保険」の訪問看護やリハビリなどの医療的サポートを「介護保険医療」とし、居宅介護や通所介護などを「介護保険介護」、それ以外を「その他の介護保険」として分類した。「医療保険」は「医療」と「在宅医療」に分類した。「フォーマルサポート」の【中カテゴリー】の「その他」は、【下位カテゴリー】として「福祉」「保健」「年金」「生活保護」「その他」に分類した。「インフォーマルサポート」の【中カテゴリー】は「地縁互助」「個人の絆互助」「企

業・NPO・組織的互助」に分類した。「地縁互助」の【下位カテゴリー】には「民生委員」「地域役員」「近隣個人」「近隣組織」が、「個人の絆互助」には「家族」「親戚」「友人」「趣味宗教」が、「企業・NPO・組織的互助」は「店」「介護系」に分類した。

① フォーマルサポート

「フォーマルサポート」では「介護保険」サービスの利用が、拒否事例を除くすべての事例に見られた。サービス内容で多いものは通所介護と訪問介護であり、次いで訪問看護である。同居事例では多くが訪問看護を利用していた。訪問看護の利用は、事例のキーワードで「医療ニーズ」がある事例と必ずしも一致していないが、すべて認知症を有している事例である。介護度が重くなると医療と介護のサポートを併用している。次に「医療保険」によるサポートをみると拒否事例を除くすべての事例で通院や受療を、中には透析のような特別な医療を受けている。「在宅医療」は2例が受療している。

「フォーマルサポート」の【中カテゴリー】の「その他」をみると、「年金（の受給）」は1例を除き全てにみられる。「生活保護」と「保健」のサポートは2例と少ない。「福祉」のサポートは在宅介護支援センターや地域包括支援センターの名称が具体的に上がっていた事例が3例、日常生活自立支援事業（あんしんサポート事業）と身体障害者福祉手帳が2例、成年後見制度、緊急通報装置、徘徊SOS、虐待対応が各1例ずつであった。【下位カテゴリー】の「その他」のサポートではLSA（Life Support Adviser—シルバーハウジング生活援助員のことで、公営住宅の高齢者の見守りや相談を定期的に担う職種）や警察、消防、市民相談の利用があった。

② インフォーマルサポート

「地縁互助」として、地域のつながり、近所付き合いのような支え合いを確認した。独居事例では「民生委員（協力員含む）」の利用が4例、同居事例で3例あった。民生委員以外の「地域の役員」とのつながりは自治会長1例だけであった。「近隣の個人的な支援」は独居事例の6例、同居事例の1例であり、独居事例の方が近隣と交流していることがわかった。「近隣の組織的な支援」ではいきいきサロンが2例、見守りネットワークが1例であった。「個人の絆互助」は、個人の交友関係由来のつながりの事で、血縁、友人、職場や趣味の仲間を示す。今回の研究では、家族も「個人の絆」に位置付けた。独居事例では、「家族の支援」を受けている事例が3例で、何かの時には連絡がとれる親戚が3例、完全に身寄りがいない事例が2例あった。同居事例は全事例が同居している家族が支援しているが、さらに別の別居家族が支援に加わっている事例が4例あった。同居家族だけで支援

している事例は 3 例とも息子が支援している事例であり、虐待が危惧される事例が 2 例、支援拒否が 1 例で、3 例とも支援困難事例のキーワードを 3 つ有している事例だとわかった。次に独居事例では「友人」との交流、支援が多く 5 例、同居事例では友人とは昔は交流していたが今は交流がない事例が 2 例で、事例検討会の時点では友人との交流が見られなかった。「趣味や宗教のつながり」による支援を受けている事例が 3 例あった。「企業・NPO・組織的互助」のサポートではコンビニ、ヤクルト、近隣の商店、温泉や配食サービスの利用があり、日常の暮らしの中でサポートを受けていることがわかった。また、サポートの内容は食事の提供や食事を介した交流であることがわかった。

3) 本人の思い・ストレングスのアセスメント

全体的に「本人の思い」の情報量は少なかった。事例検討会開催時に、その時点で本人がどのような考えを持っているか、という意味合いでの「本人の思いはhowですか？望みは何ですか？」という質問は毎回出たが、参加者が情報収集・アセスメントを進行する中で、質問により本人の思いが確認されることは少なかった。つまり、「訪問介護の利用を本人はどう思っていますか？」や「本人がヘルパーさんをお願いしたいことはどんなことでしょうか？」という質問が殆ど出なかった。さらに参加者が事例提供者に「通院はどうしていますか？」と質問した時に、「毎回別の市に住む娘が同行しています。娘さんは負担なようです。」と返答がなされた場合も、そのことについての「本人の思い」を都度確認する習慣はなかった。「ストレンクス」については、本人のストレンクス（もしくは強み）そのものが質問されることはなく、全体の記録の中から筆者がストレンクスと思われる文言を拾い集めた。時にはグループワークの中でストレンクスに着目して議論したグループもあり、課題抽出・課題解決の提案の中に「ストレンクス（強み）を活かす支援」が表出されている。その内容については次項で説明する。

事例検討会開始時に確認した各事例の「本人の思い」（表 4）は、「自分でお金を管理したい」、「このままこの地で生きていきたい」、「自分のことは自分で出来る」、「好きな生活をしたい」、「リハビリをして元気になりたい」、「一人で生きる」、「嫌なことはしたくない」、「認知症の人とは接したくない」、「(病気があっても) 病院へはかかりたくない」、「誰の世話にもなりたくない」、「動きたくない」と様々である。

「本人のストレンクス」は、ADL の自立、IADL の自立、年金や収入・生活力、性格（明朗、社交性）、近隣との関係、友人や民生委員の存在、前向きな思いなどがある。事例 No4

は、認知症があり徘徊する独居高齢者で、フォーマル・インフォーマルサポートにより生活が維持できている。様々なサポートを受け入れながら、「友人とここで生きていく」という思いを持つこと自体に本人のストレングスを見出すことができた。事例 No14 は、こだわりや不安の強い息子が 90 代後半の母親を介護し、虐待が危惧される事例である。本人の思いは「心細い」という不安な訴えであり、(会話が困難なため) コミュニケーションがとりにくい状態ではあるが、息子が複数の相談機関に向くため、支援に関わる関係機関が多い。このように、本人の思いやストレングスは社会資源の活用や生活背景と合わせて評価することで解決の糸口が見えてくることがわかった。詳細は考察で述べる。

3.3 抽出された課題の傾向と課題解決への提案

毎回の事例検討会では全体で情報を収集した後、5、6名1グループに分かれて課題を抽出し、その中からグループで最優先すべき課題を決定し、解決策を考え発表し合った。グループワークで抽出された課題と解決法を内容分析し、個別事例に対応する形で表示した(表5)。課題を集約しカテゴリー化すると、【大カテゴリー】は「1. 本人の気持ち・人間関係」「2. 本人の生活・環境」「3. 医療ニーズ(認知症)」「4. 医療ニーズ(その他)」「5. アセスメント(情報収集・分析)」「6. 家族」の6つの項目が抽出された。なお、この場合の「5. アセスメント(情報収集・分析)」は、日頃の介護支援専門員のケアマネジメントにおけるアセスメントを指し、前項に示した事例検討会時の参加者による情報収集とは異なることを申し添える。

独居事例では、本人の思いの把握や情報収集不足、健康管理や医療との連携に課題がみられる事例が多く、解決策として本人の話をもっと聞くことや生活全体を把握するといった基本的な関わりの助言から、地域の関係機関と連携を図りながら支援体制を構築し、課題を解決していく提案が多く出された。

また、事例 No1 は友人や支援者が沢山いるストレングスを活かし、地域のインフォーマルな資源であるサロンやボランティア活動へ本人をつなぐ提案があり、事例 No2 ではこのまま家に住み続けたい思いを実現するために、まだつながっていない地域の役員や組織と関係を築く提案があった。同居事例では家族の課題は多く抽出されているが、本人の思いの把握が不十分であった。また、支援体制の構築が課題とされている事例が多い。解決策としては、まず本人の思いを確認すること、家族以外の地域との接点を持つこと、他の専門職や専門機関、地域関係者と密に連携を取り、役割分担しながら家族と信頼関係を構築

表5 グループワークで出された事例の課題と解決法

		グループワークで出た課題（上段）をカテゴリに分類 /					課題解決策（下段）	
事例No	課題	カテゴリ-1.本人の気持ち、人間関係	カテゴリ-2.本人の生活・環境	カテゴリ-3.医療ニーズ①（認知症）	カテゴリ-4.医療ニーズ②（その他）	カテゴリ-5.アセスメント（情報収集・分析）	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
1	孤独、寂しい、人と関わりたい 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		生活リズム 緊急時の対応未熟	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の状況がわからない 本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
2	近隣民生委員、近隣の理解、地域のカフェやサロン 仲直り、地域との関わり少		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
3	民生委員、地域のサポート、地域参加		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
4	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
5	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
6	サービスの拒否・支障者とのキャブ 思いの把握、エンディングノート、人間関係が希薄 支援者から情報共有、本人の生き方を尊重し、寄り添う		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
7	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
8	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
9	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
10	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
11	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
12	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
13	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
14	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②
15	本人の気持ちの確認 生きがい、役割作り、サロン・地域活動、ボランティアに参加、娯楽、復縁		緊急時の対応未熟 明じこもり、生活リズムの乱れ	服薬や健康管理が自分できれない 薬局、医師連携、地域ケア会議	認知症の進行 生活能力低下、医療連携無 療の困り強化、サービス見直し、サポート強化	本人の話をもっと聞く 生活が見えない	カテゴリ-6.家族①	カテゴリ-6.家族②

すること、地域ケア会議を開催し支援体制を構築することが多く提案されている。本人のストレングスを活かした解決策としては、事例 No10 のように、過去に本人が得意だった植木の剪定やシルバー人材センターでの就労経験を活かし、有償ボランティアやデイサービスで話し相手を見つけることが出来ないか、という提案があった。また、事例 No11 では、昔は社交家で外出を好んでいたため、お散歩ボランティアを探し、本人とともに近隣を散歩出来ないか、という提案があった。他の事例でも本人が好きだったものや習慣、交友関係から本人が楽しめるようなテーマで生活環境を調整する提案がなされた。

4 考察

4.1 介護支援専門員が困難と感じる事例の特徴

支援者が困難と感じる事例の特徴では、世帯構成と個人の特性が浮かび上がった。世帯では、独居世帯より同居世帯で家族内の介護がうまく機能していない事例の方がより困難な状況が見られた。通常、独居高齢者や高齢者世帯は民生委員の見守りの対象となるが、息子と同居している世帯は見守りにならない。今回の事例検討会では、特に息子が独身で無職の事例が支援困難となる傾向がみられた。その理由として、主介護者となる年代の息子が独身で無職の場合、今までの生活体験で人の世話や家事の経験が乏しいこと、人間関係が希薄なこと、経済力や社会生活能力に課題があると推測され、支援ニーズが増大する可能性が大きいと考えられる。また自立していない背景には精神発達上の課題が潜んでいる可能性もあり、これらの状況を念頭に置く必要がある（津村，2008；上田・三宅・西山他，2009）。高齢者夫婦においても介護者が疾病を有している場合や支援を拒否する場合がある。夫婦関係や金銭的な問題、価値観などから独居高齢者以上に支援の導入、展開が困難となる場合もある。支援困難事例の特徴としては、そのような家族の課題と本人の認知症や医療ニーズ、支援拒否など複合的な要素が絡んで困難感が増すことが考えられる。

岩間（2011）は、支援困難事例の発生要因には、専門職の困難感の多様性、困難になる原因の複雑性、原因が支援者側にある可能性も含まれるため、定義づけは困難であると述べ、しかしながら整理は可能とし、①個人的要因－発生源が本人にあるもの、②社会的要因－発生源が社会環境、関係性に起因するもの、③不適切な対応、を挙げている。さらに、支援困難事例はこれらが単発で発生するのではなく、二つ、三つの要素が重なり、その結果困難性が相乗的に増幅した事例であると述べている。今回の分析でも同様に、事例本人

の要因、環境の変化や支援関係に起因する社会的な要因、支援する家族の要因が挙げられ、さらに複合的な課題を有することで支援困難となることが明らかになり岩間の論説との一致が見られた。

4.2 多職種による地域包括ケアシステムの構成要素を意識したアセスメント

事例検討会で参加者が質疑応答の中から得た情報では、地域包括ケアシステム構成要素の「介護予防・生活支援」「保健・福祉」「本人の思い」「住まい・住まい方」の情報が少なかった。事例検討会の参加者の専門性や経験により着眼点が異なること、あるいは当日の事例によっては明らかにすべき要素の重みが異なることから、出される質問の幅は左右されるため情報量に差ができてしまう。今回の事例検討会では介護保険関係職種の参加が多かったため、「医療看護」「介護リハビリ」といったフォーマルサポートの情報収集に偏る傾向があったと考える。

はじめに述べたように、人がより豊かに過ごすためには、介護保険によるサポートだけではなく、個人の生活背景に関連のある地域社会とのつながりが重要である。事例に応じて介護保険関係職種に限らず、地域を構成する異業種やインフォーマルサポートの担い手をメンバーに加え、地域生活を継続する上で必要な本人の情報をバランス良く収集しなければならない。

特に「本人の思いやストレングス」を意識した情報収集は不可欠である。事例 No3 は「認知症が進行し、生活に支障がある一人暮らしの女性」の事例であるが、支援者が本人の生活実態を十分把握していなかった。別居の娘やデイサービスから「排泄の失敗が毎日ある」「家では寝て過ごすことが多い」という情報を得たが、認知症の病状や1日の過ごし方、セルフケア能力、近隣との関係、本人の思いが明確ではなかった。介護支援専門員が面談で把握出来る情報は限られている。特に認知症を有している場合、家族の話に耳を傾けがちであるが、本人の思い・能力を客観的に確認することは必要である。本人に関わる関係者から協力を得ながら、本人の生活歴や24時間、1週間の生活リズムを把握する。本人が出来ること、出来ないことは何か、どうしてか、生活機能や本人のストレングス、本人をとりまく環境との関係を分析し、支援者で共有することで、一人では見えない本人の全体像を明らかにすることが出来るのではないかと考える。

事例 No3 は昔、ボランティアや習い事が好きだったので、地域に相談することで昔なじみの住民からサポートを受けることができるかもしれない。また、地域には認知症

者の家族会があるので、家族に紹介することで家族の支援にもつながるであろう。介護支援専門員とケアプランに位置付けられている介護サービスに従事するスタッフがサービス担当者会議で議論するだけでは情報が不十分であることも考え、地域包括ケアの視点を持ち、地域の社会資源と本人の思い・能力を関連付けながら多職種の関わりにより評価することが望まれる。

狭間（2015）はエンパワメント志向のジェネラリスト実践では、クライアント（事例検討会で取り扱う「本人」と解釈できる）のエンパワーを促すために、社会資源とクライアントの関係づくりを重視し、クライアントが抱える困難は一つの要因では説明できず、複雑でダイナミックな関係性が背景にあるため、クライアントのエコシステムをエンパワメントの視点で十分アセスメントする必要性を述べている。

つまり、エコシステムは本人をとりまく地域包括ケアシステムであり、本人の能力を引き出す社会資源と解釈すると、本人とそれらのつながりの意味を洞察し、本人の能力を引き出すために社会資源を発掘し、関連づける作業が必要である。支援者にはより多角的な視点で本人と地域の社会資源の情報を収集し分析する能力が求められる。そのためには、介護保険関係職種だけではなく、業種を越えた学際的なアセスメントにより、場合によっては本人や家族、地域の人々とともに本人と環境とのつながりに焦点をあて、アセスメントを繰り返し、社会資源を活性化していく作業が求められるであろう。

4.3 本人の思い・ストレングスに配慮した課題解決策

グループワークの議論の結果、「本人の思いや生活の把握が不十分」「連携や支援体制が未熟」「地域とのつながりがない」「家族の諸問題」などが課題として挙げられた事例が多かった。冒頭で述べた「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」による介護支援専門員の課題として、「自立支援の考え方、適切なアセスメント（課題把握）、医療連携、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートや地域のネットワーク化、介護支援専門員の能力向上」が挙げられていたが、事例検討会に参加した介護保険関係職種にも同等の課題が認められる結果となった。さらに課題解決策では、「本人の思いの把握」に対しては本人の話を聞く、気持ちを確認する、エンディングノートを活用する、関係者会議や家族から情報を得る、があった。「アセスメント」「支援体制の構築」に関しては、支援者で情報を共有することや関係機関との連携、地域ケア会議の活用が挙げられていた。「地域とのつながり」では、居場所づくりや地域での役割作り、

ボランティアとして得意なことで社会参加する提案があった。

地域包括ケア研究会（2008）は「自助・互助・共助・公助」の概念を改めて定義し、今まで共助として解釈されてきた近隣の支え合い、ボランティア活動を含む相互扶助を「互助」とし、「共助」を社会保険のような制度化された相互扶助と位置付けた。その後の報告書（2010；2013；2014；2016）でも地域包括ケア推進には欠かせない議論として「自助・互助・共助・公助」を高齢者のニーズに合わせてそれぞれの地域資源のバランスの中で効果的に活用していくべきことが述べられている。課題解決に向けた支援を考える上で「自助」「互助」は自立支援や本人の尊厳を守る暮らしの支援に欠かせない概念である。本人の内的資源である思い・能力・ストレングスに目を向けエンパワーする支援を基本に、外的資源であるフォーマル・インフォーマルな資源を活用することでよりその人らしい暮らしの継続が可能となるため、支援者は意識して本人の思いやストレングス、さらには社会資源を把握する努力をしなければならない。

事例検討会では、独居事例は同居事例に比べ近隣や友人との交流がありインフォーマルサポートを受けていることから、人は独りでいると自然に人とつながる力を発揮すると考えられ、そこに本人のストレングスを見出すことができる。本人の思い・ストレングスは「自助」でもあり「互助」でもあると言える。「互助」とは元来「お互いさま」の関係を言い、その関係を持つことができるのは「自助」の力でもある。リースマン（1985）のヘルパーセラピー原則によると、「人を援助する人はもっとも援助を受ける」と言われ、人は社会的な役割を担うことで自己肯定感を高めると考えられている。自己肯定感は物事に取り組む意欲や幸福感につながる。つまり、本人の思いやストレングスは人や周囲との関わりの中でエンパワーされ、積極的に生きる力となると考えることができる。このことはフォーマルサポートでは担いきれないインフォーマルサポートの価値を示していると言える。つまりフォーマルサポートは生活や安全を支援する側面を持つが、インフォーマルサポートは生活を充実させ豊かにする。事例 No10 を例に挙げると、認知症があるためデイサービスを利用して進行を予防してほしい、食事と入浴も確保できる、と支援者は考えることが多いが、本人の特技に着目し、長年得意だった植木の剪定や園芸の趣味を生かし、デイサービスにシルバー人材センターの一員として認知症サポーターとともに出入りする案を提案する。認知症になっても、歳を重ねても役割を發揮することが本人にとって生きがいとなり QOL の向上につながると考えることができる。

今回の事例検討会では「本人の思い・ストレングス」の情報不足、アセスメントが

不十分であったが、本人のストレングスは決して顕在しているものばかりではなく、潜在しているもの、見方を変えなければ気づくことができないものがあることを理解しておく必要がある。事例 No7 は、本人が医療や介護を拒否する「支援拒否事例」として介護支援専門員は関わりに苦慮していた。しかし、「1人で生きていきたい、死ぬ時だけ医者に世話になるつもりで、近所の医者には最期を頼んでいる」という、強い思いを持ち、自ら食事の配達を頼み、アパートで倒れこんだときには見捨てない近隣の支援があった。介護側の支援者から見ると「医療や介護サービスの支援拒否」事例であったが、見方を変えれば自らの意思で生きぬき、必要最低限の関係性を保つことが出来る1人の生活者と言える。このように、本人の思いやストレングスは必ずしもポジティブに表出し、良い評価をされるとは限らず、時には課題として表出される場合もある。その場合は本人の課題を強みと捉えられるような発想の転換が望まれる（白澤，2006）。

また、現代社会は、地域性に差があり、都市部と都市部以外の地域では、「自助」「互助」の果たす役割は異なる。昔のように家庭内、地域内の支え合いは期待できず、地縁血縁に無縁な人々も増加している。このような時代においては、「個人の絆」やNPOや企業としての互助が期待できる。今回のA市は、都会と農村地域の両方の側面を持つ地域性ではあるが「個人の絆」による支援を受けている事例が多くみられた。特に、検討した事例はすべて核家族であり、独居事例では近隣や友人の支援を、同居事例では家族の支援を「互助」として受けていた。今後、特に都市部では地域の伝統的な互助に代わって近代的、さらには次世代の互助が発展すると考えられるが、事例のように家族や個々の支援者が孤軍奮闘することがないよう「個人の絆」をサポートしたり、A市のようにNPOや住民の組織活動を支援する体制を強化することで、人と人、人と地域がつながり、地域包括ケアが活性化されることが期待される。

今回の事例検討会は1か所で3回連続して開催されたため、2回目、3回目になるとグループワークの場面では本人の気持ちや生活場面をイメージした課題解決法が提案されるようになった。非現実的な提案ではなく、地域の社会資源の実情に応じた提案があり、地域で継続して開催する効果を感じることが出来た。また、社会との関わりに関する意見が多く出された点でも、継続して地域の仲間と事例検討を重ねる効果を伺うことができた。

4.4 ケアマネジメント展開への提言

今回の事例検討会では、すべての事例提供者が複合的な課題を有する対象者に丁寧に根

気よく関わっていることがわかった。介護支援専門員は介護保険サービス（を含めた社会資源）のケアマネジメントをすることで報酬が得られるため、保険外のサービス調整や相談・援助業務ばかりに仕事のウェイトを割くわけにはいかない現実がある。しかし、本人の自立支援と尊厳保持のために地域の学際的な連携がますます重要となり、介護保険サービス中心では物事が進まなくなるであろう。支援者には柔軟かつ臨機応変に対応できるスキルが求められ、常日頃から幅広い知識を備えることは勿論であるが、出来ない、わからない時に迅速に周囲に頼ることが出来る謙虚さとコミュニケーション力、そして信頼関係の構築が重要な要素となる。

支援困難事例にはまず、支援困難発生要因を知識として備え、リスクマネジメントの観点をもって早い段階で予防的な対策を講じながら PDCA (Plan-Do-Check-Action) サイクルで支援を展開することと多職種によるチームアプローチが望まれる。例えば、「8050」(50代のひきこもりの子どもと 80 代の親) と言われるような息子と同居している親が介護を要する状況になった事例の相談を受理したならば、初期段階から複数の支援者での対応とし、地域包括支援センターや事例のもつ特徴に応じた専門職と事前に対応方針や役割を協議した上で支援を展開する。考えられる専門職としては、親亡き後の息子の生活を見据え、生活困窮者自立支援関連職種やハローワークと連携し自立に向けて支援を行う。さらに虐待予防の観点から、息子の理解者、支援者を要介護者の支援者とは別に配置し、息子の相談に乗りながら適切なケアの知識を提供したり、生活全般の情報を提供する。虐待の懸念がある事例の場合は自治体の虐待対応窓口へ早めに相談を行い、被虐待者と養護者へ未然に予防的介入を行う必要がある。また、介護専門職では判断できない事案においては、司法や医療の専門家の助言を仰ぐ。このように学際的な多職種が関わる支援は個々に介入するのではなく、まさしくチームアプローチが欠かせない。必要に応じてサービス担当者会議や事例検討会を開催し、チーム外の専門職からスーパーバイズを受ける仕組みを整えておくことも有効な策と考える。岡田（2010）は、支援活動と事例検討会の意義について、日々の業務で日常的な助言を受け、スーパービジョンや事例検討会を開催することが効果的である、と述べている。介護支援専門員は冒頭でも述べたように事例検討がその業務の中に構造化されている。支援者が事例との関わりを「支援困難である」と認識し、相談することで支援困難を克服する一歩となる。

介護保険関係専門職を主流とする現場でのインシデント・プロセス法を用いた事例検討会の報告は数少なく、多職種が一つのインシデント（今回は事例提供者の困りごと）に着

目する事例検討会の開催は、専門職がお互いの役割を理解し、今後の関係構築に有効であり意義深い。さらに本研究は、事例そのものの評価ではなく、同じ地域で連続開催した事例検討会において、検討された事例の結果を分析し、支援困難事例の特徴及び事例検討会でのアセスメント、抽出された課題の傾向と解決策の提案から、本人の自立支援と尊厳保持に資するケアマネジメントへの提案を見出したことに意義がある。今回は独自の取組として、地域包括ケアシステムの構成要素を明記して全体でのディスカッションを可視化しながら進行した。自ずと地域包括ケアのキーワードが目につき、ホワイトボードが埋まらなければそれらの情報に関する質問が出るきっかけとなり、包括的な視点から情報を収集する意識付けの機会となったことは今後の実践に寄与するものである。

しかし、結果としては情報収集の幅に偏りがあり、介護保険関係職種中心の事例検討会では包括的な視点で議論するには限界がある事は否めない。今後、地域包括ケアシステムを構成する様々な職種や地域関係者とともに学際的なアプローチに資する事例検討会を開催し効果を見ることで議論を発展させたいと考える。

最後に、今回の事例検討会は研究目的で開催した事例検討会ではないため、参加者からの評価を得ておらず、効果を検証するには及ばなかった。また、事例検討会の開催が一部の地域に偏っていたこと、前述の通り参加者が介護保険関係職種中心であったこと、事例数が 15 事例と限られていたことから、根拠のある提言が述べられたとは言い切れず、今後の改善が期待される。

5 結語

15 事例の分析から、以下のことが解明できた。

1. 介護支援専門員が支援する上で困難を感じる事例には、同居する家族の課題と本人の認知症や医療ニーズ、支援拒否など複合的な要素が絡み、一定の共通する要因がある。これらの支援困難事例には初動時からの PDCA サイクルに基づくチームアプローチが欠かせない。
2. 地域包括ケアをすすめる上で、地域包括ケアの構成要素を意識したアセスメントを可視化することは、全体の情報のバランスを把握する上で効果的である。しかし、介護専門職中心のアセスメントでは、視点が偏る可能性があるため、業種を越えた学際的アセスメントが必要となる。

3. 学際的なアセスメントにより本人の思い・ストレングスを意識して引き出し、周囲の環境、特にインフォーマルな社会資源とつながりを持たせることで、本人の自立支援と尊厳保持を支援することが重要である。

文献

- アラン・ガートナー, フランク・リースマン, 久保紘章訳 (1985) セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際—人間としての自立と連帯へのアプローチ, 川島書店.
- バーナード・ベレルソン: 稲葉三千男他訳 (1957) 社会心理学講座, 7(3) 内容分析, みすず書房.
- 八森 淳 (2015) 見える事例検討会マインドマップを応用した多職種カンファレンス. 治療, 97(1): 96-100.
- 狭間香代子 (2015) エンパワメント志向のジェネラリスト実践と社会資源開発. 人間健康学研究, (10): 17-27.
- 岩間伸之 (2011) 支援困難事例—3つの発生要因と4つの分析枠組み. 月刊ケアマネジャー, 13(14): 40-41.
- 岩間伸之 (2012) 援助を深める事例研究の方法 第2版. ミネルヴァ書房.
- 川喜田二郎 (1970) 続・発想法—KJ法の展開と応用, 中公新書.
- 河野高志 (2013) 日本のケアマネジメント展開の課題—英米との比較をとおした今後の展望の考察. 福岡県立大学人間社会学部紀要, 22(1): 1-17.
- 高齢者介護研究会 (2003) 高齢者介護研究会報告書, 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—2015年の高齢者介護. 厚生労働省.
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会 (2015) 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理. 厚生労働省.
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7.html>,
(参照日 2017年9月25日)
- 黒田研二他 (2013) 地域包括支援センターと諸機関の連携による認知症支援に関する研究. 大阪ガスグループ福祉財団研究報告書, 26: 123-129. 平成24年度大阪ガスグループ

福祉財団助成研究グループ報告書.

黒田研二他(2017)保健・医療・福祉の現場を訪ねる—宝塚市, 地域福祉研究, no.5:105-120.

水野 裕(2014)地域部会で事例検討を行う意義. 認知症ケア事例ジャーナル 7(3): 291-297.

永田久美子(1997)痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護. 老年看護, 2(1):17-24.

成木弘子(2016)地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. 保健医療科学, 165(1):47-55.

野中 猛(2014)多職種連携の技術. 中央法規.

岡田朋子(2010)支援困難事例の分析調査. ミネルヴァ書房.

大河内修(2016)インシデント・プロセス法による事例検討を利用した障害児保育担当者への支援. 中央大学現代教育学部紀要(8):39-48.

スー・ベンソン編:稲谷ふみ枝・石崎淳一監訳(2007)パーソン・センタード・ケア[改訂版]. クリエイツかもがわ.

社会保障費審議会介護給付費分科会(2011)介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査について. 2011年社会保障審議会資料, 厚生労働省.

白澤政和(2006)ストレングスモデルのケアマネジメント(1)—ストレングスモデルの考え方. 月刊ケアマネジメント, 17(2):32-37.

津村智恵子(2008)家庭内における高齢者虐待の実態と対応. 老年精神医学雑誌, 19(12):1317-1324.

丹野真紀子・中島文亜・原山瑞枝(2014)介護支援専門員の研修効果について考える—インシデント・プロセス事例検討法を活用した研修の分析から. 大妻女子大学人間関係学部紀要, 人間関係学研究, 16:155-168.

上田照子・三宅真理・西山利正他(2009)要介護高齢者の息子による虐待の要因と多発の背景. 厚生の指標, 56(6):19-26.

上野栄一(2008)内容分析とは何か—内容分析の歴史と方法について. 福井大学医学部研究雑誌, 9(1):1-18.

総務省統計局. 高齢者の人口. <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi1031.htm>

(参照日 2017年10月8日)

平成19年度地域包括ケア研究会(2008)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. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング.

平成 21 年度地域包括ケア研究会（2010）地域包括ケア研究会報告書．三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング．

平成 24 年度地域包括ケア研究会（2013）持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書—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．三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング．

平成 25 年度地域包括ケア研究会（2014）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．三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング．

平成 27 年度地域包括ケア研究会（2016）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．三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング．

平成 28 年地域包括ケア研究会報告書（2017）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—2040 年に向けた挑戦．三菱リサーチ & コンサルティング．

ポール&フェイス・ピコーズ：菅祝四郎訳（1981）インシデント・プロセス事例研究法—管理者のケースマインドを育てる法．産業能率大学出版部．

主任介護支援専門員研修ガイドライン（2016）厚生労働省．

<http://www.mhlw.go.jp/file/06.../2016.11shuninkenshugaidorain.pdf>,

（参照日 2017 年 9 月 25 日）