

# 地域の事例検討会記録による在宅困難事例の問題点

— 類型化の試みと解決可否の検討 —

ナカノ ヒロヤ マツイ クニヒコ ムロウ マサル マツダ トモユキ  
 中野 寛也\*1\*2\*3 松井 邦彦\*4 室生 勝\*5 松田 智行\*1\*6  
ナルシマ キヨシ ヒビノ トシコ タミヤ ナナコ  
 成島 浄\*7\*8 日比野 敏子\*7\*9 田宮 菜奈子\*10\*11

**目的** 専門職が抱える現場の困難事例の問題点に対して解決策を提供するための多職種による地域の医療福祉事例検討会で、多職種が提示した困難事例の問題点に着目し包括的な類型化を試みた。また問題点の一部について、類型ごとにそれらの問題点が解決されたか否かを検討した。

**方法** 8年間の事例検討会で討議された89事例から、分析対象は76事例であった。事例から抽出された問題点について、先行研究を参考に問題点の類型化を行った。本人と周囲の関係性において生じる問題点については独立させる形で「問題点の所在」を分類し、その下位分類として「問題点の内容」を類型化した。さらに、問題点の一部について、問題が解決したか否かを検討するため、判定を2名の評価者が独立して行い、判定が2名の間で不一致だった問題点は評価者間で互いの判定の根拠を共有しながら協議し、すべての問題点の最終的な判定を決定した（初回判定一致率56.3%，Cohenのkappa係数0.48）。

**結果** 76事例で挙げられた問題点は194個あった。「問題点の所在」としては、本人（52個）、サービス提供者（48個）、介護者（36個）、世帯全体（経済的問題を除く）（14個）、環境（制度・システムの）（13個）、介護者とサービス提供者の関係性（11個）、世帯全体（経済的問題）（10個）、サービス提供者間の関係性（6個）、環境（物理的）（6個）の9項目を設定した。「問題点の内容」については40項目の分類を設定した。194個の問題点のうち判定対象の問題点は、96個となった。解決したと判定された問題点の割合は「問題点の所在」が「介護者」だった問題で69%と最も高く、次いで「世帯全体の問題（経済的問題）」「サービス提供者」等の順だった。「問題点の内容」別に解決された問題点が多かったのは「経済的問題によるサービス利用困難」「病状・不穏状態によるサービス利用困難」等の順だった。解決しやすい問題は多職種で知識を共有することで解決しやすくなったと考えられたが、解決しにくい問題は制度自体の問題、物理的環境の問題等、個別に介入することが難しい問題点が多く、地域ケア会議での検討や解決に向けた制度設計、政策策定が図られるべき問題点だと考えられた。

**結論** 今後は事例の集積により、類型の標準化が進み、困難事例に関する多職種間の共通理解が構築されること、また問題点ごとの解決策が政策に反映され、地域でその人らしく暮らせる支援の仕組みが必要である。

**キーワード** 在宅医療、居宅療養、困難事例、事例検討会、問題点の類型化、問題点解決の可否

\*1 筑波大学ヘルスサービスリサーチ開発研究センター非常勤研究員  
 \*2 筑波大学大学院人間総合科学研究院人間総合科学研究群医学学位プログラム（博士課程）  
 \*3 つくばセントラル病院総合診療科医師 \*4 熊本大学病院総合診療科教授 \*5 元つくば市医師会会員  
 \*6 茨城県立医療大学保健医療学部理学療法学科准教授 \*7 つくば市医師会会員 \*8 成島クリニック院長  
 \*9 高崎クリニック院長 \*10 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野教授  
 \*11 筑波大学ヘルスサービス開発研究センターセンター長

## I はじめに

2000年に介護保険制度が施行され、3年ごとによりよい制度にすべく改正を重ねられているが、地域包括ケアシステムをより推進するため、平成26年の介護保険法改正において、地域支援事業の包括的支援事業の中に、「在宅医療・介護連携の推進」に係る事業が位置づけられた<sup>1)</sup>。市町村の事業推進のため、在宅医療・介護連携推進事業の手引き<sup>2)3)</sup>が作成されている。

当初、在宅医療・介護連携推進事業は8つの事業項目で構成され、市区町村はこれら事業項目を活用し、在宅医療と介護の連携体制の構築を図ってきた<sup>2)</sup>。一方で、この8つの事業項目を行うこと自体が目的化しているとの指摘もあり、昨今は、地域の実情に応じ、取り組み内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿って事業をマネジメントすることが求められている<sup>3)</sup>。PDCAサイクルに沿った取り組みを実施する上でのポイントの1つとして、手引きには「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」が挙げられており、現状分析・課題抽出のためのデータの活用にあたっては、「現状の把握（定性的な現状把握）で得られた情報は、（中略）課題を類型化したり等、医療・介護関係者と共有しやすくまとめる」とある。しかし、どのような枠組みを用いて類型化を行うか等具体的な方法は手引きには示されておらず、現場の判断に委ねられている。特に、地域ケア会議のような場で把握される定性的な課題については、定量的なデータより一層類型化することは難しく、多職種にとってわかりやすい類型化の手法やその示し方等について知見を蓄積していく必要がある。

困難事例の類型化に関する先行研究では、介護保険制度発足により位置づけられた介護支援専門員が認識する困難事例<sup>4)-7)</sup>や、行政保健師の視点に関わる事例<sup>8)9)</sup>等、単独の職種が把握し報告した事例に関する研究が多く、多職種により把握された事例に関する研究は少ない<sup>10)</sup>。また、困難事例は多様で、複数の困難事象が重

複し、種々の関係者に困難さをもたらす要因がある<sup>11)</sup>ことから、問題点の内容と問題点の背景・状況を区別した類型化を試みた研究もある<sup>5)8)11)-13)</sup>。岩間<sup>11)</sup>は、個人的要因、社会的要因、不適切な対応の3つの発生要因に分類し<sup>11)</sup>、齊藤<sup>12)</sup>は、クライアント、介護者、援助者、地域のシステムの存在の4者から困難事例は引き起こされるとし<sup>12)</sup>、世田谷区のケアマネジメント困難事例集では、「本人の状況」「家族・世帯の状況」「サービスの状況」「制度の状況」という4つのレベルを設定している<sup>13)</sup>。このように、問題点の蓄積や、類型化が進みつつあるが、単独の職種によるものや、特定の疾患・状況にフォーカスしたものが多く、多職種の視点による包括的な類型化は少ない。さらには、問題点の類型ごとの具体的な解決策や実際に解決したか否か等、解決のプロセスに言及した報告や、事例検討会を扱った報告は見当たらない。

そこで本研究では、専門職が抱える現場の困難事例の問題点に対して解決策を提供するための多職種による事例検討会<sup>14)</sup>（詳細は方法に記載）において、多職種が提示した困難事例の問題点に着目して包括的な類型化を試みた。さらに問題点の一部については、類型ごとにそれらの問題点が解決されたか否かを検討した。

## II 方法

### (1) 研究対象と分析対象

つくば医療福祉事例検討会（以下、本検討会）は、在宅療養困難事例の具体的な解決策を提案することを目的とした検討会であり、介護保険制度成立以前の1991年から活動しており、平成27年度より介護保険法に制度的に位置づけられた地域ケア会議のもつ機能のうち「個別課題解決機能」「ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」を果たす活動を25年以上前から行ってきた。つくば市医師会が主催し、医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、理学療法士、作業療法士、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、市の職員、研究者、医学生等を含む多職種が参加している。月例開催で、

毎回1例ずつ在宅療養における困難事例の検討を行い、検討事例の提示は様々な職種の参加者が任意で行ってきた。事例に含まれる問題点について解決策を議論・決定し、事例提示者は一定期間後（通例翌年1月）に事例の経過を報告した。本研究では、本検討会で検討された事例の記録のうち、介護保険制度運用開始後で記録の様式が変更された2004年2月（第150回）から2011年12月（第242回）までの紙および電子データによる記録を研究対象とした。1月の検討会は前年に検討した事例の経過報告のみで事例検討は行われず、記録上は89事例が討議されていた。提示が保存されていなかった7事例、進行中でなかった事例（本人が死亡している事例および過去の事例を用いたシミュレーション学習）を扱った回の7事例を研究対象から除外した。また、2人の患者（夫婦）が単独の事例として検討された回の1事例は、2人の生活歴・病歴と問題点が異なるため、異なる2事例として記述することとして、分析対象は76事例だった。

本研究は筑波大学医学医療系医の倫理審査委員会の承認（通知番号第723号、平成24年12月21日承認）を得て実施した。本研究で扱うデータは、事例検討会の症例提示と、検討会後に作成された記録・報告・事例検討一覧であり、これらは事例検討会に提示される前に既に提示者によって匿名化されていた。従って実施責任者・実施分担者が個人を識別することは不可能で、個人情報保護法の「個人情報」の定義の識別可能性に照らして「個人情報」に該当しない。また、個人を特定するための対応表は存在しない。本研究は個人が識別できる情報（個人情報）が含まれない二次データを使用するため、研究対象者からインフォームド・コンセントを得ることは必要ない。なおデータの使用に当たり、記録の管理者であるつくば市医師会から、使用の同意を文書で得た。

## （2）記録の内容

本検討会が保存してきた記録のうち「事例提示」「事例検討会記録」「事例検討一覧」「報

告」の4種を用いた。各々の記録の概要は以下のとおりである。「事例提示」は事例提供者が作成し、事例の患者に関する年齢、性別、生計、家族の情報等の基本的属性、病歴、罹患している疾患、褥瘡の有無、通院や訪問診療の有無等の医療情報、要介護度、日常生活自立度やADL、利用中の介護保険サービス・有償サービスと事例の問題点が記載されており、各回の事例検討会で提示される。「事例検討会記録」は検討対象者の生活歴、病歴サマリと問題点が列挙され、提案された解決策、その他に出された意見が記載されており、事例検討会終了後に参加した医師によって作成される。「事例検討一覧」は新年初（通例1月）の検討会に提出される資料であり、前年の検討事例の問題点ごとの解決策およびその後の経過を記載している。問題点、解決策、経過等の記述は分析を前提とせず行われており、構造化されていないため、厳密に対応していない部分もある。検討会での発言を逐語的に記載した議事録は存在しない。「報告」は月1回、前月の検討会に参加した医師により、地域の居宅介護支援事業所に配布する文書として作成され、前月の検討会で討議された「事例検討会記録」の要約が記載される。

## （3）問題点の類型化の方法

本研究では、上記の記録から、事例ごとに列挙された問題点に着目し、問題点の類型化を試みた。困難事例を、問題点の内容や問題点の背景・状況ごとに区別して類型化を行った先行文献はいくつか確認されたが、その中で複数の文献をまとめることで類型化を行っており、かつ現場の実態をよく反映していると考えられた世田谷区のケアマネジメント困難事例集<sup>13)</sup>の分類に従って類型化を検討した。この分類は、事例の内容を整理するために、先行研究による類型化を参考にしてまとめられている。ある事例が困難であると思われる原因が、本人の状況、家族・世帯の状況、サービス提供者の状況、制度の4つの「レベル」に分けられ、各レベルの中でさらに事例が困難となる特性が類型化されている。

しかし、本検討会の事例から抽出された問題点は種類が多く、上記の4レベル等にあてはめきれない部分があること、特にレベル間の問題点が把握しにくいことから、上記の先行研究を参考にしつつ、サービスとの関連による問題点および各レベル間の関係性に生じる問題点については分けて独立させて「問題点の所在」を分類することとした。さらに、「事例提示」と「事例検討会記録」に記載された問題点1つずつの記述を抽出し、問題点の具体的内容から同様のもの、類似するものをカテゴリ化し、各々の「問題点の所在」の下位分類として、問題の「問題点の内容」を類型化することとした。

表1 76事例の基本属性

	人数 (%) <sup>1)</sup>
性別	
男性	34(45)
女性	42(55)
平均年齢 (平均±標準偏差)	75.8±10.7歳
要介護度	
自立	7(9)
要支援	5(7)
要介護1	13(17)
要介護2	5(7)
要介護3	5(7)
要介護4	18(24)
要介護5	16(21)
審査中	4(5)
情報なし	3(4)
同居人数	
0名	16(21)
1名	26(34)
2～3名	23(30)
4名以上	10(13)
情報なし	1(1)
認知機能障害の有無	
あり	50(66)
なし	22(29)
情報なし	4(5)
疾患 <sup>2)</sup>	
脳血管疾患	30(39)
認知症	22(29)
整形外科疾患	20(26)
消化器疾患	16(21)
高血圧	15(20)
認知症を除く精神疾患	15(20)
高血圧を除く心血管疾患	12(16)
糖尿病	10(13)
糖尿病を除く内分泌・代謝疾患	9(12)
神経筋疾患	7(9)
泌尿器疾患	7(9)
事例提示者の職種	
医師	48(63)
ケアマネジャー	22(29)
その他	6(8)

注 1) 四捨五入等のため合計が100%にならないことがある

2) 疾患は複数選択

#### (4) 問題点が解決しかた否かの判定方法

まず、判定対象の問題点としては、参加者によって解決したかどうかにより客観的に判定しうる点から、サービス利用に関する問題点に限定し、さらに、具体的なサービス名(訪問看護、訪問診療、身体障害者認定、生活保護等)または福祉/介護施設の種別(老健、特養、老人ホーム等)が問題点や解決策に記載されているものに限定することとした。また、各問題点について、問題点、対応する解決策および経過のうちいずれかの記述が欠けているもの、また事例検討会の時点で既に解決されていた問題点は除外した。

解決したか否かの判定は2名の評価者が独立して行った。判定者2名のうち、1名は在宅医療を含む30年の診療経験がある内科開業医で、本検討会の設立以来ほぼすべての回に出席しており、全事例の詳細に精通している者として選出した。もう1名は本研究筆頭著者で、臨床実習以外の診療経験がない医学生(当時)であり、本検討会の設立以来第242回までの記録をすべて通読しており、記録や事例検討会での検討内容のみから客観的な視点で判断できる者として選出した。問題点が解決されたか否かの判定方法は、まず、あらかじめ「解決した」と判定する基準を、「報告」に記された事例検討後の経過で、問題点が解消されたことが読み取れるものと決め、その基準を具体的に共有するために、判定開始前に分析対象外の事例から収集した解決した典型的と思われる具体例を例示し共有した。その上で、事例ごとに「事例提示」「事例検討会記録」「事例検討一覧」の病歴・生活歴、問題点や「報告」の解決策や、経過を熟読し、問題点が解決されたか否かを評価を行った。情報が不十分であり解決されたか判断できない場合は判断不可とした。判定が2名の間で不一致だった問題点について評価者間でそれぞれの判定の根拠を共有しながら協議し、すべての問題点について最終的な判定を決定した。



表2 76事例における問題点の分類

Ⅲ 結 果

(1) 76事例の基本的情報

本研究の対象となった76事例の基本属性を表1に示す。性別は男性34例、女性42例であり、平均年齢は75.8±10.7歳だった。要介護度は要介護3～5の事例が51%を占め、要介護4（18例、24%）、要介護5（16例、21%）、要介護1（13例、17%）の順に多かった。事例で同居者が0名（独居）の事例は16例（21%）、1名の事例は26例（34%）だった。66%の事例に認知機能障害があった。事例を提示した職種は医師（48例、63%）、ケアマネジャー（22例、29%）、その他（6例、8%）だった。

(2) 類型化の結果

問題点の類型化の結果を表2に示す。76事例において列挙された問題点の合計は194個だった。「問題点の所在」として、以下の9種類を設定した。項目とそれぞれの問題点の数は、本人（52個）、サービス提供者（48個）、介護者（36個）、世帯全体（経済的問題を除く）（14個）、環境（制度・システムの）（13個）、介護者とサービス提供者の関係性（11個）、世帯全体（経済的問題）（10個）、サービス提供者間の関係性（6

問題点の所在	問題点の内容	問題点(個)	判定対象の問題点(個)
合計		194	96
1. 本人	病状・不穏状態 <sup>1)</sup> によるサービス利用困難 サービス受容の困難 状態悪化 <sup>2)</sup> 時の対応不安 不穏状態 <sup>1)</sup> 生活習慣 身体機能低下 健康管理・安全対策の問題 社会参加の障害	13 10 8 7 5 4 4 1	7 6 5 1 - - 3 -
2. 介護者	精神的健康問題 介護負担大 介護力不足 サービス受容の困難 不在 肉体的健康問題 病状・不穏状態 <sup>1)</sup> によるサービス利用困難 不在によるサービス利用困難 褥創 意思決定での不一致 就労の必要 健康管理・安全対策の問題	5 5 5 4 4 3 3 2 2 1 1 1	3 2 4 4 1 1 2 1 2 - - -
3. 世帯全体 (経済的問題)	経済的問題によるサービス利用困難 経済的問題	8 2	5 2
4. 世帯全体 (3. を除く)	葛藤 虐待 サービス受容の困難 意思決定での不統一 精神的健康問題 肉体的健康問題 健康管理・安全対策の問題	4 3 2 1 2 1 1	3 - - 1 1 - -
5. サービス提供者	サービス内容 医療的問題 特定の介護行為の方法 サービス提示の困難 病状・病名告知の困難 状態悪化 <sup>2)</sup> 時の対応 倫理的問題	26 11 4 2 3 1 1	14 3 3 - 2 1 -
6. 環境(物理的)	移動の困難 環境不良	3 1	2 1
7. 環境 (制度・システムの)	医療/介護保険制度または制度運用に関する問題 医療/介護保険制度外サービスの必要 行政の介入方法 サービス内容	6 4 2 1	6 2 - -
8. 介護者とサービス提供者の関係性	目標・介護観・知識等の相違 サービス提供者不信 コミュニケーションの困難 介入への抵抗	5 3 2 1	4 1 1 -
9. サービス提供者間の関係性	役割調整の問題 コミュニケーションの困難 連携の不十分	4 1 1	1 - -

注 1) 不穏状態：認知症のBPSDと性格による不穏状態を含む  
2) 状態悪化：病状および精神状態を含む

個)、環境(物理的)(6個)だった。「問題点の所在」の下位分類である「問題点の内容」の問題点の数は、表2に示すとおりである。

(3) 問題点が解決したか否かの判定

上記の基準を適用した結果、194個の問題点のうち判定対象とした具体的なサービス利用に関する問題点は、96個となった。評価者2名の判定の初回の一致率は56.3%であり、Cohenのkappa係数は中等度の一致を示した(k=0.48)。問題点が解決されたか否かについて2名の判定者が一致した最終的な判定の結果を表3に示す。

表3 96個の問題点の判定結果；問題点の所在および内容による分類(一部抜粋)

	問題点(個)	判定不能の問題点(個)	解決した問題点の数(%) <sup>1)</sup>
問題点の所在による分類			
介護者	21	5	11(69)
世帯全体(経済的問題)	7	2	3(60)
サービス提供者	23	4	10(53)
世帯全体(経済的問題を除く)	5	1	2(50)
環境(制度・システムの)	8	2	3(50)
本人	22	5	8(47)
介護者とサービス提供者の関係性	6	-	1(17)
環境(物理的)	3	2	-( -)
サービス提供者間の関係性	1	-	-( -)
問題点の内容による分類(抜粋)			
経済的問題によるサービス利用困難	5	2	3(100)
病状・不穏状態によるサービス利用困難	9	1	5(63)
サービス内容	15	1	7(50)
状態悪化時の対応不安	6	1	2(40)
サービス受容の困難	10	1	3(33)
医療/介護保険制度・制度運用に関する問題	6	2	1(25)
			問題の数(%) <sup>2)</sup>
問題点全体			
合計			96(100)
解決した			38(40)
解決しなかった			37(39)
判定できない			21(22)

注 1) (問題数) - (判定不能の問題数) に対する割合  
 2) 四捨五入のため各行ごとの割合の合計が100%にならない。

解決したと判定された問題点の割合は「問題点の所在」が「介護者」だった問題で69%と最も高く、次いで「世帯全体(経済的問題)」「サービス提供者」「世帯全体(経済的問題を除く)」の順だった。次に、「問題点の内容」別に解決された問題点が多かったのは「経済的問題によるサービス利用困難」「病状・不穏状態によるサービス利用困難」「サービス内容」等の順だった。問題点の例を表4に示す。例示した問題点については、問題点の所在が「介護者」だった事例では、介護者自身の障害や介護力のために生じていた問題に対し、サービス利用やサービス提供者の支援を得ることで解決した。サービス提供者に問題点の所在があった例でも、介護保険外サービスも併用することで適切なサービス利用に至り解決した。

IV 考 察

(1) 困難事例の問題点に着目して包括的な類型化を行うことの意義

本検討会に提示された事例から、新たに多分

野にわたる問題点の包括的な類型化を試み、9つの「問題点の所在」およびそれに属する40種類の「問題点の内容」に類型化した。

これまでの先行研究における問題点の所在による分類では、本人、介護者(家族)、援助者、制度・システムといった4つのレベルに分類されており<sup>12)13)</sup>ケアマネジメントの困難事例集では、その相互の問題もこのレベルの中に入れていた。吉岡の研究では、支援困難事例は本人の健康問題、それに起因する生活上の問題、家族要因、支援者側の要因が重畳して生じているとまとめている<sup>15)</sup>。著者らは、相互の問題も問題点の所在として独立させ、介護者そのものと世帯全体を区別し、また制度・システムを環境と捉え、物理的な環境とシステム的な環境を区別、さらに所在間の関係性の問題も所在の1つとして位置づけ、9つに類型化した。問題点を類型化する目的として、共通言語化、課題把握の平易化のみならず、その後の問題点の解決のしやすさも視野に入れる必要があるが、問題点の所在を詳細に区別することで、問題点の解決を図る際に、介入の対象を明確にできる長所がある。

表4 問題点と解決策の例

「問題点の所在」による分類	「問題点の内容」による分類	問題点	事例検討会で提案された解決策	経過	解決したか否か
本人	病状・不穏状態によるサービス利用困難	通所中、午後に帰宅願望が強くなり大声を出す。徘徊歴もあり。	趣味（カラオケやギター、レク等）を行う。	自宅にもカラオケを導入、内服薬の見直し、医療機関の1本化もあり、軽快傾向となった。	解決した
介護者	意思決定での不一致	家族の意向の相違	ケアマネジャー1人で大変な場合は地域包括支援センターのケアマネジメント支援を利用する。	子供2人、訪問看護、訪問診療医、ケアマネジャーで方針につき話し合い、本人の在宅の意向に沿うことを確認。	解決した
介護者	介護力不足	家族のサポート体制が不十分で在宅での生活が困難	地域包括支援センターから民生委員や家族に働きかけてもらい、見守りチーム（安否確認、食事摂取量のチェックなど）の立ち上げをすすめる。	在宅の方針決定後、週3回の介護サービスを導入した。	解決した
介護者	介護負担大	自宅での排尿が頻回で転倒リスク高く介護負担大。	在宅改修（動線上・トイレの手すり）、服薬調整（利尿剤服用）を主治医と随時相談。	在宅改修し居間～トイレ間、トイレ内に手すり設置。内服の変更でやや排尿軽減した。	解決した
介護者	精神的健康問題	主介護者（妻）の精神的支援方法。妻が調子を悪くすると、本人・長男の支援ができない	ショートステイ利用をすすめる。	ショートステイを定期的に利用し、介護負担軽減できた。	解決した
サービス提供者	医療的問題	抗けいれん薬中断中。再開は必要か。	中断後は発作なく、抗けいれん薬は必要ないと思われるが脳画像診断・脳波検査で判断してはどうか。	検査の結果、抗けいれん剤投与しないで経過観察可能と指導あり。	解決した（ただし判定対象外：在宅サービス名記載なし）
サービス提供者	サービス内容	社会復帰の方法	心身障害者福祉センター、ケアステーション、その他の施設、人材を活用の上、技術を習得し、物作りに生きがいを見つけ出す支援を行う。物作りができたら障害者自立支援法の障害者就労移行サービスの利用を検討する。	心身障害者福祉センターへ週1回通所し、物作りを学び自宅でも製作。	解決した
サービス提供者	サービス内容	利用可能なサービスの検討（福祉用具、住宅改修、リハビリ等）	障害福祉制度を活用し福祉用具（車いすなど）を利用、訪問看護から導入し、リハビリ、入浴サービス等を徐々に検討する。	障害福祉課との連携は、主介護者が窓口訪問困難で、訪問看護の導入できず。	解決しなかった
サービス提供者	病状・病名告知の困難	根治療法がない難病の予後の告知について	神経内科外来受診が専門医の往診（対診）の上、予後の告知は夫の同意を得て慎重に進める。	専門病院へ紹介状を作成したが、受診に至らず。予後告知は夫の同意を得て行ったが、本人は大きな衝撃を受けた。	解決しなかった
環境（制度・システムの）	医療／介護保険制度の不十分	介護保険の第2号被保険者の特定疾患に該当しない	ショートステイ必要時は糖尿病による合併症で申請可能なこともある。要介護認定されると制度上介護保険が優先され自己負担増の場合もあり、メディカルショートも考慮。	介護保険申請、追加のサービス利用は行えなかった。	解決しなかった

問題点をその所在および内容により類型化し、問題点ごとに議論を整理することで、頻繁に抽出される課題は何か、解決するのにより大きな支援が必要な問題点は何かを明らかにすることができる。また、類型化の手法やその示し方の議論の第一歩となり、自治体間および多職種間の共通言語化や、マニュアル作成、教育目的の利用等、困難事例への対応の標準化が可能となる。これらは、平成27年度に介護保険法に制度として位置づけられた地域ケア会議<sup>1)</sup>にも応用できる。地域ケア会議の討議から困難事例の問題点を抽出して類型ごとに蓄積することは、多

職種協働による個別事例の検討において、共通言語での討議に寄与するであろうし、地域課題の把握においては、課題の整理や優先すべき課題の抽出にも有用であり、医療・介護連携を進める上でも職種間で課題の共通認識を持った上での情報共有に役立つと考えられる。さらに問題点の類型ごとの蓄積を全国規模で実施し、困難事例の全容把握とその解決策を集積、共有することは、地域差や特性の把握にもつながり、多職種での連携および政策的課題を抽出する上で重要であると考えられる。

## (2) 本研究で示された困難事例の問題点で解決されやすい問題と解決されにくい問題の検討

次に問題点の解決の可否について、本検討会で提示された事例で判定対象とした問題点のうち、「問題点の所在」で解決された割合が高かったものは、介護者、世帯全体（経済的問題）だった。また、「問題点の内容」で解決された割合が高かったものは、「経済的問題によるサービス利用困難」「病状・不穏状態によるサービス利用困難」だった。

「問題点の所在」が介護者だった問題点36個のうち半数以上は、介護者自身の健康問題や介護能力についての問題だった。現状では、介護支援専門員やサービス提供者がサービスを提供するのはあくまで本人に対してと設定されているため、介護者支援を行うための知識や技術、時間的余裕等が必ずしも十分でない場合があることが考えられる。介護者自身が抱えている問題点に焦点を当てられるよう、制度設計をすること、より多くの知識を持つ他の専門職と共有することが解決策を得るために有用であると考えられる。また、経済的支援制度や特定の状態に対する具体的なケア内容に関する問題点についても同様に、本研究で取り上げた事例検討会のような場で、多職種で知識の共有をすることにより解決へ向かいやすくなることが考えられる。解決しにくい問題点としては制度自体の問題、物理的環境の問題等、そもそも専門職が個別に介入することが難しい問題点が多かった。地域ケア会議は5つの機能を有し、①個別事例の検討を通して、②地域課題の発見、③地域づくり・資源開発の検討をし、④政策形成に反映させることで、地域包括ケアシステムを実現するとされており<sup>16)</sup>、本研究において解決しにくかった問題点はまさに、②以降の段階で検討され、解決に向けた取り組みがなされる、あるいは解決に向けた制度設計、政策策定が図られるべき問題点だと考えられる。一方で、問題点の解決をすること自体が目的ではなく、あくまで問題点の解決を通して、地域の中でその人らしい生活を継続できることが目的であることも重

要であり、解決できない問題点に対してフレキシブルな発想で支援することも重要であろう。室谷らは、困難事例の解決に向けては、「専門職中心ではなく業種を超えた学際的なアセスメントが必要」であり、「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」と結論づけており<sup>17)</sup>、今後は問題点が解決されたかどうかと併せ、どのような方法で解決したかおよびその後の本人の状況の蓄積も必要であろう。

一方で、判定不能だった問題点数が22%あったが、これは主に、記録そのものが分析対象となることを想定されていなかったため解決されたか否かを事後的に判断するためには記載内容が不十分な記録があったことや、事例のその後の経過が年末にまとめてなされていたため、事例によっては提示された解決策が討議されてから実施され事例のその後の経過が報告されるまでの期間が不十分だったことに関連していると考えた。

## (3) 本研究の限界および今後の課題

本研究の限界は以下のとおりである。分析に使用した記録の書式は分析を前提としておらず、筆者らの解釈による検討で類型化した部分もあり、妥当性には限界がある。また、単一の事例検討会の事例であり、在宅療養における困難事例の全容を把握しきれていない可能性があり、類型の外的妥当性も不十分な可能性がある。次に、本研究で用いた事例を検討していた当時は、検討会で検討された事例のその後の状況報告が、事例が検討された翌年の1月にまとめて行われており、フォローアップ期間が一定でないこと、またその期間が長すぎるか不十分だった結果、解決したか否かを判定するための情報の質と量にばらつきが生じた可能性がある。この問題を踏まえ、本検討会では、2017年からその後の状況報告の時期を事例提示の3カ月後と統一して振り返ることと改め、問題点の解決の有無をそ



の場で検討することとした。同時に、「事例提示」の様式をわれわれ研究者と本検討会主催の医師会が協同で改定し、データベース化を見込み手書きではなくデータ入力とし、問題点に関するキーワードを設ける工夫をしている。

本研究で試みた問題点の類型化は、長期に渡る期間の多職種からの報告であり、多様なケースを含んでいること、また問題点の内容とその所在の段階を分けたこと、所在同士間の関係性についても独立させたことで、過去の報告と比べより包括的であると考えられる。全国で行われることとなった地域ケア会議における検討事例の問題点の整理にも有用であろう。今後は、さらに地域を広げて事例を集積することで、引き続きより現場に即した分類の探求、標準化が求められる。

## V 結 語

本研究では、多職種からの報告による多様なケースを含むつば医療福祉事例検討会の記録をもとに、問題点ごとの包括的な類型化および類型ごとに問題点が解決したか否かの検討を試みた。今後はさらなる事例の集積により、類型の標準化が進み、多職種間の困難事例に関する共通理解が構築されること、また問題点ごとの解決策が政策に反映され、地域の中でその人らしく暮らしていける支援の仕組みが必要である。

## 謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金（「医療・介護・福祉の融合－現場発ヘルスサービスリサーチによる地域包括ケアの実現（基盤研究A）」（課題番号：24249031）の助成を受けたものである。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 平成26年(2014年)介護保険法改正. (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2014.pdf>) 2017.7.3.
- 2) 厚生労働省. 介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて. (<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploa>
- 3) 厚生労働省老健局老人保健課. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>) 2021.7.1.
- 4) 吉江悟, 齋藤民, 高橋都, 他. 介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因 12種類のケース類型を用いて. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(1): 29-39.
- 5) 齋藤智子, 佐藤由美. 介護支援専門員が認識する対応困難事例の特徴. The KITAKANTO medical journal 2006; 56(4): 319-28.
- 6) 井上信宏. 地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応－地域包括ケアの実態と困難事例の解決のために－. 信州大学経済学論集 2007; 57: 15-47.
- 7) 村上信, 濱野強, 藤澤由和. 高齢者のケアマネジメントの現状と課題－事例検討会における支援困難事例を通して. 新潟医療福祉学会誌 2007; 7(1): 43-50.
- 8) 吉江悟, 高橋都, 齋藤民, 他. 同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状長野県A市の行政保健師へのインタビューから. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(7): 522-9.
- 9) 小倉千恵子, 榊原千佐子, 近藤あゆ子, 他. 介護保険制度開始後の行政機関が関わる事例の類型化とその役割の研究 A市B区2行政機関と在宅介護支援センターが関与した困難事例の分析から. 保健師ジャーナル 2007; 63(11): 1012-7.
- 10) 鈴木浩子, 平野康之, 藤田佳男, 他. 介護サービスの導入が困難な高齢者にみられる生活上の問題. 保健師ジャーナル 2011; 67(7): 620-5.
- 11) 岩間伸之. 支援困難事例－3つの発生要因と4つの分析枠組み－. ケアマネジャー 2011; 13(4): 40-1.
- 12) 斎藤順子. 高齢者における対応困難事例とは何か. 淑徳大学総合福祉学部研究紀要 2006; 40: 1-19.
- 13) 世田谷区. ケアマネジメント困難事例集. (<https://www.city.setagaya.lg.jp/mokuji/fukushi/001/001/006/d00029863.html>) 2017.8.7.
- 14) 室生勝. つば医療福祉事例検討会の歩み. 理学療法いばらき 1998; 1(2): 3-4.
- 15) 吉岡京子. 地域包括支援センターにおける高齢者の支援困難事例に関する文献レビュー－2005～2007年に発表された論文に焦点を当てて－. 日本地域看護学会誌 2019; 22(2): 79-88.
- 16) 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年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業地域ケア会議運営マニュアル作成事業. (<https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf>) 2021.12.1.
- 17) 室谷牧子, 佐瀬美恵子, 外堀佳代, 他. 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. 人間健康研究科論集 2018; 1: 3-28.