

サービス担当者会議における多職種連携の実態と課題について

太和田 雅 美

Facts and Problems of Interprofessional Teamwork in Care Conference

Masami TAWADA

要旨：ケアマネジメントにおけるサービス担当者会議で多職種連携が効率よく効果的に図られることを目的として、インタビュー調査とフォーカス・グループインタビュー調査を行い、会議における多職種連携の実態と課題を明らかにした。

調査より、10個のスーパーカテゴリーを導き出した。ドナベディアン・モデルをフレームワークとして用い、そのスーパーカテゴリーを整理して会議を1.体制 2.実践 3.実践と効果 4.効果の4つの要素で示し、これらを支えるものに5.相互理解があることとした。これらの5つが多職種連携でサービス担当者会議を効果的に行うための条件として示された。

専門職間の相互理解を根底におくことで、よりよい介護チームが形成される。また、効果的な会議の運営には特に、会議に参加するそれぞれの職種間のコミュニケーション能力と、介護職の実践の振り返りおよび記録・評価ができる能力が必要である。

Key words： ケアマネジメント (care management), サービス担当者会議 (care conference), 多職種連携 (interprofessional teamwork)

はじめに

2016年の日本の総人口に占める65歳以上の人口の割合は26.0%であり、今後も急速に高齢化が進行すると予想される。2000年に介護保険制度が施行され、ケアマネジメントがサービス提供の方法として導入された。ケアマネジメントは利用者の多様なニーズと、社会資源を組み合わせる総合的に支援する仕組みであり、多職種チームによる「総合的、一体的、効率的なサービスの提供」が強調されている。現在、医療・福祉に関連する資格、職種は数多く存在し、チームとしてかかわる専門職が多くなってきているものの、利用者にかかわる専門職を配置しただけでは、チームとして働くことができない。そこで、そのチー

ムを統合し東ねていく役割を担う手段として、チームマネジメントが求められている。介護保険法第2条3項では「被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」と定められている。

ケアマネジメントはチームアプローチであり、そのさまざまな社会資源の連携を図る要となる職種が介護支援専門員（以下ケアマネジャー）である。利用者の目標を実現するために、フォーマル、インフォーマルな社会資源が連携してサービス提供を行うことが、介護保険制度の中のケアマネジャーの目指す仕

事であるとされている。そのような形が出来上がることにより、ケアプランに位置づけられた各サービスの社会資源はチームとして機能していくと言える。

利用者、家族、介護事業者、医療関係者等が連携を図るものに、サービス担当者会議がある。このサービス担当者会議は、ケアマネジメンツの過程において、関係者が一堂に会する数少ない場面である。白澤は、ケアマネジャーとサービス担当者が集まってクライアントの生活状況について情報を交換し、ケアプランの内容について協議のうえ、変更・調整する場であるとし、必要に応じての召集と定期的な開催があり、会議を行う事で情報の共有、方針の徹底、お互いの役割・責任の確認などを行うことができるとしている¹⁾。その持つ役割は多く、多職種連携を図る機能を持ち、関連する各専門職がその専門性を活かしながら協働できる場である。2002年の「介護支援専門員のケアマネジメント業務の実態調査」では、ケアマネジャーの約半数がサービス担当者会議を開催していなかった。2006年介護保険制度の改正では、サービス担当者会議の開催について、やむを得ない理由がある場合を除きサービス担当者会議を開催することとされた。2012年の「介護支援専門員の業務及び人材育成の実態に関する調査報告書」によると、「初回ケアプランの作成時にサービス担当者会議を開催した」が86.9%であり、2003年の第2回調査での32%から2009年の第5回調査で84%となった結果と比較しても「サービス担当者会議を開催して作成した」割合が増加している²⁾。馬場は、サービス担当者会議の開催意義、会議の重要性については理解が浸透していると思われるが、利用者の生活維持や改善につながっているのかを具体的に検討する必要があると述べている³⁾。

村社は、チームマネジメント実践においてサービス担当者会議は役割を持っていると

し、会議の開催は義務化されているもののその開催と成功には多くの課題があり、そのため会議運営方法の更なる改善も含めチームマネジメント概念の検証とその適応が求められていると述べている⁴⁾。

一方、サービス担当者会議を主催するケアマネジャーの保有資格は、「厚生労働省の介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について」によると、2014年度の職種別合格者は、介護福祉士が69.1%であり、構成比率の半数以上を占めている⁵⁾。2012年「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務及び人材育成の実態に関する調査報告書」によると、介護福祉士が56.6%で最も多く次いで看護師14.1%であり⁶⁾、さらに2014年の同調査報告書によれば、介護福祉士が63.4%で最も多く、次いで看護師11.5%であった⁷⁾。2001年の第1回同調査からその傾向を見ると、介護福祉士の割合は増加傾向に、看護師の割合は減少傾向にあり、今後も介護福祉士の割合が増加していくと予測される。

専門の違う職種が連携・協働し、質の高いサービスを提供するためには、サービス担当者会議の持つ意義は大きい。しかし、その会議において、多職種連携が図られるために参加する専門職同士の連携・協働を効果的に行っていく運営方法や条件などはこれまで明らかにされていない。

以上の背景から、サービス担当者会議における多職種連携に、将来介護福祉士が果たす役割が増加することをふまえ、サービス担当者会議での連携に着目し、介護福祉士の養成の内容を検討する必要がある。

厚生労働省「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」による提言の中の「求められる介護福祉士像」によれば、介護福祉士には「多職種協働におけるチームケア」の力が必要である⁸⁾と示されており、利用者の生活支援を行う上で多職種との協働は不可欠なものである。しかし、

その具体的な連携については養成課程において実践的な学習を体験出来ていない。

鳴釜らの研究では、「ケアマネジメント業務について普段から相談する人」の調査結果において看護系と介護系で有意差が認められた相談相手は、看護系のケアマネジャーの場合「主治医」、介護系の場合は「地域包括支援センターの職員」であり、両者が上位に挙げられている。さらに、主治医との連携は看護系も介護系とも十分ではないが、介護系は看護系に比べ医療系との連携が少なく、介護と医療の繋がりはまだ十分とは言えない状態であると述べられている⁹⁾。

そこで本研究は、介護福祉士を基礎資格としたケアマネジャーが医療系等専門職とのサービス担当者会議の場で、どのような取り組みをすることが望ましいのかを知ることを目的とした。そのことは今後の介護福祉士の養成教育にも生かすことができると考える。その方法として介護保険事業所で働く専門職従事者が、利用者の生活を支えるためにどのようなサービス担当者会議を経験してきたかを多職種連携に視点をおき、インタビュー調査とフォーカス・グループインタビュー調査を行った。その結果得られたサービス担当者会議の実態と課題について、また連携が促進される効果的な運営方法や条件について考察したのでここに報告する。

用語の定義

本研究では、サービス担当者会議を、介護保険制度においてケアマネジャーが開催しなければならないと定められた会議とする。ケアプラン作成・変更時、要介護認定更新時、要介護認定区分変更時、継続して福祉用具を利用する場合には開催が義務づけられており、利用者、家族、介護事業者、医療関係者等が参加し、利用者・家族の意向の確認や事業者から専門的意見を求め、ケアプランの修正や最終決定をする場と定義する。また、

チームアプローチと多職種連携を厳格に区別していない。両者をほぼ同じものとして区別することなく互換的に用いることとする。

また、本研究の調査対象者の勤務する事業所は、特定事業所加算Ⅱを取っているが、その特定事業所加算制度とは「老企第36号指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」において示されているように、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。さらに事業所は「公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること」や「経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督体制の下、常勤かつ専従の介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている」ことが条件である。また、特定事業所加算Ⅱとは、特定事業所加算Ⅰを算定できる要件のうち4つの事項を満たすことと、常勤かつ専従の主任介護支援専門員等を配置していること、ならびに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していることが要件となっている。

研究方法

本研究では2つの調査を行った。調査Ⅰでは、ケアマネジャーにサービス担当者会議の運営方法や課題に感じている点など、その現状についてインタビュー調査を行った。調査Ⅱでは、サービス担当者会議に参加することの多い専門職従事者に対して、フォーカス・グループインタビュー調査を行った。

1. 調査Ⅰ

2名の対象者について、それぞれに半構造化面接法によるインタビュー調査を行い、ICレコーダーで録音した。調査対象をケアマネジャー経験5年以上の看護師または介護福祉士の基礎資格を持つケアマネジャーの各1名とした。経験年数を5年以上としたのは、主任ケアマネジャー研修受講の要件であり、サービス担当者会議の経験が多く、幅広い考えや意見を聞くことができると判断したからである。

2名の対象者をA氏、B氏とする。A氏は介護福祉士資格を持ち、主任ケアマネジャー研修を修了して、デイサービスセンターに併設している居宅支援事業所の管理者としての役割を担っている。専任ケアマネジャー歴は8年で、主任ケアマネジャー研修を平成22年に修了している。この事業所は特定事業所加算Ⅱを取っている。

インタビューは、平成25年6月25日午後18:00～19:00、本人の勤務する居宅支援事業所の相談室で行った。

B氏は、看護師資格を持ち、宅老所に併設されている居宅支援事業所に所属している。専任のケアマネジャー歴は9年で、主任ケアマネジャー研修は受講していない。

インタビューは、平成25年7月4日午後18:00～19:00、本人の勤務する宅老所にて行った。

調査項目については、サービス担当者会議で多職種連携の実態について、次の5項目の「利用者の共通理解が行われているか」「ケアプランの策定に意見が反映されたか」「具体的な連携方法が決められたか」「情報の共有が行われたか」「他専門職の理解が行われたか」を設定した。

2. 調査Ⅱ

フォーカス・グループインタビュー調査を行った。

フォーカス・グループインタビューとは、有意抽出された少数の専門職を対象にした質的研究法の一つであり、実践的な課題に関係の深い参加者から、アンケート調査など量的調査からは得られない具体的で多様な生の意見を引き出すものである。6～8名の様々な背景の専門職が会議室等に集まり、質問に対して自由に意見交換をする。その中で起こるグループダイナミックスの効果を利用して、対象者の多様な意見を整理することを目的とする調査である。本調査は、インタビュアー1名、観察者1名、観察者補助1名で行った。

インタビュアーは執筆者が行った。フォーカス・グループインタビューに必要なグループダイナミックスを発揮させるために次の3点を訓練し、インタビュアーとしての質の確保に努めた。1)ファシリテーターとしての指導教官の指導を受けた。2)実際のフォーカス・グループインタビュー調査に参加した。3)ケースメソッドの授業を受け、多職種とのグループワークを学んだ。

観察者は、参加者の言語や発言者や発言者以外の反応や態度等の非言語的な表現を観察し記録を行った。1)ケアマネジャー資格を保有している、2)介護福祉士養成施設教員11年の経験がある、3)コミュニケーション技術の授業担当として3年以上の経験があるという3つの条件を満たす者を観察者とした。

観察者補助を行った者は、観察者と共に参加者の言語や発言者や発言者以外の反応や態度等の非言語的な表現を観察し記録を行い観察者の作業を補った。1)介護福祉士資格を保有している、2)介護現場での経験10年以上ある、3)介護福祉士養成校助手を勤めるという条件を満たす者を配置した。

設問は、1「サービス担当者会議で、多職種連携が上手く図られたと思われる場面について」、2「サービス担当者会議で、多職種連携が十分に達成できなかったと思われる場面

について」、3「サービス担当者会議で、専門職がどのような発言をすれば、多職種連携が促進されるのか」の3項目とした。

調査はインタビューガイドに沿って行われた。インタビュー内容は、ICレコーダーで録音した。インタビューガイドとは、設問に沿って作成したインタビューアの進行表であり、発言に対してのメモや分析時のポイントになる参加者の非言語的な反応を書き込める。観察者、観察者補助はインタビューガイドに沿って観察記録を残した。

フォーカス・グループインタビュー調査は、平成25年8月8日(木)18:00~20:00の約2時間、大学教室で行った。

インタビュー対象者を次の3点を満たす7名とした。1)5年以上の居宅サービスの現場経験を持つ者、2)居宅サービスを担う資格を保有する者、3)サービス事業者の中核をなす役割があり、サービス担当者会議への参加の経験が豊富な者である。フォーカス・グループインタビューを実施した際にそのグループを構成した多職種の7名の属性は表1の通りである。いずれも、介護保険事業所の中で経験を積んでおり、No3. 4. 6は事業所で管理者をしている。

分析は、まずICレコーダーから逐語録の作成を行った。次に執筆者および観察者と観察者補助の3名が、逐語録と観察記録を加味して、多職種連携の視点から、意味があると

思われる発言をマーキングした。執筆者および観察者と観察者補助の3名のマーキングした所がほぼ一致した箇所をコードとして取り出した。コードを整理し、関連性のある内容をまとめ、サブカテゴリーとした。抽出したサブカテゴリーを関連性のあるものにまとめ、カテゴリーとした。この作業は、観察記録を参考に執筆者および観察者と観察者補助3名の意見が一致するまで、繰り返し行われた。

3. 倫理的配慮

調査Ⅰ、調査Ⅱともに、調査対象者に対し調査の目的と研究参加は自由であることを、いつでも中断および中止ができることを伝えた。また、研究の目的以外にデータを使用しないこと、本人が特定されないようにデータを処理し、研究終了時点で得られたデータは全て破棄することを伝えた。参加の同意を得られた場合は、同意書に名前を記入してもらい、同意された後でも取り消すことが可能であることを伝えた。

結 果

以下、【 】:カテゴリー、< >:サブカテゴリー、“ ”:コードの表記とする。なお、会議とはサービス担当者会議のことである。

1. 調査Ⅰについて

コード87、サブカテゴリー23、カテゴリー

表1 フォーカス・グループインタビュー調査対象者の属性

No.	性別	年代	基礎資格	ケアマネジャー資格	居宅サービス種別	サービス経験年数
1	男性	40代	理学療法士		訪問リハビリ	5年
2	女性	30代	看護師		訪問看護	7年
3	女性	50代	介護福祉士	有 兼任	福祉用具貸与	12年
4	男性	40代	介護福祉士	有 兼任	通所介護	20年
5	女性	30代	栄養士	有 (主任ケアマネジャー資格)	包括支援センター	19年
6	女性	50代	介護福祉士	有	訪問介護	11年
7	女性	40代	看護師	有	包括支援センター	7年

12が抽出された。以下カテゴリーごとに結果を記述する。

1)【参加者の発言は会議の雰囲気左右する】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは＜後ろ向きになる発言はさえぎって、全員に発言してもらいたい＞＜参加者の発言は会議の雰囲気に影響する＞の2つであった。

ケアマネジャーは“出席者には全員発言してもらえるように会議を運営している”“発言量の偏りに注意している”と進行に配慮していることがわかったが“司会の運営技術、会議を開くにあたって、全員がよかったなと思っしてほしいけど、全員に話してもらいたいと思っても、もっている情報量が違う”ということがあげられた。

また、“会議の場でどうしようもないことばかり言われると困る”ことから、会議の中で参加者の発言の影響力は大きいと感じていることがわかった。

2)【本人の参加には配慮がいる】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは、＜本人参加の会議で意向を確認する＞＜本人参加の会議は、家族の本音が聞けない＞の2つであった。

会議は、本人参加で意向を確認することを基本としているが、認知症状や高次機能障害などの場合には、会議の参加自体も難しく本人参加と本人が参加しない会議を2回開くなどの工夫をしていた。

家族の本音では“本人がいると家族が思う存分話せない”ので、あえて本人がデイ利用時に設定する”“とても本人をおいて本音では話せない”などの家族の思いを聞くためには、あえて本人が参加しない会議を開催していた。

3)【専門性を発揮して連携し、チームのレベルが向上する】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは＜会議の場で医療職が専門性を発揮することで連携が深まる＞＜他専門職の専門性を理解しお互いに向上でき協働する＞の2つであった。

“退院カンファで、ショートステイの看護師が出席してくれて、睡眠薬の効果や薬の種類を質問してくれたので医療情報を細かく把握できケアマネジャーでは詳しく聞けない内容も聞いてくれた”にあるように、病院からの退院時に医療情報を看護師が聞きだしてくれたことから、その専門性を発揮することでより情報交換が上手くいったとしている。

“違う職種の人がそれぞれに発言してくれて、自分の業種と違う人達の関わりを聞き、お互いの仕事の理解ができる”ことから、他専門職を理解し互いの専門性を知ることによって参加者のレベルが向上するとあった。

4)【チームを意識して、お互いの不安を理解すると一体感が高まる】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは＜多職種連携には利用者を支えるチームとして役割を意識すると効果的である＞の1つであった。

ケアマネジャーが会議の場で、あえてチームを意識する発言をすること、“利用者や家族の人にも、この人を支えるチーム〇〇と伝えると一人のためにみんなが支えていることがわかる”のように連帯意識が高まり、それを聞いた利用者自身も安心感が得られる。

また、“対応困難な利用者に対しての会議を開いたら、事業所同士の対応の仕方を聞くことで、同じように感じていて安心感と共通の価値観が生まれケアの工夫につながった”にあるようにケアに対する不安を共有することもチーム形成に効果があったとした。

5)【医師との連携は困難であり、気後れする】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは、〈医師から欲しい情報がもらえず、気が引けて連携が図れない〉の1つであった。

医師との連携において、“連携表で問い合わせても、現場で知りたい答えが返ってこない”やケアマネジャー自身も“主治医の出席を求めるのは基本であるが、何となく気が引けてしまう”などの課題がある。

6)【医師との関係は改善してきているが、様々な手段を使い連携を図る】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〈ケアマネジャーは医療系専門職を介すなどのいろいろな手段を使って医師と連携を働きかける〉〈医師は介護保険に理解を示し関係が改善されている〉の2つがあげられた。

連携を図るために“医師との連携方法がわからなければ、医療系専門職に相談する”“往診時に顔を合わせていると情報も得やすく、出席も求めやすい”などの工夫や努力が見られ、以前に比べ連携を働きかけている。

7)【情報を共有し利用者理解を深め、意向に沿ったサービスが提供できる】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〈事業所からの情報を得て利用者を新たに理解する〉〈利用者の情報をもとに会議で具体的なサービス方法や方針の決定する〉〈会議後に議事録を配布し情報を共有する〉の3つであった。

会議でサービスの状況報告がされ、その情報から新たな利用者像が発見できる。それにより、その人を新たに発見することで再アセスメントできる。また、利用者の理解を深めることで、ケア方法を検討し“具体的な介護方法の確認をする”ことができる。

さらにケアマネジャーは“会議後に議事録を各事業所に出して決定事項を伝える”など

をして会議の決定事項を文章化し、情報が正しく伝達されるようにしている。

8)【利用者の状態に合わせた会議を開催する】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〈変化時や事業所の要望で会議を開催することはない〉〈間隔をあまりあけない会議の開催が必要である〉の2つであった。

会議は、事業所から要望されて開催することではなく、問題が起きて開催する会議は多くない現状があげられた。

会議の開催は介護保険の更新時に開催することになっているが、最近の介護認定の有効期間は2年間が多く、開催期間が空くことが増えてきている現状もあげられた。しかしケアマネジャーは“1年に1回くらいは顔を合わせて、本人に変化があるうがなかろうが、集まれば何か新しいことが発見できることがあるので開催した方がいい”という認識を持っていた。

9)【会議の事前準備を行い、目的を設定する】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〈ケアマネジャーは、事前に情報を集めて会議の目的を決める〉〈他専門職の視点からの意見を聞いてサービスの評価を行う〉の2つであった。

ケアマネジャーは会議を開くために、事業所からの定期的な報告の他に“ケアマネジャーは情報収集をするために事業所に具体的に問いかける”など事業所に働きかけを行い“ケアマネジャーはその報告を生かしていただけるよう考えて会議を開く”などその情報を生かして会議の目的を決め開催している。

10)【ケアマネジャーは参加者に専門性を求めている】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリー

は〈ケアマネジャーは参加者に専門的な意見を期待している〉〈スムーズに会議を進めるためには参加者の事前準備は不可欠である〉〈事業所は専門性を向上し役割を果たす〉の3つであった。

“ケアプランの策定には専門的な意見が欲しい”“ケアプランに対しての意見は言われたことがない”として、ケアマネジャーは専門職に対してケアプラン作成に対して専門的な意見を求めているが、現状では意見がもらえていない。

さらに“会議に利用者の情報を持ってこない参加者は困る”現状をあげ、参加者は事前準備して発言する姿勢を求めている。また、“介護福祉士の介護保険の知識は十分ではない”“個別援助計画を立てていない事業所もある”を指摘し専門職としての知識や技術不足をあげている。

11)【事業所は会議に問題解決を求めている】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〈事業所は会議を困難な事例の解決の場と考えている〉の1つであった。

事業所は会議を“困りごとを解決してくれと言ってくる”とあるように、会議の議題に困りごとをあげ、その問題を解決して欲しいと投げかけてくることがある。

12)【ケアプランと個別援助計画は連動していない】

このカテゴリーに含まれるサブカテゴリーは〈個別援助計画が利用者に沿っていないのはケアプランの理解が不十分である〉〈個別援助計画はケアプランに沿っている〉の2つであった。

事業所が立てる個別援助計画はケアプランに沿っているという意見がある。一方“ケアマネジャーの立てたケアプランを理解しているのか疑問”や“個別援助計画にケアプランが反映されていない”という意見もあった。

個別援助計画がケアプランに基づいたサービスに繋がっているか、また“個別援助計画に個別性がなく同じ内容ばかりである”のように事業所の個別援助計画についての作成過程に疑問を投げかけている。

2. 調査Ⅱについて

フォーカス・グループインタビュー調査のインタビュー内容を分析した結果を設問別に示す。

1) 設問1「サービス担当者会議で、多職種連携が上手く図られたと思われる場面について」の分析結果

コード61, サブカテゴリー23, カテゴリー11が抽出された。

(1)【会議では多職種連携が効果的に図られている】

会議への参加の多い専門職は、“会議で連携は取れている”とサービス担当者会議について連携が促進される場として捉えていた。

“会議の多職種連携が上手いけば、参加者としても会議を利用でき、さらに利用者のよりよい生活に繋がる”ということがあげられた。

(2)【目的が明確であると多様な意見が聞ける】

会議の目的については、〈どのようなケースでも主催者でケアマネジャーが会議に明確な目的を持っていること〉で、“その目的にあわせて意見を言うことができ、多様な意見を聞く”ことができる。

(3)【会議後には顔の見える双方向性のある関係が形成される】

通常は各々が別々にサービスを提供している者同士が、会議では同じ場所で直接顔を見て情報交換を行うことで関係が形成される、会議の場で行われる意見交換は、“双方向のやりとりとなる”ということがあげられた。

(4)【効率よくケアに必要な医療的知識を取

得する】

サービス担当者会議の時に介護職からの相談や質問に医療専門職が答え、“医療専門職から直接専門的な指示を受けられる”。また、会議後に改めて別の機会を設けて伝達を行う場面もあげられた。介護職は会議を利用して積極的に利用者の医療情報を取得していた。

(5) 【医師の会議への参加は他専門職との関係を改善する】

医師との連携はとりやすくなってきて関係は改善してきており、特に“開業医は連携がとりやすい”とあげられた。また、“医師の会議への参加の機会も増えてきていて、連携がとれる体制がとられるようになってきた”があげられた。

(6) 【介護保険制度と各専門職の専門性を理解しサービス調整する】

参加者は、“介護保険制度を理解して参加すること”、“ケアマネジャーはサービス事業者のサービス内容を知っている”ことがあげられた。

(7) 【利用者の望む生活の理解と意向を尊重する】

＜会議での利用者、家族の意向の確認は重要＞であるとわかった。また、“利用者に対して介護方針を押し付けないことで連携が図れる”とあげられた。

(8) 【利用者の参加は意向の確認に有効である】

家族の会議への参加により、“意向の確認が会議中に行え、よりよい話し合いができるということ”があがった。

(9) 【タイムリーで短期間での開催が効果的である】

病院からの退院に対して、“会議を短い期間で開きサービスを確認していくことで、退院時に決められなかったサービス内容を決める”、“サービスを見直すなどで連携が図られる”。また、会議で利用者の状況を確認し連

携が図られるためには、“数多くこまめに会議を開催することが望ましい”ということがあげられた。しかし、一方では、“こまめに会議を開催することは難しい”こともあげられた。

(10) 【専門職と共にケアプランを作成することでチームワークを促進する】

会議で“ケアプランについて専門職同士で意見を出し合い、修正を行う”ことや、＜ケアプランのサービス内容の調整＞があった。参加する専門職からも、“会議で取り上げてもらいたい内容の提案をする”ことがあげられた。

(11) 【情報を得て利用者理解を深め、サービスの質を向上する】

他専門職から、＜情報を得て利用者理解が深まる＞ことで、“適切なサービスに繋がり、生活の改善へ繋がる”ことがわかった。さらに、“その情報から知識を得て自分たちのサービスの質を向上する”があげられた。

2) 設問2「サービス担当者会議で、多職種連携が十分に達成できなかったと思われる場面について」の分析結果

コード21, サブカテゴリー8, カテゴリー5が抽出された。

(1) 【会議の目的が参加者に理解されていない】

＜会議の目的が参加者に理解されていない＞、“ケアマネジャーの会議の目的と外れていく会議”、“利用者の意向が曖昧な会議”があげられた。

(2) 【顔を合わせられない関係と初期段階のチームは情報交換が困難である】

“利用者のサービス開始時の初期段階では、他専門職間での情報交換を行い専門職種間の違いを修正することは難しい”ことがあげられた。また、＜会議で直接顔を合わせないと情報が上手く伝達できない＞とし、“短期入所や老人保健施設が参加しづらいた

め上手く情報が伝達できない”があげられた。

(3) 【医療的知識の理解不足からくる連携の壁がある】

介護職が会議の場面で、“介護職の医療の知識に対しての不安”や“医療的な連携で医療職との関係が悪くなった”経験をあげた。

(4) 【医師が会議に参加できないことによる連携の困難さがある】

設問1で医師と連携が取れるとした反面、医師と連携を図ることは難しく、“連絡も取りづらい”。“医師は会議に参加しづらく、他専門職は医師の顔を知らないとともに病院へ電話しづらい”があげられている。

(5) 【職種間の専門性の理解不足は誤解を生む】

関係が悪化した専門職同士でも、“会議を重ねることでお互いの誤解が解ける”と関係が再構築でき連携が図れることがわかった。しかし、“会議の開催回数が少ない段階では誤解や理解不足が生じて連携が図れない”ことがわかる。

3) 設問3「サービス担当者会議で、専門職がどのような発言をすれば、多職種連携が促進されるのか」の分析結果

コード100、サブカテゴリ-28、カテゴリ-11が抽出された。

(1) 【会議の発言しやすい雰囲気作りと妥協せず発言をする】

ケアマネジャーの進行で会議は進められるが、話しやすい雰囲気、意見の言いやすいように進行する、“ケアマネジャー会議の進行技術の取得”があげられた。参加者の発言については、“発言が十分にできている”としている専門職と、“できていないという専門職”に分かれた。介護系資格を持つ専門職は発言できていない。福祉用具貸与事業者は根拠を示して専門的な意見が言えていないが、今後＜妥協せず自分の思いを発言してい

かなければいけない＞としていた。一方、“医療の専門職ケアマネジャーにケアプランの意見を求められ発言をしていた”。

(2) 【参加者は会議の目的を理解し発言する】

会議の目的の理解について、“会議の目的を専門職が十分理解し、会議での発言の準備しておく”があげられた。また、ケアマネジャーの会議の目的が明確であることについて、会議の内容、目標、目的、“ケアマネジャーの考えを事前に専門職に教えてもらうとしっかり準備ができる”とあげている。

(3) 【利用者を中心としたチームで補いながら役割を果たす】

専門職は多職種が利用者の周りに円を描いて存在し、“それぞれが自分自身の仕事や資格のできる範囲を理解して支援している”。他専門職の協力という所で、“1人の専門職だけでは利用者さん支えることができない”こと、ケアマネジャーのみでのアセスメントではなく“他専門職も情報収集の役割がある”ことがあげられた。

会議中も会議での発言を関連職種が補足するなど専門職として協力し発言する役割があげられた。このように事業者同士での意見交換できる関係や遠慮なく質問してもらえる関係づくりができるように他職種に声をかけていた。

医療職は、“会議中の質問に対して答えられるよう準備や勉強をしていきたい”、“介護職も、他専門職のサービスについても意見を述べる”が大事であるとあげた。

(4) 【専門的な知識を基盤とした連携をする】

介護職自身からは介護職の課題として、“介護職は記録や評価や計画ができておらず、介護職の仕事を評価や分析することが苦手であり、分析力が会議の発言に関係している”との指摘があった。また、利用者の生活を評価することは難しく“会議前にケアマネ

ジャーに評価が出せていない”があげられた。介護職に比べ“医療職はSOAP法の記録方法を取って、毎回アセスメントしプランを立て評価を行っている”があげられた。

(5) 【他専門職の専門性を理解し、協働できるように発言する】

会議で自身のサービス内容について、“自分のサービス内容と専門性について他専門職にわかってもらえるように発言すること”、“他専門職の立場、職種内容、ケア方法を学ぶことで連携ができる”があげられた。

(6) 【利用者の望む生活をチームで理解し発言する】

利用者の意向を理解した上で、“ケアマネジャーが会議の目的を明確に示して、利用者、家族の意向が反映された会議は連携が取れる”とあげられた。その反面利用者、“家族の意向が提示されていない”、“利用者、家族の意向がまとまっていない”、と連携が図れないとあげられた。また、“ケアプランに利用者の意向が反映されていると評価しやすく、意見を言いやすく会議も上手くいく”とあげられた。

(7) 【タイミングの良い開催が有効である】

今までの会議は定期開催であったが、“変化が出た時、緊急時のタイミングで開催をして確認をするほうがよい”があげられた。

(8) 【利用者の望む生活の実現に向け話し合い、ケアプランを作成する】

会議の場でケアプランの策定について、“ケアマネジャーが作るケアプランに、専門職の意見を入れて作りあげる”が理想であるがあげられた。さらに“ケアプランだけでは具体的な介護方法まではわからないので会議の場で確認してくれるとわかりやすい”があげられた。

ケアプランを話し合う準備として、“事前にケアプランを配布してもらい検討する準備が必要である”。“会議の場でケアプランを検討することで、家族もケアプランに参加で

き、家族も一緒にケアプランを検討する場を設けられる”とあがっていた。

“ケアプランの目標があいまいだと評価がしにくい”や“ケアプランの目標が維持できる”だと発言がなくなる、“ケアプランに使われる言葉の違いでも専門職の動きが違ってくる”、があげられ明確な目標設定を求めている。

専門職として“自分たちもアセスメントを行い、個別援助計画を立て3か月に1度は見直していかなければならない”があげられた。

(9) 【他専門職からの情報を得て自分のサービスに活用する】

会議で“他専門職から情報をもらい自分の仕事にかす”こと、さらに“他専門職からの意見を聞き自分自身が向上をしていく”があげられた

(10) 【会議の事前準備は専門性を発揮した発言と、他専門職との協働に必要である】

ここでは＜ケアマネジャーとしての事前準備＞と＜参加者としての事前準備＞という2つの事前準備があげられた。ケアマネジャーとしては、“暫定ケアプランを作成し、そのために情報収集を行うこと”。“主催者として参加者が準備できるような働きかけ”があげられた。しかし、会議の前にケアプランを配布するのは難しいという現状もある。

参加者としての準備は、“利用者の変化の経過やサービスの評価をきちんと行い、ケアマネジャーにわかるように情報を整理し準備を行うことが望ましい”としていた。訪問介護事業所では評価を出しておらず、毎月状況報告書をケアマネジャーに提出している現状であった。“利用者に対しての情報を整理することで、課題を持って臨め、意見が言いやすくなる”。“会議前にも、事前にケアマネジャーに質問事項や話し合ってもらいたい内容を伝えておくこと”も大切である。

(11) 【立場を理解し対等な立場で参加する】

会議の場での立場として、“会議は原則として対等の場であるが実際は意見を抑える”ことがあった、お客さんをくれる方と、お客さんを受ける側という立場の違いが表れた。それにより、“発言内容に影響している”ことがわかった。

考 察

1. サービス担当者会議における多職種連携の実態と課題

調査Ⅰから導き出された12のカテゴリーと調査Ⅱから導き出された27のカテゴリーを、サービス担当者会議（以下、会議とする）の多職種連携が促進される効果的な運営方法や条件を明らかにするために、同じ意味を持つカテゴリーを関連付け、スーパーカテゴリー化した。以下、[ゴシック体]：スーパーカテゴリーの表記とする。

1) [連携の場作り]

調査Ⅰより【参加者の発言は会議の雰囲気左右する】は一つのカテゴリーで、スーパーカテゴリー [連携の場作り] と考えた。

ケアマネジャーは、サービス担当者会議の主催者であり、司会を担っており、会議の運営方法に重点を置いて進行していることがわかる。特に発言量の偏りがないように配慮し、参加者全員が会議に加われるように考えている。これにより、参加者はチームを意識し連携できる。しかし、職種によっては、利用者に関わる時間やサービスの提供方法に差があるために、持っている情報量自体にも偏りがあるのは仕方がないとケアマネジャーは理解している。確かに、福祉用具貸与事業者は、利用者とかかわる時間は少なく、会議では聞き役になってしまう傾向がある。

また、〈参加者の発言は会議の雰囲気に影響する〉のサブカテゴリーから、参加者の発言はチームの方向性に影響力を持っており、会議の雰囲気が後ろ向きになってしまうよう

な発言に対しては、ケアマネジャーはそれを遮ることもある。

専門職の立場にある参加者は、自分の持つ利用者の情報を整理して発言できるように準備をする必要がある。サービス担当者会議の課題に有効な発言をする。時間を無駄に使うような発言は避け、他の参加者が理解しやすい発言をする。さらにその発言内容が、会議に影響を及ぼすことを意識して発言する必要があると考える。ケアマネジャーは、サービス担当者会議を連携の場として活用するために、参加者に会議に参加する準備を促すような働き掛けが必要であると考えた。

調査Ⅱより【会議では他専門職との連携が効果的に図られている】と【会議の発言しやすい雰囲気作りと妥協せず発言する】のカテゴリーを関連付けてスーパーカテゴリー [連携の場作り] を考えた。

専門職が会議にどのような目的を持って参加しているかが明らかになった。会議へ参加する経験が豊かな調査対象にとっては、連携が図れている場として発言していた。しかし、実態として会議に臨む参加者が、意見が言い足りない会議があることや、ケアマネジャーの司会進行や発言しやすい雰囲気作りが大切であるということがあった。杉田は、ケアマネジャーの学習ニーズとして、サービス担当者会議の運営方法があげられたとあるように、先行研究からも、ケアマネジャーは会議の進行技術の向上を求めている¹⁰⁾。さらに、利用者、家族も会議で意見を言いやすいように進行していくことも必要である。

発言については、会議で発言が多い専門職と発言が少ない専門職があるという実態が明らかになった。それは、医療系専門職は、十分に発言しており、また役割として他専門職に実際のケアの方法の指導を伝授していた。ケアマネジャーも医療職に対しては、ケアプランに対しての意見を求めることがあった。一方、福祉用具貸与事業者や介護職は専門的

な意見を求められることは少なく、自分たちも発言を控えてしまう意識があった。

2) [会議の目的]

調査Ⅱより【目的が明確であると多様な意見が聞ける】【会議の目的が参加者に理解されていない】【参加者は会議の目的を理解し発言する】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー [会議の目的] を考えた。開催するケアマネジャーがその会議の目的をきちんと設定して、参加者に明確に知らしめて会議を行うことが、連携が図れる会議を行えるということがわかった。会議の目的が不明確であると、参加者は発言の的が絞れないため、何に対して発言をしているのかわからずに消極的になり発言できない現状があった。そこで、参加者も会議の目的を十分に理解し参加することで、それに合わせた準備をし、会議の中で発言ができるということが重要であることがわかった。

3) [多職種チーム]

調査Ⅰより【専門性を発揮して連携し、チームのレベルが向上する】と【チームを意識して、お互いの不安を理解すると一体感が高まる】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー [多職種チーム] を考えた。

退院カンファレンスの場で参加事業所の医療系専門職が中心となって医療情報を聞き出すことで、他専門職に効率よく伝わり連携が図れると感じていた。退院時の会議ではケアマネジャーだけが中心となって情報を獲得するのではなく、実際に利用者の生活に関わる看護師等医療系専門職が、必要な情報を医師等に確認していくことにより具体的な医療情報が獲得できる。そのことから、専門性を発揮しお互いに不足補い合い、協力することで連携できるのではないかと。もちろんある程度の医療的な知識は必要であるが、介護福祉士が看護師と同じ量の知識を持つ必要はなく、

その利用者の医療的な情報を教え合える関係性が必要である。

また、参加者が他専門職を知り、その仕事内容や専門性を理解することで、互いに知識を得て、相互理解に繋がりより連携できる。そのことにより、チームのレベルが向上するだけでなく、その地域を支えるサービスをも向上するのではないかと考える。会議中にケアマネジャーが利用者の名前をあげて、チーム〇〇と言語化することで、利用者を支えるサービスが具体的に意識できる。ケアマネジャーは意識的にそのような言葉を使いチーム形成を促しているのではないかと考えた。会議は出会う回数も少なく、機会が限られている居宅サービス事業所にとっては、同じ利用者に対している者同士としてチームを感じられる場面を作っている。さらに利用者、家族にとっても目の前にいる専門職が、チーム〇〇という自分の名前の付いたチームであることを聞くことにより、ケアプランが視覚化される。そのことは、現実的な安心感につながる。

事業所が抱えている課題を他専門職と共有し合うことで同じ不安を分かち合い、安心感が生まれる。そのように状況を確認し合う中で、お互いの対応を振り返り利用者についての理解を深める。そこからどのような対応がよいのかを考え、ケアの工夫へ繋がることができ、より利用者本位のサービスの実現に繋がる。

このように、サービス担当者会議で日頃顔を合わせる機会が少ない専門職同士が、一同に会って話し合う利点は多い。ケアマネジャーは、サービス担当者会議の場を通して、チームを意識できるような働き掛けを行っていることが明らかになった。ケアプランの共有で同じ目標に向かう仲間として一つの多職種チームが結成され、チームがより機能できる。そのためにケアマネジャーは、サービス担当者会議を、利用者を中心とした

チーム作りの場として重要視していると考えられる。

調査Ⅱより【会議後には顔の見える双方向性のある関係が形成される】【顔を合わせられない関係と初期段階のチームは情報交換が困難である】【利用者を中心としたチームで補いながら役割を果たす】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【多職種チーム】を考えた。

会議において利用者を支援する日頃は出会わない専門職が、一堂に会し互いの顔を合わせた場でのチームの形成が始まる。それにより情報交換が行われ、次へ繋がる関係ができる。会議で顔を合わせるということは、会議後の電話連絡などの情報交換にも違いが出る。しかし、初期段階ではチーム形成は難しくお互いの違いを理解できない。さらに会議に参加できづらい事業所には、利用者のサービスの情報を正確に伝達することが難しい実態がある。

専門職は利用者を支援するチームとして、“1人の専門職だけでは利用者さんを変える能力はない”で示されたように、他の職種の協力が必要である。そのためには、それぞれの専門性を生かした役割を果たしていくことや、チーム内でお互いの職種に対する意見を述べ合う関係が必要であることがわかった。

また、チーム形成ができるためには一方通行ではない会議が行われなければならない。これは、ケアマネジャーがケアプランを読み上げるだけでは、連携が図れないということであり、会議の運営方法に対する課題があげられた。

4) 【医師との連携】

調査Ⅰより【医師との連携は困難であり、気後れがする】と【医師との関係は改善してきているが、様々な手段を使い連携を図る】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【医師との連携】を考えた。医師も多職

種チームの一員であるが、連携を図る対象として多職種チームとは別のスーパーカテゴリー化を行った。

ケアマネジャーは、医師との連携はとりづらいうという「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告」¹²⁾の結果にも出ている。今回の調査でも連携を図ることは困難であるという結果が出た。しかし、ケアマネジャーも医師に対しては、様々な方法を用いて連携を図ろうとしている。例えば、医療と介護の連携連絡表や利用者の診察時、往診時に同行をするとか、医療系専門職に相談や連携をとって医師との連携方法を模索するなどしていた。以前に比べれば、医師も介護保険に理解を示し関係が改善してきているが、依然医師との連携はケアマネジャーにとっては難題である。

医師の会議への参加を働きかけ、利用者の医療情報を取得しケアプランに生かしていくことが必要であるとされている。しかし、医師の会議への参加は困難であり、ケアマネジャーが医師から情報をもらうことで医療情報を代弁できるようにしている。

以前に比べ情報のやり取りがスムーズに行われる体制が整ってきてはいるが、ケアマネジャーが欲しい情報が確実に返ってくる体制が必要である。そのためにも、ケアマネジャーが医師に分かりやすく情報を伝える技術が望まれる。

また、今回の調査では看護師資格のケアマネジャーが、医師に連携を働きかけられないという消極的な発言があった。実際の医療の現場の医師を中心とした組織体制の働いてきた経験から、上下関係があると考えられる。

調査Ⅱより【効率良くケアに必要な医療的知識を取得する】【医師の会議への参加は他専門職との関係を改善する】【医療的知識の理解不足からくる連携の壁がある】【医師が会議に参加できないことによる連携の困難さ

がある】【専門的な知識を基盤とした連携をする】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー [医師との連携] を考えた。

介護職は会議を医療の疑問について解決する場として活用しており、医療職はそれに答える立場であると認識していた。しかし介護職は医療的知識が不足しているために、医療職からの情報を納得ができるまで理解できない場合もある。そのため、利用者の状況で医療的な判断ができないために過剰に反応してしまい、連絡のタイミングを逃してしまつて医療職との関係が悪化したという実態があった。また、介護職は医療的知識が不足していることを自覚していた。

医師との連携では、主治医と連携をとることは難しいとあげられているが、以前に比べて医師会の働きかけや介護と医療の連携連絡表を活用するなど改善してきている。医師から往診時や受診時に会議の場を設定してくれるなどの会議への参加に対する動きも見られるようになってきている。しかし、医師は会議に参加することができず関係が作れない場合は、連絡も取りづらい実態がある。

また、介護職と医療職を基礎資格による差が生じている。これは、ケアプランの内容に違いがあるという事例が看護職からあげられた。さらに、介護職からも介護職は、記録、評価、計画、分析が弱く、それが会議の場での発言に影響しているという課題があげられた。

5) [他専門職理解]

調査Ⅱより【介護保険制度と各専門職の専門性を理解しサービス調整する】【職種間の専門性の理解不足は誤解を生む】【他専門職の専門性を理解し、協働できるように発言する】【立場を理解し対等な立場で参加する】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー [他専門職理解] を考えた。

ケアマネジャーは介護保険制度の内容の理

解や専門職のサービス内容を理解しサービスを調整している。また、参加者にも介護保険制度の内容の理解や専門職のサービス内容についての知識は必要である。また、他専門職に対しての理解不足があると誤解を招き連携が図れない。他専門職の専門性を理解して情報交換をすることや参加者も自分自身の専門性を知ってもらえるように会議で話すなどが他専門職理解を進めていることがわかった。

“会議を積み重ねることで、お互いの誤解は解ける”で示されたように、関係が悪化してしまった職種同士でも会議の数をこなしていくことで職種内容についての理解を進み誤解が解けていく。多職種チームでも述べたように、初期段階ではチームの形成は難しく他専門職の理解はされづらいことがわかった。そのことから、チーム内の他専門職同士で他専門職に対して望むことや、その職種ができることの理解をし合うことが必要である。

【立場を理解し対等な立場で参加する】は、設問3でのみであげられた。会議は原則として対等の場であるが、ケアマネジャーと訪問介護と通所介護、福祉用具貸与などの各事業所は、利益関係が関係しており、対等な関係で発言することは難しい。これは、事業所は利用者の獲得のためにケアマネジャーとの関係の悪化を恐れている。1度拗れると新ケースが入らない実態がある。このため事業所はケアマネジャーやケアプランに対しての意見を持っていても、押さえてしまうということがあげられ、会議での発言に影響している。

6) [利用者理解]

調査Ⅰより【本人の参加には配慮がいる】と【情報を共有し利用者理解を深め、意向に沿ったサービスが提供できる】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー [利用者理解] を考えた。

会議は、本人や家族を含めてケアプランの

最終調整と確認を行う場である。利用者が参加することは望ましいが、その会議の目的によっては、利用者本人の参加がマイナスな要因となる。例えば、会議の目的が利用者の家族の介護負担の解消であれば、そこに本人がいれば家族の本音が語られないことになる。または、認知症や高次機能障害等により会議に対する理解が困難であるために、会議が進行できないことも考えられる。岩間は、例え生身の本人自身がそこにいなくても『本人のいるところ』に専門職として近づくことができなければならないとし、本人が参加することでどうしたいかを聞けばよいといった単純なことでなく、専門職として必要な情報を事前に収集して持ち寄り、理解を深めることが重要であると述べている¹¹⁾。

ケアマネジャーの知らない情報や利用状況を事業所が報告することで、ケアマネジャーも利用者の新たな姿を確認し、再発見することができる。これは、再アセスメントを進めることになる。利用者理解をより進めることができ、さらにケアプランに生かし、具体的なケアを確認することになる。さらに、他専門職も自身が知らない他事業所の利用者の姿を知り、利用者像を共有できる。

調査Ⅱより【利用者の望む生活の理解と意向を尊重する】【利用者の参加は意向の確認に有効である】【利用者の望む生活をチームで理解し発言する】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【利用者理解】を考えた。

ケアマネジャーが利用者、家族のアセスメントを適切に行い、意向を汲み取ってから、会議を開かないと参加者にその意向が理解されず、連携のとれた会議とはならない。しかし、“利用者、家族の意向をまとめきれていない”とあるようにケアマネジャーの不十分なアセスメントにより、意向に反したケアプランの押し付けになってしまうようにする必要があげられる。

会議に本人、家族が参加することで会議中に意向の確認が取れ、思いに沿った会議が進められる。さらにケアプランに利用者、家族の意向が反映されていることで専門職も意見を言いやすく会議の場で連携がとりやすい。参加者も“利用者、家族の意向がわからずにしゃべりだしてしまうと上手く、多職種連携が図れない”にあるように、会議の目的である利用者、家族の意向を理解することが連携に深く関係している。

7) [開催のタイミング]

調査Ⅰより【利用者の状態に合わせた会議を開催する】はこのカテゴリーで、スーパーカテゴリー【開催のタイミング】と考えた。会議は居宅支援事業所の運営基準で定められた開催時期に沿って行われているが、介護保険の有効期間が2年間と期間が長くなってきているため開催期間が延びている。高齢者にとっての2年間は長く、その間に状態は変化するのではないかと考えられる。このことについては、ケアマネジャーも会議の開催の必要性を感じており、少なくとも1年に1回の開催を考えていた。

調査Ⅱより【タイムリーで短期間での開催が効果的である】【タイミングの良い開催が有効である】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【開催のタイミング】を考えた。

現在の会議は、定期更新時の開催が多い。変化が起きた時や緊急時のタイミングでの開催をすることで、利用者の状態の確認や具体的な連携方法が確認でき、より連携が図れるということが明らかになった。退院時における会議は、退院後の生活が始まってみないとわからない部分が多く調整が難しいため、より短い期間で次の開催を行うと有効であると専門職が開催時のタイミングについて重視していた。そのことから、参加者は会議の開催をこまめに行うことが望ましいと考えてい

るが、実際は業務の都合上参加することは難しく実行できないという課題があがった。

8) 【ケアプランの理解】

調査Ⅰより【ケアマネジャーは参加者に専門性を求めている】と【ケアプランと個別援助計画は連動していなければならない】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【ケアプランの理解】を考えた。

ケアマネジャーは参加者にケアプランの短期目標に対する具体的な意見を聞きたいと思っている。その意見を聞きながらケアプランを作りたいと思っている。そのように参加者に専門的で有効に作用するような発言を求めているが、実際の発言はあまり期待できない状態である。参加者は会議に参加するための情報収集をして、会議の内容に沿った発言ができるよう準備が必要である。事業所として、モニタリングや評価の観点を持ち利用者をどのように捉えて、サービスを行っているのかを明確に示す技術や知識が求められている。また、チームの継続性として、居宅サービスの職員の定着や事業所内での異動も関係しており、チーム形成から短期間での担当代えが起きている。チームを形成しある程度のレベルに達する間もなく、変化していく現状での連携の困難さがある。

さらに多職種連携の中で、介護福祉士の介護保険制度に関する知識や個別援助計画を立案する力の向上を求めている。個別援助計画を立案するためには、介護福祉士養成のカリキュラムの中での介護過程の知識が求められるが、アセスメント、計画の立案、実施、評価のサイクルを理解して実行する技術の確実さが必要である。それには研修会の参加や事業所内の学習会を通じて利用者のアセスメント方法や自立支援の観点などを含めたレベルアップを図っていくなどの具体的な方法が考えられる。

調査Ⅱより【専門職と共にケアプランを作

成することでチームワークを促進する】【利用者の望む生活の実現に向け話し合い、ケアプランを作成する】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【ケアプランの理解】を考えた。

ケアマネジャーが提示するケアプランについては、会議で、本人、家族と専門職が話し合いケアプランを策定することが理想であるが、“ケアプランがケアマネジャーの専門職の内容の理解不足で画一的なものになり意見が言えない”“ケアプランが完成形で提示されるとそれ以上の意見が言えない”などの実態があった。

さらに会議の前に“ケアプランを事前に検討してきてもらうことで会議の場で意見を交換しケアプランを作成できる”という要望があげられたが、“会議の前にケアプランを配布するのは難しい”というケアマネジャーからの発言もあり難しい実態がある。ケアプランを会議の場で配布され、意見を求められてもすぐには発言できない。

専門職からは“ケアプランに使われる言葉の違いでも、専門職の動き方が違ってくる”という意見が聞かれた。そのためにも会議でのケアプランの内容について話し合いを行い、具体的な意見を取り入れる必要があることがわかった。また、専門職は会議でケアプランを理解し、ケアプランを反映させた個別援助計画を作成する必要がある。

9) 【情報共有の効果】

調査Ⅱより【情報を得て利用者理解を深め、サービスの質を向上する】【他専門職からの情報を得て自分のサービスに活用する】の 카테고리を関連付けてスーパーカテゴリー【情報共有の効果】を考えた。

会議で情報を得ることで、“他専門職から見た利用者の状況と自分から見た状況の相違を発見し自分たちの関わりを修正する”などからも、新しい問題の気づき、利用者の新たな

な発見、自分のサービスを見直し事業所間、事業所内での介護方法の統一が図られ、適切なサービスに繋がることとあげられた。

会議は専門職自身としても、他専門職からの情報を得て自分の専門性を高めることができ学びの場であることがわかった。ケアマネジャーと参加者ともに情報の共有を活用しており、会議で情報を取得することの重要性を指摘している。

10) [事前準備]

調査Ⅰより【会議の事前準備を行い、目的を設定する】と【事業所は会議に問題解決を求めている】のカテゴリーを関連付けてスーパーカテゴリー【事前準備】を考えた。

ケアプランの実現のところでも述べたが、会議に参加し発言するためには事前準備が不可欠である。

会議を開催するケアマネジャーの開催準備は、利用者に対する情報収集が主である。そのためには、事業所が準備しやすいように焦点を絞った問いかけをし、具体的な情報を集めていた。そのようにケアマネジャーが働きかけることで、事業所の準備も目的に沿える。参加者が目的にあった発言ができることで、効果的な会議が進行できると考える。

事業所は、会議の場で何とか解決して欲しい問題を羅列し、その問題を解決して欲しいと投げかけてくることがある。問題を提起するだけでなく、どう問題を解決していくかを事業所自身も解決策を提案するなど、前向きな姿勢で一緒に検討していくことが多職種連携には必要である。

調査Ⅱより【会議の事前準備は専門性を発揮した発言と、他専門職との協働に必要である】は一つのカテゴリーで、スーパーカテゴリー【事前準備】と考えた。このカテゴリーは、設問3のみであがった。設問1、2では会議の事前に準備があることは一度もあげら

れなかった。そのことから、フォーカス・グループインタビューの経過の中で、事前準備が意識されたと考えられる。

(1) ケアマネジャーの事前準備

ケアマネジャーとしての事前準備は、“会議当日も大事であるが、前段階のアセスメントが重要である”とあるように情報収集やアセスメントを行い利用者のニーズや全体像を明確にしておくことが重要である。また、“会議中に困っていることなどを言ってもらうのではなく、事前にそのような情報を集めておくことが必要である”事業所の困っていることなどの聞き取り、“限られた時間の中で会議を充実させるために、利用者、家族を含め、各専門職に対して準備ができるように働きかける”のように参加者が事前準備ができるように情報を伝えることである。しかし、ケアプランの実現でも述べたが、働きかけをすることも、実際にはケアプランを事前配布することなど参加者が事前にケアプランを検討する準備を行えるようなことはできていないのが実態である。

(2) 参加者の事前準備

参加者の事前準備としては、サービスの効果を提示することや、ケアマネジャーが見ることができない利用者の情報を集めること、利用者の変化の評価をする、会議の中で解決したいことを事前にケアマネジャーに伝えるがあげられた。しかし、訪問介護は毎月状況報告書を提出しているが評価は提出していない実態がある。

会議に発言するための事前準備として、“会議の前に参加者は利用者の変化の評価とモニタリングをきちんと行う”と準備を行っている。しかし“会議に準備をせずに参加してしまうことがある”など、準備が不十分のまま参加することもあり、参加者の準備は会議の内容に影響することがわかる。

また、参加者はそこでの発言内容がケアマネジャーの事業所への評価ともなりうるため

に、サービスの効果や評価を示す必要を感じていた。サービスの効果や評価を提示することで、ケアマネジャーも事業者の評価に対して応えてくれる。

専門職同士での問題でも“他専門職に対しての質問を事前にケアマネジャーに伝えて準備したい”にあるように、専門職間でのやり取りも準備ができるように前もって伝えることで効率のよい会議が行われる。

専門職は会議の場で困ったことを発言していたが、それを事前に伝えることでケアマネジャーも他専門職も意見や情報を持ち寄ることができる。それにより、建設的な意見交換ができると考える。

2. サービス担当者会議における多職種連携の効果的な運営方法や条件

考察1より10個のスーパーカテゴリーが導

き出された。このスーパーカテゴリーを医療の質の評価に使うドナベディアン・モデルの構造→過程→結果をフレームワークとして用いた¹²⁾。サービス担当者会議における多職種連携の効果的な運営方法や条件を明らかにするために、このスーパーカテゴリーを整理し、会議を1)体制 2)実践 3)実践と効果 4)効果の要素で示した。そしてこれらの4つの要素を支えるものとして5)相互理解があるとした(図1)。

1) 体制

(1) [連携の場作り]

①ケアマネジャーの進行技術で、話しやすい場作り。

会議で連携が図られるように場を作ることは、ケアマネジャーの会議の進行技術によるところが大きい。会議を開催するケアマネ

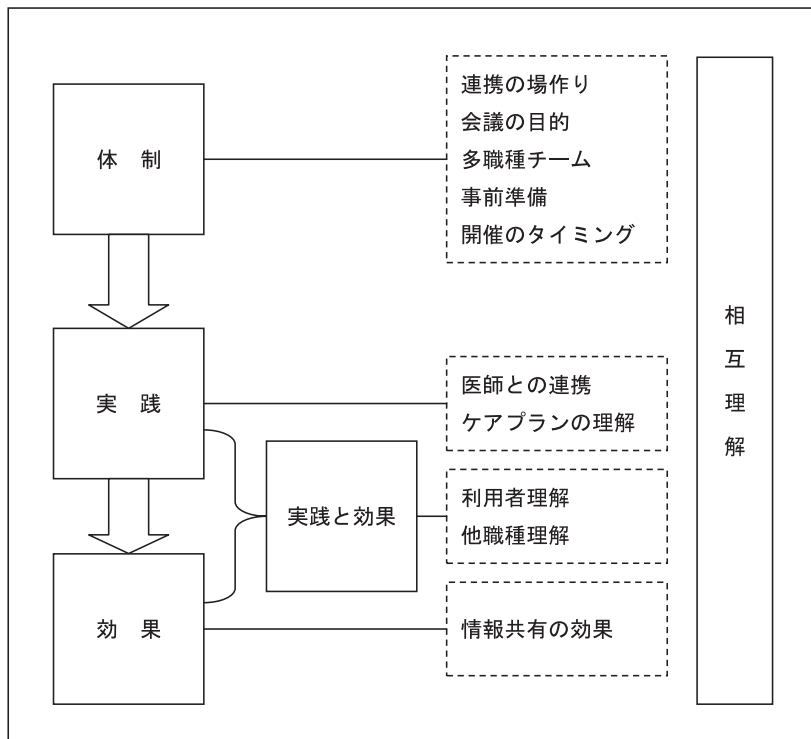


図1 サービス担当者会議の多職種連携の構造図

ジャーが司会をし、進行していく会議であるため、ケアマネジャーの持つ進行技術やコミュニケーション技術の影響を受ける。発言しやすい雰囲気や、緊張感を和らげるような配慮などで、参加者が積極的に話し出せるように進行していくことで、活発な意見交換ができ、結果チーム形成が早く進み、多職種の連携ができる。高木・竹内は、カンファレンスと似たような形態として討論式授業であるケースメソッドの教育効果について、いまだ定量的に測定する方法は見つかっていないと前置きしながらも、定量的評価と定性的評価を整理している。定量的評価として総発言数とは、(その授業で延べ何回の発言がされているか)、発言者比率、(その授業で発言した人の比率)、および授業者の発話時間比率をあげている。授業者の発話時間比率とは、授業時間全体を100としたときに授業者が発話している時間比率であり、その結果、教師の発話時間比率は30%以下が望ましいとしている。なお、定性的評価としては、授業者による教育目標の自覚と維持の度合い、教育目的の達成度合いなど授業の進行について述べている¹³⁾。このように司会が一方向的に話すのではなく、司会者が会議の目的を自覚して、発言者が偏らず、会議で双方向のやり取りが行えるよう進行しなければならない。参加者に発言を促すには、事前準備も必要であり、会議を開催する前に資料を配布し、目的を示すなど会議の場作りのために準備も行う。

②参加者は、妥協しないで発言する。

発言量の偏りについては、医療系専門職が十分に発言できている反面、介護職や福祉用具貸与事業者は発言を控えてしまう傾向がある。専門職として根拠を示しながら発言し、相手がわかりやすいように情報を整理して準備しておく必要がある。また、専門職として、妥協しないで発言していく姿勢が重要である。ケアマネジャーとの関係が会議の発言に影響することも考えられる。お互いに立場

を理解した上で、対等な意見交換ができることが望ましい。

③利用者、家族の発言を保障する。

利用者、家族が発言するためには、参加者全員で会議の場全体で話しやすい雰囲気をつくること、聴く姿勢を作り発言を支持していくことも必要である。

(2) [会議の目的]

①ケアマネジャーは会議の目的を明確にし、参加者に提示する。

ケアマネジャーは、会議を開催する前に情報を集め会議で何を話し合うのかの目的を設定する。会議の目的の設定は、ケアマネジャーのアセスメントなどの事前準備で導き出される。困難なケースや利用者の状況確認などの、明確な目的を具体的に示すことで、それに合わせた発言を促すことができる。また司会者として、会議中も目的から外れないで進行していく必要がある。

②参加者は、会議の目的を理解し準備をして参加する。

参加者は会議の目的を知ることで、会議で発言できるように目的を理解し準備をする。会議の目的がわからないままでは、準備も出来ないし、的が外れた発言になる。そのためにはケアマネジャーが、その会議の焦点を絞り、目的を明確にし、方向性を示すことが必要である。参加者も日頃から利用者の情報や会議で取り上げてもらいたいことを、ケアマネジャーに報告していく姿勢が大切である。

(3) [多職種チーム]

①チームを意識する。

事業者単体ではなく、チームを意識し活動するためには、他専門職の存在を意識することから始まる。そのためには、ケアマネジャーが利用者を中心としたチームを意識できるような言葉「チーム○○」を使用していくことも効果的である。さらにケアマネ

ジャーや専門職1人だけでは、利用者を支えることはできないことを自覚し、他専門職を信頼し協力し合い、その専門性が生かされるよう会議を進行する。参加者もチームでの役割を果たし、他専門職と同じ目的に向かっていくために、事業所同士での意見交換や、些細なことでも質問できる関係を作り協調していく姿勢が必要である。

また、チーム内で情報交換する中で利用者に対する困難さや不安を共有することができる。それによりお互いの立場を理解し安心感が生まれ、サービスの改善に繋がる。

②会議へ参加して顔を見て関係を作る。

多職種でチームを結成するためには、他専門職が出会い顔を合わせることが重要である。会議を重ねることがチームの連帯感を深めていくには必要であるが、初期段階のチームでは難しく誤解を生じることがある。そのためには、できるだけ専門職が出会う回数を増やす事が望まれる。会議での出会いを、日常における情報交換等の連絡に活用することで、補うことができる。

(4) [事前準備]

①ケアマネジャーは的を絞った問いかけで、事業所からの情報を集める。

ケアマネジャーは会議を行う目的を明確にし、欲しい情報を事業所に投げかけると、的確な情報が得られる。それには、日頃から情報の共有が必要であるが、利用者のどの情報が欲しいのかを明らかにすることで効率良く情報が集められる。また、会議の目的を設定し、事前に参加者に伝えることが大切である。

②参加者は事前にサービスの評価を出して準備をする。

参加者は状況の報告だけでなく、利用者のサービスの利用の変化や目的の達成度を把握し評価を行うことが必要である。評価を出すことで、根拠を示した発言ができる。

(5) [開催のタイミング]

①利用者の状況に合わせた開催をする。

ケアマネジャーは最大でも1年間を目安に開催を図ろうとしている。それ以外としては、利用者の状態に合わせた開催が望ましいが、その開催は少ない。利用者の状態の変化に合わせた開催は、緊急時や変化を確認できて連携が図られる。会議は、定期開催だけでなく必要な時にタイミングよく開催することで、その時の目的に合わせられ連携が促進される。

参加者も連携を図るためには会議をこまめに開催することが望ましいとあるが、業務上会議の開催は負担が大きい。そのため、会議の開催を工夫し、負担なく参加できる方法の検討が必要である。例えば、短時間でできる会議やサービス利用直後に会議を行うなど調整の必要が少なくなる工夫がある。

2) 実践

(1) [医師との連携]

①医師に情報を伝え、積極的にアプローチする。

医師も介護保険に理解を示し、会議への出席も増えてきて関係が改善してきている。しかし、ケアマネジャーの欲しい医療情報がもらえないなどの実態もある。ケアマネジャーも医師に利用者の生活状況などをわかりやすく伝え、日常的に情報をやり取りしておくことが必要である。連携方法を工夫し、積極的にアプローチする姿勢が必要得である。

②医療職と介護職がICFの視点を活用して情報を共有する。

利用者を理解するために介護と医療の共通言語として、ICF(国際生活機能分類)の視点を利用することが考えられる。厚生労働省によると、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)は、人間の生活機能と障害の分類法として、2001年5月、世界保健機関(WHO)総会において

採択された。この特徴は、これまでのWHO国際障害分類(ICIDH)がマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFは、生活機能というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことであるとしている¹⁴⁾。これまで介護職は、日常生活動作(ADL)や手段的日常生活動作(IADL)という面から利用者を理解することを行ってきた。しかしADLやIADLは生活機能の一部であり、ADLやIADLという動作を行うためにはさらに多くの生活機能が関与している。ICFの視点に基づくと、どの生活機能が低下していて、できないのかを具体的にとらえることができる。ICFに基づいて利用者を理解することで、これまで以上に利用者について「できないこと、わからないこと」を並べ上げるだけでなく「できること、わかること」を具体的にとらえることができるようになる。

医師、看護師などの医療系専門職と利用者の事実を共有し、それぞれの立場や専門性を生かしたより適切な利用者理解を深め、適切なアセスメントとケアプランが展開されることを導くことができる。

大川はICFを介護、医療、保健、福祉などサービス場面における総合理解連携のツール(道具)として活用することと『共通のものの考え方・とらえ方』としての『共通言語』が重要と述べている。それには、①共通のものへの考え方「共通言語」②専門家間の「共通言語」③当事者と専門家の「共通言語」があるとしている。利用者のとらえ方から、ケアプランの理解に及ぶ広い範囲で活用でき、利用者中心のチームアプローチが推進される¹⁵⁾。ICFの視点を使って、専門職同士、介護現場のみならず医師側も会議への参加の努力、情報の伝達、分かりやすい説明等の歩み寄る姿勢大切である。

③介護職は、基本的な医療的知識を培う。

医療職と連携をしていくにあたっては、鳴

釜らの研究によると、ケアマネジャーの基礎資格の影響があり、介護系の基礎資格は連携が図りづらいといわれている⁹⁾。医療情報を上手く盛り込んだケアプランを作成するためには、医師等との連携が欠かせない。介護職の業務に、医療的ケアが導入され介護現場ではさらに医療的知識が必要とされる。医師または医療系専門職と連携を図り、利用者の情報を的確にやり取りしていく必要がある。そのためには、医師または医療職と対等に話せるように、基本的な医療用語や医療知識を培い使用できることが望ましい。また、介護業務について根拠を持って報告できよう、記録、評価、分析の技量を上げていくことが大切である。

(2) [ケアプランの理解]

①専門職と共に、ケアプランを作成する。

参加者は会議で専門的な意見を出し合いケアプランを具体的に作成することで、ケアプランの理解が進む。ケアプランについて、ケアマネジャーからの一方的な説明ではなく、意見を出し合い作成する過程が重要である。

また、ケアプラン作成の会議に家族が参加することで、ケアプランの役割を担うことができる。

②ケアプランを反映させた個別援助計画を作成する。

ケアプラン実現のために、各事業所が独自でアセスメントを行い、どのような手順でサービスを実施していくかの個別援助計画を立てなければいけない。そのために、ケアマネジャーはケアプランを的確に伝え、他専門職は共通の目標とそれぞれの役割を理解することが必要である。

実践は、言語化し難いものであるが、専門職同士が共有言語として理解しあえるようなツールを使用していく必要がある。例えば、ケアプランを示すことでの利用者理解を深めること、[医療との連携]でも示したように、

利用者理解をするうえで、ICFの考え方を介して様々な関係者が同一の考え方として共有することができる。「できないこと、わからないこと」だけに目を向けるのではなく、「できること、わかること」に目を向けたアセスメントを行い、よりよく生きることを支えるチームアプローチが実現できる。

3) 実践と効果

(1) [利用者理解]

①利用者の望む生活をチームで理解する。
(実践)

利用者、家族の参加に関わらず、会議の場で他専門職が利用者の意向を確認し、理解することが大切である。ケアマネジャーは、2)会議の目的と同様に、利用者、家族の話を十分に聞き、どのような生活を送っていきたいのかという意向を確認する。その意向を、会議の中で明確に示すことから、ケアマネジャーの判断のみならず、他専門職の意見や情報を加味して介護の方向性を決めていくことができる。意向に沿った話合いが行われることで、利用者の自己決定が尊重された会議となる。ケアマネジャーが利用者と家族に対して意向を確認することと、それを他専門職に理解してもらうことが連携を図れる会議の条件となる。

②他専門職の情報から、利用者理解を深める。(効果)

会議の効果として、他専門職が見た利用者の情報を知ることになる。新たな情報を得ることで、自分の知らない利用者を知り、利用者像を再構築することになる。そこから、サービスについての振り返りを行い、利用者に合った適切なサービスに繋がる。

(2) [他専門職理解]

①会議を通して専門職の役割を理解し、協働できるように発言する。(実践)

ケアマネジャーは、介護保険制度につい

て、居宅サービスの内容について理解していることが前提である。他専門職も連携を図る相手を知り、専門性やサービスの特性を理解し連携していくことが必要である。

ケアマネジャーも他専門職も制度等を熟知した上で、チーム内の他の専門職の内容を理解することが大切である。そのためには自分の専門職についても会議を通して他者に理解してもらえよう話すことが有効である。

②立場の違いを理解して、対等な立場で発言する。(実践)

介護保険制度が開始され、利用者は自己選択、自己決定を行い、事業所を選定している。しかし、その選定には積極的に情報を集めて決定しているのではなく、ケアマネジャーの意向や紹介が影響することがある。池田は、ケアマネジャーは利用者のニーズを把握しながらできるだけニーズを満たすことのできる事業所を探す、その際にケアマネジャーの個人的な経験や認識に基づいて、過去に問題のあった事業所はリストから除外し、信頼関係を構築してきた事業所をリストに掲載する等し、『お勧めできる事業所』のみを紹介する場合があると述べている¹⁶⁾。

そこで、事業所は新規利用者を確保するために、ケアマネジャーに対して積極的に営業を展開しているところも出てきた。会議の場では、誰でも対等な立場であるが、事業所の利益を考えて発言してしまう。ケアマネジャーは公正中立の立場を守り、利用者のために事業所を選択していくことが大事であると共に、事業所の立場を理解してより対等に意見が交わされるように進行していくことが必要である。

③チーム力の向上(効果)

会議でお互いに遠慮なく質問しあうことで、他専門職の理解が進みチーム力が向上する。それは、また他の利用者チームへの連携に繋がることになる。

4) 効果

(1) [情報共有の効果]

会議で得た情報を、サービスに活用する。

会議で情報を得ることで、自分のサービスを客観的に見直すことができる。ある意味他者評価を受けることで、目的に沿ったサービスが提供できているか評価し分析できる。

また、他専門職のサービスの目的を知ること、それに即したサービスを展開することが可能になり、共通の目的に向かってケアの連動ができる。

5) 相互理解

各々のスーパーカテゴリーを4つに整理した。要素は独立したものでなく、会議の体制、実践、実践と効果、効果の構造の中で段階的に行われ、相互に関連し合い存在する。サービス担当者会議において多職種連携が効果的に図られるためには、前述した過程が重要である。しかし、その行為を支えていくものとして、チームに参加する専門職がお互いの専門性を理解するだけでなく、先行研究でも記述したが、資格取得までの教育内容や職業内容、その価値観、職業観や利用者に対する思いを知る姿勢（相互理解）が一貫して必要である。

以上が効果的に多職種連携を行うために必要な要素と言える。

結 論

本研究では、サービス担当者会議で連携が促進される効果的な運営方法や条件を探るの目的で調査を行い、10のスーパーカテゴリーを導き出した。そのカテゴリーを、ドナベディアン・モデルをフレームワークとして用い、サービス担当者会議における多職種連携の効果的な運営方法や条件（要素）を明らかにした。

その結果、専門職間の相互理解を根底にお

くことでよりよいチームが形成され、また、効果的な運営には特に会議に参加するそれぞれの職種間のコミュニケーション能力と介護職の実践の振り返りおよび記録・評価ができる能力が必要である。

本研究の限界と課題

本研究の目的は、サービス担当者会議における多職種連携の実態を明らかにして、連携が促進される効果的な運営方法や条件を探ることであった。今回、2名のケアマネジャーにインタビュー調査を行い、7名の会議に出席経験のある専門職へフォーカス・グループインタビュー調査を行った。その結果本調査で参加者の声から導き出したサービス担当者会議の多職種連携の実態と課題が明らかにできた。しかしながら、多職種連携は会議の場だけで行われるのではなく、利用者に対するチームアプローチを行う上で、全ての過程において必要不可欠なものである。今回は、サービス担当者会議に視点をおいて、限られた会議の場で効率よく多職種連携が図られることに重点をおき研究を行ったが、今後はさらに多くの調査・分析を行い、多職種連携の条件（要素）の精度をあげ、専門職養成に活用できるものにしていく必要がある。

謝 辞

本論文の執筆にあたっては、多くの方にご協力いただきました。ご協力、ご指導頂いた、関係者の皆様ならびに、日本福祉大学大学院の教授篠田道子先生に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 白澤政和, 橋本泰子, 竹内孝仁: ケアマネジメント概論, 中央法規出版株式会社, 東京, 2006, p.93.
- 2) 株式会社三菱総合研究所. “居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務

- 及び人材育成の実態に関する調査報告書”。2012. p.24. <http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h23_04.pdf>.
- 3) 馬場純子：介護保険制度改正によるケアマネジメント業務量の変化－介護支援専門員業務量調査（平成15年度・19年度実施）結果の比較より－. 専修人間科学学論集社会学篇, 2(2), 99-111, 2012.
 - 4) 村社卓：チームマネジメントの未活用要因および活用条件－ケアマネジメント実践におけるチームマネジメント概念検討－. 社会福祉学, 53(2), 28, 2012.
 - 5) 厚生労働省. “介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について” <<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000108135.html>>.
 - 6) 前掲, “居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務及び人材育成の実態に関する調査報告書”, 2012. p.14.
 - 7) 株式会社三菱総合研究所. “居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務及び人材育成の実態に関する調査報告書”, 2014. p.12. <http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h25/h25_08.pdf>.
 - 8) 厚生労働省. “介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会” 2006. <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0705-6a01.pdf>>.
 - 9) 鳴釜千津子, 陳君, ほか：介護支援専門員の基礎資格は主治医との連携に影響を及ぼす. 厚生指針, 58 (7), 23-24, 2011.
 - 10) 杉田由加里：ケアマネジメントにおける介護支援専門員が認識している学習ニーズ. 千葉看会誌, 12(1), 62, 2006.
 - 11) 岩間伸行：援助を深める事例研究の方法 [第2版]－対人援助のためのケースカンファレンス－, ミネルヴァ書房, 東京, 2012, p.60.
 - 12) Avedis Donabedian. (東尚弘訳)：医療の質の定義と評価方法, 認定NPO法人 健康医療評価研究機構(iHope), 東京, 2010, p.89.
 - 13) 高木晴夫監修, 竹内伸一：ケースメソッド教授法入門 理論・技法・演習・ココロ, 慶應義塾大学出版回株式会社, 東京, 2012, pp.228-235.
 - 14) 厚生労働省. “「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について” <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>>.
 - 15) 大川弥生：『よくする介護』を实践するためのICFの理解と活用－目標指向型介護に立って, 中央法規出版株式会社, 東京, 2013, p.32.
 - 16) 池田幸代：介護事業利用者の介護サービス選択に関する調査研究. 東京情報大学研究論集, 15(2), 57, 2012.