

《原 著》

在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携

松坂 誠應*¹ 浜村 明德*² 東 登志夫*¹
 小泉 幸毅*³ 今中 悦子*¹ 藤田 雅章*³

Multi-disciplinary Teamwork of Community Care Staff in Service Provisions for the Elderly

Nobuo MATSUSAKA,*¹ Akinori HAMAMURA,*² Toshio HIGASHI,*¹
 Koki KOIZUMI,*³ Etsuko IMANAKA,*¹ Masaaki FUJITA*³

Abstract: Community care professionals were asked to complete a questionnaire concerning individual disabled elderly people living at home for whom they were currently providing care services in 6 municipalities, where multi-disciplinary meeting had been held regularly. Six hundred and fifteen subjects were reported in this study. The multi-disciplinary meetings brought better results in identification of the insufficient information on the subjects, assessment of their health and social care needs, and coordination of care services needed for them compared to the performance by one professional or meetings within one discipline. Although the period of coordination of the services was significantly longer in the multi-disciplinary meetings than in the other procedures, there was no significant difference in the period of assessment of the subject's needs between the types of the procedures. Therefore, it is suggested that the multi-disciplinary meetings play an important role in order to achieve an appropriate care management process. However, the role of coordinator of services become important to shorten the period of the coordination. In all the municipalities, public health nurses contributed to coordination of services. In the municipalities where cooperation between agencies was good, social workers and PTs or OTs as well as public health nurses mainly acted as the coordinator. By contrast, where few disciplines other than public health nurses coordinated services, there were some problems in cooperation between agencies. It is likely that there were some limitations of coordination of services only by public health nurses. That is to say, it is suggested that one or two disciplines like social workers and PTs or OTs besides public health nurses should take part of the coordinator depending on the clients' needs. (*Jpn J Rehabil Med* 1998; 35: 918-925)

要 旨: 在宅ケアスタッフに対し、在宅障害高齢者(615例)へのケアサービス提供過程についてアンケート調査を6自治体で行った。対象高齢者の情報収集・確認やニーズ評価、ケアサービス調整は、担当者あるいは担当職種内で行うよりも他職種との会議で行った場合が良好な結果となっていた。しかし、他職種との会議の場合、ニーズの評価期間は他の場合と有意差は認められなかったが、サービス調整に要した期間は有意に長くなっていた。サービス調整の中心的役割を担った職種は、医療・保健・福祉の連携に問題を残す自治体では主に保健婦であったが、連携の進んだ自治体では保健婦に加えPT・OTと在宅介護支援センターのソーシャルワーカーが均等に役割を果たしていた。(リハ医学 1998; 35: 918-925)

1998年5月18日受付, 1998年10月12日受理

*¹ 長崎大学医療技術短期大学部/〒852-8520 長崎市坂本1-7-1
 School of Allied Medical Sciences, Nagasaki University

*² 南小倉病院リハビリテーション科/〒803-0861 北九州市小倉北区篠崎1-5-1
 Department of Rehabilitation, Minami-Kokura Hospital

*³ 国立療養所長崎病院リハビリテーション科/〒850-0823 長崎市桜木町6-41
 Department of Rehabilitation, National Nagasaki Hospital

在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携

Key words: 在宅ケア (home care & ambulatory care), 障害高齢者 (disabled elderly), ケアマネジメント (care management), 多職種チームアプローチ (multi-disciplinary team approach)

はじめに

リハビリテーション (以下, リハ) とは「障害者自身の回復過程」であると同時に、「社会資源等の利用によって障害者の社会的統合を支援する活動」でもあり^{1,2)}, 急性期や回復期のリハ医療と同様, 障害者の在宅生活を支える活動も重要となる. 専門的なリハ医療の成果を最大限に引き出すためには, 様々なケアサービス提供機関との連携が必要となる³⁾.

特に, 障害高齢者が在宅生活を維持していくためには, 健康維持に関する医療的問題をはじめ, 生活しやすい環境の問題, 家族支援や地域社会との交流の問題, 経済的問題など種々の課題が解決されなければならない^{4,5)}. また, このような在宅生活を維持するための課題は, 新たな疾病の併発や加齢等による障害の重度化, 介護者の状態によって変化する⁴⁾. このように多様で変化する課題に的確かつ迅速に対応するためには, 多職種によるチームアプローチが必要である⁴⁻⁷⁾. 一方, 在宅ケア重視の政策に伴い医療・保健・福祉の在宅ケアサービスの種類や量も増加しつつあり, 種々のサービスを対象者のニーズに基づいて総合的に調整できる技術や体制も必要になっている^{5,7,8)}.

多職種によるチームアプローチや円滑なサービス調整には医療・保健・福祉の連携が極めて重要であり, 連携のあり方についての検討が求められている^{4,9,10)}.

本研究の目的は, 在宅ケアサービスを利用している個々の障害高齢者について, ケアサービス提供までの把握・ニーズ評価・サービス調整の作業を検討し, 関係ケアスタッフの連携のあり方とケアサービス調整に適した職種を明らかにすることである.

方法

在宅ケアスタッフ (以下, ケアスタッフ) に対し, 担当している個々の在宅障害高齢者についてアンケート調査を行った.

調査した地域は, 多職種によるケア会議を4年間以上定例的に行っている6市町を選んだ.

6市町の医療・保健・福祉の組織化の進捗状況を,

地域リハビリテーション (以下, 地域リハ) コーディネータ活動マニュアル⁴⁾の組織化活動評価表によって20点以上をA群, 20点以上をB群, 20点未満をC群とし[†], これら3群を比較検討した.

調査に先立ち, 各市町の定例ケア会議でスタッフに対し, 調査内容, 回答するケアスタッフ, 対象とする障害高齢者の選択基準などを説明した. アンケート調査は定例ケア会議に参加していた各サービス提供機関の責任者を通してそれぞれのケアスタッフに依頼した.

対象とした障害高齢者は, 65歳以上で, 少なくとも1つのケアサービスを利用している在宅生活者とした. 対象者の選択基準として, ケアスタッフが対象者の生活全般の情報をよく知り日常的に関わっていることとした. 同一の障害高齢者に複数の職種が関わっている場合は, 最もニーズの高いサービスを提供している職種が, 1つの職種でも複数のスタッフ関わっている場合は, 利用者の情報を最も把握しているケアスタッフが回答するものとした.

アンケート調査を依頼した職種は医療, 保健, 福祉の部門において直接在宅ケアに携わっている者で, 自治体の保健婦・訪問看護婦・理学療法士・作業療法士, 在宅介護支援センターのソーシャルワーカー (SW), 訪問看護ステーションの看護婦, 医療機関および老人保健施設デイケアの看護婦・理学療法士・SW, デイサービスの介護福祉士, ホームヘルパー, 医療機関で訪問看護や訪問リハを担当している看護婦・理学療法士であった.

アンケート調査の内容は以下の通りである.

- 1) 対象者の医学的・社会的背景
- 2) 対象者・家族に関する初期情報の確認・追加収集の状況とその方法

提供された初期情報の確認および不足した情報の追加収集の成否について質問した. 選択肢として「ほぼ出来た」, 「一部出来た」, 「出来なかった」を挙げた.

情報確認・追加収集の方法として「担当者一人で」, 「担当者が属する職種内 (以下, 「職種内」) で分担」,

[†] 活動評価表各項目のaを4点, bを3点, cを2点, dを1点とし, 合計点を求めた (満点36点).

「他職種との会合」を選択肢として挙げた。

さらに、初期情報確認・追加収集の成否と情報確認・追加収集方法との関係を検討した。

3) 対象者のニーズ評価の成否とその方法、および評価に要した期間

対象者のニーズ評価では「ほぼ出来た」、「一部出来た」、「出来なかった」の選択肢を挙げた。

ニーズ評価方法の選択肢として「他職種との会議」、「他職種との協議」、「職種内」、「担当者一人で」を挙げた。「他職種との協議」とは、異なったケアスタッフが一堂に会するのではなく、電話や面談等によるインフォーマルな形での多職種による評価と定義した。

4) で述べるケアサービスの調整方法においてもこの定義に準じた。

評価に要した期間は、前述の初期情報が提供されてからニーズ評価が終了するまでとした。

さらに、ニーズ評価の成否と評価方法の関係と、ニーズ評価が「ほぼ出来た」場合における評価方法と評価期間の関係を検討した。

4) ケアサービスの調整方法と調整に要した期間

サービスの調整方法の選択肢は「必要なし」、「他職種との会議」、「他職種との協議」、「出来なかった」とした。

調整に要した期間は、ニーズ評価終了から対象者に必要なサービスがほぼ調整出来た時点までとした。

さらに、会議や協議が「出来なかった」ものを除いて、調整方法と調整に要した期間の関係を検討した。

5) ケアサービス調整・提供時にケアスタッフが抱えた問題の有無と解決状況

サービスの調整・提供時に、他職種との連絡・協力に関する問題があったか否か、「問題あり」の場合どの程度解決したかを質問した。

問題の有無と解決状況を1つの項目で質問するために、選択肢は「問題なし」、「全て解決」、「一部解決」、「全く解決なし」とした。

6) サービス調整に中心的役割を果たした職種

各地域に配置されている職種から、中心的役割を果たした職種を3つ以内回答するように指示した。

統計処理にはSPSS 6. xJ (SPSS Inc. 日本語版)¹¹⁾を使用し、*t*-テストと χ^2 テストを用いた。クロス集計での変数間関係の連関性の測度としてSpearmanの順位相関係数(*R*)を用いた。有意水準は $p < 0.05$ とした。

表1 各群の対象者数と平均年齢

	対象者数	平均年齢
A群	189名	77.4±8.0歳
B群	254名	80.0±6.6歳
C群	172名	79.0±7.7歳

地域リハコーディネータ活動マニュアル⁴⁾の組織化活動評価表によって30点以上をA群、20点以上をB群、20点未満をC群とした。

結 果

調査を行った6市町を3群に分けたが、各群にそれぞれ2自治体が属した。

今回のアンケート調査は、各市町において、定例ケア会議に参加していた各サービス提供機関の責任者を通してそれぞれのケアスタッフに依頼した。従って、調査依頼数は不明であるが、回収された調査票は619であった。このうち、C群において1例を保健婦とデイサービスの介護福祉士が、1例を保健婦と老人保健施設のソーシャルワーカーが重複して回答していたので、重複した4調査票のデータは解析から除外した。

対象となった在宅障害高齢者は615例(男37%、女63%)で、平均年齢79歳であった。A~C群の3群別の対象者数と平均年齢を表1に示す。各群間の平均年齢に有意差は認められなかった($p > 0.05$)。

1) 対象者の医学的・社会的背景

障害の原因となった主な疾患は、脳卒中(29.6%)、骨関節疾患(19.3%)、高齢による体力低下(11.7%)、痴呆(8.5%)であった。

家族構成は独居(22.8%)、夫婦二人暮らし(18.6%)、二世帯(27.9%)、三世帯(24.0%)であり、主な介護者は配偶者(30.4%)、娘(25.2%)、嫁(15.5%)、息子(6.5%)、介護者なし(18.2%)であった。

生活自立度(厚生省寝たきり判定基準)はJランク(35.6%)、Aランク(29.6%)、Bランク(21.1%)、Cランク(13.7%)であった。各群間の生活自立度に有意差は認められなかった($\chi^2 = 3.13$, $p = 0.722$)。

2) 対象者に関する初期情報確認・追加収集の状況とその方法

情報確認・追加収集が「ほぼ出来た」対象者は、A群では73.9%、B群では61.4%、C群では34.7%とA、B、C群の順に少なくなり、逆に、「一部出来た」ものおよび「出来なかった」ものはA群(25.0%、1.1%)、B群(31.1%、7.6%)、C群(57.3%、

在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携

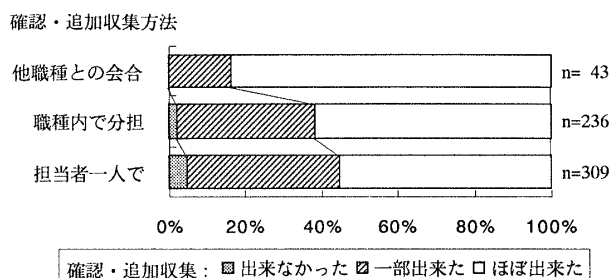


図1 初期情報の確認・追加収集とその方法の関係
 $N=588$ (無回答 27 例を除く). $R=0.131$, $p<0.001$.

8.2%) の順に増加していた ($R=-0.304$, $p<0.0000$).

情報確認・追加収集を「担当者一人で」行ったものは、A群 (46.8%), B群 (49.8%), C群 (64.0%) の順に多くなり、「職種内で分担」[A群 (39.4%), B群 (47.3%), C群 (30.5%)] および「他職種との会合」[A群 (13.8%), B群 (2.9%), C群 (6.1%)] で行ったものは、C群で減少していた ($R=-0.142$, $p<0.0005$).

つまり、組織化が進むにつれて、情報確認・追加収集の結果は有意に良くなり、その方法では「担当者一人で」が減少し、「職種内」と「他職種との会合」が有意に増加していた。

情報確認・追加収集の状況とその方法の関係では、「他職種との会合」で行った場合、情報確認・追加収集が「ほぼ出来た」ものが83.7%であった。しかし、「担当者一人で」行った場合、「ほぼ出来た」が55.0%と有意に減少し、「一部出来た」および「出来なかった」は増加していた ($R=0.131$, $p<0.001$) (図1)。つまり、情報確認・追加収集は「担当者一人で」行うより「職種内で」さらに「他職種との会合」で行う場合が有意に良好な結果となった。

3) 対象者のニーズ評価の成否とその方法、および評価に要した期間

ニーズ評価の成否を各群別にみると、「出来なかった」ものがA群で0.5%, B群で2.4%認められたものの、「ほぼ出来た」ものはA群で77.1%, B群で73.5%, C群で52.3%と減少し、逆に「一部出来た」ものはA群 (22.3%), B群 (24.1%), C群 (47.7%) の順に増加していた ($R=-0.197$, $p<0.0000$)。つまり組織化が進むにつれて、ニーズ評価の成否は有意に良好な結果となった。

ニーズ評価の方法で、「他職種との会議」で行った

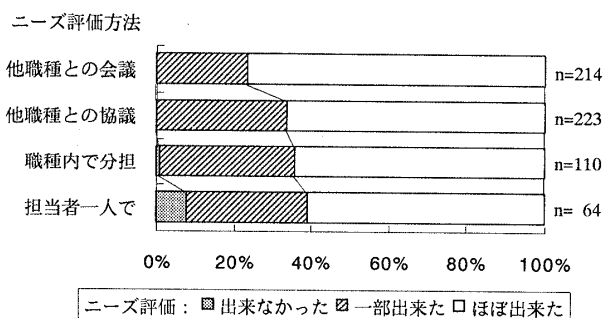


図2 ニーズ評価の成否とその方法の関係
 $N=611$ (無回答 4 例を除く). $R=0.135$, $p<0.0000$.

ものはA群 (27.0%), B群 (26.6%), C群 (56.4%) の順に増加し、「担当者一人で」と「他職種との協議」で行ったものは、逆にA群 (14.3%, 24.3%), B群 (13.1%, 16.3%), C群 (2.9%, 13.4%) の順に減少していた。「職種内」で行ったものはA群 (34.4%) とB群 (44.0%) に比べC群 (27.3%) で少なくなっていた ($R=0.209$, $p<0.0000$)。つまり、組織化が進むにつれて、有意に「担当者一人で」と「他職種との協議」が増加し、「他職種との会議」が減少した。

ニーズ評価に要した期間は、「1週間以内」がA群 (33.3%), B群 (22.9%), C群 (17.4%) の順に減少し、「1か月以上」がA群 (26.7%), B群 (29.4%), C群 (32.3%) の順に増加していた ($R=0.141$, $p<0.001$)。つまり、組織化が進むにつれて、評価期間は有意に短くなっていた。

ニーズ評価の成否と評価方法の関係を検討すると、ニーズ評価が「ほぼ出来た」比率が「他職種との会議」で最も多く (76.6%), 次いで「他職種との協議」 (66.4%), 「職種内で」 (64.1%), 「担当者一人で」 (60.9%) と有意に減少し、「他職種との会議」および「協議」ではニーズ評価が「出来なかった」ものは1例もなかった ($R=0.135$, $p<0.0000$) (図2)。つまり、ニーズ評価の結果は「担当者一人で」、「職種内」、「他職種との協議」、「他職種との会議」の順に有意に良くなっていた。

全対象者 615 例中、ニーズ評価が「ほぼ出来た」391 例 (無回答 30 例を除く) について、ニーズ評価方法と評価期間の関係を検討したが、両者に有意の相関は認められなかった ($R=0.009$, $p=0.853$)。しかし、評価を「担当者一人で」行った場合、「1週間以内」 (55.3%) と「1か月以上」 (28.9%) が他の方法

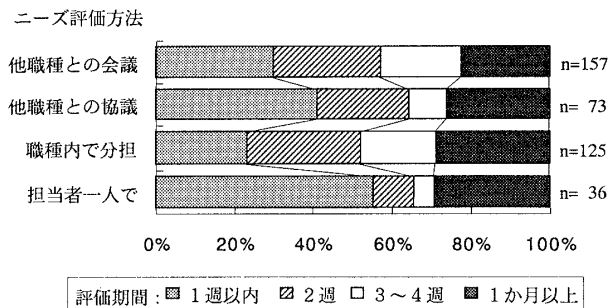


図3 ニーズの評価方法と評価期間の関係
 N=391 (ニーズ評価が「ほぼ出来た」もの(無回答30例を除く)). $R=0.009$, $p=0.853$.

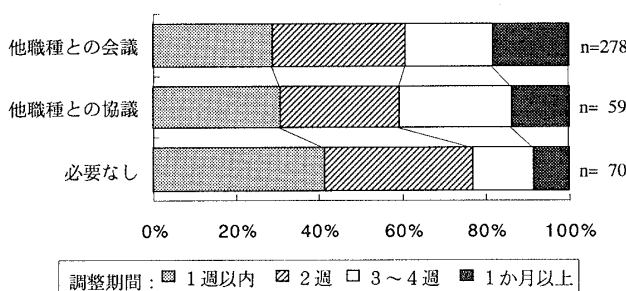


図4 サービス調整の会議・協議の開催状況と調整期間の関係
 N=407 (会議・協議ともに「出来なかった」ものと無回答のものを除く). $R=0.115$, $p<0.02$.

に比べ最も多かった(図3)。

4) ケアサービスの調整方法と調整に要した期間

サービス調整のための他職種との会議や協議の実施状況を各群別に検討した。「必要なし」はA群(33.3%), B群(21.2%), C群(11.6%)の順に減少し, 逆に「会議」はA群(40.9%), B群(48.7%), C群(63.4%)の順に増加していた。「協議」もA群(15.7%), B群(14.7%), C群(12.2%)の順に減少していたが, 「出来なかった」ものはA群(10.1%)がB群(15.3%)とC群(12.8%)に比べ少なかった($R=0.253$, $p<0.0000$)。つまり組織化が進むにつれて, サービス調整「会議」の必要性が少なくなり, 代わりに「協議」が増加していた。

調整に要した期間を各群別に検討すると, 1週間以内と1~2週間がA群(45.1%, 33.3%), B群(30.2%, 43.9%), C群(16.1%, 17.7%)であり, 調整期間はA群, B群, C群の順に有意に長くなっていた($R=0.332$, $p<0.0000$)。

会議や協議が「出来なかった」ものと無回答のものを除いた407例について, 会議・協議の実施状況と調

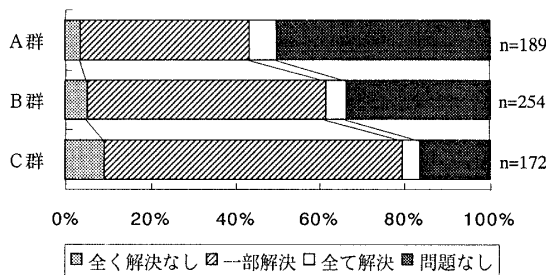


図5 サービス調整・提供時にスタッフが抱えた問題の解決状況
 N=615. $R=-0.286$, $p<0.0000$. 地域リハコーディネータ活動マニュアル⁴⁾の組織化活動評価表によって30点以上をA群, 20点以上をB群, 20未満をC群とした。

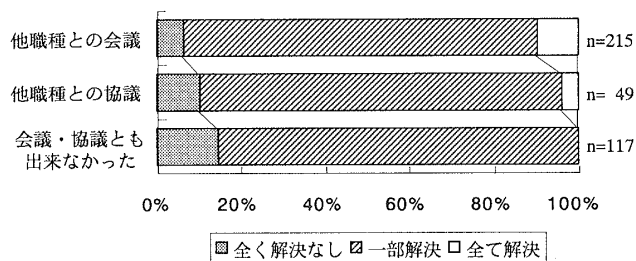


図6 他職種との会議・協議の開催状況とケアスタッフの問題解決との関係
 N=381 (他職種との会議・協議が必要で, かつケアスタッフが問題を抱えていたもの). $R=-0.203$, $p<0.0001$.

整に要した期間の関係を検討すると, 両者に有意の相関関係が認められた($R=0.115$, $p<0.02$)(図4)。つまり, 「会議・協議は必要なし」, 「協議」, 「会議」の順に調整期間は長くなっていた。

5) ケアサービス調整・提供時にケアスタッフが抱えた問題の解決状況

各群別に検討すると, 「問題なし」と「全て解決」は, A群ではそれぞれ50.3%, 6.3%であったが, B群, C群になるにつれて有意に減少し, 「全く解決なし」と「一部解決」は, 逆にA群, B群, C群の順に有意に増加していた($R=-0.286$, $p<0.0000$)(図5)。つまりケアスタッフが抱えた問題の解決状況は, 組織化が進むにつれて有意に良くなっていた。

他職種との会議・協議が必要で, かつケアスタッフが問題を抱えていた381例について, 会議・協議の開催状況と問題の解決状況との関係を検討した。「会議・協議とも出来なかった」場合「全て解決」したものは1例もなく, 「協議」, 「会議」の順に「全て解決」が増加し, 逆に「全く解決なし」は減少していた(R

在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携

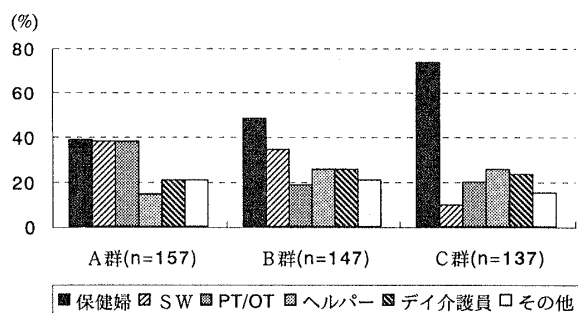


図7 サービス調整に中心的役割を果たした職種 (重複回答)

$N=441$ (会議・協議ともに「出来なかった」ものと無回答のものを除く)。SW: ソーシャルワーカー, PT/OT: 理学療法士・作業療法士, デイ介護員: デイサービスの介護福祉士。地域リハコーディネータ活動マニュアル⁴⁾の組織化活動評価表によって30点以上をA群, 20点以上をB群, 20未満をC群とした。

$= -0.203, p < 0.0001$) (図6)。つまり、「協議」「会議」の順に、問題解決状況は有意に改善した。

6) サービス調整に中心的役割を果たした職種

会議や協議が「出来なかった」ものと無回答のものを除いた441例について、対象者のサービス調整に中心的に関わった職種(重複回答)を各群別に検討した。各群に共通して保健婦が中心的役割を果たしていたが、A群では保健婦(38.9%)に加えて、在宅介護支援センターのSW(38.2%), PT・OT(37.6%)が均等にその役割を果たしていた。しかし、B群では保健婦(48.3%)と在宅介護支援センターのSW(34.7%), C群では保健婦(73.7%)に集中していた(図7)。

考 察

限りあるケアサービス資源を用いながら障害高齢者の社会的自立と生活の質の向上のためには、対象者の把握からサービス提供までの一連の作業において医療・保健・福祉の連携が重要といわれている^{4,12)}。今回の調査でも、対象者・家族に関する情報収集と確認およびニーズ評価の結果は、医療・保健・福祉の組織化の進捗状況とともに有意に改善していた。

特に、ニーズの評価は対象者の社会的自立と生活の質の向上を実現していく上で極めて重要であり¹³⁾、身体的・心理的・社会的問題を含んだ生活全般にわたる「生活障害」を評価する必要がある¹⁴⁾。その評価項目として、浜村¹⁴⁾は①医療的問題、②日常生活動作の問題、③1日の生活状況の問題、④心理的問題、⑤家

族の問題、⑥経済的問題、⑦生活環境の問題を挙げ、竹内¹²⁾は①健康、②日常生活動作、③介護負担、④家事、⑤経済、⑥家族関係、⑦社会交流、⑧ストレスを挙げている。このように、多岐にわたる評価を担当者一人あるいは1つの職種で行うには多くの困難が予想される。また、適切なニーズ評価には的確な対象者・家族の情報収集と確認が必要である。しかし、ケアに不可欠な医療情報がケアスタッフに十分提供されていないこと¹⁵⁾を考えると、情報確認・追加収集の作業も担当者一人あるいは1職種では困難と思われる。

今回の調査結果において、情報確認・追加収集およびニーズ評価の結果とその方法の関係を検討すると、いずれの場合も、「担当者一人で」や「職種内」で行うよりも「他職種との会議」で行う方が良好な結果が得られていた(図1, 2)。つまり、適切な情報確認・追加収集やニーズ評価を行うためには多くの職種の関わりが必要と考えられる。しかし、ニーズ評価はできるだけ簡潔かつ迅速に行われるべきであり⁹⁾、多職種による会議では、会議の調整に時間を要し評価期間が長くなる危険性が考えられた。そこで、ニーズ評価が「ほぼ出来た」391例でニーズの評価方法と評価期間の関係について検討した。その結果、両者には有意の相関はなく(図3)、多くの職種が関わっても評価期間が長くなるとはいえない。従って、よりよい評価を行うためには多職種による会議が有効な方法と考える。また、興味深いことに「担当者一人で」行った場合、評価期間が「1週間以内」と「1か月以上」の比率が他の方法に比べ最も多く(図3)、このことはケアスタッフの評価技術が向上すれば迅速な評価が可能であることを示唆しているだろう。

障害高齢者は様々な問題を抱え、このような対象者に対し1つのサービスや職種で対応できることは極めて稀である^{4,5)}。医療・保健・福祉の連携に問題があれば、ケアスタッフは限られたサービスでの対応を余儀なくされ、ケアサービス調整・提供時に様々な困難に直面することとなる。今回の調査で、ケアサービス調整・提供時に他職種との連絡・協力に関係した「ケアスタッフが抱えた問題」の有無と解決状況を質問したが、ケアスタッフが抱えた問題は組織化が進むにつれて少なくなり、解決状況も組織化が進むにつれて有意に改善した(図5)。しかし、解決状況を示す「全て解決」、「一部解決」、「全く解決なし」の判断は、回

答者が属する職種内でのカンファレンス等による可能性もあるが、基本的には回答者自身の自己判断であり、その結果には客観性の問題が残る。

障害高齢者のニーズにかなったサービスを提供するためには、サービス調整のためしばしば他職種との会議や協議が必要となる。他職種との会議や協議の開催状況を検討すると、組織化が進むにつれて、サービス調整「会議」の必要性が少なくなり、代わりに「協議」が増加していた。また、調整期間は組織化が進むとともに短くなっていた。従って、組織化が進めばケア会議といったフォーマルな形ではなく、「協議」や日常的な対応で調整が短時間で可能と考える。しかし、他職種との会議・協議が必要でケアスタッフが問題を抱えていた381例について調整方法と問題解決の関係を検討すると、多職種による「会議」で問題解決が有意に改善した(図6)。先に述べたように、問題の解決状況の判断が回答者自身によるものなので、この結果にも客観性に問題はあるが、日常的な対応で調整が困難と考えられる場合は、多職種によるケア会議がスタッフの抱える問題解決につながる可能性があるだろう。しかし、「会議」の場合、「協議」や「会議・協議は必要なし」に比べ、調整期間は長くなっていた(図4)。

短時間でサービスを調整するためにはサービス調整役の存在が重要であるが、調整役としていかなる職種が適しているか論議のあるところである^{5,6)}。今回の調査では、3群に共通して保健婦が中心的役割を果たしていた。組織化の進んだA群では保健婦に加え、PT・OTと在宅介護支援センター等のSWが均等に役割を果たしていたが、組織化に問題を残すC群では保健婦にその役割が集中していた(図7)。保健婦は、地域保健活動を通して対象者の把握が容易であること、医療や福祉と連携しやすい立場にあることなどからサービス調整役として重要な職種であるが⁴⁾、保健婦だけによる調整には限界があることを今回の調査結果は示唆している。つまり、対象者のニーズによっては、保健婦に代わりケアサービス運用の専門職であるSWや障害にアプローチできるPT・OTが調整を行い、複数の職種が調整役を担うことが重要と思われる。ケアマネジメントの技法を取り入れている英国における実際のケア会議でも、地区看護婦(わが国の保健婦に相当)と社会サービス部(日本の福祉に相当)のSWが中心的役割を担い良好な成果を挙げている¹⁶⁾。

た¹⁶⁾。

多職種によるケア会議は、今回の結果では、サービス調整期間が長くなるものの、対象者の情報確認・追加収集やニーズ評価、サービス調整で重要な役割を果たしていた。このような多職種によるチームアプローチを発展させるためには、他職種の役割と自らのチームに対する貢献のあり方を理解する必要がある^{6,8,17)}、他職種との共同作業が重要であるといわれている^{17,18)}。また、適切なサービスを迅速に提供するためにはニーズ評価やサービス調整の技術を向上させることも必要であり⁸⁾、Skeil⁶⁾によれば、活動母体の組織化とケアスタッフの質的向上は相互に関連すると述べている。従って、多職種によるケア会議はニーズ評価やサービス調整の結果を改善させるだけでなく、ケアスタッフの資質向上にも有効と思われる。

わが国の医学教育にはプライマリーヘルスケアの教育カリキュラムがシステムとして存在しないため、医師の在宅ケアへの参加・貢献は極めて低く¹⁹⁾、ケアスタッフはサービス提供時に医療情報不足の問題を高頻度に抱え¹⁶⁾、多職種によるチームアプローチに支障を来している。わが国の医療の現状を考えると、リハ医の役割は極めて大きく、ケアスタッフに対する支援・指導も必要であろう。

近年、在宅ケアサービス提供機関の創設やマンパワーの充実が行われている。ハード面の整備は地域住民のニーズに応えることではあるが、一方では、増加したマンパワーやサービス提供機関がかえって組織間、ケアスタッフ間の連携を阻害する可能性がある^{9,10)}。従って、ハード面での整備だけでなく多職種によるチームアプローチが可能となるような体制とサービス調整役の育成も極めて重要であり、定例的な多職種によるケア会議の開催が重要な意味を持つと考える。

本研究は全国国民健康保険診療施設協議会(山口昇会長)の委託研究事業として行った。

文 献

- 1) WHO: International Classification of Impairment, Disability and Handicap. WHO, Geneva, 1980
- 2) Compston DAS, Evans CD, Feneley RCL, McLellan DL, Pentland B, Roberts MHW, Wiles CM: Multiple sclerosis. *in* A Working Party Report of the British Society of Rehabilitation Medicine. British Society of Rehabilitation Medicine, London, 1993
- 3) Ward AB, Houston A: Advice to purchasers. Set-

在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携

- ting HNS Contracts for Rehabilitation Medicine. British Society of Rehabilitation Medicine, London, 1993
- 4) 地域リハビリテーションコーディネーター活動評価マニュアル作成研究班：地域リハビリテーションコーディネーター活動マニュアル. 平成7年度厚生省老人保健事業推進費等補助金事業, 1996; pp 66-74
 - 5) Secretaries of State for Health, Social Security, Wales and Scotland: Caring for people: community care in the next decade and beyond. HMSO, London, 1989
 - 6) Skeil DA: Individual and staff professional development in a multidisciplinary team: some needs and solutions. Clin Rehabil 1995; **9**: 28-33
 - 7) Begum N, Fletcher S: Improveing disability services. *in* The Way forward for Health and Social Services. King's Fund Centre, London, 1985
 - 8) Department of Health: Building partnerships for success. Community Care Development Programmes. Department of Health, London, 1995
 - 9) McLellan DL: The feasibility of indications and targets for rehabilitation services. Clin Rehabil 1992; **6**: 55-66
 - 10) Bolland JM, Wilson JV: Three faces of integrative coordination: A model of inter-organisational relations in community-based health and human services. Health Serv Res 1994; **29**: 341-366
 - 11) Norusis MJ: SPSS Base System 統計編, Release 6. xJ (日本語版). SPSS, 東京, 1993
 - 12) 竹内孝仁: ケアマネジメント. 医歯薬出版, 東京, 1996
 - 13) Department of Health: Care Management and Assessment, Practitioners' Guide. HMSO, London, 1991
 - 14) 浜村明德: 地域リハ諸活動の実際. 地域リハビリテーション白書 93 (澤村誠志, 浜村明德, 山本和儀, 小川恵子, 落合芙美子 編). 三輪書店, 東京, 1993; pp 34-59
 - 15) 松坂誠應, 浜村明德, 藤田雅章: 地域リハビリテーションにおける医療・保健・福祉の連携について—個別援助サービスの検討から. リハ医学 1994; **31**: 988(抄)
 - 16) 松坂誠應, 浜村明德, 藤田雅章: 地域リハビリテーションにおける医療・保健・福祉の連携—イギリスとわが国の比較検討. リハ医学 1996; **33**: 976(抄)
 - 17) Christman L: Education of the health team. JAMA 1970; **213**: 284-285
 - 18) 浜村明德, 松坂誠應: 地域リハ・地域ケアにおける連携のすすめ. 平成5年度在宅老人保健・医療・福祉ケアネットワーク推進事業報告書, 長崎県, 1994; pp 121-129
 - 19) Matsusaka N, McLellan DL: Experiences of community care for disabled people in Nagasaki and Southampton, Part 2; Patterns of professional input and teamwork their apparent success in resolving problems. Disability & Rehabilitation (投稿中)