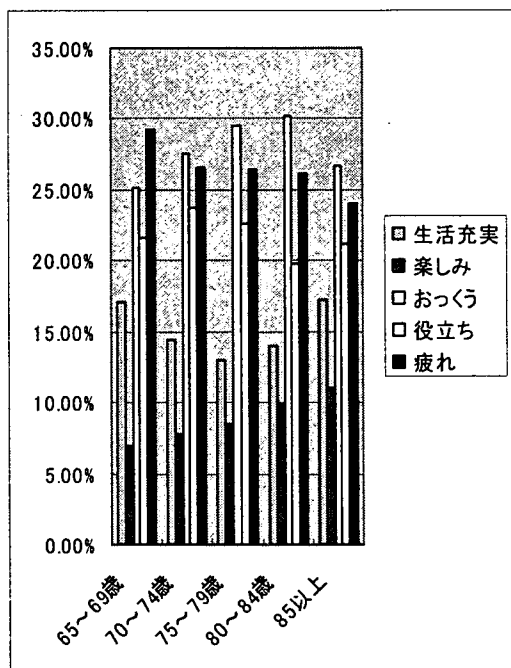


(5)は、転倒に対する不安は大きい場合（回答：はい）とそうでない場合（回答：いいえ）それぞれについて、うつ状態の基本チェックリスト該当者の割合を項目別に示したグラフである。女性では、転倒に対する不安が大きい場合、自分が役に立つ人間だと思えない割合だけがそうでない場合よりも高くなるのに対して、男性では、より多くの項目で転倒に対する不安が大きい場合の方が該当する男性の割合が高くなる。具体的には、ほぼどの年齢階級でも、毎日の生活に充実感が無い男性の割合とこれまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった男性の割合が、転倒に対する不安が大きい場合の方がそうでない場合よりも高い。また、75歳から84歳までの年齢階級以外では以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる男性の割合が、85歳以上を除く年齢階級ではわけもなく疲れた感じがする男性の割合が、転倒に対する不安が大きい場合の方がそうでない場合よりも高くなっている。

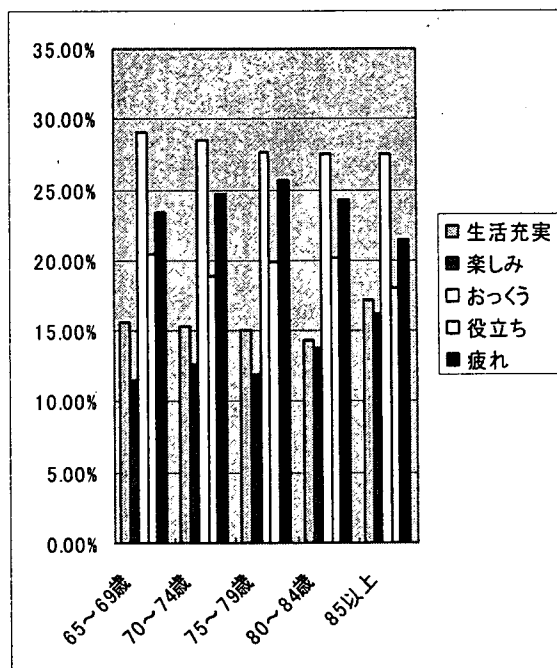
(6)は、6ヶ月間で2～3キログラム以上の体重減少があった場合（回答：はい）とそうでない場合（回答：いいえ）それぞれについて、うつ状態の基本チェックリスト該当者の割合を項目別に示したグラフである。体重減少があった場合、女性では比較的多くの項目で体重減少があった場合の方がそうでない場合よりもうつ傾向・うつ状態のチェック項目に該当する者の割合が高いのに対して、男性ではそのような明白な差が見られない。ただし、男性でも、わけもなく疲れた感じがする男性の割合は、そうでない場合よりも高くなっている。

(5)転倒に対する不安は大きいですか。

いいえ



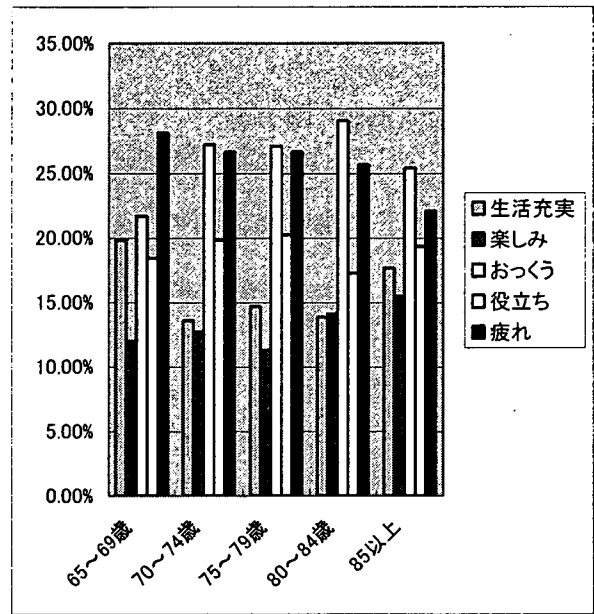
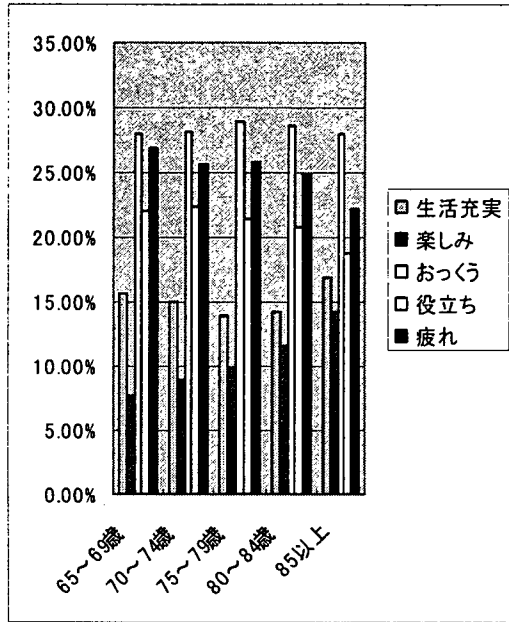
はい



(6)6ヶ月間で2~3キログラム以上の体重減少がありましたか。

いいえ

はい



### 3. 2 外出行動とうつ状態・うつ傾向の状況

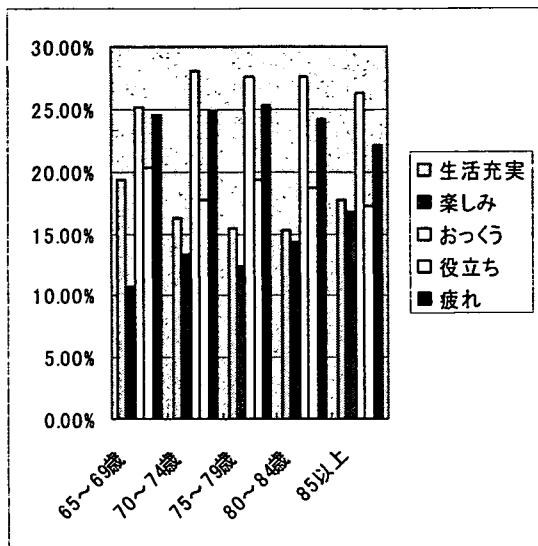
2. 2節と同じ問題意識に従い、以下では、年齢階級別に、基本チェックリストの項目別に、昨年と比べて外出が減っている男性の割合（(1)で“はい”と回答する女性の割合）を、外出行動するそれぞれの場合（(2),(3),(4)それぞれで“はい”と回答する男性の割合）と比較する。

男性の場合にも、女性と同じ傾向が見られる。すなわち、昨年と比べて外出が減っている男性の場合と比べると、週一回以上外出する場合とバスや電車で外出している場合及び友人の家を訪ねている場合いずれも、ほぼどの年齢階級でも、疲れを感じるようになった男性の割合が高いのに対して（女性の場合、85歳以上ではこの割合は低い）、毎日の生活に充実感が無い男性の割合とこれまで楽しんでやっていたことが楽しくなくなった男性の割合は低い。

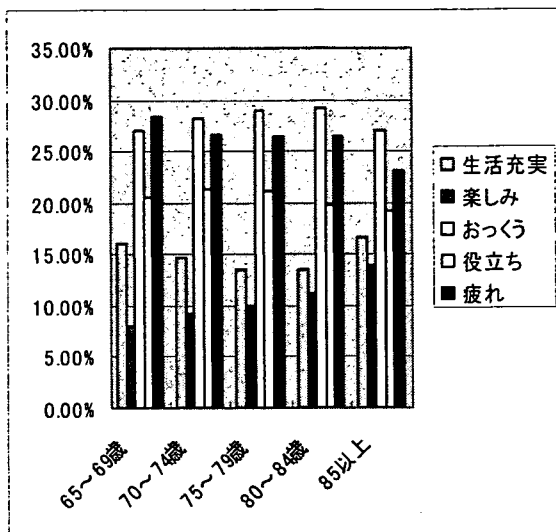
男性でも、以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる男性の割合、役立っているとは思えないと感じられる男性の割合は、昨年と比べて外出が減っている場合と外出行動それぞれの場合との間に大きな相違は見られない。

外出する際の疲労が加齢に伴ってより強く感じられるようになることは男性でも不自然ではなく、また役立っているかどうかは外出が減っても、男性でも孫の面倒や配偶者等の介護の手伝いなど家庭内で継続できることもあると考えられる。したがって、外出が減っている場合と何らかの形で外出行動が続いている場合を比較する際、うつ状態・うつ傾向との関連性を見るチェックリストがこれら二つ以外の点であるとすれば、男性でも、外出行動が続いている場合の方がうつ状態・うつ傾向に該当する割合が低いことを見いだすことができる。

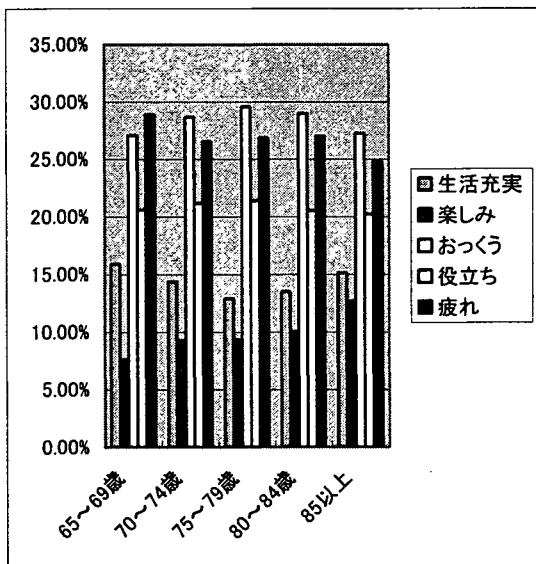
昨年と比べて外出が減っている  
はい



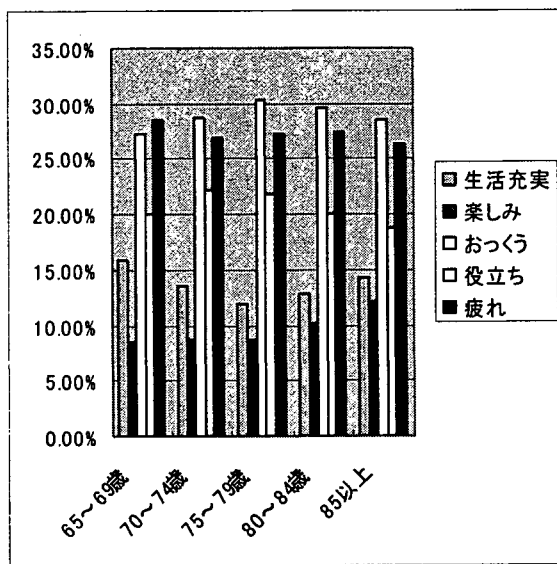
週一回以上外出する  
はい



バスや電車で外出している  
はい



友人の家を訪ねている  
はい



## 第2章

# 生活機能歴への社会的対応

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」  
研究報告書

2-1-1. 地域完結型ケア提供体制のあり方：認知症を中心に

分担研究者 信友浩一 九州大学大学院教授

納得の行くケアサービス提供システムづくりが、認知症を対象に、関係者が一堂に会した  
[場] でまず認知症の自然歴を理解する事、そして各ケアサービスの特性と限界を互いに  
知ること、で可能になることが共感された。

A. 研究目的

昨年度までの「サービス受療側からリードする全体最適化（地域完結型ケア提供体制づくり）の試み」を出水市（鹿児島県）・志摩市（三重県）で行って来た結果、サービス受療者群が、自らサービスを選択し結果責任も取れる納得のケアサービス提供システムを構築できる可能性を示すことができた。本年度は、受療者側が納得のケアサービス提供体制システムをつくる際の提供側の課題を、認知症を例に、明確にし、更に課題への対処方を探ることとした。

B. 研究方法

1) 対象

北部九州でケアサービス（医療・看護・介護）を提供している者

- (1) 医師主体の視点；病院在宅診療部長
- (2) 生活者主体の視点；神経内科教授
- (3) ケアサービス施設；  
デイサービス、グループホーム、  
小規模多機能施設、特別養護老人ホーム、在宅医

2) 方法

地域完結型在宅ケア研究会（九大医療システム学講座主催）で上記の者が提供しているケアサービスの内容・実績と感じている課題をまず提示してもらい、そして相互に課題を認識できていたか、出来ていたとしたら課題への対処方を検討し実施可能な対応案を提示する。最後に参加した全ての方々から提示された課題・対応案に対してのコメントを収集する

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

- 1) 視点・施設などの [立場] によってからでしか認知症に戸惑うケアサービス受療者とその家族を見ていなかったことの共通認識ができ、今後は、今回のような [交じり合い・学びの場] の必要性が痛感された。
- 2) ただし今回のような熱気は参加者が自発的に集まったからであり、これからもこの参加原則を前提とした「場」になって欲しい。

3) 明日からでも認知症の方に、そして互いに出来ること:「タブー用語」の設定と使わないことの申し合わせ

- ・しょうがない
- ・いまさら
- ・どうしてわたしが

4) 共通のマネジメントツールづくり

- ・地域連携クリティカルパス
- ・ケアサービスの導入基準と終了基準

5) 生業としてのケアサービス提供とボランティア精神

ケアサービス提供者への過大なボランティア精神への期待が当事者他から期待されているが、本来的には、生活を共にしている地域全ての方々のボランティア精神と活動がなければ認知症の方々・家族へのケアは充足できないのではないかと、という問題意識が弱い。制度依存的なムードが主流になっているのが問題である

#### D. 考察および E. 結論

認知症への取り組み・対応が部分的・制度的であることがケアサービス提供者には予感されていたのではあるが、一堂に会して共通認識となったことが「地域完結型ケア提供体制」づくりの貴重な第一歩となったと考えられた。さらにケアサービスを提供する人と受療する人、のような形だけでは納得の行く提供体制にはならないのでは、という認識が生じて来ていることも「地域完結型ケア提供体制」づくりの充分条件として関心を引き付けていくだろうことが分かった。

認知症に関わるすべてのステークホルダー（利害関係者）が一堂に会する「場」を

作ることによって、認知症の方々と家族が自立した生活を楽しめることにそれぞれの立場の者が担うことと連携とが可能になることを示唆できた。この「場」が日常的に設定・利用される事が期待される。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1.特許取得

なし

##### 2.実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」

研究報告書

## 2-1-2. 要支援高齢者に対するケアマネジメントの有効性を高めるための 介護支援専門員研修手引き書作成とその試験的实施

研究協力者：渡部律子 関西学院大学総合政策学部教授

平成 18 年度の「事例の質的分析を通してみる要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題-利用者特性と支援目標・支援計画の適合性、評価可能な達成課題の設定、困難事例支援に必要なシステムに焦点を当て-」の研究において、中国地方の A 市の介護支援専門員から提供された 64 名の要支援高齢者に関する「介護予防サービス計画・支援表」「基本チェックリスト」などを含む 6 種類のドキュメントと、11 件の支援困難事例概要と経過報告書の質的分析を行い、介護支援専門員と利用者特性に焦点を当てて新制度活用の現状と課題を考察した。その結果 5 点が明らかになった。第 1 点目は、利用者の「1 日の目標」をカテゴリー化した所「外出と動く機会」「食事」「規則正しい生活を送る」「交流」「健康状態や体力、体調などの現状維持」など似通ったものが多かったことである。第 2 点目は、利用者から得た情報を統合・分析して「総合的な方針」に反映させているのは、事例全体の約 4 割弱(38%)であったことである。残りの約 50%は、利用者が語ったとされる目標とほとんど同じであり、約 12%は利用者が使う介護予防サービスに関して言及したものであった。第 3 点目は、介護支援専門員が予防給付サービス提供の際に必要な時間、公的サービス以外の支援の必要性を考慮すると、利用者は「介護予防サービスに参加することがきっかけとなり、運動などの習慣を獲得していき、必要なセルフケア継続のモチベーションの維持が可能であろうと考えられる利用者」「とりたてて大きな問題を抱えていないが、自分自身の健康維持・向上のための行動を起こすことが簡単ではない利用者」「複数の疾病や、進行性の難病を抱えているために介護予防サービス提供だけでは不十分であると考えられる利用者」の三つのグループに分類できることである。第 4 点目は、各種のドキュメント情報の統合・分析をもとにした「具体的で、評価可能な課題設定」ができていないケースが見られることである。第 5 点目は、事例を詳細に見ていくと利用者が提供してくれるさまざまな情報を取り入れて単なる介護予防サービスと利用者の結び付けを超えた個別性を尊重した具体的な支援計画を作成できている場合も少なくないということである。しかし、第 3 点目として指摘した第 3 番目のグループに属するような利用者の場合には、医療関係者などの専門職が積極的に支援計画に参加してくれるシステムづくりがなされて始めて利用者に対する適切な支援が可能であった。

このような結果を受けて平成 19 年度は、介護支援専門員の研修によって解決可能な課題とシステムが持っている構造的な課題を弁別することの必要性を理解しながら介護支援専門員に焦点をあて、要支援高齢者に対するケアマネジメントの有効性を高めるために介護支援専門員が果たす役割遂行を高めるための研修の手引き書作成と研修の実施可能性を検証した。

## A. 研究目的

平成 18 年度の研究結果からでてきた課題の解決方法の一つとして平成 19 年度に考えられたことは、介護支援専門員たちが、より適切な要支援高齢者に対するケアマネジメントを実施していくための「手引書」の作成とその手引書に基づいた研修の試行的実施であった。この手引書が目指したことは、介護支援専門員が利用者から得ている様々な情報を統合・分析し、利用者にとって達成可能な目標は何かを明確にし、その目標達成のために最適の支援を公的介護保険サービスのみにも頼ることなく総合的に考えていくことである

## B. 研究方法

手引書作成では、平成 18 年度の研究結果から明らかになったことに加えて、その結果を踏まえて行ったより詳細な介護予防サービス計画・支援表の分析結果を考慮した。研究の手続きは、A 市の介護支援専門員から提供された事例の中から 5 事例を選択し、その 5 事例を担当した介護支援専門員に介護予防サービス計画・支援表およびその他の 6 種類の定型のドキュメントとともに、各事例に関する簡単な要約を提出してもらい、それらをもとに聞き取りを行うというものであった。このような手続きをとった理由は、これまでの研究から介護支援専門員の「思考過程」を理解しそこに見られる

課題を修正していくことが必要不可欠であるとわかったためである。

予防ケアマネジメントの課題のひとつである「利用者アセスメントの不十分さ」と「達成可能性・評価可能性の不十分な目標設定」は、A 市のみでなくその他の地域でも多く見られる。このような課題の背景には、予防ケアマネジメント実施の際に多くの情報入手しながらもそれらを有効に使うことなく、制度上要求されている「書類作成(介護予防サービス計画・支援表など)」が最優先されており、書類に「適切な情報」を書き込むことではなく「どれだけ多く」を書きこむか、に努力しているという現状がある。そのため、この聞き取りでは、介護支援専門員の思考過程における以下のような 3 点に着目した。第 1 番目は「介護予防サービス計画・支援表」作成にあたり、基本チェックリストなどの 6 種類のドキュメントの中のどのような情報をどこでどのように使おうとしたのかということ、第 2 番目は、課題分析の中心となっている四領域で得られた個別情報からどうやって問題の優先順位や総合的課題を見つけだしていたのかということ、第 3 番目は、利用者との面接においてどのようにして既存情報を有効活用しつつ本人・家族の意向や目標達成の可能性を見つけだしているか、言い換えれば、相談面接力がどのように発揮されているかということ、であった。



(倫理面への配慮)

今回提出された事例は平成18年度研究で利用者からその同意を取得済みのものであり、提出事例の匿名性、秘密保持厳守をしている。

### C. 研究結果

介護支援専門員の聞き取りを行った結果わかったことは4点で、①「介護予防サービス計画・支援表」に沿って情報を記入することによって、「利用者の理解が深まりさまざまなデータがより統合されていく」という自然な思考過程がみられず、逆に統合していくべき情報が分断化され、本来個別の情報の分析・統合によって出てくる「何がそれぞれの領域における課題の変化を妨げている可能性があるか」を考慮しなければ到達できない「総合的課題」が分断化された個別課題の羅列になりがちなこと

②介護予防サービス計画・支援表のすべての枠を埋めていかなければならないというプレッシャーのため、同じ情報を何度も繰り返して記述していることが少なくないこと(その理由としては、計画表の意図が介護支援専門員間で共有されていないこと及びサービス計画・支援表の項目自体そのまま解釈すれば同じ事を何度も記入させるような表現になっていること、があるようだった) ③サービス計画・支援表の評価者が何を評価するかが明確でないためにとに

かくサービス支援計画表により多くの文字が記入されていれば良いという解釈をすることも起こっていること ④介護支援専門員が提出してくれた事例の要約記録に盛り込まれている利用者の特性や利用者に対して実施したきめ細かな支援が、「介護予防サービス計画・支援表」の中からは読み取れなかったこと、であった。

そこで、このような問題を解決するために「手引き書」では、介護予防サービス計画・支援書を作成する意味は、「利用者が置かれている状況(4領域での課題)を知るとともに、それらの状況が変化する可能性をさぐる。そのためには、利用者から得た情報を最大限に活用することが必要不可欠である。利用者の変化の可能性を探るとは、利用者の生活の中で起こっている問題の解決を促進するものと阻害するもの(「本人・家族の意向」は結果である。問題解決に必要なモチベーション、実際に解決するのに必要な経済的・物的資源の有無などによって左右される)を明確にした上で、明らかになることである。目標設定の際には、介護保険のサービスに合わせて考えるのではなく、まず当事者が今必要としているもの(こと)は何かを考え、それらのうちどれがどこで賄われるかを考えることである。その上で、達成可能性を考慮した目標が生まれるのである。相談面接を通して利用者の力とその限界を適切にアセスメントする

必要がある。」であることを再確認するために、事例を使いながら具体的な思考法の解説を行うなどの工夫をこらした。

#### D. 考察と E. 結論

手引き書の作成により、介護支援専門員が共有できる介護予防サービス計画・支援書作成の意味が明確にされた。試験的に行われた研修では、これらの意味の再確認のための解説が具体的に行われた。また、介護予防サービス計画・支援書作成プロセスが、相談面接力、既存の情報（チェックリストなど）などどう関連づけて使っているのかを事例を使って演習をしてもらった。参加者のフィードバックは、この研修に含まれている内容をすべて数時間で習得することの困難さの指摘があったものの、おおむね良好であった。この研修は「思考過程」を再学習するものであるため、参加者が指摘したように、単発の研修で習得できる類のものではないが、適切な目標設定とその評価につながるケアマネジメント実践のための基礎づくりとなったと言えよう。

今後残されている課題は、少なくとも 2 点ある。まず第 1 は、研修をいかに効率的に継続できるかの工夫をすること、第 2 は、このような研修の結果出てくる可能性のある「公的介護保険サービスを使わないが、その他のサービス利用あるいは介護支援専門員による心理的支援によって利用者の生

活の質の向上が予測可能なケース」を介護支援専門員が担当した場合、支援に必要な時間をどうやって保証していくかを行政とともに考えること、である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表（論文、学会）

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

渡部律子：「要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題－利用者特性と支援目標・支援計画の適合性－」日本社会福祉実践理論学会第 24 回大会口頭発表（於 大妻女子大学），2007.6.24

#### H. 知的所有権

なし

## 第2章 第一節 制度・行政面からの対応と課題

### 研究報告2. 要支援高齢者に対するケアマネジメントの有効性を高めるための介護支援専門員研修手引き書作成とその試験的实施

渡部律子（関西学院大学）

#### 1. はじめに

平成18年度の「事例の質的分析を通してみる要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題－利用者特性と支援目標・支援計画の適合性、評価可能な達成課題の設定、困難事例支援に必要なシステムに焦点を当てて－」の研究において、中国地方のA市の介護支援専門員から提供された64名の要支援高齢者に関する「介護予防サービス計画・支援表（以下、サービス支援・計画表と略）」「基本チェックリスト」などを含む6種類のドキュメントと、11件の支援困難事例概要と経過報告書の質的分析を行い、介護支援専門員と利用者特性に焦点を当てて新制度活用の現状と課題を考察した。その結果5点が明らかになった。第1点目は、利用者の「1日の目標」をカテゴリー化した所「外出と動く機会」「食事」「規則正しい生活を送る」「交流」「健康状態や体力、体調などの現状維持」など似通ったものが多かったことである。第2点目は、利用者から得た情報を統合・分析して「総合的な方針」に反映させているのは、事例全体の約4割弱(38%)であったことである。残りの約50%は、利用者が語ったとされる目標とほとんど同じであり、約12%は利用者が使う介護予防サービスに関して言及したものであった。第3点目は、介護支援専門員が予防給付サービス提供の際に必要な時間、公的サービス以外の支援の必要性を考慮すると、利用者は「介護予防サービスに参加することがきっかけとなり、運動などの習慣を獲得していき、必要なセルフケア継続のモチベーションの維持が可能であろうと考えられる利用者」「とりたてて大きな問題を抱えていないが、自分自身の健康維持・向上のための行動を起こすことが簡単ではない利用者」「複数の疾病や、進行性の難病を抱えているために介護予防サービス提供だけでは不十分であると考えられる利用者」の三つのグループに分類できることである。第4点目は、各種のドキュメント情報の統合・分析をもとにした「具体的で、評価可能な課題設定」ができていないケースが見られることである。第5点目は、事例を詳細に見ていくと利用者が提供してくれるさまざまな情報をとり入れて単なる介護予防サービスと利用者の結び付けを超えた個別性を尊重した具体的な支援計画を作成できている場合も少なくないということである。しかし、第3点目として指摘した第3番目のグループに属するような利用者の場合には、医療関係者などの専門職が積極的に支援計画に参加してくれるシステムづくりがなされて始めて利用者に対する適切な支援が可能であった。

このような結果を受けて平成19年度は、介護支援専門員の研修によって解決可能な課題とシステムが持っている構造的な課題を弁別することの必要性を理解しながら介護支援専門員に焦点をあて、要支援高齢者に対するケアマネジメントの有効性を高めるために介護支援専門員が果たす役割遂行を高めるための研修の手引き書作成と研修の実施可能性を検証した。

## 2. 研究方法

手引書作成では、平成18年度の研究結果から明らかになったことに加えて、その結果を踏まえて行ったより詳細なサービス計画・支援表の分析結果を考慮した。研究の手続きは、A市の介護支援専門員から提供された事例の中から5事例を選択し、その5事例を担当した介護支援専門員にサービス計画・支援表およびその他の6種類の定型のドキュメントとともに、各事例に関する簡単な要約を提出してもらい、それらをもとに聞き取りを行うというものであった。このような手続きをとった理由は、これまでの研究から介護支援専門員の「思考過程」を理解しそこに見られる課題を修正していくことが必要不可欠であるとわかったためである。

予防ケアマネジメントの課題のひとつである「利用者アセスメントの不十分さ」と「達成可能性・評価可能性の不十分な目標設定」は、A市のみでなくその他の地域でも多く見られる。このような課題の背景には、予防ケアマネジメント実施の際に多くの情報を入手しながらもそれらを有効に使うことなく、制度上要求されている「書類作成（介護予防サービス計画・支援表など）」が最優先されており、書類に「適切な情報」を書き込むことではなく「どれだけ多く」を書きこむか、に努力しているという現状がある。そのため、この聞き取りでは、介護支援専門員の思考過程における以下のような3点に着目した。第1番目は「サービス計画・支援表」作成にあたり、基本チェックリストなどの6種類のドキュメントの中のどのような情報をどこでどのように使おうとしたのかということ、第2番目は、課題分析の中心となっている四領域で得られた個別情報からどうやって問題の優先順位や総合的課題を見つけだしていったのかということ、第3番目は、利用者との面接においてどのようにして既存情報を有効活用しつつ本人・家族の意向や目標達成の可能性を見つけだしているか、言い換えれば、相談面接力がどのように発揮されているかということ、であった。

（倫理面への配慮）

今回提出された事例は平成18年度研究で利用者からその同意を取得済みのものであり、提出事例の匿名性、秘密保持厳守をしている。

## 3. 研究結果

### 1) 事例を通じたケアマネジメントの検証

今回、介護支援専門員から提出された5事例のうち、3事例について、サービス計画・支援表のより詳細な検証を行った。以下、3事例の概要と、各事例へのケアマネジメントに対する筆者の評価をまとめる。

#### (1) 事例A（70歳代、女性）

##### ① 事例の概要

- 要介護状態区分：要支援1 ■日常生活自立度：A1 ■認知症自立度：自立
- 主な疾患名：左大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換術）
- 家族構成：夫と二人暮らし（子どもなし）  
(夫：80歳代、多発性脳梗塞、認知症、現在、要介護1)
- 介護力：夫は買物の荷物を持ったり、ごみ出しを手伝う。

- 居住環境 : 持ち家。市街地も坂が多い。公民館まで 100 メートル位ある。  
■経済状況 : 夫婦とも共済年金受給で、経済的には特に問題なし。

## ② これまでの経過

初回面接は骨折手術後のリハビリ期間中の病院で行い、退院に向けて住宅改修の相談を受ける。杖歩行で退院し、退院後のリハビリの指示はなく、日常生活に制限はないのでできるだけ動くようにし、徐々に元の生活に戻すようにと主治医から説明を受ける。

退院後は外出の機会を作るために、通所介護を 2 回/週利用し、下肢機能向上の体操を行っていた。退院後、いつまでも杖を頼りに患側を引きずるような歩行状態であり、家の中で転倒したこともあり、転倒による脱臼への恐怖心から、タクシーでの外出も一人ではできない状況であった。

家事もまともにできず、元の生活には戻れないと諦めの言葉が聞かれ、趣味仲間の誘いも断って閉じこもりの生活であった。本人に身体機能について自信を取り戻してもらうために、生活の場でリハビリ専門職からの指導を提案したところ、本人も日常の安全な動作の仕方を身につけたいと希望され、訪問リハビリを開始した。

サービス開始後、本人の生活上の課題に即した運動メニューや動作の指導を受けることで、指導内容を毎日自主的に取り組まれ、杖に依存する不自然な姿勢での歩行が改善し歩行速度も速くなっていった。本人も、徐々に自信が付き行動範囲の拡大へとつながっていった。

台所では、杖を手放して両手を使って作業をすることもでき、骨折前に参加していた公民館の趣味活動にも再び参加できるようになった。

## ③ 本事例に対するケアマネジメントの評価

本事例の利用者は 70 歳代の女性である。左大腿骨頸部の骨折のため、人工骨頭の置換術を行なっている。病院のリハビリ期間が終了したときには、病院からは、特に退院後のリハビリテーションの指示はなかったということである。その際に医師から、日常生活に制限がないので、できるだけ動くようにしようとアドバイスを受けている。しかしながら、本人は、自宅に戻って転倒したということもあり、歩行することに対する恐怖心が非常に強くなっている状態であった。自宅では夫と二人で暮らししており、夫が買い物の荷物を持ったりゴミ出しを手伝ったりして家事の一部を負担している。経済的にも、特に問題がある様子ではない。

この事例の特徴は、病院で特に退院後の注意が必要であると考えずに在宅生活に戻ったものの、本人は退院の時に指示されたような生活ができず、不安を募らせ、自分の行動をますます制限することになってしまったという点にある。実はこのようなケースは、決して珍しいものではないと考えられる。病院のリハビリテーションで歩行することができていても、自宅に戻ってから必要とされる動きや、また、自宅の構造などによって病院でできたと思っていたことができないことも少なくない。さらに、退院して家に帰ってからどの程度の生活ができるかというイメージも人によって様々である。

この事例のように、病院から退院してきた利用者の介護予防のケアマネジメントで、

明確にしておかなければならないこととして、二つのポイントがあげられる。第一に在宅生活に戻ってからの自分の生活を利用者がどのように想像しているのか、そしてその想像と実際の生活の間にどの程度ギャップがあるのか、ということである。入院する前の生活がそのままそっくり同じようにできるという期待を持って、在宅生活に戻る利用者は、おそらく自分の想像と現実との不一致に落胆し、本来ならばできるはずの行動まであきらめてしまうかもしれない。第二に、リハビリテーションの理解の仕方に個人差があるということを知覚して、利用者がどれだけ自分の今後の体の動きを習得しているかを明らかにすることである。それまでの人生で、運動の経験があり、怪我からの回復の経験のある人は、リハビリテーションをどのようにしていったらよいかを、自然と体を通して学んでいるはずである。そのため、病院で教えてもらったリハビリテーションを家に帰ってからも自分なりに工夫して、少しずつ運動機能を向上させていくことができるだろう。一方、運動や怪我からの回復などということを経験したことがない人にとっては、病院で教えてもらったリハビリテーションを自宅での生活に上手く繋げることができないかもしれない。自宅に帰ってから異なる環境の中で、どのように応用出来るのかが分からずに、困ってしまう事も少なくないだろう。そのために一度でも、転倒したりすると、パニックになってしまうのかもしれない。

おそらく本事例の利用者は、自宅に帰ってからはほとんど以前と同じような生活がすぐできると想像し、病院で教えられたリハビリテーションを自宅で上手く応用することができなかつた人なのであろう。身体的な側面からみれば、在宅生活で自分の活動範囲を広げていくことに何の問題も見られないにもかかわらず、心理的な恐怖というものによって活動が制限されてしまったケースである。

本事例の担当者の介護支援専門員は、利用者が怪我をする前は非常に活動的であり、社交性があったことも、アセスメント面接で聞き出すことができている。さらに、健康管理に関しても、自己管理ができる人であることも見いだしている。このような強さを持ちながらも、家庭の中の様々な場面で、具体的にどのように動いていったらいいか分からないことが最も大きな問題であることに気づいている。そこで導き出された具対策は、訪問リハビリテーションを受けることによる機能訓練であった。また家事などの生活動作の指導を具対策として提案することで、利用者が一つずつ不安を克服していくことも目指した。

もともと社会的で積極的であるこの利用者が、前述したような方法によって、移動や家事に対する不安を徐々に減らし自信をつけていけば、本人が自ら活動範囲を広げ、社会参加も広がっていくことは予測できるだろう。

介護予防ケアマネジメントでは、アセスメント領域として、運動・移動、日常生活、社会参加、健康管理、の4つの領域を挙げているが、それぞれの領域で課題があるとされた人であっても、すべての領域に個々別々の対応策を作る必要はないはずである。本事例からわかるように、一つの領域における課題を解決することによって、他の領域における課題も延長線上で解決されていくということが起こりうるのである。介護予防サービス・支援計画表で、総合的課題を考えることの意味は正にここにあるといっていよいであろう。アセスメント領域で個別化された4領域の課題が、全体的にどの

ようにとらえることが出来るのか、それぞれの関連性を考えるのがこの総合的課題の役割であろう。

## (2) 事例 B (80 歳代、女性)

### ① 事例の概要

- 要介護状態区分：要支援2 ■日常生活自立度：A1 ■認知症自立度：I
- 主な疾患名：第5腰椎圧迫骨折、除脈（ペースメーカー埋め込み術施行）、高血圧症
- 家族構成：娘と二人暮らし、長男夫婦が隣接住宅に居住
- 居住環境：持ち家。やや高台の住宅街。
- 経済状況：厚生年金受給で、経済的には特に問題なし。

### ② これまでの経過

圧迫骨折後立ち上がり不安定で、主治医からの薦めもあってレンタルベッドを利用。また、腰痛のため長時間立位保持が困難で、訪問介護を短期間利用していたが、要介護1の更新申請でプランの再検討を行った際、「自分の体がもう少し良くなるまでは、長時間居てもらえる家政婦さんが頼みたい。娘にも援助して欲しいので。」といわれたため、家政婦を紹介した。ベッドも引き続き使いたいと言われ、自費レンタルを利用することになり、結果的に介護保険サービスは利用しないことになった。

障害のある娘に対する思いが強く、「自分ができるだけ長生きしてやらねばならない。」と、元来生きる意欲は高い。家政婦利用も体調の回復を見ながら徐々に減らしていく意向があった。最後の訪問に行った際、「家族の中で心配事があり、ストレスが大きく眠れない。しばらくすれば解決すると思うが・・・。」と、詳しい内容は話されないが、気丈なBさんが、かなり参っている様子だった。

居宅支援の契約は中止となったが、気になり次の月も訪問した。すると、顔や腕などあちこちにストレス性湿疹ができていた。「心配事」とは、長男夫婦が家を建てて、出て行くことになったという話だった。人と会うのも避けておられ、「家の恥だと思いい誰にも言えず、悶々としていた。」と涙をためて話された。Bさんは、私にここまで話した後少しすっきりした口調で、自分から、「この悩みを解消するには、後1ヶ月位はかかると思っている。」と、自分に言い聞かせるように言われた。その言葉を聞いた私は、この方は、こうやって、自分に一定の期間を与え、試練を乗り越えていく、強い意志を持って人生を送ってこられたのだらうと思った。その意志の核にあるものは「家族の絆」なのだらうと思った。長男からは、戦後裸一貫から職人肌の寡黙な夫を立て、経理はほとんど自分が一手に引き受け、会社を大きくしてきた母を、自分たち兄弟は誇りに思っているという話を聞いていた。

絆は普通の親子には見られないほど、強く存在している。ただ、子供たちの自分の家族に対する思いも、同じように存在する。両方の利害が一致しない場合は、一方の思いを全面否定するのではなく、共存できる道を選択する援助が必要だと思った。そのため心の内を聞く役をする他人がいれば、Bさんは自分の力で、この試練は乗り越えられるだらうと感じた。

しばらくの間、月に1; 2回訪問し、Bさんの話しを聞いた。長男が自分より妻や子供をとったという思いが語られた。長男とは家族のあり様に意見の相違があっても、今まで私が長男から聴いた話をし、母への愛情は強いこと、今時Bさん宅のような強い絆を持った親子関係を維持できる家族は珍しいことを話した。問題解決を自分がある程度で解決しようとしておられるBさんに、お互い毎日気を遣って生活するより、少し距離をおいた方が、互いに優しい関係が維持できるのではないかと、前向きに解決して欲しいと思い、私の家族のことを例に話した。「みんないろんな苦勞をしておられるんだね。」と、自分に言い聞かせるように言われた。

笑顔がみえ落ち着きを取り戻された頃を見計らって、家長としての役割は、息子さんに任せ、娘さんとの暮らしを豊かに、楽しく生きることをめざすよう支援した初回面接は骨折手術後のリハビリ期間中の病院で行い、退院に向けて住宅改修の相談を受ける。杖歩行で退院し、退院後のリハビリの指示はなく、日常生活に制限はないのでできるだけ動くようにし、徐々に元の生活に戻すようにと主治医から説明を受ける。

退院後は外出の機会を作るために、通所介護を2回/週利用し、下肢機能向上の体操を行っていた。退院後、いつまでも杖を頼りに患側を引きずるような歩行状態であり、家の中で転倒したこともあり、転倒による脱臼への恐怖心から、タクシーでの外出も一人ではできない状況であった。

家事もまともにできず、元の生活には戻れないと諦めの言葉が聞かれ、趣味仲間の誘いも断って閉じこもりの生活であった。本人に身体機能について自信を取り戻してもらうために、生活の場でリハビリ専門職からの指導を提案したところ、本人も日常の安全な動作の仕方を身につけたいと希望され、訪問リハビリを開始した。

サービス開始後、本人の生活上の課題に即した運動メニューや動作の指導を受けることで、指導内容を毎日自主的に取り組まれ、杖に依存する不自然な姿勢での歩行が改善し歩行速度も速くなっていった。本人も、徐々に自信が付き行動範囲の拡大へとつながっていった。

台所では、杖を手放して両手を使って作業をすることもでき、骨折前に参加していた公民館の趣味活動にも再び参加できるようになった。

### ③ 本事例に対するケアマネジメントの評価

このケースの特徴の一つは、80代の女性であるご本人が、障害を持つ娘さんとの生活を長く続けたいという動機が高かったということである。そのため、自分ができるだけ長生きしなければならない、そして、自分自身の体調を整えなければならない、という強い思いを持っていた。このように、本人が、強い目的意識を持っているということは、自分の体調管理や今後の体調の維持・改善により強い思いを持ち実現する可能性も高くなると推測できるであろう。さらに、事例概要にあるように、家政婦利用も体調の回復を見ながら徐々に減らしていきたいということを表明することができるなど、自分自身が将来に対して生活設計をしていることも明らかである（利用者の動機づけ、問題への取り組みの実現可能性のアセスメント）。

サービス・支援計画表に目をやってみると、運動・移動に関してはひとりでの外出は行なっておらず、日常生活でも家事を行っていない。健康状態に関しては現在の



生活に最も大きな影響を予防している第5腰椎圧迫骨折以外には、除脈と高血圧症があるが、ペースメーカーを入れて以来、除脈に関しては比較的調子が良いとのことである。つまり、初回面接時点では、腰椎圧迫骨折の後遺症以外には、医学的にそれほど大きな問題を抱えていないことが分かる（複数の疾病なし。医学的治療のコーディネーションの必要性低い）。社会参加や対人関係に関しては、家族との交流が頻繁に行われている（家族のみではあるが、人的資源も持っている）。気にかかることは、最近ストレスと上手に向き合うことができず、不眠や皮膚疾患があるということである。これは本人の力およびその限界をアセスメントする際に、非常に重要な要素になってくる。すでに述べたように、介護支援専門員が本人の力のアセスメントに使うことができた「これまで障害を持つ娘のケアを80歳になるまで継続する力を持っていた本人」「今後に関しても、娘のケアを続けていかなければならない。そのために、健康維持しなければならないという将来に対する展望の存在」の二つは、利用者支援の際にプラスの資源と考えられる。

しかし、高齢者の支援をするものが忘れてならないのは、過去に様々な問題を乗り越えてきた対処能力を持っている人であっても、加齢によってその力が、少しずつ弱まっていくということがあるということである。このようなとき、介護支援専門員は、この加齢に伴う対処能力の低下などがどの程度のものなのかをしっかりと見極めなければ適切な支援を行うことができない。担当の介護支援専門員は、この本人が抱えているストレスを軽視することは無かった。この点が、この事例の最も重要なポイントであると考えられる。さらに、大切なことは、居宅支援の契約を中止にしたにもかかわらず、介護支援専門員が、訪問によって本人の悩みを聞くという「心理的なサポート」を継続する決断をし、実施したことである。こうすることによって当初は誰にも話せなかった自分の家族の中の問題を介護支援専門員に打ち明けることができるようになってきている。本人の対人関係の中心が家族のみであったことから、家族間のトラブルがどれほど大きなストレスになったかも介護支援専門員が理解できたからであろう（ある問題が本人の生活に及ぼす影響の大きさの判断）。

心理的サポートがどのようなケースでも、問題解決に有効性を発揮するということは無い。しかし、この事例のように利用者が本来力を持っている人であれば、本事例の介護支援専門員が行ったような心理的サポートをすることで、自分自身が直面している課題を整理することで力を回復し、そこから新たな問題解決の道を探っていくことができるのである。介護支援専門員は息子が母に対して感じている強い愛情や尊敬を、面接を通して理解することができている。更に利用者本人に力があり、その一方でそう簡単には他人に自分の問題を相談しないという特性も理解している。このような情報を介護支援専門員が面接を通して把握することができたために利用者にとって最善の方策をとることができたのである。

本事例の介護支援専門員による支援のゴールを文章化すると、「Bさんが新しい環境に適応し、その中で自分の生活を再構成し楽しく生きること」となるかもしれない。このようなゴールの達成は、「移動範囲の拡大」といったような身体機能の向上のゴールに比べ、目に見えにくく評価されにくい側面を持っている。そのため、このよう

なゴール設定が必要であるにもかかわらず、より目に見える分かりやすいゴールの設定に置き換えられてしまう可能性もある。

本事例は、利用者が最も必要としていることを見つけ出し、それを支援していくことで利用者の生活の質の確保に結びついたケースである。介護予防ケアマネジメントのケースであっても必ずしもサービスに結びつける必要はなく、かつ結び付けないことで利用者の心身機能の維持向上に間接的に貢献することができるのである。

### (3) 事例 C (80 歳代、男性)

#### ① 事例の概要

- 要介護状態区分：要支援 2 ■日常生活自立度：J2 ■認知症自立度：自立
- 主な疾患名：心筋梗塞、脊髄梗塞、変形性膝関節症
- 家族構成：一人暮らし、子供二人（市内および県外）
- 介護力：娘が市内に住んでいるため、入院などの事態が生じたときは対応、週 1 回位は訪問し、日用品の買い物などを手伝っている。
- 居住環境：市街地から 1Km 位離れている団地の持ち家に居住。バス停まで 300m 位あり、杖歩行での利用は困難。室内や庭の動線に手摺りを設置。
- 経済状況：共済年金受給で、経済的には特に問題なし。

#### ② これまでの経過

脊髄梗塞で入院中に心筋梗塞を発症しステント挿入。退院時に相談あり。以前からの変形性膝関節炎による膝の痛みに胸部から下肢にかけての痺れ感が加わり杖歩行はかなり不安定であり、長距離歩行するだけの耐久性はなかった。

今後も一人暮らしを希望され、住宅改修により居住環境を整え、一人で自由に外出できるように電動車椅子の貸与を行った。掃除を主とした生活援助のために、訪問介護を導入した。

電動車椅子で外出はできても、受診や食品の買い物程度であり、他者との交流がないと認知症状が出現するのではないかという本人の不安な気持ちがあり、一人暮らしの淋しさや不安を紛らし、心身機能の維持をはかるために通所介護を導入した。

通所介護では、難聴もあり人との会話に支障がある上に、共通の話題で話せる相手もなく、また、機能回復を望む本人にとって身体を動かす援助内容は少なく、通所介護利用は満足できるものではなく、本人の意思で中止となった。

今まで、この方は、妻を亡くした後も自主的に旅行や美術鑑賞、コンサートなど外に出かけて楽しむ生活を送っていた。今回、心臓、脊髄に梗塞を発症し、いつこの梗塞が起こるかわからないことを主治医から説明を受けていて、本人も自覚していた。

本人の生活歴や発症前のライフスタイルからして、通所介護の利用を勧めたことは、短絡的であったことに気づいた。本人には、生きがいとしてまだやりたいことがいっぱいあり、興味関心のあることに時間を費やすことのほうが有意義であり、それは一人で自由に興味のある催し物を見に出かけることであったため、それを実現させる手立てを講ずることが、生活意欲の向上につながり精神活動性を高めることになるとサービス計画の見直しをおこなった。そして、今までのように生きていて楽しいと思え

る生活を取り戻すために、訪問リハビリを導入した。主治医からも、動脈硬化によりいつこの血管がつまってもおかしくない状態ではあるが、高齢でもあり行動制限はないので、無理のない範囲で本人のやりたいようにすればよいとの意見をもらった。本人の生活機能回復のために、理学療法士から下肢機能向上のために室内で行う自主訓練メニューの指導を受けた。また、理学療法士と一緒に本人が行きたい場所に出かけ、一人で出かけるための課題を共有することで、新たなリハビリメニューの自主訓練につながり、活動に対する自信をつけることができた。

そして、自ら次々と自分が行きたい場所や、観たい企画などを見つけては外出の計画を立て、それを実行することで、まだまだできるという自信につながり、人の出合いや知的刺激を求めつつ生き生きとした生活を送るという目標を達成することができた。

### ③ 本事例に対するケアマネジメントの評価

本事例の利用者は 80 歳代の男性である。総合的課題を見てわかるように、ご本人が 1 番困っていることが、歩行が不安定であるということ、そのために外出が制限されるということである。さらに、この外出制限によって、一人暮らしの利用者は他者との交流までも制限されているということである。この他者との交流の制限に関して本人自身が不安を覚えている。人との会話が少ないことにより、精神機能が低下し、ぼけてしまうのではないかと利用者が心配していることは、納得できることであるし、また、このような心配をしているということの中に、利用者自身の前向きな姿勢も見えて取れる。

利用者は一人暮らしであるが、娘や息子達がそれぞれ必要な役割を果たしてくれていることが、明らかである。日常生活に関しても、できるだけ自分でするようにしているという、本人の行動の中に「思いと行動の両方において、自分で自分のことをやっていきたい」という、利用者の姿勢がうかがえる。また、健康管理についても、異常があればすぐ受診するようにしているということ、セルフケア力も見えて取れる。さらに経済的にも問題がないということで、介護予防サービス・支援計画表の総合的課題にみられるように、「行動をどこまで広げることができるのか」を明らかにしていくことがなによりも重要である。つまり、利用者自身の運動・移動機能に関するアセスメントが、必要不可欠であるということである。そして、そのアセスメントをもとにして、自分でできることを明らかにすることができれば、本事例の利用者が持つセルフケア力、自分の思いを行動化していく力、家族からのサポート、経済力、などの資源が適切であるために、一人暮らしであっても自分なりの楽しみと目標を持った生活ができると推測される。

本事例担当の介護支援専門員は、二つの目標設定をしている。ひとつは、これまで通り、自分でできていた行動を継続していくことであり、二つ目は人との交流を増やし、それによって精神の活動性を維持するということである。この二つの目標は、利用者が置かれている状況と、利用者の意欲・意向を考えると、適切なものであると判断することができる。しかしながら、本事例では二つ目の目標をどのような形で達成していくかということに関して、最初の支援計画がうまくいかなかったことが明らか

になった。

当初、介護支援専門員は、通所介護という方法を使って、利用者が他者との交流を広げていく機会を増やしていこうと計画した。そして、これらの具体策の実施後明らかになったことは、利用者にとって通所介護という支援の方法が最適でなかったということだった。本事例担当の介護支援専門員は、このことに気づき利用者により適切な方法を作成し直す力を持っていた。ケアマネジメントで重要なことは、このように、再アセスメントによって不適切だということが明らかになった支援方法をより適切な方法に切り替えていくということである。

この事例から学ぶことができるのは、利用者の固有性によって、支援方法を工夫することの重要性である。大抵の場合、行動範囲が制限されている一人暮らしの利用者に、社会参加の機会を提供する際には、通所介護という方法がとられる。通所介護によって、他者との交流およびリハビリテーションの両方のニーズが満たされると考えられるからである。しかしながら、本ケースの利用者は、自分のしたいことが明確であり、興味や関心のあることも十分に持っている人である。教員をしていたという職業歴も関連し、自分が主体となって、人との交わりを作っていきたいと考える人のようである。さらに通所介護で、行われているリハビリテーションが、本人の日常生活をより円滑にすることができるようなものでなかったことも明らかになっている。

このような二つの側面を考えると、本事例で、最終的に介護支援専門員が工夫したような理学療法士の訪問による個別リハビリテーションが最適であると考えられる。利用者自身が外出したいという意欲を高く持っており、自分のしたいことも明確であるために、外出の範囲を広げることができさえすれば、通所介護といった方法よりも、自分自身が外出することで社会とのつながりを持つことができる利用者であった。

## 2) ヒアリングを通じて見えてきたケアマネジメント上の課題

介護支援専門員の聞き取りを行った結果わかったことは4点で、①「サービス計画・支援表」に沿って情報を記入することによって、「利用者の理解が深まりさまざまなデータがより統合されていく」という自然な思考過程がみられず、逆に統合していくべき情報が分断化され、本来個別の情報の分析・統合によって出てくる「何がそれぞれの領域における課題の変化を妨げている可能性があるか」を考慮しなければ到達できない「総合的課題」が分断化された個別課題の羅列になりがちなこと ②介護予防サービス計画・支援表のすべての枠を埋めていかなければならないというプレッシャーのため、同じ情報を何度も繰り返して記述していることが少なくないこと（その理由としては、計画表の意図が介護支援専門員間で共有されていないこと及びサービス計画・支援表の項目自体そのまま解釈すれば同じ事を何度も記入させるような表現になっていること、があるようだった） ③介護予防サービス計画・支援表の評価者が何を評価するかが明確でないためとにかくサービス支援・計画表により多くの文字が記入されていけば良いという解釈をすることも起こっていること ④介護支援専門員が提出してくれた事例の要約記録に盛り込まれている利用者の特性や利用者に対して実施したきめ細かな支援が、「介護予防サービス計画・支援表」の中からは読み取れなかったこと、であった。