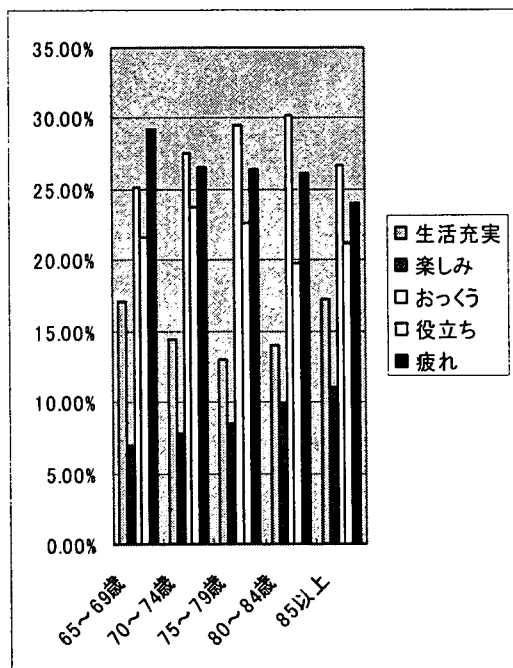


(5)は、転倒に対する不安は大きい場合（回答：はい）とそうでない場合（回答：いいえ）それぞれについて、うつ状態の基本チェックリスト該当者の割合を項目別に示したグラフである。女性では、転倒に対する不安が大きい場合、自分が役に立つ人間だと思えない割合だけがそうでない場合よりも高くなるのに対して、男性では、より多くの項目で転倒に対する不安が大きい場合の方が該当する男性の割合が高くなる。具体的には、ほぼどの年齢階級でも、毎日の生活に充実感が無い男性の割合とこれまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった男性の割合が、転倒に対する不安が大きい場合の方がそうでない場合よりも高い。また、75歳から84歳まで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。

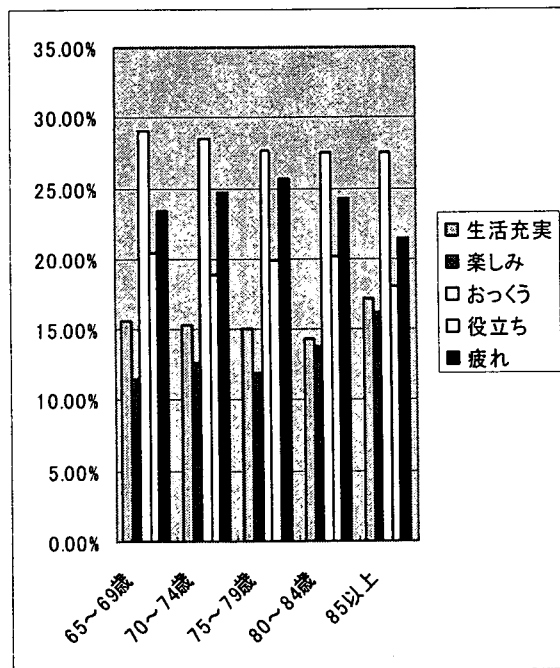
(6)は、6ヶ月間で2~3キログラム以上の体重減少があった場合（回答：はい）とそうでない場合（回答：いいえ）それぞれについて、うつ状態の基本チェックリスト該当者の割合を項目別に示したグラフである。体重減少があった場合、女性では比較的多くの項目で体重減少があった場合の方がそうでない場合よりもうつ傾向・うつ状態のチェック項目に該当する者の割合が高いのに対して、男性ではそのような明白な差が見られない。ただし、男性でも、わけもなく疲れた感じがする男性の割合は、そうでない場合よりも高くなっている。

(5)転倒に対する不安は大きいですか。

いいえ



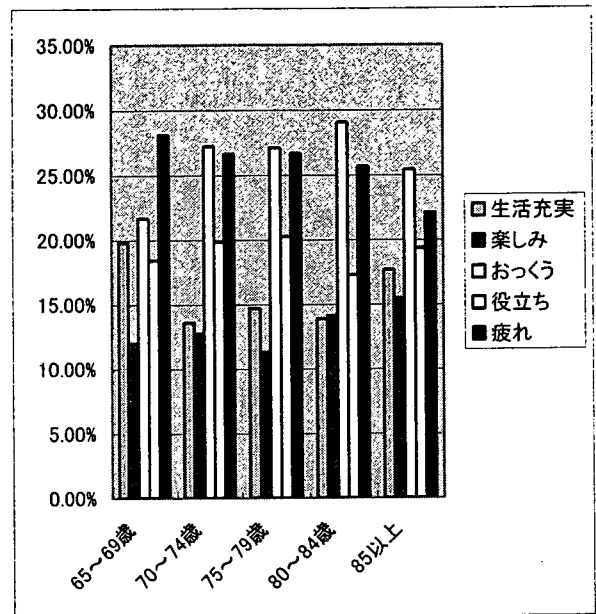
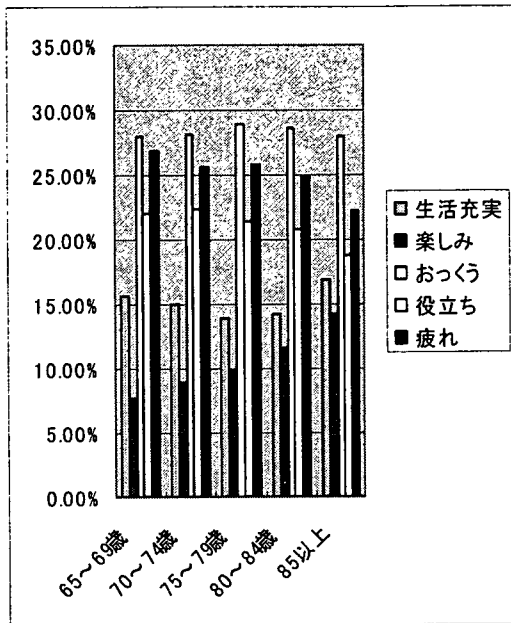
はい



(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

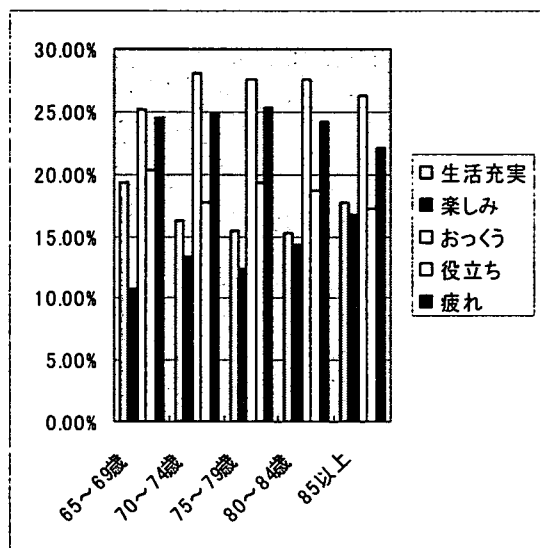
2. 2節と同じ問題意識に従い、以下では、年齢階級別に、基本チェックリストの項目別に、昨年と比べて外出が減っている男性の割合（(1)で“はい”と回答する女性の割合）を、外出行動するそれぞれの場合（(2),(3),(4)それぞれで“はい”と回答する男性の割合）と比較する。

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。

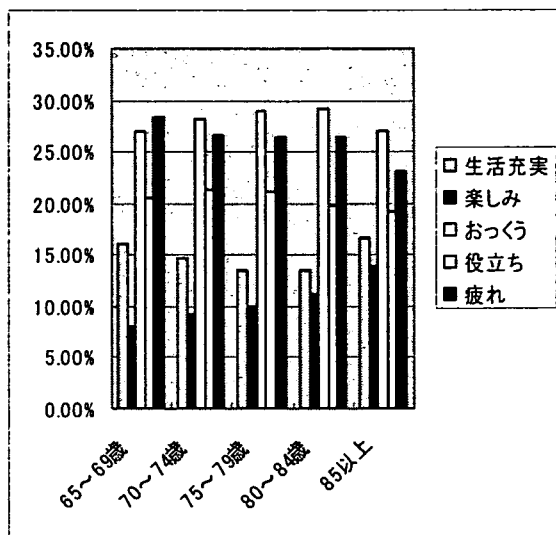
男性でも、以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる男性の割合、役立っているとは思えないと感じられる男性の割合は、昨年と比べて外出が減っている場合と外出行動それぞれの場合との間に大きな相違は見られない。

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。

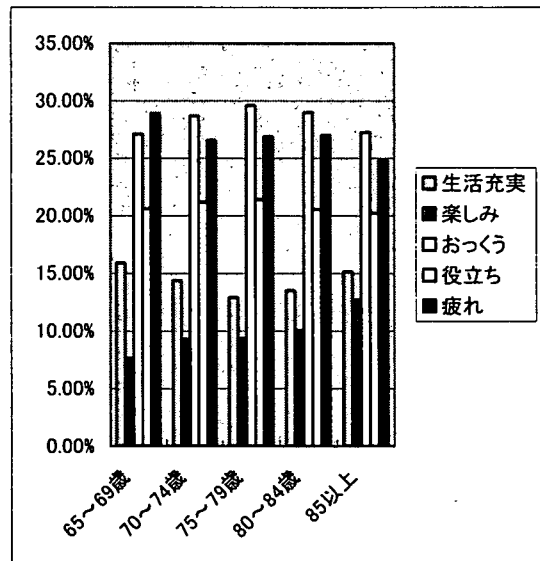
昨年と比べて外出が減っている
はい



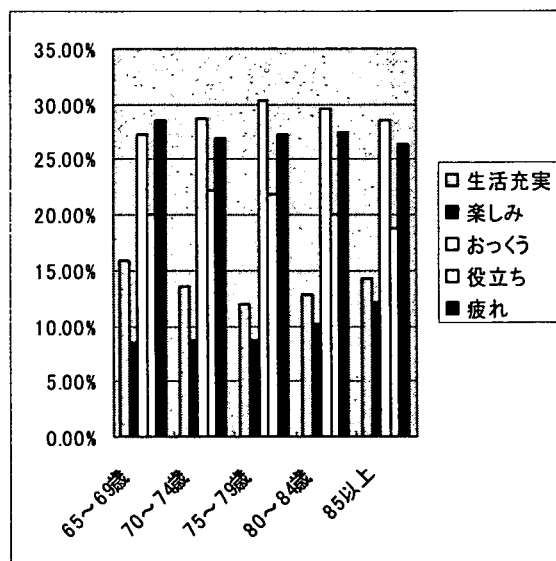
週一回以上外出する
はい



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」
分担研究報告書

2-1-1. サービス受療側からリードする可能性の試み

分担研究者 信友浩一 九州大学大学院教授

医療・看護・介護サービスはしてあげる・してもらう原理が定着した公共政策領域である。それゆえのモラルハザードとムダに気づいたコミュニティ（郡市レベル）で、参加型全体最適化プロジェクトと言えるような社会的適応運動が始まった。

A. 研究目的

ヘルスサービス（医療・看護・介護）領域の人材は、育成学部・学科が異なる事から来る部分最適の発想から抜け出しにくい、かつ、サービス現場では部分最適の発想の人材が交じり合って最適の予防・介入プログラムをつくる全体最適の発想を許さない行政とが、エンドユーザーである住民・患者・要介護者に割を喰わせている、さらに、全体最適の視点からは部分最適のサービスが多くは無効・ムダ・不公平をもたらしている可能性がある、とする。

さらにこの可能性を大にしている要因として、エンドユーザーは私的・部分的なヘルスサービスには強烈な関心はあっても、公的なヘルスサービスはしてもらうものとの信念が強く、ヘルスサービス全体の有効性・効率性・公平性への関心は薄いことがある。

従って、全体最適のために、ヘルスサー

ビス全てのステークホルダー（利害関係者：エンドユーザー、ヘルスセクターの人材、行政官）が先ずは一同に会し、死なないための、そして自立した生活を楽しめるための、最後に、意味のある人生を過ごせるための現状の医療・看護・介護はそれぞれ部分最適であることを理解し、そしてエンドユーザーが生き方・死に方を学び覚悟することでヘルスサービスの在り方をリードできるか？を試みる。

B. 研究方法

1) 対象

(1) 鹿児島県出水市病院事業あり方検討会

この委員会の場を対象とし、委員の主体的な論議が可能になる環境を委員長（信友）がつくる。委員を、当該医師会長、熊本・鹿児島大学病院長、保健担当県行政職、市民代表6名とで構成し、平成18年9月発

足、市内3自治体立病院のあり方を検討し
年度末に答申を提出する予定の委員会。

(2) 三重県志摩市医療サミット

市内5自治体立病院のあり方を探るために、全てのステークホルダーが一同に会し、世論作りを始める場を対象とした。基調講演(信友)の後に、市長、医師会長、県立病院長、県行政官、大学教員とサミット会場に参加した市民とで半日にわたりシンポジウム形式で共通の認識に立てるまで論議を続けた。

2) 方法

両対象とも共通して「死ぬシナリオを住民・患者・要介護者は持っていますか？」という問題提起から全てのステークホルダーに考え始めてもらう。そしてそのシナリオに対応した医療・看護・介護が提供されるシステムがあるのか、システムがないのであれば対応できる人材はいるのか、人材がいなければこの地でどのように発掘・育成していくのか、などを争点として論議してもらう。

(倫理面への配慮)

特になし

C. 研究結果

1) 誠実な論議

互いを非難・批判することもなく、全ての人達が当事者である意識で誠実な情報交換・意見交換が行われた。

2) 一体感の醸成

してもらう、してあげると言う発想が弱くなり、この地に何が何がないのか、を協働して考えるようになった。従来の対立(してもらう、したあげる)の関係から対話(どうなっているの、どうしてそうになったの、だからどうしたらいいの、わたしは何をしたらいいの、わたしができることがある・・・)が始まった。典型的には、自らの死に方を覚悟すると、制度行政に依存する気持ちが薄くなり実体の無い不安も薄れて来た、などの意見である。

また、皆で考えよう、サービス提供者の意見も聴いてみたい、などなど積極的にこれからの行動計画?も語り始めた。今までは、このような大事なことを語り合う場も機会も無かったな、が大方の感想であった。

3) コスト・リスクを平行して検討する発想

中央・地方政府に依存するのではなく、この地に居るステークホルダーで、まずは医療・看護・介護の現実を直視したい、との気持ちがリードしたのかヘルスサービスが継続的に提供されるためのコストが大きな話題・争点となった。国・県に頼るのではなく、この地のものが負担できる事は何か無いのか!?という提案が典型的であった。

D. 考察

適当なサイズの市であったからの結果なのかもしれないが、潜在する最大の恐怖・苦痛の源である『死』を公にかつ日常的言葉で語り合える事が実感できた。そのことが、ただただ「死にたくない」「老いたくない」心情から来る社会的適応に近かった部分適応システムに対して、全体最適をもたらす原動力になり得るのではないか、との予感がした。

E. 結論

エンドユーザーが自ら選択し結果責任も取れる「納得の」ヘルスサービス・システムを構築できる可能性を示す事が出来た。

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. 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う。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こうことが分かった。

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
あり方に関する実証研究」

研究報告書

2-1-3. 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あてて

研究協力者 渡部律子 関西学院大学総合政策学部教授

介護予防ケアマネジメントがより有効なものとなるためには、利用者のモチベーションと介護支援専門員の適切なアセスメントにもとづいた適切な達成課題の設定が必要不可欠要素である。

そこで本研究では、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あてて新制度活用の現状と課題を考察した。

その結果、①利用者の「一日の目標」をカテゴリー化したところ似たものが多かった ②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割弱であった ③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資源の必要性を考慮すると、利用者は大きく分けて「(1) 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」「(2) 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おこすことが簡単ではない利用者」「(3) 複数の疾病や進行性の難病を抱えている利用者」の三つのグループに分かれ、目標設定、必要な支援、目標達成の可能性、の側面から考えると異なるアプローチが必要な人々が同様に扱われていることも少なくなかった ④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」が出来ていないケースが少なくない ⑤困難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、個別性を尊重した具体的な支援計画を作成できている介護支援専門員もいることがわかったが、③の(3)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作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。

介護予防ケアマネジメントのより有効な実施には、利用者特性を考慮した課題設定が必要である。そのためには、介護支援専門員が相談面接力やアセスメント力を高めていくだけでなく、事業所、地域包括支援センター、行政、などの関連機関が、利用者特性によっては、より多くの時間や多様な関係機関との連携システムが不可欠であることを共通認識し、介護支援専門員の仕事の評価にこれらの事情を反映させていくことが求められている。

A. 研究目的

介護支援専門員及び利用者が記述したドキュメントの質的分析を通じて介護予防ケアマネジメント実践の現状と課題を考察すること。

B. 研究方法

A市の介護支援専門員から2006年の7月から11月に提供された要支援利用者64名分の「介護予防サービス計画・支援表」を含めた約6種類のドキュメントと支援困難事例として提出された11名分の事例記述ドキュメントを読み込み、内容分析などによる質的分析を行った。

(倫理面への配慮)

担当の介護支援専門員から利用者に対し同意を取得してもらうと同時に、提出事例に関して匿名性、秘密保持を厳守し、報告書掲載にあたっては数量化を中心としている。事例紹介は要約を用い、個人特定しにくい配慮をした。

C. 研究結果

①利用者の「一日の目標」をカテゴリー化したところ似たものが多かった ②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割弱であった ③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資源の必要性を考慮すると、利用者は大きく分けて「(1) 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」「(2) 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おこすことが簡単ではない利用者」「(3) 複数

の疾病や進行性の難病を抱えている利用者」の三つのグループに分かれ、目標設定、必要な支援、目標達成の可能性、の側面から考えると異なるアプローチが必要な人々が同様に扱われていることも少なくなかった ④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」が出来ていないケースが少なくない ⑤困難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、個別性を尊重した具体的な支援計画を作成できている介護支援専門員もいることがわかったが、③の(3)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作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。

D. 考察および E. 結論

今回の分析から、困難事例であっても適切なケアマネジメントを実施できている介護支援専門の存在が明らかになった。同時に更なる訓練により介護支援専門員が高めていくべき、面接、アセスメント、具体的で達成可能な支援課題設定などの能力も見えた。より有効なケアマネジメント実践のためには、利用者、事業所、医療/福祉などの従事者、地域包括支援センター、行政、といった関係者が、介護支援専門員による介護予防ケアマネジメントに対するより深い理解を持ち、その上で仕事の評価をすることが望まれる。利用者の特性に応じてケアマネジメントに必要な時間や資源、達成課題が異なるため、支援方法や成果評価が一律ではないことを認識する必要がある。

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

第2章 第一節 制度・行政面からの対応と課題

研究報告3. 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あてて－

渡部律子（関西学院大学総合政策学部 教授）

I 目的

2006年4月実施の改正介護保険制度下の介護予防ケアマネジメントでは、介護支援専門員がこれまでより以上に具体的な目標を設定し、その達成をめざすことが強調された。そのため、定型の「介護予防サービス計画・支援表」が新たに作成され、介護支援専門員は、利用者の「一日の目標」「一年の目標」、「運動・移動、日常生活、社会参加・対人関係・コミュニケーション、健康管理の4領域別課題に関する『家族・本人の意向』をも含むさまざまな情報」、「達成課題」「総合的方針」などをこの「介護予防サービス計画・支援表」に記入し、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が最終的にチェックをする、というシステムができあがった。新制度実施にあたり、介護支援専門員の間には単なる変化を目前にした戸惑いや不安以上の思いが広がっていたようである。¹ それは、制度改正の理由のひとつとして、介護支援専門員のケアマネジメントの不適切さが指摘されていたためでもある。

では、介護支援専門員がどのような仕事をすれば、より有効なケアマネジメントが行われたと評価できるのであろうか。この問いに答えるのは容易ではない。それは、ケアマネジメントの成否が個々の介護支援専門員の努力のみで決まる性質のものではないからである。介護サービス事業所、医療・福祉関係者、地域包括支援センター、行政、介護保険サービスの利用者、といった介護保険サービスに直接関わる者とともに、地域住民すべての意識と活動がケアマネジメントの結果に影響を与えるのである。

本研究は、ケアマネジメントの有効性が地域全体としての問題への取り組みなしには成立し得ないことを理解した上で、利用者と介護支援専門員との関わりの分析を通して、要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題を考察することを目的としている。この目的のため、大きく分けて2種類の分析を実施する。第1の分析は、「介護予防支援サービス支援計画分析」と名づけられたもので、「介護予防サービス計画・支援表」など6種類のドキュメントの読み込みを通して、介護予防ケアマネジメントの実践状況を質的分析する。ここでは、(1)利用者たちはどのような生活をしたいと望んでいるのか、(2)利用者の希望を含めた利用者特性や個々の状況がどの程度「総合的な方針」に反映されているか、(3)予防給付サービスそのものからメリットを得る程度と介護支援専門員が利用者とサービスとの「結びつけ」以上の仕事を行う必要性の程度の2点から検討すると、利用者はどのようなグループに分けられるか、(4)事例の詳細を見ることで浮かび上がってくる新制度下でのケアマネジメント実践の課題

¹渡部律子（2006）「新予防給付におけるケアマネジメントの現状・課題・対応策」『月刊総合ケア』第16巻、第8号、p12-17.

は何か、の4点を見ていく。第2の分析は、「介護予防困難事例分析」と名づけられたもので、支援困難事例と呼ばれる事例の特徴とそれらに対する介護支援専門員の対応のあり方を考察し、支援困難事例で介護支援専門員が実践することを要求される「サービスと利用者との結びつけ役割（ブローカー役割）」以上の役割とその役割達成を支えるシステムはどのようなものかを整理していくものである。

II 対象および方法

1. 研究対象地域の概要

本研究のデータは、中国地方のA市の介護支援専門員から提供された約6種類の質的ドキュメントである。同市は面積約530平方キロメートル、人口約20万人、2005年3月31日の市町村合併で、一市6町1村が合併してできた、観光とものづくりをかかげる市である。全人口に占める65歳以上人口の割合は約22%である。人口の約72%が第三次産業、22%が第二次産業に従事している。

地域の特性としては、従来から公民館を中心とした地域福祉活動や老人保健事業に積極的に取り組み、地域で多職種が連携して支える活動が行われていたことがあげられる。また、公的介護保険が始まって以来、行政と実践現場が連携を取りながら、介護保険利用者の実態の理解や介護支援専門員の資質向上のための研修を積極的に行ってきたという特性もある。

2. 介護予防サービス支援計画分析

(1) 対象データとデータ収集時期

対象データは表1に示すように、2006年4月から7月の3ヶ月間で達成期間の評価が行われた対象者のうち、介護支援専門員が本研究の趣旨を理解して、提出の呼びかけに応じてくれた64名分の介護予防サービス支援計画表を含む6種類のドキュメントで、2006年7月から8月にかけて集められた。この6種類のドキュメントの詳細は表1に示すとおりである。①の介護予防サービス支援計画表にあった利用者の基本属性（年齢、性別、必要と考えられたプログラム）、利用者が述べた「一日の目標」「一年の目標」、介護支援専門員が記述した「総合的な方針」がすべてデータベースとしてマイクロソフトワードの表に入力された。②から⑥までのデータは事例理解のために必要に応じて読み込んだ。

さらに詳細な事例分析を行うために、64事例の中から無作為抽出で約10分の一に相当する6事例を抽出した。事例の抽出にあたり、トランプカードを使って64の10の位にあたる「0」から「6」までのカードから無作為に一枚を、その後、一の位になりうる「0」から「9」までのカードから一枚を無作為に選択した。その結果選択された数字は「24」であった。そこで事例番号「24」を第一番目の事例として選択し、そのあとは、10番ごとに34、44、54、64、14、の合計6事例を選択した。

表1 分析1の対象となった6種類のドキュメント

対象ドキュメント	内容
①介護予防サービス支援計画表	介護支援専門員が利用者とともに記入していく。1日および1年の目標とする生活、運動・移動、日常生活、社会参加・対人関係・コミュニケーション、健康管理、の4領域に関する詳細なアセスメントとそのアセスメントに基づいた目標。目標の支援計画が記述される
②A市版基本チェックリスト	国が作成した「基本チェックリスト」25項目にA市が独自事業で行っている5項目を加えた30項目からなる利用者の心身の状況を把握するためのチェックリスト
③介護予防支援経過記録	サービス担当者会議の要点をも含めた介護予防支援経過の要約
④利用者基本情報	利用者の住所、日常生活自立度、家族構成、簡単な医療情報、生活歴、既往歴、などを含めたフェースシートに該当する
⑤日常生活の状況に関するアセスメント票	合計35項目。サービス開始前に記入される日常生活での痛みの有無、疾病の有無、発音状況、口腔清掃などを含む15項目の阻害要因/機能評価/リスク評価、同じく15項目の日常生活活動状況の自立度評価、2項目からなる移動手段の評価、3項目からなる外出頻度とその目的を尋ねる外出頻度のチェック
⑥日常生活の状況に関する追加自己チェック票	30項目。利用者本人が記述する。「横断歩道を青信号の間に渡りることができるか」「年金などの書類がかけますか」「自分が無力だと思ふことが多いですか」「口の中に食べ物が残ることがありますか」といったような、身体能力、手段的日常生活、精神衛生といった領域に関する28項目を「はい」「いいえ」で回答し、「ご自分の健康状態をどのように感じていますか」「同年代と比べて、ご自分の体力をどのように感じていますか」という総合的な主観的健康状態の評価を5段階と4段階で行うに項目できている

(注) ①から⑥のうち、①③④は、「介護予防支援業務に係る関連様式例の例示について（通知）」（厚生労働省老健局振興課長、老振発第0331009号平成18年3月31日）によって、国が通知で示したものである。②は、国が作成した「基本チェックリスト」25項目にA市が独自事業で行っている5項目を加えた30項目からなる利用者の心身の状況把握するためのチェックリストである。⑤⑥は、2005年度にA市が実施した「新予防給付モデル事業」でのアセスメント、評価等関連帳票を見直し、使用している。

(2) 分析内容・方法

(4種類の分析の目的と方法)

この分析の主目的は前述したとおり、介護予防に関するケアマネジメントの実践状況を考察することである。今回の法改正の目的のひとつは、明確な目標を設定しその目標にあわせた具体的支援計画を作成することで「介護予防」を促進することであった。この目標達成には、支援目標と支援計画の適切さが必要不可欠である。それらが、不適切であれば、支援目標も計画も実態にそぐわず成果をあげることができない。言い換えれば、支援目標は、利用者の個別性を考慮した実践可能性の高いものでなければならない。さらに、利用者が目標達成に対するモチベーションを高められ、かつ、その成果がわかりやすい具体性を持ったものになっていることが必要である。そこで本研究では、以下の4種類の分析を実施した。

表2 4種類の分析

(1) 全事例を対象にして、利用者がどのような目標をどの程度具体的に述べるができるのかを理解するために、利用者の望む「一日の目標」のカテゴリー化を行う。
(2) 全事例を対象にして、介護支援専門員が記述する「総合的な方針」が、どれほど「総合的なもの」になりえているかを基準にして分類する。
(3) 全事例を対象にして予防給付対象者のカテゴリー化を行う。この作業のために、表1の①から⑥までのドキュメントを読み込む。その際、特に②のチェックリスト項目のうち、精神衛生関連項目である、21から25、③の経過、④の家族状況、生活歴、疾患、既往歴、⑤の阻害要因/機能評価/リスク評価、⑥の主観的な健康状態、体力の判断である項目29、30に着目する。 そして、それぞれの利用者が予防給付サービスから受けるメリットを考えながら、利用者の分類を行う。予防給付サービスは、利用者が持つ特性により、その支援のあり方を考慮していく必要があると考えられる。そこで、予防給付サービスそのもの自体が非常に有効になりうる利用者と介護支援専門員が利用者に対してさらなる働きかけをすることが必要な利用者の弁別のためを見つめる。
(4) データの中から無作為に抽出された6つの個別事例の紹介を通して利用者特性と支援のあり方の関連性を考察する。同時に、適切な支援提供につながるドキュメントの利用の仕方について、特に「介護予防サービス・支援計画表」に焦点をあてて分析も行う。

3. 介護予防困難事例要約記録分析

(1) 対象データとデータ収集時期

介護予防事例の中で担当者が特別な配慮が必要であると判断した事例の要約記録とそれらの事例の経過報告記録11事例のうち、データが不十分であった2事例を除く9事例である。データは11月中に、収集された。

(2) 分析内容・方法

9事例を読み込んで、それらの事例に見られる共通点とより適切な支援を提供するためには介護支援専門員がどのような役割を取る必要があるかを考察する。

III 介護予防サービス支援計画分析の結果と考察

【利用者の基本属性】

64事例の利用者の性別内訳は、下の円グラフの通りで、女性が約70%、男性が約22%、残りは欠損である。対象者の年齢は平均が81.4歳(S.D=6.4)であり、最年少が69歳、最年長が94歳であった。対象者が最終的に使うことになったプログラムの種類で最も多かったのは、運動器の機能向上に対するもので、次が閉じこもり予防であった。一人の対象者が複数のプログラムを利用することがあるので、合計は64を超えている(表3)

グラフ1 利用者の性別割合

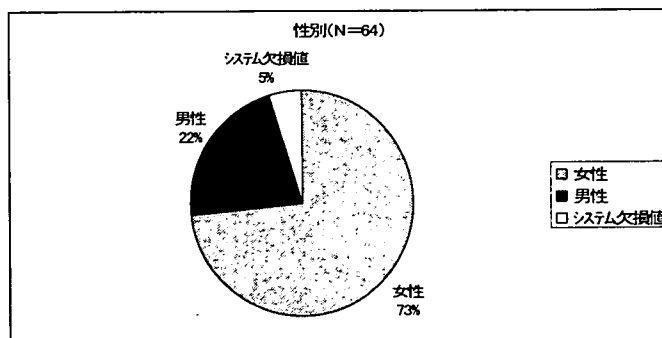


表3 利用者の使用するプログラムと割合（複数回答総数 106）

プログラム	人数(人)
運動器の機能向上	46
栄養改善	6
口腔機能の向上	6
閉じ込めり予防・支援	30
認知症予防・支援	12
うつ予防・支援	6

【4つの分析】

(1) 利用者による「一日の目標」のカテゴリー化

カテゴリー化に当たっては、64事例の「一日の目標」を二人の評定者が読み込み、話し合いをしながらそこに見られる内容からカテゴリーを抽出した結果が下のグラフと表に示されている。一つの目標の中に複数のカテゴリーが入っているときには、それらを全て抜き出した結果 105 の回答があった。利用者により一日の目標を尋ねた際に語られた目標というものは、12 のカテゴリーに分類することができた。それらのうちもっとも多かったものは「外出と動く機会」と名づけられたもので、外出の機会を増やしたい、動く機会を増やしたい、というものであった。次に多かったのが「食事」と名づけられたもので、食事を美味しく食べられること、といったものであった。三番目は「交流」「無事・問題なく、現状維持」であった。

全体を通してみると、利用者たちの述べる目標が似ていることがわかる。典型的な一日の目標の実際の記述例を出すと、「体調を整え、食事が美味しく食べられる。」(②と③)、「食事が三食美味しく摂れる。転倒することなく生活できる。」(③と⑤) などであった。理由として考えられることは、この質問が実は簡単に答えられるものではないために、一般的に言われている「XX であれば満足」という考え方を述べたか、あるいは、面接の目的を察して適切な答えを述べたか、ということである。実践現場の声を聞くと「目標にしたいことは何ですか？」と聞かれたときに、即答できる人はそう多くはないこと、目標を引き出すのに苦労していることがわかる。² 人は自分自身が持っている目標のためなら、課題達成のためにより努力をする、という考え方に基けば、利用者により「一日」、「一年」の目標を語ってもらうことは意味のあることである。しかし、毎日あるいは一年の目標を明確に述べられる人は、自覚の高い人であり、他の人よりも積極的に自分の課題設定ができ、課題達成に対するモチベーションも高い可能性がある。しかし、現在の支援計画表では述べられた目標の背景がわからない。この「目標」が、面接のどの時期にどんな形で語られたか（例：始めに利用者から積極的に語った、終わりごろ介護支援専門員が利用者の話をまとめる形で述べた、など）を記述することができれば、この「目標設定への関わり方」と「設定課題の達成度」の関連を予測するてがかりになるかもしれない。

² 筆者がこれまで様々な地域の介護支援専門員の人たちから非公式に聞かせてもらった感想である。

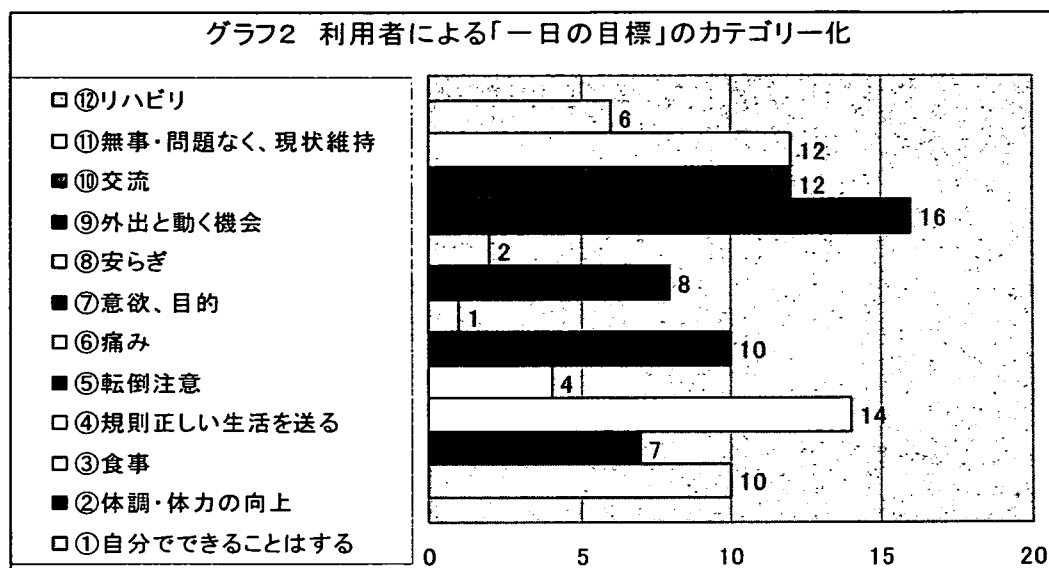


表4 利用者による「一日の目標」内容のカテゴリー化とその例（複数回答総数 105）

番号	項目	記入例	数
①	自分でできることはする		10
②	体調・体力の向上	体調が整う、体力がつく、より元気になる。	7
③	食事	食事がおいしく食べられる、食事をしっかりとる、きちんとした食事	14
④	規則正しい生活を送る		4
⑤	転倒注意	転ばない、ケガをしない	10
⑥	痛み	痛みが悪化しない、痛みがない	4
⑦	意欲、目的	楽しくハリのある生活ができる、（意欲ある）生活を楽しむ、笑って生活（目的ある）	8
⑧	安らぎ	安らぎのある生活、気持ちよく生活（問題なし）	2
⑨	外出と動く機会	外出の機会を増やす（散歩、歩く、買い物）、動く機会を増やす	16
⑩	交流	人と会う、話をする、行事参加、デイサービス、趣味	12
⑪	無事・問題なく、現状維持	元気で過ごせる、健康でいる（頭の健康）、体力維持、迷惑をかけない、体調よく過ごせる	12
⑫	リハビリ	テレビ体操、体操をする	6

（2）利用者による「一日の目標」と介護支援専門員による「総合的な方針」の関連性

利用者の一日の目標と介護支援専門員が全ての情報を統合して記述する総合的な方針の比較を試みたところ、書類の不備（総合的な方針が記述されていないなど）が14事例あり、50事例のみが分析の対象となった。両者を読み比べてでてきた大きな3つのカテゴリーとその割合は表5の通りである。

一番目は、総合的な方針に介護支援専門員の得た様々な情報が反映されることなく（前述したように6種類のドキュメントを使ってアセスメントが可能である。特に第一番目のドキュメントでは、4つの領域における詳細な課題の分析を行っており、これらを統合することが期待されている）、一日と一年の目標を殆どそのまま言い直しているもので約50%あった。

例えば、一日と一年の方針が「体調を整え、食事が美味しく食べられる。元気にデイケアに参加できたり、家のことができる。」と「足腰の力がつき、元気で庭の草取りや近所へお茶をしにいけるようになる」と記した利用者の総合的な方針は、「食生活などの日々の健康管理に気をつけながら、体力やよい体調が維持できるようにしていきましょう。そして、デイケアに毎回楽しく参加したり、家のことをしながら足腰の力をつけて散歩や外出ができるようにしていきましょう。」であった。

二番目は、総合的な方針に介護予防サービスが主に記述されているもので約12%あった。

三番目は、総合的な方針に介護支援専門員の得た情報が統合されて入っているもので、本来総合的な方針として期待されているものである。全体の約38%がこのような方針を立てることができていた。第3番目の分類に入る例を出すと、一日の目標と一年の目標が「体調の良いときには、なるべく歩くように心がけています。(近くの整形外科への受診、近所の散歩)」と「××へ歩いて花見へ出かけたい。そのために歩行練習を積み重ねたいと思う。」に対して、介護支援専門員による総合的な方針は「現在、天候や体調が比較的よいため、意欲的に外出や散歩に自主的に取り組んでいる。シルバーカーや杖を使用しないと外出ができないという思いがあるが、シルバーカーや杖を使用すれば転倒の危険が少なく、安全に外出することができるという意識に変化していかないと、転倒する可能性あり。また、家族の支援によって、体調が悪化しないように、定期的な受診や服薬の管理をしていくことが最も大切。」とかかれており、介護支援専門員が訪問面接で得た情報を使いながら、利用者の目標をより具体的にしていることがわかる。

表5 利用者による「一日の目標」と介護支援専門員による「総合的な方針」の関連性

番号	カテゴリー	数 (%)
①	ほとんど同じ	25 (50%)
②	提供する介護予防サービス	6 (12%)
③	介護支援専門員の情報がいったもの	19 (38%)
合計		50 (100%)

(3) 利用者それぞれが持つ特性によるグループに分類：予防給付サービスそのものからメリットを得る程度と介護支援専門員がサービスとの結びつけ以上の仕事を行う必要性の程度の2点からの検討

ドキュメントを見ていくと、利用者の中には少なくとも以下のような人々が含まれていることが分かった。

①介護予防サービスに参加することがきっかけとなって、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

このような利用者たちは、ドキュメント内の精神衛生、健康観、などの自己評価が高く、かつ身体機能の衰え以外にはとりたてて大きな問題を持たず、セルフケア力を持ち、自分自身の健康維持・向上に対して関心が高い。

②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おこすことが簡単ではない利用者

その背景に、うつ症状、低いセルフコントロール観なども見られる。チェックリストで、健康を低く評価していたり、悲観的な見方をしたりしている人々はこれにあてはまる可能性が高くなる。これらの利用者の一部には、デイサービス中だけは活動を行うが家では行わなかったり、デイサービスが中止されるとこれまでの活動を一切行わなくなったりする人々が含まれている。つまり、健康維持・向上に対する内発的なモチベーションが低い人々であると推測される。このような利用者に対して介護支援専門員が存在することの意味は大きい。時間はかかるが、長期的にこれらの利用者が健康維持・向上のための行動が自分の生活全般にとってどのような意味を持つのか、を理解するのを促進する役割を果たすことが必要となる人々である。

③複数の疾病や進行性の難病を抱えている利用者

パーキンソン病、ALSなどの進行性の難病を抱えている、あるいは、複数の疾患を抱えている利用者たちで、医学的なケアが第一に考えられなければならない人々である。予防給付サービス利用が成果をあげる大前提として、患者が痛みなどのコントロール可能性、などを含めた疾病の理解をもつことで、病気に付随する不安や辛さの軽減が最低限必要である。しかし、利用者たちの中には、自分たちで必要な情報を収集し医療関係者と話し合う機会を作ることが出来ない人々もいる。このような利用者に対して、介護支援専門員や地域包括支援センター職員などは利用者の代弁者として、又仲介役としての役割を果たすことが期待される。まず、利用者の状態を把握し、適切な医療関係者とのコミュニケーションの仲介者となりながら、予防給付サービスが適切な側面を支援していくことが必要となる。

(4) 新制度実践上の課題：無作為抽出した6事例のより詳細な分析から見える予防給付ケアマネジメントの課題

選択された6事例は、先の研究方法で述べたとおり、6種類のドキュメントのすべてを詳細に読み込みそこに見られる課題について考察を加えたものである。

【6事例の概略と課題】

①事例番号 14

80歳代前半の一人暮らしの女性。健康状態をあまりよくない、体力をやや弱いと評価しており、ドキュメント②に含まれている精神衛生の21番～25番の項目でも全般的にネガティブな評価が多く、「自分が役立つ人間と思えない」などと評している。地域の会にもあまり出ず話をする友人もあまりいない。しかし、支援の目標は早めの受診、食事に気をつける、庭を花でいっぱいにするとなっており、それらの支援ポイントに利用者の個別特性が反映されていない。

この利用者については孤立していく可能性があるが、そのことは総合方針に「閉じこもりにならないようにしましょう」という記述があるのみで、具体策が立てられていない。本人がセルフケアとして何が出来るかについて実践していることが確実にわかるような目標の設定が可能であろう。より適切な支援のためには、「自己評価」の低さと「孤立の可能性」に着目した計画が必要である。