

## ②事例番号 24

70 歳代後半の女性。体力に自信なし、痛みがある、両膝に人工関節を入れており両下肢の筋力が低下している。ドキュメントからは生活に充実感を感じることができず、自信のなさも伺える。介護支援専門員は精神的フォローが必要だとしているが、目標のひとつである「外出する機会を増やす」ということをデイサービスに行くことで解決されると想定しているように見え、介護保険サービスのみで支援をしようとしているようである。

本事例では、本人がデイサービスに行くことが楽しみと述べているので、これが適切な支援に繋がっている可能性はあるが、「デイサービス＝楽しみができる」という発想が利用者の特性によっては適切でないことがある。本人のセルフケア記述では、実践度が確認できるような記述になっているものと抽象的なものが混在している。

フォーマルなサービスに期待できることと、介護支援専門員が本人と一緒に作成し、本人が努力をして実践しその成果を確認していける支援目標の両方が必要であろう。

## ③事例番号 34 \*

70 歳代後半の女性。日常生活で痛みがあり、また麻痺もある。屋内も外出時も杖を使用している。健康状態をあまりよくない、体力がかなり弱いと評価している。足腰の力をつけ、安定歩行ができることを目標にしており、そのための支援は訪問リハビリテーションである。もう一つの目標は体重や体力を低下させないことであり、これに関しては栄養指導、定期受診、臥床時間の減少など、具体的な本人によるケア計画は立てられている。

痛みが慢性的にある人に対して介護支援専門員は、そのコントロールがどの程度可能であるかを医療関係者と利用者の中で仲介者の役割をとって明確にしていくことも必要であろう。この介護支援専門員は、健康状態があまりよくない利用者の日常生活をかなりしっかりと把握できているようであり、それをもとに具体的な支援計画が立てられていることは評価に値する。

## ④事例番号 44

60 歳代後半の女性。パーキンソン、糖尿病性網膜症のための視力低下があり、かつ夫を三ヶ月前に亡くしている。健康状態に関しても主治医の意見書にはうつ病と診断されており、不安感、心気症が継続している。

このように、複数の疾病を持ち、かつ、鬱症状のある利用者に対しては介護予防の支援だけでは限界があると考えられる。毎日の生活に満足はしておらず、自分が無力だと感じており生きていても仕方がないと感じるという記述も見られる。また自分の健康状態については、あまり良くない、体力もないという自己評価を行っている一方、このような障害を持ちながらも自立している項目も多く、本人の強さがそこに現れている。支援目標が受診時にタクシーを使うことやそれに関する注意事項、食事の支度を自分でするということであるが、利用者の精神的な課題にはもちろんこれだけではケアが不十分である。

複数の障害を持っていることで身体機能の喪失経験をしている。さらに配偶者の喪失も重なっている利用者である。介護支援専門員には、このような喪失体験の持つ意味を理解し、その人の回復のスピードを見極めながら「支援計画」を作っていく必要があるだろう。周囲の者が理解を示さず、問題への適応をせかすすぎること、問題が逆に長期化することは、これまでの「配偶者喪失」研究でも指摘されていることである。知識の応用、個別性の尊重がひいては、良い結果に繋がることを心に留めておく必要がある。

## ⑤事例番号 54 \*

80 歳代前半の女性。膝と腰に痛みがあり、円背があり、かつ心臓疾患の持病を持っているにも

関わらず現状でも休み休みであっても歩行、家事を行い、身だしなみも整えている。彼女の日常生活状況の自己チェック表を見ると（ドキュメント②）新聞を読んでおり（質問項目（7）、毎日の生活に満足（12）しており、毎日が退屈（13）だとは思わず、自分の健康状態（29）は「まあまあ良い」と評している。更に、A市基本チェックリストの精神衛生に関する5項目（項目21～25）は全て「いいえ」である。

客観的に見ればこの利用者の状況をもっと悪く評価することも可能であるが、本人は主観的には自分の状況をかなりポジティブに捉えていることが分かる。ここから、この利用者の力を見て取ることができる。これが分かれば、介護支援専門員は目標を設定するときにも本人が積極的に目標にむけて努力をするであろうと推測することができるはずである。事実、この事例では利用者は設定された目標を達成している。本人の持つ力をしっかりと見極めることができれば、目標達成の可能性もあらかじめ予測することができるであろう。

#### ⑥事例番号 64

80歳代後半の女性。様々な調査票に利用者が記述している内容に矛盾があり、現状の評価が一貫していない。他の多くのケースにはついていなかった事後評価がこの事例にはついていたため、利用者が介護支援専門員やケアマネジメントサービスをどのように受け取ったかを読み取ることができた。「安定して歩行できるようになる」という目標を立て、支援策としては機能訓練、セルフケアとしては本人の散歩を設定していた。

機能評価表を見ると、測定結果には成果が現れていないことがわかる（椅子からの立ち上がり時間だけ短縮している）。サービス評価表を見てみると、本人が転倒の不安のため設定した目標の「散歩」を積極的に行わなかったことが明らかである。更に、もう一つの目標であるヘルパーと一緒に掃除をすることも痛みのために達成できなかった。このような結果は、前述したように本人が記述したドキュメントの矛盾からも予測できるし、介護支援専門員がアセスメント面接の際に本人の意欲をある程度確認することができれば予測できたであろう。本人が恐怖心のため或いは痛みのため、設定した目標に向かって積極的に努力をすることができない、ということは予防給付の支援で頻繁に起こることであると考えられる。

事例番号 54 とこの 64 の大きな違いは、本人の現状認識にある。このような利用者に対して何ができるかをしっかりと考えていかなければ目標を設定してもその目標が達成できないまま時間が過ぎていくことと思われる。利用者のモチベーションをいかにして高めるかは非常に難しい課題である。熟練度の高い臨床家であっても、時間をかけて本人の力をアセスメントし、その上で本人の状況に見合った小ステップを作っていかなければならない。

モチベーションの高まらない（恐怖心や痛みの強い利用者）人々に対しては、より時間をかけ大きな目標を設定しないことも必要かもしれない。また、目標が達成されない理由が単に介護支援専門員の力量だけでなく、利用者の特性と介護支援専門員の力量の相互関係から出てくることを忘れてはいけない。

以上、無作為抽出した6事例を詳細に見ると、これまでの分析で見えてきた全体的な課題がさらに明確になったようである。6事例のうち\*印をつけた事例番号 34 と 54 以外は、残念ながらドキュメントに見られる利用者情報を総合的にアセスメントして課題設定されていない。支援ポイントに利用者の個別特性が反映されておらず、それもあって課題の達成を評価できるような形で具体策が立てられていない。公的サービス以外の支援が必要な場合には、

フォーマルサービスで達成できることと、それ以外の方法で達成できることを弁別する必要がある。例えば、本人努力によりセルフケア力を高めていくなどの課題を介護支援専門員が本人と一緒に作成し、その成果を確認していくことで、利用者自身が自信とセルフコントロール感をつけていくことが出来ると考えられる。

すでに（３）の分析のところでは利用者の中には予防給付サービスを中心とした支援で生活改善が見込める人々とそうでない人々がいることを指摘したが、上記の６事例の中にその例が見られる。例えば痛みが慢性的にある事例 34、複数の障害により身体機能の喪失経験をした上に配偶者喪失も経験している事例 44 である。これらの利用者に対して介護支援専門員は公的介護保険と利用者をつなぎ付ける「ブローカー」役割<sup>3</sup>だけでは十分でないことがわかる。このような場合に、介護支援専門員の役割認識と力量が問われるだろう。事例 34 では、介護支援専門員がブローカー以上の役割を果たし、成果をあげていることがわかる。医療関係者と利用者との間で仲介者の役割をとって痛みのコントロールがどの程度可能であるかを明確にしていくことで、利用者のそのほかの課題達成を促進している。事例 44 のような場合には、このような喪失体験の持つ意味を理解できれば、利用者がセルフケアに対してモチベーションを高める状態に無いことがわかる。つまり、より適切な支援は、この利用者の喪失体験からの回復スピードを見極めながら「支援計画」を作っていくことであろう。

事例 54 は、介護支援専門員が目標を設定するときに、「本人の力を適切に見積もること」と、「利用者本人の心理状態や意欲によっては身体機能以上のことが達成できること」の 2 つを示しているようである。例え、身体的に様々な障害を持っていても、本人が意欲的で、地道に積極的に目標にむけて努力をする利用者であれば普通は達成できない課題を達成できるのである。この事例では、利用者から得られた情報を総合的に見ていくことでより適切な支援計画が立てられ、その達成可能性も高まることがわかる。その一方で、事例 64 のように、モチベーションの高まらない（恐怖心や痛みの強い利用者）人々に対しては、より時間をかけ大きな目標を設定しないことの必要性もわかる。

#### （５）まとめ：介護予防サービス・支援計画の現状と課題

これまでの４つの分析を通して見えてきたことは、以下の３点にまとめることができるだろう。

##### ①初回面接で得られている様々な情報と利用者の心身状況把握のためのチェックリストな

どの補足資料が統合されて利用者の目標設定をしている割合は高くない（約 4 割弱）。このような現状は、渡部と料所（2006）<sup>4</sup>がある大都市の介護支援専門員リーダー研修参加者の 75 事例を分析した結果、約 35%の介護支援専門員のみが「情報収集・問題把握ができていた、あるいはその試みが見られた」という結果と非常に似通っている。そのため、利用者に対して達成度の評価が可能な形で目標設定ができにくい。介護支援専門員たちが利用者のゴ

<sup>3</sup> ケアマネジメントにはさまざまなモデルが存在する。その一つが、「ブローカーモデル」でありケアマネジャーの主な役割は「紹介機能」（結びつけ機能）である。ケアマネジャーがより広い役割を果たすことを期待するモデルも存在する。参考文献：白澤政和・渡部律子・岡田進一 監訳（1997）「ケースマネジメントと社会福祉」ステファン・M/ローズ編 ミネルヴァ書房・

<sup>4</sup> 渡部律子、料所奈津子（2006）「介護支援専門員の困難事例分析：ソーシャルワーク機能に焦点をあてて」School of Policy Studies Working Paper Series, 33, 2006, February.

ール設定に苦勞していることがわかる。

予防給付では、支援目標を利用者の述べる短期目標と長期目標をもとにしながら作成していくことになっているが、利用者たちの語るゴールは似通っており、これらだけに頼って「今後の達成課題」が作成されれば、利用者特性を考慮した達成度評価可能な形にはなりえない。利用者の望みや意思を取り入れながら支援計画を作成することは重要なことであるが、利用者の真の望みや意思を聞かせてもらうためには高い面接力が要求され、時には時間もかかる。ドキュメントに記述された利用者や家族の意向が「建前」であれば、それをもとにして作成された支援目標は達成されにくいはずである。

介護予防サービス・支援計画表は、そのアセスメント領域が(1)運動・移動、(2)日常生活(家庭生活)、(3)社会参加・対人関係・コミュニケーション、(4)健康管理、の4つに分かれており、それらの全てに関して、①現在の状況、②本人・家族の意欲・意向、③領域における課題(背景・原因)、④総合的課題、⑤課題に対する目標と具体案の提案、⑥具体案についての意向(本人・家族)、⑦目標、⑧目標についての支援ポイント、⑨本人などのセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス、⑩介護保険サービスまたは地域支援事業、⑪サービス種別、⑫事業所、⑬機関、の13項目を記入していくことになっている。

理論的には支援の目標設定には、確かにこれらの項目を明確にしていく必要性を感じるが、実際に記入された内容をみていくと重複が多く、13項目に分類した意味がないと判断されるものも少なくない。特に④の「総合的課題」は、(1)から(4)の領域を全体的に見て、それらの関連性を考慮した課題を抽出することが期待されていると推測されるが、この作業には介護支援専門員がそれまで得た情報を統合する「高いアセスメント力」が要求される。このような難しさゆえ、4つの領域別の課題を、少し表現を変えて記述する介護支援専門員が多い。⑤の「課題に対する目標と具体案の提案」と⑦の「目標」に部分がほとんど同じになるのは、⑥の「本人・家族の意向」が⑤を訂正するような内容である場合が多いためだと考えられる。

しかし、本来⑥は、⑤でだされた「具体策」にどの程度の実行可能性があるかと「本人」「家族」が見積もっているかを記述すべき項目である。そこに焦点をあてしっかりと本人・家族の「実践可能性の見積もり」「実践可能にするために何が必要か」「何が不安か」を聞くことが重要であろう。それを明確にすれば、自然に⑧の支援ポイント(どこに気をつけて支援を行うべきか?)が出てくるし、そのポイントを押さえるために、「誰が何をすべきか」を考え、その思考が⑨の本人、インフォーマルサービスに期待することと、⑩の介護保険サービスに期待することが弁別されてくるはずである。

②上記の問題の原因のひとつは、新予防給付の対象者の中に、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含まれているにもかかわらず、予防給付サービスを中心にした支援目標および支援計画をたてていることがあげられるだろう。

マクスリー(Moxley, 1994)<sup>5</sup>も、ケアマネジメントにおける課題設定に関して、「・・・人の認知、行動、身体、感情、そして対人的な力量に左右される。」と述べ、「標準的で一面的

<sup>5</sup> デイビッドPマクスリー著 野中猛・加瀬裕子監訳(1994)『ケースマネジメント入門』中央法規

な基準で利用者の機能を測定」(p159)することを避けるように忠告している。事例分析から利用者が、「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」「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」の三種類に分けることができると考えられる。現時点では、これらの人々が同様に扱われているために、新予防給付というサービスの評価測定が適切に行われまいと推測される。

Hepworth, Rooney, & Larsen ら (2002)<sup>6</sup>は、利用者が目標を達成するかどうかを決める主要要素は利用者の自己効力感、つまり「自分にできる」という期待とそれを信じることである、と述べている。このような要素が考慮されて始めて、より適切な新予防給付の目標達成度評価が可能になると考えられる。

③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が、一方でこの個別性が考慮されないまま支援計画をたてている介護支援専門員の存在も明らかである。

その背景には、前述したように利用者特性が考慮されていないことと、ドキュメントが適切に利用できていないことがある。特に「介護予防サービス・支援計画表」記入の際にそれぞれの項目間にどのような関連があり、それらがどのように「具体性を伴った実践可能性の高い目標と支援計画」に繋がっていくのかの理解が不十分であるようだ。

事例を詳細にみていくと、さらに「知識の応用」の欠如があることがわかる。人生で困難な出来事に出会ったとき人はどのようにその状況に対処していくのか、という「ストレス対処」に関する知識を用いることが必要だろう。ストレス対処研究では、個人特性（本人の健康、認知能力、人間関係形成力、経済力、過去のストレスへの対処法の習得状況など）、環境（他者からのサポートの量や質）などが相互に関連し合って出来上がる「対処法の違い」の理解を深める知識が得られる。介護支援専門員の「専門性」としてこのような知識を基礎にした「利用者のアセスメント」能力を高めることで、より効果的に介護保険サービスを用いることができるだろう。

#### IV 困難事例分析の結果

支援でなんらかの困難を介護支援専門員が感じていたとして提出された 11 事例のうちデータが不十分なものをのぞいた 9 事例が分析の対象となった。これらの事例を見ていくことで、どのような要因が支援困難事例となるのか、困難事例の支援に際して介護支援専門員はどのような役割を取る必要がありどのようなシステムが必要なのか、の 2 点の理解を深めたい。

この理解のため最初に、これらの事例の中で介護支援専門員が公的サービスと利用者の結び付けという「ブローカー」の役割以上の本来介護支援専門員に期待される役割を果たせていた

---

<sup>6</sup> Dean H. Hepworth, Ronald H. Rooney, & JoAnn Larsen (2002). *Direct Social Work Practice—Theory and Skills*. Sixth Edition. CA:Brooks/Cole.

1 事例を取り出して考察を加える。そのあと、残りの 8 事例を一覧表にして、事例の特徴、「介護支援専門員が果たしていた役割」「本来必要となる介護支援専門員が果たす役割」「今後の課題」に焦点をあててまとめていく。

(1) 介護支援専門員による適切なアセスメントをもとに利用者の代弁者、医療システムとの仲介者の役割を効果的にとることが出来た事例

【事例 1】

<p>事例の概要</p>	<p>利用者：80 歳代前半女性、要支援 2 (A1・自立)</p> <p>疾患名：約 1 年前に左大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術を行う。これ以外には取り立てて既往歴もなく、血圧、摂食、嚥下、運動に問題もない。</p> <p>家族構成：夫（脳こうそく・心筋梗塞の既往歴、認知症あり）との二人暮らし。夫は要支援 1 の認定を受けているが、サービスの利用はしていない。一人息子がいるが、県外で生活をしている。</p> <p>経過：退院後、杖歩行により、ひとりで外出できることを目標に、通所介護の利用をしていたが、歩行をはじめ生活機能の改善が見られず、転倒の恐怖心から杖に頼りすぎるために、歩行動作にも問題を感じた。転倒の恐怖のためになかなかうまくあることができず、デイサービスでは個別のプログラムで、下肢筋力の維持の運動に意欲的に取り組んでいたのだが、1 年近く時間が経過した段階で、訓練の成果がなかなか現れないことと、自分の思っていたような改善がなかったことで、「いろいろな所に出かけるのは無理だと思う」と、自分から元のような生活を送ることをあきらめる言葉が出るようになった。医師から、「手術はうまくいっているので、後は生活の中で自由に動いて良い。ただし転倒だけはしないように」と言われており、転倒が怖くて、歩くことに非常に消極的であった。</p>
<p>生活歴</p>	<p>夫婦とも公務員として定年までつとめあげた。その後はボランティア活動や公民館活動をして積極的に社会にも参加していた。約 1 年前に左大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術を行った。手術のあと、主治医からは手術は成功したので、あとは生活の中で自由に動いて良いと言われて T 字型杖で歩行するレベルで退院した。歩行状態にも改善を見ることができない。</p> <p>本人は、すぐに歩行状態が良くなり今まで楽しみにしていた社会参加もできると思っていたにもかかわらず、転倒の恐怖心も影響しているのか、いつまでたってもうまく歩けない。生活機能全般に支障をきたし、自分のやりたいことができないためもどかしい思いをしている。</p>
<p>介護予防サービス・支援計画表にみられる、目標とする生活やアセスメント領域における現状</p>	<p>本人の 1 日の目標は「転倒しない。痛みが増強しない程度の家事や運動を行う。」であり、1 年の目標は「歩行が安定し、一人で近隣まで外出できる。」である。</p> <p>四つのアセスメント領域における現状では、歩行が不安定で転倒しやすい（運動・移動）、杖で歩行するため家事全般に支障がある（日常生活）、必要最小限の外しかできない（社会参加・対人関係・コミュニケーション）、疾患を持っている側の股関節や膝が痛くなる（健康管理）、が記述されている。本人や家族は、友達との交流のために外出したいにもかかわらず、転倒に対する恐怖があるために杖に頼って歩くことが継続していること、無理をして歩くと痛みが出るがその痛みは受診するほどのものではないと語られている。</p>

<p>介護支援専門員による支援</p>	<p>医師からのアドバイスを生活のなかで具体的にどのように生かしていくことができるかということを考え、それを実践した。利用者の持っていた成功イメージが本来の達成可能な成功とズレがあることを理解し、利用者により適切なかつ現実的なゴールを見ることができるように支援した。</p> <p>医師からのアドバイスを生活の中で、具体的に、活用することができない利用者に対して、介護支援専門員が、理学療法士との話し合いの場を設け（専門家からの指導を導入）、少しずつどのようにすることで転倒避けることができるか、どのような方向であれば安全であるか、ということを確認しながら、本人が歩行練習をするようになった。読書が好きで、公民館で同じ趣味の友達と交流したいという希望を持っており、その思いを歩行訓練と結びつけた。</p>
---------------------	--

本事例の利用者は、「転倒の恐怖」によって、日常の行動範囲を自分自身で限定してしまっているため、リハビリテーションを行ってもその効果が出ていないというものである。第1の分析の(3)で行ったタイプ分類では、②のグループに入り、「モチベーションおよび理解力も高く、複数疾病やその他の進行性の疾病などが無い。しかし、歩行訓練において恐怖心を感じてしまったために、十分な訓練の効果を得ることができていない。支援方法を工夫することで、予防給付のサービスの効果が高い利用者」と言い換えられるだろう。

本人は現状に満足していないものの、「友達との交流のために外出したいにもかかわらず、転倒に対する恐怖があるために杖に頼って歩くことが継続していること、無理をして歩くと痛みが出るがその痛みは受診するほどのものではない」と現状を打破する解決策が見えないままに生活を送っている様子が見えてくる。

現状から抜け出すために、介護支援専門員が果たせる大切な役割があり、かつそれが実践できていた事例である。現時点での問題点は、利用者が必要以上に転倒を恐れていることにあるようだ。手術後、医師が利用者に対して述べた「生活の中で自由に動いて良い」という表現と「転倒だけはしないように」という警告の両方を日常生活の中で具体的にどうやって実践していけばよいのかが、この利用者には分からなかったようである。医師にとっては、「どンドン動くように」ということがより重要なメッセージであり、「転倒に気をつけるように」は必要不可欠な付加的な注意であったとしても、利用者にとっては、このふたつのメッセージの重要度が適切に伝わっていなかったことがわかる。

実はこの事例にみられる「専門職が伝達したかったメッセージ」と「利用者が聞いた内容」が食い違っていることは決して珍しいことではない。このようなメッセージの食い違いから起こる問題を予防したり、すでに起こってしまったときにはそれを発見し修正したりすることは、介護支援専門員の重要な役割である。<sup>7</sup> この利用者の支援で必要不可欠なことは以下のようなものであった。

<sup>7</sup>白澤政和・渡部律子・岡田進一（1997）監訳 「ケースマネジメントと社会福祉」ステファン・M. ローズ 編 ミネルヴァ書房

- ①**利用者の現状理解**：利用者の生活歴やその他のデータからは、転倒の恐怖が病的なものとは考えにくい。もし、これが本人のうつ病などによって引き起こされているなら別であるが、恐怖やそれに伴う歩行制限の理由が、医師から言われた「転倒だけはしないように」と言われた内容を自分勝手に「あまり歩いてはいけない」といったような解釈してしまった可能性がある。まず、介護支援専門員が行うべきことは、「利用者が何をすれば転倒する危険性があると考えているのか」という利用者の解釈を具体的に知ることである。
- ②**医師、リハビリテーション専門家との連携及び利用者の代弁**：次に、利用者が信頼をおける医師、およびリハビリテーションのスタッフに、利用者の置かれている状況（何をすることは怖くないか、何をすることは危険だと思って自己制御しているか、痛みが出たときの対処法など）を医師、及びリハビリテーションスタッフに「利用者の代弁者」として分かりやすく説明する。
- ③**具体的なリハビリテーション方法を教え、進捗状況をモニター・評価する**：②が終わった後で、関係スタッフが集まり利用者の過度の不安を取り除くために必要なリハビリテーション及び日常生活動作方法に関する説明とトレーニングプログラムを作成し実践する。特に利用者の不安の強さを考え、教えられたことが適切に実践できているかのモニターをしっかりと行う。利用者の日々の努力の結果がわかるような評価をし、利用者にフィードバックする。

本事例では、担当の介護支援専門員が上記のような内容をほとんど実施して、利用者の変化がみられている。

## (2) 困難事例 9 事例のまとめ

表 6 効果的な支援に必要な介護支援専門員・関連機関の役割理解のための 8 事例の質的分析

事例の特徴	考察
<p>②50 歳代後半女性、要支援 2。病気の後遺症のため、両下肢に麻痺がある。そっと歩きたいという思いがある。病院でのリハビリテーションが打ち切りになって、近所のクリニックでのリハビリテーションに切り替えられたことで、不満を持っている。ゴミ出しを自分でしたいという具体的な希望を持っている。</p>	<p>『本来必要となる介護支援専門員が果たす役割』</p> <p>利用者の歩きたいという希望を無理な要求としてとらえず、本人のリハビリテーションの目的にうまく結びつけていく話し合いを行う。病院で行われていたリハビリテーションに対する強い思いとそのような方法をとりたいという、本人の希望をとり入れたリハビリテーションを訪問看護や訪問リハビリテーションの際に行うように手配をする。利用者がこだわっていることを明らかにしてそのこだわっている内容を可能なサービスの中に入れ込んでいけるかを考えること。</p> <p>制度変更のために、本人が望む形でのリハビリテーションが不可能になることは起こりうる。このような場合には利用者アセスメントを医療関係者とともに実施し、「代替案は不十分か」を十分吟味することだろう。その結果次第で、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が「利用者の代弁者となり例外支援を求める」のか、「医療関係者の協力を得て新しいリハビリテーションが十分な効果をもたらすことを理解してもらおう努力をする」のかを決める必要がある。</p>



<p>③80 歳代前半男性、要支援 1。 複数の疾患を抱え、冬にはお迎えを待つ、と、力なく話す利用者。ふらつきやめまいがあり、足裏の知覚異常で思うようになることができないうえ、白内障による失明の可能性腹部大動脈瘤の発見などが重なり、抑うつ状態に陥っている。生きる意欲も低下している。このような状態であるにもかかわらず、デイサービスでの予防体操やパワーリハビリテーションにも真剣に一生懸命打ち込んでいる。</p>	<p>『介護支援専門員が果たしていた必要な役割』 他の専門職との連携と仲介者としての役割を果たしている。又、本来の介護支援専門員機能である、「望ましい個別サービスのあり方」を直接サービス提供者に伝達できている。これは、介護支援専門員が利用者の代弁者として機能したともいえる。利用者に必要なことがこのような状況を十分理解して本人を支えてくれる人だということを確認し、じっくりと話を聞いてくれる主治医を紹介。これによって主治医との関係は良好に保たれた。本人の精神的側面のケアに対しては、外出・散歩の見守りに訪問介護取り入れる。ヘルパーが、精神的な側面に、注意を払いながら、支援をすることで、不安が減少してきている。</p>
<p>④70 歳代後半女性。要支援 1。 体力をつけて歩く練習をし、元気になりたいと本人は、自分の希望を述べているが、病状が回復していない自分に加え、頼りにしている夫も、病気療養の状態となったため、先々のことを考えて不安を募らせている。1 年前にがんの手術を受け、その後、うつ病となる。食欲の低下、体重減少、抑うつ感、意欲の低下が見られる。</p>	<p>ケースの特徴：複数疾患。抑うつ状態。度重なる喪失体験。 『本来必要となる介護支援専門員が果たす役割』 喪失の連続が、高齢者に与える影響を理解する必要がある。うつ状態が服薬によって軽減されるのかどうかをしっかりと見極めて、医師との連携を取らなければならない。医師からも、予後に関して本人が少しでも希望を持てるように話してもらえるように仲介が必要であり、介護予防のサービスそのものに焦点を当てるのではなく、本人にしっかりと関わらないといけない。 歩行訓練などは、本人が、将来に希望を持つために導入すべきであって、身体機能の向上にばかり着目しないことが大切である。成果があがったかどうかという評価も、歩行能力の変化だけではなく、本人の日常生活での無気力状態の減少、本人の全体的な感情の起伏といったものに着目する必要がある。</p>
<p>⑤80 歳代後半男性。要支援 1。 妻の発症に従い、妻の介護に専念する。現在妻の身の回りの世話、食事介助を行っている。趣味はテレビを観ることぐらいで、近所に顔見知りはいるものの、付き合いはほとんどない。両膝の痛みと腰痛のため、長距離を歩くことができない。転倒に対する不安もあり、運動量の低下、身体保清の不十分さの間</p>	<p>『本来必要となる介護支援専門員が果たす役割』 介護支援専門員は支援計画において、デイサービスを中心とした運動機能の維持向上、入浴、レクリエーションの機会を創ろうとしているが、妻の介護の傍らデイサービスのみで、本人の運動機能の維持向上を図ることは困難に思われる。介護者も要支援状態にあるケースでは、要介護の家族に対する支援の十分さを要支援者の支援と総合的に考える必要があると思われる。実際のところ、介護者にどれだけの時間や精神的な余裕があるのかをアセスメントし、支援目標を現実的に設定することが必要である。本ケースの介護支援専門員が立てた総合的な方針は、「できるだけ体を動かしたり、交流の</p>

<p>題が指摘されている。家族との関係の悪さあり。そのため家族から必要な日常のサポートを受けることが出来ていない。</p>	<p>機会を作る」という漠然としたものに留まっている。</p>
<p>⑥70歳代後半男性。脳梗塞の後遺症あり。認知症はないが、理解力の低下が見られる。認知症の自立度Ⅱa。疲れやすく、倦怠感の訴えがある。血液検査の結果、貧血と診断され、その理由に偏った食生活があると判断された。定年まで警察官として勤務をしていた。数年前に妻が亡くなって、それ以降1人暮らしである。これまで、食事作りをしたことがなかった。支援目標を食生活の自立として、ヘルパーさんに食事を作ってもらいながら、後々本人に食事作りができることを目指したが、「ヘルパーさんに作ってもらえればいい」といった言動が、時間の経過にしたがってでてきた。</p>	<p>『本来必要となる介護支援専門員が果たす役割』      利用者は、配偶者喪失、脳梗塞の後遺症、理解力の低下、を経験しており、かつ食事作りをしたことがない。このような状況を考慮すると、「本人が食事作りができるようになること」という目標達成を目指すことの困難さがアセスメント段階で理解されるはずである。この年齢では、本利用者のような問題を持っていない人であっても、これまで自分の行動のレパートリーになかったことを習得することが容易でないことは心理学の基礎知識があれば推測可能である。つまり、本事例では、設定目標がどれほど達成可能性を持つかが考慮されていなかったことがわかる。そのため、初期の目標が達成できないままである。利用者は最終的に「ヘルパーさんの食事を食べるのが楽しみ」と発言され、介護支援専門員は、「ヘルパーと自分で計画を立て、利用者参加が不十分であった」という反省を述べている。</p> <p>予防給付が強調する「自立」を優先させた結果作成された支援目標であったと推測されるが、本来は「利用者特性に応じた達成可能性を持つ適切な目標」をたてる必要がある。制度を最優先し、個別事例への対応を控えた結果起きた問題といえるかもしれない。</p>
<p>⑦60歳代後半女性、要支援2。10年前より同居の長男や孫の世話をしながら農業も行いでい座っている間も無いほど忙しく働いていた。7年前に、脳こうそくを発症し、左半身麻痺となるが、4点杖、装具の仕様などによって、近距離なら歩行可能となった。退院後、農業の仕事は出来なくなったが、相談役を務め、時間がかかるものの工夫をしながら家事もこなしてきている。</p> <p>「一度でいいから、新しい湯船につかりたい」という本人の希望によって、新しくできた湯船に入れるように動作を習得して、訪問介護の時には入浴が可</p>	<p>『介護支援専門員が果たせていた必要な役割』      介護支援専門員は、アセスメントの際に、左半身不随になりながらも10年間がんばってきた本人を十分評価することができている。そのうえで、本人が持つ使命感や充実感、工夫などを強さととらえて、それらが継続できるように、長男夫婦との話し合いも行い、役割の確保に努めてきている。</p> <p>これらは介護支援専門員のアセスメント力と支援計画力の高さを示していると考えられる。支援計画を作成する際には、アセスメントで得た情報を十分に用いて、利用者にとって重要な人物である家族を支援計画作成に参加してもらい、支援計画の実施を確実にする努力をしている。ここしばらくの家族状況の変化に伴って、本人が果たす役割が軽減するということを予測し、それによる喪失感を補えるように、新しい充実感を感じられることを見いだしたいと思い、それを利用者に提案している。この長期的な視野を持った支援計画作成の姿勢は評価に値するものである。</p> <p>『本来必要となる介護支援専門員が果たす役割』</p>

<p>能となった。昨年の家族状況の変化によって、家事分担が減ったが、今でも毎日、孫の仕事着に愛情をかけたり、近所付き会いなどを行っている。</p>	<p>一方で、利用者は介護支援専門員が提案した計画を受け入れないという結果が出たときに、なぜ利用者がその支援計画を受け入れなかったか、という振り返り作業が不十分であるかもしれない。これだけの力を見せた利用者が、つぎつぎと新しい目標を作りそれにチャレンジしていくことを支援したいと考えるのは介護支援専門員として当然のことかもしれない。しかし、これまで利用者が何故これだけの努力をしてきたのか、が理解出来なければ、間違った支援計画を提案することになるかもしれない。利用者が新しい行動を起こそうとするとき、その背景に何があるのかをしっかりとアセスメントした上で、目標達成可能性を見極める作業が必要である。</p>
<p>⑧資料不十分で考察から除外</p>	
<p>⑨80歳代前半女性。夫との2人暮らし。夫が要介護になり、利用者である妻が看護疲れや下肢筋力低下を訴え始める。夫の介護のため利用者である妻はデイサービス利用の回数も減少している。夫は通所・訪問どちらの介護も拒否している。</p>	<p>『本来必要となる介護支援専門員が果たす役割』 このままの状態、妻に予防給付サービスを進めても実際に利用されることもないだろう。さらに、夫の介護疲れなどから妻が要介護状態になることもありうる。老老介護で、介護者に介護力が十分でないために問題が起きてきている。介護支援専門員は、夫と妻の支援計画を全体的に考える必要がある。</p> <p>利用者にはサービスを拒否する権利はあるが、このままでは妻も倒れてしまう可能性があり、介護支援専門員が妻の代弁者となり妻の健康を守る必要がでてくるだろう。</p>
<p>⑩80歳代前半女性。独居。7年前の夫の死後数々の疾患を抱えながらも、独居生活を送る。約1年半前に脳梗塞を再発し、その後遺症で右麻痺。不安の中、ひとつずつ自分ですると決めたことを成し遂げる精神力を生かして自分なりに生活を継続していった。精神的な落ち込みが見られる。しかし、強さ・意地を見せる利用者である。</p>	<p>『介護支援専門員が果たせていた必要な役割』 本人のこれまでの頑張りを理解し、その強さを支援した。これまで人の世話にならずに暮らしてきて、今後もそれを強く願っていることを大切にし、そこに働きかけた。特に料理と食事が好きであるという特性を生かして、食事作りを目標にそれに向かって段階的な目標を設定して、その目標に向けた支援計画を作成した結果、利用者が生活の張りを見出し始めた。</p>
<p>⑪資料不十分で考察から除外</p>	

### (3) 支援困難事例分析のまとめ

新予防給付の対象者ニーズを適切に見極め、そのニーズに見合った支援を実践していくという段階で、介護支援専門員が果たす役割は大きい。その役割は「利用者の固有のニーズを適切に引き出すことのできる力」「利用者の固有ニーズを充足させるために必要な資源が何

であるかを分析する力」「利用者が必要な資源を使うことができるようにコーディネートする力」を発揮することで果たせると考えられる。以下は、これまでの事例分析の結果とそこから考えられる今後の課題である。

①利用者の中には、リハビリテーション利用に際して、具体的に自分の行うべき活動がどのようなものであり、どのようなことは危険なので回避すべきなのか、具体的に日常生活では何をどうしていけば良いのか、などがきちんと納得できていない人も少なくない。

利用者のリハビリテーションに対するモチベーションは高いが転倒などの恐怖があり日常生活ではリハビリテーションの応用ができない、あるいは、これまで受けていた病院でのリハビリテーションが打ち切りになったりすることで不安が高まりリハビリテーションを継続することに抵抗を示す、といったようなケースでは、介護支援専門員は利用者と医療関係者との仲介役となり、利用者が納得して日常生活でリハビリテーションを継続することができるようにしていく必要があるであろう。そのためは、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必要である。

②予防給付の対象者には、何らかの予防給付サービスを提供しなければならないという焦燥感に駆られて、利用者が抱えている問題の本質を見過ごしてしまうことが起こる。しかし、根源的な問題を取り上げず部分的な問題のみに対処療法的に支援を行っても、その支援の効果が出ることは少ないことがわかる。

利用者が、複数の疾患や配偶者喪失の経験などで、抑鬱状態になったり、意欲が出なくなったりするケースでは、利用者の置かれている状況を理解して、リハビリテーションといったような目的を最優先するのではなく、利用者が抱えている不安を軽減することができるような専門職との連携や、利用者に対する心理的なケアを優先させる必要性がある。小さなゴールを一步步達成していき、利用者が自信を持つことができるようにしていくことも有効であろう。

③利用者自身が、自分のことに使える時間が少ない場合、たとえモチベーションは高くても実際に、リハビリテーションを実践していくことが困難になる。利用者自身が介護者であるケースの支援のあり方の再検討が必要である。

④それまでの人生で頑張り続けた人がその頑張りを継続してほしいと願い、次から次に新たな目標の必要性を介護支援専門員は感じることもある。しかし、老いは人それぞれに異なっており、その上で自然な形での意欲の衰退を見せる人もいる。そのような場合に、利用者に対して、無理矢理次から次へと新たな目標設定することが、果たして適切であるかどうかを再考する必要があるだろう。これは非常に繊細な問題であるが、利用者を適切にアセスメントして、利用者の特性にあった形で効果的な支援計画を作成するということは、このような考慮も含まれるものと考えられる。利用者の自然な老いの理解が必要だろう。

## V 予防給付利用者のケアマネジメント課題に対する提案

### (1) より適切で効果的な支援方法を作成するために介護支援専門員に望まれること

①様々な情報を統合することによって、公的介護保険の給付サービスのみでは補えない支援目標が出てくるはずである。予防給付サービスによる支援によって目標がどの程度達成されたかは、デイサービスなどの機関で評価をしてくれるが、公的サービスを用いることなく日々の生活の中で、運動機能の維持向上あるいは生活の質の向上につながるような支援目標も設定することができるであろう。このような目標を作ることは、まさに介護支援専門員が独自の力を発揮していくことになり、介護支援専門員自身が果たす役割が大きくなる。このような独自の目標作成は、介護支援専門員が統合的なアセスメント能力、利用者とのコミュニケーション能力、既存のサービスのみにも頼ることなく自ら最適な支援を計画し実行していく力、を持っていて初めて可能になるため、トレーニングが必要である。このようなトレーニングの必要性は予防給付に関してのみならず、全てのケアマネジメント領域で言えることであり、介護保険が始まって以来様々な専門家によって指摘されていることであるが（例：小澤 2000）<sup>8</sup>、残念ながら実現されていないのが現状である。

②支援が公的、私的に関わらず、支援目標は利用者が日々の生活の中で、実践に落としこんで行けるような具体策を伴い、その達成度がのちに評価できるような形で表現されなければならない。重要なことは、個々の課題の達成が利用者の生活にとって意味のあるものにしていくことである。利用者にとって実行可能で、実行することに意味が見いだせるような目標を設定し、その具体策を提案していくためには、利用者を取り巻く環境に関する包括的なアセスメントができていなければならない。たとえば、利用者が日常生活でどのようなことができ、またどのようなことを今後したいと思っているか、どのような価値観や人生観を持っているのか、どのような性格の人なのか、利用者を取り巻く人々はどのような形で利用者に対して有益な存在となりうるのか、利用者の健康状態・精神状態・経済状態は目標を達成する努力を促進する役割をするのか、あるいは妨害する役割をするのか、といったようなことをしっかりと、把握することが大切である。そのためには、調査票や面接で得られた情報を総合して考えることが必要である。

③何を達成課題にするかを考える際、現時点で、利用者がどの程度その行動ができているのかに関する事前評価を行うことが必要である。つまり、ケアマネジメントの導入前と導入後で、どれだけその達成課題に変化ができたか、評価できるようにすることである。事前評価においては「達成課題」を「課題として選ぶことの妥当性」を見極めなければならない。そのための方法としては、「達成課題」として抽出された行動などを利用者と介護支援専門員の双方が、現時点でどの程度できているかを評価し、どの程度の期間をかければ、どの程度

<sup>8</sup> 小澤温 (2000)「エンパワメントとケアマネジメント」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁 監修 『ケアマネジメント講座第一巻 ケアマネジメント概論』中央法規出版 13-21.

小澤は、2000年に、介護保険制度の下で、適切なケアマネジメント実践に不可欠な面接・コミュニケーション能力、情報収集能力、社会資源の内容理解力、利用者主体尊重力、などが業務の中で評価されるかについて疑問視し、「・・・介護保険の給付対象にならないようなサービスが促進される可能性は少ないので、そのサービスや社会資源を生み出す介護支援専門員の能力も必要とされない可能性が高いことが考えられる」と予想していた (p31)。

の所にまで到達できるのかまで考えておくことである。事前評価の際には最低限以下のような項目をチェックしておく必要があると考えられる。

**【事前評価の際にチェックしておく事項】**

- ① 目標達成に対するモチベーション：利用者は、その目標達成に関してどれぐらいの意欲を見せているのか。
- ② 目標達成に必要な基本的な力：利用者は目標達成ができるための健康面・行動面における基本的な力を持っているのか。
- ③ 目標達成の意味の理解：目標を達成する意味やその方法を理解し、その行動を継続していくことのメリットなどを考えていける力をどのくらい持っているか。
- ④ 利用者自身が考える目標達成の可能性：利用者自身が、自分の設定した目標をどれぐらい達成する可能性があるか。

(2) 適切で効果的な支援を支えるシステム作り：介護支援専門員の業務を支えるシステム  
上記のようなことを達成するために必要な条件がいくつかある。

①予防給付サービス以外の方法を使って利用者の生活の質を向上させようと支援目標を作成しその計画を立てているような介護支援専門員に対して、その試みを評価するシステムが必要である。

これまでも多くの事例を検討するプロセスで、このような独自の試みを実践している人たちの存在が明らかになった。しかし、介護支援専門員がそのような試みをしていることに対して、評価がなされてこなかったのが現実である。もし単に要支援と認定された利用者が要介護状態にならないことのみが、事業所や制度の評価基準になれば、介護支援専門員たちは利用者の生活の質の変化といったことに価値を置くことが少なくなくなるはずである。介護支援専門員の中には利用者の生活の質の向上というゴールと身体機能の維持・向上というゴールの狭間でジレンマを感じている人も少なくない。

これは、まさに Auslander (1996)<sup>9</sup>が指摘している「対人援助の成果評価が専門職者ゴールとともに、組織ゴールをも満たさなければならないため、ジレンマを起こす可能性が高い」ということと一致している。このようなジレンマ解決策として、対人援助職の成果評価では、①何をもって成功結果と呼ぶかの基準を見つけること②適切な研究方法の選択③望ましい客観性の程度を決定すること④介入方法を分かりやすく詳しく記述すること⑤最も適切な評価者の選択（利用者、援助職者自身、外部評価者など）の5点の重要性をあげているが、少なくとも「成功結果」が身体機能の変化だけではないということの明確化が必要である。

②介護支援専門員が利用者の個別性を認識し、より多くの時間が必要なケースに時間をかけることに対して外的なプレッシャーがかからないことが必要である。

本研究の分析で明らかになったように、利用者の中には、予防給付サービスの利用に対して、高い動機づけを持ち、セルフケアを実践していきたいと考えている利用者たちがいる半面、様々な問題を抱えているため、あるいは個人特性のため、自らの生活の改善に、意欲的でない利用者たちがいる。そのため、個別のケースが、必要とする時間は、異なってくるこ

<sup>9</sup> Auslander, G. K. (1996). Outcome Evaluation in Host Organizations: A Research Agenda. Administration in Social Work, 20(2). 15-27.

とが想像される。しかし、現実には介護支援専門員を雇用する事業所の中には、介護支援専門員の役割が適切に理解できておらず、仕事の質を考える介護支援専門員が事業所の無理解のために離職していかざるを得ない現実がある。

**③地域包括支援センターの主任介護支援専門員たちが適切なトレーニングを受け、介護支援専門員によって記入された、支援計画表のどこに焦点を当てて見ていくのかを学習する必要がある。**

介護支援専門員たちが、利用者の個別性に即した、より効果的な支援計画を作成していくためには、介護支援専門員自身が利用者たちから得られた情報を統合しながら、思考するプロセスが必要不可欠である。そのため、提出後外部からの評価にさらされる支援計画表の評価にあり方が重要になってくる。時間的なプレッシャーもあり、支援計画表を記入することでせいっぱいになっており、計画表記入が目的になってしまうこともあるようだ。地域包括支援センターの主任介護支援専門員にとって、数多くの支援計画表を読み込む作業は、時間とエネルギーを要するものであろう。しかし、この読み込みの作業の中で、介護支援専門員が支援計画表に記述されている情報をより適切で効果的かつ具体的で評価可能な支援計画に到達するために用いているかどうかを見ていく必要があるだろう。

**④介護支援専門員が、コーディネーター、利用者の代弁者としての力を発揮することが期待されるケースを担当した介護支援専門員に対して、地域包括支援センターおよび行政が、必要な関係機関との連携をシステム化していくことが必要である。**

介護支援専門員が、利用者支援の際に困難を感じている事例から明らかになったことは、前述したような高いモチベーションを持った利用者以外の利用者たちの支援である。それらの利用者の一部は、医療依存度の高い人々である。現段階で要支援と判断されているが、実際には予防給付サービスを中心にした支援だけでは、生活の質の向上が望めないようなケースが存在する。そのような利用者の支援には、医療機関や行政、あるいはインフォーマルなサービスを提供してくれる可能性のある民間組織などからの理解と、連携が必要不可欠になってくる。

## VI 結語

新制度施行に先立ち実施された研修で使用された業務マニュアル<sup>10</sup>では、新制度の基本方向を「高齢者が住みなれた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができることを目指すもの・・・」と記されている。そして、このような目的が「介護保険制度をはじめ各種制度による公的なサービスだけで支えられるものではありません。これは、自助努力を基本にしながら家族の助け合い、公的なサービスや非公的なサービス、地域の支え合いなどを活用しながら、地域福祉の多様なつながりの中で実現されるものです」(p2) と、目的実現には地域におけるネットワークが重要だと強調している。

冒頭で述べたように、本研究でも、新制度が掲げる目標達成が、個々の介護支援専門員の努力のみで成し遂げられる性質のものではないことを認識している。その認識の下、介護支援専門員に焦点をあてて現状と課題を整理してきた。新制度実施まで、介護支援専門員は、介護保

<sup>10</sup> 地域包括支援センター業務マニュアル（平成 18 年 1 月）

険制度の仕組みの中で、主に公的サービスとサービス利用者間で「調整役」を担うことが期待され、そのために利用者のより適切なアセスメント、課題設定、支援計画作成・実施をしてきた。新制度の下でも業務に要求される知識・技術は基本的には変化しないものの、運動機能を中心とする身体機能の維持・向上に重点が置かれ、より制約のある条件下で多くの情報の収集・整理・統合作業を行いそれに伴う書類上の業務も増加した。さらに、支援計画表が外部チェックを受けるということもあり、介護支援専門員は今まで以上に何が達成されれば成果があったと評価されるのかについて混乱しているようであった。

本研究を通して見えてきたことは、より効果的な制度活用のためには、介護支援専門員が面接をとおして得た情報を統合・整理して、達成・評価可能性を十分考慮した具体的な課題を公的サービスのみに頼らず利用者とともに作り上げていくことの重要性であった。しかし、利用者の持つ特性によっては、このようなプロセスにより多くの時間とともに、様々な専門職及び、介護支援専門員を雇用する事業所、地域包括支援センター、行政、地域の協力が必要とされることもわかった。又、公的介護保険が目指すのは、単に身体機能の向上だけではなく、利用者特性に合わせた生活の質の向上でもあり、そのことを考慮した利用者の課題設定及び、その課題設定を共に行う介護支援専門員の仕事の成果を評価する際の基準を明らかにする必要があるだろう。

最後に本研究の限界及び今後の課題を述べたい。分析対象が一都市であったこと、さらに分析の中心が研究者のドキュメント分析という質的分析であったこと、の2点が主要な課題である。そのため、結果の一般化、分析方法の妥当性および信頼性確保のために、同様の分析を他の地域で実施すること、さらに複数の評価者によるドキュメント分析が今後必要になってくることを付け加えたい。



【参考文献】

- Auslander, G. K. (1996). Outcome Evaluation in Host Organizations: A Research Agenda. *Administration in Social Work*, 20(2), 15-27.
- 小澤温 (2000) 「エンパワメントとケアマネジメント」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁 監修  
『ケアマネジメント講座第一巻 ケアマネジメント概論』中央法規出版 13-21.
- 白澤政和・渡部律子・岡田進一 (1997) 監訳 「ケースマネジメントと社会福祉」ステファン・M. ローズ 編 ミネルヴァ書房
- Dean H. Hepworth, Ronald H. Rooney, & JoAnn Larsen (2002).  
*Direct Social Work Practice—Theory and Skills*. Sixth Edition. CA:Brooks/Cole.
- デイビッドP マクスリー 著 野中猛・加瀬裕子 監訳 (1994) . 『ケースマネジメント入門』  
中央法規
- 地域包括支援センター業務マニュアル (平成 18 年 1 月)
- 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』2006 年第 16 巻第 8 号 p12-17.
- 渡部律子、料所奈津子 (2006) 「介護支援専門印の困難事例分析：ソーシャルワーク機能に焦点をあてて」 *School of Policy Studies Working Paper Series*, 33, 2006, February.

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

#### 2-1-4. 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実施

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ならず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「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。

### 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