



日本ケアマネジメント学会

第19回研究大会 in 京都 (書面開催)

発表論文集

～地域共生社会の構築と
ケアマネジメントの役割～

プログラム・抄録集

日程 2020年9月12日(土)・13日(日)

大会長 福富 昌城 (花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授)

主催 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

日本ケアマネジメント学会

第19回 研究大会 in 京都(書面開催)

Japan Society of Care Management

～地域共生社会の構築とケアマネジメントの役割～

発表論文集

開催日 2020年9月12日(土)・13日(日)

大会長 福富昌城(花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授)

◆主催：一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

◆後援：京都府／京都府地域包括ケア推進機構、

一般社団法人 京都府医師会／一般社団法人 京都府歯科医師会

公益社団法人 京都府看護協会／一般社団法人 京都府薬剤師会

公益社団法人 京都府栄養士会／一般社団法人 京都府理学療法士会

一般社団法人 京都府訪問看護ステーション協議会

一般社団法人 京都府言語聴覚士会／京都府慢性期医療協会

一般社団法人 京都府介護老人保健施設協会

公益社団法人 京都府介護支援専門員会／一般社団法人 京都社会福祉士会

一般社団法人 京都府介護福祉士会／一般社団法人 京都府精神保健福祉士協会

一般社団法人 京都医療ソーシャルワーカー協会

社会福祉法人 京都府社会福祉協議会／社会福祉法人 京都市社会福祉協議会

一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会

一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会

一般社団法人 京都地域密着型サービス事業所協議会、

京都府地域包括支援センター・在宅介護支援センター協議会

京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター協議会

公益社団法人 認知症の人と家族の会

◆協力：花園大学



一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
理事長

白澤 政和 (Masakazu Shirasawa)

(国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 教授)

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会第19回研究大会（京都大会）は福富昌城（花園大学教授）大会長のもと、9月12日（土）と13日に花園大学で開催予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の拡大もあり、やむを得ず、会員の皆さんの口頭発表とポスター発表のみを書面で行う研究大会に変更させていただくことになりました。今大会のテーマは「ケアマネジメントの可能性～地域共生社会の構築とケアマネジメントの役割～」であり、基調講演やシンポジウムを楽しみにしていましたので、残念至極なりません。

ただ、口頭発表やポスター発表を予定されておられた会員の皆さんの研究成果については、どうしても機会を確保したいと思っていました。それで、通常の抄録以外に、抄録の2倍相当の発表論文を作成して頂きました。そのため、発表者の皆さんには二重の手間を煩わせてしまいました。結果的に、57件の発表論文を掲載することができました。会員の皆さんの研究水準が高くなってきていると実感しています。ご報告頂いた皆さんに感謝申し上げますとともに、立派な報告集となりました。

なお、今回は7件の学会発表優秀賞が選出されましたが、本来なら閉会式で受賞式を行うのですが、これもかないませんでした。コロナ禍で、学会が会員の皆さんに提供できる研究や学習の機会が少なくなっており、できる限り工夫をこらして、そうした機会を作っていきたいと思っています。コロナ禍においても、日本ケアマネジメント学会が会員の皆さまのニーズに応えられるよう努めていきますので、ご支援ください。

最後になりましたが、第19回大会を企画していただきながら、書面大会を準備して頂きました福富昌城大会長、ならびに京都府の認定ケアマネジャーや京都府介護支援専門員会の皆さんに心から感謝申し上げます。



第19回日本ケアマネジメント学会研究大会 in 京都
大会長

福富 昌城 (Fukutomi Masaki)

(花園大学 社会福祉学部社会福祉学科 教授)

第19回日本ケアマネジメント学会研究大会は、2020年9月12日（土）、13日（日）に京都（於：花園大学）での開催を予定していました。しかし、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、参加型の研究大会は行わず、申し込んでいただいた口頭発表について、書面開催という形を取るようになりました。

当初予定のプログラムとしては地域共生社会の構築とケアマネジメント、ヤングケアラー、外国籍の利用者の支援、障害者の65歳問題、認知症高齢者の就労、在宅ターミナルの実践、口演発表／ポスター発表等を用意しておりましたが、全国の会員の皆さんに京都にお越しいただき、顔を合わせてのさまざまな学びや意見交換ができなかったことを大変残念に思います。

口頭発表については、提出された抄録についてプログラム委員による査読を行い、その上で発表原稿の作成、提出をいただき、再度プログラム委員の査読の上、57名の発表を発表論文集に掲載いたしました。抄録を拝見すると、支援困難事例、8050問題、老障介護、ダブルケア、薬物依存、HIV/AIDS、家族支援、障害者の65歳問題、チームアプローチ、ACP、スーパービジョン、事例検討会、AI、コミュニティマネジメント、ケアプラン自己作成、終末期・看取り、産業ケアマネジャー、意思決定支援、2人体制での初回訪問等々、さまざまなテーマや論点を持った発表がありました。

本来であれば、こうした発表に対して大会参加の皆様との質疑応答により、さらに研究内容を深め、ケアマネジメント研究や実践に寄与することができたと考え、書面発表のみになったことは残念です。しかし、通常では口演発表の会場のみで共有される発表内容を、こうして文字にすることができたことはまた別の収穫だと感じています。

次年度は、日本ケアマネジメント学会発足20年を記念する第20回研究大会になります。なお、現時点でWEB配信による開催方法となることが決定しておりますが、多くの会員の皆様の参加を頂き、意義深い学びと意見交換がなされることを期待しています。

最後になりましたが、大会運営に協力いただきました認定ケアマネジャーのみなさま、京都府介護支援専門員会と京都社会福祉士会のみなさま、後援をいただいた各種団体に感謝申し上げます。

演 題 発 表 一 覧

■ケアマネジャーの質、ケアマネジメントの評価

	演 題 名	発 表 者	所 属
A1	AIを活用したケアプラン作成支援システムがケアマネジャーの業務効率化と新たな気づきの獲得に与える影響	西口 周	株式会社 NTT データ経営研究所
A2	介護と育児で鬱症状を発症した介護者への支援 ～ダブルケアの支援における、役割理論の有用性～	吉田 久子	SOMPO ケア 錦糸町 居宅介護支援
A3	介護支援専門員の支援における倫理の重要性についての一考察 ～複合課題があり、丸ごと支援を行った事例を通じて～	角町 幸代	佐賀県看護協会介護支援事業所
A4	居宅介護支援事業所で働く介護支援専門員の自己評価の実態	和田 素子	岐阜医療科学大学

■地域包括ケアシステム・地域共生社会

B1	コミュニティマネジメントの支援内容と展開過程 ～社会福祉協議会コミュニティワーカーの面接調査を通して～	赤穂 光郁	四天王寺悲田院ケアプランセンター
B2	「地域をともにつくる」	池田 友紀	横浜市霧が丘地域ケア プラザ居宅介護支援事業所

■地域医療

C1	薬物依存者に対する薬剤師の専門性と連携プロセス ～眠剤乱用から誤嚥性肺炎を繰り返した事例からの学び～	西村 佳代	ゆうらいふ居宅介護支援事業所
----	---	-------	----------------

■他職種連携・協働

D1	訪問介護事業所のサービス提供責任者による他事業所とのチームアプローチ展開上の仕事環境の現状分析	綾部 貴子	梅花女子大学
D2	「老障介護」の事例を通して学んだ対人援助の基本となる「受容」 ～「自分を偽る」利用者の背景にあるもの～	吉村 容子	海南市地域包括支援センター
D3	連絡票作成後の医療と介護の連携におけるケアマネジャーの現状と課題	中根 まゆみ	医療法人仁泉会池浦ケアプラン
D4	家族支援に焦点をあて、協働で家族の集いの場づくりを行った各専門職の役割や連携に関する一考察	和田 美加	医療法人大泉会 介護支援センターくろいし
D5	他職種連携におけるケアマネの立ち位置とは？ ～収入が不安定な息子の生活を心配する母親との関わりから～	秀熊 有里	ゆうらいふ居宅介護支援事業所
D6	本人の自己決定の尊重、多職種連携、家族支援を実践し、在宅での看取りが出来た事例	原田 和恵	医療法人一陽会クローバー居宅介護支援事業所
D7	入退院支援における介護支援専門員の医療機関との連携に関する研究	荒木 篤	日本福祉大学ケアマネジメント技術研究会
D8	HIV/AIDS 感染症利用者支援に関する一考察 ～複数のケアマネジャーのアンケートを基に～	尾崎 由美子	華笑クリニック
D9	介護支援専門員が病院と連携を取るための取り組み ～連携ツールを作成して～	吉田 薫	土浦協同病院 ケアプランセンター

■地域包括支援センター

	演 題 名	発 表 者	所 属
E1	身近にある社会資源を活かし、地域で支える ～介護支援専門員の後方支援から見えてきたもの～	浅野 佳織	岡山市南区西地域包括 支援センター
E2	幸せを探り、実現するために必要なこと ～地域共生社会に向けて、地域包括支援センターの役割についての一考察～	梅原 悦子	東京都中野区中野地域 包括支援センター

支援困難事例・地域ケア会議

F1	家族成員の複合的課題を解決に導くため自己決定支援の重要性を考察する	高橋 さとみ	社会福祉法人和泉福祉会 居宅介護支援事業所ひ かりの園
F2	本人・家族・地域への対話によるチームアプローチの試み	櫻井 美香	社会福祉法人豊島区社会 福祉事業団 菊かおる園 高齢者総合相談センター
F3	「高齢者と未婚の子」世帯の生活困難の構造に関する研究 ～介護支援専門員の視点を通して～	福定 正城	日本福祉大学健康社会 研究センター、医療法 人東ヶ丘クリニック
F4	成年後見制度申立てにおける介護支援専門員の役割を考える	佐藤 健志	創心会居宅介護支援セ ンター岡山
F5	認知行動理論に基づくアプローチにより介護者のハラスメント行為が軽 減した事例の振り返り ～機能的アセスメント（ABCEH 分析表）を利用して～	北垣 亜利佐	社会医療法人大道会 ケアプランセンターお おみち

■介護予防・総合事業

G1	住民主体型活動の代表者等が実践している活動継続につながる行動 ～代表者等へのインタビュー調査より～	木村 チヅル	長崎県立大学看護栄養 学部看護学科
----	--	--------	----------------------

■認知症ケア・ケアマネジメント

H1	認知症サポーターによる入院中の認知症高齢者への話し相手や見守りの 有効性	山本 君子	東京純心大学看護学部 看護学科
H2	入院中の認知機能低下高齢者に対するケアマネジメント ～認知症サポーターへのインタビューから考える～	平川 美和子	弘前医療福祉大学保健 学部看護学科
H3	意思決定支援においてケアマネジャーが果たす役割を考察する ～10年間の支援を振り返って～	鬼木 泰子	鬼木事務所
H4	認知症の人に対するケアマネジャーの意思決定支援に関連する質的研究	奥田 亜由子	日本福祉大学ケアマネ ジメント技術研究会
H5	「妻の葬儀に参列、それから」ご家族との関係が再び	新山 明子	特定非営利活動法人地 域の絆 地域福祉セン ター宮浦西
H6	ケアマネジャーが行う認知症の人の意思決定支援における実施度と重要 度に関する研究	近藤 芳江	日本福祉大学ケアマネ ジメント技術研究会
H7	ケアマネジャーが行う認知症の人の意思決定支援の実践 ～意思決定支援過程に関する量的研究～	今枝 敬典	日本福祉大学ケアマネ ジメント技術研究会
H8	最期まで在宅を希望していた認知症利用者が入院を選択した事例	上野 扶美枝	ケアサポートうえの

■教育研修・人材育成・スーパービジョン

	演 題 名	発 表 者	所 属
I1	主任介護支援専門員のスーパービジョン実践に関する調査研究	二本柳 覚	京都文教大学臨床心理学部臨床心理学科
I2	進行シートを活用したピアグループスーパービジョン（PGSV）の取り組み～スーパービジョン（SV）を身近なものとするために～	土屋 ひろみ	康楽苑指定居宅介護支援事業所
I3	居宅介護支援利用者・家族向け調査に関する一考察～ケアマネジャーが習得すべき要素に関する研究第9報～	牧野 和子	東京都23区内地域包括支援センター
I4	自立支援への試行錯誤を考察する～1年半の継続支援において適切な支援に繋がっていない現状を多方面から検討した一例～	池山 豊子	ケアプランセンタービーンズ
I5	事業所内事例検討会の効果についての一考察～ファシリテーション・グラフィックを活用した取り組みより～	西村 典子	ケアマネジメントかえで
I6	環境整備から学ぶケアマネジャーの育成について	山田 友紀	ふくなかも居宅介護支援センター

■施設ケアマネジメント

J1	「毎朝休まず続けたラジオ体操～連続 5,500 回出席で表彰」施設入所後にも昔の仲間と再び	玉川 夏香	特定非営利活動法人 地域の絆
J2	「生まれ育った地域で最期まで」～子どもの頃の遊び場が車椅子の散歩コースに	田中 三千代	社会福祉法人 地域の空 コミュニティケアセンター北本庄
J3	介護老人保健施設での看取りを希望された方への支援に関する研究～「いきたい」を支援して～	肥田 奈々	介護老人保健施設 おぎの里

■ターミナルケア

K1	母親のアドバンスプランニング実現のため家族システム論の活用	川上 恵子	医療法人永原診療会居宅介護支援事業所まる
K2	パーキンソン病の利用者と家族支援を考える～突然の急変で本人・家族からケアマネジャーが学んだこと～	北村 八重子	ゆうらいふ居宅介護支援事業所
K3	アンケート調査による介護支援専門員の看取り介護に関する現状調査の一考察	羽鳥 栄子	セントケア練馬

■障がい者ケアマネジメント

L1	障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行における相談支援専門員と介護支援専門員の連携に関する研究	永野 叙子	筑波大学
L2	「65歳の壁」はなぜおこるのかー介護保険と障害者福祉の狭間で起きる問題を考える	奥野 登美子	特定非営利活動法人 ゆうらいふ

■調査研究

	演 題 名	発 表 者	所 属
M1	ケアマネジャーが2人体制で初回訪問を行う試みとその有効性	青木 有裕子	もみのき居宅介護支援事業所
M2	多職種対象に行った「退院時支援について」アンケート結果から、今後の「入退院時支援連携」について考える	西澤 文恵	台東区社会福祉事業団・NPO 法人浅草かんわネットワーク研究会
M3	ヒアリング調査で見えてきた自己作成者の傾向と課題	島村 八重子	全国マイケアプラン・ネットワーク
M4	ケアプランへのインフォーマルサービス組み込みの実態と課題 ～ケアマネジャーへの質問紙調査とインタビュー調査を踏まえて～	三宅 啓司	株式会社総合福祉サービス J.You ジャがいも北名古屋介護支援センター
M5	介護者に知的障がいや精神障がいがある方への支援～居宅介護支援事業所へのアンケート調査を活用した支援導入の有効性～	源内 美代里	居宅介護支援事業所ひだまりの里
M6	介護支援専門員研修のあり方再考 ～今求められるケアマネジャーの役割の具象化に向けて～	豊田 めぐみ	ライフサポート愛和
M7	H 県介護支援専門員協会の望ましいあり方に関する研究 ～第2報 基礎資格による違い～	岸川 映子	有限会社 GRACEAGE 井口台介護ステーション

■その他

N1	専門職における質問力についての一考察 第2報 ～質問を受ける立場の積み重ねから見えてきたもの～	水下 明美	居宅介護支援センター さくら
N2	産業ケアマネジャーとしての取り組みについて報告し、産業ケアマネジャーが果たす今後の役割を考える	泉 洋枝	東京海上日動ベターライフサービス株式会社
N3	「介護者だって楽しんでいい」第2号被保険者 家族介護者への支援～自己実現を多職種間でオープンにした一考察～	藤原 弥也	堺市医師会ケアプランセンターいずみの郷
N4	家族介護者のニーズに対応する効果的な支援方法の検討 ～病院支援者と在宅支援者の実践過程を通して～	相山 馨	富山国際大学

A-1 AIを活用したケアプラン作成支援システムがケアマネジャーの業務効率化と新たな気づきの獲得に与える影響

西口 周¹⁾ (7471) / 米澤 麻子¹⁾ (634) / 佐藤 瞳¹⁾ (9999)

岡田 進一²⁾ (398) / 白澤 政和³⁾ (231)

¹⁾ 株式会社 NTT データ経営研究所 ²⁾ 大阪市立大学大学院 ³⁾ 国際医療福祉大学大学院

1. 研究の目的

AIを活用したケアプラン作成支援の有効性について、AIが優位性を発揮できる機能を活かしながらケアマネジャーを支援することで、自立支援への新たな「気づき」やケアマネジャーの業務効率化につながり、結果として利用者・関係者との関係性構築や利用者の意欲の引き出し、意思決定支援等の対人援助業務に注力できることが期待されている。

しかし、ケアマネジャーの業務支援への期待は大きいものの、AIを活用することによる業務効率化やケアマネジメントの質向上、利用者の自立支援等の効果は十分に検証されていない。

そこで本研究は、ケアプラン作成業務で実際にAIを活用することで、ケアマネジャーの業務効率化や新たな気づきの獲得等に与える影響を検証することを目的とした。

2. 研究の方法

実証は2種類（実証①、②）実施した。

実証①では39名のケアマネジャーを対象に、新規ケースを担当し新しくケアプラン第2表原案を作成する場面を想定したケーススタディを実施し、AIシステムを活用した／しない場合のケアプラン作成時間・負担感の変化、新たな気づきの獲得の有無を検証した。AIシステムは、株式会社ウェルモが開発中のAIを活用したケアプラン作成支援システム「ケアプランアシスタント」β版を用いた。

実証②では14名のケアマネジャーを対象に、既に担当している既存ケース（計39名分）のアセスメント情報およびケアプランを基にAIが出力する情報による、新たな気づきの獲得の有無を検証した。また、上記のうち5名のケアマネジャーは、AIが出力した情報を基に確認・修正した既存ケースのケアプランを用いて、利用者（家族を含む）へ説明した際の合意形成の容易さや利用者視点での納得感等の効果も検証した。AIシステムは、株式会社シーディーアイが製品化しているAIを活用したケアプラン作成支援システム「MAIA」を用いた。

本研究は、大阪市立大学生生活科学部・生活科学研究科研究倫理委員会の承認を得て、実証参加時に全ての対象ケアマネジャーおよび利用者に紙面および口頭で研究概要を説明し、署名にて同意を得た。

3. 結果

実証①では、ケーススタディ方式ではあるが、AIを活用してケアプラン第2表原案を作成することで、第2表原案作成時間が約3～4割短縮された。また、約6～7割のケアマネジャーが業務負担軽減や新たな気づきの獲得を実感した。特に、主任ケアマネジャーを取得していないケアマネジャーの方が負担軽減や気づきを感じる傾向があった。

実証②では、約5～6割のケアマネジャーが新たな気づきの獲得を実感し、特に主任ケアマネジャーの方が自身のケアマネジメントに対する考え方の変化を感じる傾向があった（カイ二乗検定； $p < 0.05$ ）。また、利用者との合意形成や意欲の引き出し等にも効果がある可能性も示唆された。

両実証を通して、知識・情報のサポート（文章案の提案、医療知識・事例集の提示等）、ADL項目ごとの将

来予測等でケアマネジメント機能を補完することで、ケアプラン第2表原案作成時間短縮・負担軽減効果、自身にない新たな視点・観点の獲得効果が示された。また、利用者への説明・合意形成の過程を通じて、プラン内容説明の納得感向上、利用者が求めるケアに関する会話のきっかけづくり、即時的な意欲の向上に寄与する可能性も示された。

特に、新人の業務負担軽減効果や、主任ケアマネジャーのケアマネジメントに対する考え方の変化（特に、要介護度の軽度者と中重度者での相違）等に寄与する可能性が示されたことで、AIシステムの活用意義が高い領域やシーンが今後整理され、ケアマネジャーとAIの機能補完的な協働の可能性への期待も示唆された。

4. 考察と結論

AIを活用したケアプラン作成支援システムは、ケアマネジャーを補完する形でのケアマネジメントの質向上やケアマネジャーの業務効率化等に対して、一定程度の効果が得られた。一方で、AIエンジンに学習させるデータ選定・収集、システム精度・利便性向上等のみでなく、実運用場面ではケアマネジャーが確固たるケアマネジメント観を持って利用者に関わることの必要性・重要性が改めて示された。

本研究におけるAI活用場面やケアマネジャーの経験年数による結果の相違から、過去の調査から整理されたケアマネジャーが担うべき「利用者との関係構築」、「利用者の意欲の引き出し、意思決定支援」の業務を行う上で、AI利用の相応しいタイミングとAIにおける支援効果がある用途等のユースケースを整理する必要性が示唆された。今後、ケアマネジャーとAIの双方が得意とする機能が最大限発揮され、利用者の自立支援に向けた意思決定支援が行われるためのユースケースの検討が必要であり、ケアマネジャーはそのようなユースケースを理解した上でAIを活用することが求められると考える。

今後、AI活用が効果的なユースケース整理やAI活用の倫理面・教育面の検討を進めながら、さらなるAIの実運用を通してケアマネジャーとAIが対話・協働を繰り返すことで、AIを活用したケアプラン作成支援が、「業務効率化によるケアマネジャーの生産性向上」と「ケアマネジメントの質向上」の両面の課題解決に寄与することに期待したい。

なお、本研究は厚生労働省令和元年度老人保健健康増進等事業「AIを活用したケアプラン作成支援の実用化に向けた調査研究」の一部として実施された。

A-2 介護と育児で鬱症状を発症した介護者への支援 ～ダブルケアの支援における、役割理論の有用性～

吉田 久子

(SOMPO ケア 錦糸町 居宅介護支援・5894)

1. 研究の目的

アルツハイマー型認知症と糖尿病を発症した実母と、未就園児の子育て、実母に代わり家業の不動産業の手伝いなど、ダブルケアの状態で役割過多となりうつ症状を発症した家族介護者に対し、役割理論を活用して面接を行い、その課題を家族介護者と共に明らかにして専門職が介入した結果、介護へのストレスが軽減された実践事例を振り返り考察、発表する。

2. 研究の方法

(1) データ収集の方法

研究方法是事例研究とし、利用者の支援経過記録をもとに、利用者の状況とケアマネジャーの働きかけ、その結果を書き起こし、分析対象のデータとした。

(2) データ分析の方法

書き起こした支援経過を何度も読み返し、役割の概念を用いて個人と社会の相互作用を解明する役割理論を用いて介護者がおかれた状況を分析し、専門職の介入と介護者の変化に着目し、支援の有効性について省察した。

(3) 倫理的配慮

家族介護者に研究の目的と方法を説明し、事例記録を活用することを依頼し、文書による承諾を得た。また、事例は個人が特定できないよう、事例の本質を変えない程度に修正している。

3. 結 果

(1) 事例の概要

Aさん(80才代、女性、要介護1)。Aさんと夫(70才代)と二人暮らし。40年以上Aさんが主となり自宅で不動産業を営んでいた。60代から糖尿病の診断を受け内服治療を継続していたが、薬の飲み忘れや重ね飲みが見られるようになり低血糖症状の発症と、慣れた道に迷うなどの状況があり、長女が地域包括支援センターに相談し、当事業所にて相談を受けることになった。

(2) 支援経過

201X年5月10日 自宅にて初回面接。Aさん、夫、長女が未就園児の子供を連れて面接に応じる。主訴は「糖尿病の薬の管理と、認知症の対応」であるが、Aさんと夫は課題と考えておらず、長女が一人で抱え込んでいる様子を見る。長女から「この半年くらいで薬を飲み忘れたり、過剰に飲んだせいか動悸や震えが出ることがあるのに、自分が手伝うことができず申し訳ない。食事は父が揚げ物や菓子類を毎日大量に購入してくるので、母は好きな物を好きなだけ食べてしまいどうしようもない。台所は食べ物と物であふれ、どこから手をつけたら良いのか判らないくらい散らかっている。母は専門医の検査を受けアルツハイマー型認知症と診断を受けたが、医師から高齢であり薬を飲んでも

仕方がないと言われ認知症の治療は行っていない。仕事の電話を受けても内容を忘れてしまい、お客さんに迷惑をかけるようになり、自分が毎日子供を連れて10時から16時まで手伝いに来ている。行き慣れた叔母の見舞いに一人で出かけて道に迷ったり、一人では入浴を面倒がって入らなくなってしまうなど、認知症が進んでいるように思うが、どこに相談をしたら良いか判らない。父にどれだけ糖尿病の事を話しても薬や食事について協力してもらうことができず、父も認知症なのではないかと心配になっている。祖母が施設に入所しており、施設から連絡があれば母の代わりに自分が行って対応しなくてはならなくなっている。妹がいるが父と折り合いが悪く、双方が自分を介してしか話をしようとせず、なかなか協力をしてもらえない。子供には店でテレビばかり見せていて、このままでちゃんと育つのか不安になっている。実家のことで時間をとられ、家のことがおろそかになり夫にも迷惑をかけている。いろいろ考えて眠ることができなくなり、倦怠感もあり自分も鬱か何か具合が悪くなっているようで、どうしたらよいか判らない。」と聞く。

長女との面接で①母 ②妻 ③娘 ④実家の仕事 ⑤孫という多くの役割を持っていると、長女と一緒に整理をした。その役割の中の「娘の役割」に対して専門職が介入することをAさん、夫、長女に提案し了承を得た。

201X年5月17日 妹も出席を依頼し担当者会議を開催しケアの方向性を共有。(A) Aさんの病状管理は急変時に往診もできる近所の開業医に主治医を変更し、糖尿病の管理と認知症の相談を行う。訪問看護師が病状を確認し、療養相談を受け24時間での緊急時の対応を行う。訪問介護が毎朝の服薬介助を実施。(B) Aさんの入浴介助を通所介護が担当。(C) Aさんの自宅の掃除は有償サービスを活用。(D) Aさんの夫の状態確認は地域包括支援センターの認知症初期支援チームに相談する。

201X年9月27日(4か月経過) 夫は認知症ではないことが検査結果から判明。《改善》薬を毎朝確実に服用し、低血糖症状の発症がなくなった。週2回外出し、入浴を行うことができる。ダイニングキッチンで週1回片付けることができる。《未解決課題》Aさんとの過食による高血糖状態が継続。訪問看護師が夫に指導を継続する。《長女》子供のための幼児教室を探し始めた。自分も具合が悪くどうしようと思っていたが、少し時間に余裕ができ、子育ても母の介護も実家の手伝いも続けることができるかもしれないと思うことができるようになったと発言あり。介護者が一人で抱える課題を役割の視点で整理し、その一端を専門職が担うことで利用者の状態が改善し、それに伴い家族介護者のストレスが軽減されエンパワメントされた。

4. 考察と結論

「平成27年度 育児と介護のダブルケアの実態に関する調査」において、就業構造基本調査により推測されるダブルケアを行う者の人口は約25万人。介護を行う者に占める割合は約4.5%、育児を行う者に占める割合は2.5%。ダブルケアを行う女性は男性に比べて周囲からの手助けが得られていない。ダブルケアを行う男性は配偶者から「ほぼ毎日」手助けを得ているのが半数以上となっているのに対し、女性では4人に1人にとどまっている。相馬は少子高齢化、晩婚化・晩産化・高齢化が同時に進行することで、一人の介護者に育児と介護というライフイベントが重複する可能性が高く、どちらを優先させるかの選択を日々迫られ、決断をしないといけないなど役割間で葛藤を抱えていると述べている。ダブルケアの支援者に対し役割理論を用いて課題を整理し、多職種の専門職が関わるのがストレスの軽減とエンパワメントに有効であることが理解できた。しかし、本研究は1事例の分析結果であり、今後、類似の他事例にて検証する必要がある。

参考文献

- 山田真茂留編著 相馬直子「グローバル現代社会論 第9章 少子高齢化とダブルケア」P162-171 文眞堂
内閣府男女共同参画局「平成27年度 育児と介護のダブルケアの実態に関する調査」

A-3 介護支援専門員の支援における倫理の重要性についての一考察 ～ 複合課題があり、丸ごと支援を行った事例を通じて ～

角町 幸代

(佐賀県看護協会介護支援事業所・5666)

1. 研究の目的

介護支援専門員倫理綱領の前文に「介護支援専門員は、その知識・技能と倫理性の向上が、利用者はもちろん社会全体の利益に密接に関連していることを認識し、本倫理綱領を制定し、これを遵守する」と宣言されている。現場において、介護支援専門員が専門職として業務を行うにあたり、倫理に基づいて行動することを理屈では理解しているが、実際の行動と意識的に結びつけることは少ないと感じている。

複合課題を持つ世帯の多機関協働による包括的支援（以下、丸ごと支援と称す）は、多機関と連携するため、普段の支援以上に自身の立ち位置に迷う場面が増える。丸ごと支援を行った複合課題を持つA氏世帯の支援において、迷いが生じた場面を介護支援専門員の倫理綱領に基づいて整理した。倫理を意識することで、自分の立ち位置を俯瞰的に確認でき、多機関連携がスムーズになり、利用者の利益となった。これにより倫理に基づく行動の重要性について、示唆を得たので報告する。

2. 研究の方法

事例を振り返り、介護支援専門員倫理綱領に基づいて、自身の行動を省察した。

尚、倫理的配慮として、当事者及び関連事業所に研究目的を説明の上、公開の了承を得た。また匿名性の保持に留意した。

【事例概要】

A氏、80代、女性、要介護1、障害自立度A1、認知症自立度Ⅱa、直腸がん術後、認知症。長女、10代の孫3人と同居。

A氏は看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）を利用していた。A氏の年金を長女が生活費として使っていたため、サービス利用料の未払いが重なり、看多機の利用ができなくなった。地域ケア会議で、A氏世帯の複合課題を整理した。①A氏はサービス利用料や医療費の滞納で、サービス継続が危ぶまれている。②長女は、家計を管理がうまくできず、国保や家賃も滞納している。③孫は16歳と15歳の孫2人が不登校で自宅にいる。①～③の複合課題に対し、多機関（地域包括支援センター、高齢福祉課、生活自立支援センター、こども若者相談支援、生活保護、社会福祉協議会）につなぎ、支援を行った。結果、A氏は有料老人ホームに入所して、世帯分離し、社会福祉協議会が日常生活自立支援事業として金銭管理を行い、A氏と長女世帯は、それぞれに生活保護を受けるようになった。A氏の未払い金に対しては、3年ほどで完済する返金計画が立てられた。入所して1年後、A氏は入院による廃用で食事ができなくなり、本人の希望で自宅看取りとなった。

3. 結 果

多機関と連携して支援する中で、立ち位置に悩んだ場面のうち2場面を、介護支援専門員の倫理綱領に基づいて整理した。

① 利用料の未払いで、本人の望むサービス利用を中止する場面

利用していたサービスが自事業所の看多機であったため、本人の意向を優先すれば、自事業所に不利益をもたらすというジレンマがあった。介護支援専門員として条文4「公正中立の立場の堅持」を意識し、介護支援専門員として、利用者側の立場に立つことを自事業所に説明し、利用中止については管理者から説

明してもらった。A氏の「看多機を利用したい」という意向が、再度実現できるように、世帯全体を多機関で支援できる体制作りを行えるよう行動した。看多機利用中止後のA氏のサービス利用については、条文1の「利用者の能力に応じた自立支援」となるように、本人の意向を支援する多機関に代弁して伝え、同じ方向性で支援できるように留意した。

② 最期の自宅看取りを決めた場面

A氏の多機関での支援が開始され、世帯分離となった後も、長女のA氏の年金・保護費の使い込みがあったため、A氏の利用料の未払い金額は増えていた。そのような中、A氏が入院し、廃用が進む中で「延命しないでほしい。家に帰りたい」という意向を示された。A氏の「延命したくない」という意向は、支援する中で何度も確認していきたく意向でもあった。医師からは、治療をやめて自宅に戻れば、余命は2週間程度と予測が示された。事情をわかった上で、入所を受け入れた有料老人ホームや、長期返済計画を何度も組みなおし、更なる経済的搾取を防ぐため、成年後見制度利用について検討していた社会福祉協議会など、各機関の複雑な思いを感じた。また、自宅看取りとなると、A氏に対して経済的搾取を繰り返している長女を中心とした介護体制を取らなければならなくなり、支援チーム内の長女への不信感も感じる中、自身の立ち位置に迷いが生じた。条文1「A氏の尊厳の保持のために、A氏の能力に応じた自立ができるように、利用者本位の立場で支援する」という倫理を意識し、A氏の意向を支えることが、介護支援専門員としてすべきことだろうと考えて、多機関への説明や役割分担を行った。その結果、「延命はのぞまない」「家に帰りたい」という本人の意向を支えることができた。

4. 考察と結論

A氏世帯の支援において、「介護支援専門員としての私の存在価値は何だろうか」と立ち位置に悩んだ時に「介護支援専門員の行動指針は倫理綱領にあるはずだ。倫理綱領を読み返して、振り返ってみよう」と考えた。倫理綱領の条文をひとつひとつ読みながら、「自分の行動は倫理に反していないか、今はどの倫理を優先させる時だろうか」と考えていった。このように、倫理綱領に沿いながら、立ち止まって考えることで、介護支援専門員としての価値を俯瞰し、自身の立ち位置に根拠が持つことができた。自身の立ち位置が確立すると、多機関からの意見を客観的に受け入れることができ、その上で支援の方向性を考え、自身が行うこと、他機関に依頼することの役割が整理でき、多機関連携がスムーズに行えた。この結果、倫理を拠り処とすることで、A氏の意向を中心とした、個人の尊厳を護る支援に近づけたと考察する。

丸ごと支援は、多機関で世帯全体を支援するため、倫理的ジレンマも発生しやすい。この時に、介護支援専門員が立ち位置に悩むと、支援の方向性が揺らぐことで、利用者が不利益を受けることになるのではないだろうか。箕岡、稲葉は「倫理原則を機械的一律に個々のケースに当てはめるのではなく、関係者で十分なコミュニケーションを取り、それぞれのケースにふさわしい適切な判断の拠り所として用いる必要がある」と述べている。多機関で連携する時に、倫理を拠り処として、支援方針を決めていくことが、利用者の最善の利益に有効であると結論する。

今回は、自身の行動を倫理に基づいて1事例について検証した。本研究結果がすべての事例に適用できるとはいえないが、この実践を積み重ねることで、倫理に基づいた介護支援専門員の行動規範を作り上げていくのではないかと考察し、今後も研鑽を重ねていきたい。

【参考文献】

わかりやすい倫理（箕岡真子、稲葉 一人）、身近な事例に学ぶケアマネジャーの倫理（宮脇美保子・石山麗子）

A-4 居宅介護支援事業所で働く介護支援専門員の自己評価の実態

和田 素子 (7577) / 薬袋 淳子 (8273)

成 順月 (8272) / 道林 千賀子 (8271)

岐阜医療科学大学

1. 研究の目的

介護支援専門員の質の向上が求められている中、介護支援専門員を対象に2017年に行われた調査の結果、その4割が「自分の能力や資質に不安がある」と報告されている¹⁾。介護支援専門員が一般的に求められている能力における自己評価の実態は筆者が探す限り調べられていない。そこで、本研究は居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員を対象に一般的に求められている能力における自己評価の実態を明らかにし、介護支援専門員への支援の在り方について検討することを目的とした。

2. 研究の方法

日本医師会の地域医療情報システムに掲載されている居宅介護支援事業所を各都道府県から無作為に20抽出し、計940事業所に調査依頼文書と各事業所3名分の無記名自記式質問紙を郵送した。そのうち事業所が廃止になる等を除いた915事業所2,515名の介護支援専門員を対象に、2020年1月から4月に調査を実施した。

調査内容は、対象者の属性（性別、年齢、経験年数、勤務形態、主任介護支援専門員研修終了の有無、管理者の有無、保有資格）と、井上²⁾が作成した介護支援専門員が一般的に求められている能力の自己評価「介護支援専門員自己評価チェックリスト（50項目）」（以下、自己評価）とした。

分析方法は、自己評価を因子分析（一般化した最小二乗法、プロマックス回転法）し、各因子の平均値（因子項目の合計得点／項目数）を算出した。属性による因子平均得点の違いは、Mann-Whitney U検定、Kruskal-Wallis 検定を用いて調べた。統計学的有意水準は5%とし、SPSS Statistics Ver.26を使用した。

倫理的配慮として、対象者には調査の目的及び方法、参加は自由意思であること、参加の有無によって不利益を受けないこと、個人は特定されないことを文書にて説明し、質問紙の返信をもって同意とした。本研究は岐阜医療科学大学研究倫理委員会の承諾を得て行った。

3. 結 果

2,515名中708名（回収率28.2%）から回答が得られた。そのうち欠損がない591名を分析対象とした。対象者の属性は、79.0%が女性で平均年齢49.2歳（ ± 9.27 ）、介護支援専門員の平均経験年数は8.6年（ ± 5.24 ）であった。保有資格は介護福祉士が最も多く78.5%、次いで介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー 2級）が32.8%であった。社会福祉士は15.7%、看護師（准看護師を含む）は15.7%であった（表1）。

介護支援専門員の自己評価の因子分析結果は、5因子42項目抽出され、第1因子【アセスメント・プランニング力（17項目）】、第2因子【多職種協働チーム活用力（10項目）】、第3因子【信頼関係構築力（8項目）】、第4因子【ポジショニング力（4項目）】、第5因子【交渉力（3項目）】と命名した。Cronbachの α 係数は.77～.97であり、すべての因子間で正の相関があった（表2）。自己評価因子平均得点の分布は、最も高いのは【ポジショニング力】3.10（ ± 0.50 ）、最も低いのは【交渉力】2.31（ ± 0.64 ）、次いで【多職種協働チーム活用力】2.44（ ± 0.50 ）であった（表3）。

属性による自己評価得点の差は、経験年数が短いほど自己評価因子得点が低かった。特に3年未満は5年以上群と比較しすべての因子で有意に低かった。看護師資格あり群は【ポジショニング力】以外のすべての因子で、社会福祉士資格あり群は【多職種協働チーム活用力】【交渉力】で資格なしより有意に得点が高かつ

た（表4）。

4. 考察と結論

介護支援専門員は保有資格によりそれぞれが異なった教育課程を修了し、最低5年の職場経験に基づき業務を行っている。介護支援専門員における看護師、社会福祉士の資格保有群の【交渉力】【多職種協働チーム活用力】が高かったことは、看護師はおよそ20年前より多職種が連携し、患者を中心として問題解決のために協働するチーム医療を意識した教育が行われている¹⁾。社会福祉士は福祉サービスを提供する者、医師、保健医療サービスを提供する者との連絡及び調整、援助を行うことを業としている³⁾専門職である。これらが、看護師、社会福祉士の資格保有群で自己評価の【交渉力】と【多職種協働チーム活用力】が高かった理由であると推測できる。

一方で、介護支援専門員は、自己評価の【交渉力】【多職種協働チーム活用力】が低かった。介護支援専門員は利用者やその家族の希望及び利用者についてのアセスメント結果に基づき介護支援サービスの提供を行わなければならない⁴⁾。そのため、提供される介護支援サービスに利用者の思いや意見が尊重され利用者が納得するだけでなく、介護支援専門員自身も専門職として納得できるサービスの合意を目指し、合意形成を重視した援助をしなければならない⁵⁾。双方が受け入れることができる諸条件を導き出し合意形成するには、利害関係が生じている中で、合意点を得るために対話、議論、取引などの交渉が必要である⁶⁾。しかし、介護支援専門員は利用者やサービス関係者に対し、介護保険制度や自らの役割の限界等を説明することやサービス関係者の合意形成をしていくことに困難を感じているという報告⁷⁾がある。これらが、自己評価の【交渉力】が低い理由と推測できる。また、多職種間でのお互いの専門性や用語の理解の難しさ⁸⁾、社会資源の把握不足⁹⁾、医療関係者との連携やインフォーマルサービスの活用に苦手意識がある¹⁰⁾といった報告から、自己評価の【多職種協働チーム活用力】が低かったことが推測できる。

経験年数が高い介護支援専門員が、すべての因子で自己評価が高い理由としては、介護支援専門員は居宅サービス計画作成において相談援助の経験年数が高いほど達成度が高く¹¹⁾、ケアマネジメント業務の経験を蓄積することで職業的に熟達し業務への困難感が軽減する¹²⁾ため、自己評価が高くなったと考えられる。

以上のことより、介護支援専門員の質を向上させるためには、【交渉力】【多職種協働チーム活用力】を身につける教育的支援が必要であることが示唆された。

なお、本研究の限界として、調査対象が抽出した一部の居宅介護支援事業所の介護支援専門員であり一般化には及んでいない。今後、調査対象を拡大していく必要がある。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会第11回資料1-5, 2017.
- 2) 細田満和子：「チーム医療」とは何か。日本看護協会出版会，東京，2012，38-43.
- 3) 社会福祉士及び介護福祉士法第2条第1項
- 4) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
- 5) 梅谷進康：居宅介護支援におけるサービスの合意形成のための援助方法に関する研究，ケアマネジメント学 7, 73-82, 2008
- 6) 松浦正浩：実践！交渉学－いかに合意形成を図るか，ちくま新書 139-176, 2012
- 7) 布花原明子他：ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容，西南女学院大学紀要，11，9-21，2007
- 8) Miki Arazoe：Communication Gap in Interprofessional Collaboration between Medical and Welfare Professionals, TOTAL REHABILITATION RESEARCH, VOL.7, 1-21, 2019
- 9) 馬場純子：介護支援専門員のケアマネジメント業務の現状と課題－介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査より－，人間福祉研究，5，63-86, 2003
- 10) 厚生労働省：介護給付費分科会－介護報酬改定検証・研究委員会第11回資料1-5, 2017. 7
- 11) 綾部貴子他：介護支援専門員による居宅サービス計画作成の達成度に関連する要因－介護支援専門員の特性と人的環境要因に焦点を当てて，日本在宅ケア学会誌，16(1)，28-35, 2012
- 12) 大塚美樹他：介護支援専門員によるケアマネジメント業務の自己評価に関連する要因の検討－介護支援専門員の属性と自己学習行動に焦点を当てて，ケアマネジメント学，17，57-64, 2018

B-1 コミュニティマネジメントの支援内容と展開過程 社会福祉協議会コミュニティワーカーの面接調査を通して

赤穂 光郁（四天王寺悲田院ケアプランセンター・6796）

笠原 幸子（四天王寺大学大学院・583）

白澤 政和（国際医療福祉大学大学院・231）

1. 研究の目的

介護支援専門員は、個人を対象にしたケアマネジメントに加えて、コミュニティマネジメントが求められている。本研究は、市区町村社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（以下、CW）が実践しているコミュニティマネジメントの支援内容とその展開過程を明らかにし、介護支援専門員が持つコミュニティソーシャルワーカーとしての役割を検討することである。

2. 研究方法と倫理的配慮

CW 5名を対象に、半構造化面接を実施した。調査期間は2017年12月～2018年3月である。インタビューガイドは「住民主体形成に向けて取り組んだ内容、住民主体の体制が構築できたポイントや契機」とした。分析方法は、コミュニティマネジメントの展開過程に焦点を当てているため、社会的相互作用に関係していることやコミュニティマネジメントの過程を明らかにすること等から、修正版グランデッド・セオリー・アプローチの手順に従い実施した。倫理的配慮としては、社会福祉協議会の管理者に文書をもって調査の趣旨を説明し、了解を得た上で当該社協のCWを調査対象者として紹介してもらい、調査対象者に口頭と文書をもって調査の趣旨を説明し、了解を得た上で調査を開始した。また、四天王寺大学研究倫理審査委員会の承認を得た（29倫第16号）。

3. 結果

コミュニティマネジメントの展開過程は、21の概念に支持された。①＜地域のストレングス把握＞、②＜個別ニーズの把握＞、③＜水面下のアセスメント＞、④＜地域ニーズの明確化＞から構成される《地域のアセスメント》、⑤＜ネゴシエーション＞、⑥＜財源の獲得＞、⑦＜地域住民の意欲喚起＞、⑧＜地域の合意形成＞、⑨＜地域支援計画作り＞から構成される《地域活動の計画作成》、⑩＜心に届く広報活動＞、⑪＜継続的な後方支援＞、⑫＜地域支援計画の成果＞から構成される《計画実行》、⑬＜多面的な振り返り＞、⑭＜計画の修正＞の概念から構成される《評価》、⑮＜経過の情報共有＞、⑯＜改善案の提案＞から構成される《改善》、⑰＜コミュニティワーカーの自覚＞、⑱＜ひと工夫された福祉教育・啓発＞、⑲＜協議体作り＞、⑳＜継続的なアウトリーチ＞、㉑＜地域住民へ共感を示す＞から構成される《促進要因》という6つのカテゴリーに分類できた。

4. 考察と結論

（1）生成したカテゴリーと結果図参照

（2）各カテゴリーの説明

《地域のアセスメント》は、地域住民、専門職からのヒアリングや地域に出向いてニーズを把握し、課題を析出し、社会的手段による充足の必要性、また、社会的手段の適用可否について検討する段階である。当該地域の強みや弱みを含めた地域全体の事前評価が必要であることが推測された。

《地域活動の計画作成》では、地域住民の意欲喚起や地域住民との合意形成に関して多くの語りがあった。また、財源の調達に関しては様々な手段を検討していることが分かった。必要経費を調達する仕組みを明確にしないと計画立案が難しいことも推測された。

《計画実行》では、地域活動計画の実行を支える概念と具体的なアウトプットを示す概念で構成された。継続的な後方支援や心に届く広報活動は、地域活動に関心を持ち始めた人たちや地域活動を始めた人たちに対して、慎重に働きかけをすることである。そうすることによって、安定した活動になっていくことが推測された。

《評価》は自らの実践に対する振り返りのことである。当該研究においても評価に力点を置いていることが確認できた。多面的に振り返りを行い、必要に応じて修正していくといった作業が、コミュニティマネジメントの展開過程においても明らかになった。

《改善》のためには、＜経過の情報共有＞が重要であることが推測された。地域支援の継続性を担保するために、社協内部での活動経過の情報共有と、住民主体の地域活動が安定するために、地域住民との活動経過の情報共有である。しかし状況の変化によって、当該地域活動が不安定になってくれば、再度CWの介入は開始される。また、課題が残る部分については、地域住民や組織に対して、押し付けにならないように配慮しながら、具体的な改善案を提案している状況が確認された。

《促進要因》では、CWは、支援開始時だけではなく継続的に、地域イベント、会議等、様々な場に積極的に向かっている状況が、調査対象者の語りから確認できた。共通していたのは、社協の所属であるため、担当地域の情報が集まりやすく、地域行事等に出席しやすいという点であった。また、日祝に開催されることもある地域行事に積極的に参加し、地域に寄り添っている姿勢を発信することで、CW自身も担当地域に対して愛着が芽生え、地域住民との間に信頼関係が強化されている状況も推測された。

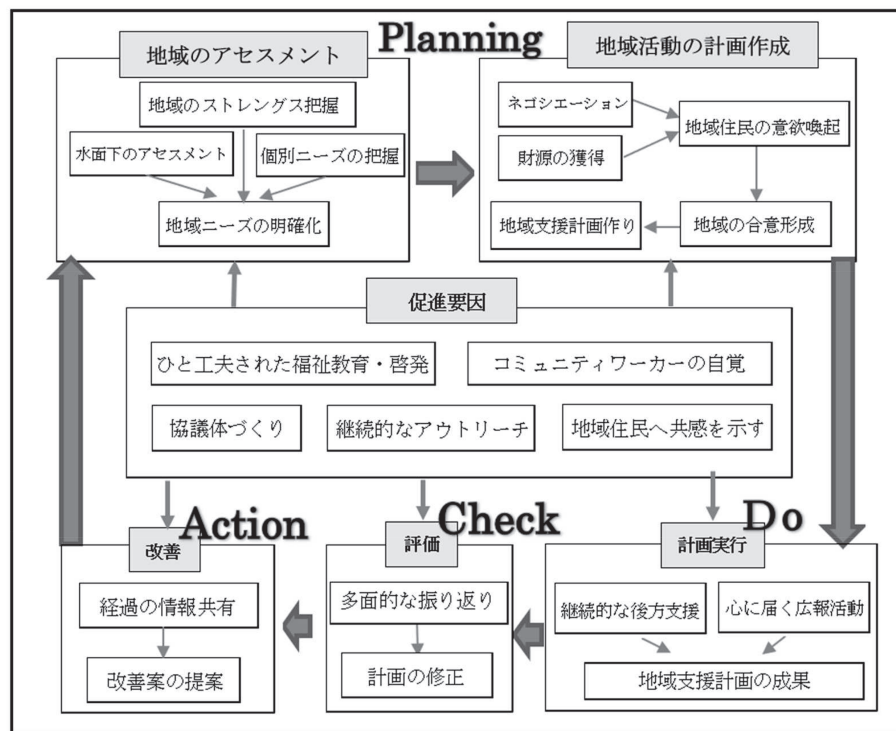


図1 調査結果から推測されたコミュニティマネジメントの支援内容とその展開課程

(3) 結論

コミュニティマネジメントの展開過程は、介護支援専門員が行う個別支援のためのケアマネジメントの展開過程に準拠し、実践していた。両者は、高齢者の在宅生活を支えるために、PDCAサイクルで循環していることが推測された。また、介護支援専門員からの個別ニーズの情報提供が、地域ニーズの明確化へ連動することが確認された。課題として、開発した社会資源にアクセスできる仕組み作りも並行して進めていくことが求められる。このような仕組みづくりにおいて、サービス利用者の身近に存在する介護支援専門員の役割が期待できることが推測された。

B-2

「地域をともにつくる」

池田 友紀

(横浜市霧が丘地域ケアプラザ居宅介護支援事業所・7042)

1. 研究の目的

自身が担当するケースを振り返った時、『介護サービスを利用しながら地域との関わりを持ち自宅での生活を続けている要介護者』がいる一方で、『地域との関わりを保つことができず、地域から離れてしまう要介護者』がいる。この違いは何か。『ケアマネジャー』『利用者・家族』『地域』の視点から事例を検証し、見えてきた課題を基に、法人の事業部ビジョン「地域をともにつくる」に照らし合わせ、地域のケアマネジャーとしてできることを明確にすること、つまり、利用者・家族、地域に対し何をすべきか、今後の展開を考え、行動することを目的としている。

2. 研究の方法

インフォーマルサービスの利用がケアプランの目標になっている利用者を対象に、以下の手順①～④に沿って行う。ここで言うインフォーマルサービスとは、主に地域活動のことである。(例：老人会、地域サロン、囲碁・俳句・コーラスなどの趣味の会、ボランティアセンター、等)

①インフォーマルサービスの利用がケアプランの目標となる利用者10名を選出。②データ抽出。①の利用者を、a) 地域活動への復帰が目標となる利用者、b) 地域活動の継続参加が目標となる利用者、c) インフォーマルサービスを利用し生活を維持することが目標となる利用者、の3項目に分ける。③事例選出。②で振り分けた3項目から結果が異なる事例を1名ずつ、計3事例を選出。i) 介護サービスの開始と共に地域との繋がりが切れたケース、ii) 地域の支援と専門職の支援を上手く使い分けたケース、iii) 地域が本人の想いを支えたケース。④分析。事例を基に「利用者・家族」「ケアマネジャー」「地域」の視点から、研究目的に沿って分析する。

対象者には、事前に研究について説明の上同意を得ており、個人名等個人が特定できるような情報については対象者等が特定できないようにし、対象者等に不利益を被らないよう人権への配慮を行うものとする。

3. 結 果

i) 介護サービスの開始と共に地域との繋がりが切れたケース

Aさん：80代、女性、高齢夫婦世帯、アルツハイマー型認知症。地域活動には参加せずコーラスなど地域外のサークルに参加していたが、4年前、認知症状の出現でサークル参加が困難となり、夫が近隣住民に相談。住民と一緒に地域活動に参加するようになり夫は安心していましたが、認知症状が進行すると他の参加者の負担が増え、不満が出始める。

分析【家族】：病状の進行と予測が理解できていない。地域住民を信頼し安心していただけ、介護サービスではなく地域活動への参加を強く希望。

分析【地域】：認知症状の進行と共に、Aさんに時間を取られるようになりグループ内で不満が出る。「介護予防のために参加している活動が楽しめない」と地域包括支援センターやケアマネジャーに助けを求める。共倒れになる可能性があった。

分析【ケアマネジャー】：症状の進行に伴い、本人・家族と地域の間で気持ちの差ができていていると感じ、夫に認知症の今後の予測と地域活動での現状を夫に伝えたが、理解を得られる説明ができなかった。利用者・家族と地域住民への支援が必要であると感じた。

結果：参加者の1人が夫に話した事で夫がデイサービスの利用を決意し、Aさんは地域活動に参加しなくなり、デイサービスのみの利用となった。

課題：病気に対する家族の理解・認識不足。地域住民に対する専門職としての対応。本人を取り巻く友人や活動など環境の把握。

ii) 地域の支援と専門職の支援を上手く使い分けたケース

Bさん：80代、女性、独居、子宮がん（末期）。癌の治療で入退院を繰り返しながらも、老人会やケアプ

ラザ事業に参加。介護サービスは室内手すりレンタルのみ、そのほか、医療保険による訪問看護、地域の配食サービスを利用。Bさんの体力が徐々に低下したが、友人や配食ボランティアが様子を確認し、ケアマネジャーに報告。その後急激に症状が悪化し通院に介助が必要となったが、Bさんはヘルパーではなく地域のボランティアの利用を希望。ボランティアで対応が困難となった時は、ヘルパーに移行する事で同意を得る。

分析【本人】：進行がんの末期という状況を受け入れ、自身の体調と相談しながら地域活動に参加し続けることが目標。急激に症状が進行しても、知らないヘルパーではなく、よく知っている地域のボランティアに支えてもらうことを選択した。

分析【地域】：病気の事、ケアマネジャーについても全てBさんから聞き知っている。Bさんがいると場が明るくなり楽しいので、無理のない範囲で参加してもらいたいし、症状が変化する度に心配になるが、できることは支援してあげたいと思っている。

分析【ケアマネジャー】：介護保険を申請する前から、地域活動を介してBさんを知っていた為、地域活動に参加し続けることをプランの目標とした。病気の進行を見ながら、介護サービスと地域のサービスの両方を提案するように心掛け、ボランティアの限界も説明した。

結果：地域ボランティア・友人の支援と、専門職の支援を上手く使い分け、地域・介護・医療が互いに連携している。

課題：地域ボランティアと専門職の支援の使い分けの見極め。地域住民に対する専門職としての対応。

iii) 地域が本人の想いを支えたケース

Bさん：50代、男性、夫婦・子の4人世帯、大脳皮質基底核変性症。2年前、指定難病の診断を受ける。単身赴任中であったが、一人での生活が困難となり自宅に戻る。仕事の継続が目標であり、週3日出勤し、2日は在宅勤務。これまで地域活動の参加は一切ない。通勤時の介助は介護・障害サービスの対象外となる為、NPO自費サービスと地域ボランティアで対応したが、病状の進行に伴い介助の負担が増え、ボランティアが5人から2人に減る。

分析【本人】：目標は「定年まで仕事を続ける」こと。病状が進行しても、目標は変わらなかった。

【家族】：病気が進行するにつれ、体力的に介護が辛くなってきた。たくさんの人が手伝ってくれているので、夫は仕事を続けることができていると感じている一方で、子は思春期であり、たくさんの人が自宅内に入ることに抵抗があった。

分析【地域】：病気の進行により介助の負担が増え、介助への不安と体力的な問題から、ボランティアが2人に減る。ボランティアは「助けを必要としている人を助けたくて、ボランティアをしている」「いつか一緒に居酒屋で飲もうと話している。それを叶えたい。」という強い想いを持ってCさんを支えている。

分析【ケアマネジャー】：本人とボランティアの間で信頼関係が成立していると感じた。一方、家族は介護に限界を感じており、想いの差が徐々に開いていく。介助に不安がでてきた家族やボランティアに対し、PTが介助方法を指導、カンファレンスを行う等相談・連携がしやすい環境を整えるよう配慮した。

結果：地域ボランティアが本人の想いを支え、地域・介護・障害・医療が互いに連携。

課題：本人・家族・地域の想いを十分に把握し調整する。地域の活動団体やボランティアの力を見極める。地域ボランティアの責任（個人情報保護や怪我・事故の補償等）について把握。

4. 考察と結論

高齢者の友人は高齢者であり、一方に比重がかかる支援は家族と同様の負担となる。地域の支援を含めたケアマネジメントを行うには、ケアマネジャーが積極的に地域と関わり、地域を知らなくてはならない。地域が持っている力「地域力」の把握が必要なのである。

地域のボランティア団体は、訪問介護事業所と同様の悩みを抱えている。ちょっとした声掛けから、支援が必要な人に寄り添い続ける、時間・想いを捧げなければいけない活動まであり、専門職に近い福祉活動である。地域と連携して利用者・家族を支えるには、地域を知り、地域活動を支えていく事が必要不可欠である。また、プロボノの存在も注目すべき点であり、今後は地域のプロボランティア集団が地域を支える重要な役割となる可能性がある。ケアマネジャーとして、利用者本人とその家族への対応だけではなく、このように、地域に向けた支援や連携、関係の構築もケアマネジャーが考え、行動していかなくてならない業務であり、地域をともにつくるために、地域のケアマネジャーとして行うべき業務である。

C-1 薬物依存者に対する薬剤師の専門性と連携プロセス ～ 眠剤乱用から誤嚥性肺炎を繰り返した事例からの学び～

西村 佳代（ゆうらいふ居宅介護支援事業所・6181）

山田 登喜子（ゆうらいふ居宅介護支援事業所・685）

1. 研究の目的

近年、ポリファーマシーに代表される高齢者の多服薬による薬物有害事象が問題となっている。高齢者本人の薬に対する正しい理解も必要であるが、在宅における薬剤師の服薬指導の必要性が求められている。今回の事例は、長年眠剤に依存し、頸椎脊髓損傷発症してから誤嚥性肺炎を繰り返したA氏の事例である。薬剤師の適切な関わりを得たことで、誤嚥性肺炎の予防ができ、ADLが向上した事例である。この事例のマネジメントの過程で主治医、薬局との連携方法、本人の価値観に沿った服薬管理の必要性を、担当マネジャーとして学べた。本人が、薬剤師の専門性を納得し受け入れ、服薬管理を継続できた過程を発表する。

＜倫理的配慮＞ 事例の本人及び家族に、研究の目的・事例の取り扱いなどを説明した後、口頭で承諾を得た。また、個人が特定できない様配慮した。

2. 研究の方法

【事例概要】

A氏82歳男性、要介護2。2年前上下肢の痺れがあり、整形外科を受診し後縦靱帯骨化症の診断を受けた。H30.1突然首から下が動かなくなり救急搬送。頸椎脊髓損傷と診断、手術を受けた。要介護2の認定を受け回復期リハビリ病棟から退院した。

【経過】

退院当初は、機能訓練目的でデイサービスを利用していたが、間もなく痺れが辛いと意欲低下を呈した。痺れによる不眠を訴え、A氏は20年間服用している眠剤だけではなく、妻の眠剤をも服用するようになった。妻には、不眠の既往はなく、処方を受けるために受診をさせていた。その結果、傾眠状態の日々が2か月続き、誤嚥性肺炎発症。入院したが、点滴が終了し体調が回復すると、即時に退院。自宅に戻ると眠剤の乱用し、退院4日後に再度誤嚥性肺炎で緊急入院した。

他人の意見を聞き入れない性格のA氏が納得できる服薬管理が課題となった。「肺炎で死んでもいい」「痺れは私らしさを阻害する厄介者だ」と主張するA氏にどのように関わればよいのか戸惑い、事業所内での事例検討を相談した。①本人と家族の歴史を整理するために野中式シートを活用した。②前述シートで整理した内容を臨床倫理の四分割法を活用し、事業所内のケアマネで事例検討を実施した。本人と妻、2人の子供から生い立ちや家族歴、価値観、それぞれの関係性について情報を共有し、介入方法を模索した。

- ① 『野中式シート』 A氏は四男として生まれが、家を継ぐために幼くして養子に出された。養父母に溺愛され育った。結婚してからは家長として妻や娘3人には抑圧的に接していたことで、自己顕示欲が強い性格で他人の意見に耳を傾けない理由がわかった。
- ② 『臨床倫理の四分割法』 で本人の真意を探った。訪問時に熟睡の本人の様子から、眠剤が効かないのではなく、眠っている間は痺れを忘れられるので服用するのではないかと、精神的に眠剤に依存しているのではないかと気づいた。誤嚥性肺炎での入院を「自信喪失している」と発言していることから、本人の想いを汲み取りながら、服薬管理ができる環境が必要であり、それには薬剤師の専門性の存在が必要ではないかと考えた。

3. 研究結果

退院時カンファレンスの前に、主治医に薬剤師との連携について相談したことで、A氏に主治医から誤嚥性肺炎は眠剤の乱用が原因であること、薬剤師の専門的支援が必要であることが説明された。A氏は4ヵ所の薬局を利用していたが、一か所の薬局に集約することも説明された。A氏は、「専門的支援」「医師と連携すること」に納得し、薬剤師の訪問を了解した。これを受け、生活歴や経過について薬剤師と連携を図った。特に、上下肢の痺れから逃れるために眠剤に依存している状況であることを共有した。

退院後から、訪問看護師や訪問リハビリを利用しながら、薬剤師が週1回7日分だけの薬を持参した。退院直後は、排泄はポータブルトイレで妻の介助が必要な状況であったが、2か月後には自力でトイレでの排泄が可能となった。嚥下状態が改善し、食事の形態加工も不要となり、「飯が美味くて困っている。」とA氏は話した。それ以降入院はなく、「肺炎は本当につらい思いをした。」「薬でこんなことになるなんて、(薬は)怖いもんですな。」と常々話している。薬のことは、薬剤師に任せていると発言するようになった。「人間らしく過ごせる時間は眠っている時だけだ。」と訴えるA氏の状況を全員で共有し、自尊心を削がれる思いに耳を傾け、気持ちを表出する機会を作ることが、服薬に対する執着心をほぐすことにつながることを学んだ。

現在は、継続して週1回の薬剤師の訪問を利用している。痺れが強くなる時は、主治医・薬剤師・訪問看護と得に連携し、内服管理に留意している。

4. 考察と結論

今回の事例を通して、以下のことを学べ、今後の相談に活かしていきたい。

①担当者会議(退院時カンファレンス)は、「何を議題にするのか?」目的を明確にし、課題の解決には何が必要なのかを準備しておくことが重要である。ケアマネが事前に本人の思いに真摯に向き合い真意をくみ取ってから関係者で共有し、解決に向けた手段を本人に提案できるように準備することである。②医療、特に主治医と薬剤師との連携・調整である。今回のように、主治医から「眠剤」が肺炎の原因であると、会議の場で説明されたうえで、「薬の処方はあるが、薬のことは薬剤師でないとわからない」と説明された。そのことで本人を中心として、主治医、訪問看護、薬剤師、その他の職種の役割が明確になり、サービス間の連携の形に本人が納得した。③薬剤師の役割・専門性を明確にすることである。単に服薬数を減らすことを目的にすれば、薬に依存している利用者からは拒絶されるであろう。A氏は「私の価値観を理解してくれてありがとう」と言った。本人の心境を理解し生活に寄り添い、専門知識を持った薬剤師を得たことで必要な内服ができるようになった。服薬管理とは、薬を取り上げて監視体制を作るのではなく、依存の原因を医師・薬剤師と共に取組、本人の思いを理解することが重要だと学んだ。

主治医と連携を図ることができ、専門性を活かせる薬剤師の存在は大きい。高齢者は医療に対し受け身になりやすい為、薬剤師の視点で、生活の場から医療へフィードバック(主治医への提案)し調整できる薬剤師と連携できれば、適正な服薬管理が期待できる。これは、転倒や肺炎のリスクの軽減につながり、増大する医療費の抑制にも役立つ。疾患を持ち合わせる高齢者には、生活の場に踏み込む薬剤師の存在は益々必要とされていく。我々ケアマネジャーも医療との連携に積極的に薬剤師を活用するマネジメント力が求められている。

D-1 訪問介護事業所のサービス提供責任者による他事業所との チームアプローチ展開上の仕事環境の現状分析

綾部 貴子（梅花女子大学・0329）

松井 妙子（鈴鹿医療科学大学・0116）

1. 研究の目的

本研究では、訪問介護事業所のサービス提供責任者（以下、サ責）による他事業所とのチームアプローチ展開上の仕事環境の現状分析を行った。

2. 研究の方法

調査の対象は、47都道府県から無作為抽出した24のWAMNETに登録された訪問介護事業所800か所を抽出し、各事業所のサ責1名に回答を依頼した。調査方法は、自記式質問紙の郵送調査とした。調査期間は、2015年3月20日～4月20日であった。欠損値の多い調査票を除外し、151名（有効回収率18.9%）を分析対象とした。項目は、「基本属性」、「仕事環境（表2参照）」を設定した。「仕事環境」に対する回答には、全くそう思わない、あまりそう思わない、どちらともいえない、ややそう思う、とてもそう思う、の5段階選択肢を設定した。分析方法は、「仕事の環境」について因子分析（プロマックス回転を伴う主因子法）を実施し、各因子の平均値を算出した。倫理的配慮は、香川大学研究倫理審査委員会（平成26-25）で承認を得て実施した。対象者には研究の趣旨や匿名性の確保、データの管理方法を文書で説明した。

3. 結果

調査対象者（訪問介護事業所のサ責）の基本属性結果を表1に示す。

表1 調査対象者の基本属性

基本属性 項目		人数	%
性別	男性	31	20.5
	女性	120	79.5
年齢	20代	8	5.3
	30代	22	14.6
	40代	33	21.9
	50代	62	41.1
	60代以上	26	17.2
専門職としての経験年数	10年未満	72	47.7
	10年以上15年未満	57	37.7
	15年以上 20年未満	15	9.9
	20年以上	7	4.6
在宅・地域関連の経験年数	5年未満	34	22.5
	5年以上10年未満	59	39.1
	10年以上15年未満	37	24.5
	15年以上	21	13.9
雇用形態	正規職員	140	92.7
	非正規職員	4	2.6
	正規職員の中での時間短縮職員	7	4.6
業務形態	専任	76	51.0
	兼任	73	49.0
介護支援専門員の資格取得の有無	有	100	66.2
	無	51	33.8

注) 欠損値があるため、N=151名にならない項目がある

次に、探索的因子分析の結果を表2に示す。

分析の結果、除外された項目はなく4因子（第1因子「利用者本人や家族との肯定的関係」、第2因子「職場内の肯定的関係」、第3因子「利用者の情報提供や共有」、第4因子「報酬への満足」）がそれぞれ抽出された。各因子の信頼性 α 係数および平均値は、第1因子から順に $\alpha=0.837, 0.750, 0.856, 0.696$ 、mean=4.015、4.059、3.563、3.182であった。

表2 サービス提供責任者の職場環境（因子分析の結果）

因子名 項目内容	因子負荷量			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
<第1因子 利用者本人や家族との肯定的関係> $\alpha=0.837$				
11. 利用者家族から信頼されている	0.952	-0.068	-0.014	0.058
10. 利用者家族との良好関係	0.792	0.065	0.006	-0.037
12. 利用者家族から相談を受ける	0.640	0.052	0.121	-0.133
<第2因子 職場内の肯定的関係> $\alpha=0.750$				
3. 同僚との関係	0.056	0.730	-0.180	-0.050
4. 連携を重視する職場	-0.114	0.630	0.200	-0.180
1. 職場の人間関係	0.036	0.577	-0.058	0.271
2. 上司との関係	0.075	0.508	-0.050	0.200
9. 連携の価値観重視	-0.015	0.506	0.388	-0.078
<第3因子 利用者の情報提供や共有> $\alpha=0.856$				
7. 情報を他職種に伝える時間の確保	0.048	-0.122	0.957	0.048
8. 情報を他職種と共有する余裕	0.040	0.007	0.753	0.093
<第4因子 報酬への満足> $\alpha=0.696$				
5. 収入と仕事量成果との釣りあい	0.030	0.041	-0.025	0.769
6. 諸手当が充実	-0.122	-0.033	0.159	0.689
平均値	4.015	4.059	3.563	3.182
因子相関	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
	—	0.401	0.277	0.180
	0.401	—	0.433	0.248
	0.277	0.433	—	0.100
	0.180	0.248	0.100	—

4. 考察と結論

第1因子について、サ責は、支援の土台となる利用者や家族との信頼に応え、利用者が満足する生活の質の向上を目指し、利用者や家族との良好な関係や信頼関係の構築を重要視しており、因子として抽出され、因子のなかで平均値も高かったと推察される。第2因子について、サ責が他事業所とのチームアプローチを展開していくためには、訪問介護事業所としての他機関との連携やサ責としての役割のあり方等事業所内の職場メンバー間で考えることのできる関係（環境）が重要なことから、因子として抽出されたと考える。第3因子について、利用者に関する情報提供や他のメンバーとの情報の共有は、チームアプローチを展開し支援の方向案を検討する糧となることから、因子として抽出されたと考える。第4因子について、因子のなかで平均値が最も低かった。サ責の職務は、他事業所とのチームアプローチを通して利用者やその家族の生活継続支援を行い、QOLの維持・向上、生命維持等が成り立つ実践である。よって、仕事量や成果との釣り合い、残業手当等仕事に対する報酬が明確に示しにくい実践内容であるため因子の中で最も平均値が低かったと推察される。

D-2 「老障介護」の事例を通して学んだ対人援助の基本となる「受容」 ～「自分を偽る」利用者の背景にあるもの～

吉村 容子

(海南市地域包括支援センター・7496)

1. 研究の目的

近年の晩婚化・非婚化に伴い相談に訪れる利用者の背景には、未婚の子の同居により親として担う役割など子の存在に大きく影響を受けるものであり子の介護を受ける利用者、また子の健康状態により利用者自身が介護者となることも想定される。今回、半身麻痺となった三男を自宅で献身的に介護する利用者の事例から、援助者との関係性の中で「自分を偽る」利用者に出会い、その意味を理解し利用者を「受容」³⁾することで真実が語られ課題が解決したので考察し発表する。

2. 研究の方法

(1) データの収集方法

研究方法是事例研究とし、データは利用者の支援経過記録を基に利用者の状況とケアマネジャー（以下；CM）の働きかけ、及び結果を書き起こし分析対象のデータとした。

(2) データの分析方法

書き起こしたテキストを何度も読み返し、「受容」する姿勢で行った支援と利用者の行動変容に着目し、その意味や援助者の姿勢および態度について省察した。

(3) 倫理的配慮

利用者に研究目的および方法と発表、並びに個人情報保護について説明を行った上で、実名公表の承諾を得たが個人が特定できない形で、事例の本質を変えない程度に修正した。

3. 結果

(1) 事例の概要

Aさん（80歳代、女性、要支援1）、夫（要支援2）、三男（要介護4）の3人暮らし。三男は脳梗塞発症後より日常生活に介護が必要な状態で、会話は困難だが意思疎通可能。夫は認知機能低下がありAさんが主となり家事と介護を担っていた。自身の筋力維持を目的としたりハビリ利用の相談を包括で受け、担当CMとなりAさん宅を初回訪問。

(2) 支援経過

201X年3月29日 通所リハビリ理学療法士（以下；通りハPT）に出席頂き、担当者会議開催。『筋力が落ちて来たので息子を見る自信が失くなった…いずれ施設で世話になると思うけど1日でも長く家で見てあげたいので筋力を維持したい』と語られ、他の困り事について尋ねると『トイレ介助が上手く出来ない…息子の訪問リハビリの先生（以下；訪リハPT）に教えて貰った通りにしてるけど便座から車椅子に移る時に倒れ込みそうで怖い』と相談受け共感的理解を示し、訴えを「受容」する。三男が入浴中のため通りハPTと共に、Aさんよりトイレにて状況説明頂く。

201X年4月2日 三男CMに連絡。Aさんよりトイレ介助について、ご相談を頂いたことを伝え同行訪問等の連携を依頼するが『お母さんに連絡させて頂き、また、お返事します』と返答頂く。

201X年4月4日 三男CMより連絡あり。『お母さんは[もう良い]と言ってました、訪リハPTも現状を把握した上で[問題ない]と判断していますので現状で良いと思います』と結論を受取る。

201X年4月12日 Aさん宅を訪問。三男同意の下ご協力頂き介助動作を拝見し転倒リスクの高い「不適切な移乗介助」が行われている事実を確認、三男も『（移乗時）怖い』と転倒不安を語られた。Aさ

んの『上手く出来ないから先生にも言ったけど何も変わらない…もう同じ事を何度も言えないから仕方ない』の言葉よりAさんの「諦念」と援助者との「現状認識の相違」を観取。

201X年 4月16日 三男CMの居宅事業所を訪ねる。三男CMに、自宅訪問の上、介助動作を拝見し転倒リスクの高い「不適切な移乗介助」が行われている事実を伝え合同担当者会議開催へ合意。

201X年 4月18日 本人、家族、及び関係者11名で合同担当者会議開催。冒頭でAさんより『こないだから、やり方を変えて上手く出来る様になったので、もう良いんよ…息子とも、これからは、このやり方でしょか、て話してるので本当にもう、良いんです…』と発言があり担当CMが介助時の転倒不安を代弁²⁾。Aさんが『（転倒不安について）申し訳なくて何度も同じことを言えなかった』と吐露、この言葉を合同チームで「受容」する。Aさんより介助時の転倒不安が語られ担当CMが『お集まり頂いた先生方に介助方法を見て頂きましょうか』と声を掛けトイレ移動を促す。出席者全員でトイレに移動行い、三男同意の下ご協力頂き実践動作と指導内容を分析。その結果、排泄後の車椅子セッティングの際に車椅子の肘掛を跳ね上げると、持ち手が無いため車椅子の引き寄せが困難になることが判明し持ち手を確保する為に肘掛の跳ね上げ動作を、①跳ね上げない動作に変更する。また排泄後の立位は麻痺側の手首を突張式手摺に引掛け保持するが、拘縮のため手首が外れ難く移乗動作の「支障」となっていた。手首を外れ易く行う為Aさんが福祉用具専門相談員に『手摺を手前に寄せて下さい』と自ら訴えられ即座に、②手摺の角度調整が行われた。

201X年 4月19日 三男CMに連絡。変更後の「適切な移乗介助」の定着、及び合同チームによる経過観察を課題に位置付け、ケアプランを修正することを伝える。

201X年 4月23日 訪リハPTに連絡。21日のサービス提供時の様子を尋ね『「適切な移乗介助」が定着している様子』と報告受ける。Aさん宅を訪問、三男同意の下ご協力頂き介助動作を拝見し「適切な移乗介助」が行われていることを確認する。Aさんが『この前に皆で集まってくれた時（合同担当者会議）から、ずっとこのやり方で上手いこと行ってるよ。先生が車椅子の肘掛を上げないで良いと言ってくれたこと、手摺を手前に寄せてくれたことで息子の手首も外れ易くなって上手く出来る様になった』と語られ、また三男も『（今の方法なら）怖くない』と語られた。

201X年 4月24日 訪リハPTに連絡。今後も引き続きサービス提供時を中心に経過観察を依頼。また「適切な移乗介助」の写真付マニュアルを作成したとの報告を受け、経過観察の協働実施に向け合同チームの情報共有を目的に、マニュアル配布を依頼する。

4. 考察と結論

利用者は、自身が「置かれている状況の洞察」が難しく、課題の核心を伝えることが容易でない。援助者の「アセスメント不足」により、課題は取り残され利用者は不全感を抱えたまま、援助者への「謝意」や「遠慮」などの感情に揺れながら「諦念」し「自分を偽る」ことを選ぶ。その結果、真実は潜在化する。だが「受容」により、「安心」と「信頼」が生起することで、利用者の「自身との対話」を促進し、援助者との交互作用¹⁾から「真意」が引き出され、課題が解決したと考察する。坂中は《クライアントの「ここではどんなことを話しても大丈夫な場である」という感覚が大切である。それは雰囲気作り・関係づくりとかかわっている…〔中略〕…受容は、理解したことを伝える共感的理解とは異なり、非言語的な側面や雰囲気などによって伝わる部分が大きいだろうが、共感的な応答によって受容が伝わることもある》とし、また《この態度は…〔中略〕…カウンセラーにどう評価されるか（ひいては、他者にどう評価されるかにつながる）ではなく、自分自身は何を体験し、感じているのかという自身との対話を促進する》と述べている。本事例を通して「受容」により、利用者が真実を語る関係づくりは、対人援助に不可欠な基本姿勢であることを主張したい。

【参考文献】

- 1) 奥川幸子《身体知と言語》中央法規2017 p 20 p 85 p 193
- 2) 白澤政和《ケアマネジメントの本質》中央法規2018 p 341
- 3) C・ロジャーズ《受容：無条件の積極的関心》創元社2017 iii iv p7 p9坂中正義他 編著

D-3 連絡表作成後の医療と介護の連携における ケアマネジャーの現状と課題

中根 まゆみ（医療法人仁泉会池浦ケアプラン・2205）

木村 恵美（社会医療法人財団新和会ケアサポート八千代・4405）

新美 千寿代（安城更生病院更生介護保険センター・4840）

河井 丈幸（一般社団法人安城市医師会・8227）

1. 研究の目的

急速な高齢化を迎える我が国において、地域包括ケアシステムの構築が求められ、2018年の介護保険制度の改正でも、医療と介護の連携強化が推進されている。A市においては医療と介護の連携を図るため、介護支援専門員の団体であるAケアマネット（以下ケアマネット）で木村ら¹⁾は、A市で定期的に行われている各専門職の代表が集まる地域ケア推進会議で協議して連絡票を作成し、2018年9月より運用を開始した。そこで本稿では、アンケート調査を通じて運用開始後のケアマネジャー（以下ケアマネ）に対する連絡票の周知及び活用状況における現状の評価と課題を明らかにすることを目的とした。

2. 研究の方法

調査方法：市内で活動するケアマネに定例会の中で数か月毎に2回アンケート調査を実施した。

1) 1回目調査は2019年3月の定例会で、対象者51人で回収は45人、回収率は88.2%だった。

2) 2回目調査は2019年11月の定例会で、対象者56人で回収は49人、回収率は87.5%だった。

調査の内容：実務年数や基礎職種、所属、主任ケアマネの取得の有無などの基本属性、および連絡票の活用状況、具体的には使用の有無、使用回数、医師への書類の提出方法、連絡票ができてよかった点などである。

連絡票の概要：連絡票①と連絡票②の内容は次の通りとなる。

・連絡票①：ケアマネが医師に医療系サービスについて意見を確認するための書式。

・連絡票②：ケアマネが医師、歯科医師、薬剤師と情報交換するための書式。

分析方法：2回の調査をクロス集計し、検定にはFisher's exact testを使用した。

倫理的配慮：ケアマネットの役員に承認を得た後、定例会の中で対象者に文書と口頭で説明し了解を得たうえで、アンケートの回収をもって同意が得られたこととした。

3. 結果

連絡票の使用の有無は、いずれも使用していない割合が2回とも2割余りで殆ど変わらなかった（表1）。使用の場合はいずれの書式も1回目より2回目のほうが、5回以上使用している割合は約3割から5割へ増えた（表2、表3）が、有意差はなかった。書類の提出方法は、持参・郵送・FAXではFAXが最も多かった。また、FAXの使用回数では、5回以上使用している割合が、1回目調査の35%から2回目調査では69%へと有意に増加（ $p = 0.0125$ ）していた（表4）。医師へ書類を送りやすいと回答した割合はいずれも約9割で、医師からの返信率が向上したと回答した割合は、1回目調査の35%から2回目調査では、52%へ増えた（表5）が、有意差はなかった。

4. 考察と結論

2回の調査ではアンケート回答者の7割以上が連絡票を使用しており、使用回数も増加傾向だったことが

ら、書式の使用から1年以上経過後も定着していたと考えられる。また書式の利用回数は増加傾向にあり、連携のツールとして活用されている可能性がある。また返信率が向上したと感じるケアマネが増え、ケアマネと医療機関の両者に利便性が認知されたと考えられる。なお、提出方法についてはFAXを繰り返し利用するケアマネの割合が1回目より2回目の方が多くなった。このような連携について三上ら²⁾は、連絡が容易になったことにより、面談の機会が減り、顔の見える連携をケアマネが図らなくなる事を警告している。またFAXの手段では一方的な手段となりやすく、受信する側の負担が増すことになるため、送信する前に先方へ打診してから送るなどの礼儀が求められる。そのような配慮をするだけでも、一方的な連絡に陥ることの回避ができ、顔の見える関係の一端を担保することに繋がる。今回の調査結果より、連絡票の活用が進んでいる事は明らかになった。一方で、本来の医師との連携の目的やあり方、また連携をする上での相手への配慮などについても、研修会で定期的に周知・啓発していく事の必要性を痛感した。そして地域で生活する利用者が、住み慣れた場所で生活が続けられるように切れ目のない医療・介護の支援を提供する事が肝要である。

表1 連絡票の使用の有無

	どちらかは 使用あり	いずれも 使用なし	計
1回目	73.3%	26.7%	100.0%
2回目	77.6%	22.4%	100.0%
計	75.5%	24.5%	100.0%

両側検定：p=0.8106 ns (.10<p)

表2 連絡票①の使用回数

	5回未満	5回以上	計
1回目	66.7%	33.3%	100.0%
2回目	50.0%	50.0%	100.0%
計	57.6%	42.4%	100.0%

両側検定：p=0.2905 ns (.10<p)

表3 連絡票②の使用回数

	5回未満	5回以上	計
1回目	66.7%	33.3%	100.0%
2回目	50.0%	50.0%	100.0%
計	57.4%	42.6%	100.0%

両側検定：p=0.2738 ns (.10<p)

表4 FAXの使用回数

③FAX	5回未満	5回以上	計
1回目	64.9%	35.1%	100.0%
2回目	31.0%	69.0%	100.0%
計	50.0%	50.0%	100.0%

両側検定：p=0.0125* (p<.05)

表5 医師からの返信率が向上したか

③FAX	はい	いいえ	計
1回目	35.7%	64.3%	100.0%
2回目	51.9%	48.1%	100.0%
計	43.6%	56.4%	100.0%

両側検定：p=0.2823 ns (.10<p)

【引用文献】

- 1) 木村恵美, 河井文幸. 安城市における介護支援専門員と医療機関との連絡票及び連携シート作成の取り組み. 八千代病院紀要. 2019; 39: 80-89
- 2) 三上悦子, 中村真一郎. 主治医と介護支援専門員との連携—柳井方式といわれる連絡票(照会)の5年間を振り返って—. 日本農村医学会雑誌. 2013; 62 (2): 112-118

【参考文献】

1. 白澤正和, 岡田進一, 川越正平, 白木裕子, 福富昌城編. 介護支援専門員現任研修テキスト第1巻 専門課程1. 中央法規出版株式会社. 2016.
2. 遠藤英俊監, 前沢政次編. 2訂/介護支援専門員研修テキスト 介護支援専門員専門課程Ⅰ. 一般社団法人 日本介護支援専門員協会. 2018.

D-4 家族支援に焦点をあて、協働で家族の集いの場づくりを行った 各専門職の役割や連携に関する一考察

和田 美加

(医療法人大泉会 介護支援センターくろいし・4364) (認定番号 718)

1. 研究の目的

高齢化が進むにつれて認知症高齢者や慢性疾患高齢者が増えています。住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくために、介護支援専門員は、包括的・継続的ケアマネジメントによる支援を行うことで、地域包括ケアを提供する役割を担っています。家族支援に焦点をあて、ケアマネージャーとして地域の小さな資源作りを通じて、地域包括ケアシステムの実現に関わった経過を振り返り、多職種連携の必要性について考察したことをまとめる。

地域とのつながりや家族の集いの場づくりに必要な各専門職の役割や連携する上で求められる基本姿勢を明らかにすることを目的とし発表する。

2. 研究の方法

多職種との連携により、家族の集いの場づくりまでの約1年間のプロセスを振り返り、各関係機関の役割や連携を検証する方法で行った。

<倫理的配慮>

養成講座や家族の集いの場づくりに携わった地域包括支援センター担当者と社会福祉協議会担当者に説明し同意を得た。事例は本人と家族に了解を得たうえで個人が特定されないよう配慮を行った。演題発表については所属機関の長に承諾を得た。

【事例概要】

- 本人：80代女性 要介護1 アルツハイマー型認知症 生活自立度A2 認知症自立度Ⅲa 夫と二人暮らし。
- 夫：まじめで几帳面な性格。認知症に対する理解が低く、介護に不安を覚えている。妻に対して怒りを表す。子供たちとは疎遠で地域交流も少ない孤独な状況。ストレス発散場所や方法も少ない状況。

3. 結 果

① 地域包括支援センターに相談、情報収集

「他の介護者はどうですか」「皆一緒ですか」の夫からの言葉が毎回聞かれたことから、意見交換の場作りが必要と考えた。「他の介護状況を知りたい」という夫の気持ちに焦点をあてた支援を考え、夫の心の内を打ち明けられる相手があればと考え、地域包括支援センターへ相談した。社会福祉士A氏と一緒にある家族会を見学に行った。中心メンバーが自身の介護体験を参加者に押し付けるような場面がみられ、夫のニーズに合わないと感じた。A氏も同じ意見であった。その人に合った会でなければ、専門職の集りでない家族会は逆効果で危険性も高いと実感した。地域包括支援センター主任介護支援専門員B氏からは、保険者が行っている健康教室、認知症カフェ、いきいきサロン、世代間交流等既存のサービスや会合の情報を得た。夫は戦争体験の話をするときが一番目を輝かせて生き生きと話をしてくれることをA氏に伝えると、夫が興味を持てる話ができる男性の会や県人会を作ってみてはどうだろうかという提案が上がる。

② 夫への情報提供

情報を得ては夫に勧めるが、新たな事を受け入れがたい夫からなかなか了解が得られない。認知症に対する理解が乏しいことから、認知症の事を知ってもらいたいと考えた。認知症サポーター養成講座に参加を促したが、午前中は家の事をする生活スタイルを崩せない夫からは「午前中は出られない」と拒否された。夫の出かけられる時間に合わせた講座をA氏に開催してもらう手配を行い、参加に向けては長女に同行の協力を得ることで本人から了解が得られた。家族関係の改善の機会にもつながった。本人のニーズに合わせた調整が有効であった。

③ 家族会作り

A氏から社会福祉協議会認知症支援推進員C氏を紹介され、夫と同じような状況で介護をしている家族2組があると情報を得る。同じ苦労の出会い（ピアサポートの出会い）が夫を支えると考えた。A氏B氏C氏と共に会場探しや送迎方法等検討や見学を行うなかで、ある喫茶店の2階が小さなコミュニティスペースで無料利用できると情報を得た。参加予定者は階段昇降に問題ないADL能力であったため、3組でお茶飲み会から始める段取りを行った。

4. 考察と結論

多職種連携により支援を行った結果、養成講座や家族の集いの場といった地域とのつながりの準備を行うことができた。チーム間で目標を共有できていたことから、打ち合わせ回数は少なかったが、多くの支援方法の中からの確でベストな選択ができ、能率よく成果を得る事が出来た。ニーズに適した資源がなければ創りあげることが必要。新たな資源を創る為には、関わる各専門職間での情報・意見交換から浮かんてくるアイデアのすり合わせや役割分担が必要であり、そこには互いの立場や職種の尊重が基本にあるという結論を得た。創りあげた資源の継続活用や発展・展開がケアマネージャーとしての今度の課題となる。

【参考文献】

多職種連携の技術 野中ケアマネジメント研究会著

D-5 他職種連携におけるケアマネの立ち位置とは？ ～ 収入が不安定な息子の生活を心配する母親との関わりから ～

秀熊 有里

(ゆうらいふ居宅介護支援事業所・8256)

1. 研究の目的

最近の傾向として、低所得不安定層、引き籠りやダブルケアといった8050問題、障がい者等何らの社会的支援が必要な家庭に属している要介護者の相談が増えてきている。その為介護保険制度のみならず他の社会保障制度の活用とそれに携わる担当者との連携は必須である。今回事例にあげたA氏とその家族に関わった関係機関とのやり取りの中で感じた疑問が、他職種連携を実践していく上でのケアマネの立ち位置を考える機会となり、研究課題とした。

2. 研究の方法

【事例概要】

A氏 80代女性 利用開始当初は要介護2、その後下肢切断術後に区分変更し要介護4。

主要疾患：閉塞性動脈硬化症、左下肢切断

家族構成：夫は他界、息子夫婦と3人暮らし。息子は過去の交通事故による判断力低下などの後遺症があるが、障害者手帳は未取得。非正規雇用で収入は不安定。息子の妻は無職。

<倫理的配慮> 今回の研究にあたり家族介護者に研究の目的と方法を説明し同意を得、個人が特定できない様配慮した。

【経過】

H24 小脳梗塞にて入院。退院後介護サービス利用を開始する（要介護2）。介護のためとして息子夫婦が同居。次第に定期受診やサービス利用料の支払いが滞る事が増える。また、家の中は物で溢れ返り、足の踏み場もない状態であった。A氏や家族と面談を繰り返す中で、息子夫婦は経済観念が低く、生活費がなくなるとキャッシングを繰り返していること、A氏は息子の障害を不憫に思い自身の年金の大半は息子夫婦の生活費や借金の返済に充てられていることがわかる。年金がA氏自身の生活に充てられるようにするために日常生活自立支援事業の利用を提案するが「息子への金銭の支援がしづらくなる」と本人は頑なに拒否する。同時に息子夫婦の生活支援について地域包括支援センターへ相談するが、本人達からの申し出が必要であるとして支援開始には至らなかった。

H30 低温火傷受傷、転倒による圧迫骨折や低栄養も重なり急激にADLが低下する。息子夫婦より「自分たちが介護をする」「介護にお金をかけられない」と入院費の支払いが難しいことや家族介護を理由に入院や訪問看護等の在宅サービスを拒否する。不衛生な環境下での創処置や排泄の支援がほとんど行われない状態であったため、急速に下腿壊死進行し緊急入院、左下肢を切断する結果となった(要介護4)。これまでの経過から市は在宅生活では十分な介護が受けられない困難ケースとして支援に加わる。退院後の生活場所について、A氏も家族も“自宅での生活”を希望した。そのため、日常生活自立支援事業、息子の障害年金受給申請などに地域包括支援センターなどの関係機関が関わり、A氏、息子夫婦それぞれが経済的に自立して自宅での生活が送れるような支援の手続きが行われる。その後、息子は障害年金が受給できることになり手続きが始まる。生活自立への見通しが付くとA氏は「安心した。息子夫婦には私の介護は無理。施設できちんとした介護を受けたい。」と入所を希望し現在は特養に入所している。

【研究方法】

- ① 野中式事例検討シートを活用し、生活史や家族との関わり、経済面、人生の最終段階の意向などこれまでの経過を振り返り、そこから見えてきた本人の価値観（大切にしてきたこと）を元に課題の抽出・整理をした。
- ② 上記の野中式事例検討シートで整理した内容を元に、臨床倫理四分割法を用いて法人内で事例検討を実施した。本人の意向・家族関係・医学的側面から本人の真意（QOL）を推し量り、A氏を取り巻く他機関の支援者との連携について再考した。

3. 結 果

- ① 短期間に夫の死や息子の交通事故が立て続けに起こっていること、そして息子には後遺症が残り、何らかの支援がないと自立した生活が難しいことがA氏の価値観に大きく影響していることが分かった。
そして生活史から「子は可愛い」と自分の生活を犠牲にしても息子の生活を守りたいと言う人生軸が見えてきた。息子の生活自立に向けての支援を他機関に繋ぎ経済的安定が得られた事で、これまで頑なに「自宅での生活」を希望していたが、“施設入所”を希望するなど本人の意向に変化が見られた。
- ② A氏が自宅での生活を希望した時、市の担当者からケアマネに対して「本当に家に帰ってもよいのか？」と確認があった。この問いに“はたしてケアマネが決められることなのだろうか？”との疑問を感じた。また、息子の生活自立に向けての支援を行うにあたり、A氏のケアマネとしての立場で関係機関の担当者とのように連携していくべきか悩む場面があった。

そのため前述の事例検討を行い、他機関との連携におけるケアマネの立ち位置について再考した。その結果、これからの自分自身の生き方を決めるのは本人である事、ケアマネの役割は本人の思いに傾聴・共感・受容を繰り返す中で真意を導き出し、課題を見極め、その上で活用できる制度に繋いでいく事だと再確認できた。

4. 考察および課題

厚生労働省は『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会』の中で、新たな事業の枠組みとして“断らない相談支援”を打ち出している。これまでは、高齢、障害、生活困窮など各分野の相談が別々の機関で行われ、それぞれに支援を行ってきた。だが今回事例に挙げたA氏の家庭のように、課題が複雑化、多様化しているケースがふえてきており、“なんでも相談”のような属性や世代を問わず“断らない相談支援”の必要性を実感した。

しかし、ケアマネだけで解決できることは限られている。今回の研究において、ケアマネの役割（立ち位置）とは、本人の抱える問題に対して適切な社会資源を見つけ繋いでいくことであると再確認できた。そのためにも、生活史を把握し、「生活の背景」と「人生軸」という生活の全体からその人自身を理解していくこと、そして様々な制度についての知識を持ち、的確に他機関に繋ぐスキルが求められること、また、他職種の立場を理解し、時には専門職同志が連携していく事の必要性を学んだ。今後のケアマネジメント業務に活かしていきたい。

【参考文献】

地域共生社会推進検討会『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会（第9回）資料』厚生労働省2019-12-26

D-6 本人の自己決定の尊重、多職種連携、家族支援を実践し、在宅での看取りが出来た事例

原田 和恵（医療法人 一陽会 クローバー居宅介護支援事業所・8207）

落久保 裕之（広島市市域居宅介護支援事業所協議会・458）

1. 研究の目的

家族にがん患者がいると、介護者は患者への思いや病状の変化に一喜一憂することが多い。特に在宅で介護している家族の不安は強いと考える。今事例はがん末期のAさんを介護する妻にパニック障害があり、Aさんの意向や病状の変化に対して不安が大きかった。家族支援が重要と考えケアマネジメントを通してAさん、妻、長男へ意図的に関わり多職種と連携したことで家族の力が変化し在宅で最期を迎えることができた。在宅での看取りは主介護者を支える他の介護者がいることで家族力が引きあがることを実感した。ケアマネジメントを通して家族支援、各専門職との連携による支援が有効であったことを報告する。

2. 研究の方法

（1）データ収集の方法

研究方法是事例研究とし、データは利用者の支援経過記録をもとにAさんや妻、長男との面談、介護支援専門員の働きかけ、多職種連携、支援終了後の多職種とのカンファレンス、妻へのグリーフケア、その結果等を書きおこして分析対象のデータとした。

（2）データ分析の方法

書きおこしたデータを本人、家族の気持ちの変化と関わり方、家族の持つ力の変化に着目し家族支援の有効性について省察した。

（3）倫理的配慮

家族介護者に研究の目的と方法を説明し事例記録を活用することを依頼し文書により承諾を得た。また、事例は個人を特定できないよう配慮した。

3. 結 果

（1）事例の概要

Aさん 男性 70代 要介護1 妻と2人暮らし。同区内に長男家族、県外に長女家族が在住。妻が主に介護を担っており、長男は自宅棟続きで自営業をしているが介護には加わっていない。X年6月C病院で原発不明癌、転移性骨腺癌と診断。放射線治療・抗がん剤治療施行。疼痛管理で麻薬を服用。出来るだけ在宅で過ごしたい思いがあるが妻はパニック障害を抱えており自宅療養が困難となった時点で夫婦共々緩和ケア病棟への入院を希望している。

（2）支援経過

Aさんの思いを確認した時期

X年11月、支援を開始。A氏さんは抗がん剤治療継続を希望していたが妻は病院主治医から来年の春は難しいかもしれないと説明を受けていた。妻から緩和ケア病棟も考えてはいるがまだ家族でよく話し合っていないと聞いたため、長男と相談しAさんの思いを聞くよう助言した。妻は「寝たきりになったら私は何もできない。」Aさんも「そのうち病院へ入らないといけない。」と話し長男は仕事があり支援は得難いと感じておりD病院緩和ケア病棟の申し込みをされた。

長男の思いを確認した時期

X年12月中旬より、体動時の痛みが増強し、自分で出来ない事が増え、内服管理も妻が介助するように

なった。長男から「父と母の気持ちもわかる。介護負担も重なり母の父への言葉が激しくて、私も母と衝突してしまう。でも出来るだけサポートしたい。」と聞き各々に負担を抱え悩んでいる様子であった。X年12月下旬、疼痛管理目的でC病院へ再入院。その後、年末は自宅で過ごしたいというAさんの思いを聞き、退院に向けカンファレンスを行った。主治医からレスパイト入院や訪問診療を勧められた。介護支援専門員は妻の介護負担軽減のため、訪問介護の利用を提案した。訪問看護と訪問介護の時間がつながるようにし、その間は妻の休息時間にした。カンファレンス中、妻は顔面紅潮と発汗も多くとても緊張した様子が伺えたため（この時には長男は欠席）年末に帰省する長女に妻のサポートが可能か意向を確認しようと考えた。

本人の思いに変化があり、長男とのかかわりを意識的に作った時期

X年12月末、Aさんが退院。お正月は県外の長女家族が帰省したが長女と話すことができなかった。妻から「長男がここで寝起きできるように長椅子を置いて環境を変えた。」と聞いた。この言葉を機に長男とも情報共有していかなければと感じた。

X+1年1月中旬、訪問診療開始。Aさんより「家で診てもらえるなら、自宅で過ごしたい。」と聞いた。妻は、医師、看護師からAさんの症状等について質問されると、焦る様子があり安定剤を飲む時もあった。介護支援専門員が診療に同席し、診察中の決定事項とAさんや妻の会話の様子を看護師へ伝えることで負担を軽減するようにした。また、診察中は別室で妻の思いを聞いた。話すことで妻は気持ちを整理出来ているようだった。介護への不安はあるが支援をしている姿勢を見るにつけ、介護する意欲は強く感じられた。訪問から帰る前に長男へ情報提供を続け、また電話でも長男からみたAさんや妻の様子・思いを聞いた。

X+1年2月、Aさんは落ち着いており、妻からも「一進一退な気もするが退院後より遥かに良くなっていると感じる。」という言葉が聞けた。妻自身の精神的安定が図られていると感じられた。2月中旬、痛みが増強、妻の混乱を防ぐため、薬の調整は医療スタッフ間で連絡を取り、妻への確認は少なくするように配慮した。Aさん・長男に今後の意向について確認した。「妻が負担だと思うけど家がええね。」と言われ、長男は「家族としては自宅での介護は限界。しかし父の気持ちを思うと入院の話もしづらく、先生から話をしてほしい。」と言われた。医師・看護師にその事を伝えた。翌日、妻と長男へ予後1ヶ月と説明。長男から1ヶ月程なら自宅で看られるという返答があった。この時期から、診察日に長男が顔を見せ同席する場面が増えていった。

看取りに向けて関わった時期

長男がかかわる時間が増え、Aさんの状態について確認が出来るようになり、また介護方法について看護師から助言や指導を受け妻と共同で介護するようになった。不安時や急変時の連絡方法について全体で話し合った。X+1年2月末、妻と長男に見守られ亡くなられた。妻より「お父さんがとても安らかな顔をしているのを見て家で最期を迎えられて良かったです。」グリーフケアで「思いだしパニックになりそうな時もある。最期の日も電話で娘の声を聴かせることが出来た。」「亡くなる10日前に車で早咲きの桜を息子と見に行けた事は良かった。」と話された。

4. 考察および結論

家族にがん患者がいると介護力が十分か否かを重要視しがちである。一見、不十分だと感じる家族の力も家族自身が持ち直そう、安定させようという力が家族の中にはあるため、介護支援専門員は家族の力や特性を理解し家族の揺れに寄り添いつつ力を引き上げていく支援が必要と感じた。今回、妻のAさんを支えたい気持ちの強さと長男への情報提供を続けて行く事で状態の変化を理解できかかわり具合の変化が家族の持つ力を看取りが出来るまで引き上げることにつながった。

在宅での看取りは、主介護者を支える他の介護者がいることで介護の力が引き上げられることを実感した。思いの違う家族をつなぐ役割として、情報共有に努め、常に主介護者以外の家族にも情報を提供し支援チームの一員であることを伝え続けることで家族の介護力が変化していったと感じる。介護支援専門員の基礎職は様々であるが、看取りの支援に関しての介護支援専門員の果たす役割は同じであると感じた。

D-7 入退院支援における介護支援専門員の医療機関との連携に関する研究

荒木 篤 (2119) / 鈴木 岸子 (1798) / 近藤 芳江 (1066) / 加藤 裕子 (1861)

今枝 敬典 (4169) / 奥田 亜由子 (466) / 山田 るみ子 (0973)

二本柳 覚 (4664) / 高室 成幸 (0008) / 菱谷 隆宏 (7817)

日本福祉大学ケアマネジメント技術研究会

1. 研究の目的

地域包括ケアシステムの中核である医療介護連携について、国は、当該連携事業を地域支援事業に組み込み、平成29年度以降、逐次推進されてきた。制度改正の過程で、入退院支援に関しては診療報酬及び介護報酬に加算が設けられ、入院時の情報共有から退院支援、在宅生活への定着等、介護支援専門員と医療側の双方が積極的に関与するようになってきた。今回、入退院支援プロセスに焦点を当て、介護支援専門員の医療側との連携の実態を把握することを目的として、研究を行った。

2. 研究方法と倫理的配慮

(1) 研究方法

利用者の入院から退院までのプロセスに焦点化し、介護支援専門員側が医療機関とどのように連携を図っているのかを把握すべく質問紙による量的調査を実施した。

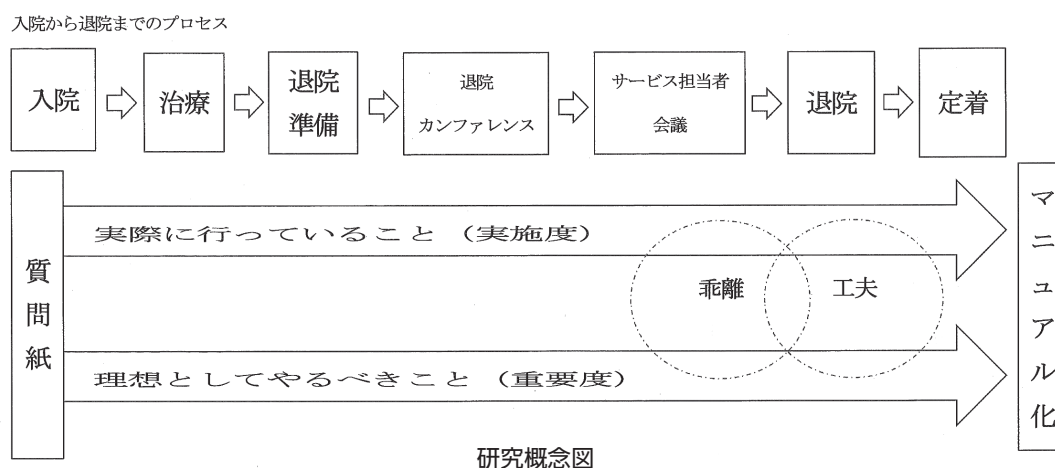
対象はG県の介護支援専門員とし、職能団体総会時に質問紙を配布し回収した。総数301人、有効回答190人（有効回答率 63.12%）。

質問紙は、図に示してあるように、入院から退院へのプロセス（入院前6項目、入院時5項目、退院準備4項目、退院カンファレンス6項目、サービス担当者会議4項目、在宅定着2項目）の7段階の27項目について、実施の主体が、①介護支援専門員、②医療機関、③双方の協働かを尋ね、主体が①と③の場合には、介護支援専門員の実施度と重要度を5件法のリッカート尺度で把握した。

(2) 倫理的配慮

本研究において、倫理的配慮として、参加者には配布時に調査目的等を説明し、調査協力を依頼し、任意であることを伝えた。調査については日本福祉大学研究倫理委員会にて承認を得ている。（申請番号19-46）

入退院支援における介護支援専門員の医療機関との連携での実施度と重要度の関係に関する研究 概念図



3. 結果と考察

表 退院支援プロセスにおける主体割合とプロセスの実施度・重要度平均値

プロセス	項 目	主体 (%)		
		ケアマネ	両方	医療
入院前	退院支援の手順の明確化（ルール）	27	35	38
	退院支援の見極めの基準づくり	25	34	41
	退院調整時の担当者等の把握	28	53	19
	顔の見える関係づくり（会議や研修）	27	53	20
	入退院時における情報様式の共有	26	54	20
	利用者や家族への入院等に関する備えの助言	37	38	25
	実施度平均 3.93 (±0.272) 重要度平均 4.51 (±0.056)			
入院時	入院時の連絡	37	42	21
	退院支援カンファレンスの開催（7日以内）	25	49	26
	利用者情報の提供	68	21	11
	ADL、IADL等、共有様式による提供	51	33	16
	退院支援の責務に関する所在の明確化	26	50	24
	家族への情報提供	25	51	24
	実施度平均 4.18 (±0.288) 重要度平均 4.56 (±0.097)			
退院準備	褥瘡やリハビリ等 変化に応じた打ち合わせ	18	62	20
	退院カンファレンスのメンバーを選定する	31	54	15
	利用者の退院後の意向の聞き取り	31	54	15
	生活の再設計に向けたケアプラン作成	66	22	12
	実施度平均 4.43 (±0.111) 重要度平均 4.73 (±0.065)			
退院 カンファ レンス	カンファレンスに向けたメンバーへの情報提供	42	43	15
	カンファレンスでの医療情報の取得	33	44	23
	具体的な看護・介護の方法を確認する	28	59	13
	利用者や家族が会議に参加し続けられる配慮	25	59	16
	顔合わせと情報共有による本人・家族への安心の提供	25	61	14
	退院日と初回診療日を決める	15	43	42
	実施度平均 4.35 (±0.087) 重要度平均 4.69 (±0.051)			
サービス 担当者 会議	参加メンバーへの情報提供	56	32	12
	退院後の在宅生活に向けたサービス調整	66	22	12
	利用者や家族の生活に対する意向の表明	56	31	13
	目標の共有	50	37	13
	実施度平均 4.57 (±0.087) 重要度平均 4.81 (±0.022)			
定着化	退院後の居宅サービス計画等のモニタリング	69	17	14
	退院後の利用者・家族の状況変化への対応	72	16	12
	実施度平均 4.61 (±0.01) 重要度平均 4.78 (±0.005)			

まずは入院から退院での支援プロセスでの主体構成割合からみてみる。

50%の半数以上が実施主体となる項目をみると、「入院前」では双方の協働が多くを占めている。「入院時」では、「利用者情報の提供」ではケアマネジャーが主体であるが、「退院準備」では双方の協働が中心である。一方、「生活の再設計に向けたケアプランの作成」はケアマネジャーが主体となっている。「退院カンファレンス」については双方で協働が中心となっている。「サービス担当者会議」や「定着化」では、ケアマネジャーが主体となっている。

以上の結果から、入退院支援プロセスにおいて、「サービス担当者会議」以降はケアマネジャーが主体の業務となっているが、それ以前の「入院前」から「退院カンファレンス」においては、ケアマネジャーと医療側の双方が協働しており、連携して業務を遂行していくことの重要性が示唆された。

次に、ケアマネジャーの実施度と重要度についてみると、各プロセスでの実施度平均では、「定着化」が最も高く、次に「サービス担当者会議」であり、逆に「入院前」と「入院時」での実施度は低くなっている。なお、ケアマネジャーは「退院カンファレンス」よりも「退院準備」で実施度が高くなることが示された。ケアマネジャーが意識する重要度については、確かに「サービス担当者会議」や「定着化」でやや高いが、「入院前」「入院時」「退院準備」「退院カンファレンス」についてもほとんど変わらない平均値を示していた。このことから、ケアマネジャーは、利用者の入院前から自宅で定着するまでのすべてのプロセスが重要であるとの

認識で業務を実施していることが分かった。なお、実施度も重要度も共に最も高いのはサービス担当者会議における「退院後の在宅生活に向けたサービス調整」であった。次が、実施度では「退院後の利用者・家族の状況変化への対応」が、重要度では「カンファレンスでの医療情報の取得」が高かった。これらから、介護支援専門員は、退院に向け医療情報を取り込んでの体制整備を最も重視していることが分かった。

4. 結 論

介護支援専門員は入退院支援プロセスにおいて、自らの業務について重要性を認識し、それを実施していることが分かった。入退院支援プロセスで、「退院後の在宅生活に向けたサービス調整」を最も実施し、さらに最重要視していることが明らかになった。介護支援専門員と医療機関との関係構築のもとで実施する項目の重要性が示されており、相互協働による入退院における連携の仕組みづくりが今後の介護支援専門員の課題として示唆された。

注：本研究は、大同生命厚生事業団の令和元年度地域保健福祉研究助成（代表：荒木篤）を受けて、実施したものである。

D-8 HIV/AIDS 感染症利用者支援に関する一考察 ～ 複数のケアマネジャーのアンケートを基に～

尾崎 由美子

(華笑クリニック・2058)

1. 研究の目的

HIV/AIDS感染症（以下HIV）は現在、治療薬の進歩や早期発見等により、早期治療が可能となり慢性疾患となってきた。そのため生活の場を医療機関から在宅や施設へ移行する人が増え、介護が必要な人も増えている状況である。結果、HIV利用者の担当を依頼されるケアマネジャーが今後増えると予測される。ケアマネジャーが利用者支援を行う際、本人との信頼関係を構築し、ニーズにあわせた支援体制構築を行うことは基本であるが、その際関係機関との連携が大変重要となる。十分な連携を図るためにはベースに関係者間において本人の価値観を含めた共通理解が必要となるが、その点においてHIV利用者支援では、他疾患の利用者ではみられない困難さがある。そこで今回は、HIV利用者支援にあたり実際ケアマネジャーが遭遇した問題点や課題について明らかにしたい。

2. 研究の方法

- ① 調査対象及び調査方法：A拠点病院かかりつけの利用者の、担当ケアマネジャー9名に対し、郵送による無記名でのアンケート調査を実施した。
- ② 調査項目：ケアマネジャーの属性に関する情報と利用者支援前後でのケアマネジャーの意識変化及び準備内容等に関する16項目について実施した。
- ③ 倫理的配慮：A拠点病院担当者へ趣旨説明を行い承諾を得て、その担当者を通じ協力者を紹介頂き、協力者へ対しては、書面にて研究目的と学会発表予定であることを説明の上、個人等を特定できる情報を含まないものとした。

3. 結果

項目1：基本属性に関しては、ケアマネジャー歴15年以上が最多、管理者が6割、男女比については4対6、50代以上が6割、基礎資格は特に偏りはなく看護師、介護福祉士、社会福祉士、ヘルパー等。利用者受け持ち件数は30～35件が最も多く、そのうちHIV利用者の担当は1件のものが6割を占め、2件担当が1名、3件担当しているものが1名であった。

項目2：利用者に関しては、50～70代の男性で、要支援1から要介護5まで幅広く、支援開始後の介護度については、変化なしが6割（6名）、介護度が軽くなったのは2割、重くなったのは3割。生活拠点としては自宅が5割であり、本来施設を検討していたがHIVということでの受け入れなしのため自宅選択を余儀なくされたものもあった。介護者は、なしが5割、次いで親・親族・パートナー・配偶者の順であった。収入源は生活保護受給者が5割、次いで貯蓄・年金・事業経営収入の順となった。

項目3：依頼に関しては、たまたま依頼があったものが8割、訪問看護師からが2割であった。

項目4：担当に関しては自身が管理者であるため自ら担当したものが6割、依頼を受ける際管理者から積極的に受けるよう指示があったものは1例のみであった。

項目5：ケアマネジャーとして事前に準備したことについては、医療（医学）知識についての学習や出前講座受講手配や参加、拠点病院の研修参加、事業所内学習会等、疾患に関してが多かった。

項目6：担当開始後に労力を要したものは、利用できるサービス事業所を探すことが最多であり、次いでサービス事業所へ対し疾患の理解を得るための説明が大変、ニーズを満たせる社会資源が少ないもしくはないことであった。また地域へ働きかけたが理解が得られなかった例もあった。

項目7,8：支援の際特に時間をかけた点、配慮した点に関しては、情報伝達の範囲と伝え方、個人情報取り扱い、感冒等の感染症予防、緊急時対応に関する頻回な話し合い、となった。サービス利用の際、本来無関係であるはずのHIV感染の原因を知りたがる事業所もみられ、対応に苦慮したものもあった。

項目9：医療連携に関しては、悪化時は拠点病院が必ず対応してくれるという保証への安心感、拠点病院担当者を窓口として常時連携がしやすいという利点の反面、疾患に対する継続学習の必要性や、他院受診時の際の極度な気遣い（HIVであることを内緒にして欲しいという本人の強い思い等）、家族が病気について知らない場合、拠点病院と連携し対応をすり合わせておく大変さをあげたものもあった。

項目10,11：担当して良かった点、支援の前後における自身の変化については、自分の勉強になるため他のケアマネジャーにも積極的に担当して欲しい、怖がるものは何もなかったと言う意見が多くみられ、偏見をなくすために活動することの必要性を感じたものや、自分の中での差別や偏見がなくなったというものもあった。またケアマネジャーとしての対応能力が上がった、地域連携の難しさを痛感したという意見もあった。

項目13,14：支援に関する今後の課題に関しては、偏見による支援への弊害が最多で、次いで啓発活動の必要性、本人の意思決定支援及び介護力、事業所選択関連、医学的知識に乏しいサービス事業所との連携であった。

項目15：ケアマネジャーとして行ったHIVに対する啓発活動の有無については、有りが5割、なしが5割であった。

項目12,16：伝えたいことに関しては、ケアマネジャー自身が自然体で接すること、HIVということで構えず他の疾患の利用者同様、ケアマネジメントサイクルに沿って支援を行うこと、偏見に対しては本人と共に戦いながら啓発していく力を持つこと、であった。

4. 考察と結論

本研究より、以下の6点が明らかになった。

- ① 利用者支援の観点からは、個の多様性、疾患へ対する知識や理解等、HIV利用者も特別変わらない
- ② 他疾患と違い拠点病院との連携の強さは、研修会開催協力や悪化時の受け入れ保証等があることで、ケアマネジャーにとって医療面での大きな安心感につながっている
- ③ 疾患の特殊性から、多岐にわたる制度、サービスの活用が必要となるため、それに対する知識が必要となる
- ④ ニーズに応えられる事業所探しのために、粘り強い力と、自ら開発していく力が求められる。
- ⑤ HIVに対する正しい知識がないことや、個々の感情からの偏見が根強く、支援のしづらさはあるが、ケアマネジャーとして関係者等へ対して啓発活動を行っていく役割がある
- ⑥ 脳症による本人の自己意思決定支援の困難さや、HIV特有の告知問題により、家族等への未告知の場合には、ケアマネジャーとして関わる際、家族等に悟られないよう配慮する必要がある。

なお、今回はA拠点病院限定の調査であり、対象数が少ないため今後さらに検証していく必要があると考えられる。

D-9 介護支援専門員が病院と連携を取るための取り組み ～ 連携ツールを作成して～

吉田 薫

(土浦協同病院ケアプランセンター・7708)

1. 研究の目的

2018年の診療報酬・介護報酬の同時改定で、介護支援専門員（以下ケアマネ）が入院後3日以内に利用者情報を医療機関に提供した場合の加算が加わり、医療系サービスを希望した場合は主治医の意見を求めケアプランを提出する事などが加わった。その為、多くの市町村はガイドラインやツールを作成しICT化も進めている。連携の必要性が高まっている一方、A市には決まったツールが無く、窓口が不明確で連携の取りにくさを感じていた。そこで、Bケアマネジャー研究会〔A市に関わりを持つ会員数約150名のケアマネの職能団体（以下ケアマネ会）〕と協力し3つのツールを作成した。活動の地域であるA市は、人口約14万人高齢化率28.8%の水と緑に恵まれた都市であり、居宅介護支援事業所41施設が事業を展開している。そのケアマネにアンケート調査をし、ツールの利用状況や効果を明らかにし、ツールの統一に向け今後の課題を考察する。

2. 研究の方法

研究期間：①1ツールの作成 2018年4月1日～2018年8月31日

②ツールの利用状況と効果の明確化 2019年4月1日～2019年5月31日。

対象者：ケアマネ会会員144名。

データ収集方法：選択式、記述式の質問紙で調査し単純集計した。

倫理的配慮：対象者に本研究の趣旨、方法を文書で説明しアンケート回答をもって同意を得た。得た情報は研究者が責任を持って自施設内の施錠できる個人ロッカーに保管し、データの取り扱いは研究者のみに限定した。

3. 結果

ツール作成にあたりケアマネ会に問題提起と協力を求め、2018年7月26日に情報交換会を実施した。情報交換会にはA市内にある9つの病院のうち6病院の担当者8名とA市から1名、ケアマネ会役員13名の計22名が参加し、連携窓口や入退院時の情報収集の方法、書式について検討した。そして、Cケアマネ version『介護支援専門員が医療機関と連携を取るための窓口一覧』（以下『窓口一覧』）と『入院時情報提供書』、『退院・退所情報記録書』の3つのツールを作成した。作成した『窓口一覧』（図1）は、入院時情報提供書の受け渡し先の他、医師の意見を求める際やケアプランを渡す窓口などを明記し、担当者名と連絡手段、対応可能時間を明記した。『入院時情報提供書』は、医療機関の「用紙はA4サイズ1枚が良い。」という要望を重視した。『退院・退所情報記録書』（図3）は、いくつかの項目をまとめ国の書式の半分にした。また、退院時カンファレンス記録と兼ねたいという希望を踏まえ、出席者を記載出来るようにし、病気の進行予測や注意点、次回受診日の項目を加えた。その後、A市と算定要件を満たす為の項目を確認し2018年9月から使用を開始した。そして、2019年5月17日ケアマネ会総会にアンケートを実施した。

アンケートの結果『窓口一覧』は79.8%のケアマネが利用し、利用した感想は81.5%が良い、79.8%が連携はスムーズになった。悪いと回答したケアマネはいなかった。しかし、18.5%がどちらともいえないと回答し記載欄には「知らない、持っていない、機会がない」が多くあった。

[illegible]

図 3. ツール③退院・退所情報書

事業所内のケアマネ同士の連携頻度は、毎日72.3%と週2～3日12.6%を合わせると84.9%であった。医療機関と全く連携ができていないと感じるケアマネは0.0%、77.3%が1～4か所の連携がスムーズにできていると感じていた。また、79.0%のケアマネは月1～3回の頻度で医療機関と連携していた。

『窓口一覧』は対象者の８割に利用されていることが分かった。利用しない理由から周知不足が考えられ、今後の周知活動の工夫により利用者を増やし、医療機関の連携数も増やしていきたいと考える。

医療機関との連携に関しての先行研究で、柿本¹⁾は事業所内連携が強いと医療機関との連携数に大きく影響する。と言っているが、事業所内のケアマネ同士の連携の頻度は8割以上と多く、1～4か所の医療機関と連携がスムーズにでき、月1～3回の頻度で医療機関と連携していたことが明らかになった。このことから、A市のケアマネは事業所内連携が強いと言える。そして、医療機関と全く連携ができていないと感じているケアマネは一人もいなかった。

最後に、連携に関する取り組みは、各市町村、各機関での活動の影響も大きく受けるため、本ツールが実際にどれだけ連携に寄与したかを評価するのは難しく、他市町村で同様に利用できるかは難しい。今後、基礎資格や経験年数による回答に違いがあるかの調査も加え、継続してケアマネ会とともに連携スキルの向上や促進を図っていきたい。

39

E-1 身近にある社会資源を活かし、地域で支える ～ 介護支援専門員の後方支援から見てきたもの ～

浅野 佳織

(岡山市南区西地域包括支援センター・5255)

1. 研究の目的

地域包括支援センターの主任介護支援専門員としての役割は何か、地域の介護支援専門員の後方支援を行うにあたりどのように支援をすべきか、今回の事例を通して、課題解決と一緒に考える。アドバイスをしていく中で地域包括支援センター（以下包括）の立場から、ケアマネジメント支援をサポート、実践した事例を考察する。

2. 研究の方法

自由奔放な行動をする対象者に対し、関わる専門機関で行動パターンを把握していくことから情報を共有化し、対象となる利用者自身の意向を引き出していくことを、担当の介護支援専門員と連携を図りながら試みた。

なお、倫理的配慮としてご本人に同意を得、匿名性の保持に務めた。その件につき、所属長への了承を得た。

【事例概要】 A氏 80歳代 独居（県外に甥がいるが交流なし）要介護3（入院中に区分変更、前回要介護1）
障害高齢者自立度：J2 認知症高齢者自立度：Ⅱb

現病歴：高血圧症、右大腿骨頸部骨折術後（令和2年2月）、アルツハイマー型認知症

平成30年4月、包括がある同施設の総合事務所に本人が物盗られを訴えたことから関わり始める。物忘れの相談から、金銭問題が発覚。不動産トラブル、振り込め詐欺と高額な金銭問題が絡んでいることがわかり、A氏から法律事務所へ相談に行った話も聞き取るが詳細は覚えてなく不明。書類にも言われるまま捺印したとの話も聞き、包括として成年後見制度を提案し、対応する。一度は後見の審判が下りるも、A氏を取り巻く関係者から不服申し立てがあり、再度審判のやり直しとなる。同時に、居宅介護支援事業所へ関わりを依頼。サービス計画に本人の意向を踏まえたプランニングで計画作成されたが、自由奔放なA氏に計画的な支援が難しく、訪問日に不在を繰り返す。サービス導入時、訪問介護：8：00～9：00 週2回（入浴の見守り、身の回りの家事支援）、訪問看護：9：00～9：30 週1回（配薬、健康管理）を計画され、不在時は訪問時間を変更し、当時再訪問の対応でどうにか支援を実施。サービス事業所に対して効果的な支援が実施できるように、包括も介入。A氏が1日のほとんどを過ごす複合型施設内に包括があり、日々身体の様子、生活状況を来所するA氏に声掛け、聞き取りを繰り返しながら顔の見える関係づくりを実行。本人からの情報を抽出していきながら、担当の介護支援専門員とスーパービジョンを行う。

3. 結果

A氏が毎日過ごしている複合型施設内（以下施設内）に「いいいの部屋」（地域住民が囲碁・将棋をしている）がある。毎日自宅から1.8kmの距離を自転車で来所し、施設内で過ごされていたので日々の関わりが持てる環境を活かし、サービス支援の状況等聞き取り、担当の介護支援専門員と情報共有を行った。認知症があり、理解力は乏しいが、それでもA氏の意向や要望はあると感じ、関わり続けた。日時や曜日のずれがあり、計画的な支援が困難な状況から、日々の声掛けを行う中でA氏から「風呂の回数を増やしてくれ」と要望を聞き、

担当の介護支援専門員へ報告。月途中より訪問介護の支援を週3回へ変更し、本人希望の入浴支援が計画的に行えるか不安もあったが、施設へ来所するA氏を見かけては声掛けし、利用日の確認やサービス状況の聞き取りを繰り返した。少しずつ訪問介護の日は不在になることが減り、徐々に計画通りに支援が行える結果につながったが、1人のヘルパーしか受け入れず。訪問看護の支援について本人が必要を感じていないことから、訪問日の不在が続く。配薬の支援もあることから、時間変更や曜日変更で対応していくがA氏の中では必要のないものとなっていた。訪問介護の日の不在はなくなってきたが、その後も訪問看護の日は本人不在の状況が続く。担当の介護支援専門員が調整を繰り返す中、A氏は日時や時間に縛られることなく過ごしているように思われた。施設内の「いこいの部屋」で過ごしたり、外食に出掛けたりしている様子を見て、A氏の中にも日課があるのではないかと感じた。

経済面については不明な書類など、気になることがあればA氏が施設内にある包括へ相談に来所されるようになり、一緒に書類を確認するなど、随時対応していきながら担当の介護支援専門員へ情報提供し、タイムリーな報告で連携を重ねた。顔が見える関係づくりを施設内に包括がある環境を活かし、A氏、担当の介護支援専門員双方との信頼関係を構築することができた。包括の機能である介護支援専門員の後方支援を主任介護支援専門員として役割を担うことができたが、今回マネジメントをしていく中で、支援者が必要と思いサービスを導入しても、本人が必要と思わない支援については課題を残す形となった。

※令和2年6月5日家庭裁判所より、個人弁護士を後見人として審判が下りる。

4. 考察と結論

介護支援専門員の後方支援からスーパービジョンを繰り返していく中で、自身の学びになった。また、包括の主任介護支援専門員として多角的にマネジメントをしていく面白さを感じ、チームとなって支援が行えたことを実感する。介護保険のサービスだけで在宅支援を支えるのは難しい部分もあるが、地域の方々が集まる複合型施設*内に包括があることも社会資源になっていると改めて感じた。この環境を活かしていくことの役目に、自身もなっているのではないか。これからも包括の主任介護支援専門員として少しでも住み慣れた地域の中で元気に高齢者が暮らしていけるよう、地域の介護支援専門員と一緒に関わり、後方支援をしながら実現していきたい。

*複合型施設（ふれあいセンター）：岡山市内に6ヶ所あり、福祉関係施設、保険関係施設、生涯学習施設、有料貸出施設が館内にあり、幅広く市民の方が利用できる施設。

E-2 幸せを探り、実現するために必要なこと ～地域共生社会の実現に向けて、地域包括支援センターの役割についての一考察～

梅原 悦子

(東京都中野区中野地域包括支援センター・2382)

1. 研究の目的

支援者は、対象者とその家族の幸せの実現に向けて、多職種連携や他施策利用も含め、あらゆる手法を用いて伴走していく。地域共生社会のに向けた多様な参加協働の実現の中で、幸せの軸が支援者ごとにずれているのではないかと、複数のケースを振り返ることで、それぞれの立場と、それぞれを繋ぐ役割を担う地域包括支援センターの役割を確認し、包括的支援を行う上で留意すべきことを再確認したいと考えた。

2. 研究の方法

対象者は、支援が必要になってから支援側と出会うため、判断能力の低下や、自分の気持ちを正しく表現できなくなっている場合が多い。特に大勢が関わったケースについて、野中式事例検討会の手法、「対象者理解」の視点で、特に生活歴、成育歴を中心に確認しなおし、対象者の価値観を探りなおすことで支援の振り返りを行った。

尚、倫理的配慮として、ケースの内容が変わらない範囲で変更を加え、個人を特定できないように単純なアルファベット表記とした。ケースについては本人、家族に使用目的を明確に説明し同意を頂いている。

ケース①支援の過程と結果

Aさん87歳、女性、障害高齢者自立度A1、認知症高齢者自立度ii a。重度障害のある次女と2人暮らし。長女は日常的な支援は困難。関わった支援者は、Aさんのケアマネジャー、次女の相談支援員、訪問診療の医師と看護師。

本人の認知機能の低下に伴い、次女の服薬管理や本人と次女の金銭管理等生活の維持が困難になり、地域包括支援センターが介入。2人暮らしは限界に来ており、母娘共に自分の生活を保つことができなくなっていると支援側の合意形成を行う。本人と次女に成年後見人の申し立てを行い、

双方に後見人が決定したあと、次女は施設入所、対象者は在宅サービスを利用しながら自宅で独居生活を継続している。

ケース①の振り返り

Aさんは、結婚後は嫁ぎ先の家業を手伝い、2女に恵まれたが、次女が2歳の時に高熱を出し、後遺症が残った。50代の時、夫が急死、家業をたたみ次女と2人での生活になった。

本人は「少し変わっているけど、感受性の鋭い子」と次女を評している。この表現から次女の障害を受容していない本人、次女と本人が共依存関係であったかもしれないことが推察される。

ケース②支援の過程と結果

Bさん84歳、男性、障害高齢者自立度B2、認知症高齢者自立度iii a。妻と死別後長女と2人暮らし。染色家として仕事をしていたが視力障害になり廃業。家族は双極性障害がある長男、会社員である次男、就労せず家事全般を担っている長女の3人の子供がいる。本人の認知機能の低下に加え、同居の長女に入院の必要が生じ、本人は老人保健施設に入所し、現在に至っている。長女が本人の金銭を管理し、老人保健施設等の支払いを長男、次男に請求していることから、長男と次男は成年後見人の申し立てを行ったことで、長女との間でトラブルが生じ、地域包括支援センターが介入。支援者は老人保健施設のケアマネジャー、長女担当の保健師、長男担当の保健師と就労支援事業所の相談員。後見人が決定すると、長女は

本人の金銭をすべて後見人が管理することに対して、今まで自分の行ってきたことを否定されたように感じている。

ケース②の振り返り

長男、長女の支援者側の意見にずれが生じていた。本人の望むことはどのようなことだったのか、本人と長女の間を再度十分の聞き取りを行う必要があった。ずっと本人を支えてきた長女へ本人の思い、長女の将来を案じている思いは、現在の表情からも十分に感じることができる。

ケース③支援の過程を結果

Cさん73歳、女性、障害高齢者自立度は自立。認知症高齢者自立度iii b。夫と死別、資産あり。2年前長男が死亡、そのころから認知機能が低下し、通帳、財布を紛失、資産管理ができなくなり孫（長男の子）が金銭管理をしてきたが、孫に通帳を盗られたなどの被害的妄想の訴えが生じ、本人の弟からの相談で包括が介入。支援開始間もなく、弟が成年後見申し立てを行い、後見人が決定。孫の訪問がなくなり、孤独な生活になってしまった。

ケース③の振り返り

本人の長男は30代で離婚しており、2人の子供（本人の孫）は、Cさんが育ててきた経緯あり。孫といえるときには、柔和な表情をしており、ずっといい関係だったことが伺える。

3. 結 果

①から③のケースを振り返り、どれも支援者側が、自分の立場で発言しており、対象者の幸せの実現が目的ではなく、安心や安全に視点が向いてしまっていること、また、各立場での幸せの価値観が異なること、「本人」の幸せの実現のためには、本人の価値観を丁寧に聞き取り確認していくことが重要であり、安心安全は、その過程における目標のひとつでしかないことに気づくことができた。

4. 考察と結論

①のケースは、本人と次女と一緒に暮らせる方法はなかったのか、②のケースは後見申し立ての前に本人の気持ちの聞き取りや推察が必要だったのではないかと、③のケースでは、孫との交流という幸せを奪ってしまったのではないかと、との反省がある。これは目の前の安全や安心に視点を置いた支援を各支援者がそれぞれの立場で検討し結論付けをしてしまったからではないのか、支援の対象者がそれぞれに異なる場合、発言もそれぞれの立場での支援になるため、誰の支援なのかが見えにくくなってしまうことがある。上原久はこれを「ノイズ」と呼んでいる。「ノイズ」に惑わされず、本人と家族を丁寧に見立てていくことが重要であると考えられる。

安全や安心は必要だが、それが目的になっている支援は、幸せを実現する支援とは異なってしまうかもしれない。地域包括支援センターとしては、各立場の専門職の意見を集約しながらも、「本人」と「家族」の幸せの実現に焦点を合わせ、ケースを俯瞰する視点をもつことが必要である。

【参考文献】

- ・「見たてを深めるための事例検討会」メールマガジン：上原久 2019年7月18日配信
- ・多職種連携の技術 野中猛 中央法規 2014年9月
- ・「野中式事例検討会の特徴と異議、構造を学ぶ」非特定営利法人：野中ケアマネジメント研究会
研修資料：前山憲一
- ・「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」
最終とりまとめ概要：厚生労働省 2019年12月26日

F-1

家族成員の複合的課題を解決に導くため 自己決定支援の重要性を考察する

高橋 さとみ

(社会福祉法人和泉福祉会 居宅介護支援事業所ひかりの園・6144) (認定番号 1274)

1. 研究の目的

家族成員が複合的な課題を抱えながらも解決に向けての支援を導入できないケースは多い。本事例は地域包括支援センターより退院支援の依頼を受け、対応した事例である。家族全員が要支援者であり、長年地域から孤立して過ごしてきた。本人の入院を機にケアマネジャーが関わり、家族成員の課題を整理した上で、支援機関につないで制度やサービスを調整していく過程を分析して本人の真のニーズを明らかにした。事例研究により家族成員の持つ課題の整理を行い、支援過程を分析することで、本人の真のニーズを明らかにするとともに、課題解決を図るために最も重要である本人自身が自己決定、自己選択できるよう支援する自己決定支援について考察する。

2. 研究の方法

- ① 個々の課題を整理し、支援機関、支援者を考察する。
 - ② 支援過程の中でケアマネジャーが捉えた課題から本人のニーズを導き出し、自己決定支援を行う。
- *発表に際し法人所属長の了解を得て、事例は本人が特定できないよう配慮した。

3. 研究結果

事例の概要

Aさん 70代(女性) 長男と二人暮らし。

閑静な住宅地のマンションに在住し長年地域から孤立し過ごしてきた。子宮癌治療入院中に腰椎圧迫骨折にて介護保険を申請し、要支援2の認定を受けた。退院時、Aさんは頑なに介護保険サービス利用を拒否。歩行が不安定なため歩行器のみレンタル開始。退院後、初回訪問時に本人から玄関先で声を潜めての会話と筆談を求められ、長男が引きこもり状態であることが判明した。

家族成員各々の課題を整理する

Aさん 圧迫骨折後の腰痛継続。骨粗鬆症治療を途中で中断。原因不明の目眩あり。家事や身の回りのことが十分にできず、外出は通院(婦人科、内分泌科)のみ。活動不足、カリウム不足にて筋肉量低下あり。家事支援や機能訓練の必要性があり介護保険サービス利用の提案を行うが拒否。

長女 脊髄小脳変性症を発症。歩行困難。Aさん入院中に長男から暴行を受け、Aさん所有の他市マンションに居住。経済的な支援がなく、わずかな貯えで生活している。今後、生活困窮に陥る危険性あり。家事、身の回りのことが十分にできない。

長男 大学卒業後、就職するが離職。その後、ヘルパーの資格を取得し、共同経営者と会社を立ち上げるが失敗、引きこもり状態となる。現在、不就労にてAさんの年金で生活している。意に沿わないと怒鳴り、昼間から飲酒行為あり。

Aさんの真のニーズと自己決定支援の重要性

各々が独立して生活の基盤を立て直す必要があると考えた。長女、長男を支援者に繋げていく過程で、Aさんの真のニーズは「子供たちの生活の安定」であることを捉えた。長女は居住している地域のケアマネジャーにつなぎ、介護保険や特定疾患の申請、障害年金の手続きを行うことで、自立した

生活につながった。

長男の支援者についてはAさんにCSW（コミュニティソーシャルワーカー）の役割を伝え、長男の課題は解決に向かうと助言し、CSWを紹介した。

子供たちの抱える課題が解決に向かうことで、Aさん自身が自分の生活に目を向け、新たな生活への自己決定ができると気づいた。

4. 考察および結論

本事例のように家族各々が課題を抱えるケースは、個々の課題を整理したうえで適切な支援機関につなぎ、各々の生活基盤を立て直す必要がある。頑なに支援を拒む対象者の「受援力」を引き出すためには、本人の真のニーズを探りながら、本人の望む生活に向けた自己決定支援が重要であるとする。

【参考文献】

8050問題の深層「限界家族」をどう救うか 川北 稔

F-2 本人・家族・地域への対話によるチームアプローチの試み

櫻井 美香

(社会福祉法人 豊島区社会福祉事業団 菊かおる園高齢者総合相談センター・6449)

1. 研究の目的

「複合問題」といわれるケースは、本人、家族の個々の問題だけではなく、それを取り巻く社会環境等、様々な要因が複雑に絡み合っている。このような場合、支援者が表面化されたリスクの解決やマイナス面にとられすぎずにチームアプローチしていくことが重要であると思われる。本検討では、解決志向アプローチを基盤とした「安心づくり安全探しアプローチ [AAA (スリーエー)]」¹⁾ の実践論に基づき、本人の望む生活の実現のために、人口約30万人規模の都市部における個別支援から地域への認知症の理解について、多職種が協働し家族と共に「対話」を重ねて働きかけていく過程において介入を試みた。

2. 研究の方法

(1) データ収集の方法

事例研究とし、初回介入から約1年間の実践記録をもとにデータの収集をおこなった。

(2) データ分析の方法

実践記録をもとに、AAA 実践論に基づき分析をおこなった。

(3) 倫理的配慮

個人が特定できないよう事例を一部修正した。また、家族へ研究について説明をおこない、同意を得た。

3. 結果

(1) 事例概要

Aさん(80代女性 要介護1 軽度認知症) 介護サービスは未利用であり、住み慣れた自宅で現在の生活を継続することを希望している。介護者である一人娘(50代)は、精神疾患を患いながらも社会復帰を果たしている。娘はAさんとの暮らしに不安があり、施設入所させたいという意向を持っていた。Aさんの地域は一軒家の多い住宅地であり、核家族化が進んでいる。某日、地域住民からAさんの近隣に対する迷惑行為と娘の虐待疑いについて当センターへ通報があった。そこで、本人・家族の望む生活の実現と地域への認知症に対する理解を求めるため、以下の介入をおこなった。

(2) 支援経過

1) 本人・家族へのアプローチ

初期介入の時点で、Aさんは支援者に対し、困り事や悩みを相談する意向はなかった。そのため、対話ができる関係構築が必要と判断し、Aさんが毎日通っている福祉センターへ3ヵ月訪問した。その間、他の利用者や福祉センターの職員と共に、Aさんとの雑談とコンプリメントを繰り返し行った。会話の中で、娘の為に食事作りを頑張っていること、昔から地域の美化活動を自主的に行っていること、物忘れが気になっており、時々娘と口論になることを聴き取ることができた。一方、娘は民生委員の働きかけで来所し、Aさんが地域住民の植木を勝手に持ち帰り苦情を受けてしまうこと、Aさんに辞めるよう話すと口論になり、後悔していることが確認できた。そこで、娘と共にAさんと娘の一日の行動をタイムシートで可視化し¹⁾、このシートをもとに、口論にならなかった時の「対処」や口論が激化しなかった時の「例外」について話し合った。その結果、娘がAさんへ苦情の内容を伝えたときにAさんが記憶していると口論になら

ず、Aさんが記憶していなくても娘が冷静に話をするよう努めた時は口論が激化しないことが確認できた。

2) 個別ケア会議の開催

人が持っている様々な意見が、過去の思考の結果とすれば、人は自分の意見を守ろうとしたり固執したりすることがある。主張が強い人や、会話が苦手な人もいる。そのような場合、対話は成立しない²⁾。本事例では、①「話す」ことと「聴く」ことを分け話しあいの余地を広げる、②事例に関する問題・リスクとストレングスをバランス良く検討する、③「事例」の理解だけではなく「支援者の関わり方」を再点検する、④問題の共通理解ではなく「今後の見通し」の共有を目的とする、⑤お互いの「違い」を大切に「チーム」の力で支援の質を高める、この5つに視点をおき³⁾、対話が展開できるよう個別ケア会議を開催した。

参加者は娘、民生委員、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）、福祉センター職員、地域包括支援センター三職種で構成された。会議開催前はチーム全体が問題における対処として介護保険を利用し、Aさんが新たな楽しみや活動の場所を見つける事が最善策と考えられていた。しかし会議後は、Aさんの意向を尊重し支援していく方針へと変化した。更に、次の取り組みとして、地域住民にAさんの行動の理解をしてもらうという新たな目標を設定することができた。

3) 地域への理解

Aさんの住む都市は、一人暮らし高齢者の割合が平成27年の時点で33.8%となっており、全国平均のおおよそ2倍にあたる。Aさんの地区は第2次世界大戦で家屋の焼失が少なかったとのことである。そのため、住民の繋がりがあがるが、ここ数年、売地が増え核家族化が進んでいる。Aさんの自宅周辺は過去5年の間、40～50歳代の世帯が他都市より、7世帯転居している。娘の話から苦情はそれらの転居した世帯からであることがわかった。そのことから、Aさんの自宅周辺は地域の繋がりが希薄化してきており、また、認知症に対する理解が不足しているのではないかという課題が抽出された。そこで、住民との問題が起こった際に、Aさんと娘、地域包括支援センター又はCSWでその住民宅へ訪問をし、謝罪とともに啓発として認知症や関係機関の冊子を渡す取り組みを実践した。更に娘や民生委員が住民へ挨拶をし、関係づくりに努めた。一年後、Aさんと住民も挨拶を交わすようになり、該当住民の苦情は月に数件から半年に1度程度に減少することができた。これらの経過から、当センターが運営する多職種連携会議にて、本事例を地域課題の一つとし、認知症啓発の推進として地域版認知症ケアパスの作成をすることとなった。

4. 考察と結論

「対話」とは意味の共有である。「対話」は本来、一人ひとりの考えをいかなる結論も判断も下さず、人に理解させることである。そのため、物事を機能させるための目的や目標のある対話は限界が生じる。それでも原則的に相当な価値は認められ、人々が互いの想定を知るようになり、耳を傾け、どのようなものかわかるようになる²⁾。本検討では、AAAの実践論を活用し、それぞれの場面で「対話」について配慮し介入を試みた。その結果、相互理解が深まり、本人、家族、支援者が一つのチームとして形成され、負の感情から「何とかやっていけるかもしれない」という課題解決にむけて意欲をもって取り組むことができた。さらに、そこから地域課題へ発展・展開することができた。今後、更に異なる事例数を増やして検討していきたい。

【参考文献】

- 1) 副田あけみ、土屋典子、長沼葉月書 著 「高齢者虐待防止のための家族支援」
- 2) デヴィッド・ボーム 著 「On Dialogue 対立から共生へ、議論から対話へ」
- 3) 安心づくり安全探しアプローチ研究会 著 「多職種協同ケースカンファレンス」

F-3 「高齢者と未婚の子」世帯の生活困難の構造に関する研究 ～ 介護支援専門員の視点を通して ～

福定 正城

(日本福祉大学健康社会研究センター、医療法人東ヶ丘クリニック・8229)

1. 研究の目的

高齢者と未婚の子が同居する世帯が増加している。この世帯では、子は親に比べて経済的・社会的に脆弱であり、ひきこもりや無職・失業または断続的就労の状態に親に生活を依存していることが多い。ゆえに失業や親の病气・要介護化等を契機に、介護や生活困窮等の複合的な問題が表面化し、生活困難の様相をきたす事例が生じている¹⁾。これまで、「高齢者と未婚の子」それぞれの生活困難に関する研究は蓄積されているが、世帯全体の生活困難が生じる構造を明らかにした研究はみられない。そこで本研究は、この世帯にまつわる多様な生活困難の諸要因を抽出してその生活困難構造を明らかにし、有効な支援に関する知見を得ることを目的とした。

2. 研究の方法

(1) 研究手法、研究協力者

本研究には、質的記述的研究を用いた。研究協力は、協力意思のある介護支援専門員3名に依頼した。その理由は、介護支援専門員が生活困難の生じたこの世帯の現場について、第一線で知り得る立場にあるためである。その経験や知識に関する面接データにより、世帯の生活困難と支援の困難さにアプローチできると考えた。

(2) データ産出方法

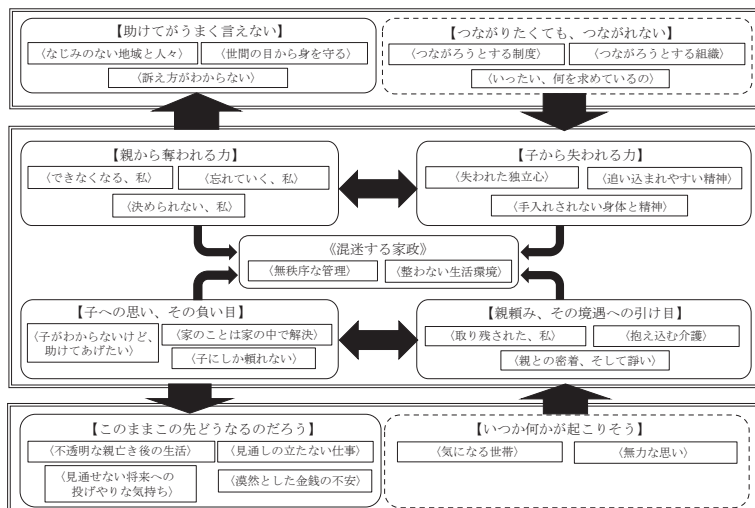
協力者に対して1人1時間から1時間半程度の半構造化面接を実施した。求めた事例は、現在までに支援経験のある生活困難が生じた「高齢者と未婚の子」世帯事例である。

(3) 倫理的配慮

本研究は日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」による倫理審査委員会の承認を受けた。協力者との間で事例提供の許可を各所属に求めた上で、許可のとれた事例を収集するという手続きを踏んだ。協力者に研究の趣旨、個人情報保護、安全管理、協力の任意性及び中断、同意撤回の自由、情報公開の方法について文書と口頭にて説明し、文書にて同意を得た。

(4) 分析方法

録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、丹念に読み込んだ。そして、この世帯の生活困難に関連する語りの部分を、意味のあるまとまりでコード化し、相違点・共通点について比較分類をおこない、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを生成し、結果図の作成、ストーリーラインの記述につなげた。分析過程から結果について、質的研究に豊富な経験をもつ研究者1名からスーパーバイズを受け、協力者2名から結果の解釈に同意を得た。



3. 結果

分析の結果、《コアカテゴリー》1個、【カテゴリー】8個、〈サブカテゴリー〉26個が生成され、関係性が構造化された(左図)。

(1) 全体図のストーリーライン

介護支援専門員の視点を通した「高齢者と未婚の子」世帯における生活困難構造の中核は、世帯としての社会的孤立にあった。そしてその孤立は、世帯内の循環による《混迷する家政》により生じている。この世帯では、親は【子への思い、その負い目】を、子は【親頼み、その境遇への引け目】を、

それぞれに抱え親子関係を形成してきた。そこに親子の喪失が発生し、相互に関係し合いながら元々の親子関係と共に家政を混迷化させている。しかし、世帯は【助けてがうまく言えない】ため、その術をもたない。そしてその表出のなさから、外部もつながる術をもたず、【つながりたくても、つながれない】。これらの相互関係の中で、世帯は無自覚のまま社会的に孤立していく。そして、世帯は【このままこの先どうなるのだろう】と途方に暮れ、外部は【いつか何かが起こりそう】と世帯の行く末を心配している。

(2) カテゴリーごとの説明

1) 3) 4) 5) 6) 7) 8) は当事者、2) 9) は介護支援専門員の視点をもつ。

- 1) 【助けてがうまく言えない】 世帯は〈世間の目から身を守る〉ために関係を希薄化させ、外部に届く〈訴え方がわからない〉。そして世帯としての社会的孤立を招いている。
- 2) 【つながりたくても、つながれない】 外部には世帯と〈つながろうとする制度〉や組織がある。しかし、世帯は外部から見えない生活を送り、〈いったい、何を求めているの〉かわからない。
- 3) 【親から奪われる力】 親は、喪失の時期に差し掛かり、何らかの手助けの必要が生じている。その喪失は、これまで親に一手に担われてきた家政を混迷化させていく。
- 4) 【子から失われる力】 子は、これまで親頼みの生活を送ってきた。親の喪失により家政が混迷化するなか、〈手入れされない身体と精神〉によって、子の喪失は食い止める術をもたない。
- 5) 【子への思い、その負い目】 親は子を助けたい親心をもつが、子の行動の意味や手立てがわからない。しかし、外部に助けてがうまく言えず、〈家のことは家の中で解決〉しようとする。
- 6) 【親頼み、その境遇への引け目】 子は、自らを世間から〈取り残された、私〉だと感じ、その引け目から他者と距離を置く。対照的に、親とは密着して生活することで諍いが生じている。
- 7) 《混迷する家政》 親子双方の喪失は、複合的な困難として複雑に絡みあい、元々の密着した親子関係と共に世帯の家政を混迷化させる。その掛算式に《混迷する家政》は、さらに循環を繰り返し世帯への影響を増幅させていく。
- 8) 【このままこの先どうなるのだろう】 世帯は〈不透明な親亡き後の生活〉から〈漠然とした金銭の不安〉を抱いている。だが将来への不安は、金銭のみにあるのではない。《混迷する家政》によって、世帯は自らの課題とその解決方法が見えず、今後どうしたらいいのかわからない。
- 9) 【いつか何かが起こりそう】 外部は、世帯の求めるものがわからず、『対策が立てられない』。そのため〈無力な思い〉をもち、〈気になる世帯〉の行く末を心配している。

4. 考察および結論

この世帯の生活困難構造は、家族システム論の境界概念²⁾で説明できると考えられる。世帯は世帯内の循環により、境界が固くとも家政を成立させてきた。しかし、親子双方の喪失と元々の親子関係によって、家族システム内の良循環が悪循環に変化し《混迷する家政》を生み出した。それは世帯境界をより固くさせ、世帯はニーズ表出が、介護支援専門員はニーズアセスメントが、さらに難しくなる。ここから介護支援専門員は、ケアマネジメント手法から一步離れ、境界概念を用いてその境界の変革に介入する方法を模索する必要がある。具体的には、世帯が許してきた介入や刺激をアセスメントし、それらを利用したプランニングを行い、世帯と外部システムとの繋がり方を見出す方法である。たとえば、本研究で示された構造によると、世帯には限定された人や組織が、家族システム内に出入りしている。その様相から、わずかなかわりをもつ人や組織の力を借りること、そしてつながろうとする人や組織と広く連携し、【助けてがうまく言えない】世帯のニーズを見逃さないことで、この世帯との繋がり方を見出していく。そして、固い境界に介入した後に、世帯内の循環に変化を促すことが有効な支援だと示唆された。

本研究の限界は、介護支援専門員とかかわりのある世帯のみを対象としたこと、生活困難の生じていない世帯と比較していないことにある。よって当事者の視点とは異なり、要因関連図がすべてを網羅せず、この世帯の特徴とならない可能性を残す。

【引用・参考文献】

- ¹⁾ KHJ 全国ひきこもり家族会連合会 (2017) 「長期高年齢化したひきこもり者とその家族への効果的な支援及び長期高年齢化に至るプロセス調査・研究事業報告書」。
- ²⁾ Salvador Minuchin (1984) 『Families & Family Therapy』。(=山根常男訳『家族と家族療法』誠信書房。)

F-4 成年後見制度申立てにおける介護支援専門員の役割を考える

佐藤 健志

(創心会居宅介護支援センター岡山・5321)

1. 研究の目的

少子高齢化によって高齢単独世帯が増加し、成年後見制度（以下：後見制度）のニーズは増大している。一方、後見制度の利用者は増加傾向とはいえ、約20万人に留まっている。この現状について、「後見制度を必要とする人にきちんと行き届いているだろうか」と私は疑問を抱いた。制度啓発の不足、制度利用への心理的障壁が高いことなど、要因はいくつか考えられるが、介護支援専門員に限定すれば「後見制度のニーズを拾っていない」「後見制度申立て支援のノウハウが無い」の2点が障壁になっているのではないかと考えた。そこで、私見ではあるが、過去の後見制度申立て事例を振り返り、前述の“2つの障壁”について整理、考察する。

2. 研究の方法

後見制度申立てに関わった3件について、介入時基本情報、生活歴、身上監護ニーズ、財産管理ニーズ、申請支援の5つのポイントに整理する。各事例には、イメージしやすくするため表題を付けた。詳細なアセスメントの記載は困難である為、障害高齢者自立度（以下：障害度）、認知症高齢者自立度（以下：認知度）で大まかな状態像を記載する。今回報告する3つの事例について事例1では本人および成年後見人の同意、事例2では本人および保佐人の同意、事例3ではD氏本人および家族と成年後見人、E氏の家族並びに補助人候補者から発表への同意を得ている。

事例1 「夫婦とも認知症があり、親族と絶縁状態の事例」

基本情報：A氏 70代 男性 要介護1 脳梗塞後遺症、うつ病 障害度A2 認知度Ⅲa

B氏 70代 女性 要介護1 軽度知的障害、MCI 障害度Ⅰ 認知度Ⅱb

生活歴：二人は再婚同士の夫婦。それぞれ子供がおり、再婚に反対していた。親族が両氏の子供たちの親代わりを務めた時期もあり、夫婦は「無責任」と親族の誹りを受け、疎遠となった。以後、夫が知的障害のある妻の生活面を支えてきたが、脳梗塞発症により困難となった。

身上監護：夫婦それぞれ判断力不足で、必要な介護サービスが位置づけられない。夫には徘徊があり、たびたび行方が分からなくなる。妻は認知症の理解や介護能力が全般に不足している。

財産管理：生活保護受給。妻が金銭管理するが計画的にできない。受給日の前になると、友人にお金を借りたり、近所にお米を分けてもらうなどして、なんとか食べ繋いでいる。

申請支援：生活保護担当者、地域包括支援センターと生活情報共有、ケア会議にて支援方針を検討。役割分担をして、市町村の担当者から夫婦の子供、親族に窮状を伝えたが、協力を得ることは難しく、市長申し立てによる後見制度申請に至る。

事例2 「婚姻歴がなく、近親者もない女性の事例」

基本情報：C氏 70代 女性 要介護3 パーキンソン病(yahr.StⅣ) 障害度B2 認知度Ⅱb

生活歴：一人っ子で兄弟はない。薬剤師として病院勤務し婚姻歴はない。50代のときパーキンソン病を発症したが、体が動く限り仕事を続けた。最も近い親族は関東のいところ。関係性は良好。

身上監護：独居で見守りが乏しく転倒が頻発。服薬コンプライアンス守れず、介護保険の在宅支援は限界

と判断、施設入所を提案するが受容できない。医療、難病、実費サービス併用を検討。

財産管理：預貯金は潤沢だがきちんと把握できない。友人に依頼して預貯金を引き出している。

申請支援：孤独感や生活不安について傾聴。後見制度は、本人もいずれ必要になると考えていたらしく、説明により本人申請の合意に至る。司法書士を紹介し申請事務を委任。本人情報シートを作成し提出。主治医への診断書作成依頼。裁判所調査官の面談に立ち合い生活状況を報告した。

事例 3 「夫が妻の財産管理をしていたが、認知症になり困難となった事例」

基本情報：D氏 70代 男性 要介護 2 脳出血後遺症 障害度 J2 認知度 III a

E氏 70代 女性 要介護 2 慢性腎不全、MCI 障害度 A2 認知度 I

生活歴：D氏は生家から養子に出され成長し、E氏と恋愛結婚。E氏は20代で妊娠中毒症による慢性腎不全、人工透析開始となり子供を諦めた。以来、夫婦で支えあってきたが、夫が脳出血を発症して短期記憶障害、脱抑制の後遺症が残り、夫婦げんかが絶えない状態となった。

身上監護：夫婦ともADL低下し自宅はゴミ屋敷状態だが、プライドが高く部屋に入らせない。介入は全般に拒否的。妻の体調が次第に悪化、「夫との生活は限界。施設に入りたい」と訴えている。

財産管理：預貯金は潤沢。夫が通帳や印鑑を握っているが、何度も紛失している。夫は猜疑心と貧困妄想により、お金を使うことに恐怖心がある。「妻にお金をとられる」と被害妄想がある。

申請支援：数年かけて後見制度の必要性を訴え続けた。妻より「私ももう長くないと思う。最期は笑って死にたい。詳しい話を聞きたい」と要望あり。日頃から連携している司法書士に同行依頼、約半年かけて資産状況を整理、確認。司法書士と夫妻の信頼関係醸成をフォローした。結果、D氏は申請の意思決定が困難であったが、E氏は本人申立てを決意する。本人情報シートを作成し、裁判所調査官の面談に立ち合い。主治医に情報提供し、診断書作成の参考として頂いた。

3. 結果

事例 1：市長申し立てにより夫婦ともに後見。成年後見人が選任された。以後、夫は要介護 4 となり施設入所、妻は要介護 1 のまま現状維持、在宅生活を継続している。

事例 2：本人申し立てにより保佐。申立てを委任した司法書士が、そのまま選任された。医療保険、障がい者制度、実費サービスを併用し、要介護 4 となった現在も在宅生活を続けている。

事例 3：E氏は司法書士に申し立て事務を委任したが、正式な判定が下りる前にご逝去され、制度利用には至らなかった。E氏の死後、D氏が一人残されたが拒否が強く、約 1 か月後に体調を崩して入院。D氏の弟が後見制度申立てし、後見と判断。サービス付き高齢者向け住宅に入所した。

4. 考察と結論

この 3 件を通じ、後見制度のニーズは、「身上監護・財産管理を行う親族や代理人が不在である」もしくは「家族がいても支援機能を果たせない」の場合である、と考えた。さらに広義では「将来的に支援機能を喪失する可能性がある人」もニーズが予測できると考える。後見制度申立て支援の難しさは、判断能力が低下した状態を本人や周囲が受容できない場合があることや、判断能力が低下した状態で財産を他者に委ねる判断をしなければならぬこと等、意思決定の難しさにあると考えた。認知症になったとき財産を誰に管理してもらうのか、という観点では、生前整理や終活、ACPの理念に立ち、後見制度はその過程で、「自分らしい生活」を実現する手段として活用する、ということが望ましいと考える。

あとは、後見制度を実際にどう活用するか、という具体的な方法論を身につけることが、介護支援専門員に求められる社会的要請であると私は考える。今回の支援経験を広く共有化することで、高齢者や障がい者の自己実現、孤立解消の一助となることを期待する。

F-5 認知行動理論に基づくアプローチによる介護者の
ハラスメント行為が軽減した事例の振り返り
～ 機能的アセスメント (ABCEH 分析表) を利用して～

北垣 亜利佐

(社会医療法人大道会 ケアプランセンターおおみち・6108)

1. 研究の目的

近年、介護職員に対するハラスメント行為が問題となっている。ハラスメント行為は、利用者への継続的円滑な支援の支障となる。本事例では、介護家族のハラスメント行為が支援の支障となったが、認知行動理論を基に行為そのものにアプローチを行った。結果、ハラスメント行為が軽減し、介護者家族自身のハラスメント行為への回避ができた。本研究ではこの事例を機能的アセスメント (ABCEH 分析表) により振り返り、提案、実行した方略による行動変容について考察した。また、アセスメントの有効性について考察したので報告する。

2. 研究の方法

支援経過より、ハラスメント行為に関して、機能的アセスメント (ABCEH 分析表) を利用して整理を行い、経過を振り返った。倫理的配慮として、利用者と家族に書面にて同意を得た上、個人が特定されないよう改変した。

3. 事例の概要

支援経過 8 年。利用者 A さん (70 歳前半、要介護 5、脳梗塞、四肢麻痺)。介護者 B さん (夫、50 歳前半)。

4. 支援経緯及び経過

サービス開始時は手すりのみ。半年後からデイサービスなどを利用するようになった。その後再梗塞により、訪問看護や訪問入浴などのサービスを増やした。サービス開始後、B さんからの訪問時や電話でのハラスメント行為 (執拗に電話をする、怒鳴る、腹を殴る等) により、提供に支障がでたり断られたりすることが発生した。

①では、B さんへの課題 (ケースフォーミュレーション) として、自分を優先してほしいという欲求を持っていることとした。そこで、B さんへ面談 (同意) を行い、特に訪問看護の緊急電話については、看護師が手を止めることにより他利用者に迷惑がかかるため、利用者の急変以外は電話をしないこと、また、ケアマネジャー (以下 CM) の休みの日を事前に伝え、休みの日は対応しないことに対して同意を得た。そして、確立操作へのアプローチ (方略) として、緊急コールでは急変時以外に対応しない、CM が不在の場合は帰社してからの折り返しの電話で対応した。また、かかってきた電話が保留さ

①執拗に事務所へ電話をしてくることで、事業所の業務に支障が出たり対応に追われたりした

ABCEH 分析表		
A: 先行条件	B: 行動	C: 結果
不在のため、折り返しの対応することを伝えられた。	何度もしつこく電話をした。	電話に出た者が焦って対応した。
E: 確立操作 (状況事象)		
かかりつきりで対応してもらい、優遇されたことに満足した。		
H: 歴史 (ケース詳細)		
・役所で、順番を待っている人がいるにもかかわらず、担当者を大きな声で呼びつけて、優先的に手続きをさせていた。 ・デイに対して、体調不良で欠席した後の電話で、気遣いの言葉がないと立腹して電話越しで怒った。 ・受診した病院で、優先してもらえないことや対応が悪いとの理由で大声を出したり、暴れた。した。 ・病状の変化など緊急の用事以外で、訪問看護の緊急電話にかけていた。		

れているときは慌てて出ず、少しずつ保留時間を延ばすことを行った。結果、訪問看護の緊急電話には電話をしなくなり、CMが休みの日もかけて来なくなった。また、保留状態で待たされても、苛立ちを押さえつつ待つことができるようになった。

②でのBさんの課題は、優位に立っていると思っていること、人との距離感が近いことであった。Bさんとの面談で、職員は仕事（サービス）のために訪問しており、利用者家族とサービスを提供する者という関係であること、Bさんの意図に関わらず、相手が不快や脅威などを感じればハラスメントであること、契約とは信頼関係に基づくものであり、逸脱した行為をするのであれば、サービス事業所を紹介できないことを説明し、同意を得た。確立操作へ

のアプローチとして、暴力行為によりサービス事業所との契約解除を行った。そして、Bさんと各事業所の管理者出席のサービス担当者会議を開催し、Bさんとスタッフは利用者家族とサービス提供する者の関係であること（スタッフは個人情報教えない）、スタッフがBさんの発言や態度で不快や脅威などを感じた場合は管理者に相談することを全スタッフに周知することにした。結果、冗談でスタッフの首を絞めるという行為が発生したが、BさんからCM、事業所管理者に報告、謝罪。「二度と同じ過ちは犯しません。」との発言があった。さらに、サービス中は家から出ていくことを自ら提案した。

5. 考 察

軽減は、挑戦的行動（ハラスメント行為）の頻度が減るように問題の刺激の特徴を変えたり、呈示の仕方を変えたりすることによって達成される（ジェームス 2001）。①では、直ぐに電話の対応をしないという呈示の仕方を変えたことによって軽減できた。予防は、問題の刺激を除去することである（ジェームス 2001）。②では、職員の表情などの刺激で反応するという問題に対して、Bさんが家から出ていくということで除去できた。さらに、それをBさん自ら提案、実行したことは、自ら予防ができたという点で大きな成果と言える。

今後、軽減、予防を継続できるために、刺激制御の原理（過去に強化を受けた際に存在した刺激が提示されるとその行動は存在しやすくなる（ポール 2004））を考慮しながら、アプローチを継続する必要があると考える。

6. 結 論

「今ここで起きている問題」に焦点をあてることが原則（ポール 2004：デヴィッド 2012：下山 2007）である認知行動理論を基に、行為そのものにアプローチすることは有効である。そして、行動は、成育歴や思考パターン、生活習慣、性格等を考慮すると同時に、環境要因を行動理論の枠組みから分析する機能的アセスメント（デヴィッド 2012）で理解する必要があると考える。行動は一連である。今回、事例を振り返るにあたり、ABCEH分析表を使用した。ABCEH分析表で行動を三項随伴性（A、B、C）に区分し、確立操作（E）や歴史（H）を勘案し（園山 2001）、考察すると思考が整理しやすい。今後は、ABCEH分析表を用いて、有効なアプローチを検討、実践し、多職種との共有にも利用したいと考える。

【引用・参考文献】

- ジェームス・K・ルイセリー他 2001 挑戦的行動の先行子操作—問題行動への新しい援助アプローチ 二瓶社
 下山晴彦 認知行動療法 2007 金剛出版
 園山繁樹 行動分析学の枠組みから痴呆症高齢者の挑戦的行動の援助方略を考える 2001 日本行動分析学会年次大会プログラム発表論文集 p.56-p.57
 デヴィッド・ウエストブルック 2012 認知行動療法臨床ガイド 金剛出版
 ポール A アルバート 2004 はじめての応用可能行動分析 亜細亜印刷株式会社

② 腹を殴られた職員が訪問拒否

ABCEH分析表		
A:先行条件	B:行動	C:結果
威圧的な態度や発言に、職員が不快な表情をした。	腹を殴った。	謝罪や悪びれることもなく過ごした。
E:確立操作（状況事象）		
反撃に出ないことで、制圧感を得た 許容された行為と考えていた。		
H:歴史（ケース詳細）		
・暴力事件で前科あり。 ・関係者のプライベートなことを良く知っている。 ・Bさんが椅子に座り、職員が正座して話をしている状況を目撃した。 ・職員が、事業所の不満を相談したり、プライベートなことを話したりすることで、信頼関係ができていたと思っていた。		

G-1 住民主体型活動の代表者等が実践している活動継続につながる行動 ～ 代表者等へのインタビュー調査より ～

木村 チヅル

(長崎県立大学看護栄養学部看護学科・739)

1. 研究の目的

住民主体型活動は、参加者の介護予防や生きがいとなるだけでなく、独居高齢者や高齢者夫婦世帯が増加する中、高齢者の孤立を防いで見守り体制につながると言われている。そこで、住民主体型活動の代表者等が実践している活動継続につながる行動について明らかにし、自治体や地域包括支援センターができる住民主体型活動への支援について検討することを目的とした。

2. 研究の方法と倫理的配慮

1) 調査協力者

住民主体型活動を行っている代表者または代表者に近い役割を担っている高齢者とした。A県内で住民主体型活動が行われている4自治体の地域包括支援センターに調査協力者の紹介を依頼した。

2) データ収集方法

令和元年9月～12月にインタビューガイドを用いて個別に半構造化面接を実施した。年齢・活動期間・役割等属性と活動過程で実施したことについて聞き取り、本人の同意を得てICレコーダーに録音した。

3) データ分析の方法

録音した内容から逐語録を作成して繰り返し読み、活動継続につながる行動を抽出し、意味のあるまとまりごとにコードとした。コードを意味内容の類似性からまとめてサブカテゴリーとし、さらに抽象度を上げてカテゴリー化する作業を繰り返し行った。

4) 倫理的配慮

長崎県立大学一般研究倫理委員会の承認を得て調査を実施した(承認番号353)。調査協力者を紹介した所属機関の管理者と調査協力者に、口頭と文書で研究目的や方法、調査協力は自由意志であり非同意でも何ら不利益は被らないこと、個人や自治体名の匿名性の保持などについて説明し、調査協力者には文書にて同意を得た。

3. 結果

1) 調査協力者の概要

調査協力者は男性3名と女性6名の9名で、年齢は60歳代1名、70歳代6名、80歳代2名であった。9名中7名は代表者で、8名は自治会役員や老人会または老人クラブの役員であった。活動年数は、1年から18年で平均8.9年であった。通所型活動は8名、訪問型活動は1名で、総合事業の住民主体による支援であるB型サービスに位置付けられているのは5名の活動であった。

2) 活動継続につながる行動

活動継続につながる行動として25サブカテゴリーが得られ、【参加を働きかける】【参加者の身体機能低下に配慮する】【参加者の活動意欲を高める】【活動メニューを充実させる】【サポーターの負担を軽減する】【自治会に支援を願い出る】の6カテゴリーに分類された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >、コードは≪ ≫で示す。

(1) 【参加を働きかける】は5サブカテゴリーであった。<活動を見に来ないかと誘う><災害時の安心に

つながると参加を促す>ことで初回参加を促し、<休む時は、その次の参加を促す><皆の目標だから参加してほしいと伝える><参加を促しても活動の無理強いはいらない>ことで継続的な参加を促していた。

- (2) 【参加者の身体機能低下に配慮する】のサブカテゴリーは3つであった。《運動を容易なものとした》り、時間内で行う《体操の数を減らし》たり、《参加者の動きに合わせてテンポを落とす》など<参加者の身体機能に合わせた運動を行う>ようにしていた。また、<難聴の参加者のためマイクや筆談以外に、映像と字幕入りのDVDを使う>ようにし、<皆ができるよう手本を見せ指示しながら運動する>ことが行われていた。
- (3) 【参加者の活動意欲を高める】は5サブカテゴリーであった。<間違いを笑いに变えて体操する>ことで《皆がやってみようかと》思えるようにしたり、<やりたいものを確認しながら体操する><競争心が起こる活動を取り入れる><体力測定会でやる気を起こし効果を感じさせる>ようにしたり、《できたじゃないか》と言って<成功体験となるように声かけする>ことが行われていた。
- (4) 【活動メニューを充実させる】のサブカテゴリーは6つであった。<体操教室で習ったことや資格取得して学んだことを教える><研修会や他活動で新たな活動内容を学び取り入れる><テレビや本屋、インターネットで見つけて活動に取り入れる>ことで新たな活動メニューを増やしていた。また、《警察署にはオレオレ詐欺の話、健康センターには健康の話、地域包括支援センターには高齢者のいきがいとかの講話をしてもらう》という<自治体や警察署などに講話を依頼する>ことや、個人的に参加した<講演や講話で学んだことを伝達する>ことで活動内容を充実させていた。《編み物の先生には手編みを教えてもらった》のように<参加者の得意なことを活動に取り入れて教えてもらう>ことを活動としていた。
- (5) 【サポーターの負担を軽減する】は3サブカテゴリーであった。《進行役が決まってしまうので》<当番制で活動を進行する>や、《報告書作成が大変なので》<報告書はパソコンで作成する>、また《お茶を入れるのがうまい人はお茶を入れ》のように<サポーターの得意なことを活かして活動する>ことでサポーターの負担を軽減していた。
- (6) 【自治会に支援を願い出る】は3サブカテゴリーであった。<自治会の集会所を使用してもらう><自治会や老人会から冷暖房費を補助してもらう>ことを依頼し、<自治会で活動に必要な備品を購入してもらう>ことで活動に《必要な椅子》や《運動のDVDを見るためテレビ》《プロジェクター》など購入してもらって活動していた。

4. 考察と結論

住民主体型活動の代表者等が実践している活動継続につながる行動から、住民主体型活動の継続のためには、備品などが整備された活動場所、地域住民の参加、参加継続できるよう活動意欲を高め活動メニューを充実させること、そして活動のサポーターの負担を軽減することが大切であることが明らかとなった。また、活動の継続によって、参加者やサポーターに加齢による身体機能の低下がみられた場合、運動の量や速度を調整し、趣味活動や茶話会、講話などの活動メニューを増やすことも必要である。

自治体や地域包括支援センターができる住民主体型活動への支援は、新たな活動メニューの情報提供の機会を設け、介護予防や高齢者の生活に役立つ出前講座を行うことである。また、参加者やサポーターの心身状態によっては、活動メニューの見直しや専門職が提供するサービス利用への移行を助言していくことも重要である。

【参考文献】

中村睦美，卜部吉文，大淵修一：住民主体の『通いの場』における継続支援について．第53回日本理学療法学会抄録集，46（1）：144（2018）。

H-1 認知症サポーターによる入院中の認知症高齢者への 話し相手や見守りの有効性

山本 君子¹⁾ (5367) / 平川 美和子²⁾ (5805) / 塚本 都子¹⁾ (8212) / 柏崎 信子¹⁾ (8237)
清水 典子¹⁾ (5805) / 山内 真紀子²⁾ (8258) / 杉原 ひとみ³⁾ (8259)

¹⁾ 東京純心大学看護学部看護学科 ²⁾ 弘前医療福祉大学保健学部看護学科 ³⁾ 東京医科大学医学部看護学科

1. 研究の目的

高齢社会白書では、2025年には、65歳以上の高齢者が約20%、認知症になると報告している。

この課題に対して、認知症にやさしい地域の見守り体制の整備など、「地域共生」をキーワードとした、戦略がとられている。地域包括支援を推進するためには、待ちの姿勢ではなく、地域に積極的に出向く、アウトリーチの姿勢が重要となると考える。

ケアマネジャーは、認知症高齢者に対してアウトリーチを具現化する方法として、認知症サポーターによる見守りや話し相手のボランティア活動に注目する必要があるのではないだろうか。認知症サポーターのボランティア活動の有効性については、高齢者施設での取り組みについて多くの報告がある。

しかし、急性期病院に入院中の認知症の高齢者への認知症サポーターによるボランティア活動の有効性に関する報告は見当たらない。

そこで、本研究の目的は、急性期病院に入院中の認知症高齢者を対象とした認知症サポーターによる話し相手や見守りによる有効性を明らかにすることである。急性期病院入院から退院に向けて、さらに在宅に向けて、認知症サポーターによる話し相手や見守り活動の場を広げる示唆としたいと考える。

2. 研究の方法

関東圏内の急性期A病院に入院中の認知症高齢者27名に、認知症サポーターによる話し相手や見守りのボランティア活動を実施した。年齢は、80歳～95歳、性別は、男性14名、女性13名である。認知症サポーターによる話し相手や見守りのボランティア活動の時間は、約30～60分間である。その効果の有無について、受け持ち看護師46名を対象に、自記式質問紙調査を実施した。質問内容は、①認知症サポーターによるボランティア活動が有効であったと感じた場面、②認知症サポーターによるボランティア活動が有効でなかった場面の2点について、自由記述とした。

得られた自由記述を、類似性のある内容ごとにグループ化し、サブカテゴリー名、カテゴリー名を付けた。信頼性については、研究者間で意味内容が合意するまで検討した。

倫理的配慮は、調査に際し、認知機能低下高齢者とその家族、認知症サポーター、病棟看護師に対して、研究の趣旨、匿名性とプライバシーの保護の遵守および研究目的以外で調査結果を利用しないことなど文章と口頭で説明し同意を得た。本研究は所属の大学倫理委員及び研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

3. 結果

病棟看護師は、認知症サポーターが関わった患者の受け持ち看護師28名（回収率60.9%）であった。

年齢25～45歳であり、経験年数3～20年であった。病棟看護師からの自由記述から、2つのカテゴリー名が抽出された。2つのカテゴリー名は、「患者への効果」と「看護師への効果」が生成された。

1つ目のカテゴリー名の「患者への効果」は、6つサブカテゴリー名から抽出された。サブカテゴリー名は、『笑顔がある』『表情が良い』『楽しいという発言がある』『会話が生まれる』『気晴らしになる』『眠くならない』であった。2つ目のカテゴリー名の「看護師への効果」は、患者への効果と同様に6つのサブカテゴリー名から抽出された。サブカテゴリー名は、『危険行動がない』『離棟・離院の防止になる』『覚醒を促すことができる』『ケアに対して協力的になる』『穏やかになる』『車いすへの移乗ができる』であった。

一方で、有効でなかった場面として、患者からボランティアに対して「あの人は何だったの?」と言われ、認知症高齢者はボランティアに対する理解ができていなかったため無言の場面もあり快適ではなかったように思えたという意見があった。

また、不穏行動のない高齢者には、見守りや話し相手は必要ないのではないかと思います。不穏で暴れる、帰宅願望が強く入院を受け入れられないような患者に対しては、見守りや話し相手は必要だと思うとの意見があった。

さらに、認知症もあるが既往にうつ病がある場合は、ボランティアが介入することでいつもと違うため、落ち着きがなくなることがあった等の意見もあった。

【2つのカテゴリー名、12のサブカテゴリー名、各サブカテゴリーのコード（内容）について説明する】

(1) 1つ目のカテゴリー名の「患者への効果」は、『笑顔がある』『表情が良い』『楽しいという発言がある』『会話が生まれる』『気晴らしになる』『眠くならない』のサブカテゴリーから抽出されました。それぞれのコードについて説明する。

- ①『笑顔がある』については、ボランティアによる見守りと話し相手により、看護師の自由記述で一番多かったのが、「笑顔がある」でした。患者から「いつも以上にお話ししました」という言葉があり、患者の話す力を引き出すことができていたと思う。看護師にボランティアとの会話の内容を伝えるとき笑顔が見られていた。
- ②『表情が良い』は、患者が落ち込んでいるとき、看護師として声を掛けたり話を聴いたりしたいと思うが、急性期病院では、業務が忙しく、一人ひとりに、十分な時間を掛けられない。ボランティアが、ゆったりと話を聴いてくれたことで表情がとても良くなっていた。
- ③『楽しいという発言がある』は、ボランティアが話しかけてくれたことで、何を話したか内容は覚えていないが「楽しかった」という言葉があった。
- ④『会話が生まれる』は、昔のことを思い出しながら話をしていると刺激があり会話が多くなるようである。
- ⑤『気晴らしになる』は、入院生活がいつも、平坦なため、ボランティアが話し相手に来てくれたことで、気晴らしになったようである。
- ⑥『眠くならない』は、日中、臥床し、昼寝をして過ごすことがあるが、ボランティアとの会話をする中で話に夢中になっている様子で眠ることが少なくなった。

(2) 2つ目のカテゴリー名の「看護師への効果」は、患者への効果と同様に6つのサブカテゴリー名から抽出された。サブカテゴリー名は、『危険行動がない』『離棟・離院の防止になる』『覚醒を促すことができる』『ケアに対して協力的になる』『穏やかになる』『車いすへの移乗ができる』であった。それぞれのコード（内容）について説明する。

- ①『危険行動がない』は、ボランティアとのベッドサイドで会話を交わしている間、落ち着いた様子が見られ、立ち上がる動作など危険な行動をすることはなくなった。
- ②『離棟・離院の防止になる』は、入院中、一人で歩きだすような患者であったが、1時間程度のボランティアの見守りと話し相手によって、病棟から出て歩きだすようなことはなかった。
- ③『覚醒を促すことができる』は、ベッドで過ごすことが多いので会話をすることもなく刺激もないため、昼夜逆転することが多かったが、ボランティアとの会話により日中寝ていることがなかった。
- ④『ケアに対して協力的になる』は、ゆったりした時間の中で、おしゃべりができたことで、看護師に「ありがとう」「すみません」などといい、ケアに対しても拒否することもなく協力的になった。
- ⑤『穏やかになる』は、看護師とはゆっくり話ができなかったが、ボランティアとの会話では戦争の話や昔の話ができたことで、楽しい会話からリラックス効果もありいつもと違う穏やかさが見られた。
- ⑥『車いすへの移乗ができる』は、覚醒を促すために車いすに移乗してもらっても、看護師はカルテを書きながら話をする程度で、また、他の患者への対応などがあり、患者とゆっくり会話もできない。ボランティアが話し相手になることで車いすへの移乗時間も長くすることができた。

4. 考察と結論

本研究から、急性期病院に入院中の認知症高齢者への認知症サポーターによる話し相手や見守りのボランティア活動は、患者および看護師共に有効性があることが明らかになった。しかし、看護師の自由記述から、有効性がないとの回答もあった。今後の課題としては、対象である認知症高齢者の疾病の状況、ボランティア活動の時間帯、時間や方法などを再度考慮する必要があると考えている。また、今後は、認知症高齢者の生活の場に近いところへ出向きボランティア活動の場を広げていきたいと考える。

H-2 入院中の認知機能低下高齢者に対するケアマネジメント ～ 認知症サポーターへのインタビューから考える ～

平川 美和子¹⁾ (5804) / 山本 君子²⁾ (5367) / 山内 真紀子¹⁾ (8258) / 塚本 都子²⁾ (8212)
柏崎 信子²⁾ (8237) / 清水 典子²⁾ (5803) / 杉原 ひとみ³⁾ (8259)

¹⁾ 弘前医療福祉大学保健学部看護学科 ²⁾ 東京純心大学看護学部 ³⁾ 東京医科大学医学部看護学科

1. 研究の目的

地域包括ケアシステムにおいては、高齢者の入院を視野に入れたケアマネジメントが重要になる。2017年10月の患者調査概要によると入院患者の73.2%は65歳以上の高齢者である。高齢者の入院はせん妄状態や認知機能の低下を招くことが一般的に知られている。この状態を予防するために多くの人手が必要であるが、限られた人数での対応は困難を来している。一方で認知症高齢者数の増加には地域での見守りが必要であり、認知症サポーターの活躍が期待されている。認知症サポーターのボランティア活動の有効性については、高齢者施設で多く報告されている。しかし、入院中の認知症高齢者への認知症サポーターのボランティア活動の有効性に関する報告は見当たらない。

本研究の目的は、入院中の認知症高齢者を対象とした認知症サポーターによる傾聴ボランティア導入システムへの示唆を得ることである。

2. 研究方法と倫理的配慮

(1) データ収集

研究協力病院であるA病院において2019年11～12月に、認知機能の低下した高齢者に対して、認知症サポーターによる30～60分の傾聴ボランティアを実施した。傾聴ボランティアは、認知症サポーター養成講座のほかに傾聴サポーター養成講座を修了し、病院以外での傾聴経験者である。ボランティアを経験した認知症サポーター5名を対象として『傾聴に際しての緊張や不安』、『対面時の患者の様子』、『傾聴の内容』、『傾聴による患者の変化』について2020年1月グループインタビューを実施した。録音したインタビューデータより逐語録を作成した。

(2) データ分析

分析には大谷¹⁾が開発した質的データ分析手法のSCAT (Steps for Coding and Theorization) を用いた。SCATは小規模な質的データ分析にも有効で、分析過程が明示化されるため分析者自身が分析の妥当性を確認できる利点がある。『傾聴に際しての緊張や不安』に着目し、①データの中の着目すべき語句 ②それを言い換えるためのデータ外の語句 ③それを説明するための語句 ④そこから浮かび上がるテーマ・構成概念の順にコードを考案していった。分析内容の信頼性・妥当性は共同研究者間で確認した。

(3) 倫理的配慮

調査に際し、認知機能低下高齢者とその家族、傾聴ボランティアに対しては研究の趣旨、匿名性とプライバシーの保護の遵守および研究目的以外で調査結果を利用しないこと等を文書と口頭で説明した。本研究は研究者所属の大学および研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

3. 結 果

(1) 基本情報

軽度認知症を含む認知症高齢者17名(男性8名・女性9名)に対して5名の傾聴ボランティアが関わった。傾聴ボランティアを経験したインタビュー対象者は男性2名女性3名、年齢47～52歳、傾聴ボランティアの回数2～4回。インタビュー時間は60分であった。

(2) インタビュー内容

グループインタビューは、『傾聴に際しての緊張や不安』、『対面時の患者の様子』、『傾聴の内容』、『傾聴による患者の変化』の4項目について実施したが、テキストデータの最も豊富であったのは『傾聴に

際しての緊張や不安』についてであった。『傾聴に際しての緊張や不安』についてのSCAT分析の一部を示す。

表 1：SCAT分析（ステップ1～ステップ4）

1：注目すべき語句	2：語句の言い換え	3：説明するテキスト外の概念	4：テーマ・構成概念
おしっこに連れて行つてと言われ、ナースコールをしてしまって、ということがありまして。そういうこと（管が入っていること）がわかっていないと看護師さんに負担をかけてしまった。その辺がちょっと、それが最初だったので、1回目からちょっと緊張しました	想定外の対象者の状況 それに対する行動 目的外の行為に対する反省 スタッフへの配慮	限定された情報（医療的情報不足） 想定外の対応 不本意な対応（スタッフの負担軽減とは逆になっていることへの反省）	想定外の対象者の状況と反応に対する自身の行動が引き起こした結果に対する反省
そんなに緊張していなかったんですけども。やはりどの病状かがあまりよく分からなかったので骨折とかだと話せるかなとは思ったんですけど、やっぱり内臓系の病気だとその話すことで体に負担がこないのかなという気がかりを持ちながらお話をさせていただいた。横になって話すよりは座って話した方がいいのかな	見えない症状に対する影響 内臓疾患に対する傾聴時間の影響に対する不安 何気ない仕草に対する影響 傾聴時の対象者の姿勢	想定できないことに対する不安 傾聴に適した姿勢の提示	想定できないことに対する不安 具体的な指示

（1）ストーリーライン

『緊張や不安』は傾聴ボランティア自身が《想定できること》と《想定できないこと》の2カテゴリーで構成された。《想定できること》は病院という〈特殊な環境〉は〈エイジズム〉や〈認知機能低下〉に対して想定以上の不安を生み、《想定できないこと》では〈限定された情報〉による〈不本意な行為〉や〈行動の制約〉に対する困惑や諦め、〈医療処置時の対応〉や〈スタッフコールのタイミング〉に必要以上の緊張感を持っていた。

4. 考察と結論

病院以外で高齢者や認知症者の傾聴ボランティア経験のある認知症サポーターにとって、急性期病院での認知機能の低下した高齢者の傾聴ボランティアは、特殊な環境における傾聴と捉えていることがわかった。そのため、想定以上にエイジズムや認知症を意識し、緊張感を高めてしまうこと。また、病院に入院していることで、認知機能の低下した高齢者の傷病についても想像以上に意識し、不安を増長していることもわかった。さらに、患者情報は氏名・性別・年齢のみの提供つまり限定された情報提供の中での傾聴は、傾聴ボランティア自身の不本意な対応の誘因や、行動の制約に対する諦め感を持たせる誘因になることもわかった。

地域包括ケアシステムの中では病院、施設、家庭での行き来は日常的な出来事である。そのため、病院における傾聴ボランティアも施設や家庭での傾聴と同じように日常的な行為として捉えることができるようなシステム構築が必要であると考え。今後継続的に認知症サポーターによる傾聴ボランティアを導入する際には、想定できる不安や想定できない不安の解消を念頭においた調整も必要であることが示唆された。

【参考文献】

- 大谷 尚：4ステップコーディングによる質的データ分析手法SCATの提案 ―着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き―。名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 教育科学, 54 (2) : 27-44 (2008)
- 大谷 尚：SCAT:Steps for coding and Theorization：明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法。感性工学, 10 (3) :155-160 (2011)

H-3 意思決定支援においてケアマネジャーが果たす役割を考察する ～ 10年間の支援を振り返って ～

鬼木 泰子
(鬼木事務所・4701)

1. 研究の目的

平成30年6月厚生労働省より「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(以下ガイドライン)が示された。ガイドラインに記されている内容は、ケアマネジャーが日ごろ実践している支援や配慮と共通する点が多く、本研究にて実践事例の省察を通し、意思決定支援におけるケアマネジャーとケアプランが果たす役割を考察した。

2. 研究の方法

(1) データ収集の方法

事例の支援経過記録、ケアプラン、サービス担当者会議の記録等と「介護支援専門員実務研修テキスト」を参考にし、事例における自分の支援を省察した。

(2) データ分析の方法

ガイドラインの意思決定支援プロセスと事例における面接時に自分が配慮した点やケアマネジメントプロセスを比較し考察した。

(3) 倫理的配慮

発表にあたり本人死亡のため家族に事例研究の目的を説明し、発表について口頭で承諾を得た。また、事例は個人が特定できないよう、本質を変えない程度に修正している。

3. 結 果

【事例概要】

Aさん 70代女性。80代の夫、40代の息子と3人暮らし。Aさんに兄弟姉妹はない。夫には他県在住の兄がいるが交流はない。同居の息子は未婚。病弱で長年一般就労をしていない。

Aさん家族には、友人知人含め支援を受けられるような人はいない。

- 1) 前期(介入～70代後半)すでに重度の認知症であった夫をひとりで介護していたAさんが、手術のため入院する必要が生じて包括支援センターに相談したのを機に、包括支援センターの紹介で担当となり介入を開始した。退院後要支援1となったAさんをキーパーソンに、すでに発語ができない夫についてケアマネジメントを行った。約2年後、脳梗塞による入院を経て夫死亡。

介入時、介護保険サービスの利用における決まり事、制度や仕組みを説明した。アセスメントや長短期目標の設定、モニタリングを行う際にもその目的と期待できる効果について説明し、それに対するAさんの質問や意見、希望にその都度丁寧に応じた。(ガイドラインⅣ-2-(1))¹

面接では常に本人の意思を尊重する態度で接し、本人が自らの意思を表明しやすいよう、本人が安心できるような態度で接するよう気を付けた。(ガイドラインⅣ-1-(1))¹ また、常に肯定的な態度で接し、Aさんを労い、Aさんが前向きに生活できるように声かけを行った。

定期訪問を通じて、Aさんが幼少期に両親を亡くし養父母の元で育ち、家業の重労働から逃れるために看護師の資格を取得して他県の病院に就職したことや長男が自死していること、ずっと仕事をしていて家庭的な母親でなかったため息子に負い目を感じていること等、Aさんの視点に基づく家族の歴史と関係性を知ることになった。(ガイドラインⅣ-1-(1))¹

- 2) 中期(80代前半) Aさんに認知症の初期症状が現れたため今後の生活の見通しについて話す機会が増える。Aさんの将来の生活に対する意向をケアプラン第1表に記載した。

総合病院を定年退職後、70歳まで精神科看護師として勤務したAさんは、持ち前の気の強さから当初

は「なんとかなる。」「夫と二人で苦勞して手に入れたこの家で生活したい。」と言うだけであった。Aさんは自分のことよりも、病気で一般就労はできないが障害年金の対象にはならない息子の将来をとて心配していた。そこで、機会があるたびに、息子が希望すれば利用できる様々な制度やサービスを紹介した。毎月のモニタリングにおいては、いつもしっかりコミュニケーションを取り、何事に対しても決して焦らせるような事はせず（ガイドラインⅣ-2-(2)）¹、Aさんの心配事に一緒に向き合った。健忘とは違う物忘れを自覚する事が増えてきたある日、Aさんが自らの入所の時期の判断を支援者に委ねる旨の発言をしたため、次の更新時に本人に改めて確認した上で「息子の事がとにかく心配。二人とも半人前だと思う。補助してくれる人が『無理』と言ったら入所しないといけないと思う。」と、ケアプラン第1表に記載した。

Aさんは看護師の経験から認知症が進行すると適切な判断ができなくなると冷静に考え、さらに、入所の判断を息子ではなく支援者に委ねる事を宣言した。

- 3) 後期（80代半ば以降） Aさんに物忘れの自覚が消失し息子からの支援が欠かせなくなったため、息子をキーパーソンにAさんを支援した。後に有料老人ホームに入所し、息子に余裕がある時に一緒に外出し自宅に泊まるなど、不慮の事故で亡くなるまでよい親子の時間を過ごせた。

後期でもそれまでと同様に「自立支援」「社会参加」を目指してAさんと一緒に目標を考えた。Aさんは食事の準備や服薬管理はできないが掃除や洗濯はできたので、利用サービスが増えても自信を失う事がないようケアプランにAさんの役割を明記した。（ガイドラインⅣ-2-(3)）¹ サービス担当者会議には息子にも出席してもらい、Aさんが安心できる慣れた場所で集中できる時間帯に開催し、本音を語りやすいよう座る位置にも配慮した。（ガイドラインⅣ-1-(2)(3)）¹ さらに、前期でAさんが語った家族の歴史と関係性を後期から支援に加わった関係機関に示すことで、Aさんと息子の関係性の理解を促すことができた。（ガイドラインⅣ-1-(1)）¹

息子は、Aさんをいろんな所に連れて行っても何も覚えていないとケアマネジャーに愚痴ったり、物忘れの自覚がないAさんが息子に反論すると声を荒げたりするようになった。認知症進行に伴い在宅介護は限界に近いと感じる場面が増えたが、息子は自分が介護したいとの思いが強く入所申し込みに踏み切れなかった。そんな息子が入所を決断したのは、ケアプラン第1表のAさんの言葉を繰り返し目にした事が少なからず影響していたのではないだろうか。ケアプランはAさんの生活の場を変える重要な局面で息子の意思決定支援を行う役割も果たしたと思う。

4. 考察と結論

考察の結果、ケアマネジャーの面接時の配慮はガイドラインの意思決定支援プロセスで示す内容に一致すると分かった。ガイドラインには意思決定支援の基本原則として、「本人の意思の尊重」「本人の意思決定能力への配慮」「チームによる早期からの継続的支援」とあるが、ケアマネジメントプロセスでは、ケアプランにおけるサービス種別の各担当者と本人とが参加するサービス担当者会議で意向を確認して本人の生活をチームで継続的に支援するので、この点でも一致する。

ケアマネジャーは、利用者がまだ十分な判断力を有する時から支援に関わる事が多い。利用者から直接話を聞き、本人が最も輝いていた時代をヒントに望む生活と目標を設定しケアプランを作成する。本事例ではAさんが有料老人ホームに入所したため継続して担当できたが、グループホームや特別養護老人ホームに入所すると、担当は施設ケアマネジャーに移行しアセスメント表やケアプランを引き継ぐ。本人の視点から聞いた生活史と家族関係は必ずしも家族の視点と同じではなく、基本情報として家族が知らない本人が記録されている事もある。私達居宅介護支援のケアマネジャーが意思決定支援において果たす役割は、担当の終結後においても重要である。

注¹ ガイドライン Ⅳ意思決定支援のプロセス

1 意思決定支援の人的・物的環境の整備 (1)意思決定支援者の態度 (2)意思決定支援者との信頼関係と立ち会う人との関係性への配慮 (3)意思決定支援と環境
2 適切な意思決定プロセスの確保 (1)本人が意思を形成することの支援 (2)本人が意思を表明することの支援 (3)本人が意思を実現するための支援

H-4

認知症の人に対するケアマネジャーの 意思決定支援に関連する質的研究

奥田 亜由子 (0466) / 近藤 芳江 (1066) / 加藤 裕子 (1861)

今枝 敬典 (4169) / 山田 るみ子 (0973) / 二本柳 覚 (4664)

荒木 篤 (2119) / 高室 成幸 (0008)

日本福祉大学ケアマネジメント技術研究会

1. 研究の目的

わが国の2018年10月1日現在における高齢化率は28.1%であり、超高齢化社会に突入している。その中でも、認知症の人の割合は年々増加傾向にあり、2020年の有病率推移は17.5%となる見込みである。認知症の人の生活は、症状が進むことで、日常生活に様々な困難を抱えて暮らすことになり、その支援も難しくなっている。しかし、認知症の人がその意思を尊重され、日常生活・社会生活を自ら決めていくことは当然の権利である¹⁾。今回、ケアマネジャーは認知症の人の意思決定支援にあたって、どのような知識・技術・価値を通して、どのような方法でもって支援を行っているかを明らかにすることを目的として研究を行った。

2. 研究方法と倫理的配慮

(1) 研究方法

対象は、A県に在住する主任ケアマネジャー10名を選出した。対象者はいずれも常勤職員として、認知症の人の意思決定支援に関わっている主任ケアマネジャーである。所属は、主に居宅介護支援事業所(8名)と地域包括支援センター(2名)に勤務する人たちであり、4名と6名のグループに分け、フォーカスグループインタビューを実施し、ICレコーダーで録音した発言内容をすべて逐語録化した上で、コード化し、サブカテゴリーおよびカテゴリーを作り、佐藤²⁾による定性分析法をもとに分析をした。分析にあたっては、スーパービジョンを受けて、実施した。

まずは、質問紙で主任ケアマネジャーの属性等を尋ね、インタビューガイドを事前に配布した上で当日、半構造化面接を行った。フォーカスグループで自由に語ってもらいながら、グループダイナミクスが働くように、適宜発言を促した。インタビュー時間は、それぞれ90分と100分であった。インタビューガイドの内容は、研究目的に照らし合わせて、①どのような支援過程をたどれば、認知症の人の意思決定支援が可能になるか、②あなた自身は認知症の人の意思決定支援を行う際に大切にしていることは何か、③あなたが認知症の人の意思決定支援を行った際に、それが効果的にできた要因は何かとした。

(2) 倫理的配慮

本研究において、倫理的配慮として、各事業所の長に調査のテーマと主旨を記した依頼文を配布し、協力を得た上、研究参加者には、文書を用いて口頭で、研究趣旨、調査目的及び個人情報の保護、公表の方法について説明し、同意を得た。また、この調査協力は、任意であることを伝えた。調査については日本福祉大学倫理審査委員会にて承認を得ている。(申請番号19-47)

3. 研究結果

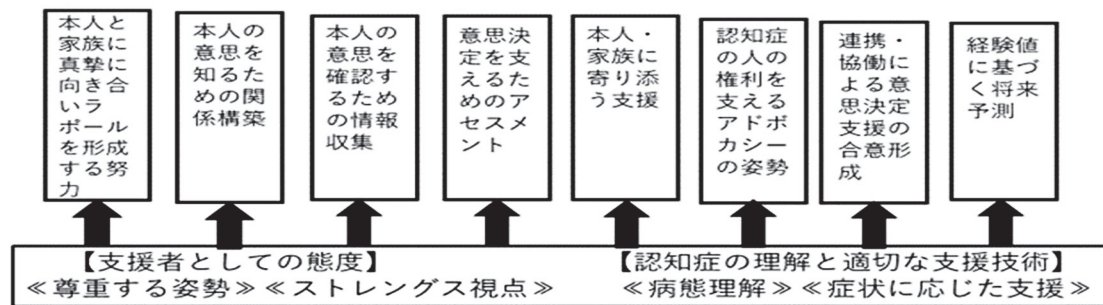
対象者は、男性1名、女性9名で平均年齢50歳台であり、ケアマネジャーの平均経験年数が16.4年、福祉系の国家資格者が7名、医療系の国家資格者が3名だった。

調査結果として、認知症の人の意思決定支援での、①ケアマネジャーの基本的な態度や知識としては、2つのカテゴリーが抽出できた。①【支援者としての態度】では、《尊重する姿勢》、《ストレングス視点》、

②【認知症の理解と適切な支援技術】では、《病態理解》、《症状に応じた支援》のサブカテゴリーで構成された。

②意思決定支援の過程では、以下の8カテゴリーを抽出できた。①【本人と家族に真摯に向き合いラポールを形成する努力】は、《味方と信じてもらう》、《家族とも信頼関係の構築》のサブカテゴリーで構成された。②【本人の意思を知るための関係構築】は、《わかりやすい言葉》、《表情などの観察》のサブカテゴリーで構成された。③【本人の意思を確認するための情報収集】は、《生活史の把握》、《価値観の理解》、④【意思決定を支えるためのアセスメント】は、《言動から把握する》、《変化に気づく》、《将来の意向を早めに確》のサブカテゴリーで構成された。⑤【本人・家族に寄り添う支援】は、《本人の意向に沿ったプラン作成》、《家族の疲弊の解決を優先》、⑥【認知症の人の権利を支えるアドボカシーの姿勢】は、《安心感を与える努力》、《代弁者として調整する》のサブカテゴリーで構成された。⑦【連携・協働による意思決定支援の合意形成】は、《情報収集と共有》、《支援チーム作り》、《チームでの合意作り》、《権利擁護機関との連携》、《考え方の違いによる支援のむづかしさ》のサブカテゴリーで構成された。⑧【経験値に基づく将来予測】は、《在宅維持の予測判断》、《成年後見制度の活用判断》のサブカテゴリーで構成された。

以上の認知症の人の意思決定支援にケアマネジャーの対応としては、図に示す通りである。



ケアマネジャーの認知症の人の意思決定を支援する構造

4. 考察及び結論

以上の結果から、ケアマネジャーは、認知症の人の意思決定支援を行うためには、認知症の人への尊重やストレングス視点をもって、認知症についての理解と支援技術が基本として必要である。具体的な支援過程においては、認知症の人とその家族との信頼関係の形成と関係構築、本人からの工夫の凝らした情報収集やアセスメント、本人や家族への寄り添い、連携と弁護的な活動、さらには将来予測をしながら支援をしていくことが求められることが分かった。それらは、ソーシャルワークの価値、知識、方法と極めて類似する観点で認知症の人への意思決定支援を実施していることが明らかとなった。

注：本研究は、一般社団法人日本ケアマネジメント学会より、「ケアマネジメントの質の向上に関する研究」に関わる助成金を受託して実施したものである。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（2018）
- 2) 佐藤郁哉『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社、2008年

H-5

「妻の葬儀に参列、それから」 ご家族との関係が再び

新山 明子（特定非営利活動法人地域の絆 地域福祉センター宮浦西・8293）

三原 靖史（特定非営利活動法人地域の絆 地域福祉センター宮浦西・8290）

中島 康晴（特定非営利活動法人地域の絆 代表理事・5358）

1. 研究の目的

妻が他界した際に、葬儀に参列したいという本人の希望を聞き出し、かつ家族の不安に対応した支援を行い、本人や家族及び両者の関係性にも変化が生じた。その原因を明らかにする。

2. 研究の方法

対応した職員からの聞き取り、支援経過の記録の分析を行った。

3. 倫理的配慮

発表にあたり個人情報・秘密保持に関しては十分な配慮を行い、当法人の代表理事及び聞き取りを行った職員、Aの家族に説明し了承を得た。

4. 支援経過

妻の救急搬送後妻を探し心配する様子が繰り返し見られたが、家族より通夜・葬儀の連絡を受けた後、妻が亡くなった旨を職員からAに伝え参列の意思確認を行った。行くよ、明確な返事があったためAの参列の希望を息子の嫁（以下、嫁という）に伝えたが、無理に参列させる必要はない、と了承がはじめは得られなかった。そこでAの参列について反対する理由を聞いた。やり取りを繰り返すなかで、不安を具体的に聞き出すことができた。嫁の不安を細分化し、集約すると以下の4点に絞られた。

- I Aは大型のリクライニング車椅子を利用しており、自家用車での移動ができず車椅子の操作にも不安がある。
- II 家族では更衣の介助が難しく喪服の着用ができない。
- III 普段の生活の中で周囲の制止を聞かず大きな声を出したり動こうとすることがあり、この度も声を出したり身動することで式の進行を妨げるのではないか。
- IV A自身が高齢であり体調が心配である。

これに対し以下のように対策を立て伝えた。

- i 式場までの送迎は施設が行い会場内の移動も職員が付き添い介助する。
- ii 更衣は職員が介助し事前に施設にて行う。
- iii 式中でも職員が付き添い式の進行等に問題が及ぶような行動があった際には責任をもって対応する。
- iv 看護師が付き添いAの体調変化に気を配る。

葬儀の際は、長時間のため声かけをしたり体を支えたりして、Aの集中力が切れないよう配慮した。

またそれ以前からも、職員による嫁に対する支援や関係構築に向けた働きかけがなされてきた。嫁は、A夫妻の介護のほとんどを担っており、利用開始時から介護負担に対するストレスを強く感じている様子が見られた。そのため職員は、日頃よりAに関する連絡や報告だけでなく、介護負担を軽減するためフォローやアド

バイスを行っていた。来所の度に職員から積極的に話しかけ、介護に関することだけでなく何でも話してほしい、と伝え続けた。開かれた質問で、今現在のことだけでなく、嫁が長年ににわたり感じてきた負担を、過去にさかのぼり聞きだし傾聴した。その積み重ねにより、嫁から、「職員の手助けになるなら施設行事に参加します」などの発言がみられるようになり、信頼関係が築けていた。

4. 結 果

Aと家族の双方の思いを聞き出し意思に沿った介入を行ったことで以下のような反応がみられた。

- ① Aの変化 妻の救急搬送後、妻の不在理由を繰り返し尋ね、その都度職員が伝えていたが納得せず不穏になることがあった。しかし葬儀の際は穏やかな表情で落ち着いて最後まで参列した。途中祭壇に近づこうとしたため、職員が車椅子を棺横まで押していくと身を乗り出し妻の亡骸に顔を近づけ、言葉は出ないものの別れを惜しんでいる様子が見られた。火葬場に行く前に家族より一緒に行こうとの声掛けがあり、本人に意思確認を行った。帰る、との返事があり帰設したが、妻との別れに納得した様子で、その後は妻の不在に対し不安に駆られ不穏になることはなく、家族から届いた妻の写真を胸ポケットに入れて過ごし、職員や家族が語る妻のエピソードを笑顔で聞き、A自身が思い出話をすることもあった。また、妻の存命中は妻を気にかけて妻の介助を優先し、自分の希望や要求を口に出すことがなかった。しかし、妻の死後「～が飲みたい（食べたい）」「もっと～して」などの発言があり、家族や職員を頼るような様子が見られるようになった。
- ② 家族の変化 当初Aの参列に対し難色を示しており、職員からの働きかけにより参列を了承したものの通夜の際は積極的にかかわる様子はなかった。しかし通夜でのAの落ち着いた様子を見て、葬儀の前には喪服代わりの服を用意し職員に更衣を依頼したり、食事介助が必要なことが分かっているにもかかわらず、Aのために仕出し弁当を用意しており、焼き場まで一緒に行こう、などの言葉かけが見られた。
- ③ Aと家族の関係の変化 嫁については、以前は、週に一度必要物品を持ってきた際に、言葉をかけて数分で帰る程度の交流しかなかった。息子についても、数か月に一度嫁と共に来所するもAに直接声をかけることはなかった。式後は息子が来る回数が月に2度ほどに増え、Aが持ち歩けるようにと遺言をポケットサイズに印刷したものを持ってきたり、一人で来所しAに話しかける様子が見られるようになり居室で30分ほど共に過ごすようになった。嫁に関しては、食事時に来所し、食事介助を手伝い、何が食べたい？などの声掛けをするようになり、本人の好みと食事形態にあった間食を探して持ってくるようになった。また、交流の途絶えていた孫から誕生日カードやAの好物が届けられた。

5. 考察と結論

職員は、本人の尊厳保障という原理に則り行動した。具体的にはAに対し事実を偽ることなく伝えることで本人の意思確認ができた。嫁に対しては、日頃のコミュニケーションの積み重ねにより一定の信頼関係が築けていた。この信頼関係を基盤として、今回の葬儀参列においても不安を細かく聞き出すことができた。不安の内容を具体化したことで対策をたてることができ、嫁の了承が得られたものと思われる。嫁が了解したことで、Aの意思に沿った支援が展開でき、Aと家族の双方の納得が創出された。その結果、Aは式当日だけでなくその後も落ち着いて過ごせていると思われる。更にAの様子を葬儀場において目の当たりにしたことで、それまでAの介護にかかわっていなかった息子は積極的にかかわるようになり、途切れていた孫と交流が再開するなどし、薄れていたAと家族の関係を再構築できたものと思われる。

H-6 ケアマネジャーが行う認知症の人の意思決定支援における 実施度と重要度に関する研究

近藤 芳江 (1066) / 鈴木 岸子 (1798) / 二本柳 寛 (4664)
加藤 裕子 (1861) / 今枝 敬典 (4169) / 奥田 亜由子 (466)
山田 るみ子 (0973) / 荒木 篤 (2119) / 高室 成幸 (0008)

日本福祉大学ケアマネジメント技術研究会

1. 研究の目的

認知症の人がその意思を尊重されることは当然の権利である。厚生労働省は、認知症の人の意思決定支援のために、平成30年に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」¹⁾を作成した。そこで、ケアマネジャー（以下「ケアマネ」）がどの様に認知症の人の意思決定を支援しているかを明らかにするため、質問紙調査を実施した。

調査は「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省)を参考にして、「適切な意思決定プロセスの確保」に焦点を当て調査をした。

2. 研究の方法

AおよびB県内においてケアマネを対象に開催された研修会の参加時に調査票を配布し、研修会終了後、返送してもらう無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は2019年度後半に実施、750枚の質問紙を配布し、156枚回収した(回収率20.8%)。調査項目は、対象者年齢、所属、経験年数、基礎資格、勤務形態、モニタリング時間、認知症の人に対する意思決定支援プロセス19項目の実施度および重要度について尋ねた。19項目は、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省)を参考に、意思形成支援の1～7項目、意思表示支援の8～15項目、意思実現支援の16～19項目について、平均値を求め、実施度と重要度の関係について散布図を作成し、両者の相関関係について分析を行った。

調査協力を得るにあたって、倫理的配慮として、主催者側には事前に、ケアマネには直前に、①研究目的、②研究方法、③研究協力の任意性と協力辞退の自由、④個人情報保護、⑤研究結果の公表に関して説明し、協力をお願いした。なお、同意は、質問紙の返送をもって同意されたものとした。本研究は日本福祉大学倫理委員会(申請番号19-29 許可2019年12月10日)の承認を得た。

3. 結果

調査対象者の所属は、居宅介護支援事業所が69%、次いで地域包括支援センターが25%であった。年代は8割超が40歳代以上、基礎資格は介護福祉士が32%、社会福祉士・精神保健福祉士が21%で約5割強が福祉系の資格保持者であり、看護師・保健師は22%であった。経験年数は10年以上が4割、ケアマネ以外に主任ケアマネの資格を有する人が65%、認知症ケア専門士等の資格を有する人が23%であった。

図1に意思決定支援項目の実施度と重要度の散布図を示す。表示は、意思形成支援項目は■、意思表示支援項目は▲、意思実現支援項目は●とした。

意思決定支援全体の19項目についての実施度と重要度の相関係数は0.84で、かなり強い正の相関であった。また、意思形成支援の相関係数は0.86、意思表示支援の相関係数は0.93、意思実現支援の相関係数は0.67であった。意思表示支援では実施度と重要度の相関が最も強く、意思実現支援については他と比べると最も相関が低かった。

具体的内容を以下に示す。実施度、重要度とも高い項目は、意思形成支援の「認知症の人が、理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくり説明」、「認知症の人が理解しているという反応をしても、

実際は理解できていない場合もあるため、本人の様子をみながら確認」であった。一方、実施度、重要度とも低い項目は、意思実現支援の「認知症の人の意思実現を支援するにあたって、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことの出来ない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他からみて合理的かどうかを問わない」と、意思形成支援の「認知症の人に選択肢を示す場合、可能な限り複数の選択肢の提示」であった。

実施度の傾向としては、意思形成支援では実施度が二極化しており、意思表明支援では実施度はやや高く、意思実現支援は、実施度が低い結果となっていた。また、意思実現支援では、実施度と重要度とも高い項目はなかった。

意思実現支援のうち、実施度が高いが重要度が低いのは「認知症の人が実際の経験をする（例えば、ショートステイ体験利用）」と、本人の意思が変更することがあることから、本人にとって無理のない経験を提案」、実施度が低いが重要度が高いのは、「認知症の人が自発的に形成され、表明された認知症の人の意思は、意思決定支援チームにより、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、日常生活・社会生活のあり方に反映」であった。

4. 考察と結論

本調査結果からケアマネは、認知症の人に対する意思決定支援において、重要と意識していることと実施していることの相関が高かった。それは、特に意思表明支援において顕著であったが、意思実現支援では他に比べて相関が低かった。重要度と実施度とも最も低い項目は、「他者を害する場合や本人にとって見過ごすことの出来ない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他からみて合理的かどうかを問わない」であり、認知症の人が表明した意思決定を即実現することについては重要と認識し実施することに躊躇感があることが分かった。

ケアマネは、意思決定支援プロセスについて、特に意思実現支援の重要性を意識し、実践していくことが課題であることが示唆された。

謝 辞

本研究は、（公財）フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の2019年度研究助成事業から助成金を受諾して実施しました。ここに深謝申し上げます。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン。（2018）。

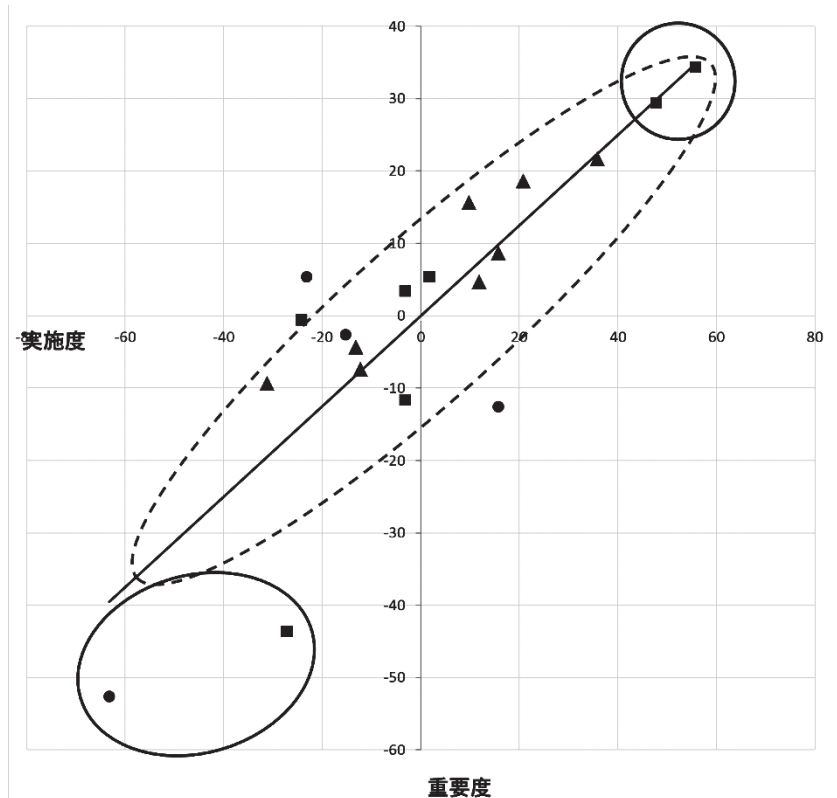


図1 意思決定支援プロセスの重要度と実施度の散布図

H-7 ケアマネジャーが行う認知症の人の意思決定支援の実践 ～ 意思決定支援過程に関する量的研究 ～

今枝 敬典 (4169) / 鈴木 岸子 (1798) / 近藤 芳江 (1066)
加藤 裕子 (1861) / 奥田 亜由子 (466) / 山田 るみ子 (0973)
二本柳 覚 (4664) / 荒木 篤 (2119) / 高室 成幸 (0008)

日本福祉大学ケアマネジメント技術研究会

1. 研究の目的

ケアマネジャーが認知症のある人に対する意思決定支援過程について現状を把握し、どのようなケアマネジャーが認知症のある人の意思を尊重したケアマネジメントを実践しているかを明らかにする。

2. 研究の方法

調査対象はA県およびB県内でケアマネジャーとして勤務する人を対象とし、各市町で開催された研究会等にて750票を配布し156票を回収した（回収率は20.8%）。調査期間は2019年度後半に実施した。質問用紙は年齢、所属、経験年数、基礎資格、取得している資格、所属機関、勤務形態、1回当たりの面談時間の属性項目と「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省）¹⁾を参考に支援項目を作成し、実施しているかを4件法で尋ねた。

認知症の人が意思決定できない場合の支援項目（3項目）、意思決定支援過程の（19項目）を合わせた21項目について探索的因子分析を行い、抽出された因子について、ケアマネジャーの属性をもとにt検定や一元配置分散分析を行った。被調査者には事前に、研究の目的、任意性の保持、個人情報保護、公表の方法について説明し、郵送してくれることで承諾を得たものとした。研究の倫理については日本福祉大学研究倫理委員会（申請番号19-29 許可2019年12月10日）にて承認された。

3. 結果

調査の結果、ケアマネジャーの属性は表に示した通りである。

21項目の実施度についての探索的因子分析の結果、【本人に寄り添った意思形成・表出支援】【意思決定できない場合の本人の最善の利益を考える支援】【本人の意思の変化に寄り添う支援】の3因子が抽出された。初期解の推定には最尤法^{さいゆうほう}を、またプロマックス法を用いた。因子数の決定には固有値を1以上とした。KMO測定は0.923、バーレットの球面性検定は $p < 0.01$ で有意に単位行列とは異なり、因子分析を適用させることの妥当性が保証された。

次に、3つの因子それぞれについて、ケアマネジャーの年齢、所属機関、実務経験、基礎資格、主任ケアマネジャー資格、認定ケアマネジャー資格、認知症ケア専門士資格、法人種別、勤務形態、1回当たりの面談時間について、t検定ないし一元配置分散分析を実施した。その結果、第1因子【本人に寄り添った意思形成・表出支援】については認定ケアマネジャー（ $p < 0.01$ ）や主任ケアマネジャー（ $p < 0.01$ ）の有意資格者で実施度が高かった。また、所属機関（ $p < 0.001$ ）ではNPO法人、営利法人、医療法人で実施度が高かった。

第2因子【意思決定できない場合の本人の最善の利益を考える支援】では、認定ケアマネジャー（ $p < 0.01$ ）や主任ケアマネジャー（ $p < 0.01$ ）で実施度が高かった。また、1回当たりの面談時間（ $p < 0.01$ ）では、30分から45分や60分以上といった概して長い面談時間で実施度が高かった。

第3因子【本人の意思の変化に寄り添う支援】については、年齢（ $p < 0.01$ ）が50歳代や60歳以上で実施度が高かった。また、所属機関（ $p < 0.001$ ）では、NPO法人や営利法人で実施度が高かった。

4. 考 察

ケアマネジャーが認知症の人の意思決定支援を実施する場合には、意思形成支援、意思表示支援、意思推定支援、意思実現支援の過程に分けられると考えられたが、本結果では、「本人に寄り添った意思形成・意思表出支援」、「意思決定が難しい場合の本人の最善の利益を考える支援」、「意思の変化に寄り添う支援」に分けて実施していた。この結果、ケアマネジャーは、認知症の人に対して、意思表示を形成させたり、意思表示を支援したり、表明した意思を実行したりすることを一体的に実施しており、意思表示できない場合には最善の利益を考えての代理決定をし、利用者の意思決定の変化に合わせてモニタリングしていることが分かった。

認知症の人への意思決定をしているケアマネジャーの特徴としては、年齢が高く、主任ケアマネジャーや認定ケアマネジャー資格を持ち、NPO法人や営利法人に属しており、時間をかけて面談するケアマネジャーであることが明らかになった。ここから、認知症のある人の意思決定支援を推進していくためには、時間をかけて毎回の面談を行うなかで、その人の意思をくみ取ることができることが明らかになったことは、今後のモニタ

リングのあり方に重要な示唆である。また、認定ケアマネジャーや主任ケアマネジャー資格取得者が意思決定支援に影響を与えていることから、資格取得でもって意思決定が推進されたというよりは、取得したいとする自らの業務に対する意欲が高いケアマネジャーが、意思決定支援を進める大きな要因になっていることが推測できる。

付記

本研究は、(公財) フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の2019年度研究助成事業から助成金を得て、実施した。

【引用文献】

厚生労働省:認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン。(2018)。

表 ケアマネジャーの属性

年齢	人数 (%)	取得している資格	人数 (%)
20歳代	5 (3.3)	認定ケアマネジャー	11 (11.7)
30歳代	17 (11.3)	主任ケアマネジャー	61 (64.9)
40歳代	40 (26.5)	認知症ケア専門士	22 (23.4)
50歳代	64 (42.4)	法人種別	人数 (%)
60歳以上	25 (16.6)	社会福祉法人	40 (26.5)
所属事業所	人数 (%)	医療法人	19 (12.6)
居宅介護支援事業所	107 (69.0)	NPO法人	2 (1.3)
グループホーム	2 (1.3)	営利法人	57 (37.7)
小規模多機能居宅介護	3 (1.9)	その他	33 (21.9)
特定施設入所生活介護・サービス付き高齢者住宅	2 (1.3)	勤務形態	人数 (%)
特養介護老人ホーム	1 (0.6)	常勤・専任	109 (70.3)
地域包括支援センター	38 (24.5)	常勤・兼務	31 (20.0)
その他	2 (1.3)	非常勤・専任	11 (7.1)
経験年数	人数 (%)	非常勤・兼務	4 (2.6)
3年未満	35 (22.7)	面接時間	人数 (%)
3年以上5年未満	25 (16.2)	30分未満	17 (11.0)
5年以上10年未満	29 (18.8)	30分以上45分未満	78 (50.3)
10年以上	65 (42.2)	45分以上1時間未満	49 (31.6)
基礎資格	人数 (%)	1時間以上	11 (7.1)
介護福祉士	50 (32.1)		
看護師・保健師	35 (22.4)		
社会福祉士・精神保健福祉士	33 (21.2)		
ホームヘルパー	23 (14.7)		
その他	15 (9.6)		

注:不明を除いて集計している

H-8

最期まで在宅を希望していた認知症利用者が 入所を選択した事例

上野 扶美枝

(ケアサポートうえの・4831)

1. 研究の目的

自宅で暮らし続けたいと信念をもって生活してきた利用者や家族は、サービス導入に対して否定的になる傾向と言われている¹⁾。本事例のAさん夫婦も最後まで自宅で暮らしたいと強く願い、Aさんが認知症を発症し、段々に病状が進行しても他者からの介護を受けることを拒み続けてきた。しかし、認知症の進行とともに主介護者の妻の介護疲弊が危惧されるようになった。そこで、Aさん夫婦の要望を取り入れた支援を行いながら、より良い生活環境への支援を提供することを目的とした。

2. 研究の方法

Aさん夫婦に対して、Aさんと家族の要望や妻の疲弊に対する介護負担軽減のため、再アセスメントを行った。そして要望や家族環境を交えての支援の内容を分析、チームプレイにより適宜サービスを提供した。また、その結果を共有し、見直し、検討、分析を繰り返した。

倫理的配慮として、Aさん夫婦と介護協力者の長女には、研究目的を説明し、口頭で同意を得て、匿名性の保持に留意した。

3. 結 果

Aさんは男性、80歳代後半、アルツハイマー型認知症、要介護2、認知症高齢者自立度Ⅱb、障害高齢者自立度A2、その他の疾病は高血圧症、前立腺がんの経過観察中である。主介護者は80歳代前半の妻、その他、別居の長女の協力を得ていた。最期まで夫婦で暮らし続けるために家を新築、改築を重ね居住空間を生活スタイルに合わせて変えるなど自宅での生活に固執していた。それは、認知症発症後も変わらず夫婦で暮らし、常に夫婦は行動を共にしていた。

担当した当初、妻は自宅に他者を入れたくない。娘が来てくれるので困っていないが、自由な時間が少し自分にあれば2人で暮らし続けられると要望し、認知症のAさんの社会参加と妻の介護負担軽減を目的にしたサービスを検討した。ケアプランは通所介護と特養のショートステイ利用を計画した。しかしAさんにとって慣れない環境変化に帰宅願望者や施設の窓から抜け出し、徘徊などの行動が見られた。このようなAさんのショートステイでの様子を記録した報告書を妻が読み、夫がショートステイを嫌がっていると考えた。また、Aさんの行動は事業所に迷惑を掛けたと理解し、妻の不安からショートステイが中止に至った。

さらに、通所介護事業所に通い始めていたが、職員の体制が整わず、Aさんに個別対応ができないとの理由で中止となった。妻の施設利用への不安や不信感など負のイメージを払拭するために、再アセスメント、広く、事業所のパンフレットを収取、事業所ごとの特色、個性を検討しながら、施設の規模によって職員の配置が異なること等の説明を交えて新たに通所先を選定した。分析したその内容は、事業所と共有、妻への言葉かけや利用報告内容を考慮するように支援した。

しかし、Aさんの認知症の進行にともない、妻の介護負担が増し疲弊が見られるようになった。このままでは夫婦共倒れの危険性が考えられたため、再度Aさん夫婦と話し合いを重ね、長女の意向も確認した。長女は同居娘の妊娠のため生活環境が変化することから、今後は介護の支援ができなくなると施設入所を考えていた。アセスメントを繰り返す中で、家族間の考え方の差異に気づき、家族環境の変化を詳細に、再アセスメン

トを行った。その後、Aさんと妻、長女を交えて施設入所も含めて通所系、訪問系、ショートステイ、地域の資源などの検討を行った。

その際、妻の不安に対し、十分時間をかけてその思いを聞き取り、Aさんと妻が安心して利用できると思われる事業所の情報提供を行った。妻の心の内を探りながら、長女の協力も得てアセスメント、分析を繰り返し、施設の選定、検討、見直しを繰り返した。その結果、Aさんの混乱を最小限に抑えるため、宿泊のできる小規模の通所介護を提案した。そして、家族や通所介護、宿泊担当者、ケアマネの4者で連携を図り、Aさんと家族の意向を再確認し情報を共有した。サービス利用中の帰宅願望や徘徊に対する職員の具体的な個別対応や、興味のある活動へのお誘いや声掛けを検討した。そして、Aさんにとっての役割や楽しみを見つけること、妻が安心できるような報告内容の記載についても話し合いを行った。その結果、Aさんは認知症が進行し、会話が成立しなくなっても、職員がAさんの行動や目の動きで気持ちを推し量るなどの対応をしていることを妻が理解し、Aさんは宿泊できるようになり、職員と銭湯を楽しむことができるようにもなった。また、関係者との良好な信頼関係も構築された。更に自宅では家事に興味を示さなかったAさんが自ら洗濯物をたたむようになったと妻から嬉しい知らせがあった。妻にとってもサービスを利用している時は、休養する時間が確保できた。

しかし、認知症が更に進行し、Aさんの自宅での夜間の活動が活発化し、妻は自分の体を心配するようになった。また、協力者である長女の家庭内環境も変化してきたため、事業所間でAさん夫婦の要望や心身状態を共有し、新たに特養のショートステイ先を選定し、利用を開始、同時に施設入所も平行して検討していった。

Aさんは、ショートステイでは徘徊があっても生活できるようになった。また、妻は心身の休養時間を確保できるようになり、長女とゆっくり過ごす時間がもてるなど、気分転換をはかれるようになった。このことから、利用者と家族が望んでいる、より良い生活環境は変化していることが考えられ、夫婦が別々の生活が楽しめることや、Aさんと妻の施設に対する負のイメージが軽減されたことが推察される。その結果、夫婦が共倒れにならず、Aさんと家族が望んだ施設入所につながったと考えられる。

4. 考察と結論

当初の在宅一辺倒の要望から、利用者と家族の両方にとってより良い生活環境が確保できたと考える。それは、事業所間で利用者や家族の思いの傾聴、両者の情報共有の強化、施設の選定、変更、利用できるように支援したことで、利用者や家族と信頼関係が構築されていったことが要因の一部と考えられる。利用者や家族の要望は変化する可能性があり、これを適正に捉えるためのアセスメントの重要性と説明、相手の理解の確認を繰り返してゆくことが重要であると再認識された。

【参考文献】

- 1) 岡本明子「介護負担のある家族が家庭内介護を継続する理由と背景」昭和大学 日本赤十字看護学会誌 VOL.8, NO.1 2008年3月 PP.60-67

1-1 主任介護支援専門員のスーパービジョンの 実践に関する調査研究

二本柳 覚

(京都文教大学臨床心理学部臨床心理学科・4664)

1. 研究の目的

2006年に介護保険法が改正され、新たに主任介護支援専門員（以下、主任CM）が設置された。主任CMは、地域包括支援センター及び特定事業所加算を取得する居宅介護支援事業所に必置となっており、事業所・職種間の調整機能のほか、他の介護支援専門員に対するスーパービジョン（以下、SV）の役割が求められ、一定の知識・技術等の担保が必要となる。2016年度より主任介護支援専門員研修の見直しのほか、更新研修が義務付けられるなど、介護支援専門員に対するSV体制は一見整備されてきたと思われる。しかし、実際に主任CMがスーパーバイザー（以下、SVor）として機能を十分に発揮できているのか、また設置されている研修システムがSVorとしての成長に繋がっているのか、などについては明らかとなっていない。そのため、今回は主任CM制度によるSV実施の実態と課題について把握するために調査を実施した。

2. 研究の方法

(1) 研究方法

本調査では、A・B・C 3県の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に対して郵送法によるアンケート調査を実施した。地域包括支援センターは全数、居宅介護支援事業所には人口規模を揃えるため、A・B県は県庁所在地、C県は県全域を対象として、層化別抽出を行った。アンケート配布数は地域包括支援センターが3県で515件、居宅介護支援事業所は各170件の510件、計1,025件に対して配布している。回答については、事業所内に複数主任CMがいる場合については、最も主任CMとしての経験が長い者1名に回答をいただくよう依頼をしている。

アンケート内容については、Kadushin, Aが示したSVorの業務内容（2014）と、Fukuyama（1998）が開発したスーパービジョン18項目を組み合わせて作成した、管理的SV12項目、教育的SV9項目、支持的SV7項目について、「よく行う」から「殆ど行わない」までの5段階リッカート方式で作成した。合わせて、SVorとしての活動頻度、SVの受講歴、SVの研修受講歴等について問う項目を追加した。分析にはIBM SPSS23 Statisticsを使用した。

(2) 倫理的配慮

倫理的配慮としては、アンケート送付時に調査目的、趣旨、適切なデータ管理方法および調査結果は個人が特定されないよう配慮すること、アンケート結果については論文投稿、学会発表等を行うことを記した文書を添付し、返送をもって同意いただくこととして回答を依頼した。

3. 結果と考察

(1) 回収状況と回答者属性

回収結果は371件、うち有効回答数は363件、うち地域包括支援センターは168件（居宅介護支援事業所190件、不明5件であった。有効回答のうち、主任介護支援専門員がいないと回答されたものを省き、統計処理を行った。該当回答数は316である。

主任CMの経験年数は、5年以下が50.3%（159名）を占めた。次いで6-10年が38.9%（123名）と続いている。主任CMの基礎資格では、介護福祉士が49.3%（156名）とほぼ半数を占め、次いで看護師が15.8%（50名）、社会福祉士13.6%（43名）となり、この3資格で全体の3/4を占めた。また地域包括支援センターと居宅介護支援事業所別では、 χ^2 二乗検定で有意差が確認された。残渣から、地域包括支援センターでは社会福祉士、居宅介護支援事業所では介護福祉士や准看護師が有意に多いと推測された。事業所内の介護支援専門員数は地域包括支援センター、居宅介護支援事業所どちらも「3名」が全体の20%程度と最も高くなっていた。

(2) 回答結果

管理的SVに関する項目では、[業務計画の立案][仕事の出来具合の確認と評価][書類提出の指示][業務調整]は「よく行う」「だいたい行う」を含めれば全体の50%近くが実施する一方、[スタッフの募集・採用]については「ほとんど行わない」だけで56.9%と特出しており、採用案件に関する権限はあまり

ないことが伺えた。[スタッフに関する権利擁護][クライアントの間に入り調整]については、他の項目に比べて、「たまに行う」とした回答が特出していた。

教育的SVに関する項目では、9項目中6項目で「たまに行う」が最も割合が高く、特に[SVに有益な資料の準備を行う][終了時にSVのまとめを行う]は特にその傾向が強く見られた。

支持的SVの項目では、「だいたい行う」が7項目全てにおいて最も高く、「よく行っている」を含めれば[スーパーバイザーと職場スタッフとの管理上のつなぎ役をする]を除いて、全て50%を超える結果となった。

SVの受講経験について、「あり」と回答した者は62.0%、SVorとなった者は職場内、職場内ともに約40%程度であった。一方自身のSV orとしての活動頻度については4段階のリッカート方式で確認をしたが、肯定的意見である「多い方だと思う」「それなりにやっていると思う」合わせて51.2%にとどまった。「あまりやっていない」「殆どやっていない」と回答した者に、その理由について確認した結果、「日常業務の煩雑」(64.3%)「SVを求められていない」(43.9%)のほか、「SV orとしての力量に自信がない」(36.8%)との回答が得られた。

SVの受講経験の有無によってSV実践に対する影響はあるかを確認した結果、指示的SVでは、「よく行う」と答えた者が、経験がない者に比べ10%程度高く出ていた。また、全体的に「あまり行わない」「殆ど行わない」と答えた者は、経験がない群の割合が高く現れた。統計的な差を確認するためにt検定を実施した結果、管理的SVでは5項目、教育的、支持的SVにおいては全ての項目で、有意差が確認された。さらに実際に行っているSVの内容6項目の実施状況を聞いた設問では、全ての項目で「よく行う」「たまに行う」の割合が、経験を有する者の群の割合が、経験がないものの割合に比べて高く、t検定において全ての項目で有意差が確認された。

施設種別別について、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターで χ^2 乗検定を実施した結果、居宅介護支援事業所が管理的SVでは有意差が認められた8項目全てで有意に実施できているとされた反面、有意差が認められた教育的SV2項目、支持的SV4項目全てで有意に実施できていないことが認められた。

最後に、直近の主任介護支援専門員(更新)研修で行われたSVに関する研修内容の満足度については、満足感が見られた回答は全体の66.4%であった。

(3) 考察

特に教育的SV、支持的SVについては、SVを受けた経験によって、その実施度に影響を与えていた。このことから、SVorとしての活動以前にSV経験を受けたかどうか、SVの実施状況に影響を与えていることが示唆された。一方で、SVorとしての力量についての自信の無さが、SVを行わない理由として大きな位置を占めていることから、その事業所の介護支援専門員に対するSVが不十分となり、結果として負のスパイラルを形成する可能性があることが考えられる。また、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の間において有意差が多くの項目で見られたことについて、日常業務負担が、SV実施の困難度に影響を与えている可能性があることが示唆された。

主任介護支援専門員(更新)研修の結果については、半数以上が一定の満足感を感じていたが、自由記載から、県毎によって研修内容が異なることが見受けられ、物足りなさを感じる部分などの内容に差異が見られた。都道府県毎に実施内容が異なることから、SVに対する均一な教育を行うことは困難であり、加えて集合研修であることから、個人の抱える悩みについて適切にアプローチすることは困難であることが伺えた。

4. 結 論

介護支援専門員がSVを受けることは、一方で自身がSVorになった際に活用できる体験的な学習機会であることが想定されることから、介護支援専門員に対してSVを受ける機会を確保することが必要である。主任介護支援専門員(更新)研修における研修内容の精査を行うとともに、主任CMのSV実施への不安を軽減させるための取り組みを実施する必要があることが示唆された。

注：本研究は科学研究費補助金(基盤研究(B))「ヒューマンケアにおける包括的重層的スーパービジョンシステムの構築に関する研究」(研究代表者：田中千枝子 課題番号18H00954)の助成を受け実施したものである。

【引用・参考文献】

1. Alfred Kadushin and Daniel Harkness (2014) *Supervision in Social Work*, fifth edition, Columbia University Press (=2016 福山和女監修『スーパービジョン イン ソーシャルワーク 第5版』中央法規.)
2. 石田賢哉・福山和女(2016)「スーパーバイザーによるスーパービジョン評価、スーパービジョン機能分類、スーパービジョン3類型の限界」『ルーテル学院研究紀要』49, 1-12.
3. Fukuyama, K. (1998) *Influences of Selected Characteristics of Professional Supervision on Job Satisfaction, Productivity and Autonomy of Professional Social Workers in Japan*. Catholic University of America.

1-2 進行シートを活用したピアグループスーパービジョン (PGSV) の取り組み ～スーパービジョン (SV) を身近かなものとするために～

土屋 ひろみ

(康楽苑指定居宅介護支援事業所・8208)

1. 研究の目的

岩手県では、令和1年主任介護支援専門員 (CM) 研修全70時間の半数以上がSVに充てられたが、いわゆる一人居宅に在籍する自身の経験として、主任CM研修から同更新まで、地域でSVの機会は得られなかった。しかしSVは主任CMの役割であり、主任CMを魅了する技術である。地域でSVの機会を作る、SVを日常的なものとする、これが本研究の目的である。

2. 研究方法

1) 期間：31年3月～令和1年10月

2) 対象：研修参加の主任CMのべ24名

3) 方法：

① SV進行シートの作成

・進行シート1

「支援内容と事例内容の間の不一致の明確化」を目的として第1回研修に際し作成

・進行シート2

「リフレクション」の手法を取り入れ第2回研修に際し作成

② 進行シートを使用した研修 (PGSV) の実施

第1回 平成31年3月11日

第2回 令和1年10月9日

③ 進行シートの有効性についての評価

研修会アンケートにより、SVとしての有効性、成果の平準化、時間の短縮という3点について評価を行った。

倫理的配慮として、本研究に事例の個人情報を使用されていない。研修参加者に対しては、参加案内に研究目的の研修会であること、参加者が研修対象となり、研究内容、研修会の写真等を不特定多数に対し公表予定であることを記載、これに同意の上での参加申込とした。また研修の開会に際しても、同様の説明により同意を得た。なお所属法人の倫理委員会の審査を経て、本発表を行うものである。

3. 結果

研究結果として、第1回研修ではシート内容や進行等、様々な課題が残った。第2回研修で使用した進行シート2は、成果の平準化、SVとしての有効性について研修参加者より高い評価を受け、時間も1時間弱で終了することができた。

4. 考察と結論

SVを日常化する上での課題を、「情報量が膨大で課題の焦点化に技術と時間を要する」と捉え、「SVとして有効かつ短時間で実施でき、成果を平準化できる」ことを目指し、進行シートを作成した。第1回研修で使用した進行シート1は、事例のタイトル、本人の似顔絵、スーパーバイザー (SVE) の引っ掛かり、支援ニーズ

と方針、本人の意向、支援の課題、確認事項を内容とした。シート1は「支援内容と事例内容の間の不一致の明確化」を目的としたが、これを果たす構成に至らなかった。更に進行スケジュールどおりに進めようと時間管理に気を取られ、シートを十分活用できなかった。参加者からは、「どのように進行シートを使えばよいかわからなかった。」という振り返りもあった。また研修を概観して、スーパーバイザーとなった参加者は、「SVEの支援に何が足りないか」という視点に留まりやすいと感じた。以上のことからシートの改善点として、SVEの行っていた支援、特に「SVEがどのように支援を進めたいと思ったのか、その過程で何を感じていたのか」に焦点化すること、SVEのストレングスに注目するアプローチの必要が抽出された。

進行シート2の作成にあたり、SVの核心は「自ら気づきを得る」学習方法であるという原点に立ち返り、人材育成における気づきや成長のプロセス、仕組みを文献に探った。その結果、注目したのが「リフレクション」である。「リフレクション」については、まずコルブの「経験学習モデル」を参考とした。ここでは、学習者は個々に独自の意味の世界を生きており、成長もそれぞれに固有のものであることから、自分のことばで経験の振り返りを行い、抽象的概念化することが重視される。ことばで表現された経験は、再現性のある持論を形成し、持論は次の経験で試行・実践されながら深化する。それをまた経験として蓄積し、再び内省、振り返りを行っていくというのが、コルブの経験学習のサイクルである。また具体的にシートを作成する上では、コルトハーヘンの「8つの問い」を取り入れた。「8つの問い」は、「わたしは何をした?」、「わたしは何を考えていた?」、「わたしはどう感じていた?」、「わたしは何を望んでいた?」、「相手は何をした?」、「相手は何を考えていた?」、「相手はどう感じていた?」、「相手は何を望んでいた?」という8つの質問で成り立っている。一見合理的とは言えないが、人の行動を左右する感情や望みといった要因に焦点を当て、単純な質問ながら、「リフレクション」を行う上で大きな力を発揮する仕組みであると感じた。「8つの問い」だけでは十分でない場合があるため、コルトハーヘンは「コア・リフレクション」と呼ぶアプローチを示し、リフレクションの対象は玉ねぎのように層となり互いに影響し合うとした「玉ねぎモデル」を用いた。これは、層の中心にある中核的資質、コア・クオリティ、「強み」を他者と共に言語化し合うことで、使命、アイデンティティー、自分についての信念、コンピテンシー、行動、環境というより外側の他の層にも影響が及び、更にこれを言語化することにより、ポジティブに次の行動を選択できるとした考え方である。「自ら気づきを得る」ためのSV進行シートの成立要素を、SVEが自分のことばで感情や望みについて主観的に振り返りを行い、参加者全体でSVEの強みを共有することと考え、進行シート2を作成した。第2回研修では、事例の説明の後「8つの問い」に沿って進行し、その上で支援の「強み」としてうまくいっているところ、効果的なところ、SVEの「強み」を全体で確認した。「8つの問い」により、事例の支援上で起きていたことが、SVEの主観としてSVEのことばで表現された。「強み」を確認する以前は自信のない様子であったSVEが、「強み」を確認した後では自身に力を取り戻した様子が見受けられた。その時初めて、医療関係者の意向と事例の本人の意向の間で板挟みになったSVEが、本人その人や状況、時機を読み取りながら、本人の意向に沿い続けるという事例の様相が明確になったように感じた。SVEは、「ことばに書き下ろすだけで十分な振り返りとなった。躊躇した部分を逆に「強み」と言われ、元気、やる気が出た。」と話している。また参加者アンケートでも、シート2について、「振り返りを行うことで、SVEは自身の支援を見直すことができた。」、「参加者が認識を共有できると感じた。」「SVEの考えを引き出しやすく、SVEの立場に立って考えることができた。」「支援の強みを伝えることが、SVEの気づきにつながるということがわかった。」という感想があった。第2回研修を通じ、シート2の有効性については大きな手応えを感じた。

シート2を使用したPGSVは1回しか行われておらず、有効性の検証は十分ではない。新型コロナウイルス感染症対策が優先される状況下、シート2を個人の振り返りツールとして使用してみる等、今後も活用を継続したい。

1-3 居宅介護支援利用者・家族向け調査に関する一考察 ～ ケアマネジャーが習得すべき要素に関する研究 第9報 ～

牧野 和子

(東京都23区内地域包括支援センター・1007)

1. 研究の目的

利用者が在宅で生活できる期間を可能な限り長くするためには、利用者の自立支援を達成するために解決すべき課題をケアマネジャーが理解し、それらを実現するための知識や技術を修得することが必要である。本研究は居宅介護支援利用者・家族のケアマネジメントに関する受け止め方を調査し、ケアマネジャーが習得すべき要素に関する示唆を得ることを目的とする。

2. 研究方法と倫理的配慮

研究方法

(1) 調査の内容

居宅介護支援利用者・家族のケアマネジメントに関する受け止め方に関する調査

(2) 調査対象者

首都圏の居宅介護支援事業所等に勤務するケアマネジャーが担当中の利用者または家族800名

(3) データ収集の方法

研究説明書および無記名自記式質問紙調査（アンケート調査票）を配布し、同封した封筒の郵送、返信にて回収した。

(4) データ分析の方法

各調査項目について単純集計・クロス集計・ χ^2 検定にて分析を行なった。有意水準は5%とした。

<倫理的配慮>

国際医療福祉大学大学院倫理審査委員会にて承認を得た（12-156）。調査対象者に調査の趣旨・方法と共に、回答を拒否しても不利益が生じないこと、匿名であり個人が特定されない集計方法をとる点や保管方法、得られたデータや用紙は分析後速やかに研究者が責任をもって処分すること、関係学会等で公表することを書面にて説明を行い、同意を得た。調査対象者の名称は入力時点でID番号をふり管理した。また、研究や発表による肉体的・精神的な著しい苦痛等への配慮を行い実施した。

3. 結果と考察

(1) 研究結果

298件を分析に用いた（有効回答率37.3%）。年齢は75歳～79歳が一番多く22.1%であった。女性が62.6%を占めた。

有意差がみられたのは、性別とケアマネジャーが訪問時に困っていることについて本音を話すことができるかどうか等であった。『性別とケアマネジャーが訪問時に困っていることについて本音を話すことができるかどうか』について、分析の結果、女性は「いつも話せる」が有意に多く、「ときどき話せる」が有意に少なかった。また、男性は「いつも話せる」が有意に少なく、「ときどき話せる」が有意に多かった。『訪問時、ケアマネジャーに本音で話せるか』という質問に、75.4%の方が『いつも話せる』と回答し、『ケアマネジャーに会うと元気になりますか』という質問に、「いつも元気になる」が最も多く234人（78.5%）であった。居宅介護支援にて本音を話せている、元気になる利用者・家族の状況が把握できた。

(2) 考察

ケアマネジャーが習得すべき要素「相談援助技術」において男女のインターアクションの違いをふまえてコミュニケーションを学ぶ必要性が示された。男女の割り込みの分析からみえてきた日本人男女のインターアクションの特徴について述べる。女性のほうが男性より、相手の発話に対する関心を積極的に示し相手との調和のなかでトピックを強調していこうとする姿勢が強く、そのための方策を用いる傾向が強い。一方、男性のほうが女性より相手とは違った独自性を打ち出そうとする姿勢が強く、相手の発話に対し競争的で独立的な方策を用いる傾向が強い¹⁾。インターアクションの違いがコミュニケーション上の誤解を生む可能性があるのではないかと考えられた。さらに研究を深めたい。

① インターアクションの定義

縫部義憲（1991）は、インターアクションの定義として次のように述べている。今研究においてインターアクションについて縫部の定義を用いることとした。

定義：縫部（1991）によると「インターアクションとは、人と人との間で取り交わされる心理的接触と相互交流の総体である（p14）」コミュニケーションはインターアクションがなければ成立しないが、コミュニケーションがなくてもインターアクションは存在し得る。したがって、インターアクションの内容と質が、コミュニケーションの成立に関わる重要な要素である。

② 割り込みに関する先行研究

藤井桂子（1995:p13-23）は「発話の重なりについて－分類の試み－」お茶の水女子大学日本言語文化学会にて割り込みについて「発話権の維持」と「トピックの一致」の2分類を基準としている。また、先行発話に対する割り込み発話の内容と発話権の移動から、先行発話と重ねた発話の関係を「調和系」、「調整系」、「独立系」の3つに分類している。「調和系」は相手の発話権を脅かさず相手のトピックスが全面的に保持されている。「調整系」は相手の発話権を脅かさないが、相手のトピックスが全面的に保持されていない。「独立系」は相手の発話権が維持されない場合と説明されている。発話権とは話し手としての地位を確保していることを示す。相手の発話権を脅かさないということは聞き手の立場で発話を行っていると考えられる割り込みを指す。トピックは相手の発話の内容を意味し、トピックの全面的な保持は相手の発話内容に沿う内容が話されていることを指す。全面的に保持されないとはトピックの焦点が移動するなど部分的な変更が見られるような場合を指す。また、藤井桂子（1998:p49）はSACKSら（1974）が会話の原則として説明する一人ずつ話すというシステムに反して、割り込みは相手に会話の途中で他の参加者が発話を開始する現象であると割り込みの定義を示している。

③ インターアクションについて検討しようと考えた理由

白澤政和は第25回日本老年学会総会において『ケアマネジメントの立場から』、他の学問での研究成果を取り入れ、統合していくことも重要。ケアマネジメントは対人支援である以上、コミュニケーション方法等の対人支援方法に関する知識や手法の開発も研究としては求められると述べている。インターアクションという視点で性差による示唆を得たいと考えた。

【引用文献】

- ¹⁾ 藤井桂子 会話の「割り込み」に見る男女のインターアクションの違い, 8-12, 12, 1998

【参考文献】

- ¹⁾ 縫部義憲（1991）『日本語授業の「人間化」の工夫－外国語相互作用分析システムの利用－』『日本語教育』75号 pp.12-23
²⁾ Harvey SACKS, Emanuel A. SCHEGLOFF, Gail JEFFERSON, (1974) [A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation], Language Vol. 50 (4), pp.696-735. (= 2010, 西阪 仰 訳「会話のための順番交替の組織-最も単純な体系的記述」『会話分析基本論集』世界思想社, pp.5-153) 等

1-4

自立支援への試行錯誤を考察する 1年半の継続支援において適切な支援に繋がられていない現状を 多方面から検討した一例

池山 豊子

(ケアプランセンター ビンズ・5809)

1. 研究の目的

ケアマネジメントは利用者の意思を尊重し、個性を踏まえ多様なアプローチで自立を支援することである。しかし成果がみられない、または進展がないなど効果が得られない事例もある。その結果、ケアマネジャーは自身の援助能力不足や人間性の未熟さを知り自信を喪失する、あるいは利用者との相性の悪さなどを口実に支援への取り組みをややめすると放置したくなることもあると思われる。しかしケアマネジメントも科学であることからいわゆる「困難事例」とは何か、何が「困難」の要因であるかを知ることによってなんらかの解決を図りたいと考えた。ケアマネジャーが遭遇する事例は多岐に亘り、昨今は利用者自身の思考も要望も複雑さを増している。戦前・戦中の時代を生きてきた利用者から戦後世代へと利用者自身の時代背景も変化している。しかし同時に近年医療も介護も科学的見地を広めていることから、それらを活用することはケアマネジメント技術の普遍性を高めることになるのではないかと考える。そこでこのたび筆者が担当した「自立支援に向けることができない事例」について筆者自身が試行錯誤をしてきた経緯を報告する。

2. 研究の方法

○事例について以下の方法で支援方法を検討した

- 1) 利用者に関する情報と支援経過を再度検証し、利用者固有の特徴などを探索した
- 2) 本事例を地域ケア会議に諮り、多職種からの意見を聴取した
- 3) 本事例について他事業所間と事例検討をし、複数のケアマネジャーの意見を聴取した
- 4) 学識経験者（臨床心理士）から本人の特性について意見を聴取した

○研究の期間

平成30年11月から令和2年4月30日

○個人情報の保護について

事例の対象である本人に研究の趣旨を説明し、匿名であること、個人を特定できない配慮をすることを文書にて提示し、承諾を得た。

3. 結果

○事例の概要

男性、独居。73歳。平成28年9月に総合事業対象者として担当を開始した。当初、訪問介護による週一回の買い物代行の希望があった。室内は支えがあれば不安定ではあるが歩行は可。外出は自力では困難な状態であった。一年を通して炬燵で寝起きをする。夕食は配食サービス、朝・昼食はパンや市販の総菜を食す。排便はトイレ使用。排尿は頻回な移動を避けるためペットボトルを尿瓶替わりにする。炬燵の周囲には食物も排泄物もその他生活必需品が混在して置かれている。入浴はほとんどしていないが、台所の給湯器で洗髪を行う。受診歴なし。一度は歩行困難を主訴に病院で入院検査を受けたが、検査途中で勝手に退院をしたと本人から聞く。厚生年金受給者。妻の死後飲酒のために金融業者から多額の借金をし、現在返済中。飲酒習慣は続いている。

○支援の経緯

平成31年1月 歩行困難な状況の打破にリハビリを提案。認定を受けることを薦め、要支援2となる。

平成31年2月 本人に通所系のリハビリを目的とした半日型デイサービスを薦め、開始となる。しかし1

か月で本人が中止を申し出た。理由は利用時に本人のアルコール臭をスタッフに指摘されたことによると思われる。

平成31年4月 本人の要望で他事業所での半日型リハビリデイサービスを開始したが、この事業所も4回の利用で中断。理由はスタッフが皮膚科受診を薦めたことによると思われる。当時本人のふくらはぎの皮膚に丸い発赤部位があるためスタッフは受診を薦めたが、本人は「皆が自分のことを汚いと思っているのだ」と言葉にしている。

令和元年9月 本人に訪問リハビリを提案。リハビリ開始にあたって認定調査時の主治医の診察を受けるように薦めると「面倒だから」と利用の提案を却下した。

令和2年3月 本人は加齢によりさらなる筋力低下を招くことが予想され、ケアマネジャーから再度リハビリのため病院併設の2時間のデイケアを紹介。医療や病院は本人の意識の中で関わりたい願望があるが、敷居の高い存在であると推測し、あえてこの事業所を選択した。しかし一旦は承諾したもののサービス担当者会議の2日前に本人から中止の申し出があった。理由は「もう少し待ってほしい。そしたらやる気になるから」と本人は繰り返すのみであった。

○前述支援と並行して試みた検討

- 1) 支援経過に記述した本人の生育歴や思考癖、過去の言動など本人像を振り返る作業をした。本人は事あるごとに前向きな言動と後ろ向きの言動を繰り返すことが確認された。
- 2) 地域ケア会議に諮り、多職種の見解を聴取した。理学療法士は廃用性であれば適切なりハビリの提供で回復の余地があると回答。管理栄養士から食生活の改善が対策になると助言を受けた。医師に歩行困難に関与する神経系疾患などの可能性の有無を問うたところ、廃用性症候群の可能性は大きい、それを改善するには独居のアルコール依存者は非常に困難であろうと回答。ここで困難さはあるが、リハビリを推奨してきたケアマネジャーの視点は大きく間違っていなかったことの確証を得た。
- 3) 他の事業所との事例検討では通所系リハが合わないなら訪問系のリハはどうかと提案を受けた。本人の状況から通所系が適切と思い込んでいたが、目線を変えての取り組みが検討できた。
- 4) 行政が行う住民向けの“こころの相談室”では臨床心理士に本人から聞き取った成育歴等の資料提供をして助言を得た。本人は高校時代に柔道が得意で有名大学の推薦入学の資格も得ていたが、卒業直前に窃盗事件を起こして入学の取り消しを受けている。臨床心理士から「前向きな取り組みが継続できない、前進を目前にしながらも後退する言動をとる」という過去の行動から見ると本人には微妙な境界性人格障害の疑いがあること、さらにアルコール依存症と相まって本事例が対応困難な要素を含んでいることの示唆を得た。

○結果

本事例ではふたつの知見を得た。ひとつはケアマネジメントの方向性について他職種から理論的な根拠を得ることはケアマネジャーの自信となり、さらなるアプローチを検討する勇気につながることである。ふたつには本人を多角的に検討することとその視点で支援の困難さを受け止めることによって、その言動に単純に反応しない冷静さと安易な自己批判からの解放を得られるということである。これらの知見を得ることで進展のない事例にも粛々と対応する姿勢が保持できると思われる。またこれらの知見を得るためにはケアマネジャーの支援経過などの資料が有効に働くことも再認識した。

4. 考察と結論

困難事例とは困難になっている課題が見えていない状況からのもたらされるのではないと思われる。「見えない課題」には取り組む手法が見当たらない。問題の根底にあるものは何かと考え、「見えない課題」を「見える課題」にすることは「困難事例」からの解放の一步になると思われる。「困難」と感じる事例には科学的なケアマネジメントを行う視点を持ち、常にケアマネジャーの作成する資料の精度を高め、個人情報保護の観点を踏まえながらそれらを基にどの専門職につなぐかを正しく選択することが有効な対応策であると考えられる。

そして今後も多様なケースが増えることが予測されることから、多方面の学識経験者の見解やその他の情報収集が可能になるようなケアマネジャー自身を支える社会資源の充実も図っていく必要があると認識する。

I-5 事業所内事例検討会の効果についての一考察 ～ファシリテーション・グラフィックを活用した取り組みより～

西村 典子

(ケアマネジメントかえで・5673)

1. 研究の目的

同一事業所内事例検討会は人材育成の場として有効な手段といわれる¹⁾。

所属する居宅介護支援事業所において、2013年度より様々な方法で所内事例検討会を試みたが、現場の業務の中で準備や記録、振返りが時間的にも充分にとれず、満足度の低い状況だった。

2018年度より野中方式²⁾の事例検討会をベースに、ファシリテーション・グラフィック³⁾(以下FG)を活用した。一つの事例を所内全体で可視化共有し、支援方法の発想が広がる体験は主体的な参加を促した。時機を逃さず開催することで利用者支援にも直結した。事例提出者の躓きを所内全体で検討、省察したことはその課題解決はもとより、主任ケアマネジャーの指導の視点や方法の気づきともなった。

本研究においては、6年間にわたる同一居宅介護支援事業所内での事例検討会の取組みの実践を振り返り、その効果と課題を考察、発表する。

2. 研究の方法

(1) 2013年4月～2020年3月の所内事例検討会50事例について、以下をもって比較検討し、所内事例検討会の効果と課題を考察した。

① 検討内容・方法・提出者・構成員・結果

② ケア会議過程評価尺度・ケア会議効果評価尺度⁴⁾(※但し野中定義のケア会議と同一事業所事例検討会は異なる部分があるため一部修正して使用)

スーパービジョンの「機能を最大限に発揮する方法」⁵⁾

③ 参加者からの所内事例検討会についての振返りの聞き取り

(2) 倫理的配慮として個人が特定できないよう配慮し、発表について所属の同意と許可を得ている。

(3) <事業所概要>ケアマネジャー(以下CMer)6名(30～60歳代。基礎資格は全て福祉系職種。全て女性。経験年数：3年未満2名・10年以上3名・15年以上1名。主任CMer3名。)

3. 結果

(1) 2013年4月～2018年3月：計40事例。

2013年4月の所属CMerは4人(40～50歳代。主任CMer1名)。その後、4～6名のCMer所属人数で推移。小人数ながら、検討用紙に書きまとめた事例を用いた検討会や、思考整理にアローチャートや課題整理総括表の活用等を試みた。しかし、少人数であるが故、個人の準備や記録の負担感もあった。また検討手法の習得に負担を感じることや、経験値の違いが所内全体での事例共有を難しくさせることもあった。勤務時間内で開催すると、他業務により事例検討会が中断されたり、多忙期は中止となったりした。勤務時間外に開催した時期もあったが、その継続は難しかった。

2017年度からの所内事例検討会では、①事例検討用紙、②居宅サービス計画書1～3票、③ケアプランチェック表(事業所独自作成)を事例提供者が準備・発表し、参加者の意見をもらう形となった。事例を解決するヒントは得られたかもしれないが、主にケアプランチェックの場となっていた。

(2) 2018年4月～2020年3月：計10事例。FGを活用。

2018年、主任CMer資格所持者増と同時に、未経験者のCMerも入職。所内事例検討会を基本2か月に1度定期開催。他、必要時臨時開催。A3用紙と黒赤青のサインペンを使用。司会（ファシリテーター）・書記（グラフィッカー）は開催回時々役割を交代。この方法の導入には、まずFGを活用した3回的事例検討会を開催し、参加者の興味や関心、理解を確認した。その後、2019年4～6月に参考文献1）を用いて、所内学習会を開催し、標準的なプロセス(野中方式)2）や基本ルールを共有した。

現在進行形的事例9事例（支援開始直後の事例が5事例）。振返り事例1例。各月の業務の状況で柔軟に開催時間を設定し、1～1.5時間の終了時刻を決めて開催。FGで使用した用紙は、縮小コピーして事例検討対象のケースファイルに閉じ、時に見返すと、後のケース展開の指針となり役立った。

過程評価・効果評価⁴⁾として、情報の視覚的把握や、進行過程や司会や書記の役割理解は概ねできるようになったが、事例によっては提出者の納得いく結果を導くことができないこともあった。

スーパービジョン⁵⁾の側面から、参加者が自由に話せる雰囲気の中で課題解決にむけて双方向のやり取りができたことは、教育的機能の民主的な共同関係に基づいた方向性にあたると捉えた。「事例検討会を通してベテランと新人の見るポイントの違いが分かった。」という新人CMerからの聞き取りは、事例検討を通してベテランCMerが口先だけでなく実践ありきの姿勢を見せられたことや、実践内容と新人CMerの知識量の両方の振返りができたと捉える。振返り事例の検討においては、参加者は事例提出者の説明を十分に聞き、事例提出者は率直に語り、その後の実践の応用につながった。自信なく行っていた仕事に対し、事例検討の中で仲間から肯定や称賛の言葉を貰えたり、参加者は正直な感情表現ができた。以上のこと等から教育的機能、支持的機能の評価ができるとした。

「先の見通しや押さえてどこが見えてきた。自分から積極的に事例を提出して、検討してもらいたいと思った。」と、所内事例検討会に対して前向きで主体的な振返りコメントがあった。

4. 考察と結論

FGを活用した同一事業所での事例検討会は、検討過程も含めて可視化共有でき、参加者の経験年数を問わず事例理解が促され、学習意欲を高めた。準備や記録が負担なく続けられ、その後の実践につながるという経験も得た。一方向の指摘や指導に終わらず、主任CMerのスーパーバイザーとしての学習の場ともなった。仲間同士でのサポート的な省察の機会ともいえ、FGの活用がそれを促した。

渡部⁶⁾は、実践力を高めるには、振り返りで気づいたことを言葉にし、多面的に検証する。修正の必要があれば、「行ったり戻ったりする思考と行動のプロセス」を続けなければならない。しかしこのプロセスをたどるのは、自分が持っている知識や技術の枠組みだけでは不十分なことも多い、という。2018年度からの事例検討会は、同一事業所内のCMerという他者の知識や技術も交えながら、そのプロセスに近づけたのではない。可視化された思考過程を振り返ることで、後の実践に役立っている。

今後は、①検討、実践、振返りを継続的・循環的に行うことで、検討会の過程の精度やファシリテーション能力の向上をはかること、②同一職種のみで固定した価値観に偏らない取組みを加えることが必要と考える。

発表は、2018年からの所属事業所の構成員での、野中方式の事例検討会をベースにFGを活用した所内事例検討の取組みを考察するに留まる。過去の事業所内事例検討会や、地域での事例検討会の積み重ねも非常に貴重なものであり、それらが今につながり、支えとなっていることを添える。

【引用・参考文献】

- 1) 白木裕子 編集 (2018)「援助力を高める事例検討会」, 中央法規, 92及び100頁
- 2) 前掲書¹⁾, 52頁
- 3) 前掲書¹⁾, 99頁
- 4) 野中 猛・高室成幸・上原 久 (2007)「ケア会議の技術」, 中央法規, 122-123頁
- 5) 渡部律子 (2019)「福祉専門職のための統合的・多面的アセスメント」, ミネルヴァ書房, 139頁
- 6) 前掲書⁵⁾, 116頁

I-6

環境整備から学ぶケアマネジャーの育成

山田 友紀（ふくなま居宅介護支援センター・4681）

眞辺 一範（ふくなま居宅介護支援センター・337）

1. 研究の目的

「対人援助職者としての独り立ち」を目的とした人材育成は専門性と同時に主体性を育てる必要がある。なぜならば、専門性だけに偏った教育は被害的で依存的な人材を輩出する恐れがあるからだ。ここでいう主体性とは、「自ら考え、決め、行動し、成果を出し、責任を取る行為」と定義する。主体性の高いケアマネジャーは利用者の福利のためにエンパワメント力を引き出す支援が期待できる。特に利用者や周りの微細な変化に気づく力が高くなるのである。その能力を育てるために、環境整備プログラムに取り組んだ。環境整備はただの掃除ではない。仕事をしやすいように整え、人の心を通わせ、仕事のやり方、考え方に気づく習慣を身につけることである。環境整備プログラムによってケアマネジャーの主体性を育むことが可能なら、誰にもできる身近な方法での人材育成が可能となる。2年間環境整備プログラムに取り組んだ経過と分析結果を報告する。

2. 研究の方法

1) 環境整備プログラム

- (1)「計画」：月毎に担当者が交代で「環境整備作業計画書」を作成し環境整備担当区分と担当者を表記する。この際、毎月、環境整備点検が行われるので「環境整備チェックシート」と点検日を考慮して戦略的に計画を立てる。
- (2)「実施」：勤務時間内の毎朝15分、全員で、決められたところを決められた人が決められた道具をつかって、決められた通りに環境整備を行う。環境整備の箇所全てマニュアルが整備されている。
- (3)「評価・チェック」：社長が毎月巡回点検し「環境整備点検チェックシート」を用い、点数化する。
- (4)「改善」：自主的な環境改善活動に取り組む。点検で改善を指摘された所は原因分析をする。そして環境改善する。3定管理（「定位置」「定品」「定量」）を基本とする。改善活動の「before」「after」を示したレポートを作成し、他部署の従業員に改善活動のプレゼンを行い、評価をうける。以上を2年間実施する。

2) 主体性の評価方法

主体性を表す「気づき習慣度（主体性）アンケート」を環境整備プログラム前後に実施。各項目を「気づくようになった（4点）」・まあまあ気づく（3点）・あまり気づかない（2点）・全く気づかない（1点）」の4段階評価（40点満点）で実施する。

<アンケート内容>

- ① 自分自身のコミュニケーションの癖や特徴に気づけるようになった。
- ② 利用者の表面的な言葉だけでなくノンバーバル等のメッセージに気づくようになった。
- ③ モノが移動したことに気づくようになった。
- ④ 利用者を個別化してみるようになった。
- ⑤ 利用者ニーズ（弱み）を見てみると利用者のストレングスに気づくようになった。
- ⑥ 利用者を取り巻く人間関係の変化に気づくようになった。
- ⑦ 時間を決めて・意識して行動するようになった。
- ⑧ 何かを失敗しても、それは自分の問題を気づけるようになった。

⑨ ゴール（目的）意識して目標設定をするようになった。

⑩ 自分の常識は他者の非常識ということに気づけるようになった。

本研究においては個人が特定できないように配慮し承諾を得ている。

3. 結果

アンケートの結果、プログラム開始前は平均14.5点で達成率は36.3%だった。2年後、環境整備プログラム実施後は30.0点で達成となった。これは約2倍の成長率となっている。

(1) プログラム実施前：「あまり気づかない（2点）」と「全く気づかない（1点）」に回答が集中していた。

そのなかでも高い評価は「まあまあ気づく（3点）」であった。内容は「②利用者の表面的な言葉だけでなくノンバーバル等のメッセージに気づくようになった。」と「④利用者を個別化してみるようになった。」の回答であった。

(2) プログラム実施後：「あまり気づかない（3点）」「全く気づかない（1点）」は消滅した。最も評価の高い「気づくようになった（4点）」は「②利用者の表面的な言葉だけでなくノンバーバル等のメッセージに気づくようになった。」「④利用者を個別化してみるようになった。」「⑤利用者ニーズ（弱み）を見て利用者のストレングスに気づくようになった。」「⑦時間を決めて・意識して行動するようになった。」であった。

3点評価が10%から70%、4点評価が0%から30%にアップ。高い成長率の成果をみた。

4. 考察と結論

以上の結果は当事業所内での小規模な調査ではあるが、環境整備プログラムは確実に「気づく力」が向上している。環境整備は個人レベルのことでない。チーム力が求められている。環境整備は事業所内のコミュニケーションも活発化する。全従業員がもつ「働きやすい職場作り」という願いを実現するためには個人がチームの目標を果たすために自分は何ができるかということが問われている。「自ら考え、決め、行動し、成果を出し、責任を取る行為」の主体的な行動が形になる。

環境整備プログラムはケアマネジャーの主体性を育むのに成果があると結論づけられる。その理由として2点が考えられる。

① 職場の物的環境を良くするための改善を毎月考え、決定し、行動を起こす習慣が自然に身についたこと。

② 物的環境の変化に気づく力は、利用者の変化に気づくことに繋がり、利用者のどこをどう見ればいいのか分かるようになったこと。

そして、環境整備プログラムは、実はPDCAサイクルの形になっている。目標を達成するための論理的思考までも育てるトレーニングになっていて、その成果に期待できるのである。

人材育成で最も重要なことは、「人は指示命令では育たない。人は自分で考えこと、してみたいと思ったことに全力で取り組む。」ということである。しかし、私たちは、これまでの学校教育、社会、家庭の中では指示命令で育てていることが多いため、指示がなければ「動かない」「動けない」「考えない」といった受け身になっていることに気づく必要がある。

主体性を育てる環境整備の本質に気づくことができれば、ケアマネジメントの本質に気づき、利用者の自立支援や福利向上の実践に影響を与えることができる。主体性を育てる臨床教育として環境整備プログラムは成果があることが今回の調査でわかった。環境整備から学ぶケアマネジャーの育成効果は計り知れない。

J-1 「毎朝休まず続けたラジオ体操～連続 5,500 回出席で表彰」 施設入所後にも昔の仲間と再び

玉川 夏香（特定非営利活動法人地域の絆 コミュニティホーム仁伍・8294）

松本 輝美（特定非営利活動法人地域の絆 コミュニティホーム仁伍・8291）

中島 康晴（特定非営利活動法人地域の絆 代表理事・5358）

1. 研究の目的

在宅時代からの生活習慣を施設入所後も継続できるよう支援を行ったことにより、本人や周囲の人びとに意識や行動の変化が見られたので、その要因を明らかにする。

2. 研究の方法

（1）データ収集の方法

研究の方法は事例研究とし、本人の言動、職員の対応内容、関係者の協力内容や証言を支援経過として記録し、データ分析の対象とした。

（2）データ分析の方法

支援経過として記録したテキストを読み返しなが、本人や周囲の人びとにどのような意識の変化が見られたのかを分析した。

（3）倫理的配慮

入居者の家族に研究の目的と方法を説明した後、事例記録を活用することを依頼し、文書により承諾を得た。データについては、事例の本質を変えない程度に修正、匿名化し、個人が特定されないように配慮している。

3. 結果

（1）事例概要

A氏。80代男性。B市在住。要介護4。脳梗塞を繰り返し車イス生活となる。在宅で生活していた頃は、毎朝C城の敷地内で開催されるラジオ体操に通うことを日課とし、連続5,500回の出席を表彰された。要介護状態となり、習慣は途絶えていたが、当グループホーム入居後、「もう行けんようになった」と寂しく思う胸の内を吐露し、生活意欲の低下も見られるようになる。職員付き添いの元、かつての習慣の通りにC城ラジオ体操へ参加するための支援を行ったところ、生活意欲を取り戻すきっかけとなり、支援に関わった周囲の人びとにも意識の変化が見られた。医師の余命宣告よりも1年以上長生きした。

（2）支援経過

グループホームに入居してしばらく経つと、介助無しでは食事ができなくなり、体力も低下の一途を辿った。秋から冬にかけての頃のことである。医師からは、「老衰により、長く持っても年末までの寿命だろう」と余命宣告があった。生活意欲の低下も顕著で、「もう歩けんしラジオ体操にも行けんようになった」と弱音を吐くようになる。活気が見られず、椅子に座っている時には、自然と体が傾き、その度に職員が座位姿勢を直す介助を行っていた。

「もう一度ラジオ体操に行く方法を考えます。一緒に頑張りましょう」職員が気持ちを鼓舞すると、今までは介助で直していた姿勢の傾きを自らの力で起こそうとする姿が見られるようになる。

本人の記憶を元に、ラジオ体操協会の会長を探して連絡すると、A氏の事をよく覚えていた。「もう一度行きたい」という本人の気持ちを伝える。「来る日時がわかれば当時の仲間にも知らせる。そんなこと

までしてくれる施設があるのか」と驚いている様子だった。数日後、グループホームへ面会に来られ、本人を激励する。

協力者を募るために、実践の主旨説明や日時、本人の想い、5,500回連続出席の表彰状の縮小画像などを記したチラシを作成した。

地域の介護学校にチラシを持参して協力要請を行う。説明直後、先生からは「誰も集まらないよ。こんな事をして何になるのか」「寒い時期に何かあったらどうするのか」等の反対意見を聞かされる。数日後、お詫びの電話があった。「チラシを学校の掲示板に貼ったところ、反響が大きく、4人のボランティア希望者が現れた。生徒たちにとっても、こういう支援のあり方は勉強になる」との言葉を頂く。参加を表明してくれた生徒たちには、C城まで車イスを押す役割を担ってもらうことになった。

医療機関とも連携して体調管理を行う。主治医や看護師に説明すると企画の趣旨に共感を示し、往診のたびに本人に声かけをして励ましてくれた。当日は、移動途中の体調不良に備え、車イス対応型の車両を併走させる助言を受ける。施設に出入りする業者にもチラシを配り協力者を募った。趣旨に賛同を示したレンタル業者からは、無料でリクライニング車イスの貸し出しを受けた。

準備を進める一方で、居室の見えるところに「〇月〇日、〇〇城のラジオ体操に行きます。しっかりご飯を食べて元気に行きましょう」と書いた大きい紙を貼り、職員は毎日交代で声かけを行う。当日が近づくにつれ、活気が見られるようになっていった。ルート、時間など当時の習慣を正確に再現し、防寒対策を入念に行いながら、朝6時半開始に到着できるよう支援を開始する。

当日は、「この道をよう行きようた」と周囲を指さし「昔を思い出す」などの話をしながら、移動中の時間を過ごした。会場に近づくと、昔の仲間が出迎えて、長い坂道を一緒に押す光景も見られる。到着すると、お互いに涙を流しながら再会を喜んでいて。参加者たちからは「歩けなくなっても、助け合えば、続けられるんだね」という声が口々に聞かれる。

ラジオ体操が始まると頑張って手を動かし、嬉しそうな表情で体操を楽しんでいた。

「施設入所後であっても、地域の中に出かけて、ここまで踏み込んだ生きる意欲を引き出すためのケアができるのか。将来介護職についたら参考にしたい」個別ケアと地域連携を同時に体験した学生は驚きを隠せない様子だった。この縁がきっかけで、施設が主催する年3回の地域交流事業にもボランティアで参加するようになる。

実践後、本人の様子が一変し、食欲が増進、全介助から一部介助になる等の変化が見られた。結果的に医師が予測した余命よりも1年以上長生きされている。

実践前、職員からは、「なぜしんどい思いまでして、こんなことをしなければいけないのか」という声も聞かれていた。実施後は、「毎日でも行きたいと喜んでいる本人の姿を目の当たりにし、周囲の人たちも昔と変わらず好意的に本人を受け入れている様子を見て、こういう本人の想いに沿った支援を他の利用者にもしたい」という言葉が出るようになった。

4. 考察と結論

今回の実践においては、本人の思いを汲み取った職員が地域に働きかけることにより、諦めていた本人らしい生活習慣を再開するに至った。地域住民、協力者、学校の教諭・学生など、関わった人たちは、当初、施設入所がこれまでの生活の断念を意味すると先入観をもっていた人たちである。

これらの関係者と要介護者との「出逢い直し」によって、施設入所しても、本人らしい生活習慣を継続することが可能となることを実感した。お互いの支え合いが、自分らしく生活できる環境の構築に繋がることを、職員も含め、ラジオ体操参加者や学生などの協力者が体験的に学習したと事例と言える。

J-2

「生まれ育った地域で最後まで～」 子どもの頃の遊び場が車イスでの散歩コースに

田中 三千代（社会福祉法人地域の空 コミュニティケアセンター北本庄・8292）

高木 英明（社会福祉法人地域の空 コミュニティケアセンター北本庄・8289）

中島 康晴（社会福祉法人地域の空 理事長・5358）

1. 研究の目的

施設入所直後、自分の過ごしている場所を認識することができずに混乱していた入居者が、職員とのかかわりを通じて意識や行動に変化が見られたので、その要因を明らかにする。

2. 研究の方法

（1）データ収集の方法

研究の方法は事例研究とし、入居当初の本人の言動、職員の対応内容、対応後の本人の様子を支援経過として記録し、データ分析の対象とした。

（2）データ分析の方法

支援経過として記録したテキストを読み返しなが、本人の変化と職員の対応内容の因果関係を探る観点から、どのような意識と行動の変化が生じたのかを分析した。

（3）倫理的配慮

入居者の家族に研究の目的と方法を説明した後、事例記録を活用することを依頼し、文書により承諾を得た。データについては、事例の本質を変えない程度に修正、匿名化し、個人が特定されないように配慮している。

3. 結果

（1）事例の概要

A氏。80代男性。B市在住。短期入所C施設を利用しながら息子夫婦と生活していたが、在宅生活の継続が困難となり、当施設に入所となる。車椅子を自走して移動している。当初は場所の認識が出来ず、以前利用していた短期入所C施設の一階にあるリハビリ室を探し回るなど、混乱して過ごすことが多かった。当施設の職員が付き添い、車イスで外を散歩してみたところ、施設の周辺の地域が子どもの頃によく遊んでいた場所だと判明する。その後も自由に散歩を繰り返す中で、職員との信頼関係も生まれ、なじみの場所で暮らせていることを知った本人は、混乱無く過ごせるようになった。

（2）支援経過

A氏は、入所当初から施設内を車イスで移動し、建物の一階へ降りて過ごすことが多かった。自由気ままに散策しているだけだと職員は考えていたが、日が経つにつれ、戸惑っている様子が見受けられるようになった。理由を尋ねると、「一階にリハビリ室があるはずだが、見当たらないので探している」と言われ、エレベーターで何度も昇降を繰り返すようになる。一階にリハビリ室は存在しないため、別の場所と混同しているのではないかと考えた。

入所前のケアマネージャーや家族に聞き取りを行ったところ、以前利用していた短期入所C施設の一階にリハビリ室があったことが判明する。現在の居場所とC施設の区別がつかず、自分がどこに居るのかわからなくなっていることが推察された。C施設にいるのではなく、当施設で過ごしていることを繰り返し説明したが、納得されず、施設内を探し回る日々は続く。行動範囲は施設内だけにとどまらず、

玄関の外にも関心が向かうようになっていった。最初はガラス窓を通じて外を眺めているだけだったが、意を決したように車椅子を操作し玄関の外に出ていく。

職員は外出を押し留めるのではなく、本人の思うにまかせ、散歩に付き添う対応を行った。自由意志を尊重するためでもあるが、外の景色を見ることで気分転換にもなると考えられ、同時に、現在地がC施設では無いと認識するきっかけになることも期待したためである。

散歩は気が済むまで行われ、職員は横で寄り添いながらA氏との雑談に興じていた。施設近くを通る線路が見えた時に、「見覚えがある風景だ。ここは子どもの頃に友だちと探索して遊び回った場所で、電車が走る姿をこの辺からよく眺めていた」と言われる。居宅介護支援事業所から入手した基本情報に再度目を通してみた。入居する前の生活環境の欄には、息子夫婦と同居と書かれてあり、当施設が所在する地域ではなく距離が離れた別の学区の住所が書かれている。そのため、施設近隣の地域とAさんとの関係性を一緒に散歩するまでは把握できていなかった。

以後、希望するたびに外出の付き添いを行うようになる。概ね二日に一回の頻度で出かけ、見慣れた光景を眺めながら、思い出話に花を咲かせた。「近くにお参りする場所もある」A氏の言葉に従い、道を進むと地域の神社にたどり着いた。「この境内では悪いことばかりしとった」と友だちといたずらをして遊んだ記憶を懐かしそうに話す。

施設に戻ると「そうか。ワシが寝泊まりしとるのはあの辺りだったのか」と現在過ごしている場所に納得がいつている様子が見られるようになった。

散歩の機会を重ねる毎に職員とも打ち解けて、道中にある家や公園、溝などを指さして当時の様子を語るようになる。なじみの場所だと気付くきっかけになった線路は、A氏が生まれた頃に開通した路線で、幼少時代の記憶を克明に語ってくれた。

「よく竿を持って魚釣りに行った」と思い出を語りながら道を進んでいくと、現在も同じ場所に存在する池のほとりにたどり着く。職員とともに、水の中の魚や亀を眺めながら懐かしそうな表情で過ごすこともあった。時には、職員を裏道に案内し、施設への近道を教えることもある。通常であれば、危険とされている場所、柵のない橋などを前にした時、安全を考えて通過を避けるのが一般的だが、「昔から何度も通っているから大丈夫。慣れているから」と恐れずに渡っていく。

なじみの地域で暮らしていることを認識し、職員との散歩が日課になってからは、他の場所と混同し、C施設のリハビリ室を探すなどの、彷徨って移動する光景は見られなくなった。

フロアで過ごす時の様子にも変化が見られるようになる。以前は他の利用者と会話することも少なく、一人で車椅子を漕ぎながらひたすら移動して回る時間が長かった。散歩するようになってからは、職員や他の利用者に自ら積極的に話しかけ、窓の外を指さしながら昔話を聞かせる姿が日常的な風景となっている。

4. 考察と結論

この実践におけるA氏の意識、行動変容の要因としては以下の点が挙げられる。

- (1) 入居当初は、他施設と混同して施設内をさまよい、自分の居場所がわからず混乱することが多かった。職員を連れ添って散歩するようになり、混乱が見られなくなったのは、子どもの頃から馴染みの地域で生活していると認識出来たからだと推論される。
- (2) 少年時代の思い出を語り、職員に裏道を教えるなど、胸襟を開いて接する言動が見られるようになったのは、外に出たいと希望したときに職員が行動を制限するのではなく、リスクを引き取りつつ自由を尊重した対応を続け、信頼関係が醸成されたのが大きな要因となっている。
- (3) 子どもの頃からの馴染みの場所で暮らしていることを実感しながら、信頼出来る職員に囲まれて過ごす安心感が、他の入居者との関係性にも影響を及ぼし、フロアでの積極的な交流につながったと考えられる。

J-3 介護老人保健施設での看取りを希望された方への支援に関する研究 ～「いきたい」を支援して～

肥田 奈々

(介護老人保健施設 おぎの里・7712)

1. 研究の目的

平成21年度よりターミナルケア加算の新設、平成24年3月の老健における看取りのガイドライン「本人により同意または家族等の推定する本人の意思に関する書式」が公開された。平成24年度改定では算定要件が見直され、介護保険制度や地域社会における老健の看取りについて一定の指針が出されている。高齢多死社会となるだろう今後の日本において、介護老人保健施設でのターミナルに関する役割が重要視されている。

今回、当施設で終末期を迎え、看取りを希望されたご利用者やご家族のケアマネジメントについて考察したので報告する。事例を通してターミナル期のケアマネジメントの質の向上を図るため、実施した。

2. 研究方法

(1) インフォームドコンセント・意向確認

医師、看護師、ご家族へ現状を説明、ご利用者やご家族の意向を確認する。施設での看取りについて同意するか否かを決定する。また、施設での看取りに変更がないか、ご希望やご要望はないかを確認する。

(2) ターミナルケアカンファレンス

週1回、他職種協働でのカンファレンスを実施。各職種での現状を報告、状態を把握し今後のケアにつなげられる情報を共有する。

(3) ターミナルケア

カンファレンスの内容やご希望・ご要望に対して、再度カンファレンスを行い、ケア内容を変更していく。

(4) グリーフケア

看取りについての振り返りをご家族と共に話をし、思い出や思い残しがないかを確認する。

(5) 倫理的配慮

ご家族様へ研究の目的と方法を説明し、事例記録を活用することを依頼し、本研究において匿名化された事例の提供、職員の研究への参加、および研究結果の発表、個人が特定できないように記述することについて、文書での了承をいただいた。

3. 結果

(1) インフォームドコンセント・意向確認

老衰であることを理解され、施設での看取りを希望された。どのような生活を送りたいかをご本人、ご家族様に確認。「長生きしたい。家に帰りたい。」との意向が毎回聞かれた。また、甘いものや季節のものを食べたい、食べさせたい。」との意向も聴取できた。「家に帰りたい。地元へ行き、兄妹に会わせたい。」といった意向も聴取した。

(2) ターミナルケアカンファレンス

意向確認後、看護・介護・リハビリ・栄養の多職種でのカンファレンスでは現状での課題や支援方法がスムーズにあがらなかった。そのため、カンファレンスシートを変更し、全身状態や嗜好を含めた食

事内容、排泄方法、皮膚状態、余暇活動、意向の再確認といった各項目の内容について、今後のケアについて話し合いを行った。

(3) ターミナルケア

自家栽培されたイチゴや梅干しを持参していただき、食事摂取をしていただいた。徐々に食欲や嚥下機能低下、食事摂取量の低下が目立つようになり、食形態や嗜好品の検討をご相談させていただいた。甘いものが好きとおっしゃられプリンやゼリーなど摂取可能な食べ物を提案、ご家族様の介助にて摂取していただいた。全身状態に合わせて、ベッド対応やティルト型車椅子に乗車し、新聞やテレビを見ながら食堂で過ごして頂いた。トイレ使用やオムツ使用、尿量に応じたパットの種類や排泄回数の変更といった排泄方法、皮膚状態の確認も行った。意向に関して遠方にいるご家族やご親戚に会いたい会わせたいたいの希望による面会支援、故郷やご自宅、田畑といった希望された場所への同行も行った。故郷の旧友に会われ挨拶を交わし、ご兄妹やご家族との集合写真を撮影。ご自宅ではご先祖様にお線香をあげることができた。お孫さんやひ孫さんが帰京されており、雑談やいつもしているお孫さんの耳かきをしてもらい、気持ち良い表情をみせていただいた。車の中ではご自分が栽培されていたゆりの花のハウスや田畑をみながら、昔話や道案内をしていただいた。

(4) グリーフケア

自宅を訪問し、看取りについて良かったことややり残したことがなかったかを聴取した。「私たちより皆さんの方が良く分かっていて、良くしてもらいました。親は病院で亡くなったが、病院だとドロドロした食べ物だった。好きな物を食べることができて良かった。」とおっしゃっていた。

4. 考察と結論

在宅での看取りが減少している中、施設での看取りについてご本人やご家族の意向、意向に沿える支援、死生観や倫理を考慮してケアマネジメントすることが重要であるといえる。

今回、意思表示可能なご利用者を通して終末期における意向確認やそれに対するケアを行えるようマネジメントすることができた。各職種の現状を踏まえた他職種協働によるカンファレンス、カンファレンス後のご利用者・ご家族への意向確認、それを受けてのケアを繰り返し行い、支援できたこと、ターミナルケアや家族支援の一部として認識されたことは重要である。意向に沿える支援やターミナル期におけるご本人の全身状態の把握を含めたマネジメントが必要である。

【引用文献】

- 老健 老健施設における看取り Vol.25 No.4
小野光美 介護老健施設の看取りにおける看護管理者の実践内容 日本看護倫理学会誌 Vol.7, No1, 2015

【参考文献】

- 老健 老健施設における看取り Vol.25 No.4
老健 「食べること」を支える リハビリとケア Vol.25 No.2

K-1

母親のアドバンスプランニング実現のため 家族システム論の活用

川上 恵子

(医療法人永原診療会居宅介護支援事業所まる・4017) (認定番号 736)

1. 研究の目的

終末期をいかに過ごすか、どう生きたいか本意を引き出す為に、子供を支えていく支援方法を見出すことで意思決定を実現した事例を考察する。

2. 研究の方法

事例の経過記録から振り返り考察した。倫理的配慮として、本発表については、利用者様は亡くなっておられるので家族様から了承を得ている。

【事例の概要】

A氏 40歳代女性、右乳癌術後再発（末期）、多発肝転移、骨転移、脳転移。要介護2。

- ① 過去：夫が脳内出血発症し左片麻痺となり1年後心不全で急死。A氏は5年検診で肝転移、肺転移、骨転移をきたすが治療継続しながら看護師の仕事勤務。B君（当時小学高学年）と2人暮らしとなった。
- ② 現在：体調悪化の為、仕事退職。癌に対する治療は終了。経済状況は夫の遺族年金と児童手当と預貯金取り崩す生計。家族の協力は、父は死去、母と姉は依頼した事以外は期待できず信頼もできない。B君は中学3年受験生にてA氏は最期ホスピスに入院する心積りと考えていた。
- ③ 未来：A氏は、本当はB君と自宅で暮らしたい。B君も最期まで家に居て欲しいと意思表示をした。

3. 結 果

A氏は自身の体調と余命を冷静に判断し自分のケア体制より残されたB君の今後人生設計を優先に考えた。亡き後のB君が暮らせるように未成年後見人を選出し関係構築する機会を定期的に確保できた。A氏とB君と一緒にホスピス等面談をおこない、最期の場所を認識する機会できた。B君が最期までA氏と暮らしたいという意思決定したことで、亡くなる6日前には、当初在宅療養に積極的ではなかった母、姉もがA氏宅に宿泊する介護体制が構築できた。

（支援経過）

201X年7月13日 地域包括センター職員と共にA氏宅を訪問。A氏から現状を教えて頂く。できる限り自宅療養を望むが、ホスピス病院に入院する時はクリニックから連絡してもらう。通院困難にてクリニックから紹介された訪問診療に任せる。状態悪化にて区分変更申請提出

201X年7月20日 クリニックからの紹介された訪問診療初回訪問に同席。未成年後見人も同席顔合わせ。本人の意向「受験生の大事な時なので体調悪くなったらホスピスお願いします」を確認。

201X年8月27日 状態悪化し訪問診療からホスピス入院するなら今がタイミングであることを告げられる。家族、未成年後見人、訪問看護とケアマネ同席。本人と息子の意向「家に居たい」「家に居て欲しい」を発言したことで母姉が宿泊することを決断。B君以外の家族が宿泊する事によって、A氏の病状悪化急変時に訪問診療・訪問看護へ連絡対応ができ母子にとっても良いと判断する。

201X年9月2日 自宅で家族見守られ亡くなる。

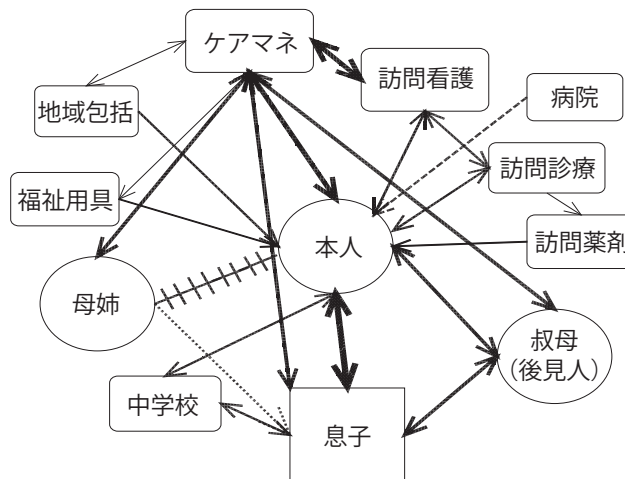
4. 考察と結論

1) この家族に対して以下の3つの理論を軸に進めた。1つ目は本人の意思決定支援である。A氏が母親として最期まで懸命に生きようとし、B君にとって何が必要か繰り返し言葉を変え伝えることで、A氏のみならずB君も母親の病状と自分のその後の理解が深まり、今後の人生を積極的に考える機会を一緒に持てた。当初A氏と母・姉は距離を隔てた関係にあったが、A氏とB君の支援する役割をもつことで関係が変化し、A氏が真の意思決定できる関係となった。

2つ目は家族システム論に基づき、A氏が本当に望んでいると思われる家で最後を迎えるために家族の関係性の変化を促すように関わった。家族療法の主要な学派の一つとしてサルバドール・ミニューチン（Salvador Minuchin）の創始した構造派家族療法がある。構造派において問題のある家族とは、世代間境界が曖昧。過度に融合しているか、もしくは、過度にバラバラな家族のことをさします。この家族は後者になります。家族交流のパターンに影響を与えるために、意図して家族交流を促し、家族構造を変化させた。

最後に未成年後見についての制度理解をA氏、B君とともに進めた。この事例ではCMが未成年後見について理解を深めた上でA氏、B君に情報を提供した。A氏が死去後、未成年の息子が一人になる。「親なき後」問題における未成年後見の引継ぎにおいては、B君の個性とその周辺環境に理解のある人が交代することが望ましい。A氏はB君の後見人としてまずは第3者で選出したが、B君との相性を考え再検討し最終叔母に決定となった。意思決定支援によって時間をかけて親なき後に備える体制を確立することができた。

2) A氏の病状進行中に医療保険、介護保険、学校、未成年後見人制度を活用することができた。この事例で最も大切だったのはA氏とB君が意思決定できるように支援することであった。その為に必要となった理論と知識は、アセスメント技術と家族システム論・児童発達心理学・未成年後見人制度である。さまざまな要因が複雑に絡みあっていることも多く、多職種の連携が必要となってくる。今事例は、知識が絡み合うことでA氏やB君の想いを実現させることが出来た。



【参考文献】

- 西川満則 長江弘子 横江由理子 (2016) 『本人の意志を尊重する意思決定支援』 南山堂
 ジョンWソバーン&トーマスLセクストン著 若島孔文 野口修司監訳 (2019) 『家族心理学 理論・研究・実践』 遠見書房
 税所真也 (2020) 『成年後見の社会学』 勁草書房

K-2 パーキンソン病の利用者と家族支援を考える ～ 突然の急変で本人・家族からケアマネジャーが学んだこと ～

北村 八重子

(ゆうらいふ居宅介護支援事業所・5639)

1. 研究の目的

難病の方の人生の終末期における本人の意思を家族全員で共有できるようマネジメントすることは難しい。今回、パーキンソン病の進行で、ある日突然、食事中の窒息により急変し意識が戻らないままとなった。病状が徐々に進行し日常生活に支障を来しても、家族ならびにサービス関係者が勧めるサービス変更を頑なに拒否し、いずれは施設入所を望んでいた。また、主治医が提案した胃瘻造設も食べることを楽しみとしていた本人は拒否し、その他の延命治療も望まないことを家族に伝えていた。しかし、急変で緊急入院し、家族は可能な限りの延命治療を望んだ。突然の終末期治療となり、本人と家族の意思が異なりジレンマを感じた。

そこで、臨床倫理4分割法を用いて振り返り、終末期支援のケアマネジメントのあり方を再考したのでここに報告する。

2. 研究の方法

事業所内で臨床倫理4分割法を用いて事例検討を実施し考察した。倫理的配慮として家族に説明し同意を得て個人を特定できないように配慮した。発表に際し法人の了承を得た。

3. 結 果

(1) 事例概要

Aさん60代女性 要介護2 障害高齢者自立度A1 認知症高齢者自立度I 夫と二人暮らし 20代で結婚し1男2女をもうける。54歳でパーキンソン病を発症。国内外の旅行を楽しむが徐々に病状悪化し自宅に籠りがちとなる。一方で義理の母を介護し見送る。夫が退職後、夫の介護を受けるようになる。

(2) 支援経過

201X年10月 3年前 更新時のサービス担当者会議にて延命治療を希望（要介護1）

201X年 8月 2年前 更新時のサービス担当者会議（要介護2）摂食障害あり体重減少が顕著となる。主治医より胃瘻造設の説明を受けるが拒否。その他の延命治療を拒否する。

201X年 7月 1日 夫より電話。頻発する転倒によりもう限界という夫の希望でショートを増やし、デイを半日から1日に変更希望する。翌日訪問すると夫、長女が同席し、両者よりショート、デイの追加を希望するも本人は拒否する。この旨を訪問看護に報告する。

201X年 7月 3日 訪問看護の看護師よりデイ利用を促し見学に行くと話していたと報告あり。

201X年 7月 5日 半日デイの施設へ入浴を依頼するも対応できないと返答あり。

201X年 7月 9日 訪問し本人、夫と対話。在宅生活を継続できる様、身体機能の回復と夜間の安全確保、家族の介護負担の軽減の為、更新認定結果後にサービスを変更することに同意する。

201X年 7月 17日 PTより訪問すると転倒し動けず介助を要する。食物を誤嚥し一時意識消失し転倒したと本人より報告あり。トイレの手すり、歩行器、電動ソファの福祉用具の追加とトイレの扉を引き戸への住宅改修の提案あり。

201X年 7月 18日 夫、本人に福祉用具の追加と住宅改修の必要性を説明し了承を得る。業者に依頼する。

201X年 7月 24日 夫よりショートの空き情報の確認あるもキャンセル待ちと伝える。福祉用具の搬入が終了しておらず再度依頼する。

201X年 7月 30日 PTより本日訪問すると転倒し本人動けず、夫から介助の依頼あり。再度福祉用具貸与の必要性を説明する。

201X年 8月 9日 本人は頑なにサービス変更を拒否したが話し合いの末同意する。PTも同席の上、福祉用具搬入し、住宅改修の内容を確認し見積を依頼する。

201X年 8月 16日 サービス担当者会議開催の3日前、夫と食事中に窒息し急変、救急搬送し、家族の希望で延命治療をしたが意識は戻らないままとなった。

急変入院後、夫より再三病状報告があり、低体温療法、気管切開、胃瘻造設と延命治療が増えていった事を知った。入院3日後医療連携室と連携を図ったのがICUにて面会が許されなかった。

その後、一般病棟へ転棟となるが、夫から面会を許されたのは2月後であった。本人は自発呼吸

もあり開眼するが呼名反応はなし。夫は「このまま病院で死んでしまうのかなあ…」と悲嘆し淋しさを訴えた。連携室の看護師も同席し3人で1時間に及ぶ対話であった。その後も転院を繰り返し療養中であると夫より報告を受けている。

2年前から本人は「延命治療はしない!」と家族に伝えていたにもかかわらず、突然の終末期を迎え、家族が可能な限りの延命治療を望んだことについてジレンマを感じた。そこで事業所内で臨床倫理4分割法を用いて事例検討を実施した。

当居宅では毎月各ケアマネジャーが1事例を野中式シートで整理をし、アセスメント、モニタリングでの情報不足はないかを再確認し、さらに臨床倫理4分割法を用いて「本人の意向、医療情報、各家族周囲の人の思い、本人のQOLを推し量る」事例検討を40分程かけて実践している。事例の抱える課題を見える化することで、事例提供者・参加者の気づきを深め、利用者の真意に添ったケアマネジメントに役立てている。

今回の事例について事例検討を行った結果、①本人の真意と選択が家族と共有出来ていたのか? ②病状と予後を本人と家族はどのように受け止めていたのか? ③延命治療が本人の真意だったのか? ④家族が本人と向き合い真摯に話し合う場を取れていたのか? 等本人・家族の思いのすり合わせや主治医の病状予後報告、連携など質問と気づきを得られた。

病状が進行し日常生活に支障を来しても本人は現状の生活を希望し、周囲の夫、長女、サービス関係者はサービス変更を希望した。通院は夫が付き添い、転倒についての注意と治療薬の処方のみであった。訪問看護師、PT、STとは転倒、誤嚥の危険リスクについて本人、夫、長女が説明を受けていた。延命治療の拒否は病状が進行した2年前より夫、長女に告げていた。入院後、夫から再三病状報告の電話があり、延命治療が増え生きていることを喜んでいた。

4. 考察と結論

人にとって食べる事は生きることであり楽しみである。特に難病の方には命と隣り合わせの食事であった。今回のケアマネジメント過程の反省は、本人の希望する延命治療の内容と難病の進行に伴う窒息の危険リスクを本人、家族と情報共有し、家族全員の合意体制が取れていなかったことである。

人生の最終章においても“本人本意（自己選択・自己決定）”支援が求められてきている。最期の時までできるだけの治療をと医師も本人家族も普通に受け入れていた時代から、尊厳死や安楽死等“命の最期を選択する”考えが広まってきた。ケアマネジメント業務の中で揺れ動く本人の思いをどう受け止め、医療（主治医）・家族との合意調整は難しい課題となってきた。

病気を受け入れ、長年難病と闘いながら、徐々に体が思うように動かなくなる絶望感を抱きながらも家事をこなし在宅生活を継続していた。しかし、身体機能の低下で家事も出来なくなり自らの役割も果たせなくなったことで、施設入所に気持ちが揺れ動いたのではないかと。家族介護の限界を認識し自ら終の棲家を在宅から施設へ切り替え、命ある限り生きたいと望んでいたのではないかと。利用者の発する言葉に寄り添い、耳を傾け、辛さを受け止め解決することが出来ていなかった。

夫は毎日の面会を欠かさず、妻が生きている事に意味を感じている。突発的な事態に夫は命を救いたい、もっと生きてほしいと考えたと思う。しかし、子供達それぞれの思いは聞けていない。1年になる現在も夫からの病状報告が続いている。治療の継続が可能なのは難病の為、医療費が無料だからである。今後も続く治療は本人に苦痛を与えるだけではないのか。いずれは治療を止め緩和ケアへの移行を誰が決定するのかというジレンマも生じている。

今後、人生の最終段階に関わるケアマネジメントは増えてくる。人の死も多様であり人によって違う。曖昧さを排除し、一律に管理しようとせず、多様な考え方を認めるほかないと思う。本人の真意、家族それぞれの思いを聴き、本人・家族間の合意を支援するケアマネジメントの大切さを学んだ。今後はケアマネジャーとして関わるタイミング、民法877条における2.5人称の立ち位置を意識し、支援を続けていこうと考える。

【参考文献】

- 1) 石飛幸三：家族と迎える「平穏死」、廣済堂出版
- 2) 市川明壽：家族だけで抱え込まない介護、東洋経済新報社
- 3) 柴田久美子：看取り士日記、コスモ21
- 4) 山川 仁：仕事と介護の両立に悩んだとき読む本、日本能率協会マネジメントセンター
- 5) 上村悦子：あなたが介護で後悔する35のこと、講談社
- 6) 春日キスヨ：変わる家族と介護、講談社現代新書
- 7) 箕岡真子、藤島一郎、稲葉一人：摂食嚥下障害の倫理、ワールドプランニング
- 8) 川崎優子：看護師が行う意思決定支援の技法30、医学書院

K-3

アンケート調査による介護支援専門員の 看取り介護に関する現状調査の一考察

羽鳥 栄子

(セントケア練馬・3462)

1. 研究の目的

我が国は超高齢化社会を迎えており、今後、介護利用者の増加や多死社会の到来から、介護支援専門員（以後、ケアマネと称す）は看取り対応によるストレスを受ける機会も増えてくることが推察され、バーンアウトの一因になる可能性が考えられる¹⁾。

本研究は、セントケア東京、千葉、神奈川の3つの居宅介護支援事業所（以下、本事業所）の看取り介護体制構築に資するために、ケアマネの看取り介護の現状をアンケート調査により把握することを目的とした。また、併せて、我が国のケアマネの看取り介護における現状を把握し、今後看取り介護を担うケアマネへの支援策を検討するための資料の一部に供することも目的とした。

2. 研究の方法

本事業所のケアマネにアンケート調査表を送付して、返送された結果に対して分析・検討した。アンケートの内容は、①ケアマネの基本情報と、看取り介護について②経験の有無等、③基本的な専門知識、④不安や悩みとその対処方法、⑤多職種との連携などとした。なお、本事業所名の公表およびデータの収集と取り扱い、および個人や本事業所以外の機関が特定できないなどの倫理的配慮や学会等の発表に関しては、書面にて承諾を得た。

3. 結果

本報告は、本アンケート調査の第1段階としての分析・検討の結果であり、前記質問項目①～③についての検討、考察とした。また、一部質問項目の分析・検討には、経験年数や看取り介護に関する基本的な専門知識の有無という要因をも考慮した。なお、文中の回答割合は全データを対象にした値である。①ケアマネの基本情報として、分析、検討対象のケアマネは、東京 34名（男性 8人、女性 26人）、千葉 57人（男性 6人、女性 51人）、神奈川 9人（男性 3人、女性 6人）、合計で男性 17人、女性 83人、総計 100人であり、そのうち約8割が女性であった。3つの事業所や性別によるケアマネ数には大きな差があったため、事業所別や性別による分析・検討を不適切と判断し、3つの事業所をまとめたデータを分析・検討対象とした。年齢は、30歳代 8%、40歳代 33%、50歳代 35%、60歳代 23%、70歳代 1%と50歳以上が全体の59%を占めていた。また、ケアマネ経験年数は1年未満5%、1～2年 8%、2～3年 10%、3～5年 11%、5～10年 28%、10年以上 38%と、経験豊富なケアマネが比較的多く、66%を占めていた。基礎職は介護福祉士が82%と多く、その他は看護師、ヘルパー、社会福祉士、管理栄養士、福祉用具相談員などであった。

②看取り介護の経験等では、経験あるとの回答割合は80%で、看取り介護の基礎的な専門知識の有無によりその割合には少しの差がみられたが、経験年数が長いほどその割合が大きい傾向を示した。看取りの介護の年平均人数は、1人 41%、2人 24%、3人と4人 5%、5人以上が4%であった。

一方、看取り介護の研修、教育は、67%が受けたことがあるとの回答を得たが、③看取り介護に関する基本的な専門知識について、あると回答したケアマネは33%と少なく、その習得方法は研修と経験が半々であった。また、基本的な専門知識があると回答したケアマネとないと回答したケアマネでのそれぞれの看取り介護の経験割合は、ないと回答したケアマネの占める割合の方が大きかった。これらのことから、多くのケアマネ

が看取り介護の知識不足を認識しながら、対応している現状が示唆される。

看取り介護での基本的な専門用語の認識に関して、まず、9つの専門用語として、ターミナルケア、終末期ケア、ホスピスケア、緩和ケア、エンド・オブ・ライフケア、スピリチュアルペイン、リビング・ウィル、グリーフケア、看取り介護指針について、アンケートを実施した。その結果、ターミナルケア、ホスピスケア、緩和ケアなどの認識度が高かったものの、エンド・オブ・ライフケア、看取り介護指針などは低かった。各質問における回答割合は、基礎的な専門知識の有無による影響は小さかったものの、ターミナルケアと同義語の終末期ケアとの認識に差があったことから、専門用語を正確に理解できているか疑問を生じさせる回答であった。

次に、看取りの開始から死亡確認までのプロセスを、利用者の心身の状態変化などから、大きく前期、中期、後期、死亡直前期、臨死期、死亡確認時期に分けて考えた場合、中期以後、ケアマネの役割・立場で最優先すべき事項の質問を行った。その結果、一番多かったのは相談・寄り添うが53%、次がサービス調整 36%、それ以降は説明・同意、見守り、代弁者の順であった。

最期までであると考えられる感覚の質問では、基礎的な専門知識の有無による影響は小さく、聴覚が56%と一番多く、次が触覚 27%、それ以降は視覚 7%、嗅覚 6%、味覚 4%の順であった。

臨死期に生じるサインについて、9項目の質問を行った。各質問における回答割合には、基礎的な専門知識の有無のよる影響は小さく、下顎呼吸が一番多く81%、次に血圧低下 72%、それ以降は反応低下 60%、死前喘鳴 41%、脈拍の緊張が弱まる 38%、四肢冷感 36%、顔の相の変化（チアノーゼ出現）35%、四肢や顔をばたばたさせる 12%、冷汗の出現 6%の順であった。

看取り期の後期以後の訪問回数の質問では、状況に応じて適宜 35%、週1回 27%、週2回以上 18%、月2回 17%、定期訪問が3%の順であった。これを年齢別にみると、30歳代、40歳代では訪問回数が多い傾向を示した。一方、50歳代では状況に応じて適宜と週1回がほぼ同程度、60歳代では週1回が多いという結果が得られ、年代による訪問回数の差異がみられた。

これらのことから、多くのケアマネは看取り介護に関する基礎的な専門知識を十分有しない状況で対応していた現状が把握され、看取り介護に関する基礎的な専門知識の習得のための研修、教育の必要性が示唆されていると考えられる。この看取り介護の研修、教育について、88%のケアマネが必要と回答しており、その研修、教育の具体的な内容は、病態の変化 28%、精神的な支援 26%、医療の知識 20%、医療連携 19%と比較的多く、介護技術は7%と少なかった。この結果には、基礎的な専門知識の有無のよる影響は小さかった。

4. 考察と結論

本事業所のケアマネへの看取り介護に関する現状調査により、多くのケアマネが、基礎的な知識不足を認識し、研修や教育の必要性を感じながら対応していた状況や、専門的な知識を正確に理解できていたか疑問を呈する結果が得られた。このことから、常に知識が発揮「できる」までの研修、教育の必要性が高いことが分かった。今後検討予定の質問項目④⑤の結果をも考慮した現状把握は、本事業所での看取り介護の体制構築のための貴重な資料として、そして、我が国の今後の看取り介護を担うケアマネへの支援策の検討のための資料の一部になり得ると考えられる。

1) 大賀有記「独居がん患者の在宅看取りにおけるケアマネジャーへの支援対策」愛知県立大学
(公財) 勇美記念財団 2014(前期)報告書 2015年 pp.1-5

L-1 障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行における 相談支援専門員と介護支援専門員の連携に関する研究

永野 叙子（筑波大学 人間系・8131）

小澤 温（筑波大学 人間系・4865）

石田 泰子（台東区社会福祉事業団・7248）

1. 研究の目的

高齢障害者の障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行における相談支援専門員と介護支援専門員（以下、両専門員）のケアマネジメントに焦点をあて、両専門員の介護保険移行における意識、連携実態、取組を比較検討し、連携における現状と課題を明らかにする。

2. 研究方法

先進的な地域の基幹相談支援センターの相談支援専門員3名と地域包括支援センターの介護支援専門員2名に対して、半構造化面接を実施した。分析には質的データ分析法を用いた。調査は筑波大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。被面接者には研究内容を説明し同意を得た。

3. 研究結果

分析手順に従い、3種《カテゴリー》、6種【サブカテゴリー】、〈コード〉が構成された。

ここでは《相談支援専門員と介護支援専門員の連携の現状》における【両専門員の連携内容】【移行における制度的課題とその対応】の内容分析の結果を示す。

《両専門員の連携の現状》

【両専門員の連携内容】では両専門員に共通して〈介護保険に上乗せするサービスの利用調整〉の際に、連絡を取り合い同行訪問などによる個別事情の確認、申請支援の協力が見られた。一方で、精神障害者保健福祉手帳を所有しているが、これまで障害福祉サービスの利用がなく介護保険も未申請である〈移行を検討する機会がなかった高齢障害者の存在〉では、どちらの専門員が関わるべきか苦慮する課題が抽出された。このような制度の狭間にある高齢障害者の対応では〈移行について協議・意見交換する場の確保〉が必要とされ、一部の自治体では両専門員や関係者が一堂に会する移行会議が開かれていた。65歳の年齢到達前にケース毎に検討し、移行への取りこぼしを防ぐ取組が示された。

【移行における制度的課題とその対応】では、介護支援専門員は、行政の裁量で移行の延期が認められても今後どのタイミングで移行の判断をするか〈介護保険への移行時期の見極めが難しい〉と認識していた。その上で、自立度の低下により介護保険の「要介護」相当がひとつの見極めになると考えていた。一方、〈移行前に介護支援専門員が活動しても報酬上評価されない〉と指摘をした。これに付随して地域包括支援センターでは、居宅介護事業所の経営の現状を踏まえると、ケースの状況を整えて居宅介護事業所へ引き継ぐまでは、地域包括支援センターが利用者を支えるしかないことが示された。加えて介護支援専門員は〈障害者に対応可能な介護保険サービス事業所の不足〉を感じ、地域資源の活用や地域ネットワークを構成する人材育成について緊急の課題であると認識していた。

4. 考察および結論

(1) 両専門員に共通する支援と連携

多くの市町村が高齢障害者の介護保険への移行に際して、サービスの横出し利用を認めている。行政が必要性を鑑みて支給決定するため、障害特性から明白に必要と分かる同行援護等は、併給が認められやすい。一方で、介護で不足する分（時間）を上乗せで併給してもらうためには、その申立のため両専門員の協力が必要になる。

不足したサービスを申請するため両専門員が行政と利用者の間に入り、行政に働き掛ける連携は不可欠である。そのうえで、行政の所管部署が障害と高齢での縦割りであるため、障害と高齢どちらにも精通している専門員が、利用者の福利に叶うことが示唆された。

(2) 加齢により必要となった支援と連携

行政の裁量で移行の延期が認められても、今後の介護保険へ移行する時期を見極める困難さが示された。介護支援専門員は、「ADLの低下」による「要介護」認定相当をひとつの移行時期と考えていた。介護保険サービスを受給しながら障害福祉サービスの併給が見込めるからである。また介護保険は、一部利用者負担が生じるものの、「サービス受給権の獲得」と捉え併給を見込めるとした発想の転換がみられた。これにより高齢者の生活に特化した介護保険のメリットを活かしながら、障害福祉サービスの併給によって利用者のニーズに即した個別支援を構築するスキルが必要とされる。一方、障害者に対応可能な介護保険サービス事業所が不足している現状より、介護支援専門員は利用者の加齢による心身機能の低下に不安を感じていた。地域資源の活性化が喫緊の課題であり、相談支援専門員と共に地域ネットワークを構成する人材の育成、すなわち共生サービス事業の担い手確保が重要であることが示された。

(3) 加齢を要因としない障害への支援と連携

高齢精神障害者の支援について、介護支援専門員は本人との関係構築に時間がかかり、また本人が介護保険への移行に理解を示さない等の困難感がみられた。相談支援専門員は、手帳取得者であっても障害サービスの利用がなく介護保険も未申請であるケースでは、どちらの専門員が担当すべきか苦慮するといった課題を指摘した。介護支援専門員が支援を躊躇する理由は、精神障害への理解や支援方法の習得が進んでいない、介護では認定されにくいいため非該当、必要なサービスが介護では受けられない、介護認定審査の手間や費用に見合わない等が考えられ、今後その対応が懸念される。現在、高齢精神障害者の地域生活は、両専門員の力量に任されているとも思われ、「支援につながりづらい」支援事例を引き続き収集・蓄積し改善へ向けて検討する必要がある。

以上を踏まえると、介護保険への移行を円滑に行うための取組では、両支援員が協議・意見交換する場の確保が不可欠である。一部の自治体では多職種で構成される「移行会議」が開かれており、65歳の年齢到達前にケース毎に検討し、移行への取りこぼしを防ぐ取組がみられた。その「移行会議」は、地域生活支援に関わる支援者同士がお互いの顔を知り専門性への理解を深める場となっていること、利用者中心の支援に基づく地域ネットワークの活性化に向けた重要な役割を担っていることが示された。

L-2

「65歳の壁」はなぜおこるのか ～ 介護保険と障害者福祉の狭間で起きる問題を考える ～

奥野 登美子

(ゆうらいふ居宅介護支援事業所・8257)

1. 研究の目的

障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行ルール「65歳の壁」はなぜおこるのか？介護保険と障害者福祉の狭間で起きる問題を考える。障害福祉サービス利用者が65歳に到達すると、介護保険サービスと同等の障害福祉サービスを利用している場合、介護保険サービスに移行する必要がある。生まれてから知的障害と重度の精神遅滞により長年障害福祉サービスを利用し生活リズムを整え介護者の負担軽減が図れていたT氏が65歳を過ぎ、障害福祉サービスの一部を介護保険サービスへ移行することになった。移行支援の過程で本人・家族の想い、行政の関わり、制度の違いや関わる支援者の意識の違いを知った。障害福祉サービスから介護保険サービスへの狭間で起きる課題を模索し制度を超えた支援体制づくりについて考察したので報告する。

2. 研究の方法

【事例紹介】

倫理的配慮として、対象者T氏・家族に研究の目的、方法と発表について、併せて個人情報保護について説明し了解を得た。また、当事例の特性上、実年齢の表記についても同意を得た。

T氏68歳女性（認知症Ⅲb生活A2）要介護2 身障手帳2級第1種）療育手帳（2種B級）

弟（キーパーソン）と二人暮らし。日中独居。生まれつき知的障害と重度の精神遅滞がある。幼少時より発達の遅れがあり知的障害児入所施設、一般就労を経て作業所に通所していた。

【経過】

H29年68歳になり障害福祉課から障害福祉サービスの一部を介護保険サービスへの移行提案があった。弟からはこだわりが強くルーチン化されていない事の受け入れは難しい本人が混乱なく移行できるのか？今の生活を変えたくない不安が強く移行に対して消極的であった。

【研究方法】

1) 野中式シートを用いてこれまでの日々の暮らし、価値観を整理した。臨床倫理の四分画法（本人の意向を柱に、それぞれのテーマについて情報収集し、分析して本人の最善を探っていく方法）を活用し①本人の思いを生活から探る ②医療情報の課題と気づき ③家族の思いを整理する ④本人の真意（QOL）について推し測る

①母親が亡くなってからとても寂しい。誰もいない家で過ごすことを嫌い、行き慣れた近所周辺に出歩く行動がある。②主治医より、知的障害と身体障害の谷間にあり早期機能低下の状態。身体機能は実年齢+20歳で考慮する。障害サービスでは厳しい状態にきている。介護保険の特養入所を提案される。③障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行を提案されたが、出来れば今の生活を変えたくない。不安が大きい。本人の身体機能の低下や今の環境で本人は生活が継続できるか？自分の今後の生活も考えると限界にきていると感じている。障害福祉の施設入所は色々検討したが入所は厳しかった。介護保険の施設入所を目指すこととなった。

④本人は寂しさからいつも誰かしらの関わりを求めている。障害福祉サービスの訪問を介護保険サービスの訪問への移行により、本人・家族が徐々に介護サービス利用を受入れることが出来た。

2) 臨床倫理の4分割法を用いての気づきの事例検討会

事例を野中式シートにまとめ整理し、ケアマネジャー全員からの質問に答えることにより気づきを深めて共有し、学んだことを整理して本人・家族にとっての最善の方法を模索した。

- サービス担当者会議で主治医から、本人の今後についてT氏にとっては年齢的にも介護施設への入所が最善とのアドバイスを得て、介護者の納得を得ることができた。障害福祉サービス・介護保険サービスの他職種連携で情報共有し関わることで、本人・家族の生活目標が見えてきた。主治医を中心に連携が図れたことで、本人・家族の将来の生活状況を見据えることができた。
- 本人は寂しさからいつも誰かしらの関わりを求めている。障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行を混乱なく受け入れ、介護保険（特養）施設の入所ができたことは本人にとっても家族にとっても将来が見えてきて、最善ではないかと共有できた。

3) 地域ケア会議

移行支援の課題について、市の障害者福祉担当者・他職種で共有し移行支援について模索した。

- 家族の制度理解が難しく障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行支援が難しい。
- ケアマネは障害福祉サービスの制度について学びが必要。
- 本人、家族の精神面でのケアや費用面、サービス量が減る等の不安が大きい。
- 行政担当者の交代が頻回で、介護保険サービスについての知識がなく、連携が図りにくい。
- 自立支援（自律）の理念の違い、支援者意識の温度差がある。
- 障害福祉・介護保険サービス共通のアセスメントシートがあれば本人を深く知り切れ目のない移行支援ができるのではないかな。
- 障害福祉、介護保険サービスどちらの制度も周知しているケアマネの存在が必要である。

3. 研究結果

- ① 障害福祉サービス利用者が65歳から介護サービスへ移行するには、サービス内容・質・量や費用負担増等、本人・家族の不安が大きく納得が得にくかった。
- ② 特に入所サービス利用には障害者施設・介護保険施設とも狭き門であった。
- ③ 障害者福祉の行政担当者の交代もあり、担当者が介護保険への知識・理解がなく連携が図りにくかった。
- ④ 障害者福祉は生活の自立(自律)支援への考え方が希薄であることに驚いた。

4. 考 察

H30年に「高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用を目的に改正が行われた。利用者負担軽減措置も施行されさらに介護保険サービス利用が優先されるようになった。障害者福祉を長く利用してきた方は①～④の研究結果から導き出されたように、本人本位・自立（自律）支援の目的は同じであるが「何故スムーズな移行が難しいのか？」介護保険・障害者相談マネジメントの一元化の必要性を実感した。

今回の事例で学んだ事に加えて障害福祉制度だけでなく他の社会制度を知り、基本的な生活支援サービスを活用できる力量と利用者・家族の真意を理解し、説明力の必要性に気づいた。

今後ケアマネに「断らない相談」が求められている。行政・他職種の支援者も障害福祉・介護保険制度が一体化して、本人・家族の将来を見据えた切れ目のない相談支援体制が必要なことを実感した。

最期に、家族から「思ってもいなかった特養入所が叶い、本人は穏やかに過ごしている。自分も結婚して家族ができて幸せになった。障害福祉から介護保険への移行は不安だったが本人・家族の思いが叶えられたことを発表で是非伝えてほしい。」と言葉を頂いた。

【参考資料】介護保険と障害福祉の適用関係―厚生労働省<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzanbu/0000150451.pdf>

M-1 ケアマネジャーが2人体制で初回訪問を行う試みとその有効性

青木 宥裕子 (2235) / 薬師堂 奈美江 (4679) / 仲田 琴 (7109)
(もみのき居宅介護支援事業所)

1. 研究の目的

初回訪問を2人のケアマネジャーが行うことで利用者とその家族及びケアマネジメントにもたらされる効果について検討する。

2. 研究の方法と倫理的配慮

(1) データ収集の方法

介護保険を初めて申請した利用者の初回訪問のインテーク面談に、主担当者と副担当者のケアマネジャーが2人体制で訪問する初回訪問の試みを行った。その有効性について、利用者と家族へは面談終了時に聞き取り調査を行い、ケアマネジャーへは初回訪問終了後から1か月後のモニタリングまでの期間にアンケート用紙での回答を依頼した。調査対象は、2017年4月から2019年5月までの26か月に初回面談を行った要支援を除く75事例とし、そのうち利用者もしくは家族とケアマネジャー双方の回答が記載された70事例の調査用紙を分析対象とした。

(2) データ収集の内容

調査内容は図に示したように、本人と家族へは初回訪問における2人訪問での安心感を「とても安心」「安心」「なんとなく思わない」「不安」「とても不安」の5段階で回答してもらいその理由を口頭で訪ねた。ケアマネジャーへは2人体制での①面接で工夫したこと、②面接で難しかったこと、③インテーク面接をした時に役立ったこと、④アセスメントで役立ったこと、⑤プランニングを行うときに役立ったこと、⑥モニタリングで役立ったこと、⑦その他の気づき等を自由記載で回答してもらった。

(3) データ分析の方法

利用者の評価は安心感の割合で示した。ケアマネジャーの評価は7項目の調査内容に書かれた自由記載の文章を意味内容ごとに1つのコードに起し、このコードが2人体制の初回訪問による効果として想定した3つの視点1.本人と家族を別々に担当し面談が行える効果、2.面談時に記録担当とインタビュー担当に別れそれぞれの役割に専念できる効果、3.アセスメントからプランニングまでの一連の作業工程の間ケアマネジャー同士で意見交換が行える効果に該当するかを分類した。3つの視点について記載されたコードがあった事例を有効性が得られた事例とした。

(4) 倫理的配慮

利用者への配慮として、2人訪問による物理的・精神的負担を考慮し、初回訪問までに電話で2人訪問とその後のアンケート協力の承諾が得られた利用者へ訪問を行った。また 本研究の研究内容について利用者とケアマネジャーに説明を行い、研究への参加と研究結果は個人を特定しないよう発表すること

図 調査票

初回訪問における2人体制についてのアンケート

1. 利用者・家族へのアンケート(キーパーソンは今後支援に協力してください)

★ ケアマネが二人で初回訪問に訪れた事をどの様に思われましたか？

とても安心 安心 なんとなく思わない 不安 とても不安

★ 上記回答の理由を具体的に記す

2. ケアマネへのアンケート

① 二人体制で面接を行う上でどのような工夫をしましたか？

② 二人体制で面接を行う上で難しかったことは？

③ 二人体制でインテーク面接をした時に役立ったことは？

④ アセスメントを行う時に二人体制で役立ったことは？

⑤ プランニングを行う時に二人体制で役立ったことは？

⑥ モニタリングで役立ったことは？

⑦ 二人体制に関する自由記載(自由記載等)

について承諾を得た。

3. 結 果

利用者70事例の平均年齢は82.3歳で、男性26人、女性44人で、同席した家族の続き柄は配偶者27人、子ども30人、嫁3人、その他4人であった。要介護度は要介護1：31人、要介護2：18人、要介護3：15人、要介護4：3人、要介護5：3人であった。利用者と家族による評価は「とても安心」25.7%（18事例）、「安心」48.5%（34事例）、「何も思わない」22.9%（16事例）、「不安」「とても不安」はそれぞれ1.42%（1事例）であった。口頭での聞き取りでは、本人と家族別々に面談してもらえたことで、思いのたけを話すことができた等の意見があった。

ケアマネジャーは弊社に所属する常勤の職員全員が研究に同意し、11人が同行訪問を行った。介護支援専門員の平均年齢は44.9歳、経験年数の平均は8.5年であった。ケアマネジャーの記載内容からは305枚のコードが得られた。有効性の視点1の本人と家族を別々に担当し面談が行える効果は39事例（55.7%）、視点2の面談時に記録担当とインタビュー担当に別れそれぞれの役割に専念できる効果は66事例（94.3%）、視点3のアセスメントからプランニングまでの一連の作業工程の間ケアマネジャー同士で意見交換が行える効果は64事例（91.4%）であった。視点1から3の具体的な内容は表に示す結果であった。

視 点	内 容
1.本人と家族を別々に担当し面談が行える効果39事例（55.7%）	・ ゆっくり話を聞くことができ、本人、家族がスッキリした表情を見せた。 ・ 本人は認知症があるため家族と別々に面談し、家族の思いをゆっくり聞くことが出来た。 ・ 本人に難聴があるため家族とは別に対応することで本人は穏やかな表情となった。 ・ 多くの情報収集ができ、プランニングに活かす事が出来た。 ・ 家族に伝えられなかった思いや情報を本人が家族に伝えて欲しいと思いを託してきた。
2.面談時に記録担当とインタビュー担当に別れそれぞれの役割に専念できる効果66事例（94.3%）	・ 気持ちに余裕ができ、きめ細かな情報収集ができた。 ・ 薬の情報や保険証等の情報などの収集時のうっかりミスが少なくなった ・ 記録担当の者が電話で各サービスの情報収集をその場で行いすぐに回答ができた。 ・ 家屋等の記録に専念でき正確な聞き取りが記録できた。
3.アセスメントからプランニングまでの一連の作業工程の間ケアマネジャー同士で意見交換が行える効果64事例（91.4%）	・ 基礎資格が異なるペアのときは得た情報から自分が気付かなかった分析ができた。 ・ サービス事業者を選定するときに相談でき不安が軽減できた。 ・ 本人の思いや家族の思いを確認し合いニーズとデマンドの違いが分かった。 ・ 自分には気づけなかった視点にくづくことができた。 ・ 情報を分析するとき状況をわかっている相手だから心強かった。
自由記載	・ どちらのケアマネジャーに話をしたらよいのか本人・家族が迷っていた。 ・ 担当ケアマネジャーがどちらになるか混乱している。 ・ 利用者と2人のケアマネジャーの3者の日程調整が難しい。 ・ 利用者個々に聞くことで悪口を言われているのではないかという不安を持つ可能性がある。

4. 考察と結論

本人と家族の受け入れは「とても安心」と「安心」を回答した割合が7割を超えており、よかったという評価が多かった。ケアマネジャーの評価では、視点2と3が9割を示していたことから、初回訪問からモニタリングに至る業務において、これまでの一人訪問の負担が大きかったと考えられる。訪問後の相互の意見交換や面談内容の想起が容易にできたことにより、記録の効率化や業務時間の短縮にもつながったと思われる。ケアマネジャーの自由記載から明らかになった今後の課題としては、主担当のケアマネジャーが明確に伝わる文書等での紹介方法や、2人体制のペアの組み方を柔軟に配置していくことなどが挙げられた。利用者、家族をつなぐという事では双方から得た情報をまとめてフィードバックし、二人体制の有効性を伝えて行くことが必要である。

M-2 多職種対象に行った「退院時支援について」アンケート結果から、今後の「入退院時支援連携」について考える

西澤 文恵

(台東区社会福祉事業団・NPO 法人浅草かんわネットワーク研究会・5360)

はじめに

国は医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるように、在宅医療と介護を一体的に提供する体制づくりを推進している。また入院患者の円滑な在宅療養生活への移行に向けて、入院時（前）から、入院医療機関とかかりつけ医・介護支援専門員等の地域の医療・介護関係者が連携した入退院時支援が必要であるとし、その連携の強化を促進している。

1. 研究の目的

在宅療養を推進する上で、入院患者を在宅生活へ移行する入退院支援は重要である。H30年度診療報酬改定では「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称が変更となった。一方、介護報酬改定では新たに「ターミナルケアマネジメント加算」が新設され、医療・介護の連携による、入退院時支援の強化が求められた。その背景から退院時支援にどのような支援を行い、どのような課題があるかを、在宅に関わる医療職と介護職、医療機関看護師・MSW等に「退院時支援について」のアンケート調査を行い、現状の把握と課題を抽出する。

2. 研究の方法

NPO 法人浅草かんわネットワーク研究会定例会「退院時支援事例検討会」にて、その参加者にアンケートを実施。対象者：医療職：医師・訪問看護師・病院看護師（入退院時に関わる医療ソーシャルワーカー含）・理学療法士・薬剤師・歯科衛生士。介護職：主任介護支援専門員、介護支援専門員。内容：退院時支援における現状と課題について選択式質問と問題や課題を自由意見に記述する記述方式で回答を得た。倫理的配慮：アンケートについては配布時に説明を行い、同意を得て、個人情報に抵触しないように無記名で実施した。（個人等に配慮し特定できる情報を含まない）

3. 結果

- 1) 定例会に参加した医療・介護従事者90名中、66名より回答を得た。有効回答数（66件）
回収率は73.3%、内訳は男性8%、女性92%。
- 2) 参加属性：医師2%、訪問看護師33%、病院看護師26%、薬剤師5%、主任介護支援専門員18%、介護支援専門員8%である。
- 3) 「ここ1年間で退院支援に関わった有無」ある78%、ない22%。
- 4) 退院時支援をしたことで利用者（患者）のQOLは向上したかはい84%、いいえ16%。
- 5-1) 「退院支援にあたり連携した職種について」病院看護師71%、医師70%、MSW67%、介護職では介護支援専門員41%、主任介護支援専門員30%、ヘルパー・介護福祉士48%。
- 5-2) 「退院時に連携したことでどのように向上したか」（自由意見）では、「チームで関わることで患者もチームの一員となり、意欲的な生活が続けられている」「患者が不安を表出したことで安心して退院することができた」「患者の生活、ライフスタイル等の改善、支援を受けることで地域とつながった」「患者（利用者）なりに納得した暮らしができて」「患者のADLの向上、福祉サービスの利用で介護負担が軽減した」等の意見があり、退院時連携は身体面の向上よりも精神面でプラス効果があったことが確認できた。
- 6) 「退院支援において上手くいったケース」（自由意見）では、「退院後すぐに日常生活を送れるようになった」「がん末期患者のケースでは退院前に、在宅医が入院先まで来ていただいたことで、退院後のチーム構成がスピーディーに行えた」「自宅に帰ってよかった、家で過ごせてよかったと言われた」「沢山の人が、在宅で

支援してくれることに、患者が安心感をいただいた」等の意見から、退院前から在宅チームとつながることは患者の安心につながっている。

- 7) 「退院時支援についての課題」(自由意見)では「家族、ケアマネジャー、訪問看護とのコミュニケーションの必要性」「患者の状態がまだ落ち着いていないのに、無理やり自宅に帰される」「カンファレンスは病院医師の日程に合わせるため、在宅側の日程が合わないことが多い」「ターミナルと聞いていたが、医師がどの様に説明したか不明で、在宅での支援がスムーズに入らない」「病状の経過、見通しがわからない」「退院支援の必要性のバラツキ」「医療連携室との連携のあり方」「共通のツール、クラウド」「病棟医師・看護師が在宅ケアをイメージすること」「きちんと、病院側に質問してくること」等の意見から、病院側と在宅側との間で乖離がみられ、コミュニケーション不足あることがわかった。
- 8) 「現在ターミナル患者(利用者)はいるか」いる78%、いない22%。
- 9) 「現在ターミナル加算を算定しているか」はい78%、いいえ22%。
- 10) 「ターミナル加算を算定しない理由」は「14日以内に2回の訪問のタイミングが難しい」「本人・家族ともターミナルということの理解が不十分であるため」等の意見から、ターミナル期の判断やそれを共有する場面が必要であることがわかった。

4. 考 察

①入退院支援の一つにカンファレンスへの参加があるが、参加者には時間・参加調整等に大きな負担があると考えられる。②本人や家族の気持ち、どう生活したいか把握できないまま在宅に戻ることのみが目的となっていることもあり、時間・知識・連携・調整が行われないまま退院となっている可能性がある。③退院時から在宅移行の支援を的確に行うことは、本人や家族のみならず、多職種の安心感にもつながり、支援を行う上で有用であると考えられる。④共通のツールやクラウドを活用することは、支援体制を可視化できる。そのことは時間のない支援者同士の連絡や連携をしやすくすると考える。

5. 結 論

- 1) 宇都宮(2011b)¹⁾の定義は、「退院支援」とは「患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援」としている。今回のアンケート調査からは患者の自己決定を支援する場面は確認できていないものの、退院前に本人や家族が在宅チームとつながることは、自分の在宅生活をイメージでき、またライフスタイルの改善への意欲、そして何よりも安心感につながっている。また支援者も早くからチームとして関わることで安心と信頼に向けた支援体制が築けている。
- 2) 宇都宮(2011b)¹⁾は「退院調整」とは「患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程」としている。退院時に社会保障制度や社会資源につなぐマネジメントの過程として退院時カンファレンスは重要であると共に、入院時からすでに退院を目指した調整が必要である。

おわりに

本研究の「入退院時支援連携」については、入院患者(利用者)の円滑な在宅療養生活への移行に向けて、退院時に病院医療チームと在宅医療・介護チームが的確に連携することが臨まれる。しかし本人の自己決定を促す場面やその共有、共有する場の退院時カンファレンスの調整、退院前(後)の支援体制にはまだまだ課題があり、検討が必要だと考える。今後も多職種と連携・協働しながら、課題解決に向けて共に考え、取り組んでいきたい。

謝辞：本研究にあたりアンケートにご協力をいただいた皆様に感謝申し上げます

【引用文献】

- ¹⁾ 「これからの退院支援・退院調整—ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域」宇都宮 宏子(編集)三輪 恭子(編集)

M-3 ヒアリング調査で見えてきた自己作成者の傾向と課題

島村 八重子 (548) / 國光 登志子 (436) / 三原 岳 (8230)

須田 正子 (8252) / 平岩 千代子 (8262)

1. 研究の目的

介護保険制度は創設時から「本人の自己決定」を重視し、ケアプランの自己作成も認められてきた。それにもかかわらず、自己作成者の数が少ないこともあり、ケアプラン作成のプロセスを含め、自己作成者によるケアマネジメントの実態は必ずしも明らかになっていない。

そこで、自己作成者に対して、ニーズ把握や専門職との連携等についてヒアリングを実施し、その傾向と課題を明らかにした。

2. 研究の方法

自己作成者(24件、22人)に対して半構造化質問でヒアリングを実施し、専門職との連携等を聴取した。その後、定性的な分析を通じて、介護を必要とする本人を中心に、家族や専門職などとの関係を示す「関係図」で構造的な分析を試みるとともに、自己作成者に共通して見られる傾向を抽出した。その際、介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスの活用や地域資源との関係性なども網羅した。

3. 結果

自己作成者のうち、本人が4件、家族が20件であり、それぞれについて「関係図」を作成するとともに、①介護サービスを自らが主体的に考えている「主体性」、②専門職や周囲の人と対話、相談しつつ、生活やケアプランの中身を考える「開放性」、③介護サービスの本人との距離が近いこと、スムーズに状態や意向を把握できる「近接性」、④それまでの生活や価値観を大事にしつつ、生活やケアプランの中身を考える「継続性」、⑤介護保険の財政構造を理解し、コストを意識しつつ介護サービスを利用する「コスト意識」、⑥地域社会の変革に向けて、積極的に活動する「コミュニティ意識」の6つを明らかにした。

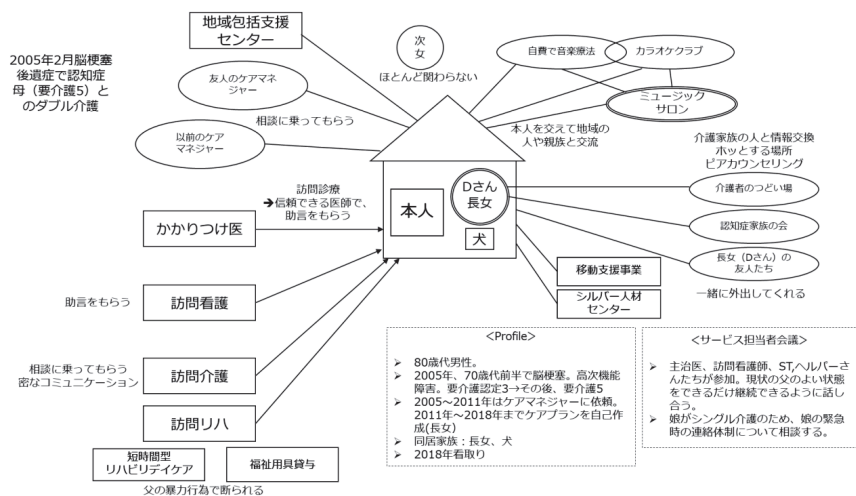
しかし、ここでは全ての図を紹介、説明できないため、図のAさんの関係図を取り上げる。さらに、ケアマネジメントに関わる部分として、「開放性」「近接性」を述べる。

図示した通り、Aさんは父の自己作成に際して、(1)自己作成移行前のケアマネジャーに相談するなど多様な外部の意見を取り入れた(開放性)、(2)「家にいたい」という父の意向を最優先し、飼い犬も広い意味でケアチームの一員と位置付けつつ在宅生活を続けた(近接性)。

さらに、Bさんは自分で自分のケアプランを立てる際、自分の意向などを暫定ケアプランに反映(近接性)させた上で、検討課題を出席者に提示し、各専門職に意見をもらって共有していた(開放性)。実母・義母の2人のケアプランに関わったCさんはサービス担当者会議で本人の望むプランを提示(近接性)した上で、各専門職から意見をもらっていた(開放性)。

こうした傾向は24件、22人のほとんど全てで確認できた。なお、研究大会において発表事例とすることに関してAさん、Bさん、Cさんから同意を得ている。また当原稿では個人が特定できないように人権にも配慮した。

図：Aさんの関係図



出展：全国マイケアプラン・ネットワーク編(2020「ヒアリング調査で見えてきた自己作成者の主体性と市民性」)

4. 考察と結論

① 開放性についての考察

ケアマネジメントでは本来、サービス担当者会議などの場を通じて多職種の意見を取り入れることが重視されており、近年は「地域ケア会議」の場を通じて、市町村主体による多職種連携の場も整備されている。つまり、ケアマネジャーが本人の代弁者として、ケアの統合性を高めるとともに、本人や家族を含めた関係者による合意形成を図ることが求められている。この点については、ケアマネジャーが専門知識や社会的規範に基づいて判断する「ノーマティブ・ニーズ (normative needs)」と、本人が体感する「フェルト・ニーズ (felt needs)」の調整や信頼関係の構築を通じて、真のニーズ (real needs) が生まれるという先行研究の指摘と符合する。

しかし、サービス担当者会議の形骸化が論じられている。例えば、厚生労働省の「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が2013年1月に取りまとめた中間的な整理では、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」などの課題を挙げ、ケアプラン作成に際して、多職種による専門的な議論と計画原案の見直しプロセス、これらを実現する環境づくりが重要と指摘している。

その意味では、ヒアリング対象の自己作成者に共通して見られた開放性はケアマネジメントの中核を構成する一つとして、自己作成者だけでなく、ケアマネジャーにも求められると言える。

② 近接性についての考察

ケアマネジャー依頼、自己作成ともに、介護保険の原則は「本人の自己決定」であり、本人の意向をケアマネジメントに反映する必要がある。

その際、ケアマネジャーは疾病など外部情報を基にアセスメントを実施し、本人や家族との信頼関係を築きつつ、徐々に本人の内面に向かうことで、意向やニーズを把握している。その際、プライバシーや人間関係、過去の嫌な思い出などを聞き出すには、相応の時間を要する。実際、ケアマネジャーに対する調査では、ケアマネジャーが家族関係について情報収集に苦労している様子を見て取れる。具体的には、「情報収集が難しい項目」を尋ねる設問に対し、居宅介護支援事業所のケアマネジャー 3,006 人のうち、55.2%に相当する 1,659 人が「家族関係」を挙げた。これは「経済状況」(85.8%) に次ぎ 2 番目に多く、代弁者として振る舞えない要因となっている。

これに対し、自己作成者の場合、ケアマネジメントの主体が本人・家族であり、意向の把握は容易である。そこで、こうした近接性を基に、生活歴などの核心から入り、本人の意向やニーズを導き出しており、ケアマネジャー依頼と自己作成の違いはケアマネジメントのプロセスに認められる。つまり、「近接性」はケアマネジャー依頼にも必要な要素と言える。

その際、近接性が常に本人にとってプラスに働くとは言い切れない点に気を付ける必要がある。例えば、自己作成者の場合、自分あるいは長く付き合ってきた家族だからこそ、冷静に対応できなかったり、本人と家族が相互に過剰に依存し合う「共依存」の状態が生まれやすくなったりするリスクがある。

その意味では、「家族だから安心」「自分のことは何でも分かっている」と考えるのではなく、本人との関係性や距離感が構築されているケアマネジャーが第3者として関わることで、本人や家族が見落としていることをケアマネジャーが的確に把握したり、アセスメントを実施したりできる可能性がある。このため、自己作成の方が優れている、あるいはケアマネジャー依頼が絶対に勝っているとは一概に言えず、ケアマネジャー依頼、自己作成ともに、ケアマネジメントでは専門職や外部の意見を取り入れる開放性が不可欠になる。

③ 結論

ケアマネジャー依頼、自己作成者のケアマネジメントの双方にとって、「本人の自己決定」という大原則を実現する上では、開放性と近接性が欠かせない。言わばプロセスの違いに過ぎず、ケアマネジャー依頼、自己作成に関わらず、専門職と本人・家族が対話を重ねることで、サービス担当者会議の有効活用を含めてケアマネジメントの質を高める必要がある。

(本研究では在宅医療助成勇美記念財団の助成を受け、報告書「ヒアリング調査で見えてきた自己作成者の主体性と市民性」としてまとめた)

¹⁾ 白澤政和 (2018) 『ケアマネジメントの本質』中央法規出版 p176、323。

²⁾ 2019年4月10日社会保障審議会介護給付費分科会資料「平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書」。

M-4 ケアプランへのインフォーマルサービス組み込みの実態と課題 ～ ケアマネジャーへの質問紙調査とインタビュー調査を踏まえて ～

三宅 啓司

(株式会社総合福祉サービス J. You ジャがいも北名古屋介護支援センター・8259)

1. 研究の目的

ケアプラン作成については、「指定介護支援事業等の事業の人員及び運営に関する基準」の中で、「介護給付等対象サービス（以下「介護保険サービス」という）以外の福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めてケアプラン上に位置付けるよう努めなければならない」とされているが、現状は介護保険制度を中心とする介護保険サービスのみとなる傾向が見られ、その中でも、インフォーマルサービスについては地域の特性、利用者を取り巻く環境などの要因により、十分整っていないため、ケアプランの作成に苦慮している。

先行研究では、介護保険サービスを含めたフォーマルとインフォーマルな社会資源を組み合わせることで在宅利用者の多様なニーズに対応できるが、ケアマネジャーによるケアプラン作成では、インフォーマルサービスの組み込みは十分に行われていないことが明らかになっている。

しかし、インフォーマルサービスや介護保険外サービスを活用せずに、介護保険サービスのみのケアプランを作成しているケアマネジャーのインフォーマルサービスの組み込みをめぐる意識や実態を分析した研究はない。また、インフォーマルサービスを組み込んでいるケアマネジャーを対象として、組み込んだプロセスや組み込んだことによる効果も明らかにされていない。

そのため、本研究は、介護保険外サービスや地域でのインフォーマルサービス等をケアプランに位置付けることを期待されているにもかかわらず、介護保険サービスのみのケアプランとなっている背景と要因を把握するとともに、インフォーマルサービスを取り込むことができた事例におけるその要因や効果を明らかにすることを目的とする。

なお、本研究は、居宅のケアマネジャーを研究対象とし、インフォーマルサービスとは具体的に、①地域福祉活動（町内会・自治会）、②ボランティア、③民間非営利団体、④制度化されていないサービス、とする。

2. 調査概要

(1) 質問紙調査の概要

インフォーマルサービスをケアプランに取り込めていない背景やケアマネジャーの意識を把握するため、質問紙調査を実施した。A県内9市町の居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーを対象に調査を実施した。主催者に了解を得たうえで、研修会等の終了後に質問紙の配付及び居宅介護事業所へ質問紙の郵送を行った。質問紙調査は主旨、匿名性の保持等について質問紙の表紙に記載。回答は自由回答とし、質問用紙の回答をもって調査協力に同意したと判断した。

合計で340部の質問紙を配付し、126名のケアマネジャーから回答を得た（回収率 37.1%）。

(2) インタビュー調査の概要

インフォーマルサービスの組み込み方や組み込んだことによる効果を把握するため、インタビュー調査を実施した。質問紙調査において、インタビュー調査の協力を募り9名が協力できるとの回答があった。後日改めて、調査協力への依頼や概要の説明等を行い、最終的に6名の対象者に約1時間程度インタビュー調査を実施した。

また、インタビュー前に改めて調査の概要や匿名性の保持等を説明し、同意を得た。

3. 結 果

(1) 質問紙調査の結果として、インフォーマルサービスをケアプランに取り込めていない背景やケアマネジャーの意識について、明らかになったことは以下の6点である。

①約93%のケアマネジャーは「インフォーマルサービスは必要である」と回答していること。②インフォーマルサービス、介護保険サービス等を区別せずに利用者本人にとって必要なサービスを考えてケアプランを作成していること。③本人にとってインフォーマルサービスはたくさんあり、ケアプランの中に入っていないでも活かされていることは多く、ケアプランに必ずしも入れる必要がないと考えていること。④インフォーマルサービスの情報収集をすることによって、業務が多岐に渡ることにもつなが

るため、ケアマネジャーとしての事務量が増えること。⑤現在のケアマネジャー研修等でのインフォーマルサービスを活用する風潮に違和感があり、介護保険の予算を抑制したい気持ちが先走っているのではないかという疑念を感じていること。⑥今後、インフォーマルサービスを開発していく役割の一端をケアマネジャーが担うのは重要と意識していること、である。

(2) インタビュー調査の結果として、インフォーマルサービスの組み込み方や組み込んだことによる効果について、明らかになったことは以下の5点である。

①インフォーマルサービスをケアプランに組み込んでいなくても活用しているため、あえて組み込む必要はないと考えていること。②「インフォーマルサービス」を介護保険サービスの代替のサービスと考えると組み込みにくく、身近にあるサービスと考えると組み込みやすいこと。③インフォーマルサービスを「組み込めない」と「組み込まない」という2つの要因があること。④インフォーマルサービスを組み込むことは、周りの目が増えることにもなるため、サービスが入っていない時に起きる不測の事態に対応でき、家族、利用者本人の安心感を得られること。⑤利用者本人の個性が表現されるケアプランが作成できること、などである。

4. 考 察

ケアマネジャーが受講する実務研修、更新研修（専門研修）において、インフォーマルサービスの内容が扱われていること、地域包括支援センター等での事例検討会や研修会において、主任ケアマネジャーや経験年数の長いケアマネジャーによるインフォーマルサービスについての指導、助言があることなどにより、インフォーマルサービスを組み込むことの意識は促進されていることが確認された。

ケアマネジャーがケアプランにインフォーマルサービスを組み込みにくい要因として、自治体によってインフォーマルサービスに差があり、情報収集をする負担が大きく、保険給付管理業務などの事務処理に多くの時間をとられ、ケアプランの作成に割く時間も十分に取られていない現状に更なる負担となっていることが見いだせた。

また、インフォーマルサービスの開発に果たす役割についても、意識が実態に結びついていないことが把握された。約93%のケアマネジャーが「インフォーマルサービスは重要である」と回答し、約65%のケアマネジャーは「インフォーマルサービスを開発する役割を担う」と回答している。さらにほぼ半数が実際に他関係機関（行政や社協、NPO法人など）と連携を取ったことがある、インフォーマルサービスに対して関わっていく必要があると意識をしているが、開発にまで至っていないことが把握された。

5. 結 論

ケアマネジャーは利用者本人にとって必要なサービスを組み込むことを第一に考え、インフォーマルサービス、介護保険サービス等を区別せずにケアプランを作成していること、インフォーマルサービスはケアプランに取り込んでいなくても活用しているため、あえて組み込む必要はない意識していることが、介護保険サービスのみのケアプランとなっている要因になっている。

また、ケアマネジャーの意識に加えて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所での事例検討会や研修会で、主任ケアマネジャーや経験年数の長いケアマネジャーの指導・助言により、インフォーマルサービスを組み込むことの促進要因になっていること、インフォーマルサービスを取り込むことによりサービスが入っていない時に起きる不測の事態に対応でき、家族、利用者本人の安心感を得られること、ケアプランを作成する上で利用者本人の個性が表現されるケアプランが作成できる効果があると考えられる。

6. 本研究の意義・限界と今後の課題

ケアマネジャーがインフォーマルサービスを組み込むことについての意識やインフォーマルサービスの組み込み方や組み込んだことによる効果などを示したことなどに、本研究の意義がある。

一方、ケアマネジャーの所属している事業所の運営法人の方針やケアマネジャーの業務量の影響との関連などには踏み込んでいない点に限界がある。これらも視野に入れて、インフォーマルサービスのケアプランへの組み込みやインフォーマルサービス自体の開発へのケアマネジャーの役割を検討することが今後の課題である。

【参考文献】

- ・冷水豊（2009）「フォーマルケアとインフォーマルケアの現状と今後の新たな関係」『老年社会科学』第31巻第3号
- ・白澤政和（2015）「ケアマネジメントの現状と将来への提案－効果的・効率的な提供に向けて－」『老年精神医学雑誌』第26巻第2号
- ・橋本力、岡田進一、白澤政和（2015）「介護支援専門員によるインフォーマル・サポート活用の影響を与えるケアマネジメントの実践の検討」『厚生指針』第62巻第15号 2015年

M-5 介護者に知的障がいや精神障がいのある方への支援 ～居宅介護支援事業所へのアンケート調査を活用した支援導入の有用性～

源内 美代里

(居宅介護支援事業所ひだまりの里 6638)

地域概要

瀬戸内海に浮かぶ周囲160km、人口26,660人の我島は高齢化率42.1%である。

人口は1947年をピークに42.5%まで減少し、加速が顕著な状況下にある。

離島であり、コミュニティの小さな地域である。

知的障がい（療育手帳保有率）：全国 7.6/1,000人 我島 11.7/1,000人

精神障がい（精神保険福祉手帳保有率）：全国 6.85/1,000人 我島 7.3/1,000人

知的障がいや精神障がいを有する方の人口比率が高く、高齢者の介護を担うことも多い。

そのため、意思疎通や助言が上手く伝わらず、困難な事例となりうることもある。

1. 研究の目的

離島でありコミュニティの小さな地域であるため、知的障がいや精神障がいを有する方の人口比率が高く、このような障がいを有する方が、主介護者になることがある。（当事業所では11.4%を占める）

援助者からの説明が上手く理解できない事やこだわりがあるため、介護サービスの導入や介護支援に困難が生じることが度々ある。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所へのアンケート調査を活用し、どのような支援が有用であるかを検証した。また、利用者本人だけでなく、知的障がいや精神障がいを有する主介護者への支援や援助も含めて、考えていく必要があると考えた。

2. 研究の方法

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へのアンケート調査を行い、情報を収集し、結果を共有することで、今後の利用者への援助方針や障がいを有する主介護者への支援に繋がられるよう考えた。

倫理的配慮として、本人、主介護者及び家族に研究についての説明を行い、承諾を得た上で、個人情報が入り込まないよう配慮した。

＜アンケート調査の内容＞

- ① 利用者総数
- ② 主介護者に知的障がいや精神障がいのある方への支援数
- ③ ②の方にどのような介護サービスをどれくらい提供していますか
- ④ ②の方へはどのようなサービスが有用と思われますか
- ⑤ ②の方へ介護サービスに繋げる際困ったことはありますか
- ⑥ 障がいのある主介護者支援をどのように考えていますか

以上6項目にアンケート調査を行い集計することとした。

3. 結果

2019年8月時点で利用中の支援総数に対し、主介護者に知的障がいや精神障害を有する利用者の支援については0.5%と比率は低い結果であった。（集計後に届いた調査を含めると0.9%）

過去には支援したことがあるとその支援経過や多職種連携についての有用性をアンケートへの記載があっ

たことから、困難と考える事例があることがうかがえた。

＜支援についての意見＞

- サービス導入が、妥当でない決定にならないよう、できるだけ例を交えながら行う
- 介護者の方も、精神的に安定して過ごせるような支援が必要ではないか
- 利用者と共に支援が必要と思える場合は、訪問看護を導入
- 誰か信頼のできる存在の人が、助言してくれれば、話がすみやか
- 訴えの多い人は、色々な機関に繋げやすいが、訴えの少ない人は何か変化がある様子だと感じて、繋げにくい
- まずは、話を聞いてあげている
- 介護者の状態にも波があるため、適度な距離間を保ち支援が必要な時(SOSが出た時)に直ぐに話を聞き対応することを繰り返し、信頼関係を構築する
- 利用者に必要な支援を気長に説明する
- 介護者の精神的な部分のフォローができるようなネットワークを少しずつ広げていく事が必要
- 利用者のみを考え支援するのではなく、世帯を支援すると考え、他職種と連携しながらの支援
- 訪問系のサービスは家の中の様子が分かるため有効
- 介護者がサービスを理解し、不安のない程度の在宅と施設サービスを利用することが有効

このアンケート調査をまとめ、貴重な意見を地域へと発信していきたいと思っている。

4. 考察と結論

弊事業所のみの考えでなく、他の事業所の情報やケアプランの実施状況から、今後の知的がいや精神障がいを持つ主介護者への関りやより良い支援を行うためには、利用者本人だけでなく、主介護者を含めた支援が必要であり、地域全体で支えていく必要がある。今回のアンケート調査では、療育手帳・精神障害者福祉手帳の所有者や精神科への通院を行っている方と制限のあるアンケート調査であったが、手帳を保有でいておらず、地域の支援が上手く受けられていない介護者への支援をどのように地域へと繋げていくかが、今後の課題である。

【参考文献】

各町の障害者福祉計画（第3期）
 各町の障害者福祉計画（第5期）
 各町の障害者福祉計画（第1期）
 平成30年3月
 厚生労働省統計調査 平成30年度

アンケート調査にご協力いただいた地域包括支援センター、居宅介護新事業所の皆様に感謝致します。
 ありがとうございました。

～ 今後求められるケアマネジャーの役割の具象化に向けて～

(ライフサポート愛和：5424)

介護支援専門員の法定研修の受講は、ケアマネジャーが業務や資格の更新を続けていく中で不可欠のものである。平成28年度からは厚労省が作成した介護支援専門員研修のガイドラインを受け、都道府県から研修を実施する研修事業者が実施し、その結果のフィードバックによって、都道府県が問題点を集めて精査し、さらに厚労省の研修向上委員会がその結果をフィードバックする仕組みとなっている。その一方で介護保険の実施団体である地域の保険者によっては、現場でおこなう仕事内容の方針に差異がある。

「座学中心の研修や単発的な講義と演習では、ケアマネジャーの質の向上には限界があると思われ、それを改善していくには知識・技能の定着が図れるような継続的な研修システム（フォローアップ研修など）や、実際に役に立つ研修（ロールプレイングや演習）などを含めた研修システムの確立が必要である」（南ら2013）

2. 研究の方法

- ①介護支援専門員の資格を取った理由 ②介護支援専門員の実務研修の印象 ③介護支援専門員研修について良かったことについて ④悪かったことについて ⑤介護支援専門員研修で知識の習得は出来ているか。加えた方がいい知識、省いた方がいい知識はあるのか ⑥時間数の増加について ⑦背景資格が仕事でどのように生かされているか。

※当初参加者は9名の予定であったが、当日の調査では8名での調査となっている。

表 1) 1. 参加人数 8 名

性別	人数
男	2 名
女	6 名 (欠席者も女性)

表 2) 2. 所属

所属	人数	備考
居宅支援事業所	5 名	管理者 2 名
地域包括支援センター	2 名	管理者 1 名
相談支援事業所	1 名	管理者 1 名 (異動)

表 3) 3. 経験年数

経験年数	人数
1 年から 5 年未満	1 名
5 年以上 10 年未満	1 名
10 年以上 15 年未満	3 名
15 年以上 20 年未満	3 名

表 4) 4. 資格習得時期

資格習得時期	人数
1 年以上 5 年未満	0 名
5 年以上 10 年未満	1 名
10 年以上 15 年未満	2 名
15 年以上 20 年未満	5 名

3. 結 果

今回の調査から、法定研修に対する否定的な内容は 3 年前の調査よりは、あまり感じられなかった。その理由としては、前回の調査時よりも経験年数が長くなり、主任研修や主任更新研修を受ける立場になっており、指導的な立場やケアマネジメントを地域展開していく中で行政との関わりなどに関心が強く、その内容での話題に展開することが特徴的であった。

しかし、その一方で研修のカリキュラムのガイドラインが作成された平成 28 年以前のものに比べ、時間が増加し、それに伴って研修の参加費用が増大し、レポートなどの課題提出も格段に増えたことによる負担が多くなったとの意見が多かった。

また、平成 30 年度から都道府県から市町村へ権利移譲が行われ、平成 28 年度からの法定研修で課題整理総括表の指導を行う一方で、B 市が推奨するアセスメント方式の存在があり、B 市との考えと法定研修の考え方に違いが起きていることや B 市の考え方と義務研修を擦り合わせていく作業の必要性が指摘された。

具体的な対応として、自分たちの地域で起きている状況を調査したデータをもとに行政と交渉し変化させていきたいという考えや、調査研究方法の具体的な研修をうけてみたいという希望などが上がった。

4. 考察と結論

今回は B 市での調査によって、法定研修と B 市との指導が食い違っていることが明らかになった。

さらに、ガイドラインが作成された研修内容に比べて時間数の増大や費用増加による負担感が増えたことがわかり、ケアマネジャーの質を向上させ、仕事を継続させるためには必要不可欠なため、ジレンマを抱えていることが考えられる。

法定研修と B 市の指導との食い違いを是正するためには、研修の実施団体と A 県の研修向上委員会が機能し、B 市が推奨するアセスメント方式の存在を状況把握し議論した上で、研修内容の PDC A - サイクルを回し、その上で研修内容を修正し実践していくことが不可欠である。

また、介護支援専門員の実務に必要な内容を法定研修に網羅していくことに加えて、実践現場でケアマネジャーが抱える問題解決が出来るような具体的な研修内容が求められていると考えられ、この調査内容からは行政との交渉に効果的な調査方法の学習や説明方法の具体的な習得の必要性も検討できるとも考えられる。

今回を含め、B 市において二度にわたる調査研究を行ったが、これはあくまでも一部のケアマネジャーに対しフォーカスグループインタビューをとった調査内容であるため、研究の限界はある。

しかし、実践者の生の声を拾うことにより、実践における研修内容の齟齬が明らかになったことに意味があると考えられる。

この調査研究を踏まえ、A 県における他の市町村にむけたフォーカスグループインタビューをおこない、実践に機能する介護支援専門員の研修内容の研究を進めていきたい。

M-7 H県介護支援専門員協会の望ましいあり方に関する研究 第2報 基礎資格による違い

岸川 映子 (有)GRACEAGE 井口台介護ステーション・1184)

小平 めぐみ (国際医療福祉大学大学院・4047)

1. 研究の目的

介護支援専門員は2000年の介護保険開始時に創設された新しい資格であり、利用者が自分らしく住み慣れた地域で暮すためのチームを集めてつなぐ「要」の役割である。職能団体であるH県介護支援専門員協会は、組織として介護支援専門員の育成を行い、役割について発信していく必要がある。しかし、組織としての加入率は高いとは言えない。会員の質の向上に役立ち加入率を上げ発言力のある職能団体になるために、基礎資格によるニーズの違いを明らかにしH県介護支援専門員協会の望ましいあり方を検討することを目的とする。

2. 研究の方法

- (1) 研究デザイン：無記名自記式質問紙による量的研究を行った。
- (2) 調査対象者：H県内にある全ての居宅介護支援事業所897に勤務する介護支援専門員1事業所につき2名の介護支援専門員1,794名を対象とした。
- (3) 調査方法：質問式アンケート調査紙を郵送にて配布、回収した。
- (4) 調査期間：2018年5月10日～2018年8月31日の期間で実施した。
- (5) 調査項目：基礎資格、資源開発や制度改正の意識、資源開発や制度改正の行動、協会に求める最も重要な事業、協会の事業の実施状況。
- (6) 分析方法：結果を単純集計、クロス集計後、 χ^2 独立性の検定を行い関連性を検証した。
統計ソフトSPSS Statistis23。有意水準は両側検定にて危険率5%未満。
- (7) 倫理的配慮：本研究は国際医療福祉大学大学院学内の倫理審査委員会にて2018.2.22承認を得て実施した。承認番号17-Ig-121。

3. 結果

- (1) 回収した752件のうち、8件を除いた744件を資料とした。(回収率41.5%)
- (2) 基礎資格は複数回答ありとし、介護福祉士 466人 (62.6%) 社会福祉士 177人 (15.7%) 看護師 108人 (14.5%) その他は栄養士(管理栄養士を含む) 16人 (2.1%) 歯科衛生士 11人 (1.5%) 社会福祉主事 10人 (1.3%) 准看護師 8人 (1.1%) 保健師 7人 (0.9%) ヘルパー 7人 (0.9%) 薬剤師 4人 (0.5%) 精神保健福祉士 4人 (0.5%) 鍼灸師 3人 (0.4%) 相談員 3人 (0.4%) その他には理学療法士、作業療法士、保育士、福祉用具専門相談員などがおり、無回答 10人 (1.3%) であった。
- (3) 基礎資格介護福祉士と資源開発や制度改正の意識の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格介護福祉士は資源を開発したり制度を変えたいとあまり思わない」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.12$ であった ($\chi^2 (3) = 10.41$ $p = 0.02$ $V = 0.12$)。

基礎資格介護福祉士と協会のもっとも重要な事業の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格介護福祉士は協会のもっとも重要な事業は介護情報提供および相談」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.16$ であった ($\chi^2 (7) = 16.86$ $p = 0.02$ $V = 0.16$)。

基礎資格介護福祉士と会員の有無の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格介護福祉士は非会員」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.12$ であった ($\chi^2 (1) = 11.25$ $p = 0.001$ $V = 0.12$)。

- (4) 基礎資格社会福祉士と資源開発や制度改正の意識の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格社会福祉士は資源を開発したり制度を変えたいと思ったことが時々思う」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.12$ であった ($\chi^2 (3) = 10.79$ $p = 0.01$ $V = 0.12$)。

基礎資格社会福祉士と協会のもっとも重要な事業の意識の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格社会福祉士はもっとも重要な事業はその他」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.15$ であった ($\chi^2 (7) = 14.94$ $p = 0.04$ $V = 0.15$)。

基礎資格社会福祉士と協会の事業の実施状況の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格社会福祉士は介護支援専門員協会の事業の実施状況をあまり行っていない」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.11$ であった ($\chi^2 (3) = 7.91$ $p = 0.048$ $V = 0.11$)。

- (5) 基礎資格看護師と協会の会員の有無の関連について χ^2 独立性の検定を行ったところ、有意な関連が認められ調整済み残差による頻度の差は、「基礎資格看護師福祉士は介護支援専門員協会の会員である」が有意に多い関連が認められた。

関連度を表す連関係数は $V = 0.13$ であった ($\chi^2 (1) = 11.64$ $p = 0.001$ $V = 0.13$)

その他の調査には有意差は認められなかった。

4. 考察と結論

介護支援専門員の62.6%を占める基礎資格介護福祉士は、非会員が有意に多く、職能団体に求める最も重要な事業は、介護情報提供や相談であり、資源開発や制度改正の意識をあまり持たないことが分かった。H県介護支援専門員協会としてはホームページや会報などのツールを活用して、最新の介護保険情報を迅速に、分かりやすい表現で伝える必要がある。また相談については、現在「ケアマ相談室」という形で毎週電話やFAXでの相談を受け付けているが、さらに相談の方法を吟味し会員限定の相談窓口とすることで入会の促進につながる。基礎資格社会福祉士は、「資源の開発や制度の改正をしたいと時々思う」が有意に多い一方、「職能団体は事業をあまり行っていない」と回答しており、「最も重要な事業は現行の6つの事業以外のその他」だと考えている事が明らかになった。H県介護支援専門員協会は事業の内容を見直し、資源開発に関わる事業や、制度の改正につながる行政に向けての発言やアプローチを行っていく必要がある。基礎資格看護師は会員が有意に多い事がわかったが、その他の調査項目には有意差が認められなかったため今後さらなる調査を行う必要がある。本研究の結果を受けてH県介護支援専門員協会は基礎資格を考慮した役員配置や会員向けのニーズ調査を行い、基礎資格の違いによる異なるニーズに対応した活動を行うことが望ましい在り方だと考察する。

【引用文献】

H県介護支援専門員協会 定款

N-1 専門職における質問力についての一考察 第2報 ～ 質問を受ける立場の積み重ねから見てきたもの ～

水下 明美

(居宅介護支援センターさくら・6144)

1. 研究の目的

ケアマネジャーに限らず、専門職にとって研修、研究発表、実習、事例検討（研究）会、アセスメント、会議、スーパービジョン等で、質問は重要である。場面に合った効果的な質問が出来る事は、専門職のスキルとして重要であると共に、グループの力を引き出すことにも役に立つ。

今回は事例を使った事例検討（研究）会、スーパービジョンでの場面に限定をして考えていったが、それぞれの場面において、適切な質問、効果的な質問がなされていない事実も身をもって感じる事となった。自分自身が質問を受ける立場になり、どのようにしたら効果的であったのか等の対応策を検証していきたい。

2. 研究方法と倫理的配慮

(1) データ収集の方法

A社のケアマネジャーの同じ事例・用紙を用いて、発表した内容について、質問を受けた内容と展開について整理する。期間は、2018年10月から2019年3月まで。事例提出の場は、事例検討会2回、事例研究会2回、スーパービジョン1回の研修会。

参加した研修会は、経験がおおむね5年以上対象の研修会。職種は、主任ケアマネジャー、認定ケアマネジャー、その他の相談援助職等の専門職。

(2) データの分類の方法

①質問なのか、意見なのか。②発言の内容がテーマに沿ったものか、その後の展開。③結果（効果）が出たか（事例提供者の満足度）を考え、考察を行った。

(3) 倫理面での配慮

本研究において、事例の匿名化された記載方法、研究の分類方法について、法人内の事例提出記載要綱に違反しない旨をコンプライアンス担当に確認してもらい、許可を得た。また、参加した研修会、質問者についても個人や会が特定できないように配慮を行った。

3. 結 果

事例提供回数：5回、場面：事例検討会2回、事例研究会2回、スーパービジョン1回

研修会	①-質問	①-意見	②-趣旨に合っていたか	③-効果（満足度） 10段階
A	9	5	ほぼ合っていたが、意見では「こうすべき」と趣旨と違ったものであった。	5/10
B	7	10	「こうすべき」、「間違っている」等、記載事項や既に経過していたところでの意見が多かった。	2/10
C	5	3	質問等では、テーマと離れたと感じるものが多く、逆に質問したが、趣旨まで行かなかった。	1/10
D	5	2	質問は事実確認に徹し、意見は他の専門職の経験や工夫が話された。	7/10
E	8	3	事例の概要、経過を確認自分の中にある見立てを引き出せて貰えた。	10/10

- ① 質問なのか、意見なのか：発表した事例に対して、質問の多くは事例に関するものであったが、テーマに関するものは少なかった。テーマ（趣旨）が「事例に対して悩んでいる」というものではなかったのにも関わらず、事例の内容にばかり捕らわれたものが多かった。検討会や研究会の目的とは違った質問も半数あった。また、第1報と同様に、質問ではなく、事例に対しての自分の意見や批判も見られた。
- ② 発言の内容がテーマに沿ったものか、その後の展開：内容が趣旨に沿っていない場合の見立てとしては、その人が知りたかったことを質問してしまう例（質問の根拠を示せない）、「やり方が違う」（自分はこうしている）という意見がやはり出ていた。こちら側から「質問の意図を教えてください」「テーマと違うと思います」と返した後の展開は、戸惑う人が半数以上であった。
- ③ 結果（効果）が出たか（事例提供者の満足度）：当たり前のことであろうが、テーマや趣旨に沿った質問や工夫が得られ、結論まで到達した研修会では満足度が高く、反対に、結論まで行かずに終了となったり、否定的な意見で結論なく終了した研修会ではモチベーションが下がり、満足度も低かった。

4. 考察と結論

第1報の発表では、研究発表を取り上げ、一方通行の質問を取り上げた。結果においては、場面にそぐわない質問が存在することが分かり、理由についても考察を行った。

今回の第2報の発表では、事例を利用し、双方向で対話ができる状況での研究ということが異なっている。テーマと逸れていると感じた時や、質問の意味が分からなかった時、事例提供者自らが質問者に対し、「質問の意図を教えてください」「テーマと違うと思います」「伝えたいことと違います」等、発言できた。そこで、質問の仕方が分からなくなってしまう人、あくまでも自分の意見を通そうとする人、「興味で聞きました」と正直に答える人、様々な場面があり、「そういう趣旨ではない」と返された時の、質問者の軌道修正力の差も感じ取れた。その解決策としては、ファシリテーターや司会者が、始めにテーマや会の趣旨を確認することも、一つの案だと感じた。

多くは、事例に関する質問だったが、事例検討（研究）会では、それだけでなく、質問を通じて、テーマに沿った解決（効果）を期待するものである。一方的な指導や意見は、時として、マイナスの効果になってしまいうことも実感した。事例検討（研究）会では、自分の好奇心や指導したい思いを押さえ、事例を俯瞰し、その奥にあるテーマや課題を一緒に考えながら、グループダイナミクスを利用して、事例や提供者の質の向上への効果をもたらすものだと考える。

また、専門職の中で、特にケアマネジャーは、「気付かせる質問」にこだわり過ぎているような感じを受けた。それは、「事例提出をする人」＝「事例に悩み、解決をして欲しい人」という、上からの目線になりがちとなってしまう危険性も感じた。同じ専門職として、一緒に成長していく視点を忘れないようにしたいと実感した。

事例は題材であり、何の目的でどのような場面なのかを理解すること、相手を尊重することも、質問力を高める要素の一つなのではないかと感じた。同じ専門職として、上下関係ではなく、質問を通じての双方向性で、お互いに成長できる関係を気付けることが重要だと感じた。

この研究に際しては、継続して個人スーパービジョンを受けながら行ってきました。

スーパーバイザーの先生、また事例発表の場を頂いた研修担当の方に心から感謝いたします。

【参考文献】

- | | | |
|-------------------|--------|----------|
| ソーシャルワークのスーパービジョン | ミネルバ書房 | 福山和女 編著 |
| 気づきの事例検討会 | 中央法規 | 渡部律子 編著 |
| ソーシャルワークの理論と実践の基盤 | へるす出版 | 東京社会福祉士会 |

N-2 産業ケアマネジャーとしての取り組みについて報告し、 産業ケアマネジャーが果たす今後の役割を考える

泉 洋枝

(東京海上日動ベターライフサービス株式会社・4108)

1. 研究の目的

要介護者の増加、それに伴い、今後はさらに家族の介護・看護を行う人も増えることが見込まれている¹⁾。また、介護離職者は全国で年間約10万人に上っており「仕事と介護の両立」に悩む企業の従業員は多い。この問題は従業員だけではなく、企業にとっても「ベテランの従業員を失う」、「仕事と介護の両立による従業員の業務のパフォーマンスが低下する」等デメリットが大きい。

東京海上日動ベターライフサービス（以下、BLS）では、2015年度に「産業ケアマネジャー（以下産業CM）による相談サービス事業」を開始している。公的介護保険制度及び社会資源と企業の介護支援制度の両面から、企業の従業員の「仕事と介護の両立」に向けた支援を提供してきた。

本研究では、事業開始から5年が経過し、これまでの取り組みと今後の産業CMが果たす役割について考察・発表する。

尚、産業CMはBLS独自の呼称および資格であり、日本ケアマネジメント学会「認定ケアマネジャー」または「主任ケアマネジャー」の資格を有し「ケアマネジメント力」・「相談援助技術力」と「仕事と介護の両立支援」に精通し、社内の認定を受けた者が要件となっている。現在、4名が認定を受けている。

2. 研究の方法

産業CMのサービス提供の流れを説明する。

- (1) 企業より産業CMの業務を受注・契約締結
- (2) 厚生労働省「仕事と介護の両立支援対応モデル」を基に企業の取り組み・支援メニューを確認
- (3) 育児介護休業法に基づく企業の介護支援制度、福利厚生制度の内容を確認
- (4) 「産業CM」導入に至った企業の思いを確認
- (5) 従業員（相談者）に事前個別相談シート・事前アンケートの記載を依頼
- (6) 事前相談シートを基に相談内容を確認
- (7) 回答内容及び情報提供資料等の準備
- (8) 相談時間は1人当たり50分間
- (9) 事後アンケートを回収
- (10) 報告書を作成
- (11) 企業に実施報告書を提示

<倫理的配慮> 学会発表に際し関係者の承諾を得ており、個人情報をも特定できないように配慮した。

3. 結果

産業ケアマネジャーの取り組みを通して認識した課題は3つある。

1. 産業CM側の課題

- (1) 相談は1回で終結させることが多いため、その後の仕事と介護の両立の実効性を十分にフォロー・確認できていない。
- (2) 従業員に対する相談業務以外の直接的な支援と従業員の親等の要介護者に向けた支援に関する情報提供を更に充足させる必要がある。

2. 企業側の課題

- (1) 仕事と介護の両立支援の対応は企業単位の取り組みであり、ばらつきがある。

(2) 介護離職防止への視点はあがるが、仕事と介護を両立中の従業員の「業務のパフォーマンス低下防止」に向けた視点は乏しい。

(3) 介護に対する理解が進んでおらず、ケアハラスメント防止に向けた課題がある。

3. 従業員側の課題

(1) 会社の介護支援制度や介護休業の活用方法についての理解が乏しい。

(2) 公的介護保険制度（サービス）や地域包括支援センター等を認知していない。

4. 考察と結論

産業CMを導入している企業の多くは、従業員一人あたり1回で相談を終結させるケースが多い。一方、従業員一人あたり、複数回相談に応じられる企業は「継続性」を保持することにより2つの効果が得られている。1つ目の効果は、介護離職を前提に相談にきたケースである。この場合、産業CMから人事部門に働きかけ、従業員を再フォローすることにより、早期に離職防止を支援できる。2つ目の効果は、相談にきた従業員に対して、自立支援に関する情報提供を行い介護サービスの利用に繋げ、要介護状態の維持・改善を図る支援ができる。

つまり、産業CMの役割は、①継続した従業員への支援である「家族支援」と、②要介護高齢者に向けた身体的・精神的・社会的な側面を支援する「自立支援」に向けた情報提供の2つの側面があり、この両輪が必要不可欠であると考ええる。

①に関して、石山は、在宅看取りを視野に入れた地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅で暮らす利用者を支える家族を支援する視座がケアマネジャーには必要であるとする²⁾と述べており、これはケアマネジャーだけでなく、産業CMがこの役割を担えるのではないかと考える。

②に関して、自立支援は、要介護者等がその人らしく、自由に生きたい思いを叶えるために「元気」にするものであり³⁾、また、要介護者等の自立は、家族の介護負担軽減に繋がるものである³⁾。と考える。健康意識が高まる中、従業員から「親に元気でいてほしい」、「親を元気にしたい」という相談は増加しており、自立支援への関心は高まっている。以上からのことから、産業CMによる「家族支援」と「自立支援」は、従業員の仕事と介護の両立の実効性を高めるものとして考える。

また、仕事と介護の両立支援の対応は企業単位の取組みではあるが、ばらつきが生じているため、改善および検討が必要である。例えば、介護支援制度を整備している企業であっても、その制度が周知されていない場合や「介護は個人の問題」として捉えている企業は少なくない。よって、産業CMだけでなく、仕事と介護の両立に関するセミナーの実施やハンドブックを導入するなど、企業は両立支援のための体制を整え、従業員に周知徹底する必要があると考える。また、介護休業期間の長期設定は、復帰意欲の低下や復帰後の職能に影響を及ぼすだけでなく、離職を助長させる可能性が高い。さらに、介護休業の分割取得の回数制限について、ある企業では介護の個別性を鑑みて、回数を無制限にすることで制度を活用しやすくし、仕事への影響を最小限に食い止めている。今後も、より多くの企業に産業CMの導入意義を認識いただき、従業員の両立支援や生産性維持の向上に取り組んでほしい。そのためには、国等が、産業ケアマネジャーを普及させ、両立支援のための体制構築を加速させていく必要があると考える。

【参考文献】

- 1) 平成27年度「仕事と介護の両立支援事業 介護離職を予防するための仕事と介護の両立支援対応モデル 両立支援実践マニュアル」
- 2) 石山麗子（平成24年度）「介護保険制度における居宅ケアマネジャーの家族支援と情報収集に関する研究」国際医療福祉大学・博士（医療福祉学）論文抄録
- 3) 泉 洋枝（平成28年度）「居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に対する意識とケアマネジメント実践から浮かび上がる課題に関する研究 国際医療福祉大学・博士（介護福祉・ケアマネジメント学）174-175頁

N-3 「介護者だって楽しんでいい」第2号被保険者 家族介護者への支援 ～自己実現を多職種間でオープンにした一考察～

藤原 弥也

(堺市医師会ケアプランセンターいずみの郷・6201)

1. 研究の目的

ケアマネジメントの対象者は、利用者とその家族である。家族介護者を中心として、家族を利用者と同様に支援の対象者としてとらえ、自己実現の視点を持って支援を行うことが必要である。特に、第2号被保険者の家族介護者は、社会生活の中で様々な自己実現に向けて活動していることが多く十分な理解力、自己表現力もある年代と言える。しかし、介護がすべての生活になると、自己実現のための自己表現が正しくできなくなる場合がある。今回、そのような家族介護者に対し、自己実現のニーズを引き出し多職種間で肯定し良い結果が得られたので、その有用性について考察し発表する。

2. 研究の方法

利用者への支援経過記録のなかから、家族介護者の状況とケアマネジャーの働きかけについて抽出し、振り返りを行い考察した。倫理的配慮として、本人、家族に研究目的と、個人が特定されないよう、匿名性に配慮する旨の説明を口頭にて行い、学会発表の承諾を得ている。

【事例概要】

Aさん 50歳後半 男性 要介護3 日常生活自立度：B1 認知症自立度：Ⅱb

妻と2人暮らし 脳梗塞後遺症にて右半身麻痺 職場復帰を目標にリハビリに対する意欲が高い
(利用サービス) デイケア、訪問リハビリ、福祉用具貸与、ショートステイ

妻 50歳後半 Aさんの介護のため長年勤めていたパート先を退職 社交的な性格で、友人たちとの外出や食事会、体操教室への参加など活動的に過ごしていた。一人で夫を介護することへの不安はあるが、Aさんの目標を支援したいと意欲的であった。

【支援経過】

- ・サービス開始4ヶ月後頃：在宅介護に対して意欲的・積極的であった妻から後ろ向き発言が出始める。「家の介護でよかったのかな」「本人は家では寝てばかり。口では頑張るというけどやる気がみられない。私がないほうがいいのかも」デイケア事業所に対しては『デイケアでちゃんとリハビリをしてもらっていない』『送迎時の職員の対応が横柄で親切でない』『送迎時間の連絡がないし、大きく時間がずれる』『何度お願いしても連絡が遅い』など。入院中とは異なる自宅の環境で、ドアの開閉など些細な支援の必要なことに拘束感を感じるとともに、思うようなAさんの運動機能面の改善が見られないこと、本人の意欲が感じられない言動にいら立ちの様子がみられた。また、介護職員との関係性の構築にストレスを感じている様子も見られた。定期訪問時には、Aさんと妻の同時面接であったが、Aさんの気分を害しないよう配慮しながら妻には介護に対する慰労と訴えの傾聴をするようかわりをもった。適度な距離感を保つためショートステイ利用を提案したが、Aさんの拒否により導入には至らなかった。
- ・サービス開始6ヶ月頃～1年：デイケア事業所を変更。半月過ぎから妻より再びクレームが入り始める。『送迎時間が定まらない』『家人が介助しているとみているだけで支援をしてくれない』『夫の扱いがぞんざい』『帰宅時間を聞いて早くから準備しているのにその時間に戻らない』など。ちょうどAさんの自宅での転倒事故が続き一時入院や病院でのトラブルなど妻の心労も重なった時期。住宅環境の見直しで住宅改修

中からショートステイ利用も始まり、不定期利用となるもAさんは乗り気でなく利用のための説得にもストレスを感じている様子みられた。ショートステイ事業所に対しても『送迎時間』『職員の対応』『サービス利用中の支援内容』などデイケアの時とほぼ同様のクレームが続く。サービス担当者会議など開催し、了解のもと調整行いもしばらくすると同様のクレームが入る。定期訪問の面談をAさんと妻の同時面接から、別々の面接に変更。引き続き介護に対する慰労を行うとともに最小限の問いかけで、できる限り積極的傾聴を行った。また妻に対し自身のやりたいことはないかを中心にアセスメントを行い、自己実現について面接の合間に問いかけるようにしてかわりを持った。その結果、Aさんの介護開始前の妻のプライベート生活について話が聞け、以前のように友人と趣味の外出や、時間に縛られずに自身の健康のための活動をしたいとの要望が引き出せた。しかし、「自宅で介護をする」と決め他人に介護を支援してもらっているのに、自分の楽しみを優先したいとは言い出せない。自由に動けないAさんに対しても罪悪感を感じるとの思いも聞かれた。ケアマネジャー一人が肯定しても妻の気持ちを変えるのは難しいと考え、Aさんを含めた支援者（多職種）にも妻の思いを共有してもらうことを提案し、何度かの面接の後、承諾を得た。サービス担当者会議の目的を、Aさんと妻への支援の再確認（妻の自己実現をオープンして肯定する）として事業所を招集した。Aさんには自宅での生活を安定して続けるため、妻の思いをみんなで共有したいと説明し、出席の了承をえた。サービス担当者会議は、妻自身の自己実現と楽しみながら介護したいとの思いを語ってもらい、多職種からはそれぞれ介護者であっても楽しみをもって生活することは必要なことであると肯定的に発言をしてもらった。そのために可能な限り妻の自己実現の時間確保が出来るよう、Aさんに必要なサービスの調整と提供を行う旨の提案があった。

3. 結 果

妻からは「介護者だって楽しんでいいんやね」「胸のもやもやが出て言った感じ」との意見があり、職員の態度や時間に対するやや神経質すぎるクレームや介護に対する後ろ向きな発言は減少した。その後Aさんからは「お母さん（妻）のために、介護を気にせずゆっくり外出できる時間を作ってあげたい」「リハビリのため定期的にショートに行く」といった発言があり、妻の希望日などを聞いて積極的にショートステイを希望するようになった。多職種からは適宜妻に対して自己実現に対する配慮の声掛けがされるようになり、肯定の支援が継続された。

4. 考察と結論

家族介護者である妻に対し、自己実現に対する支援の視点でかわりを持ったことで、思いを引き出し多職種間でその自己実現をオープンにし肯定することができた。単に事業所に対するクレームの減少だけでなく利用者自身からの前向きなサービス利用にもつながり、結果妻の自己実現の時間の確保ができた。これらのことから家族介護者に対し、『支援を受ける対象者』であること、『自己実現への支援』への視点を持つことが重要であると言える。また十分な理解力、自己表現力を持っている第2号被保険者の家族介護者であっても、『介護がすべて』の生活になるとストレス発散や気分転換の機会を失い『良い精神状態を保つことが難しく精神的に追い詰められていく』ことが明らかになった。この事からもケアマネジャーは利用者と同様、家族介護者に対して自己表現が出来るよう支援を行い、多職種間で自己実現をオープンにし肯定することは有用であると言える。

【参考文献】

- 白澤政和「ケアマネジメントの本質」中央法規
認定ケアマネジャーの会「ケアマネジメントのエッセンス」中央法規

N-4 家族介護者のニーズに対応する効果的な支援方法の検討 ～ 病院支援者と在宅支援者の実践過程を通して ～

相山 馨

(富山国際大学・3638)

1. 研究の目的

現在、「老老介護」「ダブルケア」「介護離職」等の「複合的課題をもつ家族」が増加している。介護疲れや介護ストレスに起因する高齢者虐待、介護殺人、介護心中は後を絶たず、本人のQOLを確保し、向上させていくには、家族介護者のニーズに的確に対応する支援方法の確立が急務である。これまでの家族介護者に対する支援は、在宅で介護をしている中で生じるニーズに対するアプローチがほとんどである。しかし、要介護のきっかけや要介護度の重度化は新たな疾病の発生や悪化によるものが多く、効果的な家族介護者支援を展開するには、病院と地域の支援者の連携が重要になると考えられる。そこで、本研究では、複合的な課題をもつ家族介護者のニーズを把握するとともに、病院と在宅の支援者から家族介護者に対して実践された支援内容を分析することにより、家族介護者への効果的な支援方法について検討することを目的とする。

2. 研究の方法

本研究では、精神科の病院から在宅への入退院を経験している3事例を対象にヒアリング調査を実施した。ヒアリングの対象者は、複合的課題を持つ家族介護者、その事例を担当している病院支援者（精神保健福祉士）、在宅における本人の支援者（ケアマネジメント担当者等）、家族介護者の支援者（地域包括支援センター職員等）である。家族介護者に対しては、入院中や退院後の在宅生活で抱えていた不安や困難、要望する支援を中心にヒアリングを行った。また、支援者へのヒアリングでは、患者本人や家族介護者への支援内容を辿りながら、収集している家族アセスメントの情報や活用しているツール、家族介護者に実践した効果的な支援、活用性の高いと考えられる社会資源等を把握した。

【倫理的配慮】

調査対象者には十分な説明を行い、文書にて了承を得た。調査の趣旨・方法と共に、回答を拒否しても不利益が生じないこと・調査データの保管方法・研究報告におけるプライバシーの保護などの研究倫理については、文書を用いながら口頭で説明し、了承を得た。また、富山国際大学倫理委員会の承認を得ている。

3. 結 果

家族介護者へのヒアリングの結果、本人の入院中に家族介護者が抱える不安や困難については、自分自身の在宅介護に対する不安、在宅サービスを利用することに対する不安、在宅での新たな支援者と関係をつくっていかなければならないことに対する不安、他の家族との関係から生じるストレス等があることが確認された。また、退院後の在宅生活では、今後の生活に対する不安、本人優先になり、自身の治療等のセルフケアが後回しになることから生じる家族介護者自身の体調不良、本人も含めた他の家族との関係性によるストレス、地域の人との関わりから生じる煩わしさ等があった。要望する支援としては、サービス利用料の軽減、移動サービス、遠慮なく安心して愚痴が話せる場の確保等があげられた。また、支援者へのヒアリングからは以下の点が明確になった。まず、家族のアセスメント情報を把握する方法としては、どの支援者も患者本人のアセスメントに付随する情報として把握されており、アセスメント項目は「家族構成」「介護力」を中心としたものであることから、家族介護者が抱える問題に関する情報はアセスメントシートに記載されるとは限らない状況であった。家族介護者に実践されている支援としては、病院支援者は在宅サービス等の利用手続きのサポー

トとともに、在宅介護に向けての不安や家族間に生じている悩みを受け止めるといった精神的なサポートがあった。また、家族介護者が患者本人の病状や本人が抱えている生活のしづらさを理解できるように支援するとともに、家族介護者の介護が患者本人にとって過剰なものにならないようにする支援、患者本人の自己決定を尊重できるようにする支援が行われていることが明確になった。また、在宅の本人支援者からは、家族介護者の介護負担に配慮しながら訴えを傾聴し、精神的負担の軽減に向けた支援や、家族関係の軋轢から生じる精神的な葛藤やストレスに対する支援が実践されていた。そして、家族介護者の支援者は、本人支援者からの依頼によって介入しており、家族介護者自身がもっている力を推し量りながら、支援者との連携のもと関わっていた。

支援者自身が実践過程を振り返る中で効果的だったと考える家族介護者支援としては、病状や介護、サービスについて、その家族介護者がわかるような伝え方の工夫をすること、入院中の一時外泊や在宅介護の体験をしたり、在宅サービスをお試し利用したりすることで、不都合な点を事前に把握し、退院に向けて改善策を講じること、家族介護者が抱えている不安や悩みを傾聴し、そのつらさや大変さを病院支援者と在宅支援者との情報を共有し共通理解すること、家族それぞれの考えや関わり背景、葛藤が生じている要因を把握すること、今ある家族関係に至るプロセスを理解した上でサポートすること、家族介護者の変化を捉え新たな課題を早期発見すること、地域の関わり歴史や地域性を理解して支援を進めること等があげられた。また、活用性が高いと考えられる社会資源としては、家族介護者が遠慮なく安心して愚痴を話せるサービス、家族介護者が安心して介護から離れて過ごすことができる地域の見守り体制、いつでも自由に立ち寄れる家族介護者カフェ等があった。

4. 考察と結論

家族介護者が抱える精神的な負担やストレスは、患者本人の入院中から生じており、在宅介護がはじまってから生じるものではないことが明確になった。また、病院と在宅では支援者が変わるため、家族介護者にとっては、新たな関係をつくっていかなければならないことに対する精神的な負担が存在することも明らかになった。また、家族介護者が抱えている精神的負担やストレスは介護に起因するものだけではなく、家族介護者自身に関するものや家族関係によって生じるもの、地域やサービスとの関係によるものがあるということがわかった。

家族介護者を効果的に支援するには、病院と在宅の支援者が連続性をもって関わるのが重要であり、病院支援者と在宅支援者が共通の認識と理解のもと、一つの支援チームとして包括的な支援を展開することが重要である。そのためには、まず、支援者は家族介護者がホッペを話せる関係をつくとともに、患者本人と家族介護者との関係性だけではなく、患者本人と家族介護者以外の家族との関係性、家族におけるそれぞれの関係性、家族と地域との相互の関係性を明確に捉えて支援することが必要である。また、そのためには家族介護者を支援する個人として捉え、その特性やもっている力をアセスメントし、家族介護者にわかるように伝えていくこと、家族介護者が自身のセルフケアを意識できるように関わっていくことが大切であり、それは「家族介護者の自立支援」にもつながるものであると考えられる。また、このような実践には、病院と地域の支援者が共通認識と共通理解をもちながら、家族介護者の課題を個人・家族・地域の相互関係から捉えることができるアセスメントツールの開発と病院と在宅の支援チームによる包括的な支援体制の構築が必要になると考えられる。

なお、本報告はJSPS科研費19K02253の助成を受けたものである。



【実行委員会】

大 会 長	福富 昌城（花園大学）
実行委員長	高木はるみ（社会福祉法人京都福祉サービス協会 朱雀事務所）
実 行 委 員	今松 一郎（京都市本能地域包括支援センター）
	川添チエミ（一般財団法人 仁風会 嵯峨野病院居宅介護支援事業所）
	甲田由美子（京都民医連中央病院患者総合支援部門部長、患者総合サポートセンター長）
	佐藤 弓子（医療法人福富士会 居宅介護支援事業所）
	中吉 克則（訪問看護ステーション まごころ24）
	長谷川隆司（カノンしもがも居宅介護支援事業所）
	堀田 裕（公益社団法人 京都府介護支援専門員会）
	村上 晶之（和束町在宅介護支援センターなのはな）
	松本 善則（公益社団法人 京都府介護支援専門員会）

【プログラム委員会】

委 員 長	小澤 温（筑波大学大学院・人間総合科学学術院 リハビリテーション科学学位プログラム・教授、学会理事）
	遠藤 英俊（聖路加国際大学・臨床教授、学会理事）
	落久保裕之（医療法人裕心会 落久保外科循環器内科クリニック院長、広島県介護支援専門員協会 会長、学会理事）
	岡田 直人（北星学園大学 社会福祉学部 福祉計画学科・教授、学会理事）
	石山 麗子（国際医療福祉大学大学院 教授、学会理事）

禅仏教精神によって、
自ら考え、自ら判断し、
自ら行動できる
自律した人になる。

花園大学

新しい学びの世界へ 文学部

3つの学科を設置。それぞれの学科の規模は、専門的でコンパクトになっており、密度の濃い内容の教育研究を展開しています。また、自分の所属する学科以外の授業も選択可能。「知りたいことをもっと深く学べる」「ほんとうにやりたいこと」のできる環境です。粘り強く研究を積み上げていくという文学部ならではの学びを展開し、持続力、思考力、広い視野などを修得。社会で役立つ実践的な能力・資格を得るための各種サポートも充実しています。

仏教学科

日本史学科

日本文学科

(日本文学コース・書道コース)

歴史に培われた教育を展開 社会福祉学部

高齢化問題などが今ほど重要視されていなかったころから、「社会福祉学」の教育・研究をスタート。それから50年以上の歴史を重ね、全国の福祉系大学の中でも屈指の実績を誇る大学として高い評価を得てきました。そして現在、環境が変わり、社会はさまざまな問題を抱えています。その変化に対応し、課題を解決する力を備えた人材の育成が急務であると考え、「臨床心理学科」、「児童福祉学科」を開設。社会の変化に対応し、常に進化し続けています。

社会福祉学科

臨床心理学科

児童福祉学科



詳しくは花園大学ホームページをチェック!!



花園大学

〒604-8456

京都市中京区西ノ京壺ノ内町 8-1

TEL:075-811-5181(代表)

<https://www.hanazono.ac.jp/>