

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）
大学院医療福祉学研究科博士課程

居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を
不可能と判断する要因についての研究

平成 26 年度

保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野・
ケアマネジメント学領域
学籍番号：12S3057 氏名： 南 幸子
研究指導教員： 竹内 孝仁教授
副研究指導教員： 井上 善行先生

目次	頁
I. はじめに	1
1. 研究の背景	1
II. 研究目的	5
1. 本研究の目的	5
2. 先行研究	5
III. 研究方法	8
1. 研究のデザイン	8
2. 調査1の方法	8
3. 調査2の方法	9
4. 用語の定義	11
5. 倫理上の配慮	11
IV. 研究結果	12
1. 調査1の結果	12
1) 基本集計の結果	12
2) 各項目のクロス集計とKruskal-Wallis検定の結果	18
3) 個別ケースに関する結果	35
2. 調査2の結果	60
1) インタビュー協力者の基本情報	60
2) 抽出された全カテゴリーの結果の概要	60
3) カテゴリーの詳細	69
(1) 【本人は在宅生活を希望】の説明	69
(2) 【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】の説明	69
(3) 【在宅生活維持の阻害要因】の説明	70
(4) 【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状況】の説明	76
(5) 【本人と介護者の主体性の尊重】の説明	78
(6) 【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】の説明	80
(7) 【ケアマネジャーの未熟】の説明	82
(8) 【ケアマネジャーの質の評価】の説明	86
(9) 【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の説明	86
(10) 【専門職ケアマネジャーとしての知識・技術を得る手段】の説明	90
(11) 【サービスの展開におけるチームアプローチ】の説明	94
(12) 【質の高いマネジメントの提供】の説明	98
(13) 【質の高いサービス事業所の利用】の説明	103
(14) 【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】の説明	106
(15) 【最後まで在宅生活支援】の説明	108

(16) 【入所に向けての行動】の説明	109
(17) 【施設入所後のケアマネジャーの思い】の説明	112
(18) 【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】の説明	114
(19) 【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の説明	117
4)各カテゴリーの関連	121
V. 考察	146
VI. 結語	162
本研究の限界と課題	163
謝辞	164
引用及び参考文献一覧	165
資料	169

居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因 についての研究

要旨

本研究は、ケアマネジャーが要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因を明らかにすることを目的とし、調査1では2,083の居宅支援事業所のケアマネジャーに質問紙調査、調査2ではケアマネジャー12名に半構造化インタビューを行った。

調査1では、ケアマネジャーは在宅生活維持の可能性を見出す努力をしているが、本人や家族の希望を重視して入所に向けて行動する傾向があることが明らかになった。調査2では、本人・介護者の要因が何であれ、ケアマネジャーの施設入所に対する考え方を土台にした情熱と信念・実践力・ネットワーク形成力が強いと、質の高いチームアプローチにつながり、成功体験を重ねることで在宅維持の確信が生まれ、さらに知識・技術を向上すべく努力することが、施設入所か否かの判断に影響することが明らかになった。

結論として、在宅生活の維持を進めるには、ケアマネジャーの実践力を鍛錬する場の充実と経験の蓄積が重要であることが示された。

キーワード： ケアマネジャー 在宅生活支援 施設入所 自立支援

A Study on the Factors that Lead Home Care Managers to Determine the Impossibility of the Elderly who Require Care to Continue Lives at Home

Abstract:

This study aimed to clarify the factors that lead care managers to determine the impossibility of elderly people who are in need of care to continue their lives at home, and a questionnaire survey was conducted for 2,083 care managers in the study 1 and semi-structured interviews were carried out for twelve care managers in the study 2.

The study 1 revealed that although care managers made efforts to find the possibility of maintaining home lives for the elderly, they had a tendency to act towards the elderly's admission to a care facility by considering the wills of the elderly and their family.

The study 2 revealed that regardless of the factors that affected the decisions of the elderly and care givers, when a care manager had strong passion, belief, practical skills and networking capability based on their view on the admission of the elderly in care facilities, it led to high-quality team work. This also helped the care manager to build confidence in maintaining the elderly's lives at home by gaining successful experiences, and they would make further efforts to improve their knowledge and skills. The study shows all those aspects influenced the decision of whether or not to put the elderly into care facilities.

In conclusion, the study demonstrates that it is important for care managers to gain broad experiences and to enhance the field for them to improve their practical skills in order to promote maintaining the elderly's lives at home.

Key word: Care manager, Home care support, Admission in care facilities, Support for independent living

I. はじめに

1. 研究の背景

1) 介護保険をめぐる現状

わが国では、65歳以上の高齢者人口の比率（高齢化率）が年々増加する傾向にある。高齢社会白書¹⁾によれば、2013年の高齢化率は25.1%（前年は24.1%）すなわち4人に1人の割合となっており、いわゆる「団塊の世代」の高年齢化に伴って2035年には33.4%（3人に1人の割合）、2060年には39.9%（約2.5人に1人の割合）に上昇すると推計されている。高齢者世帯を世帯構造別にみると、2013年時点では「単独世帯」が573万世帯（高齢者世帯の49.3%）、「夫婦のみの世帯」が551万世帯（同47.5%）となっている。

このうち、在宅介護を必要としている65歳以上の高齢者については、厚生労働省の2014年7月発表²⁾によると、「老々介護」すなわち65歳以上の家族が主要な介護者を担っている割合が2013年時点で51.2%となり、初めて5割を超えた。65歳以上同士の老々介護においては介護する側の68.1%が女性であることから、高齢の妻に負担のかかっている可能性が高いと分析されており、また、高齢のみか、高齢者と18才未満の未婚者が一緒に暮らす世帯が2010年より全世界帯の23.2%を占めるなど高齢世帯が拡大する傾向から、老々介護は当面減らないと予測されている。

これらのことを見据えて、膨らみ続ける介護保険費や医療保険費に歯止めをかける見直しが進められている。2013年度には地域包括ケアシステムの実現を目指すため、訪問介護と訪問看護が密接に連携した「定期巡回・随時対応サービス」や、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を合わせ持つ「複合型サービス事業所」等の在宅サービス拠点の充実や、サービス付き高齢者向け住宅などの整備を進めている。住み慣れた地域での生活をできるだけ維持していくためには、地域における包括的かつ持続的な在宅医療・介護の支援を提供する必要がある。平成25年度からの医療計画には、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記すべきとされた。そして、2014年6月18日には、医療・介護総合推進法が成立し、要介護者向けの訪問・通所介護事業は市町村に移し、特別養護老人ホームの新規入所は原則として要介護3から5に限定され、一定以上の所得者に対する利用者負担は2割に引き上げられ、介護施設に入所中の低所得者向けの補助は縮小されることとなった。この制度変更は、介護費がかさむ施設より自宅での暮らしを長く続けてもらう狙いもあるが、現状の在宅サービスは十分とは言えない。たとえば、24時間定期・随時訪問介護看護サービスの実施割合は、介護保険を運営している自治体の1割にとどまり、9県では0割であったこと³⁾（2013年9月時点の厚生労働省調査報告）にみられるように、とても定着しているとは言い難い現実がある。

2) 高齢者介護、施設の現状

一方、内閣府の「高齢者の健康に関する意識調査」⁴⁾（2012年）によれば、介護を受けたい場所に関して最も多かった回答は「自宅で介護してほしい」（34.9%）であり、続いて「病院など

の医療機関に入院したい」（20.0%）、「介護老人福祉施設に入所したい」（19.2%）、「介護老人保健施設を利用したい」（11.8%）の順となっている。また、「自宅で最期を迎えることを希望」する人は54.6%（男性62.4%、女性48.2%）あり、「臨終の際の棲家は在宅で」と考えている人が約半数を占めている。が、実際には、介護者の高齢化による老々介護世帯や独居老人世帯の増加に伴い、「家族の負担」や「急変時の不安」から約80%が医療機関で亡くなっている。このことは、本人たちが家で最後まで過ごしたいと望んでいても、その希望がかなわない現状を示している。他方、介護や療養が必要となっても、地域との関わりを持ちながら自分の意思で生活の場を選択できるような環境が大切であり、個人の尊厳が尊重される社会の実現が必要である。

しかしながら現実には、施設入所となるケースが増えてきている。厚生労働省⁵⁾は2014年3月25日、特別養護老人ホームの入所待機者数が全国で52万3584人にのぼると発表した。このうち、59.5%（34万5233人）は要介護度が3以上となっている。入所の必要性の高い要介護度が4または5の入所申込者は、約8.7万人おり、前回調査の2009年度から4年間で24%（約10万人）増加している。待機者の増加理由については、「定員の拡充を上回る高齢化や、将来のために申し込む人の増加ではないか」と厚労省の担当者はみている。

ところで、介護保険で利用できるサービス施設には、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス等）、サービス付高齢者向け住宅、認知症高齢者グループホームなどがある。特別養護老人ホームは、施設サービス計画に基づいて入浴・食事等のサービスを提供するもので、要介護1以上の人が利用できる。利用料（利用者負担）は、介護保険の一割負担分と居住費・食費である。居住費・食費の額は施設によって異なるが低所得者には自己負担限度額が設定される。

介護老人保健施設は、在宅生活復帰をめざすための施設であり、施設サービス計画に基づき看護・医学的管理の下で介護・機能訓練等のサービスを提供する施設である。

有料老人ホームには、介護付き、住宅型、健康型の3種類があり、入居者に（1）食事の提供、（2）入浴・排せつ又は食事の介護、（3）洗濯・掃除等の家事又は健康管理のいずれかのサービスを提供する施設である。

サービス付高齢者向け住宅では、高齢者の居住の安定を確保するためバリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携した高齢者支援サービスを提供する。

認知症高齢者グループホームでは、利用者がそれぞれの役割をもって共同生活し、家庭的な環境で日常生活を送る中で入浴や食事等の介護サービスを提供する。原則として、要介護度1以上で比較的安定状態の認知症状の人が利用できる。

家族が施設等（特養やそれ以外の施設等）の入所を申し込んだ理由⁶⁾としては、「本人の状態が変化し、「自宅生活が困難」、「家族が介護を続けることが困難」がともに70%前後あり、「今は自宅で生活できるが、将来に対する不安を感じた」が46.2%であった。特養以外の施設入所者の家族（現在の施設に入所した後に特養を申し込んだ人のみ）が特養を申し込んだ理由としては、介護老人保健施設では「当初の退所予定がきたから」、グループホームでは「より介護が必要になったから」「費用が安いところに入りたから」「認知症の症状が進んだから」という回答が多いと報告されている。

3)在宅介護や施設入所の相談体制

このような施設入所待機者急増の背景には、介護保険をめぐる現状でも挙げられたように、在宅サービスの量的かつ質的な充足が達成されていない現状がある。

介護保険法はその制度当初よりこうした在宅サービスの充足をめざし、これを利用者に対して適切に提供できる体制を実現するために、ケアマネジメントという手法を導入した。このケアマネジメントを行う専門職種として介護支援専門員という資格が創設された経緯がある。この介護支援専門員は、その求められるケアマネジメントを行う者という意味を込めて一般に、あるいは時に行政文書の中でも、ケアマネジャーと呼称されている。本論文でもこれ以降、特に断りがない限り、介護支援専門員をケアマネジャーという語で呼ぶこととする。

ケアマネジャー業務の基本理念は、介護保険法第2条の4に「要介護者等が可能な限り居宅において、有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように支援すること」とされている。すなわち個々の利用者に対しニーズに適切に対応できているサービスを調達し在宅での生活を維持・推進していくための在宅支援を行うことがケアマネジャーの業務である。

高齢者の介護に関する相談先・ケアマネジメントを行う問い合わせ先は、ケアマネジャーの勤務先となる居宅介護支援事業者だけでなく行政の福祉保健センター、地域包括支援センターなど、さまざまな機関がある。しかし、地域住民や高齢者が入所を考える際、どこにどのような施設があるか、施設入所を申し込み手順がわからないことが多い。そのような場合、専門職として相談する相手先としては、介護保険サービスを利用していない場合は地域包括支援センターが、介護保険を利用している場合は担当ケアマネジャーに相談している。つまり要介護者の施設入所相談の多くを担当ケアマネジャーが担っていると言える。

特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業⁷⁾によると、申込者家族に関して施設入所検討時のことを知っていたケアマネジャーに対し、当時の入所申請に関する見解をたずねたところ、「自宅生活が難しくなっており、施設入所が望ましい」、「自宅生活は可能だが将来のために申込した方がよい」という回答がいずれも半数弱あり、また入所先として「特養だけを検討する」という回答が63.8%あった。(大半の在宅申込者は、特養申込にあたってケアマネジャーからの支援を受けており、介護全般に関する相談や施設に関する情報提供、入所申請の手伝い等を多く受けていた。)特養申込にあたってのケアマネジャーからの支援の有無およびその内容を「家族票」「職員票」の双方からみると、大半の申込者家族は「特養の検討に際してケアマネジャーの支援を受けた」と回答しており、ケアマネジャーの回答とほぼ一致していた。多くの場合、「生活や介護全般についての相談」、「特養に関する情報提供」、「入所申請の手伝い」についての支援を受けている。これらの報告に見られるように、ケアマネジャーがどのように施設入所に関する相談に対応するかが、施設入所するか否かに大きく影響を与えていると思われる。

4) 研究の動機

本来、介護保険は、高齢者が介護を必要とすることとなっても、自分の持てる力を活用して自立して生活することを支援する「自立支援」を目指すものである。その根底にあるものは「尊厳の保持」であり、介護保険は在宅重視を目的のひとつに掲げている。しかしながら、特別養護老人ホームの入所申込者が増え続けている。入所申込者のうち施設スタッフから見て入所が必要と判断できるケースは3割に過ぎず、残りの約6割は在宅生活の継続が可能なケースである（うち2割は家族が入所を希望している）とされている。入所希望の理由は様々で、その希望を受ける形でケアマネジャーが入所手続きを受けている現実が多く見られている。ケアマネジャーは、在宅支援が困難なケースに対しても、専門的な知識・経験や工夫を活かして要介護者やその家族の立場に立って在宅生活が維持できるように支援していく役割を持っている。よって施設入所に対しては慎重かつ適切な判断がなされなければならない。また在宅生活を支援すべきケアマネジャーが、施設入所の受け入れ手続きを進めることもしばしばある。その時に、ケアマネジャーが在宅支援をあきらめるに至った要因を知ることは、今後の在宅生活を支援するケアマネジメントに重要な示唆を与えると思われる。

II. 研究目的

1. 本研究の目的

本研究では、ケアマネジャーが要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因を明らかにする。また、ケアマネジャーが在宅生活の限界を判断する視点や、ケアマネジャーの在宅支援に関する知識や意欲が在宅生活継続に与える影響について明らかにする。そしてこれらの結果に基づき、在宅生活継続を可能にするための方策に関する示唆を得ることを目的とする。

2. 先行研究

ケアマネジャーが要介護高齢者の在宅生活の可否を判断する要因に関連のある先行研究としては、施設入所を希望する理由、在宅生活維持のための家族支援、特別老人ホームの待機者に関する研究や報告は多く見られた。看護領域の在宅支援に関する研究も多くあった。しかし、ケアマネジャーが要介護高齢者の在宅生活の可否を判断する要因についての研究は見当たらなかった。

以下では、本研究テーマに近い先行文献として、在宅生活維持のための連携やチームアプローチ、家族支援および介護スタッフに関する研究を列挙する。

1) 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究⁸⁾

医療経済研究機構の大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究によれば、介護ケアの必要な高齢者が自宅あるいはそれに近い住まいでの暮らしを望む場合、不適切な移動を伴わずそれらの継続が実現されるためには、どのような課題が存在し、どのような支援や制度等の改善が必要かについて述べている。

在宅生活継続が困難となる重要なきっかけとしては、「家族が在宅以外を希望した時」・「家族介護力の確保が難しくなった時」・「家族介護負担」のそれぞれに関連するものが上位理由として挙げられている。また、「家族の介護負担への支援の必要性」、「独居高齢者および高齢者のみ世帯への支援の必要性」の指摘のほか、「家族介護者によって提供される支援の位置付け」や「家族の介護機能がますます弱体化する中での生活援助のあり方」についての議論が必要であると述べている。

さらに、「在宅生活の質が低い中で在宅生活を継続するよりも施設等へ移行する方が環境改善等の面でも良好になると利用者本人や家族が判断した可能性もある」としており、「移行事例の方が在宅生活の質が良好ではない場合の要因分析」の必要性についても触れている。このほか、現行政策においては在宅継続を推進していく方向性が示されているが、在宅生活継続にあたっての生活面での質的低下の実際の程度や許容レベルについて、今後さらなる議論を進めていく余地があると述べている。

2) 「高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査」中間報告書（平成26年1月桑名市地域包括支援センター⁹⁾

桑名市地域包括支援センターの「高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査」中間報告書によれば特別養護老人ホームの入所待ちが非常に長い状態であること、有料老人ホームやサービス

付き高齢者向け住宅のような在宅扱いされる施設の開設といった現状にみられるように、高齢者が地域で暮らすことが困難になってきているとした上で、医療機関での治療、施設での介護、居住施設での見守りなどを必要とする高齢者がたくさんいると述べている。

一方、高齢者はそうした機関や施設に入ることによって治療や介護・見守りといった安心を得る代わりに、地域生活の継続を断念することにつながるという問題点を指摘している。たとえば、重病で入院した独居高齢者が治療とリハビリテーションに取り組み徐々に快方へ向かったとしても、本人・親族や周辺の医療・福祉関係者が「在宅生活は困難だろう」と判断して各種施設へ入所することになることが多々あることを例として挙げている。すなわち、在宅生活の困難な面のみに着目し、そこに横たわる課題の発見と解消に取り組むことなく、在宅生活という選択肢が失われてしまっている問題、あるいは、実体の見えない漠然とした不安があることを理由に地域で暮らすという選択肢が提示されず本人も選択し得ない問題があるとしている。

こうした在宅生活が困難な要因としては、火の不始末、徘徊、消費生活被害、急変、孤独死などの不安要素があることを認めつつも、「安易に入所を選択する傾向が強まっていること、ならびにこの傾向が一般市民のみならず医療・福祉関係者でより一層強くなっているように思われる」、と述べている。よって、「仕方がないから入所する」といった選択肢をすぐに提示するのではなく、「なぜ在宅生活ができないのか」という原点に立ち返って考え、「その背景に横たわる課題を見出し、可能な限り地域で暮らし続けられるように支援する努力をするべき」と提言している。

3) 武蔵野市ケアマネジャーアンケート調査¹⁰⁾

平成 26 年 1 月 20 日～2 月 3 日に実施した武蔵野市のアンケート調査によれば、施設入所が好ましいと思われるケースの有無については「ある」という回答が 48.1%あり、その理由や根拠としては、「認知症で一人暮らし」、「家族の介護が限界、または家族介護が得られない」、「身寄りのない一人暮らし」、「自己管理・自宅での清潔保持が困難」の 4 項目が挙げられている。入所を意識する要因としては、「徘徊がひどくなったとき」、「介護してくれる身内がいなくて」、「火の不始末が目立ち始めたとき」があり、それぞれ 30%を超えたとしている。

また、武蔵市内の介護老人福祉施設増床の必要性については「必要である」という回答が 56.0%を占め、介護老人福祉施設の入所条件が要介護度 3 以上になる事については「要介護度 1 ないし 2 かつ認知症の高齢者の中には常時見守りが必要な人もいるため問題である」という回答が 67.3%もあったと報告している。

4) 中・重度要介護者の在宅療養継続に関する家族対処評価モデルの構築およびそのモデルの利用可能性¹¹⁾

堀口は介護家族にとっての介護支障要因や介護継続可能要因に関して、中・重度要介護者の介護家族への質的調査を行ない、在宅介護生活継続を可能にする家族の要素の抽出、評価指標の調査に基づく介護家族の類型化を試みるとともに、看護師の支援方略を構築している。

在宅介護生活継続を可能にする家族の認識と対処行動の抽出・分析においては、『気分転換』、『介護におけるペース配分』、『公的支援追求』、『介護役割の積極的受容』、『介護役割充足感』と

いう尺度、および、【生活と介護のバランス】、【緊急事態への心積り】、【家族介護肯定感】、【家族介護充足感】、【在宅介護の受容】という共通因子を導き出しており、特に【家族介護肯定感】の向上が介護継続には重要であると述べている。

階層的なクラスター分析による介護家族の類型化では、『平均群』、『介護サービス低群』、『緊急対応低群』、介護サービス依存群』、『全体高群』、『全体低群』の6タイプに分類している。それらの特徴としては、『全体高群』は要介護者・主介護者とも高齢で介護相談者率も高く、『介護サービス低群』では要介護者の年齢が低くて医療的ケア数が多く（医療的支援が十分に活用されていない可能性）、『介護サービス依存群』では医療的ケア数が少なく介護相談者率も低く（介護家族内外の積極的な介護状況改善努力に乏しい）、『全体低群』では主介護者の年齢・主観的健康率が低くて介護相談者率も最も低い（介護家族への精神的・身体的な支援が重要）、と報告している。

また、【家族介護肯定感】を形成・向上させるための支援としては、①看護師が療養者や家族との「信頼関係の形成」ができるよう療養者や家族の意向を確認しながら家族の納得を得た段階的な支援、②専門職からみた家族の強みをフィードバックし家族員の気持ちを代弁するなど「家族員間の良好な関係性」保持のための関わり、③介護家族の負担を気遣いつつ家族の「感情の表出」ができる場の設定や労いの言葉かけあるいは家族の話の傾聴といった「感情の揺れに寄り添う」支援、を挙げている。

さらに、介護がうまくいかないことなどに捉われないよう他方法の提案や介護から解放される時間を作る提案するなどの「思考の変容」の促し、その家族で実現可能な介護方法を示すことにより「介護の成功体験」が得られるように調整、家族の介護方法を否定せず介護に対する姿勢を認めるなど家族が行っている介護を「家族自ら承認」して「介護役割の達成を実感」できるような支援、によって家族は介護の充実感が得られるようになり、その結果として家族の「潜在的な力」を引き出すことに成功している、と述べている。

このほか、介護方針決定における留意点として、療養者の希望の再確認や個々の家族員が気持ちを表出できるような話し合いの機会を持つように働きかけ「家族の合意形成」を促すこと、療養者の状態の重症化に接したときの病状の進展に関する説明実施と「緊急事態に対する心積り」のための家族の話し合いを促すこと、不可避な現実を介護家族が受容していく過程での家族の療養者に対する思いを傾聴し療養者との「時間を大切に過ごせる」ための環境整備を支援すること、を挙げている。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

2つの調査を行った。

調査1では、ケアマネジャーが要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象にアンケート調査を行い、統計処理に基づく集計・分析をした。

調査2では、調査1で明らかになった要因がケアマネジャーの在宅生活の可否判断にどのように影響を与えるのかを明確にするためにインタビュー調査を行った。

調査対象者、調査スケジュール、分析手法、は次のとおりである。

2. 調査1の方法

1) 調査対象者：神奈川県全域の居宅介護支援事業所2083か所に勤務する居宅介護支援専門員を対象とした。

神奈川県を選定した理由は、首都圏など三大都市圏の1つであるものの、人口規模による市町村（地方公共団体）の区分である政令指定都市、中核市、特例市、その他の市、町村の5区分すべてを網羅しているからである。また、神奈川県は全国比で高齢単独世帯の伸びが著しく、今後日本が直面する超高齢化社会におけるケアマネジメントの抱える課題に先行しうるとも考えられる。

2) 調査方法：「居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因についての研究」に関しての質問紙によるアンケート調査を実施した。

データ収集方法は神奈川県全域の居宅介護支援事業所2083か所にアンケート用紙を1通ずつ郵送し、勤務しているケアマネジャーに回答を依頼し、郵送にて回収した。

3) 調査期間：平成25年11月～12月

4) 調査内容

(1) 調査対象者について

調査対象者の①性別、②年代、③基礎資格、④勤務年数、⑤勤務形態、⑥職場の状況、⑦事業所のケアマネジャー人数、⑧勤務する地域の施設数、⑨担当ケース数、⑩1年間の特養の申込み数、⑪入所に関する相談者の有無、⑫相談者からの助言、⑬行政や包括支援センターの関係、⑭介護に関しての考え

(2) 担当者のうち施設入所に至った個別ケースについて

3 ケースそれぞれについて、①入所した施設、②ケースの年齢、③性別、④要介護度、⑤障害老人日常生活自立度、⑥認知症老人日常生活自立度、⑦医療処置の種類、⑧家族構成、⑨介護者、⑩介護困難な理由、⑪ケアマネジャーのひと月あたり緊急呼び出し回数、⑫入所判断者、⑬入所理由、⑭入所時のケアマネジャーの行動、⑮入所時のケアマネジャーの思い、および自由記載

5) 分析方法

属性情報に関する基本統計情報の集計と属性情報との間のクロス集計、カイ二乗検定、を実施。経験年数に関しては、一元配置分散分析、多重分析、等を用いて集計・解析。統計分析ツールとしては、R (version 3.0.2)を用いた。

3. 調査2の方法

1) 対象者

神奈川県内の居宅介護支援事業所に勤務する経験年数5年以上のケアマネジャー12名（福祉系基礎資格者9名、医療系基礎資格者3名）。なお地域が偏らないように政令指定都市、中核市、特例市、その他一般市より選択するようにした。各地区の介護支援専門員連絡会の代表者に直接声かけし、紹介して頂いた人の中から性別、経験年数、基礎資格（福祉系、医療系）職位に偏りが出ないように選出し、研究の主旨・倫理的配慮について説明し、研究協力を得た人を対象とした。

2) 方法

ケアマネジャーに対して半構造化インタビューを実施。インタビュー時間は、1人40分から60分を目安にした。インタビューの実施場所は、依頼した施設の会議室など話しやすい環境で行った。インタビュー内容は、協力者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録として記述した。

3) 期間：平成25年11月から平成26年1月

4) 調査内容：インタビューガイド

- 1、利用者から「在宅生活は無理」「あきらめる」と言われた時あなたはCMとしてはどのように考え、行動していますか？
- 2、家族から「在宅生活は無理施設入所の申込みをしたい」、「介護はもうできない」と言われた時あなたはCMとしてはどのように考え、行動していますか？
- 3、あなたが支援をしていく中で担当している利用者に関して在宅生活は限界と感じるのどのような時（状況）ですか？
 - ・在宅生活が限界と頭をよぎるときはどんな時ですか？
 - ・印象に残った事例についてお聞かせ下さい
 - ・施設入所が決まりCMとしてどのように感じましたか？
- 4、施設入所に対する考えがCMとなる前となってからと変わってきたことがありますか？
 - ・変わったとしたらきっかけは何ですか？
 - ・変わらないとしたらそれはなぜですか？
- 5、あなた（ケアマネ自身）と他の支援者の間で在宅生活を継続するのか、施設入所にするのか周りの方針が違うことはありますか？
 - ・それはどのような時ですか？ その時あなたはどうしますか？
 - ・施設入所することに関してあなたはどう思いますか？
- 6、在宅生活を続けていきたいと思ったケースが在宅をあきらめることになった印象に残っているケースについてお聞かせください。
 - ・事例の経過をお聞かせください。支援経過の中でCMがどのような思いで、何を考えてどこでどのように施設に傾いて行ったのか？
 - ・どのようなサービスがあれば在宅生活が維持できたと思いますか？
- 7、在宅での生活を維持したりあきらめたりすることについて、何か付け加えて話したいことがありますか？
- 8、最後にあなた自身についてお尋ねします
あなたはケアマネジャーとして勤務して何年になりますか
差支えなければあなたの年齢を教えてください。

5) 分析方法

分析方法は、「ケアマネジャーが要介護者の在宅生活を不可能と判断する要因について」インタビューを実施し、以下の手順に従ってケアマネジャーの在宅生活継続の可否に関する判断の視点や、ケアマネジャーがどのような支援を行うことにより在宅生活が維持できているかに関して分析した。分析では、その妥当性確保のために、保健医療学領域の専門家であり質的研究に精通した指導教員を始め、博士号を持つ教員2名の協力を得て行った。

分析のプロセスにおいては、①インタビュー内容の逐語録の作成、②意味を損なわない単位で切片化、③テーマに関連ある文脈を要約しコード化、④コード化したものを類似性・相違性を検討しながら分類整理を繰り返し、下位カテゴリー化、中位カテゴリー化および上位カテゴリー化を行った。単位の設定、カテゴリー化は数回に分けて別々に行い、協議を繰り返し、一致率の高まったところで医学博士のスーパーバイズを受けて合意した。

さらに「在宅生活を不可能と判断する流れ」、「本人・介護者の要因とケアマネジャーの在宅支援への働きかけ」等に関しての一つ一つについても前述と同様のステップを踏み、数回に分けて協議を重ね一致率の高まったところで、医学博士のスーパーバイズを受け合意した。

さらに、データ分析の結果を調査協力者に提示し、内容が協力者の意図したことと同じであるか否かを確認するように努めた。

4. 用語の定義

居宅介護支援専門員、ケアマネジャー： 居宅介護支援事業者に勤務している介護支援専門員を指す。

ただし、地域包括支援センターの主任介護支援専門員、小規模多機能など地域密着型サービス事業者に所属している介護支援専門員は除く。

本文中ではケアマネジメントを行う専門職という意味で、介護支援専門員についてケアマネジャー、ケアマネという一般に用いられている呼称を使用する。

5. 倫理上の配慮

本学、倫理審査委員会にて、倫理審査を受け、承認を得た。承認番号 12-192。

倫理上の配慮として、調査1では調査協力者であるケアマネジャーの個人を特定できる情報の項目は設けなかった。調査実施後に同意の撤回を希望する場合には、調査表に付した番号を突合することで確認できる方法をとった。回収した調査表の保管方法は、鍵のかかる書庫に保管するとともに、電磁データ入力完了後、直ちに溶解廃棄した。

調査2では、インタビュー協力者であるケアマネジャーの氏名・所属事業所・担当地域を、逐語録に残さなかった。

なお調査1・調査2ともに、電磁データを使用するパソコンにはパスワードを設定し、USBメモリにデータ移行せず、持ち運びができない形での保管とした。研究終了後、直ちにファイルの削除ソフトを使用して廃棄することとして、外部に情報が漏れないよう留意した。

IV. 研究結果

1. 調査1の結果

本アンケートでは、神奈川県全域の居宅介護支援事業所 2083 か所に勤務する居宅介護支援専門員を対象に事業所毎に1通ずつアンケート用紙（総数 2083 通）を送付し、居宅介護支援専門員 780 人分を回収した。そのうち有効回答は 730 人分（有効回答率 35.0%）であった。

ここで、有効回答数は性別及び年齢の欠損のないものとした。

以下、各種基本集計の結果と属性とのクロス集計結果、および、Kruskal-Wallis 検定結果について示す。

1) 基本集計の結果

集計は下記の通りであった。

(1) 属性情報

1-1. 性別（表 1-1-1）

構成の割合は、女性が 78.6%、男性が 21.4%であった。

表 1-1-1 性別

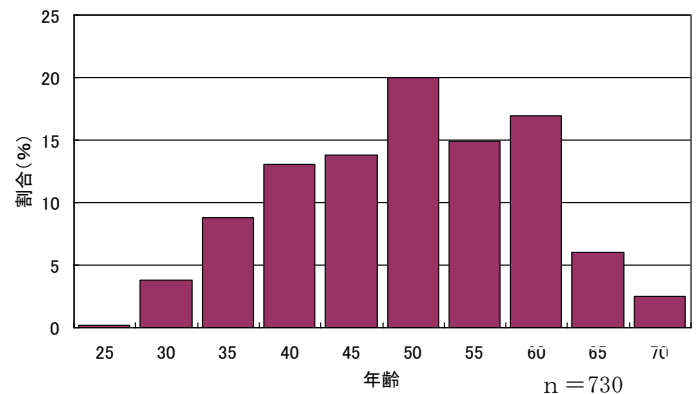
性別	女	男
人数	574	156
割合(%)	78.6	21.4

n = 730

1-2. 年齢（図 1-1-1）

年齢構成は、「50代前半」が 146 人(20.0%)と多く、「60代前半」の 124 人(17.0%)、「50代後半」の 109 人(14.9%)と続いていた。

図 1-1-1 年代の内訳



1-3. 基礎資格（図 1-1-2）

基礎資格の内訳は、介護福祉士 436 人(60.7%)、看護師 87 人(12.1%)、社会福祉士 56 人(7.8%)、その他 139 人(19.4%)であった。

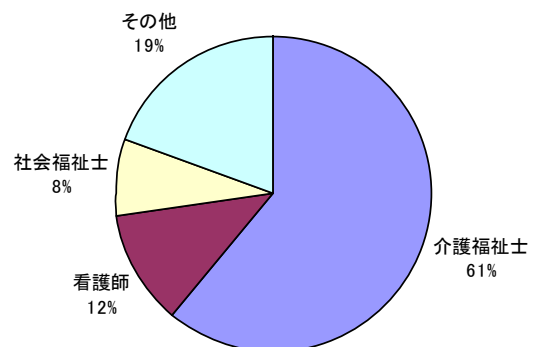
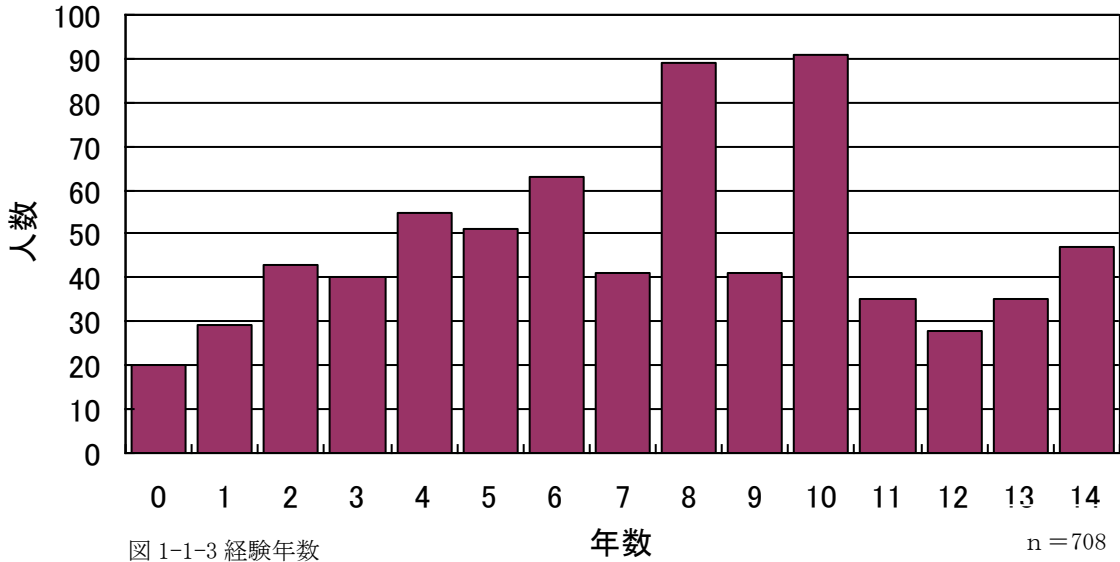


図 1-1-2 基礎資格

n = 718

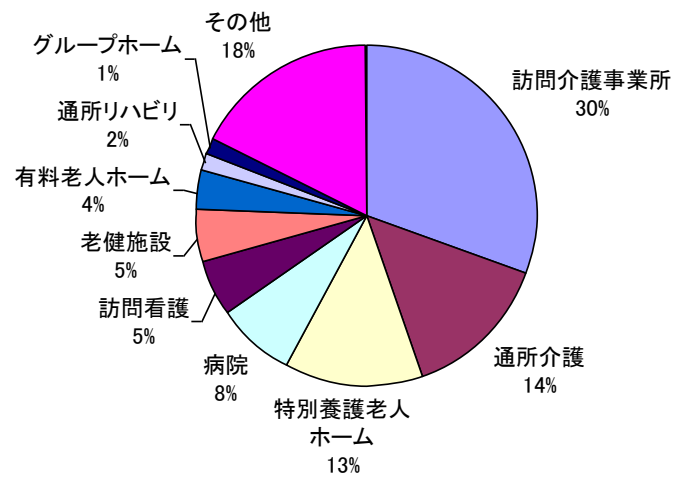
1-4. 経験年数 (図 1-1-3)

平均経験年数は 7.3 年で、10 年(91 人)および 8 年(89 人)にピークがあった。



1-5. 直前の職場 (図 1-1-4)

内訳は、訪問介護事業所 221 人(30.7%)、
通所介護 101 人(14.0%)、
特別養護老人ホーム 95 人(13.2%)、
病院が 54 人(7.5%)の順が多かった。



(2) 職場の状況

2-1. 勤務形態 (表 1-1-2)

常勤が 97.3%を占めていた。

表 1-1-2 勤務形態 n = 729

勤務形態	常勤	非常勤
人数	709	20
割合 (%)	97.3	2.7

2-2. 雇用形態 (表 1-1-3)

内訳は、兼務が 55.4%、専任が 44.6%であった。

表 1-1-3 雇用形態 n = 724

雇用形態	兼務	専任
人数	401	323
割合(%)	55.4	44.6

2-3. 職場の状況 (表 1-1-4)

他サービス事業所併設 80.8%、
居宅介護支援事業所単独は 19.2%
であった。

表 1-1-4 職場の状況 n = 725

職場の状況	単独	併設
人数	139	586
割合(%)	19.2	80.8

2-4. その他

事業所のケアマネジャー人数では、常勤専任が平均 1.63 人、常勤兼任が平均 0.80 人、非常勤専任が平均 0.52 人、非常勤兼任が平均 0.20 人であった。

(3) 担当利用者における平成 25 年 4 月～10 月の施設入所の状況、相談状況

3-1. 給付件数、施設入所者数

介護給付および予防給付の月間平均件数は順に、26.6 件、24.4 件であった。
特養申込者数は平均 2.69 人であった。

また、7 ヶ月間で実際に施設入所した人数の平均値は、特養 0.85 人、老健施設 0.67 人、グループホーム 0.30 人、有料老人ホーム 0.49 人、その他施設 0.15 人であった。

3-2. 施設入所に関して誰かに相談しているか (図 1-1-5)

誰かに「相談している」は 547 人 (77.6%)、
「相談していない」は 140 人 (19.9%)、
「相談者がいない」は 18 人 (2.5%) であった。

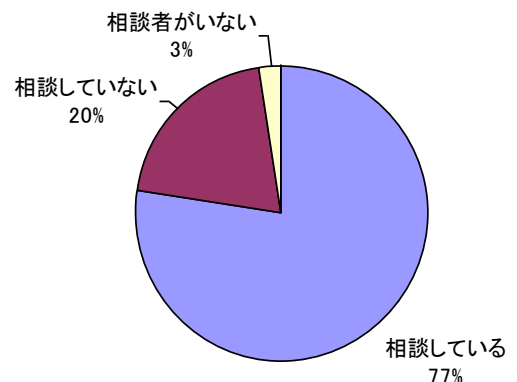


図 1-1-5 施設入所に関して誰に相談 n = 705

3-3. 施設入所の相談相手（表 1-1-5）

誰かに相談している人（547人）のうち、相談相手（複数回答条件）は、「同僚」325人（59.4%）、
「包括支援センター」201人（36.8%）、「上司」130人（23.8%）、「行政」83人（15.0%）、
「他職場のケアマネジャー」80人（14.6%）であった。

表 1-1-5 施設入所の相談相手（複数回答） n = 547

相談相手	上司	同僚	他職場の ケアマネ	包括支援 センター	行政	その他
割合(%)	23.8	59.4	14.6	36.8	15.0	13.9

3-4. 施設入所の相談相手からの助言（表 1-1-6）

誰かに相談している人（547人）のうち、受けた助言の種類（複数回答条件）は、「施設入所を
勧められる」354人（64.7%）、「在宅生活維持の支援提案」238人（43.5%）、
「自分で考えるように言われる」11人（2.0%）、「助言なし」14人（2.6%）であった。

表 1-1-6 施設入所の相談相手からの助言（複数回答） n = 547

助言	在宅生活 維持の支 援提案	施設入所 を勧める	自分で考 えるよう 言われる	助言なし
割合(%)	43.5	64.7	2.0	2.6

3-5. 行政との関係 (図 1-1-6)

行政との関係が「良く取れている」204人(28.6%)、「取れていると思う」420人(58.9%)、「取れていない」89人(12.5%)であった。

3-6. 地域包括支援センターとの関係 (図 1-1-7)

地域包括支援センターとの関係は「良く取れている」331人(46.2%)、「取れていると思う」329人(46.0%)、「取れていない」56人(7.8%)であった。

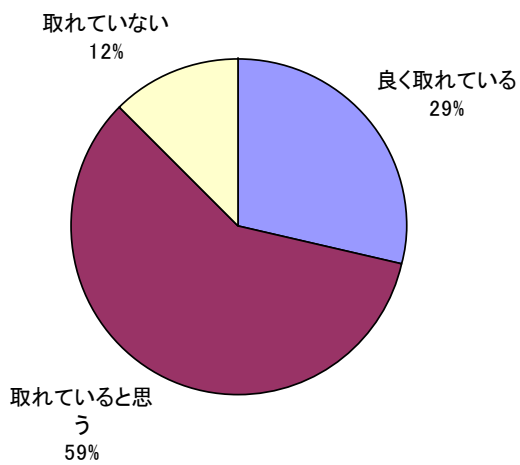


図 1-1-6 行政との関係 n = 713

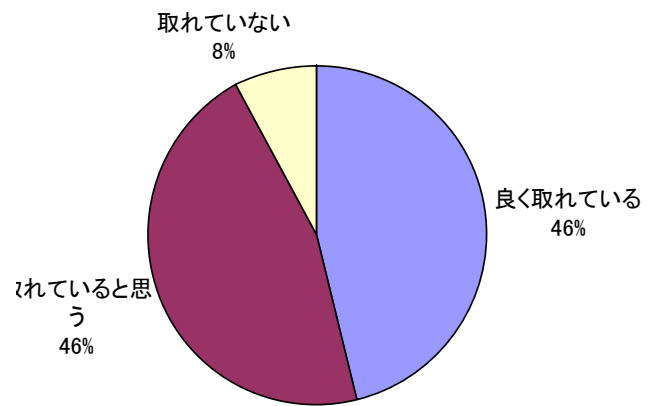


図 1-1-7 地域包括支援センターとの関係 n = 716

(4) 介護に対する考え方

4-1. 支援時の最優先項目 (図 1-1-8)

「利用者の希望」が 425 人(59.9%)、「利用者の QOL」が 159 人(22.4%)、「本人の自立の回復」が 63 人(8.9%)、「家族の希望」が 27 人(3.8%)、「介護負担の軽減」が 18 人(2.5%)であった。

4-2. 支援時の第 2 優先項目 (図 1-1-9)

「家族の希望」が 255 人(37.1%)、「介護負担の軽減」が 99 人(14.4%)、「利用者の希望」が 99 人(14.4%)、「利用者 QOL」が 95 人(13.8%)、「家族の QOL」が 69 人(10.0%)、「本人の自立の回復」が 65 人(9.5%)であった。

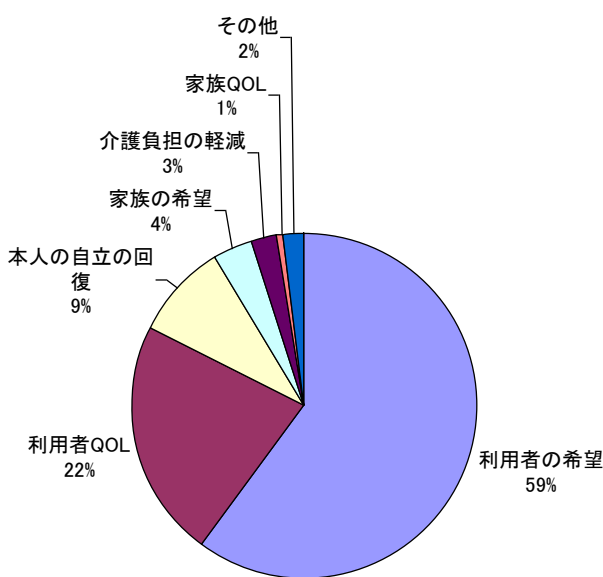


図 1-1-8 支援時の最優先項目 n = 709

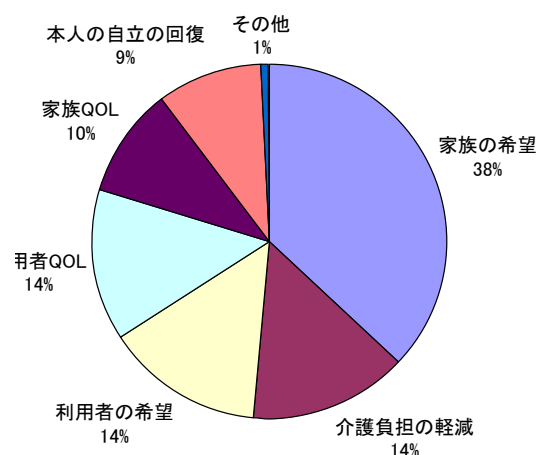


図 1-1-9 支援時の第 2 優先項目 n = 688

4-3 要介護者の生活の場への考え (表 1-1-7)

「やむを得ぬときは施設も考慮」が 80.4%と圧倒的に多く、「どちらとも言えない」が 17.5%、「在宅を継続すべき」が 1.5%、「施設生活を予定しつつ在宅生活」が 0.4%であった。

表 1-1-7 要介護者の生活の場への考え

生活の場への考え	在宅を継続すべき	やむを得ぬときは施設も考慮	どちらとも言えない	施設生活を予定しつつ在宅生活	施設生活が良い	合計
人数	11	578	126	3	1	719
割合 (%)	1.5	80.4	17.5	0.4	0.1	100.0

n = 719

2) 各項目のクロス集計と Kurskal-Wallis 検定の結果

(1) 支援する際の優先項目に関する集計結果

ケアマネジャーが支援する際の最優先項目または第2優先項目と、基本的な属性情報である性別・基礎資格との間でクロス集計した。その結果、表 1-2-1 から 1-2-4 のように有意差は見られなかった。

また、最優先項目または第2優先項目と経験年数についての関係性をみるため、Kurskal-Wallis 検定したところ、有意差は見られなかった（表 1-2-5、1-2-6）。

表 1-2-1 「支援時の最優先項目」と「性別」のクロス集計表

		性別		合計
		女	男	
利用者の希望	度数	332	93	425
	%	78.1	21.9	100.0
	調整済残差	-0.13	0.13	
利用者 QOL	度数	130	29	159
	%	81.8	18.2	100.0
	調整済残差	1.21	-1.21	
家族の希望	度数	18	9	27
	%	66.7	33.3	100.0
	調整済残差	-1.49	1.49	
支援時の最優先項目 家族 QOL	度数	3	1	4
	%	75.0	25.0	100.0
	調整済残差	-0.16	0.16	
本人の自立の回復	度数	52	11	63
	%	82.5	17.5	100.0
	調整済残差	0.86	-0.86	
介護負担の軽減	度数	12	6	18
	%	66.7	33.3	100.0
	調整済残差	-1.21	1.21	
その他	度数	8	5	13
	%	61.5	38.5	100.0
	調整済残差	-1.48	1.48	
合計	度数	555	154	709
	%	78.3	21.7	100.0

$$\chi^2 = 7.550, \quad f = 6, \quad P = 0.273$$

表 1-2-2 「支援時の第 2 優先項目」と「性別」のクロス集計表

		性別		合計
		女	男	
利用者の希望	度数	74	25	99
	%	74.7	25.3	100.0
	調整済残差	-0.98	0.98	
利用者 QOL	度数	72	23	95
	%	75.8	24.2	100.0
	調整済残差	-0.69	0.69	
家族の希望	度数	196	59	255
	%	76.9	23.1	100.0
	調整済残差	-0.80	0.80	
家族 QOL	度数	59	10	69
	%	85.5	14.5	100.0
	調整済残差	1.50	-1.50	
本人の自立の回復	度数	55	10	65
	%	84.6	15.4	100.0
	調整済残差	1.26	-1.26	
介護負担の軽減	度数	78	21	99
	%	78.8	21.2	100.0
	調整済残差	0.08	-0.08	
その他	度数	6	0	6
	%	100.0	0.0	100.0
	調整済残差	1.29	-1.29	
合計	度数	540	148	688
	%	78.5	21.5	100.0

$$\chi^2 = 6.738, f = 6, P = 0.346$$

表 1-2-3 「支援時の最優先項目」と「基礎資格」のクロス集計表

		基礎資格				合計
		介護福祉士	社会福祉士	看護師	その他	
利用者の希望	度数	257	35	44	83	419
	%	61.3	8.4	10.5	19.8	100.0
	調整済残差	0.49	0.57	-1.39	0.15	
利用者 QOL	度数	91	13	24	28	156
	%	58.3	8.3	15.4	17.9	100.0
	調整済残差	-0.66	0.24	1.53	-0.60	
家族の希望	度数	16	1	4	6	27
	%	59.3	3.7	14.8	22.2	100.0
	調整済残差	-0.15	-0.82	0.48	0.35	
家族 QOL	度数	1	0	1	2	4
	%	25.0	0.0	25.0	50.0	100.0
	調整済残差	-1.46	-0.59	0.81	1.53	
本人の自立の回復	度数	40	4	5	14	63
	%	63.5	6.3	7.9	22.2	100.0
	調整済残差	0.49	-0.47	-1.02	0.54	
介護負担の軽減	度数	13	1	3	1	18
	%	72.2	5.6	16.7	5.6	100.0
	調整済残差	1.02	-0.37	0.63	-1.52	
その他	度数	5	1	2	3	11
	%	45.5	9.1	18.2	27.3	100.0
	調整済残差	-1.04	0.15	0.65	0.64	
合計	度数	423	55	83	137	698
	%	60.6	7.9	11.9	19.6	100.0

$$\chi^2 = 12.480, f = 18, P = 0.822$$

表 1-2-4 「支援時の第 2 優先項目」と「基礎資格」のクロス集計表

		基礎資格				合計	
		介護福祉士	社会福祉士	看護師	その他		
支援時の第 2 優先項目	利用者の希望	度数	63	7	11	15	96
		%	65.6	7.3	11.5	15.6	100.0
		調整済残差	1.04	-0.20	-0.20	-0.98	
	利用者 QOL	度数	58	5	9	23	95
		%	61.1	5.3	9.5	24.2	100.0
		調整済残差	0.05	-1.00	-0.84	1.31	
	家族の希望	度数	160	15	25	52	252
		%	63.5	6.0	9.9	20.6	100.0
		調整済残差	1.09	-1.38	-1.32	0.68	
	家族 QOL	度数	35	8	13	13	69
		%	50.7	11.6	18.8	18.8	100.0
		調整済残差	-1.81	1.24	1.82	-0.10	
	本人の自立の回復	度数	34	8	7	13	62
		%	54.8	12.9	11.3	21.0	100.0
		調整済残差	-1.01	1.57	-0.20	0.35	
	介護負担の軽減	度数	59	10	16	14	99
		%	59.6	10.1	16.2	14.1	100.0
		調整済残差	-0.27	0.92	1.35	-1.41	
その他	度数	4	0	1	1	6	
	%	66.7	0.0	16.7	16.7	100.0	
	調整済残差	0.29	-0.72	0.35	-0.16		
合計	度数	413	53	82	131	679	
	%	60.8	7.8	12.1	19.3	100.0	

$\chi^2 = 17.865, f = 18, P = 0.465$

表 1-2-5 「支援時の最優先項目」と「経験年数」の Kurskal-Wallis 検定結果

χ^2	f	P	有意差
8.198	6	0.224	なし

表 1-2-6 「支援時の第 2 優先項目」と「経験年数」の Kurskal-Wallis 検定結果

χ^2	f	P	有意差
5.939	6	0.430	なし

(2) 要介護者の生活の場への考えに関する集計結果

要介護者の生活の場への考えと、基本的な属性情報である基礎資格、ならびに支援時の優先項目との間でクロス集計してみた。その結果、表 1-2-7、から 1-2-9 のように有意差は見られなかった。

表 1-2-7 「生活の場への考え」と「基礎資格」のクロス集計表

			基礎資格				合計
			介護福祉士	社会福祉士	看護師	その他	
生活の場への考え	在宅を継続すべき	度数	7	0	1	2	10
		%	70.0	0.0	10.0	20.0	100.0
		調整済残差	0.60	-0.93	-0.19	0.05	
	やむを得ぬときは施設も考慮	度数	344	43	70	112	569
		%	60.5	7.6	12.3	19.7	100.0
		調整済残差	-0.40	-0.73	0.70	0.42	
	どちらとも言えない	度数	75	13	13	23	124
		%	60.5	10.5	10.5	18.5	100.0
		調整済残差	-0.08	1.16	-0.53	-0.26	
	施設生活を予定しつつ在宅生活	度数	3	0	0	0	3
		%	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
		調整済残差	1.39	-0.51	-0.64	-0.85	
	施設生活が良い	度数	1	0	0	0	1
		%	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
		調整済残差	0.80	-0.29	-0.37	-0.49	
	合計	度数	430	56	84	137	707
		%	60.8	7.9	11.9	19.4	100.0

$\chi^2 = 5.037, f = 12, P = 0.957$

表 1-2-8 「生活の場への考え」と「支援時の最優先項目」のクロス集計表

			支援時の最優先項目						合計		
			利用者の希望	利用者のQOL	家族の希望	家族のQOL	本人の自立の回復	介護負担の軽減		その他	
生活の場への考え	在宅を継続すべき	度数	10	0	0	0	0	0	0	10	
		%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
		調整済残差	2.60	-1.70	-0.64	-0.24	-1.00	-0.52	-0.44		
	やむを得ぬときは施設も考慮	度数	339	125	17	3	57	16	10	567	
		%	59.8	22.0	3.0	0.5	10.1	2.8	1.8	100.0	
		調整済残差	-0.33	-0.15	-2.35	-0.28	2.09	0.91	-0.33		
	どちらとも言えない	度数	72	30	9	1	6	2	3	123	
		%	58.5	24.4	7.3	0.8	4.9	1.6	2.4	100.0	
		調整済残差	-0.39	0.66	2.21	0.40	-1.74	-0.72	0.54		
	施設生活を予定しつつ在宅生活	度数	2	0	1	0	0	0	0	3	
		%	66.7	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
		調整済残差	0.23	-0.93	2.67	-0.13	-0.54	-0.28	-0.24		
	施設生活が良い	度数	0	1	0	0	0	0	0	1	
		%	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
		調整済残差	-1.23	1.88	-0.20	-0.08	-0.31	-0.16	-0.14		
	合計	度数	423	156	27	4	63	18	13	704	
		%	60.1	22.2	3.8	0.6	8.9	2.6	1.8	100.0	

$\chi^2 = 27.350, f = 24, P = 0.288$

表 1-2-9 「生活の場への考え」と「支援時の第 2 優先項目」のクロス集計表

		支援時の第 2 優先項目							合計	
		利用者の希望	利用者 QOL	家族の希望	家族 QOL	本人の自立の回復	介護負担の軽減	その他		
生活の場への考え	在宅を継続すべき	度数	0	2	3	0	2	1	0	8
		%	0.0	25.0	37.5	0.0	25.0	12.5	0.0	100.0
		調整済残差	-1.17	0.93	0.02	-0.94	1.50	-0.16	-0.27	
	やむを得ぬときは施設も考慮	度数	83	77	199	51	56	83	4	553
		%	15.0	13.9	36.0	9.2	10.1	15.0	0.7	100.0
		調整済残差	0.82	0.28	-1.28	-1.04	1.14	0.82	-0.89	
	どちらとも言えない	度数	15	15	50	16	7	14	2	119
		%	12.6	12.6	42.0	13.4	5.9	11.8	1.7	100.0
		調整済残差	-0.64	-0.40	1.21	1.47	-1.48	-0.92	1.03	
	施設生活を予定しつつ在宅生活	度数	1	0	1	0	0	1	0	3
		%	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	100.0
		調整済残差	0.93	-0.69	-0.14	-0.57	-0.56	0.93	-0.16	
施設生活が良い	度数	0	0	1	0	0	0	0	1	
	%	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
	調整済残差	-0.41	-0.40	1.30	-0.33	-0.32	-0.41	-0.09		
合計	度数	99	94	254	67	65	99	6	684	
	%	14.5	13.7	37.1	9.8	9.5	14.5	0.9	100.0	

$$\chi^2 = 15.882, f = 24, P = 0.892$$

生活の場への考えと経験年数についての関係性をみるため、Kruskal-Wallis 検定したところ、有意差は見られなかった(表 1-2-10)。

表 1-2-10 「生活の場への考え」と「経験年数」の Kruskal-Wallis 検定結果

χ^2	f	P	有意差
4.051	3	0.256	なし

(3) 相談相手と助言に関する集計結果

誰かに相談している人（547人）において、相談相手（上司、職場の同僚、他職場ケアマネ、包括支援センター、行政の担当者）と受けた助言の種類との間でクロス集計を行った（表 1-2-11～表 1-2-29）。このうち統計的に有意な差が見られたのは次の組み合わせであった。

「上司と相談」している場合および「同僚と相談」している場合、「在宅維持できるような支援提案」の助言を受けている人が有意に多かった（表 1-2-11、表 1-2-15）。

「他職場のケアマネと相談」している場合、「自分で考えよという助言」を受けている人が有意に多かった（表 1-2-20）。

「包括支援センタと相談」している場合、「在宅維持できるような支援提案」の助言を受けている人が有意に多かった（表 1-2-22）。

表 1-2-11 「上司と相談」と「在宅維持できるような支援提案」のクロス集計表

			在宅維持できるような支援提案		合計
			受けて いない	受けて いる	
上司と 相談	していない	度数	250	167	417
		%	60.0	40.0	100.0
		調整済残差	2.93	-2.93	
	している	度数	59	71	130
		%	45.4	54.6	100.0
		調整済残差	-2.93	2.93	
合計		度数	309	238	547
		%	56.5	43.5	100.0

$$\chi^2 = 7.974, \quad f = 1, \quad P = 0.005$$

表 1-2-12 「上司と相談」と「施設入所を勧める助言」のクロス集計表

		施設入所を勧める助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
上司と 相談	していない	度数	139	278	417
		%	33.3	66.7	100.0
		調整済残差	-1.71	1.71	
	している	度数	54	76	130
		%	41.5	58.5	100.0
		調整済残差	1.71	-1.71	
合計	度数	193	354	547	
	%	35.3	64.7	100.0	

$\chi^2 = 2.574, f = 1, P = 0.109$

表 1-2-13 「上司と相談」と「自分で考えよという助言」のクロス集計表

		自分で考えよという助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
上司と 相談	していない	度数	409	8	417
		%	98.1	1.9	100.0
		調整済残差	0.28	-0.28	
	している	度数	127	3	130
		%	97.7	2.3	100.0
		調整済残差	-0.28	0.28	
合計	度数	536	11	547	
	%	98.0	2.0	100.0	

$\chi^2 = 0.000, f = 1, P = 1.000$

表 1-2-14 「上司と相談」と「助言なし」のクロス集計表

		助言なし		合計	
		該当	非該当		
上司と 相談	していない	度数	12	405	417
		%	2.9	97.1	100.0
		調整済残差	0.84	-0.84	
	している	度数	2	128	130
		%	1.5	98.5	100.0
		調整済残差	-0.84	0.84	
合計	度数	14	533	547	
	%	2.6	97.4	100.0	

$\chi^2 = 0.277, f = 1, P = 0.599$

表 1-2-15 「同僚と相談」と「在宅維持できるような支援提案」のクロス集計表

		在宅維持できるような支援提案		合計	
		受けて いない	受けて いる		
同僚と 相談	していない	度数	138	84	222
		%	62.2	37.8	100.0
		調整済残差	2.21	-2.21	
	している	度数	171	154	325
		%	52.6	47.4	100.0
		調整済残差	-2.21	2.21	
合計	度数	309	238	547	
	%	56.5	43.5	100.0	

$\chi^2 = 4.510, f = 1, P = 0.034$

表 1-2-16 「同僚と相談」と「施設入所を勧める助言」のクロス集計表

		施設入所を勧める助言		合計
		受けて いない	受けて いる	
同僚と 相談	していない	度数	85	222
		%	38.3	100.0
		調整済残差	1.22	-1.22
	している	度数	108	325
		%	33.2	100.0
		調整済残差	-1.22	1.22
合計		度数	193	547
		%	35.3	100.0

$\chi^2 = 1.264, f = 1, P = 0.261$

表 1-2-17 「同僚と相談」と「自分で考えよという助言」のクロス集計表

		自分で考えよという助言		合計
		受けて いない	受けて いる	
同僚と 相談	していない	度数	217	222
		%	97.7	100.0
		調整済残差	-0.33	0.33
	している	度数	319	325
		%	98.2	100.0
		調整済残差	0.33	-0.33
合計		度数	536	547
		%	98.0	100.0

$\chi^2 = 0.000, f = 1, P = 0.982$

表1-2-18 「他職場のケアマネと相談」と「在宅維持できるような支援提案」のクロス集計表

		在宅維持できるような支援提案		合計	
		受けて いない	受けて いる		
他職場 のケア マネと 相談	していない	度数	269	198	467
		%	57.6	42.4	100.0
		調整済残差	1.27	-1.27	
相談	している	度数	40	40	80
		%	50.0	50.0	100.0
		調整済残差	-1.27	1.27	
合計		度数	309	238	547
		%	56.5	43.5	100.0

$\chi^2 = 1.311, f = 1, P = 0.252$

表1-2-19 「他職場のケアマネと相談」と「施設入所を勧める助言」のクロス集計表

		施設入所を勧める助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
他職場 のケア マネと 相談	していない	度数	165	302	467
		%	35.3	64.7	100.0
		調整済残差	0.06	-0.06	
相談	している	度数	28	52	80
		%	35.0	65.0	100.0
		調整済残差	-0.06	0.06	
合計		度数	193	354	547
		%	35.3	64.7	100.0

$\chi^2 = 0.000, f = 1, P = 1.000$

表 1-2-20 「他職場のケアマネと相談」と「自分で考えよという助言」のクロス集計表

		自分で考えよという助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
他職場 のケア マネと 相談	していない	度数	461	6	467
		%	98.7	1.3	100.0
		調整済残差	2.92	-2.92	
相談	している	度数	75	5	80
		%	93.8	6.2	100.0
		調整済残差	-2.92	2.92	
合計		度数	536	11	547
		%	98.0	2.0	100.0

$\chi^2 = 6.211, f = 1, P = 0.013$

表 1-2-21 「他職場のケアマネと相談」と「助言なし」のクロス集計表

		助言なし		合計	
		該当	非該当		
他職場 のケア マネと 相談	していない	度数	11	456	467
		%	2.4	97.6	100.0
		調整済残差	-0.73	0.73	
相談	している	度数	3	77	80
		%	3.8	96.2	100.0
		調整済残差	0.73	-0.73	
合計		度数	14	533	547
		%	2.6	97.4	100.0

$\chi^2 = 0.120, f = 1, P = 0.729$

表 1-2-22 「包括支援センタと相談」と「在宅維持できるような支援提案」のクロス集計表

		在宅維持できるような支援提案		合計	
		受けて いない	受けて いる		
包括支 援セン タと相 談	していない	度数	213	133	346
		%	61.6	38.4	100.0
		調整済残差	3.14	-3.14	
相談	している	度数	96	105	201
		%	47.8	52.2	100.0
		調整済残差	-3.14	3.14	
合計		度数	309	238	547
		%	56.5	43.5	100.0

$\chi^2 = 9.297, f = 1, P = 0.002$

表 1-2-23 「包括支援センタと相談」と「施設入所を勧める助言」のクロス集計表

		施設入所を勧める助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
包括支 援セン タと相 談	していない	度数	130	216	346
		%	37.6	62.4	100.0
		調整済残差	1.47	-1.47	
相談	している	度数	63	138	201
		%	31.3	68.7	100.0
		調整済残差	-1.47	1.47	
合計		度数	193	354	547
		%	35.3	64.7	100.0

$\chi^2 = 1.896, f = 1, P = 0.169$

表 1-2-24 「包括支援センタと相談」と「自分で考えよという助言」のクロス集計表

		自分で考えよという助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
包括支 援セン タと相 談	していない	度数	339	7	346
		%	98.0	2.0	100.0
		調整済残差	-0.03	0.03	
している	している	度数	197	4	201
		%	98.0	2.0	100.0
		調整済残差	0.03	-0.03	
合計		度数	536	11	547
		%	98.0	2.0	100.0

$\chi^2 = 0.000, f = 1, P = 1.000$

表 1-2-25 「包括支援センタと相談」と「助言なし」のクロス集計表

		助言なし		合計	
		該当	非該当		
包括支 援セン タと相 談	していない	度数	12	334	346
		%	3.5	96.5	100.0
		調整済残差	1.77	-1.77	
している	している	度数	2	199	201
		%	1.0	99.0	100.0
		調整済残差	-1.77	1.77	
合計		度数	14	533	547
		%	2.6	97.4	100.0

$\chi^2 = 2.205, f = 1, P = 0.138$

表 1-2-26 「行政と相談」と「在宅維持できるような支援提案」のクロス集計表

		在宅維持できるような支援提案		合計	
		受けて いない	受けて いる		
行政と 相談	していない	度数	265	200	465
		%	57.0	43.0	100.0
		調整済残差	0.56	-0.56	
	している	度数	44	38	82
		%	53.7	46.3	100.0
		調整済残差	-0.56	0.56	
合計	度数	309	238	547	
	%	56.5	43.5	100.0	

$\chi^2 = 0.194, f = 1, P = 0.660$

表 1-2-27 「行政と相談」と「施設入所を勧める助言」のクロス集計表

		施設入所を勧める助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
行政と 相談	していない	度数	170	295	465
		%	36.6	63.4	100.0
		調整済残差	1.49	-1.49	
	している	度数	23	59	82
		%	28.0	72.0	100.0
		調整済残差	-1.49	1.49	
合計	度数	193	354	547	
	%	35.3	64.7	100.0	

$\chi^2 = 1.854, f = 1, P = 0.173$

表1-2-28 「行政と相談」と「自分で考えよという助言」のクロス集計表

		自分で考えよという助言		合計	
		受けて いない	受けて いる		
行政と 相談	していない	度数	454	11	465
		%	97.6	2.4	100.0
		調整済残差	-1.41	1.41	
	している	度数	82	0	82
		%	100.0	0.0	100.0
		調整済残差	1.41	-1.41	
合計	度数	536	11	547	
	%	98.0	2.0	100.0	

$\chi^2 = 0.961, f = 1, P = 0.327$

表1-2-29 「行政と相談」と「助言なし」のクロス集計表

		助言なし		合計	
		該当	非該当		
行政と 相談	していない	度数	13	452	465
		%	2.8	97.2	100.0
		調整済残差	0.83	-0.83	
	している	度数	1	81	82
		%	1.2	98.8	100.0
		調整済残差	-0.83	0.83	
合計	度数	14	533	547	
	%	2.6	97.4	100.0	

$\chi^2 = 0.206, f = 1, P = 0.650$

(4) 関連機関との関係についてのクロス集計結果

誰かに相談している人（547人）において、相談相手（上司、職場の同僚、他職場ケアマネ、包括支援センター、行政の担当者）と「包括支援センターの関係」ならびに「行政との関係」との間でクロス集計を行った。

その結果、包括支援センターと相談している場合に「包括支援センターとの関係」が「良く取れている」人が有意に多かった（表1-2-30、未回答者2人は除外）。

また、「行政と相談」している場合に「行政との関係」が「良く取れている」人が有意に多かった（表1-2-31、未回答者4人は除外）。

表1-2-30 「包括支援センタと相談」と「包括との関係」のクロス集計表

			包括との関係			合計
			良く取 れてい る	取れて いると 思う	取れて いない	
包括支 援セン タと相 談	していない	度数	140	168	36	344
		%	40.7	48.8	10.5	100.0
		調整済残差	-4.95	3.18	3.41	
	している	度数	126	70	5	201
		%	62.7	34.8	2.5	100.0
		調整済残差	4.95	-3.18	-3.41	
合計		度数	266	238	41	545
		%	48.8	43.7	7.5	100.0

$$\chi^2 = 29.005, \quad f = 2, \quad P < \mathbf{0.001}$$

表1-2-31 「行政と相談」と「行政との関係」のクロス集計表

			行政との関係			合計
			良く取 れてい る	取れて いると 思う	取れて いない	
行政と 相談	していない	度数	131	273	57	461
		%	28.4	59.2	12.4	100.0
		調整済残差	-2.58	1.35	1.64	
	している	度数	35	42	5	82
		%	42.7	51.2	6.1	100.0
		調整済残差	2.58	-1.35	-1.64	
合計		度数	166	315	62	543
		%	30.6	58.0	11.4	100.0

$$\chi^2 = 7.797, \quad f = 2, \quad P = \mathbf{0.020}$$

(5) その他、経験年数に関わる Kurskal-Wallis 検定結果

「経験年数」に関して、「上司と相談」「同僚と相談」「他職場のケアマネと相談」「包括と相談」「行政と相談」ならびに「行政との関係」「包括との関係」と Kurskal-Wallis 検定したところ、「上司と相談」および「包括との相談」で有意差が見られた（表 1-2-32、表 1-2-33）。以下に検定結果とボックスプロット図を示す（図 1-2-1、図 1-2-2）。

表 1-2-32 「経験年数」と「上司との相談」の Kurskal-Wallis 検定結果

χ^2	f	P
16.81	1	0.001 未満

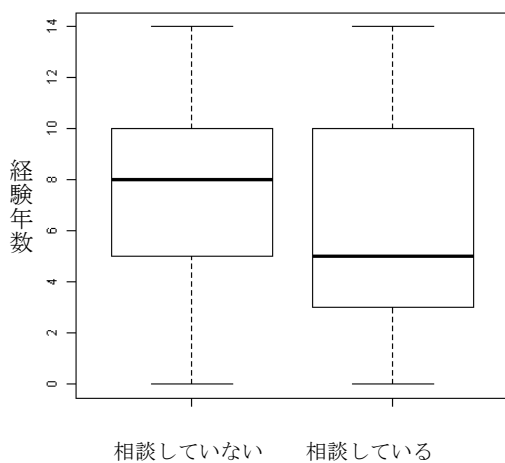


図 1-2-1 「上司との相談」のボックスプロット

表 1-2-33 「経験年数」と「包括との関係」の Kurskal-Wallis 検定結果

χ^2	f	P
3.886	1	0.049

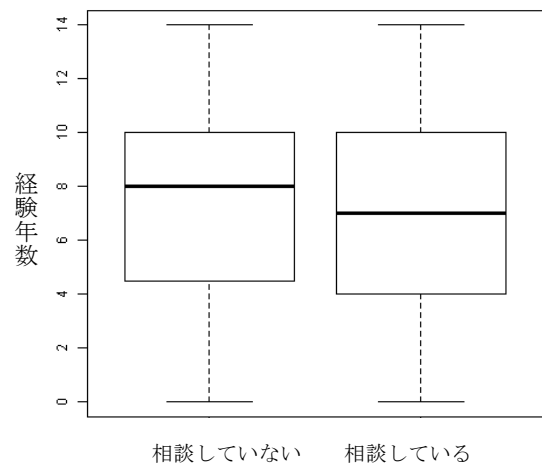


図 1-2-2 「包括との関係」のボックスプロット

なお、「経験年数」と「行政との関係」とで Kurskal-Wallis 検定したところ、P 値が 0.05 未満となったが、行政との関係を表わす「1. 良く取れている」「2. 取れていると思う」「3. 取れていない」の 3 グループ間で多重比較したところ、最終的には有意差は見られなかった（表 1-2-34、表 1-2-35）。

表 1-2-34 「経験年数」と「行政との関係」の Kurskal-Wallis 検定結果

χ^2	f	P
7.169	2	0.028

表 1-2-35 「経験年数」と「行政との関係」の多重比較結果

組み合わせ	χ^2	P	有意差
1:2	5.40	0.066	なし
1:3	4.98	0.082	なし
2:3	0.53	0.768	なし

3) 個別ケースに関する結果

担当ケースで入所した人の単純集計、各種クロス集計の順に示す。

(1) 単純集計

3-1 性別 (表 1-3-1)

性別の割合は、女性が 862 人 (67.9%)
男性が 407 人 (32.1%) であった。

表 1-3-1 性別

性別	男	女
人数	407	862
割合(%)	32.1	67.9

n = 709

3-2 年齢

年齢は、平均 83.3 歳であった。

3-3 入所施設の割合 (図 1-3-1)

入所施設の割合は、
特別養護老人ホーム 538 人 (43.3%)
老健施設 460 人 (37.0%)
グループホーム 245 人 (19.7%) であった。

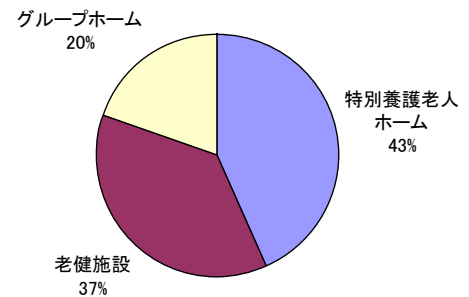


図 1-3-1 入所施設の割合 n = 1243

3-4 要介護度の割合 (図 1-3-2)

要介護度の割合は、「要介護 1」が 112 人 (9.2%)
「要介護 2」が 213 人 (12.7%) 「要介護 3」が 352 人 (29.0%)
「要介護 4」が 355 人 (29.2%)
「要介護 5」が 185 人 (15.1%) であった。

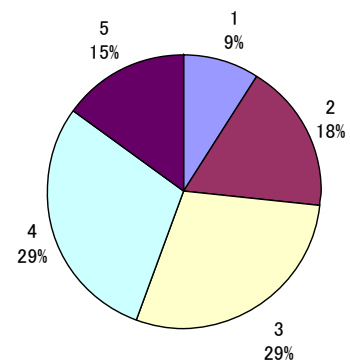


図 1-3-2 要介護度の割合 n = 1216

3-5 障害老人の日常生活自立度 (図 1-3-3)

障害老人の日常生活自立度では、「正常」が11人(0.9%)、「J1」が60人(4.9%)、「J2」が138人(11.3%)、「A1」が179人(14.6%)、「A2」が221人(18.0%)、「B1」が188人(15.3%)、「B2」が227人(18.5%)、「C1」が140人(11.4%)、「C2」が60人(4.9%)であった。

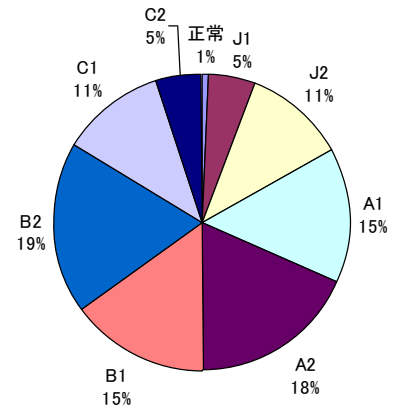


図 1-3-3 障害老人の日常生活自立度 n=1224

3-6 認知症老人の日常生活自立度 (図 1-3-4)

認知症老人の日常生活自立度では、「正常」が43人(3.4%)、「I」が137人(10.9%)、「IIa」が163人(13.0%)、「IIb」が213人(17.0%)、「IIIa」が301人(24%)、「IIIb」が239人(19.1%)、「IV」が128人(10.2%)、「M」が30人(2.4%)であった。

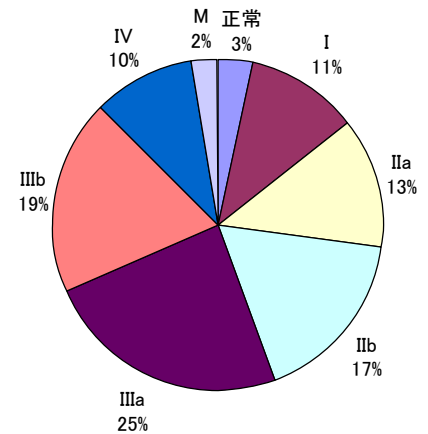


図 1-3-4 認知症老人の日常生活自立度 n=1254

3-7 家族構成 (図 1-3-5)

家族構成では、「同居」が800人(62.5%)、「独居」が396人(30.9%)、「近隣に家族あり」が84人(6.17%)であった。

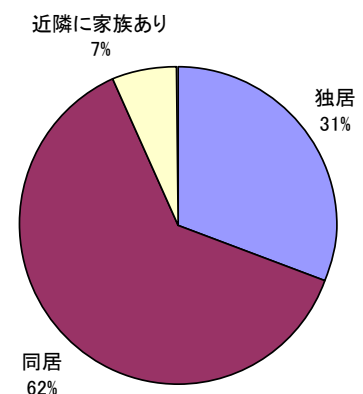


図 1-3-5 家族構成 n=1280

3-8 介護者 (図 1-3-6)

介護者では、「娘」が 323 人 (27.3%)、「配偶者」が 298 人 (25.2%)、「息子」が 280 人 (23.7%)、その他 283 人 (23.9%) であった。

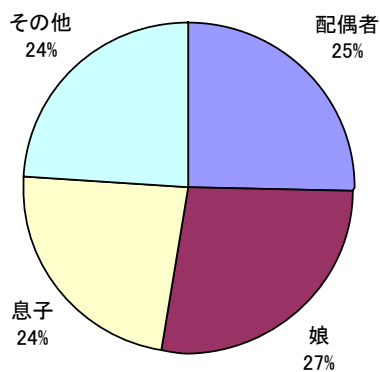


図 1-3-6 介護者 n = 1184

3-9 介護困難理由 (図 1-3-7)

介護困難理由では、「介護者が病弱」が 441 人 (38.4%)、「介護者がいない」が 396 人 (34.5%)、「協力者がいない」が 170 人 (14.8%)、「要介護者が複数」が 76 人 (6.6%)、「困難理由なし」が 65 人 (5.7%) であった。

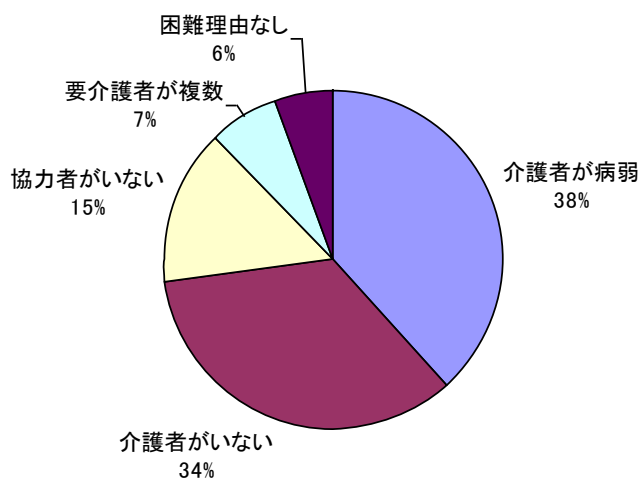


図 1-3-7 介護困難理 n = 1148

3-10 初めに入所が良いと判断した人 (図 1-3-8)

初めに入所が良いと判断した人では、「家族」が 824 人 (64.5%)、「ケアマネジャー」が 198 人 (15.5%)、「医師」が 84 人 (6.6%)、「本人」が 73 人 (5.7%)、「その他医療関係者」が 40 人 (3.1%)、「サービス事業者」が 20 人 (1.6%) であった。

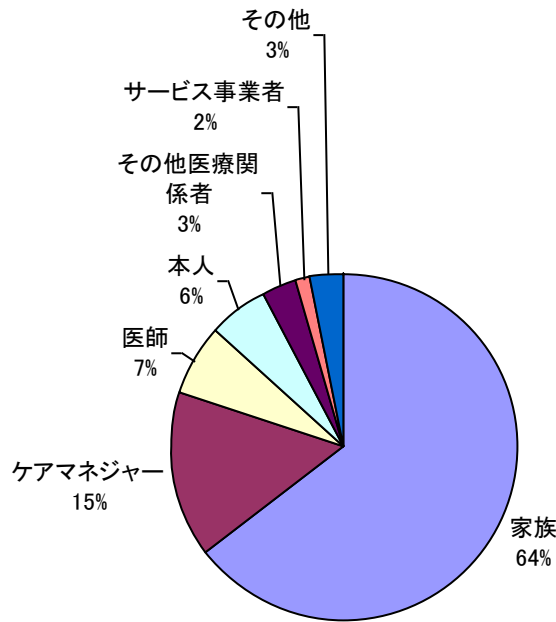


図 1-3-8 初めに入所が良いと判断した人 n = 1277

3-11 入所の話が出た時のケアマネジャーの行動 (図 1-3-9)

「入所の話が出たときのケアマネジャーの行動」では、「すぐに入所先を探した」が 801 人 (65.8%)、「仕方がないと諦めた」が 157 人 (12.9%)、「在宅が良いと説得した」が 36 人 (3.0%) であった。

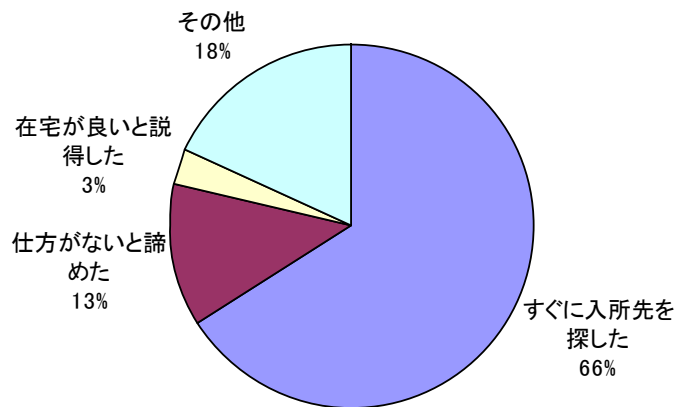


図 1-3-9 入所の話が出た時のケアマネジャーの行動 n = 1217

3-12 入所したときのケアマネジャーの思い (図 1-3-10)

また、「入所したときのケアマネジャーの思い」では、「安心した」が 769 人 (62.0%)、「複雑な気持ち」が 288 人 (23.2%)、「残念に思った」が 114 人 (9.2%)、「何も感じなかった」が 19 人 (1.5%) であった。

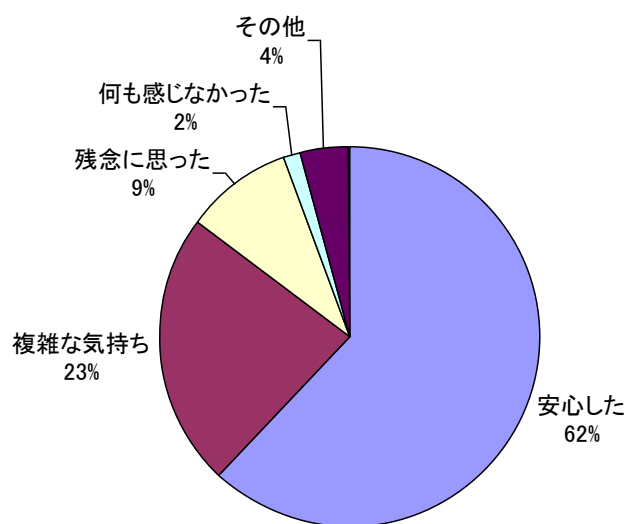


図 1-3-10 入所したときのケアマネジャーの思い

n = 1240

3-13 個別ケースにおける入所判断理由 (図 1-3-11)

ケアマネジャーが担当している個別ケース 1295 件に対して、自由記載にて入所判断理由の回答をしてもらったところ、1059 件の有効回答があった。集計処理をするため、判断理由を 20 種類に分類した。すなわち、本人の状態に関係の深い「低いADL」「認知症の進行」「精神障害(本人)」「本人の病気」「近隣への迷惑」「怪我転倒」「金銭問題」「本人の暴力」「本人の意向」の 9 種類、および介護状態に関係する「介護者精神疾患」「介護者の病気」「重い介護負担」「就労など時間不足」「介護者なし介護困難」「介護者が遠方」「家族関係の悪さ」「介護者の暴力虐待」「家族の希望」「在宅サービスが不十分」「生活環境」の 11 種類とした。

その結果、15%以上の高回答率となった上位 4 理由は、「認知症の進行」217 人 (20.5%)、「介護者なし介護困難」196 人 (18.5%)、「重い介護負担」193 人 (18.2%)、「低いADL」159 人 (15.0%)、であった (ケース毎に複数の理由回答あり)。これら以外の理由としては、多い順に「介護者の病気」121 人 (11.4%)、「怪我転倒」83 人 (7.8%)、「家族の希望」76 人 (7.2%)、「介護者就労など時間不足」74 人 (7.0%)、「本人の病気」66 人 (6.2%)、「家族関係の悪さ」49 人 (4.6%)、「本人の意向」44 人 (4.2%)、「介護者の暴力虐待」40 人 (3.8%)、「介護者精神疾患」37 人 (3.5%)、「介護者が遠方」37 人 (3.5%)、「金銭問題」26 人 (2.5%)、「生活環境」24 人 (2.3%)、「精神障害(本人)」22 人 (2.1%)、「近隣への迷惑」22 人 (2.1%)、「本人暴力」17 人 (1.6%)、「在宅サービスが不十分」12 人 (1.1%) であった。

入所判断理由

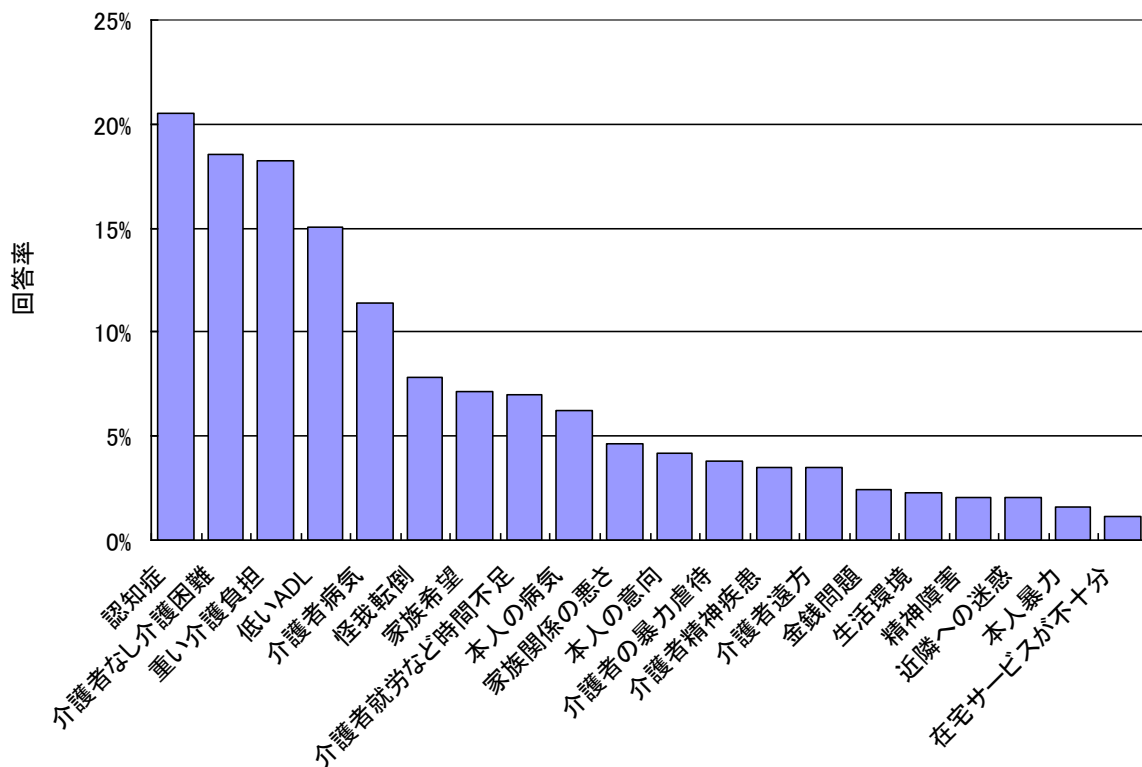


図 1-3-11 n = 1059

(2) 入所判断理由に関わるクロス集計結果

ケアマネジャーが担当している個別ケースの入所判断理由の中で 5%以上の回答率となった各理由に関して、「要介護度」「障害老人の日常生活自立度」「認知症老人の日常生活自立度」「家族構成」「介護者」「介護困難理由」との間でクロス集計をしてみた。

ここで 5%以上の回答率となった入所判断理由とは、前節で示したように「認知症の進行」「介護者なし介護困難」「重い介護負担」「低い ADL」「介護者の病気」「怪我転倒」「家族の希望」「介護者就労など時間不足」「本人の病気」の 9 種類である。

「認知症の進行」と「要介護度」のクロス集計では、「要介護度」が要介護 3 の場合に、入所判断理由「認知症の進行」が有意に多かった (表 1-3-2)。

表 1-3-2 「認知症」と「要介護度」のクロス集計表

		要介護度					合計	
		1	2	3	4	5		
認知症	該当	度数	21	35	73	52	19	200
		%	10.5	17.5	36.5	26.0	9.5	100.0
		調整済残差	0.66	0.07	2.47	-1.12	-2.34	
	非該当	度数	87	167	268	289	154	965
		%	9.0	17.3	27.8	29.9	16.0	100.0
		調整済残差	-0.66	-0.07	-2.47	1.12	2.34	
合計	度数	108	202	341	341	173	1165	
	%	9.3	17.3	29.3	29.3	14.8	100.0	

$$\chi^2 = 10.245, f = 4, P = 0.037$$

「認知症の進行」と「障害老人の日常生活自立度」のクロス集計では、「障害老人の日常生活自立度」が正常、J2、A1 の場合に、入所判断理由「認知症の進行」が有意に多かった (表 1-3-3)。

表 1-3-3 「認知症」と「障害老人 生活自立度」のクロス集計表

		障害老人 生活自立度									合計	
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
認知症	該当	度数	5	12	34	40	37	26	31	12	1	198
		%	2.5	6.1	17.2	20.2	18.7	13.1	15.7	6.1	0.5	100.0
		調整済残差	2.81	1.15	2.95	2.34	0.11	-1.01	-1.22	-2.57	-3.05	
	非該当	度数	5	41	97	134	179	156	189	121	54	976
		%	0.5	4.2	9.9	13.7	18.3	16.0	19.4	12.4	5.5	100.0
		調整済残差	-2.81	-1.15	-2.95	-2.34	-0.11	1.01	1.22	2.57	3.05	
合計	度数	10	53	131	174	216	182	220	133	55	1174	
	%	0.9	4.5	11.2	14.8	18.4	15.5	18.7	11.3	4.7	100.0	

$$\chi^2 = 38.261, f = 8, P < 0.001$$

「認知症の進行」と「認知症老人の日常生活自立度」のクロス集計では、「認知症老人の日常生活自立度」がⅢa、Ⅲbの場合に、入所判断理由「認知症の進行」が有意に多かった(表 1-3-4)。

表 1-3-4 「認知症」と「認知症 生活自立度」のクロス集計表

		認知症 生活自立度								合計	
		正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
認知症	該当	度数	1	4	8	26	67	66	22	7	201
		%	0.5	2.0	4.0	12.9	33.3	32.8	10.9	3.5	100.0
		調整済残差	-2.32	-4.36	-4.24	-1.64	3.31	5.16	0.50	1.19	
	非該当	度数	36	124	151	177	224	170	98	21	1001
		%	3.6	12.4	15.1	17.7	22.4	17.0	9.8	2.1	100.0
		調整済残差	2.32	4.36	4.24	1.64	-3.31	-5.16	-0.50	-1.19	
合計	度数	37	128	159	203	291	236	120	28	1202	
	%	3.1	10.6	13.2	16.9	24.2	19.6	10.0	2.3	100.0	

$\chi^2 = 71.379, f = 7, P < 0.001$

「低い ADL」と「家族構成」のクロス集計では、「家族構成」で独居の場合に入所判断理由「低い ADL」が有意に多かった(表 1-3-5)。

表 1-3-5 「低い ADL」と「家族構成」のクロス集計表

		家族構成			合計	
		独居	同居	近隣に 家族あり		
低い ADL	該当	度数	70	72	10	152
		%	46.1	47.4	6.6	100.0
		調整済残差	4.43	-4.21	-0.02	
	非該当	度数	304	697	71	1072
		%	28.4	65.0	6.6	100.0
		調整済残差	-4.43	4.21	0.02	
合計	度数	374	769	81	1224	
	%	30.6	62.8	6.6	100.0	

$\chi^2 = 20.242, f = 2, P < 0.001$

「低いADL」と「介護困難理由」のクロス集計では、「介護困難理由」で介護者がいない場合に入所判断理由「低いADL」が有意に多かった(表 1-3-6)。

表 1-3-6 : 「低いADL」と「困難理由」のクロス集計表

			困難理由					合計
			介護者がいない	介護者が病弱	要介護者が複数	協力者がいない	困難理由なし	
低いADL	該当	度数	69	35	5	20	8	137
		%	50.4	25.5	3.6	14.6	5.8	100.0
		調整済残差	4.42	-3.36	-1.56	-0.09	-0.12	
	非該当	度数	303	392	70	144	59	968
		%	31.3	40.5	7.2	14.9	6.1	100.0
		調整済残差	-4.42	3.36	1.56	0.09	0.12	
合計	度数	372	427	75	164	67	1105	
	%	33.7	38.6	6.8	14.8	6.1	100.0	

$\chi^2 = 22.183, f = 4, P < 0.001$

「怪我転倒」と「介護者」のクロス集計では、「介護者」が息子の場合に入所判断理由「怪我転倒」が有意に多かった(表 1-3-7)。

表 1-3-7 「怪我転倒」と「介護者」のクロス集計表

			介護者				合計
			配偶者	息子	娘	その他	
怪我転倒	該当	度数	12	28	22	16	78
		%	15.4	35.9	28.2	20.5	100.0
		調整済残差	-2.07	2.62	0.18	-0.70	
	非該当	度数	275	242	289	255	1061
		%	25.9	22.8	27.2	24.0	100.0
		調整済残差	2.07	-2.62	-0.18	0.70	
合計	度数	287	270	311	271	1139	
	%	25.2	23.7	27.3	23.8	100.0	

$\chi^2 = 8.854, f = 3, P = 0.031$

「病気」と「要介護度」のクロス集計では、「要介護度」が5の場合に入所判断理由「本人の病気」が有意に少なかった（表 1-3-8）。

表 1-3-8 「病気」と「要介護度」のクロス集計表

		要介護度					合計	
		1	2	3	4	5		
病気	該当	度数	8	16	14	23	2	63
		%	12.7	25.4	22.2	36.5	3.2	100.0
		調整済残差	0.96	1.74	-1.26	1.30	-2.68	
	非該当	度数	100	186	327	318	171	1102
		%	9.1	16.9	29.7	28.9	15.5	100.0
		調整済残差	-0.96	-1.74	1.26	-1.30	2.68	
合計	度数	108	202	341	341	173	1165	
	%	9.3	17.3	29.3	29.3	14.8	100.0	

$\chi^2 = 11.774, f = 4, P = 0.019$

「病気」と「家族構成」のクロス集計では、「家族構成」が独居の場合に入所判断理由「本人の病気」が有意に多かった（表 1-3-9）。

表 1-3-9 「病気」と「家族構成」のクロス集計表

		家族構成			合計	
		独居	同居	近隣に 家族あり		
病気	該当	度数	33	29	3	65
		%	50.8	44.6	4.6	100.0
		調整済残差	3.64	-3.12	-0.67	
	非該当	度数	341	740	78	1159
		%	29.4	63.8	6.7	100.0
		調整済残差	-3.64	3.12	0.67	
合計	度数	374	769	81	1224	
	%	30.6	62.8	6.6	100.0	

$\chi^2 = 13.219, f = 2, P = 0.001$

「病気」と「介護困難理由」のクロス集計では、「困難理由」で介護者がいない場合に入所判断理由「本人の病気」が有意に多かった（表 1-3-10）。

表 1-3-10 「病気」と「困難理由」のクロス集計表

			困難理由				合計	
			介護者がいない	介護者が病弱	要介護者が複数	協力者がいない		困難理由なし
病気	該当	度数	35	16	1	6	60	
		%	58.3	26.7	1.7	10.0	3.3	100.0
		調整済残差	4.16	-1.96	-1.62	-1.08	-0.91	
	非該当	度数	337	411	74	158	65	1045
		%	32.2	39.3	7.1	15.1	6.2	100.0
		調整済残差	-4.16	1.96	1.62	1.08	0.91	
合計	度数	372	427	75	164	67	1105	
	%	33.7	38.6	6.8	14.8	6.1	100.0	

$\chi^2 = 18.056, f = 4, P = 0.001$

「介護者なし介護困難」と「介護者」のクロス集計では、「介護者」が配偶者の場合に入所判断理由「介護者なし介護困難」が有意に多かった（表 1-3-11）。

表 1-3-11 「介護者なし介護困難」と「介護者」のクロス集計表

			介護者				合計
			配偶者	息子	娘	その他	
介護者なし介護困難	該当	度数	65	32	27	42	166
		%	39.2	19.3	16.3	25.3	100.0
		調整済残差	4.48	-1.45	-3.45	0.49	
	非該当	度数	222	238	284	229	973
		%	22.8	24.5	29.2	23.5	100.0
		調整済残差	-4.48	1.45	3.45	-0.49	
合計	度数	287	270	311	271	1139	
	%	25.2	23.7	27.3	23.8	100.0	

$\chi^2 = 25.494, f = 3, P < 0.001$

「介護者なし介護困難」と「困難理由」のクロス集計では、「困難理由」で協力者がいない場合に入所判断理由「介護者なし介護困難」が有意に少なかった（表 1-3-12）。

表 1-3-12 「介護者なし介護困難」と「困難理由」のクロス集計表

			困難理由				合計	
			介護者がいない	介護者が病弱	要介護者が複数	協力者がいない		困難理由なし
介護者なし介護困難	該当	度数	69	74	11	16	2	172
		%	40.1	43.0	6.4	9.3	1.2	100.0
		調整済残差	1.95	1.28	-0.22	-2.22	-2.93	
	非該当	度数	303	353	64	148	65	933
		%	32.5	37.8	6.9	15.9	7.0	100.0
		調整済残差	-1.95	-1.28	0.22	2.22	2.93	
合計		度数	372	427	75	164	67	1105
		%	33.7	38.6	6.8	14.8	6.1	100.0

$\chi^2 = 15.856, f = 4, P = 0.003$

「重い介護負担」と「家族構成」のクロス集計では、「家族構成」で同居の場合に入所判断理由「重い介護負担」が有意に多かった（表 1-3-13）。

表 1-3-13 「重い介護負担」と「家族構成」のクロス集計表

			家族構成			合計
			独居	同居	近隣に家族あり	
重い介護負担	該当	度数	21	155	14	190
		%	11.1	81.6	7.4	100.0
		調整済残差	-6.35	5.82	0.45	
	非該当	度数	353	614	67	1034
		%	34.1	59.4	6.5	100.0
		調整済残差	6.35	-5.82	-0.45	
合計		度数	374	769	81	1224
		%	30.6	62.8	6.6	100.0

$\chi^2 = 40.778, f = 2, P < 0.001$

「重い介護負担」と「介護者」のクロス集計では、「介護者」が息子の場合に入所判断理由「重い介護負担」が有意に少なかった（表 1-3-14）。

表 1-3-14 「重い介護負担」と「介護者」のクロス集計表

			介護者				合計
			配偶者	息子	娘	その他	
重い介護負担	該当	度数	56	29	58	46	189
		%	29.6	15.3	30.7	24.3	100.0
		調整済残差	1.54	-2.96	1.14	0.19	
	非該当	度数	231	241	253	225	950
		%	24.3	25.4	26.6	23.7	100.0
		調整済残差	-1.54	2.96	-1.14	-0.19	
合計	度数	287	270	311	271	1139	
	%	25.2	23.7	27.3	23.8	100.0	

$\chi^2 = 9.427, f = 3, P = 0.024$

「重い介護負担」と「困難理由」のクロス集計では、「困難理由」で介護者が病弱あるいは協力者がいない場合に入所判断理由「重い介護負担」が有意に多かった（表 1-3-15）。

表 1-3-15 「重い介護負担」と「困難理由」のクロス集計表

			困難理由				合計	
			介護者がいない	介護者が病弱	要介護者が複数	協力者がいない		困難理由なし
重い介護負担	該当	度数	22	88	17	34	6	167
		%	13.2	52.7	10.2	20.4	3.6	100.0
		調整済残差	-6.08	4.05	1.89	2.18	-1.45	
	非該当	度数	350	339	58	130	61	938
		%	37.3	36.1	6.2	13.9	6.5	100.0
		調整済残差	6.08	-4.05	-1.89	-2.18	1.45	
合計	度数	372	427	75	164	67	1105	
	%	33.7	38.6	6.8	14.8	6.1	100.0	

$\chi^2 = 43.943, f = 4, P < 0.001$

「介護者の病気」と「家族構成」のクロス集計では、「家族構成」で同居の場合に入所判断理由「介護者の病気」が有意に多かった（表 1-3-16）。

表 1-3-16 「介護者病気」と「家族構成」のクロス集計表

			家族構成			合計
			独居	同居	近隣に 家族あり	
介護者 病気	該当	度数	11	101	6	118
		%	9.3	85.6	5.1	100.0
		調整済残差	-5.27	5.38	-0.70	
	非該当	度数	363	668	75	1106
		%	32.8	60.4	6.8	100.0
		調整済残差	5.27	-5.38	0.70	
合計	度数	374	769	81	1224	
	%	30.6	62.8	6.6	100.0	

$\chi^2 = 30.506, f = 2, P < 0.001$

「介護者の病気」と「介護者」のクロス集計では、「介護者」が配偶者の場合で入所判断理由「介護者の病気」が有意に多かった（表 1-3-17）。

表 1-3-17 「介護者病気」と「介護者」のクロス集計表

			介護者				合計
			配偶者	息子	娘	その他	
介護者 病気	該当	度数	43	18	28	27	116
		%	37.1	15.5	24.1	23.3	100.0
		調整済残差	3.11	-2.19	-0.81	-0.14	
	非該当	度数	244	252	283	244	1023
		%	23.9	24.6	27.7	23.9	100.0
		調整済残差	-3.11	2.19	0.81	0.14	
合計	度数	287	270	311	271	1139	
	%	25.2	23.7	27.3	23.8	100.0	

$\chi^2 = 11.365, f = 3, P = 0.010$

「介護者の病気」と「困難理由」のクロス集計では、「困難理由」で介護者が病弱な場合に入所判断理由「介護者の病気」が有意に多かった（表 1-3-18）。

表 1-3-18 「介護者病気」と「困難理由」のクロス集計表

			困難理由				合計	
			介護者がいない	介護者が病弱	要介護者が複数	協力者がいない		困難理由なし
介護者 病気	該当	度数	12	87	8	8	0	115
		%	10.4	75.7	7.0	7.0	0.0	100.0
		調整済残差	-5.57	8.61	0.08	-2.51	-2.88	
	非該当	度数	360	340	67	156	67	990
		%	36.4	34.3	6.8	15.8	6.8	100.0
		調整済残差	5.57	-8.61	-0.08	2.51	2.88	
合計	度数	372	427	75	164	67	1105	
	%	33.7	38.6	6.8	14.8	6.1	100.0	

$\chi^2 = 79.239, f = 4, P < 0.001$

「介護者就労など時間不足」と「家族構成」のクロス集計では、「家族構成」で近隣に家族ありの場合に入所判断理由「介護者就労など時間不足」が有意に多かった（表 1-3-19）。

表 1-3-19 「就労など時間不足」と「家族構成」のクロス集計表

			家族構成			合計
			独居	同居	近隣に家族あり	
就労な ど時間 不足	該当	度数	13	49	9	71
		%	18.3	69.0	12.7	100.0
		調整済残差	-2.31	1.11	2.12	
	非該当	度数	361	720	72	1153
		%	31.3	62.4	6.2	100.0
		調整済残差	2.31	-1.11	-2.12	
合計	度数	374	769	81	1224	
	%	30.6	62.8	6.6	100.0	

$\chi^2 = 8.339, f = 2, P = 0.015$

「介護者就労など時間不足」と「介護者」のクロス集計では、「介護者」が娘の場合に入所判断理由「介護者就労など時間不足」が有意に多かった（表 1-3-20）。

表 1-3-20 「就労など時間不足」と「介護者」のクロス集計表

			介護者				合計
			配偶者	息子	娘	その他	
就労な ど時間 不足	該当	度数	6	22	30	12	70
		%	8.6	31.4	42.9	17.1	100.0
		調整済残差	-3.31	1.57	3.01	-1.35	
	非該当	度数	281	248	281	259	1069
		%	26.3	23.2	26.3	24.2	100.0
		調整済残差	3.31	-1.57	-3.01	1.35	
合計	度数	287	270	311	271	1139	
	%	25.2	23.7	27.3	23.8	100.0	

$\chi^2 = 18.052, f = 3, P < 0.001$

「介護者就労など時間不足」と「介護困難理由」のクロス集計では、「困難理由」で協力者がいない場合に入所判断理由「介護者就労など時間不足」が有意に多かった（表 1-3-21）。

表 1-3-21 「就労など時間不足」と「困難理由」のクロス集計表

			困難理由					合計
			介護者 がいな い	介護者 が病弱	要介護 者が複 数	協力者 がいな い	困難理 由なし	
就労な ど時間 不足	該当	度数	21	11	7	21	3	63
		%	33.3	17.5	11.1	33.3	4.8	100.0
		調整済残差	-0.06	-3.56	1.41	4.25	-0.45	
	非該当	度数	351	416	68	143	64	1042
		%	33.7	39.9	6.5	13.7	6.1	100.0
		調整済残差	0.06	3.56	-1.41	-4.25	0.45	
合計	度数	372	427	75	164	67	1105	
	%	33.7	38.6	6.8	14.8	6.1	100.0	

$\chi^2 = 25.179, f = 4, P < 0.001$

(3) ケアマネジャーの行動に関わるクロス集計結果

担当している個別ケースの入所話が出たときの「ケアマネジャーの行動」に関して、「要介護度」「障害老人の日常生活自立度」「認知症老人の日常生活自立度」「家族構成」「介護者」「介護困難理由」との間でクロス集計を行った。以下、有意差がみられたものについて述べる。

「要介護度」と「ケアマネジャーの行動」のクロス集計では、「要介護度 4」で「すぐに入所先を探した」が有意に多く、「要介護度 2」では「すぐに入所先を探した」が有意に少なかった(表 1-3-6)。

「家族構成」と「ケアマネジャーの行動」のクロス集計では、「近隣に家族あり」の場合に「在宅が良いと説得した」が有意に多く、「すぐに入所先を探した」が有意に少なかった(表 1-3-7)。

「介護困難理由」と「ケアマネジャーの行動」のクロス集計では、「協力者がいない」場合に「すぐに入所先を探した」が有意に少なかったが、「困難理由なし」の場合に「在宅が良いと説得した」が有意に多かった(表 1-3-22)。

表 1-3-22 「貴方の行動」と「要介護度」のクロス集計表

		要介護度					合計	
		1	2	3	4	5		
貴方の 行動	すぐに入所 先を探した	度数	61	112	211	232	117	733
		%	8.3	15.3	28.8	31.7	16.0	100.0
		調整済残差	-1.59	-3.19	0.13	2.41	1.49	
	仕方がない と諦めた	度数	15	29	33	40	17	134
		%	11.2	21.6	24.6	29.9	12.7	100.0
		調整済残差	0.80	1.20	-1.10	0.15	-0.74	
	在宅が良い と説得した	度数	6	8	10	7	3	34
		%	17.6	23.5	29.4	20.6	8.8	100.0
		調整済残差	1.70	0.87	0.10	-1.13	-1.00	
	その他	度数	21	49	63	45	27	205
		%	10.2	23.9	30.7	22.0	13.2	100.0
		調整済残差	0.51	2.48	0.73	-2.56	-0.74	
合計	度数	103	198	317	324	164	1106	
	%	9.3	17.9	28.7	29.3	14.8	100.0	

$$\chi^2 = 21.987, \quad f = 12, \quad P = 0.038$$

表 1-3-23 「貴方の行動」と「家族構成」のクロス集計表

		家族構成			合計	
		独居	同居	近隣に 家族あり		
貴方の 行動	すぐに入所 先を探した	度数	233	493	40	766
		%	30.4	64.4	5.2	100.0
		調整済残差	0.04	1.50	-2.95	
	仕方がない と諦めた	度数	50	81	9	140
		%	35.7	57.9	6.4	100.0
		調整済残差	1.46	-1.30	-0.17	
	在宅が良い と説得した	度数	6	20	8	34
		%	17.6	58.8	23.5	100.0
		調整済残差	-1.64	-0.49	3.95	
	その他	度数	61	130	21	212
		%	28.8	61.3	9.9	100.0
		調整済残差	-0.56	-0.51	2.01	
合計	度数	350	724	78	1152	
	%	30.4	62.8	6.8	100.0	

$\chi^2 = 24.224, f = 6, P < 0.001$

表 1-3-24 「貴方の行動」と「困難理由」のクロス集計表

		困難理由					合計	
		介護者 がない	介護者 が病弱	要介護 者が複 数	協力者 がない	困難理 由なし		
貴方の 行動	すぐに入所 先を探した	度数	242	277	49	89	36	693
		%	34.9	40.0	7.1	12.8	5.2	100.0
		調整済残差	1.59	1.25	0.34	-2.52	-2.24	
	仕方がない と諦めた	度数	42	52	4	24	9	131
		%	32.1	39.7	3.1	18.3	6.9	100.0
		調整済残差	-0.31	0.27	-1.85	1.21	0.23	
	在宅が良い と説得した	度数	8	11	1	3	7	30
		%	26.7	36.7	3.3	10.0	23.3	100.0
		調整済残差	-0.78	-0.22	-0.78	-0.75	3.84	
	その他	度数	56	64	18	39	15	192
		%	29.2	33.3	9.4	20.3	7.8	100.0
		調整済残差	-1.34	-1.67	1.51	2.37	0.88	
合計	度数	348	404	72	155	67	1046	
	%	33.3	38.6	6.9	14.8	6.4	100.0	

$\chi^2 = 31.819, f = 12, P = 0.001$

「入所が良いとした判断者」と「ケアマネジャーの行動」のクロス集計では、「家族」や「その他医療関係者」の場合に「すぐに入所先を探した」が有意に少なく、「ケアマネジャー」の場合に「すぐに入所先を探した」が有意に多かった。「本人」の場合に「在宅が良いと説得した」も有意に多かった(表1-3-25)。

表1-3-25 「貴方の行動」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計表

		入所が良いとした判断者							合計	
		本人	家族	医師	その他 医療関係者	サービス 事業者	ケア マネ ジャー	その他		
貴方の 行動	すぐに入所 先を探した	度数	38	482	46	19	9	147	23	764
		%	5.0	63.1	6.0	2.5	1.2	19.2	3.0	100.0
		調整済残差	0.03	-2.37	-0.82	-2.19	-1.49	5.20	0.14	
	仕方がない と諦めた	度数	7	97	11	10	3	7	5	140
		%	5.0	69.3	7.9	7.1	2.1	5.0	3.6	100.0
		調整済残差	0.02	1.02	0.73	2.71	0.59	-3.62	0.46	
	在宅が良い と説得した	度数	4	27	1	0	1	1	0	34
		%	11.8	79.4	2.9	0.0	2.9	2.9	0.0	100.0
		調整済残差	1.85	1.74	-0.84	-1.09	0.66	-2.03	-1.03	
	その他	度数	8	146	16	9	5	21	6	211
		%	3.8	69.2	7.6	4.3	2.4	10.0	2.8	100.0
		調整済残差	-0.87	1.27	0.75	0.86	1.04	-2.39	-0.11	
合計	度数	57	752	74	38	18	176	34	1149	
	%	5.0	65.4	6.4	3.3	1.6	15.3	3.0	100.0	

$$\chi^2 = 45.680, f = 18, P < 0.001$$

(4) ケアマネジャーの思いに関わるクロス集計結果

「介護困難理由」と入所したときの「ケアマネジャーの思い」のクロス集計では、「介護者がいない」場合に「安心した」が有意に多く、「協力者がいない」場合に「残念に思った」が有意に多く、「困難理由なし」の場合に「残念に思った」と「何も感じなかった」が有意に多かった（表 1-3-26）。

「入所が良いとした判断者」と「ケアマネジャーの思い」のクロス集計では、「家族」の場合に「残念に思った」が有意に多く、「ケアマネジャー」の場合には「安心した」が有意に多かった（表 1-3-27）。

「家族構成」と「ケアマネジャーの思い」のクロス集計では、「独居」の場合に「安心した」が有意に多く、「近隣に家族あり」の場合に「残念に思った」が有意に多かった（表 1-3-28）。

「入所施設」と「ケアマネジャーの思い」のクロス集計では、「特別養護老人ホーム」で「安心した」が有意に多く、「老健施設」で「何も感じなかった」が有意に多かった（表 1-3-29）。

表 1-3-26 「貴方の思い」と「困難理由」のクロス集計表

		困難理由					合計	
		介護者がいない	介護者が病弱	要介護者が複数	協力者がいない	困難理由なし		
貴方の思い	安心した	度数	251	256	46	93	26	672
		%	37.4	38.1	6.8	13.8	3.9	100.0
		調整済残差	3.65	-0.53	-0.05	-1.14	-4.29	
	複雑な気持ち	度数	66	102	17	37	19	241
		%	27.4	42.3	7.1	15.4	7.9	100.0
		調整済残差	-2.23	1.31	0.13	0.28	1.14	
	残念に思った	度数	22	37	6	21	11	97
		%	22.7	38.1	6.2	21.6	11.3	100.0
		調整済残差	-2.33	-0.12	-0.28	2.00	2.14	
	何も感じなかった	度数	3	2	1	3	5	14
		%	21.4	14.3	7.1	21.4	35.7	100.0
		調整済残差	-0.95	-1.89	0.04	0.71	4.56	
	その他	度数	12	14	3	3	6	38
		%	31.6	36.8	7.9	7.9	15.8	100.0
		調整済残差	-0.23	-0.24	0.25	-1.22	2.45	
合計	度数	354	411	73	157	67	1062	
	%	33.3	38.7	6.9	14.8	6.3	100.0	

$$\chi^2 = 53.933, f = 16, P < 0.001$$

表 1-3-27 「貴方の思い」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計表

		入所が良いとした判断者							合計	
		本人	家族	医師	その他 医療関 係者	サービ ス事業 者	ケ マ ネ ジャー	その他		
貴方の 思い	安心した	度数	37	450	48	21	12	139	26	733
		%	5.0	61.4	6.5	2.9	1.6	19.0	3.5	100.0
		調整済残差	0.01	-3.64	0.09	-0.96	0.36	4.28	1.69	
	複雑な気持ち	度数	11	187	17	8	3	36	6	268
		%	4.1	69.8	6.3	3.0	1.1	13.4	2.2	100.0
		調整済残差	-0.80	1.75	-0.12	-0.28	-0.63	-1.05	-0.74	
	残念に思った	度数	5	81	9	4	2	2	1	104
		%	4.8	77.9	8.7	3.8	1.9	1.9	1.0	100.0
		調整済残差	-0.11	2.82	0.94	0.36	0.33	-4.00	-1.24	
	何も感じなかった	度数	0	14	1	2	1	0	0	18
		%	0.0	77.8	5.6	11.1	5.6	0.0	0.0	100.0
		調整済残差	-0.99	1.12	-0.16	1.90	1.40	-1.83	-0.74	
	その他	度数	6	32	1	3	0	4	1	47
		%	12.8	68.1	2.1	6.4	0.0	8.5	2.1	100.0
		調整済残差	2.47	0.41	-1.24	1.24	-0.87	-1.35	-0.32	
	合計	度数	59	764	76	38	18	181	34	1170
		%	5.0	65.3	6.5	3.2	1.5	15.5	2.9	100.0

$$\chi^2 = 49.585, f = 24, P = 0.002$$

表 1-3-28 「貴方の思い」と「家族構成」のクロス集計表

		家族構成			合計	
		独居	同居	近隣に 家族あ り		
貴方の 思い	安心した	度数	255	445	36	736
		%	34.6	60.5	4.9	100.0
		調整済残差	3.90	-2.10	-3.14	
	複雑な気持ち	度数	68	178	22	268
		%	25.4	66.4	8.2	100.0
		調整済残差	-2.12	1.42	1.17	
	残念に思った	度数	24	66	13	103
		%	23.3	64.1	12.6	100.0
		調整済残差	-1.68	0.29	2.55	
	何も感じなかった	度数	4	11	3	18
		%	22.2	61.1	16.7	100.0
		調整済残差	-0.78	-0.14	1.72	
	その他	度数	8	36	4	48
		%	16.7	75.0	8.3	100.0
		調整済残差	-2.14	1.79	0.48	
	合計	度数	359	736	78	1173
		%	30.6	62.7	6.6	100.0

$$\chi^2 = 26.801, f = 8, P = 0.001$$

表 1-3-29 「貴方の思い」と「入所施設」のクロス集計表

		入所施設			合計	
		特別養 護老人 ホーム	老健施 設	グルー プホー ム		
貴方の 思い	安心した	度数	336	238	145	719
		%	46.7	33.1	20.2	100.0
		調整済残差	2.51	-2.69	0.11	
	複雑な気持ち	度数	112	94	55	261
		%	42.9	36.0	21.1	100.0
		調整済残差	-0.36	-0.01	0.46	
	残念に思っ た	度数	36	44	21	101
		%	35.6	43.6	20.8	100.0
		調整済残差	-1.75	1.65	0.19	
	何も感じな かった	度数	2	12	4	18
		%	11.1	66.7	22.2	100.0
		調整済残差	-2.82	2.73	0.23	
	その他	度数	17	25	5	47
		%	36.2	53.2	10.6	100.0
		調整済残差	-1.09	2.50	-1.65	
合計	度数	503	413	230	1146	
	%	43.9	36.0	20.1	100.0	

$$\chi^2 = 22.105, f = 8, P = 0.005$$

さらに、「ケアマネジャーの行動」と「ケアマネジャーの思い」のクロス集計では、「すぐに入所先を探した」の場合に「安心した」が有意に多く、「仕方がないと諦めた」場合に「複雑な気持ち」や「残念に思った」が有意に多かった。「在宅が良いと説得した」場合にも「複雑な気持ち」や「残念に思った」が有意に多かった(表 1-3-30)。

表 1-3-30 「貴方の思い」と「貴方の行動」のクロス集計表

		貴方の行動				合計	
		すぐに 入所先 を探し た	仕方が ないと 諦めた	在宅が 良いと 説得し た	その他		
貴方の 思い	安心した	度数	556	47	1	117	721
		%	77.1	6.5	0.1	16.2	100.0
		調整済残差	10.19	-7.78	-7.26	-2.67	
	複雑な気持ち	度数	142	59	18	46	265
		%	53.6	22.3	6.8	17.4	100.0
		調整済残差	-4.90	5.57	4.23	-0.59	
	残念に思っ た	度数	37	35	13	20	105
		%	35.2	33.3	12.4	19.0	100.0
		調整済残差	-7.00	6.84	6.00	0.12	
	何も感じな かった	度数	12	1	0	5	18
		%	66.7	5.6	0.0	27.8	100.0
		調整済残差	0.05	-0.89	-0.74	1.01	
	その他	度数	17	1	2	27	47
		%	36.2	2.1	4.3	57.4	100.0
		調整済残差	-4.42	-2.18	0.54	6.99	
合計	度数	764	143	34	215	1156	
	%	66.1	12.4	2.9	18.6	100.0	

$$\chi^2 = 230.508, f = 12, P < 0.001$$

「認知症の生活自立度」と「ケアマネジャーの思い」のクロス集計では、自立度Ⅰで「安心した」が有意に少なく、自立度Ⅱbで「残念に思った」が有意に多く、自立度ⅢbおよびⅣで「安心した」が有意に多かった(表1-3-31)。

表1-3-31 「貴方の思い」と「認知症 生活自立度」のクロス集計表

		認知症 生活自立度								合計	
		正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
安心した	度数	19	62	99	106	185	155	87	16	729	
	%	2.6	8.5	13.6	14.5	25.4	21.3	11.9	2.2	100.0	
	調整済残差	-1.49	-3.29	0.35	-2.55	1.04	2.04	3.24	-0.65		
複雑な気持ち	度数	8	37	34	51	66	45	15	7	263	
	%	3.0	14.1	12.9	19.4	25.1	17.1	5.7	2.7	100.0	
	調整済残差	-0.16	1.94	-0.21	1.34	0.31	-1.09	-2.53	0.29		
貴方の 思い	残念に思っ た	度数	5	13	12	27	18	19	6	2	102
		%	4.9	12.7	11.8	26.5	17.6	18.6	5.9	2.0	100.0
		調整済残差	1.02	0.66	-0.48	2.78	-1.66	-0.22	-1.38	-0.32	
何も感じな かった	度数	1	7	0	3	3	2	2	0	18	
	%	5.6	38.9	0.0	16.7	16.7	11.1	11.1	0.0	100.0	
	調整済残差	0.57	3.87	-1.68	-0.00	-0.77	-0.90	0.19	-0.67		
その他	度数	4	6	9	6	10	4	3	3	45	
	%	8.9	13.3	20.0	13.3	22.2	8.9	6.7	6.7	100.0	
	調整済残差	2.21	0.56	1.35	-0.61	-0.34	-1.83	-0.71	1.89		
合計	度数	37	125	154	193	282	225	113	28	1157	
	%	3.2	10.8	13.3	16.7	24.4	19.4	9.8	2.4	100.0	

$$\chi^2 = 62.128, \quad f = 28, \quad P < \mathbf{0.001}$$

(5) その他のクロス集計結果

「入所施設」に関して、「要介護度」「家族構成」「介護者」「困難理由」「入所が良いとした判断者」との間でクロス集計を行った。以下、有意差がみられたものについて述べる。

「家族構成」と「入所施設」のクロス集計では、「同居」の場合に「老健施設」が有意に多く、「独居」の場合に「グループホーム」が有意に多かった(表 1-3-32)。

「入所が良いとした判断者」と「入所施設」のクロス集計では、「ケアマネジャー」の場合に「特別養護老人ホーム」が有意に多く、「医師」や「その他医療関係者」の場合に「老健施設」が有意に多かった(表 1-3-33)。

表 1-3-32 「入所施設」と「家族構成」のクロス集計表

		家族構成			合計	
		独居	同居	近隣に 家族あり		
入所施設	特別養護老人ホーム	度数	168	335	32	535
		%	31.4	62.6	6.0	100.0
		調整済残差	0.25	0.11	-0.70	
	老健施設	度数	121	308	30	459
		%	26.4	67.1	6.5	100.0
		調整済残差	-2.72	2.60	-0.01	
	グループホーム	度数	95	130	19	244
		%	38.9	53.3	7.8	100.0
		調整済残差	2.98	-3.30	0.88	
合計	度数	384	773	81	1238	
	%	31.0	62.4	6.5	100.0	

$\chi^2 = 13.879, f = 4, P = 0.008$

表 1-3-33 「入所施設」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計表

		入所が良いとした判断者							合計	
		本人	家族	医師	その他 医療関係者	サービス 事業者	ケア マネ ジャー	その他		
入所施設	特別養護老人ホーム	度数	33	337	29	12	9	97	19	536
		%	6.2	62.9	5.4	2.2	1.7	18.1	3.5	100.0
		調整済残差	0.55	-0.88	-1.51	-1.61	0.35	2.10	0.84	
	老健施設	度数	28	303	39	24	3	49	11	457
		%	6.1	66.3	8.5	5.3	0.7	10.7	2.4	100.0
		調整済残差	0.44	1.16	2.06	3.23	-1.93	-3.63	-1.04	
	グループホーム	度数	10	154	14	3	7	47	8	243
		%	4.1	63.4	5.8	1.2	2.9	19.3	3.3	100.0
		調整済残差	-1.22	-0.31	-0.61	-1.91	1.90	1.79	0.22	
合計	度数	71	794	82	39	19	193	38	1236	
	%	5.7	64.2	6.6	3.2	1.5	15.6	3.1	100.0	

$\chi^2 = 34.090, f = 12, P = 0.001$

「要介護度」と「入所施設」のクロス集計では、要介護度1のときに「グループホーム」が有意に多く、要介護度2のときに「グループホーム」および「老健施設」が有意に多く、要介護度4または5のときに「特別養護老人ホーム」が有意に多かった(表1-3-34)。

表1-3-34 : 「入所施設」と「要介護度」のクロス集計表

		要介護度					合計		
		1	2	3	4	5			
入所施設	特別養護老人ホーム	度数	13	42	129	205	114	503	
		%	2.6	8.3	25.6	40.8	22.7	100.0	
		調整済残差	-6.93	-7.12	-2.42	7.63	6.54		
	老健施設	度数	42	90	130	102	48	412	
		%	10.2	21.8	31.6	24.8	11.7	100.0	
		調整済残差	0.81	3.06	1.26	-2.49	-2.33		
	グループホーム	度数	50	64	73	24	7	218	
		%	22.9	29.4	33.5	11.0	3.2	100.0	
		調整済残差	7.74	5.24	1.51	-6.58	-5.40		
	合計		度数	105	196	332	331	169	1133
			%	9.3	17.3	29.3	29.2	14.9	100.0

$\chi^2 = 213.090, f = 8, P < 0.001$

「介護困難理由」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計では、「介護者がいない」場合に「本人」「医師」「サービス事業者」「ケアマネジャー」が有意に多く、「介護者が病弱」および「協力者がいない」場合に「家族」が有意に多かった。さらに、「困難理由なし」の場合で「家族」も有意に多かった(表1-3-35)。

表1-3-35 「困難理由」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計表

		入所が良いとした判断者							合計	
		本人	家族	医師	その他 医療関係者	サービス事業者	ケアマネジャー	その他		
介護者がいない	度数	33	170	38	13	13	80	22	369	
	%	8.9	46.1	10.3	3.5	3.5	21.7	6.0	100.0	
	調整済残差	4.40	-8.80	2.84	0.09	3.78	3.79	3.91		
介護者が病弱	度数	10	303	29	12	3	61	7	425	
	%	2.4	71.3	6.8	2.8	0.7	14.4	1.6	100.0	
	調整済残差	-3.11	4.00	-0.37	-0.91	-1.79	-1.06	-2.20		
要介護者が複数	度数	2	53	2	3	1	10	4	75	
	%	2.7	70.7	2.7	4.0	1.3	13.3	5.3	100.0	
	調整済残差	-0.93	1.25	-1.57	0.27	-0.15	-0.61	1.16		
協力者がいない	度数	6	126	6	5	0	20	1	164	
	%	3.7	76.8	3.7	3.0	0.0	12.2	0.6	100.0	
	調整済残差	-0.80	3.71	-1.89	-0.31	-1.74	-1.38	-1.99		
困難理由なし	度数	3	52	4	5	0	3	0	67	
	%	4.5	77.6	6.0	7.5	0.0	4.5	0.0	100.0	
	調整済残差	-0.17	2.40	-0.40	1.85	-1.06	-2.63	-1.51		
合計		度数	54	704	79	38	17	174	34	1100
		%	4.9	64.0	7.2	3.5	1.5	15.8	3.1	100.0

$\chi^2 = 111.697, f = 24, P < 0.001$

2. 調査2の結果

1) インタビュー協力者の基本情報

インタビュー協力者の基本情報は表2-1-1のとおりである。性別は、女性7名、男性5名の合計12名であった。基礎資格は、看護職1名、歯科衛生士1名、歯科医師1名、社会福祉士2名、介護職7名であった。

表2-1-1インタビューの協力者の基本情報

CM番号	性別	年齢	経験年数	基礎資格	主任 介護支援専門員	管理者
A	男	58	14	歯科医師	—	—
B	男	45	13	介護福祉士	○	○
C	男	52	12	社会福祉士	○	○
D	女	49	12	看護師	○	○
E	男	43	13	介護福祉士	○	○
F	女	52	10	ヘルパー1級	○	○
I	女	46	12	歯科衛生士	○	○
K	女	41	8	ヘルパー2級	—	—
M	男	42	14	社会福祉士	○	—
S	女	57	8	ヘルパー2級	○	○
W	女	48	7	ヘルパー2級	○	—
O	女	52	6	介護福祉士	—	—

(注) CMとはケアマネジャーの略である

本文中の【 】は上位カテゴリー、《 》は中位カテゴリー、< >は下位カテゴリー、[]はコード、「」はインタビュー内容を示す。語りは代表的な内容のみとし、できる限り要約せず、そのままの形とした。語り途中を略する場合の表記は「・・・」とした。また、直接関係のない会話は省略した。会話であるため、主語が省略され文章の意味がわかりにくい場合、研究者によって補足した箇所を()と表記した。下線部分は引用箇所、直接関係のないと思われる箇所は省いた。尚、ワークシート内の()のアルファベット記号はインタビュー協力者に対応している。

2) 抽出された全カテゴリーの概要

12名のケアマネジャーに対するインタビューの逐語録から、【本人は在宅生活を希望】【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】【在宅生活維持の阻害要因】【入所を考え始める本人・家族の状況】【本人と介護者の主体性の尊重】【ケアマネジャーの入所に対する思い】【ケアマネジャーの未熟】【ケアマネジャーの質の評価】【専門職ケアマネジャーとしての実践力】【専門職ケアマネジャーとしての知識・技術を得る手段】【サービスの展開におけるチームアプローチ】【質の高いケアマネジメントの提供】【質の高いサービス事業所の利用】【在宅生活維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】【最後まで在宅支援】【入所に向けての行動】【施設入所後のケアマネジャーの思い】

【自立支援型ケアマネジメント実施による確信】【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の19分類の上位カテゴリー、62の中位カテゴリー、198の下位カテゴリー、480コードが抽出された。

表 2-2-1. 抽出された全カテゴリーの概要

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
【本人は在宅生活を希望】	《本人からは少ない入所希望》	<本人からは少ない入所希望>
		<担当ケースで本人から希望は少ない施設入所>
【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】	《基本は在宅の生活の維持》	<原則は在宅生活の維持>
		<在宅の可能性を探る>
		<施設入所よりは在宅生活優先>
【在宅生活維持の阻害要因】	《将来への安心のため施設申込み》	< 早めの入所準備>
		< 安心のための特養希望>
		<順番が来ての入所 >
	《直ぐに在宅は無理という医療職》	<現状を分かっている医師>
		<在宅は無理という医療職>
	《家族からの入所相談》	<家族から多い入所相談>
	《施設の入り易さ》	<特養よりは入りやすい老健施設>
	《使い勝手の悪い 24 時間定期巡回型訪問介護・看護》	<ヘルパーのスキルの問題>
		<経営の限界と使えるサービスの制限>
		<情報共有にかかる時間と労力の多さ>
		<従来サービスに比べての使いにくさ>
	《地域の施設数の格差》	<担当地区での施設数の少なさ>
		<地域により利用できない緊急ショートステイ>
		<付き添いが必要な緊急ショートステイ>
		<無理をしている相談員>
	《介護サービス利用の限界》	<介護保険サービスの限界>
<少ない自立支援型デイサービス>		
<サービスの利用は苦痛>		
<24 時間セキュリティや携帯電話の活用能力のなさ>		
《地域住民や事業所からの意見》	<認知症進行による事業者側の対応困難>	
	<地域住民からの「在宅生活は無理」という声>	
《本人からの入所希望》	<本人からの入所希望>	
《病状の悪化による入院》	<病状の悪化は入院しかない>	

【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状況】	《本人の状況》	<一人暮らしが不可能>
		<独居の認知症進行とADLの低下>
		<24時間介護サービスで払拭しきれない生命の危険>
	《介護者の状況》	<家族の介護力で決まる施設入所>
		<介護負担の増加による施設入所>
		<家族の精神的な限界による施設入所>
【本人と介護者の主体性の尊重】	《入所は傾聴し本人の希望を尊重し決定》	<話をよく聞き本人の意思を尊重>
		<本人の希望に応える支援>
		<本人が決めたならそれでいい>
	《家族の話聞き本心を探り、一緒に施設入所を考える》	<入所希望に応える提案>
		<家族と本人の人間関係を聞く>
		<介護が出来ない理由の確認>
【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】	《本人、家族から言われるのでは受け止め方が違う》	<誰に言われるかで違う受け止め方>
		<一概に言えない施設か在宅>
		<在宅を希望されれば出てくる使命感>
		<最終手段>
	《施設に対するケアマネジャーのイメージ》	<施設入所で意欲とADLの低下>
		<施設入所して安心>
	《施設入所は寂しいが仕方がない》	<家族希望による止むを得ない施設入所>
		<認知症進行による施設入所は仕方がない>
		<介護者不在なら施設入所も仕方がない>
		<施設入所は寂しい>
	《施設入所が良い》	<認知症の進行を和らげる施設入所>
		<生命にかかわる事が起きた場合は施設入所>
<経済的余裕と希望があれば施設を提案>		
<規則正しい食事・保清・虐待防止など本人の生活が守れる施設環境>		
【ケアマネジャーの未熟】	《知識、取り組む姿勢に影響されるケアマネジメントの結果の差》	<プラン通りでないと混乱するケアマネジャー>
		<ケアマネジメントが不十分>
		<ケアマネジャーの差は問題意識と取り組み姿勢>
		<ケアマネジャーのあきらめ>
		<家族への不十分なケア>
		<消極的な支援事業者と顔つなぎ>

	<p>《ケアマネジャーが一つだけのサービスを頼りすぎる事のリスク》</p>	<p><サービス調整不足が招く施設入所></p> <p><複数サービス利用による入所回避></p> <p><家族へのアプローチ不足></p> <p><利用者の状態悪化に気づく力の不足></p> <p><自立支援型ケアの知識、技術の研修のなさ></p> <p><個別状況毎に統一した支援方針が無い></p> <p><受け入れ場所がなく在宅支援範囲の狭まりによる対応困難></p> <p><サービス事業者の拒否に対する説得力不足></p> <p><パワーのなさ></p>
<p>【ケアマネジャーの質の評価】</p>	<p>《ケアマネジャーの質の評価は他者がするもの》</p>	<p><ケアマネジャーの力量を評価できるのは対象者や家族や関係者></p> <p><事業所転勤時に利用者や区役所職員から惜しがられるケアマネジャー></p>
<p>【専門職ケアマネジャーとしての実践力】</p>	<p>《ケアマネの役割の明確化》</p>	<p><支援可能範囲の提示とケアマネの役割の明確化></p> <p><本人・家族の間や多職種間および事業者間の調整></p> <p><不利益を与えない援助></p> <p><相談面接を通じ問題への利用者の気づきの促し></p>
	<p>《専門職としての態度》</p>	<p><ケアマネジャーとしての心構え></p> <p><センスとタイミングの見極め></p>
	<p>《専門職としての知識》</p>	<p><広範囲な専門知識が必要></p> <p><現場に役立つ研修が必要></p>
	<p>《対人援助技術による自己コントロールと冷静な判断と対応》</p>	<p><対人援助職として必要な経験とバイステックの7原則></p> <p><専門職として働いている自分を意識></p> <p><自己覚知による自己コントロールと冷静な判断と対応></p> <p><聞く際に思い入れや感情移入を抑制></p> <p><支援内容に影響する苦手意識></p>
	<p>《専門職としての情報整理能力と伝達力》</p>	<p><ケアマネジャーに求められる情報整理能力></p> <p><ケアマネジャーに求められる情報伝達力></p>
<p>【専門職ケアマネ</p>	<p>《大学院にての学びと研修参加</p>	<p><話が聞けなかった新人時代></p>

ジャーとしての知識・技術を得る手段】	により深まる知識、技術、スキル》	<限界を感じたり責任転嫁したりしていた過去>
		<抛り所となる考えもなく対象者の施設入所に安心して ていた過去>
		<感情コントロールによる利用者支援 >
		<ケアマネジャーの能力の差は経験の差>
		<後悔の経験と自己学習による専門技術の蓄積>
		<切磋琢磨して質・量ともにスキルアップ>
	《他職種の影響により深まる知識、技術、スキル》	<他職種から学ぶ日常生活に根ざした視点への変化>
	《経験により深まる知識、技術、スキル》	<知識と経験の蓄積による考え方や支援方法の変化と成長>
		<経験からしか得られない学び>
		<自分の価値観の押しつけから相手の価値観尊重への変化>
<自信を持つことは信頼関係を築く >		
【サービスの展開におけるチームアプローチ】	《働きかけによる周りの理解と協力》	<在宅は無理という周囲からの声には本人意思を伝える>
		<対処方法と可能性を家族や事業所に説明>
		<在宅困難理由の分析と、具体的な対応方法の工夫>
		<まわりの理解と協力による問題行動減少と可能となる在宅生活>
	《頻回な訪問による周囲の理解と協力》	<親族かと思われるほどの頻回な訪問>
		<周囲の理解と協力>
	《密なる連携による他職種や医師の理解と協力》	<医師との連絡方法>
		<医療関係の人脈活用による連携で在宅支援>
		<いざというときの協力で役立つ普段の良好な関係作り>
	《解決方法の手がかりを探す本音が言える仲間が存在》	<関係機関との率直な意見交換と傾聴によって築く信頼関係>
		<本音が言える仲間との相談による解決方法探し>
		<関係機関との情報共有とチームによる支援>
		<包括や区役所に相談し一緒に行動する>
		<多数の人に相談して解決方法の手がかりを探す>

【質の高いマネジメント】	《介護サービス利用による在宅生活の維持》	<30年前は施設入所だったが今なら可能な在宅生活の維持>	
		<自立支援型ケアを実施しリハビリ効果のある施設を選択>	
		<サービス利用で介護負担軽減により在宅生活維持>	
		<安心感をもたらす24時間の随時サービス >	
	《施設入所の判断時のプラン》	<先を見越した老健の入所申し込みと本入所の提案>	
		《在宅生活の鍵は、自立支援の理解と実践事業者の存在》	<自立支援型ケアマネジメントに対する家族の理解>
			<自立支援を理解し一諸に実践する同志>
			<デイサービス事業所の自立支援型ケアマネジメントに対する理解と実践>
			<サービス事業者へのモニタリング実施とプラン変更 >
		《本人、家族が安心して介護が続けられるように支援》	<介護者の先を見越した手当と対応>
			<意思を尊重し可能な支援や手段の検討>
	<介護者の不安の状況把握と解消>		
	<安心できる介護を一緒に再考>		
<本人の安定による家族の考えの変化>			
《臨機応変に対応してくれる関係》	<家族に対するケアマネジャーの支援>		
	<臨機応変に対応可能な事業者の確保>		
	<傾聴と率直な意見交換による信頼関係作り>		
【質の高いサービス事業所の利用】	《質の高いサービス事業所の選択》	<関係機関に頻回に足を運ぶこと>	
		<自立支援を理解し実践してくれる事業者>	
		<本人と家族の意向尊重による事業所選択>	
		<プランに沿った支援をする事業者の選択>	
		<対応幅の広い事業所の選択>	
		<対応能力の高い事業所>	
		<高い介護技術と適切な報告や情報の共有が出来る事業所>	
	《一緒にチームで動くメンバーの選定》	<対応手段が考えられない事業所>	
		<チームワークのできるメンバーの選定>	
		<状況により相談員と考える早期退所>	
		<事実と客観的考えを事業者の説明>	

	《管理者としてケアマネジャー支援》	<管理者としての情報共有> <管理者として対応方法を一緒に考える>
	《介護はプロが行うもの》	<家族にできるほど介護は甘くない>
【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】	《覚悟があれば可能な在宅生活》	<介護者の覚悟があれば可能な在宅生活>
		<サービス活用できれば可能な在宅生活>
		<入院以外は在宅可能>
	《サービスを利用し介護負担を軽減すれば在宅可能》	<サービス利用で介護負担軽減により在宅可能> <説得とプラン調整により在宅可能>
《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》	<在宅生活をあきらめない支援>	
	<自立支援型ケアマネジメントに対する理解促進>	
【最後まで在宅生活支援】	《最期を在宅で看取る支援》	<家で最後まで見るのが当たり前>
		<家で看取ることについて家族に事前説明>
		<家での看取り>
《本人・家族・支援者にとって後悔のない臨終》	<本人・家族・支援者にとって後悔のない臨終>	
【入所に向けての行動】	《施設の選択》	<聞き取りや見学による情報収集と現地視察>
		<施設のチェック>
		<構造と設備による選択>
		<近い所で探す>
		<主治医指示を遵守し医療的ケアに強い施設の選択>
		<利用者や家族への対応の丁寧な施設の選択>
	《ショートステイの利用》	<在宅生活維持のためのショートステイ利用>
		<入所までのつなぎとしてのショートステイ利用>
	《施設入所時のケアマネジャーの行動》	<介護の苦労や悩みの聞き取りによる介護限界の事前キャッチ>
		<本人の現状と将来見通しから変化する支援内容>
<施設入所に関する事前説明と了解>		
【施設入所後のケアマネジャーの思い】	《施設入所後のケアマネジャーの思い（良かった）》	<入所後の本人・家族からの感謝の言葉で感じる安堵>
		<介護者が元気になり良かったという思い>
		<施設入所することで介護者の精神的負担軽減>
	《施設入所後のケアマネジャー	<使えるサービスがなく入所したときの残念さ>

	の思い（悔しさと後悔）≫	<入所タイミングに対する後悔>
		<入所先での自殺未遂に対する複雑な思い>
		<施設で自立支援型ケアを実践しても帰る場所のない悔しさ>
		<在宅可能なのに入所したときの残念さ>
		<施設入所で低下した意欲とADLに対する複雑な思い>
		<施設入所で低下した意欲とADLに対する複雑な思い>
		<納得してない入所後の不適合による後悔>
【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】	≪自立支援に対する考え≫	<自立支援は難しい>
		<自立支援は維持すべき>
		<自立支援は不可能>
		<要支援は軽視せず頑張るべき>
	≪自立支援型ケアマネジメントの実施による確信≫	<自立支援型ケアマネジメント実践による利用者のADL改善の確信>
		<支援内容で変わる施設入所か在宅>
		<介護度5や4の人でも可能な外出や旅行>
		<自立支援型ケアマネジメントの実践による介護者負担の軽減>
	≪自立支援型ケアマネジメントの学び≫	<自立支援型の介護やケアマネジメントの学びで得られる確信>
		<自立支援の実践事業者の存在が在宅生活の鍵>
≪自立支援型ケアマネジメントの実践による発信≫	<家族やデイサービス事業所の自立支援型ケアマネジメントに対する理解と実践による在宅生活維持>	
【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】	≪医療機関との密な交流と連携≫	<定期的な相談や意見交換>
		<相互理解と連携のための医療関係者への働きかけ>
	≪職種を超えた支援≫、	<臨機応変に対応してくれる関係作り>
		<連携が一番大切>
		<医師や区の保健師、関係機関との協働>
	≪地域住民による相互支援システムが必要≫	<人々が声掛けや見守り>
		<必要なのは地域住民による相互支援システム>
		<ITシステム利用による連携>

<<頼りにならない役所や包括支援センター>>	<時間と労力を要したがし解決しなかった>
	<役所や包括支援センターに相談することが無い>
	<対応が悪く使えない役所や包括支援センター>

3) カテゴリーの詳細

以下では上位カテゴリー【 】の順にその構成内容を説明していく。下線_____はカテゴリーを抽出するときのポイントを示す。

(1) 【本人は在宅生活を希望】の説明

《本人からは少ない入所希望》という一つの中位カテゴリーと、〈本人からは少ない入所希望〉、〈自己管理できている人は施設入所を希望しない〉の2つの下位カテゴリーから構成されていた。本人からの入所希望は少なく、担当しているケースの一年間の施設入所は少ない。本人は在宅生活を希望していた。

インタビュー調査からの抜粋

(F) あ、本人ですか、本人「在宅無理だから施設入りたい」そんな人いないかなー。入りたい一人二人はいましたかね。独居ですか？ 私、独居の方がすごく多かったですけども独居で無理と言われたことはないかなー、そんなに・・・

(I) (一年間の入所の数) 片手に入らない数

(M) とにかく施設っていうのは少ないかもしれません。

(E) 利用者自身が自分のことを管理できて社会性のある人は施設を選ばない。

(B) たぶんそういうことが言える人は、まだ在宅ができると思うんですが・・・思うんで自分からそういいことが言えるんで「まだできるんじゃないかなー」と思う、自分からそんな事が言えるのはまだできるんじゃないかー（繰り返す）。

(2) 【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】の説明

《基本は在宅の生活の維持》という一つの中位カテゴリーと、〈原則は在宅生活の維持〉、〈在宅の可能性を探る〉、〈施設入所よりは在宅生活優先〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。ケアマネジャーはできるだけ在宅生活の維持を考え、施設入所よりは在宅生活が維持できるように可能性を探っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(I) 原則、在宅で生活をさせてあげたいと思っている

(A) 基本は在宅です。その家の困っている事情によってケースバイケース。

(C) たぶん本人は家にいたいって言っていて、家族が入れたいって、すれ違っているとすれば、できるだけ在宅でしてあげたいと思っています。

(M) スタート時点では、できるだけ在宅で頑張ろう、やれるところまでやってみようとする。

(F) ケアマネジャーとして 在宅が自分としては 在宅がメインなので内面的には的にはやっぱり可能性がないのか自分のこう、記述とかアセスメント能力とかで可能性が見つけられるかなーと内心は思います。

(B) 施設の経験のあるケアマネジャーはこの方は施設がいいとわかるかもしれない。在宅のケアマネジャーなんだから前向きに在宅生活を支えること、在宅のケアマネジャーなんだからそう思わなくてはいけないじゃないの。

(D) 少ないのかな？比較したことがないけど、そんなにいないかな～。だから老健に行って帰ってくる。入院して帰ってくる。本入所した人は数名しかたぶんいないかもしれない。自分はあまり施設入所を考えていず

(3) 【在宅生活維持の阻害要因】の説明

10 個の中位カテゴリと 21 個の下位カテゴリから構成されていた。

中位カテゴリとしては、《将来への安心のため施設申込み》、《直ぐに「在宅は無理」という医療職》、《家族からの入所相談》、《施設の入り易さ》、《使い勝手の悪い 24 時間定期巡回型訪問介護・看護》、《地域の施設数の格差》、《介護サービス利用の限界》、《地域住民や事業所から周囲からの意見》、《本人からの入所希望》、《病状の悪化による入院》であった。

《将来への安心のため施設申込み》という中位カテゴリでは、〈早めの入所準備〉、〈安心のための特養希望〉、〈順番が来ての入所〉の 3 つの下位カテゴリがあった。

ケアマネジャーは最初から入所希望者には施設申し込みをしておき順番が来た時に入所するか検討していた。また本人や関係者が先々を心配し安心のための保険的な入所申し込みをしている場合もあった。本人や家族からの入所希望に対しては施設の見学を勧めている。いずれも、介護負担が重くなったり独居で生活ができなくなったりするかもしれない将来に備えて保険的に施設申し込みをしていた。

インタビュー調査からの抜粋

(W) 「いずれは施設だ」と希望した場合は特養の申し込みとかを事前にしておく。ぎりぎりまで在宅にしたいという人でも、「最終的には何を考えているか。施設入所を考えているんじゃないか。」と思えば、施設への申し込みをしておいて・・・。

(D) 最初からお家で最後まで見たいか、見たくないかと聞いちゃうから「やはり入れたい」、「難しいから」と言われたら、あらかじめグループホームなり特養なり見に行ってもらったり、申し込んだりしちゃう。

(I) そうすると 2、3 年は入所の準備をしておく。忘れたころに「空きましたよ」と言われる。グループホーム申し込んだことを忘れてる。で、なかなか空かないグループホームは人気があるとところで全然空かないんですよ。予め申し込んでいるので 1、2 人ってことはない。

(W) 順番が回ってきたときにその時の状況をみてもっと待つかどうか判断する。保険的な感じ。状況はその都度変わるので、本人を訪問するたび本人の希望の確認をしている。

(M) 貯金のために入所の申込みをしていた。そして順番がやってきました。で、今はいりましよう、ということはありませんけれども。

《直ぐに「在宅は無理」という医療職》という中位カテゴリでは、〈現状を分かっていない医師〉、〈在宅は無理という医療職〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーや家族や周囲の人は在宅で何とかしたいと思っているが、医師や医療関係者はすぐに在宅は無理と言う。現実には、病院から家に帰しても食事や内服管理が困難な状況になることを分かっていない状況であった。

インタビュー調査からの抜粋

(S) 本人は在宅生活を希望しているので何とかしたいと思っているんですよ。極力みんなで「何とかしていきたいな」と思っているんですよと言う。…病院のDrはすぐ「無理でしょう」「ダメでしょ」「施設探しておいて」と言う。簡単に言う人は結構いるよ。病院で多いよ。最近多いのよ、簡単に言うのよ。先生たち簡単に言うけれど、簡単に施設に入れない、簡単に入れないのよ。お金もない要支援1、2は入れない有料は無理だし、そんな人はいっぱいいる。「はい」といって本人と家族と「どうしようか」と相談し在宅と決める。

(F) 入院もあったので。良くなれば退院させるよね。医者だから。でも、させてもらっちゃ困る状況があるじゃない。そこを止めなくちゃいけないでしょう。ましてや透析だったんですよ。来られなかったら死んじゃうでしょ。週3回行かなくてはいけない。来られなかったら死んじゃうわけだから、「もう、殺したいんですか」と・・・。

《家族からの入所相談》という中位カテゴリでは、〈家族から多い入所相談〉の1つの下位カテゴリが抽出された。

本人からの入所希望よりは家族からの入所相談が多く、家族が抱く不安が入所相談の引き金になることもあった。

インタビュー調査からの抜粋

(I) ご家族から、結局ご家族からの方があると思いますよ。家族がいる方が逆に在宅生活を続ける不安要因になっているといつも感じます。

(F) それはあるね、いっぱいあるかな。本人から入所したいということはあまりない。介護する側の大変さとかの相談が多い。

《施設の入り易さ》という中位カテゴリでは、〈特養よりは入りやすい老健施設〉という1つの下位カテゴリが抽出された。

病院から退院するタイミングでは施設入所しやすいが、在宅の状態からはなかなか施設入所することは難しい。他方、特養に比べて老健施設の方は入所しやすい現実があると語っていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (S) 在宅から施設に入れない、そんなこと言うけど・・・在宅から施設はなかなか入れないよ、
介護度がついてないと順番は来ないし、入院先から施設は入りやすいけど。
- (S) 老健は較的空いているかな。比較的入れるかな、ちゃんと目的があれば。

《使い勝手の悪い 24 時間定期巡回型訪問介護・看護》という中位カテゴリーでは、〈ヘルパーのスキルの問題〉、〈経営の限界と使えるサービスの制限〉、〈情報共有にかかる時間と労力の多さ〉、〈従来サービスに比べての使いにくさ〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

24 時間定期巡回型訪問介護・看護サービスは事業所数が少なく、希望通りにならない、連絡してから訪問まで時間がかかる。ヘルパーの質が悪く直ぐにクレームが来た。また、関わる人が多く連絡が取りにくく情報の共有が難しいなどが挙げられた。

インタビュー調査からの抜粋

- (W) 正直言って 24 時間定期巡回型訪問介護看護事業所は各区に 1 か所しかない。すごく質が低い。質の問題ですね。向こうが勝手に時間を決められる。
決めちゃっている事業者が多いので、利用者の希望通りにならないことが多い。
(使ったことがありますか) え～、1 回あります。ただ導入してすぐにクレームが来てダメでした。はい。使いづらいというよりは質が低い。
(介護の質ですか？考え方?) 両方…。
- (F) ヘルパーさんのスキル問題も結構大きい。
- (S) 24 時間訪問介護看護は使っていない。
使ってみようとは思った。そうそう、同行まではいったけど使えなかった。というのは、あの、介護で使うじゃないですか？ 介護だと短時間しか来られないじゃないですか。老々で 24 時間見守りでと言った時に買い物に行ってほしいとか、掃除をしてほしいが使えないでしょ。そこも必要、見守りだけじゃないとなると、そういうとこじゃ使えないわけですよ。家族が、奥さんがある程度若くてご主人が寝たきりでオムツ交換のみでヘルパーを入れる。それ以外の家事についてもう一人お嫁さんがいます。そういうところだったらいけるかなーって。
- (K) 医療的なケア、24 時間 365 日なかなか医療的なケアをしてくれるところがない。でも、そこでも留守電になるところもあるし、中には呼んでも 25 分後とか 50 分後にしか来なかったりとか。
- (S) (24 時間のサービスを使っているか) 定期巡回を使っている。しかし、どこのケアマネジャーも言うセリフは「一体何人の人にケアマネジャーは申し送りをしなきゃいけないんだ。」
現実に関わる人間が非常に多くて、例えば、関係するヘルパーすべてに連絡しなくてはならない。頻繁に呼ばれるためにヘルパー同士の申し送りがかまくら伝わっていかないのが原因なので、時間と労力がかかってしまう。やりくりは大変でほとんど事業所にいない。
- (M) ケースがないから、まだ使えるような段階ではなかったかな。話を聞いても回数で合わなかったとか。今の訪問介護と訪問看護を使ってることの方が、メリットがあったから使わなかった。

(D) 私のエリアではね。それよりも単品で訪問看護、介護を使った方が連携は密にやってくれる。そちらで間に合っているのであえて新しい所を使うことはないなってことですね。

《地域の施設数の格差》という中位カテゴリーでは、〈担当地区での施設数の少なさ〉、〈地域により利用できない緊急ショートステイ〉、〈付き添いが必要な緊急ショートステイ〉、〈無理をしている相談員〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

施設数は地域によって偏りがあり、少ない地域では入所は難しく緊急ショートやショートステイの利用も困難であるため、隣接する他市や他県の施設を利用することもある。また、医療依存度の高い方が入所したりショートステイを利用したりすることはとても困難で、付き添いが必要とされる。こうした中、相談員も何とか無理をしてでもショートステイ受け入れにつなげようとしていた。

インタビュー調査からの抜粋

(F) 認知症で、一人暮らしで入れなきゃーと言ってもまずI区で入れることはまず無い。そう思うと去年団地で、一人暮らしで、いきなり重度で、認知症で、ボヤ騒ぎで受けた時に、周りに誰もいなかった。天涯孤独で一人だった。包括の方が施設の申込みをしてから私が受けた。結局は入ったのが東京だった。そう、それを入れてくれたのは、ご家族。保証人になってくれる方が遠縁の人だったの。そう、そこに住所を移して、半年以上移したままにして入ったから。それは一人いた。そうなの、めでたくこの中で入った人。

(F) 付け加えると、緊急ショートがうち南部地区は全く入れないの。そうなの4床しかショートがないの、3か月前から抽選です。定期的に使っている人が圧倒的に優先なので、今入れて欲しいはかなわない。それが本当に今困っている

(F) 特養4、老健2、グループホーム3つです。でも老健って、ショートはダメでしょ。緊急で入れないじゃない。だからショートだって、下手するとA区とかまで行っている。こちら側だめだからI区の山奥まで行っている。送迎がないからご家族が10分、20分車で運転していく、運転する人がいればまだいいけど、これが老々だったらもうそこでアウトでしょ。

(I) 特養の中での基準・・・K市はどちらかと言うと施設の数が少ないですよ。医療依存度が高かったりすると、同じ老健でもY市だったら受けてくれるような人を受けてくれない。あの門戸が結構狭いというか、老健なんかでもハードルが高くて今でも胃瘻だと無理だとか、インシュリン無理とかね。だから、場合によって、入れるところ別のエリアだったりとか別の所探すじゃないですか。

(F) 役所の緊急ショート、手続きに行かなくてはダメでしょ。私たちではダメでしょ。連れて行ける人がいないわけだから。遠くてお迎えがない。私、運転できないし、連れて行ってあげられないもの。

(M) その担当者によって・・・「いいよー」と言ってくれて、ショートステイがいっぱい取れていたりするんですが、結局よくよくは現場の方の意見をあんまり聞かないで、けっこう受け入れる。そこでは、受ける担当者が無理しているんですよ。

《介護サービス利用の限界》という中位カテゴリーでは、〈介護保険サービスの限界〉、〈少ない自立支援型デイサービス〉、〈サービスの利用は苦痛〉、〈24時間セキュリティや携帯電話の活用能力のなさ〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

介護保険で使えるサービスの種類や量には限度があり、介護サービス事業所の介護者が利用者を一日中見ることはできない。24時間サービスと呼ばれるものはあるが常時介護をするわけではないので、家族や施設の代わりにはならない。もちろん、サービス費用を支払う能力がなければ使うことすらできない。また、自立支援型デイサービスを利用したくても、その絶対数が少なく、また近くにあることも稀であった。他方、セキュリティ機器や携帯情報端末などが用意されていてもその操作ができない利用者も多くいる。このように介護サービス利用には限界があった。

インタビュー調査からの抜粋

(M) 一番・・・色々あるよね、住環境もあるし、介護の状況もあるし、介護保険で使える物は限度があるでしょう。その人に何でも必要なものをどんどん、何でも保険として取り入れられればいいけど、そうではない。

(O) 自立支援型デイサービスを行っている施設は1か所だけ。

(M) 要は介護保険ってやっぱり、100%その人たちを見るのは無理だと思うんですよ。24時間と言ってもコールを押すように来てもらうけど、それ以外の時間いるわけではないから決してやっぱり家族の代わりにはならないし施設の代替にはならないと思う。誰かが絶対いなければならぬわけでしょ。家族の重労働を軽減している？

別にしてほしいね。巡回型とその一。要は掃除します、洗濯します、買い物行きます、のヘルパーさんは別にしてほしい。あれ、一諸にされて一か所しか使えないとされるとちょっと難しいかなと思う。まったく別で、夜間巡回型で夜3回入れて日中の別のって方はいる。24時間型じゃなくて。

高い、オーバーしちゃうからお金出てもいい人でないと使えない

(S) 誰もいないからセキュリティを入れている。限界・・・可能なんだけど、本人がやりたい生活を考えると限界かなー。誰かがズーッとおうちにいたら苦痛なもの。本人が、本人の生活のリズムが狂う。

気を使う人だから、起きていなくてはいけない、待っていないてはいけない。ドアを開けていないといけないとやる人だから、週に3回のペースでないと丸々1日ゆっくり休める時間がないと苦しいと思う。

(S) 同居に誰かひとりいれば可能、誰もいないからセキュリティを入れていて20時間なのよ。20時間センサーに触らないとすぐに来てくれる。ボタンを持っていても押さない、押さない。大事にベッドにかけてある。携帯電話も持たされているけど充電していない。コンセントが抜いてある。

《地域住民や事業所からの意見》という中位カテゴリでは、〈認知症進行による事業者側の対応困難〉、〈地域住民からの「在宅生活は無理」という声〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

認知症状が進行した場合、利用しているショートステイ先やデイサービスの事業所から「もう限界、うちでは見られません」と言われ、入所や入院となることがあった。また、ゴミ出し日にゴミを出せないなど地域のルールが守れなくなったり、徘徊や火の不始末の心配があったりすることで、近隣住民からの苦情やトラブルが生じ、それが理由で入所せざるを得ない場合もあった。

インタビュー調査からの抜粋

(K) 認知症のため、近隣の方とのトラブルがあった。近隣からの苦情もあり、入所せざる得なくなった。ゴミをゴミ収集日に出せない。生ゴミを生のまま出してしまう。近所をウロウロと徘徊してしまう。そうした挙動で近所の人に認知症ということがバレてしまい、火の不始末など心配されてしまった。事業所は結構協力してくれていたのだから、事業所からはなかった。近隣からが一番多かった。

(B) まず…そんなとき、本人が家にいたいというケースが多い。なかなか、そういう時はヘルパーさんが入るのはちょっと難儀になっている。サービスにならないとそういう人ってなんか隣近所の人を巻きこんでいる。周りの人からもなんか、そう周りの人とかですね。あの人困る、いつも夜中に呼ばれてとか、そういう人たちの声ですね。

(W) 当の本人は単語も出てこないような有り様だった。何を言っても全然わからない状態だった。ショートステイも使っていたが、ショートステイ先からもう限界かもしれないと言われていた。本人が攻撃的。座ってられない状況。別のショートステイ先を使ったりもした。

(A) 認知症で、病院に入れた方はそうだった。〇〇の所長から「何やっているの。デイサービスなんかじゃとても対応できない」と怒られたことがある。その時は病院の方々と相談して病床も空いていたことがあってすぐに入れた。

(B) サービス内容的に「自分たちここまでの範囲じゃないよー」って感じのことですね。たぶん限界だということを分かってもらうために細かい内容を何回も言ってきます。

《本人からの入所希望》という中位カテゴリでは、〈本人からの入所希望〉という1つの下位カテゴリが抽出された。

本人が「施設に入りたい」と言う理由には、いじめられているという意識、あるいは医療処置の多さによって家族に迷惑をかけたくないという意識などがあった。ケアマネジャーとしては、家で過ごすか、施設で過ごすか、有料で悠々自適に過ごすかは、本人の考え方だからそれはそれでいいと思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(B) 経過がある。息子にいじめられているから施設に入りたいとか家族にも医療処置が多くて家族に迷惑をかけているから入りたいと自分から言う場合があるじゃないの。そういう感じで、だからその、逆に本当に自分から入りたい場合と2パターンあって。

(F) 結構元気な人「将来大変だから施設に入ろうかなー」とかありますね。お金があればどうぞー。それはその人の人生じゃないですか。最後家で過ごすか、施設で過ごすか、有料で悠々自適に過ごすかはその人の考え方だから、それはそれでいいと思う。最初から施設って人も・・・「決めているんだからどうぞ」って思っていたけど・・・。

《病状の悪化による入院》という中位カテゴリーでは、〈病状の悪化は入院しかない〉の1つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、本人の健康状態の維持などいろいろな在宅支援方法を考えているが、本人の病状悪化による入院に関しては「病院に委ねるしかなく打つ手がない」と思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(E) ふふふ・・・あの手この手を考える。切るカードが無くなった時は在宅不可能ですから、やっぱり私の担当している方であれば病気がひどくなり家に帰れない状況が一番切るカードが無い。医療に委ねるしかない時が切るカードがないが最後のカードでしょうか。

(A) 拒否がすごくひどくて介入できなくて、結果的にその人が自宅で倒れるのを見届けて救急搬送してそこで亡くなったっていうのもあります。

とにかく施設っていうのは少ないかもしれません。うんと在宅で、病気を持っていて、結局病気の方がウエートを占めてきちゃう。健康状態を維持することで病気がある程度、そこそこって、精神病的な要素なら全然問題ないのですけれども、もともと直腸がんがあつて直腸がんのウエートがなんか占めてきてイレウスが出てきて入院して入院先で亡くなるってことが多い。

(B) 一般的にはおうちで危険があるって事でしょうね、生命に対しての危険があつたですが・・・あとは衛生的にですね。非常に汚い、虐待とか。

(4) 【ケアマネジャーが入所を考え始める本人、家族の状況】の説明

2つの中位カテゴリーと12の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《本人の状況》、《介護者の状況》があった。

《本人の状況》という中位カテゴリーでは、〈一人暮らしが不可能〉、〈独居者の認知症進行とADL低下〉、〈24時間介護サービスで払拭しきれない生命の危険〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。

一人暮らしで独居生活に不安を感じ始めた時や、身体的健康面から今までできていたことができなくなり生命にかかわる状況になった時、家族との関係などの面でこれ以上は在宅生活が難しくなった時、入退院を繰り返している時にケアマネジャーは施設入所を考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(W) 本人が独居に不安を持ち始めたとき。或いは、そう感じたとき。

(F) 一人暮らしは絶対無理となればしょうがないから施設かな〜って思います。

(S) 命、よぎる瞬間、命、命、それが 24 時間の色々なサービスで賄えればいいけど・・・賄えないケースは施設かな。在宅生活が・・・難しい、困難、それは身体的健康面も兼ねて家族との関係も兼ねてこれ以上・・・在宅生活が困難・・・。基準？ やっぱ一人暮らしであれば、一人でトイレに行けなかったとか、一人で食事を台所に取りに行くと食事が一人でできなくなったとか、あと夜間緊急的なことが起きて命に係わる、その辺かな。

(W) (一人暮らし) 今年の 2 月ぐらいからおかしくなった。96 歳の人。頑固一徹でずっと独居だった女性。ヘルパーも週 1 回しか出入りさせなかった。ただし、夜間対応は入れていた。夜間対応のボタンを押す回数が増えてきた。寝られないとか不穏になるとか。認知症状も出てきた。そして 2 月頃に起きられなくなった。トイレにも行けなくなった。こんな状況ではもうだめだと思った。特養の順番も回ってきていたので「特養に行かせましょう。」と家族に話をした

(B) やっぱ入退院を繰り返す。すごく病院に行くんだけど「このくらいなら来なくていい」と言われて戻ったりとか・・・。行ったり来たりして、よわいですよねー。大変な思いをしているのであれば…。

《介護者の状況》という中位カテゴリーでは、

〈家族の介護力で決まる施設入所〉、〈介護負担の増加による施設入所〉、〈家族の精神的な限界による施設入所〉の 3 つの下位カテゴリーが抽出された。

本人の身体状況変化や病気悪化に伴って、介護する側（介護者）も身体状況の悪化や体力の低下といった問題を抱えるようになっていた。また、介護負担が重くなると、就労などによる時間的余裕の少なさから介護力低下も起きるようになる。あるいは、介護者の精神的な負担の増加という問題も生じる。ケアマネジャーはぎりぎりまで在宅生活を維持しようと支援しているが、生活状況などからサービスでは補いきれない状況になると、介護の限界を感じ施設入所を考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(A) ご本人は〇〇町の方です。3 人家族で、奥様が片足の不自由な方で、息子さんは、日中働いている。家族の介護力がなくなってきた。本人は脳卒中やがんを患っていた。腰椎を患っていて、お風呂やトイレに行くのが大変だった。ご家族も面倒見きれなかった。家も狭いので訪問入浴も大変だった。本人は家で生活をしたいと思っていたが、ご家族が介護負担に耐えきれない。それで特養に入ってもらったことになった。

(C) そんなになかったが、家族の介護力がなかった。本人の思っていることと現実のギャップがある。本人が施設入所を了解して入ってくる場合はほとんどいない。ほとんどは家族の介護の大変さゆえに入所してくる。

(E) そうですね・・・積極的に入所させるケース・・・ん〜・・・独居の認知症ですかね一番・・・そうですね・・・真逆で、重度ですごい膨大な介護力が必要な方、そうですね、吸引が多い方と

か頻回な医療行為が必要な方とか・・・。

(D) 私としては、まあ、限界かな、これ以上行ったら奥さんの方が倒れるかなと思って、たまたまその近くに特養で新しいのができるっていうタイミングがあったので、実はこういう特養があって入所できるんですが、と言うと・・・ショートステイを使うようになったけれども、こういうの考えてみたらいいんじゃないのと言ってみたらその時は素直に・・・。言葉を待っていたのかな～と思った。

(K) サービスでは、補いきれない、と思ったとき。在宅では、24時間、365日、誰かがいるということは不可能。そうしたときに在宅の生活が困難と思ったとき。夫婦2人暮らして、当初、夫は元気だったが、介護どころではなくなってきた。ヘルパーが週3回入ってきてても部屋がぐちゃぐちゃな状態。糖尿病なのに食事を買ってきては食べてしまうため、血糖値が上がってしまう。それで夫の具合が悪くなる。一方妻は、夫が倒れた状態でも外部に助けると言える状況にない。本人及び介護者もしんどいと思える状態。

(M) 認知症の進行だったりとか。単なる徘徊とかではなくて家族の方もあまりにもびっくりするような…。息子さんが母親を介護していたんですけれども、夜、真っ裸になって息子さんの布団の中に入ってくるんです。本人のそれはもう耐えられなかった。限界、それに加えて徘徊とか息子さんからの相談でした。お母さんの状態であるならばどういう施設が望ましい…。

(W) 家族の限界とは何かというと、「自分はやるところまでやった。でももう無理」と思うところまでいくかどうか。

(D) そういう言葉が出た時は本当に限界なんだと思う。たぶんそれまでに人間関係やコミュニケーションをとっていると思うけど「疲れた」や「もう限界」ということが出ないように頑張ってきた方が、「疲れた」や「もう限界」と言ってくる時はもうよっぽど限界なんだと思う。

(5) 【本人と介護者の主体性の尊重】の説明

2つの中位カテゴリーと6つの下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《入所は傾聴し本人の希望を尊重し決定》、《家族の話を聞き本心を探り、一緒に施設入所を考える》があった。

《入所は傾聴し本人の希望を尊重し決定》という中位カテゴリーでは、〈話をよく聞き本人意思を尊重〉、〈本人の希望に応える支援〉、〈本人が決めたならそれでいい〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。

本人の入所希望に関しては、ケアマネジャーは本人の思いや考えをよく聞いて確認し、それを尊重している。その結果、本人の希望に添うように支援をしようとしていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (W) 本人の気持ちをよく聞いて、「なぜ入所したいと思ったの」「今困っていることは」と聞いて一緒に考えていくしかないね。
- (E) 正直、やっぱりあちら様だてに長生きしていないので人生の先輩だし、全く考えられないなら仕方がないけど、そうじゃなければ「どうしたい」「どうすればいいと思う」は私が考えるんじゃないじゃなくて本人に考えてもらうの。その方が良くない？
- (C) 一番大事にしたいことは、「利用者が何を思い、何をしたいのか。」という点。周囲の方で施設入所とさかんに言ったとしても、当事者がどうなのか、を大事にする。
- (D) 介護を受けてる方が在宅で生活をしたいと思ってるから、それが一番。それにお応えしたいという思い。
- (B) そのために特養だってあるわけで、でも本人がどうしたいか、本人が施設に入りたいたいと言っているらば、それはそれでいいと思うんです。本人がどういう生き方をしていきたいのかっていうところをやっぱり大切にしていけないといけなくて、そういう場合は本人が決めて、その方が、安全なところだと思ったのだから。あの一それは・・・いいことというかですね。

《家族の話を聞き本心を探り、一緒に施設入所を考える》という中位カテゴリでは、〈入所希望に答える提案〉、〈家族と本人の人間関係を聞く〉、〈介護が出来ない理由の確認〉という3つの下位カテゴリが抽出された。

家族の入所希望に関しては、ケアマネジャーは家族の思いや考えをよく聞いて確認し理解しようとしており、その思いや考えを尊重し希望に添うような支援をしようとしていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (F) 家庭の事情により、何で入りたいか、どうしてもそれは入った方がいいよねって感じであれば探します。
- (M) でもさ、見られないのには見られない理由があり、本人と家族の関係性だったり、あの一、介護する前の若いころからの関係性とかあるじゃないですか。
- (M) あくまでも家族の事情とか本人の気持ちはどうなのかな一。まずそこを確認しないと。
- (S) 家族が、何が原因であきらめているのかとか、その～介護者だけの問題じゃないと思うんですよ。やっぱりこうキーパソンが主婦の場合とか、お子さんの事とか、ご主人のこととか、色々なことが原因で。だから、おじいちゃん、おばあちゃんの介護をあきらめる時が来ると思う今、どのような状況になっているのかまず聞かせてもらいたいってことですね。
- (O) 家族がそこまで在宅が限界と思っている理由は聞いていく。

(6) 【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】の説明

4つの中位カテゴリと15の下位カテゴリから構成されていた。

中位カテゴリとしては、「本人、家族から言われるのでは受け止め方が違う」、「施設に対するケアマネジャーのイメージ」、「施設入所は寂しいが仕方がない」、「施設入所が良い」があった。

「本人、家族から言われるのでは受け止め方が違う」という中位カテゴリでは、「誰に言われるかで違う受け止め方」、「一概に言えない施設か在宅」、「在宅を希望されれば出てくる使命感」、「最終手段」の4つの下位カテゴリが抽出された。

入所の希望に関しては、本人に言われるのと家族から言われるのとではケアマネジャーの感じ方や受け止め方が違っていった。施設が一概に悪いとは言えないし、人により在宅か施設かの選択は違ってくるので、どちらが良いと簡単には言えない。本人や家族から「どうしても自宅で見てほしい、看たい」と言われれば在宅で支援しようという使命感が出てくる。そして打つ手がなくなったとき、「施設入所は最後の手段である」とケアマネジャーは思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(F) 利用者さんから言われるのと家族から言われるのとは聞いていて違うかなって感じがするけど。

(M) 人にもよります。この人は施設に行った方がいいよって人もいるし、あの、お家でできれば看取ってあげればと思う人もいる。施設にいたので決して施設が悪いわけではないと思っているんです。その方が向いているよとか、家族の関係がその方が修復できる例だって一杯あるので、それはその人によると思う。

(M) 在宅でいたいと懇願されるので、その「入りたくない」と。病院で家に戻してくれと手を合わせられるとやっぱり家にいたいからだなって、赤の他人の私にも頭を下げるのかなって。なるべくもう無理はあっても形にしてその時に使命感が出ますね。「戻してほしいとか」、「どうしても家にいたいんだ」とか言ってくれれば。

(B)・・・もう、最終手段だと思う。

「施設に対するケアマネジャーのイメージ」という中位カテゴリでは、「施設入所で意欲やADLの低下」、「施設入所して安心」の2つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、施設入所に対してあまり良いイメージは持っておらず、「入所するとADLが落ちる」、「家では必要に迫られて動く本人でも入所すると動けなくなる」、「それならむしろ在宅生活を続けた方がよい」と思っていた。他方、施設入所すれば常に誰かが本人のそばにいるわけなので、そのことに対して「安心感」や「必要性」を感じることもあった。

インタビュー調査からの抜粋

- (O) だから、施設にこの人が入った時にどうなるのかなーって想定した時に、短期集中できちんと自立支援型のケアをしてくれるようなら良いんですが、絶対ADLが落ちてしまうのが分かっているので。例えばこの方は必要に迫られてこれだけ動いているけどそれが無くなった時は動けなくなるな。それなら在宅生活を続けた方がいいなーって。
- (S) たぶん在宅の方たちは施設に、ショートなんかに行くと歩けなくなって帰ってくるとか、あまり施設に対していいイメージじゃないと思うのです。
- (F) 「在宅を知らないの」と結構責められますよね。何でホームに入れるの。こうなっちゃうんだよ、早く死んじゃうんだよとか言う人いるけど、そんなでもないと思いますよ。
- (F) たわいのない会話でも何となく人と関われることを感じさせられる環境。誰かがいる安心感。
- (O) でも、施設も一つの選択肢であるじゃないですか。決して入所が悪いことではないので必要な人はいるので。

《施設入所は寂しいが仕方がない》という中位カテゴリーでは、〈家族希望による止むを得ない施設入所〉、〈認知症進行による施設入所は仕方がない〉、〈介護者不在なら施設入所も仕方がない〉、〈施設入所は寂しい〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、介護者不在の場合や家族からの強い希望がある場合、あるいは認知症の進行により家族が介護できない状況であれば、施設入所も止むを得ないと思っていた。また、本人からの入所希望に対しては、残念で寂しいと感じていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (K) 家族から) ありますね。もう入所させようと思うのでどこかいいところはないですか、といった話が来て、ちょっと待ってくださいと言った。家族がどうしてもと言うのであれば入所させるしかないかなと思った。
- (B) ケアマネジャーそんなにつらいなら「しょうがないねー」こう声掛けちゃうね。入所とか当たりまえと思っている。
- (A) (入所した3人のうち) 1人は認知症が非常に進んでしまって70歳くらいの介護者が特養の方に入れたいということで仕方がないと判断。ご家族が介護できる状況にないため入所していただいた。
- (F) 見る人がいないってことになるわけだから、それは仕方がないのかなと思うよ。
- (B) 自分から決められたんだなーってことを思って、ちょっとさみしい気持ちががしますね。
- (B) あー「不安を感じているんだなー」すぐ答えになっちゃうか? 「在宅生活に不安を感じているんだなー」、「家族に気を遣っているんだなー」と思うよね。寂しい。

《施設入所が良い》という中位カテゴリーでは、〈認知症の進行を和らげる施設入所〉、〈生命にかかわる事が起きた場合は施設入所〉、〈経済的余裕と希望があれば施設を提案〉、〈規則正しい食事・保清・虐待防止など本人の生活を守る施設環境〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、在宅で暮らすより入所した方が良いと考えることもあり、具体的な例としては、「一人暮らしでは認知症が進行するので日常生活において常に声掛けや介護が必要な場合」、「生活環境の悪化、本人の身体状況の悪化、家族関係の悪さや介護者がいない場合」、は施設入所の方が安心だと考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (F) 一概に全部施設が悪いわけじゃないと思う。かえって在宅で一人ぼっちでいる方は認知症が進んだりするでしょう。施設だと刺激があるから大丈夫よとか、在宅だったら何言ってもお風呂に入らないというけど、施設はごまかしても入れるっていう意味では保清は保てるよ。看護婦さんが見てくれるよとか虐待されることはないでしょう。ご飯も菓子パンしか食べないとか、アイスクリームしか食べないなんて言う人いるけど、ホームで食べないってことはありえないわけじゃないじゃない、3日間食べなければ点滴落としたりするじゃない。命が守られる。決して施設が悪いわけではない。そういう意味では色々やってみて良かったなーと思いますよ。この人、絶対ホームの方が幸せに暮らせるよと思う人いるもん。
- (S) 認知症の方で一人暮らし、地域から少し苦情が出てきて、本人の生活を制限せざるを得ない時、火を使わないでください。本人も料理が大好きだったのに元栓を閉めちゃう。そういうのが出てきたときに、あーグループホームならもっともっと楽しく、大好きな料理もできるのにと思った時に、その人にとって絶対グループホームに入れたらいいなーと思う。うんうん本人が希望するような施設があればよい。最近できてきたサービス付高齢者向け住宅が可能なら良い。
- (S) 生命の危険がある場合は、施設入所が良い。
- (K) それから、金銭的に余裕があつて、限度額をオーバーしてもいい、という場合も施設にしていっていいと考える。

(7) 【ケアマネジャーの未熟】の説明

3つの中位カテゴリーと18の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《知識、取り組む姿勢に影響されるケアマネジメントの結果の差》、《ケアマネジャーが一つだけのサービスを頼りすぎる事リスク》、《専門職としての知識、技術、態度が不足》があった。

《知識、取り組む姿勢に影響されるケアマネジメントの結果の差》という中位カテゴリーでは、〈プラン通りでない混乱するケアマネジャー〉、〈ケアマネジメントが不十分〉、〈ケアマネジャーの差は問題意識と取り組み姿勢〉、〈ケアマネジャーのあきらめ〉、〈家族への不十分なケア〉、〈消

極的な支援事業者と顔つなぎ〉の6つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、自身のケアマネジメントの不十分さゆえに「えっと驚いて、これはしまった」とか「そんなに迷惑をかけていると思わなかった」という事態になることを経験していた。すなわち、見逃しやタイミングの悪さや自分の取り組み姿勢によって、担当ケースの結果が変わる事を自覚していた。また、ケアマネジャー自身があきらめてしまうと、それによって支援方法や結果に違いが生じることを自覚しており、「そういうふうにはやっていれば違ったのかなーと思う」と後悔していた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) 勉強する中で、人は本当に家が良いだろうし、まあ、人のせいにするとか、あのー、ケアマネジャーのマネジメントが出来ていないことでその家が余計悪くなっていく状況が色々 A先生の講義を通して学ぶことが多かった

(I) 問題意識を持ててないからでしょうね。そういう機会やそういう環境にあるにもかかわらず、自分自身が問題意識を持って取り組んでいないからだと思う。教えてもらうことも大事だけれども、自分からいろんな形で調べたり、見たり聞いたりしないと駄目なんじゃないかと思う。

I-29 まわりから言われた場合はまわりの圧力とこの自立支援型マネジメントの事を理解していないケアマネジャーだったら仕方ないと思う

I-21 私は、そのときちゃんと家族にケアできていないケアマネジャーに問題もあるのよ、と言いました。

(A) 当時、自分はデイサービスでそんなに迷惑をかけていると思わなかった。しかし、認知症の進行がとても早かった。えっと驚いて、これはしまった、と思った。

(C) どこを工夫したのか、うんとー、水分は測定することと、水の必要性・・・A先生はよくあきらめないと言っていて、ケアマネジャーがあきらめるとその方向にしか行かないし、ケアマネジャーによって困難ケースにしてしまう。困難にしないためとか、在宅を進めていくためには、っていうところではもう本当に、…。

(I) 一番最初に、入所から在宅に戻したケアマネジャーがいた。その人は件数を少なく持っていたけど、あそこまで自分が真剣に力を出してやれば、車でね施設を訪問してS地域なんて施設がいっぱいあるじゃないですか施設が…。顔出してフェスシート持ってきて「こんな方なんです」と顔を出して会ってみるとFAXでやるのは同じだと言うんですが…、死にもの狂いでFか所くらいバーっとやって、そういう頑張りがないだろうなー…。顔を出して会ってみるとFAXでやるのは同じだと言うんですが、FAXでもいいんですがあっちこちやっていたら、そういうふうにはやっていれば違ったのかなーと思うんですが。

《ケアマネが一つだけのサービスを頼りすぎる事のリスク》という中位カテゴリーでは、〈サービス調整不足が招く施設入所〉、〈複数サービス利用による入所回避〉、〈家族へのアプローチ不足〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。

家族が在宅サービスを希望していてもケアマネジャーが1ヶ所のサービス事業所で満足し、家

族から「あそこだけでいいです」と言われると安心してそのままになっている。しかし、事業所から利用を断られた時に代替事業所をすぐに見つけられずに混乱し、その結果、在宅生活が維持できなかったことを体験していた。一つだけのサービスに依存することは大きなリスクであり、多数の事業所訪問による顔つなぎをして、いざというときに利用できる選択肢を多くしておかないと在宅生活維持は難しくなると思っていた。また、1ヶ所のサービス事業所で満足している家族に対して、前記リスクに備えて代替事業所も確保しておくように働きかける努力が必要と思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (B) ひとつのショートステイで担当者会議をやった時もうちは絶対、急には断りませんからと。が、しかと約束していたことが急に変わるわけじゃないですか。・・・この施設の体系が何となくわかっていたので、もう一つ進めてはいたのですが、なかなか取りにくかったところもありましたけどね。家族もあそこもよくやってくれているので「あそこだけでいいです」と言われちゃうとなんか、その人だけでないから、ま、とりあえず今はそこだけでいいかなーとか…。ひとつのショートステイが使えないよと言われて、…次のショートステイを見つけるまでの間、介護者が我慢出来なくなった。そこまでいく間に入れていけばですね、まだもしかして・・・デイサービスに來られていたから、
- (B) ケアマネジャーの力が発揮できる場所なんですかね。ショートステイとかの引き出しをふやしておくことは、ケアマネジャーの力だね。入所を回避できるかも知れないよね。ショートステイって大事だな～、ひとつの所であきらめていた。一つの事業所で「うちでは無理です」と言われて駄目だったら、あー駄目なんだとあきらめていた。一つのヘルパーさんに「うちはもう無理ですよ」と言われちゃうと、そうじゃないよな。その人を強く持っていけないといけないんだよね。ショートステイ先を何か所か持っていて、そうしないと家族に入所させてしまう。
- (B) でも御家族がどうしても在宅で看たいので「ショートステイをできる限り探してしてください」と、準備と一緒に歩めていけばいいんですけど、結構一つのショートステイだけで満足してしまう場合がある・・・アプローチが足りないんです。今のそれだけでいいですからその施設だけでいいですからと、ひとつで満足するのではなくてリスクを考えて「もう一個探しませんか」と言ったりする。

《専門職としての知識、技術、態度が不足》という中位カテゴリーでは、〈利用者の状態悪化に気づく力の不足〉、〈自立支援型ケアの知識・技術の研修のなさ〉、〈パワーのなさ〉、〈受け入れ場所がなく在宅支援範囲の狭まりによる対応困難〉、〈サービス事業者の拒否に対する説得力不足〉、〈個別状況に応じた支援方針の無さ〉の5つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーとしてのアセスメント不足で本人や家族の状態変化を見逃しタイミングを外した支援をしたり、自立支援型ケアの知識や方法についての研修の場が無く現場で介護負担軽減が十分できていないと思ったりする現実があった。また、本人が状態悪化したときに家族からは自宅で看られないと言われかつ入院や施設利用を拒否された場合、事業者を説得する力が足りず対

応困難になることを自覚していた。さらに、年齢や家族構成や生活環境など個別状況に合わせた支援方針の立て方が求められたり、それに必要な多くの知識や技術が求められたりするので、ケアマネジャーは精神的なプレッシャーを感じながら活動していた。

インタビュー調査からの抜粋

(A) 当時、自分はデイサービスでそんなに迷惑をかけていると思わなかった…。その方はご家族もいたが、ご家族によると、ご自宅ではそういうような問題で困るといことがなかった。

(I) 「施設に入れたいんだけど」と言われたら、たぶんその方の介護負担軽減とか、自立支援が出来ていないと思うので、…まあどうするか考えましょう。

(I) それはあの一現任研修もまだそういう研修をやっているわけでないから、そこを理解していないパワーのないケアマネジャーがいてもしょうがないし、年数だって、ケアマネジャーの年数だってみんなバラバラだからそれは仕方がないことだと思います。

生涯研修とか見ると自立支援、自立は大切だけでも自立支援に対してケアマネはどのように支援するかはまだないように思う。

(B) サービス事業者との話ですよ。…ショートステイなんかも例えばヘルニアがでてきちゃって病院では手術できないと言われると「家では見られない」、施設側が「ちょっと、うちでは無理です」と言われちゃうと言葉尻的にそうゆうふうになると「ほかがありますよ」と言いつつも、その、なかなかちょっと狭くなってきてしまう場合はどうしてもあるのかなって、気がする…。

(B) 老健に入所しているけど働いている息子が…退院させてやるのは無理なんだけどショートステイを繋いでいきいましょうなんてアプローチすると「じゃ退所させようか」と家族が動いたりする場合があるね。そういうのはすごくパワーいるじゃないですか。入っているものを出すのは…そういうのを見ていたりすると。

(D) 難しいっていうのは、患者さんってその患者さんだけを見ていればいいじゃないですか。だけど居宅の場合は…色々なバージョンがあるから統一した何とかだったらこう、何とかだったらこうが出来ないじゃないの。多分、症状、病院の症状と違って癌だったらこうとか、風邪だったらこうとか、その方程式が成り立たないんじゃないの。年齢も違うし、家族構成も違うし、生活環境も違うし、地域も違うし、北海道と沖縄だったら季節も違う。雪だ一こっちは真夏だ一って。だからそれが文章にできない。それが個別性なんじゃない。そこが難しんじゃないの。

(A) 介護の世界は医療と比べ物にならないぐらい、大変。経営的なものもあるし、出かけてかなきゃいけないし、体力的にも時間的にも大変。あと、いろんな方とも連携していかないといけないし、家族や本人のことを考えてあげるなど精神的にもプレッシャーが多い。歯医者の場合には先生という感じ。いろいろと苦情を言うてくることは少ない。一方、介護の場合は苦情言うてきたりこういうふうにして欲しいと言うてきたりする。他職種との関係でもやっぱりプレッシャーを受けたりする。

(8) 【ケアマネジャーの質の評価】の説明

《ケアマネジャーの質の評価は他者がするもの》という1つの中位カテゴリと2つの下位カテゴリから構成されていた。

《ケアマネジャーの質の評価は他者がするもの》という中位カテゴリでは、〈ケアマネジャーの力量を評価できるのは対象者や家族や関係者〉、〈事業所転勤時に利用者や区役所職員から惜しがられるケアマネジャー〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

担当しているケースやその家族から「ケアマネジャーとして満足している」と言ってもらえることはありがたいと思う一方、ケアマネジャーの力量を判断するのは自分ではなく対象者やその家族であり、「力量は自分からは見えない、自分としてはまだまだ勉強不足、対人援助技術としてはまだまだ力が足りない」とケアマネジャーは思っていると語っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(C) 力量がないので機能しているとは言えないと思います。なぜなら、力量にはここまでというのがないのと、その力量を判断するのは対象者やそのご家族なので。力量が十分であるかどうかを自分で判断することはできない。

(C) ただし、担当しているケースやそのご家族から、「ケアマネジャーとして満足している」と言ってもらえることは、ありがたく思っている。力量とは自分からは見えない部分で、自分としてはまだまだ勉強不足だな、対人援助技術としてはまだまだ力が足りないなと思っている。

この部分に関しては、10年20年30年やったとしても、これでいいということはないだろう。永遠の課題だと思う

(I) 私がやっぱり〇〇の時は自立支援型をやっていたつもりだったんですけども、そんなに寂しがら無いか、△△区には10何年、□□に入る前にいたから、保険者も移動しちゃった。はいバイバイって感じだったけれども、地域性もあるかもしれないけど、とにかく私はお客さんのためのケアマネジャーで、ずーっと元気になって欲しいんです、と言いつけたことでやっぱりお客さんがあの最後の日にお客さん自ら電話かけてきたりとか、後は市の人たちがいなくなったら困っちゃうとか、けっこう困難事例ばかりやっていたので、市役所の方にそんなお世辞でもおっしゃっていただけたりとか。△△区にいたときはそんなことを言われることはなかった。まあ、今の方が言われているかな。

(9) 【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の説明

5つの中位カテゴリと14の下位カテゴリから構成されていた。

中位カテゴリとしては、《ケアマネの役割の明確化》、《専門職としての態度》、《専門職としての知識》、《対人援助技術による自己コントロールによる冷静な判断と対応》、《専門職としての情報整理能力と伝達力》があった。

《ケアマネの役割の明確化》という中位カテゴリでは、〈支援可能範囲の提示とケアマネの役割の明確化〉、〈本人・家族の間や多職種間および事業者間の調整〉、〈不利益を与えない援助〉、〈相談面接を通じ問題への利用者の気づきの促し〉の4つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーとしてできることとできないことを伝え、自分の職域を超えて過剰支援しないようにし相手に不利益を与えないよう注意していた。ケアマネジャーはいろいろな場面で必要とされているが、家族が「全てお任せ」状態になっては良くないと感じていた。すなわち、役割の明確な提示が必要であり、本人・家族・サービス事業者間の調整役や手配師であると思って行動している。また、相談窓口として即応できるようにしているし、そうあらねばならないと考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(F) そうです。できることとできないことがあります、と私は客観的に言っておきます。

(E) そうですね。やっぱり色々な基礎資格によっても違うかもしれないけど、ヘルパーさんて優しい・・・あの、弱い方の援助をしているでしょ。そうするとどうしても「やってあげなくちゃ」中にはやって差し上げたいって方がいると、やはり気楽に自分の職域を超えて過剰にしています。そりゃ私だってしてあげたい。でもそれは相手には不利益でしょ。そうならないようにできることはやってもらう、できないことは相談して下さいと言っています。

(E) 本人の言っていることとご家族の思っていることに違いがあるときは、思いや考えのギャップを埋める時間も必要。それをするのは我々の役割だ。事業者間においてもそういった点のすり合わせをしていく。

(C) ケアマネジャーはすごく地域の中に浸透してきて、すごい。すごく重要な社会資源の一つで、ケアマネジャーがいるからこそ、あの・・・色々なサービスを使い・・・在宅生活が可能になっていると。

医療と介護の連携とかいろいろ言われているけど、そこではケアマネジャーなしでは不可能な現状があって。今、ドクターたちもケアマネジャーを必ず中に立てて調整している現状があるので、これからますます…。逆にケアマネジャーに対しすごい、色々なものが求められてきていてもっとセーブしてあげたいくらいに思う。地域との関係もケアマネジャーが中に入るし、受診もケアマネジャーが行き、それが普通になってくると、「ん？ なんか家族が全てお任せになってきてよくないじゃないか」と感じる。

(F) 我々ケアマネがどういうスタンスにあらねばならないのか、ということが大切。単にケアマネジメントすればいいという問題ではない。対象者やご家族に関わった時に、まずは「相談」だと思う。相談の中から「介護保険のサービスとしてこういうものを使ってみたい」「こういうときはどうしたらいいんだろうか」という感じに膨らんでくる。そこの中でのケアマネジメントだ。よろず相談窓口ではないけれども、いつでもそういうような体制にいたってはならない、と思っている。

《**専門職としての態度**》という中位カテゴリでは、〈ケアマネジャーとしての心構え〉、〈センスとタイミングの見極め〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、対象者やご家族の視点を忘れず謙虚であることが大切であり、タイミングを逃さない見極めの力とセンスも大切であると考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(K) まずは、常に謙虚であること。資格を取ったりすると「私は」といったところが出やすくなるが、それはおかしいと思う。対象者やご家族の視点、あるいは一歩引いた形で見ることが大事。それから上になることはない。

(C) それから、タイミングを逃さない、見きわめる、ということも大事。あと、仕事に対するセンスも大事にしてもらいたい。

《**専門職としての知識**》という中位カテゴリでは、〈広範囲な専門知識が必要〉、〈現場に役立つ研修が必要〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、専門職としての意識を持って働いている。また、多岐にわたって支援しなくては行けないケアマネジャーには広範囲な専門知識が必要であり、特に基礎職が介護職のケアマネジャーの場合には医療面の知識が少ないので勉強が必要であり、さらに、現場で役に立つ研修も必要と考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) ケアマネジャーとして、専門職としてやっぱり動いている自分の意識がある。

(D) 歯医者よりケアマネの方が難しいかもしれない。色々な専門知識も必要だから。看護師出身のケアマネには医療知識があるので、まだ安心できるが、介護職からきた方の場合には、医療面での知識がほとんどないのでよっぽど勉強しないとだめですね。

(I) インタビューを受けてこうやってちゃんと研究し分析していくことは必要だと思った。自分が初めケアマネになった時にやっぱり事業所でちゃんとした研修はなかった。そんな中で、大学院に来ていたから多くのケアマネさんに出会い相談したり、聞けたから。これが来ていなかったらできなかつたろうなと思うんです。やっぱりそういうものをするためには、研究してその施設の限界を考える。私がやった研究では分からなかった。現場で役に立つ研修が必要かなー。

《**対人援助技術による自己コントロールによる冷静な判断と対応**》という中位カテゴリでは、〈対人援助職として必要な経験とバイステックの7原則〉、〈専門職として働く自分を意識〉、〈自己覚知による自己コントロールと冷静な判断や対応〉、〈聞く際に思い入れや感情移入を抑制〉、〈支援内容に影響する苦手意識〉の5つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、専門職として一旦立ち止まって振り返りながら、自分の仕事の足跡を検証

してみるようにしている。これは悪い状況に陥った時だけでなく、良い結果が出た時も行いうようにしており、スーパービジョンで経験とバイステックの7原則を常に意識する努力をしていると語っていた。また、検証する事によって気づきや反省が得られ、自戒したり励ましたりしてサポートする事が必要と認識している。さらには、対人援助技術の経験、自己コントロール下での冷静な判断と対応をすることや、自分の見聞きしたものを客観的に言語化する力も必要であると思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) それを自分の中になんていうのかな、体を対人援助職としての自分を作りあげていく。

それ、スーパービジョンで経験とバイステックの7原則だと思う

(M) ケアマネジャーとして、専門職としてやっぱり動いている自分の意識がある。

(M) 新人の時ってそれこそ利用者さんや家族が話したことをそのままこうと、何が変わったか、物事一つ一つに対して、考えて、考えて対処方法をたくさんある中から選択しているのと、少なくとも対人援助の勉強を始めて変わったと思います。

(E) なんて言うんだろう。感情を揺らされてしまうと冷静な判断が出来ないので、自分の感情が入れ込まないようにしていますね。自分の主観で考えない、自分が感情的にならない。自分の思いをあまり出さない。

(E) だからそれをもう少し言うと情熱的にかかわって、冷静に分析しなさいって言われてきたので……。だからワーっと悩んで、相談にやってきて「何とかして助けて」と来たことは「大丈夫ですよ」って情熱的に受け止めて、そこで聞いたことは「うんうん」と言いながら冷静に分析する。感情的にならない、ぶれないように心掛けている。ある種、分析しているところで自分の考えを言うんだけど、他職種でカンファレンスしたり、まあうちの場合、医療職とカンファレンスしたりあるんだけど、その時に言われるのが、あの一・一・けっこう思い入れが強い患者さんとかに対して他の職種は一生懸命自分の気持ちも感情も入れて考えていらしゃるんだけど、割と僕の考えを言うと「Eさんは割とドライだね」と言われることもある。自分ではそれで良いと思っているので、自分がブレてしまうと過剰に期待をかけてしまったり。

(M) 嫌いな利用者さんや家族がいるじゃないですか。苦手とかね、そうすると苦手意識の方が強くなっちゃうので、それが自分のケアプランだったりとか、ケースの支援に直接影響してくるじゃないですか。

(M) そういう体になっている。専門職として。自分の見たもの、聞いたものを言語化する力がまずは必要なわけです。ここに、自分が一人ケアマネジャーの時は言語化できないけれども、その言語化されたものに対してどうスーパービジョンするかだよ。面接技術だったり、そういうものを頭の中に色々な引き出しがあってそこから引っ張ってきて、いま何が必要なのかってことを出来る体。

《専門職としての情報整理能力と伝達力》という中位カテゴリーでは、〈ケアマネジャーに求められる情報整理能力〉、〈ケアマネジャーに求められる情報伝達力〉の2つの下位カテゴリーが抽出された。

さまざまな情報が入ってきても必ず自分で確かめて冷静に分析する力を持つことや、今起きていることの適切な把握や、得られた情報から起こっている事実を自分の中でアセスメントし整理すること、が必要と考えていた。また、伝え方によってはうまく伝わらないことがあることから、伝え方に関する訓練、および相手を見極めた上での伝え方の工夫が必要であると感じていた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) 報告するじゃないですか、まずそこで自分が見たもの、聞いたものを要約する力っていうのはケアマネジャーとして必要でしょう。そこで「あれ」って気が付いたことやこちらから聞きたいことは聞く、相手からも日々聞かれるじゃない。人に自分の利用者さんを知ってもらうには利用者さんがどんな人か、アセスメント結果をプランに落とすだけではなくて、言葉にして相手に伝える。これ大事です。

(M) スーパービジョンの枠組みが自分の頭の中にできているんだね。そういうことに関して、起こっていることは何なのかな。スタッフ言っていることを100%丸呑みするのではなく、その情報の中から起こっている事実の中で自分の中でアセスメントをしている。

(E) いろんな制度が変わって、新しいサービスが変わって「これ良いらしいよ」とうわさを聞いても必ず自分で確かめる。それで冷静に分析する力を持つ。

(E) 情報収集する

(M) ただし、施設そのものの特徴などの情報提供は、事前にいろんな形で行う。その中で選択していただくことになる。

(B) しかし、根拠を示して伝えないと伝わらない。伝え方に関しては、訓練が必要。一を言っ
て十を気づく人もいれば、一つも気づかない人もいる。そういうふうに見極めていくしかない。
一を言ってわかる人は電話で連絡をする。徹底的に言わないとわからない人には、文書で伝えるとか会って直接話をするとかする。

(10) 【専門職ケアマネジャーとしての知識・技術を得る手段】の説明

3つの中位カテゴリーと14の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《大学院にての学びと研修参加により深まる知識、技術、スキル》、《他職種の影響により深まる知識、技術、スキル》、《経験により深まる知識、技術、スキル》があった。

《大学院にての学びと研修参加により深まる知識、技術、スキル》という中位カテゴリーでは、〈話が聞けなかった新人時代〉、〈限界を感じたり責任転嫁したりしていた過去〉、〈拠り所となる考えもなく対象者の施設入所に安心していた過去〉、〈感情コントロールによる利用者支援〉、〈ケアマネジャーの能力差は経験の差〉、〈後悔の経験と自己学習による専門技術の蓄積〉、〈切磋琢磨

磨して質・量ともにスキルアップ> の7つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーになりたての頃は、自分の物の見方や物差しを少し変えれば違う風に見える事を知らなかった。人の話の適当に聞いて次の訪問先のことを考えていた。「やっぱりつらい」とか「もう無理だ」と思ったり、利用者やその家族のせいにしてたり、拠り所がないために不安になったり、あるいは支援する人が安全な所に避難してくれればそれで安心と思ったりしていたが、経験と学習の積み重ねによって多くことを学んだ。特に、対人援助技術、スーパービジョン、自立支援型理論の学びと体験は、考え方や支援方法に関して大きな変化をもたらした、と考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) 新人の時ってそれこそ利用者さんや家族が話したことをそのままこう、何が変わったか、物事一つ一つに対して、考えて、考えて対処方法をたくさんある中から選択しているのと、少なくとも対人援助の勉強を始めて変わったと思います。

(M) 自分のものの見方だったり、物差しをちょっと変えたりしてあげれば、同じことでも違う風に見える事をあのころは知らなかった

(M) 私って元々そんなに人の話をよく聞く人でなかったんですよ。あの一、話をしながら全然違うことを考えていたりとか。話半分じゃないけれども、適当に聞いている自分がいると思うのです。で、ケアマネになったころは訪問で面接しているのに時計をチラッと見たりしたりして。うん、もう次の訪問行くことを考えたりして。

(M) 自分も望んでいたけれども、やっぱりあの頃、周りから「Mさん頑張っているよね」と言われ、自分も走りながら顔を出しながら連携を取って頑張って来たけれども、さっきのケースじゃないけれども「あーやっぱりつらい」と思ったりとか、「あーもう無理だわ」と思ったりとか「無理だなー」と思うことが、ずーっとあった。それを相手の家族だったり、利用者だったり、家族のせいにしていたかもしれない。

(M) 何もない時は自分の拠って立つものが無いから不安だったんだろうね。こうやって今こうやってインタビューされて、自分でも思ったのだけれど、不安が先走ってしまってだから施設の入所じゃないけれども、支援する人が安全な所に避難してくれればそれでOK的な考えだったと思います。

(D) 病院勤務時、在宅復帰を行って家に帰った人もいる。リハビリやってきたのに老人病院に行っちゃたり、すごく悲しい思いをして来たから何とかお家に準備をしてあげれば、当時は保健師さんしなかったから、そこにつなげてあげればお家に返してあげられるのかなーと。そういうことをやっていた時期があったんですよ。

(E) でもやっぱり自己覚知できていないときは自分の感情が先走ってしまって、それこそ嫌いな物だったりとか、おかしいよねって決めつけてしまっていたりしたところがある。

(C) 連携とか家族とのコミュニケーションや援助技術を研修や本などで学んだりしたが、結局はお話を聞いたり実際に経験しないとわからない。教科書にでてくるケースなんてほんのわずかでしかない。実際には千差万別。その都度その都度自分で考えて学んでいかなければいけなかった。ということで体験で、多くを学んだ。

(D) 対人援助とか経験とか積んで・・・。自分の中で自己覚知とか意識しているので、なんていうのかな、感情を自分でコントロールしつつ利用者さんの支援をケアマネジャーとして頭の中で考えられるようになった。それもそうだけど、たとえば自分の両親とか家族と似たような人があったりするとついついその役割と同じようになんか行動したりとかあるじゃないですか。常々、自分のやっていることを振り返る。

ケアマネのスキルアップはあきらめないことノーと言われるまでしがみつくこと。

(I) ケアの理論も知らなかったので、特養を申し込んで順番が来たら入れるとか、とにかくケアマネジャーをするのが嫌で、本当に嫌いだったの、…今まで従来通りのほかのケアマネと同じように施設希望があったら施設に入れてと言いなりケアマネジャーだった。

(O) 何でという部分が分かったので、今までドンキホーテみたいだった。何もわからないで風車に向かっているようで、自分でこれっていうものがつかめない。じゃやってみようかと。

《他職種の影響により深まる知識、技術、スキル》という中位カテゴリーでは、〈他職種から学ぶ日常生活に根ざした視点への変化〉の1つの下位カテゴリーが抽出された。

日常生活の中でちょっとしたことに気が付き支援しているヘルパー達の様子やポツンとしている介護者の姿を見て、「自分はナースではない」と気付くとともに立ち位置も変わってくるなど、他職種から学んだことでケアマネジャーの質的な深まりがあったと感じていた。

インタビュー調査からの抜粋

(D) ヘルパーさんから話を聞いた時に、えー、あその電気？ この配線が引っかかって危ないんだよね、引っかかって。この配線、何とか後ろに変えられないかなーとかの話をしていたので、契約だったか、担当者会議だったか忘れたけど、ヘルパーさんってそんな深いことまで考えるんだって、逆に感動したのね。

(D) いつものように看護師さんのようにベットサイドで看護師と同じように点滴とかしていたりして、ターミナルの方がいて、いつものようにベットサイドにて看護師さんとあれこれ動いていた。ふと、介護者を見たらひとり隅っこでポツンってしていたの。その時に「私ナースじゃない」って気づかせてもらったの、そこから立ち位置が変わって、やっぱりいたい部分はこっちだってわかったの。

あー、家族だと立ち位置が変わった。ベットサイドから離れて家族のそばにいるようにした。きっかけがあって今がある。

《経験により深まる知識、技術、スキル》という中位カテゴリーでは、〈知識と経験の蓄積による考え方や支援方法の変化と成長〉、〈経験からしか得られない学び〉、〈自分の価値観の押しつけから相手の価値観尊重への変化〉、〈自信を持つことは信頼関係を築く〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

過去の経験と知識や技術の蓄積から分かることもあるが、かつては画一的な枠で利用者を見る傾向にあったが、ケアマネジャーとしての経験を通して「この利用者には何が必要なのか」と捉える部分が変わった。また、最初の頃はチームケアとかを面倒くさいと感じていたが、経験を積んだ今は違う。知識や経験の蓄積によって「人の話を傾聴すること」、「自分も相手に伝えること」、「ひとりで抱え込み過ぎないこと」が大事であると実感できており、さらに「知恵の引き出し」が豊富になることで自信もつくし、信頼関係を築くことにもなった。

インタビュー調査からの抜粋

(O) 今どっちかっていうと看護職。離れて長いのであまり影響はしないかなーって感じで。

ただ、ターミナルは本能的にこの人はあとどのくらいが分かってきちゃうのですよ。今までの経験から、先生に予後とか聞かなくてもあと数か月かな・・とかあと1年くらい大丈夫かなとわかるので。

(E) 自分が安心するのと相手が幸せになるのとは違いますよね。

(I) ケアマネになって介護を受けている方たちのご意見とか考え方を聞くと、やはり自宅で過ごしたい、とのことだった。その辺が大きく考えが変わった。できるだけ在宅で過ごさせてあげたい、と思うようになった。

(D) この人には何が必要なのかなという部分が昔から見れば変わった。昔は枠で見ていたが、「こういうことができますよ」という提案ができるようになった。その中から選んでもらえるようになった。以前よりも知恵の引き出しが多くなった。「その人にとって何が必要か」ということを考えるようになったのは、ここ最近です。

(M) 最初、ケアマネやっていた時は一人だった。老健で併設の所だった。ずーっと一人でやって来たからやっぱりそういう癖がついていたの。次に何やって何やってと次から次へとひたすら集中したりと、人と話をするよりも手を動かしたりとか、そっちに集中していたから。最初のころは、チームケアとか面倒くさかった。だって話している暇あったら、もうどんどん記録もやりたいし、プランも作りたいし、うん、でないとケアマネの仕事終わらないと思っていた。それ以上、大事なのはやっぱり人の話を聞くこと、そして、自分も相手に伝える事。自分の中で抱え込まないこと。でもケアマネ同士でも信頼関係をつくる力は必要だからね。

(O) 信頼関係をどう構築していくとかというのも、自信がないと常に疑問符で話をしてもダメだった。自分が2年いたので、それを持っているのといないのでは、まず第一印象から違うのかなーと思います。

(11) 【サービスの展開におけるチームアプローチ】の説明

4つの中位カテゴリーと18の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《働きかけによる周りの理解と協力》、《頻回な訪問による周囲の理解と協力》、《密なる連携による他職種や医師の理解と協力》、《解決方法の手がかりを探す本音が言える仲間の存在》があった。

《働きかけによる周りの理解と協力》という中位カテゴリーでは、〈在宅は無理という周囲からの声には本人意思を伝える〉、〈対処方法と可能性を家族や事業所に説明〉、〈在宅困難理由の分析と、具体的な対応方法の工夫〉、〈まわりの理解と協力による問題行動減少と可能となる在宅生活〉、の4つの下位カテゴリーが抽出された。

事業所や近隣住民から「在宅生活はもう無理じゃないですか」と言われた場合、ケアマネジャーは本人意思を伝えるとともに、対処方法と可能性を家族や事業所に説明し、在宅困難理由の分析と具体的な対応方法を工夫したうえで、解決できるのかどうか相談したり実践したりしている。その結果、まわりの理解と協力を得ることで、問題行動が少なくなり、在宅生活の維持が可能になると考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(W) 先方で「こうやってみたんです。」などいろいろな工夫してくる。利用者さんに対しても慣れて来る。最初の「無理でしょう」といったことはなくなってくる。

(F) 在宅無理とまわりから言われる。あー、言われる。言われる。多いですね。「いたいの」と言い張る。

(M) まずね、簡単にできる方法として、それはできないと言われた…。でも、それに対するリスクは話をするよね。火事が起こったりする心配があるとか、そういうことに関してはどのようにお考えですかと聞くと、思います。その結果として火事が起こったとしての自己責任として責任を持つよと、結果的に選択するのであればその方法を支援する。

(E) 認知症の独居になったら、もうあの・・・遠い親戚の方でも息子さんでもまずは説明をさせていただいて、まったく天涯孤独の方はあまりいないので、遠くてもいらっしゃる方がいればそういう事情を説明して「止めさせていただいてもいいですか」と確認します。そうすると「施設に入れちゃって下さい」と、たいがい言うんですよね。ただ、今は火の問題だけなので、火を止めればいいので、今は良いです。ただこの後もっと違う問題を起こしちゃう。例えば外に出て行って危ないことになるとか、車道に突っこんじゃうとか、そういう危険性が感じられるときは当然、在宅継続不可と判断させてもらいます。これが私の杭なんですよね。こうなったら、こうなんですよ、ただし今はこうなんです、とちゃんと時系列で説明します。

(D) ないとか言われるけれど、そんな時は逆に「どうやったらいい」って聞き返しちゃう。じゃそれで、ヘルパーが入った時にだけ火が使えるようにしようとか、火を使わなくても良い方法を考えようとか具体的な方法で応える。

(O) そうなると、あれかそういうのが説得で来てすると在宅生活がながくなるんだよねー。あ

—そうか、説得して分かってもらうのは大事なことなんだね。ヘルパーさんに在宅で暮らしたい本人の思いを共有してもらえることは在宅生活が長くなる。

(C) 他のサービス事業所から「この人はもう施設でしょう」と言われたとしても、「皆さんともう少し話し合いをしましょう。」というスタンスで、本人を交えての話し合いや事業所間での話し合いをする。そして、施設と思われた理由に関して解決できるのかどうか相談をする。

(W) 先方で「こうやってみたんです。」などいろいろな工夫してくる。利用者さんに対しても慣れてくる。最初の「無理でしょう」といったことはなくなってくる。

(B) そうですね。その方の生活を支えているうちに孤立しているのが一番なのかな。結構頻繁に行っていると周りに人が見ているのですね、たとえばヤクルトの人とかそう。そうヤクルトの人が今まではポストにぽんと入れていたのが、じゃ冷蔵庫まで入れながら、やってあげるね。工事現場の人が割と声かけてくれる、

《頻回な訪問による周囲の理解と協力》という中位カテゴリーでは、〈親族かと思われるほどの頻回な訪問〉、〈周囲の理解と協力〉の2つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、毎月1回の訪問以外にも必要であれば短時間の訪問をしていた。そして、頻回に訪問していると、周りからは親族と思われる事もあり、また誰かが見守っていることで周囲の人々も安心し、理解と協力が得られるようになると考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(O) 多分いまこの人が必要だと思うと一日3回くらい行ったりする。でも、長い時間じゃなく、その家に行くついでに寄る。5分の時もあるし、ちょっと「どうでしたか」と声をかけることもある。「あ。こうだったのよ」って感じで。

(K) コールがあれば行くときが多い。行って来て聞いたことを加味してみんなで検討することが多い。

(O) 心配な時ってそれなりなものがあるので、もちろん月1回の方もあるし、今この方に必要だなって時にちよくちよく行っているので、逆に不安に思っている方と直接話せる。そうするとそんならいいや—とか、多分そんなのが膨らんでいくと不安って膨らむと思うんで、一回、一回こうでとこうやっていると逆にそういう人が協力してくれたりとか、まわりの人が「昨日も、こんなだったよ」とか、会った人が「また違う方に行ったから連れて帰って来たよ」とか、結局初めにいろいろ言ってきた人が協力者になっていたりとか。

(S) 家族が来られないから夜間様子を見に行った。ベッドから起き上がれなかったのよ。私には「大丈夫」というも立ち上がれない。「ショートステイを今日お願い」と電話したが、迎えに来られない。階段が7、8段あり出られない。ケアプラザに電話し所長とMさんに「協力して」と頼んで来てもらった。デイサービスの車で施設に行った。

(I) その人がすごく拒否があるのだけれども誰も入れなくて、一時は入れるんだけどもどうしているのかと見に行くと、一回、私自身が見に行くと調理とかしてあげて、そうじゃないと

ヘルパーさんにすごく攻撃されるんですよ。3回一緒に行ってもう大丈夫だから、ヘルパーさんだけでやって、…。

《密なる連携による他職種や医師の理解と協力》という中位カテゴリでは〈医師との連絡方法〉、〈医療関係の人脈活用による連携で在宅支援〉、〈いざというときの協力で役立つ普段の良好な関係作り〉の3つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、医師や看護師などの医療職との連携を図るための情報交換手段として電話やFAXを活用しており、直接話し合う必要のあるときは、受診時や往診時に同行するようにしていた。その結果、たとえば通所に繋がらないケースに対して医師から「僕がやった方がいいから促してあげるよ」と言ってもらえたりするなど良好な関係が作れていると思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

(F) FAXで流したり、ALSの方はじゃ、先生が大変だからFAXしますって言ったらそんなじゃあれだから電話していいよ一って言ってくださり、あと結構受診に一緒について行ったり、往診に合わせて訪問したり。

(O) 私は一人では動かないですよ。で、訪問看護受けられる。看護師には「こういう人なんだけれど一緒に行ってくれるー」って言い看護師を連れて行きます。だいたい退院前には一緒に来てもらいますね…。

(D) その結果、だから入院することも少ないし、往診の先生ともうまく連携摂れるようになって、往診の先生を結構入れたりして、在宅でやっていく。

(F) えーと、割と連絡を密にとっているからですかね、いろんな意味で今まであの、例えばなかなか通所に繋がらない方がドクターの方から「僕がやった方がいいから促してあげるよ」って言って診療にときにやっってくださいたり、そういう面では医療面でも怖くなかったし、調剤薬局の薬剤師さんも色々説明してくれたりとかってことで、運が良かったんですかね、ですからあんまりね。よくケアマネとドクターの関係が悪いつて言うけれど、そういうのに当たったことがなくて、いつも何かしら助けていただいたり。

《解決方法の手がかりを探す本音と言える仲間の存在》という中位カテゴリでは、〈関係機関との率直な意見交換と傾聴によって築く信頼関係〉、〈本音と言える仲間との相談による解決方法探し〉、〈関係機関との情報共有とチームによる支援〉、〈包括や区役所に相談し一緒に行動する〉、〈多数の人に相談して解決方法の手がかりを探す〉の5つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、関係機関との意見交換や話を傾聴することで、普段から信頼関係を築いていた。そして、本音と言える仲間をはじめ多数の人々と相談しながら解決方法探しに努めていた。たとえば、役所も含めて周囲の協力でしばらくの間をしのいだものの最終的には生活保護となって特養入所したケースでは、関係者間の情報共有とチームケアを積み重ねることで、次回以降も

依頼してもらえそうな良好な関係になった。

インタビュー調査からの抜粋

- (A) (先輩がいることは) 何があっても大丈夫という安心感はある。例えば、困ったケースがあれば包括支援センターと相談するようにとアドバイスをもらったりする。
- (D) もう区役所から何から巻き込んで大騒ぎしてまあ、とりあえず落ち着くまでそこにいてもらって、ゆくゆくは特養に、お金は払い続けられないのでそれで無理して最終的には生保にしたのかな。
- (D) だから、定期的が集まってお互いの相談したり意見交換し出し合ったりしている。
- (S) やっぱり積み重ねじゃないですか。あの一、一つのケースで頼んで一緒にやっていく中で充実したケアがチームできたら、じゃこの次もここにお願いしたいとケアマネジャーだって思うじゃないですか。うん、その繰り返しじゃないですかね。
- (D) ケアマネが一人でプランを作るわけではないじゃないですか、ケアマネジャーが一人で解決する問題じゃないでしょ。最後まで在宅にいるとか、危ないとかは、最終的にはみんなで考えて、みんなできなくて決定出したらしょうがないけれど、今はあくまでもチームでやっているんだからチームで考えましようと思いませんか？
- (F) 誰かいるんだろうね。あの一そうね。「これ大変だよ」って受けた時に。私にはバックに包括がいる。区役所がいる。困ったら助けてくれる人がいるって思っているから、だからきっと自分だけじゃないから。
- (M) 基本的には、2人で動いています。自分だけの視点ではなくて、一緒に見てもらった人の意見をもらいながら動く。

(12) 【質の高いマネジメントの提供】の説明

5つの中位カテゴリーと14の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《介護サービス利用による在宅生活の維持》、《施設入所の判断時のプラン》、《在宅生活の鍵は、自立支援の理解と実践事業者の存在》、《本人、家族が安心して介護が続けられるように支援》、《臨機応変に対応してくれる関係》があった。

《介護サービス利用による在宅生活の維持》という中位カテゴリーでは、〈30年前は施設入所だったが今なら可能な在宅生活の維持〉、〈自立支援型ケアを実施しリハビリ効果のある施設を選択〉、〈サービス利用で介護負担軽減により在宅生活維持〉、〈安心感をもたらす24時間の随時サービス〉の4つの下位カテゴリーが抽出された。

30年前は施設入所だったケースでも、介護保険制度の導入以降はサービスが充実したことで在宅生活が可能となった。また、本人を元気にさせ介護負担を軽減するために、デイサービスの見直しや回数増加の検討や自立支援型デイサービスへの変更を提案したり、ショートステイなどのサービスを利用したりして、在宅生活維持の可能性を高めていた。さらに、いよいよ在宅生活が困難となったときの手立てとして、老健施設の打診と申込みや、本入所を挟むことの提案をしていた。

インタビュー調査からの抜粋

(A) 認知症じゃない方の場合は残念だった。今だったら24時間対応できるので施設に行かなくて済んだかもしれない。

(A) 昔(30年前)は、介護状態になった方は入所する、老人ホームに行ったりするのが当たり前とっていました。その方が介護のプロもいるし、建物も安全だし。

(A) 今だったらサービスで対応できるんじゃないですか。今かなり充実してきた。ケアマネジャーのお医者さんも増えてきているので、結構在宅生活も可能になってきているんじゃないかと思います。

(O) 家族から施設入所希望、少し長めのショートステイに入れたりとか、後はそこまでなったケースがあんまりいないですね。

(O) (質の高い施設)ありますね。それはリハビリの効果。

(B) (家族に虐待がある場合) 緊急ショートステイとか使って、そうですね。それは私が包括と関わって、やはりその要因が夜間の尿失禁と家族の腰痛だと思った。だからそのあと緊急ショートステイを利用し、水分量を増やしたりとお願いし、両方が少しずつ良くなれば安定してくる。今は全然ショートステイも通所も使っていない。自宅だけだったのでこれじゃ虐待が起こるべくして起こっている。サービスを見直しましょう。ということで、定期的な外出で休める。離れられる時間が必要かと思ったので。

(K) 24時間の随時サービスの方は使っている。どこかに相談できるという意味で安心に繋がっている。

(O) いよいよ入所の順番が来た時に悩むときがありますね。もう少し在宅で頑張れそうなんだけど、

断るとまた1年後とか2年後とかになる事を考えると、ショートステイとかデイサービスを使っている、安定していてももう少し頑張れるじゃない。費用が高かったり20万円近くだと、在宅生活これくらいだからあんまりかからないよねといて、後、1~2年頑張れるよね。今回は待ってもいいんじゃないの、と言う。

《施設入所の判断時のプラン》という中位カテゴリでは、〈先を見越した老健の入所申し込みと本入所の提案〉の1つの下位カテゴリが抽出された。

いつかは施設に入ろうとしている人を担当する場合、介護者の疲労・病気・高齢化など未来に起こりうる事態への対応手段もあらかじめ考えていた。本人が頑張れるうちはできるだけ在宅で頑張ってもらうが、介護の限界が近づいてきたらそのことを介護者に伝えて次に打つべき手段を伝えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(E) 次の手はダメだなーとなった時に・・・あの一ダメになってもいいような手立て、例えば老健の申込みをとりあえずしておくとか、打診をかけておくとか、申込みだけはやっておくとか、・・・一か月だけの入所を挟んでみるとか。

(E) 考えています。たとえばいつかは施設に入るって方を担当しているってことがあるんじゃないですか。それが2年後なのか3年後なのか僕にはわからない。介護者がだんだん疲れてきているとか、娘さんでも高齢化しますよね。今は元気だけこういうパターンならっていうことで考えていかなくはならない。あとはメンタルがある人は大丈夫なんですかってところもちゃんとお手当てしなくてはならないし、施設に入るまでの間に重要な何手かはありますね。

(M) ご本人がどうしたいかという考えの下で、できることとできないことを精査して、できることに関して「やれることは他の手段方法を使いながらでもやれる」ようにしてみたり、他方、「それにはそれなりのリスクが伴うこともある」ということを十分説明しながら一緒になって考える。

《在宅生活の鍵は、自立支援の理解と実践事業者の存在》という中位カテゴリでは、〈自立支援型ケアマネジメントに対する家族の理解〉、〈自立支援を理解し一諸に実践する同志〉、〈サービス事業所の自立支援型ケアマネジメントに対する理解と実践〉、〈サービス事業者へのモニタリング実施とプラン変更〉という4つの下位カテゴリが抽出された。

自立支援型ケアマネジメントに関して、家族の理解が得られるまで何回も説明をおこない効果が見られるとその必要性を理解してくれる家族が出てくる。サービス事業者については自立支援を理解し一諸に実践してくれるところはまだ少ないが、介護保険の考え方の変化に伴って今後は自立支援に対する考えが浸透して行くと思っていた。また、自立支援を理解し実践する事業者の存在は在宅生活継続を可能にすると考えており、現在利用している事業者への働きかけやモニタリングを実施しプラン変更を実施していくことを続けていきたいと思っていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (I) 「今すぐにどこかに入れるとか、施設に入れることが難しいので、入れるまでの間にどうするのか考えないといけませんよね。」と言って、自立支援型のマネジメントを口頭で何度も説明していきます。そこで初めて水分の必要性をやっと分かってくれ、歩くことの必要性を分かってくれるような家族が出てきます。
- (I) その方たちも在宅でやっていくことが当たり前だと思ってくれているので、そういう風に思ってくれているデイナリがないとなかなか一緒に手を組んでやっていくのは難しい。
私一人では難しい。私一人だけでは多分難しい。
- (I) それはそれで今は虎視眈々としているところです。とにかく一か所いいデイサービスがあればできるし、ましてや介護保険の考え方が少しずつ変わってきているので自立支援型っていう言葉が一般化されている。3年前は自立支援という言葉さえ使えない状況だった。その前は水・飯なんて言葉さえ何のことやらって言う感じだったのでこれが一般化されていって、あの一、皆が周知していくと話ししていても通じやすいと思うんです…
脱水に対する考え方も6年前と今では、世の中が変わってきているので水分の事はとても話しやすいんですね。そういうことをちゃんと話すことと、まあ何ていうの、気持ち全然違って
- (O) 自立支援型介護を学んでこういう風にやっ行って行けばいいんだとわかったと同時に自立支援型のケアマネジメントの方もはじめ分かっていなくて、こういう考え方をしてアセスメントをしてニーズ見つけてとわかってくると絶対何とかなるとわかってくる。
- (I) オーダーしてモニタリングしてさらにオーダーして、デイサービスに見に行っの繰り返しです。ケアマネジャーとしての意見をどんどん言っていました。というのは、立ち上げて0年だったので多分何も見えていないものがあつたので、一緒に地域を活性化させていく意味でも、出しゃばつたことかもしれないけれど、成長していくためには必要なことだと思って話しました。1年後、ずーっとやってきて慣れて来たところで、地域で頑張ろうと思った。
その前、〇〇事業所とか、そうやって自立支援を理解してくれるデイサービスがあればどんな状態でも在宅生活は可能ですね。
- (O) 基準は、基本はやはりこちらが要望した水分をちゃんとしてくれるとか、食事形態も勝手に変えているとか、車椅子のまま食事をしない。座位姿勢とか、そういうのをちゃんとやってくれる施設とか、後はなるべくデイと併設の所の方が状態像が共有できる。

《本人、家族が安心して介護が続けられるように支援》という中位カテゴリーでは、〈介護者の先を見越した手当と対応〉、〈意思を尊重し可能な支援や手段の検討〉、〈安心できる介護と一緒に再考〉、〈介護者の不安の状況把握と解消〉、〈本人の安定による家族の考えの変化〉、〈家族に対するケアマネジャーの支援〉の6つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは訪問等で本人や介護者の先を見越した手当と対応を行いながら本人家族の意

思を尊重し在宅生活が可能な支援や手段一緒に検討するようにしていた。常に介護者の逃げ道を作るように対応し、安心して介護が出来るよう支援していた。在宅生活が維持できるように介護者が不安になっている状況を把握し、介護者の不安解消することで本人が安定する。結果、家族の考えが変化していくと考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (O) 一回は頑張ると大体は言うのですけど、そういう時は頑張ってもらい、頑張ってもらった方が悔いが残らないので、ではもう一回ですよ。次はダメですよと言うところのちゃんとした杭を打ち、ゴールはちゃんと作っておく。こうなったら施設を考えましょう、こうなったらあなたが介護できないよとかこういうことですね。
- (M) ご本人がどうしたいかという考えの下で、できることとできないことを精査して、できることに関して「やれることは他の手段方法を使いながらでもやれる」ようにしてみる。他方、「それにはそれなりのリスクが伴うこともある」ということを十分説明しながら一緒に考えて考える。
- (C) 本人が何かできなくなったとき、「次なる手段・方法を一緒に考えてみよう」、「じゃあやれることは何なんだろう。」と考えながらやっている。
- (K) 心身の負担を少なくするように、思っていることを吐き出させる。
- (O) そうですね、でもそれでじゃー、このお母さんどうっていう時・・・やっぱりみなさん在宅で施設に入れて安心して時もあるんですけども、そういう時はある程度ショートステイを2週に一回とか入れていくとそこでなんでしょ。たぶんみなさん心や体がつらくなるとどこか逃げ道を探したくなると思うので、なんかやっている中で毎回思うのが、利用者さんも、御家族も、この人の逃げ道をどこに作ったらいいのかなーと思いつつやりますよね。今、この人だったらどこに逃げられるのかなー、といつも思っているようにして、…。
- (O) 多分やっている介護者が不安なんだと思うんですね。で、それは自分が実際、介護現場にいた時、何が良くて、何が悪いか、その判断基準が分からないから不安だったと思うんですけども…。例えば一緒に考えていく中である結論に達した時、家族は「じゃこれでいいんだー」って、「肩の荷が下りたわー」って、お母さんが好きなものをおなかいっぱい食べて、おいしいと思えたらそれでいいわね。
- (O) (施設入所は考えなかったのか) よぎった自分が出なかった、まわりから、娘さんから出て、その方まだ調理もあの即席ラーメンだけですが、できていたし、これだけできるのにと話をし、どんどん安定してきてサービスもまわるようになってきて、本人の笑顔も出てきて何だろう、本人と家族の関係が変わってくると家族も変わってきて、家族も「もうちょっと頑張ってみようかなー」って感じでその、本人が変わった事を見た家族が変わったのかなーと思うんだけど。

《臨機応変に対応してくれる関係》という中位カテゴリでは、〈臨機応変に対応可能な事業者の確保〉、〈傾聴と率直な意見交換による信頼関係作り〉、〈関係機関に頻回に足を運ぶこと〉の3つの下位カテゴリが抽出された。

在宅生活を維持するためには、どんなケースにも一緒に対応できる事業者の確保と関係機関への早めの根回しが必要であり、普段からの良好な関係作りがいざというときの協役に役立つ。支援における重要な要素は、知識・経験・人脈関係であり、信頼関係を作るには関係機関への頻回な訪問、傾聴、率直な意見交換など不断の努力が大切と感じていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (D) 包括で紹介されて「Aさんの所なら何とかプランを立ててくれるんじゃないの」。何年もこのまま病院で亡くなっていくのはかわいそうだ、本人意思とか意思表示はできる。どうやったら帰れるのかなーって考えて、じゃヘルパーさんはどこに頼めばいいのかなーとか、看護師さんはどこに頼めばいいのかなーと、いろいろ考えてそういう方は準備にいろいろかかるんです。
- (D) 割とほかのケアマネジャーが「在宅は無理」と言った方が私の所に来る。うちではもう手に負えないケースとかある。人工呼吸器があつて胃瘻があつて。目が合ったら殴るとか普通のデイサービスとかで対応ができない方とか、そういう人が来ても大丈夫な人を掴まえておく。だからさっきの人工呼吸器のケースも、24時間対応の医者とか看護師とか巡回型の訪問介護を確保し2ヶ月後をお願いしておくとか。お願いして、だいたい入院中なので「嫌だ」と言ったら「レスパイトなしね」いざとなったらどこかに行けばよいかからの覚悟で、そこまで根回しをして帰ってくる…。無理なので予め、年2回の入院を頼んでおく。医療の大変な方はそういう人って療養型に7年も8年も入ることが多いじゃない。どうしても家に帰りたい。
- (K) サービスが困難な場合には、事業者側に言ったりする…知識と経験と…コネクションですかね。自分がどれだけネットワークを張れるか。
- (K) 在宅生活を維持していくための支援は大変なので、いろんな機関を巻き込んでいくことが大切。
- (C) 困った時にごめんお願いと無理を聞いてくれる。明日から今日行ってとかできる。指示書がないといけない。診察中だけど・・・でもすぐ送ってお願いと、普段関係を作っているからできる。
- (F) そうだね。事業所みんな仲良し、みんな来てくれる。うちはちょうどトイレのない地区なんですよ。だから駐車場が広いし、ふっとトイレ借りますと言ってくるところだから、割と福祉用具屋さんでも寄ってくれるのでね。あとはケアプラザさんとか何の用事もなくてもいく。

(13) 【質の高いサービス事業所の利用】の説明

4つの中位カテゴリーと14の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《質の高いサービス事業所の選択》、《一緒にチームで動くメンバーの選定》、《管理者としてCM支援》、《介護はプロが行うもの》があった。

《質の高いサービス事業所の選択》という中位カテゴリーでは、〈自立支援を理解し実践してくれる事業者〉、〈本人と家族の意向尊重による事業所選択〉、〈プランに沿った支援をする事業者の選択〉、〈対応幅の広い事業所の選択〉、〈対応能力の高い事業所〉、〈高い介護技術と適切な報告や情報共有が出来る事業所〉、〈対応手段が考えられない事業所〉の7つの下位カテゴリーが抽出された。

通所と訪問介護とショートステイをうまく織り交ぜるプランを考え、家族が納得するように話し自立支援型デイサービスの提案をしていた。事業所の選択にあたっては、本人と家族の意向を尊重する事業所、対応幅の広い事業所、対応力の高い事業所、通所では運動や歩行をさせてくれる事業所、プランに沿った支援をする事業所、という観点から選択する。高い介護技術があり適切な報告ができて「分からない所は分からない」と言ってくれるような事業所は良いが、アセスメント不足で対応手段が考えられない事業所では対応できないと考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (O) 納得しなければこのままこの状態でズーッと悪くなるまで待ちますよ。そうするともっともっと大変になりますよ。今までの私の事例、症例を説明するのでおおよそは、あの、例えば自立支援型でないデイサービスに週4日行っていたとして、それを週2回だけ自立支援型デイサービスに変えてみませんかと提案すると変えてくれたりします。
- (M) 本人の意向や家族の意向が無い所にいくら周りの事業者が弱音を吐いたところで、そうであるならあなたの所が無理だったら、最終的には御本人や家族の意向を取って、できるところを探すと思います。やれるところだってあるもん。
- (E) 基準は、基本はやはりこちらが要望した水分をちゃんとしてくれるとか、食事形態も勝手に変えているとか、車椅子のまま食事をしない、座位姿勢とか、そういうのをちゃんとやってくれる施設とか。後はなるべくデイサービスと併設の所の方が状態像を共有できる。
- (M) その前から、ケースごとにヘルパー事業所とか選んでいる。どんなケースでも対応してくれるような、サービス提供責任者さんとのコミュニケーションはもちろんだけど、どんなケースにも根を上げないでやってくれるヘルパー事業所ってある。
- (M) ターミナルだけではなく困難事例も多く取っていたから。そういうところをお願いできるような事業所はそんなに多くはないんですよ。でも中にはサービス提供責任者のレベルが高く、ヘルパーさんの質も良いですし、毎日のように常にサービスが必要な様なケースってあるじゃないですか。
- (W) ヘルパーさんであれば…介護の質ですね。身体介護であればケアプランに載っている事もそうなんですが、清潔ケアの中でも、ただ漠然と清潔ケアではなくて、えー・・・全身状態を見てく

れるところとか、デイサービスを利用した時に全身状態の報告とかちゃん挙げてくれるような所。元気でしたという日記ではなくて、逐一と報告してくれるとか、私の不在時はFAXを送ってくれるとか、そういったところは信用している。出来ますよね。(事業所) 相談員さんだったり、サービス提供責任者だったりで決まっちゃうかな。どれだけ細かく見て一緒にやるケアワーカーさん達にどれだけの指示を出しているのか。そうですね、やっぱ医療面とか強いというよりすぐに相談してくれる。分かんないことをすぐに相談してくれる。分かんないことはわかんないと言ってくれる事業所ですね。

(M) ほかの所は「大変だ、大変だ」と言ってきたりとか、なんでそういう状況になっているのかってところのアセスメントが足りない。どういう手段があるのか方法が考えられない。ただ利用者さんから見たり言われたりしたものをそのままケアマネジャーに返してくるのもあるでしょ。やっぱりヘルパー事業所として考え、アセスメントがしっかりしているとその対処方法も一緒に考えられる。

《一緒にチームで動くメンバーの選定》という中位カテゴリーでは、〈チームワークのできるメンバーの選定〉、〈状況により相談員と考える早期退所〉、〈事実と客観的考えを事業者の説明〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。

チームとして一緒に動く際には、チームワークのできるメンバーを選定し、状況に応じて早期退所を相談員と考えたり、客観的な事実や考えを事業者の説明したりしていた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) 言いなりじゃない、という点。自分の主観で進んだりしない人。あれっという気づきのある人。そして、意思の疎通がツーカーにできる人。

(D) ロングショートではなく本入所。当初は3か月間だけ申込みをさせていただいてその状況で見られますかと言って、見られるような状況であれば早めに帰ってもいいんですよと話したり、相談員さんと話したりします。

(M) (周りから入所と言われた時) まわりから・・・あるよねそんなケース・・・。そういう時は・・・サービス事業所の考えている気持ちは多分受け止めるんだろうね。最初はね。

(E) (CMとの意見の相違) やっぱり施設経験があるケースワーカーさんとか、ケアワーカーさんとかやヘルパーさんは「何で」というんですけども、そう言った声が出た時にご家族がいるときはご家族交えてだったり、御本人も交える時と交えないときと話が違うんですが・・・「御本人の気持ちはこうなんですよ」「私は、今、まだ皆さんに支えられてこういう段階ならここまで入れると思う」と「ただこうなったら施設かなと私は思ってます」とちゃんと言うようにしています。

《管理者としてCM支援》という中位カテゴリでは、〈管理者としての情報共有〉、〈管理者として対応方法を一緒に考える〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

利用者と契約しているのは事業所なので、事業所の管理者として利用者をよく知り情報共有をしなくてはならない。また、管理者においては、起きている事態をアセスメントし、それをケアマネジャーに伝え、さらに対応方法を一緒に考え支援していくことが必要、と考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(M) 管理者として情報の共有し管理者として対応方法を一緒に考える。担当の利用者さんと契約しているのは事業所なのですよ。だから管理者の自分がまずは事業所として契約しているのだから、管理者としてその利用者さんを知らないといけないし、担当しているケアマネジャーが何かあったら一緒に動かなくてはならないし、それこそ事業所にいるケアマネジャーが4人いれば同じように情報の共有をしないとならない。変わらと思う。

(M) 助言ってというか、起きている事実を、自分も管理者としてアセスメントしているわけですから、相手と相手の後ろにいる利用者さん、家族。で、利用者さん、家族、ケアマネジャーさんの間で起きていることは何なのかってことをアセスメントするわけです。それに対して、それを修正する。NOではなくて、どう、そのケアマネジャーに何て伝える・・・うーん・・・変えるんじゃなくて・・・なんていうのかな・・・。で、そこで起きていることに対してどういう方法があるか一緒に考える。

《介護はプロが行うもの》という中位カテゴリでは、〈家族にできるほど介護は甘くない〉、の1つの下位カテゴリが抽出された。

本来、介護は、専門知識のある人が行うべきもので家族がやれるような甘いものではない。特に、本人を自立させていくためには、サービスをある程度取り入れて見守りをできるような形にしてあげないと難しいと考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(A) そもそも介護とはプロがやるものと思うんです。介護の専門知識がある人がやるべきもの。本当は家族がやるようなそんな甘いものじゃない。最近新聞にも出ているが、介護の負担に耐えきれなくて殺人ということもよく耳にする。厚労省は、家族の介護や民間の介護と言っているが、専門的な知識がなければ介護はそう簡単にはできないと思う。

(A) そうだと思いますよ。新聞沙汰になるような事件が、沢山起きている中、介護は大変で甘くはない。これからは独居の方が増えてくるので、よっぽど考えてあげないと。サービスをある程度取り入れて見守りをできるような形にしてあげないと自立させていくというのは難しいと思う。

(14) 【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】の説明

3つの中位カテゴリーと7個の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《覚悟があれば可能な在宅生活》、《サービスを利用し介護負担を軽減すれば在宅可能》、《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》があった。

《覚悟があれば可能な在宅生活》という中位カテゴリーでは、〈介護者の覚悟があれば可能な在宅生活〉、〈サービス活用できれば可能な在宅生活〉、〈入院以外は在宅可能〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、本人の意思および家族に面倒を見る覚悟があればどんな状態でも在宅は可能、と思っている。たとえば、独居や身寄りなしでも在宅生活ができている人はいるし、寝たきりでも家族の覚悟があれば在宅生活が可能となった人もいるので、入院以外であれば介護者がいれば在宅生活は可能と考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (S) 家族にみる気があれば、どんな状態であれ家では見られると思う。
- (F) 基本は在宅本人の意思と家族の覚悟があれば何とかなる。
- (S) (介護保険は機能しているか) かなり機能していると思う。認知症でも一人暮らしでも身寄りなくても十分生活できている人はいくらでもいる。サービスを使って民生員さんが入ってくれて十分可能と思っている。あと寝たきりでも様々なサービスを使ってケースでも可能だと思う。家族がいて家族に覚悟があれば可能だと思う。どんなケースでも可能だと思う。
- (S) 転倒し、入退院を繰り返している。同居者に誰かひとりいれば可能、
- (O) 御本人の場合は・・・そうですね。ある程度一人暮らしで、寝たきりであっても本当に入院するような状況でなければある程度行けるかな～という感じがします。

《サービスを利用し介護負担を軽減すれば在宅可能》という中位カテゴリーでは、〈サービス利用で介護負担軽減により在宅可能〉、〈説得とプラン調整により在宅可能〉の2つの下位カテゴリーが抽出された。

介護負担を軽減すれば在宅の可能性があり、たとえば介護度が高くてもサービスが入れば在宅は可能である。介護負担の軽減にはショートステイ利用と他サービスのバランスが重要であり、説得とプラン調整により在宅生活の維持が可能になると考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (K) 介護者の負担を軽減するものがあれば、可能。
- (B) 負担が軽くなって、そのバランスですよ。ショートステイ行って帰ってきてショートステイと在宅のサービスプランのバランスですよ。今度ここですよ。ショートステイに行っていればいいけれども、在宅帰ってきて家族が楽になりすぎて、家族が面倒になる。そうなる

たヘルパーが・・・言ってくる。まあ、でも間違えなく言えるのは、もしそういう風にしてい
れば入所していない方がいるんですよね。それがもしかして、まだプランを書いていたかもし
れない。それは間違いないですよ。

(K)それも介護度が高く、ある程度サービスがポイント、ポイントでいられる人ですけどもね。
そういう人なら可能だと思います。

(E) 画期的に良くはならなくても少し在宅が伸びれば、じゃー次に外へ行ってみようとかショート
ステイを使ってみようとか・・・。少しずつこういう感じで逆になっていると、チャンスとい
うか、逆になだめていくとそこの事業者は結構それが最後まで色々やってくれている内容になりま
すよね。在宅で看取るにしても、時間変更が多かったりするでしょう。こんなうちなんか特に今
度は午前を午後にしてくれとか・・・無茶苦茶。また、洗いづらいところも洗ってくれとか・・・
看護師だけでは取りづらいとことか・・・いろいろな無理もあるけど時間とかとも最終的にはよ
くなっている。

《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》という中位カテゴリでは、〈在宅生活をあき
らめない支援〉、〈自立支援型ケアマネジメントに対する理解促進〉の2つの下位カテゴリが抽
出された。

ケアマネジャーは、簡単にはあきらめずに「もう少しできるのではないかと考えて在宅生活
を続けていくことを実行している。たとえば、健康状態を良くすれば入院しなくて済むので、根
拠に基づいたケアプランの作成、在宅生活が維持できる事の伝達、そのプランによる成果（達成
効果）を地域の人と考えていくことが必要であると考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(I)けれども、でもそれも見ている間「もうちょっとできるじゃないかなー」とか、思ってしまう
んですよ。

(I)だって、みんな、どこかであきらめたりするじゃない。「無理なんだ」、「無理なんだな」っ
て。無理とは思わない。どうしようと思う。

(O) あきらめない。あきらめないでとにかく続けていくってことをT先生に教えてもらったかな。
そう実行してきただけ。本人が元気になる支援をあきらめない 施設入所はない。本人が元気に
なれば問題は解消される。本人を元気にしようと努力していると語っている。

(O) (チラシと現場が違う時ある) ありますね。…入っちゃうとケアマネの手を離れるからそこか
らはお任せになっちゃうんですけど、結構行きますね私。食事の時とか行って、向こうも来るな
ーとっていて、また来たと思われてたりして…。例えば普通のごはんでお願いしたのに知らな
いうちに勝手にお粥になっていたりとかあるんですよね。「あれっ、お粥でしたっけ」と言うど
ご飯に直してくれたりとか、プランって椅子でお願いしたと思うんですけども・・・と言うと「ち
よっと待ってください」と言って。向こうもほら本当に分かっていないときがあるんですよ。
…違うのかなーと思うのであきらめないってことですかね。

(I) やっぱり一番は水、飯、糞、運動の所で、要するに基本ケアの健康の確立、健康状態を良くすれば、そこそこ誰でも疾病はあるものの、ある意味健康状態を保っていくことで基礎疾病とうまく付き合っ行けるし、それによって自宅でそこそこ健康でいることによって入院とかしなくて済むんですよ、って事を言っています。

(I) そういうデイサービスがあれば元気になる〇〇事業所さんは2キロ歩いていた。意識レベルがあがって活動性も出てくると判断もそれなりに出てくると思うんですよ…。そういう人はやっぱり水分の摂取量とかは私は全部表を作って書いてもらって、排便が出たらデイサービスで確認できたらと全部〇×で書いてもらっていた。デイサービスでね。現状で終わらせないようにするためには、やっぱり根拠に基づいたケアができるようにならないといけないと思うし、それをやっぱりみんなが取得しなければいけない。

(15) 【最後まで在宅生活支援】の説明

2つの中位カテゴリと4つの下位カテゴリから構成されていた。

中位カテゴリとしては、《最期を在宅で看取る支援》、《本人・家族・支援者にとって後悔のない臨終》があった。

《最期を在宅で看取る支援》という中位カテゴリでは、〈家で最後まで見るのが当たり前〉、〈家で看取ることについて家族に事前説明〉、〈家で看取り〉、の3つの下位カテゴリが抽出された。

地域では、最後まで家で見るのは当たり前、最期は自宅で看取りたい、と思っている人が多い。利用者や家族と関わっていく中で「最期の看取り」に対する希望が分かってくるので、その希望に配慮して家族への事前説明も行っていった。

インタビュー調査からの抜粋

(F) ギリギリまで病院が多いけど、最後はお家でと思っている。

(D) その人の状況によるけど、一人暮らしで誰も行ないのよ。もしそれ放っておいたら死んじゃうかも。最後どういう亡くなり方をしたいのか？ そこに、かなえてあげられるための私は材料として使ってもらえればいいわけだから、そこで無念でなくなってもらっては嫌だし。

《本人・家族・支援者にとって後悔のない臨終》という中位カテゴリでは、〈本人・家族・支援者にとって後悔のない臨終〉の1つの下位カテゴリが抽出された。

ターミナルケアの場合、環境がどうなるかを家族に事前説明して納得を得るようにしており、「原則最後まで在宅生活」に向けての見る視点・価値観・目的意識が同じになれば本人や支援者に対して後悔のない支援ができていた。

インタビュー調査からの抜粋

(W) (癌末期のケース) 亡くなる前日、訪問入浴をしたら、「まだ大丈夫かな」と聞かれて「大丈夫だったんじゃない。」と言ったら「うん。大丈夫だった。」と本人が最後に言った。本人が納得して亡くなったんだなと思った。ヘモグロビン値が3.4しかなかった。どうやって酸素運んでいるのか、とても不思議な領域にいる人だった。痛み止めも使わず、いつも笑顔だった。看護師が亡くなった本人の死に顔を見たとき、「あっ、ゴール（後悔のない臨終）だ。」と思ったという。みんなの立ち位置が同じで、みんなが納得して亡くなった、という感じだった。

(16) 【入所に向けての行動】の説明

2つの中位カテゴリーと11の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《施設の選択》、《ショートステイの利用》があった。

《施設の選択》という中位カテゴリーでは、〈聞き取りや見学による情報収集と現地視察〉、〈施設のチェック〉、〈構造と設備による選択〉、〈近い所で探す〉、〈主治医指示を遵守し医療的ケアに強い施設の選択〉、〈利用者や家族への対応の丁寧な施設の選択〉の6つの下位カテゴリーが抽出された。

入所施設においては、自分で直接見聞きして施設情報を収集し、本人との相性を考慮しつつ施設の構造・設備、部屋の様子、スタッフの雰囲気や動きをチェックし、使えるかどうか判断している。たとえば、医療ケアの必要な人には医療的ケアの強い施設を選び、主治医の指示が守れず責任の取れないような施設は避けていた。

インタビュー調査からの抜粋

(W) だから、施設にこの人が入った時にどうなるのかなーって想定した時に、ほら短期集中でキチンと自立支援型のケアをしてくれるようなら良いんですが、

(E) アセスメントもそうだし、同業者で新しいものを使ったって人に聞き取りをしてみるとか、担当者に話を聞いてみるとか、けっこう自分が詰めていきます。自分が使おうかなーというサービスがあった時には、見に行ったりとか話は聞きますね。そこでいろいろ説明を聞き、ここで困っているようだったりとか詰まっているようだったりすれば怪しいな～と思うので使えないですよ。逆に、使って利用者さんに不利益を与えるようならあの～・・・さっきのサービスでないけど、バラ売りのサービスで構築した方がよっぽどいいケアができると思っているので、そこを提案します

(W) その人の性格とか生きてきた歴史的なところとかを見た場合、この人は個室のほうがいいのか、4人部屋でも行けるかなあとか、グループホームの方がいいかなあとか考える。

(W) ケースが施設に入ると決まった時、施設に行って、その雰囲気を見て看護師とかいろいろ見て入所させるかどうかを決める。

(O) 特養であればショートステイが使えるが、本人と施設との相性を考える。実際には蓋を開け

てみないとわからない。また、実際に自分で施設を見てお部屋の様子やスタッフの雰囲気や動きとかもチェックする。

(E) 医療依存度の高い人、例えばパーキンソン病の人の場合、薬を一日に何回か飲まなきゃいけない場合、医療的ケアの強い施設を選ばなければいけない。

(E) どれだけ頼んだ方を大切に扱ってくれるかではないですか。それと窓口になってくれるし相談員さんのスキルとか。

(E) あとご家族説明ですね。どういう施設でどんなこと生活をし、困った時の相談にも乗ってくれるとかそういう方。

《ショートステイの利用》という中位カテゴリでは、〈在宅生活維持のためのショートステイ利用〉、〈入所までのつなぎとしてのショートステイ利用〉の2つの下位カテゴリが抽出された。

関係者全員で考えて支援したことで、デイサービスからショートステイが利用でき、問題行動も減って落ち着いてサービス利用できている場合もあった。また、リスクを時系列で家族に説明したうえで本入所までの間のつなぎとして老健やショートステイの利用で対応する場合もあった。

インタビュー調査からの抜粋

(S) 必要だったらね。ショートステイから入所までつなぐとかそれはやる。

(B) 例えばそれで入所を減らすことがその家にとって、入所を避けショートステイを利用することで入所しなくて済むことは良いことと思っていんですよ。

(D) みんなで書いて作ってどうやって支援していこうかと一生懸命考えて、で、市街なただけけれどもショートステイでセンター方式で計画を立てているところがあるので、まずはそのデイサービスから始めたんだけど、それでちょっとずつデイサービスに来れるようになって。次にショートステイが空いているから行ってみようとなって「市街にひどい認知症の方が行けるところがあるから行ってみようかとなり、ショートステイに行けるようになって、今はそんなに問題行動が無くなり、時々キーって大きな声を出すけれども、落ち着いてショートステイに行けるようになった。

(E) こうなったら、こうなんですよ、ただ今はこうなんで、とちゃんと時系列で説明します。そうしたら老健に3か月だけ入っちゃうとか、あとロングショートを頼んじゃうとか、そういうふうにしますね。

《施設入所時のケアマネジャーの行動》という中位カテゴリでは、〈介護の苦労や悩みの聞き取りによる介護限界の事前キャッチ〉、〈本人の現状と将来見通しから変化する支援内容〉、〈施設入所に関する事前説明と了解〉の3つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、定期訪問時によく観察し、介護の苦労や悩みを聞き出すことで危険シグナ

ルを見逃さずキャッチするようにしていた。また、本人の現状を踏まえて将来の見通しを立て、そこを見極めながら支援内容も変化させることがある。レスパイト目的で定期的にショートステイを使いながら在宅生活維持のための支援を行うこともあった。さらに、施設入所と在宅のメリット・デメリットを家族に伝えたり、施設入所した時の生活イメージを伝えたりはするが、自分から施設入所の判断はしない。ただし、認知症の場合は、区役所と強制的な保護手段を考え、それを提案することがあった。

インタビュー調査からの抜粋

(E)それが認知症であれば・・・認知症で何もなかったことであれば高齢支援課とか強制的に保護的を考えなければいけないのか・・・それを言いますね。今だったたら何とかこの時期だけと考えられるんだけど、これが私の提案を呑んでいただけないと強制的な手段を使うことになるかもしれないと一つ杭を刺しておきますね。

(E)負荷をもう少し大丈夫そうだなって見せている顔って、一か月間のうち本人の数時間の顔しか僕は見ていない。大多数の時間を介護者が介護できているとき、どのくらいの苦労があってどのくらいの悩みがあって、を聞き出すようにしている。毎回の定期訪問の時に杭を打っています。質問はしときます。聞き出すようにしている。観察はしている。

(B)サービスを使いながら在宅生活を維持継続しているけれども、現実問題としてこれから先、5年10年と見たときに結構厳しいだろうなあ、という状態もあるので、そういう場合は考えも変化していく。本人の今の状態と先々の見通しを立てながら、その見極め見定めをやっている。

(D)自分からは結構その判断はないかもしれない。現時点ではないけれども、過去に最後まで自宅で介護していたと言っていた人が、途中で明らかにもう限界だろうと・・・。その方にはソーツと特養の申込書を持っていたことがある。

(D)水とか、認知症とかのブックレットなどの小さい本と、あとは「家族で治そう認知症」とか差し上げて・・・。そうすると向こうの方も、やはり施設の事を考えるような方はある意味ある程度、色々自分も勉強されていて、じゃ何でだろうと一緒に色々考えていった時に、じゃこれやって行く中で、施設になるとメリット・デメリット、在宅にいるメリット・デメリット。だからもちろんショートステイは使って、家族がちょっと休憩、レスパイト的なものを使うんですけども、じゃこの方が今できていることが施設に入った時、予測としてこういう生活が見えますよと、いくつか一緒に考えていくとき、ご家族もその代り定期的にショートステイは使うんですけども「そんなら」という形。

(17) 【施設入所後のケアマネジャーの思い】の説明

2つの中位カテゴリーと9個の下位カテゴリーから構成されていた。

中位カテゴリーとしては、《施設入所後のケアマネジャーの思い（良かった）》、《施設入所後のケアマネジャーの思い（悔しさと後悔）》があった。

《施設入所後のケアマネジャーの思い（良かった）》という中位カテゴリーでは、〈入所後の本人・家族からの感謝の言葉で感じる安堵〉、〈介護者が元気になり良かったという思い〉、〈施設入所することで介護者の精神的負担軽減〉の3つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、施設入所後に介護者が元気になると良かったと思っていた。また、臨終間際のときに施設入所に対する感謝や納得の言葉を家族からもらったり、あるいはグループホームに入所した本人が自力で車椅子を乗り換えたのを見た家族から「ここにして良かった」と喜んでしてもらえると、ケアマネジャーも安堵を感じていた。また、施設入所することで介護者の精神的負担が軽減し、適度な距離をおきつつ介護負担を適度なレベルに抑えられると安心していた。

インタビュー調査からの抜粋

(E) 少しの間ショートステイに入っているうちにグループホームに空きが出たので入所した。入所の際は、直前まではリクライニングだったので車椅子を駆使してやらないといけないと思ったが、玄関に入った途端、本人が立ち上がって自分で車椅子を乗り換えた。その様子を見た家族も入所に納得した。ここにして正解だと思った。家族もよかったよかったです。

(F) それは特養の時に・・・オープンだったの。その時、一遍に80人入れたの、一か月で、入ってすぐに動脈瘤が破裂してバーンと血かかれて、その場で即死の人が一人いて、その人がふっと目を開けて「入れてもらえて良かった」と言われたの。そのときって10人ばかり亡くなったの。おばあちゃんが亡くなるときに。ずーっと捨てられたと言っていたの。「養老院に捨てられた」って言うのが口癖のおばあちゃんです。亡くなるときに「あんたここで良かったよ。わたし」と言ってお亡くなった。そういうのを見た時に、最後一言でいいから誰かに「ありがとう」が言えるとか、「これで良かったよ」って思ってもらえたらあんなにブリブリ文句言っていたけど、最後すごく救われたのね。亡くなる時にふっと笑顔で「よかったですよ」って言ってもらいたい。それはすごくそう思ったかな

(E) ご主人はその時は素直に「うん」って言いましたね。あの～これ以上奥さんに迷惑をかけられない。奥さんが大変なのを分かっている、とおっしゃってくれたので話が早かったですけど、奥様がすごく元気でいらしゃるのを見て・・・。あと、週に何日と決めて定期的に面会に来ているのでよかったですな～と思っている。

《施設入所後のケアマネジャーの思い（悔しさと後悔）》という中位カテゴリでは、〈補えるサービスがなく入所したときの残念さ〉、〈入所タイミングに対する後悔〉、〈入所先での自殺未遂に対する複雑な思い〉、〈施設で自立支援型ケアを実践しても帰る場所のない悔しさ〉、〈在宅可能なのに入所したときの残念さ〉、〈施設入所で低下した意欲とADLに対する複雑な思い〉、〈納得していない入所後の不適合による後悔〉の7つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーは、家族の反対で入所が先送りになった場合にもっと早いうちにやっておけば良かったと残念に思うことがあった。また、入所先から抜け出して自殺を図ったケースに対しては、もっとよい手立てがなかったかと複雑な思いをすることがあった。施設でいくら良いケアをして介護度が軽くなったとしても居場所が無くなっている結果となって悔しさを感じることもあった。また、ショートステイやデイサービスを利用しているうちは在宅可能だが、入所となってしまって残念に思うこともあった。本人の了解していない施設入所の場合、不適合により暴れたり自殺を図ったりしたようなときも後悔していた。このようにケアマネジャーは様々な悔しい思いや後悔をしていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (A) その人に対しては致し方ないと思っていた。もっと早いうちにやっておけばよかったと思った。
- (K) そこは急いで入れちゃったし、もしかしたらもっといい手だてがあったかなと思うし・・・自殺図られたし…。いろんなケースあるよね。そんな時に娘さんが施設に入れて、有料に入られてその時ってじゃー・・・複雑な感じ
- (O) 施設は丸めでそこで完結する部分があるので、…。施設でいくら良いケアをして介護度が軽くなっても、お家に帰れるようになってもなかなか帰れないんですよね。実際の所、あの居場所が無くなってしまっている。
- (B) デイサービスに来られている人が、あんまり「在宅無理」とかないと思う。あまりないと思う、ショートステイとか次につながっていれば。デイサービスには来ていたからまだ大丈夫だったんじゃないかと、まだ限界じゃなかったと自分では思う
- (D) 利用者さんからは「まだ大丈夫でしょう」と言われる。だから、皆さん施設に入ってくると不応を起す。
- (F) いや、納得しないし、すごく暴れたし、あの、自殺図った。向こうの施設で、だから鍵かけて出さないようにしていた。うん、戻さないようにしておいて下さって。

(18) 【自立支援型ケケマネジメントの実施による確信】の説明

4つの中位カテゴリと10の下位カテゴリから構成されていた。

中位カテゴリとしては、《自立支援に対する考え》、《自立支援型ケケマネジメントの実施による確信》、《自立支援型ケケマネジメントの学び》、《自立支援型ケケマネジメントの実践による発信》があった。

《自立支援に対する考え》という中位カテゴリでは、〈自立支援は難しい〉、〈自立支援は維持すべき〉、〈自立支援は不可能〉、〈要支援は軽視せず頑張るべき〉の4つの下位カテゴリが抽出された。

ケアマネジャーには、自立支援に対して難しいとか不可能と語る人と、自立支援を維持すべきとか軽視せず頑張るべきと語る人がいた。

インタビュー調査からの抜粋

(A) 要支援のレベルだったらシルバーカーとかを勧めることもあるが、自立をさせるというのは、原則的にはなかなか難しい、無理だと思う。だんだん高齢になって ADL 低下してくるので、自立してくるとはなかなか思えない低下していくので、無理をさせるとけがをしたり、精神的に鬱状態になったりとかするので、そう簡単ではない。要支援の方はかるく見られている、ケアマネとして逆に軽視せず頑張らなくてはならない

(K) 現実問題として自立なんてなかなかできない。

(自立支援のイメージ) ご本人の今できていることを維持してあげたり、できることを一つずつやってあげる。自立支援型ではない。支援している人で年を重ねるたびにしんどくなってくる人の場合、それで頑張れというのもそうできない。でも、頑張ろうという気持ちがある人は、もうちょっと頑張ろう、と励ましてあげたりする人は何人かいる。

(D) 予防の方って急に、簡単と思われていて単位も少ないじゃないですか。要支援 1, 2 の人は軽く見られているがそれは違うなと。逆に頑張らなくてはとケアマネとしてはいけないのかなと思う。

《自立支援型ケケマネジメントの実施による確信》という中位カテゴリでは、〈自立支援型ケケマネジメント実践による利用者の ADL 改善の確信〉、〈支援内容で変わる施設入所か在宅〉、〈介護度 5 や 4 の人でも可能な外出や旅行〉、〈自立支援型ケケマネジメントの実践による介護者負担の軽減〉の4つの下位カテゴリが抽出された。

自立支援型ケアを実践しているデイサービスや施設の利用により、十分な水分補給や歩行可能といった生活動作の改善が見られ、効果が出てくると結果や家族の考えが変わっていた。一方、施設にいる要介護度 5 や 4 の人でも外出ができていた体験から、在宅の人たちはもっとできると思っていたとケアマネジャーは語っていた。また、入所までの間、自立支援を検討するなどして介護者負担を軽減し在宅生活維持に努めていた。自立支援型介護を実践しているケアマネジャーは、

自立支援型介護をベースに現状の悪さの原因および解決策を追求していくことで事態を打開できると確信していた。

インタビュー調査からの抜粋

(I) デイサービス。とにかくデイサービスに入れちゃえばある程度確立できてくるので。そうですね。そうなんですよね。だから始め「ぼー」と、退院の時も「ぼー」としていた人が、水分がちゃんとデイサービスに週4日行ってもらって、水分確立して、歩くようになって。初めはデイサービスに行っても「うとうと」していたんですよね。その原因は何かというかもちろん水分とかの関係、活動性がないのと関係があったんです。

(I) 出てくるので変わってきますよね。

(O) 介護度けっこう高い方、介護度5の方を見ている方もいましたし、それからALSの方ともいましたし、結構低いから色々いたと思うんですよね。要介護度4や5なのに出かけていたんですよ。あの方たちが出来ていたのでこの在宅の人たちはもっとできるなと思った。沖縄旅行とか毎年旅行に行っていた。

(O) はい、T先生のあれに向けてのプランでやっていたので、だから認知症がすごくひどくても絶対この人良くなるっていう風に自分の中では思ってたので。だから多分あの、わかんないけど、ダメだと思ったことがないんですよ。以前あの人が出来たことができないことないんだなど。

(O) (ケアマネジャーの考えを支えている背景は) やっぱ、T先生の自立支援型介護、何があってもあそこに戻って行けば、何だろう、今の状態は良くないけどその原因が何で、どうしていけば解決していけるのか、自分の中にあるのでそうすると自分が揺るがない。自信はないけれど絶対何とかなるだろうっていうものがある。

(I) 一方ですぐに入れるわけではないので、その間どうにか自立支援を検討して、再度見直してどうにか動けるようにして、認知症があれば周辺症状をもっととるようにして介護者の負担をもっと軽減を図るってことをするように努める。

《自立支援型ケアマネジメントの学び》という中位カテゴリーでは、〈自立支援型の介護やケアマネジメントの学びで得られる確信〉、〈自立支援の実践事業者の存在が在宅生活の鍵〉の2つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、自立支援型の介護やケアマネジメントを学ぶことでニーズを見極める力がついたり確信を持ったりしていた。水分や運動が大切であるといった理論を取り入れた基礎研修・現任研修を受講したり疾病に関する知識を習得したりした後輩達が増加することでケアマネジャーの質が高まっていた。そして、そうした自立支援型介護を実践する事業者の存在が在宅生活の鍵になると考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(O) (考えが変わったか) ケアマネになって取ったことで、ユニットの方でケアマネになったんですね。なってすぐに、その2年は揺らいでました。相談員をやっていたので、要望を聞いてニーズを特定できないとかあったんですけども、自立支援型介護、T先生を学んでこういう風に行けばいいんだとわかった。と同時に〇〇〇の自立支援型ケアマネジメントの方もはじめわかっていなくて、こういう考え方をしてアセスメントをしてニーズを見つけて、とわかってくると絶対何とかなるとわかってくる。

(I) 基礎研修をまずH27年度の研修を見直すそうですけれど、基礎研修を受けた人たちが出てきたときに、初めてH27年に出てきた人達は〇〇理論を学んで出てくるので、その何も知らない人たちというのは、先輩であるのに何も知らないでいることで混乱すると思うんですよ。

(I) 現任研修で要するに健康状態を維持するためにはどうするかをやるみたいなの。要するに水、飯、糞運動みたいなことを、食べて入れていく、そういう風な流れになっている。ほぼ決定、理論が入る。〇〇理論的な要素がはいる。水分が大切、運動が大切、などの要素が入ってくる。

(I) H27年度の方はそのようなことを学んで出てくる。あとは疾病について学んで出てくる。今のケアマネジャー達はそんなことを学んでいない。T先生の塾や学んでいる人たちはチラホラわかっている。そういう中で分からない人たちが多。そこでは字を書く人たちが出てくる。本当にケアというケアマネジャーのケアをどうするのかを学んだ人たちが出てきたときに。たぶんその人たちが「あ、どうしよう」と思うことも多いですよ。ただやっぱり後輩は当たり前だ当たり前だで、どんどん押し寄せてくるので、ちょっとずつそれで変わっていくのかなという期待と、あとは微力ながらも自分自身がケアマネジャーである以上はそれを少しでも提言していきこうゆう事は必要ですよ。担当者会議にて別に恥じる事ではないし、私は言い続けることは大切であると思っています。言って実行していくことは大切だと思っています。

《自立支援型ケアマネジメントの実践による発信》という中位カテゴリでは、〈家族やデイサービス事業所の自立支援型ケアマネジメントに対する理解と実践による在宅生活維持〉の1つの下位カテゴリが抽出された。

医学的根拠や水の必要性を家族に話す場に事業所の方々も同席してもらうことで、徐々に意識が変化し、自立支援型ケアマネジメントに対する理解の輪が広がった。

インタビュー調査からの抜粋

(I) ありますよね、ほんとやっぱりコツコツとそれをやって行って福祉用具の事業所さんとか入ってくるわけじゃないですか。で、そこで〇〇事業所さんとかで私とあたり前のように話していて、科学的根拠とか水の必要性とか家族に話しているとその人も何となく、こういう人たちこうゆう話をしているな一って思うと、やはりそれがみるみる変わってくると「あ、そういうものなんだ」・・・それが徐々に広まっていけばっていうのがあるし、うちの会社では私のケースですが胃瘻外しをした。ケアマネ学会で発表したあれを地域の人にもう一回発表する場を作ろうと。

(19) 【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の説明

4つの中位カテゴリーと9個の下位カテゴリーから構成されていた

中位カテゴリーとしては、《医療機関との密な交流と連携》、《職種を超えた支援》、《地域住民による相互支援システムが必要》、《頼りにならない役所や包括支援センタ》があった。

《医療機関との密な交流と連携》という中位カテゴリーでは、〈定期的な相談や意見交換〉、〈相互理解と連携のための医療関係者への働きかけ〉の2つの下位カテゴリーが抽出された。

ケアマネジャーは、定期的に相談や意見交換をしており、特に困った時は多数の人に相談して解決方法の手がかりを探していた。また、生命に関わるような場合には医師の協力が必要なので、医療関係者とは密な連絡を取って協力関係を良好にしておいていた。

インタビュー調査からの抜粋

(D) だから、定期的に集まってお互いの相談をしたり意見交換し合っている。

(O) えーと、割と連絡を密にとっているからですかね、いろんな意味で今までの例えばなかなか通所に繋がらない方がドクターの方から「僕がやった方がいいから促してあげるよ」って言って診療にときにやってくださったり、そういう面では医療面でも怖くなかったし、調剤薬局の薬剤師さんも色々説明してくれたりとかってことで、運が良かったんですかね。ですからよくケアマネとドクターの関係が悪いて言うけれど、そういうのにあたったことがなくて、いつも何かしら助けていただいたり。

(O) FAXで流したり、ALSの方は、じゃ先生が大変だからFAXしますって言ったら、そんなんじゃあれだから電話していいよー、って言ってくださり、あと結構受診に一緒について行ったり、往診に合わせて訪問したり。連携が一番大切。

(F) 週3回行かなくてはいけない。来られなかったら死んじゃうわけだから、「もう、殺したいんですか」と言えるようになるまですごくかかった。最初、しなかったよね。結構やったよね。今、医院長と一番仲良いけど、当時は何でこいつ、こいつがいるためになかなか出せない。

そう、退院させて新しい人を入れた方がお金になるのに出せない。だから、もうちょっとで治るから出せる手段をしておけ、と先に言わなくちゃいけないと思ってもらうようにしておかないといけなかった。きっとね。

そうそう、5年間ぶつぶつ言っていれば、そのうち回診の時に呼ばれそう、そろそろ退院してもいいと思っていると、「俺はいいんだけど」って言ってもらえるようになった。

でも、紆余曲折、やっぱりそういう時は看護師さんを味方につけるね。みんなで行ってもらわないと、一言言ったってね、バカにしているわけだから向こうはね、切ったりはったりできるのは向こうだから・・・。看護婦さんとか、検査とかみんな仲間にする、向こうも大人数対一人にするの。

介護保険はそもそも本人のためにですよ。これで命に関わる。医者が「これで死んじゃうよ」って言われるとそれちっと考えますけど、でも例えば往診が入っているのであれば、「殺さないようにしてよ」と言いますね。「そのための医者でしょ」とお医者さん放棄したらどっちの責任でしょうかね。

《職種を超えた支援》という中位カテゴリでは、〈臨機応変に対応してくれる関係作り〉、〈連携が一番大切〉、〈医師や区の保健師関係機関との協働〉の3つの下位カテゴリが抽出された。

「在宅は無理」と言われているようなケースに対しても、対応できる事業者の確保とそのための普段からの関係作り、在宅生活に向けて関係機関への早めの根回しと準備、をしておくケアマネジャーもいた。また、連携が一番大切で、特に難病者に対しては医師や区の保健師と一緒に支援していくことが必要と考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

- (D) 割とほかのCMが在宅は無理と言った方が私の所に来る、とかうちではもう手に負えないケースとかある。人工呼吸器があつて胃瘻があつて。目が合ったら殴るとか普通のデイサービスとかで対応ができない方とかそういう人が来ても大丈夫な人を捕まえておく。だからさっきの人工呼吸器のケースも、24時間対応の医者とか看護師とか巡回型の訪問介護を確保し、2ヶ月後をお願いとかしておくとか、お願いして。だいたい入院中なので「嫌だ」と言ったら「レスパイトなしね」いざとなったら、どこかに行けばよいからとの覚悟で、そこまで根回しをして帰ってくる。吸引とか必要な時は、そこの24時間定期巡回訪問介護はまだ吸引が出来ない。留守にできないので自費でもいいので看護師で何時間見るとか、「来れる」と確認する。できない無理だからと予め、年2回の入院を頼んでおく。医療の大変な方はそういう人って療養型に7年も8年も入ることが多いじゃない。どうしても家に帰りたい
- (D) そうですね。ALSに方も実は「他のケアマネさんにもみんな断られたんですけど」と言われて。でもALSの方だっていっぱいではないですけども、「ALSの方も受けていたんでいいです」と受けて、だからできないって思わないで何でしょう、△区の保健師さんとかも入ってきていただいて、ドクターも。そういう意味では、私すごくドクターの協力が得られるんですよね。
- (E) 連携が一番大きいですね。連携イコール経験なのかもしれない。

《地域住民による相互支援システムが必要》という中位カテゴリでは、〈人々が声掛けや見守り〉、〈必要なのは地域住民による相互支援システム〉、〈ITシステム利用による連携〉の3つの下位カテゴリが抽出された。

周囲の人々の声掛けや見守りによる支援、地域みんなが相互で支えるシステム、連携がスムーズかつ的確にできるようなITシステム利用による連携が必要と考えていた。

インタビュー調査からの抜粋

(B)そうですね。その方の生活を支えているうちに孤立しているのが一番なのかな。結構頻繁に行っていると周りに人が見ているのですね。たとえばヤクルトの人とかそう。そうヤクルトの人が今まではポストにぼんと入れていたのが、じゃ冷蔵庫まで入れながら、やってあげるね、工事現場の人が割と声かけてくれる。

(A)今、情報として出ているのは地域包括ケアということであって、地域の中で支えるサービスのことですが、そのサービスが整ったからといって在宅生活が維持できるかと言うと、そうではないと思う。これは、地域の中にあるサービス提供の一つに過ぎない。こういうサービスを使いつつ、地域のコミュニティーの中で対象者が生活していく上で隣近所の身近な存在が最も必要だと思う。もっと地域そのものが活発化し、活性化することが必要。例えば、マンション生活をしていて隣近所がどんな人かわからないというのでは閉鎖的なコミュニティーになってしまう。そうした閉鎖性を脱却できないと、24時間体制の訪問介護体制があってもそれは単なるサービスだけ繋がりであって、地域で支えるとか全体で支えるとかいうことにはならない。それでは在宅生活を支えるということにはならない。サービスは整えたけれども、地域の中で生活をするという根本的なところができてないってことになる。

(A)今はやはり、もっと連携すること。いずれ介護職の人が足りなくなってくる。しかし高齢者の方はどんどん増えていく。しかも独居の方が。だから今必要なのは連携がスムーズに素早く的確にできるようにIT化されたシステムもきちんと取り入れて、介護スタッフが少ない人数でも在宅生活ができるようにしてあげることが必要。

《頼りにならない役所や包括支援センター》という中位カテゴリでは、〈時間と労力を要したが解決しなかった〉、〈役所や包括支援センターに相談することが無い〉、〈対応が悪く使えない役所や包括支援センター〉の3つの下位カテゴリが抽出された。

時には、役所に相談しても何も解決しなかったり、包括支援センターに相談したがすぐには入所に繋がらなかったり、役所や包括支援センターの対応が悪すぎると感じたりすることがあった。その結果、包括支援センターや区役所をうまく使えないとか、時間と労力を要してしまう役所や包括支援センターに相談することはないと思ってしまう場合があった。

インタビュー調査からの抜粋

(C)近所の人から何か言われたら「サービスで何とかしていますので、何かあったら区役所に言ってください」と伝えていた。当初、大家さんが区役所の保護課に「悪いけど、ここを出て行ってどこかに行ってくれないか」と苦情を言ったところ、「それはケアマネジャーさんに言ってください」と区役所から言われた。いやいや、権利擁護の面まで私はできない、と言って包括支援センターに相談した。包括支援センターからは「ふざけるな。何でもかんでもケアマネにやらせるんじゃない。」と言ってくれた。その後、区役所の保護課が来てくれて、往診の医師も入ってくれて、状況を聞いてくれたりなど、動きはしてくれたが、最終的には「息子さんがうん

と言わなければ動けません。」と言われ、1年くらい続いた。長かった。

(I) 無いからね、役所とかに相談することはないんですね

(K) (包括への相談は) そうですね。でも、半々もいかないかな。あとは何とか自分の足で事業者さんと何とかやっている。

(O) アプラザの使い方は皆さんうまくない。どうして包括支援センターや区役所をうまく使わないのかと思う。そこの連携や顔の見える関係が少ないように思う。それから、包括支援センターの対応が悪すぎる。まず、挨拶がうまくできない。聞く態度もなっていない。横柄だったりする。そんな人が相談に来た人の相談を受けられるわけがない。謙虚じゃないように見える。お役所仕事の感じがする。こんなのでよくサービスだと言えるなあとと思う。区役所での相談が少ないのは、相談者に対して住所を聞いた後、「その担当エリアの包括支援センターは、どこそこですから、そこへ行ってください。」というふうに包括支援センターに振るからです。区役所は、一次段階でもっとしっかりと深く受け止めて包括支援センターの方につなぐべきだ。

4) 各カテゴリーの関連

調査 2 で抽出された【上位カテゴリー】を軸に《中位カテゴリー》及び、〈下位カテゴリー〉の関連図を作成した。

1) 在宅生活の継続困難という判断への影響要因と、判断に至る大きな流れ（図 1-1）

まず、要介護高齢者の在宅生活の継続困難という判断に影響を与える要因を、19 個の【上位カテゴリー】を使って複数の要因グループに分解できた。具体的には、図 1-1 の関連図に示したように、①本人・介護者の要因、②ケアマネジャーの思い、③ケアマネジャーの要因、④在宅生活維持のための支援、の 4 要因に分けられた。

ここで、要因①は、【在宅生活維持の阻害要因】と【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状態】および【本人と介護者の主体性の尊重】と【本人は在宅生活希望】であり、本人の身体的・精神的状況や家族の介護状況、および本人・家族の希望する生活イメージである。要因②は、【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】と【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】と【施設入所後のケアマネジャーの思い】であり、ケアマネジャーの介護支援に対する基本的な考え方や思いである。要因③は、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】と【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】と【専門職ケアマネジャーとしての実践力】であり、意気込みや行動力、マネジメント力といったケアマネジャーの要因である。要因④は、【ケアマネジャーの未熟】、【サービスの展開におけるチームアプローチ】、【質の高いマネジメント】、【質の高いサービスの利用】、【自立支援型マネジメントの実践による確信】であり、在宅生活維持のための具体的な支援という要因である。

続いて上記 4 要因を軸として、施設入所判断までの流れにおける関係性を見してみる。出発点となるのは要因①であるが、本人の身心状況や家族の介護状況に対して、【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状況】を確認し、【本人と介護者の主体性の尊重】をしながら【本人は在宅生活希望】をしている場合も考慮して、支援を開始する。この要因①に対し、ケアマネジャーの思い（要因②）をベースとして、ケアマネジャーの要因（要因③）の強弱の度合いが、在宅生活維持のための支援（要因④）の内容に大きく影響を与え施設入所か否かの判断に結びついている。

上位カテゴリーの関連全体図
 <ケアマネジャーが在宅生活継続の可否を決定するプロセス>

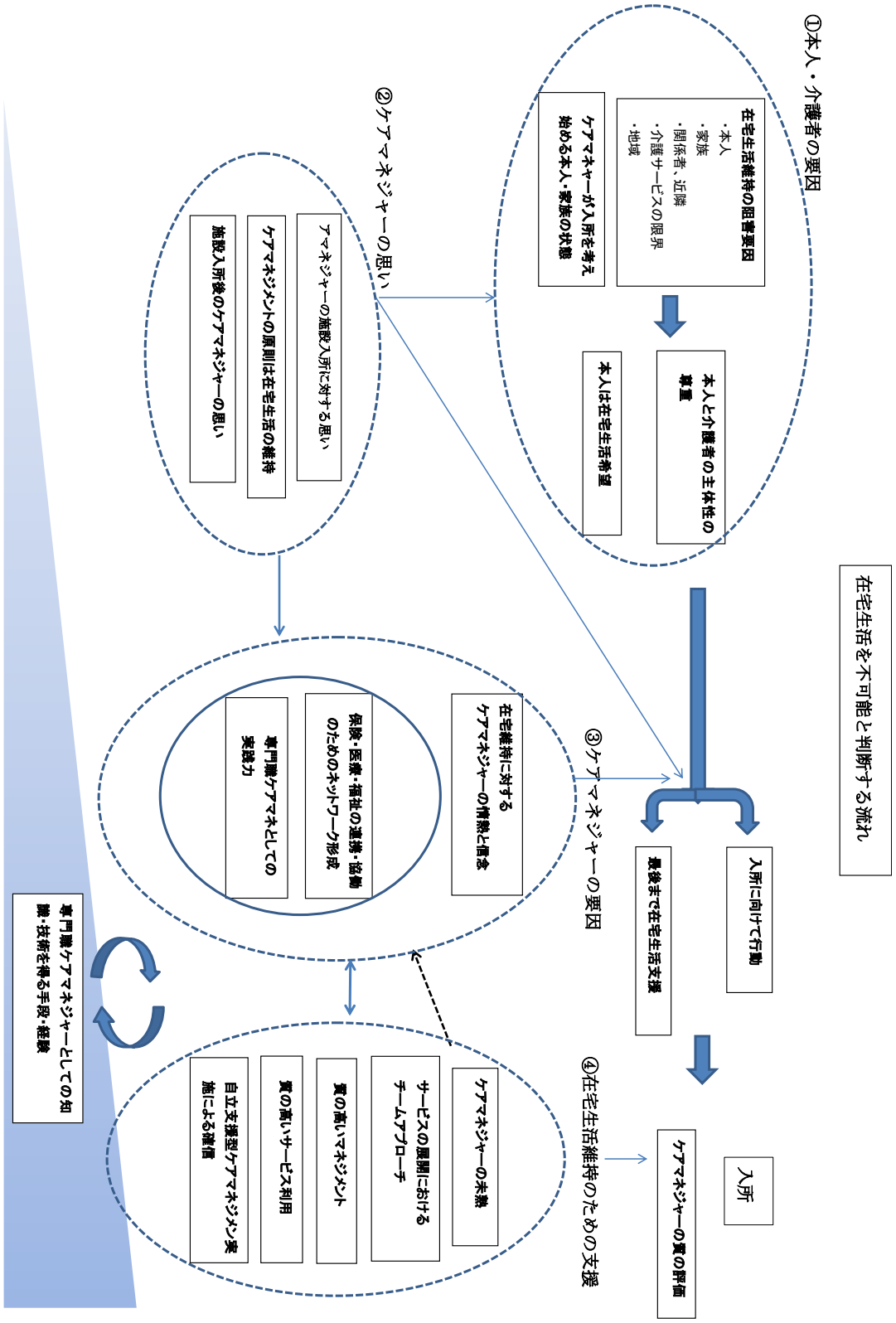


図 2-4-1

2) 全体図の流れから①本人・介護者の要因、②ケアマネジャーの思い、③ケアマネジャーの要因、④在宅生活維持のための支援、の4要因について説明する。

① 本人・家族の要因について(図 2-4-2)

【本人は在宅生活希望】と【在宅生活維持の阻害要因】

インタビュー結果によると、在宅生活の阻害要因としては本人・家族・地域住民・関係機関・介護保険サービスの各側面から挙げるができる。

まず、本人の側面においては、もともと本人からの入所希望は少なく、在宅生活を希望していることが多いが、あえて本人が「施設に入りたい」と言う場合には、「いじめられているという意識」、「医療処置の多さによって家族に迷惑をかけたくない」という意識が背景にあった。

次に、家族の側面においては、本人からの入所希望よりは家族からの施設入所相談が多いという現状があり、介護負担や家族の抱く不安がその背景にあった。

また、医師・事業所・近隣住民の側面においても【在宅生活維持の阻害要因】が色々ある。認知症状が進行した場合、利用しているショートステイ先やデイサービスの事業所から「もう限界、うちでは見られません」と言われたり、ゴミ出し日にゴミを出せないなど地域のルールが守れず徘徊や火の不始末の心配があったりすることで近隣住民からの苦情やトラブルが生じたりする。

さらに、介護保険サービスの側面においても、様々な【在宅生活維持の阻害要因】がある。介護保険で使えるサービスの種類や量には限度があり、介護サービス事業所の介護者が利用者を一日中見ることはできない。施設数は地域によって偏りがあり、少ない地域では緊急ショートやショートステイの利用も困難であるため、隣接する他市や他県の施設を利用することもある。また、医療依存度の高い方が入所したりショートステイを利用したりすることはとても困難で、付き添いが必要とされる。一方、24時間サービスと呼ばれるものはあるが、常時介護をするわけではないので家族や施設の代わりにはならないし、事業所数が少ないために連絡してから訪問までにも時間がかかるうえ、ヘルパーの質に問題がある場合もある。もちろん、サービス費用を支払う能力がなければ使うことすらできない。また、自立支援型デイサービスを利用したくても、その絶対数が少なく近くにあることは稀であった。

このほか、病院から退院するタイミングでは施設入所しやすいが在宅状態からはなかなか施設入所は難しく、他方、特養に比べて老健施設の方は入所しやすいという現実があった。

【ケアマネジャーが入所を考え始める本人、家族の状況】

ケアマネジャーは、《本人の状況》や《介護者の状況》をみたうえで、入所すべきかどうかを考え始める時期があった。前者については、独居生活に本人が不安を感じ始めた状況、身体的健康面から今までできていたことが出来なくなり生命にかかわるような状況、家族との関係などの面でこれ以上は在宅生活が難しくなった状況、入退院を繰り返している状況などがある。一方、後者については、本人の身体状況変化や病気悪化に伴って介護者も身体状況の悪化や体力の低下といった問題を抱える状況、介護負担が重くなってかつ就労などによる時間的余裕の少なさから介護力低下も起きる状況、あるいは、介護者の精神的な負担が増加する状況などがあった。

【本人と介護者の主体性の尊重】

前述の【本人は在宅生活希望】と【在宅生活維持の阻害要因】、【ケアマネジャーが入所を考え始める本人、家族の状況】の現実に対して、ケアマネジャーは本人の思いや考えをよく聞いて確認し、それを尊重していた。また、本人の希望する生活イメージに合うように支援をしようとしていた。

家族の入所希望に関しても、ケアマネジャーは家族の思いや考えをよく聞いて理由や原因を確認し理解しようとしており、家族の思いや考えを尊重しその希望に沿うような支援をしようとしていた。

①本人・家族の要因について

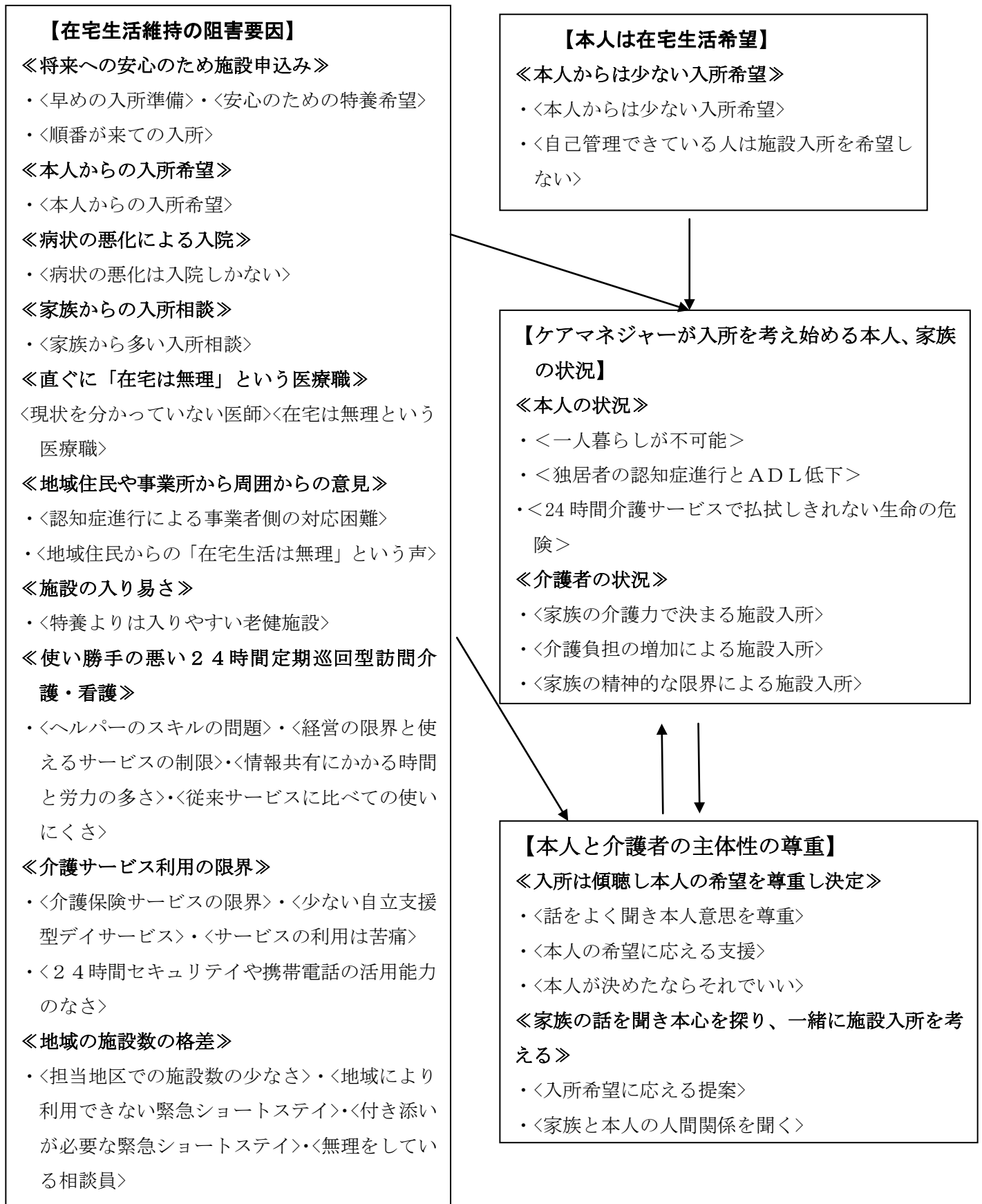


図 2-4-2 本人・家族の要因について

② アマネジャーの思いについて (図 2-4-3)

ケアマネジャーは、【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】と考え施設入所よりは在宅生活が維持できるように可能性を探っているが、【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】や【施設入所後のケアマネジャーの思い】といった施設入所に対する基本的な考え方や思いが「要介護者の在宅生活可否を判断する要因」となっていた。

【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】としては、「本人から言われる入所希望と家族から言われるのとではケアマネジャーの感じ方や受け止め方が違う」という視点では、人により在宅か施設かの選択は違ってくるので「施設が一概に悪いとは言えない」というものや、本人や家族から「どうしても自宅で見てほしい」「看たい」と言われれば「在宅で支援しようという使命感」が出てくるとか、あるいは打つ手がなくなったとき「施設入所は最後の手段である」といったものがあつた。施設に対するケアマネジャーのイメージという視点では、「施設入所で本人の意欲やADLの低下をするくらいならなら在宅生活を続けたほうが良い」というように良くないイメージを持っている場合もあれば、施設入所すれば常に誰かが本人のそばにいるわけだから「安心感」や「必要性」を感じる場合もあつた。

また、担当ケースの施設入所に対しては、《施設入所は寂しいが仕方がない》あるいは《施設入所が良い》と思つた。具体例で言えば、介護者不在の場合や家族からの強い希望がある場合や認知症進行により家族が介護できない状況であれば、施設入所も止むを得ないと思つており、本人からの入所希望に対しては残念で寂しいと感じていた。逆に、在宅で暮らすより入所した方が良いと考えることもあり、具体例としては「一人暮らしでは認知症が進行するので日常生活において常に声掛けや介護が必要な場合」、「生活環境の悪化、本人の身体状況の悪化、家族関係の悪さや介護者がいない場合」は施設入所の方が安心していた。

一方、【施設入所後のケアマネジャーの思い】により、《良かった》というものと《悔しさと後悔》の2つに大別された。前者の例としては、施設入所後に介護者が元気になった時、臨終間際に施設入所に対する感謝や納得の言葉を本人や家族からもらった時、あるいはグループホームに入所した本人が自力で車椅子を乗り換えたのを見た家族から「ここにして良かった」と喜んでもらった時、に良かったと思つていた。このほか、施設入所することで介護者の精神的負担が軽減し、適度な距離をおきつつ介護負担を適度なレベルに抑えられて良かったと思うこともあつた。

逆に後者の例としては、家族の反対で先送りになってしまい「もっと早いうちにやっておけば良かった」と入所タイミングに関して残念に思うことや、入所先から抜け出して自殺を図ったケースに対して「もっとよい手立てがなかったか」と複雑な思いをすることがあつた。施設でいくら良いケアをして介護度が軽くなり家に帰れるようになっても居場所が無くなってしまっている結果となって悔しさを感じていた。また、ショートステイやデイサービスを利用しているうちは在宅可能だが入所となってしまった場合は残念に思うことや、本人の了解していない施設入所の場合で不敵合により暴れたり自殺を図ったりしていると聞いた時は後悔することがあると語っていた。

②ケアマネジャーの思い関連図

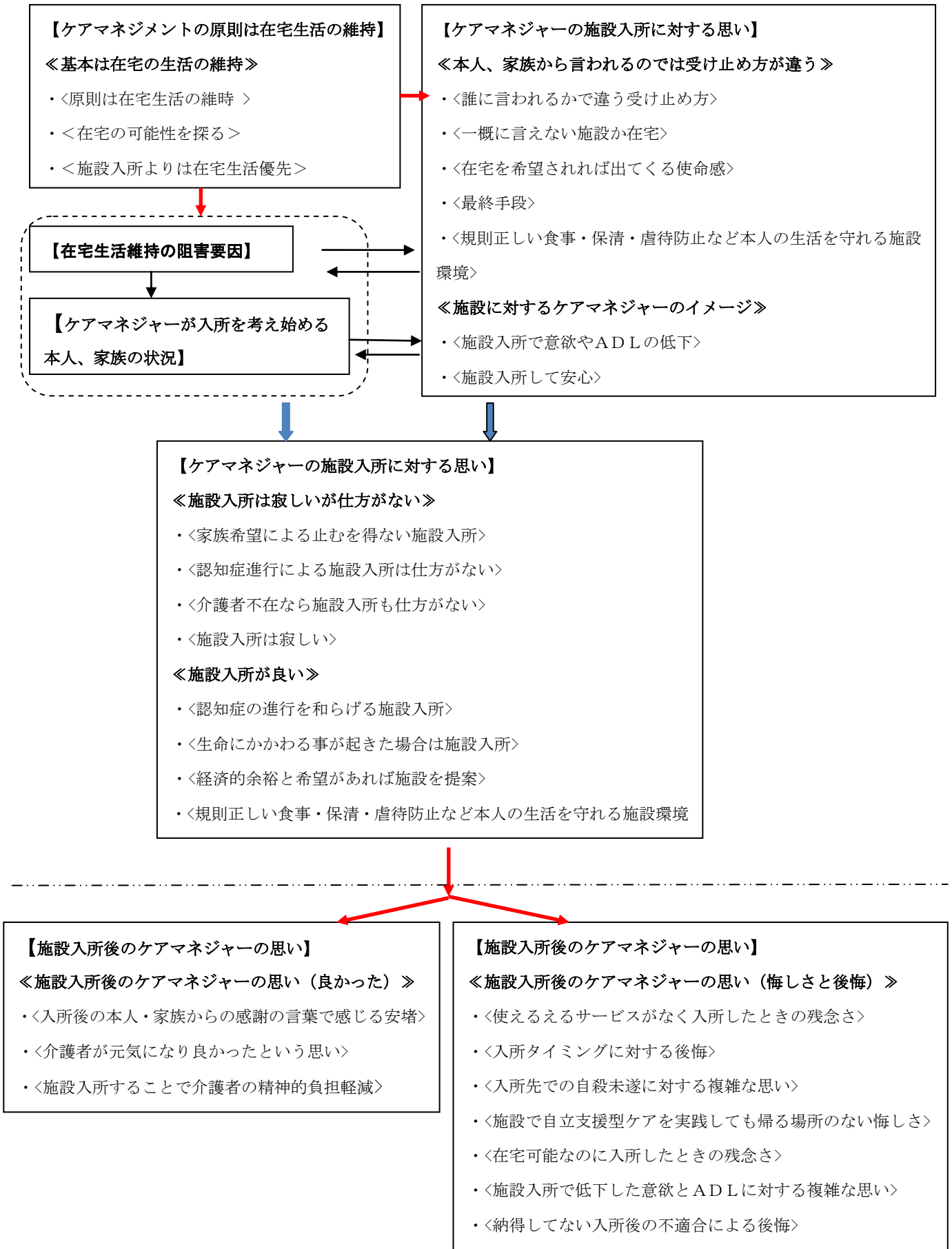


図 2-4-3 ケアマネジャーの思い関連図

③アマネジャーの要因について(図 2-4-4)

ケアマネジャーの外で起きている【在宅生活維持の阻害要因】【ケアマネジャーが入所を考え始める本人、家族の状況】を外的要因と捉えるならば、その対照として【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】、【専門職ケアマネジャーとしての実践力】、【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の各々の強弱がケアマネジャー側の要因として挙げられた。

【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】は、本人や家族に《覚悟があれば可能な在宅生活》、介護度が高くても《サービスを利用し介護負担を軽減すれば在宅可能》、説得やプラン調整をするなど《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》に表現された。

【専門職ケアマネジャーとしての実践力】は、ケアマネジャーとしてできる事とできない事を伝えるなど《ケアマネの役割の明確化》、《専門職としての態度》、多岐にわたって支援するための広範囲な《専門職としての知識》、《対人援助技術による自己コントロールによる冷静な判断と対応》、様々な情報に対して冷静に分析・把握したり相手にうまく伝えたりするための《専門職としての情報整理能力と伝達力》に表現された。

【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】は、生命に関わるような場合やのための《医療機関との密な交流と連携》、困った時の《職種を超えた支援》、周囲の人々の声掛けや見守りといった《地域住民による相互支援システムが必要》、ときには相談しても何も解決しなくて《頼りにならない役所や包括支援センター》に表現されるものである。

これらのケアマネジャーの要因があった上で、目の前に起きている現状を受け止め判断し、行動として【在宅生活維持のための支援】が具体的に展開される。そしてその先に本人や家族からの【ケアマネジャーの質の評価】を受けることになる。

③ケアマネジャーの要因についての関連図

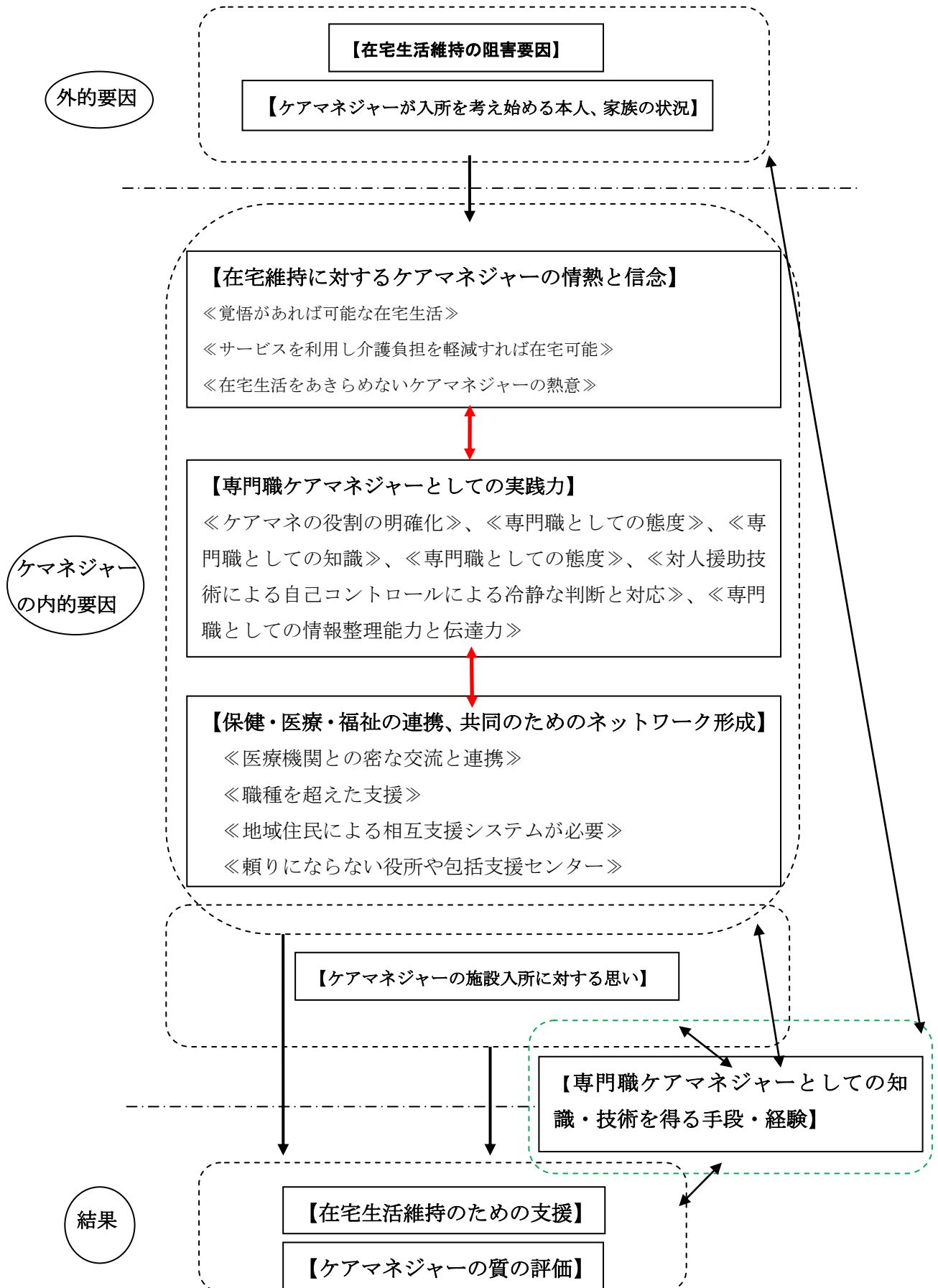


図 2-4-4 ケアマネジャーの要因についての関連図

③ 宅生活維持のための支援について (図 2-4-5)

前述の【専門職ケアマネジャーとしての実践力】を主な原動力として在宅生活維持のための支援が展開されていくが、これに関係する項目としては【質の高いマネジメントの提供】、【サービスの展開におけるチームアプローチ】、【質の高いサービス事業所の利用】、【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】、【ケアマネジャーの未熟】が挙げられた。

【質の高いマネジメントの提供】においては、本人を元気にさせかつ介護負担を軽減するための《介護サービス利用による在宅生活の維持》、介護者の疲労・病気・高齢化などによって介護の限界が近づいて《施設入所の判断時のプラン》、介護者の不安の状況把握と解消に努め《本人、家族が安心して介護が続けられるように支援》といった要素のほか、まだそれほど多くはないが《在宅生活の鍵は、自立支援の理解と実践事業者の存在》があった。

【サービスの展開におけるチームアプローチ】においては、本人意思を伝えたり対処方法と可能性を説明したりといった《働きかけによる周りの理解と協力》、《頻回な訪問による周囲の理解と協力》、電話やFAXによる連絡や受診・往診時の同行など《密なる連携による他職種や医師の理解と協力》、意見交換や傾聴を通して《解決方法の手がかりを探す本音が言える仲間の存在》が要素としてあり、タイミングを外さない支援につなげていた。

【質の高いサービス事業所の利用】においては、本人と家族の意向を尊重しつつプランに沿った支援実施をしてくれる《質の高いサービス事業所の選択》、《一緒にチームで動くメンバーの選定》、利用者の状況や事態をアセスメントして情報共有したり対応方法を一緒に考えたりなど《管理者としてケアマネジャー支援》、介護は家族がやれるような甘いものではなく専門知識のある人が行うべきものという意味での《介護はプロが行うもの》が要素としてあった。

【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】においては、「難しい」・「不可能」と語るケアマネジャーもいれば「自立支援を維持すべき」・「軽視せず頑張るべき」・「事態を打開できると確信」と語るケアマネジャーもいる《自立支援に対する考え》、ニーズを見極める力や確信を持つために役立つ《自立支援型ケアマネジメントの学び》、理解の輪を広げるための《自立支援型ケアマネジメントの実践による発信》が要素としてあった。

【ケアマネジャーの未熟】というネガティブな項目においては、《知識、取り組む姿勢に影響されるケアマネジメントの結果の差》、代替事業所をすぐに見つけれないなど《ケアマネが一つだけのサービスを頼りすぎる事リスク》、アセスメントや支援タイミングの見極めや個別状況に合わせた支援方針立てに役立つ《専門職としての知識、技術、態度が不足》が要素としてあった。

こうした項目に対する程度の違いによって、【最後まで在宅生活支援】、あるいはショートステイ利用や施設選択などの【入所に向けて行動】に違いが生じ、その結果、対象者や家族からの【ケアマネジャーの質の評価】がもたされていた

④在宅生活維持のための支援の関連図

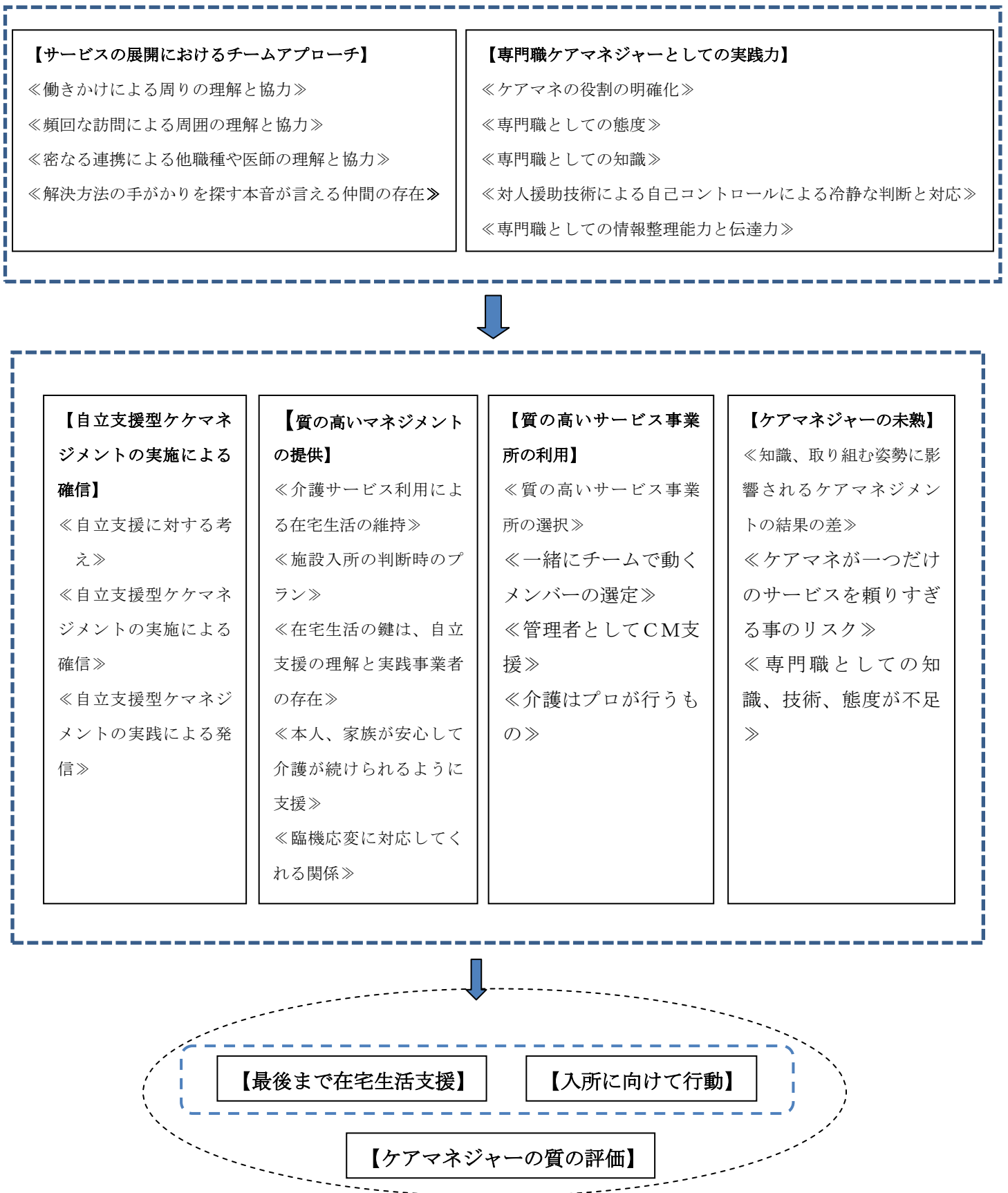


図 2-4-5 在宅生活維持のための支援の関連図

(3) ケアマネジャーの要因が弱い場合の入所判断に至る流れの詳細(図 2-4-6)

次に、在宅生活が不可能とケアマネジャーが判断するときの、上記の流れをさらに分析した。その結果を図 2-4-6 で表した。

要因①に対して、ケアマネジャーの要因（要因③）が弱い場合、すなわち【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】が弱い、あるいは【専門職ケアマネジャーとしての実践力】が弱い、あるいは【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の力が弱い場合は、〈独居者の認知症進行とADL低下〉や〈病状の悪化による入院〉や〈24 時間介護サービスで払拭しきれない生命の危険〉が発生した時に【ケアマネジャーの未熟】による〈マネジメント不十分〉による見逃しやタイミングを外した支援、〈知識、取り組む姿勢に影響されるケアマネジメントの結果の差〉が生じ、他職種との調整・連携不足から地域住民や事業者の理解と協力が得られなかったり、〈サービス調整不足〉などの結果、〈介護負担の増加による施設入所〉に繋がっていた(図 2-4-6)。

本人・介護者の要因とケアマネジャーの在宅支援への働きかけ（1）

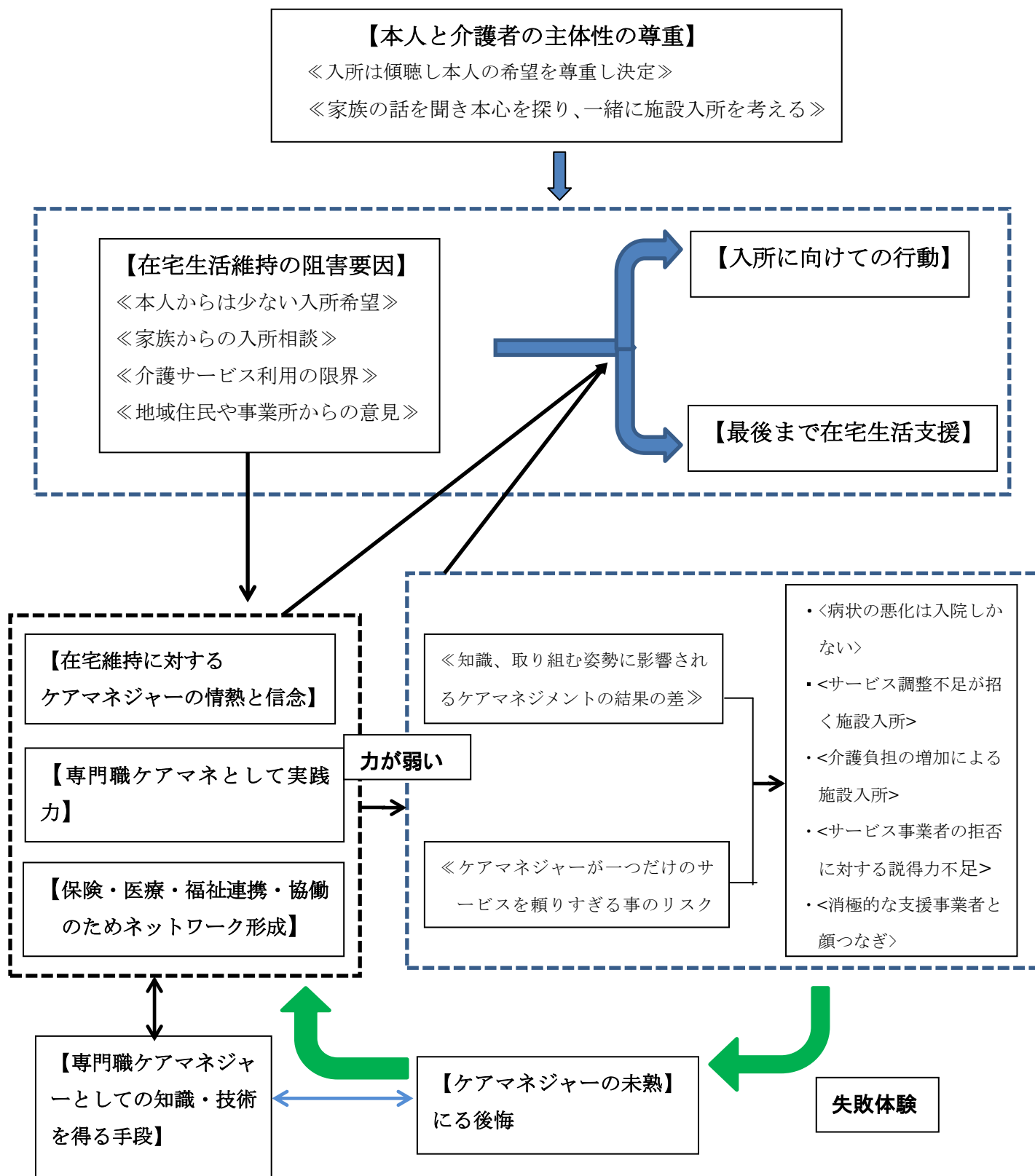


図 2-4-6 本人・介護者の要因とケアマネジャーの在宅支援への働きかけ（1）

(4) ケアマネジャーの要因が強い場合の入所判断に至る流れの詳細

他方、図 2-4-7 はケアマネジャーの要因（要因③）が強い場合であり、在宅生活が不可能とケアマネジャーが判断せずに在宅生活を維持する場合である。すなわち、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】が強く、かつ【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の力が強く、かつ【専門職ケアマネジャーとしての実践力】が強い場合には、ケアマネジャーは《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》からもう少し在宅生活ができるのではないかと考え在宅生活を続けていくことを実行している。健康状態を良くすれば入院しなくて済む根拠に基づいたプランを作成し《頻回な訪問による周囲の理解と協力》や《働きかけによる周りの理解と協力》を得た上で、《密なる連携による他職種や医師の理解と協力》を得て《医療機関との密な交流と連携》を計りながら〈介護保険サービス〉をうまく活用し、《介護サービス利用し介護負担を軽減により在宅生活可能》《介護サービス利用による在宅生活の維持》しようと努めていた。

本人・介護者の要因とケアマネジャーの在宅支援への働きかけ (2)

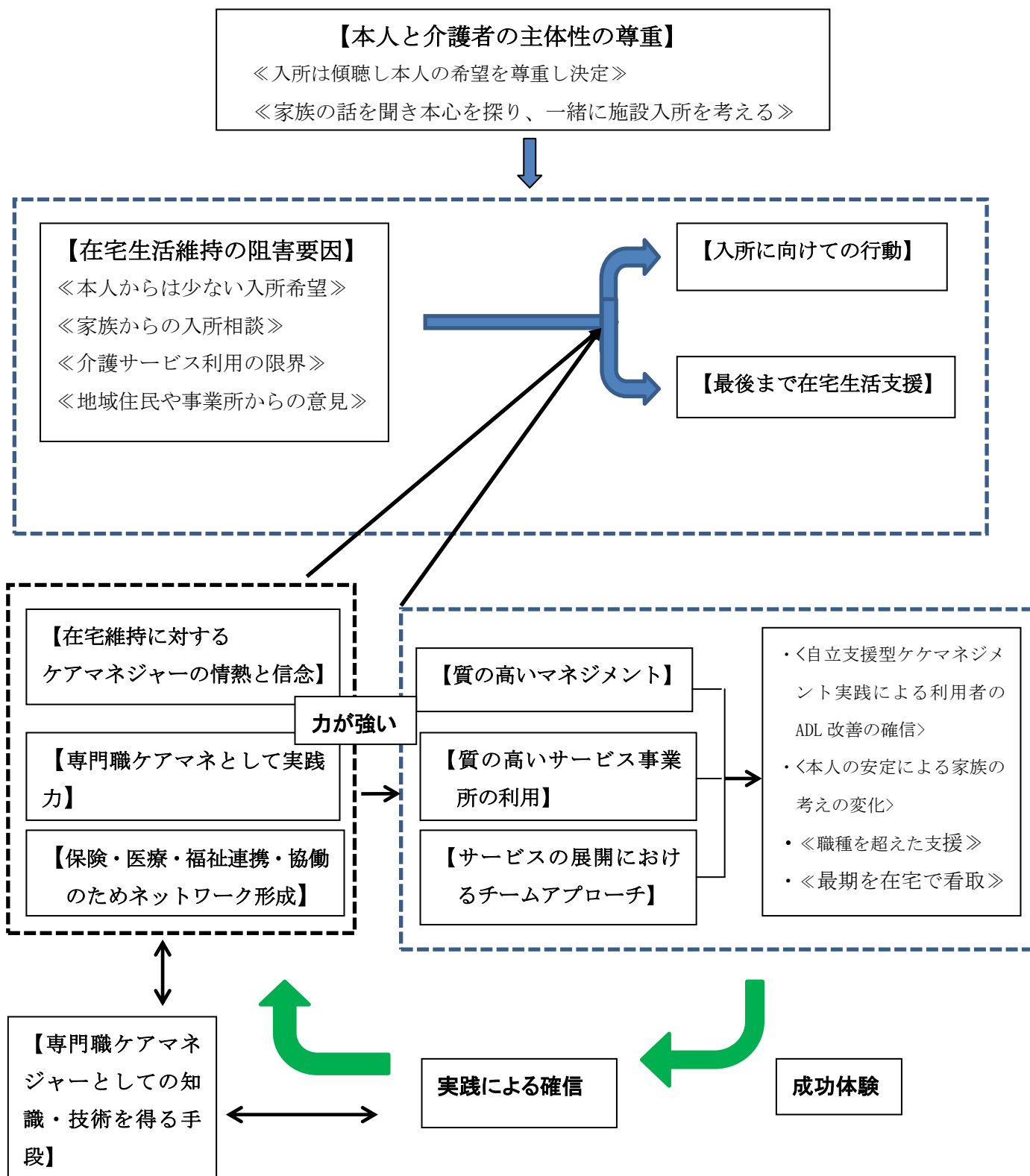


図 2-4-7 本人・介護者の要因とケアマネジャーの在宅支援への働きかけ (2)

(5) 概念図の妥当性の検証

次に、インタビューで語られた図 2-4-1 の「判断に至る流れ」にあてはめて検討し概念図の妥当を検証する

ケアマネジャーの外的要因は、①本人・家族の状況と環境、および④在宅生活維持のための支援と考え、一方、ケアマネジャーの内的要因は、②ケアマネジャーの思い、③ケアマネジャーの要因とし、さらに④在宅生活維持のための支援を含めて、これらがどのように関連して在宅生活の継続が困難と「判断に至る流れ」を形成し、ケアマネジャーが在宅生活維持の可否判断をしているのかを事例と図 2-4-6 と図 2-4-7 を用いて検証する。

<事例 1> 図 2-4-8

外的要因【在宅生活維持の阻害要因】に関して、この事例では妻と二人暮らし、主たる介護者は妻、高齢化により ADL 低下、尿失禁の回数が増え、入退院を繰り返すようになる。本人は介護してもらってあたりまえと思っており、妻が疲れ家族が入所先を捜して来て施設入所となった。支援内容としてはショートステイとデイサービスを利用したが、定期的に利用していたショートステイ先から「うちでは利用できません」と断られた。

内的要因であるケアマネジャーの思いと行動では、在宅生活を維持させたい思いと一つの事業所で「うちでは無理です」と言われ「だめなんだ」とあきらめた思いがあった。家族からの強い希望がある場合、家族が介護できない状況であれば、施設入所も止むを得ないと思っていた。

【専門職ケアマネジャーとしての実践力】としては、「うちは断りません」と言われ「大丈夫」と安心しファクスや電話で連絡する以外してこなかった。家族へのアプローチが足りなかった点やショートステイ先を何か所か持っていなかったことに対し《ケアマネジャーが一つだけのサービスを頼りすぎる事リスク》、《専門職としての知識、技術、態度が不足》は家族に施設入所を選択させてしまうと後悔していた。

図 4-6 で検証すると、①本人・家族の状況に対してケアマネジャーは、②のケアマネジャーの思いとして「だめなんだ」とあきらめ家族が良いならそれでいいやと思ひ、③ケアマネジャーの要因として他の事業所に対し「他もあるし、それでいい」と何もせずに様子を見ていた。最後は、家族が我慢できなくなり施設入所となった。【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】、【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】、【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の力が弱い結果、在宅生活を断念し入所となった。ケアマネジャーは【ケアマネジャーの未熟】を自覚し後悔していた。

事例 1

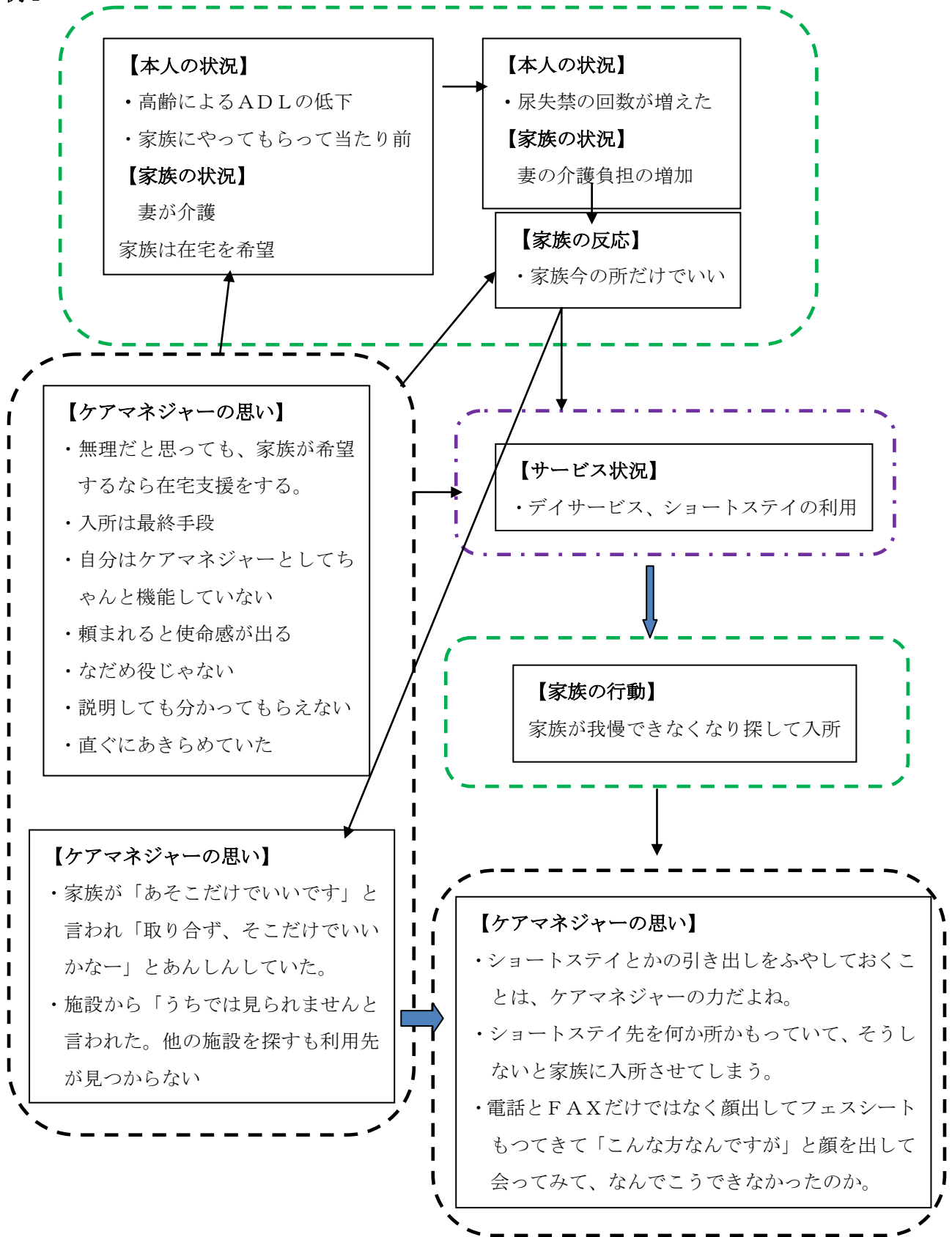


図 2-4-8 事例 1

<事例2> 図 2-4-9

外的要因となる【在宅生活維持の阻害要因】として【本人の状況】認知症、独居、金銭管理ができない。ゴミの日にゴミが出せない（分別が出来ない）。近所をうろうろ徘徊する。

【家族の状況】に関しては、他区に息子在住、精神疾患があった。【近隣からの声】としては、近隣とトラブルや苦情があり、また認知症がばれてしまい、火の不始末心配と近所から声が上がり、大家さんが区役所に「ここを出て行ってほしい」と苦情の訴えに行く。

【区役所】はケアマネジャーに言ってくださいと返答し、【地域包括支援センター】は「なんでもかんでもケアマネジャーにやらせるんじゃない」と区役所に掛け合う。その結果、地域包括支援センターと区役所の関わりが開始した。

内的要因であるケアマネジャーの思いと行動に関しては、「権利擁護まではできない」と包括に相談、本人・家族がしんどいと思える時は施設が良い、今できる事を維持することが自立支援と思っていた。

【ケアマネジャーとしての支援】については、ケアマネジャーが生活費を預かり管理、サービスでは補えない。区役所よりは地域包括支援センターに相談した。【在宅生活維持のための支援】については、ヘルパー事業所は併設の所で協力的であるが、徘徊や日常生活の支援は24時間介護保険サービスでは補いきれなかった。その結果、区役所の生活保護課の訪問、高齢支援課課の訪問し経済的虐待から施設入所となった。

図 2-4-6 で検証すると、①本人・家族の状況に対してケアマネジャーは、②のケアマネジャーの思いは「権利擁護まではできない」「本人・家族がしんどいと思える時は施設が良い」「今できる事を維持することが自立支援と思っている」と思い、③ケアマネジャーの要因として24時間介護保険で補いきれない。対応方法を地域包括支援センターに相談し、息子さんの年金の使い込みが発覚。役所と包括支援センターが施設入所を決めた。

事例2では、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】、【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】、【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の力が弱くも強くもなく、【在宅生活維持の阻害要因】である《地域住民や事業所からの意見》、《介護サービス利用の限界》、《使い勝手の悪い24時間定期巡回型訪問介護・看護》、《頼りにならない役所や包括支援センター》と【本人・家族の状況】本人の認知症の進行と経済的虐待から在宅生活を断念し施設入所となった。

事例 2

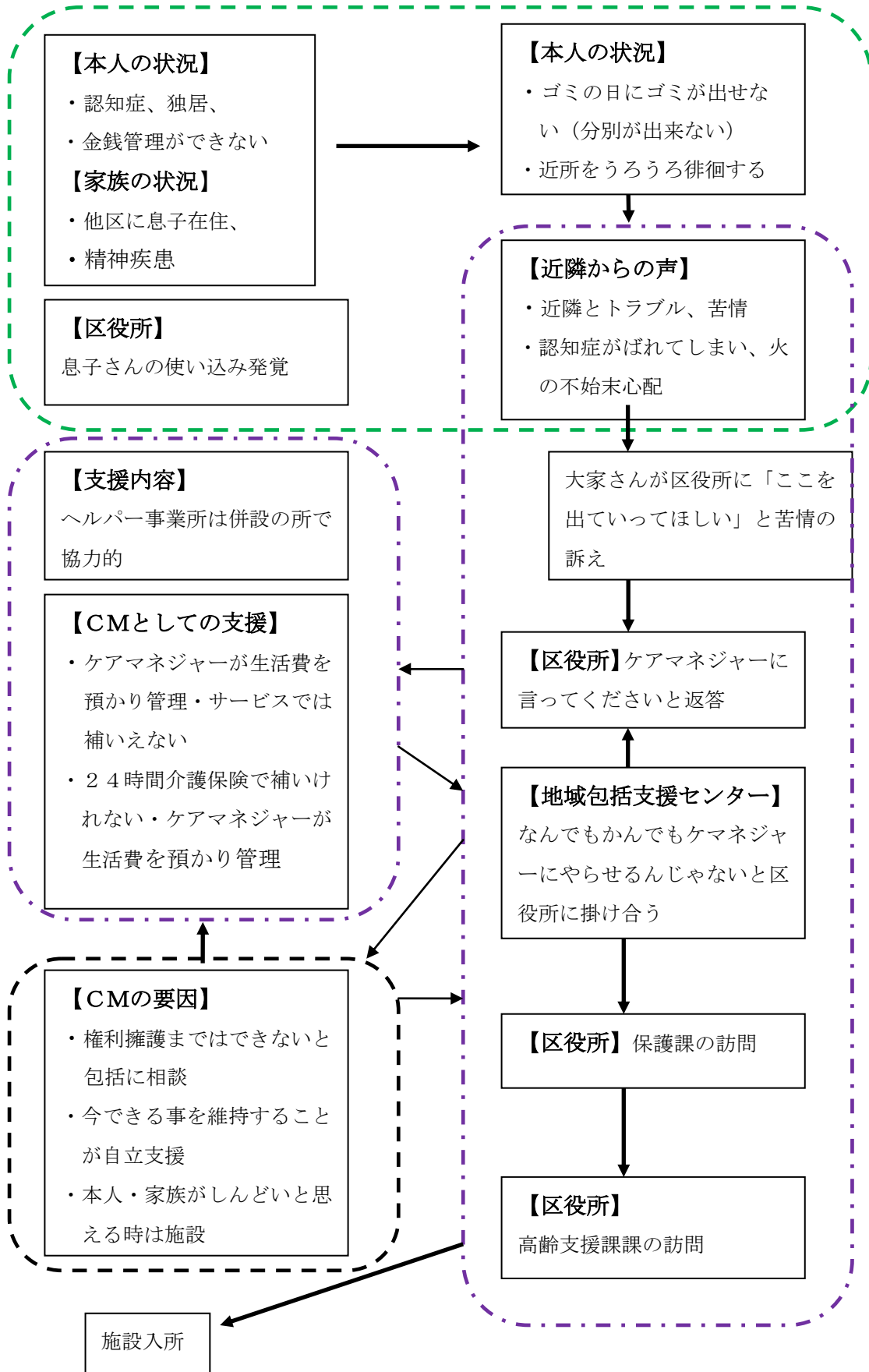


図 2-4-9 事例 2

<事例3> 図2-4-10

外的要因となる【在宅生活維持の阻害要因】としては、【本人の状況】独居、99歳、認知症の進行し、常に目が離せなくなる。眠れないと不穏になり、夜間の呼出が多くなった。さらに認知症が進行して起きられなくなり、トイレにも行けなくなった。

【家族の状況】については、子供息子3人が別居、就労している。【家族の思い】としては、長男が有料老人ホームを希望し、次男は本人から「物を取られた」と言われ疎遠である。三男は普段から介護特養の入所希望認知症の進行に伴い長男に頻りに連絡がいくようになり、長男の負担感が増加。

【サービス状況】については、ヘルパーを週1回程度、夜間対応型サービスを利用。夜間対応の呼出し回数が多くなる。内的要因であるケアマネジャーの思いについては、「施設入所は仕方がない」、「こんな状況では在宅生活はだめだ」と思い、【ケアマネジャーの行動】としては、《専門職としての態度》、〈センスとタイミングの見極め〉から「特養に入れましょう」と家族に話をした。結果、子供達の合意のもと施設入所となった。

図2-4-6で検証すると、①本人・家族の状況に対してケアマネジャーは、②のケアマネジャーの思いとして〈認知症進行による施設入所は仕方がない〉〈介護者不在なら施設入所も仕方がない〉こんな状況では在宅生活はだめだと思ひ、③ケアマネジャーの要因として《専門職としての態度》〈センスとタイミングの見極め〉の問題により夜間対応型サービス夜間対応の呼出し回数も多く介護負担も大きくなり「特養に入れましょう」と話した。

また事例3では、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】よりは【本人と介護者の主体性の尊重】を重視し、【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】、【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の力を活用するも、【在宅生活維持の阻害要因】である認知症進行による施設入所は仕方がない〉、〈介護者不在なら施設入所も仕方がない〉、《介護サービス利用の限界》、《使い勝手の悪い24時間定期巡回型訪問介護・看護》と【本人・家族の状況】と【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状況】から、〈一人暮らしが不可能〉、〈独居の認知症進行とADLの低下〉、〈介護負担の増加による施設入所〉、〈家族の介護力で決まる施設入所〉という状況から、在宅生活を断念し施設入所となった。

事例 3

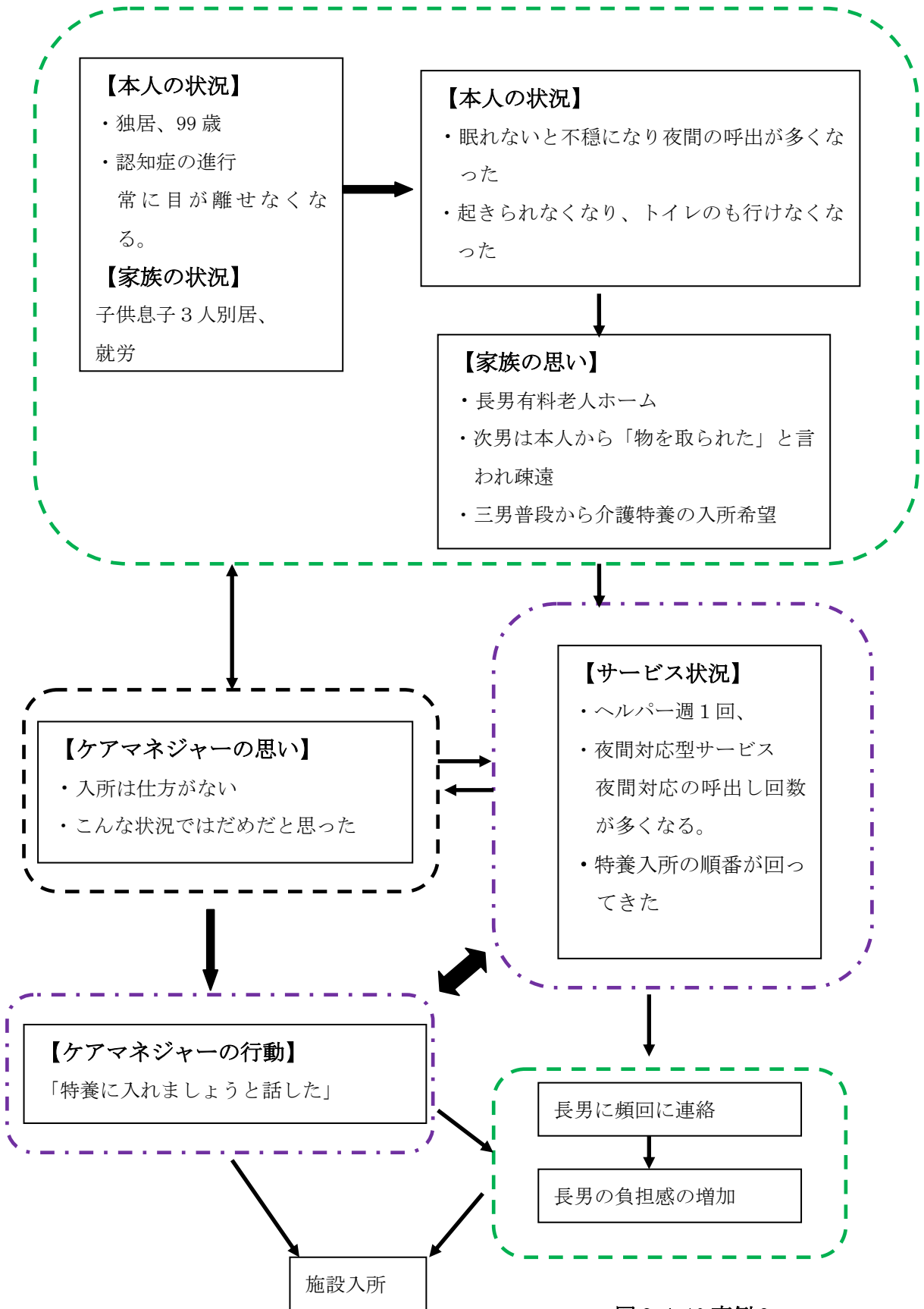


図 2-4-10 事例 3

〈事例 4〉 図 2-4-11

外的要因【在宅生活維持の阻害要因】に関して、【本人の状況】では 45 歳男性、脳出血による高次脳機能障害、発語障害があり、【家族の状況】では妻・子供 3 人、妻との関係悪いという状況であり、【家族の思い】については、単身赴任中浮気、夫の事は見られない、家では見られない、がある。

【サービス状況】としては、訪問看護により障害センターに一人で通う練習をしていた。

【本人の状況】として、障害センターに一人で通えるようになる。が、その後 48 歳の時、肝臓がんの末期の診断となる。

【家族の思い】としては、夫の事は見られない、家では見られない、妻から泣いて「入院させたい」「私は見られない」「大変なのよ」と連絡があった。

内的要因であるケアマネジャーの思いと行動に関しては、【ケアマネジャーの思い】では「妻との関係はしょうがない」、しかし「子供たちは誰かが家にいるからには見ることができる」ということで、入院したら何もできないと伝え、子供たちにみんなで協力した達成感を残した方が良いかと思うと妻に伝えた。【最後まで在宅支援】を目的に《最期を在宅で看取る支援》実践し、《本人・家族・支援者にとって後悔のない臨終》に向けての見る視点・価値観・目的意識が同じになれば、本人や支援者に対して後悔のない支援が出来たと語っている。それは【実践による確信】へとつながっていった。

事例 4

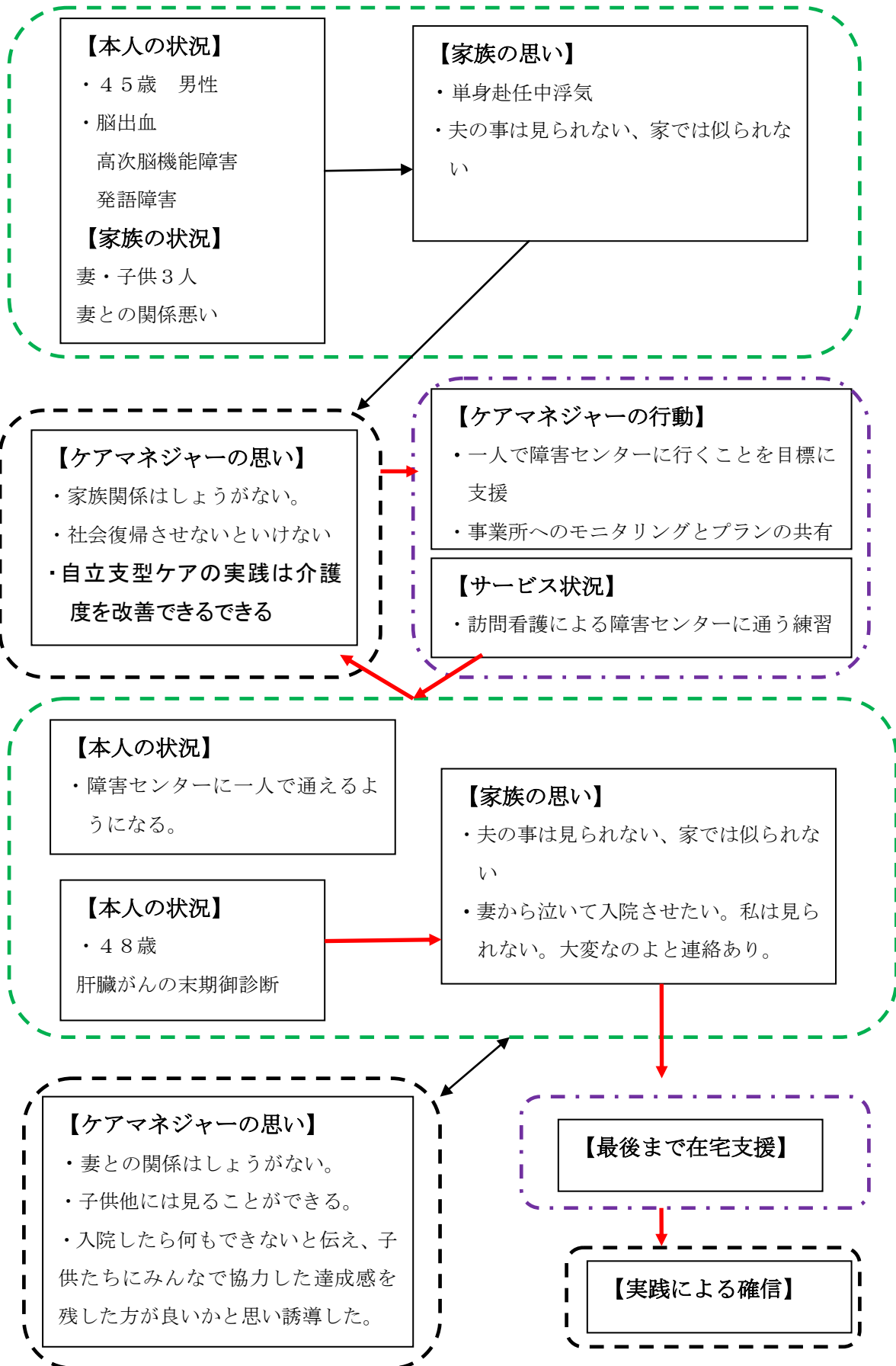


図 4-4-11 事例 4

〈事例 5〉 図 2-4-12

外的要因【在宅生活維持の阻害要因】に関して、【本人の状況】については認知症、徘徊、転倒のリスクがあり、【家族の状況】については家族からの施設入所希望、【周りからの声】として火事が心配、一人で置いたら心配、との声があった。

内的要因であるケアマネジャーの思いと行動に関しては、【ケアマネジャーの思い】で「医療面以外は在宅で行ける」「施設は安心できるが失うものも多い」「在宅には捨てがたいものがある」「自立支援型介護を現場で実践した経験から要介護 4, 5の方が歩いた例もあるのでこの方が出来ないわけがない、何でできないんだろう」があった。また【ケアマネジャーの行動】では、「徘徊の理由を突き止める」、「必要時は何回でも訪問」、「家族が安心するように支援し介護者の逃げ道を作る」、「必要時は何回でも本人宅の訪問しケアプラン通りに実施されているかサービス事業所を訪問し支援内容の確認をしていた」があった。

【サービス状況】については、デイサービス、ショートステイ、ヘルパーの利用があった。自立支援型ケアを実施している施設利用の結果、家族の「これで良いんだ」「肩の荷が下りた」という声や、地域から「こうだったよ」という【家族・地域の変化】の報告があった。また、医師からは「僕から言っておくよ」とか、事業者から「〇〇ができた」など一緒に考える動きがあり、本人の徘徊が無くなり本人が安定し在宅生活の継続ができたことから【実践による確信】が深まった。

事例 5

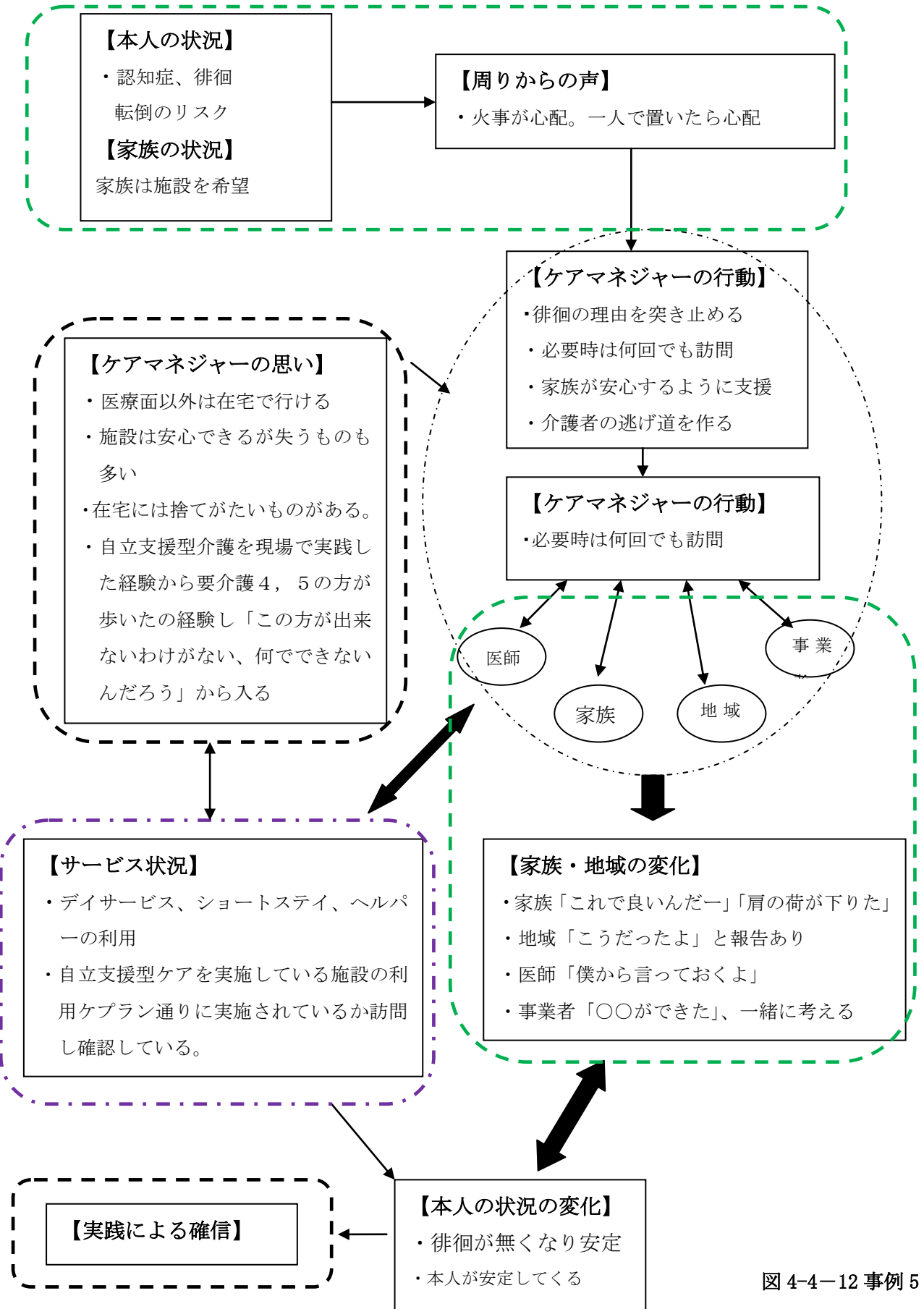


図 4-4-12 事例 5

V. 考察

調査1では、ケアマネジャーが要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因について、ケアマネジャーの①属性・職場環境、②ケアマネジャーを取り巻く環境（地域性、コミュニケーション）、③ケアマネジャーの思いや考え、④個別ケースから本人・家族の状況と入所理由等がケアマネジャーの在宅生活可否の判断に影響を与えているかについて調査分析を行った。

1) ケアマネジャーの各種属性情報、職場状況について

ケアマネジャーの性別については女性が約8割と多く、年齢については40歳代と50歳代を合わせると同じく約8割であった。基礎資格については介護福祉士が一番多く、経験年数については7～10年が多かった。経験としてはケアマネジャーとして一定の水準にあると考えられる。ケアマネジャーになる直前の職場の内訳は、訪問介護事業所、通所介護、特別養護老人ホームが多く、勤務形態では常勤が97%と圧倒的に多いが、専任と兼任は約半数ずつであり、併設職場が約80%（単独職場は約20%）となっていた。事業所のケアマネジャー人数については、常勤専任が平均1.64人となっており1人から2人の小規模な居宅支援事業所である。併設サービス事業所の内訳は、訪問介護事業所31%、通所介護14%、特別養護老人ホーム13%であった。これらを総合するとケアマネジャーで多いのは、介護福祉士の資格を基礎職としている人、訪問介護事業所や通所介護などの併設事業所の常勤者であり、居宅支援事業所の規模も小さいものが大半である。また、直前の職場と現在の勤務場所がほぼ一致していることから、ケアマネジャーの資格取得後の内部異動が多いと考えられる。このことは株式会社三菱総合研究所が平成26年3月に行った全国調査の居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務の実態に関する調査¹²⁾によるケアマネジャーの属性結果と比較すると（括弧内は本研究の結果）、性別は男性18.2%(21.44%)、女性81.8%(78.6%)、基礎資格は介護福祉士64.4%(60.7%)、看護師11.5%(12.1%)、社会福祉士10.25(7.8%)、併設サービス有り89.7%(80.8%)と報告されており、本研究の結果と大きな相違は見られなかった。

また、属性に関してケアマネジャーの性別、経験年数、基礎資格が入所の判断に影響を与える最初は考えたが、クロス集計の結果からはほとんど影響はないと言える。

調査2のインタビュー結果でもケアマネジャーとしての経験が長く熱意のあるケアマネジャーほど事業所間のネットワークが広く強い傾向にあり、困った時に専門職に相談をしたり協力を依頼したりしていた。その結果【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】が広がり利用者の支援につながっていると考えられる。

ケアマネジャーの職場環境については常勤が97%であり、単独の事業所よりは併設が80.9%と圧倒的に多く、兼務の方が専任よりはわずかに上回っていた。このことは併設の事業所にて管理者を兼ねているか他の職種を行いながらケアマネ業務を行っていると考えられる。

一方、調査1の「職場の状況」と「他職場のケアマネとの相談」のクロス集計では、「併設」に比べて「単独」の方で「他職場のケアマネと相談」している者が有意に多く、また「職場の状況」と「生活の場への考え」のクロス集計では、「単独」職場の方で「やむを得ぬときは施設も考慮」

が有意に多かった。これは、併設の方が職場内での相談や支援をしやすいためと考えられる。また、併設のケアマネジャーからは「施設が良い」や「やむ得ぬ時は施設も考慮」という回答が有意に少なかった。調査2の【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】の中で、施設で働いていた経験から「入所するとADLが落ちる」、「家では必要に迫られて動く本人でも入所すると動けなくなる」、「それならむしろ在宅生活を続けた方がよい」と思っていることから裏付けられる。これらのことから施設入所の判断には、【ケアマネジャーの思い】、【経験】、【他職種との連携】が在宅生活の可否の判断に影響を与えていると思われる。

2) 施設入所に関する状況について

①入所状況

介護給付人数の月間平均は26.8人であり、特養申込者数の月間平均は2.65人であった。特養に関しては、入所申し込みをしているのは担当しているケースの1割であるが、実際に入所している人は少ない。地域の施設数と入所件数について施設数の多い地域は入所件数が多いかと思われたが、結果はショートステイの利用が困難であること以外は入所件数との関連性は特に見られなかった。特養への入所に関してはインタビュー調査においても「担当ケースでの入所はほとんどない」という声が多く聞かれており、それを裏付ける数値となっている。つまり、申込者は一定の割合いても、そのうちの多くは入所できないで在宅生活を維持しながら待機している状況が明らかになった。調査2においても「在宅生活維持の阻害要因」で「将来への安心のための施設申し込み」をしていると語っていることから、すぐに入所が必要な人は少ないと言える。これは全国調査の待機者についての報告内容、すなわち施設から見て「真に入所が必要」と考えられる入所申し込み者は1割強という報告内容⁷⁾にも一致している。

②入所した人の状況

ケアマネジャーの担当している利用者で入所した人の状況について個別ケース調査した結果、性別では女性が多く、入所施設では、特別養護老人ホーム、老健施設、グループホームの順に多く、特別養護老人ホームへの入所は半数近くあった。家族構成では「同居」62.5%、「独居」30.9%が多く、「近隣に家族あり」は6.7%であった。入所した人の平均年齢は83.3歳であり、「娘」「配偶者」「息子」のいずれかが介護者である場合が76.2%となっていた。入所時の介護度は要介護3が29.0%、要介護4が29.2%の順に多く、また入所理由に関しては「認知症の進行」「介護者なし、介護困難」、「思う介護負担」、「低いADL」、「介護者の病気」が多かった。

入所した人の「障害老人の日常生活自立度」では「A2」に続き「B1」、「B2」が多くなっていた。入所した人に「C1」「C2」が少ないのは、「日中はベッド上での生活が主体」で寝たきりのためオムツ交換などは決まった時間の定期的な介護ですむこと、すなわち介護負担が「A2」や「B1」「B2」よりは軽くなるためと考えられる。また、「認知症老人の日常生活自立度」では「Ⅲa」「Ⅲb」の順に多かった。認知症状「Ⅲa」では徘徊や火の不始末など日常生活に支障をきたすような症状が出るため、見守りや介護が常時必要となって介護負担が重くなり、さらに「Ⅲb」に進むと夜間にも徘徊などの症状が出るために、介護者は不眠による心身ストレスで介護力の限界を超える事態になりやすいためである。「認知症が進行したら在宅生活が無理」とケアマネジャーが

よく言うのは、こうしたことが原因である。

また、特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業⁷⁾の報告による施設の理由と申込み者の属性の本研究結果を比較すると（括弧内は本研究の結果）、性別は男性32.6%(32.1%)、女性66.2%(67.9%)、年齢84歳前後（83.3歳）、「要介護度3」が25.5%、(29.0%)「要介護4」が25.6%（29.2%）であり要介護3～4が多く、一人暮らしの割合が25%前後(30.9%)、配偶者か子供世代と同居している割合が65.7%(65.2%)と報告しており、大きな差はなかった。

調査1の個別ケースでの入所判断理由の中で5%以上の回答率となった各理由に関して、「要介護度」「障害老人の日常生活自立度」「認知症老人の日常生活自立度」「家族構成」「介護者」「介護困難理由」との間でクロス集計をした結果、ひとりで生活することが困難な状態となってADL低下や病気になること（表1-3-5、表1-3-6、表1-3-9、表1-3-10）、認知症利用者に対する介助や見守りの負担が大きくなること（表1-3-2～表1-3-4）、あるいは転倒によるけがなどが引き金となって介護が必要な状態になった時に支える介護者がいないこと（表1-3-12）、介護負担が重くなりすぎること（表1-3-15）、介護者が十分な介護時間が取れないこと（表1-3-19、表1-3-20）が入所判断への影響を与える要因になっていると考えられる。

続いて介護困難理由をみると、「介護者が病弱」と「介護者がいない」を合わせると7割を超えることから、介護者も高齢化して病気になったり、息子や娘はいるが就労していたり遠方に住んでいたりで、介護が難しい環境にあると思われる。実際、「介護困難理由」と「介護者」とのクロス集計では、「配偶者」で「介護者が病弱」、「息子」で「介護者がいない」、「娘」で「協力者がいない」が有意に多く、このことを裏付けている。このほか、本人に近い存在である配偶者・息子・娘は本人に対するストレスも強いことから、調査2の事例4のように配偶者が夫との関係の悪化で介護拒否となるような場合もある。

また「初めに入所が良いと判断した人」については、「家族」という回答が6割以上と非常に多く、「ケアマネジャー」という回答は2割以下であった。「介護困難理由」と「初めに入所が良いとした判断者」のクロス集計では、「介護者が病弱」および「協力者がいない」場合に「家族」が入所を判断した場合が有意に多かった。また「家族構成」と「介護困難理由」のクロス集計では、「同居」で「介護者が病弱」や「要介護者が複数」や「協力者がいない」が有意に多かった。前述したように主要な介護者である「配偶者」「娘」「息子」が在宅困難と判断する場合の多いことがわかる。なお、高齢者白書¹³⁾によれば、65歳以上の高齢者のいる世帯において「夫婦のみ」世帯が過半数を占め、「単独」世帯が4割で、「三世代」世帯は減少傾向である一方、親と未婚の子のみの世帯と夫婦のみの世帯は増加傾向にあることから、本人や配偶者の身体状況の悪化や主たる介護者の負担増加から介護困難な状況になって入所となるケースが今後一層増えてくると予測される。

以上にみられるように外的要因の「在宅生活維持の阻害要因」としては、「認知症の進行」、「低いADL（ADLの低下）」、「けが転倒」といった＜本人の要因＞と、「介護者なし介護困難」、「重い介護負担」、「介護者の病気」、「介護者の希望」といった＜家族の要因＞がある。

特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業⁷⁾の報告では、入所理由については「本人の状態が変化し、自宅での生活が困難」「介護が介護を続けることが困難」「将来に

対する不安のため」が上位を占めている。武蔵野市ケアマネジャーアンケート調査¹⁰⁾では入所理由は、「認知症で一人暮らし」、「家族の介護が限界、または家族介護が得られない」、「身寄りのない一人暮らし」が挙げられている。本研究の個別ケース集計結果の入所時介護度は「要介護 3」が 29.0%、「要介護 4」が 29.2%の順に多かった。また入所理由に関しては「認知症の進行」「介護者なし、介護困難」「低いADL」が多かった。これら 2つの先行研究と本研究の結果から入所理由は本人の状態の悪化と介護者の介護困難が挙げられる。平成 22 年度の野村総研の調査研究においても、本人の状態像として「要介護度」や「認知症の程度」が、また家族・介護者の状態像として「家族の入居意向」や「主な介護者の健康状態」がケアマネジャーからみた入所の必要性評価に大きな影響を与えていると述べている¹⁴⁾。入所理由については他の調査でも同じものが挙げられている。

一方、調査 2 の結果によると【ケアマネジャーが入所を考え始める本人、家族の状況】のうち、《本人の状況》では〈一人暮らしが不可能〉、〈独居者の認知症進行とADL低下〉、〈24 時間介護サービスで払拭しきれない生命の危険〉が抽出された。すなわち、一人暮らしで独居生活に不安を感じ始めた時や、身体的健康面から今までできていたことができなくなり生命にかかわる状況になった時、家族との関係などの面でこれ以上は在宅生活が難しくなった時、入退院を繰り返している時などにケアマネジャーは施設入所を考えている。他方、《介護者の状況》では、〈家族の介護力で決まる施設入所〉、〈介護負担の増加による施設入所〉、〈家族の精神的な限界による施設入所〉が抽出された。本人の身体状況変化や病気悪化に伴って介護者も身体状況の悪化や体力低下といった問題を抱えるようになり、介護負担が重くなると就労などによる時間的余裕の少なさから介護力低下も起きたりして介護者の精神的な負担が増加する。ケアマネジャーはぎりぎりまで在宅生活を維持しようと支援しているが、生活状況などからサービスでは補いきれない状況になると介護の限界を感じ施設入所を考えていた。

なお、《直ぐに「在宅は無理」という医療職》としたように、医療関係者は施設入所を勧める傾向にある。調査 1 の「入所施設」と「入所が良いと判断した判断者」のクロス集計では、ケアマネジャーが特別養護老人ホームを勧める場合が有意に多く老健施設は有意に少なかった一方、医師や医療関係者は老健施設を勧める場合が有意に多かった。この結果は、ケアマネジャーにとっては特養施設の入所は「日常生活の場であり終の棲家と考えての判断」であると思われるが、医師や医療関係者にとっては老健施設に対する《施設の入り易さ》や《直ぐに「在宅は無理」という医療職》の考えによるものと思われる。

3) 施設入所に関する相談状況について

施設入所に関して「相談している」のは約 8 割、「相談していない」のは 2 割、「相談者がいない」のはわずか 3%であった。相談相手としては「同僚」59.7%、「地域包括支援センター」37.4%、「上司」23.7%、が相対的に多かった。Kruskal-Wallis 検定結果によれば、相談相手が「上司」の場合は、経験年数の少ないケアマネジャーが上司に相談している傾向が見られ、相談相手が「包括支援センター」の場合にも経験年数の少ないケアマネジャーが包括支援センターに相談している傾向が見られた。また、地域包括支援センターと行政に対しては、ほとんどすべてのケアマネ

ジャーが「連携が取れている」と判断していた。つまり、ケアマネジャーの大半は、同僚・上司や地域包括支援センターと相談し、日頃から良く連絡を取り合っていることがわかる。ちなみに平成 26 年度居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務実態調査の報告¹²⁾によれば、ケアマネジャーの「相談相手はいる」が 94.0%あり、「相談相手は事務所内の他のケアマネジャー」が 64.5%、「事務所内の管理者」58.7%、「地域包括支援センター」47.3%と報告されており、本アンケート結果と傾向はおおむね一致していた。

また、インタビューした結果においても、施設入所の相談を地域包括支援センターや他職場のケアマネジャーと積極的にしている人は、サービス事業所ともよく話をしており支援をどうしていくかについて頻回に話し合いをしていると語っていた。【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】を活用し、それが在宅生活維持にも役立っていると思われる。

なお、職場が単独か併設かによって相談する人に違いがあり、「併設」では上司や同僚に相談することが圧倒的に多く、「単独」では「併設」に比べて「他職場のケアマネジャーと相談」している者が有意に多かった。併設の場合には、職場のスタッフにサービス利用に関する相談や協力を求めることができるのに対して、一人ケアマネジャーの場合は事業所内に相談できる人がいないためと考えられる。

次に、ケアマネジャーが「在宅生活が困難」と判断して相談した相手からもらった助言としては、「施設入所を勧められる」が約 5 割と一番多く、次いで「在宅生活維持の支援提案」が約 4 割となっていた。また、相談相手と助言に関するクロス集計によると、上司や同僚や包括支援センターに相談する方が助言として「在宅生活維持の支援提案」を受けることが多かった(表 1-2-11、表 1-2-15、表 1-2-22)。経験豊富な人に相談した方が、在宅生活のための支援や方策などの面で具体的な助言が得られるためと思われる。よって、職場や関係機関とのコミュニケーションの深さが在宅生活維持において重要な要素になると考えられる。

4) 外部機関との関係について

「地域包括支援センター」との関係では、「良く取れている」と「取れていると思う」を合わせると 9 割を占め、「行政」との関係でも「良く取れている」と「取れていると思う」を合わせると同じく約 9 割あり、またそれぞれに対して相談している場合に「連携が良く取れている」という回答が多い傾向にあり、これらの機関とは普段からよく連絡を取り合っていると考えられる。利用者の在宅生活維持に向けて関係機関に働きかけ一緒にチームを組むなど仲間作りに努めていると言える。

5) 担当利用者支援に対する考え方について

担当利用者の支援時においてケアマネジャーが最優先しているものは、多い順に「利用者の希望」、「利用者の QOL」であった。支援時第 2 に優先項目としては「家族の希望」、「介護負担の軽減」であった。ただし、最優先項目または第 2 優先項目と、性別・基礎資格・経験年数との間には有意差がなかった。このように「利用者の希望」や「家族の希望」を優先的に考えるケアマネジャーが非常に多い。介護保険制度(介護保険法第 2 条、第 69 条の 34)では、利用者の選択、

利用者の立場を重視することが前提とされている。ケアマネジャーは介護保険の中心的役割と言われるが、提案はできても決定権は無いと言える。このことは本人の自立が回復することは後回しにして、本人や家族の希望を重視することになってしまう可能性があることを示唆している。

介護保険制度の介護支援専門員のテキスト¹⁴⁾に述べられているようにケアマネジメントの基本的な考え方として①自己決定の尊重、②自立支援、③生活の継続性の支援があり、介護支援専門員実務研修テキスト¹⁵⁾においても、生活支援、QOLの向上、自立支援という言葉が頻出することから、ケアマネジャーは支援する際に「本人の希望」や「家族の希望」ならびに「本人のQOL」も優先度を高くしていると思われる。しかし、自立支援に関しては、「本人の自立の回復」を最優先ないしは第2優先としているケアマネジャーは9%程度にとどまっており、全体から見た人数としては少数派である。インタビュー結果においても、自立支援に対する認識の低い現状があり、ADL低下に伴って「自立支援は無理」と語るケアマネジャーもいることから、自立支援の実践者が少ないと感じる。

また、「要介護者の生活の場への考え」については、「やむを得ぬときは施設も考慮」が8割と圧倒的に多く、「在宅を継続すべき」は1.5%にとどまっており、ケアマネジャーの思いの面で在宅生活維持に対して「しかたがない」とあきらめる傾向が強いと思われる。さらに「併設」職場と比べて「単独」職場の方で「やむを得ぬときは施設も考慮」と考えるケアマネジャーが有意に多かったことから、単独職場の方が職場内の相談や意見交換の機会が少なくなりやすく、在宅生活維持よりは施設入所を考えやすい傾向にあると考えられる。

6) 担当ケースで入所の話がでたときのケアマネジャーの行動

「入所の話が出たときのケアマネジャーの行動」では、「すぐに入所先を探した」が6割以上と多かった。前述したように、ケアマネジャーは「利用者の希望」や「家族の希望」を優先して支援する傾向が高いため、利用者や家族が希望すると入所先を探す行動に出やすいと思われるが、ケアマネジャー自身がどう判断するかにも左右される。「入所が良いとした判断者」と「ケアマネジャーの行動」のクロス集計をみると、「ケアマネジャー」の場合に「すぐに入所先を探した」が有意に多かったことから、ケアマネジャー自身が「在宅は無理」と思えば「すぐに入所先を探す」ことになると思われる。一方、他者から「在宅生活は無理」と言われた場合一旦は粘って在宅維持を考えているケアマネジャーもいることがうかがえる(表1-3-25)。実際、クロス集計によれば、「独居」の場合に「仕方がないと諦めた」が有意に多いが、「近隣に家族あり」の場合には「在宅が良いと説得した」が有意に多く、「協力者がいない」場合に「すぐに入所先を探した」が有意に少なかったことから、独居の場合を除いては在宅維持の可能性を見出す努力をしているケアマネジャーが多いことが考えられる。ケアマネジャーのこうした行動の違いには、知識や経験が豊富かどうか、成功体験があるかどうかに関係していると思われる。

7) 在宅生活維持をあきらめる要因について

在宅生活維持をあきらめる要因については、本人・介護者の要因、ケアマネの思いに関わる要因、ケアマネ自身の要因、在宅生活維持のための支援環境による要因、の4つの視点が挙げられた。

(7-1) 本人・介護者の要因

【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状況】、【在宅生活維持の阻害要因】は本人や介護者の側の要因、裏を返せばケアマネジャーの外部にある要因といえる。

まず、【ケアマネジャーが入所を考え始める本人・家族の状況】については、＜本人の要因＞と＜家族の要因＞に分けることができる。

アンケート調査の個別ケースの「入所した時の判断理由」は、＜本人の要因＞として多い順に、「認知症」、「低いADL（ADLの低下）」、「怪我転倒」であった。また、＜家族の要因＞として多いものは、「介護者なし介護困難」、「重い介護負担」、「介護者の病気」、「介護者の暴力虐待」であった。こうした本人・家族の状況が、在宅生活維持の最初の阻害要因となる。

認知症に関してケアマネジャーは＜独居の認知症進行とADLの低下＞や＜認知症進行による事業者側の対応困難＞になると、＜一人暮らしが不可能＞な状況や＜介護負担の増加による施設入所＞＜家族の精神的な限界による施設入所＞となり在宅生活の支援は困難になると語っていた。

「介護困難」に関しては、本人の身体状況の悪化や病気による介護者の負担増加、介護者の高齢化による「病気」、娘や息子のストレスからくる精神的負担感これらの増加が大きく影響していると考えられる。

特別養護老人ホームの待機者が施設に求めるニーズに関する調査⁷⁾では、入所希望理由として「介護者がいない、もしくは主たる介護者が介護困難なため」(32.5%)、「障害や認知症により、自宅での生活が困難なため」(27.8%)、「最後まで見てもらえるため」(11.6%)があると報告している。また、前述したように平成23年度の特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業¹⁶⁾の報告では、施設申込み理由は「今は自宅で生活できているが、将来に対する不安を感じたため」(46.2%)、「本人の状況が変化し、自宅での生活が困難になってきたため」(70.5%)、「家族（介護者）が介護を続けることが困難」(67.0%)であり、こうした先行研究の結果と本アンケート調査とでは、その内容に関して大きな違いは見られない。

また、「介護困難理由」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計では、「介護者がいない」場合に「本人」「サービス事業者」「ケアマネジャー」「医師」が有意に多く、「介護者が病弱」および「協力者がいない」場合に「家族」が有意に多かった。要因として介護困難な状況さらに、「困難理由なし」の場合で「家族」も有意に多かった。

介護者がいない場合は本人による申込者が多いが、これは本人が先々に不安を感じて＜一人暮らしが不可能＞と判断し＜将来への安心のため施設申込み＞を希望していると思われる。また、本人のADLの低下や認知症の進行により事業者が＜介護サービス利用の限界＞を感じ介護保険のサービス内では対応できないと訴えてきたり、＜地域住民や事業所からの意見＞として一人で暮らすのは危険であり心配であるとケアマネジャーや地域包括支援センター・行政に相談しにきたりして、在宅生活の維持は困難と判断し施設入所となっていると考えられる。

調査 2 の中で【ケアマネジャーが入所を考え始める本人、家族の状況】は、《本人の状況》、《介護者の状況》で構成されており、《本人の状況》は〈一人暮らしが不可能〉、〈独居者の認知症進行とADL低下〉、〈24時間介護サービスで払拭しきれない生命の危険〉があり、一人暮らしで独居生活に不安を感じ始めた時や、身体的健康面から今までできていたことができなくなり生命にかかわる状況になった時、家族との関係などの面でこれ以上は在宅生活が難しくなった時や入退院を繰り返している時にケアマネジャーは施設入所を考えていた。

《介護者の状況》では、〈家族の介護力で決まる施設入所〉、〈介護負担の増加による施設入所〉、〈家族の精神的な限界による施設入所〉が挙げられており、本人の身体状況変化や認知症や病気悪化に伴って、介護する側（介護者）も身体状況の悪化や体力の低下といった問題を抱えるようになっていた。このようにして介護負担が重くなってくると、就労などによる時間的余裕の少なさから介護力低下も起きるようになり、介護者の精神的な負担の増加という問題も生じる。

このような状況の中でケアマネジャーはぎりぎりまで在宅生活を維持しようと支援しているが、生活状況などから介護保険サービスでは補いきれない状況になると、在宅介護の限界を感じ施設入所を考える流れになっていることがうかがわれた。この時ケアマネジャーは、この事態に対し【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】を持ち、考え受け止め判断して【専門職ケアマネジャーとしての実践力】を発揮し、この2つの要素に加えて【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】も活用し、支援する力が強いかわりでその後の結果に影響を与えていることが明らかになった。（図 2-4-6、図 2-4-7 参照）

こうしたことから在宅生活を維持していくには、本人が元気でいることやADLを維持することはとても重要であることが示唆された。また、介護者の負担軽減を図ることが在宅生活を維持する大きな要因となると考えると、本人の要因を改善すること、すなわち本人を元気にすることが重要になる。本人の状況を改善することは介護者の負担を軽減できることになり、本人が望む住み慣れた地域で最後まで暮らしたい願いをかなえる事が出来る確実な方法と考えられる。

実際、調査 2 の中でも語られていたように《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》を持って《サービスを利用し介護負担を軽減すれば在宅可能》と語っており、実践による〈自立支援型ケアマネジメント実践による利用者のADL改善の確信〉や〈自立支援の実践事業者の存在が在宅生活の鍵〉であると語っていた。介護保険制度の理念やケアマネジャー実務研修テキストの中には自立支援という言葉が多くみられるが、これらのことを実践しているケアマネジャーや事業者はまだ少数であると思われる。

次に、【在宅生活維持の阻害要因】という要因に関しては、《将来への安心のため施設申込み》、《直ぐに「在宅は無理」という医療職》、《家族からの入所相談》、《施設の入り易さ》、《使い勝手の悪い24時間定期巡回型訪問介護・看護》、《地域の施設数の格差》、《介護サービス利用の限界》、《地域住民や事業所から周囲からの意見》、《本人からの入所希望》、《病状の悪化による入院》が抽出された。これらは、上述の本人・家族の状況の含む広い意味でのケアマネジャーの外部にある要因と言える。

(7-2) ケアマネジャーの思いに関わる要因

ケアマネジャーの担当ケースのうち入所者に関するクロス集計によれば、「独居」の場合に「仕方がないと諦めた」が有意に多かった。他方、「近隣に家族あり」の場合に「在宅が良いと説得した」が有意に多く、「協力者がいない」場合に「すぐに入所先を探した」が有意に少なかった。その理由としては、「介護困難」と「介護者」のクロス集計の結果「協力者がいない」ことを介護困難な理由とあげているのは「娘」が有意に多く、ケアマネジャーはまだ在宅生活は可能と考えているのではないかと思われる。しかし「介護困難理由」と「入所が良いとした判断者」のクロス集計では「介護者が病弱」および「協力者がいない」場合に「家族」が有意に多かったことから、家族とケアマネジャーの入所に対する思いにギャップがあるのではないかと思われる。実際、クロス集計において、「介護困難理由」で「協力者がいない」場合に「ケアマネジャーの思い」で「残念に思った」が有意に多く（表 1-3-26）、「家族構成」で「近隣に家族あり」の場合に「残念に思った」が有意に多く（表 1-3-13）、「入所が良いとした判断者」が「家族」の場合に「ケアマネジャーの思い」で「残念に思った」が有意に多かった（表 1-3-27）。このことは考え方を変えれば協力者がいるか協力者に変わる支援があれば在宅生活が維持できると言えるのではないか。

【ケアマネジャーの施設入所に対する思い】としては、独居であれば「あきらめ」の傾向が強いが、独居でなければ【ケアマネジメントの原則は在宅生活の維持】の考え方で在宅維持の可能性を見出す努力をしているケアマネジャーがいる。さらに、入所者に関するアンケート結果をみると、「要介護 3」以上が 7 割を占めていることから、「要介護 2」を越えるかどうかが入所の判断材料のひとつになっていると思われる。ここで、「要介護度」と「入所話が出たときのケアマネジャーの行動」のクロス集計では、「要介護 4」で「すぐに入所先を探した」が有意に多く、「要介護 2」では「すぐに入所先を探した」が有意に少なかった。要介護 3 以上になると介護に要する時間が増加し、介護者の負担が大きくなっていくことが影響していると思われるが、ケアマネジャーの思いとしても「あきらめ」の念が強くなってくると想像される。

次に、【施設入所後のケアマネジャーの思い】をみると、「独居」や「介護者がいない」場合に「安心した」が有意に多く、「近隣に家族あり」の場合に「残念に思った」が有意に多かった。また、入所が良いとした判断者が「家族」の場合に「複雑な気持ち」や「残念に思った」が有意に多く、「ケアマネジャー」が判断した場合には「安心した」が有意に多かった。在宅維持の可能性を探しつつそれが見つからなかったり、家族をうまく説得できずに入所になったりした場合には、残念に思うケアマネジャーもいると考えられる。他方、仕方がないとあきらめて入所判断をしたケアマネジャーもいると思われる。これらの根拠としては、クロス集計において、「在宅が良いと説得した」場合にも入所してしまって「複雑な気持ち」や「残念に思った」が有意に多かったこと、そして「仕方がないと諦めた」場合に「複雑な気持ち」や「残念に思った」が有意に多かったことが挙げられる。

(7-3) ケアマネジャー自身の要因

全体図 2-4-1 の在宅生活を不可能と判断する流れから、さらに事例 1~5 を通してケアマネジャーの要因の強弱が判断にどのように影響しているかについての関連図 2-4-6、2-4-7 を検証した結果から、ケアマネジャーの内的要因である【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】が弱い場合は、施設入所に対して「仕方がない」というケアマネジャーのあきらめをはじめ、〈ケアマネジャーの差は問題意識と取り組み姿勢〉、〈プラン通りでないで混乱するケアマネジャー〉、〈家族への不十分なケア〉につながっていく。ケアマネジャーは、自身のケアマネジメントの不十分さゆえに「えっと驚いて、これはしまった」とか「そんなに迷惑をかけていると思わなかった」という事態になることを経験している。すなわち、見逃しやタイミングの悪さや自分の取り組み姿勢によって、担当ケースの結果が変わる事を自覚しており、また、ケアマネ自身があきらめてしまうと、それによって支援方法や結果に違いが生じることを自覚している。そして、「そういうふうにはやっていけば違ったのかなーと思う」と後悔している。従って、まずは在宅維持に向けて「簡単にあきらめないこと」が大切と言える。

【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の力が弱い場合は、家族が在宅サービスを希望していてもケアマネジャーが 1 ヶ所のサービス事業所で満足し、家族から「あそこだけでいいです」と言われると安心するが、事業所から利用を断られた時には代替事業所をすぐに見つけられずに混乱する。そして、在宅生活が維持できなかった体験から、多数の事業所訪問による顔つなぎをしていざというときに利用できる選択肢を多くしておかないと在宅生活維持は難しくなる、と後悔している。このように、1 ヶ所のサービス事業所で満足している家族に対して前記リスクに備えて代替事業所の確保をするよう働きかけ、また保険・医療・福祉の分野で様々な連携を取っていく努力が必要と言える。

【専門職ケアマネジャーとしての実践力】が弱いと、〈利用者の状態悪化に気づく力の不足〉、〈自立支援型ケアの知識・技術の研修のなさ〉、〈パワーのなさ〉、〈サービス事業者の拒否に対する説得力不足〉、〈個別状況に応じた支援方針の無さ〉につながっていく。そしてこの弱さが、ケアマネジャーとしてのアセスメント不足で本人や家族の状態変化を見逃しタイミングを外した支援をしたり、〈受け入れ場所がなく在宅支援範囲の狭まりによる対応困難〉に陥ったりすると考えられる。

実践力が弱い点のベースには、《専門職としての知識、技術、態度が不足》していることが考えられる。特に、自立支援型ケアの知識や方法についての研修の場が無く、現場で介護負担軽減が十分できていない現実がある。また、本人が状態悪化したときに家族からは自宅で看られないと言われ、かつ入院や施設利用を拒否された場合、事業者を説得する力が足りずに対応困難になることがある。さらに、年齢や家族構成や生活環境など個別状況に合わせた支援方針の立て方が求められたり、それに必要な多くの知識や技術が求められたりするので、ケアマネジャーは精神的なプレッシャーを感じながら仕事に向かっている。これらは【ケアマネジャーの未熟】という上位カテゴリーで表現した。

図 2-4-7 はケアマネジャーの要因（要因③）が強い場合であり、在宅生活が不可能とケアマネジャーが判断せずに在宅生活を維持する場合である。すなわち、【在宅維持に対するケアマネジャ

一の情熱と信念】が強く、かつ【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の力が強く、かつ【専門職ケアマネジャーとしての実践力】が強い場合には、ケアマネジャーは《在宅生活をあきらめないケアマネジャーの熱意》からもう少し在宅生活ができるのではないかと考え在宅生活を続けていくことを実行していた。健康状態を良くすれば入院しなくて済む根拠に基づいたプランを作成し、《頻回な訪問による周囲の理解と協力》や《働きかけによる周囲の理解と協力》を得た上で、《密なる連携による他職種や医師の理解と協力》も得て《医療機関との密な交流と連携》を図りながら〈介護保険サービス〉をうまく活用し、《介護サービス利用し介護負担を軽減により在宅生活可能》《介護サービス利用による在宅生活の維持》しようと努めていた。こうした成功体験は「実践による確信」をもたらし、研修参加などによる知識・技術・スキルの深まりと経験の蓄積も相まって、ケアマネジャーの要因のレベル向上への循環につながっていた。

関連図 2-4-1、2-4-6、2-4-7 に示されたようにケアマネジャーが在宅生活の可否について判断するプロセスについては、田尾（1991）¹⁷⁾が「組織の心理学」の中で意思決定モデルを示している。そのプロセスは、問題の認識→情報収集→問題の構造化（選択肢の整理）→決定（最良の選択肢の選定）→実行→評価 であり、「決定」は、その人の価値観や過去の経験が反映されることによって「問題の認識」が相違し、それに伴いどのような情報を収集するか、どのように選択肢を整理するかが相違すると述べている。ケアマネジャーの在宅生活の可否決定プロセスは、田尾の意思決定モデルにも応用でき、判断決定するときの各ステップは、ケアマネジャー個々の【情熱と信念】、【実践力】【連携、共同のためのネットワーク形成】力、経験に影響される点で本研究でも示された考えと一致していると言える。

これらからケアマネジャー自身の要因としては、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】と【専門職ケアマネジャーとしての実践力】と【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の3要素が挙げられる。

「仕方がない」という〈ケアマネジャーのあきらめ〉をはじめ、問題意識と取り組み姿勢の不十分な場合には、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】が弱い状態となり、たとえばプラン通りに事が進まないで混乱したりひるんだりするといったマイナス面が生じる。

次に、〈利用者の状態悪化に気づく力の不足〉、〈自立支援型ケアの知識・技術の研修のなさ〉、〈サービス事業者の拒否に対する説得力不足〉、〈個別状況に応じた支援方針の無さ〉など【専門職ケアマネジャーとしての実践力】が不十分な場合には、たとえ情熱や信念があっても、アセスメント不足で本人や家族の状態変化を見逃してタイミングを外した支援をしたり、本人にあった的確なケアをうまく実現できなかつたりして、結果的に〈独居者の認知症進行とADL低下〉や《病状の悪化による入院》を招く危険性がある。

さらに、サービス事業者を含む他職種との調整・連携不足や、地域住民や事業者からの理解と協力が得られなかつたりして【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】が弱い場合には、在宅生活を維持できたかもしれないのに最終的に施設入所と判断せざるを得ない状況になる可能性がある。ちなみに、アンケート調査結果によれば、上司や同僚や包括支援センターに相談する方が「在宅生活維持の支援提案」を助言として受けることが多かったことから、職場や関係機

関とのコミュニケーションの深さが在宅生活維持において重要である。

(7-4) 在宅生活維持のための支援に関わる要因

在宅生活維持のための支援に関係した要因としては、【質の高いマネジメントの提供】や【質の高いサービス事業所の利用】ができないこと、【サービスの展開におけるチームアプローチ】がうまく機能していないこと、【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】にまで到達しているケアマネジャーの少ないこと、【ケアマネジャーの未熟】が挙げられる。

【質の高いマネジメントの提供】の面では、在宅生活維持のための介護サービス利用をうまくできていないことや、介護者の不安状況の把握不足および解消のための努力不足が例として考えられる。【質の高いサービス事業所の利用】の面では、本人と家族の意向を尊重しプランに沿った支援を実施する事業所と良好な関係が構築できていなかったり必要な時期にうまく利用できなかったりしているものと思われる。【サービスの展開におけるチームアプローチ】の面では、訪問回数の不十分さ、周りの理解と協力のための働きかけ不足、チームメンバーの選定の不適切さ、他職種や医師との連携不足などによって各種支援の実施タイミングを逃していると考えられる。

【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】については、自立支援型ケアマネジメントの教育の場が不足していることや「事態を打開できると確信」しているケアマネジャーの体験共有の機会も少ないことから、自立支援型ケアマネジメントはなかなか広まらずに「難しい」・「不可能」と語るケアマネジャーが多い状態になっていると思われる。【ケアマネジャーの未熟】については、知識不足、取り組み姿勢の甘さ、一ヶ所だけのサービスを頼りすぎるなどのリスク管理の不十分さなどが具体例として考えられる。

さらに、これらの底流には、【専門職ケアマネジャーとしての知識・技術を得る手段・経験】の不足が原因としてあるように思われる。具体的には、医療知識も含めた専門技術の蓄積不足、スーパービジョン・対人援助技術・自立支援型理論の学びや体験の浅さからくる能力不足、拠り所がないために不安になったり「もう無理だ」と思ったりなど感情をうまくコントロールできない状態での利用者支援などが考えられる。

8)全体のまとめ

ケアマネジャーが在宅生活をあきらめる要因として、ケアマネジャーの外部にある要因とケアマネジャー自身の要因に大別して検討してきた。

(1) 在宅生活維持を不可能とケアマネジャーが判断する要因

在宅生活維持を不可能と判断する要因としては、本人・介護者の要因、ケアマネジャーの思いに関わる要因。ケアマネジャー自身の要因、在宅生活維持のための支援環境による要因の4つに分けられた。

本人・介護者の要因としては、「認知症の進行」、「ADLの低下」、「怪我転倒」といった<本人の要因>と、「介護者なし介護困難」、「重い介護負担」、「介護者の病気」といった<家族の要因>が挙げられる。

ケアマネジャーの思いに関わる要因としては、「独居」や「要介護3以上」であれば「あきらめ」の傾向が強いこと、本人や家族から施設入所の希望があれば「利用者の希望・QOL」や「家族の希望」を優先しようという思いがあることが挙げられる。

ケアマネジャー自身の要因としては、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】の弱さ、【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の低さ、【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の弱さ、の3要素が挙げられる。

在宅生活維持のための支援環境による要因としては、【質の高いマネジメントの提供】のでき具合、【質の高いサービス事業所の利用】の度合い、【サービスの展開におけるチームアプローチ】の機能している度合い、【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】にまで到達しているケアマネジャーの少ないこと、【ケアマネジャーの未熟】が挙げられる。

(2) ケアマネジャーが在宅生活の限界を判断する時期

ケアマネジャーは、《本人の状況》や《介護者の状況》をみたくて施設入所すべきかどうかを考え始めるが、「独居」あるいは「要介護3以上」であれば、在宅生活は無理と早期に「あきらめ」てしまうケアマネジャーがおり、これが判断時期に関する1つ目のパターンである。独居でなく要介護が2以下である場合でも、家族からの入所希望があれば、家族希望に対する安易な尊重の思いと【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】の弱さから、施設入所希望に対して「仕方がない」と思ってしまうケアマネジャーもおり、これが判断時期に関する2つ目のパターンである。

また、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】が強くても、【専門職ケアマネジャーとしての実践力】の低さのために、在宅生活維持に関する家族へのアプローチ不足により家族を説得できなかつたり、アセスメント不足で本人や家族の状態変化を見逃しタイミングを外した支援のせいで本人の認知症進行やADL低下などを招いたりする状況となる場合もあり、これが判断時期に関する3つ目のパターンである。あるいは、【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の弱さのために、ショートステイ先を予め何か所か持っておらずいざというときに使えなかつたり、事業所から利用を断られた場合に代替事業所をすぐに見つけることや事業

者を説得することができなかつたりして対応困難になることがあるが、これが判断時期に関する4つ目のケースである。

さらに、一旦は在宅生活を維持できたとしても、【質の高いマネジメントの提供】・【質の高いサービス事業所の利用】・【サービスの展開におけるチームアプローチ】が不十分だったり、【自立支援型ケアマネジメントの実施による確信】を持っていても提供できるサービス事業所がなく本人のADLを改善できなかつたりなど、在宅生活を長期にわたって継続的に行える環境（システム）を提供できない場合がある。そうすると本人や家族に急な状態変化があったときに在宅生活の破綻をきたしうる。これが判断時期に関する5つ目のパターンである。

このように、在宅生活の限界を考え始めるきっかけは「本人・介護者の要因」であるが、上記の1つ目から4つ目のパターンのような「ケアマネジャーの思いに関わる要因」と「ケアマネジャー自身の要因」、および5つ目のパターンのような「在宅生活維持のための支援環境による要因」が、最終的な判断時期の鍵を握っていると言える。

(3) 在宅生活を継続するための本人や家族への支援について

介護者は先が見えない不安から施設入所の申込みをすることが多いという報告がある¹⁶⁾。すなわち、必要な時に使えないショートステイや直ぐには入れない施設の現状、介護の重度化・長期化、先が見えない不安などから、介護者の精神的ストレスが悪化して「在宅は無理」と判断してしまう傾向にある。こうした背景があるために、施設入所の主たるきっかけが「家族からの希望」であったと思われるが、「本人や家族の施設入所の希望」に対してケアマネジャーが【本人と介護者の主体性の尊重】を重視するあまり、「わかりました、その希望をかなえましょう」と施設入所に向けて行動していることも考えられる。こうした流れに歯止めをかけるためには、介護者の精神的ストレスを和らげる支援が必要である。

たとえば、金田が「介護する姿を見てくれる理解者や協力者がいることが在宅介護維持の鍵である」と述べているように¹⁸⁾、介護保険サービスの中で得られる休息ではなく「介護者が感じている気持ちへの共感」や「精神的な負担からの解放」をするための支援が必要である。杉原も、「在宅生活維持には一定の介護力が前提になるため介護の重度化・長期化に伴って介護者の精神的ストレスが悪化すると在宅生活が困難になりうる」問題とその対策として「家族介護への積極的な支援施策」の必要性を述べている¹⁹⁾。また、妻・嫁・娘が三大介護者であった従来に対して最近では息子が主介護者となる割合が増えており、本人と血のつながりの深い場合の「介護に対する葛藤」があるので、家族関係のアプローチをしていくことも必要である。加えて、本研究の事例やインタビュー結果において「本人、家族が安心して介護が続けられるように支援」を実践しているケアマネジャーがいたように、「家族の不安を取り除くアプローチ」、「本人や家族が安心して生活ができる体制や仕組み作り」が在宅生活維持にとって重要なポイントになる。

他方、ケアマネジャーは一般的に、介護負担を軽減するために介護保険のサービスで補って解消しようとしているが、本人の状態が改善されずに悪化し逆に介護者の負担が増えてしまうことがある。こうした問題への対応策のひとつとして、ADL低下や認知症進行に対し「自立支援に焦点を当てて事態を解決していこう」とする取り組みが、本研究のインタビュー調査において見

られた。すなわち、自立支援をするケアマネジャーや事業所の出現と、その実践によって在宅生活が維持できている結果も見られた。本人を元気にし、それによって介護者の負担が軽減して介護者も元気にする、といった発想の転換が必要と感じる。

本人が希望する所で在宅生活を維持できるようにするには、支援する側の情熱と豊富な知識や実践能力の高さ、チームワーク支援をうまく機能させるためのネットワーク形成力の高さ、質の高いサービスを提供するための事業所やそれらの連携体制の存在、および自立支援型ケアマネジメントへの取り組みなど支援システムの改善がいずれも揃うことが必要である。

9) 在宅生活維持の可能性を高めるためのケアマネジャーに対する課題と提言

在宅生活を維持していくためのケアマネジャーにおける課題としては、次のものが挙げられる。

- ①ケアマネジャーの介護に対する信念や熱意の高揚
- ②「先が見えない不安」に動かされて施設入所を希望する本人や家族への対応力強化
- ③介護者の負担軽減のための支援技術力や関係機関を利用する力の強化
- ④ADL回復のための支援への取り組み

上記①については、様々な障害を乗り越えて在宅生活を維持できた「成功体験」の共有や啓蒙する場を多くして、ケアマネジャーの介護に対する意識をさらに高める工夫が必要である。そうすることで在宅生活をすぐにあきらめたり仕方がないと思ってしまうことに歯止めをかけ、【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】を高められるのではないかと考えられる。

②については、本人や家族の精神的ストレスの緩和、すなわち、本人や介護者の不安・疑問を解消できるように適切な情報提供や相談機能を高めた支援をしたり、介護に対する葛藤がある場合に家族関係にアプローチしたりすることが必要である。そのためには、相談助言できる専門的な知識や技術力をケアマネジャーが培うこと、医療に関する知識も十分に備えること、および、そうした知識や技術力を向上させるための教育プログラムの工夫が必要である。竹内も介護技術の知識・経験の蓄積のための実践的な教育システムを拡充すべきこと、ケアマネジャーは質の高いマネジメントの実践者であるべきことを述べている^{20, 21, 22)}。

また③において介護者の負担軽減のためには、サービスの不足が起きないようにショートステイやデイサービスの受け入れ態勢の整備をすること、医師・看護師・その他職種との連携や調整する力を強化すること、サービス利用に伴う経済的負担の軽減をすることが必要である。それには、ケアマネジャーが事業者や行政機関などとの相談や密接な連携ができるための信頼関係を深めたり人脈ネットワークを強めたりする積極的な働きかけや、そもそも連携協働のためのネットワーク形成に対して苦手意識を持っているケアマネジャーの意識改革が必要である。また、24時間支援体制の充実など、緊急時に利用が可能な介護体制の強化が求められる。このようにすることで【専門職ケアマネジャーとしての実践力】を高めたり【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】を強めたりすることができると思われる。

さらに④は、「出来ないことを補うためのサービス導入はするものの本人や家族のできる力を引き出せないまま在宅生活を断念し施設入所へと移行している現実」に対してブレーキをかけるためのものである。すなわち、本人や家族のできる力を引き出して、本人を元気にし、その結果介護者の負担が軽減することで介護者も元気にできるような、自立支援を実践するケアマネジャーやサービス事業所が数多くなる必要がある。そのためには、自立支援ケアマネジメントに関する研修の定期的開催や、関係する専門職の意識が低いことへの対策として実践報告による広報活動の機会を多くすることが必要である。そうすることで、在宅生活を長期にわたって継続的に行えるようにするための環境づくりやシステムづくりに寄与できる。

VI. 結語

本研究によって以下の事が明らかになった。

1. ケアマネジャーが在宅生活維持をあきらめる典型的なパターン 5 つ、および在宅生活の限界を判断する視点 4 つが挙げられた。
2. 在宅生活を不可能と判断する要因としては、①本人の身体状況と家族の介護状況、②本人や家族が施設入所希望するなら仕方がないとあきらめやすいケアマネジャーの思い、③【在宅維持に対するケアマネジャーの情熱と信念】【専門職ケアマネジャーとしての実践力】【保健・医療・福祉の連携、共同のためのネットワーク形成】の強弱というケアマネジャーの要因、④提供サービスやチームアプローチの質が考えられた。
3. 前記③については、ケアマネジャーの在宅支援に関する専門的知識や意欲がベースになって在宅生活継続が大きな影響を与える。

本調査の限界と課題

本研究は神奈川県だけの調査であり地域の特性が影響していると思われたが、先行研究や全国調査の報告内容と大差はなかった。しかし、その妥当性の検証のためには、全国的な調査をしていく必要があると思われる。

また、今回のインタビュー調査ではケアマネジャーだけを対象にしたが、利用者・家族側から見た施設入所に対する意識や考え方、利用者の入所決定後の思いなども調査して比較検討する必要がある。

なお考察により導き出された4つの課題と提言については、本研究でその必要性を述べるにとどまったが、その方法やシステム等を具体化するための多くの実践研究が今後でてくることを期待する。

謝辞

本研究に関する調査を快諾くださり、調査にご協力くださいました神奈川県ケアマネジャーの皆様、インタビューにご協力頂いたケアマネジャーの皆様に深く感謝いたします。

また、本研究のデザイン・分析・考察をはじめ、すべてにわたって細やかな御指導を賜りました国際医療福祉大学大学院教授の竹内孝仁先生ならびに准教授の井上善行先生、講師の小平めぐみ先生、本研究に関してご指導・ご協力を頂きました多くの方々に心から感謝のお礼を申し上げます。

引用文献

- 1) 内閣府. 2014. 平成 26 年版高齢者白書.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf_index.html
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 2) 厚生労働省. 2014. 平成 25 年 国民生活基礎調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html>
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 3) 厚生労働省. 2014. 定期巡回・随時対応サービス-実施状況について
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/eikijunkai.html (閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 4) 内閣府. 2013. 平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/> (閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 5) 厚生労働省. 2014. 平成 26 年度特別養護老人ホームの入所申込者の状況
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf> (閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 6) 厚生労働省. 2011. 平成 23 年度特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究
<介護給付費分科会説明資料>
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002axxr-att/2r9852000002ay11.pdf>
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 7) 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構. 2012. 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業
～待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究～
<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=329&i=2>
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 8) 医療経済研究機構. 2012. 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究
<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=341&i=1>
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 9) 桑名市地域包括支援センター. 2014. 高齢者世帯の困難事例の要因等に関する調査」中間報告書
<http://www.city.kuwana.lg.jp/index.cfm/24,36474,c.../20140708-092245.pdf>
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 10) 武蔵野市. 2014. 武蔵野市ケアマネジャーアンケート調査報告書 (平成 26 年 3 月実施)
http://www.city.musashino.lg.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/017/941/houkokusho.pdf (閲覧日 2014 年 10 月 1 日)

- 11) 堀口和子. 2012. 中・重度要介護者の在宅療養継続に関する家族対処評価モデルの構築およびそのモデルの利用可能性
http://www.nihonseimei-zaidan.or.jp/kourei/pdf/horiguchi_happyo.pdf
(閲覧日 2014年10月1日)
- 12) 株式会社三菱総合研究所. 2014. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務の実態に関する調査
http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h25_08.pdf
(閲覧日 2014年10月1日)
- 13) 内閣府. 2012. 平成24年版 高齢者白書 ((2)高齢者介護)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_2_3_02.html
(閲覧日 2014年10月1日)
- 14) 介護支援専門員試験研究会. 2012. 介護支援専門員基本テキスト. 六訂. 東京: 長寿社会開発センター [基本テキスト第1巻]
- 15) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 介護新専門員実務研修テキスト. 5訂. 東京: 長寿社会開発センター, 2012 :1-45
- 16) 厚生労働省社会保障審議会. 2012. 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業 ～待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究～.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002axxr-att/2r9852000002ay11.pdf>
(閲覧日2014年10月1日)

- 17) 田尾雅夫, 組織の心理学. 東京: 有斐閣, 1999;124-126
- 18) 金田千賀子. 認知症高齢者家族に対するソーシャルワークの接近・介入としてのケアマネジメント. 医療福祉研究 2008; 第4号
- 19) 杉原陽子, 杉澤秀博, 新名正弥. 要支援認定者における介護保険制度改定の影響評価 - サービス削減への対処とその心理的影響. 社会福祉学 2009 ; 50(2) : 56-67
- 20) 竹内孝仁. ケアマネジメントの職人完全版. 東京: 年友企画, 2007:1-46
- 21) 竹内孝仁. 認定ケアマネジャーを鍛えるVOL1. 東京: 年友企画, 2009:2-16
- 22) 竹内孝仁. ケアマネジメントの職人, 竹内式ケアマネジメント技術論. 東京:年友企画, 2003: 50-55

参考文献

- 1) 白澤政和, 橋本泰子, 竹内孝仁ら. 「ケアマネジメント概論」第1版. 東京:中央法規, 2000
- 2) 綾部貴子, 岡田進一, 白澤政和. 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. 日本在宅ケア学会誌 2012; 16(1):28-35
- 3) 白澤政和. 利用者ニーズに基づくケアプランの手引. 11. 東京:中央法規, 2000
- 4) 三浦文夫. 増補改訂社会福祉政策研究. 福祉政策と福祉改革 60, 東京:全国社会福祉協議会, 1997
- 5) 竹内孝仁. 介護基礎学. 東京:医歯薬出版, 2008
- 6) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京:医歯薬出版, 1997; 21-29
- 7) 竹内孝仁. 医療は「生活」に出会えるか. 東京:医歯薬出版, 2008
- 8) 白澤政和, 広井良典, 西村淳[訳]. Care Management and Assessment. Practitioners' Guide. UK: Department of Health Social Services Inspectorate & Scottish Office Social Work Services Group, 1991. (ケアマネジャー実践ガイド). 東京:医学書院, 1997
- 9) 沢田信子, 島津淳, 戸栗栄次ら. よくわかる介護保険制度イラストレイテッド. 第3版. 東京:医歯薬出版, 2006
- 10) 石附敬, 和気純子, 遠藤英俊. 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. 老年社会科学 2009 ; 31(3):359-365
- 11) 綾部明江. 要介護高齢者の在宅生活継続 に関する影響要因とケアの視点. 六訂 介護支援専門員基本テキスト. 長寿社会開発センター, 2012
- 12) 牧迫飛雄馬. 介護負担感に関与する要因の相互関係性と家族介護者への介入プログラム効果 博士(スポーツ科学) 学位論文. 早稲田大学大学院スポーツ科学研究科, 2009
- 13) 厚生労働省. 2011. 平成 22 年度国民生活基礎調査.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html>
(閲覧日 2014 年 10 月 1 日)
- 14) 堺市社会福祉協議会. 「困難ケース対応に関するアンケート」報告. 2013
- 15) 杉山修. 在宅高齢者を介護する家族の同居生活継続の自信に関する研究. 老年研究科老年学専攻修士論文. 2012
- 16) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明. 介護保険制度の導入・改正前後における居宅サービス利用と介護負担感の変化. 「厚生指標」第 59 号. 2012
- 17) 福岡奈代子. 医師と介護支援専門員の連携. 第 54 回日本老年医学会学術集会記録. 日本老医誌 2013; 50:341-345
- 18) 廣野由美. ケアマネジャーの裁量的判断と専門生. PROCEEDINGS 2008; 151-161
- 19) 榎直美, 尾形由起子, 横尾美智代ら. 家族介護者の介護力構成要素と介護負担感との関連. 福岡県立看護大学研究紀要; 11(2):35-44
- 20) 吉江悟, 高橋都, 斉藤民, 甲斐一郎. 同居家族が問題の主体になる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状. 日本公衛誌 2005;15(7)

- 21) 横内理乃. 介護老人保健施設入所時と2か月後における要介護高齢者の家族の心情. 山梨大学大学院医学工学総合教育部 2011
- 22) 月刊ケアマネジャーV1. 16, 2014-2:20-83
- 23) 株式会社野村総合研究所. 2010. 今後の介護サービス基盤の整備方針に関する研究調査.
https://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201006_6kaigo.pdf
(閲覧日 2014年10月1日)
- 24) 南幸子. 主任介護支援専門員の成果に関する研究. 自立支援介護学 2013;Vol. 6(2):128-135
- 25) 南幸子. 月刊介護ビジョン, 日本医療企画; 2013, 6:64-65
- 26) 鹿児島県社協老人福祉施設協議会 研修広報委員会. 2014. 特別養護老人ホームの待機者が施設に求めるニーズに関する調査
<http://www.kanoya-choujuen.jp/image/C6C3CACCCDDCB8EECFB7BFCDA5DBA1BCA5E0A4CEC2D4B5A1BCD4A4ACBBDCC0DF.pdf>
(閲覧日2014年10月1日)
- 27) 白澤政和. 居宅介護支援の目的と内容. 改訂介護支援専門員基本テキスト第2巻. 東京:長寿社会開発センター, 2003: 4-28

資料 1

平成 25 年 10 月吉日

居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因
 についてのアンケートのお願い

私は国際医療福祉大学大学院で保健医療学を専攻しケアマネジメントを学んでいる学生です。

介護を必要とする高齢者自身は、在宅生活の継続を希望することが多い一方で、施設入所を余儀なくされることもあります。これには様々な理由があると思われまます。その中には、居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断するケースもあると思ひます。

そこで本研究では、「居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因」についてアンケート調査を実施し、阻害要因を分析するとともに、この研究が在宅生活を可能にするための一助になることを期待します。ついては、お忙しいところ大変恐縮ですが、下記アンケート調査に御協力いただければ幸いです。

御回答の際には、返信用封筒（切手付き）に入れて11月30日までに御返送ください。御回答いただいた調査票は厳重に管理し、データは統計的に処理されますので、個人情報明らかになる事はありません。また、本調査以外の目的には使用しませんので、御自由にご記入下さい。調査はいつでも拒否することが可能です。回答者に不利益が生じないよう努めます。なお、勝手ながら、御回答を持ってアンケート調査に御同意して頂いたこととさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

<連絡先>

国際医療福祉大学大学院 東京青山キャンパス 保健医療学専攻 竹内研究室付き 南幸子
 住所：〒107-0027 東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4階 電話 090-XXXX-XXXX

<回答方法について>

選択肢のある設問については、該当する選択肢番号に○印を記入してください。回答欄に下線のある設問（「 年」など）については、下線箇所 numeric value を記入して下さい。なお、回答する数値がゼロも場合も「0」とご記入ください。

I あなた御自身についてお伺ひします。

(1) 性別	1.女性 2.男性
(2) 年齢	_____ 歳
(3) 基礎資格	1.介護福祉士 2.社会福祉士 3.看護師 4.その他()
(4) ケアマネジャーの経験年数	1. 経験年数 _____ 年 _____ ヵ月
(5) ケアマネジャーになる直前に勤務した職場に○をつけてください	1. 訪問介護事業所 2. 訪問看護 3. 通所介護 4. 通所リハビリ 5. 特別養護老人ホーム 6. 老健施設 7. 病院 8. グループホーム 9. 有料老人ホーム 8. その他 ()

II あなたの職場についてお伺ひします。

(6) 勤務場所	市 区	
(7) 勤務形態・雇用形態	1. 常勤	専任 兼務
	2. 非常勤	専任 兼務
(8) 職場の状況	1. 単独	2. 併設
(9) 設問(8)で【併設】と回答した方は、下記で当てはまるものに○をつけて下さい		
1. 訪問介護事業所 2. 訪問看護 3. 通所介護 4. 通所リハビリ 5. 特別養護老人ホーム 6. 老健施設 7. 病院		

8. その他 ()			
(10) 事業所のケアマネジャー人数	1. 常勤	専任 () 人	兼務 () 人
	2. 非常勤	専任 () 人	兼務 () 人
(11) 貴方の勤務するエリアに施設は何施設ありますか	特別養護老人ホーム	施設	グループホーム
	老健施設	施設	有料老人ホーム
			施設

Ⅲ H24/3～H25/3 の期間における施設入所に関してお伺いします。

(12) 平均して月何件のケースを担当していましたか	(介護給付) _____ 件/月 (予防給付) _____ 件/月
(13) 特養の申し込みは何人ありましたか	特養申し込込者数 _____ 人
(14) 特養入所者は何人ありましたか	特養入所者数 _____ 人
(15) 特養以外の入所者は何人ありましたか	老人保健施設 _____ 人
	グループホーム _____ 人
	有料老人ホーム _____ 人
	その他 _____ 人
(16) 担当ケースの施設入所に関して、あなたは誰かに相談していますか 1. 相談している 2. 相談していない 3. 相談する人がいない	
(17) 設問 (16)で相談していると答えた方にお聞きします。相談している方はどなたですか 1. 上司 2. 職場の同僚 3. 他職場のケアマネジャー 4. 包括支援センター 5. 行政の担当者 6. その他 ()	
(18) あなたが「在宅生活が困難」と判断したケースに関して、相談した方からはどのような助言が多いですか (該当する番号○) 1. 在宅生活が維持できるような支援の提案 2. 施設入所を勧める 3. 自分で考えるように言われる 4. 助言はない	
(19) ぶだんから 行政や包括支援センターとの関係は良く取れていますか (該当する番号に○)	
行政との関係は	1. 良く取れている 2. 取れていると思う 3. 取れていない
包括支援センターと関係は	1. 良く取れている 2. 取れていると思う 3. 取れていない

Ⅳ あなたの介護に関する考えをお伺いします。

(20) ケマネジャーとして支援する際に、最も優先するものには◎、次に優先するものには○、を各々1つ選んで下さい。 ()1. 利用者の希望 ()2. 利用者 QOL ()3. 家族の希望 ()4. 家族の QOL ()5. 本人の自立の回復 ()6. 介護負担の軽減 ()7. その他 ()
(21) 要介護者の生活の場についてどのようにお考えですか 1. あくまでも在宅生活を継続すべき。 2. 在宅を優先するがやむ得ないときは施設も考える。 3. 在宅か施設かどちらとも言えない。 4. 施設生活をはじめから予定しつつ在宅生活を行っていくのが良い。 5. 要介護者になったら施設での生活が良い

裏面に続きます。

<個別ケースについてお伺いいたします。>

過去1年間で担当したケースの中で特別養護老人ホーム・老健施設・グループホームに入所した方3名について下記の内容にお答えください。具体的には、施設入所時のケースの状態とあなたの想いに関してお聞きいたしますので、該当する番号に○をつけて下さい。

※4名以上の場合は直近のケース3名についてお書きください。

	ケースA	ケースB	ケースC
入所した施設	1. 特別養護老人ホーム 2. 老健施設 3. グループホーム	1. 特別養護老人ホーム 2. 老健施設 3. グループホーム	1. 特別養護老人ホーム 2. 老健施設 3. グループホーム
年齢	_____歳	_____歳	_____歳
性別	1.男 2.女	1.男 2.女	1.男 2.女
要介護度	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
障害老人の日常生活自立度	正常・J1・J2 A1・A2・B1 B2・C1・C2	正常・J1・J2 A1・A2・B1 B2・C1・C2	正常・J1・J2 A1・A2・B1 B2・C1・C2
認知症老人の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	正常・I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	正常・I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M
医療処理について (該当するものに○をつけてください)	1. 胃ろう 2. ストマ 3. バルーンカテーテル 4. 床ずれなどの皮膚疾患 5. インシュリン注射 6. その他	1. 胃ろう 2. ストマ 3. バルーンカテーテル 4. 床ずれなどの皮膚疾患 5. インシュリン注射 6. その他	1. 胃ろう 2. ストマ 3. バルーンカテーテル 4. 床ずれなどの皮膚疾患 5. インシュリン注射 6. その他
家族構成	1.独居 2. 同居 3.近隣に家族がいる	1.独居 2. 同居 3.近隣に家族がいる	1.独居 2. 同居 3.近隣に家族がいる
介護者	1 配偶者 2.息子 3.娘 4.その他()	1 配偶者 2.息子 3.娘 4.その他()	1 配偶者 2.息子 3.娘 4.その他()
介護困難な理由はなんですか	1.介護者がいない 2.介護者が病弱 3.要介護者が複数 4.協力者がいない 5.介護困難な理由はない	1.介護者がいない 2.介護者が病弱 3.要介護者が複数 4.協力者がいない 5.介護困難な理由はない	1.介護者がいない 2.介護者が病弱 3.要介護者が複数 4.協力者がいない 5.介護困難な理由はない
ケアマネジャーの月当たりの緊急呼び出しの回数	緊急呼び出しの回数/月 _____回/月	緊急呼び出しの回数/月 _____回/月	緊急呼び出しの回数/月 _____回/月
初めに入所した方が良いと判断したのはどなたですか？	1. 本人 2. 家族 3. 医師 4. その他医療関係者 5. サービス事業者 6. ケアマネジャー 7. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. 医師 4. その他医療関係者 5. サービス事業者 6. ケアマネジャー 7. その他 ()	1. 本人 2. 家族 3. 医師 4. その他医療関係者 5. サービス事業者 6. ケアマネジャー 7. その他 ()
入所の判断理由は何ですか？ (自由にご記入ください)			

<p>入所の話が出た時に貴方はどのように行動しましたか？</p>	<p>1. すぐに入所先を探した。 2. 仕方がないと諦めた。 3. 在宅がよいと説得した 4. その他 ()</p>	<p>1. すぐに入所先を探した。 2. 仕方がないと諦めた。 3. 在宅がよいと説得した 4. その他 ()</p>	<p>1. すぐに入所先を探した。 2. 仕方がないと諦めた。 3. 在宅がよいと説得した 4. その他 ()</p>
<p>この方が入所した時に貴方はどのように思いましたか？一つ〇を付けて下さい。</p>	<p>1. 安心した 2. 複雑な気持ち 3. 残念に思った 4. 何も感じなかった 5. その他 ()</p>	<p>1. 安心した 2. 複雑な気持ち 3. 残念に思った 4. 何も感じなかった 5. その他 ()</p>	<p>1. 安心した 2. 複雑な気持ち 3. 残念に思った 4. 何も感じなかった 5. その他 ()</p>

在宅生活の維持に関して、ケアマネジャーとして必要と思われることを御自由にお書き下さい。

協力ありがとうございました

資料2

平成25年12月吉日

居宅介護支援専門員各位

国際医療福祉大学大学院
博士課程保険医療学専攻
南 幸子

「居宅介護支援専門員が要介護高齢者の在宅生活を不可能と判断する要因」

調査Ⅱ インタビューガイド

対象者：神奈川県居宅支援事業所に勤務しているケアマネジャー12名

時間は一人約40分を想定。

- 1、利用者から「在宅生活は無理」「あきらめる」と言われた時あなたはCMとしてはどのように考え、行動していますか？
- 2、家族から「在宅生活は無理施設入所の申込みをしたい」、「介護はもうできない」と言われた時あなたはCMとしてはどのように考え、行動していますか？
- 3、あなたが支援をしていく中で担当している利用者に関して在宅生活は限界と感じるのはどのような時（状況）ですか？
 - ・在宅生活が限界と頭をよぎるときはどんな時ですか？
 - ・印象に残った事例についてお聞かせ下さい
 - ・施設入所が決まりCMとしてどのように感じましたか？
- 4、施設入所に対する考えがCMとなる前となってからと変わってきたことがありますか？
 - ・変わったとしたらきっかけは何ですか？
 - ・変わらないとしたらそれはなぜですか？
- 5、あなた（ケアマネ自身）と他の支援者の間で在宅生活を継続するのか、施設入所にするのかまわりの方針が違うことはありますか？
 - ・それはどのような時ですか？ その時あなたはどうしますか？
 - ・施設入所することに関してあなたはどう思いますか？
- 6、在宅生活を続けていきたいと思ったケースが在宅をあきらめることになった印象にのこっているケースについてお聞かせください。
 - ・事例の経過をお聞かせください。支援経過の中でCMがどのような思いで、何を考えてどこでどのように施設に傾いて行ったのか？
 - ・どのようなサービスがあれば在宅生活が維持できたと思いますか？
- 7、在宅での生活を維持したりあきらめたりすることについて、何か付け加えて話したいことがありますか？
- 8、最後にあなた自身についてお尋ねします
あなたはケアマネジャーとして勤務して何年になりますか
差支えなければあなたの年齢を教えてください。