

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

居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に対する意識と
ケアマネジメントの実践から浮かび上がる課題に関する研究

平成 28 年度

医療福祉学専攻 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

氏名: 泉洋枝

居宅介護支援事業所のケアマネジャーの自立支援に対する意識とケアマネジメントの実践から浮かび上がる課題に関する研究

要旨

本研究は、在宅ケアマネジャーの自立支援に対する意識とケアマネジメントの実践から課題を明らかにするため、調査1では2552人「の23区内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10人に半構造化インタビュー調査を行った。

身体機能を優先に捉えているケアマネジャーは、自立支援により、家族の介護負担軽減を含め、在宅生活の継続が図れるといった結果が示された。その一方で、課題解決に向けた、利用者家族への合意形成能力とサービス事業所へのケアのオーダーが今後のケアマネジャーの課題であり、さらに「お世話になる介護」から「元気になる介護」を一般化させることが自立支援を叶えるために、とても重要であることが明らかとなった。

結論として、利用者の自由に生きたい想いを叶えるためには、元気にすることこそが自立支援であり、高齢者においては身体機能を優先にしたケアマネジメントが重要であることが示された。

キーワード 自立支援 ケアマネジャー ケアマネジメント 在宅生活

Research on attitudes to support for independent living among care managers at home care support offices and issues arising from the practice of care management

Abstract

This study aimed to clarify attitudes to support for independent living among home care managers and the issues that arise from the practice of care management. It was divided into two separate surveys, the first consisting of a questionnaire presented to 2,552 care managers active at home care support offices in the 23 Tokyo wards, and the second consisting of semi-structured interviews conducted with ten individuals.

It was found that care managers who give priority to body functions consider that support for independent living makes it possible for living at home to be continued, as well as reducing the burden of care placed upon families. On the other hand, issues that care managers will have to confront in the future include acquiring the ability to get the families of clients to agree to the methods involved in solving the issues and placing orders for care to service offices. Another point that emerged was the importance as regards ensuring independent living of shifting on the whole away from dependent care in the direction of care intended to boost the physical and mental health of its recipients.

In conclusion, it became clear that the basis of support for independent living is achievement of physical and mental health so that clients are able to satisfy their desire to live freely and that care management that gives priority to bodily functions is important for elderly people.

Keywords: support for independent living, care manager, care management, living at home

目次

第Ⅰ章	はじめに	1
1.	研究の背景	1
第Ⅱ章	研究の目的	3
1.	本研究の目的	3
2.	先行研究	3
3.	用語の定義	3
第Ⅲ章	研究方法	7
1.	調査1の方法	7
2.	調査2の方法	8
3.	倫理上の配慮	9
第Ⅳ章	研究結果	10
1.	調査1の結果	10
1)	単純集計の結果	10
2)	クロス集計の結果	22
2.	調査2の結果	48
1)	インタビュー協力者の基本情報	48
2)	インタビューの実施状況	48
3)	抽出されたカテゴリーとコード	49
4)	カテゴリーの詳細と結果	92
5)	カテゴリー関連図	147
6)	カテゴリー関連図の説明	149
第Ⅴ章	考察	157
1.	調査1の考察	157
2.	調査2の考察	165
3.	全体考察	174

第VI章 結語.....	176
1. 結語.....	176
2. 本研究の限界と課題.....	176
謝辞.....	177
文献一覧.....	178

資料

アンケート調査協力についての説明書（居宅介護支援事業所管理者）

アンケート調査協力についての説明書（居宅介護支援事業所ケアマネジャー）

アンケート

インタビュー調査研究協力についての説明書

インタビュー調査研究参加についての同意書

同意撤回書

インタビューガイド

第 I 章 はじめに

1. 研究の背景

介護保険制度施行と同時に、介護保険法において介護支援専門員(以下、ケアマネジャーと示す)の定義がなされ、また居宅介護支援の基本方針が制定された。

そこで定義されているケアマネジャーとは「要介護者等からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービス調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するもの」(法第七条第五項関係)であり¹⁾、介護保険制度の理念を果たすという意味において、『主体性尊重』、『自立支援の視点』、『家族支援の視点』、『保健医療福祉の連携の視点』、『適切なサービス利用の視点』という5つの役割を担っていく必要がある²⁾。

特に『自立支援の視点』では「被保険者が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮しなければならない」(法第2条第4項関係)とされている。

『家族支援の視点』では、要介護者にとって「家族」は、在宅生活継続、在宅生活復帰の鍵であり、ケアマネジメントにおける家族の位置付けを明確にする必要性が説かれている。

また、『適切なサービス利用の視点』では、ケアマネジメントによる一元的なサービス提供過程にとどまらず、相談援助においても「サービス優先のアプローチ」から「ニーズ優先のアプローチ」への転換による効果的で効率的なサービスの提供が求められている²⁾。

介護保険制度の施行から16年が経過し、75歳以上の高齢者の全人口を占める割合は2025年までに急速に上昇し、2055年には25%を超える見込みであり、65歳以上の高齢者数で見た場合でも、2042年にピークを迎えるという予測³⁾があるように、高齢化社会が急速に進行しつつある。また、要介護発生率の増加と共に認知症高齢者数も増加の一途を辿り、2025年には65歳以上の認知症高齢者が20%を占める⁴⁾。単独高齢者世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体の占める割合は28.0%までになると見込まれている³⁾。

一方、介護が必要になったとき介護をうけたい場所の4割が自宅であることなど⁴⁾、要介護者等になってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域包括ケアシステムを日常生活圏域で実現していくことが重要な施策課題となっている。

こうした状況を背景に、厚生労働省は、介護保険制度の要である『介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討』を繰り返し議論してきた。

厚生労働省は、「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」(平成25年1月7日)において、ケアマネジャーによる適切なケアマネジメントは必要不可欠であり、その質の向上は不断に求められ、利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援の実現が重要であることを改めて説き、「①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が十分に共有できていない。②利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない。③サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。④ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分ではない。」など課題が山積していると指摘している⁵⁾。

また日本ケアマネジメント学会・市民公開講座・基調講演「介護保険法改正と地域包括ケア」(平成27年6月14日)において、厚生労働省振興課長高橋健司氏は、「現在、居宅介護支援事

業所の指定は、事業所からの申請により都道府県が行うことになっているが、平成30年には、指定権限が指定都市・中核市以外の市町村にも移譲する。その移譲目的の1つに、自立支援に資するケアマネジメントや医療との連携・多職種協働を推進していくためには、ケアマネジャー自身が資質向上に取り組むとともに、自立支援に資するケアマネジメントに取り組める環境整備を推進することが重要である。」と述べている。

高齢化が急速に進み、在宅生活の限界点を高め、住み慣れた地域で暮らし続けるためにも、「自立支援」の実現の重要度が増し、ケアマネジャーの資質向上が課題とされる。

そのような中、居宅支援事業所のケアマネジャーがケアマネジメントにおける「自立支援」をどのように捉え、またどのように意識しているのか。ケアマネジメントプロセスにおいて、どのように「自立支援」を叶える視点を持ち、実践に至っているのか。またそこから発生する課題についての実態を明らかにすることが必要であると考えた。

第Ⅱ章 研究の目的

1. 本研究の目的

居宅支援事業所に所属するケアマネジャーのケアマネジメントにおける実践と要介護高齢者に対する自立支援の考え方や意識から課題を明らかにし、ケアマネジメントに必要な知識や技術に関する示唆を得ることを本研究の目的とする。さらに本研究を通じ、介護保険制度を持続可能なものにしていくためのケアマネジャーの質の向上に大きく貢献できると考える。

2. 先行研究

先行研究については、「ケアマネジメントにおける自立支援」を手がかりにし、医中誌をキーワード検索して調査した。キーワード<自立支援 ケアマネジメント ケアマネジャー>で原著論文を検索し、16件が抽出できた。さらに<居宅>を追加し、6件に絞った。6件のうち、類似論文として「ケアマネジャーからみた在宅利用者の自立支援・介護予防の条件」、「ケアマネジメントにおける介護支援専門員が認識している学習ニーズ」の2件は確認できたが、ケアマネジャーの自立支援に対する意識について先行研究と言える論文は見当たらなかった。

3. 用語の定義

1) 介護保険とは

介護保険制度は、高齢者介護を社会全体で支える仕組みとして1997年(平成9年)12月に制定され、2000年(平成12年)より施行された⁶⁾。介護保険法の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき制度を設け、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的としている⁷⁾。また、介護保険制度の介護支援サービスは介護支援専門員をはじめ各種サービスの担当者が個々のサービス利用者の立場に立って、サービスを調整・統合していく機能である。利用者の生活全般の状況を総合的に把握して、ニーズに応じたサービスを一体的に提供する機能を果たすための介護支援サービスを行う“機関や人”を、サービス提供上の仕組みとして制度的に位置付けたことは極めて有意義なこと⁸⁾。

2) ケアマネジメントとは

(1) 介護保険制度におけるケアマネジメントの基本的な考え方

①自立支援 ②自己決定の支援 ③包括的なケアの実施 ④継続的な支援⁹⁾

(2) ケアマネジメントの過程(ケアマネジメントプロセス)

①利用者の状況を把握する(アセスメント)

「ケアマネジメントはアセスメントに始まりアセスメントに終わる」と言われるほどケアマネジメントの上で重要なポイントである。アセスメントにおいて、利用者の生活における解決すべき課題(ニーズ)を的確に捉えることが、自立支援に向けを行うための第一歩である。

アセスメントには厚生労働省が定めた「課題分析標準項目」というものがあり、その23項目

に従って、情報収集と課題分析をする。但し、アセスメントシートは、居宅支援事業所によって違いがある。

②課題(ニーズ)を明らかにして計画化する(ケアプランの原案作成)

アセスメントにおいて、把握した課題(ニーズ)を解決するためにはどのような手段・方法を使っていけば良いのかを計画として表したものが「ケアプラン」である。ケアプランは単なるサービスの提供表ではなく、その人らしい生活を表現するための手段である。

ケアプランには、「居宅サービス計画書(1)」、「居宅サービス計画書(2)」、「週間サービス計画書」の様式があり、これはケアマネジャーが作成し、利用者およびサービス事業者へ交付しなければならない。

③多職種と協働する(サービス調整・サービス担当者会議)

保健・医療・福祉のサービスを総合的に提供する仕組みが、介護保険制度である。ケアマネジャーは多職種と連携をとり、関係者、利用者・家族の意見を聞き、利用者にとってより最適な支援のあり方を考え、常に多職種と協働し、専門的な助言や援助を受けることで、利用者の日常生活全般を支援する。

サービス担当者会議録には、「サービス担当者会議の要点」といった様式があり、これはケアマネジャーが作成するものである。

④利用者の自己決定を支援する(ケアマネジャーの働きかけ)

ケアマネジャーは専門的な立場から情報提供や助言を行い、利用者の「自己決定」と利用者の能力を引き出して、その人らしい生活を続けていくことができるように支援する。そして、ケアマネジャーの提案が利用者や家族と一致していない場合でも、専門家としての判断や価値観を利用者に押し付けないようにし、利用者と家族が納得できるように時間をかけて働きかける。

⑤支援のあり方を検証する(モニタリング)

ケアマネジメントは利用者の日常生活を支援続けるために、支援の経過の中で変化する利用者の状況を見守り、必要に応じて、支援方針を見直しケアプランの変更も必要を行う。さらに、利用者に直接サービスを提供しているサービス担当者等からの情報を交換し、自立支援に繋がる働きかけをする⁹⁾。

3)介護支援専門員とは(以下ケアマネジャー)

(1)要介護者や要支援者からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況に応じた適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービスを利用できるよう、市町村、サービス提供事業者(事業者・施設)等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者をいう(法第7条第5項)。すなわち、介護支援専門員証の交付を受けることが、介護支援専門員の要件となる¹⁰⁾。

(2)要件等

- ①保健医療福祉分野での実務経験(医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等)が5年以上である者等
- ②介護支援専門員実務研修受講試験に合格している者
- ③介護支援専門員実務研修の課程を修了している者

④介護支援専門員証の交付を受けた場合にケアマネジャーとなることができる

⑤介護保険サービスにおけるケアマネジャーの所属機関

(a) 居宅支援事業所 (b) 介護保険施設等

4) 主任介護支援専門員(以下、主任ケアマネジャー)とは

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を持っている者であり、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを实践できる者¹¹⁾。

5) 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー(以下：認定ケアマネジャー)とは

(1)日本ケアマネジメント学会がその制度によって認定するケアマネジャーのこと。認定ケアマネジャー制度は、高齢者等への社会的支援において中心的な役割を担うケアマネジャーの資質の向上を図り、ケアマネジメントの一層の充実を通じて利用者の生活の質の向上と住民の福祉に貢献し、併せてケアマネジャーの専門性と社会的地位の一層の確立に資することを目的としている。

(2)要件等

認定ケアマネジャーとなるには以下の項目をすべて満たす必要がある。

①介護保険法の定める介護支援専門員(以下、「ケアマネジャー」とする)として登録されており、ケアマネジャーとしての人格及び見識を備えていること。

②本学会員にあっては、資格申請時において継続して2年以上本学会会員であること。

③本学会非会員においては、居宅介護支援におけるケアマネジャーとして3年以上の実務経験を有すること。

④本学会の主催する学会大会への参加等、認定ケアマネジャー制度施行細則に定める資格申請要件を満たしていること。

⑤本学会の施行する資格試験に合格すること。

主任介護支援専門員の受講には専任の介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上必要だが、認定ケアマネジャーになると通算3年以上に短縮される。また平成28年度から実施される主任介護支援専門員更新研修の受講対象者となる¹²⁾。

6) サービス事業者とは(以下、サービス事業所)

介護保険法に基づく介護保険の25種類のサービスの事業者・施設は以下の通りである。

①居宅介護支援 ②訪問介護 ③訪問入浴 ④訪問看護 ⑤訪問リハビリ ⑥夜間対応型訪問介護 ⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ⑧通所介護 ⑨通所リハビリテーション ⑩地域密着型通所介護 ⑪療養通所介護 ⑫認知症対応型通所介護 ⑬短期入所生活介護 ⑭短期入所療養介護 ⑮福祉用具貸与 ⑯福祉用具購入 ⑰小規模多機能型居宅介護 ⑱複合型サービス(看護小規模多機能居宅介護) ⑲認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ⑳地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ㉑地域密着型特定施設入居者生活介護 ㉒介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ㉓介護老人保健施設(老人保健施設) ㉔介護療養型医療施設 ㉕特定施設入居

者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）¹³⁾がある。

7) 自立支援定義について

介護保険制度において自立支援の定義は特にされていない。

しかしながら、「日本ケアマネジメント学会 第16回研究大会」（2016年6月18日-19日、於北九州市）における基調講演で、厚生労働省老健局振興課の辺見聡課長は、「ケアマネジャーのクライアントはあくまでも高齢者本人だが、制度運営という視点からみると、保険料を支払っている住民も対象になる。介護保険制度や自立支援を広く世の中に理解してもらう必要がある」とし、ケアマネジャー自身も自立支援に資するケアマネジメントは何かを提示していくことを真剣に考えてほしいと述べた。具体的には個別事例の検討から一歩進めた、実践から生まれたことを客観的に説明できる理論の構築、再現性を意識した研究などを挙げ、「今後はケアマネジメントのパフォーマンスを示していくことが求められる」と述べている¹⁴⁾。

第Ⅲ章 研究方法

1. 調査1の方法

1)目的

ケアマネジメントプロセスを通してケアマネジャーの自立支援への考え方や意識を知ることが目的とした。

2)対象

東京都 23 区内の居宅支援事業所 2,552 箇所に勤務する全てのケアマネジャー

3)研究期間

平成 28 年 2 月から平成 28 年 7 月まで

4)データ収集の手続き

郵送によるアンケート調査の実施。

5)調査項目

属性情報およびケアマネジャーの自立支援に対する意識と実践についての 10 項目。

- ①基本属性：年齢、性別、介護支援専門員としての経験年数、ケアマネジャー取得時の基礎資格、主任介護支援専門員の有無、日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの有無、事業所の管理者の有無
- ②給付管理状況：担当数、入院によりサービスを終了した件数、入所によりサービスを終了した件数、在宅で看取った件数、死亡した件数、要介護から要支援に移行した件数、要介護または要支援から自立となった件数
- ③ケアマネジャーについて：所属する事業所の理念や経営方針、在宅ケアマネジャーとしての思い
- ④アセスメントの実践状況
- ⑤ケアプランの実践状況の実践状況
- ⑥担当者会議の実践状況
- ⑦モニタリングの実践状況
- ⑧連携の実践状況
- ⑨自立支援について
- ⑩自由記述回答(あなたが考える自立支援について)

6)分析方法

単純集計とクロス集計・ χ^2 検定を行った。また、クロス集計・ χ^2 検定において、有意差のあったものについては、残差分析を行った。有意水準は 5%とした。

また、クロス集計表の各セルの期待度が 5 未満のセルが 20 以上の場合には、 χ^2 検定では偏りが生じるために、フィッシャーの正確確率検定による補正を行うこととした。

2 調査2の方法

1)目的

ケアマネジャーのケアマネジメントにおける自立支援の考え方を半構造化面接によって、自由に語ってもらい、質的研究にてケアマネジャーがケアマネジメントを通し、どのように自立支援を考えているのかを分析することを目的とした。

2)研究デザイン

ケアマネジャーがケアマネジメントを通し、どのように自立支援を意識しているのか、さらに、そのケアマネジャーの考え方や背景となる経験等の諸要因を含むため、半構造化面接による質的研究を行った。

3)調査対象者

経験5年以上の日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー10人(基礎資格：医療系5人と福祉系5人)とした。

4)調査期間

平成28年2月から平成28年7月まで

5)データの手続き

ケアマネジャーの自立支援に対する考え方や意識、実践について1対1の面接方式により半構造化インタビューを行った。

6)インタビューガイド

- ① あなたはどのような視点や観点でケアマネジメントをしていますか？
- ② 自立支援型のケアマネジメントについてはどのように思いますか？
- ③ ケアマネジャーとしてこれまで嬉しかったり成功したりしたエピソードはありますか？
- ④ ケアマネジャーとしてこれまで悲しかったり失敗したりしたエピソードはありますか？
- ⑤ ケアマネジャーとして自立支援を意識していますか？
- ⑥ ケアマネジャーとして自立支援を実践していますか？
- ⑦ あなたにとって自立支援とは？

7)分析方法

インタビュー内容はICFレコーダにて録音し、逐語録を作成した。各事例の全体像を把握し、内容の理解に努めた。その後データの文脈に留意しながら、意味内容で切片化し、次いでコード化を行った。それらを意味のある言葉で分類を行い、下位カテゴリを作成した。また中位カテゴリの抽象度を明確にするために分類を行い、上位カテゴリを作成した。さらに、論点を明確化するため、上位カテゴリを整理して最上位カテゴリを作成した。

質的研究の指導書籍(「よくわかる質的研究の進め方・まとめ方」と¹⁵⁾、「看護研究の進め方論文の書き方」では¹⁶⁾、カテゴリを上・中・下と作成しなければならないルールはなく、本研究

では、研究内容をよりわかりやすくするために最上位カテゴリーの作成まで行っている。

3. 倫理上の配慮

研究については国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 15-Ig-60）。質問紙調査による研究協力者全員に書面にて研究の目的と方法、研究協力は自由意志であること、協力は辞退しても不利益が生じないことを説明した。

インタビューの研究協力者には、実施前に、研究説明書と同意撤回書を用いた、書面による趣旨説明を行った。その後、再度口頭で、研究協力者の氏名や所属機関、語られた事例が特定されないように分析が行われること、匿名を保証し一旦研究協力を同意した後、協力を断っても不利益は被ることはないこと等を説明した後に、協力の意思を確認し、承諾を得られた場合に同意書に署名を得た。

調査対象者の名称は記入時点でID番号をふり管理をすること、匿名調査であり個人を特定しないこと、得られたデータや用紙は分析終了後速やかに研究者が責任をもって処分すること、研究成果は関係学会等で公表することを事前に説明し、質問紙調査時に、調査用紙への回答を以て同意がえられることとした。

第IV章 結果

1. 調査1の結果

本アンケートでは、東京都23区内の居宅支援事業所2,552箇所勤務するケアマネジャーを対象に事業所に1通ずつアンケート用紙(2552通)を送付した。

回収アンケート数は692件有効回答数は670件であった。有効回答数には性別、および年齢、基礎資格が得られなかったものも含めた。

1) 単純集計の結果

単純集計は下記の通りであった。

(1) 基本属性について

① 性別の構成割合

性別構成割合は女性が約7割、男性が3割弱と女性の割合が多かった(表1-1-1)。

表1-1-1 性別

	度数 (人)	(%)
男性	190	28.4
女性	473	70.6
無回答	7	1.0
合計	670	100.0

② 年齢の構成割合

年齢構成割合は「50代」が一番多く215人(32.1%)であり、「40代」183人(27.3%)、「60代」131人(19.6%)の順に多かった(表1-1-2)。

表1-1-2 年齢別

	度数 (人)	(%)
20代	7	1.0%
30代	94	14.0%
40代	183	27.3%
50代	215	32.1%
60代	131	19.6%
70代	21	3.1%
80代	1	0.1%
無回答	18	2.7%
合計	670	100.0
平均値±標準偏差	50.9±10.44	

③平均経験年数の構成割合

平均経験年数は7.3年(94.53ヶ月)であった。最大値は16年2ヶ月(194ヶ月)、最小値は0.08年(1ヶ月)であった。(表1-1-3)。

表1-1-3 経験年数

	度数 (人)	(%)
0～60ヶ月	200	30%
61ヶ月～120ヶ月	274	41%
121ヶ月～180ヶ月	154	23%
181ヶ月以上	27	4%
無回答	15	2%
合計	670	100.0
平均値±標準偏差	94.05±50.54	

④基礎資格の構成割合

基礎資格構成割合は介護福祉士が399人(59.6%)と一番割合が多く、大きくかけ離れ、看護師39人(5.8%)、社会福祉士35人(5.2%)の順に多かった(表1-1-4)。

表1-1-4 基礎資格

	度数 (人)	(%)
介護福祉士	399	59.6
ヘルパー	33	4.9
社会福祉士	35	5.2
看護師	39	5.8
准看護師	6	0.9
保健師	0	0.0
歯科衛生士	11	1.6
薬剤師	5	0.7
栄養士	4	0.6
作業療法士	3	0.4
理学療法士	1	0.1
その他	45	6.7
無回答	89	13.3
合計	670	100.0

⑤ 主任ケアマネジャーの構成割合

主任ケアマネジャーは 211 人(31.5%) であり、約 3 割程であった(表 1-1-5)。

表 1-1-5 主任ケアマネジャーの有無

	度数 (人)	(%)
非主任ケアマネジャー	449	67.0
主任ケアマネジャー	211	31.5
無回答	10	1.5
合計	670	100.0

認定ケアマネジャーの構成割合

⑥ 認定ケアマネジャーは 38 人 (5.7%) であり、1 割に満たなかった (表 1-1-6)。

表 1-1-6 認定ケアマネジャーの有無

	度数 (人)	(%)
非認定ケアマネジャー	610	91.0
認定ケアマネジャー	38	5.7
無回答	22	3.3
合計	670	100.0

事業所の管理者の構成割合

⑦ 事業所の管理者の有無の構成割合は、管理者が 461 人(68.8%)と約 7 割であった(表 1-1-7)。

表 1-1-7 事業所の管理者の有無

	度数 (人)	(%)
非管理者	199	29.7
管理者	461	68.8
無回答	10	1.5
合計	670	100.0

(2) ケアマネジャーについて

①「あなたの法人ではケアマネジャーに対しどのような企業理念や経営方針を示しているかを教えて下さい」という質問した。結果は以下の通りであった。

「自立支援」は536人(80.0%)が8割の結果を示し、「在宅生活の継続」は452人(67.5%)、「多職種との連携」454人(67.8%)、「情報や知識習得に努める」424人(63.3%)は6割の結果を示した(表1-2-1)。

表1-2-1 ケアマネジャーが所属する法人が示す企業理念や経営方針 (複数回答)

	示している (人)	(%)
1 可能な限り「自分らしい生活を」続けることができるように自立支援を示している	536	80.0
2 可能な限り在宅生活を継続できるように支援していくことを示している	452	67.5
3 地域の社会資源を活用し多職種との連携を図り包括的なケアを提供することを示している	454	67.8
4 総合的且つ効果的にサービスを提供し利用者の自己決定を支援できるようにケアマネジャーの情報や知識習得に努めることを示している	424	63.3
5 要介護者等に総合的且つ効果的にサービスを提供できるようにケアマネジャーとして情報収集や知識を習得する	331	49.4
6 その他	40	6.0

②「在宅のケアマネジャーとしてあなたにとって最も重要と思われるものについて」質問したところ、結果は以下の通りであった。

「尊厳を保持する」が440人(65.7%)、「自立支援を図る」が419人(62.5%)とそれぞれ6割を超える結果を示し、「家族介護負担軽減」267人(39.9%)については約4割、「在宅生活を継続」は210人(31.5%)、「要介護度の軽減・悪化防止」は181人(27.0%)と約3割の結果を示した(表1-2-2)。

表1-2-2 在宅のケアマネジャーにとって最も重要と思われるものについて (複数回答)

	重要である (人)	(%)
1 要介護者等の在宅生活を可能な限り継続する	210	31.5
2 要介護者等の尊厳を保持する	440	65.7
3 要介護者等の有する能力に応じ自立支援を図る	419	62.5
4 要介護者等の要介護状態の軽減又は悪化の防止する	181	27.0
5 要介護者等に総合的且つ効果的にサービスを提供できるようにケアマネジャーとして情報収集や知識を習得する	263	39.3
6 給付管理の適正を図る	71	10.6
7 要介護高齢者等の家族介護負担の軽減を図る	267	39.9
8 その他	8	1.2

(3) アセスメントについて

アセスメントの実践状況5項目について質問をし、「必ずそのようにしている」から「全くしていない」までの5段階で回答を得た。結果は以下のとおりであった。

「インフォーマルサービスを選択」は「必ずそのようにしている」が138人(20.7%)と「時々そのようにしている」が259人(38.8%)であり、他の4つの項目と比較して実践しているケアマネジャーが少なく合計で6割に満たない結果を示した。また、「要介護高齢者等(家族を含む)の気づいていない課題を総合的に判断している」は「必ずそのようにしている」が359人(54.1%)、「時々そのようにしている」が226人(34.0%)であり、合計で9割を切る結果を示し、アセスメントの実践状況として、全体的に実践している状況にあることはわかった(表1-3-1)。

表 1-3-1 アセスメントの実践状況

		必ず	時々	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計
		そのように している	そのように している				
1 ケアプラン作成のために根拠を意識して 必要な情報を入手している	度数(人) (%)	555 83.5	84 12.6	22 3.3	2 0.3	2 0.3	665 100.0
2 必要な情報を収集した後に必ず課題分析 を行っている	度数(人) (%)	451 67.6	157 23.5	49 7.3	7 1.0	3 0.4	667 100.0
3 要介護者等(家族を含む)が気づいてい ない課題を総合的に判断している	度数(人) (%)	359 54.1	226 34.0	76 11.4	3 0.5	0 0.0	664 100.0
4 課題の解決を優先に介護保険サービス 提供事業所を選択している	度数(人) (%)	388 58.4	175 26.4	97 14.6	3 0.5	1 0.2	664 100.0
5 課題の解決を最優先にインフォーマル サービスを選択している	度数(人) (%)	138 20.7	259 38.8	221 33.1	45 6.7	5 0.7	668 100.0

(4) ケアプランについて

ケアプランの実践状況 8 項目について質問し、「必ずそのようにしている」から「全くしていない」までの 5 段階で回答を得た。結果は以下のとおりであった。

「サービス提供事業所に意見と求めている」は「必ずそのようにしている」は 480 人 (72.2%)、「時々そのようにしている」が 169 人 (25.3%) であり 10 割に近い結果を示し、「要介護者等 (家族を含む) の要望に基づいている」では、「必ずそのようにしている」は 408 人 (61.2%)、「時々そのようにしている」は 204 人 (30.6%) であり、合計で 9 割を超える結果を示していた。

「要介護高齢者等 (家族を含む) が気付いていない課題も取り入れている」においては、「必ずそのようにしている」は 207 人 (31.1%) と「時々そのようにしている」は 346 人 (52.0%) であり、「要介護高齢者の自立支援においている」は「必ずそのようにしている」は 326 人 (48.9%)、「時々そのようにしている」は 246 人 (36.9%) であり 2 項目共に 9 割に満たない結果を示した。ケアプランの実践状況として、全体的に実践している状況にあることはわかった (表 1-4-1)。

表 1-4-1 ケアプランの実践状況

		必ず そのようにし ている	時々 そのようにし ている	どちらともい えない	殆ど していない	全く していない	合計
1 ケアプランの目標達成のために主治医への 確認やケアの内容について意見を求めている	度数 (人) (%)	160 24.0	396 59.5	54 8.1	49 7.4	7 1.1	666 100.0
2 ケアプランの目標達成のためにサービス提供 事業所に意見を求めている	度数 (人) (%)	480 72.0	169 25.3	17 2.5	1 0.1	0 0.0	667 100.0
3 ケアプランの目標達成のためにサービス提供 事業所へ何を実行すべきかを明確にしている	度数 (人) (%)	418 63.0	186 28.0	55 8.3	4 0.6	1 0.2	664 100.0
4 ケアプランの目標設定は要介護高齢者等 (家族を含む) の要望に基づいている	度数 (人) (%)	408 61.2	204 30.6	54 8.1	1 0.1	0 0.0	667 100.0
5 ケアプランの目標設定は要介護高齢者等 (家族 を含む) が気づいていない課題も取り入れている	度数 (人) (%)	207 31.1	346 52.0	103 15.5	7 1.1	2 0.3	665 100.0
6 ケアプランの目標設定は要介護高齢者等の 自立支援においている	度数 (人) (%)	326 48.9	246 36.9	92 13.8	2 0.3	1 0.1	667 100.0
7 課題の解決を最優先に介護保険サービスを ケアプランに取り入れている	度数 (人) (%)	367 55.2	198 29.8	96 14.4	3 0.5	1 0.2	665 100.0
8 課題の解決に必要なインフォーマルサービス もケアプランに取り入れている	度数 (人) (%)	195 29.2	362 54.2	86 12.9	21 3.1	4 0.6	668 100.0

(5) 担当者会議について

担当者会議の実践状況 3 項目について質問し、「必ずそのようにしている」から「全くしていない」までの 5 段階で回答を得た。結果は以下のとおりであった。

「何を実行すべきかを明確にしている」が「必ずそのようにしている」は 545 人(81.6%)、「時々そのようにしている」は 103 人(15.4%)であり 9 割を超える結果を示したが、「自立支援を目標に意見交換をしている」は「必ずそのようにしている」が 305 人(45.9%)、「時々そのようにしている」は 253 人(38.1%)であり、「要介護高齢者等（家族を含む）の要望を最優先に意見交換している」は「必ずそのようにしている」が 318 人(47.7%)、「時々そのようにしている」は 237 人（35.5%）であり、2 項目とも約 9 割を切る結果を示していた。担当者会議の実践状況として、全体的に実践している状況にあることはわかった(表 1-5-1)。

表 1-5-1 担当者会議の実践状況

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計
1 担当者会議ではサービス担当者と目標を共有し 何を実行すべきかを明確にしている	度数(人) (%)	545 81.6	103 15.4	18 2.7	1 0.1	1 0.1	668 100.0
2 担当者会議では要介護高齢者等（家族を含む） の要望を最優先に意見交換をしている	度数(人) (%)	318 47.7	237 35.5	112 16.8	0 0.0	0 0.0	667 100.0
3 担当者会議では自立支援を目標に意見交換 をしている	度数(人) (%)	305 45.9	253 38.1	97 14.6	8 1.2	1 0.2	664 100.0

(6) モニタリングについて

モニタリングの実践状況6項目について質問し、「必ずそのようにしている」から「全くしていない」までの5段階で回答を得た。結果は以下のとおりであった。

「自立支援を目標にモニタリングする」については、「必ずそのようにしている」は291人(44.0%)、「時々そのようにしている」は249人(37.7%)であり、合計で9割を満たない結果を示した。

同様に「目標が達成していない場合はケアプランを見直す」でも「必ずそのようにしている」が243人(36.7%)、「時々そのようにしている」は272人(41.0%)も9割を満たない結果を示し、この2つの項目は他の4つの項目と比較して、実践しているケアマネジャーが少なかったが、モニタリングの実践状況として、全体的に実践している状況にあることはわかった。

(表 1-6-1)。

表 1-6-1 モニタリングの実践状況

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計
1 自立支援を目標にモニタリングをする	度数 (人)	291	249	116	2	3	661
	(%)	44.0	37.7	17.5	0.3	0.5	100.0
2 日頃利用者に接しているサービス担当者から 入手した情報を加味してモニタリングする	度数 (人)	443	208	9	2	0	622
	(%)	66.9	31.4	1.4	0.3	0.0	100.0
3 モニタリングではケアプランを目標の達成度を みるようにする	度数 (人)	431	185	38	5	2	661
	(%)	65.2	28.0	5.7	0.8	0.3	100.0
4 ケアプランの目標が達成していない場合は ケアプランを見直す	度数 (人)	243	272	131	16	1	663
	(%)	36.7	41.0	19.8	2.4	0.2	100.0
5 状態に変化がある場合にはサービス提供事業所 へ意見を求めたり情報を提供する	度数 (人)	548	110	3	1	0	662
	(%)	82.8	16.6	0.5	0.2	0.0	100.0
6 状態に変化がある場合には主治医へ意見を求めたり 主治医へ情報を提供する	度数 (人)	277	315	46	21	3	662
	(%)	41.8	47.6	6.9	3.2	0.5	100.0

(7)連携について

連携の実践状況3項目について質問し、「必ずそのようにしている」から「全くしていない」までの5段階で回答を得た。結果は以下のとおりであった。

「家族介護者を含めた支援」は「必ずそのようにしている」が119人(18.0%)、「時々そのようにしている」は246人(37.2%)が約5割の結果を示した。他の2つの項目は7割を超える結果を示し、連携の実践状況として全体的にはほぼ実践している状況にあることがわかった(表1-7-1)。

表 1-7-1 連携について

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計
1 サービス提供しているチーム間で利用者の状況 など情報を共有する	度数(人) (%)	244 36.8	290 43.7	106 16.0	21 3.2	2 0.3	663 100.0
2 サービス提供しているチーム間で家族介護者を 含めた支援も必要時にはしている	度数(人) (%)	119 18.0	246 37.2	245 37.1	32 4.8	19 2.9	661 100.0
3 困難事例だと判断した場合地域包括支援センター または保険者と連携を図っている	度数(人) (%)	174 26.3	293 44.3	166 25.1	23 3.5	6 0.9	662 100.0

(8) ケアマネジメントについて

①「あなたは国が自立支援を目標としたケアマネジメント(自立支援型ケアマネジメント)を打ち出していることを御存じですか」という質問をした。結果は以下のとおりであった。

「知っている」は 557 人 (83.1%) であり、8 割を超えていた(表 1-8-1)。

表 1-8-1 ケアマネジメントにおける自立支援の周知度 n = 670

	度数(人)	(%)
知っている	557	83.1
聞いたことはある	95	14.2
全く知らない	12	1.8
無回答	6	0.9
合計	670	100.0

②「ケアマネジャーの基礎研修や更新研修、主任ケアマネジャー研修を除き、あなたは自立支援や自立支援型ケアマネジメントの研修会等に参加したことはありますか」という質問をした。結果は以下のとおりであった。

「社外研修」の参加は 453 人 (67.6%)、約 7 割と一番多い割合が多く、「学会・研究会」116 人 (17.3%) の参加が 2 割に満たない結果を示した(表 1-8-2)。

表 1-8-2 研修会・学会等の参加状況 (複数回答)

	参加したこと有(人)	(%)
社内研修	129	19.3
社外研修	453	67.6
学会・研究会	116	17.3
参加なし	150	22.4

③「あなたは自立支援型ケアマネジメントという言葉をごどのようにしてお知りになりましたか」という質問をした。結果は以下のとおりであった。

「研修や学会または月刊誌」は295人(44.0%)で4割を超え、一番割合が多い結果を示した(表1-8-3)。

表1-8-3 自立支援型ケアマネジメントの周知度 n = 670

	度数(人数)	パーセント(%)
自治体や包括の文書で知った	226	33.7
研修や学会月刊誌で知った	295	44.0
会社の上司や同僚から知った	35	5.2
今回アンケートで知った	18	2.7
知らない	11	1.6
その他	22	3.3
無回答	63	9.4
合計	670	100.0

④「自立支援を目的としたケアマネジメントを“身体的・精神的・社会的な機能の回復や維持”としたときに、あなたのケアマネジメントで解決すべき最も優先順位の高い機能はどれですか」という質問をした。結果は以下のとおりであった。

「精神的機能」は275人(41.0%)、「身体的機能」は229人(34.2%)であり、約4割の結果を示し、「社会的機能」だけが69人(10.3%)と他の2項目より低い割合であった(表1-8-4)。

表1-8-4 自立支援目標達成のためにケアマネジメントで最も優先すべき機能 n = 670

	度数(人)	(%)
身体的機能最も優先順位の高いケアマネジメントとして考えている	229	34.2
精神的機能最も優先順位の高いケアマネジメントとして考えている	275	41.0
社会的機能最も優先順位の高いケアマネジメントとして考えている	69	10.3
どれも当てはまらない	72	10.7
無回答	25	3.7
合計	670	100.0

⑤自立支援を目標としたケアマネジメント3項目について質問をし、「とてもそう思う」から「全く思わない」までの5段階で回答を得た。結果は以下のとおりであった。

「在宅生活の継続に効果的である」では「とてもそう思う」は244人(36.8%)、「そう思う」は290人(43.7%)であり、合計で約8割を超える結果を示した。

「家族介護負担軽減」は「とてもそう思う」174人(26.3%)、「そう思う」が293人(43.3%)で約7割、「地域包括ケア会議の重要性」は、「とてもそう思う」は119人(18.0%)、「そう思う」は246人(37.2%)であり、合わせて約5割の結果を示し自立支援を目標としたケアマネジメントでは、概ね実践している状況にあることがわかった(表1-8-5)。

表1-8-5 自立支援を目標としたケアマネジメント

		とても そう思う	どちらとも そう思う	どちらとも いえない	全く 思わない	全く 思わない	合計
1自立支援を目標としたケアマネジメントは	度数(人)	244	290	106	21	2	663
要介護者等の在宅生活の継続に効果的である	(%)	36.8	43.7	16.0	3.2	0.3	100.0
2自立支援を目標としたケアマネジメント	度数(人)	119	246	245	32	19	661
にとって地域ケア会議は重要な役割を担っている	(%)	18.0	37.2	37.1	4.8	2.9	100.0
3自立支援を目標としたケアマネジメントは家族	度数(人)	174	293	166	23	6	664
の介護負担の軽減にも効果的である	(%)	26.3	44.3	25.1	3.5	0.9	100.0

2) クロス集計の結果

各項目のクロス集計の結果は以下の通りであった。

ケアマネジャーの属性(経験年数、主任ケアマネジャー、認定ケアマネジャー)および「自立支援における優先すべき機能」と「アセスメント」「ケアプラン」「担当者会議」「モニタリング」「連携」「自立支援」との関係調べるために、クロス集計・ χ^2 検定およびフィッシャーの正確確率検定を行った。

また、残差分析の結果は、調整済み標準化残差の絶対値が 1.96 以上で 5%水準の有意差を示している。

(1) 「ケアマネジャーの経験年数」との関係

① 「ケアマネジャーの経験年数」と「アセスメントにおいて要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に判断している」のクロス集計

「ケアマネジャーの経験年数」と「アセスメントにおいて要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に判断している」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、経験年数が 10 年以上と長いケアマネジャーの方が、アセスメントにおいて要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に必ず判断している人が多い傾向にあることがわかった(表 2-1-1)。

表 2-1-1 「ケアマネジャーの経験年数」と「アセスメントにおいて要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に判断している」のクロス集計

		アセスメントにおいて要介護者高齢者が気付いていない課題を総合的に判断している					
		必ず判断している	時々判断している	どちらともいない	殆ど判断していない	合計	
経験年数	60ヶ月未満	度数	88	66	27	2	183
		%	48.1%	36.1%	14.8%	1.1%	100.0%
	調整済み残差		-1.8	0.7	1.5	1.5	
	60ヶ月以上 120ヶ月未満	度数	120	91	35	1	247
		%	48.6%	36.8%	14.2%	0.4%	100.0%
	調整済み残差		-2.1	1.2	1.5	-0.2	
	120ヶ月以上	度数	141	64	14	0	219
		%	64.4%	29.2%	6.4%	0.0%	100.0%
調整済み残差		3.9	-1.9	-3.0	-1.2		
合計	度数	349	221	76	3	649	
	%	53.8%	34.1%	11.7%	0.5%	100.0%	

Fisher's χ^2 (6) =19.183, p<0.001

②「ケアマネジャーの経験年数」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者(家族を含む)が気づいていない課題も取り入れている」クロス集計

「ケアマネジャーの経験年数」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者(家族を含む)が気づいていない課題も取り入れている」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、経験年数が10年以上と長いケアマネジャーの方が、ケアプランの目標設定において、要介護高齢者(家族を含)が気づいていない課題も必ず取り入れている人が多い傾向にあることがわかった(表2-1-2)。

表2-1-2「ケアマネジャーの経験年数」とケアプランの「目標設定は要介護高齢者(家族を含む)が気づいていない課題も取り入れている」のクロス集計

		ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)が 気づいていない課題も取り入れている						
		必ず 取り入れる	時々 取り入れる	どちらとも いえない	殆ど 取り入れない	全く 取り入れない	合計	
経験年数	60ヶ月未満	度数	47	105	28	4	0	184
		%	25.5%	57.1%	15.2%	2.2%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	-1.7	1.5	-0.3	1.7	-0.9	
	60ヶ月以上 120ヶ月未満	度数	71	126	48	2	0	247
		%	28.7%	51.0%	19.4%	0.8%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	-0.7	-0.5	2.0	-0.5	-1.1	
	120ヶ月以上	度数	80	109	27	1	2	219
		%	36.5%	49.8%	12.3%	0.5%	0.9%	100.0%
		調整済み残差	2.4	-0.9	-1.8	-1.1	2.0	
	合計	度数	198	340	103	7	2	650
		%	30.5%	52.3%	15.8%	1.1%	0.3%	100.0%

Fisher's χ^2 (4) =14.259, p=0.042

③「ケアマネジャーの経験年数」と「自立支援を目標にモニタリングする」の実施頻度について
クロス集計

「ケアマネジャーの経験年数」と「自立支援を目標にモニタリングする」の実施頻度について
クロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、経験年数の少ないケアマネジャーの方
が、自立支援を目標にモニタリングを全くしていない、または、殆どしていない人が多い傾向に
あることがわかった(表 2-1-3)。

表 2-1-3 「ケアマネジャーの経験年数」と「自立支援を目標にモニタリングする」の実施頻度
についてのクロス集計

		自立支援を目標にモニタリングをする					
		必ず している	時々 している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計
60ヶ月未満	度数	72	80	26	2	3	183
	%	39.3%	43.7%	14.2%	1.1%	1.6%	100.0%
	調整済み残差	-1.5	2.0	-1.4	2.3	2.8	
60ヶ月以上 120ヶ月未満	度数	107	88	50	0	0	245
	%	43.7%	35.9%	20.4%	0.0%	0.0%	100.0%
	調整済み残差	-0.2	-0.7	1.5	-1.1	-1.4	
120ヶ月以上	度数	106	75	38	0	0	219
	%	48.4%	34.2%	17.4%	0.0%	0.0%	100.0%
	調整済み残差	1.6	-1.2	-0.1	-1.0	-1.2	
合計	度数	285	243	114	2	3	647
	%	44.0%	37.6%	17.6%	0.3%	0.5%	100.0%

Fisher's χ^2 (8) =15.052, p=0.024

④「ケアマネジャーの経験年数」と「モニタリングではケアプランの目標の達成をみるようにする」のクロス集計

「ケアマネジャーの経験年数」と「モニタリングではケアプランの目標の達成をみるようにする」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、経験年数が10年以上と長いケアマネジャーの方が、モニタリングではケアプランの目標の達成を必ずみている人が多い傾向にあることがわかった。

また、10年未満のケアマネジャーは達成度を殆どみていない、全くみていない人が、多い傾向にあることがわかった(表 2-1-4)。

表 2-1-4 「ケアマネジャーの経験年数」と「モニタリングではケアプランの目標の達成をみるようにする」のクロス集計

		モニタリングではケアプランの目標の達成度をみるようにする						
		必ず みている	時々 みている	どちらとも いえない	殆ど みていない	全く みていない	合計	
経験年数	60ヶ月未満	度数	116	50	16	0	2	184
		%	63.0%	27.2%	8.7%	0.0%	1.1%	100.0%
		調整済み残差	-0.8	-0.2	2.1	-1.4	2.2	
	60ヶ月以上	度数	153	74	13	5	0	245
	120ヶ月未満	%	62.4%	30.2%	5.3%	2.0%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	-1.2	1.1	-0.4	2.9	-1.1	
	120ヶ月以上	度数	154	56	8	0	0	218
	%	70.6%	25.7%	3.7%	0.0%	0.0%	100.0%	
	調整済み残差	2.0	-0.9	-1.6	-1.6	-1.0		
合計	度数	423	180	37	5	2	647	
	%	65.4%	27.8%	5.7%	0.8%	0.3%	100.0%	

Fisher's χ^2 (8) =15.967, p=0.018

⑤「ケアマネジャーの経験年数」と「困難事例だと判断した場合地域包括支援センターまたは保険者と連携を図っている」のクロス集計

「ケアマネジャーの経験年数」と「困難事例だと判断した場合地域包括支援センターまたは保険者と連携を図っている」の実施頻度においてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、経験年数が5年以上10年未満のケアマネジャーの方が、困難事例だと判断した場合、地域包括支援センターまたは保険者と連携を図っている人が多い傾向にあることがわかった。

また、5年未満のケアマネジャーは、連携を殆ど図っていない人が、多い傾向にあることがわかった(表 2-1-5)。

表 2-1-5 「ケアマネジャーの経験年数」と「困難事例だと判断した場合地域包括支援センターまたは保険者と連携を図っている」のクロス集計

		困難事例だと判断した場合地域包括支援センター または保険者と連携を図っている						
		必ず 図っている	時々 図っている	どちらとも いえない	殆ど図って していない	全く図って していない	合計	
経験年数	60ヶ月未満	度数	109	49	14	10	2	184
		%	59.2%	26.6%	7.6%	5.4%	1.1%	100.0%
		調整済み残差	-1.3	-0.3	1.2	3.3	-0.2	
	60ヶ月以上	度数	168	59	10	3	4	244
	120ヶ月未満	%	68.9%	24.2%	4.1%	1.2%	1.6%	100.0%
		調整済み残差	2.4	-1.5	-1.5	-1.4	0.7	
	120ヶ月以上	度数	132	70	14	2	2	220
	%	60.0%	31.8%	6.4%	.9%	.9%	100.0%	
	調整済み残差	-1.2	1.8	0.4	-1.7	-0.5		
合計	度数	409	178	38	15	8	648	
	%	63.1%	27.5%	5.9%	2.3%	1.2%	100.0%	

Fisher's χ^2 (8) =16.458, p=0.028

⑥「ケアマネジャーの経験年数」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」のクロス集計

「ケアマネジャーの経験年数」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」においてクロス集計・ χ^2 検定をおこなった結果、経験年数が5年未満のケアマネジャーは、自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った人が、多い傾向にあることがわかった(表 2-1-6)。

表 2-1-6 「ケアマネジャーの経験年数」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」のクロス集計

		自立支援型ケアマネジメントと いう言葉を知った		合計	
		知らない	知った		
経験年数	60ヶ月未満	度数	162	22	184
		%	88.0%	12.0%	100.0%
		調整済み残差	-3.1	3.1	
	60ヶ月以上 120ヶ月未満	度数	222	18	240
		%	92.5%	7.5%	100.0%
		調整済み残差	-0.4	0.4	
	120ヶ月以上	度数	212	5	217
		%	97.7%	2.3%	100.0%
		調整済み残差	3.3	-3.3	
合計	度数	596	45	641	
	%	93.0%	7.0%	100.0%	

$\chi^2(2) = 14.347, p < 0.001$

(2) 「主任ケアマネジャー」との関係

① 「主任ケアマネジャー」と「アセスメントの要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に判断している」のクロス集計

「主任ケアマネジャー」と「アセスメントの要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に判断している」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、主任ケアマネジャーの方が、アセスメントの要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に必ず判断している人が多い傾向にあることがわかった。

また、主任ケアマネジャー以外のケアマネジャーは、どちらともいえない人が、多い傾向にあることがわかった(表 2-2-1)。

表 2-2-1 「主任ケアマネジャー」と「アセスメントの要介護高齢者が気づいていない課題を総合的に判断している」のクロス集計

		アセスメントにおいて要介護者高齢者が気付いていない 課題を総合的に判断している					
		必ず 判断している	時々 判断している	どちらとも いえない	殆ど判断 していない	合計	
主任ケアマネジャー	非該当	度数	217	160	65	3	445
		%	48.8%	36.0%	14.6%	0.7%	100.0%
		調整済み残差	-3.9	1.6	3.5	1.2	
	該当	度数	136	62	11	0	209
		%	65.1%	29.7%	5.3%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	3.9	-1.6	-3.5	-1.2	
合計	度数	353	222	76	3	654	
	%	54.0%	33.9%	11.6%	0.5%	100.0%	

Fisher's χ^2 (3) =21.151, p<0.001

②「主任ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている」のクロス集計の結果

「主任ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている」の実施頻度においてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、主任を含まないケアマネジャーは、ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を殆ど求めていない人が多い傾向にあることがわかった(表 2-2-2)。

表 2-2-2 「主任ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている」のクロス集計の結果

		ケアプランの目標達成のために主治医への確認や ケアの内容について意見を求めている						
		必ず 求めている	時々 求めている	どちらとも いえない	殆ど 求めていない	全く 求めていない	合計	
主任ケアマネジャー	非該当	度数	99	270	35	40	3	447
		%	22.1%	60.4%	7.8%	8.9%	0.7%	100.0%
		調整済み残差	-1.7	0.6	-0.1	2.3	-1.4	
	該当	度数	59	121	17	8	4	209
		%	28.2%	57.9%	8.1%	3.8%	1.9%	100.0%
		調整済み残差	1.7	-0.6	0.1	-2.3	1.4	
合計	度数	158	391	52	48	7	656	
	%	24.1%	59.6%	7.9%	7.3%	1.1%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) = 9.779, p=0.040

③「主任ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」についてクロス集計

「主任ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」においてクロス集計・ χ^2 検定を行った結果、主任を含まないケアマネジャーは、自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った人が多い傾向にあることがわかった(表 2-2-3)。

表 2-2-3 「主任ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」についてのクロス集計

		自立支援型ケアマネジメント という言葉を知った		合計	
		知らない	知った		
主任ケアマネジャー	非該当	度数	399	37	436
		%	91.5%	8.5%	100.0%
		調整済み残差	-2.2	2.2	
	該当	度数	200	8	208
		%	96.2%	3.8%	100.0%
		調整済み残差	2.2	-2.2	
合計	度数	599	45	644	
	%	93.0%	7.0%	100.0%	

$\chi^2 (1) = 4.665, p = .032$

④「主任ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」についてのクロス集計

「主任ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」においてクロス集計・ χ^2 検定を行った結果、主任を含まないケアマネジャーは、自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った人が、多い傾向にあることがわかった(表 2-2-4)。

表 2-2-4 「主任ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントという言葉を知った」についてのクロス集計

		自立支援型ケアマネジメント という言葉を知った		合計	
		知らない	知った		
主任ケアマネジャー	非該当	度数	418	18	436
		%	95.9%	4.1%	100.0%
		調整済み残差	-2.6	2.6	
	該当	度数	207	1	208
		%	99.5%	0.5%	100.0%
		調整済み残差	2.6	-2.6	
合計	度数	625	19	644	
	%	97.0%	3.0%	100.0%	

$\chi^2 (1) = 6.544, p=0.011$

⑤「主任ケアマネジャー」と「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的機能である」についてのクロス集計

「主任ケアマネジャー」と「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的機能である」の実施頻度についてクロス集計・ χ^2 検定を行った結果、主任ケアマネジャーの方が、社会的機能が優先であると考えている人が多い傾向にあることがわかった(表 2-2-5)。

表 2-2-5 「主任ケアマネジャー」と「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的機能である」についてのクロス集計

		解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的機能である			
		社会的機能ではない	社会的機能である	合計	
主任ケアマネジャー	非該当	度数	394	41	435
		%	90.6%	9.4%	100.0%
		調整済み残差	2.3	-2.3	
	該当	度数	173	32	205
		%	84.4%	15.6%	100.0%
		調整済み残差	-2.3	2.3	
合計		度数	567	73	640
		%	88.6%	11.4%	100.0%

$\chi^2 (1) = 5.274, p = 0.024$

(3) 認定ケアマネジャーとの関係

①「認定ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている」についてのクロス集計

「認定ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、「認定ケアマネジャー」の方が、ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を必ず求めている人が多い傾向にあることがわかった。

一方、認定ケアマネジャーを含まないケアマネジャーは、時々意見を求めている人が多い傾向にあることがわかった(表 2-3-1)。

表 2-3-1 「認定ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている」についてのクロス集計

		ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容 について意見を求めている						
		必ず 求めている	時々 求めている	どちらとも いえない	殆ど 求めていない	全く 求めていない	合計	
認定ケアマネジャー	非該当	度数	135	367	50	47	7	606
		%	22.3%	60.6%	8.3%	7.8%	1.2%	100.0%
		調整済み残差	-3.9	2.2	0.7	1.2	0.7	
	該当	度数	19	16	2	1	0	38
		%	50.0%	42.1%	5.3%	2.6%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	3.9	-2.2	-0.7	-1.2	-0.7	
合計	度数	154	383	52	48	7	644	
	%	23.9%	59.5%	8.1%	7.5%	1.1%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) =12.419, p=0.010

②「認定ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成は要介護高齢者等(家族を含む)が気付いていない課題も取り入れている」についてのクロス集計

「認定ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成は要介護高齢者等(家族を含む)が気付いていない課題も取り入れている」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、認定ケアマネジャーの方が、ケアプランの目標達成は要介護高齢者等(家族を含む)が気付いていない課題も必ず取り入れている人が多い傾向にあることがわかった(2-3-2)。

表 2-3-2 「認定ケアマネジャー」と「ケアプランの目標達成は要介護高齢者等(家族を含む)が気付いていない課題も取り入れている」についてのクロス集計

		ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む) が気付いていない課題も取り入れている						
		必ず 取り入れる	時々 取り入れる	どちらとも いえない	殆ど 取り入れない	全く 取り入れない	合計	
認定ケアマネジャー	非該当	度数	179	320	99	6	2	606
		%	29.5%	52.8%	16.3%	1.0%	0.3%	100.0%
		調整済み残差	-3.0	1.3	1.8	0.6	0.4	
	該当	度数	20	16	2	0	0	38
		%	52.6%	42.1%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	3.0	-1.3	-1.8	-0.6	-0.4	
合計	度数	199	336	101	6	2	644	
	%	30.9%	52.2%	15.7%	0.9%	0.3%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) =9.633, p=0.042

③「認定ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントはケアマネジメント関連の研修や学会で知った」についてのクロス集計

「認定ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントはケアマネジメント関連の研修や学会で知った」の実施頻度についてクロス集計・ χ^2 検定を行った結果、認定ケアマネジャーの方が、ケアマネジメント関連の研修や学会で知った人が多い傾向にあった。一方、認定ケアマネジャーを含まないケアマネジャーの方は、それ以外の方法で知ったという人が多い傾向にあることがわかった(表 2-3-3)。

表 2-3-3 「認定ケアマネジャー」と「自立支援型ケアマネジメントはケアマネジメント関連の研修や学会で知った」についてのクロス集計

		自立支援型ケアマネジメントは ケアマネジメント関連の 研修や学会で知った		合計	
		知らない	知った		
認定ケアマネジャー	非該当	度数	297	298	595
		%	49.9%	50.1%	100.0%
		調整済み残差	3.0	-3.0	
	該当	度数	9	28	37
		%	24.3%	75.7%	100.0%
		調整済み残差	-3.0	3.0	
合計	度数	306	326	632	
	%	48.4%	51.6%	100.0%	

$\chi^2(1) = 9.135, p = 0.003$

(4) 「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」との関係

① 「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「アセスメントにおいては課題の解決を最優先にインフォーマルサービスを選択している」のクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「アセスメントにおいては課題の解決を最優先にインフォーマルサービスを選択している」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、「身体機能を優先」しているケアマネジャーの方が、全く選択していない人が多い傾向にあることがわかった(表 2-4-1)。

表 2-4-1 「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「アセスメントにおいては課題の解決を最優先にインフォーマルサービスを選択している」のクロス集計

		アセスメントにおいては課題の解決を最優先に インフォーマルサービスを選択している						
		必ず 選択している	時々 選択している	どちらとも いえない	殆ど選択 していない	全く選択 していない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 身体的な機能である	非該当	度数	82	160	151	23	1	417
		%	19.7%	38.4%	36.2%	5.5%	0.2%	100.0%
		調整済み残差	-0.3	0.0	1.7	-1.9	-2.1	
	該当	度数	48	89	68	22	4	231
		%	20.8%	38.5%	29.4%	9.5%	1.7%	100.0%
		調整済み残差	0.3	0.0	-1.7	1.9	2.1	
合計	度数	130	249	219	45	5	648	
	%	20.1%	38.4%	33.8%	6.9%	0.8%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) = 9.447, p=0.045

②「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に基づいている」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に基づいている実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、身体機能を優先にしているケアマネジャーの方が、要望に必ず基づいている人が多い傾向にあることがわかった。

さらに、時々要望に基づいていると考えている人は少ない傾向にあることがわかった。(表 2-4-2)

表 2-4-2 解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に基づいている」についてのクロス集計

		ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の 要望に基づいている				
		必ず 基づいている	時々 基づいている	どちらとも いえない	殆ど基づいて いない	合計
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 身体的な機能である	非該当	度数 236	144	35	1	416
		% 56.7%	34.6%	8.4%	0.2%	100.0%
		調整済み残差 -2.6	2.4	47.3%	74.6%	
	該当	度数 155	59	17	0	231
	% 67.1%	25.5%	7.4%	0.0%	100.0%	
	調整済み残差 2.6	-2.4	-47.3%	-74.6%		
合計	度数 391	203	52	1	647	
	% 60.4%	31.4%	8.0%	0.2%	100.0%	

Fisher's χ^2 (3) =7.259, p=.044

③「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「自立支援を目標としたケアマネジメントは要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「自立支援を目標としたケアマネジメントは要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、身体機能を優先しているケアマネジャーの方が、とても効果的であると考える人が多い傾向にあることがわかった(表 2-4-3)。

表 2-4-3 「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「自立支援を目標としたケアマネジメントは要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」についてのクロス集計

		自立支援を目標としたケアマネジメントは要介護高齢者等の 在宅生活の継続に効果的である					
		とても 効果的である	効果的 である思う	どちらとも いえない	効果的である と思わない	効果的 ではない	合計
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 身体的な機能である	非該当	度数 135	189	79	12	2	417
		% 32.4%	45.3%	18.9%	2.9%	0.5%	100.0%
		調整済み残差 -3.3	1.5	2.5	-0.7	1.1	
該当	度数	105	91	26	9	0	231
		% 45.5%	39.4%	11.3%	3.9%	0.0%	100.0%
		調整済み残差 3.3	-1.5	-2.5	0.7	-1.1	
合計	度数	240	280	105	21	2	648
	%	37.0%	43.2%	16.2%	3.2%	0.3%	100.0%

Fisher's χ^2 (4) = 14.734, p=0.003

④「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「自立支援を目標としたケアマネジメントは家族介護負担の軽減にも効果的である」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「自立支援を目標としたケアマネジメントは家族介護負担の軽減にも効果的である」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、身体機能を優先しているケアマネジャーは、自立支援を目標としたケアマネジメントは家族介護負担の軽減にもとても効果的であると考えている人が多い傾向にあることがわかった（表 2-4-4）。

表 2-4-4 「解決すべき最も優先順位の高い機能は身体機能である」と「自立支援を目標としたケアマネジメントは家族介護負担の軽減にも効果的である」についてのクロス集計

		自立支援を目標にしたケアマネジメントは 家族介護負担の軽減にも効果的である						
		とても 効果的である	効果的 である思う	どちらとも いえない	効果的である と思わない	効果的 ではない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 身体的な機能である	非該当	度数	91	176	130	17	2	416
		%	21.9%	42.3%	31.3%	4.1%	0.5%	100.0%
		調整済み残差	-3.4	-1.1	4.5	1.3	-1.6	
	該当	度数	79	108	35	5	4	231
		%	34.2%	46.8%	15.2%	2.2%	1.7%	100.0%
		調整済み残差	3.4	1.1	-4.5	-1.3	1.6	
合計	度数	170	284	165	22	6	647	
	%	26.3%	43.9%	25.5%	3.4%	0.9%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) = 29.081, $p < 0.001$

(5) 「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」との関係

① 「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に基づいている」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に基づいている」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、「精神的機能を優先」しているケアマネジャーは、ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に時々基づいている人が多い傾向にあることがわかった(表 2-5-1)。

表 2-5-1 「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の要望に基づいている」についてのクロス集計

		ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含む)の 要望に基づいている					
		必ず 基づいている	時々 基づいている	どちらとも いえない	殆ど基づいて いない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 精神的な機能である	非該当	度数	240	99	31	0	370
		%	64.9%	26.8%	8.4%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	2.7	-2.9	0.4	-1.2	
	該当	度数	151	104	21	1	277
		%	54.5%	37.5%	7.6%	0.4%	100.0%
		調整済み残差	-2.7	2.9	-0.4	1.2	
合計	度数	391	203	52	1	647	
	%	60.4%	31.4%	8.0%	0.2%	100.0%	

Fisher's χ^2 (3) =10.021, p=0.011

②「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「モニタリングではケアプランの目標の達成度をみるようにする」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「モニタリングではケアプランの目標の達成度をみるようにする」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、精神的機能を優先しているケアマネジャーは、モニタリングではケアプランの目標の達成度を時々みている人が多い傾向にあることがわかった(表 2-5-2)。

表 2-5-2 「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「モニタリングではケアプランの目標の達成度をみるようにする」についてのクロス集計

		モニタリングではケアプランの目標の 達成度をみるようにする						
		必ず みている	時々 みている	どちらとも いえない	殆ど みしていない	全く みっていない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 精神的な機能である	非該当	度数	247	89	23	5	2	366
		%	67.5%	24.3%	6.3%	1.4%	0.5%	100.0%
		調整済み残差	1.6	-2.6	84.7%	1.9	1.2	
	該当	度数	169	93	13	0	0	275
		%	61.5%	33.8%	4.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	-1.6	2.6	-84.7%	-1.9	-1.2	
合計	度数	416	182	36	5	2	641	
	%	64.9%	28.4%	5.6%	0.8%	0.3%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) =11.154, p=0.014

③「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「自立支援型ケアマネジメントはケアマネジメント関連の研修や学会で知った」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「自立支援型ケアマネジメントはケアマネジメント関連の研修や学会で知った」についてクロス集計・ χ^2 検定を行った結果、精神的機能を優先にしているケアマネジャーの方が、自立支援型ケアマネジメントをケアマネジメント関連の研修や学会で知ったという人が多い傾向にあることがわかった(表 2-5-3)。

表 2-5-3 「解決すべき最も優先順位の高い機能は精神的な機能である」と「自立支援型ケアマネジメントはケアマネジメント関連の研修や学会で知った」についてのクロス集計

		自立支援型ケアマネジメント はケアマネジメント関連の 研修や学会で知った		合計	
		知らない	知った		
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 精神的な機能である	非該当	度数	196	175	371
		%	52.8%	47.2%	100.0%
		調整済み残差	2.7	-2.7	
	該当	度数	115	158	273
		%	42.1%	57.9%	100.0%
		調整済み残差	-2.7	2.7	
合計		度数	311	333	644
		%	48.3%	51.7%	100.0%

$\chi^2(1) = 7.218, p = 0.008$

(6) 「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」との関係

① 「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「ケアプランの目標達成のためにサービス提供事業所へ何をすべきか明確にしている」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「ケアプランの目標達成のためにサービス提供事業所へ何をすべきか明確にしている」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、社会的機能優先にしているケアマネジャーの方が、ケアプランの目標達成のためにサービス提供事業所へ何をすべきか殆ど明確にしていない、または全く明確にしていない人が多い傾向にあることがわかった(表 2-6-1)。

表 2-6-1 「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「ケアプランの目標達成のためにサービス提供事業所へ何をすべきか明確にしている」についてのクロス集計

		ケアプランの目標達成のために サービス提供事業所へ何をすべきか明確にしている					
		必ず明確に している	時々明確に している	どちらとも いえない	殆ど明確に していない	全く明確に していない	合計
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 社会的な機能である	非該当						
	度数	355	164	52	2	0	573
	%	62.0%	28.6%	9.1%	0.3%	0.0%	100.0%
	調整済み残差	-0.9	0.6	1.8	-2.5	-2.8	
	該当						
	度数	48	18	2	2	1	71
%	67.6%	25.4%	2.8%	2.8%	1.4%	100.0%	
	調整済み残差	0.9	-0.6	-1.8	2.5	2.8	
合計	度数	403	182	54	4	1	644
	%	62.6%	28.3%	8.4%	0.6%	0.2%	100.0%

Fisher's χ^2 (4) =13.170, p=0.008

②「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「担当者会議では自立支援を目標に意見交換している」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「担当者会議では自立支援を目標に意見交換している」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、社会的機能優先にしているケアマネジャーの方が、担当者会議では自立支援を目標に意見交換については、どちらともいえない、または、殆どしていない人が多い傾向にあることがわかった(表 2-6-2)。

表 2-6-2 解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「担当者会議では自立支援を目標に意見交換している」についてのクロス集計

		担当者会議では自立支援を目標に意見交換をしている						
		必ず している	時々 している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 社会的な機能である	非該当	度数	260	228	79	5	1	573
		%	45.4%	39.8%	13.8%	0.9%	0.2%	100.0%
		調整済み残差	0.0	1.9	-2.0	-2.4	0.4	
	該当	度数	32	20	16	3	0	71
		%	45.1%	28.2%	22.5%	4.2%	0.0%	100.0%
		調整済み残差	0.0	-1.9	2.0	2.4	-0.4	
合計	度数	292	248	95	8	1	644	
	%	45.3%	38.5%	14.8%	1.2%	0.2%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) = 10.858, p=0.023

③「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「自立支援を目標にモニタリングする」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「自立支援を目標にモニタリングする」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、社会的機能優先にしているケアマネジャーの方が、自立支援を目標にモニタリングをしている人は少ない傾向にあることがわかった(表 2-6-3)。

表 2-6-3 「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「自立支援を目標にモニタリングする」についてのクロス集計

		自立支援を目標にモニタリングをする						
		必ず している	時々 している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 社会的な機能である	非該当	度数	246	226	93	1	2	568
		%	43.3%	39.8%	16.4%	0.2%	0.4%	100.0%
		調整済み残差	-0.5	2.0	-1.5	-1.7	-1.2	
	該当	度数	34	20	17	1	1	73
		%	46.6%	27.4%	23.3%	1.4%	1.4%	100.0%
		調整済み残差	0.5	-2.0	1.5	1.7	1.2	
合計	度数	280	246	110	2	3	641	
	%	43.7%	38.4%	17.2%	0.3%	0.5%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) =9.625, p=0.041

④「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「モニタリングではケアプランの目標の達成度を見るようにしている」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「モニタリングではケアプランの目標の達成度を見ている」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、社会的機能優先にしているケアマネジャーは、モニタリングではケアプランの目標の達成度を殆どみていない人が多い傾向にあることがわかった(表 2-6-4)。

表 2-6-4 「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「モニタリングではケアプランの目標の達成度を見るようにしている」についてのクロス集計

		モニタリングではケアプランの目標の 達成度を見るようにしている						
		必ず みている	時々 みている	どちらとも いえない	殆ど みしていない	全く みしていない	合計	
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 社会的な機能である	非該当	度数	370	163	33	2	1	569
		%	65.0%	28.6%	5.8%	0.4%	0.2%	100.0%
		調整済み残差	0.2	0.4	0.6	-3.5	-1.7	
	該当	度数	46	19	3	3	1	72
		%	63.9%	26.4%	4.2%	4.2%	1.4%	100.0%
		調整済み残差	-0.2	-0.4	-0.6	3.5	1.7	
合計	度数	416	182	36	5	2	641	
	%	64.9%	28.4%	5.6%	0.8%	0.3%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) = 11.028, p=0.020

⑤「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「自立支援を目標にしたケアマネジメントは要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」についてのクロス集計

「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「自立支援を目標にしたケアマネジメントは要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」の実施頻度についてクロス集計・フィッシャーの正確確率検定を行った結果、社会的機能優先にしているケアマネジャーの方が、要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的ではないと考えている人が多い傾向にあることがわかった(表 2-6-5)。

表 2-6-5 「解決すべき最も優先順位の高い機能は社会的な機能である」と「自立支援を目標にしたケアマネジメントは要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」についてのクロス集計

		自立支援を目標にしたケアマネジメントは 要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である					
		とても 効果的である	効果的 である思う	どちらとも いえない	効果的である と思わない	効果的 ではない	合計
解決すべき最も 優先順位の高い機能は 社会的な機能である	非該当	度数 219	249	90	17	0	575
		% 38.1%	43.3%	15.7%	3.0%	0.0%	100.0%
		調整済み残差 1.6	0.1	-1.1	-1.1	-4.0	
	該当	度数 21	31	15	4	2	73
	% 28.8%	42.5%	20.5%	5.5%	2.7%	100.0%	
	調整済み残差 -1.6	-0.1	1.1	1.1	4.0		
合計	度数 240	280	105	21	2	648	
	% 37.0%	43.2%	16.2%	3.2%	0.3%	100.0%	

Fisher's χ^2 (4) =12.582, p=0.011

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以下の通りである（表 2-1）。

性別は女性 9 人、男性 1 人の合計 10 人であり、基礎資格は、医療系が看護師 4 人、歯科衛生士 1 人であり、福祉系が介護福祉士 4 人、社会福祉士 1 人であった。年齢は 40 から 60 代。ケアマネジャーの平均経験年数は、11.7 ヶ月。また、協力者 10 人中、認定ケアマネジャーは 10 人、主任ケアマネジャーは 9 人であった。

表 4-2-1 研究協力者の基本情報

確認番号	性別	基礎資格	年齢	経験年数	認定ケアマネジャー	主任ケアマネジャー	実施日	実施時間	実施場所
S	女	介護福祉士	60代	11	○	○	2016/2/13	51分	研究者所属機関の会議室
K	女	看護師	60代	16	○	○	2016/2/13	45分	研究者所属機関の会議室
H	女	看護師	60代	16	○	○	2016/2/15	70分	研究協力者所属機関の会議室
I	女	歯科衛生士	40代	14	○	○	2016/2/16	28分	研究協力者所属機関の会議室
N	女	介護福祉士	50代	5	○	×	2016/2/21	58分	研究者所属機関の会議室
O	女	介護福祉士	40代	6	○	○	2016/2/23	40分	研究協力者所属機関の会議室
T	男	介護福祉士	40代	11	○	○	2016/2/28	37分	研究協力者所属機関の会議室
E	女	看護師	50代	16	○	○	2016/3/19	49分	研究者所属機関の会議室
M	女	看護師	60代	15	○	○	2016/3/25	37分	研究協力者所属機関の会議室
A	女	社会福祉士	50代	7	○	○	2016/3/26	56分	研究者所属機関の会議室

2) インタビューの実施状況

インタビュー実施日は 2 月から 3 月であり、平均時間は平均 47 分。実施場所は、研究者の所属機関会議室または研究協力者の所属機関の会議室で行った。

本文中の【 】は最上位カテゴリ、[] 上位カテゴリ《 》は中位カテゴリ、[] は下位カテゴリ、〈 〉はコードを示す。語りは代表的な内容のみとし、できる限り要約はせず、そのままの形とした。語り途中を略する場合は表記を「…」とした。

また、直接関係のない会話は略した。会話であるため、主語がわかりにくい場合、研究者によって補足をした。

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をしている。また、文末に入っている数字はコード番号である。

3)抽出されたカテゴリーとコード

①最上位カテゴリー19 が抽出された。

1. 【ケアマネジャーの思い】
2. 【違和感を覚え探究心の芽生え】
3. 【自立支援に視点をおいたニーズの見極め】
4. 【要望型ケアマネジャーへの違和感】
5. 【自立支援型ケアマネジメントの重要性】
6. 【自立支援の提案と合意形成】
7. 【サービス事業所との自立支援の実践】
8. 【自立支援への弊害】
9. 【一般的な自立支援の概念】
10. 【自立支援の実践】
11. 【自立支援への壁と振り返り】
12. 【自立支援を重要に考えるケアマネジャーの自立支援の概念】
13. 【自立支援において重要な家族支援】
14. 【在宅生活継続こそ自立支援】
15. 【家族支援と在宅生活継続支援の弊害】
16. 【自立支援の概念】
17. 【仕事のスタンスが自立支援】
18. 【介護保険への不満と課題】
19. 【自立支援を叶えるための課題】

②上位カテゴリー42 中位カテゴリー113、下位カテゴリー211、コードが 525 であった
(表 4-2-3)。

表 4-2-3 カテゴリー・コード一覧表

(1) 【ケアマネジャーの思い】	[利用者家族の望みを叶えたい]	《利用者家族の望みを叶えたい》	[利用者の望みを叶えたい]	<利用者の望みを叶えてあげたい> <利用者の「こうありたい姿」を共有>
			[利用者家族の想いが大切]	<ケアマネジメントにおいて大切な利用者家族の気持ちや想い>
	[利用者が元気に望む生活]	《目標達成や機能回復したときの喜び》	[歩行機能回復による利用者の喜ぶ姿に感動]	<歩行機能回復した利用者の喜ぶ姿をみたとき>

			〔元気になり目標達成したときの喜び〕	<利用者が元気になることこそ喜び> <利用者が目標を達成したときの喜び> <運動効果で元気にしている 90 歳をみたときの喜び> <担当を引き継いだ後も現状を維持していることへの嬉しさ>
(2) 【違和感を覚え探究心の芽生え】	[知識不足周囲のケアマネジャーのレベルの低さに違和感]	《学びのきっかけ》	〔前職に影響を受け知識習得を認識〕	<知識不足を認識して勉強する> <高齢者の世界を知らず医学知識なく自己研鑽を積む> <介護職は医療連携のために必要な幅広い分野の基礎知識と創意工夫>
			〔主任ケアマネジャーのレベルを認識〕	<主任ケアマネジャーのレベルの低さが動機となり認定ケアマネジャー取得>
			〔認定ケアマネジャーの講義に衝撃〕	<認定ケアマネジャーの講義で衝撃を受ける>
	[衝撃を受け探究心の芽生え]	《納得のいく講義に衝撃と探究心の芽生え》	〔衝撃を受け探究心が芽生える〕	<講義を受け衝撃を受け探究心が芽生える>
			〔「科学で治せ」に納得〕	<「認知症は科学で治せ」を知り納得>
(3) 【自立支援に視点を置いたニ	[ケアマネジメントの根底となる	《根拠に基づくケアの重要性を知り伝播する》	〔ケアマネジメントのベースが	<根拠に基づく支援が自立支援型ケアマネジメント>

一ズの見極め】	根拠に基づくケア]		根拠に基づくケア]	<自立支援の土台となるT理論による根拠に基づくケア>		
				<ベースにしている科学的根拠>		
				<脳梗塞骨折等の予防回復のために必要なエビデンス>		
				<理論に基づくケアプラン>		
				<元気になるために土台となる理論>		
	[理論の伝播拡散]		<地域の医師も共感する科学的根拠に基づくケア>			
			<成功事例を発信し理論を拡散>			
			<介護も科学と地域の医師の大きな発信力>			
			[実際のケアマネジメント]	《ケアマネジメントプロセスで意識するアセスメントのニーズ》	[利用者を知る術]	<利用者を知るためのアセスメント>
			<生活史から探るその人の心地よい部分>			
<概要から予測し価値観や大枠を掴むアセスメント>						
<繰り返しアセスメントする多面性の理解>						
<会話の中から引き出すアセスメント>						
<質問ではない会話から探るアセスメント>						

		[ケアマネジメントプロセスで意識するニーズ]	<ケアマネジメントプロセスで意識しているニーズの把握>
		[ケアマネジャーの感性を活用]	<23の基本項目以外でその人となりを知るアセスメント>
			<第六感活用による利用者を知るためアセスメント>
			<利用者の表情や環境から感じ取る感性>
			<利用者の概要を30から60分で聞く自信>
	《体調の把握も含めたモニタリング》	[適切なサービス利用を確認]	<サービス利用の依存の防止のためのモニタリング>
			<提供依頼したサービスとプランの相違の了知>
			<モニタリング時に活用する体調管理シート>
	《複雑なケースの担当者会議でのチーム支援》	[担当者会議の在り方]	<利益となるようなチーム学習の場としての担当者会議>
			<基本ケアの遂行はカンファレンスにて決定>
			<複雑なケースは頻回な担当者会議によるチーム支援>
[ニーズの見極め]	《ニーズを明確にする重要性》	[ニーズを明らかにする自立支援型ケアマネジメント]	<ニーズを明らかにする自立支援型マネジメント>

		[ニーズと要望の違い]	<p><利用者家族が気づいていない問題点を見極められないケアマネジャー></p> <p><要望とは違うニーズの把握></p>
		[ニーズの把握]	<p><ニーズを見極めのできる少数のケアマネジャー></p> <p><事業所内で利用するように指導している8領域21ニーズ></p>
[要望型から自立支援の視点へ意識]	《自立支援の視点を持ってケアマネジメントに実践》	[知識を得て問題意識を持ちケアマネジメントを実践]	<p><勉強し問題意識を持ちケアマネジメント実践></p> <p><成功事例を見てケアマネジャーとして実践></p> <p><要望だけプランは利用者のためにならない></p> <p><科学的論拠に基づくケアを知り利用者との向き合い方への変化></p>
	《自立支援に気をつけて利用者家族へ提案》	[認定ケアマネジャーなり自立支援の提案と基本管理ケア実践]	<p><認定ケアマネジャーになり体調管理ケアを習得して実践></p> <p><主任ケアマネジャーのときには実践していなかった体調管理ケア></p> <p><認定ケアマネジャーになり自立支援の提案を開始></p>
[言いなりケアマネジャーへの違和感]	《言いなりになるケアマネジャーへの違和感》	[利用者家族の要望を受入れる]	<利用者家族の言いなりケアマネジャーへの違和感>

			ケアマネジャーへの違和感]	<利用者家族の要望で調整するケアマネジャーを理解できない> <チームバランスが悪化する要望>
		《要望を聞いている方が苦情もなく楽》	[要望を聞いている方が苦情もなく楽]	<利用者家族とコミュニケーションが取りやすい要望プラン> <苦情につながりやすい要望の強いケース>
		《自立支援が浸透していないお世話になる介護》	[自立支援が浸透していないお世話になる介護]	<自立支援も浸透していないお世話になった方が楽な利用者家族>
		《目先の問題を優先に解決している方が楽なケアマネジャー》	[目先の問題を優先に解決している方が楽なケアマネジャー]	<目先の問題を解決に優先されがちなケアマネジャー> <ケアマネジメントで優先されがち家族の要望や負担軽減> <目先の問題を解決しているほうが楽>
		《原因追求しないケアマネジャー》	[原因追求しないケアマネジャー]	<原因は追求せずにサービス優先のケアマネジャー>
		《理論を説明できない》	[理論を説明できない]	<要望へ流されがちなケアマネジャーは理論だてた説明が苦手>
(4) 【要望型ケアマネ	[基礎資格の影響]	《自立支援にモチベーションの低いヘルパー》	[自立支援にモチベーションが低いヘルパー]	<ヘルパーの自立支援に対するモチベーションの低さ>

ジャーへの 違和感】	《ヘルパー基礎 資格による影 響》	[ヘルパー基礎 資格による影 響]	<ヘルパーからの影 響によるサービスあ りきのケアプラン作 成>
	《ヘルパー教育 の見直しが必 要》	[ヘルパー教育 の見直しが必 要]	<ヘルパー教育の時 間の少なさ>
			<現場教育をする時 間もない程多忙なヘ ルパー>
			<ヘルパー教育の在 り方の整理が必要>
			<ヘルパーの煩雑な 仕事の見直しが必要 >
	《求められてい るヘルパーの能 力と連携力の向 上》	[求められるヘ ルパーの能力と 連携力の向上]	<共に行う生活援助 はヘルパーの能力を 求められる>
			<対話から自立支援 につながることもあ る>
			<ヘルパーが栄養に ついての勉強をして も良い>
			<理想に思うヘルパ ーによる管理栄養士 との連携>
			<利用者の低栄養防 止のための管理栄養 士との連携>
《利用者の能力 を奪うやり過ぎ のヘルパー》	[利用者の能力 を奪うやり過ぎ のヘルパー]	<利用者の能力を奪 うヘルパーは好まな い>	
		<「やり過ぎ」な支 援が介護保険持続不 可能なものにしてい る>	

[ケアマネジャー 不要論の背景]	《悪影響を及ぼしているケアマネジャー》	〔質の悪いケアマネジャーを認識〕	<不必要と考えるは営利目的なケアマネジャー>
			<ケアマネジャーの不徹底さから感じる国の風当たり>
			<実践こそがケアマネジャーの仕事の理解を得る>
			<疑いたくなる民間ケアマネジャーの質の現実問題>
			<サービス調整であれば不要な民間ケアマネジャー>
	〔問題のあるケアプランを認識〕		<レベルの低いケアプラン>
			<リハビリ重視で予防観点に欠けているケアプラン>
			<入院人数増加の要因となるサービス主体のケアプラン>
			<サービスありきで作成されていることがあるケアプラン>
			<学習していない要望型のケアプラン>
	〔過介入サービスの提供を認識〕		<利用者の思いより手伝いという視点で関われば良いと思っている支援>
			<必要のない過介入なサービスを見過ごしている>

			<p>[ケアマネジャーの評価の在り方]</p>	<p><ケアマネジメントの質は誰が評価するのか></p> <p><利用者がケアマネジャーに求めるものはプランや人柄、価値観></p>
	《民間ケアマネジャーの抱えている課題》	[営利企業の在り方]	<p><ケアプランや運営基準も含め必要な事業所の学習></p>	<p><保険者任せの居宅支援事業所のケアマネジャー学習></p>
<p><自明であるケアマネジャーと事業所の学習格差></p>			<p><質の向上につながる研修に時間が割けない営利企業></p>	
<p><介護保険制度とケアマネジャーへの理解が不十分></p>				
		[営利企業と利用者との板ばさみのケアマネジャー]	<p><担当利用者数と併設サービス事業所との連動率の要求></p>	<p><併設サービス事業所の都合により変更せざるを得ない週間プラン></p>
<p><公平中立な質の担保></p>			<p><組織人としての組織への理解></p>	
<p><当然ある経営安定のための利用者の争奪合戦></p>				

			〔併設事業所から受けるケアマネジメントの質へ影響〕	<サービス事業所に付随し開設した居宅支援事業所> <併設サービス事業所の売り上げに対し肩身の狭い利益> <就職難の中狭き門になっているケアマネジャー>
(5) 【自立支援型ケアマネジメントの重要性】	〔自立支援型ケアマネジメントこそがケアマネジャーの存在価値〕	《ケアマネジャーにとって必須な自立支援型ケアマネジメント》	〔ケアマネジャーの存在価値ともなる自立支援型ケアマネジメント〕	<ケアマネジャーが目指すべき自立支援型ケアマネジメント> <ケアマネジャーの地域向上につながる支援> <医療連携における必須知識は自立支援型ケアマネジメント>
		《「自立支援」は自立支援型ケアマネジメント》	〔わかりやすく言い換えた自立支援型ケアマネジメント〕	<ケアマネジメント自体が自立支援のため「自立支援型ケアマネジメント」への言い換え不要> <説明のしようのない「自立支援型ケアマネジメント」> <財源問題により表出した自立支援型ケアマネジメント>
	〔根拠に基づくケア理論の認識〕	《学習による水分の重要性を認識》	〔水分の重要性の認識〕	<勉強する前まで知らなかった脱水予防に必要な水分の重要性> <勉強するまで知らなかった人間の体に必要な水分摂取量>

		《水分ケアの重要性を認識》	〔身体機能に影響を及ぼす水分の重要性を認識〕	<転倒した利用者への水分摂取量の再確認>
				<状態悪化予防のための水分摂取量と服薬管理>
				<水分摂取量が不足し一日中ぼっとしている>
				<事業所内全利用者に対し熱中症を出さないという目標設定>
		〔病院施設における脱水〕	<よくある入院中の脱水>	
			<ショートステイ利用後の脱水>	
		《身体能力を奪う要因を認識》	〔身体能力を奪う要因を認識〕	<閉じこもりはより身体機能低下につながる>
				<身体機能低下回避のためサービス利用回数を調整>
				<先行して介入する身体機能面の介入>
		《認知症の水分ケアの重要性》	〔認知症の水分ケアの重要性〕	<水分不足による認知症状の悪化について悩む>
<水分を飲んでくれる利用者はせん妄が治る>				
《効果の高いサービス展開を認識》	〔サービス事業所利用による効果を認識〕	<知らずにいたサービス事業所の利用による効果>		
(6) 【自立支援の提案	[自立支援を叶えるために必要な	《自立支援を叶えるために必要な目標設定と利	[明確な提案をしていく自立支援]	<自立支援の提案>

と合意形 成】	目標設定と利用者家族への提案]	利用者家族への提案》	〔目標設定〕	<自立支援に基づいた目標設定>
	[利用者家族との信頼関係]	《信頼得るために必要なこと》	[利用者家族から信頼を得るに必要な知識]	利用者家族が安心して任せられるケアマネジャーになるために勉強が必要 <優秀な家族が増えている中勉強が必要> <多様な利用者を支援するための基礎知識が必要> <ケアマネジャーとしての引き出しを増やすことが必要> <信頼構築につながる仕事に対する誠実さ> <利用者家族が本音で話せるような関係> <個別性を考慮し出来ることは何かを探る> <2回目の訪問につながる価値観の共有>
			[不安を持って現れる利用者から信頼を得るための方法]	<素直に夢を語れるような関係> <初対面の利用者が抱くケアマネジャーへの疑心暗鬼> <専門職として利用者を知り興味を持つ> <多様な個別性に対して信頼を得る>

			<p><先入観を持たず見通す力で利用者を観る></p>
		[ケアマネジャーの仕事と役割の理解]	<p><ケアマネジャーの人間性役割を感じてもらおう></p> <p><介入する「わたし」のことをわかりやすく説明></p> <p><専門職としての役割について説明></p> <p><専門職として出来ることを伝え信頼を構築></p>
	《意向確認と自己決定》	[会話から引き出す意向]	<p><利用者の人柄とツボを押さえアプローチする></p> <p><利用者の何気ない一言にひっかかりを持つ></p> <p><利用者の何気ない言葉からキーワードを引き出す></p> <p><利用者の本当の気持ちを確認></p> <p><家族の訴えが優先されがちだが利用者の意向から確認></p> <p><キーパーソンを見極めて利用者の意向に枝付け></p>
		[家族による代弁機能]	<p><家族による代弁か家族の一途な想いかを見極める></p> <p><虐待や寡黙なケースの家族による代弁機能が重要></p>

			〔自己決定の働きかけ〕	<利用者と話しながら自己決定を働きかける> <情報提供後に必要な自己決定と家族の同意>
	[合意形成能力]	《合意形成したときのケアマネジャーの感情》	〔伝わる提案による喜び〕	<家族に受け入れられたときの喜び> <提案に納得を示す家族> <利用者家族より「提案を通りにして良かった」の声> <予め要望通りサービス提供困難こともある旨を説明>
		《ケアマネジャーの合意形成能力》	〔利用者家族の意向を踏まえケアマネジャーより提案〕	<利用者家族の価値観を考慮した提案>
			〔利用者家族との約束〕	<ケアマネジャーの提案に利用者家族が理解と合意を示す> <予後予測に対する支援について予め利用者家族と約束>
(7) 【サービス事業へのオーダー】	[根拠に基づくケアの実践]	《状態改善のための提案と相談》	〔状態改善のために利用者家族へ提案〕	<夜間せん妄のある利用者への水分量の提案> <認知症利用者の家族への水分摂取量測定のプロセス> <根拠に基づいたケアの重要性の説明>
			〔状態のため薬剤を医師へ相談〕	<訪問診療へ変更し薬剤整理により認知症状の改善>

			<p><薬剤整理のため精神科医へケアマネジャーも同行受信></p> <p><信頼のおける訪問診療への変更による薬剤整理></p>
		[状態改善のためにサービス事業所へ依頼]	<p><水分ケアを看護師へ懇願し続ける></p> <p><水分の促しを事業所へ依頼></p> <p><水分ケアの依頼に積極的な対応></p> <p><具体的に水分摂取方法を事業所へ依頼></p>
[多職種連携の重要性とケアマネジャーの役割]	《チームを機能させる役割》	[チームの機能させる役割]	<p><能力を引き出しチーム力で元の生活に戻す></p> <p><重要なチーム作り></p> <p><専門性を活かしチームを機能させる></p> <p><専門性を活かしチームを機能させる役割></p>
		[チームメンバーに認められた喜び]	<「ケアマネジャーとしての職務を果たした」とチームメンバーからの言葉>
	《医療連携に関わるケアマネジャーの役割》	[受診同行の役割]	<p><ケアマネジャーとして受診同行></p> <p><医師と利用者との通訳ではない受診同行></p> <p><医師へ必ずしている病状確認></p>

			〔苦手意識のある医師との連携〕	<ケアマネジャーの訓練意識により医師との連携できるようになる>
				<躊躇することなくできる医師への相談>
			〔医師との連携〕	<家族の迷いや不安を医師に代弁>
				<ターミナルケアの些細な気づきと医療連携>
				<学ぶもある主治医、サービス提供事業所との連携>
			〔医療への違和感〕	<時に覚える医師への違和感>
				<医師は見放したが身体機能を再獲得した利用者>
				<元気にするために歩いてもらうのに抵抗を示す看護の世界>
			〔薬剤師との連携〕	<地域にある薬局との連携が大切>
				<長年利用している薬局であればケアマネジャーの相談にのる>
				<退院時の混乱回避のため薬剤師と医師の連携も必要>
			〔多剤併用予防における薬局との連携〕	<多剤併用予防のため薬剤師への疑義照会が大切>

			<p><多剤併用によるかかりつけ薬局の視点が欠けているケアマネジャーと国民></p>
	《担当引継ぎ時の連携	[担当引き継ぎ時の利用者への誠意]	<p><基本ケアと介護負担軽減を後任ケアマネジャーへ提示></p> <p><申し送りができていたのかを振り返る></p>
[サービス事業所との関係と効果]	《サービス事業所の選定》	[サービス事業所の見極め]	<p><サービス提供現場の実見による事業所を知る></p> <p><サービス提供中に乏しいケアを確認し事業所を変更></p> <p><水分ケアに協力の得られる・得られない事業所></p>
	《自信と根気強さによるサービス事業所への働きかけ》	[自信と強い想いと根気強い働きかけによる事業所への働きかけ]	<p><バランスをとりながら共有した目標に対して主張を通す></p> <p><歩行機能回復のためチーム一丸とするには時間を要す></p> <p><働きかけには強い心と自信が必要></p> <p><介護職として果たすべき責任が必要と苦言></p> <p><事業所へ我慢強く細くオーダーを出した成功事例></p> <p><基礎資格看護師のため水分ケアなど周囲の理解得やすい></p>

			<協力してくれる事業所へ仕掛ける>
		[働きかけの工夫として医師への確認]	<基本ケアを依頼するために仰いだ医師の診断> <医師からの指示があった方が周囲から理解得やすい>
		[推しの強さ]	<水分について事業所へ実践するように推す強さがない私>
	《サービス事業所との関係作り》	[大切な事業所の人との関係づくり]	<サービス事業所で働く人たちの気持ちを大切に> <雰囲気と関係作りを大切に>
	《サービス事業所による対応と効果》	[サービス事業所による認知症ケアの対応]	<積極的な認知症ケアの対応> <アルツハイマー型認知症の方を最期でまで対応> <事業所の受け入れで元気になれる徘徊のある人>
		[結果を出そうと頑張るサービス事業所]	<職員が頑張って若い利用者に対応> <結果を出そうと対応> <サービス事業所の激戦区でもあり細かい相談に応じて対応>
	《サービス事業所の成長》	[サービス事業所の学びと自信と成長のきっかけ]	<ケアマネジャーのアプローチがサービス事業所の成長につながってほしい>

				<p><サービス事業所の自信につながっている></p> <p><成功体験を通し学習始めるサービス事業所></p> <p><困難性もあり楽しさの引き金ともなる></p>
		《サービス利用による目標の実現》	[サービス利用による利用者の目標や想いを実現]	<p><その人が望む生活の実現></p> <p><看取りの実現></p> <p><サービス活用による目標実現を目指す></p> <p><畑仕事に参加し楽しさを持つ></p>
(8) 【自立支援の弊害】	[ケアマネジャーの提案に難航を示す利用者家族]	《伝わらない家族利用者への提案》	[提案が伝わらない利用者家族の難しさ]	<p><家族に同意を得られずサービス開始ならず></p> <p><家族に伝わらないサービス利用の目的></p> <p><提案を受理してもらえず家族対応は難しい></p> <p><前任ケアマネジャー引継ぎ後の体調管理提案の難しさ></p>
			[提案対し利用者家族の理解を得るため力量と知識]	<p><説得するための知識を有し理論だてた利用者家族へ説明></p> <p><説得できる関係性と理解を得るための技術と知識が不足></p>

			<p><予防的視点なく利用者家族に話せない></p>
		[家族関係が悪いケース程提案を否認]	<p><家族関係悪いケースに多いケアマネジャーの提案を否認></p>
	《利用者家族の要望に対する折り合い》	[利用者家族と同じ方向性を見出せない難しさ]	<p><自立支援実現よりサービス優先を求める家族></p>
			<p><利用者家族がケアマネジャーと同じ支援の方向性を見出すむずかしさ></p>
			<p><要望を全部聞き入れず折り合いをつける></p>
			<p><要望の利用者支援として能力を活かす方法を説明></p>
			<p><介護保険サービス理解を得られず></p>
			<p><利用者の依存回避に必要なケアマネジャー支援方針></p>
		[要望に対し機能低下のリスク説明]	<p><要望通りのプランによる機能低下のリスクについて説明></p>
			<p><依存のままにしておくと機能低下につながる></p>
[協力の得られないサービス事業所とその要因]	《サービス事業所のサービス展開への課題》	[対応困難]	<p><問題行動がひどくサービス事業所から対応困難と提示 ></p>
			<p><提示したケアにサービス事業所側より対応困難と回答></p>

			[取り組んでくれない]	<サービス事業所が課題に向け取り組んでくれない> <サービス事業所が取り組まない体調管理ケア> <体調管理ケアの協力を得られない事業所がある>
		《協力が得られない要因》	[協力が得られない要因]	<ケアマネジャーのアプローチに温度差がある事業所> <ニーズの捉え方考え方に違いがあるケアマネジャーと事業所> <サービス事業所の要介護4 5の自立支援への諦め>
		《協力が得られない事業所への感情》	[役割を無視した事業への感情]	<事業所が役割を無視し感情的になってしまう>
(9) 【一般的な自立支援への概念】	[一般的な自立支援への概念]	《定義のない自立支援》	[曖昧で抽象的な自立支援]	<物差しのない自立支援にケアマネジャーは悩む>
				<曖昧な自立支援のイメージ>
				<抽象的な自立支援の概念>
		《サービス利用を目的とした自立支援》	[サービス利用を目的とした自立支援]	<入浴や食事などのサービス利用が目的だと思っている>
《寝たきりの能力を見切る自立支援》	[現状維持が一般的な自立支援]	<気持ちを元気し現状維持する> <能力を引き出し今ある力を現状維持す		

				るのが一般的な自立支援>
				<車いすの人が歩けるようになるイメージのない自立支援>
				<力のある人は現状維持、力のない人は諦めるのが一般的な自立支援>
			[寝たきりの能力を見切る自立支援]	<寝たきりの人をベッドに座るまでが一般的な自立支援>
(10) 【自立支援の実践】	[自立支援実践による成果]	《水分ケアによる成果》	[サービス提供による水分ケアによる効果]	<水分ケアを提供する事業所の利用により元気になる利用者>
				<サービス利用による水分摂取量の効果により認知機能改善>
				<サービス利用による水分促しにより介護度が改善>
		《認知機能改善》	[認知機能改善]	<脱水と認知症状を改善した成功事例>
		《歩行機能回復》	[歩行機能回復が家族の精神安定へとつながる]	<歩行機能回復による生きがいと家族の精神的安定を図る支援>
			[利用者家族の目的共有による歩行機能回復]	<家族サービス事業所が同じ目的を共有し歩行機能が回復>
[ケアマネジャーの知識と情熱が必要]	《諦めない情熱》	[「その人らしくいるために」]	<ケアマネジャーの提案をアプローチし続ける>	

		諦めない情熱 利用者	<p><利用者の夢を持てるよう自立支援を諦めない></p> <p><QOL を実現するために利用者への情熱と想いが必要></p>
		[目的のために諦めない惜しまない支援]	<p><自立支援への想いのあるケアマネジャーは諦めない気持ちとチームワーク力がある></p> <p><利用者の変化を起こすために必要なチーム支援></p> <p><医療に要する効果的支援のため手間を惜しまない></p>
	《諦めないための知識技術》	[諦めずに支援するために必要な知識と技術]	<p><事業所へ諦めず支援するために必要な知識と勉強></p> <p><利用者家族へ自立支援の必要性を説くための知識技術情熱></p>
[利用者の諦めない気持ちが結果を変える]	《影響を与える諦めない元気になる! 想い》	[利用者家族の諦めない気持ちが周りを動かす]	<諦めないメッセージが関わっている人の気持ちを動かす>
		[元気になる! 気持ち利用者家族の想い]	<p><辛いリハビリにも負けない利用者家族の諦めない選択></p> <p><利用者が元気になる! と決意し家族も頑張ると激励></p>
	《諦めない気持ちが結果を変える》	[利用者の諦めない気持ちや意	<介護保険卒業につながる夢と希望と諦めない気持ち>

			識によって結果が変わる]	<利用者家族の意識によって結果に違いがある>
(11) 【自立支援への壁と振り返り】	[自立支援実践への壁]	《自立支援実践へのケアマネジャーの戸惑い》	[自立支援実践へのケアマネジャーの戸惑い]	<自立支援実践は家族への負担が増し理解得られず>
				<自立支援の実践に対する自信はない>
				<利用者にとり「無理矢理」苦痛を与えかねない支援>
	[ケアの振り返り]	《ケアへの想い》	[環境に対する悩み]	<独居高齢者の食事管理の難しさ>
				<劣悪な環境への支援方法に悩む>
			[難病支援への悩み]	<ALS患者への支援方法に悩む>
				<ALS患者の社会資源の活用>
			[果たせていない役割への悩み]	<ケアマネジャーとしての役割を果たしていないことに気づく>
			[躓きや苦労]	<退院カンファレンス決定事項を覆す在宅生活における利用者の意向>
				<看護師で経験もあり末期癌、家族関係悪いケースが多く苦労した>
[失敗の認識]	<失敗した事例は沢山ある>			
[利用者の逝去への悲しみ]	<同日の二人も亡くなったとき>			

			<p><役所や包括が動いてくれず連携遅延></p> <p><ケアマネジャー交替後に逝去した利用者への想い></p>
	《ケアへの後悔》	〔転倒させてしまった後悔〕	<p><対応遅く転倒させてしまった後悔></p> <p><恥ずかしながら転倒骨折をさせてしまった支援></p>
		〔科学的論拠を知らず後悔〕	<p><認知症ケアを怠った後悔></p> <p><科学的論拠知らず肌感覚ケアの提供></p>
		〔自己満足による支援への後悔〕	<p><介護について予め家族への説明しておけば良かった後悔></p> <p><利用者家族に押し付けがましくした支援></p> <p><介護保険のインテグを目算し急かした支援></p> <p><利用者にプレッシャーを与えた独りよがりの支援></p> <p><独りよがりの支援></p> <p><ケアマネジャー交替の原因は利用者へのプレッシャー></p> <p><過度な介入による自己満足な支援からの学び></p> <p><不用意な発言がケアマネジャー交替に></p>

	《認知症ケアへの思い》	[苦戦した認知症ケア]	<周辺症状対応に苦戦>
			<苦戦した認知症へのサービス導入>
			<認知症になった介護者のサービス導入>
		[認知症ケアへの葛藤]	<歩けるようになると徘徊が進む認知症ケア>
		[認知症ケアにおける尊厳]	<認知症は進行してもその人なりは残る>
			<認知機能の低下はあるがトイレへ行かれる利用者>
	《虐待ケースへの思い》	[虐待通報タイミングの難しさ]	<虐待通報のタイミングの難しさ>
		[虐待ケース早期対応ができなかった後悔]	<虐待ケース早期対応ができず後悔>
			<虐待ケースに早期段階で対応できなかったことへの後悔>
		[役所の対応への不満]	<虐待を疑うケースの相談を断る役所>
<虐待を疑うケースに役所と病院の連携が図れず悪化>			
<虐待を疑うケースに半年過ぎてようやく気づき対応する役所>			
《振り返り》	[必要なのは振り返ること]	<失敗を繰り返さないための振り返り>	

				<成功事例においても振り返り>
(12) 【自立支援を重要に考えているケアマネジャーの自立支援概念】	[自立支援を重要に考えているケアマネジャーの自立支援概念]	《自己決定を促す自立支援》	[自己決定・尊重による自立支援]	<自己決定を促していく>
				<自己決定を尊重して意識した自立支援>
			[私らしさを活かした自立支援]	<本来持つその人「良さ」を最期まで活かす自立支援>
		《利用者の望みを叶える自立支援》	[望みを叶えできるようにする自立支援]	<利用者が望む生活を叶える自立支援>
				<利用者がしたいことが出来るようになる自立支援>
				<癌末期のように出来るようになることが目的ではない支援>
				<どのように生きどのように死にたいか支援する自立支援>
		《能力や良さを活かす自立支援》	[能力や良さを活かす自立支援]	<能力を活かし訓練して強化する自立支援>
				<「出来る・やれる・している」という様々な能力を使う自立支援>
		《出来ることをできるようにする自立支援》	[出来ないことを出来るようにする自立支援]	<利用者のできないところに手を貸す>
<欠けている部分に手を入れる>				
<様々な障害を多様な方法で解決し出来るようにする>				

				<p><依存する利用者を励まし生活させていく></p>
		《家族も含む自立支援》	[家族の支援も含む自立支援]	<p><家族の就労も支援></p> <p><家族の力になる支援></p>
(13) 【自立支援においた重要な家族支援】	[利用者家族は一体と考える重要な家族支援]	《家族への支援》	[家族と利用者は一体]	<p><ケアマネジャーとして重要な家族支援></p> <p><対象は利用者であっても家族全てを支援する必要がある></p> <p><利用者家族の心の負担を軽くする役割></p>
			[家族は利用者の一番の理解者]	<家族が一番に想い理解している>
			[支援しやすい家族]	<p><家族関係が良好なケース></p> <p><家族の対立構図が明確なケース></p>
			[介護により明確になる家族の課題]	<p><介護により明確になる家族が抱えている問題></p> <p><利用者により家族が影響を受ける></p>
			[家族の存在が利用者の支援に影響を及ぼす]	<p><家族状況や環境に影響を受ける利用者></p> <p><家族が利用者を煽る></p> <p><自立を望む利用者に対し家族が足を引っ張る></p>

				<p><家族が存在する故の難しさ></p>
			[家族の精神的な支援]	<p><必要な別居家族への頻回な報告></p> <p><利用者が安定していても別居家族へ必要な頻回な報告></p> <p><利用者からの希望もあり躊躇した家族への連絡></p>
		《家族からの学び》	[家族からの学び]	<p><長い介護人生が続くという家族の視点を家族から学ぶ></p> <p><日本の家族とは違う療養生活の在り方></p>
(14) 【在宅生活継続こそ自立支援】	[在宅生活に価値をおくケアマネジャー]	《在宅生活に価値おいているケアマネジャー》	[在宅だからこそその自立支援とその人らしさ]	<p><在宅だからこそその自立支援></p> <p><在宅だからこそ「その人らしく」いられる></p>
			[施設より在宅]	<p><「諦める」イメージが施設入所></p> <p><在宅介護には叶わない施設></p>
			[在宅に必要な能力の査定]	<在宅生活に必要なとなる利用者の能力の査定>
		《在宅生活継続を適えるために必要な知識》	[経済的な余裕による在宅生活継続]	<経済面余裕により在宅生活費用に十分充てられる>
			[在宅生活継続のために必要なケアマネジャーの学び]	<ケアマネジャーが学ぶことで在宅生活の実現を目指せる>

	《在宅生活を目標による入院数の減少》	〔入院数が減った在宅生活継続の目標〕	＜在宅生活継続を目指すことで利用者入院数が減る＞
	《理論知らず施設入所への反省》	〔理論知らず施設入所への反省〕	＜基本ケアを知らず施設入所に同意し後悔＞
	《在宅での看取りに価値》	〔自宅での看取りに価値〕	＜病院より自宅で亡くなる方がいい＞
＜自宅で利用者も家族も感謝しながらお別れできる幸せ＞			
＜「最後は担架に乗らず自分でゴールテープを切るよう」説明			
＜機械につながれたまま看取る病院勤務看護師時代＞			
		〔叶えられた自宅での看取り〕	＜主治医の協力があり在宅を意識し自宅で看とれる＞
〔在宅での看取りへの価値とケアマネジャーの達成感〕	《残された時間となる看取りケア》	〔早期信頼関係の構築が必要〕	＜早期に短期間で信頼構築が必要な看取りケア＞
		〔残された時間の支援〕	＜利用者家族を含めチームが心ひとつになる＞
		〔医師の予後予測通りの看取りまでの時間〕	＜主治医から時間の問題と言われ枯れた様子＞
	《達成感を覚える看取りケア》	〔主治医も感動〕	＜自宅で看取ることができ主治医も感動＞
		〔ケアマネジャーとしての達成感〕	＜施設は諦めて入所となるが看取りは最期まで支援可能＞

			<親子関係の問題を抱えながらも在宅看取り実現した成功事例>
		[ケアマネジャーの役割]	<利用者家族の精神的な支えを担うケアマネジャー>
	《得意とする看取りケア》	[得意とする看取り]	<訪問看護も務めたときもターミナルは得意>
	《利用者の最期にふさわしいケアマネジャー》	[最期にふさわしいケアマネジャー]	<「看てもらって良かった」と最期にふさわしいケアマネジャー>
			<痛いや不安に苦しむ利用者の心の支えとあるケアマネジャー>
		[事業所内におけるサポート体制]	<ターミナルケアにおける新人ケアマネジャーのサポート体制>
	《ケアマネジャーから利用者への看取りアドバイス》	[ケアマネジャーから利用者へアドバイス]	<末期癌の利用者に「人生と同じように最期に味わう苦楽」を説明>
			<エンディングノートを書くように進めている>
	《ケアマネジャーとして説く利用者の人生》	[「利用者がどのように生き死ぬべきか」]	<利用者が「どのように生き死ぬべきか」を考えている>
			<利用者が「最期まで自分らしく生きる」とは何かを考えている>

			<p>[ケアマネジャーとして利用者に説く「人生」]</p> <p>[利用者の伴走車であるケアマネジャー]</p>	<p><「苦楽の絶えない楽なではない人生」と説明></p> <p><ケアマネジャーとして利用者の人生ラストランの伴走車></p> <p><ケアマネジャーとして最初から最期まで看ているケースが多い></p>
		《ケアマネジャーが捉える利用者の死生観》	[ケアマネジャーが捉えた利用者の死生観]	<p><希望を持たず生きながら死にたい気持ちにかられる></p> <p><死にたいという言葉の裏にある生きたい想い></p> <p><思うように生きられないときに思う死にたい気持ち></p> <p><苦しめない方法があれば基本的には生きたい></p> <p><「楽しく生きたい」という望みが利用者の本音></p>
(15) 【家族支援と在宅生活継続支援の弊害】	[家族支援への負担]	《問題のある家族への支援》	[問題のある家族への支援介入]	<p><問題意識のない家族></p> <p><家族に問題があるケース程介入が難しい></p> <p><家族関係悪いケースに失敗が多い></p> <p><抱えている問題が表出しにくい家族></p> <p><介護サービスだけを頼る家族></p>

			〔介護力のない 家族の支援〕	<介護力のない家族 の利用者の支援>
				<家族の理解力が乏 しい支援への後悔と 葛藤>
				<服薬変更により状 態変化に戸惑う家族 への支援>
			〔精神疾患を持 つ家族への支 援〕	<認知症に理解のな い精神疾患を持つ家 族への支援介入>
				<精神的依存のある 家族との関わり方が 必要>
				<家族と利用者およ びケアマネジャーの 距離が縮む>
				<家族が介護に参加 し歩み寄りを感じる ケアマネジャー>
			〔家族関係修復 のためのチーム 役割分担〕	<家族関係の悪いケ ースを通しチームワ ークの重要性を実感 >
				<利用者への最適な 支援に必要なチーム ワークによる家族関 係修復支援>
		<家族利用者各々へ の役割分担支援>		
		《家族支援のケ アマネジャーの 負担感》	〔家族支援の負 担感〕	<家族を冷静に看れ なくなるのが負担 >
				<家族の感情に巻き 込まれるケアマネジ ャーの負担感>

			<p><人間関係構築の出来ない家族との長期関わりが負担></p> <p><家族関係の修復は負担></p>
[在宅の限界と継続の難しさ]	《利用者の自己決定》	〔施設入所希望をする利用者の自己決定〕	<施設か在宅かの選択は利用者の自己決定>
			<施設入所希望者も中にはいる>
	《サービス事業所の在宅継続の断念》	〔サービス事業所の見極めによる在宅の限界〕	<在宅の限界をサービス事業所が勝手に見極めて判断することがある>
			<在宅の限界を示唆するサービス事業所に対しケアマネジャーは可能と判断>
			<事業所が一方的に在宅限界点を見極める>
	《在宅生活の見極めの一要因『家族の断念』》	〔家族の在宅断念による施設の選択〕	<在宅生活可能と提案したが同居家族が在宅を断念し施設を選択>
			<在宅生活を希望の利用者に反し家族が断念した場合継続困難>
			<家族関係・環境により利用者の希望が叶わないとき>
《在宅生活の見極めの一要因『虐待ケース』》	〔虐待による断念〕	<虐待ケースでは在宅限界をだと思ひ措置入院させた>	
		<虐待事例における施設入所の提案>	

		《在宅限界を示したサービス事業所との感情》	〔在宅限界を示したサービス事業所との葛藤〕	<サービス事業所の一方的な判断> <サービス事業所が家族に断念し感情が揺らぐ> <サービス事業所が勝手に断念し感情のコントロールが難しくなる>
		《同居家族へ在宅を説く難しさ」と反省》	〔在宅生活継続をケアマネジャーとして説く難しさ」と反省〕	<在宅生活継続を介護する家族に説く難しさ> <在宅生活断念する家族の意向を覆せずケアマネジャーとして反省>
	[在宅への拘りのないケアマネジャー]	《在宅や施設の拘りはないケアマネジャー》	〔在宅でも施設でも拘りや意識はない〕 〔在宅長らえる意識をしたことはない〕 〔施設も必要なサービス〕	<在宅施設の拘りはない> <在宅志向を意識したことはない> <在宅を長らえる意識はない> <施設も必要なサービス> <在宅が良いではなくその人にとって最適な環境>
(16) 【自立支援の概念】	[自立と自律からなる「その人らしさ」]	《その人らしさを引き出す自立と自律の両輪》	〔両輪が必要となる「自立」と「自律」〕	<利用している「自立」と「自律」> <相互作用のある自立」と「自律」> <両輪が必要となる「自立」と「自律」>

		〔利用者により「自律」と「自立」の優先を見極め、引き出す「その人らしさ」〕	<「その人らしさ」を引き出し見極める「自立」と「自律」>
	《心の在り方で形として表出しない自律》	〔心の在り方で形として表出しない自律〕	<出来なくなった自分を認めることが自律>
			<心のコントロールを柔軟に対応自律>
			<視野を広く持ち総合的に物事を考える自律>
			<心の在り方のため形として現れない自律>
	《優先されがちな目に見え形となる自立》	〔目に見え形として現れる自立が優先されがち〕	<アイデンティティを保つことが「自立」なのか>
			<「自立」を優先に考える人が多い>
			<目に見えて形として現れる「自立」>
			<機能回復の形として現れる介護度軽減>
			<「自立」と「自律」利用者家族が各々持ちその家が「自立」する>
			<「したいこと」が「出来る」状態になることが「自立」>
		〔人それぞれの価値観〕	<人それぞれに価値観はある>

[自由に生きたい と思う利用者の 想い]	《自由に生きたい と思う利用者 の気持ち》	[介護保険の世 話になりたくない]	<介護保険の世話に なりたくない>
		[自分のペース での食事入浴ト イレでの排泄]	<自分のペースで自 分食べたい>
			<自分のペースでゆ っくり湯船につかり たい>
			<デイより自宅の風 呂で入浴したい>
			<排泄は自立したい 利用者にとって最期 の砦>
	<達成感が高いトイ レでの排泄>		
[「こう生きた い」想い]	<寝たきりになっ ても「こう生きたい」 思う>		
	<歩けることだけに 価値があるわけでは ない>		
	《自分が認める 生き方》	[自分が認める 生き方]	<自分を認める生き 方>
[介護保険も必要 ないほど元気に より良い生活へ]	《介護保険も必 要ないくらい元 気になってほし い》	[介護保険も必 要ないくらい元 気になってほし い]	<元気な高齢者を増 やしたい>
			<介護保険も必要の ないくらい元気に なっほしい>
	《より良い生活 をするための支 援を考える》	[利用者家族が より良い状態で 生活し元気でい るための支援を 考える]	<利用者家族が元気 であるために何がで きるかを考える>
			<本人が決定したこ との方が効果が高く 望みを叶えるための 支援として身体的介 入>

				<p><利用者家族が元気になる支援の提供をしたい></p> <p><ケアマネジメントにおいて人生を切り開き全うさせること></p> <p><利用者が一番良い状態にするために多種多様な支援方法を考える></p> <p><利用者の生活が成り立つように考える></p>
(17) 【仕事のスタンスは自立支援】	[仕事のスタンスは自立支援]	《仕事への想いが明確なケアマネジャー》	[仕事への想い]	<利用者のために役に立つ天職>
				<自立支援が仕事のスタンス>
				<仕事の原動力ネットワーク力>
		《自立支援を通しての仕事への自信》	[ケアマネジャーとして失敗はない自信]	<ケアマネジャーとして15年失敗したことがない自信>
			[かなりある自立支援型ケアマネジメントによる成功事例数]	<かなりある自立支援型ケアマネジメントの顕著な成功事例数>
(18) 【介護保険への不満】	[介護保険への不満]	《介護保険制度に寄与するケアマネジャーの負担感》	[介護保険制度に寄与しているケアマネジャー]	<介護保険制度の認知と継続に寄与>
				<介護保険制度やケアマネジャーの国民周知に寄与>
				<介護保険制度に振り回されながらの自学自習>

			〔介護保険給付上の問題〕	<国が思っていた以上に伸びた介護保険給付> <サービス利用がないと業務果たせないケアマネジャー>
			〔居宅療養管理指導における給付の問題〕	<ケアマネジャーの視点から外れやすい居宅療養管理指導> <医師の指示がないと利用できない居宅療養管理指導>
				<ケアプランへの居宅療養管理指導>
				<煩雑過多な帳票類への疑問> <帳票類への疑問>
			〔影響がある地域包括支援センター〕	<「ケアマネジャー」選択に影響力を持つ地域包括支援センター> <新規利用者獲得に対応を求められる包括支援センターの予防プラン> <家族問題について開催してくれない地域ケア会議>
		《役割が増大しているケアマネジャー》		<役割の大きくなっているケアマネケアマネジャー〕> <互助、自助、共助の成長促進のために必要な地域ケア会議> <再構築の難しい戦後の「個」の確立により消滅した隣組>

			<p><昔地域で活躍した保険師としての役割が今尚必要></p> <p><老人保健法解体後役割の大きくなっているケアマネジャー></p> <p><多種多様な利用者に対してケアマネジャーの出来る支援は限られている></p>
		[資源開発に関わるケアマネジャーの役割]	<p><高齢者のソーシャルワークの総合的視点></p> <p><高齢者の総合的視点として資源開発></p> <p><介護保険以外のサービスも努力し実現></p> <p><資源開発の1つとして事業所を変える></p>
[介護保険の課題]	《画一的な日本の介護保険サービス》	[画一的な介護保険サービス]	<p><日本の介護保険サービス></p> <p><画一的な介護保険サービス></p> <p><自費サービスの提供></p>
		[乏しい居宅支援事業所の選択情報]	<p><「ケアマネジャー」選択に乏しい情報量></p> <p><「ケアマネジャー」選択に公正中立を守る役所></p>
		[デンマークの介護]	<デンマークの基本は自立支援>

				<p><ノーマライゼーションの思想を持つデンマーク></p>
			[能力を奪わない支援]	<p><利用者の意志を尊重するデンマークの支援></p> <p><認知症であっても徹底したデンマークの意志決定></p> <p><デンマークの利用者の能力を奪わない支援></p> <p><利用者の精神的自立を促すデンマークの支援></p> <p><日本とは違い手を出さないデンマークの支援></p>
			[ニーズに合わせたサービスの提供]	<p><利用者のニーズに適宜合わせてサービス提供できるデンマーク></p>
			[デンマークの専門職]	<p><営利企業のケアマネジャーが存在しないデンマークのチームアセスメント></p> <p><医療知識もあり地位も高いヘルパー></p>
(19) 【自立支援を叶えるための課題】	[自立支援による要介護度の改善と自立支援の伝播]	《自立支援における歩行機能の回復と要介護度の改善》	[介護度改善を期待できる自立支援]	<p><目先の結果に捉われないのが自立支援></p> <p><介護度の悪化防止と長期的な効果が期待できる自立支援></p> <p><自立支援の効果は介護度の改善と家族の時間捻出></p>

		[元気に歩行機能を回復する自立支援]	<自立支援は家族とチームを組み利用者を元気にする>	
	《自立支援を理解してもらうためにも成功事例を伝播》	[理解を得るために必要な自立支援の伝播]	<自立支援による効果の出た具体的な事例>	
			<「歩く」「オムツ0」にする効果を伝播する必要>	
			<利用者家族に対し地域で事例を示す>	
[ケアマネジャーの啓蒙活動]	《予防観点の重要性を認識》	[予防観点が欠如しているケアマネジャー]	<予防的な視点が欠けている障害、福祉、介護の世界>	
			<高齢者の予防的視点が欠如>	
			<骨折低栄養の原因を理解していないケアマネジャー>	
			[予防的視点が進んでいる医療看護]	<予防的視点が進んでいる高齢医学会>
				<看護医療にある予防概念>
	《ケアマネジャーに必要となる意識啓発活動》	[国民利用者への健康への意識啓発]	<健康を意識する長寿教育>	
			<健康管理に関する啓蒙>	
		[利用者への予防の啓発]	<予防的な知識の啓発>	
			<地道な啓発と長期的な視点>	
	[予防的視点が必要となる自立	<予防的視点を啓発のためのモニタリング>		

		支援型ケアマネジメント]	<予防的な視点が必要な自立支援型ケアマネジメント>
		〔介護者に関わる意識啓発〕	<ケアラーズへの教育>
			<親の介護に関わる意識>
			<親を看るという意識>
		〔ヘルパーへ意識啓発〕	<ヘルパー教育についてもケアマネジャーが啓発>
		〔介護予防のために一役買ったい〕	<介護予防教室など外に出る支援が大切>
		〔自身の健康への責任〕	<自分の健康を維持するための取り組みも必要>
	《国民も持つべき健康自立支援への意識》	〔国民が持つべき意識〕	<ピンピンコロリンに必要な予防知識>
		〔自立支援への意識〕	<自立支援型ケアマネジメントを叶えるための意識>
		〔国民の税金で賄われている介護保険サービスへの意識〕	<介護保険サービスが税金で支えられている意識>

4) カテゴリーの詳細と結果

以下では最上位カテゴリー【 】と上位カテゴリー[] 中位カテゴリー《 》下位カテゴリー〔 〕の順にその構成内容を説明していく。語り途中を略する場合は表記を「…」とした。

また、直接関係のない会話は略した。会話であるため、主語がわかりにくい場合、研究者によって補足をした。

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をしている。また、文末に入っている数字はコード番号である。

(1) 【ケアマネジャーの思い】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[利用者家族の望みを叶えたい]

[利用者が元気に望む生活]

① 「利用者家族の望みを叶えたい」についての説明

中位カテゴリー1つで構成されていた。 《利用者家族の望みを叶えたい》
結 果 利用者がどうしたいのかその思いや、家族の思いを大事にしたい。叶えてあげたい。とケアマネジャーは語っていた。
[利用者の望みを叶えたい] (S) やっぱりその人がどうしたいか。…どういふことをしたいかって言うの。だからその望みがあれば、そこをやっぱり叶えてあげたいっていうので…。18
[利用者家族の思いが大切] (M) 確かに気持ちとか、思いとか、家族の思いとか、大事にしようと思うけど。でも、実行してはいなかったなあ。32

② [利用者が元気に望む生活] の説明

中位カテゴリーは1つで構成されていた。 《目標達成や機能回復をしたときの喜び》
結 果 利用者が元気になる望む生活が出来たときにとってもケアマネジャーは嬉しく思い、さらに利用者の目標達成したときにもとても嬉しく思うとケアマネジャーは語った。
[歩行機能回復による利用者の喜ぶ姿に感動] (M) 退院してきて帰ってきて、寝たきりだった人が、歩けるようになって…週二回行かれるなって、デイのテーブルでニコニコニコして、喜んで座っている姿見たときは、ああ、これは良かったなあと思った。37
[元気になる目標達成したときの喜び]

- (S) 嬉しかったこと。やっぱりお客様が自分で望む、したいっていうことが出来たときに、私は嬉しく思います。…だから、例えば自分があの、何だろう、病気になって、一人でキッチンに立って、台所に立って何かを作りたいって言って、それが作れるようになったのよおとか言うと、目標が一つ達成出来たので、良かったなって思って、嬉しいなと思います。1
- (E) 本人も喜んでくれるし、その方、もう九十過ぎているのですが、元気で、ADLは維持されていて…嬉しいです。18
- (S) お客様が元気になったりすることがやっぱり嬉しいかなあと思うよね。5

(2) 【違和感を覚え探究心の芽生え】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

【知識不足や周囲のケアマネジャーのレベルの低さに違和感】

【衝撃を受けて探究心の芽生え】

① 【知識不足や周囲のケアマネジャーのレベルの低さに違和感】の説明

中位カテゴリーは1つで構成されていた。 《学びのきっかけ》
結果 自覚のある福祉系基礎資格のケアマネジャーは、専門性を高めようと研鑽に励むとケアマネジャーは語っていた。また、主任ケアマネジャー研修に参加をしたケアマネジャーは参加しているケアマネジャーのレベルの低さに愕然としたと語り、より専門性を高めるため、認定ケアマネジャーを取得していると語った。
【前職に影響を受け知識習得を認識】 (A) 社会福祉職っていうか、本当に言ったら、変だけどね。高齢者の世界に自分が入って、学ばなきゃいけないと思っていたので、分からないことは聞く、わからないことは教わるっていう形で勉強して、あと自分で学ぶって形で、勉強していった。27 (O) 介護職なので、医療職の方々みたいに、その専門的な詳しい知識って必要ないと思うのですよね。連携を取るために知識は必要で、あの生活の中の、その体を整える、整え方、生活の中での体の整え方とかっていうのは、絶対必要だと思うので、そういう基本的な医療の知識は絶対に必要あとリハビリの知識もそうですし、相談援助業務もそうです。45
【主任ケアマネジャーのレベルを認識】 (E) 勉強しながら進んできたなかで、まずは主任ケアマネジャーを取りました。でも主任ケアマネジャーを取って、ファシリテーターとして主任ケアマネジャーの研修とかに参加をすると、「こういう人も主任になっちゃうの？」という人も主任になっているのです。それも、わたしも同じ主任なので、同じレベルですよ。これは、ちょっと私は嫌だなって認定ケアマネジャーを取りましようと思って、認定ケアマネジャーの資格を取りました。4

② 【衝撃を受けて探究心が芽生え】の説明

中位カテゴリーは1つで構成されていた。 《納得のいく講義に衝撃と探究心の芽生え》
結果 「介護は科学で治せ」を聞き、認定ケアマネジャーの研修で自立支援の話聞き衝撃を受けた。今まで、新人時代の研修で感銘を受けたものはなく「寄り添うだけで認知症が治ったら誰も苦労はしない」の先生の言葉に納得した。そして、もっともっと先生の講義を聞きたくなったとケアマネジャーは語っていた。
【認定ケアマネジャーの講義に衝撃】

(E) 認定ケアマネジャーのレベルアップ研修で、T先生の講義を受け、今まで自分の行ってきたことは利用者、家族の方が生活しやすいようにという思いだけで、自立支援ではなかったことを知り衝撃を受けた。5

【「科学で治せ」に納得】

(T) 新人時代の研修で感銘を受けたものはなく、最初に感心したのは、T先生の研修で介護は科学だということを聞いたときで、その後「寄り添うだけで認知症が治ったら誰も苦労しない認知症は科学で治せ」ということを聞き納得をした。15

【衝撃を受けた講義に探究心が芽生える】

(E) 本当にT先生に講義していただいたことがもう有り難いです。…本当に頭殴られた思いなので。…位ですよ。あのときですよ。◎さんと、◎さんと、一緒の講義ですよ。…あのレベルアップ研修の。…そうなのです。で、もっとこの先生の話を知りたいと言って。大学院行って。47

(3) 【自立支援に視点をおいたニーズの見極め】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[ケアマネジメントの根底となる根拠の基づくケア]

[実際のケアマネジメント]

[ニーズの見極め]

[要望型から自立支援の視点への意識]

① [ケアマネジメントの根底となる根拠の基づくケア] の説明

中位カテゴリーは1つで構成されていた。 《根拠に基づくケアの重要性を知り伝播する》
結 果 講義を受け、水分・食事・運動の基本ケアを念頭にケアプランの作成も行い、科学的根拠をケアマネジメントのベースにし、自立支援型ケアマネジメントが根拠に基づくケアであると語った。さらに地域の医師も「介護も科学的根拠に基づくケア」にシフトしており、医師の発信力により、根拠に基づくケアの理解が得られ、地域も変わってきているともケアマネジャーは語った。
[ケアマネジメントのベースが根拠に基づくケア] (T) エヴィデンスと根拠ですかね。…自分にとっての自立支援型ケアマネジメントとは、エヴィデンスと根拠、根拠に基づいた支援ですかね…。4 (E) 基本にT先生の理論が重なったっていう部分ですかね。基本先生の理論は土台ですね。…土台ができてなかったのに、どんどんケアプラン立てていたのですよね。先生に会って土台がちゃんとやっと土台らしきものができて、今仕事ができているのかなって。29 (T) 科学的根拠をもって介護するということをケアマネジメントのベースにしている。23 (E) T先生の話聞きたい思い、そこで学び始めてから水分、食事、運動、その基本ケアが大事なのだっていうことを念頭において、プランたてるようになった。6
[地域の医師も認めている科学的根拠に基づくケア] (T) 街の在宅療養のドクターも医療は科学であり、介護も科学でやると言う先生が増えてきており、少しずつ地域も科学的根拠に基づくケアにシフトしてきている。そういうドクターが出て来ることで変わってきていると思う。5

② [実際のケアマネジメント] の説明

中位カテゴリーは3つで構成されていた。 《ケアマネジメントプロセスで意識するニーズ》 《体調の把握も含めたモニタリング》 《複雑なケースの担当者会議でのチーム支援》
結 果 ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメント、担当者会議、モニタリング、そして再アセスメントについてここでケアマネジャーは語っていた。アセスメントは国が規定した23項目のアセスメント様式を利用して形式的な情報収集をするのではなく、会話、ケアマ

<p>ネジャーの感性から利用者家族を深く知ることの大切さが語られていた。また、アセスメントにおいてはニーズの重要性も語っていた。複雑なケース程、担当者会議におけるチーム支援や話し合いの場が必要である。また、モニタリングでは、サービスの利用状況を確認するほかに、利用者の体調管理についても、モニタリングシート以外の体調管理シートを活用していると語り、ケアマネジメントプロセスの重要性をケアマネジャーは語った。</p>
<p>〔利用者を知る術〕</p> <p>(K) 概要で、職歴、生まれ、何となく予測つくじゃない。そうすると、その予想からいろいろなことを、話を、話題をこういろいろ飛ばしたりしていくと、その人のやっぱり価値観だとか大枠だいたい掴めるでしょ。28</p> <p>(K) 色々な反応がくることによって、一個一個答えが来るわけじゃない。要は色々なこと話しながら、しかも質問じゃなくて違う全然違う話ししながら。・・・二十三項目のアセスメントがあるけれどそれは基本的なもので、人となりを知るにはそれ以外のアセスメントが必要だよ。29</p>
<p>〔ケアマネジメントプロセスで意識するニーズ〕</p> <p>(A) わたしがケアマネジャーとして大事にしていることは、ニーズをきちんと把握することと、ケアマネジメントの基本を大切にすること。アセスメント、ニーズの抽出、プラン、モニタリングという過程で再アセスメントにおけるニーズの把握をすごく意識している。43</p>
<p>〔ケアマネジャーの感性を活用〕</p> <p>(H) 利用者さん、家族の言葉もだけど、利用者さんやその家族の相槌を打つときの顔のコンタクト、の中の風景、匂いなどを感じとる感性は大事。15</p>
<p>〔適切なサービス利用を確認〕</p> <p>(H) 依存してはいけないということ。いいわいいわのサービスの利用にならないようにモニタリングすることが大事なのだと思う。47</p>
<p>〔担当者会議の在り方〕</p> <p>(E) 水分をどの位飲んでいいのか、一日に食事は何をどの位食べているか、運動や排泄のことを一枚シートにしてあり、それを毎月のモニタリングのときに使用し、T先生の基本ケアをいつも頭に入れてアセスメントやモニタリングをしている。20</p> <p>(H) 悩みのあったケースでは、最低月1回、2週間に1回くらい担当者会議で集まってチームで支えるということがあった。34</p>

③ [ニーズの見極め] の説明

<p>中位カテゴリーは1つで構成されていた。</p> <p>《ニーズを明確にする重要性》</p>
<p>結 果</p> <p>ニーズの見極めにより、利用者や家族が気づいていない課題を解決することもケアマネジャーには必要。それを見極められないとケアプランは立てられない。それはその人らしい生活を送るためにもニーズを意識することは必要であるとケアマネジャーは語っていた。</p>

<p>【ニーズを明らかにする自立支援型ケアマネジメント】</p> <p>(A) 特に意識せずに普段からやっていること、ニーズを明らかにすることが自立支援型ケアマネジメントだと思う。40</p>
<p>【ニーズと要望の違い】</p> <p>(E) モニタリングという過程で、必要があれば再アセスメントすることをすごく意識している。事業所のなかのアセスメントシートは、運営規定上、T先生の8領域21ニーズは使用できず、MDS-HCをいまだに使っている。19</p>
<p>【ニーズを把握】</p> <p>(E) 家族や本人が気づかない問題点を見極められないとケアプランはたてられない、それができないから、サービスから入るようなことになる。44</p> <p>(A) 大切にしているもの。ニーズをきちんと把握すること。先ず一つは、要望とは違う。その人が、その人らしく生活が送れるために必要なこと。1</p>

④ 【要望型から自立支援の視点への意識】の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《自立支援の視点を持ってケアマネジメントに実践》</p> <p>《自立支援に気をつけて利用者家族へ提案》</p>
<p>結 果</p> <p>科学的根拠に基づくケアを知る中で、要望型の支援から自立支援の視点に気づいたと語った。認定ケアマネジャーの研修に参加したケアマネジャーは、ここで、根拠に基づくケアを学び、主任ケアマネジャーとは違う自立支援の視点を知り、実践するようになっていったとケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>【知識を得て問題意識を持ちケアマネジメントを実践】</p> <p>(M) 水分の効果について学び、実例報告でそれが実証されていくことを見るにつけ、やらなければならないことだと思い実践している。18</p> <p>(T) 科学的論拠やエヴィデンスを知るか知らないかでは、利用者に対する向き合い方が変わる。自分も知らない頃は肌感覚でケアをしていた。16</p> <p>(I) 要望型は人のためになってないのは、この勉強をして感じて、今は自立支援の視点は気にするようになった。もちろん全部は叶えられないのだけど。7</p>
<p>【認定ケアマネジャーになり自立支援提案し基本ケア実践】</p> <p>(I) 認定ケアマネジャーの勉強をしてからは自立支援を意識して提案するようになっている。5</p> <p>(I) 認定ケアマネジャーを受けるあたりから、勉強して水や食事を意識するようになり、具体的な方法を学んで実践するようになった。主任ケアマネジャーのときは、やっていたのかも知れないけれど、多分意識することはなかったと思う。22</p>

(4) 【要望型ケアマネジャーへの違和感】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[言いなりケアマネジャーへの違和感]

[基礎資格の影響]

[ケアマネジャー不要論の背景]

① [言いなりケアマネジャーへの違和感] の説明

中位カテゴリーは6つで構成されていた。

《言いなりになるケアマネジャーへの違和感》

《要望を聞いている方が苦情もなく楽》

《自立支援が浸透していないお世話になる介護》

《目先の問題を優先に解決している方が楽なケアマネジャー》

《原因追求しないケアマネジャー》

《理論を説明できないケアマネジャー》

結 果

利用者家族の要望を聞きそれをそのままサービス調整しているケアマネジャーが中にはいる。家族の要望だからと、そのまま受け入れてしまうケアマネジャーはこれに対して、ケアマネジャーは違和感を覚えると語った。このようにケアマネジャーが利用者家族の要望をそのまま聞き入れる要因には、苦情にならず利用者家族とのコミュニケーションが図りやすく、関係性がうまくいくという理由。また、自立支援が周知されておらず「介護はお世話になるもの」といった要素が強く目先の問題だけをケアマネジャーが解決しているという理由。利用者家族に理論立てた説明が苦手なケアマネジャーが利用者家族のいいなりになっているという理由をケアマネジャーは語っていた。

[言いなりになるケアマネジャーへの違和感]

(A) 利用者家族の要望で調整しているケアマネジャーは良くいるけれど、私には理解できない。
44

(S) ヘルパーが過剰サービスに気づいていてもケアマネジャーが感じないと、家族の要望だからといってサービスを入れてしまうというようなこともあり、私は違和感を、感じる。
47

[自立支援が浸透していないお世話になる介護]

(I) 自立支援が浸透しておらず、利用者も家族もまだまだやってもらった方が楽であり、目先のところの理解の方が得やすいような気がする。9

[要望を聞いている方が苦情もなく楽]

(M) 要望を聞かないと利用者が文句言うこともあり、役所や上司にも言う。利用者を元気にしたいという自分の思いとの狭間で苦しむことが多い。4

(I) それまでは私、多分ね、要望型のケアプランを建てていたのですよ。完全に。その方が、コミュニケーションがうまくいくから。関係がうまくいくから。6

〔目先の問題を優先に解決している方が楽なケアマネジャー〕

- (I) やってもらった方が楽っていうところの、目先のところの方が理解を生み出しやすいのかなあって。…介護、要介護の人とご家族に関して。…のような気がする。10
- (N) 本人たちもその視点が強いけど、それを、サービスを調整するケアマネジャーも、その視点の方が強いでしょ。だから、今できないことを解決することしか考えていないからさあ。14
- (H) 例えばいろいろ家族から要望があり、本人はただただ黙って寝ているだけで、寝たきり状態で、もうご家族が本当にもう大変な状態がすぐ見えるときに、わたしたちって、どうしてもサービスをたくさん入れるというかね、奥さんが倒れないようにしていくためにどうするかっていうふうに、考えるのだけど…。19

〔原因を追究しないケアマネジャー〕

- (N) そのリスクをケアマネジャーが把握出来ていなくて、ただりハビリだけを入れればいいのかっていうふうに考えているところが、ちょっと視点が違ったりしたりとか。3-1

〔理論を説明できないケアマネジャー〕

- (E) 今はこの方が、この人にとっては大事なのだよってことを、理論立てて説明できるけれど、それができないケアマネジャーは、やっぱり家族がこうしてほしいっていう方に流れる方が簡単なので、家族に合わせる方が簡単なので、そっちに行っちゃうことが多いと思いますけど。24

② 〔基礎資格の影響〕の説明

中位カテゴリーは5つで構成されていた。

《自立支援にモチベーションの低いヘルパー》

《ヘルパー基礎資格による影響》

《ヘルパー教育に見直しが必要》

《求められているヘルパーの能力と連携力の向上》

《利用者の能力を奪うやり過ぎのヘルパー》

結果

ヘルパーの教育が行き届いていないこともあり、ヘルパーの自立支援に対するモチベーションが不足していること、さらにOJTを含めヘルパー教育が行き届いていないこと、さらにヘルパーの基礎資格を有するケアマネジャーのケアプランはサービスありきになっているとケアマネジャーは語っていた。

〔自立支援にモチベーションが不足しているヘルパー〕

- (S) 自立支援することへのモチベーションが不足している。57 - 2

〔ヘルパー基礎資格による影響〕

- (E) はい。それができないから、サービスから入っちゃうのだと思うのです。右から、こうですよね。…そうですね。…だから、ヘルパーさんをずっとやってえて、ケアマネジャーの試験受かっちゃって、ケアプランたてなきゃいけないって、なっちゃった人は、いつも右から入っているのですよね。…45

〔ヘルパー教育の見直しが必要〕

- (S) 日本はヘルパーに対し勉強する時間数も少ないし…。57 - 1
- (S) ヘルパーは、何時間かの教育を受けるだけで資格が取れ、OJT で教える人もいないような状況で、目の前のこと忙しくこなすだけで、自立支援の意識もないので、根本的な所から考えていく必要がある。48
- (S) デンマークでのヘルパーの教育は医療行為も含まれており、3年ほど勉強するため、ヘルパーという仕事の地位も高い。52

〔求められるヘルパーの能力と連携力の向上〕

- (N) 例えばヘルパーさんが食事の支援をするのであるなら、管理栄養士に相談し低栄養にならないために献立を考え、食事形態や栄養価など工夫ができればいいと思う。4

〔利用者の能力を奪うやり過ぎのヘルパー〕

- (S) 極論からいうと、訪問介護サービスはあまり好きではない。利用したくない。身体介護は必要な人に利用するのは好きだが、生活援助は、能力を奪えない人にはいいと思うが、できる能力を奪うため好きではない。40
- (S) 日本の介護保険制度は無くなってしまいうだろう。ヘルパーさんの、やりすぎ、やらなくていいところまでやっちゃっているところがあるから。45

③ 〔ケアマネジャー不要論の背景〕の説明

中位カテゴリーは2つで構成されていた。

《悪影響を及ぼしているケアマネジャー》

《民間のケアマネジャー抱えている課題》

結 果

利用者家族が気づいていないニーズ（課題）の見極めができずに、利用者家族の要望通りのケアプランを作成してサービスを提供しているケアマネジャーが中にはいる。また、サービスありきのケアプランもあること認識していた。また営利法人に所属しているケアマネジャーの業務や学習の参加に理解を示さない法人もあり、さらに併設するサービス事業所が、売り上げの高い点もあり、週間プランの変更をケアマネジャーに求め、連動率を求めるといった営利法人との間にケアマネジャーが板ばさみになっているということも背景にあると語っていた。しっかりとしているケアマネジャーもいる中で、そうではないケアマネジャーもいる中で制度上に問題はないのかと考えケアマネジャー不要論の話も仕方ないとも語っていた。

〔質の悪いケアマネジャーを認識〕

- (T) ケアマネジャーの実践が不徹底なためにケアマネジャーに対する風あたりが強い。33
- (T) だからこそ、ケアマネジャー自身が仕事を理解して実践することが必要。34
- (S) しっかりとしているケアマネもいるが、そうではないケアマネもいる。そうしてくれると制度に問題はないのかと疑問に感じる。ケアマネ不要論も仕方ないのかも知れないよね…。67

〔問題のあるケアプランを認識〕

- (E) ヘルパーをずっとやっていた人がケアマネジャーの試験に受かり、ケアプランたてないといけないうてなった時、楽ですからケアプランを右から入れていて、でも入院が増えたりします。7
- (E) 利用者のニーズや目標に基づいてプランをたてるというより、あるサービスを使うために、目標やニーズを後付けしているのが見え見えのプランが多かった。8
- (H) 要望型になってしまったのは、ケアマネジャーには学習機会はいろいろあるが、事業所には、介護保険法を含め、なかなか学ぶ機会もない。49

〔過介入サービスの提供を認識〕

- (S) やり過ぎ。この人元気なのに、なんでここまでしないといけないのとか、ある。結構あるよね。…帯で入っていたら、その必要性って何処にあるのだろう？何をしているのだろう。46

〔ケアマネジャーの評価の在り方〕

- (H) 質の高いケアマネジメントを売れという学者に対して、では誰がどう評価しそれをできるのかとよく言われている。63

〔営利企業の在り方〕

- (H) 以前からずっと事業所の質を上げないと介護保険の運用をしていけないと言ってはいるが、営利企業の介入があれば、営利に向かい、研修時間を割けないことが理由の一つである。53
- (H) 会社自体がケアマネジャーや介護保険に対する理解が進まなかったということも理由の一つだと思う。54

〔営利企業と利用者との板ばさみ〕

- (H) 営利企業では、減算をしても良いから件数を多く持つように、または併設サービスがあれば、何故利用につながるように契約してこないのだと言われるようなことがある。55
- (H) サービス提供責任者や訪問介護から、言われた通りに週間計画を立てざるを得ないようなこともある。58

〔併設事業所から受けるケアマネジメントへの影響〕

- (H) 元々ヘルパー事業所が立ち上げたところのケアマネジャーも家政婦紹介所から始まっている。介護支援専門員の事業所自体が、後から付随してきている。56
- (H) 訪問介護の方が売りあげの方が高いため、上からは、そこから給料も支払われているということも言われ、立場の弱さ、肩身が狭いこともある。57

(5) 【自立支援型ケアマネジメントの重要性】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

【自立支援型ケアマネジメントこそがケアマネジャーの存在価値】

【根拠に基づくケアの認識】

① 【自立支援型ケアマネジメントこそがケアマネジャーの存在価値】の説明

中位カテゴリーは2つで構成されていた。

《ケアマネジャーにとって必須な自立支援型ケアマネジメント》

《わかりやすく言い換えた自立支援型ケアマネジメント》

結 果

自立支援型ケアマネジメントが基本的な基礎知識となる。そのためケアマネジャーの資格取得後は全員が実践すべき支援であり、そのようにすることでケアマネジャーの存在価値も認められることになると語っていた。さらに自立支援型ケアマネジメントという言葉が表出された背景には、重度化予防における財源確保の問題もあり、それにより自立支援型ケアマネジメントという言葉が使われるようになったとケアマネジャーは語った。

【ケアマネジャーの存在価値ともなる自立支援型ケアマネジメント】

- (0) 自立支援型ケアマネジメントは、ケアマネジャーの資格を取ったら、全員が目指さなくては行けないものであり、そうでなければケアマネジャーの存在価値がなくなると思う。37
- (0) 自立支援型ケアマネジメントが基本的な基礎知識になるため、先ず、それを知らないで医療職と連携をも取れないと思っている。44

【わかりやすく自立支援型ケアマネジメント】

- (A) 介護保険制度や居宅介護支援事業所運営基準には「自立支援」ということが沢山、書いてあり、改めて自立支援型ケアマネジメントという言葉に違和感がある。41
- (I) 在院日数減少、重度化予防と同様に介護費用も少なくすると同様、財源の問題の元、自立支援型ケアマネジメントという言葉が出てきたと認識している。18

② 【根拠に基づくケアの認識】の説明

中位カテゴリーは5つで構成されていた。

《学習による水分の重要性を認識》

《水分ケアの重要性を認識》

《身体能力を奪う要因を認識》

《認知症ケアの水分ケアの重要性》

《効果の高いサービス展開を認識》

結 果

ケアマネジャーは「水分」の重要性、体の中の水不足が身体へ影響を及ぼすことを学習し、熱中症、認知機能の低下、転倒骨折の予防のために実際に利用者の水分摂取量の把握に努めていた。また閉じこもりによる不活性な生活が身体機能の低下につながることも理解し、

<p>ケアを展開していた。また、入院中や入所中に引き起こす脱水について日頃から痛感していると言っていた。</p>
<p>〔水分の重要性を認識〕</p> <p>(M) 自立支援のこと、勉強するまで水分摂取に関して一般の看護師と同じで脱水症状がなければ水分は足りていると思っていた。17</p>
<p>〔身体機能に影響を及ぼす水分の重要性を認識〕</p> <p>(E) ただ転んで骨折ってというのはあって、やっぱり覚醒水準が低下して転倒するというリスクが多くなっているということは、水分不足なので、もう一度水分のところからチェックし直すように言っている。23</p> <p>(E) 事業所で、利用者さんが熱中症により救急車で運ばれることがないようにする、という目標を決め、熱中症で救急搬送は、なくなってきている。21</p>
<p>〔病院施設における脱水を認識〕</p> <p>(T) 成功事例。入院脱水なんてよくある話だと思うのですが。…改善しましたね。よくなりましたね。ああ、やったねって思いましたね。2</p> <p>(N) 家で商売をやっているため、一ヶ月に一週間ぐらいショートステイを使うのだが、環境が変わるためか、どうしても脱水症状になってしまい家に帰って来ると病院で点滴をすることになる。32</p>
<p>〔身体能力を奪う要因を認識〕</p> <p>(E) 介護を受ける人は閉じこもりがちな生活をしていることで機能が低下していくと私は思っていて、外に出て誰かと話す、体を動かすことはとても大事で介護予防の教室だとも言える。48</p> <p>(S) サービス回数を減らすなどして、何とかやっていかれそうであればそれはそれでよいと思っている。逆に回数を増加することで本人の身体能力を奪う方が危険かな。39</p>
<p>〔認知症の水分ケアの重要性を認識〕</p> <p>(E) 認知症があるので、週に二回のデイサービスに来て、お風呂に入ると言う形であとは娘さんがお家で介護していますね。飲んでくれる人は、やっぱり、その夜のせん妄症状とかが治ってきます。14</p>
<p>〔サービス事業所利用による効果を知る〕</p> <p>(T) 当時はデイサービスにどういう効力があるのか、本当には知らず、預かってくれるイメージでした。17</p>

(6) 【支援の提案と合意形成能力】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[自立支援を叶えるために必要な目標設定と利用者家族への提案]

[利用者家族との信頼関係]

[合意形成能力]

① [自立支援を叶えるために必要な目標設定と利用者家族への提案] の説明

<p>中位カテゴリーは1つで構成されていた。</p> <p>《自立支援を叶えるために必要な利用者家族への提案》</p>
<p>結 果</p> <p>利用者の自立支援を叶えるためには、利用者家族への明確な提案と、そして利用者の望みに対するケアプランの目標設定になる。しかしながら、この支援を叶えるためには弊害もあり、利用者家族による自立支援への理解を得られないこともある。自立支援を実践するに当たってはケアマネジャーの自立支援への自信と諦めない情熱が重要になると語られていた。</p>
<p>[明確な提案]</p> <p>(S) 何て言うのかな。こう、これが、こっち側の見立てでこれが良いですよ、押し付けるのではなくて、ただ分からないから、こういう方法、こういう方法、こういう方法がありますと言うと、それをどういう方法かって、自分の生き方とか、やり方とか提案してもらって、…提案して、いくことが自立支援になるのかと思う。28</p>
<p>[目標設定]</p> <p>(T) 目標。今の、外に歩けるようになるっていうのが、目標になって、それに対して、どうやって、やってもらうかっていう、そのプランを書くところが、プランを書く、算段をつける、道筋をつけるっていうのが、多分ケアマネジャーの腕の見せ所なのでしょうね。…と思っっていますけれどね。39</p>

② [利用者家族との信頼関係] の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《信頼を得るために必要なこと》</p> <p>《意向確認と自己決定》</p>
<p>結 果</p> <p>利用者家族との関係において、最も重要となるのは信頼関係構築であることをケアマネジャーは語っている。多様な不安を持って相談に来る利用者家族に対して、ケアマネジャーは専門性のある対応と知識を兼ね備え、利用者家族に接しその不安を解決していく必要がある。利用者家族に興味を持ち客観的な評価の元、問題を解決するための今後の見通しをたてる。利用者家族が何を望みどんな生活を叶えていきたいのか、会話から意向を引き出し自己決定を促す。この積み重ねが利用者家族から信頼を得ることとなるとケアマネジャーは語った。</p>

〔利用者家族から信頼を得るに必要な知識〕

- (E) 学校の先生だったり、病院の先生だったりっていう家族もいる。最近では家族も学んでいて、優秀で私たちが教えてもらうことも多く、アマネジャーと一緒に勉強させて頂くことで、利用者がいつまでも元気で家で過ごせることにつながると思う。27
- (O) いろんな環境の人がいるので、基本的な知識は絶対必要だと思います。46

〔不安を持って現れる利用者から信頼を得るための方法〕

- (H) 初めてあった人はすぐにオープンにはしないでしょ。ちょっと疑心暗鬼で私に何を提供してくれて、私の役にたつかどうかって。7
- (H) 基本は自分が専門職として相手を知ることと、そこに興味を持てるかということだと思う。5
- (H) ある程度事前に情報を得た上で、強い先入観はいけないけど、何となくこんなことでお困りなのかなあ、こんなことを希望しているのかな、S先生が言うあの見通す力そこは少しキャパを持ちながら行ったほうが良い。14
- (O) あの本当に個性がやっぱりすごくあるので、家族構成とか、本人のご病気とか、願いとか、生活歴が、みんな違うので、まずは、あの自分を信じてもらうこと。3
- (H) 要は、むしろそういう夢を語りあったり、自分のその無理かも知れないけど、思いを素直に話せる、そういう関係が大事なのかなっていうふうに思うのだよね。38

〔ケアマネジャーの仕事と役割の理解〕

- (H) インテークから訪問にかけ、自分は何をする人でどんな役割で今日来たのか、自分は何者かということ相手に感じ取ってもらわなければいけない。9
- (O) 私がここに介入するのは、家族みんなに良くなってもらいたい、本人が望む生活を実現したいという目的で来ている、家族にも安心してもらえるような環境作りをお手伝いするために来ているということ、適切な伝わりやすい言葉でお伝えするようにしている。4

〔会話から引き出す意向〕

- (I) 一番はご本人の意向、気持ちを先ず伺う。どうしてもその家族関係とか力関係じゃないけれどもご家族の訴えが優先されることあるので、先ずはご本人のお話を伺う。1
- (I) ご本人が訴えられないことや間違った方向もあるため、先ずはご本人の意向を根本にした上で枝付け、キーが誰かを見極める。2
- (H) アンテナがたくさんある人ほど、利用者さんとか家族の発した何気ない一言に引っかかる。16

〔自己決定への働きかけ〕

- (S) 一緒に話しながら、その人と話しながら、どういうふうにしたかってことをその人が自己決定していく。自分で決めていけるようにしていく。21
- (O) やはり本人が決めることをすごく大事にしています。本人の同意、本人が考えて決める、家族が考えて結論を出すっていうのをすごく。やはりわたし自身もケアマネジャーになった当初はこれが良いのだからこれにしましよと押し付けがましいこう話し方をしていたのです。2

③ [合意形成能力] の説明

中位カテゴリーは2つで構成されていた。

《合意形成したときのケアマネジャーの感情》

《合意形成能力》

結 果

ケアマネジャーは利用者家族の意向を踏まえつつ、課題を利用者家族へ明らかにし、支援方法を提案していった。しかし、利用者家族によっては、ケアマネジャーの提案に同意を示さない利用者家族もいたため、ケアマネジャーは利用者家族が同意を示すことに喜びを覚えると語った。合意を示した利用者家族に対しては、努力をするということまでが約束であり、さらにケアマネジャーはそれを見守っていく必要があるとも語っていた。

【伝わる提案による喜び】

- (S) そんなにケアマネジャーが言うのだったらと、言う通りにやってみようかと、家族に提案が受け入れられて在宅になった人もいて、それは良かった嬉しいと思った。13
- (I) 成功し良かったなと思うのは、寝たきりのままリハビリもせずになりたいといった利用者がオムツではなくトイレへ行かれるように、デイへ行かれるように提案をしたケースで、最後は介護度もあがり、デイへも行き家族の時間も作れた利用者や家族からケアマネジャーの提案通りにして良かったという言葉を受け嬉しかった。14

【利用者家族の意向を踏まえケアマネジャーより提案】

- (I) 要望が利用者のためになっていないものもあるため見極め、まずは利用者の意見を聞いて、ケアマネジャーとして意見を提案する。3
- (S) 私とは違う価値観の中で言っているのだから、提案はするけれども、その人と私とは違う。だから、こういう方法をすると、こうふうになりますよって、提案はします。30

【利用者家族との約束】

- (H) 合意とは、ケアマネジャーと約束をして、本人も家族も頑張れるというものを持っていて、駄目なら次の選択肢を見つける努力が出来るとこまでが合意なのだと思う。そこまでの約束事をケアマネジャーは見守らなければならないと思う。41
- (O) 本人の思いを聞きやすいのは在宅だが、本人と家族に、今は容態が安定しているから、サービスはこれにしていきたいと思いますと提案しつつ、今より悪くなったら、デイへ行きましょうとか、看護師さんをお願いしていきたいと思いますという約束も本人家族としてもらいます。11

(7) 【サービス事業所へのオーダー】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

〔根拠の基づくケアの実践〕

〔多職種連携の重要性とケアマネジャーの役割〕

〔サービス事業所との関係と効果〕

① 〔根拠に基づくケアの実践〕の説明

中位カテゴリーは1つで構成されていた。

《状態改善のための提案と相談》

結 果

利用者の状態を改善する場合、ケアマネジャーは利用者家族および実際にそれを支援するサービス事業所へのアプローチを行う。アプローチは根拠に基づくものであり、また何故そのケアが必要なのか理由を持って利用者家族、サービス事業所へ説明をしている。薬剤の影響により利用者の状態が悪化しているとケアマネジャーが推測した場合も同様に、医師へ相談するなど、利用者の状態改善のための取り組みについてケアマネジャーは語っている。

〔状態改善のために利用者家族へ提案〕

- (E) 飲ませているっていう家族がいましたが、じゃあどのくらい飲ませているのか計ってみましょうっていうところから入った。11
- (T) ケアマネジャーとして、アプローチをすること自体を大切にしているのではなく、なぜそのアプローチをするのかという根拠、アプローチに理由を持つということを大切にしている。27

〔状態改善のため薬剤を医師へ相談〕

- (I) 認知症の事例だと、あちこちで薬をもらう薬好きの利用者さんが、先生を一本に、絞って、薬の整理をしてもらったら、認知症状が落ちついたことがあった。19
- (O) 家族と相談をして、信頼のおける在宅診療医に依頼して診てもらった。数十種類も飲んでいた薬を全部中止した。17

〔状態改善のためにサービス事業所へ依頼〕

- (O) 水分を入れることについて、最初デイサービスでは足の浮腫みがあるからと看護師の、反発があり、同意を得られなかなかった。20
- (O) 医師へ水分の制限がないことをこと確認し、家族の意向し水分をデイで飲ませてほしい、家に帰ると暴れるようなことがないようにと看護師と直接話した。理由があれば対応してくれ、ときにはマンツーマンの対応で飲ませてくれる。22

② 〔多職種連携の重要性とケアマネジャーの役割〕の説明

中位カテゴリーは4つで構成されていた。

《チームを機能させる役割》

《医療連携》

《薬剤連携》

《担当引継ぎの連携》

結 果

ケアマネジャーの役割として要になるのが多職種連携になる。ここではチームを機能させるためにはケアマネジャーが利用者家族、そしてチームの能力を引き出すことが重要であると語られている。さらに医療連携においては、医師との連携における苦手意識や医療への違和感持つケアマネジャーの存在が示されているが、一方で、ケアマネジャーによる病状確認、家族の代弁を果たすなど、必要なときに必要な医師との連携も図られていることがわかった。さらに薬剤師との連携においては、服薬管理方法や多剤併用問題において積極的な関わりを持ち、介護および医療との積極的な連携が利用者家族のために必要であることが語られている。

【チームを機能させる役割】

- (H) 私たちは責任をもって元の生活に戻すため、本人の努力を引き出しながら、使える資源を使い、なおかつチームの力を使うのが、ケアマネジャーがやるべきこと。11
- (H) 家族が何年先も読んでいて、何年か先の家族のシミュレーションを描いているときに、チームを作っていくことが、わたしの役割だと学んだ。29

【チームメンバーから認められた喜び】

- (A) 主治医からも、本当によくやったという言葉を受け、そして、在宅、施設のメンバーからケアマネジャーとしてやるべきことをやったという言葉もあったときに、ケアマネジャーとして出来るだけのことを、出来たのだと思った事例になった。26

【受診同行におけるケアマネジャーの役割】

- (T) 細やかかわからないが、疑問に思うことは医師に聞いている。28

【苦手意識医師との連携】

- (M) ケアマネジャーは訓練と意識により、早期発見、早期対応、医師とのやり取りはできるようになる。35
- (T) 医師への質問などは、特に躊躇などはしなくなってきた。29

【医師との連携】

- (N) 家族はいつも迷っていて、先生には直接言いつらいところもあり…私にしてくれるので、「納得しないと、家族はいつまででも、転的をしてほしいと思いますよ」と先生に私から話し、先生も「そうだよね。徐々に言っていけばいいよ」と言って…。36
- (A) 在宅の主治医とのやり取りとか、施設の利用の仕方、いろんな利用の仕方があるっていうことを学んだ。22

【医療への違和感】

- (T) 医師だからと言って皆が優秀な訳でもなく、いろいろな先生がいる。先生に違和感を感じることもある。30

(M) 一番大変なのは、利用者を元気にすることに対して、看護師などが、不可能や不必要等のデメリットを説く。看護の世界はそういった意味では全体に考え方が遅れている。7

〔薬剤師との連携〕

(N) 退院時に薬を一本化しても…自宅に戻ると入院前まで飲んでいた薬があるため、高齢者は混乱してしまうようなことがある。その病院とその薬剤師さんの連携が取れていれば薬の整理ができる。18

(N) 大量の薬が出たので、かかりつけ薬局に相談したら、一本化してくれた。長年その薬局にかかわっていると、薬の整理もしてくれるので、相談するには良いと思う。19

〔多剤併用予防における薬局との連携〕

(N) ケアマネジャーの視点としては、先ずどこの薬局で薬をもらっているかの確認が必要で、大学病院を2～3軒通っている利用者さんが同じ薬局で薬をもらえば、重複している場合もあり、そのときには薬剤師から先生へ疑義照会ができるのでそれが一番良いと思う。17

〔担当引き継ぎ時の利用者への誠意〕

(O) 引き継いだケアマネジャーには、基本ケアを行ってほしいこと、さらに家族の介護力が低かったため、家族が少しでも負担が減るように、老健のショートを指定して利用することをお願いした。28

③ [サービス事業所との関係と効果] の説明

中位カテゴリーは6つで構成されていた。

《自信と根気強さによるサービス事業所への働きかけ》

《自信と強い想いと根気強い働きかけによる事業所への働きかけ》

《サービス事業所との関係作り》

《サービス事業所による対応と効果》

《サービス事業所の成長》

《サービス利用による目標実現》

結 果

サービス事業所によってはケアマネジャーの依頼をしたケアを対応してくれないところもあり、また実際にどのようなケアを提供しているのか事業所の見極めは必要だとケアマネジャーは思っていると語った。実際にサービス事業所にケアのオーダーを出してもなかなか実践してもらえないこともあり、細かくしつこく指示を出していくことも必要であった。サービス事業所によっては医師の指導や指示があれば信用し対応してくれるようなところもあるため、ケアマネジャーの一工夫も必要だと感じている。ただ、やはりケアマネジャーと事業所との信頼関係というところでは、事業所の人との関係をケアマネジャーとして大切にしている。そうすることで、認知症状が出現しているケアなど対応し、結果を出してくれる事業所もある。それにより、サービス事業所が変わっていく自信や成長にもつながっていると実感している。勿論、利用者も効果を得ることにより、諦めかけていたことができるようになっていくと実感をしているとケアマネジャーは語った。

【サービス事業所の見極め】

- (T) 実際にサービスをやっているところを自分の目で見た方がいい。そうして見極めるということが必要です。21
- (M) 水分は、プラン通りたてて、一日これだけ飲ませてくださいって言って、それを協力してくれる施設と、そんなことやっている暇ない、本人飲まないのだから「いいのじゃないか」と両極端でしたね。15

【自信と強い想いと根気強い働きかけによる事業所への働きかけ】

- (T) デイサービスへオーダーを出して実践してもらっていたが、かなりしつこく、歩かせてもらえるように、細かく指示を出し、実践してもらったのは、この事例が最初だったかもしれません。7
- (M) 周囲のケアマネジャーも、サービス提供事業所へここまでやってほしいと依頼することで、対応してくれるようになったと言っている。大切なことは、強い気持ちと自信がないと、サービス提供事業所へ水分や歩行のことなど依頼ができない。30

【働きかけの一工夫として医師への確認】

- (O) そのデイサービスは、体調を整えることに前向きだったので、医師の指導指示があると言えばやってくれた。介護職だから私のことはあまり信用していない。先生が言っている、といえば、だいたいはやってくれます。24

【推しの強さ】

- (M) 本人が飲みたがらない、そんな暇はないと言い協力の得られないところもあり、推していく強さが自分にはなかった。しかし最近では脱水が注目され、むしろヘルパーさんからも利用者に飲ませてくれる。16

【大切な事業所の人との関係づくり】

- (A) 一緒に、わたしがマネジメントのなかで大事にしていることは、一緒に事業所、サービス提供事業所と、一緒に作ってくってということだったので、なんでも言ってくれやすい雰囲気とか、言ってくれやすいような、その関係を作るってことを、大事にしている。19

【サービス事業所による認知症ケアの対応】

- (O) 認知症のためのケア。最初はすごく苦戦していたのです。「帰る、帰る」ってデイサービスで言ったり。マンツーマンで対応して頂いて。デイサービスのなかでも、この人がおだやかに暮らしていけるように、どうしたらいいのだろうかと言うのは、検討してくれたのです。いろんな方法、記録に残して、どうしたら一番この人が落ち着くのだろうか。25

【結果を出そうと頑張るサービス事業所】

- (E) 多くないですね。でも直接、デイサービスなんかは、直接行って、今みたいに、具体的に頼むと、やってくれる所多いと思います。16
- (O) 大変というか、数少ないですけど、ただ横浜市の事業所さんだったので、〇市はすごくデイサービスの競争率が激しくて、あと割合とやってくださいって言ったことって、やってくれるのですね。23

(T) 今は、こちらからオーダーを出すことで、デイサービスも成長してほしいと思っている。18

【サービス事業所の学びと自信と成長のきっかけ】

(M) 例えば食事とかにしても、誤嚥させると施設なんかは怖いから、なかなか難しいけど、でも、ちょっとずつ、ちょっとずつ、一緒にやってくれば、自信つくし、スタッフもねというところで。14

(T) その施設でも、これを成功事例として体験し、有効な方法であり学習した是非またトライをしたいと言っていた。8

【サービス利用による利用者の目標や想いを実現】

(A) 結果施設で亡くなってはいるが、在宅の主治医、訪問歯科医、訪問看護等のメンバーが在宅で看取ったという形の意識だった。25

(S) いろんなサービスを使って、やりたいと思うことが出来るようになると、お客様本人が諦めていたことが出来るかも知れないと思えるようになる。2

(8) 【自立支援の弊害】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

〔ケアマネジャーからの提案に難航を示す利用者家族〕

〔協力の得られないサービス事業所〕

① 〔ケアマネジャーからの提案に難航を示す利用者家族〕 の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《伝わらない家族利用者への提案》</p> <p>《利用者家族の要望に対する折り合い》</p>
<p>結 果</p> <p>長期的な視野で支援を考慮すると、利用者が元気になることで家族の介護負担の軽減につながるはずであるのだから、利用者家族は目の前の問題しか視野に入らずケアマネジャーの提案を受け入れない場合が往々にしてある。特に家族関係の悪化しているケースにおいては利用者家族との間においても意見が分かれるためにケアマネジャーの提案の受け入れが特に悪い。利用者家族より理解を得るためにはケアマネジメントにおける理論をケアマネジャーが理解し、さらに利用者家族に対する提案能力と、いうまでもなく良好な信頼関係であるということを経営者は語った。</p>
<p>〔提案が伝わらない利用者家族の難しさ〕</p> <p>(I) 長期的にみると本人が元気になることで家族の負担も減るはずだが、目先のことばかりを、家族は考え、本人が元気になってもらうと一人で外出してしまうことが困ると言い、私のサービス利用の目標と家族の目標が違い、同様に家族に伝わらないケースは少なくない。18</p> <p>(I) 引き継いだケースでは、体調を整えることを意識しても、長年の習慣のようなものがあって、きっかけがないと実践してもらえない。24</p>
<p>〔提案対し利用者家族の理解を得るため力量と知識〕</p> <p>(E) 理論がわかっていないと、説明ができないので、ケアマネジャー自身が勉強しなければならないし、このケアマネジャーさんに任せておけば、大丈夫だという信頼関係ができないと、家族も安心して聞いてくれない。25</p> <p>(I) 説得出来るだけの関係が出来ていないし、理解して納得してもらえるだけの技術と知識が足りていないのだと思う。26</p>
<p>〔家族関係が悪いケース程提案を否認〕</p> <p>(I) 失敗はいっぱいあった。家族関係、親子関係や夫婦関係が悪いところにはなかなかその提案が入らない。16</p>
<p>〔利用者家族と同じ方向性を見出せない難しさ〕</p> <p>(M) 家族にはとにかくサービスを入れてくれれば良いと言われ、理想に近づくには障害が多い。</p> <p>6</p> <p>(S) その人の要望の全部を聞くのではなく、調整をしながら、折り合いをつけていっている。折り合いをつけるときに大切にしているものは、絶対無理なことは無理と言うが、話して</p>

<p>説明をすること、全部は無理でも、これぐらいなら出来るということで双方折り合いをつけていく。33</p> <p>(H) 基本的には、自立の反対は依存だから、要するに、その人が依存っていうふうにならないようにしていく、ケアマネジャーの方策が出来ているかどうかということなのだと思うのだ。18</p>
<p>〔要望に対し機能低下のリスク説明〕</p> <p>(S) 要望強く受け身型の人に対し自立支援として、自分でやらないことで動けなくなることを、伝えていく。36</p>

②〔協力の得られないサービス事業所〕の説明

<p>中位カテゴリーは3つで構成されていた。</p> <p>《サービス事業所のサービス展開への課題》</p> <p>《協力が得られない要因》</p> <p>《協力が得られない事業所への感情》</p>
<p>結 果</p> <p>ケアマネジャーがサービス事業所へ自立支援を目的に、体調管理ケアやリハビリを依頼してもサービス事業所は対応が困難と提示してくる場合がある。その要因としてサービス事業所が対応仕切れないという問題、サービス事業所とケアマネジャーの課題の相違、そして要介護度の高い利用者への一般的な介護のイメージからサービス事業書が諦めてしまう3つの問題がある。</p>
<p>〔サービス事業所の諦めや協力を得られない支援〕</p> <p>(A) ターミナルの事例では、もう無理だよって事業所から。事業所は、その人本人だけを見て、うちはこういうケアをするところだから無理だよとか、そういうことを言われちゃう。8</p>
<p>〔取り組んでくれないケア〕</p> <p>(A) 要はニーズに向って、取り組もうとしないときとか、そういうときが、すごくあって、それをどういうふうに変えていったらいいか、みんなで同じ方向を向いてたらいいか。例えば、体調管理のケアに対しての水分とか食事とか排泄のケアに対して。5</p>
<p>〔協力が得られない要因〕</p> <p>(M) 先ず、要介護度4、5になったら、自立支援って考えはないと思うのね。家族もケアマネジャーも看護師も。リハビリ、PTさんですこの人無理でしょなんて言う位だから。3</p> <p>(T) 資源開発として事業所へアプローチしても、出来るところと出来ないところの差が大きく、受け止め方に温度差がありケアマネジャーがうるさいのでやりますよと口では言って実際は全然やってないという事業所もある。12</p> <p>(A) すごくある。事業所とケアマネジャーのニーズについての考え方が違う。3</p>
<p>〔協力が得られない事業所への感情〕</p> <p>(A) そこの事業所において、自立支援って、歩いて何かできることだけを自立支援だと思ってるスタッフがいて、そうじゃなくても、彼にとって、彼がずっと望んできたことはお家</p>

で亡くなることだったのね。…お家で亡くなるために、デイの役割をきちんと、みなさんに認識してもらっている筈ですと。にもかかわらず、まだデイでね、できること、まだあるのではじゃないですかって言って、怒っちゃったことがあって、もちろん、けんか腰ではないけどね。9

(9) 【一般的な自立支援の概念】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[寝たきり介護のイメージが一般的な自立支援の概念]

① [寝たきり介護のイメージが一般的な自立支援の概念] の説明

<p>中位カテゴリーは3つで構成されていた。</p> <p>《定義のない自立支援》</p> <p>《サービス利用を目的とした自立支援》</p> <p>《寝たきりの人も現状を維持する一般的な自立支援》</p>
<p>結 果</p> <p>一般的にケアマネジャーが考えている自立支援について、現状が維持できる程度の自立支援、サービスの利用を目的とした自立支援、寝たきりの利用者の能力を見切る自立支援の3つの自立支援を語っていた。自立支援においての定義はなく、曖昧かつ抽象的である。そのため自立支援の定義づけが必要ではないかともケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>[曖昧で抽象的な自立支援]</p> <p>(T) だから悩むでしょう。…みんなが悩むでしょう。…だからその、類型示してみたいな、自立支援の物差しあった方がいいのでしょうね。…と思うけど。…まあ僕流の。解釈だとそういうことですよ。42</p> <p>(M) 自立支援に対して、まだ曖昧なのだけど、イメージがちゃんとできてれば、わたしの自立支援は、だからまあ、ね、こういうことを言っているっていうところが、ちゃんとイメージがあれば、そこに行けるけど、イメージが曖昧だと、まあこの辺かなあみたいになっちゃうじゃない。ね。…曖昧だよ。なんでもかんでも、自立支援になれば、なるよね、なんでもなるよね、その人が自立支援と思えば。48</p> <p>(T) 抽象的なのだよね。…自立支援って…35</p>
<p>[サービス利用を目的とした自立支援]</p> <p>(M) 主任ケアマネジャーしていたときも、何人かいるけど、なんでそこまでやるのみたいな、あって。とにかく行って、プランに入れて、食事食べさせて、体綺麗にして、トイレ、そういう身体的なケアをすることがメイン。だからデイサービスも、一人で食事食べられない、お風呂入れないから、デイサービスに行きましょう、みたいな。…それがもしかしたら、自立支援って思っているかね。…極端かもしれないけど抵抗あったね。そうね、丁度。29</p>
<p>[現状維持が一般的な自立支援]</p> <p>(M) そう、あと自立支援って考え方が違うかなと思う。…多分、あの、わたしが、前だったときは、自立支援って何か、歩かせるとか、何か自分でさせるっていうことだけがメインではなくて、あの、世の中一般に言われているのって、なんとなくメンタル的な、気持ち的なところであったり、元気な人の、元気だった人を元気にさせるような自立支援、自分のことは、自分でできることは維持しましょう、みたいな。…寝てしまっている人たちは、</p>

心しかないけど。無理だってみんな思っているから、心うち。23

- (M) ほら予防とか、元気な人にとか、支援にするとか、そういう人たちのできる力を引き出して、支援するところが、自立支援だと思っている。なんとなく。…わたしは感じるのね。それもあるけど、なんとなく、その今ある力を維持すればいいとか、それがもう自立支援になっているような気がするの。それを、だから元気で歩ける人はそのまんま維持して。24
- (M) じゃあ車椅子とか、B2とかB1の人たちが、あのね、もうちょっとこう歩きたいり、するってような自立支援とかではないような気がするのね、身体的。なんか世の中は違うような気がする。そこは考えてないような気がする。25
- (M) そうそう、だからよくできる力を維持しましょうとか、引き出しましょうとか、ISOとか、ICFか、言っているけど。それは、できる人に対してなんだと思うの。力がある人。力がない人とか、に関しては、なんか諦めているか。やってない。一般的には、そういう人が多いじゃないかなって気がするの。26

【寝たきりの能力を見切る自立支援】

- (M) 平均的にいけば、きっと、まあベッド上に座るところまでいけばOK。みたいな、それが自立支援させたみたいな、自立支援っていうか、ADLアップさせたみたいな。28

(10) 【自立支援の実践】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[自立支援実践による成果]

[ケアマネジャーの情熱と知識が必要]

[利用者の諦めない気持ちが結果を変える]

① [自立支援実践による成果] の説明

<p>中位カテゴリーは3つで構成されていた。</p> <p>《水分ケアによる成果》</p> <p>《認知機能改善》</p> <p>《歩行機能回復》</p>
<p>結 果</p> <p>科学的根拠に基づくケアを実践していく中で、利用者家族がどうしたいのかにより、周囲が無理だと思っけていても、利用者、家族そして、チームにおける目的が明確であれば、寝たきりの人が歩けるようになるなど成果につながることはあるとケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>[サービス提供による水分ケアによる効果]</p> <p>(E) ショートステイ中に、そのショートステイの施設では、水分ケアわかってくれる施設を選ぶので、ショートステイ中に元気になって帰してくれるっていう施設もあります。15</p> <p>(O) そこで水分の摂取一日1,500cc以上というのを、デイでは1,000ccって決めてもらって、ヘルパーさんは朝夕で、必ず200cc以上飲ましてくださいということで、水分を入れ始めたら、どんどん覚醒があがって、ヘルパーさんが言っていることが、分かるようになって、先ずは、あのデイサービスの方が迎えに行っても、いつもいない時が多かったのですが、何時になったら、そのデイサービスの迎えが来るよって言うのが理解できるようになり…。18</p> <p>(E) あのそのデイサービスによっては、飲み物の種類を、すごく八種類位豊富に、あったかいの、冷たいのとか、いろいろ混ぜると、八種類位の豊富なところがあるので。そこ行ったら全部一種ずつ飲でと利用者に言って、飲ませてもらっている人います。そういう人は、少しずつ改善して、介護度がよくなり…いました。17</p>
<p>[認知機能改善]</p> <p>(T) 週五日デイサービスを入れて、で水分を一日7～9時間で預かってもらっている間は、一応800以上で。一日、歩けるだけ歩かしてほしいっていうのを出したのですね、オーダーとして。ものの十日間くらいで、ちゃんと娘さんの顔も分かるようになって、それから歩く距離も延びて、何て言うのですかね、元通りじゃないけどほぼ。ていうふうにして、戻って良かったなっていうの、一つ。1</p>
<p>[歩行機能回復が家族の精神安定へとつながる]</p> <p>(O) 機能が回復すれば、一度落ちてしまった機能が回復すれば、あの家族の負担は減るでしょうし、精神的な安心感、駄目だと思っけていた父や母が、また歩けるようになったっていう</p>

<p>のは、すごく嬉しいことではないかなって。…本人も、その歩けるのと、歩けないのでは、人生の、何て言うのでしょうか、生きがいも変わってくるでしょうし。42</p>
<p>〔利用者家族の目的共有による歩行機能回復〕</p> <p>(M) あの、ご家族も本人も元気になりたいって言って、どうみても無理だとしても、本人とか、まあ本人だけじゃなくご家族とか、介護するケアスタッフの協力があって、同じ目的であれば、あの寝たきりから歩いてっていうところは、あるんですけど。9</p>

②〔ケアマネジャーの情熱と知識が必要〕の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《諦めない情熱》</p> <p>《諦めないための知識技術》</p>
<p>結 果</p> <p>ケアマネジャーが利用者家族の QOL 向上、自立支援を目的にサービスを展開する。利用者家族が夢や希望を持てるように、ケアマネジャーの諦めない情熱が大切であるとケアマネジャーは語った。サービスにおいては事業所間で手間を惜しむようなことやあってはならず、ケアマネジャーにはそれを推し進めていくだけの知識や技術を兼ね備える必要がある。その結果、利用者だけではなく家族の QOL 向上をももたらすことができるとケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>〔「その人らしくいるために」諦めない情熱〕</p> <p>(T) 好き勝手に生きてきた人に、何度水分を摂るように言っても一向に聞き入れてもらえない、それもその人の人生なので仕方がないとは思いますがアプローチは続けている。26</p> <p>(M) その人がその人らしく生きるために私たちができる自立支援とは、QOL を高めるといえるか、何かを諦めて、これでいいと終わってしまうものではなく、夢と希望が持てるような…諦めないこと。45</p> <p>(M) 情熱というか、元気にさせたい、歩かせて、この人まだやれることがあるのに、このままで終わっていいのかとか、この人が動くことでご家族だって時間が確保でき、喜々として、二人の QOL、人生の質を上げられるってことでは、やはり QOL を、その人のよく言う、一般的なその人のその人らしく最期までというところ…。44</p>
<p>〔目的のために諦めない惜しまない支援〕</p> <p>(H) 医療を必要とする担当の利用者に対し、効率的、効果的な支援をしていくために、サービス事業所間で訪問看護を中心にリスク管理について講義をしてもらおう等、そういった手間を惜しむようなことはあってはならないと思っている。77</p> <p>(M) 本当に自立支援をしているケアマネジャーたちは、情熱、諦めないという想いがやっぱりすごい。関わる事業所との信頼関係やチームワークもすごい。42</p>
<p>〔諦めずに支援するために必要な知識と技術〕</p> <p>(M) どの事業所に何を頼むかもきちんと選別し、無理な依頼もしている。頭だけではなく、知識勉強も必要で。あとは元気にさせたい、このままでは終わらせられないとケアマネジャー</p>

ーが動くことで利用者だけでなく家族の人生の質を上げられる。43

③ [利用者の諦めない気持ちが結果を変える] の説明

中位カテゴリーは2つで構成されていた。

《諦めない気持ちが結果を変える》

《影響を与える諦めない元気になりたい想い》

結 果

利用者家族の諦めない選択、そして、元気になりたいという想いが利用者、家族の意識、生活を変えていく、ということである。つまり、夢を語り、諦めないことにより、介護保険サービスからの卒業にもつながっていくのではないかと思うとケアマネジャーは語っている。

[利用者家族の諦めない気持ちが周りを動かす]

(H) その時期は医療中心で、ちょっとした変化が重症化につながっていく状況だったし、リハビリがうまくいかないと本人も辛かったろうが、それでも本人も家族も諦めない選択をした。35

[元気になりたい気持ち利用者家族の想い]

(H) 若い理学療法士は、本人が若く、可能性があるし、何より一番は意思が明確だという意見だった。本人たちは駄目でもやらないで諦めるのは嫌だという人だった。37

[利用者の諦めない気持ちや意識によって結果が変わる]

(H) 高齢者人口がどんどん増えていく中で、これからは、夢を語れる、諦めない、そういう考え方が増えていけば、介護保険ウィニングしていくことにつながるのではないかと思う。39

(M) 成功したケースは少ないが、利用者家族の意識によって結果に違いがある。8

(11) 【自立支援への壁と振り返り】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[自立支援実践への壁]

[ケアの振り返り]

① [自立支援実践への壁] の説明

中位カテゴリーは1つで構成されていた。

《自立支援実践へのケアマネジャーの戸惑い》

結 果

3つの壁をケアマネジャーは語った。

1つ目が、利用者家族の経済力より、理想的なサービス提供ができない場合があり障害があるとケアマネジャーは語った。2つ目が、自立支援に自信を持ってないケアマネジャーもいた。3つ目が、ケアマネジャーとして諦めたくはないけれど、それが却って利用者の苦痛になることがあるなら、ADL向上を認めないと語っていた。

[自立支援実践へのケアマネジャーの戸惑い]

(M) 例えば、あの私ほら自立支援っていうのを勉強させてもらっているから、その人が寝たきりでも歩けたり、こう動かせたりするってことにもっていきたい。でも、そうするためには、サービスにお金がなくて入れなかったら、ご家族が、やっぱり座らせたり、いろんなケアをしなきゃいけないってところで負担だったり、動かして、元気になられたら、困るのだからよって人もいるし、そういうなかで、あのとにかくサービス入れてくれればいいみたいの方もいたし、だからその、うーん、なんか夢と理想と現実、それがあって、そこに近づくには、こう障害が多すぎるっていうか。5

(S) 思います。…あんまり自信ないですよ。自立支援を実践しているとは思いますが、正直、やっているとは言えない部分もある。32

(M) 諦めないだね。自分が諦めたら、でも、なんか、これって難しいのだよ。諦めない。そう、わたしは諦めたくないけど、相手にとって、それが苦痛だったら、それは、どうなのかなって、どこあるでしょ。無理矢理ADLをアップすることはどうなのかなと思っていたりする。46

② [ケアの振り返り] の説明

中位カテゴリーは5つで構成されていた。

《ケアへの想い》

《ケアへの後悔》

《認知症ケアへの想い》

《虐待ケースへの想い》

《振り返り》

結 果

担当したケースを通し、悩みや、躓き、苦労、後悔、逝去への悲しみといった感情をケア

<p>マネジャーは認識していた。ケアマネジャーの自己満足による支援が、利用者や家族の希望によりケアマネジャーの交替となってしまう後悔という感情、さらに認知症ケアや虐待ケースへの想いなど、支援を通しての想いを持ちながらも、後悔や失敗を認識し、振り返りをすることがとても大切であるとケアマネジャーは語っていた。また、根拠に基づくケアを知らずして、肌感覚でサービスを提供していた時代への振り返りもあるとケアマネジャーは語った。</p>
<p>【環境に対する支援への悩み】</p> <p>(N) 高齢者一人暮らしは特に難しい。21</p>
<p>【難病支援への悩み】</p> <p>(N) ALS の患者さんを受け持っているが、難病の難しさとして、社会資源をうまく活用できていないというのが課題の一つだと思っている。38</p>
<p>【果たせていない役割への悩み】</p> <p>(H) 家族が何年も先を読んでいるケースに出合ったとき、自分の仕事を果たしていないと思ったケースがあったが、それは違うんではないかと思った。28</p>
<p>【躓きや苦勞】</p> <p>(O) 医療職も同席した病院のカンファレンスで、一番理想の形を作り決めたことが、その人が長く続けてきた生活の場、家に帰るとくつがえされることがあり、躓くことは良くある。 9</p> <p>(M) 看護師の資格も持ち経験年数も長いことから、末期癌や困難性の高いケースが多くケアマネジャーとしては苦勞が多い。3</p>
<p>【失敗の認識】</p> <p>失敗はいっぱいある。15</p>
<p>【逝去への悲しみ】</p> <p>(K) 区役所、包括と何とか繋いだが、結局、栄養失調と脱水で亡くなったしまった、私にとってはとても悲しかった。42</p>
<p>【転倒させてしまった後悔】</p> <p>(T) 失敗した事例では、手すりを導入するタイミングを逸してしまい、タイミングが遅くて、利用者を転ばせてしまった。気づいていたにも関わらず、まだ大丈夫だろうと手すりの導入を後回しにしてしまったことが利用者さんの転倒につながってしまったと。19</p>
<p>【根拠に基づいたケアをしらず後悔】</p> <p>(I) 認知症状が落ち着いて良かったと思ったが、水分や食事を含め、私がそこまで見ておらず今考えると良くなかったと思う。21</p> <p>(T) 科学的論拠に出会う前の自分の仕事は、肌感覚で何となくサービスを位置づけていたため、自分がケアマネジャーとしてデビューしたての頃のお客さんに、もう一度、科学的論拠に基づいたケアで関わらせてほしいというような思い、後悔がある。14</p>
<p>【ケアマネジャーの自己満足による支援】</p>

<p>(O) 私自身もケアマネジャーになった当初は、これが良いのだからこれにしましよと、押し付けがましい、こう話し方をしていたのです。1</p> <p>(H) あなたのようなケアマネジャーで助かるなど言われていたため、勝手に心地よいのだと思っていた利用者から、突然ケアマネジャー交替を言われ、利用者をいつの間にか疲れさせてしまっていたのだと気づき、申し訳なかったと思った。78</p> <p>(H) 知らずのうちに、施設で暮らした方が本人にとっては良いのではないかという強いメッセージを発していたように思う。結局、二三日後にお断りの電話で新しいケアマネジャーを探すので結構という話しになった。84</p>
<p>【苦戦した認知症ケア】</p> <p>(K) 100%に近いアルツハイマーだったのだけど、人格障害的なものはなかった。だから、その途中は大変なことはいっぱいあったよ。あの周辺症状は。55</p>
<p>【認知症ケアへの葛藤】</p> <p>(M) 私は認知症の方が多く、元気に歩くけるようになると徘徊で悩むこともあった。10</p>
<p>【認知症ケアにおける尊厳】</p> <p>(K) その認知症は進んでいるのだけど、その人となりは残るのね。その人の根幹が無くならない54</p>
<p>【虐待通報の難しさ】</p> <p>(O) 病院に行っていると聞いていたのですね。でもこれは、私のことだから、ほっといてちょうだいって。…いよいよ痣を見て、わたしも通報したのですが、もっと早く何かできなかったかなっていうのがあります、あります。…難しい。すごく難しいのですが。32</p>
<p>【虐待ケースの対応遅延による後悔】</p> <p>(O) 医療につなげる、もしくは家族にもっと協力してもらおうなど、早い段階で、きちんと手を打っていたら、みんなが傷つかなくて済んだかも知れないという思いがある。30</p>
<p>【虐待を疑うケースに断る役所】</p> <p>(K) 虐待があるのではないかというケースがあり、区役所に相談したが、証拠がないということ通じず、半年も対応が遅れてしまった。39</p> <p>(K) 半年も過ぎてから役所もおかしいことに気づき包括と対応することになった。41</p>
<p>【必要なのは振り返ること】</p> <p>(O) あの時気が付いてあげられなかった、ああいう言葉をかけてあげれば、もっと違っていたかなとか、自分のケアを、自分のやってきたことを、振り返ってみるっていうのは、同じことを繰り返さないために、すごく大事だと思う。48</p>

(12) 【自立支援を重要に考えているケアマネジャーの自立支援の概念】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

【自立支援を重要に考えているケアマネジャーの自立支援の概念】

① 【自立支援を重要に考えているケアマネジャーの自立支援の概念】 の説明

中位カテゴリーは5つで構成されていた。

《自己決定を促す自立支援》

《利用者の望みを叶える自立支援》

《能力を引き出し強化する自立支援》

《出来ないことを出来るようにする自立支援》

《家族も含む自立支援》

結 果

ケアマネジャーは利用者の望みを叶えられるように支援をする。「こうありたい」「こうしたい」利用者の想いを叶えるために、出来る能力を引き出し、その強みを活かしていく。また出来ないことに関しては出来るように自立を支援すると語っていた。つまり「私らしさ」を尊重しながらも、自己決定を促し、最期までその人らしくいられるように支援をしていくことこそが自立支援であるとして、自立支援の概念をケアマネジャーは語った。また、自立支援においては利用者のみならず家族への支援もあると語っていた。

【自己決定・尊重による自立支援】

(S) こういう方法がありますよって言って…二人で擦り合わせをして、その人が自分で決定していくのが、自立支援なのかなあって。違ったら、ごめんね。29

(S) 提案に対してその人が選んでいったら、それは尊重したいかなって言うのはあるな。それが、私は言う自立支援であれば、意識って、普通にはしているかなとは思いますが。31

【私らしさを活かした自立支援】

(K) だから、それで分かったことは、自立支援って言うのは、やっぱりね、何て言うかな。そのお母さんはお母さんの人生とか、そのお母さんのもっているもの。特に認知症の人なんかは、もっているものの良いところ、が、やっぱり最期まで、活かせるような、ケアが出来たら、支援が出来たら良いなあと。だから思っている。60

【望みを叶えできるようにする自立支援】

(S) 本人が、やりたい暮らし、望む生活をかなえるってことが、自立支援。68

(T) その外歩きたいって人がいるのですよ。だけど、まあ折っちゃって、大腿骨折っちゃって、そのオペして帰ってきて、歩くには歩けるのですよ、家の中。でも外は怖くて歩けない。だから外を歩けるようにどうするかっていうのを、今やっているのですけど、例えばね。それでその人が歩けるようになったら、一つ彼女の自立を支援したことになる。外に歩きたいと思っているけど、歩けないから、その彼女にとっての自立は、あの行き届いてないのですよ。だから、それが出来るように、出来るように支援する。38

(S) じゃあトイレに行けない人、どうにもこうにもトイレに行けないってこともあるじゃない。

何度もやっても。ごめんね。これって例えばもう進行性でとか、もう癌でとか、そういう人は入れても、その人の自立支援もあるじゃないですか 26

- (S) だから、やっぱり自分の、自立支援で、自分がどう生きていかってというの、それを支援していくっていうか、だから癌の人でも、どんどんどんどん悪くなっていく人でも、そこが、本人が、どう死と向き合って、死んでいくか、どうしたいかってところを支援していくのが、自立支援になるし 27

【能力や良さを活かす自立支援】

- (K) その気持ちがあるからこそ、じゃあ、あるもの活かそう、無くなったものの補充が出来るのであれば、そこを訓練してでも強化していこう、てふうな、こちらの立つ方の自立支援に行くのだらうと思っているので。 6
- (H) その人の、俗にいえばさ、自立支援って言えば、その人の能力を使ってというのがあるんだけど、能力っていろいろあるじゃない。出来る、やれる、しているっていうことも全部含めてなんだけど。 21

【出来ないことを出来るようにする自立支援】

- (T) 本人がしたいことが出来れば、それは自立なのだと思うのですよね。出来てないところがあるから、手を貸すみたいなイメージなのですよ。自立。僕が思う自立ってそういうことですかね。 41
- (T) それに欠けているところ、例えばご飯食べたいと思うけど、食べられないとか、トイレ行きたいと思うけど、行けないとか、その欠けているところに、手を入れる感じです、イメージとしてはそうかな、手を入れる、イメージとしてはそういうイメージですね。 37
- (S) 違う。…だから、自立って言われているけど、自分のことを自分でやったりとか、自分で出来ることは自分でやっていくってことと、それが、こう、いろんな障害とかあって、出来なくなるけれども、それをいろんな方法で、出来るようにするということと…。 20
- (M) でも、そういう人、そういえばいたね、いっぱいいた。一人暮らしで、階段降りられないからって、依存ばかりしていて。それ本当の意味で、自分のことは、自分でしましよっていう自立支援だったけど。まあそういう人もいたね。…自分で降りられないって、甘えてくるの。…そうそう。わたしがいないと、ケアマネジャー、あのヘルパーに電話するから、ここは自立支援だねって言って。 40

【家族も含む自立支援】

- (K) パートだったのに、結局、介護福祉士、私が教えたのだけさ、介護福祉士を取った訳、そして彼女は家を出て行って、あのマンションに移るときに、お母さんと一緒に移るときに、常勤になって、だからサービス責任者の仕事しながら、でお母さんを最期まで看取った訳。これって、本人も家族もまさしく自立支援だった訳。 59
- (O) まあ、人の体のことなので、予定通りにやっぱりいかないこともあると思うのですが、でもやっぱりそこを目指していくのが、家族にとっても、本人にとっても、力になっていくのじゃないかなって。 41
- (I) それがまだまだ意味が浸透していない。自立支援すれば、結果楽になるとか。本人もご家

族も楽になるというところまで、浸透していないような感じがする。9

(13) 【自立支援において重要な家族支援】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

【利用者家族は一体と考える重要な家族支援】

① 【利用者家族は一体と考える重要な家族支援】 の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《家族への支援》</p> <p>《家族からの学び》</p>
<p>結 果</p> <p>利用者が要介護の状態になり、今まで浮き彫りとなっていなかった家族の抱える問題が明らかになることもあった。家族が利用者の一番の理解者になる場合と、家族が存在することにより支援へ影響を及ぼし阻害要因になる場合もあり、家族における利用者への想いも複雑であるとケアマネジャーは語った。</p>
<p>【家族と利用者は一体】</p> <p>(K) 要はあの主体者が本人であっても、一家総出が全て対象だと私は思っている。51</p>
<p>【家族は利用者の一番の理解者】</p> <p>(N) 家族が一番の思いをもっていて、本人のお気持ち分かってあげているのだから。37</p>
<p>【支援しやすい家族】</p> <p>(A) わりとはっきりと対立の構図みたいの出ているのだったら、そこは仕切りやすいけど 33</p>
<p>【介護により明確になる家族の課題】</p> <p>(A) 介護によって自分自身の抱えている課題が、事業所、ケアマネジャーとの関わりも含めて、明らかになる人がおり、その人の支援だけでなく、家族関係の修復もしていかなければならないが、それは、とても大変なことだ。37</p>
<p>【家族の存在が利用者の支援に及ぼす影響】</p> <p>(K) 家族の環境によって、その要介護の人も影響される訳だから。50</p> <p>(K) だって家族は少なくとも自宅にいて、家族がいるってことは家族も自立しなければ、本人も自立出来ないじゃない。…結局よくあるのは、本人が自立しようと思っても、家族がそこに足ひっばるケースもあるでしょ。危ない、危ない「駄目だ、駄目だ」って言う人もいるし。46</p> <p>(I) 家族関係が悪いと互いに関わりたくないため、家族はできる限り介護サービスを利用して補完するように懇願する。17</p>
<p>【家族の精神的な支援】</p> <p>(O) やはり家族の方に、頻回に、報告をしてあげること。…離れた家族にこういう状況でしたっていうのを。33</p>
<p>【家族からの学び】</p> <p>(O) 毎月報告をしていた家族から、親の状態がよくわかると言われた。改めて、独居の人でも、</p>

モニタリングの結果をきちんと毎月家族に電話やメールを使い日常的に連絡しなければならなかった。その家族から教わった。36

- (H) 利用者さんと巡りあって、その後の人生に関わっていく訳だから、ターミナルケアは別として、長い介護人生が続く場合のプランというか、予想とか、家族の有様を、ケースを通しすごく学ばせてもらった。そういう見方をしていなかった。32

(14) 【在宅生活継続こそ自立支援】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

【在宅生活に価値をおくケアマネジャー】

【在宅での看取りに価値とケアマネジャーの達成感】

① 【在宅生活に価値をおくケアマネジャー】の説明

中位カテゴリーは5つで構成されていた。

《在宅生活に価値をおいているケアマネジャー》

《在宅生活継続を叶えるために必要な知識》

《在宅生活目標による入院数の減少》

《理論知らず施設入所への反省》

《在宅での看取りに価値》

結 果

利用者の在宅生活継続を目指す際にケアマネジャーは、いつまでも利用者が元気でいられるように理論の習得が必要であり、利用者家族の在宅生活の継続を目標にすることによって、入院する利用者を減少させていることもできるとも語った。また、在宅での看取りにも価値を感じるケアマネジャーもあり、自立支援が在宅生活を意味しその人らしさを叶えられるとケアマネジャーは語っていた。

【在宅だからこそその自立支援とその人らしさ】

(I) 施設は諦める感じで、在宅はそうじゃないって言うところだから、余計に自立支援が大切な気はしますけど。31

(K) 家において、良いケアされると、本当だから、あの最初に出会ったその人は、ずっと最期まで私であったの、その人なりはね。57

【在宅に必要な能力の査定】

(H) 基本は利用者さんが在宅での生活を望んでいるのであれば、そのために必要なものとは何か、その人の能力を査定していく訳である。20

【経済的な余裕による在宅生活継続】

(S) あの自費とかね、うまくつきあわせれば、絶対出来ると思うのだけど、あるからずっと特養とか入れちゃう…そうそうそう。逆にお家でいろいろ使えば、出来るのになって。8

【在宅生活継続のために必要学び】

(E) やっぱり利用者が、いつまでも元気で、お家で過ごせることに、結びつくのじゃないかと思うのですよね。私たちが勉強することで。28

【理論知らず施設入所への反省】

(E) 介護疲れした家族が、どうしようもないから入所させることを望まれたケースでは、入所の方向で世話したことがあったが、それはT先生の理論を知る前で、今考えれば、あのときもうちょっと基本ケアを知っていればという思いがある。42

〔施設より在宅〕

- (I) 思いますね。在宅だからこそ大切な気がしますけど。…施設って、まだまだどこか、最期の終の住処で、ちょっと諦める感じじゃないですか。30
- (S) 元々在宅で初めて、施設も見てみたいと思って、施設に二年間いたこともあって、そこで、ああやっぱり、どんなに、施設が自立支援だとか、その人のことを聞いていても、綺麗にちゃんと三食ご飯が出て、やっぱりその人が住み慣れたお家、例えばゴミが散らかっていたりして、三食が二食になっても、やっぱり自分の家にはかなわないなと思ったから、やっぱり在宅には、もう絶対かなわないなと思ったから、在宅をやりたいなと思って、在宅に来たのね。15

〔入院数が減った在宅生活継続の目標〕

- (E) 私が担当している利用者で、しょっちゅう入院するような人は少なくなり、入所もさせないように、ぎりぎり、お家で頑張ろうっていう感じで、申し込みだけはしていても、呼ばれてもまだ大丈夫っていうような、環境になってきていますね。…必要ですよ。32

〔自宅での看取りに価値〕

- (E) わたしがケアマネジャーになってから、身内でプランをたてた方が三人いて、三人ともお家で看取れ、孫、ひ孫に最期まで見守られ、家族も本人も後悔のない最期が迎えることができ、こういう最期が人間の一番の幸せなのかなと思う。33
- (E) 病院にいて看護師をしていた時は、感情に流され涙流しながらケアできない、機械的な対応で最期もそういうふうな看取りになっていくのが、当たり前だった。35

〔叶えられた自宅での看取り〕

- (N) 先生が偉いのは、脱水時に点滴はするが、絶対入院はしないようにしよう、家族が通院で連れて来られるうちは、連れてこようといつねに言っていたことで、結果ご家族も、三日しか寝たきりにならなくて、本当に良かったと言っていた。35

② 〔在宅での看取りに価値とケアマネジャーの達成感〕の説明

中位カテゴリーは8つで構成されていた。

- 《残された時間となる看取りケア》
- 《達成感を覚える看取りケア》
- 《得意とする看取りケア》
- 《利用者の最期にふさわしいケアマネジャー》
- 《ケアマネジャーから利用者への看取りアドバイス》
- 《ケアマネジャーとして説く利用者の人生》
- 《ケアマネジャーが捉える利用者の死生観》
- 《ターミナルケアにおける在宅での価値》

結 果

ターミナルケアを得意とするケアマネジャーの基礎資格は看護師であり、「得意なケア」と

<p>いうだけでなく「好きなケア」として語っていた。さらに、死と向き合わざるを得ない利用者への早期関係構築とともに、どのように生き死ぬべきかといった精神的なサポートもしており、その人の最期にふさわしいケアマネジャーでありたいと考えながら、看取りにおけるケアマネジャーとしての達成感も語っていた。</p> <p>また、利用者だけではなく家族と向き合うことで、病院に在勤していた頃には味わえなかった在宅での看取りの価値を実感していると語っていた。</p>
<p>【早期信頼関係の構築が必要】</p> <p>(H) 初めから何か焦らないって言うか、ただあのターミナルとかねケアマネジャーが何人も替わって、もうあちらがもう熟練の利用者さんになっちゃっている人、いるでしょ。そういう方の場合には、ある程度そんな流暢にしていられない場合もあるかも知れないけど。13</p>
<p>【残された時間の支援】</p> <p>(M) ターミナルケアの場合、利用者家族、サービス事業所も心が一つになり、残された時間の支援についてみんなで考える。21</p>
<p>【医師の予後予測通りの看取りまでに時間】</p> <p>(N) もう食べられなくなったときが、人間は、おしまいなのだから、水分を入れることによって、吸引とか必要になって、かえって苦しいから、それもしない方がいいですよっていうふうに、ナースも説明してくれて、ティッシュに水を含ませて、あとはもう時間の問題で、というような、本当に枯れていくような看取りだった。34</p>
<p>【主治医も感動】</p> <p>(N) 先生が訪問診療を入れ、訪問看護師さんを入れ、三日間寝込んだだけで亡くなられた。あのときに点滴打ってなくて、良かったと先生も感動されて、ご家族もすごく良かったと言っていた、看取りだった。33</p>
<p>【ケアマネジャーとしての達成感】</p> <p>(M) 期間があるから、本人も家族も介護者も頑張れるのね。疲れちゃっても、なんか後悔しないようにと。ターミナルの方が自分のなかでは合っていたかなあって気がする。最期どう過ごすかとか、どういうふうに過ごしたいかとか、自信がないとき、最期は病院でという人も多かったけど、なるべくお家であの看護師を入れて信頼できる看護師を入れて対応できる看護師とか、ヘルパーさんを入れることで、在宅最期までやれたので、そういう意味では、あの、ターミナルの方がやりやすい。19</p>
<p>【ケアマネジャーとしての役割】</p> <p>(E) 医療者や訪問看護も、そのときだけ、限られた時間だけ、患者さんや家族にかかわるけれども、ケアマネジャーは、実際に痛みを取ることはできないが、ゆっくりと時間をかけて、誰にも言えない悩みを聞いてあげ、その方の精神的に支えになる、精神的なケアができる。</p> <p>38</p>
<p>【得意とする看取り】</p> <p>(E) そうなのですね。わたしなんか特に、あの訪問看護ステーションで仕事していたときには、</p>

<p>ターミナルが得意だったのです。…ターミナルのケアプランっていうと、何かもう、やらなきゃいけないことが、次から次と頭を浮かんでターミナル任せて任せてわたしがやりま すっていう感じで。…大好きだったのですよ。36</p>
<p>【事業所内におけるサポート体制】</p> <p>(E) 事例検討を事業所内でしているときに、ターミナルの事例を出してくるスタッフがいて、 あなたで良かったって思ってもらえるようなケアマネジャーにならなきゃいけないと言葉 をかけ、また新人では、ターミナルは難しいので、みんなで支えるなど、そういうことで また勉強をしている。40</p>
<p>【最期にふさわしいケアマネジャー】</p> <p>(E) やっぱり最期にかかわれるっていうのは、最終的な終着地に、その人の人生の最期の所に かかわっていけるっていうのは、やっぱりどんなに、どういう人生歩んできて、最期、 この人とこの人だったら、この人で良かったって思っただけの人になりたいと思っ て、ずっとやってきたので、あなたで良かったって。37</p>
<p>【ケアマネジャーから利用者へアドバイス】</p> <p>(K) 苦しむのなら、先生、殺してくれよって言っているのね。だから、人生はね、今までも、 良いことも悪いこともあった。だけどやっぱり最期ね、終わるときも、少しは苦しい思 いをしないと、やっぱりね、最期は楽にならないのよって言ったのだけどね。そう いうこと言うの、私。今からずうっと言っているの。23</p>
<p>【利用者がどのように生き死ぬべきか】</p> <p>(K) 今は介護を受けてから10年とかね、その20年とかって人がいっぱい出て来ている となると、その人間はやっぱり、こう今まで出来てきた自分が出来なくなっていく自分、 そして死んでいく自分っていうことを考えたときに、どうやっぱり生きて死ぬべきか、い つも考えているのですね。1</p>
<p>【利用者の伴走車であるケアマネジャー】</p> <p>(K) まあ、人生のラストランのテープを自ら切ることだね。利用者が。だから私は伴走者だ と 思っているから。52</p>
<p>【ケアマネジャーが捉えた利用者の死生観】</p> <p>(K) けども自分が思うような生き方が出来ていないから、死にたいのよ。死にたい訳じゃな いの。…だけど、させられているのだと思うのね。だから死にたいのではないかなと思 う の。死にたい言葉の裏には。21</p>
<p>【ケアマネジャーとして利用者に説く「あなたの人生」】</p> <p>(K) だからあなたが最期まで切るのよって。誰も切らないのよ。あなたの人生はあなたの人生 ね。ゴールに入って、テープを切らなきゃ。今まで走ってきて、最期にね、担架に乗せら れてね、切っちゃ駄目だよって言う。53</p>

(15) 【家族支援と在宅生活継続支援の弊害】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[家族支援への負担]

[在宅の限界と継続の難しさ]

[在宅への拘りのないケアマネジャー]

① [家族支援への負担] の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《問題のある家族への支援》</p> <p>《家族支援のケアマネジャーの負担》</p>
<p>結 果</p> <p>家族に問題意識がないケース、家族の介護力がないケース、家族が依存的になってくるケースについて、ケアマネジャーは悩み負担感が発生していることをケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>【問題のある家族への支援介入】</p> <p>(K) だから本当にまだ意識ある家族の支援であっても、意識のない家族の支援は、もっと難しいし、このケースは、まさしくそれだったの。…そう思います。44</p> <p>(K) それがどこにも、救いを求める場所がない家があるからね。生活保護も何にも出来ない。要するに、何とも出来ないような家族的な問題があるところって、救いの手が入らない訳よ。45</p>
<p>【介護力のない家族の支援】</p> <p>(N) 娘さん、息子さんが統合失調症ではないかと思われ、母親はアルツハイマー病がかなり進行しているケースでは、・・・娘さんは何をどうしたら良いか分からないというような状況になってしまい、家族に介護力がないことが一番の悩みである。40</p>
<p>【精神疾患を持つ家族への支援】</p> <p>(A) 介護状態にある母親にどのように向き合えばいいかわからない次女がその感情をケアマネジャーにぶつけていたことが分かり、ケアマネジャーとして食らいついた。その結果、次女がケアマネジャーにべったりした関係を求めるようになり、注意して関わらないといけない思ったケースだった。35</p> <p>(N) 兄に相談できないのであれば、私から兄に相談すると話すと、娘は自分で兄に相談をすると言い、結果兄も一緒に精神科に行くことになった。以前に比べ、最近娘さんが私に歩み寄りがあるかなという気がしている。47</p>
<p>【家族関係修復のためのチーム役割分担】</p> <p>(M) 親子で怒鳴りあう関係で。病院で親子喧嘩したときも病院から直ぐにケアマネジャーに着てほしい。来ないと親子喧嘩が収まらないと言われて行った。そして、その病院の看護師と私で役割分担をした。お父さんを見る人と息子を見る人という風に。38</p>
<p>【家族支援の負担感】</p>

(A) 家族関係を冷静に見ていくって、しんどいですよね。…力のいることだと思う。29

② [在宅の限界と継続の難しさ] の説明

中位カテゴリーは6つで構成されていた。

《利用者の自己決定》

《サービス事業所の在宅継続の断念》

《在宅生活の見極めの一要因『家族の断念』》

《在宅生活の見極めの一要因『虐待ケース』》

《在宅限界を示したサービス事業所への感情》

《同居家族へ在宅を説く難しさと反省》

結 果

利用者の在宅生活の限界は利用者の自己決定によるものである。しかし一方で、利用者の希望するものではない施設入所という場合もある。ひとつは家族の在宅生活継続の断念による問題、虐待ケースの問題、さらに、事業所が在宅の限界を示す場合もあるとケアマネジャーは語った。また、サービス事業所が在宅の限界を説いたときのケアマネジャーの憤りと、在宅生活を断念する家族への提案の難しさについてケアマネジャーは語っていた。

[施設入所希望をする利用者の自己決定]

(S) ただ本人が、本人の希望で、施設に行きたいって、はっきり言った人も、過去にはいたのね。ちょっと、そこはやっぱり自立というか、自己決定というか、まあ課題じゃないのかなあと、本人がどうしたいか。…一番かなあと。16

[サービス事業所の見極めによる在宅の限界]

(O) もう特養に、もうちょっと家では限界かなって、まわりの人たちみんな言っていたのだけれど、そんなかなで、あのお家で。19

(A) どうしても事業所って、本人だけしか、見えなくなっちゃうから、うん、そこで、そうそう。そこで、さっきの話に戻ると、そこで限界点を決めて、一方的に家族に言われるっていうのは、ちょっと違うかなと。18

[家族の在宅断念による施設の選択]

(S) やっぱり本当にこの人、まだまだお家で全然いけると思うじゃない、で、こう提案するじゃない。やっぱりそこ家族、私が見る訳じゃないじゃない。家族が見るじゃない、その間に、狭間に入っちゃって、やっぱり難しくなっちゃって、施設を選ぶと。6

[虐待による在宅断念]

(O) その奥様がご主人を虐待していて、私が担当を引き継いで1年くらいしてからのことで、限界だと思い、包括や高齢課とチームを組み、最終的には強制的に措置入院というケースがあった。29

[在宅限界を示したサービス事業所への感情]

(A) 側に接している人達の感情もあるだろうし、事業所がつかう大変だとは思いますが事業所が直

<p>接、その感情を家族に、どうにかして下さいとぶつけりことがあった。12</p> <p>(A) ケアマネジメントの一定の課程で課題が出ているなら、事業所や家族含め、話し合いをして再度ニーズのすり合わせ、再アセスメントという課程を踏まず、それを無視して、事業所だけで判断されたときには、ケアマネジャーとしては考えさせられるものがあった。辛いというより、冷静に事業所へ問いただしたり話し合いをしたり、怒ったことも何度かある。感情はぶつけないけど。13</p>
<p>〔在宅生活継続を家族へ説く難しさと反省〕</p> <p>(S) それって何か家族ってしょうがないのかなあと思いつつもなかなかそこね難しい。7</p> <p>(S) 同居の家族の人とかがもう嫌いと思ってしまうええね。それ以上はね、言えないしね。そこは、ちょっと反省するって言うか、出来ないのかなあ 10</p>

③ 〔在宅への拘りのないケアマネジャー〕の説明

<p>中位カテゴリーは1つで構成されていた。</p> <p>《在宅や施設に関わりのないケアマネジャー》</p>
<p>結 果</p> <p>ケアマネジャーによっては、在宅への関わりや在宅思考や意識がないケアマネジャーも存在し、あえて在宅を長らえようとがんばっているわけでもないと言っていた。また、施設はなくてはならないものとして考えているとケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>〔在宅でも施設でも関わりや意識したことはない〕</p> <p>(A) えーと、その、あえて在宅にこだわるとか、施設が駄目だとか、そういうつもりは全然ない。14</p> <p>(A) あえて在宅とか、その在宅志向であるっていうことを、自分で意識したことはないかな。うん。20</p>
<p>〔在宅を長らえる意識をしたことはない〕</p> <p>(A) それを一緒に、本人と家族と作っていくっていうのが、私達の仕事だと思って、取り組んできたので、あえて在宅を長らえるために、私はケアマネジャーとして頑張りますっていうこと、意識してきたことはないけどそうなのかなと思っている。17</p>
<p>〔施設も必要なサービス〕</p> <p>(S) だから、何て言うのかな。あの施設が悪いって言う訳じゃなくって、やっぱり施設もなくていけないけれども…。14</p>

(16) 【自立支援の概念】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[自立と自律からなる「その人らしさ」]

[自由に生きたいと思う利用者の想い]

[介護保険も必要ないほど元気により良い生活]

① [自立と自律からなる「その人らしさ」]の説明

中位カテゴリーは3つで構成されていた。

《その人らしさを引き出す自立と自律の両輪》

《心の在り方で形として表出しない自律》

《目に見え形となる自立》

結 果

自立と自律の両輪から生じる「その人らしさ」についてケアマネジャーが語っていた。例えば、利用者が「トイレへ行かれるようになりたい」という、目に見えはみない気持ちや心の顕れを自律として捉えていた。さらにトイレへ行かれるようになるためには「歩く」という手段が必要になる。この目に見え、形として表れるものが自立になると捉え、自立と自律はどちらが優先されるものでもなく、その利用者の性格、環境、状態によりケアマネジャーが見極めていく必要があり、自立と自律の両輪から「その人らしさ」が生じているとケアマネジャーは語っていた。

[両輪が必要となる「自立」と「自律」]

(K) 一番何のために歩くかって言ったら、例えばトイレに行きたいから。自分の、他の人におむつやってもらいたくないから、だから歩きたいって言う、それが結果的に、自分の気持ちとして価値観がある訳じゃない。やっぱりあの自分で排泄はしたい、トイレまで行きたい。だからこそ頑張れるってあるし。トイレが出来るようになったから、私は自分として、自分のアイデンティティ、自分の尊厳を自分で自覚したり、ね、あの、守りながら、私はまだ生きて行けるんだって、自信がついたりするじゃない。だから両方とも、両輪だと思っている。11

[利用者により「自律」と「自立」の優先を見極め、引き出す「その人らしさ」]

(K) …だから、どっちが先か微妙だけど、どちらが先でも良いと私は思っているのね。うーん。だからあの、何て言うかな、こう激励して、元気付けて、やってみようよってもってくケースとね、とりあえずやろうよって、やってから、ほら出来るじゃないってもってくケースとあるじゃない。だから、そういうアプローチは、その人、その当人のやっぱり性格とか環境とか、そういうことを見極めながら、こっちを出したり、こっちをしまったりしながら、やっていくことなので、まあだから、どっちが先かは、私の中では、実はとても微妙です。…そうです、そうです。変えなきゃいけない。…そうそう。常に調整しながら、…そうだね。その人の、やっぱりその人らしさってのは、それが無いと出てこないのじゃないかなって思うけど、その人の人生だからね。うーん。13

〔心の在り方で形として表出しない自律〕

(K) それはなぜかって言うと、自分の心とか、考え方をコントロール出来なければ、所詮自分で立つっていうのは難しいってことですね。だからやはり出来なくなった自分じゃなくって、出来なくなった自分はあるって、それは先ず認めた上で、この今の自分からどうするかって言うのが、まさしく自律だと思うのですね。5

(K) ね、律する方というのは、形にならない訳ですよ。心のあり方だから。16

〔目に見え形として現れる自立が優先されがち〕

(K) これはどっちが先か微妙だって言ったのは、非常にね、柔和な考え方をもっている人は、だけど、対応出来る人多いじゃない。だけど、まあ、正直言って、そうでない人の方が多いから。やっぱり、駄目、一回失ったものを、ちょっとでも可能性が出来るようにならないと、そこまで気持ちがいかない人が多いから、だからこっちの立つ方の自立の方が優先する人の方が多いかなと思います。12

(K) だから、例えば、あのケアをしたときの形で、例えば歩けるようになって、骨折して、歩けなかった人がね、歩けるようになって、介護度が軽減するとかって形で、実際は介護保険上に出ていくのではないのかな。15

(K) 要するに、両方とも、さっき言った二つの「ジリツ」が家族も本人もあって初めて、その人を中心とした、その家の自立が存在すると思っているのよ。…48

②〔自由に生きたいと思う利用者の想い〕の説明

中位カテゴリーは2つで構成されていた。

《自由に生きたいと思う利用者の気持ち》

《自分が認める生き方》

結 果

「人はそれぞれの価値観を持って生きている。できれば、人の手を借りずに一生を生きていきたい。介護保険の世話になりたくはない。人の世話になるということは、自分ではない生き方をさせられているということ。例え介護が必要になったとしても自分のペースで生きていきたい。それは体が動かなくなっても“こう生きたい”“こうありたい”という想いや願いが利用者にはあると」利用者の「自由に生きたい想い」をケアマネジャーは語った。

〔人それぞれの価値観〕

(K) その人の価値観になってくると思うのですよね。本当に下手とか上手いとか関係なく、絵が好きな人は描くと思うのですよ。33

〔介護保険の世話になりたくない〕

(H) あの本当に八十、九十で、本当老々介護でやってらっしゃるお家はね、なかなかこう使えるって部分。…そうそうそう、御上のお世話にならない、未だにあるよね。45

〔自分のペースでの食事入浴排泄〕

(S) 排泄って一番大事っていうか…デリケートもあるし、恥ずかしい部分であるし、そこは、

<p>どんな人にも、自分だけの何て言うのかな、うーんそこはやっぱり、おむつは人には替えてほしくないし、そこはやっぱり自立したいって言うか。そこは自分でやりたい。最後の砦じゃないけれど。22</p> <p>(S) 食事も食べさせてもらえるよりも、自分の手つかみでも、自分のペースで、好きなものを食べたいって言うか…。24</p>
<p>【「こう生きたい」想い】</p> <p>(K) 言えば、自分はこう生きたいとか、こうありたいとか、動けなくてもこういうことしたいとかあるじゃない。32</p>
<p>【自分が認める生き方】</p> <p>(K) 介護を受けて、自分としての生き方ではない生き方をさせられているから、ある意味では、自分がしていることは自分で認められる。20</p>

③ 【介護保険も必要ないほど元気により良い生活】の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《介護保険が必要ないくらい元気になってほしい》</p> <p>《より良い生活をするための支援を考える》</p>
<p>結 果</p> <p>利用者、家族が元気に過ごせるよう、どのような支援が出来るのかを考えながら常にケアマネジャーは支援をしているとケアマネジャーは語った。利用者が決めたことであれば効果も高く、先ずは利用者の望む生活を確認し、そして身体的な介入により状態を安定させ、願わくは介護保険が必要ないくらいに元気になってほしいと考えているとケアマネジャーは語った。</p>
<p>【介護保険が必要ないほど元気になってほしい】</p> <p>(E) こういう元気な方たちが増えれば、介護保険いらなくなるかなっていう位、本当に元気で。50</p>
<p>【利用者、家族がより良い状態で生活し元気である支援を考える】</p> <p>(M) その人の生活とか、あの家族とか、その人たちが元気で過ごせるように、何が出来るかなあというところで、やっています。1</p> <p>(O) あの本人が決めたことだと、効果が高いのですね。…例えば、身体、わたしは、先ず最初に改善しなくてはいけないことって、容態の安定と身体的な自立が一番大事だと思っていて、その次にその方の願いだとか、望みだとか一歩ワンランク上…。5</p> <p>(O) 本当にその人それぞれで、この方があの望む一番良い状態にもっていくためには、どうすれば良いのだろうっていうのは、常に考えています。7</p>

(17) 【仕事のスタンスは自立支援】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

【仕事のスタンスは自立支援】

① 【仕事のスタンスは自立支援】の説明

中位カテゴリーは2つで構成されていた。

《仕事への想いが明確なケアマネジャー》

《自立支援を通しての仕事への自信》

結 果

ケアマネジャーは利用者そして家族と向き合いながら仕事をしている。勿論楽しいことばかりではなく傷つくこともある。それでも働き続けることができている。その根底にあるものは、チームワークの力によってケアマネジャーが支えられ、利用者のみならず家族の喜ぶ姿をも実感し、ケアマネジャーとしての仕事のスタンスが自立支援にあるということ。それにより仕事への自信につながっているとケアマネジャーは語っている。

【仕事への想い】

(E) そうですね、最初にケアマネジャーになった頃は、もう楽しくて、楽しくて、看護師の仕事よりも、わたしはこの仕事为天職だっていう位、最初の二三年は、もう楽しかったです。…あの、新鮮だったのですよね。今までは、箱のなかで、患者さんとお相手をしていましたけど、外に出て、患者さんの生活を見るとか、そういうことが、とっても新鮮で、わたしが提案したり、やってあげたりすることが、とっても役に立って、目に見えるのですよ、役に立って、喜んでくれているし、本当にその方のため、その方の家族のためにもなっているというのが、もう実感できて。1

(T) 全部じゃないですよ。全部じゃないし。その何件、今二十何件持っていて、その人たち全員に、うまく出来ているかと言うと、全然そんなことなく、まだまだ勉強ですよ。自立支援…スタンスはそこにある。43

(H) 傷つくこともいっぱいあり、文書というか書類がすごく多いので疲れることもある。それでも働いているのは、ネットワークの力と、自分がこの仕事が好きだからと言える。87

【ケアマネジャーとしての自信】

(K) 基本的にね、失敗っていう感覚はあんまりないのだけど、今まで何百人も、何百人と言いつつ切れないかな。15年間もやってきた訳だから、少なくとも100人以上やっている訳じゃない。35

【かなりある自立支援型ケアマネジメントによる成功事例数】

(T) まああの自立支援型ケアマネジメント水分とか栄養とか、運動、排泄を、何て言うのでしょうか。自分のお客様で実践をして、顕著に結果が出た事例かもわかんないですね。…どうかね。維持している、改善ですよ。改善。あ、でも、どうだろう、かなりありますか。3

(18) 【介護保険への不満と課題】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[介護保険への不満]

[介護保険の課題]

① [介護保険への不満] の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《介護保険制度に寄与するケアマネジャーの負担感》</p> <p>《役割が増大しているケアマネジャー》</p>
<p>結 果</p> <p>介護保険制度が施行し、介護保険制度の認識、国民への周知、日本の高齢者を支えているケアマネジャーの存在は無視できない。ケアマネジャーの給付管理上の制限もある中、多職種との連携を求められ、居宅療養管理指導においてケアマネジャーへの給付管理は存在しない。ケアマネジメントにおける必要な帳票類は煩雑さを増し形骸化傾向にもある。その一方で、帳票類の整備が優先され支援に支障をきたすこともある。さらに、ケアマネジャーの役割が年々増加し、ケアマネジャーによる社会資源開発も期待されている現状がある。その一方で地域包括支援センターの機能が果たされていないという課題もあるとケアマネジャーは語った。</p>
<p>[介護保険制度に寄与しているケアマネジャー]</p> <p>(H) 財政難と言われ、ケアマネジャーが何もできていないと言われながらも、介護保険の認識も含めて、ここまでやって来れたのは、ケアマネジャーが動いたからだと思う。その存在は無視出来ない。1</p> <p>(H) 介護保険制度と、それを担うケアマネジャーの存在が、ある程度国民に周知されたのは、この十何年間、日本の高齢者を支えるっていう意識の中で、ケアマネジャーが地道に働いてきた部分もすごくあるのではないかと思う。2</p>
<p>[介護保険給付上の問題]</p> <p>(K) 一応、介護保険上はケアマネジャーの名前付いているのよ。介護被保険者証には。だけどケアプランたててない訳だからはっきり言えばケアマネジャーの業務してない訳じゃない</p> <p>40</p>
<p>[居宅療養管理指導における給付の問題]</p> <p>(N) 一番の問題は、居宅療養管理指導に、薬剤師、口腔衛生士、歯科衛生士、管理栄養士が入ることができるが、介護保険の給付管理になっていないため、ケアプランに入れることが難しいことだ。7</p>
<p>[煩雑な帳票類への疑問]</p> <p>(H) ケアマネジャーの扱う帳票類は多すぎる、もう少し効率的であっても良いのではないかと思うし、書き方についても、細かいことまで言われるのは、専門職として如何なものかと思う。88</p>

<p>(T) アセスメントして、課題分析して、プラン書いて、プラン交付して、というプロセスも大事だが、目標に向けて支援するときには順番はそんなに大事なのか、書類を揃えることが重要なのかという疑問があり、プロセスが形骸化しているところがあるのではないかと思っている。40</p>
<p>〔影響力がある地域包括支援センター〕</p> <p>(H) 地域包括支援センターの持っている情報や、地域包括支援センターから振られることで、利用者さんは担当ケアマネジャーが決まる。68</p> <p>(K) ケア会議も開いてもらえない、生活保護にも出来ない、家族の力が弱いが中途半端な状況で、何とも出来ないような家族的な問題があった。43</p>
<p>〔役割や負担が大きくなっているケアマネジャー〕</p> <p>(H) ケアマネジャーの制度ができ、老人保健の康増進事業も解体し、今はケアマネジャーの役割、負担も大きい。72</p>
<p>〔資源開発に関わるケアマネジャーの役割〕</p> <p>(T) T 先生が介護保険の高齢者を支援する仕組みの中で、ケアマネジャーは高齢者の世界のソーシャルワーカーであり、総合的な視点が必要であると言っている。10</p> <p>(T) ソーシャルワークは当然資源開発やサービス開発も入るだろうし、サービス提供事業所をつくるというか、お願いして理解してもらって一緒にやってもらう、そういった資源を開発するというのがケアマネジャーの仕事になっていくことだと思う。11</p>

② [介護保険の課題] の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《画一的な日本の介護保険サービス》</p> <p>《デンマークの介護》</p>
<p>結 果</p> <p>日本では利用者が介護保険サービスを利用するにあたり担当ケアマネジャーを選択する。しかし、その情報は役所が交付する居宅介護支援事業所一覧表等であり、優良な居宅介護支援事業所を選択するに値しない。勿論、公正中立な立場にある地域包括支援センターも優良な居宅介護支援事業所の提示をしてくれないとケアマネジャーは語った。利用者が介護保険サービスを利用する場合、利用者家族の要望に対し、全てを介護保険サービスで賄えきれないという現状は明らかではある。一方、デンマークの介護保険サービスは日本の介護保険サービスと違い、利用者が望むことが叶えられるようになっている。その背景にはデンマークの思想が大きく影響し、国民の一人一人が自立するという意識のもとでサービスが動いていることをケアマネジャーは語っていた。</p>
<p>〔画一的な介護保険サービス〕</p> <p>(S) デンマークのように、その人のニーズに合わせて支援することができれば、自分でできることが増え、自立していく。日本は画一的で、ニーズに即していないサービスもあり、そ</p>

<p>の人らしく暮らすためにそぐわない部分もある。61</p>
<p>〔乏しい居宅介護支援事業所の選択情報〕</p> <p>(H) ケアマネジャーによって違った支援を提供してもらえるかも知れないが、情報も閉鎖的で、利用者さんはケアマネジャーを選択する情報を持っていない。65</p> <p>(H) 利用者さんは役所からもらう居宅介護支援事業所一覧の中からケアマネジャーを選択することになるし、また、役所も公正中立な立場であるため、このケアマネジャーをととは言えない。66</p>
<p>〔デンマークの思想〕</p> <p>(S) 日本と違っていてデンマーク人は、思想や考え方が自立支援である。50</p> <p>(S) デンマークは元々の思想にノーマライゼーション、自分のことは自分でするという考え方がある。53</p>
<p>〔能力を奪わない支援〕</p> <p>(S) デンマークではその人が自分でやると言ったことは、危険があったとしても、その人の出来る能力を奪ってしまうことになるから、ヘルパーは手を後ろに組んで何もしない。51</p> <p>(S) ベッドから転倒したという連絡に緊急でかけつけた時、手伝うことをヘルパーが利用者聞いて、自分でやると言えば、手伝わずに、やらない、そのまま帰ってしまうのを見たが、ヘルパーに聞くと、それは、その人が出来る能力を奪ってしまうから、やらないということだった。61</p>
<p>〔ニーズに合わせたサービス提供〕</p> <p>(S) 精神的に不安定な人に対しては、その日の状況に合わせて午後再訪問するなど、ニーズに合わせて上手く入っていくようにし、その人の、その日の、そのときのニーズに合わせている。59</p>
<p>〔デンマークの専門職〕</p> <p>(S) デンマークでのヘルパーの教育は医療行為も含まれており、3年ほど勉強するため、ヘルパーという仕事の地位も高い。52</p> <p>(S) デンマークでは、公的なケアマネジャーが存在し、医療関係者とチームでアセスメントをして、サービス決定をしている。66</p>

(19) 【自立支援を叶えるための課題】

最上位カテゴリーは以下の上位カテゴリーから構成されていた。

[要介護度の改善を示した自立支援の伝播]

[ケアマネジャーの啓蒙活動]

① [要介護度の改善を示した自立支援の伝播] の説明

<p>中位カテゴリーは2つで構成されていた。</p> <p>《自立支援における歩行機能の回復と要介護度の改善》</p> <p>《自立支援を理解してもらうためにも成功事例を伝播》</p>
<p>結 果</p> <p>自立支援により利用者の認知症症状や身体機能状が改善し、自立支援は介護度の改善も期待できるとケアマネジャーは語った。さらに、こういった成功事例を通し自立支援を拡散して一般の人にも伝えていくしかないとケアマネジャーは語った。</p>
<p>[介護度改善を期待できる自立支援]</p> <p>(I) …目先には出ないだろうなっていう感じ。すぐ答え欲しいじゃないですか、私たち、やったら。すぐにありがとって言われたくないじゃないですか…でもそれはないだろうなは、自立支援な感じ。29</p> <p>(I) 何か。…していくとしたら、自分がすること。…難しいけど、長期的には結果が出るもの。…結果。その水とかがうまくいけば、認知症状が少しはおさまるとか。…うーん。何だろう、結果ね。介護が悪くならないですよ、自立支援だから。28</p>
<p>[元気に歩行機能を回復する自立支援]</p> <p>(I) はい。成功したというか、良かったなっていうのは、自立支援の面から言うと、もうリハビリもする気もないとか、このまま寝ていてくれた方が楽だしっていうところからスタートしたお客様に、そうじゃないっていう、自立支援すればおむつじゃなくてポータブルでいけばとか、デイサービスに行けるようになればというところを、少しずつ提案して行って、最後には介護度上がって、デイサービスにも行くし、ご家族も時間が作れるし13</p> <p>(M) 入院しちゃって、寝たきりになって、諦めて、本人もぼうっと、でも、あのときは、本当に先生の勉強をしていたので、水を先ず飲ませてもらって、とにかく計画的にただ座らせる、座ら歩かせる、とうのを広げてって、本当に歩けるようになったの。デイサービスもなかなか行かないとか言って、奥様とスクラム組んで、出して、それでデイのスタッフにも、決して自立支援をしているスタッフじゃなかったけど、お願いしてたら、元気になった、というのがあって。だから、そういうふうだね、やっている人が全く多いうわけではないのだけど、本来そこだと思っているから心うち。27</p>
<p>[理解を得るために必要な成功事例の伝播]</p> <p>(I) 理論だけ説明しても単なる研修になっちゃうだけで。実際にこういうふう自立に向かったおかげで、介護の量が減りましたとか、ご本人が外に行けるようになりましたとか、そういう何か具体例をもう地道に、…伝えるしかないのかなあ。…12</p>

- (M) でも、やっぱりその衝撃なのは、そのTゼミっていうか、あの歩かせようとして、オムツOとかして、それすら衝撃的だったのだけど、えーとか思ったのだけど、でも、やっぱり歩けるじゃない。で、歩いているじゃない。わたしはそれを、あの先生の流している映像を、流して、みんなに見せたときに、衝撃で。だから、もっともっと、そういうのを宣伝する必要あるよね。…宣伝しなさすぎだよね、わたしたち。34
- (I) 広げていく。今、わたしたちがやっているその会社の取り組みもそうだけれども、多分地域だったとしたら、うーん具体的なこう成功事例って言ったら変だけど、それを示してあげないと、利用者家族に伝わらない。11

② [ケアマネジャーの啓蒙活動] の説明

中位カテゴリーは3つで構成されていた。

《予防観点の重要性を認識》

《ケアマネジャーに必要となる啓蒙活動》

《国民も持つべき健康自立支援への意識》

結 果

医療の世界では予防的な視点を従事者が持っているが、困っていることを助けるというイメージの福祉や介護の世界では、予防的な視点が欠如していると看護師より指摘を受けたとケアマネジャーが語った。

さらに、予防的観点の啓蒙活動、介護者の関わる啓蒙活動、健康への啓蒙活動、自立支援の視点の啓蒙活動、ヘルパー教育への啓蒙活動が必要であるとケアマネジャーは語り、その活動はケアマネジャーが担うこと必要だと語っていた。

また、国民に対しての健康や自立支援への意識と介護保険サービスに権利行使するのではなく、介護保険料と介護保険サービス利用料の負担割合についても理解が必要であるとケアマネジャーは語っていた。

[予防観点が欠如しているケアマネジャー]

(N) 介護の世界とあって、福祉の世界とか、障害の世界って、何かサービスが必要になってから考えるから、あんまり予防的視点ってないよねとわたし言われて、ちょっとね、看護師さんにそういうふうと言われて、ちょっと何かね、そういうふうに使われちゃうんだあと思っ。13

(N) そこに対して、高齢者の、何て言うかな、支援をするケアマネジャーが、その言葉とか、そのロコモとか、そのフレイルとか、サルコペニアとかってところの視点がまったくないっていうところが、ちょっと残念かなといつも思っちゃう。…て言うか提唱した、提言したのね。三年前に。…6

(N) 例えば、ま、要介護の支援だけの人じゃなくって、要介護の人でも、例えば骨折とかするでしょ。そうすると、やっぱりもう骨折の予防のリスクはもっと高くなるわけだよね。一回二回、あの骨折すると、それなのに、そのリスクをケアマネジャーが把握出来ていなくて、ただリハビリだけを入れればいいのかっていうふうを考えているところが、ちょっと視点が違ったりしたりとか。あとはサルコペニアって言って、筋力低下っていうのが

<p>あるじゃないですか。ああいう、サルコペニアとかの筋力低下も、低栄養から来るっていうところをやっぱりケアマネジャーが理解していなくてただ配食弁当をとって、あの、何て言うかな、提供すればOKだっていうところがあって、そうではなくって、この人の低栄養になる原因とかっていうところまで煮詰めていないってところが、ちょっと問題なのか…3</p>
<p>〔予防的視点が進んでいる医療看護〕</p> <p>(N) なので、高齢医学学会かなんかで、三年前に、高齢者のフレイルって言って、…フレイルって言って、その廃用性の、例えば動かないことによるの、その体調不良になるっていうのを、その、いかにその一般の市民に分らせるようにしようかっていうことで、そのロコモとか、メタボとか、フレイルっていう、あの言葉を作ったのだけど、それに対しての、その予防的視点が医学会では進んでいるのだけど…。5</p> <p>(N) 何かこないだ、貧困の人の訪問介護ステーションの人たちのシンポジウムに行ったときに、何か、わたしちょっとね、すごいどきどきしたって言うか、わたしなんか、そんなこと考えてなかったなあって思ったのだけど、看護とか医療の世界には、予防はあるけど、福祉の世界って、予防っていう概念ないよねって、言われたのね。12</p>
<p>〔予防的な視点が必要となる自立支援型ケアマネジメント〕</p> <p>(N) すごく難しい課題なので、うまく答えられるか分かんないけど、…基本やっぱり、自立支援はもっとも基本だと思うけど、やっぱりこれからは、やっぱり予防の視点かなあというところが、ものすごくあって…。ですね。1</p>
<p>〔国民利用者への健康への意識啓発〕</p> <p>(N) M県では、S病院のK先生の提唱により保険教育が盛んで、保健師さんが、一軒一軒家をまわって、食事や塩分の測定指導をしたり、公民館で栄養士さんが調理実習をしたり、その一軒一軒が効果を得て、今では、長野県が長寿県になっている。51</p>
<p>〔利用者への予防の啓発〕</p> <p>(N) 利用者さんにもないから、やっぱりかかりつけ薬局があった方が良いですよっていうところを、やっぱりもうちょっと、ケアマネジャーが、積極的に、ご家族とか、ご本人とにかくに伝えていかないと、健康管理っていう所ではちょっと難しいかなと思うときもある。…そうそう、あると思いますね。11</p>
<p>〔介護者に関わる意識啓発〕</p> <p>(N) 違うと思いますね。でもそれを、やっぱり、ケアマネジャーが家を一ヶ月にいつぺん訪問するわけだから、まあ二回の人もあるし、三回の人もあるかも知れないけど、というときに、やっぱり、あのそういう視点的なことを、予防的なことを話した方が良いと思うのね。29</p> <p>(N) やっぱり一般区民とかに、やっぱりもっとその介護の視点とか、自分たちも関わるのだったっていうことを、やっぱり知っていかないと、…何か、ニュースとかでもやっているけど、介護をする介護者だけが悪者になっちゃって、いろんな事件とかが集中的に扱われてしまうけど、でも、基本は自分の親なのだから、自分の、何て言うかな、自分のできることっ</p>

<p>ていうところに、やっぱりちょっと自分を犠牲にしてもね、やらなきゃいけない時期っていうのがあると思うのね。24</p>
<p>〔ヘルパーへ意識啓発〕</p> <p>(N) ヘルパーさんの教育とか、そういうところとかに、やっぱりケアマネジャーが調整をするであれば、そういうところも啓発していくというか、話しをしていくっていうところが、すごく必要だと思うのね。27</p>
<p>〔介護予防のために一役買いたい〕</p> <p>(N) 元気な高齢者がもっとたくさん増えるようにお手伝いしたい、自分もその将来そういうふうに元気でいられるようにという思いがあったからで、予防の、予防の一役買いたいっていう気持ちである。49</p>
<p>〔ケアマネジャー自身の健康への責任〕</p> <p>(N) そうならないために、やっぱり自分たちも今から、筋力低下しないために、何かをしようとかっていう、やっぱり健康を維持するための、何か自分でもやる必要があるじゃないですか。…そうですね。28</p>
<p>〔国民が持つべき意識〕</p> <p>(N) わたしたちも、わたし自身もそうだけど、やっぱり、その、びんぴんころり、みんな死にたいのは、当たり前だから、だから、そのためには、やっぱりある程度の予防的知識を国民が持っていかなければいけないと思うのね。でも、そういうのを得る機会って案外少ないのね。で、まあ学校教育の中でやっていく分には、多分みなさんできるかも知れないけど、(雑音で聞き取れない) 限りは、できないことなので。そうね。49</p>
<p>〔自立支援への意識〕</p> <p>(N) 最近良く聞きますけど。…ただ、その自立支援型ケアマネジメントをするには、やっぱり、その先ほど言ったように、国民の意識の問題だと思うのね。48</p>
<p>〔国民の税金で賄われている介護保険サービスへの意識〕</p> <p>(H) ある意味その権利だから、権利は権利としてね、行使するのはかまわないと思っているの。でもこれって、あの権利って言ったって、あなたが負担しているのは、一割というところだから、やっぱりそこは、ちゃんと国民の税金を使っているっていう意識は持つ。…そうそう。46</p>

5) カテゴリー関連図

最上位カテゴリーの関連図は大きく4つに構成されていた。

- ①『自立支援型ケアマネジメント』の重要性を認識する過程
- ②『自立支援型ケアマネジメント』の実践と実践時の弊害を認識する過程
- ③『自立支援型ケアマネジメント』を実践したケアマネジャーの『自立支援』の概念
- ④『自立支援』への課題 にて、構成されていた (図 4-2-51) (図 4-2-52)。

図 4-2-51 最上位カテゴリー結果関連図

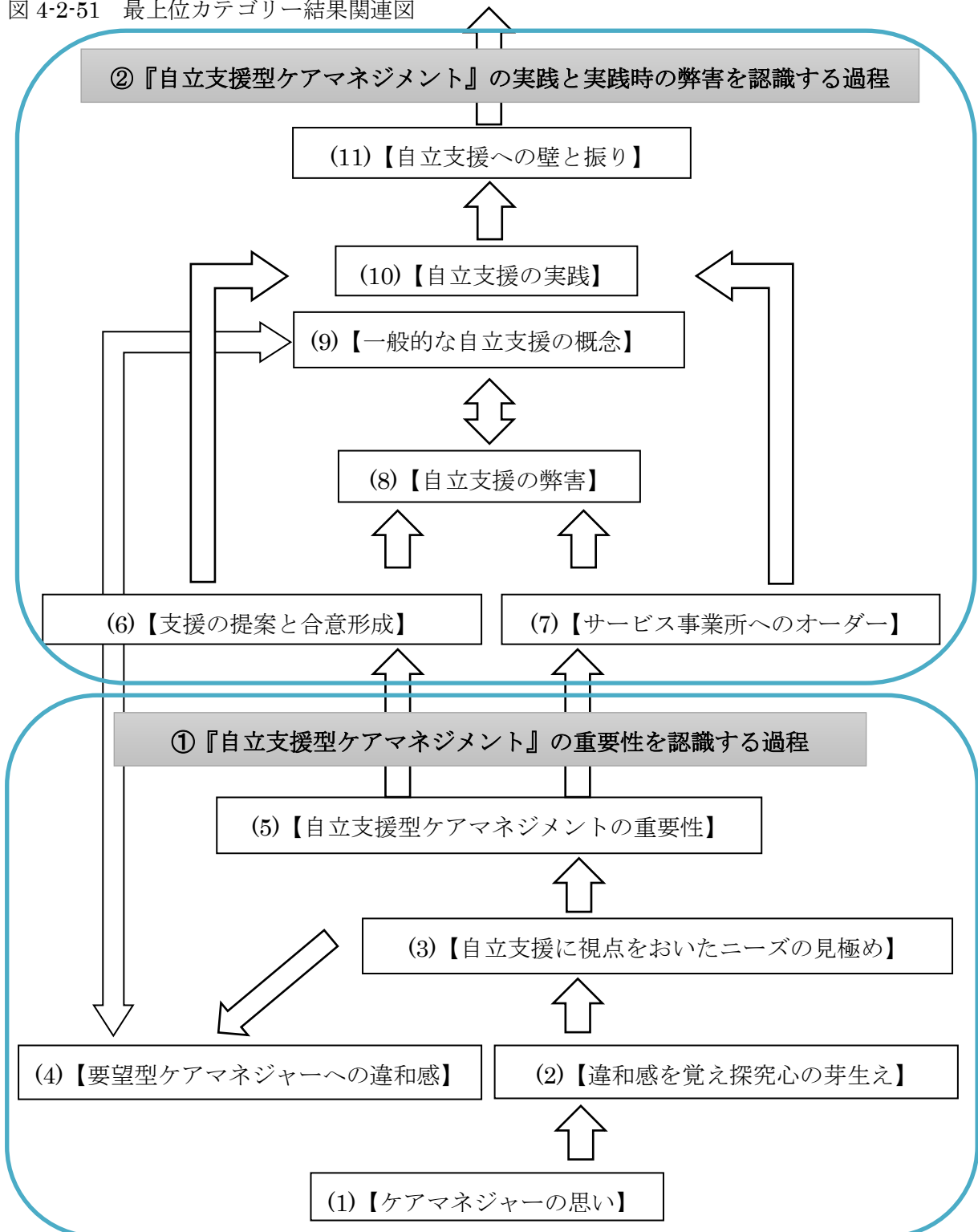
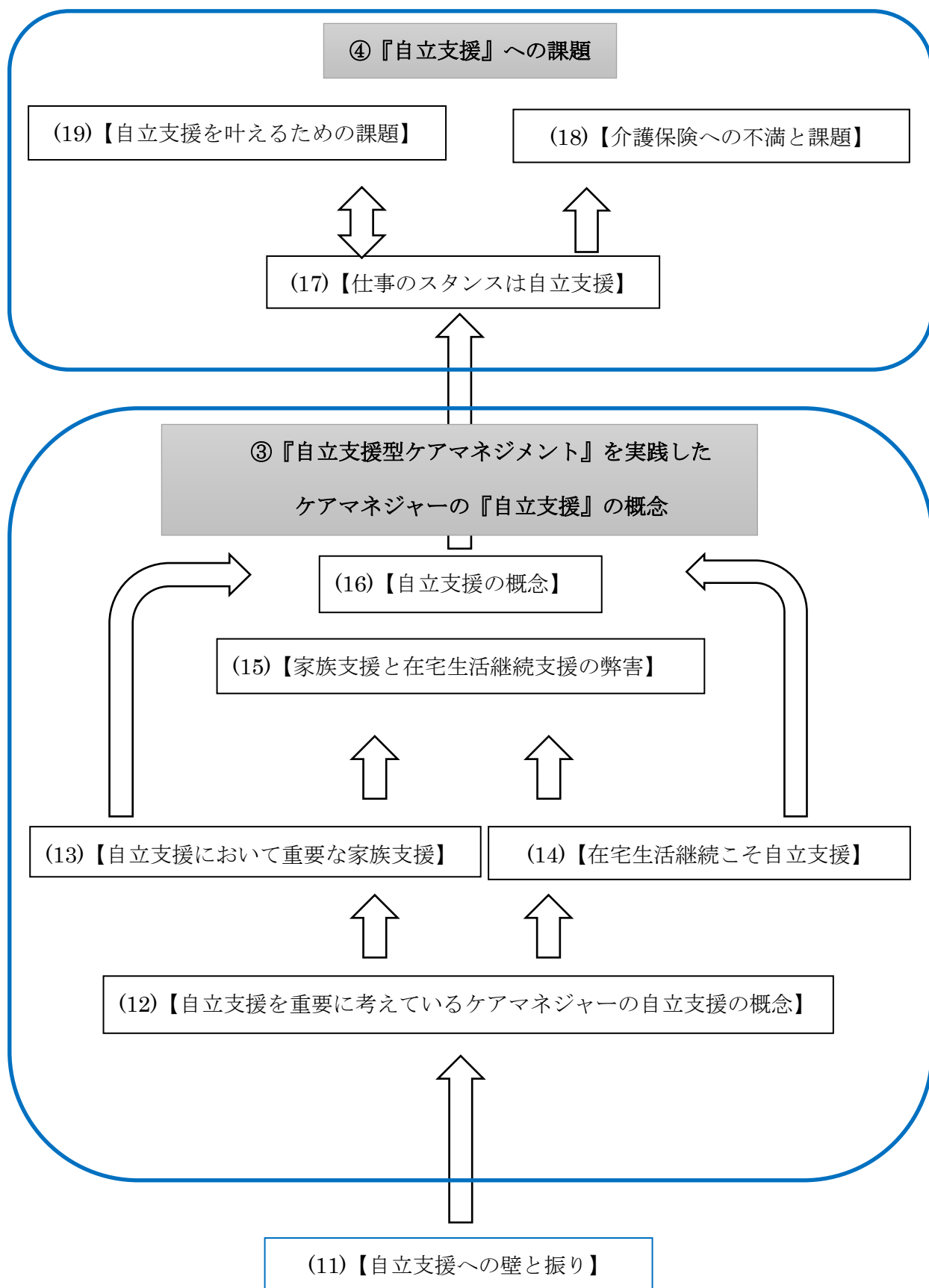


図 4-2-52 最上位カテゴリー結果関連図



6) カテゴリー関連図の説明

①『自立支援型ケアマネジメント』の重要性を認識する過程

ケアマネジメントにより「利用者が元気に望む生活」が実現できたときの喜びや、「利用者家族の望みを叶えたい」という【ケアマネジャーの思い】があった。

しかし、ケアマネジメントを実践していくなかで、ケアマネジャーは【違和感を覚え探究心の芽生え】があった。詳述するに、自身の「知識不足と周囲のレベルの低さに違和感」を覚え、これを契機に、専門性を高めようと認定ケアマネジャーの資格を取得した。そして取得後も学術知識を得るために研修会やセミナーに参加したが、そこで学んだケアマネジメントの理論に「衝撃を受けて探求心の芽生え」があったのである。

この理論では【自立支援に視点をおいたニーズの見極め】の重要性と、「水分、食事、運動、排便」の基本ケアを念頭に置いた「ケアマネジメントの根底となる根拠に基づくケア」の有効性が説かれていた。「実際のケアマネジメント」では、アセスメント、ニーズの抽出、ケアプランの作成交付、モニタリング、再アセスメントというケアマネジメントプロセスに則って、利用者家族の生活を支えていく。ここで重要とされる「ニーズの見極め」では、利用者や家族が気づいていないニーズを発見し、解決することをケアマネジャーは特に意識しており、その人らしい生活を送るために必要なことであると認識していた。なぜならば、ニーズの見極めができないと、サービスが先行することとなり、自立支援を重視したケアプランがたてられないからである。

したがって、ケアマネジャーにとって、「要望型から自立支援の視点への意識」を持つことが重要となっていった。主任ケアマネジャー取得のための研修に参加しても、あるいは仕事をしていくなかでも、『自立支援の視点』に気づいていなかった。しかし認定ケアマネジャー取得前後の研修会参加を機に、科学的根拠に基づくケアを学び、水分摂取の効果など事例報告を見るにつけ、「自分もやらなければならない」という思いを持つに至った。その結果、自立支援を利用者家族へ提案することやその実践ができるようになった。

そのなかで、【要望型ケアマネジャーへの違和感】、別の言い方をすれば「言いなりケアマネジャーへの違和感」を感じるようになった。この『要望型ケアマネジャー』とは、利用者家族の要望をそのまま受け入れ、言いなりになりサービス調整をするケアマネジャーのことである。

『要望型ケアマネジャー』になってしまう理由は、二つに大別できた。

第一に、利用者家族とのコミュニケーションの問題があった。具体的には、次の三つが考えられた。

1. 苦情・クレームを避けるため、要望をそのまま受け入れてしまうこと。
2. 利用者家族に自立支援の視点がなく、「介護はお世話になるもの」という思い込み強いため
に、説得ができない、またはしないまま、要望を受け入れてしまっていたこと。
3. 理論的な説明ができないために、利用者家族を説得できず、要望をそのまま受け入れざるを得なかったこと。

第二に、「基礎資格の影響」があると考えられた。基礎資格としてヘルパーを持つケアマネジャーにより、サービス優先のケアプランがたてられることが多いとの指摘があった。その理由としては、ヘルパーの資格取得に試験がないこと、現場に出ても自学自習する時間も少なく、さらに自立支援へのモチベーションが不足していることなどがあげられていた。

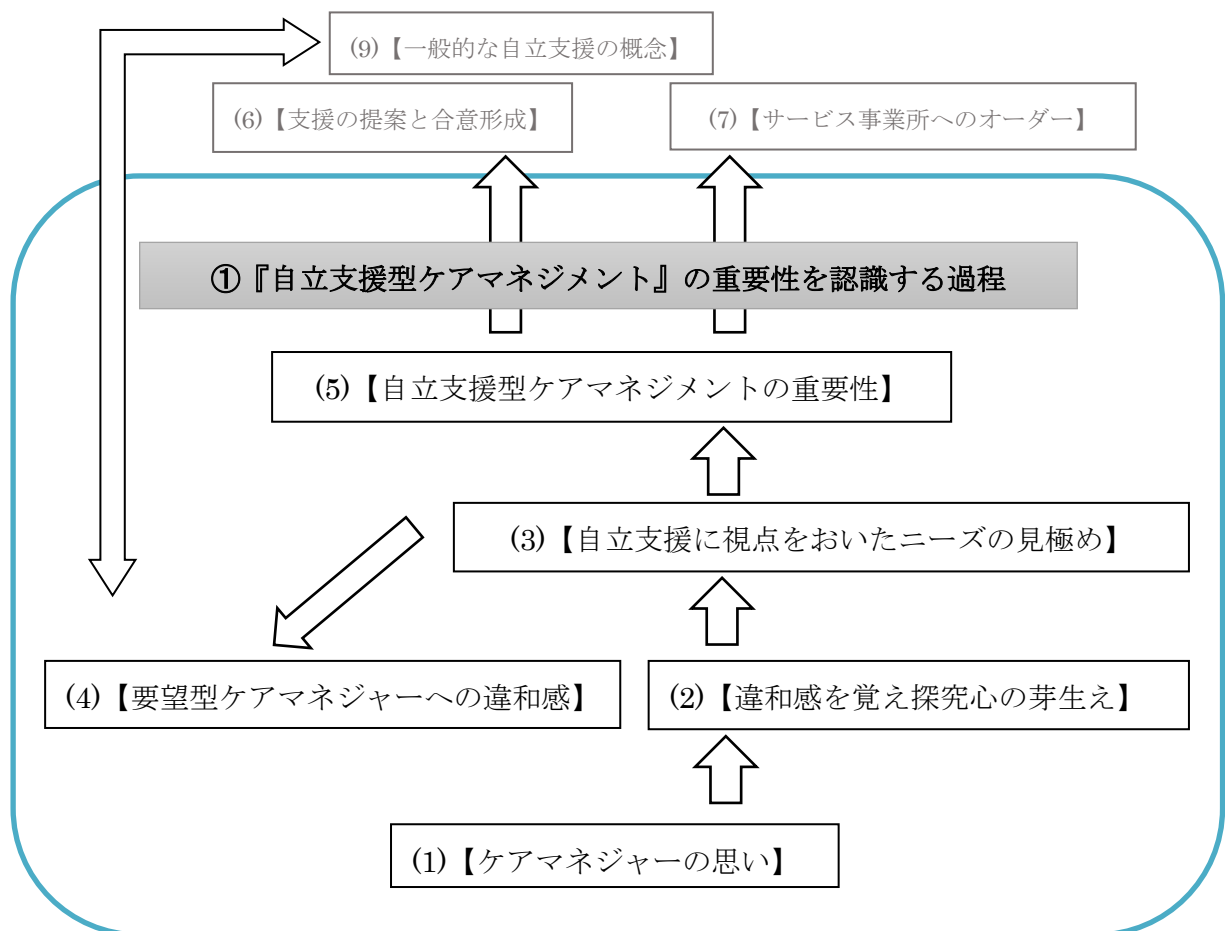
上記のように、ニーズ(課題)を把握せずに利用者の言いなりになっているケアマネジャー、『要

望型ケアマネ』の存在が、『ケアマネジャー不要論の背景』となっていると考えられていた。しかし、それだけにとどまらず、営利法人のケアマネジャーの業務への無理解が理由として考えられていた。言い換えるならば、利益追求を第一とした自立支援の視点を軽視する経営方針と、利用者との間で板ばさみになってしまっているケアマネジャーの存在もあると考えていた。

このような『ケアマネジャー不要論』を招く現状があるなか、『自立支援型ケアマネジメントこそがケアマネジャーの存在価値』であるといったような、【自立支援型ケアマネジメントの重要性】が認識されていた。ケアマネジャーという資格を取得したならば、全員が『自立支援』を目指さなくてはならないという意識があった。そして『根拠に基づくケア』が『自立支援』を実現し、在院日数の減少や重度化予防といった財源確保にまで繋がっていくという認識をしていた。

このように『根拠に基づくケアの認識』をしたケアマネジャーによって、さまざまな実践がされていた。いくつか例をあげる。体の中の水分の不足が身体へ影響して認知機能の低下や熱中症を引き起し、さらに転倒骨折を招くことがあった。特に入院中やショートステイの利用が脱水を引き起こしていたことを認識していた。そのため、利用者の水分摂取量の把握し、摂取してもらうことを努めることにより予防が試みられていた。また閉じこもりによる不活性な生活により、身体機能の低下があった。これらを踏まえ、ケアマネジメントにおいて対応がなされていた(図 5-2-61)。

図 5-2-61 『自立支援型ケアマネジメント』の重要性を認識する過程



②『自立支援型ケアマネジメント』の実践と実践時の弊害を認識する過程

しかし、科学的根拠に基づくケアを実践していくためには、【自立支援の提案と合意形成】が不可欠であった。〔自立支援を叶えるために必要な目標設定と利用者家族への提案〕において、目標設定が明確であることが求められ、そして、ケアマネジャーの見立ての押しつけにならないように自立支援の方法を提案し、合意を得ることが必要とされていた。そのために、ケアマネジメントにおいて最も重要で、優先すべきは〔利用者家族との信頼関係〕の構築であった。信頼を得るためには、利用者家族が「何を望み、どんな生活を叶えたい」のか、その意向を聞き出し、常に自己決定を促していくといった積み重ねが重要であった。このように〔合意形成能力〕がケアマネジャーには求められていた。そしてこの「合意」は、利用者家族が「努力をする」ことも含めた「約束」であることが重要であった。またモニタリングを通して、その「約束」を見守っていくことが必要であると認識していた。

また、提案が利用者家族に受け入れられ、状態が改善したときの喜びについて、ケアマネジャーは感動を表していた。それほどに、ケアマネジャーにとって、利用者家族への提案力、特に合意形成能力は、相談援助技術のなかでも難易度の高いものであった。

そのみならず、ケアマネジメントを展開する上では、【サービス事業所へのオーダー】が重要性を持つことをケアマネジャーは認識していた。アプローチは理論に基づくべきであるという〔根拠に基づくケアの実践〕が課題とされ、実践されていた。その一つとして、サービス事業所への、水分摂取量についての具体的なオーダーがあった。また、薬剤の影響が利用者にある場合に、医師へ相談し改善を図るなど、利用者を中心とした、家族、サービス事業所、医療との連携による『自立支援型ケアマネジメント』が展開されていた。このように、ケアマネジャーは専門性のある知識と対応を兼ね備え、利用者家族が抱えている不安を解決していくことも必要とされていた。

また、ケアの展開における〔多職種連携とケアマネジャーの役割〕の重要性をケアマネジャーは認識していた。詳述すると、病状確認や家族の代弁を果たすなどの医師との連携に服薬管理方法や多剤併用解決を目的とした薬剤師との連携、チームとしての機能を引き出す役割などの重要性が認識されていた。

それに加え、ケアの展開における〔サービス事業所との関係と効果〕の重要性も、ケアマネジャーは認識していた。依頼したケアを対応しない、ケアマネジャーが思うような実践がされていないサービス提供事業所があり、実際にどのようなケアが提供されているのかを確認するなど、サービス提供事業所の見極めが重要であるという認識を持っていた。また、細かい指示を出されることに難色を示すサービス提供事業所もあった。ここでは医師からの指示を予め取得するなど、ケアマネジャーの創意工夫と努力が求められていた。このように、サービス提供事業所の見極めや信頼関係を構築していくことが、利用者への効果として表れるのはもちろんだが、そのみならず、サービス事業所が成果に自信を持ち、さらに成長していくことにつながっていくという認識をケアマネジャーは持っていた。

その一方で、家族やサービス事業所との間での【自立支援への弊害】が課題としてあげられていた。自立支援実現のためにケアマネジャーは、『利用者家族自身が気づいていない課題を解決する』ための提案を行うことがある。しかし、そのような〔ケアマネからの提案に難航を示す利用者家族〕も多く存在した。

原因として、次の二つがあげられた。一つ目は、利用者家族は目の前に起きている問題しか視

野に入らないため、利用者が元気になることによって家族の介護負担が軽減することが理解されていないことであった。二つ目は、家族関係の悪化しているケースにおいて利用者と家族の意見に乖離が生じている場合で、双方の意見がまとまらないために提案が受け入れられないことであった。もちろん、外的な要因ばかりではなく、ケアマネジャー自身の問題として、知識不足などによって理論的な説明ができず、提案に理解が得られないということもあった。

また「協力の得られないサービス事業所」の存在が、自立支援への弊害として課題となっていた。サービス事業所が途中でケアを断念する、あるいは最初から「対応困難」と判断してしまうケースである。

原因として、次の三つがあげられた。一つ目は、サービス事業所とケアマネジャーのニーズに乖離が生じていたこと。二つ目は、サービス事業所に自立支援の意識が薄かったこと。三つ目は、要介護度の高い利用者に対して、最初からケアを展開していくのは無理だと決め付けて取り組もうとしなかったことであった。

上記に述べてきたような課題が自立支援への弊害として立ち現れてくる背景には、【一般的な自立支援の概念】の影響があると考えられていた。具体的に言うと、「オムツを交換してもらう」、「お風呂に入れてもらう」、「食事を食べさせてもらう」といった「サービスありき」つまりサービスを利用の目的とした支援や、「寝たきりの人の能力は見切る」、「ベッド上で座位が保持できれば上々」、「自分でできることは維持する」というような現状を維持することが自立支援として考えているケアマネジャーもいることを認識していた。

このイメージが一般的な自立支援の概念として、世の中に認識されているために、科学的根拠に基づいたケアの提案、例えば「寝たきりのままになっている人に歩行させること」、「オムツを外せるようにトイレの利用を試みること」、「認知症の症状を取り除くこと」など、それらの実践に理解が得られないという背景があるのではないかということであった。実際、「自立支援」の定義はされておらず、曖昧なものでもあり、きちんと定義づけがなされるべきではないかと指摘するケアマネジャーもいた。

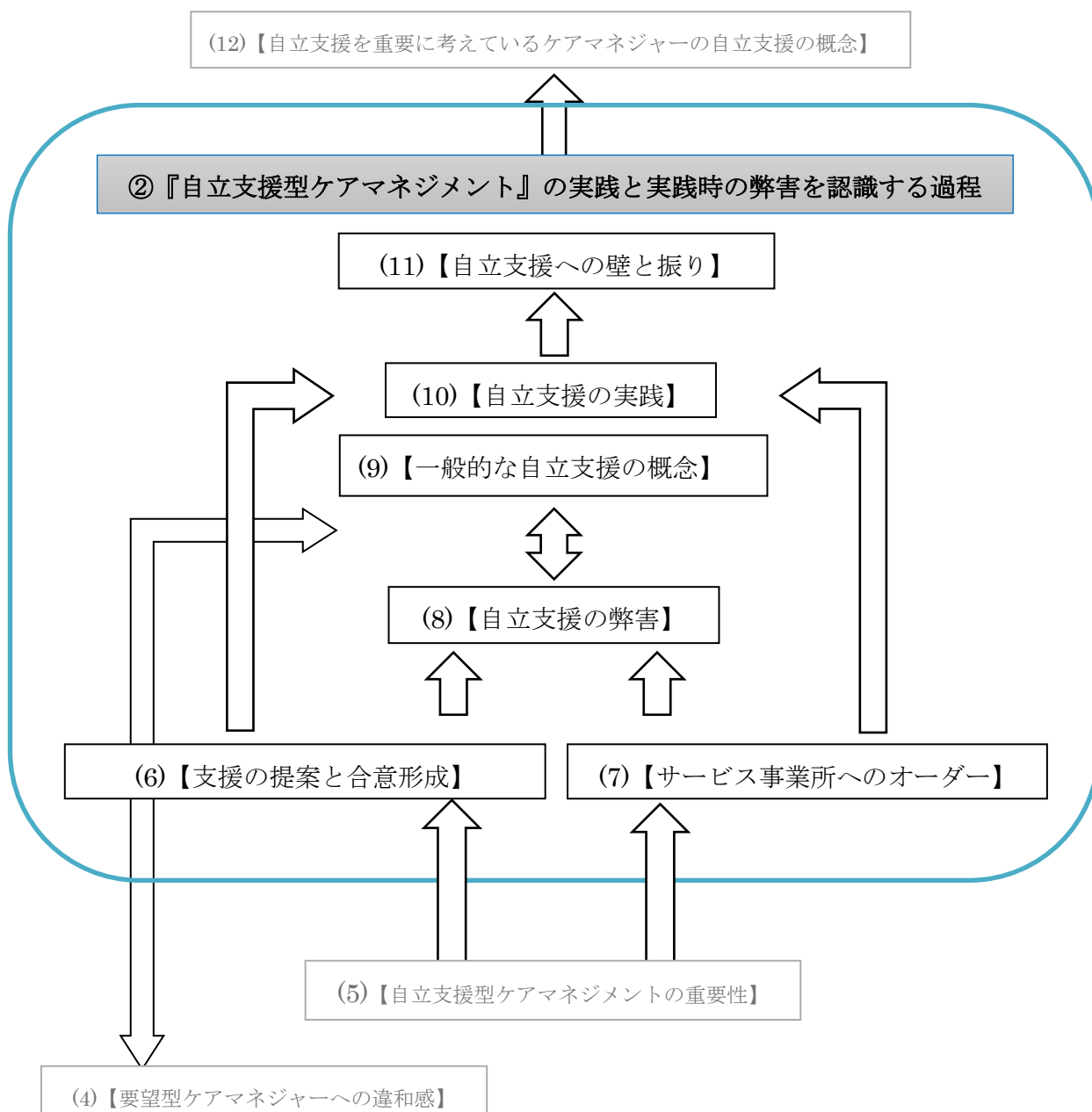
前段で見たような一般的な自立支援の概念の影響もあって、【自立支援の実践】の場において根拠に基づくケアを実践しようとしても、周囲が「無理だ」と決めつけてしまうようなことがあった。それでも「利用者家族がどうしたいのか？」を理解し、明確な目的としてチームで共有することができさえすれば、機能が回復し、寝たきりの人が歩けるようになる、そうなれば家族の介護負担が軽減し、利用者も家族の精神的な安心を得るなど「自立支援実践による成果」を感じてもらうこともできた。

もちろん、ケアマネジャーは、そのような成果を得るために、相応の「ケアマネジャーの知識と情熱が必要」であると認識していた。すなわち、サービス事業所に対しては手間を惜しまず、利用者が「その人らしくいるために」夢や希望を持てるように、諦めない情熱を持ち、さらにそれを推し進めていくだけの知識や技術が必要とされた。そして、その結果として、利用者だけではなく、利用者家族のQOL向上をもたらすことができるとケアマネジャーは実感をしていた。そして何より「利用者の諦めない気持ちが結果を変える」ということを、利用者家族の「元気になりたい」という思いと「諦めない」思いが利用者家族の意識を変えていくということをケアマネジャーは感じていた。今後、高齢化が進むなか「夢を語り」「諦めない」、そのような考え方を持つ人が増えていくことにより、『介護保険の卒業』につながっていくだろうとケアマネジャーは認

識していた。

また【自立支援への壁と振り返り】についてケアネジャーは語った。[自立支援実践への壁]として、利用者家族の経済力により理想的なサービス提供ができないこと、諦めないケアマネジャーの思いが却って利用者に苦痛を招く恐れがあること、ケアマネジャーが自立支援実践への自信を持っていないこと、この三つが自立支援実践への壁であると感じていた。また、ケアマネジャーは、「難病ケースへの悩み」、「チーム形成時の躓き」、「困難性の高いケースへの苦労」、「サービス提供中の転倒への後悔」、「利用者の逝去時の悲しみ」といった感情を抱きながらも、[ケアの振り返り]をし、その重要性を認識していた（図 5-2-62）。

図 5-2-62 『自立支援型ケアマネジメント』の実践と弊害を認識する過程



③『自立支援型ケアマネジメント』を实践したケアマネジャーの『自立支援』概念

【自立支援を重要に考えるケアマネジャーの自立支援の概念】は、今までも見てきたように、利用者の望みや思いを叶えるために、能力を引き出し、その強みを活かして支援をすることである、という考えであった。出来ないことに関しては、出来るように自立を支援すること、「私らしさ」や「その人らしさ」を尊重しながら自己決定を促し、最期まで「その人らしく」いられるように支援をしていくことこそが、自立支援であると認識していた。加えて、[利用者家族は一体と考える重要な家族支援]、【自立支援において重要な家族支援】という認識を持ち、利用者のみならず家族への支援が必要であると認識していた。

利用者が要介護になると、これまで意識されることのなかった利用者家族の抱える問題が明らかになることもあった。その結果、家族が利用者への一番の理解者になる場合と、その反対に、家族の存在が支援に影響を及ぼし、家族が阻害要因になる場合もあった。そうした家族への想いをケアマネジャーは大切に支援をしていた。ケアマネジャーは家族に対して精神的なサポートを行って信頼関係を作りあげ、家族に良好な変化をもたらし、それが利用者への効果を及ぼすこともあった。それほどに、ケアマネジャーは家族支援が極めて重要であると考え、利用者や家族を一体として捉えて支援にあたっていた。

また【在宅生活継続こそ自立支援】であるという認識もあった。[在宅生活に価値をおくケアマネジャー]は、自立支援が『在宅』を意味すると考え、利用者が在宅生活継続において元気でいられるような理論の習得が必要であると認識していた。それにより、利用者の入院日数を減らせるという認識も持っていた。また、施設で働いたことのあるケアマネジャーは、施設で安全に暮らすことができても、在宅には叶わないとの実感から、生活の場として、施設より在宅にこそ価値があると認識を持っていた。看護師という基礎資格を持ち、かつて看護師として病院在勤の経験のあるケアマネジャーは、看取りにおいても、病院より在宅にこそ価値があると考えていた。

そして、ターミナルケアを「得意なケア」、「好きなケア」としていた。そのターミナルケアにおいては、死と向き合わざるを得ない利用者との関係構築にはスピードが求められた。また利用者の「どのように生き死ぬべきか」といった死生観を捉えながら、精神的なサポートをする役割を担っていた。そして、その人の最期にふさわしいケアマネジャーでありたいという想いの中で、ケアマネジャーは利用者だけではなく、家族と向き合い、病院に在勤していた頃には味わえなかった[在宅での看取りの価値とケアマネの達成感]を感じていた。

しかしながら、【家族支援と在宅生活継続支援の弊害】を感じ、[家族支援への負担]や[在宅の限界と継続の難しさ]に悩むケアマネジャーがいる一方で、[在宅への拘りのないケアマネジャー]も存在していた。

[家族支援の負担]では、家族に問題意識がない場合、家族に介護力がない場合、家族が依存的になってくる場合など、さまざまなケースがあり、どのようにして支援していくべきかケアマネジャーを悩まし、家族の感情に巻き込まれるようなこともあり、家族支援がケアマネジャーにとり大きな負担になることもあった。

[在宅の限界と継続の難しさ]を感じるのは、在宅の限界の殆どが、利用者の希望によるものではないといった事実によるところが大きかった。在宅の限界の背景には、家族の在宅生活継続の断念や、虐待ケースによる在宅生活継続の断念、事業所による在宅生活継続の断念がある。利用者が在宅を希望していることに反して、家族が施設入所を考えている場合、ケアマネジャーが

家族に在宅生活継続を理解してもらい、説得をすることは非常に困難であった。また、ケアマネジャーは安易に在宅の限界を説くサービス事業所に憤りを感じていた。

このように在宅生活の継続に苦闘するケアマネジャーがいるなか、[在宅へ拘りのないケアマネジャー]の存在もあった。あえて在宅を長らえようと頑張らないケアマネジャー、施設はなくてはならないものだと考えるケアマネジャー、在宅思考のないケアマネジャーなどが存在していた。

そして、【自立支援の概念】を、[自立と自律からなる「その人らしさ」]の観点からもケアマネジャーは捉えていた。利用者の「トイレに行けるようになりたい」といった、目に見ることのできない気持ちや心の頭れを『自律』として捉え、トイレに行くために「移動する」、「歩く」といった手段を、目に見える形として表れた『自立』として捉えていた。

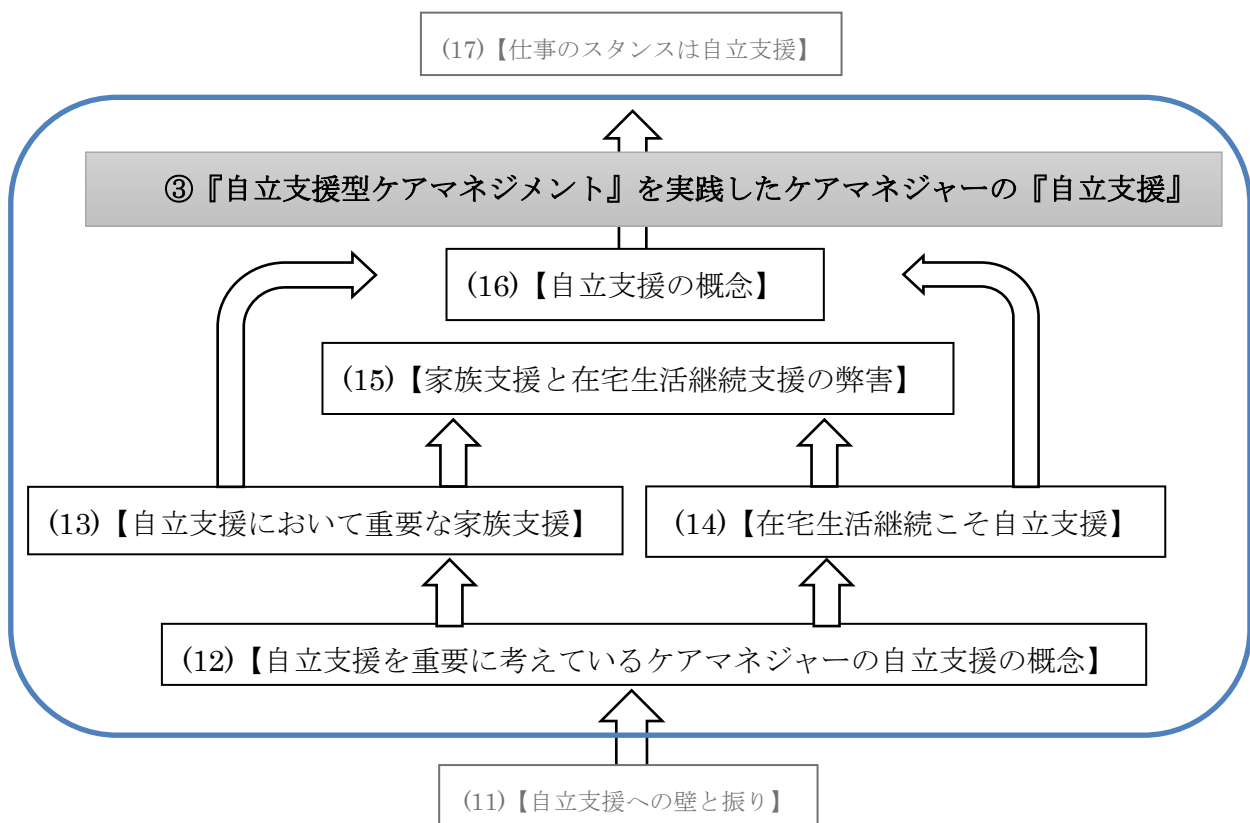
自立と自律はどちらが優先されるものでもなく、その利用者の性格、環境、状態により見極めていく必要があるとケアマネジャーは認識していた。そして、その自立と自律の両輪が、[自由に生きたいと思う利用者の想い]であり、「その人らしさ」とケアマネジャーは認識していた。

「人はそれぞれの価値観を持って生きている。できれば、人の手を借りずに一生を生きていきたい。介護保険の世話になりたくはない。人の世話になるということは、自分ではない生き方をさせられているということ。例え介護が必要になったとしても自分のペースで生きていきたい。それは体が動かなくなっても“こう生きたい”“こうありたい”という想いや願いが利用者にはある」ということをケアマネジャーは認識した。

ケアマネジャーは[介護保険も必要ないほど元気により良い生活]を送ってほしいと願い、利用者家族が元気に過ごすためには、どのような支援が出来るかを常に考えていた。

利用者自身が決めたことであれば効果が高くなることから、まずは利用者の望む生活を確認し、次に理論的なケアにより状態を安定させるようにしていた(図 5-2-63)。

図 5-2-63 『自立支援型ケアマネジメント』を実践したケアマネジャー『自立支援』概念



④『自立支援』への課題

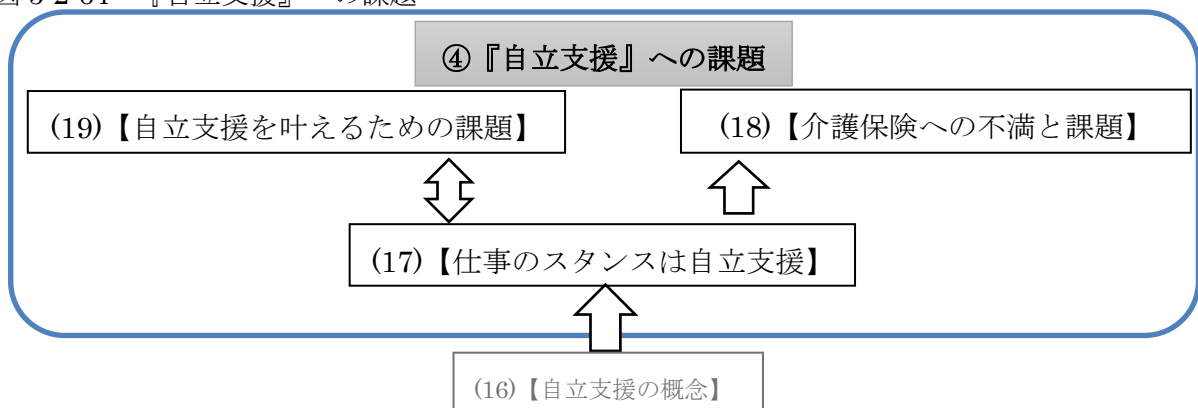
ケアマネジャーにとって、【仕事のスタンスが自立支援】にあるという考え方があった。ケアマネジャーは常に利用者家族と向き合いながら、仕事をしている。もちろん楽しいことばかりではなく、時には傷つくこともある。それでも働き続けることができたのは、チームの力による支えがであったこと、そして利用者や家族の喜ぶ姿に、その人たちのためになっているという実感を得られたこと、それが仕事への自信につながっているからである、とケアマネジャーは認識していた。

その一方で【介護保険への不満と課題】もあった。[介護保険への不満]としては、社会資源開発への期待など、年々増加する役割や、給付管理上の制限があるなかで求められる多職種との連携、具体的には居宅療養管理指導が給付管理上存在していないなどがあった。しかもケアマネジメントに必要な帳票類は煩雑さを増し、形骸化傾向にあって、その非効率性が問題とされた。また利用者目線の[介護保険の課題]としては二つがあげられた。ケアマネジャーを利用者が選定する際、利用者優位の選定が不可能であるという課題と、利用者の要望に対して全てを介護保険サービスで賄えず、非常に利用しづらい介護保険であるという課題である。

他には【自立支援を叶えるための課題】について、ケアマネジャーは、大きくわけて二点を掲げた。第一に「要介護度の改善を示した自立支援の伝播」の重要性をケアマネジャーは認識していた。「リハビリもする気がない」、「このまま寝ていてくれた方が楽」と考えていた利用者家族が、オムツを外すまでに改善することや、「ボツとしていた人」が元気になるなど、身体機能や認知機能面での要介護度の改善ができた。このような自立支援は、時に長期的な支援となる場合があるが、改善という結果を得ることができるなら、成功事例を一般の人も含め、ケアマネジャー、サービス事業所に対して伝播し、理解を得ていくことが重要であるとケアマネジャーは認識していた。

第二の課題としては[ケアマネジャーの啓蒙活動]があった。医学では一般的に『予防』という視点を兼ね備えているが介護では『予防』の視点が欠如していた。要するに『介護予防』として介護保険サービスの提供はされているものの、要介護状態を悪化させない視点、つまり要介護度の改善を意識した視点は欠如していた。今後は「フレイル」や「サルコペニア」といった視点も含めた「健康予防」の啓蒙が重要になっていくと思われ、「自立支援」、「介護保険の理解」といった啓蒙活動とともに、利用者家族に近いケアマネジャーがその担い手となることも必要になると認識されていた。また利用者家族のみならず、国民への啓蒙活動、意識付けの必要性も説かれていた(図 5-2-64)。

図 5-2-64 『自立支援』への課題



第V章 考察

1. 調査1の考察

調査1ではケアマネジャーのケアマネジメントプロセスを通し、自立支援への考え方や意識についてどのように捉えているのかを考察した。具体的には、①基本属性、②所属する事業所の理念や経営方針およびケアマネジャーとして大切にしていること、③アセスメントの実践状況、④ケアプランの実践状況の実践状況、⑤担当者会議の実践状況、⑥モニタリングの実践状況、⑦連携の実践状況、⑧自立支援についての実践状況や考え方、についての調査分析を行った。

1) ケアマネジメントの『ニーズ』についての課題

ケアマネジャーが、ケアマネジメントする際を大切にしていること、第1位「尊厳を保持」が440人(65.7%)、第2位「自立支援を図る」が419人(62.5%)の順にあることがわかった。これは、介護保険法の基本理念にも示されている通りであり、「尊厳の保持」と「自立支援」のこれらを意識し、認識してケアマネジメントをしているという現れだと考える。

さらに、ケアマネジメントプロセスにおける「自立支援への意識」については以下の通りであった。経験豊富なケアマネジャーや専門性の高いケアマネジャー程、『利用者やその家族（以下、利用者家族）の気づいていない課題』をアセスメントにおいて分析し、ケアプランの目標設定にしていることがわかった。言い換えれば、経験豊富もしくは専門性が高くなければニーズの発見できないということである。

つまり、経験年数が10年以上といった経験豊富なケアマネジャーの方が、「要介護高齢者等（家族を含む）の気づいていない課題を総合的に判断している」と「ケアプランの目標においても、要介護高齢者等（家族を含む）が気づいていない課題を取り入れている」人が多い傾向にあることがわかった。また、主任ケアマネジャーは、「要介護高齢者等（家族を含む）の気づいていない課題を総合的に判断している」人が多い傾向にあり、認定ケアマネジャーにおいても、「ケアプランの目標設定は、要介護高齢者等（家族を含む）が気づいていない課題も必ず取り入れている」人が多い傾向にあることがわかった。

自立を行うためにはケアマネジャーが利用者のことを良く知り、利用者の立場に立つことができなければなりません。その作業がアセスメントです。このアセスメントがなければケアマネジメントは「利用者の自立生活を支援する仕組み」になりません。アセスメントがなければ介護保険法の目指す自立支援は成立しないのです。したがって、この利用者のことをよく知る努力は利用者とケアマネジャーのケアマネジメントの関係が続いている間はずっと続きます。ですから、ケアマネジャーの仕事はアセスメントの始まりアセスメントに終わるのです¹⁷⁾。と佐藤は述べている。

さらに、アセスメントは利用者とその家族に関する情報収集に始まり、その中から何がニーズであるかを特定し、その解決のための要因分析という3段階から成る¹⁸⁾。

そして、ニーズは「自立性とQOL」の向上を支えていくためのものでなければならず、ニーズには、今、必要なことと、将来に渡って自立性やQOLのためのもの、という二重の性格を持っている¹⁹⁾。ケアマネジメントの核心たるものが、つまりニーズにあるということが十分に理解できる。さらに、ニーズは家族との要望ともちがいが、しかも利用者家族は毎日繰り返されている状態

にあり、それが自分達の生活の状態にあると勘違いをしていることもあり、そこから脱却することなど想像もできなくなる。そのため、本人や家族の要望とも違い、しかも彼らに自覚されないところを専門家つまりケアマネジャーが「発見」する以外方法はないと竹内は²⁰⁾述べている。つまり、ケアマネジャーとして経験や専門性に左右されることなく、利用者家族の抱えている課題を総合的に判断していくことがケアマネジャーには極めて重要であり、それが出来ないということは利用者家族の生活に影響を及ぼすことにつながる。その結果、ケアマネジメントにおける効果を得ることができない。

つまり、経験や専門性のないケアマネジャーが自立支援の一疎外要因になっているといっても過言ではない。

この背景を探ると、ケアマネジメントにおける課題分析に問題があると推察される。つまり、ケアマネジャーはアセスメントというものを利用者家族からの『情報収集』だけとして捉え、『課題分析』、先に述べた『要因分析』を含む作業までの認識を持ち合わせていないように推察する。さらに厚生労働省が示す「課題分析標準項目」の活用にも課題があるようにも推察する。

厚生労働省は、この「課題分析標準項目」について、介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。第二の3(運営に関する基準)の(7)6において、別途通知するところによるものとしているところではあるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「課題分析標準項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである²¹⁾。と示している。しかし、「個別の課題分析手法」について、明らかな示しはない。

また、「保険者と介護支援専門員がともに行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」が平成27年5月の発行されている。ケアプランの点検の目的は、「ケアプランがケアマネジメントプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援」に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施に支援するために行うものです」としている²²⁾。

「リ・アセスメント支援シートの構造についての解説」では、①利用者の状態（健康・ADL）から働きかけ（転換）、②利用者または家族の問題（～できずに困る等）から働きかけ（転換）、④利用者または家族の意向（～したい）を明確にした上で、「サービスの根拠となるニーズ」＝「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を居宅サービス計画書の2表へ起こしていく流れになっている。それと同時に①利用者の状態（健康・ADL）を把握し見通しを立て、③ケアマネジャーの考える利用者の問題・利用者の生活上の支障（～で困っているのではないのか・～困っていると考えて欲しい）に対して、介護支援専門員の役割は「利用者家族がその問題を認識していないときは、認識するように働きかける。利用者又は家族の意向が表明されていないときや、低いときは意向を向上させるように働きかける。的外れのときは、修正する働きかけを行う」となっているが、特記事項のような記載であり、利用者家族の気づいていない課題について注視

するような記載は特になかった。

また、実際の「リ・アセスメント支援シート」内においても「利用者家族の気づいていない課題」に対する支援策は、特に講じられていない。「問題（困りごと）」欄には、利用者と家族の各々の意見を記述欄のみになっている。「意向・意見・判断」欄に「CMの判断」という記述欄はあるが²³⁾、具体的に「利用者家族の気づいていない課題」についての記述欄は見当たらない。

「根本的に何が原因なのか」そして、「その課題が利用者家族にどのような影響を及ぼすのか」、「課題を解決するためケアマネジャーとしてどのように判断しているのか」といった、明確な記述欄がアセスメントシートになれば、結果として、居宅サービス計画書（2）の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が、利用者本位に強く傾いてしまう可能性があることも推察する。

本研究結果から、経験年数や専門性のあるケアマネジャーは「利用者家族の気づいていない課題」について、「課題分析」や「居宅サービス計画書の目標設定」に位置づけている傾向にある。その一方、経験年数や専門性のないケアマネジャーは「利用者家族の気づいていない課題」への視点が欠けてしまっている傾向にあり、利用者家族の要望に偏った解決になっている傾向にあると考えられる。つまり、ケアマネジャーが利用者家族の要望に振り回される可能性が高い傾向にあることが危惧される。

ケアマネジャーは『真のニーズ』を捉え、『利用者家族の気づいていない課題』に気づき、「根本的な原因の解決」を目指さなければ、利用者家族のADL、さらには、QOLの向上を図ることは到底困難であり、その結果として、利用者家族の自立には繋がらないと考えられる。

根本的な課題の解決に繋ぐためにも、課題分析においては、項目毎に『課題がある』ものに対して「○」、『課題がない』ものに対しては「×」で示し明確に抽出することが最も重要である。

つまり、経験年数や専門性に左右されることなく、誰にでも明確にできるアセスメントの手法並びにアセスメントシートについて、早期に再考が必要であることを、一考察としたい。

2) 「在宅生活の継続」のために必要な視点と課題

平成26年版高齢社会白書(概要版)の高齢者の健康・福祉において介護を受けたい場所は「自宅」が4割、最期を迎えたい場所は「自宅」が半数を超える⁴⁾結果を示した。つまり、在宅生活を継続することは、利用者家族のQOLを高めることになる。よって、自立支援に資するケアマネジメントが極めて重要になってくるということである。

本研究において、ケアマネジャーとして大切にしていることについて質問したところ「在宅生活を可能な限り継続する」と回答したケアマネジャーは5位210人(31.5%)という結果を示した。一方、「自立支援は要介護高齢者等の在宅生活の継続に効果的である」と回答したケアマネジャーの8割が、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。さらに、「最も優先順位の高い機能を身体機能」と考えているケアマネジャーは、自立支援が「在宅生活の継続に効果的である」と考えている人が多い傾向にあることがわかった。

つまり、身体機能の回復を優先に考えているケアマネジャーは、在宅生活継続に大きな影響を与え、効果をもたらすと考えることが多い傾向にあった。

介護を受ける多くの利用者は、疾病や障害により、身体機能に影響を与え、要介護認定を受けている。「65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因」を見ても、「脳血管疾患」が17.2%と最も多く、次いで「認知症」16.4%、「高齢による衰弱」13.9%、「関節疾患」11.0%となっている。男性の「脳血管疾患」が26.3%と特に多くなっていることが内閣府の調べによりわかっている²⁴⁾。

つまり、利用者の身体機能の回復が、要介護度の改善に繋がっており、自宅での生活を長らえることにもつながるのである。もっと厳密に言えば、健康管理によって在宅生活を長らえることになるということである。

竹内は、健康管理は「病気と合併症」を対象とし、さまざまなサービスを通じて、より健康的な状態を獲得することを目標とする。対象を高齢に限って見てもその数は無限に近いほど、多い、それらのすべてに目を配っていくことは実際上不可能であり、無駄も多い。在宅生活における健康管理の現実的な考えかたは、対象者の病気を「慢性疾患」と「急性疾患」に分けてとらえることである。

慢性疾患は、病状の評価と主治医の情報を得ることである。病状の評価は、定期的に通院しているのか、正しく服薬しているのか、生活指導は遵守出来ているのかといった点である。

急性疾患は、早期発見と早期治療である。早期発見は、問診や観察・チェックとなる。急性疾患で最も頻度の多いものが「脱水」であり、予防が可能なものである²⁵⁾。と述べている。

また、高齢者は、身体活動の低下および栄養低下による、衰弱から廃用を招く恐れが高い。

これらを踏まえて、高齢者の「健康」に関する豊富な知識がケアマネジャーには必要になってくるということである。

高齢者の健康を支える上で、柱となるものが、「水分」「栄養」「排便」「運動」ということになる。これらの基本的な4つのケアにより、健康体を作り出すことができる²⁶⁾。

1つ目は「高齢者の体内の水不足に関わる知識」である。高齢者の多くは、脱水を疑わなければならない程、水分摂取量の低下が認められる。2016年5月～9月の総務省の調べでは、脱水により救急搬送された人のうち、高齢者(満65歳以上)が2万5,228人(50.0%)と半数を占め、次いで成人(満18歳以上満65歳未満)1万8,150人(36.0%)となっていた²⁷⁾。この結果からも、高齢者の脱水が圧倒的な値を占めていることがわかる。

高齢者は成人に比べ10%も体内の水分量が少なく、口渇感、皮膚感覚等が鈍感になる。さらに、排泄(失禁や頻尿)の問題も重なり、水分の摂取量が低下しやすくなる。体内の水分量が1～2%減少しただけで意識障害を起こし、認知機能を低下させる。2～5%では、発熱や循環機能に影響をもたらす²⁸⁾。そのため、この水分の知識も極めて重要であると考えられる。

2つ目は「低栄養に関わる知識」である。低栄養による筋力・免疫力の低下が病気を招く危険性もある。そのために、ケアマネジャーとして、最低限押さえるべきことは、BMIと、血清アルブミン値であり、この指標を元にケアマネジメントしていくことが極めて重要である。

3つ目は「便秘に関わる知識」である。水分摂取や食事摂取と関連がとて深い、便秘に関わる問題である。要介護高齢者の多くが下剤を服用している。自然な排便の仕組みをケアマネジャーが理解し、さらに下剤の効果だけに視点を置くのではなく、副作用についての視点、多剤併用による身体への影響といった視点も兼ね備える必要があると考えられる。

「高齢者に対する適切な医療提供の方針」においても、高齢者に対する薬物療法の基本的考え方では、有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し実践するように医師等へ示唆している²⁹⁾。ケアマネジャーは、直接、薬を調整することは不可能ではあるが、医師や薬剤師、または看護師等と連携を図り、薬剤の調整をしていくことも極めて重要であり、そのためにも薬剤に関わる知識は必要であると考えられる。

4つ目は、「運動＝歩行に関わる知識」である。高齢者の認知症の予防、転倒予防、鬱病の予防に運動は欠かせない。特に、一日あたりの歩行距離が長く、よく歩く人ほど動脈硬化性疾患（脳卒中）、癌発生、総死亡率が全てにおいて減少する³⁰⁾。一日、2マイル3.2 (km) 程度ウォーキングを行っている人では、その習慣の無い人に比べて、認知症にかかる割合が42%低いことがわかっている³¹⁾。歩行が健康に深く関与するという知識も持ち合わせ、要介護度を悪化させないように、運動＝歩行を認識しておく必要がある。

さらに、4つの基本ケアにプラスして、健康に左右するのが「口腔機能に関わる知識」である。体調を崩し、経口摂取が困難になった高齢者の口腔機能の廃用が進行しないようにするために知識が必要である。口腔内環境を整え（歯周病と齲蝕の予防、嚥むために必要な治療と義歯作成）高齢者から食事を奪いとることのないよう、食を楽しめる環境にすることが極めて重要になる。

この4つの基本ケアをケアマネジャーがどのようにして、ケアマネジメントにおいてアウトカムしていくかという課題もある。これについては、客観的な数値を可視化し、継続的に評価することが必要である。

例えば、水分摂取量、食事量、BMI、血清アルブミン数値、歩行距離、排便回数、体温、血圧の評価を、居宅サービス計画書（2）の「目標設定」及び「サービス内容」内において、一日の「水分摂取量」や「歩行距離」、「BMI」や「血清アルブミン数値」、「HbA1c」など数値を示し、「モニタリング」において達成度を継続的に評価することができる。さらに、もう一つの評価方法は、健康管理表を作成し、利用者家族のみならず、サービス提供事業者と協力を得て、「健康管理に関する情報の共有を図る。いつ排便があったのか」、「水分は一日どのくらい摂取できているのか」、「歩行距離はどのくらい伸展しているのか」ということを、可視化して管理することも重要になるのではないかと考える。

それにより、早期発見や早期対応にもつながり、さらに、担当医にも日頃の健康状態について、より具体的に伝えやすくなると思われる。

「健康」に関する知識とそれに基づいた客観的な評価の視点をケアマネジャーが持つことにより、利用者の在宅生活を長らえ、利用者家族の望む生活を叶えられるのではないかと考えられる。つまり、身体的機能の回復を優先においたケアマネジメントの視点は、自立を叶える上での支援の基本ベースになるといっても過言ではないことが、本研究によって明らかとなった。

3) 家族支援についての課題

ケアマネジャーとして大切にしていることについて「家族の介護負担の軽減を図る」は第3位の結果を示した。さらに、「自立支援を目標としたケアマネジメントは家族負担の軽減にも効果的である」は、約7割のケアマネジャーが「とてもそう思う」「そう思う」と回答し、また、連携の実践状況においても「サービス提供しているチーム間で家族介護者を含めた支援」を実践しているケアマネジャーが「必ずそのようにしている」「時々そのようにしている」は半数を超える結果を示しておりケアマネジャーが家族の介護負担軽減の重要性を認識している。

さらに、「最も優先順位の高い機能を身体機能」と考えているケアマネジャーは、自立支援が「家族の介護の負担軽減に効果的である」と考えている人が多い傾向にあることがわかった。その一方で、「最も優先順位の高い社会機能」と考えているケアマネジャーは自立支援が「家族の介護負担軽減に効果がない」と考えている人が多い傾向にあることがわかった。さらに、「チーム間で家族介護者を含めた支援をしている」では、「必ずしている」と「時々している」の合計が、約55%と半数を超えてはいるものの、実践にまで及ぶ力を見出せないケアマネジャーがいるということも推察した。

つまり、家族支援を含め自立支援を考え、利用者の自立が、家族の介護負担軽減に繋がるというのを、ケアマネジャーも認識してはいるが、実際のケアマネジメントにおいて、家族の介護負担軽減にまで支援が行き届いていないことになる。

つまり、身体機能を優先に、課題を解決していくことの重要性をケアマネジャーが認識していない可能性があるということになる。身体機能の自立が損なわれて、要介護状態を作り出し、その損なわれた機能を可能な限り優先にして解決する。根本的な解決の視点がケアマネジャーには不足しているように推察する。

例えば、認知症になり「食事が一人で摂取できない」「適切な移動や入浴ができない」といった場合に、介護保険サービスを導入しても家族の介護負担は決してなくなることはない。ケアマネジャーが心理的なサポートを家族にしても、それらの『共感』や『寄り添う』ことが、その場凌ぎの支援になる可能性が高い。これが、家族にとっての「真の解決」につながっているのか疑問である。そうであるなら、要介護状態になる一番の要因を先ずは知り、それを解決する。そうしなければ、根本的な介護負担の軽減にはつがらないのではないかと。つまり、社会的機能（閉じこもり）や精神的機能（依存）といった要因が要介護状態を引き起こす可能性は極めて低く、「身体機能を優先する」といった課題解決」という認識を持たなければ、「真の解決」につながらないのではないかと考えられる。この認識こそが、ケアマネジャーにとり重要になるのではないかとということである。

身体的機能の改善は、家族の介護負担が軽減につながり、家族が「施設から在宅へ」とパラダイムを変換していくことも可能になるということである。

そして、もう一つ、家族支援にあたり重要な課題がある。家族のアセスメントへの重要性をケアマネジャーが認識することである。

竹内は「ストレス」こそ在宅生活の真の敵と述べている。在宅ケアにおいてストレスのもつ意味は極めて重要である。在宅ケアが家族にとって何のストレスも生じなければ、実際上はその家族はケアを行い続けることができるだろう。ある意味では、在宅生活を支援するとは、ストレスなき家庭生活を得ることだともいえる³²⁾。と、述べている。

介護という問題が発生し、そこで家族には新たな役割が生じる。例えば、利用者と家族の関係改善に介入して、失敗したケアマネジャーは多くいるはずである。そうした家族が、要介護高齢者の介護を担うといった役割を引き受け、一緒に暮らし続けているという事実は唯一無二の真実である。私たちは、その姿を、その家族の姿を認めなければならぬということである。介護保険サービスの利用はあっても24時間365日、同じ屋根の下で暮らすという真実のもとに、「介護している家族に悪者はいない。悪人を作らない」といった意識を持ち、家族と関わっていくことが極めて重要になる。利用者との家族の間には、「その家族の歴史」があり、その根底にある「家族の歴史」を誰も覆すことはできない。そのためにもケアマネジャーは利用者のみならず、『家族』を知ることが最も重要であり、家族のアセスメントは極めて重要であることを認識する必要がある。

4) 身体機能を優先にした自立支援の考え

介護保険における自立支援の定義はない。しかし、研究者の考えている『自立支援』の定義は以下の通りである。

健康寿命とは、「健康で自立した生活を送れる平均期間を推定した概念」として、近年よく用いられる言葉³³⁾。

平均寿命から健康寿命の差を「日常生活に何らかの支援または介護な状態の期間」として捉え、これを『自立支援』の定義として紐解く。

WHO（世界保健機関）憲章の前文では、「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることを言います。」と定義されている。また、健康を維持するためには個人だけでなく社会的にも取り組む必要があります³⁴⁾。と記述している。

また竹内は、身体・精神・社会は相互に影響し合っており、この項目のみを単純に定義づけることは必ずしも容易ではないが、およそイメージを述べるとすれば次のようになる。「身体的自立」とは、身体的所作を伴う行動、行為における他の改善の不要な状態。「精神的自立」とは主体的に物事を選択し行動することを指す。「社会的自立」とは、社会関係の諸相において依存や不平等のない、しかも共生が実現できていることを示す³⁵⁾。と述べている。

ケアマネジメントは自立へと支援するための機能である。つまり『自立支援』は「身体的機能」、「精神的機能」、「社会的機能」の3つの機能を捉えることができるのではないだろうか。

そこで、本研究においては、「自立支援を目的としたケアマネジメントを“身体的・精神的・社会的な機能の回復や維持”としたとき、最も優先順位の高い機能」をケアマネジャーに質問したところ、精神的機能275人(41.0%)、身体的機能229人(34.2%)であり、社会的機能69人(10.3%)のみが、精神的機能と身体的機能に比べ少ない結果となった。さらに、社会的機能を優先にしているケアマネジャーは「目標の達成のためにサービス提供事業所へ何をすべきか明確にはしていない」人が多い傾向にあることがわかった。さらに、「担当者会では自立支援を目標に意見交換を殆どしていない」、「自立支援を目標にモニタリングをしていない」、「モニタリングでは目標達成度をみていない」人も多い傾向にあり、「自立支援は要介護高齢者の在宅生活継続について効果的ではない」と考えている人が多い傾向にあることもわかった。

社会機能を優先に考えるケアマネジャーは、「人との関わり」や「社会との関わり」、「役割を

持つ」ことを優先にケアマネジメントをしているように推察する。

「身体的機能」と「精神的機能」はある意味「個人」ということのように捉えられるが、「社会的機能」は「他人」、「社会」として捉えられている可能性が高い。そうであるなら、社会的機能を優先に考えているケアマネジャーは、社会との関わりや、家族内の役割といったものがなければ、自立は捉えにくいと考えている可能性が高い。

また、「社会的機能を優先」と考えているケアマネジャーは、「自立」という言葉に対しての抵抗感を抱いているようにも推察した。その理由は、研究結果において、「社会的機能を優先」にしているケアマネジャーは「サービス事業所への明確な依頼」、「担当者会議、モニタリング時の目標設定」における「自立支援」の視点が、行き届いていない傾向にあった。さらに、「在宅生活の継続」についても「自立支援」による効果は低いと捉えているケアマネジャーが多い傾向にあった。

つまり、一般的に「自立支援のイメージ」が「社会との関わり」における評価より、「要介護度の改善」や「ADLの改善」という「身体」に注視した傾向にある。そのため、「社会機能を優先」としたケアマネジャーが「自立支援」へ疑問を抱いた結果が、前項における調査結果へとつながったのではないかと考えられる。

その一方で、今回、「身体的機能を優先」に考えているケアマネジャーは、「在宅生活の継続」「介護負担軽減」といった視点を持ち合わせている人が多い傾向にあり、さらに、「ケアプランの目標設定は要介護者等(家族含む)の要望に基づいている」人も多い傾向にあった。

身体的機能を優先に考えているケアマネジャーの多くは、単に、身体機能の向上に捉われているのではなく、利用者家族の要望に基づき、さらに在宅生活継続の支援、家族への支援の重要性を認識しているということである。つまり、身体的機能を優先に考えているケアマネジャーは、幅広い視野を持ち、ケアマネジメントが実行されているということではないのだろうか。

これまで、身体的機能を優先にしたケアマネジメントに対しては、「高齢者を無理矢理、元気にしても」、「歳だから諦めても」、「支援する側の単なる自己満足ではないのか?」、「要介護度の改善は単なる給付の抑制ではないか?」と言った言葉に触れることがあった。

しかしながら、身体的な機能を優先にケアマネジメントを実行することは、決して、ケアマネジャーの自己満足的な支援ではないということである。

身体機能を優先にしたケアマネジメントは、「利用者家族の要望に基づき」そして、「在宅生活継続への支援」と「家族への支援」という、二つの支援に影響を与えているという傾向が強いということ。それにより『自立が叶えられる』ということが、本研究により明らかとなり示唆を得ることができた。

2. 調査2の考察

上位カテゴリーの関連より2つの課題と1つの意識があると判断した。

1) 課題1 要望型ケアマネジャーへの課題

ケアマネジャーはケアマネジメントにおいてアセスメントに基づき、常に客観的な判断の基に、ニーズを見極めていく必要がある。つまり、利用者の要望（デマンド）とは違う、ニーズを見極めていくことが重要になる。ニーズには、「利用者が気づいていない課題」も含まれる場合がある。

ケアマネジャーは、利用者や家族に対し、「より良い生活を送ってほしい」と考えてケアマネジメントをしていることは間違いない。そのより良い生活を実現するために、ケアマネジメントがある。

しかしながら、その実現の仕方や方法がケアマネジャーにより、相違が生じてしまっていた。それは、大きく二つに分けられる。

一つは、【自立支援に視点を置いたニーズの見極め】のできるケアマネジャーであるかということ。そして、もう一つが、課題となっている【要望型ケアマネジャーへの違和感】にあるということである。

ニーズの見極めのできるケアマネジャーは、[ケアマネジメントの根底となる根拠に基づくケア]を学習し、研鑽を積み重ねているということである。さらに、『根拠に基づくケア』こそが自立支援の要になる。そのケアの一つが、「水分、食事、運動、排便」により、体調を整え、健康体を作り出す4つの基本ケアである。

アセスメントにより客観的評価を行い、その結果に基づいて、「水分＝脱水」、「食事＝低栄養」、「運動（歩行）＝転倒」そして「排便＝便秘」を継続的にケアして、評価をしていく。

例えば、なんらかの疾病が原因で廃用が進行（寝たきり状態が進行）したケースに対し、根拠に基づくケアを実践したケースでは、「寝たきりだった人の歩行機能を回復させて、食卓で食事が家族と摂れるようになる」、「オムツ内での排泄を下着に変えて、トイレで排泄をできるようになる」、「胃ろう増設を余儀なくされた人が、お寿司が食べられるようになる」といった、「要介護状態になる以前の状態」に戻すことが可能である。そのためには、ケアマネジャーが自立支援型ケアマネジメントを実践できなければ、叶えられない。

しかしながら、こうした学びがなく、日々の業務に追われ、利用者家族とただひたすら向き合い、それに振り回されてしまうケアマネジャーの存在がある。それこそが要望型ケアマネジャーということになる。

この要望型ケアマネジャーの背景について、本研究から、3つの課題が挙げられる。第一に、利用者家族とのコミュニケーションの問題があった。具体的には次の三つが考えられた。

- ① 苦情クレームを避けるために、要望をそのまま受け入れてしまうこと。
- ② 利用者家族に自立支援の視点がなく、「介護はお世話になるもの」という思い込みが強いために、説得ができない。または、しないまま要望を受け入れてしまっていること。
- ③ 理論的な説明ができないために、利用者家族に説得できず、要望を受けざるを得ないこと。

第二に、[基礎資格の影響]があると考えられた。基礎資格としてヘルパーを持つケアマネジャーにより、サービス優先のケアプランがたてられてしまう。要するに、デマンドとニーズの把握ができていないということである。

第三に、ケアマネジャーが営利法人と利用者の板挟みになっているという問題がある。居宅介護支援事業所のケアマネジャーの多くは営利法人に所属している。営利を目的とした営利企業にとっては、利益追求は当たり前のことである。しかしながら、その追求が過剰な状態に陥っている事業所の存在がある。営利追求を第一とした自立支援の視点を軽視する経営方針に、ケアマネジャーが振り回されてしまっているということである。

具体的には、以下のような問題がある。

①研修会参加、学会参加など自己研鑽に対する、理解が得られない。

②ケアマネジャーの能力に見合わない、利用者数を担当させられる。

③居宅介護支援事業所に併設している介護サービス事業をその法人が経営している場合には、その介護サービスへの連動をケアマネジャーに経営側が求める。

つまり、要望型ケアマネジャーは、専門性への追求や、専門職としてのあるべき姿を見失っているということである。こうした問題が、結果的にケアマネジャーの質を低下させていることになる。

2012年3月より『介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会』が設置され、討論が行われている。こうした中で、ケアマネジャー不要論を訴える人も現れた。それが、2012年6月月刊ケアマネジャーにて「ケアマネジャー不要論のジレンマ」と題し、竹内が緊急寄稿している。そこではケアマネジャーの課題を①利用者の自立性を改善しようとする姿勢(自立支援意識)がまるで感じられない。②ニーズを捉えていない。③ケアの内容に関心をもっていない。と、3点掲げ、さらに、自立支援や問題解決に役立たないケアマネジャーは要らない。だからといってこの人材・制度を廃止したら他では担えない問題が噴出することは目に見えている。それへの対応が適切に入念に行わなければ施設回帰が起りかねない。遅きに失したとはいえ、いま、着手すべきは、厚労省のいう「自立支援型ケアマネジメント」を土台とする高齢者のケアマネジメント理論の整備とそれによる研修カリキュラムの再編と実施。一方のケアマネジャーはこれまでの経過への反省と新しいケアマネ像への脱皮が求められる³⁶⁾。とも述べていた。

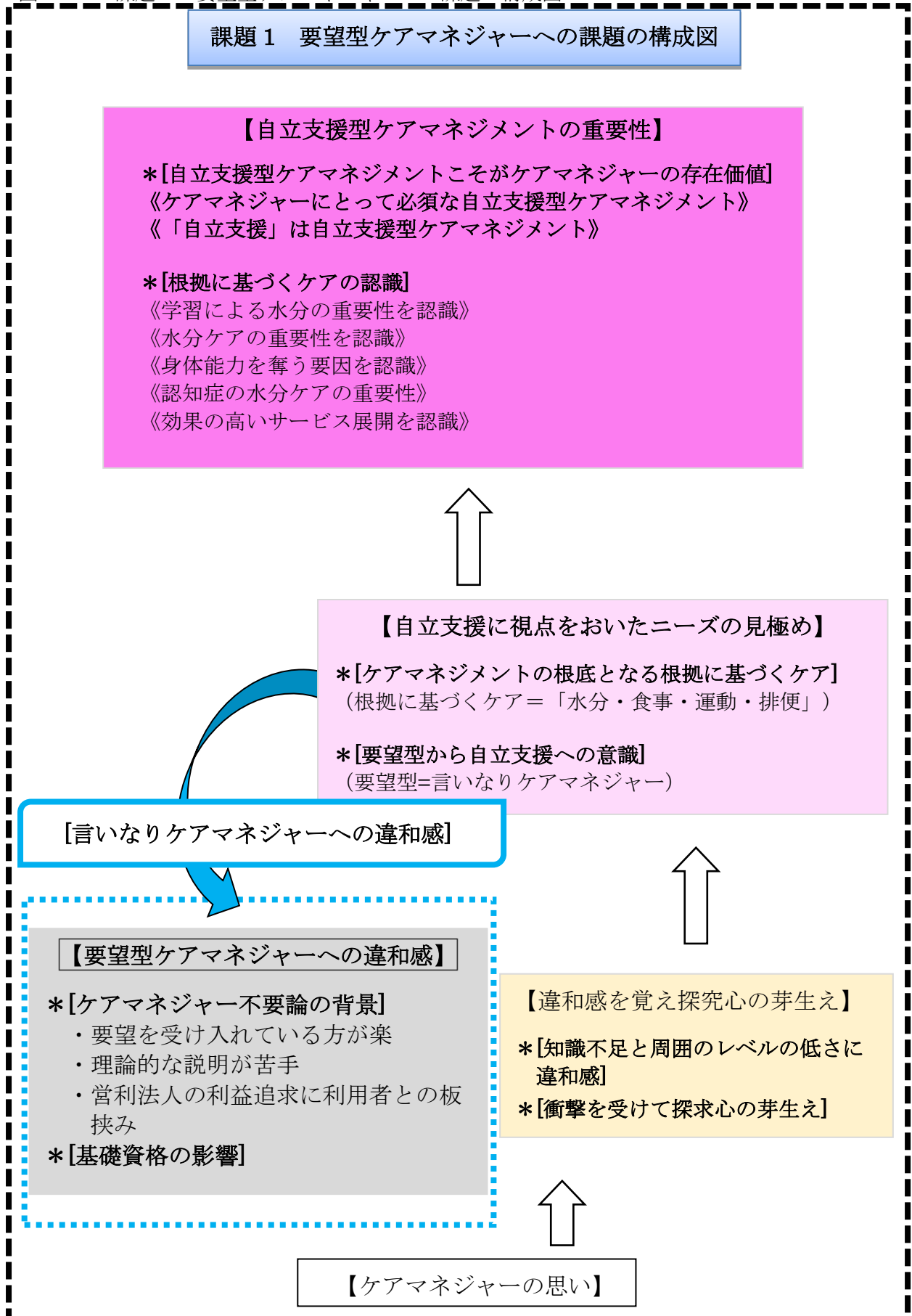
そこに着眼点をおいたケアマネジャーは自立支援という概念を専門職として確立し、そして利用者家族の自己実現に向けて、実践しているのではないだろうか。

一方、こういった国の現状や課題を今でも意識せず、悪気なく、ただひたすら利用者に向き合っているケアマネジャーを今後どのように、シフトチェンジできるかが、大きな課題であると考ええる。

平成28年度から介護支援専門員法定研修も大幅に変わり、主任ケアマネジャーの更新研修は要件も厳選されてきている。

ただし、法定研修への参加やその要件を満たすための研鑽を積むだけに止まらず、広い視点での知識習得と共に、自らが専門職として骨格を作り出すことが重要になるのではないかと考える。つまり、『自立支援』への追求が必要であるということである。誰のためにケアマネジメントを実践しているのか、今その原点に立ち戻り考えることが求められるのではないだろうか。

図 5-2-1 課題1 要望型ケアマネジャーへの課題の構成図



2)課題2 自立支援の弊害への課題

この【自立支援の弊害】に上位カテゴリー [ケアマネジャーの提案に難航を示す利用者家族] と [協力の得られないサービス事業所] が深く関与していることが本研究により明らかとなった。

この課題は、専門性の高いケアマネジャーが陥る課題である。アセスメントの結果、ニーズを発見して、そして、課題解決に向け、必要なサービスをケアマネジャーは利用者や家族に提案し、合意が得られれば、ケアプランにサービスを導入する。しかし、ケアマネジャーの提案したサービスやサービス回数に、利用者家族が合意しない場合がある。つまり、利用者家族が気づいていない、慢性的に埋もれてしまったニーズをケアマネジャーが発見し、そのニーズを解決するために、ケアマネジャーは、利用者家族に支援方法と、必要な介護サービスを提案するのだが、その支援を受け入れてもらえないということである。

もう一方で、サービス提供事業所に向けた課題もある。[根拠に基づくケアの実践]をする上で、サービス提供事業所の協力は欠かせないものになっている。そこで例えば、サービス提供事業所へサービス利用中の利用者に対し、水分摂取 900CC をケアマネジャーから依頼した場合、「そんなに飲ませられない」といった言葉や、外出歩行を依頼した場合においても、「転倒をさせると責任問題になる」と言うような事業所が、見受けられることがある。どうにか、在宅生活を継続できるように支援をしようとしても「在宅の限界です。家族には伝えておきましたから」といった事業所も中にはある。つまり、根拠に基づくケアの実践に理解の得られないサービス事業所があるということである。

この [ケアマネジャーの提案に難航を示す利用者家族] と [協力の得られないサービス事業所] 背景には、共通した課題がある。それが【一般的な自立支援の概念】が強く影響しているように推察する。

つまり、元々、「介護」というものは「看護」から波及してきている。看護は治療のために、クライアントに対して、「ベッド上でオムツを交換する」、「食事を食べてもらう」「食べさせる」といった行為を行う。しかし、介護を受ける人の多くは、癌末期を除き、寝かせきりにしておく理由が特には見当たらない。

病院から退院してきた利用者は、急性状態ではないということである。そのため、できる限り元の状態に戻していくことがケアマネジャーとして役割になる。

しかしながら、「寝かせきりのまま介護をする」、「介護はお世話になるもの」といった考えが根強く、介護サービスは「お風呂に入れてもらう」、「食事は食べさせてもらうもの」としてだけ捉えられ、「寝たきりの人が、歩けるようになるための支援をする」、「機械を使ったお風呂ではなく、浴槽にゆっくりとつかってもらるように支援をする」「トイレは一人で行かれるように支援をする」といったイメージでは捉えにくいという実態がある。

このような【自立支援の弊害】を打破するためには、1つの役割をケアマネジャーが担い、2つの技術をケアマネジャーが身につける必要がある。

その役割とは、【自立支援を叶えるための課題】として、[要介護度の改善を示した自立支援の伝播]を担うことである。自立支援を叶えるためには長期的な支援となる場合もあるが、身体機能や認知機能面での要介護度の改善を利用者家族、サービス提供事業所に知ってもらう必要がある。

そして、2つの技術のうちの一つが、【支援の提案と合意形成】、そしてもう一つが【サービス事業所へのオーダー】の技術である。

一つ目の【支援の提案と合意形成】について重要なのは、[自立支援を叶えるために必要な目標設定と利用者家族への提案]における[利用者家族との信頼関係]の構築である。さらに、[合意形成能力]の高さも求められる。

つまり、生活の場・治療の場を提供している施設や病院であれば、受け入れ側が主導権を持ちやすいもの。しかし、利用者・その家族が主導権を持つ在宅に支援者が入っていくには、施設・病院と異なる発想とスキルを持って対応しなくては、効果的な支援に結びつくことはできない。そこで、必要となるのが、合意形成能力である。支援の必要性と妥当性について高齢者に理論的に説明し、本人の意欲を引き出して合意を得るスキルを養う研修は、医療、介護のどの専門職の養成課程でも行われていない。つまり、合意形成無くして、効果的、効率的な支援提供は難しいということである³⁷⁾。

一般企業に勤めるサラリーマンであれば、「交渉」という技術を身につけている場合も多いが、ケアマネジャーとしては「相談援助技術」留りになっている。利用者家族への提案に難航を示すことなく、理解してもらうためにも、『合意形成能力』の習得に力を入れていく必要があると考えられる。

さらにもう一つの技術は【サービス事業所へのオーダー】である。多くのケアマネジャーは、サービス事業所に対する依頼を、例えば、「水分摂取」、「食事量の確認」、「運動をする」などのケアの依頼をして終わってしまっているように認識している。

例えば、300CCばかりの水分摂取でも、水分摂取であることには変わりはなく、また、食事も完食しなくても、半量食べたら、食べたことにもなる。「トイレまでの移動ができた」でも、歩行移動ができたことにもなってしまう。

そうではなく、客観的に評価する癖をつけ、ケアマネジャーからヘルパーへ「サービス利用中に1000CC摂取させて欲しい」、PTやOTに対して「〇〇まで歩けるようにしたいが、まず、50M歩行を目指すことは可能かどうか？」と言うような、数値を明確に表して、自立に向けてケアマネジャーがサービス事業所へ『オーダー』をしていくことが重要である。

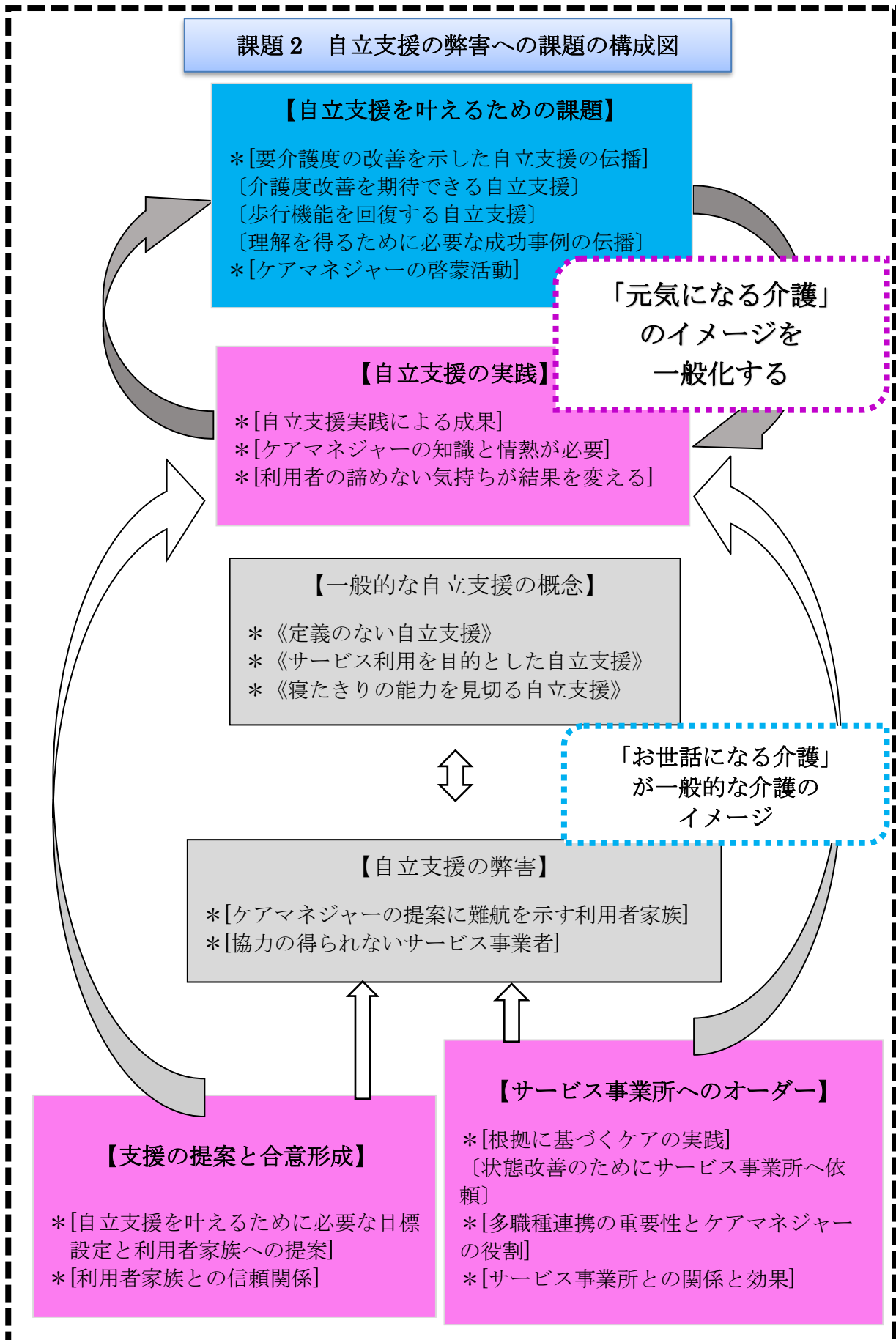
サービス事業所だけではなく、医師と話しをする際も、こう言った視点を養っているだけで、医師のケアマネジャーに対する印象も変わってくるように推察する。

ケアをマネジメントしているのは、紛れもなく、ケアマネジャーである。決して指示的なことではなく、利用者の自己実現のために必要なこととして、明確な『オーダー』を出せる力を養い、客観的な評価を継続していくことで、利用者が介護を受ける以前の状態に近づけることができるのではないかと考える。

つまり、自立支援において重要となる『合意形成能力』と『オーダー』といった技術をケアマネジャーが身につけ、さらに、成功事例を通し、自立支援による成果を伝播することで【自立支援型ケアマネジメントの重要性】が一般化していくことになるのではないだろうか。

さらに、「お世話になる介護」から「元気になる介護」へと介護というイメージ変換させるためには、ケアマネジャーによって、一人でも多くの利用者が自立できるように、自立支援型ケアマネジメントを通し、確立していくことも必要なことではないかと考えられる。

図 5-2-2 課題 2 自立支援の弊害への課題の構成図



3) ケアマネジャーの自立支援に対する意識

【自立支援を重要に考えるケアマネの自立支援の概念】は【自立支援において重要な家族支援】と【在宅生活継続こそ自立支援】から構成されている。ということが、本研究により明らかとなった。

つまり、利用者の望みや思いを叶えるために、能力を引き出し、その強みを活かして支援をすることである。出来ないことに関しては、できるように自立を支援すること、「私らしさ」や「その人らしさ」を尊重しながら、自己決定を促し、最後まで「その人らしく」いられるように支援することである。そのために必要なことは、【自立支援において重要な家族支援】である。

家族支援において重要になる2つの視点がある。一つ目は、本人だけではなく家族をアセスメントすることである。家族がどのように「介護」というものを受け止めているのか、それを汲み取っておくことは、今後の支援について重要な情報になる。また、家族構成員の健康や経済的な問題など、別の側面での問題を抱えていることもある。そして、同居や別居という環境とは別に、家族の構成員がそれぞれのライフステージの中で持つ状況をできるだけ把握する。それは、私たちが担当する利用者本人の意向や今後の支援の方針にも深く関わってくるものだからである。二つ目は、社会の変化による家族システムの変化を見ること。つまり、時代は変化しているということである。しかしながら、世代や性別によって考え方も異なり、価値観や考え方も違うということを認識していくことである。つまり、介護するのは誰か、この問題一つでも家族によって考え方は違うということである³⁸⁾。

「介護」が現実化し、介護を目の当たりにしたときの家族の心境は計り知れないものである。そのためにも、利用者を知ることに注視するだけではなく、家族に対するアセスメントを十分に行い、家族の持っている力、不足している力を十分見極めて、支援していくことが重要なことになる。それが、自立支援における家族支援の視点として考えられる。

【在宅生活継続こそ自立支援】であるという結果も本研究により得られた。[在宅に価値を置くケアマネジャー]は自立支援が在宅を意味すると考え、利用者の在宅生活継続において、理論の習得が必要であることを認識していた。つまり、理論というのは、根拠に基づいたケアを習得していくことであり、それには、基本ケアを理解して、利用者を健康にするということである。

そして、ケアマネジャーは利用者家族に対して、[介護保険も必要ないほど元気により良い生活]を考えていた。しかしながら、この「元気」という言葉が抽象的でもあるため大辞林第三版において調べたところ、①活動のもとになる気力。また、生き生きとした活力の盛んなさま。

「ーがある」「ー出す」「ーな子」②国家などが存続・発展するための、元になる力。③体に悪い所がないさま。健康。「ーで暮らす」という記述であった³⁹⁾。

これらを踏まえ、「元気」を「健康」の定義としと照らし合わせ、身体的な「活動」、精神的な「活気」、社会的な「活躍」の3つに共通する「活」が関係していると考えた。

「活」について大辞林第三版にて調べた結果、①いきいきと活動する。「活気・活況・活動・活躍・活発・活躍・快活」②生きる。暮らす。暮らし。「活計・活力・自活・生活・死活・復活」③自由に動く。固定しない。「活字・活水・活版」④いかす。役立てる「活用」⑤「活動写真」の略「活弁」という記述があった⁴⁰⁾。

つまり、「元気」にするためには、身体的な「活動」、精神的な「活気」、そして、社会的な「活躍」によって実現するということである。在宅生活の継続を長らえるためにも、とても重要

であり自立支援に資するものであると考えられる。

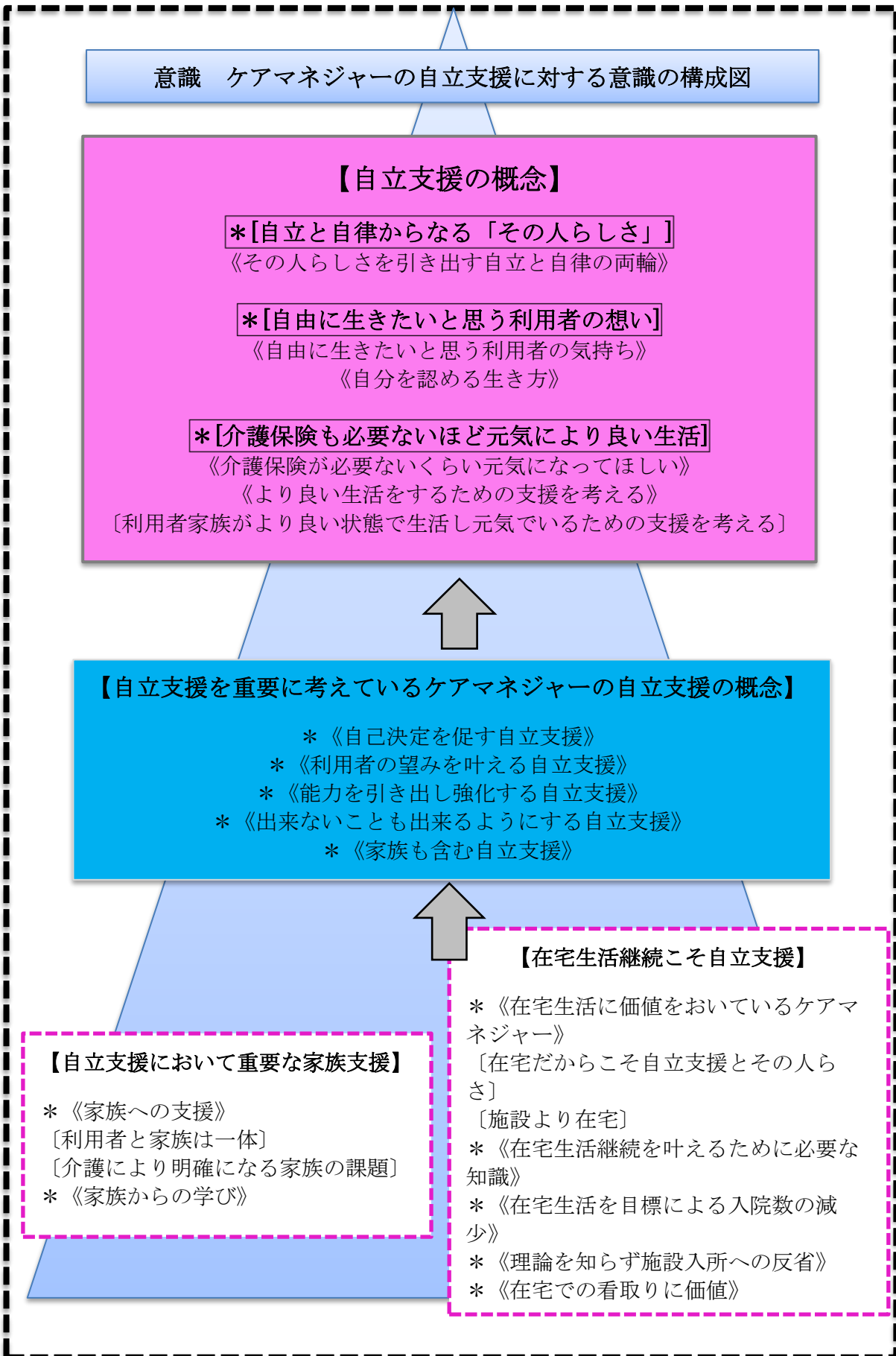
そして、ケアマネジャーが考える「利用者の思い」をケアマネジャーは次のように語った。
「人はそれぞれ価値観を持って生きている。できれば、人の手を借りずに一生一人でいきたい。介護保険の世話にはなりたくない。人の世話になるということは、自分ではない生活をさせられているということにもなる。 例え、介護が必要になったとしても、自分のペースで生きたい。それは体が動かなくなっても“こう生きたい”“こうありたい”という「思い」や「願い」が、利用者にはある」

自立支援とは何かと考えたときに、ケアマネジャーは利用者の[自由に生きたいと思う利用者の思い]を叶えるために [介護保険も必要ないくらいに元気によりよい生活へ]と考えていた。

つまり自立支援とは、利用者の自由になりたいと思いを叶えるために『元気』にするということでもある。

そして、利用者がその人らしい生活を送れるよう、自己実現を目指すために必要な支援こそが、「自立支援」であるということ、本研究により示唆を得ることができた。

図 5-2-3 ケアマネジャーの自立支援に対する意識の構成図



3. 全体考察

1) ニーズの明確化と専門職としての骨格形成

経験年数や専門性に左右されることなく、誰でも明確にできるアセスメントの手法並びにアセスメントシートについて、早期に再考が必要であること、さらに、所属する法人に屈しない、ケアマネジャー自身の力を身につけ、専門職としての骨格を作りあげていくことが、重要になるのではないかと考えられる。

2) 利用者への『合意形成能力』とサービス事業所への『ケアのオーダー』の技術の習得と「元気になる介護」を一般化する

利用者への『合意形成能力』とサービス事業所への『ケアのオーダー』といった技術をケアマネジャーが養い、さらに、成功事例を通し、自立支援による成果を伝播することにより、【自立支援型ケアマネジメントの重要性】を一般化させていくことが必要である。これは「寝かせきり介護」または「お世話になる介護」から「元気になる介護」へとシフトチェンジさせるということでもある。さらに、ケアマネジャーによって、一人でも多くの利用者が自立できるさまざまな手法を、ケアマネジャー自身の手で作上げていくことも自立支援を叶えるために必要なことではないかと考えられる。

3) 在宅生活継続のために効果のある身体的機能を優先にしたケアマネジメント

ケアマネジャーの「健康」に関する知識とそれに基づいた客観的な評価の視点を持つことが、利用者の在宅生活を長らえ、利用者家族の望む生活を叶えられるのではないかと考えられる。つまり、身体的機能の回復を優先においたケアマネジメントの視点は、自立を叶える上での支援の基本ベースになるといっても過言ではないと考えられる。

4) 家族支援においても効果のある身体的機能を優先にしたケアマネジメント

「介護している家族に悪者はいない。悪人を作らない」といった意識を持ち、家族と関わっていくことが極めて重要になる。そのためにもケアマネジャーは家族を知ることが重要であり、家族のアセスメントは極めて重要であり、それを養っていく必要がある。

5) ケアマネジャーの自立支援に対する意識

【自立支援を重要にするケアマネジャーの自立支援の概念】は【自立支援において重要な家族支援】と【在宅生活継続こそ自立支援】から構成されていた。ケアマネジャーは、利用者の自立を叶えるためには、家族支援、在宅生活継続支援が必要不可欠であるという意識があった。さらに、自立支援において、ケアマネジャーは利用者を[自由に生きたいと思う利用者の想い]を叶えるために[介護保険が必要ないくらい元気になってほしい]と考えている。利用者がその人らしい生活を送れるよう、自己実現を目指すために必要な支援が、この「自立支援」であるということが本研究から明らかとなった。

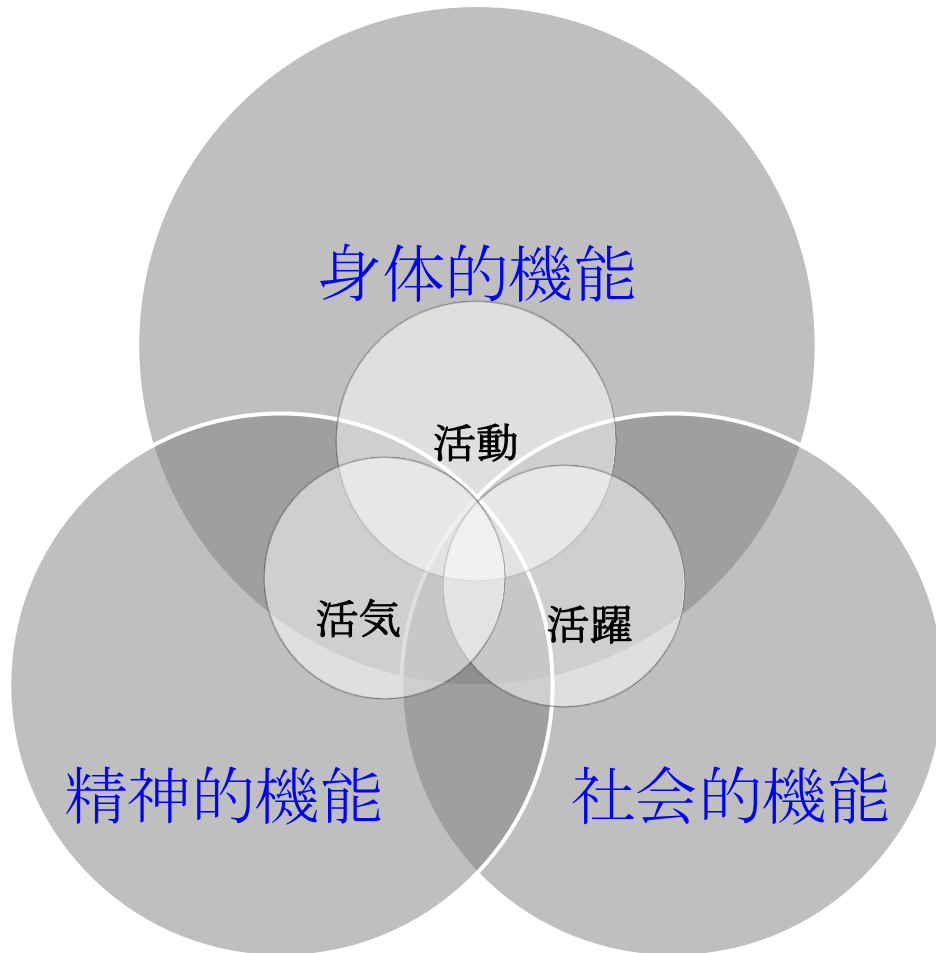
6) 要介護高齢者の自立支援の定義 (図 5-3-1)

ケアマネジャーは利用者の[自由に生きたいと思う利用者の想い]を叶えるために、『元気』にすることが自立支援であり、それが自己実現を目指す支援である。

そして、要介護高齢者のケアマネジメントにおいては『身体的機能(活動)』を優先とし、『社会的機能(活躍)』、『精神的機能(活気)』の3つの支援が自己実現を目指すために必要な機能であり、これが『自立支援』の定義となる。

図 5-3-1 要介護高齢者の自立支援の定義

本研究結果から捉えた高齢者の自立支援の定義



その人らしく、自由に生きたい思いを叶えるため

『元気』 (活動・活気・活躍) にすることこそが

『自立支援』 (身体的機能・精神的機能・社会的機能) である。

第VI章 結語

1. 結語

- 1) 経験年数が豊富で、また、専門性の高いケアマネジャーほどニーズを明確にしていること、一方、【要望型ケアマネジャー】になってしまう要因が明らかとなった。
- 2) 身体的機能を優先に考えているケアマネジャーほど、ケアプランの目標設定は利用者家族の要望に基づき、さらに、自立支援は在宅生活継続の支援、家族への支援に有効的であるという傾向にあることが明らかとなった。
- 3) 一般的に捉えられている「お世話になる介護」というイメージを「元気になる介護」へと変換させていく必要がある。そのためにも、ケアマネジャーの「合意形成能力」と「オーダー」といった二つの技術を養うことが重要となる。そして、「自立支援型ケアマネジメント」を今後も推奨し、さらに、成功事例を通して一般化して、それを実行いくことが重要である。
- 4) ケアマネジャーは利用者家族の自己実現（その人らしさ）を目指したいと考えていた。そのために、身体的な機能を優先に捉えつつ、精神的機能と社会的機能のバランスを保ち支援し、その上で、家族支援と在宅継続支援を柱とする支援が、『自立支援』の要であることが本研究により明らかとなった。

2. 本研究の限界と課題

1) 調査1における研究の課題について

①東京23区内のみを対象としており、地域性が影響していると思われる。全国的な調査をしていくことが必要であると思われる。

②研究対象者のケアマネジャーの基礎資格が「介護福祉士」に偏っていた。これは、株式会社三菱総合研究所、「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研究」平成26年3月の調査⁴¹⁾では、ケアマネジャーの保有資格「介護福祉士」が63.4% (59.6%)と最も多く、次いで「看護師」が11.5% (5.8%)、社会福祉士が10.2% (5.2%)であり、本研究（括弧内は本研究の結果）との比較し大きな差はなく、また、ケアマネジャーの基礎資格が「介護福祉士」へ偏りがあるのは否めない現状にある。

2) 調査2における研究の課題について

①今回のインタビューは、認定ケアマネジャーを対象に実施している。これは、認定ケアマネジャーが実際に自立支援を目指している集団であるということから選出している。また、認定ケアマネジャーの中でも、基礎資格を医療系、福祉系に分けてインタビューをしているが、これは、一般的なケアマネジャーの基礎資格形成を考慮した選出である。

自立支援への意識の高い認定ケアマネジャーが対象者であり、基本的には「自立支援」が基礎資格の影響を受けるようなことはあってはならない。つまり、「医療系ケアマネジメント」、「福祉系ケアマネジメント」は存在せず、本研究では、元々の原理原則に基づいたケアマネジメントにおける「自立支援」への意識等を明らかにしたものである。そのため、医療系および、福祉系、各々の基礎資格に基づいた結果は出していない。今後の類似調査においては、基礎資格による影響も併せ調査が必要であると考えられる。

②対象者をケアマネジャーのみとしているが、利用者家族からみた、自立支援における意識を調査することにより、違った自立支援の概念が表出される可能性もあると考えられる。

謝辞

本研究に関する調査をご快諾くださり、ご協力くださいました東京都23区内の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、東京海上日動ベターライフサービス株式会社の皆様、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。

文献一覧

- 1) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 六訂介護支援専門員基本テキスト第1巻介護保険制度と介護支援. 東京：中央法規出版株式会社, 2012:136-137
- 2) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 六訂介護支援専門員基本テキスト第1巻介護保険制度と介護支援. 東京：中央法規出版株式会社, 2012:199-210
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所. 2013. 「日本の世帯数の将来推計(全国推移)(平成25年(2013)1月推計)
- 4) 内閣府. 2016. 平成28年度版高齢社会白書(概要版)3高齢者の健康・福祉.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html
2016. 10. 10
- 5) 厚生労働省. 2013. 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理平成25年1月7日介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf>
2016. 10. 10
- 6) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 六訂介護支援専門員基本テキスト第1巻介護保険制度と介護支援. 東京：中央法規出版株式会社, 2012:2
- 7) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 六訂介護支援専門員基本テキスト第1巻介護保険制度と介護支援. 東京：中央法規出版株式会社, 2012:50
- 8) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 六訂介護支援専門員基本テキスト第1巻介護保険制度と介護支援. 東京：中央法規出版株式会社, 012:193
- 9) 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保健課[編]. 自立支援に向けたケアマネジメント～包括・継続的な支援のためのケーススタディー～. 東京：東京コロニー東京都大田福祉工場, 2006:2-6
- 10) 介護支援専門員テキスト編集委員会. 六訂介護支援専門員基本テキスト第1巻介護保険制度と介護支援. 東京：中央法規出版株式会社, 2012:136-137
- 11) 厚生労働省. 2015. 介護保険最新情報 vol. 419 平成27年2月12日 厚生労働省老健局振興課 主任介護支援専門員研修実施要綱(別添5).
<http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryoku-files/resources/7ed55297-a4bd-4fab-811b-06edcdfbcfe6/介護保険最新情報vol.419.pdf> 2016. 10. 10
- 12) 一般財団法人日本ケアマネジメント学会. 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー制度. www.jscm.jp/shikaku/ 2016. 6. 30
- 13) 厚生労働省. 公表されている介護サービスについて.
<http://www.kaigokensaku.jp/publish/> 2016. 10. 10
- 14) 環境新聞社. 日本ケアマネジメント学会研究大会開催 シルバー新報 2016;1215:
2016. 6. 30
- 15) グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方看護研究のエキスパートをめざして. 第2版. 東京：医歯薬出版株式会社, 2016;168-183
- 16) 早川和生, JJN スペシャル看護研究の進め方 論文の書き方. 第2版. 東京：株式会社医学書

- 院, 2012;89-98
- 17) 信人. ハッピー意欲を引き出そう「アセスメントの原点は利用者を深く知ること」月刊ケアマネジメント 2015;2:13-15
 - 18) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1996:19
 - 19) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1996:21
 - 20) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1996:25-26
 - 21) 厚生省老人保健福祉局企画課長.1999.介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について. <http://www.jupiter.sannet.ne.jp/to403/hourei/cm/11rk029.html#4>
2016. 12. 5
 - 22) 東京都福祉局高齢社会対策部介護保健課〔編〕. 東京都と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン. 東京: 株式会社ミック, 2015: 4
 - 23) 東京都福祉局高齢社会対策部介護保健課〔編〕. 東京都と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン. 東京: 株式会社ミック, 2015: 20
 - 24) 内閣府. 平成 28 年版高齢社会白書 (全体版). 3 高齢者の健康・福祉.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_2_3.html
2016. 12. 5
 - 25) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1996:112-113
 - 26) 小平めぐみ, 井上善行, 野村晴美〔et.〕. 介護の生理学. 東京: 株式会社秀和システム, 2013:10-12
 - 27) 総務省消防庁. 2016. 平成 28 年 10 月 12 日 平成 28 年の熱中症による救急搬送状況の概要.
http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/10/281012_houdou_2.pdf 2016. 12. 5
 - 28) 小平めぐみ, 井上善行, 野村晴美〔et.〕. 介護の生理学. 東京: 株式会社秀和システム, 2013:18-20
 - 29) 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究 (H22-長寿-指定-009)」研究班. 日本老年医学会 全国老人保健施設協会 日本慢性期医療協会と共同でまた日本医師会の協力を得て「高齢者に対する適切な医療提供の指針」.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf
2016. 12. 5
 - 30) 公益財団法人長寿科学振興財団. Honolulu Heart Program. ウォーキングと年齢調整死亡率.
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/kenkou-undou/undou-sibou.html>
2016. 12. 5
 - 31) 竹内孝仁. 家族で治そう認知症, 東京: 年友企画株式会社, 2008: 11
 - 32) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1996:152-153
 - 33) 鎌田実, 辻哲夫, 秋山弘子. 東大がつくった確かな未来視点を持つための高齢社会の教科書. 東京: 書印刷株式会社, 2013:18
 - 34) 公益社団法人日本 WHO 協会. www.japan-who.or.jp/ 2016. 9. 20
 - 35) 竹内孝仁. 福祉の対象論からケアマネジメントを考える ケアマネジメント学 2002:9-16

- 36) 竹内孝仁. ケアマネジャー不要論のジレンマ. ケアマネジャー2012 ; 14 (6) : 62-66
- 37) 宮下久美子. 埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由-こうすれば実現する! 理想の地域包括ケア, 大阪: 株式会社メディカ出版, 2015:73-75
- 38) 小島操, 佐藤信人, 千葉明子 [et.] 主任介護支援専門員更新テキスト, 東京: 特定非営利活動法人東京都介護支援専門員協議会, 2016:236-241
- 39) 松村明. 大辞林第Ⅲ版, 東京: 株式会社三省堂 2006:486
- 40) 松村明. 大辞林第Ⅲ版, 東京: 株式会社三省堂 2006:806
- 41) 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研究.

http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h23_04.pdf

2016. 12. 5

アンケート調査研究協力についての説明書

平成28年 月 日

居宅介護支援事業所 管理者様各位

拝啓、貴職におかれまして、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。私は国際医療福祉大学院研究生として在籍しております泉洋枝と申します。居宅支援事業所のケアマネジャーとして勤務する傍ら、在宅要介護高齢者の自立支援を探究したく大学院にて研究を続けております。

今回、研究活動の一環としてアンケート調査を実施し、居宅支援事業所のケアマネジャー様を対象に研究を行うこととなりました。ご多忙のところ大変恐縮ではございますが是非とも、貴居宅支援事業所のケアマネジャー様へアンケートのご協力頂たく、何卒、宜しく願い申し上げます。

1. 研究課題

「居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に対する意識とケアマネジメントの実践から浮かびあがる課題に関する研究」

2. 研究の背景と目的

年々上昇する要介護高齢者と共に、認知症高齢者、そして独居または夫婦のみ高齢者世帯の増加も見込まれる中、介護保険制度を継続的に運用するには益々深刻な状況にあります。

介護保険制度の目的は高齢者の「尊厳保持」と「自立支援」です。この目的を達成するために国は地域包括ケアシステムの構築と共に自立に資するケアマネジメントを推進しております。つまりケアマネジャーの資質やケアマネジメントの質の向上が課題となっております。

そこで、居宅支援事業所に所属するケアマネジャーのケアマネジメントにおける実践と要介護高齢者に対する自立支援の考え方や意識から課題を明らかにし、自立支援型のケアマネジメントに必要な知識や技術に関する示唆を得ることを本研究の目的としています。さらに本研究を通じ、ケアマネジャーが介護保険制度を持続可能なものにするために大きく貢献できると考えております。

3. アンケート調査について説明

- 1) 調査は10分程度要する予定です。大項目として I から X の10項目あります。
- 2) 各々回答方法に違いがありますため都度わかるように記載をしてあります。
- 3) A4両面3枚が一组 (P2～P6) となります。
- 4) 部数が不足しております場合、大変恐縮では御座いますが、コピーにてご回答頂きますようご協力をお願い申し上げます。
- 5) この調査に関するご不明な点、質問等ございましたら下記連絡先までご連絡をお願い申し上げます。

4. 安心してアンケートをお答え頂くために

このアンケートは無記名でお答え頂き、個人が特定されないよう配慮致します。アンケートに答えるか否かは個人の自由意志でお決めになれます。アンケートの協力は任意であり、いつでも自由に止める事ができます。

このアンケートを返信して下さったことで、研究にご同意を頂いたこととさせていただきます。また、アンケートに答えないことで、不利益を生じる事は一切ありませんし、その場合、アンケート用紙の返信は不要です。さらに個人情報の取り扱いには十分配慮し、アンケート用紙は鍵のついた保管庫にて厳重に管理を行います。アンケートのデータは本研究の為にだけに用いられるものです。研究終了後はシュレッター及びデータは全て破棄致します。

研究者及び連絡先: 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営 研究生 泉洋枝

〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4・5F

TEL:090-3149-7121 E-mail: hiloej2@nifty.com

研究指導教員: 国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

アンケート調査研究協力についての説明書

平成28年 月 日

居宅介護支援事業所 ケアマネジャー様

拝啓、貴職におかれまして、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。私は国際医療福祉大学院研究生として在籍しております泉洋枝と申します。居宅支援事業所のケアマネジャーとして勤務する傍ら、在宅要介護高齢者の自立支援を探究したく大学院にて研究を続けております。

今回、研究活動の一環としてアンケート調査を実施し、居宅支援事業所のケアマネジャー様を対象に研究を行うこととなりました。ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、アンケートのご協力頂きたく、何卒、宜しくお願い申し上げます。

1. 研究課題

「居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に対する意識とケアマネジメントの実践から浮かびあがる課題に関する研究」

2. 研究の背景と目的

年々上昇する要介護高齢者と共に、認知症高齢者、そして独居または夫婦のみ高齢者世帯の増加も見込まれる中、介護保険制度を継続的に運用するには益々深刻な状況にあります。

介護保険制度の目的は高齢者の「尊厳保持」と「自立支援」です。この目的を達成するために国は地域包括ケアシステムの構築と共に自立に資するケアマネジメントを推進しております。つまりケアマネジャーの資質やケアマネジメントの質の向上が課題となっております。

そこで、居宅支援事業所に所属するケアマネジャーのケアマネジメントにおける実践と要介護高齢者に対する自立支援の考え方や意識から課題を明らかにし、自立支援型のケアマネジメントに必要な知識や技術に関する示唆を得ることを本研究の目的としています。さらに本研究を通じ、ケアマネジャーが介護保険制度を持続可能なものにするために大きく貢献できると考えております。

3. アンケート調査について説明

- 1) 調査は10分程度要する予定です。大項目として I から X の10項目あります。
- 2) 各々回答方法に違いがありますため都度わかるように記載をしてあります。
- 3) A4両面3枚が一组 (P2～P6) となります。
- 4) 部数が不足しております場合、大変恐縮では御座いますが、コピーにてご回答頂きますようご協力をお願い申し上げます。
- 5) この調査に関するご不明な点、質問等ございましたら下記連絡先までご連絡をお願い申し上げます。

4. 安心してアンケートをお答え頂くために

このアンケートは無記名でお答え頂き、個人が特定されないよう配慮致します。アンケートに答えるか否かは個人の自由意志でお決めになれます。アンケートの協力は任意であり、いつでも自由に止める事ができます。

このアンケートを返信して下さったことで、研究にご同意を頂いたこととさせていただきます。また、アンケートに答えないことで、不利益を生じる事は一切ありませんし、その場合、アンケート用紙の返信は不要です。さらに個人情報の取り扱いには十分配慮し、アンケート用紙は鍵のついた保管庫にて厳重に管理を行います。アンケートのデータは本研究の為にだけに用いられるものです。研究終了後はシュレッダー及びデータは全て破棄致します。

研究者及び連絡先: 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営 研究生 泉洋枝

〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4・5F

TEL:090-3149-7121 E-mail:hiloej2@nifty.com

研究指導教員: 国際医療福祉大学大学院 教員 竹内孝仁

返信につきましては 平成 28 年 月 日までに投函をお願い申し上げます

I	ケアマネジャーについて
---	-------------

問1 あなたの法人ではケアマネジャーに対しどのような企業理念や経営方針を示しているかを教えてください。(全て当てはまるものに○をつけてください)

- 1 可能な限り「自分らしい生活」を続けることができるように自立支援を示している
- 2 可能な限り在宅生活を継続できるように支援していくことを示している
- 3 地域の社会資源を活用し多職種との連携を図り包括的なケアを提供することを示している
- 4 総合的且つ効果的にサービスを提供し利用者の自己決定を支援できるようにケアマネジャーの情報や知識の習得に努めることを示している
- 5 給付管理の適正を図ることを示している
- 6 その他 ()

問2 在宅のケアマネジャーとしてあなたにとって最も重要と思われるもの3つを教えてください。

- 1 要介護者等の在宅生活を可能な限り継続する
- 2 要介護者等の尊厳を保持する
- 3 要介護者等の有する能力に応じ自立支援を図る
- 4 要介護者等の要介護状態の軽減又は悪化の防止する
- 5 要介護者等に総合的且つ効果的にサービスを提供できるようにケアマネジャーとして情報収集や知識を習得する
- 6 給付管理の適正を図る
- 7 要介護高齢者等の家族介護負担の軽減を図る
- 8 その他 ()

II	アセスメントについて
----	------------

問1～問5について、あなたがアセスメントで実際に行っていることを「必ずそのようにしている」～「全くしていない」の中であてはまる項目に○をしてください。

		必ずそのようにしている	時々そのようにしている	どちらともいえない	殆どしていない	全くしていない
問1	ケアプラン作成のために根拠を意識して必要な情報を入手している	a	b	c	d	e
問2	必要な情報を収集した後に必ず課題分析を行っている	a	b	c	d	e
問3	要介護者等(介護者含む)が気付いていない課題を総合的に判断をしている	a	b	c	d	e
問4	課題の解決を優先に介護保険サービス提供事業所を選択している	a	b	c	d	e
問5	課題の解決を最優先にインフォーマルなサービスを選択している	a	b	c	d	e

Ⅲ ケアプランについて

問1～問8について、あなたがケアプランで実際に行っていることを「必ずそのようにしている」～「全くしていない」の中であてはまる項目に○をしてください。

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない
問1	ケアプランの目標達成のために主治医への確認やケアの内容について意見を求めている	a	b	c	d	e
問2	ケアプランの目標達成のためにサービス提供事業所より意見を求めている	a	b	c	d	e
問3	ケアプランの目標達成のためにサービス提供事業所へ何を実行すべきかを明確にしている	a	b	c	d	e
問4	ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含)の要望に基づいている	a	b	c	d	e
問5	ケアプランの目標設定は要介護高齢者等(家族を含)が気付いていない課題も取り入れている	a	b	c	d	e
問6	ケアプランの目標設定は要介護高齢者等の自立支援においている	a	b	c	d	e
問7	課題の解決を最優先に介護保険サービスをケアプランに取り入れている	a	b	c	d	e
問8	課題の解決に必要なインフォーマルなサービスもケアプランに取り入れている	a	b	c	d	e

Ⅳ 担当者会議について

問1～問3について、あなたが担当者会議で実際に行っていることを「必ずそのようにしている」～「全くしていない」の中であてはまる項目に○をしてください。

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない
問1	担当者会議ではサービス担当者で目標を共有し何を実行すべきかを明確にしている	a	b	c	d	e
問2	担当者会議では要介護高齢者等(家族含む)の要望を最優先に意見交換をしている	a	b	c	d	e
問3	担当者会議では自立支援を目標に意見交換をしている	a	b	c	d	e

V モニタリングについて

問1～問6について、あなたがモニタリングで実際に行っていることを「必ずそのようにしている」～「全くしていない」の中であてはまる項目に○をしてください。

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない
問1	自立支援を目標にモニタリングをする	a	b	c	d	e
問2	日頃利用者に接しているサービス担当者から 入手した情報も加味してモニタリングする	a	b	c	d	e
問3	モニタリングではケアプランの目標の達成度を みるようにする	a	b	c	d	e
問4	ケアプランの目標が達成していない場合には ケアプランを見直す	a	b	c	d	e
問5	状態に変化がある場合にはサービス提供事業所へ 意見を求めたり情報を提供する	a	b	c	d	e
問6	状態に変化がある場合には主治医へ意見を 求めたり主治医へ情報を提供する	a	b	c	d	e

VI 連携について

問1～問3について、あなたが連携をするために実際に行っていることを「必ずそのようにしている」～「全くしていない」の中であてはまる項目に○をしてください。

		必ず そのように している	時々 そのように している	どちらとも いえない	殆ど していない	全く していない
問1	サービスを提供しているチーム間で利用者の状況 などの情報を共有する	a	b	c	d	e
問2	サービスを提供しているチーム間で家族介護者を 含めた支援も必要時にはしている	a	b	c	d	e
問3	困難事例だと判断した場合地域包括支援 センターまたは保険者と連携を図っている	a	b	c	d	e

Ⅷ 給付管理について

問1～問7について、調査当日から1年以内の担当件数を教えてください。

問1	調査当日の担当件数		件
問2	入院によりサービスを終了した件数		件
問3	入所によりサービス終了した件数		件
問4	在宅にて看取った件数		件
問5	死亡した件数		件
問6	要介護から要支援に移行した件数		件
問7	要介護または要支援から自立(非該当)となった件数		件

Ⅸ あなたについて

問1～問7について、あなたのことを教えてください。

問1	介護支援専門員としての経験年数	年 月 日	
問2	年齢	歳	
問3	性別	男性	女性
問4	ケアマネジャー取得時の基礎資格		
問5	主任介護支援専門員である	有	無
問6	日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーである	有	無
問7	事業所の管理者である	有	無

X あなたが考える自立支援について自由記述をお願いします

--

アンケートにご協力頂き、誠に有難う御座いました。

平成28年 月 日 までにご投函下さい。

アンケート一組は A4 両面で3枚(P2 から P6)です。返信は何組同封頂いても結構です。
本研究に関する結果は、後日論文として公表する予定にございます。

インタビュー調査研究協力についての説明書

1. 1) 研究課題名

「居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に関する意識と実践から浮かびあがる問題についての研究」

2) 研究の実施者

研究者：国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 研究生 泉洋枝

研究指導教員：国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

2. 研究の目的と意義

年々上昇する要介護高齢者と共に、認知症高齢者、さらに独居または夫婦のみ高齢者世帯の増加も見込まれる中、介護保険制度を継続的に運用するには益々深刻な状況にあります。介護保険制度の目的は高齢者の「尊厳保持」と「自立支援」です。この目的を達成するために国は地域包括ケアシステムの構築と共に自立に資するケアマネジメントを推進しております。つまりケアマネジャーの資質やケアマネジメントの質の向上が課題となっております。

そこで、居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に対する考え方や意識、ケアマネジメントにおける実践から問題を明らかにし、ケアマネジャーが要介護者等に対し自立支援に資するケアマネジメントの提供が行えるように、示唆を得ることを本研究の目的としています。

3. 研究の方法、研究協力の具体的な方法

ケアマネジャーへのインタビューより情報収集します。これまでの「ケアマネジメント」を振り返りながら語っていただく。ケアマネジメントにおける自立支援の考え方や、視点、課題、さらにケアマネジャーとして成功および失敗したケースエピソードを伺いたいと思っております。

4. 研究の時間

インタビューの時間は1時間程度を考えております。

インタビュー内容の記述と併せて録音させていただきたいと考えております。

5. 研究への参加が任意であること

この研究への参加は任意です。あなたの自由な意思が尊重されます。この研究の目的の意義など十分にご理解いただいた上で、ご協力いただけるかどうか決定されてください。

6. 研究への参加を断っても不利益を受けないこと

この研究への協力は任意です。研究に参加しないことによって、不利益なことは一切あり

ません。また、一旦参加に同意した場合でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回することができます。この説明書の最終ページに添付してある「同意撤回書」に署名してお申し出下さい。

7. 研究への参加に伴い危害の可能性について

この研究への参加に伴い、過去の経験を振り返り語る中で、辛い経験や悲しい感情を思い出すことによる精神的な苦痛を生じる可能性があります。その場合は、インタビューの途中でも参加を中断し取りやめることができます。インタビューの際にも、答えにくいことや話したくないことは無理に話していただくなくても結構です。また、不都合な内容の話に関しては録音を中止いたしますので、遠慮なくお申し出下さい。

8. 研究により期待される便宜

この研究に参加されることによって、あなたに直接的な便宜はありませんが、研究成果は、居宅支援事業所のケアマネジメントの研究の発展に寄与すると考えています。

9. 個人情報の取り扱い

研究過程で得られたあなたの個人情報は、この研究以外に用いることは一切ありません。氏名や所属等の個人が特定される情報に関してはすべて匿名化して処理します。あなたの個人情報やデータが記録された資料は、鍵をかけて厳重に保管します。また、あなたのデータをコンピュータに入力する場合は、情報漏れのない対策を十分に施した研究者のコンピュータを使用して外部媒体（CD-ROM、フラッシュメモリーなど）に記録させ、その外部媒体は鍵をかけて厳重に保管し、紛失、盗難などのないように管理します。録音データ、記述メモ、逐語録など個人情報を記録したデータ類も同様に鍵をかけて厳重に保管します。

このように、あなたの個人情報の取り扱いには十分配慮し、外部に漏れることのないよう厳重に管理を行います。また、ご提出いただいた同意書は研究者が責任をもって保管し、研究終了後にシュレッダーにかけるなどして廃棄します。博士論文作成後は、録音データ、記述メモ、逐語録など個人情報を記録した全てのデータを廃棄します。

10. 研究終了後の対応と研究成果の公表

研究終了後、あなたのデータは、個人情報が外部に漏れることのないようにしたうえで廃棄します。この研究で得られた成果は、博士課程における論文として作成します。また、専門の学会や学術雑誌などに発表する可能性があります。発表する場合は、研究協力を頂いた方々のプライバシーに慎重に配慮しますので、個人を特定できる情報が公開されることはありません。

なお、専門の学会や学術雑誌などに公表した場合の抄録や論文は、ご希望の方に送付させていただきます。

【この研究に関する質問や連絡先】

研究者：国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 研究生 泉洋枝
〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4・5F
TEL:03-6406-8621
E-mail: hiloej2@nifty.com
携帯 : 090-3149-7121

研究指導教員：国際医療福祉大学大学院 教授 竹内孝仁

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいた上でこの研究に参加することに同意していただける場合は、別紙の「インタビュー研究参加についての同意書」に署名し、インタビュー調査を進めて参ります。

インタビュー調査研究参加についての同意書

研究実施者 国際医療福祉大学大学院 泉 洋枝 殿

研究課題名 「居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に関する意識と実践から浮かびあがる問題についての研究」

下記の項目について、研究者より別紙説明文書にて説明を受け、納得しましたので研究に参加することに同意します。

理解した項目について□の中にレ印を入れて示しました。

- 1. 研究課題名と研究者の目的について
- 2. 研究方法と研究協力の具体的な方法
- 3. 研究の時間
- 4. 研究への参加が任意であること
- 5. 研究への参加を断っても不利益を受けないこと
- 6. 研究への参加に伴い危害の可能性について
- 7. 研究により期待される便宜
- 8. 個人情報の取り扱い
- 9. 研究終了後の対応と研究成果の公表
- 10. この研究に関する質問や連絡先

同意日

平成 年 月 日

同意者署名

説明日

平成 年 月 日

説明者 泉洋枝

所属機関名 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 研究生

同意撤回書

研究実施者 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営 研究生 泉洋枝 殿

私は、「居宅支援事業所のケアマネジャーの自立支援に関する意識と実践から浮かびあがる問題についての研究」に参加することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを研究者泉洋枝に伝え、同意書は返却され、受領致しました。ここに同意撤回書を提出いたします。

年 月 日

以下に署名をお願いします。

参加者氏名（自署）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

氏名（自署）

所属 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 研究生

インタビューガイド

- ① あなたはどのような視点や観点でケアマネジメントをしていますか？
- ② 自立支援型のケアマネジメントについてはどのように思いますか？
- ③ ケアマネジャーとしてこれまで嬉しかった、成功したエピソードはありますか？
- ④ ケアマネジャーとしてこれまで悲しかった、失敗したエピソードはありますか？
- ⑤ ケアマネジャーとして自立支援を意識していますか？
- ⑥ ケアマネジャーとして自立支援を実践していますか？
- ⑦ あなたにとって自立支援とは？