



ケアマネジャー関連文献

介護支援専門員（ケアマネジャー）に関して、

雑誌「介護支援専門員」に書いた文章です

ケアマネジャーの役割とその選び方

自立支援を目指した介護保険と、介護支援専門員の役割

総論 困難事例にどうアプローチするか

2009年2月

川崎幸クリニック院長

杉山 孝博

ケアマネジャーの役割とその選び方

川崎幸クリニック院長 杉山孝博

前号では、介護保険で利用できるサービスの種類、サービスを選ぶ視点、およびその選び方を取り上げました。次の段階としてケアプランの作成に移るわけですが、自らが選んだケアマネジャー（正式には、介護支援専門員）と十分相談しながらケアプランを作成することになります。

ところで、ケアマネジャーは、介護保険で初めて作られた仕組みです。利用者の相談にのり、ケアプランを作成するだけでなく、介護保険が円滑に運営されるための要として重要な役割を担っています。すでにケアマネジャーを選んで介護保険を利用している人でも、ケアマネジャーの役割について正確な理解ができていない人も少なくないでしょう。本号では、ケアマネジャーの役割と選び方を取り上げたいと思います。

ケアマネジャーとは

介護の必要な高齢者が必要で適切なサービスを円滑に利用できるようにするため、相談に応じ、サービス事業者などと連絡調整を行って、高齢者が自立した日常生活がおくれるような専門的知識および技術をもつものをいいます。

医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士の9職種の他、高齢者介護の現場で活動する経験をもった者が、都道府県の実務研修受講資格試験に合格した後、3日間2回の実務研修を受講したものに資格として与えられます。関心は高く、試験は全国一斉に実施され、平成12年11月に行われた第3回目の試験だけでも約12万人が受験したと言われています。

ケアマネジャーの役割とは

要介護認定審査のための訪問調査（自治体の委託をうけて行う）、ケアプランの作成と必要に応じた見直し、サービス提供事業者との連絡調整・情報交換、サービスの評価や管理、要介護者およびその家族に対する相談や情報提供、サービス費用の説明など、ケアマネジャーの仕事は多彩です。

また、要介護者や家族を支えるためには、さまざまなサービスがうまく組み合わせられなければなりません。有機的な連携をもつためのサービス担当者会議を開催や運営の中心になるのもケアマネジャーの役割です。

ケアマネジャーの選択の基準

1) 専門的な知識が豊かであること

何と言っても専門的な知識が豊富で、必要な情報の提供や適切なアドバイスができることが必須条件です。上述のように種々の職種の人たちがケアマネジャーになっているので、実務研修を受けたと言っても、知識や経験において大きなばらつきがあるのが現状です。

2) 話をよく聞いてくれて、人間的に信頼できるか

ケアプランの作成、変更、サービス事業所への連絡調整、サービスへの不満・苦情の訴えなど、最も身近な窓口ですから、信頼関係が成立することが前提です。信頼できるケア

マネジャーがいれば介護の苦労が軽くなることは間違いないでしょう。

3) 中立・公平であること

現在の介護報酬で単独の居宅介護支援事業所（ケアマネジャーの事業所）を維持することは困難ですから、社会福祉法人や医療法人、企業など様々なサービスを行っている事業所に所属しているケアマネジャーがほとんどです。利用者の意向をきかないで所属事業所のサービスを押し付けるようなことがあれば、公平・中立の原則からはみ出していると言わざるを得ません。あくまで利用者の立場を尊重してサービスを選んでくれるケアマネジャーにまかせたいものです。

4) 小まめに訪問し相談にのってくれるケアマネジャーであること 要介護者の状態はよく変化しますし、状態に応じて必要なサービスも変わってきます。ケアプランができたからそれでよいとするのではなく、常に状態を把握しサービス内容を評価して、ケアプランを変更することがケアマネジャーの重要な仕事です。介護保険発足当初は事務的な仕事に忙殺されて小まめの訪問が難しかったかもしれませんが、これからはきめ細かなサービスをしてくれるかが選択基準になると思います。

5) 苦情などサービスに関する問題を聞き取ってくれること

サービス事業者にも保険者である国保基金にも苦情・相談窓口が開かれているが、個別性の強い在宅・施設サービスでは遠慮もあって気楽に言い出せるものではない。ケアマネジャーが気安く不安・不満・苦情を聞き出すようにしてくれれば、深刻な事態にならないですむでしょう。

ケアマネジャーの変更

「自己選択」が介護保険の理念の一つですから、ケアマネジャーを変更することができます。実際、私が訪問診療している患者さんの中にはケアマネジャーを変更した人が数人います。このような緊張感は、ケアマネジャーにとってもよい刺激になるでしょう。

自立支援を目指した介護保険と、介護支援専門員の役割

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

はじめに

高齢者の自立を支援し、高齢者自らがサービスを選択でき、障害や疾病をもち介護が必要な状態になっても在宅生活を可能とするような社会的支援を構築することが介護保険の目的である。

1998年12月の臨時国会で介護保険法案成立したときの参議院の本会議決議には、「・・・高齢者介護の問題は、国民の老後生活における最大の不安要因であるといっても過言ではなく、個人の人生にとどまらず、家族、さらにはわが国社会全体にとっても極めて重要な課題である。介護が必要になっても、高齢者が自ら有する能力を最大限活かし、自らが望

む環境で、人生を尊厳を持って過ごすことのできるような長寿社会の実現は、人類共通の願いである」とされているのである。

ノーマライゼーションの視点から、自立とは

ノーマライゼーションとは、「どんなにハンディキャップを負っていても『ふつう』に暮らせるように、環境のほうをかえていくこと」（大熊由希子：「寝たきり老人」のいる国 いない国、ぶどう社）の意味で、障害者福祉の基本的な視点のひとつである。

そして、在宅ケアとは、「障害や疾病、虚弱などのため日常生活に援助を要するものが、人としての尊厳を保ちながら安心して暮らせる能力を発揮しながら在宅生活を送れるように援助すること」ととらえることができよう。「生活」、「健康」、「生きがい」という3つの側面からささえが必要になる。

最近では、重度の患者でも在宅療養をのぞむものが増えている。しかし、現実の場面では、「何か起こったら心配だ」「そうまでして家にいなければならないのか」などの声が周りから出てくる。

ところで、真に自立しているなら、介護は必要でない。自立できない状態になっているからこそ介護が必要になったという意味では、介護と自立とは矛盾しているようにみえる。しかし、人という文字が人と人との互いに支え合う形から作られたと言われているように、どの人も他人の支えを必要としている。他人との係わりを持たない真の自立もまた、ありえないのである。

介護あるいは介護保険における自立とは、「障害や疾病、虚弱などのため日常生活に援助を要する人に対して、適切な援助をすることによって、その人の意志や能力がより発揮されて、生活の範囲が拡大され、より健康な状態をもたらし、生きがいを感じられる状態により近づけること」ととらえることができよう。

例えば、電動リフト、電動ベッド、車椅子などを導入することによって、寝たきりであった人が起き上がって食事ができたり、外出できるようになったとしたら、筋力などが改善しなくても、生活の範囲が拡大し生きがいを感じるようになったとしたら有効な自立支援であるといつてよい。

膝と腰の痛みを訴えていた一人暮らしの筆者の患者が、介護保険によりホームヘルパーを利用することになった。すると、ヘルパーが買い物をしてきてその患者は外出しなくなった。これなどは自立支援どころか自立抑制になってしまった例であろう。ヘルパーが付き添って買い物に行き、患者の転倒への不安や重い荷物を持ち帰る負担を軽くするならば、行動範囲が拡大し安心して暮らせるため自立性を高めることができるのである。

サービスの利用により介護者の負担は軽くなっても、利用者本人の自立に必ずしも有効でない場合も少なくない。ショートステイやホームヘルパーの利用など、介護者の負担軽減がサービス導入の主たる目的である場合が少なくない。それをどのように考えたらよいのだろうか。在宅医療に20数年間取り組んで来た筆者の経験から介護者の精神的・身体

的な負担が軽減して介護に余裕がもてるようになると、介護をうける本人の状態も改善すると考えている。在宅サービスが利用できなかつたら、現在訪問診療を行っている最重度一人暮らしの患者を含めて、多くの患者は在宅生活を送ることができていないだろう。このように考えれば、在宅サービスの充実が自立度を高めてきたことは間違いであろう。

介護支援専門員の役割と課題

在宅ケアは生活障害に対する支援であるので、利用者の状態、介護者の状態や考え方、家庭環境、社会環境などさまざまな要素を考慮に入れて実施しなければならないため、個別性の強いものである。「高齢者の生活を支えるという視点からは、個々の症状だけでなく、心身の状態や日常生活の全体像を踏まえたニーズの把握、すなわち『全人的な評価』が必要である。その結果必要とされる介護サービスは、保健、医療、福祉などといった従来の行政の枠組みにとらわれることなく、相互に連携して総合的に提供されなければならない。このためには、各サービスを『一つのパッケージ』（サービス・パッケージ）として提供していくことが求められる」（「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」：高齢者介護・自立支援システム研究会報告、平成5年12月）のである。

したがって、「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及び技術を有するもの」として介護保険法に規定されている介護支援専門員の役割は、非常に重要である。

介護保険の要といってもよいであろう。そのためには、介護支援サービスの専門職としての自覚をもちながら、関連の知識、技術、職業倫理の向上につとめなければならない。

介護支援専門員の専門性の確立のために

介護福祉士、社会福祉士、看護婦（士）、医師・歯科医師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士など専門職種のものが介護支援専門員になったとはいえ、介護支援サービスの専門性の確立が早急に望まれる。

専門性の確立のためには次の資質を確立する必要があると筆者は考えている。

（1）専門的な知識、技術及び評価能力をもつこと

医学、看護学などの専門領域が確立されるまでの過程を考えれば、科学としてのケアマネジメントの確立がまず必要であることは明らかである。症例検討を繰り返すことにより問題点の把握と、知識の集積と整理、評価方法の確立などをすすめなければならない。

専門家としての自覚と能力を高めることにより、積極的にアドバイスする

（2）倫理性をもつこと

介護支援専門員連絡協議会などの組織化が各都道府県で進んでいるが、その重要な仕事のひとつが倫理綱領の策定であると思う。高い倫理性の裏付けがあつてこそ、社会的な信頼を獲得する事ができるからである。

（3）問題（ニーズ）に対する積極的な姿勢

(4) 社会的な評価を得ること

職務独占、経済的な評価、専門家としての主張

(5) 専門集団としての組織化

専門家集団とまとまるのが、自立への第一歩、経済的な評価も必要条件
終わりに

介護支援専門員は、新たな制度として初めて導入され、しかも、制度が発足してから今日まで導入時の事務対応に忙殺され、必ずしも期待される役割を果たしていないと言わざるをえない。1年経過して、ケアマネジメントのあるべき姿を描きながら、高齢者の自立支援のために、高齢者の「生活の質」の維持・向上を目指して、利用者本位の姿勢をより一層明確にする必要があると思う。

→

総論

困難事例にどうアプローチするか

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

1 はじめに

「高齢者介護の問題は、国民の老後生活における最大の不安要因であるといっても過言ではなく、個人の人生にとどまらず、家族、さらにはわが国社会全体にとっても極めて重要な課題である。介護が必要になっても、高齢者が自ら有する能力を最大限活かし、自らが望む環境で、人生を尊厳を持って過ごすことのできるような長寿社会の実現は、人類共通の願いである」(1998.12月の臨時国会における参議院本会議決議)にあるように、介護など援助が必要な状態になっても、誰もが安心して生活できるように、社会全体で支える仕組みが介護保険である。

しかし、介護保険内外のサービスを利用しても、現実的に、支えが困難な事例が存在する。介護支援専門員の役割は、そのような困難な事例に対しても、専門的な知識や経験、工夫をもって、要介護者やその家族の立場に立って問題の解決を目指すことであろう。

筆者は、約25年間在宅医療に取り組んできて、現在も常時約110名の訪問診療の患者の診療に携わっている。在宅医療を始めてから10数年間は、要介護者の状態が食事を一人で取れなくなるか、排泄が一人でできなくなれば、家族は仕事をやめて介護に専念せざるを得なかった。しかし、現在では、寝たきりの要介護者の中には一人暮らしのものもあれば、同居している家族が普通に仕事に出かけて昼間一人暮らしの状態のものも少なくない。訪問介護、訪問看護、訪問入浴、配食サービスなどを適切に利用することで、寝たきりになっても不便や不安を感じることなく在宅での一人暮らしの生活を送ることができるようになったからである。

2 対応困難な事例の背景とその類型

利用できる介護サービスが充実してきたとは言え、「介護地獄」と呼ばれることもある家族の介護負担がなくなったわけでもなく、サービスのメニューが増えてもそれぞれの要介護者にとって適切なサービスが用意されているものでもない。寝たきりと較べて痴呆の要介護者に対して効果的なサービスがまだ少ないのが現状である。

高齢者世帯（65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の者が加わった世帯をいう）の急速な増加（厚生労働省の統計によれば、1975で109万世帯、1997年には516万世帯に増加。1997年の三世代世帯数500万を上回った）により、一人暮らし、あるいは夫婦のみの世帯が普通になった。このことは、家庭における介護力の低下をもたらし、サービスを最大限利用しても対応困難な事例を増やす重要な要因と考えられる。

介護保険における要介護認定は、訪問調査や主治医意見書などの資料を基に介護にどれくらいの手間がかかるかを判断して、介護保険サービスの利用限度額を示す要介護度を決める仕組みである。しかし、長時間の見守りを必要とする「動ける痴呆」については、一次判定が要支援や要介護度1程度になっていても二次判定で重度に変更される方向が打ち出されたものの、まだ低く認定されがちである。また、一人暮らしの場合、二人暮らしであっても配偶者自身が病弱である場合、介護者の気持ちや事情、生活環境など介護の手間に大きく影響する要素について考慮されない建前となっている。そのため、必要なサービスが利用できないため在宅生活が不可能になっている状況を認めなければならない。

対応困難な事例の背景とその類型を考えると、

- 1) 一人暮らしあるいは同居人がいても介護力の低下している例
 - 2) 徘徊、夜間不眠など活発な症状をしめすため、介護負担が極めて大きい例
 - 3) 本人や家族がサービスの利用を拒否する例
 - 4) 近隣とさまざまなトラブルを起こしていて、解決の困難な例
 - 5) 痴呆の一人暮らしなどが代表的であるが、火災への不安、孤独死への心配など、近隣や家族が、将来起こりうる事故などに強い不安を感じている例
 - 6) 神経難病などの末期が代表的であるが、痰の吸引、呼吸管理、誤嚥や褥創などの予防のように、24時間にわたる介護の必要な例
 - 7) MRSA や疥癬など感染症があるため、在宅サービスの利用が困難になっている例
 - 8) 家族に介護する気持ちのない例
 - 9) 在宅ターミナルケアで医療のバックアップがえられない例
- など、様々な例を挙げることができよう。

3 困難事例への対応のコツ 10ヶ条

筆者は、「家族のたどる心理的ステップ」（「戸惑い・否定」、「混乱・怒り・拒絶」、「割り切り、あるいはあきらめ」、「受容」の4つのステップ）、「ぼけをよく理解するための8大法則・1原則」（「症状の出現強度に関する法則」、「自己有利の法則」、「まだらぼけの法

則)、「感情残像の法則」、「こだわりの法則」など)、あるいは、「上手な介護の十二ヶ条」などを工夫して、介護者の気持ちや状態、痴呆性高齢者の気持ちや症状の理解の仕方、介護の負担を軽くするためのコツなどを、分かりやすく応用しやすい形にまとめることによって、介護がスムーズに行われるように努めてきた。

「困難事例への対応のコツ 10ヶ条」をまとめてみたので紹介したい。

第1条 状況を正しく把握しよう

言うまでもないことであるが、本人の身体的、精神的、家庭的状況を正しく把握しなければならない。また、本人の生活暦の把握も重要である。特に、痴呆症状の理解にはかつての生活や心に残った出来事が再現されていることが多いので、正確に知ることによって、異常と思われる言動が十分理解できるようになる。家族関係、近隣との人間関係などの把握も極めて重要である。

第2条 問題を分析しよう

ケアプランを策定するとき、十分な問題分析が必要なことはいうまでもない。ただし、問題点だけをあげるのではなく、よい点や残されている能力などを積極的に評価する姿勢が介護サービスの現場では最も必要とされる。問題点中心の姿勢は管理的になる傾向があることを意識すべきであろう。

第3条 ニーズを利用者の立場に立ってとらえよう

介護者や周囲の関係者の苦労などを考えると介護負担を軽くすることが重点になってしまう。しかし、あくまで、本人の自立や尊厳を大切にすることを第一に考えるようにしなければならない。但し、筆者の経験では、様々なサービスを利用して介護者の負担が軽くなると介護に余裕が出てきて穏やかな介護が可能になり、本人の状態は必ずよくなる。したがって、ある場面では、割り切って、介護者の介護負担を軽くすることを優先することもあるだろう。

第4条 すべてを解決しようと考えないで、一番問題になっていることは何かを考えよう

筆者は、介護者に対しても、ケアマネジャーに対しても、「現在最も問題になっていることは何ですか」と問うことにしている。混乱している介護者も最も深刻な悩みはそれぞれの時点ではせいぜい1つか2つである。介護の知識不足、周囲の理解不足・支持不足、突然の変化に対応できるかという不安、24時間介護のため自分の時間がもてないという問題などがあるが、その時点で最も深刻な問題が解決すると、介護力は飛躍的に向上するものである。

第5条 役割を確認しよう

「介護というドラマでは、役割のはっきりした登場人物が多いほど展開が安定する」と筆者は思っている。家族や介護スタッフの言うことは聞き入れない本人も、医師や看護師の言うことはよく聞く場合が少なくない。様々な場面を考えながら関係者それぞれが役割を確認しながらかわりを持っていきたいものである。

第6条 利用可能な社会資源を広く考えよう

介護保険によるサービスだけでなく、自治体や関係機関が提供しているサービスに熟知してうまく取り入れることが大切である。かつて筆者が一人暮らしで寝たきりの高齢者に関わったとき、街の食堂から毎日出前を注文したり、八百屋の御用聞きに食材を注文するようにしたことがあった。配食サービスのシステムがないからできないというのではなく、工夫しなければ支えられない場合が少なくない。発想の転換が重要である。

第7条 地域への働きかけを活発にして、新たな支援の輪を作り上げよう

一人暮らしの在宅ターミナルケアにも取り組んできたが、その場合、近隣の理解と協力が非常に重要になる。近隣の住民、民生委員や自治会の役員などに関わりをもってもらうと支えやすくなる。

第8条 仲間作りも考えて

「社団法人呆け老人をかかえる家族の会」の活動に 22 年間関わってきたが、介護者にとって同じ悩みを持っている者との交流は、精神的な負担を軽くする大きな力となる。

介護者の会などの情報を介護者に伝えることや、そのような企画をすることができれば、介護者の気持ちも変化するものである。

第9条 サービス担当者会議（ケアカンファランス）を活用しよう

本人・家族、地域関係者なども含めて、サービス担当者会議を開催すると問題の解決の方向がはっきりする場合が少なくない。ケアマネジャーにとってサービス担当者会議をいかに開催するかが重要な役割となろう。

第10条 プロの自覚をもって対応しよう

ケアマネジャーはプロとしての自覚をもって、問題解決にのぞみたいものである。新たな問題に積極的に取り組み姿勢こそプロの意識である。

おわりに

困難事例に対して、専門的な知識と技術、ネットワークを駆使して、要介護者が人としての尊厳を保ちながら安心して地域で生活できることを可能とするために、ケアマネジャーの果たすべき役割は大きい。プロとしての意識をもって取り組んでほしいと思う。

参考文献：

杉山孝博：新訂ぼけなんかこわくない ぼけの法則、リヨン社

杉山孝博：21 世紀の在宅ケア、光芒社

→