

[Original Paper]

Coping with Care Manager Problems that are not Resolved at Care Meetings

Emiko Wada*

* Department of Nursing, Faculty of Health Science, Aino University

Abstract

The purpose of this study was to clarify how care managers address problems left unresolved care meetings. Semi-structured interviews were conducted with three care managers with five years' or more experience who had been in charge of the same patient for one year or longer. The Modified Grounded Theory Approach (M-GTA) was employed for data analysis. As a result, it was clarified that care managers address problems unresolved at care meetings by serving as a conduit for information and as a coordinator between patients, their families and services. In order for elderly individuals requiring care to continue living at home, it is essential to maintain and improve ADL. For this purpose, it is important that elderly individuals requiring care become the focus of care management and that such management be both practical and satisfactory.

Key Words : care manager, care meetings, elderly individuals requiring care, other occupational descriptions cooperation

サービス担当者会議で解決されない問題への 介護支援専門員の関わりのプロセス

和田 恵美子*

【要 旨】 在宅で要介護高齢者が望む療養生活を続けるために、要介護高齢者や家族を主体に、要介護高齢者のケアに係わる他職種が意見交換できるサービス担当者会議を開催している。サービス担当者会議は2006年度より義務化されており、介護支援専門員のサービス担当者会議の運営能力の向上の必要性が課題となっている。サービス担当者会議によって、要介護高齢者の目標が明確化されて問題が解決されていくことは望ましいが、サービス担当者会議では解決されない問題も多くみられる。

本研究では、サービス担当者会議で解決されない問題にむけて、介護支援専門員が要介護高齢者と家族に対する個別的な対応を行なうと共に、得られた情報を確実に他職種に伝達し、連携を図るプロセスが明らかとなった。

キーワード：介護支援専門員、サービス担当者会議、要介護高齢者、他職種連携

I. は じ め に

在宅の療養生活においては、療養者に対し潜在的な力を取り戻して、エンパワーメントを支援することが重要となる¹⁾が、このエンパワーメントは、個人が単独で行っていくものではなく、要介護高齢者の支援に関わるチームメンバーである他職種が連携して目標を設定しておこなっていくものである。個々の要介護高齢者の情報を共有化し、チームで居宅介護支援を実施する²⁾ためにサービス担当者会議は大切な役割を果たし、2006年度より義務化されている。

先行研究より、2003年度では、介護支援専門員のサービス担当者会議の開催による達成状況は1割未満と低い状況である³⁾が、制度化の効果が認められ、介護支援専門員のサービス担当者会議に対する関心は

90パーセント以上と上昇し、他職種との情報共有の必要性が求められる状況である⁴⁾。さらに、介護支援専門員のサービス担当者会議の運営能力の向上の必要性が課題として挙げられるようになってきている⁵⁾。しかし、サービス担当者会議が介護支援専門員の要介護高齢者に対する支援のプロセスに与える影響について明確にしている研究は少ない。

要介護高齢者本人がサービス担当者会議に参加することは、自立に対する意識を高めていくことや、介護予防の趣旨や目的の理解を促す機会となることが期待できる点から望ましい⁶⁾。また、要介護高齢者等やその家族とともに連携しながら支援していくことは重要であり、可能な限り、要介護高齢者本人や家族が会議に参加することが求められている²⁾。しかし、筆者の訪問看護師体験より、自宅でサービス担当者会議が開

* 藍野大学医療保健学部看護学科

催されていても、要介護高齢者は敢えて会議に参加しないことがあり、たとえ参加しても、会議中に了解した事柄に納得できていないことが確認された。

本研究では、要介護高齢者や家族介護者が今までに体験したことのない困難を乗り越えて、本人自らが望む在宅生活が送れるように問題を解決する介護支援専門員の支援のプロセスを明らかにすることとした。その際に、サービス担当者会議が与える影響に注目することにした。ただし、介護支援専門員の援助の視点とサービス担当者会議の位置付けを明確にするためには、データの範囲を限定する必要性が生じ、サービス担当者会議で解決される問題⁷⁾と解決されない問題とに分けることとした。本研究では、サービス担当者会議で解決されない問題における支援のプロセスに注目することとした。

II. 研究方法

1. 研究対象

近畿地方の中核都市において、経験5年以上あり、担当の利用者を1年以上もち、研究参加への同意がえら

れた介護支援専門員3人(対象者の概要は表1を参照)。

2. 研究期間

平成22年5月から同年10月

3. データ収集方法

対象者に対して研究者が本研究の趣旨について口頭と文書で説明し、同意の得られた対象者に対して、半構成的面接法により面接調査を行った。面接の内容は、対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。面接の内容は、要介護高齢者が在宅生活で困難を乗り越え、望む生活を支援できた受け持ち事例について、介護支援専門員の支援のプロセスについて具体的に話してもらった。なかでも、サービス担当者会議の果たす役割について質問を行った。

面接の時間帯は対象者の都合の良い日時を調整し、面接時間は80分~90分とした。面接場所はプライバシーが保護される居宅介護支援センターの個室を利用した。なお、受け持ち事例の疾患や治療経過は、サマリーや居宅介護支援計画書を当該患者の同意を得て閲覧し情報を得た(受け持ち事例の概要は表2を参照)。

表1 研究対象者(介護支援専門員)の情報

性別	年齢	経験年数*	前歴の領域	他の資格	主任介護支援専門員	現在の勤務状況	現在の担当ケース	
A	女	40代	6年	病棟, 介護老人福祉施設	看護師	有	常勤	30
B	女	50代	12年	病棟, 訪問看護	看護師	有	常勤	32
C	女	60代	13年	病棟, 通所介護, 訪問看護	看護師	無	非常勤	17

※ 経験年数: 介護支援専門員としての経験

表2 介護支援専門員が担当する要介護高齢者と家族の情報*

	Aの受け持ち事例	Bの受け持ち事例	Cの受け持ち事例
性別	女	男	女
年齢	90歳代前半	70歳代後半	90歳代後半
病名	脳梗塞後遺症(左)片麻痺	右視床出血, 左片麻痺, 高次脳障害	高血圧, 糖尿病,
症状	寝たきり状態, 嚥下障害	左片麻痺, 高次脳障害, 理解・判断力に障害がある	下肢浮腫, 筋力低下, 歩行障害, 右手拘縮, 感覚麻痺
既往症	膀胱結石, 左大腿骨頸部骨折人工骨頭増設術	前立腺肥大, 糖尿病, 高血圧症	大腿骨頸部骨折の既往
要介護度	5	4→3	4→3
障害高齢者自立度	C2	B2	B2→A2
認知症高齢者自立度	II b	II b	II b
療養生活状況	寝たきり状態のため, 全介助を要する	移乗は見守り, 車椅子で, 下杖歩行可能	見の回りのことは概ね自立, 主に車椅子移動, 入浴は介助必要, 服薬準備介助
社会資源の活用状況	デイサービス2回/週, 訪問リハビリ1回/週, 訪問看護1回/週, 必要時ショートステイ, 福祉用具	デイサービス5回/週, 福祉用具貸与(特殊寝台, 車椅子, 杖)	訪問看護1回/週, 訪問リハビリ1回/週, 福祉用具貸与(特殊寝台, 車椅子, 歩行器)
家族構成	長男夫婦と同居	70歳代の妻と同居	独居

※ 研究対象者の介護支援専門員の受け持ち事例である要介護高齢者と家族の情報を示した。

4. 分析方法

データの分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA)^{8,9)}に基づき実施した。M-GTAは、人間と人間が直接やり取りをする社会的相互作用に関わる研究であり、ヒューマン領域が適している。さらに、M-GTAは、実践との関係を強調しており、問題解決型、課題解決型の問題に適している。また、研究対象とする現象がプロセスの特性をもっている場合に適用が好ましい^{7,8)}。

要介護高齢者が在宅生活で困難を乗り越え、望む生活を維持できるよう支援する経過をたどるには、介護支援専門員がコーディネーターとなり、サービスに関わる他職種と連携し問題を解決しながら支援していくことが求められる。在宅要介護高齢者の生活状況変化のプロセスを背景とし、要介護高齢者を取り巻く者の連携、支援という他者との相互作用を説明できるM-GTAは分析に適していると判断した。

本研究の分析テーマは『介護支援専門員がサービス担当者会議で解決されない介護上の問題に対して支援するプロセス』とし、分析焦点者は『要介護高齢者が在宅生活で困難な状況を乗り越えていけるよう支援した介護支援専門員』とした。

5. 真実性の確保

データの解釈が恣意的に進まないよう、他のデータとの類似、対極の視点での継続的比較分析を行った。補足修正、新たな概念名を作成した際に、分析ワークシートの理論的メモに理由や根拠となる事柄を日付とともに記録に残した。分析テーマの設定、概念生成、結果図やストーリーラインに関して、西日本M-GTAのスーパービジョンを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は、A大学の倫理委員会による承認を得てから実施した。対象者である介護支援専門員と介護支援専門員が担当する受け持ち患者、家族には書面と口頭にて本研究の趣旨や内容について説明し、研究参加に同意する場合は同意書に署名を得た。研究への参加は対象者の自由意思によるもので、質問に答えたくない場合は答えなくてよいこと、研究参加の拒否や途中辞退も可能であること、拒否によって不利益を生じないことを説明した。得られたデータは、他者の目にふれることはないよう厳重に保管し、本研究以外で使用することはないことを説明した。また、録音データは

研究終了次第、すべて消去することを説明した。学会および論文で発表する際は、個人および施設が特定されないよう匿名化することを説明した。

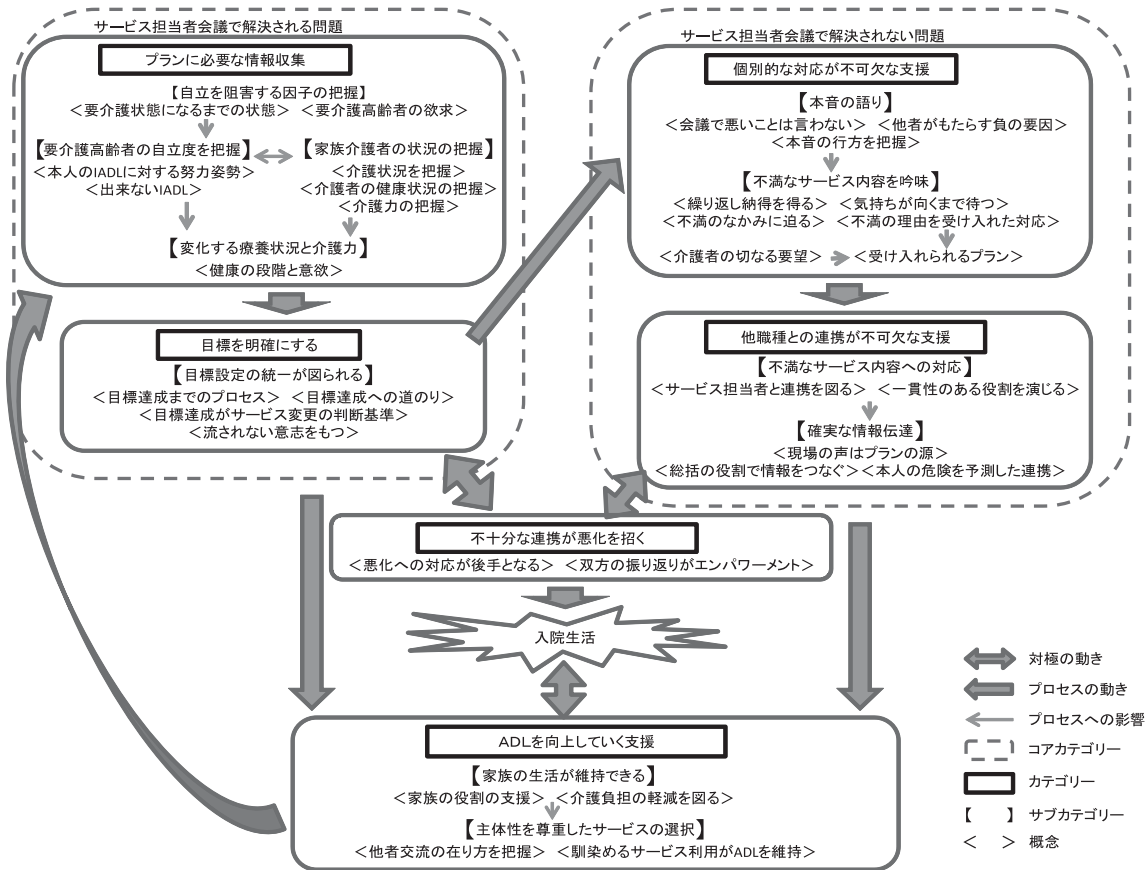
Ⅲ. 結 果

1. ストーリーライン

分析の結果、生成されたコアカテゴリーを□□、カテゴリーを□□□□、サブカテゴリーを【 】概念を〈 〉で示した。コアカテゴリーが2つ、カテゴリーが6つ、サブカテゴリーが11、概念が32生成された(図1参照)。

介護支援専門員は「サービス担当者会議で解決される問題」を「プランに必要な情報収集」から、矢印が示すように、「目標を明確にする」までのプロセスで対応していた。すなわち、介護支援専門員は要介護高齢者の【自立を阻害する因子の把握】、【要介護高齢者の自立度を把握】、【家族介護者の状況の把握】を行うことで、矢印が示す【変化する療養状況と介護力】を導くケアの「プランに必要な情報収集」を行っていた。サービス担当者会議の開催で、要介護高齢者のケアの「プランに必要な情報収集」の内容は、在宅生活におけるケアの「目標を明確にする」ための重要な情報源として活かされると同時に、専門家の意見交換によって新たな情報が追加されていた。ケアチームメンバーの【目標設定の統一が図られ】ることは、矢印が示すように順調に要介護高齢者の「ADLを向上していく支援」になっていた。

「サービス担当者会議で解決されない問題」は、要介護高齢者本人が不満に思っている事柄に関する事が多い。『担当者会議では、いい事しか言えないから、一応そこで決定するけれども、必ず決まったあとで、「でもやっぱりこうしてほしい」という依頼があって、変えるということが多い』(A氏)、『サービス担当者会議とか、そういうところでは、まあみんな出席していたらなかなか言わない。いつも何か決まってから、後になって、「こうなんやけど」ということで言ってきはるね。』(C氏)。そこで、介護支援専門員が要介護高齢者の【本音の語り】を傾聴していた。そして、『結局、ショートに行ってくれることが大切だから、お父さんの言うことを聞いてきた。本人の言うこと、わがままをさんざん聞いたよ』(B氏)と、【不満なサービス内容を吟味】する「個別的な対応が不可欠な支援」となっていた。さらに、介護支援専門員が要介護高齢者の【不満なサービス内容への対応】を行



分析の結果、コアカテゴリーが2つ、カテゴリーが6つ、サブカテゴリーが11、概念が32生成された。コアカテゴリーを[], カテゴリーを□とサブカテゴリーを【 】、概念を〈 〉として図に示した。◄►は対極の動き、⇒はプロセスの動き、→はプロセスへの影響を示した。

図1 結果図

うには、ケアチームの「他職種との連携が不可欠な支援」で、介護支援専門員は「確実な情報伝達」を行っていた。その効果で、サービスは「家族の生活が維持できる」要介護高齢者の「主体性を尊重したサービスの選択」となり「ADLを向上していく支援」となっていた。「ADLを向上していく支援」は要介護高齢者の在宅生活を安定させ、要介護高齢者の自立にむけた新たな目標設定へとつながるサービスへと変化のプロセスを辿っていた。

2. カテゴリーとサブカテゴリーと概念の説明

コアカテゴリーを[], カテゴリーを□とサブカテゴリーを【 】、概念を〈 〉、定義を「 」データからの引用を『 』で示した。

1) サービス担当者会議で解決される問題

(1) プランに必要な情報収集カテゴリー

【自立を阻害する因子の把握】【要介護高齢者の自立度を把握】【家族介護者の状況の把握】【変化する療養状況と介護力】の4つサブカテゴリーよりなる。

(a) 自立を阻害する因子の把握サブカテゴリー

〈要介護状態になるまでの生活〉〈要介護高齢者の欲求〉の概念よりなる。

- ① 要介護状態になるまでの生活概念は、定義「このまま在宅要介護高齢者が生活を続けていては更なる症状の悪化が予測できること」である。
- ② 要介護高齢者の欲求概念は、定義「要介護高齢者が望んでいる在宅の過ごし方を把握すること」である。

介護支援専門員は病状悪化への危険予測のために〈要介護状態になるまでの生活〉を知り、在宅生活での〈要介護高齢者の欲求〉の見極めを行っていた。

(b) 要介護高齢者の自立度を把握サブカテゴリー

〈本人のIADLに対する努力姿勢〉〈出来ないIADL〉の概念からなる。

- ① 本人のIADLに対する努力姿勢概念は、定義「在宅要介護高齢者が家族介護者に依存しないで出来る事を行っている姿勢を把握すること」である。

- ② 出来ない IADL 概念は、定義「要介護高齢者の IADL でできないところを支援すること」である。

(c) 家族介護者の状況の把握サブカテゴリー

〈介護状況を把握〉〈介護者の健康状況の把握〉〈介護力の把握〉の概念よりなる。

- ① 介護状況を把握概念は、定義「家族介護者の考え方を言動から知り、介護の負担やサービス活用の必要性を考えること」である。
- ② 介護者の健康状況の把握概念は、定義「介護負担の軽減を図る必要を考えるために家族介護者の健康状況を把握すること」である。
- ③ 介護力の把握概念は、定義「家族介護者の気持ちの要を知り、変化する療養状況と介護力を把握すること」である。

(d) 変化する療養状況と介護力サブカテゴリー

- ① 健康の段階と意欲概念は、定義「要介護高齢者の健康の段階と意欲の状況を把握し、その状況に合わせたサービス準備を行うこと」である。

介護支援専門員は居宅支援計画の原案のために要介護高齢者の自立度を含めた療養状況と家族の介護力を兼ね合わせた情報収集をしていた。

(2) 目標を明確にするカテゴリー

【目標設定の統一が図られる】の1つのサブカテゴリーより構成される。

(a) 目標設定の統一が図られるサブカテゴリー

〈目標設定までのプロセス〉〈目標達成への道のり〉〈目標達成がサービス変更の判断基準〉〈流されない意志をもつ〉の概念からなる。

- ① 目標設定までのプロセス概念は、定義「目標設定を誰が立てているかを把握し、適正な目標であるかを考察すること」である。

『車椅子を下りた後、階段を下りて、あの買い物に行きたい』(A氏)と要介護高齢者が目標設定するものと、『廊下くらいは歩けるように、家の中では車椅子を使わないようにした方が、まあ、奥さんの負担も、見守りで杖歩行、玄関の上がりかまちを昇降して外出ということを目標にしていきましょう』(B氏)と専門家が目標設定するものがあつた。

- ② 目標達成への道のり概念は、定義「目標の達成をした時点の要介護高齢者の ADL 能力を詳細に観察すること」である。
- ③ 目標達成がサービス変更の判断基準概念は、定義「目標達成を判断基準としてサービスの変更を決断すること」である。

- ④ 流されない意志をもつ概念は、定義「在宅要介護高齢者、家族の言いなりではなく介護支援専門員自らもあるべき姿のイメージをもち見極めをしていくこと」である。

介護支援専門員は、要介護高齢者の自立を阻害しないように〈流されない意志をもつ〉ことを意識していた。介護支援専門員は要介護高齢者の〈目標達成への道のり〉を把握し、ADL 能力を観察して〈目標達成がサービス変更の判断基準〉としていた。

2) サービス担当者会議で解決されない問題

(1) 個別的な対応が不可欠な支援カテゴリー

【本音の語り】【不満なサービス内容を吟味】の2つのサブカテゴリーよりなる。

(a) 本音の語りサブカテゴリー

〈会議で悪いことは言わない〉〈他者がもたらす負の要因〉〈本音の行方を把握〉の概念からなる。

- ① 会議で悪いことは言わない概念は、定義「今後のサービス担当者との関わりを考えると、要介護高齢者が会議の席では言えないこと」である。
- ② 他者がもたらす負の要因概念は、定義「サービスへの意欲低下を防ぐため、在宅要介護高齢者の相性が合わない人への関わり姿勢と対処方法を考えること」である。
- ③ 本音の行方を把握概念は、定義「家族介護者を通じて介護支援専門員に伝わった要介護高齢者の本音への対処方法」である。

介護支援専門員は、サービス担当者会議では話せない要介護高齢者の本音に対して、会議の後から個別的に対応をしていた。

(b) 不満なサービス内容を吟味サブカテゴリー

〈繰り返し納得を得る〉〈気持ちが向くまで待つ〉〈不満のなかみに迫る〉〈不満の理由を受け入れた対応〉〈介護者の切なる要望の理解〉〈受け入れられるプラン〉の概念から構成される。

- ① 繰り返し納得を得る概念は、定義「疾患の特徴を理解し、要介護高齢者が納得できていない事実を受け止め、必要性をわかりやすく説明して納得をえること」である。
- ② 気持ちが向くまで待つ概念は、定義「要介護高齢者が自分の納得した方法で自立を目指しているように待つこと」である。
- ③ 不満のなかみに迫る概念は、定義「要介護高齢者を否定せずに、話を傾聴し、不快な思いをした事実に対しては、謝罪をすること」である。
- ④ 不満の理由を受け入れた対応概念は、定義「不

満の理由を聞き、満足できるよう対応すること」である。

- ⑤ 介護者の切なる要望の理解概念は、定義「要介護高齢者の不満内容よりも、介護者の要望が生理的欲求の場合は、最重要ととらえて優先すること」である。
- ⑥ 受け入れられるプラン概念は、定義「要介護高齢者が納得して受けるサービス内容」

介護支援専門員は、疾患の特徴を理解し、要介護高齢者が納得できていない事実を受け止め、〈繰り返し納得を得る〉努力をしていた。また、〈気持ちが向くまで待つ〉では『しばらく休みたいって言われて、休んで、まあちょっと体調も回復してきて、でまあ、こっちは様子見て、止める気持ちはなかったけど、ほんなら週に1回位から始めようかなってことで言ってきたはって』(A氏)のような対応をとっていた。

介護支援専門員は〈不満のなかみに迫る〉では、『そういう風を感じるのを感じるのかもしれないけど、ごめんな、ああいう風にしゃきしゃきした人やの、悪い人やないよ』(B氏)と気持ちを受け止め、〈不満の理由を受け入れた対応〉をとっていた。

しかし、介護支援専門員は要介護高齢者の話だけを傾聴するのではなく、〈家族介護者の切なる要望の理解〉での『おとうちゃん1日でも私をゆっくり寝かせてえなあ、車椅子でトイレまで行かないとあかんし』(B氏)といった家族介護者の発言を優先して受け止めていた。

(2) 他職種との連携が不可欠な支援カテゴリー

【不満なサービス内容への対応】【確実な情報伝達】の2つのサブカテゴリーよりなる。

(a) 不満なサービス内容への対応サブカテゴリー

は〈サービス担当者で連携を図る〉〈一貫性のある役割を演じる〉の概念よりなる。

- ① サービス担当者で連携を図る概念は、定義「介護支援専門員と家族介護者とサービス担当者で打ち合わせし、要介護高齢者の納得したサービスにすること」である。
- ② 一貫性のある役割を演じる概念は、定義「介護支援専門員は要介護高齢者との信頼関係を基にルールを決めて、守る役割となること」である。

介護支援専門員は、要介護高齢者の人柄、不満の内容、希望などをサービス担当者で説明し理解を得ることで〈サービス担当者で連携を図る〉努力をしていた。また、〈サービス担当者で連携を図る〉ためには、事前打ち合わせ、役割分担を行い、家族介護者を含めた

事前打ち合わせをし、〈一貫性のある役割を演じる〉対応があった。

(b) 【確実な情報伝達】サブカテゴリー

〈現場の声はプランの源〉〈総括の役割で情報をつなぐ〉〈本人の危険を予測した連携〉の概念からなる。

- ① 現場の声はプランの源概念は、定義「現場の専門家の状態観察によって判断された要介護高齢者のケア、処置が速やかに計画に追加されること」である。
- ② 総括の役割で情報をつなぐ概念は、定義「要介護高齢者や家族に了解を得て、各々の事業所のサービス担当者の情報を正確に伝達し情報共有していること」である。
- ③ 本人の危険を予測した連携概念は、定義「在宅要介護高齢者の転倒等の危険を予測し、サービス担当者間でケアの方法を統一すること」である。

訪問時の要介護高齢者の状態観察によって提案されたケアは、処置に関しては、医師や訪問看護師によって判断され、介護支援専門員に連絡が入り、本人もしくはは家族の了解のもと居宅介護支援計画に追加されていた。その際に、介護支援専門員は、〈本人の危険を予測した連携〉のため、統一した処置が要介護高齢者に実施されるようケアや処置の手技に関する情報などがサービス担当者で正確に伝達されるよう〈総括の役割で情報をつなぐ〉対応をしていた。

3) 不十分な連携が悪化を招くカテゴリー

〈悪化への対応が後手となる〉〈双方の振り返りはエンパワーメント効果〉の概念よりなる。

- ① 悪化への対応が後手となる概念は、定義「早期の段階で情報を入手することが困難な場合に、既に手遅れの状況であること」である。
『もうそれが土曜日とかね、そんな感じで、平日でなかったりして、だからね、連携が十分とれないまま帰ってきたんで、その帰ってきてから、も一つね、体調が悪くなって、で、この傷が化膿しちゃった』(C氏)の発言があった。結果的に在宅生活は困難となり、入院を余儀なくされることとなった。
- ② 双方の振り返りはエンパワーメント効果概念では、定義「介護支援専門員の働きかけで、要介護高齢者の支援に関わるものが、失敗を振り返ることで情報共有が密となること」である。

4) ADLを向上していく支援カテゴリー

【家族の生活が維持できる】【主体性を尊重したサービスの選択】の2つのサブカテゴリーよりなる。

(a) 家族の生活が維持できるサブカテゴリー

〈家族の役割の支援〉〈介護負担の軽減を図る〉の概念よりなる。

- ① 家族の役割の支援概念は、定義「家族介護者が生活者として活動できるようレスパイトケアが活用できること」である。
- ② 介護負担の軽減を図る概念は、定義「家族介護者の介護負担の軽減が図れるよう考えること」である。

介護支援専門員は家族が介護者としてではなく、祖母としての役割を果たせるよう〈家族の役割の支援〉を行い、〈介護負担の軽減を図る〉ためのサービス利用を行っていた。

(b) 主体性を尊重したサービスの選択サブカテゴリー

〈他者交流の在り方の把握〉〈馴染めるサービス利用がADLを維持〉の概念よりなる。

- ① 他者交流の在り方の把握概念は、定義「サービスの選択が左右される要介護高齢者の他者交流の在り方を把握すること」である。
- ② 馴染めるサービス利用がADLを維持概念は、定義「要介護高齢者が馴染めるサービス利用の積み重ねがADLの向上となること」である。

『デイサービスを楽しみに行くおばあちゃん』(A氏)、『人との交流とかは好きじゃないんやわ』(C氏)と〈他者交流の在り方の把握〉をし、サービス利用を訪問型か通所型かで選択し〈馴染めるサービス利用がADLを維持〉できるよう働きかけていた。

IV. 考 察

1. 『サービス担当者会議で解決される問題』は『プランに必要な情報収集』から、『目標を明確にする』まで、サービス担当者や家族介護者が相互に理解を深めなければならない内容となっていた。

2. 『サービス担当者会議で解決されない問題』は『個別対応が不可欠な支援』で、介護支援専門員が要介護高齢者や家族と向き合い【本音の語り】を傾聴するプロセスである。稲葉³⁾は、高齢者が身体の衰えからケアを受ける立場になることは、新たな「役割」を担うことで、そのために新たな姿勢・知識・行動などの対処能力が必要であると述べている。介護支援専門員は、要介護高齢者の対処能力を観察しながら、【不満なサービス内容を吟味】していた。そこで、岡本¹⁰⁾はサービス利用に拒否的な利用者には、気持ちを変え

ようとしても、簡単に人の信念や価値観を変えられないことを謙虚に受けとめ、説得を繰り返すより、利用者が自分から納得するように実質的な利益を実感してもらう事が効果的であると述べている。介護支援専門員は、〈繰り返し納得を得る〉姿勢で、〈不満のなかみに迫る〉〈不満の理由を受け入れた対応〉をとり、要介護高齢者が主体的にサービスを受けられるように、〈気持ちに向くまで待つ〉取り組みを行っていた。ここでの、介護支援専門員の個別的な対応が、要介護高齢者がケアを受ける立場であることを受け止めて、納得してサービスを受けるという新たな「役割」を担う支援につながっていると思われる。

また、岡本¹⁰⁾は介護支援専門員が家族の本音を理解し、夫婦の気持ちを互いに知らせ、どうすることが最もよいかを話し合うことが大切で、それが利用者自身の判断と選択、および決定を促していくと述べている。介護支援専門員は要介護高齢者の話だけを傾聴するのではなく、〈家族介護者の切なる要望の理解〉を行い、家族介護者の要望を要介護高齢者に伝えていた。介護支援専門員が要介護高齢者と家族介護者の仲介に入ること、要介護高齢者は家族介護者の状況が理解でき、考えを改めていた。その結果、サービスは、本人にとっても家族介護者にとっても〈受け入れられるプラン〉になっていた。ただし、この〈受け入れられるプラン〉は、【家族の生活が維持できる】、要介護高齢者の【主体性を尊重したサービスの選択】となる『ADLを向上していく支援』であることが第一条件である。そのために、介護支援専門員は、要介護高齢者や家族介護者の言いなりになるのではなく、要介護高齢者の自立が阻害されないよう〈流されない意志をもつ〉姿勢で対応をしていた。

3. 『サービス担当者会議で解決されない問題』が、介護支援専門員の個別的な対応によって、〈受け入れられるプラン〉になれば、【不満なサービス内容への対応】として『他職種との連携が不可欠な支援』のプロセスにすすむ。岡本¹⁰⁾は、他職種のそれぞれの活動は、介護支援専門員とケアチームメンバーが役割分担し、連動しながら展開するのが望ましいと述べている。菊池¹¹⁾は、チームプレーが上手いかわないと、期待にこたえる行動をとらないことから不信感が生まれると述べている。介護支援専門員は〈サービス担当者と連携を図る〉中で、サービス担当者と信頼関係の基にルールを決めて、家族介護者を含めた役割分担を行い、〈一貫性のある役割を演じる〉ように計画的に対応していた。

岡本¹⁰⁾はニーズの緊急性とサービス利用の優先度を判断する際は、本人の生命・生活の維持から考えると述べている。要介護高齢者の転倒を予防するためや、ADLの維持のためには、要介護高齢者に気付かれずに、家族を含めたケアチームメンバーの計画的な関わりが必要不可欠なものとなっていた。そういった中で、介護支援専門員は他職種の連携において、【確実な情報伝達】を行う役割を担っていた。介護支援専門員に情報が届かない、介護支援専門員がケアチームメンバーに情報の伝達をしないことがあれば、【不十分な連携が悪化を招く】ことになり、要介護高齢者の体調は急変し、入院を余儀なくされていた。要介護高齢者が入院に至るまでに、ケアチームメンバーで早期に対応できるよう情報の発信、伝達を確実に行うことの重要性が示唆された。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、要介護度が4から5と高い高齢者が困難な問題を乗り越え、自らが望む生活を送れるよう支援できた介護支援専門員3人であり、本研究の見解はその範囲に限定的なものである。今後の課題として、要介護度の低い高齢者も対象に加え、結果の妥当性を確認する必要がある。

VI. 結 論

1. サービス担当者会議で解決される問題は、介護支援専門員が収集した情報を基に、ケアチームメンバーが連携し、目標を統一していくプロセスで対応していた。

2. サービス担当者会議で解決されない問題は、介護支援専門員の個別的な対応が求められ、要介護高齢者がケアを受ける立場として求められ対処能力をつけていけるように、介護支援専門員が根気強く【本音の語り】を傾聴していた。さらに、介護支援専門員が要介護高齢者と家族介護者の仲介者になることで、【家族の生活が維持できる】状況となり、要介護高齢者の【主体性を尊重したサービスの選択】につなげることができていた。

3. 要介護高齢者の【不満なサービス内容への対応】

では、他職種との連携が不可欠な支援が求められ、介護支援専門員は〈サービス担当者と連携を図る〉中で、家族介護者を含めた役割分担を行い、〈一貫性のある役割を演じる〉ように計画的に対応していた。その結果、要介護高齢者の転倒予防やADLの維持や向上が可能となっていた。

4. 介護支援専門員は他職種の連携において、【確実な情報伝達】を行う役割を担っていた。【不十分な連携が悪化を招く】ことになるため、ケアに関わる者が観察力を養うと共に、情報を発信し、介護支援専門員に伝えていくことの自覚が求められた。

引用文献

- 1) 櫻井尚子ほか編. 地域療養を支えるケア 第4版 (ナーシング・グラフィカ 在宅看護論). 吹田: メディカ出版; 2013. p. 31-8.
- 2) 横山正. 介護支援専門員基本テキスト 2 三訂. 東京: 長寿社会開発センター; 2006. p. 283.
- 3) 谷亀光則, 高砂裕子, 青木潤一, 阿部充宏, 萩原満寿美, 齋藤典元, 塩崎芳浩, 長井雅子, 山野篤, 吉滝健一, 米花菜央, 田中千枝子, 瀬戸恒彦, 齋藤学, 生川善雄. 介護支援専門員の現状と課題——介護支援専門員実態調査から. 癌と化学療法 2003; 30 Suppl. 1: 74-9.
- 4) 白木裕子. サービス担当者について. ケアマネージャー 2007; 9(6): 34-7.
- 5) 河野聖夫. 介護支援専門員における情報共有の現状と課題——実践の現状に対する考察. 健康科学大学紀要 2009; 5: 101-13.
- 6) 杉田由加里. 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. 千葉看護学会会誌 2006; 12(1): 58-64.
- 7) 和田恵美子. 要介護高齢者の在宅生活を軌道にのせる介護支援専門員の支援のプロセス—サービス担当者会議における介護支援専門員の役割に注目して. 日本看護学会論文集 在宅看護 2015; 45: 79-82.
- 8) 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法——修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京: 弘文堂; 2011. p. 186-216.
- 9) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践——質的研究への誘い. 東京: 弘文堂; 2013. p. 89-90, p. 177-206.
- 10) 岡本玲子編著. 対応困難な事例に学ぶケアマネジメント——質評価の視点とともに. 東京: 医学書院; 2003. p. 38-42.
- 11) 菊池和則. 協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ. ソーシャルワーク研究 2009; 34(4): 17-23.