世界の幸せをカタチにする。
Creating Peace & Happiness for the World
Musashino University
武蔵野大学 学術機関リポジトリ
Musashino University Academic Institutional Repository

The Study on the Method for Coping with the Difficult Situation when Care Managers Create a Care Plan with Elderly People with Dementia

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-03-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 渡邉, 浩文 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/409

認知症の人と居宅サービス計画書を作成する際の困難状況に対する介護支援専門員の対処に関する研究

The Study on the Method for Coping with the Difficult Situation when Care Managers Create a Care Plan with Elderly People with Dementia

渡　邉　浩　文*
WATANABE, Hirofumi

抄録

本研究は、居宅サービス計画書の作成プロセスにおける、認知症の人の参加・協力が困難な状況に対する介護支援専門員の対処方法を明らかにし、認知症の人の支援のあり方について検討する。認知症ケアに関する知識や実践能力について比較的高い水準にあると思われる介護支援専門員 10 名を対象に、「認知症の人の居宅サービス計画書を作成する際のアセスメントやプランニングを利用者と協働して行っていこうとするとき、困難だと感じる場合」について、記入してもらい、その状況について、認知症の人本人と協働してアセスメントをし、居宅サービス計画書を作成していくための「段取り」と「工夫」について記載してもらった。さらにその結果について分類した。結果、困難な状況として８つのグループが形成された。困難だと感じる状況として、介護支援専門員がとらえる生活の現状分析について、本人が認知症が原因でその現状の認識を共有できないような状況や、本人が意欲を失っている場合があげられた。この場合、生活歴や価値観をふまえ、本人の主観的なニーズが反映され同意できると考えられる様々なサービスや関わりを行い、その反応をみながら検討する必要がある。その際、本人が残された能力を発揮し、意欲や自己効力感を高められるような環境の調整を検討する必要がある。またこの調整には、提供されたサービスについて BPSD（認知症の行動・心理症状）も含めて、その反応をみながら検討することが必要である。加えて、家族がキーパーソンとして、介護支援専門員と協働的な役割を果たすことができないことが生じている状況があり、本人・家族の両者にとって必要なサービスを提供していくことが必要である。

*人間科学研究所研究員／人間科学部社会福祉学科准教授

１．序論

2012 年の厚生労働省の報告によると、2010 年の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は 280 万人であり、2025 年には 470 万人になると見込まれ、65 歳以上の高齢者人口に占める割合が 12.8％に及ぶと予測されている。また、そうした認知症の人のうちの半数は、居宅において生活しているという [5)]。

要介護状態となった認知症の人の在宅生活の支援において、ケアマネジメントは極めて重要な支援であると考えられる。しかしながら、これまでのケアマネジメントは主に、身体障害へ対応を想定したモデルであり [9)]、未だ、認知症の人に対するケアマネジメントは十分に確立していないことが指摘されている [8)]。この認知症の人へのケアマネジメントの課題の一つに、認知症の人の自己決定をケアマネジメントのプロセスの中でどのように支援するかがあると考える [11)]。上述の将来推計を受けて国家的な認知症対策として 2012 年にオレンジプラン、及び 2015 年より新オレンジプランが実施されているが [4,5)]、その目標として「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」と認知症の人の意志の尊重が掲げられている。オレンジプランの柱の一つに、認知症の状態に合わせた適切なケアの流れを示した認知症ケアパスの作成があげられているが、宮島によれば、本人の意思がケアパスにどう生かされているか、治療や支援に関して本人の意思決定が尊重されることにつながっていくことが重要であるという [7)]。しかしながら、現状では、認知症により判断能力の低下した利用者に対し、十分に自己決定・自己選択の機会を保障されていないことが考えられる。渡邉らが実施した調査 [12)] では、本人が認知症であった場合、作成された居宅サービス計画書の原案について、家族介護者に対してのみ説明を実施する傾向があることが指摘されている。これは、自らが利用するサービスについて説明を受ける機会がなく、サービスを利用せざるをえない状況があることが考えられる。すなわち自己決定の機会が不当に奪われているケースもあることが示唆されているといえる。

そもそも、ケアマネジメントとは、サービス利用時の契約における当事者間の情報量の非対称性、すなわち情報量の差に対する対応を行い [1,2)]、居宅サービス計画書を通して利用者の意思をサービスに反映することが期待されているといえる [3)]。これは居宅サービス計画書の作成過程を通じて行われると考える。具体的には、アセスメントから居宅サービス計画書の作成にいたるプロセスの中で、介護支援専門員と利用者の持つそれぞれの情報とそれに基づく認識を一致させ、目標となる自立した生活の姿を描き、その目標の実現に向けて利用者の主体的な取り組みを促す意欲を醸成することであるといえる。この意欲に裏付けされた意志と選択・決定が形となったものが居宅サービス計画書であるといえる。しかし、認知症の人は、記憶障害や理解力の低下などの障害があるため、上述のようなプロセスを経ることに困難があると考えられる。また、本人の判断能力の低下に加え介護負担が過大な家族の場合など、本人よりも家族の意向に沿った支援が行われている現状もあると考えられる [6,11)]。結果として、ケアマネジメントのプロセスから除外されたまま本人のサービス内容が決定していくということが生じ、前述のような居宅サービス計画書の説明が行われないような事態が生じていると考えられる。そして、現状では、こうした状況にあるケースに対しての支援のあり方について十分に整理されその支援方法が検討されて

いるとはいいがたい状況があると考えられる。

そこで、本研究では、認知症ケアに一定の力量を持つ介護支援専門員が実施する居宅サービス計画書作成時における認知症の人の参加・協力を困難とする状況及びその対処方法についてインタビューを行い、それらの状況に対する対処方法を検討することを目的とした。

２．研究方法

１）調査の対象

調査対象は、現在、居宅介護支援事業所において、居宅介護支援業務を行っている介護支援専門員とした。加えて、認知症に関する知識や実践能力について比較的高い水準にあると思われるものとした。以上のような要件を満たす対象者を抽出するため、認知症介護指導者養成研修修了者から推薦してもらう形で行った。

２）調査の手順

参加者を１グループ５名程度のグループに分け、それぞれ配布したポストイットに『認知症の人の居宅サービス計画書を作成する際のアセスメントやプランニングを利用者と協働して行っていこうとするとき、困難だと感じる場合はどのような時か』という設問について、具体的な場面・状況について思いつくままに記入をしてもらった。その際、一つの状況に一つのポストイットを使用するよう指示を行った。次に、記載した状況をグループメンバーにわかるように一つ一つ説明して、グループで状況の共有化を行った。その際、メンバーの話を聞いて、書いていない思い当たるケースがあった場合、それもつけたして加えていくよう指示を行った。

その後、ワークシートにポストイットを貼り付け抽出された状況について、「認知症の人本人と協働してアセスメントをし、居宅サービス計画書を作成していく」ために、必要だと考える「段取り」と「工夫」についてワークシートに記載をしてもらった。その際、「どうあるべきか」ではなく、直感的に行う手順等、具体的な行動レベルのもので記載するよう指示を行った。また、まったくアプローチの方法が思いつかないケースについては、その旨を記載するよう指示を行った。次に、グループでディスカッションを行いながら、それらのワークシートを分類し、「段取り」と「工夫」の観点から見て、類似する困難状況やその解決のための段取り・工夫の類似性に着目しながらワークシートのグループ化を行った。その際にディスカッションされた会話内容及びワークシートの分類結果をデータとした。

３）倫理的配慮

本研究は、認知症介護研究・研修東京センターにおける倫理委員会の承認を得て実施した。調査の協力は任意とし、調査にあたっては、調査結果は個人を特定できるような分析をしないこと、調査協力をしないことによる不利益はないことを文書にて説明し、文章による同意を得た。

３．結果

１）調査対象者の概況

調査は、平成 23 年 5 月 14 日に実施した。10 名の介護支援専門員が調査に参加した。性別は女性が 8 名、男性が 2 名であった。居宅介護支援業務の経験年数は最長が 11 年、最短が 2 年で平均は 6.0 年であった。所持資格は看護師を有する者が 4 名、介護福祉士を有する者が 3 名、社会福祉士を有する者が 2 名含まれた。（表１）

表１　グループインタビュー調査の参加者の属性

性別	勤務分野・期間	居宅介護支援業務の経験年数	資格
女性	看護師（5 年＋パート 10 年）、 訪問看護師（10 年）	11 年	看護師
男性	在宅介護支援センター・MSW 等（14 年）	8 年	社会福祉士、 精神保健福祉士、 主任介護支援専門員
女性	介護事務、ホームヘルパー、 サービス提供責任者（計 7 年）、 介護複合型施設（ショートステイ担当）（計 1.5 年）	2 年	ホームヘルパー 2 級 介護福祉士
女性	病院（精神科）社会復帰病棟（6 年半）、 認知症病棟（1 年数ヶ月）（看護補助等）、 地域包括センター相談員（3 年数ヶ月）	2 年	社会福祉士 精神保健福祉士
女性	総合病院 20 年余り勤務（急変病棟が多かった）	7 年	看護師
女性	福祉分野（計 11 年間）	4 年	介護福祉士、 上級認知症ケア専門士
男性	医療関係鍼灸師治療院勤務（9 年）	10 年	福祉用具専門相談員、 住環境コーディネーター、 鍼灸師
女性	福祉ワーカー（3 年）、訪問介護（2 年半）	2 年	介護福祉士 ホームヘルパー 2 級
女性	病院勤務（6 年）	10 年	看護師
女性	医療（14 年）	4 年	看護師

２）抽出された状況

認知症の人の居宅サービス計画書を作成する際のアセスメントやプランニングを利用者の参加を得ながら行っていこうとするときに困難と感じる状況として、102 のシートが作成された。さらにそれらを状況及び、用いられる段取り・工夫の類似性の観点から分類した結果、最終的に８つのグループに分類された。なお、各グループの分類名は調査終了後、ポストイットの内容及びディスカッションの内容をふまえ、研究者が名付けた。（表２）

表２　困難状況と解決のための段取り・工夫

困難状況	段どり	工夫
①認知症の症状による能力低下から介護支援専門員との認識の共有化が困難	①-1 繰り返しの中から本人の意向を掴む	①-1-1 とにかくよく聴く ①-1-2 センター方式の生活リズムパターン、24時間生活変化シートを活用する
	①-2 家族から情報収集をする	①-2-1 情報収集は「家族をねぎらいながら」行う ①-2-2 時間をかけることで関係者に出会うことができる
	①-3 とにかくサービスをスタートする	①-3-1 妥当なら、家族主導の希望で居宅サービス計画書をスタートさせる ①-3-2 誰がキーパーソンかはっきりさせる
	①-4 記録を確認して妥当性を再評価する	①-4-1 記録は本人の言葉と行動を中心として主観を入れない
②本人が認知症であることをわかっておらず、介護支援専門員との認識の共有化が困難	②-1 本人の生活歴や価値観を理解して関わる	②-1-1 本人の表情を読み取る ②-1-2 本人の好みを知り、マメに顔を出し、受け入れてもらう。
③本人が自分の生活に対して消極的、悲観的で生活の改善に向けた意欲が低下し主体的な解決への行動へつながらない	③-1 本人の言葉を計画に取り入れる	③-1-1 何か変という、ささいな不安を取り除く
	③-2 家族･本人の順で会い、一緒に散歩して気分転換しながらコミュニケーション	③-2-1 楽しくできることからはじめてみる ③-2-2 本人が選択できる環境をつくる。言いづらいことも言えるようにする
	③-3 短期目標と長期目標を変える	③-3-1 押しつけケアにならないようにする
④本人のサービス拒否がある	④-1 本人と家族の訴えを聴く	④-1-1 会話の中に落とし所をみつける ④-1-2 理解できそうな表現方法（絵や色の工夫）をみつける ④-1-3 訪問時間や頻度を決める ④-1-4 訪問の回数を増やす
	④-2 介護支援専門員の顔を覚えてもらう	④-2-1 顔見知りになることで警戒心を解く ④-2-2 食事の時間など、本人が家にいる時間帯に訪問する
	④-3 申請準備とあわせて社会資源の開拓、自費サービスの検討など裏側で準備を進める	④-3-1 困ったときのため助言をもらえる人を作っておく
	④-4 別居家族も交えて拡大カンファレンスを行い、視点を変えたサービス展開	④-4-1 頑張過ぎない、無理しない、家族すべての笑顔がみられる継続できるサービスを検討する
⑤家族自身に精神疾患、身体障害等があり、本人のニーズと家族のニーズの調整が必要	⑤-1 両者を理解できるようアセスメントを行う	⑤-1-1 くりかえしのモニタリングをする（困った表情がでたら新しい提案をする） ⑤-1-2 家族の訴えを丁寧に聴く。肯定も否定もしない ⑤-1-3 習慣的に行ってきたことやできることは続け、その他はサービスとして取り入れる ⑤-1-4 家族にケアを提供（包括、主治医と情報交換）

⑥家族が介護に対して悲観的で、本人のニーズと家族のニーズの調整が必要	⑥-1 介護疲れの家族の疲労をとるサービスから入れる	⑥-1-1 ゆとりが出たところで一緒に考える ⑥-1-2 ケアの工夫を伝える
⑦家族の思い入れが強く介護支援専門員が入り話を進めていくことができない	⑦-1 家族が認知症であることを認め、本人への受診を促すための情報提供をする	⑦-1-1 認知症の家族向け小冊子を持参する ⑦-1-2 セミナーへの参加を勧める、講座に誘う ⑦-1-3 サービスを利用している状況を見学に言ってもらう ⑦-1-4 認知症以外の身体疾患についても理解してもらう
	⑦-2 本人の能力、思いを正確に把握する	⑦-2-1 センター方式を使う（C-1-1 ～ 2, D-1 ～ 2） ⑦-2-2 生育歴を傾聴する（教授、経営者などとくに） ⑦-2-3 本人のみでコミュニケーションをとれる場所をつくる ⑦-2-4 本人と家族、別々に話を聴く ⑦-2-5 家族が電話をかけているとき本人に話を聴く
	⑦-3 キャラバンメイト、地域づくりに関する取組の話をする	⑦-3-1 家族と時間をかけて話合う
⑧家族が非協力的、消極的、介護を丸投げしている	⑧-1 キーパーソン以外の家族にも会う	⑧-1-1 全員集めるのでなくアポイントがとれた順に次々と会う（本人は毎回必ず同席する） ⑧-1-2 報告をまめにする ⑧-1-3 高齢者のしおり、パンフ等を活用する
	⑧-2 キーパーソンを変える	⑧-2-1 信頼関係を大切にする ⑧-2-2 根気よく続ける。長期戦と構える

①　認知症の症状による能力低下から介護支援専門員との認識の共有化が困難

「認知症の症状が強く、会話が成立しにくい」「本人の意思が聞くたびに違う」「話の内容を本人が理解できない」といったケースがあげられ、同じ性質のケースとしてグループが形成された。このグループは、認知症の症状である記憶障害や理解力の低下、さらにそこから生じる落ち着きのなさといった行動症状が影響し、利用者本人の意思・希望を把握することが難しく、介護支援専門員の認識した課題を共有化しながら居宅サービス計画書を作成していくというプロセスを踏むことが困難となっているケースであった。そこで、本グループは、「認知症の症状による能力低下から介護支援専門員との認識の共有化が困難」とした。

これらのケースには、「繰り返しの中から本人の意向を掴む」「家族から情報収集をする」「とにかくサービスをスタートする」「記録を確認して妥当性を再評価する」という段取りが抽出された。またその工夫としては「繰り返しの中から本人の意向を掴む」については、「とにかくよく聴く」といった工夫があげられた。「家族から情報収集をする」では、「情報収集は「家族をねぎらいながら」行う」といった工夫があげられた。「とにかくサービスをスタートする」については、「妥当なら、家族主導の希望で居宅サービス計画書をスタートさせる」「誰がキーパーソンかはっきりさせる」、「記録を確認して妥当性を再評価する」については、「記録は本人の言葉と行動を中心として主観を入れない」という工夫があげられた。

② 本人が認知症であることをわかっておらず、介護支援専門員との認識の共有化が困難

「本人が認知症だと思っていない」「本人は何でもできるといってケアの必要性を感じてくれない」「本人が将来に対する希望がなく、時々うつ状態になってしまう」といったケースが出されグループが形成された。これらのケースは、認知症による病識の欠如から、介護支援専門員と利用者の現状認識のズレのすり合わせを行い、両者認識するニーズのすり合わせを行う過程に困難さを抱えているケースであった。そこで、これらを「本人が認知症であることをわかっておらず、介護支援専門員とのニーズのすり合わせが困難」なケースとした。

これらのケースには、「本人の生活歴や価値観を理解して関わる」という段取りがあげられた。またその工夫としては、「本人の表情を読み取る」「本人の好みを知り、マメに顔を出し、受け入れてもらう」といったものがあげられた。

③ 本人が自分の生活に対して消極的、悲観的で生活の改善に向けた意欲が低下し、主体的な解決への行動へつながらない

「本人は将来について希望なし、時折うつになってしまう。家族にそのことがわかっていても、対応の仕方がわからず、自分にも生活があるので見てみぬふりをしている」「私はどこにも行かない。支援も不要と強く介入を拒否する本人とどうにかしたいと希望する家族の気持ちが大きくかい離している場合」といったケースがみられた。これらは、家族等第三者からの要望により関わりを開始しようとするも、本人が介護支援専門員との関わりを通して生活を改善しようとする意欲がみられず、協働的な関係の形成が困難なケースであった。これらは、「本人が自分の生活に対して消極的、悲観的で生活の改善に向けた意欲が低下し、主体的な解決への行動へつながらない」ケースとした。

上記のケースに対しては、「本人の言葉を計画に取り入れる」という段取りについては、「何か変という、ささいな不安を取り除く」、「家族・本人の順で会い、一緒に散歩して気分転換しながらコミュニケーション」については、「楽しい話題づくりをする」「本人が選択できる環境をつくる。言いづらいことも言えるようにする」、「短期目標と長期目標を変える」については、「押しつけケアにならないようにする」といった工夫があげられた。

④ 本人のサービス拒否がある

「本人が人の手を借りたくないと言い張る」「本人が自分でできるといって、ケアに対する必要性の理解が得られない」といったケースがあげられた。これらのケースは家族や介護支援専門員がサービスの必要性があると判断しても本人が同様の認識を持っておらず、本人を交えたアセスメントや居宅サービス計画書の作成が難しいケースであった。このことから、このグループを「本人のサービス拒否がある」ケースとした。

上記ケースに対しては、「本人と家族の訴えを聴く」「介護支援専門員は顔を覚えてもらう」「申請準備とあわせて社会資源の開拓、自費サービスの検討など裏側で準備を進める」「別居家族も交えて拡大カンファレンスを行い、視点を変えたサービス展開」という段取りが抽出され、「本人と家族の訴えを聴く」については、「会話の中に落とし所をみつける」「理解できそうな表現方法（絵や色の工夫）をみつける」「訪問時間や頻度を決める」「訪問の回数を増やす」、「介護支援専門員の顔を覚えてもらう」については、「顔見知りになる

ことで警戒心を解く」、「申請準備とあわせて社会資源の開拓、自費サービスの検討など裏側で準備を進める」については、「困ったときのため助言をもらえる人を作っておく」、「別居家族も交えて拡大カンファレンスを行い、視点を変えたサービス展開」については、「頑張り過ぎない、無理しない、家族すべての笑顔がみられる継続できるサービスを検討する」という工夫があげられた。

⑤　家族自身に精神疾患、身体障害等があり、本人のニーズと家族のニーズの調整が必要

「多重問題世帯、介護者、子、孫の障害」「認認介護」「家族自身に精神疾患、身体障害等がある」といったケースがあげられた。これらのケースは、利用者本人だけでなく、家族も障害者である等の課題を抱えており、それが原因で介護支援専門員との協働関係の形成が困難になるケースであった。そこで、同じ性質としてグループとし、「家族自身に精神疾患、身体障害等がある」ケースとした。

上記ケースに対しては、「両者を理解できるようアセスメントを行う」という段取りが抽出され、それに対する工夫として「くりかえしのモニタリングをする。困った表情がでたら新しい提案をする」「家族の訴えを丁寧に聴く。肯定も否定もしない」「習慣的に行ってきたことやできることは続け、その他はサービスとして取り入れる」「家族にケアを提供（包括、主治医と情報交換）」があげられた。

⑥　家族が介護に対して悲観的で、本人のニーズと家族のニーズの調整が必要

「家族があきらめている」「家族が介護に対して悲観的である」といったケースがあげられた。これらは、認知症に伴う介護負担や生活の課題の増加等を背景に、在宅での介護を継続する事への意欲が低下し、消極的な姿勢となっていることから介護支援専門員との協働関係の形成を困難にしている状況であった。そこで、これらを「家族が介護に対して悲観的である」ケースとした。

上記ケースに対しては、「介護疲れの家族の疲労をとるサービスから入れる」という段取りが抽出され、それに対する工夫として「ゆとりが出たところで一緒に考える」「ケアの工夫を伝える」があげられた。

⑦　家族の思い入れが強く介護支援専門員が入り話を進めていくことができない

「家族で本人に認知症はない。正確だと断言している。」「家族が思う、認知症の症状の見積もりが実際より高い」といったケースがあげられた。これらは、認知症に伴う理解力等の低下を背景に、本人のニーズを代弁する等、介護ニーズの必要性を判断するキーパーソンとしての役割を持つ家族が、本人の認知症を認めないなど、家族の本人への思い入れが強いために、介護支援専門員と現状認識をすり合わせていくという協働関係の形成が困難になっているケースであった。そこで、本ケースは、「家族の思い入れが強く介護支援専門員が入り話を進めていくことができない」ケースであるとした。

上記ケースに対しては、「家族が認知症であることを認め、本人への受診を促すための情報提供をする」「本人の能力、思いを正確に把握する」「キャラバンメイト、地域づくりに関する取組の話をする」という段取りが抽出された。「家族が認知症であることを認め、本人への受診を促すための情報提供をする」という段取りに対しては、「認知症の家族向

け小冊子を持参するセミナーへの参加を勧める、講座に誘う」「サービスを利用している状況を見学に行ってもらう」「認知症以外の身体疾患についても理解してもらう」という工夫が抽出された。「本人の能力、思いを正確に把握する」に対しては、「センター方式を使う（C-1-1 ～ 2，D-1 ～ 2)」「生育歴を傾聴する（教授、経営者などとくに)」「本人のみでコミュニケーションをとれる場所をつくる」「本人と家族、別々に話を聴く」「家族が電話をかけているとき本人に話を聴く」という工夫が抽出された。「キャラバンメイト、地域づくりに関する取組の話をする」では、「家族と時間をかけて話し合う」という工夫が抽出された。

⑧　家族が介護に非協力的、消極的、介護を丸投げしている

「家族が介護サービス事業者にすべて頼り切る居宅サービス計画書を希望される」「家族が介護支援専門員等に丸投げで協力を示さない」といったケースがあげられた。これらは、家族が介護や課題解決のために必要な能力を保持しているにもかかわらず、積極的に介護支援専門員や利用者と協働的に活動しようとせず、その多くを介護支援専門員やその他の社会サービスで代替しようとする傾向があるケースであった。このことから本グループは、「家族が介護に非協力的、消極的、介護を丸投げしている」とした。

上記ケースに対しては、「キーパーソン以外の家族にも会う」「キーパーソンを変える」という段取りが抽出された。「キーパーソン以外の家族にも会う」という段取りに対しては、「全員集めるのでなくアポイントがとれた順に次々と会う（本人は毎回必ず同席する)」「報告をまめにする」「高齢者のしおり、パンフ等を活用する」という工夫が抽出された。「キーパーソンを変える」では、「信頼関係を大切にする」「根気よく続ける。長期戦と構える」という工夫が抽出された。

4．考察

白澤は、認知症の人のケアマネジメントを確立していくための課題について取り上げ、その具体的場面として、病識がないことから医療機関に行くことを拒否する等、家族も他の人に知られたくないという感情をもっている場合などからくるケース発見に伴う課題への対応をあげている[9)]。本調査でも、①認知症の症状による能力低下から介護支援専門員との認識の共有化が困難②本人が認知症であることをわかっておらず、介護支援専門員との認識の共有化が困難、④本人のサービス拒否がある、というケースがあげられており、上述のサービス導入時における課題との類似性が認められる。これらのケースに共通する点は介護支援専門員がとらえる生活の現状分析について、主要な課題が認知症を原因として生じているという認識を前提として本人との協働的な関係の形成ができないことであると考える。この問題は、ケース発見のみならず、ケアマネジメントプロセス全体に大きな影響を与える要素であると考える。認知症の症状が中等度以上に進行してしまっている場合、病識のなさという状況を改善することが非常に難しいという状況が反映されていると思われる。調査結果をみると、この状況への対処として、「本人の生活歴や価値観を理解して関わる」「本人と家族の訴えを聴く」「介護支援専門員の顔を覚えてもらう」といった、信頼関係の構築をめざした、対象理解と受容に関する段取りや工夫があげられている。こ

れは、介護支援専門員の認識やそれと関連した情報を利用者と共有していくための段取りには、対象理解と信頼関係が必要であることを指している。

特に介護負担等の軽減から介護サービスの利用が急務の場合、信頼関係を構築する時間的な余裕がない状況が考えられる。「とにかくサービスをスタートする」「妥当なら、家族主導の希望で居宅サービス計画書をスタートさせる」「申請準備とあわせて社会資源の開拓、自費サービスの検討など裏側で準備を進める」という段取り・工夫は、こうした状況への対処を想定したものであると考える。「本人がサービスを拒否する」場面への段取り・工夫をみると、信頼関係構築に関するものに加え、「別居家族も交えて拡大カンファレンスを行い、視点を変えたサービス展開」「頑張り過ぎない、無理しない、家族すべてが笑顔のみられる継続できるサービスを検討する」があげられている。これは、キーパーソン以外の家族員も含めたカンファレンスを行い、既存の枠組みを超えて自己ケア、相互ケア、専門的ケアの見直しやサービスの導入を検討することが必要であり、その際には本人にとっても家族の生活にとって主観的に満足できるサービス利用になることが大切であることが指摘されているといえる。つまり、本人が認知症であるという認識を介護支援専門員と共有化することは本人が主体的に自らの生活に関わるための手段であり、本人のよりいきいきとした生活が実現されることが重要なのであるという認識があると考えられる。これらの対処と合わせて、「本人の生活歴や価値観を理解して関わる」「本人の表情を読み取る」「本人の好みを知り、マメに顔を出し、受け入れてもらう。」という段取り・工夫があげられたことは、サービス利用にいたるまでに、認知症であることを認識してもらうことはできなくとも、本人の意向や意欲を、サービスの導入や利用時に本人の表出する様々なサインから把握していくことが重要であるという現場の認識が反映されているものと考えることが出来る。この利用者の意向や意欲は、生活歴や価値観をふまえ、本人が意欲をもって同意できると考えられる様々なサービスや関わりを行い、BPSD（認知症の行動・心理症状）として表出される点もふまえながら、その反応をみて適切なサービスのあり方について検討されている状況があると考えられる。

上述の白澤は、認知症の人へのケアマネジメントにおけるアセスメントでは、非言語コミュニケーションの情報や過去の生活歴等の情報収集、ケアマネジャーや他の専門職が感じる主観的なアセスメント情報を含めて、適切なケアプランに結び付けていくことが必要であるとし、利用者が表出する様々な言動から利用者の意向・欲求を読み取るケアマネジャーや他の専門職の主観的なアセスメントとその情報の共有の重要性について指摘している[9)]。また、汲田によれば、認知症高齢者本人の意思の表明・伝達が極めて困難であっても本人の意思がどこにあるかを確認し、その意思に沿った支援をしようとすることが大事なのであるとし、認知症高齢者が「どう生きたい」「どうすごしたい」と思っているのか、そのことを知る手掛かりとして、これまで生活歴のアセスメントや本人および家族から語られる言葉をつなぐことにより何とか本人の意思らしきものを手繰り寄せようとしてきたとしている[6)]。こうした姿勢は、パーソン・センタード・ケアの立場に立ったケアといえ、認知症ケアで求められる価値基盤にたったケアの姿勢であるといえる[10)]。本調査においても、そうした段取り・工夫があげられており、介護支援専門員は、直接的なケアを通して認知症利用者に関わることがなくとも、そうした視点をもち、各専門職と連携しながら、本人の意向・意欲を把握し、サービスの提案や調整に生かしていくという視点が必要であ

るということが示唆されたと考える。

また、この意欲を醸成するという点は、③本人が自分の生活に対して消極的、悲観的で生活の改善に向けた意欲の低下から主体的な解決への行動へつながらないというケースにも重要なポイントとなると考えられる。③の状態を生じさせているのは認知症の原因疾患から直接的に生じている場合と、日常生活での失敗やそれに対する周囲の否定的対応などへの反応として二次的に出現している場合が考えられる。これは、本人の能力と生活に必要な行為に求められる能力との差から生じている場合等があると考える。この対処として、「楽しくできることからはじめてみる」「短期目標と長期目標を変える」「押しつけケアにならないようにする」「本人が選択できる環境をつくる。言いづらいことも言えるようにする」といった段取り・工夫があげられたが、これは本人が残された能力を発揮し、意欲をもってかつ自己効力感を持てるような環境の調整を検討しているといえよう。

調査の結果収集された状況として、⑤家族自身に精神疾患、身体障害等があり、本人のニーズと家族のニーズの調整が必要、⑥家族が介護に対して悲観的であり、本人のニーズと家族のニーズの調整が必要、⑦家族の思い入れが強く介護支援専門員が入り話を進めていくことができない⑧家族が非協力的、消極的、介護を丸投げしているという家族に関連するものがあげられた。

介護保険制度サービスで対応できる生活行為は限られている。介護保険サービスの入っていない時間の見守りや介護、それ以外の受診や買い物などの在宅生活を支える支援の多くについて、現状では、家族の支援をあてにしなければならない。対象が認知症である場合は特に家族の支援が得られるかどうかが在宅生活の継続には重要となる。ケアマネジメントにおいては、いわゆるキーパーソンとしてサービスの選択や様々な連絡調整の窓口として機能する対象となることが多いと考える。⑤は、そうした家族が障害者である等、⑥については介護負担等から抑うつ的になっているなど支援を要する状態になっている場合であると考えられる。この際、家族の支援を目的として本人のサービスの利用を検討しなければならないが、前述の①②④のように、本人が認知症による症状から現状の認識を家族や介護支援専門員のものと共有化が難しい場合に、家族と利用者のニーズの調整が必要な場合がある。例えば、家族の介護負担のためにデイサービスを利用したいが本人が拒否している場合などがあてはまる。こうした際に本人を交えてのアセスメントや計画作成に困難が生じると考える。調査の結果、こうした状況に対する段取り・工夫としては、家族、利用者の「両者を理解できるようアセスメントを行う」、「家族の訴えを丁寧に聴く。肯定も否定もしない」「困った表情がでたら新しい提案をする」「習慣的に行ってきたことやできることは続け、その他はサービスとして取り入れる」といった工夫があげられている。これは、本人だけでなく、家族のアセスメントが重要になること、介護支援専門員が主体となるのではなく、家族がそれまでに培ってきた課題解決の手法や能力を主体的に発揮しうるように関わっていくということであると考えられる。こうした視点に立ちながら「介護疲れの家族の疲労をとるサービスから入れる」「ゆとりが出たところで一緒に考える」といった対応を行っている。一方、⑦家族の思い入れが強く介護支援専門員が入り話を進めていくことができないについては、認知症という疾患やそれに伴う本人の状態を受け入れられない、認められないという点から認識の違いが生じており、「家族が認知症である

ことを認め、本人への受診を促すための情報提供をする」「本人の能力、思いを正確に把握する」「キャラバンメイト、地域づくりに関する取組の話をする」といった認知症に関する知識や、本人の現状に関する情報をいかに伝え共有化するかという点に力点が置かれている。⑧家族が非協力的、消極的、介護を丸投げしているについては、「全員集めるのでなくアポイントがとれた順に次々と会う（本人は毎回必ず同席する）」「信頼関係を大切にする」「根気よく続ける。長期戦と構える」「報告をまめにする」といった信頼関係や情報の共有化を大切にしながらも、「キーパーソン以外の家族にも会う」「キーパーソンを変える」といった現実的な段取りをふむことを選択している。

以上から家族全体の状況を把握しながら、家族と信頼関係を形成し、家族が持つ力を引き出すという姿勢が必要であるということが示唆されたと考える。認知症の人の状態と家族の状態は一体的にとらえていく必要がある。家族が介護負担から余裕がなくなることで、認知症の人への不適切なケアが行われるとBPSD（認知症の行動・心理症状）の増悪の要因になり、さらに介護負担が増加するという悪循環につながっていってしまう。したがって、家族全体を視野に入れながら本人、家族の両者にとって必要とされるケアを提供していく必要がある。そのためには、本調査では別々のケースとして分類されたが、特に介護支援専門員との認識の共有化が困難な本人に対する段取り・工夫と合わせて活用していくことが必要であると考える。

結論

本研究の結果、認知症の人の居宅サービス計画書を作成する際のアセスメントやプランニングを利用者と協働して行っていこうとするときに困難だと感じる状況として、介護支援専門員がとらえる生活の現状分析に関し、本人が認知症を原因として現状の認識を共有できないような状況や、本人が意欲を失っている場合があることが明らかになった。この場合、生活歴や価値観をふまえ、本人の主観的なニーズが反映され同意できると考えられる様々なサービスや関わりを行い、その反応をみながら検討する必要があることが示唆された。また、その際、本人が残された能力を発揮し、意欲をもってかつ自己効力感を持てるような環境の調整を検討する必要があることが示唆された。この調整には、提供されたサービスについてBPSD（認知症の行動・心理症状）も含めて、その反応をみながら検討することが必要であると考える。加えて、家族がキーパーソンとしての介護支援専門員と協働的な役割を果たすことができないということから、生じている状況があり、本人・家族の両者にとって必要なサービスを提供していくことが必要であると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、ある程度認知症ケアの力量が認められた介護支援専門員へのインタビューのため、認知症ケアの力量が不足している介護支援専門員が陥りがちな課題はとりあげられていない。加えて実際は認知症に伴う課題と、それ以外の要素、例えば経済状況や、虐待、医師との連携などの課題も多重的に関わり問題を形成すると考えられる。今後はそうした課題についてもとりあげ、整理していくことも必要となると考える。

本研究は、平成 22 年度ユニベール財団研究助成「認知症者の居宅サービス計画書作成過程への参加支援に関する研究」で実施した研究の一部である。

文献

1）新井誠：介護保険契約と成年後見，自由と正義，51（6）：20-31（2000）
2）秋元美世：福祉契約の法的関係と公的責任；介護保険制度の問題を中心にして，社会保障法 19，137-150（2004）
3）原田大樹：福祉契約の行政法学的分析，九州大学法政学会法政学研究 69（4）：777-785（2003）
4）厚生労働省（2012）「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」
（http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf）
5）厚生労働省（2015）「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）．～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要」
（http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaibou shitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf）
6）汲田千賀子：デンマークにみる「介護遺言「（Plejetestamente）」の実際とその意味：認知症高齢者の自己選択・自己決定を支える取り組み　日本認知症ケア学会誌 = Journal of Japanese Society for Dementia Care 13(4), 790-799, 2015」
7）宮島渡：認知症ケアパスのかたち（認知症の症候学・治療学および予防への展望：アルツハイマー病研究会 記録）－（トラックセッション 本人の意思を尊重するかたちとは）老年精神医学雑誌 26（326 増刊 1），178-187（2015）
8）岡田進一：ケアマネジメント原論．ワールドプランニング　p.169（2011）
9）白澤 政和：ケアマネジメントの現状と将来への提案：効果的・効率的な提供に向けて（特集 高齢者ケアの現状と将来）老年精神医学雑誌 26（2），159-167（2015-02）
10）トム・キットウッド（高橋誠一訳）：認知症のパーソンセンタードケア；新しい文化へ．筒井書房，東京（2000））
11）渡邉浩文：認知症の人への居宅介護支援サービス計画書の説明時における家族の関与に関する研究．武蔵野大学人間科学研究所年報（4），57-68（2014）
12）渡邉浩文，今井幸充，鈴木貴子，佐藤美和子ほか：認知症の人への居宅サービス計画の説明の実施に関する現状と課題．老年精神医学雑誌，20 巻 3 号，325-334（2009）