第45回日本老年医学会学術集会記録

〈市民公開在宅介護フォーラム：在宅介護を進めるために〉

4) 在宅介護を支えるケアマネジメント（問題解決型相談サービス）の実際
～ケアマネジャーの立場から～

山田登喜子

Key words：相談窓口の一本化，相談内容の類型化

（日老医誌 2004；41：72—76）

はじめに

私は平成3年にデンマークへ研修に行き、その時に福祉の3原則は、①個の尊厳の保障（自己選択・自己決定・自己責任）②生活の継続の支援③残存能力の活用であると学んだ。その時のカルチャーショックを原動力として、平成10年にこの基本原則を柱にNPO ゆうらいふを立ち上げ、総合的生活相談窓口の1本化を目指して努力し研究してきた。

ケアマネジャーとして、生活相談にのる時に最も大切なことは「生活の継続」を支援することである。生活の基本は、衣・食・住であるが加えて心身に生活上の障害をきたした方々は、介護サービスや社会資源の有効活用が必要になってくる。ケアマネジメントとは相談者の問題解決のためにいかに有効に社会資源を活用し、速やかに問題を解決する為に役立てるかである。そこで現在NPO ゆうらいふで行っている手法をまとめてみた。

総合的ケアマネジメント

（問題解決型相談サービス）とは

生活上の問題を解決する為には、困りごとに応じて介護保険サービス以外にさまざまな制度利用が必要になる。図1で示すとおり医療制度や福祉制度に加えて成年後見制度や消費者契約法等の民法や司法の専門職とのネットワークも必要になってくる。勿論、民生委員や地域の方々も大切な社会資源である。また相談利用者の方に安心感を与えるために最も大切なことは「相談窓口の一本化」であると実感し、その実現のために心を砕いてきた。「あそこに行けば何か問題解決の糸口がつかめる」その気持ちを持って頂けるように地域の専門職や行政サービス・福祉サービス事業者とのネットワークを大切にしている。

ケアマネジメントのシステム

＜主任ケアマネジャーの役割＞

＊相談利用者のサービスの量をこなしながら質を保つための方策について述べたい。

地域で「困りごとの駆け込み寺」的存在を維持していかうとすると、せっかく相談に来た方をお断りすることはできない。ゆうらいふの理念は“いつでも どこでも 誰でも 安心して生活の継続ができるように支援すること”である。そのためには「どんな問題でもまずお聞きします」との姿勢が一番大切である。この姿勢は職員全員に徹底している。

事業所として均一的な相談支援を行う為には、主任ケアマネジャーの役割が重要になる。ゆうらいふでは図2のようなシステムで相談支援サービスの均一化を行っている。これは竹内孝仁先生のケアマネジメントシステムを参考にしてきた。

窓口に来た相談は、①相談助言のみ②単品サービスで解決③アセスメントが必要な方などのように分けることができる。このことは、事務所にいる職員も理解しているため、電話で問題の概略をお聞きして主任ケアマネジャーに繋いでくれる。では主任ケアマネジャーの役割は何かと言うと、①ケアマネの力量に応じて担当のケースを決める。（窓口相談で済む方は即対応して解決する。）②アセスメント・ケアパッケージへの助言・指導（社会福祉サービスチェック表の活用）③ケースの経過に応じた助言。（随時の打合せ・月1回のケース検討会）④サービス担当者（調整）会議の設定・助言⑤ケアマネジャーの教育（現在6人）⑥外部機関との調整・社会資源開発・提案・研究事業の取り組み等である。このことを実践するためにはケアマネジャー担当の事務管理秘書が必須条件となっている。また主任ケアマネジャーは、ケアマネジャー自身が問題を抱えこんで悩んでいないかと配慮することも大切なことである。担当ケアマネジャーが悩んでいると質の良い相談支援ができなくなる。

Actual care management ; What we do now in supporting home care from point of care manager (Problem solution type consultation service)

Tokiko Yamada : NPO ゆうらいふ在宅介護支援事業所

図1 総合的ケアマネジメント（問題解決型相談サービス）

*「量」をこなしながら「質」を保つための方策！

図2 ケアマネジメントのシステム

図3 ケアマネジメントのプロセス
(問題解決型相談サービス)

ケアマネジメント

問題解決型相談サービスのプロセス

実際の相談支援の経過は、図3のように1から8までのプロセスで進めていくが、私が最も大切にしているのは、2,3の初回面談時の対応である。相談の依頼は多くがまず電話でくる。その後ケアマネジャーが初回訪問や相談を受けることになるが、その時がケアマネジャーとして信頼されるかどうかの勝負時だと、各ケアマネジャーには伝えている。困りごとをお聞きすると同時に、相談者の方の福祉サービスへの理解度や偏見・家族や地域での有り様や問題の深刻度など瞬時に受容し、話しかける言葉を選択し適切に対応しなければならない。私はケアマネジャー自身が人間としてのセンスが問われる瞬間だと思っている。3~8は介護保険法に基づいてやらなければならないことである。利用者のコスト管理をしながら時々状態や生活の変化に応じてプランを作成し、モニタリングを行っていく。その課程でのゆうらいふ内でのケース検討会・主任ケアマネジャーへの相談は随時行っている。サービス担当者（調整）会議も毎月行えるようになってきた。

NPO ゆうらいふにおける高齢者の

在宅相談サービスの類型

※社会福祉サービスチェック表から見えてくる事

ゆうらいふは、生活相談の駆け込み寺としてどのような相談にも応じている。介護保険が始まってから約300以上の生活上の相談を受けてきた。その体験をもとに高齢者の在宅介護支援を問題別に類型化し、6人いるケアマネジャーがより簡潔に問題解決ができ、利用者の生活支援に役立つ事ができているか、又どのケアマネジャーが担当しても質の良い相談支援ができるか常に考えてきた。介護相談の目的は、①「本人のADLの改善」すなわち身の回りのことが自分でできるようになること。②「QOLの向上」すなわち自分の楽しみごとを見つけ、1人で居れる時間ができること。③「介護負担の軽減」つまり介護者の自由時間を確保することの3点である。

介護が必要となった方の生活上の困りごとを次の5つの類型に分けて相談支援のあり方を検討してみた。表4で示すように、困りごとによって必要な制度やサービスは違っていることが分かる。

1. 脳の障害等で身体機能の低下をきたした方の相談支援

表4 社会福祉サービスチェック表

年齢	障害の原因	介護保険サービス										その他の福祉サービス										生活上の問題	要介護度	支援の状況					
		通所介護	通所リハビリ	訪問介護	訪問看護	訪問リハ	訪問入浴	福祉用具貸与	短期入所	住宅改修	福祉用具購入	紙オムツ助成	痴呆徘徊機	配食サービス	機能訓練	訪問歯科	三療サービス	身障手帳	特障害手当	難病特定疾患	医療費控除				公的扶助	成年後見	民生委員・地域	その他	
1. 身体機能の低下の方																													
61歳	脳内出血																												
64歳	脳内出血																												
51歳	脳内出血																												
56歳	脳内出血																												
86歳	脳内出血																												
67歳	事故脳障害																												
88歳	脳梗塞	△																											
61歳	脳内出血																												
70歳	消化器癌																												
86歳	消化器癌																												
67歳	消化器癌																												
66歳	肺がん																												
79歳	老人性痴呆																												
74歳	老人性痴呆																												
81歳	アルツハイマー																												
88歳	アルツハイマー																												
72歳	不安神経症																												
78歳	膝痛・高血圧																												
91歳	胃腸病・心臓病																												
75歳	心臓病・胃腸障害・坐骨神経痛																												

※生活上の問題点 ①健康管理 ②ADL（身体機能） ③ADL（精神機能） ④介護負担 ⑤家事 ⑥経済的負担 ⑦家族関係 ⑧精神的不安・支援 ⑨社会交流

中枢神経障害で麻痺等をきたした方の支援の目的は、生活リハビリを主とし・自立した日常生活が送れるように支援することである。そのための精神的支援と制度利用・ケアプランが必要となってくる。表4でも分るように、最も大切なことは、リハビリの状況確認と本人の意欲の継続支援である。運転免許の確保は社会参加意欲への大きな力となる。ほとんどの方が退院後2年程で自分なりの生活リズムを取り戻し、要介護度が軽減され介護サービスから離れていく。離れられない方でも精神的に自立され必要なサービスの選択ができるようになっていく。

2. ねたきり高齢者の相談支援；経管栄養・吸引・カテーテル等医療依存が高い方。

寝たきりの方の支援の目的は、医療処置への支援や緊急時の対応と介護負担の軽減である。そのためには、表4で示すようにさまざまな介護サービスと制度利用が必要になる。介護期間が3～8年と長引くことが多く、精神的・身体的・経済的介護負担への配慮が必要である。ただベットに寝たきりで意識レベルも低くなっている方が多く、ある程度介護者の生活リズムに合わせて介護できるので比較的介護の継続がしやすくなる。経済的介護負担の軽減として具体的に特別障害者手当てや紙おむつ助成等月3万円の補助が出てくると在宅での介護意欲につながることが出来る。

3. ターミナル期の在宅介護の支援

最近、家で死にたい・看送りたいと決心する本人や家族が増えてきている。ゆうらいふでも多くの在宅死をお手伝いして来た。主治医は往診のできる医師でなく病院の医師でも良いが、もしもの時に死亡診断書を書いて下さる医師の確保は必要である。支援は表4で示すように、介護者への精神的支援が最も大切でサービスの利用はほんの少しで済んでいる。安心して在宅での生活が送れるように丁寧な相談支援を心がけている。主治医に告知されてからお亡くなりになるまでの期間は約6カ月程である。「家で看送れて良かった」との報告を家族からお聞きして、最後の支援の大切さを学んでいる。支援の一部として尊厳死協会等の例を引き介護者も自身の生き方・死に方が考えられるように支援している。

4. 痴呆高齢者の在宅介護の相談支援

痴呆の方の相談は増加してきているが、本人の状況や生活環境・家族関係・相談者の統柄等によって、生活問題のとらえ方が変わってくるので、ケアマネジャーの力量が最も問われることになる。痴呆では？と最初に気づくのは嫁である。妻(夫)や子は、なかなか本人の痴呆を認めてくれないので介護サービスの利用に繋げるのに時間がかかるのが特徴である。そのために報酬なしで相談者へのカウンセリングに要する時間が必要となる。まず、大切なことは痴呆専門医への受診を勧め痴呆の症状を介

護者、親族に共通理解してもらうことである。個々の利用者・対応する親族・介護者によって問題が異なってくるので相談者に応じた対応が求められる。ケアマネジャーの人格とカウンセリング力が問われてくる。サービス利用は表4で示すようにデイサービス・デイケアからの利用が多い。精神的支援の為に訪問看護を入れる時もある。徐々にショートステイ・グループホーム・施設利用と変化していく。

5. 一人暮らし高齢者の在宅介護の相談支援

一人暮らしの方は、家族問題・経済的問題・居住問題・扶養関係・契約能力の問題・相続等多問題を抱えている。そのために表4で示すように、まずは生活支援を入れながら、民生委員や親族・近隣・在宅看護支援センター・他制度利用との調整が必要になってくる。一人暮らしの方は生きてきた歴史の中で深い問題を抱えている方が多いので今の生活の継続を支援しながら将来のもの時の対応を常に考えていく必要がある。

以上、表4で示すように社会福祉サービス(資源)の活用は生活問題の類型によって違うことが分かる。主任ケアマネジャーが、そのことを理解しておくで担当ケアマネジャーへ適切なアドバイスができ、利用者の問題解決の道筋が見えてくる。

おわりに

NPO ゆうらいふとして、独立した相談窓口を開設して5年目になる。現在の日本の社会では「たかが相談」との意識もあるが、「されど相談」とそれぞれの人生で遭遇する困りごとにケアマネジャーとして真摯に対応していくと相談者自身が問題を解決していく過程で精神的に自立し、力強く生きていく姿に多々遭遇する。在宅での看取りを終えた時や介護問題が落ち着いてきた時などに穏やかな表情でお礼に来てくださる。また半身麻痺で退院された方が車を運転して事務所へ来てくれた時などケアマネ冥利に尽きるし、たまらない充実感を感ずることができる。

生活上の問題は介護保険や家族だけでは解決できない。利用者の為に、福祉8法に基づく社会制度サービスや医療・保健サービスも社会資源の一つとして大いに活用して頂きたい。私は医師・弁護士・司法書士等の専門職も相談者の問題解決のために気軽に活用させて頂いている。「この世で起こったことは、この世で解決する」どんな生活問題でも何とかなるものである。いつも相談利用者に知恵と勇気を頂いている。

文 献

- 1) 竹内孝仁：ケアマネジャー；アセスメントとケアパッケージその組みかた。医歯薬出版株式会社。