

ケアマネジメント研修における「地域包括ケア実践シート」の活用性

The Usability of a “Comprehensive Community Care Implementation Sheet” in Care Management Training

相 山 馨
AIYAMA Kaori

地域包括ケアとは、利用者の住み慣れた地域における生活を継続するために、多様な社会資源を活用して利用者を包括的および継続的に支援することである。しかし、現在の地域の多様な社会資源が位置づけられていないケアプランでは、本来目指すべき地域包括ケアの実現は困難である。この課題を解決するためには、ケアマネジメントに関わる専門職の社会資源の活用に対する視点を転換させる研修が必要である。そこで、ケアマネジメントに関わる専門職に地域包括ケアの視点を導くことを目的にアセスメントからプランニングへの支援展開ツールとして開発された「地域包括ケア実践シート」を研修に活用した。調査の結果、実践シートは、地域のインフォーマルな社会資源を把握し、利用者の支援に生かすことや利用者のその人らしさを大切にしながら支援すること、また、利用者の地域生活全体をとらえて支援することの重要性に気づきをもたらすものであることが明確になった。

キーワード： 地域包括ケア、ケアマネジメント、社会資源

I はじめに

わが国の65歳以上の高齢者数は2025年には3657万人に増加し、それに伴い認知症高齢者や高齢者単身世帯、夫婦のみ世帯は一層増加していくことが見込まれている。このような状況を踏まえ、近年、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしく生活し続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が強く求められるようになった。また、このような地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目指し、それぞれの地域で早急に取り組まなければいけない課題とされている¹⁾。しかし、今日、その取り組みには地域差が生じ、体制の整備の遅れが懸念されている。

地域包括ケアとは、利用者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を安心して継続するため、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマル、インフォーマルな多様な社会資源を利用者自身が活用できるように、包括的および継続的に支援することである。しかし、今もってなお、本来目指すべき地域包括ケアが進んでいるとはいえない。なぜならば利用者のケアマネジメントを計画的に実行するために作成されるケアプランには、地域の多様な社会資源が位置づけられていないという状況が見受けられるからである。また、地域包括支援センターが中心となって作成した地域の社会資源マップが整っている地域であっても、その社会資源がケアマネジメントの社会資源として活用されていないことがある。このような課題を解決するためには、ケアマネジメントに関わる専門職の社会資源の活用に対する視点の転換が不可欠であると考えられる。

現在、地域包括ケアの推進を目的に、地域包括支援センターの職員や保険者、介護支援専門員を対象に研修が行われている。しかし、それ以外の専門職は地域包括ケアを具体的に学ぶ機会がほとんどなく、実際のケアマネジメントやケア実践においてどのような視点が必要になるのかについては、十分な理解が得られているとはいえない。そこで、本稿ではケアマネジメントに関わる専門職に地域包括ケアの視点を導くことを目的にアセスメントからプランニングへの支援展開ツールとして開発された「地域包括ケア実践シート」²⁾ (以下、実践シート) を研修に活用することにより、その実践シートが専門職の視点に与える影響や効果について検討することを目的とする。

II 地域包括ケアの実践とケアマネジメントの展開

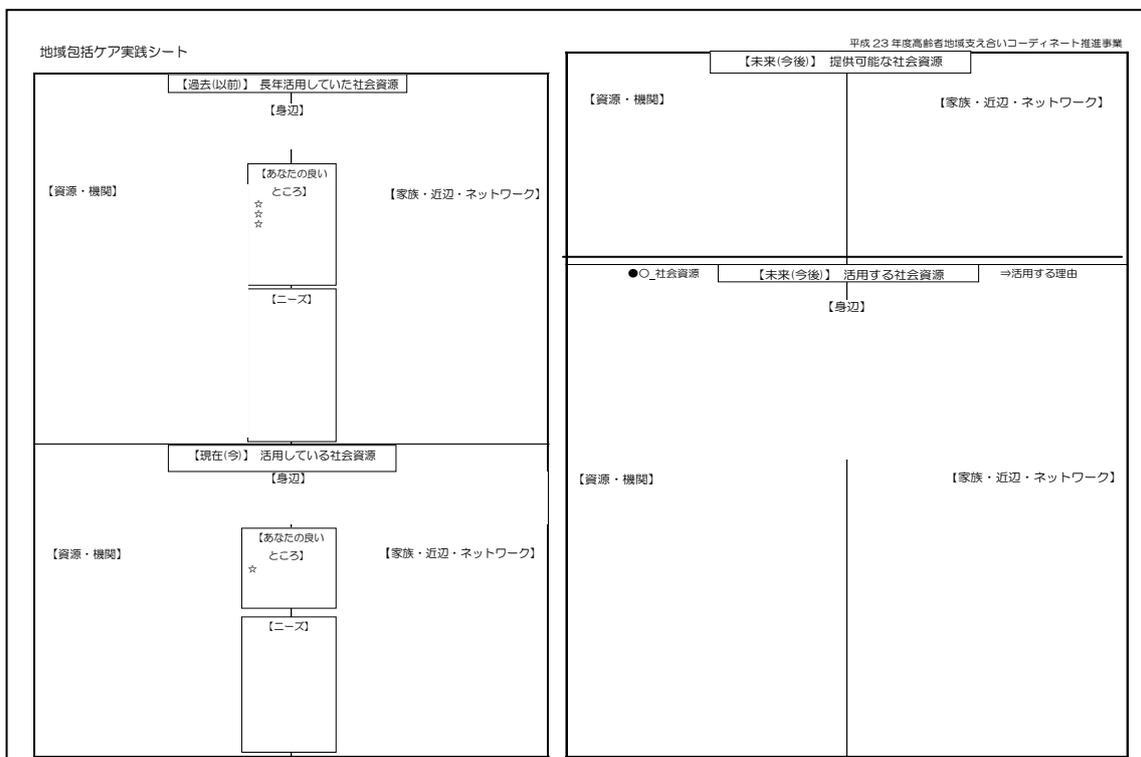
2003年の『2015年の高齢者介護』では、ケアマネジメントの質の向上や、地域の様々な資源を統合した「地域包括ケア」の実現が提言された。そして、2005年の改正介護保険以降、地域包括ケアを実現するための本格的な取り組みが始まった。2010年の「地域包括ケア研究会報告書」において、地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。この地域包括ケアシステムは、それぞれの地域固有の社会資源を活用してその地域の特性にあった仕組みを構築するものであり、これを支える主体としては、本人(高齢者)、介護者(家族等)、地域住民、市町村、都道府県、国、介護事業者、民間企業、NPO、地域の諸団体等があげられている³⁾。

また、地域での生活を継続させるには、医療・介護等の他に、調理や買い物、洗濯、見守り、安否確認、外出支援、社会参加支援活動、日常的な困りごと相談などの多様なニーズに対応できる支援が必要である。このような支援には近隣の住民や老人クラブ、町内会といった住民組織、コンビニ、郵便局、スーパーマーケット、喫茶店、理髪店等の地域の社会資源を活用していくことが求められる⁴⁾。地域で暮らす利用者のニーズに対応できる地域の社会資源に気づき、それを地域の地域包括ケアシステムの中に取り込むことが重要である。なぜならば、同じ地域であれば、同様のニーズをもつ別の利用者の支援にもその地域の社会資源を生かすことができる可能性がある

るからである。そして、その一つ一つの実践の積み重ねが地域のネットワークとなり、安心できる地域生活支援の体制につながるのである。

現在、わが国においては、地域生活支援の方法としてケアマネジメントが展開されている。ケアマネジメントは、地域生活支援の視点から利用者のニーズとそれを解決するための適切な社会資源とを結びつける方法である⁵⁾。そこでは、フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源の適切な組み合わせが効果的な支援をもたらすことが指摘されている⁶⁾。また、ケアマネジメントでは地域の多職種により、チームアプローチが展開される。そして今後は、介護保険制度下のケアマネジメントから、地域包括ケアシステムへのケアマネジメントの転換が求められる⁷⁾。このようなことから、地域包括ケアの展開において、ケアマネジメントに関わる専門職には、利用者に対してニーズのすべてを介護保険等によるフォーマルな社会資源で支えるのではなく、これまでの地域でのつながりを生かしながら、その地域にあるインフォーマルな社会資源を効果的に組み合わせて包括的に支援していく視点が必要となる。その一方で、今ある地域の社会資源だけではニーズに対応できない状況もある。そのような場合は、新たにサービスや支援の仕組みを生み出す必要がある。地域住民や高齢者自身による自発的な取り組みを促し、地域の社会資源を新たに生み出していくことが、持続可能な地域の社会資源活用に結びつくと考えられる。また、地域の社会資源の担い手を増やしていくには、生涯学習や社会教育、市民活動支援等と連携しながら、ボランティアや地域のサポーターを見つけていくことが大切であり、人材の確保はこれからの地域生活支援に欠かせないものであると考えられる。

図1 「地域包括ケア実践シート」



(一般社団法人富山県社会福祉士会 2011)

すなわち、地域包括ケアシステムの構築に向けたケアマネジメントの展開には、①利用者の周りにあるインフォーマルな地域の社会資源に気づくこと、②気づいた社会資源を利用者の地域生活支援として生かすこと、③②の社会資源の情報を地域で共有することが必要である。そして、このような取り組みには、「個」の支援と「地域」に向けての支援が不可欠であり、地域でケアマネジメントに関わる専門職の地域包括ケアに向けての意識の共有化が欠かせない。そのためには地域のケアマネジメントに関わる専門職が地域包括ケアに向けての視点を共有し、連携を強めることができる地域単位での研修が必要である。そして、そのツールとして地域資源の情報と共通言語化したシートを活用することにより、より効果的な連携が可能になると考えられる。そこで、本研究では、研修ツールとして、ケアマネジメントから地域包括ケアへの展開を具現化することを目的に開発されたアセスメントシート「地域包括ケア実践シート」(図1)の活用を試みたい。

Ⅲ 研修ツールとしての「地域包括ケア実践シート」の活用

1 「地域包括ケア実践シート」の特徴

このような実践シートは「地域包括ケア」を実現するために、ケアマネジメント実践をとおして、地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源を統合し、ネットワーク化することを目的に開発された。これは利用者らしさを中核に位置づけて、多様な社会資源を活用することを可能にすることをねらいとしている。この特徴としては、①利用者の生活を過去から現在という時間の流れからとらえられること、②利用者の生活をミクロからマクロへと広がりのある視点でとらえられること、があげられる。この実践シートは、「過去」と「現在」の生活の変化から、利用者の強さやニーズを把握し、利用者らしさを発見することができる。また、利用者の生活の歴史、家族の歴史、地域との関わりの歴史をとらえ、利用者固有の生活について理解する視点を導くことができる。また、利用者の地域生活を「生活の広がり」と「時間の流れ」の二軸からとらえることにより、生活全体にあるフォーマル、インフォーマルな社会資源を全体的にとらえることができる。ここでは、①利用者が過去の生活にどのような社会資源と関わりをもちながら生活していたのか、また、②現在はどうか、そして、③今後、活用可能な地域の社会資源はあるのか、について、ミクロからマクロへと広がりのある視点で、利用者固有の生活全体をとらえる。つまり、利用者のその人らしい生活を支援するためのプランニングへの手がかりを得ることが可能になる。

このように地域包括ケアのフォーマル・インフォーマルな社会資源を利用者の生活全体から把握することができるシートであり、地域生活支援を視野に入れ、エコシステム視座からの幅広いアセスメントを可能にするものである。具体的に、この社会資源をとらえる枠組みは、高齢者の生活エコシステム情報の構成と内容⁸⁾を参考に、社会資源の広がりとなる社会資源項目と生活過程をふまえた社会資源活用過程から構成している。まず、社会資源項目であるが、利用者のニーズに対応するのが社会資源であることから、利用者自身のニーズと関連性が高い①「特性」「問題」、そして、生活基盤としての身近な社会資源である②「身辺」「家族」、③フォーマルな社会資源である「資源・機関」、④インフォーマルな社会資源である「近辺」「ネットワーク」の4つで整理している。その際に、機関ネットワークはフォーマルな社会資源であることから、ネッ

トワークではなく「資源・機関」の枠組みのなかに配置されている。次に社会資源活用過程であるが、ここでは社会資源活用の特徴を活かし、支援が必要になる以前（過去）および現在の社会資源情報を配置している。そのため、利用者の社会資源活用の変化が、わかりやすくなるという利点がある。また、それにより、過去、現在をふまえて今後（未来）活用する社会資源を検討することが可能になる⁹⁾。すなわち、この実践シートはケアマネジメントの過程においてのアセスメントからプランニングへ展開するツールであるといえる。

2 ケアマネジメント研修における地域包括実践シートの活用

(1) 調査の目的

前述したとおり、ケアマネジメントに関わる専門職には地域包括ケアの視点が必要であり、その視点を地域で共有するためには地域単位での研修が不可欠である。これまでケアマネジメントに関わる専門職を対象とした研修は各地で積極的に行われてきたが、ケアマネジメントから地域包括ケアの展開を目指し、事例を用いて、アセスメントからプランニングのプロセスを実践的に学ぶ研修はほとんど行われていない。そこで、研修ツールとして実践シートの活用することとそれともなう専門職の視点の変化を明らかにすることを目的として調査を行った。

(2) 調査の方法

調査対象者は2013年度に実施されたA地域のケアプラン研修「地域包括ケア実践研修」の参加者44名である。本研修に参加した後、アセスメント、プランニング、ケアプランに対する視点の変化、ケアマネジメントに対する新たな気づきや発見について、自記式調査、自由回答にてアンケート調査を行った。回答の内容はKJ法に準じてカテゴリー化し検討した。

本研修のプログラムは次のとおりである。

- ①地域包括ケアシステムの概念、実践シート開発の経緯についての概説
- ②「地域包括ケア実践シート活用マニュアル」に沿った実践シートの活用方法についての説明
- ③当該地域の事例をもとにした模擬アセスメント面接 面接場面をもとにした実践シートの記入
- ④不足している情報についての質疑
- ⑤④についての応答 情報収集の場面を模擬アセスメント面接にて実施
- ⑥記入した実践シートの内容についてグループ内で確認・情報共有
- ⑦実践シートについての質疑応答
- ⑧アンケート用紙の記入

また、面接場面での質問項目はマニュアルに記載し、経験によらずアセスメントができるように配慮した。

(3) 倫理的配慮

主催団体に研究の趣旨を説明し、アンケート調査の実施について了承を得た。また、調査対象者には研修会にて研究の趣旨を説明し了承を得て、アンケート調査を実施した。アンケートは無記名であり、回答しないことの自由などを含む倫理的配慮を伝達した。

(4) 調査結果と考察

1) 調査対象者の属性

研修会は A 地域内の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等のケアマネジメント機関、特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護等の介護サービス提供機関の専門職を対象としている。

調査対象者の年齢は 50 歳代が最も多く、30 歳代から 50 歳代が大半を占めている。また、資格区分としては、介護福祉士が 56.8%と半数以上を占め、社会福祉士が 20.5%、看護師が 11.4%、保健師が 6.8%であり、比較的福祉職が多い。また、現職の経験年数は、10 年以上が 59.1%、5 年未満が 25.0%、5～10 年未満が 15.9%であり、新人層よりもベテラン層が多い。

表 1 対象者の属性

項目	カテゴリー	人数 (人)	割合 (%)
性別	女性	40	90.9
	男性	4	9.1
年齢	20 代	3	6.8
	30 代	9	20.5
	40 代	10	22.7
	50 代	16	36.4
	60～70 代	6	13.6
資格区分	看護師	5	11.4
	保健師	3	6.8
	介護福祉士	25	56.8
	社会福祉士	9	20.5
	その他	2	4.5
所属機関	居宅介護支援事業所	23	52.3
	地域包括支援センター	9	20.5
	通所介護	1	2.3
	特別養護老人ホーム	5	11.4
	認知症対応型共同生活介護	4	9.1
	地域密着型サービス	2	4.4
経験年数	5 年未満	11	25.0
	5～10 年未満	7	15.9
	10 年以上	26	59.1

2) アセスメントにおける視点の変化

内容を分析したところ、①過去の生活の把握、②その人らしさの発見、③ストレングス視点、④利用者主体、⑤地域におけるインフォーマルな社会資源の情報収集、⑥生活全体の把握、⑦利用者の参加と協働の 7つのカテゴリーに分類することができた。アセスメントの局面においては、地域におけるインフォーマルな社会資源について情報収集することの重要性についての回答が最も多かった。特に利用者の周りにおける地域の社会資源をとらえることができるようになったことや、利用者にとってのその存在の重要性についての気づきが得られたことは「地域重視」「利用者が地域の一住民であることの認識」へと視点が転換したものと考えられる。また、介護サービスありきではなく、利用者の周りにおける身近な社会資源や地域の資源を活用するアセスメントへと視点が転換している。

また、グループ内で情報を共有化したことにより、「A地域にはたくさんのインフォーマルな社会資源があることがわかった」といった新たな発見についての回答も多かった。専門職が活用できる地域の社会資源について情報を共有することは、地域のネットワークづくりにつながるものであると考えられる。そして、利用者のニーズをとらえるために生活全体を把握することや利用者の生活がその地域にあることを意識してアセスメントすることの重要性についての気づきも得られた。

他には、「その人らしさ」は「生活歴の把握」によりとらえることができたという意見が多かった。その人らしさをとらえることは、ケアマネジメントに関わる専門職が、適切な支援を行う際に必要なプロセスであり、「個」としての利用者の尊厳につながる重要な視点である。また、利用者のマイナス面や抱えている課題を焦点化するのではなく、良いところやできること、したいことをアセスメント情報として収集することが大切であるという視点が得られた。さらに、アセスメントの方法として、「本人・家族と一緒にアセスメントを行うことが必要」「本人と一緒に過去の生活をたどることが大切」といったアセスメントにおける利用者の参加と協働の視点も得られた。

3) プランニングにおける視点の変化

プランニングにおける視点は、①その人らしさを生かした支援、②利用者の力の活用、③利用者主体、④多様な社会資源の活用、⑤生活の支援、⑥利用者の参加と協働、⑦ケアマネジメントプロセスの7つのカテゴリーに分類できる。ここでは、利用者の周りにあるインフォーマルな社会資源を含めた多様な社会資源を活用していくことへの気づきの重要性が大半を占めた。なかには、「介護サービス優先のケアプラン」から「地域にあるものを活かすケアプランに視点が変わった」「ケアプランは必ずしも介護保険サービスにつなげるものではないことがわかった」と、介護保険サービスありきのプランニングからの視点の転換についての回答があった。また、介護保険等のフォーマルな社会資源と地域のインフォーマルな社会資源を適切に組み合わせしていくことの必要性に関する回答も多くあげられた。これはプランニングにおける社会資源の活用の視点が地域に広がったことや、介護保険等のフォーマルな社会資源との組み合わせがより効果的な支援になることについて理解できたことを意味している。利用者の周りにあるインフォーマルな社会資源は個性があり、その社会資源を活用したプランニングは、その人らしい生活の継続に欠かせないものであることを認識できたといえる。

また、利用者固有の生活を理解し、それを大切にしながらその人らしい生活を継続することができるように支援することが必要であること、そして、利用者のできることや利用者のしたいことを生かしてプランニングすることが個別プランにつながることへの気づきも得られた。また、プランニングにおいても、「これからは利用者や家族と一緒にケアプランをつくっていきたい」といった利用者の参加と協働、「アセスメントがあってこそ、プランニングできるということがわかった」といったケアマネジメントプロセスを重視する視点の転換もあげられた。

4) ケアプランの変化

まず、「生活課題（ニーズ）」では、①個別のニーズ、②その人らしいニーズ、③具体的なニ

ズへの変化が多くあげられた。また、「一番大切なことがニーズになった」といったこれまでとは違った視点からのニーズの抽出があった。「介護保険に乗るためのニーズだったが、本人のやりたいことを中心としたニーズが変わった」「フォーマルサービスにあてはめるようなニーズのとらえ方から、利用者中心のニーズになった」といった大きな視点の変化についての回答があった。これは、ケアマネジメントを利用者主体の支援として機能させるための重要な視点の転換であると考えられる。

「目標」では、①実現可能な目標、②個別の目標、③具体的な目標、④わかりやすい目標、⑤地域で生活していくための目標へと視点が変わったという回答が多かった。ケアプランにおける目標は本来、期限内に達成されるものとして位置づけるものである。しかし、実際は利用者に大きな変化がない場合は、同じようなケアプランが継続され、ケアプラン上は6ヶ月、3ヶ月を目標の期間としているにもかかわらず、長期にわたりその目標が継続されていることが少なくない。この点はケアマネジメントを実践しているケアマネジャーが苦悩している課題の一つでもある。「目標」が個別化し、具体化することにより、達成可能なわかりやすい目標になる。また、利用者の地域生活を意識した目標に変化したということは、ケアマネジメントをミクロからマクロへと展開させる視点が生じたということであると考えられる。

「支援の内容」については、①地域のインフォーマルな社会資源の活用、②具体的な支援内容、③個別的な支援内容、④地域との関わりの4つの視点に分類できた。地域のインフォーマルな社会資源を支援に活用することは、利用者を取り巻くネットワークを地域に広げることにつながる。利用者が関わっている地域の社会資源には固有性があり、その活用は個別的・具体的なものである。インフォーマルな社会資源の活用は画一的な支援内容ではなく、個別的な支援内容を導くものであると考えられる。ケアプランの中に地域の人との関わりが明確に位置づけられたことにより、「地域の力を本人の自立支援に生かす」または「本人の生活を地域で支える」といった地域に向けての視点が広がったものと考えられる。

5) ケアマネジメント実践に対する気づき・発見

ここでは、①地域をとらえる視点、②利用者理解の視点、③情報収集の重要性、④支援の方法の4つの視点に分類できた。これまでは地域の資源に目を向けていなかったことへの気づき、また、地域に意識を広げることにより、利用者の周りにはたくさんの社会資源があることがわかり、その重要性をとらえることができたことは大きな視点の変化である。また、これまでは利用者を十分に理解できていなかったことに気づき、その人らしさをとらえることや利用者の思いを理解することが適切な支援につながることを認識できたことは利用者主体のケアマネジメントにつながる大切な視点であると考えられる。ケアマネジメントのプロセスにおいては、アセスメントにおける情報収集が重要である。普段の何気ない会話の中に利用者にとっての大切な社会資源があり、その情報を把握し支援に生かすことがその人らしいケアプランに結びつく。このようなアセスメントからプランニングへと展開する局面において視点の変化が見られたということは一つの成果である。

IV 今後の課題

本稿ではケアマネジメントに関わる専門職の地域包括ケアの視点を導くことを目的に開発された実践シートを研修ツールとして活用することにより、専門職の視点に与える影響や効果を明らかにすることをねらいとした。調査の結果、実践シートは、①地域のインフォーマルな社会資源を把握し、利用者の支援に生かすこと、②利用者のその人らしさをとらえ、それを大切にしながら支援すること、③利用者の地域生活全体をとらえ支援することの3点の重要性に気づきをもたらすものであることが明確になった。利用者の周囲には固有の地域のインフォーマルな社会資源があり、その固有の社会資源の活用は、その利用者の日々の生活の営みそのものである。地域のインフォーマルな社会資源を活用したプランニングにより、その人らしい地域生活の継続が可能になる。地域包括ケアの実現には、このようなケアマネジメントの視点の転換が必要である。

また、調査結果から、このような研修はケアマネジメントに関わる専門職が、地域の社会資源を共有するよい機会になることも明らかになった。今後は、このような研修を定期的に開催するとともに、地域ケア会議等をとおして、地域の社会資源を共有し、それをまたそれぞれのケアマネジメントに生かすことにより、地域のネットワークをつくりあげることができると考えられる。また、このような取り組みには市町村との連携が不可欠である。今後は利用者が住み慣れた地域で安心して生活し続けることができるように、ケアマネジメントに関わる専門職と市町村が一体的に、地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組む必要があると考えられる。

参考文献

- 1) 地域包括ケア研究会 『持続可能な介護保険制度及び地域包括システムのあり方に関する調査研究事業報告書』平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 2013 1 頁
www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf (2014.2.8)
- 2) 一般社団法人富山県社会福祉士会 『地域包括ケア支援展開ツールの開発と研修プログラムの構築～フォーマル・インフォーマルな社会資源活用の実践化に向けて～』 2011 18 頁
- 3) 地域包括ケア研究会 前掲書 1-7 頁
- 4) 同書 18-19 頁
- 5) Moxly,D. P., *The Practice of Case Management*, Sage Publications, 1989, p.17.
Rubin, A., “Care Management” ,*Social Work*, Vol.28, No1 , National Association of Social Workers , 1987,pp.49-54
- 6) 白澤政和 「社会資源論」『大阪市社会福祉研究』第10号 大阪市社会福祉協議会 1987 10 頁
菊池信子 「ケアマネジメントと社会資源ー利用者側の資源活用ー」『ソーシャルワーク研究』Vol.22 No1 相川書房 1996 37 頁
- 7) 井上孝徳 川崎順子 「地域包括ケアシステムの構築をめざしたソーシャルワークの実践的課題の一考察～ミクロ・メゾ・マクロ領域の連動性と循環性～」九州保健福祉大学研究紀

要 12 九州保健福祉大学 2011 16 頁

8) 小榮住まゆ子 「高齢者ソーシャルワークにおける支援ツールの開発～エコシステム構想の活用を通じて～」 関西福祉科学大学紀要 10 関西福祉大学 2007 268 頁

9) 一般社団法人富山県社会福祉士会 前掲書 17-18 頁