

## ケアマネジメント実践における介護者支援

### Supporting Family Caregivers in Care Management Practice

相山 馨

AIYAMA Kaori

重度の要介護者や認知症高齢者等の在宅介護において、介護者は大きな役割を担っており、それに関わる介護者の身体的・精神的負担は大きい。要介護者が住み慣れた地域で最期まで尊厳をもちながら生活し続けるためには、介護者の介護負担に対する支援が不可欠である。そこで、介護者へのケアを提供したケアマネジャーの意図や提供された支援の内容等を分析し効果的な介護者支援について検討した。その結果、「介護者の強さを生かす」「介護者の介護を認める」「介護者を孤立させない」「介護者と要介護者のつながりを認識する」「介護者を要介護者とは別のニーズをもつ個人として捉える」という介護者を支える重要な視点を得た。

キーワード：介護者支援、ケアマネジメント、在宅介護

## I はじめに

わが国では、急激な高齢化にともない、65歳以上の高齢者数は2025年には3,657万人、2024年にはピークを迎え、その数は3,878万人になることが予測されている。また、要介護認定を受ける人の割合が大きく上昇する75歳以上の後期高齢者が全人口に占める割合も増加し、2055年には25%を超えることが見込まれており、要介護高齢者を支えるシステムや効果的なケアマネジメント実践がこれまで以上に求められていくと考えられる。その中でも、特に認知症高齢者の増加が著しく、2025年には470万人に増加することが予測されている。また、それとともに老々介護の増加も見込まれており、介護者への支援はこれからの重要な課題であるといえる<sup>1)</sup>。2010年に実施された厚生労働省による介護保険制度に関する意見募集（アンケート）の結果、「自分自身、介護が必要になった場合の介護を受ける場所」として最も多かったのは、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」が46%であり、次に「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」の24%であった。また、「家族が介護を必要とするようになった場合の介護の場所」の希望として最も多かったのは、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」で49%、次いで「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」の27%であった<sup>2)</sup>。このように介護が必要になった場合の希望としては、

介護を受ける側、介護をする側のどちらであっても「自宅での介護」を希望する人が7割以上を占めており、いずれにしても在宅介護のニーズが高いといえる。

このような状況から、介護を受ける高齢者が住み慣れた地域で最期まで尊厳をもちながら、自分らしい生活を送ることができるような地域包括ケアシステムの構築への取り組みが進められてきた。要介護者本人を主体とし、地域の固有性を生かしたケアマネジメントが実践される中、一方では、介護者が安心して自宅で介護することができるような体制整備や支援方法は確立しているわけではなく、介護者のニーズ充足に向けての今後の取り組みが求められるところである。そこで、本稿では高齢者の地域生活支援に向けた介護者支援の実際を分析するとともに、その支援の中核を担うケアマネジメント実践者による効果的な支援を検討することを目的とする。

## II 地域包括ケアシステムの展開と在宅介護の継続

現在、各市町村の高齢者介護・福祉における最も重要な課題として地域包括ケアシステムの構築があげられている。この地域包括ケアシステムは、2005年の改正介護保険法において、地域におけるケアを展開する「地域包括支援センターの創設」や「ケア付き居住施設の充実」等の居住系サービスの充実、「新予防給付・介護予防・介護予防事業の創設」、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設、食費・居住費の見直し等、利用者に最適なサービスを継続的に提供するシステムの構築を目的に医療・介護などの各種サービスの連携をより一層推進するためのものとして説明されてきた<sup>3)</sup>。また、それは介護保険が目指す「高齢者の尊厳の保持と自立支援」のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制を構築することを目的としている。また、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」<sup>4)</sup>と定義されている。ここでは、多様化している個人のニーズに地域内の様々な社会資源を組み合わせたシステムの利用によって、おおむね30分以内に自己選択に基づいたケアを利用することにより、24時間365日の生活上の安全・安心を確保することを目指している。

また、2011年に成立した「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において地域包括ケアシステムが法律上位置づけられ、介護保険法第5条第3項において、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」と規定された。そのため、各市町村においては2012年からこのようなシステム構築に向けての取り組みが地域の实情に応じて第5期介護保険事業計画に位置づけられ進められてきている。

2013年、地域包括ケア研究会は地域包括ケアシステムの構築には、それぞれの地域の特性にあったより具体的な施策を実施していくことが重要であるとし、団塊の世代が後期高齢者となる2025年

に向けて、今後のより具体的な地域包括ケアシステムの構築を展望するため、地域包括ケアの基本的な考え方を改めて整理し、今後の取り組みを強化すべき点や重点的に検討すべき論点を整理した。ここでは、このシステムは「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という構成要素で整理している。まず、それぞれの内容としては、①地域包括ケアシステムでは、生活の基盤として必要な「住まい」が整備され、個人の希望にかなった住まい方が確保されていることが前提であり、その住まいの中に「尊厳ある生活」を構築することが求められること、②心身の能力の低下や経済的な理由、家族関係の変化により、これまで通りの生活が維持できなくなった場合、この生活を支える「生活支援」が行われ、それはサービス化できる支援もあれば、近隣住民の声かけ等のインフォーマルな支援まで幅広いものがあること、③①②の確保により、個人の抱える課題にあわせて、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供され、これらはマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に利用すること、があげられる<sup>5)</sup>。このように、地域包括ケアシステムを効果的なものとして構築していくためには、高齢者自身が安心できる住まいで自分らしく生活するために地域の固有の社会資源を活用し、その地域特性にあった仕組みを構築することが重要である。

従来、このような在宅で生活する高齢者の安心した生活の維持と継続には介護者の存在が不可欠であった。ところが近年の高齢者の単身世帯の増加による影響からこのような地域包括ケアシステムには同居あるいは近隣で暮らす介護者の存在は想定されていない<sup>6)</sup>。しかし、実際は要介護者の生活の多様化にともない、介護者との関わり方も多様化している。例えば、介護単身世帯の要介護者の親の自宅に、単身の子どもが通い介護をする事例や、介護者が要介護者以外の同居家族を介護している事例等、在宅介護のあり方は様々である。また、現在、寝たきり等の重度の要介護者や認知症高齢者等の在宅介護において介護者は大きな役割を担っており、それに関わる介護者の身体的・精神的負担は大きい。要介護者が住み慣れた地域で生活し続けるために、介護者の介護負担に対する支援は不可欠であり、介護者の抱える課題に的確に対応できる支援の検討が必要であると考えられる。

### Ⅲ 介護者の実態とニーズ

2013年「国民生活基礎調査の概況」における主な介護者の状況をみると、要介護者と同居が61.6%と最も多かった。この同居の主な介護者と要介護者等の組み合わせを年齢階級別にみると、65歳以上の要介護者を介護している60歳以上の介護者は69.2%と約7割を占めている。とりわけ60歳以上の介護者の中でも、90歳以上の要介護者を介護している介護者は78.4%、65～69歳の要介護者を介護している介護者は78.2%と割合が多い。介護者と要介護者の年次推移をみると、60歳以上同士、65歳以上同士、75歳以上同士の組み合わせにおいていずれも上昇傾向となっており、老々介護が増加しているといえる。また、同居の主な介護者の介護時間を要介護度別にみると、「要介護3」以上では「ほとんど終日」が最も多く、要介護3以上になると介護の手間が増加することがわかる。介護者の続柄では男女ともに「配偶者」が多く増加傾向にあるが、その一方で子の配偶者は年々減少傾向にある<sup>7)</sup>。ここでの子の配偶者は嫁を意味している。わが国では長く血縁関係のない嫁が主たる介護者としてその役割を担ってきたが<sup>8)</sup>、今では配偶者への期待が高いといえる。この介護者が配偶者である場合の推移としては、妻は1997年では24.7%であったものが、2004年では25.1%と

ほぼ横ばいであるのに対し、夫は1977年では5.7%であったのが2004年には13.2%と倍増している。また、介護者の日常生活での悩みやストレスの有無をみると69.4%が「ある」とし、その悩みやストレスの原因については「家族の病気や介護」が最も高く、次いで「自分の病気や介護」となっている。また、その他にも「収入・家計・借金等」「家族との人間関係」「自由にできる時間がない」「自分の仕事」「生きがいに関すること」「家事」等がその原因としてあげられている<sup>9)</sup>。

全体的に男性の介護者の割合が高くなっていることで、男性介護者による事件も多発している。2006年から2008年の間に起きた新聞報道による心中事件の71.9%、介護殺人事件の71.8%が男性介護者の事例である<sup>10)</sup>。男性介護者の場合は、ストレスを抱えたままそれがケアされずに周囲から孤立し、終わりの見えない介護で疲労が蓄積し、将来を悲観し介護を継続することが困難な状況に陥った状態が続くことにより介護事件に発展してしまうことが考えられる<sup>11)</sup>。2006年に実施された男性介護者に対する全国調査によると、①家事スキルの有無は男性介護者が抱える困難や負担に影響を及ぼしていること、②炊事、裁縫、掃除等の家事で困っていること、③入浴介助、排泄介助に困難を感じていること、④自由時間がなかなかもてず閉鎖的な環境であること、⑤虐待行為としては「手を挙げる」は1割、「要介護者の要望を無視する」が2割、「怒る」が4割みられたこと、⑥8割の介護者が介護負担を感じていることが明らかになっている。また、その一方で、「介護生活の中で頼りにしている人・機関は「ケアマネジャー」が4割以上を占め、ケアマネジャーが果たす役割の重要性を示している<sup>12)</sup>。湯原らは介護者にとってケアマネジャーは介護者にとって相談相手になってほしい存在であり、その介護者の不安を受け止め、疑問に丁寧に対応する姿勢をとることにより精神的負担の軽減することができることや介護者がケアマネジャーに対し精神的なサポートを期待していることについて指摘し、介護者が介護を担ったとしても自らの人生をあきらめることなく、社会から孤立することなく生活できることに向けての支援の重要性について指摘している<sup>13)</sup>。このような介護者のニーズに向けてのケアマネジャーの支援は今後、地域で生活する要介護者や家族を支える上で重要なものである。そこで、ケアマネジャーの支援記録をもとにケアを提供したケアマネジャーの意図と提供された支援の内容を分析し、効果的な介護者支援について検討する。

## IV ケアマネジメント事例からの介護者支援の分析

### 1 調査方法

調査対象者はA県の居宅介護支援事業所に勤務する男性のケアマネジャー(40代前半)である。2014年3月に居宅介護支援事業所を訪問し、男性介護者を支援した記録をもとに、各局面における「要介護者・介護者の状況」「支援の内容」「その意図」「要介護者・介護者・サービス提供者の変化」「振り返っての思い」についての面接調査を実施した。

### 2 倫理的配慮

事例に関するデータの管理は十分な秘密保持の配慮を行った。また、社団法人日本社会福祉士会の事例を取り扱う際のガイドラインに基づき、事例の内容について、その本質や分析の焦点が損なわれない範囲において特定の事例として判別できないように修正もしくは改変し、個人が特定されないように配慮した。調査対象者には研究の主旨や目的、自由意志による参加、プライバシーの保護、目的以外にデータを使用しないこと等について口頭と文書で説明し同意を得た。

### 3 事例の概要

本稿で考察するのは、A居宅介護支援事業所に勤務するBケアマネジャー（40代後半・男性）が高齢の男性介護者を支援した過程である。Bケアマネジャーは介護福祉士であり、ケアマネジャーとしての経験年数は約10年である。介護者（70代前半）は妻（70代前半）と二人暮らしであり、膀胱ガンの既往歴はあるものの、現在の健康状態は良好であり、ADL、IADLは自立している。70代前半で要介護状態の妻を10年間介護している。妻は支援開始当初は要介護3（障害老人の日常生活自立度：B1、認知症高齢者の日常生活自立度：I）であり、廃用症候群のためADLが低下している。介護者は妻に「きちんとしてほしい」と思っており、自分の思い通りにならないとイライラしてしまうところがある。

この介護者は他者に健康で元気といった印象を与える人であり、車でいろいろなところに出かけており、気になることがあると、すぐに市担当課に出向いたりわからないことがあると説明を求めたりと積極的な人である。また、若い頃から遊び慣れており、自分の生活に楽しみを持ちたい人でもある。

以下、支援を展開した局面を通してAケアマネジャーの支援内容について検討する。

### 4 支援の過程

#### 1) 局面1 (H15.5)

##### (1) 要介護者・介護者の状況

介護者からの「ヘルパー（訪問介護）を利用したい」との来所相談あり。老夫婦世帯のため家事全般を介護者が行っていることから、家事を手伝ってほしいとのこと。また、介護者が出かけられる時間がほしいとのこと。

##### (2) 支援の内容

訪問介護を週2回利用。訪問介護員には、掃除、洗濯等のサービスを提供するとともに、生活状況の把握と生活リズムの把握を依頼した。夜間に紙パンツを使用しても尿モレがあることがわかり、訪問介護員が介護者に失禁パットを紹介し、当て方を指導する。

##### (3) その意図

家事については掃除と洗濯について依頼があり対応した。高齢者二人暮らしでありその他のニーズが生じている可能性もあるため、生活状況の把握を訪問介護員に依頼した。また、介護者の自由な時間を確保するため、生活リズムの把握を行うことにした。

##### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者は訪問介護の訪問に抵抗感はなく、コミュニケーションがとれて嬉しそうな様子であった。介護者は訪問介護導入時には、自由な時間が確保できたものの、失禁ケアについては介護者独自のやり方があり、訪問介護員の失禁ケアの指導が意にそぐわず受け入れることができなかった。「無理や」「ダメや」との訴えがあり、訪問介護を中止しサービスを通所介護に切り替えることにした。

##### (5) 振り返っての思い

介護者は10年間の介護経験により培ってきた独自の失禁ケアの方法をしっかりとっているため、それを変更することが難しい。別の失禁ケアの方法を提示されることで、介護者は自分が行ってきた方法を否定されたような気持ちになってしまった様子であったため、まずは介護者の介

護を認め、その後にサービスを通所介護に変更することにした。この時の訴えの様子から介護ストレスがあると感じられた。通所介護へ切り替えたことはよかったのではないかと思う。

## 2) 局面 2 (H15.6)

### (1) 要介護者・介護者の状況

通所介護を週に 2 回利用。要介護者から「夫に怒鳴られる」「夫が食べ物をくれない」との訴えがある。

### (2) 支援の内容

状況把握のため自宅訪問。台所には食べ物がおいてあり、炊いたご飯もある。介護者は温泉施設に車で出かけておりカラオケを楽しんでいる。介護者から「施設はどうやったら入れるのか」と相談がある。手続きや流れについて説明する。夜間の失禁について介護者に確認すると、「ない」と言ってみたり、失禁について誇大な表現をしたりと現実と合わないような話をする。介護者の話を傾聴し受け止める。

### (3) その意図

虐待の可能性があると考え状況確認のため訪問した。介護者の生活状況を把握する必要がある。施設入所の話があり、失禁ケアの負担について把握する必要があると考え夜間の状況について確認することにした。介護者の精神面に不安定な様子を感じたため、精神的負担の軽減のために介護者の話を傾聴し受容した。

### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者は通所介護の利用が楽しく喜んだ。夫に対する思いを通所介護の職員に話すことができた。介護者は通所介護の利用により、入浴等の介護の手間が減りよかったと言っている。落ち着かない様子で施設入所についての話をしていたが、介護の大変さについての話を聴くことにより徐々に落ち着いてきた。また、通所介護利用日は介護者が自由に過ごすことができる日として確保することができた。通所介護では排泄ケアは特に問題なくスムーズに行うことができた。

### (5) 振り返っての思い

通所介護の利用により、介護者の入浴介助等の負担の軽減、自由時間の確保ができるようになった。要介護者は定期的に外に出ることができるようになり、気分転換することができるようになった。要介護者、介護者の双方にとって通所介護は良い効果をもたらすサービスであるといえる。状況把握のため早急に訪問したが、食べ物は台所にきちんと用意されていることがわかった。介護者の介護については要介護者が言うほどにはしていないことがわかった。介護のストレスがあるため、要介護者や介護者の変化に留意する必要があると思った。

## 3) 局面 3 (H16.2)

### (1) 要介護者・介護者の状況

要介護者から「ご飯がもらえない」「頭や手をたたかれる」「怒鳴られる」と訴えがある。

### (2) 支援の内容

通所介護に要介護者の状況について確認する。要介護者の様子に特に変化はなく、身体にアザ等はないとのこと。状況把握のため自宅訪問し、介護者の話を聴く。話の中で他の家族との関わりについて情報収集する。長男とは全く交流がないが長女とは関わりがあるとのこと。介護者の

了解を得て長女に連絡する。介護者が要介護者を叩くことについては「父も悪いところがあり、母も悪いところがあるとのこと。今後、長女が定期的に自宅訪問し、様子を見ることになる。

### (3) その意図

二人暮らしであり、他者による定期的な状況把握が必要であると考えた。虐待が生じている可能性があるため在宅での生活に対し、「見る目」を増やす必要があると考えた。

### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者はわかってほしいという気持ちがあり、改善に向けての意欲が見受けられる。何かあればすぐに通所介護またはケアマネジャー伝えるよう要介護者に話す。介護者は少しずつ自分のことをケアマネジャーに自主的に話すようになってきた。長女の定期的な訪問が約束されたことが嬉しそうな様子。通所介護では状況把握のために、虐待を意識した見守りや状況確認を行い送迎時も含め「見る目」を増やすことにした。

### (5) 振り返っての思い

二人だけの生活による孤立感があり、長女が定期的に訪問することになったことが介護者に安心感をもたらすことにつながった。介護保険のサービスだけではなく、他の家族との関わりを増やすことにより、介護者に「一人ではない、一緒にみてくれる人がいる」という気持ちをもってもらえるような取り組みができると考えた。今振り返ると、このタイミングで地域や近隣の支援を得られるような働きかけを行うことができればよかったのではないかと思う。

## 4) 局面4 (H17.12)

### (1) 要介護者・介護者の状況

要介護者が警察署に逃げ込む。介護者は警察署に要介護者を追いかけていき、「警察が夫婦の間に入るとは何事か」と言う。警察から長女に連絡が入る。しばらく長女宅にて要介護者を預かることになる。

### (2) 支援の内容

長女は嫁いでおり、このまま長女宅で過ごすことは困難であるため、長女と連携をとりながら今後の支援を進めることにする。最近の二人の生活について、地域での情報収集を行った。地域住民からは「あまりよくわからない」との話あり。市担当課に連絡・報告する。

### (3) その意図

最近の様子についての情報収集を行うため、また、この後、二人の生活に戻った場合のことを想定し「地域住民による見守り体制」をつくるため地域住民に向けての働きかけが必要であると考えた。

### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者は長女宅で安心して過ごすことができた。介護者も要介護者が長女宅にいることについては納得している。

### (5) 振り返っての思い

一時的に長女宅で過ごすことにより要介護者の安全が確保できた。

## 5) 局面5 (H18.1)

### (1) 要介護者・介護者の状況

1ヶ月後、通所介護にてカンファレンスを実施。要介護者がタバコの吸い殻をティッシュに包んで放置し、長女宅の畳を焦がした。失禁が多く大変とのこと。これ以上長女宅に滞在することは困難ということで、自宅に戻り生活することになる。介護者、長女ともに通所介護の週3回利用を希望する。

#### (2) 支援の内容

長女宅から自宅に戻るタイミングで通所介護を週3回に変更するため調整するも、利用している通所介護が定員いっぱい増回することができない。他の通所介護での利用を提案するが、要介護者は週2回の利用を希望し、増回に消極的なことから当面は週2回の利用となる。介護者に対し、暴力的な行為はしないこと、要介護者の病気のことは責めないこと、食事を十分につくることについて指導・助言する。また、要介護者にはタバコは危ないこと、吸い殻の始末はきちんとすること、暴力行為があった時はすぐに長女に電話することについて指導・助言する。ケアマネジャーが時々訪問することを介護者に伝える。市担当課に経過を報告する。

#### (3) その意図

要介護者の安全確認と介護者の介護負担の軽減のため、通所介護の増回を提案したが調整がつかず、ケアマネジャーの訪問により安全確認と見守りの頻度を確保する。二人の自宅での生活を安全なものにしていかなければならないため、それぞれに対し指導・助言した。今後、何かあればすぐにケアマネジャーに連絡するよう伝えた。

#### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者はこれまでと同様の週2回の通所介護の利用で満足している。介護者はタバコの火が気になり、通所介護を週2回しか利用できないことに対しとても不満に思っている。うまくいかないのは夫婦の問題であり、介護者は離婚したいと話す。

#### (5) 振り返っての思い

長女宅の事情により1ヶ月での帰宅となった。引き続き支援が必要であり、以前よりも細やかな対応を要するため、訪問の回数を増やし状況確認を行っていく必要がある。介護者は要介護者のタバコの問題や失禁の問題をとても気にしており、今後、介護していけるかどうか自信がない様子であった。精神的なサポートが必要であるため、ケアマネジャーの訪問によりフォローしていきたいと考えた。今後の対応については市との連携により進めていくことが大切だと思った。

### 6) 局面6 (H18.10)

#### (1) 要介護者・介護者の状況

要介護者の病状の悪化と介護者の希望により留置カテーテルの処置をする。

#### (2) 支援の内容

状況把握のため訪問する。留置カテーテルの管理について要介護者と介護者に確認する。

#### (3) その意図

留置カテーテルの管理が安定してできているか経過観察が必要であると考えた。

#### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者は留置カテーテルになり、楽になってよかったと話す。介護者は失禁によるシーツ等の洗濯がなくなり介護負担が軽減した。精神的に安定し怒鳴ることがなくなった。結果的に介護



ストレスが軽減された。通所介護利用時に看護師が状況を把握し、何かあった場合は主治医と連携をとることになった。

#### (5) 振り返っての思い

留置カテーテルにより、失禁の問題が解決し要介護者、介護者ともに楽になったと喜んでいる。失禁の問題が解決したことにより、介護者が要介護者に対してイライラすることがなくなり、介護者の精神面が安定したことにより要介護者の精神面も安定してきた。尿路感染症等の防止が必要であるため引き続き見守りをしていくことにした。

### 7) 局面7 (H24.5)

#### (1) 要介護者・介護者の状況

要介護者は結腸ガンが発症したことによりストマ装着となる。この入院により県外在住の介護者の妹が関わるようになった。介護者の妹は介護者に強く意見できる人であり、介護者は妹には頭があがらない。退院時カンファレンスに長女、介護者の妹も出席し、今後の在宅生活について話し合った。

#### (2) 支援の内容

介護保険サービスにおいては、車いす・特殊寝台の貸与、訪問介護週2回、通所介護週1回、短期入所週3日利用となる。ストマの交換は主として夫が行うが、通所介護や短期入所にて、状況確認を行う等サポートすることにする。

#### (3) その意図

退院後の生活を支える上で、長女や介護者の妹を含めた支援体制が必要であり、退院時カンファレンスでの情報の共有と支援の方向性の統一を図る必要があると考えた。また、介護者がストマ交換という新たなケアを担うことになるため、介護者が頼れる体制をつくっておくことが必要であると考えた。

#### (4) 要介護者・介護者・サービス提供者の変化

要介護者は安定して在宅で生活することができるようになった。介護者はストマの交換はあるものの、介護負担が以前より改善された。サービス提供者は連携しながらケアを実践できている。

#### (5) 振り返っての思い

介護者の妹が関わるようになってから状況が好転した。介護者の妹が介護者を支える役割を担うようになったことにより、在宅でのサポート体制を強化することができ、要介護者・介護者ともに安定して在宅で生活することができるようになった。

### 8) 全体を通してのBケアマネジャーの所感

この事例は介護者もケアマネジャーも男性であり、支援する上では男性目線で支援できたことがよかった。介護者は同じ話を10回以上も繰り返し言うことがあったが、男性としての介護の大変さや気持ちを受け止め対応した。その結果、男性同士の信頼関係ができた。要介護者の入院により、介護者の妹が関わるようになり、介護者を支える大きな力となった。介護者を支えるためには介護者の訴えを受け止め「なぜそうなのか」について考えることがとても大切である。

## V 考察

この支援過程では、それぞれの局面においてケアマネジャーが介護者をアセスメントしニーズを把握した上で、サポートしている。まず、局面1では介護者の要望を中心に支援を開始し、訪問介護での掃除、洗濯等のサービス提供を行うと同時に、潜在化しているニーズの把握に努めている。その結果、失禁の課題を把握しその対応に至った。ここでは訪問介護員による失禁パットの紹介や当て方の指導を介護者が受け入れられない状況があったが、その状況にある介護者の複雑な気持ちを受け止めるとともに、介護ストレスの課題も把握している。そして、介護者が試行錯誤しながら積み上げてきた10年間の介護を認めながら介護ストレスを軽減する効果も期待できる通所介護への変更を行っている。結果的にもう一つの要望であった「出かけられる時間がほしい」というニーズも通所介護の利用により定期的に確保できるようになった。また、局面2では要介護者からの訴えから虐待の可能性を視野に入れながら早急に対応し、生活上の課題の把握に努めている。要介護者と介護者の生活実態を把握し緊急性の有無を確認している。また、この時に、何かあった時に自ら通報・連絡することができる要介護者の強さを捉えるとともに、介護者が温泉施設という気晴らしの場をもっていることを把握している。この時にも介護者の精神面に不安定さがあることに気づき、介護ストレスへの対応として介護者の話を傾聴し、精神的な安定をもたらすための取り組みを実践している。その後、局面3では虐待が生じている可能性を感じ、通所介護との連携により要介護者の身体的安全確保のため最近の変化について情報収集するとともに状況把握のための自宅訪問を早急に行っている。要介護者には何かあればすぐに連絡するよう伝え、介護者に対しては抱えている課題の把握のための面接を行っている。この時の面接では介護者がケアマネジャーを信頼し、心の内を話すことができるようになってきている。また、そこから介護者が長い介護生活により孤立感を感じていること、家族の関わりを求めていることを捉え、虐待防止のためにも見守りの目を増やすことが効果的であると判断し、長女の定期的な訪問によるサポートを支援体制の中に位置づけている。

また、局面4では虐待が生じ、要介護者が自ら警察署に助けを求めたことがきっかけとなって警察が関わることになり、長女の関わりが強くなった。また、ここでは最近の変化を捉えるため二人の生活の様子について近隣から情報収集している。ここから長女宅で要介護者が暮らすことになるが、長く生活することが困難であるため、今後、自宅に戻ってからの二人の生活を想定し、サポート体制を強化する必要性を捉え、早めに「地域住民による見守り体制」をつくるための働きかけを始めている。そして、局面5では自宅に要介護者が戻った後の生活上の安全の確保や生活の安定を図るため、モニタリングを丁寧に行っている。自宅での介護に対し自信がもてない介護者を支えるためコミュニケーションがとれる機会を多くもち、介護者の話を傾聴し受容しながら介護者の精神的負担の軽減に努め、介護者に孤立感を感じさせないように配慮しながらケアマネジャーが介護者とともに歩む存在であることを認識できるような働きかけを行っている。また、局面6では要介護者の留置カテーテルの使用により介護ストレスの要因だった失禁による汚染等の問題がなくなり、結果的に介護者の介護負担が軽減し精神的にも安定した。また、安定した生活継続のため留置カテーテル使用のリスクを捉えトラブル防止のための連携をとっている。そして、局面7では要介護者の入院がきっかけで介護者の妹が関わることになり、介護者をサポートするインフォーマルな支援体制が強化され、介護者自身が孤立することはなくなった。また、通所介護に加え、訪問介護、短期入所、福祉用具貸与のサービスが

導入され、多専門職によるフォーマルな支援が導入されたことにより、ストマのケアを始めとする介護者のケアに対するサポート体制が整えられた。また、退院時カンファレンスには病院の関係職員、各介護保険サービス事業者職員、長女、介護者の妹が出席し、今後の生活課題に向けた支援の内容が確認され、それぞれの役割分担が明確になり退院後の生活を支えるチーム体制ができ、それが介護者の在宅介護に対する不安軽減につながったと考えられる。

## VI おわりに

本稿ではケアマネジメント実践の過程をもとに、7つの局面からケアを提供したケアマネジャーの意図と提供された支援の内容を分析してきた。ケアマネジャーの実践には要介護者の「訴えることができる力」と介護者の「話すことができる力」を捉え、それを生かす取り組みが実践されていた。また、どのような状況であっても介護者が積み上げてきた介護を認め続けたことや、傾聴と受容の積み上げにより、信頼関係が構築された。介護者を支えるためには介護者の訴えを受け止め、訴えの意味や背景について考えることが大切である。介護者のニーズを明確に捉え、その課題解決に向けて取り組むことが的確な支援になる。これは要介護者に介護者を含めたケアマネジメントの展開が必要であることを意味している。介護者は要介護者とは違う独自のニーズをもつ個人であり、個別化の視点は効果的な介護者支援に不可欠なものであると考えられる。

また、本事例ではケアマネジャー自身が男性であることを生かし、男性だからこそ抱えてしまう介護のつらさを共感できたことが介護者の精神的に大きな支えになった。そして、それが介護者を一人にさせない、孤立させない支援につながったと考えられる。また、それぞれの局面で課題が生じた時には、今後の生活を見通した支援が展開され、必要な対応がタイムリーに行われていた。この事例では必要な医療処置により、介護者が抱え続けていた「失禁の問題」を解決するものとなった。失禁の場合、おむつの交換だけではなく周囲の汚染に対するケアも必要になることが少なくない。ここではシーツの洗濯等が大きな介護負担につながっていたが、それが軽減されることにより介護者の精神的な安定へとつながった。一般的に医療の処置を要することは要介護者の重度化として捉えられることが多いが、このように介護者の立場に立つと別の見方ができる場合もある。介護者支援を実践するには要介護者、介護者のそれぞれの置かれている状況を理解し支援を展開することが重要である。

また、要介護者と介護者の関係についてであるが、介護者の精神的な安定が要介護者の精神的な安定につながり、要介護者の問題の解決は介護者の問題の解決へとつながるものであることが理解できる。介護者と要介護者は、お互いに影響されながら在宅生活が営まれているのである。介護者支援を行うにあたっては、ケアマネジメント実践者はこのつながりを認識し関わっていくことが重要である。今後はこのような実践事例を手がかりに、要介護者と介護者が住み慣れた地域で生活し続けることができる介護者支援についてさらに検討を進めていきたい。

〈注〉

- 1) 内閣府『平成 25 年版高齢社会白書』 2013  
(<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html> 2015.2.21)
- 2) 厚生労働省『介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集の結果について』 2010  
(<http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-1a.pdf> 2015.2.21 )
- 3) 筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated care の理論とその応用』中央法規 2014 30 頁
- 4) 地域包括ケア検討会『地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2013 1 頁
- 5) 同書 2-7 頁  
筒井孝子「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方—自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのあり方」『季刊・社会保障研究』vol.47 No.4 国立社会保障・人口問題研究所 2012 369-370 頁
- 6) 地域包括ケア検討会 前掲書 9 頁
- 7) 厚生労働省『平成 25 年国民生活基礎調査の概況』2014 32-37 頁  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf> 2015.2.21)
- 8) 筒井孝子 前掲論文 371 頁
- 9) 佐々木陽子「家族介護における『嫁』：その無償性と相続問題」『鹿児島国際大学福祉社会学部論集』2013 7 頁  
津止正敏 斉藤真緒『男性介護白書—家族介護者支援への提言—』かもがわ出版 2007 37 頁
- 10) 紀和江 河野あゆみ 金谷志子 「新聞報道による在宅介護の破綻による介護事件の特徴—地域特性による介護者や被介護者の属性や家族形態の違い—」『日本在宅ケア学会誌』 vol,14 No.2 2011 98 頁
- 11) 西尾美登里 尾籠晃司 合馬慎二 内田直樹 西村良二 小野ミツ「在宅で認知症を有する療養者を介護する男性介護者の対処尺度項目の検討」『バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌』16(1) 2014 16 頁
- 12) 津止正敏 斉藤真緒 前掲書 54-69 頁
- 13) 湯原悦子 伊藤美智子 尾之内直美「家族介護者からみたケアマネジャーの支援」『日本福祉大学社会福祉論集』第 127 号 2012 75-77 頁