

仕事と介護の両立を支援する小規模多機能型居宅介護における ケアマネジメント実践

Care management practice to support work-care balance of family caregivers
in small-scale multifunctional care homes

相山 馨

AIYAMA Kaori

近年、団塊の世代の高齢化が進み、要介護認定者が増加している。そして、その子世代を中心とした介護離職が大きな社会問題となっている。介護離職を防止するには仕事と介護の両立を可能にする支援が必要である。今後、その支援が期待される小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント実践には、利用者本人だけではなく、家族との関わりをもちながら支援するといった特徴がある。そこで、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント実践事例を通して、仕事と介護の両立を可能にしている家族介護者への支援内容を分析し、介護者支援方法について検討した。その結果、①家族介護者の不安や心配にすぐに対応すること、②困った時の状況に合わせて柔軟に対応すること、③必要な支援を必要な分だけ行うこと、④利用者への介護についての役割分担を明確にすること、⑤家族介護者の体調に配慮して支援することが効果的であることが明らかになった。

キーワード：介護離職防止、小規模多機能型居宅介護、ケアマネジメント

I はじめに

わが国では、団塊の世代の高齢化による要介護認定者が増加している。そして、その子世代である40代、50代を中心として生じている介護離職が大きな社会問題となっている。「平成24年度就業構造基本調査」（総務省）によれば、過去1年以内（2011年10月～2012年9月）での看護・介護を理由とする離職者は10万1千人、過去5年間（2007年10月～2012年9月）では48万人以上にのぼる。離職者1,000人を対象にした「仕事と介護の両立に関する労働者アンケート調査」（2013年）によると、離職時に就業継続を希望していたにも関わらず、介護と仕事の両立が困難となり、やむを得ず離職している人が半数以上を占めている。また、離職後の変化として身体面では56.6%、精神面は64.9%、経済面においては79.9%もの人が負担は増加したと感じていることが明らかになった。家族介護者が介護離職に至った場合、収入減からの経済的負担が増すことはもちろんのこと、介護に専

念することによって身体的な負担が増大するとともに、社会的な孤立による大きな精神的負担を抱えることになるのである。今後、団塊の世代が要介護者となっていくことで、仕事をしながら介護をする子世代の家族介護者が介護負担のために離職すると、さらに介護負担が増大するという深刻な課題の解決は急務である。

仕事と介護を両立するには、家族介護者の働き方をどうするかという問題と在宅介護サービスをどう利用するかという問題があり、その両方への支援が必要となる。現在、介護離職対策が国策として掲げられ、「介護離職を予防するための両立支援対応モデル」の普及促進や職場の対応モデルとしての「介護支援プラン」の充実化により、家族介護者の仕事と介護の両立を支援する取組が進められている。そして、仕事と介護を円滑に両立するための働き方改革を推進し、介護休業制度等を利用しやすい環境整備に向けての取組も行われている。このように、家族介護者の職場に向けての介護離職対策が進められる一方で、効果的に介護サービス等を利用するための検討も進められている。先行研究では、介護と仕事を両立していくためには、多様な社会資源を活用して仕事と介護の両立をマネジメントしていくことが重要であり、支援者としてのケアマネジャーにはその両立支援を視野に入れたケアプラン作成を行うことが求められることが指摘されている。家族介護者を対象とした調査ではケアマネジャーが両立のパートナーとして家族介護者の精神的な支えになっている事例もあり、仕事と介護の両立支援に協力的なケアマネジャーを見つけることがポイントとしてあげられている。また、仕事と介護の両立支援に効果的な介護サービスとしては家族介護者のニーズに柔軟に対応することができる小規模多機能型居宅介護が注目されている。しかし、仕事と介護を両立している家族介護者を対象とした調査における「利用している在宅サービス」では小規模多機能型居宅介護は全体の1.5%に留まっている¹⁾。両立支援に効果的と期待されているサービスであるにもかかわらず、利用が広がっていない現状がある。これまで、小規模多機能型居宅介護は地域密着型サービスの一つとして要介護者が住み慣れた地域で生活し続けるためのサービスとして注目されているものの、実際に行っている具体的な家族介護者支援の内容があげられているわけではない。要介護者と家族介護者は常に影響し合う関係性をもっており、要介護者の地域生活支援においては家族介護者に対する仕事と介護の両立支援はその家族介護者だけではなく、要介護者への支援としてつながっていくものであると考えられる。そこで、本稿では、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント実践事例を通して、仕事と介護を両立している家族介護者への支援内容を分析し、両立させることを可能にする介護者支援方法について検討することを目的とする。

II 小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの特徴

小規模多機能型居宅介護は高齢になっても、住み慣れた地域や自宅でなじみの人たちと関わりをもち続けながら生活し続けたいといった願いをかなえるため、2006（平成18年）の介護保険の改正において、新設されたサービスである。高齢者にとっては、要介護状態になっても自宅の近くに安心して「通い」の場所があり、必要に応じて「宿泊」ができ、緊急時や夜間でも訪問してくれるといった「24時間365日」の安心があることにより、要介護状態となったことによって自宅を離れるのではなく、これまで通り住み慣れた自宅で生活し続けることができる。これは「通い」や「宿泊」「訪問」といった多機能を生かし、自宅での生活を支えるといった「地域を施設に見立てたようなサービス」

である。具体的には、自宅を施設の居室として、道路は廊下として捉え、施設の職員が居室に行くように自宅に訪問し、日中の集いの場として食堂に集まるように事業所に通うといった利用が可能となる²⁾。小規模多機能型居宅介護では、同じ場所で顔なじみの職員が「通い」を中心に「宿泊」「訪問」といった支援に継続的に関わるため、環境の変化に敏感な要介護者にとっては不安を和らげることができ、状況を把握している職員が対応するため家族介護者にとっても安心して利用することができる。また、職員が要介護者や家族介護者の些細な変化に気づくことができ、困った時の状況に合わせて臨機応変に必要なケアを提供することができる。

先行研究では居宅介護サービスと小規模多機能型居宅サービスとの違いについて、「通い」「宿泊」「訪問」のそれぞれを次のように指摘している。まず、「通い」については、通所介護は、施設の利用時間や決められたプログラムに合わせて他の利用者と同じ流れで利用するのに対して、小規模多機能型居宅介護では一人ひとりの生活スタイルや過ごし方に合わせて必要なケアを必要な時間に利用する。また、「宿泊」では、短期入所生活介護は、あらかじめ利用したい日を予約し、空いていない場合は他の施設を予約したり日程を変更したりと施設の空室状況に応じて利用を判断せざるを得なかったのに対し、小規模多機能型居宅介護では真に必要な時は必ず利用でき、要介護者にとっては通いなれた場所で顔なじみの職員がいる安心した環境で過ごすことができる。そして、「訪問」では、訪問介護が30分未満や1時間など訪問介護サービスの枠に合わせて支援内容が決められていたのに対し、小規模多機能型居宅介護は必要な時に必要な量のサービスを受けることができる³⁾。また、小規模多機能型居宅介護は、介護報酬の形態が要介護度別の月単位の包括報酬であり、いずれのサービスにおいても緊急時や突然の利用に対して臨機応変に柔軟に対応できることから、要介護者が地域生活を送っていく上での介護の困りごとに早急に対応できるという特徴がある。

また、小規模多機能型居宅介護は利用者と職員がなじみの関係を築きながらサービスを提供する観点から、利用者は1か所の事業所で利用者登録を行うことができ、複数の事業所の利用は認められていない。そのため、小規模多機能型居宅介護を利用している間は、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与を除いた他の居宅サービスや小規模多機能型居宅介護以外の地域密着型サービスを利用することはできず、ケアマネジメントも居宅介護支援事業所のケアマネジャーではなく小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーが担当することになる。ここでのケアマネジメントにおいては包括報酬の利点を生かし、利用者の状態の変化に合わせて柔軟かつ臨機応変にフォーマル、インフォーマルなサービスをトータルに組み合わせて支援することやサービスの回数や組み合わせよりも「これからも安心して家で暮らしたい」といった本人の願いや、「一緒に暮らしたい」といった家族の願いを大切にしたい在宅生活継続のための支援を重視している⁴⁾。また、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントの特徴についてのアンケート調査では、「利用者の変化に、すぐ柔軟に対応ができる」が92.5%、「利用者の日々の様子が分かる」が89.0%、「家族との関係が密である」が83.2%と高い割合を示している⁵⁾。このようなことから、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントは、利用者本人だけではなく、家族との関わりをもちながら両方に視点を向けながら支援しているという特徴があり、それは介護離職を防止し仕事と介護の両立を効果的に支援するケアマネジメントとして効果が期待できるものであると考えられる。そこで、その両立を支援するためのケアマネジメントにおける家族介護者支援の方法を明確にするために、離職せずに仕事と介護を両立させている家族介護者の事例を分析し、具体的な支援内容について検討する。

III 仕事と介護の両立支援の視点からの事例分析

1 研究の方法

調査協力者は、在宅で生活する認知症高齢者とその家族介護者の支援に関わってきた小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーである。2018年2月に小規模多機能型居宅介護を訪問し、仕事と介護の両立を支援してきた経過記録をもとに、家族介護者への関わりの過程を振り返りながら「利用者の状況」「家族介護者のニーズ」「支援内容」について面接調査を実施し、その内容について家族介護者の仕事と介護の両立支援の視点から分析した。

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。また、家族介護者、担当のケアマネジャーにも研究の主旨や目的、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ている。

3 事例の概要

本稿で考察するのは、A小規模多機能型居宅介護に勤務するBケアマネジャー（50歳代前半・女性）が仕事と介護を両立している家族介護者を継続的に支援した内容である。Bケアマネジャーは社会福祉士であり、ケアマネジャーとしての経験年数は約10年である。現在、家族介護者（50歳代後半・女性）は利用者である実母（80歳代前半）、長男（30歳代前半・男性）、次男（20歳代後半・男性）と持家にて4人暮らしである。この家族介護者は介護福祉士であり、常勤で介護職員として28年勤務している。特別養護老人ホーム、軽費老人ホームでの経験を経て、現在はホームヘルパーとして勤務している。勤務時間は基本的に8:30～17:30だが、シフトによって20:00まで勤務することがある。悪性リンパ腫の既往があり、ぜんそく、ヘルニア、骨粗鬆症のため定期的に医療機関を受診している。

利用者は支援開始当初は要支援1であったが、認知症の進行と日常生活動作（Activities of Daily Living；ADL）の低下により、現在は要介護4（障害高齢者の自立度：B2、認知症高齢者の自立度：IV）である。ADLはほぼ全介助。認知レベルも低下し、意思疎通が困難。同居している孫2人も働いているため、日中は独居となる。家が好き。人と関わることを好まない。

4 支援の経過

1) 局面1（201X年4月）【家族介護者支援の開始】

（1）利用者の状況

日中は独居であり、最近ほとんど外出をしなくなり、家に閉じこもり状態。認知症が発症し、物忘れがひどくなった。衣類を必要上に着込んでいたり、寝具をたくさん掛けて寝ていたりすることが時々あり。

(2) 家族介護者のニーズ

訪問介護員として常勤勤務。勤務時間は8:30～17:30であるが、シフトが多様であり8:00に家を出て戻るのは20:00頃である。認知症が進行している実母が日中家で、一人でいることに不安を感じ、どうしたらよいかと困っている。そのことを同僚の居宅介護支援事業所に勤務するCケアマネジャーに相談。

(3) 支援内容

相談を受けたCケアマネジャーが、介護保険の申請を勧めた。認定結果は要支援1。利用者は家が好きであることや通所利用に前向きではなかったことから、相談に乗ったCケアマネジャーは家の近くで、50mほどの距離にあるA小規模多機能型居宅介護の利用を勧めた。利用者にとっては近所になじりやすさといった感覚で利用できる。6月からA小規模多機能型居宅介護、利用開始となる。

《スケジュール》

- 通所：月～土 11:00～16:00 職員が家に迎えに行くが、帰りは1人で帰宅。昼食の提供。入浴は自宅で家族介護者介助により実施。
- 訪問：月～土 9:55 安否確認、通所の準備
- 訪問：月～土 16:45 安否確認、水分補給、着衣の状況確認

家族介護者は原則日曜日が休みであり、孫も日曜日が休みのため利用者も日曜日は原則利用しない。土曜日勤務の振替により平日休みになることがある。家族介護者の手間を省くため家族介護者の車がある時は家族介護者が在宅である目印とし、訪問しないこととする。また、家族介護者が休みの日であっても、昼食は届ける。その場合は食べた後の食器は家族介護者が届けることとする。

2) 局面2 (201X年8月～201X+1年5月) 【利用者の通所拒否にともなう不安への対応】

(1) 利用者の状況

朝の訪問時に「〇〇忘れた」「〇〇がない」「行きたくない」「休みます」と話されたり通所のお迎えに行った際に「行かない。」と急に利用を断ったりすることがある。また、気分によっては「帰ります。」と言って14:00頃に帰ることもある。

次第に物忘れが多くなり、今言ったことも忘れてしまう。A小規模多機能型居宅介護に慣れてきたせいか通所利用後に再来所したり、「行かない」と言って通所を断ってもその後来所したり、午後から来所したりすることがある。要介護認定更新の結果、要介護1と認定。

(2) 家族介護者のニーズ

通所に慣れないせいか利用が安定せず、通所を拒否して急に休みになることが頻繁にある。急に休みになった日は、1人で家にいることになり心配。

(3) 支援内容

利用者からの申し出により通所利用が急にキャンセルとなった場合は、昼食を自宅に届け、安否確認を行う。昼食が終わるくらいの時間帯に食器を取りに行き、あわせて安否確認を行う。当日の利用者の意向に合わせて「通所利用」または昼食の届け・安否確認を行う。朝と夕の訪問は継続して行う。

3) 局面3 (201X+1年7月) 【利用者の骨折にともなう重介護への対応】

(1) 利用者の状況

利用者帰宅後、転倒。E 総合病院受診。腰椎圧迫骨折と診断された。翌日入院。10 日間の入院予定だったが、病院での対応が困難となり 3 日で退院となる。

(2) 家族介護者のニーズ

病院から利用者が医師の指示に従わず勝手に動き回るため身体拘束の許可を得るための連絡があり承諾したが、動けなくなったことが原因で大声、不穏、パニックの状況が起きているため退院した方がよいとのことで急遽、退院となった。仕事は休めず、この後どうしたらよいか、日中一人となるためとても心配である。

(3) 支援内容

利用者のADLが低下。夜間の排泄介助が生じたことから家族介護者の負担を考え、1 週間、宿泊利用となる。その後は毎日通所とし、休みの日は家族介護者自身がゆっくり休めるよう配慮した。送迎はA小規模多機能型居宅介護の車送迎とし、入浴も週に 2 回通所時に行うことになった。

4) 局面 4 (201X+1 年 9 月) 【家族介護者の急な治療による不安への対応】

(1) 利用者の状況

ADLは徐々に改善。手押し車を使用し歩行。認知症が進行。上衣を 8 枚着たり、股引を 4 枚はいたりすることがある。入浴の着替えを家族介護者が準備しても、利用者がいつの間にか手揚げから出してしまう。一つ一つの行為に見守りや声かけが必要。

(2) 家族介護者のニーズ

眼科受診したところ、網膜剥離と診断された。すぐに治療を始めなければならず、翌日再受診となった。もしも入院となった場合や自分が介護できない間の利用者の対応について相談したい。

(3) 支援内容

状況に合わせて対応できることを伝える。翌日受診した結果を受けて、通所、訪問、宿泊を組み合わせ対応することを伝える。受診の結果、レーザー照射だけで当日帰宅となり、通常に通所、訪問の組み合わせで対応することになる。

5) 局面 5 (201X+3 年 6 月) 【利用者の身体レベル、精神レベルの低下による介護負担への対応】

(1) 利用者の状況

①ADLが徐々に低下。歩行困難となり車いす使用となる。失禁も増え、紙パンツ使用。家族介護者が出勤前に紙パンツの取り換えをしても、自分で脱いでしまうことがある。介護保険の更新申請の結果は要介護 2。6 月に左手の振戦がみられたため D 総合病院受診。水頭症と診断。定期的を受診し、治療することになる。突然興奮したり、介護に抵抗したりすることが多くなった。「お父さんが鉄砲撃ちに行った」と話すこともある。認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD) が多く見受けられるようになった。②通所からの帰宅後、1 人での時間帯に玄関から道路に這ってでてきたところ、地域住民がそれを見つけ、A小規模多機能型居宅介護に連絡。

(2) 家族介護者のニーズ

①理解力が低下し、家族介護者の行っていることが通じなくなった。小規模多機能型居宅介護でも同様だと思うが、対応の仕方が難しく日中の様子を教えてほしい。日曜日の出勤が入ってきたため、通所を毎日利用したい。②利用者が道路まで這ってでるとは想定していなかった。地域の見守りの大切さを実感した。事故を防ぐためにも今後の対応を考えたい。

(3) 支援内容

①連絡ノートを活用するとともに、口頭でも家族介護者に利用者の状況を伝える。日によって調子の良い日と悪い日があるが、利用者の状況に応じてできるだけ落ち着いて過ごせるよう対応する。通所を毎日に変更する。②道路に這って出ている利用者の安全を確保し、家族介護者の帰宅時までA小規模多機能型居宅介護で過ごしてもらうことにする。玄関の出口を変更する等、利用者の安全のための環境整備を勧める。

6) 局面6 (201X+4年1月) 【利用者のBPSDにともなって生じる不安への対応】

(1) 利用者の状況

BPSDの悪化のため精神科病院受診。家族介護者が出勤した後や帰宅後に這って玄関まで移動し、さらに外に出て行こうとすることが時々ある。

(2) 家族介護者のニーズ

家の前の道路は交通量が多く危ないためとても心配。

(3) 支援内容

在宅に一人でいる時間を少なくするため、毎日の通所の利用を家族介護者の出勤時からとすることと利用時間の延長を提案。その日の仕事の状況に合わせ、家族介護者が出勤する際に、A小規模多機能型居宅介護に送ることになる。帰りについては利用時間を17:30までとし、職員が自宅まで送る。18:30に安否確認、水分補給のため訪問する。

7) 局面7 (201X+4年7月) 【利用者の重介護によるケアプランの再検討への対応】

(1) 利用者の状況

要介護認定の結果、要介護4に変更となる。ほぼ寝たきりの状態になったためA小規模多機能型居宅介護のリフト浴では対応困難となる。安全な洗身のためには特浴対応が望ましい状態である。

(2) 家族介護者のニーズ

本人のADLの状況から特浴が望ましいと判断し、居宅サービスの利用を検討する。居宅介護支援事業所のFケアマネジャーに相談。特別養護老人ホーム入所の手続きを勧められるが、在宅で介護したいという気持ちが強く、在宅サービス利用で検討することになる。

仕事をしながら在宅介護を続けるためにはできるだけ現状と同様のサービス利用となるように、サービス内容を①毎日の通所介護(9:00-16:30)、②訪問介護(18:00~18:20)、③福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品・車いす貸与)とし、ケアプランを立案。その結果、現在の①小規模多機能型居宅介護、②福祉用具貸与(特殊寝台・特殊寝台付属品・車いす貸与)を利用した1月分の自己負担額が42,883円(小規模多機能型居宅介護:認知症加算、看護職加算、総合ケアマネジメント加算、サービス提供体制加算、介護処遇改善加算、食費含)であるのに対し、居宅サービスを利用した場合の1月分の自己負担額は143,238円(通所介護:入浴介助加算〈週2回〉サービス提供体制加算、介護処遇改善加算、食費、訪問介護:介護処遇改善加算含)であった。

通所介護だけの利用にした場合は、利用回数を制限したり、勤務時間を短くしたりしなければいけなくなり、今の仕事を続けることはできなくなる。仕事を辞めたくないため、引き続きA小規模多機能型居宅介護を利用したい。

(3) 支援内容

仕事を続けながら在宅で介護したいという家族介護者の意向を踏まえ利用者の入浴介助について検討する。利用者の身体状況とリフト浴での入浴について職員間でカンファレンスを実施。2人対応のできる介助方法を工夫して実施することになる。その介助方法を家族介護者に伝え了解を得る。

《スケジュール》

- 通所：月～日 8:00～17:30 朝は家族介護者が出勤時に送る。帰りは職員が送る。
- 訪問：月～日 18:30 安否確認、水分補給
家族介護者の車がある時（家族介護者在宅時）は訪問しない

8) 局面8 (201X+5年7月) 【家族介護者の急な入院への対応】

(1) 利用者の状況

座位保持が困難。車いす使用の場合は背もたれにもたれかかっているが、ベッド上では右側に傾いてしまうため定期的に体勢を整える必要がある。円背のため仰臥位が困難。側臥位で寝ても寝返りが難しい。食事以外はほぼ全介助。認知レベルも低下し、意思疎通が困難な状態。

(2) 家族介護者のニーズ

ここしばらく咳が止まらず、総合病院を受診したところ肺炎と診断された。このまま入院しなければならなくなった。自分が入院している間、宿泊の利用をしたい。宿泊に必要な荷物の準備をお願いしたい。

(3) 支援内容

通所利用中の連絡であったため、そのまま宿泊利用となる。利用者の入所のための薬・着替え等の必要物品は職員が自宅へ出向き準備する。家族介護者の入院期間は10日間だったが、体調の回復と休んでいた間の仕事が溜まり処理に追われることから、退院後の家族介護者の負担に配慮し、引き続き5日間宿泊を利用。

5 全体を通してのBケアマネジャーの所感

これまで、利用者の在宅生活の継続と家族介護者の仕事の継続を意識して支援してきた。在宅介護をする上で様々な問題が生じたが、その状況に合わせて家族介護者と一緒に考え、対応してきた。家族介護者は日勤で勤務し、夜間は利用者の介護を担うといった生活を5年以上続けてきた。利用者が重度化し、ほぼ寝たきり状態になり、周囲が特別養護老人ホーム入所の提案をしたこともあったが、それでもこの家族介護者は施設入所ではなく、在宅介護を希望した。要介護4の利用者を常勤で勤務しながら在宅で介護することは容易なことではない。それでも在宅で介護し続けているこの家族介護者の思いに応えるため、小規模多機能型居宅介護としても、対応に困難が生じていても介護の仕方をなんとか工夫し対応してきたという状況がある。

また、ケアマネジャーとしては家族介護者の「できるだけ在宅で介護したい」という願いと「仕事を続けたい」という願いを実現するためのケアマネジメントを実践してきた。家族介護者の細やかなニーズに迅速に対応するために、家族介護者が困った時に遠慮なく言えるような関係性をつくることや必要な時に必要な支援を提供することを心がけてきた。小規模多機能型だからこそ柔軟に対応できたといえる。また、利用者の家が同地域であったことで、地域住民は利用者が小規模多機能型居宅介

護を利用していることや家族が全員働いていることを知っているため、何かあった時に地域住民が小規模多機能型居宅介護に連絡するといった協力が得られることも大きな支えになっている。さらに、家族介護者は職員が家の中に入ることについては抵抗感が一切なく、職員を全面的に信頼して受け入れてくれていることが連携のしやすさにつながったと感じている。

6 考察

これは小規模多機能型在宅介護のケアマネジメントにより、家族介護者の仕事と介護の両立を支援した事例である。家が好きで「在宅で暮らしたい」といった利用者の希望と「仕事を続けながら在宅で介護したい」という家族介護者の強い思いと努力、それを理解し支えた小規模多機能型のケアマネジメント実践が両者の願いを実現させている。これは家族介護者が常勤のホームヘルパー（介護職員）として働いていることから、家族介護者の仕事と介護の両立支援により在宅で介護する家族介護者の介護離職を防止しているだけではなく、常勤で勤務する介護職員の離職も防止している事例であるといえる。また、この家族介護者は28年間介護職として勤務しており、身体介護・認知症介護に関する介護技術をもっていることも両立している要因の一つであると考えられる。

それぞれの局面におけるケアマネジャーの支援内容をみると、まず、局面1では、利用を開始する際に、家族介護者が在宅かどうかを車の有無で判断し対応すること、仕事が休みであっても昼食は届けるといったルールを決め、家族介護者の負担に配慮した対応が行われている。このような対応はまさに、「自宅を施設の居室として道路は廊下として捉え、施設の職員が居室に行くように自宅に訪問する」といった小規模多機能型居宅介護の目指す姿が具現化されている。局面2では通所の急なキャンセルが生じて昼食を届け、安否確認を行うことで仕事をしている家族介護者の不安に対応している。局面3では利用者の腰椎圧迫骨折後の介護や急な退院に宿泊で対応し家族介護者が休まずに勤務できるよう支援している。局面4では家族介護者の網膜剥離発症と治療にともなって介護できなくなった場合の不安に対し、状況に合わせ対応できることを伝え不安解消に努めている。局面5では家族介護者の日曜出勤にともない通所を毎日利用に変更するとともに利用者のBPSDへの対応として連絡ノートの活用や地域住民のサポート、安全に過ごせる家の環境整備の提案を行い、仕事の継続と在宅介護の継続を支援している。局面6では這って外に出てしまう利用者の安全を確保するため、通所の利用時間の延長を提案し、家族介護者の不安に対応している。

そして、局面7では利用者のADLの低下にともない、特浴対応への変更が必要となり特別養護老人ホームや居宅サービス利用の検討が行われた。特別養護老人ホームに入所した場合、在宅介護ができなくなる。また、居宅サービスを利用した場合は今の仕事を続けることができなくなり、仕事を続けたとしても新たに経済的な課題を抱えることになる。仕事をしながら在宅で介護したいといった家族介護者のニーズを解決するには小規模多機能型居宅介護の利用が欠かせないことが明らかになった。そのため小規模多機能型居宅介護では特浴介助を代替する介護方法をみつけ対応することになった。局面8では家族介護者の緊急入院にともない、在宅介護のすべてのフォローを小規模多機能型居宅介護で行っている。電話1本で通所から宿泊へと介護を連続的に行い、家族介護者の退院後も回復と職場復帰に配慮し、宿泊の延長にも対応している。利用者の宿泊の荷づくりも小規模多機能型が行っており、入院で思うように動くことができない家族介護者を全面的にサポートしているといえる。

このように小規模多機能型居宅介護は利用者の地域生活の継続を支えることはもちろんのこと、家族介護者の仕事と介護を両立させる大きな役割を担っているといえる。

IV 仕事と介護の両立を支援し介護離職を防止するケアマネジメントの展開

本稿では、小規模多機能型居宅介護が支援した事例における、小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーの支援内容から、介護者の仕事と介護を両立させた要因を検討した。ケアマネジャーの具体的な支援方法としては、①家族介護者の不安や心配にすぐに対応すること、②困った時の状況に合わせて柔軟に対応すること、③必要な支援を必要な分だけ行うこと、④利用者への介護についての役割分担を明確にすること、⑤家族介護者の体調に配慮して支援することがあげられる。このような支援は小規模多機能型居宅介護の特性を生かした家族介護者支援の方法であると考えられる。この方法を家族介護者の視点でそれぞれみてみると、①困りごとをすぐ解決できる、②通常の勤務ができる・職場で求められた仕事に対応できる、③支援に頼りすぎたり、サービスに依存しすぎたりすることを防ぐ、④一人ではなくチームで介護していることを実感でき、孤独にならない、⑤無理して介護することを予防できる、といった効果が期待できる。これらは仕事と介護の両立を希望する家族介護者のニーズにつながる内容であり、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント実践による家族介護者支援の効果として捉えることができる。このようなケアマネジメント実践には、利用者だけではなく家族介護者の生活全体を24時間365日の時間の流れの中で把握することが重要になると考えられる。

また、仕事と介護の両立を支援するケアマネジメント実践には、ケアマネジャーがその家族介護者を「仕事をしている人」であることを前提として関わる必要がある。事例ではケアマネジャーが家族介護者の仕事の内容をよく把握しているため、家族介護者のその時々状況に合わせて必要とされる支援が行われていた。仕事と介護の両立が困難になり介護離職の危機に直面したとしても、ケアマネジャーがその仕事の内容や時間を明確に捉え、理解していることにより、家族介護者の立場に立った家族介護者支援が可能になると考えられる。家族介護者には職場での役割と家庭での役割があり、仕事と介護の両立を継続するにはそのどちらにも無理がかからないような支援が求められる。そして、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント実践には身近な地域住民の支えも欠かせない。事例では地域住民と小規模多機能型居宅介護の連携により利用者の危険を回避することができている。家族介護者にとっては普段の地域でのコミュニケーションの重要性や地域の支えを認識する機会となった。

このように小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント実践は家族介護者を支援するだけでなく、仕事と介護の両立を支援し介護離職を防ぐことも可能にするものであると考えられる。今後も、利用者と同様に家族介護者も住み慣れた地域で自分らしく仕事をしながら介護し続けることができるような支援の定着に向けてさらに検討を進めていきたい。

【付記】

本研究は公益財団法人富山第一銀行奨学財団助成金「介護離職防止を目的としたケアマネジメント実践の検討」により実施した成果の一部である。

【文献】

- 1) みずほ情報総研株式会社『介護と仕事の両立を実現するための効果的な在宅サービスのケアの体制（介護サービスモデル）に関する調査研究報告書』（2017）平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業，19-49.
(http://www.mizuho-ir.co.jp/case/mhlw_kaigo2017_01.pdf 2018.2.28) .
ワーク・ライフ・バランス&多様性促進・研究プロジェクト（2015）『仕事と介護の両立を支えるワーク・ライフ・バランスケアマネジャー～ケアマネジャー調査（仕事と介護の両立に関する調査）報告書』中央大学大学院，4.
- 2) ライフサポートワーク推進委員会（2010）『ライフサポートワーク実践テキストブック』中央法規，6.
特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会（2009）『小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて』，1.
(<http://www.shoukibo.net/lifesupportwork/about.html> 2018.2.28) .
- 3) 同書，6.
- 4) 特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会（2017）『平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究事業報告書』，192-193.
(http://www.shoukibo.net/roken_jigyo/pdf/H28_01_houkoku.pdf 2018.2.28) .
- 5) 特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会（2016）『平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書』，49.
(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou/0000136649.pdf> 2018.2.28) .