

ポスター発表 1			
主題	居宅ケアマネジャーが行う、自立支援に向けたケアプランの取り組みについて		
副題	～独居高齢者の生きがい支援を中心に振り返りを行う～		
キーワード1	生きがい支援	キーワード2	継続
研究期間	48ヶ月～		

法人名	株式会社ナイスケア		
事業所名	ナイスケア世田谷介護センター		
発表者：	水田 明美（みずした あけみ）	アドバイザー：	
共同研究者：なし			

電話	03-6425-2541	FAX	03-6425-2523
----	--------------	-----	--------------

今回発表の事業所やサービスの紹介	世田谷区にある、居宅支援（ケアマネジャー）事業所です。ケアマネジャーの仕事の中核はケアプラン作成です。ケアプランは、利用者と介護保険サービスをつなぐ大切な役割を持ち、その人に必要なサービスが吟味され、何の目的で、いつどの様なサービスを利用するのか記載されています。ケアマネジャーは、ただサービスを組み合わせて作る人ではなく、利用者と地域を繋げる役割も担っています。
------------------	--

**《1. 研究前の状況と課題》**

居宅のケアマネジャーの主な仕事は、①要介護（支援）の利用者やその家族の介護相談、②ケアプランの作成、③要介護認定の書類作成代行等があるが、中でも、②ケアプラン作成では、利用者の自立性を促し、生きがいを持って在宅生活が送れるように、生活を総合的に勘案するものである。

しかしながら、ケアマネジャーは、ケアプランを作って確認（モニタリング）をする人で、利用者と共に行き、内容を実践するのは介護・看護職などと、ケアスタッフ間でも思われがちである。

上記のような誤解もあり、ケアマネジャーは、ケアプランを作るだけの人ではなく、内容によっては役割を担うこともあり、利用者と共に行き、支えることもあるということが、あまり知られていないという課題がある。一例として、あるケアマネジャーの研修会で「ケアマネジャーの役割」をテーマでグループワークを行うと、8～9割の人が、書類作成やモニタリングのみの主張をされている現状があった。

**《2. 研究の目的ならびに仮説》**

本研究の目的として、第1に、ケアマネジャーも、ケアプランの実現を担うスタッフの一員だということを知ってもらう。第2に、実際に利用者と共に取り組んだ事例を紹介し、ケアマネジャーができる「利用者と共にやる役割」を知ってもらうこととする。

（自分で書ける健康チェック表を一緒に作る）、（制限食があっても食べたいメニューを一緒に考える）、（やりたい事リストを作ってそれに向けた行動を取る）等。

当初の仮説は、生活の中で楽しみが見つからなくなり、生きる気力が低下していた利用者が、「自立支援」や、「生きがい支援」を取り入れることで、「前向きな発言」に変化したり、「在宅生活が長く続く」ことを期待するものであった。

本取り組みを長く継続するにつれて、仮説はもちろんのこと、主治医の協力と共に、「効果的である」とケアプランに対する評価を受け、仮説以上のことも起こってきた。

### 《3. 具体的な取り組みの内容》

担当利用者全員に、自立支援の観点を踏まえたケアプランを作成しているが、特に今回は、対象者を「独居」、「2回以上要介護認定更新を経験している」、「生きがい支援を取り入れている」、「難病、認知症、精神的な病気を持っている」利用者3名の事例を選出し、今までを振り返ることとした。(現在も継続中)

振り返りの方法としては、記録を中心に行う。「経過記録」、「モニタリング記録」、「利用者からの手紙」、「メールのやり取り」、「独自に作成した表(健康チェック表、メニュー表等)」、「主治医の意見」を利用する。なお、振り返りは以下に示すポイント・視点で行う。

- ①取り組みの期間・手順  
(導入の説明、月1回の訪問の範囲で行った等)
- ②本取り組み前と後の変化  
(病状・病態、要介護度、発言など)
- ③取り組みの成果を出すポイントとなった点  
(多職種の協力、対応)
- ④主治医との連携  
(主治医に意見を聞きながら行った)

### 《4. 取り組みの結果》

- ①取り組みの期間については、無理をせず、短期目標、長期目標の設定を考えていたが、3名共に現在まで、年単位で継続できている。
- ②取り組み前と後の結果は、進行性の病気、認知症、うつ病などの病状が安定した。また、要介護度が、変化しないまま。もしくは軽くなった。
- ③取組みにあたっては、ケアスタッフ間で、役割や言葉かけを共有し、それぞれ連絡を取り合った結果、利用者だけでなく、スタッフも病気やその方の価値観に共感をするようになった。
- ④主治医との連携の結果、本取り組みの効果について、主治医も認めている。(病気の寛解、医師の見立てよりも、病気の進行が緩やかになった等。)

### 《5. 考察、まとめ》

利用者の生活を支える自立支援や、生きがい支援は、例えば、本研究が行ってきた「本人が記載

できる表を作る」、「やりたい事リストを作り実現に向けて動く」等、ケアマネジャーと一緒にできるものもある。また、その共同作業が継続的に行われることで、一人暮らしや難病があっても、生活に楽しみや意欲向上が出てきたと思われる。日常生活は、続いていくものである。一時的なものに終わらずに、ケアマネジャーがより深くかかわることによって、結果的に、在宅生活の継続や状態の安定につながっていったと考えられる。

本取り組みでは、比較的重度の利用者が選ばれ、効果があった。今後は、より多くの利用者においても検証をしていきたい。

### 《6. 倫理的配慮に関する事項》

本研究発表を行うにあたっては、ご本人に口頭にて確認をし、本研究発表以外では使用しないこと、個人が特定できないようにすること、不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

### 《7. 参考文献》

- (1) 第12回日本ケアマネジメント学会研究大会 『社内ケアマネジメント検討会からの報告～ケアマネジメントについての悩みとケアプランの組み立て方について～』 水下明美
- (2) 第11回日本ケアマネジメント学会研究大会 『「在宅生活の継続」を支える要因について～支援困難事例から施設入所に至るエピソードからの一考察～』 水下明美
- (3) 2011年認知ケア学会研究大会 『「在宅生活継続」を支える要因について～認知症ケアの視点からの一考察～』 水下明美
- (4) 第10回日本ケアマネジメント研究大会 『在宅要介護高齢者における「在宅生活の継続」を支える要因について』 水下明美

### 《8. 提案と発信》

ケアマネジャーの質の向上と謳われているが、それぞれの取り組みについて、専門職同士なのに、知らないことが多い。発表することで、少しでも今後のケアの参考になることを期待した