



日本ケアマネジメント学会
第19回研究大会 in 京都 (書面開催)

発表論文集

～地域共生社会の構築と
ケアマネジメントの役割～

プログラム・抄録集

日程 2020年9月12日(土)・13日(日)

大会長 福富 昌城 (花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授)

主催 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

B-2

「地域をともにつくる」

池田 友紀

(横浜市霧が丘地域ケアプラザ住宅介護支援事業所・7042)

1. 研究の目的

自身が担当するケースを振り返った時、『介護サービスを利用しながら地域との関わりを持ち自宅での生活を続けている要介護者』がいる一方で、『地域との関わりを保つことができず、地域から離れてしまう要介護者』がいる。この違いは何か。『ケアマネジャー』『利用者・家族』『地域』の視点から事例を検証し、見えてきた課題を基に、法人の事業部ビジョン「地域をともにつくる」に照らし合わせ、地域のケアマネジャーとしてできることを明確にすること、つまり、利用者・家族、地域に対し何をすべきか、今後の展開を考え、行動することを目的としている。

2. 研究の方法

インフォーマルサービスの利用がケアプランの目標になっている利用者を対象に、以下の手順①～④に沿って行う。ここで言うインフォーマルサービスとは、主に地域活動のことである。(例：老人会、地域サロン、囲碁・俳句・コーラスなどの趣味の会、ボランティアセンター、等)

①インフォーマルサービスの利用がケアプランの目標となる利用者10名を選出。②データ抽出。①の利用者を、a) 地域活動への復帰が目標となる利用者、b) 地域活動の継続参加が目標となる利用者、c) インフォーマルサービスを利用し生活を維持することが目標となる利用者、の3項目に分ける。③事例選出。②で振り分けた3項目から結果が異なる事例を1名ずつ、計3事例を選出。i) 介護サービスの開始と共に地域との繋がりが切れたケース、ii) 地域の支援と専門職の支援を上手く使い分けたケース、iii) 地域が本人の想いを支えたケース。④分析。事例を基に「利用者・家族」「ケアマネジャー」「地域」の視点から、研究目的に沿って分析する。

対象者には、事前に研究について説明の上同意を得ており、個人名等個人が特定できるような情報については対象者等が特定できないようにし、対象者等に不利益を被らないよう人権への配慮を行うものとする。

3. 結果

i) 介護サービスの開始と共に地域との繋がりが切れたケース

Aさん：80代、女性、高齢夫婦世帯、アルツハイマー型認知症。地域活動には参加せずコーラスなど地域外のサークルに参加していたが、4年前、認知症状の出現でサークル参加が困難となり、夫が近隣住民に相談。住民と一緒に地域活動に参加するようになり夫は安心していたが、認知症状が進行すると他の参加者の負担が増え、不満が出始める。

分析【家族】：病状の進行と予測が理解できていない。地域住民を信頼し安心していた為、介護サービスではなく地域活動への参加を強く希望。

分析【地域】：認知症状の進行と共に、Aさんに時間を取られるようになりグループ内で不満が出る。「介護予防のために参加している活動が楽しめない」と地域包括支援センターやケアマネジャーに助けを求める。共倒れになる可能性があった。

分析【ケアマネジャー】：症状の進行に伴い、本人・家族と地域の間で気持ちの差ができていると感じ、夫に認知症の今後の予測と地域活動での現状を夫に伝えたが、理解を得られる説明ができなかった。利用者・家族と地域住民への支援が必要であると感じた。

結果：参加者の1人が夫に話した事で夫がデイサービスの利用を決意し、Aさんは地域活動に参加しなくなり、デイサービスのみの利用となった。

課題：病気に対する家族の理解・認識不足。地域住民に対する専門職としての対応。本人を取り巻く友人や活動など環境の把握。

ii) 地域の支援と専門職の支援を上手く使い分けたケース

Bさん：80代、女性、独居、子宮がん（末期）。癌の治療で入退院を繰り返しながらも、老人会やケアプ

ラザ事業に参加。介護サービスは室内手すりレンタルのみ、そのほか、医療保険による訪問看護、地域の配食サービスを利用。Bさんの体力が徐々に低下したが、友人や配食ボランティアが様子を確認し、ケアマネジャーに報告。その後急激に症状が悪化し通院に介助が必要となったが、Bさんはヘルパーではなく地域のボランティアの利用を希望。ボランティアで対応が困難となった時は、ヘルパーに移行する事で同意を得る。

分析【本人】：進行がんの末期という状況を受け入れ、自身の体調と相談しながら地域活動に参加し続けることが目標。急激に症状が進行しても、知らないヘルパーではなく、よく知っている地域のボランティアに支えてもらうことを選択した。

分析【地域】：病気の事、ケアマネジャーについても全てBさんから聞き知っている。Bさんがいると場が明るくなり楽しいので、無理のない範囲で参加してもらいたいし、症状が変化する度に心配になるが、できることは支援してあげたいと思っている。

分析【ケアマネジャー】：介護保険を申請する前から、地域活動を介してBさんを知っていた為、地域活動に参加し続けることをプランの目標とした。病気の進行を見ながら、介護サービスと地域のサービスの両方を提案するように心掛け、ボランティアの限界も説明した。

結果：地域ボランティア・友人の支援と、専門職の支援を上手く使い分け、地域・介護・医療が互いに連携している。

課題：地域ボランティアと専門職の支援の使い分けの見極め。地域住民に対する専門職としての対応。

iii) 地域が本人の想いを支えたケース

Bさん：50代、男性、夫婦・子の4人世帯、大脳皮質基底核変性症。2年前、指定難病の診断を受ける。単身赴任中であつたが、一人での生活が困難となり自宅に戻る。仕事の継続が目標であり、週3日出勤し、2日は在宅勤務。これまで地域活動の参加は一切ない。通勤時の介助は介護・障害サービスの対象外となる為、NPO自費サービスと地域ボランティアで対応したが、病状の進行に伴い介助の負担が増え、ボランティアが5人から2人に減る。

分析【本人】：目標は「定年まで仕事を続ける」こと。病状が進行しても、目標は変わらなかった。

【家族】：病気が進行するにつれ、体力的に介護が辛くなってきた。たくさんの人が手伝ってくれているので、夫は仕事を続けることができていると感じている一方で、子は思春期であり、たくさんの人が自宅内に入ることに抵抗があつた。

分析【地域】：病気の進行により介助の負担が増え、介助への不安と体力的な問題から、ボランティアが2人に減る。ボランティアは「助けを必要としている人を助けたくて、ボランティアをしている」「いつか一緒に居酒屋で飲もうと話している。それを叶えたい。」という強い想いを持ってCさんを支えている。

分析【ケアマネジャー】：本人とボランティアの間で信頼関係が成立していると感じた。一方、家族は介護に限界を感じており、想いの差が徐々に開いていく。介助に不安がでてきた家族やボランティアに対し、PTが介助方法を指導、カンファレンスを行う等相談・連携がしやすい環境を整えるよう配慮した。

結果：地域ボランティアが本人の想いを支え、地域・介護・障害・医療が互いに連携。

課題：本人・家族・地域の想いを十分に把握し調整する。地域の活動団体やボランティアの力を見極める。地域ボランティアの責任（個人情報保護や怪我・事故の補償等）について把握。

4. 考察と結論

高齢者の友人は高齢者であり、一方に比重がかかる支援は家族と同様の負担となる。地域の支援を含めたケアマネジメントを行うには、ケアマネジャーが積極的に地域と関わり、地域を知らなくては行けない。地域が持っている力「地域力」の把握が必要なのである。

地域のボランティア団体は、訪問介護事業所と同様の悩みを抱えている。ちょっとした声掛けから、支援が必要な人に寄り添い続ける、時間・想いを捧げなければいけない活動まであり、専門職に近い福祉活動である。地域と連携して利用者・家族を支えるには、地域を知り、地域活動を支えていく事が必要不可欠である。また、プロボノの存在も注目すべき点であり、今後は地域のプロボランティア集団が地域を支える重要な役割となる可能性がある。ケアマネジャーとして、利用者本人とその家族への対応だけではなく、このように、地域に向けた支援や連携、関係の構築もケアマネジャーが考え、行動していかななくてはならない業務であり、地域をともにつくるために、地域のケアマネジャーとして行うべき業務である。