

2012 年度
関西福祉科学大学大学院
社会福祉学研究科
臨床福祉学専攻

修士論文題目

介護保険制度下における家族介護者支援に関する研究
—小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員の取り組みから—

指導教員（ 浅野 仁 教授 ）

社会福祉学研究科臨床福祉学専攻

学生番号 21160003 氏名 杉谷 宗武

目 次

はじめに	1
第 1 章 介護保険制度の変遷と在宅介護の現状	3
第 1 節 介護保険制度の創設と改正点	
第 2 節 介護保険制度下における在宅介護の状況と課題	
第 3 節 地域密着型サービスの創設と小規模多機能型居宅介護の制度化	
文献	
第 2 章 小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの展開	20
第 1 節 小規模多機能型居宅介護の概要と特徴	
第 2 節 ケアマネジメントの課題とライフサポートワークへの発展	
第 3 節 先行研究にみる小規模多機能型居宅介護の現状と課題	
文献	
第 3 章 小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の取り組み ...	32
第 1 節 調査目的および調査方法	
第 2 節 結果	
文献	
第 4 章 考察	49
第 1 節 在宅介護を継続するなかでの家族からのニーズ	
第 2 節 小規模多機能型居宅介護における柔軟な支援とその限界	
第 3 節 介護支援専門員の家族介護者支援への取り組みから	
第 4 節 小規模多機能型居宅介護における運営推進会議の有用性	
第 5 節 今後の在宅介護に向けての課題 (小括)	
文献	
第 5 章 まとめ	58
おわりに	62
謝辞	64
資料	

図表目次

図 1-1	要介護（要支援）認定者数	9
図 1-2	年度別（居宅・地域密着型・施設別）給付費の推移	9
図 1-3	年度別給付費推移	10
図 1-4	主な介護者と要介護者との続柄及び同居別の構成割合 （平成 13 年）.....	10
図 1-5	主な介護者と要介護者等との続柄及び同居別の構成割合 （平成 19 年）.....	11
図 1-6	要介護者等の要介護度別に見た同居している 主な介護者の介護時間（平成 19 年）..	11
図 1-7	要介護者等の介護度別に見た同居している 主な介護者の介護時間（平成 13 年）..	12
図 1-8	性・年齢階級別に見た同居している主な介護者の悩みや ストレスのある者の割合（平成 19 年）..	12
図 1-9	性別に見た同居している主な介護者の悩みや ストレスの原因の割合（平成 19 年）.....	13
図 1-10	要介護者を抱えて困っていること	13
図 1-11	定額制の小規模多機能型居宅介護	15
図 1-12	地域密着型サービスの特徴	16
図 2-1	小規模多機能型居宅介護の概要	21
図 2-2	介護サービス体系の見直し	24
図 2-3	ケアマネジメントとライフサポートワークの流れ	27
図 3-1	施設・居宅型の介護支援専門員と 小規模多機能型居宅介護との違い	39
図 3-2	家族からのニーズ内容	41
図 3-3	家族ニーズへの対応理由	43
図 3-4	「満足していない」「あまり満足していない」の回答理由	46
表 2-1	在宅・施設ケアの性格と問題点	23
表 3-1	調査対象者の基本属性（記述統計）	34
表 3-2	介護支援専門員による家族介護者支援の構造：因子分析結果	35
表 3-3	運営推進会議の位置づけ	36
表 3-4	運営推進会議の位置づけで「その他」に分類された回答の詳細	37
表 3-5	登録者が評価していると思われる項目	37
表 3-6	登録者が評価していると思われる項目で 「その他」に分類された回答の詳細	38

表 3-7 施設・居宅型の介護支援専門員と小規模多機能型居宅介護 との違いで「その他」に分類された回答の詳細 ...	40
表 3-8 家族からのニーズの内容で「その他」に分類された回答の詳細 ..	41
表 3-9 家族ニーズへの対応について	42
表 3-10 家族ニーズへの対応の理由で 「その他」に分類された回答の詳細	44
表 3-11 小規模多機能型居宅介護での現状の支援に関する満足度	45
表 3-12 「満足していない」「あまり満足していない」の回答理由で 「その他」に分類された回答の詳細 ...	46
表 3-13 これまでに活用したインフォーマル資源	47
表 3-14 これまでに活用したインフォーマル資源で 「その他」に分類された回答の詳細 ...	47

はじめに

2000（平成 12）年の介護保険法施行から 12 年が経ち、高齢者介護に関する利用者・家族が抱える問題やサービス提供者側の課題が幾つか浮き彫りになってきている。例えば、要介護状態となった高齢者（以下要介護者と記す）が在宅で生活を続けていくには、必要に応じた訪問介護やデイサービス、ショートステイなどの介護保険サービスを利用していくことが考えられるが、介護保険サービスだけで利用者の 24 時間の在宅生活を補うことは難しい。サービス利用時以外の時間帯では家族が身体的介護や見守りなどを担わなくてはならず、介護保険サービスを含めた社会資源と家族とが協働的に要介護者を支えていくシステムの構築が不可欠である。

そういった状況の中で、家族は 24 時間常に介護と背中合わせの生活であり、介護を担っている家族にとっては日常的な家事をしている時間でさえも何が起こるかわからない不安を抱えている。また一方では、介護という問題が更なる問題を引き起こし家庭内に複数の問題が複雑に発生している場合がある。

これらのことから、要介護者の在宅生活を支援するには、利用者本人に対するサービス提供だけでなく、介護支援専門員を中心とした支援者による家族の安定を目指した支援の視点と技術が必要ではないかと考えた。

今回注目したのが、2006（平成 18）年の改正介護保険法において地域密着型サービスの一つとして制度化された「小規模多機能型居宅介護」である。これは、「宅老所」をモデルとして制度化されたものであり、従来のサービス（訪問介護・デイサービス・ショートステイ）を同事業所内で包括的に組み合わせながら提供することができる。

介護保険法が施行され家族への支援が課題となっていたが、小規模多機能型居宅介護の機能として①24 時間 365 日の支援体制、②なじみの関係、③介護保険点数に影響されないサービス提供、④利用者の状況に応じた柔軟な対応が可能となる体制であり、利用者・家族の生活に合わせたサービス提供や緊急時への対応、必要と判断されるサービス提供が包括払いで利用することができる。そこでは、在宅介護で家族介護者が抱える夜間・緊急時への支援体制が整っていることだけでなく、介護支援専門員がサービス提供事業所に位置付けられたことから日常的に関わりから相談や対応ができることが、家族介護者の心理的な支援に繋がると考えられる。

また、家族・利用者の生活に合わせたサービス提供では、家族の就業時間や行事等を考慮した通いや泊まりが利用できることで社会的関係を維持できることが推察される。

このように、介護支援専門員がサービス提供や送迎といった役割を担い利用者・家族と日常的に関わる時間を持つことは、利用者・家族との信頼関係

の構築だけでなく、多様な生活の情報を得ることができるのではないだろうか。介護支援専門員と利用者・家族とが密接に関わるからこそ、今後の家族の状態や引き起こされるであろう問題、それへの対処の仕方を予測でき、予防的な見地で支援や意図的な関りを行なうことが可能であると推察する。つまり、サービス機能を当てはめるだけの支援は極めて対処的であることから、利用者・家族の生活の一時的な継続にしか繋がらず、先を見据えた長期的なプランで利用者・家族の生活や問題に対し予防的に支援していくことが在宅介護の継続に繋がるのではないだろうか。

その際に重要となるのが小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の支援への意識である。小規模多機能型居宅介護の機能面に関しては上記で述べた通りであるが、その機能を活用した利用者・家族の在宅生活を支えていくケアプラン作成を行い、実際に提供していくのが介護支援専門員の役割であることから、介護支援専門員によるアセスメントやケアプラン作成、サービス提供、モニタリング、支援体制の調整・構築、そこでの技術・知識のすべての面において、それらへの取り組みへの意識が影響していると考えられることができるからである。

そこで本研究では、介護支援専門員が認識する居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護との機能・役割に着目した。小規模多機能型居宅介護の機能・役割を明らかにすることで、これまで居宅介護支援事業所では利用者・家族の在宅生活の継続を困難にさせていた要因に対し、小規模多機能型居宅介護の機能・役割がどのように活用することができるのか、また介護支援専門員に求められる役割に必要な知識や技術といった2つの要因から考察し、小規模多機能型居宅介護を活用した家族介護者支援の糸口になるのではないかと考えたからである。

本論文では、小規模多機能型居宅介護に従事する介護支援専門員が認識している居宅介護支援事業所との役割・機能の違いの実情から、介護支援専門員が行う家族介護者の負担軽減への取り組みを明らかにし、在宅福祉の継続における小規模多機能型居宅介護の有用性を考察することを目的とする。

なお本研究では、小規模多機能型居宅介護を活用することで、①介護支援専門員が日常的に関わりから相談や対応ができることが、家族介護者の心理的な支援に繋がる、②家族・利用者の生活に合わせたサービス提供により、家族の就業時間や行事等を考慮した通いや泊まりが利用できることで社会的関係を維持できる、③介護支援専門員と利用者・家族とが密接に関わるからこそ、今後の家族の状態や引き起こされるであろう問題、それへの対処の仕方を予測でき、予防的な見地で支援や意図的な関りを行なうことができる、の3点を仮説とする。

第1章 介護保険制度の変遷と在宅介護の現状

介護保険法は、新たな問題・課題を踏まえながら改正が行なわれてきた。その中でも、2006（平成18）年の改正で制度化された地域密着型サービスでは、従来の大規模施設型からの脱却と地域社会における小規模ケアへの転換がなされた。また、地域密着型サービスにおいて、その中心的役割を担う小規模多機能型居宅介護は「宅老所」をモデルとして位置づけられている。

本章では、介護保険法施行の背景とその後の改正を踏まえながら、在宅介護の問題点を考察するとともに、宅老所における実践と地域密着型サービスの導入を述べていく。

第1節 介護保険制度の創設と改正点

1. 介護保険制度による在宅福祉への転換

介護保険制度は、わが国の急激な高齢化に伴う「①介護を必要とする高齢者（要介護高齢者）の増大と介護リスクの一般化、②家族形態の変化や介護問題を取り巻く状況の変化による家族介護の限界、③老人福祉制度や老人保健制度等の現行制度による対応の限界」¹⁾などの在宅介護・家族介護の状況を背景に2000（平成12）年4月に施行された。

これまでの高齢者施策では、1989（平成元）年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）にて、10年間をかけて長期計画的な高齢者介護の基盤整備の具体的な数値目標が示され、老人保健施設の整備および在宅福祉サービスの拡充等が重点的に行われた。

この計画では在宅福祉対策の整備（ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス、在宅介護支援センターなどの整備）、寝たきり予防を含む「寝たきり老人ゼロ作戦」の実施、特別養護老人ホーム、老人保健施設、ケアハウスなどの保健福祉施設の整備などが掲げられた。また、1990（平成2）年6月の福祉関係八法改正では、在宅および施設サービスが市町村への一元化や老人保健福祉計画が策定、在宅サービスの推進が行われた。これらを皮切りに、1994（平成6）年の新ゴールドプランの策定にあたっては、ゴールドプランにおいて示された在宅福祉サービスおよび施設サービスなどの整備目標が大きく引き上げられるなど、高齢化率の上昇や社会情勢を踏まえながらゴールドプラン21、介護保険制度の施行へと福祉改革が行われてきた。またその中で、高齢者ケアの考え方は施設中心から在宅福祉中心へと転換されてきた。

介護保険制度の目的は、介護の社会化や介護サービス利用の措置制度から利用契約制度への転換、サービス供給主体の多様化と競争原理の導入によるサービスの質の向上などにより、利用者の自由な選択による利用しやすい社会的支援システムの構築である。つまり、要介護高齢者が住み慣れた家で暮

らし続けていくために、これまで施設入所や家族に任されていた介護を、社会的支援である介護サービスによって解決することが重視されており、併せて医療・保健・福祉の手続きや費用負担の一元化、ケアマネジメントの導入によるインテークからモニタリング・再アセスメントにつなげていく一連のシステム構築によって介護の科学化を実現するものである。

このように、高齢者を取り巻く環境の整備はゴールドプランから介護保険制度へと進展されてきたが、わが国の高齢化問題は、少子高齢化を背景に世界にも類をみないスピードで、高齢化の水準が高まってきている。これに併せて、介護保険制度の認定者数においても施行時の 256 万人から平成 22 年度には 506 万人となり、約 2 倍近い数値を示している。（図 1-1）在宅福祉を目的とするなかでは、要介護高齢者の増加が指摘されており、一層の在宅福祉への支援の強化が必要となってくることは必至であり、今後は家族介護者支援が重要となってくることが予測される。

近年では、こうした在宅での要介護高齢者の増加やそれに伴う介護負担によって生じる新たな問題など多くの問題が近年指摘されている。また一方では、2003 年に当時の厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会がまとめた『2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』により、団塊の世代がすべて定年を迎えるとされている 2015 年の高齢者介護の問題も指摘され、介護給付の増大と併せて制度の持続性への危機感が高まるなかで、2005（平成 17）年には介護保険法は一部改正された。

2. 介護保険制度の改正と家族介護の問題

介護保険制度は施行後大きく分けてこれまで 2 回の改正が行なわれた。特に 2005 年の改正では、①要介護者の増加（図 1-1）、②施設給付費の増加（図 1-2）、③要支援・要介護 1 の増加（図 1-1）、④介護保険総費用の増加（図 1-3）などの課題に対し、介護予防や地域包括支援センター、地域密着型サービスが今後の福祉基盤として位置づけられたといえる。

この改正介護保険制度の内容は、①予防重視型システムへの転換（介護予防サービスの創設など）、②施設給付の見直し（施設居住費および食費の自己負担額の設定など）、③新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスおよび地域包括支援センターの創設など）、④サービスの質の向上（介護支援専門員の更新制度の創設など）、⑤負担のあり方、制度運営の見直し（介護保険料設定の見直し、要介護認定の方法の見直しなど）の 5 点を大きな柱としている。

これまでの高齢者福祉のサービスは大規模施設型が主流であったが、認知症高齢者へのケアを重視した、より小さな地域単位でのサービス提供への転換が推進されている。具体的なサービス体系は、①地域支援事業の創設、②

地域包括支援センターの設置、③地域密着型サービスの創設、などである。地域支援事業とは、市町村が実施主体となり、介護予防事業、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業など）を実施するものである。なかでも、包括的支援事業は地域包括支援センターがその役割を担っており、地域での介護を支援する中核的な機関として機能することが期待されている。

このように、2006年に施行された改正介護保険法であったが、制度の運営面の改定が大半を占め、実際に在宅介護を続けている家族介護者の現状があまり反映されたものではなかったといえよう。同制度は「介護の社会化」を推進することを目的として家族の負担軽減を目指してきたが、権（2007）は「家族の生活上の諸問題についての支援制度がほとんど設けられてないので、介護問題に総合的に対応した制度とはいえない」²⁾と述べ、要介護高齢者だけでなく家族介護者の生活を踏まえた制度の必要性が今後の課題であることを指摘している。また、加藤（2008）の調査でも「介護保険制度施行以来、かえって施設移行が強まったとの批判が聞かれる」³⁾とし、介護保険制度における在宅サービスの整備不足から家族介護者の負担に関する問題を示唆している。

これらの背景からみても、介護保険法施行による在宅福祉サービスの推進では、家族介護者の負担軽減に繋がったとは言い切れず、改めて介護負担の軽減が課題として浮き彫りとなってきているといえる。

要介護高齢者の生活の一つひとつに家族介護者が関係していることは事実であり、地域も例外ではない。つまり生活は、地域や家族との関係なしで成り立つものではなく、結果的に、家族介護者の生活の安定を図ることが要介護高齢者の在宅生活を支援していくことに繋がっていく。

今後の介護保険制度においては、更なる在宅介護の強化を図っていく必要があると考えられ、なかでも、家族介護者への支援の確立が重要となってくるであろう。要介護高齢者を在宅で介護する家族は、介護に伴うさまざまな負担を抱えながら生活を送っており、介護の存在は時として、これまでの生活の安定を揺るがすものとなりうる。介護保険制度の施行後12年が経ち、在宅介護の強化が図られた一方で、家族介護の長期化・重度化が指摘されるようになり、在宅介護に伴う家族介護者の離職や老老介護など家族の力量に頼ってしまっている状況がある。今後、在宅介護を支援していく上では、家族の生活安定を図ることを根底に置きながら、家族の負担を軽減するとともに、介護を継続していけるようにしなければならない。また、北村（2008）らの介護継続意欲に関する調査では、介護継続意欲を持てる援助として、①介護者が介護の価値を見出す、②介護の成果を実感できる、③家族の絆を再確認できる、④気分転換を図れる、⑤肯定的な評価、⑥介護者同士の交流、⑦他の家族員からの支えを得られるような働きかけの7つを示唆している。

4)

家族が介護保険サービスを活用しながら在宅介護を担っていくためには、家族の介護に対する意欲を高めるような関わりを含め、家族介護者支援を介護保険制度のなかでどのように展開していくのかが重要であるといえる。しかし一方では、在宅介護の主たる介護者の多くが妻や嫁、娘（図 1-4）であることから、先述したように高齢である妻では老老介護、世代が異なる嫁や妻に至っては仕事と介護の両立の難しさからの離職といった社会との関係が途絶えてしまうといった問題が生じている。

これらのことを鑑みると、在宅介護の継続には家族の存在が不可欠であることは明らかであるが、一方で、家族自身の時間や人間関係、社会関係といった様々な犠牲の上で成り立つものであることも理解しなければならない。

今後、介護保険制度下での家族介護者支援においては、利用者本位の支援を前提に置きながらも、在宅介護を担う家族を、①協力者として、②また利用者とともに支援を受ける側といった、在宅介護の支援者でありながらも支援を受ける者としての側面も持ち合わせていることを念頭に置く必要がある。支援者は家族を「協力者」と常識的に位置付けてしまうことがあるが、家族関係は相互的なものであり、家族もまた支援を求めている場合が多い。

そのなかで家族介護者支援は、利用者の在宅生活の継続要因である家族が介護を担えるように支援を行うだけでなく、家族介護者が困難や不安を抱く際には、家族に代わってサービス提供事業所・地域資源が一体となり在宅介護を切れ目なく担えるような体制を整えることが急務となる。

第2節 介護保険制度下における在宅介護の状況と課題

1. 深刻化する家族介護者の状況

要介護高齢者をケアしている家族介護者は、介護における身体的負担に限らず要介護高齢者の心身の変化や認知症などに向き合うことで、日々、心身の負担を受けている。特に認知症ケアの場合、要介護高齢者の記憶障害や見当識障害などの中核症状に加え、様々な周辺症状と向き合うことで家族介護者の負担は増大していくとされている。

家族介護者の抱える悩みには、介護時間や労力に伴うストレスや睡眠不足などの介護に直接関わる負担に加え、家族介護者自身の時間が持てないことや他の家族の世話ができないことなどの間接的な負担もある。そのような状況について、菊池（2005）は「夫や他の家族員の無理解による『嫁』・『女性』への介護のおしつけに苦しむ要介護者の息子の妻が相談者であることが多い」⁵⁾と述べており、身近に理解者・相談者がいないことなどを指摘し、在宅介護における介護者の心身の負担や介護負担、それらが誘因する虐待などのさまざまな問題へと発展していることを報告している。

近年の家族介護者の状況について、介護保険制度の施行時と平成19年のデータから比較を試みる。施行時の国民生活基礎調査では、「配偶者」

25.9%、「子」19.9%、「子の配偶者」22.5%となっている（図 1-4）。一方、平成 19 年の国民生活基礎調査では、同居している主な介護者の続柄は、「配偶者」25.0%、「子」17.9%、「子の配偶者」14.3%となっている（図 1-5）。若干の減少はみられるが全体的にここ何年かはあまり変化がないことがわかる。

また、介護時間では「半日程度」以上と答えた方が、平成 19 年（図 1-6）、平成 13 年（図 1-7）共に 3 割を超えているとともに、介護者の悩みやストレスのある者の割合では男女ともに高く（図 1-8）、その原因では「家族の病気・介護」が高く示されている（図 1-9）。

データからみても、家族介護者が一日の生活の中で介護にかける時間が多く、介護負担を感じていることがわかる。また介護負担の内容では、連合総合生活開発研究所が行った「介護サービス実態調査(2001)」(図 1-10)において、「介護者の精神的負担が大きい」64.4%、「いつまで要介護が続くかわからない」52.0%、介護者の肉体的負担が大きい」40.9%と示され、介護負担の大きさと先の見えない介護生活により、精神的な負担を感じている。

これらの家族介護者が抱える悩みの内容は、比較においても介護保険制度の施行後あまり変化していないことから、現状の家族介護者も依然として同様の悩みや問題を抱えているものと考えられる。

介護保険制度では利用者が介護保険サービスを利用することにより、家族に安らぐ時間を生み出してきたが、一時的な安らぎだけでは在宅介護を継続していくことは困難ではないだろうか。基本的に在宅介護は、家族が 24 時間担っている状況であることから、介護保険サービスを利用していない時間帯では介護負担は解消されないままである。

また一方で、家族介護者の抱える問題は、高齢者への介護という直接的な心身の負担だけでなく、在宅介護をきっかけとして家族員間の葛藤や地域との関係性へも影響することから、介護という問題が更なる問題を引き起こし家庭内外に複数の問題が複雑に発生している場合があることも考えなくてはならない。

要介護者が在宅で生活していくためには、必要に応じた介護保険サービスの利用と家族介護者の存在が重要であり、サービス利用時以外の時間帯を家族が身体的介護や見守りなどを担わなくてはならない。しかしながら、家族介護者がサービス利用時以外のすべてを担うことは困難であることから、介護保険サービスを含めた社会資源と家族とが協働的に要介護者を支えていくシステムの構築が不可欠であると考えられる。

2. 先行研究にみる家族介護者支援の現状と問題

近年の家族介護者に関する研究では、家族の介護負担や介護保険サービス

の利用効果、専門職による家族支援といった家族介護の実態を客観的に把握し、その軽減を図っていくことの重要性についての研究が数多くなされている。

先ず、介護保険制度が施行された頃の家族介護の実態として、東野(2003)らは、家族の提供する介護内容や介護時間、利用サービス等を調査しており、家族介護者には認知症高齢者の特性やこれに対応した介護方法、情報提供はほとんど行われておらず、介護不安を抱えていることを指摘している。⁶⁾ また、権(2011)は、認知症高齢者を介護する主たる家族介護者への調査から、介護保険サービスの利用は身体的負担の軽減に効果があったとする一方で、社会的、精神的、経済的等の介護負担は軽減されていないとしている。⁷⁾

そのような状況のなかで、一原(2008)らは、「要介護高齢者のADLに対する介助が家族介護者の介護負担感に影響を与える一要因である」⁸⁾と述べ、家族介護者への援助方法の技術指導の介入とともに、サービスの導入など手段的サポートの必要性を指摘している。その他の研究でも、要介護者の健康状態の悪化、認知症の有無によるコミュニケーション障害からの精神的健康感や要介護者に頼られていると感じていること、参加や役割に制約が生じることなどが負担感に関連あるいは影響を及ぼすという報告がいくつか存在するが、実践として家族介護者が抱えている悩みや問題を具体的に捉え、支援する方法はあまり提起されていない。

そこで、家族介護者支援に関する研究では、鶴野(2009)らは「地域で暮らす高齢者の基礎的な生活集団である家族をどのようにとらえ、どのように支援していくのかはまさに現代的な課題」⁹⁾であると述べ現在の社会的な家族を取り巻く環境を踏まえた上での家族支援の必要性を強調している。同様に、介護保険下における介護支援専門員に今後求められることとして、畑(2010)らも「介護支援専門員(ケアマネージャー)は、家族を焦点化した専門的な技法により、家族介護者を支援していくことが求められるといえる」¹⁰⁾など、ケアマネジメント時のアセスメントにおいて家族をより具体的に捉え支援していく必要性を述べており、介護支援専門員の技術向上が必要であることを指摘している。

こうした幾つかの先行研究からも、在宅介護における高齢者への支援だけでなく、それを支える家族への支援を今後どのように構築していくかが課題であることがわかる。

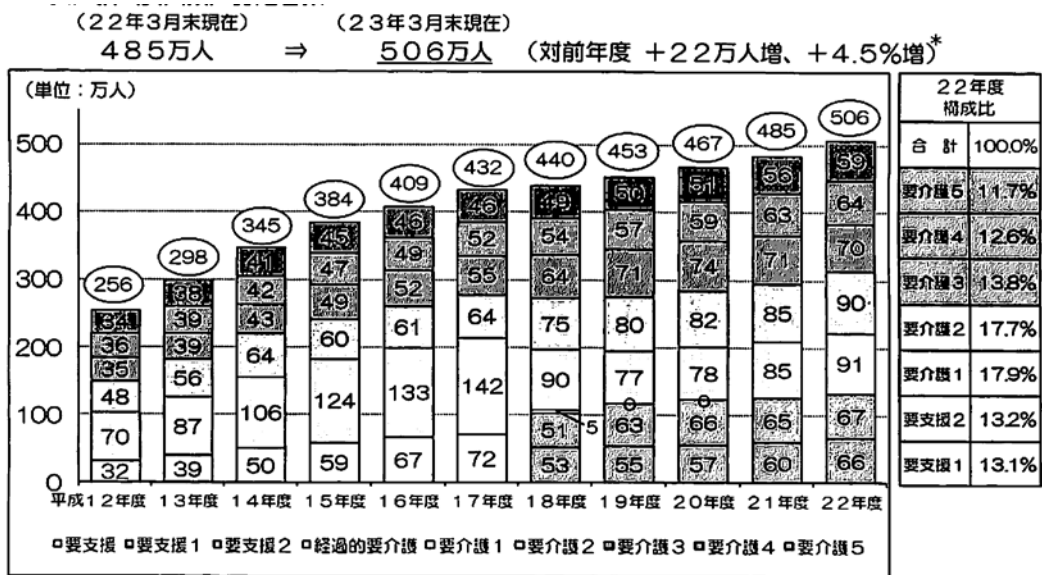
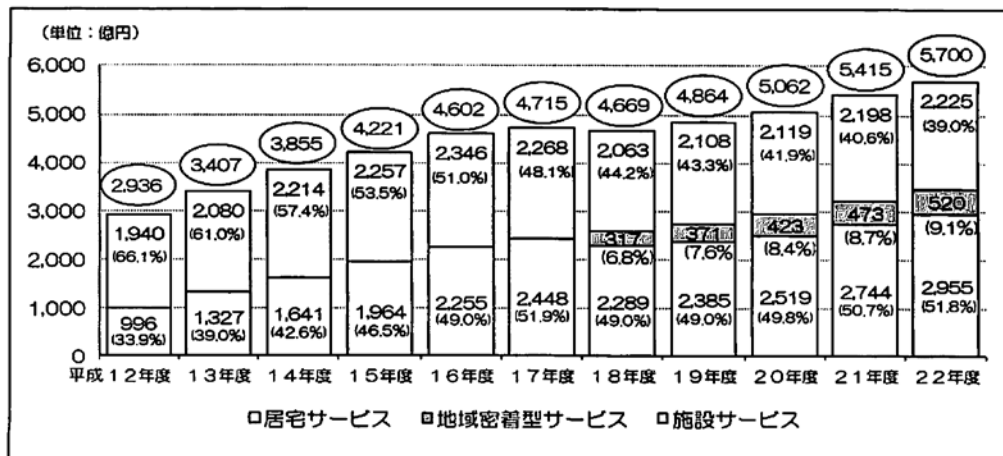


図 1-1 要介護(要支援)認定者数

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」(平成22年度)

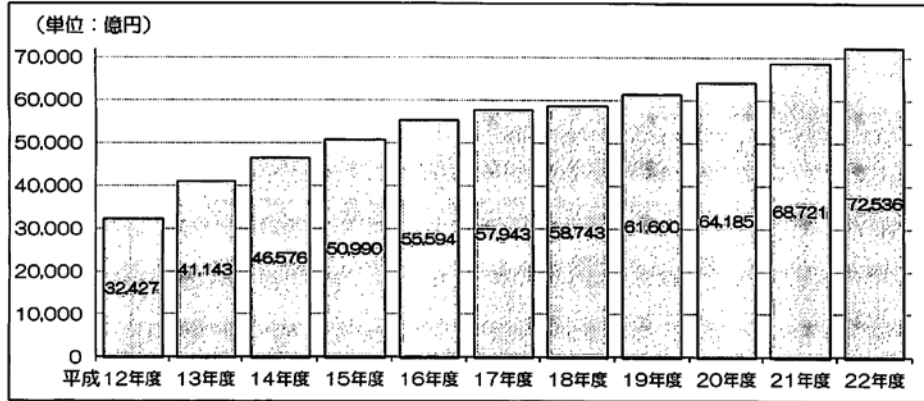


(注1) () は各年度の構成比。

(注2) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含まない。

図 1-2 年度別(居宅・地域密着型・施設別)給付費の推移

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」(平成22年度)



(注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含む。

図 1-3 年度別給付費推移

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」(平成22年度)

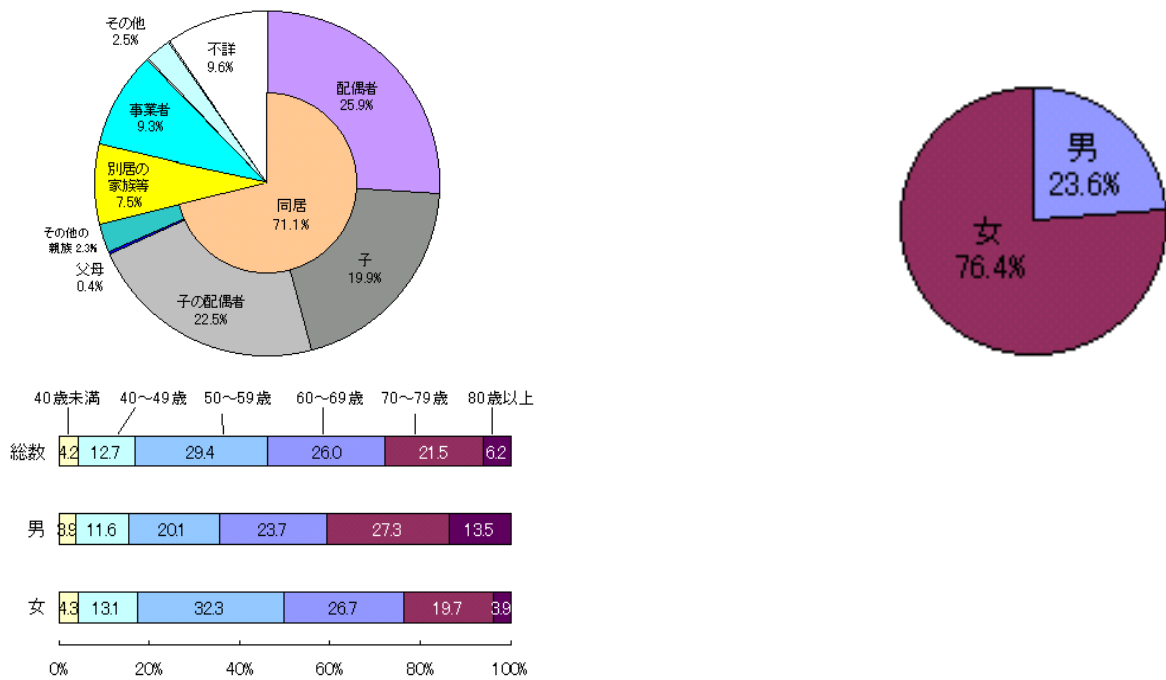


図 1-4 主な介護者と要介護者との続柄及び同居別の構成割合

(出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成13年)

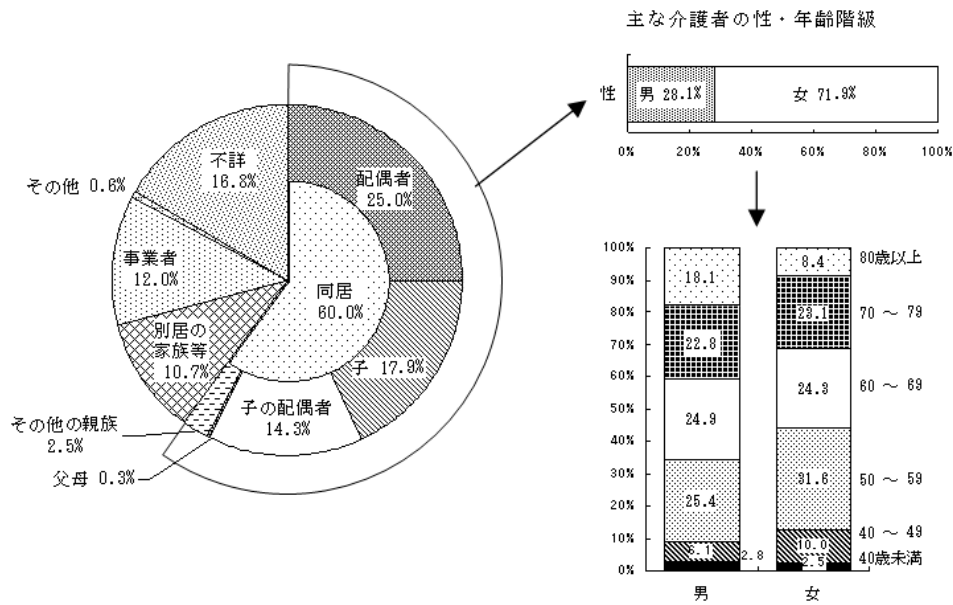


図 1-5 主な介護者と要介護者等との続柄及び同居別の構成割合
 (出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成 19 年)

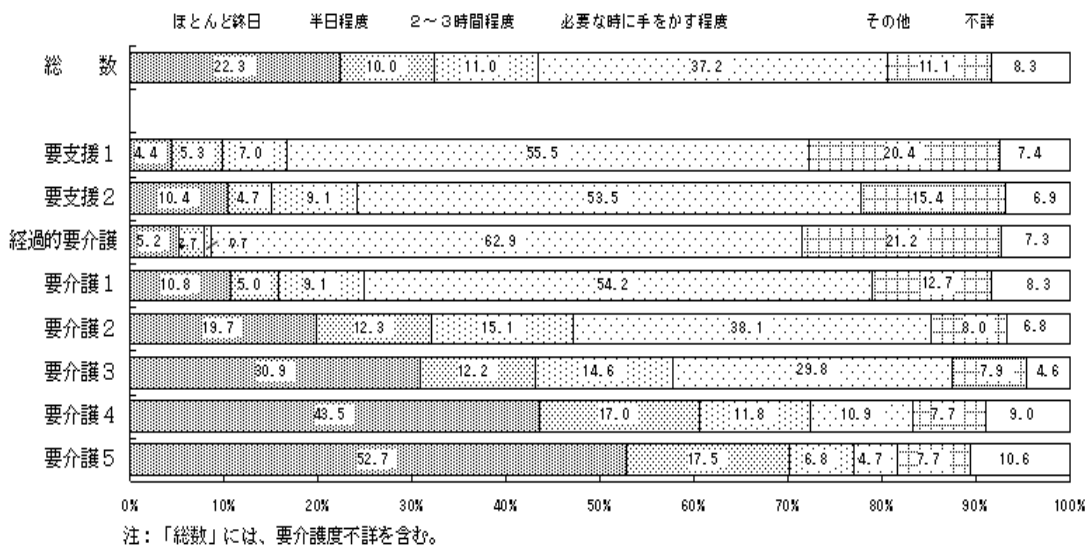
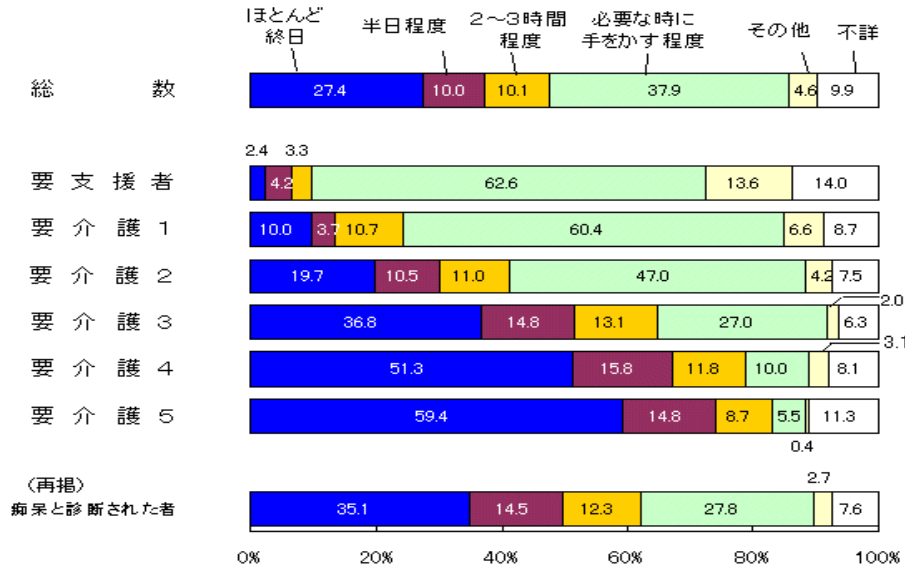


図 1-6 要介護者等の要介護度別に見た同居している主な介護者の介護時間
 (出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成 19 年)



注: 1)「総数」には要介護度不詳を含む。
 2)痴呆と診断された者の要介護者等に占める割合は22.4%である。

図 1-7 要介護者等の介護度別に見た同居している主な介護者の介護時間
 (出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成 13 年)

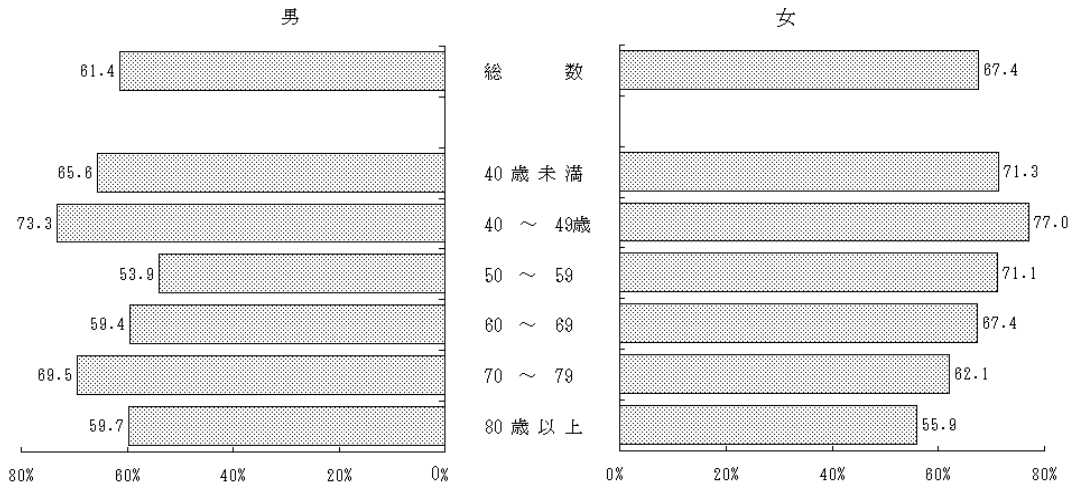


図 1-8 性・年齢階級別に見た同居している主な介護者の
 悩みやストレスのある者の割合
 (出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成 19 年)

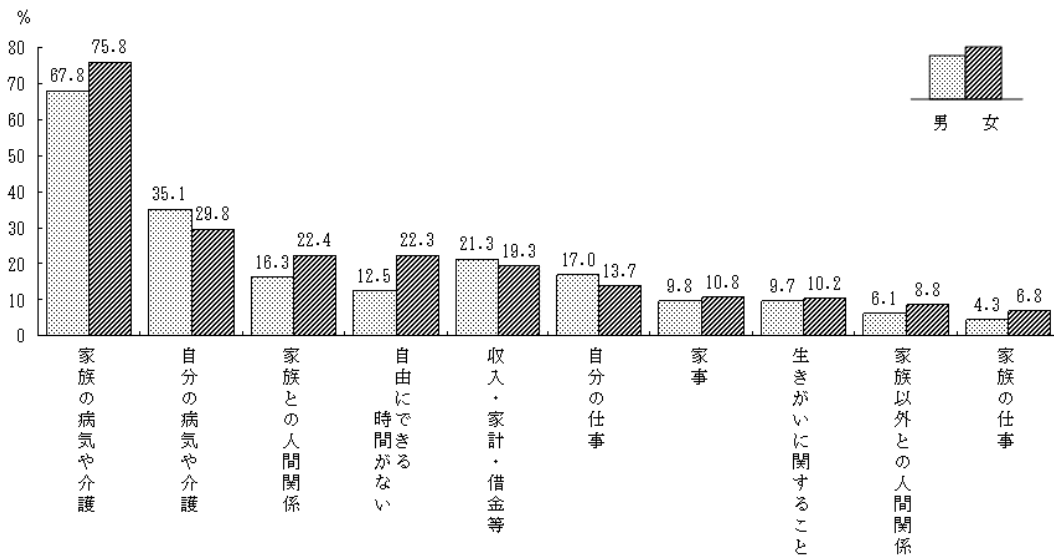


図 1-9 性別にみた同居している主な介護者の
 悩みやストレスの原因の割合(複数回答・平成 19 年)
 (出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成 19 年)

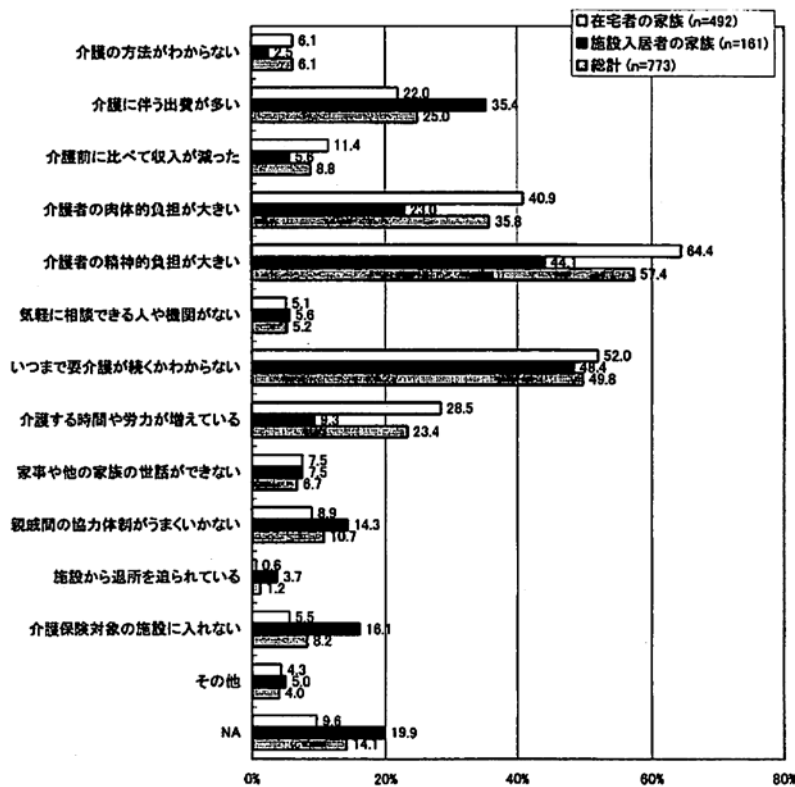


図 1-10 要介護者を抱えて困っていること(複数回答)
 (出典) (財) 連合総合生活開発研究所「介護サービス実態調査(2001)」

第3節 地域密着型サービスの創設と小規模多機能型居宅介護の制度化

1. 地域密着型サービスの創設とその役割

地域密着型サービスは、これまでのような大規模施設での抑制・保護の観点ではなく、利用者本位の地域生活を支えるために生活圏域内での小さな規模での展開といった、介護保険制度の施行を契機に高齢者支援におけるケアの考え方の変化が影響している。また、2003年に当時の厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会がまとめた『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』という報告書においても、施設入所に際した、①住み慣れた土地との離別、②長年培ってきた人間関係の断絶、③生活の継続性の維持ができないこと、④施設に合わせた生活リズム、⑤役割・存在意義・自立への意欲・人生への関心の喪失、⑥認知症症状の悪化といった課題への指摘がなされ、「高齢者の尊厳を支える介護を実現する」「可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を続けられる」「在宅で365日・24時間の安心を提供する、切れ目のない在宅サービスの提供」が理念として示されている。

元来、介護保険制度の施行は、介護の社会化や自立支援、在宅支援を目指したものであったが、そのサービス類型は定額負担の施設サービスとサービス使用量に比例する出来高負担の在宅サービスとの二者択一でしかなかった。また、在宅サービスを利用した地域生活の継続は依然として家族の介護力を基本とし、必要な介護保険サービス点数を加算していく上乗せサービスが中心であったことから、その家庭の経済状況や介護力に頼らざるを得ない状況であった。

そこで、2006（平成18）年の改正介護保険法の施行では、地域生活を重視した地域密着型サービスが創設され、従来の施設サービスや認知症グループホームと同様に、小規模多機能型居宅介護においても包括払い（図1-11）として位置づけられた。

地域密着型サービスの特徴（図1-12）は、原則として、サービス利用者の対象をその地域の住民に限定し、地域単位で適正なサービス基盤の整備を行うこと、地域の実情に応じた介護報酬を設定できること、公平・公正透明な仕組みを担保するために運営推進会議を設置して、地域住民などが直接関与することにある。

対象となるサービスは、①認知症対応型共同生活介護、②認知症対応型通所介護、③小規模多機能型居宅介護、④夜間対応型訪問介護、⑤地域密着型特定施設入居者生活介護、⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、などである。

地域密着型サービスは、認知症高齢者へのケアが今後の課題であることが挙げられ、住み慣れたなじみの環境と人間関係のもと、落ち着いた生活のなかでサービスを受けることができるように配慮することが重要視されている。また、制度の運用は保険者である市町村が設定する日常生活圏域ごとに

弾力的に行われている。

このように、既存の在宅サービスでは、24時間365日の支援体制の構築が困難な状態であったことから、24時間止まることない在宅介護の一部分を断片的にしか補えず、在宅介護を取り巻く様々な要因により家族介護者の連続的な介護の継続が困難になることで、施設・病院へ入所・入院を余儀なくされるケースが少なくなかった。つまり施設入所は、本人の意向によるものではなくADL能力の低下や環境面などの問題・課題といった本人を取り巻く様々な要因などの影響により介護の連続性を失った結果であり、それまで本人が培ってきた地域での関係性や家族から切り離し、施設で介護のみが提供されるものであった。

地域密着型サービスでは、住み慣れた地域での生活を支えるために施設で提供されているような介護の連続性に加えて、なじみの町や人との関係性、家族との持続した生活への支援体制が定額で提供することができる。

この中心的役割を担うとされる「小規模多機能型居宅介護」は、インフォーマルサービスとして展開されてきた宅老所をモデルとして制度化され、2003(平成15)年に議論された「2015年の高齢者介護」(高齢者介護研究会、2003年)にも記載された仕組みとなっている。

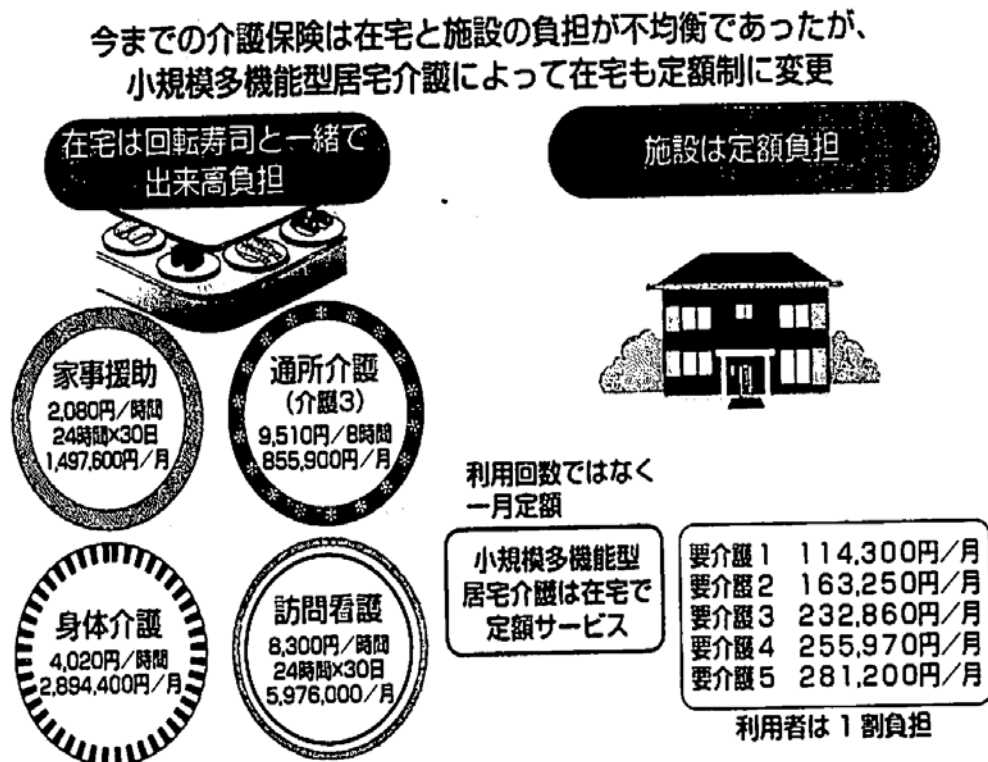


図 1-11 定額制の小規模多機能型居宅介護

(出典) ライフサポートワーク実践テキストブック,2010

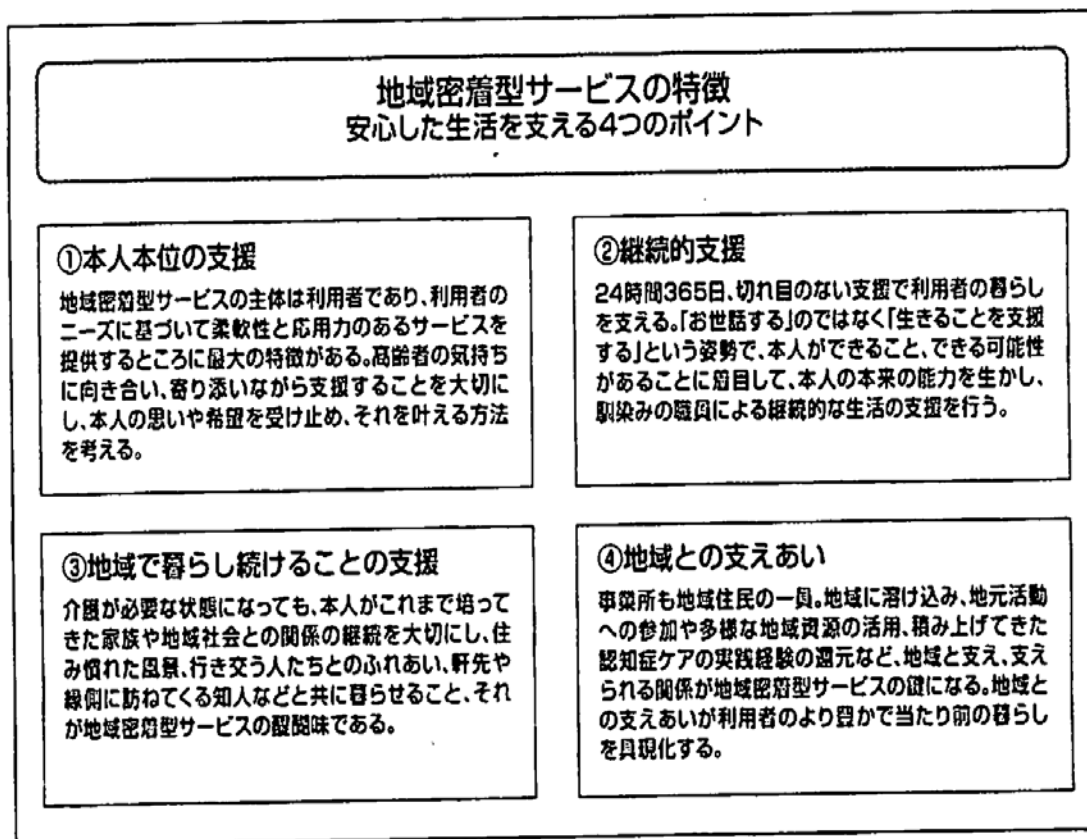


図 1-12 地域密着型サービスの特徴

(出典) ライフサポートワーク実践テキストブック,2010

2. 宅老所の在宅支援機能と小規模多機能型居宅介護への発展

1980年代以降、高齢化社会を迎えるなかで、先見的な方々により地域で取り組まれてきた「宅老所」は、自宅や借りた民家を開放し様々なサービスを展開してきた。宅老所とは、法律に規定されたものではないため、一概に定義付けることはできないが、①民家を改修するなどした小規模の施設、②通い、泊まり、時には住むこともある、③住み慣れた地域でその人らしい生活を続けていけるような支援を行うといった特徴がある。

宅老所では、行政の措置制度の対象から除外されてしまっていた重度の認知症高齢者に対しても、当時は精神病院への入院や老人病院で寝たきり生活を送るかの少ない選択肢であったが、それに加えて、新たな在宅生活という方法を作りだしてきた。宅老所には、従来の大規模施設やデイサービスにはない家庭的な雰囲気があり、昼間の「通い」を中心に「訪問」「泊まり」「住む」を自主事業として柔軟に組み合わせながら独自のサービスを提供してきた。そこでは、これまでの大規模な集団ケアから小規模な個別ケアが重視されており、現在では地域密着型サービスとして定着しているグループホームや小規模多機能型居宅介護などの機能が先駆的な取り組みとして行われて

きた。これらは、増加する高齢者や認知症高齢者への介護問題などの社会的な流れに対し、制度施行以前に目の前の高齢者への対応という形で実践されてきた。また、介護する人や場所などの環境の変化で混乱しやすい認知症高齢者の在宅生活を、地域から切り離さずに支え、一方では、現在のような24時間365日の介護サービスや突発的なショートステイが利用できず、さまざまな問題を抱える在宅介護や家族介護での負担軽減に一翼を担ってきたのである。

このような背景のもと、全国的な広がりをみせながら各地域の特色に応じたサービス展開がされてきたが、はじめから複数の機能を持ち合わせていたわけではない。提供されるサービスは、地域ニーズの実情によっても様々であり、各施設が必要と判断したサービスを提供してきたという背景がある。つまり、宅老所には具体的に決まったサービスが存在するわけではなく、利用している高齢者のニーズに対応する形でサービスを創り出し提供してきたのである。

宅老所は、行政主導のこれまでの福祉施策や介護問題への対策とは違い、身近な在宅介護を取り巻く問題への支援に端を発しており、小規模・多機能サービスを実践しているものから、中には、医療サービスなど地域の他のサービス資源を活用しながら、ターミナルケアまで実践しているところもある。そうした問題意識を持った人たちが集まり、自分たちの地域に合わせながら問題を抱えた高齢者や家族を支えてきた。現在のように地域密着として日常生活圏域での展開が謳われ、地域包括支援センターや介護事業施設は住民たちと共同して社会資源の開発や介護予防、地域住民の関わりの強化などの地域ケアを推進しているが、宅老所はその先駆けではないだろうか。宅老所が展開されてきた歴史が地域ニーズの反映そのものであり、地域の拠点として地域住民や行政、その他社会資源との協働を通して、新たなニーズへの対策やサービスを創りだし、高齢者や家族、地域を支えてきたのであり、これら宅老所の展開は、2005年の改正介護保険法で「小規模多機能型居宅介護」は、地域密着型サービスとして制度化された。

【引用文献】

- 1) 武藤宏典,『介護保険制度における在宅介護－「介護の社会化」とは』,香川大学 経済政策研究, p26, 2005
- 2) 権順浩 『在宅介護における家族介護者の現状と課題－介護保険制度成立以前と以後の比較を通して－』龍谷大学社会学部紀要 31, p11, 2007
- 3) 加藤佳子『高齢者の在宅介護継続を可能にする要件と介護継続意思に関連する要因』岡崎女子短期大学,研究紀要 41,p71,2008
- 4) 北村美波,西崎未和『在宅介護を継続している家族介護者が介護継続意欲を持つ要因』川崎市立看護短期大学紀要 13(1), p9, 2008
- 5) 菊池信子『介護を要する高齢者を抱える家族の生活問題と支援にむけて』神戸親和女子大学研究論叢 38, p52, 2005
- 6) 東野定律,筒井孝子『介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態』東京保健科学学会誌 5(4), 244, 2003
- 7) 権順浩『家族介護問題における介護サービス利用の効果と課題』龍谷大学社会学部紀要 38, p50, 2011
- 8) 一原由美子,鈴江毅『家族の介護負担感に影響を及ぼす要因に関する検討』香川県立保健医療大学紀要 5, p39, 2008
- 9) 鶴野隆浩, 大野まどか『ケアマネージャーのための家族福祉論』相川書房, p19,2009
- 10) 畑亮輔, 岡田進一, 白澤政和『居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造』介護福祉学, 第17巻第1号, p.34,2011

【参考文献】

- 1) 一番ヶ瀬康子,上田敏,北川隆吉,仲村優一 監,小笠原祐次 編『老人福祉論』ミネルヴァ書房,2005
- 2) 岩田正美,大橋謙作,白澤政和 監,岡田進一,橋本正明 編著『高齢者に対する支援と介護保険制度』ミネルヴァ書房,2010
- 3) 白澤政和,中野いく子 編著『老人福祉論』ミネルヴァ書房,2007
- 4) 社会福祉士養成講座編集委員会 編,『高齢者に対する支援と介護保険制度－高齢者福祉論,第2版』中央法規,2009
- 5) 高瀬智津子 編著『社会福祉実践の今日的課題』高文堂出版社,2000
- 6) 渡辺俊之 編『現代のエスプリ 519 介護はなぜストレスになるのか』ぎょうせい,2010
- 7) 浅野仁 編『介護者のための老人問題実践シリーズ③ 老人の在宅介護』中央法規出版,1988
- 8) 羽生正宗 著『レスパイトケア（介護者支援）政策形成－家族介護者の負

- 担感分析－』日本評論社,2011
- 9) 佐伯あゆみ『認知症高齢者を介護する家族の家族機能および家族システムが主介護者の介護負担感に及ぼす影響』日本赤十字九州国際看護大学 intramural research report 5, p55-62, 2006
 - 10) 梶原弘平,辰己俊見,山本洋子『認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因』老年精神医学雑誌 23(2), p221-226, 2012
 - 11) 佐藤敏子,荒井淑子『認知症高齢者の家族介護者のQOLに関する文献検討』上武大学看護学部紀要 4, p35-40, 2008
 - 12) 石附敬,和気純子,遠藤英俊『重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因』老年社会科学 31(3), p359-365, 2009
 - 13) 石附敬,和気純子『重度要介護高齢者の在宅サービスの利用実態と利用要因－長期在宅者と施設入所者の比較－』社会福祉学 51(2), p57-69, 2010
 - 14) 大槻優子,樋口キエ子『家族介護者の負担感に関する研究－性差による相違－』女性心身医学 16(3), p306-314, 2012
 - 15) 田中清美,武政誠一,嶋田智明『在宅介護高齢者を介護する家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因』神戸大学医学部保健学科紀要 23, p13-22, 2007
 - 16) 藤野希,千葉由美,山本則子『在宅介護をする家族員間にみられる介護の分担』日本在宅ケア学会誌 13(2), p101-108, 2010
 - 17) 広瀬美千代,岡田進一,白澤政和『家族介護者の介護に対する認知評価に関連する要因－介護に対する肯定・否定両側面からの検討－』社会福祉学 47(3), p3-15, 2006
 - 18) 関根聰『高齢者介護をめぐる家族危機』大阪女学院大学・短期大学紀要 37, p19-33, 2007
 - 19) 黒澤直子『認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題』人間福祉研究 14, p121-128, 2011

第2章 小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの展開

宅老所の機能を取り入れた小規模多機能型居宅介護では、介護保険制度で展開されてきたケアマネジメントではなく、地域密着型サービスの実践を通じ生まれてきたライフサポートワークが展開されている。

本章では、在宅・施設ケアと小規模多機能型居宅介護との機能・役割、介護保険制度におけるケアマネジメントとライフサポートワークの違いの2点を明らかにしながら、小規模多機能型居宅介護を活用していく上でどのような技術・視点が必要となってくるのかを考察していく。

第1節 小規模多機能型居宅介護の概要と特徴

1. 小規模多機能型居宅介護の機能と役割

小規模多機能型居宅介護は、住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、これまでの、従来のサービス（訪問介護・デイサービス・ショートステイ）を包括的に組み合わせ、「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせながら利用者・家族に対し24時間365日の柔軟な介護サービスを提供している。（図2-1）また、常に同じ場所でデイサービスやショートステイ、馴染みの職員が訪問をしてくれることでリロケーション・ダメージの軽減や利用者・家族との信頼関係が生まれることに繋がっていきとされている。

小規模多機能型居宅介護の主な機能は、①24時間365日の支援体制、②なじみの関係、③介護保険点数に影響されないサービス機能の提供、④利用者の状態に応じた柔軟な対応、などであり、一事業所の登録定員は25人以下、「通い」の定員1日15人以下、「泊まり」の定員は1日9人以下となっている。また、利用料は定額制となっているが、食費・宿泊費などは別料金とされている。さらに、これまでの介護保険サービスの利用では、介護認定後に多くの場合が居宅介護支援事業所との契約を経て介護支援専門員がケアプラン作成を行っていたが、小規模多機能型居宅介護では利用者のニーズに合わせてフレキシブルに提供できるように、事業所に配置された介護支援専門員がケアプラン作成から介護報酬などの給付管理も行っている。

第一章でも述べたように、在宅介護において家族介護者の抱える問題は心身の負担や社会面、経済面など多岐にわたることからも、小規模多機能型居宅介護の機能が在宅介護のこれらの側面に対しどのように対応していけるのかを考えていかななくてはならない。

そのなかで、在宅介護の継続における阻害要因について塚原（2010）らは、家族介護者への聞き取りから、①『予測困難な反応』、②『周辺症状への対応困難』、③『緊急時のサポート不足』の3つを示しており、なかでも

在宅介護を行っている家族介護者は夜間や緊急時の不安を抱えていることを指摘している。¹⁾

小規模多機能型居宅介護の機能が、これらの家族介護者の在宅介護阻害要因に対し、どこまで補えるかは未知数であるが、これまでの介護保険サービスを定額払いで利用できることから、利用者・家族にとっては、必要と判断されるサービスを個々のニーズに合わせた柔軟且つ緊急時への対応が可能であり、その役割をいくらかは担えるのではないだろうか。加えて、在宅介護で家族介護者が抱える夜間・緊急時の不安や問題への支援体制が整っているだけでなく、介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護に在住していることから日常的に関わりから相談や対応ができることが、家族介護者の心理的な支援に繋がると考えられる。また、利用者・家族の生活に合わせたサービス提供では、家族の就業時間や行事等を考慮した「通い」や「泊まり」が利用できることで社会的関係を維持できるのではないかと考える。

このように、小規模多機能型居宅介護では家族介護者の経済面や社会面、精神面に対してある程度の負担軽減を図れることが推測され、これまでの在宅福祉サービスにおいて在宅介護の継続を阻害していた要因に対し、小規模多機能型居宅介護がその一翼を担えるのではないだろうか。

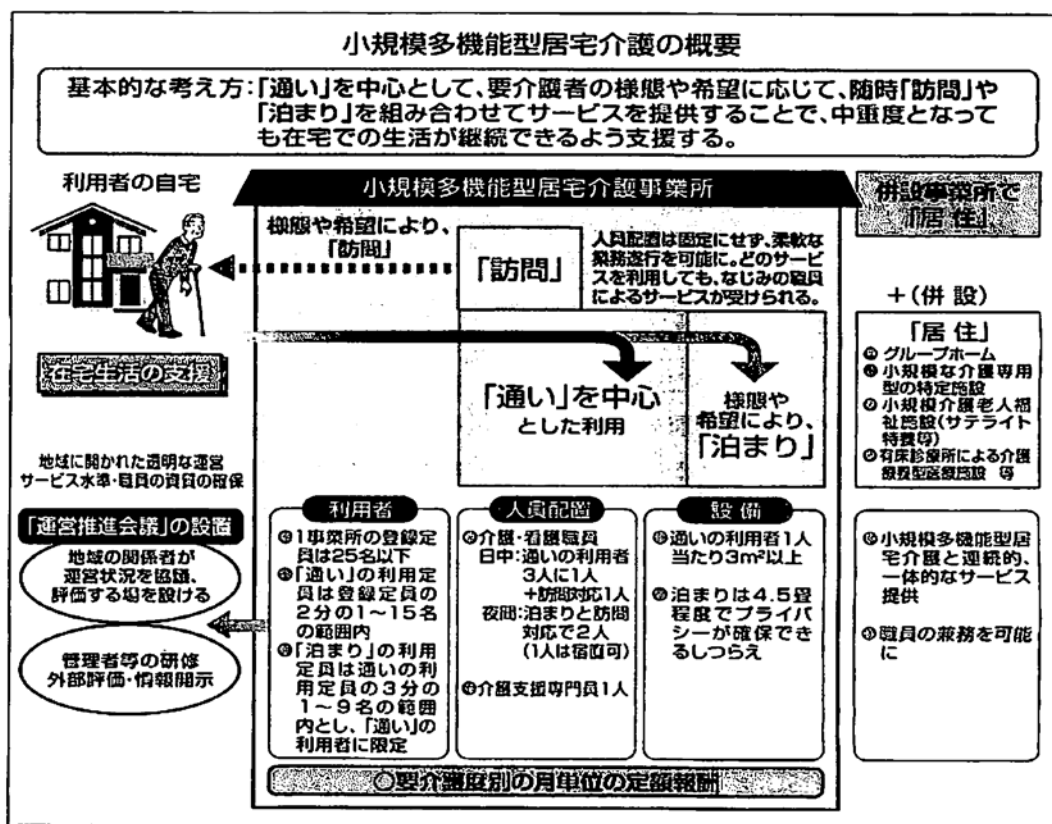


図 2-1 小規模多機能型居宅介護の概要

(出典) 厚生労働省資料

2. 在宅・施設ケアの問題点と小規模多機能型居宅介護の関わり

「高齢者のための在宅福祉サービスは、訪問型と通所型、さらには生活行為の部分的なサービス提供型と総合的なサービス提供型の大きく 4 つのタイプに分類される。」²⁾と考えられており、たとえば、①ホームヘルプサービスは、訪問型で総合的なサービス提供、②デイサービスやショートステイは、通所型で総合的なサービス提供、③配食型の食事サービス等は訪問型で生活行為の部分的なサービス提供、④訪問入浴サービス等は通所型で生活行為の部分的なサービス提供である。居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどによる在宅支援の場合は、このような 4 種類の資源などをケアプランに組み込むことにより、利用者へとサービスを提供している。

しかし、在宅支援では、ケアプラン作成を行う介護支援専門員と実際にサービス提供を行う事業所が異なっており、ケアプラン作成からサービス提供、モニタリングという支援展開に時間的な遅延が生じてしまう。また、複数のサービス提供事業所を利用している場合では、利用者に関わる事業所間の情報共有や意思統一、支援方法も一定のスタンスで支援していくことも困難となるのではないだろうか。

一方で、入所施設には、昼夜を通して常に職員が施設内に在駐し、転倒やトイレといった利用者の平時・緊急時を問わず即座の対応が可能であることから、「365 日 24 時間の安心」が保障されるという施設ケアの長所がみられる。これらの部分が在宅ケアの支援体制では実現が困難であった要因ともいえる。しかしながら、施設入所では利用者がこれまで暮らしてきた地域や自宅、友人や家族との生活を切り離さなければならない。また、現在では個室などによってプライバシーの確保が行われているが、過去には一室に複数の利用者が暮らしているといった状況があった。入所施設での生活リズムにおいても、これまでの生活とは違い集団ケアが行われ、一日のプログラムに利用者が合わせる形で施設での生活が送られてきた。

これらについて西尾（1992）は介護保険法施行以前に在宅ケア・施設ケアの性格・問題点を先行文献より整理している。³⁾（表 2-1）在宅ケアでは利用者の変化するニーズを把握する困難さや提供されるサービスが断片化されている等があげられ、一方、施設ケアでは地域社会からの隔絶や集団ケアとしての施設生活に利用者を合わせていく等があげられている。これらの問題点は介護保険制度の施行や幾度かの改正により、利用者本位の支援や地域の中で支援するといった理念が掲げられるなど、改善はみられるが、現在においても「2015 年の高齢者問題」で述べられているように、その傾向は存在していると考えられる。

先述したように、小規模多機能型居宅介護では 365 日 24 時間の切れ目のない在宅サービスの提供を掲げており、利用者・家族の状態と変化に応じて、日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービスなどが、継続的な心身の状態の変化を把握している同じスタッフから提供されている。つまり、

日中の状態把握や平時・緊急時への対応などの支援体制が構築されており、在宅ケア・施設ケアの両方の側面を有している施設であると考える。(図2-2)

このように、在宅介護において小規模多機能型居宅介護の果たす役割は大きいと考えられるが、一方では小規模多機能型居宅介護の持つ機能を用いて、切れ目のないサービスや夜間・緊急時の支援体制をコーディネートすることだけでなく、これまで利用者が暮らしてきた地域での社会資源を十分に活用し、さらにその連携を図っていく介護支援専門員の意識や取り組みが支援を左右するのではないかと考える。小規模多機能型居宅介護では運営推進会議が位置づけられているのが大きな特徴であり、地域包括支援センターや社会福祉協議会、民生委員、地域住民、社会資源などの関係者を招致し行なわれ、地域にあるインフォーマル資源との連携を強化している。

表 2-1 在宅・施設ケアの性格と問題点

	肯定的側面	否定的側面
施設ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の変化するニーズをリアルタイムに把握できる ・把握したニーズに直ちに対応できる ・総合的なサービスの提供が可能である ・サービスの効果測定が比較的安易である ・責任の所在が明確である ・サービスの集約的提供により、経済的に見ると効率的である ・時には社会の偏見・迫害から入所者を守ることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域社会から隔離している ・無為を強制される ・資質に問題のある職員の存在 ・職員の専横さ ・友人・個人の所有物・個人的事象がない ・薬の多用 ・雰囲気 ・院外に対する抱負がない
在宅ケア		<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の変化するニーズの把握が困難である ・ニーズに対応するサービス提供に時間を要する ・地域におけるサービス資源が不十分である ・提供されるサービスが断片化する嫌いがある ・責任の所在があいまいになる ・サービスの効果測定に困難がある ・在宅ケアは施設ケアに比してもしる経費がかさむであろう

(出典)西尾が文献から整理したものより筆者が作表

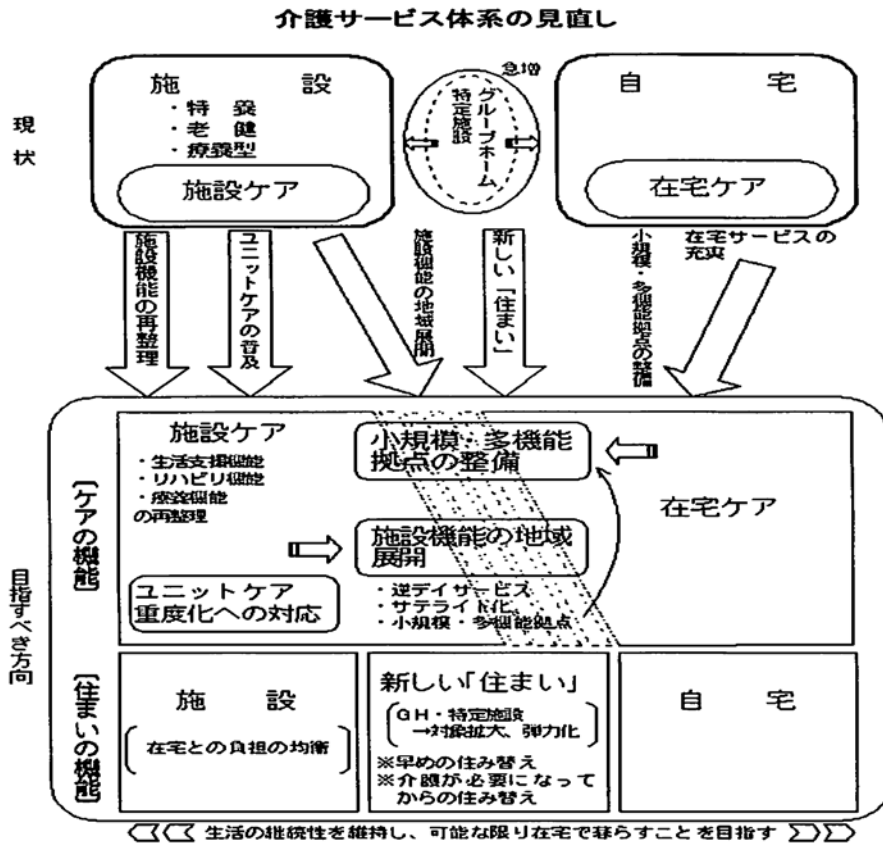


図 2-2 介護サービス体系の見直し

(出典) 厚生労働省「2015年の高齢者介護」高齢者介護研究会,2003年

第2節 ケアマネジメントの課題とライフサポートワークへの発展

1. 介護保険制度におけるケアマネジメントの現状と課題

日本におけるケアマネジメントの普及は在宅介護支援センターが高齢者福祉の中心として担ってきたが、介護保険制度の創設とともに制度化された。介護保険制度においては、利用者の生活上の諸困難に対しケアマネジメントの手法を用いた介護保険サービスの提供によって利用者の生活問題の改善・解決を図ることを目的としている。

従来のケアマネジメントの機能については、1990年に出された全国社会福祉協議会の『ケースマネージメントニーズとサービスを結ぶ新しい支援システム』によると「①情報周知のための情報提供、②潜在的利用者の発見、③利用者発見後必要なサービスが即提供出来るよう援助する、④モニタリング、⑤地域社会におけるクライアントグループ全体としての福祉を可能な限り最大限に高める努力、不足する社会資源を新たに作り出し、地方自治体や国などへ働きかける活動を行う。」⁴⁾と述べられ、利用者だけでなく地域社会へのアプローチや社会資源の開発といった役割が存在していることがわかる。

しかし、介護保険制度で展開されるケアマネジメントにおいては、地域資源の活用や家族支援の展開が促進されないといった課題への指摘が数多くなされており、現状では要介護者への介護保険制度のサービスパッケージとしての提供が重視されている傾向がある。

鳥羽（2002）によれば、ケアマネジメントが介護保険制度に位置付けられてことで、「少なくとも導入の時点ではソーシャルワークを基盤としたクライアントのニーズに焦点を当てたものとして発展してきたものが、介護保険の導入と共に、保険のシステムに取り込まれたために大きく変質した」⁵⁾とし、従来との比較において、①ケアプラン作成に力点が置かれるケアマネジメント、②介護報酬に影響を受けるケアマネジメント、③要介護度ごとの費用管理が必要なケアマネジメント、④ニーズの掘り起こしがしにくいケアマネジメント、⑤地域の中で援助する視点が乏しいケアマネジメントの5つを指摘している。

馬場（2002）は、ケアプラン作成について「インフォーマルケアも十分考慮して活用するというものとはなっておらず、ケアマネジメントはインフォーマルケアもその社会資源の一部として活用するという本来のケアマネジメントとはなっていない」⁶⁾と指摘し、笹谷（2003）もまた、「ケアプラン作成者が当該高齢者が保有するネットワークを有効な介護資源としてケアプランに生かすという視点に欠けている」⁷⁾と述べ、ネットワークを把握するツールの必要性を指摘している。一方で、廣橋（2005）はベッキー（2005）⁸⁾らのストレングスモデルにおけるケアマネジメントを参考として「利用者のソーシャルな環境としての家族のストレングスを引き出す働きかけは当然介護支援専門員のケアマネジメントの中に含まれる」⁹⁾と述べている。

これらの先行研究を概観しても、介護保険制度でのケアマネジメントにおいては、フォーマル資源の提供に重点が置かれ、地域のインフォーマル資源の活用や家族を焦点化した支援があまり促進されてこなかったことから、従来のケアマネジメントとは支援展開が異なるものであったといえるのではないだろうか。

上述したように、介護保険制度で展開されてきたケアマネジメントでは、利用者の地域に存在する資源を活用した支援の展開が促進されず、地域密着型サービスを導入に至った現在でも同様の課題が生じている。地域密着型サービスでは利用者の住み慣れた地域での支援が掲げられ、利用者が培ってきた人間関係やネットワーク、その地域に存在する社会資源を活用したケアマネジメントの展開が不可欠となっている。これらを活用していくにあたり、小規模多機能型居宅介護をはじめとする地域密着型サービスでは、支援過程におけるケアマネジメントの転換がいわれ、日常的な変化への対応や地域の社会資源の活用・開発だけでなく、運営推進会議を活用した他機関・他職種との関係を繋いでいくライフサポートワークの活用が促進されている。

2. 地域密着型サービスにおけるライフサポートワークの展開

地域密着型サービスにおいて展開されているライフサポートワークは、ここでのケアを通じて、家族や本人の要望から利用回数を増やす、時間を長くする、サービス量の限界による調整だけがケアマネジメントではないという実践のなかから創り出されたものである。そのなかでは、地域生活で培ってきたこれまでの暮らしを支えるために、社会資源を活用し支援することを目的としている。

地域密着型サービスが制度化される以前の支援では、課題に対応する介護保険サービスを組み合わせることや、本人の力や具体的状況抜きで家族等の意見から直接プランを作成すること、介護支援専門員のみでケアプランが作成され現場の実践とのかい離、監査対策として行われるだけのケアプランなどが多くみられた。そのため、小規模多機能型居宅介護で24時間の地域生活支援を担っていく上では、本人や家族の状態や状況の変化に柔軟かつ即応した支援やケアプランが必要であることから、これまでのような介護保険制度で展開されてきたようなケアマネジメントと混合しないために「ライフサポートワーク」が名称として位置づけられている。

ライフサポートワークの展開過程の要素には、ケアマネジメントと同様に、①出会い、②アセスメント、③プランの実行、④モニタリングと評価、が存在している。これまでのケアマネジメントでは、①から④が形式的な流れとして展開されていたのに対し、ライフサポートワークでは形式的な流れはなく、それぞれが同時に行われている。たとえば、アセスメント・ケア・モニタリングが同時に行われていることから、本人・家族の状況・状態に応じて即座に対応することが可能となっている（図2-3）。

このように、小規模多機能型居宅介護で用いられるケアマネジメントには利用者・家族の時系列的な変化への即応が求められ、そのためには、介護支援専門員をはじめとする事業所内連携を密にしていくこと、併せて日常的な関わりからアセスメントやサービス提供の変更、モニタリングが展開できる体制を整えていかなければならない。これらケアマネジメントの展開は、小規模多機能型居宅介護のような地域密着型サービスに限らず、これまでの在宅支援においても求められ、また実践がなされてきた。しかし、これまでの居宅介護支援事業所では上述したような課題が存在し、小規模多機能型居宅介護において同様の課題が生じることは制度としての存在意義を見失ってしまうことに繋がりがかねない。理想としての支援と実際の制度を鑑みながら、制度を十分に活用するだけの技術や取り組みが重要となってくるのではないだろうか。そのなかで、介護支援専門員はケアプラン作成やサービス提供を前提とした一連の流れとしてのアセスメントではなく、利用者・家族の生活上の諸困難の解決・緩和をめざした協働作業を通して、「問題」だけでなくこれまで以上に「利用者・家族の強さ」や「環境の改善」に着目し、生活能力の発展・強化をしていくことが求められる。さらに併せて、フォーマル

資源の提供や他機関との連携からインフォーマル資源の提供・開発していく必要があると考える。

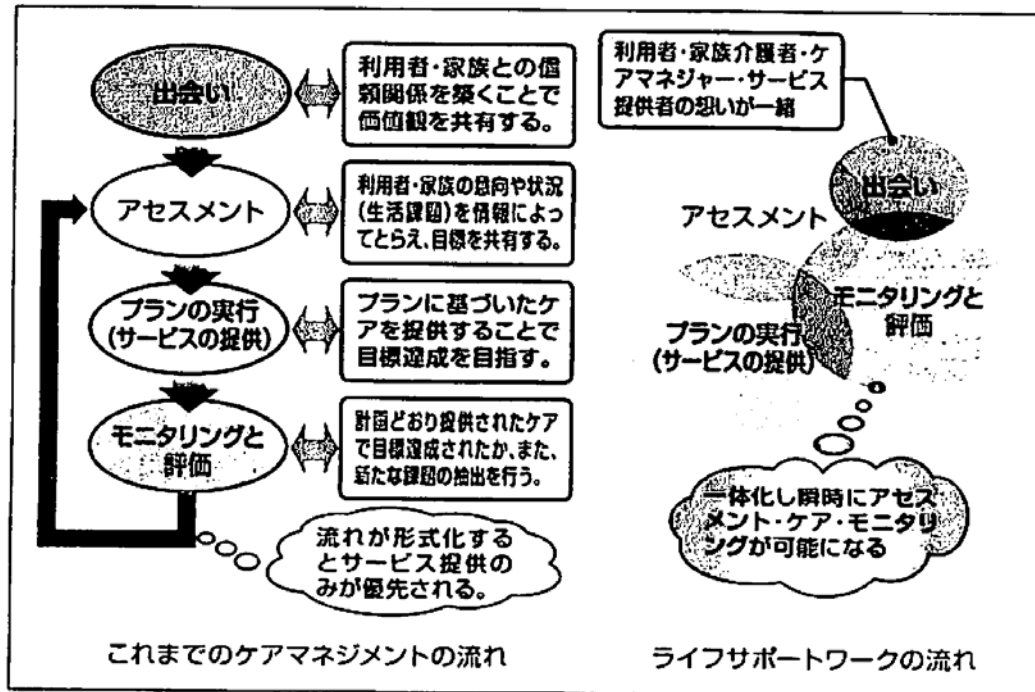


図 2-3 ケアマネジメントとライフサポートワークの流れ
(出典) ライフサポートワーク実践テキストブック

第 3 節 先行研究にみる小規模多機能型居宅介護の現状と課題

近年の小規模多機能型居宅介護に関する研究では、多くの文献を当たるなかで、家族支援への必要性がいわれながらも、小規模多機能型居宅介護の制度面への指摘や問題点への着目が多く、運営（経営）面などへの考察が多いのが現状であり、実際に活用し、ケアプランを組み立てる介護支援専門員に視点をおいた分析、研究はあまりなされていない。ここでは、小規模多機能型居宅介護の実践に焦点を当てたいいくつかの先行研究を見てみる。

太田（2007）は、小規模多機能におけるケアマネジメントについて、「サービスと一体型であり、色々なことができるが、地域をコーディネートする力、組織する力が不可欠」¹⁰⁾と述べ、地域づくり・関係づくりに力を入れる必要性を示唆している。

また、高橋（2005,2009）が指摘するように、「利用者の地域生活を継続していくためには、ソーシャルワークの援助技術も必要」¹¹⁾、「利用者が必要に応じて利用できるようにするためには、利用者や家族の理解とトータ

ルに在宅を支援するケアマネジメントが重要となってくる」¹²⁾というように、家族支援を含めたケアマネジメントの必要性を示しており、小規模多機能型居宅介護では、利用者の状況に応じて柔軟に対応することが可能である一方で、ケアマネジメントにおいてソーシャルワーク機能を活用しながら日々変化する利用者・家族の生活を理解することが重要となる。

一方で、永田（2010）らは、福岡・熊本に位置する小規模多機能型居宅介護事業所の責任者へのインタビュー調査より、「小規模多機能は、課題がありながらも、認知症高齢者の“*Aging-in-place*”を果たしつつある」¹³⁾と述べ、小規模多機能の意義や利点について、①小規模・多機能性をいかした柔軟な支援、②地域密着型をいかした支援、③介護能力を補う仕組み、また、小規模多機能の課題や制度上の問題点として、①介護報酬の増額、②職員の雇用環境の改善、③適切なケアマネジメントの実施、④小規模多機能の適切な理解を得る、⑤医療や他のサービスとの併用、⑥柔軟性の確保、⑦費用を安価にする、という小規模多機能型居宅介護の現状と課題を整理している。

また、竹内（2008）らは、小規模多機能型居宅介護の関係者およびその周辺地域のインフォーマルサポートにかかわる関係者へのインタビュー調査・ケアマネジメントの実践事例分析より、「利用者を含めた地域社会との信頼関係を再構築していくケアマネジメントが求められる」¹⁴⁾、「コミュニティ・ソーシャルワークともいえるケアマネジメント実践が必要になる」¹⁵⁾と述べ、介護支援専門員の役割の一つである社会資源の開発に関し、利用者を取り巻くインフォーマル資源のネットワークに気づき強化していくことが、小規模多機能型居宅介護に求められるケアマネジメントだと指摘している。

そのなかで、小島（2011）は、「小規模多機能型が、介護力が弱まる一方の超高齢化社会において、家族と本人をトータルに支援できる有効な在宅支援である」¹⁶⁾と述べ、利用者だけでなく家族を含めた支援の可能性を示唆している。

以上、いくつかの先行研究を概観するなかで、小規模多機能型居宅介護の機能を用いて利用者・家族への支援を展開するうえでは、ケアマネジメントの手法がその中核をなしていることがわかる。

介護支援専門員がサービス提供や送迎といった役割を担い利用者・家族と日常的に関わる時間を持つことは、利用者・家族との信頼関係の構築だけでなく、多様な生活の具体的理解に繋がるのではないだろうか。介護支援専門員と利用者・家族とが密接に関わるからこそ、今後の家族の状態や引き起こされるであろう問題、それへの対処の仕方を予測でき、予防的な見地で支援や意図的な関りを行なうことが可能であると推察する。つまり、ケアマネジメントにおいては、サービス機能を当てはめるだけの支援は極めて対処的であることから、利用者・家族の生活の一時的な継続にしか繋がらず、先を見据

えた長期的なプランで利用者・家族の生活や問題に対し予防的に支援していくことが在宅介護の継続に繋げていくことができるのではないだろうか。

ケアマネジメントでは、介護支援専門員のアセスメントやケアプラン作成、サービス提供、モニタリング、支援体制の調整・構築、そこでの技術・知識のすべての面において介護支援専門員の取り組みへの意識が影響していることから、介護支援専門員が行う家族の介護負担の軽減への取り組みを明らかにすることは意味があることと考えられる。

なお本研究では、小規模多機能型居宅介護を活用することで、①介護支援専門員が日常的に関わりから相談や対応ができることが、家族介護者の心理的な支援に繋がる、②家族・利用者の生活に合わせたサービス提供により、家族の就業時間や行事等を考慮した通いや泊まりが利用できることで社会的関係を維持できる、③介護支援専門員と利用者・家族とが密接に関わるからこそ、今後の家族の状態や引き起こされるであろう問題、それへの対処の仕方を予測でき、予防的な見地で支援や意図的な関りを行なうことができる、の3点が仮説である。

【引用文献】

- 1) 塚原貴子,宮原伸二,山下幸恵『重度認知症患者の在宅介護が継続できた要因－家族介護者からの聞き取り調査』日本農村医学会雑誌,59(4),p468,2010
- 2) 山下袈裟男 編『在宅ケア論－地域で暮らすための居宅支援システムの構築と展開－』(株)みらい,p58,2001
- 3) 西尾祐吾『コミュニティ・ケアとケースマネジメント』ソーシャルワーク研究 18(1),p17-21,1992
- 4) 全国社会福祉協議会ケースマネージメント研究委員会『ケースマネージメント－ニーズとサービスを結ぶ新しい支援システム』全国社会福祉協議会,p20-21,1992-1996
- 5) 鳥羽美香『ケアマネジメントがわが国に導入された経緯・意義及び課題』社会福祉学評論 (2), 38, 2002
- 6) 馬場純子『介護支援専門員のケアマネジメント業務の現状と課題－「介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査」より－』人間福祉研究 5, p85, 2003
- 7) 笹谷春美『日本の高齢者のソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワーク－文献的考察－』北海道教育大学紀要 人文科学・社会科学編 54(1), p68, 2003
- 8) ベッキー・ファースト,ローズマリー・チャピン 著,青木信雄,浅野仁 訳

- 『高齢者・ストレングスモデル ケアマネジメント』筒井書房,p14,2005
- 9) 廣橋容子『介護支援専門員によるケアマネジメントの課題－家族支援の必要性について－』聖泉論叢 13,p130, 2005
 - 10) 太田貞司『特集 小規模多機能型居宅介護の振興に向けて』介護保険情報 8(8), p22, 2007
 - 11) 高橋誠一『介護保険における小規模多機能型居宅介護の福祉政策意義』東北福祉大学研究紀要 33, p4, 2009
 - 12) 高橋誠一『特集 「地域で住み続けられるケア」とは何か－小規模・多機能型サービスを考える－』全国社会福祉協議会, ふれあいケア 11(3), p9, 2005
 - 13) 永田千鶴,松本佳代『エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題』熊本大学医学部保健学科紀要 6, p60, 2010
 - 14) 竹内美保,藤原慶二,佐藤哲郎『ケアマネジメント実践におけるインフォーマルサポート体制の構築について～小規模多機能施設を拠点とした地域づくりの可能性を求めて～』関西福祉大学附置地域社会福祉政策研究所報告書 2008年度, p53, 2008
 - 15) 前掲書,p53
 - 16) 小島美里『小規模多機能型居宅介護は在宅支援に有効か「小規模多機能型居宅介護のケアモデル構築事業報告書」から』日本在宅ケア学会誌 14(2), p13, 2011

【参考文献】

- 1) 川原秀夫,水井勇一,田中教泰,高橋誠一『トークセッション 地域に開かれた多様なサービスを--質の高い小規模多機能型居宅介護の普及に向けて(上)』介護保険 12(142), p59-65, 2007
- 2) 高橋誠一『小規模多機能型居宅介護の現状と課題 (特集 小規模多機能型居宅介護の今)』ふれあいケア 14(3), p9-12, 2008
- 3) 柴田範子『認知症高齢者をとりまく社会的支援体制 ②小規模多機能型居宅介護の取り組み』介護福祉 (68), p125-133, 2007
- 4) 高田洋子,谷川明日香『小規模多機能型居宅介護事業の現状と課題－福井県を事例に－』福井大学教育地域科学部紀要 第5部, 応用科学, 家政学編 (48), p1-29, 2009
- 5) 遠藤幸子『高齢者を地域で看取る小規模多機能ケアの分析－宅老所における事例を通して－』東海学院大学紀要 4, p23-37, 2011
- 6) 三浦研『(5)小規模多機能と地域ケアのこれから』病院設備 49(2), p135, 2007

- 7) 西尾敦史『沖縄県における地域介護資源の現状～地域密着型サービスを中心に～』沖縄大学人文学部紀要,第11号,p13-29,2009
- 8) 浅野仁,田中荘司 編『明日の高齢者ケア⑤ 日本の施設ケア』(株)中央法規出版,1993
- 9) 浅野仁 編著『高齢者のソーシャルワーク実践－家族の問題と QOL に基づく技法の展開－』川島書店,1995
- 10) 杉山孝博,高橋誠一 編『小規模多機能サービス拠点の本質と展開－認知症高齢者が住み慣れた地域で生きることを支援する－』筒井書房,2005
- 11) 土本亜理子 著『認知症や一人暮らしを支える 在宅ケア「小規模多機能」』岩波書店,2010
- 12) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク,小規模多機能ホーム研究会,地域共生ケア研究会 編『宅老所・小規模多機能ケアのすべてがわかる－宅老所・小規模多機能ケア白書 2011－』筒井書房,2011
- 13) 植田章,岡村正幸,結城俊哉 編著『社会福祉方法原論』法律文化社,1997
- 14) 白澤政和,橋本泰子,竹内孝仁 監『ケアマネジメント講座① ケアマネジメント概論』中央法規,2000
- 15) 室伏君士 著『認知症高齢者と家族へのケアマネジメント』(株)ワールドプランニング,2009
- 16) 岡田進一 著『ケアマネジメント原論－高齢者と家族に対する相談援助の原理と実践方法』(株)ワールドプランニング,2011
- 17) 村社卓 著『ケアマネジメントの実践モデル－調整・仲介、給付管理、チームマネジメント－』川島書店,2011

第3章 小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の取り組み

第1節 調査目的および調査方法

1. 調査の目的

小規模多機能型居宅介護では介護支援専門員の裁量で臨機応変な対応が可能であり、そこでの「家族への支援」を考えるにあたっては、「介護支援専門員の家族支援に対する意識」の有無が支援計画に大きく影響すると考えられる。そこで、小規模多機能型居宅介護に従事する介護支援専門員が認識している居宅会支援事業所との役割・機能の違いの実情から、介護支援専門員が行う家族介護者の負担軽減への取り組みを明らかにする。

2. 調査の方法

(1) 調査対象

WAM-NETに登録されている中部地方7県（愛知・岐阜・三重・静岡・富山・石川・福井）の全小規模多機能型居宅介護526件の介護支援専門員を対象とした。有効回収率は21.4%(N=113)である。

(2) 調査方法

自記式質問用紙を用いた郵送調査である。

(3) 調査期間：2012年6月22日から8月24日

(4) 調査項目

基本項目（介護支援専門員の年齢、性別、経験年数、資格取得に至った基礎資格、その他の保有資格）に加え、家族介護者支援の構造を図る項目として妥当性が得られている畑(2010)らの家族介護者支援の構造に関する尺度を用い、加えて自由記述（運営推進会議について、介護支援専門員が認識する利用者のサービス利用評価、これまでの居宅型・施設型と小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員の「違い」、家族からのニーズ、家族ニーズへの対応、小規模多機能型居宅介護の現状の支援、活用しているインフォーマル資源）の項目等で調査票を構成した

(5) 倫理的配慮

所属する大学院の倫理委員会の承認を得て、対象者の調査への協力は任意とし、同意書に署名を得た。調査票は個人情報保護の遵守に基づき厳重に管理し、「集計・分析」終了後にシュレッダーにて廃棄した。

(6) 分析方法

介護支援専門員による家族介護者支援に関する 25 項目に関して、回答選択肢を「まったくしていない（1点）」「あまりしていない（2点）」「ときどきしている（3点）」「いつもしている（4点）」の 4 段階リッカートスケールとして、家族介護者支援の実践度が高いほど高得点となるように設定されている。

次に、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員による家族介護者支援（25 項目）が、実際にどのような構造になっているのかを分析するため、因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った。ただし、どの因子に対しても因子負荷量が 0.35 に満たなかった 3 項目は削除し、再度 22 項目について因子分析を行った。また、抽出された各因子は、Cronbach's α 係数によりその信頼性（内的一貫性）を確認した。なお因子分析においては、尺度を構成する 25 項目において 1 項目でも無回答があった 26 票をリストごと除外し、87 票のデータを用いて分析を行った。調査結果の分析には統計ソフト IBM SPSS Statistics 20 を用いた。

また、自由記述に関しては、定性的（質的）コーディング（佐藤 2006,2008）を参考とし、①自由記述より得られたデータから、意味内容ごとに「コード」を割り出した。②一般化を図るため、先行研究との比較検討を行いつつ、「コード」を生成した。

そして、データ分析の結果は、調査協力者に説明しないようについて、継続的に確認してもらうことで「妥当性」を確認している。

第 2 節 調査結果

1. 基本属性

(1) 調査対象者の基本属性

調査対象者の基本属性について「性別」は「女性」が 79.6%と多く、「男性」は 19.5%であった。「年齢」は平均 46.8 歳であり、「30 歳代」が 31.9%で最も多く、続いて「40 歳代」27.4%、「50 歳代」22.1%、「60 歳代」16.8%であった。「経験年数」は「1 年目～3 年目」が 38.9%と最も多く、続いて「4 年目～6 年目」が 28.3%、「10 年目以上」が 18.6%、「7 年目～9 年目」が 13.3%であった。次に、「基礎資格」は「介護福祉士」が 66.4%と最も多く、続いて「看護師」が 12.4%、「社会福祉士」が 6.2%であった。また、「その他保有資格」では「ホームヘルパー」が 31.0%、「社会福祉主事」が 15.9%であった。（表 3-1）

表 3-1 調査対象者の基本属性（記述統計）

項目	カテゴリー	度数 (%)
性別	女性	90(79.6)
	男性	22(19.5)
	無回答	1(0.9)
年齢 (平均：46.8歳)	30歳代	36(31.9)
	40歳代	31(27.4)
	50歳代	25(22.1)
	60歳代	19(16.8)
	70歳代	1(0.9)
	無回答	1(0.9)
	介護支援専門員 経験年数	1年目～3年目
4年目～6年目		32(28.3)
7年目～9年目		15(13.3)
10年目以上		21(18.6)
無回答		1(0.9)
基礎資格		歯科医師
	薬剤師	1(0.9)
	保健師	1(0.9)
	看護師	14(12.4)
	准看護師	3(2.7)
	社会福祉士	7(6.2)
	介護福祉士	75(66.4)
	歯科衛生士	1(0.9)
	ホームヘルパー	5(4.4)
	社会福祉主事	3(2.7)
	管理栄養士	1(0.9)
	無回答	1(0.9)
	その他保有資格 (複数回答)	看護師
准看護師		2(1.8)
社会福祉士		6(5.3)
介護福祉士		2(1.8)
栄養士		1(0.9)
精神保健福祉士		1(0.9)
ホームヘルパー		35(31.0)
社会福祉主事		18(15.9)
教員免許		1(0.9)
保育士		2(1.8)
幼稚園教諭 2種		1(0.9)
福祉用具専門相談員		2(1.8)
認知症ケア専門士		4(3.5)
福祉住環境コーディネーター 2級		3(2.7)
衛生管理者		1(0.9)
労働安全衛生法による免許証		1(0.9)
臨床検査技師		1(0.9)

(2) 介護支援専門員による家族介護者支援の構成要素

畑らが 2010 年に行った居宅介護支援事業所の介護支援専門員への調査と同様に、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員による家族介護者支援が、どのような構造になっているのかを明らかにするために、因子分析を行った。その結果、因子負荷量がどの因子に対しても 0.35 未満のため除外された「Q6:介護保険サービスに関する情報提供」「Q9:ケアプランに対する家族介護者の意見の確認」「Q19:要介護高齢者と家族介護者の調整」を除く計 22 項目で構成された 5 因子が抽出された（表 3・2）。

第 1 因子は家族調整に関する 7 項目から構成されており、『家族の統合に向けた家族調整』と命名した。第 2 因子は、サービス提供支援の 3 項目で構成されており、『家族介護者考慮したサービス提供』と命名した。第 3 因子は、先行研究における教育的支援・情報提供支援から共に 2 項目ずつ計 4 項目で構成されており、「家族介護者へのアドバイス」の平均値が高かったことから、『家族介護者への教育的な支援』と命名した。第 4 因子は、家族介護者の心理的な側面の支援に関する 4 項目で構成され、『家族介護者への心理的な支援』と命名した。第 5 因子は、先行研究における教育的支援・心理的支援のうち共に 1 項目ずつ、情報提供支援から 2 項目の計 4 項目で構成され、「情報提供」に関する項目数が多く比較的平均値が高いため『家族介護者と要介護者に向けた情報提供支援』と命名した。

次に、家族介護者支援全体（全 25 項目）の信頼性（内的一貫性）について Cronbach's α で確認したところ 0.896 を示した。また、因子分析の結果抽出された各因子は、第 1 因子より順に 0.888、0.940、0.694、0.779、0.671 とすべての因子において 0.7 以上もしくは 0.7 に近い数値を示し、高い信頼性が確認された。

表 3-2 介護支援専門員による家族介護者支援の因子分析結果

	因子					素得点の 平均値	標準 誤差
	1	2	3	4	5		
因子1 家族の統合に向けた家族調整 $\alpha = .888$							
Q25他の家族員に家族介護者の希望を代弁	.818	.003	.140	.070	.191	2.7	.97
Q24家族介護者との家族員の仲裁	.814	.068	.307	.074	.044	2.6	.99
Q23家族介護者との家族員の調整	.801	.214	.084	.153	.025	2.9	.89
Q22他の家族員に対し家族介護者の意義の伝え	.707	.162	.145	.233	.012	2.6	.93
Q21要介護高齢者に家族介護者の希望を代弁	.552	.095	.154	.231	.391	3.2	.74
Q20家族介護者と要介護高齢者の仲裁	.547	-.024	.385	.147	.182	3.0	.89
Q18要介護高齢者に家族介護者の意義の伝え	.386	.032	.302	.164	.157	3.1	.78
因子2 家族介護者を考慮したサービス提供 $\alpha = .940$							
Q12家族介護者を考慮したショートステイ利用	.097	.963	.111	.132	.074	3.8	.53
Q11家族介護者を考慮したデイサービス利用	.176	.876	-.062	.166	.033	3.8	.56
Q10家族介護者を考慮したヘルパー利用	.060	.865	.077	.063	.034	3.9	.52
因子3 家族介護者への教育的な支援 $\alpha = .694$							
Q1家族介護者が行っている介護内容・方法についてのアドバイス	.095	.093	.638	.196	.211	3.6	.54
Q7ボランティアに関する情報提供	.363	.040	.612	.141	-.001	2.5	.78
Q4健康保持のためのアドバイス	.134	-.050	.607	.224	.209	3.3	.70
Q8ピアグループに関する情報提供	.283	.103	.392	.093	-.078	2.3	.89
因子4 家族介護者への心理的な支援 $\alpha = .779$							
Q15家族介護者の介護への労い	.063	.021	.250	.819	.094	3.6	.51
Q14家族介護者自身への評価の伝え	.225	.188	.217	.583	.015	3.4	.62
Q17家族介護者の不安への共感	.192	.155	-.040	.547	.346	3.6	.51
Q16家族介護者の不安の傾聴	.253	.159	.229	.544	.138	3.4	.54
因子5 家族介護者に向けた情報提供 $\alpha = .671$							
Q13サービス提供者へ家族介護者の希望を代弁	.205	.169	.141	.165	.629	3.7	.54
Q3要介護高齢者の状態の説明	-.011	-.022	.043	.069	.625	3.8	.46
Q2要介護高齢者の今後の見通しに対するアドバイス	.277	-.024	.478	.028	.491	3.4	.67
Q5介護保険制度に関する情報提供	.083	.004	.160	.360	.384	3.6	.55
寄与率	17.23	12.13	9.86	9.65	7.61		
累積寄与率	17.23	29.37	39.23	48.88	56.49		

(3) 運営推進会議に関する内容

「開催頻度」では、「2カ月に1回」がその他のカテゴリーと比べて92.0%と圧倒的に多かった。次に、運営推進会議の位置づけでは「地域連携に必要な会議である」が90.27%と最も多く、続いて「介護に関する情報交換に有効である」68.14%、「小規模多機能型居宅介護のPR、登録者増加に有効な会議」63.72%、次いで「2カ月に1回は多すぎる」38.05%、「開催のための連絡調整が負担」16.81%、「会議の構成員の選定が大変である」14.16%であった。（表3-3）

また、その他の内訳では「家族の参加が少ない」、「参加者が少ないのが悩み」といった、「構成員の選定」だけでなく、参加者の数が促進されないといった課題がうかがえた。さらに、「地域の行事や、現状把握（自治会での情報）を知り協力できる」、「防災について、自治会や地域包括支援センターなどと連携の話ができる」といったように、運営推進会議を地域へ入っていく手段として活用している事業所も見受けられた。（表3-4）

表 3-3 運営推進会議の位置づけ

項目	カテゴリー	度数 (%)
開催頻度 N=113	2週間に1回	1(0.9)
	1カ月に1回	2(1.8)
	2カ月に1回	104(92.0)
	3カ月に1回	3(2.7)
	4～6カ月に1回	1(0.9)
	無回答	2(1.8)
当てはまるもの (複数回答) 各々N=113	地域連携に必要な会議である	102(90.27)
	介護に関する情報交換に有効である	77(68.14)
	小規模多機能型居宅介護のPR、登録者増加に有効な会議	72(63.72)
	他の行事、会議等で連携が密なので必要性を感じない	5(4.42)
	2か月に1回は多すぎる	43(38.05)
	開催時の会場確保が負担である	6(5.31)
	開催のための連絡調整が負担	19(16.81)
	会議の構成員の選定が大変である	16(14.16)
その他	19(16.81)	

表 3-4 運営推進会議の位置づけで「その他」に分類された回答の詳細

項目	カテゴリー	度数 (%)
その他の記述 N=19	家族の声が開ける	1(5.3)
	併設事業所 (GH, 小規模特養) と合同で行っているため、 それぞれが遠慮がちで意見交換が少ない	1(5.3)
	来ていただくための議題がネタ切れしている	1(5.3)
	利用者の個人情報についての公開方法に工夫が必要	1(5.3)
	参加者が少ないのが悩み	1(5.3)
	半年に1回でも可だと思う	1(5.3)
	行政職員も参加しているため質問もできています	1(5.3)
	地域の行事や、現状把握 (自治会での情報) を知り協力できる	1(5.3)
	防災について、自治会や地域包括支援センターなどと連携の話ができる	1(5.3)
	他の事業所の運営内容等を参考にできたらいい	1(5.3)
	出席者の意見が施設の運営に反映されにくい	1(5.3)
	家族の参加が少ない	2(10.5)
	参加される方 (家族) がいつも同じ	1(5.3)
	開催必要頻度が短期間すぎる・あっという間に次回開催になってしまう	1(5.3)
	自治会長・民生委員の方の仕事が多く、都合をつけるのが大変そう	1(5.3)
	役職についてない町内の方をお願いするが、なかなか参加いただけない	1(5.3)
	GHの家族代表の方とも一緒に行っているが、基本が在宅の小規模とは ご家族同士でも思いや得たい情報が違うため、参加しにくいとの声あり	1(5.3)
	特に困ることはない	1(5.3)

(4) 介護支援専門員が認識する登録者の小規模多機能型居宅介護への評価

「登録者が評価していると思われる項目」では、「慣れた職員から一貫したサービスが受けられる」が 88.5%と最も多く、続いて「包括料金で通い・訪問・宿泊のサービスが受けられ便利」が 81.4%、「自宅で多様なサービスを受け安心して生活ができる」69.0%、「家族と生活でき、自分らしい生活が可能である」56.6%であった。また、「他の施設に入れずやむを得ず利用」が 27.4%と 3 割近くを占め、施設の入所待ちとしての繋ぎ利用の一面もうかがえた。(表 3-5)

また、その他の内訳では「通い・泊まりと慣れた場所で安心できる」、「少ない人数でアットホーム」、「急な利用ができる」、「枠にはまらないサー

ビスの利便性（特に時間）といった小規模多機能型居宅介護ならではのメリットや見受けられた。

さらに一方では、「他のサービス（通所リハ・訪問看護・訪問入浴）の利用・枠が少ないなど不便」というように、小規模多機能型居宅介護での抱え込みの現状や制度としての限界がうかがえた。（表 3-6）

表 3-5 登録者が評価していると思われる項目

項目	カテゴリー	度数 (%)
登録者が評価していると思われる項目 (複数回答) 各々N=113	慣れた職員から一貫したサービスが受けられる	100(88.5)
	自宅で多様なサービスを受け安心して生活できる	78(69.0)
	家族と生活でき、自分らしい生活が可能である	64(56.6)
	包括料金で通い・訪問・宿泊のサービスが受けられ便利	92(81.4)
	症状の改善や進行の阻止が図れる	42(37.2)
	他の施設に入れずやむを得ず利用	31(27.4)
	地域とのコミュニケーションが持続可能	41(36.3)
	その他	15(13.3)

表 3-6 登録者が評価していると思われる項目で「その他」に分類された回答の詳細

項目	カテゴリー	度数 (%)
登録者が評価していると思われる項目 (複数回答) N=15	通い・泊まりと慣れた場所で安心できる	2(13.3)
	少ない人数でアットホーム	1(6.7)
	急な利用ができる	5(33.3)
	他のサービス（通所リハ・訪問看護・訪問入浴） の利用・枠が少ないなど不便	1(6.7)
	すぐに相談できる	1(6.7)
	気軽さ、なじみの関わりを第一としている	1(6.7)
	看護師に相談ができ、病院との連携ができる	1(6.7)
	枠にはまらないサービスの利便性（特に時間）	1(6.7)
	自宅で生活している状態に限りなく近いサービスが受け	1(6.7)
	どんな方も断らないと思われている	1(6.7)

(5) 施設型・居宅型と小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員の「違い」

施設型・居宅型と小規模多機能型居宅介護との「違い」として、24 時間 365 日の支援体制を掲げていることから、「臨機応変に対応できる」が 90 件と最も多く、続いて「利用者・家族との状態が把握しやすい」60 件、「利用者・家族との関わりが密である」35 件、「相談業務以外も兼任できる」26 件が多く記述されていた。

しかし一方では、他業務が兼任できることから「介護支援専門員の業務に専念できない」が 7 件記述されていることや、臨機応変に対応するためには「事業所内の職員全体がアセスメント・プラン作成にかかわる必要がある」6 件、「事業所内連携が重要である」2 件、「細かいニーズへのアセスメントが必要」2 件というように、事業所内全職員の支援意識の統一や技術の向上が必要であることがうかがえた。（図 3-1）

また、抽出された 374 件のうちコード化できなかった 25 件では、「人数は少ないが責任や負担が大きい」、「サービスありきで生活を組み立てるの

ではなく、生活ありきでサービスを組み立てている」といった記述が見受けられた。（表 3-7）

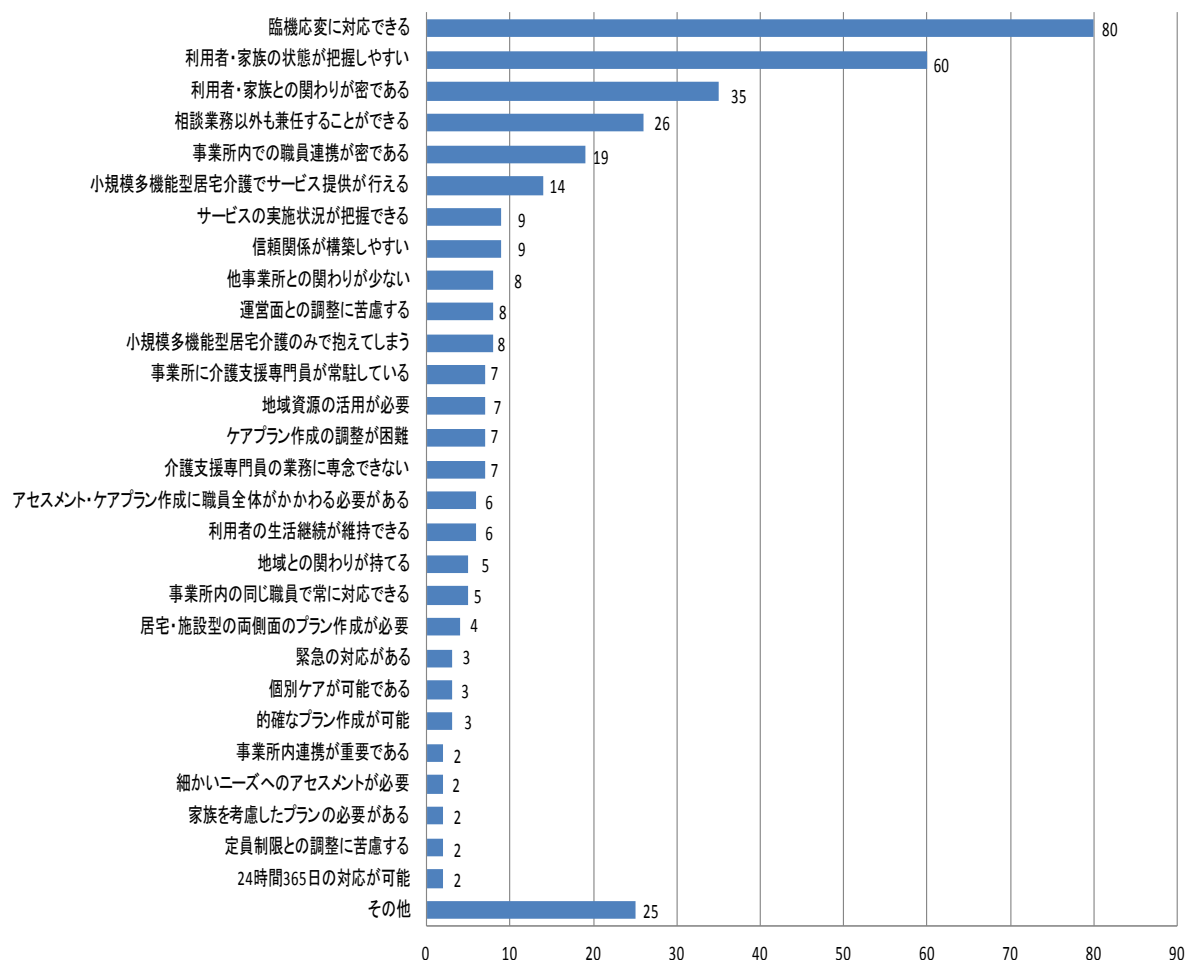


図 3-1 施設・居宅型の介護支援専門員と小規模多機能型居宅介護との違い
(N=374,抽出された全数)

表 3-7 施設・居宅型の介護支援専門員と小規模多機能型居宅介護との違い
で「その他」に分類された回答の詳細

- ・自分の施設の利用者さんだけのケアプラン作成になるので、その点は施設 c m に近いと思う
- ・経済面にも一般居宅より深く入り込む必要が高い
- ・居宅・施設と比べ担当件数が少なく
- ・小回りのきく内容となり
- ・経済的理由、独居認知の方の利用希望が多いように感じるため、 s w 的な機能も必要と感じる
- ・多角的にみていくことが可能です
- ・訪問を入れるときは、現場との調整が必要で職員（ヘルパー）が入れる時間を考える
- ・機能訓練に対応するスタッフがいないため、対応できない
- ・サービスありきで生活を組み立てるのではなく、生活ありきでサービスを組み立てている
- ・私が考える施設型とは、施設内で生活出来るように自分なりに援助できることを計画たてられる
- ・施設みたいに各部署ごとで分かれておらず、責任感を持っている
- ・人数は少ないが責任や負担が大きい
- ・施設だと職員確保や外出するスタッフがいない
- ・居宅型では、介護保険の枠で利用におられる人を動かすので、周辺症状の解決が難しいと感じている
- ・小規模多機能は家族との連携を密にしていかないと成り立たない
- ・ケアの目のない時間の過ごし方のプランも求められる
- ・臨機応変に対応できる力量が必要
- ・ヘルパーの支援がおこないやすい
- ・病状の進行の阻止が図れ
- ・医師との連携が図りやすい
- ・小規模は看護師必須のため
- ・訪問看護もやっている
- ・重なりが一般居宅より密と考える
- ・ボランティアや他のサービス、またキーパーソン以外のご家族を必要に応じてコーディネートすることがなく
- ・課題解決への検証が不十分ではないかとの懸念があります

(6) 家族ニーズの内容

家族からのニーズでは、家族の仕事に合わせた利用や夜間利用といった「柔軟なサービス利用」が 129 件と圧倒的に多く、次いで「緊急時の対応希望」34 件、買い物の付き添いや花の水やりのための帰宅といった「日常生活支援・同行・送迎」24 件、病院への「受信同行・送迎希望」が 22 件であった。また、少数ではあるが、定額制にもかかわらず「金銭面を考慮した利用希望」が 2 件あった。（図 3-2）

抽出された 289 件のうちその他の 23 件では、「本人からのニーズもなく、家族からのニーズもないのがほとんどです」、「在宅から引き離そうとするニーズがあることが辛い」といった記述がうかがえ、在宅介護を中心とした支援体制ではなく小規模多機能型居宅介護に丸投げする形になる可能性も見受けられた。（表 3-8）

在宅介護における家族の日常生活の安定を図る上では、これら家族ニーズへの支援体制を構築していくことが小規模多機能型居宅介護に求められると考えられた。

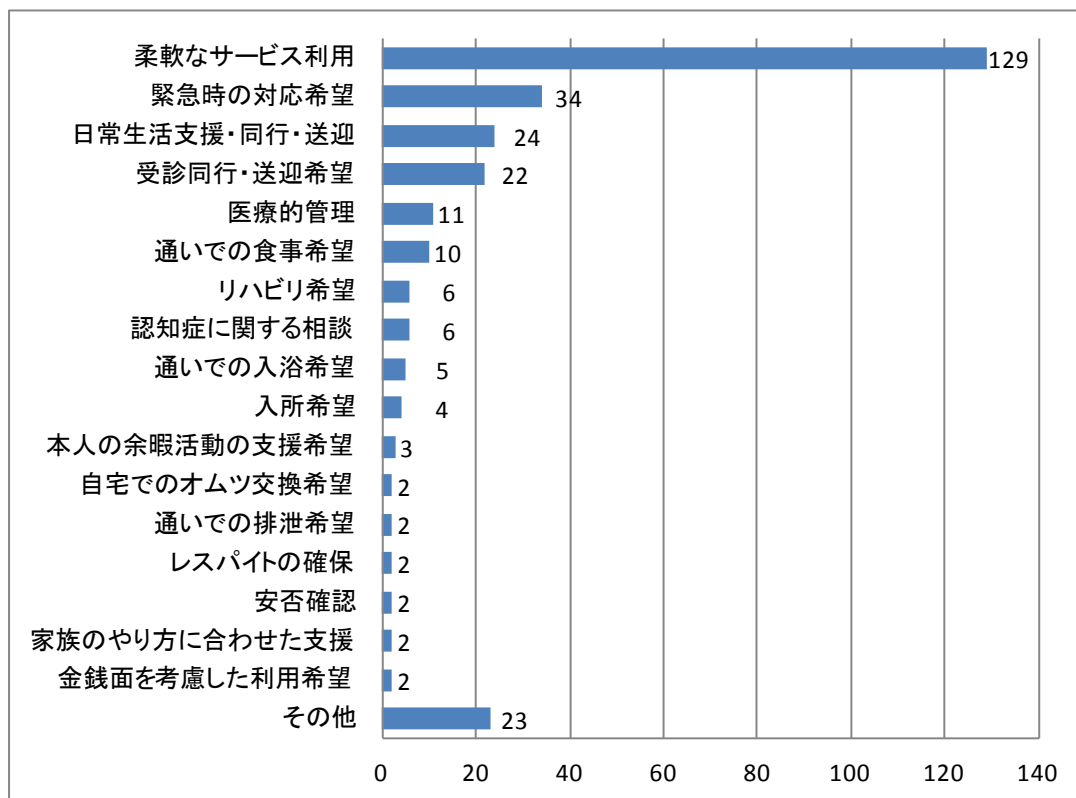


図 3-2 家族からのニーズ内容(N=289,抽出された全数)

表 3-8 家族からのニーズ内容で「その他」に分類された回答の詳細

- ・要支援でも通院乗降してほしい
- ・減額の措置はないのか
- ・小規模ショートの実業所がないかわりに、小規模を利用したい
- ・通い後の更衣やトイレ誘導希望
- ・介護度が変化したときの対応
- ・小規模が限界になった場合の他施設へのスムーズな移動への不安
- ・他の利用者（事業所）だが自費での通いや泊まりの対応希望
- ・認知症徘徊時に探しに行く
- ・NS（訪看）や受診後の来所
- ・訪問看護はできないのか
- ・尿とりパットを使用する量が多すぎるので、使用頻度を下げてほしい
- ・便の性状と量を詳しく教えてほしい
- ・体調が悪いようなのでお願いします・・・悪いときは主治医
- ・いつでも顔なじみのスタッフによるサービスの提供
- ・介護負担の軽減
- ・訪問を自ら希望される家族は少ない
- ・在宅から切り離そうとするニーズがあることが辛い
- ・自宅での徘徊
- ・送り出し、帰宅時の夕食、お酒準備
- ・本人からのニーズもなく、家族からのニーズもないのがほとんどです
- ・着替えた時の洗濯物のする・しないの判断基準
- ・着替える服の解釈（部屋着なのか外出着なのか）
- ・できないところを補うのではなく、多機能ができないことを家族が補うという形でのサービス利用の希望が多い

(7) 家族ニーズへの対応に関すること

① 家族ニーズへの対応について

家族から寄せられたニーズへの対応の有無については、「できる限り対応している」が72.6%と最も多く、次いで「常に対応している」23.0%であった。（表3-9）

表3-9 家族ニーズへの対応について

項目	カテゴリー	度数 (%)
家族ニーズへの対応について	対応することができない	1(0.9)
	できる限り対応している	82(72.6)
	常に対応している	26(23.0)
	無回答	4(3.5)

② 「対応することができない」「できる限り対応している」と回答された方の理由

上記の「家族ニーズへの対応について」において、「対応することができない」「できる限り対応している」と回答された方にその理由を尋ねると、24時間365日の支援体制の中でも通い・訪問にかかる職員や夜間時の職員確保といった「人員の確保次第」が32件と最も多く、次いで、制度との絡みとして定員制限があることから「定員次第」が21件であった。

また、人員確保や定員が一杯である場合は「家族の協力を得る」14件、利用者・家族の状況に対してどうにかしてあげたいといった「職員の思い」で対応していることもうかがえた。

しかし一方では、家族ニーズに対し、「必要な支援なのかどうか」13件、利用者の意向とは裏腹に家族に比重が割かれ「家族に合わせた対応になってしまう」2件といった危惧や、「対応できないこともある」8件など事業所としての限界も見受けられた。（図3-3）

さらにその他の内訳では、医療機関への「受診の受付はできても送迎ができない」「制度上のことなので対応できない」というように、制度的な事情により支援ができず苦慮していることがうかがえた。（表3-10）

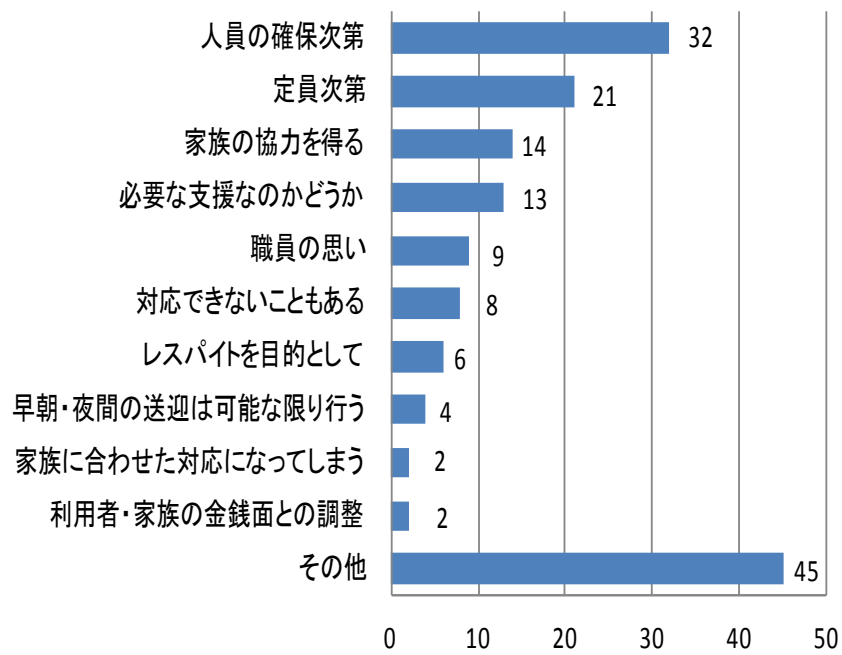


図 3-3 家族ニーズへの対応理由 (N=156, 抽出された全数)

表 3-10 家族ニーズへの対応の理由で「その他」に分類された回答の詳細

<ul style="list-style-type: none"> ・介護タクシーが利用できないので不便 ・ニーズに対し、介護保険外なら保険者に確認し対応できれば行う ・眠ったら3～4日寝る人がおり、計画もなく、起きているときはデイ、その他はヘルパー ・業務多忙でケアマネ業務に集中できない ・ケアマネ・介護士・事務・相談員・管理者を担っている為、家族、地域を巻き込んでサービスできない ・ケアマネが事業者にいように使われる ・包括料金に見合うように、世帯の状況に合わせてながら、出来る限りプランに沿った支援 ・1回/w、毎日でも値段が同じであるのは納得できないとF aに言われたりする。 ・いろいろとアプローチしていきながら対応できるようにしている ・福祉レンタル、介護用品、住改代用できるものがあれば出来る限り活用する（リスクマネジメントもできるから） <p>対応できる場所はリスクも家族に伝えていく</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高くなってしまった方（吸痰、気切、経管栄養 他）の受け入れの継続を <p>ご家族が強く希望されても宿泊対応は難しく他事業所への紹介を余儀なくされます</p> <ul style="list-style-type: none"> ・そのほかは対応している ・家族の要望は、将来的には施設入所を希望されていたり、利用日の延長を望まれる方が多いのですが、小規模の特性の意味を理解されている訳ではないと思えます（在宅で支える介護ではなくなるべく多くみてほしい） ・病状の悪化や治療内容についてはご家族さんが把握しているてもらいたいと思っているからです <p>しかし、家族関係が悪いご家庭で支援が難しい利用者さんに関しては、支援しています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用しはじめてすぐの通いや泊まり支援に関して、その人その人に合わせて行ってすぐに難しい方は、まず訪問から利用始めて関係を作ってから利用をし、泊まりも通いでなれたり ・スタッフと関係が出来たりした中で少しずつご本人の理解を得てから行っています。 <p>”すぐに”と家族さんの希望もあるところでもお話してこちらの方針をお伝えしながら出来るだけ段階を踏んでの利用の仕方で行っています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急な通い、泊まり、時間延長等に対応している ・経費の問題 ・家族と本人（利用者）のささいなトラブルの仲裁78-2 ・小規模に併設したクリニックがあるため、当施設のクリニックの通院介助であれば良いが、他のクリニック等は待ち時間などで長時間になることが多く困難である ・しかし、家族はその部分をついてくるので説明するのには困っている ・事業主と私共職員、机上と現場の考えの違いもあり大変である ・常に在宅が中心という考えに対応できない ・介護負担の軽減に100%対応できない ・その結果、スタッフの負担も大きくなりスタッフが継続して働けなくなることも考えられ、家族のニーズ、本人の思い、スタッフの環境等のバランスがとれて良いケアにつながると思う ・訪問、通いを組み合わせ、金銭、食事、服薬、ゴミ処理等の管理、通院の同行を行っているが、遠方の家族との関わりが薄くなってしまいそう ・同じ系列で特養があるが、人材確保のための労力が大きいのでこれ以上、介護保険施設を増やせないと言うのが上層部の意見 ・また、職員が長く勤務してくれれば、それなりに給与をあげなければいけないが、それに見合った増収が見込めない ・生活依存については現状と話し合いながら臨機応変に対応 ・日に数回の訪問（朝・昼・夕など） ・月1回の帰宅は、どうしても無理なとき（体調が悪いなど）は受け入れるが次の月は帰宅していただく ・小規模に全ての介護を託す傾向があり、家族の支援の必要性に苦慮 ・家族不在の介護サービスの提供にならないように調整している ・当事業所は市内1か所のため、できる範囲で対応 ・ターミナルの方が現在ご利用されています。上記同様宿泊は厳しいですが、受け入れざるを得ない状況となっております。緊急時心配です。 ・利用者、介護者の都合に合わせて利用できる（通いが出来ない日、訪問に変更（入浴のみ利用、夕方からの泊まり、夕食後帰宅等々） ・家族は受診の付き添いを希望している ・病院受診等、サービス外の対応についても出来る限りの範囲で対応している ・受診受付はできても、送迎ができない ・受診付き添いを行った方がより正確な情報を医師が伝えられるため正しい診断に繋がりやすい（特に精神科・認知症） ・受診の送迎 ・制度上のことなので対応できない ・同居の子が精神療養のため介護力が期待できない ・安否確認に支援している方で散歩の際1人いなくなってしまうときに、近くの中学校の校長、教頭先生らとも連携をとったり、スーパーともつながりを持ちながら支援しています ・夜間の見守りサービス等も応じなければいけないのだが、利用者さん方の請求がない ・通いサービス時間が決まっていてフリーに利用できない

(8) 小規模多機能型居宅介護での現状の支援に関する内容

① 現状の支援について

介護支援専門員が抱く小規模多機能型居宅介護での支援の満足度については、「まあまあ満足している」51.3%と最も多く、次いで「あまり満足していない」29.2%、「満足している」13.3%、「満足していない」3.5%であった。

「満足している」と「まあまあ満足している」が合わせて64.6%であることから、介護支援専門員の約6割は小規模多機能型居宅介護での現状の支援に満足していることがうかがえた。(表3-11)

表3-11 小規模多機能型居宅介護での現状の支援に関する満足度

項目	カテゴリー	度数 (%)
現状の支援の満足度	満足していない	4(3.5)
	あまり満足していない	33(29.2)
	まあまあ満足している	58(51.3)
	満足している	15(13.3)
	無回答	3(2.7)

② 「満足していない」「あまり満足していない」と回答した方の理由

上記の「小規模多機能型居宅介護での現状の支援に関する満足度」において、「満足していない」「あまり満足していない」と回答された方にその理由を尋ねると、利用者・家族から寄せられる多様なニーズに対し応えられないといった「職員の力量不足」15件、職員が確保できず外出ニーズや訪問に出られない、夜勤対応での負担等の「職員不足・負担」11件がうかがえた。また、利用者・家族にとって必要な支援にも関わらず、制度での定員制限・運営上の問題としての「定員・採算の問題」10件、「限度額により他のサービス利用ができない」6件、「地域資源の活用が促進されない」5件、「事業所側のプランになりがち」2件といった介護支援専門員の葛藤も見受けられた。

さらに、施設のプログラムに合わせてしまうといった「個別支援が難しい」5件、24時間365日の支援体制を毎日の泊まり・通いが可能であるという、在宅介護を中心としない誤った認識の下で「過剰なニーズへの問題」6件といった介護支援専門員の葛藤もうかがえた。(図3-4)

一方で、その他の内訳では、「泊まりが常駐化し、グループホーム化している事業所がある」「入所待ちとして利用している方が多い」というように、運営面の課題や定員規制などでサービス調整に苦慮している背景には、制度目的を逸脱した柔軟な活用が存在していた。しかし、このような利用実態をせざるを得ない状況が在宅介護には存在していると考えられる。(表3-12)

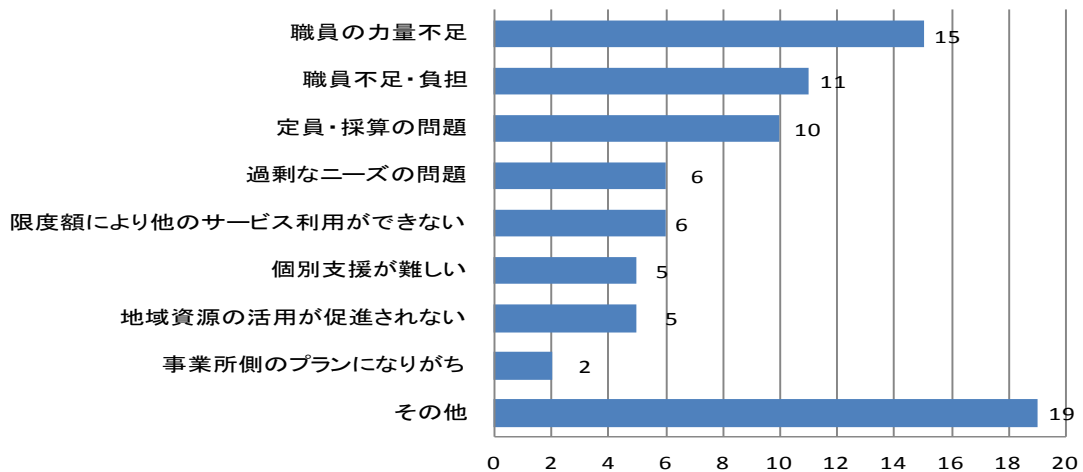


図 3-4 「満足していない」「あまり満足していない」の回答理由
(N=79,抽出された全数)

表 3-12 「満足していない」「あまり満足していない」の回答理由で
「その他」に分類された回答の詳細

- ・事業所内では変わらないが、認知度が増しており上がったことにショック
- ・重度な利用者を人でしておかず、毎日利用したい方が多い
- ・入所待ちとして利用している方が多い
- ・設立当初はしほりが多くきつかった
- ・居宅利用時に限度額いっぱい、超えて利用していた方が多い
- ・その方々を支援していくには通いが重要である
- ・雑用が多い、掃除・電話対応・来客対応・夜勤・介護・他施設への問い合わせ支障がない限り兼務は可能と規定されているが、支障がないケアマネ業務などあるのか疑問
- ・12時間労働・休日も電話が鳴る
- ・手当がなくその中でいいサービスを提供しようという気分・体力までダウン
- ・登録されている方で、平日日中独居の方が多数いる
- ・小規模で大幅な単位が必要となる
- ・利用者さんの状態にもよるが、支援の方の報酬が安いことや小規の利用の必要性に疑問を感じる
- ・時間外の訪問の要望が今のところなく、家族で対応しているが負担がある様子（夜中のオムツ交換など）
- ・認知があり鍋をこがすため、近所の人から帰宅はやめてほしいといわれている
- ・泊まりが常駐化し、グループホームがしている他事業所がある
- ・確かに通常は7～9人泊まりなら安定するが、果たしてそれが良いことか疑問がある
- ・長時間かかる訪問が困難であるが、対応できるようにしていきたい
- ・利用者の時々の変化に臨機応変に対応が必要なため
- ・在宅生活で困らないよう、ADLレベルの維持や認知症状の緩和を目標とすることがほとんどであり、ご本人がどう過ごしたいかまで届いていない

(9) 小規模多機能型居宅介護での支援で、これまでに活用したインフォーマル資源の内容

小規模多機能型居宅介護での支援展開において、これまでに「活用したインフォーマル資源」では、「家族」が 79.65%と最も多く、次いで「近隣」70.80%、「民生委員」59.3%、「親戚」48.67%、「友人」41.6%であった。

(表 3-13)

これらから、在宅介護におけるインフォーマル資源として、家族がその大部分を担っている現状や、利用者・家族がこれまで培ってきた関係性の資源が活用されていることがうかがえた。

また一方では、その他資源として郵便局や学校、消防署などの公共機関が活用されていた。(表 3-14)

表 3-13 これまでに活用したインフォーマル資源

項目	カテゴリー	度数 (%)
活用したインフォーマル資源 (複数回答)	家族	90(79.65)
	親戚	55(48.67)
	近隣	80(70.80)
	友人	47(41.6)
	知人	32(28.3)
	老人クラブ	15(13.3)
	自治会	28(24.8)
	民生委員	67(59.3)
	福祉委員	14(12.4)
	ボランティア団体	41(36.3)
	NPO法人	11(9.7)
	当事者団体	0(0)
	その他	26(23.0)

表 3-14 これまでに活用したインフォーマル資源で
「その他」に分類された回答の詳細

項目	カテゴリー	度数 (%)
活用したインフォーマルサポ (複数回答) N=26	認知症サポーター	1(3.8)
	リハビリボランティア	1(3.8)
	コンビニ	1(3.8)
	配色サービス	2(7.7)
	理美容院	1(3.8)
	タクシー会社	1(3.8)
	中学生の福祉体験	1(3.8)
	消防署	1(3.8)
	子ども会	2(7.7)
	公民館	1(3.8)
	有償ボランティア	1(3.8)
	習い事	1(3.8)
	幼稚園	1(3.8)
	保育園	1(3.8)
	高校	1(3.8)
	郵便局員	1(3.8)

【参考文献】

- (1) 社会福祉士養成講座編集委員会 編,『高齢者に対する支援と介護保険制度－高齢者福祉論,第2版』中央法規,2009
- (2) 羽生正宗 著『レスパイトケア（介護者支援）政策形成－家族介護者の負担感分析－』日本評論社,2011
- (3) 畑亮輔, 岡田進一, 白澤政和『居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造』介護福祉学, 第17巻第1号, p.33-45,2010
- (4) 佐藤郁哉 著『質的データ分析法 - 原理・方法・実践 - 』新曜社,2008
- (5) ウヴェ・フリック 著,小田博志,山本則子,春日常,宮地尚子 訳『質的研究入門<人間の科学>のための方法論』春秋社,p219-2442002
- (6) 小塩真司 著『SPSSとAMOSによる心理・調査データ解析－因子分析・共分散構造分析まで－』東京図書,2004

第4章 考察

本章では小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の取り組みの調査から得られた実状を整理しながら、小規模多機能型居宅介護の仕組みが在宅介護のどの側面に影響を及ぼしていたのか、今後の課題を含めてその有用性を考察していく。

第1節 在宅介護を継続するなかでの家族からのニーズ

介護保険制度の目的は、利用者に対するサービス提供を含めた支援の展開であるが、利用者の在宅生活の大半を家族が支えていることから、家族ニーズへの支援が利用者の在宅生活の継続に繋がっていくと推察される。今回の調査では、「家族からのニーズ内容（図3-2）」のデータより、「日常生活支援・同行・送迎」「受診同行・送迎希望」など、これまでの利用者の生活習慣や身体上必要な受診に際して、家族が対応できない場合の代替としてのニーズが見受けられた。また、「柔軟なサービス利用」「緊急時の対応希望」など、24時間止まることのない在宅介護を担っている家族の生活に合わせた柔軟なサービス提供や、突発的な事態への支援の必要性が明らかとなった。

介護保険制度が施行され12年が経つなかで、今日でも上述したようなニーズが引き起こされる背景には、①介護保険サービスが利用者の生活に合わせた提供ではなく、利用者が介護保険サービスに合わせるような仕組みであること、②介護保険制度が利用者・家族の生活にどこまで介入することが可能なのかといった課題があると考えられる。

介護保険制度には要介護度別に設定された上限利用点数や、また、提供される介護保険サービスにも利用時間や選択できるサービスに限界がある。例えば、デイサービスの利用時間では事業所によって決められた時間枠、送迎時間が決められており、利用者・家族はその利用時間に合わせた生活を余儀なくされ、家族介護者の社会関係の制限から介護負担へと繋がっている。

また、介護保険制度のサービス提供において、在宅介護でのニーズのすべてを補うことは困難である。「在宅で介護する時は介護保険制度を利用する」という認識が一樣の広がりを見せるなかで、介護保険サービスによって利用が在宅介護における問題の解決に繋がると家族は期待している。しかし、現実的には介護保険制度の活用は、介護問題を含めた生活上の諸困難に対する解決策の一部にしか過ぎない。つまり、在宅介護のすべてを介護保険制度で補うのではなく、さまざまな社会資源を活用しながら小規模多機能型介護と家族との在宅介護における役割分担を行っていくマネジメント力が必要である。

一方で、これらの明らかにされた家族ニーズは、小規模多機能型居宅介護に限ったものではなく、その他の居宅介護支援事業所においても対応が苦慮されてきたことから、在宅介護を担っている全ての家族の切実なニーズであるといえる。介護支援専門員は介護保険制度という縦割りのサービスのなかで、これらの家族ニーズに応えようと介護保険制度以外の資源を活用するなど試行錯誤を繰り返してきた。

居宅介護支援事業所において、これらの家族ニーズへの対応に苦慮が生じてきた要因には、従来のサービス（訪問介護・デイサービス・ショートステイなど）では利用に際した介護保険点数の増加による経済面への影響が大きいことや、送迎・利用時間の枠組みが存在していたことから、サービスの狭間のニーズとして支援が苦慮されてきたに違いない。

介護保険制度のサービスの種類にも限界があるなかで、今後の在宅介護を担う小規模多機能型居宅介護では、サービス提供だけではなく、利用者本位を前提としながらも、日常的な関わりにおける家族の生活の安定に向けた支援の視点が必要となる。

第2節 小規模多機能型居宅介護における柔軟な支援とその限界

1. 小規模多機能型居宅介護の制度により得られた柔軟な支援

小規模多機能型居宅介護では、これまで在宅介護の中心的役割を担ってきた居宅介護支援事業所とは制度の仕組みが異なる。小規模多機能型居宅介護は、サービス提供事業所として通い・訪問・泊まりの機能と併せて介護支援専門員が位置づけられていることや、包括払いの利用料金で24時間365日の支援体制を構築している。

本調査においても、「居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護との介護支援専門員の違い（図3-1）」のデータより、「24時間365日の対応が可能」「小規模多機能型居宅介護でサービス提供ができる」「事業所に介護支援専門員が常駐している」など、これまでの居宅介護支援事業所との支援体制の違いが明らかとなった。また、一方で「登録者が評価していると思われる項目（表3-5）」のデータでは、介護支援専門員の大半が「慣れた職員から一貫したサービスが受けられる」「包括料金で通い・訪問・宿泊のサービスが受けられ便利」「自宅で多様なサービスを受け安心して生活できる」などが、利用者から評価されていると認識していた。在宅介護では、利用者を支えている家族の介護力や経済力がその継続に影響を及ぼしてきたことから、小規模多機能型居宅介護という新たな仕組みが家族介護者の負担軽減に繋がっているといえよう。

これまで、居宅介護支援事業所が提供してきた従来のサービス提供の仕組み（訪問介護・デイサービス・ショートステイなど）では利用に際した介護保険点数に上限があることから緊急時の対応が困難であったり、また家族へ

の経済的負担が大きいことから、夜間型訪問介護やデイサービスの延長などの利用が懸念されてきた。小規模多機能型居宅介護において包括払い方式が取り入れられたことは、在宅介護における家族の経済的負担だけでなく夜間・緊急時の支援が可能となることから身体的負担、心理的負担の軽減に繋がると考えられる。介護支援専門員にとっても、介護保険点数や家族の経済状況を鑑みることによって断念せざるを得なかった支援であっても、小規模多機能型居宅介護の機能のなかでは介護保険点数に囚われない支援を提供することができることから、利用者・家族の生活状況に合わせた支援が可能となっている。

小規模多機能型居宅介護では通い・訪問・泊まりの機能を有し、同一職員がサービスを提供することから、利用者・家族と職員との関係が密となり、利用者のリロケーション・ダメージの軽減や家族の安心感に繋がっていた。また、同事業所内に介護支援専門員が常駐していることで、ケアプランによって立てられた支援目標とそれに伴うサービスについて、作成だけでなく実際のサービス提供の役割を担い実施状況を把握することが可能となっている。従来のような居宅介護支援事業所では、このような役割を担うことは制度的には困難な状況であったが、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員は常にモニタリングへと繋がる一連の支援過程に介入することができ、利用者・家族の状況に合わせ柔軟にケアプランの変更・提供ができるような仕組みになっている。

このように、小規模多機能型居宅介護の制度的仕組みによって得られた家族の身体的・心理的・経済的負担の軽減だけでなく、一方では従来居宅介護支援事業所に比べ介護支援専門員の判断で担える役割や支援が容易になっていることから、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員には要介護者・家族の状態に合わせた支援展開が期待されている。

例えば、通い機能では、家族の出勤時間よりも早く利用者を迎えに行き、家族の帰宅時間後に合わせて利用者を自宅へと送り届けるような利用も可能である。こうした利用方法のメリットは、在宅介護において課題となっていた家族の仕事を辞めざるを得ないという離職問題に対して、仕事と介護の両立を支えることができることから、家族の社会参加への制限の緩和に繋がるといえる。

しかし、このような利用者・家族の生活に合わせた支援のためには、日常的な関わりから利用者・家族の状態を把握していかななくてはならない。そのため、介護支援専門員を含めた全職員が利用者・家族の日常的な些細な変化を汲み取れる関わり方の意識化や他の職員との情報共有などの連携、ケアプランの変更への積極的な関わりといった、介護支援専門員のような動きや、関わりが求められ、そうした小規模多機能型居宅介護の職員の育成・研修が今後の課題である。

2. 小規模多機能型居宅介護における多機能の限界

小規模多機能型居宅介護に取り入れられた包括払い方式には、本調査での「小規模多機能型居宅介護での現状の支援に関する満足度」における「『満足していない』『あまり満足していない』の回答理由（図 3-4）」のデータから、「限度額により他のサービスが利用できない」など、小規模多機能型居宅介護による包括払い方式の利用料が要介護度別に設定された利用上限の約 7 割を使用してしまう。つまり、小規模多機能型居宅介護の機能で対応できない場合は、他サービスを利用せざるを得ず、残りの約 3 割を超えてしまうことが予測され、さらなる経済的負担が発生すると考えられる。このような課題が存在していることから、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員は支援の限界を感じ、また小規模多機能型居宅介護以外の介護支援専門員があまり小規模多機能型居宅介護を活用しない要因ではないかと推察する。

今後の小規模多機能型居宅介護において、活用の促進と利便性を向上させていくためには、現状で提供している多機能サービスをどこまで広げ包括払い方式のなかで提供していくことができるのかが課題となるだろう。

このような、介護保険制度下における小規模多機能型居宅介護のサービス機能の拡充には、利用者・家族や介護職員、介護支援専門員の 3 つの側面からの活用・実践の整理から、現状の利点や不便さを地域や行政へと訴え政策へと反映していかなければならない。そのなかで、小規模多機能型居宅介護には地域や行政との連携の場として運営推進会議が位置付けられており、地域資源の開発・促進だけでなく実践を踏まえた現状を行政、政策へと訴えていくソーシャルアクションの機能が求められると思考する。詳しくは、4 節にて考察する。

第 3 節 介護支援専門員の家族介護者支援への取り組みから

上述した、小規模多機能型居宅介護の制度の下で家族介護者支援を行っていくためには、包括払い方式や介護支援専門員の位置付けなどの制度的仕組みとその多機能なサービスを活かした介護支援専門員の取り組みが求められる。

小規模多機能型居宅介護の制度によって介護支援専門員は、「居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護との介護支援専門員の違い（図 3-1）」のデータより、居宅介護支援事業所よりも、「利用者・家族の状態が把握しやすい」「利用者・家族との関わりが密である」「相談業務以外も兼任することができる」など、介護支援専門員がサービス提供事業所の機能を有した小規模多機能型居宅介護に位置付けられたことにより、事業所内の多様な役割を担っていた。なかでも、小規模多機能型居宅介護に介護支援専門員が常駐していることは、ケアプラン作成だけでなく介護職員としてサービス提供にも介入していた。また、居宅介護支援事業所のようにサービスに応じた複

数のサービス提供事業との連携とは違い、同事業所内の職員であることから、連携の促進に繋がり、統一された支援目的の下でサービス提供が可能となっていた。

そこでは、利用者との直接の関わりから、利用者の状態やサービスの実施状況を常に把握することができ、モニタリングの場として機能していることや、状況に応じて支援内容・ケアプランの変更へと繋げていくことが可能となる。さらに、介護支援専門員は介護職だけではなく利用者の送迎に付き添うことで、帰宅時での家族との関わりの時間を作り出すことができる。その関わりを通して家族を気遣い、その状態を把握することや相談に応じることにより、今後の生活の変化や問題を先読みしながら支援体制を整えることが可能となる。また、家族の介護負担による疲労度に応じて、予防的に通いの延長や泊まりなどへ臨機応変に切り替えることでも、レスパイトケアとして家族の身体的、心理的な介護負担の軽減に繋がっていたと考えられる。

そうしたなかで、家族が問題や悩みを訴える時期は、ある程度問題が大きくなっている場合が多く、些細な問題は家族から福祉専門職には語られにくい傾向にある。小規模多機能型居宅介護は、同事業所での同一職員によるサービス提供や介護支援専門員の常駐、制度的な仕組みからも、家族との関わりから最も早期発見が行い易い環境であると推察される。そのため、介護支援専門員を始めとする職員は、利用者・家族の状態を把握していくために日常的な関わりから得ることのできる情報やニーズ、また、そこでの意図的な関わり通した支援展開の重要性を理解し、そのなかで重度化される前の些細な問題でさえも捉え、どのような支援が展開できるのかを考えなくてはならない。

こうした、小規模多機能型居宅介護の下での介護支援専門員の取り組みは、支援を展開する上で必要となる利用者・家族の状況への具体的な理解に繋がると推察される。実際のサービス提供に介護職員として介入することができることから、利用者・家族の状態から今後の展開を予測し、予防的な支援を行うことや今後を見据えた支援の展開が期待され、家族の身体的、心理的な介護負担の軽減に繋がっているといえよう。

一方で、小規模多機能型居宅介護では、「居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護との介護支援専門員の違い（図 3-1）」のデータより、「運営面との調整に苦慮する」「定員制限との調整に苦慮する」など、包括払い方式での利用であっても一日の通い・泊まりの定員制限が規定されていることから、必要な支援であっても定員枠がなければサービスを提供することはできないといった課題が生じていた。通いや泊まりに必要な職員数を確保していても、急な訪問依頼により職員を訪問に向かわせてしまうと事業所内が人員不足に陥ることから、利用者の対応に手が届かなくなる危険性も存在する。そういった状況のなかで介護支援専門員は、介護職や送迎スタッフとの兼務をせざるを得ず、「介護支援専門員の業務に専念できない」などの本来

業務に時間を割けない問題を抱えていた。

また、利用者・家族の状態を把握することで、その状況に応じたサービスを臨機応変に提供することが可能となっているが、サービス変更をケアプランに反映し職員に繋げていく一連の流れに負担を抱えている状況もうかがえた。

第4節 小規模多機能型居宅介護における運営推進会議の有用性

1. 運営推進会議の役割と今後の課題

運営推進会議の役割は、サービス提供内容を地域に開示することにより、第三者から評価等を受けることでサービスの質の確保を図るとされている。一方では、地域の要望やニーズから、高齢者を取り巻く社会的問題を議論する場として機能し、地域密着型サービスとして地域資源の活用、開発へと繋げ、地域のまちづくりの担い手として期待されている。

本調査においては、「運営推進会議の位置づけ（表 3-3）」のデータより、介護支援専門員の大半が「地域連携に必要な会議である」「介護に関する情報交換に有効である」「小規模多機能型居宅介護のPR、登録者増加に有効な会議」など、未だ周知されていない小規模多機能型居宅介護の広報的役割を含めた地域連携の場として位置づけられていた。しかしながら、少数意見として「議題のネタ切れ」「参加者がいつも同じ・少ない」というように、運営推進会議の開催目的を見出せないなど、その役割が曖昧になりつつあると推察される。

また、「これまで活用したインフォーマル資源（表 3-13）」のデータでは、家族や親戚、近隣、友人などが挙げられるなど、大半が家族や親戚といった親族が担っていた。さらに、「小規模多機能型居宅介護での現状の支援に関する満足度」における「『満足していない』『あまり満足していない』」の回答理由（図 3-1）」のデータでは、「地域資源の活用が促進されない」など、地域連携の場としては機能しつつも、地域資源の活用、開発といった部分では困難を抱えていた。

今後の運営推進会議の位置づけを考える上では、介護支援専門員がどのような目的の下に構成員を招集し開催するかが重要となるが、未だ発展途上の小規模多機能型居宅介護がその重責を担うには困難が大きいと考えられる。地域における高齢者を取り巻く課題は、小規模多機能型居宅介護だけでなく、地域包括支援センターや社会福祉協議会もその中核機関として位置づけられていることから、地域における課題を小規模多機能型居宅介護の課題に引きつけながら運営推進会議の目的や議題設定の段階から、その他機関との連携を強めていかななくてはならない。

2. 運営推進会議の活用による利用者・家族へのメリット

運営推進会議が利用者・家族に直接的にメリットとなる部分は、利用者・家族が参加をすることによって、在宅介護に対する思いや状況、ニーズを地域の他の福祉機関や行政に直接訴えることができる点にある。そういったニーズを元として、運営推進会議での目的設定や議論が活発となり新たなサービスを創造していくことや、インフォーマル資源の開発・促進、また資源と利用者・家族を結びつけることでも支援が可能となる。また、間接的には運営推進会議での連携を通して、他の福祉機関や行政、地域住民、利用者・家族の情報連絡網の組織化を図ることにより、地域の住民、社会資源、ニーズといった日常生活レベルの情報が得られるといったメリットがある。この情報連絡網の組織化は具体的なホットラインとして窓口を設けてしまうと、大きな問題の情報しか流れなくなってしまうことから、日常生活レベルで何気なく情報連絡網に流れるようなさりげないネットワークとして築き上げていくことが重要である。そのために、地域密着型サービスとして、社会福祉協議会や地域包括支援センターよりも狭い日常生活圏域・中学校区での位置づけがなされている。

そのなかで、未だ周知されない小規模多機能型居宅介護の社会的理解・承認をどのように推し進めていくのか、また利用者・家族、地域のニーズや要望に対しどのような連携を取りながら地域資源の活用、開発を促進させていくのかを考えなくてはならない。

小規模多機能型居宅介護は介護保険制度における在宅福祉の支援としては24時間365日の支援体制を築くことのできる唯一の施設であることから、地域ならではの福祉問題やその独自性にどこまで切り込んでいけるのかが課題となる。そのため、小規模多機能型居宅介護が受け身として事業展開を図っていくのではなく、ソーシャルアクションとして地域住民や関係福祉団体を巻き込みながら、行政へと訴えていかななくてはならない。

しかし、その役割を小規模多機能型居宅介護や介護支援専門員が担うには、社会的理解・承認がされない現状や不安定な運営面からも困難を極めるのではないであろうか。また、小規模多機能型居宅介護が制度化され6年経った今日でも、小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員・ケアマネジメントの研修制度が確立されていないことから、現状ではその役割を担うにはスキルアップや他機関との連携を通じた運営推進会議の議題設定、社会資源の開発・促進が必要である。

第5節 今後の在宅介護に向けての課題（小括）

高齢者介護を取り巻く現状は、今後高齢者人口の増加に併せた要介護高齢者の増加、またそれに伴う在宅介護の重度化、長期化などが指摘されるなど、家族介護者支援は今後も大きな課題となっている。

このような状況下で、小規模多機能型居宅介護は在宅介護に対しどのような支援を展開し、利用者・家族の日常的な生活の安定を図ることができるのかを考えていかななくてはならない。

本調査においては、小規模多機能型居宅介護は居宅介護支援事業所に比べ、①利用者・家族の状況に合わせた臨機応変な支援が可能である、②介護支援専門員が多様な課題を抱えながらも出来る限り対応しようとしていたこと、③介護支援専門員の認識する利用者の評価項目での実感から、在宅介護における家族の介護負担の軽減に繋がっていた。

つまり、小規模多機能型居宅介護では、家族ニーズに対し柔軟に応えられることが在宅介護継続の一要因として有用ではないかと思考する。

さらに加えて、小規模多機能型居宅介護では制度や運営面、介護支援専門員の技術的な課題なども明らかとなった。以下にその課題を3点示す。

第一に、小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の研修制度の必要性である。介護支援専門員は小規模多機能型居宅介護の制度を活用することで、居宅介護支援事業所に比べ利用者・家族との関わる時間を確保し、関係性を深めることや状況把握の行いやすさを感じていた。しかし一方で、「介護支援専門員による家族介護者支援の因子分析結果（表3-2）」のデータでは、「家族調整支援」がその他の因子に比べ平均値が低く示されたことは、利用者・家族との関わりが深く、情報把握ができたとしても、家族に介入するために必要となる技術的課題や介入によって関係が崩れてしまうなどの難しさが伴うのではないかと推察された。したがって、小規模多機能型居宅介護が掲げている通い・訪問・泊まりなどのサービス調整、ケアプラン作成だけでなく、家族間の調整など対人援助技術が求められることから、小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の研修制度の確立が急務であるといえる。

第二は、小規模多機能型居宅介護の社会的理解・承認の推進である。サービス調整の苦慮に関し、小規模多機能型居宅介護が包括払い方式を取り入れたことから利用上限がなく、「なんでもしてくれる」という期待感から利用者・家族の意識的な乖離が引き起こってしまっていると推察され、小規模多機能型居宅介護に対する丸投げのような状況に繋がっていた。介護支援専門員は制度的な定員制限と運営面を考慮せざるを得ない職員配置の2点と利用者・家族のニーズを鑑みながら、できる限りニーズに応じていた。そういったなかでサービス提供とケアプランの調整に課題を抱え小規模多機能型居宅介護の困難さを訴えていた。今後は、利用者・家族に対し直接理解を得るだけでなく、他機関への小規模多機能型居宅介護の社会的な理解・承認の推進が求められ、その役割として運営推進会議が期待される。

第三に、運営面の安定を図り、介護支援専門員が利用者・家族と向き合う時間の確保の必要性である。小規模多機能型居宅介護のメリットが包括払い方式や24時間365時間の支援体制だけでなく、介護支援専門員が常駐して

独自の判断で支援の可能性を広げられることから、サービス利用に至る前の段階でどのような関わり、支援ができるのかを予防的に行っていくことが重要である。しかし、小規模多機能型居宅介護として、財政的圧迫の中で介護支援専門員が安定的な業務に望めないなどの課題や、全国的にも小規模多機能型居宅介護が増加していかない現状からも、今後は運営面の安定を図ることにより、介護支援専門員が利用者・家族と向き合う時間が確保されることが必要である。

第5章 まとめ

従来、大規模収容施設を推進してきた高齢者福祉施策は、2000（平成12）年の介護保険制度の創設を岐路として、施設中心から在宅福祉へと転換がなされた。しかし、実際には施設入所に拍車がかかり待機者が溢れる状況にまで及び、併せて、在宅福祉を取り巻く課題が山積であることを露呈するに至った。

こうした実情を踏まえながら、介護保険制度は幾度かの改正を行い、2006（平成18）年の改正では地域密着型サービス、地域包括支援センターなどが制度化され、より地域に根差した日常生活圏域での支援を推進してきた。

高齢になっても、障がいを抱いても、これまで暮らしてきた地域、自宅での生活を継続することは誰しもが望むものであり、それを支えていくことが社会福祉の一側面であると考えられる。また、こうした考え方の下に、介護保険制度を含めた高齢者福祉施策を始めとして、社会福祉施策が施行されてきた。

本研究では、在宅福祉における家族介護者支援を考えるにあたり、2006年の地域密着型サービスで制度化された小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の取り組みに着目した。なかでも本論文では、小規模多機能型居宅介護と居宅介護支援事業所との役割・機能の違いの実情から、介護支援専門員が行う家族介護者の負担軽減への取り組みを明らかにし、在宅介護の継続における小規模多機能型居宅介護の有用性を検討することを目的に研究を進めた。調査結果からは、小規模多機能型居宅介護と居宅介護支援事業所の介護支援専門員の役割・機能の違いに着目したことにより、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員はケアプランを前提としたサービス提供だけでなく、利用者・家族の日常的な状態を常にケアプランに反映させながらサービスや関わりを変更していくことから、より利用者・家族の実情に即したサービス提供ができる可能性が示された。

これらのことから、現状の介護保険制度では、①サービス提供の時間・内容・点数・利用料金の課題、②介護支援専門員の利用者・家族への日常的なアセスメントの重要性とサービス提供に反映させる力量、③介護支援専門員が利用者・家族を可能な限り把握することのできる環境への位置づけの必要性の3点が今後の家族介護者支援を考える手がかりとして得ることができた。

そのなかで、小規模多機能型居宅介護は居宅介護支援事業所と比べ、上記のサービス提供の仕組みと介護支援専門員の位置づけの2点が明らかであったことが、在宅介護の継続の一要因として有用性が得られた。

また、今後の小規模多機能型居宅介護の課題としては、①小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の研修制度の必要性、②小規模多機能型居宅介護の社会的理解・承認の推進、③運営面の安定を図ることにより、介護

支援専門員が利用者・家族と向き合うことのできる時間が確保される、の3点が示された。小規模多機能型居宅介護の制度化から6年が経過し、制度が創り出す「柔軟さ」を活かした支援を展開するためには、それに合わせた技術が必要となる。現状の介護支援専門員によっても先述したような多様な課題に対し試行錯誤のなかで支援を展開している状況であった。

小規模多機能型居宅介護では、①24時間365日の支援体制、②通い・訪問・泊まりの提供、③利用料金の包括払い、④なじみの関係の4点それぞれが独立的に作用するものではなく、相乗的に作用し合うことにより、これまで居宅介護支援事業所ではできなかった取り組みが、介護支援専門員の判断で可能となっていた。

社会福祉においては、これまで生活上の制度の狭間にある問題を埋める支援が利用者・家族の生活を支える上で重要な役割を担ってきた。介護保険制度においても、制度では補えない部分に対し小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員が何を行うことができるのかが重要となる。

そのなかで、介護支援専門員が利用者・家族の生活を具体的に捉え、通い・訪問・泊まり機能の提供だけでなく、「日常的な関わり」をどのように活かし、取り組んでいけるのかが今後の小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員の課題である。

高齢者は歳を重ねることにより体力低下やさまざまな疾病を患い、また在宅介護の継続に伴ってその状況は重度化していくとされる。小規模多機能型居宅介護は、介護保険制度という制限のなかに一定の柔軟性をもたらし、利用者・家族の生活上の出来事といった自然な変化やそれに伴う問題に対して、サービス機能を当てはめることで生活の安定に繋げていた。しかし、このような支援は応急的且つ極めて対処的であり、利用者・家族の生活を長期的に継続させていけるものではない。

こうした現状に、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員はケアプラン作成だけでなく、小規模多機能型居宅介護の特徴である「なじみの関係」を日常的な関わりから築くことにより、利用者・家族の多様な生活状況を具体的に知ることができる。この「なじみの関係」が支援関係に与える作用は、介護支援専門員では、利用者・家族の日常的な心身の僅かな変化でさえも捉える視点の存在である。例えば、日常的に関っているからこそ利用者・家族の話し方や表情、顔色といった情報から体調や不安といった心身の状態を見極めることができるといったことである。一方、利用者にとっては利用に際した安心感を抱けるのではないだろうか。この安心感は、小規模多機能型居宅介護を利用することで得られた利用者の生活の変化、特に精神面の安定の有無が利用者の表情や話し方、行動へと影響することからも、これらの変化から利用者に与える作用を考えることができる。また、家族では日常的な利用者の状態を介護支援専門員と共有することにより、共感することのできる理解者の存在が孤立感を弱めることや精神的負担の軽減に繋がるのではな

いだろうか。

このような「なじみの関係」のなかで、利用者・家族と介護支援専門員とが密接だからこそ、当面の家族の状態や問題に対する対処の仕方、在宅介護という生活の経過と方向性を予測することで、さらなる明確な援助課題を見出すことができるのである。また、これらの情報を活用することで、先を見据えた長期的なプランで支援・関わりを組み立てることが可能となる。

これらの視点が本論文でいう「なじみの関係」の意味する概念として位置づけたい。

小規模多機能型居宅介護では、利用者・家族への支援を常にモニタリングのなかで行うことができ、これまでのケアプランに比べ、より実状に即した動きが予測できることから、より現実的な支援目標や支援方法、それに伴う支援期間の3点の設定が可能となる。そこには、利用者・家族により近いからこそ、これまで把握できなかったことが実践を通して把握することができる。今後の生活の変化や問題に向けた予防的な支援を展開していくことで、利用者・家族の生活の変化やそれに伴う問題に対する①心の準備、②ダメージの軽減、③家族の力量の向上、などを行うことで在宅介護を伴う生活の継続に繋がると推察する。

中堅・ベテラン層の福祉専門職であれば、これまでの実践経験とそれに依拠した専門職としての勘から利用者・家族の状態と生活状況、問題状況を鑑みながら、介入時期の判断と近い将来引き起こされるであろう問題への予防的な関わりや支援体制の準備を整えることができるのではと推察される。しかし、小規模多機能型居宅介護に至っては、利用者・家族の生活状況に対し在宅介護支援を担う事業所としては唯一24時間365日関われる環境があることから、介護支援専門員だけでなく全職員が必然的にその技術・視点が求められる。そのなかで、利用者・家族との日常的な関わりを通して、利用者・家族の予測し得る近い将来を見据え、予防を含めた支援を展開しなければならない。

しかし、これらの有用性は介護支援専門員が認識する居宅介護支援事業所と比較において得られたものであり、在宅介護のすべてを小規模多機能型居宅介護が担えるということではない。小規模多機能型居宅介護においても、先述したような課題が重積され、今後どのように課題を取り除き利用者・家族の日常的な生活の安定を支えていくことができるのかが注目すべき点である。

これから、我が国の高齢者人口はますます増加の一途を辿り、それに併せた要介護者の増加、また在宅介護における家族介護者の負担の増加が懸念される。小規模多機能型居宅介護のように柔軟なサービス提供といった仕組みが家族介護者の負担軽減に繋がっていたことは本調査によっても明らかにされたが、家族ニーズの一つひとつにフォーマルサービスを創り出し提供していくことだけが在宅介護を支えることだとは考えてはいない。

今後も、介護保険制度は幾度かの改正がなされ、その度に新たな仕組みやサービスが創り出されるであろう。しかし、介護保険制度にも限界があるなかで利用者・家族への支援を考える上では、この制度下でどのような取り組み、支援を展開できるのかを実践的に考えることが重要である。

こうした現状において、利用者・家族への直接的なサービスの必要性和併せて、介護支援専門員による家族介護者支援の実践的な取り組みを整理し、確立していくことが、今後早急に求められるであろう。

今後の研究課題では、小規模多機能型居宅介護と居宅介護支援事業所の介護支援専門員の取り組みを具体的に捉えるために「家族介護者支援の構造尺度」について、数値には表れない回数や時間、深さといった質的な部分を補う研究が必要である。

また、本調査の対象は小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員であるが、その有用性を考える上では、実際に小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業所を利用している利用者・家族への介護負担軽減の推移や満足度、小規模多機能型居宅介護を利用することにより利用者・家族の生活がどのような変化が得られたのかなどの調査が必要である。

さらに、調査対象地域が中部地方7県（愛知・岐阜・三重・静岡・石川・福井・富山）であるとともに回収率が21.4%（113件）と低かったことから、さらに母数を増やすことと併せて、小規模多機能型居宅介護の全国的な現状把握を目的とした調査への拡大が必要である。

本研究の結果を踏まえ、今後は「小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員の取り組み」について、①在宅介護における利用者・家族の生活の具体的理解の視点・技術の検討、②介護保険サービスの提供のみに依拠しない対人援助技術を用いた家族介護者支援のより実践的な支援の可能性について考えていきたい。

おわりに

筆者が社会福祉を学び始めたのは、介護保険法が施行された 7 年後の 2007(平成 19)年のことである。その頃から、少子高齢化社会という言葉が頻繁に目にし、地域社会における高齢化や孤立化、また、それに伴う住民関係の希薄化など多様な課題が浮き彫りとなっていた。当時、大学では主に高齢者福祉や地域福祉を専攻し、大学 3 回生の社会福祉実習では社会福祉協議会を志望した。

大学院での研究において家族介護者支援に拘る理由は、大学 3 回生での出来事が大きな転機となっている。大学 3 回生では社会福祉の基礎学習を終え、社会福祉実習において 24 日間という最低限の現場を踏む時期であり、社会福祉の中核的な教育段階に位置する。

そのような時期に、筆者の祖父が認知症を患い介護保険制度の利用を開始するとともに、一人暮らしであった祖父宅へ、母の通いで在宅介護が始まった。当初は、認知症の症状も軽度であり、食事の準備と掃除・洗濯、風呂準備さえしていれば問題なく一日を終えていた。しかし、在宅介護が半年、一年が経過してくると、認知症の症状は、昼夜の逆転や温度感覚の麻痺、ゴミ収集癖、他害行為など、これに併せて地域社会からのバッシングや夜間介護などによる心身の介護負担が母にのしかかるようになった。

こうした状況から、筆者に対し、母から祖父の在宅介護やそれに伴う家族や地域関係の問題など、多様な相談電話がほぼ毎日掛ってくるようになった。しかし、大学にて専門教育を受け、高齢者福祉や地域福祉を専攻していたにもかかわらず、何一つアドバイスができず、ただ話を延々と聞くことしかできなかったことに無力感を感じざるを得なかった。

結果的には母が体調を崩し、祖父は精神病院への入院を経て老人保健施設に入所し、施設生活を送っているが、当時どのような支援や関わり、サービスがあれば在宅介護における母の負担を軽減し継続していくことができたのか、このことが筆者の問題意識として残り、大学院を志す契機となった。

大学での福祉教育では、制度や政策といった学びが中心に行われていたのに対し、大学院では対人援助技術の理論やシステム論など実践的な学びが多かった。それに伴って、筆者の福祉に対する考え方も「サービス提供中心」の支援展開から、「対人援助としてどのような支援ができるのか」というように、利用者・家族をどのように捉え介入するのか、その一手段としてサービスを利用するといった考え方をとるようになった。

この度の調査、研究において、在宅介護の最後の砦といわれる「小規模多機能型居宅介護」に着目した理由は、24 時間 365 日の支援体制や包括払い方式、在宅サービス 3 本柱の同事業所提供に端を発し、さらには同事業所に介護支援専門員が配置されていたことが魅力的であった。

介護支援専門員がサービス提供事業所としての機能を併せ持つ小規模多機能型居宅介護に配置されたことは、従来の居宅介護支援事業所に比べ、利用者・家族に対し対人援助技術としての支援展開が可能ではないのかという仮説が立てられた。

先述したように、調査結果からは、介護支援専門員は小規模多機能型居宅介護の制度である包括払い方式や24時間365日の支援体制などを活用することで家族ニーズに対し柔軟に対応することが可能であることが、在宅介護の継続の一要因として有用性が得られた。

この「柔軟さ」を活かすには、調査から得られた「利用者・家族の状態把握が行いやすい」「利用者・家族と関われる」という回答にもあるように、利用者・家族の日常的な生活のなかで介護支援専門員がどのように関わっていくことが出来るのかが課題となる。また、そのなかで重要となるのは介護支援専門員の対人援助技術であると考えている。

小規模多機能型居宅介護の制度によって得られた「柔軟さ」のなかで、利用者・家族への支援をどのように展開しながら、在宅介護の負担の軽減と継続をさせていけるのか。そのためにも、今後は小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員がどのような対人援助技術を必要としているのか、またどのように展開させていくことができるのかを、実践的に研究していきたいと考えている。

謝辞

本研究にご理解をいただき、ご多忙にもかかわらずアンケートへのご協力と貴重なご意見を示してくださった小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員の方々に心から感謝申し上げます。

また、本研究のテーマでもある小規模多機能型居宅介護を知るきっかけとなったのは、社会福祉法人 キリスト教ミード社会館 南部地域包括支援センターの種村理太郎先生、小規模多機能型居宅介護 ミード愛ホームの職員の方々のご指導のもとでの現場実習でありました。これまでの介護保険制度にはない新たな仕組みや柔軟な支援が「在宅介護の最後の砦」とご指導を賜り、本研究を進めた次第であります。また、種村先生には実習指導だけでなく本研究・調査における分析・考察でのご指導も賜り、本研究を進めるうえで大変お世話になりました。種村先生の福祉への探求心、知識、学ぶことへの姿勢には、常に驚かされてばかりでした。種村氏のご指導と熱意に深く感謝しております。

本研究を温かく指導して下さったのは、指導教授である関西福祉科学大学大学院教授の浅野仁先生でした。研究内容が定まらずゼミ発表の内容が度々変更するなど、同期の方々が着々と研究が進むにつれ、私の存在は一番の不安要素だったと思います。そのようななかでも、研究に行き詰った際にはお時間を割いていただき、研究室にてご指導を賜りました。論文の書き方をはじめ、研究者としての姿勢や根拠に基づく研究の必要性など、浅野先生からご教授していただいたことは尽きません。心から感謝申し上げます。

そして、関西福祉科学大学講師であり浅野ゼミの先輩でもある立花直樹先生には、私が大学院を志した際に浅野仁先生をご紹介頂いたことや、入学試験での研究計画書のご指導を賜るなど、関西福祉科学大学大学院への進学の際は大変お世話になりました。また、本研究におけるアンケート調査では、立花先生の研究室の名義をお借りし、アンケート回収の窓口としても活用させていただくなど、立花先生には感謝の言葉が尽きません。本当にありがとうございました。

さらに、関西福祉科学大学講師であり愛知淑徳大学時代の実習指導教員でもあった小口将典先生には多くのことを学ばせていただきました。大学院への進学を決めたのも先生の存在があったからです。また、先生に出会った頃は福祉への関心が薄れ、中途半端な学生生活を送っていた私に、福祉の面白さや楽しさ、やりがいを教えてくれたのも先生でした。先生のご指導の下で実習を行い、私が生まれ育った地域の福祉に触れることができたからこそ、地域での生活の大切さや家族の尊さに気づくことができました。本研究を進めるにあたって、学部時代に抱いていた問題意識や家族への思いを失い、研究から遠ざかっていた私に対し、厳しく突き放しながらも、温かく見守り、

苦しんでいるときには優しく手を差し伸べて下さいました。今の私があるのも先生のご指導があったからです。深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

一方、小口先生との出会いは同時に、共に支え合い、互いに高めていくことのできる仲間との出会いでもありました。小口先生の下で共に学び、議論をし、励まし合った仲間たちは、歩む道は違えど福祉を志す気持ちに違いはないと信じています。実践者として彼らに劣るなかで、彼らの存在は脅威でもあり、励みでもあり、そして良い意味で刺激的でした。良き相談相手として、議論のできる仲間として、息抜きのできる友人として、彼らの存在は本研究に対しても多大な影響を与えてくれました。学部時代を共に過ごした仲間感謝しています。

関西福祉科学大学教授の得津慎子先生には学内外を問わずご指導を賜りました。家族支援を課題としながらも知識のない私に、家族システムとしての構造やパターン、介入に伴う変化の予測など、講義内ではございますがご教授いただきました。これらの考え方も私の価値観の変化や研究にも多大な影響を与えてくれました。得津先生に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

また、関西福祉科学大学助教の酒井美和先生（元愛知淑徳大学助教）と会津大学短期大学部講師（元愛知淑徳大学助教）の木村淳也先生には、本研究における調査・分析・考察に関するご指導だけでなく、研究者としての姿勢を行動で示し、ご教授して下さいました。また、遠くからのプレッシャーは私の焦りと意欲を掻き立て、本研究に取り組むことができたのも先生方のおかげであります。先生方には感謝しております。ありがとうございました。

本研究を進めるうえで、私自身の生活の不安定さや食の偏りを心配し、お弁当や食事のお誘いを賜るなど、私の生活を心配して下さったのは、関西福祉科学大学講師の津山恵子先生でした。津山先生には食事の安定だけでなく、様々な出会いや経験の場を作っていただき、私の心の支えとなってくれました。津山先生との出会いがなければ、大阪での生活が現在のような精神的な安定は得られなかったと思います。津山先生には感謝しております。本当にありがとうございました。

また、本研究・調査にあたり様々な場面で助けて下さった大学院の同期、後輩たちの存在はとても大きいものでした。夜遅くまで院生室のパソコンに向かい研究を進め、ゼミの同期とは学外で集まり夜中まで議論したこともありました。その一つひとつが研究を支え、修士論文を書き上げることができました。大学院の同期や後輩たちに感謝しています。

ここですべてのお名前を挙げることはできませんが、私が福祉に携わってきた6年間で出会った多くの方々に深く感謝申し上げます。

最後にはなりましたが、大学院への進学を理解し支えて続けてくれた両親や兄をはじめ、2012年1月に亡くなる最後まで進学を喜び応援してくれた

祖母の杉谷千寿と、大学院進学のきっかけとなった祖父の田中勉に、深く感謝申し上げます。本当にありがとう。

謝意は尽きませんが、本研究を進め、在宅介護を担っている家族や当事者である利用者、また高齢者支援に携わる方々に寄与することで、これまで研究を支えてくださった人たちに、感謝の意を捧げたいと思います

調査票

(小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員の方にお伺いします。)

1. 介護支援専門員に関することについて教えてください。

- ① 介護支援専門員を受験した基礎資格を教えてください。該当するものに一つ○をつけて下さい。

・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・保健師 ・助産師 ・看護師
・准看護師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・社会福祉士
・介護福祉士 ・視能訓練士 ・義肢装具士 ・歯科衛生士
・言語聴覚士 ・あん摩マッサージ指圧師 ・はり師 ・きゅう師
・柔道整復師 ・栄養士 ・管理栄養士 ・精神保健福祉士
・ホームヘルパー ・社会福祉主事

- ② その他保有資格を教えてください。該当するものにすべて○をつけて下さい。

・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・保健師 ・助産師 ・看護師
・准看護師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・社会福祉士
・介護福祉士 ・視能訓練士 ・義肢装具士 ・歯科衛生士
・言語聴覚士 ・あん摩マッサージ指圧師 ・はり師 ・きゅう師
・柔道整復師 ・栄養士 ・管理栄養士 ・精神保健福祉士
・ホームヘルパー ・社会福祉主事
・その他
()

- ③ 介護支援専門員としての経験年数を教えてください。(2012年6月1日時点での経験年数)

(年目)

- ④ あなたの年齢を教えてください。

_____ 歳

- ⑤ あなたの性別を教えてください。

_____ 男 _____ 女

2. 1～25の項目について、日頃の対応を教えてください。

右の1～4のあてはまるところ1つに○をつけてください。

		まったくしていない	あまりしていない	ときどきしている	いつもしている
1	家族介護者の行っている介護が疲労や負担につながっている場合には、家族介護者に対して介護の方法や内容についてアドバイスする	1	2	3	4
2	必要な場合に、要介護高齢者の今後の見通しを家族介護者に説明し、それに必要な準備をするように、アドバイスする	1	2	3	4
3	家族介護者から要望があった場合には、要介護高齢者の状態を詳しく説明する	1	2	3	4
4	家族介護者自身の心身の健康を保つためのアドバイスをする	1	2	3	4
5	介護保険の制度やその改正が、家族介護者に影響する場合には、それらについてわかりやすく説明する	1	2	3	4
6	家族介護者に対して、家族介護者の意向やニーズに適した介護保険のサービスについての情報を提供する	1	2	3	4
7	家族介護者に対して、介護保険以外の利用可能なボランティアについての情報を提供する	1	2	3	4
8	家族介護者に対して、家族会などのピアグループについての情報を提供する	1	2	3	4
9	ケアプランを作成した際に、ケアプランに対して家族介護者から確認を取る	1	2	3	4
10	ヘルパーを利用してもらう場合には、家族介護者の生活や意見も考慮してケアプランを作成する	1	2	3	4
11	デイサービス・デイケアを利用してもらう場合には、家族介護者の生活や意見も考慮してケアプランを作成する	1	2	3	4
12	ショートステイを利用してもらう場合には、家族介護者の生活や意見も考慮してケアプランを作成	1	2	3	4

	する				
13	家族介護者がサービス提供者に対して希望を言いにくい場合には、その希望をサービス提供者に代弁する	1	2	3	4
14	家族介護者が行っている介護のよい部分・できていることを見つけて、肯定的な評価を家族介護者本人に伝える	1	2	3	4
15	家族介護者の行っている介護に対して、労いの言葉をかける	1	2	3	4
16	家族介護者の今後の生活や介護に関する不安について、話を聞く時間をもつ	1	2	3	4
17	家族介護者の行っている介護やそれに関して感じている不安について、共感的な態度をとる	1	2	3	4
18	家族介護者が行っている介護の意義やその重要性を要介護高齢者に対して説明する	1	2	3	4
19	要介護高齢者と家族介護者のケアプランに対する意見が違う場合に、それぞれの立場を考慮して、調整を行う	1	2	3	4
20	要介護高齢者と家族介護者の間で、介護に関するトラブルが生じた場合には、その仲裁を行う	1	2	3	4
21	家族介護者が要介護者に対して、介護について希望をいいにくい場合に、その希望を要介護高齢者に対して代弁する	1	2	3	4
22	家族介護者が行っている介護の意義やその重要性を家族介護者以外の家族員に対して、説明する	1	2	3	4
23	家族介護者と他の家族員の介護に対する意見が違う場合には、それぞれの立場を考慮して、調整を行う	1	2	3	4
24	家族介護者と他の家族員の間で、要介護高齢者の介護に関するトラブルが生じた場合に、その仲裁を行う	1	2	3	4
25	家族介護者が、他の家族員に対して介護についての希望を言いにくい場合には、その希望を他の家族員に対して代弁する	1	2	3	4

3. 運営推進会議について教えてください。

① 開催頻度 ()

② 運営推進会議についてあてはまるものすべてに○をつけてください。

	記入欄
地域連携に必要な会議である	
介護に関する情報交換に有効である	
小規模多機能型居宅介護のPR、登録者増加に有効な会議	
他の行事、会議等で連携が密なので必要性を感じない	
2カ月に1回は多すぎる	
開催時の会場確保が負担である	
開催のための連絡調整が負担	
会議の構成員の選定が大変である	
その他 ()	

4. 貴事業所の登録者は小規模多機能型居宅介護サービスをどのように評価しているのか、思われるところの記入欄すべてに○をつけてください。

	記入欄
慣れた職員から一貫したサービスが受けられる	
自宅で多様なサービスを受け安心して生活できる	
家族と生活でき、自分らしい生活が可能である	
包括料金で通い・訪問・宿泊のサービスが受けられ便利	
症状の改善や進行の阻止が図れる	
他の施設に入れずやむを得ず利用	
地域とのコミュニケーションが維持可能	
その他 ()	

5. 施設型・居宅型の介護支援専門員と比べて、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員との「違い」は何だと考えているか教えてください。

違う部分	具体的内容

6. 小規模多機能型居宅介護に対して、家族からどのようなニーズがあるか教えてください。

ニーズの内容

7. 家族ニーズへの対応について教えてください。

- ① 家族ニーズへの対応について、当てはまるところ一つに○を記入してください。

		記入欄
1.	対応することができない	
2.	できる限り対応している	
3.	常に対応している	

- ② 上記で1、2と回答した方にお聞きします。その理由を可能な範囲で教えてください。

具体的理由

8. 小規模多機能型居宅介護での現状の支援について教えてください。

① 現状の支援について当てはまるところ一つに○を記入してください。

		記入欄
1.	満足していない	
2.	あまり満足していない	
3.	まあまあ満足している	
4.	満足している	

② 上記で1、2と回答した方にお聞きします。その理由を可能な範囲で教えてください。

満足していない こと 困難なこと	具体的内容

9. サービス計画に入っていない緊急要請への対応について教えてください。

(2012年5月の1ヶ月間でお考えください)

① 夜間訪問サービスの実施状況について教えてください。

延べ _____ 回

② 泊まりの実施状況を教えてください。

延べ _____ 回

10. 小規模多機能型居宅介護での支援について、これまでに活用したインフォーマル資源について教えてください。

・家族 ・親戚 ・近隣 ・友人 ・知人 ・老人クラブ ・自治会 ・
民生委員 ・福祉委員 ・ボランティア団体 ・NPO法人 ・当事者団体
・その他

(

11. 小規模多機能型居宅介護やケアマネジメントについて、感じておられることをご自由にお聞かせください。

(

)

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました