

小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの
推進に関する調査研究事業 (事業概略書)
特定非営利活動法人コレクティブ

事業目的

小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの実情を明らかにし、即時的かつ柔軟なアセスメントと対応の実情、医療との連携、ターミナル時の対応などを検討し、苦慮している小規模多機能型居宅介護事業所に対して、利用者主体のケアマネジメント方法を明らかにし、小規模多機能型居宅介護の適正な普及を目的とする。

事業概要

本研究では、本事業を推進するために研究者、行政、実践者等により構成する「調査研究委員会」の議論を踏まえ、以下のプロセスで調査・研究を進めた。

1. 委員会で小規模多機能型居宅介護の現状とケアマネジメントの状況を確認。全国の事業者から事例の収集を行う。
2. 全国の全小規模多機能型居宅介護事業者(1250 事業所)に事例募集。26 事例が集まる。その中でモデルとなる事例について、事業者を訪問し実態の確認を行う。
3. 全国の事例検討の場に出向き、各地の実践者と意見交換(全国 11 ヶ所、この事例検討会で集めた事例 24 事例。)
4. この集まった事例を作業部会にて分類。特徴づけ。
5. 委員会にて、小規模多機能型居宅介護とは何か、そのケアマネジメントとは如何にあるべきか検討。
6. 公開委員会(作業部会も含む)を開催し、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて論議を行う。2月1日熊本市にて、400名の事業者と行政の参加。
7. 作業部会で検討したものを元に、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて委員会においてまとめ、報告書とする。

■ 事業者や行政との意見交換から小規模多機能型居宅介護の状況とケアマネジメントの現状を確認。

- ① そもそも小規模多機能型居宅介護を理解しないで事業を行っている。
 - ・ 通いがデイサービスと同じで朝 9 時から夕方 5 時まで、土日は「休み」
行っていることは、これまでのデイサービスと同じで、外出や個別支援はない
 - ・ 訪問はホームヘルプと全く同じことしかやらない。見守りも外出も通院も無理。
 - ・ 泊りを夜勤専用の職員が行う 等々
- ② ケアマネジメントができていない
 - ・ アセスメントは 6 ヶ月に 1 回等
 - ・ ケアマネージャーは本人との関わりなし、家族の意見のみ
 - ・ これまでの居宅と同じでサービスの貼り付けに追われている
 - ・ ケアマネージャーは机に座って書類づくりしかしていない
 - ・ 事業所のサービス量に合わせた回数調整がケアマネの仕事になっている 等々

■集まった事例の分類

- ①これまでのデイサービスとの違い 泊まりの活用
- ②通い、訪問、泊まりによる柔軟な支援が可能になる
- ③利用者に合わせた時間・回数により、不安のない状態が創れる
- ④継続した関わりにより認知症の方々の状態が改善
- ⑤運営推進会議の活用により地域の方々の理解が始まる
- ⑥利用者本人の持つ地域の資源の活用により、これまでの居宅介護支援事業所と異なる支援が可能になる。
- ⑦「どこでどのように暮らしたいか」アセスメントの重要性。そのためにセンター方式の活用
- ⑧小規模多機能型居宅介護の制度の自由さを活用した柔軟な支援
- ⑨小規模多機能型居宅介護の自由さを生かした新たな取り組み
サロンの活用、自宅での交流

■ケアマネジメントについての論議

- ・ 地域での暮らしを継続するために、地域の資源と利用者を結びつけ調整すること
これは、特別なものではなく介護保険導入時目指していたものである
- ・ しかし、現在の介護保険での居宅介護支援事業所のケアマネの多くは、介護保険内のサービスの組み合わせに終わっている⇒切り貼り型のケアマネジメントしか行われていない
- ・ このようなケアマネジメントに何故変化したのか
居宅介護支援事業所のほとんどが事業所併設故に自分のグループの事業所に介護保険の枠内でのサービスを如何に使うか
件数が多かった
人とか生活の視点が教育されていない
基本資格の延長でのペーパー資格 等々

■ 「小規模多機能型居宅介護の視点」についての検討

①本人本位の支援

小規模多機能型居宅介護の主体は利用者であり、利用者のニーズに基づいて柔軟性と応用力のあるサービスを提供するところに最大の特徴がある。高齢者の気持ちに向き合い、寄り添いながら支援することを大切にし、本人の思いや希望を受け止め、それを叶える方法を考える。

②継続的支援

24時間365日、切れ目ない支援で利用者の暮らしを支える。「お世話する」のではなく「生きることを支援する」という姿勢で、本人ができること、できる可能性があることに着目して、本人の本来の能力を生かし、馴染みの職員による継続的な生活の支援を行う。

③地域で暮らし続けることの支援

介護が必要な状態になっても、本人がこれまで培ってきた家族や地域社会との関係の継続を大切にし、住み慣れた風景、行き交う人たちとのふれあい、軒先や縁側に訪ねてくれる知人などと共に暮らせること、それが小規模多機能型居宅介護の醍醐味である。

④地域との支えあい

事業所も地域住民の一員。地域に溶け込み、地元活動への参加や多様な地域資源の活用、積み上げてきた認知症ケアの実践経験の還元など、地域と支え、支えられる関係が地域

密着型サービスの鍵になる。地域との支えあいが利用者のより豊かで当たり前の暮らしを具現化する。

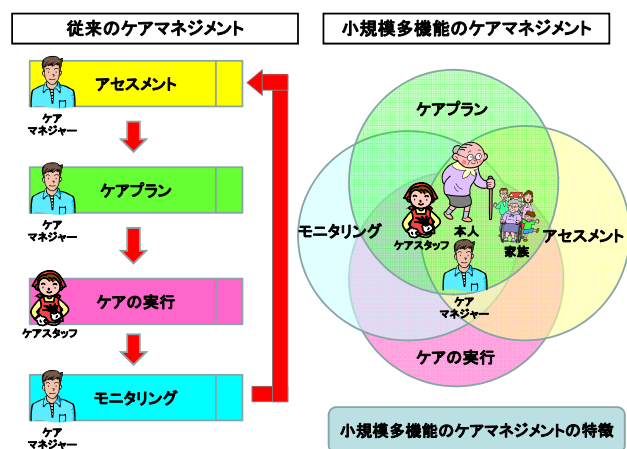
事業結果

■小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントとは

- ・ 「可能な限り自宅や住み慣れた地域の中で暮らし続けられるための支援を行う」
- ・ 「どこで、どのように暮らしたいかを支える」
- ・ 利用者、家族はその時々に変化（身体的・精神的等）する。
- ・ 認知症は進行し家族も本人も変化に脆い。

⇒24時間の個別的な地域生活を支援するためには、状態や状況の変化に柔軟かつ即対応が（支援・ケアプランの）ポイントになる。

- ・ 「アセスメント」⇒「プラン作成」⇒「ケアの実行」⇒「モニタリング・評価」の一連の過程が平面的、直線的（硬直的・画的）であると、サービスを柔軟かつ即応的に提供できない。
- ・ これまでは、サービスを月単位で提供していたが、小規模多機能型居宅介護では日々、瞬時変化する状況に応じなければならない。
- ・ そのため、アセスメント、プラン、ケア提供、モニタリング、評価が一体で瞬時行われる。



これまでのケアマネジメントの反省点

必要以上のサービスを提供し、その人の暮らしそのものを介護サービスだけで繋ぎ合わせたり、本人の住む場所を勝手に変化させたりしてきた。その事によって本人・家族・地域との関係を断ち切り、本来備わっている力や可能性を結果として奪ってしまったという事はないだろうか。小規模多機能型居宅介護は決して特別なものでもなく、新しいものでもない。これまでの自分自身の実践を振り返り、本人主体のその人らしい暮らしの実現に向かって、自分達はどのように考え、諦めることなく何をすべきなのか今、問われている。本人主体のその人らしい暮らしとは、単なるケアサービスのつなぎあわせで成り立つのではなく、それまで本人が築いてきた人間関係や地域との関係が、認知症になっても、断ち切らない、つながり続けることによって、他者との関係を実感し、自分自身の存在感を持つことによって成り立つ。

今まで介護保険という枠の中で自分たちも気が付かないうちに、サービス仲介係りになっていた私たちケアマネジャーへの反省です。だからこそ、自由で柔軟な発想と展開が可能な小規模多機能型居宅介護という制度において、ケアマネジャーを含めケアマネジメントの再出発を期待されているようにも思うのです。今、ここで「本来のケアマネとは？」「ケアマネジメントとは何か」の原点に立ち返り、実行する時なのではないだろうか。

ケアマネジメントの意味と小規模多機能型居宅介護でのケアマネジメント

介護保険が始まって導入されたケアマネジメントシステムは一応の定着をみたが、本来のケアマネジメントの持つ意義や機能が正しく定着しているとは言えない。いくつかの原因はあると思うがひとつはケアマネジメントに介護支援専門員という資格制度を導入した

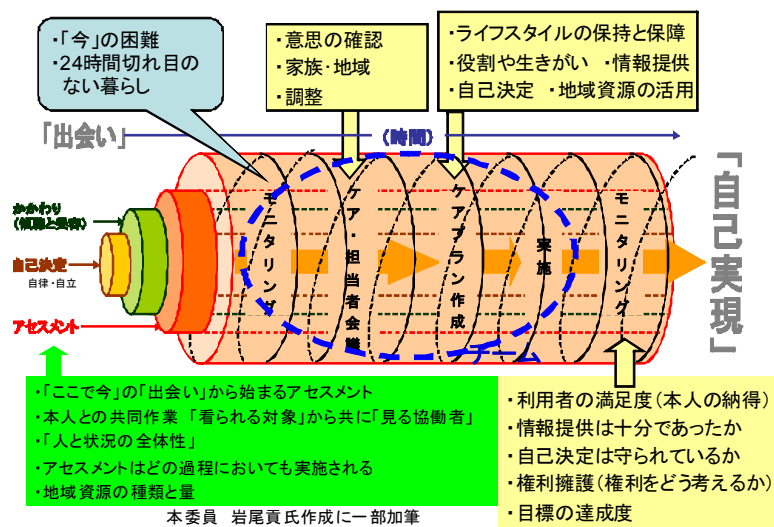
ことにある。ケアマネジメントはソーシャルワークの技術の一つであったが、その前提を十分に周知することなく制度と資格だけを先行させたため様々な問題を発生させることとなった。まずケアマネジメントの理解が仲介型ケアマネジメントに偏り「対象者の社会生活上でのニーズを充足させるため、適切な社会資源を結びつける手続きの総体」白澤政和（1996）という定義だけが一般化し多くのケアマネジャーが「すでに決まっている類型化されたフォーマルケアサービスがあって、利用者の状態を介護保険サービスの類型に査定・分類し、介護保険というフォーマルケアサービスのなかだけの限定的なサービスに連結し調整」（門屋）というサービスに結びつけるだけに終始していることが介護保険そのものを危うくしていることを認識する必要がある。さらに、介護保険は逆インセンティブが働く仕組みとなっているためケアマネジメントの一部機能である「仲介」がフォーマルサービスへ偏る上、肥大化するという危険性は当初から指摘されていたことであった。その上、援助技術の方法論の修得や面接技術のトレーニングなしにある意味では誰でも資格取得が可能のため、勢い「仲介型ケアマネジメント」しか実践的よりどころをなくしていたのも介護報酬の高騰に拍車をかけることとなった。何を意味するかであるが介護保険はサービスに対する対価と利用者の状態を段階に分け報酬が決められているため良いケアをして状態に改善やサービスの継続によって状態が維持されることには評価がされない仕組みとなっている。むしろ減額されるのが現在の仕組みである。認知症に限って言えば逆に重度化すればするほど介護は楽になる上に経営的には安定する。

今回ケアマネジメントのあり方が検討されたのには大きな意味がある。本来ケアマネジメントは地域生活支援のための一手法である。小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービス体系に位置づけられたことは、本来のケアマネジメントを取り返す絶好の機会である。ケアマネジメントにはいくつかの実践的類型がありケアマネジャーにはジェネラリックな視点での実践の確立が必要である。そのため現在の介護支援専門員による介護支援サービス展開過程の検証が必要であろう。介護支援専門員実務研修テキスト（三訂）35ページに掲載されている「ケアマネジメントの過程」の図に示されているような平面的なプロセスから転換し、援助技術を念頭に置いた実践的プロセスの確立を望みたい。検討委員会でも示されたが自己実現に向けた自己決定とアセスメントにおけるかかわりの概念や時間も含めプロセスにおける意味の検討により立体的な実践感覚に基づいた展開過程が求められる。

小規模多機能型居宅介護における地域の生活を中心とした生活支援はいかにケアマネジメントを正しく機能させるかにかかっている。利用者の持っている地域力やなじみの人との関係力を支援する中で居宅を中心としたその人らしい生活の確立と支援は本来の介護保険の求める理念でもある。介護の社会化とは利用施設を増やすことではない。一部の専門家や職員に頼ることでもない。

地域力や家族力、サービス機関の力が一体化して何よりも本人の望む生活や自己実現に向けてどう支援するかが重要なのである。そのためケアマネジメントでありシステムや制度維持のために使われるものではない。さらに忘れてはならないのが正しい費用対効

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントの過程



果の検証である。現在の逆インセンティブに働く仕組みが真の意味で費用対効果があるとは思えない。サービス事業者に雇用されているケアマネジャーの倫理性に求めているも解決しない問題である。

人の暮らしは100人いれば100通りの生き方がある。その個別性の支援にこそケアマネジメントの意味がある。このような視点から門屋の言う「健康な社会生活の回復・継続・向上を目的として、その人のニーズを明確にし、そのニーズを満たす多様なフォーマル・インフォーマルサービスおよび複数の社会資源を結びつけ、継時的に調整を行い、資源提供がニーズを満たすため」「より有効なサービス提供に努力し続けるソーシャルサポートネットワークにおける包括的サービス提供の一方法である。」という主張は、小規模多機能型居宅介護を中心とした地域密着サービスのケアマネジメント理念と一致する。

見えてきた小規模多機能型居宅介護らしい取組から小規模多機能型居宅介護を位置づける ⇒在宅復帰のツール

- ・ 退院可能になるも自宅での暮らしは不安
そこで、泊まりを1ヶ月継続する中で、家族とともに自宅で暮らす訓練。自宅に戻るときにはスタッフが泊まり込みで家族を補佐。無理なく安心して自宅復帰。
- ・ 目の前の困難から、当面の泊まりの継続。
その期間中に自宅で暮らせるような支援体制を構築。
泊まりの継続でも、地域の力で昼間は自宅で過ごす。

⇒本人の望む暮らしの支援

- ・ 拠点での泊まりより、必要なら自宅での泊まり支援
- ・ 一日に数度の通いなど必要な時間、必要な生活の支援が可能、在宅で施設の安心の確保

⇒地域資源の活用

- ・ 運営推進会議での事例検討から、地域の皆さんの力で、利用者の地域での具体的支援が始まる。
- ・ 拠点だけでの支え方だけでなく、利用者宅や公民館を利用したサロン
地域の仲間や虚弱な方がボランティアで助け合う
- ・ 介護保険内のフォーマルサービスの貼り付け型ケアマネジメントから、地域密着のケアマネジメントへの転換を推し進める

⇒自由さがあり、柔軟な支え方が可能な、制度を活用した支え方が可能なのが小規模多機能型居宅介護であり、それを可能ならしめるのが地域密着のケアマネジメント

事業実施機関

特定非営利活動法人コレクティブ

〒861-5504

熊本県熊本市小糸山町771-5

TEL 096-273-1384 Fax 096-273-1389