

# ケアマネジャーによる認知症高齢者と家族介護者への援助過程

## Help Process to Elderly People with Dementia and Caregivers by Care Manager

久松 信夫<sup>※1</sup>

キーワード： ケアマネジャー、認知症高齢者、家族介護者、援助過程

### 【要約】

本研究は、在宅で生活を送る認知症高齢者と家族介護者に対するケアマネジャーの援助過程と援助内容を明らかにすることを目的としている。

東京都内の2か所の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員（ケアマネジャー）にインタビューを行い、5事例のデータを得た。5事例のデータをもとに事例－コード・マトリックスにて分析し、「アセスメント」では7概念、「ニーズ」では4概念、「介入」では4概念、「結果」では4概念が抽出された。

本研究の結果、特に「アセスメント」の段階で家族介護者に焦点をあてたアプローチを実施しており、介護負担軽減を目的としたケアマネジメントが実施されていることがわかった。

### 1. はじめに

厚生労働省研究班によれば、65歳以上高齢者のうち認知症の人は推計15%で、2012年時点で462万人にのぼると報告している（朝日新聞2013年6月1日付朝刊）。こういった点から、今後在宅で暮らす認知症高齢者は増加し、医療保健福祉の多職種からなるアプローチの充実が必要である。

介護保険制度を利用し、在宅で暮らす認知症高齢者やその家族介護者に対応する職種の一つにケアマネジャー（介護支援専門員）がおり、彼らが実践しているのはケアマネジメントである。ケアマネジメントには、ケース発見、アセスメント、ケース目標の設定・ケアプランの作成と援助の実施、モニタリング、評価などの各過程が示されている。

本研究は、ケアマネジャーの認知症高齢者と家族介護者を対象とした援助過程における、援助内容を明らかにすることを目的としている。そこから、認知症高齢者ケアにおいて必要なあるいは特有の援助内容を導き出し、概念化を図っていくことによって、認知症高齢者ケアにおけるケアマネジメントの現状を検討していく。

---

※1 HISAMATSU, Nobuo 桜美林大学総合科学系

## 2. 研究方法

調査協力者は、東京都内の2つの居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー（介護支援専門員）2名である。それぞれのケアマネジャーに、担当している高齢者のうち、認知症高齢者を援助対象としている事例を取り上げて、それに基づいてインタビュー調査を行った。インタビューガイドは、①高齢者の基本的属性、②介護者の概要、③調査協力者の概要、④各事例における援助過程ごとの協力者の実践内容である。④の援助過程とは、「何が一番問題になったか」（アセスメント／課題）、「何をしてほしいとやってきたか」（ニーズ）、「それにどう対応したか」（介入）、「援助の結果」（結果）という一連の援助過程である。

調査は2007年6月に実施し、筆者が居宅介護支援事業所に出向き会議室にてインタビューを実施するなど、プライバシーに配慮した場所で行った。インタビュー内容は、許可を得てICレコーダーに録音し書き起こしを行った。

データの分析方法は、佐藤（2008）の「事例－コード・マトリックス」に倣い、分析した。

なお、本研究では各調査者に対して、インタビュー調査の中で語られる高齢者たちのプライバシーにも配慮することを伝えた。つまり、インタビューに回答する際に、各調査者の守秘義務に抵触するような内容に差しかかった場合、その対象者のプライバシーの保護については徹底したうえで情報提供するよう事前に注意喚起し、研究の主旨、自由意思による参加、研究者によるプライバシーの厳守、データの扱いの守秘義務、研究以外の目的には使用しないなど倫理的要件について事前に説明し了解を得た。さらに、分析の際には、個々の事例や調査協力者の個人情報が特定されないように、細心の注意を払った。

## 3. 研究結果

調査協力者が取り上げた認知症高齢者の事例は合わせて5事例であり、各事例の5名とも、何らかの在宅サービスを利用し、認知症の症状も多岐に渡っていた。また、5名とも同居家族がおり、ADLはやや自立傾向であった。各事例の高齢者と介護している介護者の概要を表1に表した。介護者はすべて女性であり、介護期間は約3年から10年と幅があるが、長期間の介護をしている現状がわかった。

表1 高齢者と介護者の概要

| 事例  | 高 齢 者  |      |                     |  | 介 護 者   |      |     |       |
|-----|--------|------|---------------------|--|---------|------|-----|-------|
|     | 性別・年齢  | 要介護度 | 認知症類型               | 概 要  | 性別・年齢   | 続柄   | 同居  | 介護期間  |
| 事例1 | 女性・90歳 | 要介護5 | アルツハイマー型認知症         | 娘と2人暮らしで、娘は複数の仕事を持っており、介護が十分にできていない様子。   | 女性・66歳  | 娘    | 同居  | 約4年   |
| 事例2 | 男性・85歳 | 要支援  | 脳血管性認知症             | 脳梗塞、硬膜下血腫により認知症症状が出現。周辺症状はなく、妻と娘の介護により日常生活は問題なく過ごしている。退院後ADLが回復し、数時間のデイケアから半日のデイサービスへ繋がった。                 | 女性・82歳  | 妻    | 同居  | 2年8ヶ月 |
| 事例3 | 女性・84歳 | 要介護4 | アルツハイマー型認知症         | 片麻痺のある要介護4の96歳の夫と2人暮らし。外に出ようとしたり、トイレ介助が必要のため、ヘルパーを利用。  | 女性・50歳代 | 娘    | 半別居 | 約10年  |
| 事例4 | 男性・69歳 | 要介護3 | 若年性(初老期)アルツハイマー型認知症 | 妻と2人暮らし。子どもは2人いるが、遠方に在住。64歳でアルツハイマー型認知症の診断。当初は妻と出かけたりと症状はさほど進行しなかったが、60歳後半になってから症状が進行し、介護保険サービスを利用するようになった | 女性・不明   | 妻    | 同居  | 約5年   |
| 事例5 | 女性・80歳 | 要介護1 | アルツハイマー型認知症         | 東北地方に夫と2人暮らしで、子ども2人は首都圏に出て独立。夫死去後、様子がおかしくなり独居困難となったため、上京し長男家族と同居。  | 女性・50歳代 | 長男の嫁 | 同居  | 10年未満 |

表2 調査協力者の概要

| ケース | 担当者 | 資格            | 性別・年齢  | 所属         | ケース担当時※1 | CSW取得後※2 | CM取得後※3 |
|-----|-----|---------------|--------|------------|----------|----------|---------|
| 事例1 | X   | 社会福祉士・介護支援専門員 | 男性・35歳 | 在宅介護支援センター | 2年0ヶ月    | 12年2ヶ月   | 6年1ヶ月   |
| 事例2 | X   | 社会福祉士・介護支援専門員 | 男性・35歳 | 居宅介護支援事業所  | 9年0ヶ月    | 12年2ヶ月   | 6年1ヶ月   |
| 事例3 | X   | 社会福祉士・介護支援専門員 | 男性・35歳 | 居宅介護支援事業所  | 9年0ヶ月    | 12年2ヶ月   | 6年1ヶ月   |
| 事例4 | Z   | 社会福祉士・介護支援専門員 | 女性・37歳 | 居宅介護支援事業所  | 1年3ヶ月    | 14年3ヶ月   | 1年6ヶ月   |
| 事例5 | Z   | 社会福祉士・介護支援専門員 | 女性・37歳 | 居宅介護支援事業所  | 1年6ヶ月    | 14年3ヶ月   | 1年6ヶ月   |

※1 本ケースに関わったときの実務経験年数

※2 社会福祉士取得後の通算実務経験年数

※3 介護支援専門員取得後の通算実務経験年数

調査協力者2名(X氏、Z氏)の概要を表2に表した。2名とも、社会福祉士を取得しその後介護支援専門員を取得している。各事例の担当当時の介護支援専門員としての実務経験年数、その際の社会福祉士(CSW)取得後の経過年数、介護支援専門員(CM)取得後の経過年数を記載した。2名とも、社会福祉士としては実務経験12年以上のベテランであることがわかり、X氏については介護支援専門員として6年以上の実務経験があることがわかった。

インタビュー結果を、事例ーコード・マトリックスで表したものが表3である。この表3は、横軸にケアマネジャーの援助過程を示した。縦軸には事例ごとの具体的なコードを表した。本研究は、ケアマネジャーの援助過程における援助内容を明らかにすることを目的としているため、事例横断的に縦軸を基軸として援助内容をみていく。

その結果、各援助過程の内容はいくつかの概念に分類することができた。すなわち、「何が一番問題になったか」(アセスメント/課題)においては、【複雑な家族関係の調整困難】【精神的課題のある家族】【家族の非協力と依存】【認知症の認識不十分】【認知症症状による生活支障と利用制限】【経済的不安定】【疾病管理が困難】の7項目、「何をしてほしいといつてきたか」(ニーズ)においては、【具体的なサービス等の利用】【認知症の症状への対応】【在宅介護の継続】【ADLの向上】の4項目が生成された。さらに、「それにどう対応したか」(介入)においては、【サービス導入と調整・仲介】【情報提供】【認知症症状の理解を促す場作り】【訪問回数の増加と生活リズム調整】の4項目、「援助の結果」(結果)においては、【サービス利用継続と理解促進】【安定した認知症ケア体制】【生活の安定】【依存傾向】の4項目が生成された。

## 4. 考察

本項では、ケアマネジメント過程において本研究で生成された概念と事例の関連性に沿って、考察を行う。ただし、各過程におけるコアとなる主な概念を中心に論じていくことにする。

### 1) アセスメント

#### (1) <家族をめぐる課題>

アセスメントの概念において、【複雑な家族関係の調整困難】【精神的課題のある家族】【家族の非協力と依存】【認知症の認識不十分】の4つの概念は<家族をめぐる課題>というカテゴリーとして収斂することが可能であろう。

【複雑な家族関係の調整困難】では、家族関係のあり方が課題(事例1)であることや、家族調整が困難であること(事例3)が示された。家族間の調整はケアマネジャーの役割の一つでもあるが(福富2000)、そこに認知症高齢者をめぐる“複雑な家族関係”という事象を扱う場合には、アセスメントの段階で調整が困難となる場合があることが示唆された。

表3 インタビュー結果の事例—コード・マトリックス

| 担当者 | 事例  | 何が一番問題になったか  | 何をしてほしいとってきたか   | それにどう援助したか   | 援助の結果  |
|-----|-----|--|---|--|--|
| X   | 事例1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の協力が得られなかったこと</li> <li>・ 同居家族が精神疾患で関わりが困難</li> <li>・ 経済的に不安定な状態</li> <li>・ 複雑な家族関係</li> <li>・ 家族全体がメンタルな問題を抱えてる</li> <li>・ ネグレクトだと感じつつ板挟み状態</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 無料でヘルパーを入れてほしい</li> <li>・ 本人は特に希望はなかった</li> <li>・ 施設入所を勧めるも、在宅で看たい</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用範囲内でサービスの導入</li> <li>・ 他機関と担当者会議を開催</li> <li>・ サービス事業者を本人と介護者と一緒に見学</li> <li>・ 信頼関係構築のため、家庭訪問の回数を増やした</li> <li>・ 書類作成、提出などの代行業務を実施</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 援助すればその分「お任せします」と言われた</li> <li>・ 最低限本人の生活を維持させた</li> </ul>  |
| X   | 事例2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の認知症の受け止め方が不十分</li> <li>・ 家族と援助者の本人の認知症状態像のとらえ方にギャップがあった</li> <li>・ 本人に見当識障害があるため、デイケア利用日でないのに来所する</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADLを向上させてほしい</li> <li>・ サービス利用の継続</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス利用の仲立ちをした・リハビリを早期に導入した</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADLが向上した</li> <li>・ 本人の生活リズムがとれて、安心して過ごせるようになった</li> </ul>  |
| X   | 事例3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族調整が困難だった</li> <li>・ 経済的な心配があるが介護保険枠内でのサービス提供は困難だった（ニーズと経済面のアンバランス）</li> <li>・ ヘルパー派遣中、外に出たり異食があった</li> <li>・ 主介護者が精神的に不安定だった</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安く入れる特養の紹介</li> <li>・ 本人の認知症症状の変化に応じたサービスを希望</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヘルパーを限度額いっぱい利用できるようにした</li> <li>・ 本人の生活リズムの調整</li> <li>・ 費用の安い有料老人ホームを斡旋</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特養の入所待機</li> <li>・ 現在利用しているサービスの継続</li> </ul>   |
| Z   | 事例4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 暴力や抵抗などのBPSDのため、サービス希望に対して、利用できるサービスが制限されていた</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の進行を止めてほしい</li> <li>・ 介護者が休養をとれるようにしてほしい</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用可能なサービスを探し、つないだ</li> <li>・ サービス提供者から本人の認知症からくる暴力の理解を促した</li> <li>・ サービス担当者として個別に話し合い、サービス利用の調整を行った</li> <li>・ 医師にアルツハイマー病の特徴や予測、在宅介護の限界と施設入所の見極めを聞くように、介護者に促した</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス事業者の理解により、暴力があってもサービス利用ができた</li> <li>・ 本人の要望に応じたサービス利用</li> <li>・ アルツハイマー病の進行によって状態が穏やかになるのを待った</li> <li>・ 認知症の状況などを医師とCMが家族に伝え、受容を促せることができた</li> </ul>       |
| Z   | 事例5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の認知症の理解が不十分で、介護にあまり関心がない</li> <li>・ 認知症の状況を家族に伝えても、受け流されてしまう</li> <li>・ サービス機関におまかせ状態</li> <li>・ 糖尿病があるのに食事制限できない</li> <li>・ デイ利用日がわからず、外に出て事故に遭いそうになる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人を日中どこかに預け、一人になる時間を減らしてほしい</li> <li>・ 家族が本人へのかかわりを嫌がるので、ヘルパーに本人の様子を観察してほしい</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス量を増やした</li> <li>・ アルツハイマー病と糖尿病によりサービス事業者から利用を断られるため理解を求めた</li> <li>・ サービス担当者として家族の間に入って、相互の情報を交換した</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族とサービス機関の協力度が増し、サービス利用が継続できた</li> <li>・ 家族は医師と適切な意思疎通ができるようになった</li> <li>・ サービス機関に家族のプラス面の状況を伝え、家族の解釈が変わった</li> <li>・ 家族を非難しない家族支援で、本人の認知症症状の理解が促進された</li> </ul> |

【精神的課題のある家族】では、同居家族が精神疾患で関わりが困難な場合（事例1）や、家族全体がメンタルな問題を抱えている場合（事例1）、主介護者が精神的に不安定だった事例（事例3）が挙げられる。事例1は、同居家族に精神疾患者がおり、かつ他家族も何らかの精神的な課題を有していた。認知症高齢者本人に直接関わらず、同居家族等を援助の入口として位置づけ、ケアマネジャーが関わろうとしても、同居家族に何らかの精神的課題がある場合は、なかなか援助の入口として機能しづらいことがある。その点が、「何が一番問題になったか」と問われた場合に、「家族への関わり」が問題として扱われ、アセスメント項目として挙げられている。

事例3の主介護者が精神的に不安定な場合は、“認知症介護”における精神的不安定があることも考えられる。認知症介護は、介護者にとって未知の世界であることも多い。つまり、今後の見通しや到達点がみえないなかでの介護状況であり、地域から孤立することや孤独感や無力感を感じ得る場合もある。そういった介護状況から、精神的に不安定になることがある。今井（1992）は、介護者の訴える介護負担を明らかにしているが、その上位には、「このさき、病状の経過がわからないことに不安」「自分の自由になる時間がほしい」「自分の身のまわりのことができないで困る」ことが挙げられている。これは、認知症高齢者介護においても同様であると考えられる。したがって、主介護者が精神的に不安になることもその延長線上にあるといえよう。

【家族の非協力と依存】では、家族の協力が得られなかったこと（事例1）や、サービス機関におまかせ状態（事例5）であることが、この概念には含まれる。家族の協力が得られなければ、ケアマネジメントとしての援助が展開しづらい。認知症高齢者ケアは、高齢者本人はもちろん、家族との協働によって展開されるものである。しかし、家族の協力が得られないことによって、アセスメントがそこで滞ってしまう。つまり、アセスメントから先の援助過程に進めない。それでもケアマネジャーは、協力的でない家族とアセスメントしつつも、何らかの介入を行う。一方、ケアマネジャーやサービス機関におまかせ状態になる家族も存在する。それは、家族の依存状態とも換言できるかもしれないが、そういった依存状態がケアマネジャーの援助を混乱させてしまいかねない状況にも陥るであろう。

【認知症の認識不十分】では、事例2や事例5で「認知症の理解が不十分」であることから示された。認知症の症状などは、家族などに適切に理解されないことをここでは示すが、家族は認知症そのものを身近な身内が罹患していることを受けとめがたいとも捉えることができる。そこには、認知症に対して一種のスティグマを感じることもあるとも考えられる。しかし、ケアマネジャーは家族の認知症の理解度をアセスメントしつつ、それが不十分な場合は補う方法を考えなければならない。

細谷ら（2005）は、ケアマネジャーへの調査において「アセスメントすべきだと『思う』割合」として、「主介護者の介護知識・技術」「主介護者の介護の受容」などが100%であった。つまり、これらの主介護者に関わる内容は必ずアセスメントすべき項目として挙げられている。本研究においても、この点はアセスメント項目として取り上げられていた。

## (2) 【認知症症状による生活支障と利用制限】

これは、見当識障害がある場合（事例 2、事例 5）や、徘徊や異食（事例 3）、BPSD によるサービス制限（事例 4）が挙げられた。このように、認知症の症状をケアマネジャーはアセスメントするのだが、前項の認知症高齢者を介護する家族のアセスメントの必要性は、認知症の症状の程度によるものと考えられる。つまり、認知症の症状の程度が家族の介護負担度にも影響を与えると考えられ、その側面をケアマネジャーはアセスメントする必要がある。加えて、本研究の調査協力者は社会福祉士を取得しており、いわば社会福祉の視点に立つ認知症の症状とその影響をアセスメントしなければならない。つまり、社会福祉が重要とする「環境一人」の視点からのアセスメントが必要である。

これらの「認知症の症状」も、細谷ら（2005）の研究ではアセスメントすべきと思う割合として 100%を示し、本研究でも必ずアセスメントすべき項目として支持され取り扱われたことがわかる。

## 2) ニーズ

ニーズは「ニーズアセスメント」などと、アセスメントに含有される場合があるが、本研究では、この項目に関して、もともとクライアントが「何をしてほしいと言ってきたか」を尋ねた内容であるため、アセスメントとニーズを便宜上分けて論じる。この項目では、【具体的なサービス等の利用】【認知症の症状への対応】の概念がコアとなると考えられる。

### (1) 【具体的なサービス等の利用】

この概念に含まれるものとして、無料でヘルパーを入れてほしい（事例 1）、サービス利用の継続（事例 2）、日中どこかに預けたい（事例 4）などがあつた。さらに、安く入られる特養の紹介（事例 3）のような、情報提供を求めている場合も含まれた。

事例 1 の無料でヘルパーを利用したいというニーズは、アセスメント項目であつた「経済的に不安定な状態」に端を発している。これは切実なニーズである。ケアマネジメントは、クライアントのニーズを社会資源に連結させる技法でもあるため、何らかの在宅サービスを利用したいというクライアントのニーズをくみ取る必要がある。しかし、経済的に不安定な生活を送っている場合は、それに見合うような「無料サービス」を要望することになろう。事例 1 のニーズの場合なら、無料ヘルパーというよりもむしろボランティアを指していると考えられる。ボランティアはインフォーマルサービスであり、ケアマネジャーはこのインフォーマルサービスの社会資源に、クライアントを連結させることも当然あり得る。インフォーマルサービスは既存サービスにはない場合もあるため、そのサービスをケアマネジャーは開発することや連結に至るまで、仲介者としての役割を果たす必要もある。

事例 2 や事例 4 のような既存サービスをクライアントが要望する場合、ケアマネジャーは社会資源と連結しやすい状況ではあるが、なぜそのサービスをクライアントは要求しているのか、その要求の背景をもくみ取る必要がある。

## (2) 【認知症の症状への対応】

この概念に含まれるものとして、認知症の進行を止めてほしい（事例 4）、また前項と重複する側面もあるが、認知症症状の変化に応じたサービスの希望（事例 3）があった。認知症高齢者をめぐるケアマネジメントは、何らかの認知症の症状を呈する高齢者の生活が課題となる。そのような場合に、症状への対応がケアマネジャーに求められている。

事例 4 の場合は、暴力や抵抗などの BPSD（認知症の行動・心理症状）があったため、家族としてもその症状を止めてほしいという切実なニーズになっているのであろう。事例 3 は、徘徊や異食の BPSD があったため、同様に家族は認知症の症状に応じたサービスの導入をニーズとして表明していた。

ケアマネジャー自身が認知症の症状を緩和するというよりも、何らかの在宅サービスを利用して症状の緩和を図るものである。細谷ら（2005）の研究では、モデルケースを用いてニーズ判断を調査しているが、BPSD への対応がニーズであると答えたケアマネジャーは 100% だったことがわかっている。これらのことから、BPSD など【認知症の症状への対応】が本研究でもニーズとして挙がっていることは、先行研究を支持しているものと考えられる。

## 3) 介入

ケアマネジメント過程における介入の前段階に「プランニング」がある。認知症高齢者に対するケアプランの場合には、ケアマネジャーが、高齢者と同じ目線に立ち、いかに寄り添っていくのかという専門的態度が重要となり、これが認知症高齢者に対するケアプラン作成におけるむずかしさであるため、ケアマネジャーには高齢者の思いに敏感になる感受性が必要になるといわれる（白澤 2003）。こういったプランニングあるいはケアプランを通して、ケアマネジャーが認知症高齢者ケアにどのように介入していったのかをみていきたい。

### (1) 【サービス導入と調整・仲介】

この概念には、サービスの導入（事例 1）、サービス量を増やした（事例 2）のようなサービス導入や量の増加をはじめ、担当者会議開催（事例 1）、サービス担当者との話し合い調整を図った（事例 4）などの調整、サービス利用の仲立ち（事例 2）などの仲介が含まれていた。また、実際のサービス利用に先立ちサービス事業者の見学（事例 1）を行った例も挙げられる。

サービス利用は高齢者本人だが、その利用背景には家族介護者の介護負担が存在することが考えられる。今井ら（1999）は、家族介護者の介護負担の軽減には、心身の健康、経済資源、社会援助の 3 つの要素がバランスよく保たれることが必要と指摘している。本研究におけるサービス利用は、今井らの社会援助に含まれるであろう。加えて、ケアマネジャーは家族介護者にとって在宅介護支援のためのキーパーソンでなければならない

(今井ら 1999)。これらのことから、サービス利用やそのための調整・仲介をケアマネジャーは実施しているのである。

サービス利用のための調整や仲介には、担当者会議などが行われている。これは、ケアマネジャーの重要な業務の一つであり、それが次項で扱うサービス利用者（認知症高齢者）の理解促進にも連動するものである。

また、ケアマネジャーはサービス事業者の見学を高齢者本人と家族と実施しているが、サービス利用にスムーズに移行するために場合によってはケアマネジャーによる必要な方法である。見学は、サービス事業者の提供内容などを事前に知ることができる内面的な準備であり、いわば高齢者本人や家族の内面におけるケアマネジャーによる調整ともいえよう。つまり、ケアマネジャーからサービス利用の紹介を受けるが、何らかの内面的な抵抗感などサービス内容がイメージしづらい場合などに、その内面の抵抗感を緩和するために事前見学を行って、利用の具体的なイメージができていくのである。このような、内面的調整もケアマネジャーの重要な役割である。

## (2) 【認知症症状の理解を促す場作り】

この概念には、サービス提供者に本人の認知症からくる暴力の理解を促した（事例 4）、認知症と糖尿病によりサービス事業者から利用を断られるため理解を求めた（事例 5）などが含まれている。

ケアマネジャーは、前項のようなサービス導入に向けた介入を行うが、事業者によっては、認知症の症状等によって利用に抵抗感を示すところもある。その状況において、認知症高齢者や家族をアドボケートするためにも、認知症症状の背景や症状緩和や介護負担軽減にはサービス利用が欠かせないことなどを、ケアマネジャーが代弁し理解を促進する場をつくる役割を果たすことが重要である。これは、利用者の権利を擁護する（権利擁護）というケアマネジメントにおける間接サービス機能（D.P.Moxley 1989=1994）を果たしているといえる。それによって、【認知症症状の理解を促す場作り】を行い、サービス事業者の認知症理解が促進され、サービス利用に至った。これは、ケアマネジャーとして重要な役割を果たしていることを指している。

## 4) 援助の結果

本研究では、「援助の結果」を調査協力者に尋ねている。コアとなる概念には、【サービス利用継続と理解促進】【安定した認知症ケア体制】の2つが挙げられる。

### (1) 【サービス利用継続と理解促進】

この概念には、サービス事業者の理解により暴力があってもサービス利用ができた（事例 4）、家族とサービス機関の協力度が増しサービス利用が継続できた（事例 5）などが含まれている。

事例 4 の場合は、高齢者本人に暴力や抵抗などの BPSD があり、ケアマネジャーはサービス担当者と個別に話し合い、サービス利用の調整を図っていた。その結果として、サービス事業者における BPSD の理解が促進され、サービス利用が可能になった。事例 5 も、認知症と糖尿病がありサービス事業者から利用を断られていたが、サービス利用の必要性を話し合った結果、サービス利用が継続できた。

このように、認知症や合併症があり一時はサービス事業者から利用を断られる段階まで至ったが、ケアマネジャーがサービス利用の必要性を説明し事業者側の理解が促進され、サービス利用継続に達したという援助の結果は、ケアマネジャーの役割・機能の重要性を示唆しているといえる。

## (2) 【安定した認知症ケア体制】

この概念には、本人の生活リズムがとれて安心して過ごせるようになった（事例 2）、認知症の状況などを医師と CM が家族に伝え受容を促せることができた（事例 4）、サービス機関に家族のプラス面の状況を伝え家族の解釈が変わった（事例 5）、家族を非難しない家族支援で家族本人の認知症症状の理解が促進された（事例 5）などが含まれている。

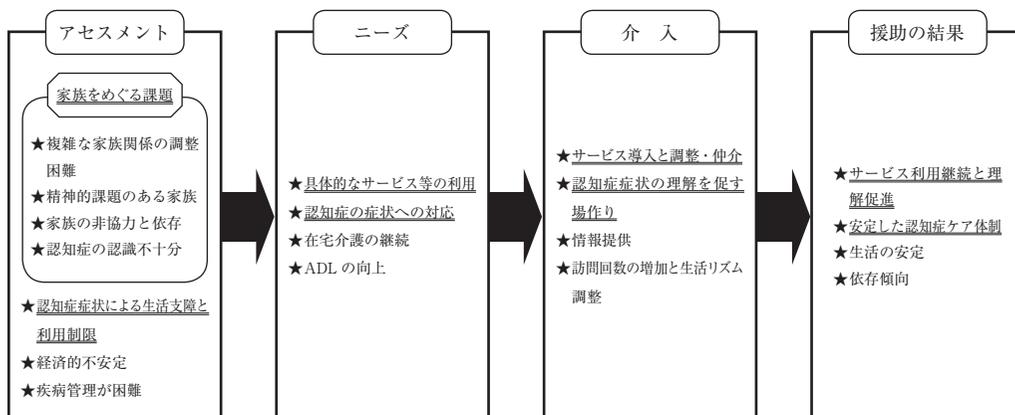
事例 2 の高齢者は、見当識障害のためにデイケア利用日でない日に来所するなどの混乱があったが、ケアマネジャーの介入等によって生活リズムが整い、本人も家族も安心して過ごせるようになったことを示している。事例 4 や事例 5 は認知症の症状の理解を促した結果、家族が症状に理解を示したことがあらわれている。また、サービス機関も家族に対する見方が変容したことが示されている。これらは、【安定した認知症ケア体制】として言い表すことができよう。つまり、認知症高齢者ケアをめぐる安定したケア体制には、認知症症状の適切な理解が必要であり、それを促進する役割はケアマネジャーにあることがわかる。

本項の考察から導き出される概念図を、図 1 に表した。アセスメント、ニーズ、介入、援助の結果のケアマネジメントの各過程における、本研究のケアマネジャーの援助内容の概念を表した。アセスメントのなかには、4 つの概念がカテゴリー化されている。これらの概念は、「在宅認知症高齢者のケアマネジメントにおける」というコンテキスト上で表明されるものであった。

中島（2012）は、認知症高齢者家族の介護負担軽減のための効果的な介入について検討した結果、「ケアマネジメントの説明と開始に同意を得る」とことと「利用者・専門家間のコミュニケーションを円滑にする」ことが重要であることを導き出している。このことから、図 1 の「アセスメント」における段階で、＜家族をめぐる課題＞として“家族”が一つの大きなテーマとして浮き彫りになり、援助開始の段階からケアマネジメントあるいはケアマネジャーの介入が必要なことを、本研究のケアマネジャーは説明し同意を得たことを前提として、その後の各過程が展開されていると推測される。加えて、ニーズ・介入・援助の結果の各段階で認知症高齢者が「サービス」を利用することについて焦点化さ

図1 本研究における認知症高齢者ケアマネジメント各過程の援助内容の概念図

※二重線はコア概念



れているが、サービスはケアマネジャー単独で行うものではなく、各関係施設・機関等の専門家と利用者の上にケアマネジャーの立ち位置がある。したがって、その両者を連結するものにはコミュニケーションが必要であることから、本研究は中島の研究結果を支持するものと考えられる。

このように、認知症高齢者本人のみではなく、家族介護者にも焦点化したアプローチがケアマネジメント初期から行われ、特に家族介護者のアセスメントを実施していることが明らかとなった。それは、認知症高齢者ケアにおいては、家族介護者の介護負担をアセスメントし、その軽減に向けたケアマネジメントを実施していることが考えられる。

## 5. おわりに

本研究は、認知症高齢者と家族介護者に対してケアマネジャーがケアマネジメントの各過程において、どのような援助を展開していたのか、その内容を概念化して明らかにした。その結果、特にアセスメントの段階で家族介護者に焦点をあてたアプローチを実施しており、介護負担軽減を目的としたケアマネジメントが実施されていることがわかった。

本研究の意義は、従来高齢者ケアにおけるケアマネジメント過程は、その各過程においてケアマネジャーが習得しておかなくてはならない重要視点を指摘しがちな傾向があったことを前提に、“在宅認知症高齢者”を援助対象とした際に付随する家族介護者へのアプローチなど、認知症高齢者介護のコンテクストから、ケアマネジメント各過程の援助内容を明らかにした点にある。

しかし、本研究では調査協力者が2名で合わせて5事例を対象としていることから、

研究結果の一般化には限界があることや、分析対象となった認知症高齢者や家族介護者のそれぞれの事例特性を考慮した分析視点も必要であり、今後の課題として残された。

## 引用文献

朝日新聞 2012年6月1日付朝刊.

David P. Moxley (1989) *The Practice of Case Management*. (=野中猛・加瀬裕子監訳 (1994) 『ケースマネジメント入門』中央法規出版).

福富昌樹 (2000) 「調整機能」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁監訳 『ケアマネジメント概論』中央法規出版, 145-154.

今井幸充 (1992) 「家庭介護者の精神保健」『老年精神医学雑誌』3, 1117-1124.

細谷たき子・長谷川美香・大越扶貴 (2005) 「在宅認知症高齢者へのケアマネジメントにおけるアセスメント」『福井大学医学部研究雑誌』6, 1・2 合併号, 107-116.

今井幸充・北村世都 (1999) 「痴呆性高齢者を介護する家族を支えるためにケアマネジャーに期待されるもの：介護保険の実施を踏まえて」『老年精神医学雑誌』10(7), 812-818.

中島真由美 (2012) 「認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係」『社会福祉学』52(4), 66-79.

佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法 原理・方法・実践』新曜社.

白澤政和 (2003) 「ケアプランの作成について」『老年精神医学雑誌』14(9), 1081-1089.