

ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー

知っ得
特別授業

ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員 第1回

「ケアマネジメントと社会資源」

北星学園大学 社会福祉学部

福祉臨床学科 准教授 畑 亮輔



はじめまして。北星学園大学社会福祉学部の畑といいます。今年度ケアマネSAPPOROの“知っ得特別授業”でコラムを執筆させていただくことになりました。1,500名近い札幌の介護支援専門員の方に読まれているケアマネSAPPOROでコラムを書かせていただくのはとても光栄なことです。全体に共通するテーマは“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”です。日々の業務で忙しい皆さんに読んでいただき、1つでも「あ！これって大事だよな」と振り返りや気づきを得る機会となるようなコラムを書いていきたいと意気込んでいます。肩の力が入りすぎて空回りしないように気を付けますので、皆さんも息抜きがてらお読みいただければ幸いです。

今回は「ケアマネジメントと社会資源」を考えていきます。介護支援専門員は通称“ケアマネジャー”といわれる通り、ケアマネジメントの手法を用いて要介護等高齢者を支援していきます。ケアマネジメントは、多様なニーズを抱える人々が地域で日常生活を送れるよう、それらのニーズに合致した社会資源（サービスやサポート）を結び付けていく支援方法として体系化されました。つまりケアマネジメントにおいては、対象者のニーズを的確に把握し、そのニーズを解決するために最も適した社会資源を結び付けていくことが求められます。

この際、“社会資源”をどのような視野で捉えることができるかが、ケアマネジメント専門職たる介護支援専門員として重要なのではないのでしょうか。

ここで課題となってくるのが、皆さんもご存じの通り、介護保険法（第七条第五項）において介護支援専門員が「各介護保険サービスの事業者等との連絡調整等を行う者」と定義されていることです。このために、介護支援専門員が利用者のニーズと結び付けるべき「社会資源」があたかも介護保険サービスに限定されるという誤解が生じてしまう（しまっている）可能性があるのではないかと懸念して

います。もちろん介護支援専門員は介護保険法によって規定される専門職ですから、法律規定はとても大事です。しかしそれは“最低水準”を保障するためであり、それを越えた支援を否定するものではありません。介護支援専門員倫理綱領の「利用者自身がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができる」という“自立支援”に基づいて、フォーマル・インフォーマルを含めた多様な社会資源から最も適切な支援を検討することが重要です。ここで社会資源を介護保険サービスに限定してしまえば、限られた内容の支援しかできなくなってしまいますね。介護保険サービスに限定されない地域に存在する多種多様な社会資源と連携しながら、利用者を支援していくことが“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”に求められているのではないのでしょうか。

もしかすると介護保険サービスの調整だけ行っても介護支援サービスとしては成立するかもしれませんが（全ての利用者にフォーマル・インフォーマルを含めた多様な社会資源の調整が必要というわけではないかもしれませんが、それが求められる場合においても介護保険サービスの調整のみに終始する、という意味です）。しかしそれは本当の意味でのケアマネジメントたりえないものです。やはり利用者の自立支援の視点からも、多様な社会資源の調整が必要不可欠といえるでしょう。

今後の超高齢社会に向けて、私自身もこれを読んでいたっている皆さんと一緒に、札幌ひいては北海道に本当の意味でのケアマネジメントを志向する文化をしっかりと根付かせていきたいと考えています。日々の業務に追われる中で容易ではないかもしれませんが、“ケアマネジメント専門職”として広い視野で社会資源を捉えることができるか、またどの程度地域の多様な社会資源を把握できているか、一度振り返る機会を設けてみてはいかがでしょうか。

ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー

知っ得
特別授業

ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員 第2回
「ケアマネジメントとニーズ」

北星学園大学 社会福祉学部

福祉臨床学科 准教授 畑 亮輔



皆さんこんにちは、北星学園大学の畑です。前回より連載を始めた“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”をテーマとするコラム、2回目となる今回は「ケアマネジメントとニーズ」を考えていきましょう。

皆さんは担当する利用者のニーズをどのように捉えてケアプランを作成されていますか？対象者の抱えるニーズはその人の自立を支えるケアプランを検討するための要となるものであり、ケアマネジメントにおいて最も重要な要素の一つといえるでしょう。ニーズの基本的な考え方では、本人自身が気づいているニーズ（フェルトニーズ）や表明しているニーズ（エクスプレストニーズ）、専門職の視点から規範と照らし合わせて導き出すニーズ（ノーマティブニーズ）や社会の一般的な生活と比較して析出するニーズ（コンパラティブニーズ）があり、これらをすり合わせることによって真のニーズ（リアルニーズ）が導き出されるとされています。つまり、本人の主訴に着目するだけでは真のニーズを把握できないため、専門職としての視点からも利用者をしっかりアセスメントしてノーマティブニーズやコンパラティブニーズを明らかにすることが必要であることが分かります。

ここで私は、ケアマネジメントの価値である「自立支援」や「本人主体」の考え方が、真のニーズを把握することを難しくしている可能性があることを懸念しています。自立支援とは「利用者自身がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができる」よう支援することであり、本人の自己決定の尊重がその重要な要素になってきます。また「本人主体」は従来の専門職と利用者との典型的な関係性となっていたパターンリズム（父権主義：この場合、支援において多くの専門的知識を有するために利用者よりも強い立場になる専門職が支援の方針や内容を一方的に決定するような関係性を示す）へのアンチテーゼともいえる考え方であり、や

はり本人の自己決定が尊重されることとなります。このような価値に基づいて支援することを意識するあまり、利用者自身から「〇〇のサービスを利用したい」という言葉が発せられた場合に、その利用者をしっかりアセスメントしてケアマネから捉えたノーマティブニーズやコンパラティブニーズを検討することなく、そのサービスだけを組み込んだケアプランを作ってしまう可能性が出てきてしまいます。これは決して「利用者本人が使いたいといったサービスを使うのは間違い」と言っているわけではありません。結果的には利用者本人が希望したサービスのみ組み込んだケアプランが作成することは十分にあり得えます。しかし、そのプロセスでは利用者の声に耳を傾けるだけではなく、ケアマネもしっかりと利用者アセスメントして、ノーマティブニーズやコンパラティブニーズを検討すること、それらも踏まえて多様なフォーマル/インフォーマルサービスの情報を提供し、さらには本人の持つストレスにも着目した支援のあり方について利用者と話し合ったうえで最終的なケアプランを作成することが“ケアマネジメントの専門職たる介護支援専門員”に求められるのではないのでしょうか（利用者からの求めに応じてサービスをあてがうだけならば、ケアマネジメントを用いず事務的に受理してサービスにつなぐだけの業務となります）。

短文ではありますが、介護支援専門員の皆さんが「真のニーズ把握には利用者の主訴だけに着目するのではなく、しっかりとアセスメントを行い、専門職としての視点からもニーズを検討することが必要である」ことを振り返る機会につなげていただければ幸いです。

他方、「自立支援」や「本人主体」の価値は、自己決定の“プロセス”を支援することで、その真価が発揮されるものです。この点についても、今後のコラムの中でお話していきたいと思います。今回もお読みいただきありがとうございました。

ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー

知っ得
特別授業

ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員 第3回

ケアマネジメントにおける「利用者との信頼関係」

北星学園大学 社会福祉学部

福祉臨床学科 准教授 畑 亮輔



皆さんこんにちは、北星学園大学の畑です。“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”、今回は支援の基盤となる「利用者との信頼関係」を考えていきましょう。

これまでのコラムで「社会資源」と「ニーズ」をテーマとしましたが、これらを念頭に利用者への支援を行うためには十分なアセスメントが必要になります。そしてしっかりとアセスメントを行うためには、その基盤に「利用者との信頼関係」が必要不可欠です。

「利用者との信頼関係」は、アセスメントに限らず援助過程全体に利用者自身が安心感を持って参加するために必要なものといわれており、援助者が“利用者の期待に沿った反応”をすることで徐々につくられていきます。ここで、利用者の期待は言葉で表現されるものだけではない（むしろ多くは表現されない）ことに注意が必要ではないでしょうか。この言葉で表現されない利用者の期待をバイステックは7つにまとめ、それをもとに援助関係を形成する技法を示しました（バイステックの7原則）。利用者の期待は、

- ①一人の個人として迎えられたい
- ②感情を表現し解放したい
- ③共感的な反応を得たい
- ④価値ある人間として受け止めてもらいたい
- ⑤一方的に非難されたくない
- ⑥問題解決を自分で選択し、決定したい
- ⑦自分の秘密を守りたい

です。そのため援助者が、①利用者を個別化し、②利用者の感情表現を大切に、③援助者自身の感情を自覚し、④利用者を受けとめ（受容）、⑤利用者を一方的に非難せず、⑥利用者の自己決定を尊重し、⑦利用者の秘密を保持することで、「利用者との信頼関係」が構築されていきます。

しかし、どうしても日々の業務が忙しいと、このような言葉に表現されない利用者の期待ではなく、利用者が言うことばかりに意識が向いてしまうことが考えられます。こうなると、「信頼関係」を構築するた

めの“利用者の期待に沿った反応”は、“利用者の言うことを聞く”という姿勢で表現されることになり、それが過ぎれば、“利用者の言うとおりにする”という姿勢に帰結してしまいます。“利用者の言うとおりにする”ことが必要な場面もありますが、そのような関わりだけでは、より良い支援に向けて多くの壁にぶつかってしまうことが考えられます。例として、以下の2つの場面を確認してみましょう。

まず1つが、利用者が希望するサービス利用（種類・量ともに）が利用者の自立支援を阻害してしまうことが懸念される時です。やはりこのような場合には、利用者の言うとおりにするのではなく、しっかりと利用者自身に利用者自身のもつストレングスを伝えつつ、自立支援に資するケアプランを利用者とともに作成することが重要ではないでしょうか。もう1つは、利用者とその家族の意見が食い違う時です。この場合、“利用者の言うとおりにする”あるいは“家族の言うとおりにする”という姿勢だけでは、どちらかの意見のみに着目した支援になってしまいます。ここでも、両者の意見をそれぞれ取り入れながら、支援全体をコーディネートしていくことが望まれます。

“利用者の言うとおりにしないと信頼関係が構築できない”という心配もあるかもしれませんが、あくまでも「利用者との信頼関係」は支援の基盤であり利用者の自立した生活を支援することが“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”の目的です。「利用者との信頼関係」を構築することを目的にしてしまい、利用者の自立した支援がおろそかになってしまっただけでは本末転倒ですね。だからこそ言葉で表現されない利用者のもつ期待を常に意識しつつ、日々の関わりを通してコツコツと「利用者との信頼関係」を構築することが大切だといえます。

業務に追われる中で個別化や受容が難しい時もあるかもしれません。この機会に改めて「利用者との信頼関係」とその構築に向けた7原則を振り返ってみてはいかがでしょうか。

ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー

知っ得
特別授業

ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員 第4回
ケアマネジメントにおけるケアプラン

北星学園大学 社会福祉学部

福祉臨床学科 准教授 畑 亮輔



皆さんこんにちは、北星学園大学の畑です。2020年になりました。介護保険制度が施行されてから20年が経過しようとしており、長い人であれば介護支援専門員としての20年のキャリアを積んできた方もおられると思います。そのような区切りの年ですが、“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”、4回目ではケアマネジメントの中心ともいえるケアプランを考えていきます。

ケアマネジメントにおいて作成されるケアプランは、これまでのコラムで取り上げてきた「**利用者との信頼関係**」を基盤としたアセスメントによって「**真のニーズ**」を析出し、利用者の質の高い生活を実現するために「**多様な社会資源**」を統合して作成します。これまで確認してきたケアマネジメントのプロセスにおいて不十分な点等があれば、ケアプランにもその影響が出てくることになります。このように考えると、ケアプランはあくまでも利用者の生活を支えるためのツールであるものの、ケアマネジメント全体の質を示すものでもあるといえるのではないのでしょうか。つまり、ケアプランをしっかりと見直すことによって、それぞれのケアマネジメント全体を振り返ることにつながり、ケアマネジメントの質を向上させることが期待できます。

しかし、現在の制度や状況が、ケアプランを見直す機会を阻害してしまっている可能性があることを懸念しています。

まず1つに、制度的にケアプランを見直さなければならない機会がとても限定的であることが挙げられます。結果として、本人の状態や社会環境に変化が生じた場合においても、制度上のケアプラン見直しのタイミングではないために、しっかりと見直すことができていないようなケースの発生につながっていることが考えられます。これは制度の逆機能ともいえるものであり、他にも生じていることが指摘されています。例えば、ケアマネジメントにおいて重要なモニタリングも、現在制度上では月1回

の居宅訪問が義務付けられています。これは最低限実施すべき回数として定められているはずですが、状態が安定せずに注意深いモニタリングが必要な利用者でも月1回の訪問しかできていない状況につながってしまうことが考えられます。

もう1つとして、担当ケアマネ以外のケアマネにケアプランが見られることがとても少ない状況が挙げられます。実際にはケアプランだけでなく、ケアマネの実践全体が他のケアマネによって見られる機会がとても少ないことが挙げられます。このような状況はケアマネが専門職として成長していくことの障害となっているかもしれません。専門職が成長するには、ただ実践経験を重ねるだけでなく、より経験豊富なベテラン専門職から指導を受け、自らの実践を振り返る機会(スーパービジョン)が必要不可欠です。現状では、地域ケア個別会議や地域での事例検討会の機会は徐々に増えてきているものの、このようにマンツーマンで指導(スーパービジョン)を受ける機会を十分に持っているケアマネはとても少ないのではないかと思います。

以上、ケアマネジメントの集大成ともいえるケアプランの見直しを阻害する可能性がある2つの要因を整理しました。しかし、本来的にはケアプランが利用者にとって適切な内容なのか常に見直しを行い、利用者の状態とケアプランの内容にずれが生じてしまっている場合には、制度や状況に関わらず利用者に最適なケアプランに作り直すことが“ケアマネジメントの専門職たる介護支援専門員”に求められているのではないのでしょうか。

是非これをお読みいただいた皆様には、自らのケアプランを見直してみる機会を設けていただければ幸いです。多くの介護支援専門員がいる札幌の強みを生かして、他のケアマネと協力し合って各ケアマネの実践を振り返る機会を設けていくような方法を検討してみることに大きな価値がありそうですね。

ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー

知っ得
特別授業ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員 第5回
ケアマネジメントにおけるモニタリング

北星学園大学 社会福祉学部

福祉臨床学科 准教授 畑 亮輔



皆さんこんにちは、北星学園大学の畑です。新型コロナウイルス感染症の影響で、高齢者のサービス利用のキャンセルや生活面の不安への相談支援など、多くの対応を求められている状況と思います。このような現実的な対応が必要な状況において、ケアマネジメントを理論的に検討する原稿を読んでいただくことには申し訳なさを感じますが(「重要性は緊急性に勝てない」が私の持論です…)、このような状況だからこそ基本の確認が重要かもしれません。息抜きとして、少しお付き合いいただければ幸いです。

「ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員」、5回目は「ケアマネジメントにおけるモニタリング」を考えてみましょう。ケアマネジメントのプロセスは、インテークに始まり、アセスメントを経てケアプラン作成、そして支援の実施とモニタリングを行う流れです。このモニタリングでは、利用者の生活の質(QOL)の維持・向上を目標に、ケアプランに基づいてサービスが実施されているか、サービスが目標達成に向けて有効なのか、サービスへの苦情や困っていることがないか等を確認することとされています。

居宅ケアマネであれば基本的に月1回以上の居宅訪問が必要となりますが、多くの利用者を担当している場合には(第4回コラムでも触れたように)、月2回以上の居宅訪問はもとより、1回の居宅訪問にも十分な時間を確保しづらい状況にあるのではないのでしょうか。このような状況から、ケアマネジメント専門職としてのモニタリング実施に支障をきたしているのではないかと懸念しています。どうしても限られた時間でのモニタリングとなれば、基本となるサービスの実施状況の確認にばかり意識が向いてしまいかねませんね。

それでは、このようなサービス実施状況の確認という限定的なモニタリングにならないためのポイントを検討してみましょう。

まず1つ目が、ケアマネジメントの目的は介護サービスを提供ではなく、利用者の社会生活全体の支援であることを常に意識することです。これは、第1回コラムで説明した「フォーマル・インフォーマルを含めた多様な社会資源を用いた支援の検討」が必要であることとも関連しています。

また2つ目に、利用者の発言のみに着目するのではなく、ケアマネの視点からも身体動作、表情、住環境の変化等(身体・心理・社会)も意識して利用者の状態把握に努めることです。これは、第2回コラムで述べた、専門職の視点からノーマティブニーズやコンパラティブニーズを検討することにも通じます。

そして3つ目は、利用者は自分の課題を他者に話すことに不安を抱えていることを踏まえて、利用者が話しやすい態度に関わることです。そのためには第3回コラムで確認したバイステックの原則を踏まえた関わりが効果的です。モニタリングの機会にこのような関わりができれば、利用者との信頼関係を構築・強化することにもつながります。

これらに加えて、基本となるサービスの実施状況等をしっかりと確認し、第4回コラムで整理したように“制度的な規定”に限らず必要に応じてケアプランの見直しを行うことで、本当に効果的なモニタリングの実施につながることを期待できます。

このように、モニタリングはルーティンワークではなく、ケアマネジメントの知識・技術を総動員して、利用者の生活状況を確認するための非常に重要な機会であることがわかります。忙しい業務において月2回以上居宅訪問したり、1回の訪問時間を長く取ることは難しいかもしれませんが、利用者のあらゆる変化を見逃さず、より良い支援につながるためのモニタリングを行うことが“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”に求められているのではないのでしょうか。

知っ得
特別授業

ケアマネのためのスキルアップ情報コーナー

ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員 第6回

ケアマネジメントにおける“自己決定支援”

北星学園大学 社会福祉学部

福祉臨床学科 准教授 畑 亮輔



皆さんこんにちは、北星学園大学の畑です。新型コロナウイルスの影響が続いており、社会生活の様々な場面でストレスを感じてしまう状況が生じています。これまでとは異なる対応や業務が必要な状況ですが、本コラムではやはり介護支援専門員としての基本的な姿勢について考えていきたいと思えます。最終回となる今回は、第2回コラムで言及した“自己決定のプロセスを支援する”ことについて整理していきます。

本コラムでは、“ケアマネジメント専門職としての介護支援専門員”に求められる視点等を検討してきましたが、ケアマネが専門職としての価値・知識・技術を高めることで、本人主体の支援が弱まってしまうことへの懸念が生じます。ケアマネが社会資源に関する豊富な知識を持ち、また利用者のニーズをより専門的に把握できるようになるほど、ケアマネと利用者との情報格差が広がります。この情報格差は、専門職の“専門性”を意味するものでもあり、それ自体は批判されるものではありません。しかし、このような情報格差の拡大が、“専門職主体の支援”につながってしまう可能性が考えられるのです。つまり、ケアマネ側は「このような状態なら、このサービスを利用した方がいいのに…」という予測を立て、利用者側は「ケアマネさんに任せておこう…」と考えてしまう状況が生じやすくなるのではないかと懸念です。

このような事態を避けるためにも、介護支援専門員倫理綱領に「1. 自立支援」が定められているのではないのでしょうか。この自立支援に向けた本人主体や自己決定の尊重は、これまで述べてきた通り“利用者の言うとおりに”支援するのではなく、“自己決定のプロセスを支える”ことでの実現が求められます。

このプロセスは、まず利用者やその家族がどのような状況にあり、どのような問題を抱えているのか、今後どのような問題の発生が予測されるのか、ケアマネの専門的な知識や技術をもって利用者と一緒に

に整理していくことから始まります。ここでのポイントは、“利用者と共に”整理していくことです。利用者自身の、自分の状況や将来に関する理解は、その後の自己決定の基盤となります。そして、利用者が抱えるニーズに対して、どのような社会資源があるのか情報提供し、利用者の意向について確認していきます。その際、利用の意向を確認するだけでなく、なぜ利用したいのか（何を期待しているのか）、なぜ利用したくないのか（サービスにどのようなイメージがあるのか、何を心配しているのか）、その理由まで確認することがポイントです。そして、誤った理解や不十分な理解があれば、さらに説明することが求められます。

これらをまとめると、利用者の状況や問題を整理し、活用可能な社会資源について情報提供と説明をしたうえで、利用者の自己決定が行われることとなります。これが“自己決定のプロセスの支援”となってきます。

利用者が最初から「～のサービスを使いたい」と言っている場合も同じです。改めてケアマネの専門的な視点をもって“利用者と共に”状況の整理を行い、活用可能な社会資源について説明した上で、利用者自身がどのサービスを利用するのか決定していくこととなります。結果的に利用者が最初に言っていたサービスを利用する場合がありますが、このようなプロセスなくサービスが決定されるのであれば、それは支援のない自己責任論になってしまうのではないのでしょうか。

“自己決定のプロセスを支援する”ことで、専門職主体の支援ではなく、本人主体という名の自己責任論でもない、真なる“本人主体の支援”を展開していくことこそ、ケアマネの最も基本であり、最も重要な姿勢といえるでしょう。新型コロナウイルスによる社会不安から専門的な情報への期待が高まる今だからこそ、この基本的な姿勢を改めて確認する機会としていただければ幸いです。