

研究報告

日本居宅介護支援事業所の介護支援専門員が感じている 介護予防ケアマネジメントの困難とその対応

Care managers' recognition of difficulties and management
for preventing functional decline in the home care support office.

志 村 いづみ

Shimura Izumi

要 旨

本研究の目的は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、介護予防ケアマネジメント（以下、介護予防 C/M）を実践する上で感じている困難とその対応について、具体的な内容を明らかにすることである。研究方法は、要支援 1 または要支援 2 の認定を受けた高齢者の介護予防 C/M を行った経験のある居宅介護支援事業所の介護支援専門員 20 名を対象とし、介護予防 C/M の過程における困難とその理由、対応とその結果について半構成的質問紙を用いた個別面接調査を行い、質的帰納的研究を行った。結果、介護支援専門員が感じている困難として「高齢者の理解や対応に困る」「高齢者に更なる向上を求めざるを得ない」「ケアプラン作成に”しぼり”がある」の 3 カテゴリーが見出された。さらに、困難への対応では「高齢者が納得できるように信頼関係を構築する」「高齢者の希望に沿ったプランを立てる」「介護予防の理念に従ったケアプランを立てる」の 3 カテゴリーが見出された。

介護予防 C/M では、高齢者の特徴を十分に理解し、個々の状況に応じたケアプランを作成する必要がある、そのためには、高齢者との信頼関係構築を基盤とした支援を行うことが重要と考えられた。

キーワード：介護予防ケアマネジメント、要支援高齢者、介護支援専門員

I. はじめに

超高齢社会の到来に伴い、急増する要介護高齢者を社会全体で支える仕組みとして 2000 年に介護保険制度が制定された。制度開始後の 5 年間における要介護認定者全体の伸び率は 88% と大幅な増加には至らなかったが、要支援、要介護 1 の認定を受けた軽度者の伸び率が 138% と顕著であり（厚生労働省 2006）、軽度者の状態改善・悪化防止の重要性が指摘されることとなった。

そのため 2006 年の介護保険制度改正では、予防重視型システムへの転換が制度改革の目玉となり、その拠点として地域包括支援センター（以下、地域包括）が位置づけられ、社会福祉士、主任ケアマネジャーとともに、保健師が配置された。

地域包括の保健師の役割は、他職種と連携しながら様々な健康レベルの高齢者に対し、地域の特性に応じた介護予防体制づくりを中核的に担っていくことであり、その個別支援の一つとして、要支援 1 及び要支援 2 の認定を受けた高齢者である要支援者の介護予防ケアマネジメント（以下、介護予防 C/M）がある。改正以前では、軽度者に対してできないことをサービスで補うといった補完的なサービスの利用がされ、高齢者の主体的な取り組みや自立に向けての具体的な取り組みが重視されていなかった。そのため、制度改正後は、介護予防 C/M においては、目標指向型のプランの作成がより強調されるようになった（介護予防ケアマネジメント業務マニュアル 2006）。介護予防 C/

Mの目的は、要支援者が「要支援状態であってもその悪化をできる限り防ぐこと」であり、要支援状態の悪化の防止にとどまらず「非該当」への改善を目指すこととされている（介護予防ケアマネジメント業務マニュアル2007）。つまり、介護予防C/Mにおいては、要支援者への自立に向けた具体的な目標を明確にすることにより、現状維持だけでなく、更なる向上を目指すことが求められている。

また、介護予防C/Mは地域包括で行うことが位置づけられているが、密接な連携のもと居宅介護支援事業所への介護予防C/M業務の一部委託が認められている。地域包括は居宅介護支援事業所の介護支援専門員の介護予防C/M業務を監督・指導する立場にあり、具体的にはケアプランの適切性や内容の妥当性を確認（地域包括支援センター業務マニュアル2006）し、目標指向型のケアプランが適切に作成されるよう介護支援専門員に対して専門的に支援することが求められている。しかし、要支援者が自立した生活を送るためには、心身の状況という個人的な要因だけでなく、生活環境や家族関係、経済問題など本人を取り巻く様々な環境が影響するため、多面的な視点から検討する必要がある（神谷2007）。また、要支援者は健康や生活上のニーズが自覚されにくいいため、潜在的なニーズを把握した上で本人と家族の思いにそったケアプランの立案することは、非常に難しいとも指摘されている（渡部ら2006）。2006年の制度改正から5年が経過した2010年末から2011年始めにおいて、介護予防C/Mの歴史はまだ浅く、その方法論は確立されていなかった。このような状況のなか、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は手探りの状態で介護予防C/Mに取り組んでいると考えられた。そこで、要支援者の個別のニーズに基づいた介護予防C/Mの実践に向けて、介護支援専門員が感じている困難とその理由、及びその困難への対応について、できるだけ多様な実態を知ることが必要であると考え、本研究に取り組むことにした。本研究の目的は、介護予防C/Mの委託を受けた居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、介護予防C/Mを実践する上で感じている困難とその理由、及び困難への対応について、具体的な内容を明らかにすることである。また、介護予防C/

Mの実践において介護支援専門員が感じている困難とその対応を明らかにすることにより、介護予防C/Mの質の向上に寄与する実践的な資料を得ることができると考えた。

II. 研究方法

1. 用語の定義

1) 介護予防

要介護状態の発生をできる限り防ぐこと、要介護状態であってもその悪化をできる限り防ぐこととする。

2) 介護予防ケアマネジメント

「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本とし、利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるよう具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の過程とする。

3) 介護予防C/Mにおける困難

本研究においては、情報収集、目標設定、ケアプラン作成、実践、評価といった介護予防C/Mの一連の過程において介護支援専門員が難しいと感じていることとする。

2. 研究デザイン

質的帰納的研究

3. 対象

地域包括支援センターから委託を受け、要支援1または要支援2の認定を受けた高齢者の介護予防C/Mを行った経験のある居宅介護支援事業所の介護支援専門員20名を研究協力者とし、個別面接調査の対象とした。

4. データ収集方法

半構成的質問紙を使用し、個別面接調査を行った。面接回数は原則として一人一回とし、面接時間は40分程度行った。また、事前に許可を得て録音した。

5. 調査内容

1) 研究協力者の属性

年代、性別、基礎となる職種、介護支援専門員としての経験年数、介護予防C/Mに従事した年数、今までに介護予防C/Mの担当した件数

2) 困難を感じた理由と対応、対応した結果について

- (1) 本人ができることを確認することについて、困難だと感じた具体的な内容やエピソード、それに対してなぜ困難と感じたのか、その困難に対してどのように対応したのか、対応した結果はどうだったのか。
- (2) 生活機能の向上に対する意欲を引き出すことについて、困難だと感じた具体的な内容やエピソード、それに対してなぜ困難と感じたのか、その困難に対してどのように対応したのか、対応した結果はどうだったのか。
- (3) サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるような目標を設定することについて、困難だと感じた具体的な内容やエピソード、それに対してなぜ困難と感じたのか、その困難に対してどのように対応したのか、対応した結果はどうだったのか。
- (4) セルフケアを含めた適切なサービスを組み込んだ具体策を立案することについて、困難だと感じた具体的な内容やエピソード、それに対してなぜ困難と感じたのか、その困難に対してどのように対応したのか、対応した結果はどうだったのか。
- (5) 目標の達成状況を評価し、計画の見直しを行うことについて、困難だと感じた具体的な内容やエピソード、それに対してなぜ困難と感じたのか、その困難に対してどのように対応したのか、対応した結果はどうだったのか。

6. データ収集時期

2010年12月から2011年3月

7. 分析方法

面接内容の逐語録から、介護支援専門員が介護予防C/Mを実践する上で困難を感じたエピソードまたは事例ごとに作成した分析シートを用いて介護支援専門員が感じている困難とその理由、困難への対応を整理して記述した。さらに困難を感じた状況と背景、及び理由から、困難の内容を表す名前を付け、類似性及び相違性を検討し、カテゴリー、サブカテゴリーとして分類した。次に困難のサブカテゴリーごとに対応を記述し、これを困難に対する対応のサブカテゴリーとした。対応のサブカテゴリーについて、類似性及び相違性を検討してカテゴリー化した。分析結果の信頼性、妥

当性を確保するため、分析の過程においては、指導教員のスーパーバイズを受けた。

8. 倫理的配慮

研究協力者には、研究内容を説明後、研究参加は自由意思であり、研究に参加しない場合や途中で参加を拒否する場合でも、不利益を被らないこと、研究の公表においては個人が特定されないよう個人情報の保護や匿名性の保障に留意すること、面接中もプライバシーの保護に努めること、研究データは厳重に管理し、研究後速やかに破棄すること等を書面と口頭で説明し、承諾書をもって同意を確認する。また、本研究は大阪府立大学看護学部倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者となった介護支援専門員は20名で、年齢は30代6名、40代4名、50代9名、60代1名、性別は男性4名、女性16名、職種は介護福祉士が12名、社会福祉士3名、看護師3名、歯科衛生士2名、介護支援専門員としての経験年数は3年未満が3名、3～5年が7名、5年～10年が10名で、介護予防ケアマネジメントの経験年数は1～3年が5名、3～5年が14名、5年以上が1名、今までに担当した件数は、10件未満が4名、10～20件が7名、20～30件が6名、30件以上が3名であった。

2. 介護支援専門員が感じている困難

介護支援専門員が感じている困難として、〈高齢者の理解や対応に困ること〉〈高齢者に更なる向上を求めざるを得ないこと〉〈ケアプラン作成に”しぼり”があること〉の3つのカテゴリーと、22のサブカテゴリーを見出した(表1)。

〈高齢者の理解や対応に困ること〉とは、高齢者から必要な情報を得にくいことや、高齢者が生活に対して自分なりの方法を確立しているため、別の方法を提案しても受け入れてもらえないことなど、高齢者の特徴などに由来するものであった。このカテゴリーには、〈信頼関係のないまま必要な情報を得なければならないこと〉〈必要な情報を高齢者から得ることができないこと〉〈高齢者からの情報をもとにアセスメントすること〉〈頑固に自分のやり方を通す高齢者に対応しなければならないこと〉〈サービスの利用を高齢者に受け

表 1 介護支援専門員が感じている困難

カテゴリー	サブカテゴリー
高齢者の理解や対応に困ること	信頼関係のないまま必要な情報を得なければならないこと 必要な情報を高齢者から得ることができないこと 高齢者からの情報をもとにアセスメントすること 頑固に自分のやり方を通す高齢者に対応しなければならないこと サービスの利用を高齢者に受け入れてもらえないこと 制度上の制限を高齢者に納得してもらえないこと ケアプランを実行してもらえないこと
高齢者に更なる向上を求めざるを得ないこと	高齢者のプライドを傷つけかねないことを聞かざるを得ないこと 高齢者にできることを聞くことに抵抗を感じることに 高齢者に生活意欲の向上を求めざるを得ないこと 高齢者に前向きな目標を立てること 高齢者が必要と思っていないケアプランを立てざるを得ないこと 高齢者本人が乗り気でないケアプランを立てざるを得ないこと 高齢者に自立を促すようなケアプランを立てねばならないこと 高齢者が安心できるケアプランが通用しないこと
ケアプランの作成に“しぼり”があること	制度上の制限があり、高齢者のニーズに対応できないこと 制度上の制限に疑問を持ちつつ高齢者に説明せざるを得ないこと 高齢者ができそうな行動レベルで目標を設定しなければならないこと 生活行動を数値で表さなければならないこと 目標を達成すると同じ目標を継続できないこと ケアプランや目標の達成度の評価に迷うこと 高齢者に分かりにくいケアプランの様式を使わなければならないこと

入れてもらえないこと><制度上の制限を高齢者に納得してもらえないこと><ケアプランを実行してもらえないこと>の7つのサブカテゴリーを見出した。

「<高齢者に更なる向上を求めざるを得ないこと>」は、要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐことといった介護予防 C/M の理念に沿って、自立にむけての具体的目標を明確にすることで、現状維持だけではなく、更なる向上を目指していかなければならないことに対して感じている困難であった。このカテゴリーには、「<高齢者のプライドを傷つけかねないことを聞かざるを得ないこと><高齢者にできることを聞くことに抵抗を感じることに><高齢者に生活意欲の向上を求めざるを得ないこと><高齢者に前向きな目標を立てること><高齢者が必要と思っていないケアプランを立てざるを得ないこと><高齢者本人が乗

り気でないプランになってしまうこと><高齢者に自立を促すようなプランを立てざるを得ないこと><高齢者が安心できるケアプランが通用しないこと>」の8つのサブカテゴリーを見出した。

「<ケアプランの作成に“しぼり”があること>」は、要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐといった介護予防 C/M の理念に沿って、自立にむけての具体的目標を明確にすることで現状維持だけではなく、さらなる改善を目指したケアプランを作成しなければならない。しかし、そのためには同じ目標を継続した方がよいと介護支援専門員が考えた場合でも、目標を達成できてしまうと同じものを継続できなかつたり、目標の達成度が評価しにくい内容でも必ずできるように立案しなければならないことや、サービスの利用方法や利用回数に決まりがあることなどに困難を感じるものであった。このカテゴリーには、「<制度上の制限

があり、高齢者のニーズに対応できないこと><制度上の制限に疑問を持ちつつ高齢者に説明せざるを得ないこと><高齢者ができそうな行動レベルで目標を設定しなければならないこと><生活行動を数値で表さなければならないこと><目標を達成すると同じ目標を継続できないこと><ケアプランや目標の達成度の評価に迷うこと><高齢者に分かりにくいケアプランの標準書式を使わなければならないこと>の7つのサブカテゴリーを見出した。

3. 介護支援専門員が感じている困難とその対応

介護支援専門員が感じている困難として抽出された22のサブカテゴリーに対する対応を分析した

ところ、18の対応のサブカテゴリーが抽出された。

この介護支援専門員が行った対応のサブカテゴリーを分析した結果、<高齢者が納得できるように信頼関係を構築する><高齢者の希望に沿ったプランを立てる><介護予防の理念に従ったケアプランを立てる>の3つのカテゴリーが見出された。<信頼関係を構築する>には、<高齢者を理解しようとする>など7つのサブカテゴリーが含まれていた。<希望に沿ったプランを立てる>には、<紙面上の書き方を工夫して高齢者の希望するケアプランを継続できるようにする>など7つのサブカテゴリーが含まれていた。<理念に従ったケアプランを立てる>には、<ケアプランを説

表2 介護支援専門員が感じている困難に対して行った対応

対応のカテゴリー	対応のサブカテゴリー
高齢者が納得できるように信頼関係を構築する	本人の希望と介護支援専門員が考える具体策を両方組み込んだケアプランにする 高齢者を理解しようとする 高齢者のやる気を引き出す 訪問回数を重ねることで信頼関係を築き、情報を引き出す しばらく様子を見る 時間をかけて何度も勧める えらそうに思われないように話し方に気を付ける
高齢者の希望に沿ったケアプランを立てる	評価をあえてあいまいにして高齢者の希望するケアプランを作成する 安定した生活が送れることを重視したケアプランを作成する 数値化できる目標にはならないが、高齢者の希望通りのケアプランを作成する 紙面上の書き方を工夫して高齢者の希望するケアプランを継続できるようにする 自立支援につながるが、どうすることもできず、高齢者の希望通りにする 高齢者の希望に沿って、介護保険外のサービスも紹介する 前向きな目標を立てようとするが、拒否されると無理にはすすめない
介護予防の理念に従ったケアプランを立てる	介護支援専門員の判断で、自立支援につながるようなケアプランを立てる ケアプランを説明して納得してもらう 制度上の制限を説明して納得してもらう 制度内でできるサービスで高齢者に妥協してもらう

明して納得してもらおう>など4つのサブカテゴリが含まれていた(表2)。

IV. 考 察

1. 介護支援専門員が感じている困難の特徴

本研究では、介護支援専門員が感じている困難として3つのカテゴリを導き出した。この3つのカテゴリは介護予防における困難の特徴を示すものと思われた。

1つ目は、高齢者の理解や対応に困難を感じるものであった。介護予防C/Mを実践するためには、高齢者の心身の特徴を理解した上で、その特徴に応じた対応を行うことが必要である。高齢者には、加齢に伴い心身に様々な変化が生じているが、特に環境の変化に適応しにくくなり、慣れ親しんだ方法を変えにくいなどの特徴がみられ、新しいことを受け入れることが難しくなる。このような特徴から、介護支援専門員が介護予防の理念に従い、高齢者の自立を促すためにケアプランを提案したとしても受け入れてもらえないことがあり、対応が難しいと感じる要因となっていた。高齢者自身が主体的に改善を求めて行けるようお互いに介護予防への認識を改める必要がある。つまり、生活機能の低下や日々の困りごとに対して、加齢による変化だからとあきらめてしまうのではなく、心身機能の低下や生活機能の低下を引き起こした根本的な原因を的確にとらえ、それを解決するための手段を本人、家族とともに見出し、それによって介護予防C/Mを試みることへの理解を介護支援専門員だけでなく、地域住民や当事者となりえる高齢者自身に対しても啓発活動を行っていく必要がある。

2つ目の特徴として、高齢者に更なる生活機能の向上を求める介護予防の理念と高齢者のおかれている現状とが一致しないことに対して、困難を感じているものがあつた。介護予防C/Mは、「要支援状態にあつてもその悪化をできる限り防ぐこと」を目的とし、要支援状態の悪化の防止さらには「非該当」への改善を目指すこととされている。介護支援専門員はこのような介護予防の理念を理解はしていても、現実目の前にいる高齢者の現状に適用させて介護予防C/Mを実践することに、困難を感じていた。特に後期高齢者の場合、生活機

能の維持や生活の安定が望みであるのかかわらず、介護予防C/Mの実践においては、現状維持にとどまらず生活機能の更なる向上を求めるため、高齢者が希望していなくても前向きな目標を立て、生活意欲を向上させて自立を促すケアプランを立てねばならない。その際に高齢者に生活機能の低下を改めて認識させて、改善を促し、自立の意欲を引き出すために高齢者のプライドを傷つけないか、「人生の先輩」である高齢者にこのようなことを聞くこと自体に抵抗を感じているものであつた。しかし、本人の意思を尊重するあまり、やりたくないことをサービスで補ったり、欲しいサービスのみを提供することは、適切な介護予防ケアマネジメントとは言えない¹⁶⁾。介護予防C/Mの目的は、要介護状態に移行しないことであり、生活機能の更なる向上、つまり、要支援状態の悪化の防止にとどまらず「非該当」への改善を目指すことを求めるものである。介護支援専門員は、年齢、経験年数などのバックグラウンドや、基礎となる職種は様々であり、受けてきた教育も一様ではないという現状がある。高齢者の言動や反応について、個別性の視点や心身機能障害の視点から理解を深めることにより、その高齢者の個への理解が深まり対人援助関係を発展的な方向へ転換させることが可能となる¹⁵⁾と指摘されているようにバックグラウンドや、基礎となる職種がどのような介護支援専門員であっても高齢者を身体的、精神的、社会的視点を持って、包括的に捉えることができるよう助言を行うことが重要と考えられた。

3つ目の特徴としては、介護保険制度上の制限などからケアプランの作成に“しぼり”があることに困難を感じることであつた。既存の介護保険サービスだけでは“制限”や“しぼり”となり、高齢者の抱える課題の解決に結び付きにくかつた。例えば、介護予防C/Mにおいては、制度上、高齢者が誰かに見守られたい、いざという時、助けてもらいたいという安心を得るためだけのサービス導入は通用しない。平野ら(2011)は、女性独居高齢者にとって自分自身や自分の生活を見守られているという安心感を得る活動は、生活していくうえで必要な社会活動のひとつである²¹⁾としており、伊東ら(2008)は、身体面、精神面、社会面に変化をもたらした介護予防支援の一つとして関

係性の構築と安心感の提供³⁾をあげている。このように高齢者が自立した生活を継続していくためには、安心感を提供することは必要な援助の一つであるが、そのため、高齢者が安心を求めてもそれを満たすケアプランは立てられず、高齢者が必要と思わないものや、乗り気でないものであっても、生活機能の更なる向上に向けて意欲を引き出していかねばならない。介護予防・日常生活支援総合事業（以下：新総合事業）ガイドライン（2015）においては、高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり¹³⁾があげられているが、高齢者の支援において見守られているといった安心感を得ることは必要な支援であると介護支援専門員は考えており、それを介護保険のサービスでは提供することができないために困難感につながっていた。それを解決するためには、住民同士の見守り活動を活用することなどが考えられる。地域包括支援センターでは、日頃の活動から地域住民との信頼関係を構築することで、介護支援専門員が地域住民を巻き込んだ介護予防C/Mを行っていきけるよう地域住民と介護支援専門員をつなぐ懸け橋としての役割を担っていく必要があると考える。

2. 困難に対する対応の特徴

介護予防C/Mにおける困難に対する対応には、高齢者の状況や希望よりも、生活機能の向上という介護予防の理念を優先させる「介護予防の理念に従ったケアプランを立てる」と、介護予防の理念だけでなく高齢者の状況を考慮した上で「高齢者の希望に沿ったケアプランを立てる」ものがあった。これらはケアプラン作成において何を優先させていたのかによって対応が異なっているものであった。しかし、介護予防の理念と高齢者の希望の双方を踏まえて個々の高齢者に合ったケアプランを作成するためには、「高齢者が納得できるように信頼関係を構築する」が重要であり、これが介護予防C/Mの基盤となるものと考えられた。平野ら（2011）は、要支援高齢女性とサービス提供者の関係はサービスの授受の関係だけではなく、人とのつながりとしての関係づくりが大切である²¹⁾と述べており、信頼関係を築こうとすることは関わる上で重要である。介護予防C/Mでは、本人の前向きな気持ちを受け止めながら、家族も含めた本人のできることに、できないことの確認を

通じて、高齢者が主体的に目標を受け止めることができるよう支援しなければならない。

また、このような支援を継続して実践していく中で、高齢者と介護支援専門員との間で信頼関係を築き、「困った時にすぐに相談できる場所がある」といった安心感を提供する必要がある。介護支援専門員は、介護予防の理念に基づき、高齢者の現状から生活機能の更なる向上を目指したケアプランを導き出し、介護予防C/Mを実践しようと試行錯誤する一方で、「介護予防につながらない」と悩みながらも高齢者の希望通りにするしかないなどのジレンマを抱えながら様々な対応を行っていることがわかった。しかし、高齢者の希望に関係なく、介護予防の理念だけを高齢者に求めることや、介護予防の理念を無視して高齢者の希望を聞くことのどちらか一方の対応だけではよりよい介護予防C/Mを行うことはできない。前者2つの対応とは異なる次元として、信頼関係を構築することで納得を得ようと試行錯誤しながら高齢者と向き合っていることが示されていた。つまり、高齢者と信頼関係を構築することは、介護予防C/M実践のすべての基盤となっていると考えられた。

V. 本研究の限界

本研究での研究協力者が所属する居宅介護支援事業所は一地域に限られていたため、介護支援専門員の感じている困難と対応について偏りがある可能性がある。特に、介護予防C/Mについては、保険者である市町村や地区を担当している地域包括の方針に強く影響を受けると考えられる。しかし、高齢者の理解や対応、制度上の制限等は共通していることから、介護支援専門員が感じている困難が具体的にどのようなものであり、その困難にどのように対応しているのか、現状を詳細に明らかにすることにより、介護予防C/Mの質の向上に寄与する実践的な資料を得ることができたと考える。

VI. おわりに

居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、業務に追われながら、時間的にも短い関わりのなかで、高齢者と信頼関係を構築して状況を理解し、対応しなければならないことに困難を感じていた。ま

た、必要な情報が引き出しにくく真のニーズか見極めにくいという高齢者の特徴が、《高齢者の理解や対応に困る》ことの要因となっていた。さらに、“人生の先輩”であるとともに、加齢による身体的変化を基盤にもつ高齢者に対して、生活機能の面から《さらなる向上を求めざるを得ないこと》について、精神的な困難を感じていた。また、サービスの利用に関して制度上の制限があることから、《ケアプランの作成に“しぼり”があること》が困難であると感じていた。困難に対する対応の特徴として、高齢者の希望とは関係なく、《介護予防の理念に従ったケアプランを立てる》こと、介護予防の理念とは関係なく《高齢者の希望に沿ったケアプランを立てる》こと、介護予防C/Mを実践する上で対応の基盤となるものは《高齢者が納得できるように信頼関係を構築する》ことであった。

高齢者の安心感を得るためだけの支援など介護保険制度では補いにくい支援については、住民同士の見守り活動など多様な社会資源を介護予防C/Mに取り入れていくこと、“人生の先輩”であり、加齢による身体的変化を基盤にもつ高齢者に対して、生活機能の面から《さらなる向上を求めざるを得ないこと》について、精神的な困難を感じていたことに対しては、高齢者自身に介護予防の意識を持ってもらうよう啓発活動を行っていくことなどが対策として考えられ、今後は、地域包括支援センターの役割になっていくと考えた。

本研究にあたりインタビューにご協力くださいました研究協力者の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成24年度大阪府立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆および修正を行ったものである。

文 献

- 1) 阿部充宏：どうしてですか？介護予防ケアマネジメント神奈川県における介護予防ケアマネジメントの実践－神奈川県介護予防サービス・支援計画表－，介護支援専門員，9(2)，39-46. 2007.
- 2) 井出成美：介護予防サービスにおける保健師の認識から捉えた地域特性を反映させたサービス提供方法，千葉看護学会誌，12(1)，86-93. 2006.
- 3) 伊東愛、牛尾裕子：介護予防の視点に立った効果的関わりに関する事例研究，兵庫県立大学看護学部紀要，15，135-147. 2008.
- 4) 今井弥生：どうしてですか？介護予防ケアマネジメント 名古屋市における介護予防ケアマネジメントの実践－名古屋市方式の考え方・流れ・様式とは－，介護支援専門員，9(2)，29-37. 2007.
- 5) 大阪府：介護保険制度の見直しに向けた提言・要望－参考資料－，10-11. 2007.
- 6) 尾形由起子、小野順子、山下清香他：虚弱高齢者の介護予防における保健師の地域支援技術の特徴，福岡県立大学看護学研究紀要，8(2)，67-73. 2011.
- 7) 荻原満寿美：居宅から見た介護予防ケアマネジメントの実態－平成19年度居宅介護支援専門員の実態調査より－，介護支援専門員，19(4)，28-33. 2008.
- 8) 各務勝博：「寝たきり予防」から「介護予防」へ－そこで語られてきたこと－Core Ethics，6，109-118. 2010
- 9) 神谷良子：どうしてですか？介護予防ケアマネジメント 神戸市における介護予防ケアマネジメントの実践－生活を支える視点を大切に－，介護支援専門員，9(2)，21-28. 2007.
- 10) 厚生労働省：介護保険制度改革の概要－介護保険法改正と介護報酬改定－，2-7. 2006.
- 11) 厚生労働省：地域包括支援センター業務マニュアル，135-259. 2006.
- 12) 厚生労働省(2009)：報道発表資料，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/04/h0423-1.html>
- 13) 厚生労働省老健局振興課：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン，3-4. 2015.
- 14) 杉田由加里、宮崎美砂子：行政保健師が認識する介護予防の効果と効果につながる実践－地域包括支援センターにおけるケアマネジメントの実践をとおして－，千葉看護学会誌，14(2)，37-45. 2008.
- 15) 島田美紀代、清水安子、正木治恵：意思をくみ取って援助することに困難を感じる高齢者

に対する看護師のとらえ方の構造－対人援助関係の構築に焦点をあてた質的研究のメタ統合による分析－，千葉看護学会会誌，12(2)，63-68. 2006.

- 16) 長寿社会開発センター：介護予防ケアマネジメント業務マニュアル 新予防給付ケアマネジメント指導者研修資料，119-186. 2007.
- 17) 長寿社会開発センター：地域包括支援センター業務マニュアル 135. 2006.
- 18) 長寿社会開発センター：地域包括支援センター業務マニュアル，132-186. 2011.
- 19) 中島紀恵子ら：系統看護学講座 専門 20 老年看護学医学書院第 6 版第 5 刷 18-34. 2008.
- 20) 林千賀子、山根達也：どうしてですか？介護予防ケアマネジメント 東広島市における介護予防ケアマネジメントの実際-介護予防ケアマネジメントと向かい合うなかで-，介護支援専門員，9(2)，13-20. 2007.
- 21) 平野美千代、河原加代子、佐伯和子：要支援高齢女性の社会活動尺度の開発，日本地域看護学会誌 17(2)，19-27. 2014.
- 22) 三浦研、川越雅弘、孔相権：要支援・軽度要介護者の生活機能の差異とその特徴 生活科学研究誌，6，1-10. 2007.
- 23) 渡部律子：新予防給付におけるケアマネジメントの現状・課題・対応策. 月刊 総合ケア，16(8)，12-17. 2006.
- 24) 渡部律子、谷義幸：新予防給付において介護支援専門員が困難を感じる事例 事例検討に先立って－事例検討の目的と背景－. 月刊 総合ケア，16(8)，18-35. 2006.