

論文

介護保険制度がめざす高齢者の自立支援

—— 介護予防ケアマネジメントの危機 ——

吉川 順子

〔抄録〕

「自立支援」を打ち出した介護保険制度，そのスローガンであった「介護の社会化」は「介護予防重視」「自助・互助」へと国民に責任を押しつけ，信頼・期待を失いつつある。特に介護予防・日常生活支援総合事業の導入以降は，サービス利用からの強制的終了（卒業の押し付け）事例が起こり，これが介護予防ケアマネジメントの自立支援かのように評価される危機にある。

介護予防ケアマネジメントにおける「高齢者の自立・自立支援」について，居宅ケアマネジャーに対し調査を実施した。狭義のKJ法の結果，ケアマネジャーは「精神的自立」がカギであり，サービス等利用による継続支援は自立と考えていること，また制度と高齢者間の「かみ合わなさ」と困難さ，現場での自立支援の実践と自身の専門性に葛藤を抱えていることが明らかになった。持続可能な制度という国の目標は，本来めざす高齢者の自立支援とケアマネジャーの専門性を揺るがしている。

キーワード：高齢者の自立支援，介護保険制度，介護予防ケアマネジメント，サービス卒業，専門性

はじめに

2000年4月の介護保険制度の登場は，社会保険方式と市場原理の導入により，それまでの措置制度下の意識を一変させた。その特徴は，介護の社会化を実現するために，介護支援専門員＝ケアマネジャー（以下，ケアマネと略す）という資格を創り，高齢者の生活をマネジメントさせたことにある。その基本理念の一つが「高齢者の自立支援」である。

介護保険法第1条に，介護保険制度の目的が示されており「(中略) 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 (中略) もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」とある。しかし介護保険制度において「高齢者の自立」の定義は法律上示され

ておらず、自立支援実践のためには「高齢者の自立とは何か」を考える必要がある。

では定義が示されていない中で、介護予防ケアマネジメント実践者は「高齢者の自立と自立支援」をどのように考え、その専門性を現場で実践しているのか。また介護予防ケアマネジメント実践の中で、サービス利用終了（卒業）はどのように捉えられているのか。

そこで現在、卒業システムを導入していない保険者で業務に携わる介護予防ケアマネジメント実践者を対象にインタビュー調査を実施する。それにより、現場における「高齢者の自立」を明らかにし、「介護予防ケアマネジメントが本来めざすべき高齢者の自立支援」について考察する。

第1章 本研究の背景

1. 「自立支援」と介護保険制度

真田によると「国民の深刻な介護実態からの社会的支援要求に対して、公的介護保険をつくるという案が公式文書で最初に国民に出されたのは、1994年9月に出された社会保障将来像委員会の『第二次報告』においてであった¹⁾という。その報告の中に「介護保障の確立」という言葉が登場するが、介護保障制度ではなく「公的介護保険制度」とすることを宣言している。その理由は「長寿社会にあたってはすべての人が、期間はともかく相当程度の確率で介護の必要な状態になり得ることから、保険のシステムに馴染むと考えられ²⁾た。また「保険料を負担する見返りとして、受給は権利であるという意識を持たせることができる。また、負担とサービスの対応関係が比較的わかりやすい³⁾と示している。当時、国民の老後不安や介護問題が顕在化していた状況にあり、国民の大きな反発もなく公的介護保険制度成立へと進められた。

では「高齢者の自立支援」は、いつ登場したのか。泉によると「高齢者介護の理念において自立ということが位置づけられたのは、1994（平成6）年12月に、高齢者介護・自立支援システム研究会報告の『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』で示されたことによる⁴⁾。

この研究会は7月1日の第1～12回の会議が開催され、1994年12月13日に報告書を発表している。高齢者介護の基本理念として「高齢者介護は『最期を看取る介護』から、高齢者の『生活を支える介護』へと変化している。こうした状況を踏まえ、今後の高齢者介護は、『高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること（高齢者の自立支援）を基本理念とすべき⁵⁾と明記している。この研究会の座長をしていた大森は、自立について「それぞれの方々の事情に応じて生活をエンジョイする、生きがいを自分たちで作りに出していく、人間関係を作り出していく、そういう暮らしのことを私どもは『自立』とっているわけで、何から何まで自分ひとりでやりなさいという意味ではありません。だからこそ介護には必ず支援が要るわけですね。そこで自立が成り立つためには支えが不可欠です⁶⁾と

話している。このように高齢者介護分野における「自立」の登場は、与えられる介護ではなく主体的な自立した生活への支援、という国民意識を変革させる方向へ進めることにあった。

2. 高齢者の自立とは——各論者による自立論を通して考える——

高齢者の自立を考えるにあたり、高齢者介護に関連した自立論3者を、筆者がA介護保険・A'介護予防・B竹内、と示し表にまとめた(表1)。ここでは主に「A介護保険とA'介護予防の比較」を中心に、高齢者の自立とは何かについて考察する。

表1 「自立論」の比較(高齢者介護関連)

項目	A介護保険	A'介護予防	B竹内
対象者	要介護者・要支援者・事業対象者(注)	要支援者・事業対象者(注)	高齢障害者(要介護高齢者)
視点	介護保険制度の「自立」	自立支援に資する介護予防ケアマネジメントにおける「自立」	自立支援介護の高齢者の「自立」
特徴	要介護状態等の軽減・悪化の予防	サービス利用終了を見据えた社会参加・意識変革へのアプローチ	直接介護による実践
具体的な自立の要素・定義	△	—	○
自己決定の重要性	○	○	— (欲求・ニーズ○)
依存的自立の容認	○	×	▲
引用・参考文献	介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会(平成28年)『六訂 新カリキュラム対応 介護支援専門員実務研修テキスト上巻』	厚生労働省(平成29年3月)「平成28年度 地域包括推進事業 介護予防ケアマネジメント実務者研修」	竹内孝仁(2017)『新版介護基礎学 高齢者自立支援の理論と実践』医歯薬出版株式会社

(注) 介護予防・生活支援サービス事業対象者
 ×ほぼ否定的である、▲少し否定的である、△肯定的だが不十分である、
 ○肯定的である、◎肯定的で具体的である

筆者作成：2019.9.25

A介護保険・A'介護予防は、介護保険制度における「高齢者の自立」の見解は共通となるはずだが、謳われている自立・自立支援が異なる。

A介護保険の特徴は、同法第2条2項に謳う「要介護状態等の軽減・悪化予防」である。具体的な自立の要素は「ADL、IADLの自立、収入・所得にかかわる経済的自立、自分のことを自分で決めるという自己決定・自己選択にかかわる精神的・人格的自立など」⁷⁾と示す。しかし語尾に「…など」とあるように、曖昧な表現でとどめている。「人間にとって『自由で主体的な決定ができること』がいかに大切かを思えば、それらのなかでも精神的・人格的自立が特に重要」⁸⁾とし、「介護支援専門員からの情報を通し、利用者・家族は自立に向けた意思決定を

していくことになる」⁹とある。また自立支援については「一口に『自立支援』といっても、人それぞれの『自立の姿』があります。自分一人で何でもできるようになることが、介護保険制度の考える自立ではありません。（中略）自分ができることは自分でできるように支え、自分一人ではできないことはサポートを受けながら生活できるように支えます」¹⁰とある。つまり、自分でできない部分はサポートを受けながらの自立はあり得るとしている。

次に A' 介護予防の特徴は、対象は要支援者・事業対象者（以下、要支援者等と略す）限定であり、サービス利用の終了、いわゆる「サービス卒業」である。これは介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業と略す）導入以降、自立支援、社会参加という言葉に追随するように登場してきた。総合事業は自治体が地域の実情に応じて多様なサービス種別を創設できるとしている。介護予防ケアマネジメント実務者研修の資料の中に「サービス C（短期集中予防サービス）卒業後、一般介護予防につながる可能性も意識し、利用者にセルフケアマネジメントの意識が定着するよう、介護予防ケアマネジメントを展開する必要がある」¹¹との記載があり、「卒業」という言葉が登場している。単にサービス利用により継続支援するという前提ではなく、状態が改善した場合は次のステップアップに進むよう、改善を意識させるケアマネジメントの実践を強調している。つまり、本人が主体的に課題解決や QOL 維持向上に取り組むためのサポートを実践することであり、出来ない部分はサポートを受けながら自立する生活については触れていない。

A・A' とは対照的に、B 竹内は具体的な自立について述べている。その特徴は「自立支援介護」を提唱していることである。自立の3要素は「身体的自立」「精神的自立」「社会的自立」¹²であり、定義も明言している。竹内はADL自立を基盤と考えており、その理由はマズローの欲求5段階説の生理的欲求は日常生活に直結することであり、人として基盤である生理的ニーズを満たすのはADL自立、つまり直接介護（身体介護）を重視した自立支援が重要と論じている。

以上より、A 介護保険と A' 介護予防での介護保険制度における「高齢者の自立」の見解は、A「要介護状態等の軽減・悪化予防」→A'「サービスからの卒業」へと、介護の社会化からはトーンダウンし、また A と A' が示す「高齢者の自立」は曖昧で狭いイメージにとどまっている。

3. 専門性と自立支援の実態

専門性が求められる介護予防ケアマネジメントは、「自立支援」という名のもと介護保険法改正のたびに、その実践を歪めかねない危機にある。

介護予防ケアマネジメントが登場したのは、介護保険制度施行当初からではなく、2005年改正後の2006（平成18）年4月施行からである。この背景には制度施行より5年が経過し、介護認定を受ける人やサービス利用する人が増加した結果、軽度者（要支援・要介護1）が著

しく増え、急激に介護給付費が増大した。そこで要介護者の増加を抑制する目的として、改正内容に掲げたのが「予防重視型システムへの転換」である。新たに地域包括支援センターを設置し、原則、要支援者等の介護予防ケアマネジメント業務（介護予防支援）の実施主体とした。地域包括支援センター（市町村）は要介護状態にならないための砦、つまり水際作戦として、いかに自立支援を実践していくことにあった。

そして2015（平成27）年4月以降施行等により、地域支援事業を再編した「総合事業」が登場する。総合事業実施に向け厚生労働省は、平成27年6月5日（老発0605第5号本職通知の別紙）に介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインを策定し、モデル事例など示している。それには、「要支援者等軽度高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められる。（中略）高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスを充実していくことが求められる」¹³「住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す」¹⁴とある。つまり困りごとなどの生活行為の支援には低廉なサービスへの移行を促し、多様な支援には低廉な単価という費用の効率化を目指したものであって、専門性は求めていない。総合事業では、地域の実情に合わせた多様な支援として、多様なサービス主体の参入も期待されているが、現状はそれらの参入も少なくサービス創出や活用するまでに至っていない。その上、国による積極的な整備は考えられていない。要支援者等側からすると、サービスの抑制・質の低下と受け取らざるを得ない。

また大阪府大東市の事例においては、介護予防ケアマネジメント実践によるサービスの強制的終了（卒業の押し付け）があったとの声がある¹⁵。それは従来の介護予防型通所介護サービス→緩和型サービス、もしくは半ば強制的なサービス卒業の押し付けや、新規相談者は自立の努力を促さずは通所型サービスC（短期集中自立支援型）から勧めるといった対応である。介護予防型通所サービス、つまり「現行相当サービス利用者を徹底して削減し、『卒業』を強制し『通いの場』へ移し替え、あるいは住民主体サービスへ移行させ、要介護認定申請をさせないことで給付を削減し、認定者を減少させるという『突出』したモデルを作り出した」¹⁶のである。しかし反面「大東方式」は地域づくりの一役を担い、介護給付費の削減につながった実績を評価する声があることも事実である。

以上のように、国は介護保険制度改正ごとに「高齢者の自立支援」という名のもとにサービス削減と低廉化を強めている。「高齢者の自立支援」とは、サービス利用の卒業のみを目標にするのではなく、加齢により自立ができなくなる、頼らざるを得なくなる本人の現状を、支援者がどう評価しケアマネジメントを実践するのが、専門性の問われるところである。

ケアマネの専門性については、介護保険施行当初から指摘はされており、未だにケアマネの資質について問われる声が続いている。その議論は、社会保障審議会介護保険部会および介護給付費分科会等で行われてきた。2012（平成24）年3月に「介護支援専門員の資質の向上と今後のあり方に関する検討会」が設置され、全7回の検討会を経て、2013（平成25）年1月に「中間的な整理」として10項目にまとめられている¹⁷。その1項目冒頭に「介護保険の理念である『自立支援』の考え方が十分共有されていない」とある。

地域包括支援センターは原則、要支援者等を担当する介護予防ケアマネジメント業務の実施主体であるが、地域の実情等により業務負担に対する軽減措置が図られている。それが居宅介護支援事業所のケアマネへの業務委託である。その委託率も各自治体によって異なり、地域差がある。ケアマネジメント過程は、要支援者等も要介護者も基本的には変わらないが、その手法はケアマネ自身の経験則頼みであり確立されていない。

基礎資格により、視点やサービスのマッチングの違い等も指摘されてきた。宮本・北山は、地域包括支援センターの三職種（保健師または看護師、社会福祉士またはそれに準じる者、主任介護支援専門員）による質の高い介護予防プラン作成の体制づくりにおいて、「介護予防プラン作成の方向性について意見交流したことで、職種によって介護予防プラン作成に特徴があることや視点や専門性の違いを感じていた」¹⁸とある。三職種による事例検討は幅広い視点が得られ、質の高い介護予防プラン作りにつながるとの研究結果を示した。しかし今後の課題として、実際は業務に追われ、三職種がお互いに声かけあうことへの遠慮があり、いかに三職種が事例の意見交流とその振り返りを実践していくかをあげている。

また委託を受ける居宅介護支援事業所のケアマネも苦悩している。志村は、彼らの介護予防ケアマネジメントに対する困難さについて、「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ても受け入れてもらえないことがあり、対応が難しい要因となっていた」¹⁹とある。自立した生活を継続する援助の一つとして「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なければならない」²⁰。つまり「“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」²¹との研究結果を示している。

第2章 本研究の内容

—— 狭義のKJ法による「高齢者の自立や自立支援」の構造 ——

1. 調査対象者

地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメントを委託された居宅介護支援事業所のケアマネ6名に依頼した（表2）。条件は、①経験による差ができるだけないよう、総合事業導

入後の介護予防ケアマネジメント実践経験があり、主任ケアマネジャーもしくはケアマネジャー歴が5年目以上の者、②基礎資格は介護系の資格取得者、③営利会社（有限会社、株式会社）で勤務、とした。

表2 調査対象者の属性

居宅介護支援事業所ケアマネ	性別	年齢	ケアマネ経験年数(年目)	主任ケアマネ有無	基礎資格	居宅介護支援事業所管理者(※)	法人の種類	介護予防ケアマネジメント担当件数(平成30年10月時点)
A	女	60歳代	10年目	×	介護福祉士	○	有限会社	10~14人
B	女	40歳代	12年目	×	介護福祉士	○	有限会社	5~9人
C	男	50歳代	9年目	×	訪問介護員1級	○	有限会社	5~9人
D	女	60歳代	13年目	×	介護福祉士	×	有限会社	5~9人
E	女	50歳代	5年目	×	介護福祉士	○	株式会社	5~9人
F	女	50歳代	8年目	×	介護福祉士	○	有限会社	5~9人

※質の高いケアマネジメントの推進を図るため、令和3年4月1日以降、居宅介護支援事業所の管理者要件を主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）としていたが、経過措置期限を一部延長し、令和9年3月31日まで猶予する（ただし、令和3年4月1日以降に新たに管理者となる者に対しては、経過措置は適用されない）としている。

参考：社会保障審議会介護給付費分科会（令和元年12月17日）「居宅介護支援事業所の管理者要件等に関する審議報告」厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000577244.pdf> 2020.1.4

内容は、ケアマネとして担当している要支援者について、下記のとおりインタビュー調査（非構造化）を行う。調査対象者の勤務先に訪問、もしくは別の場所を設定し個人インタビューを行う。インタビューはICレコーダー等に録音し逐語録化する。調査対象者には、調査目的を述べ、「要支援者等へのケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント）の実践の中で、『高齢者の自立や自立支援』について」の考えを自由に語っていただく。ただしインタビューの途中で確認を要する場合は随時質問させていただくことも付け加え了解を得る。

2. 調査時期

2018年10月12日から11月7日までである。

3. 調査方法

KJ法を用いる。KJ法は、渾沌としたデータを、研究者の分析的姿勢や恣意的な解釈や既存概念による分類に陥らずに、データそのものに語らせることで構造化し、その本質を明らかにする方法であり、ケアマネという実践者が語る事柄の渾沌とした多様な質のパラエティーを自然に統合して構造化し、本質を導き出すためには、「渾沌をして語らしめる」²²というKJ法が最適であると考えた。

4. 倫理的配慮

本研究は、『佛教大学「人を対象とする研究」倫理規定』による確認を得て実施した。また調査対象者には、本研究の要旨と内容を文章で説明を行った。調査への協力は任意であること、プライバシーの保護ならびに個人を特定できるようなデータの公表はしないこと、研究目的以外にデータを使用しないことを、文書で伝え同意を得た。

5. 調査結果

6名のケアマネジャーへの個別インタビューを実施後、逐語録を作成しラベル化したところ354枚のラベルを得た。そして多段ピックアップによって53枚のラベルを精選し、狭義のKJ法を実施し図解化が完成した（図1）。図解における各島は、グループ編成によって統合されたラベル群であり、10個の島に統合された。その各島のシンボルマークを以下A)～J)【】と表示する。（なお、図解において、ラベルが統合された概念「表札」には、末尾に①②といった数字が記してある。①は一段階目のグループ編成時の表札、②は二段階目のグループ編成時の表札である。ラベル末尾にある●は「一匹狼（ラベル集めにおいてセットにならなかったラベル）」の印であり、●の数が、何段階目のラベル集め時に一匹狼になったかを示している。）

A)【身近なつながり薄くサービス依存】、B)【制度からこぼれ落ちる高齢者】、C)【「加齢」に向けてもっと自覚を！】、D)【「本人の望み」に寄り添う難しさ】、E)【制度上の「卒業」には無理がある】、F)【「精神的自立」がカギ】、G)【事業者としての矛盾】、H)【「卒業後」を見通す難しさ】、I)【「自主的实践」は強制できない】、J)【通所サービスで「生活の張り」】である。各島が示す質と各島の間関係を、詳しく以下のとおり述べていく。

まずA) B) C)の3つの島は、ケアマネが介護予防ケアマネジメント実践の中で、介護保険制度と利用者（要支援者）本人・家族が、うまくかみ合っていない現状の「不安全感」を表している。その「不安全感」とは何か。

A)【身近なつながり薄くサービス依存】は、高齢者が家族・友人・地域などの身近な人に頼ることができない現状がある、との認識である。それは家族側の事情や本人が家族に対して遠慮しているという事実、個人情報の問題や生活を干渉されたくないという障壁、しかし本人だけでは日常生活におけるやり取りや手続きが全体的な能力低下で難しくなってしまうといった現状のことである。

B)【制度からこぼれ落ちる高齢者】は、要支援者・認知症・経済的困窮者に対して、介護保険制度上の支援がない、もしくは不十分なために、制度の狭間にこぼれ落ち生活を支援しきれず劣悪ケースになっている現状がある、との認識である。しかも保険者によって、利用対象条件の見解が異なっているというのである。例えば認知症の方の「自立支援」への見解である。認知症の改善・向上か、維持か、によりヘルパー利用による支援の可否について、保険者は「認知症は改善不可なもの」との見解によりその支援が認められない場合があるという。また外出

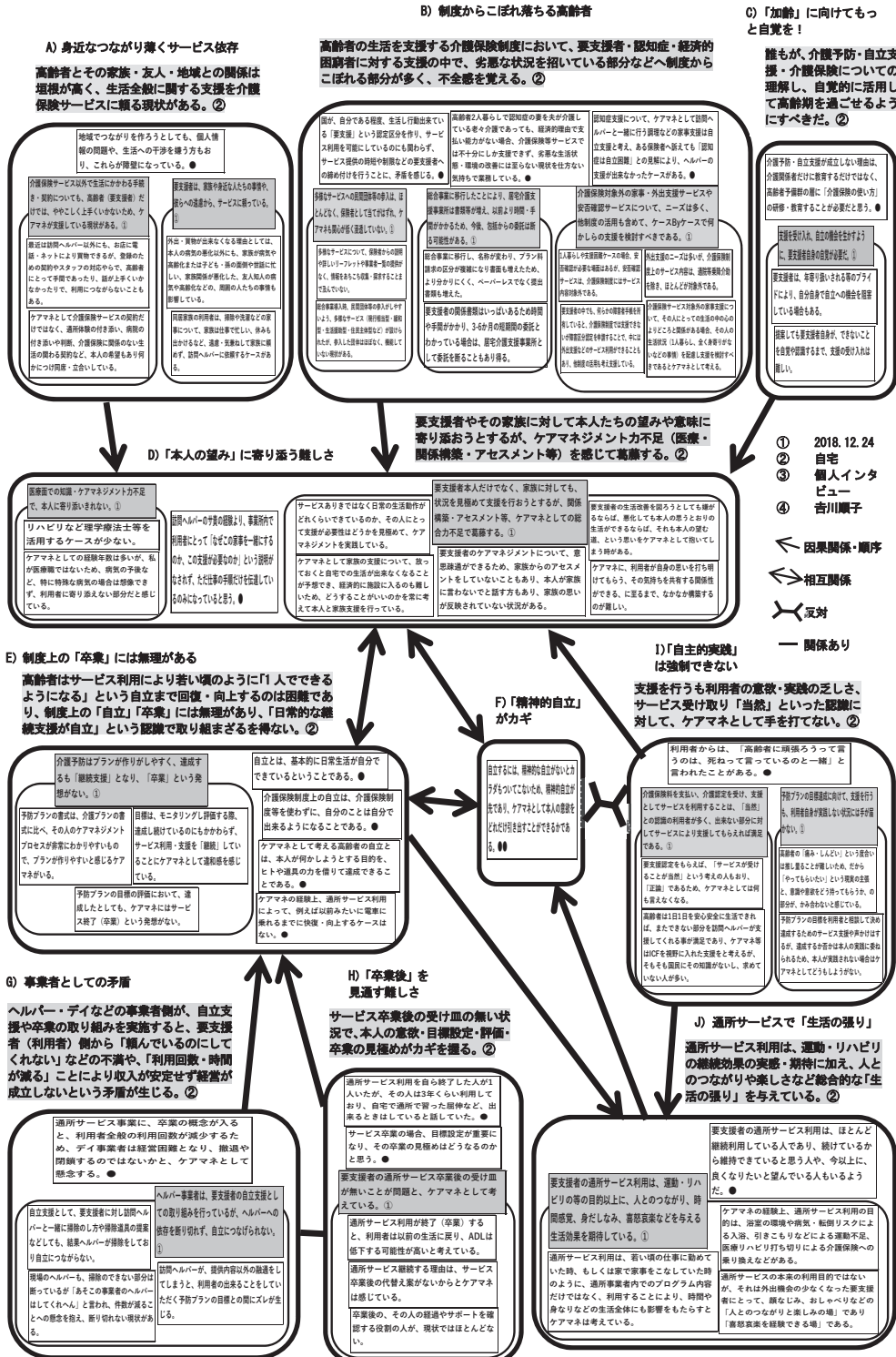


図1 要支援者等へのケアマネジメント(介護予防ケアマネジメント)の実践の中で、『高齢者の自立や自立支援』について

支援サービスや安否確認サービスのニーズは多いが介護保険対象外とされているため、他制度や民間サービス等の活用はしている。そして総合事業導入により保険者は、多様なサービスとしての民間団体の参入を期待したが、それらに対応するサービス事業者が生まれ出されることもないままである。以上の経験よりケアマネは個々のケースにより対応を検討すべきではないのかとの思いを抱いている。

C) 【「加齢」に向けてもっと自覚を！】は、介護予防・自立支援・介護保険という加齢により押し寄せてくる課題や制度を事前に学習する必要がある、誰もが加齢になるということへの自覚が欠けている、という現状に対する思いである。

「不安全感」である A) B) C) の島から出ている片矢印の先にある島が D) 【「本人の望み」に寄り添う難しさ】である。ケアマネは、利用者と社会資源をつなぐ部分に介入するわけであるが、D) は利用者本人に寄り添い向き合う中で感じるケアマネ自身のケアマネジメント力不足を表している。特に本人・家族との関係構築、医療面での知識不足、支援の必要性を見極める力、その他サービス事業者内で本人への支援の目標が何か知らず、実際は単にサービスを提供するのみの機能になっているのではないだろうか、など「葛藤」や「寄り添う難しさ」を抱えている。

D) を抱える中、2本の相互関係矢印の先に2つの島 E) F) がある。それらは、これまでの多くの要支援者の介護予防ケアマネジメント実践経験より浮上した無理・矛盾を表していると言える。それはまず、E) 【制度上の「卒業」には無理がある】である。自立についてケアマネの捉え方はさまざまある。基本的には「日常生活が自分1人で出来ること」という認識である一方、加齢により「日常生活が1人で出来る」という事柄が減る現実、何かしらの支援が継続的に必要になる部分が徐々に拡がらざるを得ないという現実、がある。

加齢により徐々にできなくなり始めの状態像が要支援者であり、部分的に支援やサービスを活用することで日常生活が自立することを本人もケアマネも経験する。ただケアマネ自身は、本人の介護予防プラン評価は目標達成としているにもかかわらず、継続的に支援にしていることへの違和感や、サービス卒業という発想がないという気づき、が浮上している。

では、なぜケアマネが E) のように考えるか。その根拠は E) に向かって片矢印を延ばしている G) H) 2つの島である。G) 【事業者としての矛盾】は、サービス卒業（自立）に向けて支援するという事は、利用回数や利用時間が減る＝事業者への収入が減るということにつながる。本来、事業は経営を安定させることが大前提であり、これは利用者が減るという矛盾が生じる。また利用者本人もサービス利用制限されることへの不満を募らせている。それと関連する H) 【「卒業後」を見通す難しさ】は、たとえサービス卒業が実現したとしても、卒業後の受け皿が現時点ではほとんど無いという現実である。サービス卒業は本人の意識も左右するが、そもそも卒業の目標設定や見極め、また卒業後のフォローなど、卒業を見通せるだけの環境や資源が整備されていない現状への懸念がある。

次にF)【「精神的自立」がカギ】である。自立には「精神的自立」つまり本人の意欲へ、いかに働きかけ引き出せるかがカギとなる。しかし、それを実践するもI)【「自主的实践」は強制できない】の鳥が立ちふさがる。それは利用者本人が「私は高齢者だ」というマイナス意識、介護保険料を支払いサービス利用は当然という認識、また本人の意欲や実践力の乏しさ、によりケアマネとして支援を働きかけても最終的に「自主的实践」は利用者自身の意思に委ねられ、それ以上はケアマネとしては「手が打てない」領域となる。それはI) からD) へと影響を与え、更に「葛藤」や「寄り添う難しさ」を大きくする要因となる。しかしその「手が打てない」という状況の場合の介護予防ケアマネジメント実践はどうしているのか。

それは多くの要支援者たちの実践を通じて活用する方法の一つが鳥J)【通所サービスで「生活の張り」】である。実際、通所サービス活用により、運動・リハビリ等の目的だけではなく、人とのつながりという社会性を回復させ、楽しいという「生活の張り」をもたらしているのである。これについては利用者・家族だけではなく、ケアマネも共通した評価であり日常生活における総合的効果を実感・認識していることを表している。

要支援者に対してF) への働きかけを実践するが、I) が壁となり、また加齢により自立が変化していかざるを得ないためE) という現実により継続支援をケアマネは実践している。そして方法としてJ) を活用することによりF) を引き出すことが有効であることを経験する。しかし、それで結論づけているわけではなく、矢印が最終指す鳥はD) である。それだけではなく、A) B) C) の不全感が向かう矢印もD) であり、D) が負担や重圧など全て受け止めている。

以上の調査結果のとおり、ケアマネの実践から考える「介護予防ケアマネジメントにおける高齢者の自立や自立支援」が示された。

第3章 考 察

調査結果より、以下の「かみ合わなさや困難さ」「専門性への葛藤」が浮かび上がった。

1. 介護保険制度における「自立支援」と、現状の要支援者等（高齢者）との間におきている「かみ合わなさや困難さ」

介護保険制度における要支援者等の自立支援とは、「サービス卒業から社会参加へ、受け手から担い手へ」であり、高齢者の自立とは、「サービスに依存しない」という見解である。

しかしA)【身近なつながり薄くサービス依存】とあるように、家族や地域関係の希薄に加え、本人自身が彼らへの遠慮や干渉を好まないという社会構造と高齢者の意識の変化により、介護保険サービスに依存せざるを得ない。唯一社会とのつながりがサービス利用という現状を示しているとも言える。介護保険サービス利用は、その人の「自立した日常生活」のごく一部の限

定された内容と時間帯の支援にすぎない。つまり生活の大半は介護保険サービス利用では賄えない内容と時間帯がほとんどである。また、経済的理由等によりサービス利用ができない人もいる。しかし誰かが担わなければ、その生活に支障がある場合に現場で判断を迫られるのが「ケアマネ」である。あるケアマネは今回のインタビューの中で「放置しようと思ったら、出来たと思う。しかし放っておくと自宅での生活が出来なくなることが予想でき、やむを得ず行った。どうすることがいいのかを常に考えて本人と家族支援を行っている（要約）」と話す。お困りごとを抱える本人に向き合うケアマネは、どう見極めて介護予防ケアマネジメントを実践するかはカギとなるが、社会構造と高齢者の意識はA)のように変化していることは見落とすことはできない。つまり、サービス卒業により自立した日常生活を送ることができるのか、という「困難さ」が浮かび上がっている。

また他の制度と同様、介護保険制度においても狭間は存在する。要支援等認定者でありながらもB)【制度からこぼれ落ちる高齢者】がいるということである。その代表的な3者「要支援者等」「認知症」「経済的困窮者」が浮かび上がった。その中の「要支援者等」については、総合事業移行後、要支援者等が利用する訪問型サービス・通所型サービスの提供は短時間となり、有資格者が必置ではない低廉なサービスへ移行するなど、保険者が制限・制約する方向にある。ケアマネのアセスメントにより、その人にとって「自立した日常生活のための必要な支援」と考えても、サービス利用の制限・制約があり支援が難しい場合もありうる。今回のインタビューの中で、あるケアマネが「要支援者という認定をなぜ作ったのか？」と話す。国は、要支援者等の状態像の特性として、ADL低下によるIADLの生活支障と示しているが、現実的にはそれだけではない。ケースごとに、家族状況、住宅環境などの事情により軽微から複雑なお困りごとまで隠れている場合があり、個々の心身状態や生活環境など様々である。ケアマネの専門性や自立支援とは何か、また一概にはできない個々のケースがあるという「困難さ」が浮かび上がっている。

介護保険制度の一番の株主は、介護保険料を年金等から支払っている国民であるが、その関心は低く、いざ介護が必要な状況になるまで介護保険制度のことを知らない人が大半である。誰もが訪れる「加齢」という問題に対してあまりの関心の低さが、C)【「加齢」に向けてもっと自覚を！】に表出しているのではないだろうか。つまり、この自覚や関心のなさが高齢者の介護予防や自立支援を後退させているという「困難さ」が浮かび上がっている。

2. 現場での介護予防ケアマネジメント実践経験から浮上する「サービス卒業」と「高齢者の自立」についての「かみ合わない現状」

国は保険者に対し、地域包括ケアシステム深化・推進による自立支援・重度化予防の取り組みよう迫っており、その実践の一つが要支援者等への「サービス卒業」の推進である。今回インタビューしたケアマネは、サービス卒業の取り組みが行われていない保険者で従事している。

そのインタビューにおいて、ケアマネは「自立とは基本的に日常生活が自分(1人)のできる」ことであり、その自立は個々によりさまざまであることを理解している。「高齢者の自立」については「誰かの何かの力を借りる、もしくは介護保険制度などサービス利用すること」、または「利用しないこと」の2つの解釈が存在する。ケアマネは実践経験より「高齢者の自立」とは前者であり、後者は「介護保険制度上の自立」と理解している。つまり「サービス利用継続による支援は高齢者の自立に含まれる」と考え、E)【制度上の「卒業」には無理がある】と判断している。

その根拠は2つある。まず1つ目は「人は老化する」という生理的不可逆性があり、「一般成人の自立」と「高齢者の自立」は異なるという点である。私たちは人生においてどれほど努力しても加齢により、生理的な老化は起り少しずつ自分で出来なくなる場面が増えていく。しかも自分自身のことだけではなく取り巻く環境も変化により、自立を低下させる要因が増えていく。あるケアマネが「要支援者に対し、生活を再構築するための1つとして趣味活動の再開を介護予防プランに掲げた。しかしサービス利用により意欲やADLはある程度は取り戻せたものの、1人で電車に乗りその活動の場所まで行くことができるという「再自立」までの向上には至らない。また家族が1人で行かせるのは危険と判断するが、家族が送迎を協力しようとはしない。結果、介護予防プランの目標は達成せず、趣味活動の再開は実現しない(要約)」と話す。つまり、生理的不可逆による自立の喪失は避けられない現実があることをケアマネは実感する。

そして2つ目は、E)の根拠を示すH)【「卒業後」を見通す難しさ】についてである。E)の中で、ケアマネ自身が「サービス終了(卒業)という発想がない」と答えており、現状で卒業後の発想が描けないために見通しの難しさを感じている可能性はある。システムや見極めが整っていない段階でのサービス卒業への見切り発車は、大東市の事例のように、卒業の押し付けによるサービス切りや、卒業後のフォローがない場合は悪化するケースも起こり得る。つまり卒業後のしくみや見極めのあり方を整えることが必要である。

しかしサービス卒業の視点は、ケアマネとしては必要であると考え。ではなぜ発想がないのか。それは根本的な要因として、介護保険制度としての矛盾が大きく関係している。介護予防ケアマネジメント実践においてケアマネは、F)【「精神的自立」がカギ】と考え、F)に意識的に働きかけたとしても、I)【「自主的实践」は強制できない】とG)【事業者としての矛盾】が要因となり、高齢者の自立やサービス卒業が困難となっていることにある。

具体的には、まず介護保険制度が社会保険方式であることにある。なぜならば、国民は「要支援認定等を受けている = 介護保険給付(サービス)を受ける権利がある」、つまり「当然の権利」という認識が根底にあるからに他ならない。この制度は国民が加齢というリスクに対して国が実践した「介護保障」であり、制度発足当初の介護の社会化という趣旨として、国民は理解してきたと言える。しかしその趣旨が「権利があるのにもかかわらず、それに頼らず更に

高齢者自身に頑張りを求める＝自立支援」へと、社会情勢に乗じて制度を改変し続けている。しかし国民は、そのような改変内容を知らされず、いざその制度を利用する際に「権利があるのに保険給付（サービス）が受けられないのか？」と疑問や不満を訴える。それに対応しているのはケアマネであり、その矛盾を現場で要支援者等（本人）と同様に感じながらも対応している。ケアマネは介護予防プランを作成する際、本人が痛みやしんどさ等により自立困難な部分に対して、サービス等により自立への意欲を促しながら、生活目標を導き出し「自立支援」を実践する。しかし本人が感じる困難さを推し量ることは難しく、実践するか否かは本人の実践に委ねられる。結果的にI)のように、本人は自立困難と言いサービス利用継続の意向を示すならば、それを強制的に止めることもできない「卒業しない権利＝認定がある」からである。

したがって、介護保険制度における社会保険方式や市場原理の中で、介護予防ケアマネジメントを正当に実践するには矛盾が生じていることが明らかであり、「かみ合わなさ」が広がっている。林は「本来、介護に求められる公共性と利益追求を目的とする営利性とは相容れないものであり、介護保険事業は、非営利事業体によって運営されることが適切だと考える」²³と述べ、筆者も同様に考える。

3. 筆者の考える「高齢者の自立」と「めざすべき介護予防ケアマネジメント」

筆者は本研究を通じて、「自立」とはその人の経験において自己決定により行動し自己実現できた事柄の結果と考えた。つまり4つの自立、①自立への初挑戦（挑戦する自立）、②過去の自立の経験より自立可能な状態が今もお継続可能である自立（継続する自立）、③過去の自立の経験が不可能となったが再度できるようになる自立（再自立）、④過去の自立の経験が不可能になる（自立不可）があり、その中心に自己決定（意思決定）がある。これらに働きかけるのが専門性となる。以上の自立を、筆者が構造図に作成してみた（図2）。双方向の矢印は、その人の日常生活の自立度の高低を表現しており、人生において日常生活の中で加齢に伴い①②③④を行き来し、何らかの病気や障害、高齢により円は内側方向へと小さくなる。図2により、具体的な自立の構造と支援のイメージがわかる。現場での介護予防ケアマネジメント実践は、主に②への支援が中心であり、③や①へのアプローチは消極的になっていることがわかった。

高齢者の自立した日常生活は、「サービス利用による依存」か「サービス卒業」か、その見解は二者択一ではないと考える。日常生活とは、「自立＋社会資源」が混在することにより成立する。そして高齢者のみならず、人は何らかの社会資源に頼って生活しており、加齢等により頼る生活場面が「高齢者の自立＞一般的な自立」となる。「依存・甘え＝怠け」と捉えかねないが、加齢による心身の喪失が依存や甘えを生んでしまう状況となることを、理解する必要があるのではないか。その上で、本人の依存や甘え、あるいは逆に拒否や無関心、などの行動背景には何があるのか、高齢者の自立の能力を見極め支援は必要かどうか、必要な支援ならば

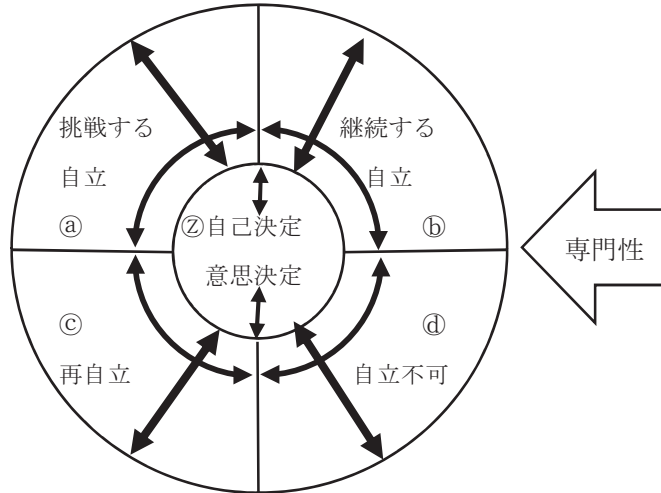


図2 自立の構造図

サポートかヘルプかを判断し、適切な社会資源につなぐところに専門性が必要となる。図2の双方向の矢印は専門性介入により伸縮する。つまり、いかに伸びる方向へ支援するかが求められる。

ケアマネジメントは、高齢者本人や家族に寄り添うところから一歩進んだ介入手法や、彼らの思いの引き出し方・展開方法など、ケースワークやカウンセリング、アドボケートなどの機能を求められる部分が多い。「自立した日常生活」とは広い分野であり、複雑に事象が絡み合って成立している。それらのお困りごとに全て対応するには、幅広い分野に精通し高い専門性を身につけなければならないことになる。しかし、そもそもケアマネの受験資格要件の基礎資格は多種の専門職に認めている。「自立した日常生活」を支援するためには、介護・医療だけでなく、生活に関わるあらゆる行為等に関する知識や経験が必要である。そのように考えるならば、基礎資格の専門性に頼るのではなく、自立した日常生活を網羅する専門性の高い「ケアマネジメント養成校」が創設され、その課程の修了者が実践者になることが本来、妥当ではないか。また実践現場においてケアマネという職種に対する環境づくり、例えば、資格の社会的地位や報酬を高くすることや、スキルアップできる環境が必要と考える。

おわりに

介護保険制度は、持続可能な制度という目的を優先するあまり、制度の枠にあてはめられた「高齢者の自立支援」となっており、正当な介護予防ケアマネジメントを実践できないことがわかった。つまり、介護保険制度はリスクに対する社会保険という体裁も破綻し、要支援者等やケアマネジメント実践者へ負担を強い、自立を阻害し、その専門性を低下させている。

介護保険料は改定の度に上昇し、国は財政的インセンティブにより国民にますます自立支援を迫るだろう。この事態に横山は、「そのまま高い保険料を提案すれば住民からの強い批判を免れることはできない。そこで自治体は、受け入れ可能と思われる保険料を念頭におきながら、当初予測した介護サービス量を見直して削り、帳尻を合わせる作業を続ける」²⁴と述べている。利用者負担は原則1割から2割、更に3割と上昇が予想され、必要であってもサービス利用の支援が受けられない要支援者等の増加が懸念される。

今後の課題として、介護保険制度の見直しはもちろん、その制度運営の中のケアマネジメント実践が果たして適正なのかの議論が必要である。また「高齢者の自立支援」を実現するには、まずは国民全体に対し加齢における「自立」への関心を高め、その見解や認識への一般化が求められる。しかし、自立は個々の状況により優先順位も異なるため、一概には言えないことから、更なる議論は必要である。

今回の調査は、地域包括支援センターからの委託を受ける居宅介護支援事業所の立場として、介護予防ケアマネジメント実践上の「かみ合わなさや困難さ」の現場の生の声が、KJ法により図解化され、本質を明らかにできたことは有意義な調査であった。しかし本来、介護予防ケアマネジメントの実践者は地域包括支援センターであることから、今後、地域包括支援センタースタッフへのインタビュー調査およびデータ収集による検討・考察、そして今回の調査結果との比較による検証が望まれる。

〔謝辞〕

本論文におけるKJ法の活用にあたり、霧芯館——KJ法教育・研修——主宰の川喜田晶子先生には、お忙しい中、終始適切な助言、加えて丁寧にご指導下さり、心より感謝申し上げます。

そして本研究の趣旨を理解してお忙しい中、快くインタビュー調査に協力してくださった、各居宅介護支援事業所のケアマネの皆様に感謝申し上げます。本当にありがとうございました。

〔注〕

- 1) 真田是（2012）「社会保障をめぐる論点から」総合社会福祉研究所編『真田是著作集 第2巻 社会保障論』福祉のひろば p. 284
- 2) 社会保障制度審議会 社会保障将来像委員会1994（平成6）年9月「社会保障将来像委員会第二次報告 p. 11
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/.../501.pdf> 2018. 7. 2
- 3) 同上 p. 11
- 4) 泉佳代子（2011）「第13章 第1節 自立に向けた介護」社会福祉士養成講座編集委員会編『新・社会福祉士養成講座13 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 p. 342
- 5) 大森彌（2018）『老いを拓く社会システム——介護保険の歩みと自治行政——』第一法規 p. 135

- 6) 同上 p. 155
- 7) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 (平成28年)『六訂新カリキュラム対応介護支援専門員実務研修テキスト上巻』一般財団法人 長寿社会開発センター p. 7
- 8) 同上 p. 7
- 9) 同上 p. 263
- 10) 同上 pp. 262-263
- 11) 介護予防ケアマネジメント実務者研修企画委員会 (平成29年3月)「平成28年度介護予防ケアマネジメント実務者研修」厚生労働省 p. 11
- 12) 竹内孝仁 (2017)『新版 介護基礎学 高齢者自立支援の理論と実践』医歯薬出版株式会社 p. 3
- 13) 厚生労働省 (平成29年6月28日)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について (老発0628第9号) p. 3
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520_2.pdf 2018. 4. 3
- 14) 同上 pp. 2-3
- 15) 詳しくは『介護保険「卒業」がもたらす悲劇 あなたのまちが大東市と同じ失敗をしないために』参照。
- 16) 大東社会保障推進協議会・大阪社会保障推進協議会 (2018)『介護保険「卒業」がもたらす悲劇 あなたのまちが大東市と同じ失敗をしないために』日本機関紙出版センター p. 16
- 17) 介護支援専門員研修テキスト編集委員会 (2017)『介護支援専門員研修テキスト 主任介護支援専門員更新研修』一般財団法人日本介護支援専門員協会 p. 29
- 18) 宮本美穂・北山美津子 (2014)「高齢者と家族が望む生活を実現する介護予防プラン作成の体制づくり」岐阜県立看護大学紀要第14巻1号 p. 22
- 19) 志村いづみ (2012)「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」四条畷学園大学看護ジャーナル創刊号 p. 24
- 20) 同上 p. 25
- 21) 同上 p. 25
- 22) 川喜田二郎 (1996)『KJ法：渾沌をして語らしめる』中央公論社
- 23) 林泰則 (2017)「第Ⅱ部 第9章 介護保障につなぐ制度改革」岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店 p. 339
- 24) 横山壽一 (2017)「第Ⅰ部 第4章 介護保険財政の仕組みと現状」岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店 p. 159

(よしかわ じゅんこ 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程修了)

(指導教員：新井 康友 准教授)

2019年9月30日受理