

第1章 「活動・参加に必要なマネジメント」

埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究所

教授 川越雅弘

【はじめに】

団塊の世代が後期高齢期に入る2025年にかけて、75歳以上高齢者（後期高齢者）の急増が予想されている。

後期高齢者は、医療・介護サービス、見守りなどの生活支援、住まいの確保など、日常生活を安心・安全に送る上での様々な支援を必要とするため、これらサービスや支援が、日常生活圏域の中で包括的・継続的に提供される仕組み、いわゆる地域包括ケアシステムの構築が、現在、重要な政策課題となっている。

同システムを実現するためには、まず、「必要な医療・介護・生活支援サービスを量的・質的に確保すること」も重要となるが、それと併せて、有限なる資源（専門的ケア、インフォーマルケア等）を有効活用しながら、利用者が抱える生活課題を解決し、自立した生活を送ることを支援するための「マネジメント」の質も重要となる。平成27年度の介護報酬改定で、生活期リハビリテーション（以下、リハ）に対するマネジメントの機能強化が打ち出されたが、これは、訪問・通所リハ計画（個別援助計画）を策定しているリハ職のマネジメント力の強化を図ったものと理解する必要がある。

さて、本稿の目的は、訪問リハに携わられるリハ職の方に、マネジメントとは何か、どのような手法か、リハマネジメントでは何が期待されているのかなどを理解してもらうことにある。

そこで、本稿では、マネジメントの一般的な意味について、まず解説する。次に、介護保険下におけるケアマネジメントの目的・構造とその方法論、ならびに個別援助計画（訪問リハ計画）の役割について解説する。最後に、生活期リハマネジメントの対象や目的を整理した上で、その実践の意義について私見を述べる。

【マネジメントとは】

マネジメントの本質は、「様々な課題を解決すること」にある。なお、ここでの課題とは、現状とあるべき姿（目標値、期待値）のギャップのことを意味するため、マネジメントとは、**「目標を設定した上で、適切な手段の選択と実践を通じて目標を達成していく（現状を目標に限りなく近づける）プロセスのこと」**と定義できる。したがって、マネジメントでは、①課題を抽出するための「アセスメント（生活機能に対する現状評価及び予後予測、生活障害の要因分析など）」、②利用者との協働で行う「目標設定」、③課題を解決するための「手段」が重要な構成要素となる。

【ケアマネジメントの目的、構造とその方法論】

1) 介護保険の目的とケアマネジメントの役割

介護保険制度の目的は、同法第 1 条で述べられているが、そのポイントは、①利用者の尊厳を重視する、②保険給付は、利用者の自立した生活を支援するためのものであるという点にある。

さて、「自立支援」を実現するためには、個々の高齢者の心身の状況や置かれている環境、ニーズを踏まえた上で、総合的な援助方針の下、必要なサービスを計画的に提供するとともに、目的の達成状況を定期的に評価していく仕組みが必要となる。そこで導入されたのが、ケアマネジメントである。

ケアマネジメントの目的も、訪問リハなどのサービスと同様、「自立支援」である。ただし、複数領域に生活課題を有する高齢者の場合、介護サービスだけでは自立した生活を支え切れない場合も多い。そのため、介護サービスを中核としつつ、医療サービスやインフォーマルサービスなど、地域の様々な資源を統合した包括的なケア提供が求められることとなる。ただし、ケアマネジャーは、これらすべての領域に精通している訳ではないため、多くの異なる分野の専門職との連携・協働が必須となる。

2) ケアマネジメントと生活機能

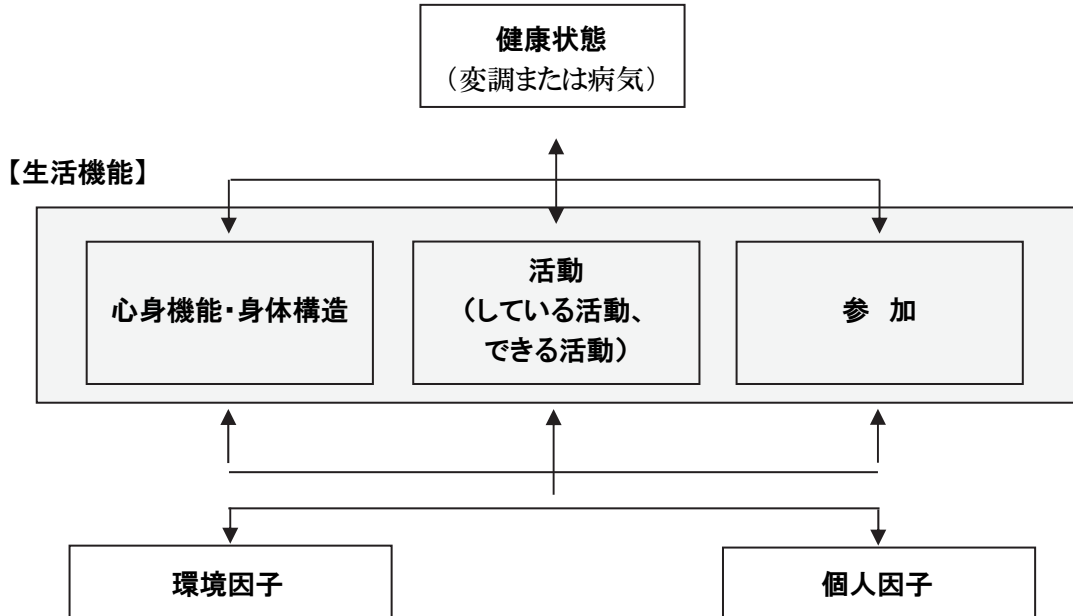
ケアマネジメントは「自立支援」を理念とするが、その具体化を図るために採用されたのが、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF）の生活機能モデルの考え方である。これは、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の 3 要素、ならびに生活機能に影響を及ぼす「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」の 3 要素を含めて、高齢者の障害を包括的に捉えるものである（図 1）。

ケアマネジャーもサービス提供者も、利用者本人の「生活機能」の維持・向上を図ることを通じて、可能な限り、その人らしい生活を本人自身が主体的に営むことを支援することを協働で目指すことが求められている。

ところで、WHO は、WHO 憲章前文のなかで、「健康」を“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”（健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない（昭和 26 年官報掲載の翻訳））と定義している。この健康を、疾病を中心として捉えているのが国際疾病分類（ICD）、生活機能という包括的枠組みで捉えているのが ICF であり、この相互補完的関係にある両者により、「健康」の全体像を捉える形となっている。

「障害」と捉えると、マイナス面（出来ないこと、問題点）や心身機能面に意識が向きがちになるが、「健康」と捉え直すと、①個別性の重視（利用者の個性や強みの評価を含む）、②希望が持てる目標設定（エンパワーメント）、③環境への働きかけ（環境の創出を含む）など、生活者として利用者をみる視点、利用者が有する潜在能力を引き出すような取り組み（仕掛け作り）も重要となる。

図 1. ICF の生活機能モデル



(出所) WHO:国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規 (2003) p.17 を一部改変

3) ケアマネジメントプロセスとは

ケアマネジメントは、おおむね、①利用者・家族の意向の確認（インテーク）、②アセスメント（現状及び予後評価に基づく課題抽出、生活障害の要因分析）、③ケアプランの作成、④ケアプランに沿ったケアの提供、⑤モニタリング、⑥再評価 といったプロセスから成り立つ（図 2）。以下、主な手順の概要を解説する。

(1) 利用者・家族の意向の確認（インテーク）

一般的に、インテークとは、利用候補者をケアマネジメントの対象とするか否かの判断をした上で、利用者の主訴の傾聴、観察、インタビュー等を通じて、本人・家族の意向の確認、生活課題の整理、生活目標の相互確認などを行うことを意味する。

ケアマネジメントでは、「利用者が自分らしい、主体的な生活を営むこと」を出来る限り支援することを目指す。そのため、本人がどのような生活を望んでいるのか、どのような生活をしたいのかの意向の確認が非常に重要となる（これが出発点）。

(2) アセスメント（課題抽出）

課題を正しく認識するための手段として実施するのが、アセスメントである。ケアマネジメントでは、生活

機能の維持・向上を目指すため、生活機能や関連因子に関する 14 領域（健康状態、日常生活活動（ADL）、認知機能、社会とのかかわり等）に対するアセスメントが、ケアマネジャーには求められている（図 1）。

さて、課題とは、「現在の状態」と「あるべき姿（本人が望む姿）」のギャップのことである。ケアマネジャーは、まず、アセスメント領域毎に課題を抽出した上で、本人の意向、課題の緊急性、課題間の相互の関連性、改善や悪化の可能性などを考慮して、複数ある課題の優先順位を付けた上で、利用者との合意のもと、「解決すべき課題」の設定を行う。その上で、解決すべき課題を生じさせている根本原因の分析を行う（課題分析）。

（3）ケアプランの作成

アセスメントを通じて設定した「解決すべき課題」に対し、いつまでにどこまでのレベルを目指すのか（長期・短期目標）を設定するとともに、それら課題の解決に向け、誰が何を行うのかの役割分担を具体的に決めた計画（ケアプラン）を策定する。なお、目標は専門職が達成するものではなく、あくまで、本人が達成するものである。そのため、利用者の関心が高いテーマであり、かつ、設定された目標が達成可能で具体的なものでなければならない。適切な目標設定を実現するためには、本人との関係性を構築するためのコミュニケーション能力、合意形成能力が必要となる。

その後、各サービス担当者は、ケアマネジャーが立てたケア方針に沿って、個別援助計画を策定する。ケアマネジャーが策定した全体ケア計画と各サービスの個別援助計画が連動していなければ、課題解決にはつながらない。利用者の解決すべき課題は何か、長期・短期目標はどこに設定すべきかを関係者間で共有するとともに、全体計画であるケアプランと、個別援助計画の連動性を高める目的で設けられたのが、サービス担当者会議である。

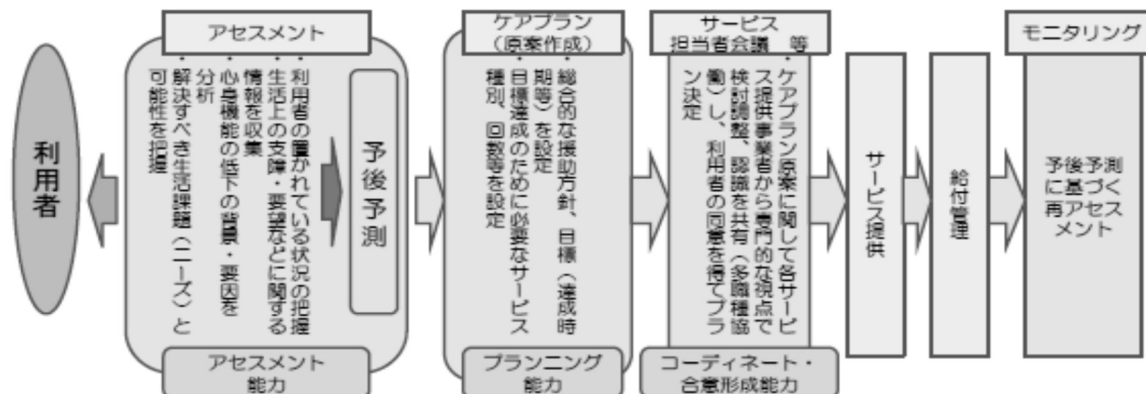
【個別援助計画の役割とは】

サービス担当者会議で合意されたケア方針に沿って、ケアプランに位置づけられた訪問リハ担当者が策定するのが、訪問リハ計画書である。計画を立てる訳であるから、当然、ケアマネジメントプロセスと同様、「本人・家族の意向の確認～アセスメント～課題の抽出～解決すべき課題の設定～課題の原因分析～利用者との合意に基づく目標の設定～関係者間での情報・課題・目標の共有と役割分担の決定（リハ会議を通じて）～介入（多職種によるサービス提供）～モニタリング～評価～計画の見直し」といった一連のマネジメントプロセスを展開することになる。

ケアマネジャーは、全体計画を策定した上で（課題解決のためのメンバー選定を含む）、関係者と情報・課題・目標を共有し、課題解決に向けたチームの方針を決め、進捗状況をモニタリングするのが主たる業務で、直接的な介入は行わない（監督やコーチ的役割）。一方、訪問リハ職は、計画策定に加えて、直接介入（多職種との連携や協働も含む）も行う点がケアマネジャーの役割との大きな違いであ

る。

図 2. ケアマネジメントの流れ



(出所) 厚生労働省:居宅介護支援・介護予防支援の基準・報酬について、第 83 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料 4 (平成 23 年 10 月 31 日) より引用

【生活期リハマネジメントの対象と目的】

1) 生活期リハマネジメントの対象とは

目標を設定した上で、目標達成に向かって手段を選択し、課題解決を図るプロセスのことをマネジメントと言うが、何の課題を対象とするかによって様々な用語が作られることとなる。では、生活期リハマネジメントの対象とは何か。文字通り、「生活期におけるリハ」がその対象となるのである。

2) 生活期リハマネジメントの目的とは

では、生活期リハマネジメントの目的とは何か。

まず、リハの定義について考えると、上田は、元々との語源に遡った上で、「リハビリテーションとは「再び適したものにする」「再びふさわしいものにする」という意味である」と、また、野中は、「リハビリテーションとは、可能な限り普通の社会的枠組みの中で、残された機能を最大限に発揮して、生活の質を高めることを支援する過程である」と述べている。さらに、野中は、リハの目標について、「障害を受け入れ、人生を肯定的に自己決定できる主体者としての回復（リカバリー）である」とも述べている。

生活期にある利用者に対し、ICF の各要素（心身機能・身体構造、活動、参加、健康状態、個人因子、環境因子）を俯瞰した上で、利用者の生活・人生に対する思いや意向をベースに、これらリハの概念を実現することが、生活期リハマネジメントの目的と言えよう。

また、これらリハの概念（社会の中での自立）を実現するためには、限定的自立の状態から、セルフケア能力の向上、インフォーマルケアによる継続的支援方法の確立などを経て、より「普遍的自立」を目指すといった視点も求められることとなる。これを実現するためには、本人への介入だけでなく、本人を取り巻

く環境への介入も視野に入れる必要がある。すなわち、地域マネジメントへの関わりも、リハ職に求められる役割なのである。

【おわりに】

生活期リハマネジメントを適切に行うためには、①アセスメント能力（生活機能の現状及び予後評価）、②分析能力（根本原因の同定、ICF の各要素間の関連性の分析）、③効果的な手段の選択能力（他の職種との連携・協働を含む）、④コミュニケーション能力（利用者・家族・他の専門職との良好な関係性の構築、本人の本音を引き出す質問力など）、⑤合意形成能力などが求められる。

①～③は、事実を正確に把握するための科学性と、事実に基づく適切な選択を行うといった論理的思考に関連する能力であり、一方、④～⑤は、関係者（利用者、他の専門職等）の多様な価値観、関心領域、行動特性を感じ取りながら、目標達成のための最適な道筋を探求するといったマインドに関連する能力である。この相異なる能力を高めながら、利用者の QOL 向上、自己実現を支援するという目標を実現することが、生活期リハマネジメントでは求められているのである。

マネジメントは、日々の生活や業務の中で、日常的に行っているものであり、応用範囲は非常に広い。マネジメント力向上は、日々の業務の効率性の向上だけでなく、異なるレベルの課題（例：組織運営上の課題、人材育成上の課題など）に対する解決力の向上にもつながる。このことを意識しながら、生活期リハマネジメントに前向きに取り組んで頂ければ幸いである。