

介護支援専門員のケアマネジメント過程における交渉戦略の移行の研究 —アセスメントからケアプラン策定までの過程の分析—

A study of the shift of care managers' negotiation strategies processing care management

—The analysis of the process from assessment to care plan—

笠原由美

I. 問題意識と研究の目的

介護支援専門員は、「指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準」第13条18によれば、「介護支援専門員は、利用者の希望および利用者についてのアセスメント結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組み合わせについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない」とされている。

この、アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応する最も適切なサービスの組み合わせについて検討し、計画されたのが、居宅サービス計画（以下ケアプラン）である。このケアプランを策定するために、介護支援専門員の個人的な考えに偏らずアセスメントを行うことができるようにとツールの使用が定められている。

渡邊（2004：410）が、「介護支援専門員がケアプランを策定し、実行していくためには、介護支援専門員が考える支援と、本人が望むものとの間をどう調整していくかを考えなければならない」

と述べるように、実際のケアマネジメント過程において、アセスメントを行い、ケアプランを作成し、ケアプランに対しての説明と同意を得、サービス実施を行って行く際、介護支援専門員側の視点とクライアント側の意向が一致しない場合も多く存在するということが指摘されている。

筆者は、2004年に行った調査から「介護支援専門員は、アセスメントの結果から導き出されたケアプランと最終的なケアプランが合意されるまでには、介護支援専門員とクライアント（あるいは他の影響要因を担う者）との間に「交渉」が行われており、その交渉の結果として、最終的なケアプランの策定と合意に至ることができる」ことを明らかにした（笠原 2004）。

この交渉過程を介護支援専門員がどのような戦略・戦術を使って進めていくのかを類型化した結果、6類型に分類された。以下に分類の定義を述べる。

① 定型型交渉戦略

定義：ケアマネジメントを行う際、教科書的に行われている支援内容であり、介護支援専門員として求められるケアマネジメントの一定の型のこと

② 協同型交渉戦略

定義：介護支援専門員が利害の一致する者たちと助け合って、あるいは支援を受けながらケアマネジメントを行っていくこと

③ 協調型交渉戦略

定義：介護支援専門員がクライアント、家族、

第三者等と調和を図りながらケアマネジメントを行っていくこと

④ 危機対応型交渉戦略

定義：クライアントに危機的な状態が発生している場合、あるいは緊急的な対応が迫られる状態に対して介護支援専門員がとる臨機応変の対応のこと

⑤ 不本意型交渉戦略

定義：本意でないながらも、介護支援専門員としてケアマネジメントを進めていかざるを得ないこと

⑥ 管理型交渉戦略

定義：介護支援専門員がクライアントの利益を守る、あるいは不利益が生じないように取り仕切ること

本研究は、笠原（2006）の続編に位置する。前編では、介護支援専門員が交渉過程をどのような戦略・戦術を使って進めていくのかということの類型化をすることに終始した。

しかし、介護支援専門員が行う一つの実践に一つの類型が該当するというわけではない。

つまり、介護支援専門員がケアプランを策定する際、アセスメントから導き出されたニーズからケアプランを策定するまでの過程において、介護支援専門員とクライアント、あるいはそれらを取り巻く第三者との間で、これらの6種類の戦略を適宜使った交渉を行い、さらに6種類の戦略の使われ方には移行がみられるのである。

本研究では、6種類の現実での使われ方に焦点をあてながら、最終的に策定されるケアプランに向けて、本来のケアマネジメント（定型型交渉戦略）がどのように変容していくのかのプロセスを探索することが目的である。

II. 方法

1. 調査対象

居宅介護支援事業所はX市内で開設している事業所とした。

介護支援専門員は、出身職種に偏りがないように医療職・福祉職が同事業所に勤務し、また、介護支援専門員として専任で勤務している事業所とした。また、母体とする事業所も福祉施設併設型と医療機関併設型とした。

福祉施設併設型居宅介護支援事業所は、社会福祉法人を母体とし、特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・通所介護・訪問介護・訪問看護といった事業所を併設している。調査対象の介護支援専門員は5名である。医療施設併設型居宅介護支援事業所は、医療法人を母体とし、療養型病床群・介護老人保健施設・通所リハビリテーションを併設している。調査対象の介護支援専門員は3名である。調査期間は平成16年6月20日から平成16年9月3日までである。

2. 調査方法

上記の介護支援専門員へ、聞き取り調査を行った。最初に1名の介護支援専門員のケースを抽出し、プレテストを行った。対象となるケースの選定については、「介護支援専門員としてケアマネジメントを行うにあたり、介護支援専門員とクライアントあるいは家族等との意見の相違が見られ、ケアマネジメントに困難さが見られたケース」を選んで欲しいと依頼し、協力者が選んだケースについて再度、調査者とケースの概要について確認を行い目的に合致するケースであることを確認するという手続きによって選定を行った。選定したケースは、調査協力者の同意を得てケース記録・ケアプラン・メモを全て転記した。インタビュー調査に先立って転記したケース記録の読み込みを行った。ケース記録を読み込み、ケース記録に記載されている中から介護支援専門員が行った行動を書き出した。次に、ケース記録の中から浮かんできた疑問点や不明な点を書き出した。また、ケースを読みながら、介護支援専門員がどのような考えでこのような行動をとっているのか、また、介護支援専門員として行わなければならないと考えられる行動をとらなかったのはなぜかということについて質問を作った。

インタビューでは、ケース記録の中から浮かんできた疑問点や不明点について確認するとともに、介護支援専門員がどのような考えでこのような行動をとっているのか、介護支援専門員として考えられる行動をとらなかったのはなぜかということについてあらかじめ準備した質問について問いかけを行い、自由に答えてもらう方法をとった。その際、対象者が答えやすいように質問の順序を入れ替え、話しの流れをさえぎらないように配慮した。また、対象者が答えた内容に疑問が生じた場合はさらに詳細に確認を行い、より対象者の考えを明確に理解できるようにした。インタビュー内容についてはメモをとった。この手続きで行った調査方法に支障がないことを確認して、次に7名の協力者が担当したケースについて、プレテストと同様の手続きを踏みケースの選定を行った。インタビューは調査協力者の承諾を得て7名全員についてレコーダーに録音し、書き起こした。インタビューの回数は1人1回、所要時間は1回約1時間から1時間半であった。尚、プレテストでインタビュー調査を行った1例とその後に行った7例については、同じ調査の手続きを踏んでいることから、分析結果に加えても差し支えないと判断した。従って、分析対象は合計8例である。

3. 倫理的配慮

対象者は、事前に調査者が対象となる居宅介護支援事業所に連絡をとり、研究の趣旨を説明し了承を得ることができた介護支援専門員とした。ケース記録やケアプラン、メモの転記については、事業所外に持ち出さない形で行い、個人が特定できる部分はすべてイニシャルで記載した。インタビューの録音については、プライバシーを確保すること、及びインタビューを中断、離脱可能なことを伝えて了解を得た。

4. 分析の方法

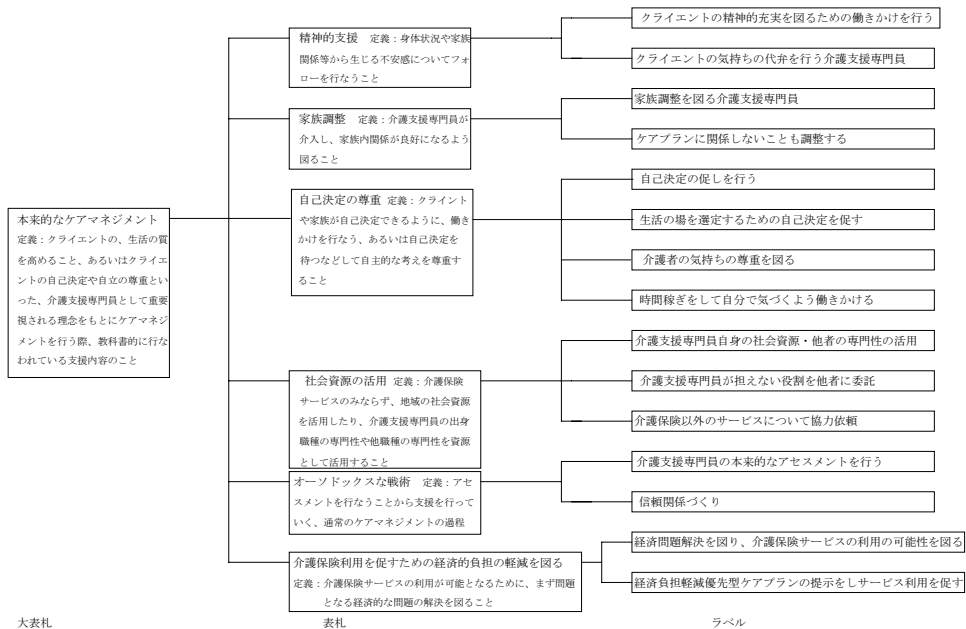
介護支援専門員が対応困難事例として事例検討会に提出した18事例（紙上ケース検討会 2001a -

2004e）を対象とした。介護支援専門員が交渉を行う際にどのような戦略を使って交渉を行っているのかをラベル化し、KJ法による分類を行った。この結果、68の交渉戦術が見出された。その結果68のラベル→15の表札→7の大表札と分類できた。但しラベルが直接に大表札までにまとめられるものもあった。さらに、KJ法の結果から系統図を作成した。系統図は例示として図1に示す。

図1の系統図とインタビュー結果の比較を行いながら、インタビュー結果から見出される介護支援専門員の戦略・戦術について、カテゴリーを分類、生成した。その結果、63にラベル化されることが見出された。63のラベルのうち7ラベルが各々2つの、あるいは3つの小ラベルを持つことが見出された。この最小単位である小ラベルを第5層とし、63のラベルを第4層とした。第4層の63ラベルを更にグループ化し構成された層を第3層とし、さらに第3層をグループ化し構成された層を第2層、第2層をグループ化し構成された層を第1層とした。

その結果、第5層が14概念→第4層が63概念→第3層が16概念→第2層が10概念→第1層が6概念に分類できた。但し、第4層が直接に第2層までまとめられるものもあった。全体像を系統図として図2に示す。なお、図2では、4層以下の記載を省略し示す¹⁾。

インタビューを行なった8名の介護支援専門員のケースを読み込み、分析の結果から類型化された戦略を用い、戦略の類型に定義されるキーワードを記載し、次いでなぜ戦略の変更を行ったのかについての理由を記載し、最終的に介護支援専門員が、どのような交渉戦略の使用に移行していくのかを分析した。



介護支援専門員のケアプラン策定までの戦略 図1

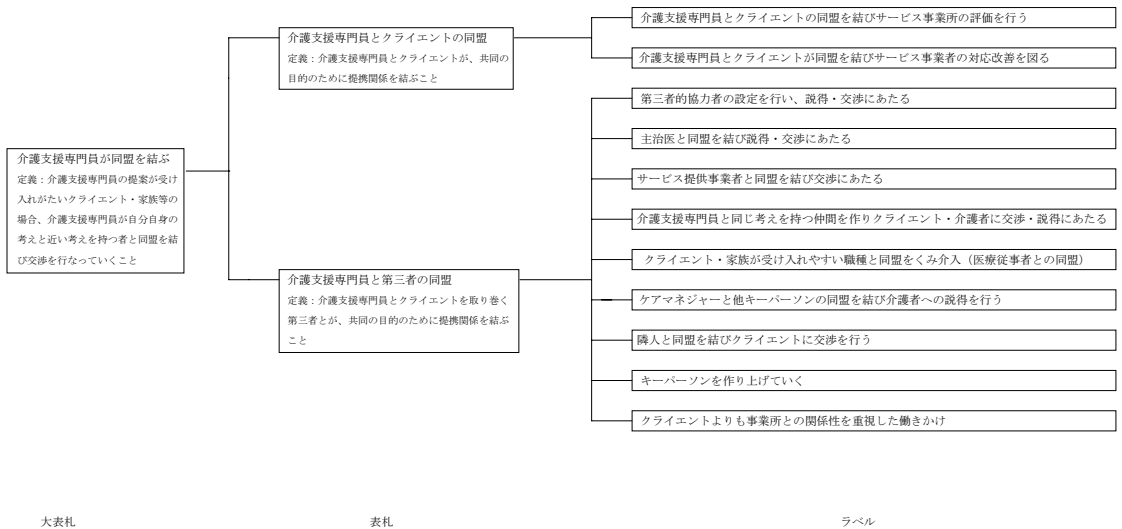


図1-1

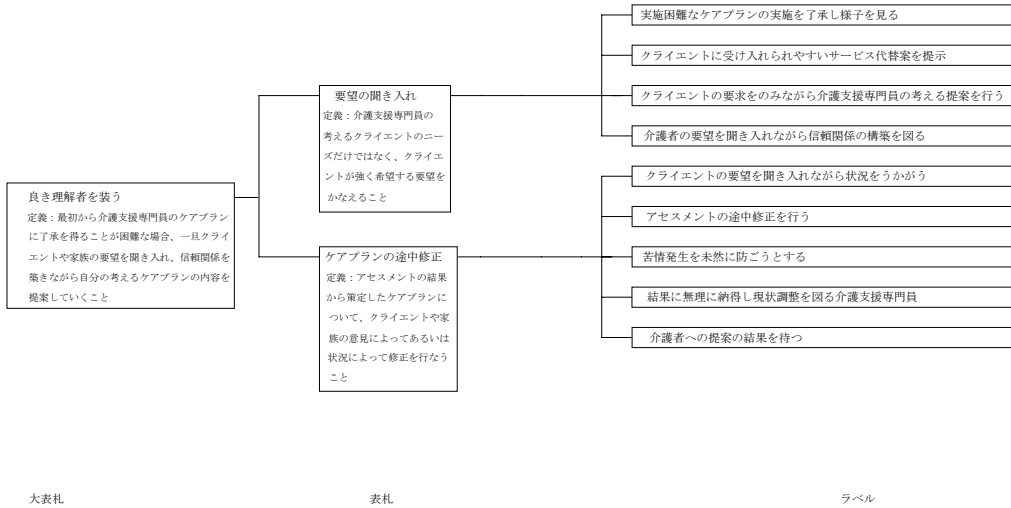


図 1-2

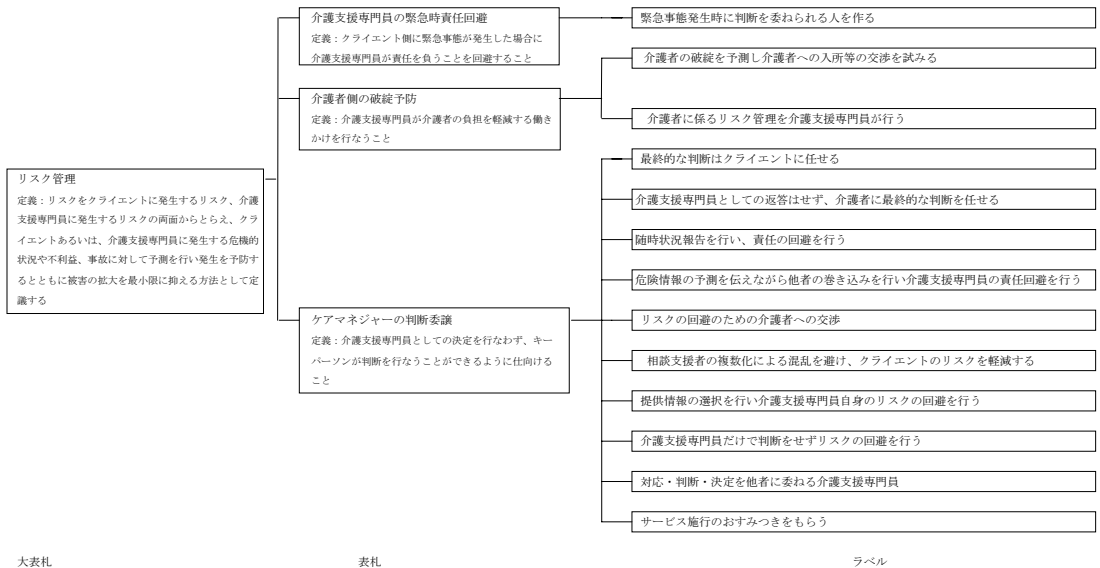
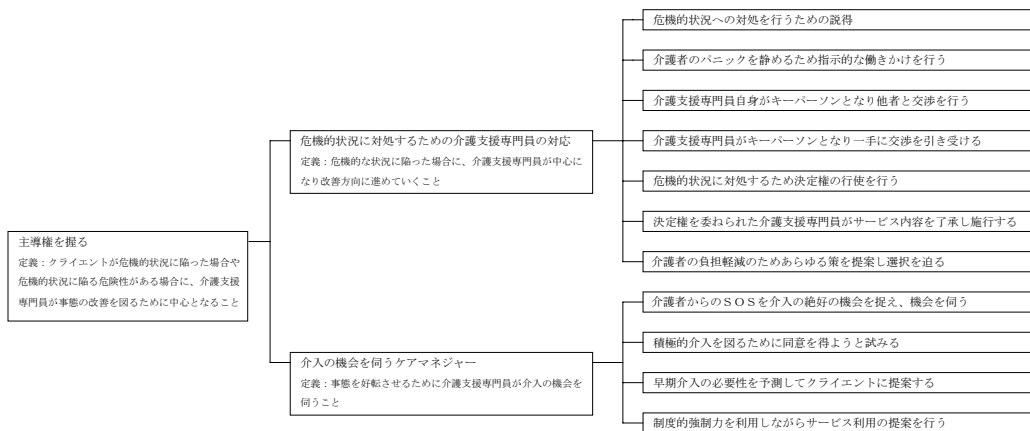


図 1-3

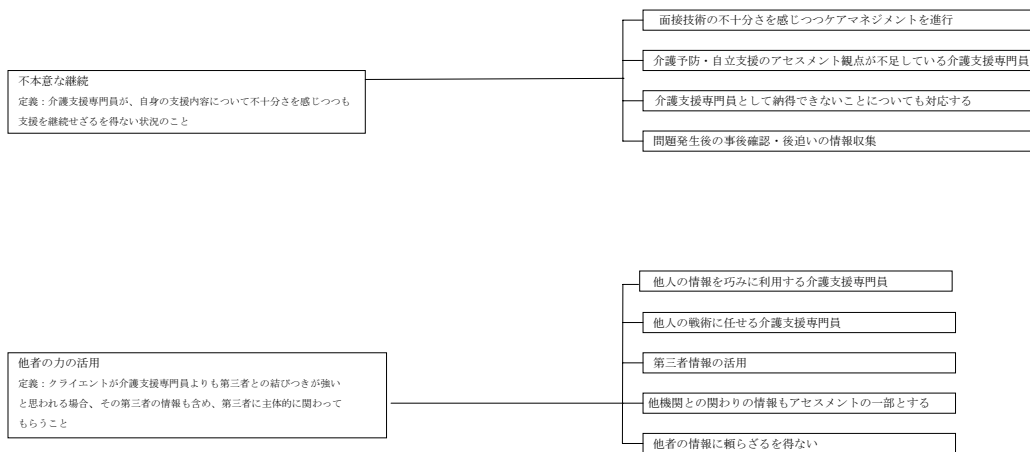


大表札

表札

ラベル

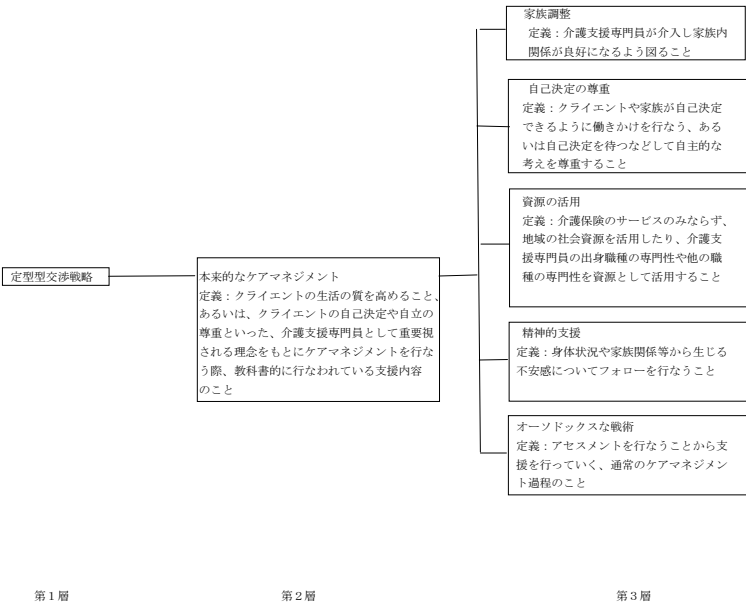
図 1 - 4



大表札

ラベル

図 1 - 5



介護支援専門員のケアプラン策定までの戦略 図2

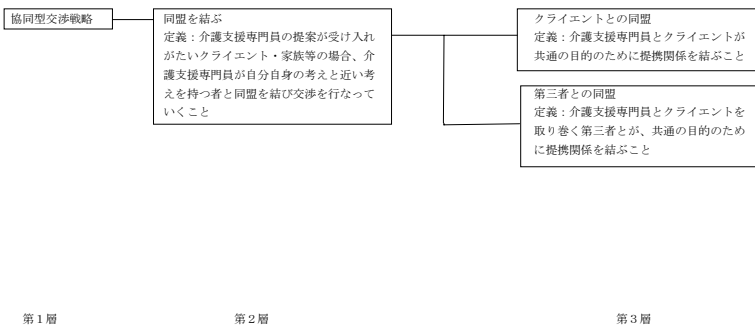


図2-1

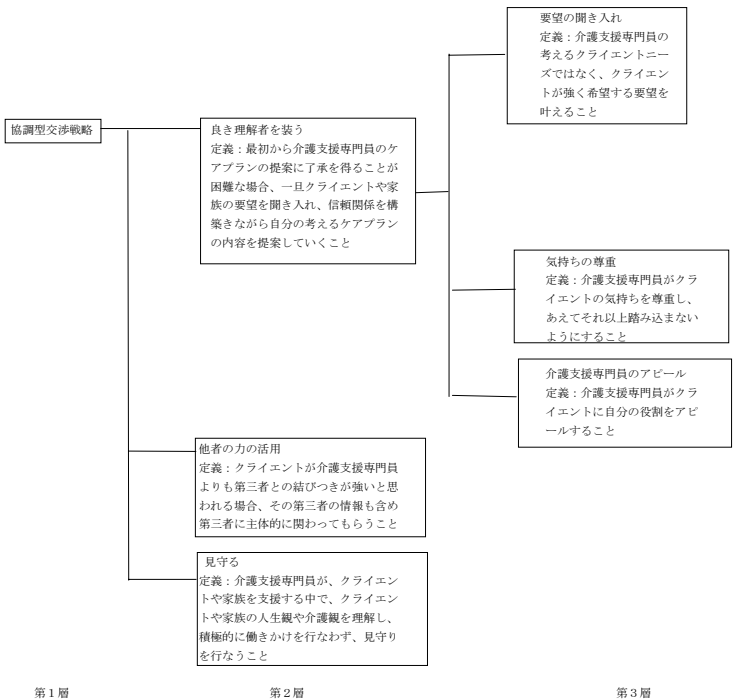


図 2-2

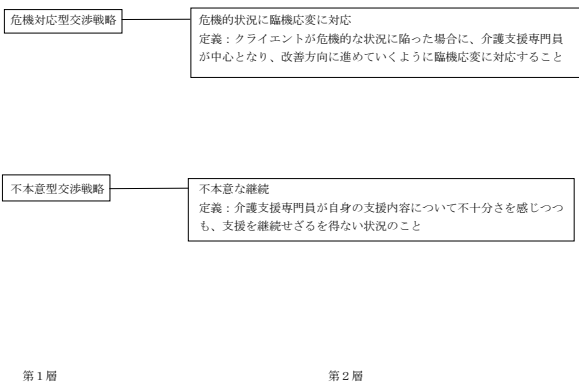


図 2-3

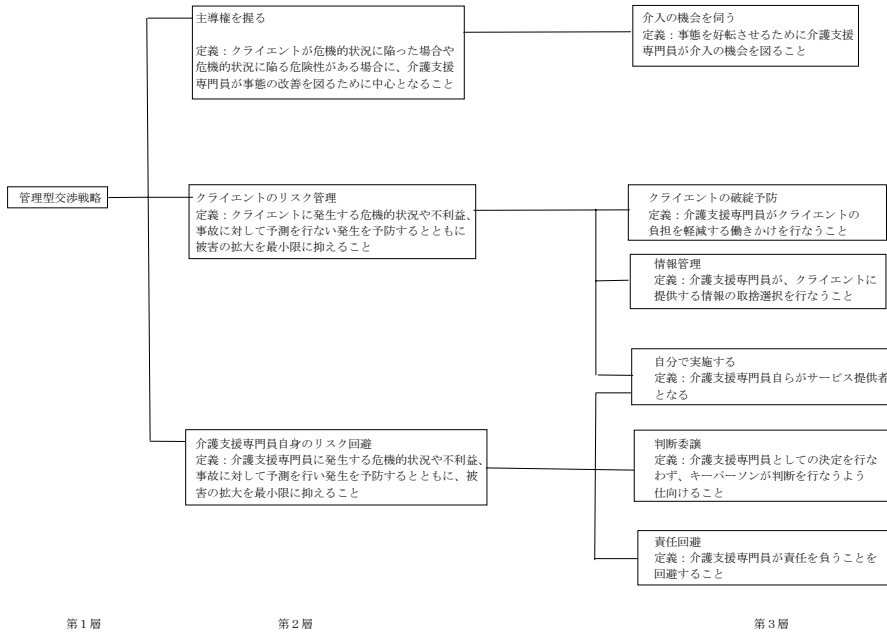


図 2-4

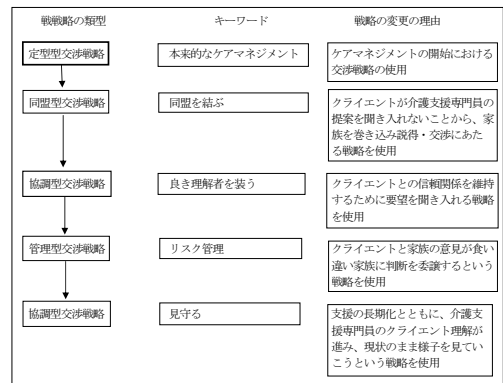
5. 分析の結果

インタビューを行った 8 名の介護支援専門員をそれぞれ A・B・C・D・E・F・G・H とし、それぞれの介護支援専門員の事例の分析結果を図 3～図 10 に戦略の移行を記載する。

図 3 に記載した介護支援専門員 A の事例は、本来的なケアマネジメントである定型型交渉戦略からケアマネジメントを開始する。しかし、クライアントが介護支援専門員の提案を聞き入れないことから、介護支援専門員の提案に同意している家族と同盟を結ぶことによって、交渉を行う同盟型交渉戦略を使用する。それでも介護支援専門員の考えに同意してもらえない場合は、クライアントと信頼関係を維持していかなければ、介護支援専門員の関わりを拒否されてしまう可能性があることから、協調型交渉戦略を使用し、クライアントの良き理解者であることを装う。こうして、何とかサービス利用をしながら在宅生活を継続していたが、クライアントと家族の意見が相違する場合

に出会う。介護支援専門員は、介護支援専門員としての考えだけではなく、家族に判断を委ねるといった管理型交渉戦略を使用する。ここで「介護支援専門員がクライアントにそのような支援を行なっていることを家族は全く知らなかった」という、介護支援専門員に降りかかるリスクを避けるのである。支援の長期化に伴って、介護支援専門員 A

図 3 介護支援専門員 A のケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）



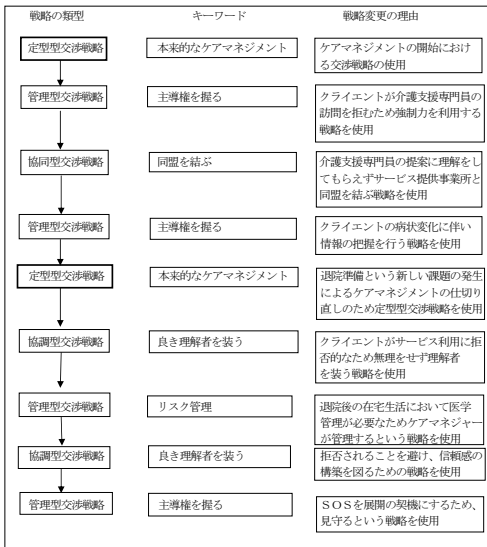
は、最終的に、介護支援専門員の提案を無理強ひせずの様子をみていこうと結論を出す。

クライアントの望む生活を営んでいく上では、現状での支援が適切なのだという介護支援専門員自身の納得ができ、協調型交渉戦略の使用を行うのである。

図4の介護支援専門員Bの事例は、定型型交渉戦略の使用からケアマネジメントを開始するが、クライアントが介護支援専門員の介入を積極的に受け入れないことや、介護支援専門員の提案に理解を示してもらえないことから管理型交渉戦略、協同型交渉戦略、そしてまた管理型交渉戦略へと戦略を移行していく。介護支援専門員の訪問をクライアントが拒んだ場合には、「介護保険の制度の中で、介護支援専門員はクライアント宅を訪問しなければならないとされている」という法的な規則を伝え、何とか訪問させてもらうことをする。クライアントについての情報をサービス提供事業所から得たり、病状の変化があった際には、病院を訪問し、病状の確認を行う。

途中クライアントの入退院をきっかけにして本来のケアマネジメントに立ち戻り定型型交渉戦略

図4 介護支援専門員Bのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）



略の使用を行うが、やはりクライアントが介護支援専門員が提案するサービス利用に拒否的な様子が見られることから、協調型交渉戦略や管理型交渉戦略、また協調型交渉戦略へと移行していく。クライアントの良き理解者を装いながら、無理をせず支援を行うのである。

しかし、介護支援専門員は、糖尿病の自己管理を行うことができないであろうと予測されるクライアントに対して、何とか訪問看護師の派遣を行いたいと考える。ともすればサービスを導入できなかったために、病状を悪化させ、自宅で倒れるという事態が予測される。介護支援専門員は、クライアントに発生するリスクを未然に防ぐべく、自分自身が、糖尿病の管理を行うというサービス提供者になる。ここでは、クライアントのリスクを避けるために行うというだけでなく、介護支援専門員B自身が、クライアントへの心配感を軽減したり、自己の責任感からくる不安感を解消するために、とられた戦略でもあると言えよう。

介護支援専門員Bは、最終的には管理型交渉戦略を使用し、クライアントを見守りながら本当に困ったとクライアント自身が感じるまで介入の機会を伺いつつ主導権を握ろうとする。

図5の介護支援専門員Cの事例は、早急に対応せざるを得ない状況があるところからケアマネジメントを開始する、危機対応型交渉戦略の使用から始まる。定型型交渉戦略を使いアセスメントを行い支援を開始するというよりは、いかにすばやく危機的状況に臨機応変に対応しながら、ケアマネジメントを行っていくかが要求される、危機的状況対応型ケアマネジメントとすることができる。

クライアント・介護者の自宅生活が破綻しないよう管理型交渉戦略も使用する。ここでは、他に解決すべきニーズがありながらも、まず先に何を解決していくのが先決なのか、優先順位をつけ対応していく。

ここで、ある程度の生活の安定が図られた際には、本来のケアマネジメントに立ち戻るべく定型型交渉戦略の使用を行う。クライアントの抱えるニーズは何であるかを課題分析し、再度アセスメントをしなおすのである。

しかし、介護支援専門員の提案に理解を得られないという状況が見られる。クライアントにとって介護支援専門員は、良き理解者であるという様子を見せるという協調型交渉戦略の使用に移行する。さらに、サービス利用を中止しようとするクライアントに対して、サービス提供事業者と支援内容の一致、つまり何とかクライアントがサービス利用を継続していけるようにするには、どうしたら良いかということを考えながら、協同型交渉戦略を使用する。

以後、介護支援専門員Cが他の交渉戦略を使用しながらも、定型型交渉戦略の使用に立ち戻ることが見られる。これは、クライアントの希望にかなうように支援を行なっているにもかかわらず、そこに介護者の疲労感が見えてきたり、あるいは介護支援専門員の役割を理解していないクライアントに、自分のサービスの調整役としての役割を伝えるなどして、本来のケアマネジメントを行おうとするということである。クライアントの理解を得ること

ができなかった場合には、疑問を抱きつつも、現状のままで支援を継続していくしかなく、不本意型交渉戦略を使用せざるを得ない。しかし、やはり、再度仕切りなおしを行うために、定型型交渉戦略に立ち戻るといった戦略の使用を行うのである。

介護支援専門員Cは、定型型交渉戦略の使用から不本意型交渉戦略の使用、そしてまた定型型交渉戦略から不本意型交渉戦略の使用と、戦略の移行の繰り返しを行っていることが見出された。

図6の介護支援専門員Dは、ケアマネジメントの開始における定型型交渉戦略の使用からケアマネジメントを開始する。しかし、介護支援専門員Dと家族の意見は一致しても、クライアントとの意見が一致しないことから、意見の一致している家族と同盟を結び何とかクライアントにも意見の一致をみようとする。意見の一致を試みるができない場合は、結局クライアントの受け入れやすいサービスを導入しようという代替案を提案していく、協同型交渉戦略の使用を行う。代

図5 介護支援専門員Cのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）

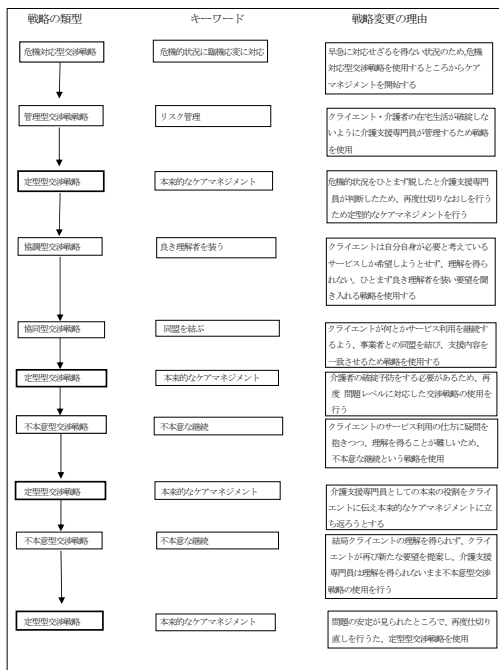
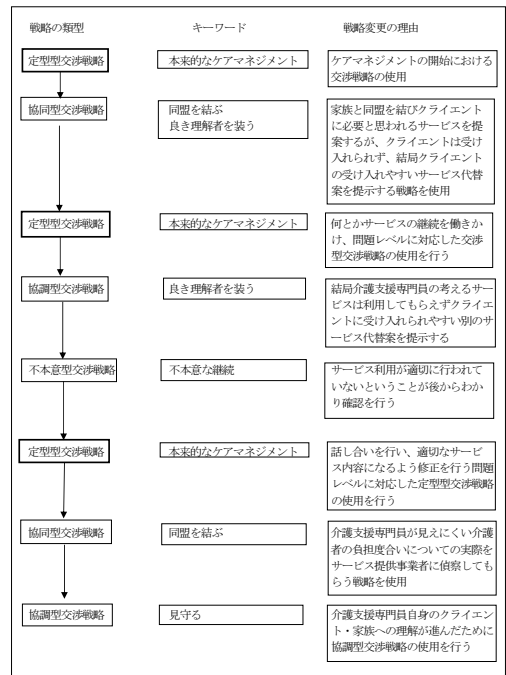


図6 介護支援専門員Dのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）



替案に対する了承が得られた後は、本来的なケアマネジメントである定型型交渉戦略に立ち戻り、課題を解決しようとするが、やはり理解を得られず良き理解者を装うという協調型交渉戦略の使用に移行する。

こうしてサービス利用は何とかスタートしたというふうに思えたが、サービス利用が適切に行われていないということが後からわかり、クライアントや家族に詳細の確認を行うという不本意型交渉戦略の使用を行う。その場合も不本意型交渉戦略を使用し続けていくわけではなく、定型型交渉戦略の使用に立ち戻り、適切なサービス内容になるように修正を行っていく。

ここで定型型交渉戦略の使用により問題点の修正ができた後も、本当に修正した内容が良かったのかどうか、一番状況が見えやすい立場にいるサービス提供事業者と同盟を結びながら偵察してもらうという協同型交渉戦略を使用していく。

最終的には、無理に介護支援専門員の考えを押し付けることなく、見守っていくという協調型交渉戦略を使っていくという戦略使用を行っていくこととなる。介護支援専門員として、クライアントや家族との関わりが深くなっていくにしたがって、これまでの生活状況や生き方についての理解が進んできたため、今は協調型交渉戦略の使用が一番の戦略使用なのだという納得ができるようになるのである。

図7の介護支援専門員Eは、ケアマネジメントの開始期における定型型交渉戦略の使用を行う。しかし、キーパーソンである介護者が自分の介護負担をなかなか認識できないことから、介護支援専門員が介護者が倒れないよう、リスク管理を行うという管理型交渉戦略を使用する。それでも、介護支援専門員Eの提案に了承を得られないことから、受け入れられやすいよう良き理解者を装うという協調型交渉戦略の使用を行っていく。

また、サービス利用を無理せず、本当に困った様子が見られるまで見守っていくという管理型交渉戦略の使用に移行する。その矢先、突如他の家族が出現し、介護支援専門員に圧力とも言える申し出を行い、介護支援専門員がクライアントや介

護者の気持ちを確認することができないまま、他の家族の意向通りにサービス利用を調整せざるを得ないという、不本意型交渉戦略の使用に移行する。強い意見を持つ家族の出現に、介護支援専門員は踏み込んだ交渉ができない。自分たちの言うことだけ聞いてくれれば良いという家族の意見に、介護支援専門員Eは、介護支援専門員の意見を無理に通すことで、家族が介護支援専門員を信頼しなくなるという、自分に降りかかるリスクを回避するため、管理型交渉戦略の使用に移行する。

こうした戦略を使用するにしたがって家族の介入が落ち着き、家族の介護支援専門員に対する信頼も得られるようになってきた様子が見受けられる。これをきっかけに、再度クライアント、介護者との信頼関係の築き直しを行い、支援を開始しようとして介護支援専門員は定型型交渉戦略の使用を行う。

図7 介護支援専門員Eのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）

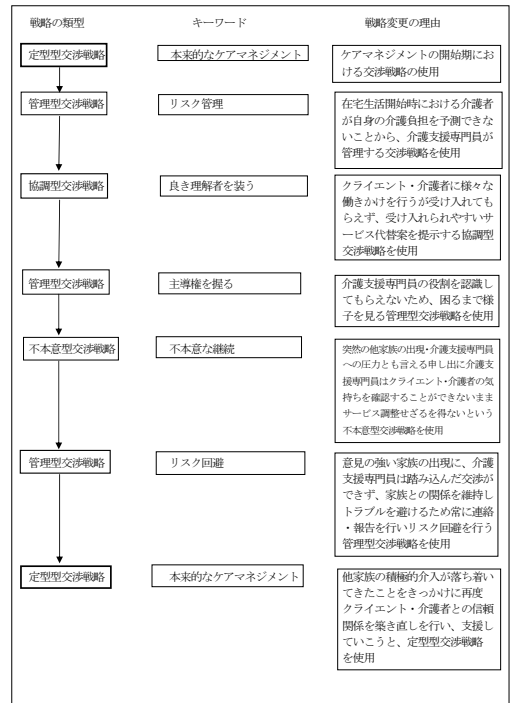


図8の介護支援専門員Fは、定型型交渉戦略からケアマネジメントを開始する。しかし、家族は、介護支援専門員が提案するケアプランに納得せず、家族がケアプランの主導を握ろうとする。その結果、介護支援専門員は家族の提案するケアプランに対応せざるを得ず、不本意型交渉戦略の使用を行う。しかし、こうした状況の中でも、定型型交渉戦略の使用に立ち戻り、クライアントに何が必要とされるのかというケアプランを提案できるようにアプローチする。うまく理解を得られなかった場合は、その時に無理に押し進めるということをせず、管理型交渉戦略の使用を行い、介入の機会を伺うのである。

図9の介護支援専門員Gは、定型型交渉戦略の使用から、ケアマネジメントを開始する。介護支援専門員が、クライアント・介護者（以後介護者A）である家族に介入し始めたときは、既に両者とも認知症が発生していたため、介護支援専門員Gは、近隣住民の情報網を活用したり、社会資源として活用していく協調型交渉戦略を使用する。キーパーソンである家族（以後介護者B）は、遠方に住んでいるため、その家族から得る情報や、認知症が進んだクライアント・介護者Aからの情報だけでは、不十分であると判断し、地域の力を活用するのである。

さらに近隣住民の見守りの力を破綻させず維持

していきことができるように働きかけたり、あるいは行政に介入してもらうなどしてリスク管理を行うという管理型交渉戦略を使用する。自宅でサロンを開催したり、クライアントの見守りを行ったり、協力してくれる近隣住民の力を介護支援専門員G自身が重要視し、近隣住民の関わりを継続してもらえるようにするのである。

最終的に行う協同型交渉戦略の使用は、介護者Bの考えを聞くなどしてクライアントがサービス利用を行うことができるように働きかけを行っていく目的で使用される。ここで特徴的なのは、クライアントに行う戦略使用とクライアントを取り巻く第三者への戦略使用を行うなど二重の交渉戦略を使用していくという点が見られたことである。

図10の介護支援専門員Hは、定型型交渉戦略からケアマネジメントを開始する。

何とか、介護支援専門員側の考えと一致させようとするよう管理型交渉戦略を使用したり、意見の一致する家族との同盟を結びながら協同型交渉戦略を使用しクライアントが、サービス利用を行うことができるように働きかけるが、途中、家族が介護支援専門員がわからないところで、家族自らの動きでサービス利用を調整してしまうという状況が見られる。他のサービス提供事業者によりこの状況を知った介護支援専門員は、現在のサー

図8 介護支援専門員Fのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）

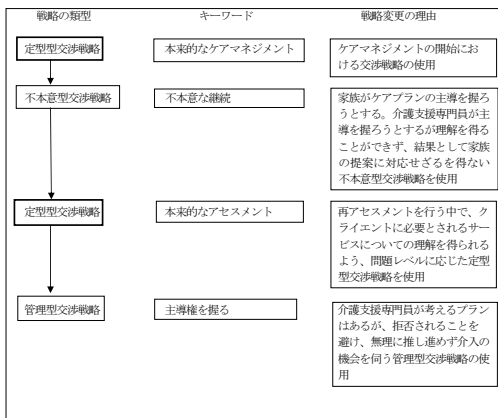


図9 介護支援専門員Gのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）

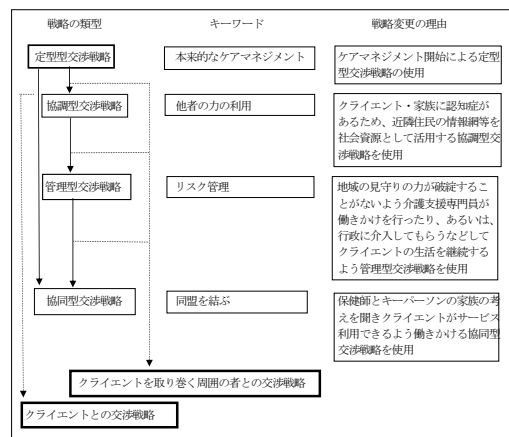
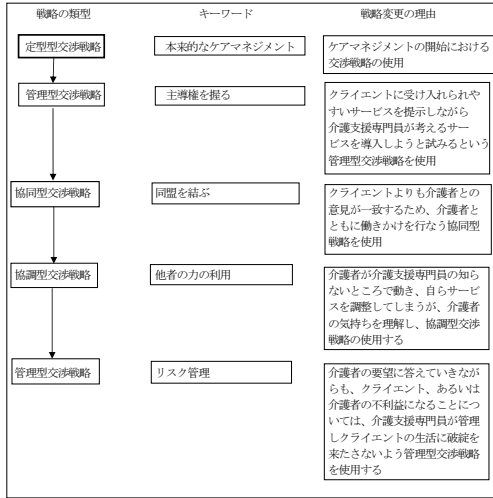


図10 介護支援専門員Hのケアプラン策定までの戦略分析（筆者作成）



ビス利用だけでは足りないと感じている家族の気持ちを理解し、協調型交渉戦略の使用を行う。しかし、家族の要望に答えていきながらも、クライアント、あるいは家族の不利益になることについては、適切に情報提供を行い、クライアント・家族に破綻を来さないように介護支援専門員がリスク管理を行うという管理型交渉戦略を使用する。

家族のペースに合わせながらも、介護支援専門員がクライアントの不利益になるであろうと考えたことについては、意見を伝えてリスクを管理していく役割を担うのである。

以上、介護支援専門員AからHまでの事例を図3から図10までの時系列にまとめ分析した結果を記載した。これらを比較した結果から、(1)定型型交渉戦略から出発するケアマネジメント（図11）、(2)危機対応型交渉戦略から出発するケアマネジメント（図12）、(3)クライアントとの直接交渉が困難な場合のケアマネジメント（図13）の3種類が見出された。

図11で示すように、介護支援専門員A・B・D・E・F・Hは交渉を進めていく際に、ケアマネジメントの開始として教科書的な交渉戦略である定型型交渉戦略から出発することを共通点として見

出すことができた。

介護支援専門員は、ケアマネジメントの開始期、クライアントや家族、あるいはそれらを取り巻く第3者との交渉を行う際には、教科書的なケアマネジメントである定型型交渉戦略を行うところからスタートする。しかし、その後、定型型交渉戦略だけでは交渉が成立しなかった場合に、介護支援専門員は定型型交渉戦略以外の類型である他の5種類の戦略を使用して交渉を行っていくことが見出される。

また、それぞれに特徴的に見出されることは、定型型交渉戦略の他の5類型を使用しても、さらに定型型交渉戦略を使おうとすることである。つまり、介護支援専門員がクライアントとの間に遭遇する「問題レベルに対応した定型型交渉戦略」、「新しい問題が発生したことによるケアマネジメントの仕切り直しを行う定型型交渉戦略」、「問題の安定が見られたことで再度仕切り直しを行う定型型交渉戦略」といったように、それぞれ同じ定型型交渉戦略ではあるが、ケアマネジメント過程の中でもケアマネジメントの開始期における定型型交渉戦略の使用とは意味合いが異なることが見出された。介護支援専門員はこれらの定型型交渉戦略の使用を繰り返し行っていく。

介護支援専門員A・B・D・E・F・Hが最終的に使用している交渉戦略は、介護支援専門員Eの定型型交渉戦略、介護支援専門員A・Dの協調型交渉戦略、介護支援専門員B・F・Hの管理型交渉戦略であった。

介護支援専門員Eのケースは、問題の安定が見られたことで再度仕切りなおしを行うために、定型型交渉戦略を使用していることが見出された。

介護支援専門員A・Dのケースは、他の戦略を使用した結果、クライアント・家族が希望するところの支援を行わない様子を見守っていくという協調型交渉戦略を使用している。このことから、介護支援専門員が当初交渉の戦略として使っていた戦略と最終的に使用された交渉戦略は、定型型から協調型へ変容していることが見出される。

介護支援専門員B・F・Hのケースは、最終的にはクライアントの生活に破綻を来さないよう

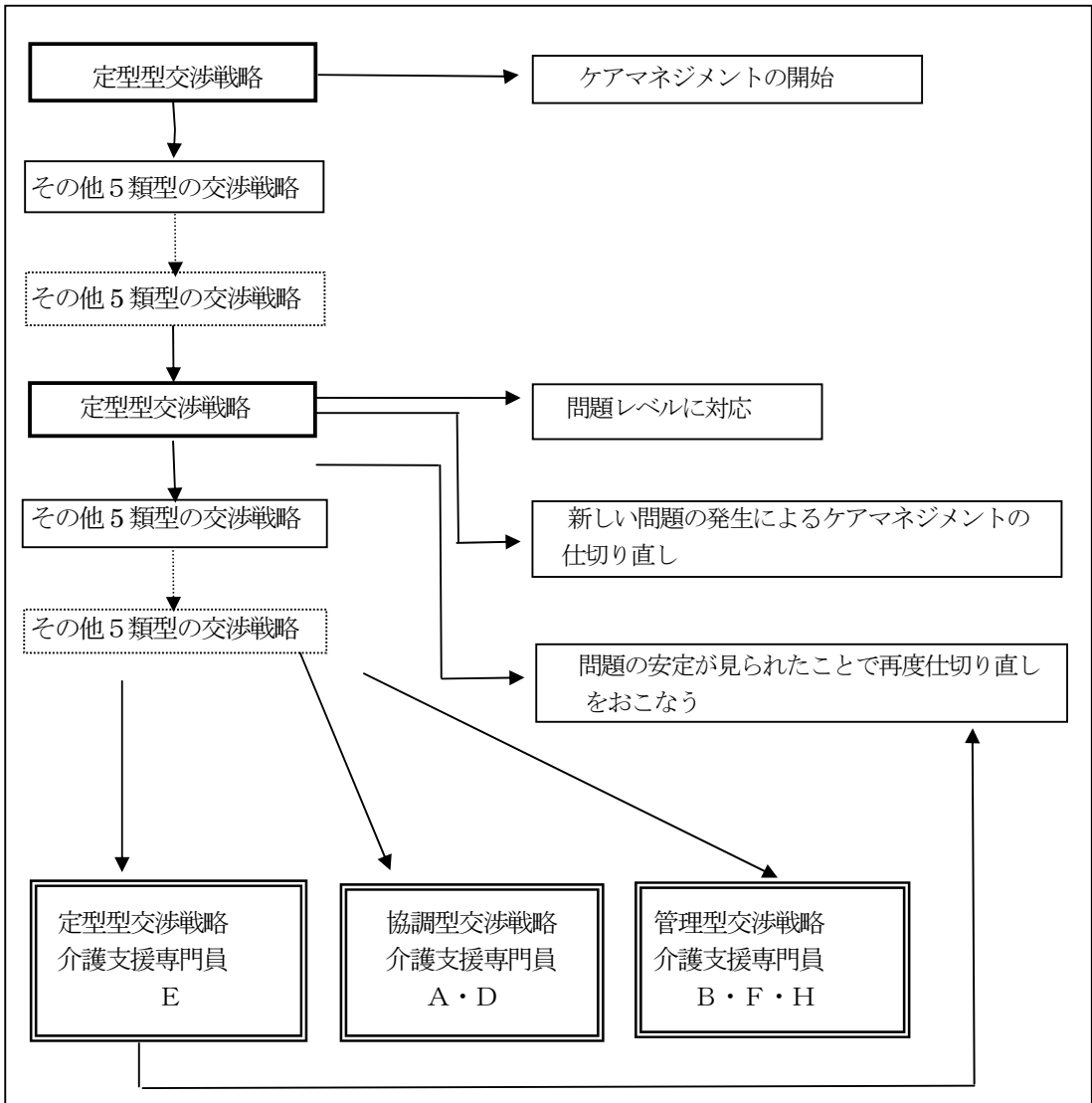


図11 調査の結果から見出されるケアマネジメント戦略の変容
(1)定型型交渉戦略から出発するケアマネジメント
介護支援専門員A・B・D・E・F・Hに見出される（筆者作成）

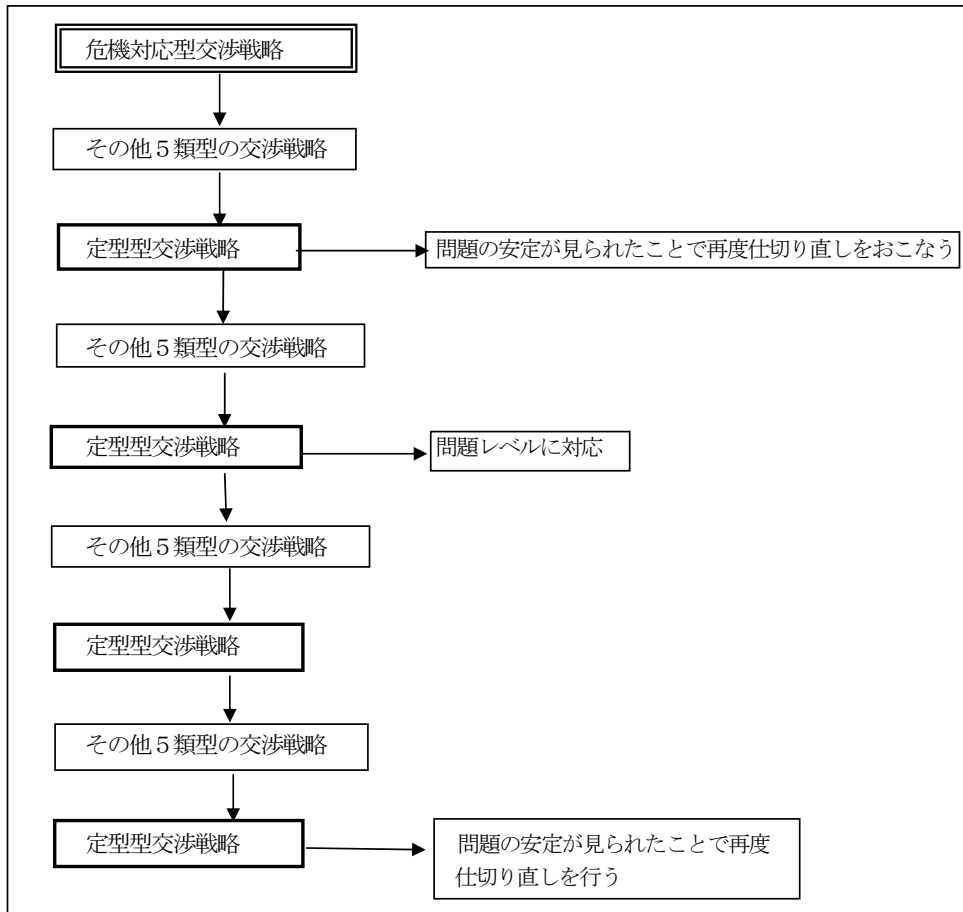


図12 調査の結果から見出されるケアマネジメント戦略の変容
 (2)危機対応型交渉戦略から出発するケアマネジメント 介護支援専門員Cに見出される
 (筆者作成)

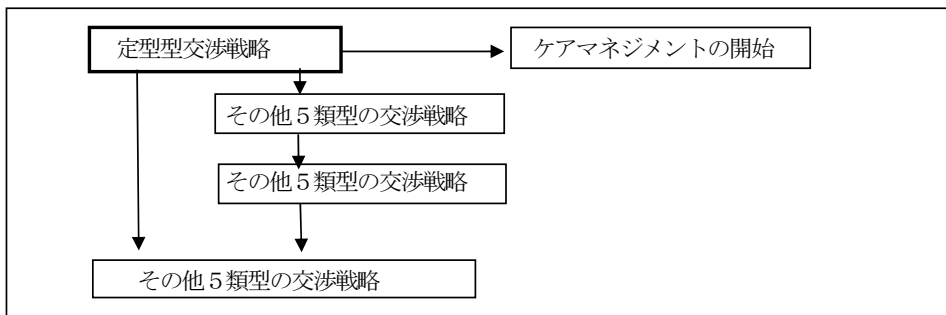


図13 調査の結果から見出されるケアマネジメント戦略の変容
 (3)クライアントとの直接交渉が困難な際のケアマネジメント
 介護支援専門員Gに見出される (筆者作成)

介入の機会を伺う、管理型交渉戦略を使用している。このことから、介護支援専門員が当初から、交渉戦略を使用しておこなっていたケアマネジメントは定型型から管理型へ変容していることが見出される。

図12に示すように、介護支援専門員Cは危機対応型交渉戦略からケアマネジメントをスタートさせている。

このケースの特徴は、介護支援専門員がクライアント・家族に対して早急にケアマネジメントを開始しなければならないケースであると判断し、ケアマネジメントを開始していることである。この場合は教科書的に行うケアマネジメントとは違う戦略を使うことが見出される。つまり早急に対応しなければならない問題に対していかに対応していくことができるかを、介護支援専門員は判断していくのである。

ここで行われるアセスメントやケアプランの策定は臨時的なものであり、その際に行われる介護支援専門員の交渉は臨時的に対応を迫られるともいべき危機対応型交渉戦略である。

その一方で、問題が安定した際には、本来行っていくべきとされているケアマネジメントの型である定型型交渉戦略を使用していることが見出される。

このケースは最終的には定型型交渉戦略を使用し介護支援専門員の考えるケアマネジメント過程に戻そうとする姿が見出されるケースである。こうしたことから、危機対応型交渉戦略という介護支援専門員の本来的なケアマネジメントから開始されていないケアマネジメントにおいても、危機型から定型型へ戻ろうと変容していることが見出される。

図13に示すように、介護支援専門員Gのケースの特徴は、クライアント自身が認知症であり、介護支援専門員が交渉する際にクライアント自身との交渉が困難なケースであるということである。

そのため、クライアントを取り巻く二重の交渉戦略が取られていることを見出すことができる。

介護支援専門員は定型型交渉戦略でケアマネジメントを開始していく中で、クライアントあるいは

は家族やそれらを取り巻く第3者との交渉を行い、アセスメント情報を補強していく。さらに、クライアントや介護者の生活が破綻しないように、他の交渉戦略を用いるということも見出される。

このように当初定型型交渉戦略を使用してケアマネジメントを行っていたが、他の5種類の交渉戦略を使用しケアマネジメントを行うという、ケアマネジメントの過程における交渉の戦略が変容していくということを見出される。

考察

本論文の結果から見られるように、介護支援専門員のアセスメントからケアプラン策定までの過程において、交渉戦略からみたケアマネジメントプロセスは変容していくことが明らかとなった。

介護支援専門員A・B・D・E・F・Hのケース（以下タイプIと表記）も、介護支援専門員Gのケース（以下タイプIIと表記）も定型型交渉戦略からケアマネジメントが開始されている。しかし、タイプIIのケースは二重の交渉過程をとる。

定型型交渉戦略から開始されるケアマネジメントにおいても、定型型交渉戦略だけでは交渉が行いきれずに他の交渉戦略を使用するというケアマネジメントの交渉過程の変容が見られることが見出された。さらに、介護支援専門員Cのケース（以下タイプIIIと表記）は、緊急時対応型交渉戦略からケアマネジメント過程がスタートし、その後定型型交渉戦略に立ち戻るなどしてケアマネジメント過程が変容していく。このことから、介護支援専門員はクライアント、家族あるいはそれらを取り巻く第3者の問題の状態で、何らかのケアマネジメントの戦略を使っていることが見出される。

さらに、タイプI・タイプIIIのケースに見られるように、介護支援専門員は定型型交渉戦略を使用することに立ち戻ろうとする。つまりいずれの交渉戦略を使っても、ケアマネジメントの過程の中で定型型交渉戦略を使うことに立ち戻っているのである。

介護支援専門員はケアマネジメントの交渉過程

の中で、定型型交渉戦略だけでは交渉が成立しない場合、他の交渉戦略を使用する。そこである一定程度の交渉の成立を図れたにも関わらず、再度定型型交渉戦略を使用するという事は、とりあえずその場で交渉を成立させたとしても、そこに留まらず本来の介護支援専門員の価値として位置づけられる本来的なケアマネジメントを行うという戦略に立ち戻ろうとしていることが考えられる。

竹内（2001:11）が「介護支援専門員は相手の意向を反映させただけの御用聞きケアプランを作成している」といった指摘をしているが、本論文の結果では、単にクライアントや家族が言っていることを聞きプランを作成しているだけではなく、様々な交渉戦略を使用しながらプランを策定しているということが見出せる。

定型型交渉戦略の使用は、介護支援専門員の基本とされるものである。こうした基本に立ち戻りアセスメントを行おうとすることは、介護支援専門員として評価されるものであると言えよう。しかし現実のケアマネジメント過程においては、定型型交渉戦略の使用だけで対応していけるものではないということは、8名の介護支援専門員のケースの分析結果からも明らかとなった。

介護支援専門員は、基本テキストでも養成研修においても本来的なケアマネジメントを行うことを学ぶ。このため、介護支援専門員は本来的なケアマネジメントを行うことを基本とする必要があると考える。

しかし、教科書的に学ぶケアマネジメントだけではなく、現実的なケアマネジメントにおいては、先に述べたような定型型交渉戦略の使用からスタートできない危機対応型交渉戦略の使用からスタートせざるを得ない、クライアントのタイプもあるということを押さえておかなければならない。介護支援専門員が危機対応型交渉戦略の使用からスタートせざるを得ないクライアントや家族、あるいはそれらを取り巻く第三者の状態があった場合にどのようにケアマネジメントを行っていくことが必要なのかということについても、介護支援専門員の養成研修では行われてはいない。

定型型交渉戦略だけでは対応しきれないケアマ

ネジメント過程があることを押さえながら、介護支援専門員が実践の現場で行っているケアマネジメントの過程を分析し、クライアントや家族、あるいはそれらを取りまく第三者の問題状況のタイプによって、どのようなケアマネジメントを行っていくことが必要なのかに関する検討と研修が求められるのではないかと考える。

注(1) 4層以下の記載については、笠原（2004）を参照されたい

文献

- ・介護支援専門員テキスト編集委員会（2006 a）『三訂 介護支援専門員基本テキスト 第1巻 介護保険制度と介護支援』財団法人 長寿社会開発センター
- ・介護支援専門員テキスト編集委員会（2006 b）『三訂 介護支援専門員 基本テキスト 第2巻 介護支援サービスと介護サービス』財団法人 長寿社会開発センター
- ・介護支援専門員テキスト編集委員会（2006 c）『三訂 介護支援専門員 基本テキスト 第3巻 高齢者保健医療・福祉の基礎知識』財団法人 長寿社会開発センター
- ・介護支援専門員テキスト編集委員会（2006 d）『三訂 介護支援専門員 基本テキスト 第4巻 法令通知・関係資料』財団法人 長寿社会開発センター
- ・笠原 由美（2004）「介護支援専門員のケアマネジメント過程における葛藤解決戦略の分析—アセスメントからケアプラン策定までの過程に焦点を合わせて—」北星学園大学修士論文
- ・笠原 由美（2006）「介護支援専門員のケアマネジメント過程における葛藤解決戦略の分析—アセスメントからケアプラン策定までの過程に焦点を合わせて—」『北星学園大学大学院論集』9：49-68
- ・紙上ケース検討会（2001 a）「荒っぽい言葉遣いの夫を認め老夫婦二人暮らし家庭を支える」『ケアマネジャー』4:44-52
- ・紙上ケース検討会（2001 b）「サービス利用に消極的なクライアントにどうかかわるか」『ケアマネジャー』5:44-52
- ・紙上ケース検討会（2001 c）「キーパーソンのいない高齢者をどう支えるか」『ケアマネジャー』7:46-54
- ・紙上ケース検討会（2001 d）「鼎談・事例から考える「脱・いいなり」への道」『ケアマネジャー』8:12-23

- ・紙上ケース検討会（2002 a）「知人に騙されているおそれのある老夫婦への支援を考える」『ケアマネジャー』 6:48-56
- ・紙上ケース検討会（2002 b）「知的障害をもつひとり暮らし高齢者をどう支えるか」『ケアマネジャー』 9:50-58
- ・紙上ケース検討会（2002 c）「ターミナル期、食い違う本人と家族の意向をどう調整すればいいのか」『ケアマネジャー』 10:48-56
- ・紙上ケース検討会（2002 d）「膠着状況にある利用者と家族にどうアプローチするか」『ケアマネジャー』 11:54-62
- ・紙上ケース検討会（2002 e）「主介護者である嫁のフェルトニーズをどう把握するか」『ケアマネジャー』 12:48-56
- ・紙上ケース検討会（2003 a）「不全感の残る初回訪問を振り返り気持ちに添う援助技法を考える」『ケアマネジャー』 4:48-56
- ・紙上ケース検討会（2003 b）「パニック状態に陥った家族への対応を振り返る」『ケアマネジャー』 5:48-56
- ・紙上ケース検討会（2003 c）「痴呆の妻を抱える家族をどう理解し、かかわるか」『ケアマネジャー』 8:48-56
- ・紙上ケース検討会（2003 d）「理解力に問題のある夫婦世帯への援助を考える」『ケアマネジャー』 10:48-56
- ・紙上ケース検討会（2003 e）「他問題家族へのかかわり方を考える」『ケアマネジャー』 11:44-53
- ・紙上ケース検討会（2004 a）「施設入所は正しい選択だったのかー援助の「根拠」を考える」『ケアマネジャー』 1:46-54
- ・紙上ケース検討会（2004 b）「なぜ不全感を感じているのかーひとり暮らしの痴呆性高齢者への支援ー」『ケアマネジャー』 2:44-53
- ・紙上ケース検討会（2004 c）「「いいなり」から抜け出すには？」『ケアマネジャー』 3:44-52
- ・紙上ケース検討会（2004 d）「ケアマネの『個性』を考えるーケアマネ交代となったケースをもとに」『ケアマネジャー』 4：42-50
- ・紙上ケース検討会（2004 e）「介護観の異なる家族をどう調整するか」『ケアマネジャー』 5:44-52
- ・竹内 孝仁（2001）「なぜ「御用聞き」ではいけないのか」『ケアマネジャー』 8:11
- ・渡邊 浩文（2004）「本人・家族との判断・意見が相違する状況における居宅介護支援に関する研究」『日本社会福祉学会第52回全国大会 報告要旨集』 41

