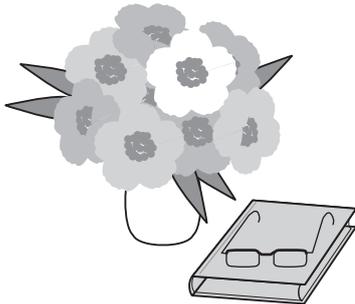


困難事例とは



困難事例とは

吉江 悟

東京大学大学院 医学系研究科 特任助教
特定非営利活動法人 東京都介護支援専門員研究協議会 理事

1. 本事例集の意義

本書は、世田谷区内で実際に経験された介護に関連した事例情報の中で、委員である介護支援専門員やあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）の職員等が「これは困難！」と感じた上位の事例について、その要素のみを残した上で、個人が特定されないよう大幅に変更を加えたものである。

掲載事例の中には、世田谷区という地域の特徴を色濃く反映したものや、あるいは他地域にも共通するものが含まれる。このような事例集を作成する意義は、大きく以下の3点だと考える。

- (1) 1点目は、事例から学ぶことができるという点である。事例をもとに学ぶことの重要性は、介護領域だけでなく、医師や弁護士等も含む、広く「人」を相手にする分野において認められている。抽象化された理論と具体的な事例は常に連動、循環しているものだが、日々現場で対応に迫られるヒューマンサービス職には、とっかかりとしては具体的な事例の方が馴染みやすい。その意味において、事例集の形態を取ったことは大きな価値がある。
- (2) 本書の主たる読者対象は世田谷区内で働く介護支援専門員である。世田谷区という地域に限定されたことで、区内の資源を一般的な表現に変える必要がなくなったことが、2点目の意義である。例えば、「地域包括支援センター」は「あんしんすこやかセンター」でよい。これにより、読者である区内の介護支援専門員は、よりリアルなイメージを描くことができ、実務への還元が容易になると考えられる。
- (3) 世田谷区に特異的な表現や資源を採用しているからと言って、他地域の方の役に立たないわけではない。他地域の方が本書をお読みになる際には、ご自身の地域の資源に置き換えながら読み進めていただきたい。中には「うちの地域にはない」、「うちの地域の〇〇はこうしてくれる」といったものがあるかもしれない。このように比較することで、区外の読者にとっても新鮮な発見があるだろう。

2. 「困難」とは

まず、「困難事例」という言葉について概説する前段として、その主たる構成要素である「困難」という概念について簡単に触れる。「困難」という単語の特性上、(現場の方には敬遠されがちな)やや概念的な話になっているが、ざっくりとこの特徴を踏まえていただき、今後読者が「困難」という言葉を用いたときに、「いったい自分はどういう意味でその言葉を使ったのか？」と、ご自身を振り返る材料にさせていただきたいと思う。

(1) 「困難」とは、主観的な概念である

本書のタイトルでもある「困難事例」についての定義は、実は明確になされていない。それは、「困難」という単語の意味を調べてみると「①苦しみ悩むこと。②ものごとをなしとげたり実行したりすることがむずかしいこと。難儀。(広辞苑第六版)」とあるように、その単語が主観的な思いを示す際に用いられる単語であるからに他ならない。これに基づいて、「困難事例」という言葉を定義通りに表せば、「介護支援専門員が苦しんだり、悩んだり、難しいと感じたりしている(いた)事例」という、煙に巻いたような説明になる。

(2) 「困難」とは、相対的な概念である

「困難事例」という表現は、介護支援専門員向け、あるいは他のヒューマンサービス職向けの書籍等の中でよく用いられている。このような場面で使われる「困難事例」は、厳格に「介護支援専門員が(必ず)困難を感じる事例」という意味ではなく、「介護支援専門員が困難を感じる人が多い事例」という意味で用いられている。即ち、相対的な概念といえる。前述の通り、主観的な概念であるということは、人によって捉え方が違うということなので、主観的な概念は基本的に相対的な概念でもある、ということは容易に理解していただけるだろう。

このように、「困難」という単語は、言葉そのものにこだわって表現すると、主観的で相対的、玉虫色で捉えようのない概念に見えてくる。しかしながら、これが「困難」という言葉の本来的な部分でもある。今後、現場で「困難事例」という言葉を用いる際には、以上のようなことを頭の片隅にでよいので置いていただき、この言葉を安易に用いる警鐘としていただきたい。(例：ある介護支援専門員があんしんすこやかセンターに相談する際、いくら「困っているので」と言っても、それがどんな状況を指しているのか具体的、客観的に説明できなければ、相談された側はその内容を捉えることができない。)

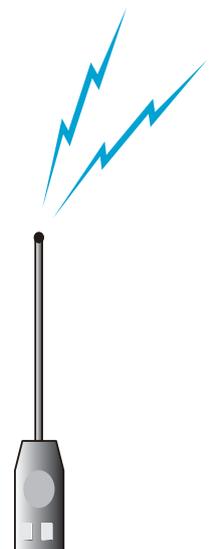
(3) 「困難」自体は主観的な概念でも、その理由や原因は客観的に示すことができる

時折、「夕飯は何を食べたい?」→「おいしいものを食べたい」というような会話を耳にする。この場合、実質的な議論につなげるためには、当たり前のことだが「どんな料理をおいしいと感じるのか?」という点を追及する必要がある。この話と同様、「困難事例」について実質的な議論を行うためには、「どのような状況に困難を感じたか?」「困難を感じた理由は何か?」といった点を客観的、具体的に示していくことが必要である。

このような掘り下げを行うと、問題が整理され、漠然とした困難が具体的に明示されてくる。問題が整理されると、仮に解決まで至らなくとも、困難が軽減されることがある。

以上を踏まえ、「困難」という概念の特徴を、以下のように総括しておく。

- (1) 「困難」とは、外部からの何らかの刺激に対して反応するセンサーのようなものである。困難を感じることによって、その背景にあるものを掘り下げるきっかけとなる。
- (2) 「困難」のセンサーが働くポイントは、人によって異なる。同じだとは思ってはいけない。対比することで、自身を振り返ることができる。
- (3) 通常センサーは、その先にある対処動作と連動している（例：センサーが物体を感知すると、自動ドアが開く）。「困難」のセンサーが何かを感知した先にも、何らかの対処行動が続かなければならない。その際には、まず「センサーはいったい何に反応したのか?」という点を具体的、客観的に明らかにしていくことで、対処行動も明確になってくる。



3. 「困難事例」とは

続いて、本題である「困難事例」についての概説に入る。ここでは、これまでに言及されている呼称や類型を羅列している。いわば「困難事例」の基本的な部分についての資料集のようなものである。筆者としては、この場でどの呼称や枠組みがよいと断定するつもりはない。読者それぞれがご自身に合ったものを心に留めて、あるいはそれにご自身なりの解釈や修正を加えて、今後の実践に活用していただきたいと思う。

(1) 多様な呼称

本書では「困難事例」という表現を用いているが、既存の文献等ではさまざまな表現が用いられている(表1)。ただし、これらは基本的には同様の意味合いで用いられていると捉えられる。

なお、「支援困難ケース」という表現は、唯一厚生労働省通知の中で用いられている表現であるため、介護保険行政上の表現としては、「支援困難ケース」という表現が今のところ最も正式な表現といえるかもしれない。

表1. 先行文献で用いられている「困難事例」の表現

表現	引用元
困難事例	特集 困難事例: どう向き合うか. (2002). ケアマネジャー, 4(12), 11-13. 特集 困難事例と向き合う. (2009). ケアマネジャー, 11(9), 14-31 & 11(10), 14-35.
対応困難事例	岡本玲子. (2003). 対応困難な事例に学ぶケアマネジメント: 質評価の視点とともに. 東京: 医学書院. 吉江悟, 高橋都, 斎藤民, 甲斐一朗. (2004). 同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状: 長野県 A 市の行政保健師へのインタビューから. 日本公衆衛生雑誌, 51(7), 522-529. 齋藤智子, 佐藤由美. (2006a). 介護支援専門員が認識する対応困難事例の特徴. The Kitakanto Medical Journal, 56, 319-328.
サービス提供困難ケース	名古屋市在宅サービス事業者連絡研究会サービス提供困難ケース検討委員会. (2001). 介護支援専門員によるケアマネジメントガイド: サービス提供困難ケースの対応法と解決策. 名古屋: 日総研出版.
支援困難事例	村上信, 濱野強, 藤澤由和. (2007). 高齢者のケアマネジメントの現状と課題: 事例検討会における支援困難事例を通して. 新潟医療福祉学会誌, 7(1), 43-50. 野中猛, 名古屋市高齢者療養サービス事業団. (2009). 支援困難ケアマネジメント事例集. 名古屋: 日総研出版.
支援困難ケース	厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知. 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成21年3月6日, 老計発第0306001号/老振発第0306001号/老老発第0306002号).
援助困難ケース	吉澤みどり. (2003). 援助困難ケースの全体像: 実態把握票作成とその集計分析より. 地域保健, 34(3), 81-89.

(2) 先行文献であげられている類型

「困難事例」あるいは「介護支援専門員が認識する困難」に関する先行文献は一定数存在する。このうち、いくつかの類型を紹介する。

1) 事例が有する特性による分類

複数の先行文献において、困難事例の背景にある事例特性をもとに分類が行われている。事例そのものがもつ特性と状況・ニーズとを分けて分類しているもの(齋藤ら, 2006a)や、同居家族のもつ特性に焦点を当てて分類を行っているもの(吉江ら, 2004)などがみられる。これらをまとめたものが表2である。

本書中の各ケースに用いた分類も、この分類方法に基づいている(※各類型の名称は異なる)。目次にも示した通り、各類型の上位概念として「本人の状況」、「家族・世帯の状況」、「サービスの状況」というレベルを設定している。

表2. 事例のもつ特性による分類

レベル	類型	引用根拠
本人の状況	認知症のある事例	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006
	独居・日中独居高齢者	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 齋藤ら, 2006; 吉江ら, 2006
	本人のサービス受け入れ拒否がある	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006
	医療依存度の高い事例	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006
	在宅ターミナル期の事例	齋藤ら, 2006a
	複数の疾患を合併した事例	齋藤ら, 2006a
	本人に精神障害がある	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 吉江ら, 2006
	状態の変動がある	齋藤ら, 2006a
	サービスの過剰要求がある	齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006
	本人からの苦情が多い	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009
	本人からの暴言や暴力がある	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009
	不衛生な居住環境である	東京都介護支援専門員研究協議会, 2009
	家族・世帯の状況	キーパーソンがいない
介護力不足がある		齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2004
家族の介護協力が得られない		佐光ら, 2007; 齋藤ら, 2006a
家族のサービス受け入れ拒否がある		東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006; 吉江ら, 2004
高齢者世帯		齋藤ら, 2006a
虐待(疑い)がある事例		東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006; 吉江ら, 2004
要介護者・介護者双方に疾患をもつ事例		齋藤ら, 2006a
家族に精神障害がある		東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 吉江ら, 2006; 吉江ら, 2004
家族からの苦情が多い		東京都介護支援専門員研究協議会, 2009
家庭内の意見の不一致がある		齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006
家族関係の悪化した事例		東京都介護支援専門員研究協議会, 2009; 佐光ら, 2007; 齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006; 吉江ら, 2004
サービスの状況	経済的問題がある	齋藤ら, 2006a; 吉江ら, 2006; 吉江ら, 2004
	本人・家族と事業者との関係が悪い	吉江ら, 2006; 吉江ら, 2004

a) 経験頻度が高く困難感も強い類型（典型例：独居高齢者のサービス拒否）

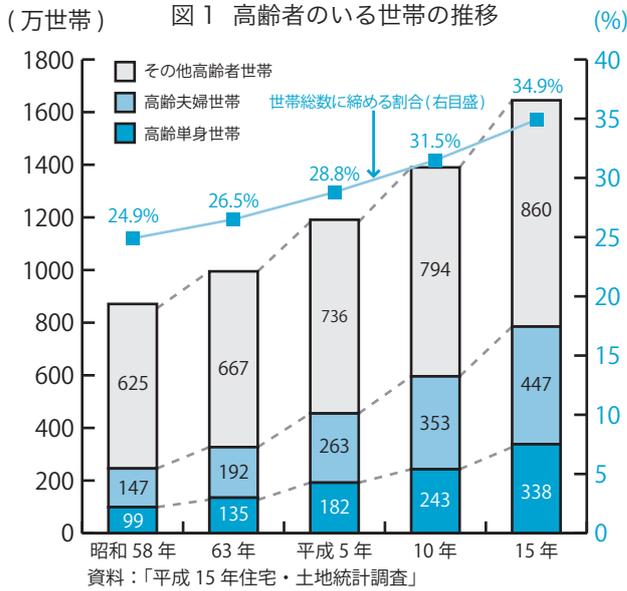
齋藤ら（2006b）や吉江ら（2006）は、このような類型の中で、介護支援専門員が経験する頻度が高く困難感も強い類型として、「サービス拒否」、「独居」、「家族内の意見の不一致」などを共通してあげている。また、東京都介護支援専門員研究協議会（2009）では、困難事例に含まれる各特性の中で同時発生しやすい、つまり、それらの特性が組み合わさることで困難事例として認識されやすいものとして、「本人のサービス拒否／家族のサービス拒否／不衛生な居住環境」、「独居／認知症／キーパーソン不在」、「本人に精神障害がある／家族に精神障害がある」があげられている。

本書においても、独居高齢者がサービスを拒否している事例はいくつかとり上げられている（事例1、2、21）。一般的に、「独居」という状況に外部からの支援を拒む「サービス拒否」が重なった場合には、本人を支える資源が不足する事態が生じやすい。このような場合、生命や心身の安全が保たれるように配慮しながらも、できる限り本人の自律を尊重し、まずは我慢強く見守る姿勢が必要になることがある。

介入のきっかけがつかめない事例において、見守りの「待ち」の姿勢を続けている場合に、できるだけ早期に膠着した事態を打開する策を講じることが最善の対応であると考えられる方もいるかもしれない。しかし筆者は、熟慮した末の「待ち」の状態は、それ以上に高度な対応だと考える。儒学や倫理学でいうところの「中庸」に通じる考え方である。例えるならば、シーソーに乗る際、一方を地面に着けてしまえば容易に安定して楽だが、両端を地面に着けずにバランスを取り続けるには、非常に高度な感覚や判断が要求されるのと同じことである。

介護支援専門員は「支援をする」という役割を担っているため、利用者に何らか目に見える変化を生じさせるような介入の糸口が見えないと、それだけで「支援できていない」と感じ、困難を抱いてしまうことがあるかもしれない。しかし中には、あえて動かさないことで、なんとか利用者の危ういバランスが保たれている場合もある。「支える」という行為の中には、「手を下す」だけでなく、「崩れないようにあえて動かさない」ことも含まれることを認識し、熟慮を重ねた上であれば、安心して「動かさない」対応を取っていただきたいと思う。また、個人の判断では心配があるという場合には、ぜひ積極的にあんしんすこやかセンター等と情報を共有し、サービス担当者会議を活用する形で、考えを深めていただけたらと思う。中庸を保つために必要なことは、「他の人の意見を聞く」ことに尽きるからである。

独居高齢者・高齢者夫婦世帯は増加の一途



注1) 「高齢者のいる世帯」を次の三つの型に区分している。
 ① 高齢単身世帯 …… 65歳以上の単身の世帯
 ② 高齢夫婦世帯 …… 夫婦とも又はいずれか一方が65歳以上の夫婦一組のみの世帯
 ③ その他的高齢者世帯 …… 高齢者のいる世帯から上記の二つを除いたもの(高齢者と、生計をともにするその他の世帯員で構成される世帯)

注2) 世帯数は万世帯単位に四捨五入してあるので、内訳の計は必ずしも合計に一致しない。

今後、日本の世帯構成の中で、独居高齢者世帯あるいは高齢者夫婦世帯が増加する見込みとなっている(図1)。この傾向は特に都市部において顕著となっており、当然に世田谷区もその範疇に入る。そうすると、「独居高齢者によるサービス拒否」、「独居の認知症高齢者」といった事例の発生頻度は、今後ますます高くなっていく。

もちろん、この変化は大きな社会構造上の変化であるため、問題全体に対処するためには何らかの政策的な介入が必要になってくると思われるが、介護支援専門員個人のレベルでも、10年先、20年先に生じる変化を見据えながら、フォーマル・インフォーマルの別を超えて、身近な地域の資源との連携を少しずつ強化し、地域全体で支えあう「空気」を育てていっていただけるとよいと思う。

(総務省統計局ホームページ <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi141.htm> より)

b) 経験頻度は低いものの困難感は強い類型（典型例：虐待またはその疑い）

経験頻度が高く困難感も強い類型の代表例が「独居かつ認知症」という類型である一方、経験頻度は低いものの困難感強い類型の例としては、「虐待」、「精神障害」などがあげられた（齋藤ら, 2006b; 吉江ら, 2006）。特に虐待事例は、他の要素が存在せずともそれぞれ単独で困難事例として認識されているという特徴があった（東京都介護支援専門員研究協議会, 2009）。

本書でとり上げた虐待が疑われる事例は、事例 17、22、23、24 である。いずれも、あんしんすこやかセンターが関与し、見守りを続けるという対応になっている。動きとしては、前掲の「独居高齢者のサービス拒否」と類似する「見守り」の形となっている。

自身の意思でサービスを拒否している先の事例と、他者による虐待が疑われる事例を一緒くたにしてしまうと、批判を受けるかもしれない。しかし実は、「独居高齢者のサービス拒否」のうち、極端に不合理な拒否例については、セルフ・ネグレクト（self-neglect）として、広義の高齢者虐待の中に位置付けている文献も存在する（多々良, 1994）。もちろん、家族という登場人物が増える分、本人によるサービス拒否に比べてバランスのとり方がより複雑にはなるのだが、危ういバランスをいかに保つか、あるいはバランスを壊してでも高齢者の安全を守らなければならないかという判断を、できるだけ多くの関係者の意見を踏まえながら行っていくという点では、両者の対応には共通する部分が見出せる。

コラム

高齢者虐待の分類

平成 17 年に制定された高齢者虐待防止法では、虐待を以下のように分類している。同法上は、前述したセルフ・ネグレクトは定義に含めていない。

(1) 養護者による高齢者虐待

- 1) 身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること
- 2) ネグレクト：高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による身体的虐待、心理的虐待又は性的虐待に掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること
- 3) 心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
- 4) 性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること
- 5) 経済的虐待：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること

(2) 養介護施設従事者等による高齢者虐待

※下位分類は (1) と同様

(平成17年11月9日「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」より一部改変)

2) ケアマネジメントプロセスによる分類

介護支援専門員の認識する対応困難の内容をケアマネジメントプロセスに沿った形で整理している文献もみられる。その内容をまとめたものが表3である。

表3. ケアマネジメントプロセスによる分類

※ 文献によって分類方法が多様であるため、齋藤ら (2006a) の分類を基本に、「契約時」、「インテイク・アセスメント」、「ケアプラン立案」、「実施」、「モニタリング・評価」という段階を設定し、それらに該当する下位カテゴリーのみを羅列した。

※ 文献によって下位カテゴリーの抽象度のレベルがやや異なるが、原文のまま羅列している。詳細は根拠文献を参照いただきたい。

段階	カテゴリー	サブカテゴリー	引用根拠
契約時	利用者・家族が納得するような介護保険サービス利用の説明がむずかしい	高齢者の理解度に応じて説明するのがむずかしい 都合の悪い内容は聞き入れない利用者・家族へ説明するのがむずかしい 制度改正以前からの利用者に、利用経験の慣れを変容させるのがむずかしい 介護保険では「できない」範囲があることを明言しづらい	布花原ら, 2007
		判断力に乏しい利用者・家族と契約の合意形成ができにくい	
	介護保険制度が理解されていない	社会に理解されていない 国の方針がしばしば変わる 制度と現状がかけ離れている 利用者が福祉制度を受けがらない	
インテイク・アセスメント	対応に必要な支援機関の探索	虐待されている利用者への対応に必要な支援機関の探索 精神疾患を持つ家族への対応に必要な支援機関の探索	齋藤ら, 2006a
	優先して得るべき情報を判断するのがむずかしい	初回面接時に収集すべき情報を判断するのがむずかしい 困窮していそうな利用者・家族への経済状況の質問に躊躇する病名から利用者の生活をイメージして情報を得るのがむずかしい	布花原ら, 2007
	利用者と一緒に生活ニーズを確認するのが難しい	利用者と介護支援専門員とで「できること」「できないこと」の内容が一致しない 利用者と一緒に生活の危険箇所を確認するのがむずかしい 利用者の言動と事実のズレを確認するのができない	
		介護保険サービスの具体的な適応範囲を判断するのがむずかしい	
		利用者に何が必要かを考えて具体的に記録に表現するのがむずかしい	
		利用者の意志や判断ができない	佐光ら, 2007
		独居・高齢者世帯	
	ニーズ把握ができない	ニーズがとらえられない ケアマネジメント全般が困難	

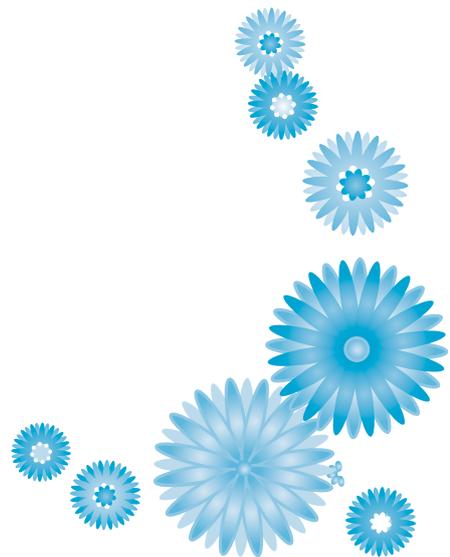
表3 つづき

段階	カテゴリー	サブカテゴリー	引用根拠
ケアプラン立案	家族内の意見調整	利用者・家族の意見が不一致の際の家族内の意見調整 利用者・家族の意見が不一致の際の別居家族との意見調整	齋藤ら, 2006a
	利用者に必要なサービスの受け入れに向けた説得	サービス利用拒否がある家族に対する必要なサービス利用に向けた説得 サービス利用拒否がある利用者本人に対する必要なサービス利用に向けた説得 家族の希望と介護支援専門員が必要と思うサービスが合わない場合の必要なサービス利用に向けた家族の説得	
	介護保険制度上の適正なサービス利用に向けた説得	サービスの過剰要求のある家族に対する介護保険制度上の適正なサービス利用に向けた説得	
	介護度軽度の独居者へのケアプラン立案	介護度軽度の独居者でサービス利用拒否がある利用者へのケアプラン立案 介護度軽度で家庭内事故の危険がある日中独居者へのケアプラン立案	
	医療依存度の高い利用者への介護力と経済力双方に配慮したケアプラン立案	医療依存度が高く介護に不安がある利用者に対する経済的負担可能な範囲内でのケアプラン立案 医療依存度が高く介護力が低い利用者に対する利用限度額内でのケアプラン立案	
	退院時の調整	急な退院決定によるサービス調整 利用者・家族と医療機関との退院の相談に関すること 退院前の必要な時に医療機関と連絡を取ること	
	利用者の将来を予測して目標を設定するのがむずかしい		布花原ら, 2007
	利用者と家族の間で食い違う要望から目標を設定するのがむずかしい		
	利用者個々の課題に応じて具体的なケアプランを吟味するのがむずかしい	自律支援を妨げないようヘルパーサービスをプランするのがむずかしい 病気の療養が中心となる医療系サービスをプランするのがむずかしい 独居高齢者の服薬管理を可能にするようプランするのがむずかしい 利用者の要望する介護用具が必要かどうか判断するのがむずかしい	
	ケアプランの変更		
適合するサービスが乏しい		佐光ら, 2007	
ケアプランを受け入れてもらえない			
実施	専門的対応が必要な課題に対する対応	必要な介護を行わない介護者への関わり 精神的疾患を抱えた介護者への対応方法 虐待への対応方法 医療的管理についての説明	齋藤ら, 2006a
	サービス利用料の滞納に対する対応	利用者・家族のサービス利用料の滞納に対して対応策を考えること	
	医師への説明	利用者の状況変化の際タイムリーに主治医と連絡を取ること 主治医に利用者の状況・要望を伝えること	
モニタリング・評価	サービス順応への支援	サービス利用に不慣れな利用者・家族のサービスへの順応を促す関わり	齋藤ら, 2006a
	サービスに結びつかない利用者への対応	繰り返しケアプラン作成のみを求めてくる利用者への対応 利用者に適した既存サービスがない利用者の今後の生活の方向性を考えること	
	ニーズの変化時期の判断	虐待への具体的対応が必要な時期の判断 独居利用者の在宅継続が可能な時期の判断	
	サービス事業者から必要情報をタイムリーに入手するのがむずかしい	サービス事業者から事故に関する情報が提供されない サービス事業者からの利用者の健康状態悪化に関する情報が提供されない サービス利用者からの利用者－事業者間トラブルに関する情報が提供されない	布花原ら, 2007
	区分変更の申請が妥当かどうかを判断するのがむずかしい		
	業務の評価がむずかしい		
	利用者側の評価がない		
フォローアップできない		佐光ら, 2007	

制度上の制約が困難につながることも

介護支援専門員は、介護保険制度に沿った形で業務を遂行している。制度が施行された平成12年以降、定期的に報酬改定や制度改正が行われ、介護支援専門員の業務プロセスが規定されてきた。例えば、居宅サービス計画書の交付、利用者宅訪問、モニタリング、サービス担当者会議の開催等である。減算要件を課すことにより業務プロセスを標準化し、ケアマネジメントの質を担保しようという政策側の意図が働いているわけだが、現場ではこのような業務要件により、標準化と表裏一体である画一化という問題に悩まされることがある。

うち、特に困難につながりやすいのが、一時の同居家族のいる世帯における生活援助、あるいは訪問介護員による外出（散歩）介助などの例に代表される、保険算定に関わる解釈である。保険算定上の制約を受けるということは、利用可能なサービス資源に不足が生じる、即ち利用者を支える資源に隙間が生じてしまうということである。最近は介護支援専門員のアセスメントを重視する向きに是正されてきているが、こういった制度上の解釈等も、介護支援専門員に困難を生じさせる一因となることがある。



3) 倫理的ジレンマ

「困難」という単語を用いず、「倫理的ジレンマ」という表現で、介護支援専門員が認識する困難の内容を整理した文献もみられる。

伊藤 (2007) は、看護職である介護支援専門員の認識する倫理的ジレンマを分類している (表4)。同研究では、倫理的ジレンマを「価値や規範への動機づけを含む性向や態度において、2つ以上の価値観に対する心的行動 (=人間が何かの行動をとろうとする際、実際の行動に移る前におこる、精神内界における行動の先取りのこと) が存在するが、両立させることが困難であるために、行動化が妨げられている状態」と定義している。

価値観の対立、もう少し平易な言葉を使えば意見の対立は、多くの困難事例において生じている。前掲の表2の分類を概観しただけでも、「本人のサービス受け入れ拒否がある」、「虐待 (疑い) がある事例」、「サービスの過剰要求がある」、「本人からの苦情が多い」、「本人からの暴言や暴力がある」、「家族のサービス受け入れ拒否がある」、「家族からの苦情が多い」、「家族の介護協力が得られない」、「家庭内の意見の不一致がある」、「家族関係の悪化した事例」、「本人・家族と事業者との関係が悪い」といった類型には何らかの価値観の対立が生じている。この観点において、困難事例の中には、倫理的ジレンマがそれなりの割合で存在していると考えられる。筆者の所感でも、困難事例は (それを倫理的ジレンマと称するかどうかは別にしても) 何らかの価値観の対立が生じている事例がほとんどであると感じている。

倫理的な問題について整理、検討を行っていく方法については、臨床倫理に関する書籍において詳述されている (赤林ら訳, 2006; 北野ら訳, 2003 など)。これまでのところ、医療の中で生じる事例を取り上げているものがほとんどだが、所定の表に整理していく手続きなどが示されており、枠組みとして参考になるだろう。

表 4. 倫理的ジレンマに関連する看護職ケアマネジャーの認識 (伊藤, 2007)

上位カテゴリ	中位カテゴリ	コード () は事例記号
看護職として病状を予測し危機を察知する	1) 残存機能を最大限に活かすリハビリの可能性を予測できる	このままりハビリを中断し退院したらもったいない (A). 受傷 3 ヶ月後から徐々に効果が現れた高齢脳梗塞患者がいることを知っている (A). 入院中の利用者の反応から早く在宅に戻したほうがリハビリが進むと判断した (A).
	2) 生命維持の危険性を予測できる	退院しても同じように放置されたらまた生命が危険になると予測した (C). 夜間緊急事態が発生しても誰も助ける人はいないと予想した (D). このままひとりにすると夜間錯乱状態になるかもしれないと感じた (D). 骨折後の痛みに伴う食事摂取不良のため衰弱しているのに家族は重要と考えていない (J). 麻痺側の下肢に褥瘡がそのうえストープで火傷をすることが頻繁である (K). 病気の猫が歩くところと本人が便失禁しながら移動するところが一緒である (K).
	3) 生命維持・健康維持促進の可能性を希求する	介護施設ではコントロールできない痛みがある (E). 治療すれば痛みも取れるし楽になると思う (K). 利用者にとって信頼できる医師がいなければ医療をすすめても治療ベースにのらない (K). 治療がまったく行われないという今の現状を何とかしなければならなかった (K).
	4) 病をもつ人の苦悩に寄り添い精神的に支援することができる	ALS の利用者の苦悩を理解し自暴自棄になる理由を推し量る事ができる (G). 利用者が苦痛を訴えたときにきちんと受け止めると精神的に落ち着くという臨床経験をもっている (D).
利用者の病状や日常生活動作制限を勘案した在宅生活のイメージをつくる	1) 日常生活動作制限の程度が予測できる	足元がふらつのでひとりで入浴することは危険であると予測した (H). 体がふらふらなのにひとりでシャワー浴や着替えをするのは危険であると考えた (I). エレベーターのない団地の 4 階で下肢痛があつて日中独居生活は難しい (B). 手すりが麻痺側についていたためホームヘルパーによる介助が不安であった (F).
	2) 本人の ADL を勘案した退院後の生活のイメージをつくることができる	痛みがあつたら自宅から近い病院を受信するほうが良いと判断した (B). 利用者の ADL を考慮すると家の玄関まで 8 段の階段があることを何とかしないと家に帰れないと考えた (E). ホームヘルパーが入れば在宅に帰っても独居可能と予測した (H). 在宅生活のイメージが漠然としていると家族に理解されない (H). 医療的問題は少なく本人の自己決定能力も十分なため訪問看護の必要性は小さいと判断した (H).
	3) 必要と判断したサービスと提供可能なサービスにはギャップがあると感じる	訪問看護サービスを利用したかったが経済的問題のある利用者には利用料が高いので利用できなかった (C). 介護施設のショートステイでは 5-10 分おきのナースコールに対応できる人員配置ではない (E). 家族が病状に対する誤った認識を持つのは主治医や病棟看護師の役割不履行によるものである (J).
ケアマネジャーの役割として利用者の主体性を尊重する	1) 在宅ではケアマネジャーは客人で本人が主体であると思う	在宅は療養者のホームグラウンドであり医療者の立場はセコンドである (G). 利用者の部屋で行われる行為はきちんと説明し利用者が理解するという同意が必要である (K). 在宅には医療や看護の強制力は働かない. 利用者に拒否されたら帰らなければならない (D). 利用者が望まないことを提案しても余計なお世話と言われるだけである (K). 事已決定意欲の強い利用者に無理にケアマネジャーとして転倒予防の判断を押し付けることはできない (H).
	2) 生きたいように生きることを支援しようと利用者の価値観へ寄り添うことができる	退院後に生命の危険を予測しても利用者の「家に帰りたい」という思いを阻止する権利はない (D). 独居で生活保護で身寄りがなくターミナルを迎えようとしている利用者の「家に帰りたい」という最後の望みに寄り添う (D). 利用者は死に対する恐怖などのためにサービス提供者にあたるのではないかと思う (G). 利用者の残った人生を利用者自身がやり通したと思えるように支援したい (G). 利用者の望みとおりの援助技術が提供されるようホームヘルパー事業所を選んでいる (G). 看護師であったときよりケアマネジャーになってからのほうが利用者の送りたい人生に寄り添うようになった (G). 認定結果は妥当であるとケアマネジャーは考えたが利用者の不服を認めた (K). 家に帰りたいという利用者の希望を生命維持の危険性と引き受けよう (C).
	3) 生命優先の判断を保留する	治療が必要であるとケアマネジャーが判断してもお金がなくて病院に行けないといわれるとどうしようもない (K). 治療を受けられなくても昨日と今日の状態が変わらないのであれば治療優先の価値観を一時保留にする (K). 住宅改修がケアマネジャーから見ると不適切であったが利用者とは関係性を損なわないよう何もいわなかった (F).
ケアマネジャーと看護専門職の立ち位置を模索し続ける	1) 専門職としての役割発揮に迷い悩む	利用者の最後の願いに対して自分にできることはなんだろうと問い続ける (D). 利用者の意思をどこまで受け入れられるかサービス提供者どうし毎日話し合いをし妥協点を探りあう (D). 利用者の意思をどこまで受け入れるかはケアマネジャーとして考えて考えて考え続ける (G). 一生懸命考えてもし間違いであったとしても悪いことではない、考えることを途中でやめてしまうことの方が悪い (G).
	2) ケアマネジャーとしての役割規範の踏み外しはできない	ケアマネジャーとしての立場で相談受領しているので、看護職としての役割を發揮するわけにはいかない (A). 入院中の利用者の病状を説明するのはケアマネジャーの役割ではない、医師や病棟看護師の役割である (J). 良くなると信じている家族にケアマネジャーから死期が迫っているということを告げることはできない (J). 危険であると予測される 1 人暮らしを選ぶが、安全でも利用者が気兼ねをする嫁のいる家に退院するかケアマネジャーとしては決定できない (B).
	3) 看護職としての責務を果たす覚悟を決める	退院時サービス担当会議にはできる限り医師にも出席してもらい看護職として質問する (F). リスクの高い利用者の最後の望みをかなえることは医師とともに協働できる看護職が引き受けるべきであると思う (D). 困難事例という理由でケアマネジメントを断ることは看護職として関わる意味がない (D).

ケアマネの役割はあいまい

現場の方と話をすると、「ケアマネの仕事はどこまでやったらよいか分からない」、「何でも屋みたいになっている」という声を耳にする。これを裏付ける調査結果として、Yoshie ら (2008) の研究では、介護支援専門員が役割の不明確さ (Role ambiguity) を経験する頻度は非常に高く、かつその困難感も強いという結果が得られている。さらに同調査では、介護支援専門員の役割について明確化を促すような機会（例：スーパーバイザーとの話し合いなど）が少なかったり、所属機関の利益追求に対する姿勢が強かったりすると、介護支援専門員が役割の不明確さを感じることが多いという関連も得られている。

役割の不明確さが精神健康や離職、バーンアウト等と強く関連することは既に多くの研究で指摘されている。介護支援専門員は、メンタルヘルスを保つ上でも、自身の役割を常日頃意識することが重要である。具体的には、1) の a) であげた独居のキーパーソン不在例など、日常生活を送っていく中で隙間を埋めてくれる資源が周囲になく、介護支援専門員が本来の役割を越えて関わらざるを得ないと感じられるような場合に、一旦は本来の役割とそれを越える役割について明確に区別をした上で、できる限り 1 人で抱え込まず、複数の関係者の合意を経て進めていくことなどが必要であろう。「他にやってくれる人がいないから…」と、安易に利用者との二者関係のみで穴埋めを引き受けてしまうと、その介護支援専門員がやむを得ず本来業務を越えた内容を行っていることは、他の誰にも伝わらない。隙間を埋める手を打たなくてもよいということではなく、隙間が存在することを明確に行政等に問題提起した上で、当座その場をしのぐ手段として、誰が何を担うか関係者と話し合っていくという手続きが必要である。そうでなければ、課題は顕在化せず、いつまでも政策上の課題として議論のテーブルに乗らないのである。

そしてさらに言うならば、それらの手続きを繰り返して、最終的には役割のあいまいさを「楽しむ」くらいになっていただけるとよいと思う。あいまいであるということは、「自由度があり、創造性に富む」ということだからである。

4. 困難事例への対応にあたってのポイント

困難事例だからと言って、通常のケースにおいて展開されるケアマネジメントと何か異なる対応をする必要はない。一般的なケアマネジメントのプロセスである。ひと通りの流れが終わった後にはまた最初に戻り、あらためて課題を明確にする、という循環的過程を繰り返す。

あえて特徴を述べるならば、困難事例においては一律の基準によって導き出される正解が存在しない場面も多く、関係者間の判断が分かれることがあるため、下記 (4) のように、方針については通常より頻繁に関係者ですり合わせて、共有していくのが望ましいだろう。

(1) 「自分は今何に困っているのか」を明確にする

- ・ 困難を感じている理由や原因を掘り下げる
- ・ 主観ではなく、客観的状況の形で問題を説明できるよう努める
- ・ 複合的な状況により困難が生じている場合には、問題を最小単位まで細分化する
- ・ 他の人に説明してみるなどして、考えを整理する



(2) 問題群の優先順位付けをする

- ・ 各問題がどれくらいのタイムスパンで利用者の生命や心身の安心安全に関わってくる
ことか、アセスメントする



(3) 問題群に対する対応策を思いつくままあげてみる

- ・ 1つの問題に複数の対応策がある場合もある
- ・ 1つの対応策で2つの問題に介入できる場合もある



(4) 現実的に取り得る策を関係者と共有し、確定する

- ・ できるだけ効率的で、かつ実現可能性の高い策を選ぶのが望ましい
- ・ あえて「見守る」、「動かさない」ことも策の1つである
- ・ 「動かす」ことが「最善」とは限らない



(5) 実行に移す



(6) 実行内容を評価する

- ・ 評価結果に基づきあらためて問題を同定し、(1)に戻り循環する

5. 「困難事例を受けてこそ専門職」という意識を

最後に、データをもとにひと言だけメッセージを送りたい。

東京都介護支援専門員研究協議会が行ったアンケート調査 (2007) によると、仮想事例を提示して、その事例の設定を複雑にしていったところ、回答者のうち、「担当したくない」と回答する者が増加し (図2)、「苦手意識を感じる」者も増加したが (図3)、一方で、「やりがいを感じる」者も増加するという傾向がみられた (図4)。

図2. 困難事例に対する担当意向 (東京都介護支援専門員研究協議会, 2007)

※ a: 最も単純な設定～ f: 最も複雑な設定

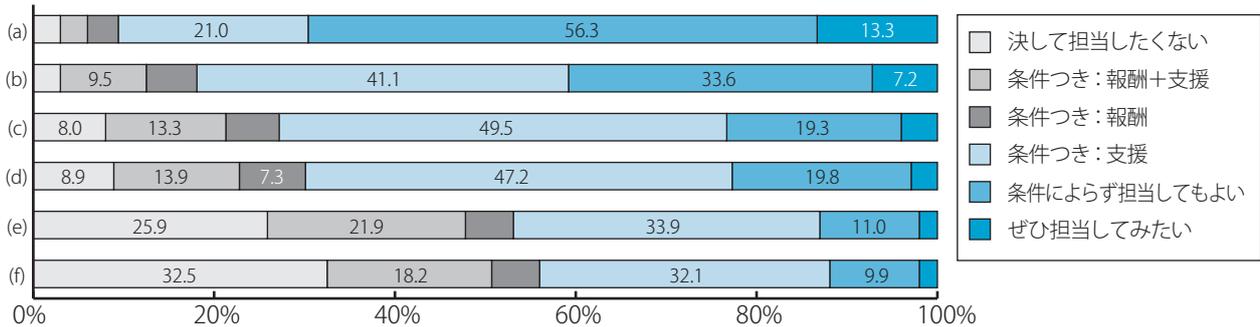


図3. 困難事例に対する苦手意識 (東京都介護支援専門員研究協議会, 2007)

※ a: 最も単純な設定～ f: 最も複雑な設定

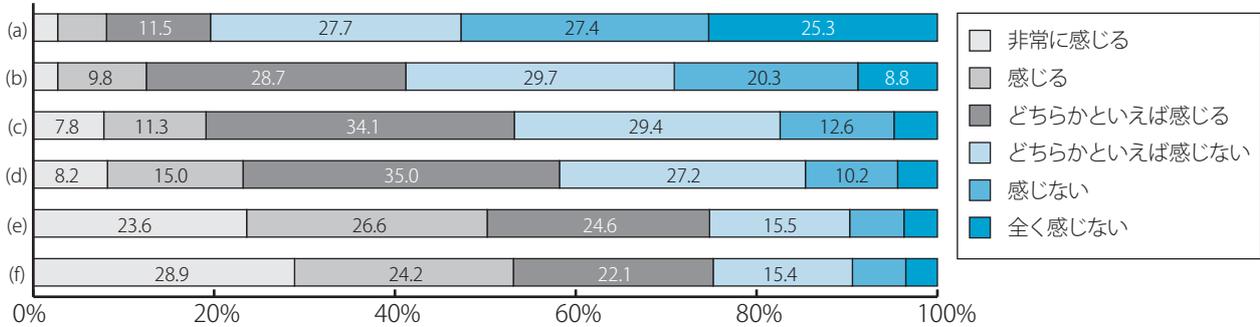
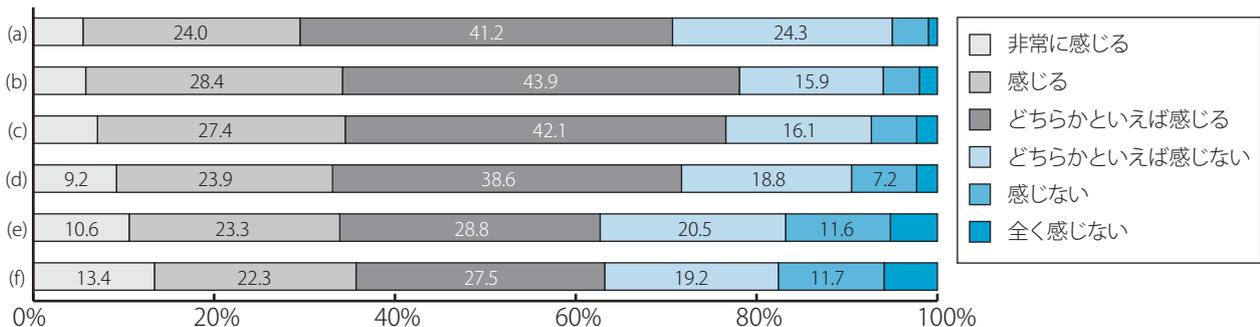


図4. 困難事例に対するやりがい感 (東京都介護支援専門員研究協議会, 2007)

※ a: 最も単純な設定～ f: 最も複雑な設定



つまり、介護支援専門員の中には、「困難事例にこそ」やりがいを見出す一定の層が存在する。このように、難しい問題にやりがいを見出し、対処を行ってこそ、専門職と言えるのだと思う。現実には予測できないことばかりが起き、最低限の業務をこなすだけで精一杯という方も多いと思われるが、本書の読者である介護支援専門員の方々には、ぜひ心のどこかにはそのように意識を持って、今後の困難事例への対応に臨んでいただきたいと思います。

6. 文献

- ・特集 困難事例：どう向き合うか。(2002). ケアマネジャー, 4(12), 11-13.
- ・特集 困難事例と向き合う。(2009). ケアマネジャー, 11(9), 14-31 & 11(10), 14-35..
- ・Jonsen, AR, Siegler, M, Winslade, WJ. (赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡訳). (2006). 臨床倫理学：臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 東京：新興医学出版社.
- ・Lo, B. (北野喜良, 中澤英之, 小宮良輔訳). (2003). 医療の倫理ジレンマ解決への手引き：患者の心を理解するために. 東京：西村書店.
- ・岡本玲子. (2003). 対応困難な事例に学ぶケアマネジメント：質評価の視点とともに. 東京：医学書院.
- ・伊藤隆子. (2007). ケアマネジメントに関わる看護職者が経験する倫理的ジレンマとその対処方法. 千葉看護学会会誌, 13(2), 45-53.
- ・厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知. 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成21年3月6日, 老計発第0306001号／老振発第0306001号／老老発第0306002号）.
- ・齋藤智子, 佐藤由美. (2006a). 介護支援専門員が認識する対応困難事例の特徴. The Kitakanto Medical Journal, 56, 319-328.
- ・齋藤智子, 佐藤由美. (2006b). 介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態. 千葉看護学会会誌, 12(2), 8-14.
- ・佐光恵子, 内藤和美. 介護支援専門員のケアマネジメント業務遂行上の困難と研修ニーズ. ケアマネジメント学, 6, 44-54.
- ・多々良紀夫（編）, 二宮加鶴香（訳）. (1994). 老人虐待：アメリカは老人の虐待にどう取り組んでいるか. 東京：筒井書房.
- ・東京都介護支援専門員研究協議会. (2007). 精神障害のある事例に対する介護支援専門員の担当意向、苦手意識、やりがい感とその関連要因：ビネット法を用いて. 平成18年度東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会報告書.

- ・ 東京都介護支援専門員研究協議会 . (2009). 都内の市区町村におけるケアマネジメントサービス資源の実態把握およびニーズの将来予測に関する調査報告 . 平成 19 年度東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会報告書 .
- ・ 名古屋市在宅介護サービス事業者連絡研究会サービス提供困難ケース検討委員会 . (2001). 介護支援専門員によるケアマネジメントガイド : サービス提供困難ケースの対応法と解決策 . 名古屋 : 日総研出版 .
- ・ 野中猛 , 名古屋市高齢者療養サービス事業団 . (2009). 支援困難ケアマネジメント事例集 . 名古屋 : 日総研出版 .
- ・ 村上信 , 濱野強 , 藤澤由和 . (2007). 高齢者のケアマネジメントの現状と課題 : 事例検討会における支援困難事例を通して . 新潟医療福祉学会誌 , 7(1), 43-50.
- ・ 吉江悟 , 高橋都 , 齋藤民 , 甲斐一郎 . (2004). 同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状 : 長野県 A 市の行政保健師へのインタビューから . 日本公衆衛生雑誌 , 51(7), 522-529.
- ・ 吉江悟 , 齋藤民 , 高橋都 , 甲斐一郎 . (2006). 介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因 : 12 種類のケース類型を用いて . 日本公衆衛生雑誌 , 53(1), 29-39.
- ・ 吉澤みどり . (2003). 援助困難ケースの全体像 : 実態把握票作成とその集計分析より . 地域保健 , 34(3), 81-89.

研究・検討体制

本事例集は「困難事例集作成の事例研究会」での研究・検討を踏まえ、作成しました。

[研究会メンバー]

監 修

吉江 悟 (東京大学大学院 医学系研究科 特任助教
特定非営利活動法人 東京都介護支援専門員研究協議会 理事)

居宅介護支援事業所職員

末延 法子 (シーエルポート世田谷)

あんしんすこやかセンター職員

稲葉さゆり (若林あんしんすこやかセンター)
佐藤裕美子 (松原あんしんすこやかセンター)
渡部 幹 (等々力あんしんすこやかセンター)
小河原藤子 (喜多見あんしんすこやかセンター)
成田 玲子 (上祖師谷あんしんすこやかセンター)

区職員

北沢総合支所保健福祉課職員
地域福祉部介護保険課職員

編集協力

(株) ステージワン

ケアマネジメント困難事例集
支援が困難と感じたときのヒント

平成 22 年 3 月

発行 世田谷区地域福祉部介護保険課
〒154-8504 東京都世田谷区世田谷 4-21-27
電話：03-5432-2884 FAX：03-5432-3042
