

居宅介護支援における家族調整のあり方 本人・家族との判断・意見の相違する状況における 居宅介護支援に関する研究

The Role of Care Managers in Dealing with Family Adjustment : A Study on the Role of Care Managers in Dealing with Differences of Opinion Among Participants

渡邊 浩文
(Watanabe Hirofumi)

【要約】

介護支援専門員、要介護者本人、介護者等の家族の間で判断や意見が異なっている場合、そのすり合わせを行う必要があるが、この調整場面にはどのように取り組むべきかについてはあまり議論されてこなかった。そこで、本研究では、実際に介護支援専門員が調整に取り組んだ事例を収集し、分析を行うことにより意見・判断が相違していく構造を探索し、またその解決を促す援助のあり方にはどういったことが考えられるのかについて検討した。事例は2介護支援センターから収集され、誰と誰の間で意見・判断が異なるかによって5つのカテゴリーに分類された。そして各カテゴリーから任意に抽出された事例をそれぞれ分析対象とした。ニーズを明確化し、具体的なケアプランの立案・実行に移る過程には、支援の必要性そのものに対する認識の一致と、それに続く方法・手段の段階での一致が必要であるが、各段階には認識の一致を阻害する様々な要因が関わってズレが生じていると考えられる。

今回の事例分析の結果、やアンビバレントな感情、低い介護意欲といった阻害要因とともに、入院やサービス利用の体験が一致を促進させる要因となることも示唆された。そして、最終的な決定は、家族の中で意思決定者として役割を持つものの決定を経て行われる。したがって、その意思決定者との意見・判断のすり合わせが重要であることが示唆された。

キーワード：居宅介護支援、家族調整、家族との意見・判断の相違

Care management, Family adjustment, Differences of Opinion among Participants

1. はじめに

介護保険制度における居宅介護支援は、アセスメント、ケア計画の策定、計画とサービスの実施、モニタリング、評価といった過程が循環的に繰り返される支援である。

アセスメントを経てニーズを明確化し、ケア計画の策定に至る段階においては、援助者が捉えたニーズと、利用者が感じているニーズとの

すり合わせを行う必要がある。加えて、実際の場面においては、利用者に加え、主介護者等の家族とのニーズのすり合わせを行わなければケアプランの作成には結びついていかないと考える。例えば、介護支援専門員が提案した計画に要介護者本人は納得しても、家族が納得していなければその計画の実行は難しいだろう。

考えてみれば、わが国の高い同居率や家族意識といった議論をあげるまでもなく、経験的に

高齢者と同居している家族以外にも、独居であってもサービス導入時には家族が同席し、ケアマネジメントの過程に関与することは多いと考える。そのような状況下では、例えば短期入所サービスの利用をめぐる、要介護者が拒否的な態度を示した場合など、介護負担を抱える利用者としての家族の支援と、要介護者の要求との調整を行わねばならない場面は珍しいものではないだろう。介護支援専門員にとっては、このような家族調整場面を困難状況にあげるアンケート調査結果も多い。¹⁾しかしながら、この調整場面にはいかに取り組むべきかについてはあまり議論されてこなかったように思える。本格的にとりあげた研究もない。

したがって、本研究では、実際の介護支援専門員が困難さを感じた家族調整の事例の中から、介護支援専門員と、要介護者本人、主介護者等の家族という関係性の中で生じる意見・判断の相違する状況を収集し、意見・判断が相違していく構造を探索し、またその解決を促す援助のあり方にはどういったことが考えられるかの示唆を得ることを目的とする。

地域において要介護者と関わるということは、その家族と関わることになる。したがって、このような観点から家族調整について検討していくことは今後、地域におけるケアマネジメント、ソーシャルワーク実践を考えていくうえで意義があると考えられる。

2. 分析の視点

こうした問題を居宅介護支援の文脈で本格的に扱った研究はわが国においてはみあたらない。実践者むけに書かれた教科書的な文献で啓蒙的な示唆にとどまる程度である。援助技術に特化しないものでは、倫理的ディレンマの研究や、家族支援の研究の一部において、要介護者と家族の意見の調整の困難さや重要性に触れられているのを散見できる。²⁾

その中でも比較的詳細に触れられているものとして、白澤の取り組みがある。白澤は、状況別に具体的な事例を用いて、いくつかの具体的な対処法を示している。その中で、ケアマネジメントのプロセスのどこでズレが生じているか

に着目する必要性について述べ、「サービスの種類、内容、頻度の面で違いが生じている場合には、その解決はさほど困難ではない」（白澤 2002:98）、しかし、「ケース目標の設定やニーズそのものについて認識がずれている場合には、その接点を見つけ出すまでには相当時間がかかる」（白澤 2002:98）としている。確かに、サービスの必要性についてお互いが納得した上で、その実現のためのサービスの種類や、方法について話し合う中で生じる意見のズレと、その必要性を全く認識していない状態でのズレとでは、ズレを生じさせている原因や、その解決の方法も異なってくるであろう。お互いが納得した上で援助過程が進む状況を最善と考えるならば、まずサービスの必要性そのものの認識の一致を経て、その上で具体的な手段・方法について一致を図るべきであろう。しかし、実際はその過程の間に様々な要因が絡み合い、ズレが生じてくるのである。

すなわち、ニーズの調整場面には、ニーズそのものの認識の違い、そのニーズに対する方法・手段の段階という少なくとも二つの段階があり、それぞれに個々の様々な要因が関与することによって生ずるという構造があるのではないだろうか。この部分の構造をより明確し、その段階、要因を明らかにすることで、対処の方法に示唆を得ることもできるかもしれない。したがってこの見解を作業仮説としながらケースの分析を進めていきたいと考える。

3. 事例の収集・分類の方法

事例の収集は、平成 15 年 9 月から 12 月の間に、都市部及び農村部の各一箇所の在宅介護支援センターに勤務する介護支援専門員の担当するケースから行った。

まず、各介護支援専門員に家族調整にかかわるケースであったと思われるものを一人あたり 5～7 ケースチェックしてもらい、37 事例を収集した。その際、家族と本人、または家族と介護支援専門員の間で本質的な介護姿勢に対する相違があるケース、すなわち、まるで本人との関わりを拒否し、介護をする必要性を感じていない家族や、虐待といえる状況にまで発展するケ

図1 事例の分類

カテゴリー1「本人の判断能力が不十分。介護支援専門員と家族の判断・意見が異なる事例」

「家族が本人の介護に消極的」

- 1 本人は痴呆。介護者の長男が仕事のため日中独居。安全のためのサービスを入れたいが、長男が取り合わない。
- 5 徘徊のある本人は、仕事をする家族のため日中独居。外に出てしまい、デイでもない日にデイを使ってもらう形で対応しているが、長女はそれでもいいと思っている。
- 7 以前入っていたヘルパーに任せっきりだった、介護者である息子が、別のヘルパーが入るようになり、ゴミ袋がないなどの連絡をとりたくてもとれず、薬をもらっておくようにと頼んでもやってくれない。
- 10 廃用症候群の改善や、介護用のベットでない介護環境の改善は、サービスを入れればできそうだが、娘が忙しく、こみいった話もできず、ベットをすすめても、なんとかやっていますと言われてしまう
- 14 本人は短期入所中に血圧が200に上昇したり、杖でベットをたたき帰りたいと訴えるも、二人で交代で介護している長女と次女は、でも預かっておいて下さい、とすぐに帰ったり、みにこなかったりする。
- 31 ケアマネは、痴呆はあるがデイサービスも問題なく利用し始め、もう少し本人の望む在宅生活が続けられると思っていたが、介護者の妻が老人保健施設に入所させた。

「家族が本人の介護に積極的」

- 4 本人は痴呆、歩行困難。それにより公団の4階に住み続けることや、在宅生活の継続は難しいとケアマネは考えるが、介護者は介護も充分でなく、自分たちも大変な思いをしながらも転居や、サービス利用を本人のために理由に断っている。
- 15 連絡先である娘と息子が仲が悪く、お互いがサービスの変更を勝手に行い、ケアマネやヘルパーが振り回される。
- 16 ケアマネがデイ利用中の本人の様子から、デイよりもヘルパーがよいと思っても、決定者である夫は、本人のためにはデイがよいという考えを変えない。どうしようかと言っても答えは決まっている。
- 18 夜間の徘徊のある重度の痴呆があり、ケアマネが一度痴呆相談などの専門機関にかかることを薦めても、決定者である長男は、薬を飲むと人聞らしさがなくなる、今の平和な生活を壊したくないと断る。
- 20 要介護1の夫が、要介護4の妻の介護をしている。食事は朝と昼に夫が作っているが、ありあわせのもので作っている様子。ケアマネが心配しても、でも元気だからとわかってもらえない。次男が心配してもけんかになってしまう。
- 35 本人は寝たきり、IVH。主介護者である次女は、病院、役場を信用しておらず、退院時のカンファレンスで食事をさせないといった決め事をきかず、バナナ、ソーセージなどを食べさせる。

カテゴリー2「介護支援専門員と家族は同じ判断。介護支援専門員・家族と本人の判断・意見の異なる事例」

- 13 本人は何かのサービスを入れようとする、とにかく拒否する。介護者である嫁が娘の出産で家を離れなければならない。嫁はサービスを入れてもらいたいが、その時期にうまくサービスが組めるかケアマネが不安
- 23 姑や子どもの面倒を見たり、仕事があったりする介護者の次女が、遠方の病院へ通院する本人の誰かについていてもらいたいという思いにこたえられず、適切な社会資源もみつからない
- 24 介護者であるご主人の趣味である麻雀に行く為、要介護の妻にデイサービスの利用をすすめるも、妻は家でのんびりしたいと利用につながらない。
- 25 独居。以前様子を見てきた姪、甥が本人と関わりから情緒不安定になり、ほとんど来ることもなく、電話もなくなる。本人は家に異臭がする、姪たちが嫌がらせをするなんとかしてちょうだいと昼夜かまわず事業所に電話をかけてくる。
- 27 もともと関係は悪いと聞いていた長男から栄養ドリンクは自分が買っていきからいいと言われていたヘルパーが、本人の購入の要求を断ったことにより、本人が全てサービスを断り、長男との関係も受け入れなくなる
- 36 判断力にかけける老夫婦。嫁をかばう為、会うとけんかをしてしまう意思決定者の長男と父親が、生活費、サービス料金の負担をめぐり口論になる。
- 37 本人は、退院後の通所サービスの利用について、介護者である長女は行ってもらいたいと思っているが、本人は行く必要はないと思っている。

カテゴリー3「本人と家族は同じ判断。家族・本人と介護支援専門員の判断・意見が異なる事例」

- 28 ホームヘルパー、訪問看護のサービス導入後、金品が紛失。警察に届けないとサービスに入れられないという事業所に対し、介護者である議員の長男が、選挙のため届けるのを見合わせ、全てサービスを断ることになる
- 29 ケアマネは足の筋力低下を心配するも、本人も、主介護者である妻も、冬季のデイサービスを休むと言う。春に寝たきりになるも、ヘルパーやベットの導入を断り、さらに状態が悪化
- 34 同居している老夫婦、介護者である知的障害の娘とも、ケアマネが考える家の中が片付いていない、トイレが和式、食事は店屋物が多いといった問題の解決の必要性を感じていない。

カテゴリー4「介護支援専門員と本人が同じ判断。介護支援専門員・本人と家族の判断・意見が異なる事例」

- 3 同居している次女との関係不和のため、本人が施設入所を希望。それにより住居がなくなる次女から母との関係修復を依頼され断ると、次女と介護支援専門員が絶縁状態になる
- 12 ヘルパーを入れたり、手すりをつけたりすれば、本人の状態はもっとよくなりそうだが、意思決定者である長男の嫁は、受診をさせなかったり、部屋を汚いままにしたりと本人の生活にあまり関心がない様子で、サービスを入れることに積極的でない
- 17 本人の生活を圧迫する形で同居しはじめた次女が、本人を追い出そうとする。土地と家を売って借金を返し、施設入所しようとする、自分もいられなくなるため、自分が介護をするといつて、施設入所を取り下げようとする。
- 19 介護者である妻が、短期入所を使うその日に申し込みの電話をかけてきて、使えないとこたえたと、自分の夫は嫌われてるから断られると言ひ、説明してもわかってくれない。
- 22 要介護者である母が自分で何かをやると、俺が考えるからいいんだと怒る次男が、母の通院の訴えを、俺が連れて行ってやるよ、といつてなかなか行かず、通院ができなかった。

ースではなく、その中間領域において判断の相違がもとで介護支援専門員が困難を感じているケースを、研究対象として想定することとし、それを伝えた。

次に、チェックされたケースについて各担当介護支援専門員にインタビューを行った。インタビューは半構造化（基本属性：年齢、性別、ADLなどの介護にかかわる基礎情報、家族構成、どのような理由からこのケースを選出したか）された形式で行った。その際、プライバシーの保護に考慮して、本人と特定できるような形での情報（実名、連絡先など）は使わず説明してもらった。内容については承諾のうえ録音した。

そして、介護支援専門員があげた家族調整としての具体的場面をとりあげ、何々について誰と誰の間の判断・意見が違っているかという観点からラベル付けを行い整理した。その際、上記のような問題状況に整理できなかった事例は、本研究の対象ではないと判断し、分類からは除外した。（例えば酷い介護疲れによって介護者がうつ状態になった事例等）

次にそれらの事例の分類を行った。事例の分類にあたっては、家族、本人、介護支援専門員のそれぞれ誰と誰の間で、「判断の相違が生じる」という共通の状況が生じているかに着目し、あらかじめどのようなパターンがあるか理論的に整理を行った上で、それを大分類として収集された事例を分けていくこととした。また、意見・認識・判断といったことが相違する状況を取り上げるにあたっては、本人、又は家族が痴呆等によって意思決定能力が十分に機能できない状況にあるかどうかということが重要な基準となると考えられる。それももう一つの基準として採用した。

上記の基準・方法に従い、図1のように分類を行った。さらにカテゴリ4については、収集された事例の特性から、さらに小カテゴリ化を行えると考え、結果、家族が介護に積極的か、消極的かで帰納的にさらに二つのサブカテゴリ化を行った。

そして各カテゴリから、研究目的により適合していると思われるもの、かつ研究への了承が可能なケースを選択した。そして、それらの

ケースの詳細について、資料収集及び、担当介護支援専門員にインタビューを行った。その際、事例について、支援センター名、自治体名、研究目的に直接関係ないと判断される家族員や、年齢、病名等についても改変を行うことを前提に、介護支援専門員から了承が得られた範囲で事例を提供してもらった。それでもなお、事例の情報について介護支援専門員の責任の範囲を超え、どうしても本人または家族の了承をとる必要があるか、内容を削らなければならないような事態が発生することがあるかもしれない。そのような場合を想定し、場合によっては家族の了承もとれるようなケースを選出することとした。

その結果、カテゴリ1のサブカテゴリ「家族が本人の介護に消極的」からは「7」、サブカテゴリ「家族が本人の介護に積極的」からは、「4」、カテゴリ2からは「34」、カテゴリ3からは「12」、カテゴリ4からは「37」の事例が選出された。

4. 収集された事例

次に事例の詳細について述べたいと思う。各事例の基本情報は表1に示した。以下は各事例の経過をまとめたものである。

（事例1：Aさんの事例）

平成9年、心疾患により入院していたAさんは退院することとなった。そのため、退院後の介護について息子が支援センターに相談に来た。Aさんは制度やサービスの理解は難しい状況にあり、サービス利用に関することは何事も息子に頼っている状況だった。Aさんは痴呆症状がみられていたが、息子は当初Aさんが痴呆症であるという理解はなかった。息子はできるだけ自分が介護したいという希望を援助者に話していたが、実際は仕事でほとんど家におらず、Aさんは乱雑な部屋の中でほとんど独居のような生活をしてきた。退院後2ヶ月ほどして、息子の出張中にAさんが転倒、骨折しているのを1階の借家人が発見し、再び入院する出来事がおこった。退院後、息子と相談のうえ、今度は二つの事業所からほぼ毎日のヘルパーの派遣が開始され、見守りを行う体制を作ることとなっ

表1 各事例の基礎情報

	要介護者	性別	年齢	身体状況	家族状況	支援センター	担当者資格
事例1	Aさん	女	90歳	つかまり歩行、心臓疾患、痴呆あり	息子一人(60歳)と同居(同マンションの2階に本人、3階に息子)他に頼れる家族はいない。息子は仕事で家にいないことが多い。	都市部	介護福祉士
事例2	Bさん	女	80歳	下肢筋力の低下、右膝痛、難聴、痴呆あり	本人は独居。同団地(別棟)娘・息子が住んでいる。主たる介護者は娘	都市部	看護師
事例3	Cさん	男	85歳	歩行機能の低下がみられる。屋内はつたい歩き。屋外は杖を使用 サービス決定における判断能力：援助があれば可能	妻、娘と同居。妻は糖尿病と精神的な不安定さから入退院を繰り返している。娘は知的障害を持ち、障害年金2級の受給者	農村部	社会福祉士
事例4	Dさん	女	90歳	立位不可。寝返りは一人でできる。	自営業を営む息子夫婦及び二人の孫と同居。日中は家を留守にすることが多い。	都市部	介護福祉士
事例5	Eさん	女	80歳	両下肢筋力低下による歩行、移動困難。室内では歩行器使用	娘(50歳)と二人暮らし。長女は精神保健福祉手帳を所持。通院中。遠方に長男夫婦がいるが、連絡がとりづらく、頻回な訪問も難しい。	農村部	看護師

た。その後、もっとも訪問回数、時間とも長いヘルパーを中心に、息子がAさんの食事や服薬の準備をしていない、ゴミ処理の方法がわからないといったことが時々報告されていたが、そのヘルパーの判断でその場で処理されることが慣行化していた。

平成13年の10月にそのヘルパーが怪我のため退職し、急遽交代することになった。シフトが組み直され、様々なヘルパーが援助に入るよ

うになると、食事の準備がなされていない、服薬の準備がなされていない、ゴミ袋の位置がわからないなどのヘルパーからの相談が、担当介護支援専門員のもとに頻回に届くようになる。

息子は仕事のため家を留守にすることが多く、勤め先にかけても外出中であることが多かった。また、連絡がとれたとしても、そうした仕事はヘルパーの役割であるとの認識であったり、頼んだ後暫くはやってくれていても、元の

状況に戻ってしまうような状況が続いた。そこで、介護支援専門員はカンファレンスの結果あがってきた課題（ゴキブリの駆除など）について書いたメモを、訪問時に残し、状況を伝達する試みをおこなった。息子は自分が休みの時に確認印を押した利用票をセンターに届けにきていた。その際にメモに対して返事が返ってくるようになる（“ホウ酸団子を置きました”など）。そのような経過を経ながら、1年近く経過した後には服薬の管理については息子がやってくれるようになっていった。

徐々にAさんの痴呆は進行していた。さらに歩行機能が低下し、頻繁に転倒するようになっていった。息子のいる3階へ行こうとしていたのか、階段の途中で動けなくなっているところをヘルパーが発見されることが、平成10年9月、平成12年8月、12月、平成13年4月に記録されている。また、平成14年5月には玄関のところにへたり込んでいることが頻回にみられるとの報告もされている。そのような状況にあるAさんの安全を考え、平成12年12月、息子に介護支援専門員からAさんの3階への移動を制限できる柵のようなものを設置できないか提案してみる。息子はその提案に対し「牢屋みたいにはしたくない」ということで、代替の方法を検討するという返事を返している。しかし、その後具体的な方策が出されることはなかった。平成13年4月に再びその話を持ち出すと、上半分を開くような形の扉に変えるとのことであった。しかし、そのような処置はなされなかった。平成14年5月に、再度話し合いを持つも、やはり「檻に閉じこめるようなことはしたくない」という返答があった。

平成15年3月、朝ヘルパーが訪問すると、Aさんが階段下に頭から血をながしながら転倒していた。息子は出張で連絡がつかず、1階の借家人とともに救急車で病院に行く。軽傷であったため、その日のうちに帰宅することができた。

（事例2：Bさんの事例）

Bさんは、娘・息子のいる団地に独りで生活していたが、痴呆症状が見え始めた。娘の相談により援助が開始され、週2回の通所サービス

を利用するようになる。娘は同居はせず、その送り迎えと夕食時に副食を持っていくという介護をおこなっていた。Bさんはレトルトのおかゆを自分であたため主食としていた。昼食は配食サービスを副食としていた。平成13年頃から鍋を焦がしたり、線香を倒して布団を焦がすといった状況がみえはじめる。平成14年になると、ゴミ出しや、掃除など今まで可能だった家事が行えなくなる。介護支援専門員はその時点で独居が難しくなってきたことを娘に伝える。娘は「そうなんだけど、今の状況では、同居するのも無理だし、入所させるのもかわいそう。以前ショートステイした時にすごい混乱したから」と答えた。

同年6月に長女が2週間程度入院しなければならなくなり、その間の対応について話し合った。通所介護は送迎ができないため中止にせざるをえない。以前から見守りの時間を増やす必要性を感じていた介護支援専門員は、この機会にヘルパーを入れてみてはどうかと提案した。娘は、本人は痴呆があり、知らない人を自宅に入れることは断るだろうと、利用には消極的だった。短期入所サービスの利用は以前利用した後本人が混乱してしまった経緯から息子が、拒否的な態度を示した。結果、配食サービスの利用回数を増やし、夜間は息子が本人の部屋に泊まるという計画で対応することになる。Bさんは長女がいないことで混乱したこともあったが、息子の介護により乗り越えた。

同年末には、猫の幻覚がみえたり失禁が増えるなど、痴呆が進行している様子について娘から報告されている。また、下肢筋力の低下が顕著になり、娘からは一緒に買い物に行くために車いすをレンタルしたいという申し出があった。むしろ4階に住み続けることで、階段からの転落などの危険性があると介護支援専門員は娘と話すが、部屋を移し、1階に住むことで、部屋がわからなくなり徘徊したり、元の部屋に戻ろうとしたりするかもしれないということの心配から、現状を維持するにとどまっていた。

平成12年に娘は特別養護老人ホームに入所の申請をし、順番待ちの状態になっていた。その後介護支援専門員に再三入所の順番がまだか聞いてきていた。平成15年春頃からさらに痴

呆の状態が進行し、すぐ前のことも思い出せないような状況になっていた。同年7月に特別養護老人ホームの入所の順番が回ってきた。娘は「いますぐ入所する必要はない、そんなに痴呆も酷くないし」と入所に消極的な態度を示した。介護支援専門員はBさんの痴呆症状が酷くなっていること、今断るといつ順番が回ってくるかわからないこと、また今後痴呆の症状が悪化し、どうしても入所せざるを得ない時が来るかもしれないことを伝えた。通所介護事業所からも今が入所する潮時ではないかとの意見も出ていた。娘は「そうよね、来るわよね。でもどこかはわからないのよね」といい、施設に入れることが、本人を見捨てることになるのではとの思いもあることを明かした。その後、Bさんは「あたしは、こんなに子どもがいるのになんで老人ホームにはいらなきゃいけないんだ」と拒否。娘も「本人が納得していないから」と入所を断ることとなった。

その後、Bさんは夜中に騒いだり、夕方一人で通所介護の送迎バスを待っていたりするようになり、娘、息子ともその都度相談に訪れるが、短期入所やヘルパーの利用には以前と同じ理由から拒否している。しかし、入所については娘からその後「どうしてあの時入れなかったのか」という言葉がでてくる。

(事例3：Cさんの事例)

平成13年4月よりCさんの知人からの相談でCさんの援助が開始された。当初は妻は糖尿病のため入院中であつた。援助開始当初はCさんもその娘も、介護支援専門員がどのような役割で来ているのかの理解も難しい状況にあつた。Cさんは食生活が一週間パンだけであつたりと乱れていた。また、服薬も自分の好きな薬しか飲んでいなかった。住環境についても部屋は乱雑で、汚染された衣類などが散乱している状況であつた。床の一部が腐食しもろくなつていたり、Cさんの下肢の状態が悪いにもかかわらず、トイレが和式であるなどの状況があつた。食生活の改善や、部屋の清掃などを目的にヘルパーの利用を開始するも、父娘ともその必要性や役割の理解が不十分で、買い物も掃除も拒否するようなことがあつた。8月になると妻が退

院し、親子3人の生活が始まった。妻は精神的に不安定な状況にあり、酷い時には一週間の間毎日、夜間や朝方に娘に胸の苦しさを訴え救急車を呼ばせ、すぐにまた家に帰ってくるということが続けた。娘はその対応に疲れきり、「死にたい」と口にしていて。平成14年に和式だったトイレを変える提案をしてみると、Cさんも積極的であつたため、簡易腰掛便座に変えた。Cさんは平成14年2月に嘔吐し入院した。3月の退院時には介護支援専門員は看護師と共に訪問し、服薬、食生活の件についてちゃんとするように声をかけると、Cさんから「きちんとやっていきたい」という言葉がかえってくる。そこで、服薬カレンダーを作成し、ヘルパーが分包するようにしたところ、服薬はきちんと行えるようになった。しかし、食生活については、介護支援専門員は毎月訪問するたびに話をするが、その後も変わっていない。平成14年の3月に開かれたカンファレンスにおいて病院のSWの提案があり、Cさんの妻は精神科の受診をおこなつた。その後Cさんの妻の精神的な不安定さは落ち着き、病院へ行くことも月にあるかなにか減つた。妻の介護について娘からも介護支援専門員に相談を持ちかけてくるようになった。やがて、それは娘の個人的な相談や、介護に直接関わらないものにまで広がっていった。例えば、平成14年1月には貯金が少なくなつてきた不安から自分の年金について調べてほしいという問い合わせがあつた。また、6月には蜂の巣の除去についての相談があつた。介護支援専門員は娘のそうした相談にその都度対応をおこなつていた。平成14年9月に娘からヘルパーが家の物を盗んでいるという相談があつた。ヘルパーを交代することで対応したが、その後娘は自ら部屋を掃除し、床の腐食した部分の修理もしたいと申し出てきた。その後、床の修理も終わり、整理された部屋はその状態を維持している。

(事例4：Dさんの事例)

平成13年7月より、ぼんやりとして物忘れがでてきたという息子の嫁の相談から、Dさんの援助は開始された。Dさんは通所介護の利用を開始した。Dさんはお喋り好きで、主治医か

らは痴呆の診断を受けていたものの、介護支援専門員との意思疎通も十分に行えていた。Dさんは、一人で家にいるときは鍵をかける習慣があり、なおかつ酷い難聴のため電話や呼び声に反応せず、介護支援専門員が訪問しても入れないことが多かった。主介護者である嫁を含めた家族は、仕事のため連絡がついて訪問できるのが夜の7時以降になってしまうなどの環境にいた。かつ嫁から主体的に相談を持ちかけてくることもほとんどなく、また、Dさんの様子をそれほど把握してはいない様子であった。例えばDさんが公園で歩けなくなり、這って家に帰ってきたことがあっても、そういえばこんなことがあったみたいよ、と介護支援専門員に何気なく語ったり、再三受診の願いをしても行ってくれなかったりした。そのような経緯から、介護支援専門員は通所介護利用時にDさんの元を訪れることによって様子を確認をしていた。

平成15年6月に通所介護の利用中に意識が消失し、Dさんは入院した（その際も仕事ということで、家族は夕方になってから病院にやってきた）。7月の退院後、通所介護の利用は中止し、訪問入浴のみの利用希望がでていた。退院時、ADL低下による寝たきりを心配した介護支援専門員は、Dさんにベッドからポータブルトイレに移る動作を説明し、離床を進める働きかけをおこなった。嫁には食事の時は座る姿勢で食べることや、食事前後にポータブルトイレに移るよう介助するよう伝える。その上で、日中仕事で家を空けなければならない事情に配慮して、ヘルパーの利用を進めるが、「孫娘が仕事を辞め、自分と二人で交代でみるから」との理由から利用をみあわせた。

Dさんの理解力は入院を境に低下しており、それまでのような意思疎通はできなくなっていたが、訪問時、Dさんはベッドで寝ているよりは動きたいという意志を示したことがあった。嫁の話では、立位はとれないが、日中一人でいるときもベッドから這い降りてトイレまで移動しようとしているとのことで、その際にぶつかったらしく、顔にあざができていた。そのような状況を勧告し、嫁に再びヘルパーの利用をすすめるも、「そうね」というだけで、具体的な返事はきかれなかった。

8月に入ると、Dさんは自力でオムツをはずし、ポータブルトイレへ独力で移動できるまで回復していた。食事もベッドに腰掛けて座って食べているということだった。Dさん本人も、ベッドにつかまればなんとか立てるが一步が踏み出せないという言葉があった。

退院後も容易に訪問できない状況が続いていた。訪問入浴には家族が同席するため、介護支援専門員はその利用日にあわせて訪問していた。そうした時に乱雑で汚臭のする部屋に、何事もないように案内されることもあった。孫娘はいる時もあるようだが、ほとんど顔をみたことがなかった。介護支援専門員は十分な介護が行き届いているかどうか疑問に思った。そこで、再び嫁にヘルパーによる移動介助、散歩介助などをすすめるが、留守にしている間は本人が内側から鍵をかけてしまうとの理由から断られる。鍵をヘルパーに預けるようなやり方には抵抗があるように介護支援専門員には感じられた。Dさんにも同様の確認をするが、理解は難しい様子であった。9月に入ると、Dさんは再びポータブルに移動することができない状態となり、寝たきりになってしまった。嫁からはオムツ交換が大変だという話がきかれるようになる。Dさんとも話し合ったということで、介護老人保健施設の入所を検討することになる。

（事例5：Eさんの事例）

在宅で転倒した際、右大腿骨を骨折し入院していたEさんは平成15年3月に退院のめどがたった。退院後のサービス利用について相談したいという連絡が娘からあり、Eさんも交えて病院にて面接を行うこととなった。娘は、退院後の入浴や通院の介助ができるかどうか、また、介護により精神的な負担が増え、自分の病状が悪化することを心配していた。遅れて面接室に訪れたEさんは現れるなり、娘に対し「誰がこんな連絡をしやがった」と興奮し、怒りをあらわにした。それに対し娘は「この人たちは介護保険でいろいろお世話してくれる人なんだから」と言い返すと、「あたしはとにかく自分でできるんだから、そんなのやらなくてもいいんだ」「もう少しリハビリすればよくなるからそんなの世話にはならない」などと言った。娘

も「でも、あたしも大変なんだから、おばあさんがそう思っている、やるのはあたしなんだから、あたしじゃ風呂にも入れられないし、おばあさんを車に乗せてくるのも大変だし、あたし自身が腰が痛くて病院にだっ行ってから。やってくれなきゃ困るのよ」と訴えた。介護支援専門員は通院の介助にヘルパーの利用、リハビリ・入浴のための通所リハビリテーションの提案を行うが、Eさんは「退院してみないとわからない」という。前もって申請を行っていないければ、退院後に迅速な形でサービスを入れることが難しくなるという介護支援専門員の判断から、手続きだけは行っておくこととなった。

退院後は、車椅子や歩行器を使用しながら娘が送り迎えする形で週2回の病院でのリハビリテーションを行っていた。長女は入浴してほしかったが、Eさんは娘が持ってくるタオルで体を拭いているから大丈夫ということであった。食事は娘が部屋に持っていく形でおこなっていた。室内を歩行器であれば移動できるまでに回復していたが、ほとんど自室で過ごしていた。娘はそれが精神的に負担となっており、できれば週に一日でも通所サービスに行きたくしたが、それがもとでEさんとよく口論になると洩らしていた。Eさんは「私はわがままで言っているわけではない。私は娘に負担をかけたくないので言っている」と言っていた。退院前に申し込んでおいた通所リハビリテーションの利用が使える状態になったが、自ら事業所に利用しない旨の電話をかけてきた。自分は病院のリハビリに行っているのだから別のところには行かないという。病院の理学療法士からもその必要性について再度説明をしてもらった。Eさんは病院の理学療法士の迷惑にならないのなら、行くという。しかし、利用は開始されたものの、疲れているからなどの理由から休みがちとなる。理由を聞くと、送迎時間が長く疲れてしまうということであったため、より近隣にあった通所介護にサービスを変更した。利用してみたところ話し相手もいて、思ったよりも楽しい、と定期的な利用が開始された。その後、他の利用者との人間関係から利用回数を減らしたい、といった要求が出された時期もあったが、定期的に利

用している。

5. 分析と考察

次に上記事例について、まずは個々に作業仮説に基づいて考察を加えた後、5事例全体を通して明らかになってきた新たな知見も含めて全体の考察を行ってみたいと思う。

事例1では、介護支援専門員ら援助者側は食事の準備や服薬の管理については息子にやっ欲しいと考えつつも、息子にそのような認識がないという状況、加えて、転落の危険性が高いことから、柵を作る対処法を提案する介護支援専門員と、それに反対する息子という状況が示されている。前者の問題は、息子はそもそもそれが問題という認識すらしないような様子が伺え、この差異は認識のレベルで生じていると考えられる。それを生み出している要因としては、ホームヘルパーの役割の範囲に対する知識が少なかったことや、仕事で忙しいということで、Aさんの生活状況に対する情報量や、援助者側との接触の頻度の減少などが考えられる。介護支援専門委員はメモの交換を通して認識の共有化を図っている。後者の状況は、お互い何らかの方策は必要だという認識に立ちつつも、柵を立てるという手段を用いるか否かといった手段・方法の段階で差異が生じているといえよう。息子は何らかの対処は必要だと感じつつもアンビバレントな感情におかれている。その感情が差異を生じさせていると考えられる。

事例2では、部屋の移動や、ヘルパー、特養入所などのサービス利用をめぐる援助者側との判断が相違している状況が示されている。娘はBさんの痴呆の程度や生活上の問題について比較的よくわかっており、特養入所を考えていたように自分自身にとってもなんらかの対処が必要であるということについて認識はしているようである。しかし、その手段・方法については、やはり、母親への感情からアンビバレントな感情に陥っているように伺える。このように、事例1同様、手段・方法の段階においても感情的な要因からその判断の一致を見ない場合、そのすり合わせは容易でないことが示唆されている。

事例3では、知人という第三者の紹介で、Cさんらの家族員の誰もが主体的に支援を求めている形でスタートしたその援助開始ルートそのものから認識の差異が生じている。しかし、徐々に状況は変化していく。Cは入院という体験から必要性を認識し、その際の服薬カレンダーといった手段・方法の介入によって、服薬の問題は解決に向かう。反対に栄養管理については解決されないままになる。入院という体験が、食事管理ができていないことへ、納得する形で結びつかなかったのかもしれない。トイレの改修については、Cさんも納得する形で行われた。Cさんも使いにくさは感じており、改善の必要性について漠然とでも認識していたのではないだろうか。そこにCさんが納得のいく手段・方法の提示がおこなわれたものと考えられる。部屋の掃除については、ヘルパーによる盗難事件という事件の経験が引き金となって、再びそのような事件を起こしたくないという思いが生まれ、その必要性を認識したと思われる。それまでに母親の介護に尽力したり、個人的な生活相談にのってくる中で介護支援専門員との間に信頼関係が生まれてきたこともその一因と考えられる。

事例4では、嫁と介護支援専門員の間、退院後のDさんに対する援助のあり方をめぐって差異が生じていることが示されている。当初からDさんの介護に対しそれほど積極的な態度は示していないと介護支援専門員には感じられていた。介護支援専門員は何度も今後の介護体制について話し合いを持ちかけているが、介護支援専門員の認識が伝わり切れていないことが伺える。認識の段階で差異が生じていると解釈できると思われるが、その要因としては、嫁の介護意欲の低さや仕事をしながら介護するという状況での介護支援専門員とのコミュニケーション不足といったことが考えられる。

事例5では、Eさんと娘との間で退院後の介護、主に通所サービス利用をめぐって意見・判断の相違がみられる状況が示されている。Eさんは当初その言動からサービスの必要性そのものを認識していないように思われる。退院後、娘の介護負担を軽減するためにその必要を認識したように見えても、自分なりの方法でそれに

配慮しているんだという発言がみられ、通所サービスの利用という手段は受け入れようとしなない。これらの背景には、様々な家族にかかわる事柄をEさんが主体として決めてきたという長年の家族間の役割関係や、娘のいうなりにはならないという感情的な軋轢の存在が、Eさんと娘のやり取りからみてとれる。こうした関係性はすぐに変えられるものではなく、むしろそれを前提とした支援のあり方が求められるであろう。そう考えれば、通所サービスの利用に至る過程で、娘に説得されたというよりも外部の理学療法士の話に納得したんだという形をEさんがとれるように配慮した介護支援専門員の働きかけは状況の打開には効果的であったといえよう。

以上、5事例ではあったが、いくつかのズレを生じさせていると思われる要因が浮かびあがってきた。サービスを使うべきであるが使いたくないアンビバレントな感情、家族との感情的軋轢、当該介護状況に対する情報量、援助者側との接触の少なさ、仕事による要介護者との接触の減少、サービスや制度に対する少ない知識、本人や家族の意思によらない第三者の要請による援助開始、介護者の低い介護意欲、長年の家族関係・役割関係などである。情報量や知識など改善の比較的容易と思われるものもあれば、感情や長年の家族関係など、変化が困難なものもある。また各要因はそれぞれ関連しあい、相互作用していると思われる。長年の家族関係・役割関係や、感情的要因といったものは密接な関係にあるだろうし、仕事による要介護者との接触の減少と当該介護状況に対する情報量、または援助者側との接触の少なさは、因果関係にあると思われる。また、偶発的ではあるが、事例3の入院の体験や、ヘルパーの盗難事件のような当事者にとって重大な体験が生じたときに、認識が変容する場合もあることが示された。そう考えれば事例1のAさん退院後のサービス導入に対する息子の意識の変化や、Eさんの実際の在宅生活を経た後の認識の変化や、通所サービス利用後の意識の変化など、なんらかの当事者にとって意味のある体験が意見を一致を促進させる要因となると考えられる。

これらの要因の関係性や、要因の一般性など

の検討は今後の課題である。より多くの事例との比較検討を経る必要性があるだろう。

また、家族には介護サービス利用等の決定を行う際、最終的な決定権を持っている者が位置づけられているようである。事例1では息子が、事例2では娘（あるいは息子）、事例3ではCさん（一部は娘）、事例4では嫁が、事例5ではEさんがその役割を果たしていると考えられる。したがって、家族関係の力動の中で具体的なケア計画を策定し実行していくには、家族の中の意思決定者の持つ者と、意見・判断のすりあわせをしていくことが重要であるといえよう。

6. まとめ

ニーズを明確化し、具体的なケアプランの立案・実行に移る過程には、支援の必要性そのものに対する認識の一致と、それに続く方法・手段の段階での一致が必要であるが、各段階には認識の一致を阻害する様々な要因が関わってズレが生じている。本研究では、個々の知識や感情、仕事や家族関係といった阻害要因とともに、入院やサービス利用の体験が一致を促進させる要因となることも示唆された。そして、最終的な決定は、家族の中で意思決定者として役割を持つものの決定を経て行われる。したがって、その意思決定者との意見・判断のすり合わせが重要であることが示唆された。本研究で扱った事例に基づき、これらを整理したものを図2に示した。上から下に向かって支援過程が展開し、2段階の意見・判断の一致を経ていくこと、及び各段階に影響する要因との関係性を示した。当該介護状況の情報量不足に対しては、事例1のように、メモを介しながらその差を埋めていくなど、これらの阻害要因を解消する方向で、具体的な対処法の示唆が得られるのではないかと考える。

ただし、これはあくまでも個々の介護支援専門員側の一方的な認識に基づいたデータであるということは、研究の限界として明確にしておかねばならない。そういった意味では、介護支援専門員自身の問題の捉え方、認識のありようも問題であり、家族・本人側からのデータも抽

出し、両者を比較していくような検討も今後の課題であるといえよう。また、事例によっては問題が複雑化する前に適切な対処を行うことによって回避、改善できたと考えられる状況もあると考える。そうした援助者側の不適切な対応の積み重ねによりケースが複雑化してしまっていないかどうかも検討すべき課題である。その意味で過程の一部分に焦点を当てると共に、全体的な関わりという視点からの検討も必要であろうと思われる。

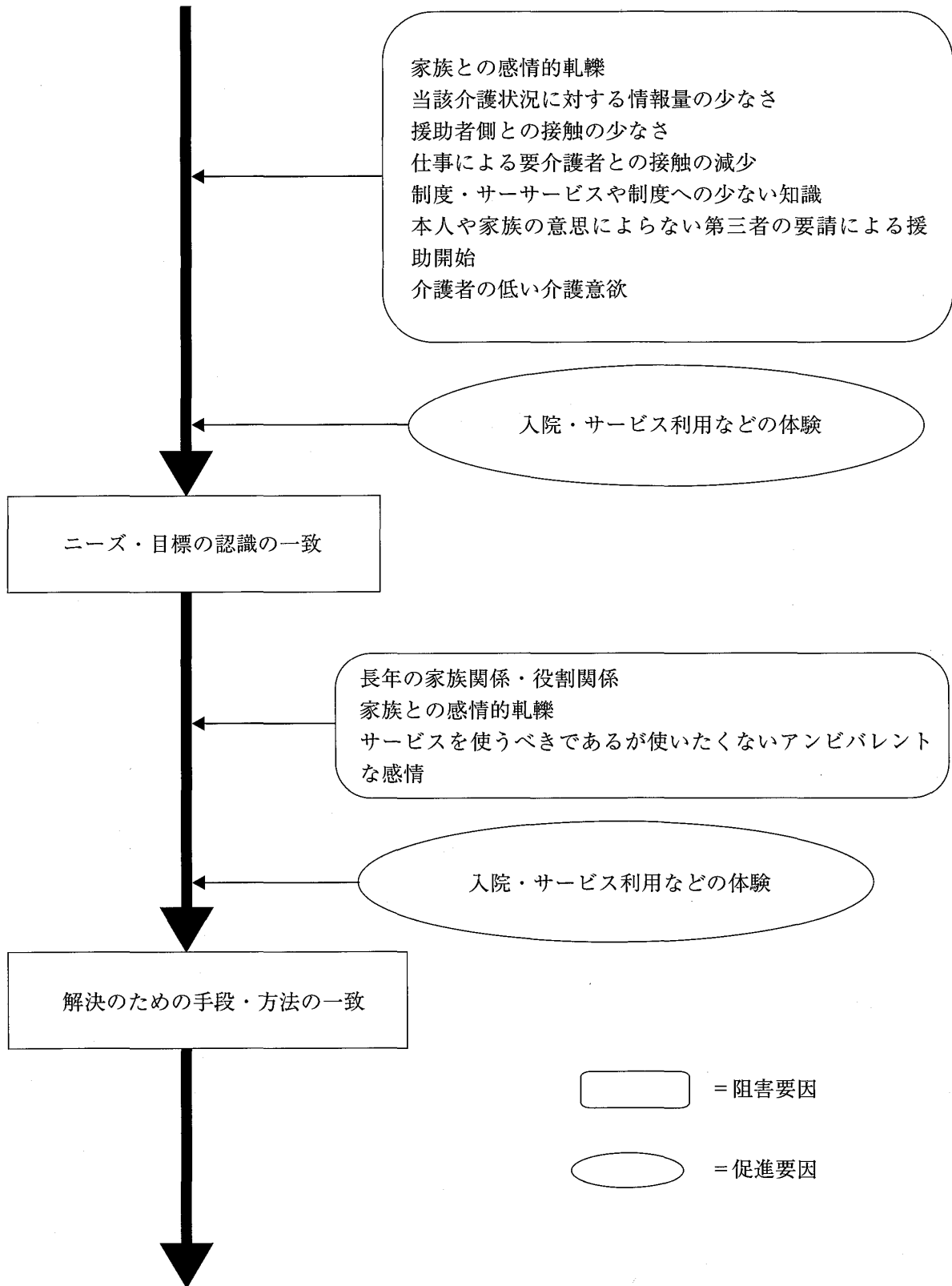


図2 支援過程における認識の一致の2段階と阻害・促進要因

(注

- 1) 例えば朝日新聞が全国のケアマネジャー 2000 人におこなった調査 (2001) において、ケアプラン作成上困ることとして複数回答により回答を得た結果、「利用者と家族の意向の違い」が全体の 44 %、「利用者・家族と自分の意見の違い」が全体の 27 % の回答者がチェックしたことが結果として示されている。これは、「地域サービスの不足」の 54 %、「1 割自己負担で、必要なサービスを指し控える」の 51 %、に次ぐ割合の多さである。家族に関する項目として単純に足してみると、アンケートに答えたケアマネジャーの実に 7 割以上が、ケアプラン作成上の困難として、家族に関する項目をあげているといえる。
- 2) 藤崎は現代家族の諸特性から「家族支援」の社会福祉政策・実践について検討を加える中で、現代家族の諸特性として、「家族メンバーのライフスタイルの個別化・多様化や、個人欲求の充足を家族役割より優先させる傾向」として家族の多様化あげ、「個人化」傾向の強まる現代家族に対応するにあたって、サービス利用者とその家族のおうおうにして食い違う意向や両者の利害葛藤への認識を深めるとともに、その調整技術を高めることが期待される」(藤崎 2000:9) と家族調整機能の重要性について指摘している。また、沖田は、介護支援専門員に対し、介護サービス計画作成における倫理的ディ

レンマに関する面接調査を行った。その結果として 7 つのカテゴリーを用いて説明を行っている。その一つとして、「介護サービス計画における本人対家族の不一致」のカテゴリーが設定し、倫理的ディレンマの側面から検討を行っている。(沖田 2002)

引用文献

- ・白澤政和、「ケアマネジャーのためのステップアップ事例集」、(中央法規、東京)、(2002)
- ・沖田佳代子、「介護サービス計画の決定作成における倫理的ディレンマ—ケアマネジャーに対する訪問面接調査から—」、「社会福祉学」、43(1)、pp.80-89、(2002)
- ・藤崎宏子、「現代家族と「家族支援」の論理」、「ソーシャルワーク研究」26(3)、pp4-10、(2000)

参考文献

- ・京極高宣監修、「現代福祉学レキシコン第 2 版」、(雄山閣出版、東京)、(1998)
- ・白澤政和、「ケースマネジメントの理論と実際」、(中央法規、東京)、(1992)
- ・沖田佳代子「高齢者ケアマネジメントにおける倫理的意思決定—ソーシャルワークにおける道徳的推論の適用に関する議論からの一考察—」、「社会福祉学」42(2)、pp.150-159、(2002)