

# 高齢者における対応困難事例とは何か

齊 藤 順 子

## 1. はじめに

最近、高齢者支援の領域において、「対応困難事例」「処遇困難事例」という言葉をよく耳にする。しかも、公的介護保険制度が施行されてから、「対応困難」「処遇困難」という言葉が強調されるようになった印象さえ受ける。公的介護保険制度施行以前より、高齢者は存在し、なかなか援助者と関係の取れない高齢者、援助が必要でありながら援助を求めない高齢者、高齢者本人と家族の意向が異なりその調整に四苦八苦する事例など、ケアと援助の方法に苦慮するケースはあったはずである。公的介護保険以後そのような事例が急激に増えたのだろうか。

社会福祉を学ぶ者であれば、一度は「接近困難事例」「処遇困難事例」という言葉は聞く。しかし、実際に何を指し、どのようなものであるかなかなか知るチャンスは少ないのが実情ではないであろうか。

そもそも、「対応困難事例」「接近困難事例」「処遇困難事例」とは何を指すのか、議論されているとは言いがたい<sup>1)</sup>。しかし、現場からは「対応困難事例」の声はあがっており、その対応策が求められている。

そこで、本稿では、まず、「対応困難事例」について、その定義、概念をこれまでの先行研究から整理を試みる。次に、実際、高齢者の領域で働いている、とくに、介護支援専門員が「対応困難事例」をどのようにとらえているのか、また、その原因と対処方法についての意見に関してアンケート調査を実施し、その分析から、「対応困難事例」の実態と構造について明らかにしたい。

## 2. 先行研究にみる「対応困難事例」

### 1) 精神医学、看護領域における「対応困難事例」

文献検索サイト『マガジンプラス』で検索をしたところ、平成17年5月18日現在、キーワードで「対応困難」が46件、「処遇困難」が39件、「対応困難事例」が1件、「処遇困難事例」

(1)

が5件見つかった。その題名から、多くを占めるのは精神医学領域、児童と矯正の領域であり、看護の領域は数件、高齢者の領域も数件であった<sup>2</sup>。

精神医学の領域では、立花（2003）が「わが国の精神保健平成5年版」を用いて「処遇困難例」として「その症状や問題行動により病院内における治療治癒に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者」（4頁）と定義しており<sup>3</sup>、他の文献においても入院中で対応が困難と思われる患者への対応についての議論がなされている<sup>4,5,6,7</sup>。つまり、精神医学の領域では、対応困難事例とは、入院中の患者に限られ、治療者が入院治療、治療方針をどのようにしたら良いかを議論することに主眼が置かれているのである。

一方、看護の領域では、上野ら（1998）は対応困難を「患者の言動の理解や対応方法にどうしたらよいか困惑したり、対応しながらこれでいいのか（よかったのか）と戸惑っていること」（162頁）と定義し、病棟での事例検討会に提出された患者の事例の分析を行っている<sup>8</sup>。また、小乾ら（2003）は、精神疾患患者に対して「苦手意識や拒否感情を抱き、患者に対応困難を感じた看護師の認識」について8名の看護師に半構造インタビューを試みている<sup>9</sup>。小乾らは看護師が抱く拒否感情や苦手意識が、看護する上で患者の対応へ影響を及ぼすという研究をしている。また、『月間ナーシング』2002年2月号は「対応困難なケースのアセスメントとアプローチ」として特集を組み、「パニック障害から不眠に陥った患者」、「ナースコールを頻回に押す患者」、「自殺をほのめかす患者」、「ケアを拒否する患者」、「性的逸脱行為をする痴呆患者」、「看護婦の身体に触れる高次機能障害のある患者」、「糖尿病で入退院を繰り返す患者」、「疼痛コントロールに拒否的な患者」、「退院をしたがらない患者」、「不満をぶつけてくる患者」「他患者へ影響を与える境界性人格障害患者」と題し、具体的な事例からその患者を「困った患者」と決めけずに、アプローチできるような処方箋を提供するように試みている<sup>10</sup>。看護の領域でも、対象は入院中の患者に限られており、その入院中に看護師が対応に苦慮した患者を「対応困難」として取り扱っている。

## 2) 高齢者の領域にみる「対応困難事例」とは

一方、高齢者の領域では、入院もしくは入所している高齢者本人のみを対象として「対応困難」とはとらえていない。高齢者の領域において公的介護保険制度の施行以前に「対応困難」等の文言が出てきた文献は、福富（1990）の「接近困難な在宅要介護老人に対するソーシャル・ワーク的対応」<sup>11</sup>である。本論文は1950年代にアメリカでアグレッシブ・ケースワークやリーチング・アウト・アプローチが提起され、それは問題を抱えているにもかかわらず援助を求めてこない人たちに対して、ワーカーの側から積極的に働きかけを行い、彼らを援助関係に引き入れていこうとするものである。しかし、論文が取り扱おうとしているのは、上述のアプローチを生み出させた類のクライアントだけではなく、接近困難クライアントを3類型で示している。Aとして、彼らのニーズを満たすサービスの存在やサービスが実際ど

のようにして提供されているのか良く知らない、Bとして、彼ら自身が自らの状況を問題として認識していないか、或いは何らかの理由でサービスを受けることを拒否している、Cとして、サービス利用する意思はあるのだが、提供されるサービスが彼らの思うものと異なっているか、或いはサービスがニーズに適合していない、の3類型である。A、Bのタイプには従来のリーチング・アウトの方法がそのまま活用できるが、Cには通用しない。Cのタイプには送致という手段をとるのが適切であるが、わが国の社会資源が豊富であるとは言いがたいので、社会資源が必要に応じて態度変容を行う必要があり、今後は社会資源のほうが必要に応じて態度変容を行う必要があろうと結んでいる。

福富の論文は公的介護保険が施行される10年前のものであり、当然、制度や社会資源の内容も異なっている。従来のリーチング・アウトではなく、サービス提供する側の態度変容に焦点をあてて論じている部分は先駆的な視点であると思われる。

その後、公的介護保険が施行されて、「対応困難」が着目されるようになったと思われる。その背景の一つとしては、標準テキストと呼ばれる『改訂介護支援専門員基本テキスト』の第3巻第2章第3節（『介護支援専門員基本テキスト』第1巻V編 2000）に根本（2003）が「援助困難事例への対応」と題し、論じていることにある<sup>12</sup>。

根本を含めて「対応困難事例」が公的介護保険制度の施行以降どのようにとらえられ、論じられているか、本稿では7者の定義と概念を検討する（表1参照）。

杉山（2003）<sup>13</sup>は医師の立場から、「介護保険内外のサービスを利用しても、現実的に、支えが困難な事例が存在する」（13頁）として、その背景を9類型に論じている。それは、①一人暮らしあるいは同居人がいても介護力の低下している例、②徘徊、夜間不眠など活発な症状を示すため、介護力が極めて、大きい例、③本人や家族がサービスの利用を拒否する例、④近隣とトラブルを起こしていて、解決困難な例、⑤一人暮らしが代表であるが、火災への不安、孤独死への心配など近隣や家族が、将来起こりうる事故などに強い不安を感じている例、⑥神経難病などの末期が代表であるが、痰の吸引、誤嚥や褥創などの予防に、24時間にわたる介護の必要な例、⑦NRSAや疥癬など感染症があるため、在宅サービスの利用が困難になっている例、⑧家族に介護する気持ちのない例、⑨在宅ターミナルケアで医療のバックアップが得られない例、である。

根本（2003）<sup>14</sup>はA. 問題を自覚しているが、援助を受けようとならない場合とB. 当事者が問題を自覚していないために援助を受けようとならないか、援助を受けていない場合の2つに類型している。そして、A. 問題を自覚しているが、援助を受けようとならない場合を次の4つないし10にわけている。1）高齢者自身問題を自覚しているが、援助を受けようとならない場合、（ア）問題状況を他人に見られたくないために援助を受けようとならない、（イ）公的サービスに抵抗があるために援助を受けようとならない、（ウ）他人を信用できないため援助

を受けようとしな。2) 介護者が問題を自覚しているが、援助を受けようとしな例、(ア) 高齢者を虐待あるいは放棄して、それを知られたくないために援助を受けようとしな、(イ) 公的サービスに抵抗があるために援助を受けようとしな、(ウ) 高齢者に恨みを抱いていたり、関心が薄いため、援助を受けようとしな。3) 両者(高齢者と介護者)に問題があり、それを自覚しているが、援助を受けていない場合。4) 高齢者・介護者が問題を自覚しているが、援助を受けていない場合、(ア) 身体障害、精神障害等のために社会機関に出向けず、援助を受けていない、(イ) サービスに対する情報、その他の知識がないため、あるいは誤った知識(自由を制限されるお金がかかる等)を持っているため、援助を受けていない、(ウ) 積極的に勧めてくれる人がいなかったため、援助を受けていない。B. 当事者が問題を自覚していないために援助を受けようとしな、援助を受けていない場合。1) 高齢者が精神疾患、人格障害のために深刻な状況に思っていない、2) 家族介護者が高齢者に無関心なため問題の深刻さを自覚していない、3) 積極的に援助してくれる人がいなかったため、問題が深刻になってしまった、とA. B. それぞれをさらに再類型化している。

新鞍(2003)<sup>15</sup>は介護支援専門員に自記式の調査を実施し、①利用者の病気や状態、②状態の変化(不安定)、③高齢者世帯、④経済問題、⑤虐待、⑥介護者の状態、⑦家族調整が必要、⑧キーパーソン不在、⑨サービスやケアマネジャーに依存的、⑩利用者・家族への対応、⑪制度上の制限、⑫サービス調整の内容、⑬自分の力量不足、そして、職種別では①②では福祉職が多く⑤⑥⑨⑬では医療職、が多い傾向としている。

大井、長安<sup>16</sup>ら(2003)は、①サービス供給体制、②サービス提供者の問題、③本人・家族との調整、④経済的問題、⑤ケアプラン作成の混乱、⑥かかりつけ医との関係であるとしている。

岡本(2003)<sup>17</sup>の調査では、対象別とニーズ別に調査を実施している。対象別には①虐待のある例、②精神疾患のある事例、③痴呆症状のある事例、④不安定・変動の大きい事例、⑤難病疾患の事例、⑥医療依存度の高い事例、⑦ターミナル期の事例、⑧一人暮らしの事例、⑨高齢者世帯の事例、⑩脳血管障害の事例。状況・ニーズ別には、①家族内多問題、②介護者が援助に拒否的、③家族介護力欠乏、指導の効果が薄い、④経済困難、⑤意思の確認が困難、⑥ニーズの表出がない、訴えがない、⑦利用の決断ができない、⑧地域に要介護者を支えるシステムが不足、⑨フォーマルサービスの資源不足、⑩要介護者の意欲に問題がある、⑪インフォーマルサービスの資源不足、⑫QOL向上が困難、である。

三菱総研(2004)『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査研究報告書』によれば<sup>18</sup>、介護支援専門員に「対応困難な利用者の有無」を聞き、「いる」が73.3%(1,471人)、「いない」が20.3%(386人)、「無回答」が3.6%(70人)となっている。そして、介護支援専門員に、①医療ニーズの高い利用者、②本人と家族の意見が異なる利用者、

③ケアマネが考えるサービスを受け入れない、④痴呆など意思表示が困難な利用者、⑤自己負担できる金額に制限のある利用者、⑦独居の利用者、と対応困難な利用者の内容についてあらかじめ設定した項目で質問し、回答を得ている。

三橋（2004）<sup>19</sup>は、川崎市が処遇困難ケースとして分類、明確化し、対処する試みを紹介している。その判断基準として1）次の類型に属する世帯、①独居世帯：ひとり暮らしで身寄りがいない、また、身寄りがいても遠方や諸事情でほとんどかかわることができない場合を含む、②独居に準じる世帯：老老介護、障害がある人が介護しているなど、③家族がいても、その家族が利用者の人権を侵害している場合（虐待）など。2）利用者が痴呆、精神障害等により周囲と摩擦を生じるなど、在宅生活の存続が困難になっている。3）公的機関が役割分担して地域と連携し見守り体制を作ることが必要なケース、としている。

表1 困難事例の類型化

杉山孝博 (2003)	根本博司 (2003)	新鞆真理子 (2003)	大井伸子・長 安つた子等 (2003)	岡本令子の調査 による2類型 (2003)	三菱総研 (2004)	三橋 (2004)
①一人暮らしあるいは同居人がいても介護力の低下している例 ②徘徊、夜間不眠など活発な症状を示すため、介護力が極めて大きい例 ③本人や家族がサービスの利用を拒否する例 ④近隣と様々なトラブルを起こしていて、解決困難な例 ⑤一人暮らしなどが代表であるが、火災への不安、孤独死への心配など近隣や家族が、将来起こりうる事故などに強い不安を感じている例 ⑥神経難病などの末期が代表であるが、痰の吸引、誤嚥や褥創などの予防のように、24時間にわたる介護の必要な例 ⑦NRSAや疥癬など感染症があ	A. 問題を自覚しているが、援助を受けようとしていない場合 1) 高齢者自身問題を自覚しているが、援助を受けようとしていない場合 (ア) 問題状況を他人に見られたくないために援助を受けようとしていない。 (イ) 公的サービスに抵抗があるために援助を受けようとしていない (ウ) 他人を信用できないため援助を受けようとしていない。 2) 介護者が問題を自覚しているが、援助を受けようとしていない例 (ア) 高齢者を虐待あるいは放棄している、それを知られにくくするために援助を受けようとしていない。 (イ) 公的サービスに抵抗があるために援助を受けようとしていない (ウ) 高齢者に恨みを抱いていたり、関心が薄いため、援助を受けようとしてい	①利用者の病気や状態 ②状態の変化(不安定) ③高齢者世帯 ④経済問題 ⑤虐待 ⑥介護者の状態 ⑦家族調整が必要 ⑧キーパーソン不在 ⑨サービスやケアマネジャーに依存的 ⑩利用者・家族への対応 ⑪制度上の制限 ⑫サービス調整の内容 ⑬自分の力量不足 *①②では福祉職が多く⑤⑥⑨⑬では医療職が多い傾向	①サービス供給体制 ②サービス提供者の問題 ③本人・家族との調整 ④経済的問題 ⑤ケアプラン作成の混乱 ⑥かかりつけ医との関係	<対象別> ①虐待のある例 ②精神疾患のある事例 ③痴呆症状のある事例 ④不安定・変動の大きい事例 ⑤難病疾患の事例 ⑥医療依存度の高い事例 ⑦ターミナル期の事例 ⑧一人暮らしの事例 ⑨高齢者世帯の事例 ⑩脳血管障害の事例 <状況・ニーズ別> ①家族内多問題 ②介護者が援助に拒否的 ③家族介護力欠乏指導の効果が薄い ④経済困難 ⑤意思の確認が困難 ⑥ニーズの表出がない、訴えない ⑦利用の決断が	①医療ニーズの高い利用者 ②本人と家族の意見が異なる利用者 ③ケアマネが考えるサービスを受け入れない ④痴呆など意思表示が困難な利用者 ⑤自己負担できる金額に制限のある利用者 ⑦独居の利用者	1) 次の類型に属する世帯 ①独居世帯：ひとり暮らしで身寄りがいない、また、身寄りがいても遠方や諸事情でほとんどかかわることができない場合を含む ②独居に準じる世帯：老老介護、障害がある人が介護しているなど ③家族がいても、その家族が利用者の人権を侵害している場合（虐待）など 2) 利用者が痴呆、精神障害等により周囲と摩擦を生じるなど、在宅生活の存続が困難になっている 3) 公的機関が役割分担して地域と連携し見守り体制を作ることが必要なケース

<p>るため、在宅サービスの利用が困難になっている例</p> <p>⑧家族に介護する気持ちのない例</p> <p>⑨在宅ターミナルケアで医療のバックアップが得られない例</p>	<p>3) 両者(高齢者と介護者)に問題があり、それを自覚しているが、援助を受けていない場合。</p> <p>4) 高齢者・介護者が問題を自覚しているが、援助を受けていない場合</p> <p>(ア) 身体障害、精神障害等のために社会機関に出向けず、援助を受けていない</p> <p>(イ) サービスに対する情報、その他の知識がないため、あるいは謝った知識(自由を制限されるお金がかかる等)を持っているため、援助を受けていない</p> <p>(ウ) 積極的に勧めてくれる人がいなかったため、援助を受けていない</p> <p>B当事者が問題を自覚していないために援助を受けようとしないうか、援助を受けていない場合</p> <p>1) 高齢者が精神疾患、人格障害のために深刻な状況にいると思っていない</p> <p>2) 家族介護者が高齢者に無関心なため問題の深刻さを自覚していない</p> <p>3) 積極的に援助してくれる人がいなかったため、問題が深刻になってしまった</p>			<p>できない</p> <p>⑧地域に要介護者を支えるシステムが不足</p> <p>⑨フォーマルサービスの資源不足</p> <p>⑩要介護者の意欲に問題がある</p> <p>⑪インフォーマルサービスの資源不足</p> <p>⑫QOL向上が困難</p>		
--	---	--	--	---	--	--

### 3) 対応困難事例となる要素の分析とその課題

高齢者領域の対応困難事例は入所している高齢者に限定せず、在宅で生活する高齢者とその家族を含んでおり、援助者にとって対応が困難である事例を示している。しかし、これらを見ていくと、定義、概念、分類が必ずしも一定ではないことがわかる。どの論者も利用者が独居である、認知症がある、精神疾患を持っているなどのいわゆるハイリスクと呼ばれる事例を対応困難事例にはあげているが、それらを詳細に見ていくと異なった傾向がみられる。それらを概観すると次の7つの要素に類型化が考えられる。それは、(1) クライアント自身がサービスの導入が必要であっても拒否する例などのクライアント自身の認識。(2) 独居、認知症やその他の疾患があり、意思表示が困難でサービス導入ができない例、医療ニ-

ズが高い等クライアント自身の能力の問題。(3) 介護者が介護をする気持ちがない、サービスを拒否する等介護の必要性の認識に関する介護者の認識の問題。(4) 介護者に介護力が低下している、高齢者世帯等介護者自身に介護の能力が不足していて困難化している、家族調整が必要な問題を抱えている介護者の能力の問題。(5) 介護支援専門員自身がサービス導入に関して認識をしていない介護支援専門員の認識の問題。(6) 介護支援専門員自身の力不足があり、困難化している介護支援専門員の能力の問題。(7) 地域に利用者を支えるフォーマル・インフォーマルな地域のシステムの存在があるか否か、地域のシステムの存在の問題。

先の7論者の対応困難事例化する要素との対応関係は表2に示したとおりである。クライアントの認識の問題をあげたのは杉山(2003)、根本(2003)、岡本(2003)、三菱総研(2004)、三橋(2004)である。クライアント能力の問題をあげたのは杉山(2003)、根本(2003)、新鞍(2003)、岡本(2003)、三菱総研(2004)、三橋(2004)である。介護者の認識の問題をあげたのは杉山(2003)、根本(2003)、新鞍(2003)、大井ら(2003)、岡本(2003)、三菱総研(2004)、三橋(2004)である。介護者の能力の問題をあげたのは杉山(2003)、根本(2003)、新鞍(2003)、岡本(2003)、三橋(2004)である。介護支援専門員の認識の問題を指摘した論者はいない。介護支援専門員の能力の問題をあげたのは新鞍(2003)、大井ら(2003)である。地域のシステムの存在の問題をあげたのは新鞍(2003)、大井ら(2003)、岡本(2003)、三橋(2004)である。

このようにみると、クライアントの能力、介護者の認識の問題はほとんどの論者が指摘している。しかし、介護支援専門員の能力の問題についてあげたのは新鞍(2003)、大井ら(2003)であり、介護支援専門員がどのように事例を認識するかについては誰も指摘をしていない。果たして、対応困難事例は、介護者、クライアント、地域のシステムの三者によって生まれるものだろうか。奥川(2002)は、対応困難事例に関して「『援助者側の思うように支援が展開しない場合』に使われることが多い」<sup>20</sup>(13頁)と援助者側の認識の問題を指摘している。果して、高齢者の支援に当たっている介護支援専門員は対応困難事例を介護者、クライアント、地域のシステムの三者で生まれるものと考えているのだろうか。介護支援専門員自身の要素、つまり、介護支援専門員自身が介入する前にあらかじめ対応困難だと思いついてしまう等の介護支援専門員の認識や、利用者や家族との援助的関係を形成する能力等介護支援専門員自身の能力の問題については、対応困難事例の要素には入ってこないのだろうか。この点についての検討が必要であると考えます。杉山(2003)と根本(2003)は経験知から、岡本(2003)と三菱総研(2004)はあらかじめ設定された質問項目に回答するという形式をとっており、三橋(2004)は川崎市でマニュアル化したものである。そこで、実際、高齢者の支援に当たっている介護支援専門員が対応困難例をどのように考え、その生まれる原因は何であり、そのためにどのような対応策をとっているか調査する必要がある。

表2 困難事例化する要素の分析

	杉山	根本	新鞍	大井ら	岡本	三菱総研	三橋
クライアントの認識	○	○			○	○	○
クライアントの能力	○	○	○		○	○	○
介護者の認識	○	○	○	○	○	○	○
介護者の能力	○	○	○		○		○
介護支援専門員の認識							
介護支援専門員の能力			○	○			
地域のシステムの存在			○	○	○		○

### 3. 調査の概要

#### 1) 調査の時期と対象

調査は、筆者が研修を担当した関東のA市の「在宅介護支援センター協議会」が主催する事例検討会に出席する30名の介護支援専門員を対象とした。調査の実施時期は2005年5月である。具体的には自記式アンケート用紙を研修時に配布し、その席上で記入をしてもらい、その場で回収した。

#### 2) リサーチクエスション

本調査はできるだけ量的調査のパイロットスタディとなるよう、回答者に自由に記述をしてもらい、その中から、量的調査の枠組み抽出するために以下の質問項目を作成した。

まず、対応困難と感じる事例の有無を聞き、「ある」と回答した者に、(1) 対応困難事例とは、どのような事例であるか具体的にあげる、(2) 対応困難な事例が起きる原因は何か、(3) 対応困難事例に対して、どのような対応策をとっているか、(4) 担当している事例の何割ぐらいを対応困難と感じているか、(5) かかわっていて上手くいっている事例はどのような事例であるか具体的にあげる、を自由に書いてもらった。

#### 3) 分析方法

分析方法には(4)以外はKJ法を用いて分析を行った。

### 4. 結 果

#### 1) 対象者の属性

対象者の属性は表3に示すとおりであり。調査対象者30名中、回答者30名回収率は100%であった。しかし、介護支援専門員の資格を有していない者が4名おり、26名であった。さらに、26名中担当ケース数が0の者が2名おり、有効回答数を24名とした。

性別では女性が8割を占め、年代では30歳代が3割、40歳代と50歳代がそれぞれ2.5割であった。月平均ケース担当数では、40ケース以上50ケース未満と50ケース以上60ケース未満

表3 回答者の基本属性

(N = 24)

属性	カテゴリー	度数	比率 (%)
性別	男性	5	20.8
	女性	19	79.2
年代	20歳代	2	8.3
	30歳代	8	33.3
	40歳代	6	25.0
	50歳代	6	25.0
	60歳代以上	2	8.3
月平均ケース担当数	1～9	1	4.2
	10～19	0	0.0
	20～29	2	8.3
	30～39	4	16.7
	40～49	6	25.0
	50～59	6	25.0
	60～69	4	16.7
	70～	1	4.2
資格構成	保健師	1	4.2
	看護師, 准看護師	9	37.5
	社会福祉士	4	16.7
	介護福祉士	6	25.0
	相談業務従事者, 介護等従事者	4	16.7

が5割を占めていた。資格では保健師, 看護師・准看護師, 社会福祉士, 介護福祉士, 相談業務従事者・介護等従事者に絞られ, 看護師・准看護師が約4割を占めていた。

## 2) 対応困難事例の有無について

対応困難事例の有無については, 23名が「ある」(95.8%)と回答し, 1名が「なし」(4.2%)と回答しており, 9割の介護支援専門員が対応困難事例の存在を認識していた。

## 3) 対応困難事例とはどのような事例か

対応困難事例についての自由記述では, 前述の類型に近い形となった。つまり, クライエントの認識の問題, クライエントの能力の問題, 介護者の認識の問題, 介護者の能力の問題, 地域のシステムの問題, 援助者自身の認識の6つの類型にわけることができた。クライアント本人の認識の問題では現実を理解しようとしなない, 危機の状況を理解しようとしなない, 本人が頑固で人を受け入れない, 相談の必要性を感じていない等があがった。クライアントの能力の問題では, 3つに分けられた。第一は疾患, 認知症が重度で困難化している, 第二は認知症, 理解力の低下があり, 本人が状況を理解できない, 第三は単身, 独居でキーパーソン

ンになる人がいない、の3つである。第一の疾患、認知症が重度で困難化しているでは、認知症で日内変動があり対応が難しい事例、医療依存度の高い人、アルコール依存症等の精神疾患がある事例等である。第二の認知症、理解力の低下があり、本人が状況を理解できないでは、認知症や性格から現実生活での対応が無理であり、危険である、金銭管理ができない、認知症の事例で本人に物忘れの自覚がない場合サービス導入ができない等である。第三の単身、独居でキーパーソンになる人がいないでは、独居で身寄りがなく、認知症がある人、心身、社会的に問題が生じているが相談にのってくれる家族がいない、家族が遠方に住む独居や老老世帯等である。

介護者の認識の問題では、家族の協力が薄い、主介護者が困難をすべて抱え込んでしまう、船頭が多くて話がまとまらない事例等があげられた。介護者の問題には、多問題を抱える家族の事例と虐待・介護拒否の2つにわけられた。多問題を抱える家族の事例では、本人だけの問題でなく、他の家族も問題を抱えている、家族全員が病弱、子ども間のトラブル、親族間のトラブルにより利用者自身が間に入ってしまう思い悩む事例、介護者側、家族側に精神疾患症状のある人、または障害（身体）をもっている人、つまり、ひとつの家族の中で多くの問題が発生している事例があげられた。虐待・介護拒否事例では、介護者の言葉の暴力が多い、要介護者への無関心、放置を故意に行っていると思われる事例である。援助者の認識の問題では、クライアントをなめるようにケアする家族に対して援助者が拒否感を持ってしまい、共感をベースとした対応が困難、があげられた。援助者の能力の問題では、医療管理が必要であるが医学的な知識がないがあげられた。地域のシステムの存在の問題では、医療機関の受け入れ先がない、専門医の受診は必要で、医療機関との調整が必要な事例、サポートする地域のシステム、他機関と上手に連携が取れていないがあげられた。

その他では、援助者の意見を聞き入れない事例、経済的問題、利用者本人と家族の意見が違う、苦情を言ってくる、地域のトラブルメーカーといった事例があげられた。

#### 4) 対応困難事例のおきる原因は何かについて

対応困難事例がおきる原因についての自由記述からからは4つに原因を大別できた。第一は、クライアントの問題、第二は介護者の問題、第三は地域のシステムの問題、第四は援助者の問題である。

第一のクライアントの問題とネーミングしたのは、クライアント自身の特徴とニーズに分けられる。クライアント自身の特徴はクライアント自身に生活歴を含め歴史がある、性格がある、その人自身のパターンがあるということがあげられた。クライアント自身のニーズとしては、クライアントのニーズがつかめない、表出されないがあげられた。第二の介護者の問題は、介護者が何らかの理由で不在であるということと、介護者が精神疾患等を抱えており、介護に問題が生じているがあげられた。第三の地域のシステムの問題は、その地域のカ

ラー、時流、制度、があげられた。

一番意見が寄せられたのは援助者の問題とネーミングしたものである。援助者の問題には、5つにわけられる。第一は援助者自身の力量不足、第二はアセスメントの問題、第三は信頼関係の問題、第四は苦手意識、第五は一人で抱え込んでしまう、である。援助者自身の力量不足には、援助の幅が少ないこと、自分の専門以外であったり、どう調べたらよいかもわからないことについて質問や要求をされたとき、自分の力量がない、相手が理解できるように説明できない等である。アセスメントの問題では、アセスメントがきちんと取れていない、援助職のクライアントの位置取りのまずさ、最初のアセスメントのまずさや説明不足等があげられた。信頼関係の問題では、ラポールが取れていない、相手の本当の気持ちを受け止めていない、コミュニケーションが取れていないことが多いように感じる等があがった。苦手意識では、不得手な相手を意識しすぎて不自然になってしまう、人として対象者や家族を苦手と感じている等である。一人で抱え込んでしまうは、自分が振り回される、余裕がないとき、問題を一人で抱え込む傾向、自分だけで対応しようとしてしまっている等である。

#### 5) 対応困難事例に対して、どのような対応策をとっているか

対応困難事例に対して、どのような対応策をとっているかについては、信頼関係の構築、再アセスメント、記録をとる、家族と勉強をする、他者に相談、カンファレンスを開く、関係機関との連携、専門書を読む、早期対応の9つに大別し、ネーミングした。

信頼関係の構築では、対象者との信頼関係の構築、訪問回数を増やし、話しをする機会を多くとり、信頼関係作りから入る、サービス導入前に何度か面接を繰り返し、本人、家族、関係者から傾聴を含め情報収集につとめる、家族や本人とのコミュニケーションをはかりつつ、家族の介護の大変さを少しでも理解できるようにする等である。再アセスメントでは、問題の整理をする、何が困っているのかはつきりさせる、質問するにあたり、必要な情報を得られるか検討する、表や紙に書き出してまとめてみる、社会資源を再度調べる、本人・家族の意思の確認等である。記録をとるでは、何をどう誰に対して行ったか記録を残す、自分の考えを職場の回りの人に伝えておく、記録を残すことで援助の方向性を冷静に判断できるようにする等である。家族と勉強するでは、家族と一緒に勉強の場を作る、家族と一緒に勉強するである。他者に相談では、一人で抱え込まない、他の専門職の意見をうかがう、職場内外のコンサルテーションを受ける、関係機関に相談する、職場等に相談する、市役所に相談する、上司に相談する等である。カンファレンスを開くでは、カンファレンスを開き対応策を考える、カンファレンス等を利用して意見を聞く、カンファレンスで問題を明確にして、役割も明確にする等である。関係機関との連携では、関係機関との連携につとめる、他のサービス提供関係者との相談や活用等である。専門書を読むでは、心理関係の本を読む、相談援助の本を読む等である。早期対応では、早めの危機介入で困難ケースの発生を未然に

防ぐ、身寄りのない人には、機会があるたびに今後について提議し、問題意識を持ってもらう等である。その他として担当者の変更があげられた。

#### 6) 担当している事例の何割ぐらいを対応困難と感じているか

担当している事例の何割ぐらいを対応困難と感じているかについて、自由に記述してもらった。その結果、なしと2～5割、5～8割と回答した者が1名、1割以下と回答した者が12名で5割、1～2割と回答した者が6名で2.5割、1割以下と1～2割をあわせると7割以上の者が占めている（表4）。

表4 対応困難事例の比率

(N = 24)

	回答数	比率 (%)
なし	1	4.2
1割以下	12	50.0
1～2割	6	25.0
2～5割	1	4.2
5～8割	1	4.2
無回答	3	12.3

#### 7) かかわっていて上手くいっている事例はどのような事例であるか

かかわっていて上手くいっている事例はどのような事例であるかについては、援助者と信頼関係ができている、援助者がクライアント・家族からの理解を得られている、アセスメントができている、クライアント本人の理解力・意思決定力、クライアントの意欲・生き方、クライアントと家族の理解力・レスポンスの良い事例、家族関係・協力の良い事例、地域のシステムの存在、経済的安定の9つに大別でき、ネーミングした。

援助者と信頼関係ができているでは、信頼関係がきちんと結べる事例、家族や対象者が信頼してくれている、信頼関係が作れている事例等である。援助者がクライアント・家族からの理解を得られているでは、聞く耳を持っている利用者・家族、援助者の立場を理解して相談してきてくれる、上手く援助者を利用してきて、振り回さない事例、受け入れの良い事例等である。アセスメントができているでは、アセスメントが上手くとれていて、その上で信頼関係が築けている事例、初回面接が上手くできている等である。クライアント本人の理解力・意思決定力では、自分の意思でサービス決定をできる人、本人の意志や目的が明確であり、現状認識ができる事例、自分がどうしたいかはっきり話せる、援助者の伝えている内容がある程度理解できる、理解力があり、意思表示ができる等である。クライアントの意欲・生き方では、人生に前向き、自分の生き方がはっきりしており家族と連携が取れている、生きる力を持っている事例等である。クライアントと家族の理解力・レスポンスの良い事例で

は、本人・家族の理解が良い、本人と家族の反応が良い事例である。家族関係・協力の良い事例では、本人、家族が現状を受け止めている、本人・家族の反応の良い事例等である。家族関係・協力の良い事例では、家族関係が良い、本人と家族が上手くコミュニケーションできている事例、本人、家族のコミュニケーションがとれ、理解力、介護力のある事例、家族の協力がある場合、本人、家族の思いが同じ方向を向いている、キーパーソンがはっきりしている等である。地域のシステムの存在では、地域の友人、知人の協力がある、協力体制が整っている事例、関係機関との連携が上手くいったとき等である。経済的安定では、経済的に心配のない人、経済的に安定している事例等である。

## 5. 考 察

9割の人が対応困難事例を感じており、総事例数の1から2割がそれにあてはまると実感している。これらの調査結果から何がみえるのかについて対応困難例の分析結果、対応困難事例と上手くいっている事例の対比と対応困難事例の原因とその対応策の対比から考えたい。

### 1) 対応困難事例の分析結果から

対応困難事例では、ほぼ先の論者が指摘したとおりの類型になった。クライアントとの認識の問題では、現実を受け入れようとしない、危機の状況を理解しようとしない等は杉山（2003）の③本人家族がサービスの利用を拒否する例、根本（2003）のA. 問題を自覚しているが、援助を受けようとしない例が当てはまった。クライアントの能力の問題では、第一の疾患、認知症が重度で困難化しているは、杉山（2003）の②徘徊、夜間不眠など活発な症状を示すため、介護力が極めて大きい例、⑥神経難病などの末期が代表であるが、痰の吸引、誤嚥や褥創などの予防のように24時間にわたる介護の必要な例、⑦NRSAや疥癬など感染症があるため、在宅サービスの利用が困難になっている例、である。新鞍（2003）の①利用者の病気や状態、②状態の変化、岡本（2003）の②～⑩の②精神疾患のある例、③痴呆症状がある事例、④不安定、変動の大きい事例、⑤難病疾患の事例、⑥医療依存度の高い事例、⑦ターミナル期の事例である。第二の認知症、理解力の低下があり、本人が状況を理解できないのは、根本（2003）のB. の1）高齢者が精神疾患、人格障害のため深刻な状況にいると思っていない、三菱総研（2004）の④痴呆など意思表示が困難な利用者である、第三の単身、独居でキーパーソンになる人がいないでは、新鞍（2003）の⑧キーパーソンの不在、岡本（2003）の⑧一人暮らしの事例、三菱総研（2004）の⑦独居の利用者、三橋（2004）の1）の①、独居世帯があてはまる。

A市の回答では、単に単身である、認知症があるという、事柄だけで困難と考えているのではなく、単身で認知症があるというような重層的に状況になった場合、対応困難事例と考

えているようである。

介護者の認識の問題については、杉山（2003）の③本人や家族がサービスを拒否する例、根本（2003）のA. の2）の（イ）公的サービスに抵抗があるために援助を受けようとならない、（ウ）高齢者に恨みを抱いていたり、関心が薄いため、援助を受けようとならないが、あてはまる。介護者の能力の問題では、多問題を抱える家族の事例では、岡本（2003）の①～⑫の①家族内多問題があてはまる。虐待・介護拒否では、根本（2003）のB. の2）の（ア）高齢者を虐待あるいは放棄して、それを知られたいないため援助を受けようとならない、新鞍（2003）の⑤虐待、岡本（2003）の①～⑫の②介護者が援助に拒否的、三橋（2004）の③家族がいてもその家族が利用者の人権を侵害している場合（虐待）など、があてはまる。介護者の問題の場合、多問題を指摘したのは岡本（2003）のみであるが、多問題を抱えている家族の問題が顕在化したのは、介護問題が浮上したからなのか、その以前から問題があり、とても介護の問題まで抱えられないというのか、そのどちらかによって何に対してアプローチをしていくかが異なるため、さらなる分析が必要と考える。

援助者の認識の問題と援助者の能力の問題は、先行研究同様、あまりみられなかった。「対応困難」との言葉の響きに回答者がイメージするのがクライアント、介護者、地域のシステムであったようである。

地域のシステムの存在の問題では、医療機関の受け入れの問題、医療機関との調整の必要性があげられたが、杉山（2003）の⑨在宅ターミナルケアで医療のバックアップが得られない、大井ら（2003）の⑥かかりつけ医との関係、岡本（2003）の①～⑫の⑧地域に要介護者を支えるシステムが不足、⑨フォーマルサービスの資源不足、⑩インフォーマルサービスの資源不足があてはまる。A市の回答は、医療機関との連携のようなより具体的な地域のシステムを示していた。これは、現場では、医療が重要な位置を占め、待ったがきかない、即医療と連携が必要なケースがあることの反映と考える。

## 2) 対応困難事例とうまくいっている事例の対比から

対応困難事例とうまくいっている事例の対比であげられた回答は、先の論者が指摘したものと同様の類型化ができるものと、そうではないものが明らかとなった。同様の類型となったものは、クライアントの認識の問題、クライアントの能力の問題、介護者の認識能力の問題、介護者の能力の問題、援助者の認識の問題、地域のシステムの存在である。クライアントの認識の問題は、クライアントの意欲・生き方であり、一部クライアント本人の理解力・意思決定力も含まれた。クライアントの能力ではクライアント本人の理解力・意思決定力である。介護者の認識の問題と介護者の能力の問題は、家族関係・協力の良い事例に含まれていた。地域のシステムの存在の問題は、インフォーマルな社会資源の存在と地域のシステムの存在に含まれていた。

一方、同様の類型化ができなかったものは、援助者と信頼関係ができていて、アセスメントができていて、援助者がクライアントと家族から理解が得られているであった。上手くいっている事例が対応困難事例の逆説になるものと予想をしていた。しかし、そのとおりはならなかった。つまり、対応困難事例はクライアント、介護者、地域のシステムの存在の三者が中心であったが、上手くいった例は、三者の他に「信頼関係」に代表される援助者との関係、が出てきたのである。「援助者と信頼関係ができていて」「アセスメントができていて」「援助者がクライアントと家族からの理解が得られている」は、援助者側の要素であり、また、援助者、クライアント、介護者の両方向の関係が良好であることがうまくいっている事例につながるという回答が得られたのである。この結果から、援助者側の要素が対応困難事例に影響を及ぼすことが明らかとなった。「信頼関係」、「アセスメント」、「理解が得られる」は対人援助技術を示しており、対人援助技術の習熟度と対応困難事例、つまり、援助者側の認識や能力の問題が対応困難事例の一要素となりえることを示している。

別な言い方をすれば、クライアントの問題や介護者の問題は、対応困難事例のリスク要因であっても、援助者とクライアントや家族と信頼関係が築かれていれば、他の要素が入っても困難事例とは呼ばれない可能性があるということである。

### 3) 対応困難事例の原因とその対応策の対比から

次に、対応困難事例の原因として得られた回答とその対応策を対比してみる。対応困難事例の原因として、クライアントの問題、介護者の問題よりも、援助者自身力量不足に焦点が絞られた。このことは何を意味するのだろうか。回答者はクライアント、介護者よりも援助者自身の問題として、対応困難事例をとらえていたといえる。これからは2つのことが言える。ひとつは信頼関係の問題、アセスメントの不足、苦手意識、これらは対人援助職として介護支援専門員がソーシャルワークの知識と技術を求められる専門職であるということ、もうひとつは、ソーシャルワークの知識と技術を身につけるには現行の介護支援専門員が30数時間の教育で実践現場に出ざるを得ないという現状を反映していることである。信頼関係の構築、アセスメントはまさにソーシャルワークの中核であり、クライアントとその家族と援助的な関係の構築ができるコミュニケーション能力と、クライアントとその家族の持つ強さと力を引き出し、実践に生かす知識と技術を要するものである。介護支援専門員が自分自身の力量不足を感じ、とくに「面接」や「利用者の力を引き出す」「利用者の価値観」という項目に対しては自信を持っていないと認識しているとの報告もある<sup>21</sup>。ホルト（2005）によると「学問的な背景にかかわらず、駆け出しのケースマネージャー（注：北米の呼称）のほとんどが、その仕事につくための業務や責任に関する単に試験合格以上の知識を持ち合わせていない<sup>22</sup>と指摘している。仁科（2004）は「私たちが、介護保険がスタートするときに一生懸命勉強したのは、ただアセスメントツールの手法とお金の計算だけで、人と接して、

その人の生活に密着した形での相談業務をするという技術は重要視されませんでした」(487頁)<sup>23</sup>と述べている。30数時間で介護支援専門員を名乗らなければならない日本の介護支援専門員達は教育において十分なフォロー体制が整っているとはいえないのではないだろうか。

その手当てとなるものが対応策といえよう。対応策には、個人的なアプローチのものとシステム的なアプローチのものに分けられる。個人的なアプローチでは、クライアントや家族のもとに足を運ぶ、再アセスメントする、問題の整理をする、記録で整理するがあげられる。システム的なアプローチのものとしては、同僚・上司に相談する、市役所に相談する、職場内外のコンサルテーションを受ける、専門家に聞く、カンファレンスを開く、関係機関と連携をとるである。個人的なアプローチのものは、対人援助職としての介護支援専門員が内省的に思考し業務に当たる面では、必要不可欠なものといえよう。また、システム的なアプローチでは、個人の相談レベルから組織のバックアップ体制まで指摘されている。川崎市<sup>24</sup>と世田谷区<sup>25</sup>では、組織レベルでバックアップ体制をとり、対応困難事例に取り組んでいる。個人的なアプローチからシステム的なアプローチまで介護支援専門員をバックアップする体制が必要である。しかし、バックアップ体制にバリエーションがないと、一人で抱え込んでしまうことが起きかねない。バックアップする体制にバリエーションがあり、介護支援専門員がその状況に応じて臨機応変にバックアップ体制を使わないと意味を持たない。しかしながら、そのバリエーションが豊富に準備されているか、十分とはいえないのではないか。個人がどのくらいバックアップ体制のバリエーションを有しているか、介護支援専門員にあらためて問うてみる必要がある。

以上、本研究結果の可能な解釈と応用について論じてきた。最後に、研究の限界と課題を述べたい。本研究では、対応困難事例とは何を指し、どのようなものであるか、また、実際実践現場にいる介護支援専門員が対応困難例をどのようにとらえ、その原因と対応策をとっているかについてKJ法を用いて分析を行った。本研究で用いた方法は量的調査の枠組みを作成するためのパイロットスタディの要素が大きく、その妥当性や信頼性に関しては今後さらなる検討が必要である。また、調査のサンプルも関東地方のA市24人からの回答であり、一般化して述べることに疑問が残る。量的調査に向けての枠組みを詳細に検討し、予備調査を行う必要があるだろう。

## 5. おわりに

介護支援専門員が対応困難事例を抱えながら業務を行っていることが明らかとなった。そして、対応困難事例はクライアント、介護者、地域のシステムの存在の三者から引き起こされているのではなく、クライアント、介護者、援助者、地域のシステムの存在の四者から起

きていることも明らかとなった。その原因として、介護支援専門員は自身の力量不足をあげている。対応困難事例への対策としては組織レベルでの対応はもちろんのこと、介護支援専門員自身が自信を持ち、クライアントとその家族に相談援助できるよう知識と技術の面からのサポートも重要であると考えられる。今後、現任研修ならびにカンファレンスにおいても、介護支援専門員の対人援助職としての知識と技術が身につくようなプログラムやカリキュラムが検討される必要があると思われる。

(本研究は平成17年度科学研究費補助金(基盤研究(C)(1))の成果の一部である)

## 註

- <sup>1</sup> 対応困難事例、対応困難例、処遇困難事例など、呼び方も統一されていない。そこで、本稿では対応困難事例と呼び方を統一して論を進めていく。
- <sup>2</sup> <http://web2.nichigai.co.jp>
- <sup>3</sup> 立花光雄(2003)「処遇困難試論Ⅲ－処遇困難例の治療予後－」『大阪府立精神医療センター紀要』大阪府精神医療センター 4頁。
- <sup>4</sup> 加藤久雄(1988)『「処遇困難者」の処遇』『法と精神医療』No.2 法と精神医療学会 55-68頁。
- <sup>5</sup> 小野江信介(1988)「単科精神病院における処遇困難例の実態」『法と精神医療』No.4 法と精神医療学会 861-108頁。
- <sup>6</sup> 道下忠蔵(1991)「精神科医療領域における処遇困難例の治療のあり方」『法と精神医療』No.5 法と精神医療学会 1-36頁。
- <sup>7</sup> 寺田敬志(1991)「厚生省の『処遇困患者』概念及び『処遇困難患者対策』に関する批判的検討」『臨床心理学研究』第29巻第2号 日本臨床心理学会 医学書院 65-73頁。
- <sup>8</sup> 上野亜希子, 和泉香代子, 佐久本淳子, 長澤仁美, 永田麻紀, 樋口すみ江, 本田るい, 得居みのり, 芳賀百合子, 岡田ルリ子, 中西純子(1998)「対応困難を感じる看護体験の要因と構造」『日本看護学会論文集』第29回 看護総合 日本看護協会 日本看護協会出版会 162-164頁。
- <sup>9</sup> 小乾みどり, 太田和枝, 山崎 修, 三木明美(2003)「精神疾患患者に対応困難を感じる看護師の認識」『日本精神科看護学会誌』Vol.46 No.2 日本精神科看護技術協会 386-390頁。
- <sup>10</sup> 『月間ナーシング』(2003)「困った患者さんと決めつけしないで 特集 対応困難なケースのアセスメントとアプローチ」学習研究社 18-72頁。
- <sup>11</sup> 福富昌城(1990)「接近困難な在宅要介護老人に対するソーシャル・ワークの対応」『同志社社会福祉学』第4号 同志社大学社会福祉学会編 同志社社会福祉学会 41-50頁。
- <sup>12</sup> 根本博司(2003)「対応困難事例への対応」『改訂 介護支援専門員基本テキスト』第3巻 長寿開発センター 353-368頁。
- <sup>13</sup> 杉山孝博(2003)「困難事例にどうアプローチするか」『介護支援専門員』Vol.5 No.1 メディカルビュー 13-16頁。
- <sup>14</sup> 根本博司(2003)「困難事例に対する援助のポイント」『介護支援専門員』Vol.5 No.1 メディカルビュー 17-20頁。
- <sup>15</sup> 新鞍真理子(2003)「介護支援専門員における困難事例と感ずる理由の分析－福祉職と医療職の比較－」『日本社会福祉学会第51回全国大会報告要旨集』日本社会福祉学会 371頁。
- <sup>16</sup> 大井伸子, 長安つた子, 竹内孝子, 池田恵美, 佐藤紀美江, 中田仁美, 持田千里, 神土純子(2003)「岡山県下の介護支援専門員の活動状況に関する検討－業務内容, 就労状況, 研修への参加についての調査より－」『日本看護学会誌』Vol.12 No.1 日本看護協会 60-67頁。
- <sup>17</sup> 岡本令子(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』医学書院 2-4頁。

- <sup>18</sup> 三菱総合研究所 (2004) 『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査研究報告書』 三菱総合研究所 127-128頁.
- <sup>19</sup> 三橋由佳 (2004) 「介護支援サービスにおける処遇困難ケースとその対応 - 基幹型在宅介護支援センターでの活動を通して -」 『訪問看護と介護』 Vol. 9 No. 7 医学書院 495-502頁.
- <sup>20</sup> 奥川幸子 (2002) 「困難事例を作り出さないために」 『ケアマネジャー』 2002年12月号 中央法規 13頁.
- <sup>21</sup> 斉藤順子 (2005) 「介護支援専門員の職務意識とその課題 - 利用者主導のケアマネジメント実践に向けて -」 『総合政策研究』 第19号 関西学院大学 総合政策学部研究会 106-123頁.
- <sup>22</sup> ホルト, B. J. (2005) 白澤政和監訳 『相談援助職のためのケースマネジメント入門』 中央法規.
- <sup>23</sup> 斉藤 学, 仁科淳子, 三橋由佳 (2004) 「介護支援専門員の守備範囲とは」 『訪問介護と看護』 Vol. 9 No. 7 486-494頁.
- <sup>24</sup> 三橋由佳 (2004) 前掲論文.
- <sup>25</sup> 藤野智子 (2000) 「世田谷区における高齢者保健福祉システム」 『月間 地域保健』 Vol.31 No. 3 地域保健研究会 4-15頁.

## What is Difficult Case that Cope with the Aged

Junko SAITO

This paper had two aims. One of them was to make the definitions and the concepts clear about the difficult cases that cope with the aged. Another was to research job awareness among care managers about these cases.

This research was based on answers to questionnaires sent 24 care managers who had been trained in Kanto region. Questionnaires were analyzed by KJ method.

The result of survey that care managers attended to own work to feel difficulties. These cases were made up of four factors, that is, clients, families, care managers and communities.