

## 研究員一覧

---

1. 穂積 登(代表) 精神科医 ほづみクリニック院長
2. 長尾 佳子 精神科医 社会福祉法人同胞互助会 理事・嘱託医
3. 羽藤 邦利 精神科医 代々木の森診療所院長
4. 平川 博之 精神科医 ひらかわクリニック院長
5. 白石 弘巳 精神科医 東京都精神医学総合研究所
6. 五十嵐禎人 精神科医 東京都精神医学総合研究所
7. 芦刈伊世子 精神科医 あしかりクリニック院長
8. 越川 裕樹 精神科医 石神井公園クリニック院長
9. 中村 誠 精神科医 曙クリニック院長
10. 香川 美里 弁護士 東京パブリック法律事務所
11. 高橋 俊彦 弁護士 東京パブリック法律事務所
12. 佐藤 光子 弁護士 東京パブリック法律事務所
13. 貞弘 貴史 弁護士 東京パブリック法律事務所
14. 上條 弘次 弁護士 東京パブリック法律事務所
15. 葦名 ゆき 弁護士 東京パブリック法律事務所
16. 柏木 洋子 ケアマネジャー くすのきの郷施設長
17. 佐藤 悦子 ケアマネジャー 昭島市高齢者在宅サービスセンター所長
18. 小林 麻里 ケアマネジャー くすのきの郷
19. 秦 美香 ケアマネジャー 社会福祉法人豊芯会
20. 西村 幸子 ケアマネジャー 社会福祉法人豊芯会
21. 渡辺 昇 ケアマネジャー めぐみ園指定居宅介護支援事業所所長補佐
22. 織田 昭子 ケアマネジャー NPOサポートハウス年輪理事
23. 酒井 清子 ケアマネジャー 西東京市介護保険課介護相談係非常勤職員
24. 中村 紀子 ケアマネジャー クリスタル介護センター
25. 石山 悦子 ケアマネジャー めぐみ園指定居宅介護支援事業所
26. 棚田真奈美 精神保健福祉士 ホームヘルパー 1 級
27. 西村 由紀 メンタルケア協議会事務局

## 目次

---

研究員一覧 .....	1
研究要旨 .....	5
研究の目的 .....	6
研究の方法 .....	7
- 1 対応困難事例に関する調査.....	7
資料1 アンケート調査票と依頼文     8	
- 2 コンサルテーション試行.....	7
資料2 電話相談窓口の案内文書     7	
対応困難事例に関する調査結果.....	12
- 1 事業所アンケート調査 .....	12
- 2 ケアマネジャーアンケート調査 .....	14
- 3 アンケート調査における対応困難事例の分析 .....	15
コンサルテーション試行結果.....	19
- 1 アンケート困難事例に対するコンサルテーション .....	19
資料3 アンケート事例概要一覧     21	
- 2 電話相談窓口設置によるコンサルテーション .....	34
資料4 電話相談窓口事例概要一覧     37	
結論と今後の課題.....	49
謝 辞.....	51

介護福祉サービス事業所における対応困難事例に対して  
有効な精神医学的・法的・介護技術的専門家連携  
コンサルテーションシステムを構築するための調査及び試行的実施

平成15年度 研究報告書

特定非営利活動法人メンタルケア協議会  
専門家連携型介護サービスコンサルテーションセンター研究班  
代表 穂積 登

研究要旨

2000年4月に導入された介護保険制度は、4年経過する中で国民に受け入れられ、制度として定着してきている。しかし、新しい課題も浮かび上がってきている。課題のひとつは、サービス事業者やケアマネジャーがサービスの提供に困難を感じる在宅の高齢者への対応である。

在宅の対応困難事例が地域の中にどのくらいあるのか、それらにはどのような対応が求められるのかについて調査した。調査は、東京都の都心部の豊島区と東京都の郊外である昭島市の居宅介護支援事業所とケアマネジャーを対象に、アンケート調査と聞き取り調査によって行った。

調査の結果、事業所・ケアマネジャーは、作成ケアプラン数1000件当たり8.2件～64.5件の発生頻度で対応困難事例を抱えていることが分かった。

対応困難例の多くは、痴呆周辺症状や統合失調症などの精神障害を有し、且つ単身か高齢者世帯であるか、家族が同居している場合には家族関係が悪いなど生活状況に問題があるケースであった。問題が重なることにより、身体介護や精神症状への対応等の直接的な難しさに加えて、本人からのサービス拒否、ケアマネやヘルパーへの悪口や頻回の苦情、過大な依存や注文、金銭管理上の問題、また家族によるサービス拒否、放置や虐待、金銭搾取などがみられ、サービスを提供する上での困難さを増していた。

アンケートに書かれた対応困難事例の分析から、44.2%が介護専門職と精神科医による関わり、9.2%が介護専門職と弁護士による関わりが必要と判断された。38.7%のケースでは、介護専門職と精神科医、弁護士の3者によるコンサルテーションが必要と判断された。

アンケートの対応困難事例の中から、特に対応が難しいと判断されるケースと、2004年2月中旬～3月中旬に開設した電話相談窓口に寄せられた対応困難事例に対して、介護専門職、精神科医、弁護士によるコンサルテ

ーションを試行的に行った。その結果、対応困難例に対するコンサルテーションの在り方について以下のようなヒントを得ることが出来た。

**三者連携**

介護専門職、精神科医、弁護士の3者が連携することによって、より適切なコンサルテーションを行える。

**介護専門職の媒介**

精神科医、弁護士が現場の実情に合ったコンサルテーションを行うには、介護専門職が加わり仲介することが必要である。

**精神科医へのスーパーバイズ、弁護士へのスーパーバイズ**

精神科医や弁護士で高齢者のケースに経験が豊富な者は少ない。多くの精神科医や弁護士にコンサルテーションに加わってもらうためには、高齢者ケースのスペシャリストによるスーパーバイズの仕組みを用意する必要がある。

**個人情報の取り扱い規定**

プライバシーを扱うので、個人情報保護の厳格な仕組みが必要である。さらに行政による認証や監督も望まれる。

**行政や既存の相談機関との連携と役割分担**

地域行政の担当課、在宅介護支援センター、社会福祉協議会、その他の相談機関などと密接に連携し、役割分担を行う必要がある。

**対応マニュアルや契約の難形など**

対応困難事例の中でも典型的なケースについては、対応をマニュアル化することが役立つだろう。また、事業所と利用者の契約について、難形があると役立つであろう。

**アクセス、迅速性、柔軟性、費用対効果**

対応困難事例のコンサルテーションでは、アクセスしやすさ、迅速対応、柔軟な対応、費用対効果の高さが求められる。

## 研究の目的

2000年4月に導入された介護保険制度は、4年経過する中で国民に受け入れられ、制度として定着してきている。しかし、新しい課題も浮かび上がってきている。課題の一つとして、新しい制度の中心的役割を果たしているケアマネジャーや、その所属するサービス事業所に過重な負担がかかっていることが指摘されている。サービス事業者やケアマネジャーの業務を圧迫する主要な原因の一つは、対応困難事例、即ち、サービス事業者やケアマネジャーがサービス提供上で困難を感じる事例である。対応困難事例に、迅速、適切な対応を行うことは、介護保険制度の円滑な運用、効率性の向上のために欠かせない。

対応困難となる事例は、何らかの精神障害を有しているものが多いと言われており、その場合、判断能力に障害を伴うことが多く、金銭管理などでのトラブルも発生しやすい。その解決のためには、精神科医療の支援と法的な支援を併せて行う必要がある。現在は、在宅介護支援センター、基幹型在宅介護支援センター、保健所、ケ

アマネサポートセンターなどがサポートすることになっているが、十分には対応しきれておらず、新しい方策が求められている。

本研究の目的は、まず第一に、在宅の高齢者の対応困難事例が実際にどのくらいあるか、それはどのようなケースであるか、どのような対応が必要であるかについて、実態を把握することである。目的の第二は、対応困難事例を取り上げて、精神科医や弁護士が、介護専門職の協力を得ながら、居宅介護支援センターやケアマネジャーに対して試行的コンサルテーションを行い、精神科医などによるコンサルテーションがどこまで介護現場に役立つかどうかを検証することである。目的の第三は、調査結果と試行的コンサルテーションの検証を踏まえて、既存のシステムでは対応が難しい対応困難事例に対する新しいコンサルテーションのシステムを構想することである。

### - 1 対応困難事例に関する調査

対応困難事例の実態を把握するために、居宅介護支援事業所及び、その事業所に所属するケアマネジャーへのアンケート調査を行った。調査対象地域は、東京の都市部として豊島区、東京郊外として昭島市をそれぞれ選んだ。昭島市は居宅介護支援事業所の数が少なかったため、在宅介護支援センターも調査対象に含めた。調査対象施設は、豊島区居宅介護支援事業所72軒、昭島市居宅介護支援事業所17軒、昭島市在宅介護支援センター5軒の合計94軒であった。アンケート用紙は2種類で(資料1参照)施設に対する調査用紙と、所属するケアマネジャーに対する調査用紙である。アンケートの趣旨書を同封して、平成16年1月6日に各施設へ郵送した。ケアマネジャーに対する調査用紙には、実際に取り扱った対応困難事例を最大2件書いてもらうようになっている。アンケート用紙の回収は、調査員が電話連絡の上直接事業所へ出向き、記入漏れや事例でわからない点を質問して追加記載をしながら行った。

調査に先だって、豊島区保健福祉部介護保険課と昭島市介護福祉課に協力をお願いした。豊島区においては居宅介護支援事業所連絡会の席で、昭島市においてはケアマネジャーやサービス事業所で構成されている「あきしま福祉ネットワーク」の会議の席で、調査についての説明の機会を作って貰うことができた。

ケアマネジャーに対するアンケートの中で書いて貰った対応困難事例で、特に解決が困難なように思われるケースについては、電話や直接面談でさらに詳しい情報を聞き取り調査した。

### - 2 コンサルテーション試行

本研究では、2つの方法で集めた事例に対して試行的コンサルテーションを行った。一つは、ケアマネジャーに対するアンケート調査に記載された対応困難事例の中で、特に解決が困難と思われるケースを研究委員会にて抽出した。その中で事例を書いたケアマネジャーに協力を得られたケースのみ対象とした。

もう一つは、電話相談窓口を開設し、コンサルテーションを希望してきた事例

を対象に行った。電話相談窓口は、2月中旬より1ヶ月間、火・水・金の14時～17時まで開設した。開設するに当たっては、資料2のような案内を、豊島区と昭島市の94居宅介護支援事業所等とそこに所属するケアマネジャーへ発送した。相談者は特に限定しなかった。相談窓口にはケアマネジャーを配して相談内容の聞き取りを行い、研究委員の専門家で対応方法を検討して約1週間後に電話等で対応を行った。

コンサルテーションの対象となった事例への対応方法は、相談内容を研究委員会において、あるいは複数の研究員に相談して検討を行った。事例毎に担当の精神科医や弁護士あるいはケアマネジャーを決めた。担当者は、検討された方法に沿って単独あるいは複数の専門家で対応し、対応内容と対応した結果について報告を行った。

#### 資料2 電話相談窓口の案内文書

精神医学的、法的、介護技術的専門家連携コンサルテーションセンター

#### 電話相談窓口開設のご案内

居宅介護を行う上で対応が難しいケースの電話相談窓口を試行的に開設いたします。居宅介護支援事業所やケアマネジャーの方が対応に困っておられるケースで、ひょっとして精神科医や弁護士などの助言があれば役立つかもしれないと思われるケースがあったらどうぞ気軽にご相談してみてください。

最初に電話相談員が問題の概要をお聞きします。お聞きした概要をもとに、精神科医・弁護士・介護専門職からなるチームで検討した上で、対応策をご提案させていただきます。

**開設日：** 2月17日～3月16日の間の  
**火曜日、水曜日、金曜日**

**開設時間：** 午後2時～午後5時

**電話番号：** 03-5333-6484

**相談料：** 無 料

この相談窓口は、厚生労働省補助事業として行っている試行研究の一環であるため、期間を区切って無料で行っております。研究報告書に相談ケースの概要を報告させて頂くことはありませんが、相談者や施設名は全て匿名とし、相談者が特定できるような情報は絶対に掲載されませんので、安心してご相談下さい。

特定非営利活動法人メンタルケア協議会  
専門家連携型介護サービス  
コンサルテーションセンター研究班

**1 厚生労働省補助事業 未来志向研究プロジェクト「対応困難事例に関する調査研究」アンケート用紙(事業所について)**

事業所名称 \_\_\_\_\_ 開設時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_

所在地 (豊島区・昭島市)

**■事業内容(主な事業・併設されている事業所を全て選び、○で囲んで下さい)**

- 在宅介護支援センター・訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション  
 通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護  
 特定施設入所者生活介護・痴呆対応型共同生活介護・福祉用具貸与・診療所( )科)  
 特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床・病院( )科)  
 身体障害者福祉施設( ) ・知的障害者福祉施設( )  
 精神障害者福祉施設( )  
 その他( )

**■職員体制**

常勤 \_\_\_\_\_ 名(内ケアマネ \_\_\_\_\_ 名)  
 非常勤 \_\_\_\_\_ 名(内ケアマネ \_\_\_\_\_ 名)

**■ケアプラン数**

H15年1月～H15年12月の間に作成したケアプラン  
 総数 \_\_\_\_\_ 件

**■苦情やサービス提供上の困難 H15年1月～H15年12月の間に事業所として把握している件数**

1. 苦情として上がってきたケース \_\_\_\_\_ ある( )件 ・ ない  
 2. 上記の内、苦情解決に特別な配慮を要したケース \_\_\_\_\_ ある( )件 ・ ない  
 3. サービス提供上、特別な困難や戸惑いのあったケース \_\_\_\_\_ ある( )件 ・ ない

**■事業所内の苦情対応機構**

1. 苦情対応委員会がある (月 \_\_\_\_\_ 回程度開催) 2. 苦情対応係がある  
 3. 通常ミーティングで対応 (月 \_\_\_\_\_ 回程度開催) 4. 必要に応じて話し合う  
 5. 特になし(担当ケアマネが判断・管理者が判断・管理者とケアマネが判断)  
 6. その他(具体的に \_\_\_\_\_ )

**■苦情・困難対応マニュアル**

1. ある(よく活かされている・まあまあ活かされている・あまり活かされていない)  
 (定期的に見直しを行っている……年 \_\_\_\_\_ 回程度 ・ 見直しは行っていない)  
 2. ない(必要があると思う・必要はない)(理由 \_\_\_\_\_ )

**■事業所内における困難事例検討会**

1. 開催している(定期的・不定期、H15.1～H15.12に \_\_\_\_\_ 回開催)  
 2. 開催していない(今後定期的に開催する予定がある・特に予定はない)  
 (開催していない理由 \_\_\_\_\_ )

**■苦情・困難事例を相談できる外部専門機関との連携**

1. 医療(精神科) \_\_\_\_\_ あり(具体的に \_\_\_\_\_ )・ なし  
 2. 医療(精神科以外) \_\_\_\_\_ あり(具体的に \_\_\_\_\_ )・ なし  
 3. 福祉関係 \_\_\_\_\_ あり(高齢者・身体障害・知的障害・精神障害)・ なし  
 (具体的に \_\_\_\_\_ )  
 4. 法律(弁護士など) \_\_\_\_\_ あり(具体的に \_\_\_\_\_ )・ なし  
 5. その他相談 \_\_\_\_\_ あり(保健福祉センター・在宅介護支援センター・区市の担当課・社会福祉協議会)  
 その他(具体的に \_\_\_\_\_ )・ なし  
 6. 現在ない(連携をとる予定がある・連携したいと考えている・必要ない)  
 (理由 \_\_\_\_\_ )  
 7. 今後連携したい専門機関の種類( \_\_\_\_\_ )

**■その他のご意見 (今回の調査内容と直接関連の無いことでも結構です。事業所としてお困りのことなどをお書き下さい)**

**■対応困難事例の聞き取り調査への協力について** 内容によっては協力しても(良い・協力できない)

**■記入者** ※差し障りのない範囲で  
 ご記入下さい 氏名 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

記入にあたっての不明点などの問い合わせは



特定非営利活動法人 メンタルケア協議会 事務局

TEL 03-5333-6446 FAX 03-5333-6445 E-mail office@npo-jam.org 月～土曜日 PM1:00～PM6:00

**2** 厚生労働省補助事業 未来志向研究プロジェクト「対応困難事例に関する調査研究」アンケート用紙(ケアマネジャーについて)

所属事業所名 (豊島区・昭島市)

■勤務形態 常勤・非常勤(週 日) 就職時期 年 月(在籍 年)

■資格 ケアマネ資格取得時期 年 月 取得前職種 ( )

その他持っている医療福祉関連資格(全てを○で囲んで下さい)  
 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・保健師・精神保健福祉士  
 その他 ( )

■研修等 (H15年1月～H15年12月)

1. 1年以内に東京都主催現任者研修を (勤務内で受けた ・ 個人で受けた ・ 受けていない)
2. その他行政や民間主催のケアマネ対象講習や研修会を (受けた 回 ・ 受けていない)  
(受講内容 )

■担当ケース

今までに担当したケース 延べ約 例 H15.1～H.15.12に担当したケース 約 例

■困難事例の相談

1. 国保連の介護支援専門員サポートセンター (利用したことがある 件位 ・ ない)  
 市・区の介護支援専門員サポートセンター (利用したことがある 件位 ・ ない)  
 NPO等民間団体が行っているサービス (利用したことがある 件位 ・ ない)  
 その他利用したことのあるサービス(具体的に )
2. 上記のサービスを利用しない理由  
( )
3. 上記サービスを利用して困難ケース解決に (とても役立つ ・ 少し役立つ ・ 役立たない)  
(理由 )
4. 精神医学・法律・介護技術など相談できる窓口 (欲しい《下記具体的に》 ・ 必要ない)  
 相談方法 1. 電話でよい 2. 面談したい 3. その他 ( )  
 相談時間 1. 平日昼間のみ(週に 回くらい、 時～ 時)  
 2. 土日祝日も(月に 回くらい、 時～ 時)  
 3. 夜間も(週に 回くらい、 時～ 時)  
 どんな相談をしたいですか  
( )

■サービス提供上、戸惑いや困難のあったケース

1. 平成15年1月～平成15年12月までの間に 約 例
2. 各ケースの頻度について
  - 疾病及び健康管理上の問題がある (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者の物忘れ・混乱が激しい (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 痴呆以外の心身の障害を抱えている (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者が金銭管理が難しい (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者が不要な購買契約を結ぶ (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者が外出徘徊する (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者の生活環境が劣悪である (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者が不潔行為を繰り返す (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者の過食や拒食や異食がひどい (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者が攻撃的又は不穏である (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者のセクハラ等の逸脱行動が激しい (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者が妄想や作話を言いふらす (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 対象者がサービスや介入を拒否する (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - キーパーソンが不在である (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 親族が協力的でなかったり介護能力に欠ける (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 親族等による暴力や放置がある (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - 親族等による財産の使い込み等がある (よくある・時々ある・たまにある・ほとんどない)
  - その他のケース  
(具体的に )

■サービス提供上、戸惑いや困難のあったケースの事例で特に対応が難しかった事例をお書き下さい

【事例1】 **概要** (生活環境、家族関係、利用している介護福祉サービスも含めて具体的にお書き下さい)

対象者： 歳、 性別 (男・女)、要介護 (非該当・支援・1・2・3・4・5)

**対応** (ケアマネや事業所として取った対応、相談した先や助言内容なども具体的にお書き下さい)

解決に要した期間： 約 年 ヶ月

**要望** (可能であれば行いたかった対応や、相談や対応をお願いしたかった機関や専門家、その内容など具体的にお書き下さい)

.....  
【事例2】 **概要** (生活環境、家族関係、利用している介護福祉サービスも含めて具体的にお書き下さい)

対象者： 歳、 性別 (男・女)、要介護 (非該当・支援・1・2・3・4・5)

**対応** (ケアマネや事業所として取った対応、相談した先や助言内容なども具体的にお書き下さい)

解決に要した期間： 約 年 ヶ月

**要望** (可能であれば行いたかった対応や、相談や対応をお願いしたかった機関や専門家、その内容など具体的にお書き下さい)

■**その他のご意見** (今回の調査内容と直接関連の無いことでも結構です。事業所としてお困りのことなどありましたらお書き下さい)

■**対応困難事例の聞き取り調査への協力について** 内容によっては協力しても (良い ・ 協力できない)

■**記入者** ※差し障りのない範囲で  
ご記入下さい 氏名 役職 職種

記入にあたっての不明点などの問い合わせは

 特定非営利活動法人 メンタルケア協議会 事務局  
TEL 03-5333-6446 FAX 03-5333-6445 E-mail office@npo-jam.org 月～土曜日 PM1:00～PM6:00

豊島区・昭島市における居宅介護支援事業所

所長 殿

介護支援専門員 殿

## アンケート調査へご協力をお願い

拝啓

陽春の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は当協議会の活動に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当協議会では、このたび、平成15年度厚生労働省補助事業「未来志向研究プロジェクト（老人保健健康増進事業）」として、介護現場での「精神科医や弁護士や介護支援機器の専門家等の助言や支援を必要とするような対応の難しい事例について」の調査を行うことになりました。当調査研究につきましては、豊島区並びに昭島市に趣旨をご理解頂き、ご協力を賜っております。

高齢者や障害者の在宅生活支援の現場では、様々なご苦労があると拝察いたしております。例えば、物忘れや被害妄想による金銭トラブル、財産管理問題や家族による虐待、キーパーソンの不在や介護者の介護能力問題、痴呆をはじめとする様々な高齢者の精神的問題、その他の心身障害への対応など、事業所だけでは解決が難しい事例も少なからずあるのではないのでしょうか。

この度の調査研究では、第一段階として、豊島区と昭島市の居宅介護支援事業所全てにアンケートをお願いし、対応に困ったケースがどのくらいあったか、それはどのようなケースであったか、お聞きいたします。アンケートは、後ほどご都合の良い日時をお電話にて伺い、調査員が回収に参りたいと存じます。記入方法等わからないことがありましたら、調査員にご質問下さい。

このアンケート調査後に、第二段階として、困難例を比較的多く抱えている事業所でご協力を頂ける所20所程度へ調査員がお伺いして、さらに詳しい聞き取り調査をさせていただく予定です。

そして、第三段階として、事業所からのご要望に添って、研究班の専門家が、精神医学的・法律的・介護技術的な面からのコンサルテーションを行います。どのようなコンサルテーションが有効であるか、また継続的な支援のためには何が必要であるか等を検討するための試行事業です。

アンケートにお書き頂いた内容については、今回の調査研究目的以外には利用せず、個人の秘密は厳守することを本研究班が責任を持ってお約束いたします。回答結果は統計処理された情報のみを公開いたしますので、回答された事業所や個人が特定されることはありません。

日々の業務だけでもお忙しい中で、アンケートのために時間を割いていただくことは大変なことと存じますが、今回の調査の意義をご理解の上、何卒よろしくご協力の程お願い申し上げます。

敬具

平成16年1月5日

特定非営利活動法人メンタルケア協議会

専門家連携型介護サービスコンサルテーションセンター研究班

代表 穂積 登



特定非営利活動法人 メンタルケア協議会 事務局

TEL 03-5333-6446 FAX 03-5333-6445 E-mail office@npo-jam.org 月～土曜日 PM1:00～PM6:00

## 対応困難事例に関する調査結果

施設調査用紙は、豊島区居宅介護支援事業所72軒、昭島市居宅介護支援事業所17軒、昭島市在宅介護支援センター5軒の合計94軒に発送し、79軒から回収することができた（回収率約84%）。ケアマネジャー調査用紙は126名から回収することができ、アンケートの中で挙がった対応困難事例は163件であった。

調査用紙を送付する前に、調査地域の区や市の介護保健担当課から地域の居宅介護支援事業所やケアマネジャーへ調査についての説明や協力依頼を事前に行ってもらった。しかし、回収のために電話連絡を行うと、「守秘義務があるため、行政以外のアンケートは一切答えないことにしている」等と対応される事業所も20件近くあった。特に豊島区で数が多かったため、区の担当課より再度協力をお願いの文書を出して貰うと共に、個人情報の扱いには十分注意する旨を強調して伝えた。その結果、多くの事業所から協力を得られるようになった。

### - 1 事業所アンケート調査結果

併設されている事業内容は、同一施設内の居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターの両方から回答があった場合は、居宅介護支援事業所のみを回答を集計した（表1）。

表1 豊島区昭島市における居宅介護支援事業所等に併設されている施設

併設事業内容	事業所数(%)
1. 在宅介護支援センター	19 (24.7)
2. 訪問介護	37 (48.1)
3. 訪問入浴介護	4 (5.1)
4. 訪問看護	14 (18.2)
5. 訪問リハビリテーション	1 (1.3)
6. 通所介護	19 (24.7)
7. 通所リハビリテーション	1 (1.3)
8. 短期入所生活介護	8 (10.4)
9. 短期入所療養介護	1 (1.3)
10. 特定施設入所者生活介護	1 (1.3)
11. 痴呆対応型共同生活介護	3 (3.9)
12. 福祉用具貸与	4 (5.2)
13. 診療所	3 (3.9)
14. 特別養護老人ホーム	7 (9.1)
15. 老人保健施設	1 (1.3)
16. 療養型病床	0 (0.0)
17. 病院	1 (1.3)
18. 身体障害者福祉施設	0 (0.0)
19. 知的障害者福祉施設	1 (1.3)
20. 精神障害者福祉施設	1 (1.3)
21. その他	9 (11.7)

複数回答可 回答数77、併設事業無し4

併設事業が一つもないところは77軒中4軒であった。

併設事業で最も多いのは訪問介護の37軒、次いで在宅介護支援センター19軒、通所介護19軒、訪問看護14軒であった。その他の事業は、内科を初めとする医療機関、薬局、知的障害者や精神障害者や児童のための福祉施設、救護施設、配食サービス、ヘルパー講座などであった。併設事業数が0～2の小さい施設が8割以上を占めた。併設事業が3つ以上ある施設は14軒（18.2%）で、豊島区に比べて昭島市の方が割合が高かった（35.7%）。

居宅介護支援事業所の職員数やケアマネジャーの数は、施設によるばらつきが大きかった（表2）。

表2 豊島区昭島市における居宅介護支援事業所の職員構成

	常勤職員(人)	非常勤職員(人)	常勤ケアマネ(人)	非常勤ケアマネ(人)
平均	4.52	6.69	1.97	1.19
分散	21.38	131.34	2.37	1.87
最大	25	70	7	7
最小	1	0	0	0
回答数	77	51	77	43

常勤職員数の平均は4.5人、非常勤職員数は6.7人で、非常勤職員の方が多かった。常勤職員数の5倍以上の非常勤職員を雇用している施設も少なくなかった。それに比べ、ケアマネジャーは常勤の方が多かった。退職などでケアマネジャーが不在の事業所もあった。ケアマネジャーを含め常勤職員数が5人以上の施設は14軒であった。居宅介護支援事業所の職員数が多いところが、併設事業の数が多いわけではなかった。

事業所全体のケアプラン数（表3）もばらつきが大きく、100件未満の事業所が28軒であったのに対し、1000件以上の事業所が14軒であった。ケアマネ1人あたりのケアプラン数でも、かなりのばらつきが見られた。

表3 居宅介護支援事業所の1年間ケアプラン数とケアマネ（非常勤含む）一人あたりケアプラン数

	事業所あたり(件)	ケアマネ一人あたりケアプラン数(件)
平均	499.4	121.2
分散	501976.7	37625.1
最大	3445	843.0
最小	2	1.4
回答数	75	37

施設で把握している苦情の数（表4）は、1年間で平均2.1件であった。76軒中44軒が「なし」と回答していた。作成ケアプラン数1000件あたりでは、約4.2件となる。ケアプラン数の多い事業所で苦情がないところもあり、逆に数十件しかケアプランを立てていない事業所で苦情が多いところもある。苦情のうち、解決に特別な配慮を要したものは、ほぼ半数の一施設あたり平均0.96件であった。

苦情にはなっていないが、サービス提供上特別な困難

や戸惑いのあった事例は、一施設あたり年間平均2.0件であった。作成ケアプラン1000件あたり4.0件となる。苦情の数とほぼ同数であった。苦情の数とサービス提供上特別な困難や戸惑いのあった事例を併せると、作成ケアプラン1000件あたり8.2件である。

表4 豊島区昭島市居宅介護支援事業所等で把握する苦情及びサービス提供状況困難な事例の数

	苦情件数	苦情解決に特別な配慮を要した件数	サービス提供状況特別な困難や戸惑いのあった事例
平均	2.12	0.96	1.99
分散	20.24	11.36	11.36
最大	20	20	20
最小	0	0	0
回答数	76	76	75

事業所内の苦情対応機構について見ると(表5) 苦情対応委員会や苦情対応係が決められているところは、合わせて28軒(35.4%)であった。特にないと回答したところが、35軒(44.3%)あった。その他の中には、行政や社協などに相談するが4軒、会社や法人として対応機構ができているところが3軒、併設の在宅介護支援センターに相談するが3軒、併設診療所の医師と相談するが1軒、などがあった。

表5 豊島区昭島市居宅介護支援事業所等の苦情対応機構と苦情処理マニュアルについて

苦情対応機構	マニュアルの有無・評価・見直し
1 苦情対応委員会 7(8.9%)	1 ある 33(43.4%)
2 苦情対応係 21(26.6%)	1 良く活かされている [9]
3 通常ミーティング15(19.0%)	2 まあまあ活かされている [10]
4 必要に応じて 40(50.6%)	3 余り活かされていない [2]
5 特にない 35(44.3%)	4 定期的に見直しを行っている [3]
担当ケアマネが判断 [6]	5 見直しは行っていない [5]
管理者が判断 [3]	6 無回答 [4]
管理者とケアマネが判断 [7]	2 なし 43(56.6%)
不明 [19]	1 必要があると思う [28]
6 その他 9(11.4%)	2 必要ないと思う [7]
	3 無回答 [8]

複数回答、回答数79

回答数 76

苦情処理マニュアルについては、76軒中43軒(43.4%)が「なし」と答えた。マニュアルがない事業所の35軒中28軒が「必要があると思う」と回答し、「必要ないと思う」は7軒であった。マニュアルを持っている施設へマニュアル評価について質問したところ、21軒の回答中19軒はマニュアルが「良く活かされている、まあまあ活かされている」と答えていた。マニュアルを定期的に見直している事業所は3軒であった。マニュアルのない事業所の中で、現在作成中やこれから作成するところが3軒あった。マニュアルが必要な理由として、職員間の対応の統一をとる大切さや事例が増えると必要と回答したところもあった。逆に必要ないと答えた事業所では、個々の事例によって対応が違うからマニュアルでは解決できないと答えていた。

事例検討会の開催については、76軒の回答中50軒が開催して、そのうち16軒が定期的に開催していた(表6)。開催していない26軒のうち、今後定期的に開催する予定があるのは1軒であった。開催しない理由は、「必要に応じて話し合っている」(6軒)、「外部の検討会で行っている」(2軒)、「一人しかいない」(5軒)、「スタッフの時間がとれない」(1軒)、「検討する事例がない」(3軒)等であった。

表6 豊島区昭島市居宅介護支援事業所等の事例検討会開催について

事例検討開催の有無	事業所数	1年間の事例検討開催数	事業所数
1 あり	50(65.8%)	1~12	20
定期的開催	[16]	13~24	1
不定期開催	[33]	25~36	0
無回答	[1]	37~48	2
2 なし	26(34.2%)	49以上	1
今後定期的に開催する予定がある	[1]	毎日	1
特に予定はない	[11]	随時	2
無回答	[24]	不明	23
回答数	76	回答数	50

困難事例の相談が出来る外部機関との連携については(表7) 精神科の医療機関と連携している事業所が17軒、精神科以外の医療機関との連携しているところが31軒であった。対象者の主治医や事業所の関係者、近所の病院・クリニック、地域の保健所がほとんどであるが、精神科医との連携として3つの都立精神保健福祉センターに所属する高齢者精神医療相談班(訪問相談あり)を挙げているところが4軒あった。福祉関係と連携しているところは22軒で、そのうち高齢者福祉が16軒、身体障害が7軒、知的障害0軒、精神障害は1軒であった。弁護士や法律事務所と連携しているところは13軒であった。なお、豊島区では社会福祉協議会が「サポート豊島」で法律相談を行っている。そこを連携先に挙げている事業所が数力所あったが、それはその他の相談へ分類した。その他の相談機関と連携していると回答したのは68軒で、行政担当課が44軒、保健福祉センターが43軒、在宅介護支援センターが29軒、社会福祉協議会23軒であった。一つも連携相談先がないと答えた14軒のうち、13軒が連携したいと考えているか取る予定があると答えている。今後連携したい機関は、医療機関や医師が18軒で、そのうち11軒が精神科を希望していた。弁護士は4軒、行政が3軒、在宅介護支援センターが2軒、その他に訪問支援、リハビリ、精神科看護師があった。「主治医」「どこでもよい」という切実な現場の意見もあった。

表7 豊島区昭島市居宅介護支援事業所等の連携相談先

連携先種別		事業所数(%)
連携1 医療(精神科)		17 (21.5)
連携2 医療(精神科以外)		31 (39.2)
連携3 福祉関係		22 (27.8)
内 訳	高齢者	[16]
	身体障害	[7]
	知的障害	[0]
	精神障害	[1]
連携4 法律		13 (16.5)
連携5 その他相談		68 (86.1)
内 訳	保健福祉センター	[44]
	在宅介護支援センター	[30]
	区市の担当課	[44]
	社会福祉協議会	[23]
現在ない		14 (17.7)
内 訳	連携を取る予定がある	[1]
	連携したいと考えている	[12]
	必要ない	[1]

回答数 79、複数回答可

表8 豊島区昭島市居宅介護支援事業所等に所属するケアマネジャー

勤務体制	人数	その他の資格	(人)
常勤	103人	介護福祉士	61
非常勤	23人	看護師	36
勤務日数	人数	ヘルパー	14
2日	2	保健師	7
3日	2	薬剤師	6
4日	11	社会福祉主事	4
5日	72	社会福祉士	3
5~6日	5	精神保健福祉士	3
6日	5	保育士	3
無記入	29	栄養士	2
平均在籍年数	3.91年	理学療法士	2
延べ担当事例数	123.08件	福祉住環境コーディネーター2級	2
H15担当事例数	76.66件	看護学校教諭2級	1
	回答数126	鍼灸師	1
		社会教育主事	1

表9 豊島区昭島市ケアマネジャーが平成15年度に受けた研修について

現任者研修	人数(%)	その他研修の受講回数	人数(%)
受けた	86 (68.3)	0	49 (38.9)
受けていない	13 (10.3)	1	30 (23.8)
無記入	27 (21.4)	2	18 (14.3)
	回答数126	3	8 (6.3)
		4	8 (6.3)
		5~9	7 (5.6)
		10以上	6 (4.8)
		平均回数	1.84

表10 豊島区昭島市ケアマネジャーの相談機関利用回数

国保連	利用者(人)	市・区	利用者(人)	民間	利用者(人)	その他の利用機関	利用者(人)
0回	112	0回	101	0回	124	区立保健福祉センター	6
1回	10	1回	11	1回	1	在宅介護支援センター	3
2回	1	2回	3	2回	1	行政担当者	2
3回	3	3回	6			社会福祉協議会	2
		4回	1			保健所「こころの相談」	1
		5回	4			ケースワーカー	1
回答数	126人					なし	112

## - 2 ケアマネジャーアンケート調査結果

ケアマネジャー向けのアンケートには、126名のケアマネジャーから回答を得た(表8)。常勤が103名、非常勤が23名であった。勤務日数の平均4.9日、平均在籍年数は3.9年。ケアマネジャー(介護支援専門相談員)以外に有する資格で多いのは、介護福祉士が61名、看護師・保健師が42名、ヘルパー14名、薬剤師6名、となっている。1人あたりケアプラン作成数は、平成15年の1年間で平均76.7件、今までに作成した延べのケアプラン数は平均123.1件であった。

現任者研修は86名が受けたと回答した(表9)。その他の講習や研修は77名が受けたと回答し、1年間に受けた回数の平均は1.8回であった。講習内容は、ケアプランのたて方(14名)やケアマネジメントのプロセス(5名)、住宅改修(9名)、成年後見制度(8名)、事例検討会(8名)、その他、痴呆や医療制度、権利擁護や虐待、アセスメント、介護保険の給付管理及び請求事務、害虫の知識等、多岐に渡る。

ケアマネジャーの相談機関の利用状況を表10に表した。国保連のケアマネジャーサポートセンターを1回以上利用したところのあるケアマネジャーは126名中14名、市区のケアマネサポートセンターは25名、民間が2名であった。その他利用している相談機関は、保健福祉センター(6名)、在宅介護支援センター(3名)などであった。利用した際に相談機関が役に立ったかどうかは、「役に立つ」と答えたのが45名で、「役に立たない」と答えたのは3名であった。相談機関を利用しない理由は、事業所内で解決(28名)、困難事例無し(16名)、行政や在宅介護支援センターや地域連携で十分(11名)、相談する時間がない(4名)などであった。その他特記すべきは、「知らない、利用の仕方がわからない、地域にない」が併せて8名、「頼りにならない」等の回答が2名あった。

表11 ケアマネがH15年に対処困難と感じた事例数

対応困難事例(件)	解答数(人)		
0	11		
1~5	70		
6~10	83	平均	4.95件
11~20	91	最大	25件
21以上	2	回答数	94人

精神医療・法律・介護技術についての相談窓口が欲しいかどうかの質問には、「欲しい」が圧倒的に多く111名(88.8%)であった。希望する相談方法は、「電話だけ」(56名)、「面接だけ」(16名)、「電話と面接」(24名)その他に「訪問」や「メール・FAX」も行って欲しいとの回答が各1名あった。希望する相談窓口の開設日数は、週5日が最も多く、平均は週3.5回であった。開設時間の希望は、9時~17時が最も多かった。中には、土日を含めて24時間を求める回答もあった。

サービス提供上戸惑いや困難のあった事例は、1年間で平均4.95件であった。94名の回答のうち、0件が11名、一番多い人は25件、最も多かった回答は3件であった。1人あたりの年間ケアプラン作成数が平均76.7件なので、発生頻度としては1000件あたり64.5件となる。施設アンケートの中では、苦情事例とサービス提供上特別な困難や戸惑いのあった事例を合計しても1000件あたり8.2件であり、ケアマネが感じている困難な事例は、施設で把握している事例の8倍近くになる。

対応困難の具体的内容で「よくある」「時々ある」の回答が多かったのは、「疾病及び健康管理の問題」(73名)、「痴呆以外の心身の障害」(51名)で、心身の疾病の問題であった。次に痴呆の主症状である「物忘れ・混乱」(70名)も多かった。「徘徊」(16名)や「攻撃的・不穏」(27名)や「妄想・作話」(23名)等の痴呆周辺症状は、あわせるとかなり多い。「本人のサービスや介入の拒否」(52名)、「生活環境の劣悪」(42名)、「本人の金銭管理」(48名)も多かった。これらは、痴呆などの精神科的問

題が関係していると思われる。また、「親族が協力的でない、介護能力に欠ける」(66名)、「キーパーソンの不在」(55名)の親族の問題が多かった。「親族による虐待・放置」や「財産の使い込み」の深刻な事例が、それぞれ21名、11名あった。

### - 3 アンケート調査における対応困難事例の分析

豊島区・昭島市あわせて126名のケアマネジャーに、一人2件を限度として特に困難だった対応困難事例を書いて貰ったところ、163の対応困難事例が挙がった。

事例を分析すると(表13) 本人に何らかの精神科的問題をはらんでいる事例が129件、全体の79.1%をしめた。本人に痴呆が見られる事例が42.3%、物取られ妄想や徘徊など痴呆周辺症状が28.8%、精神障害9.2%、その他の精神的問題を抱えている事例が23.9%であった。これらは、豊島区の方が若干多かった。

家族に精神的問題がある事例は23件(14.1%)であった。

生活状況の問題では、独居者が89件、高齢者夫婦世帯が16件で、併せると全体の2/3を占めていた。昭島市では1/2であったが、豊島区では7割であった。その他に、日中は独居同然の事例が2件あった。家族と同居している事例では、家族に何らかの問題がある事例が55件あり、全体の1/3を越えた。問題の内訳は、介護の拒否を含む虐待(13件) 精神障害(7件) その他精神的問題を抱えている(12件) 家族が痴呆(4件) などである。また、明記されている生活保護受給者が19件あり、全体の11.7%であった。実質の生活費は生活保護より少ないが、家屋などの資産があるために生活保護を受給できない事例も3件あった。独居条件と重なる場合も多く、金銭的な問題で受けられるサービスに限度があったり、介護保険ではカバーできない生活の部分で困っている事例が見られた。

介護サービスを拒否する人が多く見られた。本人のサ

表12 豊島区、昭島市ケアマネジャーが感じたサービス提供上困難や戸惑いのあった事例の種類別頻度(回答数126人)

発生頻度	疾病及び健康管理	痴呆以外の心身障害	環境劣悪	物忘れ・混乱	徘徊	妄想・作話	攻撃・不穏	逸脱行為	不潔行為
よくある	41(人)	16(人)	18(人)	24(人)	5(人)	6(人)	8(人)	0(人)	1(人)
ときどきある	32	37	24	46	11	17	19	3	7
たまにある	21	34	38	22	33	36	37	23	28
ほとんどない	17	27	34	24	65	56	49	89	76
無回答	13	11	11	9	11	10	12	10	13

発生頻度	摂食問題	金銭管理	不要契約	介入拒否	キーパーソン不在	家族の介護能力	家族の虐待・放置	親族財産搾取
よくある	2(人)	23(人)	4(人)	24(人)	25(人)	30(人)	9(人)	4(人)
ときどきある	4	25	7	28	30	36	13	7
たまにある	24	33	27	36	37	31	35	31
ほとんどない	84	34	77	27	26	18	58	72
無回答	11	10	9	10	7	10	10	10

表13 調査地区別対応困難事例に見られる問題の頻度（重複あり）

地区		痴呆 (%)	痴呆周辺症状 (%)	精神障害 (%)	その他精神的問題 (%)	サービス拒否 (%)
豊島区 (全121件)	本人	53 (43.8)	36 (29.8)	13 (10.7)	30 (24.8)	28 (23.1)
	家族	4 (3.3)	0 (0.0)	5 (4.1)	7 (5.8)	16 (13.2)
昭島市 (全42件)	本人	16 (38.1)	11 (26.2)	2 (4.8)	9 (21.4)	6 (14.3)
	家族	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.8)	5 (11.9)	5 (11.9)
全体 (全163件)	本人	69 (42.3)	47 (28.8)	15 (9.2)	39 (23.9)	34 (20.9)
	家族	4 (2.5)	0 (0.0)	7 (4.3)	12 (7.4)	21 (12.9)

地区		独居・高齢者世帯 (%)	生活保護 (%)	家族問題 (%)	金銭・財産管理 (%)	サービス不満・要求 (%)
豊島区 (全121件)		84 (59.4)	14 (11.6)	40 (33.1)	44 (36.4)	23 (19.0)
		21 (50.0)	5 (11.9)	15 (35.9)	10 (23.8)	5 (11.9)
全体 (全163件)		105 (64.4)	19 (11.7)	55 (33.7)	54 (33.1)	28 (17.2)

サービス拒否は34件（20.9%）家族によるサービス拒否は21件（12.9%）であった。また、本人や家族がケアマネジャーやヘルパーに不満や苦情を頻繁に申し立てたり、逆に決められた業務以上のことを求めたり、サービスの度重なる変更を求める事例が28件（17.2%）見られた。

痴呆や精神障害やその他の精神的問題の有無と、独居や家族に問題があるかなどの生活の状況を重ねてみると（図1）、独居で精神的問題を抱えている事例が、対応困難事例全体の半数を占めていることがわかる。高齢者世帯の場合、夫婦のどちらかまたは双方が精神的問題を抱えている事例が9割を占めた。家族と同居している場合、家族に問題がある事例が7割であった。

以上のような分析結果から、本人や家族が痴呆など精神的な問題を持ち、独居や家族問題等の生活状況が重なると、対応困難になることが多いと予測される。

次に、精神的問題の有無と生活の状況の重なり方と、サービス拒否、頻繁な不満や要求、金銭管理・財産管理といった問題との関連を調べてみた（表14）。その結果、

精神的問題を抱えていて、独居の事例では、本人のサービス拒否が多かった。高齢者世帯で介護者に精神的問題がある場合には、家族によるサービス拒否の発生率が高かった。同居家族に問題がある場合は、介護者の精神的問題の有無に関わらず、家族によるサービス拒否が多かった。独居の事例の4割以上で、金銭管理・財産管理が問題となっていた。

次に、アンケートに書かれた対応困難事例が相談された場合を仮定して、精神科医や弁護士やベテランの介護職がそれぞれ「0. 関わる必要なし」「1. できれば関わる必要がある」「2. 是非関わる必要がある」の3段階にランク付けをした（図2～4）。その結果、ベテランの介護職の関わる必要が「是非必要」とランクされたのが6割以上で、「できれば必要」とランクされた事例を併せると95%を越えた。次いで精神科医の必要度が高く、「できれば必要」とランクされたものが半数であった。これは、痴呆などの精神症状のアセスメントを行う必要がある事例、あるいは対応方法に関する助言や介護者の精神的サポートを必要とする事例である。弁護士が関わる必要があるとランクされたのは、「是非」と「できれば」を併せて、全事例の半分であった。

次に、「是非必要」「できれば必要」とランクされた事例の重なりを示した（図5）。3職種が全部関わる必要があると考えられた事例が63件（38.7%）、介護職と精神科医が協働する必要があると考えられたのが72件（44.2%）、弁護士と介護職が協働する必要があると考えられたのが15件（9.2%）であった。精神科医や弁護士が関わる必要がある事例でも、その助言を実際

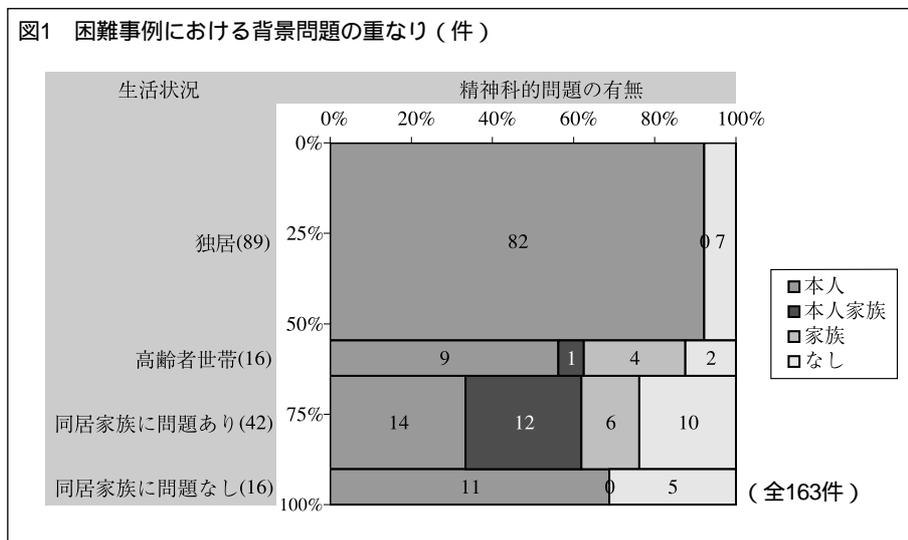
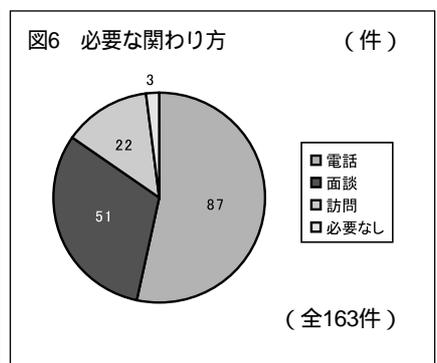
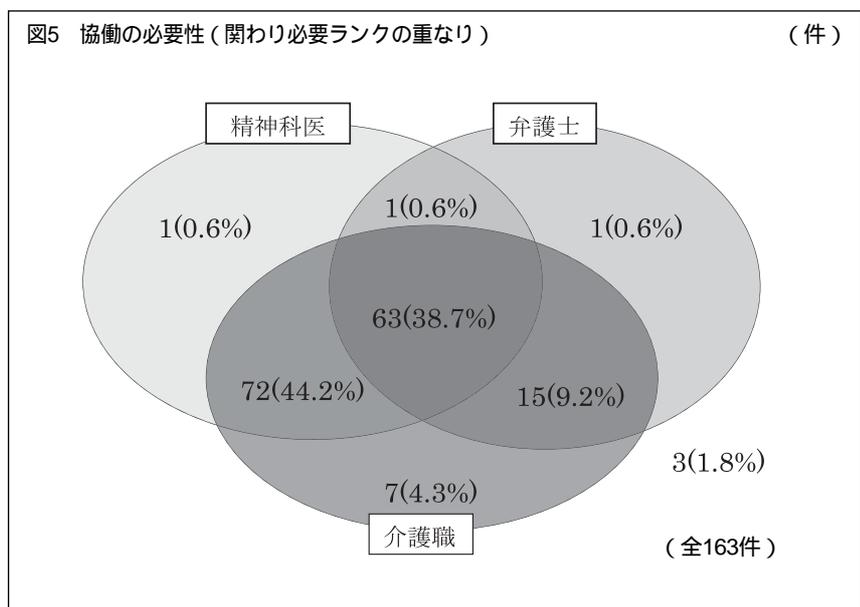
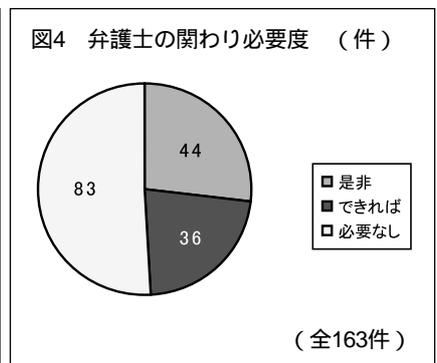
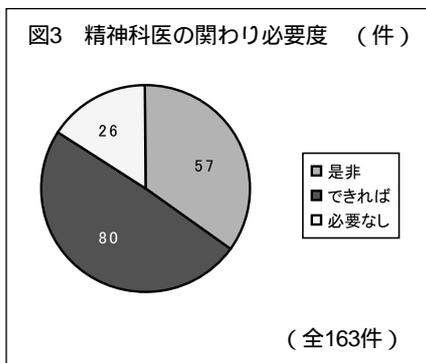
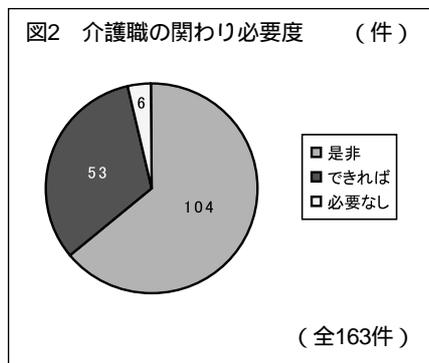


表14 対応困難事例の背景問題の重なりによるサービス拒否等の発症率

生活の状況		精神科的問題の有無							
		本人		本人家族		家族		なし	
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
独居	金 銭 管 理	33	(40.2)					4	(57.1)
	サービス拒否本人	23	(23.0)					1	(14.3)
	サービス拒否家族	2	(2.4)					0	(0.0)
	サービス不満・要求	17	(20.7)					1	(14.3)
高 齢	金 銭 管 理	0	(0.0)	1	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	サービス拒否本人	2	(22.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)
	サービス拒否家族	2	(22.2)	1	(100.0)	3	(75.0)	0	(0.0)
	サービス不満・要求	1	(11.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)
同居家族に 問題あり	金 銭 管 理	4	(28.6)	3	(25.0)	3	(50.0)	4	(40.0)
	サービス拒否本人	1	(7.1)	1	(8.3)	1	(16.7)	2	(10.0)
	サービス拒否家族	7	(50.0)	3	(25.0)	0	(0.0)	2	(20.0)
	サービス不満・要求	2	(14.3)	3	(25.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
同居家族に 問題なし	金 銭 管 理	1	(9.1)	0	—	0	—	1	(20.0)
	サービス拒否本人	2	(8.2)	0	—	0	—	0	(0.0)
	サービス拒否家族	1	(9.1)	0	—	0	—	0	(0.0)
	サービス不満・要求	3	(27.3)	0	—	0	—	0	(0.0)



の介護サービスに反映させるために、介護職の関与が必要と思われる事例が多かった。また、同じ介護に携わる者として、現場の大変さを共感して精神的サポートを行う役割も大きいため、単独での関わりに意味があると思われる事例が7件あった。事例の中には、まだケアマネジャーとしての経験が短いために困難と感じられている事例も含まれている。経験豊富なケアマネジャーがアドバイスを行えば、それほど困難なく解決するように思われた。

介護の専門家が関与せずに精神科医や弁護士単独の関与で済むと思われたものは僅かであった。

必要と思われる関わり方の度合いについて、各事例毎に「0. 特に関わる必要がない」「1. ケアマネと電話で話す必要がある」「2. ケアマネと面談する必要がある」「3. 対象者や家族、あるいは事業所へ訪問する必要がある」の4段階にランク付けを行った(図6)。その結果、3

件を除いて何らかの関わりをする必要があると思われるが、半数以上は電話でケアマネジャーと話せば済むのではないかと思われた。面談や訪問が必要と思われた中にも、実際聞き取り調査をしてみると、そこまで必要のない事例も多かったため、実際に専門家が外向く必要があると思われる事例はもっと少ないと思われた。

書かれていた困難事例のうち、約半数が調査前に既に解決していたり対象者の入院や死亡によって関わる必要が無くなっている事例であった。解決と明記されていない事例で特に困難と思われた事例38件について、さらに聞き取り調査を行った。そのうち19件は、聞き取りの時点でコンサルテーションが必要な状況ではないことがわかった。その他、対象者が入院した(2件)、ケアマネや事業所を交代(2件)、事業所が1ヶ月後に閉鎖になる(2件)があった。残りの13件について、コンサルテーションを行った。

## - 1 アンケート困難事例に対するコンサルテーション

### (1) 聞き取り調査と試行的コンサルテーション

アンケートで対応困難事例として挙げられた事例163件の中から、精神科医と弁護士、アンケートの回収を担当したケアマネジャーの3者で検討して、アンケート調査で「聞き取り調査に協力できる」、「精神科医などの専門家と相談したい」と希望があったもののうちで、特に対応困難と思われる事例を選び出し、聞き取り調査を行い、コンサルテーションが求められていると分かったものについて、試行的コンサルテーションを行った。

聞き取り調査は、経験を積んだケアマネジャーが担当した。平成16年2月初めに開始し、同年3月末までに聞き取りを終えた件数は38件である。聞き取り調査を行ったもののうち6例は、施設入所や入院、ケアマネや事業所の交代などアンケート調査を行ったときから状況が大きく変化していた。残り32件のうち19件は、聞き取りの時点でコンサルテーションが必要ではないことがわかった。残りの13例について試行的にコンサルテーションを行った。そのうち12件は精神科医か弁護士、或いは両者と介護専門職が事業所を訪問して、また1件については弁護士が電話と文書によって、コンサルテーションを行った。その詳細は資料3にまとめた。訪問を行うに当たっては、精神科医、弁護士と事業所・ケアマネジャーとの日程調整が大変難しかった。

### (2) 聞き取り調査と試行的コンサルテーションを通して明らかになったこと

聞き取り調査及びコンサルテーションを通して以下のようなことが明らかになった。

#### イ) 対応困難の具体的内容

13件の対応困難事例の具体的内容は、痴呆周辺症状が激しいもの1件、アルコール依存1件、本人のサービス拒否が大きな問題になっていたもの2件、本人の苦情や気まぐれさ、気むずかしさが2件、家族によるサービス拒否2件、家族の非協力や虐待2件、家族と本人との密着1件、財産管理が難しい1件、身体拘束の是非が問われるもの1件であった。このうち本人のサービス拒否の背景には、本人の痴呆周辺症状（物盗られ妄想）や本人の精神障害（疑い）があった。また家族のサービス拒否、密着、虐待については、家族内の葛藤、家族の性格の偏りがあった。

#### ロ) コンサルテーションの内容

##### a) 精神科医が行ったこと

精神科医は、直接に高齢者やその家族に会うのではなく、ケアマネジャーからの間接的な情報をもとにして、精神医学的にはどのようなことが考えられるか、幾つかの可能性を示した上で、対応の仕方について助言を行った。これは診療ではなくコンサルテーションである。精神医学的なコンサルテーションを実際に行ってみて幾つかの分かったことを挙げれば、

介護対象の高齢者や家族についての精神障害の有無について判断するのは比較的容易であったが、精神障害によって起きている「生活行動障害」の程度を把握し、対応の仕方を助言するには、状況を詳しく聞き込む必要があった。

介護専門職のアシストがあると、精神科医にとって状況把握がしやすくなった。また対応の仕方についての助言も、介護専門職のアシストがあることで介護現場にわかりやすく伝えられた。

1回の訪問で、しかも利用者や家族を直接見ずに、ケアマネジャーからの間接情報をもとに助言出来ることは限られていた。回答は、ともすれば一般的、教科書的にならざるを得なかった。

提供した助言の中身は、個々の精神科医のバックグラウンドによってばらつきがあった。統合失調症や鬱病、人格障害といった精神科医が日常に見なれている精神障害についてはバラツキが少ないが、痴呆に関連した症状については精神科医の間で経験量の違いから、提供出来た内容にもバラツキがあった。

適切な助言には、情報収集や追加の検査などが必要で、ある程度継続した関わりが必要であった。

精神科医としてはコンサルテーションの内容に不十分さを感じていたが、事業者・ケアマネジャーの側からは概ね好評で感謝された。それは、事業者・ケアマネジャー側が、精神科医からの助言で、今後の対応方針を絞り込むことが出来たこと、加えて「この方針は専門家の判断を参考にしたものだ」と言えることも大きいだろう（絞り込みと権威付け）。コンサルテーションがこのような意味を持つ以上、コンサルテーションに対する精神科医の責任についても、今後、明らかにして行く必要があるだろう。

##### b) 弁護士が行ったこと

聞き取り調査で弁護士への相談希望は少なく、弁護士が直接に訪問または電話対応した事例は僅かに

2件であった。そのうちの1件は身体拘束をしてよいかどうか、事業所が法的責任を問われる可能性があるかについて法律の専門家としての見解を求められた。そこで示された法的な見解は、様々な介護現場で活かされる普遍性のあるものであった。もう1件は、協力的でない家族が成年後見人となっている場合に成年後見人を変更できるかどうかについて助言であった。弁護士として、取りあえず教科書的な助言を行った。しかしこの事例について事後に検討した結果、家族の非協力については、弁護士だけでなく、精神科医の視点からの見立てと助言も必要であり、両者が協働して行うべきであったと反省された。

アンケート事例163件の分析からは、弁護士の助言が望ましいと思われる事例は50%近くに上った。しかし、今回の聞き取り調査や訪問カウンセリングで、事業所・ケアマネジャーから弁護士に助言を求めてくる事例は少なかった。このギャップは重要な意味を持っているように思われる。対応困難事例へのコンサルテーションに弁護士がより積極的に関与し、法的視点の必要性について啓発する必要がある。

### (3) 試行的コンサルテーションによって得られた幾つかのヒント

以上の結果から、対応困難事例へのコンサルテーションの在り方について幾つかのヒントを得ることが出来た。

介護専門職・精神科医・弁護士によるチーム対応が必要

精神科医の助言については、弁護士の視点が加わることでより適切な助言が出来る。弁護士の助言については精神科医の視点が加わるのが望ましい。またさらに精神科医・弁護士が介護現場の問題を的確に把握し、適切、かつ分かりやすく助言するには、

介護専門職のアシストが必要である。改めて精神科医と弁護士と介護専門職によるチーム対応の必要性が確認された。

介護専門職のインターカーを配置する必要

事業所・ケアマネジャーからの相談は、最初にベテランのケアマネジャーがインターカーとなって問題点を整理することが望ましい。

訪問することに固執する必要はない

アンケート事例へのコンサルテーションでは、介護現場の実情を把握する目的もあり、出来るだけ訪問を行った。しかし実際問題として、事業所・ケアマネジャーと精神科医・弁護士はそれぞれ多忙なため、日程を調整して訪問することは大変難しかった。コンサルテーションは訪問という形態に限定せず、電話、FAX、E-Mailも取り合わせ行うのが現実的である。

継続的な関わりが必要

1回のコンサルテーションでは、一般的なこと、教科書的なことしか言えない。ある程度、継続的に関わることで1件1件に適応した対応が可能になる。

精神科医どうしの連携やスーパーバイズが必要

痴呆周辺症状の見立てについては、老年精神障害の専門知識を要求される場合が多かった。しかし、老年精神障害の専門家の数は少数である。多くの精神科医にコンサルテーションへ協力して貰うためには、コンサルテーションに当たる精神科医をサポートする老年精神障害専門家を確保し、スーパーバイズ出来るようにしておくことが望ましい。

状況が流動的であることに留意しておくこと

「痴呆」が進行したり、「身体的問題」が出現したり、家族状況が大きく変化するなど、高齢者の本人と周囲の状況は流動的であることに留意しておく必要がある。

資料3 アンケート事例概要一覧

家族によるサービス拒否

事例番号	1	年齢・性別・要介護度	60歳前半 女 要介護 4
事例の概要	<p>夫と二人暮らし。介護者は夫のみ。脊髄小脳変性症（いざる位しかできない。常に頭が動いてしまう。会話成立しない）によりすべて介護を要する。コミュニケーション困難。夫は「なるべくお世話にならないでできることは自分でやっていきたい」と言っているが介護が行き届いていないのが現状である。入浴なし、着替えなど清潔感悪い。座敷牢のような状態。</p> <p>ケアマネから訪問美容、入浴など様々勧めるが全面拒否。笑顔で対応されるが、玄関先にて追い返されてしまう状況。かかりつけ医（内科）にきちんと受診していない。往診も夫が拒否</p> <p>ケアマネ、ヘルパーが気長に説得しながら関わっている。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>どのように関わったら良いか。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>脊髄小脳変性症は、タイプにもよるが小脳障害を始め、自律神経症状や痴呆症状なども出現することがあり、ADLに徐々に障害を生じる疾患。根本的な治療はなく、ケアが対応の中心となる。この事例では、すでに介護者である夫を介さなければ意志疎通が困難になっている。</p> <p>2. 夫のサービス拒否への対応</p> <p>問題とされたのは、夫のサービス拒否。こうした状況では、まずその理由、夫の気持ちを理解することが必要。どうも、病気の理解がないというよりは、夫のプライドによるところが大きい様子。入浴などケアが行き届いていない部分があるようだが、生命の危機など極端なネグレクトというほどの事態までは至っていないと判断する。見守りつつ、介護者との信頼関係を築いて、援助できるところから援助して行く事例。実際、ケアマネは、見守りのための訪問を続けながら、チャンスを見て夫の気持ちを聞き届け、夫の希望を表明してもらうことを通して散歩に行ける状況を作り出していた。こうしたねばり強い援助のきっかけなどを「技術」として共有できるといいと思う。</p> <p>医師の往診、保健師のアドバイス、訪問看護、なども実現できればいいと思う。夫の自責感などを他の同じ経験を持つ人と語り合える介護教室（心理教育）などを利用できれば、夫をサポートする方法が広がるかもしれない。</p>		
	<p>精神科医が事業所を訪問</p>		

物盗られ妄想、本人のサービス拒否

事例番号	2	年齢・性別・要介護度	70歳後半 女 要介護 1
事例の概要	<p>独居。2年前に夫を亡くす。以来痴呆症状が進行している。多発性脳梗塞。生保利用。訪問介護サービスを利用している。「物が無くなった、盗まれた」との訴えが多い。「ヘルパーに盗られる」、「炊飯器を夜中に男が4人来て持っていく」など。室内へあげてくれないので、現在は買い物みの援助となっている。玄関を開けない時もある。ヘルパー訪問時に不在であったりと定期サービスが困難。室内の汚れがひどく、入浴もしていない様子。以前に夫からDVを受け保護施設で保護し女性センターを利用したことあり。内科疾患はない。</p> <p>生活保護の担当ケースワーカーと連携し、本人をデイサービスセンターへの利用に結びつける方向で取り組んでいる。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>痴呆なのか精神症状なのか判断できない。精神科受診につなげる方法や関わりで専門職の対応がほしい。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>この女性は、多発梗塞性痴呆の診断がついている。ケアマネやヘルパーの人の顔と名前が一致しなくなってきているとのこと。痴呆の随伴症状である「物盗られ妄想」の発生する時期として矛盾しない。「夜、人が来る」などの訴えも、痴呆がまだ重度になる前に出現する痴呆に伴う周辺症状。これまでの人生で猜疑心が強かったり、孤立しがちで安定した人間関係が築けなかった人などに出現しやすい。</p> <p>不安や依頼したいことを率直に表明できればいいのと思うが、なかなかこれがうまくいかないことが多い。薬は必ずしも効かない。デイサービスにも乗りにくいタイプ。</p> <p>質問事項は、精神症状がかつて夫から受けた暴力に由来するかどうか。配偶者間暴力(DV)の場合は、うつ、解離(嫌な記憶の選択的健忘など)、過去のできごとを思い出すとパニックになるなどの症状が出現することがある。現在の妄想は上述のように痴呆のために出現した随伴症状で、DVに直接由来するとは言えない。少なくとも本人が触れる前から、DVのことをことさら問題にすることはあまり意味がない。</p> <p>2. 関わり方への助言</p> <p>現在は介護度1で、困ることがあると近くのヘルパー事務所に援助を求めることができているので、直ちに介入することは現実的ではない。しかし、本格的に日常生活の援助や介護が必要になったときにもサービス拒否が続くようなら、施設入所が必要になる可能性が大きい。同様の事例で本人がサービス拒否を続けるため、やむを得ず最終的に施設に入所となり、特別の治療もなしに妄想が改善した事例がある。</p> <p>精神科医が事業所を訪問</p>		

高齢者のアルコール依存

事例番号	3	年齢・性別・要介護度	70歳前半	男	要介護 1
事例の概要	<p>独居。兄と妹が生存しているが交流がない。キーパーソン不在。生活保護受給者。</p> <p>脳梗塞後遺症により左不全麻痺（左足に補足具）、不整脈。心臓バイパス手術済み。アルコール依存症による治療（H13年正月アルコールによる幻覚にて精神科通院）。痴呆症状なし。119番をしょっちゅう呼ぶ。</p> <p>アルコール依存症の治療に1年5ヶ月をかけたが改善されない。最近も飲酒している。アルコールの治療のためにクリニックには通っている。土、日、祝日に1人ですごしていると不安が強まる様子。</p>				
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>アルコール依存症に対する対応や精神面のケア。</p>				
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>アルコール依存症の事例。聞き取り調査で、現在クリニックにてアルコールの専門治療を行っているが、飲酒を継続しているとのこと。</p> <p>アルコール依存症に対する対応やケアについては、嫌酒剤は高齢で断酒の医師が乏しいので適応外とされている。現在、デイサービス、医療機関でのデイケア、ナイトケアを利用中。本人の意思で通院を促すようにしたとのことであるが、治療効果が上がらないことを踏まえた上での方針決定なので、これも尊重すべき。少なくとも、医療面ではやるべきことは行われている。飲酒量も落ち着いているし、救急車を頻繁に呼ぶなどの「騒ぎ」も減っているようである。効果がないというが、いい方向に変化してきているという評価も可能なのではないか。</p> <p>2. 対応についての助言</p> <p>日中から夜にかけて居場所を確保できている意味は大きい。ときどきホームステイを利用することも同様に意義がある。金銭管理の問題やヘルパーに酒を買ってくるように要求するよくあるトラブルも今のところないようであり、福祉サイドでは現在のサービスを続けて、変化があれば保健医療の専門家と対応を相談するという方針で行けばいいのではないか。</p> <p>精神科医が事業所を訪問</p>				

本人が気まぐれで、関わりが難しい事例

事例番号	4	年齢・性別・要介護度	80歳前半 女 要介護 1
事例の概要	<p>独居。妹が1人いるが電話連絡のみ。生活保護受給者。過去のことは話したがらない。家族歴不明。</p> <p>生保ワーカー、保健師、ヘルパーが関わりを持っているが、ヘルパーの拒否が強いので関わりが持ちにくい。ヘルパーと上手くいったかと思うとすぐ嫌になったり、約束した日時に不在であったり、電話しても出なかったり、気分電話してきたり、適度な関わりと距離を持つのが大変。</p> <p>高血圧、不整脈があり、路上で体調不良になり度々救急車で入院となり（1人で買い物 歩けず 119番）しかしすぐに自己退院し、入退院をくり返している。宗教を信じており神様の指示にて医療拒否、服薬せず、通院しない。</p> <p>暖房器具や布団がなく、コタツにもぐって寝起きしている。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>精神面をどう理解したら良いか。精神面でのケアをどうしたら良いか。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>精神面でのケアが必要な事例とのことで挙げられた。しかし、精神医学的な診断は明らかではない。路上でしばしば体調不良になり入院するというのも単に身体の問題だけなのかどうか。「神様」に関しては、本当にある宗教を信じているとのことであり、一概に妄想とはいえない。こうしたことから、以前から統合失調症その他何らかの精神障害を発症していた可能性は否定できないが、過去の生活史に関する情報が少ないため推定に留まる。</p> <p>2. 対応の仕方についての助言</p> <p>実際に介護者が困惑しているのは、人間関係や自己退院などに見られる気まぐれさ。すでに生保のワーカーを始め保健師なども関わっており、今以上の対処法を見出すのは事実上困難。このような人の場合は、一時良い人間関係が築けたと思っても早晩破綻してしまうのはやむを得ないと割り切って考えた方がよいかもしれない。本人の特徴に逆らわず、「相性のいい介護者を見つける」というスタンスよりは、一定期間でヘルパーなどが交代することを見越して、できる範囲で無理なくお付き合いすることで良いのではないかと思える。</p> <p>神様や同じ宗教の信者仲間からのアドバイスなら受け入れるかもしれないが、ここでは神様の指示で受診を拒否しているというので現実に行うのは無理かもしれない。偶然、信者さんと接触する機会があったときに、情報収集することを心がける程度か</p> <p>精神科医が事業所を訪問</p>		

本人のサービス拒否

事例番号	5	年齢・性別・要介護度	80歳前半 女 要介護
事例の概要	<p>独居。キーパーソンなし。生活保護受給者。腰椎の圧迫骨折により、日常生活が困難になった事例。訪問介護（1日2回午前、午後に分けて）と訪問看護（時には毎日）で対応してきたが、サービスの拒否や時間外のサービス要求が多く対応が困難になった。</p> <p>ケアマネジャーのメンタルケアの必要性から、ケアマネジャーの変更、事業所の変更をし、看護師が担当することになった。その後入院。病状が回復するに従って徐々にサービスを受け入れるようになった。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>保健師や精神保健福祉士によるメンタルケアについて</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>病気はパーキンソン病。一時期対応困難となったことから、保健師などによるメンタルケアの必要性について要望が挙げられた事例。聞き取り調査の結果、骨折の痛み、入院などを控え、精神的に苛立ちが強かった時期に生じた問題。たまたま接触の浅いケアマネが「入院するので猫を世話してくれる人に引き取ってもらってほしい」との要請に正直に、迅速に応じたことが却って反発を招いたという。「言っていることと本心が違う」と知ってケアマネはとまどった様子。しかし、被援助者はこれまで特別に問題がある人ではなく、入院治療後関係が修復したということから判断すると、ストレスや不安感のある単身者などで、誰にでも多かれ少なかれ生じるものであることを示してくれる事例として参考になる。</p> <p>2. 対応の仕方についての助言</p> <p>ケアマネは直接こうした本人の心のケアをする人材として精神保健福祉士らが必要と考えており、それはその通り。しかし、現実には訪問看護の看護師が対応したとのことで、それも立派な解決法であった。むしろ、聞き取りをしてみて、猫の一件で動揺したケアマネをサポートしてくれる精神保健や看護の専門家がいればよかったのではないかと思えた。</p> <p>精神科医が事業所を訪問</p>		

介護者と被介護者の密着した関係

事例番号	6	年齢・性別・要介護度	80歳前半 女 要介護 5
事例の概要	<p>脳内出血後に要介護状態となる。座位OK、ADL介助にて自立。笑顔で話すがちぐはぐな返答。</p> <p>息子が仕事を辞めて介護に当たっている。ヘルパーを週5回派遣しているが、買い物、散歩のみで入浴などは必要ないと息子の方で拒否。入浴は7ヶ月出来ていない。デイサービスも食事メニューを見て息子の方で拒否。内科医が往診している。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>家族の調整について専門の人と話をしたい。本人と息子は満足されて過ごしているようだがどう考えたものが。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>母親と息子との間の密着した関係への対処法の模索と、母親の介護に対する息子の合理的ではないクレームに対応を迫られた事例である。母親の診断は脳出血後遺症である。聞き取りの情報からは、息子に、これまで特別な精神疾患があったとは思えない。しかし、母が脳出血を発症したときから、救急受診させなかったり、医師の入院のすすめに耳を貸さず自宅に連れ帰ったりするなど、常識から外れる行動が見られている。その後も片時も母親のそばを離れない(離れられない)、そのために入浴も長期間できていない、というも極端である。こうした母子密着がどこから生じたかは定かではない。母が発症したことに対する自責感が多少関与しているとしても、やはり以前からあった親子関係の問題が母の病気をきっかけにより顕著になったと考えるべきであろう。</p> <p>2. 対応の仕方についての助言</p> <p>こうした関係、あるいは息子の母親への思いを変えることはかなり難しいことと思える。この場合、考えるべきことは二つである。第一に、母の介護や医療処置が息子の非合理的判断により滞り、生命にも危険が生じるような状況になるならば、積極的に介入しなければならない。しかし、入浴拒否程度であればまだその時とはいえないと考える。現在は、サービスを提供しつつ息子と良好な関係を築き、見守りを続けることが是非必要である。ケアマネはその線に沿ってねばり強く対応を続けている。内科の医師の往診を受け入れていることもとても大事なポイントである。第二に、母親に変化があった場合には息子の精神状態が危機に陥ることが非常に強く懸念される。この問題はケアマネの責任の範囲を超えるので、保健所の保健師などに情報を入れ、いざというときの対応などについてあらかじめ相談して、アドバイスを受けておく方がいいと思われる。</p>		
	<p>精神科医が事業所を訪問</p>		

家族によるサービス拒否

事例番号	7	年齢・性別・要介護度	90歳前半	男性	要介護度 4
事例の概要	<p>老人世帯。介護者である妻が自分のやり方に固執して、サービスを拒否するためにケアマネジャーの視点から不十分な介護しか行えていない。しかもサービス内容に苦情が多い。作業療法士の助言も妻が受け入れない。病院からは勝手に退院させてしまい、その後、服薬させていない。遠くに住んでいる次男も気づいているが関わらず、母親の態度を変えることが出来ないでいる。一度は夫婦で施設入所することに決まったが、土壇場になって妻が拒否し、話が流れている。長男は親の希望なので在宅で生活させたいと言っている。保健福祉センターの保健師が継続して関わっているが、状況を変えられないでいる。</p> <p>ケアマネジャーとしては妻に痴呆もあるのでと疑ってきたが受診につなげられていない。夫は介護度4だが痴呆も入ってきていると思われる。</p>				
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>妻に痴呆があるのではないかと、精神科医が訪問して妻を診察出来ないか、そうした妻にどう関わったらよいか精神科的な視点からのアドバイスはないか。</p>				
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価                      これまでの情報から、妻には思いこみの激しさ、頑固さ、一方的なところなど、性格の面で特徴があること。それ以外に精神症状らしいものは見当たらないこと。日常の行動から明瞭な痴呆はないであろう。</p> <p>2. 対応の仕方についての助言                      本人の承諾無く精神科医が突然に訪問して診察することは適切ではないだろう。長男の方が困っていて、希望されれば相談に乗れる。長男の方から、これまでの経緯を詳しく聞ければ、もう少し明確な精神医学的な評価が行え、精神医学的に出来ることが見つかるかもしれない。</p> <p>精神科医が事業所訪問</p>				

身体拘束の是非

事例番号	8	年齢・性別・要介護度	80歳後半 女 要介護 3
事例の概要	<p>娘夫婦と同居。対象者は痴呆症状があり、歩行が困難のため常時車椅子を使用している。目を離すと立ち上がろうとして転倒の危険がある。家族から「病院では身体拘束していたので、デイサービスでも拘束をしてもらえないか」との依頼がある。事業所としては「法律上・人権上の観点から身体拘束はできない」と家族に伝えている。それに対して家族は事業所に対して「転倒があったら訴える」と言い、事業所としては対応に苦慮している。事業所としては、今後も拘束はできないこと、職員の配置を手厚くしていることを説明。それでも拘束を希望されているならば利用を断ることもあると伝えている。</p> <p>法人の第三者機関に対し今回の事例について報告し以下の指示・見解が出ている。！身体拘束はとらない方が良く、"利用を断ってもやむをえないのではないか、という見解をもらっている。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>果たして利用を断ることが出来るかどうか助言を欲しい。各専門家の意見を聞きたい。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神科医としての見解</p> <p>安易な拘束が戒められることは当然であるが、「認知障害」があったり、「意識レベル低下」の状態では安全対策が必要となる。拘束全廃を要求するだけでは不十分である。事故防止のための例外規定や安全対策の指針が伴っていない現状には矛盾があると云わざるを得ない。このためにサービスを受けられない利用者が生ずることも看過できない。車両、航空機等の運行上もチャイルドシート、シートベルトなどの装着が義務づけられていることを鑑みても、事故防止のための安全規定が考慮されるべきである。</p> <p>2. 弁護士としての見解</p> <p>1. 原則として身体拘束が禁止であるということ、例外を一切認めないということとは意味が異なる。</p> <p>2. 身体拘束は、拘束される高齢者の心身両面の尊厳を著しく損なうのみでなく、その状態を一層悪化させる危険性がある。身体拘束の禁止というのは、介護を受ける高齢者の立場にたって、ケアの在り方を見直すためにある。あくまでも本人の権利擁護が目的である。</p> <p>3 従って、身体拘束をしないとむしろ本人の生命や身体を守れないという、「緊急やむをえない場合」には、身体拘束が「義務」となることも考えられる。身体拘束禁止の例外を一切認めないということは、その義務を履行していないことになり、施設が民事上の損害賠償責任を問われることがありうる。特に、本件の場合、医師は身体拘束をしなければ危ない場合があることを指摘しており、施設が身体拘束をしなければいけない局面があることを十分に予想すべきである。勿論、緊急やむを得ない場合以外にまで身体拘束するという意味ではない。このことは家族にどのような了解を取っていても同じである。</p> <p>なお、身体拘束しなかったから事故が発生したというような場合、施設の責任というよりも、ケアマネジメントを確実に行っていなかったのではないかという点から、ケアマネジャーが責任追及されることもありうる。</p> <p>事例検討会：デイサービス職員4名、弁護士4名、精神科の医師1名、福祉関係者3名、事務局1名</p>		

成年後見人の変更

事例番号	9	年齢・性別・要介護度	70歳前半	女性	要介護 3
事例の概要	<p>アルツハイマー型痴呆重度。対象者と長女家族3名の4人暮らし。ADLの低さから娘の介護が全てに必要。長女が成年後見人になっている。デイケアに週3回、それ以外のサービスは長女自身が「混乱するから」と受け入れない。長女のその日の体調で過剰な介護とネグレクト的介護が繰り返されている。ショートステイなど勧めるが拒否。長女が対象者の顔をつねったり怒ったりする。自分は不安神経症、パニック症候群と長女自身言っている。</p> <p>最初は、ケアマネジャーが訪問しようとしても拒否されがちであった。関係作りの努力を続けた結果、デイの回数を週4回に増やし、ショートステイの利用も前向きに考えるようになり、長女の精神面での安定が見られている。ケアマネからの電話連絡も可能になっている。</p>				
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>現在は状況が好転していてその必要がなくなっているが、一時期は後見人の変更が必要ではないかと関係者間で話し合われた。今後、再度後見人の変更をする必要が出てきた際には、どうしたら良いのか弁護士からアドバイスが欲しい。</p>				
コンサルテーション	<p>弁護士からのアドバイス</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>後見人の変更は可能ですが、娘さん本人はどのように思っているのでしょうか。</li> <li>娘さん自身も自分では後見人を続けるのが難しいと思っているのであれば、娘さん自身が家庭裁判所に理由述べて辞任したい旨を申し上げます。そうしますと、家庭裁判所で正当な事由があると判断されれば（おそらくされるでしょう）、辞任することができます（民法844条）。そうしますと、後見人が欠員となるわけですから、成年被後見人（本人）若しくはその親族その他の利害関係人が成年後見人の選任の請求をすることにより、又は、裁判所が職権で、成年後見人が選任されます（民法843条2項）。</li> <li>娘さん自身は上記のように思っていなかった場合は、「後見の任務に適しない事由」あるとして、被後見人（本人）、被後見人の親族、（後見監督人、検察官）の請求、又は、裁判所が職権で、後見人を解任することができます（民法844条）。その後は上記と同様です。</li> </ol> <p>なお、利害関係人であれば、選任の請求はできますが、解任の請求はできませんので、その場合には、裁判所に職権の発動を促していくということになるでしょう。</p> <p>弁護士が文書で回答</p>				

本人から苦情や要求が多い事例

事例番号	10	年齢・性別・要介護度	50歳後半	女性	要介護 1
<b>事例の概要</b>	<p>独居。小脳変性症。要求が多い。介護保険外のことを要求する。完璧なサービスを求める。個人的な繋がりを強く求める。身体の状態について強い不安を抱いていて、そのことで訴えることが多い。昼夜を問わず連絡を取ろうとしてくる。ヘルパーとのトラブル（物を壊したなど）が多い。ドアを閉めたときの音で気を失ったと言った訴えなど。国保連や、近隣、区などに頻回に苦情を申し立てている。2年間でヘルパーの事業者が8社変わった。</p> <p>生活史が複雑。子供はいるが疎遠。主治医が精神科医を紹介したが本人は受診していない。</p>				
<b>事業所・ケアマネジャーからの要望</b>	<p>本人の不安をじっくり聞いてあげられる人、相談にのってあげられる人が欲しい。ケアマネの一人の力では困難。</p>				
<b>コンサルテーション</b>	<p>1. 精神医学的な評価 この年齢で小脳変性症という疾病を持っているということは当人には大変なことで、不安が強いことも了解できる。性格の偏りがあるのかどうか、こだわりやすいことの背景に脳の器質障害もあるのか、物音で気を失ったということが何だったのか、出来れば一度、受診していただき、検査をした方が良いでしょう。ケアマネの観察から日常生活上本人の行動で気づいたことを主治医に伝えれば役立つだろう。</p> <p>2. 対応についての助言 本人は精神科受診に積極的でないようだ。まず保健センター等の保健師に協力を依頼し、そこから訪問診療に繋げていくのはどうか。</p> <p>精神科医とケアマネジャーが事業所を訪問</p>				

家族の過剰または過少な介護

事例番号	11	年齢・性別・要介護度	70歳後半 女 要介護 4
事例の概要	<p>痴呆重度。次女家族との同居。2mくらいの介助歩行がやっと可能。ADL全介助。訪問看護、デイサービス、ショートステイ利用。</p> <p>次女が潔癖性にて排泄の介護ができない。次女は心身機能の低下を受容できず、叱咤激励と称し、身体的な暴力が有り。怪我が絶えない。ネグレクトでもある。入所について次女が拒否的。拒否の理由は他の家族や親類の手前ようだ。</p> <p>ショートや老健を利用し本人の安全を図ってきたが、次女の希望はあくまでも短期間利用で状況はあまり改善していない。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>次女による極端な（過剰または過少な）介護状況であり、危険も伴う（虐待ともいえる）。家族と引き離すことや特養の入所など権限をもっている（措置）機関に相談できればと思っている。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価</p> <p>次女の異常な介護の背景には、周囲（親族等）から受ける非難を怖れるという側面もあるように見える。母親への両価的感情もあるのではないかと判断しかねるが、出来れば精神科医と面接する機会を作った方が良い事例ではないか。</p> <p>2. 対応の仕方についての助言</p> <p>介護者の気持ちに余裕がないのは明らかである。とりあえずはショートステイを活用するのが良いのではないかと。</p> <p>精神科医が事業所を訪問</p>		

痴呆の進行で在宅介護が困難、家族の非協力

事例番号	12	年齢・性別・要介護度	80歳後半 女 要介護 1
事例の概要	<p>独居。痴呆あり。作話がひどく、物忘れもひどく、鍵や金をしまったところに忘れる。火の不始末もあり。服薬管理が出来ていない。週3回のホームヘルプ。</p> <p>家族は都内に住んでいるが、ほとんど顔を出さない。キーパーソン不在。</p> <p>体調不良のたびに家族に対応依頼するが、動いてもらえない。ケアマネが直接に関わって対応してきた。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>家族が病識も無く、治療に結びつかない。受診のタイミング。家族への病気の理解どうやってもってもらうか。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価 精神科医が診察の上で家族に説明すれば家族の意識が変わり可能性はある。身体面でのチェックが不十分なことが気掛かり。</p> <p>2. 対応についての助言 権利擁護事業の利用、成年後見なども進めるべき事例。</p> <hr/> <p>精神科医が事業所を訪問</p>		

精神症状をもつ痴呆患者

事例番号	13	年齢・性別・要介護度	80歳前半 女 要介護 5
事例の概要	<p>老夫婦世帯。高度の痴呆症、妄想あり、介護への抵抗など問題行動が出現。しかし主介護者の夫が向精神薬を使用することに抵抗。夫は自らの身体疾患から介護が負担となりショートの利用を希望しているが、対象者の痴呆症状のために各施設は受け入れを拒否している。</p> <p>色々な経緯のあと、老健ショートステイ及び病院の療養型ショートステイを使用、そのあと老健入所（専門棟）に結びつけた。</p>		
事業所・ケアマネジャーからの要望	<p>高度の痴呆症があり、なおかついくつかの問題行動、精神症状のある利用者を緊急時に直ちに受け入れてくれる施設や病院が欲しい。</p> <p>精神科受診が困難な患者への対応はどうしたら良いのか。向精神薬の服用管理などについての助言が欲しい。</p>		
コンサルテーション	<p>1. 精神医学的な評価 痴呆関連症状のための介護抵抗、不眠などに対する受診援助は適切であったのではないか。</p> <p>2. 対応についての助言 現状では、精神症状をもつ痴呆患者の介護ができる社会資源は乏しい。痴呆介護棟をもつ老人保健施設などが対応できるにとどまり、一般の老人保健施設では断られる可能性が高い。緊急事例に対応できる資源は殆どがない。特養は、精神科医の関与のないところが多く、嘱託医は常勤していない。老年精神科医が地域の要望に応える方法を模索するしかない。</p> <p>適切な薬物のコントロールで本人も介護者も暮らしやすくなる事例はある。（逆に不適切な薬物投与は事態を悪化させることもある）</p>		
	<p>精神科医が事業所を訪問</p>		

付記：上記13件の記録は、聞き取り調査とコンサルテーション（うち12件は訪問によるコンサルテーション）によるものである。

上記以外にも25件について聞き取り調査を行った。聞き取り調査を行ったもののうち6件は、施設入所や入院、ケアマネや事業所の交代などアンケート調査を行ったときから状況が大きく変化していた。残り32件のうち19件は、聞き取りの時点でコンサルテーションが必要ではないことがわかった。残りの13件について試行的にコンサルテーションを行った。

## - 2 電話相談窓口設置によるコンサルテーション

### (1) 相談の流れ

本研究では、2004年2月中旬～3月中旬にかけて、週3日、電話相談窓口を開設した。専用の電話番号を設け、介護の現場で働いた経験が10年以上の介護支援専門員（ケアマネジャー）の有資格者を毎日1名、電話相談員として配置した。電話相談を行うことの告知は、豊島区・昭島市の全ての居宅介護支援事業所及び在宅介護支援センターへ案内チラシ等を配布することで行った（資料2参照）。

電話相談員は、相談内容を聞き取ってまとめ、その場で助言を返すことは最小限にとどめた。本研究員である複数の精神科医や弁護士や介護専門職で対応方法を検討し、相談を受けた日から1週間の内に、返信の電話を入れた。その電話の中で助言を行い、終了した事例が多いが、その後訪問したもの、事業所で開催する事例検討会に本研究員が参加したものもある。事例毎に担当する専門家を一人決め、担当者の責任において助言等を行ったが、助言は専門家同士で相談しながら行った。

### (2) 相談件数

電話相談窓口を設置した1ヶ月の間に11件の相談電話があった（資料4）。相談日は火・水・金であったが、相談件数は火曜日が4件、水曜日が7件、金曜日は0件であった。週末は事業所が比較的忙しく、相談する余裕が少ないことが予想された。

相談窓口は午後2時～5時であったが、入電時間は午後2時～3時が5件、午後3時～4時が4件、午後4時～5時が2件であった。

相談時間の平均は約22分で、一番長かった事例は53分かかった。

### (3) 相談者と相談内容

今回の相談は、後で電話をかけ直して助言を行う関係上、名前・電話番号・対象者との関係を必ず聞いた。相談者が答えることをためらう事例は特になかった。

電話をかけてきた相談者は、ケース担当のケアマネジャーが4件、サービス提供施設の職員が5件、以前担当していたケアマネジャーが1件、一般の市民が1件であった。相談者の勤務先または居住地は、豊島区2件、昭島市4件、その他の都内が5件であった。特に相談者の種別を制限しなかったため、全ての相談者の相談に応じてコンサルテーションを行った。

相談の内容は、ケース担当のケアマネジャーからは、ケアプランを担当している対象者の処遇に関するものが多かったが、サービス提供施設職員からは、施設利用を

断ることができるのか、対象者住居の鍵を預かってもいいのか、デイサービス契約時に感染症の確認をしなければならないのか、など施設の法的責任問題や、未払いの利用料を徴収できるかという施設の利益に関わる相談であった。ケース担当を外れたケアマネジャーや一般市民からは、精神障害者や精神的に問題を抱えている人の治療に関することや、対象者との関わり方に関する相談であった。

アンケートで出された困難事例に比べ、電話相談事例は、精神科医や弁護士に直接相談したいと希望してきた事例が多く、実際に関わる必要があると思われた事例が多かった。「精神科や法律の専門家による相談」とうたってコンサルテーションを行ったためと思われる。

### (4) 対応方法

研究員の間で助言内容を検討した上で、担当者を決めて、単独あるいはチームで電話や訪問によって助言を行った。

その結果、精神科医のみの助言を行った事例が3件、弁護士のみ助言を行った事例4件、精神科医と弁護士から助言を行った事例が1件、精神科医と介護職からの助言を行った事例2件、精神科医と弁護士と介護職から助言を行った事例1件であった。専門家が連携してコンサルテーションを行った事例は4件に留まったが、実際には連携した方がよいと思われる事例が他にも多く見られた。逆に、連携して対応したものの結果的には単独の助言内容に留まった事例も見られた。

研究員による助言内容の検討過程は、研究会に提出して事例検討を行った事例が2件、個別の研究員に電話等で意見を求め複数の意見を総合した事例2件、特定の研究員に対応を任せた事例6件、事業所が開催した事例検討に複数の研究員が参加した事例が1件であった。

助言を返す手段としては、電話相談員が電話をかけた事例2件、医師や弁護士が直接電話をかけた事例が6件、医師と介護職がそれぞれに電話をかけた事例が1件、医師と弁護士が訪問した事例が1件、相談者の事業所へ出向いて事例検討に参加した事例が1件であった。

### (5) 助言内容

相談者が既に自分なりに対応方法を考えていて、電話相談では自分の判断が正しいかどうかの確認を行いたいと思われた事例が3件あった（電話1、2、11）。このような事例では、精神科医や弁護士の専門的助言を加えながらも、介護職が自分の経験などを交えながら共感することが主な対応となり、相談者は安心感を得たと思われた。

その他の相談は医学的・法的な見解を求める相談で、それぞれの専門家が直接に、単独あるいは連携して対応

した。専門的知識を与えて今後の具体的対応についての助言を行うことが中心であった。精神科医や弁護士が単独で助言した事例の中には、介護職が連携してコンサルテーションに加われば、専門的知識に加え現場に即した方法を提案することができたかもしれない事例もあると思われる。今回は時間が足りなかったため行うことがむずかしかつたが、介護専門職、精神科医、弁護士の3者が相談者事業所の事例検討へ参加した事例（電話3）では、弁護士の助言が主になったものの多面的な意見が交換された。

助言を行った精神科医や弁護士の中に、高齢者問題に関わってきた経験の長さや内容にばらつきがあり、同じ事例についての意見交換では、より経験のある専門家の意見を参考にすることで、より良い助言方法を考えることができた。専門家間のスーパーバイズの重要性は明確であったが、今回の電話相談では日程の関係で、全事例について専門家間の意見交換を行えたわけではない。専門家間の意見交換やスーパーバイズには時間や手間がかかる。効率よく行うための工夫が必要である。

## (6) 今後の課題

### 相談者を限定すること

上述のように、今回相談者の対象や相談内容について明確にしなかったため、想定していなかった相談が紛れ込んできた。コンサルテーションの目的に合った相談に絞り込むには、相談者の種別をケアマネジャー等の介護事業所職員に限定する必要があると思われる。

また、担当ケアマネジャー以外からの相談では、現在の対象者及び家族の状況や意見を把握していない場合が多いこと、今後の対応についての指示系統が明確にならないことなどから、原則的にはその事例を担当しているケアマネジャーからの相談が望ましいと思われた。それ以外の職員から相談があった場合、担当ケアマネジャーから電話をかけ直して貰うことも必要であるかもしれない。このことは、介護の現場におけるケアマネジャーの役割を再確認するためにも有効であろう。

しかし、研究員の中からは、逆にホームヘルパーや福祉用具を扱っている事業者など、もっと幅広く相談を受けるべきであるという意見があった。ケアマネジャーは忙しく、介護の現場で起こっている問題を把握しきれていない、ヘルパーなどがケアマネジャーに対応を求めても、仕事が増えることになるので、なかなか動いてくれない場合が多いという理由からである。しかし、相談者の対象を拡げることは、現実問題としては、難しいように思われた。

### 対応の流れを決めること

限られた時間と人材を有効に使って、効率の良いコン

サルテーションを行うことが必要である。今回のように電話相談員が相談内容を聞き取り、精神科医・弁護士・介護専門職が対応を検討し、後日助言等を行うことは、一つの有効な方法であると思われた。

今回は、聞き取り後の段取りについて詰めが十分でなかった。本研究員から、今後は、精神科医・弁護士・介護専門職の3人が一つのチームを作り、相談は一つのチームに伝えてチーム全員が検討するようにするのはどうかという意見が出た。多くの相談を受けられるようにするには、多くのチームを組む必要がある。しかし、介護や高齢者の問題に詳しい精神科医や弁護士は多くない。ひとつのチームの中だけで結論が出にくい場合、そのチームが介護や高齢者の問題に詳しい精神科医や弁護士にスーパーバイズを受けられる仕組みも考えておきたい。

チームで対応を検討した後、電話相談員から返答するのか、助言の中心となる専門家から直接助言をするのが良いかは、ケースによると思われる。専門家の絶対的な人手が足りないことと、介護職の言葉を借りてかみ砕いて説明した方が伝わりやすい場合があることから、多くの場合は電話相談員から検討された助言を伝えるのが良いと思われる。しかし、相談内容によっては、精神科医や弁護士と直接話して意見を聞くことで満足するような事例も見られる。

### 電話相談員の役割は大きい

このようなコンサルテーションの仕組みにおいては、窓口となる電話相談員の役割が大きい。介護現場をわかっている相談員が相談内容を的確にまとめ、介護の専門ではない精神科医や弁護士へ問題点を説明し、助言して貰いたいポイントを押さえることが必要である。その一方で、他に相談する人がいないために不安に陥っている相談者が共感を求めてくるような相談の場合、電話相談員が自分の経験を基に助言し共感することは、相談者に安心感と満足を与えるのに有効である。

### 単独よりも連携で

相談者が希望する専門家の意見だけでなく、別の専門家の意見も一応聞くことにより、予想もしなかった助言の方向を見つけることができる。また、必ず介護の専門家の意見を聞くことで、他の専門家の助言を現場にどのように反映させるかなど、より現実的に役立つ助言にすることができる。

### 事業所の事例検討会に参加する場合

今回、電話相談事例1件とアンケート事例1件について、相談者の事業所で行われた事例検討会に本研究員が参加して助言を行った。その際、担当のケアマネジャーが不在で相談の主体が不明確になったこと、情報が不十分であったことなどの反省点が見られた。相談者の招きに応

じて受動的に検討会に参加するのではなく、検討会の開催にあたっての助言も必要であると考えられた。「事例検討会に出席するメンバーの確認。準備する資料の指示。本人家族の意向や主治医の意見など、事前に調査しておくべき事項の指示。事例に応じたコンサルテーションメンバーの選定。」など、事例検討会の準備段階からコンサルテーションを行うべきである。

#### 代表的事例の対応マニュアル

電話事例1の「物取られ妄想」のように、かなり頻度の高い対応困難事例のパターンが見受けられた。アンケート事例においても、その傾向は見られた。代表的事例の対応について大枠のマニュアルが整備されれば、ある程度電話相談員が直接助言を行うことも可能になると思われる。「物取られ妄想」については、精神科医の竹中星郎先生に一般的な説明をもらった（資料4参照）。

マニュアルの作成には、コンサルテーションの事例と対応とその結果を記録に残し、その分析を行っていくことが役立つだろう。

#### 契約関係の助言

相談事例には、ケアマネジャーからホームヘルプサービス事業所への指示書の存在が不明な事例、介護記録をもっと詳しく記載した方が良い事例があった。利用者の度重なるサービス変更に対する対策や、やむを得ず事業所側からサービス解約を持ち出さざるを得ない事例の対応など、契約書を作成するなど契約関係を明確にすることが一つの解決方法と思われる事例があった。痴呆のある対象者との契約は、実際には契約がなりたたないような事例も、慣例的に家族の代理契約で行っているが、適切なことではない。このような契約に関する助言のマニュアルや契約書の雛形を示すことができるようにしておくことも必要である。

#### 既存の相談機関との関係

試行的コンサルテーションと既存のシステムとはどの

ように関連づけられるのであろうか。例えば豊島区の場合、居宅介護支援事業所において、対応が困難な事例が発生した場合、基幹型在宅介護支援センターへ相談し助言をもらう、場合によっては担当を別の事業所に代わって貰う、それでも対応困難な場合には在宅介護支援センターが事例を引き受けるということになっている。医療的側面が必要な場合には保健所、介護保険の費用についての問題なら都が行っている相談窓口が準備されている。さらに精神医学的な面での評価が必要な場合は、東京都の高齢者精神医療相談班に依頼すれば訪問してもらえる。また、法律的な問題については、豊島区の場合は最近社会福祉協議会に相談窓口が設置されている。しかし、これらの既存の介護支援システムでは、介護専門職、精神科医、弁護士との3つの専門家が連携しなくては解決が難しい事例に対応できていない。また、気軽に相談することや、迅速に答えを提供することが難しい。試行的コンサルテーションは、既存の相談システムでは行うことが難しいことを行い、既存のシステムを補完する役割を果たすものである。その役割を果たすためには、既存のシステムと密接に連携し役割分担を必要がある。

#### 結果のフィードバック

助言などを行った時点で終わりではなく、必ずその後の追跡調査と報告を行っていくことが、有効なコンサルテーションシステム構築には欠かせない。相談者との契約の中に、その後の報告をもらうことを盛り込む必要があるだろう。

但し、コンサルテーションの評価は簡単ではない。コンサルテーションの結果、対象者の処遇が改善されればそれに越したことはない。しかし、問題を抱えながらもなんとか介護サービスを継続出来ているということも評価に値することである。

資料4 電話相談窓口事例概要一覧

電話 1	相談者 担当ケアマネ	相談時間 20分	70台後半 女性 要介護 1
<p><b>概要</b></p>	<p>【生活状況】            家族所有住宅居住、息子夫婦が隣に住む。〔息子が主介護者〕食事は自分で総菜を購入したり、電子レンジで温めて賄っている。配食サービス利用拒否、また息子夫婦から一緒に食事の誘いも、おかずなどのおすそわけも拒否している。なんとか独力で食事管理は出来る。近所の友人とのコミにケーションあり。近所とのトラブルはない。</p> <p>【疾病】            骨粗鬆症 血圧上140～150、下70～80（ほぼ正常） 服薬なし            麻痺や関節の可動域制限はないが、外出は手押し車を利用して買い物できる。</p> <p>【介護サービス】            ホームヘルプ週2回2時間（生活援助・掃除など）</p> <p>【問題】            半年ほど前から、しばしば物取られ妄想があり、増加の傾向が見られる。例1）本人が買い物をしてきたキンカン、たくわん、干し柿が気分悪く休んでいる内〔眠っている間に〕ヘルパーがきんかん4、5個、たくわん一本、干し柿も少なくなり、ヘルパーが取ったのでヘルパーを辞めさせてくれと言う。例2）自分が部屋を空けたときに、タンスの中の電話番号メモを持っていったと、嫁を疑う。何か無くなったと騒ぐ時、息子が一緒に探して出てくると、嫁が動かしたと嫁を強く非難する。</p> <p>【周囲の対応】            ヘルパーサービスを週2回から週1回に変更。疑われたヘルパーは担当からはずした。部屋の中から掛けられる鍵があるが、それでも郵便物を取りに行っている間に嫁が入ると疑う。息子がやさしい性格の為、母親の訴えをよく聞いている。息子夫婦、ケアマネ、ヘルパーは理不尽なことでも話を聞き、一緒に捜し物をしている。</p>		
<p><b>相談者の要望</b></p>	<p>これから頻繁に起こりそうだが、疑われる嫁やヘルパーはどう対応したらよいか。改善される薬があるのか。</p>		
<p><b>コンサルテーション</b></p>	<p>事例検討（精神科医・弁護士・介護職） 介護職電話 所要時間 30分+15分</p> <p>【助言内容】            もの取られ妄想のある老人は、心の中が寂しい人かもしれない。否定をせず、不安感を増幅させず、安心感を与え、納得をさせることが大切。            介護する家族を支えることも重要。長男や他の家族対応は適切なことを認め、誉め、大変さも共感する。ケアマネとの信頼を深めることで家族は安らぎ、対象者へ余裕を持って対応できるようになるだろう。家族関係に多少問題があるかもしれないが、長い家族の歴史をすぐに変えることは難しく、攻めない方がよい。            ヘルパーの変更については、やむをえないことで適切な対応であった。今後予想されるべきこととして、交番に届けるようなことも起きる可能性があるが、あわてないで冷静に対処すればよい。記憶障害があるので、その場で納得するような対応をとりつづければ、そのうち忘れてしまうだろう。            精神科を受診すれば薬を処方される可能性もあるが、年齢を考えると薬の利用にはかなり慎重になる必要がある。</p> <p>【対応結果】            以上のことを電話対応者の個人的経験を交えて伝えると、良く了解されたように感じた。また、ヘルパーへの処置については心の痛みを感じておられた様で、ヘルパーの変更はやむをえないと聞きホッとしていた。精神科の受診について、今は考えていないとの事であった。</p>		

## 電話事例1のような妄想についての一般的な説明

竹中 星郎（精神科医）

- 1) 高齢者によくみられる妄想で、ほとんどが女性。勝ち気、しっかり者と言われていた人が多い。
- 2) 発症の背景はケースによりさまざまだが、老化による心身の衰えや痴呆などによって、立場が弱くなった、役割を奪われた、と感じてこれまでの人間関係の平衡が崩れたときにこの妄想を生じる傾向がある。
- 3) 特定の1、2の人に対する攻撃。対象になるのは嫁や娘、ヘルパーなどの最も身近な人。その人たちが虐待しているとか、意地悪をしている訳ではない。
- 4) 心理的には、捜し物が見つからないので盗られたと訴えるのではなく、誰某が盗ったという確信が先。つまり、「困っている」のではなく、「あいつが盗った」という攻撃。
- 5) その物が見つかったときには、「私が騒いだから戻したのだ」と言って、自分の確信を訂正しない。

### 1. これまでの経過についてのコメント

- 1) 盗られ妄想の特徴が見られる。
- 2) 90歳という年齢を考えると、これまで通りの生活を続けることがむずかしくなっているが、性格的にSOSを発することができないでいる。妄想はゆがんだSOSの表明。
- 3) 息子の対応は、母親を孤立や敵対的な人間関係に追い込まない点で適切だった。
- 4) しかし妄想発症の背景（衰えや性格特徴など）は改善する訳ではないので、次第に増強している。妄想はその場の対応だけでは解決しない問題。

### 2. 対応と治療

- 1) 家族の対応は基本的にはこれまで通りでよい。
- 2) 妄想は病的な症状なので理解や対応で解決できるわけではなく、精神科治療の対象である。薬はハロペリドールなどのメイジャーランクライザーが中心になるが、高齢なので副作用が生じやすいため極めて少量（ハロペリドールなら0.5～1mg）。そのため効果の判定には1、2週は必要で、有効な場合は1か月で訴えは減少するだろう。ただし、まったく言わなくなることは期待しない方がいい。
- 3) 高齢なので暴力の被害がない、薬の副作用が怖いなどの理由から、あえて精神科にかけたくないという考えもある。それも選択肢のひとつだが、妄想にとらわれたまま人生を終えるのか、治療して本来の母親に戻って暖かい人間関係のなかで看取るのかを考える価値のあるテーマ。

電話 2	相談者 担当ケアマネ	相談時間 15分	70台後半 女性 要介護 1
概要	<p>【生活状況】        独居（夫は数年前に死去）。息子夫婦が隣に住む。夕食週二回は息子夫婦宅で摂る。嫁は昼間パートの仕事あり。嫁と姑の仲は良好。娘は時々尋ねてお昼を共にする。</p> <p>【疾病】        20年程前胃ガン切除。喘息。アルコール依存症（医師の意見書）。        痴呆（長谷川スケール12点）。</p> <p>【介護サービス】        ホームヘルプ週2回2時間（生活援助、買い物、調理など）</p> <p>【問題】        夫が死去したころから不眠症で、医師に寝る前のお酒を勧められて習慣的に飲んでいて、1年半程前、風呂場で飲酒し意識不明で倒れていたところを家人が見つかり、救急車で入院。退院後、栄養不良状態になりそうになった。        医師からは、一日ビール一杯程度許可されている。しかし、自宅でそれ以上に日本酒等を飲んでいる様子。一人の時の飲酒量が増加してきているため、居室内で何度も転倒している様子。        家族もビール好きで一緒に飲むため、断酒することが困難。お酒類は、ヘルパー同行でビール日本酒などを購入。お金は、毎朝息子が財布に少額用意している。</p>		
相談者の要望	<p>断酒が必要と思われるが、家族と一緒に飲むことによってコミュニケーションが良く保たれていることもあり、絶対に飲酒させないように言った方が良いのか。高齢者のアルコール依存症について詳しく知りたい。ヘルパーへ買い物の同行時に酒類を購入しないように言明したほうが良いのか。デイサービス利用で生活のメリハリを付けたいが、アルコール依存症のため施設利用が難しいが、何か良い方法はないか。銀行のカードなどを何枚も作ってしまい、心配である。</p>		
コンサルテーション	<p>介護職が電話相談（精神科医） 介護職電話 所要時間 10分 + 15分</p> <p>【助言内容】        飲酒によるデメリット（転倒による骨折、寝たきり状態になること）も大きい。飲酒量が増え再び栄養失調を起こすと痴呆の進行を早め、体力の低下からADL機能の低下も有りうる。医師としては飲酒をすすめることは出来ない。        しかし、お酒が家族とのコミュニケーション手段になっていることもあり、一概に全然飲むなど言うことも難しいだろう。アルコール依存治療のために入院させることは、この年齢では意味がないし、勧められない。ただし、不眠時の飲酒や家族やヘルパーがお酒を勧めることは避けた方がよい。        夜間は一人で寂しさを感じているのではないか。そのことがますますアルコール依存を高めているのではないか。家族やヘルパーが、もっとコミュニケーションを密にすることで、心の寂しさを埋め、飲酒に傾けるのを防げるのではないか。        アルコール依存のためデイサービスなどの施設利用が難しい件については、医師の意見書に程度が軽いと書いてもらうことではどうか。        銀行のカードやお金の管理は、家族がもっと慎重に対処した方がよい。</p> <p>【対応の結果】        お酒がないなら家族と一緒に摂らないと帰ってしまう。お酒と一緒に買ってくれないならヘルパーサービス利用はしないと。アルコール依存から離れさせるには、温かい愛情が必要と言うことも十分に認知している様子。家族にも理解して頂き、ヘルパーにも指導してみると話していた。銀行カードは既に対応済。意見書については、主治医を代えて要介護の更新申請をしているとのこと。</p>		

電話 3	相談者 デイサービス職員	相談時間 10分	80台後半 男性 要介護 4
概要	<p>【生活状況】 高齢者世帯。妻（70歳台後半）。主介護者は妻。常時車椅子使用。</p> <p>【疾病】 脳血管障害による痴呆。（約10年ほど前に発症）ワイパックス・ヒルナミン・アモバンなど処方されている。（状態により服薬量を家族が加減） 妻に対して嫉妬妄想あり。記名障害等の痴呆症状に加え、夜間徘徊・大声・罵声など異常な言動もある。精神科に1週間ほど入院歴あり。</p> <p>【介護サービス】 デイサービス週3回 ホームヘルプ週2回</p> <p>【問題】 家族内の介護サービスに対する意見がしばしば変わり、統一が難しい。 主介護者の妻は、本人の大声・罵声など夜間に起こる問題で近所からの苦情を受け、精神的に疲労困憊。デイサービス利用によって、夜間の安定と妻の休息を図っている。しかし、デイサービスでも本人の痴呆症状が問題で利用及び対応が困難になってきている。（4月から精神科専門のデイに通うことになっている。） 帰宅願望が強く目が離せない。興奮して大声や暴言を吐くことや職員に対する暴力もみられる。車椅子からの立ち上がりも見られ、転倒の危険から職員一人が常についている状態。4月以降は職員体制の問題でサービス提供が難しい。3月末で利用の限界と事業所は家族に説明している。</p>		
相談者の要望	<p>精神科の薬のコントロールが適正ではないと思われるが、服薬が本人に適正かどうか。精神科治療目的で入院する必要があるか。利用者に対してデイサービス利用を断ることは法的に可能か。主介護者の妻に対してどう助言したらよいか。</p>		
コンサルテーション	<p>施設の事例検討に参加（精神科医・弁護士・介護職） 所要時間 1時間</p> <p>【助言内容】 （精神科医の助言） デイサービスでの本人の異常行動について、記録の重要性を指導。痴呆性高齢者に対してのサービス提供には、精神科専門医に随時指導を求めめる必要がある。家族に対する専門医の状態の説明、対応の指示も必要である。薬物の種類や使用量、組み合わせによっては、混乱を助長する場合もあり得る。対象者のショートステイ利用の機会に、精神科嘱託医に相談し、改善が図られる例はよくある。</p> <p>（弁護士の助言） 既に利用者である方の「利用を断る」ことは、契約を「解除」できるかが問題。 主介護者が疲労困憊し、ご本人のデイサービスの利用が適切であると判断されて、デイサービスの利用がなされた経緯なら、利用者がデイサービスを受けられなくなるような事態は避けるべき。単なる経済的契約とは違う。また、サービスの提供が難しいということではなく、サービス提供にあたって親族のクレーム処理が難しいということが解除をしたい理由にしているように聞こえた。従って、サービス提供拒否の禁止等の規定からみても、事業者側の解約は制限される方向にあると考えられる。本件では、ケアマネジャーの関係調整の努力がなされていないとか、解約後の利用施設先の紹介がなされない等といった事情は解約が制限される方向に働く。 誰がキーパーソンかわからないので混乱することについては、実際には誰と契約を結んでいるかわからないということも一因。利用者本人と事業者が契約を結ぶことが前提だが、痴呆高齢者の場合、形式的に本人が契約した形を取っていても、ご本人の判断能力が著しく減退しているような場合、契約は有効には成立していないことになる。成年後見制度の利用も非常に有効な手段。後見人は、代理人として、事業者との間で介護契約を結び、キーパーソンは後見人になり、混乱を避けられると考える。 利用者が施設で怪我をした（他の利用者にさせた）という場合、損害賠償の請求があり得る。責任は安全配慮したかどうかで決まるため、記録を残すべき。施設事業者だけでなく、ケアマネジャーも責任が追及される余地がある。ケアマネジメントを適切に行っていたかどうか問題になり得る。</p> <p>【対応結果】 この対象者に関しては、4月から別のデイケア施設を利用することが決まり、契約を解除することができそうだ。今後、介護記録等取り方に配慮していきたいとのこと。</p>		

電話 4	相談者 担当ケアマネ	相談時間 53分	80台後半 男性 要介護 2
概要	<p>【生活状況】          独居。借地権付家屋に居住。僅かな国民年金保険で生活。不足分は預金で補う</p> <p>【疾病】          痴呆（意欲の低下、鍋焦がす、金銭管理能力低下）。頸椎軟骨損傷（室内歩行ほぼ自立ながら転倒、方向転換に困難）。尿失禁 常時リハビリパンツ使用、高血圧（降圧剤服用）など</p> <p>【介護サービス】          ショートステイ7～10日/月、デイサービス週3回、ホームヘルプ週3回（実費が出ることもあり、状態変更で要介護の変更申請中）</p> <p>【問題】          昨年より意欲の低下がみられ、実家にも連絡をとらなくなった。5年程前、公証人役場で対象者、親族が立ち会いのもと遺言書を作成。その親族が財産をもらえることになったが、仕事多忙で介護は出来ない。電話連絡もつきにくく困っている。休日、夜間に緊急連絡がありケアマネの仕事に加重。          対象者が今後、ヘルパー同行でも預金を引き出すことが出来なくなったときのお金の管理が心配。30年ほど前から続いている借地地代の領収書帳に更新せずとなっているが、そのご更新された様子もないのにH16年8月まで支払われていた。問題の多い貸し主。契約書があるのかは定かではない。</p>		
相談者の要望	<p>公正証書において財産受け取り人になっているとき、対象者の介護に対して責任はないのか。任意後見制度について知りたい。相続人と任意後見人との間に問題が生じることがあるのか。</p>		
コンサルテーション	<p>弁護士から直接電話返答 対応時間 10分</p> <p>【助言内容】          親族が問題にしなくても、痴呆が進んでくると、金融機関等が成年後見制度の用用を進めることはままあること。          借地の問題を適切に対処する必要があること。          そのためには、成年後見制度を利用した方が良い場合があること。          なお、判断能力の低下が見られるのであれば、任意ではなく法定後見制度を利用すべきであること。判断能力がどの程度低下しているかを成年後見用の診断書を甥がとるなどして検討し、その上で手続きを取るかを決めた方がよいのではないかと。          成年後見用診断書が取れた上で相談してはいかがかと。</p>		

電話 5	相談者 前担当ケアマネ	相談時間 23分	65歳 女性 要介護 1
概要	<p>【生活状況】</p> <p>対象者は鬱病のために要介護1となったが、現在は回復している。</p> <p>長女が対象者である母からの電話で疲れた旨などの書き置きしての自殺企図あり。その長女からの相談に乗ってきた。対象者が自立となったので担当を辞めたが、なお長女からの相談は続いている。</p>		
相談者の要望	<p>このような長女をどのようにサポートしたらよいか。サポートしてくれる行政など公の相談機関も紹介してほしい。</p>		
コンサルテーション	<p>精神科医から直接電話返答 対応時間 10分</p>		
	<p>【助言内容】</p> <p>対象者の家族からの相談で、ケアマネが職務を越えてアドバイスし、疾病等に介入していくのは危険。対象者の地区担当保健師に相談し、対象者と長女の主治医に接触指導を受けてもらい、その保健師の指導の下でアドバイスをする形式をとっておいた方が良いと思われる。精神科医や保健師は、それぞれの鬱病、鬱状態のタイプがどうなのか、さらに母娘関係のダイナミクスがどうなっているかを考えて対応するだろう。</p> <p>【対応結果】</p> <p>保健師と連絡をとることを検討する</p>		

電話 6	相談者 訪問介護事業所職員	相談時間 30分	80歳前後 女性 要介護 3
概要	<p>【生活状況】 独居 身寄り無し 持ち家居住</p> <p>【疾病】 原因不明歩行困難（室内は伝え歩きといざるよう移動 室外は車椅子）</p> <p>【介護サービス】 現在なし</p> <p>【問題】 相談者は訪問介護事業所のケアマネで、ケース担当ではない。1年ほど前、A社ケアマネからの依頼でホームヘルプを引き受ける。サービスが保険単位数を越えて実費発生し、2ヶ月で請求額10万円余りの請求書を出した。対象者は騙されたと言われ支払いを拒否した。騙されたという具体的な内容については、尋ねても説明しない。A社ケアマネからの情報は疑い深い対象者であると口頭で訊かされた。A社のケアマネからは指示書は通常なく口頭のみである。サービス内容の指示書も受けていない。</p> <p>A社の担当ケアマネは退職し、現在はB社のケアマネが担当。ホームヘルプサービスもB社へ変更し、契約終了。A社ケアマネに相談をしたが相談にのってくれない。対象者は身寄りなく友人もいないが、緊急連絡先の指定者も教えてもらっていない。</p> <p>相談者の期待</p>		
相談者の要望	<p>約一年前の請求は支払ってもらえるか。 サービス提供責任者はどのように対処すればよいか。</p>		
コンサルテーション	<p>弁護士から直接電話返答 対応時間 25分</p> <p>【助言内容】 一般論として、法律上請求できるかどうかとしては、時効は成立していないことと、本人の意思能力に問題がなく契約が締結されているため可能と思われる。さらに、その基礎となる事実を立証できるか、現実の支払い能力はあるか、が問題になる。</p> <p>サービス提供における注意点として、当初の契約について意思能力確認の手段を証拠として残しておくこと、日常的なサービスの提供について、日報的に記録を残しておくこと、が重要。特に日報は証拠としての価値は高いことを説明。</p> <p>資力の問題については調査しておくべきであるが、限界はある。成年後見人が就任するような場合は格別、そうでなければ、結局任意の支払いに頼らざるを得ない。</p> <p>現時点における対処としては、時効の中断措置を講ずるべき。時効は請求や承諾などにより中断（新規に期間が開始し、これまでの分はチャラになる）されるが、請求は単なる書面による請求ではだめで、結局訴訟によることを意味するので、あまり現実的ではない。むしろ、承諾を勧める。つまり、本件では「支払うわけではないが、これまでの対応には誠意を感じないので、支払いたくない。」</p> <p>というクレームがあるので、手紙により「支払って頂きたい」旨の請求を行い、同時に「支払い義務の存在自体」を認める（最終的に支払うつもりがあってもなくても）旨の文書に署名してもらうことが必要。これにより文書署名時から新規に時効期間がスタートすることになる。</p> <p>【対応結果】 以上の説明により理解された様子であった。また、本件について当該ケアマネは福祉事務所に相談に行ったところ、「そのような問題の相談は受け付けていない」と断られてしまい、また依頼先のケアマネに連絡をとってもなかなか対応してもらえなかった経緯があり、このように相談に乗ってもらえることは大変ありがたい、とのこと。</p>		

電話 7	相談者 デイサービス職員	相談時間 15分	不明
概要	<p>【生活状況】 独居</p> <p>【疾病】 痴呆症</p> <p>【介護サービス】 デイサービス及び送迎サービス</p> <p>【問題】</p> <p>デイサービス迎えの時はヘルパーが付いて送り出され、ヘルパーが鍵を掛けてデイサービスの職員に鍵を預ける。帰りはヘルパーの迎えがないため〔事情は判明せず〕、居室までデイサービスの職員が対象者を送り、鍵を掛け、ポストに鍵を置いてくる（隠す）。</p> <p>居室内の物が無くなった。火の始末をしないで鍵を掛けて帰ってしまったので火事になった等について、責任を問われたときを想定すると心配が付きにくい。</p>		
相談者の要望	<p>このような状態で職員が居室にはいることについて問題はないか知りたい。</p> <p>独居でデイサービスの利用者から鍵を預かった場合、トラブルを回避するために契約書を作成し、利用者、施設間の責任の所在を明確にすることを必要と考えている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 鍵を預かることについて契約書を作成する場合、どのような内容を盛り込んで契約書を作成したらよいか、参考になる契約書のひな形があれば教えて欲しい。</li> <li>- 2 預かり書についても教えて欲しい。</li> </ul> <p>対象者から鍵を預からないことが原則だが、それでも諸事情から預かる場合の対処方法を知りたい。</p>		
コンサルテーション	<p>弁護士から直接電話返答 対応時間 40分</p> <p>【助言内容】</p> <p>電話の中で、「送迎サービスは玄関と施設内を送迎するというのが原則形態である。被介護者は痴呆が強く、自分では鍵の開け閉め、エアコンのスイッチも入れられない。部屋に入るのは、職員が鍵を開けて、エアコンのスイッチをつけるためである。」「帰宅時にヘルパーが不在だった理由は、家族にお金が無く、夜間のヘルパーを頼めないためとのことであった。家族も、居室内に入ってエアコンなどをつけてほしいと頼んでいる。しかし、家族は痴呆についての家族の認識が甘く、一人にしているても大丈夫と軽視している感がある。鍵をかけないでいると物騒であるし、外から鍵をかけておくと、万が一火事があった場合、逃げ出せないのが心配。」とのことがわかった。</p> <p>1. 職員が立ち入ることについて</p> <p>送迎サービスの枠を越えている。家族がよいと言っている、トラブルの際はかわることもある。契約書を交わすということも考えられるが、それは送迎サービスでなく、ホームヘルパーに近い契約である。それなら、そのような介護サービスを別途組む必要がある。家族の経済的負担は増えることになるが、施設として現状のままのサービスを続けることは、何かあったとき（「家のものがなくなった。職員のしわざではないか」と疑われる。怪我をしたとき、職員のせいと言われるなど）のことを考えると、お勧めできない。</p> <p>特約を交わしたらどうかということだが、同様のサービスを求める家族は多いと考えられ、無料のサービスとして続けるのはリスクを過度に高める危険がある。有料のサービスというのは、結局、夜間にホームヘルパーを置くのと変わらないと思われる。なお、仮に特約を交わすとしても、話の様子では、痴呆が激しいので、成年後見の申し立てをして、後見人と契約をすべきである。</p> <p>2. 鍵を預かることについて</p> <p>(1) 法的に見ると、寄託契約という分類にあたる。この場合、施設は商法上の商人にあたり、</p>		

## コンサルテーション

たとえ無償であっても、善良な管理に基づく注意義務という、高い管理についての注意を要求される立場にある。また、仮に寄託契約が成立していないと考えられても、事務管理（法律上の義務がないのに他人のためにその事務を処理すること。他人のために何かするときでも、一定上の権利義務が発生する。これを事務管理と言う。）という関係が生じ、施設は、自己の所有物と同等の注意を要する義務を負わなければならない。そのような見地から見ると、ポストの中に鍵をかくしておくというのは、善管注意義務を尽くしていないのはもちろん、自己の所有物と同等の注意義務を尽くしているとも言えない。結局、泥棒に入られたときは、施設は、「鍵をポストにいれたこと」をもって責任を取らなければいけなくなる。

### (2) 施設で金庫を用意して、別途契約を結んだ場合はどうか。

ア 仮に契約が有効とたとし、管理簿をつけるなどして徹底的に管理すれば、泥棒に入られたときに疑われたり、責任を取られたりすることはないと思われる。

しかし、被介護者を一人残し、鍵をかけ、そのあと火事になった場合、鍵をかけたことについて責任を取られる可能性は生じる。

イ また、そもそも鍵保管契約を結ばず、本人の服にキーケースを縫いつけるなどして、本人に鍵をもたせ、使用の時のみ管理人などに立ち会ってもらい、鍵を開け、本人を中に入れるのであれば、鍵を預かっていない以上、鍵保管に関して責任を問われることはない。

しかし、外から鍵をかけないのであれば、被介護者が鍵をかけられない以上、第三者の侵入を許すことになり、それによる結果についての法的責任や道義的責任をとらされることになる。

ウ 施設として被介護者を一人で残しておくことが危険だというのであれば、やはり夜間のヘルパーが家族にいてもらうしかない。

### 3 不在時の引き取りについて

#### (1) 施設のコメント

・了承内容にある、「職員が危険と判断した場合」というのは、被介護者がときどき痴呆になるからである。家族が不在の時に毎回連れ戻すと、残業代などが発生し、家族に過大な負担をかけるようになる。

#### (2) 回答

・「職員が危険と判断したとき」という曖昧な条項を入れるのは、かえって後々トラブルが生じる。一度別の被介護者を先に送るなどして、なるべく一人にさせないほうが望ましい。たとえ免責条項をいれても、ないし一方的に不利な契約内容として、消費者契約法により、無効とされることになる。

・やはり「不在の際は施設に戻す」のを原則とするしかなく、その場合は引き取りに来て貰うしかない。家族にとって経済的負担となるが、事故があったときのことを考えると、その危険を施設が負担するべきではない。

電話 8	相談者 デイサービス職員	相談時間 10分	
概要	<p>【生活状況】</p> <p>【疾病】</p> <p>【介護サービス】</p> <p>【問題】</p>		
相談者の要望	<p>情報シート、主治医の意見書、指示書等において、感染症の有無についての項目が記載されていない場合、医師に確認をとるとき、口答で良いかどうか。</p> <p>また感染症の検査を受けずに対象者を受け入れて良いのかどうか。感染症の有無が記載されていない対象者が感染症を発症した場合、責任を問われるのか。</p> <p>これから頻繁に起こりそうだが、疑われる嫁やヘルパーはどう対応したらよいか。改善される薬があるのか。</p>		
コンサルテーション	<p>弁護士から直接電話返答 対応時間 15分</p> <p>【助言内容】</p> <p>質問 について……医師の診察書、意見書等が法的に必要な書類であるのか、感染症の記載が記載事項として必要とされているのかは不明。後のトラブル防止のために提出を求めているとするならば、口頭で確認することが悪いとはいえないが、後で「言った、言わない」の話になる可能性があるため、書面でもらうか、少なくとも日付や時間を入れた記録は残しておくべき。施設側が法的責任を問われたときのことを考えるならば、できる限り書面の提出を求め、緊急時などやむを得ない場合に限り口頭の確認として、その時も何らかの形で記録を残すようにする。さらには、日常的に医師や相手方とのやり取りについて記録をつけるような体制にしておくのが好ましい。</p> <p>また、診断書に「感染症なし」の記載があれば法的責任を問われなかつたかとの質問が出された。「感染症なし」の記載があれば、施設側が感染症の有無をきちんと確かめていたということができ、法的責任を問われる可能性は低くなる。しかし、例えば入所者に明らかな異常があるにもかかわらず、それを見逃して感染症を発生させたときには、「感染症なし」の記載があったとしても、施設側に過失ありとして責任を負う可能性が高い。</p> <p>質問 について……施設については、入所者の感染症の有無を確認せずに受け入れて、他の入所者の間に感染症が広がった場合には、感染した入所者に対して、過失による損害賠償義務責任を負う可能性がある。できれば感染症の検査を受けてもらうか、聞き取り調査などで感染症の有無を確認して、感染症が施設内に侵入しないよう努め、仮に侵入しても被害が拡大しないように何らかの感染症対策を行うことが必要である。</p> <p>ケアマネージャーについては、施設の介護について入所者等とは直接的な契約関係にないので、当然に債務不履行責任を負うとはいえないが、十分なケアマネジメントを行わなかった乃至はきちんとした施設を紹介しなかったこと等について債務不履行乃至は不法行為責任を負う可能性はあり得る。これまで判例などで争われた事例は見受けられない。実際に損害賠償責任を負うかは、具体的な事情を個別に判断されるので、ケース・バイ・ケースであろう。</p>		

電話 9	対象者の家族の友人	男性 30歳代前半	
概要	<p>【生活状況】</p> <p>対象者は統合失調症とアルコール依存を合併。家族が対応に行き詰まっている。</p>		
相談者の要望	<p>家族へどんな助言をしたら良いか。</p>		
	<p>精神科医が電話で対応。詳細は省略</p>		

電話 10	相談者 担当ケアマネ	相談時間 30分	80台前半 女性 要介護 3
概要	<p><b>【生活状況】</b>          独居。3親等の親族あるも対象者が関わりを拒否し関係なし。          主介護者であった従兄弟が死亡。現在、介護者になり得る親族なし。失禁、転倒、膝の屈曲困難、左半身の麻痺、ADL動作すべて介助が必要。</p> <p><b>【疾病】</b>          脳梗塞 15年前に発症 左半身麻痺、膝関節の屈曲困難          狭心症（障害者手帳1種1級） 痴呆（長谷川式13点（H15.2））          物取られ妄想、判断力、認知力、記憶力、記名力低下。</p> <p><b>【介護サービス】</b>          週2回訪問介護、週2回デイサービス、時々ショートステイ</p> <p><b>【問題】</b>          主介護者がいない対象者に対し、将来的には特別養護施設利用の必要をケアマネから説得し、利用申請した。成年後見人制度を利用についても、ケアマネが対象者と話し合い、本人が同意したため社協を通じて申請を開始した。一年後、裁判所から対象者に直接連絡が入った。判断力、認知能力低下していた対象者は、成年後見制度利用を申請したことを全く忘れていた。裁判所からの連絡であわて、信頼をそれほどしていなかったにもかかわらず隣人を頼り、隣人が成見後見人と決まった。裁判所に提出した書類には、痴呆もあり連絡はケアマネや居宅支援事業所を通して頂きたいと書き添えたが、何ら連絡がなかった。ケアマネが知ったのは後見人が決まった後であった。          隣人の後見人は、ヘルパーサービスの時間変更など変更要請が多くなってきている。隣人の後見人が、特別養護施設の申し込みを取り消したことが、後に判明した。最近、対象者はケアマネに隣人の後見人が気に入らないことを書かれたノートを見せた。「隣人の後見人が財産をねらっている。後見人にたいする恨みや信用をしなければ良かったという後悔。一人で死んでゆく。」等が書かれていた。</p>		
相談者の期待	隣人の後見人を信じられなくなった対象者をどのように守ったらよいか。 成見後見人制度について詳しく知りたい。		
コンサルテーション	弁護士と精神科医が訪問 対応時間 60分 <p><b>【助言内容】</b>          法定後見の申立て つぶれる 隣人が任意後見契約 任意後見監督人選任の申立て 任意後見監督人選任という流れであったことが判明。以下のことを助言。          任意後見監督人に情報を入れ、監督を強化してもらうという方法がある。          任意後見制度は代理権の付与はあるが、取消権はない。従って、本人がホームヘルパー派遣契約等を締結した場合に、それを取り消す権限はない。また、本人がホームヘルパー派遣契約等介護契約の締結の代理権を任意後見人に与えているかは、登記事項証明書を見なければわからないのであり、それを見る必要があると思われる。          任意後見人に不正な行為、著しい不行跡、その他その任務に適しない事由があるときは、家庭裁判所は、本人や任意後見監督人等の請求により又は職権で解任することができる。本件の場合、解任を検討する余地があると思われる。</p>		

電話 11	相談者 担当ケアマネ	相談時間 10分	80台後半 男性 要介護 3
概要	<p>【生活状況】 独居。生活保護。長女が毎夕食事準備を手伝う。</p> <p>【疾病】 2年余り前に脳梗塞 右麻痺軽度 杖歩行と伝え歩き</p> <p>【介護サービス】 ホームヘルプ週3回（生活援助、掃除等）デイサービス週3回</p> <p>【問題】 デイサービスにおいては規定のお弁当を食べない為、施設では簡単な総菜（主にたらこ）菓子を持ってくることを許可されていた。しかし施設も開設当時から利用者が増加し、規則が厳しくなった。 そこで、施設側から対象者に、「お菓子を持ってこないこと、他の利用者にあげないこと」の注意を行った。対象者は、「今まで介護職員からお菓子をくれと言われたこともある。自分だけが悪いのではないのに、悪者にされた。」と立腹し、怒鳴る。 対象者の立腹がおさまらないので、施設側は一応謝ったが、対象者は「誠意が伝わらない」と言って納得せず、書面で詫びることになった。 ところが、詫びの手紙の宛名が「対象者の名前 様方 ご家族様」となっていたため、対象者は家族に謝るのではなく自分に謝るべきだと主張し、施設長を皆の前でバカバカを連発している。</p>		
相談者の期待	どのような対応をしたらよいか		
コンサルテーション	<p>介護職が電話返答 対応時間 20分</p> <p>【助言内容】 デイサービスのスタッフ（新施設長）が柔軟になってきたことと、対象者が特別によくして貰っている（他の施設から見れば異例のこと）と理解できてきたことで、状況は改善に向かっているとのこと。ケアマネ自身も、デイサービス施設の限界や努力に気づいた。また、対象者の病気や障害の面、家族関係のコトでも2~3気づきがあり、医師とも連絡を取っているよう。 事業所内の他のケアマネ等のスタッフに対して、情報を共有するようすすめた。更に、心疾患に注目することを強くすすめた。また、保険者に報告しておくことも大切であると伝えた。</p> <p>【対応結果】 デイサービス施設側は継続して利用することを承諾し、利用者もデイサービス施設側が自分をよく理解してもらっているのが解り、現在は特に問題なく利用している。数ヶ月前に廃業した事業所からプランを引き継ぎ、内容も継続だったが、これを機会に利用者に適したデイサービスを探すことも検討したい。 保険者に報告については考えていなかったなので、良いアドバイスをもらったと感謝している。</p>		

介護保険サービスの提供に困難を感じる事例が地域の中にどのくらいあるのか、現状ではどのように対応されているのか、どのような対応が望まれているのか、アンケート調査と聞き取り調査によって調査した。

施設調査用紙は、居宅介護支援事業所と一部の在宅介護支援事業所79軒（回収率約84%）、ケアマネジャー126名から回収することができ、アンケートの中で挙げた困難事例は163県であった。

居宅介護支援事業所等が把握している対応困難事例の発生頻度は、作成ケアプラン1000件あたりに換算すると約8.2件である。平均的な施設では、3ヵ月に1件の頻度で対応困難な事例が発生し、半年に1度は苦情に至り、1年に1度は苦情の対応に苦慮する計算になる。

ケアマネジャーが把握している対応困難事例の発生頻度は、居宅介護支援事業所等の把握している数の8倍も多く、1000件あたり64.5件に上った。平均的なケアマネジャーは、2～3ヵ月に1件のペースで困難な事例に遭遇し、居宅介護支援事業所等に相談することなく一人で対応していることが多いことがわかった。

ケアマネジャーを対象にしたアンケートの中の「対応困難事例の問題種類別発生頻度」の項目で示された傾向と、アンケートに記載された「対応困難事例」の分析結果は、ほぼ重なっていた。対応困難事例は、痴呆や痴呆周辺症状、精神障害やその他精神的な問題を抱えていて、さらに、独居や高齢者世帯、家族に問題があるなど生活上の問題が重なっている場合が多いことがわかった。本人からのサービス拒否、ヘルパーへの悪口や頻回の苦情、ヘルパーへの過大な依存や注文、ケアマネジャーが生活全般の面倒を見ざるを得ないようになって金銭管理上の問題が発生するといったことが起きていた。また、家族によるサービス拒否、放置や虐待、金銭搾取がみられた。痴呆周辺症状など精神的な問題が軽度であっても、独居や高齢者世帯であるために対応困難となっている事例が、東京都郊外の昭島市よりも都市部の豊島区に多かった。今後、核家族世帯が高齢化してくると、このような困難事例は増えると思われる。

アンケートに書かれた対応困難事例の分析から、精神科医による精神科的側面と介護の専門家による生活的側面、それに弁護士による法律的側面の多角的な助言が必要であることがわかった。44.2%が介護専門職と精神科医の2者による関わり、9.2%が介護専門職と弁護士の2者による関わりが必要と判断され、38.7%の事例では、介護専門職と精神科医、弁護士の3者によるコンサルテーションが必要と判断された。一つの職種で関わることで

十分と思われた事例は5.5%であった。

困難事例について相談するために連携している外部機関は少なかった。精神科医療機関は21.5%、弁護士・法律事務所は16.5%に留まった。多くは市区の行政担当課や保健福祉センターや社会福祉協議会などを利用していることがわかった。ケアマネジャーの相談も、国保連ケアマネジャーサポートセンター（11.1%）、市区のケアマネサポートセンター（19.8%）とも利用率は低かった。精神医療・法律・介護技術についての相談窓口が欲しいかどうかという質問に対して、欲しいという回答が88.1%にのぼった。週5日、朝から夕方にかけて開いている電話を中心にした相談窓口の希望が多く、気軽にすぐに相談できる窓口が望まれているように思われた。痴呆以外の精神的な問題を抱えた事例について、精神科医に相談したいという希望が多かった。弁護士との連携の要望は精神科医の要望より件数は少ないものの、成年後見制度や低所得者への法的サポートを求める声があった。その他、事業所の中でケアマネが1人であったり、非常勤中心で横の連携が取りにくく仲間で相談できる人がいないところも少なくなかった。そのため、ケアマネサポートセンターができて心強くなったという意見もあり、日常的に気軽に介護の専門家へ相談できる機関も充実していく必要があると思われた。

以上の調査結果から、居宅介護支援事業所・ケアマネジャーは、かなりの対応困難事例を抱えており、それらの事例に対応するために、既存の相談機関を補完する、精神科医、弁護士、介護専門職が連携して対応する、新たなコンサルテーションのシステムが必要とされていると結論づけられた。

こうした調査結果を踏まえながら試行的にコンサルテーションを24件について行ってみた。その結果から、在宅の対応困難事例に対応する居宅支援事業所やケアマネジャー向けの新しいコンサルテーションシステムは、次のような内容を備えたものが望ましいと結論づけられた。

### 三者連携

介護専門職、精神科医、弁護士の3者が連携することによって、より適切なコンサルテーションを行える。

### 介護専門職の媒介

介護の現場についてはやはり介護の専門家が一番よく理解しており、介護現場で起きている問題を精神科医や弁護士にかみ砕いて説明出来る。そして精神科医や弁護士からの助言を現場に即した形で伝えることが出来る。

介護職が、自分の経験を交え、現場の苦勞に共感しながら相談者に対応することがとても重要である。

#### **アクセス、迅速性、柔軟性、費用対効果**

対応困難事例のコンサルテーションでは、アクセスしやすいこと、迅速性（必要なときに気軽に相談でき、迅速に対応できること）、柔軟性（電話、面談、訪問、事例検討会等、対応の方法は必要に応じて柔軟に選択できること）、効率性（費用対効果を上げることと、少ない人材を活かすこと）

#### **精神科医へのスーパーバイズ、弁護士へのスーパーバイズ**

精神科医や弁護士で、高齢者のケースに経験が豊富な者は少ない。多くの精神科医や弁護士にコンサルテーションに加わってもらうためには、高齢者ケースのスペシャリストによるスーパーバイズの仕組みを用意する必要がある。

#### **個人情報の取り扱い規定**

対応困難事例のコンサルテーションではプライバシーを扱う。プライバシー保護を徹底する必要がある、保護が徹底されていることを利用者に納得してもらう必要がある。そのためには、個人情報の保護の厳格な仕組みが必要である。さらに行政による認証と監督が望まれる。

#### **対応マニュアルや契約の雛形など**

対応困難事例の中でも典型的な事例については、対応をマニュアル化することが役立つだろう。また事業所と利用者の契約について、雛形があると役立つであろう。

#### **ケアマネジャーの燃え尽き防止**

今回の調査や試行的コンサルテーションを行う中で、たくさんの事例数を抱え、対応困難事例の対応に押しつぶされかけているケアマネジャーの姿が見えた。その背景には、「介護の仕事は奉仕」という旧来からの日本の考え方が、介護を受ける本人やその家族、そしてケアマ

ネジャーやヘルパーの中にもあるように見える。介護に従事する現場の人達の燃え尽きを予防するためには、契約に基づいた距離感を保つことが必要である。また、ケアマネジャーやヘルパーのメンタルケアにも留意しなければならない。コンサルテーションではそうした点にも目を配る必要があるだろう。

#### **既存の相談機関との関係**

新しいコンサルテーションは、既存の相談機関を補完するものである。既存の相談機関とより密接に連携することで、いっそう有益なコンサルテーションを行うことができる。

これらのことを踏まえて、在宅の対応困難事例についての、居宅介護支援事業所及びケアマネジャー向けのコンサルテーションシステムとして、次のような仕組みを構想した。

電話窓口方式（最初に電話で相談を受ける、インターカーは介護専門職）

チーム対応（精神科医・弁護士・介護専門職のチームで対応方法を検討する）

多様な相談手段を組み合わせた対応（電話、FAX、E-mail、訪問を取り混ぜて行う）

スーパーバイズ・システム（精神科医間、弁護士間でのスーパーバイズ）

個人情報の取り扱い規定（プライバシー保護の徹底）

行政や既存の相談機関との密接な連携と役割分担

これら6つの条件を満たすコンサルテーションのシステム（仮称 Mental, Legal and Technological Consultation Center ; MELETEC CC）を構築することは可能であろう。しかし、実現のためには様々な課題をクリアしなくてはならないと思われる。

このことについては、次年度の課題として取り組んで行けたらと考えている。

## 謝 辞

今回の調査と試行事業は極めて短期間に行われた。その間に、詳細なアンケート調査を行い、長時間の聞き取り調査を実施し、日程を何度も調整し直しながら訪問コンサルテーションを行った。さらに電話相談を開設して運営した。収集した資料は膨大であったが、何とか報告書としてまとめることが出来た。

ここまでこぎ着けられたのは、豊島区と昭島市の居宅介護支援事業所とケアマネジャーの方々から、多忙な日常業務の中、快くご協力をいただいたからである。さらに、豊島区保健福祉部介護保険課と昭島市保介護福祉課の方々には強力なご支援をいただいた。お礼の言葉は言い尽くせない。心から感謝を申し延べたい。

このたびの研究班には大勢の方に加わっていただいた。皆さんそれぞれ多忙な業務を持ちながらの参加であった。皆さんのご苦勞を心からねぎらいたい。

(研究班代表 穂積 登)