

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)【未来志向型研究プロジェクト】

専門家連携型コンサルテーションシステム研究報告書(平成16年度)

メンタルケア協議会

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型
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16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

平成17年(2005)3月

研究員一覧

| 氏名 | 役職 | 所属 |
|--------|---------|--------------------|
| 穂積 登 | 精神科医 | ホヅミクリニック |
| 羽藤 邦利 | 精神科医 | 代々木の森診療所 |
| 星 昭輝 | 精神科医 | 新宿南診療所 |
| 長尾 佳子 | 精神科医 | 社会福祉法人同胞互助会 |
| 須貝 佑一 | 精神科医 | 浴風会病院 |
| 芦刈 伊世子 | 精神科医 | あしかりクリニック |
| 安倍 英一郎 | 精神科医 | 安倍クリニック |
| 岩田 長人 | 精神科医 | イワタクリニック |
| 白石 弘巳 | 精神科医 | 東京都精神医学総合研究所 |
| 五十嵐 禎人 | 精神科医 | 東京都精神医学総合研究所 |
| 河村 哲 | 精神科医 | 風メンタルクリニック池袋 |
| 諏訪 克行 | 精神科医 | すわクリニック |
| 西村 徹 | 精神科医 | くるみクリニック |
| 西村 知香 | 神経科医 | くるみクリニック |
| 丸島 俊介 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 香川 美里 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 高橋 俊彦 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 貞弘 貴史 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 上條 弘次 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 葦名 ゆき | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 杉岡 麻子 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 田口 博章 | 弁護士 | 東京パブリック法律事務所 |
| 大竹 夏夫 | 弁護士 | 大竹夏夫法律事務所 |
| 野村 完 | 弁護士 | センチュリー法律事務所 |
| 寺町 東子 | 弁護士 | 榎の木総合法律事務所 |
| 橋場 隆志 | 弁護士 | 橋場隆志法律事務所 |
| 野村 武司 | 教授 | 獨協大学法科大学院 |
| 吉江 悟 | 保健師 | 東京大学大学院 |
| 秦 美香 | ケアマネジャー | 豊芯会 |
| 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 |
| 大槻 晃 | ケアマネジャー | 特別養護老人ホームめぐみ園 |
| 織田 昭子 | ケアマネジャー | サポートハウス年輪 |
| 木村 喜美代 | ケアマネジャー | NPO・ACT指定居宅介護支援事務所 |
| 里見 則子 | ケアマネジャー | |
| 瀬瀬 恵美子 | ケアマネジャー | 渋谷介護サポートセンター |
| 西村 由紀 | 事務局 | メンタルケア協議会 |

はじめに

介護保険制度が発足して5年余り、すっかり日本の社会になくてはならないものとして定着したように思う。その介護保険制度の「要」となっているのは介護支援専門員(ケアマネジャー)である。

介護支援専門員は、要介護度認定の調査に携わり、認定された要介護度の枠内でケアプランを策定している。しかしそれだけでなく、介護現場のトラブル解消、ヘルパーの不満、利用者の不満、家族の不満解消にも介護支援専門員が中心的な役割を果たさざるを得ない。介護支援専門員は、解決の難しいトラブルや苦情と直面して、日夜苦勞を重ねている。

熱心な介護支援専門員ほど、解決の難しい問題をかかえて苦勞している。とりわけ苦勞が大きいのは、利用者やその家族の精神医学的な悩み、金銭トラブルなど法律が関係することである。こうした問題に精神科医、弁護士、介護の専門家のグループが関与して介護支援専門員をサポートし、介護支援専門員を元気にして、介護保険制度の円滑な運用に道をつけたいと考えるのが本研究である。

さらに、この研究は、介護保険制度だけでなく、障害者の地域支援策にも役立つ可能性がある。日本の社会を新しい「互助の社会」に変えて行くことにも一石を投じるものと確信する。

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

目 次

| | |
|--|-----|
| 研究員一覧 | 1 |
| はじめに | 3 |
| 研究要旨 | 7 |
| 研究の目的 | 9 |
| 研究の目的 | 10 |
| - 1 研究の背景と目的 | 10 |
| - 2 平成15年度の研究で明らかになったこと | 10 |
| - 3 平成16年度の研究目標 | 11 |
| 研究事業内容 | 13 |
| - 1 電話コンサルテーション・システムの試行 | 14 |
| - 1-1 目的 | 14 |
| - 1-2 方法 | 14 |
| - 1-3 事業評価研究 | 16 |
| - 1-4 結果 | 16 |
| - 1-5 考察 | 19 |
| 資料1～8 | 28 |
| - 2 研修会形式のコンサルテーション試行 | 95 |
| - 2-1 目的 | 95 |
| - 2-2 方法 | 95 |
| - 2-3 結果 | 96 |
| - 2-4 考察 | 96 |
| 資料9～17 | 100 |
| - 3 全国ケアマネジャー相談窓口アンケート調査 | 120 |
| - 3-1 目的 | 120 |
| - 3-2 方法 | 120 |
| - 3-3 結果 | 120 |
| - 3-4 考察 | 125 |
| 資料18 | 127 |
| 総合討論 | 135 |
| - 1 介護支援専門員がMELETEC方式電話相談窓口に期待すること | 136 |
| - 2 専門職連携の電話コンサルテーションは有用であること | 137 |
| - 3 MELETEC方式の電話コンサルテーション・システムには沢山の工夫が必要である | 137 |
| - 4 何故に、対応困難例が多いのに相談窓口の利用が少なかったのか | 137 |
| - 5 MELEMEC方式のコンサルテーション・システムが持つ地域連携促進効果 | 139 |
| - 6 平成16年度の研究から結論付けられる MELETEC方式のコンサルテーション・システムのあり方 | 139 |

研究要旨

平成15年度11月からの4ヶ月間と平成16年度の1年間、当研究班は、介護支援専門員が高齢者へのサービス提供を円滑に行えず対応に苦慮している事例に対して、精神科医と弁護士、介護専門職のチームによるコンサルテーションの有効性、コンサルテーション・システムの在り方について検証を行ってきた。平成15年度には、地域の中に対応困難事例が多数あること、それらの多くは精神医学的な問題と法律的な問題、及び介護技術面での困難さを多重的にもっていることが分かった。試行的な電話相談窓口を開設してコンサルテーションを行った結果、対応困難事例へのコンサルテーションは、精神科医、弁護士、介護職のうちひとつの専門職が行うのではなく、3者のチームによって行うことが有効であることが分かった。

平成16年度は、精神科医、弁護士、介護職のチームによるコンサルテーション（MELETEC方式のコンサルテーション・システム）を試行し、コンサルテーションのあり方について検討を行った。そして、次のような成果を得た。

1. MELETEC方式のコンサルテーション・システムは、対応困難事例を抱える介護支援専門員の相談に有効であることがわかった。
2. コンサルテーション・システムを、より効果的、効率的に運用するために次のような工夫が必要であることがわかった。
 - 個人情報保護の措置として、利用者の個人を特定できるような情報を相談者が言わないに促すことや、記録に残さないことが必要であるが、相談に限界がでる。
 - 回答までの時間を臨機応変にできるいくつかの対応方法を用意する。
 - インターカー（電話相談員）の役割は重要であること。
 - 事例検討は、メールと事例検討会を併用するのがよい。
 - 専門職同士のスーパーバイズの位置づけをはっきりさせる。
 - 相談窓口は、どのような相談ができるのか、対応する専門家は誰なのか、どのような回答が得られるのか、相談内容が漏れることはないのかなど、具体的にわかるように広報が必要。
3. MELETEC方式のコンサルテーションと並行して、研修会形式のコンサルテーションを行った。その反響は大きく、活発な討議が行われた。介護支援専門員の啓発に役立ち、MELETEC方式電話相談窓口の認知度を高めることが出来た。
4. 全国のケアマネジメントリーダー相談窓口事業についてのアンケート調査及び聞き取り調査から、各都道府県の相談窓口がMELETEC方式のコンサルテーション・システムと同じような課題に直面していることが分かった。
5. 平成16年度の試行事業と調査結果を踏まえて、介護支援専門員向けのMELETEC方式のコンサルテーション・システムは2つの顔を持つ必要があると結論づけた。
 - 1) ひとつは、匿名でも受け付け、気軽に相談できる相談窓口。一般的な質問に答え、相談者の困難さを受け止めることが求められる。
 - 2) もうひとつは、介護支援専門員や行政、保健所、在宅介護支援センターの事例検討会に参加するなど直接的な助言指導を行うもの。求められれば、利用者や家族に直接関わることも行う。
6. MELETEC方式のコンサルテーション・システムには、地域連携促進効果がある。その効果を利用すれば、高齢者介護のみならず、障害者の自立支援のためのネットワーク作りに大きな展開をもたらすのではないかと予測された。

研究の目的

研究の目的

一 1 研究の目的と背景

2000年4月にスタートした介護保険制度は僅か5年間足らずの間に、国民に認知され、必要不可欠な社会制度となった。しかし、様々な難しい課題に直面している。介護給付が予測を超えて増大し続けていることにどう対処するかに大きな関心が集まっているところである。その給付増大の問題の影に隠れて、あまり注目されていないが、在宅の高齢者で、居宅介護支援事業者や介護支援専門員が対応に苦慮する、いわゆる対応困難事例が少なくないことも深刻な問題である。

対応困難事例の多くは、介護保険制度の仕組みの中で、たとえば在宅介護支援センターや保健所が関わることで解決されることになっているが、対応しきれない事例が少なくない。対応が特に難しいのは、認知症やその他の精神医学的な問題、財産管理や虐待など法律的な問題、あるいは二つの問題を併せ持っているものである。そうした事例については、精神科医学的な、法律的な、或いは両面からの助言指導が求められる。しかし、認知症について介護支援専門員が主治医（精神科医とは限らない）と連絡を取ることも難しかったり、また権利関係について社会福祉協議会の権利擁護事業に相談しても複雑な事例への対応は行えないなど、介護支援専門員をバックアップする体制が著しく不備である。精神科医や弁護士などの専門家が直接に介護支援専門員を助言指導するシステムが望まれるところである。

この研究班の目的は、在宅高齢者の対応困難事例について、精神科医や弁護士などの専門職による、介護支援専門員などへの助言指導（コンサルテーション）を行う「コンサルテーション・システム」を試行的に稼働させて、実用に耐えるコンサルテーション・システムを提案することである。このようなシステムは、介護支援専門員だけでなく、精神障害者などの支援専門員ケアマネジャーにも役立つものになるであろう。

一 2 平成15年度の研究で明らかになったこと

（対応困難事例についての実態調査から）

平成15年度、当研究班は、東京都豊島区と昭島市の居宅介護支援事業所及び事業所の所属する介護支援専門員を対象にして、高齢者障害者へのサービス提供を円滑に行えず、対応に苦慮している事例の実態調査を行った。この調査によって地域には対応困難事例が多数あること

が分かった。

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件であった。平均的な施設では、3ヵ月に1件の頻度で対応困難なケースが発生し、半年に1度の頻度で苦情ケースがあり、1年に1度の頻度で、苦情対応で困難に直面していると推計された。その一方で、介護支援専門員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。介護支援専門員は、2～3ヵ月に1件のペースで対応の難しいケースに遭遇しているが、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター等に相談することなく一人で対応処理していることが多いことがわかった。

介護支援員が対応困難事例と見なしていた事例を蒐集して分析したところ、多くは原因が多重的であった。特に、認知症に関連した精神症状（BPSD）や未治療の精神障害を持っていて、かつ、単身世帯であるか、同居家族がいても家族関係が複雑でキーパーソン不在ないし家族が非協力である場合に顕著に対応困難になってしまっていた。そうした事例に対応するには、精神科医や弁護士の関わりが必要であると考えられた。困難事例の約4割について精神科と弁護士が同時に関わる必要があると判断された。

（精神科医、弁護士、介護専門職による平成15年度の試行的なコンサルテーションで得られた成果）

対応困難事例の実態調査結果を踏まえて、平成15年度に、居宅介護支援事業所や介護支援専門員を対象に、精神科医、弁護士、介護技術専門職による2つの形のコンサルテーションを試行的に行ってみた。ひとつは電話相談窓口を開設してのコンサルテーション、もうひとつはアンケート調査で特に困難な事例を挙げていた居宅介護支援事業所を訪問してのコンサルテーションである。その結果、専門職によるコンサルテーションは対応困難の解消に効果があることが分かった。しかし、それと同時に、専門家によるコンサルテーションを効率的、効果的に行うには、コンサルテーション・システムが備えていなくてはならない条件があり、また、検討すべき課題が沢山あることもわかった。その主なものを列挙すると、次の8項目となる。

三者連携のシステムであるべき

介護専門職、精神科医、弁護士の3者が連携して対応することで、より適切なコンサルテーションを行える。

介護専門職の媒介コンサルテーション・システムの相談窓口となるのは介護専門職であるべきだ。窓口となった介護専門職は、自分の経験に即して、共感しながら相談を受け止めながら、介護現場で起きていることを精神科医や弁護士に理解出来るように伝え、そして精神科医や弁護士からの助言を現場に分かるように伝える媒介者としての役割を求められる。

アクセス、迅速性、柔軟性、費用対効果が良いこと
アクセスのしやすさや、迅速性、柔軟性、費用対効果の良さは、コンサルテーション・システムの必須の条件である。

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
コンサルテーション・システムが地域の相談需要を賄うだけの精神科医や弁護士を確保しなくてはならない。そのためには高齢者や介護問題を専門とする精神科医や弁護士だけでなく、大勢の一般の精神科医や弁護士に参加していただく必要がある。一般の精神科医や弁護士に参加していただくためには、高齢者や介護問題の専門家によるスーパーバイズ・システムを用意する必要がある。

個人情報の保護のための対策が必要
対応困難事例のコンサルテーションでは個人情報を扱う。そのために個人情報を保護するために適切な対策が講じられている必要がある。

対応マニュアルやガイドライン、雛形の整備
対応困難事例には、しばしば見られる典型事例が少なくない。それらについては対応マニュアルやガイドライン、雛形の契約書などが整備すると便利であろう。

介護支援専門員の燃え尽き防止の対策
対応困難事例の相談を受けていて、介護支援専門員の間に燃え尽き現象が見られていることが分かった。燃え尽き防止の助言指導もコンサルテーション・システムの重要な課題にする必要がある。

介護保険制度の仕組みとの密接な連携
介護保険制度の中にある、介護保健福祉課、保健所、在宅介護支援センターなどの相談指導の仕組みと密接に連携していることで、コンサルテーション・システムはいっそう良い役割を果たせるだろう。

これらのことを踏まえて平成15年度の結論として、次のようなコンサルテーション・システム(仮称MELETEC方式；Mental, Legal and Technological Consultation Center for Service Providers for the senile and the disabled People)を提唱し、次年度の課題とした。

- (1) 電話相談窓口方式（最初に電話で相談を受ける、インターカーは介護専門職）
- (2) チーム対応（精神科医と弁護士、介護専門職のチームで対応方法を検討して回答する）
- (3) 多様な相談手段を組み合わせて対応する(電話、FAX、E-mail、訪問を取り混ぜて行う)
- (4) スーパーバイズ・システムを設ける(精神科医どうし、弁護士どうしの間でのスーパーバイズを行えるようにする)
- (5) 個人情報の取扱規程を備える(個人情報保護の徹底)
- (6) 行政や既存の相談機関と密接に連携する。

一 3 平成16年度の研究目標

平成15年度の研究結果を踏まえて、平成16年度に以下のような研究目標を設定した。

MELETEC方式のコンサルテーション・システムを試行し、コンサルテーション・システムのあり方を多面的に検討する。

検討委員会を設け、MELETEC方式のコンサルテーション・システムの稼働状況を点検しながら、専門家からなる相談チームの構成の仕方、チーム内の役割分担、相談対象者の範囲、相談者との契約内容や助言に伴う責任の範囲などの明確化、相談者への回答手段、コンサルテーションで取り上げる事例の個人情報の扱い方、費用負担や報酬の設定など、コンサルテーション・システムのあり方について多面的に検討する。

また、代表的な相談内容について一般的な回答例や事業所で使用する契約書の様式例を作成し、相談の効率化や介護支援専門員の啓発に役立てることを試みる。

全国の都道府県のケアマネリーダー相談窓口について実態調査を行い、コンサルテーション・システムに関するエビデンスを蒐集する

他の相談窓口の方法や実績を参考に、介護支援専門員向けの電話相談のニーズはどこにあるのか、どのような相談方法が有効であるのか、専門家による相談に求められるものや相談方式などを検討する。

コンサルテーション・システムと地域の介護支援専門員連絡会や保健所等の連携の試みとその効果評価

地域の介護支援専門員協議会や保健所などと共同して研修会等を行うことを試み、コンサルテーションの認知度を高める効果や、地域連携の可能性を探る。また、地域の行政や既存組織との共同事業や連携が、コンサルテーション・システムの運営に与える影響を評価する。

研究事業内容

- 1 電話コンサルテーション・システムの試行..... 14
- 2 研修会形式のコンサルテーション試行 91
- 3 全国ケアマネジャー相談窓口アンケート調査..... 116

- 1 電話コンサルテーション・システムの試行

1 1 目的

平成15年度の研究成果から、在宅高齢者が居宅支援事業所や介護支援専門員が対応に困っている事例が少なくなることがわかった。特に、精神医学的な問題、法律的な問題を合わせ持つ事例への対応は難しく、それらには、精神科医、弁護士、介護専門職のチームで対応するコンサルテーションが有効であることが示唆された。この3つの専門職のチームによるコンサルテーション・システムの具体的な形として、下記のようなMELETEC方式の電話相談窓口を提案した。本年度は、MELETEC方式による介護支援専門員向け電話相談窓口を試行して、その有効性を検証し、より効果的・効率的な、あり方について検討した。

1 2 方法

(1) 窓口の開設期間及び頻度

2004年9月1日～2005年1月31日の5ヶ月間、月曜・水曜・金曜の週3日、14～18時の時間帯で電話による介護支援専門員向け相談対応窓口を開設した。専用電話回線1本にて、1名の電話相談員（インターカー）を配置した。

(2) 対象地域及び広報

2004年9月の窓口開設当初は都内2区（約200事業所）に限定していたが、相談件数が開始後1ヶ月時点で2件と少なかったため、対象地域を順次拡大し、最終的に2004年11月には都内10区（約1100事業所）まで範囲を拡大した。広報については、紹介のチラシを対象地域の全居宅介護支援事業者に対して郵送で配布するとともに、9月、10月、11月の計3回に渡って、典型的なケースへの3職種による対応案を示したニュースレターを作成し、事業の周知に努めた（資料1～4）。さらに介護保健福祉課などから地域の事業者や介護支援専門員へ利用の呼び掛けを行ってもらった。

MELETEC方式の電話相談窓口

- (1) 電話相談窓口を開設
（最初に電話で相談を受ける、インターカーは介護専門職）
- (2) 専門家チームで対応
（精神科医と弁護士、介護専門職のチームで対応方法を検討して回答する）
- (3) 多様な相談手段を組み合わせで対応する
（電話、FAX、E-mail、訪問を取り混ぜて行う）
- (4) 専門相談員の中にスーパーバイズ・システムを設ける
（介護領域を専門にしている精神科医・弁護士も相談員として参加出来るように、相談員の精神科医や弁護士の中にスーパーバイズ・システムを設ける）
- (5) 個人情報の取扱規程を備える
（個人情報保護の徹底）
- (6) よくある対応困難ケースの「回答例」を作成して効率化を図る。
- (7) 行政や介護保険制度関連の機関と密接に連携する
（既存の介護保険制度との密接な連携）

(3) 関与職種、コンサルテーションを専門家チームで行うための仕組みと役割

a) 関与職種

本事業に関与したメンバーは、相談ケースへの対応を検討する専門職チームの構成メンバーとなる精神科医12名、弁護士10名、介護専門職7名、電話相談を受け付ける電話相談員（インターカー）2名（介護支援専門員1名、保健師1名）及び事務職員1名である。

b) 専門職チームの構成

専門職チームは日替わりの当番制を取った。電話相談が入ると、インターカーがその日の当番となっている専門職の中から精神科医・弁護士・介護専門職の各1名を選出し、検討を依頼するという形を取った。依頼を受けた3名は、そのケースへの相談対応が全て終了するまでの間、基本的にチームとして対応を行った。

c) 意見交換の仕組み

専門職チームが個々のケースへの対応を検討するに当たっては、必ず、そのチーム内で意見交換が十分に行われる必要がある。また、そのチームを含むコンサルテーション・システム全体で意見交換を活発に行う必要がある。システムの立ち上げに当たって、相互に意見交換を積極的に行うことを申し合わせた。また、個々のケースへ対応する専門職チームと、次項d)で取り上げるスーパーバイズを行うコーディネーターメンバー全員が、メールで意見を交換できるような仕組みを作った（テンポラリー・メーリングリスト）。相談対応のためのケース検討

は、すべてこの中で行われ、メールを利用できない専門職には、事務局がFAXにて意見交換の仲介を行った。

d) スーパーバイズの仕組み

研究班に参加した精神科医や弁護士の半数は高齢者を専門領域としていないことから、必要に応じて高齢者を専門領域とする者がスーパーバイズする必要があった。しかし事例の中には高齢者ではなくてその家族に問題（キーパーソンが統合失調症であるとか、家族内部に紛争があるなど）があるものもあった。その際は、その問題を専門領域とする専門職からのスーパーバイズが望まれる。そうしたスーパーバイズを行う仕組みとして、研究班コーディネーターというグループを、精神科医4名、弁護士2名、介護専門職及び保健師の2名で構成した。研究班コーディネーターは、ケースごとに設けられるテンポラリー・メーリングリストに参加し、特殊な専門領域の（外部の）専門家を紹介し仲介すること含めて、必要な意見を述べることにした。

(4) 相談の流れ

相談の流れ及び各時点における注意点は相談の流れ図（資料5-1）の通りである（以下の～が図と対応）。

まず、インターカーが電話相談を受け付け、相談者から相談内容を聴取する。その上で聴取内容を所定の書式（インテイク用紙：資料5-2）に記入し、専門職チーム（精神科医・弁護士・介護専門職各1名）及び研究班コーディネーターへ当日中にeメールで送信する（註．eメールでの検討はテンポラリー・メーリングリスト上で行われる）。

eメールを受信した専門職チーム（及び研究班コーディネーター）は、それぞれ検討を行い、eメールの「全員に返信」の機能を用いて、翌日までにeメール上で対応に関する見解を述べる。各職種最低でも一度は意見を述べることにした。

各専門職の見解についても意見交換を行い、意見が出尽くしたところで、インターカーが意見を所定の書式（検討内容集約用紙：資料5-3）にとりまとめる。これを再び専門職チーム及び研究班コーディネーターに送信し、内容の確認を行う。

内容が確認された後、相談が入った日から1週間を目途に専門職チームのうちの1名（基本的には相談者が希望した職種）が、電話によるコンサルテーションを行い、相談者に対して自身の見解及び他の専門職の見解を説明する。相談者が他の専門職による追加のコンサルテーションも希望した場合には、後日実施することとした。

コンサルテーション終了後、コンサルテーションを担当した専門職は、所定の書式（コンサルテーション

報告用紙：資料5-4）にて報告し、その内容を他のチームメンバーと共有できるようにした。

毎月1回開催された事例検討会で、その月の主な相談ケースについて事例検討を行う。その段階で、相談が継続しているケースは、事例検討結果を参考にして、その後の対応を行うこととした。

(5) 個人情報保護のための措置

このコンサルテーションでは、内容が極めてセンシティブな個人情報を取り扱うので、個人情報保護のために以下のような対応を行うこととした。

介護支援専門員から最初に相談を受けた時に、相談内容は、コンサルテーション・システムに参加している専門職の中だけで共有されること、相談内容の一部は研究事業の資料として使用されるが、研究報告書には個人を特定する記載は一切行われなことを伝える。

次に、相談内容が相談者のクライアント（高齢者やその家族など）のことである場合は、クライアントの個人情報は介護支援専門員との関係においてのみ保有されるべきものであることから、クライアント本人が特定される形で相談されるべきではないことを指摘し、クライアントに関する部分は、一般問題として相談するように勧める。

さらに、相談者である介護支援専門員が特定される情報が、相談者本人から提供される可能性はあるが、介護支援専門員の特定がクライアントの特定につながる可能性があるため、インテイク用紙等には、匿名性が維持される範囲で記録することとする。但し、相談の継続性の観点から、相談者を特定する必要性が認められる場合には、インテイク用紙と分離した記載事項として関連づけて保管することとする。

(6) よくある対応困難ケースへの「回答例」の作成

よくある対応困難ケースについて、精神科医、弁護士、介護専門職の三者が共同して「回答例」を作成することにした。その目的は、インターカーが電話で相談を受け際に、情報を聞き取るポイントを押さえ、ケースの特殊性を把握することを容易にするためと、比較的単純な類似ケースの相談があった場合には、インターカーが回答例を見ながら対応することで、専門家によるコンサルテーションをある程度省力するためである。また、回答例を広く頒布し、頻度の多い事例について、精神医学的、法律的、及び介護専門職の視点から、介護支援専門員の啓発を行う。併せて、この電話相談窓口がどのように役立つのかをイメージさせ、相談窓口利用を促進することにも活用する。

1 3 事業評価研究

(1) 相談者対象質問紙調査

専門職によるコンサルテーションが、相談者及び相談されたケースにどのような影響を与えたかを検討するべく、電話コンサルテーションが行われた概ね1ヶ月後に、相談者を対象とした郵送 - FAX回収の質問紙調査を実施した。(資料6)

調査項目は、相談前後のケースに対する困難感及び自信の変化、本窓口を利用して満足した点、不満だった点、本事業のような多職種チームによる相談対応窓口の果たすべき役割についての認識、コンサルテーション時に提案された内容の実施状況、相談後のケースの状況の変化、本窓口を利用した際の全体的な満足感、再相談の意向についてである。

(2) 専門職対象質問紙調査

本事業を通じ、各専門職に同職種間、異職種間でどのような影響がみられたのか検討するため、電話相談窓口終了後の2005年2月にeメール(あるいはFAX)による質問紙調査を実施した。(資料7)

調査項目は、本事業のような多職種チームによる相談対応窓口の果たすべき役割についての認識、本事業に関して役立ったことの2点である。

1 4 結果

(1) 事業実績

1) 相談実績

相談窓口の開設日数は59日で、計31件の電話相談があった。これを月別に集計すると、9月2件、10月6件、11月9件、12月8件、1月6件であった。曜日別では、月曜9件、水曜11件、金曜11件であった。時間帯別では、14時台9件、15時台7件、16時台9件、17時台4件、不明2件であった。電話コンサルテーションを担当した職種別に集計を行うと、精神科医12件、弁護士8件、介護専門職5件で、インテーカーが対応したケースも6件あった。

2) 相談ケースの概要

相談を受けた31件のケースそれぞれについて、「相談内容」、「相談時に聴取したその他の情報」、「相談に対する各職種の意見」、「コンサルテーションの内容」、「相談1ヵ月後の経過」を資料8に示す。

(2) 研究結果

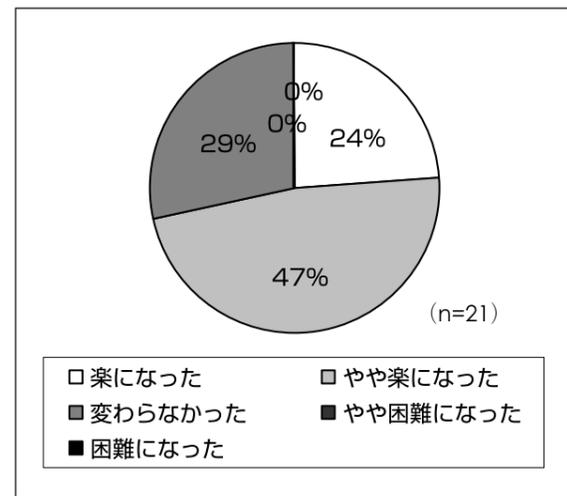
1) 相談者対象調査結果

調査の結果、31名中21名より回答が得られた(有効回収率68%)。

相談後の困難感の変化(図1)

本事業の電話相談窓口を利用したことにより、相談したケースに対する困難感が増大したと回答した者が1名もおらず、15名(71%)が「楽になった/やや楽になった」と回答し、6名(29%)が「変わらなかった」と回答した。変化の内容を自由記述により尋ねたところ、相談したことで「心の余裕が持てた」、「自分のしていることに安心感が持てた」等精神的負担の軽減について言及した者が6名ほどみられた。しかし一方で、専門職による提案内容について「実現可能性が低い」という意見も1名聞かれた。

図1. 相談後の困難感の変化



対応への自信の変化(図2)

電話相談を利用したことにより、相談したケースへの対応に関して、「自信をもてるようになった/やや自信をもてるようになった」と回答したのは13名(61%)、「変わらなかった」と回答したのは6名(29%)、

図2. 対応への自信の変化

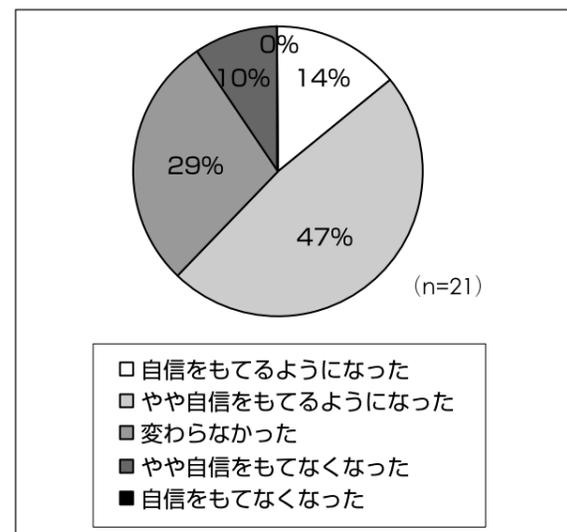
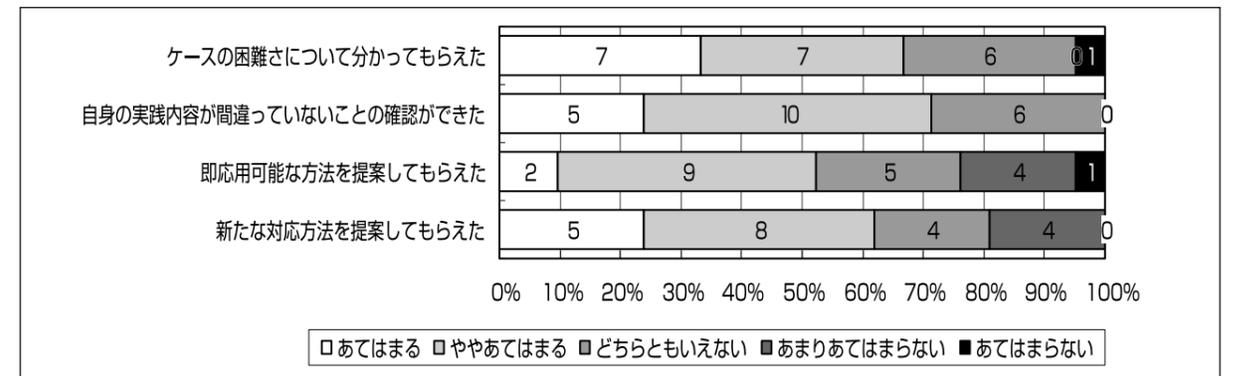


図3. 電話相談を利用して初めての印象



らなかつた」と回答した者は6名(29%)だった。「やや自信をもてなくなった」と回答した者も2名(10%)存在した。

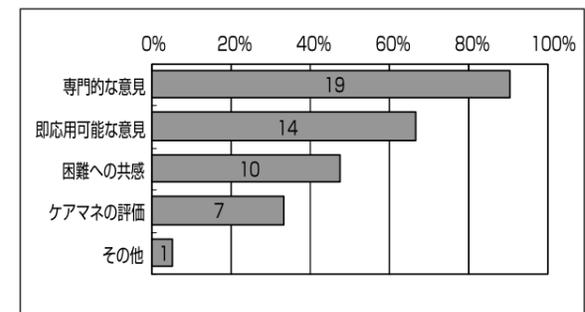
電話相談を利用して初めての印象(図3)

電話相談について、「ケースの困難さについて分かってもらえた」、「自身の実践内容が間違っていないことの確認ができた」、「新たな対応方法を提案してくれた」という項目については60%以上が「あてはまる/ややあてはまる」と回答した。「即応用可能な方法を提案してもらえた」という項目については、「あてはまる/ややあてはまる」と回答した割合は他の項目と比較して低く、50%程度であった。

相談窓口に期待すること(図4)

本事業のような相談窓口に期待することとして、「専門的な意見」をあげた者は約90%存在した。また、「即応用可能な意見」をあげた者も60%以上存在していた。

図4. 相談窓口に期待すること



提案内容の実施状況(図5)

今回の電話相談の中で専門職からなされた提案について、「実施した/一部実施した」と回答した者は16名(76%)であった。一方で「あまり実施しなかった/全く実施しなかった」と回答した者は5名(24%)存在し、実施しなかった理由として、利用者本人の拒否をあげた者が3名、提案内容を適当と感じなかったことをあげた者が2名ほどみられた。

相談した問題の経過(図6)

相談した問題の経過について、「変化していない」と回答した者が最も多く10名(53%)であった。また、「改善し

図5. 提案内容の実施状況

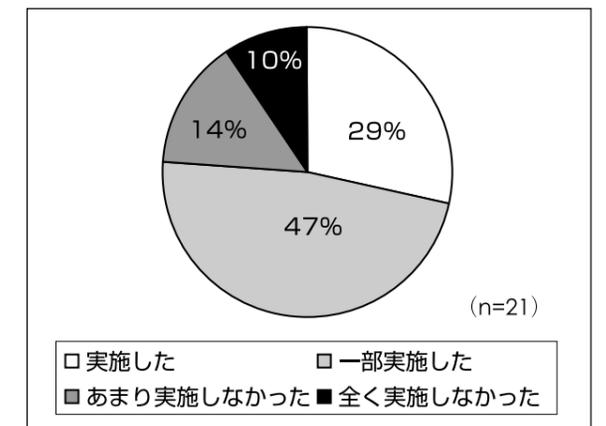
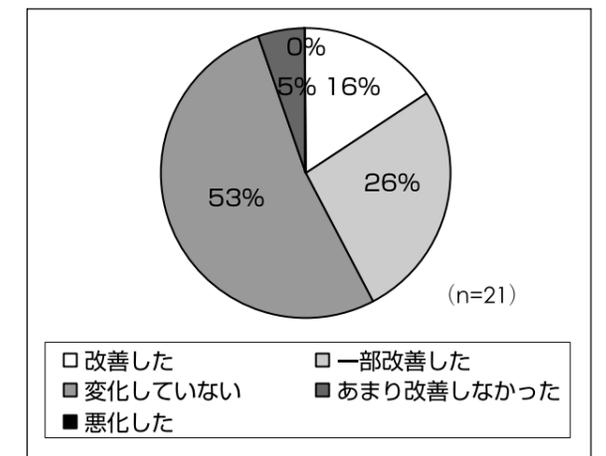


図6. 相談した問題の経過

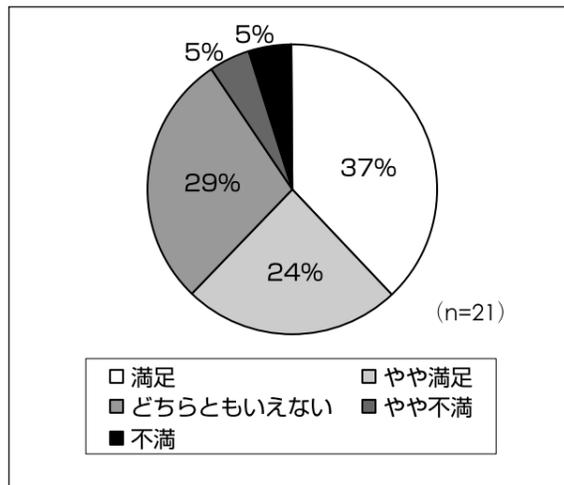


た/一部改善した」と回答した者は8名(42%)、「あまり改善しなかった」と回答した者は1名(5%)存在した。

本電話相談への満足感(図7)

本電話相談窓口を利用して初めての満足感を尋ねたところ、「満足/やや満足」と回答した者が13名(61%)、「どちらともいえない」とした者が6名(29%)、「不満/やや不満」とした者が2名(10%)存在した。

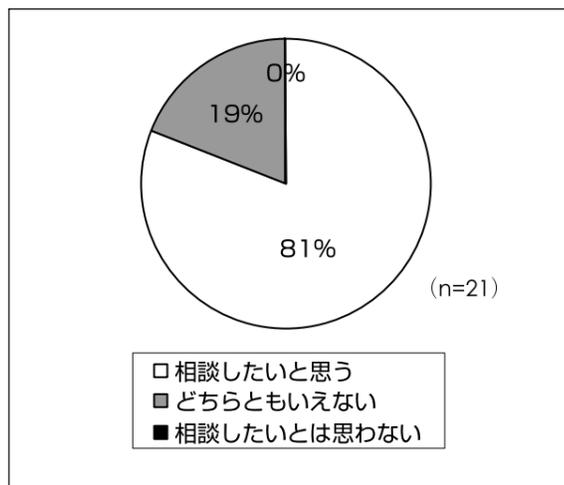
図7. 本電話相談への満足感



今後の相談意向 (図8)

本事業のような相談窓口に対する今後の相談意向を尋ねたところ、「相談したいと思う」と回答した者が17名(81%)、「どちらともいえない」とした者が4名(19%)みられた。

図8. 今後の相談意向



自由意見

調査票の最後に自由記載欄を設け意見を求めたところ、17名(81%)から何らかの回答が得られた。

記載内容としては、精神科医、弁護士といった専門職が相談対応を行ってくれることの有効性について言及したものや、継続的な対応の希望を述べたもの、相談対応が迅速であったことを述べたもの、逆に1週間という対応期間を遅すぎるとした意見などがみられた。

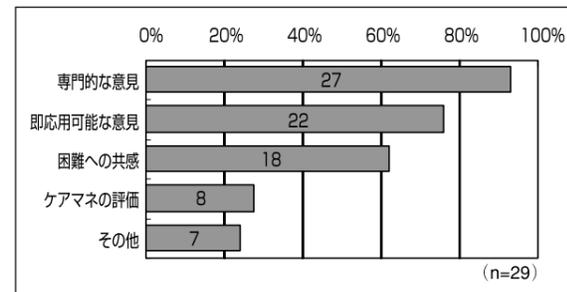
2) 専門職対象調査結果

調査の結果、31名中29名より回答が得られた(有効回収率94%)。

本事業のような相談窓口に期待すること(図9)

本事業のような相談窓口に期待することとして、「専門的な意見」をあげた者は90%以上存在した。また、「即応用可能な意見」や「困難への共感」をあげた者も60%以上存在していた。

図9. 本事業のような相談窓口に期待すること

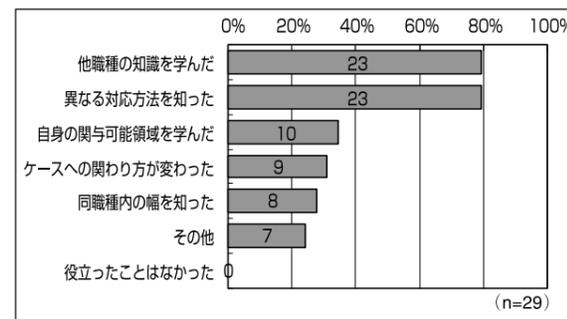


本事業に参加して役立ったこと(図10)

各専門職の中で、本事業に参加して役立ったこととして「他職種の知識を学んだ」、「他職種による異なる対応方法を知った」といった内容をあげた者は全体の80%弱存在した。「役立ったことはなかった」と回答した者は1名もいなかった。

また、その他に該当する内容として、他職種に関わる機会の有用性や、介護の領域についての見識を深めることができたことをあげた者が、それぞれ複数名みられた。

図10. 本事業に参加して役立ったこと



自由意見

調査票の最後に自由記載欄を設け、本事業についての意見を求めたところ、28名(97%)から回答が寄せられた。

記載内容としては、まず、メールでの意見交換だけで(事例検討会は月に1回しか開催されなかった)専門職間の直接の対話が行われなかったことに対して、メール上の意見交換のやりにくさや、対面での意見交換がもっと行われるべきであることを指摘する意見が複数寄せられた。逆に、メールでのやり取りを効率的とした意見もあった。また、全ケースに3職種が関わる必要はないとする意見、1週間という期間が長すぎるとする意見が見られた。

1 5 考 察

(1) 電話コンサルテーション・システムの運営方法について

1) 相談受け付けの手段

相談受け付けの手段として、事業の開始時には、e-mail、faxによる受け付けも予定していたが、e-mailによる情報の漏洩・流通、FAXの誤送信の危険性を考えて、電話による受け付けのみとした。電話による受け付けのメリットとしては、相談内容を聴取しながら、インターカーが必要と感じた内容について、追加情報をその場で収集することができる点である。一方でデメリットとしては、e-mailやfaxと違い、相談窓口の開設時間にしか相談の受け付けができないため、多忙な介護支援専門員が、相談したくても相談できないという場面が生じていた可能性がある。今後、個人情報漏洩防止策を十分に講じた上で、e-mailやfaxによる相談受け付けも併用した方が、より相談者にとって利便性の高い窓口となると考えられる。

2) インターカーの役割

相談の受け付けを行うインターカーは、相談内容で不明確な部分や不足している部分を即座に判断し、更に情報収集を行う必要がある。また本事業においては、介護現場の経験が乏しい医師や弁護士に対し、介護現場の状況や相談内容の真意を分かりやすく伝える通訳(インタープリター)のような役割も求められた。インターカーの起用に際しては、以上のような役割を果たすことのできる、介護領域において経験豊かな者が望まれる。加えて、困難を抱えて相談に至った介護支援専門員に対し、共感を持って相談を受け止め、困難の内容に理解を示すことも当然重要な役割である。

3) 専門職チームのテンポラリー・メーリングリストによるケース検討及び事例検討会について

ケース毎に行われた専門職チームと研究班コーディネーターによるテンポラリー・メーリングリスト上の意見交換と、月1回事例検討会による多職種の見解交換は、全体としてはそれぞれの専門職にとって有意義なものであった。それは、専門職対象調査で「他職種の知識を学んだ」、「他職種による異なる対応方法を知った」といった肯定的な評価から窺える。しかし一方で、ケース検討の中で、それぞれの当番専門職が意見を出した後、同じ専門職どうしの意見交換、異なる専門職との意見交換ともあまり行われなかった実態があった。これは、今回実施したメーリングリストによる意見交換の限界点の1つであ

る。この理由としては、メーリングリストに関わった専門職の中には直接面識のない者も含まれており、メール上で意見するのが躊躇されたことなどが考えられた。これに対し、月1回行われた事例検討会においては、直接顔を合わせて議論が行われたせいか、活発な意見交換がなされていた。今後も多忙な専門職を巻き込みながら事業を展開していく上で、以上のような結果を考慮し、メーリングリスト上の意見交換と、メンバーが一同に会する形の意見交換を、効果的・効率的に組み合わせることが重要だと考えられる。

4) スーパーバイズのシステム

研究班コーディネーターが、各専門職チームに対して、メーリングリスト上でスーパーバイズを行うことが予定されていたが、研究班コーディネーターから専門職チームに対して意見を述べたり専門職のチームから意見を求められたのは、数回程度しかなかった。しかし、事例検討会では活発な意見交換が行われ、それが効果的なスーパーバイズとなっていた。細かな配慮が要求される専門職同士のスーパーバイズは、メールでは行うことが難しく、対面による意見交換の場を設けることが必要であるとわかった。

主に事例検討会で行われたスーパーバイズの内容は、高齢者を専門領域とする精神科医や弁護士から、認知症の見立てや、成年後見制度の運用に関するスーパーバイズ、また、相談者への返答方法に関する助言が行われた。中でも返答方法に関する助言が最も多く、多職種チームによるコンサルテーションの特色を生かしていたと思われる。

例えば、「妄想状態と思われるので、精神科の薬の処方が必要である。精神科へ受診させるように。」と回答が出されたことに対して、「現場ではそれが容易ではないことが一番の問題で、どうすれば受診させることができるのか、どうしたら薬を飲んでもらえるか、実現可能な方法を一緒に考えることが求められている。」との意見が出され、受診のきっかけ作りや服薬の勤め方について、具体的な案を出し合い検討が行われた。このような意見交換は、事例検討会のすべての参加者にとって非常に有益なものであった。コンサルテーションは、相談者である介護支援専門員の立場や役割、困難さを理解し、適切な助言をわかりやすく行わなくてはならない。そのノウハウ(コンサルテーション・スキル)は、精神医学や法律の知識や技術と並んで、あるいはそれ以上に、スーパーバイズの項目として重要であると思われた。

相談を受ける介護支援専門員のスーパーバイズシステム

(介護支援専門員 木村喜美代)

電話をかけてくる相談者がケアマネジャーであるため、相談を受ける側のケアマネジャーは中間的な役割である。相談を受ける側は相談者を支持し、共感することで、相談者に話し易い雰囲気をもってもらう。今回は、メールで事前に提供された資料内容に基づいて「利用者とその周り」の状況、「相談者は利用者にどんな援助をしているのか」「関わりの実践がどのように行われているか」を見極め、その上で現状の評価をし、「相談者が見落としていることがあるか(介護保険やその他の制度やマネジメントの技術面)」、「何をどのように援助したらよいか」を見極め必要な情報の提供を行う。回答者は仲間であることの共感性とケアマネジメントの専門知識とその現場での応用の経験を併せ持っていることによって様々なケースへの助言が可能となるのだが、実際にはどうしたらよいか迷うケースも多い。単純に回答できないようなケースだからこそ相談してくるからである。

今回のスーパーバイズシステムとしては、月1回づつ行われていた事例検討会でのグループスーパービジョンと、メールで全ケースに目を通していているコーディネーターメンバーが適宜意見をメールで伝えるという形態で行われた。事例検討会は、各専門職のコーディネーターメンバーと事例担当者で行われたが、自分以外の専門職(この場合、精神科医と弁護士)からの見方や同職種であっても異なった見方があることがわかり、出席したメンバー間では介護現場への共通認識は出来てきたように思う。しかし、これは事例担当者が相談者へ回答後に行われたので、メンバーの勉強や次回に同じようなケースが来た時に生かされるとしても、タイムリーに相談者に直接の役には立てなかった。相談事例へのスーパーバイズの関わりとしてのメールによる意見交換への参加は、役割やシステムが全員に明確に示されていなかったこともあり、かなりやり難いところがあった。その理由としては、担当者が意見を求めてのスーパーバイズではなかったため、余計なお世話になりかねないということ、メールという手段のため受け取る側にとっては、一方的であったりきつく感じられるということもある。また、全員かなり忙しい中での時間を割いての参加であったため、発信された意見に対して討論できるところまで行かず、発信したことが担当者にどう受け取られたか、相談者に伝えられたかどうかまでの確認には至らなかった。

今後、もし同じシステムを採用するとしたら、スーパーバイザーの役割を明確にしておきたい。特にケアマネジャー間のスーパーバイズシステムが有効に働くためには、スーパーバイザーによる高い専門性が求められる。また、事例担当者が必要に応じてその都度相談できるようなシステムが必要だと思われる。

そして専門家連携ということを頼って相談してくるケアマネジャーのためにもコンサルテーションチームの介護専門職は、相談内容に内包される生活上の問題を精神科医や法律家に通訳してあげる役割も必要とされる。要するに、同じ専門職同士でスーパーバイズシステムが有効に働いたとしても、職種間で疎通がなければ相談者へのコンサルテーションとしては役に立たない。職種間の疎通を図るための通訳、あるいは相談者への通訳はコンサルテーションチームの介護専門職の役割であり、介護専門職のスーパーバイザーは通訳の役割に対してもスーパーバイズを行う必要があるだろう。

介護支援専門員がコンサルテーションを行うことについて

(介護支援専門員 瀧瀬美恵子)

ケアマネジャーが抱える問題には、利用者に関わるほど増加する課題に対して対応に苦慮、頻回な訪問をしても問題解決に結びつかないケース、また専門機関でも対応が困難なケースが多々ある。問題を客観的に幅広く理解する面などに対しての取り組みの不安、多重化する生活上の問題に関して、経験の未熟さから直視できないもどかしさ、状況を明確に洞察し分析、職業とする難しさから専門職として自信喪失している場合が往々にある。

相談前は、自分たちが頑張れば何とかなのではないかと思ったり、問題と感じながらも具体的な動きを起こすまでには至らずに抱え込んでいるケースも多い。相談者は、「自分たちに何ができ、どのような方向で働けばいいのか、どのような視点でケースに望めばいいのかなど」相談する事でケースへの判断の大切さや、判断基準などの整理ができる。思っただけでちょっと一歩が踏み出せないところが一歩を踏み出したことで事態が動いたことが結果としてある。

ケアマネジャーは「人が人を職業として援助すること」つまり「人を援助する職業」に就いている対人援助専門職

である。援助は、おかれている状況を理解する事から始まるが、ケアマネジャーの職場環境は「誰も教えてくれる人がいない」という状況もある。介護現場で起きている問題を積極的に他の機関と連携を図る事も必要であるが、同じ専門職(ケアマネジャー)との共有やアドバイスがあると安心感に繋がりに理解されていると感じる。また、精神科医や弁護士それぞれの専門家からの専門知識を利用して、その見地からの指摘や指導を受けることは、専門職として仕事をしていく上で不安感を軽減する。

相談者はケースの問題を整理「その専門知識を利用するか否か」についての選択権は相談を受ける側にあるが、意見や考え方は参考になり今後に活かせる。自分自身の抱えている困難事例を気楽に相談できる場所があることは心強いこと。

・回答をする場合の注意点

コメントや評価にならないように問題を明確化、協力する姿勢が必要でより適切でより豊かなケース理解を共有し、相談者が自らケースの理解を広げる働きを助言すること、相談者の価値観を脅かさない事も大切である。ケース一つひとつの事例を的確に理解し、専門性をより有効に発揮してもらうように支援すること。

精神科医の間のスーパーバイズについて

(精神科医 羽藤 邦利)

このコンサルテーション・システムでは、個々のケースは、3種の専門職による当番チームが当たる。個々の当番チーム内の意見交換は主にメーリングリスト上で行われ、そのメーリングリスト上での意見交換の進行状況を、コンサルテーション・システムのコーディネーターもフォローしている。コーディネーターに想定されていた役割は、当番チームの意見交換を促進することと、それぞれの専門職へのスーパーバイズであった。

コーディネーターは、当番チーム内のメーリングリスト上の意見交換をフォローしていた。しかし、そこに割り込んで意見を述べることは結果として殆どしなかった。当番チームの中で交換されている意見に対して、コーディネーターが異なる意見をもっていたことは少なくなかったが、それがメーリングリスト上で表明されることはなかった。

その理由を考えてみると、やはり「遠慮」である。遠慮の殆どは「適切なこと」であったように思う。コンサルテーションでは、何が正解ということはない。意見の違いは回答者の持ち味の違いによるところも大きい。また、多少の言い過ぎ、言い足り無さがあるのは当然のことである。コーディネーターが考えていることの方が間違っていることもある。チーム内の意見交換の進展をみていると、やがて“それなりの”回答に収束している。そのことが分かる

と、コーディネーターが下手に割って入らなくて良かったとも思えた。しかし、遠慮の一部は「不適切」なことであったかもしれない。精神科医の意見に「問題がある」と思えた時である。精神科医にありがちな「問題のある意見」は、「それは精神病だから医療機関に連れて行きなさい」というものである。その意見に対して、相談してきた介護支援専門員は、「やはりそうなのか」と納得して、自信をもって対応出来るようになる場合もあるが、多くの場合は「そんなことは言われなくても分かっている、それが出来ないから苦労している、……」といった反発、失望をもって相談が終了してしまいかねない。チームの精神科医からそのような意見表明がされた時に、他の職種から、「その答えでは不十分ではないか」という意見が表明される場合もあるが、黙ってしまわれる場合もあった。そのような場合こそコーディネーターが介入すべきであったと思われるが、タイミング良く割って入ることは殆ど行われなかった。

コーディネーターが割って入ることで、良い展開が起きたかもしれない。しかし、反発を招いたかもしれない。反発を招く可能性は大いにあった。チーム内の専門職は、専門職としての自信をもっており、自分にスーパーバイザーが必要だという認識が乏しく、また、コーディネーターをスーパーバイザーとして「認めて」もいなかったからである。このシステムにコーディネーター役が置かれていて、コーディネーターが割って入る可能性があることは、このシステムに参加した専門職は誰も承知していた。しかし、自分のケースに実際に割り込まれるとなると話は別である。

コーディネーターが「割り込む」ことはとても難しい。さらに、異なる職種の間での忌憚のない討論も同じか、それ以上に難しい。どうしたものであろう。3つの方策が考えられる。

1) 相互批判の奨励

コンサルテーション・システム内で相互批判を奨励することを常日頃から申し合わせておく。

2) 指導する権限

コンサルテーション・システム内部に、指導する権限を、しかるべき者に付与する方法である。

3) 相互批判を行いやすくする仕組みを設ける

コンサルテーション・システムの内部に、相互批判を行いやすくするための仕組みを幾つか用意しておく。

このうち、「相互批判を奨励」することは、ある程度は有効であろう。しかし、コンサルテーション・システムは上下関係が明確ではない組織であるので、「奨励」だけでは多くは期待できないだろう。また、「指導権限」については、その根拠が明確ではない。あるとすればコンサルテーション・システムがコンサルテーションの中身について「外部に対して責任を負っている」ということであろう。しかし、それがどの程度の責任なのか明確ではなく、また、どのような内容のものであれば適切なコンサルテーションであるかの明確な基準もないことを考慮すると、指導権限による指導は、著しく不適切な場合に限ってのみ、例外的に行われるだけであろう。

実は、メーリングリストを設けて意見交換を行うことは、コーディネーター役を設けることは、「相互批判を促すための仕組み」として設けられたものである。しかし、実際は、メーリングリストの上で批判したことがきっかけで、嫌な思いをするようなことがあった。そこでそうした摩擦が起きることを防止し、相互批判をいっそう行きやすくし、さらにはスーパーバイザーの役割もとることも期待して、コーディネーター役が設けられた。しかし、実際には前述のように、コーディネーターが口を挟むことは難しかった。

今回、相互批判を促す上で顕著に効果があったのは事例検討会であった。事例検討会では生産的な論議が行われ、相互批判も飛び交った。相手の顔が見え、相手の反応が見えることが大きい。メール媒体による意見交換とは対称的である。しかし事例検討会は月に一回行うことが精一杯であった。メールと事例検討会の中間に位置する電話連絡をもっと活用すべきであったかも知れない。電話では、相手の反応を窺いながら意見を言えるので、メールよりもうまく意見を伝えやすいだろう。しかし、お互いが忙しい中では電話を掛け合うことも躊躇われることである。相互批判は、なかなか理想的には行えないということではないだろうか。

弁護士のスーパーバイズシステム

(弁護士 香川美里)

弁護士へのスーパーバイズについては、認知症高齢者特有の問題か否かにより質が異なるように思われる。

すなわち、認知高齢者に限らず問題になりうる一般的な法律問題は、法律の仕組みや取扱をスーパーバイズする必要性はもとよりない。しかし、認知症高齢者がかかえる判断能力の低下や認知症高齢者を囲む家族との関係で、単に法律的な仕組みや取扱をアドバイスするだけでは、現実的な解決案を提示できないこともあり、その点、スーパーバイズの必要性は高い。一方、認知症高齢者特有の問題については、法律の仕組みや取扱をスーパーバイズする必要性が出てくる。例えば、成年後見制度の利用を検討すべきである事案について、認知症の程度如何により、使える成年後見制度の類型は異なってくるものであり(後見、保佐、補助)、どのような兆候が伺えるときに、どのような類型を検討すべきなのかは、経験がものをいう場合が多い(相談の段階で成年後見用の診断書を取得している場合は少ないため)また、高齢者虐待事案については、法律の仕組みとしては刑事・民事的な手段はあるものの、現時点において、実際には行政も含めて踏み込めない事例が多く(この点、高齢者虐待防止法の制定に期待したい)そのような現場の苦しみを知りながら、有効な手段を検討することが必要な場面が多いのである。

このようなスーパーバイズの必要性について、このコンサルテーションシステムを全国展開するにあたっては益々必要となるだろう。すなわち、平成16年度の本研究においては、平成15年度研究にも参加していた弁護士及び認知症高齢者の問題に詳しい弁護士が参加していたため、スーパーバイズする頻度は少なかった。しかし、メンバーを更に広げた場合には、認知症高齢者の問題に対応したことがない弁護士も参加することになり、スーパーバイズなしには必ずしも現実的な解決案を示せるとは限らないことも予想されるのである。

また、スーパーバイズのやり方についても今後検討を要すると思われる。

まず、スーパーバイズする弁護士は、実際に自分が事実関係を聴取・確認するわけではない。そのため、必要な情

報が必ずしも聴取されていない場合にスーパーバイズが困難なことがある。例えば、認知症高齢者の判断能力の程度如何が、本人の委任に基づき問題を解決するのか、年後見制度を利用して問題を解決するのかの境目になるところ、その点の聴取が不十分なままですーパーバイズすることは困難なのである。この点、聴取事項について工夫をしていく必要があると思われる。また、他の領域(医療や介護)のスーパーバイズを頭に置きつつ、法的な観点のスーパーバイズをする必要があるところ、実際には、医療・介護ともに専門領域であることから、医療介護の問題をうまく把握できなこともあった。それぞれの専門分野との連携を図る前提として、それぞれの専門分野を理解しあう場(例えば勉強会等)を設け、それぞれに理解を深める必要があると考えるところである。

5) 相談受付から回答までの期間、インターカーによる振り分けの必要

今回の相談窓口では、全てのケースで概ね1週間という期間で相談対応を行ったが、これに対し、相談者や専門職から、時間がかかり過ぎるという意見が聞かれた。本事業では上記のようなe-mailによるやり取りを採用したことと、手順を明確にするため全相談ケースで同様の手順を踏んだことから、画一的に期間を設定したが、今後の課題として、相談の内容に応じて、多職種による検討が必ずしも必要ではないが早急な対応が望まれるケースや、急を要さないが複雑で多職種による検討が必要とされるケース等に振り分けを行い、回答までの期間を調整する必要があると考えられる。また、この振り分けを行う役割は、主にインターカーが担うことになると考えられ、この点においても、インターカーには経験豊かな者を起用することが望まれる。

だコンサルテーションや介入の必要性がどの程度あるのかは、明らかにはなっていない。もしこの限界を超えたコンサルテーションを行う必要がある場合には、居宅介護支援事業所が利用者と交わす契約書の中で、必要に応じて情報提供を行う先として記載し、予め了承を得ておく必要がある。そのような位置づけのコンサルテーション機関となるためには、公的機関で行うか、もしくは地域で認知された組織である必要があるであろう。

6) 個人情報保護のために取られた措置

コンサルテーション・システム内における個人情報の取扱は、関係者がすべて誓約書を書いた上で、相談内容を知らせる場合にも相談者や対象者の不要な個人情報については一切触れないように行うように徹底したため、かなり厳密に守られたと考えられる。しかし、詳細な個人情報によらず、一般的な相談として行われるコンサルテーションは、コンサルテーションの内容が具体性を欠く場合もあった。

対象者や家族に直接面接をすることは、相談者(事業者)と利用者の個人情報保護の契約に違反することが明白であったため、行うことが出来なかった。対象者や家族に直接面接する必要がある場合は、改めて相談者が対象者や家族に勤め、納得が得られた場合に、このコンサルテーションの事業としてではなく、新たな契約による相談として行うと規定した。

今回の試行で、ケアマネの対応困難ケースへのコンサルテーションが、このような範囲で行うことでも有効であると思われた。しかし、もっと踏み込ん

コンサルテーションにおける個人情報の扱いについて

(獨協大学法科大学院教授 野村 武司)

(1) はじめに

コンサルテーションは、ケア・マネジャーからの電話相談をスタッフが聞き取り、担当の複数の専門家に検討を促すとともに、寄せられた回答を相談者に返すしくみである。また、コンサルテーション主宰のスーパーバイザーがすべての相談事例について情報を共有している。相談窓口には、ケア・マネジャーがクライアントとの関係で抱えている具体的な個々のケースに基づく相談が寄せられるために、少なくとも個人情報を背景にした情報のやりとりが行われる。

介護保険において、やりとりされる個人情報は、いわゆるセンシティブな情報であり、認定、ケアプランの作成、サービスの利用、費用負担など各手続段階でその意味は異なってくると思われるが、いずれにせよ、クライアントとの間で各機関、事業者が厳格に取り扱うべき情報であることから、コンサルテーションにおいても個人情報保護の問題は特に留意しておかなければ行けない事項であるといえる。

ここで問題にする個人情報保護に関する問題は、主にはコンサルテーションシステムにおける個人情報の取扱いの問題であるが、そのほか、ケア・マネジャー、サービス事業者等の個人情報の取扱い自体が相談として寄せられる場合が想定できる。個人情報保護の原則及びしくみについて、簡単に解説した後、それぞれについて検討を加えることとする。

(2) 個人情報保護とは何か

個人情報保護とは、現代社会において、本人が知り得ないところで個人情報の収集、蓄積、利用、提供、交換等がなされることが容易に行われるようになり、こうした個人情報の取扱いが個人の権利利益を侵害するようになったことから、個人本人に自己情報に対する開示、訂正、利用中止等の請求権を認めるとともに、個人情報を保有する者に、その漏洩の防止を求めることに加えて、個人情報の取扱いについての規制を加えるものである。国や自治体で行政機関個人情報保護法制が整えられるとともに、2005年4月1日より、民間に対しても個人情報保護法が適用されることとなった。

この法律においては、営利・非営利、法人(団体)・一般私人を問わず、事業の用に供する個人情報データベース等で識別される個人数が5000人以下の小規模事業者に当たらなければ、個人情報取り扱い事業者としてその適用を受ける。その場合、個人情報の漏洩を防止し、守秘を徹底することはもとより大切なことであるが、個人情報の本人の人格的権利の尊重の観点から、法律に則って個人情報の取り扱いを義務づけられる。その概要は次の通りである。

まず、法律では、生存する個人に関する情報で特定の個人を識別できるか、他の情報と照合して個人を識別できるものを「個人情報」、データベース化された個人情報が「個人データ」、データベースとして6ヶ月を超えて保有している個人情報を「保有個人データ」とした上で、それぞれについて規律している。

個人情報について、これを取り扱うときは、(できる限り)利用目的を特定しなければならず(15)、それは適正に取得しなければならない(17)、「個人情報」の取得に際して利用目的を本人に通知または公表しなければならず(18)、「個人情報」を本人の同意なしに、利用目的外で取り扱ってはならない(=利用目的への拘束、16)、利用目的の変更は制限される(15)、「個人情報」の取り扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない(31)、とされる。

個人データについては、それは正確で最新のものにするよう努めなければならない(19)、「安全管理に努めなければならない(安全に管理されるよう従業者の監督、委託先の監督をしなければならない。)(20-22)、「個人データ」を原則として本人の同意なしの第三者に提供してはならない(23)、とされる。

保有個人データは、必要な事項について本人に知りうるようにしなければならず(24)、原則として本人に開示しなければならず(25)、求められた場合、必要な範囲で訂正に応じなければならず(26)、不適正取得、不正第三者提供の場合、求めに応じて利用停止しなければならず(27)、とされている。

以上の規定に反した場合には、勧告、命令をうけ(34)、命令違反には罰則が適用される(56)。

(3) コンサルテーションシステムにおける個人情報保護

次に、コンサルテーションシステムの中で、いかに個人情報保護が図られるべきかについてみていくことにする。

イ コンサルテーションにおける個人情報保護

まず、コンサルテーションは、ケア・マネジャーからの電話相談によって開始されるが、その際または事前に、個人情報の取扱いについて次の理解が必要である。まず、コンサルテーションのしくみとして、どの範囲で情報が共有され、どのように取り扱われるかについて理解を求めなければならない。

その上で、相談内容が相談者であるケア・マネジャーのクライアントとの関係に関するものである場合、相談内容は、相談者本人の個人情報であると同時に、そのクライアントの個人情報に関わるものであることを説明する必要がある。

そして、基本的には、クライアントの個人情報は、ケア・マネジャーとの関係においてのみ保有されるべきであるから、クライアント本人が特定される形で相談されるべきではないとの理解が必要である。また、相談内容が、もっぱら、クライアントに関するものである場合、一般問題として相談されることのみが許されることを示す必要がある。

ケア・マネジャーが特定される情報は、本人から提供される可能性はあるが、ケア・マネジャーの特定がクライアントの特定につながる可能性があるため、匿名性が維持される範囲でインテイク用紙等に記録されるべきであろう。もっとも相談の継続性の観点から、相談者を特定する必要性が認められる場合があるが、インテイク用紙と分離した記載事項として関連づけて保管することが好ましい。

なお、相談者であるケア・マネジャー、場合によってはケア・マネジャーの相談者からの自己情報の開示として情報を請求されることがあるが、相談者からの請求については、相談者がインテイク用紙と関連づけられている場合に限り、また相談者本人であることが確認できる場合には開示することができる。クライアントからの請求は、本人が特定されないよう記載しているため、きわめて例外的な場合を除き開示不能であると考えられる。また、ケア・マネジャーとクライアントの関係が捜査の対象になっている場合など、捜査機関から、情報の提供を求められることがまれにあり得るが、法23条1項2号または4号に照らし、ケースに応じて判断をする必要がある。

7)「よくある対応困難ケースの回答例」は役立ったか？

作成した回答例は3つである。そのうち「物取られ妄想」と「心気症」は、本年の電話相談と平成15年度の電話相談やアンケートで集められた困難事例の中で、特に頻度の高い相談内容であった。もうひとつの「高齢者の虐待」は、それほど頻度は高くないものの、内容が深刻である上に、対応が難しい問題であるので取り上げた。配布数はそれぞれ、600枚1000枚、約11000枚である。

この回答例がインターカーの聞き取り場面や専門家コンサルテーションの省力化に有効であるかどうかについては、今回の電話相談では件数が少なかったこともあり、判断できなかった。他方、チラシにして頒布したものは、電話相談利用者のうちほとんどが読んでいたこと、また研修会形式のコンサルテーションの場でも、このチラシが話題になっていたことから、広く読まれたことは間違いのないと思われる。しかし、チラシを頒布した直後に電話相談件数が増えるということは無かった。

(2) 電話相談窓口の有効性について

1) 事業評価研究から得られた有効性の評価

今回の電話相談事業が影響を与える対象としては、大

きく、相談者である介護支援専門員、介護支援専門員が担当する要介護高齢者(及びその家族)、相談対応を行う専門職の三者があげられる。ここでは、この三者への影響それぞれについて考察を行い、今回の電話相談窓口の有効性について評価を行った。

相談者(介護支援専門員)への影響

窓口を利用した介護支援専門員を対象に実施した質問紙調査によれば、相談窓口を利用した結果、相談されたケースに対して介護支援専門員が抱く困難感、精神的負担は軽減される傾向にあり、そのケースに対応していく自信は増大する傾向にあった。また、「ケースの困難さについて分かってもらえた」「自身の実践内容が間違っていないことの確認ができた」という項目に「あてはまる/ややあてはまる」と回答した介護支援専門員それぞれ7割前後と多くみられた。以上から、本相談窓口は、介護支援専門員の主観的、精神的な側面に良好な影響を与えていることが明らかになった。また、相談後提案された内容を多少なりとも実践に移した者は7割以上みられ、本窓口の利用という一種の介入が、相談者の行動面にも影響を与えていた。

提案の内容については、「新たな対応方法を提案しても

らえた」、「即応用可能な方法を提案してもらえた」という項目に「あてはまる／ややあてはまる」と回答した者はそれぞれ約6割、約5割みられ、専門職チームによる提案内容が、介護支援専門員にある程度新たな対応案を与えることができている実態が明らかになった。しかし一方で「実現可能性が低い」という意見を述べた者も存在した。介護の現場において経験の深い介護支援専門員は、普段の実践の中で常に試行錯誤をしており、考え得る対応策はある程度既に試してみた上で、それがうまくいかないことに困難を感じている場合が多い。本窓口のように、ケースの概略を1回の電話で聴取しコンサルテーションを行う電話相談窓口においては、その特質上、回答内容も一般的なものになる場合が多く、そのため相談者は、自身も既に考慮したが諸事情で実践に移せなかった対応案を、専門職から再度提案されることもあり、「実現可能性が低い」と認識する場合があると考えられた。今後同様の事業を進めていく上で、こうした相談者の認識を事業実施側で把握し、専門職の提案に疑問点等があれば、再度の相談を受け付けるなどの対応を行うことで、より相談者にとって有用な窓口が実現されると考えられる。特に、面識のない精神科医や弁護士に対して、その提案内容に否定的な意見を述べることに抵抗を感じる介護支援専門員は少なからずいることが考えられるため、相応の考慮が必要だと考えられる。

介護支援専門員が担当する要介護高齢者(及びその家族)への影響

窓口を利用した介護支援専門員を対象に実施した質問紙調査の結果、窓口相談されたケースの状況は、相談後1ヶ月の時点では、約半数が変化しておらず、約4割は多少なりとも改善したと回答された。一般的な要介護高齢者の経過は、1ヶ月の間では不変もしくは悪化傾向にあると考えられるので、本相談窓口の利用というきっかけにより、少なくとも相談者の主観的認識の範疇では、要介護高齢者あるいはその家族等に対し、何らかの良好な影響を与えていることが考えられる。

専門職への影響

前述したように、専門職対象調査で「他職種の知識を学んだ」、「他職種による異なる対応方法を知った」といった肯定的な評価が行われている。他職種の異なる対応に気付かされる面と、多職種で共同して対処することで、ひとつの職種で対応するよりも幅のある対応が出来ることの体験は、参加した専門職にとっては新鮮な体験であった。ただし、今回の試行の範囲では、専門職間の意見交換が活発に行われなかった実態もみられたため、今後、多職種が直接顔を合わせて議論できる事例検討会の機会を増やす等の対策を講じることで、職種間、職種内の意見交換をより活発にすることができるのではないかと考

えられる。

2) 実績の面から見た電話相談の評価

ところで、電話相談に有効性があったにも関わらず、相談件数は、計59日の開設日数で31件という非常に少ないものだった。昨年度実施した調査の中で、介護における対応困難事例の中で、精神医学的、法的な問題をはらむケースは多く、ニーズは確実に存在すると考えられたにも関わらず、相談件数が少なかった。この電話相談窓口の広報は、対象地域のすべての居宅介護支援事業所施設、その他、関連施設に案内チラシの配布を5回行い、介護支援専門員の連絡会などの場に出向いての説明、さらに介護保健福祉課などから利用の呼び掛けを行っており、精力的に実施されたと考えられる。その結果、この電話相談窓口の存在は「広く知られた」と思われるが、利用には結びつかなかった。このことについての考察は総合討論で行いたい。

精神科医の視点から見たMELETEC方式電話相談窓口の評価

(精神科医 長尾佳子)

MELETEC方式電話相談窓口の実施方法について

今回は電話相談窓口を設置し、所定の地域に相談事業試行の情報を流して、相談を待つという体制であったが、利用度は充分高くなかった。この要因は、ひとつには情報が広く周知されなかったこと、及び介護支援専門員が地域外で行われる相談事業の利用にあまり習熟していなかったためと考えられる。また介護支援専門員が保有している個人情報取り扱いについて、かなり逡巡したこともあろう。更に相談がどのように進められ、直面している窮状を打開できるかについても、期待のみでなく、疑問を抱いたかもしれない。ひとえに第三者による介入やスーパーバイズを受ける機会に恵まれず、経験も乏しかったことによると考えられ、多くの介護支援専門員が相談の経験を積み、利用価値も認識され、手法のひとつとして、有効に活用できる手段として定着するであろう。

精神科医等の介入が必要な事例は多数存在するが、多くは早急な対応が求められるため、相談のインテークから、精神科医が相談者への直接コンタクトに至る時間が如何に速やかであるかは、相談者の利用要求を左右する要因となり得る。

専門職3職種が随時相談を受けられる体制にあり、必要に応じて複数職種の対応、意見具申が可能であったことは、相談者にとっては、またとない好条件であり、解決への援助としては有効であったと考えられる。

MELETEC方式電話相談窓口の問題点とその改善

電話相談窓口の設置は、相談の受け皿のひとつに過ぎず、種々の相談形態が地域に并存し、事例に応じ、選択的にあるいは重複して利用できることが望ましく、今後地域の相談、援助システム、特に精神科医療機関との密接な連携が必要であろう。

また初回の相談のみで、事態が好転するとはいえず、介護支援専門員の負担感を軽減するに終わる場合もあり得る。継続して相談を受けることも重要であり、更には面接相談などの機会を提供する必要も考えられ、支援の継続の形を構築することも必要と思われる。特に精神科的助言や援助は、順序立てて指導し、反応や結果、地域の資源利用による展開などによって、次の指示を提供することの必要性からも継続相談は欠かせない。また状況によっては、相談者が再相談を必要とする事態の変化も起こり得るため、何らかの継続手段を保障することも考えねばならない。

相談者にとっては、何段階かの手順を経て、コンサルテーションに至ることに、もどかしさや抵抗を覚える場合が少なくない。迅速あるいは直接の応談体制を作ることも必要と思われる。

また相談の受け手相互も、事例について意見交換、総合評価、他職種の見解を知るなどの機会を設け、専門職連携コンサルテーションの質の向上を目指したい。

今後の取り組み

介護保険法の実施、介護支援専門員の活動、地域における事業所のサービス提供とその利用などがようやく社会的に認知され、地域に定着しつつあるが、未だ介護支援専門員の資質、力量はさまざまであって、対応は一概に是非を問えない。何よりも多くの担当事例に直面しながら、スキルアップせざるを得ない。しかも介護支援専門員は相当数の事例を担当しており、日常業務は繁忙を極める。その中で、対応困難事例を抱え、対応に苦慮することは、介護支援専門員自身のメンタルヘルスを脅かしかねない。苦境に孤立することなく、適切な支援が受けられる機会が必要な所以でもある。

高齢者はさまざまな精神医学的問題を内包しており、特に介護現場では容易にこれらが顕在化する。このことが対応困難事例化することは、極めて日常的である。ケアプラン作成やサービス提供時に介護支援専門員が直面する場面には、同時に複合する問題が存在することが通常であるため、より困難は増大する。精神科医は、個々の事例に即して困難化のさまざまな要因を解きほぐし、精神医学的視点での、解説、必要な対処方法、接遇などを現実的に提示し、現状打開への道筋を占めさなければならぬ。コンサルタントとしての精神科医の側にとっても、医療現場のみに止まらず、在宅、施設内、介護サービス利用状況などの介護現場を熟知し、高齢者の生活と精神医療の見識に富み、状況を総合的にスーパーバイズする力量が求められる。処遇の適否の検証についても、的確な助言、提言が待たれている。

まずは、地域内において地域自体の主体的な、地域内でも完結可能な、介護関係者の支援システムを構築することが望ましいが、当面は地域の後盾としての本事業の担う意義は多大であると考えられる。

常設の支援システムを永続的に設置するには、常駐する有能な専門職の確保と、財政的基盤が不可欠であり、この問題は今後に残された大きな課題といえよう。

MELETEC NEWS vol.1

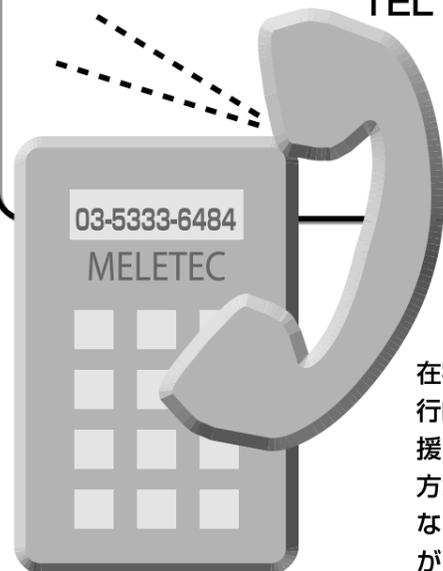
精神医学的、法的、介護技術的専門家連携コンサルテーションセンター
Mental, Legal & Technological Consultation Center for Care Services Providers

ケアマネ電話相談

MELETEC 【開設期間】平成16年9月1日(水)～平成17年1月31日(金)

TEL **03-5333-6484**

- 毎週月曜、水曜、金曜 午後2時～午後6時
- 相談できる人／相談したいケースの担当ケアマネジャー
- 相談料／無料



在宅介護を行う上で対応が難しいケースの電話相談窓口です

在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しました。居宅介護支援事業所または在宅介護支援センターに勤務する介護支援専門員（ケアマネジャー）の方が対応に困っておられて、ひょっとして精神科医や弁護士などの助言があれば役に立つかもしれないと思われるケースがありましたら、どうぞ気軽に相談してみてください。

精神科医、弁護士、介護専門職からなるチームで問題を検討します

最初に電話相談員が問題の概要をお聞きします。うかがった内容をもとに、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。

- ※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。
- ※ご相談に対しての提案は、間接情報にもとづくものなので、参考意見としてご利用下さい。
- ※ご相談に際して、利用者の個人名や詳細な住所などの個人情報はおっしゃらなくて結構です。研究報告書に相談ケースの概要を報告させていただくことはありますが、利用者はもとより相談者や事業所が特定できない状態に加工して掲載します。



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

事務局 ■ 〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-55-14 セントヒルズ代々木802 電話/03-5333-6446

平成16年度 厚生労働省補助研究事業「未来志向研究プロジェクト」

物盗られ妄想

【ものとられもうそう】

●精神科医 長尾佳子

痴呆が軽くても頻繁に起こるトラブルです。しかも最も本人と関わることの多い人、ごく身近な人が犯人と見なされて追求や攻撃を受けます。濡れ衣を被るのが、主介護者であることも多いので、円滑な介護が困難になります。「どろぼう」呼ばわりをされると不愉快ですから「否定」「訂正」に熱心になりますが、それが逆に本人の気持ちを乱します。言い合いになると、本人はますます孤立し、態度が硬化するので、当事者である介護者の冷静な対応が難しい場合は、「後退」と「交代」が必要になります。本人の話をじっくり聴ける誰かが交代して登場し、どちらにも加担せず、本人の「事実と思っていること」をよく聴き、「事実かどうかを検証するのではなく」、ものがないこ

とで生じている不自由や不具合をたずねて、どうすれば解消できるかを話し合います。なくなったものの「代替え」で受け入れられることもあり、「そのもの」へのこだわりが強いこともあります。「もの」より「猜疑」や「恨み、つらみ」が表面化する場面にも、ともかくも丁寧に状況を聞きます。本人が自分の主張が否定されず「受け止められた」と感じることで、多少とも気持ちが安らぐでしょう。

こうした「思い込み」はかなり確信的ですから本人が「私の勘違いかもしれない」、「他の場所にあるかもしれない」と思い直し、確かめ直すことはあまり期待できません。「言い立て」が少なくなればよい結果とみなせます。

「盗まれる」とか、配偶者の「不実」などの不利益を蒙っているという「思い込

み」には、心理的背景があることが知られています。これまで自分が「優位」ないしは「互角」の関係であった相手に、「頼らなければならない」「見捨てられるかもしれない」「疎んじられている」と意識的、無意識的に感じていることの現れなのです。もともと「立場」「優劣」に敏感で、所有や役割に「こだわり」の強い人であることが多いようです。心身の衰えや状況の変化に「適応」できず、不安定な状態にあることの反映であると理解しましょう。激しく続く場合は「専門的治療」も考慮されます。

痴呆が進むと、出来事や印象の記憶も消えやすく、思いを巡らして事態を一方的に解釈する力も衰え、またお世話を受けることにも慣れて、こうしたトラブルは影をひそめることが多いものです。

●弁護士 香川美里

(東京パブリック法律事務所)

物盗られ妄想がヘルパーに向けられたような場合、本人とヘルパーとの間で盗った、盗らないということでトラブルになることがあります。また、本人に物盗られ妄想があるようなケースでは、本人が介護契約の意味を十分に理解できていないことも多く、ケアプランや費用等の

面でもトラブルになることがあります。

このようなとき、ケアマネジャーとしては、成年後見制度の利用を検討する必要があります。成年後見制度は、精神上的の障害(例えば痴呆)によって判断能力が十分でない本人のために、家庭裁判所が援助者(成年後見人等)を選び、本人を支えるという制度です。成年後見人

及び代理権を付与された保佐人・補助人は、本人に代わって介護契約を結ぶことができます。本人に代わる成年後見人等との間で介護契約を締結することにより、介護契約は安定したものとなり、また、物盗られ妄想が生じてトラブルになる場面でも成年後見人に相談をしながら対処することができるので、安心です。

●介護支援専門員 織田昭子

(NPO サポートハウス年輪)

盗られ妄想のある場合に、その場の対応としては妄想を否定せずむしろ盗られて困っていることに共感を示し、独居の高齢者であれば、共に捜しだすことでひとまず不安を拭くことが必要になります。

家族同居であれば、犯人と特定された人を中心に家族に対し、高齢期の心理的特徴も発症に絡んでいることを説明して

さしあげ、家族としては精神的に大変ではあるけれど否定的対応は効果がないことを理解してもらうことが大切です。ケアマネジャーは家族や関係者との接触の中で、症状が見え始めた頃、当該高齢者の生活に何か変化がなかったかどうかの話を引き出してみると何かが見えてくるかもしれません。自分の居場所が危うくなったとか、役割的な物を奪ってしまったとか、生活の場面や昔からの

関係性の中でまだ軌道修正できることがあれば、当該高齢者が穏やかな日常を取り戻すこともあり得ます。しかし、盗られ妄想が、過度であり頻回であり、エスカレートしていくときは当該高齢者も妄想に苦しめられているわけであり、痴呆の初期というよりは精神障害とみて精神科医の受診を家族に理解してもらうことが適当になってきます。

ケース紹介

■80歳前後 女性

夜中に人が家に侵入してくる、物を盗られるなどの妄想が出現して不穏になり、家族が振り回されて困っていた。「少し心身を休めましょう」とショートステイを勧めて実現した。ショートステイ利用中に向精神薬を少量使用したところ、効果が現れ穏やかになった。帰宅後もかかりつけ医に投薬を依頼して服薬を続け、ホームヘルプやショートステイを利用しながら、在宅でほぼ平穏な生活を送っている。(精神科医：長尾佳子)

心気症

【しんきしょう】

Vol.2

MELETEC NEWS

●精神科医 芦刈伊世子

(あしかりクリニック)

■特徴

心気症状とは些細な身体の不調を、重大な病気ではないかと気にして、周囲の人に執拗に訴えることをいいます。

痴呆（前頭側頭型痴呆等）の初期症状として現れることもあります。多くは非器質性の人格変化です。

生活環境や人間関係の変化に適応できないとき、本人のもともとの性格が密接に関連し、反応する現象です。

■心理的

「自分に目を向けてほしい」気持ちが根底にある。人との唯一のつながりを求めており、不安、淋しい、頼りたいとい

った依存心です。

■対応

- 基本は、本人の訴えを否定しないで受けとめる「病気はない、症状はある」ということをふまえた対応が大切です。本人は病気ではないと言われると訴えまで否定されたと思って、その苦痛をわかってもらおうとして訴えをますます強めます。

- 彼らが求めているのは解決ではなく、わかってくれる人です。

- じっくり話しに耳を傾けて苦痛をわかってくれた人には心氣的訴えをくりかえさなくなります。

- 話を聞いていると人間関係や生活の不安など具体的な問題を話し始めますが、

それが本人の本当の問題です。心気症状は前座です。

- 巻き込まれることなく対応はかえないようにする。

- 時間を区切って巻き込まれないようにする。

- 家族の心気症への理解が最も大切ですが、最も疲弊しているのでサポートが必要です。

- 本人の問題を共に考え不安にならない準備をすすめることも大切です。

■薬物治療

- 抗うつ薬（SSRI）や抗不安薬が処方される事が多いですが、薬物のみでの治療は難行します。薬物依存にも注意が必要です。

方法としては、対象者に振り回されないようにする事が重要です。訪問時であれば、次に訪問先を控えている事を伝えて時間を区切るといった方法もあります。そこで大切な事は「またゆっくり話を聞かせて下さい」などと、話を聞きたい、対象者の気持ちを汲み入りたいといった気持ちを対象者に伝えていく事が必要だと考えます。

家族が関わってくれない、本人の話をあまり聞いてくれないという訴えについては、家族はケアマネジャー以上に対象者に同じ話を聞かされ、振り回されているのですから、無理もありません。カッとなり暴力をふるってしまう事も充分に考えられます。その様な事態を最小限に抑える為に、家族からも対象者に対し

での悩みや、家族自身の悩みなど聞いていくことも必要です。話を聞いてくれたということ家族の気持ちが明るくなったり、開放される事があります。またケアマネジャーと家族との繋がりが出来てくれば、協力しあって対象者の情報収集量を増やし、それをもとにより良いサービスにつなげていく方法が見つかると思います。

ケアマネジャーは、基本的には、対象者の生活や考え方を変えようとするのは困難ですので、対象者の話す大変さを聞きいれ、これ以上対象者が社会から孤立しないようにしていくという気持ちで、ゆとりを持って接して行く事が大切だと思います。

●弁護士 葦名 ゆき

(東京パブリック法律事務所)

心氣的訴えの多いケースの中には、家族による虐待が見られることがあるようです。もし、そのような疑いがある場合には、本人の訴えが本人の妄想なのか、事実なのかをきちんと確かめる必要があります。日時、場所、どのような会話のやりとりを経て暴力を振るわれたのかを聞き出し、不自然かどうかを判断しまし

よう。その際に必ず記録を残すことです。本人から聴取したことは、日付を明記したメモに取っておくべきです。また、小さくても傷がある場合には、写真を撮影しておく、医師の診察を受け診断書を入力するなどの措置を取ることをお勧めします。きちんと記録に残すことは、将来、本人が離婚請求などの法的手続を利用する必要が生じた場合に有用です。本人の家族に関する訴えが、本人の妄想ではな

く証拠に基づいた事実であることを証明することができ、結果的に、財産分与のやり方や慰謝料額を決定する際（離婚の場合）や、損害賠償額を決める場合（虐待に基づく損害賠償請求）に、本人にとって有利な解決ができるからです。また、妄想であることが判明した場合にも、医師に状況を説明するための資料となり、無駄にはなりません。

高齢者虐待

【こうれいしゃぎゃくたい】

Vol.3

MELETEC NEWS

弁護士 橋場 隆志

(橋場隆志法律事務所)

昨年11月から本年2月にかけて医療経済研究機構による「家庭内における高齢者虐待に関する調査」が行なわれ、すでに報告書が公表されています。また、議員立法の形で「(仮称)高齢者虐待防止法」が来年の通常国会に上程されるという話も聞かれます。

多くのケアマネジャーが介護現場において虐待が疑われる事例を経験しているはずで、そのほとんどが、介護者が利用者に合わせようとしない、介護者がサービスを拒否する、利用者本人がサービスを拒否するなど、対応困難事例です。

（虐待とはなにか―虐待の定義）

高齢者虐待防止法が成立すれば虐待の定義が盛り込まれる予定です。前記調査の際

ケアマネジャー 渡辺 昇

(めぐみ園指定居宅介護支援事業所)

虐待に至る原因には、さまざまものがあります。虐待の多くは実態がつかみにくく、一度拒否されると関わりが持たなくなるため、関係者が関わりを持ち続けられるよう、さまざまな機関と役割を決めながら連携していく事が重要です。

虐待の原因が判れば、サービス利用やその他の制度の利用で解決が可能となります。生命に危険が及ぶケースについては、緊急一時保護や老人ホームへの措置などの対応も可能なので、常日頃から行政の担当者や保健所の保健師や支援センター職員等とつ

精神科医 長尾 佳子

(社会福祉法人 同胞互助会 顧問医)

「虐待」という痛ましい状況の背景には、いろいろ切羽詰った問題が解決されずに続いていることが多いと考えられます。

幼少の子供や、病気や障害によって社会的に自立の困難な人々が周囲の援助を必要としていながら、かなり困難な生活状況に陥っている実情を直視してみると、介護を

に用いられた定義は、次のとおりです。

1) 身体的虐待 暴力的行為などで身体に傷やあざ、痛みを与える行為や、外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。

2) 心理的虐待 脅しや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって精神的、情緒的に苦痛を与えること。

3) 性的虐待 本人との間で合意が形成されていない、あらゆる性的な行為またはその強要。

4) 経済的虐待 本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の利用を理由なく制限すること。

5) 介護・世話の放棄・放任 意図的であるか、結果的であるかを問わず、介護や生活の世話を行っている家族が、その提供を放棄または放任し、高齢者の生活環境や高齢者自身の身体・精神的状態を悪化させていること。

上記の虐待の定義は、虐待防止学会、介

ながりを持っておくと良いと思います。ケアマネジャーは虐待ケースを抱え込んで孤立する事が多いので、関係機関を巻き込んでいく事が重要です。

高齢者虐待の対応で、まず重要なのは「虐待への気づき」ではないでしょうか？ ケアマネジャーや関係機関が本人の微妙なサインを見逃さず、早期に虐待を発見していく事です。そして発見したら、専門家の視点で以下の判断及び対応と同時に、虐待を疑っていることを虐待者に気付かれないように関係機関に相談する事がケアマネジャーに求められています。

1) 緊急性の判断(緊急に隔離が必要な身体的・精神的な障害を引き起こす危険がな

する側には、介入拒否、孤立無援、密室状況、介護疲労による不安や焦燥、無理解、人間関係の歪み、失職や貧困、依存症や精神疾患、などさまざまな要因が見出され、介護される側にも、体力の低下、無気力、身体管理の必要な疾病、介護抵抗、不適切な行為、不穏な言動、不潔化し易い条件、などと多くの悪条件が存在します。このような「双方の問題への取り組み」なくしては「虐待」は防げないでしょう。

護事業関係者、弁護士会などの大方の賛同を得ているものであり、基本的に高齢者虐待防止法に採用されると思われます。

（現状の対応）

現在は、プライバシー保護・守秘義務の制約があり、また虐待専門の通報受理機関も未整備ですから、ケアマネジャーが高齢者虐待を発見しても容易に通報できません。そのような場合は市区町村の高齢者福祉、介護の部署、あるいは社会福祉協議会などにとにかく相談してみてください。高齢者虐待に対するノウハウや行政、医療、福祉、介護、法律関係者とのネットワークが蓄積されつつありますので、相当程度の対応ができます。

私の属する東京弁護士会の高齢者障害者支援センター（通称「オアシス」）でも相談があれば高齢者虐待のケースにできるかぎり対応しています。

いか)

2) 加害者の病的異常の有無（精神障害やアルコール依存症の疾患を持っている場合は専門家の介入が必要)

3) 介護負担が介護者の能力を超えていないかを判断（各種サービス導入が必要)

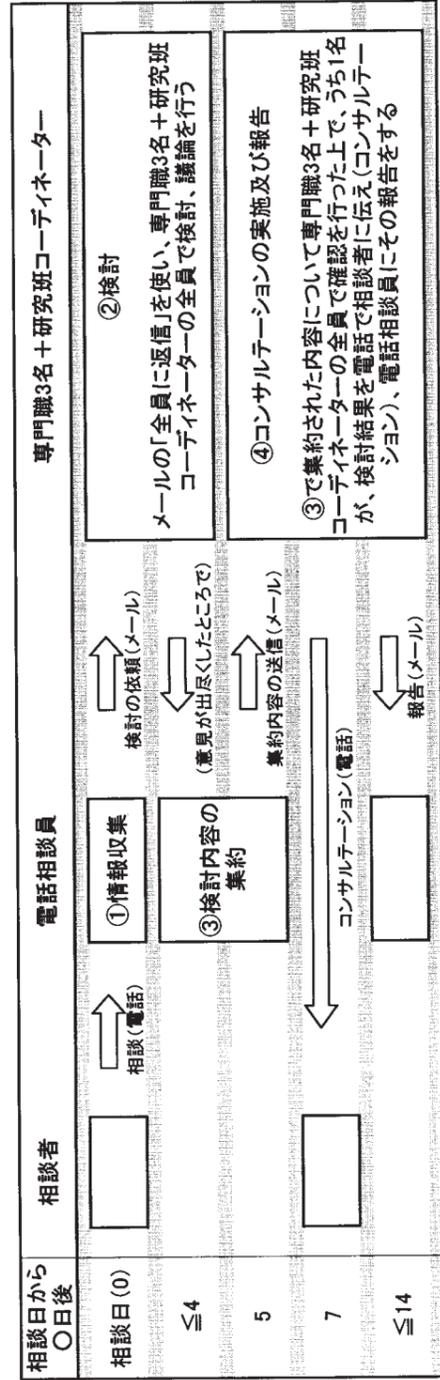
4) 高齢者と介護者をめぐる家族関係の状況を把握（とにかく生活層などを聞く)

5) 経済的負担や財産相続の有無を判断（成年後見や地域福祉権利擁護事業への検討)

誰もが安心して健やかに生活が送れるように、早い法整備（通報の仕組み）と社会の高齢者虐待への意識改革とケアマネジャーや他の専門職自らの虐待対応のスキルアップが望まれます。

さまざまな「虐待」が、無視、無理解、無情、無策のままに見過ごされることなく、また隠蔽、否認、告発、制裁に終わらぬように、予防、予知、救済の手立てを早急に確立しなくてはなりません。そのためにも、身体・精神の医療、福祉介護、行政、人権擁護、法整備など多角的な職種の連携と関与、相談、援助のシステムが必要であり、一般の人々の認識、理解、倫理的教育もゆがせにできないと考えます。

コンサルテーションの流れ&注意点



| 番号 | 実施時の注意点 |
|----|---|
| ① | <ul style="list-style-type: none"> ・【相談前確認用紙】を用い、まず以下の5点について説明を行い、同意を得る。 <ol style="list-style-type: none"> ①個人情報(氏名、地域)は話さないように。電話相談員は、個人情報をもし語られても記録しない。 ②相談に対する回答は、チームで検討後、原則1週間後に電話で行う。 ③助言内容の実施は相談者の責任のもとに行うように。 ④事業評価調査(アンケートと聞き取り調査?)への協力の同意(任意)を得る。 ⑤コンサルテーションまでの間に新たな問題等が生じたら併せて電話相談が可能である。 ・同意が得られた後、【インテイク用紙】を用い情報収集を行う。 ・インテイク内容を、相談日当日中に、その日当番になっている専門職3名とコーディネーターに送信する。 ・相談者の氏名、連絡先は削除して送信する。 |
| ② | <ul style="list-style-type: none"> ・必ず「全員に返信」を使い、メールで検討、意見交換を行う。 ・専門職3名は、検討依頼のあった翌日中に最初の意見を送る。 ・最も遅くても相談日の4日後までに議論を完了させる。 |
| ③ | <ul style="list-style-type: none"> ・メールでの議論を、内容は変えずにポイントをまとめる。 ・【検討内容集約用紙】を用いる。 ・相談日の5日後に、専門職3名とコーディネーターへ集約内容を送信し、内容の確認を行ってもらう。 ・確認の後、うち1名をコンサルテーション担当者とし、電話によるコンサルテーションを実施してもらう。 ・コンサルテーション担当者には、相談者の氏名、連絡先、連絡希望日時を伝える。 |
| ④ | <ul style="list-style-type: none"> ・原則として、相談日の7日後に行う。 ・相談者の連絡希望日時にコンサルテーション担当者の都合が合わないときには、事前に電話相談員に連絡する。 ・相談者とコンサルテーション実施後、【コンサルテーション報告用紙】を用い、その1週間後までに電話相談員に報告する。 ・コンサルテーション実施後、【コンサルテーション報告用紙】を用い、その1週間後までに電話相談員に報告する。 |

Case No. _____

| 基礎情報 | |
|--------------------------------|---|
| 電話相談員氏名: | 対応月日: 月 日 |
| 電話開始時刻: 時 分 | 電話終了時刻: 時 分 |
| ケースの概要 | |
| 家族構成: | 性別: 男・女 年齢: 歳代 日中の生活形態: キーパーソン: 自立・要支援・要介護 1・2・3・4・5 |
| 現在利用しているサービス: | |
| 現症(身体疾患): | 現症(精神疾患): |
| 服薬状況: | |
| A D L : | |
| 判断能力に関連する事項: | |
| 主訴 (相談したい内容を具体的に記述、誰に聞きたいかも聴取) | |
| | |
| その他の情報 | |
| | |

Case No. _____

| 相談者へのコンサルテーション日時及び担当者 | | | |
|-----------------------|---------|---------|--|
| コンサルテーション希望日時 | 月 日 | 希望時間帯 | |
| コンサルテーション担当者(職種) | () | | |
| 検 討 結 果 | | | |
| No. | 氏 名(職種) | 発 言 内 容 | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

Case No. _____

| コンサルテーション日時及び担当者 | | | | | |
|---|-----|------|---|-------------|----|
| コンサルテーション日時 | 月 日 | 所要時間 | 分 | コンサルテーション手段 | 電話 |
| コンサルテーション担当者氏名(職種) | | () | | | |
| 相談者から得た追加情報 | | | | | |
| | | | | | |
| コンサルテーションの内容 | | | | | |
| | | | | | |
| 相談者の反応 | | | | | |
| | | | | | |
| 他の専門職の提案内容について詳しい相談を希望するかどうか | | | | | |
| 希望あり ・ 希望なし | | | | | |
| (「希望あり」の場合) 内容 : <div style="height: 50px;"></div> | | | | | |

ケアマネジャー向け調査票（コンサルテーション1~2ヶ月後に実施）

ケース番号: _____

1) 今回の電話相談で相談したケースに関して、現在どれくらい困難を感じていますか？
全く かなり どちらとも やや 非常に
感じない 感じない 感じない いえない 感じる 感じる 感じる

※どのような内容の困難？

[]

2) 今回電話相談されたケースに関して、現在あなたはどれくらい自信を持って対応を行えると思いますか？

非常に やや どちらとも あまり 全く
自信あり 自信あり 自信あり いえない 自信なし 自信なし 自信なし

3) 今回の電話相談の中で、具体的にどのような点で満足あるいは不満でしたか？以下のうち、あてはまるもの全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 自分の気付かなかった新たな対応方法を提案してもらえた。
あてはまる ややあてはまる どちらともいえない あまりあてはまらず あてはまらず
- すぐに実践に应用可能な対応方法を提案してもらえた。
あてはまる ややあてはまる どちらともいえない あまりあてはまらず あてはまらず
- 自分のしていることがおおむね間違っていないことを確認できた。
あてはまる ややあてはまる どちらともいえない あまりあてはまらず あてはまらず
- そのケースの困難さについて分かってもらった。
あてはまる ややあてはまる どちらともいえない あまりあてはまらず あてはまらず
- その他 []

4) 今回のような多職種チームによるケアマネジャー相談窓口は何を期待されますか？以下のうち、あてはまるもの全てに○を、中でも特に重要だと思われるもの1つには◎をつけてください。また、その他に期待されることがある場合には「その他」の欄にお書きください。

- 精神医療・法律の専門家によって、専門的立場から対応方法を提案する。 ()
- すぐに実践に应用可能な対応方法を提供する。 ()
- ケアマネジャーの実践内容を検討し、評価する。 ()
- ケアマネジャーの抱えている困難に共感し、励ます。 ()
- その他 []

5) 助言や提案された内容を実施してみましたか？

実施した 一部実施した あまり実施しなかった 全く実施しなかった

※実施しなかった/できなかった理由

[]

6) ご相談された問題は、現在どのような状態ですか？

相談時より 一部 かなり改善 悪化
改善した 改善した 変化なし しなかった した

※具体的内容

[]

7) 今回の電話相談に、全体としてどれくらい満足しましたか？

非常に やや どちらとも やや 非常に
満足 満足 満足 いえない 不満 不満 不満

※具体的内容

[]

8) 再度継続して相談したいと思いますか？

思う / どちらともいえない / 思わない

9) この相談窓口に対してのご意見・ご感想をお聞かせください。

[]

専門職向け調査票

氏名: _____

職種: 精神科医 ・ 弁護士 ・ 介護職 _____

- 1) 今回のような多職種チームによるケアマネジャー相談窓口は何を期待されますか?以下のうち、あてはまるもの全てに○を、中でも特に重要だと思われるもの1つには◎をつけてください。また、その他に期待されることがある場合には「その他」の欄にお書きください。
- ・ 精神医療・法律の専門家によって、専門的立場から対応方法を提案する。 ()
 - ・ すぐに実践に応用可能な対応方法を提供する。 ()
 - ・ ケアマネジャーの実践内容を検討し、評価する。 ()
 - ・ ケアマネジャーの抱えている困難に共感し、励ます。 ()
 - ・ その他 []
- 2) 今回の事業に参加されて、ご自身にとって何かの役に立ったと感じましたか?どのような点で役に立ったか、以下の中からあてはまるもの全てに○をつけてお答えください。(複数回答可)
- ・ 1つのケースに多職種に関わることによって、自分とは異なった視点からの対応方法があることが分かった。()
 - ・ 自分の専門領域に他職種の視点を入れることによって、対象者への関わり方が変わった。()
 - ・ 他の職種の専門領域についての知識を学ぶことができた。()
 - ・ 同じ問題に対して、同じ職種の中でも意見に幅があることが分かった。()
 - ・ 介護に関わる困難事例の中で、自身の専門領域から関与可能な範囲について学ぶことができた。()
 - ・ その他 []
 - ・ 特に役立ったと感じたことはなかった。()
- 3) 今回の事業を進めていく中でやりづらかった点や、今後同様の事業を運営していく場合に改善した方がよいと思われた点がありましたらご意見をお聞かせください。
- []

| ケースの基本情報 |
|--|
| 80歳代、女性、夫と2人暮らし、要介護2、キーパーソンはいないが強いて言えば近所に住む息子の嫁 |
| 相談内容 |
| 本人が「ものがなくなった」「弟嫁が盗んだ」とたびたび訴えてくる。同じような訴えは10年前からあったが、徐々に訴えがエスカレートしてきている印象がある。本人の訴えに賛同しないと関係が悪化するため、現状はただ訴えを聞いているだけだが、今後どう対応していったらよいか。主に精神科医に聞きたい。 |
| その他のエピソード |
| 痴呆の診断はされていない。一度心療内科への紹介状が出たこともあるが、頑なに拒否する。 鍵が家中に多数あり、監視カメラもついている。 夫は本人の話にあまり耳を貸さない。ごくまれには訴えを聞いてくれるようで、そうすると本人は落ちつく様子もある。 相談者は夫とは挨拶程度の関わりしか持てておらず、関わりづらい印象を抱いている。 |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医 ></p> <p>認知症に伴う典型的な物盗られ妄想と考えられる。妄想は年余にわたり徐々に強固になってきているようで、通院拒否もあり、必要な専門医療につながっていない。</p> <p>妄想が問題になっているので、抗精神病薬による加療が必要。</p> <p>通院拒否への対応案</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 狭心症の薬を飲んでいるのであれば、狭心症の主治医と精神科医が連携して、内科の薬に抗精神病薬を混ぜて投与する。 2. 精神科医が住診して抗精神病薬を投与する。 3. あらかじめ精神科医と打ち合わせの上、「健診」などの口実で本人を精神科に連れていき、診療を受けさせ投薬する。 <p>内服拒否への対応案</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 内科医から「内科の薬」と言って飲ませてもらう。 2. 家族が本人の飲み物などに薬（リスパダール液）を混ぜる。 |
| <p><精神科医 ></p> <p>薬物投与のみでは、以下のような場合が多いので、心理対応も必要。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 妄想は変わらない。 2. 多少おとなしくなり素直さが出る。 3. 薬を大量にすることはできず、少量を続けざるを得ない。 <p>心理対応については、以下のようなことを繰り返すことにより、多少介護しやすくなることがある。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 回想法などを用いて、若い頃のお話を聴きながら、うまくほめ続けてラポールを維持する。 2. 本人の妄想の見方をして、鍵付けや名札付けに協力する。 3. 介護者が妄想対象になったら、別の人が行って思い出話をきくことから始める。 |
| <p><介護職 ></p> <p>本人の訴えについての直接的対処の仕方については、本人の病状について精神科医に一定の診たてをしてもらう必要がある。服薬治療が必要であれば、まずは医師受診へと（訪問診療でもいい）誘導することも必要である。</p> <p>介護支援専門員としては関わりづらい相手でも、夫とコミュニケーションをとり本人の受診へむけた理解者として位置付けるべき。また、それが困難な場合には、息子嫁ではなく息子にも状況を把握してもらい、受診にむけた理解者となってもらう必要がある。</p> <p>物盗られ妄想に対しては、周囲が演技で一緒になって捜したり、盗られた事をすぐ否定せずに対応すると、認知症の高齢者は落ち着く場合がある。この方も夫が否定せず訴えを聞くと落ち着いたり、ケアマネが賛同すると落ち着くということがあろうのだが、鍵や監視カメラ等の行動からも、そのことだけで穏やかな日常に戻ることができるとは思えず、症状的には本人も苦しんでいるのではないかと思う。受診に向けた周囲の協力が必要と思われる。</p> |

<弁護士 >

現時点において法律的に関与すべき点はあまり伺われない。（物盗られの訴えが具体的に刑事・民事事件に発展していくようであれば別であるが）。

物盗られの訴えが判断能力の低下によるものであり、他の親族（息子家族、娘家族）が本当に被害があると疑うようなことがあれば、法定後見制度の利用も考えられる。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医）

本人は受診を拒否しているが、最近よく転倒しているため、テレビなどで長嶋茂雄さんの話題などで脳梗塞のことが取りざたされていることなどから話を持っていき「転びやすいのは知らない間に脳梗塞ができていからかもしれないので調べてもらいましょう」と言うきっかけで、頭部CT検査含め通院につなげるのはどうか。

上記のように首尾よく通院につなげられたら、本人には「小さい脳梗塞ができていから脳梗塞の薬を飲みましょう」と話をもっていき、抗精神病薬の投与を開始することはどうか。

相談1ヵ月後の経過

精神科医の提案内容については、本人の拒否感がとても強く、信頼関係を損ねそうなので実施していない。本人の状態は相変わらずで、しばしば混乱状態となる。

| ケースの基本情報 |
|---|
| 60歳代、男性、独居、要介護1、生活保護世帯、キーパーソンなし、糖尿病があり数度の脳梗塞既往あり |
| 相談内容 |
| 本人が訪問看護師に対して「死にたい」と訴えており、うつのような感じもして心配である。精神科の受診を勧めた方がよいのか、カウンセラーを勧めた方がよいのか、精神科医に相談したい。 |
| その他のエピソード |
| 訪問看護師に対し、「死にたい」といったことを話すので、相談者（ケア・マネジャー）が本人に確認してみると、「授かった命なので自分でそんなことはしない」と言う。 精神科への受診を勧めたことはない。カウンセラーを勧めてみたことはあり、そういう場所があるなら行ってみたいという反応だった。 内科の主治医がいるが、ゆっくり話を聞いてもらえないようで、主治医を変えたいという話もしている。 キーパーソンはいないが、他区に元同僚がいる。 |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医 ></p> <p>脳梗塞の影響で、精神症状として、「うつ症状」がでているのか、独り身で障害を持っているための反応で「死にたい、今後の生活などに不安を感じている」のか不明。</p> <p>一度、心理カウンセラーにゆっくり本人が、「なぜ死にたい」のか、受容的にカウンセリングして事情把握した上で、本人も精神科の通院（薬物療法）を希望するのであれば、精神科での治療を開始するのが良いと思われる。</p> <p><精神科医 ></p> <p>うつかどうか、その重症度、自殺の危険度などに関する評価が必要。個人的な印象では、これだけの言動でうつとは断定しがたい。自殺の危険度も高くない可能性がある。ただしさらに情報収集の必要性はある。現時点では、孤独感や心理的不安感などまだ若くて脳梗塞を繰り返していることから了解できる訴えであるか、あるいは何かより具体的な困り事への反応であるかなどの可能性を念頭に置いて情報収集することが現実的である。</p> <p>現時点では見守りと訪問看護のスタッフとの連携による情報収集が必要十分ではないか。本人の精神保健については訪問看護師からアドバイスしてもらうことがよいと思われる。本人が相談したいと言っているのであれば、保健所の精神保健相談も有効。</p> <p><介護職 ></p> <p>「死にたい」と訴えるのは、「同時に生きたい、助けてほしい」という両面な意味を持っており、救いを求めるサインである。専門家に繋げる前にケアマネとして利用者にできることはいくつか考えられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 関係機関を集めて情報収集し、利用者の心理状況を再アセスメントを行う。 2. 不安感の原因を挙げてみる（脳梗塞・人間関係・持っている性格等）。 3. 利用者ともっと多くの時間を共有できる人間関係を確立する：訪問看護師に訴えているので、訪問看護師は本人にとって信頼している存在であると思われる。一緒に買い物など傾聴ボランティア等の導入を考慮する。通所系サービスの利用や保健師の訪問地域の行事・老人クラブなどへの参加など、やりがい・生きがいと作る。 4. うつ病かどうかの判断は置いておいて、うつ病やそれに似た病気の理解を得る。 5. うつ病の診断がされた場合、精神科への紹介を念頭に置く。以下の徴候は注意が必要：自殺企図・自殺念慮・病識がない・うつ病相の既往・薬が効かないなど。 6. 精神科に繋げる場合、本人に受診の利点を納得してもらう。 <p><弁護士 ></p> <p>現状では法的な助言、介入の必要性はないと考えられる。</p> |

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医 ）

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医 ）

現在、訪問看護師が週に1回訪問しているため、その方がメンタル的にサポートしながら、担当保健所の精神保健担当の保健師と連携する。メンタルの治療の必要性を感じるなら、生保のワーカーと協議の上、生保を診てくれる精神科医療機関につなぐのがよい。

相談1ヵ月後の経過

提案された内容は既の実施済みのことであった。コンサルテーション後も自分なりに工夫して他のサービスを組み入れたりしている。本人の状況に大きな変化はない。

| ケースの基本情報 |
|--|
| 70歳代、女性、夫と娘との3人暮らし、要介護1、心気症で心療内科に通院中、キーパーソンは娘 |
| 相談内容 |
| <p>心気症とはどんな病気で、かかわる人はどんなことに注意したらよいか？</p> <p>本人はいつも眠れない、手足が冷える、手がしびれる等の訴えや家族に対する不満を途切れることなく、1～2時間でも話しつつ、さえぎらないとこちらの質問に答えてもらえない。ヘルパーは話を聞きながら仕事をするのに慣れてきて、関係は良い。本人は話すことでストレスが発散できてきて元気になってきたという。しかし、相談者にとってはいつも同じことの繰り返し、訴えを聞くだけで、何か違う手立てがないものか知りたい。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>家族は本人の話をあまり聞こうとせず、非協力的。家にいることにストレスを感じており、夫はなるべく外出（通院、囲碁クラブ等）するようにしている。</p> <p>本人が言うには、夫が暴力をふるうという。「頭をギリギリされる」というが、そうしたくなる気持ちは相談者にも分かるという。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>心気反応とは病気がないのに重病があるのではないかと心配し、あるいは軽い故障を重病ではないかと心配する。病気があるとの妄想や、体感幻覚様の体内の奇妙な感じにまで至ることもある。心気症は、その発生や持続が精神的なものも条件とするような身体疾患で、慢性の葛藤や悩みという感情的なものが、自律神経を通じて、その神経の支配下にある器官のどれかの身体症状として発散されるものと考えられている。</p> <p>接し方としては以下のような関わりが考えられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 時間をかけて訴えに耳を傾ける。 2. その場しのぎの返事やコメントはしない（堂々めぐりになる）。 3. 「もう少し様子を見よう」「ちょっと休んでいてはどうか」など、少し間を置く（振り回されない）。 4. 痛いというところに触れる。マッサージは時には目覚ましい効果がある。 <p>背景となっている夫や自分の過去、そして長女との暮らしの将来の不安があるので、この背景も話題に出して、何とかなるといふ気持ちにさせる、ないしは自分で気付くようにサポートすることが重要。</p> <p>もし心気神経症なら、治りにくい疾患であるというのが前提ということを理解する。</p> <p>専門医としての治療的立場からCT、MRI、知能チェックして、心因が原因か、脳の萎縮など器質が原因かを診断して、治療薬がきちんと処方されているか検討することも重要な点の一つである。</p> |
| <p><介護職></p> <p>関わりとしては、訴えを聞く事ができている事は良い。主疾患となっているものが心気的なものである以上、話を聞き、受容的、共感的に接していくことが、一番重要な事となる。</p> <p>訴えを聞く一方で、本人に振り回されないようにする事が重要。訪問時であれば、次に訪問先を控えていると伝え、時間を区切り、またゆっくり話を聞かせて欲しい等、また話を聞きたいといった気持ちを本人に伝えていくと良い。</p> <p>家族が本人の話をあまり聞かないのは、ケアマネ以上に同じ話を聞かされているのだから無理もない。ケアマネとして本人から話を聞くことも重要だが、家族に悩みなどを聞いていくと、家族とのつながりもできてくる。家族との関係ができてくれば、一緒に本人の情報収集や、サービスにつなげていく方法を検討することができるようになる。</p> <p>本人を変えようとする事は困難と思われるので、本人の言う大変さを聞き入れ、今以上社会から話されないよう、予防して行く気持ちで接して行くことも重要である。</p> |
| <p><弁護士></p> <p>「夫が暴力をふるうという。『頭をギリギリされる』という」という部分につき、本人の妄想なのか、事実なのかを確かめる必要がある。事実である場合には、具体的にどのような場合に、どのような暴力を振るわれるのか詳しく聴取する。その上で、虐待と疑われる場合には、施設入所を検討するなど対処の必要あり。場合によっては、</p> |

いわゆるDV事件として離婚につながる可能性もある。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医）

心気神経症という病気について説明した。

ヘルパーとうまくいっているのなら、それでよい。聞いてあげる、ないしは、身体介護もあるなら背中や痛いところをマッサージしてあげるということもあり得る。

夫の負担感も支えていくためにも、本人の主治医と夫とケアマネで対応やどう協力したらよいか聞いてみることも一案である。

夫に何か起こった場合の対応策もシミュレーションするとよい。

弁護士の意見もそのまま伝えた。

訪問時に「 時になったら帰ります」と、はじめに約束する。

相談1ヵ月後の経過

本人に具体的な変化はない。しかし、コンサルテーションにより、症状のあらわれる理由が理解できたので、対応を行う相談者の気持ちに余裕ができ、また、本人と同居の家族の気持ちや関係等も、相談する前より理解できるようになった。

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、女性、独居、要介護3、連絡可能な親族は姪と甥のみ、記銘力の低下あり |
| 相談内容 |
| 連絡の取れる親類に限られており、かつ関係はあまり良くない。このような状況下で、姪や甥に扶養義務が生じるのかどうか知りたい。現状は、有事のときの連絡先等について、徐々に本人に話をし始めた状態なので、今後の方向性について助言が欲しい。 |
| その他のエピソード |
| <p>金銭の管理は、本人が知人に頼んで、時給いくらという形で私的に行っている。成年後見、地域福祉権利擁護事業の利用はない。</p> <p>本人に対して、「保証人等のことについて考えていかないといけないね」とは多少話している。</p> <p>以前は姪が相談者（ケア・マネジャー）とのやり取りをしてくれていたが、平成16年4～5月頃に「叔母（本人）のことにしてもう連絡して来ないで欲しい。叔母が死んだりした場合に連絡されても何もできないので。」と言われ、以降連絡を取れていない。</p> <p>甥にはまだ相談者は連絡を取ったことがない。</p> <p>本人のことにに関して、親族どうして多少の連絡は取っているようだが、責任の押し付け合いをしているような面もあるのではないかととの相談者の印象。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><弁護士></p> <p>3親等内の親族は扶養義務者となることができる。但し、扶養義務者の範囲は、原則として「直系血族（親子、孫）及び兄弟姉妹」について当然に生じるが、それ以外の3親等内の親族は、特別の事情（特別な援助を受けたとか、家産を引き継ぐなど）がある場合に家庭裁判所が扶養義務を負わせる事ができるに過ぎない。本件でははっきりしないが、このような特別な事情があるようには読みとれず、当然に甥らに扶養義務を生じさせることは難しいと考えられる。</p> <p>たとえ扶養義務があるとしても、扶養の方法が問題となる。金銭的な面での保証人というのであれば、金銭扶養（扶養料の支払いをする）と言うことになる。引き取って扶養する引取扶養であるとするれば、扶養者が納得すればともかく、あくまで拒否した場合には、引取を強制できず、結局、金銭的な扶養としての解決になる。</p> <p>本人にどのような財産があるか不明。一定の財産があるのであれば、経済的援助を受ける必要もないので、扶助の問題にはならない。財産をどのように管理し、自分のために使っていくかの問題になる。金銭管理は知人に頼んでいるとのことだが、具体的にどんな管理を任せているのかも不明である。全面的に任せているのか、日常の金銭の出し入れぐらいのものなのか？財産がある程度あり、その管理も含めて、今後の事を考えているのであれば、将来に備えて任意後見契約を結ぶとともに、信頼できる第三者と財産管理契約を結んでおくなどしておくことが考えられる。財産が無く、金銭的な面が年金などに限られるならば、当面は権利擁護事業の利用などが考えられ、その後のことについては、福祉の問題にも関係してくると考えられる。</p> |
| <p><精神科医></p> <p>「扶養義務」の件について、今後もしも精神科病院に非自発的入院（医療保護入院）が必要となった場合には、保護者ないしは扶養義務者の同意が必要となる。三親等（おじ、おば、甥、姪）までは扶養義務者になれるはずである。姪と甥がいる状況なので、誰が扶養義務者になるのかは、家庭裁判所に誰かが出かけて行って、選任の手続きをすることが必要となる。親戚が全て保護を拒否した場合に、本人に何らかの「保護」が必要となれば、区の福祉事務所（区によっては区役所の高齢者福祉課など関係部門）の担当保健師が区で成年後見の申し立てを行い、区から委託された事業者（弁護士事務所や司法書士事務所など）が本人の権利を守るように施設や病院と契約を行う事になる。このケースの場合は、本人の意思確認が重要だと思われる。本人の同意能力が未だあるうちに、本人の意思確認が必要になる。司法書士事務所などに赴き、任意後見の書類を作成しておくのが良いと思われる。</p> |
| <p><介護職></p> <p>金銭管理を知人に頼んでいるということについて、本人の状況の変化に伴い、人間関係、信頼関係が崩れてしまう事が心配される。今後の生活について本人がどんな思いでいるのかをよく聞き、不安や困難について一緒に整理</p> |

しながら、権利擁護事業や成年後見制度利用の方法があることなど、情報を提供をしながら、本人が自分で判断、選択できるようにしていく必要があると考えられる。

現在は処遇困難とはいえないと思われるが、実質的なキーパーソン不在のケースとして、今後困難が予測されることをケアネジャーとしても心配していると考えられる。現在、金銭管理をしている方も高齢に差しかかってきているとの事から、やはり任意後見等の手続きをとっていく方向で考えたほうがよいと思われる。ただ、現実の問題として、本人がこれまでの生活や人間関係を変えていくことを受け入れるのは困難である可能性がある。理解・納得までに時間がかかることが予想される。

キーパーソン不在で、本人の判断能力がないケースについては、処遇困難ケースとして、地域型・基幹型支援センターにケースの後方支援を依頼し、通常のケアマネ業務の範囲を超えるものや、必要な場合の家族間調整、連絡の協力を得ることができる。基幹型支援センターは行政の立場として、対象者やそのご家族との連絡・調整を行う事ができるので、必要・状況に応じて役割分担をしながら、一緒にケースを支援することが可能である。本ケースについても、これに準ずる形で、早めに在宅介護支援センターに相談することが望ましい。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士）

相談者は、本人の判断能力や身体能力に問題が出てきたときのために、親族等の扶養義務を負う者がいないか考えているとのこと。これに対して、法的に扶養義務を負う場合について、一般的な説明をした後、本件では、甥や姪が義務を負う可能性は低く、また、そもそも、本人の資力などから扶養義務の問題となるかも疑問である旨返答した。

次に、相談者は、本人のお金の使い方が激しいのを心配しているとのこと。これに対しては、弁護士が行う財産管理契約について説明。また、日常的な金銭管理についての権利擁護事業のなども紹介した。

また、相談者によると、本人は物忘れがひどいが、認知症とまではいえない状態であり、困ることがあるとのこと。これについては、判断能力に問題があれば、成年後見制度を、そうでなければ、将来に備えて、任意後見制度の利用をアドバイスし、その内容の簡単な説明をした。

今現在は、特に具体的問題は生じていないとのことなので、将来に備えて、任意後見の利用を勧めたり、財産管理契約等について説明し、本人と良く話をしてみることをアドバイスして、相談を終了した。

相談1ヵ月後の経過

コンサルテーションの内容を踏まえ、調整を行っている最中である。

Case No. 5

| ケースの基本情報 |
|--|
| 70歳代、女性、精神科受診歴のある娘と2人暮らし、介護保険申請中、キーパーソンは都内に住む息子 |
| 相談内容 |
| 高齢者本人と同居している娘が、たぶん精神疾患であるにもかかわらず通院・服薬していないことが心配で、受診につなげたいがどうしたらよいか。 |
| その他のエピソード |
| 娘は近所の人や昔付き合っていた男性とトラブルがあるらしい。 母親は娘をやさしくて責任感のある子だと言っている。 娘は夜は調理師学校にいき、昼間はひとりで出かけることもあるという。 相談者は娘を見かけたことがあるだけで、会って話すことは「忙しい」といって断られている。 |
| 各専門職の意見 |
| <精神科医 > 娘が通院したことのある精神科クリニックの担当医に問い合わせ、対応の仕方を相談する。 息子の意見も良く聞いて、息子の協力を得ながら通院服薬に結びつける。 長女は（周りの人が見て）異常なところがあっても自分の異常に気がつかない場合がある。そのため、他人との間でトラブルが生じることがある。万が一、危険なことが起こる場合（暴力など）は、警察に依頼することもある。 <精神科医 > 精神疾患の疑いのある家族に関して、ケアマネが受診や服薬を強引に勧めることは、ケア・マネジャーの業務の範囲を越えてしまう可能性がある。 高齢者の家族の問題については、相談に応じることはケアマネとしては必要な問題である。しかし、ケアマネの担当している方の他に精神疾患の疑いのある家族がいる場合、その家族（この場合は娘）を担当するのは、ケアマネではなく、地域の保健所の保健師である。したがって、保健所に相談することが望ましいと考えられる。 1. 保健所の地域担当保健師と話をする。 2. 保健所に来ている精神科医と保健師を通じて話をする。 3. 主治医がいる場合には、保健師からその患者が通院している病院、クリニックに連絡を取って話し合ってもらおう。 |
| <介護職> まず娘について、統合失調の疑いがあり、受診・服薬の必要性を感じるということだが、よほど信頼関係を築いてないと、病識のない方に受診を勧めるのは困難と思われる。逆に余計に被害妄想など強めてしまう可能性があるのも、しばらくは情報収集に努めた方がよいと思われる。 もし、娘とそれなりに関係が築け、受診を促せそうな場合は、心の病気だからなどと言わず、睡眠障害、気力の低下などの症状に焦点を当て、受診を勧めたほうが良いと思われる。 母親のサービス導入については、長女の被害妄想や諸症状を母親が気にしているようであれば、「その娘を少し自宅で一人にし、外でのストレスを解消してあげるために、ディサービスなど利用してはどうかと勧めることも一案である。 また、相談者が在支の職員や行政職員でない場合、介護保険サービス導入に繋がらず無償で相談に乗っているのかもしれないので、ぜひ在支や行政機関等に相談し、共に関わり、役割分担をすべきだと思われる。 |
| <弁護士> 本ケースに関して、法律上の問題は思い当たらない。ただ、診察の結果判断能力が劣るということであれば、補助や保佐の申立てを検討する必要があると思われる。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| 家族（母親、弟、妹）が地域担当保健師に相談する。 保健師を通じ、あるいは家族が通院していた精神科クリニックの担当医師に状況を説明し、対応について検討してもらう。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 居宅介護支援の契約前に娘からの拒否を受け、契約中止となった。 |

Case No. 6

| ケースの基本情報 |
|---|
| （特定のケースに関する相談ではなかったため割愛） |
| 相談内容 |
| 介護保険の範囲内でサービスを入れると、限度額があるため、措置時代よりサービス提供量が減ることが多く、ホームヘルパーから文句を言われる（提供量が減ればヘルパーの収入も減るため）。 管理者は訪問介護事業所と居宅介護支援事業所兼任で、ホームヘルパー側の立場が強く、相談できない。 相談者の前任のケア・マネジャーや、事業所内の他のケア・マネジャーは、介護保険の限度額のことよりもヘルパーの意見を優先させてサービスを多く入れており、そのせいで余計に相談者に対するホームヘルパーの風当たりが強くなっている。 |
| その他のエピソード |
| 行政にも（その他のことも含め）相談しているが、「相談しに来過ぎ」と言われた。 平成15年4月に報酬改定で業務内容が変わり、また今度制度改正があるが、あまり頻繁に制度を変えられると、覚えられないので困る。 |
| 各専門職の意見 |
| （匿名の相談で、電話相談による対応のみで終了したため、各専門職の意見はなし。） |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| <電話相談による電話対応のみ> 直接ヘルパーと話をするのではなく、上司を通して話をしてもらおうなどの提案をしたが、上記の通り上司も資源として活用できそうになく、有効な解決策は見つけられなかった。相談者の困っている内容を傾聴、共感するとともに、相談者の実践（ヘルパーの意見に流されるのではなく、限度額に則ってサービス計画を立てていくこと）は決して誤りではないことを強調した。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| その場の反応としては「相談できる相手のいないケアマネもいるので、このような窓口があるとよい。また困ったら相談させてもらう。」と。匿名のため1ヶ月後の経過はフォローアップできず。 |

Case No. 7

| ケースの基本情報 |
|--|
| 80歳代、女性、独居、要介護4、内科・整形外科受診中、認知症の診断はない、キーパーソンなし |
| 相談内容 |
| 隣家よりの騒音で夜中に起こされ、被害を受けていると訴える。しかしその騒音を聞いた者は無く、「人が来ている時は、わざと音を止めているからだ。」と言う。また、窓の外に隣家に対する中傷文を書き、貼っている。騒音のことで夜中に月に数回警察を呼び被害を訴えている。 今後、被害的な気持ちをヘルパー等に向けられたら困るため、どう対応していったらよいか。精神科に結び付けるにはどうしたらよいか。 |
| その他のエピソード |
| 騒音のほかに隣家から覗かれるとのことで、隣家に面した窓を二重のカーテンにして昼でも閉めている。警察のほか、議員や弁護士に相談したこともあるとのこと。 人に対する不信感が強く、前任のケアマネから今年7月に引き継いだばかり。整形外科の医師にも不信感を持ち、よくなるから別の医者にかかりたいと言っている。 訪問看護をうけることは拒否している。 |
| 各専門職の意見 |
| <精神科医> さほど認知症が目立たない女性の妄想患者には、概して臨床的にてこずらされる。その理由は以下の通りで、結論としては、この女性の妄想に対して狭義の“治療”はしない方がよいのではないかと考える。 1. 元来、自己主張が強く頑固な性格の持ち主であることが大半。 2. もちろん病識がないため、医療のレールに乗せることが困難。 3. かなり丁寧な説得を試みたとしても、拒否や反感を増長するだけの結果に終わりがち。 4. 最大の治療的武器である向精神薬が無効であることが多い。 5. 仮に薬物の効果が認められたとしても、ADLの状況から言って転倒の危険が無視出来ないため使用しづらい。 望ましい対応については、妄想的な訴えに対しては、否定も肯定もせずに、時折「それは大変ですね」とねぎらいながら、のりくらしと付き合っていくこと。とにかく決して相手に同意せず、かつ感情的な衝突を避けること。問い詰められて困った際は、あえて馬鹿を装ってトンチンカンな返答をすることすらある。 施設入所に関しては、痴呆が進まない限り難しいと思われる。 |
| <介護職> まず、ケアマネから直接内科の医師に相談してみることから始める。 隣家の方とのトラブルの場合は民生委員の方に入ってもらい解決する場合もある。 ヘルパーが被害妄想の対象になるのであればデンマーク方式（ヘルパーを変えていき対応する）で対応するという事も考えられる。 ケアマネはあくまで介護保険に関する事の調整をする者であり、このようなケースの場合は、無責任かもしれないが、一歩引いて様子を見ざるを得ないと思われる。 |
| <弁護士> 本人が実際に介護契約の内容は理解して締結しているのかが気になる（トラブルが生じたような場合に）。 被害妄想等がヘルパーに向けられたら...ということが書かれているが、判断能力が低下している場合、無用な紛争を避けるという意味では成年後見人等がついていると安心（代理権があれば成年後見人等が契約の主体になってくれるため）。しかし、本人が自ら成年後見等を申し立てることはあまり考えられない。実際に問題が起こるような場合には、区長申立てまで考えられ、社会福祉協議会等、区と関係のある機関に相談することもあり得る。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| 当面は治療への導入を急がずに、長期的に関わりを持続させることだけを目標に、本人との衝突を避け、のりくらしとした対応を心がける。 現状では成年後見制度よりも地域福祉権利擁護事業による対応が適当なレベルと考えられるが、とても本人の同 |

意が得られそうにはないので、ケアを行っていくなかで財産侵害等の問題が発生した際には、区の社会福祉協議会等へ連絡を取る。

相談1ヵ月後の経過

本人の状況は不変。相談者としては、ケアする中での考えに、明確なもの（ガイドラインのようなもの）ができ、自信や心の余裕がもてたと。

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、女性、娘と2人暮らし、要介護4 |
| 相談内容 |
| <p>オムツ支給のサービス利用のため相談者が本ケースの自宅に認定調査に行ったところ、ゴミの山だった。本人は、やっと這ってトイレに行っているとのことだが、尿臭がひどく畳も腐っている状態。本人は家の中でずっと寝ており、枕元に水と菓子が置かれている。入浴もしていない様子。身体に傷があるわけではないが、こういう状態は虐待に当たらないだろうか？</p> <p>本人の状態が心配だが、娘が自宅に人を入れないようにしているため、なんの援助もできない状態。虐待ということで、なんとかもう一步踏み込んだ対応が法的にできないのか？区でも苦慮して、何度か検討会も開いてはいるが積極的な手が打てないでいる。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>介護保険のサービスはお金がないため利用しないと娘は話している。住居の家賃も滞納している。</p> <p>相談者は在支の相談員として長女の相談を2回受けている。また認定調査の調査員として本人に会っている。また、区の保健師と自宅に行ったことがある。介護保険サービス利用につながったら、相談者が担当ケア・マネジャーになる予定。</p> <p>娘は一人っ子で独身、太っている。朝から夜まで出かけており、仕事をしているというが、転職したばかりで安定しないためお金がないといっている。受け答えはしっかりしているが、派手な格好で出かけたり、近所の人に罵声をあびせたりしているとのこと。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><弁護士></p> <p>上記の範囲で判断すると、明白に虐待にあたると思われる。風呂にも入れず、畳も腐っているという状況では、不衛生による病気を誘発させる可能性がある。また、食環境も危うく、このままでは衰弱死させかねない。</p> <p>生活保護を受けさせるというのは良いアイディアだと思われるが、生活保護を受けるには、滞納賃料の処理が前提になるので、弁護士が入った方がスムーズ。賃借人が本人であれば、以下で述べる成年後見の申立を先行させた方がよいかもしれない。</p> <p>本人の身体的・精神的状況からすると、成年後見制度の利用を勧める。本人はまったく動けない状況であるため、預貯金等の財産を長女に侵害されている可能性がある。他に親族がいるのであれば、早急に連絡を取って、家に踏み込んでもらうことが望ましい。</p> |
| <p><精神科医></p> <p>経済的にも苦しい状況なので、生活保護受給が可能かを検討する。それがきっかけとなり長女も本人も自然に相談者を（福祉担当者ともに）受け入れる可能性がある。</p> <p>本人の病状、身体症状の切迫度を見る必要もある。緊急的な対応が必要なら（その可能性が高いと思われる）法律上も虐待と解釈されれば（この点は弁護士の判断を仰ぐ）、警察等へ依頼し、緊急入院をさせてまず身体的なチェック、治療をさせる。</p> <p>生活保護が受けられ、退院となれば、介護保険のサービスを経済的にも受けやすくなり、在宅サービスへ移行しやすくなるのではないかと考えられる。</p> <p>もし在宅に支障を来すような長女の問題行動があれば、療養型の入院、老健等も考慮される。</p> |
| <p><介護職></p> <p>本人に会うためには、長女を介さなくてはならないため、先ず長女に相談を受け入れてもらえるような関わりをしていきたい。虐待ではないかと周りに思われていると感じると余計接触しにくくなると考えられる。長女はそれでも介護はしているつもりで、負担にも感じているので、介護の疲れから一時解放されましょう、とモチかけ、ショートステイの利用を勧めてはどうか。そしてすこし落ち着いたら、生活保護の利用を考えてもらう。</p> <p>お金がないという理由でショートステイが受け入れられなかった場合には、生活保護の件を同時並行で進めることが望ましい。</p> |

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士）

「虐待」といえるかどうかについては一義的な基準があるわけではない。したがって、警察に対しては、色々な努力をして本人に接触しようとしたが奏功しなかったこと、区も巻き込んで検討会を設けたことがあったことなど多くの積み上げてきた事実を文書化したものを提出するという行動が先決であり、虐待にあたるかどうかを、現場サイドの情報だけで結論を出すことは難しい。

他の親族に連絡を取ることは、区を巻き込むことによって、本人の家族関係、親族関係等を調査することが可能であることから、本人と介護者だけの孤独な問題にならず、第三者が関わりを持つきっかけを作れると考えられ、望ましいと考えられる。しかし一方で、第三者の接触はかえって同居の娘に逆効果を与えてしまう可能性も存在する。

相談1ヵ月後の経過

（質問紙調査の回答が得られなかったため不明）

| ケースの基本情報 |
|--|
| 80歳代、女性、独居、要介護2、前頭側頭葉型認知症、キーパーソンは近隣に住む姉（要支援） |
| 相談内容 |
| <p>ヘルパーを代えてくれと頻繁（5分間隔）に電話がかかってくることもある。今は、「はい、代えます。」と答えおなじヘルパーに行ってもらっている。相談者が訪問しても、いつも「初めまして」と言われる状態。ヘルパーの予定表を貼っておいてもはがしてしまい、ヘルパーはいつ来るのかという電話が頻繁にある。</p> <p>お金（50万円）がなくなったということで、姉、ヘルパー、相談者それぞれが疑われる。以前にもなくなったということがあったが、タンスのなかにしまわれていた。</p> <p>内科の通院に付き添いたいと思っても、「子どもじゃないんだから」と断られてしまう。実際には通院できておらず、服薬の管理もできていない。内科の医師の紹介で精神科には姉と通院しているはずであるが、姉も要支援で歩くのが大変な状態である。</p> <p>本人はインテリで理屈がたつので、相談者はその言いなりになっている状態。</p> <p>以上、頻繁な電話、物盗られ妄想、通院等の管理、インテリで理屈がたつ方への対応の4点に加えて、キーパーソンの姉が高齢であることもあり、今後どう対応していったらよいか。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>保健師や在宅介護支援センターに相談をしているが、病院では抑制がまだ行われているので、できるだけ在宅で生活するように考えた方が良いといわれた。問題が起きたときのために、記録をきちんと残しておくようにと言われている。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>側頭葉に萎縮などが見られる場合、感情的に不安定となり、妄想が出やすい傾向がある。時には幻覚が現れることもある。加えて元来の性格がインテリで理屈が多いとなると、対応に苦慮することが考えられる。</p> <p>ヘルパーやケアマネが対象者の言いなりになって、契約以上の仕事をせざるを得ない状況については、もう少し巻き込まれないようにして良いと思われる。生命に危険がないか、食事などは取れているか、生活状況を見守る程度の関わりにしてみてもどうか。</p> <p>頻回な電話に対しては、事業所の人達が協力して同じセリフで対応するように決めておくのがよい場合がある。対応する人や場合によって、邪険に対応したり、逆に聞き込んでしまったりしまわないように、皆で心がけることが大切な場合もある。</p> <p>精神科訪問看護を検討するのも1つの方法である。インテリは普通のおばさんは信用しないが、白衣に弱いかもしれない。保健所を通じて、今通っている精神科医師を見つけて相談し、そのの病院でやっていなければどこから派遣して貰うことを相談してはどうか。</p> <p>また、ほんの少量のデポ剤注射などで妙に素直になる場合もある。もちろん、逆にまったく効かない場合もある。精神科医にもう少し深く関与してもらおうと良い。</p> <p>対象者やキーパーソンの姉の年齢を考えると、認知症が進行してトラブルが起こる前に、姉以外の後見人をつけることを考えておいた方がよいように思われる。保健所、民生委員など、関係者を巻き込んでおく必要がありそう。</p> |
| <p><介護職></p> <p>頻繁な電話については、事務所の電話が鳴るたびに「またか」と思うのは当然だが、毎回初めての電話を受けるように、丁寧な対応が望まれる。認知症があっても、感情は研ぎ澄まされており、プライドもかなり高い方なので、様々なことを忘れてしまう不安や寂しさも頻回の電話の一因なのかもしれない。ヘルパーの支援の時間を少し延長して、一緒に買い物にいたり、アパートの近所を散歩したり、昔話を聞く時間をとることも、対応として考えられる。</p> <p>本人が在宅でできるだけ長く暮らせることが望ましいと思われるが、そのため、早急にネットワークを作る必要がある。在宅介護支援センターや保健師以外にも、基幹型在宅介護支援センターも巻き込んで、民生委員、アパートの大家、近隣住民、姉や近親者等と支援会議を開催し、今後の方向性について相談することが望まれる。基幹型在宅介護支援センターを巻き込むと、成年後見制度につながりやすいと思われる。場合によってはそこで施設入所の</p> |

| <p>方向性も出てくる可能性がある。</p> <p>今後、火の不始末、清潔面、食生活の乱れ等も予想される。公的な配食サービスを利用したり、在宅介護支援センター職員に定期的な訪問を依頼してはどうか。</p> <p>以上を通して、毎日誰かが本人を見守る体制ができるとうい。</p> |
|--|
| <p><弁護士></p> <p>電話の対応について：「ヘルパーを代えてくれ」と要求する点については、記録に残した上で、「いつものヘルパーさんが行ったときには、特段の文句はないこと」を記録に残しておく必要がある。形式的にみたとき、本人の希望を全く無視した、という形だけ残ってしまうと片手落ちであり、それがクレームの理由となりかねない。</p> <p>物盗られ妄想について：事細かな日報は困難かもしれないが、やはり記録化が大切。基本的にはルーティンの作業についてはチェック欄などで日報作成作業を簡素化し、その他の事項について充実した日報にできるような工夫があるとよい。</p> |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| <p>頻回電話や物取られ妄想などへの対応は、記録を取ることも含めてアドバイス内容を伝えた（が、相談者は既に十分に了解していた）。</p> <p>保健所との連携を作り、訪問看護など地域ケアをできるようなクリニックや病院と提携し、保健師やクリニックのケースワーカーを含めて話し合い、多くの人が関わってサポートする体制作りを考えたらどうかと伝えた。</p> |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| <p>（質問紙調査の回答が得られなかったため不明）</p> |

Case No. 10

| ケースの基本情報 |
|--|
| 60歳代、男性、独居、脳梗塞後で左麻痺あり、キーパーソンは内縁の妻 |
| 相談内容 |
| ホームヘルパーに対して、つねる、殴る、蹴る等の暴力がみられるため、今後大事（ヘルパーの怪我など）になったときのことが心配。その場合、法的にどうなるのか（本人に責任を負わせることができるのか、その場合にはどうしたらよいのか）知りたい。 |
| その他のエピソード |
| 現状でも、手が出てヘルパーの眼鏡が飛ぶ等のエピソードはあるとのこと。本人の言い分としては「ヘルパーが自分の思う通りに介助をしてくれないので、『違う！』ということを伝えたくて、つい手が出てしまう。」とのこと。ヘルパーによって手が出る相手、手が出ない相手があり、ヘルパーとしてのスキルに問題があるとも言えそう、と相談者の弁。 相談者は内縁の妻とも本件について話をしている、妻は「身体的に障害はあるが、何か傷害等を起こした場合には、本人がきちんと責任を負うべきだと思う。」と言っている。内縁関係ではあるが、独立した関係で、責任は各自が負うというスタンスだと。妻は介護には非常に協力的。 主治医は本人を「人格障害」と言っているが、ケア・マネジャーとしては、60歳前になっていきなり左半身麻痺と発語の障害をもったため、現状が受け入れられず、その上思うようにコミュニケーションが行えないために、つい手が出てしまうのだと考えている。言語聴覚士にも介入してもらい、コミュニケーション上の問題が改善できるように努めている。 |
| 各専門職の意見 |
| <弁護士> 暴行により怪我をさせた場合、民法では「不法行為」といって、加害者は損害賠償をする義務が生じる。ただし、「心神喪失」の状態で行った不法行為については、賠償責任を負わない。民法713条本文は「心神喪失の間に他人に損害を加えたる者は賠償の責に任ぜず」と定めている。この「心神喪失」は、意思無能力よりも範囲が広く、その行為による責任を弁識するを欠く程度の状態と解釈されている。後見の状態より若干広いと考えてよいと思われる。 加害者が賠償責任を負わない場合、監督義務者あるいは監督代行者が賠償責任を負う。ただし、監督義務を怠っていないと証明できれば賠償責任を免れる。監督義務者は親権者、後見人等、監督代行者は幼稚園長、学校長、病院長等が該当する。 本ケースでは、まず本人が「心神喪失」といえるかどうかが問題になるが、生活状況からすると、まず該当しないという認定になるのではないと思われる。ただし、「人格障害」と診断されているので、そのために該当すると認定される可能性は否定できない。医師による診断・鑑定により判断能力の程度を確認しないと、明確な判断はできない。 もし「心神喪失」に該当しないと判断されれば、本人がその資産から損害の賠償や慰謝料の支払いをすることになる。 次に、本人が「心神喪失」に該当するとした場合に、内妻の方が監督義務者としての責任を負うかどうか問題になる。内縁の実態にもよるが、実質的に夫婦ということであれば、監督義務が認められる可能性は低くはない。監督義務があると判断されると、内妻の方がその資産から損害の賠償や慰謝料の支払いをしなければならないことになる。監督義務を怠ったか否かは事案によるので、判断が困難だが、内妻の方が監督義務を怠っていないことを証明しなければならず、賠償責任を免れるのは簡単ではない。暴力が軽微であれば問題にならないことが多いが、万一被害が大きくなると、賠償金を支払わなければならないだけでなく、交渉や訴訟等に対応する負担も生じるため、そのような事態を避けられるような対策が必要である。 |
| <介護職> つねる、殴る、蹴るの現象面だけでとらえれば、訪問介護事業所と本人とのサービス提供開始時の契約に基づき対応を考えるとということになる。しかしこのケースは対象者の状況からみて単純に現象面や結果だけで考えられないと思われる。ヘルパーによっては手がでないこともあるということは、コミュニケーションが取りにくいときの問題が大きいと理解される。この点については、ケアプラン作成時に本人と内縁の妻との話の中での状況把握と希 |

| 望の聴取が重要であり、同時にその情報をサービス担当者会議の中で共有することが必要である。訪問介護事業所においては、言語障害を持った方に対するヘルパーへの技術面や心理面での指導がサービス提供において非常に重要となる。これらの実施に際して、必要時訪問リハや障害センターや言語聴覚士のアドバイスを求めていくことも良い方策である。 医師が本人を人格障害と診断している点が気になる。もしそういうことであるならば、訪問介護のあるべき姿としては、精神障害者に対するホームヘルパー派遣としてより専門的対応が必要と思われる。医師がこのあたりをどう考えているかを聞き出すことも必要。 本人の行為を現象面だけで捉え、法的な解決策を求めることは、根本的な解決策にはならないと思われる。 |
|--|
| <精神科医> 本ケースの場合、現在の問題行動（ホームヘルパーへの粗暴行為）がいかなる基礎精神状態に基づくものかの検討が必要と思われる。 1. 人格障害：主治医の意見のようだが、若い頃の性格などについての情報を要する。そうだとすれば、加齢後のいわゆる拡大型の性格変化かと思われる。但し、一般の老人の性格特徴である猜疑的、ひがみ易さ、短期、短絡的思考傾向も考慮すべき。 2. 意識障害のひとつである「もうろう状態」に伴う粗暴行為：脳梗塞の既往からも発症しやすいと思われる。この場合には、時間的経過による変化（行為に時間的な波がある）、環境要因の変化（明るさ、昼夜）などがある。 3. 脳梗塞による痴呆症状としての問題行為、性格変化 4. 相談者の考えでもある脳梗塞後遺症（左半身麻痺など）：コミュニケーションが不自由であることを受け入れられず、「つい手が出てしまう」という心因反応的なもの。 いずれにしても、いろいろな要因を分析してゆくことが大切。そのため、神経学的現症の把握（臨床的診察、聴力検査、心理検査、脳波、MRIなどによる）が、必要。その上で、なるべく要因の改善をひとつずつ図ることが理想。とりあえずの処置としては、対症的に少量のいわゆる安定剤の処方かどうか。この際には、転倒などによる事故防止を心掛けるのは当然。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士） |
| 責任能力について説明し、原則として本人が賠償責任を負うが、内妻が責任を負う可能性もあることを伝えた。追加情報も踏まえ、介護職の意見を紹介して、各ヘルパーの能力の問題が大きいという共通認識に至った。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 主治医とこれから相談し、精神科受診につなげていく予定。 |

Case No. 11

| ケースの基本情報 |
|---|
| 90歳代、女性、独居、要介護3、うつで受診歴あり、認知症あり、キーパーソンは隣に住む長男夫婦 |
| 相談内容 |
| 最近ショートステイを利用したところ、夜間に80回呼び出しボタンを押したとのことで、施設職員から、このようなことが続くと困るので、場合によっては、今後利用を断る可能性もあると言われてしまった。その施設はデイでも行っているところなので、他に比べてご本人も行きやすく、利用できなくなると非常に困る。今後このようなことが起こらないようにするためにはどうしたらよいか助言が欲しい。 |
| その他のエピソード |
| 以前から呼び出しが多いような傾向があったが、今回ほどではなかったとのこと。何か理由があったたまたま今回だけそうってしまった気もする。施設側の対応にも問題があったようにも思うが、ショートが利用できなくなるととても困るので相談した。 在宅でも、長男の家や事業所（ときには警察にも）に頻りに電話をかけてくることは以前あった。長男の家では電話を切ってしまったので現在はそのようなことはない（それがきっかけで本人が特に不安定になるということはない）。事業所への電話は、職員で一貫した対応を取るようになっていたら、それほどかかってこなくなった。 訪問看護師に相談してみたが、「眠剤で眠ってもらうのも手だが、歩ける方なので、薬でふらつきながら歩いてしまうとかえって危険かも」と言われた。 本人は性格的にはおとなしい方で、在宅のときは、日中暗い部屋でひたすら座っていることも多いとのこと。 |
| 各専門職の意見 |
| <精神科医> 不明な状況が多いので、一概にコメントしにくいですが、全体的に見て、この方には対人援助が不足しているように思われる。（不明な状況：家族の関与状況、用事以外は出入りしないのか、デイサービスには抵抗なく参加しているのか、デイでは拒食はないか、誰がどういう意図で「毒をもる」と感じているのか、ショートステイ中の職員コールでは何を求めているのか、ずっと在宅・独居を家族も本人も望んでいるか） 基本的には、家族や関係者を困らせる行為を取り除くことだけを考えると、この問題は解決しない。今の生活で、本人が何を怖れ、身構えているのか？誰に何をしたいのか？どういう状況、どういう関わりが得られれば安心できるのか？...といったことを把握できた上ではじめて対応を検討できると思われる。 90歳を超えた方は、一見自立しているようでも、さまざまな不安、不自由、寂しさなどを抱えながら独居に耐えているはずである。身体的に不可欠の治療以外は、治療以前に、介護面でのさらに手厚い援助が必要であることが多い。 |
| <介護職> 長男家族にとって、ショートステイは息抜きができる唯一の時間となる。今まで定期的に利用できていたのができなくなるかもしれないということは、当惑するのをもっともである。 以前も利用があったとのことで、職員とは一応顔なじみで、職員も妄想や痴呆があることは認識していたと思われるが、80回もコールがある前に、施設側の対応がもう少しどうにかできなかったか疑問が残る。例えば、妄想が強く不安が強い方が眠れない時はステーションで一緒にお茶などを飲んで対応する、コールする前に頻りに訪問する等。ただ、一方で施設側に人手がない現状も理解はできる。 認知症が進行したのか、在宅と違う環境が妄想を増強させたのか、たまたま体調が悪かったのか、施設の中に不穏なご利用者がいて、本人も不穏になったのか不明だが、訪問看護師からすでに報告されていると思うが、今度のことをもう一度、精神科医と相談してはどうか。 高齢なこともあり、ショートステイが今後精神的、肉体的に負担にならないかを、考慮する必要性もあるかもしれない。今後の予測できることを家族と話し合う必要性もあり、援助目標の変更も必要かもしれない。 |
| <弁護士> 法律面からみて気になったのは資産管理である。本人は独居で認知症があるそうだが、資産は誰がどのように管理しているのか。最近では親族が事実上管理して勝手に費消したり他人名義に移したりするケースが少なくない。長男夫婦が事実上管理しているとしても、適切に管理されているのであれば事実上問題はないが、それでも長男と兄 |

弟間でもめることも考えられる。認知症の程度によっては、ケアサービス契約も無効になってしまう。親族にも代理権はない。本来は後見人等が本人に代わって契約を締結する必要がある。補助、保佐、後見のいずれかの適用を検討した方がよいのではないと思われる。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医）

長男夫婦は比較的割り切った対応ながら、必要な手続きやサービス利用はしており、無視、長期の放置はないかわり、細やかな配慮には欠けるかもしれない。他の実子（娘3人）の関わりが少ないように思われ、この辺の調整が必要で、場合によっては本人と間柄の良い娘の一人が一時的にでも、本人の被害念慮の対象になっている嫁に代わってキーパーソンと成り得るかについても考慮した方がよい可能性がある。

このケースの問題点は「独居」がかなり大きい要因であり、施設入所が実現すれば、家族、ケア・マネジャーの抱える問題は概ね解消するが、これまでの経緯から見て入所にまだ時間を要すること、施設内での適応に問題が生じる可能性を勘案すると、施設の精神科嘱託医にも相談し、本人の状況を直接面接確認することができれば、対応の指導や必要な場合は治療についても検討が可能である。ケアマネジングの上では、ケアプランも実情が良く考慮されており、医療との連携もあり、家族支援もよく行われていると評価できるが、残る問題は本人に対する精神的対応（治療が必要な場合のみ）と関与する者への精神的アドバイスである。

相談1ヵ月後の経過

キーパーソンである長男の嫁以外の気持ちを把握することができた。

Case No. 12

| ケースの基本情報 |
|--|
| 60歳代、女性、独居、要介護3、生活保護世帯、脳梗塞既往あり左側麻痺、物忘れがかなりある |
| 相談内容 |
| 生活保護を月に11万受けているが、利用者は5万円しかないと思っていて、5万円で生活していた。先月に軽い脳梗塞の発作を起こし具合が悪くなったので、相談者が本人と同行せずに銀行に行き、通帳を記帳したら100万円を超えていた。生活保護のワーカーさんは30万円ある段階までは確認している。100万円もあることがワーカーさんに分かったら、生活保護が打ち切られてしまうだろうと思うが、これは知らせなければいけないだろうか？ |
| その他のエピソード |
| 本人にとって必要なものを買いたいと思っても、お金をなかなか出してもらえず、必要なものも買えない状態であった。このお金があったら、調子のよくない洗濯機などを買換えることに使いたいと思う。 5万円で生活してきた無理も脳梗塞の発作に影響を与えているのではないか？以前は性格がきつく、ヘルパーへの文句も多いし近所とのトラブルも絶えなかったが、現在は性格が丸くなってヘルパーに感謝の気持ちを伝えたりもしているとのこと。 |
| 各専門職の意見 |
| <弁護士> 一般的な蓄財ではないこと、不健全な使用目的ではないこと、訪問入浴等の実施を検討していること、等を説明して、ケースワーカーの方とともに一緒に考えていくべき問題だと思われる。本ケースと少し似たケースとして、秋田生活保護費貯金判決（秋田地裁H5.4.23）が挙げられる。 1. 生活保護費等の費消しなかった金銭が812,753円預貯金として貯まる。 2. 福祉事務所が預貯金のうち273,407円を収入と認定し、生活保護法25条2項に基づき生活扶助費を減額する保護変更処分、生活保護法27条に基づき預貯金457,000円を甲問に用途限定する指導をした。 3. 受給者が変更処分の取り消し・指導の無効を求める。 上記事案で、裁判所は「生活保護費が源資となった預貯金については、預貯金の目的が健康で文化的な最低限度の生活の保障・自立更生という生活保護費の支給の目的ないし趣旨に反するのではないようなものと認められ、かつ、国民の一般感情からして保有させることに違和感を覚える程度の高額な預貯金でない限り、これを収入認定せず、被保護者に保有させることが相当」と判示（この判例のケースは、福祉事務所がケースワーカーに資産の調査を命じて、ケースワーカーが資産調査を行って預貯金の存在が判明してきたケース）。 本件では、詳しい状況は不明だが、介護・生活の点で最低限度の生活を送っていないことによって預貯金が生じてしまったケースなのではないかと思われる。 本件についてケースワーカーに話をする場合、本人のプライバシー開示の問題が生じるおそれがあるため、本人から相談してもらうか、しっかりと事情を説明して本人に同意（同意をとれるかという問題もあるが）してもらってから相談を行う必要があると思われる。 |
| <介護職> 以前同様のケースと関わった際、生保ケースワーカーに通知する義務があるかと確認した際、「義務はないが、情報としては欲しい」と曖昧な返答を得た経験がある。その際には、ケースワーカーに相談しても、理解を得ることができ、受給停止という事にはならなかった。 本ケースの場合、やはり生保ケースワーカーに情報提供してしまうと、守秘義務の事もあると思われるが、それによってせっかく利用者との間に築いた関係が崩れる心配がある。しかし、そのような事を相談者1人で抱えてしまうと、自分だけが知っている情報として負担が大きいのと思われるので、まず事業所に報告し、そこからは事業所の判断になると思われる。 話のわかるケアマネや生保ケースワーカーであれば、誰かから情報と得たと悟られないようにして、本人が共に必要な生活を送っていけるよう協力してくれる場合もある。 |
| <精神科医> 自身の福祉事務所嘱託医の経験からは、100万を超える預金があれば、生保打ち切りの対象になりうると思われる。 |

| |
|--|
| 本人に、打ち切られる可能性を知らせるべきかどうかだが、通常のケースでは、生保制度についての情報は本人に知らせた方が良いと思われる。このケースについては、知らせることで精神的に何か悪い影響が考えられなくはないが、知らせ方の工夫をすれば、事実を受け止める能力はあり、それで大きく不安定になることはないように思われる。 性格がきつく、必要なものにもお金をなかなか出さないとのことで、拘りやすく、儉約家と考えられる。別の表現をすれば「未来を秩序づける」傾向が強い人である。男性よりも遙かに女性に多い性格傾向で、そうした性格の人にとっては貯金は重要な意味を持つ行為である。それを止めると言うのはかなり酷なことである。そのため、本人に話をする場合には、そうした本人の気持ちを想定した上で、本人のためにどうしたら良いかを本人と一緒に考えるというスタンスが重要だと考えられる。その際、生保が今後打ち切られることはないという保証はポイントになると思われる。 |
|--|

| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士） |
|--|
| 生活保護ケースワーカーへの通知義務について 1. 担当者の1人が以前に本件と同様のケースに関わり、通知義務があるかどうかを確認したところ、「通知する義務はないが、情報としては欲しい」と曖昧な返答を得たことがある。 2. 東京都生活福祉部保護課に問い合わせを行ったところ、ヘルパーや事業所などの介護請負契約を行っている者には生活保護ケースワーカーへの通知義務はないこと、生活保護受給者が預金で貯蓄があったとしても、本人自体に申告義務はないこと、という回答を指導係から得た。 生活保護ケースワーカーへ通知することに伴う生活保護打ち切りの点について 1. 精神科医の担当者の経験によれば、100万円を超える預金があれば、生保打ち切りの対象になりうると思われること。他方で300万円の預金をしている生活保護受給者もいること。 2. 秋田生活保護費貯金判決（秋田地裁H5.4.23）では、812,753円の預貯金が貯まった事案で、減額保護変更処分を福祉事務所が行ったこと。 3. 東京都生活福祉部保護課は、まずは、ケースワーカーが当人の生活レベルで不足している箇所を補うように指導すると思うが、当該福祉事務所が世帯等の状況を個別に判断して保護を打ち切るといった可能性もあるとの一般的な見解を述べていることを伝えた。 |
| 本人に現状を伝える場合の注意点について 1. 精神科医の担当者が、本件ケースでは、生保制度の情報を本人に知らせることにつき、知らせ方の工夫は必要だが、事実を受け止める能力はあり、それで本人の精神状態が大きく不安定になることはないように思う、知らせる場合には、本人の気持ちを想定した上で、本人のためにどうしたら良いかを本人と一緒に考えるスタンスが重要であるとの見解を有していることを伝えた。 2. 介護職の担当者の経験したケースでは、ヘルパーから得た情報と悟られないような形でケースワーカーに情報提供し、ケースワーカーから本人に対して生活改善の一貫として預金を用いてもらう処理をし、受給停止ということにはならず済んだ。 |
| 今後の対応について 1. 本人とケースワーカーの信頼関係がさほど築けていないケースのようであり、まず、生保の現状を本人にきちんと説明を行う必要があると思われる。その場合の伝え方は、本人のために一緒になって何度も考えるというスタンスで行う必要があると思われる。 2. 生保が取り消される可能性もあること、ケースワーカーに話をする本人の納得がまだ得られていないことから、まずは、匿名の一般的なケースとして福祉事務所に問い合わせ（当該福祉事務所の一般的な取り扱い、当該福祉事務所ではヘルパーなどからの通知をどのような形で受けているのかの確認）を行って、その返答如何でその後のことを再検討していくよう伝えた。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 本人の意志により実施できない対策があり、そこで止まってしまっている。しかし、担当者の提案を聞いたことで、自分のしていることに安心感が持てた。 |

Case No. 13

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、女性、知人夫婦と同居、要介護1、認知症の診断はされていないがその傾向はみられる |
| 相談内容 |
| 相談者は、同居の知人が財産を使い込んでいるのではないかと疑っており、それについて何とか介入したいが、何か（例えば法的な介入とか）できることがあるのか、ないのか、知りたい。希望としては本人と知人家族を引き離して、有料老人ホームに入所してもらおう等の対応をとりたいが、知人の息子と養子縁組までしてしまっているため、何もできないのではないかと危惧している。 |
| その他のエピソード |
| 本人の財産は、以前（正確な時期は不明）は4千万ほどあったとのこと。昨年相談者が確認した際にも1千数百万程度はあった。公営住宅のため不動産はなさそう。 つい先日、病院から事業所に電話があり、本人らしき人物が受診してきたが、血圧のコントロールはできておらず、身なりもかなり乱れており、支払いをせずに帰ってしまったとのこと。本人に確認の電話を入れたところ、同居している知人が応対し、「本人は受診に行ったのではなく、飼っている猫を受診させただけではないか」というようなことを話し、取り合ってもらえない。 主治医にも連絡したところ、最近受診していないとのこと。 相談者は、本人の貯金が知人の事業の運転資金に回されているというような噂も耳にしている。相談者は、知人が最近になって家のリフォームをしたりと羽振りがいい様子にも触れ、知人が本人の財産を使い込んでいるのではないかと、疑いを抱いている。 以前は任意代理契約で司法書士が財産管理を行っていたこともあったようだが、現在は行われていない。 関係者を集めて区長申し立て制度を利用する方向で合意したが、その後養子縁組が成立し、区長申し立てが不可能になった。 |
| 各専門職の意見 |
| <弁護士> 本案件は、経済的搾取、介護サービスの妨害、束縛（囲い込み）等が疑われるケースのようである。法的介入を考える場合、きちんと事実関係（本人の判断能力と希望、知人らの影響力）を把握する必要がある。まず本人と単独で面接できるかどうか（裏を返せば知人やその息子の妨害・囲い込みがどの程度か）が、大きなポイントである。面接によって、判断能力、問題解決の意向、専門家への依頼の意思がおおよそ判断できる（本人に面接できるか、知人や息子の妨害は予測されるか、どのような妨害がありそうか、ケアマネはこれらの事情についてどの程度把握しているか）。 本人は認知症の傾向があるということだが、一応の判断能力（補助レベル以上）があれば、本人の意志（依頼）に基づく法的介入が可能。本件は法律問題を多く含み、且つ険しく微妙な事態が想定されるので、弁護士の関与が必要である。知人と別居したい、預金の問題を解決したいという意向が示されれば、知人との折衝で相当部分是对応できる。（預金通帳・印鑑などを知人が管理しているのであれば取り戻し、少なくとも将来の被害防止は可能。別居も本人が望めば経済的負担の問題はあるが支援できる。有料老人ホームの入所も条件が整えば支援可能。離縁も求めることになる。） 判断能力に問題がある場合（後見、保佐レベル）は、本人が自己の意思で専門家に依頼する（第三者が介入する）ことは難しくなる。法定後見や保佐開始の申立てを検討することになる。親族の協力を得られないなら、区長申し立てもあり得る。後見人・保佐人が本人に代わって対応（介入）することになる。知人や1親等法定血族であるその息子が抵抗する可能性はある。 養子縁組については、本人に十分な判断能力がない場合はもちろん、そうでなくても法的に相当問題である。少なくとも本人が自ら望んだのかどうか疑問である。縁組の無効取り消しまで出来るかどうか別として、離縁は考えなければならぬ。もちろん専門家が必要。後見人・保佐人が選任される場合は、本件の場合、弁護士が選任されるはずである。 本人の判断能力が微妙であったり、意向・希望が一定しないということも考えられる。しばらく観察が必要になる。このような場合の法的介入には、努力・工夫・忍耐が避けられない。 |

| <精神科医> まず、このケースでは、虐待や搾取の事実が分かり、本人の能力がどの程度か分からないと話が進まないようなので、誰かが調査をする必要がある。しかし、おそらく複数の関係者が自分はこれ以上踏み込めないと考えており、そうなると、「これ以上踏み込む」ために何が出来るかという話になる。積極的な方法は、本人の家に直接出向いて本人と話し、同居している人からも話を聞くことである。「病院に行ったが支払いをせず帰ってきた」という状況があるわけで、訪問する理由はあると言える。訪問するのは、病院から連絡を受けることがあり得る保健師ということになる。そこで本人と会い、様子を見て同居人に本人の「認知症が心配である」と言って来るだけでもその後の布石となる。しかし、以前司法書士が行っていた財産管理をわざわざ解除しているなど、とても意図的な行動をとっているように見えるので、なかなかうまくいかない可能性も高い。その上で行うこととしては、より消極的な対応にはなるが、本人を保護する機会を逃さないようにすることである。保護の機会を迷子や病院での拳動不審など理由はいろいろ考えられる。意思能力はないと決定されるまでは、意思能力はあるものとして扱われるので、たとえ本人の認知症がどのような状態であれ、保護されたとき助けを求めていれば介入すべきである。本人が助けを求めない場合には、精神科など認知症の診断ができる医師に素早く診せることで一歩対応を進めることができるかもしれない。そうした段取り（いざというときすぐ対応できるよう医師や本人が立ち回りそうなところの人たちに協力を求める）をつけることが今すべきことになる。その先は、状況により関係者が相談しながら進めるべきと思われる。 |
|---|
| <介護職> 介護職としては、意見を述べる事が難しい。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者： ） |
| 養子は第一順位の扶養義務者であり、成年後見の申立て人でもあるので、区長申立ての中止はやむを得ない。ただし、このまま放置することもできない。養子に対して面接を求めて、介護サービスや成年後見（財産管理）の必要を説明した方がよい。 面接が拒否されたり、妨害されたりするときは、文書を養子と本人に送る。介護認定の更新・ケアマネ契約の更新は無理のないきっかけである。養子が拒否するのであれば、当面静観はやむを得ない。新たに本人の要請、虐待の兆候等が現れれば、関わりをその時点で再開する。 養子縁組の無効・取り消し、離縁は、本人もしくは近親者が自分でやるべきことで、行政は直接介入できない。本人もしくは近親者が相談を求めてきた場合は、専門家に依頼してきちんと対応しなければいけないと助言する。その場合、養子縁組届の署名が本人のものでないことの確認が重要である。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 本人の脱水が著明となり、入院に至った。病院MSWによれば、認知症は悪化し、心臓への負担も増大した。問いかけに対し、Yes/Noの返答はある程度できるが、それ以上の反応は難しい状態。現状では在宅での生活は困難との見立て。 相談者は同居していた知人の男性と面会。知人の意向としては、在宅に戻りたいとのこと。現在介護保険の区分変更申し立て中。ケア・マネジャーについても変更を申し立て中で、知人の知り合いのケア・マネジャーに依頼すること。変更が成立すれば、相談者とは契約関係がなくなるので、それ以降の介入は、何か事件にでもならない限りは難しいと考えている。 本人と養子縁組をした知人の息子とは結局一度も連絡を取ることができなかった。入院時が好機だったが、病院側が、戸籍上親子関係にある息子に対して病状説明等行うべきだったところを、知人に対して行ってしまったため、息子と面会する機会を逃してしまった。 |

| ケースの基本情報 |
|--|
| 70歳代、女性、精神科通院歴のある次女と2人暮らし、要介護2、キーパーソンは別居の長女 |
| 相談内容 |
| <p>介護者である夫が癌で亡くなったあと、その夫が経営していた会社に膨大な負債があることが分かった。長女は、本人の自宅マンションをその負債返済に充て、本人を施設に入所させようと思っており、本人もそれを受け入れている。ただ、自活していない次女をこのままにして、ケア・マネジャーとして入所を勧めていいのだろうか？</p> <p>長女は、次女はホームレスになっても仕方ないと言っている（長女は自分の生活が大変で次女の面倒までは見られない）。相談者は長女か本人に次女を精神科に連れて行ってもらって、それから生活保護の申請をすることにしたと思っているが、精神科受診は次女の拒否により難しそうである。</p> <p>亡き夫の会社の負債を本人が相続しなければならないのだろうか？</p> |
| その他のエピソード |
| <p>次女は通院しておらず、父親の葬儀にも変な行動をすると困るとのこと、姉に出席を止められ、それに腹をたてて室内にスプレーを撒き散らした。排水口に爪楊枝を詰め込んだり不思議な行動をしていることもある。暴れたりすることもあり、家族は危険を感じ、家中の包丁を隠したりもしている。</p> <p>次女は1日に1000円を渡され、それで3食を自分で買って食べて暮らしている。それ以上持たせると、全部使ってしまうからとのこと。相談者が訪問したときはいつも何かを食べており、体重は約90キロある。保健所に相談したところ、他人に迷惑をかけることはなく、何とか生活できているので、強制的に病院に連れて行くことはできないと言われた。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>次女の件については、種々の問題行動もあり、精神疾患の可能性が大であると思われる。早期に長女、母、保健所の地区担当保健師等協力して精神科（入院施設のある）受診方向を考える。この件は、生活保護を受ける受けなにかかわらず、対応を考えることが必要。措置入院の要件が出てくれば鑑定へ（精神保健福祉法24条通報を利用して）。</p> |
| <p><弁護士></p> <p>（追加情報により、夫の会社には顧問弁護士がいて、負債の処理にあたっていることが判明した後の意見。）会社の顧問弁護士がいて、その処理にあたっているのであれば、基本的にはその弁護士と相談し、解決していくことが望ましい。長女のマンションも売却するという話も、抵当権がつけられて競売にかかっていることなどが考えられる。いずれにしろ、きちんと弁護士に説明を求め、それでも納得いかなければ、資料を持って別の弁護士に相談するようにした方がよい。</p> |
| <p><介護職></p> <p>現在、特養はすぐの入所は困難であり、老健は数ヵ月後の入所は可能でも継続して転所しなくてはならない。状況から、有料老人ホームに入所する程の経済状況にあるとは思えないというところで、どのような施設への入所なのかを考えなければならない。どちらにしてもマンションは手放さなくてはならないのかもしれないが、「次女はホームレスになっても」など非現実的な部分も含め、もう少し今後について長女と話し合うことが望まれる。長女は同居が無理と言っているようであれば、無理に同居は勧めず、同居しなくてよい最善な方法を検討すべき。その際、次女の事が大きな問題になると思われるので、保健師に同行訪問を依頼するなどし、協力を得てはどうか。長女がキーパーソンであることには変わらないので、長女には責任をもっと現実的に考えるよう、又その為に共に考えていきたいという旨を伝えていくことが必要である。夫が亡くしたのがいつか不明だが、結論を出す期日も迫り、あせりもあると思われるが、長女が決めたことに無理があれば、リスク等もしっかり伝えていかなければならない。</p> |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士） |
| <p>自宅マンション売却に関して疑問が残っているのなら、本人か長女から直接弁護士に相談した方がよい。</p> <p>保護者である本人と長女が他の親族や保健師等の協力も得て、次女を受診させるよう努めることが必要（自傷他</p> |

害があれば措置入院もあり得る）。その場合、事前に家族が相談という形で病院に話しておく方がよい。

相談1ヵ月後の経過

亡き夫の会社の負債については顧問弁護士が対応を行い、本人らは自宅マンションを出て行かなければならぬはなったものの、処理をする必要はなくなった。

本人と次女の今後の生き方を一緒に話し合い、本人は老健 特養へ、次女は精神病院へ入院 退院後は区のケースワーカーが生保を申請し、グループホーム等の入所を検討してくれることになった。

Case No. 15

| ケースの基本情報 |
|---|
| 要介護4、本人と息子家族の計6人暮らし |
| 相談内容 |
| ショートステイを利用するに当り、介護付きタクシーを利用しようと思っている。外出準備のためにヘルパーに来てもらい、それに続けてヘルパー付きの介護タクシーを利用したいが、制度としてはおおむね2時間以上時間を空けないと、それぞれのサービスと認められないためどうしたらよいだろうか？ 行政に問い合わせたところケア・マネジャーがその必要を認めるかどうかによるといわれたとのこと。相談できるところがあったら相談してみたら、と言われたとのこと。相談者自身は準備のヘルパーと介護タクシーはそれぞれ別の事業所であるので、一連のサービスとはしたくないと思っている。 |
| その他のエピソード |
| 家族に介護を必要とする人が複数いるため、なるべく家族の負担を減らしたいと考えているが、どうしても2時間空けねばならないなら家族に準備の部分をなんとか頼んでみようかとも考えている。 介護保険の上限をかなりオーバーしてサービスを利用している。 |
| 各専門職の意見 |
| (介護保険制度に関する相談のため、介護職のみが担当) <介護職> 介護タクシーについても基本的には乗降の際の介助のみが訪問介護の単位として認められ、移動中は介護報酬は発生しないと思われるので、外出準備をするヘルパーと介護タクシーに乗るヘルパーを別にする必要があるのか疑問である。介護タクシーがヘルパーをつけるということならば、訪問介護事業所指定を取っていると思われるため、外出準備、乗車時の介助、降車時の介助をしてもよいのではないだろうか。2時間以上空けるということの意味が不明だが、どうしても別々の事業所が入るということでも、サービス内容が違うので問題ないと思われる。 家族状況に合わせ可能な制度の使い方を、給付管理の問題を含めて国保連のケアマネサポートセンター或いは東京都介護保険課介護保険相談窓口にご相談する選択肢もあり得る。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容(担当者：電話相談員) |
| 自費のサービスをかなり使っているのなら、タクシー乗車前の2時間を自費のサービスにしたらよいのではないかと提案した。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| (質問紙調査の回答が得られなかったため不明) |

Case No. 16

| ケースの基本情報 |
|---|
| (特定のケースに関する相談ではないため割愛) |
| 相談内容 |
| 利用者の通院介助の際に、院内での待ち時間については介護保険が適用されるのか？(相談者としては、基本的には適用されないと捉えている。利用者が希望する場合には、利用者の同意を得た上で、自費での利用という形にしている。この前提において、以下の質問。) 利用者に利用の意向がない場合に、病院側から院内での付き添いを求められた場合には、どう対応したらよいか？ |
| その他のエピソード |
| (特になし) |
| 各専門職の意見 |
| (介護保険制度に関する相談のため、介護職のみが担当) <介護職> 院内での介助は「介護保険外」が基本的な考え方である。院内は、院内スタッフにより対応されるべきものとされている。 病院側から何故、どのような付き添いを求められているのか不明だが、院内介助が認められる場合として、利用者が常時介護が必要な状態(日常生活上も同様の援助がなされている) 家族が行えない理由が明確、具体的な院内介助の内容を示す事ができる 院内で病院側の介助、配慮が行えない、行っていない事の確認という内容があり、アセスメントから課題分析、居宅サービス計画書1表~3表まで位置付けされている事が必要である。本人に利用の意向がないということですし、ケア・マネジャーも必要ないと判断しているのであれば、利用者の方の院内における介助の必要性について(必要ないこと、院内介助は介護保険外であること) ケア・マネジャーから病院側に説明することが適当な対応だと考えられる。 <介護職> 利用者の通院介助の際の院内の待ち時間については、相談者の見解通り基本的には介護保険の適用はできない。通院の行き帰りの送迎のみが介護保険適用可能となる。通常院内の待ち時間は、介護保険の請求から除き請求することとなる。 もしも待ち時間を介護保険請求する場合の当事業所の見解は、以下の条件がそろった場合にのみ請求が可能ではないかと保険者と話している。 1. ケアマネや訪問介護事業所のアセスメント及び居宅サービス計画書に於いて、待ち時間に自立支援の見守りが必要であるとうたっている事。(例：認知症で見守り必要、精神疾患で一人ではいられない、常にめまいがあるなど) 2. 受診する病院が待ち時間の付添い対応ができないと言っている。(看護師やボランティア等がいらない、対応できない) 3. 以上の二つの資料等を持って保険者に行き、状況を説明して、必要性の理解を求め介護保険の利用の許可が得られる。 本ケースの場合、病院側が必要と言っている本人や家族やケアマネが必要ないと考えていけば大きなお世話になり問題外である。必要のない旨をケアマネが病院側に説明すべきである。 利用者が利用の意向がない理由が、自費が負担なのか、一人で待てるのか、その他の理由があるか不明だが、ポイントはケアマネや訪問介護事業者が利用者の身体状況で、院内の待ち時間に常に自立支援的介助が必要かどうか大きな問題である。 必要があると考えるならば、保険適用の流れや自費の利用の必要性を本人や家族に説明して安全な受診を勧めるのがケアマネの重要な仕事である。 <介護職> 病院内のケアについての判断は難しいところがある。本人、家族は必要ないと言っても、病院側で要請されることは、特に透析の場合等かなりあるように思われる。それを間に入ったケア・マネジャーとして調整することは特 |

に病院側の意向が強いとき、困難をかんじられることも多いように思われる。
制度の基本はしっかりと把握しておくことが大切だが、それを踏まえた上でいかに調整して必要なケアを実行していけるかというところが悩ましいところである。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：電話相談員）

基本的には介護保険適用外であるが、ケア・マネジャー等との協議の末に、ある条件が揃うことで請求可能という見解を示している保険者も存在する。
その条件としては、院内での見守りや介護のニーズがみとめられること、病院側での付き添い等の対応が不可能である状況、家族等の協力が得られないこと、といったものがあげられている。
また、これらの状況がアセスメント及び居宅サービス計画書に明記されていることが必要である。
相談者が働いている区では、今回のような内容についてどのような方針であるか不明なので、まずは保険者に確認を取ってみて、上記と同様の見解であれば、上述の条件が揃うことで保険適用とされようと考えられる。
保険者が一貫して保険適用とはしない姿勢の場合であっても、上述のような条件や書類を揃えてケア・マネジャーとしてニーズの存在を明示し、他地域では適用になるところもあるという旨も添えて、保険者に提案してみることは可能ではないか。

相談1ヵ月後の経過

ケースによって異なる。実施したケースもあるが、適切な方法とは思えず実施しなかったケースもある。

Case No. 17

ケースの基本情報

（ケースの特性に影響される相談ではないため割愛）

相談内容

個人情報の含まれている書類（翌月のサービス利用票）を利用者宅に郵送した際に、誤って他の利用者の書類を送ってしまった。それを見た利用者から、「このような間違いが起こるといことは、他の人のところにも自分の情報が行ってしまっているに違いない。どう責任を取るつもりか？」というような内容の文書が送られてきた。
相談者としては、郵送先の利用者との情報が流出してしまった利用者の双方に早急に謝罪し、再発予防の対策を講じるつもりであるが、このようなことが起こってしまった場合、ケア・マネジャーとして、どう対応するのがよいのか、過失がどの程度の罪に問われるのかも含めて、知りたい。

その他のエピソード

翌月のサービス利用票について、通常は利用者宅を訪問して印鑑をいただいているが、今回はたまたま都合が合わず、利用者の同意を得た上で郵送によりやり取りを行うことにした。

各専門職の意見

<弁護士>
現時点で問題となるのは刑法上の問題及び民法上の問題だと思われる。
刑法では、一応秘密漏示罪（刑法134条）が問題となるが、同罪は、条文上、主体を「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護士、公証人又はこれらの職にあった者」と限定しているので、ケア・マネジャーである相談者に適用されることはない。
民法では、不法行為（民法709条）が問題となる。この場合、相談者は、情報が流出してしまった方に対しては、過失とはいえ個人情報を流出させてしまったので、損害賠償責任を負うことになるが（金額はケースバイケースになると思われる）、情報が流れてしまった方については、何ら不利益を被っていないので、損害賠償責任を負うことはない。
本ケースの内容から判断すれば、文書を送ってきた方の情報は流出していないようなので、相談者は、情報が流出してしまった方についてはともかく、誤った情報を受け取った方については法的な責任を負う必要はない。ただ、法的に責任がないからと言って、納得してもらうために何もしないという訳にはいかない。まずは情報が流出してしまった方に謝罪し、納得してもらった上で、受け取った方に、情報が流出してしまった方に既に謝罪しており、納得してもらえたこと、サービス利用票は通常は直接届けているが今回たまたま郵送となったこと、これまで個人情報の取り扱いには注意しており、だからこそサービス利用票も通常は郵送していないが、今後は、今回のことをふまえて「より一層」慎重に取り扱うために再発予防策を講じる予定であること、を書いた書面を送るのがよいのではないかとと思われる。

<介護職>
介護保険制度が導入され、社会福祉法人やその他の事業所で苦情対応の仕組み（苦情のマニュアル作成）が義務付けられており、対応が事業所で決まっているかと思われる。
まず、事業所に苦情が上がると苦情受付窓口の職員が苦情の内容と今後どうしてほしいか（話を聞いてほしい・謝罪してほしい・対応を検討してほしいなど）を相談者から聞く。その上で苦情担当の職員が苦情解決責任者と苦情内容の確認と今後の対応を検討する。そして必要に応じて訪問して謝罪・検討事項の報告（改善提案）等を行う。（ケースによっては事業所長等の責任者が訪問する。）本人の納得を得られない場合は、事業所内の第三者委員に報告して今後の対応を相談したり訪問してもらったり、また国保連にある苦情相談窓口を照会等していくことになる。
今回のケースは、利用者はミスをした担当の謝罪では納得いかない様子なので、事業所の上司（苦情対応責任者）に訪問をしてもらい、今後同様のミスが起こらないよう業務を改善（再発予防策）する旨を説明し、利用者にも納得してもらえないかと思われる（誠意を見せていく）。それでも納得が得られない場合は、第三者委員への報告・介入やその他の苦情相談窓口がある旨説明するしかないと思う。第三者が介入することで苦情が大きくなる可能性があるため、納得が得られない場合は、利用者にも提示することを勧める。経験上、意外と利用者から「わざわざそこまでなくて良い」と言われることも多い。

| |
|--|
| <精神科医> 今回は精神科医の出る幕ではないと思われる。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士） |
| 上記の意見を説明した。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 提案に基づき文書を作成する等の対応を行っているが、まだ解決には至っていない。 |

Case No. 18

| |
|---|
| ケースの基本情報 |
| 80歳代、女性、独居、要介護1、近隣に息子家族が居住、キーパーソンは息子の嫁 |
| 相談内容 |
| <p>現在デイサービスとホームヘルパーを利用しているが、今年8月よりヘルパーを拒否するようになった。サービス全般について、本人は「必要ない」と言うが、独居で心配だという家族の意向もあり、今まで利用してきた。今後ますます拒否が強くなってきた場合、非利用という形になってしまってもよいのだろうか。それとも、今まで通り半ば無理やりにも利用を続けてもらうような方向性しておいた方がよいのか？ ケア・マネジャーとしても全くサービスが入らない状態になるのには心配があり、悩んでいる。</p> <p>もの忘れがあり、主治医意見書の判定は「bだが、専門の医療機関に受診をさせた方がよいのか？（また、その場合には、拒否のある現状でどのように受診に結びつけられるか？）サービス利用の方向性を中心に、今後の対応について、介護職に助言をもらいたい。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>内科、精神科問わず受診は拒否しており、唯一医療機関に行くのが、主治医意見書記入のときのみ（近所の内科医、ここに連れて行くだけでも苦勞するとのことで、他の医療機関へ連れて行くのはかなり難しいのではないかと家族は言っている）。次の更新は今月。</p> <p>自宅は家具にほこりがかぶっており、不潔な状態。嫁が掃除を申し出るが「自分でできる」と拒否する。</p> <p>もの忘れ等の状態については、ここ1年特に変化していない。</p> <p>仮に受診に結びついて服薬することになって、独居のため管理は難しいと思われる。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><介護職></p> <p>今回のケースですが、デイサービスの件は状況が理解できるが、配食サービスの存在とヘルパーは何のために導入されているのかが見えてこない。安否を兼ねた訪問なのか、生活支援を行っているのかがよくわからない。たぶん生活支援と思われるが、実際、家族の家事支援を拒否しているのであれば、他人であるヘルパーが家事支援をして受け入れられるケースは少ないと思われる。家族、本人とケアマネでヘルパーの支援が本当に必要か再検討することが望まれる。</p> <p>ご本人がデイサービスに通っている間に家族が掃除をするということも検討できると思われる。食事面は配食を増やせば少しは改善されるかと思われる。又、区の配食サービスが足りなければ民間の事業者でも宅配サービスをしている所も検討できる。拒否をしてもデイサービスを継続していれば、まずは問題ない。家族を交えたサービス担当者会議の開催も1つの方法である。</p> |
| <p><精神科医></p> <p>このようなケースでは、実子である長男の去就が状況を左右することが多いように思われる。長男が「嫁任せ」、あるいは「頭ごなし」「有無を言わず」などの態度で接する場合は（殆ど接触がない、又は何も言えない場合は勿論）どうも反発、拒否、を招くようである。長男あるいは他の実子が度々本人と交流して、じっくり時間をかけて援助の必要性を判らせていく、更に高齢になった場合の処遇について、本人の意向を聞いておくなどの「対話」が大切である。</p> <p>「受診」は本人自身が何らかの不調を自覚していなければ、事態の好転につながらず、独居では、服薬管理が問題で、治療も困難である。</p> <p>家屋内の整理、清掃などは、本人がデイサービスを利用している間に、少しずつ目立たぬように（本人が見咎めない範囲で）家族が行い、うまくいっているケースもある。</p> |
| <p><精神科医></p> <p>精神科医（専門医）での見立て（認定）は、家族にその利点をよく説明して、定期的にしてもらう方がよい。その際、本人には、「健康診断または脳ドック」などの説明が良いと思われる。ケアについては、本人の拒否が強いならば、長男家族に間接的な助言／援助で様子を見て、身体的／精神的自活が困難な場合には、老健施設などの入居を考えるべきだと思われる。</p> |

| |
|---|
| <p><弁護士> 「もの忘れがあり」との記載があり、成年後見等の申し立てを検討してもよいのではないかと考えられる。</p> |
| <p>電話によるコンサルテーションの内容（担当者： ）</p> |
| <p>家事全般についての支援の在り方についてデイサービスにご本人が通所している際に家族が掃除することが可能ではないか。また、家族が関わっていきながらヘルパーにスライドしていく事も検討できるのではないか。 家族を交えたサービス担当者会議を開催することによって問題が明確になり、共通の目標設定ができるのではないか。</p> |
| <p>相談1ヵ月後の経過</p> |
| <p>（質問紙調査の回答が得られなかったため不明）</p> |

Case No. 19

| |
|--|
| <p>ケースの基本情報</p> |
| <p>70歳代、女性、独居、要介護3、キーパーソンなし</p> |
| <p>相談内容</p> |
| <p>本人の気分の波が激しく、特に不機嫌なときが多い。ヘルパーへの言葉や態度がかなり厳しく、ヘルパーがつかなくなり長続きしない。本人は自分ではすごく気を遣っているつもりで、言いたいことも言えずにいると思っている。ケアマネやヘルパーの責任者には丁寧で感謝の言葉をいうが、ヘルパーへは苦情が多い。相談者は淡々とヘルパー事業所を交代していくという対応をとっていて、現在4ヶ所目である。今後こうしていくしかないか。</p> |
| <p>その他のエピソード</p> |
| <p>相談者はヘルパー事業所からヘルパーがつかなくて降りたいという話を聞くと、本人にそのときの状況を聞くが、本人は自分の方に被害的感覚があるようで、話がかみ合わない。それでも話していると、「じゃあ、私が悪いのね」と言い、黙ってしまう。なんとかその場を修復しつつ現在に至っている。</p> |
| <p>各専門職の意見</p> |
| <p><介護職> かなり時間を要し、入り込めばケアマネ自身も切られかねないのかもしれないが、やはりもう少しアセスメントを取る必要があるように思われる。気分の波が激しく不機嫌なときが多いにも関わらず、精神的な現病がなく、又内臓の大手術と漠然としているように思われるので、訪看を通じたりし、医療情報の把握をしてはどうか。精神的に安定が図れば、ヘルパーとの関係も維持出来るかもしれない。 ヘルパーを今後も変え続けると最終的に調整が困難となり、生活事態に支障をきたすかと思われるが、息子家族はどのように感じるのだろうか。無関心な様子であれば、何故そうなのか、対象者に原因があるのか、家族からも情報収集を要する。また独居である以上、どこまで協力が可能か、早めに確認しておくほうがよい。 調整のためもあります。今後訴えの矛先がケア・マネジャー等にも変わっても対応出来るように、苦情の内容など、特に注意して会話記録として残しておく必要がある。 今後もヘルパーの変更を続ける可能性があるが、人が入れ替わり立ち代わり入るのは本人の精神的な負担にもなると思われるので、本人の負担になる事なども考慮しながら、相談者自身も振り回されないように、又、出来るだけ多くの関係機関と相談しながら、進めた方が良いかと思われる。</p> |
| <p><精神科医> 精神科医の役割は不機嫌がどのような性質のものかの評価であると考え。この方の不機嫌については以下のようことが考えられる。 1. 不機嫌状態である可能性：お年寄りでもいつも不機嫌である人は少ない。不機嫌状態の背景には色々なことがあり得る。身体状態（貧血と低蛋白血症）も多少関係しているかもしれない。脳循環障害があるのかもしれない。軽い気分障害である可能性もある。 2. 状況要因が関与：本人は現状への不満が強いと思われる。 3. どんな理屈なのか：不機嫌になって周りを非難する場合、本人なりの理屈があるものである。それがあまり筋の通らないものであるのかどうか。筋が通らないものであれば、そこから本人の状態について再評価することが必要になる。 対策については、以下のことが考えられる。 1. 不満の内容を明確にするプロセス：まず、不満の内容を明確にするプロセスが、本人への働き掛けのためと、本人の評価のために必要である。何が不満であるのか、そのためにはどんな解決策があるのか明らかにして行く、サービス提供側では、ここまでは出来るが、これ以上は無理であることを分かってもらうというプロセスである。おそらく、こうしたプロセスは、既に十分にやっていると思われる。それでも、未だに、なかなか納得が得られないとしたら、認知が良いように見えて実は悪いのかもしれない。或いは、理屈が入る状態ではない不機嫌状態なのかもしれない。前者の可能性を考えて、もう少し観察してみる必要がある。後者の場合は次のような対策も考えられるが、しかし決め手になるものではない。 2. 不機嫌状態への対策：おおよそ不機嫌状態については決め手になるような対策はないように思われる。多少可能性があるものとしては、身体状態の改善。その結果、不機嫌が徐々にやわらぐ可能性もある。服薬では、</p> |

| |
|---|
| グラマリールやドグマチール。効果があるかもしれない。 |
| <弁護士> 弁護士の立場ではほとんどコメントすべき事柄はない。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. いつも誰に対しても愛想がなく、周囲に親しむところがないように見えること。 2. それでも本人としては周囲に気を遣っていると思っている。 3. ケアマネやヘルパーの責任者には丁寧である。 4. こうした特徴が長年にわたって続いている。 5. 認知の障害を窺わせるものはない。明らかな精神症状はない。 <p>以上の5点から最も考えやすいことは性格の偏りである。分裂気質である可能性が大きい。性格の偏りである場合は、周囲が対応を変えてもあまり変化はない。気持ちが通じあうとか、笑顔が見られるようになるとか、少しでも親しんでもらえるといった期待をもたず、うまく行かなくても仕方ないと思って対応する方がかえってうまく行くのではないか。これまでの長い経過から、周りが否定的な反応をしてくるのを当たり前とっていて、否定的な反応に慣れている可能性が強い。周囲が怒れば、いっそう「不機嫌」になるだけだろう。却ってエスカレートし、状況が悪くなるだけだろう。むしろ淡々と接するのが良い。認知の障害はなく。利害得失の計算は働き、いよいよ困れば妥協するであろう。そうなれば多少今よりも丁寧になるかも知れない。当面は事業所やヘルパーを変えることも仕方ないだろう。遠い昔はどうであったのかの情報がない。機会があれば息子から昔のことを聞いてみた方がよい。その結果、少し違った見方ができるかもしれない。</p> |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 多忙で提案内容を実施できていないが、本人とサービス提供側双方の苦情を思い出して、具体的に会話記録のように記録してみたい。 |

Case No. 20

| |
|---|
| ケースの基本情報 |
| （ケースの特性に影響される相談ではないため割愛） |
| 相談内容 |
| ホームヘルパーが別居の家族（母親）に対して訪問介護サービスを提供していることが最近になってわかった。ヘルパーを交代させた方がよいか？ |
| その他のエピソード |
| （特になし） |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：電話相談員） |
| （匿名の電話のため相談受け付け時の電話相談員による対応のみ） 沖縄県では別居家族も家族介護に含めるという見解が出されていることもあり、別居とはいえ血縁のある親族なので、変更した方がよいと思われる。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| （匿名のため追跡できず不明） |

Case No. 21

| ケースの基本情報 |
|--|
| 80歳代、女性、息子と2人暮らし、要介護2、血液透析に週3回通っている |
| 相談内容 |
| 透析のため週3回通院介助を利用している。普段使う自宅の入口は2階にあり、階段の昇降のときは（本人の調子にもよるが、調子の悪いときはほぼ全介助のため）1人では介助が難しい。 1階にも通用口のようなところがあり、そこを使ってはどうかとケアマネが提案したところ、家族は了解したが、本人は拒否。家族は本人が同意しないならしょうがないと言っている。 相談者としては1階の入口を使ってもらいヘルパーは1人にしたいが、本人が同意しない。どうしたらよいか？ |
| その他のエピソード |
| 本人及び家族は2人介助になって利用料が上がることについては、了承している。 相談者は、ヘルパーを2人にしても、1人は階段の昇降のときだけで5分もかからないので、1人分しか請求できないことが多いと言っている。 |
| 各専門職の意見 |
| <介護職> 訪問介護で身体介護30分を算定するには、おおむね20分のサービスが行われていること、ということが規定されている。よって、1人が5分しかかからないと言うことであれば、2人体制としての算定はできないことになる。しかし、実際にはサービスが行われているので、1人のサービス時間にもう1人が援助した分の、この場合は5分をプラスして請求することが、妥当ではないかと考えられる。 細かい事情は不明だが、根気よく利用者との話し合いを続けて、安全の上から1階の入り口を使えるようになるとういと思われる。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：電話相談員） |
| （匿名の相談であり、後日連絡をくれると言った相談者から結局連絡が来なかったため、コンサルテーションは未実施） |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| （上記理由により不明） |

Case No. 22

| ケースの基本情報 |
|--|
| 女性、独居、要支援、 |
| 相談内容 |
| 相談者が担当している利用者が、「被爆者に対する介護手当て」を受けるための申請をしようとしている。申請するためには、「費用を支出して介護を受けた」という証明が必要となっている。利用者は以前からの知人に介護保険とは別に有料でケアを頼んでサービスをしてもらっていた。その額は63,000円とのこと。しかし、その知人はどうしても領収書を書いてくれず、そのために「手当て」の申請ができずに困っている。どうしたら「手当て」の申請ができるだろうか。 |
| その他のエピソード |
| 本人とその知人であるヘルパーの関係は悪化し、今は「付き合いたくない」と言っている。そのヘルパーはある事業所に所属していて、相談者はその事業所にも相談したが、「かつて個人的にやったこと」として対応してもらえない。 「介護手当て」を受けるために、現在は事業所を通してサービスを受けている。 |
| 各専門職の意見 |
| <弁護士> 手当ての申請先に聞いて、領収書の代わりになるようなものはないかを確認してみてもどうか。ただ、「知人」が「個人」的な立場で介護をしていた（領収書を切らなくてもよいような関係であった）ということだと、そもそも手当ての申請ができるかどうかは、これも役所によく確認をした方がよいように思われる。 |
| <介護職> 何故書いてもらえないのか不明だが、事業所が対応してくれないのは無理もない。申請についても領収書等証明がないとやはり難しいと思われるが。 |
| <精神科医> 住居のある地域の福祉行政を担当する役所（保健所、保健福祉センター等）や領収書の扱いについて相談できるところ（法律相談）に相談をしてみてもどうか。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：電話相談員） |
| 「被爆者に対する介護手当」の申請先は市役所であるため、市役所に領収書の代わりにできるようなものはないか確認を取ってみることをご提案した。そこで領収書がなければ無理という反応であれば、それ以上の対応は難しく、ケア・マネジャーとしても利用者さんとしても割り切らざるを得ないと思われる。 介護手当の利用限度額について話した。 （参考）介護手当の限度額 1. 重度（身体障害1級及び2級の一部程度）月額104,970円まで 2. 中度（身体障害2級及び3級の一部程度）月額 69,970円まで |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 適切なアドバイスが得られず対処ができなかった。 |

| ケースの基本情報 |
|--|
| 80歳代、女性、要介護1の夫と2人暮らし、要支援、キーパーソンは近県在住の息子が娘、本人いわくパニック障害ありとのこと |
| 相談内容 |
| <p>下記 の出来事がきっかけで本人が相談者（ケアマネジャー）の訪問を拒否するようになってしまった。関係を回復させるのは困難なようにも思われるが、今後どう対応していったらよいか？</p> <p>相談者としては、ケアマネジャーを交代することも考えてはいるが、現状直接話をできない状況の下で、下手に交代の話を持ち出すと逆効果なような気もする。娘や息子に連絡を取りたいとも思うが、そこから本人に話が伝わり、更に関係が悪化するのではとも危惧している。どこを糸口にして、どのように対応していけば円満に事を運ばせられるか、相談したい。</p> <p>本人がホームヘルパーの遅刻（実際は、2人中1人が時間前に着いていただけで、遅く来た方も遅刻はしていない。）を厳しく指摘したため、その場に居合わせた相談者が、その場を収める際に遅刻にはあたらないという旨を本人に説明した。その一言が、「ヘルパーの味方をしている」と捉えられてしまった。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>ホームヘルパーに対して、最初は「とても良い」と評価するが、しばらくして不満な点を1つでも見つけると、以降はそればかりが気になって、最終的には、「もう我慢できない」と手を震わせて不満を爆発させるということを繰り返してきた経過がある。そのため、今まではできるだけ2人以上のヘルパーを関わらせて、交代という事態にも対応できるようにしてきた。現在は、1人だけ信頼が置かれているヘルパーがおり、そのヘルパーが1人でサービス提供をしている。</p> <p>本人は激昂すると過呼吸発作を起こしやすく、救急車で運ばれたことも何度もある。関係悪化のきっかけになった上記 の出来事の際にも発作を起こし、救急車で運ばれたらしい。</p> <p>ヘルパーから伝え聞くところによれば、「（上記 のときに本人が）過呼吸発作を起こしたのはケアマネジャーに責任があり、息子がケアマネジャーを訴えることも考えていると話しているが、私がなんとか止めている」という話もしている様子。ただ、この情報は息子が相談者に直接言ってきたことではなく、事実関係があやしいので、相談者は今のところ気にしていない。</p> <p>夫は基本的に本人の意見に同調するだけで、本人に意見することはない。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>このケースでは、過呼吸発作を起こしてしばしば救急車を呼んでいるとなると、これは明らかに精神科の治療の対象となる。現時点で精神科の医療機関につながっているのであれば、その主治医に連絡を取ることが一番手っ取り早い解決に向けての糸口になると思われる。医療機関につながっていないのであれば、ぜひ医療機関につなげるべき。本人が困る自覚症状（過呼吸発作等々）を元に、本人の機嫌を損ねないように説得して受診につなげるのが良いと思われる。</p> <p>ヘルパーが実際には遅刻していないのに遅刻したと思い込んでしまい、訂正不能であることを考慮すると、軽度の認知症の疑いがあるのかもしれない。易怒性・易興奮性が見られることから、脳血管性認知症の初期である可能性もある。記憶力の検査や、頭部の画像診断（CTやMRI）検査を行う価値はある。</p> <p>医療機関につなげることが困難であれば、地域の保健センター等の保健師に相談すると良い。保健師が介入することができれば、東京都の3カ所の精神保健福祉センターの高齢者精神医療相談班の精神科医師の訪問（あくまでも往診ではなく、保健師との同行訪問）も不可能ではない。</p> <p>ケアマネジャーの対応としては、ケアマネジャーの交代を急ぐと余計なトラブルになると思われるので、しばらくは静観するという方針が良いのではないかと。</p> <p>「息子が訴える」云々のセリフに動揺する必要はない。ケアマネジャーの仕事の進め方に今のところ問題はないため、もし然るべき所に話が進んでも何ら臆することはない。なお、このケースには現時点で主治医が居るので、主治医に連絡を取るとは是非やっておくべきである。医師の側では、診察室に現れる患者（あるいは家族）の話しか聴けないので、関係職員からの情報提供は有り難いものである。それを「ありがた迷惑」と感じる医師は</p> |

| <p>主治医に相応しくないと云える。</p> <p><介護職></p> <p>実際には遅刻でなくてもヘルパーは5分前に行くことを、サービス提供をする事業者内で統一する事を再度確認するなどの対応を担当ケアマネはする必要があったように思われる。</p> <p>本人の生活歴を知ることや日常生活の把握、パニックとは急に起こるもの「激しい不安にかられる」などの症状が原因である。日常茶飯事の出来事が大事件になることの認識、事前情報の収集などしっかりしていれば未然に防げた可能性がある。</p> <p>その場を収めるために遅刻には当たらないなどの説明を行ったことで逆に不信感を持たれてしまった件については、息子や娘等の家族にも話をする必要がある。</p> |
|---|
| <p><弁護士></p> <p>本ケースで利用者の都合で契約を解除できるかどうかについては、契約の内容による。この契約の場合は、本人とケアマネとの信頼関係の有無が、契約通りのサービスを提供できるかどうかと直結する問題となる。</p> <p>本人が、事業所のどのケアマネとも相性が悪く、そのために訪問を拒否し、その結果、適切なサービスが提供できなくなってしまっているのだとすれば、本人からの契約解除が認められると思われる。自分の都合で契約を解除することになるため、違約金等の定めがあれば、その条項に従うことになります。</p> <p>問題は、事業所側からの解除の場合であるが、訪問を拒否するのは本人の意思であり、かつ、ケアマネには落ち度がない（「遅刻」の誤解の点などは、事業所の落ち度ではない）ため、適切なサービスを提供できないのは、本人の責任であり、そのことを理由に解除することができると思われる。</p> <p>なお、息子が「ケアマネを訴える」と言っている点は、どのような経緯の結果過呼吸発作を起こされたのかははっきりしないため、はっきりとは回答できない。しかし、一般的には、民法上の不法行為に基づき損害賠償請求するために、違法性のある行為をケアマネがし、その行為につきケアマネに落ち度があり、かつ、その行為と過呼吸発作との間に因果関係があり、損害が具体的に発生していることが必要である。しかも、その立証責任は訴えを起こす側にあります。したがって、息子が、上記の点につき、立証できなければ、訴えることはできても、勝つことはない。</p> |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：介護職） |
| <p>思い込みが訂正不能であることを考慮すると、軽度の認知障害の疑いがあるかもしれない。また、脳血管性認知症の可能性も考えることが必要である。また、地域の保健師に相談や介入をしてもらうことも必要ではないか。主治医と連携を取り、本人の生活状況や介護保険サービスの利用状況を報告することは是非の方がよいと説明。</p> <p>一般的には、損害賠償請求をするためには、違法性のある行為をケアマネがし、その行為につきケアマネが落ち度があり、かつ、その行為との間に因果関係があり、損害が具体的に発生していることが必要で、立証責任は訴えを起こす側にある。立証できなければ、訴えることはできても、勝つことはないと説明。</p> <p>息子に説明できなければ、娘と連絡をとり、現状を詳細に話すことを進めていく。娘を媒介に本人との関係性を作り直す努力は必要で、関係性が作れないなどやむを得ない事情がある場合に対して、契約終了の1ヶ月前までに理由を示した文書で通知することが必要で、また、サービス提供を怠らないようにする配慮も必要である。</p> |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| <p>大きく状況の変化はなく、契約解除にも至っていない。ただ、利用者から「いつも心配をかけてしまって申し訳ないです。いつもありがとう。」という言葉が聞かれた。</p> |

Case No. 24

| ケースの基本情報 |
|---|
| 60歳代、男性、独居、要介護4、生活保護世帯、脳梗塞による片麻痺あり、キーパーソンは娘 |
| 相談内容 |
| 本人からケアマネジャーや訪問介護事業所のサービス提供責任者に対する暴言や暴力があるため、ケアマネジャーとしても訪問介護事業所としても契約を解除したいが、生活保護のワーカーに相談しても、結局サービス提供を続けるような方向にもっていかれてしまう。 契約の中で、利用者が「背信行為」を行った場合には契約解除となる場合があるという旨が記載されている。過去にサービス提供責任者への暴力（突き飛ばした）があり、「背信行為」にあたると思うので、契約解除の手続きを取りたいが、具体的にどのような方法を取れば解除できるのか知りたい。 |
| その他のエピソード |
| デイサービス中にもたびたび暴言や暴力があったため、デイの事業所からサービス提供を断られ、今までに数ヶ所変更している。（事業所をかえる際には、断られたとは言えないため、もっとよい事業所があるからと伝えてきた。） 介護保険課にはまだ相談しておらず、これから相談しようかと思っている。 ケアマネジャーとの関係は以前はよかったが、サービス提供責任者への暴力があって以降は非常に悪くなった。相談者と本人の関係が悪くなってしまった現在、本人が信頼を寄せる専門職は存在しない。 娘は、「多少の暴言等があっても、なんとかしてうまくサービスを提供するのが介護職の仕事だ」と言って本人への説得はしてくれない。 |
| 各専門職の意見 |
| <弁護士> このケースにおいては、「暴言」や「暴力（突き飛ばした）」がどの程度に至った場合に、「背信行為」と言えるのか、仮に背信行為があったとして、解除の手続きとしてどのような方法をとるべきか、が問題となる。 「背信行為」の解釈 「背信行為」という言葉は、一義的に意味が決まっているわけではない。したがって、契約の主体、契約内容、暴言・暴力のきっかけ、暴力の態様、暴力の頻度、暴力の結果が、サービス提供者の怪我などの形で生じたかどうか、などの要素により、判断されることになる。 本件の契約の場合、契約の主体が自分の意思ではなかなか体を動かすことができない高齢者であること、契約内容が、そのような高齢者を介護することであることを考えると、一般的には、健康な人の、「暴言」、「暴力」より、悪性が高い「暴言」、「暴力」でないと、「背信行為」とまでは言えないのではないかと思われる。 今回のケースでは、唯一の具体例として、「突き飛ばした」という行為が、出ているが、どのようなきっかけで（サービス提供者の対応に問題はなかったか？）、どの程度の勢いで（力の強さはどのくらいか）、どれくらいの頻度で（行くたびに、1回だけか）、どのような体勢（立って突き飛ばしたのか、座った体勢で突き飛ばしたのか）で「突き飛ばした」行為がなされ、その結果、利用者がどうなったか（倒れたのか、怪我したのか）等、詳細情報が分からないと、判断が難しい。 ただ、「たびたび暴言や暴力があったため」、「デイの事業所からサービス提供を断られ」、「今までに数ヶ所変更している」という状況を見ると、複数の事業所の人間が見ても、ひどい暴言・暴力があるのではないかという推測はできる。 いずれにせよ、ケアマネジャーが一方向的に「背信行為」があったといえ、ば、「背信行為」があったことにされるという問題ではない。 解除の手続きについて 利用者の方に、今まで「断られた」という言い方をしていないとすれば、利用者自身は、自分に暴言・暴力があることを把握していない場合も考えられ、「暴力」「暴言」につき、日時、場所、態様等詳細を記録しておき、証拠化しておくことが必要。 証拠と共に、解除の通知を書面にて行うことが、後のトラブルを防ぐ。 |

| <介護職> 暴言・暴力の原因:まず、暴言・暴力の原因が病的なものか性格的なものかアセスメントし、生活保護の担当者や娘等と情報を共有する。また、当事者間での話し合いではなく、第三者（保健師等）の介入による他の視点からのアドバイスが必要と思われる。 契約者は誰か？契約に対して話をしていく:暴力については明らかに「背信行為」になるので、対応としては、ヘルパーの安全を考えて訪問介護事業所の判断で二人派遣にする。また、デイの変更と同じように、ヘルパーがいらないといって訪問介護事業所を変えることは可能な場合がある。あるいは男性ヘルパーの導入が効果的な場合もある。 ケアマネ変更について:ケアマネに対しての暴力・暴言でケアマネジメントができない場合は、市区町村の介護保険課に相談してケアマネを変更してもらうよう依頼すべき。そのまま契約関係を続けることは、本人にとってもケアマネにとっても良くない。暴力の事実がある場合は、事業所として、所長等の上司が行政や娘や本人に対して、現状を報告してケアマネ変更や事業所変更について介護保険課を交えて話をしていくことが良い。 |
|---|
| <精神科医> このケースは人格障害、老人性精神障害および脳出血後遺症としての痴呆・性格変化、心因的なものが、それぞれ複雑に関与していると推定せざるを得ない。 一般に老人の性格変化には、猜疑的・ひがみ易さ・短絡的思考傾向およびその性格特徴・特にその欠点が極端化して現れる傾向があるといわれている。 また、脳内出血後遺症としての性格変化のひとつである感情調節障害（特に易怒性）がある。さらに、構語障害などによって意思疎通障害があることに立腹してしまい暴言・暴行に及んでしまう心因的な場合もあり得る。 このように老人の精神障害・問題行動には、多くの因子が複雑に関与しており、さらに環境の変化によって症状の動揺もおき易いとされる。そのため、その分析・解釈には出来得れば異なる立場からの可及的客観的な情報が必要になり、それらに立脚した対策が必要になる。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士） |
| 「背信行為」の解釈について 暴力・暴言だけが背信行為の内容ではない。信頼関係が中核となっている契約なのだから、本人の嫌味がひどいこと、「訴えてやる」と頻繁に言われることによって、サービス提供者の意欲がそがれていること、かつ、頻繁にヘルパーを交代させなければならないという人的犠牲を払っていることを考慮すると、「背信行為」にあたるという判断をしてよい。 解除の手続きについて 上記の事情から「背信行為」があると判断したため、契約を解除するという内容の書面を作成し、契約の主体である本人及び面倒を見ている娘に渡す方法を取るべきである。ここまで来たから、なるべく穏便に済ませたいという気持ちはとても良く分かるが、口頭での告知は、後で、「正当な解除通知がなかった」と難癖をつけられる原因となる。本人の口癖どおり、万が一訴えられたとしても大丈夫なように、書面で証拠化しておくことが得策である。なお、契約書には、「解除の際には、後任の事業所を紹介する」と書いてあるということなので、必ず後任を探さなければならない。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| 利用者の暴言、暴力について文章にした上で、相談者本人からではなく上司から、事業所の方針として契約解除通知を利用者側に提出し、新しい居宅介護支援事業所に引き継いだ。 |

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、女性、独居、要介護3、キーパーソンは都内在住の息子 |
| 相談内容 |
| <p>ホームヘルパーやケアマネジャーなりが訪問する時刻を設定しようとしても、「何であなたの言うことを聞かなければならないの?」「人間の生活を時間で縛ることはできない」といった内容のことを言い、拒否する。しかしその一方で、頼みたいことが生じると、「今すぐ来て」と連絡が来る。1度2度であればよいが、いつもとなると対応できず、ケアマネジャーは負担を感じている。どのようにすればご本人にも納得してサービスを利用していただけるか。</p> <p>妄想に対してどのように対応すればよいか。精神科へ受診させた方がよいか。</p> <p>服薬管理ができておらず、足の痛み等もあるようだが、どうしたらちゃんと服薬してもらえるか。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>ケアマネジャーに対し、「あなたはここ（ご本人のご自宅）をアジトにして組織を作って、私の情報を外部に流している」と言う。息子によれば、以前から疑い深い性格傾向はあったとのこと。</p> <p>介護保険外の家政婦にお願いすることも息子とケアマネジャーで検討したが、たとえ家政婦に頼んでも、できることには限界があるので、難しいだろうということで利用にはいたらなかった。</p> <p>外出の機会が少ないのでデイの利用を勧めたこともあった。ケアマネジャーが関わると拒否されるので、息子とデイの事業所から利用を勧めたところ、うまくいきそうだったが、最終的に書面にケアマネジャーの名前があるのを本人が見つけ、「あなたが裏で糸を引いているんじゃないの」と言い、結局拒否。</p> <p>本人は息子のことを信頼しているが、息子の言うことなら何でも聞くわけではなく、都合の悪い内容だと、「あなた（ケアマネジャー）が息子をそそのかした」等の妄想につなげる。</p> <p>精神科受診の意向は本人にはない。唯一主治医の整形外科だけは信頼しており受診している。</p> <p>本人はカトリックを信仰しており、定期的に教会に行っている。その際には教会の関係者が外出介助を（ボランティアで）してくれており、関係は良好。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>この人の妄想は、猜疑心の強い性格から状況的に生じたものであると了解するのが自然のように思われる。可能性としては、痴呆の前駆症状やパーキンソン病やそのための薬に伴う症状であることも否定はできない。しかし、ケアマネジャーの名前を覚えているところなどからは、既に認知症が始まっていることは否定的。判断能力の有無は、買い物や調理のケアがないことでどのような問題が生じているのかについてどのような認識をされているのがポイントか。「今すぐ来て」と言ったり、デイケアに乗り気で最後に拒否したというくだりからは、本人も本当は助けを求めている感じがする。こういう人をこちらの意図に従わせようとする事自体が新たな不安やストレスを産み、悪循環を形成することがある。ちなみに、パーキンソン症状と認知症を合併するタイプの病気があるが、それ以外はパーキンソン病即判断能力なし、とは一般にならない。</p> <p>医療的には、整形外科医が処方している薬をパーキンソン病の薬とすると、パーキンソン病の薬の中には、幻覚や妄想を惹起するものもないとは言えないのでその辺の検討が必要。また、この薬を飲まないとの程度体が不自由になるのか、そうしたことを勘案して、まず、薬を飲むべきかどうかを整形外科医に相談する。不定期な服用でも良いといわれたら、本人との摩擦を一つ減らせる。もし、どうしても規則正しく服用することが必要なら、分かっってもらるように説明するしかない。</p> <p>デイサービスはいろいろな人が関われるので、いいアイデアの一つのように思われる。また、ショートステイの利用も、そこでどのような振る舞いが起きるか見るために一考の価値あり。独居の不安が解消されたことで、妄想が消え、対人関係が改善する人もいる。また、余裕があれば、ヘルパーに本人から好みなどを聞いて調理するように心がけてもらい、2日に減った利用日数をまた増やすようにする手はないか。しかし、いずれにせよ、今のケアマネジャーに対する不信感を何らかの形で解決する必要がある。目先のサービス提供を焦らず訪問を繰り返すなどして今のケアマネがじっくり関わるか、ケアマネに問題があるわけではなくても、思い切って担当を変わるかどうかではないか。</p> |

| <p><介護職></p> <p>パーキンソン病で要介護3とのこと、判断能力として記憶ははっきりしているとの事だが、ご自分の判断で服薬をしていないことは、日常生活全般に大きく関わっているように思われる。まずは、本人がきちんと服薬して、心身状態が安定してからもサービスの導入は可能かと思われる。</p> <p>息子家族と共にしっかりと本人の意向を把握する事は必要。信頼関係が構築されていないのに、「このようにしましょう」と言っても、「縛られる」と感じて難しいと考えられる。</p> <p>以前から疑い深い傾向があったとのことだが、妄想とは言いがたいの。どのような理由でそのようなことを言うのか調べることは必要。担当ケアマネとして、頻回な訪問等で訴えを聞くべき。</p> <p>サービス導入をあれこれとするより、本人が信頼している整形外科医に相談（現状報告等）をして精神科の先生とコンタクトを取ってもらうことを優先すべき。</p> <p>家族の協力も必要。曜日、時間等を決め必ず家族が行くことなど。定期的に教会に行っているの、教会関係者のボランティアの協力も視野に入れる必要がある。</p> <p>まずは、ご本人がきちんと服薬して、心身状態が安定してからもサービスの導入は可能かと思われる。</p> |
|--|
| <p><弁護士></p> <p>基本的には法律家の出番ではないと思われる。もっとも、本人の記憶ははっきりしているということだが、被害妄想もあり、果たして判断能力が完全にあるといえるのかは疑問がないわけでもないように思われるため、法定後見申立ての利用は考えられ、援助者に与えられる権限如何によっては介護契約自体が安定的なものになることはある（成年後見であれば、本人の同意なくして介護契約締結の代理権は援助者である成年後見人が持つことになる）。</p> |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者： ） |
| <p>現状では認知症とは言えないと判断する。</p> <p>医療面での整形外科の治療方針について確認することが重要。ただし、本人か家族がそれを行い、ケアマネに伝達するという形を取ってもらうこと。また、可能であれば、問題行動への対応について家族が精神科等で相談することが望ましい。</p> <p>日常生活が維持され、家族がいる現状では現状維持でもいいのでは。こうした事例では、白黒はっきりさせることができない状態が続くもの。こちらが白黒直面化させて行けば、対立が高まり、関係が切れてしまうので、むしろ関係を維持することが重要であるという観点から支援を行うとよいのでは。特に、デイケアの契約は有効に締結されているというので、焦らず、折に触れて参加を勧めてみるのは良いと思う。そのうちに事態が変化する可能性があるが、そのとき臨機応変に対処する。</p> <p>突然電話かけてきて死ぬなどと脅かす人への対応は難しい。しかし、できないことはできないと言わざるを得ないことがあるのは当然。その際は、特に丁寧に対応する。本人が怒って電話を切ってしまうことは仕方がないが、こちらからはできるだけ切らない。Onedownpositionを取る必要がある。</p> |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| （質問紙調査の回答が得られなかったため不明） |

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、女性、夫と2人暮らし、要介護3、キーパーソンは他県在住の娘 |
| 相談内容 |
| <p>本人は診断こそ受けていないものの認知症が疑われ、夫による援助も不十分な状況で、サービスなしに生活することは難しいと思われるが、夫がサービス利用を拒否するため、何とか導入に至った週2回のデイサービス以上は利用してもらえずにいる。サービスを増やしたいと思うが、どうしたらよいか。</p> <p>成年後見制度の利用も考えているが、夫に相談したところ拒否された。そうは言っても自宅でサービスもほとんどない状態では今後身体状況が保持できるか不安が残る。家屋もかなり不衛生な状況である。夫を介さず娘を通して成年後見制度を利用することは可能か？（ケアマネジャーや保健師は本人と夫の別離の可能性も考えているようだが、長女は「今は2人で暮らしているからバランスが保たれているのであって、別居は難しい」と言っている。）</p> |
| その他のエピソード |
| <p>自宅はいわゆる「ゴミ屋敷」のような状態で、食事・入浴は満足にできていない。</p> <p>本人の衣類は汚れていて、季節外れのことも多い。ケアマネジャーの顔・名前を覚えられない。</p> <p>朝食、夕食は夫が食べさせているようだが、りんごだけであったり、内容的に十分とは言えない。</p> <p>本人は老人大学に週2回程度行っているが、バスにうまく乗れず、数回迷子になっている。</p> <p>本人は家の鍵を自分で開けることができないので、外出時は夫が帰宅するまで家に入れない。夏には猛暑の中ずっと外で待ち続けていたこともある。</p> <p>本人は買い物については全くすることができず、外出時もお金は持ち歩かない。</p> <p>夫も汚れた服装をしており、ほぼ毎日9時～18時まで区民会館に囲碁や将棋をしに行ってしまう不在。「自分は大丈夫」と言っており、介護保険の利用申請をしていない。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><介護職></p> <p>デイサービスの様子や老人大学の様子について情報収集し、地域での支援を適切にしていこうとすることで長女にも理解を得て、認知症の診断を勧める。</p> <p>サービス自体は少ないものの、本人が外に出ていることが何よりもの救いと感じる。週2回はデイ、週2回は老人大学というように週4日は外へ出ている。その間をぬって当分は支援センターや保健師が地域訪問という形で入ったりして見守りを兼ねながら観察を続けてはどうか。</p> |
| <p><精神科医1></p> <p>当面は粘り強く夫を説得し続けることしかできないと考えられる。</p> <p>要介護認定がされており、主治医がいるはずなので、主治医や娘の力も借りながらの長期戦を覚悟すべき。これは仮に成年後見制度に乗ったとしても同様。夫もかなりの高齢のため、関わりを続けてさえいれば近い将来事態は好転するのではないか。</p> <p>このケースに関して重要なのは、法的に何処まで踏み込むことが可能なのではなく、公的システムの枠内でアカの他人の家に入り込んで援助をする際の“節度”の問題かと考える。</p> |
| <p><精神科医2></p> <p>重要なことは、夫、娘に本人の状態の理解を促すこと。これが介入の糸口である。必ずしも受診できなくても、デイサービス参加中に精神科医が本人にそれとなく接触することは、施設の了解があれば可能である。ここで把握できたことと、ケアマネ、保健師が危惧している実態をもとに、まずは娘、ついで夫に、少しずつでも、本人が「どういう状態」で「どんな危険が予想されるか」「何を必要とするか」「今後の老夫婦の生活」などを精神科医が説明し、理解を得る機会を作ることが援助に繋がる。いきなり制度利用を図れば関係は円滑でなくなるおそれがあるため、このような前提に立つことが順当かと思われる。</p> |
| <p><弁護士></p> <p>まず、成年後見制度の利用については、申立権者は 本人、 配偶者、 4親等内の親族等であるため、娘が申立をして成年後見人を付けること自体は可能。但し、申立には医師の診断書が必要で、本人を医師の元に連れて行かなければならず、その診断結果次第では、成年後見までには至らず、保佐や補助にとどまることも考えられる。</p> |

保佐や補助だと、原則として、本人にかわって法律行為を行う代理権はなく、相談者の考えている結果が得られるかは疑問であり、保佐・補助の申立をする意味はあまりないかもしれない。

また、裁判所が成年後見の決定を出すにあたっては、親族からの意見聴取をすることがあり、本件では配偶者に意見を聞くことになる。したがって、当然夫にも知られるため、最終的の後見人が付くとしても、夫に全く知られないとか、夫を全く関与させずに行うのは、事実上難しい。その時に、夫と娘の関係がどうなるのかなど、事前にきちんと準備しておかないと思わぬトラブルになりかねない。

法的な可能性はともかく、すぐに後見申立を考えるよりも、夫や娘にきちんと現状把握をしてもらって、当面の問題を順々に解決していく方向が妥当ではないか。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：介護職）

サービス導入をあせらずに、娘と夫に、本人の状態を具体的に継続的なコミュニケーションの中で理解してもらうことが大切。

夫は妻に対する病識に欠けている（現実を認めたくないのか、夫自身判断力が低下しているか）ようであり、娘も認知症の正しい理解がされていないことによる父に対する過度の期待がある。娘には本人の生活実態をより詳細に伝え、年に一度でもサービス担当者会議に出てもらったらどうだろうか。妻は老人大学を含め週4回は外に出ている、これは本人にとっても何よりの救いではないかと思う。こうした本人の行動傾向から、地域コミュニティの人々を含めインフォーマルな関わり方による支援を考えていくことはどうだろうか。週1回くらい在支や保健師の見守りを兼ねた地域訪問を通し、夫婦ともの配食サービスなどへ繋がれば夫の食の負担も軽減する。

精神科医からの助言として、受診の困難さについて、デイサービス参加中の精神科医との接触を施設に了解してもらえば受診は可能。そして精神科医から娘と夫に、本人がどういう状態で、どんな危険が予想されて、何を必要とし、今後老夫婦の生活はどうなっていくのかを説明してもらおうということが必要。

成年後見制度の利用に関しては、弁護士から夫に全く知られないとか夫を全く関与せずに行うとかは事実上無理という助言があった。

相談1ヵ月後の経過

夫婦の一方が病気になり、バランスが崩れた。娘が状況を認識したが、改善には至らなかった。

Case No. 27

| ケースの基本情報 |
|--|
| 80歳代、女性、60歳代の男性と2人暮らし、要介護2、キーパーソンは他県在住の息子 |
| 相談内容 |
| 以前より不安が強く、不定愁訴も多かった。以前精神科に受診し、転換性障害との診断をされ、入院の一手手前まで話が進んだが、直前ご本人が拒否し、以降は受診できていない。どうしたら再度精神科に受診してもらえるか。経済的には余裕があるようだが、現在は全て本人が管理しており、親族ではない同居人もいるため、今後不安が残る。 |
| その他のエピソード |
| 現在2ヶ所の内科に通院しており、両者から眠剤（ハルシオン、マイスリー）を処方されている。相談者が本ケースについて主治医に意見を求めたところ、精神科の受診を勧めるとの返答を得た。病院の医師に対しても同様に意見を求めているが、今のところ返答なし。主治医によれば、医師を信用していない節があるとのこと。前任のケアマネジャーが保健師に相談し、同行訪問を試みたことがあったが拒否された。しかし、昨年末に相談者が再度保健師に相談し、同行訪問が実現した。経済状況については、以前店舗を経営しており、加えてご主人の遺族年金もあり、裕福な様子。常に手元に数十万の現金を持っている。以前そのお金がなくなったことがあり、（結果的には同居人が盗んだことを認めたが）ヘルパーに疑いがかけられる恐れもあり、ケアマネジャーとしては心配。同居人は本人から借金をしているようで、月々返済をしているとのこと。 |
| 各専門職の意見 |
| <精神科医> まずは、離れて暮らしている親族の「本人と生活の現状認識」を確認することが大切だと思われる。親族が実態を充分把握していて、本人に任せるという意向であれば、第三者の介入が難しくなる。知らずに過ぎていくということであれば、状況を直接認識してもらう必要がある。本人に不利益が及んでいる事態をどのように処理対応するかは、やはり親族との話し合い抜きにはできない。勿論今後、親族のより頻繁な介入も必要。 本人は、自身の「動機」がなければ、容易に精神科医には赴かないと思われる上、治療が必ずしも生活の安定に寄与するかも疑問。ただし、年齢を考えると、本人の精神的状態、ADL、向精神薬の投薬内容、その服薬状況、脳梗塞後遺症状、などは把握、勘案する必要はある。現状では、本人の不安や希望をよく聴き、親族の現状認識と意向をつきあわせて、善処、打開の道を拓く方策を選ぶべき。 |
| <介護職> 精神科の受診の必要性については、主治医や担当ケアマネと同じで必要があると考える。繋げ方としては、保健師の介入や家族を引き出して受診に繋げていく方法が通常多い。本人の意思がしっかりしているのであれば無理やり繋げるのは逆効果。早急にケアマネと本人との信頼関係を築くことが受診に繋げる第一歩である。 相談者はヘルパーに対して金銭等を取ったと疑いをかけられることを心配しているが、ヘルパーは訪問時常に一对一の状況になるため、物を盗ったと疑われないよう細心の注意をはらって訪問するよう教育されている。ケアマネは疑われないよう注意して訪問するよう訪問介護事業所に伝える。後は事業所の問題となる。対応の例：訪問したら本人のいる部屋の前に持ってきたカバンや上着を置き、必ずカバンのチャックは閉めておく。訪問時は常に不審な行動はしない。なあなあ関係には絶対ならず専門職として関わって信頼関係を築く。仕事終了後は必ず本人の見える前でカバンを開け閉めして上着をもち何も盗んでいないことをアピールする。 本人の金銭管理能力の低下が見られたら、親族にリスクも含め報告して、必要に応じて成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に繋げていくか、家族に対して金銭管理を依頼することになると考えられる。本人の言動や行動についてしっかり記録をとり、サービス機関や親族と密に連携・連絡を取っていくことがケアマネの重要な仕事となる。 |
| <弁護士> 法的な問題としては、あまり見あたらないが、アドバイスできるとすれば盗難事件に関しての部分。これが、認知症等による判断能力の低下の結果、物盗られ妄想に陥ったものであれば、成年後見などを考える必要がある。そうでないならば、直ちに法的に何かするといったことは通常ならない。判断能力に問題がないのに、本人の財産を |

他人が勝手に管理するわけにもいかない。同居人に関する貸付も、本人のきちんとした判断でやっている限り、介入することは難しい。

事実上の問題としては、息子もいるようなので、相談・協力の上、財産の把握や監視・監督を少しずつでもしていく必要はあると考えられる。いずれにしろ、本件の事情では、本人の判断能力、財産管理能力に問題ありとまでは考えられないので、直ちに法的な対処の必要性はあまり感じられない。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：介護職）

精神科医からの見解：親族に対して本人の生活状態を伝え現状認識を持ってもらうこと。そして今後、親族との話し合いにより介入を依頼していく必要がある。本人自身の「動機」がなければ、容易に精神科には赴かない、又必ずしも治療が生活の安定に寄与するかは疑問である。現状では本人の不安や希望を良く聴き、親族の現状認識と意向をつきあわせて方策を選ぶべき。

弁護士の見解：親族と相談、協力の上、財産の把握や監視・監督を少しずつでもしていく必要はあるが、本件は本人の判断能力、財産管理能力に問題ありは考えられないので、直ちに法的な対処の必要性はあまり感じられない。

介護職の見解：ケアマネは、ヘルパーは訪問時常に一对一の状況になるため、物を盗ったと疑われないよう細心の注意を払って訪問するよう教育されているので、疑われないよう注意して訪問するよう訪問介護事業所に伝える。（テクニックを伝える）また、本人の言動や行動についてしっかり記録をとり、サービス機関や親族と密に連携・連絡を取り、本人とケアマネの信頼関係の構築が重要な仕事である。

相談1ヵ月後の経過

地域の保健師に相談をしており、精神科医に相談するケアカンファレンスをもつ等した。本人の状況は大きな変化なし。

Case No. 28

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、男性、独居、要介護1、キーパーソンは他県在住の甥、姪 |
| 相談内容 |
| <p>ケアマネジャー、甥、姪等関係者の知らない間にご本人が不動産業者にマンションを勧められ、自宅マンションを売却し、新しいマンションを購入する契約をしてしまった。計数百万円の領収書が発見されており、手付け金と思われるとのこと。本人は認知症が疑われ、判断能力が十分とは言えないと思われるが、既に文書を交わしてしまっている契約を無効にできる方法はあるか知りたい。</p> <p>甥や姪の意向としては、もう独居は難しいので、マンション購入の方だけでも解約できれば、本人に老人ホーム等への入所を勧めたいと考えている。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>偶然ケアマネジャーが本人の家を訪問したところ、引越業者が引越の作業を進めていたため、不動産の契約をしたことが発覚。その場は何とか中断してもらい、週末は行政が休みなので週が明けてから改めて話し合うという形で収めたが、自宅マンションの家具はほとんど運び出されてしまっており、空調もないので、本人は一時的に有料老人ホームに滞在中。</p> <p>不動産業者は、2つの契約（自宅マンションの売却と新しいマンションの購入）を解除する場合には、700万円程度支払ってもらうことになるよといったことを言っているとのこと。</p> <p>区長申し立てで成年後見制度の利用を考えており、現在甥や姪は区に相談しているところ。早ければ来週火曜に精神科医による精神鑑定が行われるかもしれないとのこと。</p> <p>本人の認知症については、診断はされていないが、最近、ケアマネジャーや区の職員に対し、「金がなくなった」「自分は汚していないのに誰かがトイレに勝手に入って汚した」「知らない人が小さな穴をすり抜けて家に入ってくる」等と訴えるようになった。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p>< 弁護士 ></p> <p>契約が有効に成立したといえるかどうか：契約が有効に成立するための要件の一つに「意思能力」という概念がある。契約の当事者に意思能力がなければ、形式上契約が成立していても、それは無効な契約である、ということになる。この「意思能力」が、「契約時点」に存在することが必要である。なお、契約時点での意思能力が「存在しない」という結論になった場合には、700万円を支払う必要はなく、かつ300万円も返還せよ、という話が場合によっては出てくることになる。そこで、今回の契約時点で、本人の意思能力がどのような状態であったかが問題となる。</p> <p>成年後見が開始決定されるような状態であれば、意思能力もない、というように大体、理解して間違いはない。その証拠として、契約から近い時点で成年後見開始となったこと（本件ではまだ開始決定となっていないが）、契約の前の時点で、既に徘徊等も見られたことなどを主張、立証して、その不動産業者と戦う、ということになる。</p> <p>具体的な方法としては、弁護士に相談に行くべきであること、さらに区役所等の無料法律相談は、原則として直接受任しないため、そうではなく、受任する弁護士へ相談した方がよいと考える。</p> <p>誰が、弁護士を頼み、交渉に当たっていくか、という点については、後見開始決定後であれば、後見人がやることになる。それ以前の段階であれば、後見人候補者と相談しながらやっていくのがもっともスムーズと考えられる。</p> |
| <p>< 介護職 ></p> <p>今回のケースについてあえて介護職からの意見はない。</p> |
| <p>< 精神科医 ></p> <p>来週、精神科医による精神鑑定を行うとの事なので、今回のケースは、その判断に委ねる。その後は、法的（後見人制度 / 禁治産者）解決を専門の方に迅速に行うしか無いと、考えられる。</p> |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：弁護士） |
| （本ケースは弁護士によるできる限り早い返答が欲しいとの希望があったため、相談当日に弁護士による電話コンサルテーションを実施し、後日他職種からの意見を募った。） |

コンサルテーション内容は、上記意見の内容と同様。

相談1ヵ月後の経過

（質問紙調査の回答が得られなかったため不明）

| ケースの基本情報 |
|---|
| 70歳代、女性、独居、要介護2、キーパーソンは息子夫婦 |
| 相談内容 |
| <p>本人はヘルパーが訪問しなければ、1日飲まず食わずで寝ている状態だと思われるが、朝は着替えをすとか入浴をすとか（今は受診前日のみ）を積極的に勧めていったほうが良いのか、あるいは1人でできないことを無理に勧めず不安感を与えないよう受容的にしていったほうが良いのか？（医師の指導は、服薬・運動・水分栄養摂取）現在は週2回のリハビリ通院のみは積極的に勧めている。</p> |
| その他のエピソード |
| <p>以前はおしゃれで、海外旅行にたびたび行ったり1回で100万単位の買い物をしてきた人だが、現在は通院しない日は1日パジャマで過ごしている。1人では食事をとることも忘れており、栄養低下、脱水状態で入院したこともある。</p> <p>本人が嫁の言動にとても傷ついている。嫁は悪気はないのだが、「お母さん、もっとしっかりしてよ」とか自分の90歳になる母親よりも呆けている」などの言動が多く、本人を萎縮させてしまっていることに気づかない。息子は優しく理解しようとはしているが、正月に予約してあったホテルにどう勧めてもいっしょにこないことに腹を立てて「勝手にしろ」という状態になっている。</p> |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>主治医との連携：息子とその嫁に対する指導が重要。訪問介護は1日中付き添いをしているわけではないので、入院看護のように行き届かない。家族の介護では手が足りないのを手伝い、できるだけ入院せずに生活できるよう援助している訳だから、家族の理解不足は困った問題である。家族に対する指導は、ケアマネにとって困る問題になることが多い。このような問題には、主治医とケアマネの連携が重要で、ケアマネは主治医を巻き込むことが大切である。主治医が家族に対する指導的圧力をかけ、ケアマネがやさしく家族を援助しつつ指導していくことが大切であるが、ケアマネが直接指導すると、家族は主治医と組んでケアマネに反発を示す結果となると考えられる。ケアマネはまず主治医に相談し、在宅での全身状態管理（食事も含む）をどうするか考え、主治医に指導してもらうことが大切である。主治医の指示に従わない家族に対してどうするかを、ケアマネと主治医と話し合う構図にすべき。</p> <p>訪問看護師・保健師との連携：本人は本来入院しなければ全身状態を維持できない状態である。また、現状、家族と訪問介護とでギリギリまで面倒をみている状態である。ここに、もし訪問看護師がいれば、直接医師と話し合うだけでなく、訪問看護師を通じて主治医を動かすことができる可能性が出てくるかもしれない。また、地域の保健センターとも連絡を取り、担当保健師との連携を深めることも大切である。つまり、関係者の連携が家族を協力させる力になる。逆に、関係者が家族にかく乱されると、どうにもならない困った問題が派生してくる恐れもあると思われる。</p> |
| <p><介護職></p> <p>息子も嫁も本人に対してしっかりして欲しいという思いが伺えるので、その為にまず生活環境の中で認知症やうつ等は追い込んだり批判せず、受容的態度で家族が対応することで、進行や症状を緩やかにする事も出来るといった説明をしっかりしていく必要があると思われる。受診に付き添ってもらい、主治医より精神的なリスクを聞きかけを与える事も一つの方法である。相手によっては時間が掛かる事かも知れないが、まずは息子夫婦をしっかりキーパーソンとして、又インフォーマルとして繋ぎとめる努力をする事が先決だと考えられる。</p> <p>本人も生活リズムがあり、また認知症という事から何らかの形でマンパワーが介入していなくては入退院を繰り返す、諸症状も進行することは今後も十分にありえる為、家族や資源を十分に活用し、常に状況を把握していく必要があると思われる。本人に対してまず、受容し安心感を抱いてもらうことで、生活リズムに介入していく事も出来るのではないかと考えられる。</p> |
| <p><弁護士></p> <p>現時点で法的な問題となりうるのは、成年後見制度（ないしは成年後見契約）である。息子が本人の引き取りをできない以上、この制度を検討するべきと思われる。この制度は、本人の能力に応じて、「後見」「補佐」「補助」</p> |

と分けているので、本人の実情に応じた代理人を付けることができる。

介護度2と言うことだが、判断能力においてもかなり低下していて、また認知症と思われる所見もあるようである。服薬状況も自分で管理できないということもあわせると、検討すべきレベルに達していると思われる。

また、本人の財産状況はどうか。今のところ誰かに財産を侵害されている様子は見られないが、高価な洋服を贈与する等の行動をしているようなので、気がかりである。

加えて、成年後見人等は、財産管理を行ない、その結果介護契約の締結も行なうことができるので、適切な介護を受けさせていくことができると思われる。

問題は申立人だが、この事例ですとやはり息子になると思われる。その意味でも息子の理解は不可欠と思われる。息子を通じて社会福祉協議会に成年後見制度の利用を相談してもらおうのがよいと考えられる。

電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医）

本来なら内科医が家族全員に姑の認知症を理解させる努力をすべきで、ケアマネジャーが介入するのはとても困難である。内科医にケアマネジャーが認知症の扱い方を教えるわけにも行かないから、保健所、精神科医との連携が必要である。当該区内で地域活動をしている精神科診療所を2～3紹介し、保健所とも共同して地域の精神科医と結びついて対応を考えるのはどうかと提案した。

相談1ヵ月後の経過

（質問紙調査の回答が得られなかったため不明）

Case No. 30

| ケースの基本情報 |
|--|
| 90歳代、男性、独居、要介護5、キーパーソンは息子（住所不明） |
| 相談内容 |
| 息子が本人の食事や居住環境に関して、ケアマネジャー、ホームヘルパーに制限をするため（詳細は下欄参照）十分な介護、環境整備が行えず、本人の清潔、栄養状態が保たれていない。何とかしたいが、息子の同意が得られない。どう対応していったらよいか。 この状況は介護放棄にあたらぬのか、あたるのであれば何か対応策はないのか知りたい。 |
| その他のエピソード |
| 息子は、「本人は歯が弱く、糖尿病もあるから」と言って、本人の食べ物を制限している（だいたい場合は息子が購入して下記の訪問介護事業所に頼んで家に運んでいるのだが、ホームヘルパーが買い物をする際にも、パン、牛乳、豆腐程度しか買わせてもらえない。） 主治医は本人の糖尿病について、「高齢なので特に食事制限は必要ない」と言っている。服薬も管理が難しいのでしていない。 息子は、「家の状況が変わると本人が落ち着かなくなるから」と言って、屋内の掃除を許可しない。トイレの水道はずっと詰まった状態でヘルパーが毎回バケツで流している。本人は長い間風呂に入っておらず、ときどき本人の気分が乗ったときに、ヘルパーが身体を拭くだけ。歩行が危ういため手すりをつけることを提案したが、息子が拒否したためつけていない。 主治医は本人の状態を「低栄養状態」としており、入院を勧めている。しかし、本人は拒否しており、息子も拒否をしている。 本人と息子の間には以前から深い確執があるとのことで、本人は息子に決して会おうとしない。息子は本人と直接会っていないが、本人のことを心配して（と息子は言っている）食事等についてホームヘルパー等に指示をしている状態。 本人の財産状況は、本人名義の不動産が億単位であるとのこと。金銭の管理については詳細は不明だが、気がつくといつもポケットにお金が入っていたりするとのこと。（4つの訪問介護事業所のうち1つと息子が密に連絡を取っており、食品等の買い物や現金についても、その事業所を通して息子が本人に渡しているのではないかと、相談者は考えている。これらのやり取りについては、ケアマネジャーを通す形ではなく、直接息子と事業所が連絡を取っている。） |
| 各専門職の意見 |
| <精神科医> このケースについては、取り敢えず「身体疾患として急を要するかもしれない」という視点が、第一に必要と考えるが、緊急性の判断は、本人の現在症状を把握している主治医が行うことである。したがって、主治医の判断を中心として、行政と協力して緊急保護を検討すべきと考えられる。 主治医の言う「低栄養状態」という診断名から、栄養失調症、栄養障害という病名が思い浮かぶ。これは、多くの場合食事による栄養素の摂取が不適当な際に生ずるもので、体重減少、下痢、貧血、低体温症、感染抵抗性低下などを症状とするものである。季節柄もあり、本症例の場合感染抵抗性低下を重視すべきと考える。 |
| <介護職> 息子は本人宅にはあまり行かないようなので、ケアマネジャーが本人の本当の気持ちをゆっくり聞いてあげるのはどうか。例えば日々のヘルパーは本人に何が食べたいか聞いてあげているのだろうか。風呂も入ってみれば気持ちよさが蘇るかもしれない。自分はこうして生活したいとか、手すりがあれば歩けると思っているかもしれない、外へ出たいと思っているかもしれない、それともそういった意思疎通が困難なほどの判断力になっているということかもしれない。 本件は、主治医の役割とケアマネジャーの役割は大きいと思われる。息子がもし多少なりとも、まともであれば、月に一度事業所に来るときをねらって、本人宅でのサービス担当者会議を開いたらどうだろうか。当然主治医に出向いてもらう。低栄養状態があり入院を勧めているということは単なる食事指導ですまない段階かとも思われる。そうでないにしても主治医から直接息子に本人の状態と危険度と対応すべき緊急性を話してもらうことが |

| 必要である。入院とまで行かないとしても栄養面での管理が当面の生活上必要と医師から話されれば、サービスのあり方を老健入所やショートステイのロングなどをケアプランのあり方の変更を息子に了解させることができる可能性がある。 本人の判断力が低下していて、息子の反応が医師の指示を含めた全てに拒否的で、医師の本人の心身状態の判断如何によっては、緊急ショートステイなどで心身の安定を確保しつつ成年後見制度を検討していくことになると考えられる。 ケアマネジャーとしては4つのサービス提供事業者と息子との関係も意思統一して置いたほうが良いと考えられる。そのためにもサービス担当者会議は必須である。 |
|--|
| <弁護士> 自民党が平成17年1月20日に高齢者虐待防止法案（虐待を見つけた場合の通報義務や立入権等を規定）をまだ提出したばかりの法整備が遅れている分野の問題だと思われる。 本件事案は、「低栄養状態」とのことだが、本人の状況が不明であった。緊急性のある虐待事案なのか、それとも緊急性がなく、福祉事務所、役所への相談、見守りを通じて解消できる介護怠慢にとどまる事案なのか判断する必要があるのではないかと思われる。 |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| 身体面、精神面などについては、担当者は、診察をしていないので医師として責任ある発言はできない。 担当者個人としては、身体状態、清潔・栄養状態の改善を試みることは、主治医、キーパーソン、ケアマネ、行政関係者などの責任・義務であると考え。その上で、追加情報を勘案すると緊急性が当初よりも高いと感じられる。すなわち、このままでは、感染症、褥瘡の発症の可能性が高く、年齢・「低栄養状態」を考慮すると、これらが発現した場合には、生命にかかわる問題であると考えられる。 対策の具体案は、主治医に、診断に基づくリーダーシップをとってもらった上で、サービス担当者会議が必要。他の親族、行政（区高齢者福祉課）の参加も試みるべき。精神科医としてはケアマネの常識的な業務を制限するような長男は介助放棄による高齢者虐待のように思える。その結果によって、緊急ショートステイから成人後見人制度などの方策を検討してはどうか。法律的には、現在「高齢者虐待防止法案」が提出されているとのことである。また、虐待親族を本人から引き離すために、後見申し立てを、区長申し立てで行った事例がある。いずれにしても、本例は「見守り」で、日々を過ごしてはならない事例と思われる。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| （質問紙調査の回答が得られなかったため不明） |

Case No. 31

| ケースの基本情報 |
|---|
| 80歳代、女性、夫と2人暮らし、一酸化炭素中毒症の後遺症あり、キーパーソンは近隣在住の娘 |
| 相談内容 |
| 足元がふらつき、危ないにもかかわらず、家の中は足の踏み場がないほど荷物が積み上げてあり、トイレのドアが半分しか開けられないほどである。スーパーの袋にギュッとはいった荷物がどの部屋にも積み上げてある。この荷物をどうしたら危なく無いように片付けられるか。認知症と関係しているか。他の精神的要因があるのか。 |
| その他のエピソード |
| 一酸化炭素中毒後遺症のため、とにかくふらつきがあり、何かにつかまらなると歩けない。 |
| 各専門職の意見 |
| <p><精神科医></p> <p>ここの述べられている種々の症状が、一酸化炭素中毒になる前か後かで話が違ってくる。中毒の前なら、既に別の病気（認知症も含め）が存在していると思われる。中毒後であれば、一酸化炭素中毒の後遺症としてこれらの症状の全てが説明可能である。一酸化炭素中毒後遺症として、認知症症状、健忘症候群、人格水準の低下、感情の易変性、パーキンソン症候群、四肢の運動麻痺、眼振等、このケースに述べられている全てのものが起こり得る。足のふらつきについても、整形外科的問題なのか、後遺症によるものか、きちんと鑑別する必要がある。</p> <p>現在通院している病院は、このケースについて自信のないような発言もしているようであり、対応も充分でないようである。転医をするなら、MRI、脳波等の検査もできる総合病院で、精神科又は神経内科が、脳器質疾患をきちんと診られる所がよいと思われる。</p> <p>治療は急性期を過ぎているので、薬物療法、リハビリ等も考えられるが、その効果が限度があることもあり、その場合は、家族内で対応が困難で、近隣の住人にも迷惑がかかるようなら、精神科入院又は認知症対応できる特養等への入所が必要となると思われる。</p> |
| <p><介護職></p> <p>本人はいくつもの周辺症状があり、80歳代の高齢である事から、対象者が荷物を片付けるのは困難だと思われる。夫のことが触れられていないが、夫もやはり高齢で困難なのだろうか。</p> <p>娘は対象者に片付けるよう言っているようだが、なぜ娘自身片付けられないのか。一度に処分していくのは困難と思われるので、少しずつ片付けていった方が、対象者の被害妄想に繋がるかどうかの状況も見られてよいと思われる。できれば、娘が片付けることが混乱を最小限にできるかと思われるが、可能であればヘルパーにも生活環境を整える意味で少しずつ定期的に片付けてもらってはどうか。</p> |
| <p><弁護士></p> <p>「ものが沢山あるのに買ってしまう」という点が、成年後見に一応関係してくる。（不明だが）夫や娘のサポートがあれば、それほど問題でないかもしれない。また生活に支障のない無駄遣いは、気持ち・生活のうるおいと考えてよいのではないかと考えられる。金額が大きい（10万円を超える）、あるいは金額はそれほどなくても収入との関連で生活に支障を来たすようであれば、後見申立てを検討しなければならない。</p> <p>判断能力低下の程度が不明だが、財産管理、契約ということになると、補助でなく、保佐、後見レベルかもしれない。まず、主治医に成年後見申立用の診断書を書いてもらう必要がある。</p> |
| 電話によるコンサルテーションの内容（担当者：精神科医） |
| 各職種の見解を伝え、一酸化炭素中毒後遺症による問題かどうか、またこの問題点について対応について話をした。 |
| 相談1ヵ月後の経過 |
| ケースの経過については不明だが、本人の症状の原因についての理解の手がかりが得られたとの回答を得た。 |

- 2 研修会形式のコンサルテーション試行

一2一1 目的

本年度に、MELETEC方式による電話相談窓口を開設したところ、しばらくは相談の無い日もあり、平成15年度の同研究調査で予測された対応困難事例の頻度の多さを考えると、極端に相談電話の数が少なかった。(16頁参照)

そこで、なぜ電話相談が少ないのかについて分析を行った。電話相談件数が少ない理由として幾つかのことが推測された。

広報活動の不足(電話相談を案内するチラシを配るだけでは宣伝が足りない)

利用の仕方が分かりづらいのではないか(専門家が受ける相談にどのようなことを相談して良いのかわからないのではないか)

相談する側の不安感(相談を受ける側の顔が見えないので不安なのではないか)

介護支援専門員が多忙(業務が忙しく電話をかける暇がないのではないか)

といったことである。

これらの推測を検証するためには、直接に介護支援専門員と接点を持つ必要があったこと、加えて、本事業の目的である精神的な問題や成年後見制度などについて介護支援専門員を啓発するためにも、専門家が介護支援専門員の集まりに出向いて研修・講習(通称、出前講座)を行った。行ってみてすぐに判明したことは、参加者が多く、活発な質疑があり、効果的な啓発の場となっただけでなく、様々な対応困難例について大変積極的な相談の場にもなったことである。言うなれば「研修会形式のコンサルテーション」である。また、これがMELETEC方式の電話相談の宣伝の場にもなった。このような経験から、「研修会形式のコンサルテーション」をMELETEC方式の電話相談を補強する仕組みとして明確に位置づけて、本格的に実施することになった。

具体的には、メンタルケア協議会主催で専門家連携のコンサルテーション型のシンポジウムと、各市区町村のケアマネ連絡協議会で開催されているケアマネ研修会の場を借りて専門家の講演を行い、併せて、その場を借りて、集団的、個別的コンサルテーションを実施することとした。研修会形式の啓発形コンサルテーションとMELETEC方式の電話相談窓口によるコンサルテーションの2つのタイプのコンサルテーションを併せて行うこ

とで、それぞれのコンサルテーションの利点と弱点について、また、2つのコンサルテーションが相乗することの効果について明らかにしようとした。

一2一2 方法

メンタルケア協議会が主催して専門家連携コンサルテーション型ミニシンポジウムを1回開催した。また、地域の介護支援専門員連絡会の場を借りて研修会を3回行った。前者は、東京23区のうち西側5区ほどの在宅介護支援センターおよび居宅介護支援事業所800件ほどに宣伝チラシを配布した。後者は、それぞれの介護支援専門員連絡会から、会員に案内を送付してもらった。

講演は、よくある困難事例をモデルに挙げて、講師が相互にその事例について意見を交換する形式で行った。コーディネーターや司会がケアマネの立場に立って、精神科医や弁護士の講師に対して積極的に質問するようにした。講義は、事例に関連する事項として途中で短時間挟む程度とした。何れの会においても、事前に相談したい事例があればFAXで送ってもらい、メンタルケア協議会で準備したモデル事例と似た事例は講演の中で取り上げ、それが難しいものは講演終了後に一つ一つ、講師から簡単に意見を述べた。時間の関係でまったく取り上げられなかった事例は、後日講師から電話等で個別に意見を伝えた。講演終了後、残り時間いっぱいまで当日の質問や相談を受けることとした。

また、シンポジウム及び各研修会の参加者にアンケート用紙を配布し、終了後に提出してもらうようお願いした。

各シンポジウム及び研修会の概要と、取り上げたモデル事例、説明資料、アンケート用紙は次のとおりである。

- (1) メンタルケア協議会主催ミニシンポジウム
日 時：平成16年11月21日(日)
会 場：ホテルサンルート東京3F「芙蓉の間(西)」
講 師：橋場 隆志氏(橋場隆志法律事務所・弁護士)
須貝 祐一氏(浴風会病院・精神科医)
服部万里子氏(介護支援専門員)
コーディネーター：服部万里子

- (2) 豊島区介護支援専門員連絡会における研修会
日 時：平成17年2月21日 18:00~20:00

場 所：豊島区 7F
講 師：橋場隆志氏（橋場隆志法律事務所・弁護士）
長尾佳子氏（社会福祉法人同胞互助会理事・精神科医）
司 会：吉江 悟（電話相談員）西村由紀（メンタルケア協議会事務局）

（3）西東京市介護支援専門員連絡会における研修

日 時：平成17年3月9日 17：00～19：00
場 所：西東京市保谷こもれびホール 小ホール
講 師：橋場隆志氏（橋場隆志法律事務所・弁護士）
長尾佳子氏（社会福祉法人同胞互助会理事・精神科医）
司 会：吉江 悟（電話相談員）西村由紀（メンタルケア協議会事務局）

（4）世田谷区玉川地区介護支援専門員連絡会における研修

日 時：平成17年3月18日 15：30～17：30
場 所：世田谷区玉川総合支所4F 1～2集会室
講 師：橋場隆志氏（橋場隆志法律事務所・弁護士）
長尾佳子氏（社会福祉法人同胞互助会理事・精神科医）
司 会：吉江 悟（電話相談員）西村由紀（メンタルケア協議会事務局）

一2一3 結果

（1）参加者

メンタルケア協議会主催ミニシンポジウム……約80名
豊島区介護支援専門員連絡会における研修会……約20名
西東京市介護支援専門員連絡会における研修……約100名
世田谷区玉川地区介護支援専門員連絡会における研修……約60名

（2）参加者の反応

ミニシンポジウムと西東京市の研修会では、事前に相談事例が5～10例ほど寄せられた。講演の中で寄せられた相談事例についてできるだけ多く触れ、一般的な意見を返せるようにした。

豊島区や世田谷区の研修会は参加者が少なかったこともあり、事前に相談事例は寄せられなかった。しかし、講演の途中や終わりに質問が多く、特に豊島区では後ほど具体的に相談したいとの申し出があった。

西東京市の研修会は、会場が大きかったこともあり参加者とのやり取りが多少やりにくい面もあった。また、冒頭に長く法律的な説明を行ってしまったため、参加者の集中力がとぎれてしまったような印象を持った。

参加者アンケートの結果を資料16、17から示すが、

概ね講演内容には役に立ち、専門家によるコンサルテーションを利用してみたいという意見が多かった。専門家によるコンサルテーションは不要だという意見も少数あったが、その一番の理由は現場で役に立たないことが多いからであった。

アンケートでは相談窓口を利用したいという意見も多かったが、後日に電話相談の件数が増加することはなかった。

一2一4 考察

研修会形式のコンサルテーションを併せて行うことで、電話コンサルテーション事業に与えた影響について、考察する。

参加者アンケートから見られるように、専門家の相談を必要としない理由として、精神科医や弁護士などの専門家の意見は現場で役に立たないと思われることが第一に挙げられた。また、専門家の相談が必要と答えた人の中にも、「専門家は介護についてある程度知識のある方が前提」「現場を知っている人なら」という意見が見られた。研修会形式のコンサルテーションは、このような人たちの不安を払拭するものでなければならない。介護する側の立場や困難を理解し、現場に即した意見をもらえることを証明する内容でなければならない。そのため、専門知識を羅列するような講義は逆効果であり、事例を挙げて分かりやすく噛み砕いた言葉で、現場に役立つ形のプレゼンテーションが重要であると思われた。

どのような相談窓口であれば積極的に利用したいと思うかという設問では、「気軽に相談できること」という回答が多く見られた。専門家の相談というよりは敷居が高いことが予想される。また、「きちんと解決に近づく回答をもらえること」など具体的な結果を期待するものや「秘密が守られるのであれば」という心配もあることがわかる。コンサルテーションを主催している機関やシステムの信頼性、相談に応じる相談員や専門家の人柄などがわかれば、安心して相談できる要素となるであろう。研修会形式のコンサルテーションでは、コンサルテーション機関と相談に応じる相談員や専門家のアピールを行うことも重要である。また、相談内容の取り扱われ方などコンサルテーション・システムの詳細もオープンにする必要がある。

アンケートの中で、相談時間については「相談したい時間にいつでも開いていること」を求めていることがわかった。具体的には、忙しい日中よりも夕方から夜間にかけて、メールやFAXやホームページなどを利用して、いつでも思い立ったときに利用できることが求められていた。相談対応については、「気軽に」という一方で「同行訪問も」という意見が見られた。どの程度の内容

で相談してよいか迷うため、簡単な質問でも受けてくれるくらいの敷居の低さが必要で、なおかつ対応については場合によって深く関わってもらうことが要求されている。このような、相談者のニーズを把握することも研修会形式コンサルテーションの役割であると思われた。

電話コンサルテーションを行う上で研修会形式のコン

サルテーションを並行的に開催することは、有意義であると思われた。しかし、その効果は数回では現れるものではない。地道に繰り返し開催していくことで徐々にコンサルテーション機関の信頼を確立し、それによって相談件数も増えるのではないだろうか。

講師の視点から

（精神科医 長尾佳子）

ケア・マネジャーの関る在宅介護ケア・マネジメント上の対応困難事例を中心に、三者連携（精神科医、弁護士、介護専門員）による、支援のための研修会が3地域（豊島区、西東京市、世田谷区）で開催された。いずれも関心度は高く、初参加者も含め多数の介護支援専門員、サービス提供責任者などの参集を得た。一般に困難化しやすい事例や要因の解説、地域から提出された事例への対応提案、助言などを行った。個別情報の秘匿に関しては、特に個人情報保護の観点から充分留意した。

参加者の反応はアンケート（この項参照）に如実に現れており、コンサルテーションの必要性については多数の参加者の認めるところで論をまたない。しかし少数ながら、事業所内での討議で事足りる、実際に役立たない、費用対効果に疑問、など、これまで経験されたコンサルテーションに対する否定的見解もみられたことは、コンサルテーションの内容は、相談者に何らかの、実現可能で有用な情報をもたらすものであるべきこと、相談窓口を常設する場合、公的財源で行われるか、事業所の経済負担を伴うか、などの考慮が必要であることが示唆され、一考に値する。

法律専門職（弁護士）からは、介護保険サービス提供上で生ずるさまざまな法律的問題について、法制度とその解説、具体的に対応する場合の一般的考慮点、提出事例の問題点の解説と対応手法などにつき講演があり、通常では得られにくい内容の研修の機会であり、法律的知識や介護サービス提供上の新たな視点の獲得など、業務上極めて有用で、参考になったとの評価が高かった。

精神科医からは、は対応困難事例に遭遇した場合の相談の重要性、相談窓口、機関等の紹介、保健福祉センターとの連携（保健師の関与と援助）などを説明、事例を介しての、問題の把握、精神医学的解説、生活面への視点の重要性、及び対応のあり方について、認知症、及びいわゆるBPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia）、器質的脳障害、人格障害、家族や関与者のメンタルヘルス、等多岐に亘り話題を提供した。概ね、介護現場に即応した専門的解説は参考になった、日常業務に役立てたいという評価が得られた。

このような研修の機会は、多数の参加者が情報を共有できるという利点は大きく、開催の意義もある。しかし、限られた時間内での制約もあり、個々に亘っての十分な質疑、討議は尽くせない。個別の相談とも相補すべきものといえる。定期的な開催を要望する声もあり、主題を絞った内容の研修を度々企画する必要もあろう。研修参加者の中からは、ケア・マネにとどまらず、介護に関与するヘルパー、家族その他の相談の期待もあり、相談からさらに進んで、専門職の介入を望むものもあった。各地域が行政を中心に、それぞれの介護関係者支援システムを構築する上でも、示唆に富むものであったといえる。

平成16年度 メンタルケア協議会 ミニシンポジウム

在宅介護のケアマネジメントで 困っていることを 精神科医・弁護士と話してみよう

MELETEC forum

このフォーラムは、厚生労働省補助事業「未来志向プロジェクト」『介護福祉サービス事業者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構築のための研究調査』の一環として開催します。

在宅高齢者や障害者のケアマネジメントを行っていて、対応が難しいと感じることがたくさんあるのではないのでしょうか。痴呆やうつ状態その他の精神的問題があったり、金銭管理や親族の争い、虐待など法律的問題がある場合には、精神科医や弁護士の意見が役に立つこともあるのではないのでしょうか。メンタルケア協議会では、精神科医と弁護士と介護専門家の3者が連携するケアマネジャーのコンサルテーションを厚生労働省の補助研究事業として行っています。

今回は、3人の専門家が介護現場でよくある困難な事例の解決方法を検討する、公開コンサルテーションを行いたいと思います。お気軽にご参加下さい。

この機会に、3人の専門家に聞いてみたいことがありましたら、参加申込書と一緒に送って下さい。皆さんの多くが困りのことを取り上げていきたいと思っています。

- 講師
須貝 佑一（浴風会病院・精神科医）
橋場 隆志（橋場隆志法律事務所・弁護士）
服部万里子（城西国際大学教授・ケアマネジャー）
- コーディネーター
服部万里子

期 日 ●平成16年11月21日（日）
15:00～17:30 シンポジウム

場 所 ●ホテルサンルート東京「芙蓉の間(西)」
〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-3-1
TEL 03-3375-3211
JR・小田急・京王・地下鉄都営新宿線 南口より徒歩3分
都営地下鉄大江戸線A1出口すぐ横

定 員 ●80名
参加費 ●無料

*裏面の参加申込用紙にてお申込みください。



特定非営利活動法人

メンタルケア協議会
Japanese Association of Mental Health Services

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

〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-55-14 セントヒルズ代々木802 電話/03-5333-6446 Fax/03-5333-6445

参加者の立場から

一啓発研修・集団コンサルテーション・対面コンサルテーションの有効性、
匿名による電話コンサルテーションと比較して一

（介護支援専門員 渡辺 登）

ケア・マネジャーは、利用者・その家族の生活全体を支える為、業務遂行上、ある特定の専門的な領域の知識や技術についての助言が必要となる。しかし、現在のケア・マネジャーの資格要件はさまざまで、幅広い知識を持って業務についている人は少なく、また業務の忙しさもあって日々業務をこなすことで精一杯なのが現状である。

匿名による電話コンサルテーションによる助言は、より専門的な見地から問題解決の方法を示唆するものとなりますが、必ずしも業務を具体的に遂行するケア・マネジャーにとって直接役に立つものとは限らない。その理由としては、どうしても利用者の生活全般を評価しての助言ではないので、逆にケア・マネジャーはその助言が役に立つものかどうかを評価する立場になり、結局採用の判断は個々の能力と裁量に任されてしまうことになる。コンサルテーションと同時に裁量の部分にスーパービジョンが必要になってきてしまう。つまり匿名による電話コンサルテーションによる助言は、ケア・マネジャーの業務上の環境（一人・複数のケアマネの事業所かなど）や経験がコンサルテーションの有効性に大きく影響してくると思われる。

啓発研修・集団コンサルテーションは、他の事例を通じて検討されたケースの問題解決方法とそれに伴って出てきた専門的な知識や技術が、自分の担当するケースに応用できることが多く、効率性の面からも非常に有効と考える。ただ一方通行での集団コンサルテーションでは個人的な気持ちや問題に触れることはないため、質疑応答に工夫をしたり、またグループディスカッションの時間を作るなどの形式を検討・工夫する必要がある。例えば、事例報告後に他のケア・マネジャーと意見交換を行うことで、個人的な問題に触れることが出来て、さらに踏み込んだ質問が挙がり、より有効なコンサルテーションに繋がり、その後の匿名による電話コンサルテーションに発展するなど、参加したケア・マネジャーの質の向上や参加者の満足度の向上が図られる。

対面コンサルテーションが可能であれば、ケア・マネジャーにとって非常に有効ではと考える。コンサルタントの顔が見えないと、いくら良い助言であったとしても、コンサルテーションの採用が難しいが、事例検討会やケース会議にコンサルタントが参加（お互いが近い関係）することで、事例についての生活全般を評価しての助言をもらえるので、非常に有効な助言として採用されることが多くなると思われる。しかし、コンサルテーション関係から、ケースに関する責任や個人情報保護の問題から、実際には対面コンサルテーション形式はケア・マネジャーにとって有効であるが導入は難しいと考える。

ケア・マネジャーが業務を行う上で必要なことは、近隣にスーパービジョンを行うスーパーバイザーの存在と、専門的な相談にのってくれるコンサルテーションを行うコンサルタントの両方が存在することである。ケア・マネジャーのサポート体制の構築により、バーンアウトを防ぎ、質の高いケアマネジメントが行われるのではと考える。

フォーラム事例1

親の痴呆が受け入れられず、介護者が精神的に追いつめられている事例

| ケースの概要 | |
|--|---|
| 家族構成： ・本人 ・本人の娘（60歳代） | 性別：男・ 女 年齢：90歳代 日中の生活形態：時々独り キーパーソン：娘 自立・要支援・要介護 1・ 2 ・3・4・5 |
| 現在利用しているサービス： 与 | 通所介護2回/週、訪問介護2回/週、短期入所1週間/月、車いす、特殊寝台貸与 |
| 現症(身体疾患)：H16带状疱疹。最近外出時に転倒し顎部外傷あり。腰痛。 | 現症(精神疾患)：H14～アルツハイマー型痴呆症。(精神科受診したが、薬の効き目がなく娘の意向で通院は中止している) |
| ADL：下肢筋力の低下がみられ、歩行時ふらつきあり。衣類の着脱、排泄、食事摂取は自立。入浴は一部介助。 | |
| 収入・財産状況：年金(2ヶ月に1回、20万程度) 娘の週2回のパート収入(月3～4万) | |
| 判断能力に関連する事項：日常生活の意思決定は、その場のみはできるが、すぐ忘れる。金銭管理は娘が行っている。 | |
| 問題となっていること | |
| <ul style="list-style-type: none"> 同居の娘は痴呆のある母親の介護に疲れきっている状態。 本人は本来おおらかで暢気な性格だが、同じことを何度も聞いたり、感情の起伏の激しいときには、些細なことで娘に手をあげることもある。タバコを吸い、衣類に穴を開けても分かっていない。娘がそれを指摘すると怒って言い訳する。妄想があったり、娘の介護に抵抗して暴言を吐いたりすることもある。 娘は、母親が痴呆だと理解しているが、ときには受け入れられずヒステリックになり、母親に手をあげてしまうことがある。娘から「一緒に死にたい」等の発言もある。 本人意向と異なり、娘が勝手にサービスを断ることがある。 独りになると不穏になるため、独りにできない。 | |

フォーラム事例2

若年の脳血管疾患後遺症によるうつ症状の人の事例

| ケースの概要 | |
|---|--|
| 家族構成： ・本人 ・本人の母親（70歳代） | 性別： 男 ・女 年齢：40歳代 日中の生活形態：母親と2人 キーパーソン：母親 自立・要支援・要介護 1・ 2 ・3・4・5 |
| 現在利用しているサービス：通院介助のみ | |
| 現症(身体疾患)：H10頃のくも膜下出血の後遺症で左半身に麻痺あり。常に頭痛、肩こり、胃に不快感 | 現症(精神疾患)：うつ(精神科受診し、服薬中) |
| 服薬状況：抗うつ剤を処方されている。ときどき飲み忘れがあるため、母親が管理している。 | |
| ADL：室内は装具をつけ手すりなどを伝って何とか歩く。外出時は車椅子を利用。排泄、入浴は母親の介助が必要。 | |
| 収入・財産状況：月々の収入は本人の障害者手当(1種1級)と母親の厚生年金。財産は現在住んでいるマンション。お金は特に困っていないとのこと。 | |
| 問題となっていること | |
| <ul style="list-style-type: none"> くも膜下出血の後遺症で麻痺があり週に2回リハビリを行っているが、主治医から「半身麻痺の改善は期待できない」と言われている。本人の回復期待は大きく、現状を受け入れられずにいる。 外出することは吐き気を催すほど不安が大きいため、人と接することもできず、閉じこもりがちな生活。 ストレスが溜まり、母親に対して、暴言や「殺してくれ!」と興奮することもある。 母親がほぼ付ききりで介護をしているため、入浴等の身体介護は訪問介護を利用したいが、本人は母親以外を受け入れない。 通院介助のみ男性ヘルパーが行っているが、ヘルパーと目を合わせることができず、会話もほとんどないとのこと。 ショートステイやデイサービス利用には拒否的。過去にショートステイを利用したが、「あんなところには行きたくない」と母親に漏らしていたとのこと。 母親にも、他人に介護を任せられないというところがみられる。 | |

2004/11/21

NPO 法人メンタルケア協議会 MELETEC フォーラム
アンケート用紙

※ 無記名でも結構ですが、職種だけでもお書き下さい。

| | |
|--------------------------|----|
| 氏名 | 職種 |
| 所属 | |
| 連絡先<FAX or E-mail or 住所> | |

本日のシンポジウムについて、ご感想やご意見がありましたらお書き下さい。

帰りの際にお出してください

メンタルケア協議会専門家連携型サービスコンサルテーションセンター研究班 ケアマネ研修
在宅介護のケアマネジメントで困っていることを
弁護士・精神科医と話してみよう

- 講師： 橋場 隆志（橋場隆志法律事務所・弁護士）
長尾 佳子（社会福祉法人同胞互助会・精神科医）
- 期日： 平成17年 3月 9日（水） 17:00～19:00
- 場所： 西東京市保谷こもれびホール 小ホール
- 参加費： 無料

<プログラム>

- 17:00～ 開会の挨拶
- 17:05～ 連絡等
- 17:15～ ご挨拶・講師紹介
- 17:20～ 事例を中心とした講演
事例1（金銭の管理や、契約書代筆を頼まれた）
事例2（嫌がらせ・暴力・セクハラ・・・契約を解除したい）
事例3（家族等による精神的・身体的・経済的虐待が疑われる）
※ 事例毎に関連の質疑を多少お受けします
- 18:40～ 会場からの質疑応答
- 18:55～ 閉会の挨拶

★ 終了後、別紙アンケートにご回答頂き、受付にて回収させて下さい。ご協力をお願いします。

<講師紹介>

橋場隆志（はしばたかし） 橋場隆志法律事務所

東京大学法学部私法学科卒業
東京弁護士会 高齢者・障害者の権利に関する特別委員会委員 虐待防止部会員

長尾佳子（ながおよしこ） 社会福祉法人同胞互助会理事

千葉大学医学部卒業
東京医科歯科大学で精神医学を学ぶ
同大文部教官、松沢病院医長、浴風会病院医長、都立中部総合精神保健福祉センター医長
などを経て、現在は社会福祉法人理事、老人施設嘱託医 ほか執筆、研修、講演会講師など主として高齢者の精神保健福祉に関っている

※ この研修事業は、厚生労働省補助事業【未来志向研究プロジェクト】『介護福祉サービス事業者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構築のための研究調査』の一環として開催します。

JAM NPO メンタルケア協議会

〒151-0053渋谷区代々木1-55-14セントヒルズ代々木802号
tel. 03-5333-6446, fax. 03-5333-6445, E-mail. office@npo-jam.org

研修レジメ (2005.03.09)

ケアマネ、ホームヘルプの対応困難事例

橋 場 隆 志

1、対応困難事例に関する法制（「資料」参照）

- サービス利用契約の関係「措置から契約へ」
- 利用者 事業者と対等の立場で事業者およびサービスを自由に選択できる。行政による措置の受託者から、サービス契約上の当事者へ。
- 事業者 事業者はサービス利用契約に関するあらゆる問題を自ら処理しなければならない。業務は契約関係が基本であるが、その公共性および利用者保護の観点から法令上業務は様々な規制を受ける。（事業者としての指定およびその取消、監督、人員および運営に関する基準、等）

定義 介護保険法第7条6項、18項

- 訪問介護（ホームヘルプ）の業務（その範囲）
- 介護支援（ケアマネジメント）の業務（その範囲）

サービス提供拒否の禁止「人員・運営に関する基準」「同基準について」

- 一般の契約当事者との違い 対応困難発生の背景。
- 「不適切なサービス提供要求に対する対応」(事業運営の取り扱い等について)

対応困難事例の類型

- 事例 本来の業務範囲を超えたサービスの提供。（負担になる、法的な責任は？）
- 事例 サービス提供に伴う障害。（無理な要求、暴行・暴言・セクハラにも我慢しなければいけないか）
- 事例 介護放棄、経済的搾取、介護者もしくは被介護者のサービス拒否。（ケアマネ、ヘルパーはどうしたら良いのか）高齢者虐待

2、事例 の検討

（利用契約の代筆、利用料の支払、ショートステイの送迎手配）

ケアマネの業務に含まれるか。ヘルパーならどうか。

居宅サービスの適切な利用に必要な（関連する）サービスの場合は、断りにくい。

- 必要最小限度に止める。（日常生活上、不可欠な事項。日常品購入契約、支払いなど）
- 保険給付外サービス、あるいは純粋なボランティアとして明確に位置付ける。（ボランティアでも責任は伴なう）
- 代筆（署名代行）…契約の有効性に疑いが生じる（代理権の有無―自署の重要性）。特に実質的に利益相反となる場合は不可。（介護支援契約、自己の帰属する介護サービス業者とのサービス利用契約）

財産管理

- 賃料収入を伴うようなマンション管理などは、介護サービスとはほとんど関係なく、純粋な財産管理（金銭・不動産の管理、法律事務）である。
- 「痴呆症状がほとんど認められず、判断能力に特に問題はない」としても、90歳という年齢は、それなりの判断能力の低下はあると考えるべきである。（「頼んだ覚えがない。」「預金がいつの間になくなった。」）法定後見（保佐・補助）の申立が本筋である。
- 「任意後見契約」の適否。「望ましい任意後見契約」からすれば、適切とは言えない。 90歳なら即効型（将来型、移行型）が前提となるが、本人の判断能力に疑問。

3、事例 の検討

サービス利用契約の解除は可能か。（どこまで我慢しなければならないか。）

- サービス契約解除について直接の基準はないが、契約解除は包括的な「サービス提供の拒否」であるから、サービス提供拒否の「正当な理由」の問題に還元できる。
- 契約解除の理由―「正当な理由」、やむを得ない事由、契約を継続し難い重大な事由。一利用側に責任がある場合に限らない。
- 契約の文言によって解除しやすくなるということは考えられない。但し、契約書別紙などに事例を列記することにより利用者に予め承知してもらうことは有益である。事業者が自由に（継続困難と認めるとき）契約を解除できるという条文を入れても、消費者（利用者）に一方向的に不利な契約として消費者契約法により無効となる。反面、契約書に記載がなくても解除は不可能ではない。無理な要求（介護給付対象とならないサービス）暴力、暴言、セクハラ、嫌がらせ、八つ当たり、など。 一応契約継

続の障害となるが、それだけで当然に契約解除の理由になるものではない。（事業所、ヘルパーの技術・経験が問われる場面でもある。）

具体的な対応

内部でのミーティング（検討と対応策） 外部専門家との相談（精神科医、弁護士等） 保険者（市町村）への報告・相談 納得によるサービス停止（合意解除） 契約（一方的）解除。

契約解除の正当性 法的な根拠であり、かつ利用者に対する説得力。

- （内容）正当の理由（やむを得ない事由）が認められること。
- （手続）必要な手順を尽くした上で、最後の手段として把える。
- （証拠）記録（苦情、事故等） 証人供述書、診断書などの収集。

4、事例 の検討

- 心理的虐待、介護者や本人のサービス拒否など、介入困難の典型である。
- 身体的虐待の事実を確認できない。（差し迫った危険はない。）
- 特に本人がサービスを拒否する場合は難しい（成人 自己決定権の尊重）
- 閉鎖的環境、長年の人間関係などが背景にあって、放置すると孤立してますます悪化する。最悪の危険も出てくる。 デイサービス、ヘルパーの関与は大切。（類似事例）
- 介護者が本人の年金などを勝手に使って、本人が必要な介護サービス、利用サービスを受けられない。（介護放棄、経済的虐待の類型）
- 介護者がサービスを拒否すると、介護保険システムでは対応が難しい。
- しかし放置できない。どのように介護者・利用者に関わっていけばよいのか。（高齢者虐待防止法案が今国会に提案される予定。）
- 本人の意思表示、身体的虐待の事実確認できれば、法的な対応が可能。

（資料）訪問介護、介護支援に関する法律、政令、省令等

1、定 義

訪問介護（ホームヘルプ） 介護保険法第7条第6項、施行規則5条

- 「入浴、排せつ、食事等の介護」
- 「調理、洗濯、清掃等の家事」
- 「生活等に関する相談助言その他必要な日常生活上の世話」
- 居宅介護支援（ケアマネジメント） 介護保険法第7条第18項
- 「居宅サービス計画（ケアプラン）の作成」
- 「サービス事業者との連絡調整等の便宜の提供」
- 「施設への紹介等の便宜の提供」

2、サービス提供拒否の禁止（訪問介護「基準第9条」、介護支援「基準第5条」）

- 「正当な理由」なくサービスの提供を拒んではならない。（共通）
- （訪問介護のみ）不適切なサービス提供の要求への対応（「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」老人保健福祉局振興課長通知）

3、サービス提供困難時の対応（訪問介護「基準第10条」、介護支援「基準第6条」）

事業の実施地域等を勘察し、適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、他事業者の紹介等の必要な措置を講じなければならない。（共通）

4、苦情処理（訪問介護「基準第36条」、介護支援「基準第26条」）

- 迅速・適切な対応、苦情の記録、市町村・国保連への協力・報告（共通）
- （介護支援のみ）国保連への苦情申立の支援

5、事故発生時の対応（訪問介護「基準第37条」、介護支援「基準第27条」）

速やかな市町村・利用者へ連絡と必要な措置、事故状況・処理の記録、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行なうこと。（共通）

ケアマネ研修事例1

寝たきりで、銀行支払や契約書類の代筆まで頼まれている事例

| ケースの概要 | |
|--|---|
| 家族構成： ・独居 ・妹がいるが連絡をとることを本人が拒否 | 性別：男・ 女 年齢：90歳代 日中の生活形態：独居 キーパーソン：なし 自立・要支援・要介護 1・2・3・4・ 5 |
| 現在利用しているサービス：巡回ヘルパー2回/日、訪問介護2回/週、訪問看護2回/週、短期入所 | |
| 現症(身体疾患)：不明 | 現症(精神疾患)：痴呆症状はほとんど認められず。 |
| ADL：完全に寝たきり。 | |
| 収入・財産状況：マンションなどを所有しており、その家賃収入がかなりある。 | |
| 判断能力に関連する事項：特に問題は認められない。お金の出入りについては自分で把握している。 | |
| 問題となっていること | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・以前は知人にお金を渡して毎日の食事の世話から諸処の手続まですべて行っていたが、その知人との関係が悪くなりやめる方向となった。そのため、ショートステイの送迎手配、契約書類の代筆、銀行の支払等、様々な手続などをケアマネがやる羽目になってしまった。ケアマネの負担が大きいことと、法律的問題が心配である。 ・日常の金銭管理は本人が把握しているが、お金の引出などはヘルパーなどが代行している。お金を預かること自体と、お金の細かい本人とトラブルになることが心配である。 ・任意後見の手続を進めようとしたが、本人からお金がかかりすぎると訴えがあり中止となった。 | |
| <p><類似事例1> 本人に痴呆があり金銭管理がうまくできないため、ケアマネやヘルパーが金銭の預かりや管理をお願いされているケースではどうか。近くに親類縁者はいない。</p> <p><類似事例2> 痴呆の進んだ80台女性。家族と同居しているが家族は留守がちで、ホームヘルパーが鍵の預かりを頼まれている。訪問時に鍵を開けて入り、鍵をかけて帰ることになっている。盗難や火事が起こった際に、疑われるのではないかと心配である。</p> | |
| <p>精神科医からのお話 痴呆ではないが、気むずかしく親戚・友人・ケアマネ等との関係が悪い人との関係の作り方。お金のうるさい人であるが、その人のお金のことに関わらなければならない場合の注意点。 お金のこだわられる高齢者が多いのは。</p> | |

ケアマネ研修事例2

ケアマネやヘルパーへの嫌がらせがひどく、契約を解除したい事例

| ケースの概要 | |
|--|--|
| 家族構成： ・親戚はいるが、関係は良くない | 性別：男・ 女 年齢：70歳代 日中の生活形態：独居 キーパーソン：なし 自立・要支援・要介護 1・ 2 ・3・4・5 |
| 現在利用しているサービス：訪問介護5日/週 | |
| 現症(身体疾患)：1昨年前、脳梗塞で入院 | 現症(精神疾患)：痴呆症状はほとんど認められず。その他不明。 |
| ADL：片麻痺はあるが、屋内は自立。調理、買い物、掃除、洗濯を訪問介護で援助。 | |
| 収入・財産状況：生活保護を受けている。 | |
| 判断能力に関連する事項：特に問題は認められない。 | |
| 問題となっていること | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・以前から気むずかしい性格であったが、脳梗塞で入院してからホームヘルパーやケアマネに対して嫌がらせや八つ当たり行為がひどくなり、耐えられない。 ・一度サービスを中止しようとしたが、本人や生保ワーカーからお願いされて続行している。しかし、嫌がらせはますますエスカレートし、契約を打ち切りたい。 ・親戚やワーカーと本人の関係もよくないため、話し合いにならない。 | |
| <p><類似事例1> 脳梗塞で半身麻痺と言語障害があり、人格障害の診断を受けている60才台男性。気に入らないと暴言を吐き、ヘルパーを殴る蹴るの暴力を振るうこともある。話し合いを持つと、「意志が伝わらずつい……」と言うが、次の日には同じことを繰り返すため、契約を打ち切りたい。</p> <p><類似事例2> 脳出血で半身麻痺の50才台男性、独身。入浴介助の際など、ヘルパーやケアマネに対するセクハラが著しいため、契約を解除したい。</p> | |
| <p>精神科医からのお話 イヤでも担当しなければならない場合のケアする側のメンタルヘルス。 脳梗塞等の既往がある方で、不機嫌や易怒的、逆にうつなど性格の変化がある場合について 高齢者や障害者のセクハラについて</p> | |

ケアマネ研修事例3

主介護者による精神的・身体的虐待が疑われる事例

| ケースの概要 | |
|---|--|
| 家族構成： ・本人と長男（常勤では働いていない）が同居 ・以前は近隣に住む長女が通院介助等を行っていたが昨年急死。現在他に連絡の取れる親族はいない。 | 性別：男・ 女 年齢：70歳代 日中の生活形態：独居 キーパーソン：長男 自立・要支援・要介護 1・2・3・ 4 ・5 |
| 現在利用しているサービス：デイサービス週1回、巡回ヘルパー1回/日、ベッド・車イスレンタル | |
| 現症(身体疾患)：脳梗塞の既往があり、左半身麻痺。以前より仙骨部に褥瘡があり、軽快しない。 | 現症(精神疾患)：特になし。性格は細かい。 |
| ADL：左半身麻痺の影響で、排泄・入浴・外出・食事準備等々において介助を要する。 | |
| 収入・財産状況：本人の国民年金と長男の貯蓄及びわずかな収入のみで暮らしている。 | |
| 判断能力に関連する事項：特に問題は認められない。 | |
| 問題となっていること | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・家族（長男）による暴力や介護放棄が疑われる。 ・<暴力について>長男の本人に対して言葉の暴力、ときには身体的な暴力も振るうと言う。ただしケアマネジャー含め介護職はその現場を目撃しておらず、デイサービスで身体的にも傷等みられない。 ・<介護放棄について>普段の食事内容も十分ではなく、入浴はデイサービス利用時のみ。褥瘡が長い間治らないので長男に訪問看護を勧めたこともあるが、拒否された。ケアマネジャーの訪問を拒否する。 ・何か介入をした方がよいようにも感じるので、ケアマネジャーから長男に話をしようとも思うが、表沙汰にされると後で長男に仕返しをされる言い、本人が拒否する。 | |
| <類似事例：介護放棄・経済的虐待が疑われる場合> ・長男家族と同居している日中独居の男性。糖尿病でインスリン注射と人工透析をしている。 ・利用料の支払いが滞り、通院介助や配食サービス等が結局中止になった。 ・家族による介護は不十分で、食事準備をしてくれないことも多い。 ・本人の年金・財産は全て同居家族が管理している。家族と同居しているため生活保護の対象にも入らず、民生委員の訪問も対象外と言われてしまった。基幹型に相談しても対応してもらえない ・サービス利用中止のため、現在はケアマネジャー等による定期的な接触はない。 ・家族は施設入所を拒否している。 | |

(1) 介護支援専門員相談窓口にて医師や弁護士による相談対応は必要だと思いますか？

①必要 ②どちらかといえば必要 ③どちらかといえば不要 ④不要

理由（あてはまるもの全てに○）

〔必要だと思う理由〕

(a) 医師や弁護士の助言によって新たな視点を得ることができるから

(b) その他

〔不要だと思う理由〕

(c) 介護に詳しくない医師や弁護士の助言は現場では役に立たないことが多いから

(d) その他

(2) 医師や弁護士は、相談に対しどのように関与するのが望ましいと思いますか。（あてはまるもの全てに○）

①電話相談員に助言をする

②相談者（ケアマネ）に直接電話をする

③ファックスやe-mailで相談に回答する

④相談者（ケアマネ）に直接面接を行う

⑤相談されたケース（利用者や家族）に対し面接を行う

⑥その他（ ）

(3) 医師や弁護士も含め、どのような職種の人が相談に応じてくれるとよいと思いますか？

| 職種 | 順位 | 職種 | 順位 |
|----------|----|------------|----|
| (a) 内科医 | 位 | (d) その他（ ） | 位 |
| (b) 精神科医 | 位 | (e) その他（ ） | 位 |
| (c) 弁護士 | 位 | (f) その他（ ） | 位 |

(4) もし別紙のような医師や弁護士による相談窓口が恒常的に設置されたら、利用したいですか。

①ぜひ利用する ②利用するかもしれない ③あまり利用しない ④全然利用しない

その理由、どのような窓口であれば積極的に利用したいと思うか

(5) 本日の研修について、率直な感想・ご意見をお書き下さい。

ご協力いただき、誠にありがとうございました

ミニシンポジウム アンケート結果

1 ケア・マネジャー、看護師

精神科医のサポートが必要だと常々感じていたので、大変参考になりました。
弁護士さんのサポートがあるのも心強いです。

2 ケア・マネジャー

大変参考になりました。精神科医の先生に今後も相談していきたいと思います。

3 介護支援専門員

服部先生の発言は、現場で直面している苦勞の数々を抱えておられることがよくわかり心強いものでした。
橋場先生の御発言が少なく、「訴訟予防のケアプラン」に関してもっと具体的に伺えたらよかったなと思う点があるから思いつきました。
専門的な知識をいろいろ勉強させていただくと、逆に今の「主治医」に対する疑問、不満が多く湧いてきてしまいました。
主治医制度の見直しが必要ではありませんかね。

4 看護師

今後の指針として大変参考になりました。
また困難事例（疾病、生活面）を直して開催して欲しいと思います。

5 看護師

痴呆高齢者に対しての精神科Dr.が症状よっての薬の投与の話など興味深かったです。また、受診の在り方や、告知についてもDr.Sideからのお話は大変参考に成りました。今後は具体的なケースと共にどう対応されたのかなどもっと聞かせて頂けたらと思いました。

6 ケア・マネジャー

自分が抱えているケースの参考になりました。ありがとうございました。
さて、相談です。「うつ」が1年に1回サイクルで来る方がいます。
この「うつ」が来ると食欲、意欲が全く無くなります。長女夫婦は「がんばれ」と励まし、こんな状態が続くなら「死んで欲しい」と言います。この方の「うつ」はこの家族から来ているのではと考えていますが、長女は薬剤師でなんでも母のことは知っている。服薬も適しているとのこと。日中独占のため、デーに通わせたいとのことですが利用者は行きたくありません。家族と利用者の板挟みになり困っています。いいアドバイスありましたら、上記のメールアドレスにアドバイスをください。
生活歴：リーダー的存在、ボランティア活動好き
コーラスが好き 夫は10年前他界、うつが無いときは大変明るい

7 ケア・マネジャー

さまざまな立場からお答え頂けたのは大変ありがたいです。ただ、もう少し会場からの質問の時間をとって頂けたらありがたいと思いました。

8 ケア・マネジャー

電話相談を利用したいと思いますのでよろしくお願い致します。

9 記載無し

医療的視点を踏まえた支援の在り方について大変参考になりました。弁護士に対して気軽に相談できる窓口があることは大変心強く思っています。

10 ケア・マネジャー

本日は有難うございました。大変勉強になりました。Dr.との連携の必要性、うつ症状の見極めなど特によかったです。

11 ケア・マネジャー

いい情報を一杯いただいた感じです。相談窓口も利用させていただきます。

12 ケア・マネジャー

とても意義のあるシンポジウムでした。明日から元気にご利用者のお宅を回れそうです。今後も続けていってほしいと思います。どうもありがとうございました。

13 介護福祉士

大変有意義でした。勉強になりました。回数を増やして欲しい。

14 記載無し

福祉と医療の温度差 ケア・マネジャーの立場の難しさ 介護保険が上手に利用されるために連携の必要を感じました。

15 記載無し

医療と法律専門相談が支援に必要なことがよくあります。それぞれには相談、連携はあるが一緒にというのはありません。その辺のいい知恵があれば伺いたい。

16 ケア・マネジャー

痴呆症などの精神疾患については、これまであまり関わる事がなかったのでわかりやすく参考になりました（アルツハイマー型）。利用者さんの家族にもお伝えしたいと思いました。ひとつ、精神疾患ではなく心療内科的な対象の場合の対応をお聞きしたいと思いました。（潔癖症など）

2004年3月までリハ病院でMSW(RSW)を8年していました。そのとき若年性脳血管障害で身体障害はほぼ改善したのですが、重度の失語症（ただし、発語はあり、一般の人には失語症がわかりません）と構成失行が残りました。たまたまりストラ失業中だったため、労災申請も無理、身障手帳にもどこにも該当しない、もちろん障害年金申請もできない。本人一人置いておけない再就職先がない... そのような患者さんが現法律や制度上どこにもかからない、相談を受けても救済措置がないというジレンマがありました。現在、その方がどう生活されているかはわかりませんが、その当初は1/W ST Reh のため妻付き添いで通院されていました。

妻が代わりに働きに出られるよう、患者さんがボランティアとして働けるような、体を使う作業（花植え、草取りなど）も検討してみましたが...なかなか困難でした。

17 記載無し

精神科医の良い医師をみつけ相談できる時間がとれるようになれると思います。医師は時間が無く利用者からも時間を区切られ話を聞いてもらえないといわれ、ケアマネが悩みをできるだけ聞いています。

18 記載無し

ケアマネが色々な情報を知っている必要性を感じた。

19 在宅介護相談員 ケア・マネジャー

弁護士さんからのご苦勞なさっている事例などお聞きしたかった。

20 介護支援専門員

日々痴呆の利用者とご家族の意見の違いについては心を痛めておりますが、今日のシンポジウムに参加させて頂きとてもよい勉強となりました。事例を具体的にそっての助言はわかりやすくありがとうございました。

21 ケア・マネジャー、薬剤師

フォーラム事例に関して丁寧な回答をいただき有難うございました。精神疾患（痴呆を含む）は同じ事例が何1つない程、ケースによって色々な症状が現れ、それに1つ1つ対応していかなければなりません。最近ケア・マネジャーと医師との連携が大切とされる意味が今日のフォーラムでよくわかるような気がしました。なかなかケアマネが医師と直接コンタクトを取って話し合う機会（例えば入院時の面接、担当者会議等）はないのですが、ポイントポイントでおさえてケアマネの方から動いていく必要があるのだなあと思いました。

また、専門医と主治医の間の連携の難しさも感じました。（後見制度のお話の中で）ケアマネとして一番難しい所です。主治医の関わり方で利用者のQOLの向上が本当に左右されやすいと実感する事例が多いからです。是非、先生方の間でもお忙しいでしょうが情報のやり取りを行い私達ケア・マネジャーの仕事に協力して行って欲しいとおもいます。

22 ケア・マネジャー

事前に質問事項をまとめて私達に配ってもらえたら良かった。

23 ケア・マネジャー

うつと痴呆の見分け方はわかりやすい説明で今後役に立つ内容でした。

何が何でも精神科に本人を受診させることを頑張らせてあげようとする人が多いのですが、そうではないアプローチをしていくことも可能である言うこと（内科受診から、や 家族が受診する）お困りのご家族にお話しする材料ができたように思います。

私も須貝先生と同意見です。個々の家庭の価値観の違いを一つの結論に結び付けることはできないと思いますので、周りはベストと思うことが必ずしも、その方にベストではないこともあるのだと思って接しています。その時もいろいろと話をし合うことを重視して活動しています。

24 ケア・マネジャー

Dr.そして弁護士の方の話を伺うことがあまり機会としてないので、今日は貴重な時間となりました。ケアマネ側からDr.への相談の持ちかけ方がいつも悩むところです。第5表を送付させていただいた友人のケアマネは返信された第5表に対して診断書代として請求されたりしました。...難しいものです。

25 ケア・マネジャー

精神科医療については、病名、診断治療、予後先の見通し。

周辺症状について薬物療法が効果をなすこともある。まず医療機関に繋げさせることが重要。家族が伝えることがカウンセリングになる。反対に家族の方への治療が必要なことがあるというのはとても参考になった。

ケア・マネジャーの責任について

ケアプランの調整 トラブル回避のため、計画、依頼書、留意書等を関係事業者へ、記載しておくことが重要と思った。

26 ケア・マネジャー

須貝先生より診察は家族へのカウンセリングの意味があると言われましたが本当にそう思います。私の利用者の夫は先生のところへ通院（家族）が月1回行かれていますのですが、先生とお話をしてくるようになり、介護の疲れ負担から気持ちが解放したのが表情も明るくなり次の段階に目を向け施設を探しはじめ研究資料を集めている状況になりました。予後次の先行きを示すことは大事だと思います。

成年後見制度は必要だと十分わかっていますが、話をすることは大変難しい問題がある。そんなことを私はそんな大丈夫なのに...と怒ってしまうことも多々あります。

まとめてお話しください（CMの思っていることを）ましたが会場での声も聞いてみるのも良いのではなかったかと思いました。

27 記載無し

アルコール依存症の本人、家族の場合

長い生活の中で培われた価値観に関わる必要はない。という一つの意見も参考になった。しかし、変化の中で、多様な方法の問題提起を必要と考える、考え方もあるという点も考えさせられた。

28 介護支援専門員

勝手な意見で申し訳ございません。

ケア・マネジャーやホームヘルパーなどを守って頂ける弁護士さんが少ないと思います。介護の現場をよく理解し、利用者の家族と戦って下さる弁護士さんが多くなればと希望します。実際、ケアプランに記入できない事柄は別に記録は行っていますが、ケア・マネジャー、ホームヘルパーや事業者に責任を押しつけ過ぎのような気がします。中途

半端な制度の割に責任が重すぎる。

精神科の受診のおすすめは本当に難しいです。

今回のような精神的、法的な講演はぜひまた参加したいと思います。

29 とても良いシンポジウムで気付きの多い時間をありがとうございました。

ケアマネは家族を見過ぎているとの須貝先生の最後の言葉、「ぐさっ」と来ました。精神科の支店でのアドバイス聞きケアマネの気持ちが楽になるのを感じています。

虐待の事例などせっかく橋場先生が来ているのでお聞きしたかったです。

30 介護職、ケア・マネジャー

事例を基に専門職の意見を聞けると言うことはとても有意義な時間でした。もっとさまざまな会を企画していただきたいと思います。

31 ケア・マネジャー

普段なかなか聞くことができない精神科の先生のお話もとても良かったです。1つのことしか考えられなかったの、色々な可能性があると言うことがとても勉強になりました。有難うございました。

32 グループホーム、世話人

医師、弁護士、介護職、と一緒に問題を考えてくれるところがあることは、仕事をしていく上でとても心強いことです。

服部さんは本当に介護職がいつも感じていることを言ってくれてスッキリしました。有難うございました。

33 介護福祉士 ケア・マネジャー

大変、興味深く聞かせて頂きました。電話相談してみたいと思いました。有難うございました。

34 ケア・マネジャー

弁護士さんの出番が少なかったようです。弁護士さんが実際にあつかわれた事例を紹介していただくと良かったかもしれません。

35 介護支援専門員

医師の立場とケアマネの現在の状況が鮮明に見えてきました。

36 ケア・マネジャー

とても参考になりました。今後のプランに活かして行きたいと思います。

37 介護支援専門員

大変にありがとうございます。

38 ケア・マネジャー

考え方として参考になった。

39 ケア・マネジャー

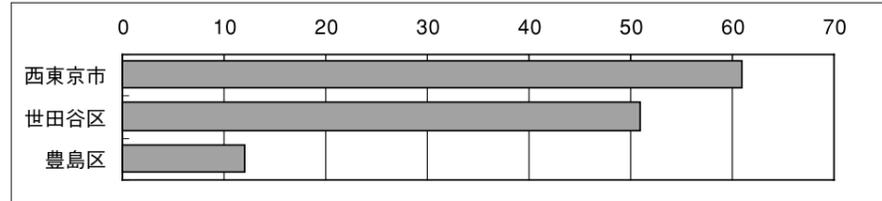
大変勉強になりました。ありがとうございます。福祉・医療・法律がトータルになると、こんなにも視野が広くなり、安心が得られるものだと感じました。これがもっと身近になると良いのですが...。まだまだ地域では難しい。痴呆に関しても在宅でちゃんと相談にのって頂けるDr.はなかなか...。MELETEC活用させて頂こうと思います。今後、もよろしくお願ひいたします。

40 介護支援専門員

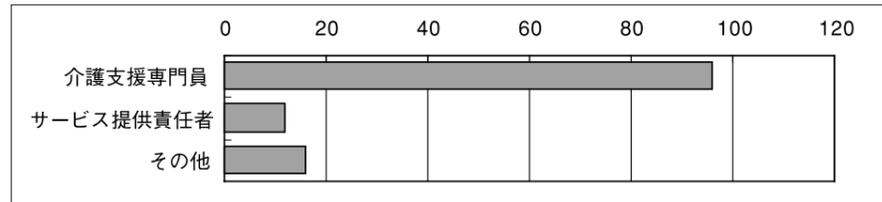
精神科医の具体的な話が聞けて良かったが、周りの医師で実際に介護者の話を聞いてくれる人がいるか...? よくわからない医師が多い。

ケアマネジャー研修アンケート集計結果

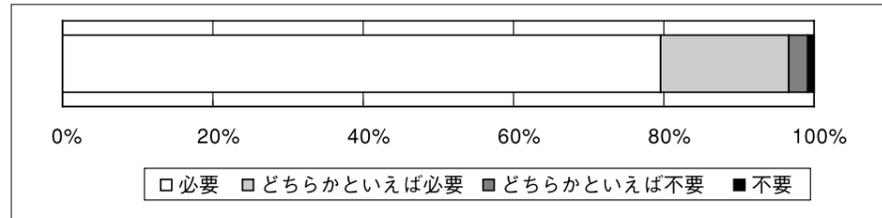
(1) 地域別回答者数



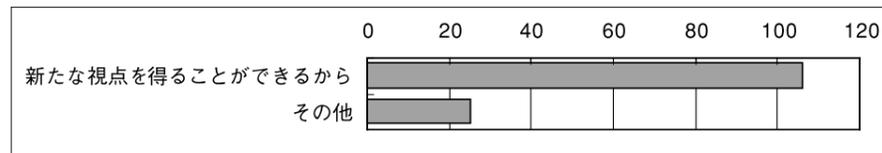
(2) 回答者の職種別人数



(3) 介護職向け相談窓口における医師や弁護士による相談対応の要否



1) 必要だと思う理由

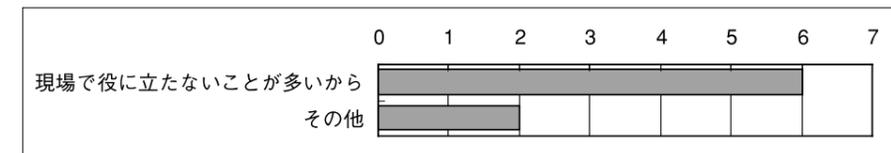


「その他」の内容

- ・専門職の意見によって必要なケアが決まると思うため。ケアマネ自身の発言、判断に法的違反などないの不安になることがあるため。
- ・悩みの解消につながる。
- ・事業所に1人しかケアマネがない場合が多いので、1人がかかえこむケースが多い。
- ・困っていることを、例を使って話をしてもらおうと参考になる。
- ・専門的なご意見をうかがうことで、方向性が見出せる。
- ・専門的な助言を得られるから。
- ・医療職や地位のある人の話であれば耳を傾けるという方々や、アルコール依存症で対応の難しい方などのケースにも関わっていただければと思いますので、本人との面接もお願いできるのであれば。
- ・同行し、その困難事例と一緒に取り組むなら意味深い。
- ・専門的な分野を正確に答えていただける。
- ・法的に根拠のある助言を得ることができる。
- ・利用者の対する適切な説明の役に立つ。
- ・介護についてのある程度の知識のある方が前提だと思う。
- ・現場を知っている人であれば。
- ・対応方法が分かるため。
- ・自分の考えに明確な根拠を持ちたい。又は、迷いを払拭したい。

- ・利用者が悪徳商法にはまったときの対応の仕方を相談したい。
- ・利用者に説得力がある。
- ・一度相談をしましたが、適切なアドバイスがどうかと思いましたが、相談として聞いてもらえたことで気持ちが楽になった。
- ・不条理、不合理な要望、強要等あり、心が擦り切れてしまう場面が多々ある。
- ・専門家及び多くの人のお話を聞くことにより、より高度な、正確な判断をすることができる。
- ・病気によって介護の対応の仕方が違うとき、専門的なアドバイスがあれば、自信をもってサービス提供できる。
- ・困難事例の場合、法にふれないかどうかの問題が生じる。
- ・独居や財産等の問題があるため。
- ・最近、利用者サイドで法律に詳しい、また、法律を逆手にとって正当性を主張するような事例もでてきているので、法律で我々も守ってもらわなくてはならないと思う。
- ・財産管理の相談。

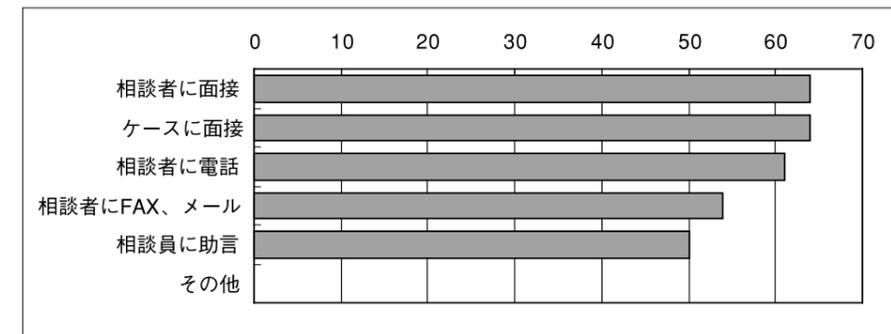
2) 不要だと思う理由



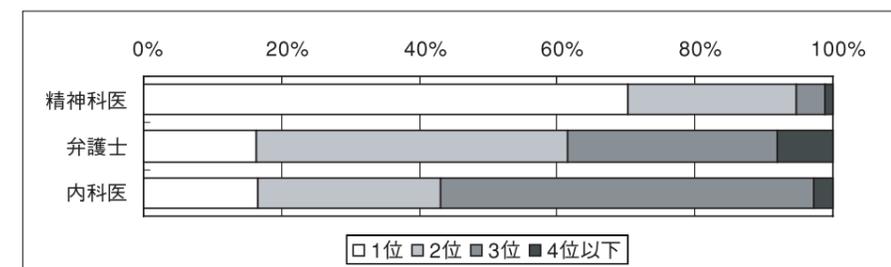
「その他」の内容

- ・通常弁護士、医師は高いお金を払っても現実的に参考になるかどうか…。対人援助の方が効果的なことも多いと思った。
- ・介護職に直接は必要ではないと思う。在宅サービスはケアマネジャーのもとにチームでケアにあたり、カンファレンスも随時行っている。

(4) 医師や弁護士の望ましい関与のしかた



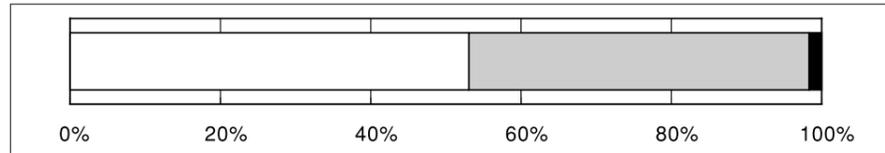
(5) 相談に応じて欲しい職種



〔その他相談したい職種〕

- ・カウンセラー
- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・スーパーバイザー
- ・認知症専門医
- ・ソーシャルワーカー
- ・施設職員
- ・フィナンシャルプランナー
- ・介護支援専門員
- ・社会福祉士
- ・介護福祉士
- ・消費生活センター職員
- ・心療内科医
- ・人生経験豊かな人物
- ・整形外科医
- ・他科医師
- ・保健師
- ・看護師
- ・老人介護を理解している医師
- ・行政職員

(6) 医師や弁護士による介護職向け相談窓口の利用意向



〔その理由、どのような窓口であれば積極的に利用したいと思うか〕

- ・たぶん区の相談係に聞き、困難であれば関わってもらおうと思うから。
- ・気軽に相談に乗ってもらえるようであれば。
- ・法的解釈が難しい場合、判断ができないから。
- ・ケアマネ個人や事業所の秘密が守られるのであれば具体的なケースでも相談したい。
- ・話しやすいこと、専門用語でなく聞いて考えてくださること。
- ・精神医療に関すること又は困難ケース（特に介護者に問題があるケース）に対して、対応可能な窓口。
- ・現時点でも困難事例はあるが、今後増えることが予想される。
- ・実際に介護に当たっている人に対しても、相談を受け付けて欲しい。困難事例への対応。
- ・日中は忙しくてなかなか相談できないので、夕方から夜（17：00～20：00）の電話相談とメールによる相談ができる
とよいのではないか？
- ・電話相談窓口、面接相談
- ・利用者の精神的な問題、金銭的な問題は専門の職種の方に聞いた方が詳しいから。
- ・電話やメール等は、何でも構わないが、直接精神科医として分からないようにして会っていただければ、確実に利用
すると思います。
- ・出前に、利用者のところへ一緒に出向き問題解決をしてほしい。
- ・利用者の持つ問題。
- ・気軽に話ができる場であって欲しい。
- ・専門職の意見が必要な場合又は直接家族への面接が必要なケースが多いため。
- ・きちんと解決に近づく方向にもっていける窓口でなければ、相談できない。
- ・ケアプランを担当するにあたって、悩んだり迷ったりすることは多くあります。誰にどのように相談したらよいのか、
分からないことも多いです。
- ・相談したい時間に開いていることが少ない。国保連の窓口も相談しようと思うと終了している。
- ・常にオープンしていて身近に感じることができれば…。もちろん無料で。
- ・地域にあればありがたい。
- ・手続き等面倒でなく、いつでも気軽に相談できる。無料で相談できる。
- ・どの程度の内容で相談することができるのか、相談の段階でとても悩むと思います（自分自身が）。相談した結果、余
計混乱することもあると思います。ケースバイケースでどの時点で相談をするかで、結論も違うと思うので、必ず利
用するかどうかは分からない。
- ・全ての困難事例。
- ・事例 に近い症例を抱えている。
- ・気軽に相談できること、必ず回答がもらえること。
- ・必要なケースにあたれば利用する。
- ・困難事例に対するアドバイスの窓口。
- ・利用しやすい場所、時間帯に窓口が開いていること。

- ・電話相談又はメールでならば利用してみたいと思う。
- ・専門的な知識を持っているから。答えの参考になる。
- ・相談料金が高くなければ。
- ・困ったときにすぐ相談できる。時間も幅があれば相談しやすい。
- ・マンパワーを充実させ、同行訪問を積極的に行う。予算をしっかりとつけるべし。そのような運動を形成しましょう。
- ・医師：精神的に不安定な利用者へのケースバイケースでの対応方法。弁護士：事業所の責任による事故対応。
- ・負担のかからない無料相談。
- ・地域にケアマネジャー相談専門の方がいたら相談しやすい。
- ・無料である。窓口が近くにある。
- ・保健センターの窓口（身近な所での相談）。
- ・直接電話でお話等ができること。
- ・認知症の方の対応で、もう少し気楽に相談に乗ってくれる窓口があれば助かると思います。
- ・精神科というと、敷居が高いように思えます。ホームドクターなどが、身近で相談に乗ってくれたら、一番良いよ
うに思えます。
- ・第三者機関。
- ・窓口を5時過ぎまでやってくださればありがたい。曜日を決めて、曜日によって、内科医、外科、リハビリ科、弁護士
等、変えていただければ幸いです。
- ・精神病院への通院へとつなげてくれる。
- ・相談時間が長ければ、利用しやすいと考えます。
- ・窓口に行きやすい雰囲気であれば、利用したいです。窓口の対応が悪いと、行きにくくなってしまいます。
- ・電話やメールで気軽に相談できる窓口。
- ・介護経験でたくさんの事例をこなしている方が相談員にいるところ。
- ・認知症、うつ病が非常に多い。ケアマネとしての関わり方は？介護度を身体にするか、生活ではない等悩むところで
す。
- ・（対応の仕方が）優しい。
- ・電話、ホームページなど。

(7) 感想・意見

- ・精神科医の先生のお話は大変参考になった。
- ・分かりやすく楽しく研修できました。
- ・初めての研修です。それぞれに問題をかかえているケアマネは多くいると思います。家族や親族から相談されること
もあります。
- ・良かった。
- ・新たな視点を持つことができたと思います。
- ・勉強になりました。
- ・初めての研修でしたが今後の参考になりました。
- ・事例について根拠を明確にした上で検討を加える方法で分かりやすかった。有意義でした。ありがとうございます。
法律関係の素養があまりないと少し難しいと思いました。
- ・ためになるケースが多く、勉強になりました。
- ・初めてだったので、質問ができなかったが、もっと具体的な内容を聞いたり質問したかった。
- ・今までの研修の中で一番というくらい勉強になりました。いろいろな事例を弁護士、精神科の医師の視点から教えて
いただきありがとうございました。
- ・多くの事例と対応策案がほしい。
- ・大変参考になりました。定期的に関いていただけるとありがたいです。
- ・とても分かりやすく、参考になりました。解除権等も簡単に考えすぎでした。
- ・大変参考になった。
- ・弁護士の先生の話の虐待について、よく分かり納得した。（最後の言葉が、仕事の励みなのかなと思った。）精神的メ

- ・メンタルが必要な方が多くなった現状ですが、本だけではだいたい分かりますが、お話を聞いてよかったです。行政が「何をして欲しいのですか」の言葉にあぜんとしてしまいます。
- ・とても勉強になりました。アドバイスをお聞きしてなるほどと思うことが多くありましたので、このような相談窓口があるととても助かるのにと感じています。
- ・出席できてよかったです。解約が大変ということが分かり、契約には私の方でも慎重にした方がいいのかと思った次第です。
- ・仕事の関係で途中から出席しましたが、とてもよかったです。相談窓口、面接相談、東京弁護士会オアシスなど、問題にぶち当たったら利用させていただこうと思う。
- ・とても参考になった。
- ・違う視点からお話が聞けてとてもいい勉強になりました。弁護士、精神科医の専門職のお話が、それぞれ違った視点で大変よかったです。
- ・法的なことや精神的な問題から分かりやすく説明してくれ参考になりました。
- ・自分の事務処理能力の低さや困難事例で、本気で仕事をやめようと思っています。でも少し元気が出ました。
- ・研修事例などを見て、似たようなケースに対しての対応を改めて再確認できて良かったと思いますが、結局は困難ケースの解決策はなかなか見つからないものだなあと感じました。
- ・もう少し端的に、ポイントをついて話をしてほしかったと思います。何が重要か分かりづらかったと思われます。
- ・……。何とかしないといけないとき、協働して動いてくれますか？
- ・人間関係の複雑さが一番深刻に思えてきました。
- ・いろいろ勉強になった。
- ・弁護士の説明を端的にしてほしかった。
- ・ホームヘルパーの立場も守られるような制度も整えられると良いと思った。利用者の教育を誰が、どのように行うのか、今のところ、きちんとしていないです。介護保険のサービスを正しく利用していただくための利用者教育をぜひ進めていってほしいと思う日々です。
- ・時間不足。いろいろなケースについて聞いてみたいことはあったが…！
- ・先生方の話はとても参考になりました。今後仕事に生かしていければと思います。
- ・相談の仕方が難しいと思いました。現場のケアマネはケースによっては、まさに今、どうしたらいいか、具体的に示してほしい場合もとても多いと思います。1つ1つのケースに、どのような相談に乗っていただけるかは、もしかしたら、相談する側の相談のしかたで変わってくるのかなと思いました。でも今日のお話をうかがって、小さなヒントでもいいから、悩んでいる暗闇から抜け出すためにも、積極的に相談してみようかなと思いました。良いお話をありがとうございました。
- ・とても勉強になり、安心しました。
- ・とても参考になりました。
- ・とても勉強になりました。具体的に自分の担当するケースにあてはめ、参考になる部分もたくさんありました。このような研修を今後もぜひ行っていただけたらと思います。
- ・有意義でした。時間は守っていただきたい。
- ・具体的で現場での悩みを把握していた。
- ・人間的関わりの難しさを日々痛感しています。1人の人間として受け止め続けたいと思います。参考になりました。ありがとうございます。
- ・法律の面や精神科医の意見を聞いて大変勉強になりました。
- ・昨年契約を解除したケースが1件あり、行政の手も借りて大変だった。時々このような研修があると良いと思う。
- ・皆さんの抱えている悩みを聞けてためになった。今後も参加していきたい。
- ・とても勉強になりました。目からうろこです。
- ・会場の声を反映すればもっと盛り上がったのではないかな？
- ・前段、硬直的な講義、内容であったが、後段は、講師の方々が実直なお話をしてくださり、参考に一部になりました。
- ・両先生の講義、回答ともに大変よく理解できました。研修の全体について有意義でした。個別的に、具体的に、相談したいと思いました。
- ・医療：保健師、行政の対応、医師の数等、環境的には難しいことを再確認。法律：切り分けられる境界線（判断の）

が難しいことを確認。

- ・老人介護に深く関わってきた医師等の話を聞きたい（活きた話）。
- ・精神科医の話をもっと聞きたかった。相談窓口が少し分かりました。事例があり、参考になった。
- ・現在、事例のような利用者があり、大変参考になり、早速役立てたいと思いました。
- ・精神科での立場からの“高齢者”とは、など専門的な見方がとても分かりやすかった。相談窓口についても知り得たので、今後利用していこうと思う。
- ・一般的なお話として理解はできたが、具体的な解決策への糸口にはいまひとつ…という感じでした。
- ・大変に良かったと思います。弁護士さんが大変に身近に感じました。精神科医の先生も、ケースを体験されて良かったと思います。
- ・認知症の方の事例をいろいろな面から話を聞くことができ、自分の体験して困難な事柄で、とても参考になり、有意義でした。
- ・事例2のことで考えたのですが、そういう人程、他人の援助が必要なのではないのでしょうか。本人は追い詰められているのだと思います。多くの人、特に医療者を巻き込んで、良い方向を見つけていくことが必要だと思います。先生も言われたように、相性もあるので、こちらも追い詰められないようにしていきたいものです。
- ・高齢者の生活がよく見えている精神科医は実はとても少なく、今日の長尾先生のような方が、区の相談窓口に通1回くらいずついてくれると助かる方が多いのでは…と思います。具体的な助言ありがとうございました。
- ・現場が分かっているらっしゃらない気がしました。ちょっとがっかり。個別に会えるチャンスをどこで作っていくのかを、行政で考えて欲しい。以前、脳血管障害者の方の施設にて仕事をしていました。悲しいくらいいい人たちでした。今日の話は、あまりに偏っていると思い、捉え方によっては差別ではないかと思う。器質の問題とともに、その方ご本人の困惑もあると思います。その困惑に寄り添っていくことが、メンタルのケアだと思います。そういう窓口が欲しいのです。
- ・例えば、私たちが怪我をさせちゃったり、死に至らせたりするようなことが、介護中であるかもしれません。いつも、そういう危険性を含んでいます。そんなとき、どうすれば？一番互いのリスクが少ない方法は？
- ・とても切実な話題でよかった。しかし、決め手に欠ける気がした。
- ・今までにないお話をうかがうことができました。またこのような機会があればよいと思います。
- ・事例1については最初のケアマネの関わりが失敗です。利用者本人が「困っていない」ということに気付けば、対応を変えていくことができるのでは…と思いますが。
- ・直接ケースへの問題解決にはつながらないが、視点、対応の仕方等が明解になりました。私も精神科医、精神病院（の活用）で利用者の困難ケースが解決の方向に向いています。
- ・とても勉強になりました。
- ・具体的なお話がお聞きできて、参考になりました。
- ・現実と、なかなか結びつかないですね。どうすればよいのか、という答えはなかなか伝わってきません。
- ・もっともなお話で参考になりました。お年寄りと一緒に5kgやせましたが、本当にハードだと思います。自分の精神状態が一杯一杯で、いつも不安を抱えています。
- ・長尾先生の話（事例）をもっと聞きたかったです。
- ・今回烏山病院のケースワーカーに相談すればという話がありましたが、利用者が相談したが、相談にならなかったと話していました。国保連に相談したら良いと言っても、門前払いがあるみたいです。
- ・分かっていることばかりで一寸期待外れでした。老年期の精神医学をもっと学びたい。
- ・？などところもありつつ、精神科医等の情報はありがたいです。
- ・その立場に置かれたときの対処の方法を聞きたかった。受け入れないことは十分承知しています。長尾先生のお話、とても参考になりました。
- ・大変参考になりました。介護保険にとどまらず、関連法、制度を勉強する必要を感じました。そのような点で参考になる書籍があれば良いと思いました。
- ・介護が必要となって、独居ではある方が、住み慣れた家で生活することは、法的に難しい部分が出てくるのだと思うと、淋しいです…。なんとか現状で生活できるための知恵を与えていただける相談窓口として弁護士さんに気軽に相談できるようになると助かります。

- 3 全国ケアマネジャー相談窓口アンケート調査

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
吉江 悟

一三―1 目的

MELETEC方式のコンサルテーション・システムを改良してゆくための参考資料とするために、厚生労働省補助事業「ケアマネジメントリーダー相談窓口設置事業」を実施している都道府県の介護支援専門員向け相談窓口を対象にしたアンケート調査を行った。

調査の内容は、厚生労働省補助事業のケアマネジメントリーダー相談窓口設置事業として、介護支援専門員向けの相談窓口が設置されている都道府県がどのくらいあるか、その人的体制はどうか、専門職が対応しているところはどのくらいあるのか、相談件数はどうか、専門職への相談件数はどうか、専門職による対応が介護支援専門員に役立っているのかなどで、主に運営状況についての実態を把握しようとした。今回試行的に行ったMELETEC方式のコンサルテーションでは電話相談の件数が少なかったが、その理由や解決策の糸口を探ることも目的とした。

一三―2 方法

(1) 調査方法

平成17年1月～2月に、全国47都道府県のケアマネジメントリーダー相談窓口設置事業委託機関(不明な場合には都道府県担当部署)において介護支援専門員の相談に応じている相談員47名を対象に、郵送法による質問紙調査を実施した。

また、質問紙調査の結果、医師、弁護士等、介護職以外の専門職が相談対応に関与していることが明らかになった都道府県を中心に、訪問及び電話による追加の聴き取り調査を実施した。加えて、相談窓口の潜在的利用者である介護支援専門員を対象に、聴き取り調査を行った。都道府県への聴き取り調査は計13都道府県に対して実施し、介護支援専門員への聴き取り調査は、都道府県の相談窓口を利用したことのない2名を対象に実施した。

(2) 調査項目

1) 質問紙調査

相談窓口の運営状況

相談窓口の設置状況、設置時期、開設のしかた(定期的な開設or随時受付)、開設頻度、窓口の利用対象者、相談の受付形態、相談料、個人情報の聴取状況、相談員

数、相談対応に関与する職種、相談員研修の有無、相談への対応方法、専門職による直接受任の有無、年間相談件数について質問した。

医師・弁護士による相談対応に関する認識

医師・弁護士による相談対応の要否及びその理由、望ましい医師・弁護士の関与のしかたについての認識、関与してもらいたい職種について質問した。

回答者の個人特性

調査協力者である相談員の職種、相談員歴、年齢、性別を尋ねた。

2) 聴き取り調査

都道府県相談窓口に対しては、専門職が関与状況(専門職の関与がない都道府県については、その要否に対する意識)を中心に聴き取りを行った。相談窓口を利用したことのない介護支援専門員に対しては、どのような相談窓口であれば利用したいかといった内容について質問した。

(3) 分析方法

質問紙調査については、各項目について単純集計を行った。加えて、「医師・弁護士の関与の有無」と「医師・弁護士による相談対応の要否」に関して、後者については4段階の変数を2段階に変換した上で、クロス集計を行った。

聴き取り調査については、調査中に聞かれた相談窓口のあり方や医師や弁護士の関与のあり方等についての発言内容を書き留め、考察を深めるために用いた。

一三―3 結果

(1) 質問紙調査

調査の結果、47都道府県中36都道府県より返答が得られた(有効回答率77%)。

1) 相談窓口の運営状況

窓口の設置状況

回答の得られた36都道府県中29都道府県(81%)において、介護支援専門員相談窓口が設置されていた。

設置時期(図1)

相談窓口の設置時期は、平成13年以前が4都道府県(14%)、平成14年度が11都道府県(38%)、平成15年度が10都道府県(34%)、平成16年度以降が4都道府県(14%)

であった。

開設方法(定期的開設or随時受付)

窓口の開設方法は、定期的に開設しているのが24都道府県(83%)、随時相談を受け付けているのが5都道府県(17%)であった。

開設頻度

定期的に窓口を開設している24都道府県のうち、週1回開設しているのが6都道府県(25%)、週2回が6都道府県(25%)、週3回が5都道府県(21%)、週5回が7都道府県(29%)であった。(図2)

1日あたりの開設時間は、3時間以上4時間未満のところが最も多く7都道府県(29%)で、それに続き2時間以上3時間未満、8時間以上9時間未満のところもそれぞれ4都道府県(17%)ずつ存在していた。(図3)

窓口の利用対象者(図4)

相談窓口を利用できる対象者については、まず、全29都道府県で介護支援専門員が対象とされていた。また、利用者や家族、介護支援専門員以外のサービス事業者が相談できると回答したところも各6都道府県(21%)みられた。

相談の受付形態(図5)

相談の受付形態を複数回答で尋ねたところ、電話受付が最も多く27都道府県(93%)、それに続きFAX受付が21都道府県(72%)、面接による受付が19都道府県(66%)、e-mailによる受付が可能なおとも16都道府県(55%)存在した。また、数は少なかったが、出張対応を行っているところやWEB上の掲示板で相談を受け付けているところもみられた。

相談料

相談料については、全29都道府県で無料と回答された。

個人情報の聴取状況

相談受付にあたって、相談者の名前や事業所名を特定している割合は、全く特定していないところが3都道府県(10%)、全件特定しているところが10都道府県(34%)であり、その他は特定する場合と特定しない場合が混在している状況であった。(図6)

また、相談内容の中に、個人を特定できる情報が含まれているかどうかについては、「相談内容には個人情報が含まれており、記録にも個人情報を残している」と回答したのが15都道府県(52%)と最も多く、続いて「相談内容には個人情報が含まれているが、記録には個人情報を残さない」の10都道府県(34%)、「相談内容には個人情報は含まれていない」と回答したのは最も少なく4都道府県(14%)であった。(図7)

相談員数(図8)

相談員の人数は、6人以下の都道府県が全体の65%程度を占め、1人のところが最多の8都道府県(30%)であ

図1. 設置時期

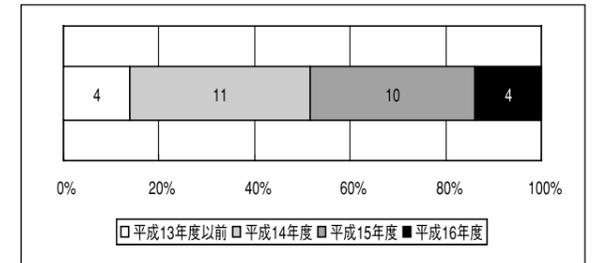


図2. 開設頻度/週

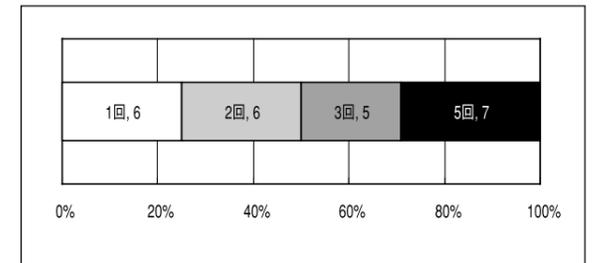


図3. 開設頻度/日

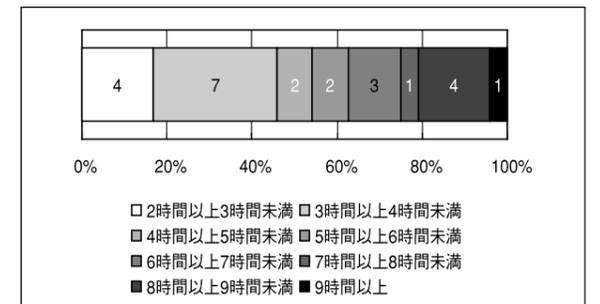


図4. 窓口の利用対象者

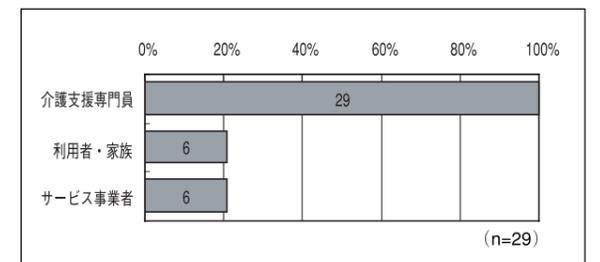


図5. 相談の受付形態

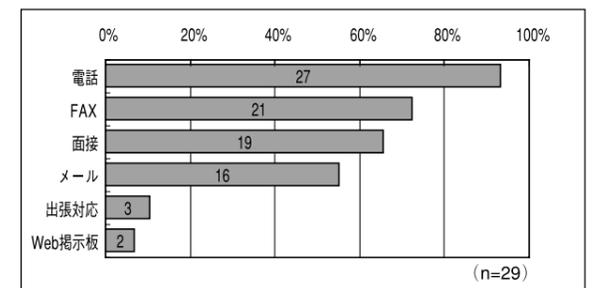


図6. 相談者の名前・事業所名特定の割合

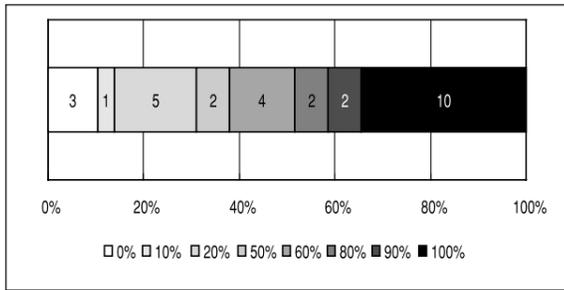


図7. 相談内容に含まれる情報

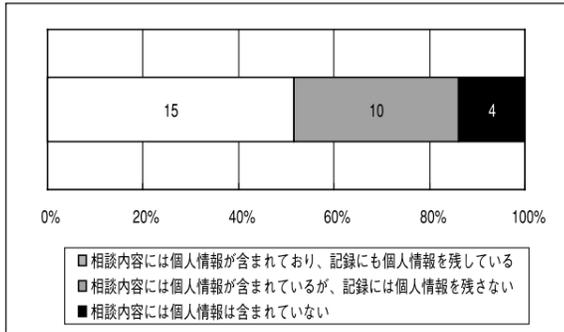


図8. 相談員数

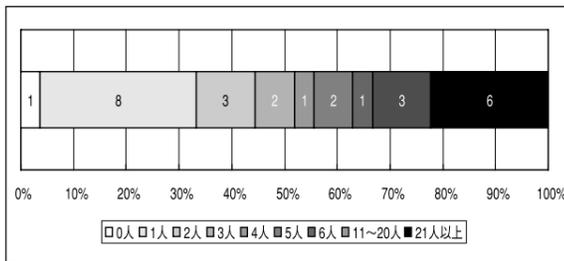


図9. 相談員の職種

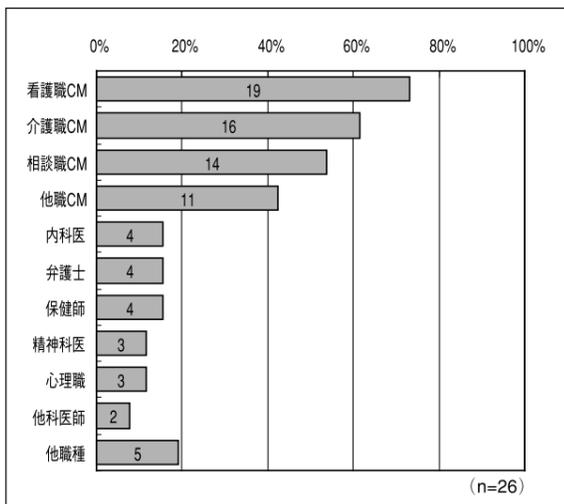
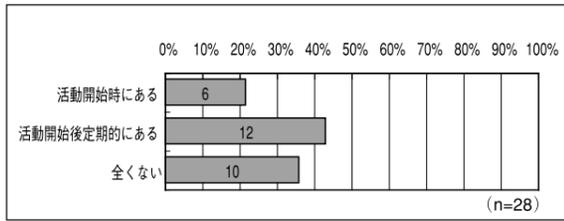


図10. 相談員研修の有無



った。しかし一方で、21人以上のところも6都道府県(22%)存在した。

相談対応に関与する職種(図9)

相談対応に関与する職種として最も多かったのは介護支援専門員で、基礎資格別に、看護職の介護支援専門員が19都道府県(73%)、介護職の介護支援専門員が16都道府県(62%)、相談職の介護支援専門員が14都道府県(54%)、その他の基礎資格の介護支援専門員が11都道府県(42%)で関与していた。

その他の職種としては、内科医、弁護士、保健師が関与しているところが各4都道府県(15%)で、精神科医、心理職が関与しているところが各3都道府県(12%)存在した。

相談員研修の有無(図10)

相談員対象の研修について複数回答で尋ねたところ、「活動開始時にある」と回答したところが6都道府県(21%)、「活動開始後定期的にある」と回答したところが12都道府県(43%)であり、「研修は全くない」と回答したところも10都道府県(36%)みられた。

相談への対応方法(図11)

受け付けた相談への対応方法として最も一般的だったのは、相談員が相談者に返答を行う場合で、「相談員1名がその場で対応する」という対応については、回答者全体の80%以上が「よくある/時々ある」と回答した。その他、「相談員1名が後日電話連絡で返答する」場合、「相談員1名がFAX/e-mailにて返答する」場合についても、それぞれ75%、32%が「よくある/時々ある」と回答した。また、「相談員複数名が後日電話連絡で返答する」場合についても、半数が「よくある/時々ある」と回答していた。

続いて、医師あるいは弁護士が対応を行う場合については、相談員による対応に比べると頻度は低いものの全くないわけではなく、「よくある/時々ある/稀にある」と回答した者の合計が概ね1~2割程度であった。

専門職による直接受任の有無

相談窓口に関与している医師や弁護士が、窓口で相談されたケースを直接受任することがあるかどうかについては、医師や弁護士の関与のある全8都道府県で「なし」と回答された。

図11. 相談への対応方法

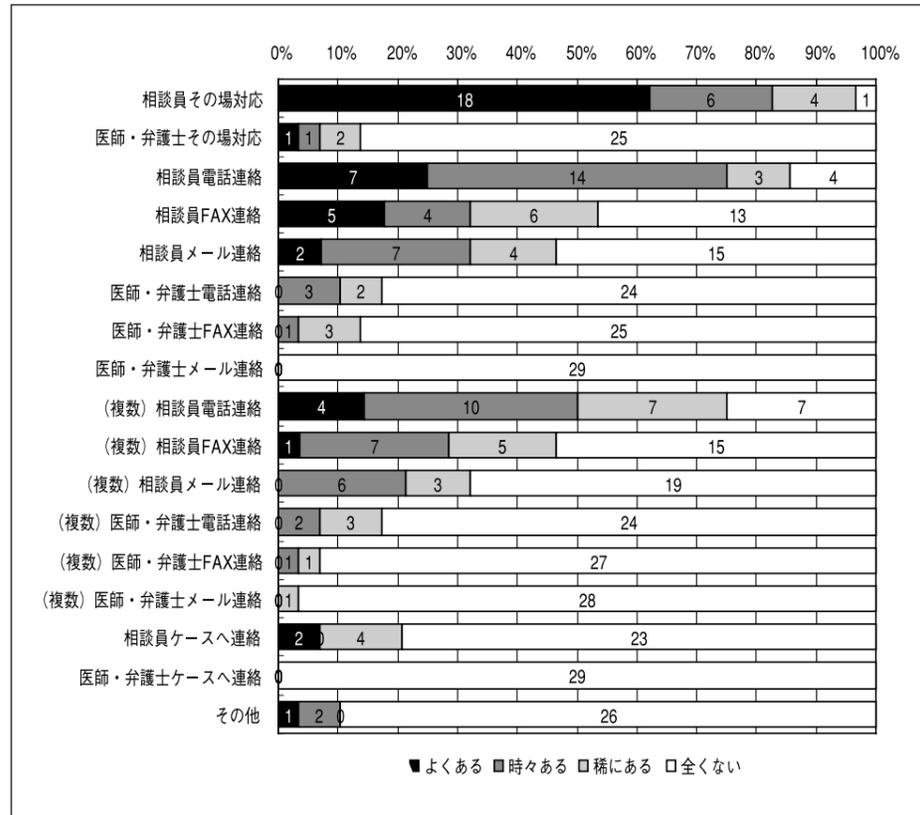


図12. 年間相談件数

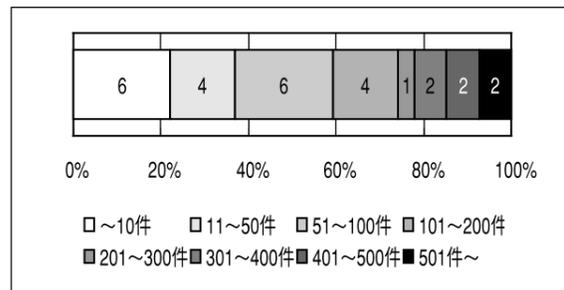
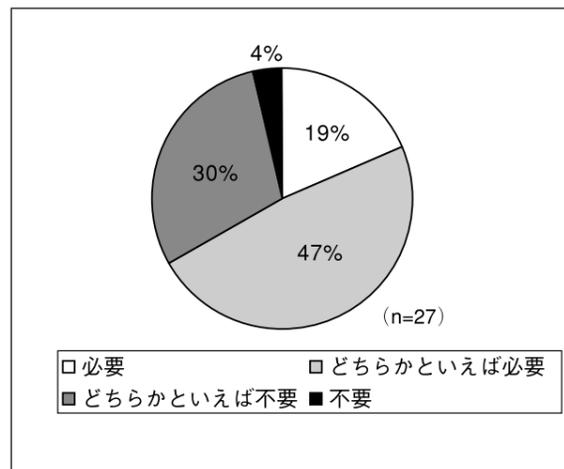


図13. 医師・弁護士による相談対応の要否



と回答された。年間相談件数(図12)

相談窓口寄せられる相談件数については、年間100件に満たない都道府県が全体の約60%を占めた。

年間相談件数を人口10万人あたりに換算すると平均6.37件で、最小は022件、最大でも13.9件であった。開設時間の長さや相談受付方法が異なるため比較することはできないが、ばらつきが大きいと言える。

2) 医師・弁護士による相談対応に関する認識

医師・弁護士による相談対応の要否及びその理由(図13)

介護支援専門員相談窓口

において医師や弁護士による相談対応をどの程度必要だと感じているか質問したところ、全体の66%が「必要/どちらかといえば必要」と回答しており、残りの34%は「不要/どちらかといえば不要」と回答した。

医師や弁護士の関与を必要と思う理由については、「新たな視点を得られるから」と回答した者が15名(58%)、「医師や弁護士の助言により自信を持って実践できるから」と回答したのが9名(35%)であった。

逆に医師や弁護士の関与を不要と思う理由については、「医師や弁護士への報酬が高いから」と回答したのが2名(8%)で、その他、「窓口において、医師や弁護士の関与が必要となるような相談が今までなかった」といった回答もみられた。

図14. 望ましい医師・弁護士の関与のしかたについての認識

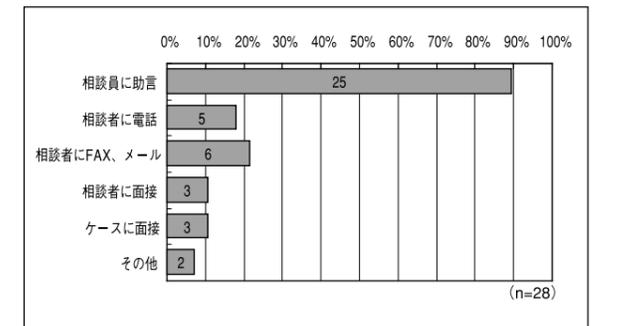
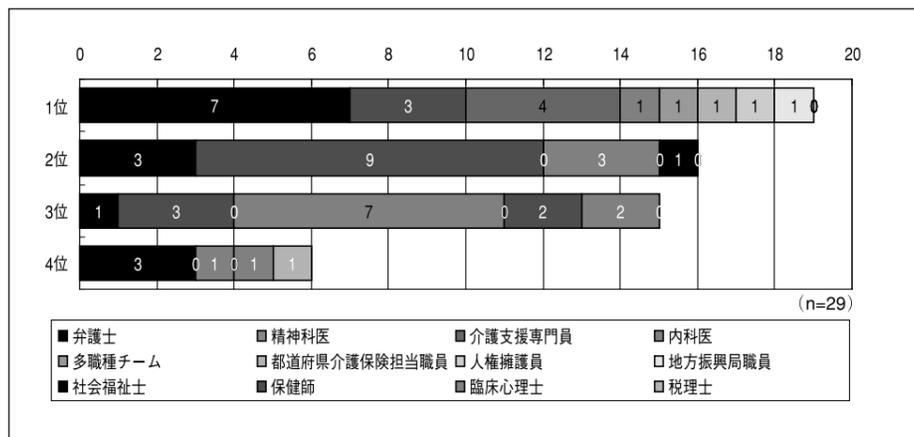


図15. 関与してもらいたい職種



望ましい医師・弁護士の関与のしかたについての認識 (図14)

介護支援専門員相談窓口にて医師や弁護士が関与する場合の望ましい関与のしかたについて尋ねたところ、「相談員に助言する」という間接的関与を妥当とした者が最も多く、全体の90%近い割合であった。一方、「相談者に電話する」「相談者に面接する」等の直接的関与の項目では、それらを妥当な関与であると回答したのは1~2割程度であった。

関与してもらいたい職種 (図15)

相談窓口において関与してもらいたい職種について順位をつけて回答を求めたところ、弁護士を1位にあげた者は7名、2位にあげた者は3名、3位にあげた者は1名、4位にあげた者は4名であった。精神科医については、1位にあげた者が3名、2位にあげた者が9名、3位にあげた者が3名、4位にあげた者は0名であった。

「医師・弁護士の関与の有無」と「医師・弁護士による相談対応の要否」「望ましい医師・弁護士の関与のしかた」に関するクロス集計

「精神科医関与の有無」と「医師・弁護士による相談対応要否」に関するクロス集計を行った結果、精神科医の関与のある2都道府県のうち、一方は医師・弁護士による相談対応は必要だと回答しており、もう一方は不要と回答していた。(表1)

表1 「精神科医関与の有無×」「医師・弁護士による相談対応要否」

| | | 精神科医関与の有無 | | |
|------------------------|----|-------------|------------|--------------|
| | | 関与なし | 関与あり | 合計 |
| に医師 による 相談 要否 | 必要 | 15 (94%) | 1 (6%) | 16 (100%) |
| | 不要 | 8 (89%) | 1 (11%) | 9 (100%) |
| | 合計 | 23 (92%) | 2 (8%) | 25 (100%) |

続いて「弁護士関与の有無」と「医師・弁護士による相談対応要否」に関するクロス集計を行った結果、精神科医の関与のある3都道府県全てにおいて、医師・弁護士による相談対応は必要だと回答された。(表2)

また、表には示していないが、「医師・弁護士関与の有無」と「望ましい医師・弁護士の関与のしかた」に関してクロス集計を行った結果、精神科医の関与のしかたについては、実際の関与の有無によって大きな違いは見られなかったが、弁護士が関与している都道府県においては、相談者への面接という関与のしかたが適当であると回答したところが3都道府県中2都道府県みられ、関与のない都道府県に比べて高い割合だった。

3) 回答者の個人特性

回答者の職種は、介護支援専門員である者が22名(85%)で、うち14名(54%)はケアマネジメンターであった。

相談員としての経験年数は、1年未満である者が12%、1年以上2年未満が40%、2年以上3年未満が32%、3年以上が16%であった。

年齢は、30歳代が15%、40歳代が50%、50歳代が23%、60歳以上が12%であった。

性別については、女性が65%であった。

(2) 聴き取り調査

1) 件数についての認識

これまでのところ、ケアマネの相談は少ないが、少し

表2 「精神科医関与の有無×」「医師・弁護士による相談対応要否」

| | | 弁護士関与の有無 | | |
|------------------------|----|-------------|------------|--------------|
| | | 関与なし | 関与あり | 合計 |
| に医師 による 相談 要否 | 必要 | 13 (81%) | 3 (19%) | 16 (100%) |
| | 不要 | 9 (100%) | 0 (0%) | 9 (100%) |
| | 合計 | 22 (88%) | 3 (12%) | 25 (100%) |

ずつ数が増える感触はある。

- ・相談件数は予想したほど多くなく、むしろ少ない。
- ・相談内容によっては精神科医に相談を振ろうと思っ

て、精神科医を確保しているが、これまでは相談件数はゼロだった。

2) 専門職による相談対応の実態及び望ましい姿についての認識

- ・専門相談は県弁護士会と県医師会に派遣を要請している。弁護士会は輪番を組んでいるが、医師会は質問がある都度に質問内容に相応しい医師を選んで依頼している。

- ・専門相談も電話での返答の方がやりやすい。特に弁護士はFAXでの返答に抵抗があるが、相談者からFAXや文書での回答を求められることがある。

- ・専門相談の中で、弁護士の相談は多く、医師への相談が少なかった。利用者の主治医や施設の顧問医など、ケアマネは医師と相談する機会が全くないわけではないが、弁護士とは接点が無く、ほとんど相談する機会がないことが理由と思われる。

- ・ケアマネの心理ケアの面では、精神科医よりも臨床心理士が有効。ケアマネ業務の現場を知っている人でなければいけない。1回きりの相談では不十分である。

- ・弁護士を必要とするケース(成年後見、遺言、虐待、契約、賠償問題など)では弁護士を紹介して相談を受けてもらう。相談から先のフォローはしない。個別案件の受任については関与しない。

- ・臨床心理士が地域へ出向いてグループカウンセリングなどを行う試みを始めており、良好な反応を得ている。

- ・精神的相談はあるが、精神科医の関わるほどのケースではない。法的相談については、他団体にも弁護士が対応する相談窓口があるため、そちらで対応していることが多い。

- ・介護支援専門員がまず相談する相手としては、顔が見え、気軽に相談できる保健師等がいるとよい。この際、顔の見える関係が重要である。専門職と介護支援専門員は必ずしも面識はなくてよく、保健師など介護支援専門員が最初に相談する相手とは綿密に連絡を取り、関係ができていなければならない。

- 逆に、相談している事実を事業所や同僚、地域の人に知られたくないために相談をためらう介護支援専門員が特に地方では多い。匿名性や守秘義務が求められる。

- ・現場のケアマネは多くの悩みを持っているはずであるが、待っているだけの受身の姿勢ではなかなか相談として上がって来ない。ケアマネ研修などを通じて「相談窓口」の宣伝、広報に努めている。

- ・専門相談の即効性がない。ケアマネは時間がない、切実な相談ほどすぐに答えが必要である。すぐに答えが

必要なケースは、弁護士会や県の顧問弁護士へ相談してしまうこともある。

- ・スーパーバイザー的ケアマネ、臨床心理士、弁護士による専門相談は、2カ月に1回なので少なすぎて対応しきれない。また相談時間が決められていると、相談者が時間を合わせにくく不便である。相談が深刻なものであると相談者としては即座に回答を得たいのに対応できない。

3) 市区町村レベルでの活動について

- ・市区町村によりケアマネ連絡協議会の活動に差があり、ケアマネの力量にもばらつきがある。

- ・専門相談で扱われる内容について、本来は、もっと小さな地域でサポートすべき内容と思われる。調査を行った市内にはケアマネリーダー相談窓口があり、活発である。

- ・ある市では、精神科医やPTや臨床心理士が参加した高齢者介護の研究会が開かれて活発に活動している。

一3-4 考察

(1) 都道府県介護支援専門員相談窓口の運営状況

今回実施した質問紙調査の結果から、人口10万人あたりの年間相談件数の平均は6.37件と、相談件数は全体に少ないことがわかった。開設してからの経過年数の違い、開設時間の長さ、相談内容などに差があるため、一概にどのようなシステムを取っている相談窓口相談件数が多いかは明らかにはならなかった。聞き取り調査からは、相談窓口の利用を促すために、相談員が地域の介護支援専門員連絡会や事業所へ足を運ぶ等の努力を行っていることがわかった。

また、全国における都道府県介護支援専門員相談窓口の非常に多様な実態が明らかになった。

窓口の開設頻度は週1回から週5回まで多様で、年間相談件数も、都道府県により大きな幅があった。相談受付の形態は、電話が主ではあるが、FAXやe-mail、面接による相談を受け付けているところも半数以上みられた。相談を受け付ける相談員数は、1人のところが最も多かったものの、21人以上のところも2割以上みられ、開設頻度同様多様な実態が確認された。

このような多様な運営状況下で、どの形態が最も効果的・効率的であるかは各都道府県の状況により異なるため、本調査結果から各県が他県の状況を踏まえた上で、窓口の潜在的利用者である管内の介護支援専門員に対しニーズ調査を実施するなどして、よりよい窓口のあり方を今後も検討していくべきであると考えられる。

(2) 介護支援専門員相談窓口における専門職の関与のあり方

本調査の中で、相談窓口に関与する職種については、介護支援専門員が最も多かったのは当然のことながら、医師や弁護士、心理職といった、介護以外の領域の専門職が関与している都道府県がそれぞれ1割程度はみられたことは、新たな知見であった。

介護支援専門員相談窓口における医師・弁護士による相談対応の要否に関する認識については、6割以上が「必要/どちらかといえば必要」と認識しており、全体としてある程度必要性が認識されている実態が明らかになった。また、「精神科医の関与の有無」と「医師・弁護士による相談対応要否」に関するクロス集計の結果から、精神科医や弁護士が現在関与していると都道府県においては、1県を除き全ての都道府県で、介護支援専門員相談窓口における医師・弁護士による相談対応を必要だと捉えていることが分かった。一方精神科医や弁護士の関与のない都道府県においては、割合としては半数以下だが、医師・弁護士による相談対応を不要だと回答したところもみられた。この差を生じさせている原因として、1つには、実際に関与しているところでは、相談実績があり、実感として必要性を認識しており、関与のない都道府県では具体的なイメージができず、不要であると回答した可能性が考えられる。このことから、介護支援専門員相談窓口には医師や弁護士といった専門職が関与し相談対応を行うことは、選択肢の1つとして非常に重要であると考えられる。

次に、専門職による対応の頻度については、件数が少ない実態を反映してか、ほぼ全ての都道府県で頻度が低く、回答までにはある程度の期間を要していた。これに対し、現場の介護支援専門員としては即回答が欲しい内容も多いという意見も聞かれたため、相談内容の緊急性について相談員が判断を行い、場合によって即時対応を行える体制を整えていくことも必要であると考えられた。

医師や弁護士の関与のしかたについては、大多数が「相談員に助言する」という間接的関与が望ましいと回答していた。この理由としては、医師や弁護士が直接相談者に回答を行う際に生じる相談員の手間が大きいことや、現状として介護領域に詳しくない医師や弁護士も多く存在することが考えられるため、相談員を介した関与の方が、相談内容に対する明確な回答を行える可能性が高いことなどが、可能性として考えられる。このことから、今後医師や弁護士が介護支援専門員相談窓口に関与する際には、導入としては基本的に間接的関与で問題なく、必要時相談員からの依頼を受けて対応を行うという方法で十分だと考えられる。ただし、弁護士が実際に関

与している都道府県において、相談者と面接をするという関与のしかたが望ましいと回答した割合が高かったことから、弁護士については、間接的関与だけでなく、相談者に対し直接面接を行うという関与も有効である可能性が考えられる。なお、3都道府県で関与がみられた心理職については、相談内容が介護支援専門員自身の心理的側面に関するものであることが多く、聴き取り調査の中でグループカウンセリング等の関わりが好評であると発言も聴かれたことから、面接等の直接的関与が基本となると考えられる。

都道府県介護支援専門員相談窓口 に関する全国調査

＜ご回答の前に必ずお読みください。＞

- ※ 本調査票は、厚生労働省による「ケアマネジメントリーダー相談窓口設置事業実施都道府県一覧」に掲載されていた団体様を対象にお送りしております。万が一貴団体に相談窓口が設置されていない場合には、お手数ですが未記入のままご返信くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。
- ※ 貴相談窓口の相談員の方のうち、窓口について熟知されている方（最も長く携わっておられる方等）にご回答をお願い申し上げます。相談窓口の実施体制についての質問は、ご不明な場合にも、それについてお分かりになる他の職員の方等におうかがいいただくなどして、できる限り全ての質問にお答えいただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

本調査は、下記の補助事業の一環として行われています。

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

【未来志向型研究プロジェクト】

『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 17 年 1 月

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. 貴団体に設置されている介護支援専門員向け相談窓口の状況についてうかがいます。

(1) 相談窓口の開設時期

平成 年 月

(2) 相談窓口の経費はどこから出されていますか？（あてはまるもの全てに○）

①厚生労働省補助金 ②都道府県補助金 ③その他（ ）

(3) 相談窓口の開設頻度・開設時間帯（あてはまる方に○）

①週に 回（平均開設時間： 時 分から 時 分まで） ②随時

(4) 相談の対象者（あてはまるもの全てに○）

①介護支援専門員 ②利用者・家族 ③その他（ ）

(5) 相談の受け付け（相談内容の聴取）形態（あてはまるもの全てに○）。

①電話 ②FAX ③e-mail ④面接 ⑤その他（ ）

(6) 相談料（あてはまる方に○）

①無料 ②有料（1件あたり _____ 円）

(7) 相談者の名前・所属事業所を聞いていますか？（あてはまるもの1つに○）

①全件聞いている
②聞いている件数：聞いていない件数= _____：_____ くらい
③全件聞いていない

(8) 相談内容に含まれる個人情報（個人を特定できる情報）の取り扱いについて、通常どのような対応を行っていますか？（あてはまるもの1つに○）

①相談内容には個人情報が含まれており、記録にも個人情報を残している
②相談内容には個人情報が含まれているが、記録には個人情報を残さない
③相談者に対し事前に個人情報を話さないように伝えるので、相談内容には個人情報は含まれていない

(9) 貴相談窓口に関わる職種及びその人数を全て教えてください。その職種が相談者からの相談を電話等で直接受け付ける立場（相談員）である場合には、「相談員」と書かれた欄の（ ）内に○をつけてください。また、各職種の報酬体系について当てはまる記号に○をつけ、その額を記入してください。

| 職種 | 人数 | 相談員 | 報酬 |
|------------------------|----|-----|----------------------------------|
| ①介護支援専門員（基礎資格が看護職） | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ②介護支援専門員（基礎資格が介護職） | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ③介護支援専門員（基礎資格が相談職） | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ④介護支援専門員（基礎資格がその他） | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑤内科医 | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑥精神科医 | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑦その他の科の医師() | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑧弁護士 | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑨その他の職種() | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑩その他の職種() | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| ⑪その他の職種() | 人 | () | a) 出来高制 (円/件) b) 時間給制 (時給 円) |
| 上記のうち、ケアマネジメントリーダー（再掲） | 人 | | |

(10) 上記の職種のうち、相談員として活動を行っている方について質問です。相談員として活動する際に、何らかの研修（ケース検討を含む）がありますか？（あてはまるもの全てに○）

①活動開始時にあった
②活動開始後、定期的にある（年間約 _____ 回）
③全くない

(11) 相談されたケースへの対応方法（それぞれあてはまる記号に○）

| | よくある | 時々ある | 稀にある | 全くない | |
|--|---------------|------|------|------|---|
| ①相談員（医師・弁護士以外）が、相談を受けた <u>その場で助言を行う</u> | a | b | c | d | |
| ②相談員（医師・弁護士）が、相談を受けた <u>その場で助言を行う</u> | a | b | c | d | |
| 相談を受けた後で、担当者 1名 （医師・ <u>弁護士以外</u> ）が検討を行い、その結果を相談者に折り返し | ③電話連絡して返答する | a | b | c | d |
| | ④FAXで返答を行う | a | b | c | d |
| | ⑤e-mailで返答を行う | a | b | c | d |
| 相談を受けた後で、担当者 1名 （医師・ <u>弁護士</u> ）が検討を行い、その結果を相談者に折り返し | ⑥電話連絡して返答する | a | b | c | d |
| | ⑦FAXで返答を行う | a | b | c | d |
| | ⑧e-mailで返答を行う | a | b | c | d |
| 相談を受けた後で、担当者 複数名 （医師・ <u>弁護士以外</u> ）が検討を行い、その結果を相談者に折り返し | ⑨電話連絡して返答する | a | b | c | d |
| | ⑩FAXで返答を行う | a | b | c | d |
| | ⑪e-mailで返答を行う | a | b | c | d |
| 相談を受けた後で、担当者 複数名 （医師・ <u>弁護士を含む</u> ）が検討を行い、その結果を相談者に折り返し | ⑫電話連絡して返答する | a | b | c | d |
| | ⑬FAXで返答を行う | a | b | c | d |
| | ⑭e-mailで返答を行う | a | b | c | d |
| ⑮相談員（医師・ <u>弁護士以外</u> ）がケース（利用者や家族）に電話連絡して対応する | a | b | c | d | |
| ⑯相談員（医師・ <u>弁護士</u> ）がケース（利用者や家族）に直接面会して対応する | a | b | c | d | |
| ⑰その他（ ） | a | b | c | d | |
| ⑱その他（ ） | a | b | c | d | |

(12) 医師や弁護士が相談に応じる場合、その医師や弁護士が、相談されたケースを、医師の所属する病院・診療所の患者として、あるいは弁護士の所属する法律事務所の顧客として、担当することがありますか？（あてはまるもの1つに○）

| | | | |
|-------|-------|---------|-------|
| ①全くない | ②稀にある | ③ときどきある | ④よくある |
|-------|-------|---------|-------|

(13) 昨年度（平成15年4月～16年3月）の相談件数の実績をお答えください。相談の受け付け形態別、担当者の職種別、相談の種類別に集計が行われている場合には、下表のような項目ごとの件数についてもご回答ください。

| | |
|----------|---|
| 年間総相談件数： | 件 |
|----------|---|

<相談の受け付け形態別件数>

| 受け付け形態 | 件数 |
|--------|----|
| 電話 | 件 |
| FAX | 件 |
| e-mail | 件 |
| 面接 | 件 |
| その他（ ） | 件 |

<担当者の職種別件数>

| 職種 | 件数 |
|----------|----|
| 介護支援専門員 | 件 |
| 内科医 | 件 |
| 精神科医 | 件 |
| その他の科の医師 | 件 |
| 弁護士 | 件 |
| その他 | 件 |

<相談の種類別件数>

| 相談の種類 | 件数 |
|---|----|
| 痴呆の利用者に関連する相談 | 件 |
| 痴呆以外の精神疾患（統合失調症、人格障害等）をもつ利用者・家族に関連する相談 | 件 |
| 成年後見制度に関連する相談 | 件 |
| 成年後見制度関連以外で、弁護士の関与が望まれるような相談 （具体的内容： ） | 件 |

（貴窓口で受けた相談の内容や対応の内容について、報告書のような形でまとめたものがありましたら、返信時に同封していただけますと幸いです。）

総合討論

総合討論

本研究では、電話相談窓口によるコンサルテーションの試行と、それに関連して、研修会形式コンサルテーションの試行、全国ケアマネジメントリーダー相談窓口事業アンケート調査を行った。それらからどのようなことが言えるのか。以下に研究班会議での討議も踏まえた結論を記す。

- 1 介護支援専門員がMELETEC方式電話相談窓口に期待すること

イ) 精神科医や弁護士に相談してみたいと思うことの背景
MELETEC方式電話相談窓口が「専門家連携のコンサルテーション」であることを唱っているのが、当然に、専門職に相談することを目的にして電話は掛かってくる。専門職に相談したいというニーズは確実に存在している。その背景には、「主治医がなかなか相談に応じてくれない」など、一部の主治医が非協力であるという事情があるだろう。また権利侵害など法律が絡む問題で、社会福祉協議会の権利擁護事業だけでは対応出来ないことがあり、しかし、弁護士に直接相談を依頼したら「お金がどのくらいかかるのか分からない」と不安がられているという事情もあるだろう。

ところが、電話相談窓口利用者へのアンケート調査から、やや意外な結果であるが、電話相談の評価として、「ケースの困難さを分かってもらえた」、「自分の実践内容が間違っていないことを確認出来た」ということを挙げた人が、「即応可能な方法を提案してもらった」、「新たな対応方法を提案してもらった」ということを挙げた人よりも多かった。「専門家への相談」の目的と効果が、「専門家からの意見」よりも、寧ろ「専門家から理解と支持」を得ることにあったということだ。そこから見えてくるのは、身近に相談出来る人を持たず孤立していて、対応に不安を抱き、迷っている介護支援専門員の姿である。

ロ) インターカーが対応するだけで、問題の多くが解消され、満足されるケースが多い。

最初に相談を受け付けるインターカーの印象として、多くのケースで、相談してきた人の話に耳を傾けることだけで、安心し、満足してもらったように思えた。「専門家連携の相談窓口」ではあるが、インターカーが、同じ介護専門職として、相談を受け止めることが大きな意味を持っていたのは間違いない。このことはとても重要な

ことのように思われる。上記のイ)と重なることだが、相談窓口は、介護支援専門員が置かれている状況を理解、共感する役割が求められている。そうした役割を担うために、相談窓口は、必ずベテランの介護支援専門員が配置されていて、(身近に相談できる人を持たず孤立していて、対応に不安を抱き、迷っていて、しかも多忙を極めている)介護支援専門員がアクセスしやすく、気軽に、安心して使えるようなものでなくてはならない。

ハ) 気軽に、匿名で、プライバシーが守られる相談が求められている。

介護支援専門員にアンケート等で意見を頂いた中から、大きく分けて2つの全く違った相談窓口が求められていることがわかった。その一つは、気軽に小さな相談でも受けてくれるような便利な相談窓口である。できれば時間をかけずに即答で、業務上気になったことについて、ちょっと専門家からの意見をもらって参考にしたいという要望である。そのような相談を求めるとは、相談者の名前や所属を言わずに相談できる匿名性にこだわる人、精神科医に相談したという事実や相談した内容が誰にもわからないようにしたいというプライバシーを気にする人が少なくなかった。その理由として、所属する事業所や同僚、利用者やその家族に知られたくないということがあった。また行政や在宅介護支援センターに知られたくないということもあった。特に地方ではその傾向が強かった。また、所属する事業所に対して不満を抱えている場合や、やらされている業務内容が違法なのではないかと心配するような場合もあった。そこから窺えることは、介護支援専門員が介護保険制度や事業所の雇用関係・人間関係、あるいは地域の人間関係のしがらみの中に居ることである。介護支援専門員の置かれた状況を考えると、匿名で相談出来る、プライバシーが守られるということも重要だが、さらに、相談窓口の「位置」の取り方も重要になるように思われる。相談窓口は介護保険制度の「外にある」と位置付けられていることが良いのではないか。

ニ) 手取り足取りして欲しい、助言ではなく直接に支援してほしいという求めもある。

その一方、相談者や対象者に直接的に関わり、問題解決まで手取り足取り導いてくれる相談窓口が求められてい

る。電話での助言だけではなく、介護の現場に直接来て、手を貸して欲しいという意見である。また事業所等で行われる事例検討会に参加して助言をして欲しいという要求もあった。現状の介護保険制度の仕組みの中では(認定審査や主治医の意見書以外で)精神科医や弁護士には明確な役割を与えられていないが、介護保険制度を円滑に運用するには、精神科医などの専門職が直接関わる必要がある場面が少なからずあると思われる。行政や在宅介護支援センターを直接支援する専門職のコンサルテーション・システムが必要とされているのである。実際に、この試行事業について、保健所などから、日常的に連携出来ないかという打診を受けている。この場合、コンサルテーション・システムは介護保険制度の「横に接して」位置するということになる。前述のハ)と合わせると、コンサルテーション・システムは介護保険制度の「外で、横に接した」位置取りをするということになる。

- 2 専門職連携の電話コンサルテーションは有用であること

平成15年度の研究結果から、対応困難例については、精神科医、弁護士、介護専門職の3つの専門職が連携して対応するコンサルテーションが有効であり、必要であることが結論付けられ、その実現可能な方式として、MELETEC方式の電話相談窓口方式を提唱した。即ち、電話相談窓口を開設、窓口にはベテランの介護専門職をインターカーとして配置する、インターカーは、相談者から問題を聞き取り、3つの専門家に事例を伝え、3つの専門家間で、対応策を検討し、回答方法を検討した回答するという方式である。多忙な3つの専門家が連携して対応する実行可能な方法としては、それ以外のものは考えられないであろう。

平成16年度に、このMELETEC方式の電話相談窓口を試行的に開設し、その効果を、相談してきた人へのアンケート調査、相談に当たった専門職へのアンケート調査から評価したところ、有用性が証明された。3つの専門職が連携して対応することで、ひとつの職種で対応する場合より、奥行きや幅があり、実用的な内容の回答が行え、それが相談利用者からの高い評価につながったと思われる。また相談に当たった専門職にとっても、多職種の知識を学んだ、他の職種による異なる対応の方法を知ったなどの点で高く評価されている。

- 3 MELETEC方式の電話コンサルテーション・システムには沢山の工夫が必要である

MELETEC方式のコンサルテーション・システムは、

全体としては評価されたものの、運用に当たって様々な工夫が必要であり、乗り越えなくてはならない課題があることが明らかになった。それは以下のようなことである。

個人情報に関する事業者と利用者との契約がなされている中では、コンサルテーションでの事例の扱い方には大きな制限が加わることが明らかになった。しかし、その一方で、相談を一般化した形で受け付ける、匿名の相談も受け付けることは、相談の利用者にとって利用のしやすさにつながる面もある。相談窓口のインターカーは、相談者からの相談を、その気持ちを含めて受け止める、問題点を整理する、問題を精神科医や弁護士などに分かりやすく伝えるなど「コンサルテーションすること」の「要の役割」を担う。ベテランの介護専門職を配置する必要があった。3つの専門家間の意見調整が活発になされてこそ、その真価が発揮されるコンサルテーション・システムであるが、多忙な中での意見調整はなかなか難しいことが分かった。メールが便利であるが、それだけでは十分とは言えなかった。

相互批判やスーパーバイズを活発に行う必要があるが、なかなか十分には行えなかった。相互批判やスーパーバイズには事例検討会が役立つが、多忙な精神科医や弁護士が参加する事例検討会は月に1回以上は行えなかった。

事例によっては即答、ないし迅速な対応を要するものがある。今回の相談でも即日に対応したものがあつた。難しいことであっても、必要に応じて迅速な対応も取れるようにしなくてはならない。

- 4 何故に、対応困難例が多いのに相談窓口の利用が少なかったのか

有用性が明らかであったにもかかわらず、また地域の中には対応困難例が多いにも関わらず、実際に相談窓口を利用した人は少なかった。何故に相談件数が少なかったのだろうか。このことについて多面的に検討を行ってみた。研究班会議での討議結果を以下に記す。

広報活動は足りていたか？
電話相談窓口の開設に当たっては、事前に介護支援専門員の連絡会など地域の会合に赴き、説明を行った。また、電話相談窓口の「案内チラシ」を広範囲に配布した。さらに、「ニューズレター」を3回発行し、これも広範囲に配布した。その中には、今回の相談窓口が扱う事例のイメージを持ってもらうために、「物取られ妄想」など高頻度に見られる事例について精神科医、弁護士、介護専門職の3職種からの助言を掲載した。チラシやニューズレターは、事業所の掲示板などに張られているのが目にされ

ており、良く読まれていたと思われる。こうしたことから考えて、広報活動が不十分であるということにはなかった。

開設時間などの開設条件は適切であったのか？
介護支援専門員が多忙な午前中を避け、終業後にも相談できるようにするために、開設時間は午後2時から午後6時までとした。電話による相談は、相談手段としては利用しやすいものであった。反省点としては、忙しくて電話をかける余裕もない介護支援専門員がいるのかもしれない。その人たちのためにFAXやe-mailによる相談も受け付けるようにした方が良かったのかもしれない。

相談窓口の利用を躊躇われたことがあったのではないか？
この電話相談を介護支援専門員の集まりで案内した際には、介護支援専門員から、「どんなことでも相談しても良いのか」、「専門家といってもどんな人が対応するのが分からない」、「どんな助言がもらえるのか」、「対象者を訪問してもらえるのか」と言った質問が出た。さらに伝聞で、「電話したらどんな対応をされるのか不安」、「本当に役に立つ答えがもらえるのか」、「相談したことが外に漏れてしまわないか不安」、「区の介護保険課に漏れることはないか」といったことが言われていたことが分かった。

どんな対応をされるのか、安心出来るところなのか、相談したことが漏れないかと言ったことは「相談すること」につきまとう不安であろう。さらに、MELETEC方式の相談窓口は、これまで無かったものであるから利用が躊躇われてしまうのは当然であろう。こうした不安を払拭するのに基本となるのは、着実に相談の実績を上げることであろう。良い助言が得られるという評価が口コミなどで伝われば、(相談の潜在需要はあるので)着実に利用者が増えて行くに違いない。しかし、そうやって行くには時間が掛かるだろう。その時間を縮める工夫として、区の介護保険担当者や保健所から、利用を勧めてもらうといった方法も考えられる。実際に一部の区では介護保険の担当者から利用を促してもらった。今後は、もっと区の介護保険担当者や保健所との連携を密にした方が良いという意見がある。その一方で、区の介護保険担当者や保健所とは「少し距離がある相談窓口であること」も相談者のニーズであるという意見もある。

研修会形式のコンサルテーションから示唆されること
介護支援専門員連絡会などの場を借りて行った研修会形式のコンサルテーションでは活発な質問があった。最初に、在宅の高齢者に関する、精神医学的、法律的な問題(物盗られ妄想やネグレクトなど)を挙げ、それにはこのような解決方法があることを例示した。そうすると、

参加者から、関連した事例が挙げられ、活発な質疑が出された。研修によって問題の存在に気付かれて(表現を変えれば啓発されて)質問が出されたようにみえた。また研修会では「助言者の顔が見える」ので安心して相談出来たということもあったように思われた。

前者のことは、まだ問題意識が希薄な人たちがいることを示唆する。問題意識が希薄であれば相談窓口を開いても、相談件数が上がる筈はない。現状では、コンサルテーションは啓発の要素を備えないと展開しないということである。

研修会形式のコンサルテーションは、現状では大変に有用性が高いものである。しかし、研修会形式のコンサルテーションを頻回に行うことは出来ない。介護支援専門員も忙しい、精神科医や弁護士など専門職も忙しいからである。また、研修会形式のコンサルテーションに於いては、介護支援専門員の個別の相談は行い難い。研修会形式のコンサルテーションの限界は明らかである。介護支援専門員を支えるためのコンサルテーションは、あくまでも個別相談が中心であるべきで、それを行う実際的な方式としては、やはりMELETEC方式の電話相談窓口以外には考えられない。そうであるとする、研修会形式のコンサルテーションの位置づけも明らかになる。研修会形式のコンサルテーションの目的は、介護支援専門員の問題意識の啓発すること、及び、介護支援専門員の中に専門職の相談員の「顔売る」こと、その上でMELETEC方式の相談窓口を宣伝し、その利用を促すことである。

しかし多数が参加者して大変に盛り上がった研修会の後に、電話相談が一気に増えるのではと期待したが、そういうことは起きなかった。研修会に触発されて相談してきたのは数件しかなかった。MELETEC方式が利用されるようになるには「それなりの時間」が掛かるように思われる。

全国の都道府県のケアマネリーダー相談窓口の実態調査から示唆されること
精神科医や弁護士といった専門職が対応を行う体制を備えている窓口は、まだ全国的には数少ないことが明らかになった。現状設置されている窓口においては、利用者の少なさは、どこも実に似た状況にあった。そんな中であって、各都道府県なりに努力をしておられた。その努力の中身は似通っていた。介護支援専門員の連絡会などに向いて窓口を案内すること、「押しかけ研修」や「出前相談」などで、「啓発すること」と「顔売ること」が重要だと考えられていた。そうした努力の積み重ねの結果、着実に相談件数を増やせているところもあった。人口の少ない地方では、相談の秘匿が保たれるかどう

かに特別に過敏であった。ケアマネリーダーが、お互い知っている間柄であることから、あまり機能していない一方で、匿名での相談が出来る窓口が貴重になっているという話を聞いた。

- 5 MELETEC方式のコンサルテーション・システムがもつ地域連携促進効果

研究の当初の目的に掲げられておらず、今回の研究から直接得られた結果ではないが、このコンサルテーション事業を行う過程に於いて、地域連携促進に繋がるような現象があったことは特筆しておきたい。高齢者介護に関わる多くの機関のいろいろな職種の方が、顔を合わせ交流を持つことができた。これまで関係の少なかった、精神科診療所、弁護士事務所、区の介護保険課、居宅介護支援事業所、保健所などとの間に関係が生まれ、この研究事業とは別に、それぞれの仕事上の相談を持ちかけたり協力を依頼するようなこともあったようだ。事業を通じて、お互いの考え方や興味関心などが少し見えているために、声をかけやすいこともあると思われた。対応困難例へのコンサルテーション事業を通して、自然な形で連携ができたとも言える。逆に、連携ができたことによって、対応困難例のコンサルテーションも、具体的、実効的で、かつ、幅と奥行きがある内容になっていった。対応困難例に関するコンサルテーション・システムのこのような連携促進の効果を意識的に利用していくことにより、地域連携を促進することが期待できると考えられた。また、地域連携が推進されることによって、対応困難例に関するコンサルテーションもより行いやすくなると思われた。

- 6 平成16年度の研究から結論付けられるMELETEC方式のコンサルテーション・システムのあり方

MELETEC方式のコンサルテーション・システムは2つの顔を持つ
在宅の高齢者で介護支援専門員が対応に困っている事例は少なくない。その多くは、精神医学的な問題、法律的な問題を抱えており、精神科医や弁護士などの専門職の助言が求められ、有用である。しかし、個々の介護支援専門員の置かれた状況を見ると、専門家連携のコンサルテーション・システムは、介護保険制度に対して「外で、横に接した」位置取りをするのが望ましい。そのコンサルテーション・システムは、2つの顔を持つ必要がある。ひとつの顔は、匿名でも受け付け、気軽に利用できる相談窓口である。介護支援専門員が抱えた問題を受け

止め、共感し、励まし、さらに専門職の視点からの助言も提供するものである。もうひとつの顔は、求めに応じて行政や在宅介護支援センターにも直接的に協力助言するものである。それを一体として実現するコンサルテーション・システムが求められている。

気軽に相談できる相談窓口
顔Aについては、相談窓口での介護支援専門員の抱えた問題を受け止める能力を持ったインターカー(ベテランの介護支援専門員)の役割が決定的に重要になる。相談は匿名でも良く、プライバシーが厳守される。電話だけでなく、FAXやe-mailでの相談も受け入れる、などの工夫が必要になる。さらに専門職の助言は、介護支援専門員の置かれた状況に応えるものでなくてはならない。そうした助言を行うためには、コンサルテーション・システムの内部で、介護現場のことについての経験や知識が乏しい専門職と介護専門職との間での意見調整や相互批判、スーパーバイズが必要不可欠となる。そのための手段として今回はメーリングリストを活用したが、それだけでは不十分である。さらに、この相談窓口では、必ず個人情報保護のために必要な手だてが講じられている必要がある。

相談窓口の利用は少なかった。これまでにない新しい相談窓口であるので、利用が躊躇われるのは当然であろう。しかし大いに利用してもらうためには、広報活動が徹底される必要がある。さらに、研修会形式のコンサルテーションを併せて行う必要がある。研修会形式のコンサルテーションで介護支援専門員を啓発して問題の存在に気付いてもらいながら、MELETEC方式電話相談窓口の利用を呼び掛ける。そうした工夫や努力と併せて、相談窓口の実績の積み重ねがあれば、潜在的な相談需要は大きいので、かならず相談窓口の利用は着実に増えて行くだろう。

行政や在宅介護支援センターに直接的に協力するシステム
平成16年度に行った研修会形式のコンサルテーションは、行政や介護支援専門員連絡会などへの直接的な協力でもあった。しかし内容は「一般的な研修」であって個別事例への助言ではなかった。個別の対応困難事例に対する専門家の視点からの助言は、介護保険制度の中に精神科医などが関与する仕組みがないために、行政などから強く求められていることである。しかしMELETEC方式のコンサルテーション・システムでもって、それを担うには相当数の専門職を確保しなくてはならず、さらに、確保した専門職がそれぞれ、介護支援専門員向けのコンサルテーション・スキルを磨かなくてはならない。そのために準備しなくてはならないことは膨大である。

対応困難例へのコンサルテーション・システムが持つ地域連携促進効果

多職種の専門家が協力するコンサルテーション・システムがひとつひとつの困難事例に対応することで、地域の中でこれまであまり関わりがなかった、精神科診療所、弁護士事務所、区の介護保険課、居宅介護支援事業所、保健所等との間の連携が少しずつ促される可能性がある。

今後は、本事業の中でもっと意識的に、コンサルテーション・システムが持つ地域連携促進効果を引き出してみるのはどうだろう。それによって、高齢者介護のみならず、障害者の自立支援のためのネットワーク作りに大きな展開をもたらすことが出来るのではないだろうか。

今回の試行的電話コンサルテーションの意義

(精神科医 白石弘巳)

今回の電話コンサルテーション・システムは、介護支援専門員に必要とされる専門的支援のあり方をめぐって非常に先駆的な試みであった。それは、このようなシステムがまだ実務上社会的に定着していないという点にあるばかりではなく、そもそも介護支援専門員を介護、精神医学、法律の専門家がどのように支援することが現実的で、効果的でもあるかということを探る「実験」という意味合いがあったという点においてそうであると個人的には認識している。

今回の試行の結果について、1) 相談数が思ったほど多くなかった、2) 相談した結果、明らかな問題の解決に結びついたケースは思ったほど多くなかった、といった意見が出るかもしれない。これらについてどう考えるかが重要である。1) については、この事業について広く周知できなかったこと、多忙その他で電話する余裕がなかったこと、当たり前なこと、基本的なことと言われるのではないかと躊躇した可能性がある、などの理由が考えられようし、また、2) については、逆説的であるが、電話相談しようと思うほど介護支援専門員が困るような事例では、専門家の専門的情報提供はそれだけでは問題解決のキーポイントではない場合があることを示している可能性がある。後者については、ある程度経験を積んだ者なら、3つの異なる領域の専門家が相談に乗ると言っても、問題解決の可能性が3倍になるとは考えないのではないかと？おそらく、介護支援専門員の中には、相談しても解決しないのではないかと予想して相談しなかった人もいたのではないかと推測する。しかし、そのような状況に対する相談は決して無意味であるのではない。専門的情報に接して、現実の解決に結びつかなかった場合でも、今後生じるべき事態に対するリスクマネジメントのあり方を認識したり、それまで抱いてきた不快感を解消し、燃え尽きを防ぐ機会となった可能性はあるのではないかと。むしろこうした相談の意義を広く知って、介護支援専門員が気軽に電話相談を利用できるようになることの重要性を強調しておきたい。こうしたことが明確になったのは、試行事業の成果であると考えられる。

ここから得られる対策は、まず、はじめから専門的相談であることをことさら強調せず、どんなことでも気軽に相談できる第三者機関の窓口であることを標榜することの重要性である。浸透するまでに時間がかかるであろうから、今後とも恒常的にこうした窓口が設けられる必要がある。この窓口は、いわば「広く」カバーすることに対応する。次に、必要時には、十分な専門的コンサルテーションが受けられるシステムであることも認識して頂く。こちらは、必ずしも件数は多くないかもしれないが、より「深く」カバーできる奥行きをもっていることに関するものである。「深い」相談は、今回のように専門家が電話で行ったり、あるいは面接して行うのが望ましいと思われる。必要性に応じて専門家が登場するシステムは、事業経費の効率性からみても当然要請されるものである。相談の「広さ」と「深さ」をつなぐのは、仲間から提起される問題を整理することができる「相談上手な」相談員（介護支援専門員の事情に通じ、かつ一定の相談の技術を有している者）の存在である。今回の事業は、インテークを行ってくれた介護支援専門員などの方にとって、得難い経験であったと思われるので、その経験を言語化し、相談のポイントなどを整理して、今後電話相談できる人を増やすために役立てて頂きたいと思う。

また、法律や精神医学などの専門家にとっては、一つの問題を他の領域の専門家がどのように認識するのかを知る貴重な機会になった。専門性を異にする者同士ばかりではなく、同じ専門性をもつ者同士でも、「共通の頭」は言うほど簡単に培えるものではない。今回の事業で、3つの異なる領域の専門家が「チーム」として活動できるようになるためには、さらにこうした経験を積む必要があることが明らかになったと言える。

今回の試行事業に参加し、刺激を受けた一人として「メレテック」が先鞭をつけた介護支援専門員のための支援事業の必要性が広く認識され、どこがになうかは別として今後も継続、普及していくことを願うものである。

MELETEC方式コンサルテーションのあり方と介護保険制度における位置づけ

(介護支援専門員 織田 昭子)

介護支援専門員に精神医学的・法的・介護技術的専門家連携コンサルテーションが有効であり、また介護支援専門員が切実にそれを求めているかは、15年度の試行事業で行ったアンケート調査および訪問聞き取り調査の結果としても示されており、また平成16年度のMELETECコンサルテーション試行事業である電話相談窓口への介護支援専門員の相談の中から現場介護支援専門員がどこを困難と考え、何に戸惑うかについて一定の傾向を掴むことはできた。この傾向については、介護支援専門員の介護保険制度上の役割の重要性が、介護支援専門員に精神的負担感を持たせ、困難な事例に遭遇した介護支援専門員が戸惑いの中で踏み込めずにいる状況の反映とも見て取れた

質の高いケアマネジメントを目指す介護支援専門員がどのようなコンサルテーションのあり方を求めるのか。そのためにまず介護支援専門員が利用者とともにケアプランを作成し、利用者や家族、そして利用者を取り巻く環境と関わっていく上で、どのような介護保険制度内外での地域のコンサルテーション機能を持つ資源環境を有していて、その既存の資源が、遭遇する困難事例への対応に有効なコンサルテーションであるのか否かを整理してみる必要がある。

1) 介護支援専門員と在宅介護支援センター

各事業所に属する介護支援専門員は、自治体(保険者)単位で、横の連携を持つのが一般的である。例えば介護支援専門員分科会、連絡会などで組織化され、連携をしているところが多く見られる。ここでは自治体(保険者)のスタンスの取り方は、もっぱら法・基準に則った解釈や保険者の判断、指導助言や情報提供が中心となる。

多職種協働の推進役としてのケアマネジメントリーダーの養成事業により、今後身近な地域にケアマネジメントリーダーが置かれ、ケアマネジメントリーダーが中心となった介護支援専門員サポート体制が充実していく方向もみられる。老人福祉法に基づく在宅介護支援センターは総合的な相談に対応すべく専門職がいるということでケアマネジメントリーダーを養成、配置しやすい。

保険者によっては、困難事例のケアマネジメントについて、地域ケア会議等を在宅介護支援センターと担当事業所その他関係機関で開催しているところもある。在宅介護支援センターはまた保健医療福祉のネットワークを持つ相談機関としての存在意義がある。地域のネットワークをケースマネジメントの中で有効に繋げていくことのできる専門職(介護福祉士や看護師、社会福祉士)が配置されているとされている。しかし、現場の事業所の介護支援専門員にとって、在宅介護支援センターの支援体制は果たして身近なものとなっているのだろうか。現状では在宅介護支援センターは居宅介護支援事業者としての両面を持ち、他事業所のケアプラン支援まで関わりにくいところもあるのではないだろうか。そのことに関しては、15年度のMELETECの介護支援専門員へのアンケートにも見られるところであった。前述のような専門職性とケアプランのフォローができる在宅介護支援センターは少ないのが現実である住民にとっての地域の身近な相談機関であることはもとより、現場の介護支援専門員が抱え込んだ困難事例についても、最も身近な地域における公的な介護・福祉・保健の専門家コンサルテーション機関としての在宅介護支援センターの機能強化が期待される場所である。この重要な視点で実施主体である各自自治体は、在宅介護支援センターの質と見直しのため事業評価をし、実態を把握してほしい。2006年度改正介護保険法のもとに、地域の課題を担える在宅介護支援センターとなる必要がある。今後は、地域包括支援センターを含めて精神医学分野、法律分野の専門家連携の構築についてが、重要な課題となる。

2) 介護支援専門員と区市町村社会福祉協議会

社会福祉協議会については、その活動の本旨は地域福祉推進にある。そのため地域福祉のインフォーマル資源情報を幅広く有するという点で、介護支援専門員にとっては介護保険の隙間を埋める相談機関として関わりの深いものである。

ケアマネジメントリーダー(都道府県が推薦する者でケアマネジメントリーダー養成研修を受講した者)の業務について

- 個々の介護支援専門員に対する支援
- ・介護支援専門員への個別指導・相談・活動支援・同行訪問
- ・地域ケア会議を活用した個別ケースに対する助言
- ・サービス担当者会議の開催支援 等

- 地域の介護支援専門員同志の連携体制の構築
- ・地域における事例検討会・意見交換会・研修会の開催支援 等

- 地域のケア体制(ケアチーム)の構築支援
- ・市町村、保健所、福祉事務所等関係機関との調整に係る体制づくり
- ・介護サービス事業者等地域のサービス提供者間のネットワークづくり
- ・地域の保険、医療福祉サービス等に関する情報の収集及び提供。関連施策との連携などの地域の支援体制づくり 等

区市町村の社会福祉協議会の役割に、地域福祉権利擁護事業がある。高齢者を含め判断能力が弱ってきている単独世帯や高齢世帯の権利を生活の中で守る支援をしていくしくみである。区市町村社会福祉協議会の中には、合わせて成年後見制度の相談窓口を設置しているところも見られる。この事業は、精神科医や法的専門家の相談対応に基づいて実施されている。

こうした社会福祉協議会のあり方は、介護支援専門員にとってもあらたな資源環境の構築とも言える。しかし、現状は、利用が少ないことからもうかがえるように、相談機関としてアクセスしにくいように思う。介護支援専門員が求めているものは、成年後見制度相談窓口に行く前のコンサルテーション機関である。生活の連続性の中でのアクセス方法に工夫が求められる。

3) 介護支援専門員と都道府県介護支援専門員サポートセンター

都道府県介護支援専門員サポートセンターは、介護支援専門員を支援し、ケアプランの質の向上も視野に入れた新たなコンサルテーション機能とも言える。

16年度本モデル事業で都道府県介護支援専門員相談窓口に関する全国調査を行った。東京都は国保連に事業委託している介護支援専門員サポートセンターがある。東京都の介護支援専門員サポートセンターでは養成されたケアマネジメン트리ーダーが電話もしくは面接相談対応していくもので、精神科医や弁護士による相談も可能となっている。しかし、相談の実績は少ない。精神医学的、法的相談が稀である理由については、介護支援専門員が抱える事例が内包する精神医学的、法的側面の困難度、緊急度に比して、相談への距離感がありすぎるものがあげられる。介護支援専門員は精神医学的、法的相談も日常業務の中で相談ができる距離感を求めている。介護支援専門員サポートセンターが現場で困難を抱える介護支援専門員をサポートする体制を整備した点は評価できるが、身近さという点においては地域密着にまざるものはない。今後ケアマネジメン트리ーダーが各市町村で多く養成され、在宅介護支援センターなどにおいて、身近なサポート体制を確保していくことを期待する。

4) MELETEC方式コンサルテーション・システムのあり方と介護保険制度における位置づけ

介護支援専門員が有する介護保険制度内外の、地域にあるコンサルテーション機能を概観してきた。それらに対して、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試行事業に介護支援専門員が寄せた相談の内容は、
本人の精神状況・判断能力の低下による生活上の問題
家族のサービス拒否による介護放棄
独居の本人のサービス拒否

などと言った権利擁護関連、精神医療関連にあり、介護支援専門員としては、前述したような資源環境を使ってもなお対処の困難な利用者や世帯があるということに着目する必要がある。

平成18年度の改正介護保険法では、地域支援事業として、地域包括支援センターの設置が義務付けられることになる。地域包括支援センターが自治体の中で何ヵ所の配置になるのかは各自治体の生活圏域の設定によるものとなる。地域包括支援センターは、介護予防プラン作成のほかに高齢者虐待への対応の機関にもなることとなる。これまでの在宅介護支援センターは明確には精神医学的、法的専門家連携は持てなかったが、18年度以降は、地域包括支援センターを中心に高齢者虐待などへの具体的対応のしくみを構築することが必要とされる。

2025年には認知症高齢者も現在の1.5倍となる。また高齢者虐待防止法が成立した先に、介護支援専門員はこれまで以上の広範なネットワークに支えられることで、利用者や家族への質の高い支援が実現できる。

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
〔老人保健健康増進等事業分〕【未来志向型研究プロジェクト】

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16年度研究報告書

発行 平成17年3月31日

発行者 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

〒151-0053 東京都渋谷区代々木1 - 55 - 14 セントヒルズ代々木802
電話 03 - 5333 - 6446