

在宅認知症高齢者援助における困難感の内容の構造

—ソーシャルワーカーに対する質的分析をもとに—

Structure of Social Worker's Difficult Feeling in the Elderly with Dementia

久松 信夫^{※1}

キーワード： 認知症高齢者，在宅介護支援センター，ソーシャルワーカーの困難感，質的分析

1. はじめに

在宅高齢者の援助活動において、いわゆる「困難ケース」となる特性の一つに「本人に精神的問題」があることが一因として挙げられる(和気 2005)。「精神的問題」には“認知症”が多くを占めていることが推察され、実際に援助の現場では次のように「困難」と感じる一要素にもなっている。たとえば「家族が親の認知症を認めないので、サービスにつなげにくい」「本人の気持ちがあつかめないので、家族の意向のみの支援になってしまう」「一番大変なのが地域住民とのやりとり。失火などのリスクもありますし、『この人がここで自分らしく生活すること』の意義を理解してもらうのは難しい」などが挙げられ、認知症はケア自体に高い専門性が必要とされることに加え、種々の難しさも附随する(『ケアマネジャー』編集部 2009)ともいわれる。また、援助困難な認知症高齢者にどのようにアプローチしていくのか、その実践例を紹介しているものもある¹⁾。このように、在宅高齢者援助において、認知症高齢者は援助活動において困難感を帯びる者と焦点化されやすい。ただし、ここで留意しなければならないのは、「困難」と感じる主体は誰かということである。加えて、「困難ケース」と実践現場では頻繁に使用されるが、「困難ケース」とは支援する側の論理によって形成(構築)され、利用者の自立生活を支援する過程において主観的に困難と感じる利用者を困難ケースと定義されることがある(和気 2005) ことにも留意しなければならない。このようなことを踏まえて、なぜ認知症高齢者はそれほど援助者にとって困難感を帯びる存在として位置づけられるのであろうか。

岡田(2010)は、ソーシャルワーカーが支援の実践において、支援を困難にさせる要素を6つに分類している。そのなかには、「課題自体の困難感」として「認知症およびそのおそれ」を取り上げている。つまり、“認知症”という疾患の特性から派生する困難感である。認知症の症状の特性には、認知能力に障害が生じるため適切な判断とそれに基づく意思表示や行動をとることができないことが挙げられる。“認知症”であることが支援

※1 HISAMATSU, Nobuo 桜美林大学総合科学系

者であるソーシャルワーカーにどのような困難感を感じさせるのか、その背景を考える必要があるが、その前に「困難感」の概念を確認しておく。

杉浦(2006)は、「困難性」を意味する単語として“problem”(問題, 疑問, 難問), “trouble”(心配, 苦勞, 悩み迷惑, 面倒, 混乱, 不調, もめごと), “hard”(難しい, 厄介な, 骨の折れる, 辛い, 耐え難い, 厳しい), “adversity”(不幸, 不運, 難儀, 災難, 苦勞)の4つの単語を和訳した単語と位置づけており、一言でいえば「苦しみ悩む」状況を指している。この「苦しみ悩む」状況が継続し軽減や打開できないことが、ソーシャルワーカーが感じる困難感に発展するものと考えられる。このような内容を基盤にして、認知症高齢者の援助における困難感を検討し、本研究では次のように「困難感」を位置づけることにする。すなわち、「認知症高齢者のもつ諸特性などを背景にして、ソーシャルワーク実践を展開するうえで悩み苦慮するなどの情緒面を有し、それが軽減・打開できずに持続している状態」である。

このような困難感は、実践分野を問わずソーシャルワーク全般に対して明らかにしている研究や、医療ソーシャルワークのコンテクスト上で明らかにしている研究は散見されるが、在宅認知症高齢者を援助する過程のなかでどのような内容から構成されているのか、それを明らかにしている研究は数少ない。今後、さらに高齢化が急速に進行するに伴い、認知症高齢者も増加することを考えると、認知症高齢者の援助をめぐる困難感はどういった背景から生じるのか、それを明らかにすることにはソーシャルワーク実践において大きな研究意義があると考えられる。

これらのことから、本研究の目的は、在宅認知症高齢者の援助をめぐるソーシャルワーカーが抱える困難感の内容の構造を明らかにすることとした。

2. 研究方法

研究対象は、インターネット上のサイトにある全国の在宅介護支援センター一覧から無作為抽出した817か所の支援センターに勤務する社会福祉士、またはソーシャルワーカー817人を対象とした。調査方法は、調査票を配布し記入後返送する自記式郵送調査を行った。調査期間は、2003年10月1日～31日であった。

本研究では、「在宅介護支援センターの活動を展開する上で痴呆ケア²⁾に関して困っていることは具体的に何ですか」という質問に何らかの自由回答を記述していた者を分析対象とした。得られた回答を記述された内容ごとに分解し、内容の類型化をはかりカテゴリー化する手順を繰り返し、困っている内容について2水準のカテゴリー(カテゴリーとサブカテゴリー)を設けて分析を行った。

回答者は282人で、性別では男性が77人、女性が205人で、平均年齢は38.8歳、平均実務経験年数は3.6年であった。なお、在宅介護支援センターには基幹型と地域型の2つのタイプがあるが、本研究では統合して分析することとした。

3. 研究結果と考察

本研究では質的研究法を採用している。質的研究法の特徴でもある解釈や考察の含んだ結果は分けて記述することが困難なため、結果と考察をまとめて述べていくことにする。また、必要に応じて回答者の記述内容を提示しながら解釈と考察を行う。

前述の分析手順でデータを分析した結果、24のサブカテゴリーが生成され、それを8つのカテゴリーでまとめた(表1)。以下、この8つのカテゴリーに分けて、サブカテゴリーとカテゴリーの説明と解釈および考察を行う。なお、〈 〉はカテゴリー、[]はサブカテゴリーを示し、自由回答からの引用は「 」で示す。

表1 認知症高齢者援助におけるソーシャルワーカーが抱える困難感の内容

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|--------------------|----------------------------------|
| 〈独居に伴い判断しにくい〉 | [独り暮らしで身寄りがない] |
| | [キーパーソンとなる人がいない] |
| | [判断に迷い決断できない] |
| | [家族が遠方にいる] |
| 〈知識・理解が不十分〉 | [家族の理解不足によって協力が得られない] |
| | [地域住民の理解不足によって協力が得られない] |
| | [行政による理解・協力の不足] |
| | [相談援助活動の理解が十分でない] |
| | [認知症ケア教育の機会が十分保障されていない] |
| 〈不十分な社会資源・システム未確立〉 | [社会資源が充実していない] |
| | [認知症の人を早期発見しサービスにつなげるシステムが未確立] |
| 〈不十分な医療体制と相談相手の不足〉 | [初期治療を受けていない] |
| | [認知症専門医が少なく有益なフィードバックがない] |
| | [認知症に関する専門機関や窓口・人材の不足] |
| | [連携が十分にとれる仲間が少ない] |
| 〈症状対応に困惑〉 | [BPSD 対応が困難] |
| | [認知症症状に困り、関わりを拒否される] |
| | [軽度認知症の人への介護負担などにより介護者の負担が大きい] |
| 〈制度の矛盾と限界〉 | [制度活用の不便と限界] |
| | [業務を兼務することによって不均衡となる業務] |
| 〈金銭の問題〉 | [サービスの利用負担が大きい] |
| | [使用できる金銭の限界や管理が不十分] |
| 〈意見とニーズの相違〉 | [援助者と家族の意見の違い] |
| | [認知症の本人と家族のニーズのギャップ] |

1) <独居に伴い判断しにくい>

ここでは、〔独り暮らしで身寄りがいない〕〔キーパーソンとなる人がいない〕〔判断に迷い決断できない〕〔家族が遠方にいる〕の4つのサブカテゴリーから構成されている。

(1) 〔独り暮らしで身寄りがいない〕

このサブカテゴリーには、“独居”と“身寄りがいない”の2項目のコードが含まれている。前者の「独居」においては、「痴呆で独居，身寄りがいない場合，サービス導入の決定や費用面などの最終決断をどのように行っていくのか」「在宅サービスを受けるにあたり痴呆独居の人の場合，契約の交換ができない」など，何らかの在宅サービスを利用する際に認知症高齢者が“決定”がしづらい状況に困難感を感じられることが挙げられる。認知症は，記憶障害がその症状の中核にあるが，そこから派生する生活支障として“判断しづらい”ことが一例として挙げられる。在宅介護支援センターのソーシャルワーカーは，一人暮らしの認知症高齢者の相談援助において在宅サービスの利用が客観的に必要だと判断しても，認知症高齢者本人がその必要性を判断できない場合に，困難感をもつことがある。こういった場面で必要になるのが，認知症高齢者に代わって判断することや代弁することが可能な“身内”であるが，そういった存在の人も不在となると，ソーシャルワークを展開するにあたって大きな壁に直面することとなる。齋藤（2006）は，介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難と思うものとして「独居認知症者へのケアプラン」が上位に挙がっていることを示している。つまり，“認知症高齢者”であることと“独居”であることは，それ自体が援助者にとって困難感を抱く要因となっているといえる。それは，次項の〔キーパーソンとなる人がいない〕こととも連動する。

(2) 〔キーパーソンとなる人がいない〕

このサブカテゴリーの内容は，前項の〔独り暮らしで身寄りがいない〕こととも連動するため，データである回答では次のような内容が挙がっている。「一人暮らしの痴呆性高齢者の場合，在宅ケアで誰がキーパーソンになるか」「独居の痴呆性高齢者でキーパーソンとなる人が遠方またはいないケースでは，プランをどうしていくか自体がままならず，活動に困難である」などである。ここにおいても，一人暮らし認知症高齢者の在宅生活を援助する上で，在宅ケアのプランを運用する上で認知症高齢者本人が“判断しづらい”状況が，援助活動に困難感や支障をきたすことが指摘できよう。

もちろん，“認知症高齢者”の側の要因として“判断しづらい”ことがあるのではなく，焦点化すべき点は“認知症”の症状の側面である。認知症の症状特性から派生する状況に，ソーシャルワーカーは困難感を感じることにいえる。そこに，“キーパーソン”という認知症高齢者の代弁的役割を担うような人の不在が，さらに困難感を生成する要因にも成り得ることが指摘される。さらに，「本人の受け入れ難，キーパーソンがいない場合の今後の関わりについて」困難感を感じるともいわれる。認知症高齢者に対するソーシャルワ

カーの援助や、在宅サービスの利用が難しい場合、キーパーソンを媒介にして在宅生活を援助可能として見通しができるのであるが、そういった存在のキーパーソンがない場合は、今後の関わりの見通しができず閉塞感をソーシャルワーカーは感じるのではないだろうか。この閉塞感は、独居でキーパーソンが不在の認知症高齢者の援助をめぐる特有のものであると指摘することもできよう。

前項と本項から、“認知症”特有の症状にともなって、“判断しづらい”ことが認知症高齢者の日常生活に支障をきたし、それがソーシャルワークの実践において困難感に影響するものであることが導き出せた。そこで、この“判断しづらい”状況をあらためて確認していきたい。

(3) [判断に迷い決断できない]

このサブカテゴリーは、“判断に迷う”ことと、それに伴い“決断できない”という2つのコードから成る。これは、これまでの〔独り暮らしで身寄りがいない〕ことや〔キーパーソンとなる人がいない〕ことと大いに関係する。

たとえば、「痴呆で独居で兄弟、親戚から関わりを拒否されている方の場合、サービスを入れて地域で生活しているが在宅生活が困難になった場合の施設入所の時期の見極めが難しい」ことが挙げられる。こういった例は典型例かもしれない。在宅での一人暮らしが困難となっている状況のなかで、今後の生活を安定したものにするために施設入所を援助者側は検討することもあるのだが、その時期を見極めることに困難感を援助者であるソーシャルワーカーは感じている。施設入所は高齢者本人が“決める”のは当然であるが、“認知症”で“親族が関わりを拒否”している場合は、特に困難感を感じるであろう。無論、ソーシャルワーカーが高齢者本人の施設入所を勝手に決めるわけにはいかない。そのために、施設入所に関して〔判断に迷い決断できない〕困難感を感じるのである。

「この高齢者には施設入所の方が、より安定した安全で安心できる生活を送れるのではないか」と、ソーシャルワーカーは認知症高齢者を目の前にして考えることはある。しかし、そういった判断や決断がソーシャルワーカー側にはできないという葛藤が起こりえる。こういった場面は決して珍しいことではなく、認知症高齢者の在宅生活の相談を受け持つソーシャルワーカーが、よく出会う場面の一つでもある。この場面は、ビーチャム (T. L. Beauchamp) とチルドレス (J. F. Childress) の『生命医学倫理』で明確化された4つの基本原理における、「自律の尊重原理」と「仁恵原理」の対立が起きていると考えられる。つまり、自己決定の主体者である認知症高齢者の自己決定・意思決定を尊重すべきだが、“認知症”の症状により自己決定・意思決定できない場面にソーシャルワーカーが遭遇した場合に、ソーシャルワーカーが代わりに決定するような代行決定はパターンリズムともなる。ソーシャルワーカーが認知症高齢者にとって「よかれ」と思って決定すること(仁恵原理)は、善意の押しつけにもなる危険性と表裏一体である。援助関係における主体は認知症高齢者であるという、「自律の尊重原理」とも対立するのである。このことは、

いわば容易に解決できない問答であり、認知症高齢者に関わる援助現場のソーシャルワーカーが直面する大きな困難感とも指摘できる。

(4) [家族が遠方にいる]

〔家族が遠方にいる〕ことは、認知症高齢者を目の前にして「いまここで」何らかの判断をしなければならない場面にソーシャルワーカーが遭遇した際や、今後のことで何らかの関わりをしなければならない際に、即座に判断しにくい状況となることがソーシャルワーカーにとって困難感に陥ることになると考えられる。

「家族の存在が明らかにもかかわらず、遠方や疎遠なので積極的な協力は得られない場合、逆に介入に時間がかかることがある」ともいわれる。たとえば、一人暮らしの認知症高齢者の“認知症”の症状が進行した際に、遠方に家族がいるとすぐには関わらず、ソーシャルワーカーが代行で何らかの関わりをもつこともある。そのため、「家族も遠方に住んでいることが多く、普段からの関わりがもてないため施設入所になってしまうケースが多い。」こともある。家族が遠方にいるため日常的に高齢者本人に関われない。そのため、高齢者本人にとっては不本意な施設入所に至ってしまう場合もある。施設入所に関することは極端な例かもしれないが、しかし在宅生活が継続可能か否かという究極の選択場面に認知症高齢者や周囲の援助者が出会った際には、回避できない課題でもある。

日常生活においても、医療機関の受診や在宅サービスの利用に関する事など、ソーシャルワーカーなどの援助者だけでは“判断しにくい”場合に、家族に意向確認や同行などを求めたりすることが多いが、〔家族が遠方にいる〕ということによってそれが困難な場合に、ソーシャルワーカーは苦慮するのである。

このように、＜独居に伴い判断しにくい＞カテゴリーには、援助の対象者が“認知症”であるがゆえのソーシャルワーカーの困難感を抽出することができた。そのため、ソーシャルワーカーなどの援助者側では解決しにくい要因が含まれ、いわば認知症高齢者を援助するソーシャルワーカーの宿命としての必然的な困難感とも位置づけられる。

2) <知識・理解が不十分>

ここでは、〔家族の理解不足によって協力が得られない〕〔地域住民の理解不足によって協力が得られない〕〔行政による理解・協力の不足〕〔相談援助活動の理解が十分でない〕〔認知症ケア教育の機会が十分保障されていない〕という5つのサブカテゴリーが生成された。認知症高齢者が増加しているなかで、日常的には“認知症”に関する理解や知識が十分でないことから派生するソーシャルワーカーが感じる困難感が明らかになった。

(1) [家族の理解不足によって協力が得られない]

〔家族の理解不足によって協力が得られない〕は、“家族の認知症に関する理解不足”、“家

族との協力が得られない”，“家族が介入を拒否する”という3つのコードから構成されていた。

まず、認知症高齢者の家族（同居・別居を含む）が、“認知症”の症状や特性を理解していないために、ソーシャルワーカーが行う援助活動に協力してもらえない場合がある。これに関する回答記述は多数挙がった。

「家族が痴呆に対して理解していない。理解しようとしない。」ことが典型的な回答である。認知症の初期は、病気としての“認知症”なのか、加齢に伴うもの忘れなのか、家族自身が戸惑い混乱することが多い。たとえ、「認知症かもしれない」と認識したとしても、一方では「認知症とは認めたくない」「いや、認知症ではないだろう」と否定的な感情を併せ持つことが多い。こういった戸惑いや混乱、否定的感情の最中にある家族にとってみれば、ソーシャルワーカーなどから高齢者を認知症と指摘され、それを前提に各種サービス機関を紹介され、協力を依頼されることは、ある種のレッテルを貼られている思いになり、受けとめがたい現実かもしれない。その否定的感情によって、ソーシャルワーカーからみれば「家族は認知症を理解しようとしない」という姿に映り、援助における不全感などから困難感を抱くのではないかと考えられる。

家族が認知症を認めようとしない場合、あまり好ましくない結果として「家族の理解に相当時間がかかり、痴呆が進行し在宅生活の継続が難しくなる」ことがある。その過程では、「家族が介入を拒否する」場合が多い。このように、家族が認知症を理解しようせず、ソーシャルワーカーの介入を拒否する場合には、やがて在宅生活継続の危機が訪れることは憂慮しなければならない。高齢者本人にとって、不本意に在宅生活継続が困難になることは援助者として回避したい。そのために、ソーシャルワーカーは家族に“認知症”の理解を進める姿勢が必要となる。

(2) [地域住民の理解不足によって協力が得られない]

[地域住民の理解不足によって協力が得られない]は、“地域住民の理解が不足／どう得るか”，“地域の見守り体制が不十分”，“近所に知られたくなく協力が得られない”，“認知症に対する理解を住民に深める場がない”の4つのコードから構成されていた。

家族が認知症に関して理解を示したとしても、高齢者や家族が地域で生活している限り、地域住民の理解も欠かせない。しかし、その地域住民が認知症に関して理解が不十分なことは、ソーシャルワーカーの援助活動にどのように影響するのであろうか。

「地域住民の理解が得られず、（援助が）必要にもかかわらず介入しにくいこと」「住民の痴呆に対する知識が薄いため、重度になってから相談にくる例が多く、在宅ケアではなく施設入所を希望する家族が多い」などの状況が挙げられた。介入が必要な認知症高齢者を発見しても、地域住民の理解が十分ではないため介入しにくく協力が得られない場合、その高齢者自身や家族は孤立感を深めるものと考えられる。地域で孤立した介護状況を過ごすことによって、高齢者本人や家族は近隣住民に迷惑をかけたくない、つまり介護状況

を知られたくないという思いに陥り、ますます悪循環になることがある。その悪循環の場合が“認知症が重度になる”ことによって、在宅介護に限界を感じ、在宅介護支援センターなどの相談機関に連絡する事態が考えられる。しかし、在宅介護が限界の状態では相談当初から施設入所を家族は希望することとなる。そこまで、在宅介護が追いつめられてから相談にくる状況には、ソーシャルワーカーも援助活動に困難感を覚えることとなる。また、「地域住民も痴呆性高齢者や介護家族の大変さへの理解が少ない」という回答もあり、いかに介護家族が地域住民の理解不足の下で孤立した介護生活を送っているかがわかる。

一方、「地域において痴呆は広域の意味では理解されてきているが、狭い範囲になると全く理解してなく、協力員がいざ痴呆の人を発見すると施設へ入れたがる。一人ひとりの協力員の頭にはボケ＝施設というイメージが強い。」という言葉も見受けられた。認知症について、総論的には理解できたが各論的に、自分の身近な地域でその存在を知ると施設入所へと、地域から排除するような状況があるという。しかし、これは決して珍しいことではない。筆者も自身の臨床経験から何度もこういった場面に出会ったことがある。“認知症高齢者は地域から出て行って施設へ入るべきだ”というような、いわば社会的排除の存在として認知症高齢者を地域が認識している場合も、ソーシャルワーカーは地域住民を相手に理解不足における困難感を抱くことであろう。

加えて、「痴呆に対する理解を地域住民（家族や近隣住民）に深める場がない」ことに困難感を抱くソーシャルワーカーもいるが、在宅介護支援センターあるいはソーシャルワーカーの役割機能には認知症理解を促進するための活動が含まれているため、ソーシャルワーカー自身がこの困難感を打破する取り組みを行わなければならない場合もある。

認知症高齢者や家族が在宅で生活し続けるには、地域住民の認知症に関する十分な理解が不可欠である。そのような状況にない場合は、ソーシャルワーカーは援助活動に関して困難感を抱くが、地域を基盤としたソーシャルワークのあり方が問われている昨今、ソーシャルワーカーは地域住民への認知症理解促進のための啓発活動や、認知症高齢者や家族の代弁者としての機能を果たすアクションを起こす必要があることを強調しておきたい。

(3) 〔行政による理解・協力の不足〕

〔行政による理解・協力の不足〕が、ソーシャルワーカーの援助活動に困難感を抱かせる要因になるという。

「行政が介入に消極的なため、サービスの利用につながるまでに時間がかかる」「行政の痴呆ケアに対するの考えで、業務としての優先度がことなってくる」という困難状況が挙げられた。

地域における認知症ケアのあり方は、行政施策や行政の具体的な取り組み方によって、その内容が異なってくると考えられる。認知症高齢者や家族介護者が、何らかの在宅サービスを利用する際は、その行政自治体の認知症ケアに関わるサービスの質量によって、その充実度が異なる。その相談に携わるソーシャルワーカーにとって、活動する行政自治体

の認知症ケアに関わる理解度や協力が不十分であると、認知症ケアに関わる援助活動に支障が生じるであろう。

具体的には、「サービスの利用まで時間がかかる」ことが挙げられるが、行政側に十分な認知症の理解がないと、相談援助やサービス利用の“対象者ではない”とみなされることが多い。“対象者ではない”とみなされることで、行政側との関わりが閉ざされがちとなる。しかし、なんらかの理由でソーシャルワーカーは行政を通してサービス利用に帰結したいのであるが、そこに時間を要するという“認知症に関する理解・協力の不足”があることで、困難感を抱いてしまうこととなる。

一方、在宅介護支援センターは自治体からの業務委託である、いわば地域型のセンターが主たる活動形態である。業務委託である特性から、認知症高齢者や介護家族の相談援助活動に十分な理解が行政側にないと、その活動の必要性を身近に体得しているソーシャルワーカーとの間に軋轢が生じることもある。その結果として、「業務としての優先度がこたってくる」というように、ソーシャルワーカーにとって、援助を必要とする認知症高齢者や家族介護者への実際的な介入を一時保留せざるを得ないような状況にもなる。

在宅介護支援センターのソーシャルワーカーにとって行政という部門は、援助活動の後ろ盾ともいえる存在でもあり、それによって認知症ケアの実践活動が安定して展開できるものである。しかし、そういった十分な信頼関係が築かれていないと、少なくとも在宅介護支援センターのソーシャルワーカーが認識することは、認知症ケアにおける困難感の一要因ともなり得る。

(4) [相談援助活動の理解が十分でない]

ここでは、ソーシャルワーカーが実践する〔相談援助活動の理解が十分でない〕ことが、困難感に連動することが挙げられた。

具体的には、「家族介護者に対して、支援センターが痴呆ケア援助介入の役割を持っていると知られていない」、「経営上、運営上の観点から積極的に介入していくことに対して上司から止められることが多々ある。支援センターそのものの活動に対して周囲より理解を得ていないため、活動の展開を行いにくい」などが挙げられた。

地域になぜ在宅介護支援センターが存在するのか、そして何をするとところなのか理解されていないと、認知症高齢者をはじめその介護者に対する支援センターが行う介入の役割も理解されないであろう。支援センターは、高齢者本人だけではなくその介護者をも援助の対象者として焦点化している。その側面を地域住民をはじめ、介護者自身にも理解されていなければ、関われる方としては違和感を感じるであろう。そこで必要なことは、ソーシャルワーカー自身による役割の説明である。その説明によって、支援センターの役割が周知されると同時に、存在意義が地域にひろがっていくと考えられる。特に、介護者への介入は重要である。高齢者本人への関わりは、その理由が明確な場合も多いが、なぜ介護者まで援助の対象者になるのかが理解されていないと、援助活動が展開しにくい。そ

れは、高齢者の在宅ケアを支えることは同時に介護家族をも支えなければ在宅生活が困難になるからである。介護家族が心身ともに健康でないと、高齢者の在宅生活が継続しにくくなる要因ともなることを、まず介護者自身が認識し、自らが援助の対象者であると認識することが必要である。そのことが理解されていないと、ソーシャルワーカーは困難感を感じ、十分な役割を果たすことがしにくくなる。

一方、家族への援助を行うソーシャルワーカーに対して、支援センターの上司のソーシャルワークの理解も不可欠である。積極的介入はいわばアウトリーチともいわれているが、その活動は経営的・運営的にいえばいわば非効率で経済的に非生産的である。しかしアウトリーチは、介護保険制度導入前の在宅介護支援センターにおいては比較的展開されていた活動形態であったが、介護保険制度導入以降の多くの在宅介護支援センターは保険報酬に基づく活動が基盤になったため、その活動展開は消極的になった。そのような状況下であっても、アウトリーチによって認知症高齢者ケアをめぐる事態の好転があったことが証明されており、アウトリーチを展開する条件の一つに“組織の基盤確保”などがある（久松ら 2006）。この条件の内容は、時間の確保や十分な人員配置、適切な経済的基盤が必要であった。このように、支援センターがアウトリーチによって果たす役割が多々ある一方で、上司の理解がないことがソーシャルワーカーの困難感の一因になっていることは是正していかなければならない。

つまり、〔相談援助活動の理解が十分でない〕ことは、認知症高齢者や介護家族へのソーシャルワークのあり方が十分理解されていないことであり、ともすればソーシャルワーカー自身のアイデンティティの危機にもつながると同時に、在宅介護支援センターの存在意義が問われることでもある。そのような状況が、ソーシャルワーカーに困難感を与えることになり、活動もしにくくなるものと考えられる。

(5) 〔認知症ケア教育の機会が十分保障されていない〕

ソーシャルワーカーが援助活動において困難感を感じることをとして〔認知症ケア教育の機会が十分保障されていない〕ことが挙げられた。

“認知症に関する知識・対応方法が不十分”，“職員の力量，知識不足，教育・研修課程が保障されていない”，“認知症ケアの研修・教育を受けておらず自分自身に限界”，“効果的な支援方法が見つからない”の4つのコードが導き出された。

具体的には、「一般社会では痴呆の理解はまだまだ低く、問題が顕在化したときには痴呆がかなり進行していることが多い」、「『痴呆ケア』に困るというよりも『痴呆ケア』についての現場職員たちの力量，知識不足，教育，研修課程が保障されていない。スーパービジョン機能がない。」、「痴呆ケアに関してきちんとした専門職としての研修や教育を受けていないので、自分自身にも限界がある」などが挙げられた。

ソーシャルワーカーの国家資格である社会福祉士の養成課程においても、調査当時は老人福祉論や介護概論において“認知症”について若干学習する程度であり、高齢者施設で

実習するにあたっても十分な知識と技術がないままであるなど、体系的に学習する形態にはなっていなかった。したがって、実務についてから研修などを通して“認知症”に関する理解を深め、実務経験によって技術を身につけるなど、いわゆる“認知症教育”は基盤的に不十分だったと言わざるを得ない。しかも、このような認知症の理解はソーシャルワーカーなどの実務者だけでなく、高齢者本人、家族、地域住民にも不可欠なものとなっている。

したがって、“認知症”に関する知識や技術を学習する機会が実践者向けや一般向けに十分に開催されていないことが、“認知症”の理解が不十分であることが指摘でき、そういったことがソーシャルワーカーが困難感を抱く背景にもなっている。

しかし、“痴呆”が“認知症”にその呼称が変わったことを契機に、“認知症”に関する一般市民向けの啓発活動は盛んになっており、一定の“認知症教育”の効果が発揮されていると考えられる。加えて、一般市民には認知症サポーター養成講座、実務者には日本認知症ケア学会が認知症ケア専門士を学会として認定しているなど、“認知症教育”をめぐる基盤や環境が調査当時とは大きく変化している。この点は、今後の研究課題でもあるが、こういった“認知症”理解の促進がなされているにもかかわらず、一方では未だに専門職や地域住民には十分に理解されていない側面があることも看過できない。

このように、＜知識・理解が不十分＞という困難感は、“認知症”をめぐる適切な知識と理解がなされていないことから派生する、ソーシャルワーカーの困難感であった。一般的に、ソーシャルワーカーが援助対象としている認知症高齢者に関して、家族や地域住民、行政などの理解が不十分であることは、ソーシャルワーカーにとって閉塞感を感じるものであると考えられ、それを背景に困難感を感じると思われる。

3) <不十分な社会資源・システム未確立>

<不十分な社会資源・システム未確立>というカテゴリでは、〔社会資源が充実していない〕と〔認知症の人を早期発見しサービスにつなげるシステムが未確立〕という2つのサブカテゴリが生成された。

(1) 〔社会資源が充実していない〕

〔社会資源が充実していない〕というサブカテゴリは、“認知症の人を預かる施設が限られている”、“高齢者本人や家族への社会資源が不足”、“認知症予防につながるサービスがない”、“認知症高齢者や家族をサポートするような支援体制がない”の4つのコードから構成されていた。

具体的には、「ショートステイなど痴呆の方が利用する際に、制限がありサービスが充実していない（特養から痴呆の理由にて断られる）」、「夜間の問題行動（眠らない、徘徊等）の対処が仕切れないという相談に対し、サービスが不十分（不足）なため解決しきれない」、「痴呆予防教室を開いているが、生活改善にて予防できるという内容になっている

が、それにつながるサービスがない」、「痴呆性高齢者、家族をサポートする具体的な支援体制がない」などが挙げられた。

ショートステイの利用や特別養護老人ホーム（特養）に入居する際，“認知症がある”ことを理由に制限や断られることがあるという。この点は、認知症の程度にもよると考えられる。たとえば、もの忘れや見当識障害が目立つというような中核症状が中心の場合は受け入れ拒否に会うようなことはあまりないだろうが、徘徊や暴力などのBPSDが中心となるような場合は受け入れ拒否に会うこともあると考えられる。つまり、重症の症状をもつ認知症高齢者の受け入れ先が見つからないことが、〔社会資源が充実していない〕という認識になるものと考えられる。

また，“痴呆予防教室”を修了した高齢者へのフォローアップ・サービスがないことが挙げられたことは，“予防”に継続性がないことを指摘できるであろう。予防教室で習得したことが、日常生活に活用できずいたり、継続可能なシステムになっていなければ予防教室の効果が薄くなる。そういった継続性のある過程が閉ざされていることに、ソーシャルワーカーは困難感を感じている。これは、ソーシャルワーカー側の要因だけではなく、“予防”の継続性に関わるシステムの未確立が問われているものであろう。つまり、事業化されていないがために、“予防”の実践に継続性がなく途切れてしまうのである。

家族をサポートする支援体制としては、在宅介護支援センターには家族介護者教室や家族の集いなどが挙げられるが、そういった家族支援策は任意事業であるため、実施していないあるいは行政などから委託されていない支援センターとしては、家族支援のあり方あるいは家族支援をめぐる社会資源に不備を感じるのではないだろうか。そこに、困難感を感じるものと考えられる。

(2) [認知症の人を早期発見しサービスにつなげるシステムが未確立]

〔認知症の人を早期発見しサービスにつなげるシステムが未確立〕のサブカテゴリーは、“早期発見システムが未確立”、“認知症のサービスシステムの未確立”という2つのコードから構成されている。

具体的には、「痴呆性高齢者を早期発見しても医療（専門医）の理解が少なく、なかなか早期対応に結びついていない」「早期発見のためのネットワークの未発達」「在宅で生活する痴呆性高齢者で積極的に相談、助言等が受けられる（往診含む）専門医が身近にいない」「困難な事例に対して各専門機関が協力し合うシステムが確立されていない」などが挙げられた。これらのことから、早期発見と、発見後の各専門機関による協力などのシステムあるいはネットワークの二段階の未確立が課題であることがわかる。

まず、早期発見のシステムあるいはネットワークの未確立についてであるが、この点は先述の“認知症の理解”にも関係することである。つまり，“認知症とは何か”を各専門職や地域住民などが理解していなければ，“発見”することさえ難しい。また、発見してもどこに相談や連絡をしたらよいのか周知されていなければ、適切な対応がはかれない。

本研究のソーシャルワーカーの立場からいえば、まず在宅介護支援センターに連絡してくるようなシステムの構築が必要と考えられる。また、“認知症”と診断するのは医師であり、その医師自身が“認知症”診断を適切におこなえなければ、やはり“発見”が遅れる。

一方、“発見”後の各専門職とネットワークを発揮した援助のあり方も課題である。このネットワークが確立されていなければ、ソーシャルワーカー単独で援助をするような展開となり、効果的な援助体制が発揮できない。このようなシステムやネットワークの未確立に、ソーシャルワーカーは困難感を感じるのである。

在宅介護支援センターは、認知症高齢者に関わる相談を広く扱っており、地域住民からも連絡や相談があることも多い。そういった過程で、認知症高齢者を発見し援助活動を展開しようとしても、その発見自体やその後の各専門職の協力が得られるようなシステムやネットワークがなければ、ソーシャルワーカーは後方支援としての“仲間”が不在と感じ、孤軍奮闘的に援助を展開せざるを得ず、そういった活動のあり方に困難感を感じるものと考えられる。

〔社会資源が充実していない〕と〔認知症の人を早期発見しサービスにつなげるシステムが未確立〕に、ソーシャルワーカーが困難感を感じることについては、次項でも引き続き取り上げる。

4) <不十分な医療体制と相談相手の不足>

<不十分な医療体制と相談相手の不足>のカテゴリーでは、〔初期治療を受けていない〕、〔認知症専門医が少なく有益なフィードバックがない〕、〔認知症に関する専門機関や窓口・人材の不足〕、〔連携が十分にとれる仲間が少ない〕の4つのサブカテゴリーが生成された。

(1) 〔初期治療を受けていない〕

〔初期治療を受けていない〕というサブカテゴリーは、“認知症初期の人は受診しにくい”と“認知症専門医に受診してなく必要な治療を受けていない”という2つのコードから構成されている。

具体的には、「初期痴呆の人は自分の症状を受容できず（家族も単なる物忘れと思い見過ごしがち）医療機関へ結びつけることが困難、痴呆と精神障害の区別がはっきりとつけられない人への対応方法が難しい。医療機関へ結びつけたいが、痴呆の方も精神科の受診になるため、科の名前を聞いただけで拒否される場合も多い。」、「本人、家族が痴呆専門の医療機関に受診されておらず（例えば内科で薬をもらっているなど）、必要な治療を受けていない場合が多い。また、痴呆専門の医療機関が少ないように思われる。」などが挙げられた。

認知症の始まりの時期、すなわち初期の時期には、年齢相応の物忘れなのかそれとも病気としての物忘れ（認知症）なのか、高齢者本人や家族にもわからないことが多く、“物忘れ”があること自身に恥ずかしさを覚えることも少なくないようである。しかし、“何かおか

しいな”とあって、医療機関に出向こうとしても、物忘れを専門に扱う診療科は精神科が多く、その科を受診することにある種の抵抗感を感じるため、なかなか適切な初期対応にならないことが、ソーシャルワーカーにとって、困難感を抱く背景要因になっていると考えられる。ソーシャルワーカーとしても、目の前の認知症の疑いのある高齢者に対して、認知症なら認知症と専門医に診断してもらい、その後の生活を援助しようと思通しを立てたいことであるが、受診拒否をされると、その見通しができない苦境に陥ることになる。

一方では、認知症に関して専門的に検査・鑑別して診断できる専門医が少ない現状がある。現在では、認知症専門医の育成がなされており、徐々に専門医が増加しているようであるが、それでもまだ十分な域に達しているとは言えない状況である。この点については、次項でも取り扱う。

このように、認知症の疑いがある高齢者を適切に受診に結びつけられないことに、困難感を抱くことはソーシャルワーカーとしての高齢者や家族への援助の見立てが立てられない葛藤にもなり得る。

(2) [認知症専門医が少なく有益なフィードバックがない]

〔認知症専門医が少なく有益なフィードバックがない〕というサブカテゴリーは、“専門医が少ない（医療的協力が得られない）”、“医師の診断基準がわかりにくい”、“医師からの有益なフィードバック不足”の3つのコードから構成されている。

具体的には、「開業医や内科医が精神薬を処方し、それが原因で症状の悪化を招くこともある。また、ドクター間の照会がスムーズに行くようにしてほしい。結局、利用者が間に立って害を被っている」、「痴呆症の専門医が少ない。早期発見ができる機会は主治医である。その主治医が早期発見、あるいは予防の視点で本人や家族に適切な治療、アドバイス、専門医の紹介、または福祉の利用等を最初の窓口で適切にさせていただくと、痴呆ケアの方向性が明るくなると思われる。」、「痴呆を診断して適切なアドバイス、在宅生活に即したアドバイスを伝えてくれるDrがない。」、「症状がひどく医学的に管理、指導を求め受診に何とかつなげるが、痴呆は介護方法と言われ、適切な助言も得られず、在宅となり介護者共に疲労してしまう」などがあつた。

認知症の疑いのある高齢者が主治医を訪れ、“認知症の疑い”と診る場合、認知症専門医に照会され鑑別診断を受け、今後の生活へのアドバイスなどフィードバックを本人や家族、ソーシャルワーカーに行う。こういった一連の診断過程において、スムーズにいかない場合が多いようである。受診につなげる、今後の生活における医学的観点からの有益なフィードバックを得るといった、高齢者や家族、ソーシャルワーカーにとって必要不可欠な情報が得られないことに、困難感を感じるのである。医療と福祉の連携と言われて久しいが、具体的な実践場面ではなお課題が残っている。これを打開していかないと、困難感が緩和されることはないであろう。

(3) [認知症に関する専門機関や窓口・人材の不足]

〔認知症に関する専門機関や窓口・人材の不足〕というサブカテゴリーは、“スーパービジョンを行う人がいない”，“認知症症状を相談できる窓口がない”，“認知症に関する専門機関や人材が少ない”の3つのコードから構成されている。

具体的には、「『痴呆ケア』についての現場職員たちの力量，知識不足，教育，研修課程が保障されていない，スーパービジョン機能がない.」，「痴呆症状に対するケア方法を気軽に，タイムリーに相談できる窓口がない.」，「痴呆に関する専門機関が少ない等のために，チームアプローチを試みても実践できない」，「痴呆症のことで相談したいと思っても専門機関がなく，アドバイスをもらえない」などが挙げられた。

在宅介護支援センターのソーシャルワーカーは認知症に関する教育や研修を受ける機会が少ないことは前述した。そういった背景から，認知症ケアに関する相談をどこかにしたくとも，窓口がなく，試行錯誤しながら相談援助活動を展開している様子が見えてくる。ソーシャルワークの観点からスーパービジョンが必要であっても，その機能を果たせる人材がいなかったり，アドバイスさえも得られない状況での実践活動に困難感を抱くことは，当然のことかもしれない。自学自習のスタイルで，ソーシャルワーカーは認知症ケアに臨まなければいけないのだろうか。否，と否定したいところであるが，チームアプローチも展開しづらい状況下では，そう思わざるを得ないことであろう。しかし，現状に諦念を抱くだけでなく，ソーシャルワーカー側から認知症の専門機関の設置に至るよう，ソーシャルアクションを絶えず起こしていかなければならないのではないかと考えられる。

(4) [連携が十分にとれる仲間が少ない]

〔連携が十分にとれる仲間が少ない〕というサブカテゴリーは，“連携がとりにくい”，“信頼できる仲間がいらない”という2つのコードから構成される。

具体的には、「地域での理解，連携が得られない. 協力体制ができていない.」，「行政に相談しても協力体制がない（ネットワークができていない）」，「ソーシャルワーカー一人では太刀打ちできない問題のときに協力してくれる人が少ない.」，「信頼できる仲間がいらない. 対応するときベスト対応かどうかいつも悩む.」などが挙げられた。

認知症高齢者や家族を援助する場合には，ソーシャルワーカーだけで援助するものではなく，医療・保健・福祉の専門職が一体的総合的に取り組むのであるが，そのネットワークが未確立で協力が得られない場面では，孤軍奮闘的にソーシャルワーカーが援助を展開しているような状況が浮き彫りになった。これは，好ましい認知症ケアのあり方ではない。特に，“仲間がいらない”感覚というのは，ストレス過多やバーンアウトなど好ましくない事態に陥る可能性がある。このような危うい地盤の上でソーシャルワーカーは活動していることがわかる。このことは，ソーシャルワーカーの役割や機能を十分に果たせないリスクもあるため，認知症高齢者や家族にとっても好ましくない活動基盤である。ここに，大きな困難感をソーシャルワーカーは抱くと考えられる。

以上のように、＜不十分な医療体制と相談相手の不足＞は、認知症ケアにおけるソーシャルワーカーのアイデンティティのあり方にも大きな影響を与えるものであり、大きな困難感を抱く背景要因とも考えられる。

5) <症状対応に困惑>

<症状対応に困惑>というカテゴリには、3つのサブカテゴリが生成された。すなわち、〔BPSD 対応が困難〕、〔認知症症状に困り、関わりを拒否される〕、〔軽度認知症の人への介護負担などにより、介護者の負担が大きい〕である。これらは、“認知症”の症状特性から派生する困難感ともいえよう。

(1) 〔BPSD 対応が困難〕

〔BPSD 対応が困難〕というサブカテゴリは、“重度認知症”、“BPSD 対応が在宅では困難”という2つのコードから構成されていた。

具体的には、「(痴呆が) 重度となると受け入れられる専門的なサービスがないため在宅生活が困難となり、入所もしくは入院となっている」、「行動障害が在宅ケアにおいて非常に困難」、「問題行動が激しい痴呆の人の在宅ケアは家庭生活まで成り立たなくなる恐れがある」などが挙げられた。

認知症の程度が重度なことや、行動障害などのBPSDが出現することによって、家族の負担が増し、それを背景に在宅介護が継続せず入所・入院となることが、ソーシャルワーカーにとっても困難感に至っている。もちろん、在宅で生活する認知症高齢者をソーシャルワーカーは直接ケアするわけではないが、相談援助活動における限界を感じえるのだろう。在宅介護を行うのは家族であり、その家族が高齢者介護において多大な介護負担を感じ、在宅介護が破綻しそうな場合に、ソーシャルワーカーは在宅生活における相談援助活動限界の見極めをせざるを得ない。特に、BPSDが在宅で出現する場合には、利用できる社会資源が限定される。あるいは、サービス提供機関に利用を拒まれることもある。そういった、ソーシャルワーク活動の一つである社会資源の利用に限界がある場合には、ソーシャルワーカーとしてもその活動に限界を感じる域に達するのであろう。

(2) 〔認知症症状に困り、関わりを拒否される〕

〔認知症症状に困り、関わりを拒否される〕というサブカテゴリは、“本人の病識がなく受け入れが難しい”、“サービスを拒否”、“認知症の本人と住民のトラブル”、“認知症症状に困る”という4つのコードから構成されている。

具体的には、「本人が痴呆であることに気づいておらず、火の始末などが心配。デイサービスの利用を勧めるが本人は強く拒否される」、「独居の痴呆性高齢者がサービスを拒否し受け入れてもらえない」、「痴呆や被害妄想のある方が地域住民とのトラブルに発展してしまっているケース」、「本人がサービスを希望したにもかかわらず、希望していないと拒否

する。電話で理解して鵜呑みにすると訪問すると違うことを言う。なかなか名前・顔を覚えていただけなくていつも初回訪問になってしまう」などが挙げられた。

高齢者本人に認知症の病識がなければ、なぜ在宅サービスを利用しなければならないか理解しづらく、サービス利用の拒否や関わり拒否に至るであろう。その場合、ソーシャルワーカーが客観的に何らかのサービスが必要だと判断したにも関わらず、拒否されることに困難感を抱くのであろう。また、認知症の中核症状の一つは記憶障害があるため、ソーシャルワーカーの名前などなかなか覚えられず、相談面接が捗らないこともある。そういったことも、ソーシャルワーカーにとっては、援助活動がスムーズに展開できないことから、困難感に至ることも考えられる。記憶障害や何らかの妄想によって、地域住民とトラブルになっている場合は、高齢者本人と地域住民の間にソーシャルワーカーが介在し、仲裁的な役割をもつことがソーシャルワーカーにとっては重荷ともなり得るのであろう。高齢者本人には代弁的な役割、地域住民には認知症理解促進などの役割を果たすなどの狭間に位置することが、困難感の背景になっているとも考えられる。

(3) [軽度認知症の人への介護負担などにより介護者負担が大きい]

[軽度認知症の人への介護負担などにより介護者負担が大きい]というサブカテゴリーは、“ADLが高い認知症者の介護者負担が大きい”、“ボーダーラインの軽度者への対応”、“介護者が精神的に参っている”の3つのコードから構成されている。

具体的には、「動くことのできる痴呆の場合、常に目が離せず介護者の負担が大きい（介護保険以外のインフォーマルなサービスも少ないため、介護者が仕事を辞めなければならないような状況がある）」、「ボーダーラインの軽度の方に対する対応が困難である」、「痴呆がかなり進んだ状況で在介へ連絡がくることが多く、家族も介護疲れが大きい」「介護者の疲れ、特に心の疲れは相当なもので、痴呆が出現した家族を受容できない苦しみは本当に心が痛むものです。『なぜこんな…』そしてまた『なぜこんなに…』の繰り返しの中かで苦しんでおられます。」などが挙げられた。

ADL的には支障がなくとも、たとえば歩行に支障がない認知症高齢者の場合、目を離すとどこかへ行ってしまい行方不明になることや、異食をしてしまうなど、いわゆる“手のかかる”介護となり、負担が大きくなる。また、認知症か否かの境界線上にある高齢者への対応は、診断によって介護認定や利用できるサービスが限定されるなど、さまざまな影響がある。こういった、軽度の認知症の場合は、介護者の負担が大きく、ソーシャルワーカーの情緒面においても大きな影響を及ぼす。介護者のおかれた負担感や苦痛にソーシャルワーカーは接することで、介護者自身の精神的負担に向き合うことにもなる。そのことによって、ソーシャルワーカー自身も苦痛を感じるという共感を通して、認知症高齢者と家族のおかれた環境に対する相談援助活動に困難感を感じるのである。

このように、＜症状対応に困惑＞というカテゴリーでは、認知症の症状や介護者負担に共感することによる相談援助活動の影響に、困難感を感じるのである。

6) <制度の矛盾と限界>

<制度の矛盾と限界>というカテゴリは、〔制度活用の不便と限界〕、〔業務を兼務することによる不均衡な業務〕という2つのサブカテゴリが生成された。

(1) 〔制度活用の不便と限界〕

〔制度活用の不便と限界〕というサブカテゴリは、“介護保険制度の限界”、“財政・教育基盤が未整備”、“要介護認定が高くないとサービス利用できない”、“制度が複雑で利用しづらい”、“介護保険制度だけでは支えられない”、“サービス利用に時間がかかる”の5つのコードから構成される。

具体的には、「介護保険制度だけではどうしてもない方々の支援はいったい誰がどうしたらいいのか」、「介護保険でのサービスでは痴呆の人へのよいサービスが提供できていない（身体介護の方を優先されてしまう）」、「積極的に痴呆教室の開くことができる財政、教育基盤が整っていないことに加え、所属や行政の理解、バックアップも選びにくい。」、「(成年) 後見制度の使い勝手（手続き、費用など）の悪さ。介護保険では、一人暮らしの痴呆の方にはまだ低い認定になる。」、「痴呆症状のある独居老人で身寄りのない方などは、介護保険などの福祉サービス以外に成年後見制度、地域権利擁護事業の利用が将来的または現段階で必要な方が多いが、上記の二つの制度は申請が複雑などの問題があり利用しづらい」、「一人暮らしや高齢者世帯、息子との同居世帯などの介護力のない家庭の痴呆性高齢者が増えていると感じるが介護保険だけでは支えられない。」などが挙げられた。

介護保険制度に限らないが、制度の適用範囲や利用には限界がある。認知症高齢者にとっての制度の第一には、介護保険制度があるが、その利用においてもさまざまな側面での制約や限界がある。むしろ、介護保険制度の枠外に存在する高齢者の対応を誰がどうするかという問題の方が大きいかもしれない。また、成年後見制度なども認知症高齢者が利用する対象者にはいるが、費用面や独居高齢者などの場合、誰が申請手続きを行うのかなど、課題が残されている。

一方で、在宅介護支援センターは行政委託が多いが（地域型）、各種の教室を開催する際の財政基盤は各自治体によって予算配分なども異なるため、自治体の認知症ケアの捉え方次第で財政基盤が変わるという矛盾も発生している。

このような、制度の限界や利用の不便さ、活動の基盤となる財政面での矛盾などが、ソーシャルワーカーの困難感に影響を与える要因となっている。

(2) 〔業務を兼務することによる不均衡な業務〕

〔業務を兼務することによる不均衡な業務〕というサブカテゴリは、“時間がない”、“在宅介護支援センターの業務範囲を超えた対応”、“在宅介護支援センターと居宅事業とのバランス”の3つのコードから構成されている。

具体的には、「対象者や家族に対して基本的に特にじっくりと時間をかけてアプローチ

していかなければならない問題であるのに、その取り組む時間が確保できない。最大の原因は居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの兼務によって業務の大半をケアマネジャーの仕事に取られていることにある。」「在宅（介護支援センター）の仕事が決まっていない（行方不明時、在介として捜せない）」などが挙げられた。

介護保険制度施行後、在宅介護支援センターはほとんどが居宅介護支援事業をも併せ持ち、同一人物が在介としてのソーシャルワーカーと、居宅介護支援事業所としてのケアマネジャー（介護支援専門員）という、業務を兼務することによって、特に在介への業務活動が影響を受けているという声をよく耳にする。この奇妙な兼務実態は、特に業務範囲が定式化されていない在介の業務を圧迫し、いわゆる保険化されていない業務は後回し、あるいは関与しない（できない）実態を生み出した。そのため、保険適用でない相談業務や、認知症高齢者が行方不明でも“捜索”できずにいる葛藤を、多くのソーシャルワーカーはもつこととなった。それでも、ソーシャルワーカーという立場で、あるいは倫理的な観点から“捜索”することはある。このような不均衡な業務をいわゆる二枚看板の裏側では展開されており、ソーシャルワーカーの困難感に至っている。

このように、＜制度の矛盾と限界＞は、介護保険制度をはじめとする諸制度と在宅介護支援センター業務の変容に拠る側面が大きいと捉えられる。

7) <金銭の問題>

<金銭の問題>というカテゴリーでは、〔サービスの利用負担が大きい〕と〔使用できる金銭の限界や管理が不十分〕という2つのサブカテゴリーが生成された。

(1) 〔サービスの利用負担が大きい〕

〔サービスの利用負担が大きい〕というサブカテゴリーのコードは一つしかなく、“サービスの利用負担が大きい”ことである。

具体的には、「サービスを利用する際の負担が大きい（経済的な負担が重い、年金収入などが低額などのため）」、「本人の状況がグループホームに適していても、経済的な負担が困難なため利用できないことが多い」、「経済的な問題でサービスを拒否する」などが挙げられた。

たとえば、高齢者の多くが利用する介護保険制度のサービス利用負担額は定額、つまり応益負担である。そのため、年金などの収入が低い場合、サービス利用を切り詰める高齢者は少なくない。ソーシャルワーカーが客観的にあるサービスが高齢者本人に必要なと勧めても、利用するのは高齢者本人であるため、経済的な余裕がなければ拒否するであろう。そういった、“客観的に必要なサービスを経済的理由によって利用しない／できない”状況に、ソーシャルワーカーは困難感を抱くのである。ソーシャルワーカーは、認知症高齢者の生活を支える専門職である。市場原理を基盤とした営業マンではない。したがって、生活を援助する専門的観点から、“この高齢者にはこういうサービスを利用していただく

ことで生活が安定する”とアセスメントしているのであるが、そこから先には高齢者自身の経済的問題によって進めないということは、歯がゆい思いをソーシャルワーカーは感じるであろう。これらは、次項ともつながっている困難感でもある。

(2) [使用できる金銭の限界や管理が不十分]

〔使用できる金銭の限界や管理が不十分〕というサブカテゴリーは、“金銭的問題”と“経済被害対策・金銭管理”という2つのコードから構成されている

具体的には、「介護保険制度がスタートしたことにより経済的負担が増加した」、「悪徳商法などの経済被害への対策、日常的な金銭管理」などが挙げられた。

本項においても、介護保険制度が施行されたことを契機に、経済的負担が増加したことが示されている。その影響として、使用できる金銭の限界が挙げられた。日常生活を送るには、家賃や食費、光熱費、日用品代など必須の経済負担がある。そこから差し引いて、経済的に余裕があれば、在宅サービスを利用する。余裕がなければ利用しないという家計のやりくりによって、サービス利用の有無が決まってくるという現実がある。

一方、経済被害に遭う高齢者も少なくなく、日常的な金銭管理が必要となるが、ソーシャルワーカーが金銭管理を行う訳にもいかず、かといって成年後見制度や地域権利擁護事業を利用しようとしても、前述のように手続きの煩雑さなどがある。このように、〔使用できる金銭の限界や管理が不十分〕なことは、ソーシャルワーカーでは解決しきれない課題であると捉えられる。

<金銭の問題>は、主に介護保険制度による経済負担の重さを反映していると考えられるが、サービス利用の可否が高齢者自身の経済面にあることに、ソーシャルワーカーは限界を感じる困難感といえるであろう。

8) <意見とニーズの相違>

<意見とニーズの相違>というカテゴリーでは、〔援助者と家族の意見の違い〕と〔認知症の人本人と家族のニーズのギャップ〕という2つのサブカテゴリーが生成された。

(1) [援助者と家族の意見の違い]

〔援助者と家族の意見の違い〕というサブカテゴリーのコードは一つしかなく、“援助者と家族の意見の違い”である。具体的には、「在宅生活が可能の方を家族が施設入所といわれる時」などが挙げられた。

援助者であるソーシャルワーカーは、認知症高齢者の日常生活をみて、このまま在宅で生活を送るのが適切ではないかと捉えていても、高齢者を介護する家族は施設入所がよいと判断し、両者で意見が異なる場合がある。その際、ソーシャルワーカーは“施設”がどんな場所でどんな環境なのか、当該高齢者にとってなじめるかどうかなど、総合的に判断する。その結果として、施設より在宅の方がいいのではないかと専門職として判断した場

合には、その旨家族に伝えるのである。しかし、もちろんソーシャルワーカーが勝手に決めることはできず、一方では家族の考えにも傾聴する必要がある。それでも、“専門職”として在宅生活の方がいいとソーシャルワーカーが判断した場合には、意見の相違という困難感が出現するのであろう。ここで、留意しなければならないのは、ソーシャルワーカーがパターンリズミ的な姿勢をとってはいけないことであり、自省しなければならない側面でもある。

(2) [認知症の人本人と家族のニーズのギャップ]

[認知症の人本人と家族のニーズのギャップ]というサブカテゴリーは、“ニーズが変わりやすい”と“本人のニーズと家族のニーズのギャップ”という2つのコードから構成されている。

具体的には、「本人のニーズ、家族のニーズとのギャップ、またはサービスとのギャップ（社会資源の少なさ）の中での最善な関わりについて」、「家族の希望と本人の希望が食い違い、どちらを優先していいかわからない」などが挙げられた。

認知症高齢者本人と家族のニーズや意見が異なることはよくある。その中間に位置するソーシャルワーカーは、仲介的な立場でありいわば板ばさみ状態の立場である。このような場合、ソーシャルワーカーは葛藤を覚えるであろう。認知症高齢者の思いも理解できる、介護にあたる家族の考えも理解できるというなかでの葛藤感である。たとえば、家族は高齢者本人のショートステイ利用や施設入所など、自宅を離れるサービスを希望している。しかし、高齢者本人は住みなれた自宅や部屋から出たくなく、頑なに拒否している場面がそうであろう。サービスの最大受益者は利用者であるという観点から検討すれば、認知症高齢者の考えをソーシャルワーカーは尊重すべきであるという思考ができ、実際的に認知症高齢者の思いを代弁することをソーシャルワーカーは行うかもしれない。それでも、ソーシャルワーカーは家族の思いをも汲み取り、板ばさみの状態が継続され、葛藤し続けるのではないだろうか。

このように、認知症高齢者本人と家族、援助者であるソーシャルワーカーの三者間でのニーズや意見のギャップがありつつも、どこかで折り合いをつけながら在宅介護が展開されることや、援助が展開されていくのであろう。そのなかでも、ソーシャルワーカーは“最善の援助とは何か”、“これでよかったのか”と自問自答し、葛藤し続ける困難感をもつかもめない。

以上、8つのカテゴリーごとにおけるサブカテゴリーを中心に、結果と考察を述べてきた。そこからは、認知症ケアをめぐる特有なソーシャルワーカーの困難性が抽出され、明らかになった。

4. おわりに

在宅で暮らす認知症高齢者をめぐるソーシャルワーカーが抱く困難感の内容を、本稿では明らかにした。その背景要因には、“認知症であるがゆえの困難感”が基盤にあることがわかった。つまり、“認知症”の症状特性から派生する困難感である。この認知症の症状には個別性があるが、症状自体はどの認知症高齢者にも発症することであり、“認知症”が病気であるかぎりソーシャルワーカーにはどうすることもできない。したがって、認知症高齢者に対応する際には、実践過程のどこかで何らかの困難感を多かれ少なかれソーシャルワーカーは抱くことになるともいえる。いわば、認知症高齢者を援助することは、困難感を併せ持つことでもあるとも言及することができる。必然的な困難感ともいえる。しかし、そういった困難感を否定的なとらえ方でのみ認識するのではなく、困難感を呈しながらも同時にそれに対処していかなければならない。それは、ソーシャルワーカーによる認知症ケアの実践に不可欠なことであり、質の高い実践を展開するためには避けてとれない取り組みである。本研究は、そういった認知症ケアにおけるソーシャルワーク実践の発展に寄与する起点の一つと位置づけられるという意義がある。

本研究では、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーを調査対象としたが、この在宅介護支援センターは、現在地域包括支援センターに多くが移行したため、本研究での結果に対する言及には限界がある。そのため、現在の地域包括支援センターのソーシャルワーカー（社会福祉士）が抱く困難感に関する研究を行うことによって、たとえば財政基盤や業務内容などの変容によって、困難感がどのように変化したのかを比較研究する必要がある。

一方では、ソーシャルワーカーが援助対象としている認知症高齢者は高齢者の全体数が増加しているのに平行して、ますます増加の一途をたどっており、在宅で暮らす認知症高齢者も多い。そういった、“認知症高齢者”という援助対象者は変わっておらず、彼らを援助対象とした困難感の特性も変化しているのかしていないのか、そういった比較研究も今後の課題である。

本研究は「平成15年度老人保健健康増進等事業」助成による「痴呆性高齢者の在宅生活を支える地域ケアサービスの方策に関する研究」のうちの「痴呆ケアにおけるソーシャルワーカーの積極的介入研究」事業の研究成果の一部である。

注

- 1) たとえば、根本博司編(1998)『援助困難な老人へのアプローチ』中央法規出版などが挙げられる。
- 2) 調査時点ではわが国で「痴呆」という言葉を使用しており、調査項目においてもこの用語を使用した。以下、本研究の調査回答から引用する際に「痴呆」という用語を使用している場合は、

この用語を使用することとする。

【引用文献】

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1979) Principles of Biomedical Ethics, 5th ed (=立木教夫・足立智孝監訳 (2011) 『生命医学倫理』 (第5版) 麗澤大学出版会.)
- 『ケアマネジャー』編集部 (2009) 「現場の感じる『困難』とは」『ケアマネジャー』11(9),14.
- 久松信夫・小野寺敦志 (2006) 「認知症高齢者と家族へのアウトリーチの意義：介護保険下における実践の役割と条件」『老年社会科学』28(3), 297-311.
- 岡田朋子 (2010) 『支援困難事例の分析調査』ミネルヴァ書房.
- 杉浦貴子 (2006) 「文献により探索する医療ソーシャルワーカーの『困難感』の実態」『ルーテル学院研究紀要』, 40, 79-94.
- 和気純子 (2005) 「高齢者ケアマネジメントにおける困難ケース：ソーシャルワークからの接近」『人文学報』No.351, 99-121.