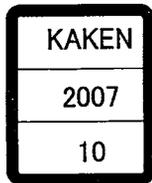


Study of the recognition in care managers who handling elderly abuse

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-06-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: Omote, Shizuko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24517/00051161

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.





高齢者虐待事例への
介護支援専門員の初期の支援に対する認識に関する研究

課題番号 17592292

平成 17 年度～平成 18 年度科学研究費補助金
(基盤研究 (C)) 研究成果報告書

平成 19 年 3 月

研究代表者 表 志津子

金沢大学大学院医学系研究科講師

金沢大学附属図書館



0800-04264-6

目 次

はしがき	1
研究課題	
研究組織	
交付決定額	
研究発表	
研究概要	3
I 虐待を明らかにすることへの困難さ	5
介護支援専門員が認識する高齢者虐待の存在を明らかにすることへの困難さ	
II 虐待事例をケアマネジメントする困難さ	15
日本における介護保険制度の中で高齢者虐待事例をケアマネジメントする困難さ	
III 虐待家族への介入における困難さ	32
高齢者を虐待する家族への介入に介護支援専門員が抱く困難さ	
IV 学会発表資料	45
介護支援専門員が認識する高齢者虐待事例へのケアマネジメントの困難さ	

<はしがき>

高齢者虐待事例への支援に重要な役割を果たす介護支援専門員は、介護保険制度においてサービス事業者間を連携する中心的存在であると同時に、居宅介護支援を目的として、虐待者・被虐待者に密接に関わる。そのため、かかわりの困難さからくる悩み、家族関係、サービスの提供や支援の決定などに関する様々な認識が、高齢者虐待事例に対する介護支援専門員の判断に影響を与えていると考える。高齢者虐待に関する専門職の認識は、具体的な支援内容にも影響すると考えられ、これを明らかにすることは重要である。本研究は高齢者虐待にかかわる専門職、特に介護支援専門員の支援に焦点をあてることにより、今後の高齢者虐待の早期発見や早期支援策検討のための、貴重な基礎的研究となると考える。本研究では、特に高齢者虐待事例のケアマネジメント過程初期の支援についての認識を明らかにし構造化することを目的とし、介護支援専門員が抱える困難さとその要因を記述したので報告する。

研究課題

高齢者虐待事例への介護支援専門員の初期の支援に対する認識に関する研究

研究組織

研究代表者 : 表 志津子 (金沢大学大学院医学系研究科講師)

研究分担者 : 佐伯 和子 (北海道大学医学部教授)

交付決定額 (配分額)

(金額単位:円)

	直接経費	間接経費	合計
平成 17年度	1,300,000	0	1,300,000
平成 18年度	1,400,000	0	1,400,000
総 計	2,700,000	0	2,700,000

研究発表

(1) 学会誌等

Omote,S., Saeki,K., :Difficulties for care managers in demonstrating the existence of elderly abuse – Interviews with care workers -. Journal of the Tsuruma Health Science Society, 29(2):85-92, 2006.2.28.

Omote,S., Saeki,K Kido, T.: Difficulties faced by care managers in interventions for family members who abuse the elderly: interviews with care workers, Journal of the Tsuruma Health Science Society, 30(2):93-101, 2007.2.28.

Omote,S., Saeki,K, Sakai A.: Difficulties experienced by care managers who are care workers managing elder abuse cases in the Japanese long-term care insurance system, Health and social care in the community, Health and Social Care in the Community 投稿中

(2) 口頭発表

表 志津子, 佐伯 和子 :介護支援専門員が認識する高齢者虐待事例へのケアマネジメントの困難さ, 第 10 回日本老年看護学会学術集会, 2005.11.12

(3) 出版物

なし

研究概要

1. 研究目的

本研究は、介護支援専門員が担当する高齢者虐待事例のケアマネジメント過程初期の支援についての認識を明らかにし構造化することを目的とする。

2. 方法

質的帰納的因子探索型の記述的研究方法を用いた。対象は高齢者虐待事例を担当したことがある、居宅介護支援事業所勤務の介護支援専門員である。職種により困難さが異なる可能性を考慮し、介護職の調査を実施した。研究者が非構造化面接を実施し、逐語録をデータとして分析に用いた。分析では継続比較分析を行った。語られた意味を考慮しながら、虐待の状況や対応とその理由、家族との関係などに焦点を当ててコード化し、類似するデータの概念を検討しながらカテゴリー化した。金沢大学医学系研究科医の倫理委員会の承認を得て実施した。

3. 結果, 考察

介護支援専門員 21 名から、虐待を明らかにする困難さ、ケアマネジメントに関する困難さ、虐待家族への介入に関する困難さが抽出された。虐待を明らかにする困難さに関しては5つのカテゴリーが抽出された。‘要介護者の姿が見えない’、‘虐待を認めることの抵抗感’、‘自分でできる対処を試みる’、‘虐待から派生する健康問題予測への限界’、‘医療職に最終判断を委ねたい’という認識があった。

ケアマネジメントの困難さに関しては7つのカテゴリーが抽出された。虐待を意識した時期には‘被害者がおかれた悲惨な状況を放置できない’、‘介護保険のサービスを使うことだけがこの人たちへできる援助’であり、‘虐待者である介護者に契約を解除する権限がある’という認識があった。ケアマネジメントの場面では、‘介入すると虐待が悪化する心配がある’、‘被害者より加害者への対応を優先せざるをえない’、‘虐待者である介護者が要介護者のニーズを決定’があり、ケアマネジメントの前提である契約が困難さの要因で、帰結は、‘介護者が受け入れるケアプランを作成せざるをえない’であった。以上から“虐待者である介護者による潜在的なケアマネジメントの支配”という中核カテゴリーが抽出された。

虐待家族への介入に関しては、6つのカテゴリーが抽出された。介護者である‘虐待者と対峙することが怖い’、‘虐待者との間に心理的な壁が存在する’という認識があった。また、‘虐待者である介護者との関係を維持しなければならない’役割の一方で、介護支援専門員の介入で‘家族関係に波風を立てたくない’と認識していた。そして、‘虐待の根底にある家族関係への介入には至れない’、‘虐待家族にも家族の絆はあると信じたい’という認識があった。これらから、“介護支援専門員の理念ではたちうち出来ない虐待者への無力感”という中核カテゴリーが抽出された。

介護支援専門員は、在宅生活の質を確保し、虐待状況を改善するためのサービスを導入する役割がある。しかし、介護者を理解するゆえの介護者へ深い共感が虐待を認めることを困難にしていると考えられた。また、被害者が虐待者に何らかの介護を委ねている状況では、サービスの導入に決定権をもつ虐待者との関係の維持は不可避であり、このことが、マネジメントが支配される状況や無力感を生み出していると考えられた。結果からは、介護支援専門員の役割そのものが困難感を生じる一因であることが示唆される。介護支援専門員へのサポート体制として、相談支援を求められる体制作りと、事例によっては担当者を交代するという検討が必要である。また、虐待家族への介入手法の構築が必要であると考えられた。

介護支援専門員が認識する高齢者虐待の存在を明らかにすることへの困難さ

Difficulties for care managers in demonstrating the existence of elderly abuse -Interviews with care workers -. Journal of the Tsuruma Health Science Society, 29(2):85-92, 2006.2.28

Shizuko Omote, Kazuko Saeki

はじめに

在宅における高齢者虐待の多くは同居している家族間で発生し、その要因は、長期にわたる介護負担、介護者に介護や生活を委ねるといった立場の逆転、経済的問題など様々である¹⁻⁴⁾。介護保険制度導入以降、サービスの利用や適切なケアマネジメントにより、放任あるいは身体的、精神的虐待が疑われた高齢者の4-5割は状況改善している⁵⁾が、潜在的な虐待はいまだに多く存在すると考えられる。国内の高齢者虐待発生率は報告されていないが、アメリカでは児童虐待の場合3件に1件が通報されているのに比べ、老人虐待の場合8件に1件しか通報されないことが明らかとなっており、同様に潜在化した高齢者虐待の存在が考えられる⁶⁾。虐待の潜在化しやすい理由として、津村は要因を虐待者側だけでなく専門職側にもあると挙げている⁷⁾。

介護支援専門員は介護保険申請から、要介護者に継続的に関わる。ケアマネジメントを行う介護支援専門員には、サービス事業者などからの情報が集約されるため、虐待の早期発見、適切な介入には欠かせない立場にある。介護支援専門員がどのように高齢者虐待の存在を明らかにすることを認識しているかは、ケアマネジメントの方向性を決める上で鍵となると考えられる。しかし先行調査では、虐待をする人が介入を拒む、技術的に難しいなどの理由から、介護支援専門員の88%が虐待への対応に困難を感じ⁸⁾、要介護高齢者への適切なケアマネジメントの実施に困難をきたしている現状がある。そのため、介護支援専門員が感じている困難さを、介護支援専門員の認識から明らかにし、困難さへの対応を検討する必要があると考えた。

よって本研究では、高齢者虐待がおきていることを明らかにすることの困難さについて、基礎資格が介護職の介護支援専門員の認識を明らかにすることを目的とした。結果からは、虐待の早期発見や適切な対応に必要な示唆が得られ、さらに今後の高齢者虐待にかかわる

各専門職の役割や連携システムを確実に運営するための方策を検討することができると思われる。

方法

1. 研究デザイン

参加者の認識とその意味を検討するため、質的研究方法であるグラウンデッドセオリーアプローチ⁹⁾を用いた。

2. 参加者

参加者の条件は、県内の居宅介護支援事業所に勤務し、高齢者虐待を担当したことがある介護支援専門員とし、介護支援専門員の経験年数は3年以上とした。理由として、介護保険法は2000年から施行されたため介護支援専門員の経験年数が最長でも5年であること、初任者では、回答が自分のケアマネジメントの未熟さに終始することが考えられるからである。加えて、介護支援専門員の基礎資格によりケアマネジメントの認識が異なると報告がある¹⁰⁻¹²⁾。そこで今回は参加者の条件を、介護支援専門員の約3割を占め、地域の高齢者への直接ケアを担ってきた介護職を基礎資格に有する者とした。

研究参加者は、主任介護支援専門員 (Rader of care manager)、または面接者により紹介を受けた。

3. データ収集

データ収集は半構成的面接法を用い、2004年10月から2005年5月に実施した。面接時間は一人あたり90-120分であった。面接内容は、最も困難と思われた虐待事例において、困難と思われた状況やその理由、支援内容やその意図などである。参加者全員から同意を得てテープレコーダーに録音、逐語録を作成した。面接はデータの飽和に達したと考えられるまで継続された。

なお、本研究における高齢者虐待とは、多々良が提示した定義により身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、介護・世話の放棄・放任、自己放任の5種類とした¹³⁾。

4. 分析及び信用性の確保

参加者の背景を意識しながら語られた言葉の意味を考え、逐語録をオープンコード後、コードを作成し、意味の類似したものをまとめて最終コードとした。次にコードの類似と相違を比較しながら、推定される概念の類似するグループに分類し、サブカテゴリーを抽出した。さらにカテゴリーは、関連づけし、概念の大きさを確認した。

信用性を確保するため、面接記録、分析の過程は詳細に記載し、第三者が分析過程を理解できるようにした。また、対象者に結果のフィードバックを行い、結果の解釈に誤りがないことを確認すると共に、研究者間での十分な討議を行った。

倫理的配慮として、参加者には文書を用いて研究の概要、個人情報保護、参加者の権利、事例への配慮、研究参加・中止の自由について説明し、面接時に再度説明を行うとともに書面にて同意を得た。なお、本研究は金沢大学医学部医の倫理委員会の審査を受けて実施した。

結果

研究参加者は12名、全員女性で平均年齢は 48.7 ± 2.7 歳であった。介護支援専門員としての経験年数の平均は 4.0 ± 0.2 年、介護職としての経験年数の平均は 14.0 ± 2.0 年であった。虐待の種類や経験による認識の違いはなかったため、全体をひとまとめにして分析した。語られた虐待の主な分類は、身体的虐待2名、心理的虐待3名、介護放棄7名であった。被虐待者は男性2名、女性10名で、要介護度は1-2 5名、3-4 7名であった。虐待者の被虐待者との関係は嫁7名、妻2名、子2名、夫1名であった。

介護支援専門員が認識する高齢者虐待のケアマネジメントの困難さとして、5つのカテゴリーが抽出された(表1)。以下に抽出されたカテゴリーごとに、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 語られたエピソードを小文字にして結果を示す。

介護支援専門員は、自分の担当する要介護者に対する虐待の状況について、<介護者は精一杯介護しているので虐待とは言いがたい>, <どの程度のもを虐待と考えればいい

かわからない>、<明らかな物証がないと虐待とは決められない>、<常時食事を抜かれているわけではない>と認識し、【虐待を認めることへの抵抗感】という困難さがあった。例えば、嫁が介護をしている姑に対して食事を与えないという放任・放棄の場面は、次のように語られた。

初めはそれほどひどいと思ってませんでしたから。あの、それなりに、あの、お昼ご飯がおにぎり 1つ2つの方もいらっしゃいますからねえ。全部が全部、小鉢が3つ4つあるっていうお家じゃないと思うんです。で、ああ、ここは、このね、1つしかないんだ。ああ、まあ、嫁姑もあったんだし、これはしかたがない…、現状やなど、そういうふうに初め思ってたんです。

被虐待者との関係において介護支援専門員は、<本人に会えなくても、介護者の大丈夫という言葉に頼りとしてしまう>、<介護者から電話や訪問を拒否され、要介護者の生活が見えない>、<介護者の対応に集中して要介護者のニーズが見えない>と認識し、【要介護者の姿が見えない】困難さがあった。例えば、被虐待者である妻が夫を介護している事例では、次のようなことがあった。

妻が私を拒否することはなかったけれど、私を家にいれようとしない。立ち話で済ませようとする、夫を見せようとしない。ちゃんとやっとするから大丈夫って、玄関で私と世間話をしようとする。だめですかといっても、なーんいいがやということがいっぱいありましたから。せめて昼間鍵をかけられないようにしようと、妻がいやがる話題をしないでおこうと、ぴりぴりしました。

また、<最低限の生活が保たれていれば、虐待の状況はサービスで補える>、<自分がコントロールできるサービスの範囲内で対応したい>、<対応しているサービス機関内で相談できれば解決できる>と認識し、【自分でできる範囲で対処を試みる】困難さがあった。例えば、自分の所属している法人の施設内で対処できたケースでは次のように語られた。

このケースはうちだったからよかったと思う。他のサービスも使えて、入所も出来たし。もし、そうでなければ、もっと施設とも関係を作っておかないといけないから大変や。

被虐待者の状態は、＜食事さえ食べていれば、これまでもこうしてこられたから大丈夫＞であり、＜本人の雰囲気から察して、感覚的に大丈夫と思う＞、＜入院にいたることは大変な状況だと思う＞と認識し、【虐待から派生する健康問題を予測することの限界】という困難さがあった。例えば、被虐待者がデイサービスを利用していた場合には、次のように語られた。

デイサービスの看護師さんにはちょっと、あの、「ごめんやけど、様子みてほしい」っていうようなことは言っていましたけれども、私自身がどうこうっていうのはこのときはなかったです。あの、入院されて初めて、「ああすごいことだったんだ」っていうふうに私も思ったので、その、点滴してちょっと良くなられて、帰ってきたっていうあたりでは、まだそこまでのやっぱり私も意識はなかったのかな。うん。自分はすごく心配してるつもりだったんですけど…。

虐待を受ける要介護者の身体状況の判断に対しては、＜医療スタッフにアセスメントを委ね、解決の糸口を探したい＞、＜認知症や脱水症の判断に確証がもてない＞、＜医療処置がなければ訪問看護は使いたくない＞と認識し、【医療職に最終判断を委ねたい】があった。例えば、被虐待者が通院する医師と、被虐待者について相談することについては次のように語られた。

私、医療面というのは、非常に弱いです。弱いと言いますか、どうしてもお医者さんと話しづらい。だから、誰かを通して話をすることが多いです。先生とは少しずつ、直接お話をしたいんですけどって言って、お話をするようになっているんですけど、なかなか大きいところのこういう…（先生とは話せなくて）医療面で非常に自分がやっぱり弱いのと、話し合う機会を自分から引っ込めているというところがあるんで…。

考察

本結果は、高齢者虐待のマネジメントに関連する虐待の存在を明らかにすることについて、虐待事例に対峙する介護支援専門員がどのような困難さを感じているのかを、介護支援専門員の認識から具体的に明らかにしたことに意義があると考えられる。ここでは、虐待へのケアマネジメントに重要と考える早期発見と適切な対応の視点から考察を行う。

高齢者に限らず、虐待は早期に発見されることが重要である。しかし、虐待が発生している場合、虐待者が自分の行為を発見されないように、被虐待者を隠すという行動がとられる。そのため対応する専門職は被虐待者に直接会えず、状況が見えにくいことに特徴がある^{14,15)}。今回の虐待の対象である在宅生活を送る要介護者の場合、家族と同居し介護者が介護保険の申請をしているにもかかわらず、介護者が要介護者本人や家族・介護者への接触を拒むことから、介護支援専門員には、【要介護者の姿が見えない】と、ケアマネジメントの対象である本人の状況を確認したいができないというジレンマを語っていた。このことは、ケアマネジメントという重要な役割を担っている介護支援専門員が、要介護者自身に直接状況を確認できず、必要なニーズをアセスメントすることができない状況にあると推察される。介護保険制度では、利用者本人から直接計画書にサインをもらうことが義務付けられている¹⁶⁾。しかし虐待を受ける要介護者の8割に認知症があること、要介護者が家族に扶養・介護されている現状から、実際には介護者が契約を代理することが多く、このことが、姿が見えないことに影響していると考えられた。

また、介護支援専門員に【虐待を認めることへの抵抗感】があることから、虐待としての報告件数が実際より少なく、潜在する虐待の存在が推察された。これは、認定調査員に比べ介護支援専門員はネグレクトのリスクを低く判定していた¹⁷⁾の理由のひとつとしてあげられるのではないかと考えられた。面接場面で介護支援専門員は、<どの程度のものを虐待と考えればいいのかわからない>、<介護者は精一杯介護しているのだから虐待とは言いがたい>と語っており、このような認識の背景には、介護支援専門員の介護職経験が8-26年と長く、自己が職業上経験してきた介護負担感を介護者に投影し、介護者を理解するゆえの介護者へ深い共感があるのではないかと考えられた。また、介護支援専門員とし

て虐待を認めることは、介護負担を感じながら、適切な介護と言えなくても在宅での介護をひきうけている介護者を、否定することになると考えているのではないかと推察された。しかし、要介護者に必要なサービスをマネジメントする介護支援専門員が、虐待が見えにくい上に虐待を虐待と認めがたい認識を抱いている状況は、早期発見システムが適切に反映されにくい現状にあることを示している。これらから、地域で作られつつある虐待報告システムの検討や、介護支援専門員が自身の認識の傾向を理解するような研修が必要であると示唆された。

一方、適切な対応について考えると、今回明らかになった認識からは、適切な対応の時期を遅らせる可能性が考えられた。介護支援専門員は、自身が所属する事業所のサービスを利用することにより【自分ができる範囲で対処を試みる】ことで、虐待が改善できるのではないかと認識していた。今回の調査で12名中7名が、介護放棄・放任の事例に対する困難さを語ったが、虐待の存在を先送りにしつつネグレクトの状態をサービスで対処できれば、虐待として取り上げない可能性がある。このように認識する背景には、介護支援専門員が虐待事例であると判断し、行政機関などへ相談報告することによる心理的負担を軽減したいと考えていることが推察された^{18,19)}。また、【虐待から派生する健康問題を予測することの限界】、【医療職に最終判断を委ねたい】という認識から、介護支援専門員の判断だけでは限界があることが示唆された。高齢者虐待の1割は生命の危機がある状態であると報告されている²⁰⁾が、危機的状態ではなくても、その予備軍は少なくないと考えられる。自立した生活を一人では送ることが出来ない要介護高齢者にとって、虐待は生命の維持に直結する深刻な状況である。今回は、これら認識している困難さが、虐待事例に対峙する状況によるものか、介護職を基礎資格とする介護支援専門員の特徴であるか、明確な判断は出来なかった。いずれにせよ、虐待をうける要介護高齢者が、健康で安心した生活を保障されるには、健康問題の予測の出来る専門職が、早い時期から関わる必要があり、訪問看護師や、在宅介護支援センターの保健師を活用できるようシステムとして機能させていくことも重要である²¹⁾と考えられた。在宅介護支援センター事業の在宅介護地域介護予防・生活支援システムでは、基幹型あるいは地域型の在宅介護支援センターが、

居宅介護支援事業所の困難事例をサポートすることが位置づけられている。これら外側のシステムから積極的なサポートを行い、介護支援専門員が虐待の判断を先送りせず、早期に、より適切な介入について検討できる環境を作ることが重要であると示唆された。

今後の課題として、介護支援専門員全体に共通する困難さと基礎資格により異なる困難さがあることが示唆されており、継続調査の必要性がある。また、背景をさらに詳細に分析して困難さを構造化することにより、具体的な問題の解決策を検討していきたい。

本研究の実施にあたり、お忙しい中、調査の準備および面接に快くご協力いただきました介護支援専門員の皆様に心から感謝いたします。

Reference

- 1) Taniguchi, Y., Takasaki, K., Mizuno, T., et al. : Study on Elderly Abuse and Support - Abuse Characteristics based on Family Background. Geriatric Nursing, 1(1):29-41, 1996 (in Japanese).
- 2) Ueda, T., et al. : Investigational Study on Abuse of Elderly requiring Care at Home. Japanese Public Health Magazine 45(5):1998 (in Japanese).
- 3) Tatara, N. : Study on Elderly Abuse in Domestic Situations - Summary of National Survey Results. Elderly Abuse Prevention Research, 1(1), 46-59, 2005 (in Japanese).
- 4) Nahmiash D. : Powerlessness and Abuse and Neglect of Older Adults. Journal of Elder Abuse & Neglect, 14(1): 21-47, 2002
- 5) Kato, E., et al. : Relevant Factors regarding the Improvement of Conditions for Elderly in Suspected Abuse Cases. Social Gerontology Academic Society, 25(4):482-493, 2004 (in Japanese).
- 6) Tatara, N. (Ed.). : Elderly Abuse - How is the US handling Abuse of the Elderly?.1st ed., 10-12, Tsutsui Shobo: Tokyo, 1994 (in Japanese).
- 7) Osaka Society for prevention of elderly Abuse (Ed). : Support Operation Report for the

- Management, Prevention and Early Detection of Elderly Abuse in Domestic Situations. Social Welfare and Medical Service Heisei 9 Report 1998 (in Japanese).
- 8) Institute for Health Economics and Policy. : Investigative Report on Elderly Abuse in Domestic Situations. 68-70, Institute for Health Economics and Policy: Tokyo, 2004 (in Japanese).
 - 9) Strauss, A., & Corbin, J. : Basis of Qualitative Research. SAGE Pub., California, 1990.
 - 10) Tokunaga, E., Ikuno, S., Wada, I. : The Reality of the Function and Training Issues of Care Managers according to Minimum Qualifications. The Journal of Kyushu University of Nursing and Social Welfare, 6(1):217-229, 2004 (in Japanese).
 - 11) Ochikubo, H., Yamamoto, Y. : Analysis and Review of Care Plan Development in Hiroshima City. Care Management Study, 1:59-64, 2002 (in Japanese).
 - 12) McLaughlin, J., Lavery, H. : Awareness of Elder Abuse among Community Health and Social Care Staff in Northern Ireland. Journal of Elder Abuse & Neglect, 11(3):53-72, 1999.
 - 13) Tataru, N (Ed.). : Elderly Abuse - How is the US handling Abuse of the Elderly? Tsutsui Shobo, Tokyo, 1994 (in Japanese).
 - 14) Schimer, M. R., Anetzberger, G. J. :Examination of the Gray Zone in Guardianship and Involuntary Prospective Laws. Journal of Elder Abuse & Neglect, 10(3/4):19-38, 1999.
 - 15) Tsumura, C.: Early Detection of and Response to Elderly Abuse in the Long- Term- Care- Insurance System. Visiting Nursing and Care, 6(5):370-375, 2001 (in Japanese).
 - 16) Akanuma, H., Sirai N.: Long-term-care Insurance and Contracts, Nihon Kajo Publishing Co. Ltd., Tokyo, 2002 (in Japanese).
 - 17) Kato, E., et al. : Relevant Factors regarding the Improvement of Conditions for Elderly in Suspected Abuse Cases. Social Gerontology Academic Society, 25(4):482-493, 2004 (in Japanese).
 - 18) Bergeron, L. R., Gray, B. :Ethical Dilemmas of Reporting Suspected Elderly Abuse. Social Work, 48(1), 96-105, 2003.
 - 19) Bergeron, L. R. : Decision-making and Adult Prospective Service Workers; Identify Critical

Factors. Journal of elder abuse & neglect, 10(3/4), 87-113, 1999.

20) Institute for Health Economics and Policy. : Investigative Report on Elderly Abuse in Domestic Situations. 68- 70, Institute for Health Economics and Policy: Tokyo, 2004 (in Japanese).

21) Watanabe, Y. : Directions for Policy Development and Issues related to Elderly Abuse . Elderly Abuse Prevention Research, 1(1), 46-59, 2005 (in Japanese).

表1 高齢者虐待がおきていることを明らかにする困難さ

カテゴリー	サブカテゴリー
虐待を認めることの抵抗感	どの程度のものを虐待と考えればいいかわからない 常時食事を抜かれているわけではない 明らかな物証がないと虐待とは決められない 介護者は精一杯介護しているので虐待とは言いがたい
要介護者の姿が見えない	介護者から電話や訪問を拒否され、要介護者の生活を見ることができない 本人にあえなくても、介護者の大丈夫という言葉に頼りになってしまう 他のサービス担当者の情報から、要介護者の様子を推測する 介護者への対応に集中して要介護者のニーズが見えない
虐待から派生する健康問題予測の限界	入院に至るのは大変な状況だと思う 食事さえ食べていれば、これまでもこうしてこられたから大丈夫だと思う 本人の雰囲気から察して、感覚的に大丈夫だと思う
自分ができる範囲で対処を試みる	最低限の生活が保たれていれば、虐待の状況はサービスで補える 自分がコントロールできるサービスの範囲内で対応したい 対応しているサービス機関内で相談できれば解決はできる
医療職に最終判断を委ねたい	医療スタッフにアセスメントを委ね、解決の糸口を探したい 医療処置がなければ訪問看護は使いたくない 認知症や脱水症の判断に確証がもてない

日本における介護保険制度の中で高齢者虐待事例をケアマネジメントする困難さ

:ケアマネージャーとして働く介護職の認識

Difficulties experienced by care managers who are care worker managing elder abuse cases in the Japanese long-term care insurance system

Shizuko Omote, Kazuko Saeki

はじめに

介護を必要とする高齢者数の増加, 家族の責任に対する態度の変化, 勤労女性の増加, および介護者数の減少による高齢者ケアの負担と共に, 日本では, 介護を社会全体で担うという目的で介護保険制度が始まった(Campbell & Ikegami 2000, Matsuda 2002)。制度の導入により, それまでサービスを利用していなかった高齢者と家族に関わるが増え, 家の外から伺うことができなかつた高齢者虐待という深刻な問題が表面化した。

日本における高齢者虐待では, 近年, 保健師・看護師を対象とした調査, 在宅介護支援センターを対象とした調査により, 実態や要因が示されてきた。(Sasaki 1997)。介護保険制度導入後, 厚生労働省(2004)による在宅における高齢者虐待の全国調査が実施され, 高齢者の 88.6%(N=1,991)が虐待者との同居であることが報告されている(Tatara 2005)。一方, 被害者については, 45.2%(N=1,991)に虐待を受けているという自覚があり(Takasaki 2005), 認知症を有するものが多い(Akaza 2003)と報告がある。身体機能の低下した高齢者に対する虐待は, 高齢者の QOL の著しい低下とともに生命の安全を脅かすものであり, 日本だけではなく諸外国においても高齢者虐待の早期の発見や介入の方法は課題である(Decalmer & Glendenning 1997, Beawnell *et al.*2004)。

ここ数年, 地域で保健医療福祉の専門職がネットワークを作り, 高齢者虐待の解決に向けた取り組みが行われるようになった。加藤らは, 介護保険制度の導入前後の放置あるいは身体的・精神的虐待が疑われた高齢者を比較し, サービスの利用が進んだことや介護支援専門員による適切なケアマネジメントが行われたことにより, 50%(N=70)は状況が改善していると報告している(Kato *et al.* 2004)。介護支援専門員は, 要介護高齢者の在宅での生活を継続し, 生活の質を高めるためのケアマネジメントを行う重要な専門職である。また, 要介護者へのサービスを実施する

事業者や地域住民などから要介護者に関する情報が集約され、全体を見渡すことの出来る立場にある。これらから、介護支援専門員による継続的なケアマネジメントは、高齢者虐待の予防や改善に不可欠であるといえる。

しかし、虐待事例を担当することは容易ではない。全国調査において介護支援専門員は、虐待事例について極めて対応に苦慮した45%、多少の難しさを感じた43%と何らかの困難さを感じている(Tatara 2005)と報告している。被害者が認知症などの症状を有する場合は、被害者本人のニーズを把握し、適切なサービスを導入することは困難である。児童虐待と同様に介護家族が前面に出て、被害者本人に合わせようとしめないなど、虐待の状況を考えると種々の難しさがあることは容易に推察できる。しかし、介護支援専門員が難しいと感じる問題の解決に向けて、問題や背景にある要因の分析は十分ではない。

介護保険におけるケアマネジメントは、図1に示すようにサービスを利用する要介護者および家族の依頼に基づいて行われる。介護支援専門員は、約70%が民間の居宅介護支援事業所に所属しケアマネジメントを実施している。介護保険サービスを希望する高齢者は、自治体の介護認定審査を受け、要介護と認定された場合にサービスを受けることができる。そのためには、まず居宅介護支援事業所と要介護者および家族の間でケアマネジメント契約を交わす。そして、介護支援専門員がケアプランの作成を行い、ケアプランに組み込まれたサービスが実際に利用されると、居宅介護支援事業所へ介護保険からマネジメント料が支払われるシステムである。また、ケアマネージャーは、サービス導入後に定期的なモニタリングを行い、プランの再アセスメントや計画の見直しを行う役割がある。このようなシステムの中にある介護支援専門員の状況を考慮し、高齢者虐待に対する彼らの困難さを検討することが必要である。

加えて、日本の介護支援専門員は、保健医療福祉専門職が5年以上の実務経験により受験資格が得られる。彼らの教育背景は大学6年から専門学校、研修受講と多彩である。専門職種によりケアマネジメントの視点が異なる(Tokunaga *et al* 2004, McLaughin& Lavery1999)との報告があるため、職種を限定し調査する必要がある。

以上より本研究では、介護支援専門員が認識している虐待事例をマネジメントする困難さを記述し、その困難さを構造化することを目的とした。これにより介護支援専門員が困難と感じる根底

にあるものは何かを具体的に明らかにし、介護支援専門員がどのように虐待事例をマネジメントすることが望ましいかを検討することが必要であると考えた。

なお本研究における高齢者虐待の分類は、2006年4月から施行される高齢者虐待防止および介護者支援法に定義される、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、介護・世話の放棄とした。

研究方法

対象の抽出

対象者は、居宅介護支援事業所に勤務し、高齢者虐待事例を担当したことがある介護支援専門員で、経験年数は3年以上とした。その理由は、介護支援専門員が2000年の介護保険法施行時作られた資格であること、ケアマネジメントの未熟さにより十分な回答が得られない状況を避けるためである。介護支援専門員は、5年以上経験を有する看護師や社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパーなど対人支援やヘルスケアの専門家に受験資格がある。

本研究では、介護福祉士または訪問介護員資格を有する介護職を対象とした。介護職は介護支援専門員の中で約45%を占め、要介護高齢者に対する直接援助者として介護経験があることから、虐待事例への困難さを認識するものが多いのではないかと考えた。

募集

参加者の募集は、具体的には、介護支援専門員の研修を担当する自治体保健師、在宅介護支援センターの介護支援専門員リーダーからボランティアの候補者の紹介を受けた。また、同時にスノーボールサンプリング法(Polit&Hungler 1987)を用い、面接終了後に次の面接者候補者の紹介を受けた。面接者には、研究者が電話で依頼し、対象選定基準を確認後、同意が得られた場合に依頼文を送付した。

データ収集

インタビューは2004年10月から2005年12月に行われた。インタビューは参加者の勤務地の公共機関または事業所内で行った。面接は半構成的面接法を用いて主研究者1名が実施し、80-130分で行われた。リサーチクエスションに関する以下の質問:対象者が担当した虐待事例

において、どのような虐待の状況であったか、虐待のケアマネジメントにおいて困難と思われた状況、困難な状況をどのように思ったかとその理由、実施したケアマネジメントの内容やその理由、および随時必要と思われる質問が行われた。本研究では担当した事例の概要も聞いている。理由は、事実にとったデータを得るため、およびケアマネージャーが認識する困難さをインタビューアも理解しながら面接を深めるためである。対象者を研究者が決めやすいように、対象者は理論サンプリングにより随時追加し、面接はカテゴリーに内包される概念が飽和するまで続した。

分析

本研究では、介護支援専門員によって語られた認識からその意味を分析し、構造化するためにグラウンデッドセオリーアプローチ (Strauss & Corbin 1990) を用いた。それぞれの逐語録が読まれ、テーマに沿って分析された。分析は継続比較分析法が用いられた。24 名に面接したが、3 名は勤務場所や、勤務年数が不一致のため分析から除外した。

分析では、研究者により逐語録からコード化しラベル化された。コードは類似と相違を比較しながら作成され、概念の類似するサブカテゴリーに分類した。カテゴリーは、サブカテゴリーとの関連付けを行い、カテゴリーの質や内容、文脈の一貫性を確認し、カテゴリーの概念に矛盾がないかを確認した。それらが表す概念を注意深く検討して命名した。最終的に、カテゴリーの概念すべてにつながる中核カテゴリーを抽出し、抽出されたカテゴリーが意味する困難さとその構造を説明するストーリーラインを確認した。

真実性の確保

真実性を確保するため、地域看護の研究者の意見を元に結果に検討を加えた。また、質的研究のエキスパートである研究者との間で結果の分析についての十分な討議を行った。さらに、面接参加者には結果のフィードバックを行い、カテゴリーの承認を得た。

倫理的配慮

紹介を受けた対象者には、文書を用いて研究の概要、個人情報保護、参加者の権利、事例への配慮、記録の管理、研究参加・中止の自由について説明した。面接時には再度文書を用いて説明を行い、書面により同意を得た。事例の匿名性の確保として、結果の検討および公表にお

いて、面接中に語られた表現を用いる場合には、対象が特定できないよう一部修正を加えた。本研究は金沢大学医学部等医の倫理委員会の審査を受けて実施した。

結果

参加者の概要

研究参加者は21名で全員女性であった。平均年齢は 48.7 ± 8.4 歳、全員が、民間の居宅介護支援事業所に勤務しており、介護支援専門員としての平均勤務年数は 4.3 ± 0.7 年、介護職としての平均勤務年数は 12.6 ± 5.4 年であった。職種内訳は、介護福祉士と訪問介護員両方を有するもの16名、いずれかを有するもの5名であった。高齢者虐待担当平均件数は、 3.2 ± 3.0 件であった。

介護支援専門員により語られた虐待の種類は、身体的虐待11件、心理的虐待15件、経済的4件、放任12件で、虐待は重複していた。虐待者の年齢は30-80代、男性7名、女性16名で、2組は夫婦であった。被害者からみた主な虐待者との関係は、子供7名、夫3名、妻3名、嫁8名であった。被害者の年齢は65-80代、男性4名、女性17名であった。介護保険の介護度はⅠ-Ⅱ7名、Ⅲ-Ⅴ14名で重度のものが多く、認知症は有18名 無3名であった。被害者の生活形態は、虐待者との同居20名、独居1名であり、被害者にとってのキーパーソンは20名が介護者であった。

要介護者本人へのケアマネジメントの困難さ

介護支援専門員が認識しているケアマネジメントの困難さとして、以下に示す7つのカテゴリーとこれらを説明する中核カテゴリーが抽出された。結果は、カテゴリーを説明するため、虐待事例へのケアマネジメントの前提と、虐待を意識した時期、実施時期、帰結というプロセスを用いた。論文中には、カテゴリーと中核カテゴリーを太字で示した。インタビューで語られた参加者の言葉はコンマで示した。

(1) 虐待を意識した時期

被害者がおかれた悲惨な状況を放置できない

高齢者虐待が存在していながら被害者が在宅での生活を望む場合、それを可能にするために

は加害者である介護者による介護が継続することは避けられない。介護支援専門員は特に、放任のケースで食事が提供されていない場合に、＜人としてこの状況を放置できない＞と直面した虐待状況を認識していた。また、介護支援専門員は、提示したケアプランの利用により事業所の収益になることを分かっているが、＜事業所の収入にならなくても対応しなければならない＞と、自身の役割であることを認識していた。今後の虐待への対応は、＜介護者と問題をおこさずに自分がこの状況を何とかしたい＞と、加害者である介護者とうまく付き合うことで何とかできると認識していた。さらに、＜自分のケアプラン(サービス計画)がうまくいけば虐待の状況は改善する＞と、自分が担当することで虐待の状況が改善できるものとして捉えていた。介護支援専門員は保健師や小児虐待サポートメンバーと同様、継続的な支援について、＜最終的にケースに対応するのは行政ではなく自分しかいない＞と、ケースへの継続的な対応は、結局自分の役割と認識する決意があった。例えば、同居する認知症の母親に介護をしていたネグレクトケースでは、状況を放置できないことを語った。

“そうですね、本当は同居なのですが、その方は家が傾いた小屋のようなところに住んでいたのです。最初これは人間の生活ではないと思いました。冷暖房もなく、全部倒れかけの戸で本当にこんな家に住んでいるのかビックリしました。(トイレではなく)外で排泄していることもそうですし、何とかしないといけない。もうちょっと人間らしい生活をさせてあげなければいけないと行った時、即思いました。”

介護保険のサービスを使うことだけがこの人たちへできる援助

被害者が受ける虐待の分類は身体的虐待や放任など様々であったが、介護支援専門員は被害者が虐待を受けている悲惨な状況をとにかく改善させようと、＜アセスメントをするより先に状況を改善するサービスを意識＞していた。また、介護保険サービスをマネジメント出来る自分の力を使って、＜とにかく早くきちんとサービスにのせたい＞、＜サービスを利用して人間らしい生活を取り戻してあげたい＞と認識していた。サービスについては、＜家族が出来ない介護はサービスで補うことができればよい＞として、とにかく介護支援専門員として力が発揮出来ることにマネジメントの主眼がおかれていた。例えば、嫁が義理の母に食事や入浴させず虐待しているネグレクト

ケースでは次のように語った。

“もう本当にサービスは使わせてもらえなかったもので、私のプランとかが悪いのかって、もう一度見直さなければならぬっていうか。私そのときは多分、今この人に必要なサービスは、とりあえず入浴しか頭になかったです。入浴させてあげたいっていう思いがあったので、もうそればかりに集中していました。”

(2) 虐待事例へのケアマネジメントの前提

虐待者である介護者に契約を解除する権限がある

介護保険制度では、介護支援専門員がケアマネジメントを行う際、介護支援専門員が所属する事業所と、要介護者・介護者との間で契約が必要である。故に介護支援専門員には、＜利用者との契約がないと動くことが出来ない＞、＜介護者が拒否している訪問を強行すると契約に影響する＞と、被害者である要介護者の状況をアセスメントするために必要な訪問が、虐待者である介護者の拒否があればできないものとして捉えていた。つまり介護支援専門員は、虐待の存在を認めていても、＜自分の対応によっては介護支援専門員を変更される可能性がある＞、＜サービスの継続を第一に考え拒否されないかわりをせざるを得ない＞と、表現していた。例えば、嫁が義理の母のサービスを全て決め、できるだけかわりたくないと言っていた介護者との関係を、次のように語った。

“結局・・・本人も(この状態を)あきらめてしまっているでしょうし。結局私が、下手すると嫁に「ケアマネ代えてください」とか、「そんなに面倒くさいようならあんなのところに行かない。ほかのところ行くわ」とか言われる可能性がないでもないかなって思う。お客さんがもういやだって自分で決められたら、それはどうしようもないですね。それはお客さんのほうに権利がありますのでどうしようもないです。”

(3) 虐待事例へのケアマネジメント実施

介入すると虐待が悪化する心配がある

介護支援専門員は、ケアマネジメントの実施において虐待の存在に気づいても、＜虐待が悪化するのを恐れて家族に要望をいえない＞、＜制度の後押しがなければ家族に要望がいかない＞と介護支援専門員としての要望を介護者に伝えることの困難さを認識していた。また、虐待に気づきながら、＜家族に虐待の事実を確認できない＞と、確認することによる要介護者への影響の心配が先にあった。そして、要介護者へのサービスの決定において、同居の有無に関わらず他の家族と話し合うことが必要であっても、＜介護者に気を遣い他の家族への連絡をためらう＞と身動きが取れない状況であると認識していた。そのため、介護者への自分の関わりによって、自分が訪問していない時間帯に虐待が悪化することを恐れていた。例えば息子に髪をつかんで外に放り出された女性について次のように語った。

“本当のこと言うと。私自身に、「虐待じゃないかな」とか、「ちょっとそういうことがあるんじゃないか」というのが絶えず胸にあるもんやから、なお、何か聞けないっていうのか……。ほんとにそういう現場を見たのなら、言えるんだけど。そんなこと一言でも言おうものなら、私にあたるのはいいけど、私らがいないときに、ご本人にもっとひどくなることはないかなって思うんですよ。だって、やっぱり家族っていうのも、家族というひとつの単位で見たらやっぱり密室じゃないですか。

被害者より加害者への対応を優先せざるをえない

介護支援専門員は、住み慣れた家での生活の継続を望む要介護者のニーズに応えようと、虐待を受ける状況があっても＜在宅での生活を継続するためには介護者を刺激できない＞と認識していた。このことは＜拒否されないよう介護者の機嫌を伺いながら関わらなければならない＞状況を作り出していた。そして＜介護負担が原因なので負担を軽減するサービスが優先する＞と介護者への対応を認識していた。例えば、寝たきりとなった夫に対して妻が食事を与えず暴力を振るうケースでは、以下のように語った。

“特に妻が私を拒否することはなかったけれど、私を家にいれようとしな。立ち話で済まそうとする、夫を見せようとしな。ちゃんとやっとするから大丈夫って、玄関で私と世間話をしようとする。だから、妻を刺激しないようにしようという気持ちがありましたね。妻がノーと言った時は、刺激しないで無理強いしないようにしました。せめて昼間家に鍵をかけられないようにしようと、妻がいやがる話題をしないでおこると、びりびりしました。

虐待者である介護者が要介護者のニーズを決定

虐待事例では、介護支援専門員がマネジメントのために要介護者を訪問しても、介護者によって玄関から家の中に入れてもらえていなかった。そのため介護支援専門員は要介護者のニーズを確認することが出来ず、＜要介護者のニーズ確認はデイサービスで行わざるを得ない＞と認識していた。さらに、＜認知症のある要介護者のニーズを見極めることは難しい＞ことから、本人に会えないことに加えて被害者に認知症がある場合、何を本人のニーズとして取り上げるかに悩んでいた。一方、虐待者であっても＜介護者が行う認知症の要介護者の代弁には異議をはさめない＞と認識し、ケアマネジメントの基本となるニーズは、虐待者である介護者が決定することとなっていた。例えば、夫が認知症の妻に対して不適切な介護をしていたケースについては次のようにニーズの決定が語られた。

“これ以上サービスもケアマネも受け入れないっていう状態だったんです。でも、今思うとずっとその生活が夫婦の生活歴だったんです。「状態もだんだん落ちとると思うし、栄養価の高いドリンクを買ってあげるか？」って言ったら、「買うたら金かかるし、いらん」って。ほんで、「飲ませるだけでいいさかいに、水分も取れるし栄養も取れるし」って言うぐあい、もう何を言っても拒否で、死んでもええって言葉にだんだん変わってきたんです。”

(4) ケアマネジメントの帰結

介護者が受け入れるケアプランを作成せざるを得ない

介護支援専門員は作成したケアプランの実施にあたり、＜介護者の同意がサービス導入の前

提にある>と捉えていた。要介護者が利用したサービス料の支払や自分で出来ない場合の代行は家族介護者が行っている。そのため、ケアプランが、金銭的な問題で介護者によって変更された場合、<サービス内容が限定されてもお金のことには踏み込めない>と、それ以上介護支援専門員としてプランを提案することに限界を感じていた。そして、最終的に<拒否されないために介護者が了解するケアプランを作成せざるを得ない>と、この状況を何とかしたいと思っていた介護支援専門員としての決意は果たせない状況になっていた。例えば、認知症の義理の母を介護している嫁と息子(夫)が、サービスを利用するプランに同意しながら、実際にサービスを使用する場面になるとプランを拒むケースでは次のように語られた。

“お嫁さんは、私をご本人様の意思も反映させていきたいっていう話もしたときも、あんまりイヤな顔せず聞いてくださったんですけども…。それでも、あの、ちょうど 1 回目の請求書がくるあたりで、お金かかるしやっぱりやめとくわって言って、おっしゃられて、うん。「この前ああ言ったけどやっぱり、いいわ」とか、「家の中見られるから、いいわ」って断ってくるのを何回か繰り返していた”

介護者による潜在的なケアマネジメントの支配

以上 7 つのカテゴリーから、介護支援専門員と介護者・要介護者の関係に焦点を当て、ケアマネジメントを行う困難さを図 2 に示した。カテゴリー間の矢印は、虐待事例をケアマネジメントする際の認識のプロセスを示した。

要介護者が介護保険サービスを受けることを希望した場合、介護保険サービス事業者個々との契約が必要である。介護支援専門員は要介護者や家族との保険契約によってマネジメントを行うことができる。そのため、虐待の状況を改善するサービス導入のために、契約を継続させたいという認識があった。しかし介護支援専門員は、被害者に危害が及ぶことを危惧し、かつ契約の主体が介護者であることから、彼らが了承しそうなプランを立案していた。そして、介護者へ望ましいケアプランを提案できず、そうせざるを得ない状態であると認識していた。このことから、要介護者にとって望ましいケアプランの主導は介護者にあり、最終的には、介護支援専門員が虐待を認識して行動を起しても、契約の存在を

意識することにより、介護者を加害者であると認識しながら介護者が受け入れるケアプランを作成せざるを得ない構造が出来上がっていた。これらから、中核カテゴリーとして、**虐待者である介護者による潜在的なケアマネジメントの支配**が抽出された。

考察

1) 虐待者によるケアマネジメントの潜在的な支配が生じる背景

本研究において介護支援専門員は、虐待事例のケアマネジメントにおいて活動の前提である契約が困難さの要因であると認識していることが明らかになった。

高齢者を対象とする契約では、一般的な消費者契約とは異なり、ともするとサービスを利用する側が弱い立場におかれる可能性がある(赤沼&白井 2002, Motozawa 2002)。しかし、虐待という状況が生じることにより、介護支援専門員と介護者・要介護者との契約関係には虐待者優位の状況が生じていた。被害者の悲惨な状況を何とか改善したい介護支援専門員にとって、関わる理由をなくすことは、被害者に必要なサービスの導入が出来ず、被害者を見捨てることに通じる。ゆえに介護支援専門員は、虐待を受ける被害者の状況改善には介護保険サービスの導入しかないと考え、サービス導入のための同意を得ることが第一義的なものになっていた。

加えて、介護保険制度以前に措置として提供されてきた介護サービスは、制度開始後は契約に基づくサービスに変わり、利用者が自己決定できる環境が作られた。一方で、専門職は契約に基づくサービスという新たな概念にとらわれ、Sodei (2001)が述べるように、サービスの利用者である契約者の意思を最優先しなければならないという意識を作り出したとも考えられる。

介護支援専門員が虐待者である介護者の機嫌をとりながら関わらなければならないと認識していたことについて、Jones & Pittman(1982)は、相手に取り入るという戦術をとるときには、好意を持たれたいと考え意見同調やお世辞、親切的な行為を行うが、失敗すると追従者・卑屈・同調者となると述べている。虐待の悪化を恐れ、被害者より介護者への対応を優先する状況は、介護支援専門員を虐待者の同調者とさせる可能性がある。彼らは虐待と対峙することにより虐待が悪化すると認識していたが、その根拠はない。しかし、本研究の結果として事実であり、彼らが対峙を避けるゆえに虐待の報告がおくれないよう、どのような例で悪化するのかなどを見極めていく必要がある。

本研究の対象は、介護職の介護支援専門員である。短い教育時間で倫理的思考や態度、家族支援技術を養うことには限界があり、ケアマネージャー資格取得後の教育の充実が必要であることが改めて示された。

2) 介護支援専門員に求められる対応と課題

介護者のケアマネジメントに対する潜在的な支配から、介護支援専門員はどのように脱却することが可能であろうか。それにはまず、介護支援専門員自身が、現在のケアマネジメントの状況とケアマネジメントの本質とのずれを意識することが必要であると考えられる。介護支援専門員は今回示した困難さがあると認めたときは、自分だけで抱え込むのではなく、周囲の保健医療福祉専門職に支援を求めることが肝要である。しかし渦中にいると適切な判断は難しい。介護支援専門員は同居家族の生活背景が分かる故に、虐待を認めることへの抵抗感を認識しているが (omote& saeki 2005), 虐待を認めることは適切な介入に関する (Joshi&Flaherty 2005) ため重要である。高齢者虐待のケアシステムにおいて介護支援専門員を重要な役割として位置づけるだけでなく、介護支援専門員をサポートする体制を同時に整備することが重要であると考えられる。

また、在宅介護の民営化は、介護支援専門員が虐待や契約を失うリスクに対して目をつぶる危険をはらむため、倫理にもとづいた行動をとる必要があると考えられる。わが国では、2006年4月に高齢者虐待防止および養護者支援法が施行された。Bergeron&Gray (2002)は、アメリカのAPS職員には将来の危険を予防するために高齢者虐待に介入することについて、または個人的自立や自己決定を保つために介入しないことについて、彼らの決定に説明責任があると述べている。これらから、今後介護支援専門員にも自分のマネジメント決定の説明責任を問われるようになることが推測される。被害者が自分の意思を適切に表現できない場合も多く、介護支援専門員は、常に被害者の代弁者として虐待者に向かい合うことが必要である。

日本では古くから家長を敬うことで知られてはいるが、近年は核家族化がすすみ高齢者の独居、高齢者世帯が増加している。安梅らによると、40-64歳の介護家族を抱える女性は、要介護高齢者は介護者の意向を強制されても我慢すべきと考えている。高齢者自身も家族内に要介護者がいる場合、自己主張すべきではないと考えており (2006), 高齢者に対する意識は変化していると考えられる。虐待される高齢者自身が権利擁護制度や成年後見

制度を利用する割合は低いことから(Tatara 2005), 家族が介護者であっても介護保険初回契約時にこの制度の併用を検討する必要が示唆された。

本文中に記載した虐待は, 虐待者や被害者が語った事実ではない。それゆえ正確ではない箇所があるかもしれないが, あくまでも介護支援専門員が語った主観的な事実として取り扱った。これらはテーマを虐待としたことの限界であると考え。また, 本研究では先行研究をふまえ対象の職種を介護職に限定した。故に, 今後他の職種においても同様の調査を行い, 困難さが異なるかどうか調査する必要がある。

謝辞

本研究の実施に当たり, 忙しい中を面接に快く協力していただいた介護支援専門員の皆様に心より感謝いたします。

本論文は, 2005年文部科学省研究費補助金(基盤C)をうけて実施した研究の一部である。

引用文献

- Akanuma Y. & Shirai N. (2002) Long-term care insurance and contract. Nihon-kajo Syuppan, Tokyo. (in Japanese)
- Akaza K. *et al.* (2003) Elder abuse and neglect: social problem revealed from 15 autopsy cases. *Legal Medicine* 5, 7-14.
- Beawnell *et al.* (2004) *The program of the prevention elder abuse in the world* in Tatara & Tukada (Trans.). Akashi-shoten, Tokyo. (in Japanese)
- Bergerson, L R. (1999) Decision-making and adult prospective service workers; identifying critical factors. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(3/4), 87-113.
- Bergeron L R. & Gray B. (2003) Ethical dilemmas of reporting suspected elder abuse. *Social Work* 48(1), 96-105.
- Cabinet Legislation Bureau, Prevention of Elder Abuse and Caregiver Support Law. [Cited 8.Feb.

- 2006]. Available from URL: <http://www.kantei.go.jp/jp/kanpo/nov.2/ee1109t0002.html> (in Japanese)
- Campbell J C. & Ikegami N. (2000) Long-term care insurance come to Japan, *Health Affaires*, **19**(3), 26-39.
- Decalmer P. & Glendenning F. (1997) *The mistreatment of elderly people*, 2nd ed. SAGE Publications, London.
- Department of Health Social Services Inspectorate. (2004) *Care management and Assessment (Practitioner's Guide)*, eleventh impression. The Stationery Office, London.
- Jones E E. & Pittman T S. (1982) Toward a general theory of strategic self-presentation. In J. Suls (Ed) *Psychological Perspectives on the Self*, vol 1. Lawrence Erlbaum associates, New Jersey.
- Joshi S. & Flaherty J H. (2005) Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinical Geriatrics Medicine* **21**, 333-354.
- Kato E. *et al.* (2004) Factors related to the improvement of the condition of elderly persons at higher risk of neglect or abuse; changes before and after the introduction of the long-term care insurance system. *Japanese Journal of Gerontology* **25**(4), 482-493. (in Japanese)
- Matsuda S. (2002) The health and social system for the aged in Japan. *Aging Clinical Exp Res* **14**(4), 265-270.
- McLaughlin J. & Lavery H. (1999) Awareness of elder Abuse among community health and social care staff in Northern Ireland. *Journal of Elder Abuse & Neglect* **11**(3), 53-72.
- Motozawa M. (2002) A contract on the realization to care of anchored by the user. *Japanese Journal of Gerontology* **24**(1), 17-22. (in Japanese)
- National Care Manager Liaison Council. Actual condition survey of care managers, 2003. [Cited 8.Feb. 2006]. Available from URL:<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0223-8i2.html>. (in Japanese)
- Omote S. & Saeki K. (2005) Difficulties for care managers in demonstrating the existence of elderly abuse -Interviews with care workers-. *Journal of the Tsuruma Health Science Society*

29(2), 85-92.

Polit D F. & Hungler B P. (1987) *Nursing Research: Principles and Methods, Third Edition*. J B Lippincott Company, Philadelphia .

Sasaki A. *et al.* (1997) Research on elder abuse and support [2]. *The Journal of Public Health Nursing*, **53**(5), 383-391. (in Japanese)

Sodei T. (2001) Checking the long-term care insurance system: from the users' standpoint. *Japanese Journal of Gerontology* **23**(3), 313-318. (in Japanese)

Strauss A, Corbin J. (1990) *Basis of Qualitative Research*. 2nd ed. SAGE Publications, Thousand Oaks.

Takasaki K. *et al.* (2005) Research on the level of seriousness of elder abuse at home in Japan. *Journal of the Japan Academy for the Prevention of Elder Abuse* **1**(1), 79-89. (in Japanese)

Tatara T. (2005) Key findings of "A study of domestic elder abuse in Japan"; A summary of the results of a survey of service providers. *Journal of the Japan Academy for the Prevention of Elder Abuse* **1**(1), 45-59. (in Japanese)

Tokunaga E., Ikuno S. & Wada I. (2004) The reality of the function and training issues of care managers according to minimum qualifications. *The Journal of Kyushu University of Nursing and Social Welfare* **6**(1), 217-229. (in Japanese)

Health and social care in the community (英文) 投稿中

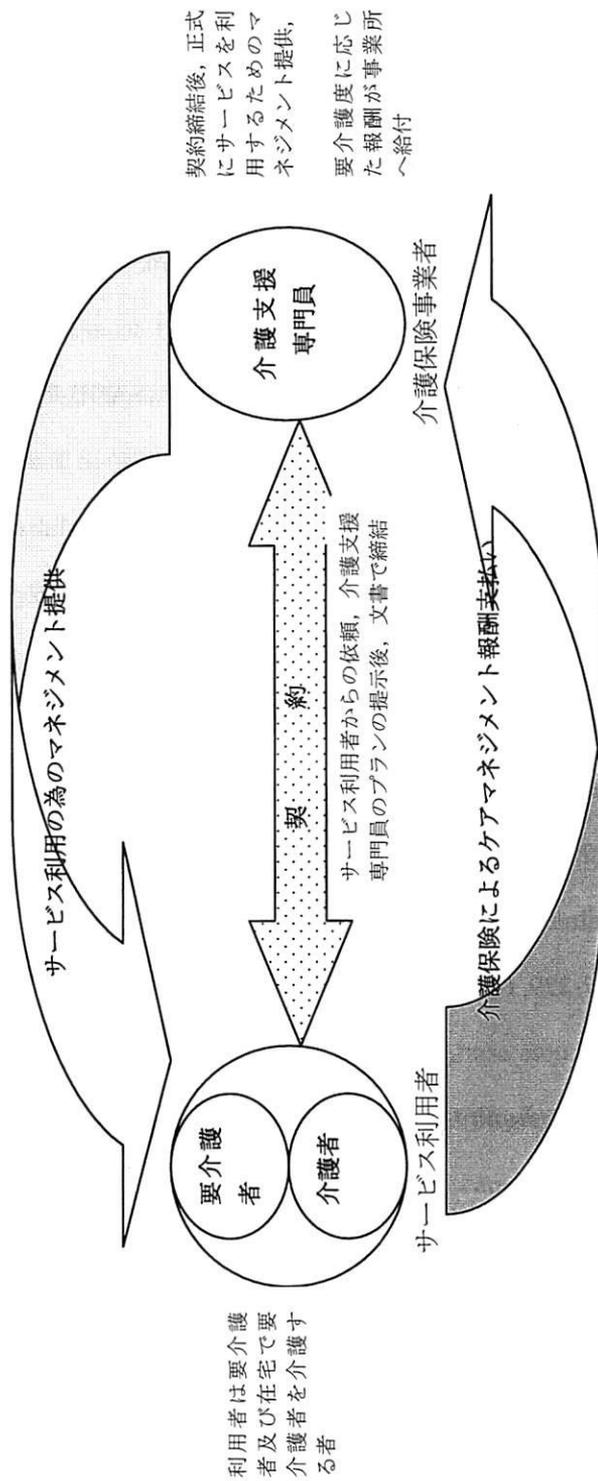


図1 介護保険制度を利用する介護者・要介護者と介護支援専門員、ケアマネジメントの関係

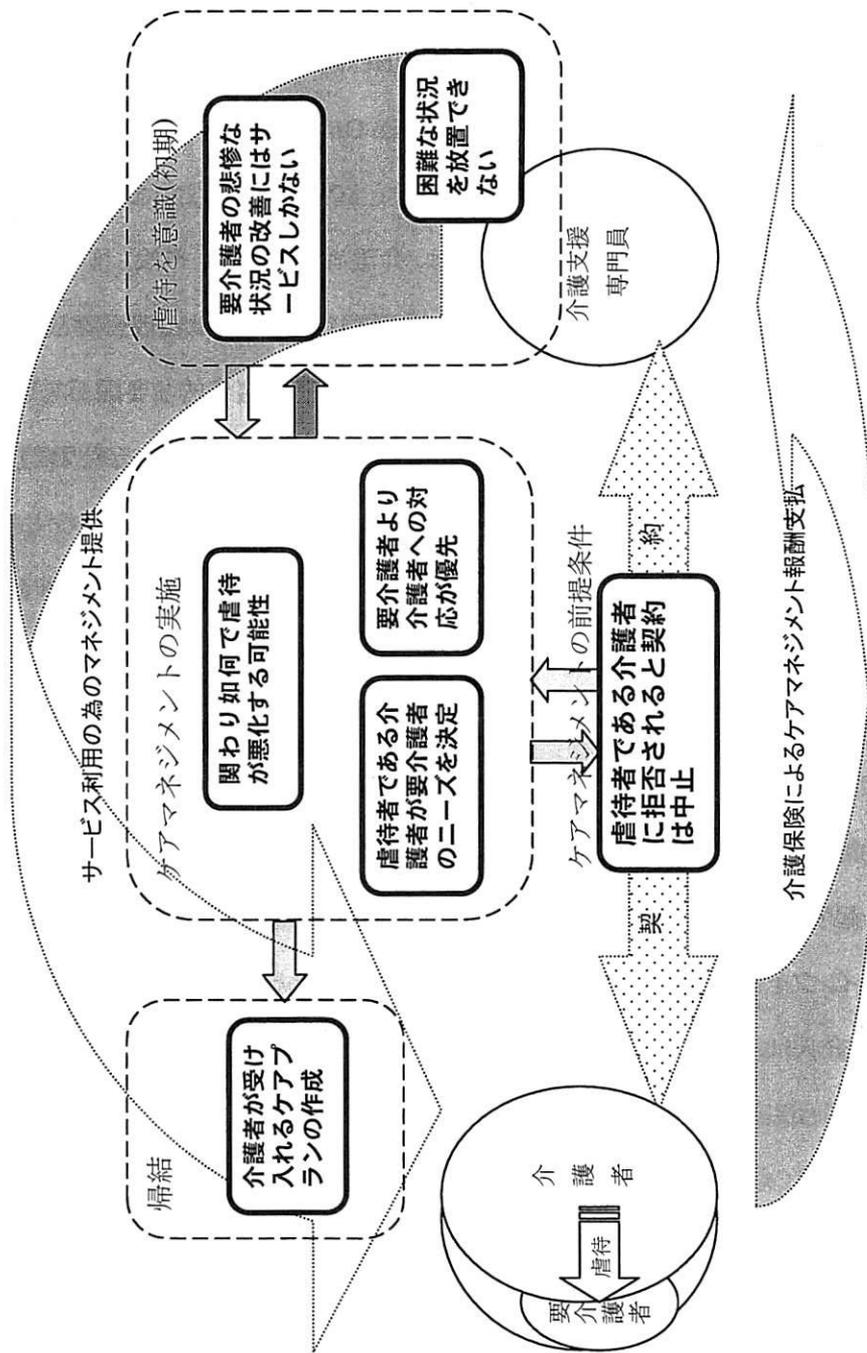


図 2 介護者による潜在的なケアマネジメントの支配

高齢者を虐待する家族への介入に介護支援専門員が抱く困難さ ;介護職への面接から

Difficulties faced by care managers in interventions for family members who abuse the elderly:
interviews with care workers, Journal of the Tsuruma Health Science Society, 30(2):93-101,
2007.2.28. Shizuko Omote, Kazuko Saeki, Teruhiko Kido.

はじめに

家庭において要介護高齢者を虐待する者の多くは、介護者である息子や娘、息子の嫁である¹⁾。²⁾。虐待の原因には、長期にわたる介護負担、介護が必要になることによる被害者と介護者との立場の逆転、従来からの家族関係の悪さ、経済的問題などがあり、複合的な要因がある³⁾。アメリカでは65歳以上人口の約3%が高齢者虐待の被害者であると報告されている⁴⁾。わが国では、在宅における高齢者虐待の10%は、被害者の命に危険がある状況と報告されている⁵⁾。つまり在宅では、被害者、加害者双方への支援を行うことにより、予防や早期の介入が必要である。

在宅で要介護高齢者が虐待を受けている場合、介護保険サービスの導入により、虐待の状況はいくらか改善される⁵⁾。しかし一方では、虐待を受ける高齢者の88.6%は虐待者である家族と同居しており⁶⁾、サービスの導入だけでは、虐待の根本的な解決には至らない。このことは、家族内で発生している虐待に対して、地域の保健福祉専門職が、どこまで介入することができるかという難しい課題を提起する。家族は、要介護高齢者にとって、在宅生活を送る上で最小のシステム単位である。また、インフォーマルな資源ともなりうる重要な存在である。ゆえに、難しい課題がありながらも、家族への介入は、虐待状況の改善や解決に欠かせない援助である。

介護支援専門員は、家族や要介護高齢者のケアマネジメントを行うために家族や本人と契約を結び、継続的にアセスメントやケアプラン立案などを行う職種である⁷⁾。要介護者が利用するサービス事業所からは、介護支援専門員に要介護者や家族の情報が集約される。このような仕事の性質上、介護支援専門員は、高齢者虐待防止ネットワークにおいて、虐待被害者や虐待者である介護者に最も近い位置で継続して関わる役割を求められる。一方で、8割以上の介護支援専門員は、高齢者虐待事例の対応において、極めて対応に苦慮した45%、多少の難しさを感じた43%など、何らかの困難さを感じている⁶⁾。その上、介護支援専門員の職務上のストレスは大き

く、業務量や職種に関連したバーンアウトが報告されている⁸⁾。

地域看護の専門職である保健師は、高齢者虐待防止ネットワークにおいて、介護支援専門員と連携して虐待事例への介入を行うと同時に、介護支援専門員への教育やサポートを行う立場にある。介護支援専門員との効果的な支援や連携を行うためには、彼らが置かれている状況や思いを理解しなければならない。しかし、介護支援専門員が虐待事例との対峙においてどのような状況にあり、どのような困難さを認識しているのか、その内容や背景について報告はない。

以上より本研究では、介護を必要とする高齢者に対して介護を担当する家族が虐待していることを察知したときに、介護支援専門員が感ずる困難の内容を分析することとした。介護支援専門員の視点に即した研究を行うことにより、高齢者虐待防止ネットワーク及び支援体制において、継続支援を行う介護支援専門員への具体的な支援内容および、彼らが担う役割を検討するための有効な示唆を得ることができると考える。

研究方法

本研究では、介護支援専門員の認識を分析することを目的としている。認識は、ある事象を自らの枠組みに照らして意味に変換する、私たちの内面作用である⁹⁾。よって、意味やその根拠となる枠組みを分析し、構造化する方法であるグラウンデッドセオリー法を用いた¹⁰⁾。

1)用語の定義

本研究における高齢者虐待は、高齢者虐待防止および介護者支援法¹¹⁾に定義された身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、介護・世話の放棄の分類を用いた。また、家族は、相互に情緒的に巻き込まれ、地理的に近くで生活している2人以上の人々からなる¹²⁾最小システムとした。家族介入は、ケアを妨げている経済的な問題や交通の問題や社会的障害を取り除く促進的介入¹²⁾とした。加えて、虐待の状況を改善するために家族内の変化をはかり、調整を容易にするための援助であることを追加した。

2)参加者

本研究の参加者は、居宅介護支援事業所に勤務し、高齢者虐待事例を担当したことがある介

介護支援専門員である。介護支援専門員としての経験年数は3年以上とした。その理由は、介護支援専門員が2000年の介護保険法施行時作られた資格であること、ケアマネジメントの未熟さにより十分な回答が得られない状況を避けるためである。

介護支援専門員は、看護職や介護職など保健医療福祉の対人援助専門職が職務を行っている。専門職種によりケアマネジメントの視点が異なる^{13, 14)}との報告があるため、サポートを行うには職種を考慮した困難さを理解する必要があると考えた。本研究では、介護福祉士または訪問介護員いずれかである介護職を対象とした。介護支援専門員の中で介護職は、介護支援専門員全体の約45%を占める¹⁵⁾。また、要介護高齢者に対する直接援助者としての介護経験があること、職務上の情緒的消耗感が強い¹⁰⁾ことから、対象として焦点をあてた。

参加者の募集は、具体的には、在宅介護支援センターの介護支援専門員リーダーから候補者の紹介を受けた。また、スノーボールサンプリング法¹⁶⁾を用い、面接終了後に次の面接者候補者の紹介を受けた。参加者は理論サンプリングにより随時追加した。

3) データ収集

データ収集は2004年10月から2006年1月に実施した。面接は非構造化面接法を用いて主研究者1名が実施した。要した時間は一人あたり80-130分であった。面接場所は、参加者が勤務する地域の公共機関、勤務先の個室または研究者の所属施設を確保して行った。

面接内容は、介護支援専門員として担当した虐待事例の概況、および介護者、要介護者や家族との対応において困難だったこと、その状況について思ったことと理由、実施した支援内容や理由などである。参加者から同意の得られた場合、面接内容をテープレコーダーに録音し逐語録を作成した。面接中は面接内容のメモをとり、面接後は面接時の対象者の印象や感じたことなどを記録し分析に用いた。面接はカテゴリーに内包される概念が飽和するまで継続した。

4) データの分析

面接に協力の得られた介護支援専門員24名のうち、実際の勤務年数が面接時不足であった者や勤務場所が居宅介護支援事業所以外であった者3名を分析から除外した。逐語録は、参加者の背景を意識しながら、語られた言葉の意味を考え、対象者ごとにオープンコード、一次コードを作成した。全コードの類似と相違を比較しながら最終コードを作成し、概念の類似するコードか

らサブカテゴリーを抽出し命名した。カテゴリーは、サブカテゴリーとの関連付けを行い、カテゴリーの深さや大きさ、文脈の一貫性を確認し、概念に矛盾がないかを確認した。カテゴリーは、それらが表す概念を注意深く検討して命名した。介護支援専門員と虐待者を含む家族との関係に焦点を当て分析を加え、最終的に、カテゴリーの概念すべてにつながる中核カテゴリーを抽出した。

真実性を確保するため、面接記録、分析の過程は詳細に記載し、研究者以外の者が分析過程を理解できるようにした。地域看護の研究者間の勉強会において、結果を提示し得られた意見を元に結果に検討を加えた。また、質的研究のエキスパートである研究者との間で結果の分析についての十分な討議を行った。さらに、面接参加者 5 名に結果のフィードバックを行い、データの解釈に誤りがないことを確認し、カテゴリーの承認を得た。

5)倫理

本研究は金沢大学医学部医の倫理委員会の審査を受けて実施した。紹介を受けた対象者には、文書を用いて研究の概要、個人情報保護、参加者の権利、事例への配慮、研究参加・中止の自由について説明し、面接時に書面を用いて同意を得た。また、面接記録は厳重な管理を行い、研究終了時には破棄することを約束した。事例の匿名性の確保として、個人や関係者の固有名は聞かず、逐語録作成時に固有名があった場合は、研究者が削除または記号化した。また、結果の検討および公表において、面接中に語られた表現を用いる場合には、対象が特定できないよう一部修正を加えた。

結果

1)参加者の概要

分析対象者は 21 名、全員女性であった。平均年齢は 48.7 ± 8.4 歳、介護支援専門員としての平均勤務年数は 4.3 ± 0.7 年、介護職としての平均勤務年数は 12.6 ± 5.4 年であった。職種内訳は、介護福祉士と介護員両方を有するもの 16 名、いずれかを有するもの 5 名であった。延べ高齢者虐待担当件数は、 3.2 ± 3.0 件であった。虐待に気づいた時期は、介護支援専門員として 2.2 ± 0.8 年目であった。

語られた 21 件の虐待の種類は重複しており、身体的虐待 11 件、放任 12 件などであった。虐

待者の年齢は30-80代, 夫婦が2組で, 男性7名, 女性16名であった。被害者からみた虐待者との関係は, 嫁8名, 子供7名, 配偶者6名であった。被害者の年齢は65-80代, 女性17名であった。介護保険の介護度はⅢ-V14名(66.7%), 認知症を有する者は18名(85.7%)であった。4件は, 担当期間中に緊急入院となり, その後死亡した事例であった。

被害者の家族構成は, 虐待者以外に同居家族がいる被害者は17名(80.9%)で, 同居者は配偶者または子世帯であった。虐待者のみと同居している被害者は, すべて夫婦世帯であり, 別居している子世帯があった。被害者20名は虐待者がキーパーソンであった。

2) 虐待家族への介入に対して介護支援専門員が抱く認識

介護支援専門員によって語られた, 家族に介入することに関する困難感として, 6つのカテゴリと, カテゴリを説明する16のサブカテゴリが抽出された。以下にカテゴリが抽出された背景を説明する。カテゴリは**太字イタリック**, サブカテゴリはイタリックで示し, 結果の説明に必要とされる最終コードは‘ ’で表した。

虐待者と対峙することが怖い

介護支援専門員は, 要介護者を虐待している介護者に対して, ‘虐待の話をすると介護支援専門員が虐待者に攻撃される恐れがある’, と感じていた。被害者だけでなく介護支援専門員にも**虐待者への恐怖感**があることが抽出された。そして, 介護支援専門員は‘介護者に会うことを考えただけで足が止まる’状況で, 要介護者の家の周囲を周ったり, 訪問を後回しにしたりしていた。加えて, 悲慘な状態の要介護者に対する‘ニーズに基づいた介護支援専門員の提案が否定される’ことにより, **虐待者への対応は介護支援専門員の理念を見失わせると認識**していた。また, 介護支援専門員はケースを担当中‘朝起きたらすぐにケースのことが頭に浮かぶ’と語った。彼らは虐待事例を担当することにより**常に頭からケースのことが離れない**状況であった。

虐待者との間に心理的な壁が存在する

高齢者虐待事例への家庭訪問時, ‘虐待者からの見えないバリアを感じ’ていた。介護支援専門員の中には, 訪問時に玄関に入れてもらえないという現実の壁を作られる者もいた。

しかしそれ以前に、嫁には近づくなという無言の雰囲気があった。介護支援専門員は、家の中にも彼女の気持ちにも入れない状況に対して、介護者から介入を拒むバリアがあると感じていた。また、虐待者には地元の名士や医療職の者もいた。彼らが医療サービスを拒み、介護支援専門員と会おうとしない状況に、介護支援専門員は‘社会的地位のある家族なので引け目を感じる’と語った。そして、自分自身は介護者より低い立場であり、家族への介入に関して介護支援専門員は権威のある専門職ではないと認識していた。

虐待者である介護者との関係を維持しなければならない

介護支援専門員は、要介護者や介護家族にとって介護保険サービスを利用するための窓口である。そして、虐待者である介護者は、要介護者に対する家庭内での決定権を持っていた。よって、サービス導入の決定権は虐待者にあり、虐待者は、家族の中で力のある存在であった。さらに、虐待者の8割以上は、日常的に介護者でありキーパーソンでもある。そのため、‘何度断られても関わりを継続させたい’と、介護者の機嫌を伺っていた。彼らは、悪い印象をもたれないようにして、虐待者である介護者と信頼関係を作りたいと認識していた。

家族関係に波風を立てたくない

虐待者である介護者と、同居または別居している家族員との関係はよいとは言えなかった。介護支援専門員には、訪問時、介護者の話や家の雰囲気から、家族内での連絡や話し合いがあると感じていなかった。このような家族に対して介護支援専門員は、‘家族の問題も何とかするのが介護支援専門員だから、それをできない自分には力がない’と感じていた。そして、介護者の話を聴くことはできるが、踏み込むことはできないと認識していた。また、‘虐待の原因となっている長い嫁姑の確執は今更どうしようもない’という思いから、長い歴史を持つ家族のありようは変えられないと認識していた。虐待の改善には家族への介入が必要であるが‘無理に介入すると介護者と本人の関係が壊れる可能性’がある。そのため、介護支援専門員の介入で家族関係を悪化させたくないと認識していた。

虐待の根底にある家族関係への介入には至れない

被害者に同居する虐待者以外の家族がいても、介護支援専門員に話しができるのは、虐

待者である介護者のみという家族がほとんどであった。参加者は、‘介護者以外の他の家族員の情報が聞き出せない’など、虐待事例特有の難しさを語り、被害者を取り巻く家族の姿が見えないと認識していた。このような認識の一方、‘同居家族が介護に責任を持つのは当たり前’と家族に期待を寄せ、最終的に在宅での介護は家族の役割であると認識していた。そして、被害者が食事を食べさせてもらえない状態があっても、‘直接介護しない介護支援専門員が家族の介護に口をはさめない’ため、同居家族の役割は超えられないと認識していた。さらに、‘家族調整は介護支援専門員の力では限界’であり、家族関係の調整には踏み込めないと認識していた。その他、介護支援専門員の一部には、マネジメントの対象は要介護者であり家族関係の調整は介護支援専門員の役割ではないと思いたい者もいた。

虐待家族にも家族の絆があると信じたい

虐待者である介護者は、被害者にとって子どもや嫁、配偶者である。在宅で介護を行うと決めたとの介護者に対しても、介護支援専門員は、‘介護者は一生懸命介護している’ことを認めていた。そして要介護者に対する‘介護支援専門員と介護者の気持ちは同じはず’と感じていた。彼らは、介護者として虐待者を肯定的に受けとめ、介護者は虐待しながらも被害者を気にかけていると思いたいと認識していた。しかし実際は、介護者の子ども達は、介護者へのサポートをせず、家にも来ない。また、被害者の息子は嫁へのサポートをしないという現実があった。このような家族であっても介護支援専門員は、‘家族であればなんとか解決できると信じたい’、‘家族だから最終的には力を貸してくれると思う’と願い、虐待者以外の家族の力に期待したいと認識していた。

3) 介護支援専門員の理念ではたちうち出来ない虐待者への無力感

以上のカテゴリーから、**介護支援専門員の理念ではたちうち出来ない虐待者への無力感**という中核カテゴリーが抽出された。介護者である虐待者の関係において介護支援専門員は、**虐待者との間に心理的な壁が存在する、虐待者と対峙することが怖い**と認識していた。しかし、介護支援専門員が壁や怖さを感じても、問題解決のために虐待者やその家族へ介入を試みることは避けて通れない。そこで介護支援専門員は介入を試みようとするが、**虐待者である介護者との関係を維持しなければならない**役割がある。一方で介護支援専門

員自身の限界感や被害者への気遣いから、介護支援専門員の介入で**家族関係に波風を立てたくない**と認識していた。それゆえ、介入の必要性は感じていても、虐待者に立ち向かうに至らず、思うように行動に結びつかない状況があった。そして、虐待の要因となった長い家族の歴史から来る問題は、本来は家族が解決すべきことである。ゆえに介護支援専門員がその役割を担うには限界があると理由づけ、**虐待の根底にある家族関係への介入には至れない**と認識していた。同様に、虐待者であっても家族が本来持っているはずの家族力があるはずだから、**虐待家族にも家族の絆はあると信じたい**と認識していた。これは、家族が最終的には何とかしてくれるだろうと期待し、介護支援専門員が介入できないことによって無力にならないような思考過程であった。そして、これらのストーリーから、**介護支援専門員の理念ではたちうち出来ない虐待者への無力感**という中核カテゴリーが抽出された（図1）。

考察

1) 虐待家族への介入において抱く無力感の背景

介護支援専門員が虐待家族への介入に抱く無力感のプロセスからは、壁を感じ怖いと感じる虐待者を、介護支援専門員が脅威と捉えていると考えられた。また、虐待者への脅威が、職務としての家族介入を妨げており、彼らが介入の手前で立ちすくんでいる状態が想像された。語られた虐待の中には、被害者が死に至るまでの経過もあり、介護支援専門員は、消極的な現状維持しかないことに葛藤していると考えられた。

彼らが感じている困難さの前提にある脅威について、マズローは、“屈辱、拒否、孤立、信望の喪失、力の喪失—これらはすべて直接的な脅威となる。さらに能力が不当に使われたり全く使えなかつたりすることも、直接的に自己実現に対する脅威となる”¹⁷⁾と述べている。虐待者と対峙することは、彼らにとって第一義的な業務であるケアマネジメントや、ニーズ充足に必要な家族への介入が達成しにくくなる可能性がある。また、適切な判断能力を奪い対策不十分なまま抱え込んでしまう危険性があることが示唆された。よって、事例に対する客観的な視点を持つこと、虐待に立ち向かう力をつけることが必要であると考

えられた。

また、介護支援専門員が感じている葛藤は、高齢者の生活の質を高めるためのケアマネジメントを行うという、彼らの理念に関わる問題である。Fry は、道徳的価値や権利欲求、関連する責務が絡み合っている場合に、価値の対立を解決することは複雑であり、時に意思決定を混乱させる¹⁸⁾と述べている。虐待事例を担当する介護支援専門員にとって、常に虐待被害者を守りたいという責務と、家族の問題では家族の価値観が優先されるという現実がある。自分の価値観だけでは進められないことが、葛藤をひき起こす要因になっていると考えられた。

DV 被害者を支援するスタッフの研究では、支援者は達成感のなさや無力感を覚え、さらに精神的負担感、葛藤や消耗、燃えつきへの連動があると示唆されている¹⁹⁾。介護支援専門員は、虐待者である介護者や要介護者のマネジメントをすべく彼らの立場に立っている。ゆえに、彼らにとって、虐待防止ネットワークの一員として改善が難しい虐待家族への介入を求められることは、擁護と介入という葛藤を生む立場になり、加えて彼らにとっての心理的な影響が大きいことが考えられた。

介護支援専門員には、家族の絆を尊重したいという認識があった。これは家族システムの尊重や、家族を肯定的に捉えるという、支援の基本姿勢として重要なものである。しかし、虐待が存在する場合には、家族の力に期待することによって、無意識に自分の役割を介護者に委ね、責務から自分を回避させていることになる可能性は否定できない。これらの認識の動きのなかで、無力感が生じたと考えられた。

無力を感じる要因としては、介護支援専門員は‘どこまで踏み込んでいいかわからない’と語っており、虐待に気づいた時期が介護支援専門員として2年目の時期であったことも関係している可能性がある。また、今回の対象は介護職である介護支援専門員であり、介護職経験のある介護支援専門員という参加者の条件が影響した可能性も否定できない。しかし本研究の目的は他の専門職、看護職などとの比較ではないことから、この点はさらなる調査が必要である。

2) 高齢者虐待防止ネットワークへの提言

以上から、虐待防止ネットワークからの役割期待や、介護支援専門員としての理念達成への欲求が、一方で介護支援専門員を葛藤に陥らせ、無力感を感じさせる要因とならないような対策を検討する必要があると考えられた。無力とは、出来事をコントロールできないという思い込みと定義されている²⁰⁾。無力感を認識している介護支援専門員には、心理面及び技術面双方からのエンパワメントが必要である。また、サービス導入後も虐待の改善が認められない場合に、方策のないままの事例の抱え込みや、家族への期待を抱き続け状況悪化をまねかないようにしなければならない。今後は、介護支援専門員が介入可能な虐待と、行政が介入しなければならない虐待の状況を検討するとともに、虐待事例への介入手法の開発も課題である。その際、今回の結果をふまえ、介護支援専門員にすべてを期待するのは厳しいという現実²¹⁾を考慮し、介護支援専門員に求める役割を検討する必要がある。また、地域包括支援センターなどによる彼らへのサポートシステムを稼働させることが必要である。

3) 研究の限界と今後の課題

介護支援専門員は全員女性であったため、女性特有の認識が現れている可能性があるが、本結果から性差を推察することはできない。条件を加えることでさらに対象を得ることが困難となることが予想されるため、現時点での対象獲得における限界である。また、本研究では、介護職経験を有する介護支援専門員に焦点をあてたが、今後は看護職の介護支援専門員に関しても分析を進め、職種の違いによる認識の異なりの有無について分析を加えたい。

謝辞

研究参加および面接者の紹介について快く協力していただいた介護支援専門員の皆様に深く感謝いたします。本研究は、平成17年、18年度文部科学省研究費補助金(C)を受けた。

引用文献

- 1) Soeda A, Araki C.: Elder abuse by daughters-in-law in Japan. *Journal of Elder Abuse & Neglect*.1999; 11:47-58.
- 2) Kosberg J I.: Preventing elder abuse, identification of high risk factor to placement decisions. *The Gerontologist*.1998; 28(1): 43-50.
- 3) Sasaki A, Takasaki K, Ono M, et al.: Koureisha no gyakutai to shien ni kansuru kenkyu (2) [Research on elder abuse and support [2]]. *Journal of Public Health Nursing*. 1997; 53(5): 383-391.
- 4) Pillemer K, Finkelhor D.:The Prevalence of Elder Abuse, A Random Sample Survey. *The Gerontologist*. 1988; 28(1): 51-57.
- 5) Kato E, Kondo K, Higuchi K, *et al.*: Factors relating to the improvement of the condition of elderly persons at higher risk of neglect or abuse, changes before and after the introduction of the long-term care insurance system. *Japanese Journal of Gerontology*. 2004; 25(4): 482-493.
- 6) Tatara T.: Key findings of “a study of domestic elder abuse in Japan”, A summary of the results of a survey of service providers. *Journal of the Japan Academy for the Prevention of Elder Abuse*. 2005; 1(1): 45-59.
- 7) Department of Health Social Services Inspectorate: Care management and Assessment (Practitioner’s Guide) eleventh impression. London: The Stationery Office, 2004.
- 8) Furuse M.: Factors related to burnout of care managers. *Jpn Academy of Home Health Care*. 2003; 7(1):61-67.
- 9) Saeki M.: Koudounohenkaku kara ninshiki noseityou he [From a behavioral change to growth of recognition]. Tokyo: Sannoudaigaku syuppanbu, 2003.
- 10) Strauss A, Corbin J.: *Basis of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1990.
- 11) Cabinet Legislation Bureau: Koureisha gyakutai boushi /yougosha shienhou [Prevention of Elder Abuse and Caregiver Support Law]. [Cited 3. Aug. 2006]. Available from URL:

<http://www.kantei.go.jp/jp/kanpo/nov.2/ee1109t0002.html>.

- 12) Friedman M M.: Family nursing, Research theory and Practice 4th ed. California: Appleton& Lange, 1998.
- 13) Tokunaga E, Ikuno S, Wada I.: The Reality of the Function and Training Issues of Care Managers according to Minimum Qualifications. Journal of Kyushu University of Nursing and Social Welfare, 2004; 6(1):217-229.
- 14) McLaughin J, Lavery H.: Awareness of elder Abuse among community health and social care staff in Northern Ireland. Journal of Elder Abuse & Neglect. 1999; 11(3): 53-72.
- 15) National Care Manager Liaison Council.: Kyotakukaigo shienjigyousho oyobi kaigosien-senmonin gyomu no jittai ni kansuru tyousa houkokusyo [Actual condition survey of care managers]. Tokyo: Mitsubishi general research institute, 2004.
- 16) Holloway I, Wheeler S.: Qualitative Research in Nursing 2ed Ed. Oxford: Blackwell Science, 2004.
- 17) Maslow A H.: Motivation and personality 2nd ed. New York: Harper& Row pub, 1987.
- 18) Fry S T, Johnstone M J.: Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making 2nd ed. Oxford: Brackwell Science, 2002.
- 19) Yamada N, Miyamoto K.: DV higaisya wo siensuru sutaffu-ga kakaeru konnnann no kouzou [Construction of the difficulty that the staff helping a DV victim]. Psychiatric nursing. 2005; 32(3): 40-47.
- 20) Johnson M, Maars M, Moordead S.: Nursing Outcome Classification 2nd ed. In Hujimura T, Emoto A (Ed). Tokyo: Igaku-shoin, 2003.
- 21) Tsunoda Y.: Toward the enforcement of the law concerning prevention of the elder abuse and support to elder's caregiver; Cooperation and prevention as a keyword. 2006; 1 (2):25-36.

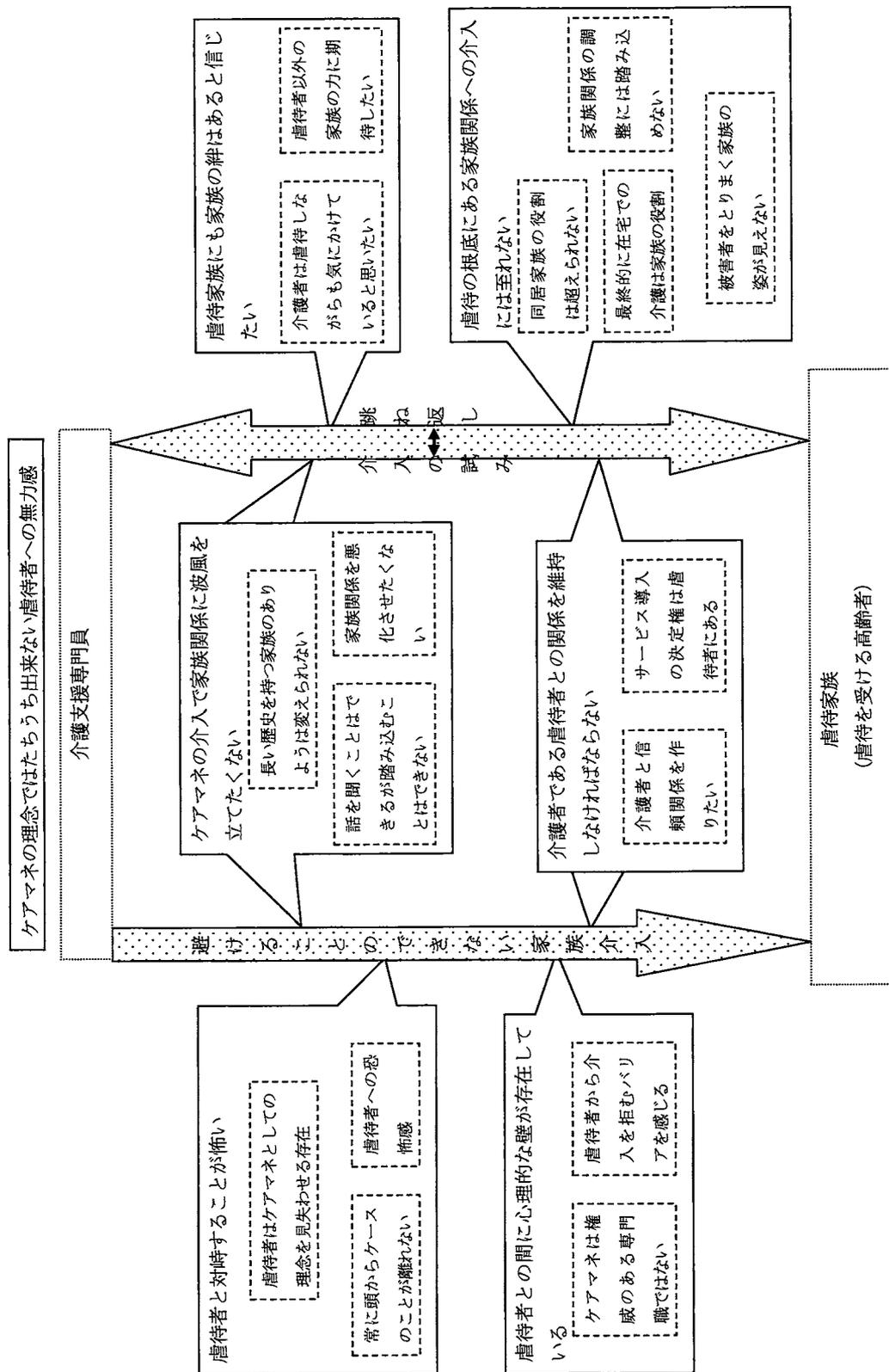


図 1. 高齢者を虐待する家族への介入に介護支援専門員が抱く困難さ