

《研究ノート》

利用者のケアマネジャーに対する信頼促進にかかわる検討

——在宅介護支援センターにおける介護保険サービス拒否・中断事例を手がかりに——

山井理恵

1. 問題の所在・研究の目的

(1) ケアマネジメントにおける信頼の重要性

本稿は、筆者が先に報告したケアマネジャーに対する信頼を促進する支援方法にかかわる研究（以下、先の研究）から得られた概念とカテゴリーを手がかりとしながら、新たに収集されたデータを手がかりに、その概念とカテゴリーについて新たにバリエーションを得ると同時に、その妥当性・信頼性を検討することを目的としている。

介護保険が施行され、「措置」から「契約」に移行したことにより、利用者が社会資源や社会資源供給者（以下、供給者）を選択する機会が拡大された。しかしながら、利用者が社会資源や供給者を選択し活用していくことは、利用者側の情報不足、質や費用の妥当性、結果の予測の困難さから、容易ではない¹⁾。さらに、制度化された社会資源では解決困難な問題を有する利用者にとっては、一連の働きを自ら行うことは、いっそう困難である²⁾。

介護保険実施に際しては、かような問題をカバーするための方策として、ケアマネジメントが導入されたが、ケアマネジメントそのものも、社会資源のひとつであり、利用者側はその内容や質等を熟知しているとは限らない。さらに、ケアマネジメントは、他の社会資源の紹介や調整を行うことが柱となる。そこでは、ケアマネ

ジャーの役割は、単に利用者と各種社会資源を結びつけることだけではなく、彼らが社会資源を利用することの支援をも含んでいる。

しかしながら、利用者がゲートキーパーであるケアマネジャーに信頼を寄せていないと、実際の社会資源の利用開始にはつながらない。なぜなら、一般的に、利用者は社会資源を実際に利用する前に、ケアマネジャーとの関係を結んでいる。したがって、利用者がケアマネジャーに対する信頼関係を構築していなければ、ケアマネジャーが情報提供や仲介を行うところの社会資源を利用することに結びつかず、利用者の問題解決も不可能となる。

問題解決に際しては、人々の間に信頼が形成されていることが、よい影響を及ぼすことが指摘されているところである³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾。それゆえ、利用者の問題解決能力を促進していくためにも、ケアマネジャーと利用者の信頼構築の方法が求められる。さらにいえば、ケアマネジメントは、ケアマネジャーが直接利用者とかかわることと同時に、供給者を仲介し、ケアチームによって、問題を解決する。したがって、ケアマネジャーは、ケアマネジャーと利用者、利用者と供給者、ケアマネジャーと供給者の三側面に渡って、「信頼」を形成していく視点を持つことが求められる。

一般に、信頼を形成していくためには、①業務を確実に遂行すること⁷⁾、②関係のなかにおいて、相手に対してプラスのフィードバックを

示していくこと⁸⁾、③相手から信頼を受けるようなふるまいを継続することが必要であると示されている⁹⁾。

ケアマネジメント研究においても、ケアマネジャーが利用者と信頼関係を結ぶことに焦点を当てて、その戦略や方法について示されるようになっていく。諸外国のケアマネジメント研究、特に利用者の「強さ (strength)」に着目したモデルにおいては、特に初期のエンゲージメントにおいて、利用者との新たなパートナーシップを形成するための関係の特質 (characteristics) の一つとして、「信頼すること」をあげ、パートナーシップを形成するための支援方法について示している¹⁰⁾。利用者がケアマネジャーを信頼することは、利用者が自分の問題解決を行っていくための「強さ」を促していくに際しても、重要な要因の一つである。

信頼は社会システムの影響を受けると同時に、個人間の相互作用により形成される循環的な側面を持つ。特に、介護保険制度の創設は、それまでの行政による「措置」から、利用者自身がサービスを「選択」し「契約」するシステムへと変化するなど、サービス利用にも大きな影響を及ぼしている。

さらに、介護保険制度の施行やサービス供給者の多元化のなかで、多くの供給者がケア市場に参入している。そのため、ケアマネジャーや利用者にとっても、提供するサービスの質や内容、力量のばらつき、供給者が「信頼」に値するかが把握しにくい状況となっている¹¹⁾。

したがって、介護保険制度という文脈のなかで、利用者からの信頼を得るための支援方法を明らかにすることは、ケアマネジメントにおける支援方法を検討していくうえで、意義のあることと考えた。

(2) <認識化>プロセスを促すための支援

このような問題意識から、筆者は、東京都A市にある在宅介護支援センターのケアマネジャー4名を対象に、支援困難な13ケースについて面接調査や業務観察を行い、質的研究のひとつである修正グラウンデッドセオリー (以下、M-GTA) による分析を行った。

その結果、ケアマネジャーが利用者からの信頼を促進するためには、利用者がケアマネジャーを自分の問題解決に役立つ社会資源としてみなす<認識化>を促すための支援がなされていることが示された。ケアマネジャーが利用者の問題解決に必要な知識や技能を有していたとしても、利用者がケアマネジャーを社会資源として認め、活用していくことがなければ、ケアマネジャーは利用者に対して十分な支援を行うことはできない。

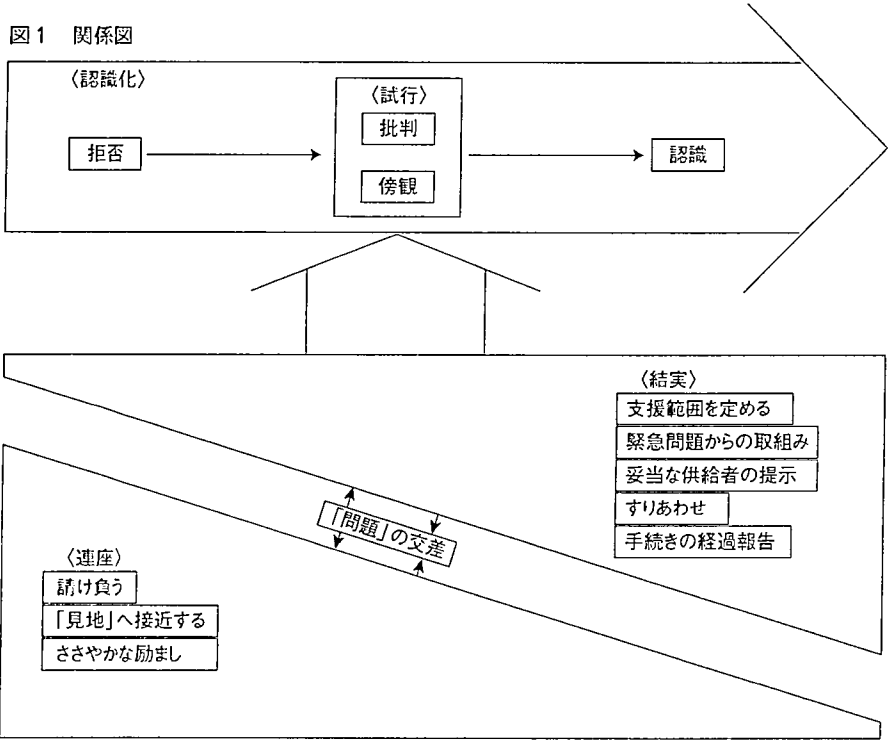
そして、この<認識化>を促す支援として、利用者に安心感を提供する支援方法<連座> (『請け負う』『見地』へ接近する』『ささやかな励まし』) と、利用者の問題を利用者の目に見える形で解決する支援方法<結実> (『支援範囲を定める』『緊急問題からの取組み』『妥当な供給者の提示』『すりあわせ』『手続きの経過報告』)、ならびに<連座>と<結実>を結びつける概念として『「問題」の交差』が生成された。なおそれぞれのカテゴリーや概念の定義については表1を、関係図については図1を参照されたい。(表1)(図1)¹²⁾

しかしながら、先の研究においては、調査対象が公的機関設立の基幹型在宅介護支援センターであること、さらには当初は拒否などがあっても、最終的には介護保険によるサービスを利用した利用者であったという限界がある。したがって、サービスを拒否・中断した利用者を分析する必要性が課題として残された。

表 1 山井(2005)において生成されたカテゴリと概念

<p><認識化>=利用者がケアマネジャーを自分たちの問題解決に役立つ社会資源として認め、活用していくような変容をとげていくこと</p> <p>「拒否」=利用者がケアマネジャーの支援を求めないという反応</p> <p>「批判」=ケアマネジャーの支援は受けるものの、これらの支援に批判的な言動を示す利用者の反応</p> <p>「傍観」=支援の拒否や批判は示さないが、問題が生じて、自分からケアマネジャーに連絡や相談を行うことはないという利用者の反応</p> <p>*「批判」「傍観」は、<試行>（利用者がケアマネジャーを試している状態）に集約される。</p> <p>「認識」=利用者がケアマネジャーを自分たちの問題解決に役立つ社会資源として認め、活用していくという反応</p>
<p><連座>=利用者によりその安心感を提供することを目的とした、ケアマネジャーの支援方法</p> <p>「請け負う」=ケアマネジャーが、支援を開始するにあたって、自分たちが責任を持って、支援を行うことを利用者に言葉や行動で示すこと</p> <p>「見地」へ接近する=ケアマネジャーが、利用者側が感じている問題や要望である「見地」を受けとめること</p> <p>「ささやかな励まし」=ケアマネジャーが、利用者に安心感を与え関係を発展させるために、利用者の肯定的な面を認め、接触時に利用者に言葉や態度で伝えること</p>
<p><結実>=ケアマネジャーが問題の解決の過程や結果を具体化する支援方法</p> <p>「支援範囲を定める」=ケアマネジャーとして、できる支援/できない支援を利用者に示すこと</p> <p>「緊急問題からの取組み」=ケアマネジャーが、複数の問題のなかで、最も緊急度の高い問題に焦点をあてて、その問題を早急に解決することを試みること</p> <p>「妥当な供給者の提示」=ケアマネジャーが、供給者に関する情報を収集し、利用者の問題を最大限解決しうる供給者を利用者に仲介すること</p> <p>「すりあわせ」=供給者を導入したことで、利用者の問題がどの程度解決したか、あるいはしなかったかを確認し、問題が未解決の場合は、調整を行うこと</p> <p>「手続きの経過報告」=ケアマネジャーが、供給者に対して行った連絡などの手続きと結果や見通しについて、利用者に報告すること</p>
<p>「『問題』の交差」=利用者にとっての「問題」とケアマネジャーが判断した「問題」の両者を明らかにし、もし差異が生じた場合は、接点を見つけていくこと</p>

図 1 関係図



本稿においては、介護保険によるサービスを拒否ないしは中断したという、対比的なケースの分析を行うことにより、先の研究においては示されなかったような利用者の状態やケアマネジャーの支援方法について比較検討し、在宅介護支援センターのケアマネジメントにおいて社会資源利用を支援するに当たっての「信頼」の促進について検討を行う資料を示すことを目的としている。

2. 方法と対象

(1) 調査の方法

筆者は、2005年3月から9月にかけて東京都A市の在宅介護支援センター4箇所の面接調査を実施した。それぞれのケアマネジャーに、担当ケース1ケース以上の抽出を依頼した。本稿においては、介護保険制度における利用者との信頼形成にかかわるケアマネジャーの支援方法を明らかにすることを目的としたために、ケースの選定条件を介護保険によるサービスに該当するが、支援が困難であったことを条件とした。その結果、34ケースが抽出された。

各ケースについて、①ケースの概要、②ケアプランの概要、③ケアマネジャーが利用者に対して行った支援プロセス、④供給者に対して行った支援プロセスについて、半構造面接を実施した。③については、ケアマネジメントプロセスに添って、各局面での利用者のケアマネジャーに対する反応について確認しながら尋ねた。

面接調査は、調査対象者の許可を得てテープに録音し、逐語録として記録した。面接調査によるデータ収集と同時に、利用者宅への訪問、ケース検討会などを含む業務の参与観察を行った。参与観察から得たデータについては、フィールドノートに記録した。また、ケース記録や帳票などについても閲覧した。参与観察や資料関

覧で疑問に思った点や確認したい点については、調査対象者であるケアマネジャーに質問し解答を得た。

調査の実施時期は、2005年3月～9月である。面接調査を実施した時間は、全調査を含めて合計23時間45分であった。また、調査に際しては、研究の趣旨や結果の利用、調査対象者や利用者に対するプライバシー保護、テープ録音や逐語記録、メモの作成に関する使用許可、学会報告や論文作成について説明し、調査対象者からの了承を得ている。また、面接調査は調査対象者の勤務する在宅介護支援センターの会議室を用い、守秘性に配慮した。面接調査から得られたデータについては、調査対象者及び利用者のプライバシー保護のために分析に支障をきたさない範囲で、修正を行っている。

(2) 本稿での分析対象

本調査で取り上げた利用者のうち、在宅介護支援センターにつながったものの、介護保険サービスを利用していない、あるいは利用に至ったものの、その後サービスの利用を中断した利用者6事例について検討することとする。

分析対象となった事例の基本的属性について示す。性別は男性1名、女性5名である。なおこのうち、夫婦が一組入っている。年齢は、70代4名、80代2名である。要介護度は、「要介護1」1名、「要介護2」2名、「要介護3」1名、申請をしていないため不明2名である。

本稿において分析対象となった6事例を担当したケアマネジャーの属性は次のとおりである。性別は男性3名、女性1名。年齢は、30代3名、50代1名。保健福祉領域における経験年数は、10年以下1名、10～15年2名、15～20年0名、20年以上1名である。ケアマネジャーとしての、経験年数は、1年2名、2年1名、5年1名である。

(3) 分析の方法

本稿においては、グレーザーとストラウスによって開発された質的研究方法論であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）を用いた。GTAは、認識論や研究方法によりいくつかの方法に分化しているが¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾本稿においては、修正ストラウス・グレーザー版¹⁷⁾¹⁸⁾（以下、M-GTA）の手続きにしたがって、分析を実施した。

分析に際しては、ケアマネジャーが利用者のいかなる反応に着目して支援を行っているか、またケアマネジャーの支援が利用者にいかなる作用をもたらしたかといった相互作用に着目しながら、データを検討した。なお、本調査においては、先の研究で生成された概念の妥当性を検討するために、先の研究では示されなかった利用者の状態やケアマネジャーの支援方法に着目し、先の研究で得られた概念との比較検討を行った。

3. 結果と考察

M-GTAにおいては、データの確認を類似例と対極例の両方向における比較を、具体例と概念の両方について継続的に行い、データで確認していくという分析プロセスをとる。そのため、このプロセスの中に考察の要素が自動的に含まれることから、本稿においても、結果にあたるデータ部分と、データからの考察を分けずに提示する¹⁹⁾。文中に『 』で示した部分は概念、＜ ＞で示した用語はカテゴリーを意味する。「__」は、調査対象者の発言から引用した部分である。

本稿では、先の研究で示した概念を土台としながら、本調査から得られたデータを手がかりに検討を行った。

(1) ＜連座＞

今回分析対象となった事例の特徴は、利用者が社会的にはなほだしく困難な状況にあるということである。先の研究においても、生命・生存の危機があり近隣からの通報があるまでケアマネジャーにつながらず、他の介護サービスを受けていないという利用者は存在した。しかしながら、その場合、食事も取れず、医療の必要性も高いといふかなり緊急度が高い状態であったことが逆にケアマネジャーの支援や介護サービスを受け入れざるを得ない状況にあったといえる。

今回取り上げたサービス拒否・中断事例においても、利用者の生活には多くの支障が出ている。事実、利用者が在宅介護支援センターにつながったのも、利用者自身の意思ではなく、近隣の商店や集合住宅の管理人、近隣住民からの連絡によるものであった。

しかしながら、いずれの事例も利用者本人の状態は、生活に支障があったり、事故などの危険があったりする状態である。が、食事まかろうじて摂取しており、生命の危険が緊急にあるというほどではない。そのためか、利用者やその家族も自分たちは支援なしで、生活が可能であるという意識があり、介護サービスを受けることには拒否的である。このような利用者に対して、ケアマネジャーはいかなる支援を行っているのだろうか。

筆者は、ケアマネジャーに対するインタビューデータを見ていく中で、支援を拒否する利用者に対する支援として、次の発言に注目した。

「定期的に嫌われない程度に（利用者の自宅を）訪問して」

この利用者は、一度はサービスを利用したも

の、その後利用者やその家族は必要がなくなったと考え、サービスやそれに伴うケアマネジャーの支援を「必要ないですから」と中断している事例である。この利用者に対して、ケアマネジャーは支援の必要性を痛感し、利用者が支援を必要としていないかを確認するために定期的に訪問を行っている。このほかにも、拒否ないしは途中で中断した利用者に対しては、ケアマネジャーが定期的な訪問や連絡を「しつこいと思われないう程度に」あるいは「忘れられないように」継続しているという支援の方法が示された。

先の研究においては、利用者がケアマネジャーの支援を拒否するという事例は見られなかった。本調査においては、サービスの利用を拒否・中断している事例であっても、ケアマネジャーは定期的な訪問や連絡を継続的にやっている。これらの支援は、ケアマネジャーが、利用者に対して自分たちが責任を持って支援を行うということを言葉や態度で示していることから、先の研究で生成された『請け負う』という概念の一バリエーションと考えられる。

また、『請け負う』の別のバリエーションとして、利用者が在宅介護支援センターを訪ねてくるように仕向けるという支援も本調査から示された。

「まずは、ここ（在宅介護支援センター）に来てもらって」

先の研究では、利用者が日常的に在宅介護支援センターを訪問するというケースは見られなかったが、この利用者を在宅介護支援センターに来させることが支援の一つとなっているケースである。

この利用者は、当初外出先でトラブルが生じ、外出先の職員が連絡を行ったことから、同センターにつながる事となった。この利用者につ

いては、認知症であることや家族関係が不明なため、専門職に対する不信感を有しているのかについては、厳密にはわからないものの、その言動、特に金銭に対する興奮状態から他者に対する不信の念を有していることが伺われている。このような状態の利用者に対して、まずは特別な用事が無くても在宅介護支援センターに来てもらい、そこでは誰かが話を聞いてくれること、ひいては問題の解決ができる可能性が高い場所であることを利用者に伝えるような配慮を行っている。

先の研究においては、支援を開始するにあたって、ケアマネジャーが、自分たちが責任を持って、支援を行うことを利用者に言葉や行動で示すことが示され、このようなケアマネジャーの支援から、『請け負う』という概念を生成した。いわゆる「困難な」利用者のなかには、他の居宅介護支援事業所やケアスタッフから、支援拒否や中断を経験し、そのことによって専門職不信を呼び起こすことも少なくない。そのような利用者に対して、ケアマネジャーや他のスタッフが、利用者を拒否しないということが、まず関係を形成する初めの一歩となり、その後の支援につながっている。

しかしながら、本調査においては、さらにさかのぼって、利用者とケアマネジャーが出会う最初の段階で、ケアマネジャーに会おうとしなかった利用者也存在した。そのような場合、ケアマネジャーはいかにして利用者に接するのであろうか。

今回の調査では、ケアマネジャーに会おうとしなかった利用者に対して、家庭訪問と同時に、利用者が主治医を受診するさいに、一緒にケアマネジャーも行って話を行うように務めた。その結果、当初は「困っていることはない」と言っていた利用者が、しだいに「おかしい」と思っていたことについて、ケアマネジャーに打ち明

けるようになり、その後要介護認定の申請につながった。なお、この利用者は介護保険制度については、あまり理解していたとはいえない状態であった。

在宅介護支援センターは、準公的な機関ではあるが、すべての地域住民に周知されているとは限らない。また、介護保険制度やその他の高齢者福祉制度も、次第に知られるようになっていくが、スティグマやあるいは有料老人ホームのような高額な費用が必要という誤解も残っている。

その一方で、医療制度に対しては、スティグマも比較的少なく、福祉制度に比較すると、利用へのハードルも低く、なんからのかかわりがすでにできている場合も少なくない。このような、すでに利用者や家族が信頼している他の社会資源とケアマネジャーのかかわりを示すことによって、利用者がケアマネジャーを信頼するという支援方法の可能性が示された。

信頼研究の知見によれば、人はすでに信頼している人から、紹介を受けた人や団体については信頼する傾向にある²⁰⁾²¹⁾。先の調査をもとに利用者への支援を分析した研究においては、利用者との信頼関係が形成されたケアマネジャーが、信頼でき利用者の問題を最大限解決しうる社会資源の供給者を紹介するという『妥当な供給者の提示』という概念が生成された²²⁾。本調査においては、在宅介護支援センターやケアマネジャーも社会資源の供給者として、利用者との信頼関係を形成するために、すでに利用者にとって有用と認識された社会資源の供給者との関係を活用している。なお、本調査においては、医療関係者との関係を活用しているが、家族や友人、近隣住民、などのインフォーマルサポートの供給者とケアマネジャーの関係を活用する可能性も十分に考えられる。

さらに、ある利用者がこの在宅介護支援セン

ターにアクセスを行うようになった支援方法として、『場合によってはお茶も飲める』というデータに着目した。先の研究においては、また利用者に安心感を与え関係を発展させるためにケアマネジャーが利用者の肯定的な面を認め、接触時に利用者に言葉や態度で伝える『ささやかな励まし』が生成された。先の研究においては、すでに利用者や家族がなんらかの介護保険によるサービスを利用していたことから、モニタリングやケアプランの確認、要介護認定の更新調査などの場面を用いて、利用者や家族に対する声かけなどがなされていた。

しかしながら、本利用者に対しては、まだケアマネジャーは家庭訪問ができる状況ではなく、利用者の在宅介護支援センターへの来所が利用者とケアマネジャーの接触において大きな位置を占めている。その場合に、先述したケアマネジャーや他のスタッフが利用者の話を聞くこと、ときにはお茶を出すという支援は、利用者が在宅介護支援センターへの信頼を強めていくことに有効であったと考えられる。

(2) <結果>

本稿で分析対象とした事例の特徴は、利用者が調査時点において介護保険や他の制度化されたサービスにつながっていないということにある。しかしながら、かようなサービスを利用していないことがそのまま具体的な結果を出していないということではない。

先の研究においては、ケアマネジャーが複数の問題のうち、最も緊急度の高い問題に焦点をあてて、その問題を早急に解決することを試みている。このような最も緊急度の高い問題を解決することによって、サービスを拒否していた利用者也、その後の支援を積極的にではないものの受け入れるという変化が見られている。緊急問題を解決することは、利用者にとっては危

機能的状況がひとまず回避されることを意味すると同時に、ケアマネジャーの力量を利用者に証明することでもあると言える。

本稿においてとりあげた事例においては、周囲のものにとっては困った状態や心配な状態であっても、本人から支援を求めないことも多い。ただし、そのなかでも経過を追っていくと、介護サービスを利用したいというような明確な問題意識ではないが、いわば人との「つながりを求める」ともいえる漠然とした支援を求めている利用者に、ケアマネジャーや関係者がかかわり、問題解決をはかるという行動が散見された。

いくつかの事例をめぐるインタビューデータにおいては、いずれのケアマネジャーも、具体的なサービスを利用していない利用者に対して、在宅介護支援センターとのつながりが切れないための具体的な方法を練っていた。

ある利用者は地域の商店に行き、そこで対応できない事態が発生することが多かった。その場合、当初は、在宅介護支援センターのスタッフがその商店に迎えに行き、対応を行っていた。その後、商店との関係が形成されるにつれ、商店のスタッフが在宅介護支援センターに行くように利用者に伝えるようにした。その結果、商店から、利用者本人が自力で、この在宅介護支援センターを訪れ、困っていることを訴えるようになった。

さらに、在宅介護支援センターの他のスタッフをも含めた対応の一般化がなされているケースが見られていた。

「これ(対応マニュアル)は私が作成したんですが、職員がいろいろおまして、必ずしも支援センター職員だけではなくて、窓口に来たときには宿直の職員もおりますし、事務職の人間もおりますので、どういうふうに対応したらいいかというマニュアルを

作っておきました」

前回の調査においては、利用者のニーズに即した支援を提供していくために、個別の利用者に合わせた支援の方法を具体化し、チーム全体で同様の支援が提供できるように共有していくことを意味する『すりあわせ』という概念が生成された。その際には、ホームヘルパーや訪問看護師など介護保険によるサービスを提供するスタッフ内において、個別の利用者に対する対応を詳細に統一するということがあった。

本事例においては、利用者は在宅介護支援センターの支援をのぞいては、介護保険や制度化されたサービスを利用していない。しかしながら、在宅介護支援センター内の職員、特に事務職員などの直接ケアに対応しないスタッフに対しても、対応に関するマニュアルが配布され、徹底されている。さらに、ケア提供機関ではない、近隣の商店に対しても、その利用者が来店した場合の、送致や連絡を依頼している。近隣の商店は、ケア提供機関ではない。しかしながら、利用者が生活するうえで不可欠な機関である。したがって、かような関係機関、また前回の調査ならびに今回の調査においては提示されなかったが、近隣の住民なども含めた利用者の個別の対応をも、バリエーションのひとつとして、『すりあわせ』に含める可能性を検討する必要がある。

(3) 利用者の状態に関する検討

先の研究においては、利用者の状態から、『拒否』、『批判』及び『傍観』(<試行>)、『認識』というような概念が生成された。そして、『拒否』→<試行>→『認識』というようなプロセスが見られ、<認識化>というコアカテゴリーが生成された(図1参照)。

本調査においては、このような概念やプロセ

スには、そのまま該当しないとみなされる利用者も存在する。いくつかの事例においては、当初は在宅介護支援センターのケアマネジャーとかわかることをまったく拒否した利用者であっても、ケアマネジャーの支援が提供されるなかで、介護保険サービスや制度化されたサービスは利用していなくても、在宅介護支援センターやケアマネジャーによる支援だけは利用し始めた利用者が存在した。かような利用者の状態は、『認識』という概念のバリエーションのひとつであると解釈される。

さらに、検討を要するのは、一度はサービスを利用したものの、中断した利用者である。たとえば、ある利用者は、ケアマネジャーが手配した介護保険サービスを一時は利用していたものの、ある時期をもって、それらのサービス利用を中断した。介護保険サービスを中断したため、介護保険制度による「居宅介護支援」も中断となった。ただし、ケアマネジャーは、利用者の状態をまだサービスが必要な状態とみなしており、定期的に利用者宅を訪問しているが、利用者はケアマネジャーに会うことも拒んでいる。このことは、いったんケアマネジャーを受け入れた利用者であっても、再度『拒否』の状態になる可能性を示している。

この場合、現時点では、ケアマネジャーやサービスを拒否しても、利用者が問題を感じた場合、あるいは利用者が『拒否』できないほど状態が危険な状態にある場合は、再度ケアマネジャーやサービスを利用する可能性は残されている。

4. 現時点での結論—検討課題の整理—

本稿においては、調査対象のうち、サービスを中断・拒否した事例に限定して、分析を行った。そのため、今後はサービスを継続して利用している事例も含めて、分析することが課題である。したがって、本稿においては、最終的な

結論は示さず、今後検討すべき課題を整理することにとどめたい。

(1) ケアマネジャーの支援に関する検討課題

本事例においてとりあげた事例は、いずれも介護保険によるサービスやその他の制度化されたサービスを拒否ないしは中断した事例である。ただし、利用者が拒否してもケアマネジャーが訪問したり連絡したりすることなどを含めて何からの形で、利用者は在宅介護支援センターの支援を、利用している。

本事例において、新たな概念として示される可能性のある支援方法は、ケアマネジャーがすでに利用者によって、社会資源として認識されている供給者から紹介を受けたり、その関係を活用するものである。本調査においても、このような支援方法をケアマネジャーが活用する可能性は高いため、今後さらに分析を行うこととしたい。

また、先の研究において作成されたカテゴリー間の関係図に若干の修正の可能性が見られた。先の研究においては、ケアマネジャーが利用者との関係形成を行う〈連座〉が、単独で成立することは無く、あくまで介護保険や制度化されたサービスの利用による問題解決である〈結実〉と補完して位置づけられることが示されていた。

しかしながら、本事例のデータを分析していくなかにおいて、〈連座〉の位置づけあるいは〈結実〉について再検討の必要性が示唆された。〈連座〉の位置づけは、図1に示したように、単独で成立するものではなく、あくまでサービス利用や具体的な問題解決にかかわる〈結実〉の存在とともに位置づけている。本事例においては、利用者の具体的な問題は目に見える形で解決していない段階であり、介護保険サービスや制度化されたサービスの利用にはつながっていない。

その一方で、ケアマネジャーや他のスタッフの介入により、在宅介護支援センターというサービスの利用にはつながっている。そこでは、目に見える形では問題は解決していないが、ケアマネジャーやスタッフとの関係が構築されつつあり、困ったときには来所することによって心理的な安定につながるという「結果」を読み取ることができる。

この場合、二つの方向での再検討が考えられる。ひとつは、〈連座〉の位置づけを修正し、図2のようにケアマネジャーの支援について変更を行うことである。そのことによって、ケアマネジャーの支援には、〈連座〉だけが存在する可能性が示される。

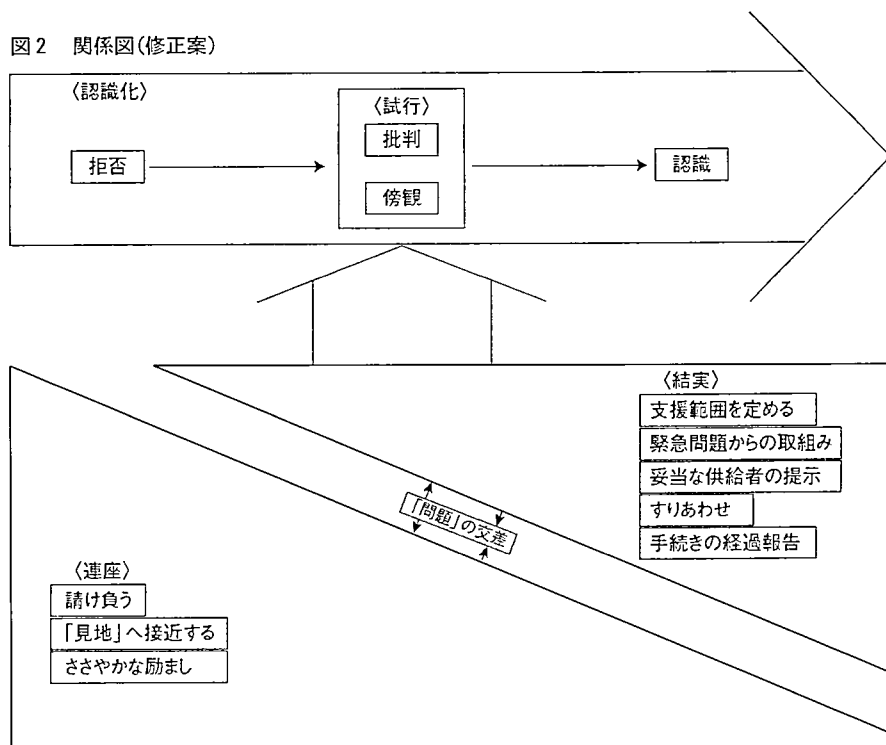
もう一つの方向は、〈結実〉の内容をふくませることである。介護保険や制度化されたサービスの利用のみならず、在宅介護支援センターを利用して、ある種の問題解決を行うこともバリエーションとして含めるというものである。

(2) 利用者の状態にかかわる検討

また、さらなる検討課題としては、利用者の状態にかかわる概念とプロセスである。先の研究において見られなかった、一度利用したサービスを、再度拒否する利用者が示された。その場合、『批判』『傍観』あるいは『認識』の状態にあった利用者が、最初の『拒否』に戻ったこととなる。ただし、その場合でも、利用者にとっては自分の「問題」が解決された、したがって社会資源たるケアマネジャーやサービスを必要としないという場合、あるいはすでに利用しているサービスに対して何からのネガティブな感情による拒否をした場合などの多様な状態にある可能性が考えられる。

この場合、後者のネガティブな感情については、『拒否』という概念で説明可能と解釈される。しかしながら、利用者にとっては自分の抱える「問題」が解決され、ケアマネジャーや他

図2 関係図(修正案)



のサービスを必要としない状態の場合は、『拒否』という概念の一バリエーションと考えることは適切ではないと考える。

なぜならこの後に、状況が変化し、利用者が自分の「問題」に対してケアマネジャーや他のスタッフの支援が必要と考えた場合、自分の「問題」がケアマネジャーや他のケアスタッフによって解決されたという『認識』を一度でも経験していれば、再びケアマネジャーやケアスタッフに支援を求める可能性は高いからである。したがって、利用者の状態について、直線的な方向性だけではなく、再帰的・循環的なモデル化の余地が残っていると考える。

介護保険においては、利用者の「選択」や「自己決定」が重視されている。しかしながら、すべての利用者が自分の問題解決の必要性を認識し、支援を求めてくるわけではない。

介護保険において制度化された「居宅介護支援」では、このような拒否的なケースへの集中的な支援については十分に想定されていない。行政からの補助金がある在宅介護支援センターにおいては、このような拒否的なケースへの支援も想定されている。しかしながら、介護保険後の「居宅介護支援事業所」としての側面の強まり、さらには介護予防の側面が強い「地域包括支援センター」のは、今後、在宅介護支援センターがかような接近困難かつ生活に支障をきたしている利用者に、集中的な支援を行うことを困難にさせる可能性が高い。

今後は高齢者ケアシステムの変更を踏まえつつ、以上の課題についてさらに分析を行っていくこととしたい。

※本稿は、平成16年度ユニバーサル財団助成「ケアマネジメントにおける利用者の社会資源活用支援に関する研究」の研究成果の一部であ

る。

〔注〕

- 1) Glennster, H., *Paying for Welfare : The 1990s*, Harvester Wheatsheaf, 1992.
- 2) Rothman, J., and Sager, J. S. *Case Management: Integrating Individual and Community Practice*, Second Edition, Allyn & Bacon, 72, 1998.
- 3) Putnam, R. D., *Making Democracy Work*, Princeton University Press, 1993 (= 河田潤一訳 『哲学する民主主義 伝統と改革の市民的構造』NTT出版、2001.)
- 4) 山岸俊男『安心社会から信頼社会へ 日本型システムの行方』中央公論社、1999.
- 5) Cohen. D., and Prusak, L., *In Good Company : How Social Capital Makes Organizations work*, Harvard Business School Press, 2001 (= 沢崎冬日訳『人と人との「つながり」に投資する企業 ソーシャル・キャピタルが信頼を育む』ダイヤモンド社、2003.)
- 6) Uslander, Eric M. *The Moral Foundations of Trust*, Cambridge University Press, 2002.
- 7) 山岸、前掲書、13-14、1999.
- 8) Putnam=河田、210-211、2001.
- 9) Cohen.and Prusak=沢崎、48-54. 2003.
- 10) Rapp, C. A., *The Strength Model*, Oxford University Press, 61-74, 1998. 関係形成の特質としては、「信頼すること」のほかに、「意図的であること」「相互の関係にあること」「親愛的であること」「能力を付与すること」が示されている。
- 11) 山井理恵「ケアマネジメントにおける社会資源供給者選択のキー要因-在宅介護支援センターにおけるケアマネジャーを対象とした質的研究-」

- 『日本の地域福祉』90-99、2005.
- 12) 山井理恵、「ケアマネジャーに対する利用者の信頼を促進する支援方法—在宅介護支援センターにおける熟練ケアマネジャーを対象とした質的研究」日本社会福祉実践理論学会『社会福祉実践理論研究』第14号、1-12、2005.
- 13) Glaser, B. G. and Strauss, A. L., *The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research*, Adline Publishing Company, 1967. (=後藤隆、大出春江、水野節夫訳『データ対話型理論の発見；調査からいかに理論をうみだすか』新曜社、1996.)
- 14) Glaser, B. G., *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*, The Sociology Press, 1978.
- 15) Strauss, A. L., *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge Press, 1987.
- 16) 木下康仁『グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生』弘文堂、1999.
- 17) 木下、前掲書、1999。
- 18) 木下康仁『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践【質的研究への誘い】』弘文堂、2003.
- 19) 木下、同上書、238-239、2003.
- 20) Uzzi, B., The Sources and Consequences of Embeddedness for the Economic Performance of Organizations: The Network Effect, *American Sociological Review*, Vol.61, 1996, August, 674-698.
- 21) Uzzi, B., Social Structure and Competition in Interfirm Networks : The Paradox of Embeddedness, *Administrative Science Quaterly*, 42, 1997. 35-67.
- 22) 山井、12). 7. 2005.
- (やまのい りえ・本学科助教授)