

## 認知症の進行が疑われる ひとり暮らし高齢者への支援を考える

### ●事例提出者

Fさん (居宅介護支援事業所・  
介護福祉士)

F

### ●クライアントの状況

Kさん・女性・76歳

- ・要介護度：要介護2
- ・障害老人の日常生活自立度：A1
- ・認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb
- ・既往歴等：高血圧、腰痛

K

### ◆提出理由

ケアマネジャーとしてどこまでかかわればよいのか、はたして今の対応で利用者にとってよい方向に進んでいるのだろうか――。

ひとり暮らしの女性・Kさん(76歳)は、最近認知症が進行し、問題行動も顕著になってきたため、ケアマネジャーとして支援方法について不安を抱いている。

毎日のように本人から事業所に電話がかかってくるのだが、事務職員が対応するだけで、訴えの内容がケアマネジャーに伝わっていないことがあった。そのため、ヘルパーの利用回数を増やしてほしいといった、直接ケアプランに関連する要望

をすぐに反映できないこともあった。

Kさんのきょうだいは遠方に住んでおり、しかも長いあいだ連絡をとっていないため、さまざまな場面でケアマネジャーが判断をしなければならないことが多いと感じており、この点についても不安をもっている。

関係機関との連携についても自分の中では不十分だと感じている。

事例検討のなかで利用者を取り巻く環境を再度整理し、今後の方向性を見いだしたい。

### ◆事例の概要(現在の問題点)

賃貸アパート(2階建て)の1階に住んでいる。問題行動としては、サービスに入っているヘルパーに対する物盗られ妄想がある。3カ月ほど前には特定のヘルパーの名前を挙げ、「財布を盗られた」と執拗な訴えがあった。時間が経っても訴えが止まらなかったため、最終的にヘルパーを交代することとなった。現在も「自分がいないときに誰かが入ってきて、物を盗んでいく」と言っており、玄関の鍵を何度も取り替えようとしている。

他にも、食品の管理が困難(買い物に頻繁に行くが大量に購入するため、食べないうちに食材を腐らせてしまう)であり、金銭管理も厳しい(現在は日常生活自立支援事業を利用している)。最近服のポケットにお金を入れて、そのまま洗濯しようとしたこともある。ADL面では失禁が増え

ている。

本人は「身体がきかなくなったら、どこかで世話になりたい」と言っているが、「現在の暮らしの継続」が一番の希望である。

#### ◆紹介経路

5カ月前に同事業所の前任者から引き継いだ。前任者は4年間担当していた。

#### ◆家族構成等

夫は約20年前に死去。子どもはいない。

きょうだいは本人を含め3人。他の2人は遠方（東北地方）におり、何十年も連絡をとっていない模様。本人は「連絡しないでほしい」と言っている。

#### ◆生活歴

20代後半で結婚。東北地方で長く暮らしており、現在の住居へは夫の死後移ってきた（約15年前）。

近所の人とは日常的にかかわりがあり、「昔から助けられている」とのこと。Kさん自身人なつこい性分で、外を歩いていると知り合いから声をかけられることも多い。

#### ◆経済状況

生活保護を受給している。以前は毎月市役所に保護費をもらいに行っていたが、4カ月前に日常生活自立支援事業を利用しはじめてからは、毎月生活支援員が保護費を受け取りに行っている。

家賃は毎月3万8000円。月末になると大家さん（男性・70歳くらい）を自宅に招き、家賃の支払いとともにお茶とお菓子を振る舞っている。大家さんもそうした交流を楽しんでいる様子。

#### ◆引き継ぎ時の援助方針

担当変更による本人の不安を抑えたかったのと、本人から「現行のプランでよい」という希望があったため、大きな変更はせずにサービス提供を継続することとした。

#### ◆その後の援助経過

●担当を引き継いで間もなく、新聞の勧誘員が訪ねてきた際、購読契約をしてしまう。その後、何

度か本人から事業所に「間違っって新聞が入っている」と連絡があったのだが、事務職員が対応していたためケアマネまで話が届いていなかった。1カ月近く経ってからケアマネが事態を把握し、新聞販売店に連絡をして解約する。

●この問題が生じた際に、初めて日常生活自立支援事業の担当者へ連絡・相談をした（その後、自立支援事業の利用につながる）。

●3カ月前くらいから、おかしい言動が聞かれるようになった。「誰かが家に入ってきて、何か盗って行った」など。その後、ヘルパーに対する盗られ妄想が顕著になり、「ヘルパーさんが財布を持って行ってしまった。返してほしい」との訴えの電話がしばしば事業所にかかってくる。当初は電話での対応のみで済ませていたが、訴えは収まらず、他の職員や利用者にも同じ話をするようになってしまったため、訪問介護事業所と相談した結果ヘルパーを交代することになった。

●この頃から訪問介護事業所の担当者と連絡を取り合うようになり、訪問時の様子などの詳しい利用者情報が得られるようになった。

●2カ月前、通所介護の担当者から、「失禁が目立ってきた。入浴もできていない」との報告を受ける。訪問介護担当者とともに自宅を訪問して現状を確認し、生活援助だけでなく、身体介護も入れて清潔保持に努めていくこととなる。

●ごく最近の出来事としては、通帳の紛失があった。日常生活自立支援事業の生活支援員が気づき、連絡が入った。ただし、この点に関しては数カ月前にKさん自身が「金銭管理について悩んでいる」と話されており、予測できたことではあった。今後の支援方法としては、生活支援員からの提案もあり、月に1度ではなく週1回の訪問により、少しずつお金を渡していただくことになった。

●家賃の支払い方法を今後どのようにしていくかはまだ確定しておらず、本人の意見を聞きつつ対応を考えていきたいと思っている（近隣の方（大家さん）とのつき合いであるため）。

● 現在も定期的に事業所に電話はかかってきている。まだ電話できる能力があるのはよいことだと考え、ケアマネとしては訴えの内容を把握できるように体制を整えたいと考えている。

#### ◆関係機関との連携等

● 利用サービス：訪問介護（月・火・木・金・土）・通所介護（火・金）・配食サービス（火～土）、日常生活自立支援事業（生活支援員が週1回訪問）・市役所（生活保護担当部署）

● 訪問介護事業所からは、定期的なモニタリングと状況変化時に報告が入る。自宅での様子はヘルパーのほうがよく知っているため、その情報をもとに訪問したり、ヘルパーの派遣時間に合わせて様子を見に行くこともある。

● 通所介護は当事業所と同一法人の事業所を利用しているため、実際の様子を見ることができる。状態等に変化があったときはすぐに対応できる体制となっている。

● かかりつけの病院は自宅から歩いて3分ほどの

ところにあるクリニック。昔から通院しており、受付の方とも顔見知りの関係。ヘルパーやケアマネの同行で受診することもあるが、最近は薬が少なくなると、自分で薬をもらいに行っている。ケアマネは訪問時に残薬のチェック、お薬ポケットへのセットを行っている。

#### ◆考察

状況の変化にともなう支援方法について不安があったが、今回の事例提出にあたってまとめてみると、不安ばかりを抱えるのではなく、小さな変化を拾い、早期に対処ができればよいのではないかと感じた。

また、ケアマネが判断しなければいけないことがたくさんあると感じていたが、本人の意思が第一であること、そしてクライアントの情報を共有している関係機関の方がたくさんいるのだから、そういった方達の意見も聞きながら最良の方法を考えていくべきだと感じた。

## ケース検討会

### 検討課題の設定

**奥川** ありがとうございます。まずは今日の検討課題を設定しましょう。提出理由には、ケアマネとしてどこまでかわればよいのか、今の対応が利用者にとってよい方向に進んでいるのか疑問に感じている、とありますが、いま事例の説明を終えてみて、Fさんのなかでは何が一番ひっかかっていますか？

**Fさん** 「どこまでかわればよいのか」と書いたのは、ほかにも多くのケースを担当しているなかで、この方にどのくらいのウエイトを割けばいいのかわからない、という意味でした。ご本人からの訴えが多いので、身寄りのない方ということ

もあり、どうしても訪問回数が多くなってしまうのですが、伺ってみるとそれほど大したことではないこともありますので……。

**奥川** 大したことの時もあるのですか？

**Fさん** そういう時もあります。

**奥川** だから、よけいに迷うわけですね。対人援助の仕事をしていく上では、全体と個のバランスをどうとるかは永遠のテーマといってもいいものです。ところで、Fさんは20代だと思いますが、ケアマネジャーの実務経験はどのくらいですか？

**Fさん** ちょうど、まる1年経ったところです。

**奥川** では、まだ新人さんといってもいい段階ですね。「全体と個のバランス」について、ご自分のなかで何か考えていることはありますか？

**Fさん** まずは自分自身が確認のために出向く必要がある内容かどうかを見極めなければいけないと思います。訴えのなかにはパターンが決まっているというか、同じことを何度もおっしゃることがあるので、訴えの内容を分析して自分の中で線引きすることが必要な、と考えています。

**奥川** Fさんはお若いですが、思考力のある方ですね。「訴えの内容を分析する」。これはまさにアセスメントそのものです。いまFさんがKさんについてもっとも心配しているのは、どんなことですか？

**Fさん** いつまでひとり暮らしができるか……。

**奥川** その見極めですね。

**Fさん** はい。

**奥川** では、今日はしょっちゅう電話がかかってくるKさんがどこまでひとり暮らしができるのか、それを考えるためにはどんな点についてアセスメントをしていく必要があるかを考える、という点を検討課題にしましょうか。

**Fさん** はい。よろしくをお願いします。

## 本人の生活状況について

**奥川** それでは、クライアントであるKさんはどんな状況におかれているのか、アセスメントのための情報共有に入りましょう。まずはご自分の意見は交えずに、状況が浮き彫りになるような情報をFさんから引き出していきましょう。

**発言** 生活保護が始まったきっかけを教えてください。

**Fさん** 前任者は把握していたのかもしれませんが、私自身はその情報をもっていません。

**奥川** なぜ、いまの質問をしたのですか？

**発言** 生活保護を受けていることが、Kさんのいまの考え方やこれまでの生活を知ることに関係しているように感じたからです。

**奥川** そうですね。Kさんが何歳のとき、どういう理由で生活保護を受け始めたのか、本人が自ら

望んだのか、まわりからすすめられたのか、病気や入院、あるいは死別などがきっかけになったのか——。こういった事情はKさんの「現在」を理解するうえでヒントになりますよね。

**Fさん** なるほど——。

**奥川** 今日は日常生活自立支援事業の専門員の方もいらしているんですよね。何か情報もっていらっしゃいますか？

**日常生活自立支援事業専門員（以下、専門員）**

生活保護の受給は平成6年からです。

**奥川** 何があったのですか？

**専門員** Kさんのご主人は昭和62年に亡くなっています。その後、ご本人はパートで清掃の仕事をされていました。20年近く働いていたのですが、身体がもたなくなったからということで市役所に相談に行かれ、生活保護を受給することになりました。

**奥川** ご自分で相談に行ったのですか？

**専門員** そうです。

**奥川** 貴重な情報をありがとうございます。次の質問をどうぞ。

**発言** 薬の管理はちゃんとされているのですか？

**Fさん** お薬ポケットというものを用意はしているのですが、毎日毎回しっかり飲んでいらっしゃるかどうかまでは把握しきれていません。

**発言** 飲んでいるかどうかのチェックはヘルパーさんに依頼しているのですか？

**Fさん** いえ、私が訪問したときにしています。

**奥川** いま答えていて、何か気づきませんでしたか？

**Fさん** はい。すべて自分でチェックするのではなく、お願いできる場所はヘルパーさんに依頼することも必要だと思いました。

**奥川** そうですね。それと薬の種類ですが、飲まなかったら生命にかかわるとか、反対に飲み過ぎると危険なものなどはありますか？

**Fさん** 血圧の薬と下剤が処方されていますが、服用の有無や量によって生命に危険が及ぶという

ことはないと思います。

**奥川** それでも、きちんと服用したほうがよいのは当然ですから、ヘルパーさんにもチェックをお願いしよう、ということですね。

**Fさん** はい。

**発言** 認知症の症状や度合いについて、主治医とお話しされたことはありますか？

**Fさん** 診断名として認知症とされているわけではないので、まだ先生と認知症についてお話ししたことはありません。

**発言** 訴えの電話が朝夕あるということですが、その内容と、どんな状況のときが多いのかを教えてくださいいただけますか？

**Fさん** ご本人が「少しゆっくりする時間がほしい」ということだったので、今は水曜日と日曜日にはサービスが入っていないのですが、電話がかかってくるのはだいたいサービスが入っていない日です。それと、通所介護の前日には、明日着ていく服についてや、「カギのことが心配だから明日は休みにする」という連絡が入ったりします。

**発言** Kさんの1日のだいたいの生活リズムを教えてください。

**Fさん** 私が把握している限りでは、朝はそれほど早くなく、起床は8時か9時頃です。朝食と昼食は食べないことも少なくないようです。夕食は配食サービスが入っていますので、ちゃんととっています。外出するのは午後からで、商店街に買い物に行ったり、病院に薬をもらいに行ったりしています。美容院に行くこともあります。就寝は10時か11時頃のような感じです。

**発言** 買い物は目的のものをちゃんと買って来ているのですか？

**Fさん** 生活に必要な物品はヘルパーさんが買われるので、ご本人は野菜とか魚の切り身などの食材を買っておられます。

**発言** 料理は自分でできるのですか？

**Fさん** 一応つくることはできます。ただ、買ってくる量が一人分としては多すぎるという状況が

あります。たとえば、イカと大根の煮物をつくるのでも、イカを2杯も買ってくるので、食べきれなかった分が冷蔵庫の奥のほうで固まっていたりします。

**発言** 物忘れがあるようですが、料理をしていてガスの消し忘れなどはないのでしょうか？

**Fさん** 鍋の焼け焦げは一度ありました。

**奥川** 大家さんはそういった点は心配していないのですか？

**Fさん** そういう話は聞いたことはありません。

**奥川** Kさんはまわりから好かれる人のようですから、もしかすると、これまでは周囲がヘルプしてほころびを繕ってきたために真の姿が見えにくかったところがあるのかもしれませんがね。ところで、Kさんはイカと大根の煮物をつくれるのですか？皮を剥いたり、はらわたを取ったり。

**Fさん** はい、つくっておられます。

**奥川** ということは、Kさんは以前の暮らしのなかでそういった料理をつくっていて、その習慣が残っているということですよ。でも、大量につくってしまうということは、夫と一緒にいた頃の名残りのかな、と推測できます。さらに味を見ることで、どのくらい料理の能力が残っているのかという点をアセスメントすることができますよ。

**Fさん** なるほど——、そういう観点はありませんでした。

## アセスメントの視点

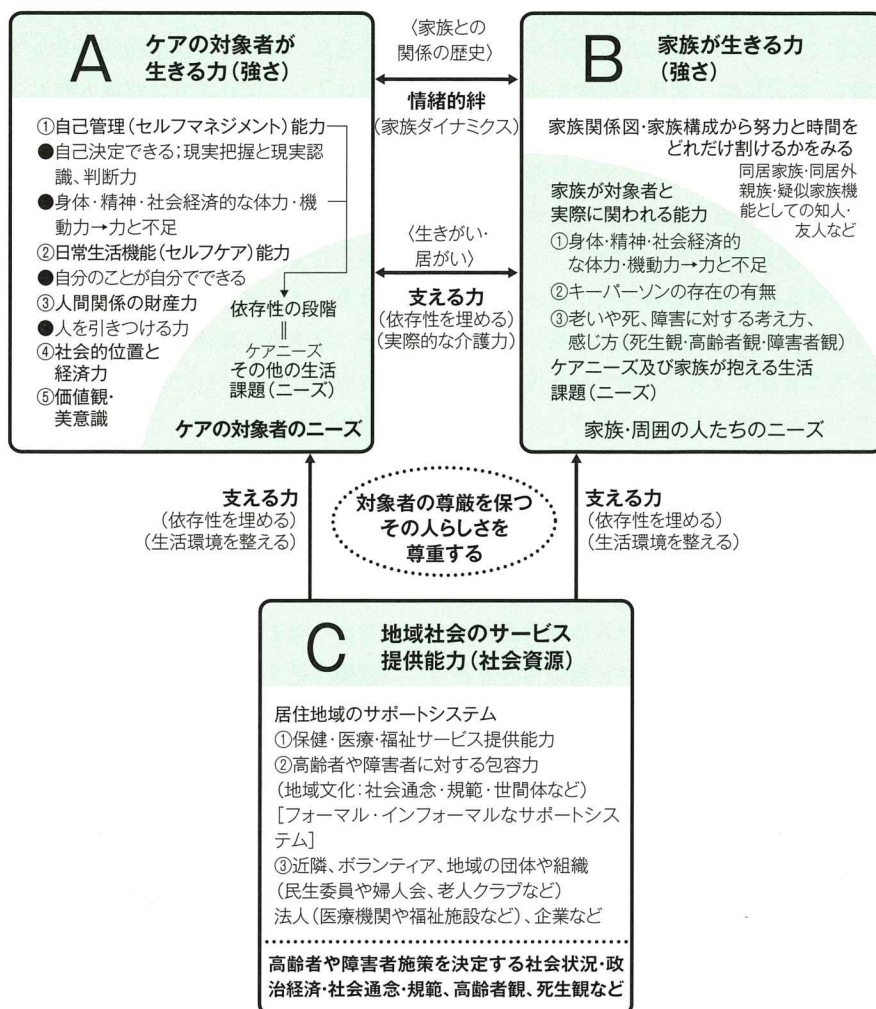
**奥川** Fさんはまだ新人ですので、ここで簡単に「アセスメントの視点」について再確認しておきましょうか。この図は『身体知と言語』(中央法規)にも収載している「図3」と私が呼んでいる図ですが、支援計画を設定する際の勘案要素になります。

実際のアセスメントでは、A、B、Cの順番で見っていきます。このケースでは、Aの「ケアの対

象者」はKさんになります。Kさんの「生きる力や強さ」を査定するには、①～⑤を見ていきます。  
①自己管理（セルフマネジメント）能力については、Kさんの場合は認知症が疑われるということです。その状態を正確に把握しなければ、自己決定に必要な現実認識能力や判断力の程度をアセスメントすることができません。②の日常生活機能（セルフケア）能力は、いま話題に出ているところですね。ADL面はどうか。失禁がみられるようになってきているようですが、他の面についてもチェックする必要があります。IADLはどう

か。本当にちゃんと必要な物を買って来れているのか、実際にきちんと料理できているのか。その他のセルフケア能力についても、ケアマネジャーは見積もっておく必要があります。アセスメントでは、特にこの①と②にもとづいて依存性の段階、つまりケアニーズを出していきます。③は人間関係の財産力です。Kさんの場合、大家さんや近隣の方と良好な関係をむすんでいるようです。サービスに入っている人たちとの関係はどうでしょう。ヘルパーさんからクレームなどはありますか？

図3 ケアを必要としているクライアントに対するアセスメントの視点  
～生活課題（ニーズ）に対応（解決または対処）するための支援計画を設定する際の勘案要素～



**Fさん** いいえ。ヘルパーさんからはクレームではなく、「この点が心配です」という連絡の入り方です。

**奥川** Kさんは人を引きつける魅力がある方なのではないですか？

**Fさん** はい、そう思います。

**奥川** そういう点もKさんの「力（強さ）」なんです。

**Fさん** なるほど——。

**奥川** そのほかにも、④社会的位置と経済力、⑤価値観・美意識をおさえることで、より多面的にクライアントを理解することができます。

**Fさん** 勉強になります。

**奥川** 「A」のケアの対象者を近くで支えるのが「B」の家族ですが、Kさんはこの要素が少ないようですね。「B」には、家族・親族以外に疑似家族的な友人なども入りますが、Kさんの場合はどなたかいらっしゃいますか？ 大家さんは「B」に入りますか？ それとも「C」の地域のサービス資源のほうでしょうか。

**Fさん** 大家さんは「C」のほうだと思います。

**奥川** そうすると、Kさんは「B」の部分がかかなり弱いということがいえそうですね。「A」のニーズと「B」のニーズを支えるのが「C」の地域のサービス資源です。ここには保健・医療・福祉サービスだけでなく、近隣、ボランティア、地域の団体などのインフォーマル資源や地域やコミュニティがもつ包容力なども含まれます。ケアマネジャーには、Kさんが暮らしている地域にどのような社会資源があり、それぞれがどのくらいの力をもっているのかをあらかじめ理解しておくことが求められます。そのうえで、Kさんのどのニーズに対して、どの資源がどのようにかかわればKさんにとってもっともよいのかを考えていくことになります。

ここまでの説明を聞いて、Kさんの場合さらにどんなことを確認すればいいか、見えてきたことはありますか？

**Fさん** まずは、先ほどのご質問にもありましたが、「A」の①自己管理（セルフマネジメント）能力に関連して、認知症の状態についてドクターとの連携をしっかりと、一度きちんと診断をしていただきたいと思いました。

**奥川** そうですね。医療情報に関しては、Kさんの受診に同行させていただいて、ご本人がいる場で聞いたほうが良いと思いますよ。今後ひとりで生活していく上で注意しなければいけない点は何か、予想される病状の変化などを聞くとともに、認知症の専門医に診てもらふ必要があるかどうかを確認するということですね。

**Fさん** はい。

**奥川** そのほかはどうですか？

**Fさん** ②の日常生活機能（セルフケア）能力については、これまではご本人のおっしゃることを鵜呑みにしていたところがあるので、自分の目で確認することはもちろんですが、ヘルパーさんなどのサービスの方々や近隣の方々などのお力もお借りして、より正確にアセスメントしていきたいと思いました。それと、日常生活自立支援事業もそうですが、地域のサービス資源についてもっと理解を深めなければいけないと思いました。

**奥川** かなり整理されてきましたね。現時点でほかにひっかかっていることはありますか？

**Fさん** 仮にもう一度アセスメントをきちんとしてプランを見直したとして、その後、どこまで在宅で暮らしていけるのか、その予測というか目安をどう考えればいいのか、という点が心配です。

**奥川** そうですよ。Fさんのこういう心配に対しては、どのように対応すればよいでしょうか。皆さんからアイデアを出してあげてください。

**発言** 多職種の意見をもらうという意味からも、まずはかかっている関係者が集まって、ケア会議を開いてはいかがでしょうか。

**奥川** そうですね。Kさんは生活保護を受けていますから、行政は親族関係についてキチッと調べているはずですよ。おそらく連絡先も把握している

でしょうから、生活保護の担当者にもケア会議に入ってもらおうといいでしょね。

**Fさん** わかりました。

**奥川** そのほかに、皆さんから付け加えたい点がありますか？

**発言** 私はいまお話にてたきょうだいのことがひっかかっています。ご本人は連絡をしてほしくないとおっしゃっているようですが、このままにしておいていいのでしょうか？

**奥川** Kさんが「連絡をとらないでほしい」と言う理由は聞いていますか？

**Fさん** 私も理由を尋ねているのですが、おっしゃっていただけなくて……。

**奥川** 日常生活自立支援事業の専門員の方は何かご存じですか？

**専門員** 私には「会いたい」とおっしゃっています(笑)。

**奥川** 意外とそういうものなんです(笑)。ご本人に会いたい気持ちがあるならば、たとえばその橋渡しを生活保護のワーカーに頼んでもいいと思いますよ。すべての調整業務をケアマネジャーがしなければいけないわけではありませんから。

**Fさん** わかりました。

## 新人ケアマネとしての姿勢

**奥川** そのほかにご意見やアドバイスはありますか？

**発言** いまの調整の話にもかかわりますが、私の経験からいっても、いろいろな人を巻き込んだほうが、ケアマネジャーの業務はスムーズに進むと思います。

**Fさん** う～ん、私の場合、まだ巻き込んだりコーディネートすることはおろか、お願いさえもできない段階なので……。

**発言** 飛び込んでしまえばいいんですよ。「助けてください！」って(笑)。

**発言** 私もそう思います。Fさんはまだお若いの

で、「わからないんです」と素直に言えば、きっとまわりの人がいろいろと教えてくれたり、動いてくれたりしますよ。

**奥川** そのやり方が通用するのは若いうちだけですけどね(笑)。でも、対クライアントの場面であっても、相手に対する尊敬と「あなたの役に立ちたい。できるかぎりのお手伝いをさせてください」という謙虚な姿勢と情熱が相手の力を引き出す結果につながるものが少なくありません。これは若さの特権です。Fさんはきっと、動く前に考えてしまうタイプなのでしょうね。

**Fさん** そうなんです。でも、明日からは遠慮なく「助けてください！」と言うことにします(笑)。

**奥川** だいぶスッキリしたようですね。では、最後に今日の感想をどうぞ。

**Fさん** とても疲れしました(笑)。自分ひとりでモヤモヤしていたところが多かったのですが、ABCの図でアセスメントすべき要素について整理していただいたり、Kさんがきょうだいに会いたいというお気持ちをもっていることがわかったり、わからないことは「わからない」と素直に言っていていいんだと安心感をいただくことができ、とても有意義な時間でした。今日ここで得たことを自分の力にして、明日からの仕事に生かしていきたいと思います。

**奥川** Fさんはまだ若くて実践経験も少ないですが、論理的に考えることができ、組み立てる能力のある方ですから、これから実践を積んで、考える作業を続けていけば、きっと伸びていくと思いますよ。頑張ってくださいね。

**Fさん** ありがとうございます。頑張ります。

### 【訂正】

2009年3月号P42で当コーナーの記事タイトルを「40年間精神病院に入院している男性の退院支援(在宅復帰)を考える」としましたが、「精神病院」という用語は現在「精神科病院」に改められています。謹んで訂正いたします。なお、2006年に実施されたこの呼称変更は、旧来の「精神病患者を収容する施設」というイメージを払拭し、精神科医療機関に対する正しい理解を深めるとともに、患者が受診しやすい環境を醸成するという目的で行われました。