

愛知県介護支援専門員

医療連携・支援困難事例集



愛知県介護支援専門員支援会議

愛知県健康福祉部高齢福祉課

平成 25年 6月

はじめに

介護保険制度の要となる介護支援専門員の健全な育成を図り、その活動を支援するための具体的な方策を総合的に協議する愛知県介護支援専門員支援会議において、このたび介護支援専門員医療連携・支援困難事例集を作成しました。

高齢期になっても安心して住み慣れた地域で生活するための支援の参考としていただけるよう地域包括ケアの重要な視点である医療連携、多職種が連携し、支援困難なケースに取り組んだ事例を県内の主任介護支援専門員の方に御提供いただきました。

介護保険法の改正により地域包括支援センターは、介護事業者、医療機関、民生委員、ボランティアその他の関係者との連携に努めなければならないとされました。これは、単にネットワークを形成するだけでなく、地域ケア会議などの場を活用して、迅速に関係者の共通認識と合意形成を図れるよう連携に努めなければならないということです。地域ケア会議では個別ケースの支援内容の検討を通じて共通する要因や社会資源の不足など地域課題を明らかにします。そして市町村は、この課題に対しどのような支援体制が必要とされているかを見極め、事業化・施策化していくことが求められています。個別ケースについての検討会でしっかりと意見交換をして、それぞれが役割分担をしながらチームの意見を統一して進めていくことが重要です。また、検討会のメンバーで限界を感じた場合は、地域のスーパーバイザー、他の専門職の意見を求めることができる体制も必要になると考えられます。

つきましては、本書をこのような個別ケースの検討、事例検討会や介護支援専門員をはじめとした地域の介護保険サービス事業所職員を含めた各種研修会などに、市町村や地域包括支援センターなどで活用していただき、地域包括ケアシステムの構築に寄与できれば幸いです。

最後に、本事例集を作成するにあたり、主任介護支援専門員の方々から多くの事例を提供していただき、深く御礼申し上げます。代表的な事例を事例集としてまとめさせていただきました。お忙しい中を御協力いただきありがとうございます。

平成25年6月

愛知県介護支援専門員支援会議 委員長 遠藤英俊

事例一覧

事例No.	カテゴリー	タイトル	提供者の所属	提供者の基礎資格
1	認知症のある事例	65歳女性、独居、認知症で、家族とサービス担当者の連携で生活を維持している事例	地域包括支援センター	社会福祉士
2	医療依存度の高い事例	88歳女性、入院中に人工呼吸器が必要になり、退院に向けての連携を進めた事例	居宅介護支援事業所	看護師
3	医療依存度の高い事例	53歳男性、要介護5の重度脳卒中患者の退院支援を行った事例	居宅介護支援事業所	介護福祉士
4	在宅ターミナル期の事例	62歳女性、独居、末期がんで自宅で家族に看取られた事例	居宅介護支援事業所	准看護師
5	在宅ターミナル期の事例	64歳女性、末期がんの在宅生活を支援する事例	居宅介護支援事業所	看護師
6	本人に精神障害がある事例	73歳男性、S48年(30歳代)から統合失調症になり、多くの病気を併発している中で、拒否があったがサービスの導入に至った事例	居宅介護支援事業所	介護福祉士
7	医療連携その他	85歳男性、老老介護(二人暮らし)で退院後の在宅生活に向けての連携した事例	居宅介護支援事業所	介護福祉士
8	本人のサービス受け入れ拒否がある事例	91歳女性、認知症に対し、本人の意思を尊重しながら家族と共に入浴拒否などに対応した事例	居宅介護支援事業所	社会福祉士 介護福祉士
9	本人のサービス受け入れ拒否がある事例	76歳女性、行政への不信感に加えて失語症によるコミュニケーションの障害による孤立から、地域の連携により、自宅での生活が可能になった事例	地域包括支援センター	看護師
10	本人のサービス受け入れ拒否がある事例	92歳女性、独居、寝たきりの状態で在宅復帰から、在宅生活を継続している事例	居宅介護支援事業所	管理栄養士
11	本人のサービス受け入れ拒否がある事例	86歳女性、独居でうつ傾向があり、生活能力が全般的に低下しているが、地域の支援で、強く希望している在宅復帰へ進めた事例	居宅介護支援事業所	准看護師
12	家族からの苦情が多い事例	72歳男性、難病利用者で、介護者の要望が多く、援助困難をきたした事例	居宅介護支援事業所	看護師
13	家族に介護力がない事例	81歳女性、認知症で身体的にも重度の介護を必要とする状況で、介護力のない主介護者への対応が必要な事例	居宅介護支援事業所	社会福祉士
14	虐待がある事例	85歳女性、経済的虐待や介護放棄の状況に対して支援した事例	地域包括支援センター	社会福祉主事
15	支援困難その他	71歳男性、認知症や性格的なことから継続的な支援が難しく、経済的にも困窮となった事例	居宅介護支援事業所	准看護師 介護福祉士
16	支援困難その他	83歳女性、認知症で妄想のある利用者を介護する家族への支援を必要とした事例	地域包括支援センター	介護福祉士
17	認知症のある事例 支援困難その他	82歳男性、認知症で親族が不在、知人が通帳を管理している事例	居宅介護支援事業所	看護師
18	不衛生な住環境である事例 家族に介護力がない事例	83歳女性、独居、動物好きであるが、近隣との課題もある中での在宅復帰の事例	居宅介護支援事業所	介護福祉士

★ 認知症のある事例

事例1
65歳女性、独居、認知症で、家族とサービス担当者の連携で生活を維持している事例

包括

～自覚のない認知症利用者への支援～

医療連携が必要と考えられる理由

〈本人の状況〉
アルツハイマー型認知症
物盗られ妄想
服薬管理困難

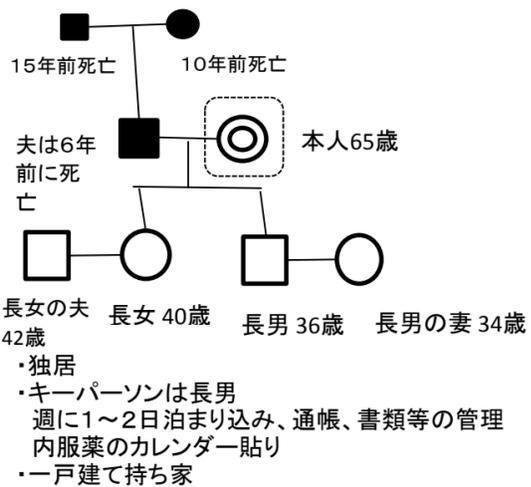
〈家族・世帯の状況〉
独居であるが、長男夫婦は介護に関わっている

概要
身体機能に障害はないが、認知症のため深夜に頻りに電話をするなどの問題行動がある。認知症進行抑制を目的にデイサービスを利用するために介護ボランティアの名目で通所することとなるが、本人の役割を持てるよう関係者の調整をした。

本人の情報

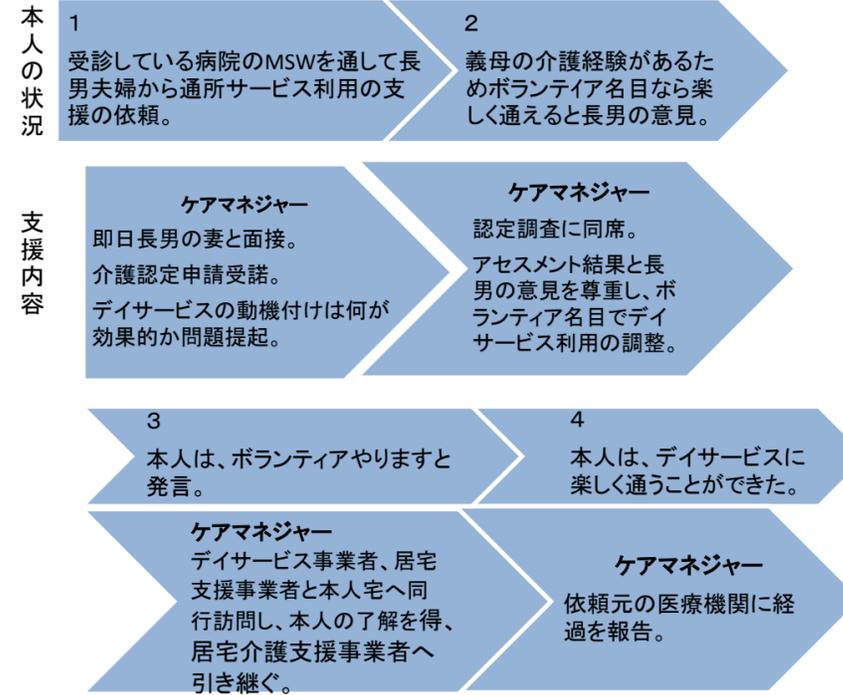
〈年齢〉 65歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護1、障害の自立度J
認知症の自立度Ⅱb
〈病名〉 アルツハイマー型認知症
〈ADL〉 内服管理困難
〈経済状況〉 年金(医療費、介護費を使っても生活に困らない)
〈本人の意向〉
・忘れっぽくなって困っている
・生活する上で困っていることはない

家族の状況及び住環境



〈生活状況〉
外出頻度の減少、物盗られ妄想、深夜の電話多数

本人の状況と支援内容



★ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 介護歴、労働意欲があることを本人のストレングスと捉え、それを生かしながら社会貢献感、外出機会、見守り体制などを確保することが本人の利益につながると考えサービス導入を優先した。
- 居宅介護支援事業者へ引き継ぐために利用者宅へ同行訪問した。
- 家族にもしっかりと関わってもらうためにサービス導入の動機付けを考えてもらうようにした。
- 医療関係者との連携は大切であるため、連絡・報告等手落ちのないよう配慮している。

★ このケースから学べるポイント

- ◎ 依頼を受けると同時に行動し、関係者の信頼を得ている。
- ◎ 本人の強みを見極め、家族にも考えさせながら上手にサービス受け入れにつなげた。
- ◎ 医療機関からつながれたケースであるので、より連絡や報告を密に行っている。

★ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 今後、認知症状が変化してくると思われる。その都度慌てないために「認知症家族の会」等への参加や地域で会を立ち上げるなどの取り組みが必要である。
- キーパーソンから、本人の特性を把握することは円滑なサービス利用において有効な手段である。
- ケアマネに「おまかせ」ではなく、家族をうまくまきこんだかわりができている。
- ボランティア等社会資源の活用も検討してはどうか。
- 生活リズムを整えるためにもデイサービスの利用は有効と考える。本人の自尊心を傷つけないように配慮しながら家族、ケアマネジャー、MSWの連携が重要である。
- 本人の意向を大切に、家族の会を利用してみてはどうか。
- 独居老人見守り、認知症支援事業の活用を検討してはどうか。
- これまでの生活を知っているからこそ、アイデアが出たと思う。認知症の方に限らず、それまでどんな生活を送ってきたかを知っておく必要があると思う。
- 認知症は疾患なので、専門員の診断・治療の支援は重要。家族にも疾患として理解をしてもらうため、専門医から説明をしてもらうことも必要。デイサービスを利用していない日・夜間の見守り体制の検討も必要。認知症の初期の段階は、デイケアの認知症リハビリ利用も視野に入れるとよい。

☆ 医療依存度の高い事例

事例2
88歳女性、入院中に人工呼吸器が必要になり、退院に向けての連携を進めた事例

居宅

～専門的医療機器を使用し、安心して在宅療養するための支援～

概要

医療連携が必要と考えられる理由

〈本人の状況〉
日中在宅酸素、夜間人工呼吸器
酸素ポンペを持って移動可能

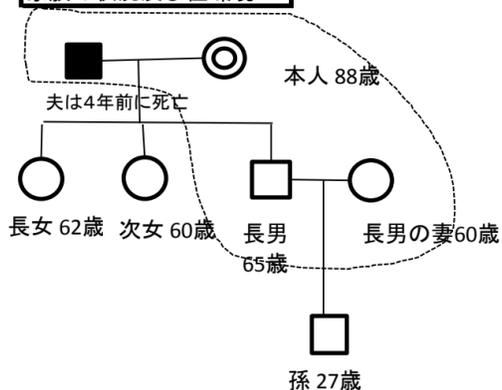
〈家族・世帯の状況〉
長男夫婦と同居
長男夫婦は自営で日中不在

3か月の入院で人工呼吸器装着となったが、室内移動、更衣、食事についてはほぼ自立するまで回復した。本人は、なるべく家族に迷惑をかけないようにして自宅で暮らしたいと思っている。退院後の生活がスムーズにできるよう支援した。

本人の情報

- 〈年齢〉 88歳
- 〈性別〉 女性
- 〈設定〉 要介護3、障害の自立度A
認知症はなし
- 〈病名〉 慢性心不全、変形性脊椎症、骨粗しょう症、無呼吸症候群
- 〈ADL〉 室内移動、更衣、食事についてはほぼ自立
- 〈経済状況〉 遺族年金等で生活には困らない
- 〈本人の意向〉
・家に帰ることができてほっとしている
・なるべく家族に迷惑をかけないようにしたい
・体力が落ちないようにデイサービスに通いたい

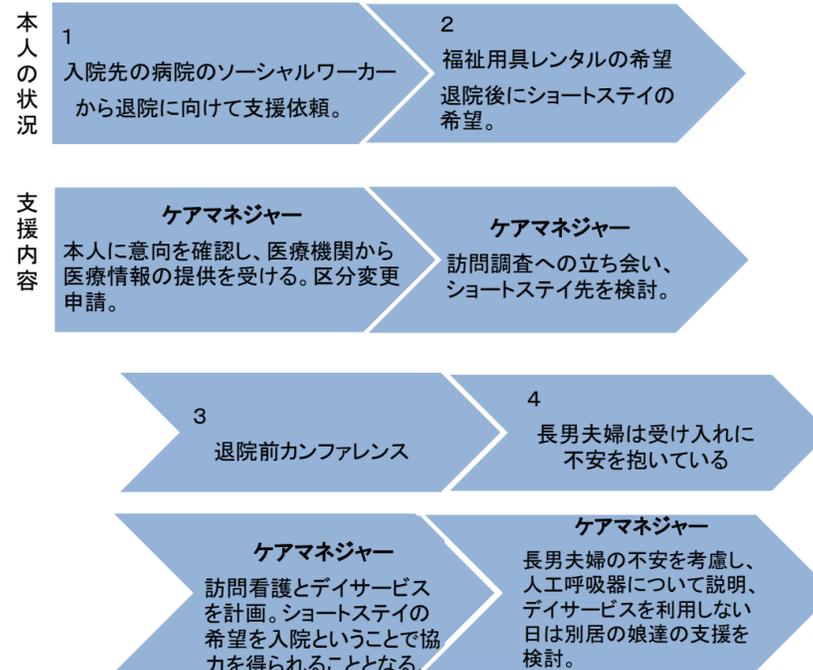
家族の状況及び住環境



- ・長男夫婦と同居
- ・一戸建て住居

〈生活状況〉
3人の子供を育て、和裁などの内職を行ってずっと家庭内にいた。子ども独立後夫と二人暮らしをしていたが、夫が認知症になり、9年前から長男夫婦と同居し、4年ほど前に夫と死別。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 医療依存度の高い方なので、毎日誰かの目が届くようインフォーマルな支援(娘達の支援)も活用できるよう調整した。
- 人工呼吸器について、本人家族に説明できるよう自分でも学習し、安心してもらうことができた。
- ショートステイについて、医療機関と連携することで必要なサービスを提供することができた。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎退院に向けて本人、家族の意向を確認し、区分変更申請を行った。
- ◎本人、長男夫婦の不安を軽減するため別居の娘達の支援を検討した。
- ◎ショートステイ先について、入院中の医療機関に相談し、協力を得られた。
- ◎人工呼吸器についての家族の不安を軽減させるため、訪問看護師や酸素の業者に説明してもらい家族とともに学んだ。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 医療依存度の高い人が、介護保険でショートステイを利用することが難しい現状である。今後、地域で積極的に受け入れできるよう働きかけていく必要がある。
- 医療に係る必要な知識の提供、共有は家族の不安解消につながる。
- 医療の必要性の高い在宅者に対しては、医療スタッフとの連携が重要。このケースはショートを入院という形で利用できたが医療処置にも対応可能な介護施設の情報収集も大切。
- 在宅生活が持続可能となるように人工呼吸器についての家族の理解、日中の介護負担軽減のためにフォーマル、インフォーマルな支援を活用していくことが重要。
- 本人、介護者も不安が大きいためケアマネジャーも在宅酸素の勉強をしてケアマネジャーを含めて前任の不安を取り除く活動をしたことに意義があると思う。知らないことは勉強しながら、専門職に任せることが必要。
- 医療依存度が高いケースの場合、特に緊急時の連絡体制・異常の早期発見に向けた医療・介護連携が重要になる。

☆ 医療依存度の高い事例

事例3
53歳男性、要介護5の重度脳卒中患者の退院支援を行った事例

居宅

～第2号被保険者であり重度要介護者への支援～

概要

医療連携が必要と考えられる理由

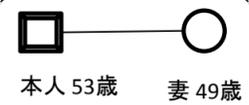
〈本人の状況〉
意思確認困難、胃ろう、右片まひ失語あり、発語はほとんどない
月1～2回程度けいれん発作
〈家族・世帯の状況〉
妻と二人暮らし

退院の1年3か月前、脳出血により右片麻痺、経管栄養となり、意思確認もできない状態となる。妻は、在宅サービスを利用してリハビリを行い、少しでも回復して元気になってもらいたいと希望を持っている。

本人の情報

〈年齢〉 53歳
〈性別〉 男性
〈設定〉 要介護5、障害の自立度C
認知症の自立度M
〈病名〉 左被殻出血、高次脳機能障害
〈ADL〉 日常生活全般で介助必要
〈経済状況〉 障害年金、生命保険からの給付金
〈本人の意向〉 確認できず

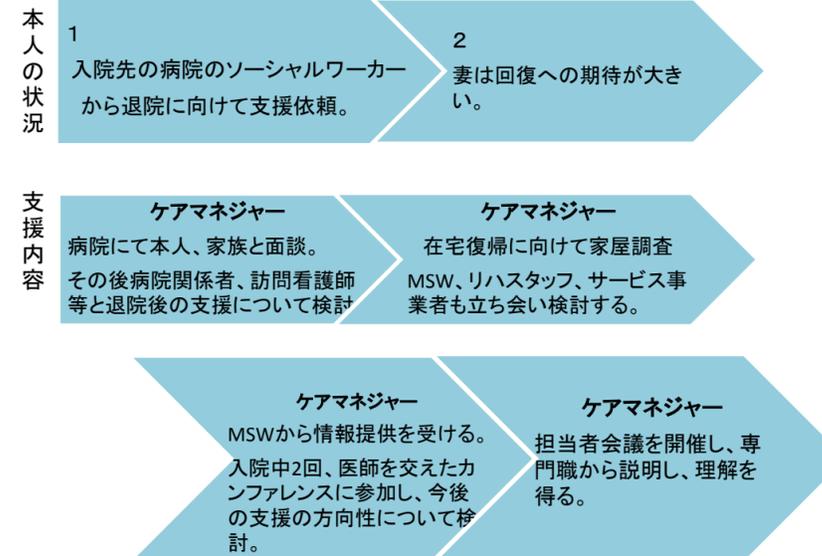
家族の状況及び住環境



- ・自宅横にバリアフリー住宅を増築中
- ・妻の回復への期待が大きく、サービスについての要望も高い

〈生活状況〉
3人兄弟(姉2人)の末っ子。大学卒業後運送会社の事務職として就職。その後結婚。子どもはおらず、夫婦2人で旅行やゴルフ。健康診断も異常なく元気であった。副所長となり、仕事も忙しく、残業も多かった。昼食はほとんど外食。仕事先の人とゴルフに出かけ脳出血発症。救急搬送される。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 入院中早い段階で訪問し、本人、家族の意向を確認することができた。
- 入院中から自宅の状況を調査し、在宅でのリハビリのイメージを家族に伝えることができた。
- 家族に対し専門職から疾患、病状、今後の回復について説明したため理解を得ることができた。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎連絡を受け、早い段階で訪問したことで家族の信頼を得られた。
- ◎入院中も何度か訪問し、在宅の受け入れ体制を整えることができた。
- ◎家族の要望をしっかりと聞き、退院前に担当者会議を開催し、入院中に医師を交えたカンファレンスに参加し、専門職から説明してもらうことで理解を得ることができた。
- ◎何度も病院に足を運び、医療関係者と連絡を取ることで連携がしやすい状況を作ることができた。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 先の長い介護になるため、早い時期から妻のレスパイトを考慮する必要がある。障害者施策との連動も考えていく必要がある。
- 引き続き医療連携を行うとともに、妻の精神的負担に対する支援を行っていく必要がある。
- 若い要介護の場合、家族の回復への期待は大きい。専門職から説明してもらうことで、サービス事業者を守れたことは良かった。
- 妻の夫に対する回復期待度が高く、子どももいないため夫の介護に生活の重心がかかり、身体的精神的な負担が重ならない支援が重要。
- 障害者認定により、医療、手当等の助成を検討するとよい。
- 業務多忙の中、早くから病院に足を運ぶことの重要さとさらに退院後もきめ細かな連絡調整が必要であり、それが在宅生活を支えるものと思います。
- 若くして重度の障害を負うと家族も障害の受容が難しく、医療・リハビリに過度の期待をかける状況が見られる。とすれば閉鎖的になりがちなので介護教室・介護者のつどいなどへの参加を促し、社会交流の場を作っていく支援も必要。

☆ 在宅ターミナル期の事例

事例4
62歳女性、独居、末期がんで自宅で家族に看取られた事例

居宅

～本人の意思決定を最優先して支援した事例～

概要

医療連携が必要と考えられる理由

〈本人の状況〉
胃がん末期

〈家族・世帯の状況〉
独居
別居の長女、次女がいる

がん末期の状態ですべてを退院、病院への不信感を抱いている。在宅療養に向けてケアマネに支援を依頼。その後、緩和ケア病棟に入院するが退院し、様々なサービスを利用し、在宅で最期を迎える。

本人の情報

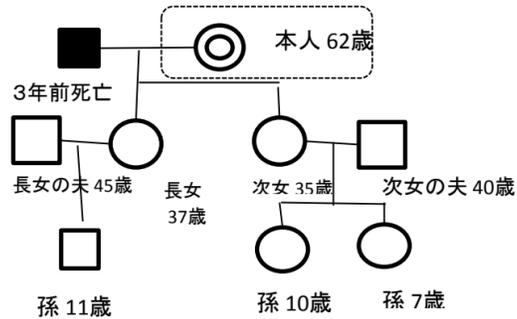
〈年齢〉 62歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護1、障害の自立度J
認知症なし

〈病名〉 胃がん末期、腹膜播種
〈ADL〉 ほぼ自立
〈経済状況〉 遺族年金

〈本人の意向〉

ばたばたしているうちにこんな状態になってしまったのでどうしたいかわからない。
ゆっくり自分を見つめ直す時間を持ちたい。

家族の状況及び住環境



利用したサービス

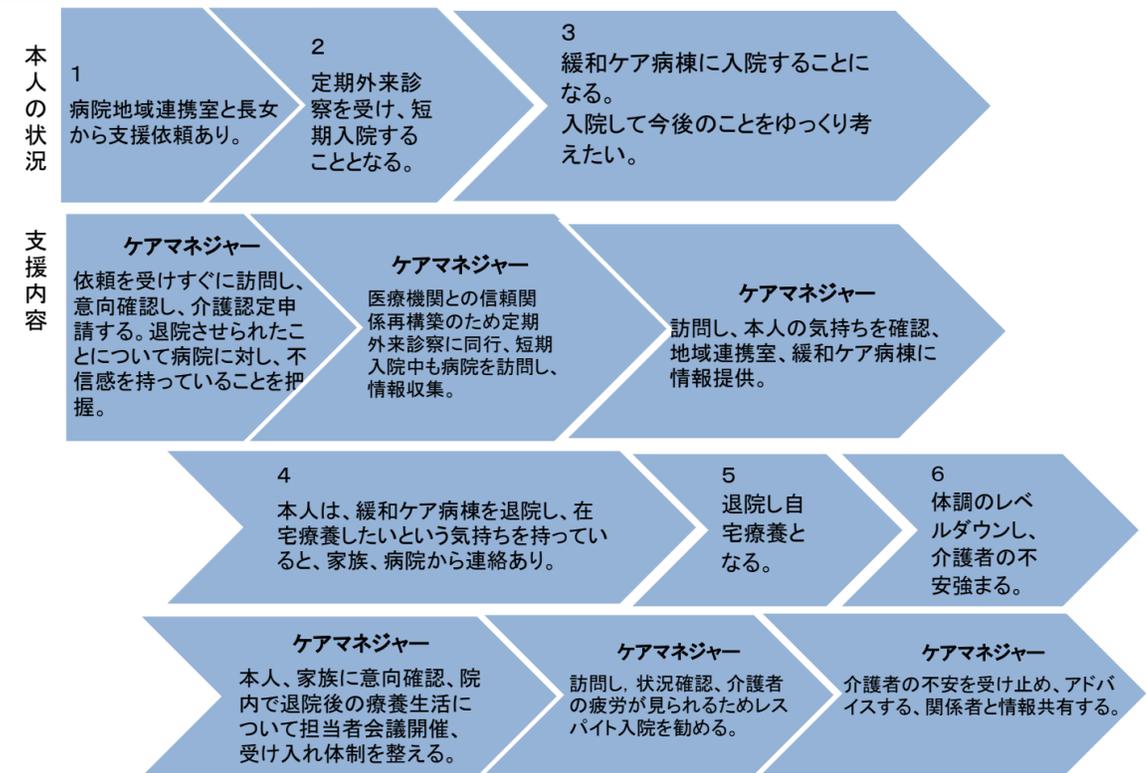
- 病院(主治医、地域連携室、緩和ケア病棟)
- 訪問看護
- 訪問入浴

・木造2階建て

〈生活状況〉

地元で生まれ育ち就職。結婚を機に退職。二人の娘をもうけ、娘達が嫁いだ後は夫と二人暮らし。夫は3年前に他界。1年前に胃がん発症、自分で通院できなくなってからは長女が介助するようになる。胃がんは手術するが、転移があり化学療法開始。副作用がひどく2か月前から緩和ケア導入となる。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 地域連携室と連携を図ることで診察同行時の面談をスムーズに行うことができた。
- 在宅医療や訪問看護師の存在が、本人や家族の安心につながると考え、医療機関との連携のための情報収集、連絡を密にした。
- 家族の不安を受け止め、不安軽減のための方策を検討した。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎依頼を受け、すぐに訪問することで本人、家族、医療機関の信頼を得ることができる。
- ◎診察に同行するなどして医療機関と本人、家族の橋渡し役がうまくできている。
- ◎関係者との連絡を密にして情報共有に努めている。
- ◎頻りに本人、家族と連絡を取り、家族の不安を受け止め、不安軽減に努めている。
- ◎本人の意思決定の時間を作ることができ、本人の意思がはっきりしたことで家族も覚悟を決めることができた。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 若い人のがんの進行は早く、先を見越して手を打つ必要がある。最初の入院の時に、介護保険導入ができて良かった。
- ケアマネジャーが第三者の立場で医療機関とのパイプ役を果たすことが、本人・家族の混乱や不安解消につながる。
- がん末期で本人や家族が予後のことを考えられないうちに退院になったことが病院への不信感を生んでいる。本人・家族が現状の理解と今後についての不安感を軽減していく関わりが重要。
- 本人家族の意向を確認し、不安の中でも明確な目標を持つことが重要である。
- 末期がんの場合、残された時間をどのように過ごすかが重要。苦痛の緩和の先にあるその人の生活の質に向けた支援の検討が必要。

★在宅ターミナル期の事例

事例5
64歳女性、末期がんの在宅生活を支援する事例

居宅

～本人の意思を尊重し、独居の在宅療養を支援した事例～

概要

医療連携が必要と考えられる理由

〈本人の状況〉
乳がん末期

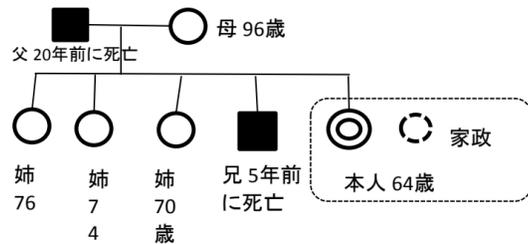
〈家族・世帯の状況〉
独居
家政婦(泊まり)

がん末期で入院中であるが、状態は安定している。本人は自宅で好きなことを過ごしたいと思っており、在宅療養ができるよう支援を希望。主治医も在宅可能と判断している。

本人の情報

〈年齢〉 64歳
 〈性別〉 女性
 〈設定〉 要介護4、障害の自立度B2
 認知症なし
 〈病名〉 乳がん、骨転移による両下肢不全麻痺
 〈ADL〉 寝返り、起き上がりできない
 〈経済状況〉 厚生年金
 〈本人の意向〉
 自宅で好きなことを過ごしたい
 料理を作ったり、書道をしたり普通の生活がしたい

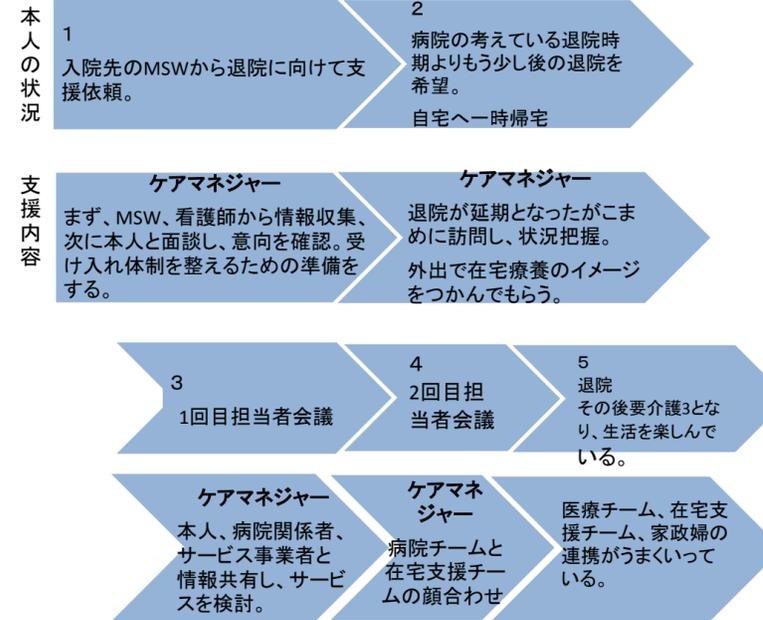
家族の状況及び住環境



・2階建て

〈生活状況〉
看護学校、助産師学校を卒業後、病院・看護学校に勤務。要職に就いていた。
内縁の夫は一緒に住んでいないが訪問と電話で精神的援助をしている。

本人の状況と支援内容



★ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 退院前にこまめに病院へ通い、本人やソーシャルワーカーと連絡を取ったことで在宅支援体制を整えることができた。
- 入院中に外出し、在宅生活のイメージを作ってもらった。
- 入院中に2回の担当者会議を開催し、病院チームと在宅支援チームの役割を確認した。

★このケースから学べるポイント

- ◎本人、病院関係者を何度も訪問し、情報収集をしてよい支援につなげている。また、こまめに訪問することで信頼関係を構築することができる。
- ◎外出の機会を捉え、在宅生活のイメージを作ってもらおう働きかけたことにより、本人の意欲も引き出した。
- ◎医療関係者との連携は欠かせないものであるため、何度も担当者会議を開催し、情報を共有した。
- ◎本人の生きる意欲をそがぬよう本人の意思決定を尊重している。

★介護支援専門員支援会議からの助言

- 今後病気が進行した時に、精神的支えをどうしていくか、内縁の夫と共に、サービス提供者側も考えていく必要がある。
- 本人の意向がはっきりしており、ケアマネジャーは本人の意思を尊重しつつ在宅生活を送るための体制を整えている。
- 回復しつつあるが、脳に転移あり、今後判断ができなくなる可能性が大きい。財産管理方法も考えておく必要がある。
- 本人の意思を最大限尊重しながら在宅生活が持続可能となるよう他職種間連携を密に図っている。フォーマル、インフォーマルサービス間の関係構築も重要。
- 本人は、医療職だったのである程度の予後予測はできている。意思決定の支援は重要だが動ける期間が短い中、具体的な希望を実現させていくためのプランの提案が重要。
- 末期がんの利用者に対しては、急変が多いことを知った上でケアマネジャー自身も気持ちを強く持って対応することが必要だと思います。

☆ 本人に精神障害がある事例

事例6
73歳男性、S48年(30歳代)から統合失調症になり、多くの病気を併発している中で、拒否があったがサービスの導入に至った事例

居宅

～利用者にとって在宅療養に必要な訪問看護を工夫して導入した事例～

概要

医療連携が必要と考えられる理由

〈本人の状況〉
統合失調症
肺炎により入院
退院したい気持ち強い

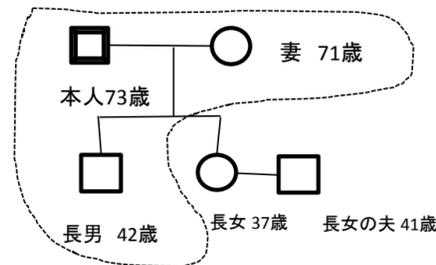
〈家族・世帯の状況〉
妻と長男の3人住まい
長男に精神疾患あり

会社の人事異動で30代よりうつ症状発症、精神障害があり平成2年に退職。以降多くの疾患を抱え在宅療養している。本人は、自宅で暮らしたいと思っている。しかし、訪問看護等の支援を拒んでいる。

本人の情報

〈年齢〉 73歳
〈性別〉 男性
〈設定〉 要介護4、障害の自立度B2
認知症IV
〈病名〉 統合失調症、パーキンソン症候群、腰部脊柱管狭窄、呼吸不全等
〈ADL〉 車いすにて介助の上トイレに行ける
〈経済状況〉 厚生年金、障害年金等、生活には困らない
〈本人の意向〉 家で暮らしたい

家族の状況及び住環境

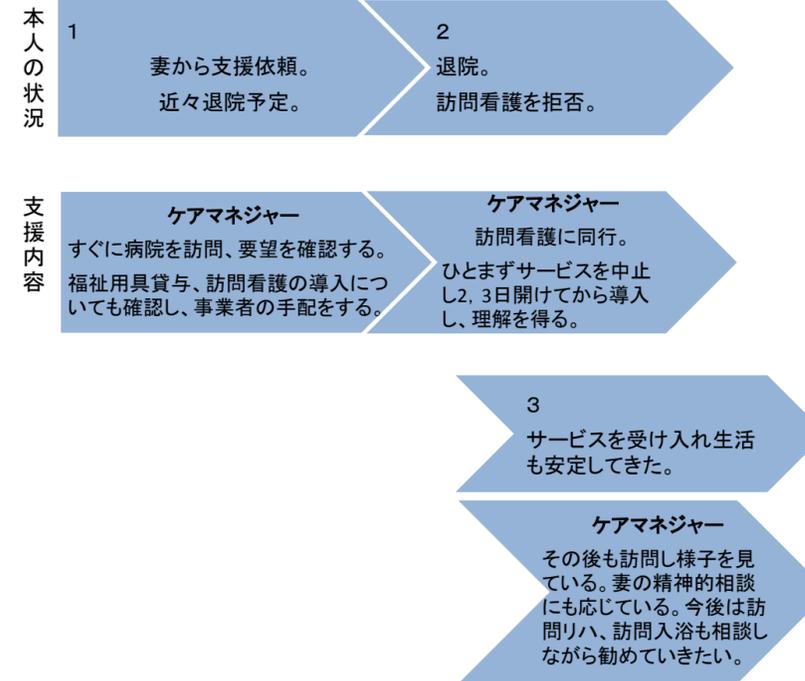


・持ち家でバリアフリー

〈生活状況〉

長年勤務した会社の人事異動で悩み、不眠、精神を病む。平成2年に退職するまで会社の診療所に定期受診していた。S48年から統合失調症、今も定期受診している。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどうか考え、取り組んだか

- 本人の状況改善のためには、訪問看護の導入が必要と考え、本人、家族を含む関係者との調整に力を注いだ。
- 本人の気持ちを考え、サービス導入のタイミングを工夫している。
- 主介護者である妻のフォローが必要と考え、妻の相談にも応じている。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎ 依頼を受け、すぐに訪問し、本人、家族、看護師長との信頼関係を築いている。
- ◎ 訪問看護の必要性を認識し、看護師長との調整を早々に行っている。
- ◎ 訪問看護に同行し、本人の気持ちを理解する努力をしている。
- ◎ キーパーソンである妻の支援も重要と考え、相談に応じている。
- ◎ 介護と医療を活用している。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 訪問看護の必要性和頻度を本人とあらかじめ話し合うと良かった。
- 訪問看護に同行するなどケアマネジャーの行動が本人・家族の信頼獲得につながっている。
- 精神疾患による理解の悪さか、煩わしいという理由かはっきりわからないが、酸欠状態のケースに2日間様子を見るのはぎりぎりの選択だったでしょう。結果的にうまくいったが少々危険な判断か？
- 状況によっては長男への支援も必要になるのではないか。
- 妻の負担が大きいため負担軽減につながる配慮が重要。本人の急変も予測し、緊急時の措置も確認が必要。
- 介護者の交流事業を活用し、配偶者の支援を検討するとよい。
- 本人・長男も精神疾患で介護者も高齢のため、介護力は乏しい。精神科医・精神保健福祉士等の連携も必要。地域包括支援センター・保健センター等地域で支援するためのネットワークも重要。
- 精神疾患がある場合も家族を含むサービス提供者全員の情報共有が重要です。関係する制度についても調べる必要がある。

☆ 医療連携(その他)の事例

事例7
85歳男性、老老介護(二人暮らし)で退院後の在宅生活に向けての連携した事例

居宅

～要介護5の夫を80歳の妻が安心して在宅介護できるよう支援した事例～

医療連携が必要と考えられる理由

〈本人の状況〉
脱水により入院

〈家族・世帯の状況〉
妻と二人暮らし

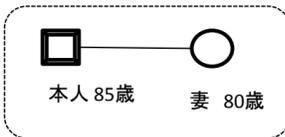
概要

老夫婦二人暮らしで、妻にも持病がある。妻から支援依頼があり訪問すると本人の体調が悪く、脱水症のため入院となる。退院後は、認知症が進まないよう在宅サービスを利用して自宅で過ごしたい。

本人の情報

〈年齢〉 85歳
〈性別〉 男性
〈設定〉 要介護5、障害の自立度B
認知症Ⅱ
〈病名〉 脱水症、第一腰椎圧迫骨折
〈ADL〉 トイレまで見守りで歩行が可能
〈経済状況〉 国民年金
〈本人の意向〉 家で暮らしたい

家族の状況及び住環境

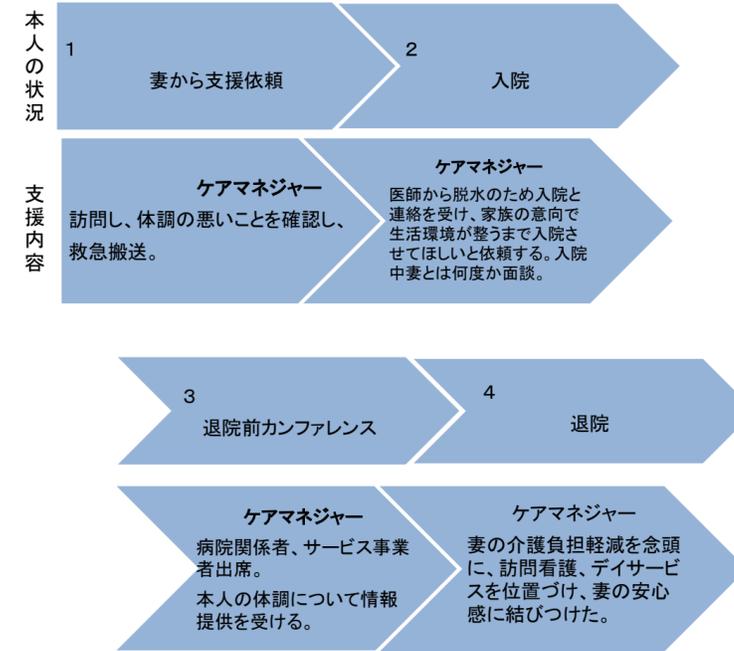


・トイレ、廊下に手すりあり

〈生活状況〉

自宅では、食事・排泄以外はベッドで寝ている。右足のしびれを訴えるが、トイレは見守り歩行可能。テレビ等全く関心なく、何もないと静養。食事は少なく、低栄養で便秘気味。認知症が進んでいる。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 高齢で不安感がでている妻の電話連絡に対し、すぐに訪問し、本人の体調が悪いことを確認。救急搬送に同行した。
- 入院中に何度も訪問し、妻の不安を軽減し、信頼を得られるよう働きかけた。
- 病院の医師をはじめ、医療職と連携し、情報収集することで妻の状況や退院後の不安も把握することができた。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎ 体調不良の場面に遭遇したときは、緊急度の判断と家族への助言及び介護者が高齢でひとりでの対応が不安である時は、別居家族などの支援があるまでは、可能な限り臨機応変な対応が必要である。
- ◎ 介護者や家族の状況に応じ、必要な面会などの訪問を行うと、家族介護者との信頼関係を結ぶことにつながる。
- ◎ 医療機関と直接連絡をとることで、連携につながり、利用者への適切な支援に結びつく。
- ◎ サービス事業者とも退院前から、連絡を取り、情報提供することがよい支援につながる。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 老夫婦の生活の中での、今回の脱水の原因をアセスメントすることにより、今後の脱水を引き起こさないような生活になるような支援をしていく。本人、妻と医師、訪問看護、デイサービスによる退院前カンファレンスを退院前サービス担当者会議と位置づけて開催し、確認し合うことでケアプランに位置づけていくことが必要である。
- アリセプト服用での体調の悪化について、主治医と連携する必要がある。また、妻以外のキーパーソンの発掘も必要である。
- 脱水の原因を把握し、医療機関との連携のもと、再発防止に努めることが必要である。
- 老々介護のため体調不良時などの機動的な対応が図りにくい。安心して在宅生活を送れるよう医療との連携強化を図っていくことが必要。
- 地域包括支援センター、民生委員の支援を検討するとよい。
- 認知症も進行してきているため水分・食事管理については、サービスを充実させて支援していく必要がある。入院までに至らない時点で退所するためにもかかりつけ医との連携が重要。妻のレスパイトとあわせて生活状況の把握のため定期的なショートステイも検討する。
- 脱水については、起こりうることとして知識を深めておく必要があり、今後に生かしていただきたい事例である。

★ 本人のサービス受入れ拒否がある事例

事例8
91歳女性、認知症に対し、本人の意思を尊重しながら家族と共に入浴拒否などに対応した事例

居宅

～本人のサービス受け入れ拒否を本人の意思を尊重しながら工夫して利用につなげた事例～

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
本人のサービス利用の受け入れ拒否がある

〈家族・世帯の状況〉
長男夫婦、孫夫婦と同居
主介護者は長男夫婦

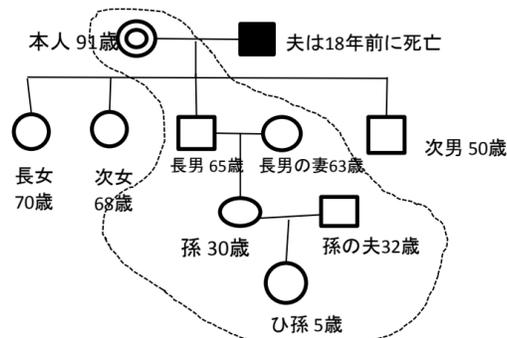
概要

長男夫婦、孫夫婦と同居の91歳女性。認知症でデイサービスや入浴は受け入れ拒否。家族や事業所と協力して時間をかけ、サービス受け入れを促した。

本人の情報

〈年齢〉 91歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護1、障害の自立度J
認知症Ⅱa
〈病名〉 認知症、大動脈弁狭窄症
〈ADL〉 身体機能に問題はない
〈経済状況〉 遺族年金、不動産収入があり生活に困らない
〈本人の意向〉
家の前の畑の草取りが好き。昔から大勢の人の中で過ごすのは苦手

家族の状況及び住環境

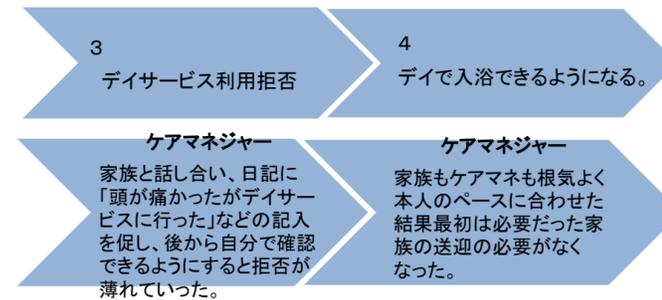


・H22年8月に新築、バリアフリー

〈生活状況〉

夫はH6年に他界。現在は息子夫婦、孫夫婦と同居。専業主婦で外で働いたことはない。農業をしながら子育て、特に趣味はないが若い頃は野菜作りが好きだった。身体機能に問題はないが、認知症で食べ物を引き出しやタンスに入れる、入浴を嫌がる。メモをとったり気が向くと日記をつける習慣がある。

本人の状況と支援内容



★ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 入浴やデイサービス利用への本人の不安が強いためゆっくり関わることにする。
- 認知症のため出来事を忘れてしまうが、日記を活用し、デイサービスを利用したことを本人に自覚させることができた。
- デイサービスの職員と連携し、本人の状況を理解し、タイミングを見計らって入浴につなげた。

★ このケースから学べるポイント

- ◎本人の不安な気持ちと本人が認知している世界・状況を考え、本人のペースにあわせることが必要である。
- ◎すぐに100%のサービス利用を考えるのではなく、徐々に慣れていけるように段階を踏むことも大切である。
- ◎本人の習慣(日記をつける、メモをするなど)を強みと考え、自分の力を発揮してもらえるように働きかけることがよい支援につながる。
- ◎ケアマネと家族と一緒に考え、家族ができることを提案していただけるようにするとよい支援につながる。

★ 介護支援専門員支援会議からの助言

- デイサービスにおける草むしりボランティアをお願いするなど、工夫が必要である。
- サービス受け入れ拒否がある場合は、本人の習慣や性格から能力を把握し、時間をかけてサービス利用につなげていくことも必要である。
- デイサービス利用からひと夏過ぎでの入浴利用となった。家族も根気よく待ったが、早く入浴させたい気持ちはあったと思う。もう少し早く入浴できる方法はなかったか。
- デイサービス利用中にも草取りを一緒に行ったりして役割を担ってもらうことで徐々にデイサービスの利用を楽しめる環境を作っていくとよい。
- デイサービスを利用する目的が、入浴になっているが、本人にとってのデイサービス利用の目的は何かを考える必要がある。また認知症の本人を理解することと周りにも理解してもらうための支援も重要。
- 認知症の症状として、入浴の拒否だけではなく、他の周辺症状の出現のアセスメントの結果としてデイサービスの利用に進める過程が重要。

☆ 本人のサービス受入れ拒否がある事例

事例9
76歳女性、行政への不信感に加えて失語症によるコミュニケーションの障害による孤立から、地域の連携により、自宅での生活が可能になった事例

包括

～本人の意思を尊重しながら地域と事業所が連携して在宅生活を支えられるよう支援した事例～

概要

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
本人の受け入れ拒否がある
筋力低下により歩行不安定
失語症によるコミュニケーション困難

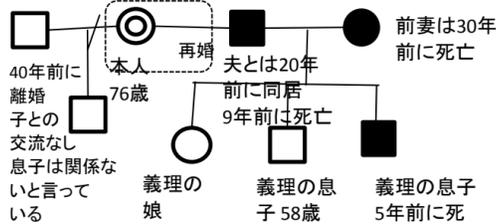
〈家族・世帯の状況〉
独居
別居の娘、息子とは交流なし

行政への不信感から援助を拒み独居生活をしているが、近所の住民から心配との通報を受け、区役所から包括へ支援依頼があった。本人と関係者との信頼関係を築きながら住民、民生委員、自治会と連携をとって見守ることにより在宅生活が可能となった。

本人の情報

〈年齢〉 76歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要支援2、障害の自立度A
認知症 I
〈病名〉 くも膜下出血後の後遺症、失語症
〈ADL〉 歩行不安定、簡単な調理ができる
〈経済状況〉 遺族年金等 15万円/月
〈本人の意向〉
行政は嫌い、かまわないでほしい。お金を使いたくない。
今の所で暮らしたい。

家族の状況及び住環境

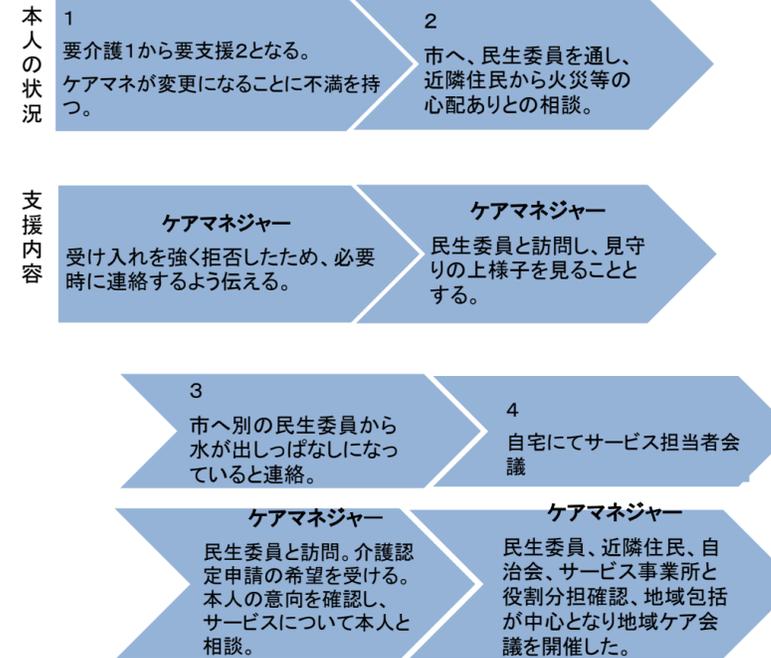


- ・築30年以上のマンモス団地
- ・エレベーターのある7階、3DK

〈生活状況〉

H18年くも膜下出血発症後要介護1。更新にて要支援となり担当ケアマネが変わり、その頃からサービス受け入れ拒否。近所の知人や義理の娘との金銭トラブルで交流なくなる。失語症にて首を縦や横に振り、意思を表す。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 在宅でがんばりたいという気持ちを尊重し、不安な気持ちを緩和できるような支援を検討した。
- 見守りがあれば在宅での生活は可能と判断し、民生委員や自治会と連携し、見守り支援をすることとした。
- 民生委員や自治会、近隣者それぞれの役割分担を本人にわかるようしっかり明示し、信頼関係を築いて介護保険の利用へとつなぐことができた。
- 金銭面のやりとりや話については、本人に不信感を抱かせないように注意深く、複数の専門職で常に関わるようにした。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎具体的に自分で対応が困難と判断したときが、支援導入するチャンスとなる。そのタイミングを逃さずに、本人と状況と一緒に把握できるように丁寧に説明する必要がある。
- ◎粘り強く、何度も関わることで、本人との信頼関係を結ぶアプローチをしている。
- ◎地域住民や民生委員からの苦情や通報などの情報から、地域包括が中心になり、地域での話し合いを本人とともに行うプロセスに持つていくことが重要である。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 介護度の変更時や担当ケアマネジャーの変更時は注意が必要である。そのことが原因で、介護保健サービスの利用拒否にならないよう説明をきちんとする必要がある。
- ケアマネジャーは社会資源をうまく活用し、連携しながら課題解決する必要がある。
- 家族関係が複雑で、金銭トラブルが多いケース。成年後見制度の利用など考えていく必要がある。
- ケアマネを継続するため委託などの検討はどうか。
- 在宅生活をしたいという本人の思いを尊重し、行政への信頼関係をゆっくりと築きながら住民、民生委員、自治会と連絡を取った。それぞれの役割分担、ネットワークが構築されつつある古くからの団地という環境が、見守り在宅生活を可能にした。
- 今後は権利擁護も視野に支援体制を検討する必要がある。
- コミュニケーションに障害がある方の意向を汲み取るのは難しいが、そのために専門職の活用も含めて、早めに活動を起こすことが必要である。

☆ 本人のサービス受入れ拒否がある事例

事例10
92歳女性、独居、寝たきりの状態で在宅復帰から、在宅生活を継続している事例

居宅

～独居で要介護5の利用者が安心して在宅療養できるよう支援した事例～

概要

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
寝たきり状態
生活面すべてに介助が必要

〈家族・世帯の状況〉
独居
別居の姪の支援は期待できない

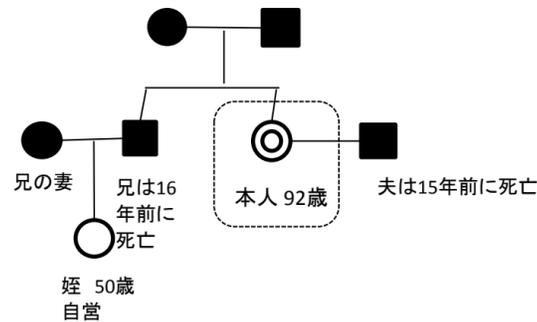
主治医から独居で寝たきり状態では在宅は困難だと言われたが、本人の強い希望で在宅療養することとなる。特殊寝台貸与と訪問入浴を拒否していたが、主治医の介入で受け入れるようになり徐々に適切な在宅療養ができるようになってきた。

本人の情報

〈年齢〉 92歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護5、障害の自立度C
認知症 I

〈病名〉 破裂生脳動脈瘤シャント手術、肋骨骨折の既往あり
〈ADL〉 寝たきり状態
〈経済状況〉 年金、余裕はない
〈本人の意向〉 在宅で暮らしたい。ヘルパーがいれば生活できる。

家族の状況及び住環境

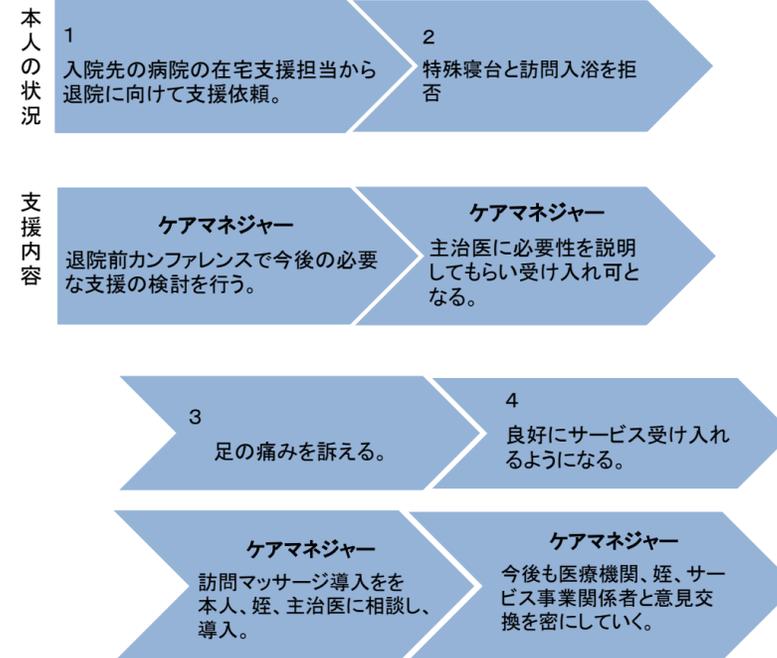


・他界した兄の持ち家

〈生活状況〉

生活面すべてに介助が必要。以前できていたことができなくなっていることを気にしている。何とかまた歩けるようになりたい。H24年3月に主治医の指示で入院となる。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 特殊寝台と訪問入浴については必要と考え、主治医にその必要性について説明してもらい受け入れることとなる。
- 介護保険だけではまかなえないため、介護保険外のサービスも検討し、訪問マッサージを導入した。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎主治医の影響力は大きいため、よい関係を構築し、困難時には支援を得られるようにしておくことよい。
- ◎本人の訴えをよく聞き、介護保険外のサービス利用も検討し、よい支援につなげる。
- ◎医療機関、キーパーソン、サービス事業者とよく情報交換し、寝たきりでも独居でも在宅生活をしたいという本人の思いが実現できる方法を検討することが大切である。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 拘縮があるため、寝たきりでも身体障害者の申請をして、ヘルパーの自費分を自立支援サービスに切り替えることができないか、調整してみてはどうか。
- 医療機関はじめ関係機関と日ごろから関係を構築しておくことで、困難事例への対応が円滑にできるようになる。
- 介護度の高いケースについて、経済的にもあまり負担がかけられない。インフォーマルなサービスを使う必要がある。
- 地域住民の協力を得られるようにするとよい。
- 在宅生活の強い希望あるも、寝たきり状態の中、主治医との信頼関係により特殊寝台貸与、訪問入浴、訪問マッサージの受け入れが可能になり、生活環境を整えることができた。医療機関、キーパーソン、サービス事業者との情報交換を深めることにより本人の思いの在宅生活を可能にした。
- 寝たきり状態とあるが、廃用の進行のように見られる。本人のできるところできないところ、機能的な評価とあわせて自立支援の視点でヘルパー利用になっているのかも見直しが必要。
- 主治医の発言の大きさを使って在宅生活を継続していることは重要です。また、サービスの導入に意義があるのか、その結果、全てに介助が必要な状態で在宅生活を継続していることに意義がある。

☆ 本人のサービス受入れ拒否がある事例

事例11
86歳女性、独居でうつ傾向があり、生活能力が全般的に低下しているが、地域の支援で、強く希望している在宅復帰へ進めた事例

居宅

～本人の意思を尊重し、高齢で独居であるが安心して在宅療養できるよう支援した事例～

概要

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
骨折にて入院中
サービス受け入れ拒否

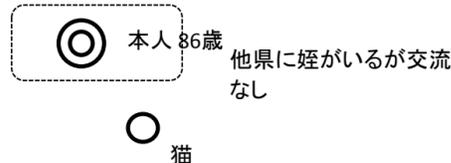
〈家族・世帯の状況〉
独居
町会長の支援あり

86歳独居。右大腿部骨折にて入院中であるが、本人希望により退院予定。介護サービスの受け入れについて拒否があったがケアマネの働きかけで本人の気持ちに合わせたサービス提示をしたところ受け入れがスムーズになった。支援者との調整、金銭管理について、今後も検討していく。

本人の情報

〈年齢〉 86歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護2、障害の自立度A2
認知症 II b
〈病名〉 右大腿部頸部骨折
〈ADL〉 支えや歩行器利用にて歩行可
〈経済状況〉 国民年金、不動産収入、貯金をとり崩している
〈本人の意向〉 死ぬまで家で生活したい。猫とも離れたくない。

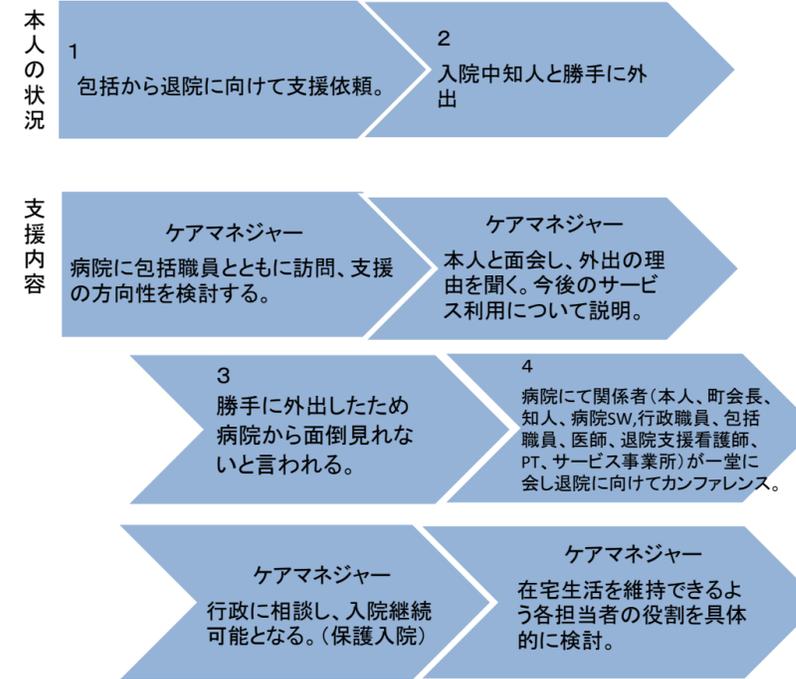
家族の状況及び住環境



- ・居間以外はいらない物が散乱
- ・猫がおり不衛生、近所から苦情あり

〈生活状況〉
両親が他界してから独居、裏のアパートの住人や町会長が支援している

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 在宅でがんばりたいという気持ちを尊重し、不安な気持ちを緩和できるような支援を検討した。
- 支援のキーパーソンが必要と考え、信頼している町会長をキーパーソンと見極め、ケアプランを検討した。
- 本人を取り巻く関係者の実態を正確に把握し、行政とも連携し、本人らしい生活ができるような支援を検討した。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎包括からの依頼であったため一人で行動せず、包括職員とともに訪問することで情報収集も効率的となる。
- ◎本人の行動にブレーキをかけたり、医療機関との交渉をするためにも行政と連携することは効果的である。
- ◎多くの関係者と連携し、本人の望む在宅生活が可能となるよう調整している。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- うつ傾向が強い時、安定している時のサービスのあり方を検討する。
- 関係機関と連携し、それぞれの役割を設定した上で課題解決にあたることが重要である。
- 独居、うつ病、骨折あり、不衛生な環境から住環境の整備と身元保証人不在のため、早めに成年後見制度を導入する必要がある。
- 複数の支援を検討するとよい。
- 在宅生活を望まれるが、住環境整備(転倒予防と移動の容易性を検討)、本人との信頼関係の構築、うつ病による注意が必要。金銭管理について、成年後見人制度の活用を検討、他職種との連携により在宅生活を可能にしていくよう調整が必要。
- 急変時の対応の確認が必要。
- 多くの人たちの支援体制は必要になるが、うつ傾向もあるため、本人との窓口は1つに絞った方が信頼関係を構築しやすいと考える。
- キーパーソンを明確にすること、本人の精神状況を把握していくことを中心に、地域の支援を活用することが重要。

☆ 家族からの苦情が多い事例

事例12
72歳男性、難病利用で、介護者の要望が多く、援助困難をきたした事例

居宅

～妻からの苦情が多く、サービス事業者が次々に交代してしまうケースへの支援～

概要

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
筋萎縮性側索硬化症(ALS)
生活面すべてに介助が必要

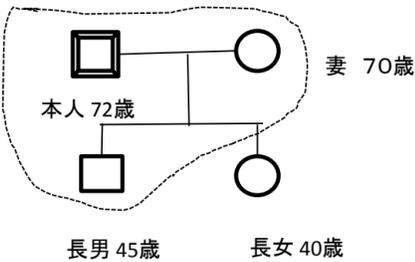
難病患者で医療の訪問看護、訪問介護、訪問入浴、福祉用具貸与、ケアマネを利用しているが、妻の申し入れで、それぞれのサービス事業者が何度も交代している。

〈家族・世帯の状況〉
妻、長男と同居
主介護者である妻からの苦情が多い

本人の情報

〈年齢〉 72歳
〈性別〉 男性
〈設定〉 要介護5、障害の自立度C2
認知症はないと思われる
〈病名〉 筋萎縮性側索硬化症(ALS)、糖尿病
〈ADL〉 寝たきり状態
〈経済状況〉 不明
〈本人の意向〉 不明

家族の状況及び住環境

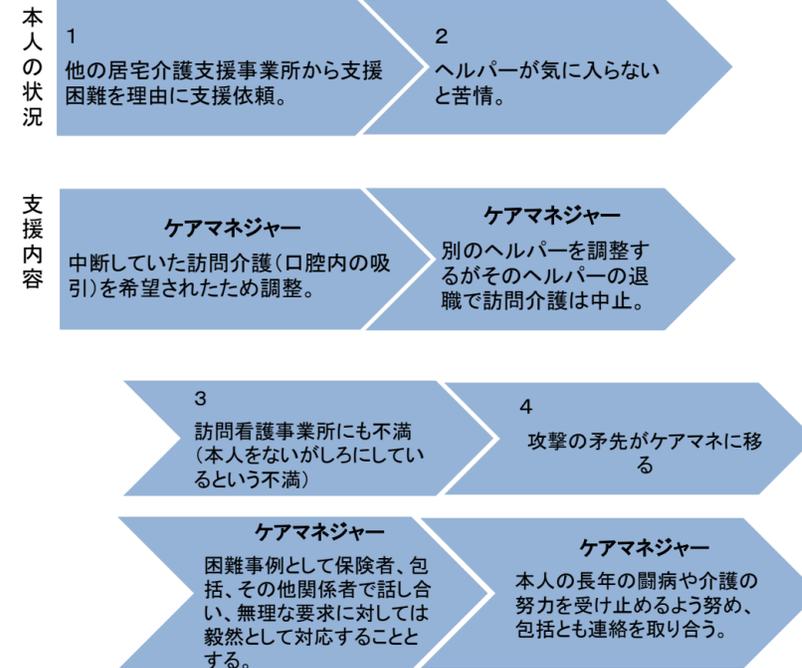


・持ち家

〈生活状況〉

会社を退職後60歳で発症。それまでは趣味の無線・ラジコンに打ち込む生活。気管切開、胃ろう、コミュニケーションは目の動きから汲み取る。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 主介護者である妻の希望は、本人の意思を尊重し、本人の意思を確認する努力をしてほしいということだと考え、意向に沿うよう努力した。
- 関係する援助事業者が窮地に陥らないため、関係者と情報共有するなどの調整に力を注いだ。
- ケアマネの資質を問うような攻撃を受けたが、本人や介護者の気持ちを踏まえ、地域包括支援センターにも相談し、無理な要求には毅然とした対応をするようにした。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎支援困難なケースには、自分一人で抱え込まず、関係者に支援を求めていくことが大切。
- ◎まずは、本人や介護者の気持ちを受け入れ、置かれている状況を考えて、冷静に対応することが大切。苦情や一方的な訴えでも感情的にならず、チームで情報共有し分析した上で対応を考える。本人、家族の痛みやつらさに共感できることから、信頼関係構築につながる。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 主治医も巻き込んでいく。サービス提供者が介護者の苦労をねぎらう言動があると良い。
- 苦情の原因、背景を探り、対応することが苦情の解消、信頼関係の構築につながる場合がある。
- これまでに何度もサービス事業所、ケアマネ変更している経緯からサービス開始時から本人、介護者、保険者、包括等の関係機関が情報共有し、信頼関係を構築する必要があった。
- 長男の関わりを促すような働きかけを検討してはどうか。
- 社会的に孤立していたキーパーソンの苦情の関わりに苦慮されたが粘り強く対応し、家族の痛みや辛さに共感していくことで信頼関係構築につながった。本人の生活歴等の把握、家族が何を不満とするのかを理解できれば問題解決も早くできたのではと思われた。
- サービス事業者の連携支援を検討。サービス事業者がチームとして利用者の支援ができるように話し合いの場を持つ。
- 難病を抱える家族は、どうしてもすべてが本人中心の生活になり、介護者も共依存的になりがちである。介護者も外へ目を向けさせる必要がある。「ALSの家族の会」などへの参加、交流を促したり、リフレッシュへの支援が必要。
- 利用者は特別なコミュニケーション方法があり、その状態で長年にわたる介護に当たっている、介護者への配慮(要望へ耳を傾けること)も必要である。関係者の情報の共有もより重要となる。

★ 家族に介護力がない事例

事例13
81歳女性、認知症で身体的にも重度の介護を必要とする状況で、介護力のない主介護者への対応が必要な事例

居宅

～高齢の要介護5の母親を介護する介護力の無い無職の次男への対応を工夫し、支援した事例～

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
生活全般に全介助が必要
経管栄養、要吸痰、認知症

〈家族・世帯の状況〉
無職の次男と同居
主介護者である次男に介護力がない

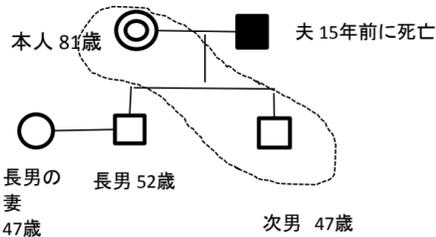
概要

肺結核、肺動脈血栓症の既往があり、認知症の母親を無職の次男が介護している。必要なサービスを提案しても次男は自分でやるからと言って断るが、実際には入浴させていないなど適切な対応がされていない。

本人の情報

〈年齢〉 81歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護5、認知症IV
〈病名〉 肺結核、肺動脈血栓症、認知症
〈ADL〉 寝たきり状態
〈経済状況〉 年金、特別障がい者手当、長男からの援助
〈本人の意向〉 家にいたい

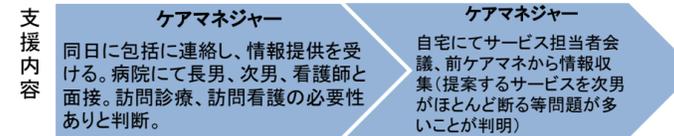
家族の状況及び住環境



・市営住宅(長屋)
・清潔な状態ではない

〈生活状況〉
H18年頃まで内職をしていた。1日をベッド上で過ごす。自発的な発語はほとんどない。

本人の状況と支援内容



★ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 次男からの依頼電話の状況から問題がありそうと予測されたため退院前に関係者で話し合いの場を持ち方針決定した。
- 以前から関わっていた地域包括支援センターから情報収集し、次男への対応について対策をたてながら対応した。
- 長男との連絡の取り方、対応の仕方に課題を感じた。

★ このケースから学べるポイント

- ◎依頼を受けた当日に包括と病院に連絡と訪問をし、病院関係者から情報収集できたため医療面での支援の方向性をつかむことができた。事前の情報収集アセスメントの重要性。
- ◎以前の担当者から情報収集することは重要である。
- ◎介護方法に問題があると思われるケースには頻りに訪問して実情を把握しておくことが重要である。
- ◎主介護者、世帯の抱える問題、困りごとを生活の全体から把握するために、主介護者から相談してもらえるような働きかけが必要である。

★ 介護支援専門員支援会議からの助言

- どうしても81歳の母親の方に目がいきがちであるが、次男も視野に入れてねぎらいの言葉をかけ、信頼を得られるようにする。その上で、正確な経済状況を聞き取る必要がある。
- 以前から関わっている関係機関からの情報収集により、状況を詳細に把握し、対応することができる。
- 主介護者との人間関係を作ること。
- 通院が無理なら往診医を持つことで、必要なサービスを主治医からも勧めてもらえるのではないかと。
- 長男の協力、支援を得られるよう検討してみようか。
- 介護力、経済力、判断力のない次男が介護している。在宅介護を希望しているが、住環境、清潔保持等改善点も多い中、最低限のサービスが継続できている。新たなサービスを導入していくための家族との関わり、医療、他職種との連携が必要である。
- 経済状況の把握と共に金銭管理能力も評価する必要がある。長男がどこまで関われるのか、役割を明確にする。
- 事前の準備を整えるための情報収集とアセスメント力が必要になる。

☆ 虐待がある事例

事例14
85歳女性、経済的虐待や介護放棄の状況に対して支援した事例

包括

～親族による経済的虐待とネグレクトに対応した事例～

概要

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
認知症
転倒骨折し、動けない

〈家族・世帯の状況〉
弟と同居
弟は介護も金銭支援もしない
妹の孫夫婦による経済的虐待

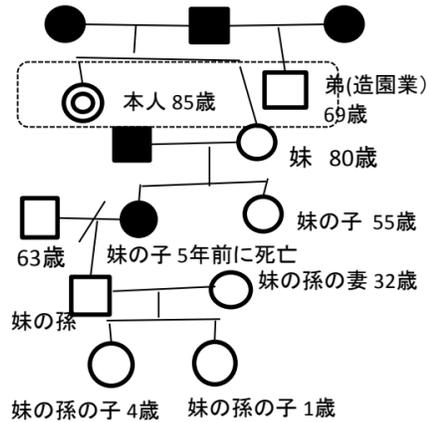
3年前から民生委員の相談で関わり、地域包括支援センターが定期訪問している。今年に入り自宅外で動けなくなっていると隣人から市役所に通報。本人の妹の介護をしている孫夫婦が本人の金銭を搾取していることがわかる。家族代行支援制度を活用し、特養入所となる。

本人の情報

〈年齢〉 85歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要介護4、障害の自立度J2
認知症Ⅱb

〈病名〉 認知症、脳梗塞、右大腿骨骨折
〈ADL〉 食事、排泄に介助が必要
〈経済状況〉 年間180万円の年金
〈本人の意向〉 今のまま生活したい

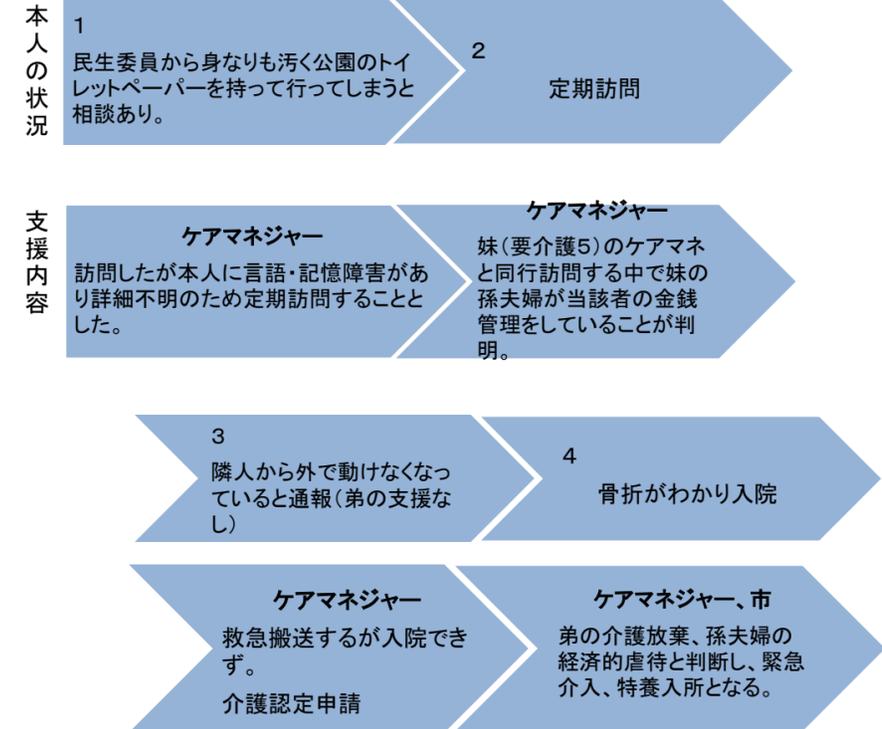
家族の状況及び住環境



・不衛生な住環境

〈生活状況〉
結婚せず、ずっと仕事を続けてきた。
弟は介護放棄、妹の孫夫婦の金銭搾取

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 妹のケアマネからの情報提供により虐待が判明した。
- 弟の介護放棄及び妹の孫の経済的虐待と判断し、行政と連携し、介入した。
- 虐待もあり、一人での生活は困難と判断し、特養入所を支援した。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎関係者から広く情報収集することで、隠れていた情報が見えてくる。
- ◎虐待ケースは緊急性を要するため関係機関と連携して素早く対応する必要がある。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 民生委員からの相談があった初期の時点で、詳細な情報収集アセスメント、地域ケア会議を実施することも必要であったのではないだろうか。本人の自立支援、虐待の早期発見につながったと考えられる。
- 同居の弟から情報が得られると良かった。
- 虐待が疑われる場合は、行政に速やかに通報しなければならない。また、ケアマネジャーは、虐待の早期発見に努める必要がある。
- 本人が認知症であるケースほど本人が訴えられないため、関係者・近隣からの情報収集が重要になる。支援者側が予測を立てて動かないと虐待の早期発見は難しい。
- 家族関係が複雑で、情報収集とアセスメントが多岐にわたり必要になってくると思われる。

☆ 支援困難(その他)な事例

事例15
71歳男性、認知症や性格的なことから継続的な支援が難しく、経済的にも困窮となった事例

居宅

～認知症と本人の性格、経済的困窮により支援困難な事例～

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
怒りっぽく暴力的、自称元やくざ
アルツハイマー型認知症
左半身麻痺

〈家族・世帯の状況〉
妻と同居
妻も認知症

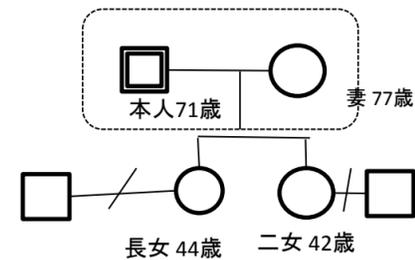
概要

認知症、糖尿病、高血圧、狭心症、脳梗塞後遺症がある。妻も認知症で糖尿病を患っている。非常に怒りっぽく介護スタッフに対しセクハラや暴力などがあるため、サービス提供を次々と断られている。娘達も寄りつかない。サービスの自己負担滞納等経済的に困り、生活保護受給となる。

本人の情報

〈年齢〉 71歳
〈性別〉 男性
〈設定〉 要介護4、障害の自立度B1
認知症Ⅲa
〈病名〉 アルツハイマー型認知症、左半身麻痺、狭心症
〈ADL〉 杖歩行も可能だが外出時は車いす
〈経済状況〉 H24年7月から生活保護受給
〈本人の意向〉 誰も介護してくれなくなったらここで死んでいく

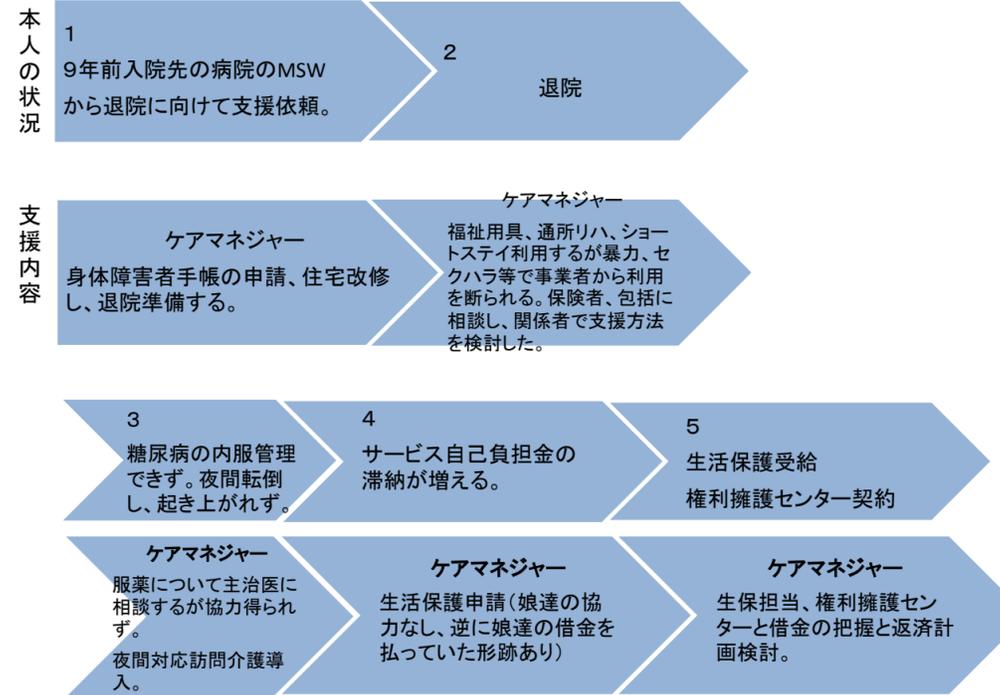
家族の状況及び住環境



- ・県営住宅1階
- ・住宅改修済みだがゴミが散乱している

〈生活状況〉
食事は好き嫌いが多く、改善しようという気はない。
お茶を沸かすこともなく、すべて買い食い。
娘達は月1回程度妻に頼まれた買い物の手伝いをするが、玄関先で済ませ、自宅に上がらない。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 暴言、セクハラ多数で支援困難と考え、行政、包括に相談する。
- 夜間対応が必要と考え、夜間対応型訪問介護を導入し、安心につながる。
- 生活全般の支援が必要と考え、区役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会と連携し、生活保護受給、権利擁護センター 契約に結びつけた。



☆ このケースから学べるポイント

- ◎ 支援困難ということで、行政、包括に相談することで多くの人の目が届き、新たな展開も期待できる。支援困難になる要因を話し合い、支援アプローチ方法の統一を図るようにしていった。
- ◎ 夜間対応型訪問介護の導入が、利用者の安心・安全につながった。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 糖尿病の服薬管理についての話し合いを薬剤師も入り進めていくことも必要である。その上で、主治医との相談となれば、進展が違ったのではないだろうか。
- もう少し娘達の協力が得られるよう働きかけていく。主治医にも現状を話し、理解してもらうよう働きかけていく。
- 財産管理が困難な高齢者への対応として、都道府県・市町村が設置する権利擁護センターを活用する手段がある。
- 本人は、好き勝手をしてきて、ある意味自業自得のところはあるが、このままだと妻の病状悪化が危惧される。妻への支援を視野にどの時期にきたら妻と離すのかの検討も必要となる。
- ケアマネジャーだけが継続しているが、家族への働きかけと地域包括や行政への早めの相談が必要である。

☆ 支援困難(その他)な事例

事例16
83歳女性、認知症で妄想のある利用者介護する家族への支援を必要とした事例

包括

～認知症による妄想のある利用者介護する嫁への支援～

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
アルツハイマー型認知症
日常生活は自立

〈家族・世帯の状況〉
長男夫婦、孫夫婦と同居

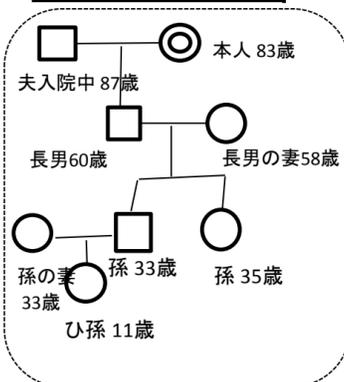
概要

本人83歳、要支援で長男家族と同居。日常生活は自立している。H22年頃より物忘れ出現、物盗られ妄想も出てきて、その矛先が嫁に向け、嫁への暴言もある。

本人の情報

〈年齢〉 83歳
〈性別〉 女性
〈設定〉 要支援1、障害の自立度J2
認知症Ⅱa
〈病名〉 アルツハイマー型認知症
〈ADL〉 日常生活は自立
〈経済状況〉 国民年金、家族の収入安定
〈本人の意向〉 住み慣れた自宅で最後まで暮らしたい

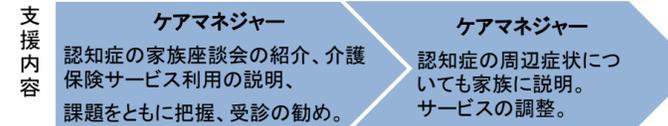
家族の状況及び住環境



- ・持ち家であるが古くて段差あり
- ・公共交通機関少なく不便

〈生活状況〉
昔はハウス野菜作りを手伝っていた。近所との交流を好まず、テレビを見て過ごすことが多い。通院は嫁が付き添っている。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 嫁の精神的ストレスを小さくする支援が必要と考え、認知症の座談会を勧めた。
- 認知症診断と早期の治療や周辺症状の緩和のため受診を勧めた。
- 認知症状に合わせた対応ができるようサービス事業所には利用者や家族の様子についての情報提供を依頼した。
- 認知症が進行した時への対応、家族のストレスなどの増大が予測されるため、虐待予防についても考えていく必要がある。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎介護保険外のサービスや、その他の利用できそうなサービスについて日頃から把握しておく役立つ。当事者しかわからない悩みや気持ちなどを共有できる場・当事者の会に参加できるように働きかけをすること。
- ◎認知症による被害妄想を疑い、早期に医療との関わりを持つ視点は重要である。
- ◎本人、家族それぞれの意向を別個に聞き、介護のキーパーソンとなる者の負担、ストレス軽減を図ることが重要であり、虐待予防につながる。
- ◎先を予測しながら対応方法を考えることは大切な視点である。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 一番頼りにしている人への妄想が多い。妄想がずっと続くのではなく、新たな別の問題が発生してくる。認知症の経過の一過程であることを理解してもらうことも大切である。また、近所の人や親族に、認知症が言わせていることを理解してもらうことも大切である。
- 地域包括支援センター等で行われている認知症高齢者の家族を支援する事業への参加も有効な手段の一つである。
- 家族が多いので、皆に認知症の理解をしてもらうことが大切。座談会の紹介も良いが、医学的な知識を得るのも大切。今後は転倒予防のための住環境整備の検討をしていく必要がある。
- 介護者の精神的負担を軽減するため、認知症サポーター等の地域資源の活用を検討するとよい。
- 野菜作りを通じた認知症対策を行ってはどうか。
- 物盗られ妄想に縛られている本人も辛いので、本人が精神的に落ち着ける居場所・環境の確保が必要。嫁となると認知症が病気だからと言っても割り切れないこともある。相談窓口・認知症の家族の集い・レスパイトの支援を検討。
- 認知症の症状の周りへの啓発と理解を得ることをしながらも、介護者への配慮をすると共に、利用者の話も聞き進めていく必要がある。

☆ 認知症のある事例+支援困難(その他)な事例

事例17
82歳男性、認知症で親族が不在、知人が通帳を管理している事例

居宅

～認知症で親族のない独居高齢者への支援～

概要

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
身よりなし
今まではサービス拒否
今回はサービス利用希望

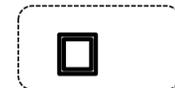
〈家族・世帯の状況〉
独居
知人女性が通帳を管理している

市営住宅に一人暮らし。民生委員、近所からの通報で包括と市が関わっている。脱水と低栄養で知人女性が助けて受診しており、本人も年をとって動けないので助けてほしいと希望あり。なぜかこの知人女性が本人の通帳を管理している。

本人の情報

〈年齢〉 82歳
〈性別〉 男性
〈設定〉 介護認定申請中、障害の自立度J
認知症Ⅱa
〈病名〉 脱水、低栄養
〈ADL〉 知人が介助して通院
〈経済状況〉 15万円/月
〈本人の意向〉 年をとり動けないので助けてもらいたい

家族の状況及び住環境



兄弟が6人いるが、他界、又は関わりを断られた

本人82歳

・市営住宅2階
・エレベーターあり、バリアフリー

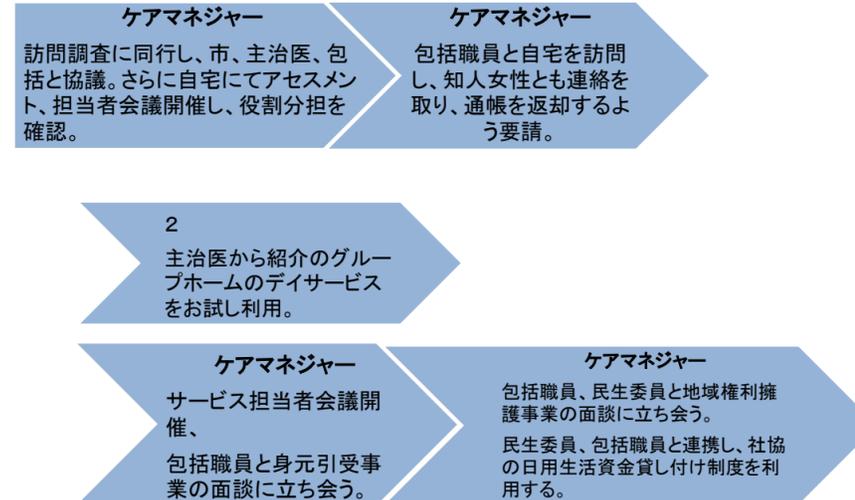
〈生活状況〉
民生委員や近所の人から何度か通報があり、包括と市が訪問。身体状況が悪くサービス利用希望する。知人の介助で通院。認知症があるようだ。

本人の状況と支援内容

本人の状況

1
包括から支援依頼(民生委員、住民から相談あり)

支援内容



☆ ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 包括から緊急支援依頼を受け、即日訪問調査に立ち会い情報収集する。
- 脱水、低栄養があるため主治医に相談し、その他の関係者とも連絡を取り合った。
- 知人女性から金銭管理を切り離す必要があると考え行政と連携し、対応した。
- 身元引受事業、権利擁護事業の活用が必要と考え、関係者との調整をした。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎ 要請があった場合、すぐに対応することが情報収集の上でも関係機関と連携する上でも良い流れになる。
- ◎ 身体が悪いため主治医との連携は重要である。
- ◎ 介護保険外のサービスについて情報を持っていることが大切である。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 知人女性と本人のこれまでの関係を把握し、本人にとって重要な人間関係であれば、金銭管理は切り離すとしても関係が切れないような支援も必要であるとも考えられる。事実確認と本人の気持ち、意向が重要である。
- 健康状態の改善ができれば、自宅で過ごすことも視野に入れつつ、今後の経過を見守りたい。
- 成年後見制度や権利擁護センターの活用により、適切な金銭管理が行われるようにするとともに、支援者との連携を維持することが必要である。
- 認知症になると自己管理ができないため、さらに脱水・低栄養・便秘などのリスクは高くなる。在宅において医療連携・見守り体制は必要。
- 利用者の身体的、精神的なことに限らず、知人との関係の事実確認が必要で、本人の意向を確認しながらも、行政への相談が必要な事例である。

☆ 不衛生な住環境である事例+家族に介護力がない事例

事例18
83歳女性、独居、動物好きであるが、近隣との課題もある中での在宅復帰の事例

居宅

～要介護5で独居、猫を飼っているため住環境の改善ができないケースへの支援～

支援困難と考えられる理由

〈本人の状況〉
心不全と褥瘡にて入院中
自宅が不衛生

〈家族・世帯の状況〉
独居

概要

心不全と褥瘡の悪化で3か月入院し、施設入所は拒否して在宅となる。別居の妹の支援は期待できない。猫が出入りし、不衛生による褥瘡からの感染で、発熱を繰り返す。しかし、本人は猫への対応は変えるつもりはない。寂しいのでいろいろな人の訪問を待っている。

本人の情報

〈年齢〉 83歳
 〈性別〉 女性
 〈設定〉 要介護5、障害の自立度B2
 認知症Ⅱa
 〈病名〉 心不全、褥瘡、胆道ステント留置、慢性腎不全
 〈ADL〉 日常生活に介助が必要
 〈経済状況〉 遺族年金、リバースモーゲージ利用
 〈本人の意向〉 在宅で猫と生活したい。
 自分の気に入った人に手伝ってほしい。

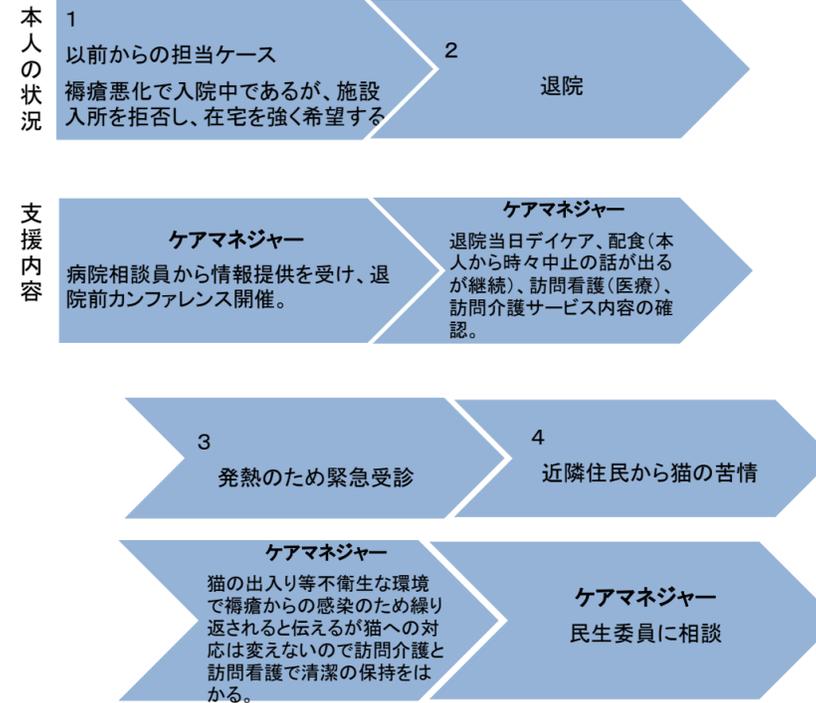
家族の状況及び住環境



- ・元花屋の店舗を住宅改修。床はフラット
- ・猫がおり不衛生、近所から苦情あり

〈生活状況〉
別居の妹二人とは交流なし。以前から捨て猫の避妊手術のボランティア、エサを与えている。近隣との関係は悪い。

本人の状況と支援内容



☆ ケアマネジャーはどうか考え、取り組んだか

- 関係機関とこまめに情報交換し、それぞれの立場でうまく本人をフォローしているため本人の気持ちも落ち着いてきている。
- 食生活に問題があり、病気を発症している側面があるため減塩配食を位置づけ、改善につなげている。
- 近隣住民から猫の苦情があり、民生委員に相談しながら対応している。

☆ このケースから学べるポイント

- ◎在宅を強く希望する本人の気持ちを尊重し、在宅療養が継続できるよう介護保険以外のサービスも利用し、支援している。
- ◎減塩食の配食サービスは本人の体長改善のため必要と判断し、継続している。
- ◎近隣住民からの苦情には一人に対応せず地域の民生委員に相談しながら対応している。

☆ 介護支援専門員支援会議からの助言

- 猫の避妊をしながら、世話をするほど大切に思っている要介護5の本人の今後の独居生活に対し、本人一人では、猫の世話も難しく、近所から苦情が出ていることに対し、地域の課題として、インフォーマルや社会福祉協議会なども含めた地域包括及び保険者主催の地域ケア会議も必要と考えられる。
- 地域住民を巻き込んで、本人の意思を尊重しつつ猫の対応を考えていく。
- 近隣住民との関わり、関係機関との連携により地域全体で支援する体制をつくることが重要である。
- 本人は、いろいろな人の訪問を待っているため、他の人との関わりを持っていきたく思うところは、本人のストレングスでもある。猫の世話を含め、地域で支援する体制の検討が必要。
- 近隣との課題がある場合は、民生委員や地域包括など利用者の生活を支えるために、利用者のみに関わらず、近隣の理解を得るための支援など幅広い役割分担も必要になると思われる。

愛知県介護支援専門員支援会議委員(平成24年度)

(50音順、敬称略)

氏名	所属
磯村直美	愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会 (医療法人愛生館小林記念病院 しんかわ介護サービスセンター)
伊藤光保	愛知県医師会 (社会福祉専門委員会委員)
稲垣弘和	名古屋市 (高齢福祉部介護保険課長)
遠藤英俊	学識経験者 (国立長寿医療研究センター内科総合診療部長)
岡田巖	愛知県社会福祉協議会 高齢者部会 (吉良・幡豆地域包括支援センター)
奥田亜由子	愛知県社会福祉士会
加藤慎也	愛知県市長会 (瀬戸市健康福祉部次長兼高齢者福祉課長)
河合哲夫	愛知県社会福祉協議会 (愛知県福祉人材センター所長)
熊谷泰臣	愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会 (医療法人財団善常会)
佐藤和子	愛知県社会福祉協議会 高齢者部会 (弥富市地域包括支援センター)
鈴木政司	愛知県町村会 (武豊町福祉課長)
中根健男	愛知県介護福祉士会 (社会福祉法人岡崎市福祉事業団)
宮本淳子	愛知県市町村保健師協議会 (阿久比町民生部保険課)