

事例2 一人暮らしで認知症の進行に伴う問題行動が出現した事例

本人	Sさん(女性) 78歳
要介護度	要介護1(障害自立度: J2、認知症自立度: a)
家族状況	単身世帯 他家族: 長女(近隣市在住)
経済状況	年金(月10万円程度)
住居状況	公営住宅

事例の経緯・サービスの流れ	ポイント
<p>これまでの関わりの経緯</p> <p>Sさんは、5年前に夫と死別してから一人暮らしを続けており、糖尿病と心疾患により、買い物や家事が十分にできなくなってきたとのことで、訪問介護によるサービス(週1回)を受けていた。</p> <p>毎月の訪問時には玄関でSさんの状況を伺うも、特に変わった事はないとのことであったが、ここ1年ぐらい前から、話す内容に食い違いがあったり、物をよくなるようになったと話すことがあった。</p> <p>訪問介護事業所からは、特にSさんに関して特別な報告はなく、Sさん本人からもサービスの見直しに関する話もなかった。他の利用者のケアマネジメントに追われており、特に現状で問題はないため、ケアプランの見直しは行わずに訪問介護を継続していた。</p>	<p>←この時、あなたならどのように考えますか？</p> <p>現状は問題ないという言葉で安心していませんか？もう一歩踏み込んだモニタリングができれば、生活全体の状況把握ができます。また、訪問介護事業所からの報告方法や内容等については、予め共通認識を持つことで、効果的な報告を受けることができます。</p>
<p>警察から長女への連絡</p> <p>Sさんが外出したまま帰れなくなり、公園のベンチで座っているところを警察に保護され、警察より別居(近隣市在住)の長女宅に連絡が入ったため警察まで長女が迎えに行く。</p> <p>その日は、Sさん宅に長女が泊まり、Sさんに事情を聞くが、本人はどこに行くつもりで外出したのか覚えておらず、膝が痛くなって歩けなくなり、場所も判らなかったので、公園のベンチで座っていたとのこと。少し休んでから家に帰ろうと思っていたが、警察が勝手に連れて行ったと言う。</p> <p>警察からは、数日前にもこのように警察に保護された事があり、その時にも転けて膝に擦り傷があったため、Sさんを自宅まで送ったとのことで、繰り返してこのようなことがあったため、長女宛に連絡をしたとのことであった。</p>	<p>←Sさんの状況変化をどのように捉えればよいですか？</p> <p>外出して帰れなくなった事や警察に保護されたことなど、問題行動と言われる事実に捉われがちですが、それに至った本人の心理を理解しようとする姿勢が重要です。</p>
<p>長女からの連絡</p> <p>長女からSさんの担当ケアマネジャーに相談の電話があり、長女からSさんの状況を聞き取る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外出時一人で帰れなくなり警察に保護されることが以前にもあった。 ・本人は外出先でどこに行こうとしていたのか判らなくなり、家の場所も判らなくなっているように思われる。 ・認知症ではないかと思われるが、別居であり普段の状況はよくわからない。 ・長女も現在義母の介護をしており、一緒に住むことはできない。 ・介護保険のサービスを変更して、本人が一人で生活できるようにして欲しい。 <p>長女にSさん宅を訪問するので、同席していただきたいと依頼し、すぐに訪問することとする。</p>	<p>←長女からの情報を聞いて、あなたならどのように考えられますか？</p> <p>認知症が疑われますね。訪問と併行して主治医への状況確認が必要ではないでしょうか。</p> <p>長女から、面識のないケアマネジャーに電話をかけてきた心情などに配慮し、十分に傾聴・受容できるかどうかで、その後の関係に影響がでます。</p>

Sさん宅への訪問

訪問してSさんと長女にお会いする。Sさんは突然のケアマネジャーの訪問に戸惑いをみせるが、長女が隣でケアマネジャーに話している内容をニコニコと聞いていた。話が警察の保護の件や家の片付け、入浴の件になると、長女の否定的な発言に対して反論めいた内容の発言をする。

ケアマネジャーは、Sさんから娘がいると聞いていたが、会うことも話すことも初めてあったが、改めてSさんの状況について知り得たことや長女との関係について何点かの状況が判った。

- ・長女は父親の前妻の子どもであり、Sさんとはあまりうち解けられず、現在はたまに電話をする程度であること。
- ・Sさんは夫の遺族年金で生活しているので、経済的には生活には困らないはずである。
- ・長女がSさんを自宅に連れて帰ってきた時、家の中は散らかっており、部屋のあちこちに現金が落ちていたため、少しだけ整理した。

また、ケアマネジャーはSさんの様子や居室内の様子から以下のような事柄に気が付いた。

- ・Sさんの歩行が少し不安定であり、膝に痛みがあるようである。
- ・本人の様子から入浴ができていないかは不明。
- ・台所の流しは、しばらく使われていないように思われる。きちんと食事を取っているかどうか不明。
- ・テーブルの上に日付の古い薬袋が置いてあり、本人に確認したところ、糖尿病と心臓の薬であるとのこと。最近の受診は、本人は行っていると言うが、いつかは思い出せない様子。

ケアプランの変更

長女からサービスを増やすことにより、このまま一人で生活できるようにしてもらいたいとの再度要請があり、ケアプランを変更することとする。

- ・訪問介護を週3回に増やし、Sさんの見守りを厚くする。
- ・入浴ができていないかどうか判らないため、デイサービスの利用を勧める。本人は知らない場所に行くことに乗り気でなく、家での入浴ができていないとことで導入は見送る。
- ・栄養管理された食事を摂るため配食サービスの導入について、あんしんすこやかセンターに連絡する。

訪問介護事業所への状況確認

ケアマネジャーは事業所に帰り、訪問介護事業所に連絡し、これまでのSさんの状況を確認する。サービス提供責任者からは、担当ヘルパーから最近のSさんの状況を聞き、一度ケアマネジャーに相談をしようと思っていたとのこと。

- ・Sさんは最近物忘れがすすんでおり、財布などを片づけた場所がわからなくなることがある。
- ・本人の状況や洗濯物の量からみて、入浴ができていないのではないかと。
- ・食事の材料を買っているが、使われずに捨てられていたり、腐っていることもある。

主治医への状況確認

Sさんの主治医に最近の受診状況を確認する。

- ・以前も継続した受診を勧めていたが、徐々に受診回数が減り、最近では受診していない。今後、きちんと受診できる体制を整える必要がある。

←この時、あなたならどのような点に注意をして面接しますか？

Sさんは自分の自立性が損なわれつつあることを、受け入れにくい状況にあるようです。Sさんの自立心を傷つけないアプローチが求められます。

長女の気持ちは傾聴できていますが、Sさん自身が話し合いに参加できるように配慮すべきと考えられます。

←なぜ、今までの訪問で気づけなかったのか考えてみましょう？

自宅の状況からも、いろいろな判断材料が出てきました。今後の対応について、大きなイメージを描いてみることで全体像の把握に努めましょう。

←この時まで、あなたはケアプラン変更のイメージを描けていましたか？

長女の要請によるプラン変更ですが、Sさんの希望は確認できていのでしょうか？Sさん自身が納得されるような配慮が必要です。またインフォーマルサービスの活用を検討を行うことも必要です。

←状況確認と併せて、あなたならどのような情報を提供しますか？

事業所からの情報常日頃からのサービス事業者との連携・情報交換は大切です。

長女、サービス提供事業所からの情報から、もう少し綿密にケアプランを検討する事が必要ではないでしょうか。

←状況確認と併せて、あなたならどのような情報を提供しますか？

事例の経緯・サービスの流れ

ポイント

- ・糖尿病及び心疾患の既往歴があり、食事管理等は重要である。
- ・飲み薬を処方したが、きちんと服用できているのかどうか。
- ・散歩などの運動も必要である。

Sさん宅への訪問

サービスの利用状況を確認するため、近くに来たからと言ってSさん宅を訪問する。訪問介護や手すりの使い心地、配食サービスの事などを伺う。

- ・ヘルパーに大事なものを勝手に捨てられた。ヘルパーが買物に行くからすぐにお金がなくなるとヘルパーを疑っている様子である。
- ・配食サービスは、毎日配達してもらえるのでありがたいとのこと。
- ・入浴の件を本人に確認すると、入浴できていると言うが、入っている様子はない。Sさんとの話の中で、以前、風呂場で転倒したことがあるらしい。昔は温泉にもよく行かれたとのこと。

サービス担当者会議の開催

長女にサービス担当者会議への出席の連絡をするも、ケアマネジャーに任せるとのことに参加いただけない。

訪問介護事業所のサービス提供責任者の参加を得て、サービス担当者会議を開催する。

【協議内容】

- ・金銭管理ができていない。財布をなくしたり、色々な場所に現金を置いている。
 - ・ヘルパー訪問日以外に自分で買物に行くことがあるようで、たくさんの食料品が置いていることがある。消費期限を過ぎた惣菜などが食卓に出しっぱなしになっているのでそのつど処分している。
 - ・甘いものや味の濃い料理が好きなので、配食弁当やヘルパーの作った料理は残していることが多い。
 - ・本人がきちんと服薬できているかどうかは確認ができていない。
- 訪問介護事業所からの情報をもとに、ケアプランの組み替えを行う。
- ・広いお風呂が好きといていたので、デイサービスの導入を再度検討。
 - ・薬の処方に関しては、調剤薬局に依頼し、1回分ずつの分包にもらい、ヘルパー訪問時に服薬確認するようにケアプランに組み込む。
 - ・主治医から受診が十分にできていないとのことなので、通院の付き添いをケアプランに組み込む。また、主治医から散歩の必要が言われており、本人は好きなものを買いたいという気持ちがあるようなので、散歩を兼ねてヘルパーと一緒に買物に行くようにする。
 - ・買物のあとは金銭の出し入れについて本人に念を押すようにし、本人が管理していることを認識させる。
 - ・本人が食べたい物を食べるという欲求もあるので、ヘルパーと一緒に調理することも検討する。

なお、今後の検討課題と以下の次項を確認する。

- ・単身で身体的には元気な認知症であるためほっとヘルパーの導入により、一緒に散歩に行く、話し相手になるなども検討する。
- ・今後、自宅でも入浴したいという希望があれば、以前風呂場で転倒したとのことなので、浴室の手すりの設置や福祉用具の活用も視野に入れる。
- ・別居家族はかかわりを避けているようなので、今後認知症が進行した時のことも考えて成年後見等の制度について本人・家族に説明し意向を確認しておく。

主治医に連絡して、状況を確認することはとても大切なことです。医療面からの留意事項をケアプランに反映させることが求められます。

←あなたなら、この時何の目的で訪問をしますか？

ケアプランを変更した状況を確認するため訪問したことは、Sさんが独居という状況から適切な対応と思われます。また、この時に新たな情報を得るために注意することはケアマネジャーに必要な姿勢です。

←Sさんには参加していただく必要はないのでしょうか？

本人、家族が参加できない場合、事前に意向を十分に確認しておくことが必要です。

←あなたなら、担当者会議で何を主題として協議を行いますか？

←Sさんの意向を確認する必要なありませんか？

現在の表面的な問題に対する対応だけでなく、将来的に起こりえる課題も視野に入れ、短期的な目標、中長期的な目標を考える必要があります。

ケアマネジャーの対応についての考察

今回のケースは、普段のケアマネジャーと利用者との関わりのあり方が問われている事例です。特に表面上は何の問題なく経過しているケースについては、利用者の状況変化を見逃しがちになりやすく、日頃の訪問における状況観察やサービスの効果測定を行うモニタリング、サービス提供事業所との連携、介護情報の共有などが大切になります。

本ケースでは、適切なケアマネジメントが行われていないことにより、結果的に本人の状況変化へ対応する対応の遅れや新たな生活ニーズが隠れてしまっています。ケアマネジャーは自己の判断や思いこみにより、利用者やサービス事業者から情報を得る機会を逸しており、十分な情報を得ないままサービスを継続しています。また、主治医に対しても本人の状況変化があるまで状況確認ができていません。本人の介護度が軽度であったり、心身状況が変わらない場合であっても、主治医との連携を図ることは非常に大切なことです。

普段のケアマネジャーと利用者の関わりの中で、利用者との関係を深めていく努力が必要です。その上で、ケアプラン策定時から予防的な視点を持つとともに、中長期の視点を持ってケアマネジメントを行うことが求められます。

専門医からのワンポイントアドバイス

周辺症状(問題行動)徘徊について

徘徊は一般に、仕事に行く、買い物に行く、自分がいるところを自宅と認識できず「家に帰る」など本人の考えや、プライドを持って行っている行為なので、単に制止するだけでは、かえって興奮したり、暴れたりして、より悪い関係を生み出します。一緒に出かけ一回りして帰ることも大変よいことですが、それが難しいようなら、「今日は遅いから、寒いから、一晩泊まってください」などその場に合わせた方便も悪いことではありません。もともと、認知症の方はその人だけの世界を持っていてその中にいます。それに合わせるだけのことですから嘘にはあたりません。

また、常に見張っていることもできませんから、玄関にベルなどの工夫をしたり、住所や名前、電話番号を書いた名札や名刺をうまく持たせるようにしたり、ご近所やよく出かける店などに連絡してもらおうようにあらかじめお願いしておくような徘徊ネットワークを作ることが大切です。

徘徊老人を見つけたら、自尊心を傷つけないように、一言「ご苦労様でした」とねぎらい、安心感を持たせ誘導し、怪我や脱水にも注意してあげましょう。他の問題行動とされる症状も、その原因が周囲の環境やケアにないかを考慮し、また、本人の人となりをよく理解し、一緒に共感してあげることが大切です。

ケアマネジャーの振り返り

今回の事例を基に、日頃のケアマネジャーとしての業務を振り返って見ましょう

利用者との良好な関係づくりを普段から意識していますか。

毎月の訪問を漫然と行うようになっていませんか。

見かけ上で状況変化のない利用者の状況確認を怠っていませんか。

傾聴することの本当の意味が理解できていますか。

普段から主治医と連携が取れるような努力をしていますか。

サービス担当者会議に利用者の参画が得られるような配慮をしていますか。

利用者に関わる関係者が共通の目標を持てるようコンセンサスを図っていますか。

利用者の意向を尊重したケアプランとなっていますか。

表面的な問題解決型のケアプランになっていませんか。

インフォーマルサービスを意識したケアプランとなっていますか。