

主任介護支援専門員フォローアップ研修

平成 22 年 12 月 17 日(金) 10:00 ~ 14:00 仙台国際センター

特定非営利活動法人

宮城県ケアマネジャー協会

980-0014

宮城県仙台市青葉区本町 3 丁目 7-4 宮城県社会福祉会館 4F

TEL 022-716-0716 (月 ~ 木 10:00 ~ 17:00)

FAX 022-716-0717

E メール mcma@par.odn.ne.jp

ホームページ <http://www2.odn.ne.jp/~mcma/>

ケアマネジャーセンター 022-716-0718 (月 ~ 金 10:00 ~ 17:00)

スーパービジョン

スーパービジョンとは、スーパーバイザー（指導する者）とスーパーバイジー（指導を受ける者）との関係間における対人援助法で、対人援助職者が常に専門職としての資質の向上を目指すための教育方法です。

介護支援専門員としてのスーパービジョン

主任介護支援専門員が行うスーパービジョンは、実際の支援場面や事例検討を通して、スーパーバイジーに対して、介護支援専門員としての方法や技法について、自分の見えていないこと、分からないこと、不足していること、間違っていること等について、自分で気づくことを支援することです。

地域包括支援センターの主任介護支援専門員は、介護支援専門員から相談を受けて（相談されて）支援が始まります。依頼なく支援を始める職権はありません。

特定事業所の主任介護支援専門員は、相談を受けて支援が開始する場合と、職責（職権）によって支援が開始する場合があります。

1 管理的機能

スーパーバイジーの能力を把握し、それに見合う業務を担当させるなかで成長をはかれるように管理する。

2 教育的機能

すでに獲得している知識、技術の活用を促す方法を示唆したり、不足している知識を指摘し課題を示す。

3 支持的機能

スーパーバイジーが業務上で出来ていることを認めるとともに、出来ていないことに気づき、取り組もうとする意思を励ます。

主任介護支援専門員

1 地域包括支援センターの基本機能

(1) 地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。

介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付(以下「新予防給付」という。)に関する介護予防ケアマネジメント業務

多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務

高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

2 地域包括支援センターの主任ケアマネ『ケアマネジメント支援』

(1) ケアマネジャーの相談窓口設置

ケアプラン作成技術相談への助言と支援
支援困難事例等への助言と支援

(2) ケアマネジメントのネットワークづくり

ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
医療との連携実践
専門職との連携実践
サービス事業所との連携実践
ボランティア等との連携実践
その他関係機関との連携実践
総合的な連携実践

3 特定事業所加算居宅介護支援事業所の主任ケアマネ

(1) 管理者としての役割

「特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的としています。」を実践します。

公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所
経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督体制

- ・スーパービジョン
- ・事例検討

常勤かつ専従の介護支援専門員の配置

どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制

1 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての役割（支持）

課題を整理し、相談者・職員と一緒に考え、解決方法、解決策を見つけることができるように支援し、気づきと自己解決ができるようにします。

事例研究・検討に、スーパービジョンの手法が使われています。しかし、ケアマネジメントの分野で「気づいてもらう質問」をする場合には、質問すべきことが「体系的に整理されている」必要があります。体系的に整理されていなければ、単なる「思いつき、経験則」にすぎなくなるので、根拠の明らかなアドバイス・問いかけをします。

2 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての要件

（1）関係法令の理解

高齢者福祉・医療等関係法令
介護保険関連法令・運営基準
（居宅介護支援、介護保険施設、居宅介護サービス、地域包括支援）

（2）福祉・医療の基礎知識

高齢・障害者の基礎知識
医療の基礎知識

（3）介護支援の基礎

居宅介護支援（居宅介護支援の手引き）
課題分析項目とスクリーニング

1 健康状態

観察・管理の必要な病気

本人に影響のある、ケアスタッフが観察・管理の必要な病気、3ヶ月の間の入院する原因となった病気も把握します。すでに治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。

主治の医師からの指示や、主治医意見書、診療情報提供書により確認します。

症状

健康や健康状態に影響する症状を把握し、病気や事故の予測、機能低下の原因を探ります。

痛み

痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し、管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また、痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。

医療機器

在宅医療機器（カテーテル、点滴、酸素、嚔等）の管理（自己管理したか、どの程度介助されたか）を把握します。

2 ADL

ADL

利用者本人が、実際に何を自分で行い、何を援助されたかを把握します。

転倒

転倒の危険性を把握します。

3 IADL

IADL

自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。

「現状」は、本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。

「困難度」は、自分一人で行う場合の困難度です。（問題なし、低、中、高・・・等）

4 認知

認知

認知障害があるかどうかを把握します。

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション能力の支障を把握します。

6 社会との関わり

関わり

社会との関わりと適応、社会的活動や役割、毎日の暮らしぶりを把握して対応します。

気分

心理面での支障は、様々な生活障害を伴うため、気分や行動の問題があることを発見把握した対応します。

7 排尿・排便

失禁

排泄の状況ではなく、失禁（漏れている）の状態を把握します。

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創

皮膚の状態を把握します。

9 口腔衛生

口腔ケア

口腔の問題を明らかにします。

1 0 食事摂取

栄養・水分摂取

意図しない体重減少を明らかにします。

1 1 問題行動（行動障害）

行動障害

苦痛の原因となる，同居者を悩ます行動を把握します。

1 2 介護力

介護力

インフォーマルな支援体制を評価します。家族，親戚，友人，近所の人等，定期的だったり，何かあった時に対応している人を把握します。

1 3 居住環境

居住環境

居住環境が危険か，住めなくなっているかを把握します。

1 4 特別な状況

特別な状況

虐待やターミナル等，特別な状況を把握します。

課題分析方法（ケアプラン策定のための課題検討の手引き）

国際障害分類（ICIDH）と国際生活機能分類（ICF）

個人ではない組織的対応

（４）理想・建前ではなく現実的な支援ができる

介護支援と問題解決の経験

介護支援と問題解決の知識

3 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての基本的対応

（１）相談援助者としての基礎知識及び技術『対人援助技術』

ア 受容（受けとめる）

イ 個別化（個人として捉える）

- ウ 非審判的態度（一方的に非難しない）
- エ 意図的な感情表出（感情表現を大切にすゝ）
- オ 統制された情緒関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）
- カ 秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）
- キ 自己決定（自己決定を促して尊重する）

引用：F.ハースティック著「ケースワークの原則」田代不二男・村越芳男訳、〔新訳版〕尾崎新・福田俊子・原田和幸訳

事例検討の方法

1 事例検討の目的を整理する。

- (1) 利用者の問題を解決するのか。
- (2) ケアマネジャーの問題を解決するのか。
- (3) ケアマネジャーとしての専門性・資質の向上（教育，支持）をするのか。
- (4) 居宅介護支援事業所としての質向上を図るのか。

2 事例検討を進める時の主任介護支援専門員の姿勢

- (1) 問題と問題を抱えていることを受け止める。
- (2) 一部の目立った問題に囚われることなく，全体を見る。
- (3) 対人援助の基本を踏まえて対応する。
- (4) 介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割を整理した上で対応する。
 - 居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護報酬Q & Aなど
 - 居宅介護支援の手引き
 - ケアプラン策定のための課題検討の手引き

3 事例検討の進め方の例

- (1) 居宅介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題検討の確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうかを確認検討する。
 - 居宅介護支援の手引きを活用する。
 - ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用する。
- (2) 利用者本人以外の家族の問題や，ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題，心情的問題，関わりに関する問題，介護保険サービス利用で解決できない問題などについて対応する。
 - 問題の具体的状況，問題の対象，問題の原因を明らかにする。
 - 介護保険制度の理念，居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護サービス事業の運営基準，介護報酬Q & Aなどを踏まえて検討する。
 - ケアマネジャー，居宅介護支援事業所，介護サービス事業者，地域包括支援センター，行政等の役割，立ち居地を整理して検討する。
 - 関わりの方法を検討する。

(行動指針の例)

目的の正当性 手段の相当性 適正な手続き

- 1 役割・立場をわきまえて行動します
- 2 正当な目的を持って行動します
- 3 法令を遵守して行動します
- 4 手続きのルールに基づいて行動します
- 5 客観性と判断の根拠を持って行動します
- 6 リスクとその対応策を持って行動します
- 7 自己のモニタリングと評価の仕組みを持って行動します

(緊急介入定義の例)

緊急介入とは、緊急性が非常に高いため、4の手続きを満たさないで介入せざるを得ない場合をいう。

生命が奪われる恐れがある時

身体が傷つけられている、もしくは傷つけられる恐れがある時

自由が奪われている時、もしくは奪われる恐れがある時

名誉・プライバシーが侵害されている、もしくは侵害される恐れがある時

財産が奪われている時、もしくは奪われる恐れがある時

主任介護支援専門員がおこなう支援（スーパービジョン）

記載要領を良く読んで記載してください。

記入者氏名

記入年月日 平成 年 月 日

1 題 名			
2 対 象 者	相談者 ・ 部下 ・ 同僚 ・ その他 ()		
3 支援の方法	a 教える b 助言する c 気づいてもらう d その他 ()	4 対象者の求め	a 答え b 助言(スルアップ) c 振り返り・確認 d 精神的支援 e その他 ()
5 支援の状況（具体的に）			
6 自分が思ったこと，感じたこと			

記 載 要 領

「地域包括支援センターの主任介護支援専門員，特定事業所加算を算定する居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員」ということを意識して，支援の実際でうまくいかなかったこと等を整理してください。

主任介護支援専門員として，どのように考えて対応すれば良いのかを整理しますので，支援の場面を思い出し，できるだけ具体的に書いてください。

- 1 題 名 提出事例の内容がイメージできるような題名を付けます。
- 2 対 象 者 支援した対象者を で囲みます。
- 3 支援の方法 あてはまる方法を で囲みます。(重複可)

地域包括支援センター主任介護支援専門員及び居宅介護支援事業所管理者の役割

相談 主任介護支援専門員として，介護支援専門員やサービス事業所等からの専門的な相談に応じて，支援・助言・指導をする。

管理 主任介護支援専門員として，居宅介護支援の目的・機能に沿った仕事内容の理解，適切な遂行に関して指導・助言をする。

教育 主任介護支援専門員として，介護支援専門員としての専門的な知識や技術，価値観及びその実践に関して指導・助言をする。

支持 主任介護支援専門員として，介護支援専門員の仕事をする上での，悩みや問題，ストレス等を受け止めながら精神的な支援をする。

- 4 対象者の求め あてはまる求めを で囲みます。(重複可)
- 5 支援の状況 相談を受けた時や，後輩・部下等を教育する際に，うまくいかなかったこと，悩んだこと，困ったこと等を出来るだけ具体的に詳しく書きます。
実際の会話のやりとり「 」。」を入れ，気持ちや心情，葛藤の状況が分かるように，自由に書いてください。
- 6 自分が思ったこと，感じたこと
振り返って思うこと，感じたことをありのまま書きます。

長くなる場合は，適宜追加・延長して記載してください。
但し，A4サイズ2ページを限度とします。

困難事例

2010.06.28.jk.

記入者氏名	
-------	--

基本情報

利用者名	様		性別	
			生年月日	年 月 日
住所			電話番号	
受付日時		受付対応者		受付方法
主 訴	【主訴】			
	【本人・家族の要望】 (本人) (家族)			
生活状況	【現在の生活状況, 生活歴等】		【家族の状況】	
日常生活自立度	障害高齢者		認知症高齢者	
介護保険	要介護度() 要支援度()			
医療保険				
生活保護				
身体障害者手帳				
その他手帳等				
課題分析(アセスメント)の理由	初回 認定更新 区分変更 退院 退所 状態の著変 その他()			
特記事項				

(注)利用者個人が特定できないよう,注意して記入して下さい。

困難事例

2010.06.28.jk.

困難の状況

<p>困難の種類</p> <p>困難の対象</p>	<p>病気・難病・ターミナルケア・緩和ケア・行動障害 精神障害・知的障害・介護力・虐待・アルコール 居住環境・経済問題・消費問題・必要以上のクレーム その他()</p> <p>家族・親戚・隣人・知人・民生委員・ケアマネ(自分以外) サービス事業所・病院・行政・地域包括支援センター その他() *該当するものを で囲む。複数可。</p>
<p>困難の状況</p> <p>・経過や対応等を具体的に書きます。</p>	
<p>自分が思ったこと 感じたこと</p>	
<p>その他</p>	

(注)利用者個人が特定できないよう、注意して記入して下さい。

事 例

2010.12.17. 主任介護支援専門員フォローアップ研修

事例 「同僚との話が平行線」

【本人の状況】 Eさん 女性 一人暮らし 認知症

身体的な問題はないが、物忘れが激しく、金銭管理や服薬管理は出来ない。日常生活自立支援事業、毎朝訪問介護、デイサービス週3回利用している。食事については、お金をあまり使わないように質素にしている。デイサービス利用日以外の日は、一日中部屋で探し物をしている。

一日に何回も居宅介護支援事業所に「明日は利用日ですか？明日の朝は迎えに来てくれますか？」と電話が入る。あまりに電話が多いので、自宅を訪ねてみたところ、部屋いっぱい『明日は利用日』と書いたメモが散乱していた。カレンダーにも真っ黒になるくらいにメモが書いてある状況。部屋の鍵も何度も紛失しており、大家や友達を巻き込んで鍵を作り直したり、鍵屋さんに来てもらっている状態。

【担当ケアマネジャーと同僚ケアマネジャーの会話】

同僚ケアマネ：「いつまで一人暮らしを継続させていくの？」

担当ケアマネ：「Eさんは施設には行きたくないだろうし、今の所に居たいのだと思う。」

同僚ケアマネ：「Eさんの気持ちも大切だが、Eさんが適切な判断ができない状態なのだから、周りが決めてあげることも必要なのでは？」

担当ケアマネ：「んー、でも『一人で居たい』と言っているのよね。」

同僚ケアマネ：「あまり認知症が進まないうちにグループホームとか検討しないと、物忘れが進みきってしまったらではEさんが新しい生活に慣れるのが大変だと思うよ。」

担当ケアマネ：「んー、それもそうだけど、もう少し様子を見ていきたい。」

同僚ケアマネ：「冬はストーブも入るし、火の元が危ない。近所の人気が気でないと思うよ。」

担当ケアマネ：「んー、でも辛抱で、あまりストーブ使わないもの。」

いくら話しても、認知症のあるEさんの意向を大切にしていこう方針のようだ。

事例 「不安定な介護者からのクレーム」

H22年4月、他の事業所から依頼を受けてケアマネジャーを引き受けたものの、主介護者がサービス事業所へクレームを次々と出して困惑しているケアマネジャーからの相談。

【概要】Bさん 88歳 女性 要介護4

病名・・認知症，高血圧症，骨粗鬆症，パーキンソン症候群

家族構成・・本人Bさんと次女Rさん（主介護者・56歳・無職）の二人暮らし。

長女・三女は県外居住で，年1回帰省する。

サービス利用状況・・デイサービス週3回，訪問介護週3回（デイサービス利用時），訪問看護週1回，福祉用具レンタル（ベッド・マットレス・手すり）

「デイサービスで職員が強く握るのが青痣になる。」「ヘルパーさんが，手にお湯をかけて火傷をさせた。」「ヘルパーさんが，朝ベッドから起こす時に転ばせた。」という話を主介護者のRさん（次女）が次々とする。担当ケアマネジャーは，何れも受診を勧め，医師からは「高齢でもあり，皮下出血になりやすい。火傷ではない。何かの圧迫だ。」という診断でも，デイサービスや訪問介護事業所には反対の事を話す。ケアマネジャーも数回変更させられていて，ショートステイ利用時には，青痣問題で苦情があり，その後はショートステイ利用もしていない。明らかに介護疲れが見られるので，介護の負担を減らしたいと担当ケアマネジャーが相談しても駄目だった。

担当ケアマネジャーは，「事実と反対の事を平気で言われてどうしたらいいかわからない。本当は担当を代わりたい。このままだと自分が疲れる。」と話している。しかし，こちらからケアマネジャーを代わりたいとは言えない。

包括主任ケアマネ：「半年間ケアマネジャーとして頑張ってきたのね。主介護者の次女Rさんもひとりで介護されていることはどうですか？」

担当ケアマネ：「Rさんが頑張って介護しているのはわかりますが，介護疲れがあり限界だと思います。こちらとしても何とかしたいけど，ショートステイも駄目，デイサービスでも職員は痣の確認を送迎時に必ずチェックをして，そこまでしてくれていることが申し訳ないです。今後この方のケアマネジャーをする自信がありません。」

包括主任ケアマネ：「Rさんは，介護疲れがあるにもかかわらずショートステイを利用しないのは，過去のショートステイ利用時のクレームが思い出される以外にも何か理由があるかもしれないですね。そのあたりを話ししてみたらど

うでしょうか。」

担当ケアマネ：「もう少しRさんと話をしてみます。」

包括主任ケアマネ：「ひとりで抱え込むのではなくて、関係しているサービス事業所とカンファレンスを開き、利用者の状態をつかむ事や、事業所内でも相談をして他のケアマネジャーにも話をしてみる事はどうでしょうか。自分一人だけで担当するのではなく、二人体制という事もあるのではないのでしょうか。」

事例 「利用料金滞納」

家族構成：本人（Aさん 78歳 女性 要介護3）

長男夫婦，孫夫婦，ひ孫2人の7人家族。

主たる介護者は長男。嫁が股関節手術を受け体調がまだ戻らず介護できないため，老健施設に入所するが，利用料金滞納で退所した。その後，在宅での介護は困難な為現在はショートステイ利用中。

事業所と長男との面談

事業所：「滞納が50万円超えてしまいました。どうしてこうなったのでしょうか？」

ケアマネ：「本人の年金額と利用料金は8万円ではほぼ同額ですよね。支払いが難しい理由があるのでしょうか？」

長男：「全部，自分が悪い。これからはしっかり払います。」

事業所：「以前からしっかり払うと話しているけど誠意が感じられません。このような状況では退所もやむを得ません。そこをしっかりと理解してもらいたい。一度に全額は難しいと思うので，せめて未払いがないように支払ってもらいたい。年金額には2ヵ月分，それ以外は1ヵ月分支払って欲しい。」

長男：「分かりました。努力はします。ところでケアマネさん，まだ特養には入所できませんか？」

ケアマネ：「現在は要介護3であり，現在の状況からでは早急な入所は困難と思われます。奥さんの体調が戻り次第，自宅で介護すると話していましたが・・・」

長男：「まだ体調が悪い。だから連れて帰れない・・・」

事業所：「特別養護老人ホームに入るのは問題ないですが，まずしっかり支払ってください。」

長男：「分かりました。」（早々に退席する）

長男の妻との面談

ケアマネ：「料金が滞納している事について，旦那さんとショートステイの管理者さんと話し合いましたが，何かお聞きしていますか？」

長男の妻：「迷惑かけて申し訳ありません。夫がだらしなくて皆に迷惑をかけている。自分がしっかりしていればいいのですが，思うように身体が動かなくて・・・」

ケアマネ：「孫さんにはお話ししましたか？」

長男の妻：「（*泣きながら）息子夫婦（Aさんの孫）には相談できません。以前，夫は大きな借金をして息子夫婦には何百万も負担させてしまった。滞納したのは必ず払いますから，もう少し待ってください。」

ケアマネ：「ご本人のお金の管理は旦那さんが行っているんですか？」

長男の妻：「年金は息子（Aさんの孫）が管理しています。定期的に施設の支払い料金を手渡されているが、夫が何かに使ってしまう。夫には何度も裏切られてしまう。でも、自分ひとりではおばあちゃんにも会いに行けないし、口を出せば『何も出来ないのに口出すな』と怒鳴られる。ちゃんと払わせます。」（*号泣・・・しばらく沈黙）

ケアマネ：「孫さんに相談してみませんか？」

長男の妻：「もう少し待ってください。ちゃんとしますから・・・」

ケアマネ：「分かりました。よろしく願います。」

長男との電話

長男：「この間も心配して家に来てもらったようで。こちらから伺わないといけないのに申し訳ありません。」

ケアマネ：「利用料金についてお話させていただきました。」

長男：「そうですね。申し訳ないです。」

ケアマネ：「今月の支払いの予定は・・・」

長男：「支払ってきます。ところでケアマネさんは元気ですか？」

ケアマネ：「おかげさまで。」

長男：「そうですか。良かったです。それではまた。」（電話を一方的に切る）

事例 「心が触れ合うような関係を持ちたい」

担当ケアマネジャーは、利用者Cさんの自分に対する態度や言葉使いが乱暴で、心が触れ合うような関係をもてないことに悩んでいる。最近はその傾向がますます強くなった。

【概要】Cさん 81歳 男性 独居

担当ケアマネジャーとの関わりは5年。

サービス利用状況・・・訪問介護週2回、住宅改修。

ある日、12月の利用票作成の為確認の電話をすると、「いつもの事がどうしてわからない！」と怒鳴り一方的に電話を切られる。また、別の人（宅配業者？）が何かの用事で押印を求めた事を、担当ケアマネジャーが何度も来て、入浴中の浴室まで入り込んだと思いついて入っている所があり、精神的な変化が見られてきている。

担当ケアマネジャーは、「言葉を選び、自分なりに努力して対応しているのに、良い関係を築けない。担当を外してもらって、別のケアマネジャーに代わってもらえばCさんにとってもいいのではないか。」と話している。

【対応】

現在受けているサービス事業所のサービス責任者に、Cさんから担当ケアマネジャーへの不満や愚痴が聞かれるかを確認する。すると「Cさんは、初対面であろうと町内会長であろうと、誰にでもぞんざいな対応をしている。ケアマネジャーへの不満も言わないが、ヘルパーへ礼を言う事もない。要するに、名指しで批判する事や他人に感謝の意を表明することがないと同時に、いつも怖い顔をして他人を見て、気に入らない事があれば大きな声で怒る事が常時の様子。」と言う。

このような話を受けて、担当ケアマネジャーには、担当を交替しても本人の状況は変わる事もなく、かえって新担当者に軽んじる言葉を発する事になりはしないか。今後はあらゆる思い込みや誤解を予防する為にも、ひとりで訪問せず、ヘルパー訪問時に同行するか、私と一緒に「体調はどう？」とちょっと寄ってみたという形の訪問にしてはどうかと話す。担当ケアマネジャーは、その方向でしばらく様子を見ていこうと納得してくれた。

しかし、これはあくまでも、“難しい人”への対処であり、担当ケアマネジャーが求める“心の触れ合う繋がり”には程遠い状況と思われる。

事例 「周囲からの援助がもらえない・・・」

【概要】Dさん 87歳 女性 要介護1 認知度

家族構成・・・孫娘34歳（精神疾患，てんかん），孫息子（知的障害）

3人共年金受給者

Dさんが眼科手術後1日8回の点眼が必要になった。訪問介護で対応しようと計画したが，要介護1で自己負担がかさむ為，Dさんに説明し，本家とも相談し，当時別居していた孫娘を呼び寄せ，点眼の役割をお願いした。孫娘は訪問介護員の資格があると言って積極的に関わってくれていたが，自分の意思が通らない時（食事の内容，お金を貸してもらえない等）はてんかんの発作を起こし，救急車の要請が度々起こるようになった。点眼の役目は約2ヶ月で終わった。

孫娘は，弟（Dさんの孫息子）からお金を借り，しまいにはDさんの入浴中に衣服のポケットのお金に手を出すようになっていた。孫娘は大学病院に通っていた為，その相談員に電話し現在の状況を説明した。精神疾患のある人向けのグループホームの申請書も提出した。また，自宅に生活支援の為の訪問介護員の派遣をお願いした。それに対しても孫娘は何かと理由をつけて断る事が多くなってきていた。「盗った」「盗らない」から始まり，Dさんの心労が絶えなくなってきた，引き離す意味もあり短期入所を1週間ずつ2回利用した事もあるが，Dさんは必要のない利用料を払う事になり，それも利用できなくなっていた。孫息子に関わってくれる担当者に相談すると，孫娘に出て行ってもらう事が最良と助言がある。現在は，Dさんに対して週2回自宅で入浴介助，2ヶ月に1回通院介助，月曜日から土曜日までの夕方に1時間訪問し家事援助を行っている。

Dさんには，Dさんはもちろんのこと，孫たちの施設入所についての考えを伺ってみたが納得できないでいる。孫娘に対しては「こんな子を見た事がない。」と言いながらも，時折であるが「孫たちが不憫だ。」と話す事も多くなった。訪問介護員からは，耳の聞こえが悪くなったのか，認知症の為か，話が食い違うし，自分の用事が終わるとさっさと電話も切ってしまうと報告がある。しっかりしているので，入所の話も聞きたくないのかと思われる。本人から相談を受けているのではないが，このような場合はどうすればいいのか困っている。

事例 『アルコール』 基本情報

利用者名	栗原 P 男さん	性別	男	生年月日	昭和10年 1月 1日
住 所				電話番号	
主 訴	【相談内容】 ・身の回りのことをしてほしい				
	【本人・家族の意向】 ・特になし				
生活状況	【性格・職業等】 ・温和な性格 ・N県生まれ。22歳の時に本市に転居,一度結婚をした。妻がスナックをやっており,本人は働いていなかった。ギャンブル好きで2度目の妻とも離婚。酒が好きで働かず一日中酒を飲んで過ごしていた。 ・H15年頃から生活保護を受けることとなり,現在のアパートに引っ越した			【家族の状況】 ・一人暮らし ・離婚し,子供はいるが現在は関わりがない。元妻はA病院へ入院中。 ・娘は精神疾患のため遠方施設に入所。 ・実妹がいるが関わりを拒否。	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A 2		認知症高者者の日常生活自立度	b
居住環境等	・アパートの2階に住んでいる。				
サービスを決定する人	本人				

栗原P男さんのこれまでの経過

平成21年3月、脊椎圧迫骨折で入院する前は家のことは全て自分で行っていた。自宅付近にコンビニがあるため買い物にも行くことができ、生活上困ることはなかった。年齢とともに外出の頻度は減ってきており、家の中でお酒を飲んで寝たり起きたりして過ごすことが多くなっていた。

骨折後、痛みと筋力の低下のために長距離の歩行が困難となった。それまで自分でできていた生活動作ができなくなり、介護保険の申請を行い、退院時からヘルパーの利用（調理・掃除・買い物・洗濯等の生活援助）を開始した。

要介護2の認定がおりたため、外出・入浴目的でデイサービスの利用を開始した。何とか一人で買い物に行けるくらいまでに生活動作が回復した。

お酒が好きで毎日1リットルくらいのビール・焼酎を飲んでおり、その影響かほぼ毎日下痢。またアルコールによる影響か、物盗られ妄想やサービス利用日がわからないなどの症状があった。

平成21年6月、ヘルパー訪問中に冷汗・腹痛・血便があり近医受診。呼吸状態の悪化もみられS病院へ入院。間質性肺炎との診断を受け、点滴加療後軽快。その際、CTで総胆管結石・胆石が見つかったが、自覚症状に乏しく病気の理解もできなかったため、近医で定期観察とフォローを受けるとして退院。禁酒と定期的な状態観察・受診が必要となった。

退院後も禁酒はできず、隣人に酒を買ってきてもらっては酒を飲み、酔ったままデイサービスへ行ったり、下痢・腹痛で動けなくなったりを繰り返していた。受診を促しても定期受診はできず、本人の下痢・腹痛がひどい時にヘルパーの付き添いで受診をする程度であった。（2ヶ月に1度くらいのペースだが不定期）

平成22年2月、泥酔し自宅で転倒。痛みのため起き上がることもできず近医受診。骨折の疑いがあるとして総合病院整形外科を紹介され受診。肋骨にひびが入っていると診断されたが、コルセットをつける・湿布を貼る等の対症療法のみで帰宅した。

痛みが強く、起き上がりや自宅内での移動も困難で便失禁・尿失禁がみられた。自宅でもほとんどの時間を寝て過ごすようになり今まで自分で実施していた食事のセッティングや後片付け、汚れた下着の取替え等もできなくなったため、ヘルパーの生活援助を追加。

階段昇降時に痛みが強いことと、下痢による体力の低下とが重なり、デイサービスを休むことが多くなってきた。(自宅にはお風呂がないためデイサービスで入浴していた) 飲酒は相変わらずで隣人に頼んでは酒を買ってきてもらい飲んでいた。鎮痛剤は処方されていなかったのもので、お酒で痛みを紛らわせているようでもあった。

平成22年5月、腹痛が強くなり耐えられず、隣人に救急車を呼んでもらいS病院へ緊急受診。飲酒があったためか精査できず帰宅。3日後同症状で再度救急搬送されたが、入院にはならず帰宅した。食欲低下と体重減少、下痢による体力の低下、腹痛の増強等により胆石の悪化が予想されたため、本人の同意を得て、肝・胆検査のため近医を受診。その後精査のため総合病院でMRIをとり、手術が必要なレベルとの診断を受けた。

現 状

平成22年5月中旬

自宅訪問。ヘルパーより「朝食代わりにビールを飲んでおり、下痢もしているようだ」との報告があり様子をみに行く。真っ赤な顔で布団に寝ている。バケツの中には便で汚れたズボンが入っている。

(T:本人, C:ケアマネジャー)

* 脳梗塞・脳出血等の既往はないが、動きが緩慢で呂律がまわらず、はっきりと喋ることができないためコミュニケーションがとりづらい。

C:「お腹が痛いんですか? ご飯は食べましたか?」「どこが痛いんですか? 転んだ所ですか?」

T:「痛くてたまらん」

* 言葉ははっきりしないが何とか聞き取れる。お腹をさすっているので、お腹の痛みと思われた。

C:「ヘルパーさんが来てくれる時はいいけど、来ない時はご飯も食べられませんね・・・一人にいる時にお腹が痛くなったらどうしましょうね・・・隣人は呼ぶと来てくれますか?」

T:「・・・救急車で病院に行った」「痛いし(体調が)悪い」

C:「隣の人から電話をいただきました。痛いと言って苦しんでいるから救急車で病院に行ったと教えていただきました。一人で家にいると痛くなった時困りますね。デイサービスには行きませんか? お風呂も入っていませんよね。」

* デイサービスの利用を促してみる。一人で家に居ることに不都合がないか、不安はないか本人の気持ちを確認してみる。

T : 「動けん」「風呂はいいよ」

C : 「階段下りるのが辛いですか？ちゃんと玄関まで迎えに来てくれますよ。」

T : 「・・・痛い。いいよ。」首を横に振る。

* 階段昇降で痛みが増強するのか、腹痛のため動きたくないのかはわからない。デイサービス利用時は禁酒を守ってもらうよう言っているため、酒が飲めないのがデイサービスを利用したくないのか？意向ははっきりしない。

C : 「お酒飲んじゃだめだって先生に言われてますよね。やめられそうですか？」

T : 「・・・」(苦笑している。)

C : 「下痢も治らないし、お腹痛いのも治らないし、胆石もあるから、ひどくなってしまうかもしれません・・・Tさん痩せたようですね。」

T : 「そうだね」

C : 「病院に行って診てもらおうようにしませんか？」

T : 「そうだね。いいね。」

C : 「ちゃんと病気を治しましょう。誰かがいつもいてくれると安心ですよ。」

T : 「そうだね。いいね。」

布団から起きようとはせず、寝たまま話す。痛みが強くなることに関して本人の中に不安があることが少なくともあることが感じられた。痛みは腹痛(結石)が主と思われるが、骨折後の痛みもある様子。動かないことによる廃用性の筋力低下もあり、歩行が困難となってきた。自宅内でも食事以外はほとんど寝ている。トイレへは這って移動している。飲酒はやめることができず、痛みを紛らわすために飲んでいるとも考えられたが、本人から「痛みに対してどう対処しているか」については聞いていない。

過度の飲酒による下痢、それによる体力の低下が著明となっている。自宅にお風呂がないので、清潔に対するケアが必要であるが、本人は必要とっていないようだ。便失禁・尿失禁もあり、不潔な環境となっているため、掃除・洗濯のケアを増やしていく必要があると思われる。お酒のせい認知症による理解力の低下かはわからないが、病気について説明しても理解ができないようであった。禁酒についても必要性の理解が乏しい。

胆石・総胆管結石があり、閉塞性短肝炎による黄疸・発熱等の重篤症状がいつ現れるかわからない状態である。自宅に居ては、定期観察・受診もできず、日常生活上の注意も守れないため、施設利用か入院しての治療が必要であると思われるが、どうしたものか...

栗原 P 男さんの詳細情報

平成 22 年 8 月 1 日現在

<p>1 健康状態</p> <p>(1) 観察・管理の必要な病気</p> <p>(2) 症状 身体症状 精神症状</p> <p>(3) 痛み</p> <p>(4) 病状の変化</p> <p>(5) 医療機器</p> <p>(6) 保健予防</p> <p>(7) 健康生活</p> <p>(8) 予定されたケア・治療の順守意向</p>	<p>50 代の時に胃癌 (?) のため胃切除</p> <p>平成 21 年 3 月に階段から転落して、脊椎圧迫骨折し治癒はしただ腰痛はある</p> <p>平成 22 年に泥酔による転倒で肋骨にひび。痛みはあるが、保存的な治療を行っている</p> <p>胆石・総胆管結石あり、総胆管にある石を内視鏡的に取る必要と胆嚢切除したほうがよいとの診断で、現在治療について検討中</p> <p>下痢、腹痛がある</p> <p>平成 21 年 3 月に物盗られ妄想がみられた</p> <p>腰痛・腹痛があり、寝返り・起き上がり時に痛みがある。立つことで更に痛みが強くなるため、室内は這って移動。起きている時間は食事時のみ。鎮痛剤の利用はない。痛みに対しては湿布のみ。ひびに関して治療は終了している。</p> <p>下痢による腹痛か胆石による痛みの判断が難しいため、対症療法をして止瀉薬と整腸剤が処方されている。</p> <p>転倒による腰痛の悪化、飲酒による下痢、胆石による腹痛・背部痛がある</p> <p>使用していない</p> <p>定期受診が必要だが自分からは受診しようと思わない</p> <p>飲酒は、主治医より制限するように言われているが、ほぼ毎日飲酒している</p> <p>自分では薬の内容がわからないので飲めない 一回分を用意しておいても飲むことを忘れるのか飲めていない (本人) . . . (家族)</p>
<p>2 ADL</p> <p>(1) 寝返り</p> <p>(2) 起き上がり</p> <p>(3) 乗り移り</p> <p>(4) 家の中の移動</p>	<p>何とか時間をかけて自分で行える</p> <p>痛みが強いが何とか自分で身体を起こすことはできる</p> <p>立ち上がりは何かにつまれば可能だが、苦痛表情あり</p> <p>立位バランスは悪く、片足立ちは困難</p> <p>壁伝い・家具伝い歩行、もしくは這って移動している</p> <p>歩行はかなり不安定でふらつきがあり、室内での転倒も何度かあ</p>

<p>(5) 屋外の移動</p> <p>(6) 上半身の更衣</p> <p>(7) 下半身の更衣</p> <p>(8) 食事</p> <p>(9) 排泄</p> <p>(10) 整容</p> <p>(11) 入浴</p> <p>((12) ADLの低下</p> <p>(13) 活動・健康増進</p> <p>(14) 自立度改善の可能性</p> <p>(15) 要介護状態の変化</p> <p>(16) 転倒</p> <p>意向</p>	<p>る</p> <p>歩行は不安定だが杖は使用していない</p> <p>受診時はタクシーを利用し，ヘルパーが乗降介助を行っている</p> <p>院内受診時は車椅子を使用している</p> <p>一人で可能だが，苦痛表情はある</p> <p>ズボンの上げ下ろし時は，立位が不安定なため見守りが必要</p> <p>立ちながら自分でズボンを上げるなど，2つの動作を一緒に行うことができない</p> <p>食べこぼしはあるが，箸を使用して自分で食べている</p> <p>自宅トイレは洋式。移動に時間がかかり間に合わないので便・尿失禁がある。便意・尿意はある。</p> <p>ここ1ヶ月は行っていない</p> <p>自宅にはお風呂場がないので，自宅では入浴できない。ここ1ヶ月は入浴していない。以前は週3回デイサービスで入浴しており，自分で洗身・洗髪はできていた。お風呂は好き。</p> <p>全体的にADLの低下がみられる</p> <p>外出は受診時のみで，院内は車椅子を使用している。車の乗降介助を行っている。</p> <p>自宅はアパートの2階にあり，10数段の階段がある。一人では痛みのため階段昇降は不可能で，片側から支える介助を行っている。</p> <p>不明</p> <p>痛みによる活動性の低下，下痢による失禁，体力の低下が著明</p> <p>平成22年2月の転倒，4月にも自宅内で転倒している（ともに飲酒時）</p> <p>（本人）・・・</p> <p>（家族）</p>
<p>3 IADL</p> <p>(1) 炊事</p> <p>(2) 家事一般(掃除・洗濯・整理等)</p> <p>(3) 金銭管理</p>	<p>本人が行なうことは困難。週5回ヘルパーが調理を行っている。ご飯は一回に3合程度炊いて保存。週末は近所の人に頼んで弁当を買ってきてもらっている。</p> <p>本人が行なうことは困難。掃除・洗濯はヘルパーが訪問時適宜行っている。</p> <p>管理は自分で行っているが，支払い・計算は難しい。お金を袋に入れて常時持っており，買い物時はヘルパーに渡して買って来て</p>

<p>(4)薬の管理</p> <p>(5)電話使用</p> <p>(6)買い物</p> <p>(7)交通手段の利用</p> <p>(8)薬</p> <p>意向</p>	<p>もらっている。</p> <p>自分では薬の内容がわからないので飲めない</p> <p>一回分を用意しておいても飲むことを忘れるのか飲んでいない</p> <p>電話を受けたり掛けたりの動作ができなくなった（ADLの悪化により動けなくなったため）以前は自分で掛けることもあったが、今は自分で掛けることもなくなった。認知の問題もあり、掛けてきた人を認識することができない様子。また言葉が不明瞭なため用件を聞き取るのは難しい。</p> <p>隣人がヘルパーが行っている</p> <p>タクシーに乗る際に介助が必要</p> <p>服薬状況（別表）</p> <p>（本人）・・・</p> <p>（家族）</p>
<p>4 認知</p> <p>(1)記憶</p> <p>短期記憶</p> <p>手続き記憶</p> <p>日常生活の判断</p> <p>記憶・判断力の低下</p> <p>(2)せん妄</p> <p>意向</p>	<p>デイサービス利用日をカレンダーに記載しておいても忘れてしまう。日にちに対する失見当識がある。</p> <p>日常生活の中での動作は手順をふんで行うことができる</p> <p>一日の日課については理解している</p> <p>意思決定能力は特別な場合をのぞけば問題はない</p> <p>自分の名前を書くことはできるが、文章を書くことはできない</p> <p>人の名前・顔は覚えられない様だが何度か訪問しているヘルパー・ケアマネについては理解している様である</p> <p>記銘力の低下がある</p> <p>一時的な錯乱状態はない</p> <p>（本人）・・・</p> <p>（家族）</p>
<p>5 コミュニケーション能力</p> <p>(1)聴覚</p> <p>(2)相手に理解させること</p> <p>(3)相手を理解すること</p>	<p>通常の声の大きさを会話を行っている</p> <p>構音障害はないが、発音が不明瞭である。短い単語でなら伝えることができるが、長文は時々伝わらないことがある。</p> <p>質問の意味や会話内容は簡単なことであれば、噛み砕けば理解は可能。返答までに時間がかかる。返答の内容が、質問と合わないことがある。理解できない内容の時は、返答しないことが多い。</p>

<p>(4)コミュニケーション能力の低下</p> <p>(5)視覚</p> <p>意向</p>	<p>なし</p> <p>日常生活上問題はない</p> <p>新聞や本は読まない。テレビを見るのにはさしつかえない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>6 社会との関わり</p> <p>(1)関わり</p> <p>(2)気分</p> <p>意向</p>	<p>同アパートの住人が気にして様子を見に来てくれ、コンビニでお弁当やお酒を買って来てくれる。(手数料は支払う)</p> <p>本人は世話になってはいるが、信頼はしていないので、いつも「お金を盗まれる・盗られる」という気持ちがある。</p> <p>緊急時には救急車を呼んでくれたり、ケアマネジャーやヘルパーに連絡してくれたりする。</p> <p>家族はなく、同アパートの住人以外には来訪者はいない。</p> <p>時々興奮したりして怒り出すことがあるが、暴力をふるうことはない。もともとは温和な性格である。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>7 排尿・排便</p> <p>(1)尿失禁</p> <p>(2)おむつ使用</p> <p>(3)便失禁</p> <p>意向</p>	<p>移動動作に時間がかかるので毎回尿失禁している。尿意はあるが我慢できない。</p> <p>リハビリパンツの使用をすすめるが自分でとってしまう。普通の下着をつけている。</p> <p>水様下痢便。便意はあるが我慢できない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>8 褥瘡・皮膚の問題</p> <p>意向</p>	<p>皮膚トラブルはない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>9 口腔衛生</p>	<p>歯磨きはいっさいしないが、虫歯等はない。今のところ問題はない。</p> <p>(本人)・・・</p> <p>(家族)</p>
<p>10 食事摂取</p>	<p>一日3食摂れていない。おなかが空いた時に食べる。栄養バランスはとれていない。ここ1ヶ月の間に体重減少がある。(5キロ程度)</p>

意向	(本人)・・・ (家族)
11 問題行動(行動障害) (1)行動障害 徘徊 乱暴な言葉・行動 混乱させる行動 ケアの拒否抵抗 行動障害の悪化 (2)向精神薬 意向	なし 時々興奮したり怒り出すことがあるが暴力をふるうことはない 飲酒 なし なし なし なし なし (本人) (家族)
12 介護力 (1)介護者 (2)介護負担・ストレス 意向	家族はいない 同アパートの住人が買い物・緊急時の電話対応等は行ってくれる (本人)・・・ (家族)
13 居住環境 意向	玄関の鍵はつぶれておりかからない 外に出るまで階段があるが(アパートの2階),一人での階段昇降は難しい (本人)・・・ (家族)
14 特別な状況 意向	室内は便・尿の失禁があるため汚染されている (本人)・・・ (家族)
その他 意向	市の高齢者福祉サービス「福祉電話」を利用している 生活福祉課のワーカーの訪問はない 生活保護のため月10万程度一月にもらっている。お酒と食べ物を買う以外,無駄使いはしていない (本人)・・・ (家族)

(別表)服薬状況

薬剤名	量	効能
酸化マグネシウム	1×3	便通を良くする薬
ガスターD	1×2	胃酸の分泌を抑える薬
ビオスリー	1×3	整腸剤
頓服でロペミン		下痢止め