

## 事例 14

# 在宅生活の継続が困難と思われる老々介護

## 困難と考えられる理由

<本人の状況>

認知症

<家族・世帯の状況>

キーパーソンの不在

老々介護

要介護5の妻、要介護1の夫の二人暮らし。

妻は一日のほとんどが眠っている状態。

食事、排泄・排便、入浴全てにおいて介助を必要とする。入院中の病院でも施設の入所を勧められるが、夫との在宅生活を望んでいたため帰宅が叶う。

しかし、介護者である夫も86歳という高齢で、自分自身の通院もままならないでいる。

目が離せない、老々介護の典型的夫婦。

## 夫婦の情報

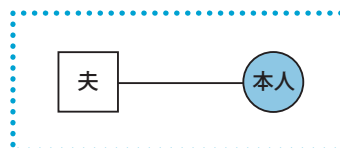
### 妻（本人）

- <年齢> 83歳      <設定> 要介護5  
<病気> 脱肛手術後高血圧、慢性関節リウマチ、認知症  
<ADL> 全介助  
・食事：ベットの上で食べさせてもらっている。  
・排泄、排便：おむつ  
会話  
・日にち、状況が理解不可能。  
・短い会話ならば可能。  
<経済状況> 夫の厚生年金  
<本人の意向>  
● 家に戻りたい。やっぱり家がいい。

### 夫

- <年齢> 86歳      <設定> 要介護1  
<病気> 軽度の認知症  
<ADL> 自立  
<経済状況> 厚生年金  
<本人の意向>  
● サービスを使いながら頑張りたい。

## 家族の状況および居住環境

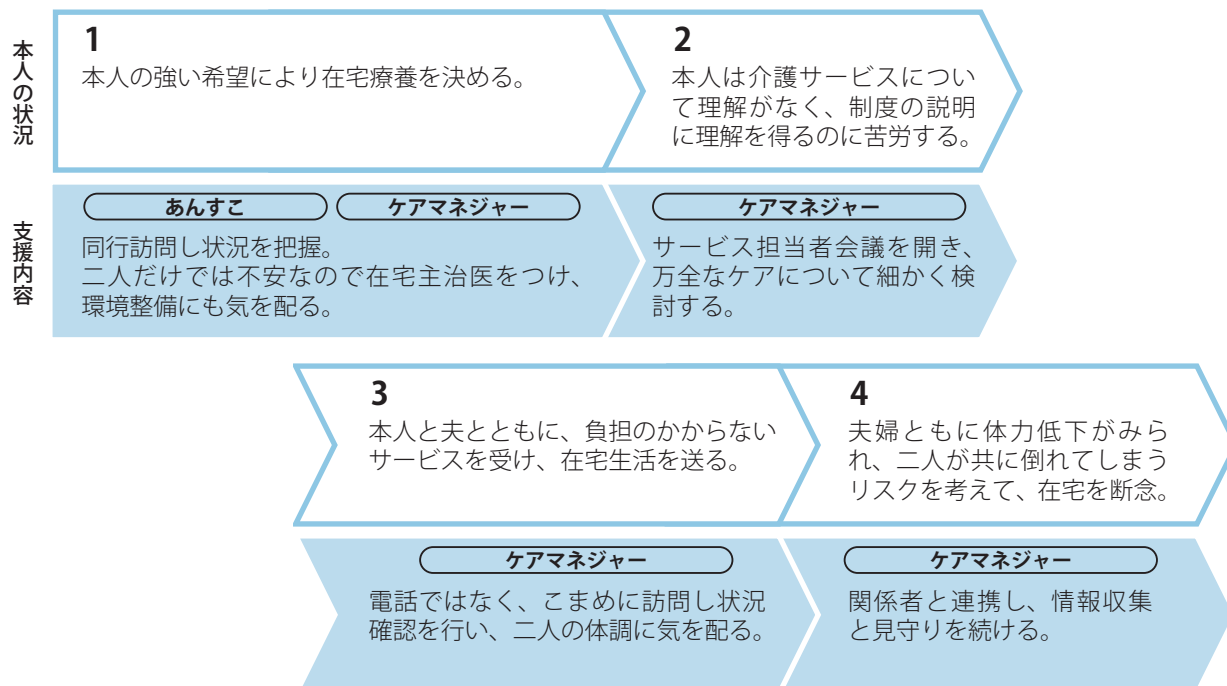


- 夫と二人暮らし
- 子供なし
- 戸建に居住

### <生活状況>

- 夫の支えのもと生活している。しかし、その夫も服薬管理ができず、支援が必要。
- 家の中も決して衛生的ではない。

## 本人の目標と支援内容



### ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 短期間ではあるが、年末年始だけでも家で過ごすことができれば、と思い支援を開始。
- 介護保険で補えない部分については、家政婦のサービスを利用することも考慮する。
- 本人は制度の理解がなく、「何をしてくれる人なのか。何のために来る人なのか」が全くわからず不安そうだった。
- 将来のことが展望できず、こちらが提案しても受け入れられないことが多い。
- 本人の環境整備にも気をくばる。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ 認知症の方との連絡は、電話での勘違いを防ぐため、「訪問して相談」することを心がける。
- ◎ 相談に乗りやすいように、事業者と一緒に訪問したり、ドクターの往診時に同席したりと、相談しやすい環境作りのために色々な場面を活用する。
- ◎ 共倒れのリスクをご主人と話し合い、共有できるまでにしてどの様なサービスが必要なのか共に考える。
- ◎ 認知症同士での老々介護の場合、夫婦が混乱しないように、過度なサービス導入で問題を解決しようとせず、シンプルでわかりやすいサービスを適切に組み合わせる。
- ◎ 本人の意思確認は、十分に考える時間を作り、即答を求めないようにする。

## 事例 15

# 近隣に暴言・暴力を繰り返す老夫婦

### 困難と考えられる理由

<本人の状況>

認知症

精神疾患

<家族・世帯の状況>

老々介護

高齢で共にアルツハイマー型の認知症の夫婦。

近隣に度重なる暴言や暴力を行うことでトラブルが絶えない。周囲はこの夫婦に不安を感じている。

自宅訪問をしたところ、夫婦共に記憶がはっきりせず、年齢も答えられず、同じ話をくりかえす。

また、被害妄想があり、他人を泥棒扱いする。

近隣による警察通報後、24条<sup>※1</sup>で病院の措置入院となり、関わるきっかけとなる。

※1 精神保健福祉法第 24 条のこと。

警察官が精神障害で自傷・他害のおそれのある者を発見したとき、保健所長を通じて知事に通報する義務がある。

### 夫婦の情報

#### 夫(本人)

<年齢> 84 歳 <設定> 要介護 2

<病気> アルツハイマー型認知症、ヘルニア、高度難聴

<ADL> 円背あり、杖歩行で外出可、電車、バス利用可。

<本人の意向>

- 妻と二人で安心して自宅で過ごしたい。

#### 妻(本人)

<年齢> 80 歳 <設定> 要介護 3

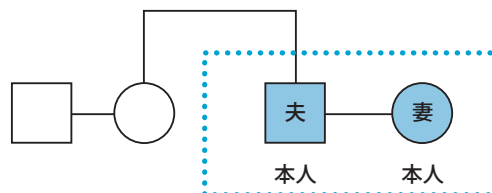
<病気> アルツハイマー型認知症、高血圧

<ADL> 歩行は可、夫と二人で電車、バスの利用可。

<本人の意向>

- 自宅で夫と二人で過ごしたい。

### 家族の状況および居住環境

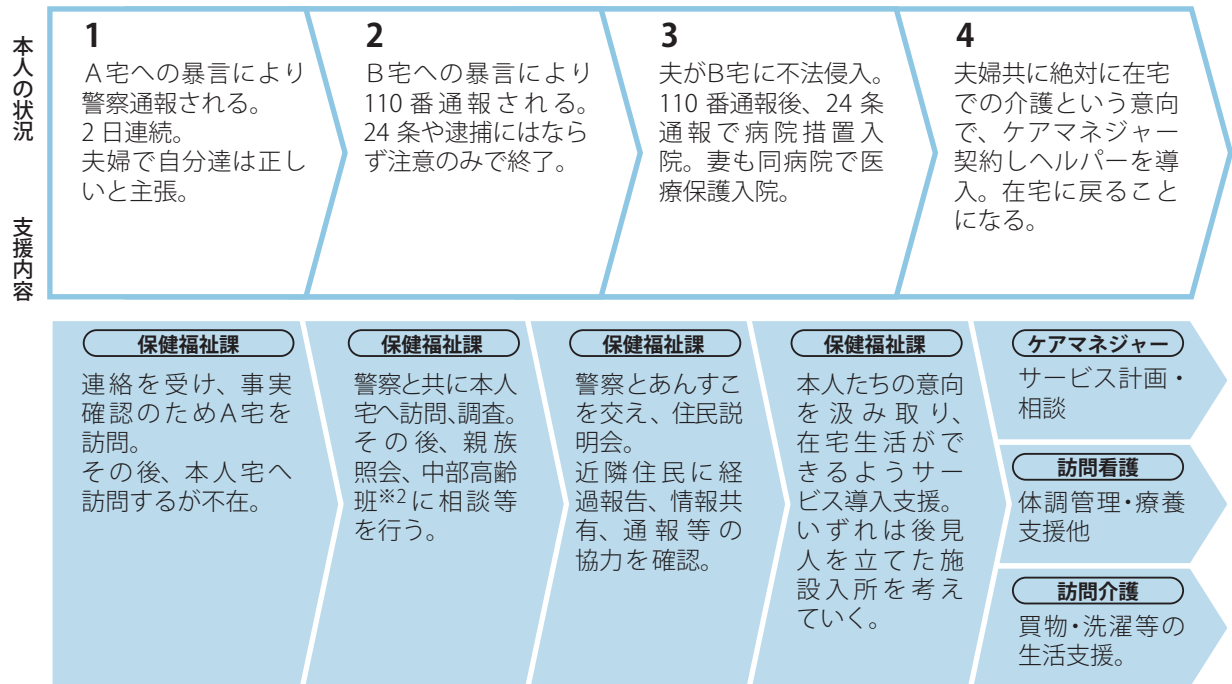


- 夫婦二人暮らし
- 夫婦の密着、依存は強い
- 戸建に居住
- 親族とも疎遠

<生活状況>

- 室内は乱雑。
- 近所の人との関わりは自分が必要な時のみ。
- 買い物、食事は夫婦一緒であればできる。

## 本人(夫妻)の状況と支援内容



※2 東京都立中部総合精神保健福祉センターによる高齢者精神医療相談班のことであり、認知症の疑われる高齢者を適切な医療や介護サービス等に結びつけることを目的とした都の事業。



### ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 夫婦が第三者であるケアマネジャーを受け入れてくれるかが、大きな課題となる。
- 制度や介護サービスの役割等をよく理解してもらうことが必要だが、かなり難しいであろう。
- 本人たちの精神状態、病気の状態を理解した上での対応を心がける。
- 近隣住民と区との連携のもと、本人達を見守っていきたい。
- いずれは後見人等が必要となるであろう。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ 「仲の良い夫婦」ということを強みとして、対応に心がける。
- ◎ 支援者に悪意はなく、「支援するため」に訪問していることを繰り返し伝える。
- ◎ 生活歴や職歴を聞くことで対話を増やし、「尊重している」という気持ちを伝える。
- ◎ 保健福祉課、あんしんすこやかセンター、警察等、関係機関と連携をとり、近隣住民にも理解と協力を得て見守り体制を確立する。

## 事例 16

# 病気や障害を抱えて支え合う介護家族

### 困難と考えられる理由

<本人の状況>

医療ニーズ

難病

<家族・世帯の状況>

経済的困窮

現在、夫と二人息子との四人暮らし。夫には持病があり、息子もそれぞれに障害や難病を抱えている。家族それぞれが分担しながら何とか介護を続けている状態。

本人は、複数の難病を持つが、気丈な性格から自分の病気を認めようとせず、無理をして頑張り過ぎてしまう。

本人と家族を支えるための多岐にわたる制度を理解できるようにし、その仕組みを取り込んだ支援につなげていきたいが、困難を感じる。

### 本人の情報

<年齢> 60歳

<性別> 女性

<設定> 要介護3

<病気> 神経難病、膠原病、パーキンソン病

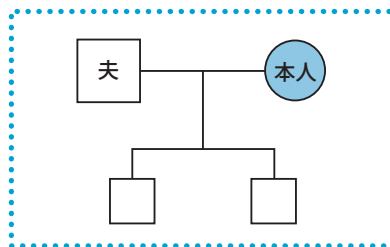
<ADL> 室内はつかまって移動できる。階段は二人介助 トイレ自立。

<経済状況> 生活保護受給

<本人の意向>

- 家族のまとまりを大切にし、妻、母という役割を持ち続けていきたい。
- 在宅で過ごしたい。

### 家族の状況および居住環境

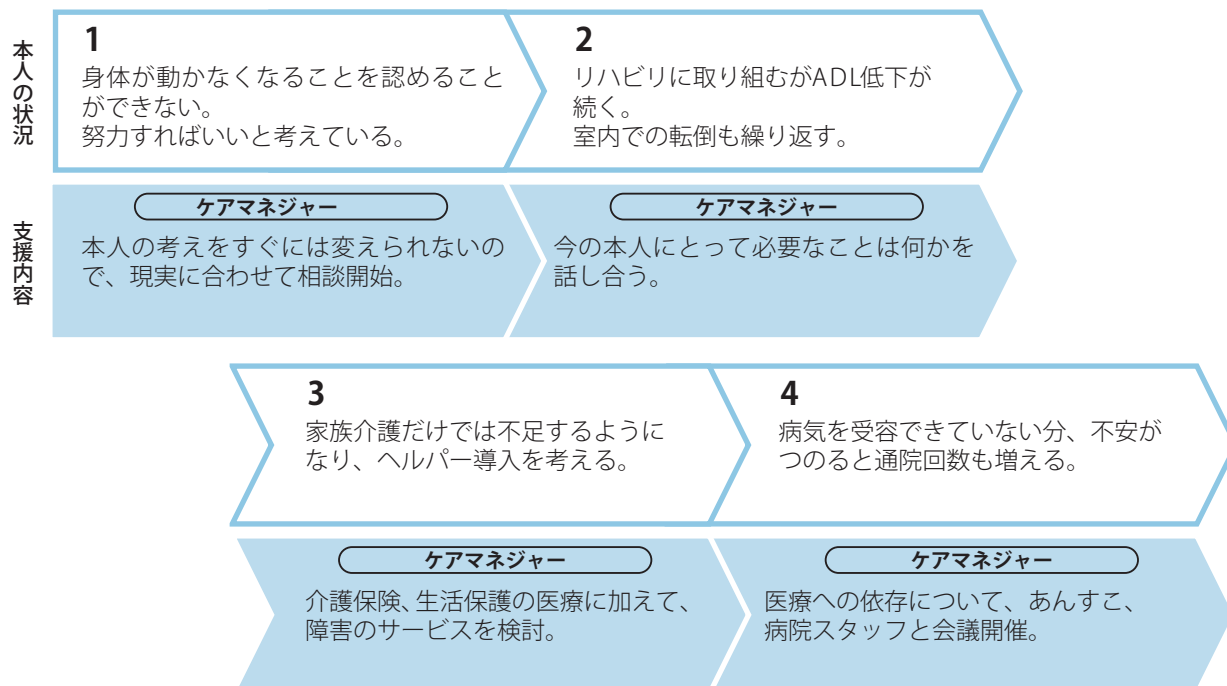


- 夫と息子の四人暮らし
- 夫は心臓に持病、二人の息子は身体障害と難病。
- 集合住宅に居住（エレベーター無し）

<生活状況>

- 本人はほとんど室内で過ごす。外出は通院、買い物、銀行等で、夫や息子が介助。
- 家族みんなが協力し合っている。

## 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

- 本人は頑張り屋なので、なかなか障害や病気を受容できないでいる。
- 生活保護、介護保険の2号、障害、難病と利用できる制度がいくつかあり、サービスごとにどの制度が優先かを確認することが必要と思われる。
- 本人も家族も一生懸命取り組んでいるが、有効な取り組みになっていないように思える部分もあるので、家族介護でサービスの効果的な組み合わせについての検討も必要。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ 多くの制度を正しく利用し、このことを通じて本人、家族に自分達を取り巻く環境を理解してもらう。
- ◎ 母・妻という役割を果たしたいという本人の気持ちを受けとめる。
- ◎ 本人の価値観や悩みを理解するよう努める。
- ◎ 本人の感情や考えを受け止めることで、現状認識について本人と支援者で共有する。

## 事例 17

# 家族の構成員それぞれに支援が必要な世帯

### 困難と考えられる理由

<本人の状況>

<家族・世帯の状況>

精神疾患

老々介護

虐待

障害をもつ二人の子供と夫との四人暮らし。

長女は知的障害があり、長男も精神不穏状態で家で暴れることが日常化してきている。

母親として長女の世話をし、家事をこなしてきたが、大腿部骨の骨折により、立位歩行が困難で無理のできない状態となった。

夫も要介護2。

精神障害のある長男は、他人に対する拒否感と支配的態度が強く、夫婦は長男にかなり気を遣いながら生活をしている。

本人は長男の暴力で入院。骨折の原因も長男が暴れた時のものであった。

### 本人の情報

<年齢> 80歳

<性別> 女性

<設定> 要介護2

<病気> 右大腿部頸部骨折、脊椎圧迫骨折、  
高血圧

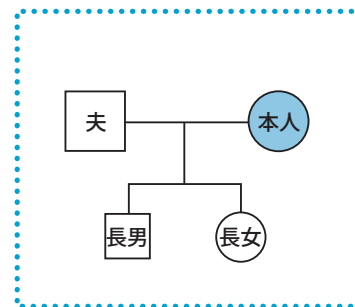
<ADL> つかまって立位歩行がやっとの状態。

<経済状況> 夫の年金

<本人の意向>

- 少し前までは元気であったが、骨折で入院してから不自由になり、しばらくは介護保険サービスの回数を増やしてほしい。

### 家族の状況および居住環境

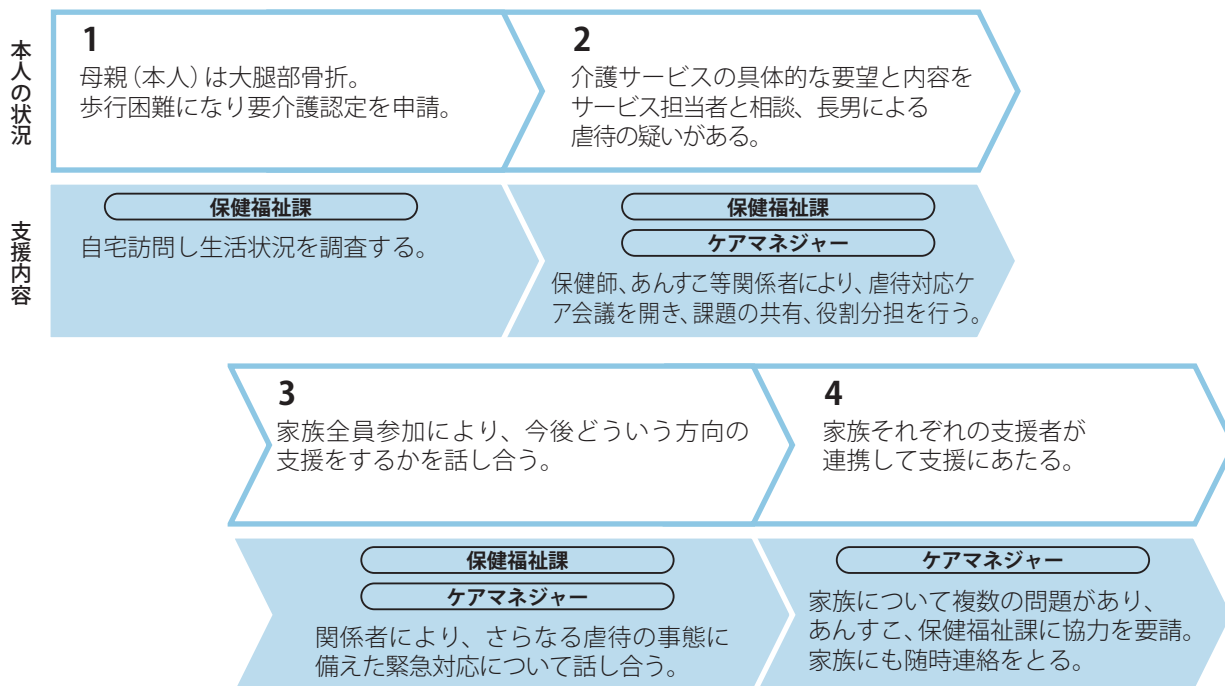


- 夫と子供二人の四人暮らし
- 夫は要介護2（介護サービス無し）
- 長女は知的障害
- 長男は精神障害で自分中心の家庭生活を好む。
- 戸建に居住

<生活状況>

- 今まで中心的存在だった本人の骨折により家事や家族の世話が困難になる。
- 杖をつきながら家のことをしている。
- 親戚との交流も一切ない。

## 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

- 関係者が個々に対応すると連携がとれないため、方針を統一するための話し合いが必要。情報を共有し、役割分担を決め体制づくりを整える。
- 「家族しかいない」という閉鎖的な考えと人間関係が、介護保険利用が困難になるだろうと思った。
- 本人の衰弱に伴い、最悪の事態にならないようサービスを増やす等、臨機応変な対応を心がける。
- 長男も苦しんでいるということを理解し、対応していく。
- 虐待者が悪者と決めつけず、相互理解の上で支援を進めていく。
- 生命に危険を感じると判断したら分離も考える。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ 問題がいくつかある家庭の場合、何を最優先に進めていくかを関係者と話し合い対応する。
- ◎ 本人の表情や声色から警告やメッセージを感じ取れるかが大切。
- ◎ 支援者の考えるスピードと本人の考えるスピードは違うことを理解し、本人の決定を待つ。
- ◎ 各支援者が、家族一人一人に今後の生活や未来があることを伝え、選択肢を増やす努力をする。



## 事例 18

# ターミナル期で急変時の対応に不安があるキーパーソン

## 困難と考えられる理由

<本人の状況>

単身生活

ターミナル

<家族・世帯の状況>

精神疾患

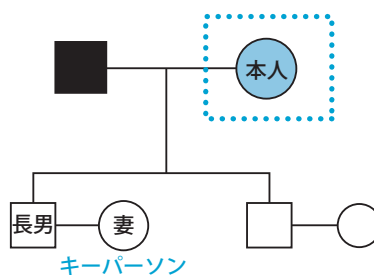
本人は、理解力、判断力があり、安定している時には自立した生活が可能。

しかし、急変の可能性が高いターミナル期である。病院の近くに居住し、病状悪化時の入院も保証されているが、本人が一番頼っている長男の妻は精神疾患があり、緊急時の対応や連絡が難しい。

## 本人の情報

- <年齢> 83歳
- <性別> 女性
- <設定> 要介護1
- <病気> 直腸ガン術後、肺転移、リンパ節転移
- <ADL> 自立心が強く、きれい好きだが、体力低下により、掃除、買物が困難になってきている。
- <経済状況> 年金
- <本人の意向>
  - 体調の急変に不安はあるものの、今まで通りの自立した自宅での生活をできる限り続けたい。

## 家族の状況および居住環境



- 夫の他界後は独居
- 長男の妻がキーパーソンだが、統合失調症にて介護困難と主治医に言われている。

### <生活状況>

- 体調に不安を残しつつも一人暮らしを続けている。
- 近所へ外出している。

## 本人の目標・課題と支援内容

本人の状況

<日常生活>  
このままの生活が続けられるようにしたい。

<健康管理>  
現在の安定した状態でいられるようにしたい。

支援内容

### ケアマネジャー

変化を見逃さず適切な対応を常に考える。

### 家族介護

介護保険外の家事の援助と電話等での様子確認。

### 訪問介護

水周りの掃除や買物等身体的負荷の多い家事を援助して本人が家事を続けやすい状況をつくる。

●本人の取り組み  
体調の良い時は家事を通じて足腰の筋力を保つ。

●訪問看護  
定期的な訪問看護による、病状把握とストマの管理。  
必要時には入院も視野に入れている。



### ケアマネジャーはどう考え、取り組んだか

- 本人には身体的に困難な部分の掃除、買物を援助して無理なく家事が続けられるような状況を設定する。
- 家族には介護保険外の家事等の支援を続けてもらう。
- 病状に留意して、サービスの調整を図り、家族の疾患にも配慮する。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ 本人の状態確認を続け、各サービス事業者、医療機関との連携を図り、急変時における関係者、家族の役割分担を話し合う。
- ◎ 介護保険サービスは在宅療養生活を支える制度であり、効果的なサービス利用を本人と確認する。
- ◎ 精神疾患を持つキーパーソンに過重な負担がかからないよう、キーパーソンを支えることも考慮する。
- ◎ 快適な生活をする上で一緒に考えていくことを伝え、安心感を持ってもらう。

## 事例 19

### 家政婦まかせの家族、経験のみに頼る家政婦

#### 困難と考えられる理由

<本人の状況>

<家族・世帯の状況>

サービス拒否

<サービスの状況>

サービス提供者の問題

本人は要介護5認定の女性。住み込みの家政婦が世話を  
する介護生活を在宅で送っている。

親族は、実兄がたまに訪問する程度であるが、適切な  
介護サービスを理解しようとし、家政婦に介護をまか  
せきりにしている。

家政婦は自主判断による介護を行っており、適切なサー  
ビス提供につながらない。

#### 本人の情報

<年齢> 70歳

<性別> 女性

<設定> 要介護5

<病気> 左乳がん  
左大腿骨骨折

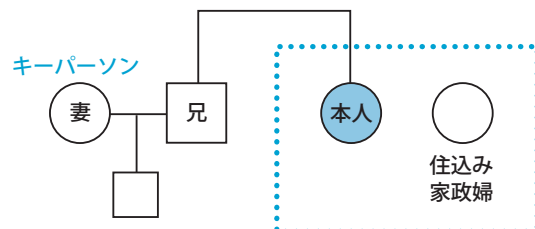
<ADL> 全介助（ベッドか車椅子のみ）

<経済状況> 障害年金 家族の援助

<本人の意向>

- 会話ができず確認はできないが、在宅生活を続けながら、現在の生活を維持したいと考えられる。

#### 家族の状況および居住環境

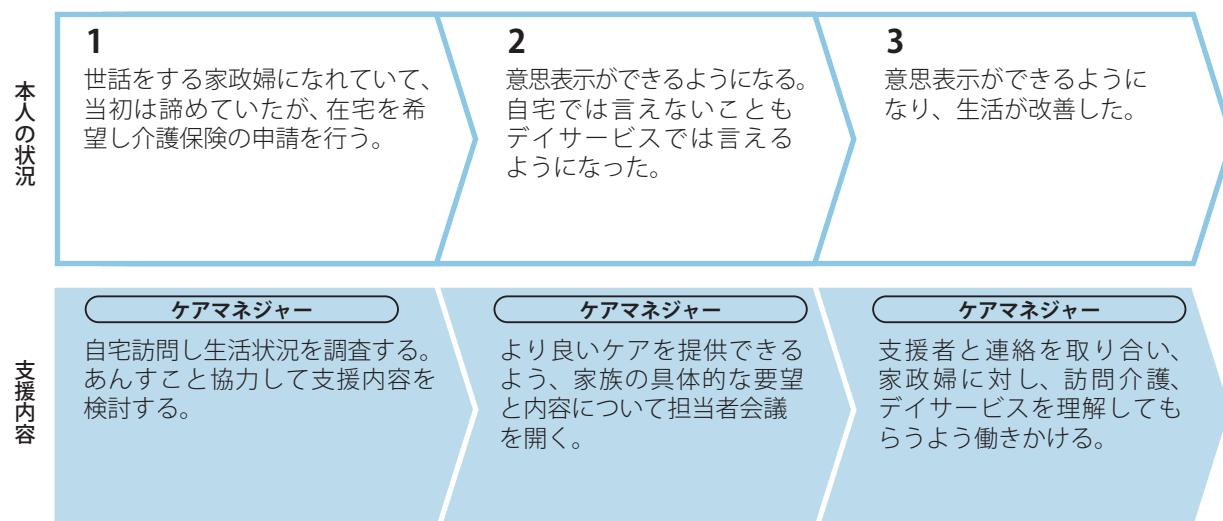


- 本人と家政婦の二人暮らし
- 住込みの家政婦が介護
- 家族は時々訪問する程度
- 戸建に居住

<生活状況>

- 家政婦が中心になって介護している。
- 家族は家政婦に気を遣い、介護を全てまかせている状態。

## 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

- 世話をしている家政婦に介護をまかせているので、本意のケアかどうか心配になる。
- 現状の生活は変えられないので、介護保険という面からアプローチしていく。
- 家政婦も高齢で、こだわりが強く、自分のやり方に自信を持っているので、その考えを変えるのは困難だが、本人の以前の様子や経過を聞き、協力してもらう。
- 家政婦に対して経験だけに頼らない介護を積極的に働きかける。  
(その為本人の機能評価を総合福祉センターに依頼)
- 家族は必要以上に家政婦に気を遣い、介護について口出しできないので、適切な介護サービスをすすめるにいが、家政婦に遠慮している家族の気持ちを考慮して支援にあたる。
- 相談窓口の兄の妻（キーパーソン）と家政婦の双方への連絡調整が困難。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ ケアマネジャーは、生活状況への介入ではなく、「介護サービスへの支援」という役割に徹する。
- ◎ 家政婦のいない時に本人との交流の機会を持ち、常に本人の意向を知るよう努める。
- ◎ 家族や家政婦の納得を得るため、専門家の評価も活用する。
- ◎ 家政婦の問題点のみに目を奪われることなく、「よい点」を見出し、「ねぎらい」の観点から信頼関係を作ることも重要である。

## 事例 20

# 介護を混乱させてしまう住込み家政婦

## 困難と考えられる理由

<本人の状況>

認知症

<サービスの状況>

サービス提供者の問題

本人は要介護5認定の高齢の女性。

現在は、在宅生活で、長年の住込み家政婦が共に暮らし本人の介護にあたっている。

長女がキーパーソンになっているが、介護にあたる家政婦に対する遠慮から、家族も何も言えないでいる。本人も認知症の進行のため、意思表示が難しい。

家政婦は担当ヘルパーに対し、それまで自分が行ってきたように介護を提供するよう強く求めている。そのためケアプラン通りのサービス提供ができないことが度々ある。

## 本人の情報

<年齢> 93歳

<性別> 女性

<設定> 要介護5

<病気> 高血圧、変形性膝関節症、アルツハイマー型認知症

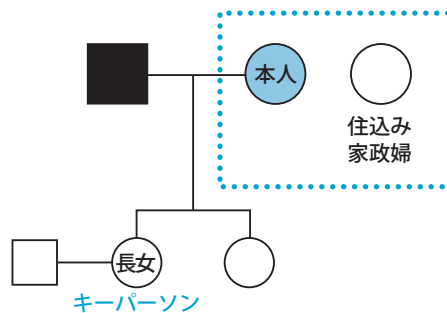
<ADL> 全介助（ベッドか車椅子のみ）

<経済状況> 遺族年金、家族の援助

<本人の意向>

- 住み慣れた自宅でなじみの方々に介護されて穏やかに生活できることを望む。

## 家族の状況および居住環境

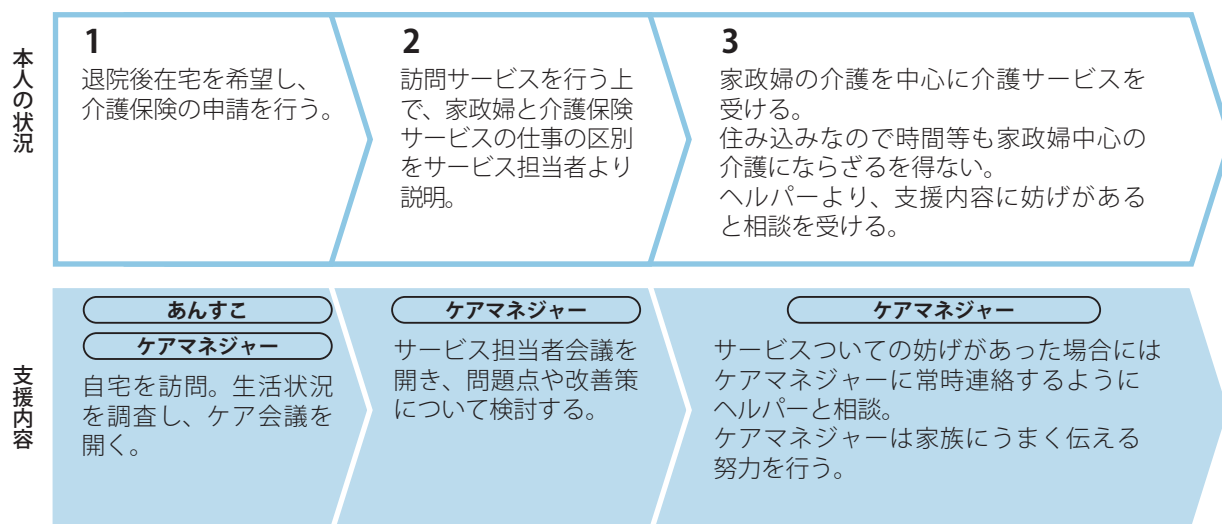


- 本人と家政婦の二人暮らし
- 住込みの家政婦
- 長女は時々訪問する程度
- 戸建に居住

<生活状況>

- 家族は家政婦に気を遣い、介護を全てまかせている状態。

## 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

- 本人は認知症が進み、判断力や意思表示の能力がほとんどない。そのため、意味のあるやり取りができず、介護についての要望や不満が聞き出せない。
- 家政婦に介護を任せている。家族は遠慮があるのか、家政婦に気を遣い、介護について適切な見守りも行えない。
- ヘルパーからの情報によると、服薬、陰部洗浄を怠る等不適切なケアが繰り返されており、早急の改善が必要とされる。
- 本人が意思表示できないので、サービス回数を増やし、見守り機能を強化する必要がある。



### このケースから学べるポイント！

- ◎ ヘルパーのケア時間に合わせて訪問し、本人の様態やその変化を聞くようにする。
- ◎ 具体的に改善すべき点を担当ヘルパーから聞き出し、家族や家政婦と話し合う機会を設ける。
- ◎ 家政婦にも労をねぎらう声をかけ、「本人のためのよりよい介護を実現したい」という支援者の意向を伝えて信頼関係を築く。

