



# による統合

# ケアマネジメント事例検討会

統合ケアマネジメント事例検討会は、一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われている多職種の検討会。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策一に関する捉え方や考え方を出し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

## 今月のAさん

徘徊が始まった中度認知症の80代女性  
統合失調症の次女と同居  
共依存関係だが、時に激しく衝突

## 事例検討会の参加者

- 事例提供者 F 男さん ..... 地域包括支援センター 主任介護支援専門員
- 司 会 川越雅弘 ..... 株式会社 日本医療総合研究所
- 参 加 者 ケアマネジャー  
医師  
看護師  
PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）  
薬剤師、管理栄養士  
介護福祉士  
小規模多機能 管理者  
共生型デイ 管理者  
その他多職種、参加者 30 名

果たして、統合ケアマネジメントを通してF男さんの見立てはどのように変わるでしょうか。皆さんも、次の表から、Aさん像を想像してみてください。

## Aさんの概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	女性・80歳代後半・要介護1
② 自立度 身長、体重	寝たきり度：A2 認知症自立度：III a (MMSE 6点/30点) 身長：158 cm 体重：55kg
③ 同居者／主介護者 家族の状況	同居者・次女（疾病あり）／主介護者・長女（別居） 夫・4年前に死別

④ 経済状況	収入 遺族年金 (1 ヶ月 / 18 万円) 次女: 障害年金 (2 級 / 7 万円程度)
⑤ 居住環境、住んでいる地域の様子	持ち家、住宅街の近隣住民との関係は昔から良好
⑥ 連絡元 (支援開始の紹介機関等)	市内居宅介護支援事業所、ケアマネジャー
<b>2. 生活歴 / 現在の生活 / 趣味 / 参加の状況</b>	
① 生活歴・職歴、出身地、家族の関わり等	東北出身、東京で就職。同郷の夫との結婚を機に退職。現在地に 20 年程前に家を建てる。 4 年前夏、夫が亡くなり、それ以降統合失調症の娘と 2 人暮らしになる。
② 現在の生活状況	戸建てに次女と 2 人暮らし。車で 1 時間程度のところに住む長女が週末に訪問する。 近隣との関係: 両隣及び近隣宅とお互いの家でお茶をしたり、買い物に行くなど仲良くしていた。 同居の次女: 年齢 50 歳代。精神疾患あり。就労継続支援 A 型事業所に週 3 回 1 時間通い、掃除をしている。ファッション好き。知人と買い物やカフェに行く。眠れないことがストレスとなっており、2 週間ごとに躁鬱状態を繰り返し、躁の時は英語交じりに話し、鬱の時は少しいらだった状態になる。本人は、次女のことを本当はすごく優しい子と言っている。 <b>【共依存の様子としてのエピソード】</b> いつも一緒に寝ている。手をつないだり、本人が次女の背中をさすっていることもある。
③ 性格	学生の頃から明るく前向きで夢見がち。精神的に落ち着いているときは自身でくよくよしない、能天気、人を悪く言う人には負けない精神力がある、人を悪く言うのは好きじゃないと話す。デイサービスでは他の男性利用者から、「俺と結婚してくれ」といわれて、冗談で返している。冗談言って、みんなが「面白いわね」と言ってくれる。
④ 本人の持つ強み、抱負、興味、自負等	人との会話を笑顔で楽しむ事ができる。 4 年ぐらい前は、定期訪問時に急須でお茶を入れてくれていたが、今はほとんどない。 長女と一緒にお米を研ぐようにしている。
⑤ 趣味 / 嗜好	かつての趣味: 木彫り、旅行、ヨガ、スポーツジムに通う、読書、書道は本格的に打ち込んでいた。
⑥ 参加	自主的に参加しているものはない。 過去には、次女と地域のヨガサロンに通っていたこともあった。
<b>3. 病歴 / 健康状態</b>	
① 入院歴	なし
② 合併症・疾患	5 年前の冬、アルツハイマー型認知症 (現在通院中、病院にて診断)、同じものを何回も購入、食事をしたことを忘れる、買い物の支払いを間違える、娘の名前を間違える等あり、夫が逝去した後さらに進み、4 年前からアリセプト内服開始。
③ 受診状況 服薬状況	近隣市の総合病院に次女と通っていたが、現在は市内の総合病院の脳神経外科に通い、娘が 2 か月に 1 回付き添っている。ドネペジル 10mg 内服中。
<b>4. 心身機能 / 基本動作 / IADL / ADL</b>	
① 心身機能	易怒性、一人でいると自閉的。 買い物に行かなくなった。 以前は DVD やドラマも見ていたが、見なくなり、寂しいから音だけつけている。 デイ利用時に他の利用者にうるさいと怒ったりイライラする姿見られたが、以後、デイでは穏やか。

② コミュニケーション	短期記憶が弱っていて数分ですぐに忘れてしまうが、その場限りの会話は可能。 質問をすれば、事実ではないかもしれないが、聞かれたことに対しての返答はできる。 電話では、娘に対して「子供がいなくなった」と娘と認識せず話している。デイの迎えも誰かわからず、不審がっていることもある。 会話している途中、「主人が待っている」「子供がまだ3歳」などの発言がある。	
③ 基本動作	杖も持たず独歩。歩行は安定している。昔から腰痛あり。 長女より、「長距離を歩くことが減ったせいかさらに歩くことが遅くなったことと、転倒のリスクが高くなってきているため、自身で外出することは少なくなった」。歩行器の使用を検討している。	
④ IADL	月、水、木、金デイに通う。火曜日午前訪問看護。土日どちらか長女が訪問する。同居の次女は午前中出かけることがあるので、日中1人になることもある。 毎朝、長女が服薬確認の電話を入れる。→訪問看護が確認も行う。 買い物は同じものを何個も買ってきってしまうため、家族が対応している。 週3回夕食に配食弁当を頼んでいる。 長女の支援：受診同行、郵便物管理、掃除、入浴介助、買い物に行く等。	
⑤ ADL	入浴、排泄の動作は認知面で分からなくなることがあり、介助が必要。 (排泄) 今年春頃より、トイレの動作や着替えがわからなくなる。デイでは定時誘導する。 (入浴) デイの大浴場で入浴。体の前の部分は自分で洗い、他は職員が洗身する。ただ、すべて誘導しないと動作ができない。	
<b>5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針</b>		
① 本人	デイで色々話しかけてもらうのがうれしい。どうせ生きるなら楽しく暮らしたい。	
② 家族	食事をしっかり食べられているか心配。外出する機会を増やして他者とのかわりやモノづくりを楽しんでほしい。	
③ CM、計画作成者等の援助方針	現在できていることを維持しながら、楽しみをもって新たな交流ができるよう支援していく。	
<b>6. CM、計画作成者などが設定した課題</b>		
<b>【課題内容】</b>	<b>【長期目標】</b>	<b>【短期目標】</b>
① 認知症により意欲低下と物忘れ、めまいもある。	体調を維持していく。	薬の管理ができ体調を整える。 食事をおいしく食べられる。
② 気持ちが安定し自宅での生活を続けたい。	生活にメリハリをつけ、不安事を解消しながら自宅での生活を続ける。	他者との関わる機会を増やし刺激を受ける。 床からの立ち座りを続けることができる。
③ 入浴のサポートに慣れる。	身体の清潔を保つことができる。	入浴することができ気持ちよく過ごす。
<b>7. サービスの利用状況</b>		
① 通所介護	週4回（入浴週2回、機能訓練週1回） 送迎、機能訓練・口腔機能訓練、口腔体操、口腔ケア、入浴介助、他者との交流、脳トレ、昼食	
② 訪問看護	週1回 体調管理（検温、血圧、酸素濃度測定）、食事量の確認、配薬、排泄等の確認、排泄介助、更衣介助、保清、整容のケア	
③ 家族	受診同行、服薬確認（毎朝）、配薬、家事全般	
④ 生協	配食弁当：週3回夕食	

## ● 課題の確認

**司会** それでは資料をもとに事務局から事例を紹介してください。

**事務局** 80代後半の女性で要介護1。認知機能はMMSEが30点中の6点。158センチの体重55キロです。ご主人は4年前に亡くなっており、娘さんと同居。この方は、次女にあたり統合失調症があります。主介護者は離れて暮らしている長女です。収入は遺族年金が18万円ほどで次女も2級の障害年金7万円程度を受給しています。

東北地方の出身で上京して就職。同郷のご主人と結婚して主婦になり、ご主人の転勤により日本各地で暮らしていました。現在の戸建て住宅は、転勤前に購入していたもので20年前から暮らしています。

長女の家からは車で2時間もかかるのですが、週末に必ず様子を見に来てくれています。次女は50歳になったところで就労継続支援A型事業所に通っていますが、行っても1時間程度で帰ってきてしまっていて通えていません。ただ、ファッションが趣味でお友だちとも出掛けています。ご本人は次女のことを本当はすごく優しい子で早く誰か良い人を見つけてほしいと思っているそうです。

お二人の関係は共依存的で同じ部屋で寝ていて、本人が子供にするように次女の背中をさすっていることがよくあります。

本人の性格は明るくて前向き。デイサービスで男性利用者から「結婚してくれ」と言われるのをいつも冗談で返しているそうです。

以前は定期訪問時に急須でお茶を入れてくれましたが、最近はしていません。長女が来た時に台所に立って、米を研ぐようなことはするそうです。多趣味な方で、有名な先生に書道を習いに行くために運転免許をとったというエピソードもあります。

病歴・健康状態ですが、5年前の冬にアルツハイマー型認知症の診断を受けました。ご主人が亡くなった時に症状が進んでしまってドネペジルを飲み始めました。以前は、近隣市の総合病院に次女と通っていましたが、今は市内の総合病院の脳神経外科に長女の付き添いで2か月に1回通っています。ご主人が亡くなり、長女が毎週来たり、生協を頼むようになったので週1回行っていた買い物にも行かなくなりました。

質問をすれば、事実かはわかりませんが返答はできます。電話で長女を娘と認識せずに「子供がいなくなった」と話すことがあるそうです。

基本動作の方では長距離を歩くのが難しくなってきたと感じているそうです。

毎朝長女が電話をして、服薬の確認をしています。以上です。

**司会** ありがとうございます。では、最初にケアマネ、地域包括支援センターが考える課題を確認します。一つは認知症による意欲の低下、物忘れ、めまいなどがあるので体調維持していきたい。二つ目が、気持ちが安定し自宅での生活を続けたいということで生活にメリハリをつけて、不安ごとを解消しながら自宅での生活を続ける。三つ目が入浴のサポートに慣れてもらい身体の清潔を保っていききたい、ということでしょうか？

**F男さん** はい。大丈夫です。

**司会** 本人・家族の意向ですが、ご本人はどうせ生きるなら楽しく生きたいとお考えで、ご家族は食事がちゃんと摂れているかが心配である。他に今困っていることや参加されている専門家に聞いてみたいことはありますか？

**F男さん** これは、担当のケアマネジャーから我々地域包括支援センターが相談をうけているケースです。我々の介入からは1年ぐらいですが、認知症の症状が重くなってきていて、徘徊するようになり在宅での難しさが出ています。しかし、次女の拒否があるために、自宅での訪問サービスは受け入れてもらえない状況でサービスの利用はデイサービスのみです。

このケースはいわゆる8050問題ですが、地域の中でどう解決していくか。共生社会、共生ケアの実現のためにケアマネジャーの立場でどう参画していったら良いのかという視点でも広くご意見いただきたいと思っています。

## ● 本人像への質疑

徘徊が激しくなっているが、次女の拒否で訪問サービスをいれられない

**司会** まずは本人の人物像と状態像、家族との関係

性も含めた事実関係を押さえていきたいと思いません。

**ケアマネ A** 時系列を知りたいのですが、次女は何歳の時に統合失調症を発症されたのですか。

**F 男さん** 大学生の時に学内でのいじめが原因で発症したと聞いています。

**ケアマネ A** ご主人の亡くなった4年前からドネペジルを飲み始めていますが、それ以前の認知症状はどうだったのでしょうか。

**F 男さん** 私どもが介入したのは1年前なので、それ以前についてははっきりしたことは存じ上げないのですけれど、ご主人が亡くなられたことは喪失体験として大きかったようで、それをきっかけにして悪化したという経過は聞いています。

**ケアマネ B** 長女の認知症に関しての理解度はどうでしょうか。

**F 男さん** 長女はご主人と一緒によく実家にいらして、その時に会ったことがあります。認知症についてはよく理解されています。しかし、意外と細かいことを気にするタイプで、ケアマネジャーがいろいろ提案しても、難しいご要求をかぶせてきたりして、話が進まない。性格が難しい方です。

**ケアマネ B** もう1点、長女と次女の関係性はどんな感じなのでしょう。

**F 男さん** 私が見る限り非常に関係性は良好です。

**ケアマネ C** 母親と次女の関係性が共依存的ということですが、もう少し具体的なエピソードがありましたら教えてください。

**F 男さん** 次女は母親がいなくなると不安定になって、5分おきにトイレに行ってしまうようになります。依存度は高くなる一方で、近づくとお互いに病気の理解が難しいというところもあり、すぐ喧嘩というか、言い合いになる。それを引き金に母親が外に出ていってしまうことが最近増えてきています。

**Y 作業療法士** 2点質問です。次女に母親のことをどう思っているか聞いたことはありますか。

**F 男さん** 次女の支援者の意向でもありますが、我々が母親に面談する時は次女とは話さないようにしています。状態が不安定で調子が悪い時は本当すぐトイレに立ってしまうので、まともに話ができたのは1回ぐらい。その時は確かファストファッションの話で、深い話はできていません。

**Y 作業療法士** 本人の転倒リスクが高いとありますが具体的に何が危ないのでしょうか。

**F 男さん** 私が介入した1年前には既に起居動作にかなりのふらつきが見られました。フラフラしたまま歩いてしまうところを危なっかしいと思って見えています。

**Y 作業療法士** 段差があるけれどもそれを認識しないでどんどん行っちゃみたいなどころではなくて、ふらつきそのものがある感じですね。

**管理栄養士** 食事をちゃんと摂っているか長女が心配していますが、心配になるようなエピソード、たとえば痩せてきたとか、食事に目を向けないとか、そういう出来事があったのでしょうか。

**F 男さん** 週4日お昼はデイサービスで、週3回夕食を配食サービスでとっていて、それ以外は次女の買い食いに付き合っているような状況です。長女が週末に来た時に冷蔵庫に食べ物を入れていってくれています。調理までは手が回らないので出来合い物ばかりですが。

ご本人はふっくらした感じの方で顔色も良いので栄養的に問題のあるような変化はこの1年はありません。

**ケアマネ D** 次女の統合失調症の症状を教えてください。極度の躁鬱とありますが幻視や幻聴はありますか？

**F 男さん** 私も把握しきれいていないのですが、ちょっと被害妄想的なところはあります。

**ケアマネ D** 担当のケアマネがこのケースの何を問題視しているのかがわかりません。今の生活がきちんとできてないことなのか、将来への不安なのか。

**F 男さん** 地域包括支援センターに最初に相談にきた時は、ご本人と次女の関係が緊張しやすく、お互いに手が出ることもあり、そこを焦点化していました。次女が一方的に手を出すということではなくて、お母さんも負けていない。両方でやりあっている感じでした。

私自身は2人を分ければ簡単じゃないかと思ったのですが、次女の支援者はそうではない。相談支援が外れていて伴走支援の人がいない状態だったので、1年前から地域生活支援拠点、いわゆる「拠点」の方に介入してもらって、いろいろな手続きなどを支援してもらっています。

精神の支援者はパーソン・センタード・ケアの考え方を非常に大事にされて、ご本人の希望であれば何とかこのままの生活を続けさせてさしあげたいという考えです。わからなくはないのですが、サービスでなんとか支えようと思っても当てるものがない。我々は母親の支援が主なので、次女の状態に悪影響を与えない形で、どうサービス調整できるかをお聞きしたいと思っています。

**薬剤師** ドネペジル 10mg が処方されていますが、このお薬以外のお薬は飲まれているのでしょうか。ふらつきの原因として薬も考えられると思ったのですが、次女の薬と母親の薬は間違えて飲む危険性はないですか。

**F 男さん** 他の薬は飲んでいません。もっと言ってしまうと、ドネペジルもちゃんと飲んでいませんが、飲まないでもかまわないだろうというのが共通認識になっています。

次女は自分の部屋に大事なものを隠していて、絶対部屋の中は見せてくれません。薬も部屋で管理しているので母親の薬と混ざることはないし、ちゃんと薬を飲んでいると思います。

## ● 本人像への質疑

次女と喧嘩して出ていってしまう  
ご近所との関係は良好

**ケアマネ E** 母親は徘徊で出ていってしまった後、ご自身で戻ってきているのでしょうか。地域づくりにも目を向けていきたいというお話がありましたが、地域の中に、この方がいなくなった時に見てくれる、例えばコンビニだとか、そういった見守りの拠点作りはもう既にできているのでしょうか。

**F 男さん** 徘徊はこの数か月で始まって、いろいろなパターンがあります。次女と喧嘩して出て行ってしまうのが一つ、「子どもがいない」と探しに出る。次女は母親が出て行ってしまうと不安なので探しに行き、すぐ連れ戻すというパターンもあるようなのですが、夜間に出て行ってしまうこともあり、既に何度か警察のお世話になっています。地域共生ケアに向けてというところではコンビニなどへのお声掛けはできていないのですが、お住まいが住宅密集

地で、担当の民生委員さんも近いし、別の民生委員さんも何軒かお隣りなので情報は把握できていて、お声掛けし合っているような状況はあります。あとは警察と連携している市の SOS のネットワークサービスに登録しています。

**I 看護師** ケアマネジャーや地域包括が大変な思いをされていますが、医療関係者は何をしているのでしょうか？ 資料をみると母親に訪問看護が週 1 回入っていますが連携はありますか？

**F 男さん** 医療は長女が連れて行く病院だけです。訪問看護を入れたこともありましたが、知らない人が家に来るのを次女が嫌がって断ってしまいました。A型事業所に行っても朝 9 時に行っても 10 時に帰ってくるとかそんな感じで、ほぼ家にいるのでヘルパーも入れられなくて四苦八苦しています。

**I 看護師** 病院のワーカーは相談に乗ってくれないのでしょうか。医師との連携はありますか。

**F 男さん** 一般的なケアマネジャーと主治医の関係の担当者会議ベースでの連携はしていて、全く分断しているわけではないと思います。

**ケアマネ F** 長女にいろいろ提案しても細かい注文があって難しいということですが、この中で、判断できるのは長女でもある。今後のことをどう考えているかをもしご存知だったら教えてください。

**F 男さん** 長女といつも一緒にいらしているご主人と直接話をしたことはありますが、徘徊が始まってからは会っていません。当初お話を伺った時には、2 人でお父さんと過ごした自宅でできるだけ最後まで頑張って穏やかに過ごしてもらいたいというご希望だったと記憶しています。

**ケアマネ G** 地域包括支援センターとして、次女の支援者との連携はありますか。

**F 男さん** 地域生活支援拠点の相談はモニタリング必須ではないのですが、ケアマネのモニタリングと時間を合わせ一緒に訪問してくれています。話を聞くのはそれぞれ別々で、一緒に聞くことはしていませんが、どういった状況だったかは情報交換して包括にも逐次ご連絡をいただいております。

今の相談員になって半年ぐらい経ちますが、関係性はだいぶできてきているのかなというふうに思っています。ただ、それを追い越すような形で母親の状態が悪化してきて、ケアマネが困っているのが今

のタイミングです。

**小規模多機能 管理者** 長女が細かくて難しいところのある方だということですが、家族性の困難を抱えていらっしゃる可能性もあろうと思います。そうすると、キーパーソンとしては長女のご主人はどうかと思うのですが可能性はどう思われますか？

**F男さん** 長女のご主人は、義理の妹さんやお母様に対しても関心を寄せてくださっています。ただ血縁者ではないので決定に関わるような確信的なことは意図的におっしゃらないのですけれども、ご指摘いただいたような可能性を十分持った方に見えます。

**小規模多機能 管理者** お二人を引き離せば良いというものではないというのは私も同感ですが、そこにこだわり過ぎると抱え込んでドツポにはまる可能性もある。現在、徘徊以外でご近所や他の人に迷惑をかけるようなことが頻回に起こっていませんか。

**F男さん** ご近所トラブルは一切ありません。地域との関係性は昔から良くて、今こういった状況になってもよくお声掛けはして下さいますし、徘徊で夜間に警察が来て民生委員さんが対応で大変な時もあるのでありますが、それが関係悪化の原因になるということはなく温かい目で見守って下さっています。

### 質疑応答から 見えてきた A さん像

- ① 次女との喧嘩で徘徊することもある
- ② ドネペジルは飲んでいない
- ③ 次女が嫌がるので訪問サービスが入れられない
- ④ 長女とその夫が毎週末訪問している
- ⑤ ご近所との関係は昔から良好

## ● 多職種からのアドバイス

統合失調症の子どもと少しずつ  
関係性をつくり支援を継続

**司会** 事実関係はつかめてきたと思いますので、ここから支援の仕方等についてご意見やアドバイスをお願いいたします。

**ケアマネ D** 実はとても似たケースを担当したことがあります。母親が認知症で、お子さんは姉妹で、妹が統合失調症で極度の躁鬱がある。長女は結婚して家庭を持っていて家族構成もよく似ています。次女と母親が一卵性親子で、お二人の在宅支援を長くやっていました。鬱の時は全然動けなくなって、病院にも行けないし母親のご飯も出せない。訪問看護が行ったら食パンを食べ散らかしていた跡があって、母親が食事をとれていないことがわかった。その時はケアマネの私と次女との関係性ができていたので、ヘルパーを入れることができました。

最初は警戒心があって拒否的でしたが、ちょっとずつ関係性をつくっていきました。たとえば、お母さんは忘れてしまうので、モニタリングの電話は次女にするようにしました。最初は出なかつたけれど、繰り返し諦めずに電話をし、長女に「電話に出るように言ってください」と頼んだりしていたら出るようになり、しばらくしたら今度は自分からかけてくるようになった。

関係性ができたので 8 年ぐらい支援を続けていたのですが、最終的に問題になったのは買い物。お金をいっぱい使ってしまう。

携帯電話をまとめて 5 台も買ってしまったり、車を買ってきた時もありました。年金で生活に困ることはないけれど裕福ともいえないので、迷惑がかかったのは長女で、デイサービスのお金や入院費も含めて月 50 万ぐらい払わなければならなくなった時もあり、最終的には次女も同意して施設入所になりました。それで良かったのか悪かったのかは今もわかりません。

**F男さん** ヘルパーさんや訪問看護を受け入れてもらえるタイミングになったエピソードがありましたら教えてください。

**ケアマネ D** ヘルパーが入ったタイミングは、母親がデイサービスを使いはじめた時です。その時、鬱で次女がデイの送り出しをできなかった。デイが週4回なので、ヘルパーも週4回。そうするとだんだん心を開くようになってきました。ヘルパー事業所には、できるだけ同じヘルパーに担当してもらえよう頼んで、2人せめて3人でそれ以外は入れないでくださいという調整をして、次女がコミュニケーションを取りやすいようにしました。

**ケアマネ A** 私も同じような統合失調症のお子さんがいるご家族を担当したことがあります。20歳の時にお姉さんが自死して、それがきっかけで発症した方です。その時に精神医療の専門家に聞いたのですが、過去にそういった経験があるとその時から精神年齢も上がっていかない。この方もすごく幼い傾向もあって精神年齢もちょっと低い気がいたします。関係性をつくっていくためには、一つずつ簡単なことで成功体験を重ねていくと良いそうです。たとえば、挨拶して返事してくれたら感謝するとか、相手ができることを承認していく。電話にはでないけれどメールなら会話ができる方もいらっしゃると思います。

## ● 多職種からのアドバイス

共生型サービスで  
8050世帯を丸ごとケア

**共生型デイ 管理者** 認知症があってゴミ屋敷になっている方の掃除に入ったら、統合失調症のお子さんがいらしたという事例がこの数年で3組ありました。うちの事業所は共生型サービスを申請していて障害者も使えるので、認知症のお母様と統合失調症の50代のお子さんを一緒に支援することもしています。親子一緒にデイサービスに連れてきて、1年入っていないお風呂に入ってもらって、少しずつ慣れていってもらいながら、お子さんの方は、曜日によってはうちの別の事業所に行ってもらって、いずれよそのデイに行けるように少しずつ離していくというような支援をやっていきます。

共生型サービスはまだ少ないかもしれませんが、介護保険だから、障害だからという概念でやっていない事業所は他にもあると思います。

**F男さん** 共生型だと同じ事業所が親子を支援できるのでですね。

**共生型デイ 管理者** ゴミ屋敷になっていて、ずっとお風呂にも入っていない状態で、お母さんだけを支援しても何も変わらない。多分、病院もお母さんが連れて行っていたのでしょう。お母さんが認知症になったので、お子さんも病院に行けていなかった。そういう事例に最近毎年出会うようになって、どうにかしなきゃと思って共生型を申請しました。一緒に連れ出すところから少しずつ母子分離を図り、お子さんの通院にスタッフが同行したりと、途切れないような形で支援して少しずつ生活が整ってきているケースもあります。

**小規模多機能 管理者** 私どもは共生型ではない一般的な小多機ですが、6年ぐらい認知症の母親と統合失調症の娘さんをずっと支援し続けています。何をしているかということ、先ほどもうかがった長女の夫のようなキーパーソンにご協力いただいて、親しい弁護士と一緒に成年後見制度の利用をにらみながら、お子さんの生活資金も管理していて、小多機に生活費を取りにきてもらっています。

親子と一緒に暮らせるようお子さんの担当の保健師や精神の訪問看護、かかりつけの精神科病院と定期的に支援者会議を行って、3~4か月の単位でメンテナンスしています。

最悪のリスクは、どちらかが入院したり、怪我をするということで、そこは止めようもない転機だと思いますが、ご近所と私どもで常に連絡を取り、包括も一緒に入ってもらって外堀を埋めています。小規模多機能は24時間様々な連携が取りやすく、私どもの職員には社会福祉士や精神保健福祉士もあり、連携を底上げしていく体制があります。お母様がおうちで亡くなることも想定していて、家の売却も考えないといけない場面も考えられるので、お子さんのキーパーソンになってくれる人に後見の申し立てを理解してもらうにはどうするかも考えています。

こんなふうに長期的な見通しをもってヒト、モノ、カネの支援方針を周りがつくっておけば、ご本人のADLが落ちてても、多少、近所迷惑をかけてもギリギリまで今のまま暮らし続けられるのではないかと思っています。

## ● 多職種からのアドバイス

子どもには踏み込み過ぎない  
という選択肢も

**K 理学療法士** 80代のご夫婦のお宅でご主人が脊髄小脳変性症でリハビリに入っていたところに、一人暮らしをしていた統合失調症のお子さんが戻ってきたケースの経験があります。大きな声で叫んだりして、アパートの契約が更新できなかった。

そのお子さんが、「あのケアマネジャーは嫌い」と言って担当をしょっちゅう交代させるような方で、この家族が生活を維持していく上では、お子さんに踏み込みすぎたら駄目なのだろうなと思いながら支援をしていました。訪問した時に、機嫌が悪そうだったら本人を散歩に連れ出して避難する。

こういうケースで訪問サービスが入るチャンスは誰かに体調の変化が起きた時しかないと思います。このご家族も奥さんが癌になり、体調がかなり不安定になってきたので奥さんにも訪問看護が入って、リハビリを私が担当することになった。家事できなくなったのでヘルパーも入った。でも、変わらずにお子さんには積極的に関わらないというスタンスです。

奥さんに入っているのは癌専門看護師ですけれども、精神科の訪問看護もしているのでうまく状況を把握していける。お子さんに直接訪問看護を入れなくても対応できる方法はあると思います。

先ほどキーパーソンの話がでましたが、このご家庭の場合はお子さんと同年代のいとこが本人ともご両親とも良い形でつきあっているの、奥さんには何かあった時には甥御さんに連絡させてくださいという了解だけを取っています。事例では、私も長女のご主人がキーパーソンだと思いますので、しっかり連携をとっていくことが大事だと思います。

理学療法士として心配なのは、ふらつきがあるのに、この異常な暑さの中、徘徊して外に出掛けていってしまうことです。夜に出掛けても熱中症や脱水にはなり得る。日中だと子供が遊具でやけどするような異常気象の中で、転倒したら本当に怖い。「もっと早く見つけてあげれば」という後悔を生まないた

めには、徘徊をしてしまう時間帯とか、何がきっかけで出ていってしまうか、具体的に調べて対策をとることは緊急にしないといけない。

## ● 多職種からのアドバイス

訪問看護から医師を巻き込むと  
連携がスムーズに

**I 看護師** 私は看護師なのでこのケースは、医療機能不全のように感じます。易怒性があるということなので、最初はドネペジルが悪さをしているのかなと思っていたのですが、飲んでいない。となると認知症の中核症状は今どのような段階なのか。次女についても詳しい病状を知った上でケアを考えていきたい。

うちのステーションでも5人精神疾患の方がいて、障害福祉がうまく伴走してくれないというか、放ったらかしだったのですが、医師を味方につけて、医学的判断っていうところで切り込んでいっています。地域ケア会議で医師から障害福祉の人にここはソーシャルワークの出番とはっきり言っていただいて、動かしていったケースもありました。

このケースでも、医師とつなぐ役割を誰かにやってもらったら良いと思います。一番はケアマネさんが何でも相談できる訪問看護ステーション。この時点から相談に乗ってもらって、医師や病院のソーシャルワーカーとどんなやり取りをしたら良いかを教えてもらって長女ご夫妻に医師から言うってもらうようにする。

まず支援者同士が困り事を言い合っていないと地域は変わっていかないので、良いステーションをまず探して医師を巻き込むようにする。いろいろな強みがある方たちなので、支援者の連携が一步進めばもっと対応できると感じました。

**F 男さん** 主治医を囲んで障害福祉もご家族も一堂に会す機会をこちらが主導して提案していくのも一つの手ですね。

**I 看護師** 総合病院の医師は連携をとるのは難しく、そういう場合、私たちは「看看連携」をよくやっています。病院の看護師や行政保健師に、この方達はとても大変だ、困っているということを訴えてい

くと先生に伝えてくれる。看護から切り込んでいくと割とうまくいきます。患者の症状を伝える知恵みたいなものが看護師にはあって、これを言うとは医師の治療魂を揺さぶられるはずとか、自分はお手あげして訪問診療に繋いだほうが良いと納得してくれるはずとか分かる。

## ● 多職種からのアドバイス

将来を見越して、別居の練習を今から

**介護福祉士** ご本人は近い将来、転倒か認知症の進行かはわかりませんが、入院、施設入居になる可能性は非常に高い。その時に次女さんが荒れるとか、状態が不安定になるのを防ぐには今早い段階で、たとえば1か月間ぐらいショートステイを使ってみたり、入所してみることが本人の状態を整えるという意味でも必要ではないかと思いました。

総合病院の脳神経外科しか通ってなくて、そこでドネペジルが出ている。今、本当にドネペジルを飲む状態なのかというのを含めて、例えば老健に入所してしっかりその薬の調整をしたら落ち着く部分もあるのではないかという感じを受けました。

お二人は共依存の関係にあるけれども、実は母親からみるとそんなに必要ない。本人の脳内環境は若い時に戻っているので離れても楽しくやっているとします。

**F男さん** 我々も次女と離れても本人に影響はないと感じています。その辺が障害福祉の方と歩調が合わないところで、ケアマネが苦しんでいる部分でもあります。

**共生型デイ 管理者** 次女は大学生で発症しているので、買い物やATMでお金をおろしたりはできるはずですが。母親の年金をおろして使い込んでしまわないかという心配もあるので、本当はいけないのですが、うちの事業所でお金をおろして、毎日娘さんに生活費をとりきってもらっているご家族が2組います。金額は1回1000~2000円です。買い物に行くためには寄らないといけないので、自然とスタッフとも顔見知りになって、もしお母さんがこの後、介護施設に入ってしまったら何でも相談できる

関係を作るのに1年以上かかりました。

## ● 多職種からのアドバイス

訪問診療に切り替えて家族をみてもらう

**司会** 最後に医師の立場からお2人をお願いします。

**A ドクター** 母親の年齢から考えてもいつまでも今の状態が続かない。心配なのは次女というのはみなさんと同じ意見です。次女は母親に頼りきっている状態ですが、母親はデイサービスに行っていて楽しく過ごせるタイプなので、さらに認知症が進んでいくと次女のことまで忘れて適当にやれるのかもしれない。

一方、母親は総合病院の脳神経外科に通っていて、他にかかっているないので内科疾患などが見逃されている可能性もある。骨粗鬆症があって転倒したら簡単に骨折するかもしれない。あとは、ドネペジル10mg。飲んでいないというので、逆にほっとしたのですけれど、とするとこの脳神経外科に通う意味があるのか。できれば訪問診療が入るとより家族を見られるのではないかと思います。次女には精神の訪問看護に入ってもらいと良いと思うのですけれどタイミングが難しい。

私が主治医で介入するとすれば邪魔はしないし、味方ですみたいな感じの関係性を作って、次女の困り事に対してそろりそろりを入れていくと思います。次女が困ったなと思った時、弱みにつけこむじゃないですけれど、こういうサービスあるけど試しに使ってみませんかみたいな感じで入れると思います。

**F ドクター** 認知症の親にプラスして統合失調症の子どもという組み合わせは、今は本当に普通にあって、うちでも2組います。1組はゴミ屋敷化していて、もう1組は母親が死にそうなのにただ見ているだけみたいな感じで、何かあったらパッチを当てるみたいにして対処療法して、なんとかスタビライズしている状況です。それに比べると、このケースは強みもあり、それなりに安定している。

父親が亡くなったという出来事は家族にとって大きなクライシスだったはずですが、乗り越えられた。インフォーマルなサポーターもいて全く外界から閉

ざされているという感じはしない。支援者も入れると心配している人が結構な数いる。うまく手が打てなくてもそのことを知っている人が大勢いることが一番大事だと私は思っています。

シンプルに言うと 8050 世帯の一番本質的な問題は、家族ライフサイクルがある時点で止まっていること。「親子」というところから次の段階に進んでいないので、親を 1 人の年老いた個人として客観的に見るができない。それが、「うちの母親を年寄り扱いするな」という反発として出てくる。訪問診療の医師が息子に猟銃で撃たれる事件がありましたが、「もう年なので胃ろうはしません」と言ったら「うちの母親を年寄り扱いするな」となって、そこが最大の対立点だったと聞いています。

だから、まだ親子であるというふうを考えるしかない。これを自立の方向に持っていくには別のきっかけが必要で、医療者が介入したぐらいで変わることはまずないです。

先ほどから指摘がありますが、私もこれは「医師誘発性困難事例」ではないかと疑っています。どこかのタイミングで脳神経外科から主治医を切り替えるだけで、何か違うモーメントが生じる可能性もあって、次女にも変化が出るかもしれない。

統合失調症の方は、話は通じるので対応は難しくないと感じています。ただ、一度にいろいろなタスクを提示すると混乱するので、1 タスクでいく。注意や関心の幅が狭くて自発的にいかないの、こちらからお願いする。現実を把握するのが苦手が高望みしている人が多くて、「俺はひとかどの人物なの

だ」と思っていたりするので、その辺りを注意して、それなりのお願い事をするとうまくやってくれます。

**F 男さん** 今日はたくさんのヒントをありがとうございました。背中を押していただいた気がいたします。どこから切り込めばいいか、ケアマネと考えてみます。

### 多職種からのアドバイスで F 男さんが 気づいた手立て

- ① 共生型なら親子同時に支援可能
- ② いざという時のキーパーソンを決めておく
- ③ 脳神経外科から主治医を代える
- ④ 次女が困った時が訪問サービス導入のタイミング
- ⑤ 次女と関係性を深める手段がある