

独居痴呆高齢者のケアマネジメント

—— 遠隔地家族によるサポートの実態 ——

野 尻 京 子

加 藤 佳 子

要 旨 本研究では独居痴呆高齢者介護の1事例を通して、遠隔地家族とケアマネージャーとの関わりを経時的に述べ、その経過をケアマネージャーの立場から、独居痴呆高齢者の在宅生活支援上の問題とサポート体制に分けて分析し、さらにケアマネジメントの妥当性を検討した。

その結果、独居痴呆高齢者のケアマネジメントにおいては、ケアマネージャーのケア目標が重要である事、問題の分析が不適切であると、サービス内容が生理的欲求の充足と安全の確保に偏る傾向にある事、さらに、ケアマネージャーにサービス提供者間の調整的役割が必要である事等が示唆された。

キーワード：独居高齢者・痴呆・遠隔地サポート・ケアマネジメント・連携・在宅ケア

はじめに

2000年4月に導入された公的介護保険制度(以下、介護保険制度という)は、サービスの質、保険料・サービス利用料、介護支援専門員(以下、ケアマネージャーという)の質等の問題はあるものの、かなりの部分でスムーズに稼動したとされている。

介護保険制度の主目的は、自己決定、自己選択を含んだ自立支援であり、この中心にケアマネジメントがある。

ケアマネジメントは、対象者がどのような特性を持った人であろうと、地域生活を支援することを目的にしており、その事が、さまざまな対象者が住み慣れた地域社会の中で生活が続けるという「ノーマライゼーション」の理念を相当程度実現する事を可能にする。さらに言えば、介護保険制度は対象者のQOLの向上を目指しており、最後まで尊厳を持った生き方に繋がるというのがポイントであると考えられる。

この点から考えれば、ケアマネージャーの存在は重要であり、担当するケアマネージャーと彼(彼女)が所属する居宅介護支援事業所の選択如何がその人の人生を大きく左右するといっても過言ではない。しかし、ケアマネジメントに重要な存在はケアマネージャーだけではなく、家族特にキーパーソン(高齢者に関する事柄を判断、決定しケアマネージャー

との窓口になる人)の存在は大きい。

これまで痴呆高齢者の介護では、「介護者の介護負担の軽減」が主張されてきたことから分かる様に、「介護者」が同居もしくは高齢者の身近に存在する事を前提にしている。

本事例は、長男(以下、キーパーソンという)が遠隔地に居住しており、メールやファックス等を用いて独居痴呆高齢者を支援している、

研究では独居痴呆高齢者の在宅生活のサポートの実態を紹介し、それを分析する事を通してケアマネジメントを評価するものである。併せて今後の課題である独居痴呆高齢者の在宅生活がいかにすれば可能になるかを考える手がかりにしたい。

本研究にあげる事例の公表については、メールを含むすべてについて家族の同意を得ている。

本文中、利用者本人に関する経過、問題点等は野尻が担当し、その他については2人が共同執筆した。

I 事例及び経過

1) Y・S 昭和2年7月生(75歳)女性(利用者本人)

69歳まで幼稚園教諭、短期大学教員として勤務する。1999年、夫が他界した頃より物忘れが激しくな

り、2000年M大学病院神経内科を受診し、アルツハイマー病と診断される。大学病院は自宅から徒歩10分程で行くことができる近距離にあり、玄関を出ると視野に入る。

家族は、長女（51歳）と長男（48歳）で長女は利用者本人から20分ほど離れた所に住み、高校教諭（既婚）、長男（独身）は関東地域に住みコンピューター関係の事業を営む。長男がキーパーソンであり、金銭管理等を行う。

2) 介護保険申請の動機は、2000年10月6日、これまで通り一人で大学病院を受診し、処方された薬を受け取らずに帰宅したことが、2週間後の受診時に薬が服用されていないことに気づいた医師より長男（以下、キーパーソンという）にメールが入り発覚した事に起因する。その後キーパーソンが利用者本人の生活レベルをチェックした所、独居生活に問題があることが判明し、同年12月5日キーパーソンがT地区医師会居宅介護支援センター（以下事業所という）にケアプラン作成を依頼する。以後の連絡は主として、メール、ファックス、電話等で行う。

居宅介護支援契約を行った後、キーパーソンより事業所へケアプラン作成に係わる情報提供が行われた。その内容は以下の通りである。

- a. 食事は何とか自分で作っているが、調理方法を忘れてることが多くレポートリーが少なくなっている。
- b. 食材等の買い物は、週一回姉が運転する車で出かける。
- c. M大学病院では、内科、整形外科、神経内科、産婦人科を周期的に受診し、普段は一人で通院するが、検査などがある場合は付き添いがいないと無理で、姉、叔母（母の妹）又はキーパーソンが付き添っている。
- d. 時々、タクシーを利用して買い物や金融機関へは出かける。
- e. 文章を読んでも内容を理解することが出来なくなっている。

12月14日家庭訪問し、ケアプランアセスメントにそって調査、質問を実施する。他人が訪問したことで少々パニックになったようで「私はパーになった。なにがなにかわからない」等不安げな様子を示すも、質問にはしっかり答え、職業婦人としての経歴と几帳面さを感じさせる雰囲気がある。調査の結果は、寝起きをソファで行っていること及び布団の上げ下ろしに負担があること以外、ADLは自立してい

る。利用者本人からは、「何とか生活できますから」との言葉が聞かれたが、長女とキーパーソンの希望もあり、週一回のデイサービス、安全確認のためのヘルパー派遣、家事援助による掃除洗濯等を2001年1月より開始することで合意した。

3) 2001年1月4日、キーパーソンより利用者本人の体調の変化と、入所希望する旨の電話連絡を受け訪問した。前回（2000年12月）に訪問したときの様子と変わり、質問に対し上の空のような返答がある。また立ち上がりも困難であった。ケアマネージャー（看護師）は、軽い脱水と判断し、すぐに神経内科主治医を受診するよう手配した。受診の結果、一時的な体力低下との事で帰宅したが、ケアマネージャーは、この体力で独居を継続する事は困難と判断し、キーパーソンも入所を希望したため、ショートステイを選択した。

ショートステイで体力は回復し、施設内を自由に移動できるようになったが、依然として独居生活に不安が残った。しかし、利用者本人の希望もあり、いったん帰宅しサービスを増やして様子を見ることにした。その一方でグループホーム、ケアハウス等の入居施設をキーパーソンに紹介した。神経内科主治医から独居生活は困難とのコメントがあったが、利用者本人はサービスの提供にも慣れ、2001年1月から4月まで在宅で生活した。ただし、その間睡眠剤の重複処方によるふらつき、新聞広告に名前を載せるよう勧誘されて広告料を請求されたり、催眠商法に自宅を開放し台所用品を購入した等の問題が発生した。4月末、睡眠剤によると思われるふらつき、呂律が回らない会話及び体力低下が見られ、5月のケアプランにショートステイを計画し、5月3日から7日までの5日間実施した。

4) 2001年5月10日、ヘルパーより、いつも寝ているとの報告がケアマネージャーにあり、11日には訪問看護師が訪問した。体温37℃台の発熱がみられ、キーパーソンに連絡後、長女の訪問を待って神経内科主治医の診察を依頼し、長女が同行した。長女には入院できるか確認するよう説明していたが、「入院するほどではない」との診断であった。しかし前回同様、独りでの生活は安全面も考慮して不可能と判断し、前回と同施設にショートステイを依頼し、了承された。

ショートステイを利用すると同時に独居生活の限界を考え、新設の老人ホーム、老人保健施設、グループホーム等を見学、入所手続きを行うと共に、精神科の痴呆外来を受診し、専門的な意見を得ること

で在宅ケアを検討するという方向性を出し、5月29日受診した。受診介助には、訪問看護師があたり、情報を正確にし、医師との連携を図るよう計画し実施した。キーパーソンも同行した。

この時、施設担当医から痴呆外来医師への紹介状で、「5月14日ごろより、暴力行為、徘徊、不穏があり、介護職員が困っている。そのため、セレネースを服用させ、夜間譫妄、激しい精神症状は消失している。」との情報提供がなされたことを受診後に知った。また、同様の情報提供がグループホーム、老人保健施設にも行われ、家人がもっとも希望したグループホームからは、「集団生活が出来ないため」という理由で拒否される事になった。

5月30日には、施設から長女に「問題行動があるので、他の施設を検討するよう」連絡があり、長女からキーパーソンに連絡が入った。さらに6月1日にはショートステイ責任者（看護師）よりキーパーソンあてに緊急に相談がある旨の連絡が届いた。

このような症状が事業所に連絡されたのは、5月31日である。後に5月のショートステイ期間中の介護記録を入手したところ、5月13日より徘徊の記事があり、「他人の冷蔵庫を開けようとしたところを、施設職員が注意しようとした所、手で払い除ける。家に何度も電話をかけるよう要求する。電話機にゼリーを詰めた」などの問題行動が記載されていた。

「暴力行為」が伝えられた当初、キーパーソン及び事業所においては、痴呆症状の悪化によるものと判断したが、後にキーパーソンより下記内容のメールが届いた。その概略は、

①ショートステイ責任者から聴く母の状況に疑問を感じている。5月29日痴呆外来で母と話したときの様子、面会に行った姉からの報告、状況を確認に行った事業所の話を総合して、ギャップが大きい。本当のところ、どのような行為を「一日数回の暴力行為」と表現されるのか確認する必要があると思う。
②母の暴力事件について調査するにつれて、いろいろなことが分かったが、もっともショックであったのは、施設の責任者が代わることによる扱いの違いで、実際にはなにが起きたのかはっきりしないが、「暴力事件」という表現は適切ではないように思う。介護に携わる方々は基本的な訓練を受け、その判断もある程度まで普遍的と思いついでいた。というものであった。

入所を希望し、当てにしていたグループホームからも老人保健施設からも入所を拒否された為、様々な施設に依頼し、家族、事業所ともに見学や話し合

いをした結果、新設の老人保健施設のみが入所可となり、2001年6月25日入所するに至った。老人保健施設では問題行動もなく生活した。しかし、2002年2月転倒による骨折で入院、手術を受けた。退院後は同じ老人保健施設に戻ることができた。2002年8月、最初に見学したグループホームから入所の打診を受け、転所する。11月に面会したところ、不穏症状もなく安定して生活しているとのことであった。

II 在宅生活支援上の問題とサポート体制の分析

1 在宅生活支援上の問題

事業所が利用者本人の在宅生活に対して限界があると判断した根拠は、(1) 急激な体力の低下、(2) 薬剤（特に睡眠剤）等を含む安全管理上の問題、(3) ショートステイ中の暴力事件である。以下、それぞれについて分析する。

(1) 急激な体力低下

2001年1月及び5月のショートステイは、数日前から体調不良があり、食生活行動すなわち、買い物、調理、さらに食事が出来なくなった事に起因する体力低下に対処した緊急避難的要素が強い。ケアマネージャーのこれまでの経験から、一般に高齢者は食生活行動が低下すると脱水となり、認知行動に問題が生じ痴呆症状が悪化する。さらに、その事が誘因となって他のADLが低下し、それにより食生活行動がさらに低下するという悪循環を生む傾向がある。利用者本人のように体力は施設入所で回復するが、一端低下したADLの回復は悪く、帰宅後には、入所前に出来ていたADLが出来なくなり、独居生活を維持するにはサポートを増やしていくしか方法がない。しかし、(2) に関連するが、在宅のサポートは24時間常時継続することは不可能に近い状況にある。また独居生活に対するケアマネージャー自身の不安も加味される。

(2) 薬剤（特に睡眠剤）等を含む安全管理

利用者本人の場合、薬剤への依存とも相まってヘルパーの受診介助以外にも、独りでタクシーを利用して別の病院を受診し、睡眠剤を処方され、服用し呂律が回らなくなる、歩行が不安定になる等の症状が出、さらに食生活が変化し、(1) のような経過の一因にもなった。また、同一の病院でも、受診科が

違えば他の受診科でどのような薬剤が出されているかチェックされないまま同様の薬剤が処方されるといった問題が頻回に起こった。さらには、置き薬を売られるなどケアマネージャー及びサービス担当者だけでは把握しにくい問題がある。これに対し、事業所としては、ヘルパー訪問時にゴミ箱などにある薬の袋に注意してもらうよう説明し、協力を得るしかなかった。キーパーソンが再三にわたり医療機関に注意を促して、医師の意識を変える必要性に迫られた。これが、利用者本人をアルツハイマー病と診断し、独居は困難と判断している医師にあっても同様であったことから、薬剤の処方がいかに簡単に行われているか、医師間の連携の困難さ、さらには病院に勤務する医療関係者の、在宅高齢者支援に対する知識不足等が、高齢者特に独居高齢者の在宅生活に与える影響を考えさせられる深刻な問題である。

(3) ショートステイ中の暴力事件

初回面接時利用者本人は、職業婦人として過ごしてきた雰囲気を持った、プライドのある人格と判断した。また、在宅生活中の行動は穏やかで、声を上げることのない性格であった。このため、2001年5月末になって、急に発生したいわゆる「1日数回の暴力事件」には困惑した。その原因が何であったのか不明のまま、また明確にしないまま入所施設探しに奔走した。

利用者本人と契約した当事業所のように入所施設を持たない場合、利用者本人が入所している施設から「問題があるので出てほしい」と言われても、すぐに次の入所施設を決定することは容易ではない。また、ショートステイ中に介護方法に疑問を挟むことにも事実関係が十分把握できない以上問題がある。この事件は、家族においてもショックな出来事であった。先に述べたように、当初家族をはじめ事業所でも「暴力行為」は痴呆症状の悪化から来るものと判断し、在宅生活は到底不可能と考えたが、経過I-4)で挙げたメールの概要①・②にもあるように、「暴力行為」という表現には、家族のみならず事業所においても契約終了後まで疑問が残った。

2 サポート体制の分析

(1) 家族によるサポート

①熱意と努力

2000年12月の居宅介護支援契約から、2001年6月の老人保健施設入所までの間に、キーパーソンが各

担当者にあてたメール・ファックスは100通以上に及ぶ。この事がケアマネージャーや医師、施設担当者にキーパーソンの存在を意識づけ、同時に、家族とケアマネージャー、サービス提供者が協力して利用者本人の生活を支援するという在宅介護の基本を再認識させたと言える。

キーパーソンは介護保険制度についてもかなりの知識を持ち、事業所にケアプランを依頼はしているものの、疑問点を放置することなく、熱心に問い合わせ、サービスに対し自分の要求を的確に伝えてくる。こういった姿勢に、母親への強い愛と敬意が感じられた。

高齢者の同居率は年齢が上がるにつれて上がってくる。住み慣れた地域で最後まで生活するというのが介護保険の目的であったが、施設入所待ちが増加している現状から考えると、いかに高齢者の在宅生活、在宅介護が困難なものかが分かる。高齢者の家族との同居、あるいは独居を問わず、家族が介護の対象になる高齢者をいかに生活させたいと考えるか、また、その家族の気持ちをいかにケアマネージャーやサービス担当者に伝えるかが、家族による在宅サポートでは重要である。

ケアマネージャーの姿勢として、本人および家族の選択権、決定権を尊重した支援が重要であることは当然であるが、対象者の家族にあっても、自立支援、自己選択、自己決定の方針が理解されることが大切と考える。

②遠隔地介護の特色

本事例ではキーパーソンとの連絡方法はメールを主に使用した。これはキーパーソンがコンピューター関係の業務に就いている事にも関係している。2-(1)-①で述べたごとくキーパーソンの熱意とも相まって各事業所、担当者がこれに応じたとも言える。一部セキュリティの問題をあげて拒否した担当者もいたが、この方法は、電話などと比べて仕事中の担当者を煩わせることなく意見交換が行えたと言える。また、キーパーソンの配慮により、関係する担当者のメール、ファックスがケアマネージャーに転送されたことは、ケアプラン作成に大変有効であった。

介護保険は、サービス担当者会議を開催する事を義務づけているが、家族が遠隔地に在住する場合は、家族の意向を会議に反映させることも、会議に家族の同席を求めることも容易ではない。この方法はサービス担当者会議以上に充実していたと思われる。

(2) ケアマネージャーをはじめとする専門職のサポート

①居宅介護支援事業所の姿勢とケアマネージャーの資質の関係

介護保険制度において、ケアマネージャーの存在が重要であることは先に述べた。介護保険導入直後からケアマネージャーの質が問われているが、どちらかと言えば、居宅介護支援事業所の姿勢の方が重要ではないかと考える。ケアマネージャーは各居宅介護支援事業所に所属し、その居宅介護支援事業所はさまざまなサービスをもっていることが多い。そして多くの場合、各事業所はケアプランに自らのサービスを取り入れることを暗にケアマネージャーに要求する。この事が、サービスの取り込みと言われる所以である。ここで、ケアマネージャーの質以上に、施設を持つ居宅介護支援事業所の質が問われることになる。

ケアマネージャーが「利用者の生活を支える」という、在宅介護の本質を実行できるサポート体制を事業所が備えている事が重要である。今回のように、緊急に対応し、入所施設を見学して、その情報を家族に提供することは、家族のサービス決定を支援する重要な要素である。多くのケアマネージャーは所属する施設、事業所の他の業務を兼務しているのが現状である。「利用者の生活を支える」サポート体制、プランの平等性は十分理解していても、事業所の現状と時間的な問題を抱え、事業所と利用者との狭間で苦慮しているケアマネージャーは少なくない。より良いケアプラン作成のためには、ケアマネージャーが独立した立場で業務を行える事が理想と考えるが、これも現実のケアプラン作成費では実現は難しい。

②各専門職のサポートと連携

a. 医療との連携

一般に高齢者の場合は、受診することで、安心感をもつことが多い。また複数の疾患を抱えているというのが特徴であり、複数の病院、診療科を受診する。多くの高齢者は利用者本人のように、風邪症状から食事摂取の低下、体力低下へと急激に変化するため、医療を抜きにサポートすることは困難である。今回、居宅介護支援事業所が訪問看護を併設していること、ケアマネージャー自身が看護職であるということもあって、医療判断はかなりスムーズに行われたといえる。しかし、独居ということから来る対応の遅れは防ぎようがなかった。キーパーソンが毎日母親に電話し、その

反応で異常を察知するという積極的行動がなければ、ショートステイに終わらず、入院という経過を辿ったであろう事は容易に想像できる。

先にも述べたように、利用者本人は薬への執着が強く、その為、薬の重複処方という問題に苦慮した。このことから、高齢者に医療の視点は大切であり、医師との連携なくプラン作成もサービスの提供も考えられない事、また医師もケアチームの一員と考え、双方からの連携が独居高齢者を支援する上で重要なことであるという視点と認識を持つことが大切と考える。ケアマネージャーが受診時に提供した情報に対して、医師は診察の結果をケアマネージャーに返すといった関係が確立されることが望まれる。

b. 施設介護職との連携

利用者本人のショートステイ中の「暴力事件」においては、その原因を明確にすることなく他の施設入所で処理した。この判断は、次の入所場所もないまま、退所されては在宅生活がサポートできない事、またキーパーソンと同様、「暴力事件」は痴呆症状の進行が原因と捉えた事にある。しかし、後に入手した介護記録及び他の介護施設での生活の様子から、その判断は的確ではなかったと考える。

後に入手した介護記録には、「他の人の部屋に入り、注意をすると手を払いのける」などと、本人の行為は記されていたが、介護者の行為、関わりは見当たらず、どのような介護が行われたのか、及びそのときの利用者の反応については掴み取ることはできなかった。

また、5月のショートステイ開始から数日で問題行動が見られているが、事業所への連絡はかなり後になってからであった。このことは、施設がかなり極限まで我慢を重ねて対応してくれたものと考えているが、ケアマネージャーとの連携が良好であれば、もう少し早く情報を得、医師などとも連携して、介護方法に踏み込んだ話し合いが行えていたのではないかと反省している。

c. ヘルパーとの連携

今回、在宅生活では居宅介護支援事業所併設のヘルパーによる家事援助、複合型介護を実施した。居宅介護支援事業所がサービスを取り込むことの可否の問題はあるものの、独居高齢者の場合、情報がスムーズに流れるという点において大変有効であった。薬の重複、足元が不安定になっている、さらには、新聞広告の電話が入った等、訪問中、

訪問後の報告、情報提供で速やかに対応することができ、かなり助けられた。

以上のように、それぞれの担当者が各自の分野を担当しながらも、「独居痴呆高齢者を支えるために何をなすべきか」を考え、専門職間及び家族との連携を蜜にしてサポートすることが大切である。

Ⅲ ケアマネジメントの評価

利用者本人は2001年1月に医師より在宅の限界を言われながらも、4ヶ月間デイサービスや訪問介護を受けながら在宅で生活した。当初5月のケアプランは週3回のデイサービスを中心に、その他の日は、配食サービス、受診介助及び1日2回の訪問介護といったシンプルな計画であった。Ⅱ-1-(3)で述べたショートステイ中の暴力事件がなければ、再度在宅生活を計画したはずである。Ⅱの在宅生活支援上の問題とサポート体制の分析にも関連するが、ここではケアマネージャーの判断が妥当であったかを検討する。

1 独居痴呆高齢者についての理解

今回のケアマネジメントでは、ケアマネジメントの理念よりも、独居痴呆すなわち在宅生活は不可能という先入観と、ケアマネージャーの重責による不安が先行してしまっている。岡本祐三氏の「高齢者機能ハンドブック」¹⁾によれば、アメリカにおいて痴呆高齢者のナーシングホーム収容を考える際の特徴的条件として、a. 非常な高齢 b. ADL遂行不能 c. 失禁 d. 精神障害 e. 積極的に介護にあたる有能な家族メンバーの欠如を挙げている。また、家族介護者が担うサポート範囲としては、a. 精神的サポート（電話で様子を聞くなど） b. 道具的日常生活動作（IADL）（移送、買い物、家事、食事の支度など）の援助及び c. 基本的ADLの介助（入浴、食事、身支度、排泄など）がある。これを基に本事例について判断すれば、キーパーソンが遠隔地にいることは問題であるが、キーパーソンは有能で且つ毎日電話をして母親の精神的サポートを行い、状態を観察するなどきめ細やかな対応しており、また家族が行うサポート範囲のbとcは介護保険の訪問介護で対応できるものである。このことから考えれば在宅生活は可能であるとの前提が成り立つ。松下正明氏が述べているように、不安定な土

台（壤）の上で回るコマのような存在としての痴呆高齢者の生活についての基本的な理解に欠け²⁾、このコマをどのように支援すればよいかといったケアマネージャー自身のケアの目標が明確ではない。さらに、サービスが生理的欲求の充足と安全の確保に偏る傾向がある。

また高齢者の疾患の特徴がケアプランに加味されていない。Ⅱ-2-(2)-②-a医療との連携で、ケアマネージャー自身が看護職であり医療判断はスムーズに行われたと述べたが、高齢者が疾患に罹り易い事、またその事が痴呆を悪化させやすい事を知りながら訪問看護の導入が5月の体調変化まで行われなかったことは、医療面の予測が不十分であったといわざるを得ない。高齢少子社会及び核家族化による家族介護機能に変化が生じている状況下では、医療依存度の高い高齢者は訪問看護などでリスクの回避を行う必要がある³⁾とされているように本件でも同様の問題が残る。

2 施設の評価と選択基準

事業所のケアマネージャーは、先にも述べたが施設を選択する際、必ず施設を見学し決定するように努力しているが、各施設の特徴及び介護ケアの内容を理解するのは容易ではない。したがって、空席のある施設にサービスを依頼する傾向にある。

痴呆の症状には中核症状（痴呆の芯をなす症状で、短期・長期記憶障害、見当識、失計算、抽象的思考能力低下、人格水準低下など知的能力低下症状）と辺縁症状（中核症状をもとにして出現してくる不適応、問題行動）があり、辺縁症状は適切な医療、看護、介護を行うことによってある程度改善可能であり、辺縁症状の成り立ちを正確にとらえ対処する事で随伴症状が少なくなり、安定した生活を送る事が出来る⁴⁾。つまり適応障害によって痴呆症状が強く出現する。したがって選択する施設の介護内容として痴呆高齢者に理解があるかどうか重要であり、介護内容を知る指標として、定期的にケアカンファレンスが行われているか、チーム制か担当者制か等の情報が必要になる。それを知る方法として居宅介護支援事業所としては、施設の介護方針や介護内容が公開される事を望みたい。

ケアマネージャーとしては、担当する痴呆高齢者に合った施設を選択するために日頃から情報収集に努め、利用者本人及び家族に提供する義務があると考える。

3 ショーステイ選択の当否

今回のショートステイ選択は、常に緊急避難的対応である。Ⅲ-1 独居痴呆高齢者についての理解で述べたが、不安定な土台の上にいる痴呆高齢者を、さらに慣れない環境に置く事で不安を増幅し、利用者本人の暴力行為は、居場所を無くしたことによる適応障害と考えられるとすれば、痴呆高齢者にショートステイが適切なケアプランであったのかも検討する余地がある。

ショートステイを受け入れた施設の立場からすれば、Ⅲ-2の施設の評価と選択基準で述べたように、施設の介護レベル、特に痴呆高齢者の理解と介護内容は重要であるが、痴呆高齢者が施設の介護者に慣れ、また自分の居場所に慣れるまでには相当の期間を要すると考えられる。この間に起こる様々な問題に対応し、効果をあげるまでの期間として2週間という期間は短いと言わざるを得ない。施設としてはもう少し様子を見ようとした結果が、ケアマネージャーや家族が不信感を持つ原因となった、「急な退所連絡」に繋がった可能性が高い。

利用者本人の几帳面な性格に環境要因が加わり、さらに体調不良があれば適応障害に陥りやすいことをケアプランに反映して、ショートステイを依頼する際に注意を払うか、在宅で医療関係者のサービスを増やし体力の回復と精神的安定を図るのが妥当であったと考える。

4 情報の共有

利用者本人と関ったすべての専門職および家族、特にキーパーソンとの情報共有は、キーパーソンを中心にそれぞれのサービス担当者間では十分に行われたが、ケアマネージャーのサービス提供者間の調整機能が不十分であったといえる。その結果が、Ⅱ-2のサポート体制の分析およびⅢ-1 独居高齢者の理解、2施設の評価と施設選択の基準、3ショートステイ選択の当否に関連している。特に「暴力事件」では痴呆高齢者の理解を基に施設介護職員と話し合い、同時に家族に対しショートステイで痴呆症状に変化が起こる可能性について説明しておく必要があったと考える。

利用者本人に「より良い生活を、安全に送ってもらう」時、サービス提供者間の連携の基本をなす情報の共有は大切であり、その役割をケアマネージャーが機能して行くことが重要である。今回その役割

をキーパーソンが行った傾向がある事は反省しなければならない。

おわりに

独居痴呆高齢者のケアマネジメントを担当すると、そうではない利用者以上の重責がケアマネージャーにかかる。そこで事業所では一人の担当ではなく事業所全体で支援するよう配慮する。事業所内で情報を共有するためにキーパーソンより送られてきたメール・ファックスを読みあい施設見学後の意見交換を行っている。それでも独居高齢者を「よりよく、安全に」在宅で支援する為にはサービスにこれで十分ということはない。

利用者本人から在宅生活を希望する言葉が聞かれる限りは、その希望に添えるように努力したいと考えるが、Ⅲ-1 独居痴呆高齢者についての理解で述べたように、支援計画が安全優先の思考になる。それは、独居痴呆高齢者のサポートに関する在宅や施設現場の具体的な研究事例が少なく、またケアマネージャー間の意見交換が限られており、ケアマネージャーの所属する背景も様々である事から、手本となるプランが見当たらないことも一因と考える。

今回改めて利用者本人が置かれた経緯を、施設入所の判断基準や、家族サポートの内容に照らして分析したが、ケアマネジメントを行う際の問題分析が明確でなければ、ケアプランが安全の確保と生理的欲求の充足に偏る事、また施設利用に際しては利用者本人もさることながら、施設側も混乱することが示唆された。

今回、キーパーソンに熱意と知識、十分な判断力があつたことが、様々な問題をクリアできた要因でもある。このようにキーパーソンが積極的に関与できる事例は少ないと思われるが、独居痴呆高齢者の事例の積み重ねを行う必要がある。

たとえ痴呆になろうと、独り暮らしであろうと、本人がそれを望み、あるいは望むであろう事が推認される以上、介護保険の理念である住み慣れた地域社会で生活続ける事を可能にするために、どのような条件整備が必要であるかについて、今後さらに検討していきたい。

最後に、膨大な資料を提供し、その活用を承諾頂いたキーパーソンに感謝する。

【注】

- 1) 岡本祐三監訳：高齢者機能評価ハンドブック、医学書院、1998.
- 2) 松下正明編：臨床精神医学講座12 老年期精神障害、中山書店、1998.
- 3) 山幡信子(2001)：地域特性と老年看護、老年看護学、Vol.6、No.1、8-14.
- 4) 井村裕夫他編：最新内科学体系第65巻 脳の高次機能障害、中山書店、1996.