

## 在宅における高齢者介護の問題(3)

—一貫した公的介護サービスが提供しにくい事例—

研 攻 一 幼児教育科  
坂 倉 久美子 居宅介護支援事業所

(2007年9月28日受理)

### 〔要約〕

介護支援専門員の立場から、在宅での老老介護のケースで、利用者である妻が鬱病で心身の変化が激しく、介護の中心にいる夫がそれに振り回されると同時に、夫自身も優柔不断なので十分な介護サービス支援が行えない事例について検討した。その結果、次のような問題点が得られた。

- ①利用者の性格と鬱病の結果、夫や介護サービス提供者が振り回されるなど、利用者とその家族の間関係が、介護サービスを大きく左右する条件となっている。
- ②利用者の心身の状態が頻繁に変化し良くなったり悪くなったりしながら、徐々に悪くなる方向に進むにしても、これまでのケースほどには一方向に変化していかない。
- ③ケアプラン内で、利用者が主体的に改善するような目標設定についてはほとんど改善されておらず、他の環境改善等の目標については改善がなされている。

### I. 問題

介護保険制度の改正に伴って、介護支援専門員を取り巻く状況も変化してきている。これまで介護保険施設などに付設した居宅介護支援事業所に所属し、各施設の介護事業に繋ぐケアプランを立てることが、介護支援専門員の重要な仕事になってきていた。しかも、その担当する件数が、事業所によっては60件を超える場合も珍しくなく、十分なケアプランを作成し効率的なケアの調整などができない場合が見られた。

こうした状況の中で、介護保険制度の改正によって、要支援や要介護度1の一部を介護予防事業に組み込み、地域支援事業における介護予防特定高齢者施策と新予防給付の2つのマネジメントを対象にする地域包括センターが設立された。堤によれば、「地域包括センターは、地域における関係者の包括的なネットワークをベースに、予防給付に係る指定予防支援のほか、介護予防事業のマネジメント、虐待防止や権利擁護を含む総合相談・支援事業、包括的継続的マネジメント事業を、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの3職種協働により行うものと説明されている。一中略—包括センターがわかりにくいのは、指定介護予防支援という給付事務とそれ以外の介護予防マネジメントや総合相談・支援、包括的継続的ケアマネジメントの事業——いわば2つの異質の仕事がセンターの事業として同居させられていることが第1の理由であろう」という。このような包括センターの業務の煩雑さを解消するために、堤は「一般のケアマネジャーが作った

介護予防サービス計画を保健師が専門的な立場から指導助言するということが十分ではないか。介護給付の居宅サービス計画について主任ケアマネジャーが指導助言するのと同じように考えればよいのである。現在の仕組みの下でも、包括センターは介護予防サービス計画の作成を一般のケアマネジャーに委託し、保健師がそれをチェックするというにすれば、指定介護予防支援に関する業務も実質的に保険者の住民支援的業務とすることが可能である。それによって、利用者が要支援状態から要介護状態になっても、同じケアマネジャーが一貫してケアマネジメントに携わることができることとなる。ケアマネジメントの本質からすれば、この継続性を確保することがよほど重要であろう。」と述べる。<sup>1)2)3)</sup>(以下ケアマネジャーと介護支援専門員は便宜的に使用する)

これまでの地域の包括的なネットワークだった在宅介護支援センターをなくし、要支援、要介護度1の一部を予防給付に切り替えるのに、新たな組織を立ち上げることにどんな意味があったのかは、疑問の残るところである。制度上、これらの組織の分担は一見すると合理的に見えるけれども、介護保険制度の問題点は、実態とかけ離れた観念的な制度という印象が強く、その制度の運用が実態に引きずられて有名無実になっていく経過を辿ってきたというのがこれまでの歴史ではないだろうか。

また、地域包括センターの構成員の主任ケアマネジャーを例に挙げると、選抜による資格ではなく、現

任研修を経たものがその資格を得るようになっており、ケアマネージャーとしての高い専門性が保証されているかは定かでない。これまでの各施設に付設していた居宅介護支援事業所から予防事業へと変更になったケースについて、介護支援専門員同士の情報交換や連携に際し、包括支援センターの主任ケアマネージャーが、そのケースについて適切な指示やアドバイスができるか不安があるとの話もたびたび耳にする。単なる経験年数があればそうした資格が得られ、包括支援センターに勤務する人が多いからである。居宅介護支援事業所などの介護支援専門員が要介護1以上の最大取り扱い件数が35件の他に、包括支援センターからの委託を受けてケースを担当することも頻繁に見られるという。要支援や要介護度1の予防事業に対する事業所への介護保険料収入は安くなっており、総体としての件数はやや減ったものの、地域包括センター分のケースを8件まで持つことになると、労力的には大きな負担軽減にはなっていないのが現状のようである。

このような制度改正が、無駄に支払われてきた介護保険料を抑制すると共に、団塊世代の高齢化に対応すべき政策であるということは理解できるが、こうした観念的な制度の改正が、高齢者の在宅介護に対して、十分なケアを保証することになっているのだろうか。このようなトップダウンの在宅介護福祉の改正が効果的であったかどうかは、具体的な事例の検証を経て、初めてその良し悪しが判定できるのではないか。その点で、介護保険制度の有効性を検証するための事例の集積こそが今必要になっているのではないだろうか。公的介護サービスが有効に働かない条件とは何か、どのような条件が大きな条件なのか等について、知識を集積していくことが、どのような改正が必要になるのかについての知見を提供することになると考えられる。

本研究では、前研究<sup>5)</sup>と同じように、夫が妻を介護している老老介護のケースを取り上げる。妻が鬱病で、躁鬱の変化が激しく、前日は介護サービスを受けることを認めたのに、翌日は拒否するなどの行動を示すのに対し、介護する夫が優柔不断で粘着的なところがあり、妻の症状に振り回されて、公的介護サービスを一貫して提供しにくいケースである。

そこで、1. 家族関係がどのようなであったか 2. 利用者Aさんの症状の変化 3. 介護サービス提供者側の問題点の3点について検討する。

## II. 利用対象者及び相談内容

### 1. 事例者：Aさん（女性）

生年月日 昭和3年3月（相談時77歳）

### 2. Aの介護者 夫（76歳）

3. 受付月日 平成17年2月

4. 介護度 要介護3

5. 家族構成 夫との夫婦二人で生活している。長男がいるが、長男一家（孫一人）は、埼玉県在住。

6. 既往歴 鬱病・腰痛・自律神経失調症

7. 相談内容と経過

#### (1)主な生活暦

W市にて出生。建築業に携わる夫と結婚してからは夫を助け経理等を手伝う。子供は男子が一人であり、教育熱心な母親であった。息子は地元の工業専門高校を卒業し、東京の私立大学に編入学。Aも夫も就職は地元でと願ったが、希望の仕事が見つからず、大学の教授の紹介で埼玉県の企業に就職。その後、息子の結婚が決まり、ブライダルフェアに参加した直後から不眠が続き、精神科受診となった。Aが寝たり起きたりの生活をするようになったため、夫も介護や家事の為、仕事をやめ年金暮らしとなった。

#### (2)支援のいきさつ

特別養護老人ホーム（以下特養）T荘と契約を締結していたが、将来は特養R荘への入所を希望していることからR荘プランとなった。9年ほど前より、自立神経失調症でN病院（精神科）通院。その後、腰痛の為歩行困難となり週1回K診療所のディケアを利用していましたが、体調不調を理由に休みがちになっていた。契約変更を機に、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護等の訪問系サービスを利用しながら、在宅での生活を続行したいと考えている。また夫の介護負担減少の為、短期入所を希望しているが、以前、特養T荘短期入所を利用中、本人が気を使いすぎて病変し、予定を変更して退所した経緯があることから、状況を観察し慎重にサービスを開始する必要があると思われる。

#### (3)17年3月時における利用状況調査結果

##### ①身体状況

歩行	一部介助	膝関節痛・腰痛のため室内は一部介助・屋外は車椅子使用
排泄	自立	夫が見守りを行っている
食事	自立	食べこぼしが見られている
入浴	一部介助	背中等手の届かないところは夫が介助している
着脱	一部介助	前後・裏表等間違えることあり介助を要す
視力	普通	
聴力	普通	
言語	普通	自発語は余り見られない

## ②健康状態

病歴	9年ほど前より自律神経失調症でN病院通院 (精神科鬱病)・腰痛	
褥瘡	なし	

## ③精神状況

意思伝達	自立
意志理解	自立
幻聴・幻視	以前はみられたが、今は表出していない
徘徊	なし
転倒度	あり
嚥下困難度	なし
介護	抵抗あり
性格・対人関係	自ら他者に働きかけてコミュニケーションをとることはない

## ④介護上の注意

以前、特養T荘の短期入所を利用中、Aが気を使いすぎて病変し予定を変更して退所したことがある。

## 8. 介護支援専門員が集めた家族についての情報

A夫婦は、夫が1歳年下であり、夫婦関係はそれほど良好というほどではない。夫は概して風采が上がらず、妻であるAを好いているが、Aの方はそれほどではない。夫は優柔不断で粘着質などところがある。また清潔好きで、部屋もきちんと整頓しないと気がすまないし、庭も雑草一本も生えていないようにしている。畑で苗木を植えるときにも糸を張って、それに沿って植えなければ気がすまないような性格である。

そんな夫婦関係の中で、Aは自分の息子への愛着を強めていったようである。息子はその地域では評価が高い工業専門学校を卒業したが、この学校は男子が大半を占めている。そこを卒業して東京の私大を出て、埼玉県内に就職しそこで結婚したが、この息子も父親似で概して風采が上がらないように見える。息子と妻との関係は、妻が家庭での主導権を握っており、結婚してあげたというような感じさえ受ける。介護についての話し合いでも、息子がA夫婦の面倒を見る件に関して、妻は自分たちの子ども(孫)の教育があるので地元に戻るつもりはないと明言し拒否的な態度である。

## 9. 介護支援専門員から見た問題点

## (1)介護力が弱い

同居の夫が介護を担っているが、夫自身も高血圧でありまた精神的に落ち込むと、サービス事業所の担当者に連日のように電話を掛けて来ることがある。理解力に乏しい面が見られ、Aが体調不良になると、おろおろしどうしてよいかわからず、サービス事業者やケアマネージャーに判断を仰ぐことが多い。

## (2)サービス利用が円滑にできていない。

Aは鬱病の為、他者との交流を極端に嫌い、サービス利用がスムーズにできない。夫の介護負担減少のため通所系サービスを計画し、Aもその時は了解するのだが、いざサービス利用の段になるとキャンセルとなってしまう。体調不良も精神的なことに左右されることが多い。

## (3)経済的な問題の処理がうまくない。

夫は若い時には建築関係の仕事をしていたが、個人業であり現在は国民年金を受給している。(夫婦で月7万円程度)それだけでは生活できないので、2000万円の預金を取り崩して生活するように勧めても使おうとはしない。

## Ⅲ. 居宅介護支援経過

H17/2/8

K医師より、現在特養K荘で居宅支援契約を締結しているAが、特養R荘にプラン変更を希望しているとの連絡があった。早速、自宅に電話。契約の為自宅を訪問したい旨話すと、11日の10時に訪問して欲しいとのことであった。その後、K医師にその旨報告すると、3月より毎週水曜日15時30分より訪問リハビリテーションを予定しているとのことであった。

H17/2/11

自宅を訪問し居宅支援契約を締結。3月より訪問リハビリテーション・訪問看護・訪問介護を利用して、在宅での生活を支えていくこととなった。

H17/2/15

訪問介護事業所(以下訪介)BのM氏と自宅を訪問。3月からのサービス利用について契約を締結している。夫が食事を作ることが困難になってきていることから、Aの今後のサービス利用が楽しみだと何度も繰り返している。その際、居宅サービス計画書と3月サービス利用票を手渡す。

H17/2/21

K医師より電話があり、Aの3月よりの訪問リハビリテーション開始について、スケジュール調整がつかないので、通所リハビリテーションではどうだろうかとのこと。Aの障害特性を考慮すれば通所は難しいことを答えると、しばらく保留にするとのことであった。

H17/3/1

本日付でW市に居宅サービス計画作成依頼届出書を提出。

H17/3/10

夫より電話があり、ヘルパー利用時間が2時間では少し足りないようなので、来週からの時間を30分延長して欲しいとのこと。早速、B訪介のM氏にその旨繋ぐ。

H17/3/14

自宅を訪問。今後のサービス利用について夫と検討する。Aに通所サービスを勧めたら、承諾したので暖かくなったらディサービスを利用したいとの事。ヘルパー利用も開始したばかりなので、5月頃から利用を開始することとした。

H17/3/24

陽気もよくなってきたので車いす貸与で散歩したいとの連絡があった。

H17/3/25

福祉用具貸与事業所（以下福用貸事）HのS氏に昨日の件を繋ぐ。

H17/3/26

福用貸事HのS氏より昨日車いす（介助用）を納入した旨報告があった。

H17/3/29

自宅を訪問。車いす貸与に伴う居宅サービス計画書・4月サービス利用票の差し替えを夫に手渡す。5月からのディサービス利用について心配している様子が見られたので、4月になり次第、特養R荘ディサービスの職員を契約・説明の為に訪問させる旨伝える。

H17/3/31

夫より電話があり、車いす使用でヘルパーの介助により庭先を散歩させたいとのこと。早速、訪介Bにその旨依頼すると、来週よりサービス可能だとのことであった。

H17/4/1

サービス計画書及び4月利用票の差し替えを持参して自宅を訪問。内容を説明して押印してもらう。その際、夫よりAの体調の日動変化がある旨報告があった。

H17/4/4

特養R荘ディサービス担当H主任にAのサービス利用について打診。Aは自律神経失調症のため、集団生活は難しいかもしれないと話すと、近日中に実地調査に出かけてみるとのこと。利用者状況調べをH主任に提出。

H17/4/19

特養R荘ディサービスH主任が自宅を訪問し、Aと面接。サービス利用が可能かどうかは、実際に利用してみなければ分からないので、5月10日からサービスを利用して様子を観察するとのことであった。

H17/4/20

自宅を訪問。夫にサービス追加に伴う居宅サービス計画書・5月サービス利用票を渡し、押印してもらっている。その際、夫よりできる限り自分で世話をするが、これ以上下肢筋力低下がすすみ、歩けなくなった場合は特養R荘入所をお願いしたいとの話があった。時期を見て、入所申込みを行うのでそれまで状況観察したい旨伝える。

H17/4/26

訪問看護事業所（以下訪看）YのG氏より電話。Aの右大転子部に床ずれがみられたため、軟膏塗布で治療を行なった。放置すれば、悪化する恐れがあるので、褥瘡予防マットと特殊寝台を使用したほうが良いのではないかとのこと。早速、夫に電話。G氏の意見を伝えると福祉用具貸与を承諾した為、福用貸事DのT氏に自宅訪問を依頼する。午後、T氏と自宅を訪問。T氏を夫に紹介し担当は居宅事業所に帰荘。その後、T氏より電話があり、特殊寝台の搬入が完了し、料金を月1800円であることを話すと「高い。」と夫が怒り出した為、契約ができなかったとのことであった。再度、自宅を訪問。夫と料金について話をし、1800円は料金設定として高くはないことを説明すると納得。T氏に連絡し、夫が納得したので、契約を勧めて欲しい旨話す。

H17/4/28

福用貸事Dより特殊寝台等の搬入報告書が届く。5月からの契約となるとのこと。夕方T氏より電話があり、福祉用具貸与の契約を締結した旨報告があった。

H17/4/29

特殊寝台・褥瘡予防用具貸与に伴う、5月利用票差し替え・居宅サービス計画書を持参して訪問。Aがベッドで眠っていた為、夫に、身体機

能低下がおこるのでなるべく日中は座位を保って欲しい旨話した。「食事をすると、テーブルにうつぶせになって眠ってしまうので、ベッドに移動させている。午後からは起こして、散歩をさせるつもりだ。」との返事であった。また、褥瘡の改善の為に、体位交換を忘れないで欲しい旨依頼する。

H17/5/9

訪看YのS氏より電話。Aの夫よりAが腰痛を訴えているとの連絡があり、訪問。痛み止めの注射を打つ。明日はディサービスの初日であるが、本日の状態を見れば休んだほうが良いと思うとのことであった。

H17/5/10

状況確認のため自宅を訪問。昨夜座薬を使用したら、本日は痛みも和らぎ、さっきまで食堂で起きていて、今ベッドに横になったところだとの報告が夫よりあった。その際、6月利用票を渡し押印してもらう。

H17/5/16

夫より電話。明日特養R荘のディサービス利用日であるが、Aは昨日よりベッドで横になっており、どうしたら良いだろうかとのこと。本日結論を出さず、明朝まで待って、Aが行きたくないようであれば断る旨話す。

H17/5/17

特養R荘ディサービスH主任にAの件を確認すると、本日ディサービスは体調不良でお休みしたとのことであった。少しの間、Aの動向を見守りサービス利用の有無を決定する旨、話した。

H17/5/24

夫より電話があり、Aがディサービスに行く準備をしていたのだが、行く段になり夫が促すと躊躇している様子が見られたので、本日もディサービスはお休みしたとのことであった。本人が嫌がるのであれば無理強いはいらないほうが良いと思うと答える。ディサービス利用については後日H主任と今後のことを相談する旨伝える。

H17/5/25

訪看YのM氏より電話があり、Aがディサービス利用ができないとのことであったが、Aは夫と離れることが嫌なので暫くの間夫と一緒に通所して、一緒に昼食を食べたりして、徐々に一人で通所することに慣れていったらどうかとのことであった。さっそく、自宅に電話。AにM氏の意見を話すと、Aは通所は気を使うので嫌だとの返答であったので、通所サービスの話は

なかったことにする旨伝えた。また、ディサービスH主任にもその件につき意見を聞くと、やはりAの気持ちを第一に考えたほうが良いとのことであった。

H17/5/26

自宅を訪問。夫に昨日の経緯を説明し、Aの自己決定を尊重したいので、ディサービス利用はなしとする旨伝えて了解を取った。

H17/6/11

自宅を訪問。7月の利用票を渡し、当分の間通所系サービスは考えず様子を見る旨話す。しかし、夫は今後のことを考えると、心配になるようで将来的には短期入所等を利用したい素振りが見られる。

H17/7/15

N病院(精神科)通院。昼夜を問わず眠っていることが多く、その旨医師に報告する。診断書を作成してもらい、K医院通院。服薬を一本化するとのことで、K医院より眠剤1錠のみ処方となった。(訪介M氏より報告)

H17/7/16

自宅を訪問。家の周りを散歩中であったが、足元がふらついており独自の歩行は無理だと思われた。夫より、先日は夫の留守中に一人で二階に上がり、洋服の整理をしていたとのこと。危険なので二階には上がらないよう話すと理解できたようだった。

H17/8/7

自宅を訪問。暑い日が続いている為散歩は中止している旨夫より報告あり。しかし、居室内でも少しは身体を動かして欲しい旨話すと納得する。

H17/8/18

福用貸事Dの福祉用具担当より、Aの夫から特殊寝台貸与をしているが「高い。」と不満の声が聞かれたとの報告がある。明日にでも自宅を訪問して、夫と話してみる旨伝える。その後、訪看YのC氏にAの褥瘡についてリサーチ。現在褥瘡は見られず、夫から高いという声があるのであれば、褥瘡用マットを一旦撤去しても良い旨話があった。

H17/8/19

自宅を訪問。夫にレンタル料が大変なのであれば、褥瘡用マットは撤去しても良い旨話すと、このままで良いとのことであった。

H17/9/13

訪看YのG氏よりAが膀胱炎になり、夫が介護

疲れで精神的に追い詰められているとの電話があり、自宅を訪問。Aの頻尿は治ったが夫は介護負担が増加したことで途方にくれている様子。(1)このままの状況が続くのであれば、ヘルパー利用を増やして入浴等をしてもらう。(2)これ以上状態悪化が見られたときには入院を考える。以上の2点を担当が提案すると納得。来週訪問するので、1週間様子を見て欲しい旨話した。

H17/9/21

自宅を訪問。Aと夫と今後のサービス利用について話し合いの場を持った。Aは通所系サービスは拒否。結局夫の介護負担減少のためヘルパー利用の回数を増やすこととなった。居宅事業所へ帰荘後、夫より電話があり、訪問リハビリテーションの作業療法士(以下OT) J氏から通所リハビリテーションを勧められたので、ヘルパー利用の増加はしばらく待つて欲しいとのことであった。

H17/10/1

自宅を訪問。Aの今後のサービス利用について夫と討議。ここ数日震えが止まらず29日の通院後は落ち着いてきたとのこと。しかし、通所サービスを利用できるような状況ではないので、K医院ディケア利用は当分の間中止をして様子を観察することとなった。

H17/10/3

K医師より電話があり、Aのサービス利用についてAは精神科通院しているのでディケアを利用しても大丈夫だと思うとOTのJ氏より話があったとの事。できれば12日か19日からでもディケアを開始したいので、Aや夫と話を進めて欲しいとのこと。早速夫にその旨電話をして、Aと今後のことを相談し、その結果を連絡くれるよう依頼する。

H17/10/6

夫より電話。昨日訪問リハビリテーションのOTのJ氏が帰った後、Aが「みんなでグルになって通わせようとしている。」と話したとの事。体調も思わしくないなので、今回の件は保留にして、様子を見たいとのことであった。その旨、K医師に報告する。

H17/10/10

自宅を訪問。夫にサービス利用の説明をして11月利用票を渡してくる。その際、昨夜、ポータブルトイレに行こうとして転倒して朝までそのままであった旨報告があった。日々入浴も困難

になってきており、今後のことが心配であると不安気だったので、状況を見守りながら支援していく旨伝える。

H17/10/14

夫より電話。昨日よりAは就床している。入浴も介助ではしているが、夜間に起こされていることもあり体力的に自信がなくなっているとのこと。ヘルパー利用の増加を勧めたが経済的なことがネックとなっているようで明確な返答はなかった。どうしてもこれ以上は無理だと思ったら特養R荘入所手続きをとるのでそれまで頑張るて欲しい旨話すと了解した。

H17/10/19

夫より電話。入浴が困難になっているので、ヘルパー利用で入浴介助をして欲しいとの事。回数は週2回程度を希望している為、現在のサービス利用日に延長して入浴をすることを勧める。その後、訪介BのM氏にサービスの増加を打診。検討してみるとのことであった。

H17/10/20

訪介BのM氏より電話があり、本日N病院(精神科)通院。日中寝ていることが多くなった為、1日3回の服薬が2回になった旨報告があった。

H17/10/21

訪介BのM氏より電話があり、ヘルパー利用の入浴の件可能だとのこと。現在の生活援助にプラスして入浴を実施してもらうこととなった。

H17/10/22

自宅を訪問。雨天であったがAは居室内で歩行訓練を行ったと夫より報告があった。Aに体調を問うと、2日前より服薬回数が減ったことで、眠気も以前ほどではないと答えている。その後、夫より電話があり担当が帰った後よく考えたが、これから寒くもなってくるし、自分も疲れたので特養R荘の入所申込みをしたいとのこと。現在の介護度が3なので今申し込んでもすぐには入所できないこと、もう少し様子を見て、在宅での生活がどうしてもできなくなったら考えてみる旨話すと納得したようであった。

H17/10/24

福用貸事HのS氏が居宅事業所を訪問。Aの夫より車いす撤去の依頼があり、近日中に自宅を訪問して撤去するとのことであった。

H17/11/3

夫より電話がありAの体調がよく入浴を独自でできるようになったのでヘルパー利用での入浴を中止して欲しいとのこと。訪介Bの本日サー

ビスを実施したI氏に事情聴取。独自で入浴ができていたとのことであったので、Aの状況の変化に合わせてサービスの調整を図って欲しい旨伝える。

H17/11/10

訪看YのS所長より電話があり、Aが先週より就床していることが多く、褥瘡ができ始めているとのことであった。

H17/11/11

自宅を訪問。Aはソファの下に横になっており、目を閉じていたが、担当が夫の所在を尋ねると、畑にいと明確に答えた。

H17/12/9

自宅を訪問。1月の利用票を渡し、押印してもらう。またその際、介護保険認定期限が切れるので、更新の為介護保険被保険者証を預かる。正月は長男一家が帰省するとの事で、とても嬉しそうであった。

H18/1/11

自宅を訪問。夫よりAの状況報告を受ける。Aは先週末より胸の痛みを訴え、訪看Yにも連絡したが、しばらく様子を見るようにと言われたとのことであった。しかし、その後、胸の痛みはなく落ち着いているとのことであった。

H18/2/10

夫より新しい介護保険者証が届いたとの連絡あり、自宅を訪問。要介護3より2に変更となっている。

H18/2/11

自宅を訪問。夫に新しい居宅サービス計画書を渡し、3月からのサービスについて説明する。Aはここ数日、体調不調で足取りもふらつきがみられるとのことであった。

H18/2/21

夫より電話があり、一昨日の晩、入浴をしたAが浴槽から出られなくなったため、今後はヘルパー利用で入浴させたいとのこと。その旨、訪介BのP氏に打診すると、現在のサービス利用日の家事援助に続いての援助が可能だとの事。早速、利用票の差し替えを自宅に届ける。

H18/3/27

自宅を訪問。夫に介護保険制度改正について説明。Aは庭を散歩していたが、担当が「大丈夫ですか？」と訪ねると、「ふらふらする。」と答えた。

H18/4/12

自宅を訪問。夫が通院から帰ったばかりであり、

Aはテレビを見ながら留守番していたとの事。Aにしては珍しく饒舌で、担当にヘルパーのこと等話し掛けてくる。夫に介護保険改正に伴う契約内容の変更を説明し再契約を行なう。

H18/5/14

自宅を訪問。6月利用票を夫に渡している。その際、夫より最近Aは昼夜逆転が多く、夜間に起き出し独語を発したり、またオムツをはさみで切断したりする。そのような時は自分も暗澹として将来に不安を抱いてしまうとのこと。日中寝ていることが多い為、極力日中は起こして散歩等の運動をさせるよう話す。

H18/6/8

夫より電話があり、月1回の通院がW市中心地で大変なのでK医院に主治医を変更したい旨、N病院の主治医に話したところ2ヶ月で一度の通院で良いとのことであった。せっかくの好意で言ってくれたので、当分主治医を変更することは止めて様子を見たいとのことであった。

H18/6/13

自宅を訪問。先日の件に触れしばらく様子を見たいとのことであった。しかし、夫も自分の通院そのものが大変になってくると思うので、そのことを考えると心細くなると話した。

H18/7/11

夫にお盆休暇の説明をして、了解を得ている。夫よりAの介護が大変で施設入所を考えたが、自分も一人になっては生きていけないので、どうにもならなくなるまで、在宅で支えあって二人で暮らすつもりだとの話があった。

H18/8/4

訪介BのR氏より電話があり、Aの入浴介助を現在ひとりで行っているが、Aの体調にばらつきがありひとりでは無理な場合がある。二人でのサービスを検討してもらえないかとのこと。早速、自宅に電話をしてAの夫にその旨を打診。浴室・脱衣室が狭いので、二人のヘルパーに入ってもらっても介助そのものが困難ではないかとのことであった。体調不良時には、自分もヘルパーを手伝うようにして、当分一人で様子を見たいとのことであった。その旨、訪介Bに繋ぐ。

H18/8/7

夫にヘルパー利用でのAの入浴時の状況を聴取。本日も一人のヘルパーでの入浴介助であったが、浴室が狭いのでこれで様子を見たいとのこと。最近酷暑が続いているせいか、Aの体調も思わ

しくなく弱音を吐きたい時もあると、疲れた表情で話した。

H18/8/18

夫より、Aがここ数日食欲がなく元気もないとの電話あり。長男夫婦も帰省しているので、今後のことを皆で検討したいとの事であった。その後、自宅を訪問。Aはソファに横たわりぐったりしており、担当の声かけに対して明確な返答はない。検温すると、37.9℃であった。風邪ではないかと思うので、訪問看護に連絡をする旨話した。また、帰省中の長男夫婦にAの状況を説明し、今後のことを打診。息子夫婦は現在子育ての真っ最中であり田舎に戻ることは全く考えておらず、Aの今後もどのようにすれば良いかは考えつかないとのこと。親たちのことは、自分たちには全く関係ないといった口振りであり、この返答を聞いたAの状態が悪化するのではないかと懸念される。

H18/8/23

K医師より電話。午前6時30分。家族より本人が胸痛を訴えているとの電話あり。往診してニト口服用させたが治まらず、R総合病院に救急車で搬送になったとのことであった。夕方、再度K医師より電話があり、病名が特定できずAが自宅に戻ったとのことであった。

H18/8/24

自宅を訪問。Aは居間に横たわっていたが担当の声掛けにも目を閉じ、返答はなかった。夫に昨日のことは精神的なものが作用しているのではないかと思える旨話すと、「長男夫婦が帰ってしまい、がっかりしたのかもしれない。」と話す。

H18/9/1

Aの夫より電話があり、電話が欲しいとのことであった。(Sケアマネージャーより報告)

H18/9/2

自宅に電話。夫よりAが下痢をしてトイレや廊下を汚してしまいどうしてよいかわからず、電話をしたとのこと。状況を問うと通常より便秘気味であり処方された下剤3錠とラキソベロン2滴を同時に服用したところ下痢になった。しかし、現在は、症状は治まっているとのことであったので、下剤はダブルでは飲まないようにすること、状況によって下剤も量を加減するように話した。また、その件につき訪看YのS所長に報告する。

H18/9/5

夫より相談したいことがあるとの電話があり、自宅を訪問。Aは先日より体調不良で、夫も介護負担が増大し体力的に辛くなってきている。将来に備えて施設について詳しいことが知りたいとの事であった。特別養護老人ホームやグループホームについて説明。料金についても詳細を説明する。Aの症状からすれば、グループホームのような小規模の施設がふさわしいと思える旨話す。現在2000万円程度の蓄えがあるとのことで、十分に対応できる旨説得するが、蓄えに手をつけることは不安であるとのことで断念。特養R荘に近日中に申し込みをしたいとのことであった。

H18/9/13

本日もソファに横たわっていたが、だるさを訴えている。その際、夫から体重を量ってみたら4キログラムも体重減少があった旨報告がある。午後は訪問看護のサービス利用となっているので、その旨看護師に報告するよう伝える。

H18/9/15

食欲不振、発熱でサービス実施。採血結果異常なし。明日は、K医院にて点滴実施の予定。(訪看YのM氏より報告)

H18/9/19

夫より電話があり、本日出所申込書を持参し特養R荘を訪問するので、その際R荘を案内して欲しいとのことであった。その旨、R荘U氏に繋ぐ。午前10時夫が来荘。入所申込書を持参したが、D相談員と話し合った結果、現在の要介護2では申し込みをしても、入所は難しい。次回の認定を待ち、その結果により入所申し込みをした方が良いのではないかと結論に達し、今回の申し込みは見合わせる事となった。

H18/9/26

訪看YのM氏(看護師)よりAが昨夜転倒。8時30分「医者を呼んでくれ。」とAが騒いでいるとの連絡があり、訪問した旨報告があった。

H18/9/27

夫より電話。Aが胸痛を訴えており歩行も困難になっている。自分ひとりでは入浴介助も難しいとのこと。直ぐに自宅を訪問。Aはベッド上に横たわり目を閉じていたが、担当の声掛けに対しては、「だるい！」と答えている。前途を悲観し困惑気味の夫に対し、午後の往診を待って主治医の意見を聞き、それにより今後のことを考えてみる旨話した。その後、K医師より電話



があり、本日採血を実施した。明日、その結果がわかるのでそれにより今後のことを決定して欲しいとのことであった。

H18/9/28

K医師より電話があり、昨日の採血の結果は異常なしであったとのこと。早速、自宅を訪問。検査結果は異常なしで入院はできない。また要介護2であるので、施設入所も難しいことを説明。Aは昨夜より歩行も出来るようになり、入浴も行ったとのことであったので、しばらく様子を見るよう話す。

H18/10/13

K医師より電話。Aの状態が悪化しており、夫がこれ以上介護を続けるのは困難であると思われるので、グループホーム等の入所申し込みを考えた方が良くはないかとのこと。明日、K医師と長男が話し合いを行い、その結果を待ち入所申し込みを行うこととなった。その後、自宅を訪問。K医師の言葉を夫に伝え、来週早々グループホーム入所手続きを開始する旨、報告。また、あわせて変更申請も行う旨話す。夕方、特養R荘U指導員に入所申込書を提出。

H18/10/14

K医師より電話があり、長男との話し合いで状況を理解してもらったので、グループホーム入所の手続きを行って欲しいとのことであった。

H18/10/16

自宅を訪問。夫とグループホーム入所について検討。担当が空床のあるグループホームを探し、なるべく早く入所手続きを行うことになった。その後、グループホームMのT氏に電話をし入所状況を問うと、11月1日入所可能とのことであり、早速申し込みを行うこととなった。

H18/10/17

夫より電話があり、本日グループホームMを見学。農家を改造した建物であるので、落ち着いて自分もとても気に入っており、近日中に契約を締結する予定であるとのことであった。

H18/10/20

夫より電話がありAの入所は11月1日に決定したとのことであった。

H18/11/1

本日付でグループホームMに入所。担当もグループホームMに引き継ぐこととなった。

#### IV. 担当交代後〔1ヶ月〕の経過

H18/11/10

夫より電話があり、AがR総合病院に発熱の為、入院したとの事であった。

H18/11/14

夫より電話があり、Aの入院は施設に入れたことが起因しており、やはりAには共同生活は無理なので、退院後は自宅に引き取りたいとのことであった。現在担当はグループホームMに引き継いでいるので、現在のケアマネージャーとよく相談してみるよう話した。また、医療との連携が必要なケースなので主治医や訪問看護ともよく相談し、了解が得てから在宅生活を開始するよう話した。

H18/11/29

自宅を訪問。夫にAの状況を聴取。入院先のR総合病院より退院を迫られているが、転院先が見つからず退院できないでいる。入院してからずっと点滴をしており寝たきりであった為、両下肢筋力低下が進み今日からリハビリを開始したが、もう歩くことは無理であると思う。病院のケースワーカーに転院先を探してもらっているが、受け入れ先が見つからず退院が宙に浮いている状態であるとの事。

#### V. 居宅サービス計画書

居宅サービス計画作成日(平成17年4月28日)(平成18年2月11日)

要介護状態区分	要介護3
利用者及び家族の生活に対する意向	本人：家族が勤めるサービス利用で在宅で暮らしたい。 家族：本人の状態変化に即したサービスを利用しながら、在宅での生活を見守っていききたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	本人、家族の自己決定を尊重しながら、効率的なサービス提供を行い、在宅生活を支援していきます。また、定期的訪問による情報提供により、精神の安定を図っていきます。
生活援助中心の算定理由	

## 居宅サービス計画書

課題番号	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容			
		長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	サービス種別	頻度	期間
1	継続的な医学管理をして欲しい		4/28~10/31	定期的医療との連携により症状安定と症状結果の把握ができる	4/28~7/31 2/11~5/31	・往診による状態観察、全身管理 ・バイタルチェック ・介護指導 ・継続的観察と医師への報告	居宅療養管理指導 訪問看護 居宅介護支援事業所	月2回 週1回 随時	1年
	"	褥瘡の治癒を図る	4/28~10/31 2/11~8/31	褥瘡の悪化防止に努める	4/28~7/31 2/11~5/31	・福祉用具(褥瘡予防用具)貸与 褥瘡治療・状況観察 ・体位交換	福祉用具貸与 訪問看護 家族支援	不定期 週1回 毎日	1年
2	いつまでも自力で歩いていた	両下肢筋力低下を防止する	4/28~10/31 2/11~8/31	運動量の確保	4/28~7/31 2/11~5/31	・身体機能訓練 ・生活習慣指導	訪問リハビリテーション	週1回	1年
	"	"	4/28~10/31 2/11~8/31	"	4/28~7/31 2/11~5/31	日常生活動作訓練	日帰り介護(デーサービス)	週1回	1年
3	自分で決めたメニューで食事がしたい	健康生活の維持	4/28~10/31 2/11~8/31	バランスが取れた食事を確保する	4/28~7/31 2/11~5/31	買い物・調理・後片付け	訪問介護	週1回	1年
4	夫の介護負担を減らしたい	介護者がリフレッシュの時間を確保することができる	4/28~10/31 2/11~8/31	介護負担の減少を図る	4/28~7/31 2/11~5/31	掃除・洗濯・買い物	訪問介護	週2回	1年
5	起居動作を楽にしたい	運動量の増加を図る	4/28~10/31 2/11~8/31	起居動作が楽になる	4/28~7/31 2/11~5/31	福祉用具(特殊寝台)貸与	福祉用具貸与		1年
6	他者と触れ合いたい	意識レベルの維持	4/28~10/31 2/11~8/31	自発語を多くする	4/28~7/31 2/11~5/31	話し相手・声かけ	全員	毎日	1年
	"	行動範囲を拡大する	4/28~10/31	車椅子で庭に出ることができる	4/28~7/31 2/11~5/31	福祉用具(車椅子)貸与	福祉用具貸与	毎日	1年
7	できる限りのことは自分でやりたい	ADL(日常生活動作)の習慣を維持する	4/28~10/31	ADLを見守り行う	4/28~7/31 2/11~5/31	ADL声かけ、見守り	家族支援	毎日	1年
8	介護保険の情報を得たい	状況に適したサービスを利用することができる	3/31~9/30	定期的訪問で福祉の情報を得ることができる	3/31~6/30 2/11~5/31	介護保険サービス相談、援助・公的手続き申請代行	居宅介護支援事業所	随時	1年

## VI. 問題の検討

### 1. 家族関係の条件について

#### (1) 親子関係が介護にどう影響するか。

夫婦には息子一人だけで、地元の工業専門学校を卒業して東京の私大に編入学した。卒業後地元に戻ろうとしたが適わず埼玉県で就職し結婚することになる。Aは息子のブライダルフェアを機に不眠が続き、精神科受診となった。Aは元来教育熱心な母親であったという。ところで、息子が卒業した工業専門学校は地元でも高い評価を得ており、Aにとって自尊心を満足させ想いを体現させてくれる存在であったと思われる。その息子が卒業後、地元に戻ってきてくれると信じていたのに帰らず、埼玉県で結婚相手を見つけ、そのブライダルフェアにAが参加したとき、嫁になる女性に息子を奪われたという想いを抱いたとしても当然のことのように思われる。その時を転機にして、Aの精神的な不安定が生じるようになったと推測される。

それに対して、息子夫婦は帰省しても、介護を含む両親の生活について深く考えている気配は感じられない。自分たち自身が子育て真最中であることも原因しているのだろうが、自分たちが親の世話をしなければならぬという考えが希薄である。その原因は、嫁（息子の妻）の意見が作用している可能性が高い。Aの息子への期待や想いと息子夫婦の意識のズレが大ききように感じられる。このことから推察すると、Aの息子への愛情と裏切られたという想いによる挫折感は、かなり大きかったと推測できる。このような息子夫婦との関係がAの症状を重くし、介護における改善を妨げる大きな要因である可能性が大きい。

#### (2) 夫婦関係が介護の可能性をどのように変化させるか。

Aとその夫との関係は、親密で相互に協力し合っている関係は見られない。精神的に不安定で鬱気味のAのその時々判断によって、夫が振り回されている状況が見られる。ディケアに行くように決めても、Aは当日になると行くのを嫌がる行動がたびたび見られ、その都度、夫がキャンセルの電話を関連事業所に連絡することになる。このような頻繁な判断の変更は、Aの精神的な病気によるものと考えられるが、その奥には、他人と関わることを嫌うA自身の基本的な性格が関係しているように思えてならない。というのは、教育熱心だったAは息子の結婚を機に精神的に不安定

な状況になったことから、もともとかなり勝気で独善的な性格だったと推定できるからである。そのため介護に関わる他人の介入やディケアでの利用者や介助者との交流も、自分の意思や意見を十分認めてもらえないことから、自宅での介護を強く望むようになったと思われる。

夫の方は、こうしたAの行動の度々の変化に対して、振り回されている様子が見られる。長年連れ添ってきたAの行動をコントロールできずに、起こる状況に対して、おろおろしながら関連事業所に電話して指示を仰ぐ行動が頻繁に見られる。これらの行動から、判断できない優柔不断の性格だと見受けられる。こうした反面、Aの入浴介助に関して、貯めてきた200万円の預金を切り崩してより良い介助を受けるように勧めても、その際はきっぱりと拒否している。この夫婦の80歳に届こうとする年齢を考え、今の状況を改善するには、この預金の取り崩しは妥当な策の1つだと思うのだが、受け入れようとはしないのである。多分、この預金は夫婦にとっての精神的な支えになっているのであろう。また多くの年金生活者に多く見られるのだが、介護に関する費用に関しても、かなり敏感な反応が見られる。

このように夫婦の関係は、これまでAが中心になって、夫が従ってきた関係であったようである。Aが精神的に不安定になっても、夫はAの行動や判断をコントロールできずに、結果的に関連事業所に判断を仰ぐために頻繁に電話連絡してくる粘着的な行動が見られる。ここでは、Aの行動の頻繁な変化によって夫が振り回され、その結果として介護関連事業所が振り回されるという構図になっており、一貫性のないその場限りの介護サービスとなっている。

### 2. 在宅介護によって、利用者の心身の経過がどのように変化していったか。

(1) 特殊寝台・褥瘡予防用具貸与によって、ベッドに寝ているようになる。身体機能低下がおこるのでなるべく日中は座位を保って欲しいと話した。「食事をすると、テーブルにうつぶせになって眠ってしまうので、ベッドに移動させている。午後からは起こして、散歩をさせるつもりだ。」との返事であった。また、褥瘡の改善の為にも、体位交換を忘れないで欲しい旨依頼する。(H17/4/29)

(2) 腰痛を訴える。痛み止めの注射を打つ。(H17/5/9) 夜座薬を使用したら痛みも和らぎ、

- さっきまで食堂で起きていて、今ベッドに横になった。(H17/5/10)
- (3) 昼夜を問わず眠っていることが多くなる。K 医院より眠剤 1 錠のみ処方となる。(H17/7/15) 家の周りを散歩中であつたが、足元がふらついており独自の歩行は無理だと思われた。夫より、先日は夫の留守中に一人で二階に上がり、洋服の整理をしていたとのこと。危険なので二階には上がらないよう話すと理解できたようだった。(H17/7/16)
- (4) 膀胱炎になり、夫が介護疲れで精神的に追い詰められている。頻尿は治ったが夫は介護負担が増加したことで途方にくれている様子。(H17/9/13)
- (5) ここ数日震えが止まらず29日の通院後は落ち着いてきたとのこと。しかし、通所サービスを利用できるような状況ではないので、K 医院ディケア利用は当分の間中止をして様子を観察することとなった。(H17/10/1)
- (6) 昨夜、ポータブルトイレに行こうとして転倒して朝までそのままであつた旨報告があつた。日々入浴も困難になってきているとのこと。(H17/10/10)
- (7) 先週末より胸の痛みを訴え、訪看 Y にも連絡したが、しばらく様子を見るようにと言われた。その後、胸の痛みはなく落ち着いているとのことであつた。(H18/1/11)
- (8) ここ数日、体調不調で足取りもふらつきがみられるとのことであつた。(H18/2/11)
- (9) 一昨日の晩、入浴をした A が浴槽から出られなくなったため、今後はヘルパー利用で入浴させたいとのこと。(H18/2/21)
- (10) 庭を散歩していたが、担当が「大丈夫ですか？」と訪ねると、「ふらふらする。」と答えた。(H18/3/27)
- (11) テレビを見ながら留守番していたとの事。珍しく饒舌で、担当にヘルパーのこと等話し掛けてくる。(H18/4/12)
- (12) 昼夜逆転が多く、夜間に起き出し独語を発したり、またオムツをはさみで切断したりする。そのような時は自分も暗澹として将来に不安を抱いてしまうとのこと。日中寝ていることが多い為、極力日中は起こして散歩等の運動をさせるよう話す。(H18/5/14)
- (13) ここ数日食欲がなく元気がない。息子夫婦も帰省している。ソファに横たわりぐったりしており、担当の声かけにも明確な返答はなし。検査すると、37.9℃であつた。風邪ではないかと思うので、訪問看護に連絡をする。(H18/8/18)
- (14) 胸痛を訴えているとの電話あり。往診してニト口服用させたが治まらず、R 総合病院に救急車で搬送になったとのことであつた。夕方、再度 K 医師より電話があり、病名が特定できず A が自宅に戻ったとのことであつた。(H18/8/23)
- (15) 居間に横たわっていたが担当の声掛けにも目を閉じ、返答はなかった。夫に精神的なものが作用しているのではないかと思える旨話すと、「長男夫婦が帰ってしまい、がっかりしたのかもしれない。」と話している。(H18/8/24)
- (16) 下痢をしてトイレや廊下を汚してしまう。通常より便秘気味であり処方された下剤 3 錠とラキソベロン 2 滴を同時に服用したところ下痢になった。しかし、現在は、症状は治まっている。(H18/9/2)
- (17) 先日より体調不調で、夫も介護負担が増大し体力的に辛くなってきている。(H18/9/5)
- (18) ソファに横たわっていたが、だるさを訴えている。その際、夫から体重を量ってみたら 4 キログラムも体重減少があつた旨報告がある。(H18/9/13) 食欲不振、発熱でサービス実施。採決結果異常なし。(H18/9/15)
- (19) 昨夜転倒。8時30分「医者を呼んでくれ。」と騒ぐ。(H18/9/26)
- (20) 胸痛を訴えており歩行も困難になっている。自分ひとりでは入浴介助も難しいとのこと。ベッド上に横たわり目を閉じていたが、担当の声掛けに対しては、「だるい！」と答えている。(H18/9/27)
- (21) 昨夜より歩行も出来るようになり、入浴も行ったとのことであつた。(H18/9/28)
- (22) K 医師から A の状態が悪化しており、夫がこれ以上介護を続けるのは困難であると思われるので、グループホーム等の入所申し込みを考えた方がよいのではないかとのこと。(H18/10/13)
- この 1 年 9 ヶ月にわたる記録からは、歩行困難や体力の低下などが見られていくものの、悪くなったり良くなったりと変化が一様ではない。このことは、A の年齢が 77 歳という若さにも一因があると思われるが、鬱状態から来る心理的な状態が、身体的な症状の変化に大きく影響している可能性がある。歩行が難しく

なったり入浴が独りでできなくなったり胸痛などの症状が認められるが、その原因は直接的な打撲とか骨折とかによるものではなく、心理的なものが作用しており、数日すると治ってしまうようなケースが多い。こうした症状の出発点は息子のブライダルフェアであり、それを転機として自律神経失調症が頻発した結果として、鬱病になったと思われる。特に昼夜逆転の生活リズムが狂いだすと、その症状が大きくなっている。こうした状況の果てに夫が介護することが難しくなり、医師によって在宅介護が困難と判断され、グループホーム入所となっている。

前研究までの結果<sup>4) 5)</sup>では、転倒や骨折によって、急激に心身の能力の低下（認知症などが進むなど）が見られるケースであったが、今回のケースでは、こうした傾向は余り見られていない。これはAの年齢による若さと、精神的な鬱病による特性からだろうか。こうした鬱病のために、夫や介護事業所は振り回されたのである。

### 3. 介護サービスの変更や要望がどの位あったか。

介護支援専門員は、本来利用者の介護サービスの要望に合わせながら、全体的な介護サービスをコーディネートする役割を負っている。しかし、その要望やサービスの変更が頻繁におこれば、サービス全体の効果を確かめることも難しくなる。このケースでは、夫が在宅介護を担っているが、例えば、ディケア当日のキャンセルなどが頻繁にあり、各事業所での仕事に支障をきたしている。大まかな要望や変更についてまとめてみると、以下のようになる。

項目	記録数全体での 要望や変更	夫による連絡での 要望や変更
出現数/連絡数	15/76	10/18
%	19.7	55.6

この出現率が多いかどうかは何とも言えないが、夫の電話連絡などを通して、介護サービスの変更や要望が5割を越していることからすると、利用者本位のサービスの提供といっても、介護サービス提供者側からすると、当日になってのサービスのキャンセルや、急なサービス利用のための人員配置などでの混乱は予想できよう。このような混乱を避けるためには、中期的な介護サービスの提供という視点が必要になってくる。Aの精神的な変化によって、その都度介護サービスの変更を依頼してくる夫が、適切に判断できれば良いのだが、おろおろして介護支援専門員たちに相談しており、一貫性を欠いたサービス提供の状態になっている。このような夫の行動特性は本人及びこれまでの

夫婦関係によるものであろう。

### 4. 在宅介護サービス側に関する問題

#### (1)一貫した介護サービスが提供できたか

介護支援専門員(担当)が取り扱うようになった契機が、前の施設での短期入所でうまくいかなかったこと、それは主にAの精神的な不安定からくる身体的な症状によるものである。

扱った当初には、Aはいったん通所サービスを使用することを承諾するが、当日になるとキャンセルすることが頻繁にみられるようになった。また、在宅介護でも、例えば褥瘡などについての手配もスムーズにいかなくなったり、夫による福祉用具の使用料のクレームがあるなど金銭的なトラブルが見られたり、はたまた腰痛や胸痛など身体的な訴えについての対応でも混乱が見られる。胸痛については救急車で搬送するなどあったが、その原因は器質的なものでなく精神的なものから来る可能性が高く、その都度介護サービス事業所の職員が振り回されている。そういう繰り返しの中で、在宅介護でも入浴がうまくできなかつたり、昼夜逆転が起こり、独語やオムツをはさみで切ったりと、問題行動も時々見られ、夫が動揺して介護サービス職員や介護支援専門員に電話してくるなどが見られる。入浴については、一人の介助者が欲しいと言い、状況から二人にした方が良いのではといえ、風呂場が狭いので、やっぱり一人で良いと言う。このように、介護サービスを円滑に合理的に進めようとしても、その都度Aの精神的なトラブルからくる身体的な変化と夫の優柔不断さから来る原因によって、適切な介護サービスを提供できない状況になっている。

最終的には、医師の在宅介護は難しいという判断によって、グループホームへの入所ということになった。介護支援専門員の取り扱いから、グループホーム入所までの間の介護サービスの提供の仕方を見ると、A夫婦に振り回された印象を持たざるを得ない。利用者に即した介護サービスの提供は当たり前のことではあるが、それが利用者の要望に単に合わせれば良いのかという問題をこのケースでは痛感するのである。介護支援専門員としての専門性がどのように発揮されるべきなのか、このような一貫性を欠いた介護サービスのコーディネートに関わった専門員に尋ねたいものである。

### 5. 居宅サービス計画書から見た問題点

Aの要介護度は、ほぼ1年間で3から2へと変わってきている。この間、身体状況の変化は大きく

なく計画書の内容も変化がないので、H17年4月28日とH18年2月11日分を1つのものとしてまとめたものが前述の表（サービス計画表）である。

- (1) 「継続的な医学管理をして欲しい」課題では、①定期的医療との連携により症状安定と症状結果の把握ができる②褥瘡の悪化防止に努める、の短期目標を挙げている。

この課題に対しては、定期的な医師の訪問、訪問看護によるバイタルチェック、その都度の症状把握などは行われており、その情報は介護支援専門員を通して介護サービス担当者に共有されている。また、褥瘡の悪化防止のために、褥瘡予防マットと特殊寝台の福祉用具貸与によって対応している。しかし、支援経過にもあるように、夫が福祉用具貸与の金額が高いと反発したため、用具の貸与ができない可能性があったが、介護支援専門員の働きかけによって了解してもらっている。これらから、この課題についての対応はなされていると考えられる。

- (2) 「いつまでも自力で歩いていたいたい」課題では、①運動量の確保、の短期目標を挙げている。基本的には、両下肢筋力の低下を防止する為のものであり、身体機能訓練、生活習慣指導、日常生活動作訓練などを行うようになっている。作業療法士が入って機能訓練を行っているが、支援経過の初期には歩行訓練を夫と一緒にやっているが、徐々に入浴が困難になっていく状況などを見ると、運動量の確保や両下肢筋力の改善はなされているようには考えられない。この原因は、Aの精神的な不安定が、結局は一貫した訓練ができないことになった一因ではないだろうか。
- (3) 「自分で決めたメニューで食事がしたい」課題では、①バランスが取れた食事を確保する、の短期目標を挙げている。支援経過からは、食事に関する記載はほとんど見られない。ただ訪問介護が週1回で、初期には家事援助が中心であることから（後半には、身体介助も実施）ホームヘルパーによる食事の材料を使っているとすれば、バランスは取れていた可能性はあるが定かでない。
- (4) 「夫の介護負担を減らしたい」課題では、①介護負担の減少を図るの、短期目標を挙げている。週2回の訪問介護によって、掃除、洗濯や買い物などの負担は軽減されたと思われる。しかし、Aの精神的な不安定、生活リズムの昼夜逆転や入浴不可能などの問題が夫の介護疲れの原因となり、これからどうしたら良いかとかいう将来への不安が頻りに記載されていることから考えると、介護負担が十分に改善されたとは思われない。
- (5) 「起居動作を楽にしたい」課題では、①起居動作が

楽になる、の短期目標を挙げている。福祉用具貸与の特殊寝台によって、起居動作は楽に行えるようになっている。しかし、Aが日中からベッドで寝るようになってしまう可能性が高まり、下肢の身体機能低下が起こる可能性も懸念されるようになった。ある目的での対応が、他の機能低下を引き起こすという、ことどもが関連しあっているケースとなっている。

- (6) 「他者と触れ合いたい」課題では、①自発語を多くする②車椅子で庭に出ることができる、の短期目標を挙げている。Aはケースを担当した当初から自発語は多くは出ておらず、他者と触れ合いたいという傾向はないようであるが、支援経過を見ても自発語が多くなったという記録は見当たらない。また、車椅子の貸与も行われ、ヘルパーの介助で庭に出る予定であったが、Aの精神的な状況で実際に行われた気配はない。「他者と触れ合いたい」課題は、Aの精神状態を考えれば課題そのものの設定が良かったかどうか問題であろう。
- (7) 「できる限りのことは自分で行いたい」課題では、①ADLを見守り行う 短期目標を立てている。A自身が自分の日常的な生活リズムを守ったり、能力を向上させようという気配は見られない。夫の介護によってAの日常の生活リズムや能力が維持されているのが精一杯で、声がけや見守りに際しても反応しないことが普通であり、特に気分が良いときのみ、介護支援専門員と話をしている様子が記載されているのみである。支援経過からは、この課題は達成されているとは言えない。
- (8) 「介護保険の情報を得たい」課題では、①定期的訪問で福祉の情報を得ることができる、の短期目標を挙げている。これについては、特養R荘の入所に際しての条件や見学、グループホームへの入所などについて、新たな介護保険制度に関する具体的な情報が提供され、それによってどのような選択が可能かについて、夫への提示が頻りに行われている。このことからすると、この課題については、一応満足する結果となっている。

以上の8課題のうち、介護サービスがAの状況に関わらず提供できるものについては、ほぼ満たされている。それに較べて、Aの意思が必要とするものについて、例えば、「いつまでも自力で歩いていたいたい」「他者と触れ合いたい」「できる限りは自分で行いたい」等は周りの状況を整えても、Aが行為の継続を求めなければ達成は困難であり、しかも実際に達成されていない。公的な介護サービスは、個人の状況に合わせてサー

ビスを提供することが望まれるにしても、提供されるサービスは、介護保険の各事業所の活動範囲に限定されている。そこでのサービス提供はカフェテリア方式であり、レパトリーの中から適切なものを選ぶ形式とならざるを得ない現状にある。本研究のように、Aの精神的な変化が頻繁に起こるような場合には、レパトリーの選択ばかりでなく、どのようにその時そのときのサービス選択の変化や中止などに適切に対応するべきかという問題が残ったままである。

## Ⅶ. 終わりに

老老介護の問題は、家族関係の中で、特に家から出て行った子ども達との関係が円滑にしているか、子ども達が親をみようと考えているかということが、円滑な介護サービスが提供できるかの1つの大きな要因だと思われる。それに加えて、夫婦関係やその個人の条件が別の大きな要因となっている。本研究のケースでは、息子夫婦が親の介護に関心がなく、夫が中心になって在宅介護を行っているケースであるが、利用者Aが鬱症状で、精神的に不安定であり、しかも夫がやや理解力がなく優柔不断で決断ができず、Aの行動に振り回されている状況である。その結果として、介護サービスの提供がうまくいかず、介護サービス提供者たちが、また振り回されているケースである。また、Aの場合、グループホーム入所による介護保険内での対応だけでなく、高熱での入院となると医療保険の適用となるばかりでなく、その入院期間が長引くと、元のグループホームには戻れないことも考えられる。このように、結果的には、介護保険制度の谷間で、どこにも安定した居場所がなくなる高齢者が多くなるのではないかと心配になる。

介護保険制度が十分に機能するためには、こうした具体的な事例を検討し、積み上げて問題点を明確にしていかなければ、頭の中で作り上げた制度では、破綻をきたすことは目に見えていると言わざるを得ない。

## 文献

- 1) 堤修三「なぜ『地域包括センター』だったのか どうしてわかりにくいのか」月刊ケアマネジメント 2007.4
- 2) 「ルポ 地域包括支援センター職員の苦悩」ケアマネジメント 2007.4
- 3) 「ケアマネが見た『地域包括支援センター』」ケアマネジメント 2007.4
- 4) 研攻一 坂倉久美子 松田水月「在宅における高齢者介護の問題(1) 介護支援専門員の立場を通しての事例研究」羽陽学園短期大学紀要 第7巻第4号 2006.2
- 5) 研攻一 坂倉久美子 松田水月 荒木隆俊「在宅における高齢者介護の問題(2) 暴力行為と見られる行動がある夫婦関係の事例」羽陽学園短期大学紀要 第8巻 第1号 2007.1

**SUMMARY**

Kohichi TOGI,  
Kumiko SAKAKURA:

The Problem of Care Management for the Older People in the Home ( 3 )  
—The Case Study not Given Sufficient Consistent Home Care Service by Wife's Depression—

This study is to clear the present situation of older people in their home who have received the home care service based on the long-term care insurance, from stand of the care-manager who bear the responsibility of the care management.

In this study, When the care manager plan to give apt home care service, the behaviors of the cared wife who has suffered from depression and her husband who is indecisive interfere with it.

So, we tried to study the problems how we should deal it. As a matter of consideration, the following problems are acquired:

- 1) The family and individual conditions of using home care service is an important factor of ones which affect the care-management.
- 2) Their frequently behavior change by both her depression and his indecisive features interfered with giving sufficient apt home care service to them.
- 3) In this case, it didn't be recognized that her decrease of physical strength has occurred gradually in process of time.

(K.TOGI ; Uyo Gakuen College  
K.SAKAKURA ; Support Office for Home Service)