

目次

ケアプラン困難事例集——支援困難事例への取り組み方

はじめに ii

本書の活用方法 vi

事例11

非常に水準の高いサービスを求める
家族へのアプローチ

事例223

多問題家族を介護者にもつ認知症高齢者を前に
疲弊するケアマネジャー

事例343

虐待につながる要因への
気づきと早期対応

事例477

本人が信頼している
第三者からの金銭搾取

事例5103

複合的な課題を持つ世帯への支援と
地域住民の不安への対応

事例6129

必要なサービスを拒否する
利用者への対応について

コラム

Column 1 家族をシステムとして捉える 21

Column 2 「喪失」と「悲嘆」 22

Column 3 「人をより深く理解する」ために 42

Column 4 高齢者虐待のとらえ方 73

Column 5 高次脳機能障害 74

Column 6 パワレスとエンパワメント 75

Column 7 成年後見制度について 100

Column 8 市町村長申立について 101

Column 9 介護者を地域で支える 127

Column 10 会議のいろいろ 128

Column 11 主任ケアマネジャーの役割と連携について 151

●本書の事例の中で

①個人名、②固有名詞、③年月日 等

事例提供元の特定につながるものは、個人情報保護の観点から、任意のイニシャル、〇〇など事例内容を損ねない程度で表記変更してあります。

●本書各事例に掲載の「エコマップ」については、以下の方法で表示しました。

肯定関係 ————— 関係の強さを線の太さで表す

ストレスのある関係 ++++++ ストレスの強さを線の数で表す

希薄な関係 - - - - -

関係性の方向 —————>

本書の活用方法

1 「支援困難」とは何か？

本書では、支援困難事例とは「支援し難い利用者」「問題をもつ利用者」の事例を指すのではなく、「利用者への支援を行うにあたり、ケアマネジャー自身が困難を感じており、そうした状況への対応をどう進めればよいのか」考えることのできる事例と捉えました。

また、その対応方法について考える前に、まず支援困難の中身をつかむことに重点を置くことにしました。

物事に取り組む際には、まず、関わりの対象（つまり利用者さんと利用者さんの抱える課題）を熟知することが必要です。支援困難事例への対応においても、まず、支援困難の中身を分解し、それぞれの要因の関連を分析し、「支援困難の正体」を見極めることが大事ではないかと考えました。

その見極めのために「問題整理とプランニング」を作成してみました。ぜひ活用下さい。

2 グレーゾーンの存在をみとめる

支援困難事例への対応では、物事が容易に解決しない場面に多く遭遇します。そこでは長期で関わる視点が求められますが、日々の多忙さのあまり、ついつい、安易な解決に走ってしまいがちです。しかし、無理なまとめをしてしまうのではなく、その「グレーゾーン」「どうにもならない事」といかにして関わり続けるか、こうした状況といかにつきあっていけるかという視点が、実は重要なのです。

今回は、そうしたことに気づけるように、工夫しています。

3 チームアプローチへの気づき

とはいえ、長く一人で「グレーゾーン」に関わり続けるのは、非常に大変な作業です。とすると、そのことをきっかけに疲れ果て、燃え尽きてしまうこともあるかと思います。そこで、長くそのケースと関わり続けられるための工夫として（抱え込みを防止するという意味でも）、チームでの関わりが有効であるという考え方に立ち、チームアプローチの意義についても確認していくことにしました。

4 自分の心の中の気づき

本書を読み進める中で、おそらく、多くのケアマネジャーさんが自らの事例を思い起こしながら、さまざまな気づきを得てくださることと思います。

本書においては、各事例における重要な用語等をポイントとしてまとめたほか、重要な場面において、「博士」と「気づき君」というキャラクターを登場させ、ケアマネジャーさん自身が感じた気づき、素朴な疑問については気づき君から、その答えともいえる解説を博士が説明するというスタイルをとってみました。



博士と気づき君とのやり取り、そして、みなさん自身の気づきを心にとめ、思いをめぐらせながら、本書を読み進めていただけますと幸いです。

事例 1

非常に水準の高いサービスを求める家族へのアプローチ

事例概要

認知症で日中独居生活のMさんに対して訪問介護サービスを提供して在宅生活を支援していますが、同居の長女が求めるサービスの質の水準が非常に高く、ヘルパーや事業所への苦情が毎週のようにあり、その都度ケアマネジャーが長女と事業所との間に入り、対応・調整に大変苦慮していました。これまでも担当ヘルパーや事業所が何度か変更になっていましたが、何とかサービス継続ができていた事業所からも人材不足によるサービス提供困難の訴えがケアマネジャーに届くようになり、今後のサービス調整に危機感を抱いたケアマネジャーは、次に依頼できそうな訪問介護事業所の情報を求めて地域包括支援センターに相談をすることにしました。この相談をきっかけに、地域包括支援センターによる協働や支援を得ながら、ケアマネジャーが家族に対する理解を深めるとともに、関係機関との共通理解を図ることによって支援を安定化することができた事例です。

● キーワード

家族システム 保健医療福祉システム 喪失 グリーフワーク

● 基本情報

氏名：Mさん（女性）
年齢：78歳
要介護度：要介護3
居住環境：一戸建てに長女と二人暮らし
家族構成：9ヶ月前に夫死亡、長女、次女（他県に居住）

Mさんは、中等度認知症・糖尿病（服薬治療）があり要介護3。約1年前にMさんの夫が亡くなり、現在は閑静な住宅街の一戸建てに長女（51歳、独身・離婚歴あり、パートタイム勤務）と二人暮らし。次女は他県に居住しており夫と娘の3人暮らしで日常的な関わりはありません。

Mさんの夫の入院時にMさんが老人保健施設を利用した際に認知症の周辺症状が悪化した経験から、ショートステイやデイサービスなどの施設サービスを利用せず、訪問介護による昼食の摂取介助、排泄介助、入浴介助を利用しています。

関わりの開始

1 施設退所後についての相談

Mさんへの関わりは、老人保健施設の相談員からの紹介により長女が施設退所後の在宅サービス利用の相談に来所したことが始まりでした。長女に対する印象としては、大変責任感をもってしっかり関わってくれそうな家族と感じられました。老人保健施設に入所してから認知症の症状が進行しているということでしたが、自宅に戻ることにより認知症症状の改善の可能性があります、また長女が勤務時間を変更して在宅介護に向けて準備を進めていたため、まずは自宅に戻りサービス利用をしてしばらく様子を見ることにしました。当初ケアマネジャーはデイサービスを中心としたサービスプランが適当であると考えていましたが、長女は、老人保健施設に入所して認知症が悪化したのは、自宅と異なる住環境の変化に加えて、施設での集団生活が本人の混乱を招いたことが原因であると考えていたため、デイサービスやショートステイについては利用したくないとのことでした。そのため、日中独居となるMさんへのサービスとして、訪問介護サービスのみを1日3回派遣して摂食・排泄・入浴等のケアを提供するケアプランを作成しました。

2 長女が求める高いサービス水準

長女は認知症介護について様々な参考書、テレビ番組、講演会などを通じて勉強しており、認知症高齢者の生活リズムや周辺症状の変化の記録とその分析が重要であるとの認識から、ヘルパーに対して訪問中の事細かな記録を長女が作成した書式に記録することを求めてきました。また、Mさんの状態観察のポイントや記録すべき項目について長女がヘルパー向けに詳細に記したメモがあり、しかもそれが月に何回も書き換わるので、ヘルパーもその要望にすべて応えることは難しい状況でした。事業所として担当ヘルパーに対して記録方法の勉強会を実施するなどの努力をしましたが、長女は妥協することなく「専門職としての言葉の表現が不適切」「依頼した項目を記録してくれないと本人の状態変化がわからない」「主観的な考えと客観的な情報を分けて書くべき」などの苦情を訪問介護事業所に再三訴えがありました。

また、Mさんの排泄リズムの変化に合わせて、長女から頻繁に訪問介護のケア時間の変更依頼があり、事業所はそのたびに他の利用者のケア時間や曜日を変更して対応せざるを得ず、サービス提供責任者にとって大きなストレスになっていました。

3 サービス調整の行きづまり

ケアマネジャーに対しても長女から「訪問介護事業所の質が低い」という訴えが再三あり、その度に訪問して介護保険サービスの現状や限界などを説明したのですが、「介護のプロに対して当然のことを要求しているだけ」という答えが帰ってくるばかりでなかなか理解は得られません。事業所を三箇所組み合わせると何かサービスプランを作成

しましたが、当初の三箇所のうち二箇所の事業所は対応できるヘルパーがおらずサービス提供が困難であると申し出があり、それぞれ他の事業所に変更になってしまいました。事業所が変更になっても長女からの苦情は変わらず続いていました。

Mさん本人の状態については、施設入所の頃から見られた夜間せん妄が頻度は減ったものの週1回程度あり、長女としてはできるだけ早く入所前の状態に戻りたいという気持ち強く持っていました。長女は、日中独居の時間に本人が寝てしまうことが多く夜間せん妄の助長につながっていると考え、訪問介護の滞在時間延長を希望してきました。ケアマネジャーは長時間の単なる見守りサービスは保険給付が認められにくいことや、長時間ケアであればデイサービスの利用が一般的であることを説明しましたが、長女は「施設には行かせないと言っているのになぜデイサービスを勧めるのでしょうか。本当に母の認知症改善を考えてくれているとは思えません」と憤慨してしまい、ケアマネジャーは長女との関係づくりについて自信を失くしてしまいました。

アセスメント

※ケアマネジャーとしてMさんの状況を整理したアセスメント表を次頁・次々頁に示します。

1 ケアマネジャーが抱える課題

長女からの苦情への対応については、ケアマネジャーの役目であるとは理解していても、それが頻繁に繰り返されるうちに、また今日も電話がかかってくるのではないかと気分がとても憂鬱になるようになってしまいました。同僚のケアマネジャーたちも心配してくれますが、日々忙しい職場の中では困った状況をいまさら長々と説明するわけにもいかず、ましてや担当交替の希望などは心の中で思っても口にできません。

ケアマネジャーから見ると、Mさん自身は自宅に戻った効果も見られ、症状には多少の波はあるものの概ね安定していると評価していましたが、長女はさらなる認知症の速やかな改善を強く望んでおり、お互いの認識には大きなずれがあります。長女は自分なりに認知症の勉強をしている自負もあるようで、こちらの見方や助言を受け入れてくれません。ケアマネジャーとしては、長女がMさんの状態をもう少し客観的に見てくれれば、Mさんの生活もサービス提供ももっとうまく進むようになるのに……という思いが強くなります。母親の認知症の改善を望む子の気持ちは分かっているつもりですが、なぜあれほどまでに性急でかつ理想的な状況を強く求めるのか理解できません。

また、要求の高いサービス水準に努力している各訪問介護事業所もサービス提供の限界に近づいており、この状態が続けば早晚ヘルパー不足から今までどおりのサービス提供ができなくなることが予想されます。ケアマネジャーが苦情の調整に入ってもなかなか長女と事業所の双方が納得する解決が難しく、サービス提供責任者との協力関係もいづれ崩れてしまうのではないかと不安になります。

最近では、長女はパートタイムとは言え週5日の勤務をしながらの介護や家事をこなす生活が長期間にわたり、かなり疲れが見えてきました。そろそろデイサービスやショートステイを利用しないと介護者のほうが倒れてしまうのではないかと心配です。ケアマネジャーの見立てでは、Mさん本人はデイサービスの利用は問題なくできると思うのですが、長女の利用拒否が強く取り付く島もない状況で、この先どう進めてよいか分からなくなってしまいました。

2 地域包括支援センターとの連携

現状関わっている訪問介護事業所ではこれ以上のサービス提供は困難なため、今後に備えて他の訪問介護事業所の情報を得るとともに、長女からの要求への対応方法について助言をもらいたいと思い、ケアマネジャーは地域包括支援センターに相談することにしました。

ケアマネジャーからの電話に対応した地域包括支援センターの職員（以下、包括職員）は、ケアマネジャーが居宅介護支援事業所の管理者に最近の状況報告をしていない様子であったため、まず、管理者に対して支援の状況報告と地域包括支援センターと連携して進めることについての了解を得るように伝えました。ケアマネジャーが管理者へ報告したところ、それを聞いた管理者は、事業所として担当変更は困難な状況ではあるものの、これまでの取り組みの努力に対するねぎらいと地域包括支援センターへ相談することについての支持をしてくれました。これをきっかけに、ケアマネジャーは管理者に今後の相談がしやすくなったと感じ、少し肩の荷が軽くなったような気がしました。

気づき君：支援に行き詰っていても大きな変化がないケースについては、上司（管理者）に相談するタイミングが難しいんだよねあ…。



博士：居宅介護支援を含む介護保険サービスは利用者と事業所の契約に基づいているものだから、本来事業所の責任の下で行なわれるべきものなんだ。だから、事業所の管理者に適宜自分の支援方針を確認・了解してもらうことが大切なんだ。支援内容に悩むケースについては次に上司に報告をする時期をあらかじめ決めておくといいと思うよ。

気づき君：そうか、個人の判断や責任でやる仕事じゃないんだね。ケアプランの新規作成や大きな変更のときに上司に確認してもらえると安心だなあ。



博士：また、ケアマネジャーと他の事業所や機関の担当者が連携する場合も、お互いに所属組織の代表として連携する意識がなければいけないよ。それぞれが上司からのスーパービジョンを受けるなどして、自分の考えが組織の方針とずれていないか確認しながら進めてゆくことを忘れずにね。



3 アセスメントの枠組みの検討～全体をシステムとして捉える視点～

その後、改めてケアマネジャーからの相談内容を聞いた包括職員は、場当たりに長女からの要求に対処するだけではサービス継続が難しい状況にあると感じ、従来とは異なる視点から捉えなおす必要があると認識しました。包括職員はケアマネジャーと相談をして、家族関係全体、あるいは関係機関の連携体制などについて、以前参加したケアマネジャー研修会で学んだ「システム・アプローチ」（＝全体をシステムとして捉える視点）を用いて現状の整理を試みることにしました。

(1) 家族システムについて（コラム「家族をシステムとして捉える」21頁参照）

家族をシステムとして捉える視点では、家族メンバーの特定の誰かに問題があると見るのではなく、家族メンバー間の関係性に不調和が生じていると考えます。したがって、Mさんの支援においては、これまで長女の言動に焦点を当てて解決方法を考えていましたが、そうではなく、Mさん家族メンバー間の関係性に焦点を当てていくことになります。

Mさんの家族の場合、今はMさんと長女の2人しかいないので、家族システムは両者の関係性を考えるシンプルなものにしかありません。しかし、アセスメントシートの家族状況（ジェノグラム）を改めて見直したケアマネジャーは次のような疑問を持ちました。ケアマネジャーの疑問

- ・Mさんの夫は9ヶ月前に亡くなったと聞いているけれど、それはMさん家族のシステムにとっては大きな変化だったにちがいない。その死がMさん家族メンバーに与えた影響は今まで検討していなかったが、実はいろいろあるのではないかな。
- ・次女は遠方に住んでいるとはいうものの、Mさん家族のメンバーとして現状に対していろいろな思いをもっているはずだ。次女は現在のMさん家族の中でどのような影響を及ぼしているのだろうか。

こうした疑問点については包括職員も同感であり、Mさんの夫や次女もMさん家族のシステムの構成要素として位置付けてそれぞれの関係性を検討した方がいろいろ見えてくるのではないかなという考えをケアマネジャーに伝えました。

(2) 保健医療福祉システムについて

もうひとつ「システム・アプローチ」の研修で学んだのが保健医療福祉システム（8頁図参照）でした。これは、クライアントを支援する場合には、クライアントを取り巻くさまざまな環境との関係性を考慮するのはもちろんのこと、支援者とクライアントの関係性や支援者を取り巻く環境（組織や社会資源など）との関係性も考慮しなければならないというものでした。研修で学んだ時はケアマネジャーにはこのシステム図の活用の仕方が十分理解できませんでしたが、改めてこのシステム図の構成要素を見てみるといろいろなことを示唆していると感じました。