

包括支援センターの関わりから権利擁護を考える

ー認知症・債務があり、施設入所の妻（介護4）を抱えるAさんの支援を通してー

齊藤 眞樹（函館市地域包括支援センター西堀・主任介護支援専門員）中村 千穂子（函館市地域包括支援センター西堀・主任介護支援専門員）山田 正美（函館市地域包括支援センター西堀・介護支援専門員）

Key words：権利擁護、認知症、多重債務、成年後見制度、包括的支援

【目的】

地域でケアマネジメントをしていく時、個人の尊厳とその方自身の意思決定をいかに尊重していくかという事が大切だと考える。多くの専門職が連携し社会資源を活用して地域住民を支えていく必要がある。それにより誰もが地域で安心して暮らしていけるようになる。権利擁護として成年後見制度は人権のセーフティネット（人権保障）である。今回、妻が入所の中、夫が脳梗塞を発症し療養型病院に入院。多重債務をかかえ、借地の関係で自宅の立ち退きを迫られており、成年後見制度を通じて支援することで権利を擁護していく必要性を感じた。支援困難である今回事例の夫婦が、安心した環境で暮らすことが出来る事を目的に、多職種で構成されるチームでネットワークによる支援を行った。それにより成年後見制度を含め包括的な支援が出来たので報告する。

【方法】

（対象）80代後半、男性A。夫婦二人暮らし（妻は入所中で子供は無し）病名：脳梗塞（右麻痺）、認知症。自宅は持ち家だが、土地は借地で4年以内に区画整理が予定されている。自宅内はゴミであふれており生活できる環境ではない。収入は共済年金（経済的理由で妻と世帯分離をしている。）親族は東京に甥がいる。

（経過）H18に妻が入院してその後1人暮らしをしていたが、妻のいない寂しさからアルコール依存や低栄養となる。自宅で倒れているのを民生委員が発見しH18/6月入院する。その時には判断力の低下もあり、金銭管理も出来ず入院先のMSWが行っている。H18/9月の退院後に当地域包括支援センターの担当者がA氏の支援を開始、介護保険申請するが非該当であった。その為高齢者サービスでの訪問介護サービスと配食サービスを導入し、食の確保と環境整備や入浴の為通所介護等、生活全般に関わりを持った。H18/10月、MSWより連絡があり、妻に債務がある事がわかった。地域包括支援センター担当者が法テラスに相談し、成年後見制度申請の必要性を判断した。H18/10月、東京の甥に成年後見制度申し立ての相談をするが費用面や遠方である事等から、甥は申し立てを拒否した。H18/12月、B市、

家庭裁判所、保健所と連絡を取り合い市町村長申し立ての方向で検討した。しかしH19/5月、親族が判明している状況下で市長村長申し立ては難しいと市から判断が下りる。リーガルサポートに相談をするが費用面で問題があり市町村長申し立てが適当であるとのリーガルサポートの判断を受ける。その間にH19/5月妻が養護施設に入所する。非該当だったA氏も要介護1の認定結果を受け、居宅介護支援事業所のケアマネジャーCが決定する。その後ケアマネジャーCがMSWと相談し、金銭管理をMSWからケアマネジャーC所属事務所で行うことになる。H19/5月にまず経済状況の立て直しのため、A氏と妻の世帯分離をする事で妻の入院費の軽減をはかった。A氏は妻が施設に入ってから面会に行く毎日である。H19/9月妻の面会に行く途中の道で倒れ、脳梗塞、低栄養にて緊急搬送される。その後、容態安定し療養型病院に転院し、現在介護度3で右半身麻痺が強く、リハビリを受けている。今後在宅生活は困難ではないかと担当医師、ケアマネジャーC等の判断にて、今後の生活について担当のケアマネジャーより地域包括支援センターに再度相談がある。

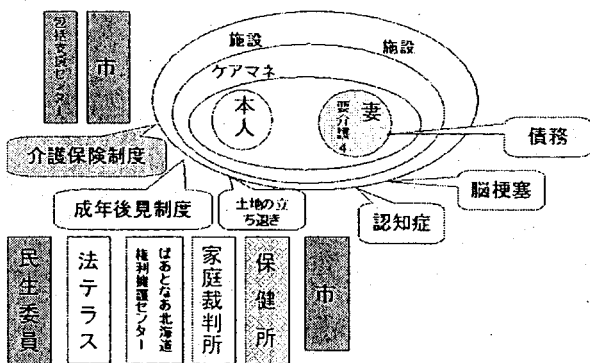
今までの情報を整理し、今後の生活を検討していく上で必要な情報、関係者を絞り込む。①ケアマネジャーC及び事務所の関係者より夫婦の金銭管理状況と金銭の出納、甥の状況など確認。②B市担当者より借地に対する今後の経過、夫婦に近い関係者を引き続き探す件依頼、妻の債務の有無。③医師及び医療関係者よりA氏の病状の確認、今後リハビリでのADL向上の可能性、認知及び判断力の有無、A氏の入院期間。④妻の施設担当者に参加してもらい妻の状況報告、確認。⑤社会福祉士会、権利擁護センター、ばあとな北海道のD氏に、A氏が成年後見制度申請をできるか相談。情報を集めていくうちに家庭裁判所へA氏自身が成年後見制度保佐での申請ができるのではないかと検討の必要性を再確認する。それと共に権利擁護以外の問題をかかえているご夫婦をチームで支えていく必要性を感じた。ケアマネジャー及び事務所の関係者、B市担当者、妻の施設の担当者、社会福祉士D氏、以上のメンバーと地域

包括支援センター担当者で、その後何度かカンファレンスを開催した。

【結果】カンファレンスの結果で①成年後見申請は社会福祉士 D 氏の協力を得て地域包括支援センター担当者で成年後見保佐での本人申請を進める。②金銭管理は後見人が正式に決定するまで、今までどおり行う (B 市担当者が妻の金銭管理を現在の入所施設で行うよう施設と検討)。③借地に関しては早ければ来年立ち退きになる可能性があるため成年後見申請を進める。④A 氏が望むものと考えたら「妻の近くにいたい」それが 1 番であると思われた。病院と施設で離れている現状で A 氏が精神的にも不安定になっているため、妻に面会出来る様に手配をする。

今回のカンファレンスにて今後の生活について、当面の金銭管理、持ち家の管理、退院後の生活、妻の金銭管理、成年後見制度の申請について必要性を確認し役割分担をした。又、債務や持ち家の状況確認等も継続して行っていくよう確認した。その結果、関係機関が集まり、問題を整理した事で今後の課題を明確にする事、役割を確認し分担する事が出来た。特に金銭管理においては、当面の問題、今後の問題を含め成年後見制度 (保佐での本人申請) の手続きを進めるに至った。

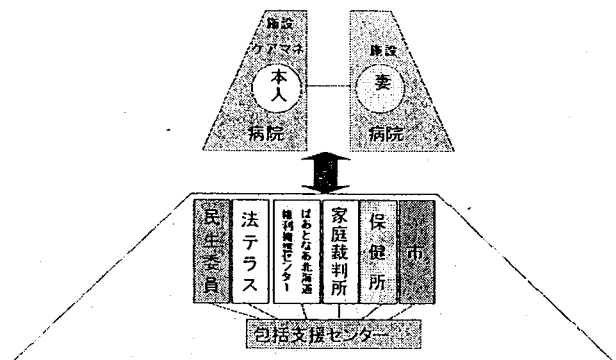
取り巻く影響 図1



【考察】今後 A 氏のような、認知症、近郊に支援してくれる親族や子供もない夫婦世帯で、多重債務を抱えどのように地域で支えていくかを包括的に取り組む必要性のあるケースが多くなる。ケアマネジャーだけでは支援しきれず、多職種による包括的・一体的な支援が必要とされるであろう。それは 2 年目の地域包括支援センターへの相談状況からも推測される。今回の A 氏のケースをふりかえると①対象が様々な背景を持ちえる場合、多方面から包括的に対象を理解していく。②介護保険制度だけではなく成年後見制度、法的にも多様性を含むためそれぞれの視点から現状を検討していく。③認知症、脳梗塞、債務、土地の立ち退きなど身体・経済・環境等その人を取り巻く影響を包括的・一体的にアセスメントしていく(図1)。以上の様に対象を理

解する時、又アセスメントする時、多面的な視点が重要であることがわかる。又法的な知識や多職種との連携が支援に置いては大切なことである(図2)。今後、このような世帯が増えていく事が予想される中、権利を擁護していくには包括的な支援が必要とされる事がわかった。A 氏は妻の面会を続けたい意思を持ち続けており、A 氏の中には妻の存在はかかせない。そこを大切にしたいと我々は考え、その上で短期、長期のスパンで取り組んだ。このように当面の生活の問題にとどまらず、成年後見制度という法的手続きを進めながら、将来をみすえての環境を整えて行く事が必要であると考えます。

連携図 図2



【結論】支援の対象は認知、経済面、疾病、権利擁護、等様々な問題を抱えている状況であるが、地域社会で孤立しがちで顕在化しにくい事がわかった。困難事例の関わりは、ケアマネジャー 1 人の力では困難でも地域でのネットワーク作りをする事で、課題を明確化でき役割分担を行うことで解決への糸口を探ることが出来る。介護保険制度だけではなく、世帯分離、成年後見制度等の福祉対応も必要であった。更に完結することは難しく継続支援の必要がある事例が少なくないと思われるため、今後も行政、医療、ケアマネジャー等地域関係機関との連携をとり、私達が様々な状況に対応出来るような知識と経験を身につけ、ネットワークを定着していく事が求められる。

【引用文献】

- 1) 池田恵利子：権利擁護事業の意義と役割、実践成年後見 No20：2007 年

【参考文献】

- 1) 鈴木真介：実践 成年後見 No20：2007 年
- 2) 谷川ひとみ、池田恵理子編著；ケアマネジャーのための権利擁護実践ガイド：2006 年
- 3) 地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業：2007 年
- 4) 社団法人日本社会福祉士会 地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会：2006 年

地域で支えるという視点からみた権利擁護

～ 独居でADLが低下した男性高齢者のケース支援を通して～

井上 由美子（函館市地域包括支援センター西堀・介護支援専門員）、
齋藤 眞樹（函館市地域包括支援センター西堀・主任介護支援専門員）、
瀧口 祐子（函館市地域包括支援センター西堀・主任介護支援専門員）

key words：権利擁護、一人暮らし、ADL低下、地域力、ネットワーク

【目的】

「高齢者の尊厳」について岩間氏は、ソーシャルワーク援助の視座から3つ述べている。①存在②主体性③相互援助、への尊厳である。その相互援助の尊厳について、本人が周囲との社会関係を保つ中で、自分の生活を営むことである。人が社会的に生きる存在である限り、尊厳ある生活に社会関係は不可欠である¹⁾と言う。つまり、だれもが地域で安心して暮らしていけるようソーシャルワークを通して、専門職が連携し社会資源を活用して地域住民を支えていくことが権利擁護とつながる。しかし、サービスを導入するとあたかも自動的にニーズが解決されたかのように思う。特に独居で債務を抱えADLが低下したケースの場合、病院や施設に入るとそれで安心してしまふ。それは本人の権利として、自分らしく生きていけると言えるのだろうか。日々、支援困難ケースに関わるなか、民生委員より相談を受け生活の保障を目的に短期間で入院、入所とすすめた方の支援を通して、権利擁護について考える機会となったケースについて報告する。

【方法】

（対象）70歳代男性Aさん。猫1匹と一人暮らし。数年前にギランバレー症候群の疑いがあると診断されたのみで受診はしていない。2006年春、現在の地に転居（1軒家）、知人の男性Bさんと同居したがBさんが遠方に出稼ぎとなり、夏に独居となる。年金、月6万円弱。数ヶ月間家賃等を滞納している。初回訪問時、残金は10,000円程度だった。年金受給年齢に達した時に刑に服し、数年間の年金300万円が一時金として支給されたが、更正施設の仲間で豪遊し使ってしまう。2ヶ月に1回の年金生活となった。

（経過）更正施設で知り合った若い男性Bさんと同居。AさんはBさんを頼りにしている。転居してすぐに腰痛等のため動けなくなり救急車で病院へ搬送される。その後、転院となるが痛みが改善しないまま、退院となった。その後、1年余り病院を受診していない。夏に同居していた知人Bさんが遠方へ出稼ぎ、猫1匹と独居となった。近くの100円ショップに手押し車で買物に出かけ、出来合いの食材などを購入し生活していた。流し台に寄りかかり鍋で食材を温める程度は行っている。冷蔵庫、電子レンジ、洗濯機等の家電製品はなく、ガスレンジとテレビ、ラジオと携帯電話があるのみである。同居の知人Bさんが夏に出稼ぎに行

って以来、洗濯や入浴はしていない。数枚の下着と衣類を交互に着用していた。洗濯は行っておらず、自然乾燥状態で生活していた。自宅で転倒、歩行状態が悪化し、タクシーを呼び買物に出かけようとしたが、下着姿で汚染もひどくタクシーに乗車を拒否される。隣家の住民がその様子を見て食材を購入し、地区民生委員へ連絡され、民生委員から支援相談を受けた。両下肢筋力の低下が顕著にて、移動、起居動作を含む生活動作全般に時間を要する状況にある。短時間の立位姿勢は可能であるが、トイレまでの移動が間に合わず、失禁状態である。猫の餌は夏に知人が出稼ぎ前に購入している。地域との関係は全くなく、携帯電話に登録されているのは知人Bさんと大家さんの2名である。1年余り受診しておらず、健康状態が確認できない。

（方法）①状態把握（実態把握）②カンファレンスにより、情報の共有、特に経済状況、身体状況。③優先度の確認により、役割分担、方向性の検討。

【結果】

①10月22日（1日目）地区民生委員と地域包括支援センター職員（以下包括担当者とする）二人で同行訪問。訪問した経緯を説明するが、Aさんはベッドに腰かけたまま一言も口を開かない。カーペットは水分で全体が濡れ、室内は尿臭が立ち込めている。排泄時、立ち上がることができず、Aさんは手を差し出し介助を求めたが、トイレまでの移動が間に合わず失敗してしまう。生活状況等を尋ねるが、何を聞いても分からないと言うのみで、コミュニケーションを図ることができず、知人の携帯へ連絡し生活状況を確認する。

②10月24日（3日目）自宅でAさん、知人Bさん、地区民生委員、行政（三人）、包括担当者（二人）の計七人でカンファレンス開催となる。経済状況：金銭管理は遠方に在住する知人Bさんが管理しており、年金はすでに引き出しされ、残高千円未満である。家賃3ヶ月分滞納（前家賃も含め）、生活資金がないことが判明した。身体状況：数年前に腰痛等のため動けなくなり救急車で病院へ搬送される。その後、転院となるが痛みが改善しないまま、退院。ギランバレー症候群の疑いがあると診断されたが、1年余り受診はしていない。今後の方向性について検討する。それぞれの専門部分において役割分担を行なう。在宅の可能性も視野に入れ介護保険の申請を行うこととなる。地区町内会

会長付き添いにて「10月25日」病院受診調整する。金銭管理は知人から町内会長に委任した。

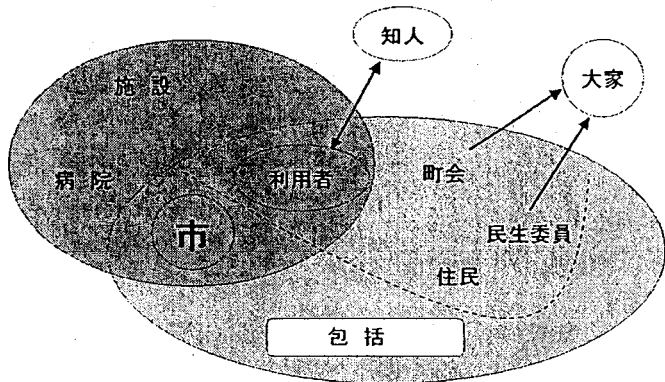
③10月25日(4日目)地区町内会会長、知人付き添いで病院受診する。血圧200Hmg, 緊急入院となる。受診時、残金、3,000円となった。行政、民生委員、MSWと連携回り生活保護の申請となる。入院中はMSWが金銭管理をした。

④10月29日(8日目)高血圧で経過しており、服薬の継続が必要である。移動を含め生活動作に支障を来す状況で、行政等連携を回り、緊急保護にて救護施設へ入所となる。借家については本人の合意の元に大家、民生委員に委ねた。猫は民生委員、町会に委ねた。

【考察】

今回、Aさんの支援のように、地域とのネットワーク、医療機関とのネットワーク構築により早期対応が可能だった(図1)。

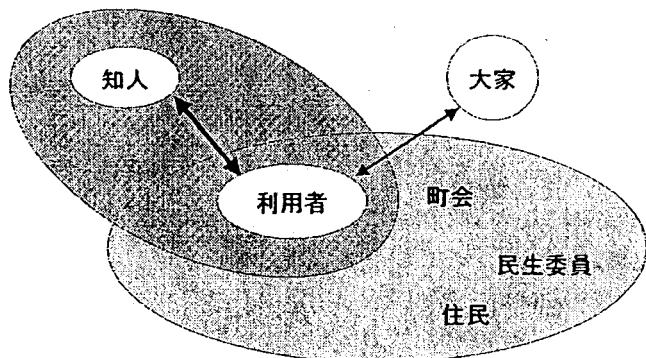
関係図(図1)



親族も子供もなく一人暮らしで、本人自身の人とのつながりは金銭を根拠とした知人Bさんであった(図2)。

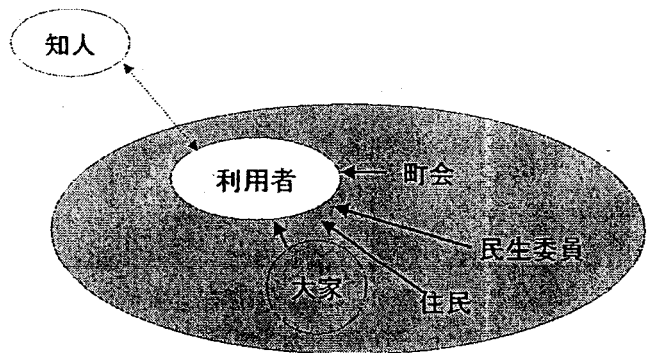
このようにAさんをみた時、早期にどのように地域で一人暮らしの方を心理的にも支援していけば良いのか、本来であれば地域の方々が何らかのつながりを持つことで、Aさんの心のすきまをうめることができるのではないかと考える(図3)。

初期の関係図(図2)



ケアマネジャーだけでは支援しきれず、やはり地域の力が

大きく影響する。また、結果として施設入所であっても求める関係図(図3)



「在宅か施設か」ではなく、多様な社会資源を利用して地域を包括支援する姿勢でその人の権利擁護を考えていく。つまり、最終的に住む場所がどこであっても、その人らしく生活できる場所としてその方の意思決定を尊重できているか。ケアマネジャーは安心して終わらない為にも、日々の活動の中で、地道な生活支援を通して権利擁護を念頭においた関わりをして行きたいと考える。

【結論】

だれもが地域で安心して暮らしていけるようソーシャルワークを通して、専門職が連携し社会資源を活用して地域住民を支えていくことが権利擁護とつながる。しかし、サービスを導入するとあたかも自動的にニーズが解決されたかのように思う。特に独居で債務を抱えADLが低下したケースの場合、病院や施設に入るとことで安心して終わらないためにも、日々の活動の中で地道な生活支援を通して権利擁護を念頭においた関わりをして行きたいと考える。

【引用文献】

1)岩間伸之：高齢者の尊厳と権利擁護、実践成年後見No20：2007年

【参考文献】

- 1) 鈴木真介：実践 成年後見No20：2007年
- 2) 谷川ひとみ、池田恵理子編著；ケアマネジャーのための権利擁護実践ガイド：2006年
- 3) 地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業：2007年
- 4) 社団法人日本社会福祉士会 地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会：2006年

在宅高齢者に対する転倒予防教室の試み

～身体機能・心理面への効果を考える～

齊藤真樹(函館市地域包括支援センター西堀)山田正美(函館市地域包括支援センター西堀)

医療法人社団 仁生会 西堀病院 リハビリ室スタッフ

要旨：今回、3ヶ月間のホームエクササイズを中心とした運動介入による転倒予防教室を実施し、身体機能や精神心理面においての効果を調査した。転倒恐怖感に関しては、転倒VASの有意な低下が見られた。また、転倒恐怖感の改善に影響を及ぼす身体機能の要因については、歩行速度の改善値が最も転倒恐怖感の改善に寄与していたので、報告する。

1、はじめに

高齢者における転倒は、骨折や寝たきり状態、要介護状態につながる危険性が非常に高い。そのためか、ちょっと躓くと「年だから」と転倒への恐怖のため外出を控え、ますます運動機能の低下を招いている。そこで、地域包括支援センターとしてエリアの全町会を対象として転倒予防教室の展開を予定した。今回プレ的に、一町会に対して3ヶ月間のホームエクササイズを中心とした運動介入による転倒予防教室を実施し、身体機能や精神心理面においての効果を調査した。その結果、今後エリアに拡大し進めるにあたり若干の知見を得たので報告する。

2、対象と方法

【対象】H市T町に在住の在宅高齢者とし、町内会広告において転倒予防教室の参加を公募し、応募のあった15名の内3ヶ月間のデータが完備された10名(男性2名、女性8名)、平均年齢72歳±5であった。対象の中には脳血管疾患による片麻痺などの既往や運動の理解が困難な重度の認知症の者はおらず、自宅から当院まで自力にて来ることが可能な健康高齢者である。

【方法】

1)転倒予防教室の構成：理学療法士、保健師、看護師、運動指導員により運営を行った。転倒予防教室は月1回、5回連続で開催し、第1回は講義、第2回は初期評価とホームエクササイズの立案と指導、第3、4回は集団練習とホームエクササイズの復習、第5回は最終評価とした。2)評価項目：評価項目は身体機能と心理面の評価を第2回教室と3ヶ月後の第5回教室において実施し、評価項目は以下とした。①転倒恐怖感の評価(以下転倒VAS)②下肢筋力③指床間距離(以下FFD)④ファンクショナルリーチ⑤片脚立位時間⑥Timed Up & Go test⑦10m最大歩行速度(MAX10m)⑧開眼・閉眼重心動揺検査⑨HRQOL評価(SF-36)3)検討項目：検討項目は①介入前後の比較(転倒VAS、

身体機能の各項目、SF-36下位項目の得点)、②転倒恐怖感の改善に影響を及ぼす身体機能の要因について検討した。統計処理には①はWilcoxon検定、②は重回帰分析(ステップワイズ法)を用い、有意水準は5%未満とした。

3、結論

身体機能に関しては下肢筋力、FFD、開眼片脚時間、MAX10mにおいて有意な改善が見られた。HRQOLの評価であるSF-36の下位項目に関しては、日常役割機能(身体)、体の痛み、全身健康感において有意な改善見られた。転倒恐怖感に関しては、転倒VASの有意な低下が見られた。また、転倒恐怖感の改善に影響を及ぼす身体機能の要因については、歩行速度の改善値が最も転倒恐怖感の改善に寄与していた。

4、考察

転倒の発生要因の内、身体的要因としては下肢筋力、柔軟性、バランス能力、歩行速度などの障害が挙げられ、身体機能の低下は重要な転倒発生要因と示されている。今回の3ヶ月間の運動介入により、下肢筋力や柔軟性、バランス能力、歩行速度などの改善が見られたことは、転倒予防に対する身体機能の改善として一定の効果が得られたと考えている。理学療法士による対象者の身体機能や体力に合わせてプログラムされた介入により3ヶ月間の非マシントレーニングによるホームエクササイズにおいても身体機能に改善が見られることが示唆された。次に運動介入による転倒恐怖感への影響についてであるが、高齢者における転倒への恐怖感とは活動の制限因子や転倒危険因子として考えられ、転倒恐怖感の評価することは、長期的な身体機能の低下を予測することにつながると考えられる。今回、3ヶ月間の運動介入によって主観的な転倒恐怖感は有意に軽減しており、これは対象者の長期的な身体機能や活動量の維持・向上につながる可能性があると言える。今後、この結果をもとに、効果的に各町会へ転倒予防教室を展開していきたいと考える。

— MEMO —

A series of horizontal dotted lines for writing.

— MEMO —

A series of horizontal dotted lines for writing.

— MEMO —

A series of horizontal dotted lines for writing.