

サービス提供機関との 高い連携密度および 連携速度による 無気力な利用者への介入と改善

社会福祉法人協会 アイユウの苑 ケアマネジメントセンター
 管理者・社会福祉士 辻中浩司
 介護支援専門員・介護福祉士 植田弘美

はじめに

介護支援専門員が、居宅介護支援サービスとして「ケアマネジメント」を実践していかなくて、その対象者にしばしばみられる生活状況の改善に対する消極的傾向や依存的傾向の背景に、自分自身では何も変化を生み出すことができないことからくる「無力感」があることが指摘されている。この無力感の克服（パワーの回復および獲得）を目指すのがエンパワーメント・アプローチである¹⁾。

本稿では、エンパワーメント志向のケアマネジメントを目指し、社会生活において無気力状態に陥っている利用者について、サービス提供機関との高い連携密度および連携速度を活用することでその原因を明らかにし、利用者の心理状態をタイムリーにとらえながら介入・改善し、社会参加を促すことができた事例を紹介する。

事例紹介

1) 利用者の紹介

利用者：A氏、73歳、女性。
 要介護度：要介護3→要介護4。
 家族状況：夫と2人暮らしで、子どもは2人いるが独立しており、遠方に住んでいる。
 病歴：60歳代より緑内障を発症し、現在は人影がはんやり見える程度である。気管支喘息が特徴である。2000（平成12）年11月に脳出血を起こし、後遺症として左不全麻痺となる。

2) 支援経緯

2001（平成13）年2月、アイユウの苑ケアマネジメントセンターにA氏の夫より相談の電話があり、自宅に訪問する。A氏はS病院に入院中であり、介護保険を申請した。

2001年（平成13）年3月、S病院にて初めてA氏と面会し、要介護認定調査を行った結果、要介護3となる。

同年5月、K病院に転院したと夫より連絡がある。退院が近くなってから病院を訪問し、

ケアマネジメントの契約をする。自宅での生活に向けてアセスメントし、介護計画を立てる。本人は介護サービスを利用して在宅生活を継続したいとの希望であった。退院後、サービス利用を開始した。

3) 利用者の無気力の状況

A氏は若い頃から病弱で、気管支喘息の持病もあり、入退院を繰り返していた。40歳頃より緑内障を発症し、次第に視力が低下する。視力低下を防ぐため、60歳頃に夫に手術を勧められるが、本人が拒否し、現在は人影がはんやり見える程度である。

もともと温和で落ち着いた性格であったが、脳出血後、病気に対するショックで軽い人格障害を来し、無気力状態になった。病院ではリハビリテーション（以下、リハ）などについて、遠くが声かけて論議すると何とか行けるが、その時以外はじっとつむいたままの状態で過ごしていたようである。

4) 無気力の原因追究

および介入・改善策の検討

夫は電気関係の仕事で、定年後も機械関係の会社の役員をし、会社でも家でも強い

リーダーシップをとってきた。A氏が病弱であったため家庭のことも妻任せではなく、夫が切り盛りしてきたようだ。

妻を押し上げようとするところはないが、自分が正しいと思ったらすぐに行動に移し、あまり妻の気持ちを考えることはない。私たちが話をしても、本人を目の前にして「この人（妻）はこうだから」「この人はこういう人だから」と言い、悪くいえば決めつけたようなところがみられる。

今のように目が見えなくなった原因も、夫が手術を勧めたにも関わらず、妻が自分で拒否し手遅れになったから仕方がないと、妻を責めるようなことをたびたび言っている。しかし、妻のことを思い、何もかも自分がしてあげようという気持ちが高い。その気持ちが逆にA氏の重荷となり、結果として孤独感を生み、自分から積極的に何かしようというA氏の気持ちを奪っていると思われる。

(1) 2001（平成13）年5月

アセスメント～ケアプラン策定

退院前のアセスメントによると、夫の希望として、家事一切は自分がするが、そのほか



夫は何もかも自分がしてあげようという気持ちが高く、それ以上にA氏の重荷となって、無気力になっていると思われる。

妻のできることはできるだけ自分で頑張ってもらいたい。入浴は週1回訪問介護で行い、妻にはリハに力を入れてもらいたいということであった。

A氏は、リハについては入院中から少しずつやる気が出てきているようなので、本人に確認後、訪問リハを週2回入れる。外出を兼ねてのデイサービスはA氏の気が通まない様子なので、しばらく様子を見ることにする。これらのことを踏まえ、次のことをサービス担当者に伝えた。

訪問介護サービス担当責任者：入浴の介助を通してA氏のやる気が出るように、できるところを見つけて声をかけてほしい。

訪問リハ担当者：生活のなかで何か目標を立て、その目標に向けたリハを行ってほしい。

(2) 2001(平成13)年6月

モニタリング

週1ヶ月後のモニタリングの結果は次のとおりであった。

訪問介護サービスによる入浴：担当の訪問介護員とは慣れた様子で、入浴後はしばらく夫と交え話をしている。

訪問リハ：訪問リハ担当者とも慣れた様子で、ボートプールへの乗車が進んでいる。

A氏は、訪問介護員や訪問リハスタッフの訪問時には、やる気が出ている様子であるが、夫と2人の時はこれまでどおり無気力状態で、ほとんど居間でうつむいたままである。夫は言っていたことは違い、必要以上に妻の世話を焼いている様子である。

(3) 2001(平成13)年7月

モニタリング～アセスメント
～ケアプラン変更(資料1)

週2ヶ月後、A氏も夫も訪問介護員の訪問を心待ちにしている様子である。本人が外出することがないため、訪問介護員の介助による散歩を週1回追加するとともに、入浴も週2回に増やす。

この時点で私たちは、訪問介護サービス提供ごとの担当訪問介護員との情報交換から、A氏の無気力状態の改善を感じていた。

(4) 2001(平成13)年8月

モニタリング～アセスメント
～ケアプラン変更

週3ヶ月後、A氏は散歩に出ることにより、訪問介護員や夫以外の近所の人との交流ができてきたことを喜んでいる様子である。これを機に週1回のアイサービスの利用を勧めてみると、快く了承された。

近所の人との交流のなかから、A氏の友人が日デイサービスセンターを利用されているということがわかった。そこで、予定していた当法人のデイサービスセンターから日デイサービスセンターに変更し、友人と同じ日の利用を依頼することにした。

(5) 2001(平成13)年9月

モニタリング

週4ヶ月後、友人と一緒にということもあり、デイサービスの利用は考えていた以上に気に入った様子である。アイサービスでの機能訓練も頑張っているとのことであった。夫も、A氏のアイサービス利用日は、家事以外の自分の用事ができると喜ばれていた。

資料1 A氏の無気力サービス計画書(2)

利用者名: A 氏		居宅サービス計画書(2)				
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	従前目標		サービス内容			
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	サービス内容	※1 サービス種別	頻度	期間
転倒・転落後遺症による麻痺のためADL低下の可能性が高い	ADL低下の防止	リハビリテーションをしてADLの維持、向上を図る	リハビリテーション	○	訪問リハビリテーション	2回/週
左不全麻痺と視力障害があるため移動動作時に危険がある	自立歩行の維持 ADL低下の防止	一人で安全に移動させる	手すり設置	○	住宅改修	
左不全麻痺と視力障害があるため安全に入浴できず清潔が保てない	衛生的な入浴の実現 ADL低下の防止	定期的に入浴し、身体の清潔を保つ	入浴の準備・後始末 移乗・移動介助 洗身介助 洗髪介助 湯洗・部分浴 入浴中の見守り 入浴用品の購入 手すりの設置	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	訪問介護(身体介助)	2回/週
夜間は頻尿であるため誤嚥介助が大変である	介護者が介護疲れを起こさない	環境を整え、トイレに行きやすくして介護負担の軽減を図る		○	用具購入	
左不全麻痺と視力障害があるため家事全般ができない	快適な在宅生活の維持	家事を手伝ってもらって、在宅生活を安心して送れるようにする	調理 食卓の準備・後始末 掃除・洗濯 衣類管理・買い物 家財の整理		家族	
左不全麻痺と視力障害があるため一人で家事をやることのできない	食事動作におけるADL低下の防止	快適な食事の実現	食事摂取介助 食事摂取見守り		家族	
歩行が不安定なためトイレに一人で行くことが困難である また衣類の着脱も介助が必要である	高い自立生活の維持 ADL低下の防止	援助を受け、安全にトイレに行けるようにする	移乗・移動介助 靴の着脱	○	訪問介護(身体介助)	
人との交流がなく、閉じこもりがちである	地域社会における交流	人との交流が持てるようになり、閉じこもりを防ぐ	外出介助 人との交流	○ ○	訪問介護(身体介助)	1回/週

(6) 2001(平成13)年10月

モニタリング～アセスメント
～ケアプラン変更(資料2)

週5ヶ月後、A氏のさらなる社会参加と夫の介護負担軽減を目的として、デイサービ

スの利用を友人と同じ週2回にするように勧めると、快諾される。夫は、デイサービス利用日には家事以外の自分の用事ができるとに加えて、休養できるようになったことを喜ばれていた。

資料2 居宅サービス計画書(2)の追加部分

利用者の氏名: A 氏		居宅サービス計画書(2)			
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		サービス内容		
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	サービス内容	※1 サービス種類	頻度/回
人との交流がなく、閉じこもりがちである	地域社会における交流	人との交流が持てるようになる。閉じこもりを防ぐ	歩行援助介助 アクトビティサービス 外出介助 人との交流	○ ○ ○ ○	2回/週
24時間の介護で介護者の介護疲れが顕著である	介護者が介護疲れを起さない	介護者の負担を軽減する	睡眠調整 移乗・移動介助 調理 食事の準備・後始末 食事摂取介助 介護の負担軽減	○ ○ ○ ○ ○ ○	2回/週

※1 「介護職員等特定処遇改善増進法」において、介護職員等特定処遇改善増進法に該当する。

この頃から夫は、これまで妻は何もできないと決めつけていた自分に気づき、妻の無気力状態について自分の責任もあると思い始めたようであった。

(7) 2001(平成13)年11月

モニタリング～アセスメント
～ケアプラン変更

退院6ヵ月後のことである。A氏が自宅にてトイレへの移動中に転倒、左手首を骨折し、ギプス施行となった。要介護度の変更を申請し、要介護4となる。

ケアプランの見直しとして、安全に配慮し、訪問介護サービスの入浴介助を2人対応とすることにす。排泄介助など、夫の介護負担が大きくなることについて、訪問介護サービスの回数を増加させることも検討・相談したが、夫が頑強とのことで、見守ることにする。

A氏は自己嫌悪に陥った様子で、また元の無気力状態がみられるようになった。

(8) 2001年(平成13)年12月

モニタリング～アセスメント
～ケアプラン変更

退院7ヵ月後、ギプスが外れ、A氏に少しずつ明るさが戻ってきた。骨折の完治後、ADLは骨折前以上に向上し、A氏は、さらに自分のことはできるだけ自分でしようという意欲が出てきたようであった。

そこで、脳出血で倒れる前の生活を目標として、生活のなかで本人ができることを増やしていくという援助の方針を立てることにした。

夫によると、脳出血で倒れる前、A氏は、視力障害があるものの家事はある程度できていたとのこと。寒くなり、気管支喘息の持病もあって外への散歩ができなくなってきたため、その時間の一部に本人ができるような家事(台所での食器洗い、洗濯物積みなど)を訪問介護員と一緒にやってみることにする。訪問リハ担当者とも連携をとり、訪問リハ

のなかにも取り入れてもらうことにする。

5) 介入・改善の検討の結果

A氏は退院6ヵ月後に転倒した際骨折し、再度無気力状態になるも、担当訪問介護員、訪問リハスタッフのかかわりと、デイサービスセンターと一緒に通う友人などの励ましに加え、骨折完治後は骨折前以上にADLも向上した。このことで、自分のことはできるだけ自分でという新たな目標を持ち、進んで何かをしようという気力がみえてきたため、そのタイミングで家事参加を促した。

脳出血後に左不全麻痺となったことで、夫に何もかも世話になっているという負い目から無気力となり、自分から進んで何かをしようという気力がみられなかったA氏が、家事に参加できるようになったことで、さらにやる気が出てきたようである。

ADLが回復・向上し、夫の手間をとらなくなっただけでなく、小さな家事をすることで少しでも夫の役に立つことができるといふ喜びに満ち溢れた気持ちで、本人の心が軽くなり、明るくなり、大きな改善につながったと考えられる。

最近では、訪問介護員の訪問時以外にも夫と2人で台所に立つことが増えてきたとい

う。無気力状態でもいつもうつむいていたA氏が一瞬的な改善である。

脳出血で倒れる前から視力障害があり、あまり社会参加に積極的ではなかったため、人との交流が少なかったが、今では私たちに加え、3人の担当訪問介護員、サービス提供責任者、訪問リハスタッフ、デイサービスセンターのスタッフ、デイサービス利用者、近所の人々など多くの人々との交流が生まれた。

事例を通しての
介護支援専門員としての気づき

本事例において、介護支援専門員の介入により、利用者が無気力状態からの改善へ方向づけられた大きなポイントは以下の3点に集約される。

1) サービス提供機関との
高い連携密度、連携速度の確保

訪問介護サービスが同一法人の隣接事業所であったため、サービス提供ごとに担当訪問介護員と情報交換できたことで利用者とその家族(夫)の心身の状態をタイムリーかつ継続的に把握することができた。また、その変化に即応した形で居宅サービス計画の変更などが確実に実施できた。

このことで、必要なタイミングでの介入が重要であることがわかった。サービス提供機関が他機関の場合においても、連携密度および連携速度を高める必要があると思われる。

2) 本人へのエンパワー実践と
家族(夫)へのエンパワー実践

エンパワーメント志向のケアマネジメントとして、利用者の自己決定力を引き出しなが



少しでも夫の役に立てる喜びで、A氏の心が軽くなり、明るくなり、改善につながったと見える。

らさらに強化し、利用者の主体性（志向性）を取り戻す援助を実践していくなかで、介護支援専門員、訪問介護員、訪問リハスタッフ、デイサービススタッフなど、多くの専門職が、利用者および家族のパートナーとしてその役割を確立できた。

その過程において、利用者および家族から私たち自身がエンパワーされていくことが感じられた。ケアマネジメントと専門職としての介護サービスをエンパワーメントにつなげることができたと思われる。

また、本人がパワーを取り戻し、発揮できるようになるためには、家族（夫）のエンパワーに頼るところも大きいことがわかった。利用者個人をケアマネジメントの対象とするのではなく、その対象を家族から地域社会へと広げていく必要性を強く感じた。

3) 利用者中心のシステム

～サービス利用者の意見を反映したサービス提供機関の選択～

私たちは利用者本位といいながら、サービス提供者側の視点でシステムづくりをしていることが多い。ケアプランの策定も、サービス提供の曜日・時間調整など、サービス提供者側の勝手な都合で決めることが多いのではないだろうか。

本事例においては、同一法人内にもデイサービスを提供する事業所があるにもかかわらず、本人のエンパワーを最大限に引き出せるよう他機関のデイサービスを選択した。「利用者による選択」は当たり前のことであるが、同一法人内に各種サービス事業所を持つ居宅介護支援事業所の介護支援専門員とし

ては一つの壁でもある。

本事例の訪問介護サービスとのかかわりのように、同一法人内の事業所でのメリットが極めて大きい場合もある。しかし、デイサービスについては、強引に自法人のサービスを組み入れていたら、大きな改善はみられなかったように思われる。

「自法人内におけるサービス完結」を掲げる法人も少なくないなかで、エンパワーメント実践を目指す居宅介護支援事業所として、法人トップの深い理解が必要であることはいうまでもない。

おわりに

利用者、家族がパワー（強さ）を取り戻すことで、生活のなかに自分らしき・家族らしきを実現できる。利用者の主体性を取り戻し、自己実現へ向けた自己決定を推進していくことのできるパワーを介護支援専門員として意識することの重要性を学んだ事例である。

数多くのケースを随えるなか、それぞれのケースにおいて「大小強弱はあれ、すべての利用者がパワーを秘めている」とし、「本人および家族のパワーを消滅させてしまうことなく、それらを引き出し、さらに増大、増強させることを目指したケアマネジメントができていだろうか」と自問自答しながら、微力ではあるが、エンパワーメント志向のケアマネジメントを推進していきたい。

引用文献

- 1) 小田兼三、杉本敏夫、矢野潤夫編著：エンパワーメント実践の理論と技法、これからの福祉サービスの具体的な指針、P.80-83、中央法規出版、1999。