

退院後3カ月間の空白期があった 老夫婦の在宅生活を援助する

★ スーパーヴァイザーの奥川幸子氏をアドバイザーに迎えて開かれた研修会の模様を紹介する（研修会及び事例の内容は、誌面の都合上、全体の趣旨に差し支えない範囲で変更させていただきました）。妻が医療機関を退院した後、ケアマネジャーに相談が入るまでに3カ月が経過していたケース。介護疲れが見える夫と日々の生活に追われる娘たち。ケアマネジャーはどこに視点を当て、どんな援助をしていけばいいのか――。

事例提出者

Hさん（居宅介護支援事業所・看護婦）

事例の概要

プロフィール

利用者は75歳の女性で、76歳の夫と2人暮らし。会話のなかで、「いちばん困っているのはお金です」という言葉が聞かれるように、裕福な生活ではない。家屋は人が生活しているとは思えないほど散乱しているが、本人と夫は生活環境に対してそれほど不安や不満を感じている様子はない。リハビリに対する意欲はあり、「早く動けるようになりたい」と本人からの訴えがある。

家族構成、介護力の実際

主介護者の夫は無職。アルコール依存症。かつて自分で営んでいた青果市場の店は、現在長女にまかせている。毎日、午前中に市場に行つて、長女から弁当を受け取っている。

介護は夫が行っているが、家事については十分にできていない状況である。

長女は、市場の店のほかにも仕事をしている。

次女は、両親の生活を心配しているものの、自分の生活に追われており、市内に住んではいるがあまり行き来はない。長男は市内在住だが、音信不通である。

利用者・娘の希望

利用者は家族の協力を期待しているが、娘や息子にはそれぞれ家族があり、引き取って介護する意思はない。長女・次女の同じ意見として、「施設入所はお金がかかるので入れたくない」「父を一人にさせたくない」などの言葉も聞かれた。

家屋の状況

田園が広がる山のふもとにあり、民家も少なく交通の便も悪い。一軒家の平屋。老朽化しており、シミだらけの畳、カビだらけの壁、ブカブカした床、はりめぐらされたベルトコンベアーの紐がある。

既往歴

脳梗塞後左片麻痺、糖尿病、末端肥大症、高血圧症

ADLの状態

・移動動作

左上下肢の麻痺と左肩の亜脱臼・両膝関節の拘縮・両上下肢の筋力低下のため、起き上がり、立ち上がりが一人ではできない状態である。四肢や体幹のバランスが不安定であり、座位保持に支障がある。使用しているベッドは柵がなく、起き上がりには、部屋にはりめぐらされたベルトコンベアーの紐を活用している。

・食事

セッティングまで行えば、食べこぼしはあるが一人で摂取できる。

・排泄

尿意はあるが介助を要する。尿器の代わりに洗面器を使用しているが、取りこぼしが多い。排便のコントロールができておらず、市販の浣腸を購入し、夫が援助している。

・清潔

夫が水で清拭を行っている。

・更衣、整容

全面介助

・内服

糖尿病・高血圧・脳梗塞・狭心症などの服薬が必要であるが飲み忘れが多い。

援助経過

①紹介経路

●平成12年6月11日 次女より当事業所に電話があり、「3月に病院を退院して以来、母は3カ月お風呂に入っていません。父と2人暮らしで、左側の手と足が麻痺しており、ベッド上で生活しています。姉が行っているようですが、

姉も仕事をしていて十分な世話ができません。何とかしていただけないでしょうか。私は交通手段が自転車しかなく、片道1時間くらいかかります。困っております。どうしたらいいでしょうか」という相談内容。

②初回面接～援助・モニタリング

●6月12日午前中 アセスメントのため、自宅を訪問。本人、夫、長女、次女がいる。身体状況、家族状況など聞き取りを行う。本人は、「今からでも風呂に入れてもらえますか」「病院に連れていってもらえますか」と熱く訴えられる。

在宅サービス利用の必要性と介護保険について説明。申請手続きをとることになる。

続いて、必要と思われるサービスについて相談する。入浴については、血圧も高く便秘傾向であるため、看護婦がかかわったほうがよいと考え、かかりつけの病院に相談すると、週1回の訪問看護の依頼があった。看護婦とヘルパーが同時に訪問し、入浴介助を行うことにする。

その他、おむつ給付（在宅介護支援センターに連絡）、移送サービス（月2回までボランティアで通院介助）を利用することになる。配食サービスについては、「料金がかかるなら要らない」（本人）とのことで利用に至らず。

本人の希望が強く、その場で入浴介助を行った。3カ月ぶりの入浴で涙を流し大変喜ばれた。

●6月12日より週1回の訪問看護・訪問介護の利用が始まる。

●6月26日 長女より、「排便コントロールができず、週1回しか排便がない」「夫が浣腸をすることもある」「本人は、できることなら病院に行

ってリハビリを続けたいと思っているようだ」という連絡がある。担当医へ相談。来月から訪問看護を週2回に増やす旨の指示があり、そのなかで排便のコントロールと軽いリハビリを行うこととなる。

●7月4日より週1回の訪問介護と週2回の訪問看護の利用が始まる。

●7月11日 理学療法士(P T)・訪問看護婦と同伴し自宅へ訪問する。P TとともにS I A S 評価(麻痺の程度の評価)を行う。また、担当医・P T・訪問看護婦の連携により、リハビリプログラムを作成。訪問看護婦によるリハビリが具体的となる。

●7月17日 午前中、利用者より電話あり。「熱があつて身体の調子が悪い」。自宅へ訪問。体温36度8分、脈拍84回/分、酸素飽和度95%、血圧150/84mmHg。訪問にて少し安心された様子。

●7月27日 自宅へ訪問。相変わらず室内は散乱している。要介護認定の結果(要介護3)が届く。

●8月10日 移送サービスのボランティアより、「家の状態が荒れており、床もブカブカしている」との電話。生活について大丈夫なのか大変心配されている様子。

●8月23日 ホームヘルパーより報告。利用者も夫も環境整備に関心がなく、週1回の掃除では片づかない。着替えを出そうと思つても、洗濯してあるのかないのかわからない状態で山積みになっている。訪問時の訴えが多くなり、ヘルパーに対して依存心が強くなってきている様

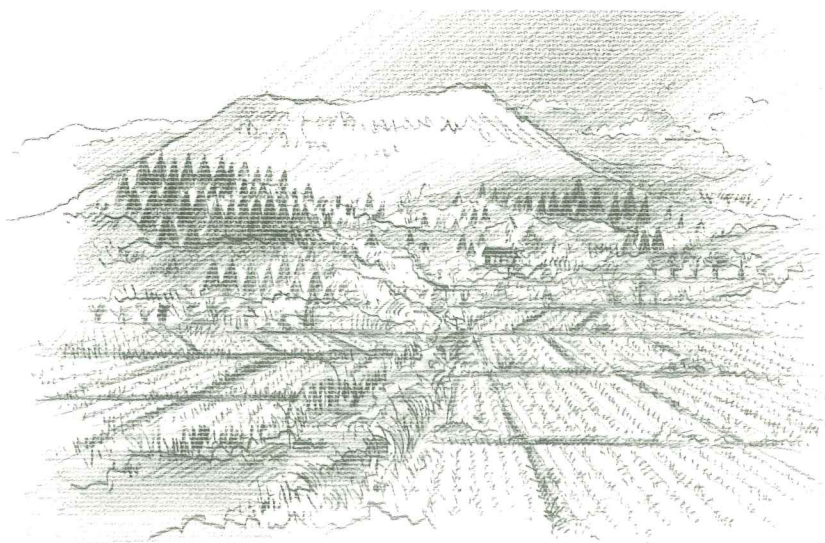
子。訪問介護の時間数を増やすことが可能なのか、利用者・家族に聞いてみると「お金がかかるなら結構です」とのこと。

●9月5日 利用者のことを考えると、もっとサービスを増やしたいが、「お金の困っている」という言葉を聞くと、サービスを増やすことだけが利用者のためではないようにも思える。市の保健婦に現状を報告し、相談すると、「頻回には行けないが2カ月に1回程度なら訪問できる」という返事をもらう。

●9月12日 最近、訪問のたびに夫はベッドで休んでいることが多く、疲れているようである。家事に不慣れな夫のことを思い、利用者は「入院させてもらえるのなら、そうしたい」と考えているようだ。夫は、利用者の入院中、アルコールの量がかなり増えたが、退院後は減ったと聞いている。利用者にとって、入院したほうがいいのだろうか。お金の困っているとは、どの程度なのか。仮に生活保護を受けた場合、サービスはもっと受けられるようになるが、長女との唯一の接点である市場へ夫が出かけなくなるかもしれない。そのことは、この家族にとっていいことなのか……。

●9月13日 長女に電話をかける。病院の受診予定の確認を兼ねて、生活保護のことを尋ねてみる。すると、以前、生活保護を申請したことがあるが、貯金が100万円ほどあるためできなかったとのこと。長女より、「年金はもらっていませんが、少しでも貯蓄がありますので、できれば今の生活を続けさせたい」「母を入院させたい気持ちもありますが、父を一人にさせるほ

うが心配です」とのこと。時々顔を出していただくようお願いすると、「はい」と返答はされるが、自分の生活で精一杯であり、あまり期待はできないという印象を受けた。



ケース検討会

奥川 では、このご夫婦とそれを取り巻く人たちについて、全体を理解するために必要な情報をHさんから引き出してください。

発言 ベルトコンベアーは何のために付けているのですか。

Hさん ベルトコンベアーは柱と柱に結び付けてあり、ちょうどベッドの上を通るようになっています。奥さんは、その紐をつかんで起き上がり、座位になります。

発言 いつ、誰が取り付けましたのですか。

Hさん 3月末に退院して間もなく、夫が設置したようです。

発言 それは、このおふたりが生計を立ててきた稼業に関係あるものなのでしょうか。

Hさん 5cmぐらいの太い紐で、もともと家にあったものということでした。この方の職業は、市場でお店をやっていたらっしゃいました。

奥川 ここまでの間にも、すでにいろいろな情報が出てきましたね。パイプベッドで柵がな

い。だから、夫がベルトコンベアーを取り付けて、奥さんはその紐を利用して起き上がっている。この情報から、どういうことが読みとれますか。

発言 妻に対する夫のいたわりとか、妻を何とかしてよくしたいという意欲を感じました。

奥川 そうですね。ここまでの情報で、夫の対処能力が見えてきましたね。妻の回復を期待し、妻のためにベルトコンベアーを取り付ける。これは、夫の対処能力です。

何か問題が起きた時に、どうやってそれをクリアしているか（してきたか）。アセスメントの際に、クライアントの対処能力を見るのはすごく大事なことです。

発言 経済的なことに関しておうかがいします。年金はもらっていらっしゃらなくて、100万ほどの蓄えがあるということですが、月々の収入や、サービスに使える金額はいくらぐらいなのでしょう。

Hさん 市場の仕事は、現在は長女ひとりです。市場の収入は、現在は長女ひとりです。このご夫婦の収入はゼロです。

生活費としては、光熱費と食費は長女がまかなっています。その他は、長女が毎日千円ずつ、お弁当と一緒にご主人に渡しています。サービスの利用限度額は、はじめに聞いた時点では、1万円ぐらいだったら大丈夫ということでした。

発言 民生委員さんの訪問やご近所づきあいなどはどういう状況ですか。

Hさん お隣りの方とは直接お話ししたことはありません。ただ、訪問した時にたまたま外で会ったので挨拶をしたのですが、知らないふりをされたことがあり、あまりいい近所付き合いをされていないのかなと感じました。

発言 娘さんたちは、どれくらいの頻度で来られているのですか。

Hさん 長女は、毎日市場で夫にお弁当を渡しています。家のほうには、週に1回ぐらいは寄っているようです。次女は、月に1回ぐらい来ているということです。

発言 次女は介助をしているのですか。

Hさん 直接の介助はほとんどないようで、お話しというか、様子を見に来る程度ようです。

発言 3人のお子さんたちそれぞれの生活はどんな様子なのでしょう。経済力や介護力にもかかわってくると思いますので。

Hさん 長女は、午前中は市場で働き、午後からは別の仕事をしています。夫の仕事は聞いていません。経済状態もハッキリとはわかりません。子どもは2人います

が、2人とも就職して家を出ているということです。

次女も昼間は毎日パートに出ています。夫は大工さんです。子どもが4人いて、全員学齢期なので、いろいろと大変なようです。

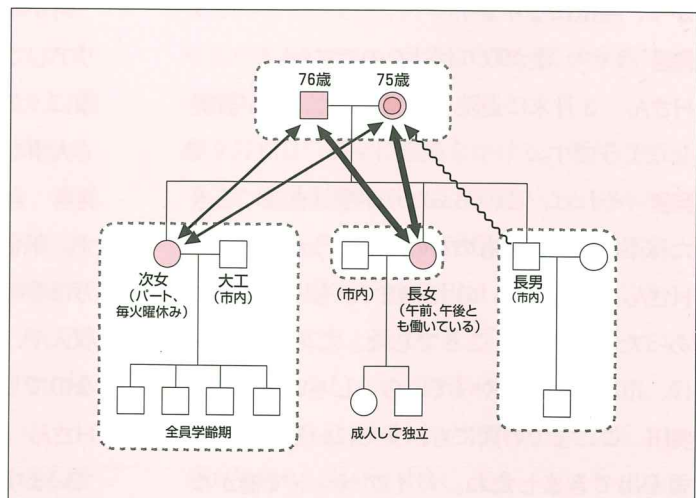
長男は結婚して市内に住んでいるのですが、親子仲は疎遠なようで、ほとんど家には帰って来ないということです。

奥II そのあたりはジェノグラムを書いていたほうがわかりやすいですね(図参照)。ジェノグラムを作ると、クライアントと家族の状況を視覚的に確認することができます。

身体機能の変化をアセスメントする

奥II 奥さんは、糖尿病や末端肥大症などいろいろな病気をもっていますが、それらはいつ頃から始まったのですか。

Hさん 病名がついたのは脳梗塞で入院された時で、それ以前は病院には行っていなかったと聞いていますが。症状がいつから出ていたのか



については不明です。

奥川 Hさんが看護婦として病棟で働いていたときは、そういう情報はアナムネーゼのときに必ず押さえていましたよね。

Hさん はい。

奥川 ケアマネジャーも同じです。聞いていいんですよ。特に病気については、いつから始まったのか、日々の生活にどれくらい影響を及ぼしているのかを押さえることが必要です。

発言 退院してからHさんがかかわるまでに3カ月近くありますが、退院時に病院からのフォローはなかったのでしょうか。

Hさん 退院時のADLレベルやリハビリのゴールなどは聞いていますが、退院指導をどのようにされていたのかは聞いていないのでわかりません。

発言 この方は今回が初回の発作ですか。それと、リハビリについてですが、本人はどこまで回復したいと思っていられるのでしょうか。

Hさん 今回が初めての発作です。麻痺がなくなることはないだろうという診断は、夫を通じて聞いていらっしゃいます。ただ、病院では麻痺のない右手足で車いすを動かして、多少の移動はできていたので、できればそこまで回復したいという希望をもっていらっしゃいます。

発言 病院でベッドから起きるときは、どんなふうになさっていたのですか。

Hさん ベッド柵をつかんで、自分で起き上がっていたと聞いています。

発言 現在は自力での座位保持はできないようですが、病院ではどうだったのでしょうか。

Hさん 病院では端座位ができていたということです。

発言 起立動作についてはどうですか。

Hさん リハビリ室では理学療法士（PT）から起立訓練を受けていたということです。ただ、病棟内では立っていらっしやらなかったようです。

発言 ということは、退院時は膝が伸びた状態で立つことができていたということですね。Hさんが訪問したときには、もう膝は曲がった状態で固まっていたのですか。

Hさん はい。まっすぐ伸びない状態でした。一度、PTと訪問看護婦と同行訪問したときに見てもらったところ、膝を支持すれば立てないことはない状態だということでした。

奥川 ベルトコンベアーの紐をつかんで自力で起き上がることはできるけれど、病院ではできていた座位の保持が難しくなっている。退院後の約3カ月の間に、状態が変化しているわけですね。なぜ、こういう現象が起きるのか。そして、こういうことを知ることがなぜ大切なのか。今日はPTの方が参加していらっしゃいますので、少し説明していただきましょう。

PT はい。皆さんは「廃用症候群」という言葉をお聞きになったことがあると思いますが、人間の身体は約2～3週間で動きが固くなってきます。約8週間動かさないと完全に固まって、1mmたりとも動かなくなるといわれています。人間にとっては、移動することが動物である証のようなものなので、移動できるかどうかは「生きる価値」にもつながってきます。膝は移

動能力に多大な影響を及ぼしますので、膝の動きをチェックすることは非常に重要です。

ただ、3カ月のブランクなら、まだ取り返せる可能性があります。その意味でも、退院直後に比べて現在の状態がどれくらい落ちているのかを正確に把握することが重要です。

奥川 ありがとうございます。入院中は、病院というある意味で保護された環境でリハビリを行ってきた。そして、以前は元気な身体で慣れていた環境（自宅）に、今度は左麻痺の身体で戻ってきた。当然、戸惑いますし、環境に慣れるのに時間がかかります。こういう「移行期」というのは、危機状況をもたらしやすいんです。アセスメントの時には必ず注目しなければいけないポイントです。

「もう一度動けるようになりたい」というのは、本人の希望でもあるし、ケアプランにも大きく影響してきますよね。その意味でも、いま説明していただいたように、移行期における身体機能の変化をアセスメントすることは重要です。

クライアントの生活様式を知る

発言 このご夫婦は、以前どういう生活をされていたのか、生活背景や生活歴を知りたいのですが。

Hさん 詳しい生活歴は聞いていません。現在、訪問介護が週に1回入っていますが、ヘルパーがきれいに片づけても、翌週訪問すると、もうグチャグチャになっているそうです。

発言 発病前の整理整頓の状況はどうだったのでしょうか。

Hさん 奥さんは、「私がまだ元気だった頃は、もっと片付いていたんですが」と、おっしゃっていました。

奥川 「私が元気だった頃は」ね。

発言 お風呂は毎日入られていましたか。

Hさん わかりません。

奥川 それはどういう意図で聞いたのですか。

発言 奥さんが元気だった頃、この方たちがどんなふうに住んでいたのかを知りたいと思いました。

奥川 生活様式を知りたいということですね。元気な頃はどのような生活スタイルだったのか。お掃除をちゃんとしていたのか、お風呂には毎日入っていたのか。生活様式からは、この方たちが何を大切に、何にこだわって生きてきたのか、クライアントの価値観や事が起こったときの対処の仕方を知ることができます。それを知ることで、現在起きていることに「意味」を付けていくことができるんです。

奥さんは、「私が元気だった頃は、もう少し片づいていたんです」と言っている。しかし、今はヘルパーが片付けても、すぐにグチャグチャになってしまう。要は、そういう情報から何をアセスメントするかなのです。これは、何を意味していますか。

発言 発病する前は、奥さんが掃除や片づけをしていて、夫はそういうことに不慣れである。

奥川 そうですね。きっと奥さんが全部やっていたんでしょうね。

Hさん はい。「私が元気だった頃は、掃除も食事の用意も家事は全部していた。今は夫にすべ

てしてもらっていて、すごく迷惑をかけている」と、申し訳なさそうにおっしゃっていたことがあります。

奥川 家事一切を自分がやっていた。でも、今は夫にやってもらっているの、申し訳ない。これが奥さんのリアリティです。だんだん、この夫婦の状況が浮かび上がってきましたね。

アセスメント面接でできること

発言 このご夫婦は、今後どんな生活をしたいと思っていられるのでしょうか。

Hさん 奥さんは、夫が疲れているのを心配していて、もしかしたら自分が入院したほうがいいんじゃないかという考えももっていらっやいます。でも、おふたりの話を聞いていくと、ご主人としては、奥さんが介護が必要な状態になって、自分がいま頑張って介護していることにすごく生きがいを感じているようなんです。お酒の量が減ったのも、奥さんのおかげだと言っています。奥さんもご主人にはすごく感謝していて、「ウチは貧しいけれども、何とかこのまま二人で頑張っていきたい」とおっしゃっていました。

奥川 さあ、そういう二人にどうやって援助していきますか。

Hさん 具体的なアプローチの仕方がわからなくて戸惑っています。

奥川 では、ここで、渡部律子さん（関西学院大学教授）がまとめた「ソーシャルワークの機能別分類」を参考にしながら、このご夫婦への対応を考えてみましょう。

渡部さんは、ソーシャルワークの機能を6つに分類しています（表参照）。このうち、自己評価サポート、情報サポート、モチベーションのサポートの3つは、面接のなかでできることです。ケアマネジャーがアセスメント面接でできることといてもいいでしょう。

「元気な頃は片づけていたのに、今はできない」。こういう台詞が出てくるというのは、この奥さんは、片づいていない状態を人目にさらしているのが恥ずかしいんですね。相手がこういう台詞を言ったとき、どう対応するか。これが大事なんです。

表 ソーシャルサポートの機能別6分類

1. 自己評価（情緒的）サポート 自分の能力、社会的魅力や仕事でのパフォーマンスに疑いをもったときに有効に働く。
2. 地位のサポート 自分は何かの役割を果たしているということで得られるサポート。
3. 情報サポート 問題の本質、問題に関係している資源に関する知識、代替的な行動の道筋に関する情報を得ることで、「自分の欠陥によって問題が起こされたのではないことを確認」したり、「直面している問題が自分に固有のものではないことを確認」したりすることで安心する。
4. 道具的サポート 物質的サポート、実際の課題の援助の提供を通じたサポート。
5. 社会的コンパニオン ともに出かけたり、何かをしたりする相手、社交活動のサポート。
6. モチベーションのサポート 慢性的なストレス状態にあるクライアントに対して、根気よく継続する解決の道を選び、相手のモチベーションを高めるサポート。

※渡部律子氏作成より

奥さんにしてみれば、すごく辛いですよ。つい半年ぐらい前までは、何十年の間自分で何でもやっていたんです。そういう人が、何もかも夫にやってもらわなくてはいけない状況に陥っている。以前の自己像とはすさまじいギャップがありますよね。自己評価がガクンと落ちています。こういうときには、支持的な関係をもつ、つまり注意深く話に耳を傾ける。傾聴ですね。人間は、他人に話を聞いてもらうだけで、「私は認めてもらっている」と思えます。ですから、まずは奥さんの話をキチッと聞く。

そのとき、相手の話したことに的確に反射することが大切です。「私が元気だった頃は、もうちょっと片づいていたんですよ」と相手が出たら、「そうですね。お倒れになる前は、奥様が家事やその他全部おやりになっていたんですよ。市場の仕事もしながら、家を支えてらしたんですよ」と返す。奥さんが言いたいと思っていることを、もうちょっと強めて相手に返す。これが反射です。場合によっては、自分の言葉で少し言い換えて反射することもあります。

そして、「あなたのそのやり方でいいんだ。今のあなたでいいんだ」と、存在そのものを認めて「再保証」する。これは、クライアントが一度失った自信や自己評価を再び取り戻すためのサポートです。「奥様はベルトコンベアーの紐につかまって起き上がろうとしたり、この環境のなかでできることを一生懸命やっているじゃないですか。ご主人に申し訳ないという気持ちをもっていらっしゃることがステキですね」というように。

そうやって、クライアントのモチベーションを高めて、この人たちが今後の人生について前向きに生きてみようという動機づけをしていくことが大切です。

退院してからの約3カ月間、奥さんは力を出せない状態でした。自己評価も下がっている。夫は、何とか回復させたいとベルトコンベアーを取り付けた。長女は毎日、昼間は市場で、午後も別のところで働いている。そうやって一生懸命働いた自分の稼ぎのなかから、実家の光熱水費と毎日千円の援助をしている。長男がいるにもかかわらず、長女が隠れ長男として支えている一家――。

こうやって見てくると、なんとなく浮かび上がりますよね。この人たちが、今どういう援助を必要としていて、当座何をやらなくちゃいけないか。そして、本人たちの意向を踏まえると、将来的にはどういう方向で援助していけばいいのか。少しスッキリしましたか。

Hさん はい。

奥川 では、このクライアントに、これからどういうサポートをしていきますか。

Hさん まずは、奥さんにきちんと共感して傾聴します。それと、ご夫婦が自分たちの将来像を思い描けるように、こういうことをしたらこうなりますと、具体的な情報を提供していくことが必要だと思います。

奥川 そうですね。そのためにも、今日検討してきたような視点を押さえておくことが大切です。

Hさん ありがとうございます。