

# 統合

## ケアマネジメント 事例検討会

統合ケアマネジメント事例検討会は、一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われている多職種の検討会。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策——に関する捉え方や考え方を話し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

—— 今月の A さん ——

### 高齢者住宅に住む 80 代女性 元看護師 自分で薬を管理 老年期精神病で幻聴がある

#### 事例検討会の参加者

事例提出者 L子さん 地域包括支援センター看護師  
司 会 川越雅弘 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科教授  
参 加 者 医 師  
訪問看護師  
PT、OT、ST  
歯科衛生士、施設管理者  
介護福祉士、ソーシャルワーカー  
ケアマネジャー  
他、多職種の参加者 40名

果たして、L さんの見立てはどう変わるでしょうか？  
皆さんも、次の表から、A さん像を想像してみてください。

#### A さんの概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	・80代女性 要介護1
② 自立度	・寝たきり度：A2 ・認知症自立度：II a ・身長 145cm / 体重 55kg
③ 同居者／主介護者	・独居。故郷に住むいとこと、電話や手紙のやり取りがあり、緊急連絡先に。
④ 経済状況	・厚生年金 10万円程 / 月 ゆとりはなし
⑤ 居住環境	・高齢者住宅の低層階。居住者との付き合いなし。協力員には挨拶し、季節ごとに贈り物をする。
⑥ 連絡元	・80代後半から地域包括支援センターが年に1回程度実態把握訪問、健康講座等に参加していた。 ・1年後窓口来所、後見制度の相談あり後見センターに同行、任意後見勧められるが、「お金がかかるなら今はいらない」と。 ・2年後、協力員より「水道料金滞納、水道局が止水に来た。本人は払っていると主張するが自動引き落としの通帳に残高なし。現金で清算したがお金がないのでは？」との来電あり介入。複数通帳の整理等支援。1カ月後、検診で血尿出現し精検にて膀胱腫瘍診断され入院加療予定となる。サービス利用に同意しないものの、介護保険新規申請行う。 ・要支援のときは地域包括が担当。幻聴悪化・脱水で入院し要介護となり居宅介護支援事業所に引き継ぐが、本人から地域包括に訪問要請の電話が時折入る。ケアマネ支援・訪問看護導入勧奨理由に3～4カ月ごとの訪問を継続。

2.生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	・西日本生まれ。10人兄妹の真ん中。継母とうまくいかず、家を出て看護婦助産婦養成所に進学。20代初め助産婦となり、関東へ移り病院で働く。30代初頭、子供のいる男性と結婚するが、男性が精神病発症し数年で離婚。実家の生活を支えるため転職繰り返す。50代中頃定年退職後、通信制大学等に通い文学を学ぶ。80歳頃現住居へ転居。「町医者は嫌」と1時間かかる大学病院に通院する。体調不良時、近医受診したところ、近隣の大学病院紹介され、検査づけで何もしてくれず大変な目にあったとのこと。近医は検診や風邪で受診するのみ。
② 現在の生活状況	・退院後半年ほどは精神科病院の処方薬を内服していたが、食生活改善と歩行練習により、ごく近隣の外出が可能になると次第に怠業。生活リズムが崩れがちになり、ヘルパー支援も「自分でできる」と入浴介助は拒否し、買物同行（大半は代行）が主となる。 ・買物・掃除をヘルパーが支援。朝昼兼用の食事は自分で準備するが、起きられず欠食する日が多くなる。ベッドサイド、テーブルにはペットボトルに入れた水道水を何本も置いてあるが、頻尿のためヘルパーやCMが声かけしても「飲んだ」と答え、飲まない。
③ 性格	・真面目で頑固、自分なりの信念を持つ。自己主張がはっきりしている。 ・金銭面の不安が強く、協力員に支援を求めることが多い。
④ 趣味／嗜好	・枕元に文学書をおく文化人。 ・元気なころ外出時は、服装に気を配っていた。
⑤ 参加	・「デイサービスは認知症の人ばかりで嫌」と利用拒否。地域行事等への参加なし。
3.病歴／健康状態	
① 入院歴	・「若いときにおかしくなり入院した」との発言があるが不明。 ・10年前 腰椎圧迫骨折にて1泊入院。 ・X-1年冬 膀胱腫瘍 経尿道的摘出術にて1W入院。 ・X-1年初夏 幻聴悪化・脱水・低栄養にてADL低下し、精神科病院1.5カ月入院。
② 合併症・疾患	・老年期精神病、高血圧症、変形性腰椎症。 ・治療を受けていたという後縦靭帯骨化症・甲状腺機能低下症等の病名は精検にて否定。 ・入院にて脱水・低栄養は改善。
③ 受診状況・服薬状況	・精神科病院を退院後、しばらくは近医にて訪問診療を受けていたが、ADL改善すると経済的困窮を理由に拒否。徒歩圏内の近医へ紹介され受診していたが、徒歩圏内に内科クリニックが新規開院すると自己判断で転医し1/月受診。抗精神科薬を怠業、便秘薬・入眠剤のみ内服。 ・もともと便秘と不眠があり、自分の好みの薬を処方し話を聞いてくれる医師を求めて転医繰り返す。新規開院を好み、長くても1年くらいの通院。 〈精神科病院退院時の処方〉 ① ビタパスタチンCa・OD錠1mg1錠 / アムロジピン OD錠2.5mg2錠 / 酸化マグネシウム錠500mg2錠 / ガスコン錠40mg2錠 / ファモチジン錠20mg1錠 分2 朝食後・就寝前 ② クエチアピン細粒100mg 分2 朝食後・就寝前 ③ ベルソムラ錠1.5mg1錠 分1 就寝前 ④ ロキソプロフェン錠60mg2錠 / レバミピド錠100mg2錠 分2 朝食後・就寝前
4.心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	・入院時、両側前頭葉、側頭葉の軽度委縮はあるが著変はないとの診断。失見当識あるも特段の記憶障害は見られず。入院中も家計簿をつける。補助レベルとの判断。成年後見申し立ては本人同意せず延期。怠業後、隣室に新興宗教や祈祷師、狐が来ているとの幻聴が活発化。幻覚妄想状態となる。
② コミュニケーション	・右耳難聴。右眼緑内障。自分で何らかの基準があり、協力員やCM、地域包括職員とは話をするが、「ありがとうございます」と要件のみ。
③ 基本動作	・介護ベッドの手すりにつかまって立ち上がり、家具や壁につかまりながら歩く。 前屈みすり足歩行。屋外はショッピングカーまたは杖使用。
④ IADL	・もともと夜型の生活習慣で1日2食。ヘルパーが購入した総菜などで朝昼兼食、日・祝以外は夕配食利用。洗濯はヘルパーが掃除前に行い窓際に干す。乾いたものは自分で取り入れる。掃除はヘルパーが担当。本人の体調の良い日はヘルパーが買物同行。バス停1つバスに乗りし通院する。翌日、ヘルパーが買物前に薬局に処方箋を出し、買物後取りに行く。服薬は自己管理。ATM利用はヘルパーが同行し支援。買物代金を出し渋る傾向あり金銭管理等の支援必要だが、日常生活自立支援事業の導入拒否。
⑤ ADL	・移動動作は、屋内何とか自立。屋外カーまたは杖歩行見守り ・生活動作は、怠業後低下。衰弱の恐れがある。

5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針		
① 本人	・この部屋にいたい ・入院はしたくない ・自分で管理できる、訪問診療や訪問看護はほらない	
② 家族（叔父）	・地元に戻ってくるのなら施設があるので、精神的な支援はできるが、金銭的な援助はできない。 行政で面倒みてほしい。兄妹も高齢で支援できないと思う。	
③ CMの援助方針	・体調悪化しないよう、関係者で情報共有し、不測事態の対応体制を組む。	
6. CMが設定した解決すべき課題		
【課題内容】	【長期目標】	【短期目標】
① 体調の改善	・定期的に食事や内服ができる	・食事や水分摂取、内服ができる
② 不安の相談	・不安を軽減する	・不安の相談ができる 安定した気持ちで1日を過ごすことができる
③ 転倒予防	・転んでもケガをしない環境を維持する	・ベッド周囲の環境を整える
7. サービスの利用状況		
① 訪問介護	2/W（掃除、洗濯、買物同行・代行、調剤薬局処方への支援、ATM同行） 安否確認、食事や水分摂取の声掛け、傾聴	
② 福祉用具貸与	自費介護用ベッド	
③ 往診	近医クリニック（月1回）受診から往診へ切り替え 傾聴	
④ 配食	週6日夕食手渡しにて安否確認、水分摂取の声掛け	
⑤ 協力員 ⑥ 警備会社 ⑦ 地域包括	安否確認、食事や水分摂取の声掛け、傾聴 安否確認、不測事態時の対応 関係機関との調整、不安の傾聴、サービス利用の説得	

## ● 課題の確認

**司会** 課題の確認です。ケアマネジャーが解決すべき課題として挙げているのは、①体調の改善、②不安の軽減と、③転倒予防の3つでよろしいですか。

本人の希望は、①この家に住み続けたい、②入院はしたくないという考えが結構強い、③サービスも、自分で気に入ったやり方をしてくれる人は好きだけれど、それ以外のサービスは受けたくない。お金も困っている、ということがある。L子さんは地域包括の看護師としてケアマネジャー支援をしています。支援するうえで困っていること、専門職に聞いてみたいことがあれば、一言どうぞ。

**L子さん** 一つは、幻聴幻覚があるということ。今のお医者さんは内科で、なかなか対応が難しい。これまで転医を繰り返し、精神科で訪問診療してくれる先生が見つからず、どうしていくか。もう一つはお薬の管理です。元看護師で、昔から自分で管理をして、飲み合わせの合う好きなものを服用しており、そこの判断が難しい。そのあたりをどうしたらいいか、お聞きしたいです。

**司会** 分かりました。それでは、資料（p.42～表）を5分で読み込んでください。

## 【5分経過】

## ● 本人像への質疑

病院を次々変え好きな薬を服用  
高齢者住宅退所の不安も

**司会** それでは事実関係の確認をします。本人の状況像、人物像について、質問のある方は挙手をどうぞ。

**OT** ケアマネが設定した解決すべき課題③の「転倒予防」で、「転んでもケガをしない環境を維持する」とあり、短期目標は「ベッド周囲の環境を整える」とあります。この人の転倒はベッド周囲に限られるのでしょうか。

**L子さん** 高齢者住宅で部屋が狭く、ベッド周囲に何でもかんでも置いてしまう。そのために転倒しやすいという状況があります。

**OT** 屋外での転倒はないのですね。

**L子さん** それはありません。

**ケアマネ-1** この方は落ち着いてくると、「怠薬」で薬が

コントロールできないとあり、「幻聴と共存」という表現もあるのですが、本人は幻聴と意識できているのかどうか。

**L子さん** 本人は昔から、「狐憑きがある」という言い方をされていて、前にもこういうことはあったと認識されています。

**ケアマネ-1** 幻聴をある程度分かっていらして、薬を飲まなくなるとひどくなるということを理解されているのですか？

**L子さん** 飲まないといひどくなるというのではなく、「あの薬を飲むといひどくなる」「自分の自由がきかなくなる」という理解をしています。

**司会** それは、自分なりの理解をされている、そういう感じが強いということですね。

**L子さん** はい。そうです。

**ST** 課題のところに「不安の相談」があるのですが、本人にとって一番大きな不安と話していることは何ですか。

**L子さん** 高齢者住宅なので、動けなくなるといられなくなるという不安です。「ここに住み続けたい」という気持ちがすごくあります。

**歯科衛生士** この人が食べている状況が見えないのですが、食べているのでしょうか。

**L子さん** もともと朝昼一緒に1日2食の方です。夜だけは配食サービスをとっています。

**PT-1** 一番親密にお話しされるのは誰ですか？

**L子さん** 話す方は決まっています、高齢者住宅の協力員さんか、ケアマネさんか私。ヘルパーさんには用事だけを頼んでいます。

**PT-1** この人の言うことはよく聞くという方はいらっしゃいますか？

**L子さん** いらっしゃいません。

**ケアマネ-2** 経済状況ですが、介護や生活に使える費用はどのくらいでしょうか。

**L子さん** 厚生年金が10万円を切っており、預金もありません。家賃は4万円くらい。食費を切り詰められている。身寄りがないので、先々のことで迷惑をかけたくない。なので、お金を手元に置いておきたいという気持ちが強い。

**ケアマネ-1** ヘルパーさんには用事のみ伝えるということでしたが、買い物同行やATMでの引き出しにも、何も話さないのですか。

**L子さん** 余計なことを言うことは嫌がられ、必要なことしか話されません。

**ケアマネ-3** 近医のクリニックを受診から往診に変えたと思いますが、先生との関係は？

**L子さん** 先生としては入院をさせたいということがあるので、自分ではみきれないとおっしゃっています。

**訪問看護師** 往診の先生はどんな先生ですか？

**L子さん** もともと内科の先生で、外来に来たので対応したということです。

**訪問看護師** この方の病態を正しくとらえている医療者がいないのでしょうか。例えば、老年精神病についてケアマネさんに説明してくれたり、側頭葉と前頭葉に萎縮があるということは、前頭側頭型の認知症かもしれないと説明してくれたり。地域資源のなかで、困ったときにアドバイスをくれる看護師や保健師が近くにいないのでしょうか。

**L子さん** もともと入院先の先生が、「困ったときはおいでね」と言ってくれたのですが、「そこでもらった薬を飲んだらおかしくなった。私はだまされた」という被害妄想をもっておられるので、何度か「入院しましょう」というお話も、拒否されています。

もともと訪問診療してくれた先生のところには1年くらい通っていた。その先生が、精神科病院につなぐ役割をしてくれた。その先生が一番分かっているのですが、切れてしまった。その先生と今の先生の間には接点はない状況です。

**PT-2** 服薬状況で、精神科から退院したときにこれだけたくさん出ていますが、今は何を飲まれていますか？

**L子さん** もともとデパス（抗不安薬）とかハルシオン（睡眠導入剤）を常用している方だったので、長年飲み慣れている薬を服用しています。

## ● 本人像への質問

幻聴がなくならない  
伝い歩きをして脱力するときがある

**介護福祉士** 生活リズムが崩れがちということですが、この方は何時ごろ起きて、何時ごろ寝て、食事は何時ごろとられていますか

**L子さん** 夜型なので、午前中はほとんど寝ています。寝るのは夜中の12時以降です。

**ケアマネ-4** 最初本人から地域包括に電話があったとあるが、本人から「来てほしい」という連絡があるのはどういふときなのでしょう。

**L子さん** たぶん話をしたいときなんだろうと思います。「来て」という感じで電話があり、私が行っています。

**ケアマネ-4** 困っていることがあって呼ぶのではなく、ただ「話をしたい」と？

**L子さん** そうですね。話をして、その中で困っていること

が出るが、自分が困っているとは、ほとんど言いません。

**ケアマネ-4** ケアマネジャーさんとの関係はどうか。

**L子さん** 信頼してないわけではないのですが、必要なところだけのお付き合いと考えておられる。だから、訪問診療の先生が来られても、それは先生と自分の関係で、ケアマネは関係ないとおっしゃいます。

**薬剤師** 精神科退院時の処方と書いてあるんですが、この中で抗精神病薬は、クエチアピン細粒だけですね。実際にどのくらいクエチアピン細粒を服用しているのか。だれかがきちんと把握されているのでしょうか。

**L子さん** 全部自分で薬を管理しています。最初に退院して、訪問診療が入ったときには、薬剤師も訪問していたので、管理して下さっていた。しかし、お金の問題で、訪問診療をやめた時点で薬剤師さんも入らなくなったので、もとのようになりました。

**薬剤師** どの薬が何に効くということを、本人は把握しているのでしょうか。

**L子さん** していないと思います。ただ、もともと飲んでいたお薬は飲まれています。

**薬剤師** 幻聴は辛い症状だと思うんですが、本人としては、なくなった方がいいのでしょうか。

**L子さん** 入院した時に薬の調整をしていただいたのですが、幻聴そのものはなくならない。もともとは耳鳴りがある。耳鳴りについても、入院したときに耳鼻科の先生にかなりみていただいたのですが、解明できなくて、薬も処方していただいたが、これ以上多くなると転倒が増えるので最低限のところにとどめたようです。

**OT** 転倒予防のところを詳しくお聞きしたい。ベッドからの転落でなく転倒でいいのですか。

**L子さん** はい、転落ではないです。

**OT** それでは転倒は、どういう時間帯でどういう理由でされたのでしょうか。

**L子さん** 一番多いのは、ボーッとしているときにトイレに行くとして、ベッドのところの手すりがあり、そこにつたいながら行くのですが、シナシナと力が抜けるような感じで転んでしまう。本当に歩けなくて、脱力みたいな感じです。

**OT** 頻度としてはどのくらいですか？

**L子さん** うーん、本人が自分で言わないこともあるので。

**OT** 転倒後、自分で起きられるのですか。

**L子さん** そうですね。倒れたままだいながらトイレに行っている。いざってトイレに行くというのが、もともとの生活パターンでした。

**医師** 幻聴についておうかがいしたいのですが。幻聴にはサウンドとボイスがあります。無意味な音ですか。

**L子さん** 音ではなく、「隣の人のところにいろんな人が来ている」というので、声ではないかと思えます。

**医師** 住んでいるところはアパートですか？

**L子さん** 高齢者住宅です。

**医師** 天井を棒で突いたりしていませんか。

**L子さん** それはないです。

**医師** 住んでらっしゃるのは1階ですか。

**L子さん** いいえ、2階です。

**医師** 上の階に人は住んでいないのですか？

**L子さん** いいえ3階の方はいらっしゃいます。

**ケアマネ-2** 「X-1年冬、膀胱腫瘍で入院後、サービス利用には同意しないものの、介護保険の新規申請をした」のは本人ですか。

**L子さん** はい。でも、説得をして申請されました。

## ● 多職種からのアドバイス

支援者が悶々としても本人満足なら良  
最期に周りに迷惑をかけないプランを

**司会** そろそろ対策の方に入っていきます。基本的に、この人は自分の関係性の良い人やなじみの人、モノへのこだわりがあって、それ以外には拒否感がある。こういう状況で体調をどうしたらいいかと、薬をきちんと飲んでもらうためにはどうすればいいかが課題として挙げられています。

本人は意外と強気の面もある一方、不安なところをお持ちで、特に金銭面に不安を持ちながら生活されている。今の家から出たくないという思いも強い。だからそうならないようにするにはどうするかという思いも強いという印象です。

転倒の様子も、転倒予防をリハ職がどうみているのかということもあります。以上3つの課題がある。

幻聴の問題もあり、今後を見据えると、もしかしたら入院ということも起こりうる中、今後どうしていけばいいか。「私だったらこうする」とか、「これを気をつけた方がいいよ」という対策があれば。ご意見をください。

**OTさん**、この人の歩行状態をどうみているのかを少しお話ください。

**OT** はい。外に出ても転倒しないのですから、歩行はだいたいぶしっかりしている方ではないか。

質疑応答から  
見えてきた A さん像

- ① 転倒はベッドからトイレへの  
伝い歩きで脱力。薬の影響も？
- ② 医者を変えるので、精神面を  
把握している医療職がない
- ③ 支援者を選び、  
必要な用件しか話さない
- ④ 長年家族を支え、  
必死で働いてきたことが強み

**L 子さん** はい、しっかりしています。

**O T** 今までのお話から、環境をいじられるのがすごく嫌がる人だと予想できます。転倒は、脱力感とか、覚醒の問題が多いのでは。低栄養や脱水や薬の影響も考えられるので、まずこちらをどうにかしないと、と思います。

**ケアマネ-2** 私は似たケースを持っています。もと看護師で、耳が遠くて、幻聴がすごくあり、「隣の家で外国人が騒いでいる」とかおっしゃる。自分の管理の中で行うので、人の言うことは聞かない。サービスの検討も聞かないし、警察が来ると、警察とヘルパーはできている等と言う。

でもその方の主訴を聴きました。「いよいよよとなったら、娘に相談して、施設に入る」と言ったのですが、あるときに私に「やっぱりできるだけ家にいたい」と。「それなら、訪問診療が入らないと、家で亡くなれませんが…」と言ったら、それでも言うことを聞かないで、「家で死ぬ」んだと。3年支援しましたが、最終的に家で倒れて、地域包括が行ったら亡くなっていたという経過でした。

でも、最終的に本人の意思を尊重できた。支援は整わないし、私たちもスッキリしないけど、そういう意味では、本人にとってよかったかなという考え方があります。こういう絶対に言うことを聞かない人はいると思うんです。ケアマネさんとしては悶々とするけど、そこに寄り添うというか付き合うというか、そういう考え方も一つかなと思います。

**S W** 今の話とも類似しますが、目標としては、「近隣に迷惑をかけないように」してあげるということを設定できま

す。本人がそのまま死ぬという過程において、近隣に迷惑をかけることが想定され、そのことにどう対処するかが、一つのプランのヒントになるのでは、という気がします。

**施設管理者** 本人が一番気にされているお金のところの問題解決をしてあげたら…と思います。いくらあれば、葬儀をして埋葬料金も出るとか、死後のこと、最期の終わり方は、地域包括さんがななりやすいので、進めてみたらと思います。

### ● 多職種からのアドバイス

老年期精神病、妄想は仕方ない  
安定させて見守る

**訪問看護師** 病状をみたときに、ケアマネジャーさんだけでは難しいので、看護職やワーカーを入れて対策をとった方がいいのではと思いました。私も老年期精神病の方の担当になったことがあり、まったく同じ症状でした。妄想が出て、被害的な発言があっても、これは訂正不能です。なので、信頼関係をしっかり築く。本人にとって一番怖いのが孤立ということ。今のケアマネさんや地域包括の方だから、こういう支援ができていないのではないかと考えました。良い関係が築けていると思います。今後、例えば、後見人を立てるとすると、後見人がキモになってくるのではと思います。

膀胱腫瘍は、膀胱刺激症状や血の塊がつかまって尿が出なくなることもあります。腎臓の機能で入院するパターンか、もしくは妄想とかがひどくなって、食べられなくなって体がおかしくなるか、精神症状も、他者に被害があるかもしれない。いろんなパターンを想定しながら、住まい方を考えた方がいいかもしれません。精神症状を安定させるという意味では、精神疾患が分かる看護師さんが入って、可能なら精神保健福祉センターのドクターなど、きちんと適切な方にアドバイスをもらえるようにした方がいいと思いました。

**O T** この人は、30代のときに結婚した男性が精神病を発症しているのを見えています。幻聴をマイナス面ばかりでとらえていないのではないかと。結構本人はしっかりしているが、そこに体がついていかないと幻聴を起こすようなイメージがあります。そこに一つカギがあるような気がします。

**訪問看護師** 「実家の生活を支えるために転職を繰り返した」とあるので、これまで生きること必死になっていらして、頑張っ生きてこられたのではないかと。そういう意味で

- ① 転倒は、  
薬による筋弛緩作用に注意
- ② 地域包括が、  
後見制度やお金の相談に乗る
- ③ 支援者の言うことを聞かなく  
ても、本人を尊重し見守る
- ④ 入院に至るパターンを  
想定しておく

は、住まいを追われる今の状況に危機感があるのではないか。危機感に覆われたときに攻撃的な面が出てしまうと思われるので、それは仕方ないと思います。

**司会** 最後にF先生、いかがですか。

**Fドクター** 先ほど何人かの方がおっしゃっていたように、典型的な老年期精神病で、わりあい妄想以外のところはしっかりしていると思います。若いときに発症する統合失調症のように、世界がすべて変容しているという類いの妄想ではなく、ある部分的なところ、例えば隣の家とかある局所的なところに妄想を持っているというパターンです。

なかでも一番問題になるのは、自分が受けたと感じている迫害に対して、対抗しようとする場合です。だから僕は、「天井を突いたりしてなかったか？」と聞いたのですが。毒をもらっていると騒ぐとか、毒ガスだから扇風機で空気を全部流す等の行動もないので、症状はわりと軽いのではないのでしょうか。さっきどなたかおっしゃったように、周りにどのくらい迷惑をかけているか。隣のドアをドンドンと叩くとか、管理人にいつも物を置いておくとか、そういうことがなければ、妄想は妄想で仕方がないのでは、という感じがします。

そのことを、精神科のドクターは分かってこの処方をしたと思うんです。問題は、短時間作用型のものを結構服用し

ているとすると、おそらく筋弛緩作用とか、いらつきによる興奮等の副作用に対して、自分でコントロールしていくのはなかなか難しい。だから、それなりの症状ではないかという感じがします。

逆に僕はよく支援されていると思う。それなりにスタビライズつまり安定させて、最終的に何か事が起こり、入院するというストーリーになるのではないか。その人のももとのキャラクターは保持されればよいのです。妄想以外のところで自分でコントロールしたいというのは、ももとの性格があると思いますので、そこは否定しない方がいいのではないのでしょうか。

高齢者住宅は特に妄想の巣のように、こういう方が本当にたくさんいらっしゃいます。隣りとか上の部屋にいろいろな思いを持っている。僕はそこに往診に行くと、必ず天井を見るんです。天井を突いたような跡がある。それは「うるさい！」という気持ちの現われなんです。

この方の場合、むしろ薬は、本人が選んで飲んでいながら副作用が出てないのかもしれないです。多剤投薬の人が施設に入所すると、確実に薬を飲まされるから、副作用が出てしまうんです。この方の場合、「このくらい飲むとこうなってしまう」と自分で調節している可能性があります。今安定しているから、このまま見守る感じでいいのではないかと思います。

**司会** L子さん、感想を一言お願いします。

**L子さん** ありがとうございます。実はこの方、こちらも行き着くところまでいかないと支援を受け入れないのではないかと考えていて、行政には首長申し立てで後見できるように、親族調査の依頼をしていました。

その間に本人が動けなくなって、協力員さんに「夜中人が来ている」と起こしたり、緊急通報で2回ほど救急隊員が出動したのを追い返したこともあって、3回目は本当に動けない状況で発見され、衰弱していたので入院させました。特養に、「ここだったらゆっくり過ごせるよ」という言い方をして、入所していただきました。この方の強みとしては、一家を支えてきたということもあって、遠い親族さんが「お世話になったから」と保証人になってくれました。本人的には幸せだったのではないかと思います。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えてあります)