

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が、研究事業として行っている多職種の見立て。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 ——

一人暮らしで訴えが多い80代女性
遠方の家族や近所の人に電話をしまくる
在宅か？ 施設か？

事例検討会の参加者

事例提出者 P子さん 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員
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
OT、ST
薬剤師
社会福祉士
小規模多機能管理者

他、多職種の参加者30名

果たして、P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さんの事例概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	女性 ・80代後半 ・要介護3
② 自立度 身長、体重	寝たきり度：A2 認知症自立度：I（MMSE 点／ 身長：142cm 体重：38kg）
③ 同居者／主介護者 家族の状況	なし／ヘルパー、近隣住民／遠方に長女
④ 経済状況	不動産があり、裕福。
⑤ 居住環境	2階建ての戸建て。1階は店舗だった。2階に本人の居室。
⑥ 連絡元 (事例の紹介者・機関等)	夫を当事業所で担当していたことがあったため、本人からの依頼。 要支援だったため地域包括支援センターへ連絡。

2. 生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	<ul style="list-style-type: none"> ・若い頃は教員をしていた（昔は免許がなくてもできたからと本人談）。 ・20歳代前半で公務員の夫と結婚。 ・結婚後は現住所で化粧品や小物を販売するお店を経営（40歳代の終わり頃まで） ・7年前、夫他界。以来独居となる。
② 現在の生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護老人保健施設に入所中。入所直前には、腰痛のため自分で救急車を呼び地域の急性期病院に入院。所見なく退院を迫られたが、入院前に精神科への医療保護入院を検討していたこともあり、自宅での独居は困難との地域包括支援センター・長女の判断により以前から入所判定が通っていた介護老人保健施設への入所となった。 ・独居に対する不安から民生委員、近隣住民、自分で声をかけた人、夜間泊まり込んでくれる人、町中でチラシを配っている人など、誰にでも、時間を問わず連絡をする。そのため、地域包括支援センターには、苦情が来る。 ・長女は上京してくると毎回その人たちに謝罪してまわっている。長女への電話は頻回で、ノイローゼになりそうだ、疲れたと地域包括支援センターに相談したことから、精神科への医療保護入院を前提に受け入れ病院を探していた。 ・シルバーカーで買物に行く。行けないときには近隣住民に頼む。ヘルパーが作り置きのおかずを作り、自分で温めて食べられる。
③ 性格	<ul style="list-style-type: none"> ・ネガティブ、被害的 ・心配性 ・自己中心的
④ 趣味／嗜好	<ul style="list-style-type: none"> ・詩吟の師範 ・日記を書く
⑤ 参加	3カ月前位より、短時間の通所リハビリを週1回利用開始。
3. 病歴／健康状態	
① 入院歴	<ul style="list-style-type: none"> ・X-4年秋 白内障手術のため
② 合併症・疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・橋本病で都心の大学病院に通院していたが、タクシーでの通院が困難になり近隣の病院に変更。 ・本人の訴えが多いためなのか、主治医が変更になってから、意見書に老年認知症と記載されるようになる。 ・直近の主治医意見書では不安症の記載あり。
③ 受診状況 服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院から近隣の病院にタクシーで通院していたが、タクシー代がかかるとのことで、歩いて行ける診療所へ通院先を変更したが、処方箋は以前かかっていた病院に月1回行って、もらっていた。 ・診療所には内科、整形外科にかかり、「歩けなくなったらどうしたらいいか？」「施設に入りたい。本当は家にいたい」と訴える。整形外科では、ブロック注射をしていた。 <p>【病院からの処方内容】</p> <p>チラージンS錠25 25μg1錠 チラージンS錠50 50μg1錠 ディオバン錠40mg1錠 デパス錠0.5mg1錠 アダラートL錠10mg1錠 アローゼン顆粒0.5g</p>
4. 心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・夫の死後、独居に対する不安があり、近隣住民、民生委員を頼っている。夜間泊まり込んでくれる人を自費で雇っている。ただ泊まりに来てくれるだけで安心すると話す。 ・忘れないように、覚書のようなメモが至る所に貼ってある。話し方も一方的で人の話を聞き入れないため、認知機能の低下を疑われるが、金銭管理や服薬管理はできている。 ・体調が優れないと「入院したい」「施設に入りたい」と訴えるが、その日のうちに話をひっくり返すことが多々ある。 ・近隣のスーパーで声をかけてもらった人に「死にたい」と訴え、その人が心配になりかわりはじめた。金銭を渡して、毎日何時間も拘束している。
② コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・白内障手術をしたが、目が見えにくいと本人は訴える。 ・大きな声であれば聞こえる。
③ 基本動作	<ul style="list-style-type: none"> ・夫が使っていた介護用ベッドを使用中。手すりにつかまって立ち上がり、不安定ながら室内はつたえ歩き。屋外ではシルバーカー使用。
④ IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除はヘルパーが掃除機かけ、トイレ、風呂場を行う。買物は、近隣の友人と一緒にいく、またはその人に買ってきてもらう。惣菜、海苔巻やヘルパーに調理してもらえるよう生鮮食品を買うこともある。 ・調理はヘルパーが行い、つくり置き。レンジで温めることはできる。御飯は1食ずつ冷凍している。 ・お腹がすかないといい、食べたいときに食べている。配食弁当は1回でキャンセル。 ・預金の出し入れは本人が行くか、娘が上京したときに引き出してもらう。残高の管理はできる。 ・服薬管理は本人。
⑤ ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・移動にはふらつくため、見守りの方がよいが独居のため行われていない。 ・排泄は、リハビリパンツ着用でトイレで行う。 ・食事は自立、むせこみなし。 ・衣類の着脱はヘルパーの介助で行う。

5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針		
① 本人	<ul style="list-style-type: none"> ・目がボーッとする。 ・足腰が弱くなっている。このまま歩けなくなったらどうしよう。 ・ヘルパーさんに来てもらいたい。 ・本当は自宅にいたいけど、寂しい。歩けなくなったら一人でいられないので、施設に行かないといけないのか 	
② 家族（長女）	<ul style="list-style-type: none"> ・1日に何度も電話が来る。冷静に話ができない。近隣の方たちに迷惑をかけているので、精神科に入院させてもらいたい。 ・本人に精神科と分かると大騒ぎするので、どうしたらいいのか。 	
③ CMの援助方針	<ul style="list-style-type: none"> ・更新のたびに介護が重くなっている。本人は「歩けなくなったらどうしよう」と心配するが、歩けなくならないようにしようとは思わないので、通所リハビリに行くようにする。 ・独居の寂しさに耐えられないのであれば、施設入所するしかないのではないか。 	
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 いろんな疾患があるが、一人暮らしを続けていきたい。	症状がコントロールされ在宅で療養できる。	適切な医学管理がなされる。
② 目が見えづらく、ずっと立っていることができないので、家事ができない。家事全般を手伝ってほしい。	生活が整い、独居生活が継続できる。	自分でできない部分を手伝ってもらおう。
③ 安心して風呂に入りたい。	衛生的で快適に過ごせる。	見守りや介助を受けて入浴できる。
④ 足の力が弱くなっているので、歩けなくなってしまうのではないかと不安がある。	通院や買物を続けることができる。	歩けなくならないように、足の力を維持する。
7. サービスの利用状況		
① 訪問介護	4/w（掃除、洗濯、調理、買物）ベッドメイク、環境整備。 うち2/wは入浴の見守り、届かない部分の洗身介助、更衣介助、水分補給の促し。	
② 通所リハビリ	1/w 1～2時間の短時間通所リハビリ	
③ 民生委員	傾聴、近隣住民からの苦情の聞き取り、地域包括支援センターとの連携。	
④ 地域包括支援センター	民生委員、近隣住民からの苦情受付。精神科病院の手配。	

● 課題の確認

司会 Aさんは独居の方で、現在、老健施設に入所されている。できたら自宅に帰りたいという思いが強い。本人は「自宅にいたい。でも寂しい」と。「歩けなくなったら、施設に行かなければいけないのか」、「足腰が弱くなってきている、歩けなくなったらどうしよう」等、いろいろな不安を抱えておられて、周囲のいろいろな人に電話してしまい、家族も困っているし、周囲の方も困っている。

いろいろな疾患をお持ちですが、一人暮らしはできれば続けていきたい。でも目も見えづらくて家事もできないので困っているところを手伝ってほしいなど、同時にいろいろな不安を抱えておられるような状態の方です。この方をどうやって支援するのが一番のポイントかと思いますが、そういうところよろしいですか。

P子さん はい。

司会 専門職に聞いてみたいとか、今支援する上で困っていることがあれば、お願いします。

P子さん 家族の話では、精神科の受診にどうつなげるかという課題があるのですが、精神科という言葉を出した時点

で大騒ぎになるだろう。精神科につながないまま、退所してしまって大丈夫なのか。それではダメだろうと思うのですが、ならどういう段取りが必要か？というところですよ。

司会 基本的には、退所の方向で考えているが、在宅は難しいのではと思っているのですね。

P子さん 地域包括との話し合いでも、「たぶん自宅に戻れないだろう」と。「老健退所後は、有料老人ホームなりを探してもらえれば」と関係者は考えています。

司会 それでは、事実関係の確認についての質問のある方、挙手をお願いします。

● 本人像への質疑

老健施設に入所中
不安なくなり状態が改善

OT 有料老人ホームやサ高住を検討されているようですが、本人はそれについてどう思っていますか？

P子さん 有料老人ホームは、一回見学にも行きました。ただAさんが、個室は閉じ込められてしまうと思い込んで、「多床室がいい」と。多床室の有料も見学について、「あそこならいい」と言って、「前もってお金を払って、部屋をとっておきたい」とまで言ったのですが、少し経つと「あそこには行きたくない」と言う。

紹介センターの人も、何件か紹介してはかなり振り回された。その他に施設の広告とかを見ては「こういうところがあるのね」と言うてくることはありますが…。

司会 本人が言っている言葉と本音が違う可能性もあるという感じなんですね。

ケアマネ1 今老健に入所中ですが、入所中は娘さんに電話をかけたり、何か問題行動はあるのですか。

P子さん スタッフが居室に長く呼び止められるということぐらいですね。老健から特段「困る」という連絡は一切ないんです。逆に静かすぎて、私の方が「大丈夫なんですか？」と聞いたくらいです。先日、その老健に行ったらバツタリAさんに会った。姿勢が円背だったのに顔が上がってきて、表情もすごくしっかりとされ、歩いている様子もしっかりされている。その場で「家に帰りたい」と訴えられたので、私は「ご家族と相談します」と言いました。

家族も本人の様子を見て、家に帰したくなっているというか…。大変だった時期のことは、忘れてはいないのですが、Aさんも「帰りたい」といっているのでこのまま問題なく帰れるのではないかと淡い期待をしている感じです。

ケアマネ2 昔はお店をやっていたりとか、地域の方々に声をかけたりなどして、Aさんはパワフルな方ですね。夜間、泊まり込んでくれる人を自費で雇っているそうですが、これは、Aさんご自身が探されたのですか。

P子さん そうです。私の知らないところでそういう人がいました。最初は、どこかのヘルパー事業所に頼んでいたようです。その方が辞めてからは、今は娘さんもご存じの知り合いの方です。一晩にいくら払っているかは教えてくれませんが、夜の10時くらいに来て、朝の6時には出ていきます。まったく何のかかわりもしてくれないのですが、「今日は来てくれる日だと思うと、安心する」とおっしゃっています。

ケアマネ2 毎晩ではないのですね。

P子さん 週に3~4回だと思います。

ST この不安のような症状は、いつからでしょうか。

P子さん 夫が亡くなってからだだと思います。娘さんが遠方に嫁がれて何十年も経っているのに、いまだに「遠くへ嫁にやるのではなかった」と悔やんでいる。娘さんは、年末年始、嫁ぎ先の家に来てくれていたりするのですが、

本人はそこには誰も知り合いがないのが嫌で、結局2年前くらいからはもう行かなくなりました。

ST 在宅にいらっしゃるとき、短時間の通所リハビリに行っていますね。これはどう口説いたのですか？

P子さん 更新するたびに介護度がどんどん下がっていく。私は「少しリハビリをしないと、寝たきりになってしまう。一人でいられなくなりますよ」と言って、通所リハに。

私が、一番初めにA子さんにかかわったときは要支援でした。「目が見えにくい」というのは、まぶたが下がる等で、その手術もしましたが、あまりよく見えていない。区分変更をしたところ、要介護2になり、今回の更新で要介護3という感じでちょっとずつ下がっています。

● 本人像への質疑

精神科病院への入院を検討中 薬は本当に合っているのか？

ケアマネ3 入所前に精神科への医療保護入院を検討したことがあるそうですが、このときの精神状態は？

P子さん 医療保護入院の検討は、娘さんが本人に振り回されて疲れてしまい、「どうにかしてほしい」という訴えが地域包括支援センターにあったのが発端です。

近隣のスーパーに座っていて、声をかけてきた人にも「死にたい」と言ったり、民生委員のところにも昼夜問わずに訪ねてしまい、娘さんは「どうにかしてほしい」と言われている。また、「買い物ができないので、行ってほしい」と頼む人が近所に4~5人いて、それが毎日だとか。苦情が地域包括にも殺到した。

認知症なのか、精神疾患なのか判断がつかないので、精神科に受診をして、しっかり診断をしてもらった方がいいだろうという判断なのです。最初は入院しなくてもいいのではと考えたのですが、そもそも、精神科とか認知症という言葉を出すと、大騒ぎになって通い続けることが無理であろう。それなら入院させて、しっかり診断をつけてもらった方がいいのではということで、家族の同意もあるので、医療保護入院でどうだろうかと、地域包括と一緒に考えました。

ケアマネ3 家族の意向で、医療保護入院をさせるという方向で動いたのですか？

P子さん そうです。

ケアマネ3 私のケースでも、精神疾患でこういうパワフルなおばちゃんは結構いますが、本人が嫌だということ、権利

質疑応答から
見えてきた A さん像

擁護の観点から入れてもらえないと思います。騒いで近所に迷惑をかけ、警察を呼ぶほどのケースがあったのですが、入院できませんでした。

P子さん そうですね、実際には検討までの段階で入院には至っていません。ですが入院前提での準備は進めていました。

ケアマネ3 MMSEの結果が書かれていないのですが。認知症か、精神疾患か、複合型かが気になるのですが。

P子さん そこは確認していないのですが…。

ケアマネ3 老健ではやらないのですか。

P子さん …した方がいいかもしれませんね。

訪問看護師 血圧は低い方ですか。

P子さん 血圧は低いです。

訪問看護師 薬剤師さんにお聞きしたいのですが、体重38キロのおばあちゃんに、この薬の量というのは？

薬剤師 う〜ん、降圧剤は、ディオバン錠とアダラートL錠の2種類もいるのかな？と思いました。もとの血圧の値にもよりますが。

訪問看護師 こういう精神不安定な方や、認知症かどうか分からないというときには、まず、薬や病状がどうかというのを明らかにして、悪いものから消去していくという解決志向アプローチをとります。そのためには、Aさんが不安がっている原因は、もしかしたらふらつきに原因があるのではないかな？ 高血圧の薬の量がおかしくないかな？ 食べられているのかな？ 水分が飲めているのかな？ 等をチェックします。

もう一つは、橋本病とあるのですが、免疫系疾患は、環境とか、状況によって左右されやすい。ストレスがかかったら結構悪くなることもある。ご主人の死をきっかけに、そういう病気が悪くなって、チラージンが結構入っているのかな？

このように、これは病気から来ているものなのか、本人のパーソナリティの問題なのか、ライフストーリーからの問題なのかというのを見比べて、医療の問題なのか、本人に由来する問題なのかを見ていった方がいい気がします。

司会 訪問看護師さんは、どっちと見立てていますか？

訪問看護師 医療側がよってたかって、高齢者を悪くしているということが結構あるんです。今まで問題なかった方が、たまたま、ダンナさんの死をきっかけになってしまったわけだから、それを精神疾患と片づけるのは、ちょっと違うのではないかなと。

私は特に、チラージンがこれだけ入っているのが、ちょっとよく分からない。

私だったら、薬のことなど治療に有益な情報を先生に提供できるように、日内変動をみています。1日の中で違う時

① 自宅にいたい、でも寂しい。

娘が振り回されている

② 経済面のやりとりはできるので、
認知症ではない

③ 老健の多床室で元気になった

④ かつて夫が何でもやっていた。
その夫が亡くなって症状が出るようになった

間帯で訪問看護をして、夜はこうだった、昼はこうだった、血圧はこう変化していますと観察して、先生に報告します。

また、ライフストーリーを聞いて、何かエピソードになるようなことがあったら、「それをどんな感情だったんですか？」と本人に聞いてみる。パーソナリティの問題であると分かれば、認知行動療法とかいろいろとやってみると、結構うまくいくんです。

医師 チラージンについては、採血して正常値ならすぐに調整してやめる人もいます。

訪問看護師 ホルモンバランスがあまり…

薬剤師 よくないのかもしれませんが。

医師 正常値に入るように、内服を調整するのですが。

薬剤師 全体を通して、医療がちゃんとしていない印象を持ちます。精神科に通えない理由は分かるのですが、医療の面をちゃんと整えないと、少なくとも処方としては、精神疾患だとしてもよくない。デパスは止めた方がいいのでは。

医師 一回出してしまうと、依存して止めるのが大変になってしまう。

薬剤師 薬を変えることを、Aさんは嫌がるのですか。

P子さん Aさんは、前にかかっていた病院へ、薬だけはもらいにずっと通っています。

その病院は、Aさんのことをちょっと面倒くさい患者とされているようでした。休日でも何でも通院してきて、訴えていることがよく分からない。必ず「入院させてほしい」と訴えるのですが、「院長先生がいないから」と体よく帰されるという

ことをずっと繰り返してきたようです。

だから、誰もきちんとみてくれていないということは、もしかしたらあるかもしれません。確かに、今のAさんの体に本当に合っている薬なのかどうかは分かりません。

● 多職種からのアドバイス

小規模多機能か老健施設で しっかりしたかわりを

小多機代表 小規模多機能を10年以上経営しています。1年に1回は、在宅看取りを任せてもらっています。そちらの地域にも、看取りをするような小規模多機能があるかと思っています。裕福で、これだけできることがたくさんある方なら、小規模多機能にとっては、絶好の利用者だと思います。

一同 笑

小多機代表 表現が悪かったらごめんなさい。小多機なら、専門職の方が来てくれて、今おっしゃったアプローチをやってくださるのは大歓迎です。在宅看取りは、家族支援が機能していないとできません。遠方の家族との調整をどうしていくかという経験はあるのではと思います。

わざわざ泊まりに来る人を頼まなくても、泊まり、通い、訪問という機能がある小規模多機能にとって一番得意な利用者です。一回ご検討を頂ければと思います。

最初のとっかかりとしては、こうしたケースを、在宅看取りを行っている小規模多機能に、事例として渡していただくと、そのケアマネや責任者が「うちだったらこういうプランを作れます」とか、見積もり書を出してくれます。それを老健の相談員に見せれば、つながりやすいと思います。

O T 衣類の着脱はヘルパーの介助で行うということですが、自分で着られないのですか。

P子さん できなくないと思います。でも「やってほしい」と、言われる。

O T 自分で着替えたりはせず、待っている…。

P子さん 老健に入る直前の状況では、失禁しているのだけど、失禁のまま、「今日はヘルパーが来る日だから、待っていた」ということもありました。

O T 老健でもそんな感じなのですか。

P子さん 老健では違うと思います。

O T なるほど。老健だと、リハビリを受けたりして、しっかりとした姿勢で生活ができてはいるとおっしゃっていましたよね。老健次第だと思います。

私が所属しているのも老健ですが、今老健は、在宅復帰を推進していて、リピート利用があります。例えば、1カ月間在宅にいて、3カ月間入所とか、そういった使い方があります。Aさんの場合も、そういう形がいいのでは。

1カ月間在宅でやってみて、やっぱり周りに迷惑だったら、老健で3カ月間リハビリするとか、この老健を中心に支援を展開するという形もあるのではないのでしょうか。

精神科医に医療保護入院をすると、逆にADLやIADLなどが下がるのではないかと。薬を盛られて、がんと落ちてしまうこともあるのではと危惧します。

司会 小規模多機能や老健のような、多機能をもって医療とケアがセットで提供できるところがきちとかわるべきというお考えですね。

P子さん 確かに、老健でAさんを見た感じだと、誰かがいる環境が良いのではないかと気がします。一人でいるから不安。でも誰かがいれば、呼んだら人が来る。ある程度の時間、お話ししてくれる。歩けるようにもしてくれた。今は、本人の希望する、個室ではない施設に入れたということが、安定につながっているのではないかと。

本当はやっぱり、在宅ではなく施設が、本人にとってはいいのではないかと思います。迷いもあります。

● 多職種からのアドバイス

頼っていた夫が亡くなり不安が強まる 傾聴力、社会通訳力のある人を身近に

訪問看護師 Aさんは本当に寂しいんだなと思います。分かってくれる、話を聴いてくれるスーパーヘルパーさんのような人を、バイトで雇ったらいいのではないかと思います。別に介護保険を使わなくてもいいのではないのでしょうか。

ケアマネ4 これまでにAさんの口から、ご主人の人となりとか、思い出などについて話を聞いたことはないですか？

P子さん 具体的にはあまりないのですが、「家の中のことは、全部お父さんがやっていた」と言っていました。しかし、今は自分で不動産を貸している会社とのやり取りもできています。ですので、認知症ではないと思います。

とはいえ、忘れないようにメモを書いた張り紙を部屋中いっぱい張ってあるので、初めてそれを見た人は、「えっ？」とってしまうかもしれない。

要介護3も、私は大げさだと思っています。認定調査に来た人は、初めて会って訴えも多いので、いろんなチェック

- ① 薬など医療面の整理が必要
- ② 社会的通訳できる、または傾聴力のあるヘルパーを自費で雇う
- ③ 小規模多機能の泊まり、通い、訪問を利用した寄り添い支援
- ④ 老健施設をリピート利用しながら在宅を続ける方法も

が入ってしまう。そこに引っ張られてしまったのではないか。

ケアマネ1 先ほど、施設の方がいいのではというお話もありました。寂しいということがキーワードだと思うのですが。自宅では、お泊りをしてくれる方など誰かがいれば、訴えはなくなるのですか。娘さんに電話をかけないのかとか。

P子さん そのときは、近所の人に迷惑をかけていないようですが、娘さんには電話をします。娘さんに一番、かかわってほしいんだと思います。本当は、自宅に娘たちと住みたいのだと思います。でも現実的には、それはありえない。何回も説明するのですが、その理解がなかなか難しい。

ケアマネ1 もしどなたかがいれば落ち着いているのであれば、裕福なので、家政婦さんというのもありなのかなと。

P子さん そうですね。

医師 ご主人が何でもAさんのことをやってあげていて、完全に依存していたのではないかと思います。ご主人が亡くなったことによって、全部保護してくれる人が急にいなくなって、こういう症状が出ているのではないかと。

やたらに誰にでも電話をしたり、ずっと話し続けるというのは、ちょっと異常な感じがあり、境界型的人格障害なのではないかというイメージがあります。人格障害は、ほとんど自覚症状がなくて、絶対自分は病気じゃないと言い張る人が多いです。

医者にもたくさん訴えるので、「うるさいから薬出してちょっと納得させてみるか」という判断で、いろいろ診断が変わったりしているのかもしれない。「不安で眠れない」と言われ

れば、「じゃあデパス出しておきますか」、あまり聞き分けがないと、「認知症」と診断されてみたり、不安の訴えが強いと「不安症」と診断をしてみたり。

精神科に行くのに抵抗があったら、心療内科はどうですか。「内科がついているから、心配なら体のことを診てくれるからいいじゃないですか」と言って連れて行ってみるという案もあります。

人格障害というのは、あまり薬でよくならなくて、環境面で解決していく方法を探る。依存性があって不安で仕方ない人は、周りでちょっと優しくしてくれる人がいつもいてくれるという環境であれば問題がない。とすると、施設もよいかもしれない。また、家で誰かが、優しくしてくれる人がいれば、それでいいかもしれません。そんなに悪質な人格障害ではありませんね。単に自己中心的で、自分をかまっしてほしいというタイプの方のような気がします。

訪問看護師 この人と社会を結ぶ「社会的通訳者」がいなくなってしまうケースなのかなと思います。

ケアマネ5 夫が生きていたときに、Aさんがどうだったのかというところに、もしかしたらヒントがあるのかもしれない。

社会福祉士 有料ホームへの入居を検討しているという話もありましたが、一般論から考えると、有料ホームの場合、「社会的通訳者」とか「傾聴力がある」等スキルのあるスタッフがいますか？という心配があると思うんです。

先ほど提案のあった小規模多機能など利用されたいと思いますが、在宅でも施設にせよ、社会的通訳者とかかなり傾聴力のある人がいるという環境にないと…そのプラスアルファで時々娘さんが顔を出すというシステムをつくらないと、なかなか難しいかもしれません。

司会 そうした力のある人を介して、娘さんとの関係性をもう一度、作り直す必要があるということですね。P子さん、いかがでしょうか。

P子さん どうもありがとうございました。そのやさしくする人に、本当はケアマネジャーがなれたら一番いいのかもしれないですが、なかなか…私、とってもこの人が苦手です。

一同 笑

P子さん 事業所のカンファレンスでもこの事例を何回も出して、「こうしたらいいのではないか」「ああしたらいいのではないか」と言われるのですが、なかなか…、このネガティブさと異常なところで、非常に疲れてしまっていて…。なので、今日皆さんにお話しして、小規模多機能の利用などこれまで考えたこともなかったのが、大変参考になりました。どうもありがとうございました。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えています)