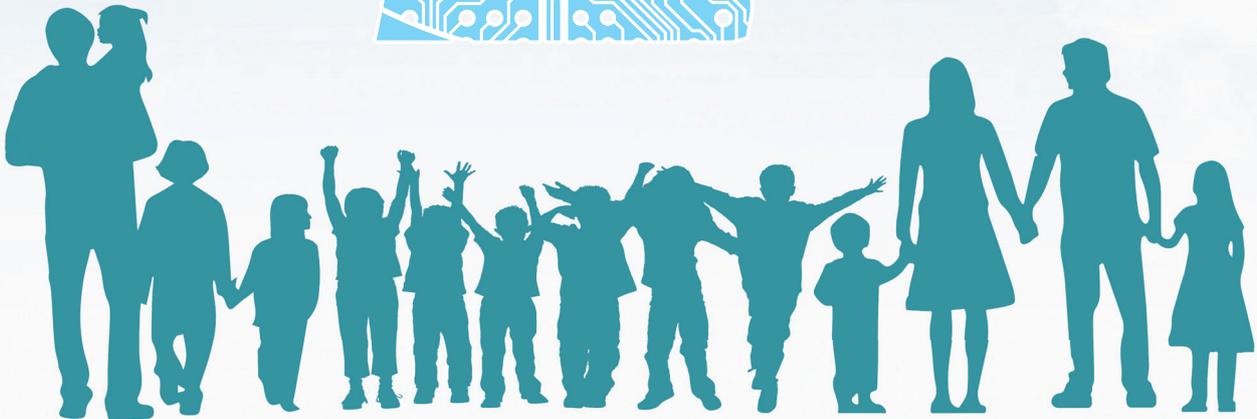
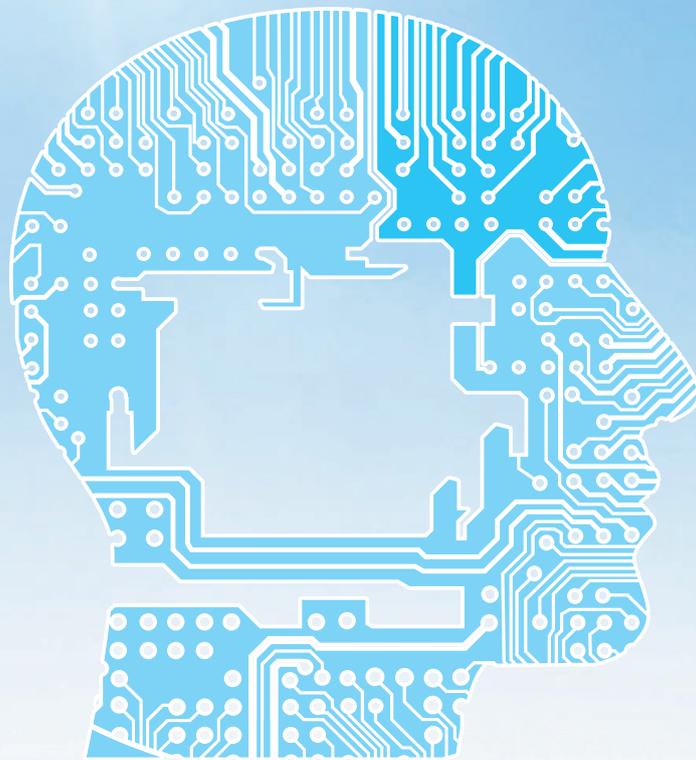


認知症初期集中支援チームが直面している地域における  
**認知症者にかかる困難事例に関する**  
**事例集**



# 目次

## I. はじめに

1. 本事例集作成の背景	1
2. 本事業の概要	1
3. 本事例集の活用法	6

## II. 認知症初期集中支援チームが直面している地域における認知症者にかかる 困難事例に関する事例集

1. 困難キーワード、支援キーワード	9
2. 事例一覧	9

### 事例

#### ■ I A. 幻覚・妄想が問題となった事例

<b>事例① キーパーソンが被害妄想の対象となっていたが、うまく間に立つことで支援を進められた一例</b>	12
困難キーワード：幻覚・妄想、キーパーソンへの協力不足	
支援キーワード：本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明	
<b>事例② 活発な被害妄想があったが身体面や食事面の援助を行い、身体的危機の直前に入院につながられた一例</b>	14
困難キーワード：幻覚・妄想	
支援キーワード：本人への説明、入院 / 施設の利用	
<b>事例③ 夫婦で近隣住民に対する被害妄想を呈しており、本人らが希望する形で精神科病院入院につながった一例</b>	16
困難キーワード：幻覚・妄想、老老 / 認知介護	
支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、本人への説明、その他（長期支援）	
<b>事例④ 奇異な妄想と独特の性格のため水道ガスの利用も拒否していたが、身体症状に焦点を当て受診につながった一例</b>	18
困難キーワード：幻覚・妄想、セルフネグレクト・ごみ屋敷、その他（本人の性格）	
支援キーワード：本人への説明、在宅サービスの導入	
<b>事例⑤ 近隣住民に対する顕著な被害妄想を呈したが、適切な支援の導入で地域生活が続けられた一例</b>	20
困難キーワード：幻覚・妄想	
支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、在宅サービスの利用、本人への説明	
<b>事例⑥ 妄想が活発で受診を拒否していたが、身体疾患の増悪により救急搬送となった一例</b>	22
困難キーワード：支援拒否、易怒性・興奮、幻覚・妄想	
支援キーワード：支援機関の連携	

## ■ B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例

- 事例① 同居家族のネグレクトによってごみ屋敷となっており、身体症状に焦点を当てて受診につなげた一例** ..... 24
- 困難キーワード：セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足  
支援キーワード：本人への説明、入院 / 施設の利用
- 事例② 本人に高い自尊心とキーパーソンとの間の優劣関係があり、支援が進まなかったごみ屋敷の一例** ..... 26
- 困難キーワード：支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足  
支援キーワード：本人への説明
- 事例③ セルフネグレクトのために身体的危機に陥り、非自発的入院につながざるを得なかった一例** ..... 28
- 困難キーワード：セルフネグレクト・ごみ屋敷、易怒性・興奮  
支援キーワード：入院 / 施設の利用
- 事例④ あらゆる介入を拒否した、セルフネグレクトが疑われる一例** ..... 30
- 困難キーワード：支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足  
支援キーワード：チーム員会議の活用、支援機関の連携
- 事例⑤ ごみ屋敷状態で生活していたが、段階的な介入により、最終的にはごみ収集業者による清掃を行い、生活環境が改善した一例** ..... 32
- 困難キーワード：易怒性・興奮、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足  
支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、その他（ごみ収集業者の活用）

## ■ C. 支援の工夫が有効であった事例

- 事例① 運転、キーパーソンの脆弱性、セルフケアの問題など課題が山積していたが、継続的な支援で一つ一つ対処した一例** ..... 34
- 困難キーワード：その他（運転の問題）、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足  
支援キーワード：支援機関の連携、キーパーソン / 家族 / 住民への説明、入院 / 施設の利用
- 事例② 同居のキーパーソンとの面談・連絡が難しく支援が滞り、粘り強いアプローチで乗り越えた一例** ..... 36
- 困難キーワード：支援拒否、キーパーソンの協力不足  
支援キーワード：本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明、その他（長期支援）
- 事例③ 元来暴力的な人が前頭側頭型認知症による人格変化を呈したが、行政、警察、支援者らの協働で受診につながった一例** ..... 38
- 困難キーワード：易怒性・興奮、セルフネグレクト・ごみ屋敷、その他（本人の性格）  
支援キーワード：入院 / 施設の利用、支援機関の連携

<b>事例④</b>	<b>夫婦とも認知症でオートロックマンションに入居中のため、支援方法に工夫が必要であった一例</b>	40
	困難キーワード：老老 / 認認介護、その他（オートロックマンションが開錠できない）	
	支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、在宅サービスの導入	
<b>事例⑤</b>	<b>キーパーソンが本人の言いなりで支援に難渋したが、キーパーソン再選定を経て支援を進めることができた一例</b>	42
	困難キーワード：易怒性・興奮、キーパーソンの協力不足	
	支援キーワード：入院 / 施設の利用、その他（キーパーソン再選定）	
<b>事例⑥</b>	<b>金銭管理、金銭搾取が問題となったが、本人の希望に沿った在宅での生活が継続出来た一例</b>	44
	困難キーワード：セルフネグレクト・ごみ屋敷、金銭問題、キーパーソンの協力不足	
	支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、支援機関の連携、その他（成年後見制度）	
<b>事例⑦</b>	<b>本人との関係性構築に主眼を置き、本人の困りごとを糸口に介入を進め、施設入所につながった一例</b>	46
	困難キーワード：支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、金銭問題	
	支援キーワード：本人への説明、在宅サービスの導入、入院 / 施設の利用	
<b>事例⑧</b>	<b>受診への拒否が強かったが、暫定的な診断により、介護サービスの利用に繋がった一例</b>	48
	困難キーワード：支援拒否、幻覚・妄想	
	支援キーワード：在宅サービスの導入、その他（暫定的な診断によるサービス導入）	
<b>事例⑨</b>	<b>疾患への理解が乏しいキーパーソンへの介入に苦慮した一例</b>	50
	困難キーワード：支援拒否、キーパーソンの協力不足、虐待	
	支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、在宅サービスの導入、入院 / 施設の利用	
<b>事例⑩</b>	<b>デイサービスの導入に向けて、チーム独自の催しを有効活用した一例</b>	52
	困難キーワード：支援拒否	
	支援キーワード：在宅サービスの導入、その他（独自の取り組み）	
<b>事例⑪</b>	<b>40回を超える訪問により、金銭管理を目的にした各種制度の利用につながった一例</b>	54
	困難キーワード：金銭問題、キーパーソンの協力不足	
	支援キーワード：本人への説明、その他（成年後見制度）	
<b>事例⑫</b>	<b>介入開始時、独居でキーパーソン不在であったが、高齢者支援課と連携し、家族に介入してもらえた一例</b>	56
	困難キーワード：支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足	
	支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、情報収集、支援機関の連携	

## ■ D. 支援の工夫を行っても困難であった事例

### 事例① 支援者の間で支援姿勢のずれが生じ、そのことが支援を進めるうえで 58 妨げになってしまった一例

困難キーワード：幻覚・妄想、その他（支援機関の連携困難）

支援キーワード：本人への説明、支援機関の連携

### 事例② キーパーソンが支援を求めるがあまりチーム活動に対して協力的でなく、 60 支援を進めるのに難渋した一例

困難キーワード：キーパーソンへの協力不足、セルフネグレクト・ごみ屋敷、幻覚・妄想

支援キーワード：キーパーソン / 家族 / 住民への説明、チーム員会議の活用、入院 / 施設の利用

### 事例③ 家族が受診をさせないなど、虐待が疑われ、身体的に危機的な状況で 62 救急搬送に至った一例

困難キーワード：セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンへの協力不足、虐待

支援キーワード：本人への説明、支援機関の連携、その他（訪問による見守り）

### 事例④ 独居でキーパーソンへの協力が得られなかったため、ぎりぎりの状態で 64 自宅での生活を継続している一例

困難キーワード：キーパーソンへの協力不足、虐待、その他（独居）

支援キーワード：支援機関の連携、その他（訪問による見守り）

## ■ E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）

### 事例① 孫娘が自覚無きヤングケアラーとなっており、支援介入が進みづらかった 66 ごみ屋敷の一例

困難キーワード：セルフネグレクト・ごみ屋敷、その他（ヤングケアラー）

支援キーワード：情報収集、チーム員会議の活用

### 事例② 遠方在住のキーパーソンと連携を図り、自動車免許停止に至った一例 68

困難キーワード：その他（自動車免許）

支援キーワード：本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明

### 事例③ 身体疾患の治療により、身体状況の改善に伴い、精神状態も安定した一例 70

困難キーワード：支援拒否、易怒性・興奮、キーパーソンへの協力不足

支援キーワード：本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明、その他（往診）

### 事例④ 外出への拒否が強かったため、往診、訪問介護の導入が奏功した一例 72

困難キーワード：支援拒否、易怒性・興奮、幻覚・妄想

支援キーワード：在宅サービスの導入、支援機関の連携、その他（往診）

# I. はじめに

## 1. 本事例集作成の背景

認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）は保健師、看護師、介護福祉士等の医療と介護の専門職 2 名以上に医師を含めた 3 名以上で編成されるチームであり、認知症の発症初期、医療との関わりの初期に対応すべく、2013 年のモデル事業から開始されたものです。その後、全市町村への配置が目標づけられ 2019 年 9 月にはそれが完了しています。支援チームの対応する対象に関しては、アプローチそのものや医療や介護に繋ぐことが極めて困難な事例（困難事例）が相当数含まれていることが明らかになっています。困難事例には身体的、内科的課題のある事例がある一方で、激しい BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; 認知症に伴う行動と心理の徴候）を伴う事例、老年期妄想症、虐待事例など、対応する支援チームに十分な臨床経験がないと介入することが難しいことが多いことが知られています。

昨年度の事業（令和 2 年度厚生労働科学特別研究事業「コロナ感染症蔓延下における精神科医を含む支援チームの活動評価と有用性の研究」、研究代表者：池田学）にて、全国の自治体の支援チームを対象に、各支援チームの活動状況に関するアンケート調査を実施しました。その結果、支援チームによって担当する困難事例の数に相当なばらつきがあることが明らかとなりました。

そこで本研究では、昨年度のアンケートにて、困難事例を多く対応していた、50 カ所の支援チームを対象に、困難事例への対応の実態について電子メールによるアンケート調査を行いました。得られた調査データより、①各困難事例をタイプ別に類型化し、背景疾患、生活状況（独居・家族と同居など）や生活地域の実態を検討し、②困難となった理由、対応がうまく行った点やうまく行かなかった点を聴取し、支援チームによる効果的な対応について検討しました。また、これらの点を明らかにすると同時に、支援チームの困難事例対応力の向上のために本事例集を作成し、全国の支援チーム並びに連携諸機関と情報を共有することにしました。

## 2. 本事業の概要

### 1. 事業名

「認知症初期集中支援チームが直面している地域における認知症者にかかる困難事例の類型化とその対応のあり方に関する調査研究事業」

### 2. 目的

支援チームの直面する困難事例の実態を調査し、これらをタイプ別に類型化し、その背景となる疾患や家族・地域の事情などに関して調査を行うとともに、なぜ介入が遅れたのか、どのように介入することで対応がうまくいったかなど支援チームによる効果的な対応について検討を行い、支援チームの困難事例対応力の向上に資する。

### 3. 内容

困難事例を多く対応している 50 カ所の支援チームへのアンケート調査を行う。調査結果を解析、検討すると同時に、困難事例の事例集を作成し、全国の支援チームに配布することで、上記目的を達成する。

【調査対象】 50 カ所の支援チーム

【調査日】 2022 年 1 月 11 日

【回答期日】2022年2月18日

【回答者】支援チーム担当者（役職の指定なし）

【回答方法】記入後の調査票をメールで大阪大学精神医学教室担当者に送付

【調査方法】調査票のメール送付によるアンケート方式

【調査票】次頁に記載

#### 4. 調査結果

昨年度の「コロナ感染症蔓延下における精神科医を含む支援チームの活動評価と有用性の研究」のアンケートにて、困難事例を多く対応していた、50カ所の支援チームにアンケートを送付し、33カ所（66%）から回収した。

なお、各支援チームに2事例ずつの提示を依頼したが、1事例のみ提示した支援チームが2カ所、4事例提示した支援チームが1カ所、6事例提示した支援チームが1カ所あったため、合計で70事例が集まった。

全70事例のうち、支援チームが直面している困難事例の実態やその困難事例に対する対応方法が示唆される31事例を事例集としてまとめた。事例集としてまとめるにあたって、タイトル、キーワード、コメントを付け加えた。

事例集に掲載した内容はアンケートの一部のみであるため、その他の記載やアンケート全体の結果に関しては本事業の報告書を参照されたい。報告書には本事例集に掲載出来なかった事例も組めて、全事例を掲載している。

また、事例集掲載にあたり、個人情報保護の観点から個人が特定されないように配慮し、事例理解が損なわれない範囲において内容の一部を改変した。

#### 5. 実施体制

研究総括：

池田学・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・教授

研究分担者：

橋本衛・近畿大学医学部精神神経科学教室・教授

繁信（釜江）和恵・公益財団法人浅香山病院・精神科部長 / 認知症疾患医療センター長

研究協力者：

鈴木麻希・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・寄附講座講師

佐竹祐人・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・医員

埜本大喜・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・医員

堀田牧・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・特任研究員

中牟田なおみ・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・医療技術補佐員

#### 6. 事業実施期間

令和3年6月11日～令和4年3月31日

## 7. 調査票

### 初期集中支援チームの困難事例に関する調査

調査に同意します  調査に同意しません

自治体名 都道府県 \_\_\_\_\_ 市区町村 \_\_\_\_\_  
事業母体 \_\_\_\_\_ (その他の場合) \_\_\_\_\_

ケース 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生活状況 \_\_\_\_\_ 同居家族 \_\_\_\_\_ KP \_\_\_\_\_  
診断 \_\_\_\_\_ (その他の場合) \_\_\_\_\_

#### 日常生活の自立度について

- ・ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） \_\_\_\_\_
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 \_\_\_\_\_

困難となった理由 本人に起因する理由  幻覚・妄想  易怒性・興奮  疾患による症状  
(複数回答可)  暴力  飲酒  セルフケアの問題  
 運転の問題  服薬管理困難  金銭管理困難

支援者に起因する理由  KPが不在  KPが高齢  KPが疲弊  
(複数回答可)  KPの身体疾患  KPの精神疾患  KPからの虐待  
 KPの無理解  貧困

社会的な理由  ごみ屋敷  火の問題  近隣住民との問題  
(複数回答可)  警察介入

その他の理由

上記の中で困難となった一番目の理由 \_\_\_\_\_  
(その他の場合) \_\_\_\_\_

上記の中で困難となった二番目の理由 \_\_\_\_\_  
(その他の場合) \_\_\_\_\_

上記の中で困難となった三番目の理由 \_\_\_\_\_  
(その他の場合) \_\_\_\_\_

困難と感じた人 (複数回答可)  本人  KP  支援者

それぞれの意向 本人

KP

支援者

### 支援開始までの経緯

- ①最初に公的サービスに相談を持ち掛けた人： \_\_\_\_\_ (その他の場合) \_\_\_\_\_
- ②地域包括を通じたかどうか： \_\_\_\_\_
- ③かかりつけ医の有無： \_\_\_\_\_
- ④初期集中支援チームへの相談元： \_\_\_\_\_

具体的な経緯（個人を特定できる情報の記載は避けていただくようお願いいたします）

### 支援開始後の経緯

- ①専門医受診の必要性： \_\_\_\_\_
- ②受診先専門医の専門科： \_\_\_\_\_
- ③精神科医療の経験者：  精神保健福祉士  看護師  作業療法士  その他： \_\_\_\_\_
- ④支援開始から初回受診までの期間： \_\_\_\_\_
- ⑤支援開始からサービス導入までの期間： \_\_\_\_\_
- ⑥支援開始から支援終了までの期間： \_\_\_\_\_

具体的な経緯（個人を特定できる情報の記載は避けていただくようお願いいたします）

困難であった点、上手くいかなかった点

---

---

工夫した点、上手くいった点

最終的な本人の感想

### 3. 本事例集の活用法

#### ●事例集の見方

#### ① A. 幻覚・妄想が問題となった事例

#### 事例 ① キーパーソンが被害妄想の対象となっていたが、うまく間に立つことで支援を進められた一例

ケース	年齢	84歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	民間病院		

- ③ 困難キーワード 幻覚・妄想、キーパーソンの協力不足
- 支援キーワード 本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明

#### ④ 支援開始までの具体的な経緯

中学校卒業後に看護学校へ進み、看護師として家計を支えた。20歳で警察官の夫と結婚し2男をもうけた。

X-1年、夫の死去後から書類の保管場所がわからない様子や、「家の物品が長男に盗られている」、「テレビにカメラがついていて監視されている」といった被害妄想を呈するようになった。

#### ⑤ 支援開始後の具体的な経過

まずは訪問を重ね、本人との関係作りと生活状況把握を行った。本人は礼節は保たれているものの、エアコンや電気ポットを操作できないなどの遂行機能障害を認め、「侵入者がいる」、「庭に毒を撒かれる」といった被害妄想があり昼夜を問わず隣人や警察を訪ねては相談していた。健診を目的に受診勧奨したが、夫の葬儀後の手続きを優先させたいと受診を拒否した。

#### ⑥ 困難であった点、上手くいかなかった点

・介入開始した時期が猛暑で、エアコンを使えない程の認知機能低下と、被害妄想から窓を締め切って暮らす様子から、本人の身体面を考慮する必要があった。

#### ⑦ 工夫した点、上手くいった点

・細かく訪問を重ね、安否確認と必要な食料を渡した。食料は市からの贈り物と説明すると、本人は抵抗なく受け取ってくれた（実際は家族が準備したもの）。最終的に台所等各部屋を案内し、侵入される辛さを話してくれるまでの関係性を築くことができた。終結まで本人との関係性は良好であったと思われる。

#### ⑧ 最終的な本人の感想

専門医療機関入院となったため確認不可。

#### ⑨ 研究者からのコメント

キーパーソンが被害妄想の対象となることは珍しくありませんが、そうした際には第三者の介入が必要になります。今回、チーム員が本人、長男、次男、近隣住民らとの間に立って調整役を行い適切な情報共有がなされた結果、皆の意見をまとめて医療につなげられたものと思われます。

- ・事例ページは「①タイトル」、「②基礎情報」、「③キーワード」、「④支援開始までの具体的な経緯」、「⑤支援開始後の具体的な経過」、「⑥困難であった点、上手くいかなかった点」、「⑦工夫した点、上手くいった点」、「⑧最終的な本人の感想」、「⑨研究者からのコメント」で構成されています。
- ・「①タイトル」、「③キーワード」、「⑨研究者からのコメント」はアンケートを基に研究者が作成しました。
- ・「②基礎情報」、「④支援開始までの具体的な経緯」、「⑤支援開始後の具体的な経過」、「⑥困難であった点、上手くいかなかった点」、「⑦工夫した点、上手くいった点」、「⑧最終的な本人の感想」はアンケートの結果を基に作成しました。

### ●事例の探し方

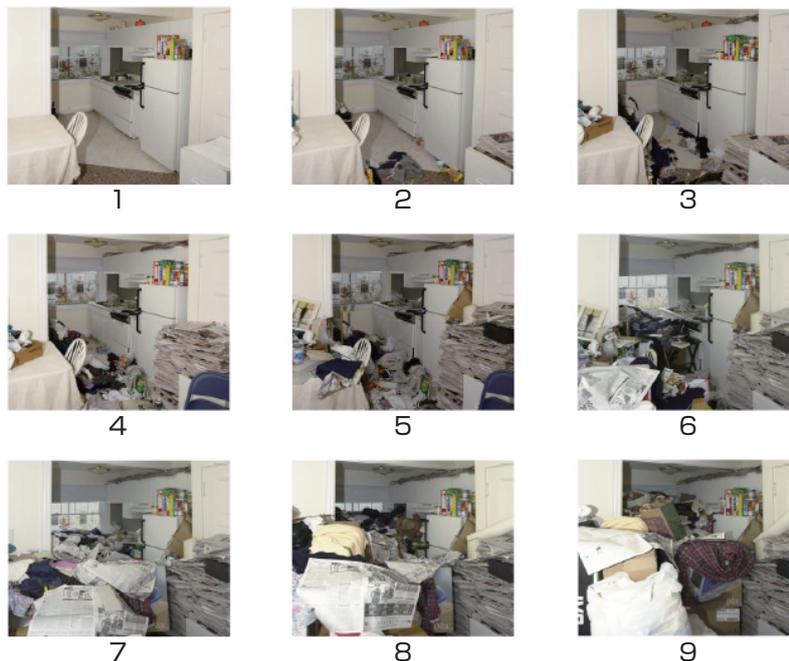
- ・目次の中から気になるタイトルの事例を探してください。
- ・p.9 の事例一覧から気になるキーワードの事例を探してください。

### ● Clutter Image Rating

ごみ屋敷の事例が多かったので、室内の状況をイメージしやすいように Clutter Image Rating を評価しました。Clutter Image Rating は台所、寝室、居間の3つの空間に関する現在の散らかりの程度を9つの写真(1～9の数字の増大に伴い、散らかりの程度が増す)の中から選ぶ、ためこみ症状の写真評価尺度です。自宅がごみ屋敷となっていた事例のみ本文中に記載しています。

#### クラッター・イメージ・スケール：台所

下の写真の中で、あなな部屋のクラッターの量でもっとも正確に反映していると思われるものを1枚選択してください。



#### 引用文献

- (1) Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., & Renaud, S.(2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 193-203.
- (2) Hoarding Disorders UK Community Interest Company  
<https://hoardingdisordersuk.org/research-and-resources/clutter-image-ratings/>
- (3) ゲイル・スティケティー, ランディ・O・フロスト, 五十嵐透子. ホーディングへの適切な理解と対応認知行動療法的アプローチセラピストガイド. 金子書房, 2013

クラッター・イメージ・スケール：寝室

下の写真の中で、あたなの部屋のクラッターの量でもっとも正確に反映していると思われるものを1枚選択してください。



1



2



3



4



5



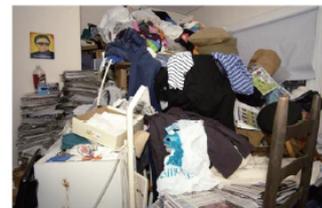
6



7



8



9

クラッター・イメージ・スケール：居間

下の写真の中で、あたなの部屋のクラッターの量でもっとも正確に反映していると思われるものを1枚選択してください。



1



2



3



4



5



6



7



8



9

## II. 認知症初期集中支援チームが直面している地域における認知症者にかかる困難事例に関する事例集

### 1. 困難キーワード、支援キーワード

本事例集で検索を行いやすくするために事例ごとに特徴的なキーワードを作成しました。

キーワードは困難キーワード、支援キーワードの二つに分けて作成しました。

困難キーワードはその事例が困難となった理由を示すものです。「支援拒否」、「易怒性・興奮」、「幻覚・妄想」、「セルフネグレクト・ごみ屋敷」、「金銭問題」、「老老 / 認認介護」、「キーパーソンの協力不足」、「虐待」、「その他」の9種類あり、最大で3つのキーワードを付けています。

支援キーワードはその事例に対する支援の工夫を示すものです。「本人への説明」、「キーパーソン / 家族 / 住民への説明」、「在宅サービスの導入」、「入院 / 施設の利用」、「情報収集」、「チーム員会議の活用」、「支援機関の連携」、「その他」の8種類あり、最大で3つのキーワードを付けています。

### 2. 事例一覧

	困難キーワード									支援キーワード							
	幻覚・妄想	セルフネグレクト・ごみ屋敷	易怒性・興奮	支援拒否	金銭問題	老老・認認介護	キーパーソンの協力不足	虐待	その他（ヤングケアラー、支援機関の連携困難）	本人への説明	キーパーソンへ家族へ住民への説明	在宅サービスの導入	入院・施設の利用	情報収集	チーム員会議の活用	支援機関の連携	その他
A. 幻覚・妄想が問題となった事例																	
事例① P.12	●						●			●	●						
事例② P.14	●									●		●					
事例③ P.16	●					●				●	●						●
事例④ P.18	●	●						●		●		●					
事例⑤ P.20	●									●	●	●					
事例⑥ P.22	●		●	●												●	
B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例																	
事例① P.24		●					●			●		●					
事例② P.26		●		●			●			●							
事例③ P.28		●	●									●					
事例④ P.30		●		●			●								●	●	
事例⑤ P.32		●	●				●				●						●

	困難キーワード								支援キーワード								
	幻覚・妄想	セルフネグレクト・ごみ屋敷	易怒性・興奮	支援拒否	金銭問題	老老・認認介護	キーパーソンの協力不足	虐待	その他（ヤングケアラー、支援機関の連携困難）	本人への説明	キーパーソンへ家族へ住民への説明	在宅サービスの導入	入院・施設の利用	情報収集	チーム会議の活用	支援機関の連携	その他
C. 支援の工夫が有効であった事例																	
事例① P.34		●					●	●		●		●				●	
事例② P.36				●			●		●	●							●
事例③ P.38		●	●					●				●				●	
事例④ P.40						●		●		●	●						
事例⑤ P.42			●				●					●					●
事例⑥ P.44		●			●		●			●						●	●
事例⑦ P.46		●		●	●				●		●	●					
事例⑧ P.48	●			●							●						●
事例⑨ P.50				●			●	●		●	●	●					
事例⑩ P.52				●							●						●
事例⑪ P.54					●		●		●								●
事例⑫ P.56		●		●			●			●			●		●		●
D. 支援の工夫を行っても困難であった事例																	
事例① P.58	●							●	●								●
事例② P.60	●	●					●			●		●			●		
事例③ P.62		●					●	●	●							●	●
事例④ P.64							●	●	●							●	●
E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）																	
事例① P.66		●						●					●	●			
事例② P.68								●	●	●							
事例③ P.70			●	●			●		●	●							●
事例④ P.72	●		●	●							●					●	●

## 事例

- A. 幻覚・妄想が問題となった事例
- B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例
- C. 支援の工夫が有効であった事例
- D. 支援の工夫を行っても困難であった事例
- E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）

## 略語一覧

ケアマネ	: ケアマネジャー
支援チーム	: 認知症初期集中支援チーム
地域包括	: 地域包括支援センター
ADL	: activity of daily living（日常生活動作）
HDS-R	: Hasegawa Dementia Scale Revised （改訂長谷川式簡易知能評価スケール）
MMSE	: Mini-Mental State Examination

## A. 幻覚・妄想が問題となった事例

### 事例 ①

## キーパーソンが被害妄想の対象となっていたが、うまく間に立つことで支援を進められた一例

ケース	年齢	84歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	幻覚・妄想、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明							

### 支援開始までの具体的な経緯

中学校卒業後に看護学校へ進み、看護師として家計を支えた。20歳で警察官の夫と結婚し2男をもうけた。

X-1年、夫の死去後から書類の保管場所がわからない様子や、「家の物品が長男に盗られている」、「テレビにカメラがついていて監視されている」といった被害妄想を呈するようになった。地域包括が介入したが医療、介護に繋がらず、X年、地域包括から支援チームに介入依頼が入った。

### 支援開始後の具体的な経過

まずは訪問を重ね、本人との関係作りと生活状況把握を行った。本人は礼節は保たれているものの、エアコンや電気ポットを操作できないなどの遂行機能障害を認め、「侵入者がいる」、「庭に毒を撒かれる」といった被害妄想があり昼夜を問わず隣人や警察を訪ねては相談していた。健診を目的に受診勧奨したが、夫の葬儀後の手続きを優先させたいと受診を拒否した。

同市内に住む長男は自身が被害妄想の対象となっているため直接支援できず、県外在住の次男はそのような状況に対して長男の関わり方の問題であると決めつけ、専門医療機関の受診に抵抗を示していた。次男に対して電話で度々説明を行ったが理解が得られず、長男夫婦と次男、チーム員で会って話す機会を設け、状況共有と今後について話し合う機会をもうけた。その結果、次男に概ね状況を理解してもらうことができ、介護サービス導入のために医療機関を受診する方向で家族の意向はまとまり、支援チームで受診先調整を行った。受診を経て入院加療が必要と判断され、専門医療機関入院に入院となった。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・介入開始した時期が猛暑で、エアコンを使えない程の認知機能低下と、被害妄想から窓を締め切って暮らす様子から、本人の身体面を考慮する必要があった。
- ・本人の意向と身体面の考慮、身体化する程心労が募る長男と無理解の次男をどう調整するか、チーム員としては早く医療に繋げることが必要と判断したが、介入と調整に時間がかかった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・細かく訪問を重ね、安否確認と必要な食料を渡した。食料は市からの贈り物と説明すると、本人は抵抗なく受け取ってくれた（実際は家族が準備したもの）。最終的に台所等各部屋を案内し、侵入される辛さを

話してくれるまでの関係性を築くことができた。終結まで本人との関係性は良好であったと思われる。

- ・本人は昼夜問わず、近隣や交番に相談に行っていたが、長男が事情を説明して回っていたことから、近隣から苦情は出なかった。地域ケア会議を開催して状況説明することで、チーム員が介入している周知と長男の負担軽減を図った。
- ・次男と直接会って説明することで、状況共有と次男の思いを理解することができた。結果、家族の意向をまとめることができた。

## 最終的な本人の感想

専門医療機関入院となったため確認不可。

## 研究者からのコメント

キーパーソンが被害妄想の対象となることは珍しくありませんが、そうした際には第三者の介入が必要になります。今回、チーム員が本人、長男、次男、近隣住民らとの間に立って調整役を行い適切な情報共有がなされた結果、皆の意見をまとめて医療につなげられたものと思われます。このような積極的な関わりを行うことができたのは、やはり支援チームならではの思いです。また最後まで本人との関係性が良好であったとのことですが、各方面の調整だけでなく、本人の訴えを時間をかけて傾聴して関係性を構築されたご苦労がうかがえる事例です。

## A. 幻覚・妄想が問題となった事例

### 事例②

## 活発な被害妄想があったが身体面や食事面の援助を行い、身体的危機の直前に入院につながられた一例

ケース	年齢	76歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	不在
	診断	統合失調症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	幻覚・妄想							
支援キーワード	本人への説明、入院 / 施設の利用							

### 支援開始までの具体的な経緯

高校卒業後、上京し料理人をしていたが結婚して地元に戻り、娘が自立後に離婚し、単身生活をしていた。糖尿病性壊疽のために10年前に片足を大腿部から切断したが、その後定期通院はしていなかった。生活保護とホームヘルパーを利用していた。

時期不明だが、以前から「毒ガスをまかれた」「窃盗団が床下にいていつ侵入してくるかわからない」といった被害妄想のため、いつも窓を開け業務用の大型扇風機を回し続けていたが、相談4ヶ月前まで日常生活はなんとか維持できていた。地域包括の支援もあり訪問診療や訪問看護を導入したが、それらの支援を受けても着替え、買い物、食事の準備などの生活動作が維持できなくなり、糖尿病も悪化。専門医の介入が必要と判断され、地域包括から支援チームへ相談があった。

### 支援開始後の具体的な経過

数日おきにケアマネ、地域包括、支援チームで訪問を行った。初回訪問では本人との関係性構築とともに状況確認を行い、訪問診療、訪問看護等関係者との連携に関する了解を得た。食事、排泄は自立しており、室内も自力で移動できスタッフへの礼節も保たれていた。しかし調理の際にはコンロを使用せず、室内で練炭を燃やして行っており、隣で車いすに乗ったまま寝ていたため、帽子や衣類が焦げている様子が見受けられた。2回目、チーム医と共に訪問した際に会話がかみあわない様子が見受けられ、医療機関受診を勧めたが了承を得られなかった。3回目の訪問時には失禁が見られ、受診を勧めたが「検査は受けたいが心の準備ができない。今度行く。」との返答であった。その後ヘルパーから、訪問時に本人が車いすから落ちていたと連絡があり、関係者で4回目の訪問をして、ようやく受診の同意が得られたため精神科病院を受診し、統合失調症の診断を受け、直ちに入院となった。本人は入院後、入浴、着替え、食事をし満足しており、支援チームの訪問は終了したが、その後すぐ身体状態急変し、入院14日後に死去した。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・介入時点で身体状態がかなり悪化していた。認知面、精神状態に変化が見られた段階で、早期にアウトリーチ的介入ができれば結果は違っていただかもしれない。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・数日おきに訪問したことで、信頼関係を速やかに構築できた。

- ・チーム医の訪問が一度あり、入院も同じ医師が対応したことで本人の納得は得やすかった。
- ・訪問診療の医師、ケアマネ、訪問看護、在宅医療・介護連携センター、地域包括、行政と密に連絡を取り合い、協力しながら対応を行った。入院後、連絡が取れなかった元妻とも連絡がとれた。

### 最終的な本人の感想

入院後、暖かい部屋でベッドに横になり、入浴、着替え、食事をとり「ここはとても良いシステムだ。」と話をしていた。

### 研究者からのコメント

本例のように、身体合併症によって生命の危機に瀕しているにも関わらず、認知機能低下や精神症状のため適切な医療につながっていない独居高齢者は少なくありません。本例は訪問診療や訪問看護では医療機関へ繋がれなかったものを、頻回の訪問により、身体的危機に際してギリギリで本人の受診意欲を引き出すことができています。急激な ADL や認知機能低下、精神症状の悪化は身体合併症の増悪が関与している場合がありますので、受診につなげる機会を通常よりも積極的に窺っていただくのが良いかもしれません。

また入院後に、本人から満足感が述べられていますが、支援により本人が満足されたことは、何より大切なことと思います。

## A. 幻覚・妄想が問題となった事例

事例  
③

### 夫婦で近隣住民に対する被害妄想を呈しており、本人らが希望する形で精神科病院入院につながった一例

ケース	年齢	80歳代	性別	女性	生活状況	夫と同居	キーパーソン	夫
	診断	レビー小体型認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	幻覚・妄想、老老 / 認認介護							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、本人への説明、その他（長期支援）							

#### 支援開始までの具体的な経緯

X-5年頃、「近所からガス攻撃を受ける」、「覗かれる」、といった被害妄想が出現した。窓に布団をかけ夜中見張り、警察を幾度となく呼ぶなどして、周囲は対応に困っていた。同年、精神科を受診したが、通院は不規則で内服も自己中断し、受診も途絶えた。その後も近隣住民の庭へ放水したり、深夜道に出て放声するなど、近隣トラブルが絶えなかった。

X年、症状増悪のため地域包括から支援チームへ協力依頼があった。なお同居の夫にも同様の被害妄想が認められ、「近所から毒ガスをまかれる」など訴え、度々警察に通報を繰り返していた。夫も通院をしていたが、薬をより分け自己判断で中止するなど、服薬遵守不良であった。

#### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問を実施するも、警戒が強く傾聴を通して信頼関係を構築したうえで、自宅の中に入れるまで最終的に1年間の期間を要した。

自宅に入れた際、久しぶりに健康診断をと提案し、チーム医の物忘れ外来につながることができた。受診の際は移動手段がなかった為、支援チームの車で送迎を実施した。HDS-R 10点、頭部MRIにおける海馬萎縮などから、レビー小体型認知症の診断となった。成年後見制度申請と介護保険申請を実施し、要介護2の認定で訪問看護、訪問介護の利用を開始した。内服により妄想は軽減した。夫も介護申請を行い訪問看護導入となったが、その後夫より「近隣からの攻撃が耐えられない、施設入所したいが、空きがないと思うのでその間入院したい」と相談があった。本人は認知機能低下のため独居が困難であり、夫婦で支援チーム委託先の病院（医療療養病院）に入院となった。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・キーパーソンである夫（統合失調症）も妄想に支配された生活を送っていた。
- ・妻は台湾人が屋根裏から侵入し物を盗んでいく、夫は近隣住民から攻撃を受ける又は右翼が攻撃してくる、自殺するように仕向けてくると訴えていた。
- ・夫の内服管理が困難であり、妄想に対しての治療が行えなかった。
- ・信頼関係の構築まで時間を要した。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・受診には支援チームの車で送迎を行った。
- ・相談を拾えるよう訪問要請や電話があるときには、すぐさま要請に答えてきた。
- ・夫より攻撃を受けていて困っていると、本人が困りごとを話す度に避難の為に入院も行えるのではと提案した。

## 最終的な本人の感想

自宅に帰りたいという思いは強かったが、説得により納得していた。

## 研究者からのコメント

本例は夫婦で体系化した近隣住民に対する被害妄想を共有していたという点が特徴的です。症状出現から相談までに5年経過しており、さらに初めて自宅に入るまでに1年の関係性構築を要したとのことで、二人の生活がある程度成り立っており、支援の糸口を見出すのが難しかったことが推察されます。

本例は健康診断を口実に受診につなぐことができ、さらに夫へうまく入院の有用性を提示することで、最終的に夫が希望する形で入院に繋がっています。1年間に及ぶ継続的な支援姿勢が実を結んだと言えます。諸事情からこれほどの長期支援をするのは難しいという支援チームも少なくないと思いますが、介入の機会を窺う待ちの姿勢が必要なことは多く、本例はそうした対応の好例としても有用でしょう。

## A. 幻覚・妄想が問題となった事例

事例  
④

### 奇異な妄想と独特の性格のため水道ガスの利用も拒否していたが、身体症状に焦点を当て受診につながった一例

ケース	年齢	81歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	不在
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	幻覚・妄想、セルフネグレクト・ごみ屋敷、その他（本人の性格）							
支援キーワード	本人への説明、在宅サービスの導入							

#### 支援開始までの具体的な経緯

中学卒で水道配管工事の事業所に約50年、79歳頃まで勤務。婚姻歴はない。身体に障害のある母親と同居し、長く看病していた（母は本人が40歳頃に他界）。数年前から倉庫のような構造の賃貸物件に居住。退職後、同事業所の手配で生活保護を申請した。水道やガスを引かず、公園で洗濯、トイレ、入浴を済ませるなど独自の質素な生活スタイルを貫いており、生活保護については自ら廃止を申し出たが、水道、ガス利用の勧奨とともに慰留されながら継続していた。

X年6月、生活保護ケースワーカーより地域包括に対し、「夜に『親父』がガラスをすり抜けて入ってくる」という訴え、「親父」による財布や通帳のもの盗られ妄想、腐敗した食品類などの蓄積によって居住環境が悪化している状況について相談があった。通帳は何度も紛失し再発行手続きの支援もしていたが本人は忘れていたなど認知症も疑われ、地域包括が訪問したが独特な生活スタイルを持ち受診勧奨を拒否している状況から、支援チームに介入依頼があった。なお介入時、眼科疾患のため左眼はほぼ失明しており、介入時点で高血圧と前立腺肥大の診断を受けていたが治療は自己中断しており、かかりつけ医はなかった。

#### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問時、上記の被害妄想に加え、自分が実は郷土を代表する実業家の子どもである、某歴史上の人物の姓名を継いでいるなど、誇大妄想も呈していた。チーム医から、無理に文明的な生活や支援を強いることなく本人の独特な生活スタイルを尊重しつつも、孤立死や急変リスクに対応した支援体制を優先すべきとの意見を得た。定期的に訪問し、血圧計における血圧高値を見せて受診勧奨を行ったが「そんなに長生きしたくない」と固辞した。

同年9月、初めて体調不良を訴えたため、近隣の医療機関を受診し心房細動、高血圧の診断で治療開始となった。同医療機関の紹介で専門医の受診に繋がり、MMSEは16点でアルツハイマー型認知症と診断を受けた。薬剤管理のため小規模多機能型居宅介護支援を導入できた。それらの治療と支援が定着しつつあった中、同年12月、自転車で遠方まで外出して警察保護されるトラブルが続き、最終的に自転車で田んぼに落下し、肋骨骨折を受傷。手術を受けたが術後せん妄と元来の精神症状のため、精神科医療機関への医療保護入院、成年後見申し立てを経て特別養護老人ホーム入所となった。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・受診までに3ヵ月、サービス導入まで4ヵ月を要した。高齢者世帯登録等も含め、支援者側からの提案

がすべて拒否され、訪問による勧奨が行き詰まることもあり、本人が体調不良を訴える段階になってようやくつなげることができた。

- ・キーパーソンや関係者が不在であることから、生活歴に関する情報が十分に得られなかった。もともとの精神障害も疑われたが、実際の生育歴と誇大的な話との境界判断が困難だった。
- ・長く非文化的な生活を習慣としてきたことや、物盗られ妄想があることから、衛生環境や金銭管理への介入、把握などが十分に行えなかった。
- ・自宅は本来居住に使用されるような物件ではなく、倉庫か作業場に使用していたと推察。だだっ広いワンスペース（10畳位）の奥に、ミニキッチンとトイレ（使用不可）があるだけで、水道工事の仕事で使っていた工具類が散乱。壁には防水着などが掛けてある。中心部に絨毯を敷き、横にワゴン棚や衣装ケース、カセットコンロを置き、寝起きや食事をするスペースとして使用。腐敗した菓子パンや総菜の残りなどが大量に置いてあり、コバエが発生している状態（Clutter Image Rating：全体4）。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・繰り返しの訪問によって、過去に接点のあった医療機関の情報を聞いていたことから、入り口となる内科医療機関への受診勧奨がスムーズに行え、専門医紹介などにもつなげられた。
- ・適宜、生活保護ケースワーカーからの指導勧奨協力も得られたことで、定期的な受診、サービスの導入が円滑に行えた。
- ・服薬管理（与薬）支援を通じた金銭管理や衛生管理への介入から、訪問により支援を受ける習慣が構築でき、小規模多機能型居宅介護支援へのスムーズな支援移行ができた。

### 最終的な本人の感想

具体的な本人の発言はないが、小規模多機能型事業所利用されてから、直接事業所まで薬を貰いに出向いたり、預金通帳のことで職員に相談されるなど、信頼関係が築かれる様子が窺えた。一方で「働きたい」「(事業所での入浴は)贅沢」など遠慮される様子もあった（支援チームのコメント）。

### 研究者からのコメント

本例ではチーム医の指導に従って支援を無理強いせずに介入のタイミングを見計らい、身体症状の訴えを契機に内科を経て専門医への受診や介護サービスにうまく繋がっています。このような、キーパーソンの不在、本人の支援拒否などの困難さに対して、身体疾患を契機に介入が進展するという経過は、他の複数の事例でも見られています。しかし、一見破綻した生活様式や支援拒否が病気による症状なのか、それとも本人の意志なのかがわかりにくい点が特徴的であり、そのため本人の意向を尊重すべきかどうかの判断にとても苦慮されたことと思います。

## A. 幻覚・妄想が問題となった事例

事例  
⑤

### 近隣住民に対する顕著な被害妄想を呈したが、適切な支援の導入で地域生活が継続できた一例

ケース	年齢	79 歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	レビー小体型認知症			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	幻覚・妄想							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、在宅サービスの利用、本人への説明							

#### 支援開始までの具体的な経緯

短大卒、50 歳代後半まで生命保険会社の営業、65 歳まで清掃の仕事をしていた。長男（現在 50 代）が中学生の時から、本人は配偶者と別居。子は長男のみで、約 20 年前に息子が結婚してから独居、団地で暮らしていた。通院はなし。以前は友人と外出していたが現在は交流なし。団地では禁止されている猫を飼っていた。以前から「隣家から物を盗まれる」「隣人に自宅内にものを置かれる」など近隣住民への被害妄想があり、X-8 年頃からこれまで 3 件が転居していた。転居しても妄想は消失せず、明け方から隣家のドアを叩いて怒鳴る、部屋やベランダから大声を出す、壁をどんどん叩く等の迷惑行為が継続して認められていた。

管理組合から立ち退きを迫られ、長男から地域包括に相談があり、支援チームに介入依頼があった。長男は今まで本人とは電話でやりとりをしていたが、退去の話が出てから仕事で早出、早退の申し出をして 2、3 日に一度は訪問。買い物支援を行い、土日は本人宅に泊まっている状況であった。

#### 支援開始後の具体的な経過

医師、作業療法士、医療ソーシャルワーカーで訪問。対応は穏やかで礼節も保たれていたが「お金を盗まれた」「誰かが入ってきてテレビを見ていた」等の発言が認められた。本人は記憶にないと述べたが、長男が撮影した自宅前の監視カメラのビデオに、本人が隣家前に割れたコップを並べている姿が映っていた。病識がないため、健康診断目的として受診を勧め、長男と翌週に医療機関を初診。HDS-R は 10/30、記憶、注意を中心とする機能低下、頭部 CT では両側側頭葉内側の萎縮を認め、認知機能の変動や長男に対する人物誤認などもあり、レビー小体型認知症またはアルツハイマー型認知症として抗認知症薬と抗精神病薬の内服を開始した。

介護保険を申請し定期巡回サービス及び長男による服薬確認と長男がペット用カメラを活用し生活状況の確認を始めた。隣家にも長男から病状を伝え理解が得られた。被害妄想は治療開始後緩和したものの完全には落ち着かず、薬の増量で発動性の低下が顕著となりコントロールに難渋した。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・治療により妄想は落ち着いたが発動性が低下し、ADL の低下につながった。
- ・薬剤減量により妄想が再燃したため薬剤は継続せざるを得なかった。

- ・ペットがいて本人は在宅生活を強く希望したため、治療開始 1 年後に往診医へ継続加療を依頼することとなった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・受診によって治療開始となり症状が軽減し、支援者らの疾病理解も進んだ。それにより、本人、家族、近隣住民が生活を継続することができるようになった。
- ・長男に対し、易怒性や興奮、セルフケアの問題については本人の訴えを否定しないよう説明した。また、ヘルパーに過度の期待をしていたのを説明して是正することができた。
- ・本人に対しては、サービスを受ける利点を丁寧に説明し納得してもらった。後にデイサービス利用開始にもつなげることができた。

### 最終的な本人の感想

妄想については最後まで自覚することはなかったが、自宅で生活できることについては本人は満足している様子であった。

### 研究者からのコメント

近隣住民に対する被害妄想が認められる困難事例はしばしば認められますが、薬物療法とサービスの拡充で在宅生活を継続することができる場合ばかりではありません。本例は投薬治療、ホームヘルパー導入以外にも、支援チームが適切な情報を得てキーパーソンに働きかけることで、ペットカメラの使用による見守りや近隣住民に対する説明など、キーパーソンの積極的な関与を引き出したことが、長期的な在宅生活の維持（少なくとも治療後 1 年間は在宅）につながったものと思われます。

本人の希望である在宅生活継続を可能にするため、こうした様々な取り組みが行われ、上手くいったということは貴重な結果です。近隣住民に対する被害妄想を呈した人に対する、チーム支援の好例であると言えます。

## A. 幻覚・妄想が問題となった事例

事例  
⑥

### 妄想が活発で受診を拒否していたが、身体疾患の増悪により救急搬送となった一例

ケース	年齢	87歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	支援拒否、易怒性・興奮、幻覚・妄想							
支援キーワード	支援機関の連携							

#### 支援開始までの具体的な経緯

10年程前に夫が死去し、独居。隣の市に息子夫婦が住んでおり、時折訪問など関わりを行っていた。

数十年前より喫茶店を経営しており、現在も続けていた。

X年春、本人から生前贈与の申し出があり、息子家族全員が100万円ずつを受けとった。

同年夏、コロナの給付金の手続きのために嫁が通帳を預かることがあり、きちんと手続きをして返却したが、その頃より嫁が通帳やお金、ネックレスを盗ったと言い、関わりを拒否するようになった。同様の物盗られ妄想を訴えて、銀行や警察などに何度も行くようになった。

高血圧、心不全などがあり総合病院に通院していたが、薬は飲めていなかった。喫茶店ではなじみの客がいたが、支払いなどでトラブルを起こしたこともあった。娘が地域包括や社会福祉協議会に相談してもサービスなどの導入は生活が自立しているから難しいといわれたため、支援チームに相談があった。

#### 支援開始後の具体的な経過

(Y月9日) 看護師と社会福祉士で市内を巡回していると訪問した。喫茶店内は綺麗にしており、受け答えもスムーズで特に問題などはなさそうな印象であった。

(Y月27日) 家族が来所され、訪問時の状況を説明した。精査を希望する場合はかかりつけ医に相談するように助言を行った。

(Y+1月7日) 家族より電話があり、「本人の妄想が強くなり、銀行に何度も訴えに行っている」、「物忘れがあり、関わってほしい」とのことであった。かかりつけ医と相談し、受診時に医師から繋いでもらう形を取ることにした。

(Y+1月26日) 本人単独でかかりつけ医を受診。かかりつけ医から紹介してもらい、その際に介護保険制度や物忘れ外来の案内を行い、本人の受け入れは良好であった。一方で、嫁の悪口や妄想などを延々と話されたため、傾聴にて対応した。Y+1月31日に物忘れ外来の予約を行い、介護保険申請も行った。

(Y+1月28日) もの忘れ外来をキャンセルしたいと本人から電話があった。訪問したが、チーム員の顔を覚えていなかった。「Y+1月31日は仕事を休めない」、「おたくらが関わって変なことになっている」と言い、興奮した様子であった。家族に報告をして、しばらく様子を見ることにした。物忘れ外来は10月21日に延期し、介護認定の調査も延期扱いとした。

(Y+3月5日) 訪問したが、表情は険しく、「あれから3回も市民病院に行きましたが、先生は何も言わないし、診てくれないし、男と女が一緒に回ってきて変なことばかりです」と妄想を興奮気味に訴えた。警察に

は「知らない女が家に入ってきた」と相談して、カギを2個に増やしていた。残薬があり、服薬できていない様子であった。

(Y+3月12日) 喫茶店の客が市役所を訪れ、「家族からの依頼で関わっているのか」、「本人が望んでいないのでこれ以上は関わるな」と支援チームの対応に関してクレームがあった。「主治医からの相談で関わっています」、「本人の意向は尊重し、必要な場合にアプローチはしていきます」と説明したが、納得していない様子であった。

(Y+3月21日) 本人単独で物忘れ外来を受診。MMSEは22/30点、頭部CTでは前頭葉に軽度の萎縮があるが年相応との所見であった。軽度のアルツハイマー型認知症の診断で、経過観察となった。

その後は受診、訪問、介護認定への拒否が続いた。

(Y+6月22日) 本人が店舗で倒れているところを喫茶店の客が発見し、救急搬送となった。服薬の中断による心不全の増悪のため入院となった。入院中に介護保険の調査の調整を行い、立ち会うことになった。

(Y+6月25日) 介護保険の調査に立ち合った。本人の妄想があり、調査自体には同席せずに関わりなどの経緯説明をおこなった。入院後、身体状況は改善したが、嫁などへの妄想や興奮などは持続し、退院後は施設入所の方針となったため支援チームの関わりは終了した。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・認知機能障害よりも妄想の影響が強く、キーパーソンである娘だけでなく、チーム員も妄想や攻撃の対象となってしまった為、関わりが困難であった。
- ・キーパーソン以外の喫茶店の客からのクレーム対応が必要であった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・病院受診や物忘れ外来（認知症の検査）に向けて病院と家族、本人の調整を行える限りの対応をおこなった。

### 最終的な本人の感想

チーム員が妄想・攻撃の対象となっていたため、聞き取れず。

退院後は施設への入所方向となった。

### 研究者からのコメント

本例は妄想が活発であり、チーム員も妄想の対象となり介入が難しい事例でした。受診の拒否がありましたが、一方で本人が単独でかかりつけ医や物忘れ外来を受診しており、本人なりに困っていることや心配していることがあったのかもしれませんが。こういった点に介入をスムーズに進める手がかりがあったかもしれません。

本例では受診の拒否により、認知症や精神疾患の検査治療を受けられないだけでなく、身体疾患により緊急性の高い状態での救急搬送、入院となってしまいました。精神状態、認知機能だけでなく、身体状況の評価も必要となる、支援チームが対応してる事例の難しさが伝わってくる一例でした。

## B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例

### 事例 ①

## 同居家族のネグレクトによってごみ屋敷となっており、 身体症状に焦点を当てて受診につなげた一例

ケース	年齢	90歳代	性別	女性	生活状況	長男と同居	キーパーソン	長男
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	本人への説明、入院/施設の利用							

### 支援開始までの具体的な経緯

ごみ屋敷で長男と二人暮らしをしていた。ごみの不始末による悪臭について近所から対応依頼があり、地域包括が介入し、虐待対応として行政措置も検討したが実施には至らなかった。入院調整も検討されたが適切な入院先を選定できず、支援チームに相談となった。

### 支援開始後の具体的な経過

長男は訪問に対し拒否を示していたが、説得を繰り返し訪問した。自宅は窓がなく、屋根瓦のはがれた箇所がブルーシートで補強してあるが雨漏りしており、野良猫が出入りするような家屋状況であった（Clutter Image Rating：台所 8、居間 8、寝室 7）。病院への搬送に関しては長男の拒否があった為、チーム医と往診を行った。血液検査、ポータブル心電図検査を自宅にて実施し心不全があることが判明。本人より入院を希望する意向が聞かれたため、長男も本人が望むなら入院を希望。支援チーム委託先の病院に入院となった。入院後は心不全の増悪を繰り返しながらも治療に反応して次第に状態は安定した。退院と同時に老人福祉施設への入所となった。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・自宅は室内外ともにごみで溢れかえり、ウジ虫が湧いているような不衛生な状態であった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・チーム医とともに往診し、医師から入院の必要性について伝えてもらったことで、入院に結びつけることができた。

### 研究者からのコメント

同居人がごみ屋敷状態に対して無関心、むしろ促進しているような事例は時折認められます。ごみ屋敷については報告書の方で詳しく取り上げますが、様々な形成要因が考えられ、原因によっては直接介入することが難しい場合が少なくありません。本例で見られたように、ごみ屋敷という状況に付随する不衛生な環境やセルフネグレクトは身体的問題につながるものがしばしばあり、緊急性が高い状況に至っていることもあります。

---

---

本例ではチーム医往診と血液検査や心電図などの医学検査が受診意欲を促す決定打になったと思われ、チームとして対応する事が非常に有益だったと思われ。一方で、残された長男に対する介入も気になるところで、こうした事例でのアフターフォローについても知見を積み上げていく必要があるように思われます。

## B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例

### 事例②

## 本人に高い自尊心とキーパーソンとの間の優劣関係があり、支援が進まなかったごみ屋敷の一例

ケース	年齢	80歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	兄弟姉妹
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	本人への説明							

### 支援開始までの具体的な経緯

高校を卒業後、銀行に就職。留学を経て海外の銀行に勤めたが、経験できないことを学びたいとのことで、美容関係の技術を修得し帰国。他都道府県美容関係の会社に勤めていたが、引き抜きによる転職で転居。転職先の事業拡大に貢献した後、会社を企業経営し数年前まで仕事をしていた。独居であったが兄弟姉妹が多かった。人当たりも良く、会話を楽しむことができる。

X-6年、家のごみ屋敷になってきているとのことで、キーパーソンより地域包括に相談があった。しかし本人は困っていないと主張し、直接の支援には至らなかった。

X-5年、仕事でのミスやトラブルが続いたことをきっかけにキーパーソンと共に受診し、アルツハイマー病と診断されたが、通院と治療の継続ができなかった。

X年3月、同じマンションの住人より、家の鍵を無くす、時々迷子になって家に帰れなくなっているといった様子が見られていると地域包括に連絡があった。警戒心が強かったため家には招いてもらえず、自治会室で面談した。「何も困っていることはなく、自分で通院もしているし生活できている。何の用事で来ているのか？」と逆に攻め立てられ介入のきっかけを掴めない状況と支援チームに相談があった。

### 支援開始後の具体的な経過

X年5月、状況確認のためまずはキーパーソンと面談。家の中はごみ屋敷となっており、キーパーソンが時々訪問し片づけるが、1週間もすれば床が見えなくなる状況（Clutter Image Rating: 台所 5、居間 5、寝室 3）。公共料金の督促状が来るなどしており、外出時には更衣をしているが、入浴や服を洗濯している気配はない。数回警察に保護されることがあったが、当時は夕方に決まったスーパーへ行き、その帰りに自社の事務所とキーパーソンの家に寄るため、キーパーソンが自宅に送り届けているとのことであった。同月初回訪問を行った。コミュニケーションは良好だが、支援については「自分はなんでも出来ている」と述べやんわりと拒否した。本人・キーパーソンとも血圧がやや高値であったので「一緒に市民健診を受けてはどうか？」と受診を勧め、何度か訪問して関係性を構築したうえで、物忘れ外来の受診につないだ。アルツハイマー型認知症、高血圧との診断であった。

独居で服薬管理が難しいため、サービスが整うまで週3回血圧測定のため訪問を開始したが、自宅内に招き入れてもらえず、インターフォン越しに追い返されることも度々であった。自宅で転倒し右手首骨折を起こすなどのトラブルも生じ、本人が困って支援したときはサービス導入にも納得するが、1時間後には全て忘れて介入を拒否することが続いた。キーパーソンに対し、精神科入院による服薬・環境調整を行うこと

も提案したが決断には至らなかった。支援チームの支援期間が8ヶ月を過ぎるため、見守り継続を地域包括とケアマネに引き継ぎ、一旦終結とした。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・記憶が定着せず、サービスの導入などの約束をしても、「自分には必要ない」と思っているため、社会資源につなげることができなかった。
- ・金銭管理ができず過去に詐欺被害に遭ったこともあり、成年後見制度の利用についてキーパーソンに説明を行ったが、応じられなかった。
- ・独居生活を続けるなら近隣の方の協力が不可欠であることをキーパーソンに話をしたが、個人情報保護の観点から、歩み寄ることを促すことができなかった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・「直近の5年間で市民健診を受けていない方を対象に定期訪問を実施している」ということをきっかけにして、地域包括と共に訪問。訪問の度にキーパーソンも含めてバイタル測定し高血圧を指摘。コロナワクチン接種の準備として、基礎疾患がないか調べるよう勧め、キーパーソンと一緒に受診をしてもらい、診断までつなげた。
- ・頻回の訪問により、チーム員の顔と名前は覚えてもらい好意的になった。体調不良の際も、連絡をもらえるような関係性ができた。

### 最終的な本人の感想

自宅で自由に生活したい（本人は、いずれ年老いて介護を受けなくてはならない時期がくることを、全く予想していない）。

### 研究者からのコメント

本例のように、自尊心が高い方に支援に苦慮されることは良くあるのではないのでしょうか。本例において、受診につなげる際に用いられた「健康診断」といった表現は他の報告事例でも使用されており、自尊心の高い方にとって受け入れやすい表現として有用であるものと考えられます。

本例のような独居生活者の処遇を検討する際には、「本人の意向をどこまで尊重するか（制限するか）」という問題が生じ、それは原則として家族が決断するしかない問題です。家族が決定できない際には介入期間が伸び、現場に過度の負担を与えてしまいます。今後身寄りのない独居高齢者が増えてくることが予想され、そこに向けてどのような方針で対応すべきか、決して現場任せにすることがないように、行政やわたしたち研究者が真剣に考えていくべき課題と思います。

## B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例

事例  
③

### セルフネグレクトのために身体的危機に陥り、非自発的入院につながるを得なかった一例

ケース	年齢	62歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	不在
	診断	認知症・正常圧水頭症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	セルフネグレクト・ごみ屋敷、易怒性・興奮							
支援キーワード	入院 / 施設の利用							

#### 支援開始までの具体的な経緯

不動産業、タクシー運転手、警備の仕事などの職を転々とし、X-8年に脳梗塞を発症して退職、生活保護を受給していた。結婚・離婚歴があり、子供が3人いる。長年連絡を取っていたが、脳梗塞後から関係性が悪化し関係が絶たれていた。毎日チューハイ 1L を購入していた。

X-2年、新たに脳梗塞を発症し、通院先のA病院より地域包括に介護申請の依頼があった。その際はADLは概ね自立していた。

X年1月、家事が自分で出来なくなった。4月には身の回りのこともおぼつかなくなり、近医神経内科を受診した。HDS-R 9点で、頭部画像上は海馬萎縮が顕著とのことであった。要介護1の認定を受け、ヘルパーやデイサービスを開始した。8月、外出中に転倒し病院へ救急搬送となった。正常圧水頭症と診断されたが、本人が治療を拒否した。その後も体調不良が続き、別の病院を受診し糖尿病の悪化を指摘され、往診医による治療が開始となった。9月には尿便失禁がひどくなったが、失禁した状況で過ごすことが多く、便尿のために下肢はただれ、訪問看護が処置をしているがなかなか治らない状況であった。10月、ケアマネから地域包括に相談があり、支援チームに介入依頼があった。本人は上から目線で横柄な性格で特に女性の言うことは聞かず、意にそぐわないと大声で威嚇したり、無視をする傾向があるとのことだった。

#### 支援開始後の具体的な経過

下肢のただれが悪化しているとの事で生命に関わる緊急性があると判断し、相談当日に自宅を訪問した。本人は比較的穏やかな表情はしているが、頑固さが垣間見えた。布団は南京虫の糞まみれで、本人が起き上がると虫が大量に出てきては布団の中に隠れた。足元は排泄物で汚れた畳が黒ずんでおり、屋内も便臭が充満していた (Clutter Image Rating : 台所 3、居間 3、寝室 2、尿による床の汚染が著しい)。足首から下は蜂窩織炎を起こしかけており、訪問看護が毎日処置をしているが、すぐに自分でガーゼを外している様子だった。食事とアルコールは摂取できたが、錠剤の嚥下が難しかった。

入院の方向で調整を開始することとし、内科主治医とケアマネで一般病院の受け入れ先を、支援チームは精神科病院の受け入れ先を当たった。一般病院で受け入れ可能となったため病院まで搬送したが、本人が無断離院したため強制退院となった。精神科病院は、害虫の感染リスクや内科治療が困難との理由で近隣の精神科病院は全て受け入れ困難との返事だった。この間、ヘルパーの訪問とデイサービスが社会情勢の影響で休止となり、訪問看護、支援チーム、ケアマネで援助を続けて生活の維持を行いながら、チーム医の助言の下、精神科病院を当たり続け、同月下旬に入院先が決定した。

親族は不在であると生活福祉室から情報を得ていたため市区町村長同意の医療保護入院の手続きを正式に依頼したが、その時点で弟の存在が判明した。ケースワーカーが弟に連絡を入れたところ折り返しがなく意向を確認出来ないため、生活福祉室としては市区町村長同意の申請はできないとの回答があった。支援チームとしてはこのまま放置することは出来なかったため、生活福祉室と地域包括を交えたカンファレンスを行い、入院の必要性を訴えることで、11月初旬に精神科病院へ入院となった。入院後、蜂窩織炎も完治し、糖尿病コントロールも良好となった。今後は成年後見人を選定し、正常圧水頭症の治療について本人との相談に入る予定である。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・入院先がまったく見つからなかった。
- ・市区町村長同意での医療保護入院の難しさ。役所の生活福祉室は親族が居るため、連絡が取れないだけでは市区町村長同意での医療保護入院は許可できないとの返答であった。
- ・介護保険サービスは撤退し、関係者だけで食の確保や環境整備・健康管理を行ったが、本人は気ままに外出し、訪問の時間に帰らないなど、本人の行動に振り回された。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・受け入れ先での南京虫の影響をできるだけ軽減させるため、入院直前の入浴介助や衣類や持ち物を全て新しいものに交換し、早めに介護タクシーに乗車・搬送するなど工夫した。
- ・かかりつけの内科主治医、介護保険サービスを利用していたこと、ケアマネが関与していたことなど、社会資源に対して拒否がなかったことは支援しやすかった。

### 研究者からのコメント

独居でセルフネグレクトがあるとしばしばごみ屋敷や、不衛生に伴う身体的危機に陥ることがありますが、本例はその典型例です。精神症状や認知症症状のために精神科病院への入院の方針となっていますが、元来本例は62歳と若く脳梗塞の後遺症が主症状であったことから、認知症よりも障害者福祉で対応されそうな事例であり、こうした際には支援チームと精神科病院との横の連携が重要となるということを本例は示しているでしょう。

医療保護入院は精神保健福祉法における非自発的入院の一つですが、入院同意者となる「家族等」がない場合や彼らの意思表示が確認できない場合に市区町村長同意による医療保護入院が可能になります。「家族等」の有無についてどこまで検索するか、自治体ごとの判断もあると思いますが、こうした課題へのノウハウの蓄積も今後必要になってくるのかもしれません。

なにはともあれ、本例の南京虫(トコジラミ)大量発生というような過酷な環境に現場で立ち向かわれている皆様には本当に頭が下がります。

## B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例

### 事例 ④

## あらゆる介入を拒否した、セルフネグレクトが疑われる一例

ケース	年齢	96 歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	不在
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	チーム員会議の活用、支援機関の連携							

### 支援開始までの具体的な経緯

会社勤めをして 65 歳ころまで勤務していた。結婚歴はなく、親族との交流はなかった。以前に女性と同居をしていたが、その女性が他界し独居となった。

腰痛や膝痛がひどくなり住宅改修の希望から本人が介護保険申請を行った。金銭に対する執着が強く、他者には自身の財産を盗られるとの思いが強く猜疑的であった。

数年前に自宅の階段から転落し、骨折したが治療を拒否し、以降歩行が困難になっていた。また、自宅にエアコンがなく、脱水を起こして訪問診療を受けたことがあったが治療には至らなかった。高血圧などがあったが、定期的な通院はせず、ヘルパーが時折受診し処方薬を内服していた。

骨折後歩行困難となってからは自宅の 2 階のみで生活し、自室の布団の上で 1 日を過ごしていた。排泄は布団の上で行い、自身でリハビリパンツを交換し、ヘルパーが片づけていた。

毎日ヘルパーが本人の希望する物を購入していた。ヘルパーに対しては身勝手な要求を繰り返し、ケアマネなど支援者を困らせていた。加えて、本人の要求が通らないとケアマネとの契約解除を要求した。ケアマネとの契約が解除となり、ヘルパーの利用が切れればたちまち単身生活が困難になることから、地域の困難ケースとして支援チームに相談があった。この時は何とかケアマネとの契約更新に至り、これまで通りの支援を継続することができたため、一旦初期集中支援は終了となった。

その後もヘルパーに対し被害的な発言を繰り返し、利用料の支払いが滞るようになった。本人の認知機能や被害的な発言から精神科医療の介入が必要かどうかの判断を含め、支援チームに対応してもらいたいとの地域包括からの依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問はサポート医と共に訪問した。前年度に比べ体力の低下は感じられたが、本人の発言や態度に支援者側が振り回されている状況が分かった。サービス利用に対する費用の支払いの意志はあったが、自身に関わる全てに対して猜疑的であり、預金の引き出しに関する支援の全てを拒否したことから、手持ちの金銭が底をついていた。

再度サポート医と共に本人宅へ訪問した。「状態確認をするが精神科医療が必要な状態とは言えず、認知症があったとしても軽度であり、その一方で自ら過酷な生活を強いている状況が、判断能力が正しくあるとは言い難い」との評価であった。

その後、排泄物の処理ができなくなり、布団の汚染が日常的になった。チーム員は関係機関と連携しなが

ら、保清などを行う中で関係構築に努め、身体状況の確認を行った。成年後見制度についてはサポート医が診断書を作成し、市町村長による申し立てを行った。その後徐々に身体機能の低下し、チーム員が訪問した際に身体が動かないとの訴えがあり、これまで幾度となく拒否をしていた救急搬送に同意したため、そのまま総合病院へ救急搬送された。

総合病院への入院後、悪性腫瘍が発見されたが、本人が積極的な治療は希望しなかった。自宅へ戻ることは困難であったため、認知症の精査治療を目的に精神科病院へ転院となった。その後、後見人が選任されたため、初期集中支援は終了とし、精神科病院へ引継ぎを行った。最終的に施設への入居に至った。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・前年度に比べ身体機能の低下がみられたものの、意識はしっかりしており、確固たる意志がある中での緊急性の判断が難しかった。
- ・本人はヘルパーのサービスに対する対価としての支払いについては理解していたが、金銭をおろす、という行為を一貫して拒否していたため、やがて食材などを購入できなくなることが想定された。
- ・本人の意向を聞いては、生命を守ることができなくなることが予測されるものの、身寄りがないことから、本人の同意なしには強制的にことを進めることもできなかった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・数度にわたり、民生委員も含めた関係機関で集まり、支援方針について協議し、チーム員もサポート医の助言を得ながら認知症や精神科医療に関する専門職としてその場に参加した。加えてチーム員会議も度々行い、支援状況や本人の身体状況の確認などを行った。

### 最終的な本人の感想

本人の意向は分からないが、入院先ではすんなりとケアを受け入れられた。チーム員らには変わらず、罵ったり、悪態をつくような態度を示したが、表情は穏やかであり、自身が置かれている状況はよく理解されていたように感じられた。

### 研究者からのコメント

本例は骨折をして、歩行が困難になっても医療機関を受診せず、自室の布団の上で1日を過ごしている状態であり、排泄も布団の上で行っている状態でした。

「精神科医療が必要な状態とは言えず、認知症があったとしても軽度であり、その一方で自ら過酷な生活を強いている状況が、判断能力が正しくあるとは言い難い」とサポート医が評価しているように、精神症状や認知機能障害だけではこのような判断をしている説明がつかず、介入が難しい事例だったと思います。

本例では、「排泄物の処理が出来なくなり、日常的に布団の汚染がある」、「医療機関の受診を頑なに拒否する」などからはセルフネグレクトが疑われる事例でしたが、こういった事例ではキーパーソンのない場合、もしくはキーパーソンがいても無理解な場合には、対応が大変難しくなります。本例では動けない状態での救急搬送となってしまいましたが、本人が拒否する中でも関係者で情報を共有し、訪問を繰り返すことで、最悪になる前に救急搬送をすることが出来ています。

本人の意向と生命を守ることのどちらを優先すべきかという重要な問題を提起する事例と言えます。

## B. セルフネグレクト・ごみ屋敷が問題となった事例

### 事例 ⑤

ごみ屋敷状態で生活していたが、段階的な介入により、最終的にはごみ収集業者による清掃を行い、生活環境が改善した一例

ケース	年齢	86歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	甥
	診断	アルツハイマー型			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	易怒性・興奮、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	キーパーソン/家族/住民への説明、その他（ごみ収集業者の活用）							

### 支援開始までの具体的な経緯

市が自転車を勝手に撤去したという苦情を毎日のように市役所に訴えに行くようになった。独居で認知症が疑われるため対応して欲しいと市の介護福祉課より地域包括に相談が入った。

地域包括が自宅訪問する中で、3LDKのマンション室内がごみ屋敷状態で（Clutter Image Rating：台所7、寝室4、居間7）、夏場はコバエが発生していた。

通販で購入した高価な食材や健康食品などが届いていたが、支払いができておらず、督促状などがごみの中から見つかった。

受診はしておらず、買い食いや外食による偏食があり、セルフネグレクト状態であることが分かった。同市内に長男が住んでいたが、多忙であることを理由に途中から音信不通となった。

### 支援開始後の具体的な経過

本人から甥の連絡先を教えてもらい、甥をキーパーソンとして認知症初期集中支援事業を実施した。

サポート医の診断で認知症疑いと判断されたため、地域包括職員が付き添って専門医を受診した。高脂血症とアルツハイマー型認知症と診断を受けた。その際、食事管理、服薬管理に関する指導があったが、甥の支援は受けられなかった。

ごみ屋敷の片づけに関しては、当初は自分で片づけると言い、他者の介入を受け入れなかった。しかし、地域包括職員と一緒に片づけをする中で、他者による片づけを少しずつ受け入れるようになり、ごみ収集業者による片づけに同意した。最終的に甥の了解を得て、ごみ回収業者により、室内清掃を行った。清掃後は室内がきれいになったことをとても喜んでいた。

室内清掃終了後、甥から長男へその報告をしたところ、長男から地域包括へ今まで音信不通になっていたことに関して謝罪があった。ごみ屋敷であったことは把握していたが、認知機能低下がそれ程までとは思っていなかったとのことであった。

介護保険申請の結果、要介護1となった。ケアマネとの契約に長男が立ち会うなど、長男は徐々に協力的となり、同居するようになった。居住環境の整備や食事面、服薬、金銭管理、通院などは長男が支援できている。しかし、デイサービス見学後、本人と長男がデイサービスの利用に難色を示したため、未だサービス導入はできていない。

## 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・キーパーソンである長男と連絡が取れなくなったため、都内に住む甥にキーパーソンになってもらったが、甥は遠方に住んでおり、仕事が忙しかったため、近くで本人の支援をする関係者が地域包括のみになってしまった。その為、通院や認定調査同席、介護保険申請などは地域包括が代行したが、内服管理や食生活の改善は長男が現れるまで対応できなかった。部屋の片付けも甥の了解を得る必要があり、時間を要した。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・本人の生活状況などを確認するため、定期的に地域包括が訪問し傾聴した。地域包括の職員の顔を覚えてくれば、本人の受け入れが良くなり、支援に対する拒否はほとんどなかった。
- ・長男とは一度音信不通になっていたため、再度連絡がとれるようになってからは、労いの言葉や長男がしている介護内容を認める言葉での声掛けを心掛けるようにしながら、支援を進められるよう、助言していった。また、再度音信不通になることも予想された為、否定したり責めたりしないように心掛け、関係性が続くよう努めた。

## 最終的な本人の感想

最終的な本人の様子：長男が支援を始めたことにより、落ち着いた様子であった。長男が本格的に同居すると嬉しそうにしていた。

## 研究者からのコメント

本例は自宅がごみ屋敷になり、虫が発生し、必要な書類などがごみに埋もれているなど、不衛生な環境で一人暮らしをしていました。地域包括職員と一緒に片付けをする中で、他者による片づけを少しずつ受け入れられるようになってから、ごみ収集業者による片づけを提案するなど、段階的な介入を行っています。本例のように本人の気持ちに寄り添いながら、段階的な介入をすることで、ごみ屋敷の状態を改善することが出来る可能性があることを示した、大変重要な事例であると考えられました。また、最初は本人は介入を拒否していたにも関わらず、最終的にはごみ回収業者により、室内清掃を行い本人もとても喜んでおり、これは本人の示す言動の全てが本人の意向とは限らないことを示しています。根気強く関わることの重要性を示す事例と思います。

一度音信不通になってしまったキーパーソンである息子に対しても労いの言葉をかけるなど、家族にも配慮されている点についても参考にしたいと思います。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

### 事例 ①

## 運転、キーパーソンの脆弱性、セルフケアの問題など課題が山積していたが、継続的な支援で一つ一つ対処した一例

ケース	年齢	87歳	性別	男性	生活状況	子供と同居	キーパーソン	子供
	診断	前頭側頭型認知症			事業母体	その他（医療法人社団）		
困難キーワード	その他（運転の問題）、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	支援機関の連携、キーパーソン / 家族 / 住民への説明、入院 / 施設の利用							

### 支援開始までの具体的な経緯

4人兄弟の長男。高校卒業後から電機メーカーの営業職として勤務し、役職も勤めあげた。40代頃早期退職し会社を設立した。結婚して2子をもうけたが、同居の子供は身体・精神障害を有している。

X-4年、妻が病気で倒れ入院、施設入所となったことで、子供と2人暮らしとなった。

X年、身体、衣類、生活環境の全てが汚染された環境下で生活しており、食事の確保等、どの程度の生活ができていくか分からなかった（Clutter Image Rating：台所4、居間5）。車の傷も目立ち交通事故も起こしていたが、本人は運転を止める様子も見られなかった。地域包括からサービス利用の提案をしても拒否があり、支援者の介入も好まない様子で、子供の支援も要する状況で支援チームに介入依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

本人の病識欠如のためサービス導入はすぐには厳しいと判断し、同居の子供の支援体制から調整する方向で検討したが支援に繋げることができなかった。その後、運転免許更新時の認知機能検査で診断書の提出が必要になり、専門医を受診して前頭側頭型認知症の診断を受けた。運転が常同的になっていたため止めさせることはできなかったが、警察で違反点数による免許取り消し処分が下され、兄弟の協力で車も処分された。しかしその後兄弟からは、常同的な送迎を要求される負担が重なり、連絡を拒否されてしまった。その後、妻の入所先が自宅近くになったことで徒歩で通うことができるようになり、一旦支援チームの支援は終了とし、地域包括を中心に見守りを行いながら状態変化があった場合に再支援を検討することとなった。

しかし支援終了から5ヶ月後、昼夜逆転、感情を抑えられなくなるなど症状の進行に伴う同居の子供の負担が増加し、頻繁に地域包括へ連絡するようになった。子供が体調を崩し入院になったことをきっかけに、チームによる支援を再開した。自宅訪問拒否は相変わらずで、かかりつけ医へ状況報告・相談し、合計4回の関係者カンファレンスを開催した。遠方の子供には医療機関からアプローチし、カンファレンスに出席してもらい、今までの経過を含め現状報告ができた。しかし支援について消極的な様子は変わらず、連絡が途絶えてしまった。

外来受診時に主治医から支援者を紹介してもらったことで本人が支援者らを受け入れられるようになり、介護保険を申請し要介護2の認定を受け訪問介護等のサービス利用開始となったが、同居の子供の負担感は継続し、レスパイト目的も含めた医療保護入院、その後は施設入所となった。

## 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・本人が支援の必要性を感じていなかったため、訪問できないこともあり状況が拾えなかった。
- ・同居の子供は自分中心に物事を判断する傾向があり、得られる情報が的確なのか判断しきれなかった。
- ・課題が山積しており、どこから優先的に支援すべきか悩んだ。
- ・同居の子供は身体、精神ともに疾患を抱えており、キーパーソンを担うことができなかった。また、本人の兄弟は高齢であることに加え、症状に振り回され自分たちの生活にも支障をきたしていることに苛立ち、途中から支援協力を得られなくなってしまった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・医療機関含め関係機関との情報共有、連携を意識し、頻繁に関係者カンファレンスを開催し、課題の共有、医師の助言もふまえた優先順位の検討を行った。
- ・自宅訪問が難しい時期もあり情報が拾えなかったため、本人が出向く先（病院、妻の入所施設）との情報共有を密にし、間接的に本人の状態を把握できるように配慮した。
- ・同居の子供の障害程度に合わせ、本人の状態を分かりやすく説明した。また、地域包括や障害支援センターと連携し負担感や能力の見極め、本人の支援に並行し同居の子供の支援も検討した（世帯としての支援を意識した）。

## 最終的な本人の感想

入院に際して、本人の抵抗は目立たなかった（支援チームのコメント）。

## 研究者からのコメント

本例は、ごみ屋敷になっている中で精神障害と身体障害を有する子とともに暮らし、さらに度々交通事故を起こしているのに運転を止めないという、報告にも記載されている通り、課題が山積みになっている事例です。それらに対して優先順位をつけて一つずつ解決に導いている経緯が記載されており、頻繁なカンファレンスによる支援チームや支援者らの意識の統一とモチベーション維持がなされ、それが活きた好例と思われます。

本例のように行動障害が激しい場合は精神科病院への入院も一手段として検討すべきと思います。その際には本例のように、本人が入院・入所に納得されるように可能な限り働きかけることが望まれます。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

### 事例②

## 同居のキーパーソンとの面談・連絡が難しく支援が滞り、粘り強いアプローチで乗り越えた一例

ケース	年齢	72歳	性別	女性	生活状況	長男と同居	キーパーソン	長男
	診断	認知症			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	支援拒否、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明、その他（長期支援）							

### 支援開始までの具体的な経緯

近所の親戚より「認知症の心配があるが本人拒否のため受診できていない、どうしたらよいか」と民生委員に相談があり、民生委員が地域包括に相談した。認知症で医療に繋がっていないとの事で、支援チームに介入依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

本人は昼夜逆転しており長男は夜間勤務のため、日中訪問をしても中々会うことができず、民生委員の協力を得てようやく初回訪問した。しかし以降訪問しても会えない日が多く、長男宛に手紙送付4回・訪問時メモ設置3回を実施したが連絡はもらえずに経過した。そのため本人家族の意向確認ができず、支援方針も決定できなかった。保険料支払いに滞納もあり健康保険証の受け取りもできていなかったが、半年ほどかけて長男に働きかけようやく保険証受け取りができた。

糖尿病治療中断による症状が認められたため、さらに訪問を繰り返し（約30回）、医療機関受診を説得した。受診前に医療機関へ情報提供を行い連携を取ったうえで、受診と同時に介護保険申請を行った。糖尿病による入院を勧めてもらい、2週間入院のうえ身体的精査を行う方針となった。自宅退院と同時に介護サービス導入を開始することができた。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・長男は携帯電話を所持しておらず、固定電話はだれも出ない状況のため訪問以外の方法がなく、本人、キーパーソンである長男と面談を行えない状態が続いた。
- ・本人には支援に対する拒否感があったが、キーパーソンの長男の関心が薄く本人に対して積極的な行動を取れなかった。また長男自身も体調不良の時期があった。
- ・近所の親族は支援に消極的だった。
- ・毎年更新される保険証が受け取れておらず受け取りにも時間がかかり、医療機関受診の障壁となった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・電話という通信手段がなく、手紙を送付し支援チームへの連絡を依頼した（結果にはつながらなかった）。
- ・本人は昼夜逆転していたが、訪問時間帯を午後にする事で会える頻度が増えた。
- ・長男は勤務が夜間勤務で昼は就寝しているため、地域包括と連携しながら長男の車が家にあるかどうかの

情報共有を行い訪問のタイミングを合わせた。また長男の夜勤勤務の出勤前のタイミングを狙って訪問する事で面談できる頻度が増えた。

- ・民生委員が休日夜間に訪問する際、受診勧奨や支援チーム訪問の約束を取り付けてもらうよう協力をお願いした。
- ・本人の受診拒否に関しては、認知機能低下については言及せず身体状況の異変を説明する事で理解を得る事ができた。

### 最終的な本人の感想

何も困ることはない。具合の悪い所もないよ。大丈夫。

### 研究者からのコメント

同居人がいても面談できないことは珍しくありません。各チーム様々な工夫で対処しておられると思いますが、本例はその工夫を細かく記載してくれています。家族や本人の面談自体に難渋する場合における、高い機動力という支援チーム機能の特徴が発揮されている好例です。ただ超長期の支援によって支援を完遂していることが文面以上の困難さを物語っており、本例の最終的な結果は本人にとって良い結果となっていますが、支援チーム活動の限界設定をどこにするのか、どの程度チーム員が負担を背負うのか、考えさせられる事例でもあります。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
③

元来暴力的な人が前頭側頭型認知症による人格変化を呈したが、行政、警察、支援者らの協働で受診につながった一例

ケース	年齢	71 歳	性別	男性	生活状況	同居家族あり	キーパーソン	子供
	診断	前頭側頭型認知症			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	易怒性・興奮、セルフネグレクト・ごみ屋敷、その他（本人の性格）							
支援キーワード	入院 / 施設の利用、支援機関の連携							

### 支援開始までの具体的な経緯

中学卒で、鉄工所に就職し 70 歳頃まで勤務した。婚姻歴あり、1 男 1 女をもうけた。職場では優秀な技術者として海外に技術指導に出向いた経験もあるほどであったが、家庭では短気で暴力的、大酒家だった。数年前に長男から暴力を受けたトラブルがあり、長女の支援で妻と共に持ち家を離れて市内のアパートに転居した。

X-1 年夏から着替えや入浴をしたがらなくなり臭いが目立つようになった。同時期、定年後も勤務していた鉄工所では、作業でのミスや能率低下が顕著になり、人員整理の打診があり同年 9 月に退職した。自宅では飲酒量が増え、妻に暴力をふるうことが増えた。

X 年 6 月、特定食材の補充を執拗に要求したり、食事内容や時間が極端にパターン化するなどこだわりが強くなり、台所や居室の衛生状態も悪化し始めた。8 月、長女と妻が地域包括に相談、専門医受診や入院の話も出たが、妻が「入院はかわいそう。私が辛抱すれば」と相談を取り下げた。しかし同年 10 月、本人が妻をごみ箱で殴り警察通報する騒ぎになったため、長女から地域包括に再度相談があった。専門医への受診困難との判断で支援チームに相談があり、同年 11 月支援を開始した。

### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問時、決まった食品、酒の購入を頻回に妻や長女に要求し、食事と嗜好品への強いこだわりを認め、要求が通らないと妻に暴力をふるう状況であった。また自宅は食べこぼしや食べ残しが放置され不衛生であったが（Clutter Image Rating: 台所 3、居間 4、寝室 4）、妻と長女で処分しようとするとなり怒り出した。医療保護入院を想定して精神科病院へ受診調整を行い、本人の精神科受診が実現した。しかし MMSE 24 点であり認知機能がある程度保たれていたため、医療保護入院で家族に恨みを持つ可能性について診察医から指摘あり、外来治療の方針となった。しかし当日も待合室の体重計や雑誌などを隠して持ち帰ろうとする行動を認め、帰宅後は再診や服薬に対して拒否的であった。

X+1 年 3 月、再び入院前提の再診につなげようと調整している中、自宅近くで窃盗事件を起こし現行犯逮捕となった。約 2 週間の拘留を経て不起訴となったが、釈放日に警察官同行対応で精神科病院に医療保護入院となった。入院中大きな問題なく在宅退院も検討されたが、外泊時の飲酒や妻への暴力、デイケア体験時の他利用者とのトラブルなどから、施設入所調整の方針となり、支援終結となった。

## 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・「入院させられた経緯が本人の記憶に残るかもしれない」との診察医の説明を受けた妻の動揺が大きく、初診時点での医療保護入院が見送られた。結果、再診の実現まで期間を要することになった。
- ・本人収入から税金や公的保険料滞納分の延滞支払いが発生していること、妻や長女の経済状況などから入院期間を限定せざるを得ない事情があった（病院側が難色を示した感も?）。
- ・若年期からの暴力的傾向、依存的飲酒習慣などによる家族間不和も背景化。トラブルにより本人夫婦、長女家族と断絶状態となっている長男に協力を求めることができず、妻も十分に動けない事情（理解や判断がやや困難?）もあり、育児や経済的な問題を抱える長女に介護負担が集中していた。十分な軽減が図られなかった。
- ・自宅は食品が散乱しており、特に冷蔵庫は物が詰め込まれた状態で腐敗臭が顕著であった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・地域包括と行政徴税部署の連携により、滞納の税や保険料等の延滞支払いについて、本人の入院費用などの負担に応じ、分納などの負担軽減が図られたことで、入院の長期化に備えられた。
- ・触法行為後、行政高齢福祉部署を通じた警察との連携により、釈放日に合わせた精神科受診（医療保護入院前提）調整や警察官による同行支援などが得られ、スムーズな勧奨ができた。

## 研究者からのコメント

本例はこだわり、大量飲酒、暴力、脱抑制など活発な精神症状を有し、家族関係の問題、ごみ屋敷、金銭的課題など様々な社会的課題も山積の事例です。警察とうまく連携して入院につなげ、さらに行政との連携で金銭的課題もクリアしており、支援チームによる柔軟かつ機動的な動きが効果を発揮しています。

一方で暴力や触法行為が前景に出ており、精神科病院への措置入院も考慮して良い事例かと思われます。措置入院であれば逮捕される前に、精神科での専門医療を速やかに受けることができたかもしれません。認知症であれば支援チームと杓子定期的を考えるのではなく、保健所が積極的に関わり、精神保健福祉法による対応も臨機応変に適用していければ支援の幅が広がると思います。

注）措置入院：精神保健福祉法における非自発的入院の一つで、自分を傷つけたり他人に危害を加えようとするおそれがあり入院が必要であると判断された場合、都道府県知事の権限で可能になる入院です。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

### 事例 ④

## 夫婦とも認知症でオートロックマンションに入居中のため、支援方法に工夫が必要であった一例

ケース	年齢	73歳	性別	女性	生活状況	夫と同居	キーパーソン	子供
	診断	アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症疑い		事業母体	その他（地域ケア総合推進センター）			
困難キーワード	老老 / 認認介護、その他（オートロックマンションが開錠できない）							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、在宅サービスの導入							

### 支援開始までの具体的な経緯

同じマンションの住人より、「1ヶ月程前から毎日、本人が夫のことを『知らない人が寝ているので見に来て欲しい』と言ったり、『車の鍵がない』と言ってくるのでどう対応したら良いか」という相談が地域包括にあった。同日地域包括より支援チームに介入の依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

依頼翌日、地域包括担当者とともに初回訪問を行った。本人・夫とも「困ることはない」と述べたが、ともに認知機能低下が疑われた。長女に連絡して情報収集を行ったところ、長女は二人の認知症を懸念しており、すでに認知症疾患医療センターを受診予定であったことを聴取できた。翌月、受診結果について長女に確認したところ、抗認知症薬の服薬管理ができていないことや、本人がタクシーに乗ったものの目的地を忘れて交番に送ってもらったエピソードが得られた。そのため、介護保険申請や道迷い高齢者を検索するサービスについて情報提供したところ、本人と長女の希望があったため介護保険の代行申請を行った。また、かかりつけ医に情報提供シートによる情報共有を依頼し、認知症疾患医療センターでアルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症の疑いで抗認知症薬が増量されたことを把握した。

その数日後、同マンション住人より本人が救急搬送されたとの情報があった。長女に確認すると「知らなかった。薬を飲み過ぎたと思う。本人たちに聞いても搬送時の状況を覚えていなかった」と言う。その後、本人・夫とも要介護1の認定が届き、長女の協力のもと検討した結果、介入4ヵ月後に小規模多機能事業所と契約し、服薬確認を目的とした週3回の訪問と、週3回の通所利用が開始となった。またマンション管理人や民生委員とも情報共有し、本人と夫がオートロックで自宅に入れなかった場合、マンションの開錠など可能な範囲の支援協力を得られることとなった。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・本人が認知症と認めていないこと。また、同居の夫も認知症が疑われるため、本人が行方不明になったことや、本人の生活状況を確認をする際、事実確認が困難であった点。
- ・介入当初、地域包括に同マンションの住人や他機関から、本人と夫に関わりがあるかという相談が入ったため、実態把握を目的とした訪問を試みたが、オートロックマンションだったため、目的通りの訪問介入が難しかった点。

- ・介護保険サービス利用を開始する際、関係機関が自宅訪問の前に、マンションのオートロックが開錠できなかった場合の対応を考える必要があった点。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・長女の下承を得て、マンションの管理人にも地域包括や支援チームが関わっていることを伝え、情報共有を行った点。
- ・夫も介護保険を申請し、夫婦でサービス利用ができるように支援し、小規模多機能事業所の利用に繋がった点。
- ・小規模多機能事業所が柔軟に対応し、内服管理や体調確認を行ってくれている点。必要に応じて他県に住む長女へも連絡がなされ、長女も安心して自分の時間を持つことができていると述べた。
- ・本人が徒歩移動を好んだため、利用する小規模多機能事業所を徒歩圏内にして自宅から徒歩で通えるようにした点。

## 最終的な本人の感想

小規模多機能事業所の通所や訪問で支援者が見守りをしているが、利用拒否なく、入浴や受診もできている。友達もできて仲良く話ができるようになっている（支援チームのコメント）。

## 研究者からのコメント

本例は夫の認知機能に全く問題がなければ、事例化する可能性は低かったかもしれません。高齢夫婦の家庭において相談が入る場合は、夫婦両方に何らかの問題を抱えている可能性を常に念頭に置く必要がある、ということをお教えしてくれる事例です。

また近年建設される集合住宅は、防犯のためオートロックシステムを採用していることが比較的一般的になってきています。訪問に際してインターホンで本人が開錠するか管理人に事情を話してアクセスする必要があり、訪問に難渋する恐れがあります。時代の変化とともに訪問支援の方法も柔軟に修正していく必要があると感じます。認知症疾患医療センターと支援チームの密な連携も重要と思われます。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑤

### キーパーソンが本人の言いなりで支援に難渋したが、キーパーソン再選定を経て支援を進めることができた一例

ケース	年齢	82歳	性別	男性	生活状況	妻と同居	キーパーソン	兄弟姉妹
	診断	混合型認知症（血管性認知症＋アルツハイマー型認知症）			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	易怒性・興奮、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	入院／施設の利用、その他（キーパーソン再選定）							

#### 支援開始までの具体的な経緯

妻と二人暮らしで子供はいない。妻の入院先の病院の相談員より、本人による火の消し忘れなど物忘れがあり、妻の入院により一人で過ごすため、見守りに関する相談が地域包括にあった。自立歩行が困難で車椅子介助を必要としており、ADLは妻の準備で概ね自立していたが失禁が頻回にあり、妻は一日中洗濯をしていたとのこと。在宅介護支援センターや民生委員が訪問するが、妻は入院していないと話したり要件を忘れることがあった。また本人は介護保険サービスは必要ないと拒否しているが、妻は夫婦での施設入所を希望しており、本人が怒りだすと話にならないので一緒に進めてほしい、ということであった。地域包括より支援チームに依頼あり介入となった。

#### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問の際、見当識障害・記憶障害は著明で易怒性も認められた。キーパーソンとなっている高齢の妻は右目が見えず左耳難聴もあり、理解は不十分であった。キーパーソンの再選定を行う必要があったが、以前支援をしていた甥は本人と口論になり疎遠となっていた。かかりつけ医への通院も不定期で、専門医の受診勧奨をしても妻は「考えておく」「今介護サービスの必要はない」といった返事をするばかりで、支援チームからの電話や訪問は本人が怒鳴ることを理由に妻は拒絶しており、妻は本人の顔色をうかがいながら話をする。

本人には妄想と人物の幻視があり、助けを呼ぼうと外へ出るところを妻に制止され、玄関施設用のつかえ棒で妻を叩いたことから警察が介入した。義姉（妻の兄嫁）の連絡先を得てチーム員が報告し、夫婦二人きりにならないよう見守りを依頼した。一度は専門病院を受診したが、妻の理解が得られず検査や診察途中で帰宅した。義姉からの情報で本人に妹がいることが分かり、二度目の受診時に妹の支援で医療保護入院となった。妻も妹も施設入所を希望し、介護保険申請のうえ、本人の退院後は特別養護老人ホームへ入所に至った。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・本人の易怒性・興奮があり、訪問や電話の拒否があった点。妻に電話をしても、本人が切るよう言う。妻だけに会う調整も上手くいかなかった。受診勧奨や介護保険の説明をしても、本人には話が通じず、興奮状態となるきっかけとなった。
- ・妻の無理解。妻は右目が見えず、左耳難聴で、コミュニケーションがとりにくかった。医療・介護サービ

スの説明をしても理解不十分な場面が多かった点。また、本人が決定権を持ち、妻は意見を示さない。妻からの相談もなく、消極的な返事か「本人に聞いて」と言うばかりで、妻の精神的負担を拾い上げることができなかった。本人からの暴行を隠し受診の必要性を理解しにくく、早期に受診することができなかった。また、実妹がいることを話さないためキーパーソン再選定で手間取った。

- ・妻の無理解な面や認知症が疑われたことにより、医療保護入院の同意者には不適切となりキーパーソン不在となった点。夫婦に子供はなく、特に本人の認知症状がひどくなってからは親戚とも疎遠になっていた。妻に親戚の情報を聞いても、「いない」「わからない」と話すなど情報が得られなかった。民生委員から得た甥の電話番号も繋がらなかった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・在宅介護支援センターと密に連携が取れた点。支援チーム介入前から、在宅介護支援センター、民生委員、近隣住民が連携していた。訪問拒否が続く中、在宅介護支援センターから近況や幻覚・妄想・暴行がある状況が把握でき、より適切な医療に結びつけることができた。また、妻が独居となってからも、見守りが継続された。
- ・警察介入を機に妻の義姉に繋がることができ、さらに義姉から本人に妹がいる情報が得られ、妹夫婦が送迎支援や医療保護入院の同意者となることができた。また、妹の協力により甥の支援が再び入ることになった。
- ・本人が入院した後も、妻を支援した点。介護保険申請や高額医療費の手続き、居宅介護支援事業所への引継ぎまで支援した。また妻が独居になるため、妻へ高齢者福祉サービスを導入した。最初は、本人が認知症だと理解できず、自分の意見も示さなかったが、妻自ら電話相談されるようになった。本人が入院したことで、妻の介護負担・精神的負担も軽減し、妻は入院を受け入れることができた。
- ・専門病院受診時に本人の抵抗の可能性があるため、チーム員が複数名同行した。本人とうまく話を合わせ、妻とは離すなど工夫した。一度目の診察途中で帰宅した経緯から、二度目の受診では診察前に妻・妹夫婦・チーム員・病院の相談員がカンファレンスを行い、そこで本人からの追及が怖いと感じている妻の思いがわかった。

## 最終的な本人の感想

確認ができておらず不明。

## 研究者からのコメント

本例のように、キーパーソンが本人の言動に遠慮して支援を前進させるのが難しいことは時々あります。そうした際、粘り強い説得や懐柔という解決手段も考えられますが、少し視野を広げてアプローチをすることでうまくいくことも少なくありません。支援チームの支援においては、最初は知り得なかった親戚、友人、かかりつけ医など、支援の中で新たな人的資源が見えてくることがあります。本例ではキーパーソンを再選定し、最初のキーパーソンの妻に無理強いせずに話を進めることができ、かつ入院後に妻も安心されたようです。関係性構築と最初に収集した情報に基づく直球支援は大前提として、経時的に収集した情報をもとにした柔軟な変化球の支援も大切と感じました。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑥

### 金銭管理、金銭搾取が問題となったが、本人の希望に沿った在宅での生活が継続出来た一例

ケース	年齢	78 歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	知人
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	その他（一般財団法人）		
困難キーワード	セルフネグレクト・ごみ屋敷、金銭問題、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、支援機関の連携、その他（成年後見人制度）							

#### 支援開始までの具体的な経緯

最終学歴は中学卒業。看護助手を 1 ～ 2 年した後、兄弟の経営していた会社で経理事務として働いた。25 歳で結婚し、2 年後に離婚をした。娘が一人いるが、幼少期以降は交流なし。

現在はアパートに一人暮らし。年金は月に 11 万程度で、金銭管理は古くからの知人が行っていた。アパートは老朽化しており、本人が出たら取り壊す予定であった。

元々の大家が高齢だったため、このアパートを売却し、新たな大家に代わっていた。新たな大家との賃貸契約はできていなかった。自宅は一間しかなく、ごみ屋敷状態（Clutter Image Rating：台所 5、寝室なし、居間 9）であった。地域包括が訪問し、本人も当初は了承したため、養護老人ホーム入所の手続きをした。入所が決まっていたが、直前になって「施設に入るくらいなら川に飛び込んで死ぬ」と言い出したため、キャンセルとなった。その後、施設入所を勧めた地域包括職員を拒否するようになり、訪問が出来なくなった。

本人の状況から認知症が疑われたため、認知症検診を受けて、そこから何らかの支援に結び付けたいとの意向でチーム員が関わるようになった。

#### 支援開始後の具体的な経過

##### 【専門医への受診】

専門医への受診に結びつけるため 2 週間に 1 回程度の訪問を行い、チーム員との信頼関係を構築しながら、本人が信頼しており、金銭管理をしていた知人より受診の勧奨や医療保険証の準備をお願いした。前日まで受診を了承していても当日には拒否をされるため、当日改めて知人から受診勧奨の電話を入れてもらい、認知症診断助成制度を利用し専門医の受診を行った。HDS-R は 13/30 点であり、画像検査を検討したが、金銭的な理由から施行できなかった。詳細な評価は困難であったが、経過などからアルツハイマー型認知症と診断された。受診ができたことで、介護保険の意見書や成年後見の診断書の作成依頼ができた。

##### 【金銭管理】

金銭管理は本人が知人にお願いし、毎月 3 万円を渡していたが、訪問すると手元にお金や食品が無い状況であった。チーム員が今後の対応方法を成年後見センターに相談を行い、地域包括、区役所と情報共有し、対応方法を検討するためにチーム員会議を行った。また、食事を届けていた近所の人が金銭管理をしていた知人の金銭搾取を疑い警察に相談したため、警察が介入し、知人が通帳等を本人に返却して、暮らし支援ネットでの金銭管理等を依頼した。また、訪問介護を導入し、本人の望む在宅生活を継続しながら、施設入所の時期を見極めて行く方針となった。

## 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・本人同意のもと知人が金銭管理をしていたが、本人の手元にお金がなく、金銭搾取が疑われたが、金銭管理の詳細が見えなかった。
- ・訪問すると時々ご飯やおかずがビニール袋に入れて家の入口に置いてあるが、支援者の詳細が見えなかった。
- ・本人はチーム員の訪問は了承していたが、専門医の受診の必要性を感じてはおらず説明時は了承しても受診の日となると拒否をする状態が続いた。
- ・受診に必要な保険証等も再発行の手続きを行っても管理ができず、翌日には無くなってしまいう状態であった。
- ・本人の意向と地域包括との意向が異なっており、チーム員は対応方法に苦慮した。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・信頼関係を構築するために2週間に1回程度の訪問を継続し、自宅に人が来る事に対する抵抗感を軽減することができたことで、チーム員の代わりに人が来ると説明を行い介護サービスの導入ができ、本人の望む在宅での生活が継続できた。
- ・本人宅に訪問中に金銭管理を行う知人から電話が入りチーム員も話すことができ、連絡ができる関係となった。その後知人より本人へ専門医への受診の勧奨の依頼や保険証の確認もお願いできた。
- ・継続訪問を行うことで本人の手元にはお金は無く、時々近所の方が届けてくれる食事で生活していることが分かり、金銭管理について成年後見センターとの相談を行ったり、地域包括、区役所と連携を行いながらチーム員会議を行い対応方法を検討し情報を共有することで、暮らし支援ネットに繋ぐことができた。
- ・地域包括と意見交換を行う機会を持ちながら支援を行った。

## 最終的な本人の感想

金銭管理については、知り合いから暮らし支援ネットに変わった事への理解は難しく、金銭搾取されていたことに対して本人は特に話すことはないが、受診ができたことや継続的に人が来てくれることに対しては「ありがたい」と言われた。

この家で生活がしたいとの思いは変わってはならず、特に困ることはないと言っている。

## 研究者からのコメント

本人は金銭管理が出来ず、本人の同意のもとに知人が金銭管理をしていましたが、金銭管理の実状が見えず、金銭搾取も疑われました。本例では成年後見センター、警察などに相談しながら、警察の介入により、知人が通帳等を本人に返却し、暮らし支援ネットでの金銭管理が開始されるなど環境の整備が行われ、本人の意向に沿った支援ができています。

本例では専門医を受診することで、介護保険の申請や成年後見制度の利用に繋がっており、専門医の受診が重要でした。支援チームの中に専門医がいれば、よりスムーズに診断がつき介入が進んだ可能性があり、認知症専門医が支援チームに積極的に関与することが望ましく、困難事例を減らす一つの方策と考えられました。

支援者による財産の搾取は残念ながら研究者らも経験しており、家族や親戚などのキーパーソンがいない場合に周囲の人から協力を得ることの難しさと重要性が良くわかりました。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑦

### 本人との関係性構築に主眼を置き、本人の困りごとを糸口に介入を進め、施設入所につながった一例

ケース	年齢	78歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	不在
	診断	混合型認知症（血管性認知症+アルツハイマー型認知症）			事業母体	その他（一般財団法人）		
困難キーワード	支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、金銭問題							
支援キーワード	本人への説明、在宅サービスの導入、入院 / 施設の利用							

#### 支援開始までの具体的な経緯

中学校を卒業後、貿易関係の会社で荷物の運搬などの仕事をしていた。婚姻歴はなく、兄弟がいたが疎遠となっており、友人や近所に頼れる人もおらずキーパーソンは不在であった。長年独居で生活しており、年金は月に11万程度であった。膝の変形と痛みがあったが、経済的に苦しく受診歴はなかった。自宅のトイレは和式で浴槽も深いため使用が難しく、排泄は近所のスーパーを利用するか室内のバケツを使用し、入浴は銭湯を利用していた。室内に排泄物をためており、冷蔵庫には腐った食料があり、ハ工がたかって不衛生な環境で生活していた（Clutter Image Rating：台所4、寝室4、居間4）。X年夏頃からそれまで一人でできていた家賃の支払いが滞るようになり、住宅の管理会社が支援し、本人の同意のもと家賃の支払い方法を口座引き落としに変更した。しかし、口座引き落としの手続きをしたことが理解できず、住宅の管理会社がお金を盗んでいると訴えるようになった。管理会社の事務所まで来て立腹し騒ぐため、警察に通報された。地域包括の職員が受診や介護保険サービスの利用を勧めたが、拒否が強かったため、支援チームに依頼が入った。

#### 支援開始後の具体的な経過

チーム員が何度か訪問すると、公共料金を滞納し、ガスと電気が止まっていることが発覚した。また、認知機能や身体機能の低下による生活機能の低下、BPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia; 認知症に伴う行動と心理の徴候）による住宅管理会社とのトラブルがあり専門医の受診と介護保険サービスに繋ぐ必要性があったが、経済的な理由で受診を拒否した。

易怒性が高く、受診や介護保険サービスの話をするとチーム員に対する拒否が強くなる可能性があったため、体調確認のために定期的に訪問した。数回訪問を続けると本人の訪問への受け入れが良くなり定期的な訪問を希望するようになった。まずは本人の困りごとである電気やガスの開通のため、公共料金の支払いや手続きを支援することとした。本人との信頼関係を築くことができ、チーム員の支援に対して拒否がなくなったタイミングで受診の必要性を伝え、本人同意のもと認知症疾患医療センターの受診を支援した。その後、近くのかかりつけ医の受診にも繋がった。

継続受診と介護保険サービスの利用の必要性があったが、年金から医療費と介護費を捻出することが難しかったため、医療扶助及び介護扶助が受けられるよう生活保護申請手続きを支援した。要介護1の認定ができたため、ケアマネに情報提供を行い、同行訪問して引継ぎを行った。ケアマネと相談し、週に2回のデイサービスと杖のレンタルを導入した。

現在の身体機能では自宅のトイレや浴室が使用できないことや、不衛生な環境になっていたことに加え、本人が他者の支援を受けることに安心感を感じたことで、本人が支援体制の整った施設で生活したいと希望するようになった。ケアマネが支援し、本人が希望する養護老人ホームへの入所が決まったことで終結した。

### **困難であった点、上手くいかなかった点**

- ・ 認知機能の低下により家賃の引き落としが理解できず、不安から自暴自棄になり易怒性が高くなっていた。
- ・ 認知機能や身体機能の低下、住環境の問題により、不衛生な環境で生活していた。
- ・ 金銭管理困難により公共料金の滞納があり、電気とガスが止められており、生活環境を整えるために支援しなければいけないことがたくさんあった。
- ・ 支援拒否がなくなったことで医療や介護に繋ぐことができたことはよかったが、反対に支援者に対する依存心が高くなり、一人で生活することに不安を感じるようになった。

### **工夫した点、上手くいった点**

- ・ すぐに受診や介護保険サービスに繋げようとせず、本人との信頼関係を築き、本人の生活に直結する困りごとから支援するようにした。その結果、支援の受け入れが良くなり、スムーズに医療や介護保険サービスに繋ぐことができた。

### **最終的な本人の感想**

「あんたら（チーム員）が訪問してくれると、どんぶりご飯を2杯食べた気分になる」という発言が聞かれ、人と関わることや支援を受けながら生活することに対し、満足感や安心感を感じておられる様子であった。

### **研究者からのコメント**

本例のように受診やサービスの導入に拒否的な事例はしばしばあります。本例では、最初に体調確認のための定期的な訪問を行っています。訪問への受け入れが良くなってからは、本人の困りごとである電気やガスの開通のため、公共料金の支払いや手続きを支援して、環境の整備を進めています。タイミングを見計らって、本人が納得した状態での受診に至っています。受診後も介護保険申請、生活保護申請などを行い、環境が徐々に改善しています。最終的には本人が希望して、施設入所に至っており、焦らずに本人の受け入れ状況に合わせて、介入を進めていくことの重要性が伝わってきました。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑧

### 受診への拒否が強かったが、暫定的な診断により、介護サービスの利用に繋がった一例

ケース	年齢	70歳代	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	老年期精神病疑い、軽度認知機能低下			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	支援拒否、幻覚・妄想							
支援キーワード	在宅サービスの導入、その他（暫定的な診断によるサービス導入）							

#### 支援開始までの具体的な経緯

X-2年、夢で見たことを現実と思い込み、「お母さんのことを嫌いと言っているやろ」と夜中に長女に電話で訴えることがあった。

X-1年、生命保険からの振込金を銀行から全て下したことを忘れ、娘が盗ったと言う、TVに映る政治家に娘ですと紹介する、「今政治家が来ているのでこちらの部屋に」と長女に案内する、天気予報の男性に何睨んでいるのと怒り出す、携帯やカギを再三紛失したことを男性が投げたと言い、近隣から大声で叫んでいる声が聞こえると言うようになるなどの幻覚妄想に左右された、まとまりのない言動が出現した。

X-1年8月、迷子になり警察に保護された。X-1年、12月難聴のため聞き取りが難しく、独居生活が不安とのことで援護課から地域包括に相談があった。

X年4月、長女と地域包括が訪問。拒否が強く、長女の説得で自宅に入れた後も、地域包括の話は全く聞かず一人でしゃべり続ける状態であった。日時が分からない、長男を見ても分からない、キャッシュカードの暗証番号が分からないなどの様子から地域包括は認知症の疑いがあると考え、X年9月に支援チームに相談があった。

#### 支援開始後の具体的な経過

整形外科受診後に精神科医が整形外科診察室に向き、診察を行った。診察時、身だしなみは整っていたが、怪訝な表情で看護師の名前を読み上げていた。強い難聴のため、身振り手振りを交えて、処置室に案内したが、過敏に反応し怯えたように体を逸らしていた。本人の拒否が強く、診察の途中で一方的に怒り出して退室してしまったため、鑑別検査は出来なかった。

生活歴の聴取では結婚後2子をもうけ、30歳代で離婚、飲食業など60歳後半まで就労。X-8年、いつか一緒に住めたらと言った娘婿の言葉をすぐに同居と思い込み自宅を売却した。同居はできず購入した中古物件が事故物件で、その頃から猜疑心が強くなったとのことであった。

再受診の予約をしたが受診拒否が強かった。娘の訪問でも開錠せず、介護サービスの利用は困難と判断し、訪問頻度を増やして対応した。家事が可能で娘家族との会食には喜んでいるため様子を見たいと娘から希望があったが、緊急事態を回避するための方法と緊急事態が発生した際の介入方法に関して、娘の意思を確認するために家族のみでの受診を行った。緊急事態を回避するための方法として、インターフォンの工夫、GPS、見守りメール登録を実施した。

その後、物忘れの出現が見られ、老年期精神病に軽度の認知症が併発している状態と診断し、介護保険の

意見書の記入ができ要介護度が出た。今後、認知症の進行による生活への影響が出現し、介入の糸口が見つけられることが予想された。長期戦になることを心得、娘同席での訪問看護から導入して、関係性の構築を最優先とし、現在も支援を継続している。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・鑑別検査のための受診に関する打ち合わせが不十分であった。娘夫婦と関係性は良かったため、受診は可能と判断したが、本人の拒否が強く、鑑別検査が出来なかった。
- ・病識の欠如、幻覚妄想、強い思い込み、高度の難聴などから、訪問看護導入のきっかけ作りが困難であった。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・認知症の進行により生活障害が出現し本人の困りごとが出てくれば介入しやすくなることが予想されるが、現時点では受診やサービスの利用に対する拒否が強いため、時間をかけて介入していく必要があると考えた。娘同伴での訪問看護から導入し、認知症、精神疾患に慣れており、密に連携を取ることが出来る訪問看護師を選定した。専門職による精神状態の評価と生活障害の見極めを行いながら、関係性の構築ができるように関わった。
- ・訪問看護は長女の仕事が終わる時間に合わせて設定し、娘に同席してもらっているが、玄関先のみで自宅内に入れないこともある。しかし、本人の様子から精神状態と生活状態の把握が出来た。また、訪問後に娘から本人の人となりや近況を聞くことが出来、娘の気持ちや困りごとをタイムリーに相談できることで、危機回避と娘の精神的負担の軽減になっている。

### 最終的な本人の感想

最終的な本人、娘の状況：妄想や認知機能の低下は持続し、訪問看護の拒否はみられるが、娘の訪問頻度が増えたことで危機回避が出来ている。娘は訪問看護でタイムリーに相談できる場所があることで不安の軽減につながっている。

### 研究者からのコメント

幻覚妄想が活発であり、受診への拒否が強く、介入が困難な一例でした。本例では詳細な検査を実施することなく暫定的に老年期精神病、軽度認知障害と診断し、介護サービスの利用へとつなげています。受診を拒否する事例では、限られた検査の中で診断をする必要があるため、認知症の専門医が支援チームに関わることのメリットが十分に発揮された事例と感じました。

日常生活に支障が生じている場合は、本人に日常生活での困りごとに焦点をあてて、介入を開始する場合がありますが、本例では生活機能が保たれていたため、介入の糸口を見つけにくい状況になっていました。キーパーソンからも少し様子を見たいという訴えがあったようですが、独居であり、今後生活に支障が生じてくる可能性が高かったため、緊急事態を回避するための方法と緊急事態が発生した際の介入方法に関して、娘と相談することで、今後の準備がしっかりと出来ていました。

支援チームに認知症の専門医が関わることのメリットとすぐに介入することが難しい場合でも事前の準備と関係性を構築していくことの重要性が伺える事例でした。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑨

### 疾患への理解が乏しいキーパーソンへの介入に苦慮した一例

ケース	年齢	80歳代	性別	女性	生活状況	長男と同居	キーパーソン	長男
	診断	混合型認知症（血管性認知症＋アルツハイマー型認知症）			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	支援拒否、キーパーソンの協力不足、虐待							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、在宅サービスの導入、入院 / 施設の利用							

#### 支援開始までの具体的な経緯

X-9年、脳梗塞で入院した。X-6年8月、下着姿、不衛生な状態で徘徊し、民生委員より地域包括に相談があった。警察に3回保護されたが、息子は徘徊は否定し散歩と言い、保護する警察が悪いと思っていた。診察を2回受け、脳血管性認知症と診断されたが、息子は認知症と認めず医療機関への不信が強くなった。地域包括訪問時、本人は興奮し「帰れ」と怒鳴り、前回訪問時と同じ下着姿で強い悪臭があり、自宅はごみ屋敷の状態であった（Clutter Image Rating：台所7、寝室7、居間7）。息子は仕事で20時に帰宅し、その間は独居のため、介護サービスを促したが息子が必要性を理解せず、本人の介護抵抗が強くサービス利用は困難であった。糖尿病でインスリン治療中であったが、バナナ7本、寿司に拘り、食事のコントロールは出来ていなかった。息子は拘りを「強迫性障害」によるものと思っており、支援チームに相談があったが、安定していると息子は拒否した。

X-6年12月、電車やタクシーで出かけ、警察に保護されたが、警察官に噛みつき、暴れたため、再度支援チームに相談があった。介入検討中に、徘徊し倒れているところを発見されて、他院に入院となった。退院後、息子が玄関の外から鍵をかけ、徘徊がなくなったため、息子の危機感はなく、デイサービスは拒否した。X-3年6月、かかりつけ医に「早く診察せい」と怒鳴り診察を断られ、精査とサービス導入のために支援チームに3回目の相談となった。

#### 支援開始後の具体的な経過

画像検査で前頭葉に強い虚血病変、扁桃体を含む側頭葉内側の著明な萎縮がみられ、これらによる固執傾向、易怒性、脱抑制と考えられ混合型認知症と診断され、非薬物療法と薬物療法の必要性を説明した。息子は医師から丁寧な説明とデパケンによる易怒性の軽減を実感し訪問看護は了承したため対応を検討した。セルフケア不足は明らかであったが、本人は入浴はしていると言い、デイサービスを強く拒否したため訪問看護から導入し、他者の介入に慣れ介護抵抗が軽減した頃を見計らいデイサービス、ヘルパーを段階的に導入する方針とした。また、内科医師と連携し糖尿病の身体管理、薬剤管理を行い情報の共有を行った。身体状態と認知機能低下や運動機能低下に伴う転倒や脱水、誤嚥などの身体リスク出現や尿便失禁の頻度が増え明らかなセルフケア不足の都度、看護外来での指導や息子参加でのケア会議を行った。次第に支援者からの尿とりパットや介護食購入、サービス調整の提案を本人、息子が受け入れるようになったため、毎日何らかのサービスが入るように調整した。

X+2年3月、自宅での転倒による内出血があり、尿便失禁による不潔行為があり、便のついた手で食事を食べている状態であった。息子は転倒はいつものことで、明日になればヘルパーが来るのでと言い、全くオムツ交換をしておらず、便失禁でも放置し危機感は全くなかった。ネグレクトにより、在宅での生活は限界であったため、緊急ショートを経て施設入所となった。

X+2年5月、摂食不良で入院となった。食事は舌で押し出し食事拒否の動作と発言があり、認知症の高

度な進行による摂食困難と考えられたが、息子はネット情報から胃瘻は簡便で存命の可能性が高いと認識し、胃瘻を強く希望した。本人が娘に経口摂取が困難になれば胃瘻を希望しない意思を伝えていたこと、認知症終末期で胃瘻は万全ではなく合併症のリスクがあることを繰り返し説明し、娘から息子への説得で胃瘻造設はせず最小限の点滴と好きだったビールでのマウスケアで味を楽しむ方針となった。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・ X-6年時点で、頻回な徘徊による迷子やネグレクトによる不衛生で早急な介入が必要であったが、理解の乏しい息子の入院同意は得ることが出来なかった。娘の同意による医療保護入院を検討したが、息子の虐待根拠が乏しく、息子を排除することは困難であった。
- ・ 息子の疾患への理解が不十分であり、診断後も認知症を認めず、うつと強迫性障害と考えて、自己流の判断により支援チームの介入を拒否した。受診、治療、介護サービス利用までに時間を要した。
- ・ 息子と娘の関係性が良くなく、息子が娘の参画を拒否した事で、理解力が乏しい息子のみへのアプローチとなったことが介護サービス利用の遅れの原因となった。
- ・ 本人の介護拒否で施設側の受け入れが困難であった。また、介護サービスを最大限に利用したが、粗暴行為に対して二人体制でのヘルパー利用により利用額不足、日中独居時間が発生した。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・ 医師が丁寧に病状や非薬物療法と薬物療法の必要性を説明したことで、息子が介護サービスの必要性を理解でき、他者のかかわりに慣れる目的で訪問看護から導入した。
- ・ 定期診察は月2～4回、午後遅い時間に設定することで、デイサービスの導入が可能になった。デイサービスを利用した夜は良眠できることを実感し、デイサービスの必要性が理解できたことでサービス追加に繋がった。
- ・ 支援者、ケアマネ、デイサービス、訪問看護は連携が取れやすい法人内の事業所に依頼し、糖尿病の身体状態も情報が共有できることで状態変化に対してタイムリーにケア会議やサービス調整が可能だった。
- ・ 息子の理解が乏しくセルフケア不足やサービス不足は明らかであったが、ケア会議で十分に検討し、本人と家族のペースを理解しつつ、段階的なケアの提案を行った。その結果、息子が納得し、サービスの受け入れや介護食、尿取りパットの購入などを受け入れるようになった。
- ・ 認知症が高度に進行し人生最終段階の状態では本人にとって苦痛のない最期を迎えるためにはどうすべきかを、長男と繰り返し話し合うことで、胃瘻造設をせず長男が納得できる療養選択ができた。

### 最終的な本人の感想

最終的な本人の状況：介護抵抗、粗暴行為が強かったが、医師から正しい診断と非薬物療法、薬物療法の必要性の説明と、セルフケア不足に対して段階的なサービス導入により受け入れが可能になり在宅の継続が出来た。

### 研究者からのコメント

本人の拒否の強さ、前頭葉症状が目立つ臨床症状、キーパーソンが無理解などにより、長期間適切な医療介入に結びつかなかった大変困難な事例でした。また、支援チームに相談があった直前には玄関の外から鍵をかけるなど、虐待も疑われる状況でした。

支援チーム介入後は医師からの丁寧な説明や薬物療法による症状の改善を通して、キーパーソンが介入を徐々に受け入れるようになり、最終的には家族の納得の上で在宅療養から施設入所に移行できた貴重な事例だと思います。

緊急性の有無を判断しながら、丁寧な説明と段階的な介入の重要性が伝わり、この事例にかかわった支援チームの高いスキルを感じる事例でした。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑩

### デイサービスの導入に向けて、チーム独自の催しを有効活用した一例

ケース	年齢	78歳	性別	男性	生活状況	妻と同居	キーパーソン	妻
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	支援拒否							
支援キーワード	在宅サービスの導入、その他（独自の取り組み）							

#### 支援開始までの具体的な経緯

妻とは内縁関係で40年間同居していた。前妻との間に息子が一人おり、交流は少しある。以前には自営業を営んでいたが倒産し、その後はタクシー運転手をしていた。数年前にタクシー運転手はやめていた。数年前に認知症と診断されていた。

本人と常に一緒に行動をしている妻の介護負担を心配したかかりつけ医から支援チームに相談があり。支援チームから妻へ連絡をして訪問した。

#### 支援開始後の具体的な経過

支援チームと地域包括職員で訪問した。介護サービスの利用を行っていくことで支援を始めた。身体能力は保たれており、認知症との自覚は乏しく、介護サービス利用の受け入れが心配な状況であった。

まずは妻と一緒に支援チームが行っている集いの場へ参加してもらった。1時間半の間、他者との交流や運動を体験してもらい、拒否はなかった。介護認定結果が出てからは運動を主とした半日型のデイサービスを体験し、一旦は利用につながった。

しかし、デイサービスを数回利用した後、本人が行きたがらないと利用が中断された。デイサービスの利用中止後は、日課の散歩に出かけて数時間帰って来ないことも度々あった。妻が連絡しても本人は居場所を伝えることが出来ないこともあり、妻が迎えに行くなどで対応していた。高齢の妻の負担が大きい状況が続いたため、再度集いの場への参加を提案し、本人は参加し、妻は支援者と面談を行い今後について十分話し合うようにした。本人の好みにあうデイサービスを探し、体験を行い、本利用に繋がった。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・一旦はデイサービスの利用に繋がったが、数回の利用だけで行かなくなってしまった。
- ・デイサービスを再度利用できるようになるまでの間、高齢の妻の負担が大きい状況が続いた。

#### 工夫した点、上手くいった点

本人と、妻と一緒に参加できる集いの場へ誘った。はじめは本人、妻も一緒に会に参加。回を重ねる中で、本人と妻の距離を離す機会を作るなど工夫をした。デイサービスの利用が途絶えた後は再度集いの場への参加を提案、本人は参加し、妻は支援者と面談を行い今後について十分話し合うようにした。本人の好みにあうデイサービスを探し、体験を行い、本利用に繋がった。

\*集いの場：支援チームが独自で月1回、1回1時間30分で開催している、運動と談話（自分の話をしてもらおう）を行っている催し。出来ることは自分でして頂くように取り組んでいる。介護サービスの利用に抵抗がある場合、月1回というのは敷居が低く感じられ、家族と参加できることで抵抗感も少なくなり、参加して頂くことが出来ている。

集いの場での様子からアセスメントを深めることもでき、支援を行う上でも役に立っている。この催し以外にも認知症カフェへの参加がサービス導入のきっかけになることもある。

家族さんへも他者との交流が本人へもたらす影響など伝えやすく、後押しできる根拠にもなっている。

## 最終的な本人の感想

（デイサービスの利用は）楽しかった。

## 研究者からのコメント

男性の場合、デイサービス導入はしばしば困難が伴いますが、本例では通常のサービスよりも参加しやすい支援チーム独自の催しである“集いの場”を通して、デイサービスの導入につながりました。デイサービスの導入は本人だけでなく、家族の負担軽減の面でも重要なため、こういったサービス利用のきっかけとなる場を提供する取り組みはとても貴重と考えます。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑪

### 40 回を超える訪問により、金銭管理を目的にした各種制度の利用につながった一例

ケース	年齢	76 歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	内縁の妻
	診断	脳血管性認知症			事業母体	民間病院		
困難キーワード	金銭問題、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	本人への説明、その他（成年後見制度）							

#### 支援開始までの具体的な経緯

地域で倒れている困っている人がいると担当ではないケアマネから地域包括に相談があった。認知症が疑われたため、支援チームも一緒に訪問を行った。自宅前の階段で転倒しており、足を痛めて入院となった。

#### 支援開始後の具体的な経過

入院代が払えず、年金支給日までに食べるものがないとのことだったため、社会福祉協議会に相談して、食料の支援をしてもらった。新聞代や公共料金の滞納もあったため、支払いの手伝いを行った。かかりつけ医がなく、介護保険申請ができなかったため、金銭的な整理を行うと同時に介護保険申請を進めていく方針となった。

その後、公共料金の滞納だけでなく、カードローンなどの負債もあることが分かったが、何で借りたのかも覚えておらず、在宅での独居生活が困難と思われたため、認知症の検査及び成年後見制度の申請を進めていく方針となった。経済的には年金生活で貯蓄がなかったが、課税されており、生活保護の申請は難しい状況であったため、法テラスや社会福祉協議会の社会貢献事業を活用する方針となった。

成年後見制度の申し立てのための司法書士との面談や認知症精査のための受診援助、社会貢献事業の面談などの同席などの関わりを続けた。

精査の結果、脳血管性認知症と診断され、要介護 1 の認定がでた。介護サービスは経済的問題からデイサービスを週 1 日のみ利用した。

介護保険サービスの導入でケアマネがつき、管轄の地域包括職員にも関わってもらったが、本人の強い意向があったためチーム員が支援の中心で介入を続けた。

最終的には、脳血管障害、下肢筋力低下の影響による転倒が原因で入院となり、入院中に在宅復帰は困難と判断されて、精神科病院に転院し、施設入所となった。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・地域包括との役割分担があまりうまくいかず、6 か月を超える支援となった。
- ・経済的な問題を抱えていたが、キーパーソンがいなかったため、状況の安定の為に 40 回を超える方針支援を要するなど、頻回なサポートを必要とした。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・成年後見制度や法テラス・社会貢献事業など活用を計画して、つなぐことができた。
- ・介入当初は金銭管理は必要ないと仰られ、金銭的な問題から、病院受診などには「大丈夫」と消極的であった。しかし、公共料金の滞納が見つかったり、食べるものがないなどの困りごとへの支援をする中で、少しずつ関係性を築きながら、段階的に受診の提案や制度案内などを行っていきようにした。そのため、支援終了までに時間・労力がかかった。また、ケアマネ・地域包括の提案に関しては「自分でやりたい」「大丈夫」など消極的だったが、関係性の築けていたチーム員のことは信頼しており、チーム員からの提案は受け入れてくれた。そのような関係性もあり、最後まで支援チームがメインで関わる形をとった。

## 最終的な本人の感想

ありがとうございます。生活に不安があったので安心しました。

## 研究者からのコメント

本例のように、金銭管理は支援チームが対応する際の1つの大きな問題となってきます。本例では、介入当初は金銭管理への介入を拒否していましたが、公共料金の滞納の対応や食料の支援など、本人の生活上の困りごとへの支援をする中で、少しずつ関係性が構築されています。段階的に受診の提案や制度案内などを行っており、本人の気持ちに寄り添った介入がなされています。その一方で40回を超える訪問が必要になるなど、支援終了までに多くの時間と労力を要しています。本人の感想を見ればこのような丁寧な介入が必要であったことは間違いありませんが、現場の大変さも良く分かる事例でした。また、支援チームにPSW (psychiatric social worker; 精神保健福祉士) などの専門職が関わることの重要性も示唆していると思われます。

## C. 支援の工夫が有効であった事例

事例  
⑫

### 介入開始時、独居でキーパーソン不在であったが、 高齢者支援課と連携し、家族に介入してもらえた一例

ケース	年齢	78歳	性別	男性	生活状況	独居	キーパーソン	民生委員
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	支援拒否、セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、情報収集、支援機関の連携							

#### 支援開始までの具体的な経緯

地元の高校卒業後製造業に就いた。20歳で結婚、挙児なし。数年前に妻が死去、その後独居生活。数年前、兄が死去した際、妹に対して「遺産を横取りしようとしている」との妄想が出現した。兄の自宅や預貯金を自分が相続すると強く希望し、訴訟を起こしたことを契機に妹とは疎遠になった。同時期から近隣住民、特に隣人に対して被害妄想が出現した。近隣住民や民生委員が心配して、声を掛けたり訪問したりした際に、「〇〇（名前）は悪い奴だ」などの発言がみられるようになった。自宅内や庭はごみであふれており不衛生な状態であった。民生委員が話し合いを行っても、会話が成り立たない状況であった。またそのような状態で車を運転しており近隣住民が事故を心配していた。近隣住民や民生委員が時々自宅訪問し様子を見ていたが、訪問時自宅内で倒れているところを民生委員である隣人が発見し、救急搬送された。脱水、頸椎の疾患があり医療機関へ入院したが、本人の強い希望で自宅退院となり、医療機関より地域包括へ相談となった。地域包括より支援チームへ介入依頼があった。

#### 支援開始後の具体的な経過

支援チーム介入後、地域包括と自宅を訪問した。本人からは、「〇〇議員は自分の親戚だ。2億円持っている」などの誇大妄想に支配された発言がみられ、「隣の〇〇は敵だ!」、「〇〇は頭がおかしい」といった隣人への被害妄想も持続していた。自宅内は物が溢れかえり、ごみだらけであった（Clutter Image Rating：台所8、居間5、寝室5）。家具が焦げた跡もあり、火事の危険性が高い状態であった。失禁のためベッド上は不衛生な状況であった。水分を摂っている形跡がなく、再度脱水になる危険性が高い状態であった。専門医の受診や入院が必要と判断し調整を行ったが、家族の所在が不明なことから、まずは後見人の手続きを検討することになり、地域包括より高齢者支援課へ連絡をした。

チーム員訪問翌日、普段から定期的に訪問していた民生委員である隣人が自宅で起き上がれなくなっているところを発見し、救急搬送され、前回同様の状態で再入院となった。医療機関より精神科病院へ転院の方向となったが、ようやく所在不明であった家族と連絡が取れたため、家族の同意による医療保護入院となった。数日後精神科病院へ入院となり、支援終了となった。

#### 困難であった点、上手くいかなかった点

・専門医である、自宅近くの精神科病院の受診を予定していたが、「あそこに入院すると死期が早まる」、「民

生委員から、そこに入院させられそうになった」といった妄想に影響されて、受診に対する強い拒否がみられた。

- ・車の運転を継続しており、免許証の返納に対して拒否がみられた。
- ・家族の所在が不明だった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・高齢者支援課へ介入を依頼し、家族の有無を確認したところ、兄弟の所在が分かり、連絡がついた。行政より連絡を取ってもらった際は「入院させてもう一生外に出さないでほしい。関わりたくもない」との発言がみられたが、チーム員が訪問して話をしているうちに、「妹がもう一人いるので相談する」と言われ、後日医療保護入院に同意いただけると返事があった。本人には会わないと言われていたが、本人の様子に攻撃性が低いことをお伝えすると、最終的には入院日の面会を希望された。その後、後見人が決まるまでの期間は兄弟が料金の立て替えを行い、本人との関係性も良好な様子であった。
- ・医療機関へ入院中、チーム員が本人面談を行った。面談時、本人は自宅にすぐに帰り、訪問看護を入れてほしいとの意向があったが、チーム員より以前会って話した事がある旨を伝えたとこ、笑顔で対応するようになった。「今の病院はもう退院しなくてはいけなくて、介護保険もまだ認定が出ていないので家に帰る前にうちの病院に来てください」と伝えたとこ、本人も今の状態で自宅へ帰ることに対して不安を感じており、転院に納得されたため、精神科病院へ入院となった。
- ・転院当日はチーム員が再度訪問し、本人の意向を再度確認し、タクシーで転院となった。

## 最終的な本人の感想

転院時、本人は拒否なく入院に応じていた。現在も帰宅願望等なく穏やかに過ごされている。本人は「今困っていることはない」と入院を継続中。

## 研究者からのコメント

介入開始時、独居でキーパーソンが不在であり、妄想に支配された状況で介入が困難であった事例です。そういった状況では身体的に危機的な状態に至る場合がしばしばあり、本例でも偶然に隣人が発見して救急搬送に至りましたが、発見が遅れていたら命に関わっていた可能性もあります。本例では高齢者支援課と連携し、交流が途絶えていた家族を見つけ出し、本人だけでなく、家族に対しても丁寧に介入することで、本人と家族との関係性が改善し、最終的に家族からの協力が得られました。

キーパーソン不在、妄想などで受診の拒否が強く介入が困難な事例でも、根気よくアプローチを行い、キーパーソンとの連携方法を模索することの重要性が伝わってくる好事例でした。

また、入院中も落ち着いて過ごしている様子から、現在の処遇は本人にとっても良い選択だったと思います。そこには、入院により独居生活の不安が解消されたことなどが関与しているのかもしれませんが、また、本例では医療機関の入り口が精神科ではなく内科であったことも抵抗感を下げたように思います。

## D. 支援の工夫を行っても困難であった事例

### 事例 ①

## 支援者の間で支援姿勢のずれが生じ、そのことが支援を進めるうえで妨げになってしまった一例

ケース	年齢	94歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	いとこ
	診断	認知症 + 老人性妄想性障害			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	幻覚・妄想、その他（支援機関の連携困難）							
支援キーワード	本人への説明、支援機関の連携							

### 支援開始までの具体的な経緯

兄弟はおらず、一人っ子。幼少期に父親が亡くなり、母親の再婚相手とはそりが合わなかった。再婚相手に対しては、「気持ち悪い」と思っていたと話す。女学校を卒業後、職業婦人として定年まで勤めた。婚姻歴はなし。長期にわたり独居を続け、病院の受診等、何かあれば従妹（母親の妹の子）が支援をしていた。相談時には要支援1で介護保険サービス（ヘルパー週1回、福祉用具貸与：歩行器、自費ベッド）を利用していた。

X年、従妹と従姪に対し、もの盗られ妄想と侵入妄想が出現した。従妹に対して昼夜問わず誹謗中傷の電話をするようになった。誇大妄想、幻視、幻聴も認められるようになった。従妹は電話の音が鳴るだけで動悸がする、持病の心疾患の悪化等が見られている状態だった。妄想に基づいて夜中に隣人に支離滅裂な訴えをしたり、警察に自ら通報することも増え、担当ケアマネから地域包括に相談があり、支援チームに介入依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問時、貴金属や金銭の管理に強い不安を感じており、そのことが妄想に発展している様子がうかがえた。成年後見制度の申請を推奨すると本人は希望され、申請に専門医の診断書が必要であると伝えると本人は特に拒否はなかった。初回訪問後、地域包括は成年後見制度の手続き、担当ケアマネは生活支援継続、支援チームは受診調整を進めることとなった。認知症疾患医療センターへはかかりつけ医を通じスムーズに受診でき、嗜銀顆粒性認知症疑いとのことと抑肝散の処方開始された。

しかし受診後も妄想は軽減せず自ら警察へ通報することが連日続き、認知症疾患医療センターの医師から精神疾患の鑑別も含め、精神科入院が勧められた。関係者間で情報共有したところ、担当ケアマネは「言動が日に日に悪化し夜間も休めていないので家の中でもふらついており、食事あまり食べられず薬も飲めていない、生活が破綻しつつある」との意見、支援チームからは「精神症状のため夜間に警察を呼ぶほどで、医師からも入院治療が必要な状態と意見が出ているため、現時点では在宅生活は難しいと思われる」と意見を出したが、地域包括職員は「入院しなくても、介護保険の訪問看護の利用で大丈夫なのではないか」と述べ意見の相違があった。地域包括の責任者にも入ってもらい、結果、入院の方向で話をすすめていくこととなった。本人に「体力も弱ってきている。泥棒がいつ入ってくるかわからないところよりも安全なところに避難しましょう。かかりつけの先生も心配している。」と伝えると、本人も「先生が心配してくれるのは有難い。安全なところへ行きたい」と喜んだが、関係者で改めて段取りを確認すると、地域包括担当者が役割を担っ

ていたはずの成年後見人の申請と区市町村長同意による医療保護入院の段取りは全く進んでいないことが分かり、地域包括責任者と話をし、これらについては支援チーム主導で行うこととなった。

入院当日まで拒否が出ないよう支援者間で言動統一を図り、特に拒否なく入院となった。入院時は従妹に対する被害妄想の増悪を懸念し同席してもらわないよう調整した。入院後、老人性妄想性障害の診断も受け、3か月の入院経て一度は自宅に退院した。しかし独居での在宅生活は困難であると本人が自ら判断し、施設入所になったと確認している。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

本人の状態が日に日に症状の悪化を認め、早急に支援を必要とするケースであった。その都度、関係者で情報共有を行い、支援の方向性を確認しながら対応していたが、地域包括と担当ケアマネ・支援チーム間で支援の温度差があり、最終的に専門医が精神科の入院治療が必要と判断し、本人も望んでいるにも関わらず、入院に関しての必要性を地域包括担当者のみが感じていないことから、支援のブレが生じ、本来であれば地域包括が対応する部分を支援チームがほとんどを担った。

従来通り、支援者間で情報共有し、役割分担を行ったうえで支援にあたったが、個人的な思いや感情で支援が進まず、さらに早期対応を必要とするケースであったため、連携の難しさを感じた。

### 工夫した点、上手くいった点

- ・本人と関係性がすでに確立されていたかかりつけ医、担当ケアマネ、サービス事業所担当者らから声掛けをしてもらうことでスムーズに専門医療機関を受診できた。
- ・入院医療機関の地域医療連携室とも入院前に密に連絡を取り、入院当日のスムーズな段取りを組むことができた。

### 最終的な本人の感想

精神科に入院となったことで入院数日後に帰宅願望もあったが、「自分は模範となって、早く退院する」と治療にも積極的となり、自分の体と向き合える心の余裕が生まれた。妄想については継続していたが、薬の調整や一人ではない安心感もあり言動や症状の出現については軽減したと病院より聞いている。

### 研究者からのコメント

困難事例の支援においては一般に各機関をつないで情報共有を行い、本人や家族の支援という一つのゴールに向かって歩みを同じくするというのが支援の基本であると考えられます。しかし時に支援者らの間で意見の相違が生まれることは十分に考えられ、本例はそういった場合の典型例と考えられます。

本例ではミーティングを重ねて方向性を決める、ということを繰り返して行っていますが、その場で一部の担当者が表面上は同意していても、十分に納得できないまま話が進んだ可能性が考えられます。老年期に幻覚妄想を呈する事例においては認知機能低下があっても軽く、一見すると在宅生活の継続が可能ないように思われることがしばしばあり、そういった事例の特性も関係していたかもしれません。

いずれにせよ、時間の限られた支援現場でこうした問題が生じると現場の担当者は非常に苦労します。支援において何を重要視するか、どういった課題の解決のために支援をするか、など支援機関ごとに違う可能性がありますので、日頃からの関係機関の交流を行い意識の違いを埋め、いざという時に議論しやすい関係づくりが大切であると考えられます。

## D. 支援の工夫を行っても困難であった事例

### 事例②

## キーパーソンが支援を求めるがあまりチーム活動に対して協力的でなく、支援を進めるのに難渋した一例

ケース	年齢	77歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	キーパーソンの協力不足、セルフネグレクト・ごみ屋敷、幻覚・妄想							
支援キーワード	キーパーソン / 家族 / 住民への説明、チーム員会議の活用、入院 / 施設の利用							

### 支援開始までの具体的な経緯

X-1年、本人が家のそばの信号で佇んでおり、家に送ろうとしたが、本人が家にいるのが不安ということで、老人会の人より地域包括に相談があった。地域包括職員が自宅を訪問すると自宅で飼っていた犬が亡くなっており、自宅の中はごみと犬の毛だらけでごみ屋敷状態になっていた。在宅サービスが一切入っていないため、介護保険の申請をし、デイサービスとヘルパーの利用開始となった。支援チームの事業母体である認知症疾患医療センターで鑑別診断も実施された。しかし2ヶ月後にはサービス利用、かかりつけ医の受診を拒否するようになった。医療関係者である長男が支援チームの支援を受けたいと地域包括に相談し、支援チームが介入することとなった。

### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問時、家の中は物、ごみがあふれていた（Clutter Image Rating：台所3、居間3、寝室3）。携帯電話も毎回同じ場所においていないため、電話の取り方も分からなくなっていた。その後は月1回のペースでチーム員、地域包括、ケアマネと一緒に訪問し、毎回「息子さんに充電をするようにと頼まれて来ました」と伝えるようにした。訪問時に生活状況を確認し、在宅サービスの再開を提案したが拒否された。3度目の訪問から、チーム員や他人が自宅に入ると物が無くなる、と述べ自宅への支援者の訪問も拒否するようになった。長男の訪問は月1回程度であったため、安否確認のために訪問回数を増やすことを依頼したが多忙を理由に承諾してもらえず、長男の意向を確認するためカンファレンスを実施し、施設入所の方針となった。この間、スーパーから帰宅できずに警察に保護される、足を怪我して買い物に行けず衰弱するなどの出来事があった。長男夫妻とチーム員で入所までの段取りを相談し入所先とも連絡を取っていたが、その途中で本人が自宅周辺で転倒し救急搬送されたことをきっかけに、施設入所へとつながった。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・長男夫妻の協力が得づらかった。チーム員から本人の生活状況が危険な状態であることを伝え、訪問回数や安否確認の電話の回数を増やして欲しいと伝えしたが、長男は「仕事が忙しい。妻も体調が悪く頻回に本人に会いにいけない」と言われ、なかなか施設入所に向けて動きがとれなかった。
- ・本人の支援者に対する猜疑心が強かった。長男が本人にあった有料老人ホームを見繕って申し込みをしてくれたため、チーム員、地域包括、ケアマネで施設へ連れ出そうとしたが、施設に入所させられるのではないかと本人が警戒し自宅から連れ出すことは難しかった。

- ・独居で本人の日常生活がみえず、一時食事がとれず衰弱していた時期があり対応が遅れざるを得なかった。
- ・長男夫婦に支援者が感じている危機感が伝わらず、支援者の考えているスピードで動いてくれない長男夫婦に対しどのように対応すればよいか、支援者側は苦悩した。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・長男とカンファレンスをした際、長男の特性、多忙さを考え、まず手紙に支援者の思いを箇条書きに記し、伝えたいことを簡潔明瞭に伝えた。施設入所までの流れをフローチャートに記し、1つ1つの流れに具体的な期限を定め、進捗状況を都度確認した。チーム医（精神科医）とも協働し、長男に理解してもらうための方法を模索した。
- ・このまま介護サービスを拒否した状態で単身生活が続くと認知機能の低下が進み、食中毒や火事の危険性があり、携帯電話も操作できず息子からの電話もとれず安否確認も難しい状況だったため、施設に入所できたことで食事の提供、見守りの面で安心できた。
- ・入所前に、入所する施設と情報共有し受け入れ方法について協議ができた。

## 最終的な本人の感想

老人ホームに入所後の様子について家族から情報は聞けていないが、施設入所時には精神的にも参っていたのか大きな拒否や混乱などは無かった。

## 研究者からのコメント

本例のように、道迷いや身体疾患、ごみ屋敷などのため積極的な支援が必要であるにもかかわらず、支援者に対する妄想などのために支援チームの支援に対して拒否があるケースは少なくありません。その際にはキーパーソンの意向が重要となりますが、本例を始めとして、キーパーソンとの連絡がなかなか取れずに現場が苦慮されるケースが数多く報告されています。本例では、キーパーソンの特性（発達障害傾向）を理解し、伝えたいことを手紙で簡潔明瞭に伝えたり、施設入所までの流れをフローチャートするなど工夫してアプローチされています。認知症初期集中支援において、キーパーソンとのコミュニケーションがいかに重要であるかを示す好例と考えます。

## D. 支援の工夫を行っても困難であった事例

### 事例③

## 家族が受診をさせないなど、虐待が疑われ、身体的に危機的な状況で救急搬送に至った一例

ケース	年齢	80歳	性別	女性	生活状況	息子と同居	キーパーソン	息子
	診断	未診断			事業母体	その他（社会福祉法人）		
困難キーワード	セルフネグレクト・ごみ屋敷、キーパーソンの協力不足、虐待							
支援キーワード	本人への説明、支援機関の連携、その他（訪問による見守り）							

### 支援開始までの具体的な経緯

息子と二人暮らし。非同居の娘とは関係性が良くなかった。

X年6月、「住民票上は上がっていないが居住しており、訪問すると支援が必要な状態なであった」と民生委員から地域包括に相談があった。地域包括職員の訪問時、ごみや物が散乱しており、かなり浮腫が強かったため、まずは医療的な関わりが必要と判断された。生活状況に関しては、ネグレクトやセルフネグレクトが疑われたため地域包括から市に連絡した。介護保険サービスの利用を希望されたが、受診を拒むために支援が進まなかった。家族の介護力を確認しながら、急変の場合に備えるために、認知症なのか精神疾患なのかの見極めと医療の介入を目的に支援チームに相談があった。

### 支援開始後の具体的な経過

訪問時、視力障害と浮腫が見られ、血圧は222/95mmHgであった。生活環境は非常に不衛生であり、強いこだわりからは発達障害が疑われた。救急要請を提案したが、本人が拒否し、息子が「連れていく」と言ったため、救急要請はせず、受診には繋がらなかった。娘に介入の依頼をしたが、関係が悪く、急変がない限り支援するつもりはないとの返答であった。

X年12月にベッドから転落したが、救急搬送は拒否した。徐々に活動性が低下し、寝返りも困難となり、誤嚥を疑う様子も見られた。訪問時、娘と偶然遭遇し、娘から本人に対して往診の懇願をしてもらった。同日、支援チームから往診医に連絡をし、往診をしてもらい、血液検査を施行した。同時に介護保険の申請も行った。翌日、前日の血液検査で心不全により緊急入院が必要な状態であることが分かった。往診医が入院を勧め、娘も「お願いだから入院して治療してほしい」と泣きながら説得し、入院となった。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・介入当初から本人曰く、「習慣」だと排泄は紙パンツ内で排便していた。体中に便が付着していたが「自分で履き替える」と言い、洋服や下着の交換は拒否した。
- ・繰り返し訪問したが、「受診」というワードに敏感に反応し、関係性の構築が困難であった。本人から受診をお願いしたいと言うのを待つしかなかったため、見守りを続けるしかない状況であった。最終的にはベッドサイドからの転落を契機に、下肢筋力の低下が進行し、徐々に活動性が低下し、寝返りも困難となり、誤嚥を疑う様子も見られてからの入院となってしまった。
- ・娘や息子が受診同行を行うと言っていたが行わなかった。

- ・室内はごみが散乱し足の踏み場がない状態であった。外観は廃墟に近くごみ袋が捨てれず溜まっている。室内に鳥や虫が行き来していた。
- ・同居の息子は社会人で就労していたが、息子の部屋は本人の部屋と変わらないほど不衛生であった。カップラーメンの空き容器が多量にあり、片付けができていなかった。
- ・高齢者虐待が疑われたため、支援チームを除く専門機関が検討会議を開催した。長男・長女が支援しても本人の強いこだわりから支援を拒否する可能性があり、認知機能低下やうつ状態によるセルフネグレクトに該当しないと判断され、虐待案件とは認められなかった。しかし、他の専門家からはネグレクトとセルフネグレクトで認定していた方が良かったのではないかという意見もあった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・月に2～3回安否確認のために、「ほかの訪問の道中でちょっと寄ってみた」と声掛け訪問をし、本人の意向を傾聴するとともに、本人の困りごとに対応することで気軽に相談できる環境を整えた。
- ・業務携帯番号を伝えいつでも連絡はできる体制を整えた。
- ・「受診」というワードに敏感に反応したため、訪問時は支援を焦らず、生活状況と身体状態の観察・確認のみを行うように心がけタイミングを見計らった。
- ・地域包括担当者と常に情報共有と役割分担をしながら連携を行った。
- ・家族関係が良くなかったが、電話には仕事で出られなかったため、メールで連絡を取り、状況の報告や共有を行い、家族が関わりを持つきっかけができた。
- ・長女が訪問支援をしている場面に偶然会うことが出来、医療の介入を娘から母に懇願してもらった。その日のうちにチーム員が往診医に連絡し、往診と介護保険の申請につながった。

## 最終的な本人の感想

「前のように歩けるようになりたい」

## 研究者からのコメント

本例は初回訪問時から血圧が非常に高いなど、身体的に対応が必要な状態でした。また、自宅はごみ屋敷になり、不衛生な状態でした。同居していた息子が受診させると主張していましたが、受診にはつながりませんでした。非同居の娘からも協力が得られない状況でしたが、安否確認のために定期的に訪問していました。偶然娘と遭遇した日のうちに往診医に交渉し、往診、血液検査を施行し、入院に至っており、支援チームの諦めない介入によりギリギリの状況での救急搬送に繋がったと感じました。

一方で、より早期の往診が望ましかった事例でもあります。本例も支援チームの中に医師がいて一緒に訪問できれば、より早期の介入につながったのかもしれない。支援チームにおける医師の関わり方を考える上で、とても示唆的な事例であったと思います。

## D. 支援の工夫を行っても困難であった事例

### 事例④

## 独居でキーパーソンの協力が得られなかったため、ぎりぎりの状態で自宅での生活を継続している一例

ケース	年齢	79歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	子供
	診断	認知症（病型不明）			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	キーパーソンの協力不足、虐待、その他（独居）							
支援キーワード	支援機関の連携、その他（訪問による見守り）							

### 支援開始までの具体的な経緯

徘徊しているところ警察に保護され、警察より地域包括に情報提供があった。その後も、民生委員から心配情報の提供があった。病院や市職員に保護されることもあった。地域包括から支援チームに介入依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問時は拒否が強く暴力的であったが、顔なじみの民生委員と一緒に訪問することで本人と会うことができた。その後も訪問を重ね、本人と支援者の関係は良好となったが、医療機関の受診には応じなかったため、経過をみていた。徐々に認知機能障害が進行し、高度高血圧、労作時息切れ、下肢浮腫、膝腫脹、口腔内の腫脹、歯の脱落等の身体症状は急性増悪と軽快を繰り返しながら徐々に活動性が低下していった。「しんどい」と訴えることが増え、医療機関の受診に対する拒否はなくなった。「さみしい」、「お風呂入りに行ってもええ」等と訴えるようになり、サービスの利用を行えそうな状況になったが、家族と連絡がとれず進展はなかった。その後も訪問による安否確認、状況把握しかできない期間が続き、一旦終結となり、認知症地域支援推進員によるフォローに移行した。

約1年後、娘が1度だけ病院につれていき認知症、糖尿病と診断されたが、その後は受診しなかった。医師の勧めで介護保険申請し要介護1の認定がおりたが、その後家族と連絡がとれなくなりサービス調整ができないままとなっている。現在も認知症地域支援推進員によるフォローを継続している。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・子供が幼いころに離婚しており、息子は夫が、娘は本人が養育した。
- ・娘は月1～2回本人宅を訪問し家事支援をしていた。訪問時に偶然1回会えたが、電話で連絡をしても、平日の日中は繋がらないため、殆ど連絡が取れない状態であった。本人宅に手紙を残しても返事がなかった。娘婿の連絡先も把握していたが、娘から連絡しないよう言われていた。
- ・息子は週2～3回、仕事終わりに訪問し総菜や飲み物を届けていた。ごみの始末は本人任せで、屋内外ともにごみが散らかっていた(Clutter Image Rating:台所4、居間4、寝室不明)。息子の連絡先は不明で、娘に尋ねても「負担をかけたくない」と教えてくれなかった。
- ・介入当初、娘は一見協力的で、認知症に対する一定の知識を持っており、本人が受診を拒否することで対応に苦慮していると訴えていた。その後、本人が体調不良を訴え、受診への拒否がなくなったが、多忙であることを理由に受診に連れて行かなかった。その後、徐々に連絡がとれなくなり、娘の意向を把握できないままとなった。
- ・介入当初は自分でシャワーを浴びて、季節に応じた服装であったが、1年後より入浴が難しくなり、浴室は洗濯物があふれて、長期間使用していない様子であった。徐々に体臭が目立つようになり、適切な服装

が徐々にできなくなってきた。現在も入浴が出来ていない状況が続き、ズボンの上からストッキングをはいたり、下着のみで外出したりするなど不適切な服装がより目立つようになっている。

- ・夏は冷房、扇風機を使用せず、締め切った暑い部屋で過ごしていたため、熱中症のリスクが非常に高い状態であった。冬は暖房を使わず、以前使っていたこたつも現在は使用できなくなっているため、衣服を重ね着して寒さをしのいでいた。
- ・本人の状態から医療機関の受診が必要であったが、救急搬送するほどではないこと、ごみが散らかっている等の不適切な状況ではあったが、食事や水分の提供など最低限の家族からの介入はあったことから、ネグレクトとまでは言い難いと判断し、キーパーソン不在のままサービス調整することもできず、ゴールがみえないまま支援を継続している。
- ・キーパーソン不在の状況に至った原因として、娘とチーム員や主治医との関係構築がうまくいかなかったことが考えられた。ファーストコンタクト時の対応や緊急性・重症度のアセスメントを基に、本人・家族の思いを置き去りにしない介入支援の重要性を痛感した事例であった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・認知症は進行しているが（HDS-R 2点）、顔なじみの民生委員との訪問や継続訪問により、支援者のことは覚えており、関係構築ができていた。
- ・民生委員を中心に地域の見守りにより何とか独居生活が成り立っていた。
- ・キーパーソンからの情報が十分でない中、関係者からの情報を積み重ねることで、本人や家族についてアセスメントを深めることができた。

## 最終的な本人の感想

会話のやりとりが難しくなっており、本人の思いを把握することは難しいが、下記のような訴えがあり適切な状況ではないように感じる。一方、慣れ親しんだ自宅だからこそ、本人の安心感につながっているかもしれない。

### 本人の様子

表情が乏しく、「えらい。」「もういかん。」など悲観的な訴えが多い。

「わからん。」と不安そうにされることも多く、人恋しさもあるようで、推進員の訪問を喜んだり、自宅前を通りかかる人を見るために玄関で過ごしていることも多い。

## 研究者からのコメント

独居で、キーパーソンの協力が得られなかったため、医療機関の継続的な受診、社会福祉サービスの導入に繋がらず、ぎりぎりの状態で自宅での生活を継続している事例です。

HDS-Rが2点まで低下し、ごみが散らかった状態で、入浴できず、冷暖房が使用できず、下着で外出してしまうなど、自宅での独居が非常に難しい状態となっていました。キーパーソンと連絡を取ることが出来ず、支援チームとしては身動きが取れない状態となっていたもどかしさが伝わってきました。

そういった状況でも地域の見守りと支援チームの定期的な訪問により、危機的な状態は回避できていますが、医療機関の受診が必要な状態であるにも関わらず、受診させようとしなかったり、独居での生活が出来なくなっているにも関わらず、放置している子供たちの対応に関しては、高齢者虐待に該当する可能性があるのではと感じました。まずは虐待事例の相談窓口である地域包括としっかり議論を重ねる必要があったかもしれません。

本例のように、本人が拒否を示していないにも関わらず、キーパーソンが機能していないために、適切な医療や福祉サービスに繋がらな場合には、支援チームが主導となり、受診やサービスの導入につなげられる制度の必要性を示した事例であると言えます。

## E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）

### 事例 ①

## 孫娘が自覚無きヤングケアラーとなっており、支援介入が進みづらかったごみ屋敷の一例

ケース	年齢	84歳	性別	女性	生活状況	孫と同居	キーパーソン	子供
	診断	認知症疑い			事業母体	その他（地域ケア総合推進センター）		
困難キーワード	セルフネグレクト・ごみ屋敷、その他（ヤングケアラー）							
支援キーワード	情報収集、チーム員会議の活用							

### 支援開始までの具体的な経緯

X-1年2月、本人より地域包括へ電話で買い物支援の相談があり、実態把握のため翌月自宅を訪問した。自宅は美容院を併設した一軒家で、本人は美容師免許を持ち、長年のなじみ客が時々髪染めのため自宅へ来店していた。本人は「孫娘や地域の人に助けられて生活出来ている」と話しており、実の息子は県外に単身赴任中で、その娘である高校生の孫と2人暮らしをしていることが判明した。息子の連絡先は得られなかったが、息子の依頼で生活のためのお金を定期的にJA担当者が届けてくれており、民生委員も実際に訪問しているようで、まずは定期訪問開始となった。5月にかかりつけ医と情報共有したところ、2月以降受診が出来おらず、著明な認知機能低下に対して精査しようにも家族からの意向がないので対応できないとのことであった。12月に訪問した際、孫娘と対面できた。孫娘の身なりは保たれており、「キーパーソンの息子からの連絡を欲しい」と伝えるが地域包括へ連絡はなかった。

X年5月、民生委員から本人のコロナワクチン接種について地域包括に相談があり、地域包括担当者と民生委員で訪問（この時チーム員も同伴）した。室内は、至る所に物が散乱しハエも飛び、台所や風呂場、トイレは長年掃除していないようであった。冷蔵庫にはわずかな食糧しかなく、財布、医療保険証、介護保険証、コロナワクチン接種券は見当たらなかった（Clutter Image Rating：台所4、居間4、寝室9）。また、猫を飼育していたため室内は獣臭が充満していた。本人から異臭がすることはなく、痩せも目立たなかった。同日、改めて支援チームへの支援介入依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

初回訪問時、息子の連絡先が判明したため支援チームから息子へ連絡した。県外在住の息子は同年3月まで定期的に自宅に来ており、段ボールに日持ちする食材を詰めて仕送りしていたことが判明した。息子は「母はボケてはいるが、話をしていると非常に正常と感じる。」と述べ危機感に乏しかった。

6月、息子帰省時に小規模多機能事業所担当者とともに自宅で面談を行い、介護認定後に同施設のサービス開始予定の方針となった。孫娘にも、本人には支援が必要であることを伝えたところ「わざわざ自分から相談することではないが、聞いてもらえるなら支援をお願いしたい」といった返答があった。この際、X-7年（孫娘が小5の時）に同居していた息子の妻が逝去したため、孫2人は単身赴任の息子宅に転居したが、孫娘だけが息子とそりが合わずに中3の時に本人宅へ戻ったという経緯も判明した。また、本人は昔から片づけが不得手であったようで、息子の妻の死去後に現在のごみ屋敷が完成されていったものと推察された。7月、要介護1の認定を得てサービス利用開始し、継続利用ができています。

## 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・チームに繋がるまで地域包括が継続訪問をしていたが、キーパーソンの連絡先が把握できず支援が長期化していた点。
- ・同居の孫娘と県外在住の息子との関係が悪く、キーパーソンの息子への情報集約が難しかった点。
- ・孫娘が不登校気味、ヤングケアラーであったが、高校生であることから地域こども相談センターの対象とならなかった点。学校のスクールカウンセラーや担任との連携も試みたが、息子の理解が乏しく個人情報の兼ね合いで直接連絡もできなかった。地域包括は孫娘を支援する窓口になりえないため、本人の家族支援として限界を感じた。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・支援チーム介入後、まずキーパーソンを把握することに努めることで、支援が円滑にすすんだ点。
- ・チーム員会議で、息子に ADHD の傾向があるのではないかとの意見が出て支援の幅が広がった点（この内容が本文に記載されていませんが）。またキーパーソンの対応方法を共有することで、必要な情報の漏れなどにも早期対応することが出来た。
- ・金融機関、サービス事業所、民生委員などの関係機関と本人と孫娘の顔合わせをすることで、お互いの情報が共有することができた点。
- ・小規模多機能事業所居宅へ支援を依頼したことで柔軟な対応が可能となり、定期受診もできるようになった点。

## 最終的な本人の感想

地域の民生委員や住民から気にかけている存在であり、事業所との関係も良好かつ地域に支えられながら生活することができ、本人も満足されていた。

## 研究者からのコメント

本例は昨今話題になっているヤングケアラー問題を含め、多くの課題を含む事例です。自宅がごみ屋敷でも本人、息子、孫娘のうち誰も大きな問題として認識しないまま長期に経過しており、支援介入の遅延に繋がっています。

支援自体はチーム介入後速やかに長男と連絡が取れてサービス調整が進んでおり、支援チームの柔軟な機動力が発揮された結果となっていますが、本人の認知機能低下の経時的な進行が予想され、もしこの時点で介入されていなかったならどうなっていたのかと想像すると非常に憂慮すべき事例です。

本例のように介護の担い手がヤングケアラーの場合は、積極的に地域包括から初期集中への連携を進めて良いと思います。家族全体を俯瞰して関わる専門職が必要です。

## E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）

### 事例②

## 遠方在住のキーパーソンと連携を図り、自動車免許停止に至った一例

ケース	年齢	82歳	性別	女性	生活状況	独居	キーパーソン	姪
	診断	アルツハイマー型認知症			事業母体	社会福祉法人		
困難キーワード	その他（自動車免許）							
支援キーワード	本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明							

### 支援開始までの具体的な経緯

結婚歴なし。独居。定年まで看護師として従事した。退職後は、地域の「まちの保健室」等に参加し、地域貢献に尽力した。

X年4月、「1～2年前から友人宅に来るのに家を間違える」、「少し前の事を忘れ、メモしたことを忘れる」、「毎日車を運転しているので怖い」と友人から市役所に相談があった。市役所から地域包括へ連絡があり、認知症が疑われたため、地域包括から支援チームに依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

同月、初回訪問を行った。訪問の前日に訪問の約束をしていたが当日には忘れていた。自宅は物が溢れ雑然としており、足の踏み場も無い状態であった。探し物をしている時間が増えているとの訴えがあり、物忘れの自覚がある程度あった。ガスコンロは使わないようにしており、料理らしいことはしていないとのことで、トマトやみかんなどの料理しないで済む食材を選んでいる様子であった。腐ったリンゴが玄関に置いてあり、コバエが飛んでいた。金銭管理に関しては不明であった。独居、車の運転は困難と思われた。

電話で訪問の約束をしても、当日には不在で会えない事が続いた。車の運転は「安全運転だから大丈夫」との発言がみられた。

確定診断の為の受診を調整すると同時に、かかりつけ医・キーパーソンの姪に連絡し、連携を図った。介護保険の申請も行った。X+1年1月、かかりつけ医と姪が面談を行い、車の運転が困難であり、公安委員会に通知を送付する予定であることを説明した。面談の次の受診時、免許停止に関して通告し、公安委員会へ通知を送付した。その後、廃車し、姪宅近くへ転居となった

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・キーパーソンの姪が遠方在住の為、コロナ禍で来訪できず、かかりつけ医との面談するまでに時間がかかった。
- ・車の運転は「安全運転だから大丈夫」と自信があり、「便利なだけでなく、生き甲斐」、「運転できないなら自殺する」という発言も見られた。
- ・「〇△まで乗せて」と、友人に頼まれる事が嬉しく、役に立っている事が心身の支えになっていた。
- ・物忘れの自覚がある程度あったが、そのことと車の運転中止が繋がらなかった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・医療従事者であったことから、診断への拒否はなかった。

## 最終的な本人の感想

確認できず

## 研究者からのコメント

本例は認知機能障害が明らかでしたが、本人は運転に自信を持っており、友人に送迎を頼まれることが本人の楽しみの一つになっていました。免許の停止までに時間を要しましたが、姪と連携を図ることで、姪宅の近くに転居し、運転をやめることが出来ました。

## E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）

### 事例 ③

## 身体疾患の治療により、身体状況の改善に伴い、 精神状態も安定した一例

ケース	年齢	87歳	性別	男性	生活状況	妻、次男と同居	キーパーソン	妻、次男
	診断	未診断			事業母体	認知症疾患医療センター		
困難キーワード	支援拒否、易怒性・興奮、キーパーソンの協力不足							
支援キーワード	本人への説明、キーパーソン / 家族 / 住民への説明、その他（往診）							

### 支援開始までの具体的な経緯

本人、妻、次男の3人暮らし。元来短気で怒りっぽい性格。長男とは20年前に言い争いになり、以降付き合いはない。妻は要介護3の要介護状態で、同居の次男が介護していた。本人は庭の手入れや畑仕事を趣味としていた。

数年前に糖尿病と診断されたが、通院、治療を自己中断していた。足の痛みを再々訴えていた。

数か月前より同居の次男に対して物盗られ妄想が出現し、「通帳を盗られた」、「財布を盗られた」と訴えるようになり、徐々に易怒性が増していった。次男に対して暴言や暴力が出たため、次男は一時的に車で宿泊するようになったが、要介護状態の母（本人の妻）が心配で母の担当ケアマネに相談した。

担当ケアマネが訪問した際、本人が興奮した様子で模擬刀を手にしていたため、担当ケアマネが身の危険を感じ、地域包括へ相談した。地域包括から支援チームに介入依頼があった。

### 支援開始後の具体的な経過

支援チーム介入に当たり、長男、次男、地域包括、妻のケアマネ、認知症疾患医療センター、支援チームで介入について話し合いを行った。本人が興奮した場合を想定し、初回訪問はチーム員の男性看護師が同行することとなった。専門医受診についてチーム員より本人に話をすることとした。

初回訪問時に本人の話を聞いたところ、足の痛みがあるが、他に困っていることはないと返答した。庭の花の話などをして、興奮する様子はなかったことから、まずは糖尿病に対して往診から始めてみてはと提案をしたところ本人が了承した。

同日妻のかかりつけ医の内科へ相談し、妻の往診時に本人の身体状態も診てもらう方針となった。往診時、チーム員も同席したが、本人は拒否もなく往診に応じた。興奮することがあることを往診医に伝えたところ、内科の薬と一緒に興奮時の処方提案され、次男も了承した。同時に介護保険を申請することとなり、足の痛みに対して訪問リハビリ導入となった。

訪問診療、訪問リハビリが導入され、本人の症状も落ち着いたことから、次男より認知症の受診は見合わせると申し出があった。

数日後、地域包括に確認すると、問題なくサービス導入できており、身体状況も良くなっているとのことであった。興奮や妄想は以来治まっていることから、支援終了となった。

## 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・専門医受診を提案した際、本人が興奮することを懸念し、次男が専門医受診に賛成しなかった。
- ・妻の担当ケアマネは妻を保護するために、妻を施設に入所させたいと希望したが、次男は自宅で看たいと希望し、意見が一時相違した。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・次男が専門医の受診を希望されなかったことから、内科疾患からのアプローチに変更したことで、未治療だった糖尿病の治療が開始できた。糖尿病の治療により、体調が良くなった後は精神状態も落ち着いていた。
- ・初回訪問時、本人を刺激しないように『健康チェックに来た』と声掛けをしたことで本人も拒否なく受け入れてくれた。
- ・妻の往診の医師に協力を求めた結果、自然な形で医療サービスに繋げることができた。また、妻のかかりつけクリニックには整形外科もあり、訪問リハビリにも繋ぐことができた。

## 最終的な本人の感想

最終的な本人の様子：訪問診療や訪問リハビリは拒否無く受けている。精神状態が落ち着いたことで次男との関係も良好となった。

## 研究者からのコメント

妄想、興奮により、家族が自宅で安心して生活できない状態となり、介入が開始された事例でした。本人の身体症状の訴えに焦点を当てて、内科の治療を優先し、身体状況の改善に伴い、精神状態も安定しています。身体状況の悪化によるせん妄などの場合は、身体状況の改善により、精神症状、認知機能障害が改善する場合があります。また、認知症専門外来は敷居が高い場合があるので、身体面を前面に出して、かかりつけの内科医を受診してもらうのが有効な場合があります。その際にかかりつけの内科医の認知症対応が重要となりますが、本例はかかりつけ医の認知症対応スキルの向上の重要性を如実に示している事例と思います。

また、通常であれば認知症専門医の受診が検討される事例ですが、本人が興奮することを家族が懸念したため、専門医の受診は見送っており、家族の要望を確認しながらの柔軟な対応が伺えました。

## E. その他の事例（ヤングケアラー、自動車免許、身体治療、往診）

### 事例④

## 外出への拒否が強かったため、往診、訪問介護の導入が奏功した一例

ケース	年齢	87歳	性別	男性	生活状況	妻と同居	キーパーソン	妻と子
	診断	認知症（病型不明）			事業母体	地域包括支援センター		
困難キーワード	支援拒否、易怒性・興奮、幻覚・妄想							
支援キーワード	在宅サービスの導入、支援機関の連携、その他（往診）							

### 支援開始までの具体的な経緯

約3年前より引きこもりがちな生活となり、腰痛や認知機能障害の進行があったため、家族が介護保険の申請を希望し地域包括に相談したが、本人の拒否が強く申請に至らなかった。家族がかかりつけ医に相談し、認知症疾患医療センターに紹介状を作成したが受診できなかった。支援チームでの介入を行ったが、受診に至らないまま一旦終結となった。その後、易怒性、幻覚・妄想、介護抵抗が強くなり、家族が対応に苦慮していたため、再度支援チームでの介入を開始した。

### 支援開始後の具体的な経過

介入時には自室に引きこもり、昼夜逆転の生活であった。主に夜間に、客人が訪ねてきていると言い、出かけようとする、古い知り合いと待ち合わせをしていると言い、夜中に自転車で出かけようとするといった妄想を疑う発言があり、家族が対応に苦慮することが増加していた。長く入浴や着替えをせず不衛生で、おむつをはずしてトイレまでの移動中に尿・便失禁をするので後始末の負担も大きい状態であった。

チーム員が訪問した際、「誰が呼んだんや」と妻に対しての暴言がみられ、自室からなかなか出てこなかったが、チーム員が本人の現役時代の話などを丁寧に傾聴すると機嫌よく応じてくれた。チーム員が本人のペースに合わせて着替えを促すと自身で着替えをすることはでき、医師の診察や看護師の採血には協力的であった。受診のために外出することに対する拒否が強く、その背景には過去の生活歴（自分の家は貧しく、近所の人からばかにされてきたと本人は思っており、周囲への不信感が強く虚勢をはっている）が影響していることが分かった。

本人は元々話し好きで、上手に関われば着替えにも応じることより、外出を伴う受診や介護サービス導入を無理に進めるのではなく、往診や訪問系サービス導入を目指す方向で家族と相談を重ね、最終的に往診による医療受診と訪問介護による入浴介助、排泄の後始末などのサービス導入ができた。サービス導入により本人は穏やかになり、妻の負担感も軽減した。

### 困難であった点、上手くいかなかった点

- ・家族とチーム員の意向を優先し、医療受診や介護申請を進めようとしても上手くいかなかった。
- ・往診や訪問系サービス導入を目指すことについて、家族やチーム医と意思統一することに時間を要した。家族にとって往診は、「先生に来てもらうのは申し訳ない。」「そこまでの状態ではないので、もう少し家族で頑張ってみます。」とハードルが高い様子で、医師にしても「できるだけ病院に連れてきてほしい。」

と往診には消極的であった。受診に向け実際に努力してみたがうまくいかなかった状況を共有することで、家族と医師の納得が得られ、最終的に実現につながった。

- ・また、介護サービスについても家族としては本人と離れる時間を持てること、一般的に認知度も高いこと、自宅に人が来ることを好まないことより、デイサービスを希望されることが多いが、まずは訪問系サービスから導入することで第三者との関わりに慣れていこうと説明することで納得が得られた。
- ・往診対応で提供できる検査や診療には限界があるため、認知症性疾患、身体疾患の詳細な評価は出来ず、医師からは機会をみて病院受診につなぐよう指示があったが実現しなかった。

## 工夫した点、上手くいった点

- ・本人が受診を拒否する原因がわかった（想像できた）ことで、本人の意向を尊重した支援を行うよう方針転換し、結果的に状況が改善した。
- ・チーム員が着替え介助に成功したことで、家族が第三者が介入するとうまくいくこともあると実感でき、訪問系サービス導入への理解につながった。
- ・妻の担当ケアマネ（地域包括職員）と適宜状況を共有しながら支援を進めており、サービス調整（居宅介護支援事業所やサービス提供事業所の選定等）にあたっては、妻の担当ケアマネが介入することでスムーズな支援が行えた。

## 最終的な本人の感想

最終的な本人の状況：会話はかみ合わず十分な確認はできないが、家族によると介入時よりは穏やかに過ごせているとのこと。

## 研究者からのコメント

一般的には医療機関を受診し、デイサービスなどの外出を伴う社会福祉サービスの導入が行われることが多いですが、本例では外出への拒否が強かったため、本人の意向に沿って、外出を伴わない往診、訪問介護を導入することで、事態が好転しました。支援チームに相談がある事例では、本例のように受診や外出を拒否するケースが多いため、往診や訪問介護を検討していくことが重要となります。また、本例のように往診や訪問系サービスに家族が消極的になる場合があります。その理由として、「片付けが出来ておらず気になる」、「長く入浴出来ておらず体が汚い」、「排泄の失敗があり部屋に尿臭・便臭がある」、「わざわざ来てもらうのは申し訳ない」、「近所に知られたくない」などが聞かれるようです。そういった家族の気持ちに寄り添いながら、丁寧な説明をすることで、本例では最終的に往診、訪問介護を導入し、本人の精神状態の安定、家族の負担軽減につながった、訪問診療の充実の必要性を示す大変重要な事例であると考えられました。

