

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：地域密着の実践から～

近 藤 芳 江

はじめに

ソーシャルワーカーデーにて登壇の依頼を頂いた時、ソーシャルワーカーとして何をしているのかを振り返る機会をいただいたと感じた。報告者は、介護支援専門員として、自転車で訪問可能な地域で、利用者が自宅で暮らしていただけるように相違工夫してきた。その体験を、事業所だけでなく、地域において広げたいと考え、区居他介護支援事業者連絡会幹事、名古屋市介護サービス事業者連絡会幹事、社会福祉士会理事として、名古屋市の各種委員会へ参加するなど、様々な立場で活動している。一方で、社会福祉士専門職後見人として成年後見人を受任しつつ、愛知県内での社会福祉士後見人の普及、啓発を行ってきている。活動の根本は、権利擁護の視点にたった活動だと考えている。利用者や被後見人に対して直接関わらせていただくミクロな領域から、地域のシステムへの提案をしながら、当事者である利用者やサービス事業者などとも一緒に考え行政などとも連携している。そうすることで、ミクロな支援がメゾの領域に少しでも影響を与えられるようにと考えている。今回、自身の業務や活動がソーシャルワーカーとして、本人に向かいあい、地域に働きかけるというソーシャルワークを行ってきていることをあらためて確認する機会をいただいた。

1. ミクロで本人に向かいあう環境

(1) 事業所が所在する地域

報告者は、N市にて介護支援専門員として居宅介護支援事業所に勤務し、ソーシャルワーカーとしてケアマネジメント業務をおこなっている。報告者の活動するN市は平成28年4月時点で人口229万5000人、区内人口16万7000人、高齢化率は約27.57パーセント、市内16区では2番目に高齢化が進んでおり、独居の高齢者人口は、N市で1番多い地域である。区内には、総合病院は5ヶ所、訪問診療所、居宅介護支援事業所が52ヶ所、介護サービス事業所も複数所在する在宅介護を可能とするフォーマルサービスは整っている地域である。

(2) 事業所の特徴

報告者の所属する事業所は、昭和10年代から、助産師・助産所として、開設しており、社会の変化に伴い、産後ケアから病院付き添いまで行う家政婦紹介所、訪問介護や居宅介護支援事業所を行う介護保険事業所へと事業転換してきた。そして、地域住民の方々に、最期まで、住み慣れた自宅で暮らしていただけることを目指している。

特徴として、サービス地域をすぐに駆けつけることができる自転車で概ね5分以内としている。そうすることで、訪問介護が頻回になっても、また、緊急時も、対応が可能となってくる。そして、5年以上の利用者は珍しくなく、長期間のお付き合いになる利用者が少なくない。15年以上関わらせていただく利用者も複数ある。また、事業所は、隣が食品スーパー、道路挟んで向かいはドラッグストア、3軒隣がゆうちょ銀行と日常的に買い物などに出かけることで、本人やご家族のモニタリングが可能な立地である。一方で、家政婦紹介所を営んでいたこともあり、看取りに対する抵抗感があまりなかったことも特徴といえる。

（3）介護支援専門員の仕事

居宅介護支援とは、介護保険法第7条5項に規定されている。その内容は、居宅サービス、地域密着型サービス、そのほか利用者が日常生活を送るために必要となる保険医療サービスまたは福祉サービスなどを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、利用するサービスの種類や内容、これを担当する者などを定めた計画を立案し、その計画に基づいてサービスが提供されるよう、事業者などの連絡・調整を行うことである。

（4）ソーシャルワーカーとしての視点

報告者は、ソーシャルワーカーの専門性を意識して、介護支援専門員の業務をおこなっている。その一つは、利用者の権利擁護を意識し、支援を提供している。本人の希望が「自宅で最期まで、家で死にたい」と、その人らしい生活を送ることができる権利を保障していくという積極的権利擁護を意識しているのである。そのためには、日々、利用者・家族に耳を傾け、エンパワメントに徹し、時には、代弁することで、自分らしく生きる権利を保障する支援の方法を常に模索している。また、個別の事例から、経験したことを振り返り、地域へ働きかけるということを意識して委員会などに出席し、発言している。

2. 個別事例を通して

本稿では、「ソーシャルワーカーデー in あいち」の当日報告で取り上げた5事例を取り上げたうち、3事例を取り上げる。

（1）事例1：一人暮らしでも、好きなビールを最期まで楽しんだAさん

Aさんは、90歳代の男性、一人暮らし、要介護5、高齢者日常生活自立度B、認知症日常生活自立度Ⅱa、病名は、アルツハイマー型認知症、転倒による硬膜下血腫もある。生活全般に介助が必要になってきており、

1日をベッド上で過ごしていた。好きなビールを冷蔵庫に取りに行くこと、ベッド横のポータブルトイレを使うこと、ビールを注文し、酒屋さんがビールを配達する時には、玄関までの5メートルほども鍵を開けるためになんとか歩いていた。Aさんは、「ビールが好き。テレビを見ながら、気ままな暮らしがしたい。入院はもう嫌だ」デイサービスは体験してみたが、「行きたくない」といい、利用には至らなかった。Aさんは、訪問診療、訪問看護週1回、訪問介護1日2回のサービスを利用し、隣の奥さんの訪問もあり、ゴミ出しなどの協力もあり、生活が支えられた。

支援関係者の中では、本人の意思を尊重し、好きなビールを飲みながら、気ままに暮らしており、本人らしい生活を続けていただけたと思っていたのだが、Aさんについて、某テレビ局の放映で一人暮らしの認知症高齢者で「かわいそうな人」という印象の報道がされた。最後は自宅にて、転倒しているところを朝のヘルパー訪問時に発見され、主治医に最期を看取っていただいた。

客観的には、Aさんを「ひとりで、十分な支援を受けず、かわいそうな人」と捉えられたかもしれない。しかし、親族と本人らしい生活を保障しようと、関わってきた支援者の間では「好きなビールを最後まで楽しみながら、ひとり暮らしを全うできた」と振り返っている。人それぞれ異なる価値観があり、本人に寄り添い、一緒に考えて自分の価値観を押し付けないで、チームで支援することで、Aさんの希望は叶えられたと考えている。

(2) 事例2：精神病院入院から、本人の生きる意欲を掻き立てる自宅で療養することにより、食事が摂れるようになったBさん

Bさんは、70歳代の男性、要介護5、奥さんと二人暮らしで、子供はいない。高齢者日常生活自立度C2、認知症日常生活自立度Ⅳ、60歳代からの若年性アルツハイマー認知症と診断されていた。前任のケアマネジャーの時に、デイサービスやヘルパーを利用することで、在宅生活を送ってい

た。しかし、認知症による周辺症状が悪化し、小規模多機能施設を利用することになった。しかしながら、そこでの対応が困難になり、精神病院への入院となる。約1ヶ月、本人は、口から食べることなく、点滴で栄養をなんとか摂っていた。そのため、病院から胃瘻を勧められが、妻は、胃瘻にするなら自宅で看取ってもいいという覚悟で退院し、自宅での療養看護を決意する。そのため、在宅で訪問診療を引き受けてくれる診療所や、ケアマネジャーを探され、奥さんからの依頼をうけて、ケアマネジャーとして関わらせていただくこととなった。その後、入院中の精神病院 PSW（精神科ソーシャルワーカー）、自宅での訪問診療医、訪問看護、訪問介護、福祉用具、訪問入浴、訪問歯科などの在宅サービスを調整する。経口摂取を1ヶ月もしていないため、訪問看護師による嚥下評価を行い、訪問歯科医による嚥下訓練を調整する。また、入院中入浴もしておらず、約1ヶ月の間、ベッド上だったため、訪問入浴を開始する。入院中のトラウマか、介護への抵抗もみられた。訪問介護、訪問看護では、エマニチュード（フランス生まれの新しい認知症ケアの手法）を取り入れ、介護抵抗が徐々に少なくなっていく。退院後、1ヶ月には、車椅子へ移乗し、普通食を食べ、デイサービスの利用も始まっていた。約3ヶ月後には、介助にて歩行できるまでになっていた。ベッド上の生活から、椅子への生活へ、また、食事も、介助から自分で箸を使って食べられるまでになっていた。

このBさんを通じ、認知症の周辺症状の悪化により、精神病院へ入院してしまうこともあること、しかし、このまま入院生活が続いていたら、ベッド上で、最期を迎えていたかもしれない、しかしながら、家族の強い思いに動かされ、支援者がチームを組むことで、在宅での生活は可能になること、また、人間らしさがもどり、身体機能的にも改善されることを経験させていただいた。

(3) 事例3:100歳を過ぎ、寝たきり状態でも、支援を受けながら一人暮らしを希望し、最期もその自宅でヘルパーに看取られ自分の希望を全うし

たCさん

Cさんは、100歳代の女性、要介護5、高齢者日常生活自立度C2、認知症日常生活自立度Ⅱa、狭心症、緑内障と診断されていた。7年間関わらせていただき、支援当初は、主治医から「病院受診は、一人で来ないで、誰か付き添って来るように」との言葉から、介護保険の支援が開始された。徐々にADLは低下していき、最後の約3年間は、寝たきりの状態で、一人アパートで過ごした。そのころには、生活全般に介助が必要であり、誤嚥しやすく、視力もほとんどなく、難聴で、大きな声でやっと聞こえるという状況だった。Cさんの希望は、「息子が暮らしていたこのアパートで最後まで暮らしたい」ということであった。支援体制としては、訪問診療は内科、眼科が2週間に1回、必要に訪問歯科、訪問看護は週1回、訪問介護は1日3回、訪問入浴は介護保険の限度額の関係で、2週間に1回利用した。担当者会議で、主治医から「こんな状態は、考えられない」という言葉に対し、Cさんから「救急車には乗りたくない。病院は嫌」との言葉に、主治医も、この状況を納得し、支援者はチームで対応していくことになる。最後は、食事摂取量がしだいに減少していき、主治医から「無理して食べてもらわなくてもいいよ」との連絡をいただき、家族への説明がされた。最期は、ヘルパー訪問時に、息を引き取った。その後、主治医に連絡し、嫁と一緒に死亡確認をおこなった。

この事例を通じ、本人の意向を大切にすることと支援のあるべき状況の違いとのジレンマを感じながらの支援することを体験した。このような状況で、ひとりで暮らすことが本当に本人の望むことなのか、最期の看取りがヘルパーで、親族に囲まれずに亡くなるのが幸せなのかを考えさせられた。本人の思いを全うすることは、家族や親族、支援者チームの方針が同じ方向を向いていくことで可能になること、そして、本人の希望を伝えやすい環境を整えることで、可能になることを経験することができた。

3. 介護支援専門員として、どのように考えるか

報告者は、以下のようなことを留意するケアマネジャーでありたいと考えている。

①自分の価値観を押し付けないで、利用者と一緒に考えること、しかしながら、②利用者にとって、本当に最善の利益は何なのか日々、葛藤し、問い続けること、③利用者の真の気持ちを聞くためには、教えていただけないと支援が始まらないと考えるため、言われやすく利用者に接すること、④物事には、両面の要素がある。しかし常に、ポジティブに考えるよう工夫をすること、⑤できないとすぐに諦めず、協力者を探し、周りを巻き込むことで、できないこともできる事もあること、そして、⑥利用者が遠慮無しでありのままでいられ、本人らしく暮らせるのは自宅だと考え、それが本人の縄張りであること、だが、⑦いつも利用者と一緒に揺れながらどうしたらいいのか迷うこともあること、しかし、⑧支援させていただくケアマネジャー自身が心身ともに元気でないと支援ができないため、いつも元気であること、以上8点である。

そんなケアマネジャーであるためには以下の点を心がけている。

①利用者に話していただける環境作り、緊張するような環境や信頼関係ができていないと本心を教えていただけない。②利用者のことは興味をもって聞く、その人を知りたい、一緒に考えたい、どうしたら、その人が生き生きしてもらえるか理解するには、この気持ちが必要。③今までやったこともないことも、工夫してできないか、そうすることでその方のみならず、支援が広がっていくと考える。④福祉専門職は、医療の専門家と壁があるといわれているが、一緒に話しをする、すると、利用者の支援が円滑に、また、利用者と医療の専門家の関係が良くなる。⑤つつい専門家から、例えば、「在宅生活が難しい」と助言されると、利用者は、可能性はあるのに自宅への退院を諦めてしまう。したがって、諦めなくてもいいようにエンパワメントする。⑥サービス事業者には、利用者の生活の質が向上するように、そのために、その事業所の技術が向上するよう応援する。

以上6点である。

報告者は、これから何をするか。まずは、会社において地域に根ざしたサービス提供を行うこと、次に、居宅介護支援専門員の現場実務から、発信して地域、K区の地域福祉を、そして、N市の地域福祉を考えていきたいと思っている。

最後に、報告者はミクローメゾーマクロの基点となる、利用者中心、利用者と一緒に考える、そこから出発することから地域課題を見出し、支援のあり方構築につながると考えている。そして、ソーシャルワーカーという専門職として、ミクロナ現場から、メゾレベルの地域へ、発信していくソーシャルアクションに繋がる社会福祉士を目指している。