

# 「独居高齢者の在宅生活を支えるケアマネジャーの役割」

社会福祉法人こうほうえん ケアプランセンター鳥取北

○ 発表者名 主任介護支援専門員 山根樹美

共同研究者名 介護支援専門員 渡辺淳子

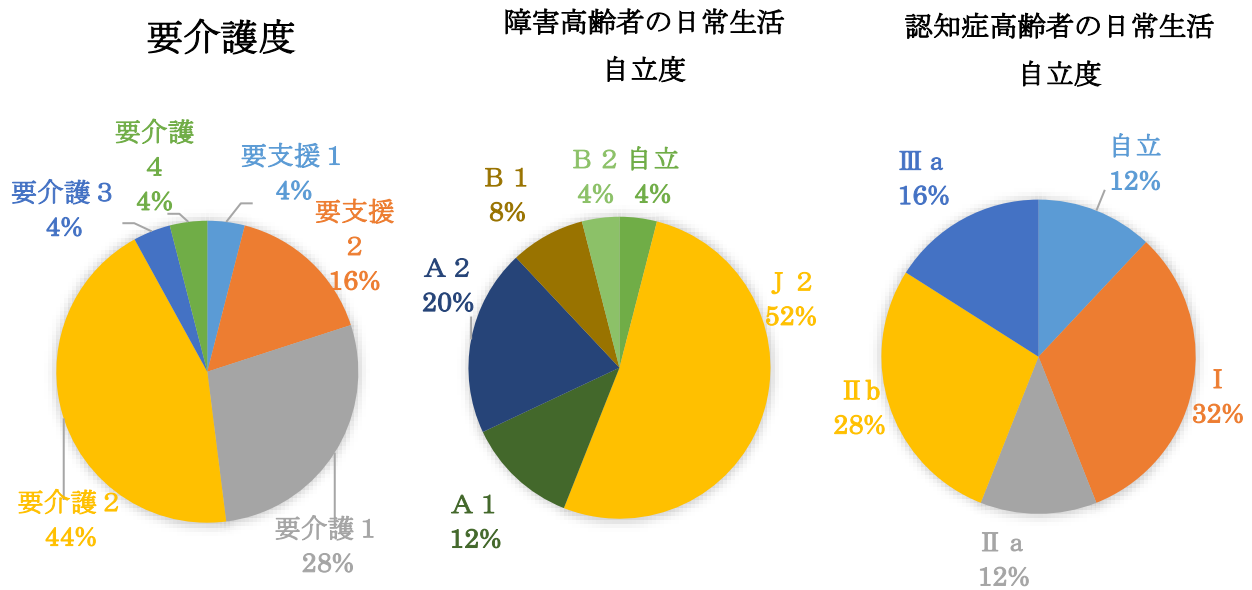
## 1 問題提起

地域包括ケアシステムの推進が本格化し、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）は、在宅生活を可能にするマネジメント力が求められ、重要な役割を担っている。10名のケアマネジャーが担当している360名の内、地域で暮らす独居利用者25名（男性7名・女性18名）を対象に、1年間の経過を追跡し、どう支援すれば自宅で生活ができるようになるのか、課題が明らかになってきた。

## 2 目的

独居高齢者が在宅生活を維持するために、根拠のあるマネジメントをすることを目的とした。

## 3 利用者の属性



## 4 方法

- 1) インターライ方式で286項目をアセスメント実施  
(対象期間：平成27年6月～平成27年12月)
- 2) 専用ソフトに利用者情報・アセスメントを入力すると4つの領域に分類されているCAP (Clinical Assessment Protocols, ケア方針) が自動的にトリガー (算出) される
- 3) CAPのケア目標をもとにケアプランを作成し、ケアを実施
- 4) 1年後、独居生活が続いているか検証 (H28.12月)

【CAPの一覧】

機能面	1. 身体活動の推進	52%	臨床面	16. 転倒	24%
	2. IADL	60%		17. 痛み	28%
	3. ADL	16%		18. 褥瘡	0%
	4. 住環境の改善	8%		19. 心肺機能	20%
	5. 施設入所のリスク	24%		20. 低栄養	24%
	6. 身体抑制	0%		21. 脱水	16%
精神面	7. 認知低下	60%		22. 胃ろう	0%
	8. せん妄	0%		23. 健診・予防接種	36%
	9. コミュニケーション	40%		24. 適切な薬剤使用	0%
	10. 気分	60%		25. 喫煙と飲酒	4%
	11. 行動	8%		26. 尿失禁	12%
	12. 虐待	0%		27. 便通	8%
社会面	13. アクティビティ			※13. アクティビティは、居宅版は該当しない	
	14. インフォーマル支援	96%			
	15. 社会関係	24%			

※倫理的配慮として、本研究に関して本人・家族の了解を得ている。

独居高齢者 25 名のアセスメントの結果は、身体活動の推進が 52%、IADL・認知低下・気分が 60%、インフォーマル支援が 96%であった。臨床面は、50%以上の該当者はなかったが、体調管理は最も重要であり、生活を維持する上での骨幹である。

日中 1 人で過ごす時間が多く、人との関わりが不足している。そのため、インフォーマル支援の該当者がほとんどであった。地域住民をはじめインフォーマルサービスと連携を図りながら、トリガーされた CAP のケア目標をもとにプランを作成し、それに基づいた個別ケアを実施した。

<ケア目標> トリガーされた CAP を集計し、50%以上は以下のとおりである

**CAP 1. 身体活動の推進**

- ・身体機能が低い利用者の場合は、どんな活動をしたらよいか、あるいは障害となっていることをどう克服するかの話し合いに家族や他のケアスタッフも巻き込む
- ・機能的には可能であるにもかかわらず、身体活動が少ない利用者の身体活動量を向上することにある

**CAP 2. IADL**

- ・現在の IADL レベルを可能な限り長く維持し、能力があっても実践していない場合、実践の機会を増やす
- ・機能状態に影響を与える最近の急性疾患や慢性疾患、症状（痛みなど）管理する
- ・実践が能力を下回っている利用者でとくに最近悪化した場合（過去 3 ヶ月など）は、機能レベルに応じて地域で利用できるプログラムや運動、カウンセリング、理学療法や作業療法などを紹介する

## CAP 7. 認知低下

- ・日常生活を営み、活動的な社会生活を送る能力を最大限にする
- ・更なる認知症や身体機能の悪化を防ぐ・安全で自立した意思の決定を支援する

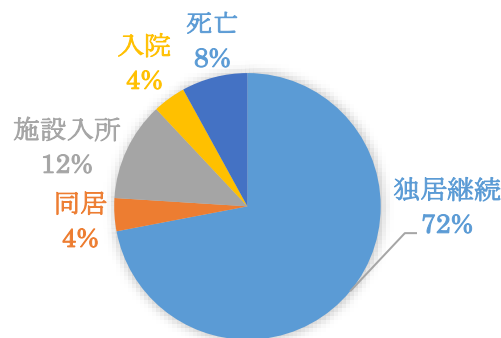
## CAP 10. 気分

- ・本人や周囲の安全性が、気分の状況によって脅かされていないか把握し、対応する
- ・気分の状態の原因か、関連している問題を把握し、対応する

## CAP 14. インフォーマル支援

- ・IADLやADLが低下している利用者のケアニーズに対応したインフォーマルケアを提供できない家族を把握し、利用者のニーズに合うよう、家族と居宅サービスを組み合わせたプランを作成する
- ・インフォーマルな介護者がいない利用者を把握し、居宅サービスの介入を検討する

## 5 成果・課題



### 1年後の経過

#### <独居継続可能な主な理由>

- ・訪問介護を1日2回利用し、民生委員や近隣の訪問も密にあり、インフォーマルサービスによる支援が継続して行えている。
- ・毎日何かのサービスの利用がある。歩行機能の低下や尿失禁あり不安や課題もあるが、本人に強い在宅生活継続の意思がある。
- ・身体状況が維持され、体調管理ができており健康に過ごすことができている。物忘れが著明になっているが問題行動に発展せず周りでフォローできている。
- ・親族の訪問や電話での安否確認が継続的に行われている。
- ・本人に家事を行う能力がある。友人との交流もあり。
- ・小規模多機能型を利用し在宅生活が維持できている。

#### <独居継続が困難な主な理由>

- ・自宅で転倒し骨折。家族の同居が困難で退院後施設入所。
- ・状況判断ができず、火の管理ができない。金銭管理が出来ず、誰彼構わず、物を買ってプレゼントしていた。ケアハウス入居。
- ・自宅で転倒し骨折。独居生活に不安があり、家族と同居となった。
- ・排泄の失敗や、1日5回以上財布を持たずに近くのスーパーへ買い物に行くなど、近隣とのトラブルがあった。家族は県外在住で、支援困難なため施設入所。

## 【成果】

多職種でチームを組み、地域住民をはじめインフォーマルサービスと介護保険サービスの連携を図りながら、途切れのない支援が行えた。緊急時は、電話や訪問で連絡を取り合い、ケアプランの見直し時のサービス担当者会議には、関わる全ての人達が参加し、ケアの評価を行った。

安心して在宅生活が継続できるよう、支援していくことが大切であることを共通認識することができた。

1年経過した現在では、25名中18名が在宅生活を継続できている。

その他の7名は、認知症高齢者の日常生活自立度（認知度）Ⅱaの利用者2名が排泄の失敗が増え、火の管理や金銭管理が出来なくなった事でⅢaと変化。在宅サービスを利用していたが、家族の支援がなかったため、半年後に在宅生活が困難になり施設入所。骨折で施設入所1名、家族と同居1名。体調不良が原因で入院1名、死亡2名である。

インターライ方式ケアアセスメントは、問題状況の背景や要因、悪化の危険性、改善の可能性を検討する視点とケア指標が整理しており、その判断基準をもって担当者会議やカンファレンスなど多職種協働でケアの方向性を話し合い、共通認識でき有効である。

## 【課題】

独居高齢者が在宅生活を継続できない要因は、認知症の進行と転倒による骨折であった。

在宅生活を維持するためには、身体機能の強化と認知症の進行を予防する事と合わせて、社会参加の実現やインフォーマル支援の活用が必要となる。

ケアマネジャーは、住み慣れた地域で、独居高齢者が最期まで生活していけるよう、社会資源の活用や民生委員・町内会長など地域全体のネットワークづくりと、認知症の進行予防のプランとサポートできる地域づくりが重要である。

【参考文献】池上直己（監訳）：インターライ方式ケアアセスメント 医学書院, 2011