

身近に潜むセルフ・ネグレクト ～日常診療を通して感じる問題～

地域包括支援センターからの介入依頼により セルフ・ネグレクトを解消した事例 ～支援の糸口としての診療所の関わり～

医療法人綾正会かわベクリニック

看護師 川邊綾香

院長 川邊正和

<事例概要>

独居生活の本人は認知症が進行し、また下肢筋力低下により、排泄もトイレ移動ができなくなりつつあるほどの歩行困難。息子は仕事で東京に在住しており海外出張も多く援助は不可のため、地域包括支援センター（以下「地域包括」）に支援を依頼。本人が入院を拒否したことから、身の安全を担保する為、地域包括からの強い勧めにより、まずは医療からの導入となり、在宅訪問診療を開始。クリニック医師・看護師が本人の意向を丹念に聴くことから始まり、時間の経過とともに、訪問看護・介護を導入し、生活環境は著しく改善。最終的には訪問管理栄養士の介入により、質の向上も図れ、廃用症候群の進行が止められ現在に至る。

<早期発見>

【発見、通報・届出、相談】

X年年始、地域包括の留守番電話に「助けて下さい」と本人から連絡あり。担当者が年明け早々

に訪問すると、自宅の鍵はかけられておらず、髭は伸び放題、衰弱に近い形で、ベッド上に臥床。「食べるものがない」との訴えがあり、本人の希望されたものを購入し届けられた。長男に連絡し、状況を説明したところ、病院の搬送を希望されたため、救急車を要請。しかし、救急隊に「救急車には乗りたくない」と強く拒否し、長男も説得したが再度拒否。医療は不可避であったことから当クリニックに相談となった。

<初動期の対応と見極め>

【安全確認・緊急性の判断】

本人は、下肢筋力低下により排泄もトイレ移動ができなくなる程にADLが低下している状態。また、食べるものがなく低栄養状態で衰弱しており、この状態が継続すれば重篤な身体的リスクが予測され、孤独死の危険性もあった。本人居室は、強い尿・便臭がしており、床上のあちらこちらに便が見られる状況。暖房器具はなく布団に包

(表) セルフ・ネグレクトが疑われた男性の事例

年齢	80歳代	性別	男性	<把握できた家族構成>
要介護度	未申請			
身体状況	日常生活自立度 B2			
認知症の有無	有 (IV)			
居住場所	賃貸住宅			
虐待の類型	セルフネグレクト			

まっていた。養護者は遠方であり介護はできず。

【情報収集・事実確認】

X-6年、物忘れが目立つと知人や高齢介護課から勧められて地域包括に自ら支援依頼の電話。10年以上病院に通っていないため、病院の受診とデイサービスを利用したいと相談し、認定調査が実施された。要支援2の認定結果を受け、本人にサービス利用の有無を確認すると利用の希望がなく保留となる。半年後、自ら福祉事務所に出向き、「認知が進んだ」「過去にボヤを起こした」「病院に通院できていない」などと再び相談。担当者が不在であったことから、その日は帰宅となり、数日後に今後の対策を相談するため、担当者が連絡を入れるも訪問拒否。

そこから半年経過し、再び自ら福祉事務所に出向き、「自殺願望」や「養護老人ホーム入所出来ないか」と相談。数日後、長男とともに地域包括に出向き、病院を受診した結果、中等度の認知症であると診断されたと報告。病院からヘルパーやデイサービスの利用を提案され、その時点では利用の意向があったが、翌日サービス責任者とともに訪問すると、長男より、本人が自宅に来られることに抵抗しているとサービスの拒否となった。そこから介入がなされることなく、5年が経過することとなった。

【処遇方針の決定・ネットワークミーティングの開催】

地域包括は介護保険サービスの導入が望ましいと判断していたが、本人の拒否が強く、介入の目処が立たないでいた。息子からの依頼もあり、訪問すると衰弱を認め、入院を検討するも本人が強く拒否。地域包括の職員は、セルフ・ネグレクトケースを担当したことがある、ベテランのケアマネージャー、訪問看護ステーションに声をかけ、息子を交えて、医師、地域包括職員によるカンファレンスが開かれた。本人は終始不機嫌な調子で発言を繰り返すが、自宅で療養を続けることが出来るのであればということでも了承された。

<援助>

【処遇方針に基づく対応】

医師により脱水症状の補正、栄養状態の改善をはかり、衰弱状況を脱するにつれ、医療者に対して協力の姿勢が見られるようになった。同時期に積極的にケアマネージャーも面会を試み、訪問介護事業所と具体的な導入計画を練り、訪問介護が導入され、徐々に回数も増やすことができた。生活環境が整ったことから、在宅管理栄養士を導入し、生活環境に合った食事のプランを提供し、生活の質も向上を見せている。

【モニタリング】・【評価】・【セルフネグレクトとしての援助の終結】

サービス利用が進む中で、本人の生活背景や現状を確認する一方、信頼関係を構築し、サービス担当者会議の中で息子と一緒に本人の状況を確認し理解を求めていった。クリニックから随時情報提供を行うことで、身体の安全の確認をしつつ生活への介入が可能となった。遠方の息子の精神的な負担の軽減のため、「本人の状態」と「息子の希望」を順に確認することで、サービスの増加を自然に了承する経過となり、現在は介護サービスの利用や不定期ながらの息子の関わりにより、介護や生活が安定されている。

<この事例におけるポイントや課題>

地域包括、担当ケアマネージャーと医療機関が連携をとり、医学的な緊急性の判断を行うことができたことにより、本人が希望する自宅での療養を継続しえた。

ひとりの専門職との信頼関係が他の職種の介入を可能にした。

高齢者や認知症機能低下によるサービスの拒否や社会からの孤独がセルフネグレクトを深刻化させる。支援の糸口を早期に見つけることで、状況の悪化を未然に防ぐことができるのではないかと考える。最期までその人らしい生活を支えていくことに医療機関もその役割を務めることができる。