

〈鍵概念：社会的処方〉

認知症の人のケア実践から「孤立」について考える

— 地域包括ケアシステムの現場から —

工藤美奈子*

*株) 福祉の杜いまじん

Considering Isolation from Care of Clients with Dementia: On the Field of an Integrated Community Care System

Minako Kudo*

* Fukusinomori Imagine Inc.

キーワード	
社会的処方	social prescribing
孤立	isolation
地域包括ケアシステム	integrated community care system

I. はじめに

医療と介護福祉の視点の違いを要約すると、人の「身体」の「状態回復（健康）」に専門性を発揮するのが医療であり、またその「からだ」の持ち主の「望む生活の実現」に専門性を発揮するのが介護福祉だと思う。この2者の違いを前提とした上で、認知症の人の一事例から「孤立」について考察したい。

II. ホームヘルパーの支援で生活改善した A さん

80歳代の女性で一人暮らしをしている A さんは、X-7年に高血圧症と診断された。X年6月には被害妄想的な言動が増え、「物を取られた」と警察を呼ぶようになり、その対応に苦慮し息子さんが地域包支援センターを通じ介護保険申請。X年7月にはアルツハイマー型認知症（改定 長谷川式簡易知能評価スケール17点）、抑うつ神経症、不安神経症などと診断され、X年8月に弊社介護支援専門員（以下ケアマネジャーと記す）が支援に関わる。しかし支援者が訪問すると A さんは居留守を使うなど支援体制が安定せず、X+1年春に訪問介護・通所介

護は契約解除となる。

その2ヶ月後に A さんは転倒して入院し、これを機に再度の支援を息子さんが望み、ケアマネジャーを支援する目的で筆者も管理者として関わる。翌7月から訪問介護週6回、訪問看護週1回、往診月1回となり、X+3年9月まで同じ支援者体制を継続。その間、X+3年2月の夜に行方不明となり、その後 A さんは自宅にこもる生活となる。A さんの意欲低下は顕著で、4月～8月に体重は2～3kg減った。

そこで、ホームヘルパー活動を惣菜・弁当の購入から調理へと、9月から切り替えた。当初、「他人が台所に入ると A さんは嫌がるのでは？」とホームヘルパーの不安の声が上がったが、協議を重ねて調理へ移行した。活動変更に A さんの抵抗はなく、早々に支援は安定した。11月には体重も戻り、簡単な調理をするに至る。また A さんは支援者達と趣味の話を楽しむことも増えた。その後、さらなる課題改善にむけて、入浴目的で通所介護を X+4年5月から開始。A さんは以前のように庭にでることが増え、地域の見守り体制を地域包括ケアセン

ターと共に整えた。X年9月からX+6年3月の間、要介護1～要介護2で推移し、体調不良で3月に入院するまで、一人暮らしは継続された。

Ⅲ. 生活改善の背景となった関係性の深化

体重減少の時期、抑うつ的な状態だったAさんは、支援者に囲まれながらも「孤立」していたと言える。自宅に引きこもる生活の中で、ヘルパーは弁当や惣菜を購入し、居室掃除を継続した。Aさんの日常生活に必要なモノは整いながらも、意欲低下が起きたことになる。

しかし、その後の支援活動の変更により、台所にいる人の気配、まな板で何かを刻む音、部屋に漂う食べ物の匂い、馴染みのヘルパーの働きかけなどが、Aさんの五感にとって心地よい刺激となり、生きる意欲を取り戻したとも言えるだろう。調理という一見、だれもができそうな家事活動の中に、関係性の深化と認知症介護の知見を駆使した専門的なケア実践がある。これはAさんの「生きる意欲」に繋がった「自立（自律）支援」だったと私は思う。

Ⅳ. 利用者の関係性と介護の専門性

介護実践は利用者との関係性の濃淡や善し悪しにより、担う業務内容が顕著に変化する。人と環境（人的・物的）の在り方は一定ではないために、生活支援の実践内容を明確に限定することは難しく、その不確実性を包括する支援が必要となる。

介護とケアマネジメントの実践は「関係性」を拠り所とし、利用者の極めて私的な空間に入り込みながら、専門性を発揮する。この関係性の深化は、他者には見えにくいプロセスだが、それは介護職の高い実践力とその力が発揮できるケアマネジメントとが揃うことによって成立する。

認知症の人は、ともすると家族と支援者からなるチームの蚊帳の外に置かれ、誰とも精神的に繋がらずに孤立することがある。また逆に、家族が孤立し、過度な負担を背負い、悲しい事件になることもある。そもそも認知症介護は専門職すら、介護実践の難易度が高いことから、利用者との関係悪化に陥り、虐待（暴力）が孕むこともある。

利用者の主観的な「生活」を扱う介護は、定量化

しにくい特徴がある。なぜならば、(1)関係を構築するプロセス自体が専門的な実践であり、可視化し難い。(2)生活支援は不確実性が高いため、フェーズごとに関係性が変化する可能性がある。(3)そして利用者の時間軸でたどる実践であるため時間がかかり、個別差が大きい。(4)人と環境は常に変化し、相互作用する不確実なモノであり、その不確実性を包括しながら専門性が発揮される。(5)境界線があいまいな非専門職の支援と専門職の支援とにより、複雑で不確実な利用者の「生活」が成立する。

「関係性」が前提の実践ゆえに、利用者の「孤立」は専門職の支援のあり方に強く影響するし、可視化しにくいからこそ、その判断に慎重さが求められる。それは、①支援が入っていても、利用者本人が「孤立」することがあるし、②誰とも繋がらず孤立に見えても、「自分らしい生活」の場合もある。また③専門職や地域の人や家族が知らないだけであり、実は誰かと繋がっていることもある。そもそも④「繋がり」「関係性」は簡単には見えないし、簡単には気づけない。地域では多様な人が多様な価値観で生活をしているのであり、それを何かと比較して多い少ないなどの現象で一律に問題視できない。

Ⅴ. 社会的処方の可能性と限界

社会的処方が制度として実行される場合、この概念がソーシャルワーク的なのか、それとも公衆衛生など保健医療的な意味合いなのかによって、地域での影響が変化する。社会的処方が最悪の場合、地域の「孤立」や「分断」をさらに深め、伝え方によってはスティグマを生む危険性もある。無論、逆に福祉的な視点として概念化されたなら、「正解」がなく曖昧であり、不確実さも大切にする寛容な価値を社会に広げる効果になり、良い循環を生むことを期待できる。

「自助」という言葉を、社会的に強い力の人が発信する昨今、この言葉の意味と力ある人の発信した価値が社会規範になることにより、生きることに関与する人もいれば、それによって押しつぶされる人、より孤立・孤独を深める人もいることに注意したい。地域には多様な人が暮らし、ときには互いに理解しあえないこともあるが、それでもその違い

を認め合い、より柔軟で寛容な人々が育まれる地域
が広がることを、私は願う。