

京都市認知症対応地域支援推進モデル事業

おでかけ安心 キラリ事例ヒント集



北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会

はじめに

高齢化率の上昇に伴い、認知症高齢者や独居世帯が増加する中、行方不明（徘徊）リスクのある方も増加する傾向にあります。

全国的に行方不明（徘徊）対策としてSOSネットワーク等による検索ネットワークの構築が取り組まれ始めています。

京都市北区、上京区においても検索ネットワークは存在しますが、システムとしてまだまだ改善すべき点が多いと考えています。

一方、行方不明になってから探すシステムの構築と共に、行方不明（徘徊）の再発率が30%¹⁾以上であることから、個別ケースごとに活用できる標準化した行方不明（徘徊）予防マニュアルや行方不明（徘徊）予防アセスメントツールの開発が求められています。

北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会では、行方不明（徘徊）予防についての取り組みについて、地域のケアマネジャーがプラン作成をどの程度行っているのか、またどのような思いでプラン作成を行っているのか実態を把握し、今後のケアプラン作成に気づきやヒントを与えてくれる事例を選び出し「事例・ヒント集」を作成することにしました。

地域包括支援センター職員・介護支援専門員の「認知症を生きる人の行方不明事故」を未然に防ぐ取り組みの意識を高め、「認知症になっても ぐらしやすい地域づくり」を目指していきます。

※1) 引用文献 永田久美子 (2011) 釧路地域SOSネットワークの調査結果からみえてきたこと「認知症の人の見守り・SOSネットワーク事例集」中央法規 P199～207

* 北区・上京区の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーの皆様に協力を依頼し、行方不明（徘徊）高齢者の実態把握及び事業所の皆様の意識調査を行い、合わせて事例の提供を頂きました。

京都府立医科大学大学院 医学研究科 精神機能病態学 講師 成本 迅 先生には冊子作成において、事例のコメントを含む全面的な協力を頂きました。

御協力頂いた皆様に深く御礼申し上げます。

北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会

表紙 イラスト作者 プロフィール

足立 直紀 (あだち なおき)

1954年 福井県小浜市生まれ
藤川デザイン学院 (現 京都造形芸術大学) を経て、グラフィックデザイナーとして仕事をしながら、福祉活動、ボランティア活動等をライフワークとしていた

2011年 脳出血で倒れる
右半身に麻痺が残り現在もリハビリ中

2013年 はがパレット (あだちなおきデザインルーム) 開設
左利きであるため仕事は続けられた

現 在 福井県小浜市羽賀にて活動中

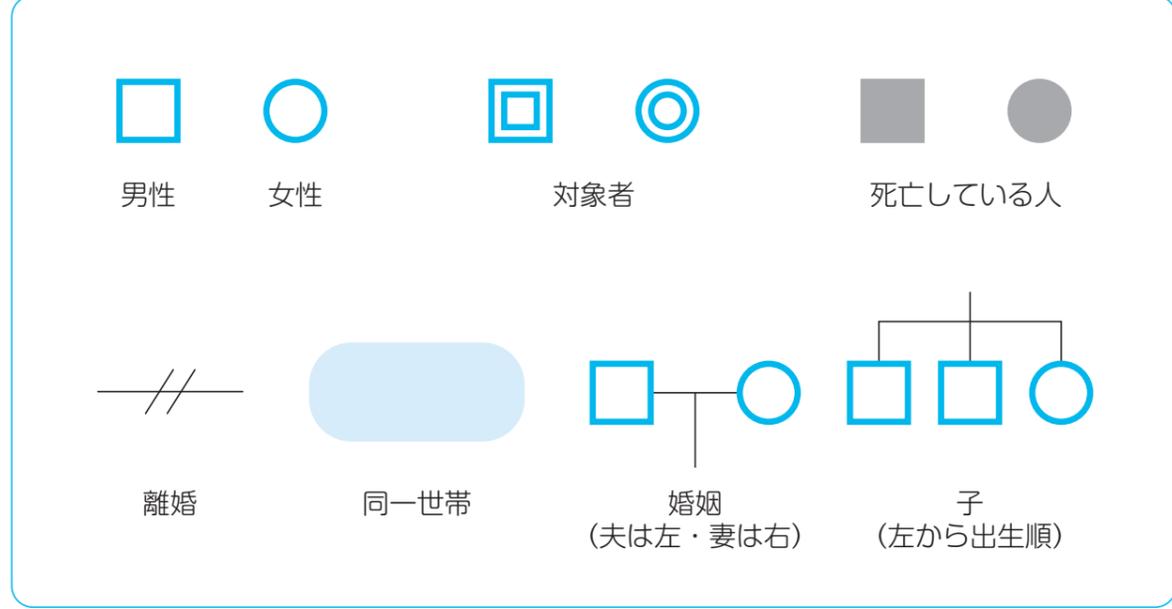
目次

- ① 事例集の見方 3
- ② 事例 5
 - 1 行方不明事故を通じて（介護保険）サービスの利用につながった事例 6
 - 2 地域との関わりを拒否していた人を、地域のネットワークで支えた事例 8
 - 3 昼夜問わず頻繁に交番から連絡がある人の行動を予測して見守った事例 10
 - 4 外出を抑制せず、外出することを前提にサービスの調整を行った事例 12
 - 5 安心して外出してもらうために“見守る地域づくり”に取り組んだ事例 14
 - 6 50歳代の認知症の妻を60歳代の夫が戸惑いながら介護した事例 16
 - 7 行方不明になりかけた時にちょっとした変化を捉えて支援を見直した事例 18
 - 8 介護サービス利用や専門医受診で行方不明を予防している事例 20
 - 9 支援者が「今できること」を検討し、行方不明を予防している事例 22
 - 10 「ひとりで風景を観るのが好き」と毎日循環バスに乗る事例 24
 - 11 夫の暴言で外出、行方不明となり高速道路で発見された事例 26
 - 12 13回行方不明を繰り返しながら、馴染みの地域で暮らし続けられた事例 28
 - 13 グループホーム入所中、興奮を伴った外出希望が強く対応が難しい事例 30
- ③ 実態調査 ～認知症高齢者の行方不明（徘徊）に関する実態調査～ 33
- ④ キラッと光る！なるほどアイデア集 36
- ⑤ 意識調査 ～認知症高齢者のケアプラン作成等に関する意識調査～ 39
- ⑥ 未来にあったらいいなあ～なるほど!! アイデア集 43

1 事例集の見方

(1) 記号等の見方

① 家族状況



② 日常生活自立度について

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断に当たっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家庭等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度をさすかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせる利用する。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを利用する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

事例

「認知症高齢者の行方不明（徘徊）に関する調査（北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会、2014年9月～10月）」において有効回答175事例のうち、支援の属性や特徴から13事例を選定しました。

事例のスーパーバイザー

京都府立医科大学大学院
医学研究科精神機能病態学 講師 成本 迅

行方不明事故を通じて(介護保険)サービスの利用につながった事例

事例の概要

- 夫が利用していた二次予防教室で「妻がボケて困る」と相談したことから、地域包括が関わりを開始。
- 夫、息子、娘の間で認知症に対する意見の相違があり、介護保険認定申請の同意を得にくかった。
- 二次予防事業対象者として介護予防事業利用を開始。介護予防推進センターの職員が訪問や通所など各種教室利用に繋げ、本人だけでなく家族を含めた関係作りを行ってきた。
- 行方不明事故を通して、家族から認定の相談があり、介護保険認定及びサービス利用に繋がった。

年代	70歳代	
性別	女性	
介護度	未申請 ⇒ 要介護3	
日常生活自立度	寝たきり度：J2 認知機能：IIb	
経済状況	自営業 経済的困窮は無い	
サービス利用状況	小規模多機能 通い 週1回	
認知症の状況	発症時期	不詳
	診断名	混合型認知症
	服薬	リバスチグミン
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ●疑い深くなった ●調理が出来ない ●自発性の低下

本人の概要(人物像、生活歴など)

- 北陸地方出身。婚姻により市内へ転居。
- 専業主婦をしながら、自営業の手伝い、教育関係の仕事に従事していた。
- 物忘れは2010年頃からあった。地域包括初回面接時に中等度の物忘れが認められた。

事例提供者

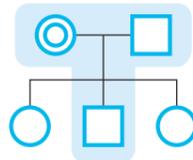
- 地域包括支援センター

行方不明の状況

- 2014年2月夜間、自宅から外出。本人の不在に、同居していた息子が午前2時に気づき、家族で捜索を行うが発見に至らず、6時に警察に通報。10時に自宅から3kmほど離れたマンション入り口で発見された。
- 行方不明になる以前に4~5回、夜間に化粧をして出ようとしていたところを家族が見つめて止めた事があった(「実家に帰らせてもらいます。」と言う。夫に怒られるから出て行くのかもしれない)。
- 行方不明の2日前から、リバスチグミンの服薬が開始されている(過去にドネペジル処方。嘔気などの副作用により中止されていた)。

家族状況

- 夫と息子との3人暮らし。子は3人。近隣に次女夫妻が居住。次女は協力的であるが、「母は認知症ではない」との思いが強かった。夫の「おかあちゃんはボケた。」という言葉が聞くたびに苛立ちを感じていた。
- 長女は認知症の姑の介護で苦勞し、早期の施設入所を弟たちに提案。長男、次女は「認知症=施設入所」ではかわいそうとの思いがあり自宅での生活を希望。
- 初回面接時(2012年)、次女は介護保険認定申請や物忘れ外来受診を強く拒否。介護予防推進センターや包括の関わりを通じて、初回面談から6か月後に専門医受診につながった。



住環境・生活状況

- 一戸建て住宅。隣に仕事の事務所が併設されている。

この事例のポイント

- 二次予防事業を利用している夫からの介護予防推進センターへの相談で地域包括も含めた専門職の関わりが始まった。
- 本人の認知症について、家族間に意見の相違があったこともあり、専門医受診の同意が得られにくかった。
- 本人の行動について、認知症が原因なのではなく、夫の関わり方によるものと長男と次女は主張していた。
- 長女は、認知症であった姑の介護に苦勞した経験を持っており、長男に「親の介護で苦勞しないでほしい。認知症になったら、早く施設入所をさせる事が家族を守る事である。」と意見を伝えていた。長女から聞く認知症の人のイメージは、「ひたすら困った人、苦勞させられる人」であった。その言葉に、長男・次女とも「おかあちゃんは、そんな変な人にはなっていない。」と苛立ちを感じ、長女との関係も悪化した。
- 介護予防推進センターの職員が訪問や通いにより本人だけでなく、夫や長男・次女との信頼関係を構築していった。最初は訪問で一緒に調理や体操をするという関わりから始め、次第に次女と一緒に通所型事業の教室やサロンにも参加するようになった。サロン等で行われている「認知症予防教室」に、本人・夫・次女も参加し、認知症に対する拒否感も少し和らぎ、支援方法も学んでいった。
- 2012年9月ドネペジルが処方されたが、強い副作用(嘔気)により中止されていた。薬物治療の必要性から、行方不明発生の2日前からリバスチグミンの服薬が開始となった。行方不明になったことを主治医に報告した時に、「薬の内服により少し活動性が高まったのかもしれない。」と説明をうけた。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

捜索

- 家族で捜索の後、警察へ届け出。他者からの通報で発見できた。

上手くいったこと

- 初回面接時、長男や次女が介護保険認定申請や物忘れ外来受診について強く拒否。介護予防推進センターが訪問での支援を開始し、初回相談の6か月後に専門医受診が出来た。しかし、介護保険サービス利用は拒否。二次予防事業での通所や訪問で関係を作ることを継続。
- 初回相談から2年後、行方不明事故をきっかけに介護保険認定を受ける事を家族から希望。認定は出たが、本人や家族が満足できるサービスは無く、介護保険サービス利用には繋がらなかった。介護認定により二次予防教室参加が出来なくなったため、同時期に開始された介護予防推進センターが主催・共催しているサロン等に家族と一緒に通うようになる。その後、サロン開催場所である小規模多機能の利用が開始となった。
- 認知症の診断や介護保険サービスを受ける事にだけにこだわるのではなく、本人や家族の馴染みのある関係から、サービスを繋げていった。時間はかかったが、結果として本人や家族間の関係も良好になった。

このケースからの学び

- 行方不明になったことをきっかけに、介護保険認定の申請や介護サービスの利用へとつながったが、それまでの地域包括や介護予防推進センターの粘り強い働きかけがあったからこそ、家族はサービスを受け入れられるようになったと考えられる。
- 介護予防教室等に夫妻で参加し、また、夫が認知症を学んでいったことで、夫が本人を怒らなくなった。その事も影響しているのか、その後、本人の焦燥感などが軽減しているようである(本人の症状への理解)。

スーパーバイザーからのアドバイス

- アルツハイマー型認知症による判断力、抑制能力の低下に伴い突発的に外出してしまい、見当識障害のために自宅に戻れなくなったと考えられます。このような場合は家族の対応を変えることで突発的な行動を減らすことが可能です。今回の場合も、粘り強い介入によって家族の対応が変わり、その後は行方不明になることなく経過しています。認知症についての受け取り方は家族によってさまざまです。個々の解釈モデルを尊重しながら正しい知識を伝えていくことが必要だと考えます。

事例 2

地域との関わりを拒否していた人を、地域のネットワークで支えた事例

事例の概要

- 地域ケア会議で話題に上る独居の高齢者。
- 民生委員が配る弁当の受け取りができない事から、支援を必要としている認知症高齢者である可能性はあった。近隣との交流はなかった。
- サービス利用を受け入れず、生活実態がつかめなかったが、かかりつけの医院には通院していた。
- 小規模多機能に登録してもらい、まず訪問することで関係構築し、半年後には通所に週3回来るようになったが、仕事にきていると思っており、やる事が無くなると帰宅していた。通所に来ない日は安否確認をしていた。

事例提供者

- 小規模多機能型居宅介護事業所

行方不明の状況

- 小規模多機能による夕方の安否確認後、午前0時に他区の路上を歩いているところを通行人に発見される。
- お薬手帳を持っていたため、医院を通じて小規模多機能事業所へ連絡が入り、職員が迎えに行った。
- 歩き疲れている様子であった。今まで事業所で宿泊したことはなかったが、この時初めて宿泊、入浴もした。道に迷ってかなり疲れていた様子でよく眠った。

家族状況

- 身寄りなし。後見人がついている。



住環境・生活状況

- アパートにて独居。
- 近隣との付き合いがなく、地域で孤立した状態であった。
- 信頼しているかかりつけの医院と行き慣れた大型スーパーには決まったバスに乗って出かける。
- バスを乗り間違え、帰宅することができないことがあった。
- 自分の好きな物を買って食べる。昼のみ弁当を配達しバランスを考えた食事を提供、夕方は安否確認を行った。

年代	80歳代	
性別	女性	
介護度	要介護3	
日常生活自立度	寝たきり度：A1	
	認知機能：Ⅲa	
経済状況	生活保護受給	
サービス利用状況	小規模多機能 利用当初は毎日訪問 半年後より通い 週3回 他の日は訪問 日に2回	
認知症の状況	発症時期	不明
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● 日や曜日を思い出せない ● 同じ物を買ってくる ● ガスの消し忘れ ● 薬や金銭の管理ができない

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 他府県にて出生。仕事の関係で市内へ移住。
- 長年事務の仕事に従事し、定年近くまで就労。
- 身寄りはなく、独りで気ままに生活をしていただと思われる。
- 年金生活となってから、貯金をとり崩しながら生活してきた。
- 上品で世話好き。事業所の手伝いをするが、自分から他の利用者の輪に入って楽しむ方ではなく、手伝うことがなくなると、「ここに居ても仕方ないわ」と帰宅する。

この事例のポイント

- 近隣とのつながりが薄く身寄りがない。
- かかりつけの医院への信頼は厚く、独りで通院するが道に迷う。
- 出かける時は決まったカバンを持つ。
- 外出する目的は体調不良時の通院と買い物。決まったバスに乗って、決まったスーパーと病院に行く。
- バスを乗り間違え、遠方まで行ってしまふことがある。独りで帰宅できる場合もある。
- 近隣の商店へは歩いて出かける。
- 昼前や夕方には自宅に居るだろうと推測される。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

工夫

- 決まって乗るバスや、スーパー、商店、病院などへの道順を推測し、捜索すべきか、帰宅できると推測して様子を見るか事業所でその都度判断し、対応した。
- 本人が必ず居ると思われる時間帯に安否確認、食事、服薬などを目的とした訪問を2回入れた。
- 地域ケア会議では民生児童委員、老人福祉員、地域包括に情報提供していたが、関係機関には本人の写真や特徴などが紙で配布されていた。

うまくいかなかったこと

- 昼間に出かけることについてはほとんど問題にならなかったが、道に迷い夕方に帰宅していない場合には捜索が必要となった。
- GPSを利用していたが、大まかな位置情報しか取れず、「この辺のはず」「このバスに乗っているはず」と追いかけても見つからないこともあり苦慮した。GPSに頼りすぎて振り回される場合もあった。
- 夕方に安否確認ができて、その後に出かけることもあり、夜が心配であった。
- 関係機関と連携をとっていても、夜間に聞かれるのは小規模多機能事業所だけだったので、「夜に何かあったらどうしよう、朝まで見つからなかったらどうしよう」との不安が大きく、結局事業所内で抱え込んでしまった。

このケースからの学び

- 臨機応変に対応できる小規模多機能の特性を生かし、訪問から徐々に関係を築き、サービスの導入ができた事例。導入後も、利用者は自分の思いのままに病院やスーパーに出かけるが、それをつかず離れず見守っており、さらにGPSで本人の行動範囲やパターンの把握を行い、生活実態が見えにくかった利用者の持っている力や生活パターンを把握し、それを尊重した援助を行っている。
- 夜間に動いている事業所（他の小規模多機能やナイトヘルパーなど）とのネットワーク構築により、行方不明情報の共有や発見された場所での一時保護等の協力体制が取れると、事業所の負担軽減につながる可能性がある。

スーパーバイザーからのアドバイス

- アルツハイマー型認知症による場所の見当識障害により迷ってしまう事例。近時記憶障害が主体で実行機能は比較的保たれているようです。このため、公共交通機関を利用することができるなど保たれている生活機能がありますが、それらを最大限活かす対応をとっておられ、GPSもうまく活用されるなど学ぶ点の多い事例だと思います。一方でGPSの利用は個人のプライバシーを侵害してしまう危険もあることから、一機関だけでなく複数機関や地域包括支援センターなども入って定期的に利用法について検証しておくことが必要ではないかと思えます。

事例 3

昼夜問わず頻繁に交番から連絡がある人の行動を予測して見守った事例

事例の概要

- 小規模多機能に登録し、週3回の通いと日に2回の訪問を利用。
- 小規模多機能を利用するまでは服薬は出来ていなかった。
- 利用してしばらくして内科医処方ドネペジルが開始になる。その頃より、日中傾眠するようになり、夕食後に出かけ道に迷うと交番に自ら出向き、夜間事業所への連絡がたびたび入るようになる。現在はグループホームで生活している。

事例提供者

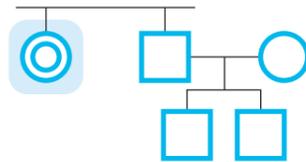
- 小規模多機能型居宅介護事業所

行方不明の状況

- 夕食の訪問時には在宅しており、その後独りで出かけた様子。事業所職員は気が付かず、深夜に他区の警察に保護された。本人の持ち物に小規模多機能の職員の名刺が入っており、事業所に連絡が入った。小銭しか持ち合わせておらず、雨に濡れていた様子。どこに行こうとしたのか不明。歩き続けた様子であった。職員が警察へ迎えに行き、そのまま事業所に宿泊してもらった。それ以外にも行方不明事象は度々あり、近隣コンビニやスーパーを職員で捜した。

家族状況

- 婚姻歴なし。
- 甥が2人(弟の子)。それぞれ近畿、関東に在住。



住環境・生活状況

- アパートにて独居。
- 隣人(高齢者)と交流がある。
- 近隣にはスーパーやコンビニ等の小売店が多く、毎日のように出かけていた。
- 小規模多機能を利用し、通いのない日は昼・夕に訪問して安否確認を行っていた。当初、近隣からは迷わずに帰宅できたが、約1年後には近隣でも迷うようになった。

年代	80歳代	
性別	女性	
介護度	要介護3	
日常生活自立度	寝たきり度：A2	
	認知機能：Ⅲb	
経済状況	年金・非課税	
サービス利用状況	小規模多機能 通い 週3回 訪問 1日2回+掃除	
認知症の状況	発症時期	不明
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	利用開始時は服薬が飲めていない。その後ドネペジル開始⇒外出が頻繁に
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ●居室に物が散乱し、泥棒が入ったと思っている ●同じ物が冷蔵庫に多数 ●服薬管理不可 ●日、曜日がわからない ●近所に出かけると帰れない

本人の概要(人物像、生活歴など)

- 婚姻歴なし。独居。
- デパートに勤務し、服飾のデザイン等の仕事に従事していた。
- 負けん気が強い性格で、意に沿わないことがあるとしっかりと自分の意見を述べる。
- 手先が器用で若い頃には甥の洋服を作ったこともあった。編み物も好きで、自宅には自分で編んだ帽子やショール等があり、身に付けていた。

この事例のポイント

- 買物が好きで近隣のスーパーやコンビニなどへ日中出かける。行き場所の予測がつく。持って出るカバンは決まっていなかったが、鍵を必ず持って外出する、着る上着がいくつかに限定される。事業所では、本人の行きそうな場所と、出かける際に身に付けそうなもののアセスメントを行って対応している。サービス計画には通所と訪問を組み合わせ、朝・夕の訪問時に所在確認。所在が分からなければ行きそうな場所を捜すことになっており、実践している。民生児童委員・老人福祉員とのつながりがあり、隣人も本人の帰宅を気にかけてくれている。本人の行動範囲を線につなげて把握し、コンビニの店長に挨拶に行く等、見守り手を増やす努力をチームで行っている。買物ができること、歩けること、戻れる日も多いこと等の強みを活かして、通所回数を増やすなどの方法は取らず、外出を続けることを制限しない対応を行った。頻繁に迷うようになった時期は、内科医処方のドネペジルが服薬開始となった時期と重なっていた。服薬後は日中に傾眠するようになり、夕食後の外出が増加、自宅に戻れず再三交番に「迷いました」と訪れるようになった。医師に情報提供は行ったものの服薬の変更などはなかった。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

- 他区の警察から保護している旨の連絡が夜中に入った後は、自宅に戻れない場合を想定して、鍵や着ていきそうな上着すべてに事業所の連絡先を付けた。付ける場所については、本人の権利擁護に留意し、目立ち過ぎず見過ごされない程度の大きさや場所を工夫した。
- GPSを検討したが、持っていくカバンが一定しない事から利用しなかった。GPS機能の付いた靴も検討したが、本人の好みには合いそうにない製品であった。
- コンビニの店長に挨拶しに行き、買物に来たら連絡をもらえるように依頼していたが、時間帯によっては情報を知らないアルバイト店員しかおらず連絡がもらえないこともあった。
- 本人が「迷いました」と交番に行くことができることは強みであったが、当初は「協力します」と好意的であった警官も、本人が夜に頻繁に訪ねるため「またか」という感じになっていた。事業所職員も夜間に度々呼び出されることがあり、対応に苦慮した。
- 医師とさらに情報共有し専門医に結び付けることも有効な方法かもしれない。

このケースからの学び

- 小規模多機能の特性を生かし、通いと訪問を組み合わせ本人を支援している。深夜に保護された日には事業所に臨時宿泊し、心身の変化を観察するなど柔軟な対応を図っている。本人が行きそうな場所や生活パターンをよく把握し、「本人が安全に買物に行くにはどうすれば良いか」という視点に関わることに学びがある。夕食後に頻繁に出かけて迷うようになった時、体制上可能であれば夜の訪問を入れることで予防できたかもしれない。
- 夕食時に訪問して安否確認を行った後や夜に出かけるようになった事についてはその理由や目的を掘り下げることができなかったが、交番からの連絡で職員が夜間に迎えに行くと、その後、自宅で安心して過ごすことができた様子である。夜を独りで迎える不安等があったのかもしれない。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 夜間の外出が多くみられていますが、夕暮れ時にそわそわする症状は「夕暮れ症候群」として知られ、アルツハイマー型認知症の方に限らず認知症の方にみられることがあります。原因ははっきりしないことも多いですが、女性の方は夕食の支度をやる時間帯だったことが影響している場合もあります。この方の場合、抗認知症薬のドネペジルが開始になってから生活のリズムが変化しているようです。通常はドネペジルを朝服用すると日中の覚醒度が上がるのですが、逆に日中傾眠がみられたようです。服薬の影響かどうか判断は難しいですが、生活リズムの改善が夜間の外出の予防につながった可能性はあると考えます。

事例 4

外出を抑制せず、外出することを前提にサービスの調整を行った事例

事例の概要

- 認知症が進行したため、妻との同居が難しくなり他府県から市内に転居、独居となった。
- 本人は「家に帰りたい。でもよく分からない。」「妻はどうしているのか…」との思いが強く、他府県の自宅に帰ろうとして、行方不明になることが頻繁に発生した。
- 外出を抑制するのではなく、外出することを前提にサービスの調整を行なった。

事例提供者

- 居宅介護支援事業所

行方不明の状況

- 他府県の自宅に帰ろうとして、頻回に外出（徘徊）する。
- ターミナル駅まで行き、乗るべき電車が分からず発見される。
- 20時～21時頃まで出かけていることもあった。
- 行方不明に気づいた場合には介護者と共に、ケアマネジャーやヘルパーと一緒に探すこともあった。
- 警察への通報は7回～8回程。
- GPSを利用するようになってからは、子に定期的に所在確認してもらい、迎えに行ってもらうようになった。

家族状況

- 他府県で妻と同居していたが、本人の認知症が進行したことで妻による介護が困難になった。
- 介護のため、市内にある子の自宅近くのマンションに転居し、独居となる（環境上、同居は困難）。



住環境・生活状況

- 長年、他府県で暮らしていたが、市内の子の自宅近く（閑静な住宅街）のマンションに転居して来た。
- 本人は、他府県にある自宅で暮らしていると認識している。
- 午後から活動的になる（外出する）ので、午前ヘルパーの支援で食事や水分補給、服薬管理、GPSの準備などを行う（外出準備）。
- デイサービスを週3回利用。夕方になると家（他府県）に帰ると話す。

年代	80歳代	
性別	男性	
介護度	要介護3	
日常生活自立度	寝たきり度：J2 認知機能：Ⅲb	
経済状況	年金と子からの支援	
サービス利用状況	デイサービス 週3回 ヘルパー ほぼ毎日 (食事・服薬確認)	
認知症の状況	発症時期	不明（転居前の診断）
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● イライラ ● 曜日が分からない ● 食べたことを忘れる ● 終盤は家族の顔も分からなくなった ● 行方不明（徘徊） ● 近所でも道に迷う ● 服がうまく着られない

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 社会的地位の高い仕事に従事していた。
- 長年、他府県で暮らし夫妻の関係も良好であったが、認知症の進行により、妻による介護が厳しくなり市内に転居して来た。

この事例のポイント

- 認知症が進行してから転居した事例だったため、帰宅願望を抑制することは難しいと判断。家族と相談し、住みたいと思う居場所作りと、行方不明に備えたサービスの調整に取り組んだ。

具体的な取り組み

- ① 外出を抑制しないで、外出することを前提としてサービスの調整を行う。⇒ まずは生活習慣の把握から始める。
- ② デイサービスやヘルパーの利用が継続できるように取り組む。⇒ 情報の共有を徹底する。
- ③ 転居先を自分の家だと思ってもらえるよう、環境整備を行う。
- ④ 行方不明時に、早期に発見できる手段を講じる。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

- ① 午後から外出する機会が多いので、午前ヘルパーが入り、体調維持のために食事や服薬を確保。行方不明に備えてGPSの準備などを行うことで、行動を抑制することなく元気に外出してもらうことができた。
- ② 関係機関の間で、接し方や本人の興味のある事などについて情報を共有することで、顔なじみの関係ができて居場所を作ることができた。
 - デイサービスは仕事であるというふう伝え、地域の方が集まっているので顔を出してほしいと説明。
 - ヘルパーは、できるだけ少人数で対応。訪問時に安心できるような声掛け（「弁当屋です」など）を模索検討した。
 - 居宅支援事業所内で情報を共有。担当ケアマネジャー不在でも対応できる体制を整えたことで、担当ケアマネジャーが同僚から、色々なアドバイスをもらうことができた。
- ③ 居室に仕事の関係資料や本を置くなど、自分の家だと思ってもらうように配慮した。
- ④ 行方不明時の備えを、家族や関係機関と協力して行い、発生時にも早期発見できるように備えた。
 - 直近の写真を撮影し、特徴を把握する。
 - 行動範囲をある程度把握する。
 - GPSの導入（※GPSは、仕事の連絡が入るので必ず持ってもらうように伝えることで統一）

うまくいかなかったこと

- 自由に外出できることに伴う不安…夜中に現金を持たずにコンビニに行き、品物を持出したことや、近隣の方とのトラブルもあり、身体の安全確保と周囲の人間関係のことで対応に苦慮した。
- 認知症の進行により、通常のデイサービスでは対応する事が難しくなり、小規模多機能に変更したが、これまでの関係がすべて切れてしまい、なかなか馴染むことができなかった。

このケースからの学び

- 本人の居場所づくりの大切さ（安心できる場所の確保）。
- 関係機関との連携や、居宅支援事業所内での情報共有の大切さ。

担当ケアマネジャーより

- 認知症が進行してから転居して来られたので、対応の難しさを感じる事例だった。いつも悩みながら動いていた事例だった（試行錯誤の連続）。今でもあれで良かったのかと悩む事もある。事業所内の同僚や関係機関と「本人らしく過ごしていただくには、どうしたらよいか…」と、繰り返し協議し協力しあえたのが印象的だった。本人の居場所をデイサービスとヘルパーが作ってくれたことに感謝したい。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 自宅にいるにも関わらず、それを認識できず昔住んでいた家に帰るといって外出することも時々経験しますが、この方は実際は実際に住み慣れた家は他府県にあって、その家に帰るといって外出されていますので、対応が大変難しかったと思います。生活パターンを観察して帰宅欲求が強まる時間帯に他の作業に導入したり、きっかけになるような物品を目のつくところに置かないようにするなどの対応が一般にとられますが、今回は自宅という認識を強めるために仕事の資料を置く工夫をされていて参考になります。今後、離れて住む子供のところに転居する事例はますます増えることが予想されますので、重要な事例だと考えます。

事例 5

安心して外出してもらうために“見守る地域づくり”に取り組んだ事例

事例の概要

- 実際に行方不明となる前約2年間位はGPS付き携帯電話を持って外出していたため、家族が対応して行方不明になることを防いできた。
- 徐々に携帯を持ってなくなり、近隣施設やお店に入り込んだり、帰宅が困難となったりしたことから、関係者で連携をして地域の見守り体制を築き、また靴に埋め込むタイプのGPSを導入することにより発見ができるようになった事例。

事例提供者

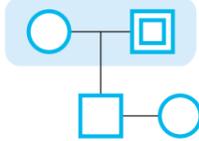
- 居宅介護支援事業所

行方不明の状況

- 家族の対応で発見帰宅ができていたが、携帯電話を持たなくなってから、家族が本人を捜し出すことができなくなった。飲食店や販売店に入りこむ（無銭飲食、不適切な購入）、近隣介護施設に頻りに立ち寄りなど。
- 近隣介護施設から、帰宅できない状況が続き、施設の対応で自宅に送ったりタクシーを手配したりすることが頻らなくなってきた頃、行方不明となり丸一日経過してから警察に保護された。

家族状況

- 妻と2人暮らし。近隣に息子夫妻が在住。
- 主介護者である妻も息子夫妻も、“認知症があっても普通に生活してもらいたい”と考えていた。
- 昼は妻が見守り、夜の外出対応は息子夫妻が行う。
- 家族の介護負担が大きい。
- 息子は海外出張などでいない事が多いが協力的。
- 息子の妻は医療職で多忙だが、協力的で薬の相談確認や捜索、近隣への挨拶回りもしていた。



住環境・生活状況

住環境

- 住宅街の一戸建て。近隣に川、山があり、そちらに向かうと危険な環境。階段、坂道あり。
- 玄関に鍵をかけず、自由に出入れる環境にしている。
- 携帯電話を持たなくなってから玄関にセンサー設置。

生活状況

- 日曜日以外の毎日デイサービスを利用、徐々にショートステイを導入。

年代	80歳代	
性別	男性	
介護度	要介護4	
日常生活自立度	寝たきり度：A1 認知機能：IV	
経済状況	困らない程度の収入あり	
サービス利用状況	デイサービス（日曜以外） ショートステイ	
認知症の状況	発症時期	行方不明になる約3年前
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル 抑肝散（抑肝散の量の調整などで本人の状態変化有）
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● 短気、暴力的 デイにて「帰る」と暴言暴行あり ● 自分の思うとおりにならないと立腹 ● 近隣の施設や飲食店、販売店に入り、適切な対応がないと立腹

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 生真面目な勤め人の気質。家族や家族の行事を大切にしていた。
- 釣りや旅行が好きで、一人息子と一緒に釣りに行く、妻と旅行に出かけるなどしていた。
- 退職後は、健康のためにと散歩を趣味にしていた。

この事例のポイント

- “普通の生活を送ってもらいたい”という家族の思いがあった。その家族の力と支援者の協働が地域を巻き込んだ見守り体制作りにつながった（妻の介護負担の軽減も重要な課題ではあった）。
- 家族、ケアマネジャー、地域包括で分担協力して写真持参で、行ったことのある店や行きそうなお店などを回り挨拶し、連絡をもらえるように依頼。計18ヶ所（市バス、近隣大学、薬局、配送業者、生協配送、郵便局、介護タクシー、飲食店、コンビニ、福祉用具業者など）に協力を了解してもらった。
- 飲食店や販売店に本人が行った場合には、家族が後から代金の支払いと挨拶のため必ず出向いていた。
- 市バスについて…市バス財務局から全5営業所へ連絡し写真を置いてくれることとなり、以下の対応をしてくれた。⇒運転手が本人に気付いたら引き留める。行方不明時にはどの営業所に連絡しても全営業所にFAXを流す。また、本人が携帯電話を持っている場合は、その携帯電話で運転手と話を自宅に向かうバスに乗せてもらうようお願いできたこともあった。
- 警察へ捜索願を出し、また、あらかじめ家族の意向を確認して「捜索ネットワーク」への登録を行った。
- 外出理由とコースの把握（理由が「散歩の場合」、「仕事の場合」ならバスでどの辺りなど）を行った。
- 家族が本人に携帯電話を持つように促してきたが、持って出なくなったため靴埋め込み型GPSを利用した。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防の工夫

- 行く可能性が高い店や利用する可能性の高い交通機関、関わりのある事業所へ状況を説明し行方不明に至らず情報を集めることができるように見守り体制を強化した。
- 玄関にセンサーを設置（妻の知らない間に出かけることを防ぐこと、妻が携帯を持つように声をかけること、服装の確認のため）。
- 携帯電話の代わりに、GPS機能付き靴の利用。
- 主介護者である妻の負担軽減のため、ショートステイを利用。

考察

- 体制を整え、行動制限をしないことで、本人が穏やかに過ごす事ができること、行方不明事故の予防になること、認知症の方に対する対応について地域の方に理解してもらうことも期待できる。
- GPS機能付き靴の利用により、本人の行先を把握する事が出来、行方不明が予防できた。

捜索の工夫

- 予め警察へ届け出る。
- 捜索ネットワーク、市バスへの登録。

課題（新しいアイデア）

- 認知症サポーター養成講座を受けた事業所を公開してもらうことができれば、認知症高齢者に理解のある事業所として連携をとっていくこともできると考えられる。

このケースからの学び

- 本人と家族の思いを大切にしながら、安心して外出できる地域社会を築く一歩となるよう、地域を回ることで、多くの人に関わって見守ってくれることの大切さを感じた。見守る仲間を増やす事が大切だと感じた。

スーパーバイザーからのアドバイス

- GPS機能付きの靴やセンサーなどの機器の利用から、地域での見守り体制づくりまで幅広い対応がとられていて参考になります。家族の「普通に生活してもらいたい」という希望があったことも、このような対応を可能にした大きな要因だったと思います。このような事例を積み重ねることで地域づくりが進むことが期待されます。

事例 6

50歳代の認知症の妻を60歳代の夫が戸惑いながら介護した事例

事例の概要

- 若年性アルツハイマー型認知症の事例。
- 本人に「母親（施設入所中）を世話する習慣」があったため、常に独りで外出してしまう可能性があり、夫は不安を感じていた。
- 独りで外出して、近所～15km程度離れた場所で住人や警察に保護されていた。
- ケアマネジャーは、本人や夫が互いに自分の時間を持てるように配慮したケアプランを作成した。
- 最後は介護施設へ入所することができ、夫婦共に充実した毎日を送っている。

事例提供者

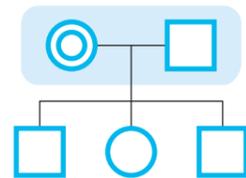
- 居宅介護支援事業所

行方不明の状況

- 普段、しかたなく玄関に内側から鍵をかけている。
- 行方不明事象発生時は、玄関の鍵をしめ忘れていて、気付いた時にはすでにいなかった。
- 19時頃に夫から警察、ケアマネジャーへ連絡が入り、ケアマネジャーから圏域の地域包括へ報告。
- 23時頃、約15km離れた他市で他人の車に乗り込み、その場で排泄したため、通報があり警察に保護された。

家族状況

- 60歳代の夫と2人暮らし。
- 夫は元々職人として就労し、介護等を一切したことがなかった。介護関係者に対してネガティブなイメージを持っていたため介護サービス利用を拒否していたが、ケアマネジャーが月2回の訪問を3ヶ月継続し、ようやく介護サービスを利用することとなった。「他人に迷惑をかけたらかん」という思いが強く、子らにも介護の悩みを素直に言えない。



住環境・生活状況

- 自宅には入口が1ヶ所。
- 介護費用を気にしていた。

年代	50歳代	
性別	女性	
介護度	要介護4	
日常生活自立度	寝たきり度：J2	
	認知機能：IV	
経済状況	年金受給世帯	
サービス利用状況	デイサービス 週3回 ショートステイ 月14回	
認知症の状況	発症時期	2006年頃
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ●頻繁に外出しようとするので目が離せない ●外出すると帰宅できない

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 元々民生委員として地域活動に尽力した。
- パートで就労していた。
- 介護施設へ入所した実母を気にかけており、世話のため毎日のように足を運んでいた。
- 発病後も身体機能の低下はなく、階段を「すたすた」と昇降する等、動作が速い。

この事例のポイント

- 外出時、向かう方向は、常に決まった方角であったが、実母が入所していた介護施設と同じ方角であることに気が付いた。実母は複数の介護施設を転々としたが、いずれも同じ方角であった。本人は「母親の世話」をするために外出しようとしているのではないかと・・・。
- 本人は時間の感覚が薄れていることから1日のうちに何度も外出しようとすることや、短期記憶障害と思われる症状から必要な物をしまい込むなどしたため、夫の負担は大きかった。夫が本人に対して口調を荒げることもあった。
- しかたなく内側から鍵をかけていたことで、本人への精神的負担が影響し、悪循環を引き起こしていた。
- 着の身着のまま外出するため、決まったものを持って行く習慣はなかった。
- いつ外出するか分からないので、ケアマネジャーとしても、独りでは対応できない。
- 様々な連携が必要だったが、サービス等の受け入れに時間がかかった。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防の工夫

- 夫の負担軽減のため、お互いに自分の時間を過ごしてもらえるようショートステイやデイサービスを積極的にケアプランに取り入れた。⇒在宅生活を維持することができたが、本人の意向や夫の負担、経済面の関係から、利用頻度をどの程度にすべきか常に検討した。
- 夫に「認知症」を理解してもらうため、主治医やケアマネジャーから関わり方などを分かりやすく伝えた。
- 本人には「母親を世話する習慣」が残っているので、デイサービス利用中は積極的に外出ができるようデイサービスの担当者と一緒に、ドライブなどを計画した。⇒利用中、穏やかに過ごすことができていた。
- 徘徊感知器の使用を勧めた。⇒費用面から導入はできなかった。

対策実践と工夫

- 行方不明事象発生時にどのような動きをするのか、事前に居宅支援事業所内で決めておいた。⇒事業所内で共有しておく、担当ケアマネジャーの気持ちも楽になった。
- 行方不明事象発生時には圏域の地域包括に連絡し、協力を求めた。

この事例からの学び

- 家族介護者が抱える負担が本人にも大きな影響を与えていたため、家族支援の重要性を改めて感じた。継続的に関わることで人の思いは変わる、医療・介護に関わる専門職は自ら諦めてはいけなさと感じた。
- 本人のBPSDはその都度千差万別で様々な状況が重なって生じていた。本人がなぜ決まった方角へ外出するのかに着目した。しっかりとアセスメントができれば、課題や目的がはっきりとしたサービス利用につなげられると考える。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 若年性認知症の方の場合、体力があるため遠方まで歩いて移動されることがあります。アルツハイマー型認知症の場合は、迷ってしまっても自力で帰れなくなることが多いですが、一方で前頭側頭型認知症では見当識障害はみられず、自力で帰ることができることがほとんどです。病状に応じた対応が重要になってきます。また、若年性認知症の介護者の方は、周囲に知られることを嫌がられるケースも多く、医療にはつながっているものの、他のサービスや地域からは孤立してしまっている場合があります。介護者の方の気持ちに沿いながら援助を進めていくことの大切さがこの事例からもわかります。

事例 7

行方不明になりかけた時にちょっとした変化を捉えて支援を見直した事例

事例の概要

- 小規模多機能の通所から夕方自宅へ送った後、夕食を持参し再訪問したが応答がなく、行方不明を確認。
- 独居であり、いつ外出したのか不明。
- 事業所の管理者を中心に捜索を始めて間もなく、本人が自宅に帰ってきた。
- 本人は「お腹がすいたから、コンビニに買物に行ってきた」と話すが、実際にはコンビニに行った様子は見られなかった。

事例提供者

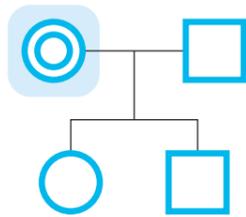
- 小規模多機能型居宅介護事業所

行方不明の状況

- 16時頃自宅送迎、17時半の夕方の配食のため、職員が自宅訪問するが不在。直ぐに管理者へ連絡し、近くのコンビニを捜索。店員に尋ねたが、来ていないとのこと。一度自宅へ戻るが不在（捜索から1時間弱経過）だったため再度外に出た際、コンビニの方向から歩いて来る本人を発見した。
- 今後も、同様のことが起こることを予想し、対策を検討した。

家族状況

- 2010年夏頃から独居
- 子は2人。長女は海外在住。毎年8月頃に半月程度帰国滞在する。長男は北海道在住でほとんど帰省しない。



住環境・生活状況

- 7階建てマンションの7階に自宅がある。
- ADL自立で、手すり設置等の住宅改修はしていない。
- マンション管理人、居住者も本人に声かけする。
- 生活費は長男が書留で郵送。自宅内に置場所を決め、買物等に使用（週3回の訪問サービス中の買物がケアプランに位置づけられている）。

年代	70歳代	
性別	女性	
介護度	要介護度3	
日常生活自立度	寝たきり度：J2	
	認知機能：IV	
経済状況	—	
サービス利用状況	小規模多機能 通所 週3日 訪問 週4日	
認知症の状況	発症時期	2012年9月頃 (医療機関受診)
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル メマンチン クエチアピン
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ●興奮すると、帰宅の訴えが続くことがある。 ●人の顔や名前が分からない。 ●月1回、受診介助。 ●確実な服薬介助は可能。

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 東北出身。デパートで60歳まで就労。

この事例のポイント

- 小規模多機能の通いからの帰宅後、短時間の間に独りで外出し戻っていないことが判明したため、職員が管理者へ連絡し、行き慣れた店へ捜索に行くなど、迅速に動いた。間もなく本人が無事に一人で帰宅した。事業所内で今後の支援内容について検討し、通いの利用日や毎食の配食訪問以外にも、60分の訪問枠を調整する等、自宅に訪問する機会を増やした。また、付添っての散歩や買物に出る時間などを確保し、外出要求にも応えられるようにした。
- 長女が帰国した際に、「以前はよく親子喧嘩をしていたが、喧嘩もせずゆっくり過ごせた。」とのこと。長女の帰国期間中も、介護を長女に任せてしまうのではなく継続してサービスを提供することで、本人の日常生活の変化を少なくし、落ち着いて生活してもらうことができた。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防：うまくいったこと

- 週3日の通い利用の他、利用日以外に、毎食（朝昼夕）の配食に加えて60分の訪問を導入。訪問で、買物外出・生活援助を実施⇒職員の顔、名前は覚えられないが、着用しているユニフォームで、迎えに来てくれる人、ご飯を持ってきてくれる人などの識別ができたことが関係の構築に役立った。
- 以前利用していたデイサービスでは、利用時間が長かった。小規模多機能では、本人の焦燥感が強くないよう配慮し、利用時間を短く（5時間程度）することでストレス無く通ってもらっている。
- 長女の帰国滞り期間にも、通いを訪問に切り替えるなどしてサービス内容を止めることなく継続したが、長女が居なくなった後も、長女が心配していたような状態の変化もなくサービス利用ができています。
- 初回捜索後に直ちに今後の対策の検討とサービス調整を行い、行方不明の再発を防げている。
- マンションの管理人から催事などの連絡が日常的にあり、顔の見える関係が築かれている。

捜索について

- 行方不明時に、普段からよく行くコンビニを捜索し、店員にも聞き取りを実施した。結果は、本人が自ら自宅へ戻ってきたのだが、行きつけの店舗などの把握は必要だと感じた。

この事例からの学び

- 本人の行きなれた場所などを日常の関わりからアセスメントしておき、迅速に捜せる体制を作っておくことが必要であると感じた。
- 本人の生活スタイルに沿ってサービス内容を変更しながら、穏やかに過ごせる環境を整えることで、行方不明となることを予防できる可能性があると感じた。
- マンションの管理人や住人からの本人への電話や声かけ、事業所への連絡連携がある。このような、ゆるやかなネットワークの存在も重要であると感じた。

スーパーバイザーからのアドバイス

- アルツハイマー型認知症は、進行に伴って認知機能、BPSD共に変化していくことから、それに応じた対応が必要とよくいわれますが、なかなかタイミングよくケアを見直すことは難しいものです。この事例ではちょっとした変化を捉えてケアの再検討につなげていて参考になります。

事例 8

介護サービス利用や専門医受診で行方不明を予防している事例

事例の概要

- 息子と2人暮らし。ケアマネジャーが関わるまでに2~3回程度の行方不明歴がある。初回面談時には、食事、水分摂取が常時できていない状態で、点滴治療し、夜間は不眠で目もうつらな状態であった。
- 専門医受診で服薬開始、デイサービスも利用開始となってからは食事・睡眠もとれるようになり行方不明となる事象はなくなっている。

事例提供者

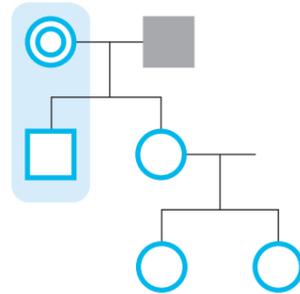
- 居宅介護支援事業所

今後行方不明になるおそれを感じた状況

- ケアマネジャーが関与するまでに何度かの行方不明歴があった。
- 行方不明となる事象はなくなっているが、外出はされているために今後の認知症状の悪化など、何かのきっかけによりまた行方不明となるのではないかとこの危惧がある。

家族状況

- 長男と2人暮らし（長男は5時~22時仕事で不在）。
- 長女は300m程離れたマンションに居住。24時間の不規則勤務。
- 孫2人の協力がある。



住環境・生活状況

- 一軒家（階段の勾配がきつい）の1階に居住。
- 住宅街、自宅から一本通りを出ると人通りが多い。
- 玄関の施錠は自分でできている。
- 近隣の店舗の方や、隣人とは仲が良い。
- 日中は独りで過ごしている。朝早くから徒歩10分程度の接骨院へ行くことが日課となっている。
- 自宅に風呂がないため、銭湯に通っている。

年代	80歳代	
性別	女性	
介護度	要介護2	
日常生活自立度	寝たきり度：J2 認知機能：Ⅲa	
経済状況	年金	
サービス利用状況	デイサービス 週4回 (定期利用はできていない) ショートステイ (1回利用したが定期利用はしていない)	
認知症の状況	発症時期	2014年冬頃
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル プロチゾラム 抑肝散
	BPSD等	● 夜間せん妄 ● うつ傾向 ● 作話 ● 徘徊 ● 易怒性 ● 娘の職場への頻回な電話

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 元来、趣味や人付き合いが多く、楽しんで生活を送っていた。孫が小さい頃はよく面倒をみた。家族仲は大変良い。
- うつ傾向。本人は「何もできなくなった。身体もおかしい。耳も聴こえなくなった。うんこも出ない。死にたい」などと言うことがある。
- デイサービスでは誘われれば断らず、「デイサービスに行くと楽しい。」とは言うが、手の痺れ・肩こり・食欲不振などの理由で休むことが多い。

この事例のポイント

- ケアマネジャーが関与する以前に行方不明となることが2~3回あり、ケアマネジャーが関与し始めてから、専門医への受診、デイサービスの利用を開始。専門医受診ができたことで薬の調整ができ、デイサービスの利用や家族の協力により、食事水分も定期的に摂れるようになった。
- ケアマネジャーが関与してからは行方不明となることはないが、依然として行方不明になるおそれはあるため、事前の備えをし、行方不明になった時のことを考えたカンファレンスを適宜開催している。
- デイサービスを休むことも多いため、通院を日課としている接骨院まで迎えに行けるように検討をしたが、「本人の抛り所となっている場所に、まだ抛り所となっていないデイサービスが迎えに行くことで、本人がどういう反応をするかが不明。」として保留している。

「予防」と「検索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防：体調面と精神面の安定・地域との関わり

- 介護サービスを導入することにより水分や食事の摂取が確実にでき、生活リズムが安定した。並行して、専門医への受診・治療をしたことにより、体調面・精神面・認知面や生活の改善ができ、その後は行方不明となっていない。
- 本人がよく立ち寄る場所や関わる人をアセスメントで把握した。本来は介護サービスを利用している時間帯や、普段とは違う時間帯に接骨院や銭湯に行く場合には、店主などからケアマネジャーや家族に連絡が入るようにしている。また「自宅に帰るよう」に説明してもらっている。⇒ケアマネジャーも現場に足を運び、顔の見える関係を築いている。
- 行方不明になった際に、娘が居住するマンション内で発見をされた経緯があるため、マンションの管理人にも本人の状況を説明し、気になることがあれば、家族に連絡を入れてもらえる体制をとっている。

今後の課題

- 介護サービス利用自体に拒否があり、週4回のデイサービスが定期的には利用できていない。
- 独りで外出をするため、いつどのようなきっかけで行方不明になるかわからないという危惧はあるが、GPSの利用については、家族は消極的。

このケースからの学び

- ケアマネジャーとして、対象者の身体状況や家族の状況についてはアセスメントを行っているが、対象者のよく行く場所や関わりが深い人については、十分にアセスメントできていない場合が多いと思われる。広い視野を持ち対象者と関わることによって見えてくるところも違ってくのではないかと感じた。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 通常のケアマネジメントによるサービス利用により行方不明になることがなくなった事例。どうしても対応困難な事例に注目が集まり、対応に無力感を感じてしまうことも多いものですが、このように介護サービスを導入することで予防につながっている事例も多くあります。まずはできることをやってみることが大切です。

支援者が「今できること」を検討し、行方不明を予防している事例

事例の概要

- 遠近に関わらず外出することが日課であり、本人は現在も「いつか釣りをしに遠くに出かけたい。」と思いながら毎日を過ごしている。
- 最近、いつものように外出しているのに、自身の居る場所がわからなくなり、帰宅時刻が遅くなるようになってきた。本人だけでなく、見守る家族も、今後に不安を感じている。どうしたらいいものか。

事例提供者

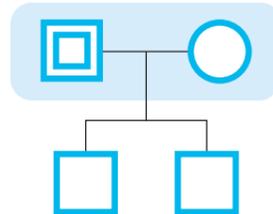
- 居宅介護支援事業所

今後行方不明になるおそれを感じた状況

- 季節によって行動範囲の変動があるが、徒歩、バスで遠近に関わらず、外出することが日課である。
- 外出する時間帯が遅かったり、周囲が暗くなった場合や、普段通らない経路を通った場合に、自身でどこにいるのかわからなくなってしまい、帰宅するまで時間を要した事があった。
- 難聴のため、他者に助けを求めることが難しくなっている。

家族状況

- 妻と2人暮らし。(妻が主介護者)
- 息子2人は遠方に在住。(訪問頻度は少ない)
- 近隣に姉夫婦が居住。(妻が長時間不在になる場合に見守りをしてくれる)
- 息子の妻、孫は、会う頻度が少ないためか、顔を見ても判別できない。



住環境・生活状況

- 持ち家。日中1階で過ごす事が多く、寝室は2階。
- 近隣のスーパーへの買物や遠くまでの散歩に出かける事がある他、自宅前の道路で10m前後の範囲を行ったり来たりしている。
- 自宅では、テレビを観ていることが多いが、昔使っていた釣り具を手にとっている姿もよく見られる。

年代	80歳代	
性別	男性	
介護度	要介護1	
日常生活自立度	寝たきり度：J2 認知機能：Ⅲa	
経済状況	年金	
サービス利用状況	デイサービス 週2回 福祉用具貸与(手すり)	
認知症の状況	発症時期	70歳代
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	メマンチン 抑肝散
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● 着衣がうまくできない。 ● 買物に行き、同じものを買ってくる。 ● 自宅以外のトイレの使い方が分からない、外出中は促してもトイレに行けない。

本人の概要(人物像、生活歴など)

- 地元で生まれ育ち、現在も生活。2人の子を育て、75歳まで就労。
- 趣味は魚釣り、現在も、遠くまで釣りに出かけたいという気持ちを持っている。
- 独りで外出し、長時間活動することができる。
- 難聴のためコミュニケーションがとりづらくなっている。

この事例のポイント

- 本人の望み、“安心して出かけたい”という思いを大切にしていることがポイントとなる。
- ケアマネジャーとして、利用者に関わる際に、日々の生活について情報を収集し、アセスメントできていることが、行方不明の予防のポイントとなる。
- ケアマネジャー、家族、知人、サービス提供者など、本人のことを知っている(関わっている)人を増やしていくようにした。また、関わっている人に認知症への理解を広めていくようにした。
- 衣服の準備をしている身近な介護者に、搜索時の重要な手がかりとなる、当日の服装を覚えてもらった。

「予防」と「搜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防：本人に関する情報の収集・整理

- 写真の撮影…行方不明時、警察に搜索願を提出する際に提供を求められることや、情報として写真がある方がイメージを持ってもらいやすいことから、家族・本人に了解を得た上で、ケアマネジャー訪問時に毎回写真撮影をし、事業所に保存することで、搜索の備えとした。警察への搜索願だけでなく、搜索ネットワークへの依頼に写真が必要になるが、家族でも直近に写真を撮る機会がなく、用意がない事から、撮影するようになった経過である。ただし、個人情報保護に関わる課題もあり、情報管理や運用についてのルール(口頭で了解を得ている程度など)が明確ではないため、活用の一般化が難しいものであるということも感じている。
 - 家族からの情報収集①…服装は、搜索依頼時に有用な情報となる。日頃の対応として、同居の妻に服装を覚えておいてもらうようにしている(妻が衣服の準備をしている)。
 - 家族からの情報収集②…訪問するごとに毎回、直近の外出の頻度や範囲に変化が無いか、妻に確認しているが、これは季節によって(気温の変化)行動する範囲や頻度に違いが見られたり、買物についてもできる範囲や購入物に変化があるため、本人のその時々状況把握に必要なことと考えている。
- *ただし、例えば、常に身近に家族がいないような独居の方の場合には、家族以外の方をお願いすることになるため、同様の対応ができない。

このケースからの学び

- 行方不明になる可能性があるかと判断したことから、外出に関連すると思われる情報について、写真の入手や行動の把握といった直近の本人の様子に加えて、過去の生活歴や趣味について、日頃関わっている人から聞き取りを行ったが、情報を集約・整理していく中で、ケアマネジャーとして本人をよく知ることとなった。また家族と情報交換することで、家族にもその時々本人の状態(認知症に関する事など)を理解してもらうことにもつながった。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 着衣失行やトイレが使えないなどアルツハイマー型認知症としては中期の症状が出ているものの、日中であればまだ一人で外出して帰ってくることができている事例。今後、見当識障害の進行と共に迷うことが増えてくる可能性があります。個人情報保護法では、生命財産の保護のために用いる際には例外規定が適用されますが、事前の情報収集がどこまで許されるかははっきりした定めがないのが現状です。消費者庁が全国の自治体での見守りの取り組みにおける個人情報の取り扱いをまとめた資料がありますので参考にしてください。

http://www.caa.go.jp/planning/kojin/mimamorijirei14_1.pdf

事例 10

「ひとりで風景を観るのが好き」と毎日循環バスに乗る事例

事例の概要

- 日課で毎日朝と夕と散歩に出かけ、バスに乗って1周し帰宅することを続けている。
- 短期記憶力の低下が進み、聞き返しも増えていることから、今後、帰って来ることができなくなることを危惧している事例。
- 経済的に介護サービスを増やすことが難しい。

事例提供者

- 居宅介護支援事業所等

今後行方不明になるおそれを感じた状況

- 妻が午前7時半に仕事に出かけた時から活動を始める。
- 自宅近くのバス停からバスに乗車するが、途中で降りることなく1周してそのまま戻ってくる。
- 午後は妻の帰宅以降の15時頃から外出することもある。

家族状況

- 70歳代の妻と2人暮らし。
- 妻は7時半～14時まで就労し経済面で支えている。



住環境・生活状況

- 自宅近くにバス停がある。
- バス停は商店街の付近にあるため人通りがある。
- バス停と反対の方向にある通院先の病院には道のりを覚えており、独りで徒歩で行ける。
- 自宅に風呂がなく近所の銭湯に通っていたが、入浴中に意識消失し救急搬送されたことが数回ある。
- 入浴目的で短時間のデイサービスを利用している。本人は「すぐに帰りたい」と言うが、職員との関わりや、たばこが吸える環境があるため継続利用している。
- 寝たばこをして衣類などが焦げることがあったので、自動消火器を設置している。

年代	70歳代	
性別	男性	
介護度	要介護3	
日常生活自立度	寝たきり度：J2	
	認知機能：IIb	
経済状況	国民年金	
サービス利用状況	デイサービス 週1回 (短時間)	
認知症の状況	発症時期	2012年
	診断名	脳血管性とアルツハイマー型認知症の混合型
	服薬	ドネペジル
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● 注意力低下 ● 日や曜日が思い出せない ● 食べたことを忘れる ● 薬やお金の管理が出来ない ● 自発性が低下している

本人の概要（人物像、生活歴など）

- バスに乗り外の景色を見るのが楽しみ。
- たばこが好き。
- 警備会社で就労していた。

この事例のポイント

- 本人は必ず外出時に敬老乗車証が紐でくくりつけてあるズボンを着用していた。
- 敬老乗車証には連絡先が明記されており、行方不明になった場合に連絡をもらえる手立てがあった。
- 妻とケアマネジャーが本人の楽しみを把握出来ていた。
 - * 「ひとりで出かけて風景を観るのが好き」である。
 - * 何番のバスに乗り何を楽しんできたのか、その都度妻もケアマネジャーも情報収集していた。
- 通院先の医療機関と連携が取れていた。
 - * 定期通院の状況など、本人の様子で気になる内容は医療機関の連携室からその都度連絡をもらっていた。
- 自宅が路地の住宅密集地にあり、近隣の人との交流がある。「この前見かけたよ」との情報も得られる。

「予防」と「搜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防の工夫

- 「ひとりで風景を見るのが好き」との思いを妻もケアマネジャーも尊重し、訪問の度に気持ちを聴いている。
- 外出時に必ず敬老乗車証を紐でくくりつけたズボンを履いている。⇒ 行方不明の予防に重要と考える。
- 敬老乗車証の中にケアマネジャーの名刺（裏に本人の住所、自宅の電話番号、妻の名前などを記載）を入れている。
- デイサービス利用の回数を増やして、ドライブなどの企画を検討してもらうように依頼しようとも検討したが、経済的に実現困難であった。

今後の課題

- 現在は行方不明になっていないが、今後の予防策として地域で見守る体制作りをしていきたい。
- 「必ずバスに乗車して1周して戻ってくる、途中下車はしない」とのことから、特定のバス停から1周するバスの系統を把握し、バス会社と見守り体制の相談することを検討したい。
- バス停付近の店の人や近所の人、地域包括との協力体制。

このケースからの学び

- 現在は行方不明になっていないが今後は、その可能性が十分考えられる。
- 自分の楽しみを自身の力で続けることが現在はできているという強みを尊重し、異変などに気づくことのできる地域の見守り体制を早い段階で作っていく必要性を感じた。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 混合型認知症ということで、注意障害があって認知症の重症度は高く出ていますが、場所の見当識障害はあまりない可能性もあります。定期的な認知機能のアセスメントでバス停を間違ってしまうリスクの評価ができるかもしれません。自発性が低下している中で、ご本人が楽しみにしておられることなので、工夫しながら長く続けられるよう支援したいものです。

事例 11

夫の暴言で外出、行方不明となり高速道路で発見された事例

事例の概要

- 夫の暴言が原因で外出することを繰り返している。
- 行方不明時にも夫は警察への通報に消極的。
- サービスの増回、家族の介護協力を得たことで、主介護者の負担を解消。言葉による暴力を防ぐことで本人の外に出なくなるストレスを緩和。目の届かない時間をなくすように工夫した事例。

事例提供者

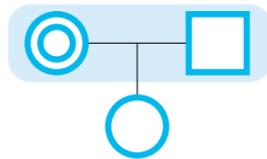
- 居宅介護支援事業所

行方不明の状況

- 2013年6月、デイサービスが迎えに行くと、夫が「本人が居なくなった」と。夫は特に慌てる様子もない。ケアマネジャーから夫に「警察に連絡しよう」と伝えるが、夫は連絡しない。警察から服装や持ち物など色々聴かれても自分にはわからないので、通報しないこととなる。翌日、娘から「発見された」との連絡がある。高速道路の入り口付近を歩いていたところを警察に発見され保護されたとのこと。

家族状況

- 夫と2人暮らし。夫は要介護1。
- 娘世帯は、他区で自営業を営んでいる。
- 10年以上前から、夫妻で朝の5時～7時位に地下鉄とバスで終点のバス停まで行き歩いて帰ってくるという習慣があった。夫は「健康のため」と言っている。
- 夫妻とも近隣の診療所に通院している。



住環境・生活状況

- 夫は地域とのつながりが薄い。行方不明になっても警察への通報について拒否的。
- これまで3回行方不明になっているが、本人が歩いているところをデイサービスの職員が偶然発見したり、警察が発見した。夫は「ほら見つかったやろ」と言い、積極的に対策をとらなかった。

年代	80歳代	
性別	女性	
介護度	要介護2	
日常生活自立度	寝たきり度：A1 認知機能：Ⅲa	
経済状況	年金	
サービス利用状況	デイサービス 週6回	
認知症の状況	発症時期	2012年
	診断名	認知症のみ
	服薬	ドネペジル
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● 日や曜日が思い出せない ● 薬やお金の管理が出来ない ● リモコンの操作が出来ない ● 家族がわからない ● 近所で道に迷う ● 介護に抵抗する ● 着衣できない ● 自分の名前がわからず書けない

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 夫よりきつい口調で「どこへでも行け」などと言われるとふっと外出することがあったが、帰る道がわからないので前に進むしかなかった。歩行はしっかりしている。夫は介護疲れが蓄積してくる夕方に、きつい口調で言うことがあり、そのため本人が外出してしまうということがあった。

この事例のポイント

- 10年以上前から夫妻で午前5時～7時位に地下鉄とバスで終点のバス停まで行き歩いて帰ってくるという習慣があったため、本人には交通機関に乗ることが習慣になっている。
- 散歩の習慣からか体力もあり、歩行動作の状態は良い。
- 夫が家事全般を受け持っていた。介護負担の軽減のためヘルパーの利用を勧めたが断っている経過がある。
- 夕方になり夫の介護疲れがたまると暴言が出て、本人がふっと外出することになる。
- 夫は本人がいなくなっても「帰って来れない」とは考えず、「いつかは帰ってくる」と考えている。また、行方不明時に本人の衣類や持ち物などを尋ねられてもわからないからと、警察への通報には消極的。

「予防」と「捜索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

工夫・対応

- 主介護者である夫のストレスを軽減する工夫をした。
* デイサービスを増回し、本人には、デイサービスの利用日以外は娘宅に日中滞在してもらった。
- 夫妻とも同じかかりつけ医に通院しているが、夫が地域から孤立していることについて医師が心配し、必要時にはカンファレンスを開催してくれた。地域にあるかかりつけ医であったため、医療情報の共有のみでなく、深い関わりができたと考える。

予防：うまくいったこと

- カバンや服に氏名を記名する。夫が本人に敬老乗車証を持つように常に働きかけていた。
- 以前から夫と共に行っていた習慣である散歩の援助を介護サービスで実践した。
- 娘が介護に関わるようになった。
* デイサービス利用日以外の日に本人を娘宅で見守り、介護した。⇒ 夫の介護負担軽減になり言葉の暴力の減少につながった。
- 医療機関と相談できる関係づくりが出来た。

このケースからの学び

- 介護者である夫が気難しい、との思いが強く、担当した当初は月1回のモニタリング訪問しか出来なかったため信頼関係が築きにくかった。訪問しても常に「どうもない」との返事であった。しかし、夫が疲れた時にSOSを出してくれるようになってから、夫の介護負担軽減のためのヘルパーの導入にも了解が得られた。本人、介護者、家族、サービス事業所が一緒に失敗を繰り返しつつも信頼関係を築いていくしかないと考えている。また、かかりつけの医院が常に相談できる場所であったことも良かったと考える。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 夫の介護負担を軽減し、協力関係を築くことが解決の道筋となった事例。高齢の男性介護者の場合、周囲の協力をうまく利用できないこともあり、そのような場合には相談することで楽になったという経験を重ねてもらうことが大切になります。また、本事例ではご夫婦がかかりつけ医を持っていたことが大きな助けとなっています。元気うちからかかりつけ医を持って信頼関係を構築しておくことの重要性がここでも示されています。

事例 12

13回行方不明を繰り返しながら、馴染みの地域で暮らし続けられた事例

事例の概要

- 夫と2人暮らし。散歩に出て、たびたび道がわからなくなっていた。夫による見守りには限界があり、本人への暴言もあった。サービス利用を増やしていったが、それでも24時間カバーできるわけではなく、外出することが続いた。
- 少しでも落ち着いて過ごせるように、アセスメントしサービス内容を検討した。また、行方不明時の検索体制について、事前に役割分担を確認した。
- 行方不明の回数は、わかっているだけで13回と多かったが、早期発見がほとんどであった。

事例提供者

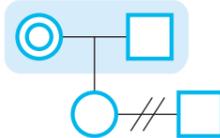
- 居宅介護支援事業所

行方不明の状況

- 行方不明で把握できているのは2年間で13回。
- ヘルパー訪問時に発見することが多く、本人の不在を確認するとケアマネジャーへ連絡が入る。⇒ケアマネジャーから地域包括、ヘルパー、デイサービスの事業所へ連絡し、警察へ検索届けを出す、検索ネットワークの発信、検索をそれぞれ担当事業所が担う。
- デイサービス利用でない日に、送迎中の職員が発見することや、近隣住人が送り届けることもあった。
- 自宅に送り届けた時には、夫は本人が外出したことに気付いていないことが多い。
- 警察にも毎回届けるが、実際に警察の検索が始まるまでに関係者で発見していた（行方不明発覚からおおよそ1時間以内）。

家族状況

- 90歳代、要介護2（軽度もの忘れ）の夫と2人暮らし。
- 60歳代の一人娘は海外在住。本人夫妻のことが心配で、1年に4回、2週間程度帰国滞在する。



住環境・生活状況

- 閑静な住宅街にある一軒家。人通りはあまりない。
- 道路から玄関まで石段があり、手すり設置済。玄関の他、勝手口が2ヶ所。本人は頻りに庭の手入れをしており、庭は1つの勝手口に通じている。
- 午前6～7時には起床し、20時頃には就寝。日中は庭の手入れや自室で読書や衣類の整理を行うが、実際には手入れも整理もできていない。
- 着替え（洗濯）や洗身等以外はADLほぼ自立。
- 金銭管理は夫妻共に成年後見制度を利用している。

年代	80歳代	
性別	女性	
介護度	要介護2	
日常生活自立度	寝たきり度：J2	
	認知機能：Ⅲa	
経済状況	年金	
サービス利用状況	認知症デイ 週5回 ヘルパー 日に1～2回	
認知症の状況	発症時期	2009年頃
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル メマンチン
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ● 自宅から外に出ると戻れなくなる ● 同じ話を繰り返すなど ● 一歩外に出ると、振り返っても自宅が分からないなど ● 夫以外の家族はわからない

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 専業主婦で、元来夫妻の仲は良かった。
- デイサービスでのボランティア活動に参加するなど、活動的であった。

この事例のポイント

- ヘルパーが訪問すると夫と一緒にいることが少なく、夫から本人への「ぼけてきた」等の暴言が常時あった。
- 専業主婦であり、デイサービスでのボランティア活動や庭木の手入れといった趣向や習慣がある。
- 雨天時や日後は外出しない。
- 毎日、ヘルパーが写真を撮ったり、個人情報に関する同意書をもらうことで、検索の備えとした。
- 実際の行方不明時は、検索場所や役割分担を工夫し、早期発見に努めた。

「予防」と「検索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防：出かける要因と考えられるストレスの軽減が重要と考えた

- デイサービス利用を通して役割を持ってもらうよう調整した。⇒ 一定、落ち着いて過ごせた。
- 娘の帰国の都度、サービス担当者会議を開催し情報共有した。⇒ 意思疎通がスムーズに進んだ。

検索：早期発見が重要。役割分担と情報の流れ、検索範囲、ルール、情報の統一方法を検討

- 検索届けや検索ネットワークには正確な情報が必要。衣類の色や形の記載は人によって伝わり方が違う。⇒ 毎日夕方、本人に許可を取り、ヘルパーがデジカメで写真を撮った。
- 発見された時間と場所を地図に落とし込み、方角が一定でないことや、歩行スピードを推測した。⇒ 検索時の役割分担（検索する、検索願を出す、情報集約等）、検索する範囲につながった。自宅から数km先には山があるため早期発見が最も重要だった。
- 検索にかかる個人情報提供同意を書面でもらっていた。
- 検索範囲と役割を分担し、行方不明になった際に担当ケアマネジャーや事業所が何をするか明確にしていた。⇒ 各々が速やかに行動できたことで検索を開始してから、ほぼ1時間程度で発見できた。

課題

- 短時間での発見は関係者に限られた（本人に会ったことがなければ、発見は難しかった）。
- ペースメーカー使用のため、GPS機器の装着が腰から下に制限された。
- 検索範囲を見極め、早期発見するために一番重要である行方不明となった正確な時刻の把握に限界があった。
- 検索打ち切りのタイミングは統一できず、結局「各事業所の判断」とすることになった。

この事例からの学び

- 行方不明後の検索の対策も重要だが、行方不明にならないようにアセスメントをして本人のストレスを減らすような「予防的な対応」の重要性を強く感じた。
- 検索ネットワークのようなシステムの有効性を感じた。特に「一人ケアマネ」の事業所など、幅広い対応をすることが困難な場合に活用できる。早期対応につなげることができる。
- それぞれの役割を決めることができれば、後はスムーズに対応することができる。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 場所の見当識障害が強く、少しの散歩でも迷ってしまう事例。デイサービス利用は、不安の軽減と一人になる時間を減らし外出の頻度を少なくすることで行方不明の危険性を下げることにつながったようです。自力で自宅に戻れない場合には、外出の代替となる活動を提供することが有効であると考えられます。個人情報提供の同意をしっかりとっておられることも参考になります。

事例 13

グループホーム入所中、興奮を伴った外出希望が強く対応が難しい事例

事例の概要

- グループホーム入居者が外出希望を訴え、不穏状態となり、何時間も職員がつきっきりで対応することとなっていた。
- 施設ケアマネジャーと地域リハ支援センターコーディネーターを中心とした丁寧なアセスメントと対応策の検討・実践や往診医師による服薬調整を行ったことで、入居者が一旦落ち着きを取り戻した事例。

事例提供者

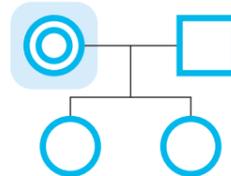
- 地域包括支援センター

行方不明の状況

- 入所4ヶ月後の8月初旬に初めての帰宅要求がある。イライラが始まり強い不穏状態（帰宅要求）になる。
- 施設前のバス停に居るところを職員が偶然発見。若い頃からバスに乗り通勤する習慣があった。
- 施設から50mほど離れた地点で、他事業所のヘルパーがたまたま声かけしているところに職員が遭遇。
- 外出に職員が、気が付かなかったのは上記の2回。気が付いて職員が付いて行ったのは10回以上。

家族状況

- 夫と2人暮らしをしていたが、独りで外出するようになり（帰って来ていた）夫の負担も大きく、二女宅へ引き取られた。外出するので二女が交番へ写真を届けておくなどしていた。警察に保護されることもあった。



住環境・生活状況

住環境

- グループホーム（鍵をかけないため出ていきやすい）
- 立地条件…山地に入る手前の坂の多い地域。小学校や他施設も近隣にある。

生活状況

- 介護状況…施設職員による24時間介護だが人間的に手薄な時間帯もある。

年代	70歳代	
性別	女性	
介護度	要介護1	
日常生活自立度	寝たきり度：J1	
	認知機能：Ⅲa	
経済状況	困らない程度収入がある	
サービス利用状況	グループホーム入所中	
認知症の状況	発症時期	2年前
	診断名	アルツハイマー型認知症
	服薬	ドネペジル メマンチン バルプロ酸
	BPSD等	<ul style="list-style-type: none"> ●職員が気づかない間に外出する ●施設小物の取り込み ●物盗られ妄想 ●強い帰宅要求と不穏 ●暴言・暴力 ●着衣できない ●車の座席に後ろ向きに座る

本人の概要（人物像、生活歴など）

- 保育園園長の経歴があり、バリバリ働いていた。家事は嫌い（家政婦を入れていた）。外出が好き。
- 上下関係を重視する。男性を上位に置く。「みっともない」「情けない」と、体裁、体面を大切にしている発言が多い。
- 人一倍、立派にやってきたという自負・自尊心がある。

この事例のポイント

ひもときシート、地域リハ支援センターコーディネーターを交えてのアセスメントを入念に行い、対応策を検討した

- 午前のみ不穏になり職員が少ない日は手が取られて大変。18時以降は全く問題がない。⇒朝がおむつ交換などで匂いが嫌なのかもしれない。就労していたので、朝が本人にとっては一番忙しい時間帯だったのではないかと。本人は家事をしなかったため、夕刻は（楽な時間帯）リラックスできているのではないかと。
- 匂いに敏感。⇒アロマを利用してはどうか。
- うるさい、ざわざわしている雰囲気嫌。入れ歯が合わず、見た目を気にする。大勢でいるより1対1で持ち上げてほしい。
- バリバリ働き家事はしなかった。⇒仕事に着て行っていたようなスーツ・鏡台・化粧品などがあれば居室に置いてみてはどうか（衣装はたくさん持たせよう）。仕事のような役割を施設で作ってみてはどうか。
- 外出や帰宅の要求がある前は朝に「見守り隊」と称して、近隣の小学校前の交差点に職員と一緒に立ち、登校する小学生に挨拶をすることを日課にしていた。小学生の列の最後尾の校長先生より、毎日、礼を言ってもらっていた。小学校が夏休みになり、「見守り隊」に出られなくなった。その後「校長先生に会いに行かないのか」と尋ねることがあった。

「予防」と「検索」の工夫・対応でうまくいったこと・うまくいかなかったこと・今後の課題など

予防の工夫

- 仕事で着たようなスーツ・鏡台・化粧品などを居室に置いてみることにした。⇒衣装を置いた。
- 仕事のような役割を作ってみてはどうか⇒洗濯物たたみは好きでやってくれる。
- 夏休み以降「見守り隊」に出なくなってから不穏が激しい。本人の「校長先生に会いに行かないのか」との言葉からも、権威ある人と関わることは重要だろうと推測。⇒「見守り隊」を9月末から週に1～3回再開した。
- 往診の医師に何度も薬調整をしてもらった。

※一旦、不穏行動が治まった（その後、夜間に不穏になる等変化があったが）が、どの対応が有効であったのかは見極められていない。

検索の工夫 ※まだ検索には至っていない。

- 近隣の介護サービス事業所への本人情報の周知と検索ネットワーク、市バスへの登録。
- 運営推進会議で地域役員に写真を見せ、顔を覚えてもらった。

課題（新しいアイデア）

- 顔を知ってくれている小学生相手の認知症サポーター養成講座を開催することは検索に有効かもしれない。
- 十分な人員がいれば「見守り隊」の回数を増やせたり、外出に付き添える。ボランティアの活用等も。
- 本人が集中できるような趣味（好きなこと）や役割を見極めたい。
- 最近は鞆を持って出るようになったのでGPSが有効かもしれない。GPSがもっと安価になってほしい。

この事例からの学び

- 「鍵を閉める」「無理に連れ戻す」等の対応は、より対象者を興奮させ逆効果であった。外出に付き添う方法をとった方が、本人にとっても、職員にとってもストレスが少ない。また、短時間の対応ですんだ。
- アセスメントできたつもりでも十分ではなかった。一面的な見方ではなく、多職種でのアセスメントで、一層アセスメントが深まり、本人の心理や不穏の動機の核心に、より近づけたように思う。

スーパーバイザーからのアドバイス

- 興奮を伴う外出希望で対応が難しい事例ですが、非薬物的な対応と薬剤調整を組み合わせることで対応されています。バルプロ酸は気分安定薬に分類される薬剤ですが、認知症の興奮にも使用され、効果がみられることがあります。またメマンチンも事例によっては興奮を和らげる効果が期待できます。どの対応が効果があったかは、待たなしの対応を迫られる中、なかなか見極めることが難しいですが、定期的に再評価することで見当をつけることが可能になるかもしれません。

実態調査

～認知症高齢者の行方不明（徘徊）に関する実態調査～

京都市北区・上京区内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センターに勤務しているケアマネジャーすべてに対して、認知症症状による行方不明（徘徊）利用者の実態調査を実施しました。（調査期間：2014年9月～10月）

上記ケアマネジャーが担当する利用者で、

*実際に行方不明（徘徊）になったことがある方について

*今まで行方不明（徘徊）になったことはないが、今後行方不明に至る可能性のある方について

I. その利用者の状況

II. その利用者について実践していること、工夫

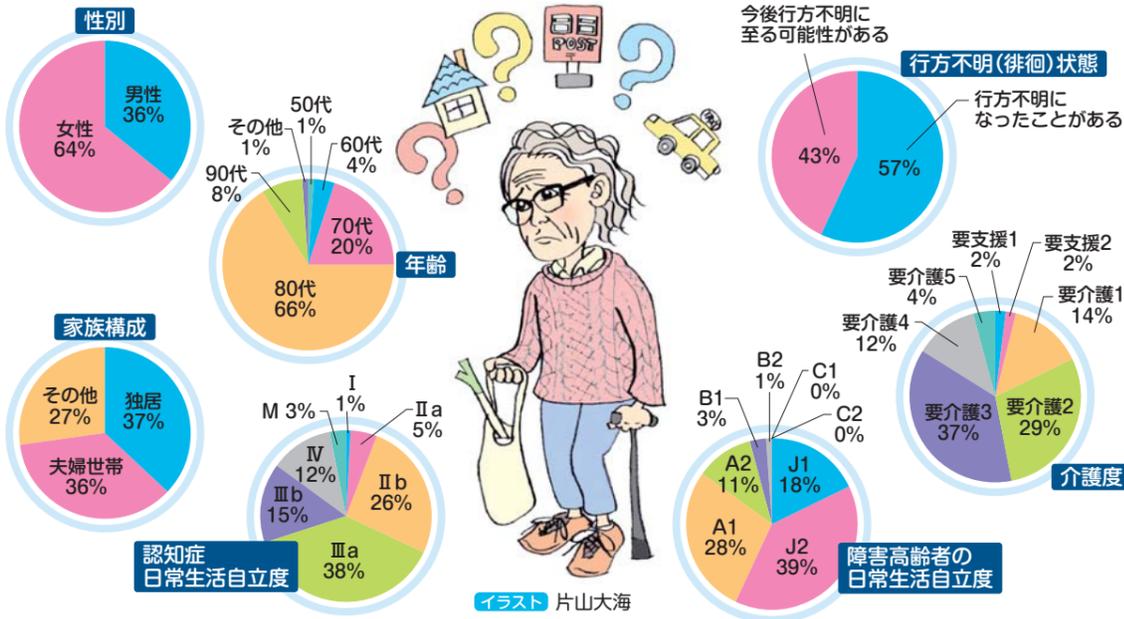
III. ケアプランでうまくいったこと、いかなかったこと

この調査をもとに、行方不明（徘徊）に至る可能性がある利用者の共通点やその原因を探り、それに対する対応策について、頂いたコメントをカテゴリー化し項目ごとに分類しまとめました。

3

実態調査～認知症高齢者の行方不明（徘徊）に関する実態調査～

こんな方が行方不明（徘徊）になっていた！



分析まとめ

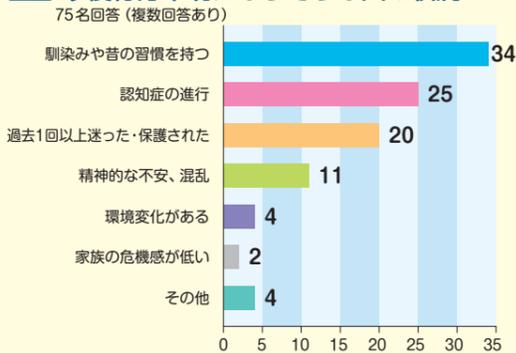
男性より女性が多い、80歳代、認知症生活自立度はⅡb～Ⅲb、日常生活自立度はJ2～A1、要介護度2～3、行方不明になった経験がある。

行方不明（徘徊）になった利用者の調査から、上記イラストのような人物が浮かび上がりました。

「…80代の女性で、要介護度は2～3程度、隣近所へなら外出する状態または介助により外出し日中ベッドから離れて生活している状態で、日常生活に支障を来すような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、誰かが注意していれば自立できるか介助を必要とし、服薬管理や着替え・食事・排泄が上手くできず時間がかかったり、収集・火の不始末・大声も時にある状態で、今の所何らかの方法で帰ってはいるが行方不明になった経験が過去にある…」そんな方が実際に行方不明（徘徊）になった方に共通していました。

今後行方不明になりそうな人の状況は？

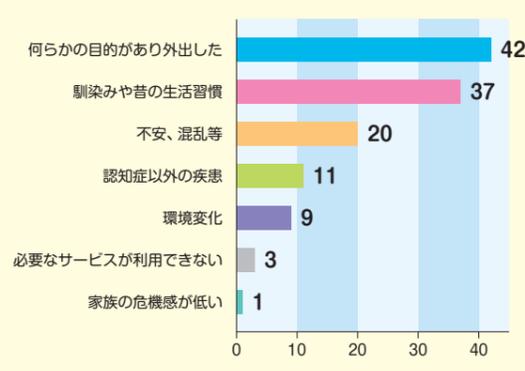
図1 今後行方不明になりそうな人の状況



ケアマネジャーが今後行方不明になりそうだと感じている利用者として(図1)、昔の習慣である「会社」「理髪店」、趣味や日課である「散歩」「買い物」「カラオケ」「畑」や「通所系サービス」等へ行こうとする、デイサービス利用日以外に送迎車を待ったり、デイサービスへ向かう様子等、何らかの外出の可能性があり、しかも1本道が違うだけで近所でも場所が分からない様子や実際迷ったり保護された経験から、目的を持って外出はするが戻れない可能性を多く心配されていました。他に自宅でも「家に帰る」と言ったり、外出の目的や買う物を毎回忘れるといった認知症の進行を感じる状況や、何かの精神的な不安感・混乱している様子、転居や周囲の人間関係等の環境変化での言動等からも今後の行方不明の可能性を感じておられました。

なぜ行方不明になってしまったの？

図2 行方不明になった原因 (記述回答より)



実際に行方不明になった99事例を対象に複数回答を含む集計を行いました。行方不明の原因(図2)として最も多かったのは、『何らかの目的があり外出し迷う』場合であり、その具体的な目的は、「今、お腹が減った⇒買物へ」「今日は体調が悪い⇒通院に」「排泄したい⇒トイレへ」などでした。次に多かったのは、『馴染みや若い頃の生活習慣』が原因の場合で、その具体的な事柄は多い順から「散歩」「職場」「昔行った場所」「自宅」「デイサービス」「店舗」へ行こうとしていたことなどがありました。その他、『不安、混乱』が原因として続き、認知症の進行により自宅にいても“そわそわ・ウロウロ”し、落ち着かない様子が見て取れます。さらに『環境変化』が行方不明の原因となり、その理由は、転居が一番多くを占めました。

日頃行方不明への備えや捜索時の工夫って？

図3 日頃の備え (記述回答より)

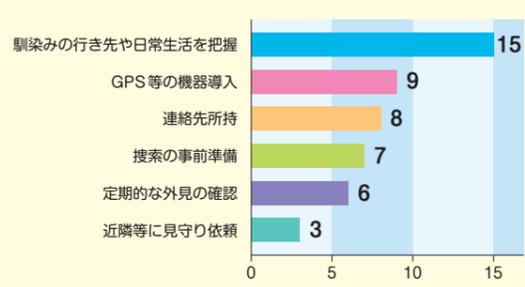


図4 捜索時の工夫 (記述回答より)

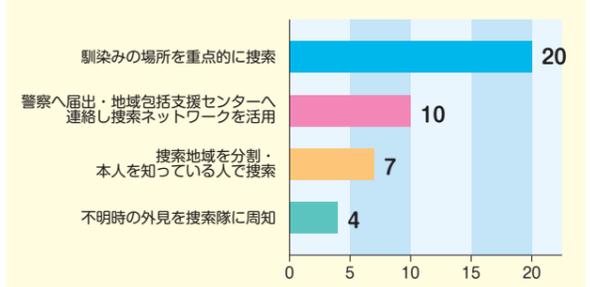


図3より記述式での日頃の備えとしての回答は、『行きそうな場所、日常生活把握』が最も多く、いざ行方不明になったときどこを捜索するかのポイントになっていました。家族の了承を得てポスターを準備し地域包括支援センターに登録しておくケースもいくつかみられました。地域での見守り体制づくりや捜索協力依頼として、近隣やバスやタクシー会社などの交通機関・コンビニ等にも広域にネットワークを作っているケースもありました。

行方不明時の捜索の工夫としては、『知っている人が探す』『本人の行きそうな場所を捜索メンバーで地域割りをして探す』『当日身につけている服装を周知して探す』に分類でき、これらの工夫により実際にみつかったケースも数事例みられました。

実態調査から見えてきたこと

実際に行方不明（徘徊）に至った原因から、「どうすれば行方不明（徘徊）を防ぐことができるのか？」を日頃ケアマネジャーが実践している備えや工夫からみると、その方の生きてきた人生や現状の生活背景・習慣等を、身体機能や精神機能にとどまらずこれまで培ってきた経験や社会とのつながりもふまえ、様々な視点から情報収集し、その方の思いや意思を捉えていくことが大切だと言えます。その情報を家族も含めた支援チームで共有し、事前に行方不明（徘徊）とならない方法につなげていくことが重要なようです。例えば、「普段から写真を撮る」「服装を毎日記載する」等が実際行方不明（徘徊）に至った際にすぐ発見するのに役立ったようです。また、その時の実情に応じた連携や地域の中で支えられる体制を作っていくことが暮らし続ける地域づくりになっていくようです。記述回答の中にもGPSが十分な機能を発揮しなかった内容が散見され、どの形態がどの程度有効かを考えて今後につなげていくことも暮らしやすい街づくりになっていくと言えそうです。

4

キラッと光る！なるほどアイデア集

ここでは、実際にケアマネジャーが行っている様々な取り組みを紹介しています。なるほど！と思って試してみても…。中には当てはまらないこともあると思います。あくまでも参考にしてください。

もしもの場合に備えて

いつも履く靴や自転車にもGPSをつけ、行動を把握し、早期発見に繋げる。

全ての持ち物、衣類などに施設名、ケアマネジャー氏名、連絡先、氏名、住所などを記入。



出入り口に赤外線センサーの設置し、早く外出に気付けるようにした。

行方不明（徘徊）時、警察へ捜索を依頼することを想定し、顔写真や特徴を書いたものを日頃から用意。

住所を書いたカードを複数枚用意し、財布やズボン、杖などに付ける。

普段から分かりやすい服装を着てもらおう。毎日の服装をご家族に意識してもらい、カレンダーに記入したり、写真に撮る。

玄関内側に「迎えが来るまで待って下さい」と貼り紙しておく。

本人が携帯電話を持っているか、操作できるか、連絡先を知っているかも確認。

歯科医へ入れ歯にネーミングや検索に繋げる工夫について相談をした。

ケアプランへ活かす・協力し合う



本人の病状や生活状況を知っている支援者ができるだけ早期から関わり、顔見知りを増やしておき、いざと言う時にみんなで協力して捜せるようにした。

行方不明（徘徊）のリスク管理を強調してしまうと本人の持っている力やできることが見え難くなるため、管理するような支援や閉じ込める形にならないよう意識し関係者へ説明した。

万が一のことについて、家族、主治医を含めた関係機関で話し合い、共通認識を持っておくようにした。

馴染み、立寄り場所をスタッフ全員で事前に確認する。

行方不明（徘徊）の原因を探り、対応を検討。

外出の時間帯をアセスメントし、その時間帯にデイサービス利用時間延長、ヘルパー利用しリスクを減らす。

行方不明（徘徊）時に応援を依頼することを想定し、ケアプランに連絡方法や手法を載せ、確認しておく。

デイサービス利用時間を延長し夕食後に帰宅すると、夕方の外出がなくなった。

本人の楽しみを考え、ケアプランの見直しを行い、ストレス軽減。行方不明（徘徊）予防に。

本人が公衆浴場の利用経験がなくデイでの入浴に抵抗が強かった。浴場に『エステサロン』と看板を上げ、顔や指のマッサージから始め、入浴ができるようになった。

行方不明（徘徊）をケアプランに入れ、認知症対応型デイサービスを利用。ドライブをして、外出先を把握、認知症状についても専門スタッフからアドバイス、情報をもらう。

認知症の薬を服用後、外出されることが増加してしまっ。再度医師へ相談し変更となる。

小規模多機能型居宅介護事業所の利用を開始。家族の帰宅時間に合わせて送り届ける。

会社勤めの習慣から平日に出かけてしまう方。平日のデイを利用し土日は落ち着いている。

お店に迷惑を掛けないように病気を知らせ、協力を依頼。さらにデイサービス、ショートステイを増やし予防。

外出の原因が、体調が悪いと病院へ行かなくてはと思いバスに乗る方のため、常に体調に気を配るようにしている。

以前、バス通勤をしていた習慣からバス停に来たバスに乗ってしまう方。行方不明（徘徊）時はバス会社へも連絡をする。

先に出かけてしまうのを防止するため朝一番に電話連絡。デイサービスの迎えも朝一番に実施。

家族の協力と理解も

家族に、『認知症』の理解を深めていただくような支援も重要。

行方不明（徘徊）される方の一番身近な見守り支援者は家族である。家族の疲労や心の揺れを把握するように心がけた。

家族の同意を得て、立ち寄りそうな場所や老人福祉員、民生委員の方々へ協力を依頼した。

外からの鍵かけは認知症の症状悪化やADLの低下を来すため、支援者として賛成できないと家族へ伝えた。そうならないように、家族や行政・支援者で協議し対策を考えることが大切。



妻との不仲が外出の原因となる方。できるだけ夫婦円満にいくように支援をする。

近隣・周辺の協力と理解

1人での外出衝動が強い時は、家族と一緒に交番へ行き、警察官に「1人で出かけると危ない、誰かと一緒に」と説得してもらう。

近隣の方でもその方の認知症の理解が十分ではないため、どんなことが起こるか、もしかして火事は大丈夫か等の不安がある。近隣の方からも聞くことや、そのリスクを近隣のご協力やサービスを利用することで軽減できることを説明。

徘徊模擬訓練は、一般の方に認知症で「行方不明（徘徊）」になる方の気持ちを知ってもらう方法として有効。

外出しているところを見たら連絡をもらう体制作りと同時に、日課として訪れる店舗に、2〜3日姿を見かけない時にも連絡をもらう連携をお願いすることも大切。

薄暗い明け方の外出時に、その周辺で唯一の明かりが灯る新聞店へ入られ保護。その後連絡先に登録した。



いざというときは!

実際捜索時に、本人の気持ちを想像し
捜すようにすると発見。

お腹が減った → 買い物 → スーパー

捜索時に本人の状況、歩く範囲などを考える。

デイサービスで行方不明当日の
写真を撮って置いてそれでピラを
作成。関係機関やバス・タクシー
会社などへも配布し捜索依頼。

繰り返し行方不明になる方。
発見場所を実際の地図にしるしをつけ、
次の参考にした。

ケアマネのつぶやき…

GPSもいろいろで大きさや持たないといった
ケースがあり、実際活用ができないことも多い。
もっとコンパクトで靴の中に入れるタイプも
利用してみたい。

家族が世間体を気にされ、対象者を
閉じ込めようとされる。

地域の方にも行方不明になるおそれ
あることを伝え、見守りをと思うが、
個人情報の問題もありどこまで伝えて
行けばよいか…。

サービスを入れたいけれども経済的な問題で、ショートも加算や追加の出費に納得してもらえず
1回の利用で終了してしまうこともあった。家族だけ、担当ケアマネジャーだけで支えていく
ことは困難。当時、他の支援が得られず相当辛かったので、周囲の多くの支援は必須だと思った。
ご本人の安全が確保できるようにし結果は問題なく過ごせたが、一歩間違えたらと思うと今でも
ドキドキする。

独居ケースの場合、行方不明になっているとわかるのはサービス事業所が所在不明を発見した時。
タイムリーに捜しに行くのは難しい。認知症症状がかなり進んでいると思われるケースの場合、
①相談を受け入れてもらえるか、②介護認定を受けてもらえるか、③サービスにつなげられるか、
といういくつかの壁がある。関わり始めてから1年以上サービスにつなげられない事もあり、
その時の支えは地域の住民や近所の方、主治医、相談者だった。

GPSは支援者にとって「これで安心」
「よかったね」という気持ちになるが、
ご本人の気持ちも無視しないように
したい。

徘徊センサーの誤作動で発見に時間が
かかった。GPS携帯電話の充電が切れて
いたことも。

拘束はタブーである。しかし、徘徊高齢者の
踏み切り事故死による賠償請求裁判もあり
援助の方向性を考えさせられた。

ケアマネジャーがふだん悩んでいる事や、今回の調査をきっかけに思ったこと・考えたことを紹介しました。
認知症の方がよりよく暮らしていくためにはどうすればいいのか? つねに直面する課題だと思います。
地域で気づき・つなぎ・支えるために一緒に考えていきましょう。

意識調査

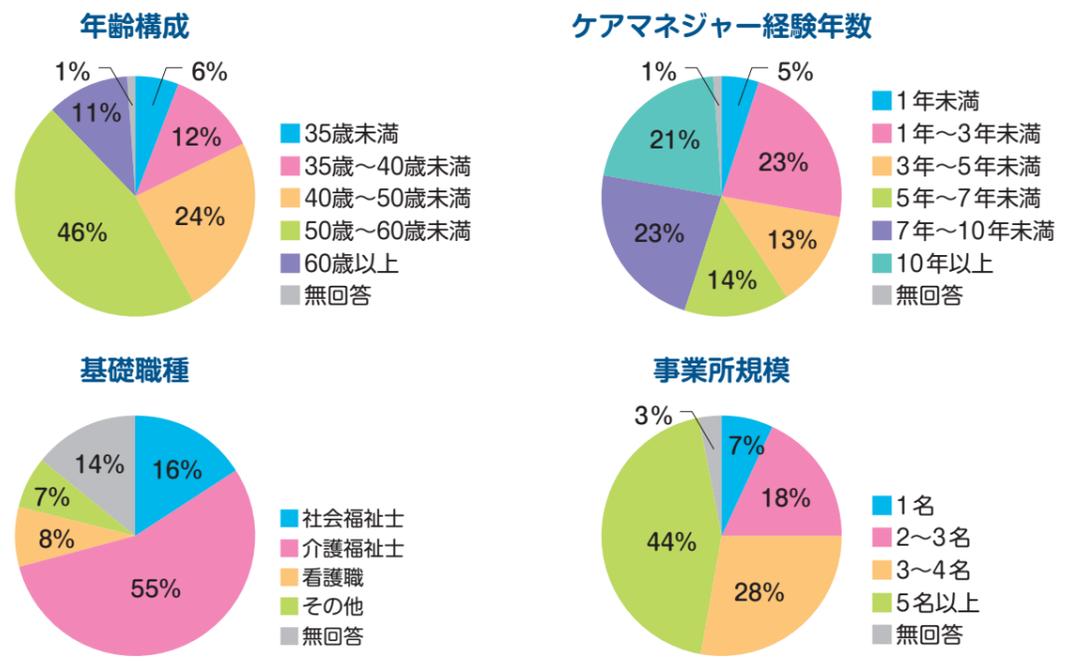
～認知症高齢者のケアプラン作成等に関する意識調査～

京都市北区・上京区内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センターに勤務しているケアマネジャーすべてに対して「ケアマネジャーの背景・物忘れのある方のケアプラン作成や行方不明のある方のケアプラン作成など」について意識調査を実施しました。更に、「将来あったらいいな」と思う事について自由に記載していただきました。(調査期間：2014年9月～10月)

〔北区・上京区内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター
合計79事業所の内、67事業所から回答をいただき、85%の高い回収率となりました。アンケートに
協力いただいたケアマネジャーは233名でした。協力いただいた回答のうち有効回答を基に、
分析を行いました。〕

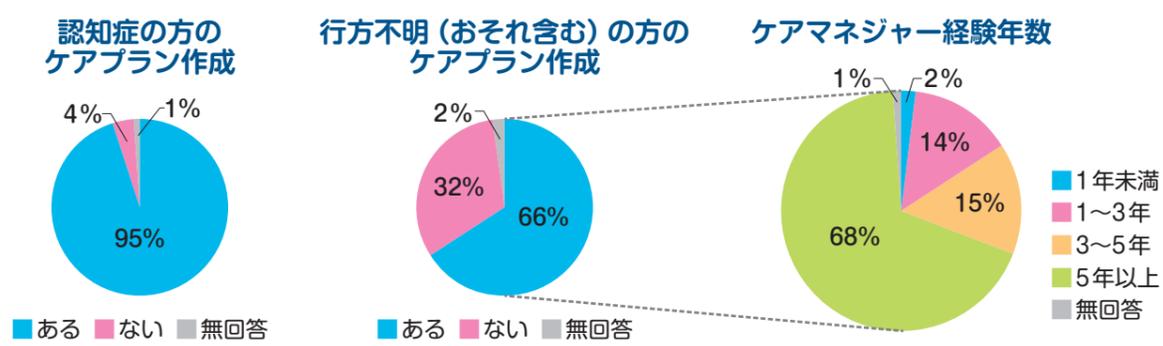
5 意識調査 ～認知症高齢者のケアプラン作成などに関する意識調査～

どんな人がケアプランを作っているの？



北区・上京区の事業所で勤務している、ケアマネジャーは40歳以上が81%を占め、経験年数では5年以上が58%を占めるなど、経験豊富なケアマネジャー集団であることがわかりました。また、ケアマネジャー取得の為に基礎資格に関しては、介護福祉士が55%、社会福祉士が16%、看護職が8%で、介護保険開始当初に比べ、介護分野を基礎資格とする職員が多くなっているという全国と同じ傾向がみられました。事業所規模では5名以上の事業所で勤務している職員が44%ある反面、一人職場で勤務している職員（小規模多機能型居宅介護事業所含む）が7%あることから、事業所の枠を超えて支えあう関係を作る必要性もあると思われます。

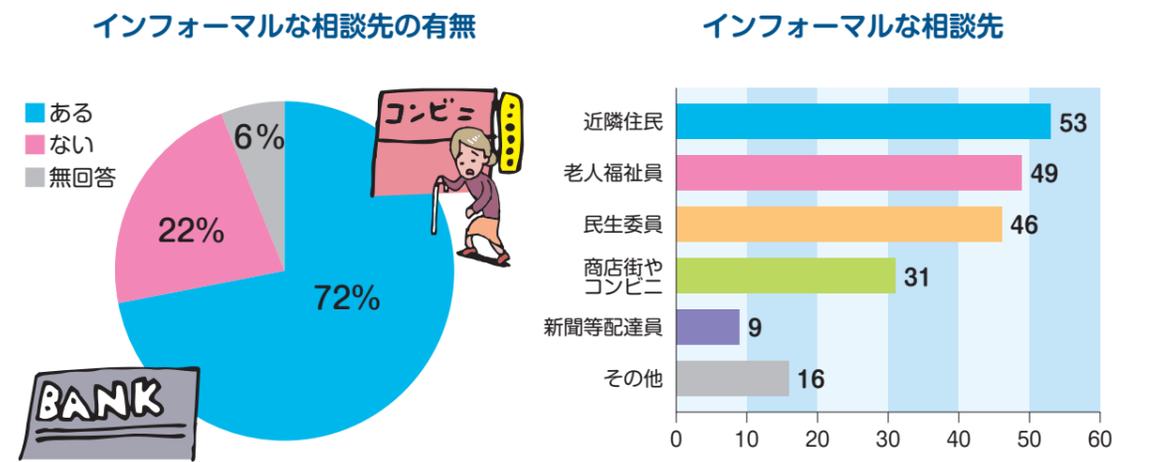
認知症の人や行方不明の人のケアプランを作ってる？



認知症症状のある方のケアプランを担当したケアマネジャーは95%で、行方不明の方（おそれ含む）のケアプランを担当したケアマネジャーは66%でした。6割強のケアマネジャーが行方不明（おそれ含む）の方のケアプランを作成していることから、行方不明の方（おそれ含む）が多いということが分かったと同時に、それぞれのケアマネジャーの創意工夫の経験が蓄積されているということもわかりました。

行方不明（おそれ含む）を担当したことがあるケアマネジャーを経験年数で比較をすると、3年未満が16%、3～5年が15%、5年以上が68%でした。

誰に相談しているの？

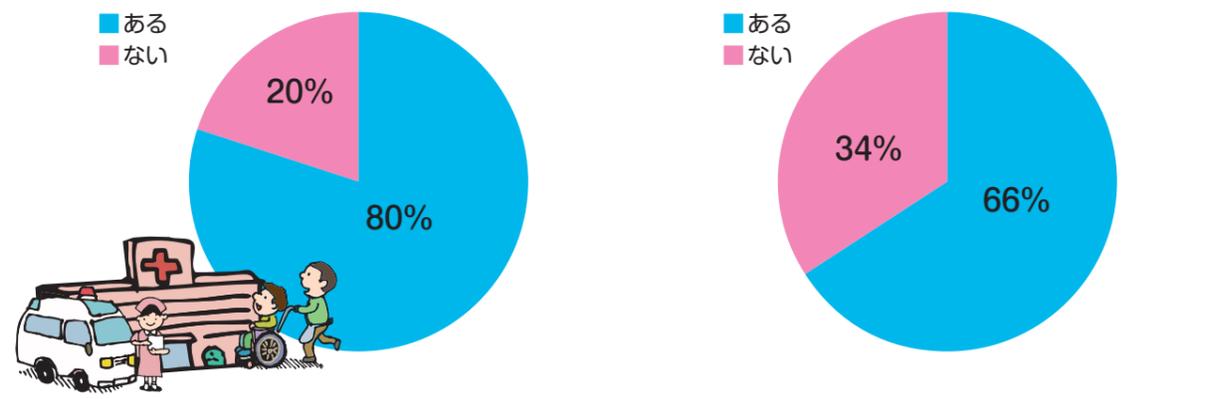


行方不明の方のケアプランを作成する際のインフォーマルな相談先として挙げられたのは、近隣住人や民生委員、老人福祉員など地域でその方を以前からよく知っている人たちでした。「介護保険サービスだけでは限界がある」「行方不明になるおそれがあるので、事前にご近所さんに支援してもらった」という回答など、近隣の協力同意が得られている方もあれば、「家族が行方不明は警察と家族が捜すものと思い、ケアマネジャーにも相談がなかった」といった回答もありました。

相談先として、警察を選択したケアマネジャーは47名いました。警察に対しての信頼感が高く、行方不明事故が発生した際に家族などを通じて通報や捜索願届を提出していると共に、「何回か行方不明になっているので、警察に写真を渡し次回の行方不明に備えている。」という方もありました。

インフォーマル・フォーマルを問わず家族が相談した際に、「家族がいるのに、なぜ外出させたのか」と相談先から言われ、ご家族の心が傷ついたことがあるという意見もありました。

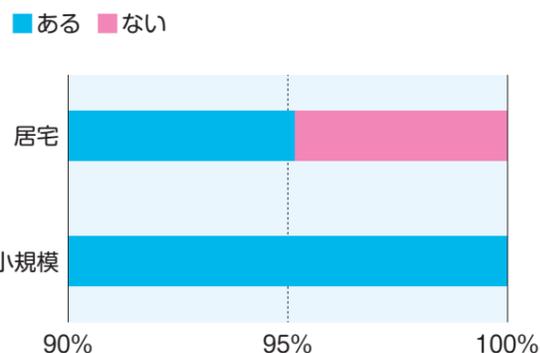
行方不明となる方のかかりつけ医との連絡 行方不明となる方の地域包括への相談



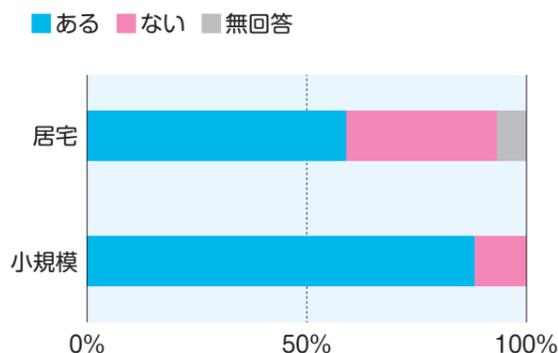
行方不明（おそれ含む）の方に対して、かかりつけ医に相談しているケアマネジャーは80%あり、「かかりつけ医に専門医の紹介をしていただくために」とか「成年後見制度につなげるため」などBPSD症状の対応にかかりつけ医や専門医との連携が必要との意見が多くありました。反面、「大きな病院では直接担当医との相談がしにくい」や「行方不明対応に追われていて医学的な支援について配慮できていなかった」との意見など大きな病院の医師との連携の難しさや、実際行方不明事象が発生した際には、目の前の対応に追われ認知症状についてのアセスメントや医療的な支援にまで手が回らない状況が伺えました。地域包括支援センターに相談したことがあるケアマネジャーは66%でその目的は、「地域関係者との連携強化により地域での見守り強化を期待して」との意見が多く見られました。

事業所によって違いはあるの？

認知症の方のケアプラン作成の有無



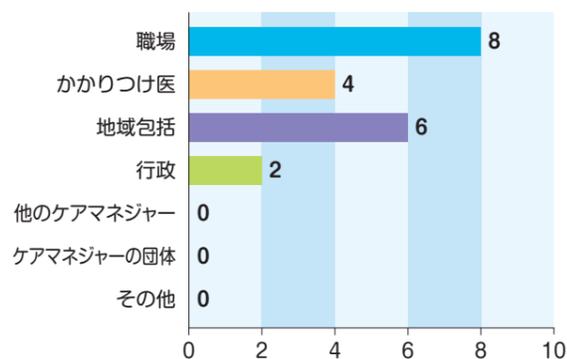
行方不明となる方のケアプラン作成の有無



居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護事業所を比較した場合、小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーの方が、認知症のある方及び行方不明（おそれ含む）の方のケアプランを担当する割合が高いという結果になり、小規模多機能型居宅介護事業所では約9割のケアマネジャーが行方不明（おそれ含む）の方のケアプランを担当していました。小規模多機能型居宅介護事業所が認知症の進んだ方の支援をしていることが伺われます。

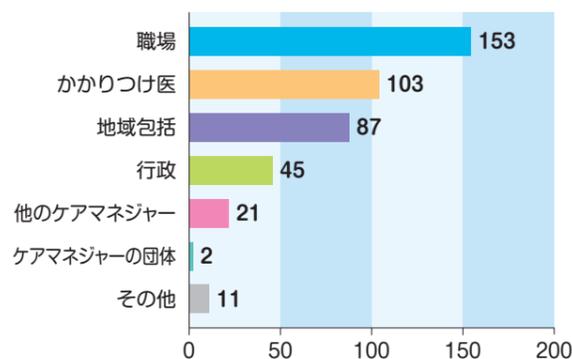
【小規模】認知症の人のケアプランの相談先

8名回答（複数回答あり）



【居宅】認知症の人のケアプランの相談先

176名回答（複数回答あり）



認知症の方のケアプランについての相談先を居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護事業所と比較した場合どちらも職場で相談する比率が一番高く、職場内で相談や指導が受けられる環境が作られてきている事が伺われました。地域包括支援センターに相談する割合は居宅介護支援事業所が約50%に比べ、小規模多機能型居宅介護事業所は75%と高い傾向がみられました。小規模多機能型居宅介護事業所は地域密着型施設として、運営推進会議で地域包括支援センターと定期的に会議を行っていることから、地域包括支援センターが身近な相談先として認識されやすいのではないかと考えられます。居宅介護支援事業所では、他事業所のケアマネジャーやケアマネジャーの団体に相談しているという回答もありました。



6

未来にあったらいいなあ～なるほど!! アイデア集

北区・上京区のケアマネジャーが描く、こんな近未来!! 実現させましょう!!

交通機関との連携が進んでいたらいいな～

バス・タクシー・地下鉄・JR・私鉄等各交通機関のネットワークができ、行方不明者が出た時に、瞬時に各機関に情報が行き渡り、捜索態勢ができるシステムが作られています。

地域との連携が進んでいたらいいな～

認知症サポーターが増え、地域住民による日常的な見守り体制ができています。自宅で倒れているなど緊急の事態が発生した時には、遠隔から感知できるITシステムにより、近所の協力員や救急車が助けに行きます。地域での徘徊模擬訓練などの取り組みが進んでいます。

警察との連携が進んでいたらいいな～

行方不明のおそれのある方の情報が警察や行政に事前に登録されていて、連絡があったときに瞬時に捜索態勢が作れるシステムが作られています。警察に保護された方については、事前登録名簿により、全国に照会ができるシステムが作られています。その方の個人情報は厳密に保護されています。（漏れることはありません）。



こんなインフォーマルなサービスができていたらいいな～

一緒に散歩してくれるボランティアがいます。行方不明になったときも一緒に捜してくれます。日常的に緩やかな地域の見守り体制が整っています。子ども達も協力してくれます。近くの商店・銀行・コンビニ等との連携ができてきて、困ったときの駆け込み寺になっています。

介護保険サービス等でこんな事ができるようになったらいいな～

行方不明になったときに捜索する小型GPSが、介護保険対応になっています。介護保険サービスの利用のなかで、物忘れのある方が楽しみながら無理のない範囲で地域の役割を担うようになっています。（地域の公園の草むきや子供に昔の遊びを教える、地域の防災訓練と一緒に参加するなど）施設と在宅の境界が低くなっており、色々な状況に合わせて柔軟に泊まる、通う事ができます。治療が必要な時には、デイサービスや施設でも外来に準じた医療を受ける事ができるようになっています。物忘れが原因で起こる事故（徘徊や万引きなど）に関して、保険や保証制度が確立しています。

科学の進歩でIT関連がとって進んだらいいな～

GPS装置が軽量化・コンパクト化になり、とてもつけやすくなります。充電要らず、エサいらす、しつけいらすの犬型ロボットと一緒に散歩してくれます。散歩コースは記憶されており、必ず自宅に飼い主とともに帰ります。番犬の役割も担い、怪しい人が来たら吠えます。記憶装置もついており、飼い主が被害にあったら記憶するとともに、即座に110番通報をします。



編集後記

名古屋高裁で、認知症で線路内に入り列車にはねられ死亡した男性の遺族に、鉄道会社へ損害賠償させる判決が出たのが4月、メディアで「認知症 行方不明1万人」が取り上げられたのが5月。「世間」での反響も大きいものでしたが、私たち専門職の中でも“何ができるか”と改めて考えた方も多かったのではと思います。

京都市の事業にエントリーし、議論を始めたのが7月。早々に「徘徊」という表現をめぐる考え方や意味について、熱いやり取りがありました。ご本人の立場にたって／専門職として／これまでの経験から、意見には多少の違いはありましたが、“不幸な事故を減らすためにはどうしたらよいか”というベクトルでは一致をし、今回の取り組みを「おでかけ安心事業」と命名することになりました。

このような冊子を作成するにあたっては、少なくとも1年程度の期間が必要ですが、今回急遽エントリーを行い約8か月での完成を目指すことになりました。その中で、成本先生をはじめ執筆にあたっていただいたメンバーもですが、アンケートやヒヤリングにご協力いただいたケアマネジャーの皆さんも、本来の仕事がある中、快くご協力をいただき大変ありがとうございました。編集が進むにつれて、事例やデータの背景にある“思い”や“温度”や“悩み”が垣間見られ、責任の重さを感じます。

編集作業が進んで行く中で、表紙や挿絵は編集意図をくみ取っていただける方をお願い出来ないかという意見が出てきました。はがパレット 足立直紀さんをお願いしたところ、趣旨に賛同いただいただけでなく、原稿すべてを読み込まれ、「1枚の絵にしましょう」と言っていただきました。

いろんな発見ができ、将来を展望した楽しいイラストが表紙を飾っていますので、ゆっくり時間をかけてご覧ください。

実態調査の挿絵は、同じ地域で共に働いている片山大海さんをお願いしました。多忙な業務の中、優しい挿絵を描いていただきました。

この冊子が、ケアマネジャーの皆さんにとって認知症の方・家族介護者の支援やケアプラン作成のヒントになり、認知症になっても安心してでかけていただける地域づくりにつながっていくことを願っています。

北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会



北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会（構成団体）

- 一般社団法人京都北医師会
- 一般社団法人京都市西陣医師会
- 上京東部医師会
- 京都府立医科大学附属病院認知症疾患医療センター
- 北区地域包括支援センター
- 上京区地域包括支援センター
- 京都北薬剤師会
- 公益社団法人認知症の人と家族の会
- 北区社会福祉協議会
- 上京区社会福祉協議会
- 一般社団法人京都府作業療法士会
- 京都市域京都府地域リハビリテーション支援センター
- 京都市北区居宅介護（予防）支援事業者連絡会
- 京都市上京区居宅介護支援事業者連絡会
- 一般社団法人京都地域密着型サービス事業所協議会
- 京都市北区地域介護予防推進センター
- 京都市上京区地域介護予防推進センター
- 北福祉事務所
- 上京福祉事務所

北区・上京区認知症サポートネットワーク連絡会

おでかけ安心 キラリ事例ヒント集

2015年（平成27年）2月発行

〔事務局〕

京都市北区役所福祉部支援保護課

電話 075-432-1369 FAX 075-414-1217

京都市上京区役所福祉部支援保護課

電話 075-441-5121 FAX 075-441-7211

