

令和7年度 那覇市在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護スクラム塾

福祉倫が斬る!?

「脱」困難事例

～ どうしよう を解きほぐすヒント～

## 【第2回】

家屋内外にため込んだゴミや物がもつ意味とは  
～ 生活環境を整えるには・・・～

# 家族構成

生活環境：トタン平屋に独居  
経済状況：生活保護

Aさん（80代）

妻（7年前に他界）

養女（県外在住）

本人との交流はあまりない。  
本人が入院したことを病院のMSW  
から連絡が入って初めて状況を知る。

# 8月1日

Aさんは、朝方脱水状態で意識がもうろうとして玄関先に倒れこんでいるところを新聞配達員が発見し、近隣住民が救急要請し急性期病院へ搬送となった。診断は軽度の横紋筋融解症、栄養失調、脱水、また褥瘡やるい瘦が見られた。

急病センターでは、衣服の汚れや髪、髭、爪の整容がされていないこと、尿臭やしばらく入浴されていない様子が見られたため、ハイリスク高齢者としてMSWへ紹介された。病棟では検査等の指示には従うが、終始無口で誰とも目を合わせようとしなかった。食事は少しずつ摂食量が増え栄養改善が見られたが、歩行はふらつきがあり病棟内は車いすであった。

# 入院3日目

退院支援を見据えて、初日に挨拶だけ交わしていたMSWが本人と面接をした。

KPの養女への連絡について尋ねたところ「余計なことはしないでいい」とのことであった。

自宅は1軒屋平屋、トイレは和式とのことだった。  
自宅に手すりやポータブルトイレがあった方が良く、介護保険の申請に誰かサポートしてくれる人はいないか尋ねるも首を横に振った。

# 入院3日目

MSWから地域包括支援センター職員へ相談することについては固い表情のまま、頷くような投げやりのような曖昧な反応をされた。

外出許可が出たら、療養環境を整えることを目的に、MSWと包括支援センター職員でお宅にお邪魔させてもらいたいことをお伝えした。本人は顔をしかめながらも渋々了解した。

また、介護保険の代理申請に了解を得た。さらに生活保護課担当者へ連絡した。

MSWは、管轄の地域包括支援センターへ連絡し、退院支援に向け脱水や栄養失調の再発防止や生活改善について一緒に関わることを依頼した。

# 入院3日目

地域包括支援センターは以前近隣住民から住環境のことを把握していた。近隣住民の話によると、屋内には数年前からゴミとしか表現できないような物が溢れており、本人自身も玄関入り口のスペースで寝食をとっているようであるとのことであった。さらに、物は屋外にも所狭しと積まれており、風向きによっては異臭が漂ってくる、近隣住民は何度も本人へ改善を求めたが「かまってくれるな」ととりつく島もないといった感じだったとのことであった。

地域包括支援センター職員は、MSWからの連絡を受け入院中の本人に面会に行った。退院後の生活についてお手伝いすることを説明し、MSWと同行しお宅にお邪魔させていただくことをお伝えした。本人は表情を変えることなく、半ば諦めたように投げやりに頷かれた。

## グループワーク①

皆さんなら  
どのようなアプローチをしますか？  
(20分)

進行・記録・発表者を決めて、  
グループワークを始めてください。



近隣住民の話によると、ここまでの状況は妻を亡くした7年前頃から徐々に始まったようだったとのことであった。

## 8月7日 家屋調査

本人、MSWと地域包括支援センター職員で本人宅を訪問（家屋調査）  
以下の家屋状況が見られた。

# 家屋状況

- ・家屋内外にゴミや物をため込んでいる状況であり、分別されていない。
- ・家屋内外に散乱するものには、使えない電化製品などが多く見られた。
- ・テーブルや台所に汚れた食器類が積み重なっている。
- ・何年前のものか分からない薬が大量にそのまま放置されている。
- ・トイレ、台所、浴室など使えない場所がある。
- ・郵便受けに郵便やチラシが溜まっている。
- ・洗濯物が干されたままで変色し固まっている。

# 近隣住民への影響

- ・ 屋外の放置物の害虫の発生、悪臭
- ・ 放置物による放火や火災発生の危険性
- ・ 放置物による公道、私道の通行止の危険性

## グループワーク②

皆さんなら、  
どうすればいいと思いますか？  
(30分)

# 8月7日

家屋調査を迎え自宅に着いたとたん、本人の表情と緊張が緩んだ様に見えた。

MSWと地域包括支援センター職員が本人へ話を聞いたところ、「昔は電気屋をしていた」「直せないものはなかった」「だから便利屋のように皆が色々なものを持ち込んだ」「商売にはならなかった」とぽつぽつと話してくれた。

ここでは、ゴミを処分しなければ療養環境を整えられないことは伝えなかった。

放置されていた薬剤の情報は本人の了解を得て病院へ持ち帰った。

# 8月8日

MSWと地域包括支援センター職員は、Aさんの「ゴミ」がもつ意味はどのようなものなのかを話し合った。

「皆が色んなものを持ち込んで、直せないものはなかった」と語るAさん、そして妻を亡くしてから「ゴミ」が増えていったという状況。

「不要なものを捨てる」という現実に取り組もうとしても、過去の「引っ掛かり」があって前に進めないのではないか。

「引っ掛かり」とは、引退後の自分の存在価値の揺らぎ、妻がいて「あの良かった頃」でAさんの時は止まっているのではないか。

# 8月8日

Aさんは、過去の整理ができない限り、不要なゴミとして捨てることができないのではないかと。

しかし、「ゴミ」に着手できない期間が長くなり、そのまま堆積し、1人で対処できる量ではなくなってきた。その時点で「引っ掛かり」をめぐる課題は埋没し、次の大きな課題、いわゆる溢れたゴミと異臭は、Aさんと地域住民との関係を遮断させ、どんどん孤立を深めていったのではないかと。

# 急性期病院では・・・

急性期病院では栄養状態が徐々に改善し、リハビリも進んでいるが、自宅での自立生活、療養環境の整備には時間がかかると判断し、本人、主治医と相談し、早めに入入れできる地域包括ケア病棟へ転院することになった。その旨生活保護担当者へ連絡した。



# 8月15日 地域包括ケア病棟への転院

地域包括ケア病棟へ転院することになり、MSWは本人の了解を得て情報の引き継ぎを行った。引き継ぎを受けたMSWと地域包括支援センター職員は、ゴミの処分を一気に進めることなく、本人の話を傾聴しつつ、療養生活で本人が「気がかり」と感じることに焦点を当てて関わることを話し合った。

# 8月20日 地域包括支援センター職員との面談

地域包括支援センター職員が入院中の本人と面談した（MSW同席）。

Aさんは、「何も困っていない」と言いつつも、訪問介護の説明については耳を傾け、「必要かもしれない」と発言された。また、褥瘡の再発防止のためには、電動ベッドとマットレスが必要であることを説明した。褥瘡に関しては「痛かった」と身体的苦痛を思い出された。

Aさんにとって、今回の救急搬送で今後の生活に不安が出てきていることは確かのようにであった。その「気がかり」に焦点を当て、現実の身近なニーズの延長線上にゴミの問題を位置づけることとした。

# 8月27日 自宅訪問

リハビリは積極的とまではいえないが順調に進み、ふらつきはあるも元のADLに戻りつつあった。本人、MSW、リハビリ職、地域包括支援センター職員と福祉用具専門相談員で自宅訪問を行った。電動ベッドを置くスペースを確保するため、「物」を動かす必要があることを本人は理解していた。

MSWとリハビリ職と地域包括支援センター職員と福祉用具専門相談員は、置かれている「物」は何か、本人へひとつひとつ尋ねた。また、ペットボトルや、カン、瓶、コンビニ弁当の空き容器、割りばし、紙屑、賞味期限切れの食品、空き箱など明らかに「ゴミ」と思われるものは捨てることに同意を得た。また、妻の大量の衣類は段ボールに片付けることの同意を得た。それらを片付けることで電動ベッドと訪問介護が入るスペースは十分確保できそうであった。

# 8月30日 自宅訪問

本人、MSW、リハビリ職、地域包括支援センター職員と福祉用具専門相談員で自宅訪問し、本人の面前で、電動ベッドのスペースの範囲という約束で片付けを開始した。地域包括支援センターから他の職員の応援などもあり、写真を見つけては本人へ話を聞くなど途中から本人の表情もほころび、和気あいあいとした雰囲気になった。様子を見ていた近隣住民から急須で入れたお茶の差し入れがあった。

# 9月10日 退院前カンファレンス

介護認定（要介護1）とケアマネジャーが決まり、退院前カンファレンス、病棟での訪問介護職員との顔合わせを経て9月13日に自宅退院することとなった。退院前カンファレンスには生活保護担当者の同席を依頼し参加した。

養女には、生活保護担当者から今回の支援の経過を報告することになった。また、養女から担当ケアマネジャーへ連絡してもらうことになった。

本人の療養生活には、訪問看護、訪問薬剤管理指導もあった方がよいが、必要度の高いサービスから順次導入することとなった。

# 9月13日 退院

Aさんは、片付けの際に段ボールに入れた物を訪問介護職員と一緒に見たり話したりすることに大きな抵抗を示さなくなった。訪問介護職員は、Aさんが今後どのような生活を送りたいのかを丁寧に確認し、Aさんの自己決定を支援するようにした。

ケアマネジャーは、デイサービスについて体験利用を促し、体験してみたが拒否を示したため、自宅で入浴できるよう計画変更した。室内に浴槽が置けるスペースの確保がさらに必要であるため、どのような言葉かけが良いかなど訪問介護職員と情報交換しながら関わっている。

# 退院後

Aさんは、自宅に他者が入っても自分らしい生活が守られていること、サービスが入ることによって身体的にも精神的にも「楽になった」と語り、実感しているようであった。

少しずつ「物」を整理していくことを本人、支援者ともに確認し喜び合うなどの丁寧な関わりによって、Aさんも支援者もともに納得できる療養環境の整備と生活の安定を図ることを目指している。

生活保護担当者にも逐次進捗を連絡し、担当者会議には参加してもらっている。生活保護担当者が変わっても支援を引き継ぎするよう依頼している。

Aさんにも時折やわらかい表情がみられるようになってきた。

## グループワーク③

この事例が良くなったポイントは？