

統合ケアマネジメント事例検討会は、一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われている多職種の検討会。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策——に関する捉え方や考え方を話し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

—— 今月の A さん ——

デイサービスに週5日通う90代の女性 心不全あり寝て過ごすことが多い 本人は施設入所、家族は在宅を希望

事例検討会の参加者

事例提出者 T 男さん デイサービス職員
 司 会 川越雅弘 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科教授
 参 加 者 ケアマネジャー、医師、訪問看護師、PT、OT
 地域包括職員、特養管理者、小規模多機能管理者、
 他、多職種の参加者 40 名

果たして、T 男さんの見立てはどう変わるでしょうか？
 皆さんも、次の表から、A さん像を想像してみてください。

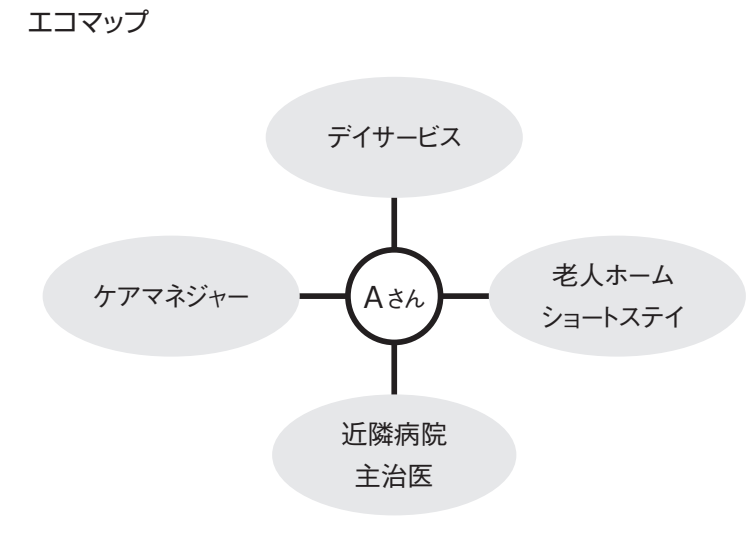
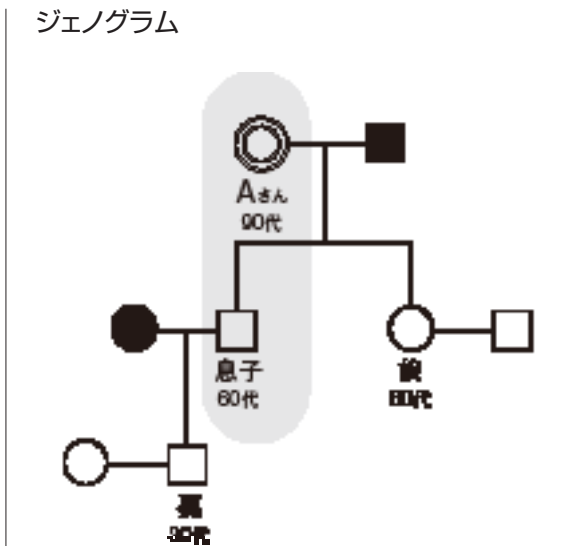
A さんの概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	女性 ・ 90 歳代後半 ・ 要介護 3
② 自立度	寝たきり度：A 1 認知症自立度：II a 身長：145cm 体重：40kg
③ 同居者／主介護者	息子と二人暮らし／息子（60 歳代） 同じ棟に住んでいる娘よりサポートあり。家族関係良好。 孫（30 歳代）は所帯をもち別市のマンションで生活をしている。たまに顔を見せる程度。
④ 経済状況	国民年金、不動産収入あり。 同居の息子は就労している。
⑤ 居住環境	所有マンションの 2 階。自室あり。ベッド（特殊寝台ではない）を利用。 エレベーターはないが、外階段に昇降機あり。
⑥ 連絡元 （事例の紹介者・機関等）	居宅ケアマネより依頼
2. 生活歴／現在の生活／性格／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	農家の家庭に生まれ、3 人きょうだいの長女として育つ。20 歳代の頃、結婚を機に現住所へ転居する。 それ以降は専業主婦として家庭を守ってきた。また、息子の妻を早くに亡くし、孫を我が子のように育ててきた。

② 現在の生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅にいとベッドで横になっていることが多い。 ・息子、娘のサポートを受けながら在宅生活を送っていたが、娘は体調を崩し自宅で静養しているため、現在は家事全般を息子のみが担っている。以前は、娘が毎日様子を見に来てくれ、買い物等を担ってくれていた。 ・日中独居。
③ 性格	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「老人ホーム」に入りたい、本人の理由 子供たちに迷惑をかけたくない。また、利用しているショートステイでも良い思いをしているため。 ■ 在宅で生活を続けてほしい、家族の理由 自宅で生活が続けることが母にとって一番良い形であると考えている。 →息子、娘の中では「最後まで、自宅で過ごすのが一番」との思いがあるようで、本人が元気な頃に、自宅に「昇降機」を設置しているほどである。 ■ デイに行つて、機能訓練をしてほしい、家族の理由 廃用症候群による下肢筋力低下を改善させるため、自宅で安心して過ごせる体力をつけるため。 ・お話し好き : サービス利用時にお仲間や職員へ頻回に声掛けをしてくれる。また、些細な内容であるが、話のタネとなる情報提供をよくしてくれる。 ・温和 : 興奮している方や、言葉の端々にトゲのある会話をする方に対して、穏やかに対応してくれる。 ・負けず嫌い : 家族からの情報。私たちがかわかりの中ではその様子を見る機会がない。
④ 趣味／嗜好	・踊り：10歳代から70歳代まで続けていた。
⑤ 参加	・以前は町会の活動にも参加していたが、加齢や体力低下に伴い現在は疎遠。
3. 病歴／健康状態	
① 入院歴	・昨年の秋に2カ月程入院⇒ 心不全 ・腎不全 ・鉄分が不足し体調が悪化したため。
② 合併症・疾患	・心不全 ・腎不全 ・鉄分が不足し体調が悪化 ・頸椎が神経を圧迫し四肢にしびれ
③ 受診状況 服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の付き添いにて近隣の病院へ通院。 ・家族が処方薬を管理している。 【処方薬】・芍薬甘草湯 ・ベルソムラ 15mg（不眠時） ・スピロラクトン 25mg ・フロセミド 20mg ・クエチアピン 25mg ・ドネペジル塩酸塩 OD 5mg ・ランソプラゾール OD 15mg ・クエン酸第一鉄 Na 50mg ・フェブリク 10mg ・ピコスルファートナトリウム内用液 10ml
4. 心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	四肢に痺れがあり、上肢の挙上（特に右）が困難。 段差昇降が困難。数十メートルの歩行で息切れあり。
② コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・「視力」、「聴力」、「言語」共に日常生活において大きな支障はない。 【中核症状】見当識障害・記憶障害 ・ベッド静養後に時間と場所が分からなくなる。カレンダーを見ても日にち、曜日が分からない。 ・家族のことも、時折分からなくなるとの発言あり。 ・前日、数時間、数分前に話したことを繰り返す。身体を洗ったことを忘れ、何度も繰り返し洗う。 ・トイレに行ったことを忘れ、またすぐにトイレに行く。
③ 基本動作	屋内：ほぼ自立（自室での転倒歴あり）。 屋外：手引き歩行。
④ IADL	<ul style="list-style-type: none"> 洗い物などはできるが、基本は、家族が担っている。 ⇒見守り等何らかの支援があれば家事全般行うことができるが、母への想いから家族が家事全般を行っている。 本人は感謝の気持ちと、まだできるという気持ちがあることが、話の中からうかがえる。
⑤ ADL	<ul style="list-style-type: none"> 食事：義歯あり（やわらか食対応）。スプーン、フォーク使用。 排泄：リハビリパンツ着用。便秘がち。体調により便失禁（切迫性？）あり。 入浴：サポートを必要とするが、一連の動作は自立（同じところを何度も洗身）。 更衣：自立しているが、時間を要する。 移動：手引き歩行。 <p>※転倒歴あり：居室にてベッドからの立ち上がり時に掛布団が引っ掛かった？ 詳細は不明。</p>
5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針	
① 本人	<ul style="list-style-type: none"> 【居宅計画書より】「自宅のお風呂が怖い」「日中独居が不安」「足の力が弱くなってきた」以上の理由から、デイサービスの利用を継続したい。 【通所介護では】 老人ホームに入りたいけれど、子供は反対している。楽しいし、家にも仕方ないからデイサービスに行きたい。
② 家族（息子）	デイに行つて、入浴や機能回復を目指してほしい。
③ CMの援助方針	<ul style="list-style-type: none"> 下肢筋力向上のため、リハビリに取り組み、安全に入浴できるようデイサービスを利用しましょう。 車いすを利用し通院などの外出の負担軽減を図りましょう。 必要時に、ショートステイを利用し、安全に過ごせるようになりましょう。

6. CMが設定した解決すべき課題		
【課題内容】	【長期目標】	【短期目標】
① 下肢などの体力低下が顕著になって転倒の危険が高まっている。	・ デイで安心して入浴ができる。 ・ 身体の保清ができる。 ・ 下肢筋力低下を予防するためのリハビリに毎日参加し、自宅内はつかまらずに歩けるようになる。 ・ 定期的な通院やデイ、家族との外出機会を維持できる。	・ デイで入浴することで清潔が維持できる。 ・ 安全に入浴ができる。 ・ 毎日デイでのリハビリに参加できる。 ・ 介助者（家族含む）の同行により車いすに乗れば通院、デイ等へ外出ができる。
② 今後、どうしても家を留守にしなくてはいけないことが出てくる。その際に本人が自宅で一人では危険。	・ 本人の安全と、家族の介護負担軽減が図れる。	・ 宿泊を伴うサービス（ショートステイ）の利用に慣れる。

7. サービスの利用状況		
① デイサービス	週5回利用	※週6回利用であったが、体力面を考慮し週5回へ変更した。
② ショートステイ	必要時（不定期）	※緊急時の対応に備える。
③ 福祉用具貸与（車いす）	通院や通所等の外出の備え	※利用頻度は少ない。



● 課題の確認

司会 まずは課題の確認をさせてください。下肢など体力低下が顕著になっていて、転倒の危険が高くなっている点、もう1点は一人で生活する上でのリスクが伴っている点。この2点がメインですか？

T男さん そうですね。

司会 支援するうえで困っていること、専門職に聞いてみたいことがあれば教えてください。

T男さん 私はデイサービスの職員です。この方は週5日も6日も利用しているということで、それが適切なのか？もう1点は、デイサービスに来て、体力が落ちているのでベッドで静養されることが多い。そのままの対応がいいのか？最後に、下肢筋力の維持向上を図るというプログラムが適切

にできていない。デイサービスのなかでどうサポートしていけばいいのか？という3つです。

司会 はい。それでは、3点目に関しては、特にリハ職の方にぜひアドバイスをいただければと思います。では事例の読み込みを5分間お願いします。

● 本人像への質疑

今必要なのはリハビリより
エンド・オブ・ライフケアでは？

司会 まず事実関係の確認をします。質問のある方は挙

手をお願いします。

特養管理者 ご家族は在宅を希望されて、週に5回デイサービスを使っている。ヘルパーを使わない理由があるのですか？

T男さん 本人は、「娘さんのサポートが得られるから」と。ただ今は、娘さんが体調を崩して入院し、それも難しくなりました。また、これは想像ですが、ご家族に「母はまだできる」という思いが強いのではないかと感じています。

特養管理者 デイサービスには行っているのですか？

T男さん 体力の維持向上を図ってほしいということと、また日中独居になりますので、その安心感を得るためにもデイに行ってほしいとのことです。

管理栄養士 体重の変化はありますか？

T男さん 体重をはかれていないので、見た目ですが、この半年で1〜3キロくらい痩せたのではという感覚を持っています。

管理栄養士 デイでの食事がやわらか食対応ということですが、朝と夜はどんな食事をしていますか？

T男さん 本人の話によれば、朝食の主食はおかゆでおかずは魚や前の晩の残り。夕食はデイで食べています。

管理栄養士 医師にお聞きしたいのですが、90代後半の方に鉄が不足しているとはいえ、鉄剤を出して、鉄が吸収できて改善するのだろうかという疑問があるのですが。けっこう胃腸に負担をかけ、食欲を落としたり便秘になったりあるので、気になります。

A医師 鉄欠乏性貧血だと、それが原因で心不全が悪化する人がいます。明らかに鉄が足りなくて、食事から摂取は無理かなという人には鉄剤を出すこともあります。ただそれで食欲が落ちてしまう人には、往診のときに鉄剤を静脈注射することもあります。

介護福祉士 デイサービスを週5日利用されても、2日は日中独居なわけですね。その2日は大丈夫なのですか？

T男さん 実は、自宅で転倒したことがあります。その後動けなくなったということはないのですが、起き上がるのになかなか苦労したという話は聞きました。

介護福祉士 週6日が5日になったとき、本人はどういう感想をもっていますか？「楽になった」なのか、「さみしい」なのか？

T男さん 6回で本人が「疲れた」とおっしゃるので、ケアマネジャー、本人、家族と相談して中1日あけて5回にしたのですが、「私毎日来るのよね」と6回が5回になった自覚がないようです。来所されるといつも疲れていて、「朝はダメなのよ。ちょっと横になるわ」と。ご飯を食べても歯磨きす

る前に横になってしまう状況です。

O T 浮腫はありますか？

T男さん いや、特別感じられないです。

O T 例えば朝に、足とか、全身とか、顔に出ていることはありませんか。

T男さん 顔は、看護職員から見ても、私から見ても出ていないです。足は、私は見ていませんが、そういう報告はないですね。デイでは朝上履きに履き替えて、夕方また外履きに履き替えるのですが、履きづらさはないようです。

O T 上履きはどのようなタイプですか？

T男さん 普通の靴タイプなのですが、履きやすさを重視して大きいサイズになっています。

訪問看護師 デイサービスの看護師は、この方の病状を観察してご家族に説明したりアドバイスしたりしていますか？

T男さん 特別にしていません。

訪問看護師 「近隣の病院に通院」とあるので、だんだん人生の最終盤にきている人の身体の変化や気持ちの移り変わりを、家族に分かるように説明してあげる人がいたらいいなと思いました。徐々に緩やかに落ちていく。ただ心臓にイベントがあると、ガクッと落ちて死に至ることもあります。そういう病状観察と家族への説明、調整、ケアマネさんにも病状に応じたプランの提案等できたらいいなと思います。

司会 病状の観察というのは、看護師さんは具体的に何を観察されるのか、具体的にお教えいただけますか

訪問看護師 心不全、腎不全、今おっしゃったように鉄が不足して体調が悪くなるということだったり、呼吸状態、むくみ、体重、頸静脈怒張とかあったり、便の性状、食べているものや食欲です。非がん・慢性期の高齢者でどのくらいその人の生命力の幅が狭まっている時期なのかを、看護師さんがアセスメントした方がいいのではないかと。それができれば、本当のエンド・オブ・ライフケア、その人の生きるということを支えられると思います。

小規模多機能管理者 90歳代の後半ということで、決して年齢だけで判断してはいけないのですが、要介護3で認知機能も低下もみられるなかで、リハビリや週5回のデイサービスが本当にこの人の幸福感に寄与できるかという疑問があります。そういう意味では、小規模多機能が一番得意にする利用者さんという気がします。ナースからも、病状や状況報告ができる。それができると、家族の気持ちは変わってくるのではないかと。

この人の人生のステージをイメージしながら、どういふかかわり方がいいのかを、ご家族に理解してもらおう方が、もっとすっきりとうまくいくのではないかと。

● 本人像への質疑

本人の「施設に入りたい」という 思いをどう受け止めるか

介護福祉士 私もデイサービスで働いています。T男さんとしては、この方にどういうふうにデイで過ごしていただきたいとお考えですか？

T男さん 悩んでいるところです。今の過ごし方としては、ご本人のお話を聞かなかで、ベッド静養していただくということと、お話が好きな方なので、なじみの関係のある仲間の方とお話しただけであればリフレッシュできるのではないかと。あと水分量や食事量については、看護師と情報交換しながら、しっかりとケアマネジャーやご家族に返していくことができてはいるんですが、もう一步踏み込んだ支援ができればと思っています。

介護福祉士 90代後半で日中独居という方が家にいらっしゃるといってリスクが想定される。デイサービスで寝ていても、常に誰か声をかけているという安心感が本人にあると思うんです。まして施設に入居したいという本人の希望があるのであれば、ご家族に本人の気持ちをお伝えしてはいかがですか。デイサービスは在宅と施設をつなぐサービスだと思っています。ですからご家族に、本人が感じている安心感の意味を理解してもらい、その安心感を施設サービスへの移行につなげていくのはいいことだと思います。

P T 「手引き歩行」で「数十メートルの歩行で息切れがある」とありますが、デイサービスで手引き歩行しても息切れが見られますか？

T男さん 送迎のときに自宅の玄関から昇降リフトで降りてきて送迎車に乗るまでにも、肩でせいぜいと息をされます。

P T 心不全・腎不全で、その程度の歩行で息切れが出ているのであれば、心臓リハビリテーションの観点からも、筋力をつける運動はかなり厳しいと思います。栄養状態を考えると、食べたエネルギーは生活のなかの体力でほぼすべて消化されているのではないかと。だから横になっている時間が多い。デイサービスに来て人とお話をするといいことだけでも、もしかしたら機能が維持されているのかもしれないととらえています。できるだけ息切れの出ない程度に手引き歩行をして、少し起きて人とお話をし、日中多少の離床をして過ごすという程度でいいのではないかと。

私も、90歳近い腎不全の方を訪問しています。何とか自分で移動されますが、食事とポータブルトイレ以外は寝ています。それが、この方の体力だと思います。娘さんの希望

多職種のアドバイス

でT男さんが
気づいた手立て

- ① 体力は生活維持で精いっぱい
- ② デイサービスでは、息切れが出ない歩行と、人と話すことを続ける
- ③ 人生の最終盤における心身の状態を看護師が家族に説明する
- ④ 本人の思いを、家族、ケアマネジャーと共有する

のように、筋力を維持させるのは、せいぜいガクッと落ちない程度にゆるやかにというのが目標かと思います。

O T この方の姿勢は、円背とかありますか？

T男さん 若干円背ですが、姿勢は悪くありません。背中が少し曲がっている程度です。

O T 姿勢によって足の踏み出し方が全然違ってきます。気になったのは、フロセミドを飲んでいる。寝ている時間が多いと浮腫は出ないのですが、離床時間が増えたときに起きていると思います。だから大きな靴にしたのではないかと。むくみがあると足が重くなるので、足が上がりなくなる。それを下肢筋力低下と間違えることがあります。やはり心不全、腎不全の影響が非常に大きい。90代後半なので。この方の言っている「不安だから施設に入りたい」というところは尊重してもいいのではないかと、個人的には思います。

ケアマネ 本人の気持ちを代弁する役割がケアマネジャーにあるはずですが…。ご家族は、「自宅で生活を続けるのが母にとって一番良い形」と言うのですが、本人は「子供たちに迷惑をかけたくない」「ショートステイでも良い思いをしている」という気持ちを、ケアマネジャーはどこまで分かっているのでしょうか？

T男さん 居宅サービス計画書を見ると、「老人ホームに入りたい」という言葉は一言もありません。「老人ホームに入りたいんだけど、子供は反対している」というのが私が聞き取った言葉で、「今はたくさん待っているんだよね」「楽しいし家にも仕方ないから、デイサービスに行きたい」とい

うのも、普段のかかわりのなかでボロッとこぼれました。

ケアマネ ケアマネジャーさんがきちんと本人の希望を聞き取れていない可能性があるとする、デイサービス側から、「こういうふうにご本人が言っています」と月々の報告書に書いたり、直接口頭でお伝えしたりしていますか？

T男さん 月々の報告書で「老人ホームの話が出た」というのは報告していますが、本当の意味でどれだけ共有できているのか、ケアマネジャーさんにどの程度伝わっているのかは確認できていないです。

ケアマネ 1日の中でも晩ご飯まで長い時間利用をしていて、週5回は本当に疲れてしまうと思います。肩でぜいぜい息をしながら毎日往復しているというのはけっこうつらいだろうと思いますが、そこは家族と共有していますか？

T男さん 肩で息をしていることは、家族に伝わっています。本人が「それでも行きたい」とおっしゃるのは、家族に気を遣うのが半分、本人自身の希望も半分なのかな、ととらえています。

● 多職種からのアドバイス

そろそろ人生会議 主治医が家族に説明を

地域包括職員 人生会議（ACP）を開いてもいい時期じゃないかと思います。もうエンドステージではないか。元気な90代後半でなく、心臓と腎臓に疾患がある。認知症もⅡaですが自分の思いも言葉にできる方なので、「明日かもしれない3年後かもしれないけど、ご本人がどう締めくくりたいかということ、本人の気持ちを聞くために集まりませんか」と呼び掛けてもいいのかなと思います。

司会 それを誰がきちっとやるのか？ というところが問題かもしれませんね。

A医師 本人の言葉を読むと、自分はもう弱ってきて最終段階に来ていることを自覚しているような気がしますね。それに対して息子さんは「まだまだ」「デイに行ってもらえればもっと元気になる」と期待しているような節があります。「いや、そういう段階じゃなくて、最終段階になってきてもうそんなに無理なくいいし、施設に入れることも、家族がそんなに責任を感じなくていいですよ」と誰かが言ってあげなくてはならないけど、たぶん主治医が言うのが一番いい。ただ病院の先生はそういう事情を分かっていないことが多い

ので、この事情を伝えて主治医からも息子さんに分かってもらうように言うのが、一番の解決では。

司会 N先生いかがですか。

N医師 本人が施設に行きたくて、家族が「家にいなさい」というのは珍しいパターンだなと思います。人生会議をちゃんとやって、最後にどう過ごしたいのか、この人にとって、施設に入って皆に囲まれて過ごすということが希望なのであれば、それに対して、ご本人の希望を周りがこれからどうやって支援していくのがいいのかと、あらためて場を作って話し合うのが一番かなと思います。

司会 F先生いかがですか。

F医師 どんな病気の人でも毎日過ごしている。必ず何か生活のなかでやっていること、ルーティンでやっていることがあって、力が落ちてだんだんできなくなってくると、何か創意工夫で続けるようとするのが、「創造的自己」といわれています。その創意工夫しているのを支援するのが医療者の役割だ、という考え方があります。

この人のルーティンは何かな？ と考えたときに、もしかしたら「家にいるという状況をつくること」なんじゃないか？ 家にいるための創意工夫は何をしたらいいかという、デイサービスに毎日行くこと。デイサービスに毎日行っていたら、実は家にいるわけじゃないんですけど（笑）、それによって「家にいる」というルーティンワークにアダプト（適応）しているのかもしれないという気がします。そういう点では、デイサービスで毎日何をやっているのか、同じようなことを毎日やっていないか、気になります。必ずやっていることがあるのか、それができているのか、観察したい気がします。それをどうやって保証できるか、そういうところです。

T男さん それはやはり「話す」ということで、週3回くらいの利用者さんと仲良くお話をされています。もう1つは、ぬり絵が好きで必ずやっています。どのぬり絵にするか、職員と一緒に決めて、色鉛筆を一杯使って楽しんでいます。

司会 事例検討の感想はいかがでしょう？

T男さん はい。ご指摘いただいた医療的なかかわりが、デイサービスとしてとても浅かったと、振り返って感じました。本人の気持ちを代弁するということもおろそかになっていたかもしれない。それらを踏まえてケアマネジャーさん、ご家族としっかり情報の共有を図って、その人の機能訓練というより、この後の残された人生をどのようにするかといった話し合いまで持っていけるように取り組んでいかなければいけないですね。ありがとうございました。

（※事例は個人が特定されないよう改変を加えてあります）