

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 ——

## 認知症？ それともうつ病？

### こだわりが強く確認行動が多い女性 A さん グループホームでどう支援するか

#### 事例検討会の参加者

事例提出者 L 夫さん グループホーム管理者  
 司 会 川越雅弘 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究所教授  
 参 加 者 ケアマネジャー、  
 医師、訪問看護師、  
 PT、OT、ST、  
 歯科衛生士、地域包括看護師、  
 小規模多機能管理者

他、多職種の参加者 30 名

果たして、L 夫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 ・70代後半 ・要介護1
② 自立度 身長、体重	寝たきり度：J2 認知症自立度：II b（MMSE 19点／ ） 身長：150cm 体重：45kg
③ 同居者／主介護者 家族の状況	・本人はグループホーム入所中／長女の夫 ・長女は本人が要因でうつ病になり、その夫が諸々の対応をするも本人との関係は良くない。
④ 経済状況	・年金保険の種類については不明。自立支援医療受給者証（精神通院）を持っている。 ・大まかな収入については不明（家族が管理している）。
⑤ 居住環境	以前は長女宅に長女一家と同居していた。
⑥ 連絡元 (事例の紹介者・機関等)	5年ほど前に住宅型有料ホームへ入居するが、外出の機会が極端に少なく、散歩の機会が多い施設の方が不安感や焦燥感も軽減するだろうとの家族の意向で、キーパーソンである長女夫より直接問い合わせがあり、2年前に入居となった。

2.生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	西日本生まれ。長年地元で保健師として働いていたが、二十数年年前に夫が他界。それをきっかけにうつ病を発症。仕事を定年の1年前に早期退職し、一人暮らしをしていたが、うつ病が進行。7年前頃から首都圏の長女宅に同居するも、うつ病が悪化。入院や住宅型有料ホームの入居をしていた。
② 現在の生活状況	認知症グループホームに入居をしているが、自分の決めたルーティンの日課に強いこだわりがあり、またそれ以外にも他入居者がいつどこで何をしているかが気になってしまい、確認行動を繰り返している。それらがきっかけで他入居者に馴染めない様子が多い。
③ 性格	もともと時間通りに物事を進めないと嫌な性格。飛行機に乗る際、搭乗時間の3時間ほど前から待っていることもあったとのこと。現在も、家族との外出の際は予定時間の30分前から「まだ来ないのか」と1分ごと程度に繰り返し話され、外出先では、「15時のおやつの時間に間に合わないから戻る」と話され落ち着かず、結局14時に戻られることなどが多くある。
④ 趣味／嗜好	もともと山登りを趣味としており、西日本某県にある山はほとんど登ったとの話をされる。グループホームでの生活においては、体操や散歩、カラオケが好き。
⑤ 参加	西日本にいた頃はグループで山登りに参加していた様子。
3.病歴／健康状態	
① 入院歴	二十数年前頃、うつ病のため病院へ入院。退院後は無治療で経過観察。7年前頃、うつ病が悪化。希死念慮などもあり居住地の病院へ入院。その後は服薬にてコントロール。
② 合併症・疾患	便秘症（時期不明、内服あり）、不眠症（時期不明、内服あり）、慢性胃炎（時期不明、フォローなし）、高血圧（時期不明、内服あり）、左小脳橋角部髄膜腫（時期不明、フォローなし）、左網膜静脈分枝閉塞症（60歳代後半、ステロイドにて治療後、フォローなし）
③ 受診状況 服薬状況	施設の訪問診療医に対して家族は不信感を抱いており、精神科のみ月に1度家族が付き添いで外部受診している。抑肝散2.5gを毎食後、クアゼパム20mg・ルネスタ1mg・リフレックス15mg・酸棗仁湯5gを就寝前、マグミット250mgを朝2T・昼1T・夕2T（食後）、アムロジピン5mg・テルミサルタン20mgを朝食後。
4.心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	年相応の歩行能力だが、構音障害と手指振戦が著明。
② コミュニケーション	視力、聴力に支障なし。「水がほしい」「洗濯機は終わったか確認してほしい」「エアコンの温度を見てほしい」などの訴えを、それらが解決するまで繰り返し尋ねる。ろれつが回らないため、スタッフや他入居者との会話が難しいことがある。
③ 基本動作	屋内、屋外共に自立歩行。振戦のため、文字を書くことやはさみを使うことが苦手であり、拒否がある。
④ IADL	掃除機かけはできているが、洗濯機の使い方はよく分からず、蓋にロックがかかっているにもかかわらず無理に開けようと試みる。携帯電話を所持しており、長女や叔母に電話をすることができる。
⑤ ADL	食事：自立だが食べこぼしが多い。 排泄：自立だが稀に失禁あり。 入浴：背部の洗身は介助。それ以外も洗ってほしいとの訴えが多い。 更衣：自立。失禁の際は申告あり。 移動：自立。
5.本人・家族の意向／専門職の援助方針	
① 本人	散歩に行きたい。他の人と仲良くしたい。
② 家族（長女）	体を動かす機会をたくさん作ってほしい。暇な時間を作らないようお手伝いなどをたくさんしてほしい。
③ CMの援助方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員と一緒に洗濯をする</li> <li>・洗濯物をたたむ</li> <li>・食後の片づけ（食器拭き）</li> <li>・レクや体操への参加を促す</li> <li>・行事への参加を促す</li> <li>・買い物や散歩と一緒に歩く（歩きながら傾聴）</li> <li>・家族や親族との面会、外出の支援</li> <li>・バイタルチェック等体調管理</li> </ul>



め、会話が難しいことがある」ということですが、会話は相手にどの程度伝わっているのでしょうか。

**L夫さん** ろれつが回らないことと同じ言葉を繰り返して言うことがあります。例えば「おふおふおふおふおふろにはいりたい」というしゃべり方になってしまうので、ほぼ他の利用者さんには伝わらない。職員は2回ぐらい聞き返してようやく分かります。

**ST** 今おっしゃった言語障害だと、嚥下障害もあるのではないかと思いますか…。

**L夫さん** むせこみはあまりありません。今まで誤嚥性肺炎を起こしたこともありません。

**司会** STさんは、嚥下に問題があるという見立てなのですか？

**ST** はい。少なくとも何かしら咀嚼が悪いとか、飲み込みが悪いとか、失調のような症状があって、発音のタイミングがずれるのではないかと思っています。

**歯科衛生士** 「便秘症」とありますが、食べ物の好みの特徴はありますか。

**L夫さん** 本人の好みとしては、肉が好き。「豚肉より牛肉の方がいい」とおっしゃいます。しかし、基本的に出されたものは全部食べています。

**小規模多機能管理者** グループホームや小規模多機能の管理者です。うつがある人は散歩に行くのも容易でない生活をされていると思うのですが。そもそも貴グループホームを選んだ理由が、「散歩の機会が多い施設の方が不安や焦燥感が軽減するからいい」という意向からのようですが、ホーム側としてはそれを受けて「散歩をやってみましょう」というスタートになるのか、それとも「散歩をご本人が好まれるか、様子を見ながらにしましょう」というスタートになるのか。スタート時の目標はどこから始まったのでしょうか。

**L夫さん** 入居された当初から散歩をメニューに組み込んで、だいたい週2～3回、20～30分くらいの散歩、もしくはお買い物をしていただいています。

**小規模多機能管理者** 運営方針として、1つの医療機関と契約して専任になるパターンと、利用者ごとに多数の医者が入ってくる場合と、2つのパターンがあると思いますが、どちらですか？

**L夫さん** 前者の方です。

**ケアマネ1** 夫が他界してうつ病になったようですが、そのとき専門医にかかってうつ病という診断を受けたのでしょうか？

**L夫さん** 具体的なことは、分からないのです。どういう診断を受けたのか、処方を受けたのか分かっておりません。

**ケアマネ1** 今L夫さんから見て、この方はうつ病ですか？

**L夫さん** う～ん、本音としては、うつ病といわれてもしっくりきません。先ほど「うつ病の方が散歩に行くわけがない」と言われましたが、私も同じ考えです。それでは、そううつかといわれると、それもちょっと違うような。確かに波がありますが…いったい医療的にはどういう分類になるのか…。

**ケアマネ1** かかっている精神科の医師の診断名は何ですか。

**L夫さん** うつ病です。

**ケアマネ2** 「ルーティンの日課に強いこだわりがある」とありますが、具体的にはどういうことですか？

**L夫さん** 例えば、ご飯の後に歯磨きをするというのが施設の決まりごとでもあるのですが、洗面所で他の人が歯を磨いている間、順番待ちができて、職員に「歯を磨かせてくれ」と強く主張したり、突き飛ばして歯を磨こうとしたりします。

**ケアマネ2** 「確認行動を繰り返している」とありますが、他の入居者が自分を見ているという確認行動ですか、それとも自分が相手を一方的に見て確認しているのですか？

**L夫さん** 自分が相手を見る方です。相手をひたすら見て、この人が何をしているのか、気になってひたすら見て、確認しています。

## ● 本人像への質疑

こだわりは前頭側頭型認知症？  
髄膜腫の影響で耳の聞こえが悪い？

**ケアマネ2** 精神科薬がたくさん出ていますが、薬に対して、ご本人の病識はいかがですか？

**L夫さん** ご本人はなるべく薬を変えたくないという意向があるのと、薬を増やしたくも減らしたくもない、飲む時間帯も変えたくないとおっしゃっています。

**ケアマネ2** そこにもこだわってらっしゃるのですね。夜間は眠れていますか？

**L夫さん** 最近では21時ごろに寝て、夜中2時半くらいに起きる。その間は何もせずに連続して眠れているようです。

**ケアマネ3** 前頭側頭型認知症の人のように見えるのですが、脳の検査を受けられたか確認していますか？

**L夫さん** ろれつが回らないことが強くなった時期が1年前にあり、ご家族が心配されて病院でCTを撮りに行きました。そのとき「古い脳梗塞がいくつかありますね」と診断さ

質疑応答から  
見えてきた A さん像

- ① うつ病かうつ症状か、  
詳細は分からない
- ② さまざまな身体症状は、  
髄膜腫の影響かもしれない
- ③ こだわりや確認行動は、  
前頭側頭型認知症に似ている

れたそうです。脳の画像を見た医師から「認知症が進んでいますね」とは言われず、「脳の萎縮は見られない」というお話だったとご家族から聞いています。しかし、私どもが医師から直接聞いたわけではありません。

**看護師** Aさんは40代前半にご主人を亡くされてうつ病を発症され、その後回復され、50歳代後半まで、お仕事を勤め上げられたということですね。

**L夫さん** はい、そうですね。

**看護師** やはりご主人を亡くされたことをきっかけにうつ病を発症されたのかという印象があります。今通っている主治医の先生は、ご本人も信頼されて通っているのですね。

**L夫さん** そうですね。ご本人は、娘または娘の夫が連れて行ってくれる先生なので、「信頼している」と言うこともあります。また、「仕方なく行っている」と言われることもあります。

**ケアマネ4** 趣味・嗜好のところで、グループホームの生活においては、「体操や散歩、カラオケが好き」と書いてあります。そこでのエピソードを教えてください。

**L夫さん** カラオケは、「自分が歌いたい」というのが強く、他の人が歌っているのは興味がない感じです。体操は、職員が積極的に「体操をやりましょう」と働きかければ、無表情ですが、参加されてその通りにやる。何か言葉を言いながらの体操では、積極的に声を出している姿があります。散歩については、午前中の早い段階から「散歩に行かないのか」「散歩に行かないのか」とずっと言っていて、いよいよ行くときには、一目散に玄関に行くという行動をとられま

す。その間、楽しそうにしているわけではありません。ひたすら無表情でされていることが多いです。

**訪問看護師** 耳の聞こえはどうですか？

**L夫さん** 会話をしていて、聞こえが悪いという感じはしません。

**訪問看護師** 先生方にお聞きしますが、既往歴に「髄膜腫」という病名があるのですが、耳の聞こえとか顔面神経まひなどそこから来ているのではないかと思うのですが。

**医師 A** 何らかの神経症等があるかもしれません。

**訪問看護師** 何らかの特性がありそうな方で、転々と引越をして、経過のなかでうつ病になっているのですが、髄膜腫の影響もあるのか、耳の聞こえが悪かったり、目の障害もあって、視覚も聴覚も問題があってコミュニケーションが取りづらい。引越をして慣れない土地で、娘さんもうつになって、ということもあると、考えや思っていることの表現の仕方がネガティブになっていって、孤独な方なのかなと思ったりします。

それに対する看護をどうするかですが、制度上グループホームに訪問看護師が入れるのでしょうか。

**L夫さん** 自立支援医療を持っているので、医療保険で入ることは可能かなと思います。

## ● 多職種からのアドバイス

### 精神科の訪問看護の活用を 睡眠や薬の副作用を評価

**司会** 精神疾患の方にどういう対応をしたらいいのか？という質問があったのと、外来の精神科の先生とコミュニケーションを取るのが難しい、という問題がありました。アドバイスがあればお願いします。

**地域包括看護師** 精神科の先生に指示書をもって訪問看護が入ることができます。この人のこだわりにどう対応していったらいいのかも、看護師さんを通じて先生から聞くことができるし、家族が嫌でなければ、同席させてもらうということもしてみたいかかでしょう。

**PT1** 似たような事例を3事例くらい見たことがあります。やはり精神科の先生に言われたのが、症状を細かく文書でほしいと言われました。それを送って、薬を処方してもらいました。更年期にうつになって、30年くらい薬を飲み続けてしまって、70代になっていろいろな身体の症状が出てくるという方で、「機能が落ちてしまって、リハビリに入ってください

い」と言われたケースで、そういう対応をしました。

**司会** 「いろいろな身体の症状」というのは、どういう症状ですか。

**PT1** 眠剤が強くて動けなくなってしまったという方では、眠剤を減らして活動を少し上げるようにしてもらって、「アイスを食べたい」という意向があったので、コンビニまで歩けるまで活動性を上げていって、それがルーティン化していったら落ち着いたケースがあります。あとは転んで骨折して動けなくなってから依頼されるケースが多いです。

**PT2** 制度の話ですが、精神科医から指示書をもって、自立支援医療で訪問看護ステーションから入る場合、リハ職はOTしか入れません。私たちPTそしてSTは、精神科では入れないのです。ただ精神科だけをしてきたOTには、構音障害とか手指振戦とか、身体機能を評価するには難しいところがあるかもしれません。

精神科の訪問看護もしながらそれ以外の患者さんもたくさん見ているようなOTに入ってもらって、もう少しこの方のことを評価してもらってはどうかと思います。食べこぼしが多いとか、身体機能的にも若干気になるところがあります。それは先ほどの看護師さんが言っていた左小脳橋角部髄膜腫でもこういう症状が出てくると思うので、その辺も細かく評価してもらったらいいいのではと思います。

**司会** 同じOTといっても、精神病院だけで勤められてきた人と、在宅を経験してPTさんたちと一緒にやってこられた方とは、見立てが違うということですね。

**ケアマネ2** 私どものところにも訪問看護ステーションがあるのですが、精神科に勤めたOTさんはやはり見立てが違う。うつの方に認知行動療法を取り入れたり、年をとられると、認知症とかぶってくるので、病名にこだわる必要性もなく、生活面でこだわりやルーティンの確認行動とかを良い方に捉えて、ここで生活がうまくできる方法を一緒に探ってくれたりします。やはり精神の訪問看護師さんは、睡眠のこととか、こだわりの内容や行動が変わってくるとか、薬の副作用なのか等、報告の内容も細かく見極めてくれます。活用するといいと思います。

### ● 多職種からのアドバイス

家族に本人らしさへの理解を  
感覚的に落ち着くものを見つける

小規模多機能管理者 グループホームをやっていると、親

をグループホームに入れるというのは、在宅より親を管理してくれるだろうという家族のニーズが先行していることが多い。本人ニーズよりも家族ニーズがプランになってしまう傾向があります。

家族が「こうしてほしい」「こうありたい」というのはさておき、逆に家族に本人を理解してもらうように勧めています。本人が「一日中家で寝ていたい」、本人が「こういうふうにしてほしい」というのを私たちに示していただければ、それが立派なエビデンスだから、それをホームでもやればいい。そういう事業所内のコンセンサスをつくっていった方が、安定した暮らしができます。

**訪問看護師** もし私がこの方の訪問看護に入ったら、医療面をしっかりと支えていこうと思います。その方の様子を日内変動や、1日1日を時系列で観察して、薬の副作用なのか、もしくは症状なのかということを見て、介護スタッフさんたちにアドバイスしていきます。耳が聞こえない、目が見えない、しゃべることができない方ですと、五感を通して感じられるもの、かわいいもの、小さいもの、温かいものとか安心して落ち着くことがあります。例えばぬいぐるみを渡して落ち着くか等、まず看護師がやってみて、それが良ければ介護スタッフさんたちに教える。そんなことから始めていくことができますし、手浴もいいかなと思いました。

### ● 多職種からのアドバイス

皆と共生できればこだわりはOK  
髄膜腫の進行に注意

**医師A** 私が訪問診療医だったらどうするかと思いました。まず疾患名がしっくりこない。確かにMMSE19点と認知機能は落ちているけれど、普通のアルツハイマーでもないし、典型的なうつでもない。既往を見ると、確かにうつ病だったろうとは思っています。うつっぽい性格の人が、もう1つ新しい疾患が起きているのかなと思い、常識から逸脱して1つのことにこだわってしまうところ等、雰囲気としては、前頭側頭型認知症のような感じがします。

うつ病と医師が診断していても、それが必ずしも合っていない可能性がある。いろいろな困りごとがあって、診断をつけないと対策が打てないのであれば、かなり詳しいところで調べるというのも1つです。しかし、なんとなく生活できているし、家族も本人もそこまで徹底的に精査を望まないというのであれば、それなりに生活していける方法を見つけられ

- ① 本人の五感に心地良く、  
落ち着くものを見つける
- ② 精神科訪問看護と連携、  
症状の観察と対応の工夫を
- ③ 認知症の人のルーティンへの  
こだわりは、大事にした方が  
良い場合も

ればそれでいいのかと思いました。家族に「専門的に調べましようか？」と言うと、「いやそこまでしなくてもいいです」と言われることもあります。それなりの落としどころを見つけ、先ほどの訪問看護師さんがいわれた落ち着くものとか、皆と共生して暮らせる場面を作ることができれば、それでいいのかなと思います。

**司会** それでは最後にF先生お願いします。

**医師F** とても教訓的です。皆さん「何十年前にうつ病と診断されて入院していました」みたいなお話はよく聞くとおもうのですが、うつ病で本当に入院していたら本物です。「なんとなくうつで」という話ではない、本物のうつ病の可能性がります。

もしくは20数年前、昔は統合失調症のことを精神分裂病と呼んでいた時期がありました。家族に精神分裂病の人がいるとスティグマになってしまうため、病名をやわらかくうつ病とつけていた時期があったんです。それが分かるのは入院期間です。入院期間がもし1年だと、うつ病ではない可能性がある。統合失調症かもしれない。

精神科の既往歴で入院したことがある、というのはとても重要で、それによって本物の病気かそれっぽいだけなのか分かったりします。

髄膜腫という病気は成長が遅い。随分前のものだと、大きくなっている可能性があります。そうすると、難聴とかも起ります。しかも徐々に大きくなるので、脳がそんなに急速

に悪くならない。全体のバランスが崩れてくるという感じなので、CTを撮るなど、一応確認だけでもしてみた方がいいかもしれないですね。

「医師から症状を細かく書いてほしい」ということが言われていましたが、不眠とか焦燥感、暴言とか興奮とか、そういう症状があるかどうかです。精神科の治療は、診断によって180度治療が変わるということではなく、対症療法が多い。症状に注目してそれに対して薬を調整していくという考え方なのです。

ルーティンにこだわるのは前頭側頭型というお話がありました。確かにそうですが、僕は全然違った見方をされていて、強迫傾向、つまり「やらずにはおれん」というものなのか、それとも本当にルーティンなのかを見極めたい。本当にルーティンなら、認知症の人にとってのルーティンは自己の一貫性を保つ作業といわれています。同じことを繰り返すことによって、自分が一貫しているのを確認している可能性があります。単なるこだわりというより、明日違う自分にならない自分を確認している可能性があるのです。それは大事にした方がいい場合もあります。ただ、共生するのになじまないルーティンワーク、例えば洗面所でお小水をしてしまうというルーティンではちょっとまずいですけどね。

**司会** それではL夫さん、いかがでしたか。

**L夫さん** はい。さまざまな専門職の方からお話をいただいて、まずは私自身この方に対して情報が不足していたという認識が出てきました。ご家族は本当に、この先のご本人をどうしてもらいたいのか、どうあってもらいたいのか。もちろん本人はあまり言わないのですが、ケアとしてもどういう風にすればいいか模索しているなかで、今後どう打開をしていくか。うちの職員の考えとか意見とかももろもろそうですが、過去の病歴についても情報が不足していることをあらためて感じました。

そのなかで何とか生活できているのであれば、それはそれでいいのではないかと先生のご意見もありました。家族のニーズだけでなく、ご本人の考えを軸にしてやっていくというお話からも、あらためて私としては、寄り添う介護というものが目指すべきところではないかという感想を持ちました。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)