

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 ——

意識喪失を繰り返すが、原因が分からない
訪問リハや医療に対して拒否的
このままでよいか？ どうしたらいいか？

事例検討会の参加者

事例提出者 V男さん 居宅介護支援事業所ケアマネジャー
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、管理栄養士、
小規模多機能管理者、
他、多職種の参加者40名

果たして、V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・70代半ば・要介護4
② 自立度 身長、体重	寝たきり度：A2 認知症自立度：Ⅱb 身長：155cm 体重：75kg
③ 同居者／主介護者 家族の状況	要介護1の夫と二人暮らし。夫が主介護者だが疲労困憊している。県内に長男、県外に長女家族が在住。必要に応じて支援しているが、あまり積極的ではない。
④ 経済状況	厚生年金（支給額については分からない）
⑤ 居住環境	集合住宅の上階在住。古い住宅で、自宅内に段差がある。
⑥ 連絡元 (事例の紹介者・機関等)	地域包括支援センターより紹介。

2. 生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	西日本出身。20歳代で結婚し一男一女に恵まれる。結婚前は金融機関で働き、結婚後は訪問販売員に従事。50歳代まで仕事をしていた。その後は専業主婦。
② 現在の生活状況	日中、リビングのいすに座ってテレビのワイドショーを見て過ごしている。疲れたらベッドで横になっている。以前は、友人を招いて料理を振る舞ったりもしていた。移動時、入浴時の見守り、家事全般を夫が行っている。夫は狭心症等の心疾患があり、疲れやすく歩行が不安定だが、日常生活動作は概ね自立している。長男は用事があれば来る程度、長女は入退院時、付き添う程度。
③ 性格	プライドが高く、子供や他者（介護保険サービス）に頼らず、「自分のことは自分でしたい」との思いが強い。「何でも自分でできる」とも思っている。頑固な一面もあり、介護保険サービス利用を提案しても受け入れてくれないことが多い。訪問看護を断ってしまった。社交的な一面もあり、近所の友人とカラオケを楽しんでいた。カラオケスナックと交渉し、場の提供を受けていた。昔からの友人・知人には心を許すが、それ以外の人には一定の距離を保つ。
④ 趣味／嗜好	若いときから料理が趣味。半年前の入院をきっかけに、調理をまったくしなくなった。おしゃれが好きで、化粧、ネイルアートは欠かさない。化粧は自分でするが、体調が悪いとまったくしない。義歯も装着しないことがある。ネイルは出張サービスを利用し、昔から同じ人をお願いしている。
⑤ 参加	友人や知人とカラオケを楽しんでいたが、現在は参加できていない。週1回地域密着型通所介護、週1回リハビリ特化型通所介護を利用。
3. 病歴／健康状態	
① 入院歴	<ul style="list-style-type: none"> ・2カ月前～1カ月前頃 意識喪失（原因不明）、睡眠時無呼吸症候群 ・半年前に10日間間に、意識喪失（原因不明）、睡眠時無呼吸症候群 ・今年 3週間間に、意識喪失（原因不明）、睡眠時無呼吸症候群 ・今年初め 1カ月の間に、インフルエンザ、睡眠時無呼吸症候群 ※直近1カ月前には、トイレに行った際、意識喪失。夫が音に気づき、トイレまでの間に転倒しているのを発見。救急要請し、声かけ実施。もうろうとしていたが、5分ほどで意識回復した。トイレに行った際に、意識喪失することが多い。
② 合併症・疾患	水頭症 両変形性股関節症（人工関節置換術済）
③ 受診状況 服薬状況	月1回大学付属病院を受診。夫が付き添い、タクシーで通院。 服薬は自己管理。 夜間睡眠時NPPVを使用。
4. 心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	四肢まひ。各関節拘縮は特になし。軽度認知症で、理解力不足。意識喪失を繰り返し、原因不明であることや再度喪失する可能性があることを説明するが、体調回復し退院すると、意識喪失したことは忘れていて、自分はもう体調を崩すことはない、と思いついでいる。
② コミュニケーション	若干コミュニケーションをとりづらいときもあるが、言語によるコミュニケーションは可能。
③ 基本動作	下肢筋力低下が著明で、歩行時のふらつきに見守りが必要。
④ IADL	家事は、夫ができる範囲で行っている。調理は冷凍食品、惣菜で済ませることも多い。買い物は宅配サービスを利用。夫婦共に掃除ができず、夫が週2回の訪問介護を利用。
⑤ ADL	日常生活動作は、時間がかかることもあるが、概ね自立。ズボンの上げ下げに介助が必要。何かにつかまっても、片足での立位保持は困難。10分以上両足での立位保持も困難。
5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針	
① 本人	自宅で生活がしたい。家に人が来るのは好まないの、必要最低限のサービス利用でよい。
② 家族（夫）	疲れから、足元がふらつく。妻が望む生活を送らせてあげたい。訪問リハビリを利用したら、妻が自殺すると思うと思う。
③ CMの援助方針	自宅で医療的支援を受け、体調変化の把握に努め、緊急時に対応できる体制づくりを行う。下肢筋力、体力を取り戻し、転倒なしに過ごせる支援を行う。

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 体力と筋力を回復させ、転倒なく歩行したい。	体力と筋力を回復し、自宅内で転倒なく歩行ができる。	リハビリや治療を続け、体力と筋力の回復ができる。
② 自宅で医療的支援を受け、入院せず体調良く過ごしたい。	医療的支援を受け、自宅で体調良く過ごせる。	医療関係者と信頼関係を築き、体調の変化を伝えられる。
7. サービスの利用状況		
① 訪問看護	週2回。身体状況、病状確認、NPPV管理、健康相談、緊急時の対応で利用。本人は、訪問看護の利用に拒否的だが、主治医の指示が必要であることを説明。	
② 地域密着型通所介護	週1回。入浴、他者との交流、夫の負担軽減を目的に利用。本人は、気に入っている。	
③ リハビリ特化型通所介護	週1回。継続したリハビリ、専門職による身体状況に合ったリハビリを目的に利用。訪問リハビリや通所リハビリを提案するが拒否、前にも利用したことのあるリハビリ特化型で落ち着いた経緯がある。	
④ 特殊寝台および付属品、歩行器貸与	寝返り、起き上がり補助、臥床時の安楽な姿勢保持を目的に特殊寝台を利用。また、歩行器は、歩行補助と転倒予防のために利用。	

● 課題の確認

V男さん 居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーです。

司会 事例シート(上表参照)を見ますと、対象者の方の課題として、①自宅内で転倒がなく歩行ができる状況を確保したい、②入院をしないで体調良く過ごすことができる状況を作りたいということが挙げられています。ただし、医療的サービスに対しては少し抵抗的などところがあるので困っている、という方かと思えます。

また、本人の意向は、①自宅での生活をしたい。ただ家に人が来るのはあまり好きではないので、必要最低限のサービスを使いながら在宅での生活を続けていきたい。②夫が主介護者ですが、妻が望む生活をおくらせてあげたいと思っている、という状況でよろしいでしょうか。

V男さん はい。

司会 支援するうえで困っていることと、専門職の方に聞いてみたいと思うことがあれば、おっしゃってください。

V男さん 入退院を繰り返している方なのですが、退院すると「自分はもう元気になったのでサービスはいらない」と、夫も同調して「本人は、サービスを入れると死にたいと思う」と言うなど、導入しづらい状況で困っています。

専門職の方に聞きたいのは、危機感のない方にどのようにお話ししたらいいのか。また、意識喪失を繰り返しているのですが、大学病院でも原因の究明ができないので、何か方法があればアドバイスをいただきたいと思っています。

司会 それでは、資料の読み込みを5分間お願いします。

● 本人像への質疑

「訪問リハ利用したら自殺する」
発言の真意は？

司会 まずは事実関係の確認をしていきたいと思います。

ケアマネ1 夫の言葉で、「訪問リハビリを利用したら、妻が自殺すると思う」という発言があるのですが、どうしてこういうことを言うのでしょうか？

V男さん 病院から退院時に「継続したリハビリが必要です」ということで、当初通所リハを考えたのですが、社会資源がなく、もともと使っていた訪問看護の事業所からのリハビリを提案したのですが、「人が家に来てまでリハビリをしたくない」「妻にそれを伝えたら、自殺すると思うよ」と言われてしまって、結局進まなかった経緯があります。

司会 どちらかという医療系のサービスを拒否されている感じでしょうか？

V男さん はい。自分は元気だと思っているので必要ないと言います。

司会 逆に拒否していないサービスはありますか？

V男さん 地域密着型デイサービスは気に入っています。

ケアマネ2 夫の疲労は、体の負担なのかメンタルの負担なのでしょうか。

V男さん 本人は睡眠時無呼吸症候群があるので、夜間に機械(NPPV)をつけて寝ているのですが、その音になって寝られないということと、常に本人の見守りをしているので、身体的な疲れもひどく、「電車の中でフラフラして立ってられない」と言っています。

ケアマネ3 もとの生活ではカラオケを楽しんだり、ある程度の知人友人とは仲良くしているようですが、そういう方々こういう楽しみがしたいというのはありますか？

V男さん 直近で「家に戻ったら何をしたいですか？」と聞きましたが、「ボーッとしたい」と言うのです。本人も気力がないというか、人と接するのが嫌になっている感じでした。

ケアマネ3 友達と会ったときの表情がどうであるとか、家族と会っているときの表情がどうであるとか、ケアマネさんから類推するものはありますか？

V男さん デイサービスでは、ももとの友達がいるので、「楽しい」というお話はされます。

● 本人像への質疑

睡眠時無呼吸症候群で通院 意識喪失の原因精査は拒否

OT1 どういう薬を飲んでますか。

V男さん 水頭症に関するお薬と聞いていますが、今回、耳鼻咽喉科と呼吸器科に通っているのですが、特に処方されていないのです。

OT1 血圧とかそういう薬も処方されていないのですか？

V男さん はい。

OT1 大学病院の受診は何科ですか？

V男さん 呼吸器科です。入院したとき、無呼吸症候群があるということで。実は意識喪失したときに耳鼻科にかかったのですが、原因が分からないということで、呼吸器科に変わりました。でも、呼吸器科でも分かりませんでした。

OT1 病気については何も分からないのですか？

V男さん はい。大学病院に脳神経の先生もいらっしゃるので、通院を勧められたのですが、本人は「もう元気なので行く必要はない」と断ってしまいました。

PT1 失禁等はないのですか？

V男さん まったくないわけではなく、体調が悪いときはリハビリパンツをはいていて、中にしてしまうことがあるのですが、毎回ということではないようです。

管理栄養士 食事は冷凍食品と惣菜とのことで、買物は宅配サービスを利用しているようですが、それを注文するのは本人と夫のどちらですか？

V男さん 2人で決めているようです。

小規模多機能管理者 夫の本人に対するかわりは見えてくるのですが、本人は夫をどんなふうに思っていますか？

V男さん 頼りにしています。自分の体のことなど、いろいろとやってほしいと思っています。ただ子供さんたちに対しては、「あまりかわってほしくない。迷惑をかけたくないから」と言っています。

小規模多機能管理者 子供さんたちにかかわってほしくない、迷惑をかけたくないと思っている気持ちと同様に、夫にもある程度の距離感を持っている感じはありますか？

V男さん そこはないです。

ケアマネ4 ADLでズボンの上げ下ろしも介助が必要で、段差を超えるのも片足だと難しい。室内は段差があるようですが、それをすべて夫が介助されているのですか？

V男さん 住宅改修で手すりはついているのですが、体調が悪いときは、夫が手を貸したりしています。

ケアマネ4 ケアマネジャーから見ても、夫の介護は大変だと思われますか？

V男さん ええ。ヘルパーさんなどいろいろ提案するのですが、「これ以上、家に人が来られても」と断られてしまいます。

ケアマネ4 それに対して、夫はケアマネジャーにどういう相談をしているのでしょうか？

V男さん 「大変だ」と言うのですが、本人の前では、「自分でできるからいいです」と。

OT2 もともと料理やカラオケが好きということですが、それはもうやらなくていいということなのか、それとも楽しい思い出として話している感じなのか？

V男さん 料理に関しては、体力的に立っていられないのでやりたくないと言います。カラオケについては、デイサービスでやっていて、ある程度満足されているのかなと思いました。

OT2 デイサービスでの目標は？

V男さん 2カ所のうち1カ所はリハビリ特化型なのですが、そこでは、「楽しく、休まずに通えれば」という感じです。

看護師 「トイレで意識喪失」とあるのですが、どういう状況か？便秘とかあるのでしょうか。

V男さん 排便はコントロールが必要なほど便秘症ではない。ふだん、血圧が高いとか低いとかいうことはなく結果的に安定している感じです。

看護師 いきんで排便すると、排便後に血圧が下がる。脳に血流がいなくなり、失神することがあるので、注意することが必要かもしれないと思いました。

質疑応答から
見えてきた A さん像

- ① 訪問販売の仕事で自立。医療や介護は自己責任という人生観がある
- ② おしゃれして外出はよいが、家の中で素の自分を見せたくない
- ③ 水頭症の人は楽天的になる傾向がある

● 多職種からのアドバイス

病院をたらい回しにされ
不信感につながった？

PT2 股関節の手術をしたのは、いつ頃ですか？

V男さん 3～4年前です。

PT2 水頭症という診断があったのは何年前ですか？

V男さん 1年半くらい前です。

PT2 何かきっかけがあったのですか？

V男さん よく転ぶと聞きました。

PT2 よく転ぶということで、診断の結果として水頭症だった。

V男さん ええ。

PT2 何回か意識喪失して倒れている間に、少しずつ本人の身体機能の低下が進んでいった印象はありますか？

V男さん やはり入院するたびに身体状況は悪くなっていて、歩行状態は以前と比べて、やっとなつかまって歩くという感じです。

PT2 フラフラしている？

V男さん そうですね。はい。

PT2 「四肢まひ」とありますが、手すりをつかまっているのですか？

V男さん はい。普通につかまっています。ただ何がしかの

まひはあって、原因は分からないのですが、口角が下がって聞き取りづらい。

PT2 リハビリ特化型通所介護には、リハ専門職はいますか？

V男さん 理学療法士がいます。

看護師 認知症について特に治療をされていないようですが、大学病院の訪問看護師への指示書には、とくにないのですか？

V男さん そうですね。

看護師 サービスを嫌々ながらも、訪問看護を使っているのは、最終的には夫の意見が通っているということでしょうか？

V男さん いや。本人の方が強い。

看護師 本人さんが嫌といえながら、ケアマネさんが最終的に説得されているのですか？

V男さん 「訪問看護師が機械の管理をしないとダメですよ」と言っていて、「それなら仕方ない」と。

OT1 ずっと疑問に思っているのは、なぜ医療に対して頑なに拒否しているのかなということです。痛みは今ありますか？

V男さん 特にないです。

OT1 それでは、股関節症の治療はうまくいったのですか？

V男さん はい。

OT1 水頭症に関する治療は薬だけですか？

V男さん シヤントが入っています。

OT1 シヤントは入っているのですね。でも頑なに医療や病院を拒否しているのは、何か不信感があるからだと思うのですが。

V男さん 半年ぐらい前に意識喪失したときに、訪問看護師さんを緊急で呼んだのです。「救急搬送するレベルだから行きましょう」と言ったら、「いや、元気だから」と。前に意識喪失したときに、一番近い総合病院を断られ、病院をたらい回しにされて、大学病院に無理矢理入院した経緯があった。その辺から恐怖心があるのかなと思っています。直近の入院のときも、「近隣の総合病院に入院しましょう。そこで全部治してあげるから大丈夫」と言われ、本人も夫も安心していたのですが、入院中にまた意識喪失を起こして、「うちではもう見られないので、他の病院に行ってほしい」と言われて、その辺から不信感があるのかなとも思います。

● 多職種からのアドバイス

自立した人生観、医療観がある人
何かあったときの“砦”プランを

小規模多機能管理者 訪問販売を50代まで続けられた経歴から察するに、女性がこの時代、訪問販売をするというのは、大変厳しい経験をしながら自立して、自分の人生観や医療観については自己責任という発想が培われた、という印象があります。

介護保険や医療に対して、予防という考え方はなく、困ったときや痛いときだけサービスを受けるものであって、それ以外のときは自分たちで何とかする、という発想が、この方の人生の中で確立したと想像します。

そうすると、予防とか事前の治療などということが、この人にはあまり適さないプランになるのではないかと。つまり、これでいいのではないかと。そういう方が、本人たちにとってはスッキリする気がするのです。

OT1 なるほど。この人は好き嫌いがはっきりしていて、たとえ認知症があったとしてもそれは変わりません。必要と思えば、自分に合ったことはする方だと思います。われわれから見て医療的ケアは必要と思っても、この人にとっては現段階ではなかなか受け入れがたい。そのとき必要となってくるのは、何かあったときの“砦”のようなプランではないかと。それを受け入れてくれるかどうか難しいところですが。

PT2 私も概ね同意見ですが、なぜケアマネさんは訪問リハビリを導入したいと思うのですか？

V男さん 家の中の歩行の不安定さが改善するかと。大柄なので難しいとは思いますが、最終的には一人で入浴できるようにならないかと思いました。

PT2 おしゃれ好きで化粧・ネイルアートは欠かさない。着飾って外に行き楽しんで帰ってくるのは好きだと思います。だからデイサービスは続いているのではないかと。調子が悪いと化粧はまったくしない。訪問サービスでそういうところを見られてしまうのは嫌ということです。

リハ特化型デイサービスにリハ専門職がいるなら、そこで必要なリハビリをしながら、担当者会議だけは家に行き、そこにリハ特化型のPTに必ず参加してもらうような形を整え、そこで家の中の環境を見てもらう。何が何でも訪問サービスでなく、施設サービスをうまく活用していくのも手です。

訪問看護が何とか続いているので、NPPVの夜間の装着状況、本当にちゃんと付けているのかどうか。何となく付

けないで過ごしているのであれば、もしかしたら意識喪失につながっている可能性もゼロではないかもしれない。夫に訪問介護が来ていますが、ヘルパーに本人が日々どういう感じているか情報を聞き出して、その情報をデイのスタッフ等につなげていながら、本当に通所するのが難しくなってきたら、うまく訪問リハが入れる準備だけしていくのがいいのではないのでしょうか。

● 多職種からのアドバイス

意識喪失と水頭症に医療の目が必要
価値観尊重した柔らかない支援を

司会 意識喪失について、先生方にご意見をうかがいたいと思います。

A医師 どこまで調べたのでしょうか。例えば、迷走神経反射とか起立性低血圧、心原性で変な不整脈が出て失神することもあります。循環器科が入っている様子はないですね。

V男さん 脳神経内科か外科で1回みてもらったこともあって、何か脳から来ている影響ではないかと。とのことでした。

A医師 脳神経科では、てんかんとか脳の器質的な変性疾患とかは調べようと思うんですが、不整脈についても調べられるかどうか。

原因が何なのかを突き止めたいですね。それによって対策も違ってきます。起立性低血圧や迷走神経反射の場合、「気をつけましょう」と言っても、本人に自覚がない人だとあまりうまくいかなくて、ただそれを放っておいても、事故さえなければ生活は続いていきます。

心原性に関しては、不整脈があれば、予防ができるし、もっと悪いことが起こらないための対策もあります。睡眠時無呼吸症候群もあり、何か心疾患の可能性もあるので、循環器科でみてもらった方がいいですね。

大学病院もいいのですが、それぞれの専門科が「うちは大丈夫です」としか言わないので、本当の失神の原因は分からないまま、本人は「帰る」と言って退院してしまう例はよくあります。何か別の疾患があるのではないかとという可能性もあるのですが、本人が行かないので病名がつかないだけかもしれない。

司会 先生はどういう病気を想定されますか？

A医師 肥満もあるので、何かしらの心疾患があるのではないかと。口角が下がってしまうのは水頭症だけで

- ① 意識喪失や水頭症について、総合的に評価する医師が必要
- ② 本人の価値観を押さえ、居心地の良いチームをつくる
- ③ サルコペニア肥満に注意。タンパク質の多い食事を

説明できない。脳梗塞もやったのではないか。

水頭症だと手術しても認知症はあまりよくなる。認知症は何の認知症なのか。アルツハイマーなのか、脳血管性なのか。

V男さん 認知症の検査はできないと思います。本人には認知症の自覚はないので。

A医師 そうでしょうね。私たちが検査に行っていたかのためによく使う手は、「倒れてしまうのを予防するため」とか、「物忘れの予防で」と言ったりします。

本人を説得できないときは、家族がそういうリスクを納得してもらおう。一番気になるのは、医療的にちゃんと評価されているか、それだけは何かやっておいてあげた方が、何かを防げると思います。

O医師 A先生がおっしゃるとおり、繰り返す失神はだいたい異常があるので、調べないといけないのですが。水頭症に伴う認知症には、多幸感があるというか、楽天的になる傾向があります。全然歩けないのに「歩ける」と言ったりします。水頭症の治療もしているようですが、十分には治らない病気であり、かなり実体と乖離したことを言う人がいます。

管理栄養士 BMIが31.6で、かなり大柄な方です。この体重を維持できているということは、それだけのカロリーを摂っているわけですが、だるさの原因としてサルコペニア肥満というものがあります。タンパク質や脂質を消化吸収するのは大変なので、気力がなくなってくると食べたくなくなってくる。

糖質が多くなって、体内の脂肪が増えて筋肉が落ちて、ますます体が動かなくなる。せめて牛乳とか豆腐とか、タンパク質のものを食べないと胃腸の機能はさらに下がり、ますます食べられなくなる。そうってから、医療の方で「エンシュア飲みなさい」とか「何々を食べなさい」とか言われたら嫌でしょうし、楽しい人生でなくなります。栄養士が行くという嫌がられると思いますが、「ふだんどんなものを食べているんですか？」と聞いてから、タンパク質多めのものをオススメするのも手です。今後必ず問題になりますので、食事の内容も意識に入れていただければと思います。

司会 ありがとうございます。一つは、この人が価値観として、何がOKで何がダメか、OKのところはどこかを押さえることがすごく大事かもしれないですね。そのOKな領域を誰がどういう言葉使いで、柔らかく入って行って、リハや栄養をみられる人がチームの中にある体制をつくる。なんとなく居心地のいい関係を作って、その中に専門職がまざっていたというような工夫をされるといいかもしれません。

意識喪失や水頭症の対策については、医師の先生がきちっと評価されるのがどうしても必要ということがありますが、それをどなたがやられるかは課題としてあると思います。きちっと総合的に判断されるお医者さんがいて、今起こっている事象がなぜ起こっているかと、どこに気をつけなければいけないのか整理したうえで、柔らかくアプローチして、その中に専門職の目を入れるということが必要なかと思いました。それでは、V男さん感想をどうぞ。

V男さん はい。ありがとうございました。まず医療的な評価というのは必要なのだと思います。一方、柔らかく説明するのは、私の役割なのかと。先ほどお化粧しない顔を見せたくないというお話もありましたが、意外と私には入れ歯のないときも顔を見せたりするので、信頼関係はできているのかもしれません。ですので、少しずつチームを作り皆でアプローチをしていきたいと思いました。大変参考になりました。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えてあります)