

平成30年度 練馬区在宅療養推進事業

事例検討会 事例集



練馬区地域医療課

令和元年6月

はじめに

高齢者の方の約3割が、「最期は自宅で過ごしたい」と考えている。

しかし、「最期は自宅で」と考える方の約4割の方が、実際に自宅で過ごすことは難しいと感じています。

これは、区が平成28年に行った調査の結果です。自宅で過ごしたいと願うものの、現実は厳しく、その願いは叶わないだろう…。こう考える区民の皆さまが数多くいらっしゃいます。

人口減少社会、超超高齢社会を迎える中、高齢者等が住み慣れた地域で、安心して暮らし続けることができる。練馬区はこの実現に向け、『第2次みどりの風吹くまちビジョン（平成31年3月）』において、高齢者地域包括ケアシステムの確立を目標に掲げ、様々な取組みを進めています。

医療と介護の連携は、取組の土台となります。区民の皆さまが病院を退院して自宅に戻られる際に、在宅療養を担う医師や看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーといった方々が、病院からしっかりと引継ぐ。また、在宅療養をされている方が病院に入院することとなった場合にも、病院の医師や看護師にしっかりと引き継ぐ。このように、患者・利用者一人ひとりを、医療・介護のチームが一丸となって支えていくことが重要です。

区ではこれまで、年に4回、地域ごとに事例検討会を実施してきました。平成30年度は、延432名の専門職が、実例を題材にした話し合いを通じて、互いに学び合い、相互理解を深めています。この事例集は、平成30年度の事例検討会で実施した内容を一冊にとりまとめたものです。平成27年度からの事例集もあわせて、事例検討会に参加できなかった方々、さらに経験を積みたい方々に手にとっていただき、多職種間のネットワークの充実に活かしていただければ幸いです。

最後に、この事例集を作成するにあたり、ご協力いただいた講師、パネリストの皆様、そして事例検討会の趣旨に快くご賛同いただいたご本人様、ご家族に、心より感謝を申し上げます。

目 次

《第1章》 本事例集について -----	2
在宅療養推進事業について -----	3
事例検討会の位置づけ -----	4
《第2章》 事例検討会の内容 -----	5
事例1 認知症の家族が前向きに介護できるためには？ -----	6
事例2 自宅ときどき老健！老健を使いこなそう！ -----	25
事例3 身寄りのない認知症患者の多職種による意思決定支援 -----	44
事例4 あなたの情報から考えるチームケア -----	58

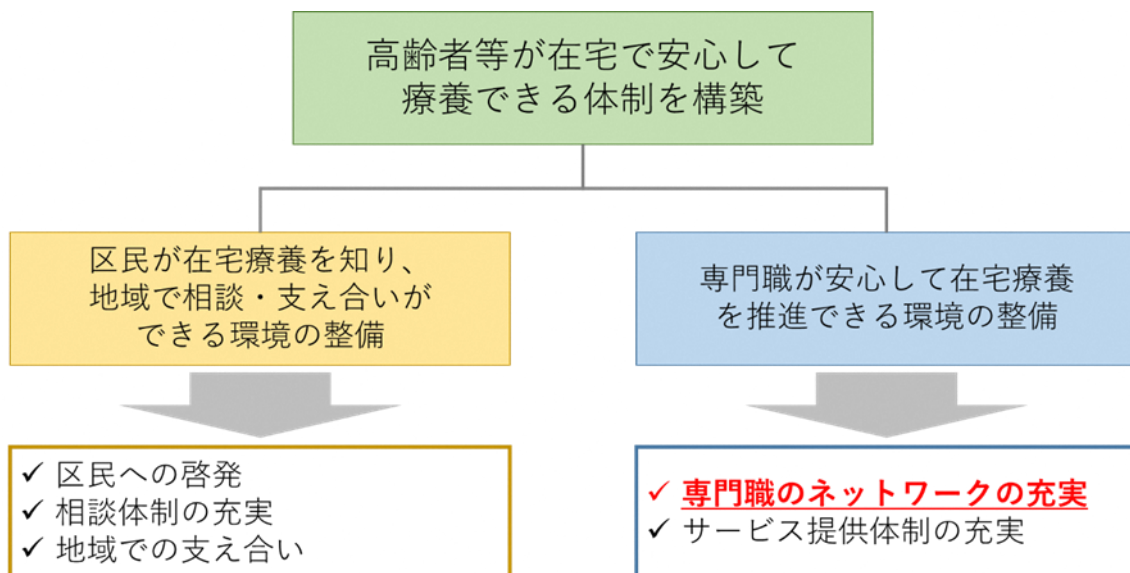
第 1 章 本事例集について

在宅療養推進事業について

在宅療養推進事業とは、医療と介護が必要になっても最後まで在宅で安心して暮らすために、練馬区が行う在宅療養体制構築に向けた取組です。

平成30年度には、医療・介護関係者、介護者家族、区職員を構成員とした「練馬区在宅療養推進協議会」により、新たな在宅療養推進事業について検討しました（図1）。令和元年度から令和2年度にかけて、区はこれらの取組を行っていきます。

図1 在宅療養推進事業の全体像



事例検討会の位置づけ

事例検討会は、在宅療養を推進するに当たっての課題の一つである「専門職のネットワークの充実」を図るための取組として、在宅療養に関わる医療・介護の関係者が集まり、多職種の相互理解を深めると共に顔の見える関係づくりを構築することを目的として、区内4地区において開催しています。

第1回（7月27日）

練馬地区

テーマ： 認知症の家族が前向きに介護できるためには？

第2回（9月15日）

大泉地区

テーマ： 自宅ときどき老健！老健を使いこなそう！

第3回（11月30日）

光が丘地区

テーマ： 身寄りのない認知症患者の多職種による意思決定支援

第4回（3月16日）

石神井地区

テーマ： あなたの情報から考えるチームケア

第2章 事例検討会の内容

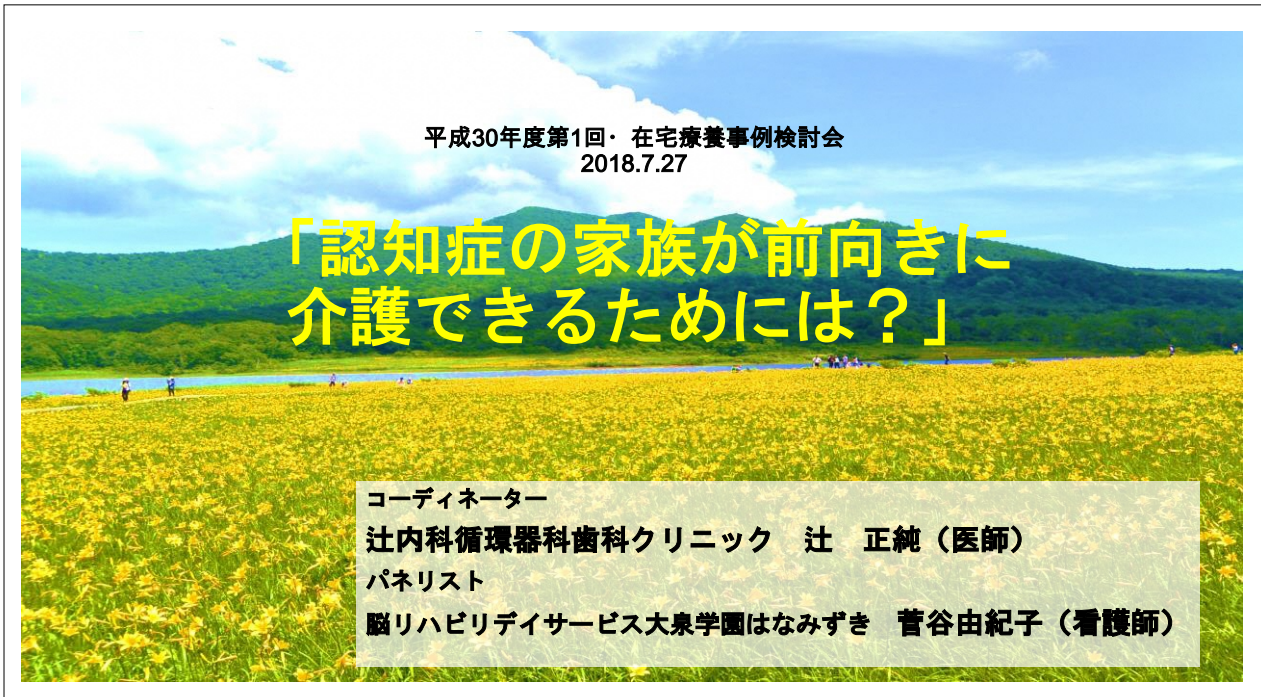
事例1. 認知症の家族が前向きに介護できるためには？

(1) 事例概要

対象地区：練馬地区 開催日：平成30年7月27日
コーディネーターおよびパネリスト <ul style="list-style-type: none">・ 辻内科循環器科歯科クリニック 辻 正純（医師）・ 脳リハビリデイサービス大泉学園はなみずき 管谷 由紀子（看護師）
●内容 <p>認知症の支援では、本人だけでなく家族を支えること（家族支援と家族教育）も重要。本人と家族の希望にずれ違いのある症例を通して、「家族が前向きに介護できるようになるためには、それぞれの職種は何か出来るのか」について検討した。</p> <p>また、NPO 法人認知症サポートセンター・ねりまの方にゲストとしてグループディスカッションに参加していただき、家族の見方や考え方、思いについても知る機会となった。</p>
●症例について <p>基本情報：90歳 男性 妻・娘夫婦・孫2人と同居</p> <p>疾患：レビー小体型認知症（MMSE：21点）。本人は、土曜日はデイに行かない、自由に買い物が出たいなどの希望あり。怒りにより物を投げる、暴言などが出現</p> <p>キーパーソンは臨床心理士の娘。父（本人）を管理したいという思いがあり、父の怒りに対しても怒りで返してしまう</p>
●グループディスカッションのテーマ <p>症例紹介で聞いた家族や本人の様子を受けて「家族が前向きに介護できるために」</p> <p>Q1. 各職種ができることを考えて下さい</p> <p>Q2. チームで出来ることを考えてください</p>
キーワード： 認知症 家族支援 ストレスコーピング

(2) 発表内容

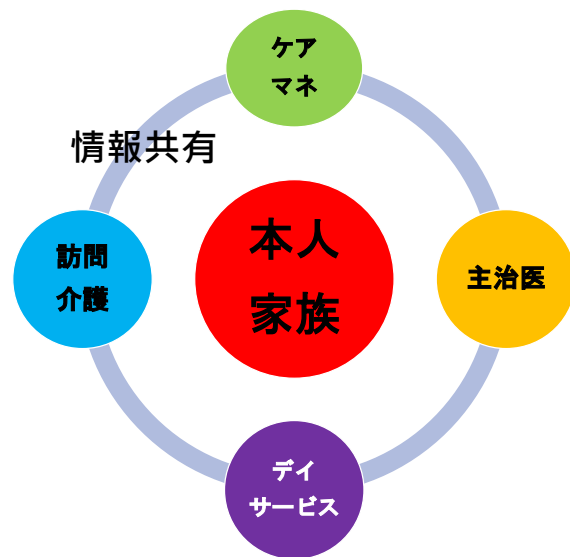
○辻内科循環器科歯科クリニック 辻 正純様



本日の主旨

- ・認知症の支援では、本人だけでなく家族を支えること（家族支援と家族教育）も重要。
- ・本人と家族の希望にすれ違いのある症例を通して、
**「家族が前向きに介護できるようになるためには、
それぞれの職種は何が出来るのかを」**を学ぶ。

家族が前向きに
介護できるように
なるには、
それぞれの職種は何か
できるか？

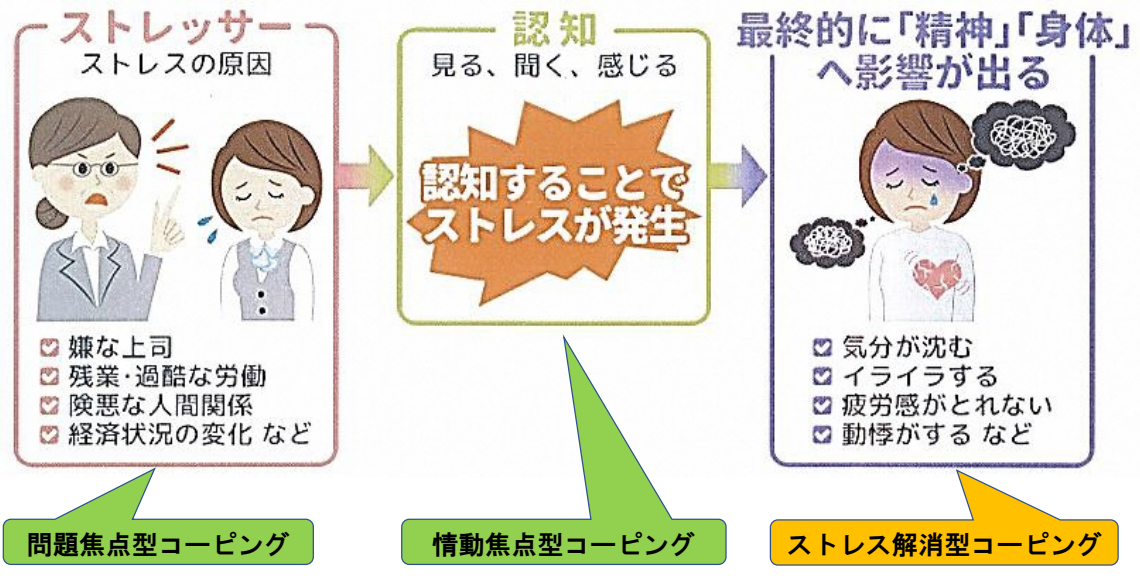


「ストレスコーピングとは?」

仕事や人間関係など様々な場面でストレスを感じた時、
上手にストレスに対処する方法

- ① 問題焦点型：ストレッサー事態に働きかけ、問題を解決
- ② 情動焦点型：ストレスで生じた感情をコントロール
- ③ ストレス解消型（回避型）：ストレスを別な方法で発散させる

「ストレスコーピングとその対処法」



○脳リハビリデイサービス大泉学園はなみずき 管谷 由紀子様

平成30年度第1回在宅療養に関する事例検討会 平成30年7月27日(金)

認知症の家族が 前向きに介護できるようになるためには

医療法人社団翔洋会 辻内科循環器科歯科クリニック 辻 正純(医師)
脳リハビリデイサービス大泉学園はなみずき 管谷由紀子(看護師)

事例

* 本発表に際しては同意を得ております。

バトルの
くりかえし

A氏

家族(娘)

90歳 要介護2
妻・娘夫婦・孫2人と同居
レビー小体型認知症
MMSE※ 21点
会社人間・デイ週5回
「土曜日は行かない」
自由に買物がしたい
怒り→物を投げる・暴言

50代女性
臨床心理士
家事+母親の介護
父を管理したい
勝手に外出・買物はダメ
指示・命令あるのみ！
土曜日もデイ！
怒りに真っ向勝負

※ MMSE(ミニメンタルステート検査): 30点満点中、一般に23点以下を認知症の疑いとする

現病歴

- H27.12 物忘れ・レム睡眠障害を主訴に当院物忘れ外来受診
MMSE:25点
リバスチグミン18mg (アルツハイマー型認知症治療薬:貼付薬)
抑肝散(周辺症状BPSDの抑制:漢方薬)処方
デイサービス週2回開始(火)(金)
- H28.2 デイ週3回に増回 (月)(火)(金)
- H28.3 攻撃性↑ リバスチグミン18mg→9mg、
メマンチン塩酸塩5mg(10mgに増量)
(アルツハイマー型認知症治療薬:服用薬)
チアプリド塩酸塩25mg開始
(抗精神病薬:攻撃的行動、精神興奮、徘徊、せん妄の抑制)
- H28.4 (土)他デイ開始するも馴染めずすぐにやめる。

- H28.6 当デイ追加 週4回 (月)(火)(水)(金)
 - H28.8 当デイ追加 週5回 (月)(火)(水)(金)(土)
 - H28.12 興奮しやすい
チアプリド塩酸塩25mg/日→50mg/日
 - H29.4 デイの回数についてバトル頻回
チアプリド塩酸塩50mg×2
リバスチグミン9mg→18mg
 - H29.5 MMSE21点 食欲低下 眠気 自発性低下
自宅で尻もちつき転倒 チアプリド朝25夕50
一人での外出は時々あり
- * その他のサービス 訪問リハビリ(木)・福祉用具貸与

<p>利用日 平成2年 月 日 () 09:30~16:45</p> <p>活動内容</p> <p>北海道の帯広市では大雪が降り、雪風邪も流行っています、お気を付け下さい。さて、本日午前のカラオケでは、好きな歌を歌ったり、皆さんと一緒に歌ったりして楽しみました。午後の退考では、落語の非限無を皆さんと読んでみたり、言葉遊びをしました。一日お疲れ様でした。</p> <p>【ふりかえろう】</p> <p>いよいよ本格的な冬シーズンになります。又1振りの冬シーズンを乗り越えることができました。そして</p> <p>本人記入欄</p> <p>本日: 色々お疲れなりました。施設への入所への検討。 体温 0 35.6 脈拍 0 78 血圧 0 152 血圧 0 81 体重 10 食事 あり おや あり 入浴 なし</p> <p>【本日】 おや あり 入浴 なし</p> <p>スタッフより</p>	<p>ご家族から</p> <p>【ご家庭での生活状況】</p> <p>・お体の調子は変わりありませんか? はい・いいえ ()</p> <p>・食欲はありますか? はい・いいえ ()</p> <p>・便通はいかがですか? あり・ない ()</p> <p>家族記入欄</p> <p>お書き下さい。</p> <p>(土) 午後1時〜</p> <p>午後2時から午後3時</p> <p>午後3時から午後4時</p> <p>午後4時から午後5時</p> <p>午後5時から午後6時</p> <p>午後6時から午後7時</p> <p>午後7時から午後8時</p> <p>午後8時から午後9時</p> <p>お名前</p> <p>医療法人社団翔洋会 臨りハビリティサービス大泉学園はなみずき TEL: / FAX:</p> <p>R-SGS-0671-0002</p>
--	---

【デイサービス連絡ノートの一例】

- ・ デイサービスの無い日の行動パターンは・・・

昼食は駅周辺のラーメン屋さんに行く、スーパーで買い物する、近所のクリーニング屋さんに行く。今のところ“一人で”確実にできるルーチンワークです。
- ・ (土) デイサービスに行くのを嫌がり朝、私と過激な大バトル、わめき散らしていました。お迎えのスタッフの方に家の中に入ってもらい根気よく待ってもらい連れて行ってもらいました。洗面所でグズグズ顔を洗っていて使えないと私の娘までプチ切れて壁をけったり…散々な朝でした。本人は帰ってきたときは朝のできごとは忘れていたようです。今週も(土)またバトルぽっ発?! うんざりです。
- ・ 私の帰宅前、母親に怒鳴り散らしていた、と。「みんな、こんなに毎日デイに来てない、自分だけこんな行って…みんなあきれている。(土)行かない」と。帰宅後の私には何も言いませんでしたが、不機嫌、黙って寝室に行きました。

- (水)夜「財布置いておけ」とまた怒鳴り散らし、私は仕事から帰宅早々、もううとうといやら、もうどうにでもなれ 疲れていて相手をする気になれず…父は家族の中で誰にも相手にされず孤立(元々、そういう傾向はありました)今日は財布を置いておきましたが、自転車の鍵は隠しました。父には実力行使あるのみ！！(日)デイサービス検討中ですが、実現はかなり難しいかも？！(木)デイ空き待ちしていますのでよろしくお願いします。週7日デイサービスが目標です。
- 私は不在、母の話。「昨日(木)は外出しなかった、庭のゴミ掃除をただけ、“普通”だった、特にイラついて当たり散らすことなし」デイのない日に外出しないことが定着すれば、(日)デイも行かせないのですが…。行動が読めない！昨日は“たまたま”外出しなかっただけ？！
- デイの休み(木・日)に外出(買物)するのが定着してしまったようで本当に困りものです。元々、外出が好き、家にジツとしていられない性分のため…阻止するのはむずかしい。私のストレス大です。
- 今晚 大大大～バトル「(土)はもう行かない、自分で決めるんだ、バカヤロウー」
たまたま家に居た孫(私の息子です)も巻き込んで、ものは投げる、私と殴り合い様の暴言暴力！！私はもう父親の介護ブチと切れて初めて大泣き。デイでイイ人やっても家では嫌われもの。
憎らしいです。Drの前で怒鳴り散らしてわめけ～～！って言ってやりました。
(土)デイは赤ペンで消し、紙は破ってありました。

症例紹介で聞いた家族やご本人の様子を受けて

「家族が前向きに介護できるために」

- ①各職種ができることを考えて下さい。
- ②チームで出来ることを考えてください。

30分



(グループワーク後)

○脳リハビリデイサービス大泉学園はなみずき 管谷 由紀子様

実際の取り組み

【ケアマネジャーの視点】

一人での外出が安全にできることが本人らしい生活ではあるが、疾患・交通ルールを守れない・体力の低下等々から現実的ではない。

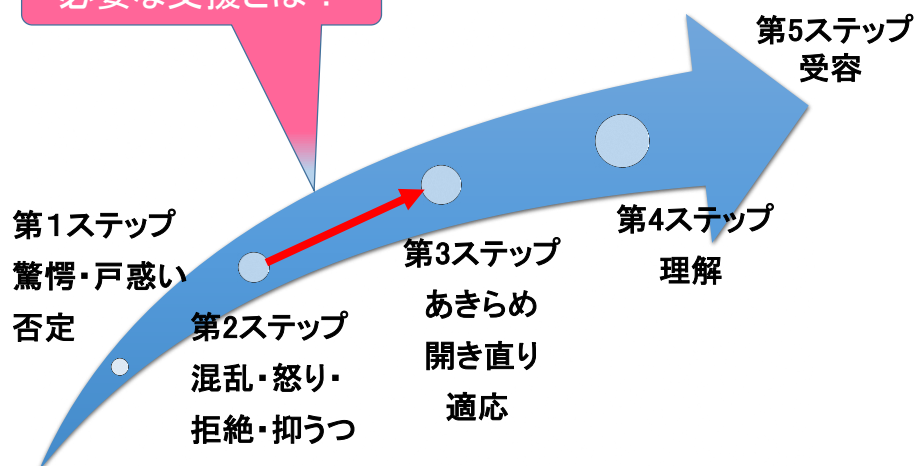
家族関係は元々あった対立感もあり互いに言葉は強い。長女が一人で奮闘する姿は褒めつつ、本人の視点に立つ必要も伝えている。

【家族への支援】

認知症の家族がたどる心理ステップ

「認知症の人と家族の会 愛知県支部作成版」

必要な支援とは？



ストレスコーピングとは

- 直訳では「ストレス対処法」
- コーピングの元であるCOPEには「うまく対処する」
- 「(何とか)うまくやっていく」という意味合いも。
- ストレスコーピングにはストレスを単純に打ち消すだけでなく、完全に無くすことが難しいストレスに対して共存していく『ストレス対処行動』という考え方も込められている。

本ケースにおける ストレスコーピングの要点

基本:「問題焦点型」「情動焦点型」

できる範囲で
お世話をする



視点を変える

「回避型」

「介護におけるペース配分」は燃えつきを減少。

参考論文

- ・障害高齢者の在宅介護における対処方略のストレス緩衝効果（岡林他 2003）
- ・在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果（岡林他 1999）

介入のポイント

支援対象者は臨床心理士

「あきらめ」という考え方・対処方略などの知識、
問題点の明確化、気持ちを表現する能力は十分

自身の介護生活のなかでは忘れてしまっている
すでに自身で答えを持っている
→「教えてあげる」「勧める」ではなく

「持っている知識を思い出すように」

父のことは**放任**！
もう知るか！ やってられない！
まともに関わる気はなくなりました



「私にもできません」「**放任**してみませんか？」

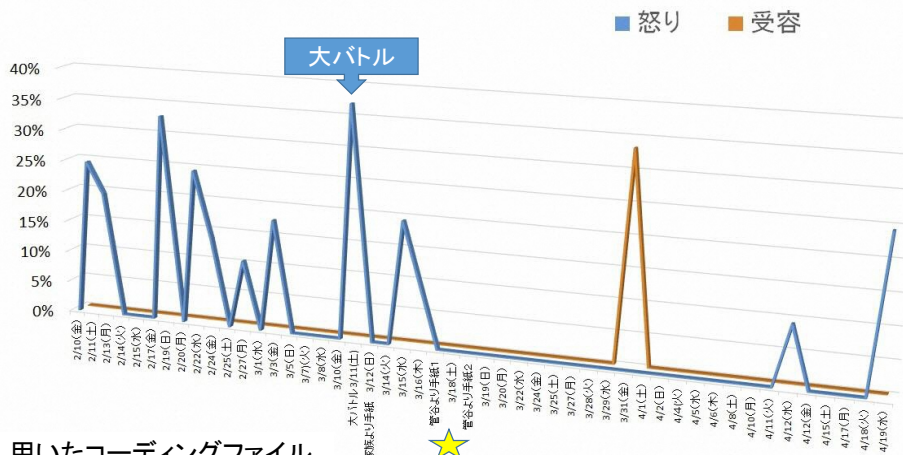
この前後1か月
→ 家族からのコメント内容を
質的・量的に分析

介入後コメント

なるようにしかありませんね(あきらめ)
 私は反応せず(静観)
 買物に行ったようです(報告)
 お花見楽しんでラッキーです
 とても嬉しそうですね

「外出は脚力強化と捉えます(笑)」

(テキストマイニング: khcoder)



用いたコーディングファイル

- *怒り アホ or うんざり or にくらしい or バカヤロウ or 暴言 or 暴力
困りもの or 怒鳴る or めんどくさい
- *受容 なるように or 反応せず or ようです or ラッキー or 嬉しそう

② A氏の残存能力>娘の物理的対処能力

介護と生活のペース配分に無理があった

→放っておいてもいいと誰かに後押しして欲しい
(回避型)

「自分自身を冷静に見ることができるように」
→良い意味での「あきらめ、受容へ」

最近のノート



今朝は6時には起床！
忙しい朝の家事の手順が狂って困りものです。
夕食のお弁当は完食。
食事の量が増してきていると思うので
体力が少しはUP?! するか
運動のリハを増やせれば…
足のふらつき、転倒防止をめざす！
本人の負担にあまりならないように、
でも運動のメニューを取り入れたいと考えています。

○辻内科循環器科歯科クリニック 辻 正純様

家族・介護者を支える説明の重要性

- 1) 家族・介護者がどのくらい認知症の症状や疾患を理解しているか？
 - ① 認知症の症状が高次機能障害であることを理解。
 - ② 家族が症状を言語化できるように努力する。
 - ③ 症状が理解できない不可思議な現象と捉えているのであれば
「高次脳的」「心理的な」側面からの説明が必要
- 2) 抗認知症薬の作用・副作用・効果の限界についての説明
- 3) 介護保険サービスの説明
- 4) 患者へのサポートと同時に家族・介護側へのサポートも重要
(介護者へ向かうと)「介護うつ」(患者に向かえば)「高齢者虐待」
☛ご家族・介護者へのストレスマネジメントが重要

家族および認知症の本人における症状の認識

		家族	
		ある	ない
本人	ある	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体疾患(高血圧・糖尿病) ● ADL(運動能力の低下) ● むくみ ● 記憶障害(MCI) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 痛み、かゆみ、耳鳴 ● 幻覚 ● 心気症 ● 不安、恐怖
	ない	<ul style="list-style-type: none"> ● 記憶障害(中等度以上) ● 見当識障害、徘徊 ● 妄想、幻覚、異食 ● ジスキネジア※(事象としても、脳が原因であることも理解している) <small>※ジスキネジア…自分では止められない、または止めてもすぐに出現するおかしな動き。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● 年のせい(軽度記憶障害) ● 嘘をついている(作話) ● 昔から(性格変化) ● いじめる(妄想) ● 失語、失行、失認、前頭葉、ジスキネジア(事象のみ)

(玉井 顕 2013 認知症の人と家族を支える説明)

ま と め

- ・ ケアに対する患者本人と家族の意志の折り合いをどうつけるか？
- ・ ストレスコーピングの実施により家族の受容の兆しが見えた。（家族支援もしくは受容の促し）
- ・ 認知症介護における家族支援の重要性を再認識すると共に、多職種で情報共有し、皆で向き合うことの意義を実感した症例。

(3) 検討内容

症例紹介で聞いた家族や本人の様子を受けて「家族が前向きに介護できるために」

Q1. 各職種ができることを考えて下さい

Q2. チームで出来ることを考えてください

グループワーク内容（検討内容より抜粋）

Q1. 症例紹介で聞いた家族や本人の様子を受けて「家族が前向きに介護できるために」各職種ができることを考えて下さい

(医師)

- ・ 薬が多い、医師の変更も検討、薬以外の解決策を探る
- ・ 必要最低限の服薬で暴力行動を抑える（転倒につながるため最低限で）
- ・ よく使う薬でもいろんな副作用が考えられる
- ・ 眠気についての医学、薬学的説明
- ・ 興奮、病勢の再評価
- ・ 医師からの言葉は患者にとって大きいので、声かけをする

(歯科医師)

- ・ 飲み込みや食事のこと
- ・ 重度障害者の方は時間があるので依頼があれば介入できる
- ・ 口腔ケアを通じて症状を娘さんに伝えながら、ストレスを発散する方法を探して周囲に共有していく。薬の効き具合を家族・ケアマネジャーに報告し、量を調整する

(薬剤師)

- ・ 薬の効き具合を家族・ケアマネジャーに報告し、量を調整する（再掲）
- ・ 興奮に対して医師と相談して薬を調整
- ・ 転倒、副作用を確認し医師と連携をとる、積極的にアドバイスする
- ・ 眠気についての医学、薬学的説明
- ・ 薬を増やすのは簡単、QOL・ADLを考えれば減らしたい

(理学療法士・作業療法士)

- ・ 家の内外を見て転倒リスクの確認。環境調整を行う
- ・ 生活の様子から家族へのアドバイス
- ・ 運動機能の評価
- ・ 在宅時・外出時の動作確認
- ・ 家族にリハビリを見ていただく

- ・ どのような場所で転倒するのかに合わせた福祉用具の準備

(ヘルパー)

- ・ 外出や買物の同行
- ・ 認知症になる前の本人と家族の関係性を聞いて、多職種に共有

(デイサービス)

- ・ 本人に合うキーワードで来てもらう
- ・ 本人のストレスをみて、必要に応じて他のサービスをケアマネジャーに勧める

(有料老人ホーム)

- ・ ショートステイを勧め、介護負担の軽減を図る。離れる時間を増やす

(ケアマネジャー)

- ・ 本人と娘が歩み寄る働きかけをつくる
- ・ 要介護2なら自費を検討する
- ・ 本人は自由に買い物したいので、プランで解決（訪問介護など）
- ・ 好きなことを見つけデイも選定する。趣味などもっと活動の場があってもよい。居場所を作る

(地域包括支援センター)

- ・ ケアマネジャーのサポート
- ・ 最初の窓口
- ・ 緊急性を考え、ケアマネジャー支援。切り替える薬の効き具合を家族・ケアマネジャーに報告し、量を調整する
- ・ 転倒、副作用を確認し医師と連携をとる、積極的にアドバイスをする

(家族会)

- ・ 娘さんのフォロー。認知症や関わりについてアドバイスをする
- ・ 娘さんが話を共有できる相手をつくる
- ・ 過去の親子関係を知る
- ・ 本人や娘の気持ちに寄り添う

Q2. 症例紹介で聞いた家族や本人の様子を受けて「家族が前向きに介護できるために」チームで出来ることを考えてください

○ 本人への支援

本人の希望の尊重

- ・ 担当者会議で話を聞く（娘のプライドを傷つけないように）。
- ・ なぜ土曜日だけ嫌がるのかを考える。
- ・ デイサービスも多様であるし、デイ以外のサービスの利用を検討しても良い。
→ 本人に合った好きなこと、趣味のようなことを見つければ自己肯定感が高まる。
- ・ 外に出るのが楽しみといているので、安全に配慮してその範囲内で好きにさせるべきでは（転倒に注意、現在の介護度などを再確認する必要あり）。
- ・ 本人の外出を許せば娘の負担も減り、本人が楽しめば周りも楽。今は自由にできず怒っている。
- ・ 夫、孫、医療者、介護者、地域の人（よく行くラーメン屋、スーパーの人）の協力必要。

本人が本音で話せる相手を探す

- ・ 父も娘も一方的に話しているのでそういう相手が必要。
- ・ 仕事人間だったので家族の中でも孤立傾向にあるのではないか？

○ 娘さん（キーパーソン）への支援

娘への関わりの中で負担を軽減する

- ・ ストレスを減らしてサポートする必要がある。
- ・ 医師などより家族への誘導、娘の相談窓口を作る。チームで娘に声がけして支え、傾聴する。
- ・ 家族会、認知症カフェ（オレンジカフェなど）の存在を教え、そこで苦労や思いを共有することで、頑張りすぎている力が抜けるとよい。
- ・ 本人とキーパーソンの中に、話し相手、仲介役がいるとよい（関係性を紐解いてやること、家族の協力）。二人がいがみ合わずに、穏やかに話が出来る状態にしたい。
- ・ サービス事業所などで本人や家族の体調を見て娘の頑張りをほめてあげる。娘さんも自分の頑張りを認めてもらいたい
- ・ 父を管理しようとしているところに対応する。父の希望を通すプランを作ると本人も楽になる。（この辺の事情は話を聞いて探っていくべき）

サービスを使って負担を軽減する

- ・ ショートステイも使って娘の息抜きをする（レスパイト利用）
- ・ デイケアを減らしてヘルパーを導入するなどの案もケアマネジャーや家族から病院に相談して

医師から本人に説得する

病気や状態についての理解を深める

- ・ レビー小体型認知症がどのようなものか理解すれば父の状態を知り、受け入れやすくなる。
- ・ 様子の変化を家族、介護者、医療者で共有。

○ 娘さん（キーパーソン）以外の家族への関わり

家族はどう考えているのかを知る

- ・ 家族で何をしていた時が楽しいのか？家族の希望はどうなっているのか
- ・ 本人と病気についてどこまで理解しているのか

家族などによる本人の支援を提案する

- ・ 本人は買い物に行きたいので、その補助。補助がいれば外出できる
- ・ 家族に認知症の理解があるとおだやかになるだろう
- ・ 近所の人、買い物先のお店にも知らせて、地域の人にも相談する

家族などによる娘さんの支援を提案する

- ・ 娘さんの怒りを受け止めてあげる人がいない。ストレスを軽減してキーパーソンの娘を支えるために兄弟姉妹や夫・孫の協力が必要になる
- ・ 本人と娘さんの間に介入してもらえると楽になる
- ・ 娘の夫や子どもに娘さんの応援をしてもらう（「こんなにお母さん頑張っている」「お母さん一人で頑張らないで」などの声かけ）。家族で支える
- ・ 娘さんへの共感者になってもらう（在宅介護の覚悟をほめてあげたい）

事例2. 自宅ときどき老健！老健を使いこなそう！

(1) 事例概要

対象地区：大泉地区 開催日：平成30年9月28日
コーディネーターおよびパネリスト ・介護老人保健施設大泉学園ふきのとう 辻 正純（医師） 齊藤 弘（理学療法士） 山本 悦子（看護師）
●内容 3つの症例を通じて、老健と特養の違いやデイケアとデイサービスの違いなどの理解を深め、地域包括ケアシステムにおける老健の活用法と多職種連携について検討した。
●症例について <症例 A 通過型> 病院 → 老健 → 在宅 79歳女性。薬剤誘発パーキンソン症候群（薬剤調整）+リハビリ急性期に入院（クリニック）で敗血症を治療、回復期に老健でリハビリを行い、ADLが改善して、在宅復帰を果たした。 <症例 B 往復型> 病院 → 老健 → デイケア 88歳男性。COPD（慢性閉塞性肺疾患）の急性増悪+リハビリ急性期に入院（クリニック）治療後、合併した廃用に対し、老健リハビリを行い、ADL改善。在宅復帰後にデイケア利用。 <症例 C 在宅往復型> 病院 → 老健（入所・ショートステイ） → 訪問診療・訪問看護 90歳女性。褥瘡+虚弱+認知症。褥瘡治療で老健を利用、褥瘡改善後は在宅で訪問診療。介護負担軽減のため、老健を定期利用。
●グループディスカッションのテーマ ①ご自身がこれまでに担当したケースを振り返り、どのようなケースに対してどのように老健を活用できたか、共有してください。 ②多職種がいる老健と、どのように連携ができるか、考えてみてください。
キーワード ：介護老人保健施設 在宅支援

(2) 発表内容

○大泉学園ふきのとう 辻 正純様 (医師)

平成30年第2回在宅療養に関する事例検討会
2018.09.28



在宅ときどき老健

「老健を使いこなそう」

コーディネーター： 介護老人保健施設大泉学園ふきのとう
辻 正純 (理事長・医師)

パネリスト： 介護老人保健施設大泉学園ふきのとう
山本悦子 (看護師)、斎藤弘 (理学療法士)

ニッコウキスゲ (福島県・雄国沼)

1. 老健を活用した症例

① 通過型

病院→老健(ミドル)→在宅

症例Aさん(79歳・女性)：薬剤誘発パーキンソン症候群(薬剤調整)
+リハビリ急性期に入院(クリニック)で敗血症を治療後、回復期に老健で
リハビリを行ない、ADLが改善して、在宅復帰を果たした。

①かかりつけ医連携薬剤調整加算 ②短期集中リハ

② 往復型

病院→老健(ミドル)→デイケア

症例Bさん(88歳・男性)：COPD急性増悪※+リハビリ急性期に入院
(クリニック)治療後、合併した廃用に対し、リハビリを行い、ADL改善後、
在宅復帰後にデイケア利用

①短期集中リハ②リハビリマネジメント加算

③ 在宅往復型

在宅→老健(ショート・ミドル)
→訪問診療・訪問看護

症例Cさん(90歳・女性)：褥瘡+虚弱+認知症
褥瘡治療で老健ミドル利用、褥瘡改善後は在宅で訪問診療
介護負担軽減のため、老健ショート・ミドル定期利用

①認知症短期集中リハ ②褥瘡マネジメント加算 ③低栄養リスク改善加算

※COPD:閉塞性肺疾患

2. 本日の事例検討会の主旨

「自宅ときどき老健！老健を使いこなそう」

2017年介護保険法の改正により老健（介護老人保健施設）の役割に
在宅支援のための施設であることが明示されました。

- ・老健は多職種の職員を有する**地域のリハビリテーション施設**ですが、地域の皆さんにはその内容が意外と知られていません。
- ・「特養と老健」「デイケアとデイサービス」の違いを知っていますか？
- ・本日の検討会では老健利用のいくつかのケースを通して、**地域包括ケアシステムにおける老健の活用法を多職種の皆様と考えます。**

3. 老健施設の機能

老健は施設により
機能に差がある

在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

算定要件等		超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)		70以上	60以上	40以上	20以上	
退所時指導等		要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	左記の要件を満たさない
リハビリテーションマネジメント		要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動		要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ		要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :				評価項目	算定要件	
下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値 (最高値:90)						
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日以内、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0			
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0			
⑤居宅サービスの実施数	39-ビス 5	29-ビス 3	19-ビス 2	09-ビス 0	地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0			
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	充実したリハ	少なくとも週9回程度以上のリハビリテーションを実施していること。	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0			
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0			
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0			

※要介護4・5については、2週間。 222

★在宅支援機能を利用する場合には超強化型・強化型もしくは加算型施設を選択しよう。

4. 老健施設の役割（1）

～在宅支援～

(2017・6介護保険法改正)

ポイント①
特養との違い

- 在宅支援・在宅復帰のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・回復の役割を担う施設

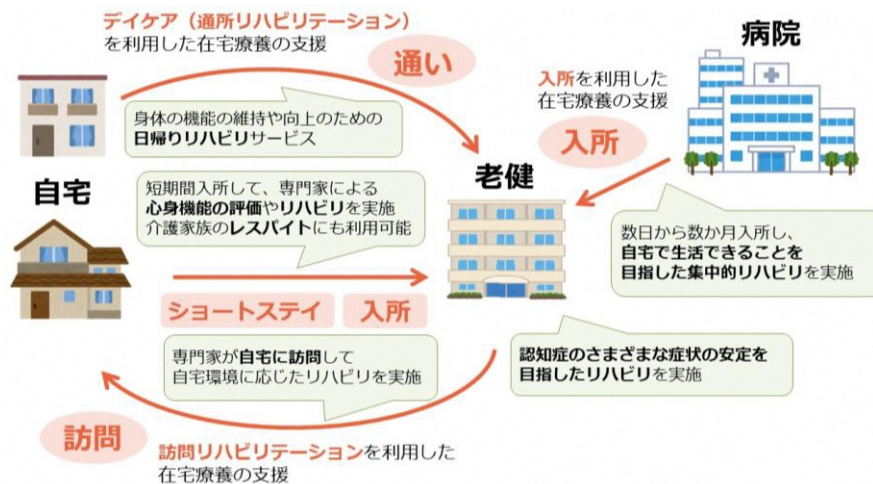
老健の「在宅支援」機能



- ①入所サービス
- ②短期入所療養介護
- ③通所リハビリテーション
- ④訪問リハビリテーション

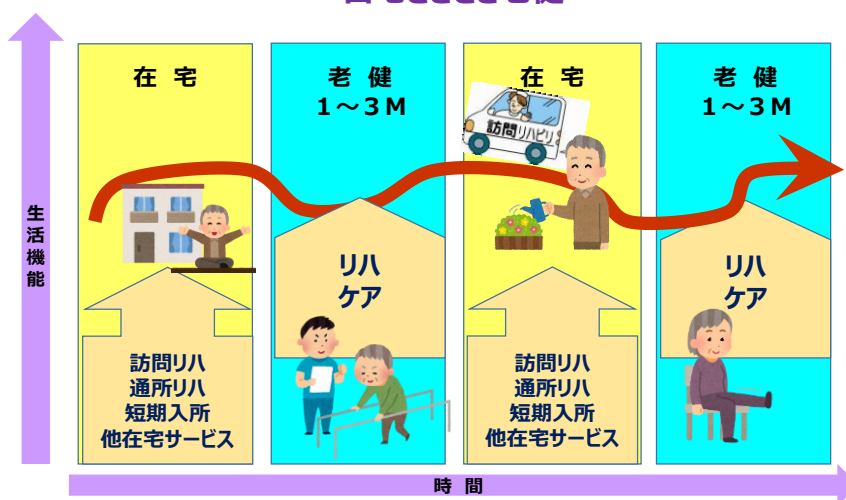
	介護老人保健施設	介護医療院	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
概要	リハビリ等を提供し、 在宅支援・在宅復帰	長期療養・生活施設	生活施設

4-1. 地域包括ケアシステムにおける老健施設の役割



出典) 練馬区老健活用ガイド P.3

4-2. 老健施設の往復型（ミドルステイ）利用 による在宅生活の継続 ～ 自宅ときどき老健 ～



5. 老健施設の役割（2） ～医療的支援～

ポイント②
特養との違い

① リハビリテーションが充実

地域のリハビリテーションセンター
訪問リハビリ、通所リハビリ、個別リハビリ（SS）等

② 医療的ケアが充実

- 看取り
- 高齢者医療
- 薬剤調整
- 摂食嚥下

③ 認知症のより高度な対応

- 認知症短期集中リハビリテーション
- 認知症ケア
- 多職種共同

④ 多職種のアセスメントを統合して ケアの質が充実

◎ ICF-stagingの活用

5-1.老健のリハビリテーション

まずは立ち座りや歩行などの動作を安全にできるようにするためのリハビリから見てみましょう。

痛めた部分を動かさず、動かさなければならぬ部分にだけ動かす。痛めた部分を動かさず、動かさなければならぬ部分にだけ動かす。

このリハビリは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が中心となって、一人ひとりに合ったリハビリを行います。

今は要介護状態です。入浴や食事などの生活動作を、要介護状態から自立できるようにリハビリを行います。

リハビリは入浴やショートステイ、通所で受けることができます。

最後は一人でもできるような生活動作を身につけて、自立できるようにリハビリを行います。

一部の施設では、認知症の予防や、自宅での動作の練習を通じて、みなさんの日常生活をサポートします。

最後に、練馬区にある老健を見てください！

発声、発音練習の心は、コミュニケーションの鍵です。

最近、食事でもできることが増えてきたので、認知症の予防をしています。

続けて発声や発音、飲み込みなどの機能を改善するリハビリです。

高齢者が一人ひとりのあつたサービスを提供。

老健は医師や看護師、介護士など、多職種チームでみなさんの生活を支えています！

それぞれが専門性を発揮しつつ、全体が一つのチームとしてアセスメントを提供するのが老健の特徴です。

老健では、リハビリ専門家が自宅に訪問してリハビリを行うこともできます。

医師が食事や入浴などの日常生活をサポート。

介護士が食事や入浴などの日常生活をサポート。

出典) 練馬区老健ガイド P.4~5

5-2. リハビリマネジメント加算

利用者の生活行為の向上を目指す
複合的なアセスメントとアプローチの実践。

- 1) **通所リハに定期的な在宅リハ指導を加えた複合的サービスを実施**
→在宅でのADLに直接的に関与することで通所リハの深化を図る。
- 2) **本人の興味関心や生活行為向上マネジメントを活かした目標志向型の取り組み**
→本人参加の目標設定と具体的な取り組みに対する多職種連携強化
- 3) **多職種で確かめ合う 通所リハでしていること 生活場面で必要なこと**
→専門職同士が通所施設やご自宅で集い（リハ会議）、具体的な身体状況を見て、課題や目標を共有する。

6. 老健施設の役割 (3) ～あんな使い方こんな使い方～

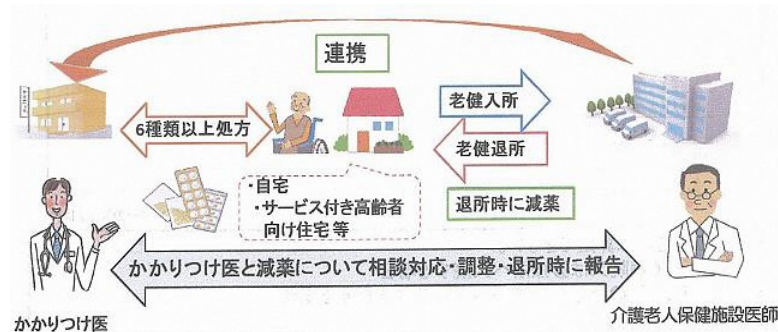
- 1) 病状の再評価とケアプランの見直し (アセスメント入所)
- 2) リハビリテーションの強化
 - ・仮の介護度の改善
 - ・定期的なリハビリ入所により廃用を最小限に
- 3) 医療的なケアを目的にしたミドル・ショート利用
 - ・軽度な褥瘡処置
 - ・PEG (胃瘻) やHOT (在宅酸素療法) 患者の入所
 - ・薬剤再調整 (減薬) ■ **薬剤適正使用連携加算**
- 4) 栄養・口腔ケア・嚥下障害の評価・再調整
- 5) (施設により) 看取りケア

6-1. 老健の新しい利用法…ポリファーマシーの調整

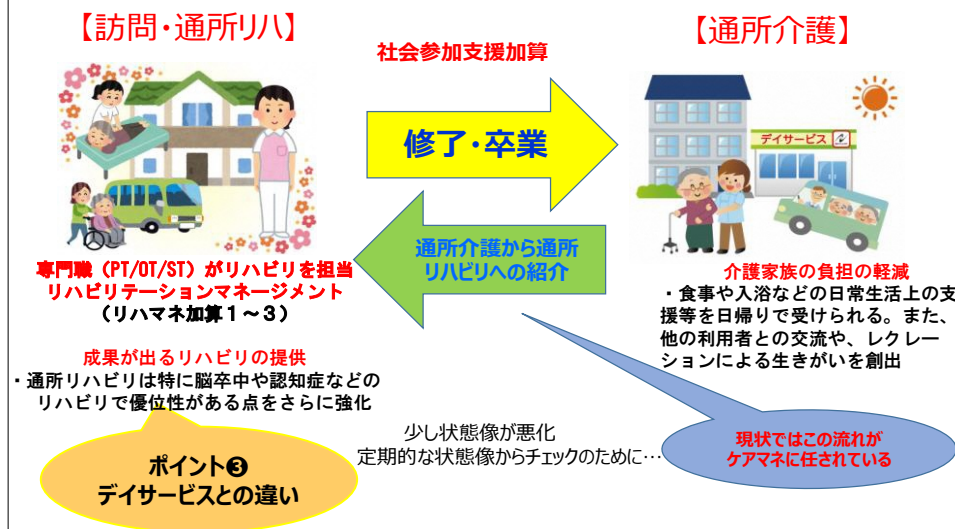
地域包括診療料もしくは同加算の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入院先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合について、評価を新設。

(医療保険) 薬剤適正使用連携加算 30点
(介護保険) かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位

H30 保険改正



7. 訪問・通所リハビリと通所介護との連携



8. 地域包括ケアにおける老健とかかりつけ医の連携

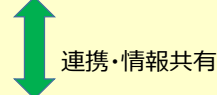


地域包括ケアの植木ばち図

出典：＜地域包括ケア研究会＞ 筆者作成

★老健の役割

- ・医療・介護の連携のこなめ役
- ・地域のリハビリセンター



★かかりつけ医の役割

- ・必要に応じ、患者を医療・介護サービスへ適切につなげる。

（日医かかりつけ医機能研修テキストより）

9. 老健ガイド

練馬区「介護老人保健施設の調査研究」事業(2016～2018)

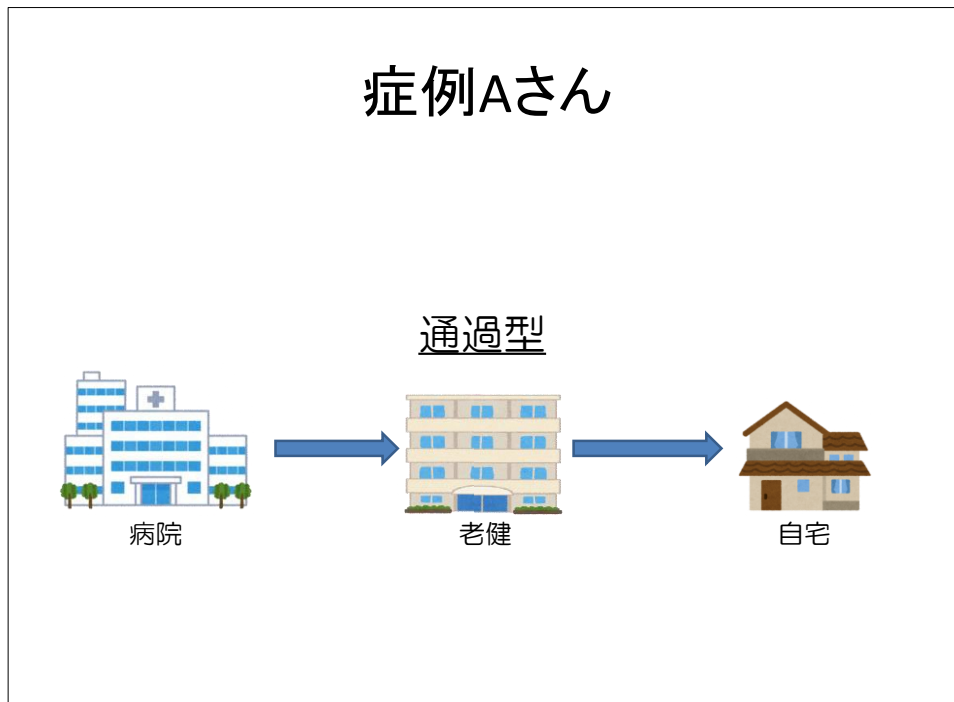
老健がより使いやすい・よりニーズに応えられる存在として区民・医師・多職種事業者から認知されるように在宅療養推進協議会に報告書を提出。下記の**老健紹介のパンフレット**を区民向けに作成した。

The image displays two documents related to the 'Old People Health' (老健) facility. On the left is a large flowchart titled '老健' (Old People Health) that details the service process. It starts with '入所' (Admission) and '退所' (Discharge), and branches into '在宅療養' (Home Care) and 'ショートステイ' (Short-term Stay). The flowchart includes text boxes explaining the facility's role in supporting home care, providing short-term stays for respite or recovery, and offering long-term care. On the right is a smaller pamphlet titled '自宅 ときどき 老健' (Home, Sometimes Old People Health). This pamphlet introduces the facility as a '介護老人保健施設＝老健' (Nursing Old People Health Facility = Old People Health) and emphasizes its focus on supporting home care with various specialized staff. It features illustrations of people and a central graphic with the text '練馬区 老健 ガイド' (Nerima City Old People Health Guide).

まとめ

- 1) 老健は**在宅支援施設**として、また**地域のリハビリステーション**として重要な役割を果たしている。
- 2) 老健ではリハビリテーションを中心に**薬剤調整、褥瘡処置、嚥下障害、栄養改善**から看取りまで幅広いケアが行われている。
- 3) 最近の老健では**長期入所機能**より、**ミドルステイ**や**ショートステイ**を利用して、**在宅医療を支援する機能や役割**が重要視されている。
- 4) 老健施設により各々個性があるので、その特徴を生かした使い方が大切で、施設の相談員やケアマネと顔の見える連携を持つことが期待される。

○大泉学園ふきのとう 齊藤 弘様 (理学療法士)



事例①通過型 **病院**→老健（ミドル）→在宅

A様(女性) 79歳

診断名：脱水 肺炎 敗血症 強迫性障害

家族構成：夫と二人暮らし 病前ADL：全自立

現病歴：

外出先にて意識消失（脱水症状）し救急搬送。心療内科にて抗精神薬増量。その後も、意識消失繰り返し、救急搬送されるが内科的所見なし。徐々に体動困難、発話困難、食事・服薬困難、不安の訴え増大。精神科にて加療も状況改善せず、当院紹介入院となる。

事例①通過型 病院→老健（ミドル）→在宅

【入院時の問題点】

健康状態：

脱水 肺炎 敗血症 精神疾患

身体機能面：

- ・ベッド上生活が続いたため全身の廃用が進み、筋力低下・耐久性の低下著明
- ・基本動作：全介助レベル

活動・参加面：

- ・食事・排泄・整容などのADL；全介助
- ・食事以外は、ほとんどベッド上で過ごしている
- ・介助依存が強い。不安の訴えが多く、困難に直面すると、声を荒げてパニックになる

環境面：

- ・夫の理解・協力はあがるが、本人に対しての接し方や、今後の生活について悩んでいる様子。
- ・今後自宅へ退院するのであれば、自分の身の回りの事は出来てほしいと希望あり

【目標設定】

短期目標(2週間)：内科的治療による敗血症症状の治癒 離床時間の拡大(廃用症候群予防)

長期目標(4週間)：起居・移乗動作自立レベル・歩行(歩行補助具使用して)動作見守りレベル

→未達成。見守りレベル →達成。改善の見込みあり。

➡ 更なるADLの改善の見込みあり。在宅復帰に向けて老健入所へ。

事例①通過型 病院→老健（ミドル）→在宅

入所プログラム

円滑な入所支援：

老健スタッフによる退院前カンファへの参加や入院時リハの見学

フロア（生活）リハ：

生活行為に合わせた環境下でのリハ・ケア

精神的ケア：

作業療法士・介護士による利用者主体の関わり・支援

身体機能強化リハ：

週6日の多面的（理学療法・作業療法・摂食機能療法）なりハ介入

見てみてっ！こんな
こともやってるのよっ！

事例①通過型 病院→老健（ミドル）→在宅

老健のstrong point

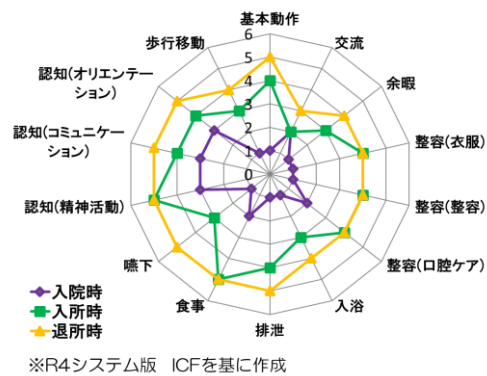
医療・介護のプロによる多職種多面的な生活リハ・ケア
入所前インテークから開始される在宅復帰支援



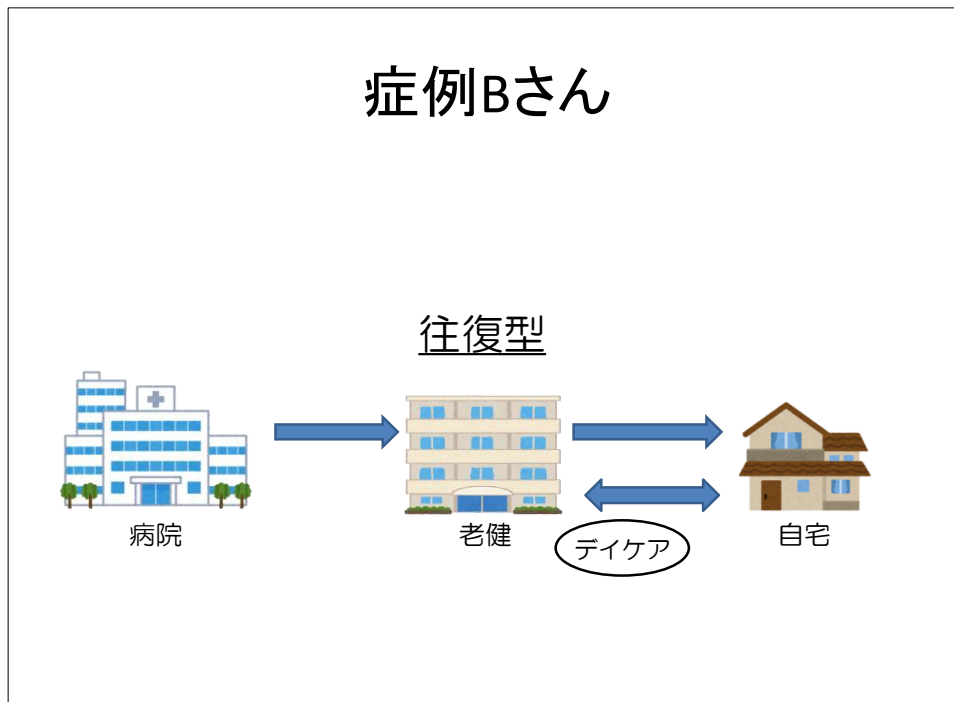
“自宅に帰るための準備”
本人・家族-スタッフの共通理解



身体的機能の改善
+
本人の達成感、自信、意欲↑



○大泉学園ふきのとう 山本 悦子様 (看護師)



事例②往復型 **病院**→老健 (ミドル) →デイケア

B様(男性) 88歳

診断名：肺炎 COPD (慢性閉塞性肺疾患)

家族構成：妻と長男家族と6人暮らし

病前ADL：自立

現病歴：

入院2週間前くらいから食事摂取量の低下、認知機能低下あり。徐々に歩行困難となって食事水分摂取困難となった。

38度台の発熱と意識も朦朧となり、外来受診し入院

入院中：

肺炎治療として、抗生剤の投与・酸素投与にて改善

約12日目で解熱 炎症所見も改善 酸素吸入は継続

事例②往復型 病院→老健（ミドル）→デイケア

【入院中の問題点】

健康状態：

肺炎のため、低酸素となり酸素療法実施 退院後も継続して酸素療法が必要

身体機能面：

- ・食欲不振が続いたため、体力低下があり（身長：170cm 体重：39.3kg）
- ・認知機能の低下

活動・参加面：

- ・食事摂取量：1/2～2/3 寝ていることが多く、活気がない 嚥下機能も悪く、きざみ食
- ・排泄：尿意や便意がなく、失禁する。
- ・リハビリ時には、シルバーカー歩行だが、肩呼吸をしてふらつきもあり

⇒ **自宅へ退院では、不安な点**

- ・体力不足、筋力や耐久性に不安
- ・酸素療法（HOT）の取扱い自立
- ・食事摂取量が少ない

医師の判断

急性期治療が終了したが、これらの課題を老健へ入所して解決を図るのはいかがでしょうか

事例②往復型 病院→老健（ミドル）→デイケア

入所プログラム

体力不足、筋力や耐久性に不安

作業療法士（OT） 介護職

利用者と共に目標を立ててリハビリ実施

フロアでの対応

- ・歩行機会を増やす
ためトイレ誘導
- ・集団リハビリの実施
- ・レクリエーション参加
- ・浴槽またぎの練習

〇〇 ▲▲様 ふきのとう利用中の目標

- ① 食事をたくさん食べてパワーをつける！
- ② 筋力・体力をつけて、しっかり歩けるようになる！
- ③ トイレ・着替えなどを自分で！

リハビリ・日々の生活の中で出来る事を増やしていけるよう無理のない範囲で、一緒に頑張っていきましょう！
毎日、どうお過ごしだったか一緒に振り返っていきます！

リハビリ担当：■ ■ 居室担当：◇ ◇

事例②往復型 病院→老健（ミドル）→デイケア

ADLボード		担当:
<p>目標 歩行機能の向上・安定 トイレの自立 食事量の増加</p>		
基本動作	介助量・方法	
寝返り・起き上がり	起き上がり・寝返りは自分で行なえるレベルのため、自らがなってもら	
座位保持	ベッド上で自分の方で維持する事が出来ている。ある程度の時間なら問題は無い。座っている時の姿勢に注意をして傾きがある時には声掛けをして修正を促し良い姿勢で過ごしてもらう。	
立ち上がり・立位保持	立位保持・若干後傾になってしまうことがあるが、立位の保持は行なえている。特に介助が必要なレベルではない。 立ち上がり: 握まる物があれば、問題なく立ちあがれる。立ち上がりやすいように環境の設定を行なうことで自ら起き上がる機会を増やしていく。	
移乗	ベッドからの起き上がりは困難でない。寝巻れたでの履きで自立可能。歩行からのイス・ベッドも安定して行なえているが、シルバーカーのブレーキが掛けれない為、促しを行ない習慣づけていく。 トイレに座る際には手すりに握まり座っているため、このまま様子を見ていく。	
移動	歩行能力・何も握らなくてもある程度の距離なら歩行は可能。入浴していたことで筋力低下みられている。シルバーカー歩行で歩く機会を増やして筋力の増加に努めていく。座っている事が多い為、履きの履き替えを促していく。	
食事	食事量の低下があり、エンシユアを摂取していた。活気ある生活をしてもいい。食事量の増加に努める。体操やレクなどの参加の促し。	
更衣・整容	自ら着脱は行なえる。安全行える環境を作る。	
排泄	履きの替えは難かれ、トイレ掃除は行なえているもパット内に臭気が漂われている。在宅復帰の為にパットの臭いを減らす。トイレでの排便を習慣をつける。上げ下げは自らを行なえる為、パットの確認をしていく。定時に促しをしていく。居室トイレを使用している。カニキュアを自ら外してトイレに行なうように促す。	
入浴	一般浴槽に入浴が可能。洗身はある程度行なえる為、安全に行える様に見守りをする。また在宅にあった入浴方法を行なっていく。	

介護職・看護師・セラピスト・施設ケアマネ等の多職種で
共通認識できるよう
ADLボードの作成

事例②往復型 病院→老健（ミドル）→デイケア

酸素療法の取り扱い自立

看護師
酸素濃縮装置の取り扱い方法を自立に
向けて説明

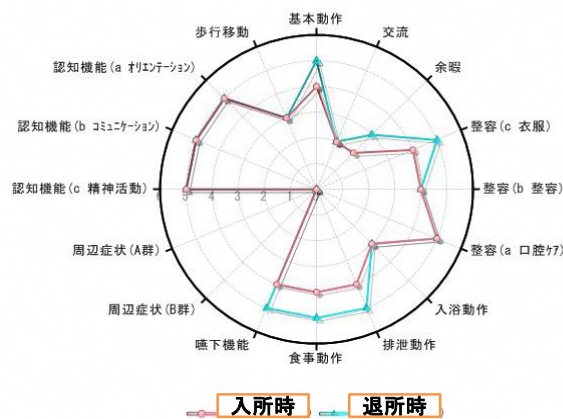


食事摂取量が少ない

言語聴覚士(ST)
嚥下機能評価
義歯の破損と義歯の調整のため歯科受診の設定
嚥下体操のプリント配布
嚥下機能向上 食形態を軟飯きざみ食 ⇒ 米飯 変更

事例②往復型 病院→老健（ミドル）→デイケア

入院時⇒退所時のICFステージング比較
 (全国老人保健施設版ケアマネジメント方式R4システム)



事例②往復型 病院→老健（ミドル）→デイケア

入所後 30日目 自宅退所

現状維持のため、継続したリハビリが必要

退所後 2日目 デイケア開始 2回/週

酸素療法… 夜間のみ0.5Lで継続

退所後 10か月 デイケア 3回/週

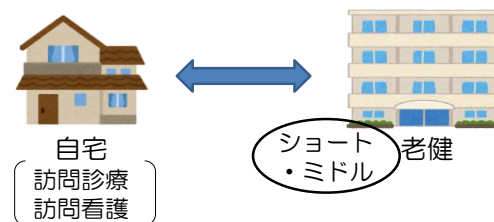
歩行 ふらつきなく 自立

入所時と比較して、よく周囲の方とお話している



症例Cさん

在宅往復型



事例③在宅往復型 在宅（訪問診療・訪問看護）⇔ 老健（ショート・ミドル）

C様(女性) 90歳

診断名：アルツハイマー型認知症・左踵部褥瘡

家族構成：次男と2人暮らし

ADL：歩行手引きで可能だが、自発性はない

食事は途中から介助が必要 寝返りは自発性なし

現病歴：

<訪問看護より>

自宅で左踵部の褥瘡形成

訪問診療で、治療（黒色部デブリートメント※）したが

治癒しきれず

※ デブリートメント：壊死組織の除去、キズの清浄化

事例③在宅往復型 在宅（訪問診療・訪問看護）⇔ 老健（ショート・ミドル）

自宅で出現した褥瘡を老健で処置



入所時



1週間後

事例③在宅往復型 在宅（訪問診療・訪問看護）⇔ 老健（ショート・ミドル）

自宅で出現した褥瘡を老健で処置

医師と看護師が褥瘡の
観察・処置が可能



2か月後

- 約2か月程度で治癒
- 毎日の洗浄と処置の実施
- 褥瘡の状態に合わせ、随時医師に相談軟膏・処置の変更
- ショートと自宅を往復し、訪問看護と連携

(3) 検討内容

- ① ご自身がこれまでに担当したケースを振り返り、どのようなケースに対してどのように老健を活用できたか、共有してください。

(アセスメント)

- ・ 認知症の一人暮らし支援。生活のアセスメントや家族のレスパイト
- ・ 自宅へ戻った時の生活を評価して多職種が対応策を検討
- ・ 生活機能を24時間体制で評価ができるのが強み
- ・ 認知面と栄養状態の把握
- ・ 薬の整理。入所後、薬やインシュリンの回数を整える

(自宅復帰に向けた調整)

- ・ 認知症の独居の方は、退院後に老健に入所して生活リズムを整えることが出来た
- ・ リハビリ目的でのデイケアを、自宅の改装のために入所を利用
- ・ 住環境の整備
- ・ 身寄りのない人を受け入れてもらうとその期間に身辺整理が可能

(その他)

- ・ ミドルステイは熱中症予防や日中独居
- ・ 医師や看護師がいる安心感
- ・ 訪問リハにより外へ出る意欲が出てきて通所リハにシフトできたことで地域との関わりが生まれた

- ② 多職種がいる老健と、どのように連携ができるか、考えてみてください。

- ・ アセスメント機能の利用
- ・ ADLボードを使って医師、ケアマネ、家族で情報共有
- ・ ポリファーマシーを調整し減薬を進める
- ・ 老健入所中に歯科の一通りの治療ができる
- ・ 通所、送り出し、受け入れの介助方法を理学療法士や作業療法士がアドバイス
- ・ 在宅と施設の連携を取り、入所の前後に訪問をして、家での生活の障害となっている箇所をアセスメント。3か月後の退所に向けて目標を共有、それに向けたリハビリを行い、在宅へのバトンを託す

事例3. 身寄りのない認知症患者の多職種による意思決定支援

(1) 事例概要

対象地区：光が丘地区 開催日：平成30年11月30日
コーディネーター ・祐ホームクリニック平和台 林 伸宇（医師）
●内容 本人の意思が確認できない、家族からの聞き取りもできない、身寄りのない認知症患者の意思や希望を、いかに多職種で実現するかについて事例を通して多職種で検討した。 ●症例について 基本情報： 80歳 男性 独居（身寄りなし） 生活保護 疾患： 多系統委縮症、脳血管性認知症 圧迫骨折をきっかけに入院し、退院時より訪問診療開始（やや高度の認知症）。開始後19か月目に誤嚥性肺炎で再度入院し、退院後はほぼベッドで寝たきり。暴力行為も増加。27か月目、発熱と強い炎症症状あり。誤嚥性肺炎が考えられ、在宅での治療では救命が難しく、入院での治療が必要と考えられた。 ●グループディスカッションのテーマ 病院受診が本人にとって幸せにつながるのかどうか、私は悩みました。身寄りのない、独居の認知症患者に対して、どのように意思決定を支援したらいいのでしょうか？ 1. どのように意思決定を支援したらいいか 2. グループとしての今後の方針とその理由
キーワード： 認知症 独居 意思決定 臨床倫理4分割法

(2) 発表内容

身寄りのない認知症患者の 意思決定をいかに支援するか

平成30年度 練馬区事例検討会
祐ホームクリニック平和台 林伸宇

症例紹介

- 80歳 男性
- 多系統萎縮症（パーキンソン病に似るが、比較的急速に歩行困難、嚥下機能低下が予測される）
- 脳血管性認知症（怒りっぽくなる傾向あり）
- 独居 身寄り無し
- 生活保護
- 社会とのつながりは、医療介護関係者のみ
- スポーツ番組や国会中継などのテレビが楽しみ

※ 実際の症例に基づいていますが、個人情報保護および症例提示の都合上、一部情報を変更しています。

【現病歴】（月は当院初診を基準としている）

- 2か月 ・腰痛を自覚し、徐々に歩行困難となった。痛みのために食事がままならない状況になった。

- 0か月
(当院初診月) ・ケアマネジャー付き添いで病院受診。腰椎圧迫骨折の診断で入院。
・安静、点滴、リハビリテーションで室内歩行可能、食事可能となり退院。退院にあわせて、訪問診療導入（当院初診）。
・見守りでコンビニまでの歩行可能。
・やや高度の認知症。日常会話可能だが短期記憶障害あり。
（認知症の程度：HDS-R※ 9/30）

※ HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）：30点満点中、一般に20点以下を認知症の疑いとする

【現病歴】（月は当院初診を基準としている）

- 8か月目 ・突如歩行困難となり、脳梗塞を疑い、頭部MRI実施。
・多発性陳旧性脳梗塞※の診断および多系統萎縮症を疑われた。

- 18か月目 ・多系統萎縮症の診断で特定疾患認定。

※多発性陳旧性脳梗塞：過去に脳の複数箇所梗塞があった痕がある状態

【現病歴】（月は当院初診を基準としている）

- 19か月目
- ・誤嚥性肺炎で1か月間入院。
 - ・入院中、医療介護に対する抵抗と食事拒否が続き、不十分な食事量のまま退院。
 - ・退院後は、ほぼベッド上で寝たきり。
 - ・高度認知症に進行し、以前のような会話が困難になったが、簡単な受け答えや感情表現は可能だった。
 - ・入院は大変だったか、と尋ねると、首を縦に振り「病院はもういい」との発言があった。
 - ・食事量が少ないままの退院であり、数週間の余命の可能性もあったが、定期的な嚥下機能評価、食形態の工夫、1日3回の食事介助で徐々に食事量が回復した。
 - ・栄養状態は不十分ながらも、状態が落ち着き、テレビをみるなどして日々穏やかに過ごしていた。

【現病歴】（月は当院初診を基準としている）

- 19か月目
（つづき）
- ・退院後から、イライラして介護者をたたく、つねる、唾をかける、かみつくななどの暴力行為が増加。認知症の影響と考えられたが、本人の気持ちにも何かあったのかもしれない。食事介助自体が困難になってきたため、少量の気分安定薬も併用した。
- 20か月目
～
26か月目
- ・関係者の尽力のかいもあって、それなりに落ち着いた在宅療養が継続できていた。

【現病歴】（月は当院初診を基準としている）

- 27か月目
- ・39°Cの発熱、肩で息をするような状況との報告を受けて往診。
 - ・採血の結果、CRP※：18 mg/dL, WBC※：300/μL 強い炎症がある状態。白血球は通常上がるはずのところ極端に下がっていた。
 - ・誤嚥性肺炎と考えられた。在宅での治療では救命が難しく、入院での治療が必要と考えられた。
 - ・促せば水分摂取はかろうじてできるものの、本人はぐったりしていた。「苦しいですか？」と聞くと首を横に振るものの、問いかけへの返答はあいまいであり、会話は困難であった。

※ CRP（炎症の指標）：参考基準範囲 ≤0.3 mg/dL
WBC（白血球数）：参考基準範囲 3,500 – 9,000 /μL

グループディスカッション

病院受診が本人にとって幸せにつながるのかどうか、私は悩みました。身寄りのない、独居の認知症患者に対して、どのように意思決定を支援したらいいのでしょうか？

本症例において、

1. 「どのように意思決定を支援したらいいか」
2. 「グループとしての今後の方針とその理由」

について、グループで話し合ってください。

話し合いの際には、臨床倫理4分割法を参考にしてください。
4分割表の項目で、話し合っても分からないところは推測でかまいません。

臨床倫理4分割法（倫理的なジレンマを抱えたテーマにおいて、課題を整理して話し合いをスムーズにするためのツール）

医学的適応（Medical Indications）

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？
2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？ 可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらいの利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

患者の意向（Patient Preferences）

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

QOL（Quality of Life）

善行と無危害と自律性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

周囲の状況（Contextual Features）

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

倫理カンファレンスのコツ

- ・ No blame（どのような発言でも責めない）
- ・ KISS：Keep it short and simple
（発言は簡潔を心がけ、みなが発言しやすいようにする）
- ・ 参加者それぞれに役割があることを認識し、信念、価値観の違いや多様性に興味を持ちあう姿勢を大切にする
- ・ 下の順番に話し合うのがお勧め

- ①医学的適応 患者の現病歴や予後、選択可能な治療・ケアは？
 - ②患者の意向 患者自身はどうしたいのか？
 - ③周囲の状況 家族など、患者を取り巻く人・環境の状況は？
 - ④QOL ①②③を踏まえ、患者のQOLを最大限向上させるには？
- Next Step** ④実現のために、具体的に「誰が」「何を」すべきか？

参考）川口 篤也、「モヤモヤよさらば！臨床倫理4分割カンファレンス 第6回 カンファレンスはどう進めたらいいの？」、週刊医学界新聞第3079号 2014年6月9日

医学的適応検討のポイント

- ・わかっている事実を示す
- ・ここに価値観を入れない
- ・ここで医師間で空中戦をしない
(事前に医師間で相談しているとスムーズ)
- ・他の職種の医学的疑問を出してもらう

ここで方針を決めない

参考) http://www.kin-ikyo-chuo.jp/medical_center/center_general/wp-content/uploads/2012/12/1a1e61cbcb2d93f978b32314325db69f.pdf

QOLの検討

- ・医学的適応、患者の意向、周囲の状況も合わせて
この方針がQOLを上げるのか、下げるのかを検討する。
- ・患者だけでなく、家族、医療者のQOLを上げるのかも考慮する。

参考資料

- ・ 医学界新聞12回連載「臨床倫理 4 分割カンファレンス」

http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03059_02

- ・ 勤医協中央病院「多職種カンファレンスによる臨床倫理教育」資料

http://www.kin-ikyo-chuo.jp/medical_center/center_general/wp-content/uploads/2012/12/1a1e61cbcb2d93f978b32314325db69f.pdf

(グループワーク後)

その後の経過

多職種による話し合いを実施した。

- ・ 本人が2年以上にわたって繰り返し「何があっても家にいたい、病院に行きたくない」と複数の関係者に言っており、あいまいではあるものの話し合いの時点でも、何があっても家で過ごしたいですか、と尋ねるとなづくこと、
- ・ 前回入院時にも、入院に抵抗を示して食事拒否が続いていたこと、
- ・ 重症肺炎であり、入院治療をもってしても救命できない可能性も高いこと、
- ・ 多系統萎縮症が進行しており、今回救命できたとしても予後は限られていること、

などから、自宅での治療を目指す方針とした。

- ・ 認知症の患者は、過去・現在・未来という連続性の中で、自分や物事をとらえることが難しくなっているため、不安な感覚に陥り、落ち着かない行動をとることがある。
- ・ その人が歩んできた人生の連続性に思いを馳せ、大切にすることが、その人らしく生きることを支えるためには重要。
- ・ 連続性とは？
例えば、住み慣れた家、見慣れた家族、なじみのスタッフ、慣れ親しんだ生活習慣。
本症例での連続性とは？

(3) 検討内容

① どのように意思決定を支援したらいいか。

<臨床倫理4分割表>

<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 医学的適応 </div>	<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 患者の意向 </div>
<div style="border: 1px solid purple; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> QOL(Quality of Life) </div>	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 周囲の状況 </div>

(医学的適応)

- ・ 多系統萎縮症、認知症、肺炎のある方
- ・ 認知症、パーキンソン病に似ていて進行性の病気である / 進行を抑えることが目標で、治らない
- ・ 多系統萎縮症は最後は胃ろう、特に何もしないで在宅で暮らすことになるのだと思う
- ・ 難病指定されている
- ・ 治療薬で眠気が出る可能性がある
- ・ 徐々に嚥下機能が低下するため、誤嚥性肺炎も増加する / 肺炎を繰り返す可能性がある
- ・ 多系統や疾患による嚥下機能
- ・ 嚥下、飲水はよかったのか / 薬は飲めていたのか
- ・ 肺炎自体は入院で管理できるかもしれないが、ICUで管だらけになる可能性もある
- ・ 口腔ケアをきちんとすることで予防につながる
- ・ 発熱、呼吸苦のつらさは取れるのか
- ・ 合併症の可能性がある
- ・ 経口、経鼻、胃ろうは医学的には必要だが本人の意向次第
- ・ 入院による廃用がすすむ

- ・命に関わる場合受診は必要、緊急的入院は必要

(患者の意向)

- ・事前の意思確認がない
- ・本人の意志をもう少し早い段階で行えなかったか
- ・本人の意思確認 / 顔の表情を見ながら判断
- ・どんな状態でもリスクを含め本人に話す
- ・yes, no は言えるがはっきりしない / 会話は困難で本人だけでは決定困難
- ・医学的にどうしたらいいのか本人は分からない
- ・自宅で静かに過ごしたい
- ・病院に行きたくない、病院は「もういい」との発言あり
- ・病院は「もういい」と言っているが、退院後の発言かもしれない最終決定と捉えてよいかはわからない
- ・今までの生活歴を知る、生活歴から引き出す
- ・今まで関わってきた医療介護関係者の意見、ケアマネジャーにも情報を得る
- ・独居の場合は医療同意は誰がするのか / 代理人となれる人はいない
- ・入院中食べたくないものは食べない
- ・点滴を外そうとして拘束され、嫌な思いにつながったかもしれない
- ・自分の意思で病院は拒否、退院後は嚥下機能評価など協力的であったのではないか

(周囲の状況)

- ・生活保護に親族の確認が必要
- ・代理の意思決定をする人がいない
- ・関係者が医療介護関係者のみ
- ・情報を共有、連携するのが大事
- ・担当者会議ではどのような情報共有をしていたのか
- ・医療者・介護者・行政を合わせて関係者会議で共有出来たら良い
- ・患者に一番近い人は誰か
- ・延命処置については本人に分かるか不明
- ・最期はどうしてあげたらいいんだろう、と介護スタッフは思う

(QOL (Quality of Life))

- ・食べられない問題
- ・そこまでして生きたいか
- ・延命治療を望むのか
- ・入院して退院できたとしてそれが本人の幸せなのか
- ・本人の QOL はそもそも何なのか

- ・ 家族がいる、いないで QOL に違いがあるか
- ・ 後見人（財産を守る人）をつけても QOL に関係があるか
- ・ 苦しい状況を放っておくのもどうか
- ・ 入退院を繰り返していくことが本人の望みなのか
- ・ 受診して色々な治療、延命をするのは本人は望んでいないのでは
- ・ 入院：数か月の入院、症状改善、再発予防、本人は望まないかもしれない。自宅：病状悪化、再発、栄養状態低下、胃ろう

（意思を確認するためのアプローチ）

本人との関わり

- ・ 言葉をかえたり、表情を見ながら状況説明を行う、繰り返し意思を聞いていく
- ・ 本人から発せられた言葉、表現、日常の想いを繰り返し拾っていく
- ・ ケアマネジャーが時折顔を合わせて拾える声も集めていきその中で決定していく
- ・ 話しやすい相手は誰だったのか
- ・ 本人のイメージを持たせて今後の安心と選択肢を与えて選ばせてあげる
- ・ 質問の仕方を考えていく
- ・ 関わった時点でどのような思いがあるのかを聞いておく
- ・ 話し辛いことでも初めに本人の意思確認をしておくことが大事
- ・ 初めに好き嫌いははっきりしているので本人に確認をする

周囲の方との関わり

- ・ 知人、近隣、親しい方から「本人の意向」を知っているか情報を得る
- ・ 出入りしている人たちから情報を聞き出す
- ・ 認知症、独居であれば家族、身寄りに確認することが一番
- ・ 診断を受けた時、具合が悪くなった時、病院はもういいと言う時などその都度意思を確認しておく

多職種でできること

- ・ ケアマネジャーのケアプランの「本人の意向」欄や在宅治療を最初始める前に得た「本人の意向」を確認する
- ・ 本人の居る所でチームが話し合って意思決定を支援していく、本人の居ない所で話し合わない
- ・ 本人と関わる関係者が代弁者であり、本人も含めて何回もミーティングを繰り返す
- ・ 関わる全ての人が話し合う場を作る
- ・ 関わった人の中で話し合う際にキーパーソンを決めておく、そのキーパーソンを中心に医学的なやり

とり、最終的な意思決定ができないなら皆で合意し決めていく

- ・個別に本人と面談した上で、関わる人の立場が違える人もないので、関係者が一堂に会する場が必要、本人も加えてサービス担当者会議を頻回にし、情報共有を密に行い意思決定へつなげる
- ・情報を共有し、ヘルパーや医師、訪問看護師や薬剤師がそれぞれに対し本人が話した内容を全部出して方針を決めていく
- ・主治医や関わっている人たちで生活をどのように支え合っていくか在宅でいけるか入院がいいか聞いておく
- ・その人の生き方、生活史、行動を知っておく
- ・ケアマネジャーの立場なら、ケースワーカー、ヘルパーからも同様に患者本人の意思を聞いておく、受診同行して医師からの説明も書き留める
- ・介入初期での本人の意思確認を行う、方向性を決めておく、チームで共有しておく
- ・課題が出た時にチームで初期方針について検討する、本人の利益を考える
- ・認知機能低下は、低下する可能性がある一定の時期に来たら未来の姿を説明しておく

② グループとしての今後の方針とその理由。

在宅が良いだろう

- ・「病院はもういい」「入院したくない」という意思があるのなら在宅
- ・本人は入院したくないと言っているため在宅で加療する
- ・「病院は嫌」を支援したい、既に意思決定されているとともに常に問いかけ続けていく
- ・治療のために病院に行くことはしない、在宅でできる治療をする
- ・「病院は嫌」を支援する、外すリスクや拘束を受ける可能性を考慮し胃ろうは作らない
- ・本人は在宅を希望しているため可能な限り在宅でのサービス利用を行い在宅で治療を行う
- ・差し迫った状況で「本人の病院に行きたくない」という意思を確認した上で、在宅でできる最善のケアをした結果として在宅で看取りとなるのは最終的には本人の意向に沿った形になるのでは
- ・在宅での看取りを行う、見慣れたスタッフで回数を多くし、本人のやりたいこと、食べたいもの、好きなことを盛り込んでいく
- ・一旦落ち着いても繰り返すであろう
- ・入院しない場合は毎日誰かが訪問すべき
- ・医師の指示で方針を決定する、次の入院の条件を決めておき在宅なら緊急時の対応を確認

判断が難しい

- ・誤嚥性肺炎を繰り返しており入院が良いかは悩ましい、入院させるにしても違う病院が良いのではな

いか。自宅で苦痛を和らげながら、苦しみなく終焉を迎える方が良いと思う。ADLの低下は本人が望むのだろうか。

- ・イライラ、かみつくを本人の意思表示と捉えてよいのか、何が不満かは確認する必要がある、退院後にたくさんの方が出入りしていたことがストレスだった可能性もある
- ・「苦しいですか」と聞くと首を横に振るのは入院させられたくないからとも考えられる、「もう、入院はしないからこのまま家で暮らしましょうよ」と問いかければ首を縦に振るかもしれない。それを意思決定として皆で共有する。関わる人のQOL向上、本人のQOL向上にもつながる。
- ・倫理的問題、万が一の裁判時が懸念される
- ・精神的にあきらめがあるかもしれない

入院が良いだろう

- ・改善すれば元気になる可能性もありまずは入院を勧める
- ・治療が必要ならば入院してもらう
- ・治療を優先して治して家に帰る
- ・家族に連絡を取るが命を守らないといけない
- ・明確な意思表示がないのなら、通常の医療を受ける、まずは入院して救命を行いその後在宅に戻る
- ・意思決定出来ないため命に関わることだから入院
- ・何故入院したくないのか、その理由を取り除ければ入院した方が良い
- ・患者本人の意見が聞けず、関係者の責任も考慮すると病院受診が妥当ではないか
- ・急性増悪の状態なのでまずは入院しその間に進行性なので今後について関係者で相談していく
- ・明確な本人の意思表示がないのなら、まずは救命を第一優先し、落ち着いたら在宅等を考える
- ・一度入院し加療した後、スタッフ全員で見通しを立てる
- ・一番苦しい状態を入院治療を行い、少し状態が落ち着いて話ができるようになって判断ができるようになった際に、再度具合が悪くなった時にどうするかを確認する。
- ・入院するならば急性の症状だけ改善させ楽な状態で今後を話す、どこまで治療をすればよいかは不明確

事例4. あなたの情報から考えるチームケア

(1) 事例概要

対象地区：石神井地区 開催日：平成31年3月16日
コーディネーター、講師およびパネリスト <ul style="list-style-type: none">・事業者連絡協議会居宅介護支援部会・岡田医院 岡田 哲也（医師）・ラヴィータ武蔵関 井口 智之（ケアマネジャー）
●内容 <p>私たち援助者はご利用者の気持ちに寄り添いながら支援をしている。ご利用者は接するタイミングや職種によって、気持ちや話の方向性が変わることがあるが、どれもその方の真の一面である。ALS（筋萎縮性側索硬化症）の方の事例を通じ「多職種の情報を共有することの重要性」を検討した。</p>
●症例について <p>基本情報：54歳 男性 妻・長男と同居 疾患：ALS（筋萎縮性側索硬化症）</p>
●グループディスカッションのテーマ <p>「あなたの情報をどう活かしていますか？」～どういう時に知りました？気づけましたか？～ お題となる『キーワード』について、どういった場面でどのような情報（本人から家族からの言葉）を得られたかについて話し合いを行ってください。</p>
キーワード： 情報共有 チームケア ICT

(2) 発表内容

《事例紹介》

Aさん

- ・ ALS（筋萎縮性側索硬化症）、54歳男性、妻（54歳）・長男（高校2年生）と同居、身長179cm、体重60kg
- ・ 支援開始時はマンション2階（エレベーターなし）、自費ベッドレンタル
- ・ 訪問看護ステーションから、看護師とPT訪問（各1回/週）
- ・ 妻は就労しているが、介護のために常勤から非常勤に変更

〈生活歴〉

- ・ 昭和36年4月福島県会津若松市生まれ
- ・ 22歳 大学卒業後上京し、就職
- ・ 33歳 結婚
- ・ 37歳 長男誕生
- ・ 45歳 会社を退職、事務所を設立
- ・ 病気を発症するまで仕事が順調
- ・ 若い頃から自動車が好き、休日には愛車でドライブを楽しむ

〈経過〉

- 平成24年 腕が上がらなくなり、五十肩になったと思った。
整形外科やマッサージに通い、五十肩の治療を受けた。
足が頻繁につりやすく、急に足が動かなくなることが多くなった。
- 平成25年 ある日、走れないことに気付き、不安にかられた。
急に不安になり、自分の症状をインターネットで調べ始めた。
インターネットで得る情報は絶望しか与えてくれず、「どうか違う病気であってほしい。」と願い、専門医にかかる勇気が出なかった。
- 平成26年10月 病院にてALSと診断を受けた。
主治医の指示以外に、妻と一緒に民間療法等『ALSに効果がある。』と謳っているものを調べ尽くし、ほぼ全て試した。漢方薬、薬のような飲食物、マッサージ、鍼灸、気功・・・。
「気管切開はしない。人工呼吸器はつけない。」と決めた。
- 平成27年3月 3月に北海道旅行。北海道へは北斗星で行った。
一生に一度ブルートレインに乗りたいという本人の夢だった。
- 平成27年5月 妻と一緒に福島県の実家に車で帰省。
「(実家に) 今行かなければ、二度と自分の目で見ることができない。」と最後のドライブになる覚悟を持って自分で運転して帰郷。
- 平成27年7月 トイレに行くことが困難。立っているだけで体が不安定。

- 両肩の激痛。転倒し立ち上がることができず、起こしてもらうまでその場に倒れていたことあり。これからの生活に対して不安。
- 専門職の支援を受けようと決めて、地域包括支援センターへ相談。
- 訪問看護ステーション看護師よりケアマネジャーに電話で相談。
- ケアマネジャー介入。介護保険サービス利用開始。
- 手すり代わりに家具の配置変え。転倒時に備えて緊急コールを導入。
- 平成 27 年 8 月 手が震えて食事ができない。柄の太いスプーン（自助具）導入。
トイレまでの移動がかなり困難。手すり設置。
- 平成 27 年 8 月 20 日 「妻が実家に戻らなければならない用事ができた。自宅で一人で過ごすということも考えたけど、今後のことを考えると、自分自身が介護をされることに慣れなきやいけないと思うので、どこか泊まれるような施設を手配してほしい。それと定期的に検査をしてもらっている病院へ来月末に受診することになっているのですが、今の状態では階段を歩いて上り下りができないのでどうやって行けばいいか知恵を貸してほしい。」車いすでの階段昇降を検討・導入。
- 平成 27 年 9 月 半ば 室内移動などの動作が徐々に難しくなり、緊急コールも増加。
訪問介護の導入。訪問看護の回数増。
痙攣が止まらず救急車を要請。階段を下すことができずレスキュー出動。
住居を1階にすることを夫婦で検討。
- 平成 27 年 10 月 3 週間の検査入院。期間中に引っ越し。
入院中にラジカット※治療開始。本人にとって『最後の希望』。
Aさんは治療の継続を希望。自宅か入院での治療か、家族に委ねるとのこと。
妻「家で診てくれる先生がいるのなら、家に帰してあげたい。いつ何が起きるかわからないということは、この病気になってから散々二人で話し合ってきたので、覚悟はできています。」と即答。
ラジカット治療の対応可能な在宅支援診療所を調整。
※ラジカット…エダラボン（フリーラジカルスカベンジャー）。ALSの進行速度を緩やかにすることが期待できる薬。根本治療にはならない。
- 平成 27 年 11 月 4 日 新居へ退院。
在宅の担当者全員が新居に集まりこれからの生活について話し合い。
在宅医より今後の病気の進行や、様々な症状について説明。
自宅のできる事、病院でなければできないことを確認し、必要に応じて入院も考えなければならないことを確認。
ALSは進行が早く、細やかで迅速な対応が必要。
在宅医がICT（MCS:メディカルケアステーション）の利用を提案。導入開始。
- 平成 27 年 退院から数日後 ケアマネジャー訪問。Aさん就寝中に妻「私にできることはなんでもするつもりです。生活があるので仕事をやめることはできませんが、介護、仕事、子供の事を頑張りたい。本人は家族のことを考えて『施設に入る。』とか『呼吸器はつけない。』

などと言っていますが、いざとなったら人の気持ちはどうなるかわからないと思います。できれば生きる方を選んでほしいと思っていますが・・・。とにかく、本人のしたいようにさせていきたいと思っているので、大変でしょうけどよろしく願います。」

平成 27 年 12 月 病状はさらに進行。ラジカット治療でトラブルが相次ぐ。

「井口さん。刺さっている針が血管の内側から突き抜ける痛みって想像できます？ものすごく痛いんですよ。僕は身体を思うように動かせないから、今後何度となく同じ目に合うと思う。薬の効果が少しでも実感できればいいけど、何もないんだよね。これ以上やる意味あるのかなって考えてるんだ。」と治療の中止を示唆。

MCS 上にて在宅医の書き込みをきっかけに多職種が返信。

『在宅医です。Aさんがラジカットを中断したいという理由について、どう話していたのか、病状の進行への絶望感からそのような意思表示があったのか、他の理由なのか、わかる範囲で教えて欲しい。』

『ケアマネです。僕が聞いたことを書きます。点滴の針を刺した状態で寝ていたら、身体を動かした時にもものすごく痛かった。夜間、あの痛みが起きたらどうすればいいかと考えてしまう。でも、ラジカットは唯一の心の支えなので、続けられるなら続けたい。ラジカットで効果があったという情報はネットに上がってこないから、今度、入院した時に最新情報がないか先生に聞いてくる。と伺いました。』

『訪問看護師です。本人から、今朝ベッドから起き上がる時に、右腕に痛みがあり、起きてからも2時間位痛みが続き辛かった。病院の先生にもラジカットについては、自分で決めて良いと言われたから、今回は自分の判断で止めます。と聞いています。他にも、点滴の効果が感じられず、自分の状態も良くなってないのはわかる、細くなってきた腕に針を何度も刺すのは辛い、とも話されていました。』

主治医と在宅医が協議し、次回の入院時にAさんと主治医で話し合い、ラジカット治療について、結論を出すことになる。

平成 28 年 1 月 入院し、4日後に退院。ラジカット治療は終了。

平成 28 年 2 月 デイサービスで1日過ごすことが困難。

訪問入浴導入にあたり、Aさんから要望あり。「他の住人の迷惑にならないように車は邪魔にならないように停めてほしい。ホースは車両から引かないでほしい。声かけの音量もあまり大きくしないでほしい。オートロックのマンションなので、ドアが開放される状態が続かないように器材の出し入れをしてほしい。」

病状はその後も進行。身体機能低下に伴い日常生活でできないことが増加。

平成 28 年 6 月 緩和ケアへの入院や安楽死についての発言が増加。特にヘルパーや看護師には「呼吸器は絶対に着けない。」と発言。ケアマネには直接安楽死についての話はなし。MCSでのやりとりを受け、7月に担当者全員で今後の療養生活についてカンファレンスを実施することが決定。

平成 28 年 担当者全員が自宅に集合。

7月13日 Aさん「鼻づまりがひどくて、口呼吸が多く粘ついて気持ち悪い。」「痰が絡むことが多くなって、唾も飲み込めない。」「明け方になると腰に激痛が走ったり、足がつる。」「気持ちが落ち込むことが多くなっている。」などの訴えあり。「先生、安楽死させてくださいよ。海外では認められている国もあるんでしょ。なんで日本では認められないんですかね。動ければその国に行きたいけど、この身体じゃ行けないしね。何とかありませんかね?」と安楽死を望む発言もあり。

平成28年8月 通常検査、精神科受診、意思伝達装置のテスト、胃瘻交換のため入院。
Aさんから奥様へ「どんどん介護の手間が増えていくのは明白で、介護の負担や息子の大学受験への影響を考えると自宅で生活していくのは難しいと思う。今までも感情の持っていき場がなく、君へ八つ当たりしてしまったこともたくさんあったし、そんな空気の中で息子が落ち着いて勉強することはできないのではないかと施設を探してほしい。」と話し、それに対して奥様は「探してみる。」としか言えず。ケアマネに対して奥様から「すごく迷っています。最期まで家でみてあげたいし、できれば呼吸器をつけて生きてほしい。在宅介護を続けた場合の息子への影響も考えますが、施設に預けるという行為が、夫を見捨てるということにならないかと考えてしまいます。」と話す。

それに対してケアマネから「在宅介護でお互いに疲弊し陰悪になるかもしれないと不安を持っているならば施設でみてもらい、普段は離れていても会えばお互い笑顔で過ごすというのも一つの選択肢だと思います。もちろん、自宅にいる限りはみんなで支えていきますので、家族で一番良いと思うことを選んでください。私は2人の決断を全面的に支持します。一度施設に入って、やっぱり嫌だとなったら帰ってくれば良いじゃないですか。また、みんなを集めますから」と返す。

平成28年8月末 Aさんと奥様が施設入所を決断。

平成28年 施設入所の日。

10月3日 職員と奥様が送迎車に荷物を運び出している様子をAさんとケアマネが黙って眺める。ケアマネが「いつでも・・・」と言うと、Aさんはニコッと微笑む。送迎車のリフトに車椅子が固定されたとき、「行ってらっしゃい。」・・・「行きます。」と言葉を交わし、車を見送り、支援が終了。

(3) 検討内容

「あなたの情報をどう活かしていますか？」～どういう時に知りました？気づけましたか？～

お題となる『キーワード』について、どういった場面でどのような情報（本人から家族からの言葉）を得られたかについて話し合いを行ってください。

グループワーク内容（※検討内容より、『キーワード』の情報の取得方法・場面について抜粋）

『死生観』

- ・ これまでの生育歴
- ・ 今後どういう暮らしをしていきたいか
- ・ 普段の会話
- ・ 「もしばなゲーム」
- ・ いつもケアを行っている担当者から

『好き・嫌い』

- ・ 日々のケアの中の会話

『医者には言えないこと』

- ・ 医者以外のスタッフによる援助場面で本人が話した内容
- ・ 本人が職種によって伝える情報が違う

『治療方針』

- ・ 利用者がヘルパーに話したケアプランの内容についての不満を事業所に報告して得た情報を上手にケアマネジャーに伝えた

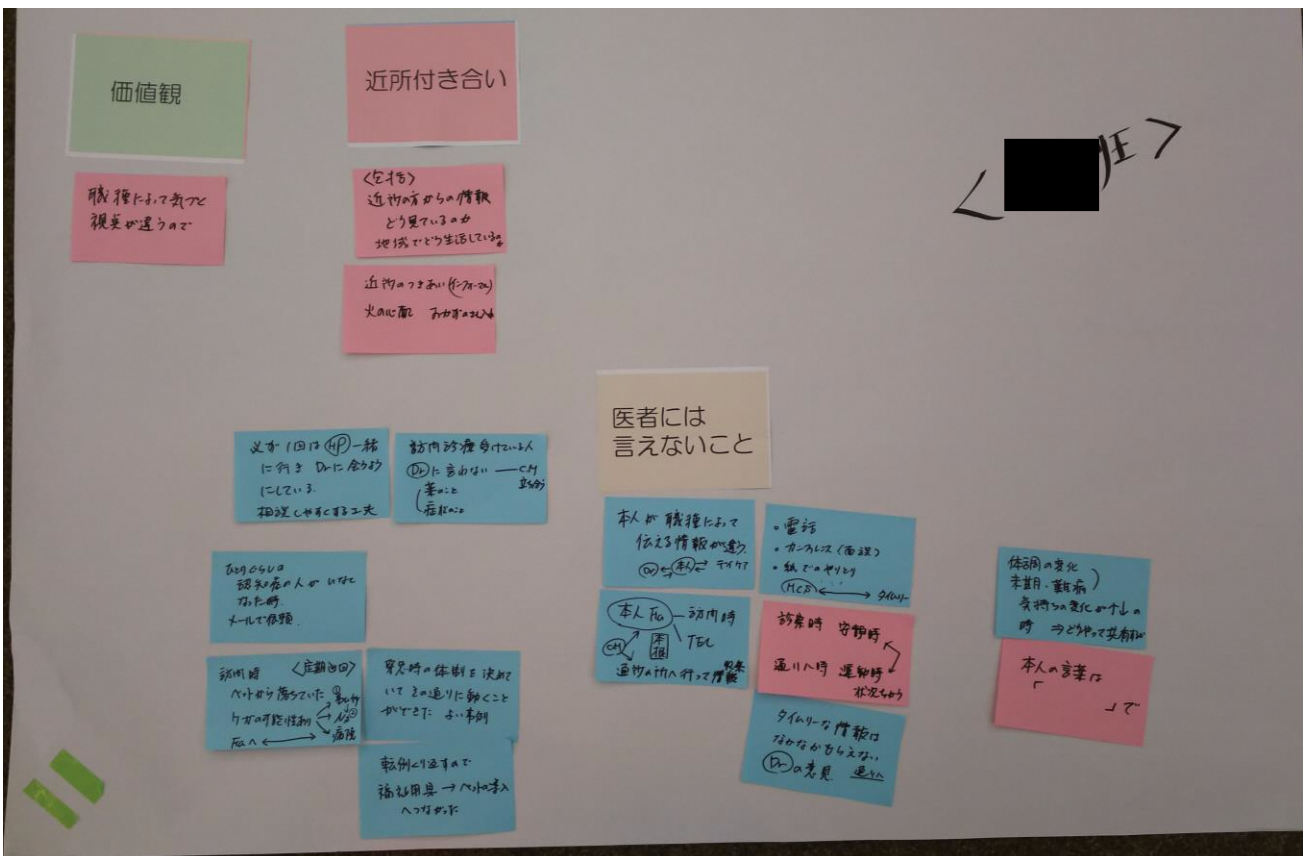
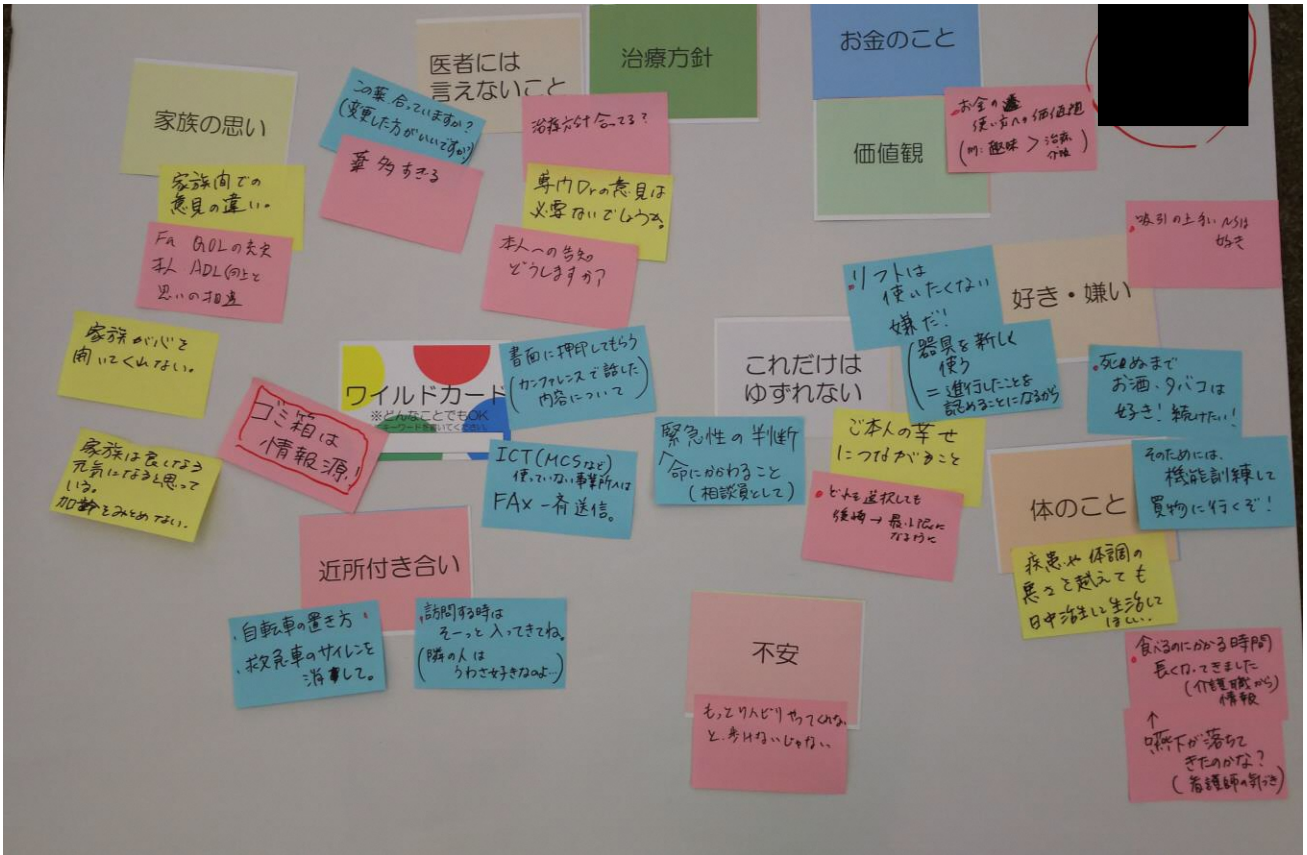
『体のこと』

- ・ ヘルパーの情報は大切

『その他』

- ・ ゴミ箱は情報源！

グループワークの検討結果（※2班分を抜粋）



岡田医院 岡田 徹也様 講評

適切な意思決定支援には、患者さんの揺れ動く心境を読み解くことが重要。そのためには多職種連携による、経時的な情報共有が常に求められる。

患者さんの心境は病状の変化に応じて常に揺れ動いているため、患者さんの声に寄り添った意思決定支援が必要である。特に認知症の場合は家族の希望で決めてしまうことが多いが、たとえ認知症になったとしても患者さん本人には固有の人格、それまでに歩んできた人生の物語があるので、できるだけ本人の意思を尊重するのがよい。

そのためには自然な経過に身を任せることも含んだ、幅広い選択肢を患者さんに提供しなければいけない。医師の決定に従うだけでなく、多職種で情報を共有しながら議論し、治療・支援の方針を決めていくことが重要である。

治療を中止するといった重大な決断をするときは、心が揺れ動くのは当然。本人に寄り添いながら、決断がその都度変わっても構わないことを伝えるとよい。医師から「効果がない」と言われても、患者さんにとっては治療を続けていること自体が希望になっている場合もある。患者さんの心境の変化を常に感じ取りながら、治療中断のタイミングを決める必要がある。

患者さんは医師には言わない悩みを抱えている場合がある。患者さんは医師、看護師、ヘルパーなどそれぞれの職種に対して異なる顔を見せている。病期によっても異なる伝え方をする。各職種は患者さんの一面的な部分しか見えていないことを自覚し、他の職種からの情報をもとに複眼的に患者さんと接する必要がある。

「寄り添う」というのは、患者さんに対して「適切な時期に」「適切な提案をする」こと。タイミングを計ることがとても重要で、せっかく良い提案をしたのに患者さんに拒まれてしまうのは適切な時期ではないためである。SNSで経時的に情報共有しながら、患者さんの心境変化を読み解く必要がある。

意思決定支援で大切なこと

- 1) 家族だけではなく、本人の意思を最優先する
- 2) とことん治療する選択肢から、何もしない自然の選択肢まで考え得るすべての選択肢を提示する
- 3) その時点で関係するすべての人と十分に議論する。
- 4) 決断に迷う当事者に寄り添い、決断は変わってもいいことを伝える。
- 5) 後で、これが正解だったんだといってあげられるプロセスをふむ。

SNSを利用した思いの共有

SNSを利用し、本人の想いの変化を
経時的に共有することにより、
患者さんの心境の変化、
それぞれに見せる顔の違いなどを含め、全員
で共有することが可能となる。

平成30年度 練馬区在宅療養推進事業
事例検討会・交流会 事例集

発行 令和元年6月

編集・発行

練馬区 地域医療担当部 地域医療課

所在地 〒176-8501 東京都練馬区豊玉北6-12-1

電話 03-5984-4673

FAX 03-5894-1211

E-mail IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp