

令和元年度 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2年4月



## はじめに（事例検討会担当者より）

区は、平成 26 年度から、①多職種の相互理解と②顔の見える関係づくりを目的として、事例検討会を実施しています。

延べ人数は、2,496 名。こうした会にこれほどたくさんの方が参加してくれるのは、非常に有難いことだと認識しています。

私が初めて関わったのは平成 29 年度でしたが、その時には既に現在の事例検討会の形が出来ていました。

事例から見えてくる課題に対して、多職種が集まりディスカッションをする様子は、まさに専門職の異種格闘技戦。白熱する議論に、とても感銘を受けました。

それと同時に、練馬区の強みは、専門職のプロフェッショナルな意識にあると感じました。

それから 2 年経った令和元年度の事例検討会。

今回は「人生会議：ACP（Advance Care Planning）」をテーマに 4 回の事例検討会を開催しました。各回とも、コーディネーター・パネリストとああでもない、こうでもないと企画を作った力作です。

企画を作りながら、「人生会議：ACP（Advance Care Planning）」とは何か、事務局としても非常に考えさせられました。

人の一生を、これまでの歴史、今現在、そして未来の一本の道として捉えた時、果たしてどのような選択をするのか、自分に置き換えても難しいと感じています。専門職の皆様は、日々の業務の中で本人の意思決定にどのような支援ができるのか、悩んでいることと思います。

答えのない課題に対し、この事例集が今一度考えるきっかけになれば幸いです。

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 人生会議（ACP）にまつわる悩みごと-----     | 6  |
| 事例2 生きる力、食べる喜び、多職種だからできること----- | 19 |
| 事例3 透析を選択しなかった人-----            | 48 |
| 事例4 認知症にACPは可能か-----            | 69 |

## 第 1 章 本事例集について

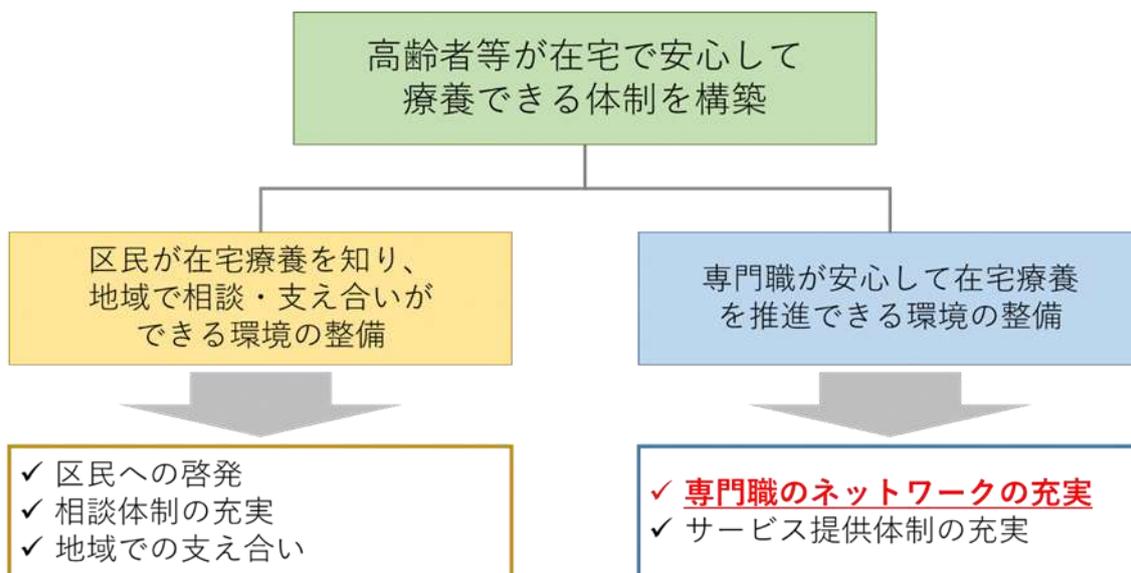
## 在宅療養推進事業について

練馬区では、高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、高齢者地域包括ケアシステムの確立に向けた様々な取組を行っています。

この取組の一つとして、高齢者等が医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で最期まで暮らせる体制を構築するため、「地域ごとの在宅療養ネットワークの構築」に向けた取組を行っています。

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」が、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「多職種連携の推進（医療と介護の連携）」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。

### 令和元年度 事例検討会の開催日とテーマ

第1回（7月19日）

光が丘地区

テーマ： 人生会議（ACP）にまつわる悩みごと

第2回（9月13日）

石神井地区

テーマ： 生きる力、食べる喜び、多職種だからできること

第3回（11月19日）

大泉地区

テーマ： 透析を選択しなかった人

第4回（1月25日）

練馬地区

テーマ： 認知症にACPは可能か

## 第2章 事例検討会の内容

# 事例 1. 人生会議（ACP）にまつわる悩みごと

## （1）事例概要

対象地区：光が丘地区

開催日：令和元年7月19日

### コーディネーターおよびパネリスト

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| ・ 祐ホームクリニック平和台      | 林 伸宇（医師）         |
| ・ 光が丘訪問看護ステーション     | 永沼 明美（主任介護支援専門員） |
| ・ 光が丘訪問看護ステーション     | 和田 良行（作業療法士）     |
| ・ ハミングバード訪問看護ステーション | 宇田川 聡子（看護師）      |

### ●内容

人生会議（ACP）を実践しようとする、「いつ」「どこで」「どのように」声をかけたらいいか、この伝え方で相手は受け入れてくれるだろうか、など様々な悩みを抱えることがある。そうした悩みについてコーディネーター・パネリストと一緒に考え、解決策を探る。

### ●グループワーク

「もしバナゲーム: Institute of Advanced Care Planning(iACP)」

余命わずかの想定で自らの価値観を考え、みなで話し合うカードゲーム

#### 【質問】

治療困難な病気で、生命の危機が迫っている時、あと半年から1年の命と言われたらあなたは何を大切にしたいですか？

#### 【ルール】

- ・ 35枚のカードから、3枚のカードを各参加者に配り、残りのカードをテーブル中央に積み札としてセットする。積み札から4枚のカードを表向きに置く
- ・ カードを交換し、“より大切にしたいこと”が書かれているカードを手元に集めていく
- ・ 最終的に手元に残った3枚のうち、最も大切な1枚と、残りの2枚を披露し、なぜその1枚を最も大切に思ったか、グループ内で共有する

**キーワード：**もしバナゲーム 人生会議 在宅医療 リハビリ

## (2) 配布資料

○【導入】 祐ホームクリニック平和台 林 伸宇様

練馬区事例検討会・交流会  
人生会議（ACP）にまつわる悩みごと

祐ホームクリニック平和台  
林伸宇  
2019年7月19日

### アドバンス・ケア・プランニング （ACP）とは？

将来の変化に備え、  
将来の医療及びケアについて、  
患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、  
医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、  
患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと。

愛称は「人生会議」

## なぜACPのような工夫が必要なのか

終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を  
実現するためには、患者さんの意思が尊重され  
た医療およびケアを提供することが重要。

残された家族等にとっても重要な意味を持つ。

患者さんが意思を伝えられる時から、  
その意思を共有しておくことが重要。

## ACPは重要だと言われても……

「あまり考えたことがない」

「縁起でもない」

「どうやったらいいのかわからない」

「タイミングがわからない」

## もしバナゲーム

もしバナゲームは、あなたと大切な誰かがそんな「もしものための話し合い（＝もしバナ）」をする、そのきっかけを作るためのゲームです。

ゲームを通じて、人生において大切な「価値観」や、自分自身の「あり方」について様々な気づきを得ることができます。

○【総論】 祐ホームクリニック平和台 林 伸宇様

練馬区事例検討会・交流会  
人生会議  
(ACP:アドバンスケア・プランニング)  
にまつわる悩みごと

祐ホームクリニック平和台  
林伸宇

2019年7月19日

1

## ACPについての歴史的変遷

終末期においては約70%の患者で意思決定が不可能  
→事前に病状認識を尋ねたり意思確認をしたり、  
書面を準備することがすすめられた

アドバンスディレクティブ（AD:事前指示書）の研究  
→指示書が役に立っていないことが判明。

- ✓患者だけでは病状の進行を理解・予想できない
- ✓代理決定者が、患者の判断根拠を理解できない
- ✓実際の状況は複雑であり、事前に指示しきれない

2

## ACPについての歴史的変遷

事前指示書だけでは不十分だった。

- 代理決定者、医療者が大切なことを  
一緒に話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで患者の価値観について  
深く理解し、複雑な状況に対応できるようになる

単なる事前指示書からACPへ

ACP：将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと

3

## ACPの効果

- 終末期医療の質が向上
- 患者の意向がより反映されたケアの実践
- 家族・医師間コミュニケーションが改善
- 遺族の不安や抑うつが減少

質の高い終末期ケアにACPは必須。

ACPはイギリスのガイドラインにおいて  
「終末期ケアにおいて最初にすべきこと」

4

## ACPの難しいところ

- 患者・家族にとってつらい体験になる可能性  
(先行研究では大きな問題はなさそうだった)
- 時間と手間がかかる
- 専門分化、機能分化が進み、実施自体が困難  
→多職種で連携して関わる**ことが重要**

5

## 早すぎても遅すぎてもよくない

早すぎると

- 不正確、不明確
- 気が変わる
- 現実の状況がどうなるか理解できていない

遅すぎると

- 患者の不安と否認
- 直前に事務的に、もしくは家族のみに
- 医師の配慮、話しにくさ

6

## ACP介入の世界的な流れ

### 健康成人に対するACP

- ACPを知ってもらうことが主目的
- ライフイベントに併せて実施
- 健康関連アウトカムは変わらない

### 病気をもった人に対するACP

- 健康関連アウトカムを改善することが主目的
- 具体的なケアの方針に役立てる
- 予後1年を一つの目安として実施  
(本当のベストタイミングは不明)

7

## 先行研究より

- 自分自身の病気経験よりも、他者からの影響がACPのきっかけになりやすい。
- 大きなニュースやドラマもACPのきっかけだが、特殊な状況の例になりがち
- 自分をよく知る医師とのACPを望む患者は多い
- 日本の特徴：
  - 患者は受け身的（医療者にきっかけを求める）
  - 要介護状態になる前からの早期ACPを許容する

8

## 先行研究より

- 男性は楽観的で  
「家族は当然助け合うもの。何も言わなくても  
どうにかなる。」と思う傾向。
- 女性は家事・介護の苦勞を具体的に想像し、  
「事前に話し合っ準備することが必要。」と  
考える傾向。

9

## 具体的なACP実践のために

- 患者家族の希望や大切にしていることを尋ね、  
探索し、共感し、理解する。そのうえで、  
もしもの時についての話を切り出す。
- 経験を尋ね、その内容を探索する
- ケーススタディによるトレーニングが有用

例) 国立長寿医療研究センター提供  
ACPトレーニングパッケージ

10

## ACPに対する個人的な考え

- 医療介護関係者といえども、患者の「死生観」というプライベートに遠慮なく立ち入る権利はない。
- また、人生の一時期に関わるだけの専門職が、「人の人生を深く理解できる」と思うのはおこがましい。
- しかしそれでも、患者の価値観を「理解しようとする」ことはできるのではないか。
- 多くの患者が医療者とのACPを求めており、また、ACPに様々な効用があるのは明らか。
- ACPを望まない人がいることにも配慮しつつ、謙虚に患者の価値観を理解しようと努力し続ける姿勢が大切。

11

## 最後に

- ACPは、「本人らしい生活」を本人や関係者で話し合いながら考えていくプロセス
- 皆様が日々の業務で実施していることそのもの
- 生活に近い介護職の役割は大きい
- 多職種で連携することが大切
- トレーニングすることでスキルアップし、よりよいACPができるようになる  
(身振り手振り、タイミング、病状変化予測、きっかけの作り方、代理決定者の選定、裁量余地の尋ね方など)

12

## 参考文献

- Silveira MJ, NEJM 2011  
The SUPPORT Study, JAMA 1995  
Karen M, BMJ 2010  
Morrison, J Am Geriatr Soc 2005  
Teno JM, J Am Geriatr Soc 2007  
Detering K, BMJ 2010  
Jones L, Palliat SupportCare 2011  
Billings JA, JAMA Intern Med 2014  
Halima, JAGS 2014  
Deborah, The Gerontologist 2012  
Dow LA, J Clin Oncol 2010  
Fukuda, 日本看護倫理学会誌 2018  
Bernacki R, JAMA Intern Med 2014  
月間緩和ケア 2019年5月号 アドバンスケア・プランニング 光と影

### (3) 質疑応答

#### Q1. ACPのタイミングはいつがよいか。

- ・ 初回のアセスメント時に、どんな最期を迎えたいか聞いている。(永沼氏)
- ・ 作業(陶芸や貼り絵等)の合間に、本音がポロツと出ることも多い。(和田氏)
- ・ 看護師は病気ありきで介入するため、最終段階で介入が開始されることも多い。そのため、介入直後の最初の時点で話を聞くようにしている。(宇田川氏)

#### Q2. 普段どのようなACPの実践をしているか。

- ・ 「娘にご飯を作ってあげたい」と話した方には、作業療法士に来てもらい、亡くなる2日前に豚汁を作って娘に食べてもらった。(永沼氏)
- ・ 「座って家族の顔がみたい」と話した方には、介助されながら座位の姿勢をとり、家族で写真を撮ってもらった。また「どうしても料理を家族に作りたい」と話した方は、起き上がることもできない状態であったため、代わりに私が作って味見をしてもらうことにした。野菜を切る作業をベッドサイドでやったところ、野菜のにおいや音に反応して起き上がった。強い痛みや倦怠感がある状態でも、五感に刺激を与えることで作業ができるようになることもある。(和田氏)
- ・ 近年、VRの技術が発達しているが、元バス運転手の患者が、VRを使って運転時の風景をベッド上で見て喜んだという事例もある。(林氏)

#### Q3. 認知症患者へのACPはどうしたらよいか。

- ・ その方が生きてきた背景や環境、家族等によって認知症の方の気分は大きく変わってくる。そのためアセスメントを丁寧にして“本当はこう思っているのではないか”という想いを探るようにしている。そして、そのことをご家族・他職種と共有している。(永沼氏)
- ・ 本人の意向を確認することが難しい場合は、家族との関わりを重視している。なるべく多く家族と話をすることで、家族とその人の想いに近づこうとしている。(宇田川氏)
- ・ 言葉は少なくとも、患者と接する中で感じたフィーリングを大事にして、それを他職種と共有するようになっている。(和田氏)

#### Q4. ACPにはどんなリスクがあるか。またどのような点に気を付けるべきか。

- ・ ACPは時とともに変わるものだが、患者の気持ちの変化に対して家族の理解が得られず「あの時、お母さんはこう言っていた。」と今の本人の意思に反して無理に実現しようとするケースもある。どこまで歩み寄れるか、双方の調整役として介入するようにしている。(宇田川氏)
- ・ どんな終末期を迎えたいかと聞くと怒られることもある。死に対する恐怖がある人に、その話題を聞くのは難しい場合やNGワードがある場合もある。家族と本人の間で意見にズレが生じることを想定し、家族にはあらかじめ「ケアマネジャーは、ご本人の意向に第一に沿う職業です」と伝えるようにしている。(永沼氏)
- ・ 多職種間で話し合いを繰り返しながら話をすり合わせていくことが大切。意見が家族の中でまとま

っていない時は、①互いの役割、②問題の認識、③ゴール・目標のいずれかにズレが生じていると言われる。これらをもとに、自分の役割は何か、相手の役割は何か、を考えていくと、調整のスキルが身に着けられる。(林氏)

### Q5.本人から希望を聞き出すにはどうすればよいか。

- ・ 重症心身障害児でも、よく観察していると、その子の好きなものがみえてくることもある。そうした関わりを通して、本人の気持ちに寄り添っていくというのもひとつの方法。また、高齢の患者に自身の介護経験（自分の親をどう看取ったか）を聞くこともある。そうすると、「自分もそうになりたい」や「自分は嫌だ」と話してくれることがある。どうしてそう思うのか話を広げることで個々の深い想いを聞くことができる。(林氏)
- ・ 単刀直入に聞くことにしている。そのために、何より日頃のコミュニケーションを大事にしている。自宅の中にある物は、大切だから残している場合も多い。そういう物を探すこともある。(宇田川氏)

## 事例2. 生きる力、食べる喜び、多職種だからできること

### (1) 事例概要

|   |               |             |                 |             |                  |              |            |               |
|---|---------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|--------------|------------|---------------|
| 対象地区：石神井地区  |               |             |                 |             |                  |              |            |               |
| 開催日：令和元年9月13日   |               |             |                 |             |                  |              |            |               |
| <b>コーディネーターおよびパネリスト</b> <table border="0"> <tr> <td>・田中デンタルクリニック</td> <td>田中 賦彦（歯科医師）</td> </tr> <tr> <td>・新江古田訪問看護ステーション</td> <td>神野 富貴子（看護師）</td> </tr> <tr> <td>・メディケアクリニック石神井公園</td> <td>家村 朋美（管理栄養士）</td> </tr> <tr> <td>・ケアプラン華うさぎ</td> <td>高野 忍（介護支援専門員）</td> </tr> </table>   | ・田中デンタルクリニック  | 田中 賦彦（歯科医師） | ・新江古田訪問看護ステーション | 神野 富貴子（看護師） | ・メディケアクリニック石神井公園 | 家村 朋美（管理栄養士） | ・ケアプラン華うさぎ | 高野 忍（介護支援専門員） |
| ・田中デンタルクリニック  | 田中 賦彦（歯科医師）   |             |                 |             |                  |              |            |               |
| ・新江古田訪問看護ステーション   | 神野 富貴子（看護師）   |             |                 |             |                  |              |            |               |
| ・メディケアクリニック石神井公園  | 家村 朋美（管理栄養士）  |             |                 |             |                  |              |            |               |
| ・ケアプラン華うさぎ  | 高野 忍（介護支援専門員） |             |                 |             |                  |              |            |               |
| <p><b>●内容</b></p> <p>摂食・嚥下機能に問題を抱えている利用者の事例を通じて、それぞれの職種に何が出来るのか、多職種でどう連携していけばいいのかグループディスカッション形式で議論を深める。</p> <p><b>●症例紹介とディスカッションテーマ</b></p> <p>&lt;症例①&gt;</p> <p><b>基本情報：</b>77歳 男性 要介護5 妻と同居</p> <p><b>疾患：</b>脳出血後遺症、反復性誤嚥性肺炎</p> <p>3度目の脳出血再発後、誤嚥性肺炎にて入退院を繰り返し、徐々に体力低下と体重減少を認めた。胃ろうを造設し、経口摂取中止したが誤嚥性肺炎は続いていた。本人希望にて、声門閉鎖術と喉頭気管分離術を実施し、自宅退院を果たした。しかし、本人は食べようとしないう状況が続いた。</p> <p>Q1.手術により安全に食べられるようになったが、本人は食べようとしないう。原因として考えられることは何か？</p> <p>Q2.対応策として考えられることは何か？</p> <p>&lt;症例②&gt;</p> <p><b>基本情報：</b>70歳 女性 要介護5 夫・長女と同居</p> <p><b>疾患：</b>パーキンソン病、糖尿病</p> <p>18年前にパーキンソン病の診断を受け、5年前にヤールV度（パーキンソン病の重症度分類で最も重度）となった。数か月前からむせ込みや痰がらみが強くみられ、食事量も減少。日によって摂取栄養量にはムラがあり、1年間で体重は約10kg減少した。本人は3か所のデイサービスを利用しているが、</p> |               |             |                 |             |                  |              |            |               |

食事形態はバラバラであった。

Q1.介護食は常食に比べて摂取エネルギー量が低下しやすいことも踏まえ、在宅での栄養状態評価はどのように行うか？

Q2.訪問歯科の診断により推奨された食形態やとろみ濃度を各施設でどう共有するか？

**<症例③>**

**基本情報：**96歳 女性 要介護5 施設入所中（夫は他界、長男とは別居）

**疾患：**アルツハイマー型認知症、右大腿骨転子部骨折、廃用症候群

13年前にアルツハイマー型認知症と診断された。5年前に自宅で転倒し、右大腿骨転子部骨折にて入院後、施設入所となった。4年前から嚥下機能が低下し誤嚥性肺炎にて熱発を繰り返し、覚醒低下も認められていた。本人はもともと食べることを人生の楽しみとしており、長男もできる限り家族の手で介助をして在宅に戻りたいと考えている。

Q1.在宅復帰に向けて、どのようにして“食を楽しむこと”に対してアプローチすればいいか？

**キーワード：**摂食嚥下 在宅 食事

## (2) 発表内容

○【導入】田中デンタルクリニック 田中 賦彦様

**令和元年度  
事例検討会**

**「生きる力、食べる喜び、  
多職種だからできること」**

公益社団法人練馬区歯科医師会  
地域医療委員会委員長 田中 賦彦

### 目的

摂食・嚥下機能に問題を抱えている  
利用者の事例を通じて、  
それぞれの職種には何ができるのか、  
多職種でどう連携すればいいのかを学ぶ

2

## 本日の流れ

1. 「在宅における摂食・嚥下障害のある方への対応」
2. パネリストによる事例発表とグループディスカッション
  - ▶新江古田訪問看護ステーション : 神野 富貴子氏
  - ▶メディケアクリニック石神井公園 : 家村 朋美氏
  - ▶ケアプラン華うさぎ : 高野 忍氏

- 事例紹介
- グループディスカッション
- グループ発表
- まとめ

3

## 令和元年度 第2回在宅療養事例検討会

## 在宅における摂食・嚥下障害のある方への対応

公益社団法人練馬区歯科医師会

地域医療委員会委員長 田中 賦彦

練馬区口腔保健センター

## 練馬つつじ歯科診療所

- 練馬区委託  
練馬区歯科医師会運営
- 開設  
平成7年7月
- 場所  
練馬区役所東庁舎3F



### 摂食嚥下リハビリテーション外来

指導医の管理下において摂食機能療法(リハビリテーション)

#### ●つつじ歯科診療所(外来)

9:00~13:00(第2、4、5(3)火曜日)

指導医 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座  
植田 耕一郎先生等

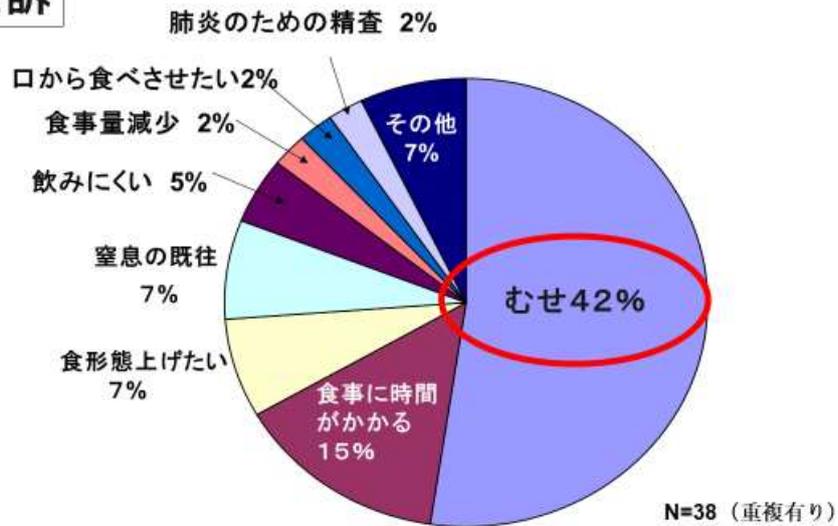
#### ●訪問診療

9:00~13:00(第1、3、2(5)水曜日)

指導医 東京医科歯科大学歯学部高齢者歯科学講座  
戸原 玄 古賀 ゆかり先生

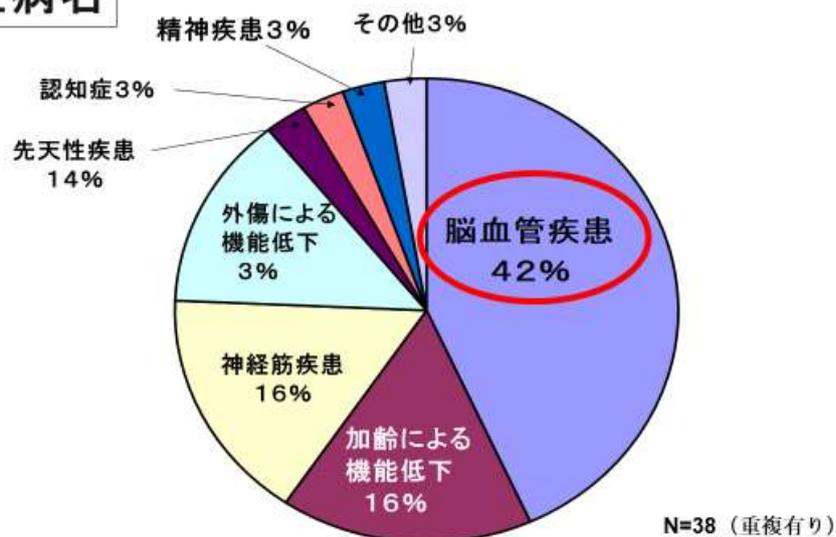
▶外来

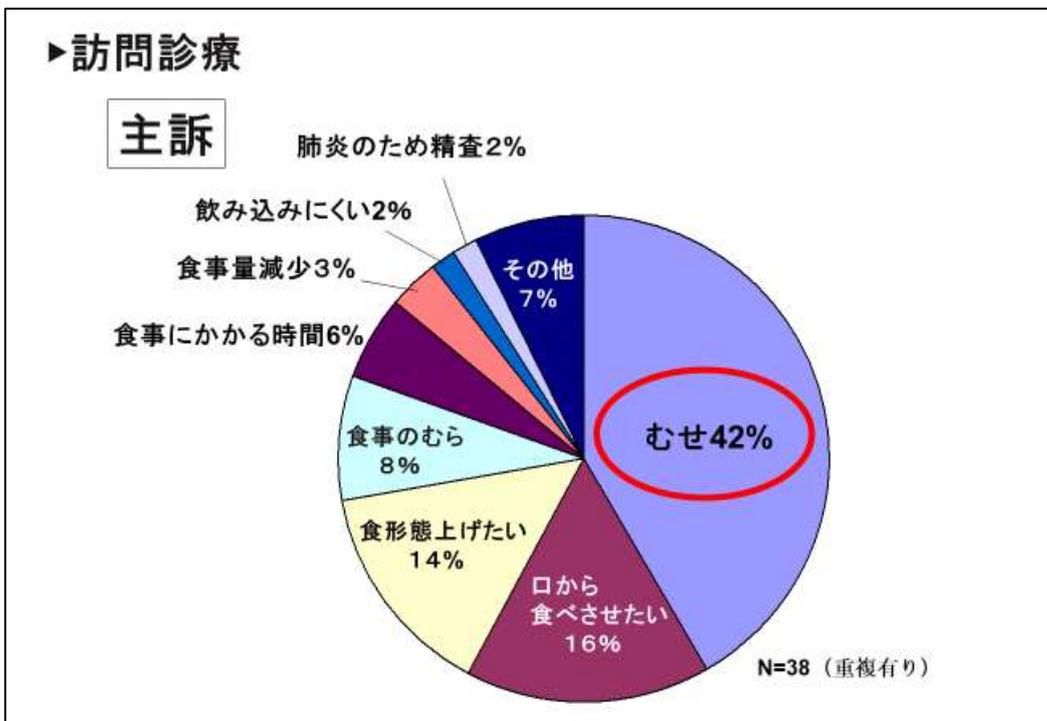
主訴



▶外来

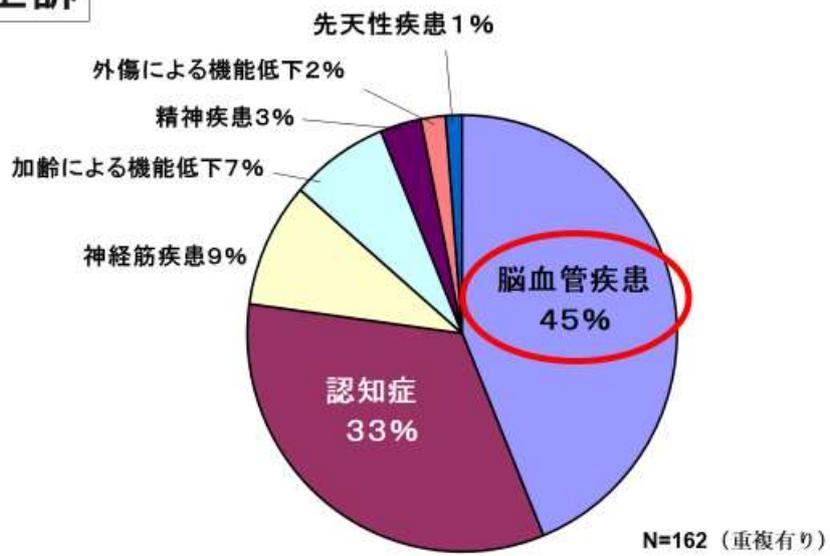
主病名



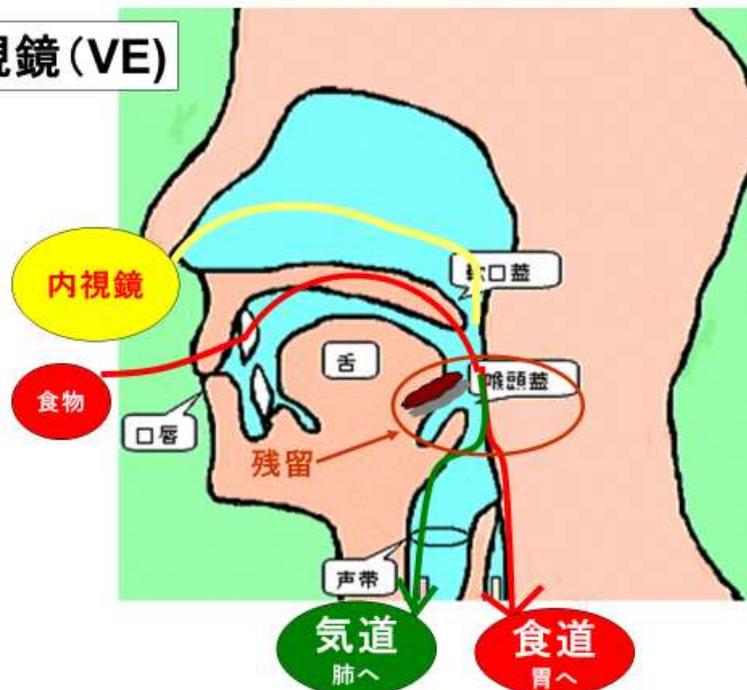


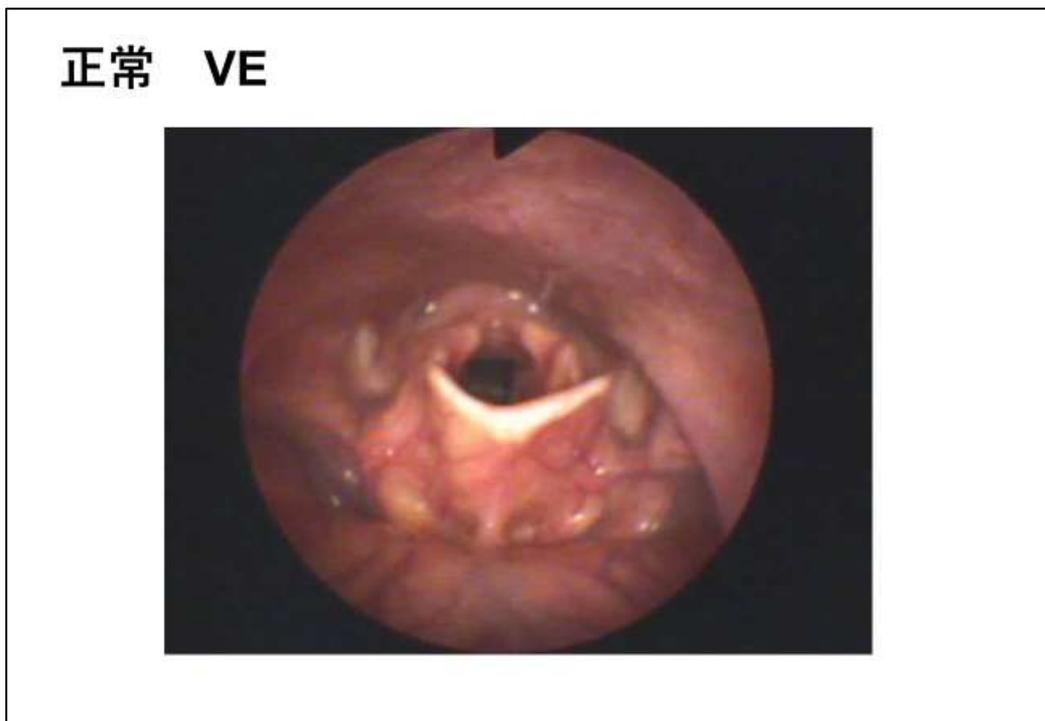
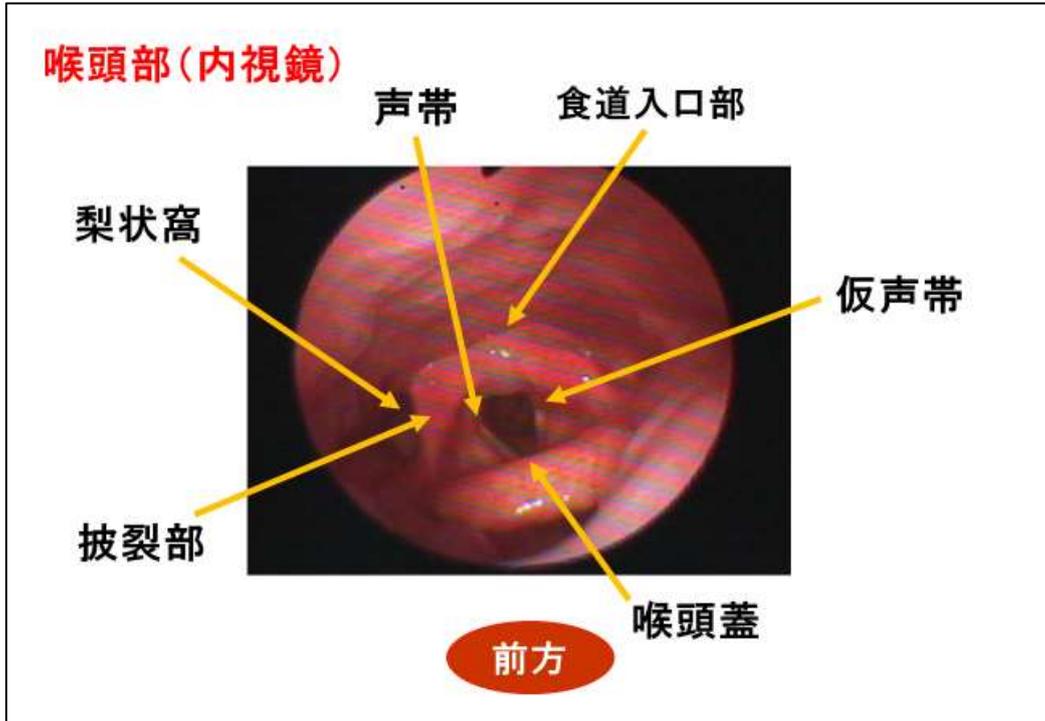
▶訪問診療

主訴



内視鏡 (VE)





## 摂食・えん下機能支援事業について

### 背景

#### 1. 高齢者人口の増加

**158,760人** (平成31年4月1日現在)

#### 2. 摂食・えん下機能の低下による問題

- ・要介護高齢者の**約18%**が何らかの摂食・えん下障害を持つ
- ・区内の推計 **約5,700人** (25,654人※×18%)

※要介護1～5の人数の合計  
(平成31年3月末日現在)

#### 3. 練馬つつじ歯科診療所

摂食・嚥下リハビリテーション外来での経験

(平成18年5月～)



**むせることはありませんか？  
食べたり、飲んだり  
うまくできますか？**

放っておくと菌毒性肺炎を引き起こすかもしれません

**練馬区民  
要介護1-5  
(特1)の方** **練馬区の無料検査を受けましょう！**  
**摂食・えん下機能支援センター**へお申し込み  
ください！

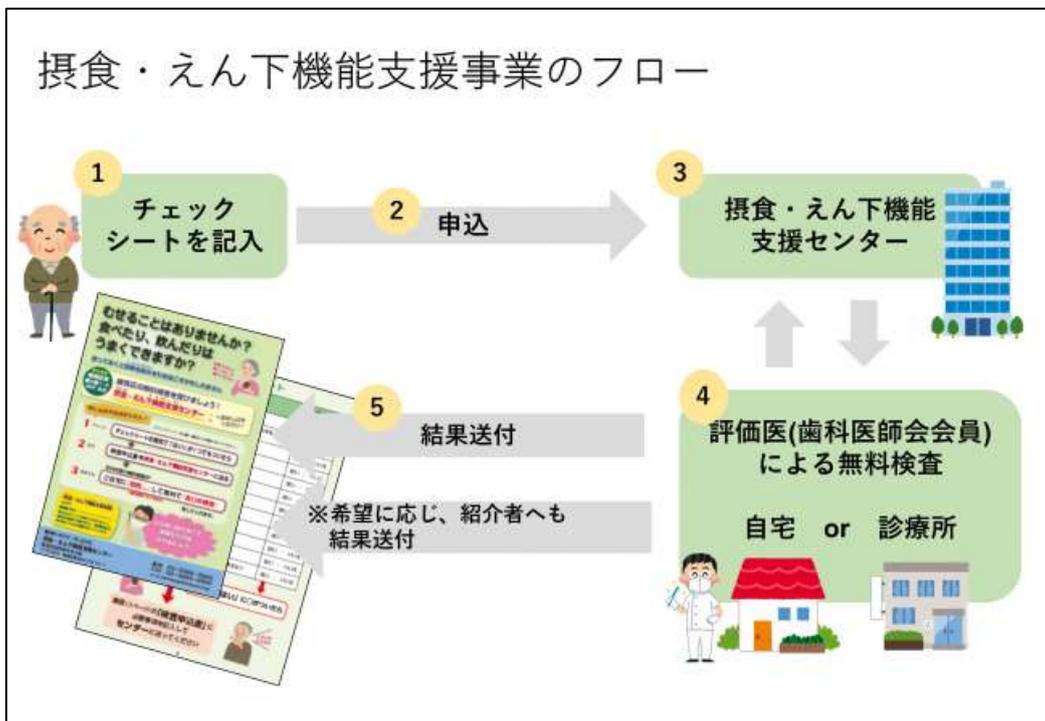
**申し込み方法はかんたん！**

- 1 チェック **チェックシートの質問で「はい」が1つでもついたら**
- 2 送る **検査申込書を摂食・えん下機能支援センターに送る**
- 3 検査する **区内の協力歯科医師が  
ご自宅に「訪問」して無料で「お口の検査」  
※歯科医師でもできます。 をしてくれます。**

自分の口から食べて  
健康な生活を  
送りたい。

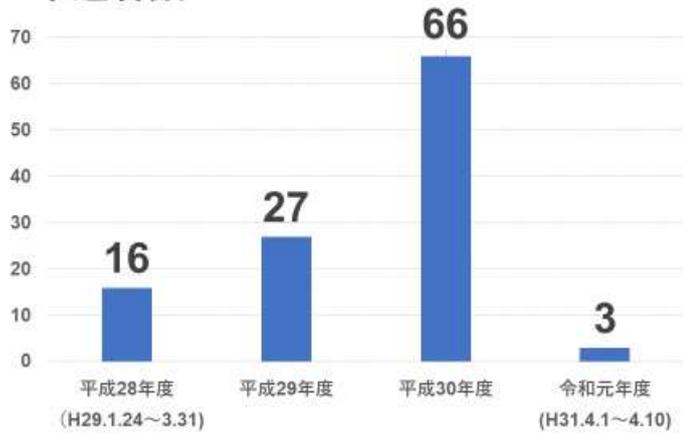
お問い合わせ・申し込み先  
**摂食・えん下機能支援センター**  
練馬区役所東庁舎3階  
〒176-0012 練馬区新木3丁目12-1

電話 03-5994-5843  
FAX 03-3993-2500  
メール nerimaeng@thsa.orc.ne.jp



### 事業実績①

#### 申込者数

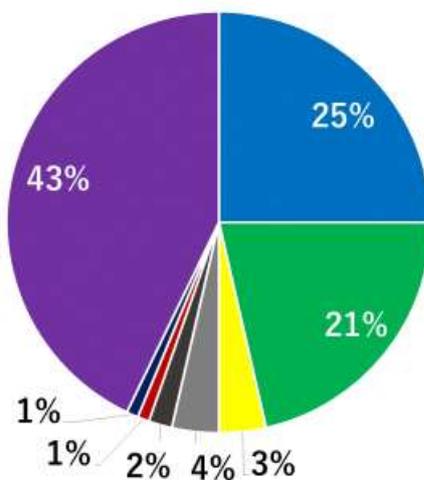


#### 申込者の属性

|       |            |
|-------|------------|
| 総申込者  | 112人       |
| 男女比   | 男53<br>女59 |
| 年齢平均  | 82歳        |
| 介護度平均 | 2.8        |

### 事業実績②

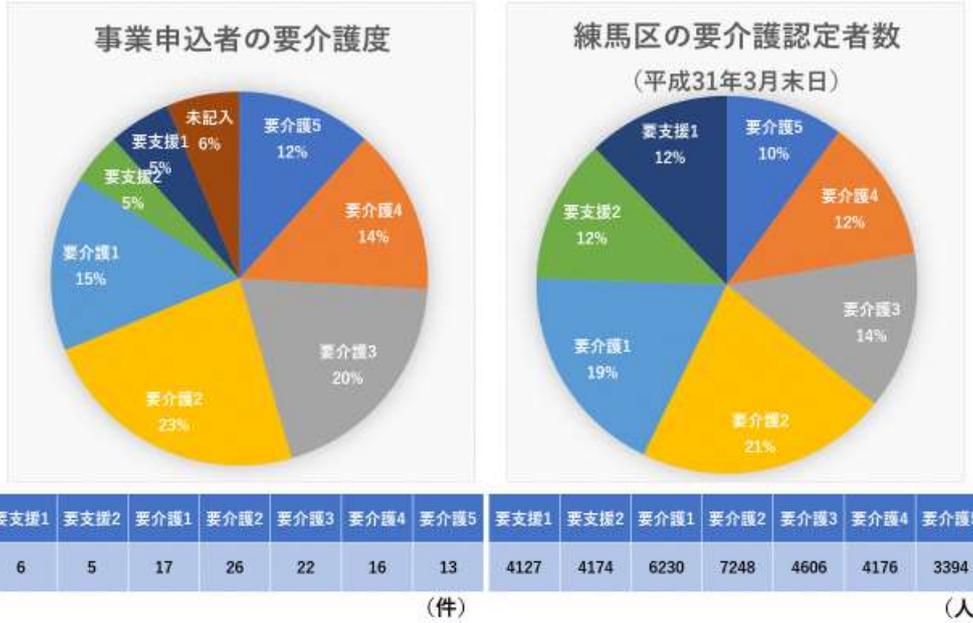
#### 事業の紹介職種



#### 事業の紹介者職種

|         |      |
|---------|------|
| 看護師     | 28件  |
| ケアマネジャー | 24件  |
| 医師      | 4件   |
| 薬剤師     | 4件   |
| 言語聴覚士   | 2件   |
| 保健師     | 1件   |
| 家族      | 1件   |
| その他・未記入 | 48件  |
| 計       | 112件 |

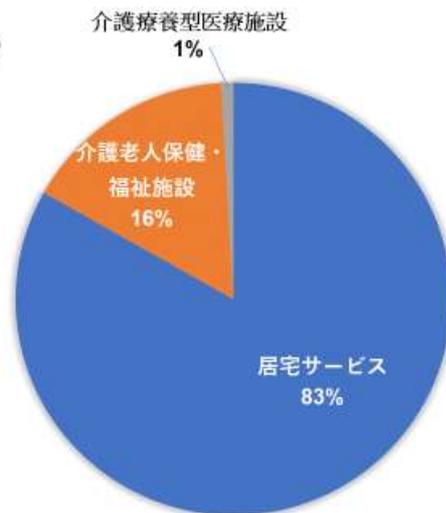
### 事業実績③



### 参考

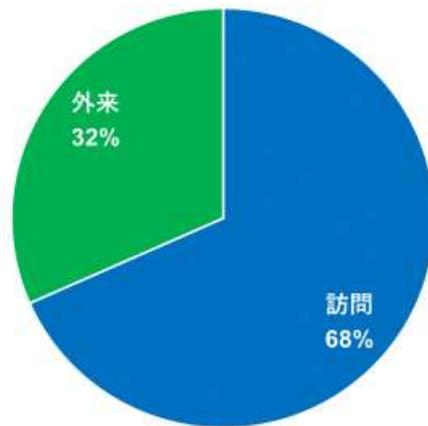
練馬区介護保険利用状況 24,657人  
(要介護認定者数 33,955人)

| サービス種類      | 人数      |
|-------------|---------|
| 居宅サービス      | 20,511人 |
| 介護老人保健・福祉施設 | 3,925人  |
| 介護療養型医療施設   | 221人    |
| 合計          | 24,657人 |
| 参考：要介護認定者数  | 33,955人 |



### 事業実績④

#### 評価の実施場所



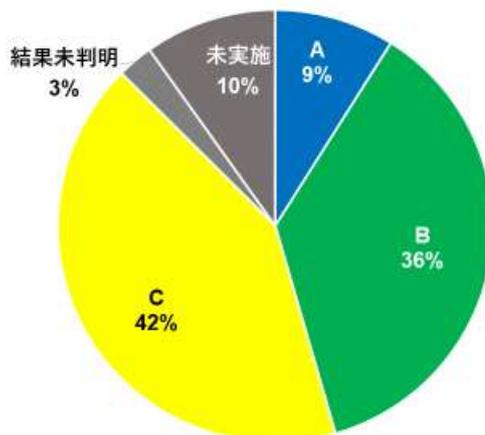
| 評価実施場所 |      |
|--------|------|
| 訪問     | 67件  |
| 外来     | 31件  |
| 未実施    | 14件  |
| 計      | 112件 |

### 事業実績⑤

#### 【評価と対応】

- A：異常なし 経過観察
- B：軽度の異常あり 介護予防のご紹介
- C：異常あり 歯科医師または医師による精密検査

#### 判定結果



| 判定結果  |      |
|-------|------|
| A     | 10件  |
| B     | 41件  |
| C     | 47件  |
| 結果未判明 | 3件   |
| 未実施   | 11件  |
| 計     | 112件 |

○【事例①】新江古田訪問看護ステーション 神野 富貴子様

令和元年度 事例検討会

事例①

新江古田訪問看護ステーション  
神野 富貴子（看護師）

患者情報（1）

A様 77歳（男性）

●要介護5 寝たきり度B-2

●家族背景：

- ・持ちマンション3階(EV有)妻(主介護者)と2人
- ・同マンション2階長男夫婦
- ・隣区に次男家族(妻、小1、小6の子2人)頻繁に訪問有

## 患者情報（2）

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>診断名</b>             | 脳出血後遺症(再発性脳出血)<br>反復性誤嚥性肺炎<br>症候性てんかん<br>高血圧  |
| <b>介護保険<br/>使用サービス</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■通所サービス 2回/週</li> <li>■訪問入浴 1回/週</li> <li>■訪問リハビリ 2回/週</li> <li>■訪問看護 1回/週</li> <li>■訪問診療 2回/月</li> <li>■福祉用具貸与<br/>(特殊寝台及び付属品 車椅子)</li> </ul> |

## これまでの経過

|                |   |
|----------------|---|
| <b>H27年11月</b> | 3度目の脳出血再発<br>(初回：H14.9 2回目：H16.11)<br>左半身麻痺 言語障害 症候性てんかん後遺症あり<br>リハビリ後在宅療養継続                            |
| <b>H27年11月</b> | 以降誤嚥性肺炎にて入院繰り返す<br>→徐々に体力低下、体重減   |
| <b>H28年 5月</b> | 胃ろう造設(経口摂取中止) <span style="background-color: #ffffcc; padding: 2px;">それでも誤嚥性肺炎続いたため、<br/>本人の希望にて</span> |
| <b>H31年 4月</b> | 声門閉鎖術+喉頭気管分離術実施 <span style="font-size: 2em; color: orange;">←</span>                                   |
| <b>H31年 5月</b> | 退院(入院中経口摂取 1回のみ)  |

4

## アセスメント

- 身長：160.0 体重：43.0 BMI：16.8
- 胃ろう注入 1200\*<sub>6</sub>カロリー/日 水分800m l /日  
服薬注入
- 寝室ベッド上で1日過ごす  
→リハビリでリビングまで一部介助歩行可
- 排泄全介助（排便→浣腸施行）
- 気管切開のため呼吸管理必要（痰吸引・HOT）
- 全身状態管理の必要性  
（脳梗塞再発作・呼吸管理・てんかん・排泄管理など）
- 気管切開のため発声不可  
→コミュニケーション(非言語コミュニケーション)  
精神面での支援

## 問題提起

ご本人・ご家族ともに  
『手術をすれば食べられる』と楽しみにしていた

手術によって安全に食べられるようになったが、  
**ご本人は食べようとしません。**  
この原因として考えられることは何か？  
その際の対応策にはどんな事が考えられるか？

※医師からは、「機能的には好きなお酒でも大丈夫。胃ろうが必要なくなる事もある」とご本人も説明を受けている

○【事例②】 メディケアクリニック石神井公園 家村 朋美様

令和元年度 事例検討会

事例②

メディケアクリニック石神井公園  
管理栄養士 家村 朋美

患者情報（1）

**M様 70歳（女性）**

- 要介護5 寝たきり度B-2
- 家族背景：夫、長女と同居
- 診断名：パーキンソン病  
乳がん術後  
狭心症  
高脂血症  
糖尿病

## 患者情報（2）

|          |   |
|----------|---|
| 訪問診療導入理由 | ADLの低下により、通院困難となったため  |
| 使用サービス   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問看護 1回/週</li> <li>■ PT 1回/週</li> <li>■ ST 1回/週</li> <li>■ 訪問調剤</li> <li>■ 訪問歯科(つづじ歯科)</li> <li>■ 訪問診療</li> <li>■ ヘルパー(食事介助：1回/週、デイサービス帰宅時介助等：3回/週)</li> <li>■ デイサービス (月～土)</li> </ul> |
| 栄養指導導入理由 | むせ込みや痰がらみが増え、食事量が低下したことを長女が心配し、栄養士の介入となった。  |

## これまでの経過

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| H12年  | パーキンソン病と診断                      |
|       | ヤール <sup>※</sup> 5度             |
| H26年  | ※パーキンソン病の病気の重症度分類 (<軽>1度→5度<重>) |
|       | 見守り歩行不可能、歩行介助、食事のむせ             |
| H30年  | 通院困難のため、訪問診療開始                  |
| R元年5月 | むせ込みや痰がらみが強くなり、食事量の低下を心配        |
| R元年6月 | 誤嚥を繰り返す。慢性誤嚥                    |

## アセスメント

●**体重** 48kg(BMI:22) 1年で約10kgの体重減少

●**1日摂取栄養量**

▷調子の良い日は1000~1200kcal前後

▷調子の悪い日は500~600kcal

▷たんぱく質量が少ない

朝：牛乳・バナナ・チョコステックパン

昼：デイサービス

夕：プリンやティラミス、アイスクリーム

脂質が多く、  
たんぱく質が少ない食事

●**食事に関わるスタッフが多い**

食事介助をするヘルパー2名 デイサービス3か所利用

各施設ごとの刻み食



## プラン

1. **摂取エネルギーが足りないときの補充方法提案**
  - MCTオイルの添加(小さじ1杯45kcal)
  - 食事を摂れなかった次の日、牛乳の代わりに栄養補助食品を使用
2. **たんぱく質量の強化**
  - たんぱく質強化のため、ヨーグルト・きなこの使用を提案
3. **食事形態・食事介助方法の共有**
  - とろみの濃度・食事形態、介助方法の共有

## 問題提起

### 1. 栄養状態の評価

介護食は常食に比べ、摂取エネルギー量が落ちやすい。  
(ミキサー食では常食の60%しかエネルギーが摂れないといわれています。)

そのことも踏まえ、**在宅での栄養状態の評価はどのように行うか。**

### 2. 食事形態の共有

食事形態の名称や段階の幅は、各施設で異なる。

つじ歯科の診断より推奨された、「**刻み食**」の形態や「**とろみ**」の濃度を共有するにはどうしたら良いか。

○【事例③】 ケアプラン華うさぎ 高野 忍様

令和元年度 事例検討会

事例③

ケアプラン華うさぎ  
高野 忍 (ケアマネージャー)

患者情報

**E様 96歳 (女性)**

●要介護5 寝たきり度C-1

●家族背景：

施設入所中。夫は10年前に他界。

長男（既婚）がいるが別居している。

●診断名：

アルツハイマー型認知症 (H18年)

右大腿骨転子部骨折 (H26年)

廃用症候群 (H27年)

## これまでの経過

|           |   |
|-----------|---|
| H18年      | アルツハイマー型認知症と診断                                  |
| H20年      | 徐々に徘徊、収集癖、昼夜逆転等がみられ始める                          |
| H26年9月    | 自宅で転倒し、右大腿骨転子部骨折にて入院                            |
| H26年11月   | 施設入所  |
| H27年10月～  | 嚥下状態が悪化し、むせ込むことが増え始める                           |
| H27年12月～  | 誤嚥性肺炎にて熱発を繰り返し始める<br>施設でもADLの低下から胃ろうの造設を薦められ始める |
| H28年5月31日 | 施設を退所し、長男自宅で同居を開始することとなった                       |

## アセスメント

- 身長 148cm 体重 42kg (BMI: 19.1)  
※前年から比べて15kg体重減少
- 筋力低下は全身にみられているが、麻痺、拘縮はみられていない
- 声掛け（閉じられた質問に対して）にて意思確認も可能
- 生活全般的に全介助で行っている
- 1日の摂取量：1日、1500kcalで提供しているが、食事量が低下しており二分の一量の時もみられている（ミキサー食）
- 食事量が少ない場合は、処方されている経腸栄養剤の経口により補っている
- 水分についてもとろみ剤を使用

## 1日の過ごしかた

- 食事以外はベット上で過ごしている
- 臀部、かかとも赤みがみられており褥瘡形成のリスクが高い
- 食事中はリクライニング車椅子に座って70度程度の背もたれの傾斜姿勢で食事を行うことが多い
- 意識覚醒がされていないのか、ぼーっとしていることが多い
- 施設では誤嚥を起こさないように、胃ろうを薦められている

5

## 問題提起

### ご家族(長男)

本人は食べることを人生の楽しみとしていた経緯があり  
(よく家族でも外食していた)、自宅でどうにか食事を  
楽しめるようにできないかと考えている

胃ろうなどは造設を希望していない  
最後に在宅に戻って自分たちでできる限り介助をして  
過ごしてもらいたい気持ちがある

在宅復帰に向けて、導入部分において、  
どのようにして“**食を楽しむ**”に対してアプローチを  
行っていったらいいか。

6

### (3) 検討内容

＜症例①＞手術をしたのに、本人が食べようとしな

#### Q1.原因として考えられることは何か？

- ・絶食による嚥下機能の低下
- ・口腔内の乾燥等
- ・歯（義歯）の適合不全
- ・味覚や嗅覚の変化
- ・空腹感が乏しい
- ・誤嚥に対する恐怖心、トラウマ
- ・言語表出困難によるうつ状態
- ・家族に迷惑をかけることへの不安

#### Q2.原因への対応策にはどのようなことが考えられるか？

- ・STの介入（嚥下機能の再獲得）
- ・口腔ケア
- ・胃ろうからの栄養量を減らしてみる
- ・排便コントロール
- ・香りや味の異なるものを試してみる
- ・楽しく食べられる環境づくり（思い出の飲食店に行く、孫が介助する）
- ・本人の気持ちに寄り添い、意欲を取り戻せるように介入
- ・内服によるうつ状態の改善
- ・精神科の介入

＜症例②＞

**Q1.在宅での栄養評価の方法は？**

- ・ 体重測定（むくみによる見かけの体重増加に騙されないように注意する）
- ・ BMI 計算
- ・ 採血検査（アルブミン値）
- ・ 皮膚の状態チェック
- ・ ふくらはぎの最大周径
- ・ 排泄チェック
- ・ 家族と施設で食事摂取状況の記録
- ・ 管理栄養士に介入してもらう

**Q2.刻み食の形態やとろみの濃度を、多施設で共有するために必要なことは？**

- ・ サービス担当者会議の際に実物を見て共有
- ・ 写真や動画での共有
- ・ 客観的な指標で共有する「●mlにとろみ剤▲g」「●cm角でカット」等  
（とろみ剤は温度で粘度が変わるため注意）
- ・ 同じメーカーのとろみ剤を使用
- ・ 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の基準を共有
- ・ 介護食を指標にする
- ・ とろみ濃度は、薄いとろみ・中間のとろみ・濃いとろみで分類されている。フレンチドレッシング状・とんかつソース状・ケチャップ状と表現すると伝わりやすい
- ・ 栄養指導 Navi ([https://healthy-food-navi.jp/?post\\_type=search&p=75](https://healthy-food-navi.jp/?post_type=search&p=75)) にまとめられている、日本摂食嚥下リハビリテーション学会分類に対応した他分類(嚥下食ピラミッド、特別用途食品、ユニバーサルデザインフード (UDF)、スマイルケア食)を参考にする

<症例③>

Q1.在宅復帰に向けて、“食を楽しむ”にはどのようなアプローチが必要か？

- ・ 覚醒を上げるために、睡眠薬等のコントロール
- ・ 家族が集まって食卓を一緒に囲む機会を作る
- ・ 好きな食べ物を提供
- ・ 視覚で楽しめる食事を提供
- ・ 昔行った思い出の飲食店に行く
- ・ 長男が介護で手いっぱいにならないよう、介護負担を軽減する介護プラン
- ・ 一生懸命な家族ほど、量を食べさせることを義務のように感じてしまうため、家族には「誤嚥をしても当たり前」くらいの認識をもってもらう
- ・ 姿勢調整や適切な食形態の提案
- ・ 適宜、栄養補助食品を利用する
- ・ 退院前に家族への食事介助指導を行う
- ・ 退院前に外出、外泊をして長男に具体的な負担感を理解してもらう
- ・ 胃ろうを造設した上で、経口摂取を楽しむ選択肢も提案

## 事例3. 透析を選択しなかった人

### (1) 事例概要

|  |
|--|
| 対象地区：大泉地区<br>開催日：令和元年11月19日  |
| <b>コーディネーターおよびパネリスト</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 辻内科循環器歯科クリニック 院長 辻 正純（医師）</li><li>・ 大泉学園ふきのとう 看護師長 山本 悦子（看護師）</li><li>・ 訪問看護ステーションふきのとう 所長 鈴木 浩子（看護師）</li></ul>  |
| <b>●内容</b> <p>腎不全患者でありながら、透析を選択しなかったケースを通じて、本人の気持ちをどのタイミングで確認できるのか、どのような情報を誰から得るべきなのか、ACPの視点からグループディスカッション形式で議論を深めた。</p> <b>●症例紹介とディスカッションテーマ</b> <p>&lt;症例&gt;<br/><b>基本情報：</b> 83歳 男性 妻と同居<br/><b>疾患：</b> 腎不全、心不全、認知症、脳梗塞後遺症</p> <p>高血圧にてかかりつけのクリニックに外来通院していたが、腎盂癌に対する右腎摘出により腎不全が悪化したため、かかりつけ医の紹介により大学病院腎臓内科への外来通院を開始した。大学病院およびかかりつけ医にて何度も透析導入を提案されるが本人は拒否。家族は透析を導入してほしいと考えながらも周囲に相談できずにいた。心不全と腎不全の進行に伴い、複数の病院に入院を繰り返し、認知症も悪化していった。家族は自宅での看取りを覚悟して、透析を導入せずに在宅療養を開始した。</p> <p>Q1. 症例を通して見えてきたACPを考える上での課題は？<br/>Q2. 意思決定支援の対象からすり抜けてしまった本症例と家族を、どうすれば対象として拾い上げることができたか？</p> |
| <b>キーワード：</b> 透析 意思決定支援 在宅看取り  |

## (2) 発表内容

○辻内科循環器歯科クリニック 辻 正純様

令和元年度 第3回  
練馬区在宅療養事例検討会

### 「透析を選択しなかった人」

■コーディネーター：辻 正純  
(辻内科循環器科歯科クリニック院長)

■司会進行：山本 悦子  
(辻内科循環器科歯科クリニック 看護師長)

■パネリスト：鈴木 浩子  
(訪問看護ステーションふきのとう 所長)



令和元年11月19日

1

## 本日のながれ

1. 「ACP(advance care planning)」について
2. 事例紹介
  - (1) 在宅療養に至るまでの経過
  - (2) 在宅生活・家族との関わり
3. グループワーク
4. まとめ
5. 参考

2

## ACP (advance care planning) 人生会議

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

- ①意思決定能力を失った場合に備えたあらゆる計画
- ②ご本人、ご家族、そして医療・ケア提供者との「話し合いのプロセス」
- ③繰り返し関係者と検討を加えること、実際に医療の場に希望が反映されることが重要

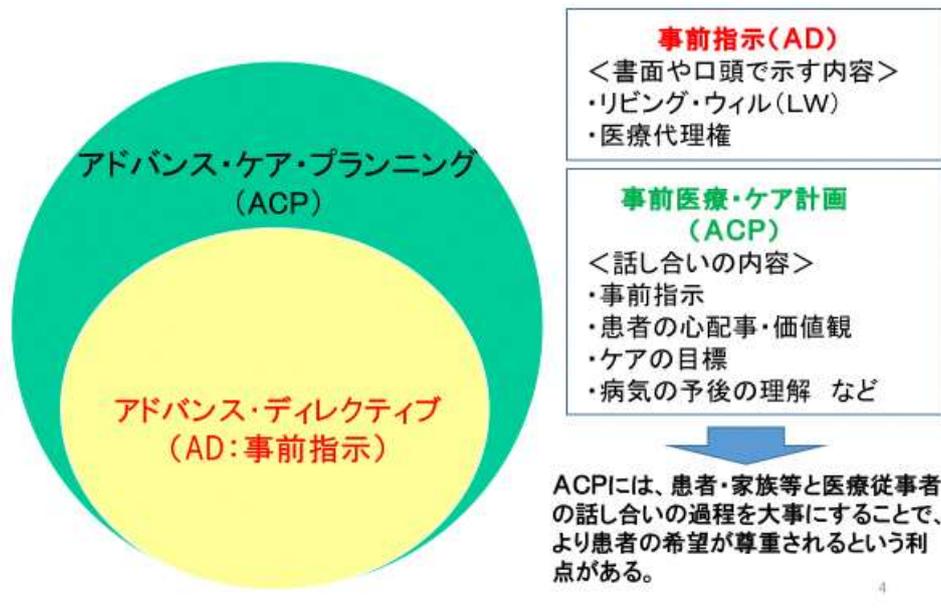
<主な検討事項>

- ①本人の価値観や思想信条
- ②今後受たい医療やケア、受けたくない医療やケア
- ③自分の代わりに医療やケアの決定をしてもらいたい人
- ④希望する看取りの場所

健康についての自己管理能力の向上も期待して!

3

## ADとACPの関係



4

## なぜ、ACPが求められるのか

### <エンディングノートなどを使った事前指示の問題点>

- ①将来のあらゆる状況を想定して指示することは困難
- ②ご本人が家族と治療の希望について話し合っていないことがある
- ③医療の決定を行う代理人の負担が大きくなる
- ④環境が変わる時、書面がどこにあるかわからなくなる
- ⑤ご本人がAD（事前指示）書面を完成させていないことがある
- ⑥いったん作成されると、状況の変化が反映されなくなる
- ⑦ADに従わない医師がいる

#### ADの所有率

|             |     |
|-------------|-----|
| 米国（AD関連法あり） | 30% |
| 英国（AD関連法あり） | 5%  |
| 日本（AD関連法なし） | 3%  |

5

## 1. 「ACP(advance care planning)」について

### 2. 事例紹介

#### (1) 在宅療養に至るまでの経過

#### (2) 在宅生活・家族との関わり

### 3. グループワーク

### 4. まとめ

### 5. 参考

5

## 症例

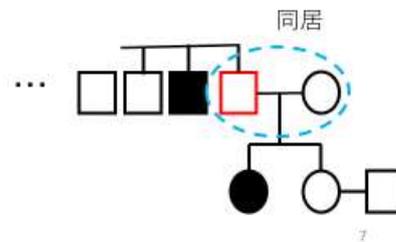
### 83歳、男性

#### 【診断名】

腎不全、心不全  
認知症、脳梗塞後遺症

#### 【家族構成】

妻 (79歳):うつ病、統合失調症  
夫に怒鳴られ精神不安定  
長女(55歳):川崎市在住



## 症例

### 【現病歴】

- 2002年05月 (67歳) : 高血圧のため当院初診
- 2005年12月 (70歳) : 脳梗塞
- 2006年05月 (71歳) : 腎盂がんに対してS病院にて右腎摘除
- 2013年12月 (77歳) : 洞不全症候群\* (SSS) にてペースメーカー埋込  
: J大学病院通院、**透析を勧められるが、拒否**
- 2017年 (77歳) : 腎不全が進行
- 2018年01月 (83歳) : 心不全+腎不全にてJ大学病院入院
- 2018年02月 (83歳) : 認知症悪化、J大学病院から療養型H病院へ転院  
: **透析導入を改めて拒否** (3月17日退院)
- 2018年03月20日 : **在宅医療開始**

\*洞不全症候群 (SSS) : 生理学的に適切でないレートで心臓興奮が引き起こされる、いくつかの病態を指す。洞不全症候群には以下のものを含む—不適切な洞徐脈、徐脈頻脈症候群、洞停止、洞房ブロック

### 経過①

|                        | 1997年                              | 2002年       | 2005年  |                        | 2006年                     |               | 2010年      | 2011年  | 2012年      |
|------------------------|------------------------------------|-------------|--|------------------------|---------------------------|---------------|------------|--------|------------|
|                        |                                    | 5月          | 9月   | 12月                    | 5月                        | 9月            | 10月        | 11月    | 7月         |
|                        | 62歳                                | 67歳         | 70歳  | 70歳                    | 71歳                       | 72歳           | 75歳        | 76歳    | 76歳        |
|                        | 他院にて<br>高血圧、<br>高尿酸<br>血症の<br>治療開始 | <b>当院初診</b> | -----S病院-----                                    |                        |                           |               | 多発性<br>脳梗塞 | 狭心症    | 洞房<br>ブロック |
|                        |                                    |             | PSA高値<br>(7.85)<br>S病院紹介<br>※PSA<br>前立腺の異常<br>検出 | 腎盂癌<br>Class IV<br>と診断 | 右腎、<br>右尿管<br>摘出          | 脳梗塞<br>(TIA様) |            |        |            |
| 血圧                     |                                    | 160/90      | 150/90   | 127/90                 | 140/90                    | 130/80        | 130/80     | 130/80 | 120/80     |
| 血中尿酸値BUN<br>7~23mg/dL  |                                    | 18          | 16   | 19                     | 19                        | 28            | 27.8       | 25.2   | 35.0       |
| クレアチニン<br>Cr<1.2mg/dl  |                                    | 1.1         | 0.99   | 1.1                    | 1.1                       | 1.98          | 1.79       | 1.89   | 2.24       |
| 推算糸球体ろ過値<br>eGFR>90    |                                    | 52.7        | 48.5   | 52.7                   | 52.7                      | 27.4          | 29.5       | 27.8   | 23.7       |
| カリウム<br>K 3.5~5.0mEq/L |                                    | -           | -  | -                      | 4.9                       | 5.6           | 4.6        | 4.5    | 5.5        |
| 透析・<br>治療方針            |                                    |             |  |                        | @S病院<br>今後<br>透析必要<br>と宣告 |               |            |        | 9          |

### 経過②

|                        | 2013年                                 |   | 2015年  | 2016年   | 2018年                  |  |   |                |
|------------------------|---------------------------------------|---|--------|---|------------------------|--|---|----------------|
|                        | 4月                                    | 12月   | 10月    | 8月  | 1/8~17                 | 2/2~9  | 2/9~3/17  | 3/20           |
|                        | 78歳                                   | 79歳   | 81歳    | 82歳   | 83歳                    |  |   |                |
|                        | 脳梗塞<br>左後頭葉<br>右同名半<br>盲<br><br>軽度認知症 | 洞不全<br>症候群<br>ペース<br>メーカー<br>埋込み                  |        | A病院<br>(入院)<br><br>めまい  | H病院<br>(入院)<br><br>心不全 | J大学病院<br>(入院)<br><br>腎機能<br>悪化、<br>せん妄・<br>易怒性 | H病院<br>(入院)<br><br>認知症<br>悪化<br>拒食拒食<br>介護拒否<br>HDS-R 16点 | 当院受診<br>訪看導入   |
|                        | J大学病院腎臓内科 通院 →                        |   |        |   |                        |  |   |                |
| 血圧                     | 140/80                                | 120/70  | 148/50 | 140/80  |                        |  |   | 100/60         |
| 血中尿酸値<br>BUN 7~23mg/dL | 23.6                                  | 42.5  | 41.6   | 55.2  |                        | 84.3   |   | 111.1          |
| クレアチニン<br>Cr<1.2mg/dl  | 2.00                                  | 3.04  | 4.37   | 4.95  |                        | 7.0  |   | 9.4            |
| 推算糸球体ろ過値<br>eGFR>90    | 26.3                                  | 16.3  | <10    | <10   |                        | <10  |   | <10            |
| カリウム<br>K 3.5~5.0mEq/L | 4.4                                   | 5.9   | 5.9    | 5.5   |                        | 4.8  | 2.7   | 2.1            |
| 透析・<br>治療方針            |                                       | @J病院<br>透析を勧め<br>られるが、<br>本人は拒否。<br>家族は導入<br>したい。 |        | @社クリ<br>ニック<br>透析勧めら<br>れるが、本<br>人拒否。<br>一人で受診。<br>家族に話し<br>ていない。 |                        | @J病院・<br>H病院<br>本人改めて<br>透析拒否                  |   | 家族は在宅<br>看取り覚悟 |
|                        |                                       |   |        |   |                        |  |   | 10             |

○訪問看護ステーションふきのとう 鈴木 浩子様

1. 「ACP(advance care planning)」について
2. 事例紹介
  - (1) 在宅療養に至るまでの経過
  - (2) 在宅生活・家族との関わり
3. グループワーク
4. まとめ
5. 参考

11

### 訪問看護開始時の評価 (2018/3/20)

キーパーソン：長女

|      |   |
|------|---|
| 身体所見 | 嘔気、食欲不振、倦怠感、<br>低カリウム、クレアチニン等は高値  |
| 認知機能 | ・内服はヘルパーによる全介助<br>・聴力低下あり、どこまで聞こえているか不明   |
| ADL  | ・尿意便意あり、トイレまでは何とか介助歩行可能<br>・食事は用意があれば何とか自分で摂取可<br>・ほぼ寝たきり状態<br>・保清はほぼ全介助、シャワー等の介助は危険が伴い実施せず |

その他サービス：定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス  
 薬局による配達（居宅療養管理指導）

} 訪看導入と  
 同時に開始

12

### 家族の反応

**3月20日 訪問看護開始(2日に1回訪問)**

 透析はしない。入院はさせない。  
病院で死なせたくない。  
最後まで大好きな家にいさせてあげたい。

 (不安…)

**4月6日 食欲低下、不安に思った家人から点滴の希望あり  
往診時、主治医から点滴のデメリットを説明**

 分かりました…点滴はしません。  
入院させず、家で看取ります。  
でも、母の精神状態が心配…。

 主人の状態が変わってきて不安…  
夜も眠れません…

**4月7日 不穏増悪しベッドから何度も転落**

 本人は死に対してとても不安なんだと  
思います。見守ってやってほしい。

**4月12日 看取り**

 自宅に連れて帰ってこれで、  
ホッとしました。

 自宅で看取れてよかった。  
みなさんに感謝します。

### 症例理解：看取り後にわかったこと

**症状に対する認識のずれ**

右腎全摘の際に、S病院医師から「いずれ透析になる可能性が高い」と説明されたが、**本人は癌をとったので“治った”**と**思っていた**。

**透析拒否の理由**

家族は当初、透析を勧めたが、本人は頑として透析を拒否した。  
理由は、**一番大好きだった兄が透析をすることにより、変わり果てた姿を見るのが辛かったから**。  
他にも「週に3回も透析をしなくてはいけないんだ」と漏らしていた。

**介護保険サービス拒否の理由**

最後に退院するまで、介護保険の認定を受けていなかった。  
理由は、本人が、**介護の人が自宅に入ることを嫌がっていたため**。

## 意思決定時の家族の気持ちとサポート

### 家族へのサポート体制

- 娘も妻も本人に透析を受けて欲しいと思っていた。
- 介護保険は本人が拒否したため受けておらず、J病院腎臓内科の医師から意思決定を求められた時に**家族の気持ちを相談できる人（ケアマネ等）が近くにいなかった。**

### 通院同行の必要性に対する認識のずれ

- 辻クリニックは自宅近隣にあり、本人が問題なく通院できていたため、娘が仕事を休んでまで**同行する必要はないと思っていた。**
- 透析に関しては**J病院の医師が担当医だと思っていたため、**家族は辻クリニックの外来通院に同行する必要性を感じていなかった。

15

## 1. 「ACP(advance care planning)」について

## 2. 事例紹介

(1) 在宅療養に至るまでの経過

(2) 在宅生活・家族との関わり

## 3. グループワーク

## 4. まとめ

## 5. 参考

16

## グループワーク

### 【議題1】

ACPを考えるうえで、この症例を通して見えてきた課題は何でしたか？

### 【議題2】

意思決定支援の対象からすり抜けてしまった本症例と家族を、どうすれば対象として拾い上げることができたでしょうか？  
それぞれの支援のタイミング、共有すべき情報や支援の方法をグラフに書き込みながら話し合ってみましょう。

#### 話し合いのポイント

- ・ 高齢夫婦の2人暮らし、入退院を繰り返し、検査データも悪かったにもかかわらず、地域包括支援センター等の介護支援に結びつかなかったのはなぜ？
- ・ かかりつけ医は、患者や家族、又は大病院にとってどのような存在なのか？

17

【ワークシート】

班

グループディスカッション

▶【議題1】この症例を通して見えてきたACPの課題は何でしたか？

▶【議題2】意思決定支援の対象からすり抜けてしまった本症例と家族を、どうすれば対象として拾い上げることができたでしょうか？

それぞれのタイミングにおいて、「共有すべき情報」や「支援の方法」にはどのようなものが考えられますか？グラフに書き込んでみましょう

|       | 2002年    | 2006年             | 2013年        | 2016年8月   | 2018年1月   | 2月             | 3月                    |
|-------|----------|-------------------|--------------|-----------|-----------|----------------|-----------------------|
| 年齢    | 67歳      | 71歳               | 78歳          | 82歳       | 83歳       |                | 死亡                    |
| 入院    | 外来<br>通院 | S病院<br>入院         | J大病院<br>外来通院 | A病院<br>入院 | I病院<br>入院 | J大病院<br>入院     | H病院<br>入院             |
| 本人の状態 |          | 右腎摘出<br>一人で外来通院可能 |              | 透析提案      | 心不全悪化     | 腎不全悪化<br>認知症悪化 | ほぼ寝たきり<br>介助歩行可<br>低下 |
|       |          | 外来通院              |              | 透析提案      | 透析提案      | 全身状態悪化         | 在宅看取り                 |

↑ 良好  
健康状態  
不良 ↓

## ACPに関する課題

### ■複数の医療機関間での情報共有

- ・S病院でもJ病院でも透析に関して、本人家人に意思決定を何度となく求めているが、かかりつけ医との連携は取れていなかった。
- ・当院には本人のみで受診していたため、他病院での状況がみえてこなかった。



今は、ほとんどの方にかかりつけ医がいると考えられる。  
かかりつけ医は総合的に他院での受診状況を知る必要があるが、  
なかなか連携を取れていない現状がある。

### ■意思決定時の家族サポート

- ・娘は、本人に透析を受けて欲しいと思っていたが、J病院腎臓内科の医師以外に相談できる人がいなかった。



訪問看護師など介入があれば意思決定時の迷いに聴き寄り添うことができた

### ■かかりつけ医の役割に対する認識の相違

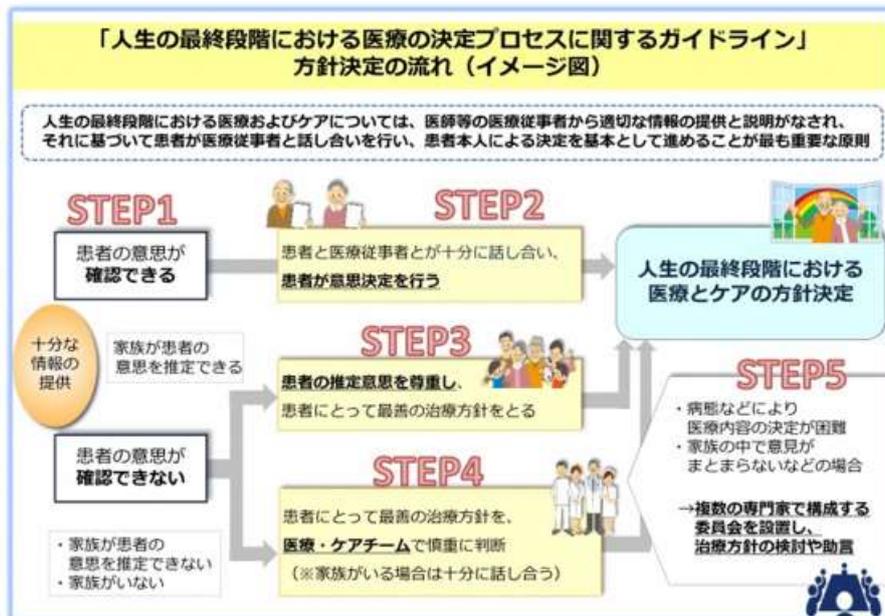


かかりつけ医の役割を、患者や家族が理解していなかった。

○【まとめ】辻内科循環器歯科クリニック 辻 正純様

1. 「ACP(advance care planning)」について
2. 事例紹介
  - (1) 在宅療養に至るまでの経過
  - (2) 在宅生活・家族との関わり
3. グループワーク
4. まとめ
5. 参考

21



22

### 意思決定支援で大切なこと

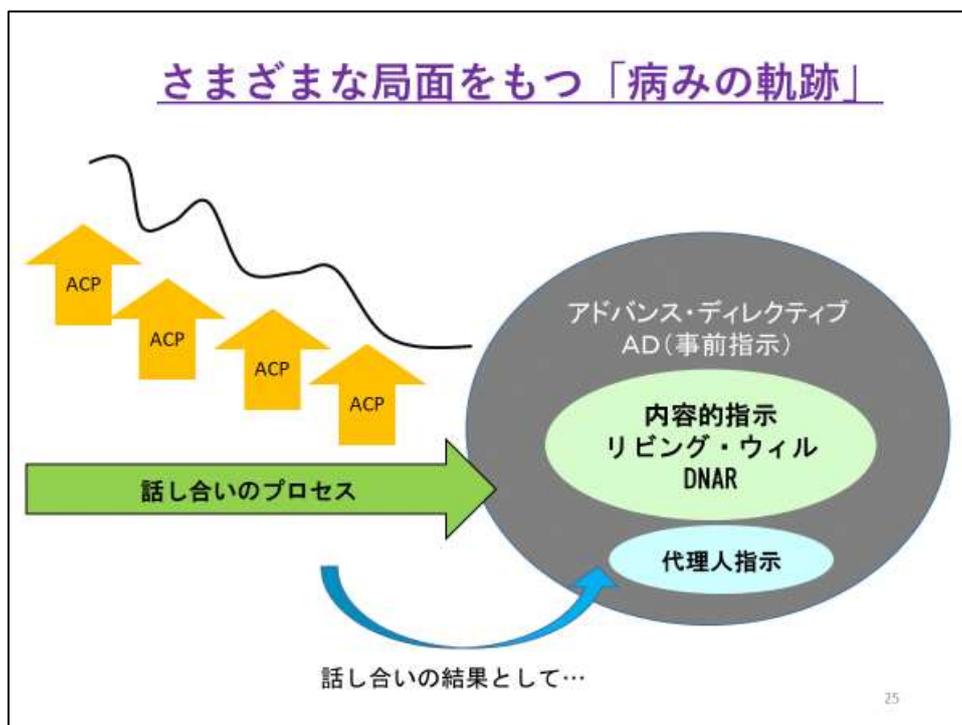
- ① 家族だけでなく本人の意思を最優先する
- ② 「とことん治療する」選択肢から「何もしない」選択肢まで、考え得る全ての選択肢を提示する
- ③ その時点で関係するすべての人と十分に議論する
- ④ 決断に迷う当事者に寄り添い、決断は変わっても良いことを伝える
- ⑤ 後で「これで正解だったんだ」と言ってあげられるプロセスを踏む（結果ではなくプロセスを大切に）

23

### 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

- 何かあった時に救急車を呼ぶのではなく、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか。かかりつけ医に連絡が取れなかった時にどうするかといったシステムづくりをしておくことが必要である。
- 意思決定能力を失った独居高齢者については、かかりつけ医となる医師が、その人の人生観なども意識しながら、これまでの治療の選択の歴史を遡り、本人の気持ちを探るための努力が重要である。
- QODの実現（死に向かう患者への医療の質を高めることにより、患者の満足を実現すること）のためにも、高齢者には「私の心づもり」などの作成に対する啓発と、気軽に相談できる体制が必要である。
- 併せて、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見直していくことが望ましい。例えば、一種の第二成人式のようなものを設けたり、検診時に、リビングウィルを含めたACPの啓発を行うことなども考えられる。
- 高齢多死社会での量的対応を迫られる中では、地域で関わる生活相談員や老人会役員などが、まとめ役として活躍することも求められる。（こうした研修には、地域医師会が指導的役割を果たすべきである）

24



### アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える終末期医療 — ACPのまとめ —

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することがACPの目標である。
- 医療及びケアの提供は、患者さんの意思が一番大事です。それを確認するために、ACPの実現が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできる時から繰り返し話し合いを行い、その意思を共有することが重要です。
- 患者さんの意思が確認できなくなった時にも、それまでのACPをもとに患者さんの意思を推測することができます。
- かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要です。

1. 「ACP(advance care planning)」について
2. 事例紹介
  - (1) 在宅療養に至るまでの経過
  - (2) 在宅生活・家族との関わり
3. グループワーク
4. まとめ
5. 参考

27

### 参考：本症例の透析導入について

- 1) 2016年頃より透析導入についての説明が繰り返し行われた。
- 2) 終末期に至るまで透析導入拒否の強い意志が感じられた。  
(知り合いが透析導入して、悪かった話から)
- 3) 2018年2月以降は認知症も進み、判断能力の低下が見られた。
- 4) 透析導入に関して、かかりつけ医と専門医との連携は不十分だった。

28

**(参考1) 日本透析医学会 2014**

「維持透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」より

**【提言2】透析導入に際しての自己決定の尊重**

- 1) 患者が意思決定した治療とケアの方針を尊重する。
- 2) 現時点で判断能力がなくなっても、判断能力があった時期に本人が記した事前指示書が存在する時には、患者の希望した治療とケアの方針を尊重する。
- 3) 判断能力がある患者が維持透析を開始する際には、事前指示書(AD)を作成する権利があることを尊重する。
- 4) 維持透析開始あるいは継続によって生命が維持できると推定される患者が自らの意思で血液透析を拒否する場合には、医療チームは家族と共に対応し、治療の有益性と危険性を理解できるように説明し、治療の必要性を納得してもらうよう努力する。これらの努力を行っても患者の意思決定が変わらなければ、患者の意思決定過程を理解し、その意思を尊重する。

**(参考2) 維持血液透析の見合わせについて検討する状態**

★維持血液透析を安全に施行することが困難で、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合

- ① 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がかえって生命に危険な病態が存在する
- ② 維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない

★患者の全身状態が極めて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合、または家族が患者の意思を推定できない場合

- ① 脳血管障害や東部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態
- ② 悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態
- ③ 経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態

●参考資料：意思決定支援用紙



| 意思決定支援用紙            |      |       |
|---------------------|------|-------|
| 氏名 (姓、名、姓)          |      |       |
| 性別                  | 年齢   | 病名    |
| 家族構成                | 病状経過 |       |
| 主治医                 |      |       |
| 医師                  | 看護師  | 薬剤師   |
| 家族の意向               |      | 病状の経過 |
| 意思決定の経過             |      |       |
| 意思決定の経過に基いたケアプランの立案 |      |       |

- 国立長寿医療研究センター病院緩和ケア科 西川満則 編
- 東京女子医科大学看護学部老年看護学 長江弘子 編
- いきいき在宅クリニック 横江由理子 編

### (3) 検討内容

#### Q1.症例を通して見えてきた ACP を考える上での課題は？

- **治療に対する意思や人生の価値観を聞き取れなかった**
  - ・早い時点（60代後半）で、意思決定が本人・家族ともにできていなかった
  - ・右腎摘出時に家族に対して説明が必要だった
  - ・ペースメーカーは挿入し、透析は拒否をしたことをもとに、本人なりの価値観を探る
  - ・本人は頑固だからしょうがないという思いが周囲にあった
  - ・透析拒否の強い思いを聞く人が病院でも、在宅でもいたはず
  - ・医師が本人、家族の意向を確認する場がなかった
  - ・本人の希望や本心、人生において何を大切にしているかを聞き取れていなかった
  - ・本人の意思として「透析しない」しかわからず、その理由や背景、その他の意向がわからない
  - ・本人以外の関わりがなく、情報不足
  - ・「今後、透析が必要」と宣告された時期に、相談できる場所や外来ナースからの働きかけがあればよかった
- **本人家族が理解できるように情報提供がされていたか**
  - ・大学病院での医療側のインテークが不足
  - ・医師と本人、家族の情報共有ができていない
  - ・本人と家族への医療面・福祉面での情報提供がなかったため、治療のことや今後のことについて考える機会がなかった
  - ・症状を理解した上での意思決定だったのか
  - ・福祉サービスや社会資源の情報は伝わっていたのか
  - ・情報が違えば、本人や家族の考えも変わっていたかもしれない
- **他機関やサービスの紹介**
  - ・大学病院の外来通院開始時点で、介護保険の申請を勧めるべき
  - ・入退院を繰り返す時期まで、かかりつけ医はなぜ地域包括等に繋がらなかったのか
  - ・医療機関同士の連携不足や医療機関から地域包括へ繋がっていない
- **リーダーシップをとる人がいなかった**
  - ・複数の病院かつ複数の医師の関与により、それぞれの医師の声が薄くなっていた

- ・今回はファシリテーター役がいなかったが、ACPの実現にはファシリテーターが必要
- ・ターニングポイント（症状の変化、入院、受診時）において、医療・地域・介護職種の介入ができていない
- ・主治医が不明確
- ・入院を繰り返しているにもかかわらず、MSWが介入せず、病院と家族をつなぐ役割の職種がいなかった

➤ **家族支援が不十分だった**

- ・本人、家族が相談できる人がいなかった
- ・娘との連絡はメールであればできたのではないか
- ・うつ病の妻への支援がなかった
- ・妻の想いはどうだったのか聞いていなかった
- ・高齢者の二人暮らしは今であれば見守りの対象になるはず。病院では娘が付き添っていたため、見逃してしまった可能性もある
- ・複数回入院の機会があったにもかかわらず、医療機関が家族に接触する機会がなかった

➤ **その他**

- ・薬局等、地域で関わる人の意見がなかった
- ・地域の支援体制に関する情報やシステムを医師が理解していない
- ・キーパーソンと本人が同居していない
- ・本人をトータル（家族を含めて）で見て担当できる職種は何か

**Q2.意思決定支援の対象からすり抜けてしまった本症例と家族を、どうすれば対象として拾い上げることができたか？**

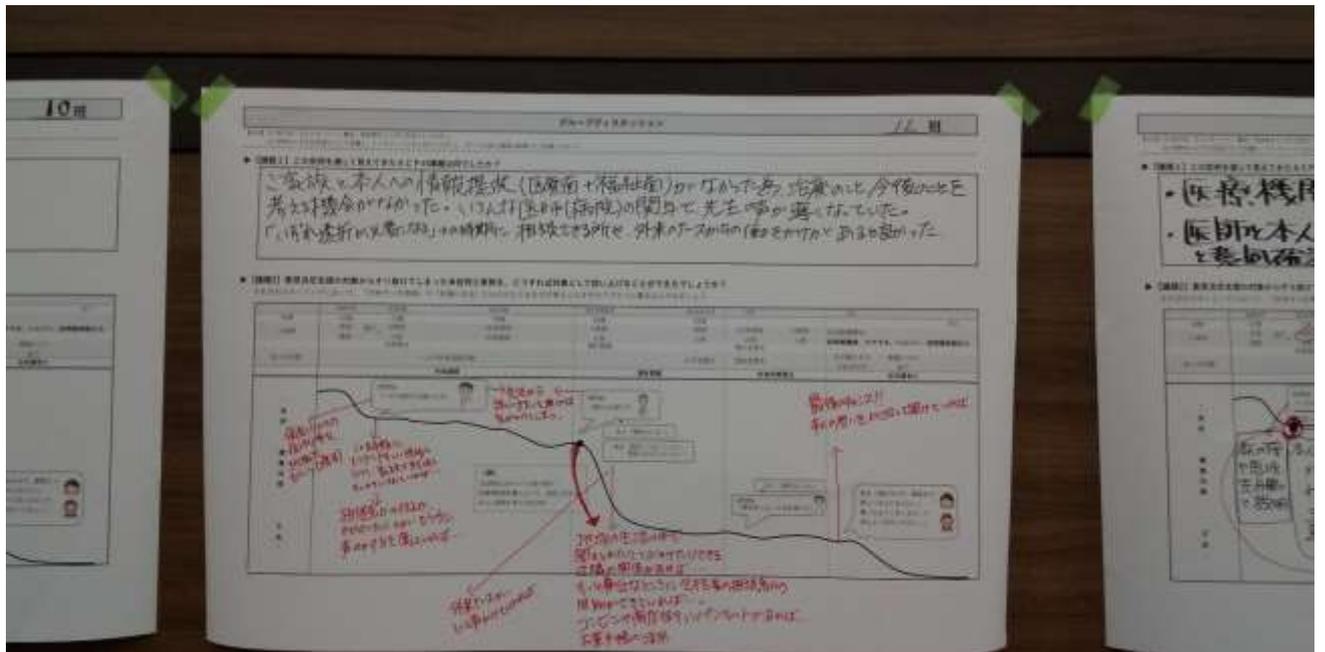
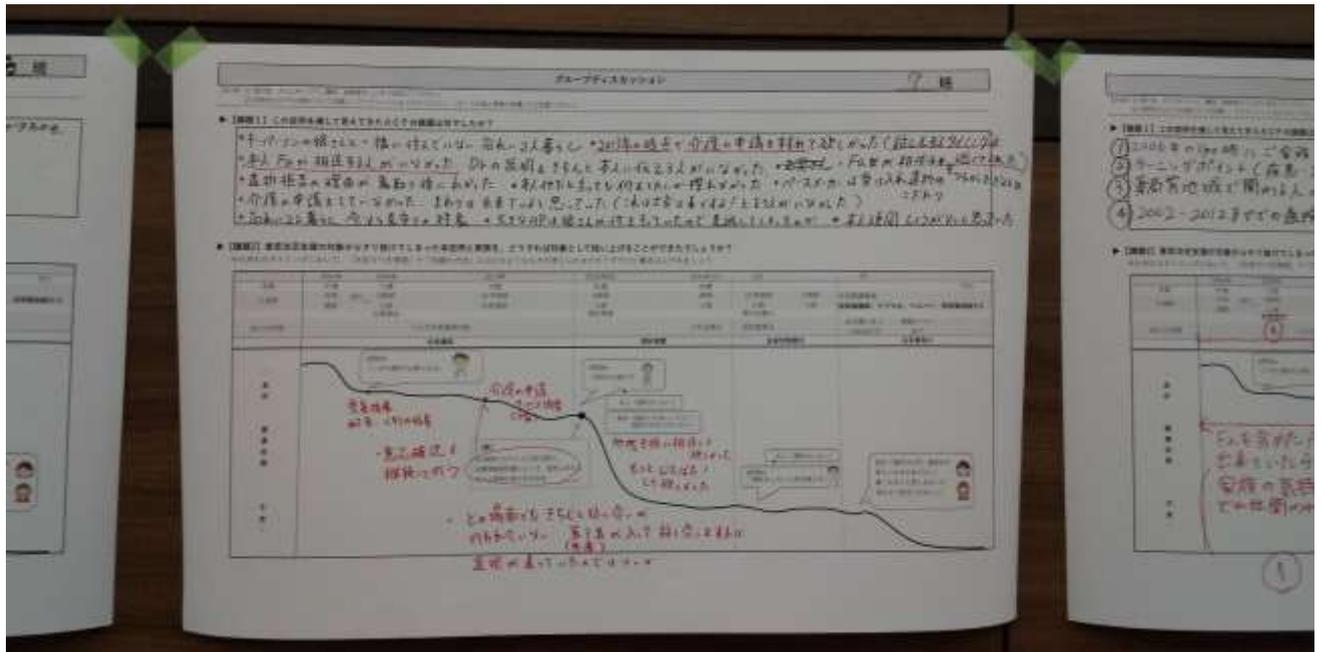
➤ 外来通院期間 （2002～2003年）

- ・家族を含めてACPを実施し、家族の気持ちの確認や関わり方を考える
- ・栄養指導、内服指導で継続的に関わる
- ・本人の不安や想いを十分聞いた上で、治療のメリット、デメリットを分かりやすく説明する
- ・相談窓口（ソーシャルワーカー等）との連携
- ・病状について家族が相談できる窓口を紹介する

- ・病状について、一般的な症例等も含めて紙面で渡す
- ・相談窓口の紹介や、関わった人が違う声のかけ方をしていれば何か変わったかもしれない
- ・医師が家族を呼んで病状説明する
- 右腎摘出時（2006年5月）
  - ・本人と家族が今後について話し合う
  - ・かかりつけクリニックが家族背景、家族関係を把握
  - ・医師、MSWから予後についての説明
  - ・訪問看護の導入提案
  - ・腎盂がんの診断時に家族を病院に呼び、本人と家族の意向を聞く
  - ・妻の介護申請もできた可能性がある
- 大学病院通院開始時（2013年4月～2016年）
  - ・介護保険サービスの調整
  - ・ペースメーカー挿入に対して、身体障害者手帳の申請
  - ・S病院から大学病院への情報提供
  - ・家族会、がん患者支援センター等の紹介
  - ・病院側から娘に相談できる場所（地域包括ケアセンター）を紹介
- 大学病院での透析提案時（2013年12月）
  - ・医療側からの情報提供
  - ・病状説明をして、家族の覚悟を話し合いの中で聞き取る
  - ・拒否の理由を本人から聴取し、相談室に繋げる院内の相談室に繋げる
  - ・地域のかかりつけ医から、地域包括につなげる
  - ・家族に対して相談窓口を紹介
  - ・地域の生活の中で、相談できる人間関係があれば、どこかにつながったかもしれない
  - ・コンビニなど身近な場所に、地域包括の相談窓口に関するパンフレットを置く
  - ・透析をしない選択が、予後やその後の症状も含めて理解できるように説明し、透析に関する正確な情報を提供する
  - ・転院先の他医療機関との情報の共有

- I病院入院時（2018年1月）
  - ・介護保険申請について説明
- 大学病院入院時（2018年2月）
  - ・透析をしない場合の予後について、本人、家族に説明
  - ・本当に透析をしなくていいのか、外来通院の時と気持ちが変わっていないか再確認
  - ・介護保険の認定申請
  - ・今後の意思決定を誰が行うのか確認
- 在宅医療、訪問看護導入期（2018年3月）
  - ・本人の想いと、医師の指示のずれを訪問看護師が医師に報告
  - ・在宅の場が本人の想いを聞き取る最期のチャンスになる
- 全ての時点での反省
  - ・しっかりと本人や家族と向き合う話し合いがされていなかった
  - ・本人、家族、医師、地域包括ケアセンター、それぞれの組み合わせによって、様々な情報や対応方法が見えてくるのではないか
  - ・複数の医師が互いに遠慮していた

グループディスカッションシート（例）



## 事例 4. 認知症に ACP は可能か

### (1) 事例概要

|  |
|--|
| 対象地区：練馬地区<br>開催日：令和2年1月25日   |
| <b>コーディネーターおよびパネリスト</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 桜台診療所 辰野 剛（医師）</li><li>・ 桜台地域包括支援センター 矢形 裕美（主任介護支援専門員）</li><li>・ 桜台地域包括支援センター 吉田 朋子（保健師）</li></ul>   |
| <b>●内容</b> <p>認知症の方の支援では、症状の進行度合いや専門職の介入のタイミングがバラバラで本人の意思確認が難しい。アルツハイマー型認知症の症例を基に、症状の段階に合わせた ACP について模索する。</p> <b>●症例紹介とディスカッションテーマ</b> <p>&lt;症例&gt;<br/><b>基本情報</b>：80代 女性 独居<br/><b>疾患</b>：認知症、高血圧、白内障</p> <p>10年前からボランティアとしてデイサービスで書道を教えていた。1年半前、ボランティアへ行く道がわからず近隣の施設から連絡を受け、地域包括支援センターの職員が自宅まで送った。その後も、ボランティア施設までの道がわからなくなったり、時間を誤ったりすることが見受けられた。ご家族（実妹）に現状を報告。その後、介護保険を申請し、ケアマネジャーに引き継いだ。現在は、もともとボランティアで通っていた施設に、利用者としてデイサービスを利用しながら、自宅で生活を続けている。</p> <p>Q1.今後、予測される困りごとをグループ内で出し合い、ワークシートに記入しましょう。<br/>Q2. Q1 で出た意見に対して、本人と「今」話し合っておくべきことは何ですか。<br/>Q3.Q1 で出た意見に対して、本人と「その時」までに話し合っておくべきことや準備して置くべきことは何ですか。</p> |
| <b>キーワード</b> ：認知症 意思決定支援 独居  |

## (2) 発表内容

- 【事例紹介】桜台地域包括支援センター 矢形 裕美様

### 本日の流れ

1. ACPとは
2. 症例紹介
3. グループワーク
4. まとめと講話

2

## 第4回事例検討会 認知症にACPは可能か

1月25日（土）14：30～17：00

桜台地域包括支援センター 矢形 裕美  
吉田 朋子  
桜台診療所 院長 辰野 剛

1

## ACPとは

- ①意思決定能力を失った場合に備えたあらゆる計画。
- ②年齢と病期にかかわらず、ご本人、ご家族、そして医療・ケア提供者との価値、人生の目標、将来の医療等に関する望みを理解し共有し合う「**プロセス**」のこと。
- ③ACPには、本人・家族等と医療従事者やケア提供者の**話し合いの過程**を大事にすることで、より本人の希望が尊重されるという利点がある。
- ④ACPは健康状態や患者の生活状況が変わるごとに**繰り返して**行われるべきである。
- ⑤多くの患者にとって、このプロセスには自分が意思決定できなくなったときに備えて、信用できる人もしくは人々を選定しておくことを含む。

3

## なぜ、認知症の患者にACPが必要なのか？

- ◆認知症は、我々自身が誰でもなりうる疾患である。
- ◆認知症と診断された方にとって、住み慣れた地域で自分らしく生活していくことは、尊厳のある生き方のために重要なことである。
- ◆認知症の方の支援では、進行の度合いや専門職の介入のタイミングがバラバラで本人の意思確認が難しい。

今回、認知症の症例を基に、症状の段階に合わせてACPを模索することで、認知症の方への支援のヒントとなりうるのではと考え、事例検討に至った。

4

### 本人情報①

- ・年齢 : 83歳
- ・性別 : 女性
- ・介護度 : 要介護1
- ・住まい : 独居
- ・既往歴 : 高血圧、白内障、認知症

5

### 本人情報②

- ・F県出身、大学入学を機に東京へ。
- ・卒業後、中学校で英語教師を数年、その後一般企業で経理を担当し、課長で定年。
- ・結婚歴はない。
- ・経済的に困ることはなく、40歳代で現在のマンションを一人で購入した。
- ・定年後は趣味で絵画をされる。絵画は自己流。
- ・書道は生涯学習センター「恵風会」で先生について習っていた。
- ・10年ほど前からボランティアでデイサービスで書道を教えていた。他に、訪問して新聞の読み聞かせをするボランティアをしていた。

6

## 本人情報③

### 趣味

- ・ 絵を描くこと
- ・ 書道
- ・ ボランティア
- ・ 散歩（城北公園等）

7

## 経過

- H28.11 近隣病院より相談あり  
・ 健康診断にて心疾患が見つかった

「治療は気乗りしない。」  
「（健康診断で精査を勧められたことは理解しているが）  
大ごとにしたくない。」



➡高齢者センター（現：地域包括支援センター）の  
役割について説明

8

## 経過

- H30.07.17 ボランティアへ行く道がわからず、近隣の施設より連絡あり  
➡ボランティアの日ではないことを説明すると、納得しメモを取る。  
帰りの道順を説明するが理解できないため、職員が自宅まで送る。
- H30.07.18 習字ボランティアの約束の時間に1時間半遅れ、活動ができず  
➡本人希望により今月分を7月27日に振り替える。
- H30.07.27 包括職員が自宅へ迎えに行き、ボランティア施設まで同行  
本人の後をついて歩くが、施設を間違える。道がわからない様子。  
➡ボランティア活動の施設まで送る。

9

## 経過

- H30.08.13 包括職員がボランティア施設まで同行。  
先月と同じ道を歩き、違う施設へ向かう。

(施設到着時)  
「今日はお習字の日ではないので帰るわ。」

鞆にはお手本等しっかりと入っていた。



- H30.09.08 玄関チャイムを鳴らすが反応がなく、30分程待つと本人が出てこられる。  
今回はショッピングセンターの方へ向かう。  
同行した職員が習字の日であることを伝えるが「トイレに行きたい」と。  
その後、いつもと同様に違う施設へ向かうが、「ここではない」と伝える  
と、納得してボランティア施設へ向かう。

10

## 経過

H30.09.28 <眼科受診>

昨年12月以降受診していないことがわかる。

「(受診は)なぜやめたかわからない。」  
「緑内障はあるが、生活に支障は感じていない。」



<内科受診>

健康診断の結果を聞きに行く。

長谷川式簡易知能評価スケール 16点

H30.10.04 認知症初期集中支援チームへ相談

H30.10.19 いつもと同様に、違う施設に向かった後、職員に誘導されて  
ボランティア施設に行く。

H30.11.17 ご家族へ連絡

「8月の帰郷の際も、人の話を聞いていなかったり、  
とんちんかんなことを言っていた。」



→現状を報告し、専門医の受診を依頼する。耳が聴こえにくいことも原因の一つと思われることを伝える。

11

## 経過

H30.11.20 体調不良(立ち眩み)の訴えあり

車いすを利用して受診。

高血圧に対して、内服開始。

→**介護保険申請**。通所利用の方針(お習字ボランティア継続の名目で誘う)

H30.11.24 内服確認で訪問

薬の飲み忘れなし

H30.12.01 11月08日に転倒し病院へ搬送されていたと家族から連絡あり

**支払いができなかった**ことで判明した。

→専門医の受診同行を、家族にお願いする。

H30.12.04 インターホンが聞こえないとことで訪問

宅配便の不在票があるが、再配達の手続き方法がわからない。

H30.12.10 桜台診療所受診

12

## 現在

- ・施設より「何度かボランティア活動でない施設へ行かれた」との報告あり。
- ・日程の確認が難しくなってきたこと、場所の見当識も難しいことから、**介護保険でのデイサービス**をボランティア施設で利用することとした。
- ・送迎を利用してデイサービスへ参加することで「ボランティア活動へ参加している」という本人の気持ちを大切にもらいたいことを、担当のケアマネージャーにお願いした。
- ・食事、排泄は自立
- ・病院への受診は、妹とケアマネージャーが同行して受診している。
- ・内服薬はお薬カレンダーを利用、さらに妹が電話にて内服確認をしている。
- ・買い物は自分で可能だが、同じものを大量に買ってしまうことがある。
- ・金銭管理は、今後介入が必要かもしれない。
- ・介護保険サービス  
ヘルパー：3回/週 デイサービス：2回/週

13

## グループワーク

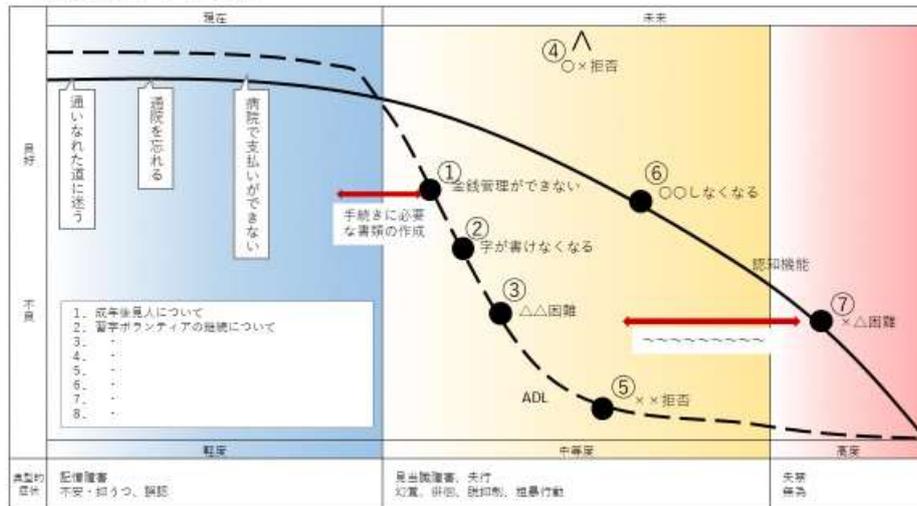
- ① 今後、予測される困りごとをグループ内で出し合い、ワークシートに記入しましょう
- ② ①で出た意見に対して、**本人と「今」話し合っておくべきこと**は何ですか？
- ③ ①で出た意見に対して、**本人と「その時」までに話し合っておくべきことや準備をしておくべきこと**は何ですか？

グループワーク：45分間

14

### グループワーク (45分間)

- ① 今後、予測される困りごと
- ② ①で出た意見に対して、本人と「今」話し合っておくべきこと
- ③ ①で出た意見に対して、本人と「その時」までに話し合っておくべきことや準備しておくべきこと



参考： 風川サナトリウム病院「アルツハイマー型認知症の経過の概要」  
すまやま病院「FACTによるアルツハイマー型認知症の自然経過」

## グループワーク

○【まとめ】桜台診療所 辰野 剛様

「認知症にACPは可能か」

—まとめにならないまとめ—

桜台包括支援センターからこのテーマのコメントのお話がありました。

このテーマは正直あまり考えたことがありませんでした。

普段感じている認知症の人の自己決定について考えるきっかけになりました。  
あくまでも一つの意見として「まとめにならないまとめ」を探ってみた次第です。

桜台診療所

辰野剛

2

自己決定に必要な基本的な考え方

20年前の医療者—患者関係は徐々に変わってきている。

認知症の人 → 認知症の人

「我ともの」から「我と汝」へのパーソンセンタード・ケアのようなパラダイムシフトである。

認知症の問題行動からBPSDに、そして、その人の説明ができない欲求の表現としてのチャレンジング行動と、その人をどう理解していくかという議論に移る。

その人の語り（ナラティブ）は言葉だけのメッセージではなく身振り、表情などのすべての表現含めてその人の人生とかかわっている。我々はどれだけその人を知っているのか、その人を抜きにしていなか意識しなければならない。

3

### 事例から

#### なぜこの事例をとり上げたか…

どこにでもある事例ですが、そうかといって、答えが出るような事例でもありません。この事例を通して家で暮らしたいという意向をどう尊重していけるか。

**セルフネグレクト**と**意思決定**をどう考えるかもテーマと思います。

4

#### かかわりの経緯

ボランティアとしてデイサービスの習字の先生を長くしていたが、初期集中支援チームの対象者としてチーム員会議でとり上げられ私に関わるようになりました。

すでに認知症当事者としての意識は乏しく、どう当事者として現実を意識して「ボランティアの先生」から「デイサービスの当事者」に移行することができるかがひとつの問題であった。

結果としてはデイサービスの参加が可能となり、私も支援者も抵抗なくスムーズに事が進んだことにほっとした。介護保険の導入、包括からケアマネに支援主体は替わっていく。

初診となり当院に通院ということになりました。

5

某女子大学英文科を卒業。ある会社に事務職で就職しているが会社の名前を思い出せない。同行の15歳離れた妹に「会社何だっけ?」と振り向く。

医師：英語勉強されたの？

本人：もう忘れちゃって・・・(笑)

医師：当時大学卒は珍しいでしょう？優等生じゃないの？

本人：いやいや(笑) この年齢で大学卒であることを誇らしく思う年寄りが多いが、自慢したりしない。

医師：いまやっていることは？

本人：毎朝、公園、えー城北公園まで行くの。元気だからね。

医師：病院に来るのはどう思う？大変じゃない？

本人：元気ですから。ここ(頭を指す)はちょっと(笑)

医師：ヘルパーさんとは話するの？

本人：来ているのかな？(妹のほうを向く)

(本人がいないときに) 妹さんの話

最近まであまり付き合いがなかったが、こうなってから薬飲んでねと毎朝電話する。もう面倒をみられる身内は私以外ない。ここに来る月一回ぐらいだったら来てあげたい。今後独り暮らしが心配。施設もお願いしたいと思う。

性格は怒ったりしない人。結婚しなかったけど、お付き合いしている人がちょっと前までいたみたい。山に登ったりしていた。私もずっと前に食事したこともあった。

6

ある時こう質問してみた

医師：ボランティアの頃と今のサーピス参加とは何か違っているの？

本人：「え、前と今？変わりないですよ。元気だから。ははは」(笑ってみせる)

(医師の気持ち)：期待できる言葉はないな。これでいいのか？「あなたはもうボランティアから当事者に移ったのですよ。と教えずにいいのか」と一瞬自問自答してとどまった。

医師：独り暮らしをこのまま続けたい？

本人：考えたことないです。元気だからね。(笑) このままでいいですよ。

この人(妹)もいるしね。

妹：「ほらさっきから話していたでしょう？先生にちゃんと言ってごらんよ！なんで医者に来るのかわからないって」(本人は振り返って笑って見せる。)

一度不安そうな表情でひょっこり一人で外来に現れました。今日は予約の日ではないですよと事務員に言われ、さらに不安な表情になりました。たまたま私の顔を見てにこりと微笑んでくれました。「へー。月に一度だけの診察だけど覚えてくれたんですね」「今日は公園への途中？」明確な返事はないが、来院したことを評価して一言二言交わしたのち帰っていきました。よい関係性が垣間見えた瞬間もありました。

7

この事例はまだ途上かもしれないが。。。

診察室では見せない表情を家という空間では見せることがある。在宅サービスなどの付き合いのなかで堰を切ったように、あるいはボソッと当事者が語ることがある。このような場面は「話してもいい人」「安心していいひと」との出会いである。

長谷川和夫先生の珠玉の言葉「朝起きて、今どこにいるのだろう。自分の在り方がはっきりしない。彼女（奥様）が来てくれて調子はどう？ ・ ・ お互い言葉を交わしていく、大丈夫なんだろうと不安が薄れて行って確かさが戻ってくる」

これは奥様とのダイアログであるが、単身生活者でも同様、それ以上かもしれない。

基本的に人はモノログではなくダイアログ（対話）を志向する存在。  
（オープンダイアログより）

特に認知症が進行していくとモノログは堂々巡りになり「ここはどこかな家はどこかな・・・」家族や信頼できる他者がいればダイアログを通してその場限りであったとしても不安は落ち着つく。

8

そして他者とのつき合いについては

在宅での看護、看取りについて訪問看護師の語りを精神科医師が聞き取り考察した

～「在宅無限大」－訪問看護師がみた生と死－村上靖彦著～

在宅は病院と違って治療ではなく「つき合う」ことではないか。  
つき合うという言葉づかいには、医療的な目的は成就することはないが、  
かといって**あきらめ**もしないというニュアンスがある。

9

意思決定と言っても、じゃ「崖っぷちまで行った」とすればどうするの？  
そんなに甘いのか？という反論もあるだろう。

でも我々は安易にセルフネグレクト（または病態失認）と判断し余計な心配を  
していないか？

家族は火の元も危ないから早く施設に入れてほしいということがまある  
（私が心配で眠れません！）

確かにリスクはある。しかし認知症の人が自分の居場所に続けられる  
フレンドリーな社会はどうしたら実現できるのだろうか？

（神戸市では認知症にフレンドリー街づくり神戸モデルのひとつとして  
「認知症事故救済制度」を昨年からは始めているなどの動きは始まって  
いるが途上であろう）

10

### ステージに合わせた意思確認とは 私が行っていること

**MCIの段階：こんなことを話しながら関係性を作っていきます。**

認知症に移行することもあればずっと留まる場合もある。病はアルツハイマーのように  
漸次進行するものもあれば、長い間、大脳辺縁系に進展が留まり記憶障害のみの場合もある。  
など認知症と言っても症候群であり個人差が大きい。行き場のない不安を抱える人が多いた  
め鬱との異同に配慮を常に行う。基本は薬物療法はせず、出来事や生きがいについて話し合  
う。月一度の人や半年に一度の人もある。誰にでも起こりうる認知症への心の準備をするこ  
となど伝える。

**初期～の段階：生活支障が出はじめた段階であることを含め、こんな話をする。**

進行する可能性があるが個人差がある。老化のひとつと考えるが、心の松葉づえが必要にな  
ることを伝える。個々の性格や本人のもつ「認知症のイメージ」をつかみながら一定の信頼  
関係ができてきた段階で先々のことを話し合う。包括支援センター、多職種や介護保険によ  
るサービス、本人、家族の意向とすり合わせていく。

「認知症になっては不便であるが、不幸でない」をスローガンに。しかしこのあたりから  
「どうしてここに連れてこられたかなどの現実吟味は難しい」来たくないから来てもいいに  
代えていくことを目標とする。

11

### まとめに代えて

厚生労働省の「意思決定支援ガイドライン」に示されるアセスメント、意思決定会議はマニュアル化し安易に正解を求める風潮が存在する。

と異を唱え、正解のない問いに対してより良い解を求める共同作業の中に主体的に身を投じることでしか倫理を高める道はないという

～「老年精神医療における臨床倫理とは何か」斎藤正彦、井藤佳恵～

我々はその人のことをどれだけ知っているのかを問い続けることが必要だろう  
そして認知症の人を前にして「嘘も方便」であっても各人の心の中で本人の自己決定とは何か問い続けることではないか。

### (3) 検討内容

Q1. 今後、予測される困りごとについて、グループ内で話し合しましょう。

➤ **金銭管理ができなくなる**

- ・ 契約、サービスへの加入ができない
- ・ 高齢者詐欺の被害に合いやすくなる
- ・ 大量の買い物をしてしまう

➤ **一人で外出できなくなる**

- ・ 徘徊する
- ・ スーパーまでの道がわからなくなり、買い物が困難になる
- ・ 目的地に行けず道に迷う
- ・ 骨折により歩行困難になる

➤ **身の回りの管理ができなくなる**

- ・ 十分な食事がとれず栄養不足になる
- ・ 清潔保持が難しくなる。入浴、掃除、洗濯などができなくなる
- ・ 電話等、電化製品の使い方がわからなくなる
- ・ 排泄が一人でできない
- ・ 人づきあいが悪化する。近所トラブルの発生

➤ **服薬コンプライアンスの低下**

- ・ 適切に服薬できなくなる。過剰、重複服用、服薬拒否
- ・ 痛みなどがコントロールできないことによる QOL の低下

➤ **自分の意思が伝えられなくなる**

- ・ 痛み・苦痛が医療介護従事者に伝わらない
- ・ 終末期の医療やケアに対する意思表示ができなくなる

➤ **その他**

- ・ 字が書けなくなる
- ・ 視力、聴力低下
- ・ 幼児後退。被害妄想が強くなる。無気力になる
- ・ 時間・日程管理ができなくなる
- ・ ADL の低下

- ・一人で暮らせなくなる
- ・火の不始末
- ・好きなことができなくなる

Q2. Q1 で出た意見に対して、本人と「今」話し合っておくべきことは何ですか。

➤ **金銭管理ができなくなる**

- ・成年後見人制度について
- ・相続について
- ・金銭管理について親族と確認する
- ・通帳や重要書類の保管場所を確認する

➤ **一人で外出できなくなる**

- ・外出時に身に着ける身分証明書やカードを決め、作成する
- ・迷った際に皆で探してもいいか、写真を公開してもいいか聞き取る
- ・好きな場所や行きたい場所を聞いておく
- ・地域の周りの人に認知症であることを伝えていいか聞き取る
- ・転倒したら受診する病院を決めておく
- ・現在の行動範囲を確認する

➤ **身の回りの管理ができなくなる**

- ・福祉用具、バリアフリー設備の導入について
- ・生活におけるこだわりについて聞き取る（食の好み、週何回風呂に入りたいか、入浴介助は男性女性を問わないか等）
- ・衣服や冷暖房器具の保管場所を聞き取る
- ・親族による介護と公的サービスによるサービスのどちらを受けたいか確認する
- ・家の鍵を他人に預けてもいいか、家の中にヘルパー等が入ってもいいか聞き取る

➤ **服薬コンプライアンスの低下**

- ・持病や現在服用している薬を確認しておく
- ・信頼できる薬局・診療所を聞き取る
- ・薬の飲み方について親族とともに確認する

➤ **自分の意思が伝えられなくなる**

- ・緩和ケアを希望するか確認する
- ・心肺蘇生を希望するか確認する
- ・代理意思決定者を誰にしたいか確認する
- ・どこで療養生活を送りたいか、どのような状態まで自宅で暮らしたいか確認する
- ・終活ノートを作成する
- ・親族による介護か公的サービスを受けるのかを話し合う。誰にどのように手伝ってもらいたいのか意思を確認する
- ・独居をこれ以上続けられないと考えられるとき、誰に判断してもらおうか決めておく

➤ **その他**

- ・習字ボランティアに対する想いを聞いておく
- ・生きがいを確保するためにできることをピックアップする
- ・相談先をリストアップし、知っておいてもらう。ヘルパーに慣れておいてもらう
- ・困りごとに対して、「誰に」「どのように」手伝ってほしいか確認する
- ・入院したい病院を確認しておく

**Q3.Q1 で出た意見に対して、本人と「その時」までに話し合っておくべきことや準備しておくべきことは何ですか。**

➤ **一人で外出できなくなる**

- ・家族と出歩く際の目印を確認する。GPS の導入の是非
- ・独居から次の住まいへの検討をする

➤ **身の回りの管理ができなくなる**

- ・デイサービス、訪問介護の導入
- ・デイサービスを利用する目的、したいこと/したくないことを確認
- ・配食サービスを活用する
- ・重要書類や通帳などの置き場に目印をつける
- ・相続や後見人利用に必要な書類を準備する
- ・訪問サービスの導入

➤ **服薬コンプライアンスの低下**

- ・ 専門医との連携。処方薬の逐次見直し
- ・ 訪問診療の導入

➤ **自分の意思が伝えられなくなる**

- ・ 自分の意思が伝えられなくなったとき、誰に代理意思決定権を持ってほしいかを話し合う
- ・ 本人の意思を継続的に確認する
- ・ 緩和医療、心肺蘇生、人工呼吸を希望するか確認する

➤ **その他**

- ・ 生活に使用するものをわかりやすいものに変える
- ・ 本人の状況に見合った見守りの目をどのように確保するか検討する
- ・ 閉じこもりにならないよう支援する
- ・ 火事防止のために、IH コンロに変える

令和元年度 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2年4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 03-5984-1211

E-mail [IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp](mailto:IRYOSHISETSU@city.nerima.tokyo.jp)