

【事例】

現在 85 歳男性、要介護 4。

妻と2人暮らし、子供は2人。長男夫婦は隣市、長女が県外在住。家族関係は良好。

みかん農家。自ら開墾し、みかん農家となり、今住んでいる土地には思い入れがある。

本人は家族に、「最期は自宅で」という希望を話していた。

<発症から現在までの経過>

73 歳 脳梗塞発症

A 救急病院に入院し、リハビリテーション目的で B 病院に転院

左片麻痺は残っているが、4点杖による歩行もでき、自宅退院も可能なレベル

介護保険申請し、要介護1

<ポイント①>

- ・自宅退院し、週3日デイサービス利用
- ・畑仕事もでき、身体的にも安定した生活を送っていた
- ・かかりつけ医に通院

78 歳 畑で転倒、大腿骨頸部骨折にて入院

介護区分変更し、要介護3

<ポイント②>

- ・退院後、ポータブルトイレを設置。外出は車椅子
- ・食事が減り、咽るようになってきた

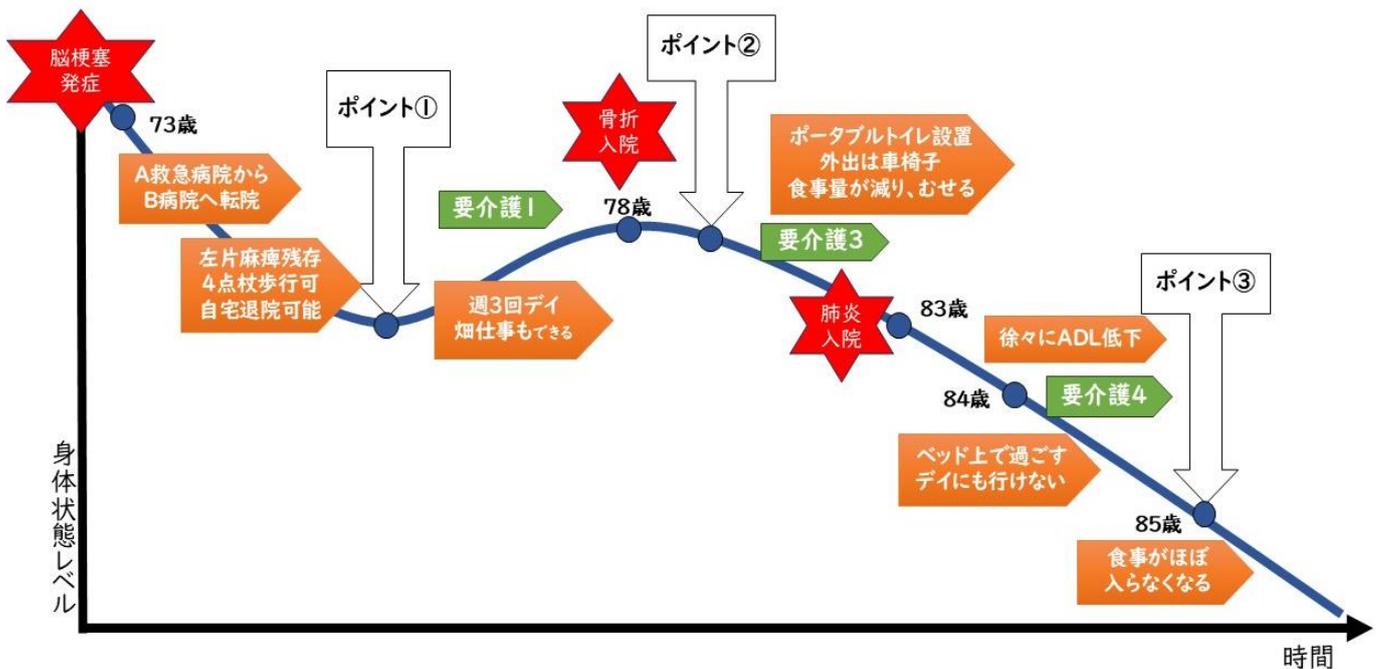
83 歳 誤嚥性肺炎で入院。徐々に ADL も低下

介護区分変更し、要介護4

84 歳 ベッド上で過ごす時間が多くなり、デイサービス利用も難しくなってきた

85 歳現在 食事がほぼ入らなくなる

<ポイント③>



全7グループが事例で設定された3つのポイントについて、グループワークを行いました。
グループワーク①では、1・2グループがポイント①を、3・4グループがポイント②を、
5・6・7グループはポイント③について、ファシリテーターに発表していただきました。

グループワーク①

事例において3つのポイントとなる場面で、
どんな支援(サービス)が考えられますか？

【1グループ】

<ポイント①>

◎予防の視点で介入していきたい

- ・サービス導入時リハビリの必要性など検討
- ・長男、近所の方などの関係を作っていければ。
- ・本人の強みなどを見つきたい。本人が積極的に取り組めるよう関わっていきたい。
- ・最後は自宅での思いがどこの時期からの思いなのだろう？
家族との関わり等が大切。ACPの具体化のきっかけが大切。受診の時にでも最期の思いは伝えてほしい。
- ・初回の介入時、ACPに関する冊子を渡し、話のきっかけに。

◎どう生活していくかを考えていく

- ・本人の思いをリハビリ訓練のプログラムに入れる(畑作業のこと)
- ・元気で自分のことができるときは、訪看の介入は少ない
- ・本人、家族はこの段階では、まだまだ元気になれる、介護ができるとの思いがある
- ・手すりの取り付けなどのサービスを入れる

<ポイント②>

◎だんだん体の状態が変化。本人の思い、家族の思いを確認はするが、最期の苦しい思いや状態を想像できない状況(本人、家族共に気持ちが揺れる所に寄り添う)

◎本人と主介護者の関係。介護負担を考えて、家族支援は早い段階が良いのでは。

◎介護度が重くなり、だんだん本人のできないことが多くなり、家族の関わりが増えてくる。
ポイント①の時の思いに変化があるかもしれない。確認しながら対応していくが、まだまだ最期を見通すことは難しい。

◎レスパイト入院、ショートステイの利用は上手に利用することが介護者の負担も少なくなり、長く介護できる事例がある。希望などを確認してみても。



—ポイント①について発表—

- ・ポイント①は脳梗塞を発症して在宅へ退院されるタイミング
 - 訪問看護師はポイント①でも予防的な介入ができる
 - ケアマネは介護保険が入っている所以对応可
 - 医師もかかりつけ医として健康管理の介入ができる
- ・意思決定支援としてポイントとなるのが、本人の『最期は自宅で』という言葉が脳梗塞発症前かどうか
 - 発症前の発言ならば、そこから少しずつ ACP を。
 - 発症前でなければ、この時点で最後の意思決定支援というところまでできなくて、どちらかというと介護保険のどう生活をしていきたいかというところをスタートにして、そこから ACP を含めた話ができればいい。
- ・ポイント②のところで、本人の意思決定も大事だけど、介護者の負担とかも観点に加えていく。

【2グループ】

<ポイント①>

(MSW)

- ・家族の意向を確認するときに、ケアマネも同席
- ・かかりつけ医と連携し、住宅環境、家族の支援体制(隣市の家族の協力)確認する
- ・リハ職による訪問、カンファ時に福祉用具も参加してもらいたい

(ケアマネ)

- ・カンファレンスに参加。玄関外から、中、水回り、動線上全て確認。福祉用具も同席して。→本人同席も必須

(医師)

- ・家族の支援体制確認を。

(理学療法士)

- ・情報が欲しい。病院との連携
- ・住環境上はその時最小限の整備をした方が良く思う。
- ・入院中のベッドは→寝てばかりになってしまう。折りたたんでスペース作れば。
- ・四点杖の問題

◎最初の病院と介護の情報共有を!!

◎まずは退院前訪問が大事。その時にある程度サービス準備と環境整備を。

◎病院から情報発信大事。CM を介さず、時には直接サービス事業とも連携をとってよいかも。

<ポイント②>

- ・この時点で訪問リハを入れては？ →PWC 入れるか、介護量が増える
- ・トイレでできるか、できないか。自立か介助ありか。見極め必要。
- ・訪看も必要か。ここでロングショートや入所の話もできそう。
- ・本人ファーストだからではあるが、家族セカンドでもある。
- ・自宅には難しいかもしれないが、本人は帰りたい、家族も家で見るといふならば、改めてサービスを考える時。
- ・ムセ問題、口腔ケア、訪看、訪問診療…と、一気にサービスが増える

<ポイント③>

- ・廃用による低下
- ・家族の思いの変化あるかも。
- ・ショート利用開始？



—ポイント①について発表—

- ・在宅での支援体制の確認が必要
- ・退院前カンファレンス、退院前自宅訪問が大事
 - リハ職や福祉用具担当者の参加
 - ケアマネも玄関から中の水周り、動線上のすべてを確認。本人にも同席してもらう。
- ・PTとしては、院内での動きと家での動きは違うので、情報がほしい。
- ・住環境整備は、その時の最小限の整備にした方がいい。
- ・ポイント①は病院から自宅に戻るといふ状況で、病院と在宅との最初の情報共有が大切。そのため、病院からの情報の発信が重要。特に MSW との連携が必要。

【3 グループ】

<ポイント①>

- ・これからできそうなことを聞き取る
- ・環境、家族関係はどうか
- ・今後のリスクを話す→転倒、誤嚥など。その時どうするか確認。ACP。最期はどうしたいかを確認しておく
- ・本人の思いを共有する(畑に行きたい)→畑をしたい。維持向上。どこまでしたいと思っているのか。
- ・子どもたちはどう思っているのか
- ◎キーパーソンは誰？妻？長男？ →最初に確認する
- ◎本人の希望を家族とも共有する。「最期は自宅で…」という意思の確認

◎食生活大切 →管理栄養士に関わってもらう
日本栄養士会に依頼→派遣

※クリニックから指示書もらって指導
月2回、540点、居宅療養管理指導
(食事中に訪問や食生活の聞き取り。
減塩指導。高カロリーの紹介)

<ポイント②>

- ・本人の意思、家族の意向確認 →リスクをきちんと話し、最期どこで迎えたいか。チームできちんと確認。
- ・家族にサービスの選択肢(SS など)や介護負担軽減を伝える(排泄援助、入浴介助などサービスを使えることを伝え、安心感を与える)
- ・食事の確認(形態など)
- ・家族の介護量の確認(どこまで支えていけるか)
- ・経済的な問題の確認
- ・みかん畑での役割を考える



<ポイント③>

栄養をどう摂っていくかを医師が提示(点滴・PEG)
本人の希望、家族の希望 その時にならないとわからない

—ポイント②について発表—

- ・ポイント①のところで『最期は自宅で』という本人の意思をきっちりおさえたことを前提で、ポイント②では改めて本人の意思・家族の意向を確認する必要がある。
 - 本人はそれでも最後は家で過ごしたいのか
 - 車いすレベルになった状態で家に帰ってきて、本当に奥さん・家族が家でやっていけるか、不安などの確認をする必要がある
- ・車いすになったからといって家で過ごせないわけでもないし、サービスの紹介、奥さんが困った時にはこういったサービスがあるとか、安心感を与えるということは非常に大事
- ・本人の意向通りに、家で生活ということになれば、本人の役割としてはどういったことがあるか
 - 本人の役割を取り上げるのではなく、できること(例えば、できたみかんの味をみてもらう)とか、食べられなくても咽があっても栄養士さんが介入していることで、どういった形態だったら食べられるか、みかんの味をどう美味しく食べることができるかなど、本人の意向に沿って支援ができるのではないか
- ・ポイント①の時点で、管理栄養士の介入を検討してもいいのではないか。脳梗塞後遺症の誤嚥をするリスクも高くなるし、食事の形態も大事。
また、ポイント①の時点で医療と介護にはお金がかかることをしっかり話しておくべき。

【4グループ】

<ポイント①>

- (歯科医師) 噛めるようなケア 健康者と同じように介入 受け身の状態
- (医師) 外来対応で本人が求めていること、妻が求めることを確認。2人で外来に来て欲しい。
- (薬剤師) 退院前カンファに入れるなら呼んでほしい
 - 指先の動きはどうか(脳梗塞) 一包化なのか、できる方法を検討
 - 血液サラサラ、便秘、血圧の管理目標値、減塩の話
- (ケアマネ) 家か、施設か。家で生活続けるために補助具など最低限のものを提案したい。
 - 食器倒れにくいものの選定
- (ケアマネ) 介護保険の説明、転倒注意の説明、生活支援
- (理学療法士) 院内での動き、自宅とは違う

<ポイント②>

- (歯科医師) 入院中、口の状況変わっている。
 - 病院から希望時、往診し介入→外来か訪問へ
- (医師) 大切にしたいこと
 - 治療内容についての ACP を話し合う。受けたい治療、受けたくない治療。
 - おせはじめ→胃ろう、中心静脈、Div 希望するか
 - 外来では本人がしっかりしているうちに ACP 聞く。肺炎など入院はどこを希望するか。
 - 内服飲みやすいか。飲みにくいなら減らすなど
 - ポイント①でパンフレット渡す。でもほとんどの人見ない。ポイント②くらいで決まってくる。
- (薬剤師) 「動けない、もうダメだ」→食欲低下
 - 本人・妻 お互い聞けない話を聞く。お金の事心配→社福相談
 - 1日3回飲めていないなら、生活状況聞いて、飲める時間へ減らす、見直す
 - きちんと飲みたい人もいるから一緒に考える。患者へ寄り添う。
- (ケアマネ) ポータブルトイレ使うことを納得しているだけでもありがたい。
 - 妻と2人暮らし。介助者(夜間も)眠れていない。日中だけでも通所サービス、多めの回数。妻の疲れを取ることで、本人の願い(自宅)を叶えるためにも
 - 家族(長男)の協力得られるか。食べ物の形態考えてみる(とろみ)
 - 本人が生きている実感を持てる介入を目指す。
- (ケアマネ) 介護3、認知、ADL 低下、ショートステイ組む、デイ、長男介入を依頼
 - みかん畑でできる仕事を続けることで生きがいにしてほしい
- (看護師) ACP 家族、本人 心の支え
 - ポイント①からお金の話、管理栄養士の介入が必要ではないか
 - ACP →誰が寄り添うか Dr.、CM、NS、薬剤師(CM 中心に)
 - 生きがい。家族にも寄り添う。担当者会議(医療者も参加)

<ポイント③>

- (歯科医師)認知症の進行。話せるときにどうしたいか。そうでないときは家族へ
- (医師)最期の時間が短くなってきている。自宅?入院?医療サービス →代わる代わる入れる
起こりうる経過説明 (肺炎:抗菌薬希望?Divする?)
今まで本人どう言っていたのか。DNAR、家族と確認
- (薬剤師)介入が難しい。夜間睡眠とって家族も休めるような強さの薬使う
- ・入院した時歯はあった、退院時なくなった
食事は大切→一番に口の中をみる。物を砕けるのか、できないのかで形態変わる
咽せ →ヘルパーさん食介難しい 生活リハビリ必要ではないか(嚥下リハ・運動リハ)
主治医より説明し、自己決定どうすればできる?他職種との壁をなくす
後悔は誰でもある。みんなで話し合う場を作ることが大事
 - ・担当者会議をどう活用するか
家族も一緒に、お父さんならどう考えるかな? 頑張りすぎない介護
どんな人生だったかな?と振り返ること大切



—ポイント②について発表—

- ・この先、色んなことを決定していくことが難しくなっていくので、ポイント②までに、ある程度 ACP を進めておきたい。
- ・家での生活を続けるためには、本人もプレッシャーや落ち込みもあると思うけど、奥様も同じように年をとっているのだから、体もきつい。そちらのケアもしなくてははいけない。
夫婦でも言いたくても言えないこともあると思うので、相談に乗る。
ショートステイを利用して、奥様の肉体的な負担、精神的な不安をある程度取り除く。
- ・経済的な相談を聞いたり、寄り添っていくことも必要。
- ・本人の生き甲斐が必要。ただ生きてるだけではなく、希望・役割をもって、楽しく生きてもらいたい。みかん農家なので、本人にどうにかして食べてほしい。だからトロミをつけたり、生きるための活力を上げるようなお手伝いをしていないといけな。

【5 グループ】

<ポイント①>

介護Ⅰ→通所リハ、環境調整のため訪リハ、福祉用具(職種) Dr.、PT、福祉用具

★ENT 時にリハ(病院 ST)と一緒に自宅内を調査して情報収集する。

退院可能なレベル 本人の思いは？

- 自宅でもなんとか生活はできるレベルと考えられるため、必要な支援を考える。
- ・入院中にベッドなのか、布団なのか確認、一つずつ環境確認。
- ・家族がどう理解しているか。ADL がわからないと決められないが…
- ・歩行はできるが入浴はどうか ⇒デイベッドに入るか家族が対応するか(転倒のリスクもある)
- ・服薬・食事などは家族が対応可ではないか

余後…食事摂れなくなることは考えられる ⇒現状で食事が摂れるのであれば、それ以外。

四点杖…屋内移動はできているのではないか

リハ目的の入院であれば、内科的には大きく変化はなく、リスクは少し↓？

外に出たい、他者との交流が必要であれば通所を。

一日どう過ごすかを優先して考える 🙌

認知機能も何とか保っているのでは…

口の中も注目!

脳梗塞を起こした後は、歯の状態が悪いことが多い。(口腔内の環境が良くない)

食事はとれているかもしれないが、歯が残っている人は少ない。

義歯は必ず必要⇒食べることに注目して必要性がわかれば誤嚥リスクは少なくなる。

⇒立位する時、くいいしばれない。義歯はつけておく方が良い。

※嚥下の麻痺はでにくい。

歯科は家族や本人の意向、意思がはっきりないと、なかなか介入しにくい。

口腔ケアに対する認識(介護保険制度でも考え始められている。)

訪問診療(自宅、通所、ショートも可)

9割治療できるが、費用支払い(医療)⇒外来と同じで(一部算定のものもある)

<ポイント②>

入院前 2,000kcal⇒1,400kcalになると 体重減少

ADL低下 →車椅子(外出) 自宅内は何とか移動ができるが…

病院側の意見、家族の思い、意見が分かれてしまう場合がある。

本来は本人の意向が優先だが、家族の介護負担が大きくなる。

自宅/施設 どちらかを選ぶ場合…Dr. 家族、誰のいう事なら納得するかで力を借りる。

本人の意向を大切にしながら、方向性を決める。

家がよければ、ショートなど使いながら、支援を決めていく。

施設側でも拒否的な人は受け入れられない事がある。

食事量低下・PWC使用…訪看利用をすすめる(体調確認)

活動量も減り、食欲も低下していく。

誤嚥性予防で訪問歯科による口腔ケア(予防しておけばリスクを減らせる)

自宅へ戻る時に訪看、歯科の介入(家族には口を開けないが専門には開ける)

食べない人は、口腔内環境が悪い。

<ポイント③>

食事入らない→訪問診療(Dr.)点滴

ACP→意思確認は元気なうち、動けるうちに誰が確認していくのか。

ポイント①の時からスタートしている。

どんな環境でどう過ごしていくのか、

分岐点で決めていく…日々。



—ポイント③について発表—

(歯科の視点から)

・歯科はどこから介入するのか。入れるのか?入れないのか?

ポイントは誤嚥性肺炎。だいたい誤嚥性肺炎では口腔ケアをきちんとしなければならないということ、歯科職種が介入する。実際、歯科の介入は誤嚥性肺炎になってからなのか。

・脳梗塞を発症された方の歯はものすごく少ない。

入院中に抜歯されている方が多い。だから、入院時と退院時で歯の状態がガラッと変わっている人が大半。口腔ケアをしないので、歯周病が進んでいて歯が揺れて、歯を抜いている。

・脳梗塞の方の口の中をぜひ見てほしい。この入口の時点で、口を見てもらえると非常にありがたい。

食べられているから大丈夫ではない。きちんと噛んで食べているか、飲み込んで食べているかで栄養摂取は全然違う。丸呑みで栄養をとっても消化できないので、腸で栄養摂れていない可能性十分ある。しっかり噛んでいれば、胃の負担も少ない、腸の負担も少ない。

・食事をする事が、在宅にとっても、何にとってもまず一番の元気であるポイント

【6グループ】

<ポイント①>

(ケアマネ) 二人暮らし: 妻介護負担、住環境整備→手すり・段差解消
通所リハ、訪問リハ利用検討 ショートステイ

(医 師) リハビリ(外来)通リハ →麻痺の状態により選ぶ。
生活習慣の見直し

(薬剤師) 処方薬、服薬状況確認

かかりつけ医と形状、薬整理

家族との協力、服薬の提案

服薬の相談→Dr.、薬局どちらにも。

自宅での情報が不足しているため、本人の服薬の
仕方を確認してもらう。

<情報として>

妻に確認して自宅訪問

気になる事など情報収集

→アセスメントする。

実際訪問する。

CMからの情報があると助かる。

★思いを聞くのは? (メンタル、社会面など)

(医 師) 診察ではわかりづらいが、これまでの関係で本人をどこまで理解できているのか?
思いを確認するポイント…デイの中での一言を拾ってもらう。

<ポイント②>

家族状況によりターニングポイント→自宅?施設?

(ケアマネ) 介護力 妻の対応、住宅環境、金銭面、医療面。

(GHケアマネ) 認知症出てくるところ

PTになると妻負担大。外出出来ずらい、息子(隣市)同居は? 2人暮らし可?

食事量、咽あるのでST介入。介護食は配食で頼めるか?

(医 師) リハビリして回復可となると介入できないか? おせが気になる→嚥下訓練

(ヘルパー) メンタル低下

(ケアマネ) 意志の確認→自宅…訪問リハ ADL改善、食事-配食手配

●訪問診療への移行のタイミング→妻の状態によるが、できるだけ来てもらう。

(薬剤師) 咽に気をつける。剤状の変更、薬剤の工夫をDr.に相談をする。

家族、サービス事業所からの聞き取り(形状、食事量)

(訪問看護) Nr.より早めの気づき、妻への指導等で介入したい。他職種との連携を密にとる。

→タイミング…元気がない。食事量、栄養低下

家族が通院できない時のサポートとして訪看導入するタイミング(発熱等)

<ポイント③>

(ケアマネ) 妻の負担、ショート・デイの活用、ヘルパーでの保清(訪問入浴)、浴槽用リフト
入院時に医療の確認。

食事介助・口腔ケア(初めから)→歯科導入は早めに。
入浴→ヘルパーと訪看
自宅か施設か
自宅にいたいー経済的負担によるが→家族:安心。

訪問歯科

入れ歯・飲み込み
ぐらつく前に相談

本人:安心だが認知症進む。判断難しい。

(薬剤師) 服薬支援は①②と変わらず。

本人達の話聞く。今の思い、家族への思いを聞くこともある。
→どうつなぐかが大事。精神的、思いを他へつなぐ、知らせる。

(ケアマネ) 家族の状態をみながら、提案・紹介。

自宅可能でも施設
施設レベルでも在宅、その他要因で変わる。

(医師) 情報共有をしっかりとできることが大切。

壁があると、繋がらない。話しやすいよう努めている。
MCS非常に良い。使っている。情報共有で決定の場面が大事。
元気な時の思い、言葉を家族に伝えてほしい。施設も知りたい。
→誤った選択をしないためにも、最後まで共有する!

(ヘルパー・通所事業所) 現場で話をしたこと、

思い(将来・先の事)をCMへ伝えておく。



—ポイント③について発表—

- ・ポイント③では、ムセがあって、食事をとるのが難しくなってきたところで、ヘルパーさんの活用
→実際、ヘルパーさんからは、咽がある方の食事介助が難しい
口腔ケアをしっかりとって誤嚥性肺炎の予防が必要
- ・ACP
どこで最期を迎えるか、どんな風に過ごしたいかと決めていくことがメイン
最終的には主治医からご家族への説明をしてもらい、決めないといけない場面に。
どんな情報があれば、スムーズに決定できる支援がみんなのできるのか
情報共有が多職種でできる。職種の中に壁がなくて、みんな一緒に話ができることが一番大事
- ・MCS
→情報がすぐとりあえることもとても大事で、MCS を使って多職種で協働する
- ・多職種で情報共有して、何を選んでも後悔されることは多いと思いますが、みんなで一番これ
がいいよねと、話ができるような環境づくりが大切
- ・ポイント①の時点で運動リハ、嚥下リハを。
- ・ポイント②で施設に入ることも考えると、環境も変わるので認知症の進行が考えられる

【7 グループ】

<ポイント①>

1日のタイムスケジュール—入浴・食事(場所)など把握し、導線の確保。

デイサービス 週3回+バイタル、健康状態確認 ← 訪看

薬剤師: 奥様の状態確認

リハ: 屋外歩行—自宅での活動状況、環境整備が必要。

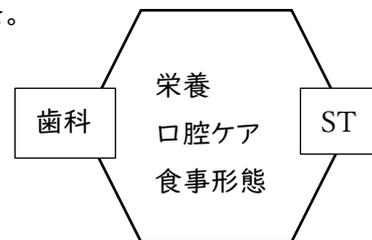
畑への動線→訪リハでの練習。 ← 要介護Iでは難しい。

※奥様、家族の買い物等、支援状況確認。

環境整備(手すり・シャワーチェア)

Dr.: 本人が『よくなるぞ!』の気持ちをもって意思決定を。

退院時カンファで話が出来ていれば理想!



<ポイント②>

奥様どこまでできるか?…通院は現実的ではない。

みかん農家—車椅子で畑までいける取り組み。

訪問診療、訪リハ、デイ、ショートステイ、訪看の割合を増やし、厚い支援を。

月・水・木 デイ
火・金 訪看、リハ
隔週に1回 往診、薬剤師
日 家族
※ショート土日もあり。



<ポイント③>

車いす介助必要

食事× → 胃ろう
 → 中心静脈栄養 } Dr.説明

自宅?施設? 自宅—奥様次第

お父さんはどう考えるか…どうしたいか…最期どこで過ごすかを家族で話し合う。

家での看取りベストだが、無理強いするものでもない。

介護ゴールが見えないマラソン、無理しすぎないように。

QOLをどう高めるか、介護職で違う。病院でできないこと、自宅でできる。

ACP—人生振り返り。

73歳で脳梗塞を発症し、10年後再発50%といわれている中で、再発していないことをほめる。本人・ご家族の頑張り。(ポイント②まで)

—ポイント③について発表—

- ・食事量が低下している状況ですので、治療をするのか、しないのか。
中心静脈栄養をするのか、しないのか。ただそうすると寿命が延びるかといったらそうでもない。
- ・自宅なのか療養型に入院するのか
本人は自宅といっているけど、キーパーソンである奥さんはどうなのか
- ・担当者会議をどう活用するか
ご本人の思いをご家族に確認をする。お父さんだったら、どう考えるか、確認をすることの大切さ
- ・頑張りすぎない介護
奥様の体調、健康を維持するために、ショートステイを活用
- ・治療方針、最期を迎える場所をどうするか。見通しをどうたてていくかというところで、家族の介護休暇を要請するなど必要ではないか。
- ・73歳で発症して、脳梗塞の方は10年間で50%が再梗塞するといわれている中で、再梗塞がなかった。本人・ご家族含め、いいチームだったと振り返ることも大切なこと。