

## 第二十五回 岡山県介護老人保健施設大会

### ☆演 題

老健が取り組む「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」と  
ACPアドバンス・ケア・プランニングの実践と課題解決に向けて

### ☆講師&企画

藤本宗平 一般財団法人共愛会 老人保健施設 虹理事長  
人生の最終段階における医療介護を考える会 担当理事

## 架空のドラマ / ACP・もしもの時の話し合い シナリオ

### プロフィール

本人 芳野 虹子 八十歳 女性

心不全(ステージD)・脳血管性認知症・アルツハイマー型認知症・脳梗塞後遺症

HDSr 13点30点

自分の意思の表出はできるが辻褄が合わないこともあり意思決定能力は限定されているため、誰かの助けが必要な状態。

夫 芳野 太郎 八十一歳 男性

年相応の物忘れはあるが、意思決定能力はある。虹子のことを一番理解している。

介護したい気持ちはあり、今までは何とか二人で生活できていた。

本人の希望・家に帰りたい

夫の希望・老健に最後までお世話になりたい。外泊、外出などには協力的。

老健スタッフの助けがあれば、妻の介護には前向きに取り組む。

本人の家に帰りたいという意思を尊重し、自宅へ退所。

再入所時、心不全の悪化により急変。老健で看取りを行った事例。

### ナレーション

では、ロールプレイの患者概要を説明します。

患者は、芳野虹子さん 八十歳、女性。夫の芳野太郎さん八十一歳と二人暮らしです。

一人娘が岡山市にいますが、姑の介護で忙しく三か月に一度会う程度です。

虹子さんは、六十歳頃から高血圧症があり、七十八歳の時に脳梗塞を発症し、その後脳血管性認知症と軽度のアルツハイマー型認知症により、日常生活動作が低下し、要介護2の認定を受けています。また低肺機能、軽度の心不全も罹患して、近距離の散歩でも呼吸が苦しくなることが多くなりました。

かかりつけ医は、家から十分程度のY病院で、脳梗塞を発症した後から毎月受診していました。

軽度の誤嚥性肺炎を発症して入院治療を受けた際、HDSr25点から13点に悪化、退院後は、週3回の通所リハビリと月1回程度のショートステイを利用していました。

### 事例概要

退院後1ヶ月を過ぎた頃より、食欲低下や、呼吸苦が強くなり、また下半身の浮腫が見られるようになったため、かかりつけ

医であるY病院で、胸部レントゲンとCT検査を行い、心不全と軽度の肺水腫、胸水貯留が認められました。

地域の拠点病院であるA病院循環器科に紹介入院となりました。NYHA(二一八)Ⅱの症状で、心不全ステージC、と診断。利尿剤等で症状コントロールし軽快、自宅退院されました。

その後同様の症状に胸痛が加わり、短期間に2回A病院に入院しました。心不全専門医による病状説明で心不全はDステージに進展し、緩和医療の開始とACPという、もしもの時の話し合いを勧められました。心不全のフォロー、リハビリ、ACPの話し合いを目的にA病院からY病院併設の老人保健施設に、リハビリテーション目的にて入所されました。

入所後、老健にて本人と妻にプロセス・ガイドライン、ACPについて説明し、同意を得て話し合いを開催しました。

### (ステップ1)

ナレーション:それでは、ステップ1の場面をお願いします。

医師:芳野さん、こんにちは。今回は、二度の入院大変でしたね。A病院から連絡があり、虹子さんの病状については、大体のことは承知しているのですが、虹子さんは、病状についてどのように説明を受けていらっしゃいますか?

本人:えーっと、どうだったかな。入院する前は息が苦しかったけど、今はそうでもないです。家に帰るために、リハビリをがんばらないといけないと思っています。

夫：A病院の先生からACPをしたほうが良いと言われたけど、その言葉しか覚えてないのですが、何のことだったでしょう？

2

CM：A病院の先生から手紙が届いて、ACP、もしもの時の話し合いと書いてありましたよ。ふたたび心不全が悪化し、自分の気持ちが伝えられなくなった時に備えての話し合いのことです。虹子さんの今後のことについて、不安に思っていることがあれば今日聞きたいと思っていました。

夫：それは有難い。妻の体について気になることもあるし、いろいろ考えないといけないからなあ……。

医師：今は、安静にしていた時期が長かったので少しづつリハビリを進めて行きましょう。

虹子さんの病状についてです。心不全のステージは4段階ありますが、一番重いDステージに差し掛かっています。これから胸の痛みが出るようであればオピオイドという麻薬も使えます。酸素吸入が必要になるかもしれませので、その辺りは看護師が病状把握をしていきます。

看護師：体調管理を行いながら、主治医と連携をしていきますね。

何か気になることや、不安に思っていることがありますか？

本人：私は、よくわからないから。先生、お任せします。

夫：私も、疲れてきたのでこのままここでお世話になりたいです。

ナレーション：

この後、虹子さんから一人娘になかなか会えていないことなど日頃気になっていたことの表出がありました。また、体調が思わしくない様子など今後についての不安の訴えもありました。

そのような会話から、虹子さんの意思決定能力の有無について、医師は多職種と協議を行いました。入所生活での様子などからも虹子さんには「意思決定能力はあるが、一人での決定は難しいため代理意思決定者も含めて、本人にとって最善の方針をとっていく必要がある」とチームで判断しました。

### (ステップ2・ステップ3)

ナレーション：それではステップ3です。

虹子さんの心不全はすでにDステージに入っています。胸痛コントロールでオピオイドも開始しました。人生の最終段階における医療・ケアに関する、虹子さんの意向の合意形成に向けた話し合いを行うために、本人、夫、医療・介護スタッフを集めました。

CM：今日は、芳野さんの今後について話し合いをしていきたいと思えます。

今回は、本人、ご主人、看護師や介護士、相談員にも参加してもらい進めていきます。話し合いの内容はこちらで記録しますね。

まず、虹子さんにお聞きします。虹子さんはこれからどうしたいと思われるか教えてくださいませんか？

本人：どうって……。

夫：虹子はどうしたい？

本人：うーん……。あなた決めて下さいよ。

CM：では、ご主人にお聞きします。虹子さんはこれからのことをどのようにお考えだと思いますか？

夫：今まで元気だったからなあ……。そういう話をしとけば良かったなあ。

介護士：虹子さんは、夕方になると荷物をまとめて「お世話になりました」と帰る準備をされるんですよ。ご主人が面会に来られると表情がとてもよくて、逆に帰られた後はご主人を探すような仕草をされるんです。

夫：家に帰りたいと思っているんだらうなあ……。

CM：(うなずく)家に帰りたいと思っているんだらうね。

本人のご希望が家に帰ることであるなら、そのための調整をしませんか。

夫：いやー。今、家に帰られても私一人でどうしたらいいか。

CM：ご主人は不安なんですね。今回短期間で2回も入院されましたからね。今日はご主人や奥さんのお気持ちを聞きすぎることで、もしもの時のことについて、みんなで話し合いをすることで、お二人のご希望が少しでも叶えられる様に支援したいと思っています。

夫：もしもの時の話ですが……。

看護師：では、お聞きするのですが、今後、もしも、心不全が悪化したり、認知症の進行により会話もできない状態になったときのことをお考えになったことがありますか？

夫：そうですね。会話ができなくなったら、私もどうしていいかわかりません。今の妻の希望を叶えてやりたい気持ちはありますが、自分も年なので……。

看護師：奥さんと今までに、そういった話をしたことがありますか？

夫：（妻をみる） いや、具体的にはないですね。妻の希望を叶えるといってもどうしたらいいか。

CM：入所中の虹子さんの移動方法などはどこまで進んでいますか？

リハビリ：ベッドから車椅子への乗り移りも見守りでできていますよ。

看護師：お部屋でもベッドからできるだけ離れて生活してもらっています。今の状態であれば外出などもできます。私たちもお手伝いしますので、虹子さんの希望を叶えてみませんか？

夫：そうだな。虹子も家に帰りたいよな。  
今回の入院でだいぶ体力が落ちたけど、リハビリをしてもらって、だんだんと動けるようになってきて少しは安心しています。外行くくらいから初めてみてもいいかな。

介護士：私たちも虹子さんがご自宅に帰られてご主人が困らないように介助方法などお伝えしてサポートします。

相談員：そういうえば、娘さんは、虹子さんの病状のことはご存知なんですか？

夫：（妻をみる） 娘には一応……あの子も苦労しているのであまり心配をかけたくないからなあ……。

相談員：ご主人一人で抱え込まず、娘さんにも相談されてみてはいかがでしょうか？  
説明が必要でしたら、こちらから娘さんにも伝えさせてもらいますよ。

夫：そうですね。まず私から話してみます。

看護師：今後、病状によつて、ご自分で病気の治療やケアについて決めることが難しくなった時に、虹子さんが大切にしていることがよくわかっていて、虹子さんにかわつて治療などの判断ができる方はどなたになりますか？  
そういった代わりに判断して下さる方を代理意思決定者と言います。

夫：私だろうかな。それでいいかな？（妻をみる）

本人：そうよね。（うなずく）おまかせします。

看護師：代理意思決定者は、ご主人ですね。私たち職員も虹子さんにとって最善のケアができるように一緒に考えていきますね。

介護士：私たちも、虹子さんと関わる中で、虹子さんが言葉にされる思いや行動をご主人にお伝えしますね。そうすることで、虹子さんが大切にされていることがご主人に伝わればいいなと思っています。

看護師：芳野さん、今後の治療のことで虹子さんの考え方について聞いておきたいのですが、これまでに虹子さんがしてほしいことや、してほしくないことなどをお聞きになったことがありますか？あれば具体的に教えてください。

夫：（妻を見ながら）うーん……そういうえば、治療のことで話をしたことはないけど、妻はできるだけ家族や友人との時間を大切にしたいと言っていたことがあります。

看護師：そのようなお話をされていたんですね。

夫：（妻を見ながら）今まで考えたくないと思っていただけで、こうやってみなさんと虹子の希望していることについて話していただけて、私自身も前向きな気持ちになりました。まずは外出ですね。

ナレーシヨン：

この後、急変時、生命維持治療に関する意向を話し合いました。話し合いの中で、ご主人から「本人の希望をかなえてやりたい」「苦痛だけは取り除いてもらいたい」と希望を話されました。外出から始め、在宅復帰を目標に準備を整える方向になりました。

ナレーシヨン：

入所中、娘さんの協力もあり、外出、外泊を繰り返しました。ご主人も、家で表情よく過ごされる虹子さんの様子を見て、自宅へつれて帰る決心をしました。今日は自宅へ帰るためのサービス調整会議が行われました。

相談員：今日は虹子さんの希望である自宅で過ごすために必要なサービスなどについての話をしたいと思います。在宅のケアマネジャーさんと訪問看護の方にも来ていただいています。よろしく願います。

在宅ケアマネ：

虹子さん、ご主人、自宅で過ごしたいという希望を支援させていただきます。病状についてはさきほど看護師さんや先生からお聞きしました。外出や外泊をした時に自宅で過ごすにあたって一番困ったことや不安なことがありますか？

夫：そうだなあ。（妻のほうを向いて）私一人しかいないので、急にしんどくなったりしたときが不安です。今までは通所リハビリとショートステイだけを利用していましたが、今の虹子の状態で必要なサービスは他になにかあるんでしょうか？

在宅ケアマネ：そうですね。訪問看護師の方に来てもらうことができます。

訪問看護師：

家に帰られた後は、私たちが訪問し虹子さんの病状を観察させていただきます。病状についてはその都度、医師と連絡をとり、ご自宅で点滴や、呼吸管理、オビオイドという苦痛緩和のお薬を使う際にもお手伝いすることもできます。何か不安なことがありますたら、遠慮なくおっしゃってくださいね。

夫：老健と同じように過ごせるなら安心です。

看護師：もし、ご主人が虹子さんのケアをすることがとても負担になったり、家で療養を続けることが困難になった場合、どうされますか？

夫：そうそう、この前病院の先生から話がでしたが、延命治療というのは望んでいません。看取っていただくだけなら、自宅が慣れている施設でお願いしたいと思っています。みなさんに助けてもらいながら、できるだけ自宅でがんばりたいと思っています。それでいいかなあ？

本人：（つなずく）はい。お願いします。

相談員：私たちは、芳野さんのご意向を尊重したうえで、最善の治療・ケアができるように一緒に考えていきたいと思っています。何か気になることやお気持ちが変わりましたらいつでもおっしゃってください。話し合いの内容は、記録し皆さんと共有していきます。

ナレーシヨン：

その後、在宅サービスを受けながら自宅療養を続けていた虹子さん、夫の介護疲れもあり、一か月程度入所されることになりました。入所時には、以前の話し合いの内容を再確認しましたが、もしもの時の意向については変わりありませんでした。入所中の夜間に急変し、重度の呼吸困難に陥ります。夜勤職員は、医師とご主人に連絡をとり、二十分後ご主人は娘さんともにかかけつけました。医師は、病状説明を行い、入院という選択肢もあると説明しましたが、ご主人、娘さんは入院を希望されませんでした。虹子さんは一時意識が回復しましたが、呼びかけにうなずく程度で、翌日の夕方、家族や関わっていた医療、ケア専門職に見守られて、静かに息を引き取られました。