

日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

2019年

事例集

一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」



(事例6)

© 2019 一般社団法人日本老年医学会

【事例 6】

アルツハイマー型認知症をもつ高齢者の在宅看取り事例

ACP ファシリテーター：介護支援専門員（ケアマネジャー）

＜本人プロフィール＞

T 氏、80 歳代男性。元公務員。アルツハイマー型認知症。主介護者である妻（80 歳代、元公務員）と二人暮らし。息子二人はそれぞれ結婚し近隣に居住。長男の妻がほぼ毎日訪問し、妻とともに家事や T 氏の世話をしている。本人の姉も頻繁に訪問し、本人に声をかけたり、妻の話し相手になったりしている。

＜疾患・障がいとその経過＞

1) 診断名と本人の状態

2XXX-2 年 Y 月 地域包括支援センターからケアマネジャーに相談あり。「アルツハイマー型認知症で BPSD（行動や心理面の諸症状）がみられる夫を妻が 1 人で介護している。妻の介護負担軽減のためにもサービス利用が必要と思われるが、妻が「必要ない」と言う。ケアマネジャーが関わりながらサービス利用に繋げてほしい」、との依頼で訪問開始となった。

ケアマネジャーが訪問すると、本人はソファに座っており、話しかけても発語はなく、挨拶にも頭を下げて応じるのみだったので、妻から本人の様子を聞いた。妻は介護サービスを利用しようと思わないと述べ、その理由について、普段と違うことがあると本人が不穏になり、介護がしにくくなるので、なるべく本人のリズムを変えない生活を心がけているためと説明した。アルツハイマー型認知症については、妻が付き添って近隣の医院を定期的に受診しているとのことだった。

その後、介護サービスを利用しないまま 2 年経過。

2XXX 年 1 月 介助としようとした妻と本人と一緒に転倒し、妻は脚を傷めて一時的に歩行困難となった。近医は、今後、T 氏は通院困難と判断し、在宅医に紹介。在宅医はかつて T 氏の母親も診ていた医師だった。このときから在宅医が T 氏のかかりつけ医となった。ケアマネジャーは妻の現状ではこれまでのような在宅介護は困難と判断し、介護サービスの導入が必要と妻に説明し、妻も納得したので、デイサービスの利用と福祉用具のレンタルが開始された。この時点で要介護度 3。訪問看護はまだ導入せず、後日、再検討することとなった。

こうして在宅医療と介護サービスが導入されたが、T 氏は混乱をみせなかった。妻はその様子に安心し、次第にデイサービスのスタッフに信頼を寄せ、デイサービスを利用しながら生活のリズムを整えるようになった。

かかりつけ医の訪問日以外は、デイサービスを基本的に毎日利用することとなった。デイサービスの利用料は介護保険の利用限度額を超えていたが、妻は超過分のサービスが全額自己負担となってもサービスの利用に迷いをみせなかった。妻は、「夫にはちゃんとしたケアを受けてもらいたいから、必要ならお金を使います」と言った。夫婦ともに元公務員だったため、妻は「贅沢はできません」と言いつつも、経済的にはある程度余裕がある様子だった。

2) ACP 導入のプロセス

2XXX 年 11 月初旬 アルツハイマー型認知症および廃用症候群も進み、ADL が重度に低下し生活全般にわたり要介護の状態（要介護度 5）となった。そんなある日、T 氏はデイサービス利用中に意識消失し、かかりつけ医の指示にて救急搬送された。検査の結果、異常はなく一過性のものと診断された。その際、救急医は、「今後、認知症による意欲低下に伴い心身機能の低下も顕著となります。今回のようなことも頻繁に起こると考えられますので、自宅で過ごすことが難しいのであれば施設を探したほうがよいと思います」と妻に話した。妻は救急医の説明に頷くものの不安げな様子。その日は入院することになったが、様々な書類の記入や手続きに煩わしさを感じ、「やっぱり帰ろうかな」などとケアマネジャーに言った。

ケアマネジャーは、これまでは妻の漠然とした不安について話を聞く程度であったが、これからは妻が抱えている不安について明確にしつつ多職種で対応を検討し、同時に、T 氏夫妻の望む生活や今後の生き方を家族や医療・ケアに関わる支援者が共有しておく必要があると考えた。

そこでまず妻と長男の妻に、救急医からの説明を他の家族に伝えて話し合う機会を持っておくことを提案した。その際、ケアマネジャーの同席を希望するかどうか尋ねると、妻は「私から話す」とのことだった。

T 氏は支援開始時からすでに意思疎通困難な状態だったため、本人がこれまで大切にしてきたことや今後どのように過ごすことを望むかについて、本人から直接話を聞くことは叶わなかった。そこで、ケアマネジャーは、T 氏がもし自分の想いを話したら、今後、どのような生き方を希望するだろうかと妻に尋ねた。妻は T 氏が写真や美術系の趣味に打ち込み、自宅に作品を飾って好みの家に仕上げてきたので、今後も自宅で過ごしたいと思っていると思うと話した。そのようにして T 氏のこれまでのエピソードを妻と共有させてもらいながら、今後のケアのあり方について、まずケアマネジャーが妻と相談した。

2XXX 年 11 月中旬 妻、かかりつけ医、デイサービス・スタッフ、ケアマネジャーが参加し、サービス担当者会議が開かれた。妻は、「主人は自宅が好きなので、『入院はせん』と言うでしょう。認知症は進んでいますけど、主人は自宅にいれば必ずそれがわかると思います。私も主人が好きなので、できるだけ世話をしたいです」と力強く述べた。

妻は T 氏が自宅敷地内にプレハブの現像部屋を建てて趣味の写真に没頭していたことや、撮影旅行の作品や孫の写真で自宅を飾っていること、かつては庭木の世話も好きでブルーベリーなどを育て、それを妻がジャムにして家族で味わったことなど、思い出を語った。

妻は「息子たちも主人にとって何か大事か、よくわかっています。今後、この前と同じような症状が起こった場合には、自宅に連れて帰ってきたいです。息子らも同意しています」と述べた。

これを聞いた会議参加者は、T 氏夫妻が大切にしてきたことやできるだけ自宅で過ごすことを T 氏が望んでいるだろうと思われることを理解し、T 氏の世話をできるだけ自分でしたいという妻の思いを医療・ケアの専門職が今後も共有し、共通理解のもとに 1 日 1 日を大事に過ごせるよう支援していくことで合意した。

この日のサービス担当者会議のなかで、ケアマネジャーが妻に何か不安なことはないかと尋ねたら、妻は、「主人の食がだんだん細くなってきていて…。いよいよ食べられなくなったら自宅でのみのは難しいと思います」と言った。摂食困難となった場合の T 氏のケアは病院でお願いしたいと考えているようだった。ケアマネジャーは、この時点では最終段階の療養場所の決定はせず、今後も話し合いを続けることが大切であると思われる述べ、皆が賛成した。

食の問題についてはかかりつけ医が、アルツハイマー型認知症の場合は末期まである程度摂食可能なことが多いこと、食事介助してもいよいよ摂食困難となった場合は人工的水分・栄養補給法は行わずに自然な最期とすることが緩和ケアとしても優れていることを説明し、「でも医学的に対応すべき問題のために食べられなくなった場合は、人工的な手段はいろいろあるので心配しないでください。私が診てるから、安心して」と語りかけた。かかりつけ医は、具体的な方法として経鼻経管栄養法と胃ろう栄養法および中心静脈栄養法と末梢点滴について概説した。

胃ろうの話が出た際、妻はかつて自分の母親が認知症末期だったときに胃ろうが造設され、娘としてそれを見ていて「かわいそうに思った」と語った。ケアマネジャーがその理由を尋ねると、母親の経口摂取が不十分と診断されると、家族は十分な説明を受けないまま、あまり考えずに同意書にサインし、胃ろうが造設され、その後は母親が何か言えたら「こんなの嫌」というような経過をたどったと話した。

妻は「こんな話も聞いてもらえて有難いです」と何度もお礼の言葉を述べた。

2XXX 年+1 年 7 月 徐々にさらなる機能低下が全身にみられた。特に摂食嚥下機能の低下は著しく、一日で摂取可能な量は、やわらかめのお粥を茶碗 1/2 杯、とろみのついた汁物を 1 杯、野菜の煮物をスプーンでつぶして 1~3 口、スクランブルエッグを卵 1/2 個分、高カロリーゼリー 1/2 個分程度となってきた。デイサービスと自宅の両方で、食形態、介助の仕方、ストローの太さなど様々な工夫を試み、少しでも経口摂取できるよう支援していたが、「食べることができない」状態が近く現実のものとなることが予想された。

かかりつけ医はこの摂食状態について、アルツハイマー型認知症の通常の経過であり、食事介助も適切になされており問題ないと判断し、ケアマネジャーに伝え、ケアマネジャーは妻とデイサービスのスタッフに伝えた。

妻の体調は良く、オムツ交換、更衣も過度な負担にならず行うことができていた。生活していくなかで妻が口にした不安は、①デイサービスが利用できなくなったときにどうするか、②入浴、③自分が突然倒れたら、ということだった。

「デイサービスが利用できなくなったとき」については、事業所にとってもこのように心身機能の低下した利用者へのサービス提供は初めてのことであったため、スタッフが不安を感じていた時期であったことに関連すると思われる。デイサービス側からは、「デイサービスを利用することでご本人が自宅で過ごせる時間が少なくなっているのは本末転倒ではないか。身体的にかえってご本人の負担になっているのではないか」との相談がケアマネジャーに寄せられた。ケアマネジャーは、妻が「お父さんがデイサービスを気に入っていて喜んで行っている。よくしてもらってありがたい」、「デイサービスを利用できているからこそ、お父さんと家で過ごせている、自分も頑張れる」、と話していることを伝え、妻からスタッフへの感謝の気持ちと利用継続の必要性を説明した。

また、デイサービスでは入浴サービスも週に3回受けていたが、もしデイサービスを利用できなくなった場合に入浴をどうすればよいのかという妻の不安に対し、ケアマネジャーは、介護保険では訪問入浴サービスもあることを妻に説明し、自宅での保清も心配ないので無理しないようにと伝えた。

妻の健康維持については、現在の健康状態が保てるように生活できることが一番だが、ショートステイなど利用可能なサービスの情報を提供し、常に別の支援方法があることを繰り返し説明したうえで、妻が安心して介護できるように支援した。

次第に弱っていく夫の状態を受け止めながら介護する妻の心配に対して支援方法を具体的に提示し、安心してもらえるように配慮した。特別養護老人ホームへの入所申込みも提案し、妻は息子と見学に行く予約までしていたが、結局、キャンセルした。

2XXX年+1年8月 デイサービスのスタッフからT氏の体調管理に関する相談が増えてきた。そのため、都度、ケアマネジャーがかかりつけ医に連絡し、指示を得て対応した。摂食量のさらなる減少については、かかりつけ医から「通常の経過だから心配しないように。それから不思議とね、好きなものだと誤嚥しにくいから、本人が美味しく食べられるものを無理しない程度にね」との指示があった。この指示は妻にも伝達された。

デイサービスのスタッフから急変時の対応に関する不安の相談があったので、かかりつけ医に連絡し、再度、訪問看護の利用を検討した。かかりつけ医やデイサービスからの勧めで妻も納得し、訪問看護の利用が開始された。

再度、サービス担当者会議を開催。かかりつけ医と訪問看護師から現在の心身の状況について説明を聞き、多職種で情報を共有した上で、妻に在宅介護の継続に関する意思を確認した。妻の意思は変わらず、自宅で看取る覚悟だと明確な言葉で述べた。

デイサービス利用中の急変時の対応についても改めて相談し、急変時は救急要請ではなく、まず、かかりつけ医と訪問看護師に連絡することが確認された。デイサービスの利用を終了する時期については、本人の状態を見ながら事業所内の判断で行うこととし、妻も了承した。

3) 最終段階の経過

2XXX年+1年11月1回の食事量はスプーン1杯のゼリー程度となってきた。

2XXX年+1年11月A日 デイサービス相談員よりケアマネジャーに連絡あり。「これ以上の対応はデイサービスでは難しい」とのことで、翌日でサービスの利用を終了することとなった。そこでケアマネジャーが訪問介護の導入を妻に提案すると、妻はホッとした様子で了承した。

2XXX年+1年11月A+2日 訪問介護の利用を開始。以降、介護スタッフのサポートを受けつつ、終日、妻が自宅で介護した。

2XXX年+1年11月A+3日 訪問入浴を利用した。経口からは口腔内を湿らせる程度の水分の摂取のみとなった。妻は何も口にしない夫に対して、「食べてくれたらいいのにねえ」と言いながらも、不安な様子は見せなかった。かかりつけ医と訪問看護師から、食物を無理に口にさせることのリスクや、「決して食べさせていないのではないこと」、「おなかをすかせた状態で放っているのではないこと」、「本人が苦痛なく過ごせていること」が、都度、妻に伝えられた。

約1年前のサービス担当者会議の際に、妻は、「食べられなくなったら自宅でみるのは難しい」と言い、病院での人工的水分・栄養補給が念頭にあるようだったが、実際にその状態となったこの時点では、夫の人工的水分・栄養補給を希望しなかった。妻は夫の摂食量の漸減にも寄り添う介護のプロセスのなかで、多職種とのコミュニケーションを経て、不安や疑問を解消してきたのではないかとケアマネジャーは思った。

2XXX年+1年11月A+6日 訪問入浴利用。妻は入浴時に「よかったねえ」と声をかけながら、とてもうれしそうに見守っていた。訪問したケアマネジャーに対し、「最後に着る服決めたんよ、ちょっと見て」と見せ、ベッド上の夫に、「もうちゃんと準備もできてるから、安心していいよ」と話しかけた。

2XXX年+1年11月A+7日 妻と長男の妻が話しをしながらふとT氏を見ると、呼吸停止していた。妻はかかりつけ医と訪問看護師に連絡。かかりつけ医が訪問し死亡確認した。

後日、ケアマネジャーは、デイサービスの職員はT氏がデイサービス利用を終える時期に関して事業所内で何度も話し合ったと聞いた。デイサービスの職員もT氏の摂食嚥下機能が低下したとき

は、「食べられないのにデイサービスを利用して大丈夫なのか」、「いつまで利用してもらえばいいのか」と不安や戸惑いを表明していたとのこと。しかし、サービス担当者会議を重ねるなかで、最終段階となった時期には本人・家族の生き方を支える提案が多くなってきたという。サービス利用を終える際には、デイサービス相談員は「もう少し何かできたのではとも思う」と話していた。

<看取り後>

葬儀から1週間後、ケアマネジャーはT氏宅を訪問した。妻は、介護用ベッド等がなくなり、もとの戻った部屋の寂しさを話しながら、「お世話になって」、「本当によかった」と感謝の気持ちを繰り返し述べ、「自分の時どこへもいかない、家におる、と息子たちに話したのよ」、と穏やかに話した。その姿には、寂しさとともに、夫婦で自宅で過ごせた時間を大切に思う気持ちや、悔いのない介護ができたことへの満足感が感じられた。

ケアマネジャーは妻を労い、T氏も最期まで家族と自宅で一緒に過ごすことができ満足しているだろうと述べ、ケアマネジャー自身も、悲しみや寂しさを感じつつもご本人らしい最期を支えることができ「よかった」と思うと伝えた。

一般社団法人 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言 事例集」

2019年6月6日 第1版発行
編集 一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」
発行 一般社団法人 日本老年医学会
〒113-0034 東京都文京区湯島 4-2-1 杏林ビル 702
電話 (03)3814-8104 FAX (03)3814-8604

●「ACP 推進に関する提言 事例集」の複写・複製・転載・翻訳・データベースへの取り込み、および送信（送信可能化権を含む）・上映・譲渡に関する許諾権は一般社団法人日本老年医学会が保有しています。

© 2019 一般社団法人日本老年医学会