

モデル・ケアカンファレンス

飯島 勝矢・太田 秀樹

■要旨

在宅医療とは生活の場で提供される医療であり、患者や家族の価値観を治療方針に反映させる医療でもある。病院を疾病治療の場と位置付けると、治療への期待が無くなった場合に、再び生活の場で適切な医療的ケアの提供を受けながら療養生活を続け、できれば看取りまで支えてもらいたいと願う患者・家族も少なくない。

しかし、実際は、医師の訪問診療や訪問看護などの医療サービスがしっかりと提供されても、生活支援が不十分であれば、在宅療養は容易に破たんする。介護力の評価や病態にふさわしい療養環境の整備、さらに訪問介護など、食事や排せつ、身体の清潔保持など暮らしを支援するケアサービスが過不足なく提供され、はじめて在宅療養の継続が可能となる。つまり、「ケアチームの質が、在宅医療の質を規定する」と断言できる。安定した在宅療養を継続し、看取りまで支え続けるには、ケアチームの連携の絆を強くする必要があり、優れたケアチーム構成（team building）には、**ケアカンファレンス**がたいへん重要な役割を担う。

そこで、具体的に「フレイルや認知症」の代表的事例としてアルツハイマー型認知症、「難病（指定難病など）」の代表的事例として特発性間質性肺炎の2症例を提示し、モデル・ケアカンファレンスを通して、「**看取りまで支える在宅医療**」継続の課題とその解決方策を探ってみたい。

■目的

在宅医療は、「移行期（導入期）」、「安定期（療養生活期）」、「不安定期（急性疾患合併時・家族介護力低下時）」、「終末期、それぞれに医療・介護ニーズが変化し、きめ細かな対応が求められる。治療方針を見直す場合に、ステークホルダーが一堂に会して行われるケアカンファレンスにおける、多職種の意見に耳を傾けることで、患者・家族が満足する在宅医療のあるべき姿を知る。

■「サービス担当者会議」と「地域ケア会議」

多職種が一堂に会する「ケアカンファレンス」は、ケアプラン作成を目的とした「**サービス担当者会議**」や基礎自治体が主導的に行う「**地域ケア会議**」など、高齢者の生活課題の解決のため、制度上、その意義や役割が明確化されている。

一方で、今回の「モデル・ケアカンファレンス」は、質の高い在宅医療を継続して行く上で、多職種の意見を傾聴し、ケアチームを構成していくことの重要性を共有するために行うものである。従って、場面によっては「退院時カンファレンス」、「サービス担当者会議」、「地域ケア会議」などの諸要素が、盛り込まれている。

症例1) 特発性間質性肺炎

■キーワード

特定疾患（指定難病）、在宅酸素療法、介護保険第2号被保険者、日中独居、ワルファリンコントロール、ステロイド糖尿病、救急搬送、人工呼吸器の適応

■はじめに

在宅医療は介護保険制度に牽引され、普及が図られたこともあって、高齢者の医療であると考えられることが多い。一方、病院での積極的な治療の対象となりにくい神経筋疾患をはじめとする「難病の在宅医療」への期待も高まっている。難病の在宅医療は、高齢者の在宅医療と異なるさまざまな特殊性がある。

1. 医学的な課題

徐々に進行し、やがて生命に関わる病態となるが、高齢者やがんの進行期と異なり、終末期である判断に苦慮する。すなわち、気道感染など急性期疾患罹患時の救急搬送の是非の課題がある。さらに、人工呼吸器装着によって、生命維持が可能な状況もあるが、装着については、あくまでも当事者の判断となり、その意思決定支援も医療者の重要な役割となる。

2. 社会的な課題

療養期間は長期化することが多いため、社会的な支援および家族支援が重要である。介護保険第2号被保険者に該当する疾病と、介護保険制度の対象とならない疾病の事例がある。その場合、介護保険制度におけるケアマネジャーの役割をソーシャルワーカーや保健師が担うこととなる。介護保険サービス利用の道が閉ざされると、家族介護力に頼らざるを得ない状況も生じ、家族に対するきめ細かな支援を必要とする。

第2号被保険者の事例で、特定疾病として介護保険給付対象となる場合は、保険者としての基礎自治体と難病を扱う保健所との連携も求められる。さらに、経済的余力が乏しい場合は、制度活用による経済的な支援を必要とする。

■症例の紹介

〇〇〇〇殿 65歳男性

【診断】

特発性間質性肺炎、ステロイド糖尿病

【病歴】

生来健康であったが、平成26年3月22日、突然の呼吸困難で〇〇大学附属病院に救急搬送された。心房細動を認め、利尿剤、ジギタリス製剤等での加療を行うが、呼吸困難の改善が芳しくなかった。呼吸不全に対して気管切開が行われ、人工呼吸器管理となった。4月1日、「特発性間質性肺炎 (IIP)」の診断でステロイドパルス療法が開始され、2回にわたるパルス療法が著効し、水溶性プレドニン®60mg (維持量) にて、4月30日に人工呼吸器離脱が可能となった。

同年7月9日、急性期の加療を終了し、〇〇病院呼吸器内科に転院となり、在宅療養を目指したリハビリテーションを行った。気管切開孔は自然閉鎖していた。安静時1L/m、労作時3～4L/mの酸素療法で短距離 (10m弱) の歩行ができるようになった。入浴には介助を要するが、ポータブルトイレ排泄も可能となり、在宅移行となった。

【処方】

ハーフジゴキシン® (0.125mg) 1T M×、タケプロン®OD (15mg) 1T A×、バクタ®配合錠 (400mg/80mg) 2T 2×、プレドニン® (5mg) 1T M×、ワーファリン®1.5 mg M×。

【制度の活用】

退院時の制度活用は、身体障害者手帳3級 (呼吸器障害)、介護保険要介護状態区分3、特定疾患 (指定難病に対する特定疾患医療受給者証交付) を申請中であった。また、医療扶助目的の生活保護申請を検討中であった。

■論点

i) 移行期の課題 (病院での退院時カンファレンスで取り上げられた課題)

肺性心による突然死の可能性 / 息子と二人暮らしで日中は独居 / 収入は国民年金のみ

ii) 安定期の課題

①医療の課題

- a. 食事療法の困難 (自炊困難、コンビニ弁当が中心) / 習慣性飲酒 / 運動療法困難 / 口腔ケア不良 (誤嚥性肺炎のリスク) / 酸素療法に対するコンプライアンス悪い / CO²ナルコーシスの危険
- b. ワルファリンコントロール不良 (ビタミンK摂取) / ステロイドによる二次性糖尿病 (HbA1c 8.0%~) / 利尿剤による低カリウム血症 / 服薬コンプライアンス不良

②介護保険サービスの課題

清潔な療養環境を整備しづらい / 入浴介助の困難 / デイサービスの拒否 (提供機関も) / ペット (猫) の存在 / 湿度や温度の管理不良 / 訪問看護・介護職へのセクハラ行為

③その他 定期的なケアカンファレンス (多職種の参加) の必要性

iii) 不安定期の課題

救急搬送を本人は否定 (救命できる可能性がある。一方で人工呼吸器管理については、意思確認をしていない (息子は否定)) / 急性期バックベッドの確保 / 消防署への情報提供 / 酸素濃縮器管理業者への対応

iv) 終末期の課題

治療内容の課題 / 場所の課題

■総括

■reference

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/513>

症例2) アルツハイマー型認知症

■キーワード

認知症、フレイル、人工栄養、薬物療法、意思決定支援、終末期医療、介護力、周辺症状

■はじめに

認知症の在宅医療においては、医療的な課題というより介護の課題が大きく、身体運動障害が軽度であれば、徘徊などの行動障害が介護負担を大きくする。また、発熱や脱水など、医療的ケアを必要とする場面において、患者が治療の意義を理解できなかったり、治療に協力できない場合にどう対応するか、倫理的課題に直面する。はたして、抑制したり、意識レベルを低下させてまで、治療を行うべきか、ということである。

また、医療的判断に難渋する具体的例として、「インスリン自己注射が安全に行えなくなった」、「家族ががんなどの精密検査を望む」、「食事摂取減少に対し家族が人工栄養管理を希望した」などの場合がある。

さらに、病態が進行すると、やがては寝たきりとなり、食事への関心が薄れると生命の危機が訪れるが、その「時点で終末期と看做すのか？」など、厄介な課題が山積している。

■症例の紹介

〇〇〇〇殿 88歳男性

【診断】

アルツハイマー型認知症、高血圧症

【病歴】

数年前より外来通院し、降圧薬を継続していた。受診時の言動から認知症を疑い、MRI検査（海馬の萎縮）およびMMSE（19点）の結果、アルツハイマー型認知症疑いと診断された。

平成25年頃より認知機能低下が目立ち、信頼していた主治医とも初対面のような対応となった。徘徊、夜間せん妄などみられた。易怒的で、入浴を拒否するため身体の清潔を保ちにくくなった。

平成26年頃より、歩行が困難となり、在宅医療（訪問診療）、訪問看護を開始した。介護負担は徐々に増強している。

【背景】

妻と二人暮らし。長男が隣接する市に居住。高学歴で技術者として海外勤務。定年後は年金生活であったが、長女の死をきっかけに認知症が発症したと家族は考えている。経済的な課題は少ない。

【処方】

アムロジン®5mg/d（現在休薬）、アリセプト®5mg/d（現在休薬）、リスパダール®0.5mg～1.0mgを不穏時屯用。

■論点

i) 移行時の課題

精神科治療の是（易怒的・暴力的な行動が認められることから、ケアマネジャーが精神科入院を勧めたが、介護者である妻はできる限り在宅療養を望む）。

ii) 安定期の課題

夜間せん妄に対しての適切な薬物療法（リスパダール®奏功）のあり方／暴力行為への対応／関わり方の指導。

iii) 不安定期の課題

治療への理解の問題への対応（熱中症に対して補液への協力が得られない）／補液の是非（抑制して行うか？）／薬物療法の中止の是非。

iv) 現在の状況

介護力低下の問題（主介護者の妻が慢性硬膜下血腫のため入院したため、本人は老人保健施設に短期入所中）。

v) 終末期の課題

治療内容の課題／場所の課題（息子は病院で延命的加療を望む。本人は元気な頃ころからかかりつけ医に対して「自宅で最期を」と伝えている（しかし、その意思表示の書類はない）。妻が決定できない）。

■総括

1 モデル・ケアカンファレンス

【症例1】 65歳 男性

特発性間質性肺炎（難病指定）

【症例2】 88歳 男性

アルツハイマー型認知症+フレイル（含終末期医療）

2 療養生活のバックグラウンド

■各病態の背景

【症例1】 COPD：⇒急変の可能性 生命予後

【症例2】 認知症：⇒BPSDの有無と程度

- 介護力の評価…………… 社会的介護力 家族的介護力、等
- 経済的基盤…………… 制度の活用 その他利用可能な公的支援
- 療養環境整備…………… 何を重視か 自立支援か 看取りか
…………… テクノエイドの導入も重要
- ケアコーディネーター…………… その存在とその力量
- 意思決定支援
- 療養生活支援…………… そのための社会資源（質と量）
…………… 在宅療養支援病院のバックアップ

3 カンファレンスの論点：4つのフェーズ

■移行期（導入期）

本人・介護者（家族）の意向

■安定期（療養生活期）

病態・生活障害に応じた介護力

■不安定期（急性疾患合併時等）

妥当性判断（救急搬送か、在宅で加療継続か）および、事前説明

■終末期

関係者全員で方針共有（臨終期の救急搬送回避）

4 【症例1】 65歳 男性 ①

【病歴】

- 生来健康であった
- 平成26年3月22日 突然の呼吸困難で〇〇大学附属病院へ救急搬送。心房細動を認め、心不全を合併し、利尿剤、ジギ等での加療を行うが、呼吸困難の改善が芳しくなく
- 同年4月1日「特発性間質性肺炎（IIP）」と診断。
- その後、病態はさらに増悪傾向。
- 気管切開後、人工呼吸器管理となり、ステロイドパルス療法を施行。パルス療法が著効し、水溶性プレドニン®60mg（維持量）にて、人工呼吸器離脱に成功した。
- 同年7月9日 急性期の加療を終了し、〇〇病院呼吸器科に転院。在宅療養を目指したりハビリテーションを行う。

5 【症例1】 65歳 男性 ②

【直近の状況】

- 気管切開孔は自然閉鎖されている。
- 酸素療法（安静時1L/分、労作時3L/分～4L/分）にて短距離（10m弱）の歩行が可能
- ポータブルトイレにて排泄は自立。入浴には介助を要する。

【処方】 ハーフジゴキシン®（0,125mg）1T M×
 タケプロンOD®（15mg）1T A×
 バクタ®配合錠（400mg/80mg）2T 2×
 プレドニン®（PSL: 5mg）1T M×
 ワーファリン®1.5mg M×

6 モデル・ケアカンファレンスの視点①

【論点整理】

- 介護力の低下
 - ☛ 離婚し息子と二人暮らし 日中独居と見守り機能
- 経済的課題
 - ☛ 国民年金のみ（息子は非正規社員）
- 急性増悪～突然死の危険
 - ☛ 重症の肺性心
 - ☛ 急性疾患時 救急搬送の是非
- 増悪時の人工呼吸器装着
 - ☛ その是非と意思決定支援

7 モデル・ケアカンファレンスの視点②

【医療の課題】

- 抗凝固療法（ワルファリン）コントロール不安定
- ステロイド耐糖能異常
- 食事療法困難（コンビニ弁当が中心） 運動療法困難
- 習慣性飲酒
- 利尿剤による低カリウム
- 薬物コンプライアンスおよび酸素療法コンプライアンス不良
- 口腔ケア不良

【介護の課題】

- デイサービス拒否
- 療養環境整備困難（ペット（猫）問題や湿度・室温管理不良）
- 訪問看護・介護職へのセクハラ行為

8 【症例2】 88歳 男性

【現病歴】

- 外来に入院して高血圧の薬物療法を継続していた。
- 数年前より外来受診時の言動から認知症を疑い、MRI検査（海馬の萎縮）およびMMSE（19点）の結果、アルツハイマー型認知症疑いと診断された。
- 平成25年夏頃より、認知機能低下が目立ち、信頼していた主治医とも初対面のような対応となる。その頃より、夜間徘徊、せん妄などがみられ、入浴を拒否し、易怒的となる。
- 平成26年秋頃より、歩行が困難出現。
在宅医療を導入（訪問診療および訪問看護を開始）。
- その後も介護負担は徐々に増強していった。

【生活背景】

高学歴（国立大学工学部卒） 技術者として海外勤務が長く、定年後は年金生活であるが、経済的な課題はない。妻と二人暮らし。長男が隣接する市に居住。

【投薬】

アムロジン®5mg（休薬中） アリセプト®5mg（休薬中） リスパダール®(0.5mg) 不穏時

9 モデル・ケアカンファレンスの視点

●認知症進行期の栄養管理：

- ☛ 経口摂取 或いは 人工栄養

●BPSDへの対応：

- ☛ 地域ネットワーク 薬物療法の是非 精神科受診の必要性

●ケア方針の共有（意識合わせ）：場づくりと疎通

- ☛ 同居家族（妻）と別所帯（長男）とケア関係者

●介護力の低下：妻の疾病（介護者の心身の負担など）

●進行期の療養環境：介護者および多職種での協働

- ☛ 意思決定支援
- ☛ 生活者としての住まいの場（在宅・施設・療養病床）

【資料】

1 [資料① 終末期の関わり]
終末期（看取り期） 確認事項

○がんの進行期や老衰などで積極的な延命治療を行っても、死をさけることが困難な病態であることを本人・家族を含め関係者らに理解されていること。

○医療専門職らが、緩和ケアの知識や技術をもち精神的にも、身体的にも苦痛をしっかりとコントロールできること。

○施設の場合は職員らに看取りまで支えるマインド・経験・知識があること。

2 [資料① 終末期の関わり]
臨終期 ①

予後の予測・病態の変化について、介護家族・ケアスタッフに具体的に丁寧に説明し納得いただくこと

- ①積極的な医療介入がないと眠るような最期であること
- ②非言語的なコミュニケーション可能なこと
- ③苦痛は適切な薬物療法でコントロールできること
- ④酸素療法（緩和ケアとして）も可能なこと

3 [資料① 終末期の関わり]
臨終期（病態の具体的な変化） ②

徐々に摂食量が低下し、活動性が損なわれる
補液等の医療処置は苦痛となる
（介護家族とケアスタッフには繰り返し丁寧な説明と納得）
尿量の減少
呼吸の変化と同時に血圧の低下
努力性呼吸（下顎呼吸） チェーンストークス呼吸
四肢の冷感 一方で体温上昇を伴うことがある
意識状態の変化

4 [資料① 終末期の関わり]
看取りにおける留意点 (臨終期の救急搬送回避)

- ・ ケアチーム全員でケア方針を共有
- ・ 同居していない家族の意見を調整
- ・ 介護家族・施設職員による看取りの意義
- ・ いつでも医師や看護師に連絡できる体制
- ・ 家族の揺れ動く気持ちに適切に対処
- ・ エンジェルケアについての情報提供
- ・ グリーフケアの実践 (家族の外来受診時など)

5 [資料① 終末期の関わり]
医師法第20条にかかわる誤解 IV 死亡診断

医師は、自ら診察しないで治療をし、もしくは診断書もしくは処方箋を交付し、自ら立ち会わないで出生証明書もしくは死産証書を交付し、もしくは自ら検案しないで検案書を交付してはならない。**但し、診療中の患者が 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書は、この限りではない。**

診療継続中の患者が、診療に関わる傷病で死亡した場合は、24 時間以内であれば診察していなくても、死亡診断書を発行することができる

6 [資料① 終末期の関わり]
Q 死亡診断書にかかわる疑問 ① IV 死亡診断

○押印がなくとも診断書として認められるのか?

自筆であれば問題なし

○死亡時刻について?

医師の死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入。
 不明の場合は、介護 家族や訪問看護師からの情報から判断

7 [資料① 終末期の関わり]
死亡診断書記載における疑問 ② IV 死亡診断

○死亡と判定する根拠は?
 「死亡」について法的には明確な定義なし。
 医学的定義に基づく死の三兆候を確認する
 「呼吸停止」「心臓停止」「瞳孔散大 (対光反射消失)」

○主治医でなくとも記載できるか?
 医師であれば可能 連携医の死亡診断可能

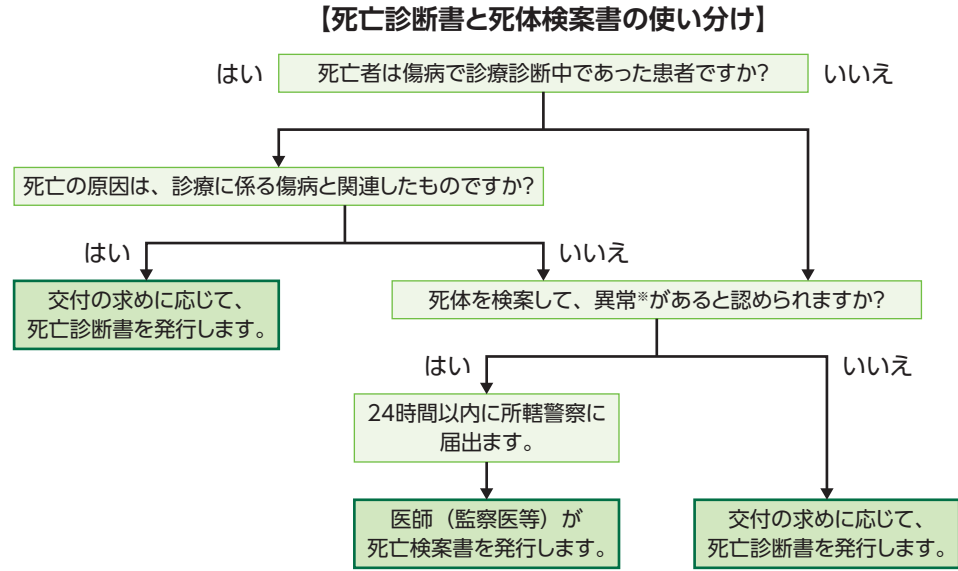
○死因として老衰は妥当か?
 いわゆる高齢者の自然死の場合可能

8 [資料① 終末期の関わり]
死亡診断書と死体検案書の使い分け IV 死亡診断

死体検案書交付

①診療継続していない者の死亡
 ②診療継続中の者であっても診療に係る傷病と関連しない原因により死亡、または外因その疑いがあるとき

異状死体の場合は 24 時間以内に所轄警察署に届け出が必要



死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 平成18年度版
 編集・発行：厚生労働省 大臣官房統計情報部及び医政局、財団法人医療研修推進財団

極意

生活障害の捉え方

い・ろ・は・に・す・飯

移動 風呂 排泄 認知機能 睡眠 食事

※赤字：三大介護

A/B/C/D/E/S

Ambulation/Bathing/Continenence/Dementia/Eating/Sleeping

参考資料

日本在宅ケアアライアンス・
加盟団体および有識者委員

プロフィール

「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業」
委員名簿

ABCDES

For home healthcare, primary doctors can communicate important information on the patient's condition when they focus on "ABCDES".

This is very effective, particularly for interdisciplinary collaboration.

"ABCDES" stands for ambulatory ability, bathing, continence, dementia, eating and sleep.

It is also useful for the primary doctor's opinion used by the Certification Committee of Needed Long-Term Care.