

# 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4)

© 2019 一般社団法人日本老年医学会

## 【事例 4】

在宅生活を希望するがん患者に対し

地域連携 ICT システムによる多職種協働によって本人の意思を尊重した事例

ACP ファシリテーター：医療ソーシャルワーカー

### <本人プロフィール>

W 氏、70 歳代後半男性。70 歳頃まで飲食店を経営。妻とマンションにて 2 人暮らし。子どもはいない。妻は社会的で夫婦仲はとても良く、夫婦の強い絆が感じられる。妻の妹夫婦が近隣にて生活しており、W 夫妻との関係は良好。W 氏は医療者に対しては口数が少なく、一見、頑固そうに見えるが、妻と一緒にいるときは最高の笑顔をみせる。

### <疾患・障がいとその経過>

#### 1) 診断名と本人の状態

20XX 年 10 月 A 急性期医療機関において食道がん（StageⅢ）のために化学放射線療法を受けたのち、自宅近くの B 病院（地域密着型ケアミックス病院）へ転院。W 氏は自宅で妻と過ごすことを何よりも大切にしておられ、特にお正月は誕生日もあることから自宅で迎えたいと希望し、在宅医療および訪問看護などの導入支援を受けるために B 病院に転院してきた。

W 氏は慢性閉塞性肺疾患をも有し、酸素使用。B 病院への転院時、コミュニケーションは可能だったが、食事量の低下をみとめ、高カロリー輸液を実施中であった。

転院前に B 病院にて妻と医療ソーシャルワーカー（MSW）が今後の支援計画について相談した。妻は「なるべく本人の希望に沿ってあげたいです。一番気になるのは、あれだけ食べるのが好きだったのに、今は何も食べられないこと。それがかわいそう」と話した。MSW から、在宅退院の際の診療体制（外来治療・訪問診療のこと、診療体制や料金のこと）、急変時の対応（B 病院への入院対応と訪問看護の利用）、そして今後の課題として、最終段階まで在宅生活を希望しているのかどうか、本人の気持ちを聴く必要があると話した。意向は何度でも変更可なので、率直に思いを話してくれるように伝えた。妻は、「皆さんがいろいろと相談に乗ってくれそうなので、安心しました」と語った。転院日からお正月の退院を目標に、訪問診療、訪問看護の支援等を検討し続けた。

20XX 年 12 月 年末に本人より「（食べられない状況の）今の感じじゃ、（自宅は）自信ないな」との話があり、年末年始は B 病院にて入院継続となった。

## 2) ACP 導入のプロセス

20XX+1 年 2 月上旬 退院に向け、今後のことについて、本人と妻、主治医、訪問看護師、MSW、ケアマネジャーで相談した。W 氏は、「なるべく家にいたい。病院はいろいろと気をつかう」と繰り返し語った。「最期は自宅で迎えたい」という本人の意向を、関係者皆で確認した。妻は「在宅での介護などががんばってみます。ちょっと心配なところもありますが、皆さんが相談に乗ってくれるので」と話した。妻の話しぶりは自分自身に言い聞かせているようであった。そうした妻の献身的な様子を見て、MSW らは、妻が無理にがんばり過ぎないように支援していこうと話した。また、地域連携 ICT システムの活用について本人と妻から承諾を得て、今後は主治医、病院スタッフ（看護師、MSW）、訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャーがこのシステムにて情報共有していくことを確認した。MSW はその日の話し合いについて「ソーシャルワーク記録」に記載した。

20XX+1 年 2 月中旬 今後の治療方針について、再度、主治医が妻と相談し、「自宅で最期まで過ごすことも可能です。治療内容の変更もできるので、症状のことなど、何か不安があれば連絡してください」と話した。その後、MSW が本人と妻に対し、今後も話し合いは継続するので心配しなくてもよいこと、療養場所は自宅でも病院でも可能であること、在宅療養について不安なことがあれば MSW か訪問看護師かケアマネジャーに遠慮なく連絡してほしいことなどを伝えた。MSW はその日の話し合いについて地域連携 ICT システムにて多職種と情報共有した。

W 氏は退院へ向けて、呼吸リハビリなども継続して進めた。

20XX+1 年 2 月末 自宅退院。退院時、W 氏の ADL は、ベッド回りは自力で移動可能、コミュニケーションも十分に可能であった。高カロリー輸液は実施せず、酸素は安静時 1.5 L ~ 2 L / 分、労作時 3 ~ 4 L / 分であった。

20XX+1 年 3 月 妻に付き添われて定期受診。退院時は 37kg だった体重が 41kg となっていた。自宅でお餅なども食べたとのこと。W 氏から「あと 10 年くらいは生きられそう」と冗談も聞かれた。妻は「信じられないくらい元気で、びっくりしています」と喜んでいて。その後も、月 1 回、定期的に受診。

20XX+1 年 7 月 W 氏は自分で車を運転し受診するようになり、主治医を含めスタッフ全員が驚いた。盆には墓参りも自分で運転して行ったと、受診時に二人でうれしそうに話していた。

20XX+1 年 10 月上旬 9 月より食事量が低下。呼吸困難感もあり、受診。慢性閉塞性肺疾患の増悪にて入院となったが、2 週間程度で自宅へ退院。

20XX+1 年 11 月下旬 食事量の低下にて受診。食道がんの再発の疑いがあり、A 急性期医療機関を再受診、入院となった。中心静脈カテーテル挿入。食道がんの再発が確認されたが、肺疾患の医学的状態を考慮のうえ、本人の意思に沿って積極的治療は行わないことになった。

### 3) 最終段階の経過

20XX+1 年 12 月下旬 全身状態および経口摂取がやや改善したため、中心静脈カテーテルを抜去し、末梢輸液管理とした上で、A 急性期医療機関から B 病院へ転院。主治医が本人と妻に対して病状説明。看護師と MSW も同席し、今後の療養方針について相談した。以前からの意向の通り、W 氏は可能な限り自宅で過ごすことを希望し、年末に自宅退院を目指すこととなった。

その後、主治医から妻に対し、余命は週単位とみられるとの説明がなされた。なるべく自宅で過ごしながら、最期は B 病院でみることも可能であることも、再度、妻に伝えられた。妻は、「本人は家が過ごしやすいようなので、まずは家でがんばってみます」と話した。MSW はこの日の相談内容を地域連携 ICT システムにて多職種と情報共有した。

20XX+1 年年末 自宅退院。

20XX+2 年 1 月上旬 B 病院受診。発熱あり、入院。

20XX+2 年 1 月下旬 退院。退院時、B 病院の訪問診療、訪問薬剤管理指導を開始することとした。MSW は退院時の様子と今後の方針について、地域連携 ICT システムにて多職種と情報共有した。

その後、週 1 回の訪問診療、自宅ではほぼベッド上の生活。少量のスポーツ飲料とシャーベットを食べる程度であった。W 氏から「みんなに迷惑をかけているな」と弱気な発言もできるようになってきた。

20XX+2 年 2 月中旬 呼吸困難をみとめ、訪問看護師が主治医へ連絡。妻は「苦しそうで、切なくなった」と語った。日中に B 病院へ救急搬送。入院後、直ちにモルヒネの持続皮下注による苦痛緩和を行ったが苦痛は緩和されず、著しい呼吸困難が持続したため、鎮静<sup>5)</sup>について主治医より説明。妻は「これまで十分に頑張ったのだと思います。今は本人が苦しそうで…」と。その日の夜中に妻に見守られ、B 病院にて永眠された。

医療・ケアチームは W 氏の在宅生活の希望を十分認識しつつ、療養生活に関して相談のプロセスをもち続け、最期は自宅または病院のいずれでも対応できるという体制を整え、対応した。医療・ケアチームは協働によって W 氏の人生の最終段階までよい支援ができたと感じた。

#### <看取り後>

妻は自分のインフルエンザワクチン接種のために B 病院を受診した。受診後に W 氏を担当した MSW のもとを訪れ、「あの節は大変お世話になりました。やっと（頭の）整理ができてきました。できるだけ自宅で過ごすことができたのは、みなさんのおかげです。とても感謝しています」などと感謝の気持ちを述べた。

その後、妻は自分のかかりつけ医を B 病院の W 氏の主治医に変更し、2 か月おきに来院している。来院時は受診後に MSW を毎回訪問し、W 氏の思い出などを語っている。「お父さんはあまり自分から話かけるような人じゃなかったから、自宅にいとね、まだお父さんが居るような気がするのよ」などと話している。

#### <注>

- 1) 地域連携 ICT システムとは、「本人の医療・ケアに関する情報について、セキュリティの確立したクラウドなどで管理を行い、家族と医師・訪問看護師・ケアマネジャーなど多職種で情報を共有し、コミュニケーション・ツールとして用いる方法」

#### <資料・文献>

##### 【事例 4】

- 5) 苦痛緩和のための鎮静とは「治療抵抗性の苦痛（利用可能な緩和ケアを十分に行っても患者の満足する程度に緩和することができないと考えられる苦痛）を緩和することを目的として、鎮静薬を投与すること」。（日本緩和医療学会『がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018 年版』）

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