

# 日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

2019-2020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9)

© 2019 一般社団法人日本老年医学会

## 【事例 9】

### 長期間にわたって胃瘻の夫を在宅で見た元看護師の妻を多職種で支えた事例

ACP ファシリテーター：薬剤師

#### <本人プロフィール>

N 氏、92 歳男性。若いころから、妻（80 歳）の仕事（看護師、55 歳で退職）に理解があり、子育てや家事も積極的に行っていた。会社社長の運転手を永年勤めたが、定年退職後は、友人や家族との旅行を楽しみ、自宅には旅先での笑顔の写真が多く飾られている。現在は、妻と二人暮らし。近所に住む息子夫婦との交流は皆無。

#### <疾患・障がいとその経過>

##### 1) 診断名と本人の状態

20XX-3 年 1 月 脳梗塞により H 病院へ救急搬送され入院。その後、脳梗塞後遺症による高次脳機能障害（2 級 1 号<sup>1)</sup>）と診断される。入院中に誤嚥性肺炎を発症し、ペースト食にするなど食形態の検討および嚥下リハビリテーションの導入も行ったが、肺炎発症を繰り返すため、病棟主治医から直接 N 氏に対して胃瘻造設の提案がなされた。食べることが好きだった N 氏は「胃瘻は絶対に嫌だ」と立腹し、提案を拒否。事前に家族に対する説明が全くなかったため、元看護師であり胃瘻に関しての知識も豊富な妻は、「おとうさん（夫）へ胃瘻を勧める件は、私から説明し、本人に納得してもらってからにしてもらえないでしょうか」と医師に訴えた。妻は夫の N 氏に対して、「退院できる体力をつけるために胃瘻を作って、自宅で一緒にゆっくり過ごせるようになるよ。胃瘻を作っても、口から食べることもできるし。私もリハビリをしっかり手伝うから」と一生懸命説得を続けた。しかしながら、胃瘻造設に納得できない夫に対し、検査上、許可されたペースト食の経口摂取を試みたが、やはり誤嚥性肺炎を発症、時には重症化することもあったことから、妻が病院での看取りも覚悟する時期もあった。

20XX-3 年 5 月 N 氏は妻の思いを受け止め、病棟の担当看護師からのアドバイスにも耳を傾けるようになった。そして、栄養摂取を維持し、また妻と一緒に自宅で生活するために、自身で納得し胃瘻造設に同意した。造設後の経過は順調で、入院時から継続していたリハビリや口腔ケアによる効果も相まって、退院の目途がたった。

主治医からは、退院先として施設の提案もあったが、N 氏は「家に帰りたい」と繰り返し訴えた。妻も「私のできる限り、おとうさんの介護をしたい」と思いを主治医に伝えたため、退院時カンファレンスにおいて医療・ケアチームで話し合った結果、住み慣れた自宅に退院することとなった。

## 2) ACP 導入のプロセス

20XX年3月 在宅療養の経験も豊富な近医が主治医となり、訪問看護師の指導の下で、胃瘻の管理や経管栄養剤の投与および投与後2時間の体位保持などに妻も習熟した結果、N氏は3年の間に1回誤嚥性肺炎を起こしただけで、無事に自宅で過ごすことができた。当初は、元看護師の妻が考える内容と訪問看護師の行う手技に折り合いがつかず、妻が訪問看護を断って自分で全て行うこともあったが、信頼できる訪問看護師に任せられるようになってからは、週に3回、訪問看護師がN氏の胃瘻管理、排便、おむつ交換、清拭、吸入補助や喀痰吸引を行うようになった。しかし、妻が80歳となり、1日3回の胃瘻からの栄養剤の投与や体位変換も含め、ほぼ全てのADLに介助が必要となってきたことから、主治医・訪問看護師・介護支援専門員の医療・ケアチームは、処方の一包化や経管栄養剤の管理を薬剤師に委ねることを提案し、本人および妻の同意が得られたため、薬剤師が訪問薬剤指導に訪れることになった。

この頃になると、N氏はADLが低下し、ほぼ寝たきりの生活となった。そのため介護保険を利用し、自宅に自動で体位変換の可能な介護ベッドや床ずれ防止用マットを導入し、妻と訪問看護師が頻回に体位変換を行った。しかし、N氏のかかとや仙骨部に次第に発赤が認められるようになり、易出血性の褥瘡が出来やすい状態となった。N氏は、「ありがとう」「腰に気を付けて」と妻に言葉をかけ、妻も「お父さんには、ずっと助けてもらってきたから、恩返しと思い介護しているのよ。お父さんに尽くしていく事が私の人生だから気にしないで」と応えていた。N氏は妻と互いに支えあいながら、できるだけ自宅で妻と一緒に過ごしたいと語っていた。薬剤師は訪問薬剤指導を介して2人の近くに寄り添いながら、会話のなかでN氏の意向を知り、介護する妻がN氏の思いを実現できるように心がけた。薬や胃瘻の相談にのり、褥瘡ケアのアドバイスも行った。訪問の際には、介護が楽になるような剤型変更や配合剤の医師への提案、服薬方法の工夫を行い、妻の様々な「おとうさんに対する思い」を傾聴し、2人の思いに深く寄り添うよう心掛けた。

20XX+2年3月 胃瘻造設後、5年が経過し、N氏の認知機能は低下し、発語も困難になってきた。しかし、微笑んだり、不可思議な顔をしてみたり、時には眉間にしわを寄せて嫌がったりと、表情の変化は十分に観察できた。妻には、ささやくような声でなんとか自分の思いを伝えることができ、妻もうなずきながら、日常場面における本人の意向を理解した。訪問薬剤師や訪問看護師も言葉による意思疎通は困難であったが、表情の変化からN氏の喜怒哀楽が十分に読み取ることが可能であった。妻はN氏に「お薬の先生だよ」「看護師さんが来たよ」と話しかけると、表情が和らぎ安心した様子が伺えた。訪問薬剤師は数多い分包の服薬間違いを防ぐために、用法ごとにホッチキスで留めて、お薬カレンダーにセッティングをしたり、主治医への減薬・休薬の提案、褥瘡の状態により使用する外用薬の種類や用法を変える工夫と妻および医療・ケアチームへの伝達、褥瘡のための衛生材料の手配などを行い、チームでN氏を支えるコーディネートを行った。

### 3) 最終段階の経過

20XX+3年5月 これまでの妻は長年の看護師のキャリアから自信に満ち溢れ、積極的に介護し、介護に喜びを見出しているように見受けられたが、83歳を超え、体力の衰えや現在の看護・介護の手法の違いへのとまどい、自分の思い通りの介護を十分に行えないことに苦悩が伺えるようになってきた。N氏は口から氷などで水分摂取は時々できていたが、食事を口から食べることは難しく、胃瘻からの栄養剤の投与も、様々な消化器症状の訴えにより予定の量が投与できず、徐々に投与量が低下していった。同じ頃から、N氏も苦痛の表情や独語を繰り返し精神的に落ち着かない状況が目立つようになった。妻の介護力の低下と本人の不安や不自由な思いが密接に関係しているように思われた。訪問時に、妻が「訪問看護師さんが『私がやってあげるから、お母さんは休んでいいよ』と言ってくれるの。任せていこうかな」とつぶやいた。訪問薬剤師は、N氏が安定した介護を受け、本人の希望する「自宅での2人暮らし」を継続していくためには、妻へのサポートが重要課題であると判断し、妻のつぶやきの内容を医療・ケアチームで共有した。そして、妻が安心して周囲からの支えを受けて良いこと、それが決して悪いことではないことを、多職種から声掛けするようにした。

主治医、訪問看護師、訪問薬剤師、介護支援専門員と妻の医療・ケアチーム全体で申し合わせた内容について、妻は、「みなさんで私のことを心配してくれて、支えてくれているの。今度、先生は私の往診も一緒にしてくれることになったのよ。おとうさんも、これで少し安心でしょ」とN氏の枕元でささやくと、N氏は久しぶりに真っ直ぐに妻の顔を見つめ、大きくうなずいた。

これまであまり交流がなかった息子も、外出が必要な際のサポートのために実家を訪れるようになり、妻の表情には再び余裕と自信が見られるようになり、N氏も心不全の悪化など体調はすぐれないものの独語は減り精神的に安定した状態となった。

20XX+3年11月 N氏が日中覚醒している時間は短くなり、無呼吸や酸素飽和度の低下も認められ、主治医からも「いつ急変してもおかしくない」、と妻に伝えられた。主治医と妻、訪問薬剤師の話し合いにより、栄養剤および水分の投与量や服用薬剤も必要最小限のものに絞られていった。妻は「おとうさんが長くないことは分かっているの。でも、おとうさんが大好きな孫に子どもが生まれるから、ひ孫を抱かせてあげたいの。きっと喜ぶわよ」と言った。訪問薬剤師は「風邪をひかせないように、お父さんを大事に見守っていこうね」と話した。

20XX+3年12月 孫夫妻が、念願のひ孫を抱いてN氏の見舞いに訪れた。孫に支えてもらいながら胸の上でひ孫も抱いたN氏が、声は出なくても、これまでで最高の微笑みを浮かべていたことを、訪問時に妻が涙ながらに語った。その半月後の雪の夜、N氏は「もういいよ」というように妻の手をさすりながら永眠した。

## <看取り後>

N氏が亡くなって1ヶ月ほどして、訪問薬剤師は介護支援専門員と一緒に、訪問薬剤指導を受けるようになった妻のもとをグリーフケアも兼ねて訪れた。妻は、「自分が看護師として働いていた頃は、患者や家族の気持ちが最優先される時代ではなかったように思うの。でも、夫が退院する頃から介護支援専門員さんをはじめ皆さんが頻りに訪問して私達の思いを聞いてくれたのがうれしかった。みなさんが、主人や私の思いを聴いて、一緒に考えて、助けてくれたから、主人を支え続けられたのよ。本当にありがとう。私と同じようなことになったら、またみなさんにお願いしたいです」と述べた。

N氏が自分の思いを表現することが次第に困難になっていった今回のケースでは、直接、本人の身体的ケアに関わらない訪問薬剤師が、どのように本人や妻に寄り添い、支えることができるのか、思い悩むことがあった。

しかし、サービス担当者会議の場で訪問看護師や妻、担当医と一緒にN氏の意向を吟味するなかで、N氏の「最期まで2人で自宅で過ごしたい」という強い希望を、いろいろな場面で医療・ケアチーム全員で共有し、N氏夫妻に寄り添いながら支える方向を確認することができた。訪問薬剤師は、N氏のサポートに加え、妻のサポートにも重点をおいて多職種が連携したことが、各職種の働きを補完し合うことになり、N氏のACPを完遂できた大きな理由だったのではないかと振り返った。

## <注>

- 1) 高次脳機能障害の後遺障害等級を示す。本症例の2級1号の定義は下記の通りである。  
神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの
  - a. 食事・入浴・用便・着衣等、生命維持に必要な行動について、随時介護を要する
  - b. 著しい判断力の低下や情動不安定があるため、看視を欠かすことができない

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」

---

2020 年 2 月 10 日 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。

---

© 2020 一般社団法人日本老年医学会