

南区多職種連携ミーティング  
みんながまるに みんなで連携  
『意思決定支援を考える』

**退院支援の事例**

**事例1: Aさん(82歳・男性)**

医学的診断: 心不全(急性増悪で緊急入院、加療により症状は安定)

アルツハイマー型認知症(軽度～中等度)

身体機能・ADL: 歩行は可能だがふらつきがあり転倒リスクが高い

トイレの移乗は自立しているが、ズボンの上げ下げに一部助を要する

生活・社会的背景: 認知症の妻(要支援1)と二人暮らしの超高齢世帯

元学校長で非常にプライドが高く、他者とのレクリエーションや「介護さ

れること」に強い抵抗感がある。

長女(近隣に居住)はいるが、仕事と自身の家庭があり、主介護者になることは困難

入院前の課題: 心不全薬や抗認知症薬など多岐にわたる内服処方(1日8回)があったが、認知機

能低下により自己管理ができず、飲み忘れが心不全悪化(再入院)の直接の原因と

なっていた

1

**事 例1(その2)**

双方の意向のズレ

本人:「早く家に帰りたい。今まで通り何とかなる。介護サービスなどの他人の手は借りたくない(拒否)」

長女:「自宅に戻してあげたいが、仕事があり毎日の内服や安全の管理は限界。このまま自宅に戻すのは再入院の不安が大きすぎる」

以上のような状況から

☆グループワークにおける討議のポイント

①入院中に、本人の意向、家族の気持ち、具体的な方向性についてどのようなアプローチを行っていくか？各職種で意見を出して下さい。

②①により在宅療養を再開する方針となりました。退院前カンファレンスにて具体的に確認することについて、各職種で意見交換して下さい。

2

**事 例 1 の 意思決定支援具体例**

①入院初期:本人の意向(価値観)の把握とケアの配慮

・病棟看護師は「入退院前確認シート」を活用し、入院早期から生活背景の把握を行いました

・Aさんが病棟での集団活動を頑なに拒否する様子から、長女に元校長としての歩みをヒアリング

・「大勢の中で過ごすことに抵抗がある」という本人の価値観(選好)を理解し、「無理にレクリエーションに誘わない」「自室で静かに過ごせる環境を整える」という方針を多職種で共有しました

②意思決定能力の4要素に焦点を当てた個別アプローチ

・当初、医療側から「退院のために介護保険を使いましょう」と提案した際は拒否されました。これは、認知機能の低下により、Aさんの中で「心不全という病気」と「介護サービスの必要性」が結びついていなかった(理解・認識の不足)ためでした。

・そこで、病棟看護師とメディカルソーシャルワーカー(MSW)は、個別の対話の場を設け、以下のステップで支援を行いました

3

**具体例 つづき**

理解・認識の支援:「心不全の薬を忘れると、また苦しくなって入院が必要になる(デメリット)」「サービスを使うことで、安全に長く自宅で暮らせる(メリット)」という予測を、Aさんの理解力に合わせ、一文を短くしたメモを指し示しながら分かりやすく説明しました。

本人のプライド(価値観)の尊重:「家族に助けてもらうつもりはない」と主張するAさんに対し「娘さんに頼り切るのではなく、ご自身が自宅で自立して暮らすために、プロのサービスを活用しましょう」という選択肢を提示しました

意思の一貫性の確認:Aさんが「それなら手続きをしてくれ」と表明したため、認知機能の変動を考慮し、日や時間を変えて複数回確認を行いました。意向に変化がないことをチームで確認しました

③退院支援カンファレンスの開催と具体的な役割分担

・Aさんが自ら介護サービス導入に納得したことを受け、病棟看護師が中心となり、主治医、MSW、薬剤師、リハビリ職、そして地域のケアマネジャーを招集した「退院支援カンファレンス」を開催しました

4

**具体例 つづき**

退院支援における具体的な役割・支援内容

主治医・病棟薬剤師

・1日8回(食前・食間・食後・眠前など)あった複雑な処方、主治医が\*\*「朝夕の1日2回」に減薬・簡素化し、薬剤師が全て一包化\*\*を施すことで、在宅で管理可能な処方内容へと整理した

リハビリ職(PT/OT)

・棟内廊下での「歩行器歩行訓練」を1日2回継続し、転倒を防止しながら手引き介助で安全にトイレ移乗ができるレベルまでADLを向上。その評価と自宅での介助指導内容をケアマネジャーに引き継いだ

病棟看護師

・Aさんが退院後の生活をイメージできるよう、看護ケアを通じてAさんの残存能力を引き出す関わりを継続

・また、「ナースコールを押さずに動いてしまう」転倒リスクに備え、見守り用センサーマット等の活用実績を在宅チームへ共有した

MSW

・長女と協働し、介護保険の要介護申請の進捗をサポート

・Aさんの尊厳(プライド)を傷つけない、個別対応が可能な在宅サービス事業所の選定と橋渡しを行った

5

**具体例 つづき**

ケアマネジャー

・カンファレンスの決定に基づき、\*\*「毎日朝のヘルパー訪問(朝食時の服薬確認と見守り)」、「週2回の個別デイサービス」、「週2回の訪問看護(心不全の健康管理)」\*\*を組み合わせた在宅ケアプランを作成した

・長女には「夕方の訪問時の配薬(お薬カレンダーへのセット)」のみを依頼し、持続可能な介護体制とした

④試験外泊の実施と在宅生活のシミュレーション

・退院前に、Aさんと家族の不安を軽減し、実際の生活動作を評価するため、週末を利用した「試験外泊」を繰り返し行いました。

・長女が外泊中の服薬管理状況や睡眠、ADLの様子をノートに記録し、Aさん自身も「やっぱり家が一番落ち着く」と、在宅生活の安心感を再確認しました

・外泊中の課題(夜間のトイレのふらつきなど)は病棟にフィードバックされ、福祉用具(ポータブルトイレや手すり)の選定に活かされました

6

## 結 果

- ・ Aさんは退院後、再入院を繰り返すことなく、住み慣れた自宅で妻と共に自立した療養生活を継続しています
- ・ 長女も「プロのサービスに内服管理や見守りを任せられる時間があるため、自分の仕事と両立しながら、無理のない範囲で笑顔で父を支えられている」と話しています
- ④この事例から学べる意思決定支援の重要ポイント
  - ・ 意思決定能力は「段階的」とあるという前提に立つ
  - ・ 「認知症だから決められない」と判断能力を二者択一で否定せず
  - ・ 本人の認知特性（記憶障害や実行機能障害）に応じた丁寧な情報提示（短い文章、視覚的なメモ）を行うことで、本人の「最善の選択肢を選ぶ力」を引き出すことができます
  - ・ 本人の「価値観・人生の歩み（選好）」の尊重
  - ・ 単に医療的安全や介護の効率だけでプランを決めるのではなく、本人の「自分のことは自分でしたい」「人混みが苦手」といった人生のこだわりを尊重し、それを傷つけない選択肢を提示することが、本人の納得と自立支援につながります

7

## 事 例 2 ①

### 在宅看取り希望の事例

#### 事例2：Bさん（95歳、男性）

- ・ 要介護度：要介護5（認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ、ほぼ寝たきり状態）
- ・ 疾患：アルツハイマー型認知症、誤嚥性肺炎の既往（入退院を繰り返す）、慢性心不全
- ・ 家族構成：長男夫婦、孫夫婦と同居（キーパーソンは主に排泄や食事介助を担う長男嫁）
- ・ 利用中のサービス：週1回のショートステイ、訪問診療（月2回）、訪問看護（週2回）、訪問介護（週3回）
- ・ これまでの経過（在宅生活開始から3ヶ月まで）
  - ・ Bさんは肺炎での入退院を繰り返していましたが、キーパーソンである長男の嫁が病院から熱心に介護指導を受け、在宅に戻りました。退院後は、週1回のショートステイと在宅生活を交互に組み合わせることで、長男の嫁の介護負担を軽減しながら安定した療養生活をスタートさせました。

8

## 事例 2 ②

- ・ 在宅医や訪問看護師からの指導を受けるうちに、長男の嫁は在宅での介護に少しずつ自信を持つようになり、「**最期は住み慣れた自宅で穏やかに看取りたい**」と在宅看取りへの希望を強く語るようになっていました。多職種チームも、家族が主導する形の在宅看取りに向けたサポート体制を整えつつありました。
- ・ **現在の状況（今回の事例検討の焦点）**
  - ・ 在宅生活を始めて3ヶ月が経過した頃、Bさんの食事摂取量が急激に低下し、38.2℃の熱発が認められました。
- ・ **キーパーソン（長男の嫁）の反応：**
  - ・ 在宅看取りへの覚悟を口にしていたものの、いざBさんの熱が上がりハアハアと息が荒くなると、長男の嫁は激しく動揺しました。「病院に入院して、点滴や適切な治療を受けさせれば、また前のように元気になるのではないかと強く期待し、在宅医に対して「病院への入院手配をしてほしい」と訴えています。

9

## 事例 2 ③

### 訪問看護師がキャッチした「本人の言葉」：

- ・ 実は熱発する2日前、訪問看護師が排泄ケアを行っていた際、普段は認知症で意思疎通が難しいBさんが、ボロリと「体がづらい……一回病院で検査してもらった方がいいのかな」とつぶやいていました。看護師は、家族主導で在宅看取りが進む中で、「本人の『今一時的に治療してほしい、不安だ』という意思が置き去りにされているのではないかと立ち止まり、疑問を感じています。

### ケアマネジャーの視点：

- ・ 長男の嫁が日々限界まで介護を行ってきたプロセスを知っているため、「ここで家族の希望を無視して在宅看取りを強いると、介護者に一生の後悔や燃え尽きを残してしまうのではないかと懸念しています。同時に、24時間対応の訪問看護が導入されているものの、急変時の具体的な役割分担や「夜間の不安」が家族に十分解消されていない点に気づきました。

### 在宅医のスタンス：

- ・ 「本人の老衰はかなり進行しており、今入院して検査や持続点滴などの侵襲的な治療を行っても、劇的な回復は望めないばかりか、病院での身体拘束や環境変化による認知症の悪化リスクがある。しかし、家族が強く希望するのであれば、連携病院への入院を手配することも可能」とし、最終的な方向性を多職種と家族の話し合いに委ねています。

10

## 事 例 2 ③

### ☆グループワークにおける討議ポイント

- ・ Bさんの意思と家族の気持ちの双方が揺れ動く中での対応について、  
Bさんの言葉やご家族の思い（望んでいること）について、皆さんはどのように捉えますか。在宅看取りを希望していた長男の嫁さんが、急変を目の前にし、「入院させたい」と思った背景は何か意見交換して下さい。
- ・ この急変時において、多職種チームとして、Bさんの意思決定を支えるアプローチをどのように展開するか意見交換して下さい。
- ・ 参考）Bさん、家族、多職種が情報や思いを共有し、一緒に決めていくこと（意思決定支援）ができるには、どうしたらよいでしょうか。あるいは、どのような内容を話し合えば、納得のいい選択につながるでしょうか。

11

## 衰弱進行時における多職種チームの意思決定支援

揺れ動く患者と家族に寄り添い、希望をつなぐ5つのステップ



12



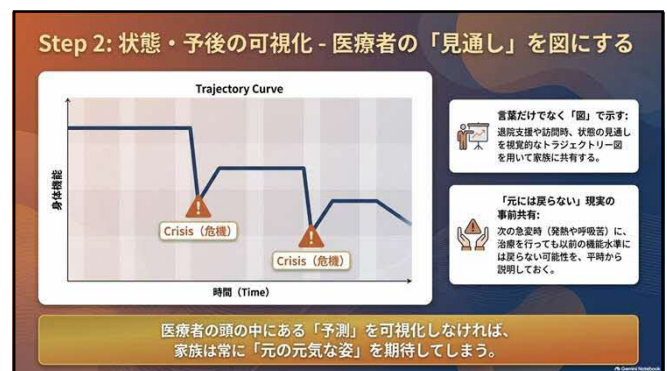
13



14



15



16



17



18

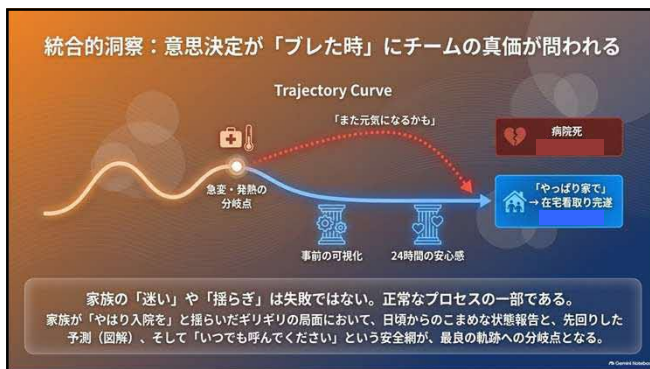


19

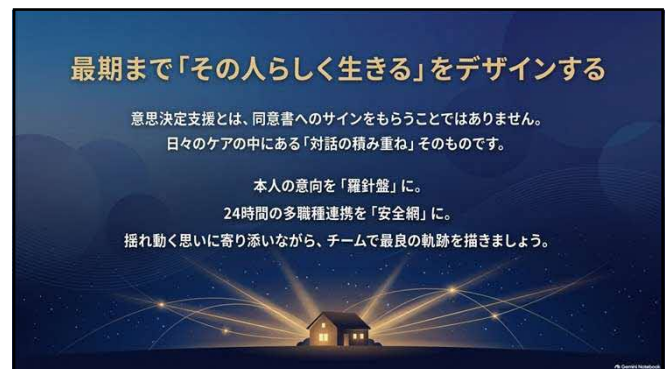
**連携マトリクス：職域を超えた多職種チームの役割**

| 職種      | アセスメント              | 可視化         | 意向把握        | SDM                 | 24時間体制        |
|---------|---------------------|-------------|-------------|---------------------|---------------|
| 医師      | ——                  | 予後の確かな診断    | ——          | ——                  | 事前指示書の作成と遠隔指示 |
| 訪問看護師   | ——                  | 図を用いた見通しの説明 | ——          | ——                  | 緊急時の駆けつけと症状緩和 |
| ケアマネジャー | ——                  | ——          | 生活史からの価値観抽出 | サービス調整と医療・家族間の意見の翻訳 | ——            |
| 介護職     | 日常の微細な変化（食事量・表情）の報告 | ——          | ——          | ——                  | ——            |

20



21



22