

統合ケアマネジメント事例検討会は、国立社会保障・人口問題研究所と一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われている多職種の見立て。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策——に関する捉え方や考え方を話し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

—— 今月のAさん ——

90代でがん末期の女性 最後は緩和ケア入院を希望 ケアマネジャーは在宅看取り可能性を模索

事例検討会の参加者

事例提出者 **G男さん** 居宅介護支援事業所 管理者
 司 会 **川越雅弘** 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長
 参 加 者 **ケアマネ** (ケアマネジャー)
医師
看護師
薬剤師
ソーシャルワーカー
精神保健福祉士
 他、多職種の参加者40名

果たして、G男さんの見立てはどう変わるでしょうか？
 皆さんも、次の表から、Aさん像を想像してみてください。

Aさんの概要

1. 基本情報	
① 性・年齢・介護度	・女性90代 ・要介護1
② 自立度	・寝たきり度：A1 ・認知症自立度：自立（MMSE 25点）
③ 同居者／主介護者	・一人暮らし ・近所に長男がおり、時々、様子を見に訪問
④ 経済状況	・厚生年金
⑤ 住環境	・マンション（所有）4階 エレベーターあり 室内に段差あり。自室からトイレまでに段差あり ・ペットいる（子犬）
⑥ 連絡元	・要支援から要介護に変わり、地域包括支援センターより依頼を受ける
2. 生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	・〇〇県出身 女学校卒業後、就職し結婚後も働く（事務系） ・X年前にご主人亡くなり一人暮らしとなる ・6年前に乳がん見つかり、外科的なことはせず、服薬で治療続ける ・子供は息子のみ

② 現在の生活状況	・歩行：室内は独歩。外出時はシルバーカー使用 ・食事：自立 排泄：自立 ・入浴：デイサービスで入浴。洗身は一部助 食事や簡単な家事は自分でしている ・デイサービス：週2回 訪問介護：週1回（主に掃除） ・乳がんが進行し、複数の臓器に転移しているのが分かり、末期がん診断。終末ケアを開始している ～医療～ 訪問診療：月2回～4回 訪問看護：週5回（患部からの出血、浸出液が出ているので処置が必要）	
③ 性格	・しっかり者で穏やか。末期がんと告知されると、自分で葬儀などの準備をしている ・自立心が強く、何でも自分でしたい。なるべく子供の世話にはなりたくない	
④ 趣味／嗜好	・飼い犬の世話が生きがいになっている ・デイサービスに行くのが、気分転換になっている	
⑤ 参加	・デイサービスでは、周りの利用者とは仲良く、レクリエーションにもよく参加している ・体調悪く犬の散歩ができなかったときは、ご近所の方がしてくれた	
3. 病歴／健康状態		
① 入院歴	乳がんになるまでほとんどなし	
② 合併症・疾患	・乳がん（肺、肝臓、骨などに多発転移） ・難聴 ・腰痛 ・加齢黄斑症（点眼薬のみ）	
③ 受診状況	・訪問診療 月2～4回（在宅緩和ケア専門クリニック）（処方はずべてクリニックより） ・ラシックス20mg（朝食後1錠） ・マクロゴール400 10mL ソルベース軟膏85g アルト原末（必要時塗布） ・オキノーム散2.5mg（疼痛時1回1包、1日2包まで） ・フェントステープ1mg（週1回貼付） ・デュロテップMTパッチ2.1mg（3日に1回貼付）	
4. 心身機能／基本動作／IADL／ADL		
① 心身機能	・身長140cm 体重35kg BMI 17.9 ・MMSE 25点 ・認知症状は見られず、年相応の物忘れ程度。ホルモン療法した時にうつになる（現在は改善）	
② コミュニケーション	・難聴があるが問題ない ・話し好き	
③ 基本動作	・腰痛があるので、立ち座り時はつかまらないとできない。床に座ると一人で立ち上がれない	
④ IADL	・薬や金銭管理は自分でできている。食事の用意も自分でできる	
⑤ ADL	・室内は、つたい歩き、外出時はシルバーカー ・排泄、食事はほぼ自立 ・更衣も自分でできる	
5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針		
① 本人	・できるだけ自宅で過ごしたいが、動けなくなり介護が必要になったら病院にお願いしたい（緩和ケアに入院をお願いしてある）	
② 家族（息子）	・母の意向に沿って、お手伝いをしていきたい	
③ CMの援助方針	・本人の病気に対する考え方を尊重し、少しでも不安な気持ちが軽減できるように支援する ・医療との連携を図り、体調が少しでも安定するように支援する	
6. CMが設定した解決すべき課題		
【課題内容】	【長期目標】	【短期目標】
① 末期がんと宣告され、不安な中、それでも一人暮らしを続けたい。 ・病状管理することで、苦痛や不快感を軽減できる	・病状管理することで、苦痛や不快感を軽減できる ・気分転換ができて、不安な気持ちが和らぐ ・自分のやりたいことができるようになる	・体調の変化に気づき、対応する ・外出して他者と交流できる機会をつくる ・本人の意思決定を支援する
7. サービスの利用状況		
① 通所介護	・週2回 レクリエーションや体調に合わせて、体操などに参加 ・入浴を実施し、患部の処置を行う	
② 訪問介護	・週1回（体調に合わせて臨時利用もあり） 本人とコミュニケーションを取りながら、体に負担のかかる部分の掃除を行う	
③ 訪問診療（医療）	・全身状態の観察 ・薬の処方 ・疼痛のコントロール ・患部の処置	
④ 訪問看護（医療）	・様子観察 ・服薬管理 ・患部の処置	
⑤ その他	・ターミナル	

● 本人の希望、課題の確認

本人は最期に緩和ケアに入院希望
ケアマネは在宅を模索

司会 まず本人と家族のご意向についてお教えてください。
G男さん 本人の希望は、ターミナル状態なので、動けなくなったり痛みが強くなったら緩和ケアの病院に行きたいと希望しています。家族も、本人の希望に沿った援助をしてほしいというご希望です。

司会 苦痛の軽減や不安の軽減、そして「したいこと」の実現を支援したいというのが、今ケアマネさんが考えている課題と考えてよろしいでしょうか。

G男さん はい。

司会 支援する上で困っていることと、専門職の方に聞きたいことがあったら、簡単におっしゃってください。

G男さん 困っていることという表現が適切かどうかは分かりませんが、ケアマネとしては、なんとか自宅以最期まで看取れないか模索しているところです。最後は緩和ケアに入院という本人の希望と現実的な問題とを鑑みながら、なんとか本人にとってより良い方向を実現していきたいと思っています。専門職にお聞きしたいのは、本人の希望とこちらの考えが違うということで、どんなアプローチをしていけばいいのか。医療的なこと、精神的な面でのアプローチの仕方など、助言いただければと思います。

● 状態像への質疑

本人の一番の不安は「痛み」
息子に迷惑をかけたくない

司会 それでは始めます。最初は事実関係の確認、それから対応策への助言と大きく二つに分けて話を進めていきます。まず、課題や本人の状態像も含めて、事実関係で確認したいことがあれば、お願いします。

ケアマネ1 ケアマネジャーG男さんの課題で、なんとか自宅以最期まで看取れないかという話がありました。それは本人からそういう意向があったのか、それともG男さんが自宅で看取ってあげたいと思つてのことのかを教えてください。

G男さん 事実としては、本人ではないです。これまでの経験上、自宅で過ごさせてあげたいという私の思いです。

ケアマネ2 この方は予後について、主治医の先生からどんな説明を受けていますか。残された時間とか、最期に向けてこういう状態の変化がある…とか？

G男さん 1年くらい前に、主治医が緩和クリニックに変わり

ました。正式に残された期間という話は本人から聞いていませんが、「治療はできないので、ある程度緩和ケアで」という話は主治医から本人に行っています。

精神保健福祉士 長期目標に「自分でやりたいことをできるようになる」とあるのですが、本人のしたいことというのは？

G男さん 基本的な身の回りのことですね。トイレに自分で行ったりとか、自分でご飯をつくれるようになるとか、今やっている身の回りのことがそのままできるようになるという意味合いの目標になっています。

ケアマネ1 本人の意向で、「動けなくなり介護が必要になったら」というのは、具体的にどのような段階とおっしゃっていますか？

G男さん 曖昧なところもあるのですが、一人でトイレに行けなくなった、ご飯を食べられなくなった、お風呂に入るのに着替えができなくなるなどですが、主にはトイレかと思います。

ケアマネ3 訪問看護が週に5回、訪問診療が月に2～4回入っています。今後キーパーソンになるであろう息子さんも同席しているのでしょうか。病状の進行や医療方針の情報共有などについて、息子さんはどういう状況にありますか？

G男さん 往診時は、息子は同席していません。息子が週に1回くらい訪問した時に、本人から息子に伝えています。息子はありのままを聞いて、「分かった、お母さんのやり方のように」と言っている状況です。

ケアマネ4 課題で「不安な中」という表現がありますが、本人の不安というのは？

G男さん 一番の不安は「痛み」です。今はコントロールできていますが、どんな痛みになって、最期は亡くなっていくのかということが不安なのだと思います。

ケアマネ4 不安は痛みだけですか。一人暮らしというので、ほかにもあるのかなと思いました。

G男さん 一人暮らしもあるかもしれませんが、本人が言っているのは、「最期に苦しむことは嫌だ」と。そのことが一番の不安だとおっしゃっています。

ケアマネ1 自宅で看取るというのは、G男さんのお考えと聞きました。チームの皆さんはどのように言っていますか？

G男さん ここにかかわっている医療系の方には、まだお伝えしていません。しかし同じ法人のデイサービスの看護師には話をしています。「自宅で看取るという方法もあるので、何とかしたいね」という話をしています。

ケアマネ5 息子のサポートはどのくらい期待できますか？

G男さん 息子さんは働いているので、今は未知数ですが、スープの冷めない距離に住んでいるので、ある程度は期待できるのではと思います。今は介護度がそれほど重くないので、サポートはそれほどしていませんが、将来的にはある程度、週1回くらいサポートしてもらえるのではと思

？
質疑応答から
見えてきたAさん像

- ① 乳がんの多発転移は、急激にダウンする時期がある
- ② オピオイド系の薬で、かなりの痛みを止めている
- ③ 今後薬が増えると、意思確認できなくなる可能性がある
- ④ 呼吸苦など呼吸状態が悪くなると、在宅は難しくなる

っています。

ケアマネ2 90代なのでお友達はだいぶ亡くなっているとは思いますが、この方の精神的な支えになったり、お話をできる方はいらっしゃるのでしょうか？

G男さん この方は犬を飼っていて、犬の散歩を近所の人に頼んでいます。このご近所の方やデイサービスの利用者さんとか…息子にはあまり世話をかけたくないということがありますので、支えということでは、近所の人かなと。

看護師 一番気になったのは、先生と家族とケアマネジャーさんと看護師さんがいて、本人の参加不参加はどちらでもよいかと思いますが、予後予測や今後どうなっていくかを共有している場はありますか？それがあれば、今後どのような状態の変化があっても大丈夫だと思うのですが。

G男さん 全員参加して担当者会議を開催したことはないです。もともと要支援でしたし…。今後、そういう機会を設けていかなければいけないと思っています。

● 多職種からのアドバイス

乳がんのターミナル期で
今後予想されること

看護師 看護師からみますと、乳がんというのはいろいろな臓器に転移をするのですが、どこに転移したのかで予後が違ってきます。骨転移の場合、骨折や膀胱・直腸障害等でおしっこやお通じがうまくいかなかったり、歩けなくなっ

てしまったり、あるいは骨融解が進むと、高カリウム血症で意識混濁が出やすいこともありま
す。肺の転移はどの部位がどの程度なのか分かりませんが、呼吸不全を起こすことがあり、また、脳転移があることもあります。この方は排泄ができなくなったら誰かのお世話になりたいとおっしゃっているので、予後について関係者の認識が一致される場があった方がいいと思います。

ケアマネ6 ケアマネジャーが医療職チームと、意思確認や方針などを確認する手段をどのように考えていますか？

G男さん 先ほども言いましたように、そういう場がないので、医療職が訪問されたときに、こちらが時間を合わせて訪問しています。本人の了解をとって同席して、意思確認という話もしています。ただ本人がしっかりされているので、延命の話等々ケアマネに言いたくないこともあるようです。

看護師 ざっくばらんなお話ですが、訪問看護ステーションはどういったところが入っているのでしょうか。

司会 「どういったところ」というのは、具体的にどういうことでしょうか？

看護師 訪問看護師がきちんと主治医と連携を取り方針が見えて見立てができていれば、ケアマネジャーにちゃんと報告すると思うんです。こういう状況だから先生に手配した方がいいとか、こういう状況だからご家族に話した方がいいとか、本人に不安がないように話をしたりとか。本人の人生に沿った意向を聞きながら、どうしたいかをきちんとやってくれると思うのですが、週5日も入っていて、ケアマネジャーがどうしていいのかわからないというのは、訪問看護師とケアマネの連携がうまくいっていないのか。それとも訪問看護師がしていないのか。そこがキーポイントのような気がします。

G男さん 訪問看護さんは、こちらから聞けばいろいろと教えてくれますが、向こうからのお話は、基本的に何かあったときにしかありません。それでケアマネの役割を果たしているのか？と問い詰められれば、反論のしようがない。

看護師 訪問看護師も起こっている現象レベルでしか対応できない方と、きちんと予後予測をしながら前もってその都度準備できる方がいます。90代でターミナルということも分かっているの、主治医と連携を取りながら、予後予測をケアマネジャーさんに伝えてほしいと思いました。

G男さん 予測指示をされるような訪問看護ステーションではないと思います。現状対応というレベルだと思います。

看護師 そうすると、今後いろいろなことがてんやわんやになるのではないかと思います。

G男さん そうですね…。

ケアマネ7 対応策としてケアマネに問われているのは、いろいろな職種をつないでいくことかなと思います。デイサー

多職種のアドバイスで
G男さんが
気づいた手だて

- ① ケアマネジャーから「教えてください」「集まってほしい」と提案し、チームのまとめ役になる
- ② 毎日あたり前の暮らしを続けることが最期の QOL につながる
- ③ 最後に緩和ケア病棟に入院できるかの確認を

もいいと思います。ケアマネがそう言って、集まるのを嫌がるような医療機関だったら、ちょっと危ないですね。

司会 時間的にも余裕があるわけではない。また、変化が起きる可能性も高い。どういう変化が起こるかについてケア職は分からないので、逆に「教えてください」というスタンスをとることは、その医療職が分かっているのか分かっていないのかが見極められるし、介護職が「分からない」と発信すれば、医療職は「情報を流した方がいいんだ」と気づく可能性もある。つまり「情報共有したいので集まっていただけませんか」というのは、実はケアマネの方が言いやすい。ターミナル期のコーディネイトでケアマネの役割は非常に重要であると思います。チームの中で、「これはこういうことですね」と整理をしながら進めていくことが重要です。G男さん、いかがでしたか。

G男さん そうですね。やはり医療的なところが弱いなと感じています。病気や身体的なところの予後予測や、薬の情報も医療職はよく知っていらっしゃる。これまでの経験から、がんの方のターミナルが突然やってくるというのは頭では分かっていたのですが、予後予測で早め早めに動いていくことが大事なのだと改めて分かりました。あとはチームという面で、こちらから相談をしながら進めてよいということを教えていただきました。ありがとうございました。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えています)

方がいよいよ食べられなくなるとか、私が経験したことでは骨折や昏睡、排泄ができなくなる、歩けなくなるなど。肺にくると呼吸苦になり、呼吸苦になると家族が苦しむ方を見ていられず入院を希望されることも多いです。その辺の予測を、先生と詰めて話してみたいと思います。

司会 もうお一人の先生はいかがですか。

医師2 全体をみた印象では、オピオイド系の薬をかなり使っているの、結構痛みがあり、薬も今後増えていく可能性があると思います。オピオイド系の薬が増えてくると、だんだんボーッとします。本人は何かを判断しようにも、判断できなくなる可能性が高い。今ぐらいから、アドバンスド・ケア・プランニングという合意形成をしておくことが必要になってきますね。少し急いだ方がいいかもしれません。

お一人で生活できるというのは、理論的には可能なのですが、ただ本人はあまり希望しない可能性があります。ある在宅医の有名な言葉で、「おじいさんは家に帰りたがる、おばあさんは入院していたがる」という原則があります。この原則は結構当たるので、ちょっと頭に置きながら支援をしていくといいと思います。

もう一つは、こういう人をたくさんみてきて思うのですが、淡々と毎日同じことを繰り返すこと自体が QOL の根幹だったりします。最後に特別な何が食べたいというのはテレビドラマではあるかもしれませんが、私にとってはリアリティがない。「最期に何かしたいことがあるんじゃないですか」みたいなことは言わなくていいような気がします。それはおそらく出てこない場合がほとんどではないかと思います。

● 多職種からのアドバイス

ケアマネの方が「分からないので
集まって下さい」と言いやすい

司会 情報共有とかチームの構成の仕方とか、いざというときの動き方については何かありますか？

医師2 「これからのことについて本当のお話し合いをしたいんです」とケアマネジャーさんが医療職に言うのは全然問題ないです。むしろ医療者というのは、ハッと気がつくと、2~3カ月たっていたとか、タイミングを逸してしまうことが結構ある。むしろ福祉職や介護職の方から、「知りたい」というメッセージを出してもらったほうが、チームがやや早めに動いていく印象があります。ですので、ケアマネが積極的に「ちょっと一回お話をしたいんですけど」と言うのは、とて

※本事例検討は、厚生労働科学研究（研究代表者 川越雅弘）の一環として行われています。

ビスとか、訪問看護とか、主治医の先生を一本につないでいくことに取り組んでいかれるといいと思います。この方を担当されたのはいつぐらいなのでしょう？

G男さん 4年くらい前からかかっています。1年前に別のの人に引き継ぎましたが、管理者として一緒にみえています。

● 多職種からのアドバイス

本人は「穏やかに暮らしたい」
最後に考えられるリスクとは？

薬剤師 薬剤師は在宅でかかわっていないのですか？

G男さん 薬剤師はかかわっていません。

司会 今の質問は、薬の調整にもっと薬剤師が積極的にかかわった方がいいという意味ですか。

薬剤師 そうですね。かかわっていないと疼痛コントロールが難しくなってくるのではないかと思います。

G男さん おそらく今は、本人が薬の管理をある程度できているので、薬剤師がかかわる必要性が感じられないのかもしれない。ただ、かかわれば本人の不安は解消されるかなというのがありますね。

薬剤師 本人の一番の不安が痛みのことでしたので、薬剤師の居宅療養管理指導を入れていただくのも一つ選択肢としてあるべきかなと思いました。

ソーシャルワーカー 病状が進んでくると疼痛コントロールであったり、終末期の介護では、一般的なヘルパーさん以上の状況が出てくると思うんです。お出かけも難しいような状況が出てきたときに、フレキシブルに対応してもらえ、人脈やチームを、ある程度予測を立てて準備していますか？

G男さん 私の予測としては、やはり息子さんが一番キーポイントになる。そして看護師や往診医も含めて、自宅で穏やかにということと共有し、疼痛ケアも将来的には家で点滴をしなければならない等も出てくると思いますので、このチームで何とかやっていきたいと思っているのですが…。

ソーシャルワーカー 痛みの見通しも分単位とか時間単位で間隔がどんどん短くなることも予測されます。息子さんも働いていらっしゃることを考えると、ケアマネジャーだけでなくヘルパー事業所のサ責さんと相談しながら、どのくらい対応できるのかを具体的にしていく必要があります。そうしないと、ヘルパーさんは「分からなくて怖い」、訪問看護師さんも「そんなにたくさん行けない」、息子さんは「仕事も生活もある」となってしまう、思い描く、穏やかな看取りを実現するためには、もうちょっとマンパワーが必要そうです。そのところを先んじて用意しておくことが、状況が結構変わることが予想される中、一番難しいのではないのでしょうか。

ケアマネ3 最後のいよいよという終末期にどうしても視点が集中してしまう傾向もあるかと思います。その前にどう生活するかという、前の段階のマネジメントが重要になる気がします。子犬がドッグラン公園で元気に遊ぶのを見てみたいとか、息子と懐かしいどここの風景が見てみたいとか、何々をしたいとか、そういうコーディネーションから関係性をつくっていくと、いよいよ最後がどの場所なのかという結論がおのずと見えてくる。そういうアプローチも一つかなと思います。そういったお話はあるのでしょうか。

G男さん 「穏やかに」という中身については具体的には聞いていないというのが正直なところですが、やはり子犬と一緒に暮らしたい、自宅で普段通り暮らしたいというのが、本人の一番の希望なのだと思います。具体的にどうしたいのか、終末期にも向かっていますので、もうちょっと掘り下げていく必要があるのかなと思いますね。

● 多職種からのアドバイス

薬で意識がボーッとする前に
本人の意思決定と合意形成を

医師1 いざとなったら緩和ケアの病院に行くと言っていますが、そこはすぐに入院できる緩和ケア病棟なのですか？ そうでなく普通の病棟で受けてくれるということなのか。それによってどんな最期になるかの景色が違うので、ぜひ確認したほうがいいと思います。本人や家族はホスピスや緩和ケアに希望を持たれていたのに、いざお願いしても受けられないとか空いてないということもあるからです。

高齢なので、老衰と一緒に急激に機能が下がる場合には、幸せな最期といえますか、家でもあまり手がかからず最後一週間寝ているだけで亡くなっていかれる可能性も高いと思います。がんは最後にググッと落ちる。その曲がり角で混乱するので「皆で打ち合わせましょう」とドクターが言ってくれれば、一番合意を得やすいのではと思います。

本人さんは大体「最後にお子さんに迷惑をかけたくないから入院」とおっしゃるのですが、「お子さんの今後のためにも、どういう亡くなり方をするのかを見せて勉強してもらった方がいいですよ」と言うと、本人も息子さんも「家でいたい」という意向が変わることがあります。

司会 先生のおっしゃる「ググッと落ちる曲がり角」というのは、どういうことが起こると考えた方がいいのでしょうか。いろいろな職種の方に共有できるイメージでご説明ください。

医師1 乳がんというのは、内臓にかかわらない外側の機関の病気なので、相当進まない限り何も起こらず、最後、急激にいろいろなことが起こります。最後まで食べられた