

全日本民医連関東地協 認知症学習交流集会 実行委員会ニュース No.1

第1回認知症学習交流集会を日本教育会館で開催 講演とグループワークに138人が参加

この間、肩ひじ張らずに認知症に係る日常的な活動の交流を図ろうと実施されていた神奈川県連の「認知症茶話会」では、改めて活動の交流をして活動の枠や質を上げていく事の重要性が認識されました。また、特にこれからの医療介護活動で積極的に取り組む必要のある認知症への私たちの対応が、組織的にどのように進められているかがよく見えない、他の法人や事業所でどのようなことに取り組んでいるかわからないという状況を改善することが必要ではないかという事で、年2回(全日本の認知症懇話会がある年は1回)程度集まって、互いの



開会挨拶をする宮澤実行委員長

活動を交流しながら認知症に対する学習もしようとして提起し、関東地協として実行委員会を組織して認知症学習交流集会を開催するはこびとなりました。

実行委員会では、やりたいことについて多くの意見が出されましたが、介護の職場を含め多くの職場から参加をしてもらいたいこと、そのためには費用も時間もできるだけリーズナブルに行う必要があることから土曜日の午後に講演と症例検討のグループワークを行うこととし、日時と場所を2月2日(土)の午後2時からに日本教育会館の会議室

と決定し、当日は4県連53事業所から13職種138人が参加して大盛況となりました。

加藤千鶴子大田病院総看護師長の司会により、実行委員長である宮澤由美汐田総合病院副院長の開会挨拶に続き、「認知症の人の医療選択と意思決定支援」をテーマに、京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学講座の成木迅教授に講演をいただきました。質疑応答を含め90分にわたる中身の濃い講演でしたが、内容については次ページ以降で概要を紹介いたします。

講演の後は実行委員会で用意した困難事例3事例について、12グループに分かれてケースカンファレンスのグループワークを実施。グループが隣接してしまう手狭な会場で、タイトな予定のため1時間弱の議論でしたが、どのグループも白熱したやりとりで会場は熱気に包まれました。全グループから議論の経過や報告を聞く時間が無いため、司会者の独断!?でそれぞれの事例について1グループずつ報告してもらうようにしましたが、「他職種によるグループワークは色々な視点からの話がきけて有意義だった」「自分では全く気付かなかった対応方法や具体策を学ぶことができた」など、参加者にはおおむね好評でした。

閉会の挨拶は健友会の山田智医師から、最初に今年9月に岡山で開催される全日本民医連認知症懇話会のプロモーションビデオを流し、演題を持って多くの職員が参加することを呼びかけるとともに、このような学習や交流の場は必要なので、関東地協の認知症学習交流集会を今後も継続して開催する

**第9回 認知症懇話会
in 岡山**

日程 2019年9月27日(金) 28日(土)

会場 ホテルグランヴィア岡山
(京岡山駅前店)

**第9回 全日本民医連
認知症懇話会 in 岡山**

日程 2019年9月27日(金) 28日(土)

会場 ホテルグランヴィア岡山
(京岡山駅前店)

岡山県民医連 事務局 岡田・佐古
お問い合わせ net: 086-214-3911
mail: ranch99@okayama-mn-ren.org
HP: <http://okayama-kyoritsu.jp/konwakai/index.html>

ことを話されて、午後5時に閉会となりました。

優しい語り口の成本教授



【認知症の人の医療選択と意思決定支援】

＜京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学講座 成本迅教授＞

2012年に認知症の患者462万人という推計値が報告され、高齢化に伴う有病率の上昇で更に認知症の患者が増えていくと同時に一人暮らしも増えていくということから、高齢のとりわけ認知症で身寄りの無い方の受診機会が増えてくることになるだろう。本人に同意能力があれば本人の同意で進めたら良いし、本人の同意能力が無ければ医療関係者や介護関係者、実務者で話し合って治療方針を決めることになるが、同意能力の評価や同意能力が無い時の決定のプロセスを準備しておかないと、このような状況に太刀打ちできないと思われる。一方で、昨年出た「認知症の人と家族の会」と「国立長寿医療研究センター」が共同で行なった実態調査で、救急場面で患者に認知症の当事者にとっては良くない会話や対応をされた等報告されている。家族視点で見ると認知症の理解が不十分な形で治療を進めようとして齟齬が生じ、上手くいかないことが色々な医療現場で起きていることになる。だが、医療提供者の視点では、本当に忙しくて他に沢山対応すべき患者がいる中で、認知症の人が来た時にどこまで時間を割けるのか、という実務上の問題がある。しかし、患者に上手く対応して少しでも苦痛を取り除いていく上で、認知症の知識を身につけておけば絶対にプラスになるので、今日の話が少しでも役に立てばと思う。

身寄りがない認知症の高齢者が受診した時の問題は、2000年頃から注目されており2005年にアンケート調査された。内科や外科の医師に「老人ホームや介護施設に入所している認知症の高齢者で、身寄りの無い方が医療機関に受診した。例えば予防接種について同意の取得はどうか、内服薬はどうか、抗生剤と内視鏡ではどうか、手術ではどうか」と質問をした。結果、内服薬とか抗生剤や注射では医師の裁量でやってしまうという答えが結構多いが、内視鏡や手術ではホームの責任者に同意をもらうという割合が増えてくる。手術などは「その他」という答えが非常に多いが、



ここに含まれているのは“病院の事務長がサインする”など、謎のローカルルールがあったりした。今は、一定規模以上の病院では倫理委員会や、倫理委員会までいなくてもカンファレンスで話し合うことが中心になってきているが、同意取得についての問題は変わらない。日本で特にこの問題がクローズアップされているのは、

高齢化とその単身世帯が増えていることもあるが、法律の整備がされていないという問題もある。欧米諸国では、財産管理の後見人と同時にヘルスケアの同意のための後見人が選定されている国が結構あり、後見人に同意をとってすすめることができるが、日本では後見人に医療同意権は無いので、基本的には現場の実務に任されている現状だと思う。私たちは退職や定年になると、医療や財産管理、遺言、どのタイミングで老人ホームに入るかなど、人生における重大な意思決定を自分でしていかなければならない。そのようなことに支える側の私たちが、丁寧に対応できるようになったら良いと考えている。

アルツハイマー型認知症について

アルツハイマー型認知症(以下アルツハイマーと略)について簡単にふれる。アルツハイマーは認知症全体の5割以上を占めるので、どのような病気でどのような経過を辿るか知ってほしい。例えば、肺炎でアルツハイマーの方が入院してきたら、どのような症状があつて初期・中期・後期のどの時期にあるのか、そこが把握できるようになるというのが基本。アルツハイマーは神経変性疾患に分類される脳の神経細胞が徐々に壊れていく病気だが、脳全体が一気に障害されるわけではなく海馬とか側頭葉、頭頂葉のほうから始まって全体に広がっていく。この神経変性疾患というのは、徐々に能力が低下していくという特徴があり、いきなり自分で意思決定ができなくなるわけではなく、初期のころはある程度自分でできるが、進行するにつれて周りの人がサポートする部分が増えていくという経過を辿る。症状としては、物忘れ、記憶障害が中心。中期以降になってくると次第に基本的なA

DLが損なわれていき、最終的な寝たきりで全くコミュニケーションがとれない状態になるまで典型的には10年位の経過がある。認知症専門医が「アルツハイマー」と診断をつける頃は、かなり軽い状態の時そこから数年位は割と横ばいで経過することが多い。患者がだんだん自分で意思決定できなくなったり自分の意思を表明できなくなる、というのが実感として分からない状態が続く。それが途中から、ぐっと進行して本人の意向が聞けなくなり「ああ、もうちょっと軽い段階で聞いておいたら良かったのに」ということが、専門医にもありがちである。

典型的な76歳で発症された方の経過を示す。元々メモをとる習慣があったがメモを置き忘れるようになり、地下鉄に乗って地上に上がると自分がどこにいるのか分からず迷子になる、そういう症状があつて娘に外来に連れてこられ、アルツハイマーの診断がついた。最初の数年というのは本当にゆっくり進行するため独居生活も継続できることが多い。2、3年するとかなり生活に介助を要するようになってきて、娘と同居を始めたり介護つき高齢者住宅に入居したり、あるいは在宅でヘルパーが入って生活の支援を受けたりする時期が始まる。途中でうつ状態がでたり、転倒して骨折したため入院するとせん妄があつてそのあとぼんやりした状態が続くとか、日中ひとりで外に出てしまつて迷子になったりとか、そういったことも中期以降には現れる。そういう時にショートステイの利用や介護施設の利用ということもでてくる。それから在宅でもせん妄が起き、昼夜が逆転してしまうことも起きてくる。このような形で様々な精神面での変化や身体面での病気に対する医療ニーズが発生しながら経過し、同時に生活支援のために介護の手が入る。医療・介護の連携と診療科間の連携が、非常に重要な疾患といえる。症状に関しては、専門医の間では認知症の心理行動症状(BPSD)と呼ばれているが、大枠としてこういう症状があることを踏まえて、目の前にいる患者の認知機能障害はどういうパターンでどれぐらいの重症度なのか、精神状態はどんなものを抱えているかを押さえることが重要。

アルツハイマー以外にも四大認知症と呼ばれるレビー小体型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭葉変性症があり、それぞれ脳の障害される領域が違つてくるため出てくる症状も違つてくる。認知症のことをこれから勉強するなら、アルツハイマーの典型的な経過を理解してから、他の認知症は脳の障害の領域によってどういう違いがあるのか、というところを勉強すると良い。理想的には認知症のパターン、認知機能低下のパターン、精神症状がどういふものがあるかを理解したうえで、医療に関する意思決定支援ができれば一番良い。

きちんとしたプロセスを踏んだ意思決定支援を

国連障害者権利条約では、本人ができなくなったところだけを支援していくという合理的配慮を行いながら、基本は本人に決めてもらうとなっている。それが難しい状況でも、そこを基本に置くということが謳われている。認知症の意思決定支援においては、その方の認知機能の状況をしっかり把握し、必要な支援をしていくということになつてくると思う。

- 1 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。
- 2 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。
- 3 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。
- 4 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいを持ってすごしている。
- 5 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんですごしている。
- 6 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずにごしている。
- 7 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意志や好みを尊重されてすごしている。
- 8 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近に何でも相談できる人がいて、安心できる居場所をもってすごしている。
- 9 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲を持って参加し、すごしている。
- 10 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。

京都では「京都式オレンジプラン」という認知症の人の支援プランを6年前に立て、5年後に評価・見直しをして昨年4月から新しい新・京都式オレンジプランということで取り組んでいる。このプランに左図の10目標を立てているが、その内の2と7が意思決定支援に関する項目になっている。2はアドバンス・ケア・プランニング(ACP)や事前指示にも繋がる考え方もかもしれないが、将来自分で決定ができなくなつた時にどのように生活していきたいのか周囲の人にわかってもらうこと。周囲の人は、それを受け止めるだけのスキル

や知識を持つておくということになる。7は、認知症が少し進行して自分で意思表示ができなくなつても、周囲がうまく支援して本人の思いを汲み取りながら意思決定を助けていくことができるということ。取り組んだ評価のため本人と家族、支援者(医療介護関係者)にアンケート調査をした。本人は少し支援者の援助を受けてアンケート

に答えた状況で、バイアスがかかり正確とは言い難いかもしれないが、そういう試みを行った。この中の7の意思決定支援について紹介する。

7について「私は、言葉でうまく言えなくても私の気持ちをわかってもらえている」と「人生の終末に至るまで私の思いが尊重されると思う」という2つの質問を用意した。しっかり支援者がついてる本人・家族に聞いているとか、支援者を前にアンケートに答えているというバイアスもかかっているが、それなりに高く評価されている。一方、支援者は、あまり達成できているとは思っていないという結果になった。日常業務で認知症の方に携わった時のことを思い出すと、「これで本当に良かったのか」「この人のためになったのか」など不安になる時を経験しているので、支援者の評価は低いのではと考察している。この低い評価を踏まえて色々ディスカッションした結果、本人が少し悲惨な状況になってしまったことを捉えると、意思決定支援はうまくいかなかったということになってしまうようだ。そういうケースはどうしてもでてくるが、結論としては、結果ではなく「どういうプロセスを踏んで支援をしたか」を重視して考えていくことに。結果として本人にとってあまり良くない状況になることはあるかもしれないが、「きちんとしたプロセスを踏んで意思決定支援をした」と言えるように、ここから先6年取り組んでいけたら良いと考えている。

この研究に入るきっかけは、アメリカの家庭医向け雑誌に載った論文”Ten myths about decision-making capacity.”で、「医療同意能力に関する10の間違い」といった、よく現場で起きがちな間違いが挙げられている。例えば、「患者がこちらの指示に従わなければ同意能力がない」「治療に従っている内は同意能力を評価する必要はない、即ち同意能力が保たれている」など、治療に従っているか否かで判断してしまうということ。それから「認知機能障害があれば同意能力が欠けている」「認知症など精神疾患の患者はすべて同意能力を欠いている」など、そういう病名がついていると本人の同意を進めることをすぐに諦めてしまいがちなところはないか。こういったことは日本でもよく起きており、なんらかの取り組みができないかということで科学技術振興機構(JST)のプロジェクトとして3年間取り組んだ。この取り組みは花園大学の小海心理士と中央大学法学部の小賀野先生に共同研究に入っただき、医療の立場だけではなく法律面からも検討をした。その中の医療同意能力評価という考え方について紹介する。

臨床現場でよく起きる間違い

1. 臨床的な能力低下と法的な能力低下を同じと考える
2. 患者がこちらの指示に従わなければ同意能力がないと考える
3. 患者が治療に従っているうちは同意能力を評価する必要はない
4. 同意能力はあるかないかの二つに一つである
5. 認知機能障害があれば同意能力が欠けている
6. 同意能力の低下は永続的である
7. 十分な情報を提供せずに同意能力がないと決めつけている
8. 認知症など精神疾患の患者はすべて同意能力を欠いている
9. 非自発的入院の対象となっている患者は同意能力を欠いている
10. 専門家でないと同意能力は評価できない

(Ganzini L. Ten myths about decision-making capacity

J. AM. Med. Dir. Assoc. 2004; 5(4): 263-7)

医療同意能力評価について

本人の同意で治療を進めようとする、同意の妥当性の保証や本人同意だけで進めて良いという証拠が欲しくなる。そのためには「どれくらいわかっているか、同意能力があるか」を測定する必要があるが、その時に用いられるインフォームドコンセントの概念と思っていただきたい。医療行為をするには十分な説明をし、患者側が説明を理解し納得され、自由な意思によって同意をするという3つの要素が必要になる。十分な情報開示と説明が理解にとって必要であり、その理解がうまく進むと患者の満足度も非常に高いと言われている。この「説明を理解して納得する」ことが医療同意能力ということになる。医療同意能力は、日本であまり話題になることがないが、諸外国ではひとつの研究領域として確立されていて、教科書もあるぐらいのものになっている。恐らく海外は個人主義の影響が強く、医療行為に関しても本人同意が基本になっているので、以前から同意能力評価ということが重視されてきたのだろうし、これからの日本の医療状況でも、同意能力評価がひとつの重要なスキルになってくると考えている。

詳しい同意能力評価の話に入る前に押さえておきたいのは、様々な精神状態や意識の状態によって同意能力は影響を受けるということ。例えば、うつ状態の時はどうしても積極的な治療はしないという判断に影響が及ぶことがあるし、せん妄状態の時は一時的に同意能力が下がってしまう。そういったところをきちんと評価して治療をした上で、同意能力の評価をする、意思決定支援をするということが重要になってくる。当然、同意能力には認知機能障害の程度やパターンも関係するし、その人の価値観や信念とか過去の経験(入院歴、職歴)等も

関係するので、単に認知機能だけで測れるものではない。もう一つ重要な点として、「本人にわかってもらいやすい説明」を工夫する必要がある。認知症のほとんどが高齢者で、難聴など感覚器の問題もあつたりすることなども十分に配慮した説明が必要となる。また、医療同意能力特有の考え方として、その時求められて



いる医療の判断が複雑なほど、またリスクが高ければ高いほど高い同意能力を必要とし、単純でリスクが低いものに関しては低い同意能力でも同意が妥当だとグラデーションをもって判断するというものがある。例えば予防接種のようなメリットも安全性も高い医療行為であれば、低い同意能力でも本人の同意で進めることができるが、大腸癌の手術のようにリスクは高いがメリットも十分にあるものの、手術後に人工肛門が管理できるか等の様々な要素を考え併せ、複雑な判断が必要となる。そのような治療に関しては高い同意能力を持っていないと、本人の同意で進めることができない。

同意能力は4つの要素、【理解する力】【認識する力】【論理的に考える力】【選択を表明する力】に分けて評価することが考えられている。

【理解する力】で、医師からの説明をどれだけ理解されているか確認する。ある意味これが一番大事な能力で、例えば「診断名は何と聞かれていますか」とか、「どんな治療を受けると聞かれていますか」というような質問をし、本人に答えていただく。本人が病気や治療についてどのように把握しているか確かめることができ、思った以上に分かっていないことが判明することがしばしばある。その時は繰り返し説明をしたり、分かっていない点を明確にして説明を足したりすることが、この評価によって可能になる。

【認識する力】は病識と言い換えてもいいかもしれない。治療行為が自分に必要になっていることを認識できているかということ。例えば、アルツハイマーと診断した時に抗認知症薬の投与を行うことがあるが、抗認知症薬の作用、副作用については理解しても「私はアルツハイマーではないのでこの薬はいりません」と判断されるケースがある。そのようなケースは認識する力に問題があると言える。

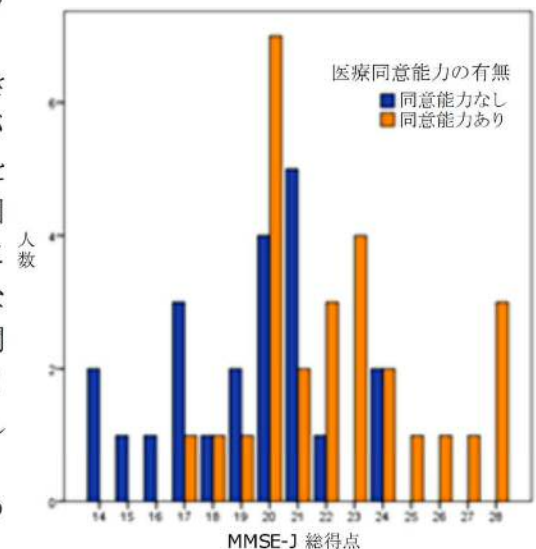
【論理的に考える力】は、「論理的に」というと難しく捉えられてしまうかもしれないが、自分なりの価値観とか理由に照らして治療行為を選択したというプロセスを、きちんと追えるかということ。これがうまくいっていない例は、うつ病の時に「自分はもう生きている価値が無い人間だから積極的な治療は受けません」と、うつによって論理が歪められている場合等がある。

【選択を表明する力】は、自分の選んだものを相手に伝える力である。

この4つの力を評価する方法として、構造化面接といって決まった質問をして、それにどう回答が返ってくるかを評価するMacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment) がある。多忙な日常で使うのは難しいが、詳しく評価したい時にこの方法を使う。正しい使い方ではないかもしれないが、私たちの病院ではMacCAT-Tを簡略化して電子カルテの中に入れ、同意能力評価のリクエストが出た場合にはそれを使っている。

他科の医師からMMSEとか長谷川式の点数で同意能力評価をできないかという質問をよく受けるが、それが難しいということを示す結果が右図になる。これは抗認知症薬を服用するにあたってMMSEの得点とMacCAT-Tを使って同意能力あり・なしを評価したものをプロットした図で、25点以上は全員同意能力あり、16点以下は全員同意能力なしに分類されるが、その間には同じMMSEの点数であっても同意能力あり・なしが混在してくる。経験や知識などの認知機能以外の要素がかなり関与するためこのような結果がでてくる。ある程度は長谷川式などで目安をつけることはできるが、医療行為に関してわかっているかを評価したいなら、それについての評価をする必要がある。

詳細な評価を日々の診療の中で全例に実施することはできないの



で、詳しい評価と簡単な評価をどのように組み合わせたら良いかということだが、私が提案しているのは、最初に【理解する力】の項目である「どのような病気と聞かれていますか」とか「これからどんな治療を受けると聞かれていますか」という質問を時々織り交ぜて、その患者がどれぐらい自分の置かれている状況や治療について理解されているかを都度確認しておき、いざ大きな手術など予後に大きな影響を与えるような治療をする場合の判断は、それまでの都度の確認で十分理解されていると判断されるならそれで良く、ちょっと自信がない時にMacCAT-Tのようなものを使って丁寧に評価をするという組み合わせでやっていただければ良いと思う。

医療同意能力評価を活用した事例

事例1) 軽度の知的障害があつて精神状態によって入退院を繰り返していたが、正常圧水頭症になって入院してきたケース。独居で、叔母と妹がいるが基本的には一人暮らし。当院に転院してきて認知機能の評価をすると、正常圧水頭症のタップテスト(脳せき髄液を排除して認知機能や歩行が改善するかを見る検査)前が13点、後でも21点と中等度ぐらいの認知機能低下があつた。脳外科医は「ちゃんと手術をしましょう」と提案、精神科の主治医は「本人の同意でやるのは難しい(同意能力はない)と思います」という状況だったので、本人同意でできないのかMacCAT-Tで確認してみることにした。

この場合軽度の知的障害があつたので、本人に合わせて、できるだけ難しい言葉を使わないことを念頭に置いて説明をした。右図が能力評価の概要だが、理解は結構しておられて、歩けるようになってとか尿漏れが良くなる等の手術のメリットを自ら語る事ができた。論理的思考については、手術をしないと尿漏れが止まらないし物忘れがひどくなるというような因果関係や結果に関して、十分比較した上で「手術を受けたい」と言っているとわかった。しかし、出血や感染症のリスクについては少し理解が難しかったので、説明と応答のレベルを下げることで確認をしていくと、これも十分理解ができるということがわかった。MacCAT-Tは、一応それぞれの4つの要素で得点をつけることになっているが、この得点はあくまで客観的に評価するためのものなので、能力のあり・なしについては総合評価になるが、いずれの要素も高い点数で十分同意能力が保たれていた。本人の同意を得て手術をし、術後経過も良好で認知機能と歩行障害の改善を認め退院となった。ここでの教訓は、どうしても患者の見た目や診断名、経過などで同意能力を低く見積もってしまうことがあり「この人、もう分かっているだろうな」と思っても、一度は説明してどれぐらい理解しているか語っていただくことが、非常に重要であるということだ。

事例2) 71歳の男性で、数年前に同居していた兄と死別してからは、独居で身寄りがなく普通にひとりで生活されていた。外出先で転倒し救急搬送され、診察したら尿閉で腎不全になっていたため泌尿器科に入院、前立腺癌の可能性が高く手術が必要だという判断を受けた。入院すると、理解が乏しいことで認知症が疑われ、検査などの結果アルツハイマーと診断された。当初、手術を頑なに拒否していたが、病棟の看護師が主体となって関係性を築き「手術をしてもいいかな」という発言が聞かれるようになった。しかし、主治医はアルツハイマーの本人の同意だけで手術に踏み切つて良いか心配になり、臨床倫理委員会に相談をした。理解力を高めるため

同意能力評価の概要

- ・医療行為の説明(「シャント手術」「頭に管を入れてお腹の方に液を流す」)や手術のメリット(「歩けるようになる」「尿もれがなくなる」など)は平易な言葉で説明
- ・「(手術)した方が僕に向いていると思う」「しなかったら、尿もれ止まらなくなるし、物忘れがひどくなるし」と論理的に比較したうえで医療行為の必要性に納得している発言あり
- ・理解が難しかった手術の出血や感染症のリスクについては「はい/いいえ」の二択で応答のレベルを下げることで正しく認識していることを確認

MacCAT-T 理解4.55/6, 認識3/4, 論理的思考6/8, 選択2/2
医療行為に対して本人の同意能力が保たれていると判断

| 要素 | 本人の発言 | |
|-------|--|--|
| 理解 | 手術内容「前立腺切つて手術成功したら、このおしこの管を外せる」 | の工夫をして、4つの要素の評価をしたのが左図。まず、理解については「前立腺切つて手術して成功したら、このおしこの管を外せる」と言ったり、「癌をとって長生きできる」と言ったり、メリットに関してはかなり理解されていることが分かった。リスクについては理解が少し不十分などところが見られた。認識については癌であるということ、手術が自分にとって必要だということは理解されていた。この |
| | 手術のメリット「管を抜いて自分でおしこができる」「癌をとって長生きできる」 | |
| 認識 | 手術のリスク:尿もれや後遺症のリスクについては、「わからん」、「聞いていない」と理解が進まず | |
| | 手術をしない場合:「おしこの管をずっと外せない」「癌が悪化する」 | |
| 論理的思考 | 「先生の言うとおりに、癌だと思う」、「長生きするんだったら取った方がいい」、「亡くなった兄の代わりに家を守りたい。生きている限り、両親と兄に一生線香をあげるのが自分の勤め。そうすると長生きしないといけん」 | |
| | 「後々、家のことを考えたら手術の方がええんやろうなあ」 「手術後の生活面の影響」「家でやれるべきことをきっちりできる気がする」 手術しない場合の影響「今までの話で聞いたように後々苦しくなる」 | |
| 選択の表明 | 面談中、「手術、怖い」と「手術が不安」という発言が繰り返されるものの、「でも、手術した方がいいんだろうな」という意見で一貫している | |

方の特徴として、論理的思考の回答が「後々、家のことを考えたら手術したらええんやろなあ」と言っていることだった。どういうことかという、兄が亡くなってから1人で毎日線香をあげて仏壇を守ることを生き甲斐にしてきており、自分しか守る人はいないからできるだけ長く家の仏壇を守りたい、それをするためにはこの手術が必要だということ saying it. 自分の価値や希望、自分にとって良い生活を獲得するためなど、自分の希望と必要な決定をきちんと結びつけて考えることができるかが論理的思考の重要どころだが、この患者は十分そういうことができている。選択の表明については揺れるところはあったが、最終的には手術したほうが良いということで一貫していた。手術のリスクについては不十分なところがあったので、主治医からもう少し詳しく説明し、その上で本人の同意で手術をした。「同意能力評価」というと、評価して「あり・なし」で「なし」を切り捨てるというイメージを持たれてしまうことが多いが、実務上は本人に同意能力があることを保証する目的でやる人が多い。

その他のオーダーがあった事例を右に示す。差し控え、治療の中止もリクエストがある。「ターミナルで緩和ケア病棟に移るが、本人はせん妄状態にあつてそのことについて十分理解し納得しているのか不安なので見て欲しい」というようなことがある。在宅看取りや緩和ケア病棟への転棟などによる治療の差し控え、あるいは透析中や術後の安静が保てないと思われるなど、患者が治療に従えない場合は特別な意思決定場面といえる。

講演の時にいただいた「実は自分の現場ではこういうことに困っている」という色々な質問をまとめているが、在宅診療をする医師も「在宅看取りという大きな方針は決まっているが、まだ急性期病院へ連れて行ったらリカバーできるかもしれない、しかし本人は元々在宅でと言っていた。本人は判断がかなり怪しい状況になっているし、どうしたら良いだろう」というようなことや緩和ケアのことなど悩みが深い。また、透析をされている医師も、高齢で認知症の方に透析をスタートするかどうか、透析を中止するかかなど本人の同意能力、理解の程度が知りたいという状況があり困っていることを聞いている。安静を守れないなどで理想的な治療が提供できない状況があることも、ひとつのファクターとして現実的に考える必要がある。同意能力と意思決定支援、どこまで治療ができるかという現実的な制約の中で、考えていくことが必要と思う。

- ・72歳男性 血液内科 原発不明がん、多発骨転移うつ状態に対する同意能力評価依頼
化学療法中止または継続についての理解
- ・68歳女性 乳腺外科 多発転移乳がん
せん妄状態における同意能力評価依頼
- ・69歳男性 耳鼻科 中咽頭がん、肺転移
認知症、せん妄状態における同意能力評価依頼
- ・54歳女性 乳腺外科 左進行乳がん
統合失調症
化学療法の継続に関する理解の評価

道半ばのアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning : ACP)

関連して、事前指示のことや今非常に注目されているACPについて触れておく。50代の若年性アルツハイ



マーの女性の事例を紹介する。たまたま認知症と診断される前年に夫が意識障害で救急病院に運ばれ、「救命治療をどこまでするか」という代理決定を求められる経験をしていた。自分がアルツハイマーと診断された時「夫に自分と同じような思いをさせたくないのだから事前指示を残したい」と言った。この時は本人のカウンセリングを入れていたので、カウンセラーと本人と夫の3人で事前指示を残すというセッションを組んで事前指示を残し、それによって本人がかなり精神的に安定された。

しかし、事前指示を積極的に残す方はまだ少数派でなかなか増えてこない。さらに問題な

のは、この患者の事前指示は電子カルテに保存しているが、これが発効するのはずっと先のことになるし、急に体の調子が悪くなって他の病院に運ばれた場合、意向を最終の場面で活かすための整備が追いついていない。ただ、少なくとも夫には患者が希望していたことは残っているので、逆の立場で夫が何か判断を求められた時には、まったく聞いていないよりは判断しやすいのではないかと思う。まだまだACP、事前指示は道半ばだが、高めていかないといけない要素のひとつである。

認知症の重症度が高まっていくと、だんだんと周りの人で決める部分が増えていくのは否めない事実と思う。その時どのようなプロセスで決めていくのか。今一番よくやられているのは、臨床倫理の4分割法を用いて認知

症倫理カンファレンスをもつことで、下図を見ながらこの4つの要素に情報を整理をしながら話し合っていくという方法。現場でもすぐにできるので、ぜひ一度試みていただけたらと思う。プロセスの中で主治医と担当看護師の意見が分かれる場合が2つあると思う。主治医は「積極的に治療をしたい」、しかし看護師は「高齢だし認知症の方だし苦痛を強めるだけだから積極的なアグレッシブな治療をしないほうが良い」というパターンと、逆に主治医は早々と諦めてしまい看護師は「もっとやれることがあるのに」というようなパターンだ。前述のような意見の違いは、結局それぞれが持っている情報の違いによる場合が多い。医学的適用の部分については主治医がよくわかっており、患者の意向については看護師がよくわかっており、このような情報の不均衡があり、これを4つの要素に分けて整理し皆で共有すると、その時点で別に対立はなかったとなることも結構あるので、なかなか良い方法ではないかと思っている。

| 医学的適応 | 患者の意向 |
|--|---|
| <p>善行と無危害の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.患者の医学的問題は何か？病歴は？診断は？予後は？ 2.急性か、慢性か、重体か、救急か？可逆的か？ 3.治療の目標は何か？ 4.治療が成功する確率は？ 5.治療が奏功しない場合の計画は何か？ 6.要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？ <p>臨床倫理4分割法(Jonsen ARほか著、赤林朗ほか監訳、臨床倫理学 第5版、新興医学出版社、2006；p13より転載)</p> | <p>自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？ 2.対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？ 3.患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？ 4.対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？ 5.患者の事前指示はあるか？ 6.患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？その場合、なぜか？ 7.要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？ |
| <p>QOL</p> <p>善行と無危害と自立性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？ 2.治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？ 3.医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？ 4.患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？ 5.治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？ 6.緩和ケアの計画はあるか？ | <p>周囲の状況</p> <p>忠実義務と公正の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？ 2.治療に関する決定に影響する医療者側(医師・看護師)の要因はあるか？ 3.財政的・経済的要因はあるか？ 4.宗教的・文化的要因はあるか？ 5.守秘義務を制限する要因はあるか？ 6.資源配分の問題はあるか？ 7.治療に関する決定に法律はどのように影響するか？ 8.臨床研究や教育は関係しているか？ 9.医療者や施設側で利害対立はあるか？ |

医療者、支援者、患者・家族向けのガイドについて

プロジェクトの中で作ったガイド(<http://j-decs.org/> からダウンロード可)を紹介する。このガイドは医療従事者向けと在宅支援チーム向け(ケアマネ、訪問看護等を想定)、認知症の方と家族の方向け(一般市民向け)の3種類で、認知症の方の医療の意思決定支援の質を上げていくことに寄与できたらと思い作っている。高齢者が病院に入院する時はすごく悪い状態で、本人の意向はわからないことが多く、元気に地域で暮らしている時に言っていたことを病院での意思決定に際し情報共有されれば、意思決定支援の質が上がるのではないかとこの発想によるもの。

また、家では身綺麗で、認知症であっても生活は自立していた方が急性期病院などに入院すると、病衣に着替え髪の毛もぼさぼさになり、体の状態も悪くてしばしばせん妄も加わっているということで、認知症の重症感がでてくる。在宅でのADLがどれぐらいだったか、どんな生活をしてきたかという情報も合わせて知っていないと、認知症を非常に重症だと判定してしまい、積極的な治療はしないという結論に導かれてしまうことがあるので、地域支援チームと病院医療従事者との連携がとても大事だ。しかし、都市部の急性期病院で何度か倫理研修の講演をした時に意見交換をしていると、色々な所から患者がきていて地域のケアマネと連携することができない環境にあるというのを感じる。ここをどう解決していくか悩んでいるのではないかとと思うが、私自身もどうやって解決していったら良いのかまだ判断はつかない状態。ITの活用で解決するというのもひとつの方向性と思うし、顔の見える関係づくりなども並行してやっていくことも必要かもしれない。是非、色々工夫していただけたらと思う。そういう時にこのガイドが少しでも役に立てればと思うので、少し紹介する。

医療従事者向けの意思決定支援ガイドは、第1項を「まずは本人に希望を聞いてみましょう」という基本的なことから始めている。第2項は、理想は認知症の程度が高まるにつれて支援の手を増やしていくという概念だが、軽度と中等度・重度では違う考え方が必要だ。軽度では、基本は本人の同意だけでいくというトライを試みるということ。中等度・重度では、本人の意向の在り方を探りながら、最後は周囲が一定のプロセスにより決めていくという流れになる。第3・4項は本人とのコミュニケーションについて書かれている。第5項は、どんな時に立ち止まって同意能力に関して評価したら良いかということ。アルツハイマーで記憶障害があっても、一応今は何度か人を変えたり時間を変えたりして同じような答えが出てくる時は、ある程度同意として認めて良いという考え方になっている。拒否の時はどれぐらいその治療の内容等を理解して拒否しているのかを評価するワンステップをとって欲しい。拒否されている背景、どういプロセスでその拒否に至っているのか知ることで、解決の糸口が見つかることもある。第6項は医療行為の同意に関する4つの要素の説明と、同意能力が低下している場合の対処について。本人の能力が高まる介入ができないか、決定が先延ばしできるならちょっと待ってみる、せん妄になっているならそれを治療する、説明の仕方を工夫するなどのプロセスを経てから、周りで決定することを提案している。第7項は、外来から入院退院までの一連の流れの中で、どのように各職種が関わったら良いかということ。高齢者は何度か入退院を繰り返しながら、終末のステージに近づいていくという経過を辿ることが多いが、退院時の状態が良く少し本人も余裕があるところで、「もし、また同じような状況になったらどうしてもらいたいか」ということを本人や周囲の関係者や地域の支援者などと少し話し合っておくことを実践している先生方がおられる。そのようなやり方が良いのではないかと提議している。第8項は家族支援の観点。家族へのインタビューで、家族がすごく後悔をするのがわかってきた。「延命治療はもういい」と言ったら死期を早めたのではないかと悩むし、「できることは全部やってください」と言ったら褥瘡等を目の当たりにして苦しむ期間を長引かせてしまったのではないかと悩むし、結局どちらでも悩まれる。ある程度キーパーソンを決めることは必要だが、決定の責任がなるべく一人やその家族にだけかかる形にならないように、しかし家族からの情報は非常に重視するわけで「本人のことをよく知る家族の立場で情報をください」というスタンスでアプローチすると、少しは家族の重荷が減るのではないかと考えている。

在宅支援者向けのガイドについて。最初の割と元気な時期からケアマネジャーなど関わっているの、やがて意思決定できなくなることがなかなか想像できないという問題がある。どちらかという訪問看護の方が役割を果たせるところかと思うが、いずれそうなるか、病院と本人家族の仲立ちをして「その病気であれば今後こういこと聞かれるようになりますよ」といようなことを話していただけると良いと載せている。司法書士の団体「リーガルサポート」が出している事前指示の様式「私の思い」も載せているが、それに書いて保存しておくということではない。意図としては、ケアマネジャーは月1回訪問する時に「こういったものもあって・・・」と、少しずつその方の価値観とか希望を聞くための機会にできたら良いと思って載せている。

ただ、先程触れたように経時的に多面的に聞いてい

く必要があるし、いざ医療を提供する段になった時にどうそれを情報として届けるかということも合わせて、その地域ごとに考えていく必要があるのではないと思う。

本人家族向けのガイドは、深刻な話題である「認知症になって自分で決められなくなった時どのように治療して欲しい」という縁起でもない話を、このようにしたら良いのではないかと提議とか、家族の立場でキーパーソンに選ばれて「明日までに決めてください」と言われた時に、どのように医師と会話したら良いかというヒントを載せた。また、患者が亡くなったあと家族がうつになったりすることがあるので、そういうことに関する心理教育の要素を入れている。また、入院すると、認知症の重症度が重く見られることが多いので、家でどれぐらいのことができていたかという情報を病院に届けていただくために、チェックリストも載せている。一生懸命考えてつくっ



たガイドだが人気がなく、ACPのことも話題になってきているので、その流れも横目に見つつまた考えていきたいと思っている。

今日の講演のような内容で研修会を開いている。去年は広島・山梨・島根といった地域で開き、そこでのフィードバックも入れながら、意思決定支援の質を高めることをどのようにやっていったら良いかを継続して検討している。その研修の中で私が思う「意思決定能力評価と意思決定支援のベストプラクティスのための指針10か条」というのを作ってお見せし、皆さんの現場だったらどんなことを大事に思ったら良いかということを考えるグループワークをしている。是非、職場で自分の現場だったらどういことが意思決定支援のために大事かということを話し合ってもらえると良いと思う。

最後に、高齢者のとりわけ認知症の方の意思決定支援の課題は色々な業界が抱えており、共通する部分と違う部分があるが、そういったことの普及啓発とか質の向上などをしたいということで、一般社団法人を立ち上げてこれから活動に取り組んでいこうとしているということも紹介しておく。

医療同意能力と意思決定支援ベストプラクティス

- 1.本人に丁寧に治療内容を説明する
- 2.説明に当たっては患者が安心できる環境を準備する
- 3.他の人に相談したり、記憶力低下を補えるよう説明内容のハンドアウトを準備する
- 4.医療同意能力を低下させる要因がないか確認し、あれば治療したり補ったりする
- 5.同意能力評価にあたっては患者自身の言葉で治療内容を説明してもらう
- 6.本人の同意が有効かどうかの判定には治療内容の複雑さやリスクも考慮する
- 7.本人の価値観や好みを吟味した上で、医療者として推奨する治療を提案する
- 8.地域での支援者を含む他職種から本人の希望に関する情報を集める
- 9.家族の意思決定を支援するにあたり、家族関係に注目する
- 10.治療開始後も柔軟に軌道修正する

質疑応答

Q: 患者の意思決定のところでリスクの方の理解が低い傾向があるという事例があったと思うが、全体的な傾向として、リスクについての理解というのは低めなのか？ 薬の説明で認知機能の低い方に「これを飲むと良くなるよ」という話はしやすいが、「こういう副作用がある」というのは飲んで欲しいという前提があるので、どうしてもうまく説明できない。そのあたりはどういう工夫が必要か？

A. 高齢者は全般にポジティブ・バイアスといって、良い情報にしか注目しないという傾向があるので、高齢者全般の傾向としてリスクは理解しづらいということがある。それから、麻酔のリスクなど一般の方でも理解しづらい部分、メリットとリスクを比べた時にリスクの内容の方が難しいという側面もある。

「この治療を受けて欲しいが、リスクやデメリットの説明をし過ぎると受けて欲しい治療を受けてくれないし…」というジレンマと皆さんたかかっていると思う。しかし、患者によって処理できる情報量には制限があるので、頻度や重要性が低いリスクまで全部説明するのは、現実的に難しい。誘導なのか支援なのかということになるが、工夫して患者の最善の利益になる治療が進むようにするというのが重要。一方で、やり過ぎると誘導になってしまうので、時々は何人かで「私、こんなふうになっているんだけど」というようなことを共有し、行き過ぎていないか確認するのが良いと思う。

Q: 認知症の本人の言葉で語ってもらうことが非常に重要だということを講演を聞いて感じた。診療所で通院が困難になって、そろそろ認知症の兆候がでてきたなという時に、本人の意思を確認する上で認知症だということを伝えることが必要だと思うが、非常にセンシティブな病名なので先生が工夫していること、声のかけ方や見通しのもってもらいたか等、具体的なアドバイスをいただけたらと思う。

A. 病名については、私自身も20年ぐらい前に専門外来を始めた時は本人に告知しない時期があつたが、ここ10年位は70代とか理解力が十分保たれている場合は、病名まで話すことにしている。しかし、85歳以降の高齢者の場合は、はっきりとした病名ではなく「こういう状況になっている」ということを説明するだけにすることもある。個人的に気を付けているのは、死の宣告みたいに受け取られてしまうことが多いので、病気自体の説明をちゃんとして、ゆっくりと進行するので急に全てができなくなるわけではないこと、少し生活を工夫すると今まで通りにはできないが楽しみもあるということなどを、後のフォローもあわせて説明するようにしている。ただ、特に70代前半ぐらいでアルツハイマーになった方などは、一回はうつ病的になってそのあと戻ってくるというプロセスを経るので、そこも含めて支えるということが重要と思っている。

Q: 昨日、入院した在宅で看ていた80代後半のパーキンソンの方を見舞った。治療を拒否していて、入院3週間





位経っていると思うが、抑制なども治療上必要らしく自由がきかない状況に、本人は「自分は食べたい物を食べたいけれど病院ではおなじ物しか出ない」「もっと自由をしていたのにこんなふうになっちゃって」というような話とか、すごく自分の言葉で語られているなど思えた。そういうことを、治療は必要かもしれないが、薬も水も飲まないでただ点滴しているという状態。これから家族とも医師とも話をすると決まっているということだったが、先生の話聞いて本人の意思決定がすごく大事だなと昨日の面会を振り返って思った。全般的なところでとても勉強になったことと、これからグループワークをする時にそのことも深め、職場に持ち帰ればと思う。とても良い講演をありがとうございました。

A.ありがとうございます。そういう事例を聞かせてもらえるとすごく参考になるし、本当に自分の生活が良くなる、こういう生活をしたいということに近づくにはこうするという論理的思考というか、価値と決定の関連性が我々にもよく伝わってくる話。そういうものに関して、できるだけ尊重していくことになってくるかと、今聞いて感じた。

Q:細かいところだが、臨床現場でよく起きる間違いの項目で、「臨床的な能力低下と法的な能力低下を同じと考える」というところは、具体的にどうということなのか？



A.これはアメリカの論文なので日本の情勢とは違うところがあるが、法律的に例えば後見人をつける必要や財産管理などを他の人がやる必要がある、というような判断は基本的に裁判所の判断になる。しかし、認知症の診断がついて、「これぐらいの重症度だからすぐに後見人が必要です」という法的な判断と臨床的な判断はイコールではない。裁判所はその人の財産とか置かれている状況とか家族状況等も含めて結論を出すので、臨床とはイコールではないということ。日本の場合、それをあまり意識する機会はないと思うが、アメリカでは法的制度もかなり充実しているのでそのようなことも含めて書かれていると思う。

Q:医療同意能力評価尺度の府立医大版の運用は、例えば外科の医師が「助かるための簡単な手術なのに何かわかっていない部分があるので、そこのところ調べてくれますか？」みたいなコンサル依頼に対して、「これで何点以上だから大丈夫」というようなやり方で、やっているということですか？

A. MacCAT-Tは、大腸癌の手術だったら大腸癌の手術用、白血病の治療だったら白血病の治療用というようにその治療ごとに説明内容と、返答内容に対し2点・1点・0点というのを決める必要があり結構な労力がかかる。現実的に精神科リエゾンの対応ではそこまで提供できないので、一般的なMacCAT-Tで聞かれているあまり個別性の無い部分だけを抜き出してまとめ、若手の医師がリエゾンをやっている。準備をしてこれを大体確認していけば、どれぐらい本人が理解しているかその認識度が漏れなく確認できるように電子カルテの中に入れてある。こういう使い方をして良いかどうかちょっとわからないが、実務上はありかなと思ってやっている。本人は同意しているけれどこのまま進んで良いかどうかわからないという時にこれを使い、一応その点数というのはあくまで客観的に評価するためのツールで最後は総合評価だが、カルテ上にこういう点数が残っているとそれなりに客観的な証拠になるので、悪いことではないと思って使っている。

最後に成本講師から

よくある質問で今日は無かったものに『もうあなたに任せます』という人の場合、どうしたらいいですか』という質問がある。色々な人とディスカッションする中でよく話をする「ソムリエ・モデル」という意思決定支援の考え方がある。ソムリエは、ワインのことを全然知らない人がきて「お任せします」と言われても「今日ここにこられる前どんなご飯食べてこられましたか？」とか「濃いのがお好みですか？」「果実味が……」とか、単純な質問をして客の好みを聞き、それでリコmendを出してくれる。こちらに下駄を預けられた時はソムリエのことを思い出し、その方の価値感とか大事にしていることなどをいくつか質問してリコmendを出してあげる、というようなことをやるのが良いのではないかと答えている。意思決定支援は、こういうネタですずっと講演しているとずうっとそのことを考えており、飲みに行ってもそういうこと考えながら……。あ、このソムリエさんこういう意思決定支援するのか」とか聞いている。車のセールスマンなどもそうだと思うが、他産業の人はそれが商売なのですごく丁寧に意思決定支援する人が多く、そういう人がトップセールスマンになってるような気がする。私たち医療は、どちらかというと、やってあげるというような感じ

が強く、競争もないし、うまい意思決定支援をしないからといって売り上げが減ることもないので、少し胡坐をかいているところはあると思う。他産業の人たちがどうしているかというのを見るのも、意思決定支援の参考になるのではないかと思っている。



グループワーク
「困難事例」より
支援をどうしますか？



★A氏 80歳 女性

持ち家に娘と二人暮らし。夫は5年前に他界した。長男夫婦は遠方に住んでいる。A氏は専業主婦として家事を完璧にこなしており、特に料理上手であったため、家族の健康状態を考えて食事作りをしていた。娘にとっても自慢の母親であった。現在は、毎日買い物に行っては同じものを購入し、冷蔵庫の食材は腐っていることが多くなった。また、料理のレパートリーが減り3日間同じものが出されたこともあった。娘はいらぬものを片付けようとするが、いらぬものはないとA氏は片付けることを拒否し、口論となっていた。この繰り返しの同居の娘は疲弊し、抑うつ状態となった。ガスコンロの火を消し忘れ小火騒ぎとなったことをきっかけに受診し、アルツハイマー型認知症と診断された。MMSE22/30点

2週間前に左上下肢の不全麻痺を生じ脳梗塞で入院した。娘が面会に来るたびに「こんなところに閉じ込めて。あんたが通帳を盗んだのはわかっているんだ」と険しい表情で責めた。また、この頃から夕方になると家に帰ると歩き出そうとすることが頻繁にみられるようになった。医師からは杖歩行をリハビリのゴールとして退院準備をすすめるように娘に病状説明があった。娘は退院について、施設の入所を希望された。

★C氏 80歳 女性

持ち家に1人暮らし。結婚歴はなし。両親と3人暮らしをしていたが、先に父を、その後母を介護して看取っている。事務職を定年まで勤め上げた。2人姉妹の長女で次女夫婦が歩いて5分の所に住んでいる。次女夫婦宅とは頻繁に行き来があったのだが、2年前より次女宅の訪問が激減し、趣味として通っていたパッチワーク教室も行かなくなった。片付けが行われずに散らかるようになり時々掃除を次女が行っていた。食材を冷蔵庫で腐らせることも頻繁であった。だんだんと痩せていくので、次女が心配して、半年前より食材宅配業者と契約して、買い物に行かなくても良いように手配した。C氏は日用品などは近所のスーパーに買い物には出かけていた。自宅では猫が1匹おり10年来可愛がっている。お風呂が壊れていると言い当初は次女宅で入浴していたが、入浴を嫌がり現在は半年入浴していない。また、自宅に入れてくれなくなった。次女が地域包括ケアセンターに相談。職員が訪問し介護保険の申請やデイサービスやヘルパーなどの利用を提案するがどれも拒否されていた。自宅内はかなり散らかっていることが見てとれた。C氏宅には3回訪問しているが覚えていない様子である。既往に高血圧、糖尿病、高脂血症があり、近隣のクリニックに定期受診していたが、通院を中断しており薬を飲んでいなかった。

近所のスーパーに買い物に行く途中でめまい、嘔気、動悸が出現。うずくまっているところを通行人が発見し救急搬送された。血圧200代、血糖も高値であったため入院となった。HDS-R 17/30点 C氏は、早く家に帰りたくて早期の退院を希望している。

