

令和7年度 第2回ケアカフェ（多職種連携研修会）

- 開催日時：令和7年12月10日 14:00～
- 開催場所：阿南医療センター講堂
- 講師：戸田直樹、伏屋芳紀、多田悦尚（阿南医療センター）
- 参加者：医療及び介護従事者 50名

【要約】

本会議では、誤嚥性肺炎の現状と高齢者における摂食嚥下障害への対応、そして終末期医療における意思決定支援（ACP）の重要性について多角的に議論されました。特に、多職種連携による情報共有の促進、患者本人と家族の意向を尊重したケアプランの策定、および地域全体での医療・介護連携の強化が今後の課題として明確に示されました。また、食事が困難になった際の倫理的・社会的課題についても深く考察され、ACPの推進がその解決策の一つとして提案されました。

【ケアカフェの目的と概要】

- **目的**：医療・福祉・介護など多職種の顔の見える関係を構築し、日頃の連携を円滑にすること。地域住民が住み慣れた場所で安心して暮らし続けるための専門職の連携強化と専門性向上。
- **構成**：講義、グループワーク、質疑応答、講評。

【講義1：誤嚥性肺炎の現状と治療】

講師：阿南医療センター内科部長 伏屋 芳紀

- **定義と疫学**：食べ物、飲み物、唾液などが誤って気管や肺に入ることによって起きる肺炎。高齢者の肺炎の多くを占め、日本人の死因上位に位置する重要な疾患。阿南医療センターのデータでも高齢になるほど誤嚥性肺炎の割合と死亡率が増加。
- **原因**：嚥下機能や咳反射の障害、意識障害、薬剤の影響、食道炎など。これらが肺炎発症を助長する要因（口腔内の細菌増殖、免疫機能低下など）と重なることで発症しやすい。
- **症状と診断**：一般的な肺炎症状に加え、高齢者では食欲不振、倦怠感、意識障害など非典型的な症状が多い。診断は身体所見、血液検査、画像診断（胸部レントゲン、CT）などを総合的に判断。明確な診断基準は難しい。
- **治療**：
 - **薬物治療**：抗菌薬の投与、酸素補充、人工呼吸管理、解熱剤や去痰薬などの対症療法。
 - **非薬物治療の重要性**：嚥下機能評価、リハビリテーション（摂食機能療法、食事時の姿勢評価、呼吸リハ）、適切な食事形態の検討、口腔ケアの徹底。

- **予後と課題:** 誤嚥性肺炎は予後が悪く、ガンと同等かそれ以上に不良な疾患であるにもかかわらず、軽視されがち。繰り返す誤嚥性肺炎は「予後の終末期」と捉え、延命よりも生活の質（QOL）を重視したケア選択肢の検討が必要。
- **懸案事項:**
 - 非薬物治療（嚥下リハ、食事形態調整、口腔ケア）が十分に行われていない現状。
 - 嚥下機能評価の不足と、早期の食事再開による再発リスク。
 - 食事ができない場合の自宅退院の困難さ、施設受け入れの問題。
 - 人工栄養に関する倫理的・家族との調整の困難さ。
 - 高齢者の誤嚥性肺炎は身体的衰弱を伴い、再発しやすい特徴がある。
- **今後の対応:** 緩和ケアの考え方を取り入れ、意思決定支援（ACP）を活用することで、患者と家族の QOL 向上を目指す。

【講義 2 : 摂食嚥下障害の評価と対応】

講師：阿南医療センター言語聴覚士 多田 悦尚先生

- **嚥下の解剖学的特徴:** 人間の喉は呼吸、食事、発話の 3 つの機能を持つため、構造上食べ物を飲み込みにくい。気管が広く、食道は嚥下時のみ短時間開くため、誤嚥や窒息のリスクが高い。
- **食事摂取に必要な条件:**
 1. **覚醒:** 呼びかけに反応し、覚醒状態を維持できること。
 2. **全身状態:** 高熱、呼吸困難、多量の痰がないこと（口腔吸引の状況も指標となる）。
 3. **口腔内の清潔:** 食物残渣や細菌増殖を防ぐため、特に就寝前の口腔ケアが重要。
 4. **姿勢:** 首の位置（頸部前屈）、体幹の姿勢保持、足底設置が重要。不適切な姿勢（首を反らす、テレビを見ながらなど）は誤嚥を誘発しやすい。
 5. **認知機能:** 食物に対して適切な噛み方や食べ方（食べ方戦略）を考え、実行できること。
 6. **歯:** 残存歯や適切な義歯があること。
- **食事開始時の注意点:**
 - リスクがある場合は、1 日 1 回から、柔らかく嚥下しやすい食品から開始し、徐々にステップアップする。
 - 家族の「食べさせたい」という思いと、本人の状態や医療者の判断との乖離に注意。
- **懸案事項:** 病院職員、家族、介護施設のそれぞれの立場や思いの違いが、患者の食事に関する意思決定を複雑にしている。
- **今後の対応:** 患者にとっての「食べること」の意味を多角的に捉え、より良い選択（ベターなケア）を検討する。

【議題3：錠剤摂取と多職種連携の重要性】

講師：阿南医療センター耳鼻咽喉科部長 戸田 直紀先生

- **錠剤摂取のリスク**：嚥下障害がある患者にとって錠剤は非常に飲みにくく、誤嚥や食道への引っかかり、炎症の原因となるため、粉碎やOD錠（口腔内崩壊錠）、簡易懸濁などの工夫が必要。
- **多職種連携**：医師だけでなく、看護師、リハビリ療法士、管理栄養士、薬剤師、介護職員など多職種が連携し、非薬物治療を含む適切なケアを行うことが重要。

【グループワーク「繰り返す誤嚥性肺炎患者への対応」】

- **症例提示**：85歳男性。腰椎骨折で寝たきり、施設で部分介助のおかゆ摂取。誤嚥性肺炎で入退院を繰り返し、嚥下評価では誤嚥リスクが高く食事は困難。高度な認知症で本人の食事希望は不明瞭。娘は「食べなければ元気になる、どうにかして食べてほしい」と希望。施設は「食べることができなければ受け入れ不可」事例での検討。
- **問題点（グループ発表まとめ）**：
 - 本人の意思確認が困難な点（高度認知症）。
 - 娘の「食べさせたい」という思いと、本人の状態、医療者の判断、施設の受け入れ条件との乖離。
 - 繰り返す誤嚥性肺炎のリスク。
 - 口腔状態の悪化（乾燥、歯の残存状況）。
- **解決策（グループ発表まとめ）**：
 - **ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実施**：本人、家族を交えて、食べられなくなった時にどうしたいか事前に話し合い、意思決定支援を行う。
 - **家族への十分な説明と理解促進**：病状、誤嚥リスク、予後、人工栄養の選択肢などについて多職種で共有し、家族の思いも傾聴する。
 - **身体的アプローチ**：義歯作成、食前口腔マッサージ、食後の口腔ケア、適切な姿勢保持。
 - **施設との連携**：病院と施設間での食事形態に関する情報共有とすり合わせ。
- **懸案事項**：ACPが確立されていない現状で、緊急時に本人の意思を推定することが困難。

【講義4：終末期医療と意思決定支援（ACP）】

講師：阿南医療センター耳鼻咽喉科部長 戸田 直紀先生

- **肺炎の病期と終末期**：肺炎には早期・中期・終末期があり、終末期では治療しても現状維持が精一杯で、改善は難しい状況。この病気を正しく認識することが重要。
- **意思決定支援（経口摂取）**：口から食べられなくなった際の選択肢（経鼻胃管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、人工栄養を行わない）について、本人と家族が選択できるよう支援する必要がある。いーとかーど（食事に関する意思決定支援ツール）の紹介。

- **意識調査の結果:**
 - 「患者の食事で大丈夫か」という問いに対し、看護師や他職種は不安を感じることが多いが、医師は比較的少ない（食事場面を見る機会が少ないためか）。
 - 「人は食べることが生き甲斐だから最後まで食事をすべきか」という問いに対し、患者の食事では「すべき」と答える割合が多いが、自分の親の場合、そして自分が介助される立場の場合は「無理に食事をする必要はない」と答える割合が増加。
 - **懸案事項:** 患者、家族、医療介護従事者それぞれで、食事に対する考え方に意識の差がある。
- **本人の意思の最優先:**
 - 人生の最終段階におけるケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省 2018 年）では、本人の意思決定が基本。
 - 本人の意思が確認できない場合は、家族が本人の意思を推定し尊重する。
 - 認知症になる前や確認ができなくなる前に、ACP を通じて本人の意思を確認することが重要。
- **社会的要因と生活場所の制限:**
 - 食事や栄養方法（経鼻胃管栄養、持続点滴など）によって、受け入れ可能な施設が限られる現状がある。
 - 「生活場所が制限されること」に対し、病院職員は「よくない」と感じる割合が高いが、地域の医療職は「やむを得ない」と感じる割合が高い。
- **多職種間での思いの共有:**
 - 本人、家族、病院職員、介護施設のそれぞれの「本音」を共有し、お互いの事情や思いを認識し合うことが重要。
 - **対応予定:** 退院時合同カンファレンスなどを通じて、患者の状態、リスク、今後の見込み、希望する治療方針（救命処置、人工栄養の有無など）、病院への搬送基準などを多職種と家族で情報共有する。
- **懸案事項:** 終末期患者の施設や在宅での看取りが困難な場合、救急搬送され病院で死亡確認のみとなる事例もある。本人や家族の意向に反する結果を避けるための連携強化が不可欠。

【講評：地域包括ケアシステムと今後の連携】

阿南医療センター緩和ケア内科部長・教育担当・病院長補佐 寺嶋 吉保先生

- **地域医療の課題:** 2040 年に向けて高齢者（特に要介護・認知症）が増加し、医療・介護の人材不足が深刻化する中で、地域包括ケアシステムの進化が求められている。
- **病院の役割分担:** 阿南医療センターは高齢者の救急、急性期医療を担う役割があり、地域全体での連携強化が不可欠。
- **共通認識の重要性:** 誤嚥性肺炎のような病気に対し、医療・介護従事者、家族が共通認識を持つことで、お互いの理解を深め、円滑な連携を図る。

- **関連ツールの紹介:**
 - **オランダ版ポジティブヘルス:** ACP のコミュニケーションツールとして、健康状態をバランスよく捉え、対話を通じて患者の元気度を高めることを目指す。
 - **在宅における末期認知症の肺炎の診療と緩和ケアの指針:** 日本肺炎学会が提示しているガイドラインに基づき、患者の価値観や意向によっては抗菌薬治療以外の選択肢もあることを示唆。
- **今後の対応:** 行政の協力も得ながら、介護・福祉と医療が共通認識を持つ場を継続的に設ける。

【閉会挨拶と今後の展望】

- **リスクマネジメント:** 本日の研修では、誤嚥性肺炎に関する事例を通じて、介護・医療現場におけるリスクマネジメントの重要性について学ぶ機会となった。裁判事例においては、施設側が利用者本人の意向を丁寧に確認し、ご家族と共有しながらサービスを提供していた場合、施設の責任が問われなかったケースがあるので、日常的な記録の蓄積や、利用者・家族への説明、合意形成の積み重ねが、結果として信頼の構築につながり、リスク軽減に寄与する可能性があることが示唆された。
- **重要性:** もしもの時のために、たまた箱（阿南市版）は、法的効力はないが退院時カンファレンスや多職種連携時での使用により、裁判事例において「汲み取っていた」という根拠となり得る想定もできる。
- **今後のケアカフェ:** 次回（2月予定）は ACP について開催予定。多職種間の共通認識をさらに深める機会となる。
- **対応予定:** 「もしもの時のために」、阿南市発行の「たまた箱」など、ACP に関する情報共有ツールの活用を推奨。

報告者：センター長 湯浅

【研修風景】

