

令和元年度 10 月期 居宅介護支援部会

令和元年 10 月 30 日 (水)  
18 時 00 分～20 時 00 分  
こども支援センターげんき 5 階 研修室 3

次 第

- 1 挨拶 居宅介護支援部会 鶴沢部会長
  
- 2 講義 終末期における看取り・意思決定支援 (ACP) ～エンドオブライフケアの考え～  
講師：浅草かんわネットワーク研究会理事 ケイ薬局薬剤師 NPO 法人 HAP 理事長 宮原 富士子 氏  
浅草かんわネットワーク研究会副理事長 緩和ケア認定看護師 さくら醫院 倉持 雅代 氏  
浅草かんわネットワーク研究会理事 ケアマネジメントセンターやなか 主任介護支援専門員 西澤 文恵 氏  
ほか
  
- 3 事務連絡


11 月期 居宅介護支援部会の予定

日 時：令和元年 11 月 25 日 (月) 18 時 00 分～20 時 00 分  
会 場：こども支援センターげんき 5 階 研修室 3  
テーマ・講師：決まり次第お知らせします。

20191030足立区居宅介護支援協会

## 住み慣れた場所で自分らしく 生きるを支えるための エンドオブライフケアとは

浅草かんわネットワーク研究会  
倉持雅代



1

## 緩和ケアとは

2

### 緩和ケアの定義 (2002年WHO)

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。

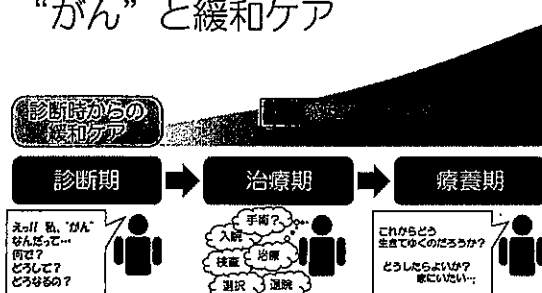
3

### 緩和ケアは

- ・ 痛みやその他の辛い症状を和らげる
- ・ 生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程と捉える
- ・ 死を早めようとしたり送らせようとしたりするものではない
- ・ 心理的およびスピリチュアルなケアを含む
- ・ 患者が最後までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する
- ・ 患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する
- ・ 患者と家族のニーズに応えるためにチームアプローチを活用し、必要に応じて死別後のカウンセリングも行う
- ・ QOLを高める。さらに病の経過にも良い影響を及ぼす可能性がある
- ・ 病の早い時期から化学療法や放射線療法などの生存期間の延長を意図して行われる治療と組み合わせで適切でき、辛い合併症をよりよく理解し対処するための精査も含む

4

## “がん” と緩和ケア



**診断期** → **治療期** → **療養期**

「がん」診断、  
なんぼまで...  
前？  
どうして？  
どうするの？

手術？...  
入院  
投薬  
検査  
選択、選択

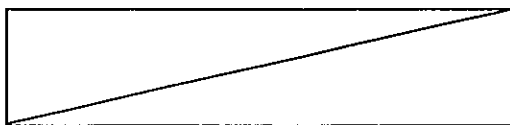
これからどう  
生きていくの？  
どうしたらよいの？  
家にいたい...

緩和ケアとは、いつなる時期でも死を迎えるその時まで患者(家族)の苦痛を緩和しQOLを改善する取り組み

5

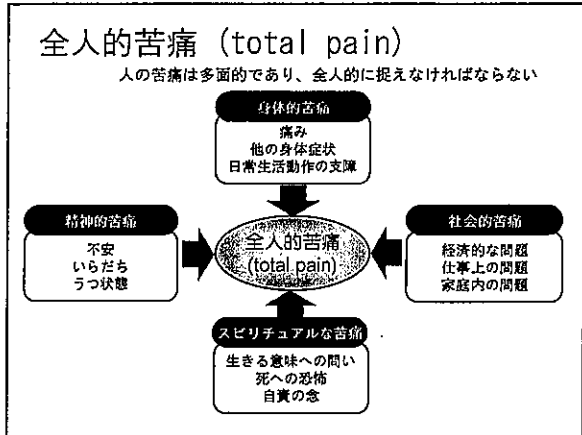
## どんな病気になっても死ぬまで 安心して苦しくなく過ごしたい

病気を治す → 病気とともに生きる

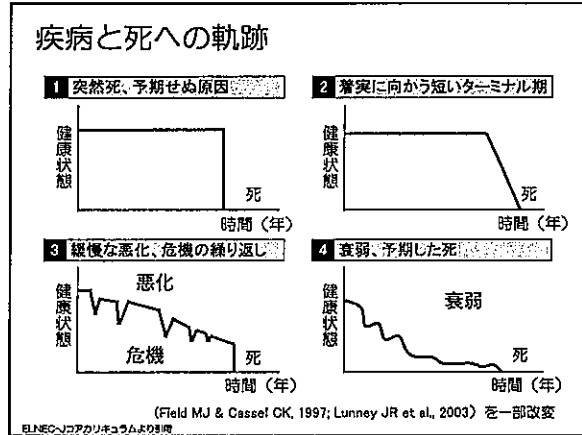


死までの過程を知っておくこと

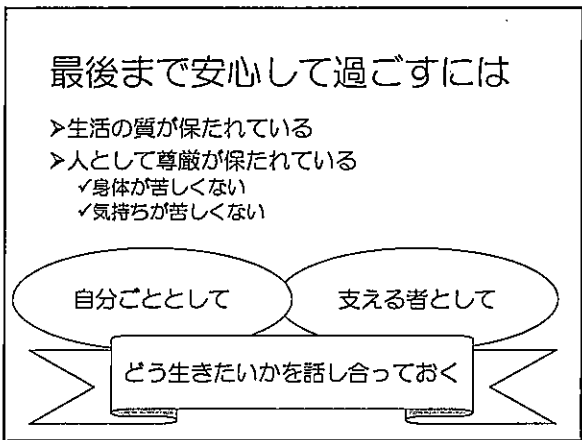
6



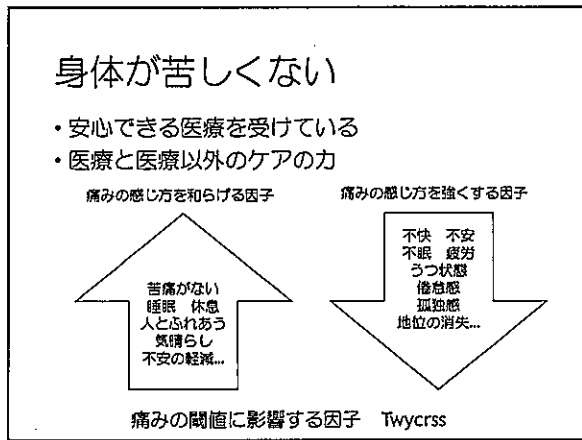
7



8



9



10

### 人生の最後に起こる身体の変化

- 旅立ち：バーバラ・カーンズ (財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
- これからの過ごし方について：OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト

11

### 死の3ヶ月から1ヶ月前の徴候

- 物事や人々への関心が薄れる
- 眠っている時間が長くなる
- 会話が少なくなる
- 食事量が減る

がん患者の在宅療養サポートブック

12

## この時期のケア

- エネルギーの温存
- 食べたいものを食べたい時に食べたい分だけ

13

## 死の2週間から1週間前の徴候

- 見当違いなことをしたり、話したりする
- からだの変化が起こる
  - ・ 血圧や心拍数の変化
  - ・ 体温の変化
  - ・ 皮膚の変化
  - ・ 呼吸や痰の変化
  - ・ だるさ(倦怠感)の出現
  - ・ 食欲・水分摂取の変化

がん患者の在宅療養サポートブック

14

## この時期のケア

- 見当違いなことを言ったりしたりしても、強く否定したり指摘しないで優しく対応する
- 血圧や心拍数の変化は自然な経過
- 口腔ケアを丁寧に行う
- 本人が心地よいと思うケアを提供する
- 今までのケアを丁寧に継続する

15

## 死の数日から数時間前の徴候

- これまでの徴候がさらに強くなる
- からだの変化がさらに強くなる
  - ・ 呼吸や痰の変化
  - ・ 血圧や脈拍の変化
  - ・ 目の変化
  - ・ 皮膚の変化
  - ・ 排泄の変化
- コミュニケーションをとることが難しくなる

がん患者の在宅療養サポートブック

16

## この時期のケア

- 呼吸の間隔が長くなったり、喘ぐような呼吸をすることが出てきたら、枕を低めにしたりする
- 目が閉じず乾燥することもあり、軽く顔を抑えて閉じさせたり、目薬をつけたりする
- 皮膚が乾燥すると傷つきやすいためクリームをつけて保護する
- 呼びかけに反応しなくても感覚は残っているため声をかけたり、体に優しく触れたりする
- 今までのケアをより丁寧に行う

17

## どの時期にも共通して言えること

- 本人の思いを聴く
- 今までのケアを丁寧に、苦痛のないように継続する
- 家族の思いを聴いて労ったり、つらい気持ちを分かち合う
- 家族が出来るケアを提案したり、休息ができるように支援する

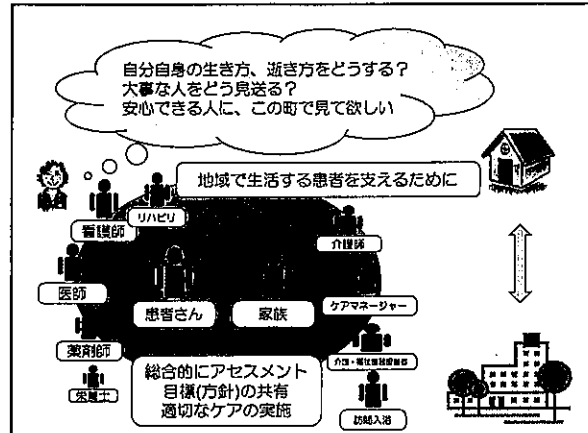
本人へのケアを丁寧に行うことは  
家族へのケアにもつながる

18

## 多職種協働の必要性

- ・地域の中で1人の療養者が安心して暮らしていくためには様々なサポーターの力が必要
- ・それぞれの専門性を発揮することと他職種への理解が必要

19



20

## 地域での調査

在宅医療や地域包括ケアの仕組みづくりが各地で進み、地域住民の「住み慣れたところで最後まで自分らしく」とする生き方が実現できるようになってきた。その実現のために訪問看護師が地域に浸透し、患者が最後の時間を自宅で自分らしく生きることが支援されている。

その一方で地域の他職種（ケアマネジャー、ヘルパー、薬剤師、理学療法士、管理栄養士等）との十分な連携が実現しているかという点においては、まだ課題が多いのが現状である。

浅草で行ってきた多職種連携活動を背景に、在宅医療における「緩和ケア・終末期医療」にどのように関わっているのか等の認識の実態を知るため、台東区の介護事業所に所属するケアマネジャーを対象にアンケート調査を行った。（2014年）

21

## 調査の結果

- ・8割は終末期患者や家族にかかわり、うち9割はがん患者
- ・終末期の利用者に多く関わっているにも関わらず、緩和ケアの研修参加は4割程度
- ・医療用麻薬を使用している利用者は6割を超えているが、これに対して困ったという経験は3割に満たない。薬の知識がないので重大な問題を見逃しているのか、服薬等に直接関わらないのであまり意識していないのか？
- ・サービス担当者会議は7割近く開催されている一方で、時期の適切さや参加メンバーの適切さは定かではない
- ・終末期の利用者を担当するにあたり、4割強の人は緩和ケアに関わる研修の必要性を感じている

22

### 利用者との関係で困ったこと

- ◆ 精神的な不安定、悲痛な訴えへの対応、精神面での対応
- ◆ 声掛けの仕方、ニーズ抽出
- ◆ 失禮で思われるような状態で、どこまで声掛けできるか不安だった
- ◆ 日に日に変化する病状にサービスが追いつかない
- ◆ 急激な状態変化にサービス調整をすることが難しい
- ◆ 治療利用で受診は一人で行っていたが、本人は治療が終了したと知っていたが、実態は末期のため、行為が難しくなっていた
- ◆ 余命宣告された人の喪失に押し、かける言葉、内容、タイミング等自分の中で考えすぎ、結局何も言えない、不安・悲痛の緩和ケア
- ◆ 自分は対応できなかったと云われた時
- ◆ 医療者としての関わりが強く、ケアマネとの区切りが難しく、ケアマネとしての関わりが難しくなる
- ◆ 病状をどこまで理解しているか、判断が難しくなった
- ◆ 本人に病状などどの程度理解がなされているのか、どのように受け止めているのかわからなくなった
- ◆ 末期の方で、自分ももう死ぬと全てを受け入れられないのが辛い

### 家族との関係で困ったこと

- ◆ 医師との間で、治療方針など、揺れ動く家族とどう話し、アドバイスするか
- ◆ 感情が不安定になり、家族が険悪になったこと
- ◆ 心のケア
- ◆ 終末期の対応について話し合っていないが、急に来て家族も困った
- ◆ 相談多い
- ◆ 亡くなる前までの理解が薄いなど
- ◆ 病の進行、苦い患者も多く、介護者も辛い 初めての経験が多く、不安も大きいので進捗が大変
- ◆ 多岐な家族に情報に連絡を取ったり、訪問することに気を使う
- ◆ 声掛けや不安に関するフォロー 家族がいないのが多い
- ◆ 困ったことはないが、本人が在宅を希望していたが、家族が求めて病院に入れてやりたいと希望するケースがあった。主治医、訪問者のカンファレンスを行い家族の理解を得た
- ◆ 子供たちがつれづれに本当の事を言わないでと頼まれた時
- ◆ 家族と在宅医療との連携関係が希薄化すると、ケアマネとしての位置づけが難しい
- ◆ 家族と在宅医療との連携関係が希薄化すると、ケアマネとしての位置づけが難しい
- ◆ よびかえが多くなる
- ◆ 医療者としての関わりが強く、ケアマネとの区切りが難しい
- ◆ 病院から自宅に戻る際の経過が不十分で、送られたと聞かされた後、病院に送られている
- ◆ せん妄が頻りに、ケアの方法について適切に答えられなかったが、後から考えると、サービス担当者会議を頻りに行うべきだったと反省した

23

### 他職種との関係で困ったこと

- ◆ 医療（治療）のスピードと、ケアプランの連動が難しい
- ◆ 医療面での対応
- ◆ 医療主体となる中で、ケアマネとしての立ち位置
- ◆ 緩和ケアを自宅で行うと決まったが急変し、入院した
- ◆ すぐにベッドレンタルの依頼があり慌てた
- ◆ 医療に関する知識が乏しいこと
- ◆ ナースと医師だけで先に話を進めてしまう場合
- ◆ 家族と在宅医療との信頼関係が希薄化な時に、ケアマネとしての位置づけが難しい
- ◆ 後方支援になる
- ◆ 医療者としての関わりが強く、ケアマネとの区切りが難しい
- ◆ 病状の変化により、プランを変更する事が多く、連絡調整が大変だった

24

### 終末期、緩和ケアの対象者に今後必要なこと

- ◆ ケアマネジャーとして 死後1週間後、花を持ってお邪魔して介護者と本人のことを聞いて共感する
- ◆ 自分の意志を尊重し、納得行くケアを選ぶこと
- ◆ グリーフケアの機関が身近にあればよいと思う ケアマネがグリーフケアをとの声もあるが、課題はいっぱいある
- ◆ 患者様の希望に添える受け皿 環境やサービス対応など
- ◆ 療養の方向性など 例と同じになってしまふ
- ◆ 早めに意志を確認してほしい
- ◆ 亡くなった時、葬儀などどうして欲しいのか 亡くなるまでに医療や過ごし方など家族に伝えておくことが必要
- ◆ 心のケア。前を向いて行かれる力
- ◆ 自分の意思を伝えるべき時期の判断
- ◆ ACPなどについて、元気なうちに考える機会や家族に伝えることができるような環境
- ◆ 医療側から言われる通りではなく、自分の生き方、治療方針を自分で決め、医療側へ伝えてほしい どうしていいかわからない人も多いので、ゆっくり話を聞き、自身で決められるような環境を整えてほしい

25

### 終末期や緩和ケアの対象者に関わって変わったこと

- ◆ 1日1日をしっかりと生活することの大切さをより考えるようになった
- ◆ 精神面での対応が必要だと思った 生き方と亡くなり方はイコールであると感じた
- ◆ 死とは、遠くにあるものではなく、いかなる時も身近が存在し、対面すべき事象である
- ◆ その人らしい終末期の過ごし方について、これまで以上に考えるようになった
- ◆ 終末期ケアに関わり自分の終末期のことを考えるようになった 看取りを終えた利用者には、本人の希望や家族の思いなどが出来たか考えるようになった
- ◆ 本人の意志と家族の思いの違い、治療・入院できないことがある 通常から両者で話し合っていたらいい
- ◆ 終末期ケアの大切さ、今一番求めている事を大切にしておく
- ◆ ターミナルケアにケアマネは必要かいつも思う 距離が短くだけに無力感のみ残る 自分の考えがつかないのかいつも考える
- ◆ 一生忘れられない体験で自分自身の生き方を考えられ、もし自分が同じ立場だったらと考えさせられた
- ◆ 仕事で看取ることの大切さを改めて知った
- ◆ 亡くなるまで皆さんそれぞれの人生を一生懸命生き抜かれ、最後には本当に種やかな表情で亡くなる方が多い ケアマネになる前にも、特養でもターミナルケアに関わったが、できるだけの人が寄り添い、安心して看取りを任せられる大切さと、難しさをその都度考える
- ◆ 在宅での看取りは本音で話したいと思うようになった
- ◆ ターミナルケアプランについて実践するようになった
- ◆ 人間の命の終わりは誰もわからない。悔いのない生き方をしたいと思っている
- ◆ 死について考える機会が増えて、自分自身の身に置き換えて考えることも多くなった
- ◆ 感の方だけでなく、本人の望む生活の実現というキーワードが心に強く残り、ケアマネとして更に意識するようになった

26

### 考察

- ・ 緩和ケアの研修会に参加することが必要と考えているケアマネジャーは半数近くあり、実際に全体の4割が参加している。しかし、本人や家族の精神面での対応に苦慮したり、症状の悪化についていけなかったり、困った経験を述べたケアマネジャーは多い。研修会に参加していても理解できていない部分に対しての対策として看護師が担える役割は大きいと思われる。
- ・ オピオイドを使用している患者に関わった経験は6割を超えているが、困った経験は3割に満たない。これは、役割の性質上オピオイド投与に関わっていない、あるいはオピオイドの特性について詳細を知らないなどの課題が隠されているかもしれない。一方、ヘルパーに服薬確認の役割を委ねていることも多いと思われる。オピオイドだからこそ、服薬確認が必要とされる理由について理解されているかどうか確認が必要と思われる。
- ・ 終末期患者のケアプラン変更サービス担当者会議は多くが開催されているが、実際にはそのプロセスのスピードについていけない。医師と看護師でことが進められてゆくという危機感も抱えている。看護師との密な関わりにより病状の特性を理解し、それぞれの役割分担をしながら、早急な対応に戸惑うことなく関われるのではないかと考える。

課題克服の背景には訪問看護師との密な連携(その人となりが分かる関係性)が求められていると思われる。私達はそのため、地域で緩和ケアに関わる様々な研修会を企画し、「願のわかる関係(人となりが分かる関係)」と「緩和ケアの知識の向上」「病院と在宅の連携」を深めていきたいと考えている

27

### 多職種連携の意義

28

### OPTIMプロジェクト (緩和ケア普及のための地域プロジェクト)

(2007~2012 協力地域: 鶴岡、柏、長崎、浜松)

#### 目的:

- ① 地域緩和ケアプログラムの実施前後でがん患者の自宅死比率、緩和ケア利用数、緩和ケアの質評価が向上するが検証
- ② プロジェクトそのものの経過を通じて、緩和ケアの推進に取り組みしていく際に役立つ成果物や介入過程を作成すること

#### 結果:

- ① 緩和ケアの知識と技術が増えた
- ② 緩和ケアのサポートが増えた
- ③ コミュニケーションと連携がよくなった
- ④ 在宅の視点が広がった

29

### 連携の価値を実感

- ・ 名前と顔がわかるから安心して連絡できる
- ・ 相手の人となりが分かるから自分の対応を変えるようになる
- ・ 役割を果たすキーパーソンや窓口が分かる
- ・ 集まる機会があると、ついでに情報交換ができる
- ・ 同じことを繰り返すと効率が良い
- ・ これまでやり取りが無かった人とやり取りすることで、相談先が増えたり選択の幅が増える。地域の良い情報が得られる
- ・ 責任をもって対応するようになる
- ・ 他職種・他施設、他地域の人と関わることで自分に役立つ新しい視点を得る
- ・ 信頼感・親近感が高まる
- ・ 自分の情報はひとりではなく、チームで共有する価値があると思える
- ・ 生の声、本音やその場でないといわれないことが言える

30

## 様々な職種で 緩和ケアを理解するために

31

## ELNEC-Jについて

- 2000年に米国のアメリカ看護大学協会とCity of Hope National Medical Centerが共同して設立した組織
- エンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアを提供する看護師に必須とされる能力取得のための体系的な教育プログラム
- 世界74か国で開催されている
- 日本では日本緩和医療学会が指導者養成プログラムを開催して、その指導者により2011年から開催されている
- 看護師は人々のQOLを維持・こうじょうさせること、患者の尊厳ある人生の最期を支えるとともにその家族に安心をあたえること、"質の高いEOLケアを提供する"という役割を担っている、そのために適切なケアを提供できる知識・技術が不可欠であり、効果的な教育システムが必要
- 対象者：日本看護協会が推奨するクリニカルラダーⅡ(看護実践の場において単独で看護を提供できる。チームリーダー的役割や責務を認識し遂行できる。自己の学習課題に向けた学習活動を展開できる)相当

32

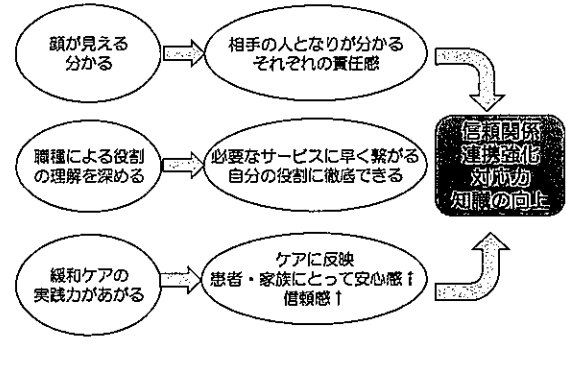
## ELNEC-Jを多職種でやってみて

- 緩和ケアについての理解
- 看護師の考え方を知ってもらう
- どの職種でも、この時期の患者や家族と関わる場面があることの再認識
- 特に在宅においては多職種で緩和ケア/エンド・オブ・ライフ・ケアに関わることの重要性を再認識

トレーニングを受けた看護師だけの介入より、チームでのアプローチがQOL,生存期間の延長に繋がる

33

## 多職種が集まった効果



34

## まとめ

- 緩和ケアはがんの患者さんだけに適応されるものではない
- 自分の職種が何をし、他職種はどんなことができるのか、それぞれの役割を理解する
- 1人の利用者さんのケアを行うには、自分だけ関われば良いのではない
- 顔がわかるだけでなく、人となりがわかる関係を構築する



35

居宅介護支援事業所  
地域包括支援センター 各位

足立区介護保険課長 向井 功至

## 【軽度者への福祉用具貸与確認申請書の提出について】

### 記

日頃より介護保険事業の運営にご理解、ご協力いただき、誠にありがとうございます。

既にご案内のように、要支援者、要介護1と認定された利用者への「特殊寝台」等の福祉用具貸与については、原則として算定することができず、利用者の状況等から、対象外種目として位置づけられる場合が定められています。

現在足立区では、東京都国民健康保険団体連合会から提供される情報をもとに、「軽度者に係る福祉用具貸与確認申請書」の提出の有無について点検しております。

つきましては、令和元年10月提供分より、認定時、更新時に例外給付に該当するにもかかわらず、確認申請書類が提出されていない場合、過誤調整処理を要する場合がありますので、ご承知おきください。軽度者への福祉用具貸与につきまして、再度ご確認のご協力をお願いいたします。

#### 1. 提出書類

- ①軽度者に係る福祉用具貸与確認申請書
- ②サービス担当者会議記録
- ③主治医意見書または診断書のコピー

※医師所見を直接聴取した場合はその内容を確認申請書に記入する。提出は不要。

#### 2. 提出先

足立区介護保険課保険給付係

以上

【担当】 介護保険課保険給付係

電話 03(3880)5743



# 足立区薬剤師会地域連携検討会のご案内

一般社団法人足立区薬剤師会  
会長 藤田 義人

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素より足立区薬剤師会の活動につきまして、ご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
さて、この度「地域で取り組む摂食嚥下障害」をテーマに足立区薬剤師会地域連携検討会を下記内容にて開催しますので、ご多忙な毎日とは存じますが、ぜひご参加くださいますようお願い致します。

## 記

日時：11月15日（金）19：30～21：00（質疑応答含む）  
場所：東京都足立区千住3-92 千住ミルデイスI番館10F  
THEATRE（シアター）1010 アトリエ

### 【プログラム】

1. 開催挨拶と趣旨説明
2. ミニレクチャー  
「地域で取り組む摂食嚥下障害  
一言語聴覚士からみた多職種連携について」  
講師：株式会社東京リハビリテーションサービス  
言語聴覚士 大橋 三広 先生
3. 事例検討（グループディスカッション）
4. 総評

※事例検討の際、グループ内で名刺交換を行いますので、名刺のご持参をお願いいたします。

.....申込み.....  
宛先：足立区薬剤師会事務局 行 FAX：03-5813-8934

ご所属 : \_\_\_\_\_  
事業所所在地 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_  
お名前 : \_\_\_\_\_

※申込み期限：2019年 11月 8日（金）  
※都合により中止または変更になる場合は、予め連絡いたします。

共催：足立区薬剤師会・日医工株式会社