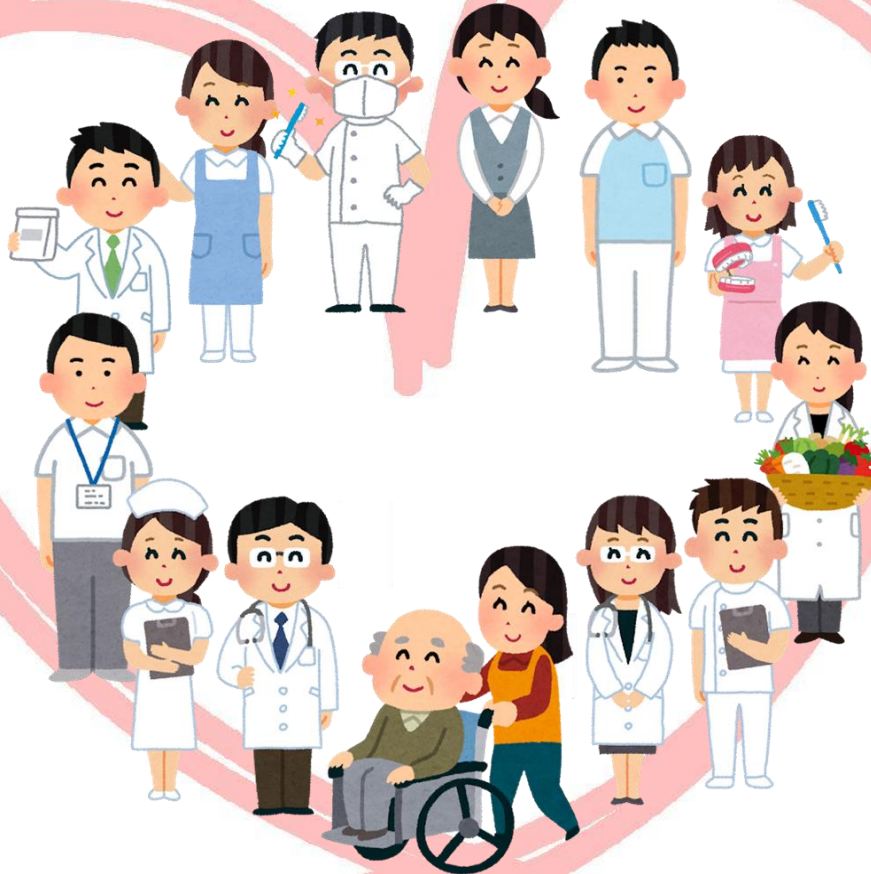




令和3年度

第3回医療・介護多職種連携会議 (在宅医療に従事する人材育成研修会)



日時 : 令和3年11月25日(木)

18:30~20:30

場所 : 新見市地域福祉センター 多目的ルーム

新見市地域福祉センター 研修室

ZOOMによるWeb参加

主催 新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく

共催 一般社団法人 岡山県介護支援専門員協会新見支部

令和3年度 第3回医療・介護多職種連携会議 次第
(在宅医療に従事する人材育成研修会)

日時： 令和3年 11月 25日 (木) 18:30～20:30

場所： 新見市地域福祉センター 多目的ルーム
新見市地域福祉センター 研修室
ZOOMによるリモート参加

- 1 開 会
- 2 挨拶
- 3 シンポジウム

《 テーマ 》

「在宅での看取り、施設での看取り

～本人・家族が望む最期の時を迎えていただくために、

多職種が連携してできること～」

座 長：佐藤 勝 様 (岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座
哲西町診療所 医師)

シンポジスト：岡 正登詩様 (哲西町診療所 医師)

三好 登 様 (特別養護老人ホーム唐松荘 施設長代理)

福田沙耶香様 (阿新虹の訪問看護ステーション 訪問看護師)

南 好恵 様 (くろかみ介護支援センター 介護支援専門員)

- 4 新見消防署より 「DNARと救急業務について」

- 5 挨拶

- 6 閉 会



研修の目的

2017年度の厚生労働省の調査^{注)}によると、約7割の人が人生の最期を迎えたい場所として「自宅」を望むという結果が出ています。2025年には後期高齢者人口が、約2,200万人となり、日本はこれから高齢多死社会を迎えようとしています。また、昨今のコロナ禍における、医療機関等での面会制限の影響もあり、「最期は自宅でみたい」と当事者だけでなく、家族も在宅での看取りを希望する傾向にあります。

今回の研修会で、「自宅での看取り」「施設での看取り」を経験された事例を、多職種の方からお話いただき、本人や家族が自分たちの選んだ場所で迎えた最期に対してどのような思いを抱かれたか、あるいは後悔を残されていないのか。また、在宅や施設での看取りを経験した医療・介護スタッフの方たちの思いはどのようなものだったのか。終末期の方を在宅療養へ向けて退院支援をされている病院職員の方々が、安心して在宅へ送り出すために必要だと思うことは何かなど、発表やディスカッションを通して一緒に考えていきたいと思っています。そして、これからも本人・家族が望む場所での看取りをしていくために、多職種が連携してできることを考える契機としたいと考えています。

注) 平成29年度「人生の最終段階における医療に関する意識調査」

本人の意向に沿って
鎮痛薬を使用せず
在宅でお看取りした1例

2021/11/25

哲西町診療所 岡 正登詩

50代 女性

夫と2人暮らし。

県外出身で仕事のために新見市に移住した。

子宮がん末期で在宅看取りを希望し、当院より訪問診療を行った。

子宮がん発症

X-2年7月 不正性器出血を認め県南のA病院受診。

X-1年2月 子宮体癌 I A期と診断。手術を勧められるも希望されずその後、新型コロナ流行もあり通院中断となった。

X年5月 食事が減り体重減少。毎日不正性器出血を認める。

B病院へ救急搬送

X年6月初旬 ベッドから動けずほぼ寝たきりとなる。
食事を全く摂れなくなる。

6月7日 夫が声をかけても反応なく救急要請。
県南のB病院へ搬送、産婦人科に入院した。
Hb1.2g/dlで子宮がんに伴う出血性ショックと診断。
輸血が行われ、自発語はないが応答は可能な程度にまで
意識レベルが改善した。

B病院入院時点の意向

夫より本人の以前の想いをもとに侵襲的な治療は希望されず、止血目的であっても子宮がんに対する治療はしないとの希望だった。急変時DNARの意思を確認した。県外在住の母・姉も上記方針を了承した。

「一刻も早く一緒にいたい」と夫より早期の退院・在宅療養を希望され、不正性器出血など病状が悪化した場合の処置は希望されず自宅への早期退院を希望された。

当院に訪問診療の依頼

6月8日

B病院より当院に連絡あり、在宅訪問診療の依頼を受けた。
患者宅は当院から車で片道30～40分程度の距離があり、
通常は当院から訪問診療を行っている地域ではなかったため、
訪問診療可能か院内で相談。

翌日に訪問診療可能と返答した。

退院前カンファレンス

6月14日 夫、B病院産婦人科、C訪問看護ステーションと
当診療所スタッフで退院前Webカンファレンスを行った。

この時点でADLは寝たきり状態、嚥下困難。
不正性器出血は持続しているが輸血は行わない。点滴を希望。

夫から知らない人が自宅に入るのはストレスになるからと
ヘルパーは希望されず、自宅での身の周りの介助は自分で
行うとのことであった。

訪問診療開始

6月18日 初回訪問診療。話したことは理解している様子だが、発声はなく会話は困難。夫と今後の方針を確認。

急変時は近隣の病院へ入院を希望。新見市内のD病院へ急変時に入院対応をお願いしたい旨をお伝えし情報提供書を送付した。現段階では輸血は行わない方針を確認したが、今後体力が戻ってきて本人が希望するようなら輸血することも考えたいと。点滴は毎日行うことを希望。

訪診開始時の自宅の状況

夫は日中は仕事のため不在。連絡ノートに夫から自宅での食事や排便などの状況を記載、当院が訪問診療・訪問看護時の状況を記載。

着替えやすい服やオムツなどの用品準備が不十分。

身近に介助を手伝ってくれる縁者もなくサポートが得られない。

家に帰って元気に

嚥下機能低下あり前医で経口摂取は困難と評価されていたが、帰宅してからは水や甘酒を自発的に摂取していた。

甘酒・ジュース等500～800ml/日程度の経口摂取。
自宅に帰って1週間くらいで固形物も食べられるようになり、
帰宅して10日後にはむしパン、ポタージュスープ、煮物など
夫の作った食事を食べており点滴は中止した。

開眼や発語が増え、会話できるようになった。

疼痛の訴え↑、鎮痛薬は希望されず

7月初旬から腹部膨満、下腹部痛の訴えが増えた。
鎮痛薬の使用を提案したが、薬はいらないと希望されず。

腹部膨満感があり、排便したいが出ないと訴えられ、
摘便を行った。

摘便すると腹部膨満感は楽になったと。

出血増加あり本人の意思を確認

7月23日 性器出血多量にあり。凝血塊も複数。

出血少量ずつ持続。このまま止まらなければ急変し死に至る可能性もあることを説明。

訪問診療開始時に夫と方針を相談した際には、急変時には入院、本人の希望によって輸血も考えると言っていたが、本人は輸血・入院は希望されず、自宅でこのまま過ごすこととなった。

疼痛増悪、それでも投薬は希望されず

7月末頃から苦悶様の表情が増え、下腹部腫瘍は増大傾向。

疼痛・腹部膨満感の訴えが増えた。

鎮痛薬の使用を再度相談したが、やはり薬はいらないと希望されず。

排便を行うとお腹が楽になったと喜ばれる。

下肢の倦怠感も訴えられ、下肢を動かしたりマッサージを行ったりした。

自宅でお看取り

8月末 呂律困難、水分摂取量低下、尿量減少。

急変の可能性を再度説明し、点滴・入院について相談したが、いずれも希望されなかった。

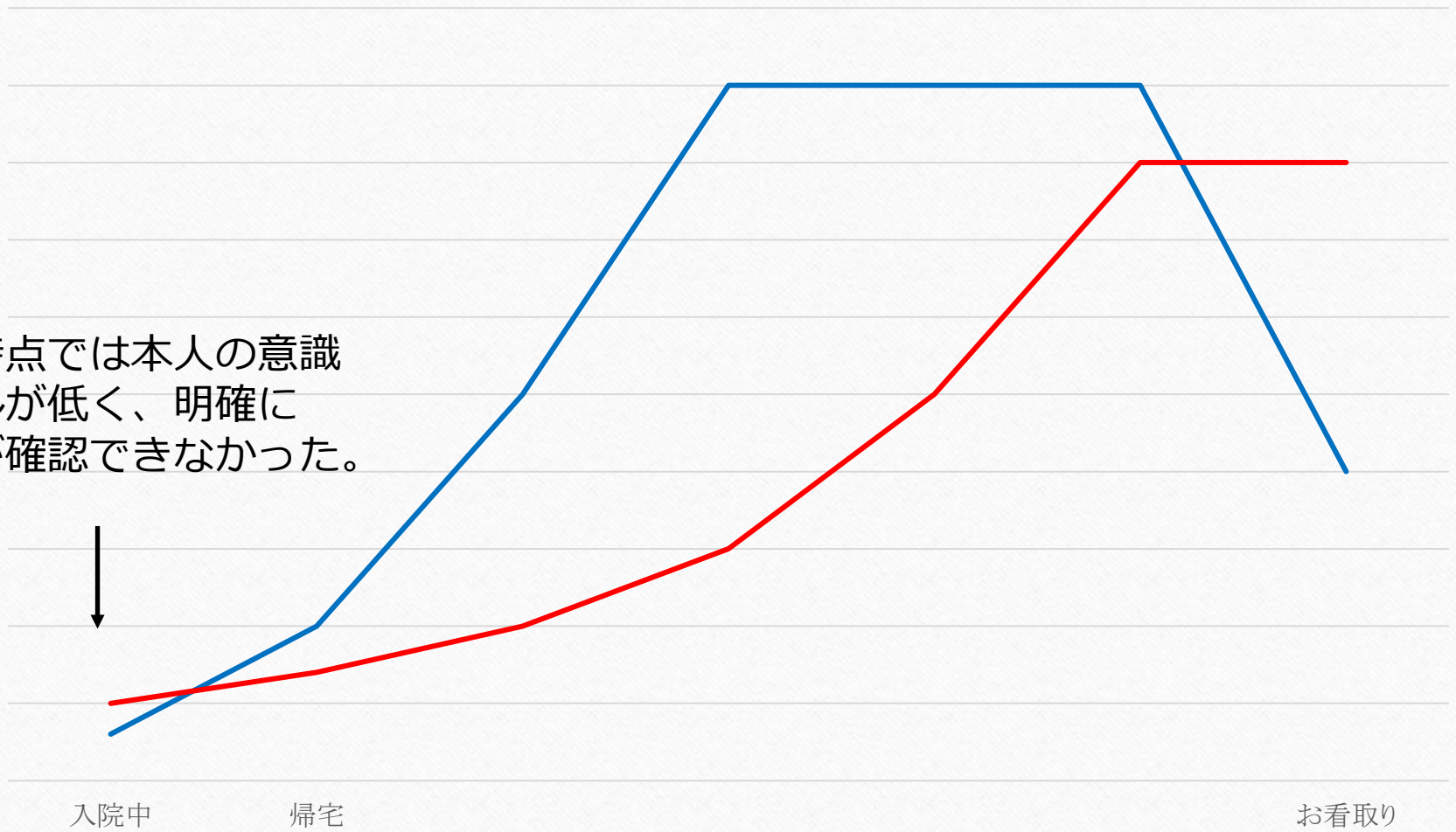
苦悶様で鎮痛を勧めるも、「痛みは丁度いい」と言われ希望されなかった。

夜に甘酒を少量飲んだ後に反応がなくなり夫より往診依頼。到着時には心肺停止の状態、蘇生処置は行わず死亡確認を行った。

まとめ

- 子宮がん末期で最期は自宅で過ごしたいと希望している方を在宅でお看取りした。
- 鎮痛を含めて投薬はしないことを希望され、その他いわゆる医療行為はほぼ行っていない。

この時点では本人の意識
レベルが低く、明確に
意思が確認できなかった。



— 意識レベル — 痛み

自宅に帰り、意識レベル
が改善。
その後は一貫して投薬は
拒否していた。

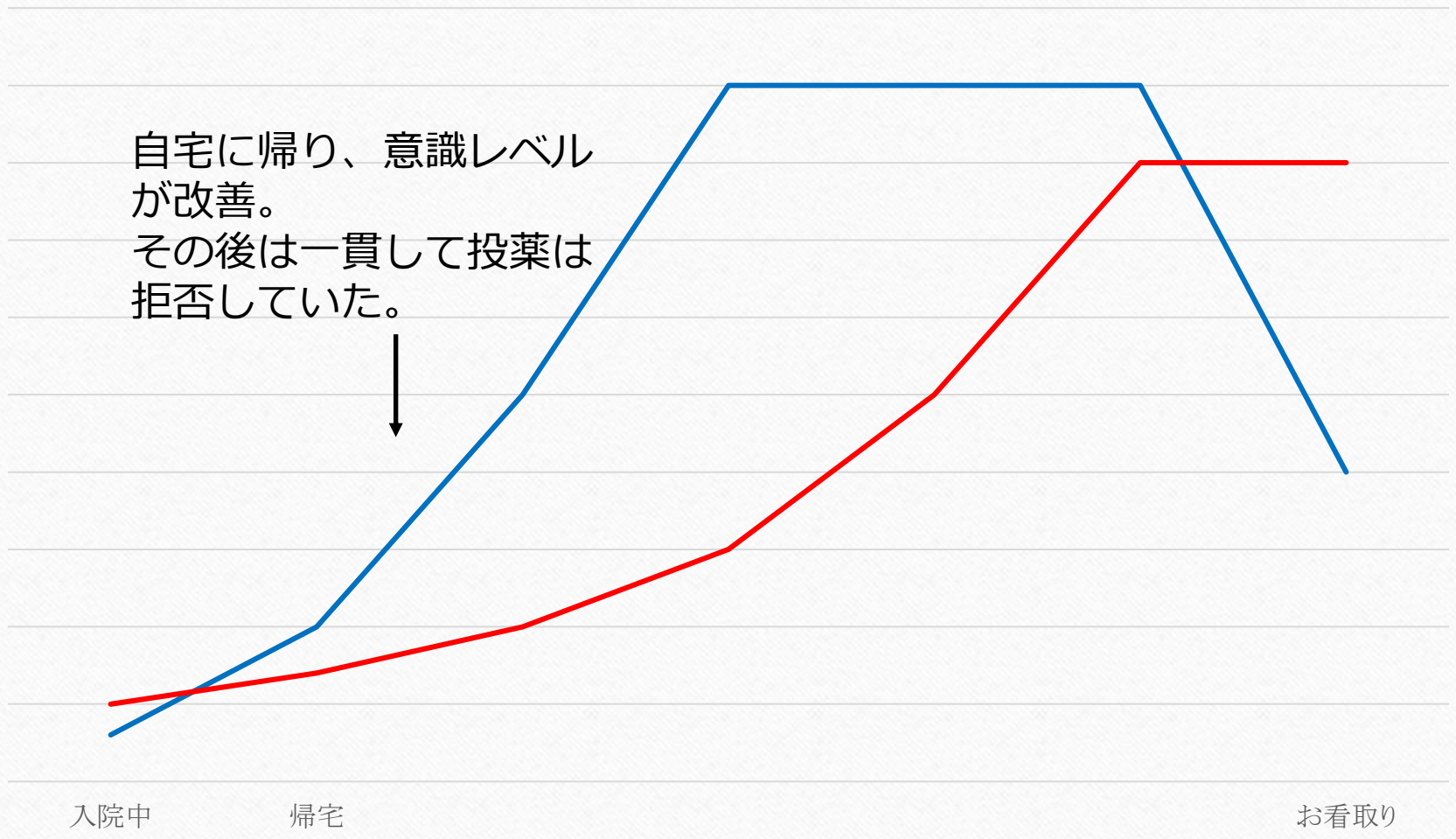


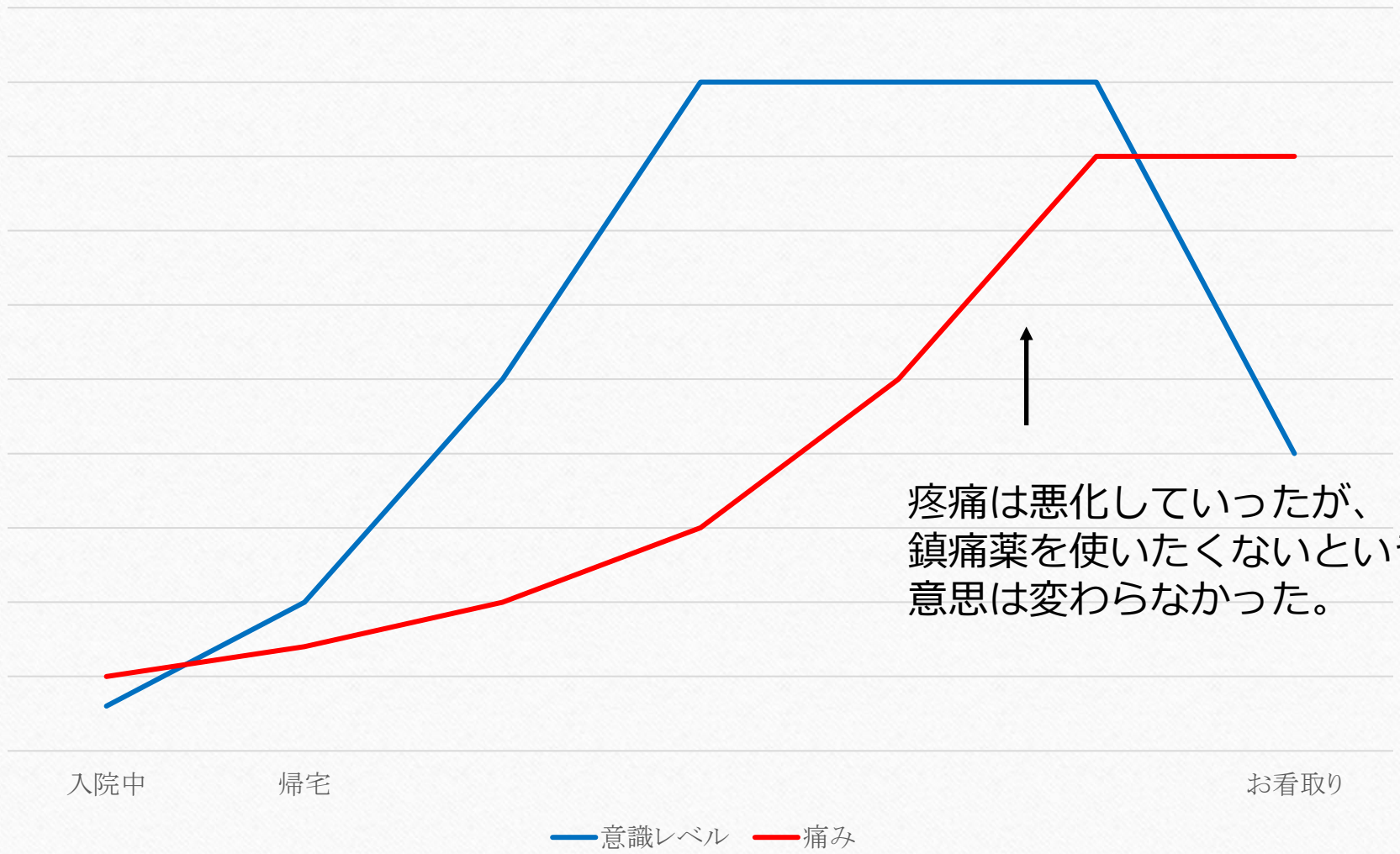
入院中

帰宅

お看取り

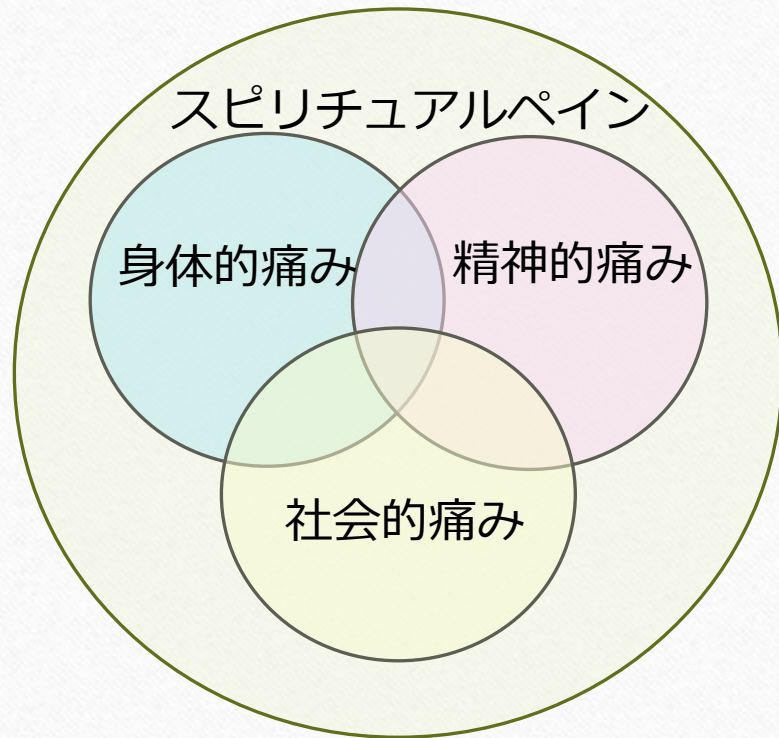
— 意識レベル — 痛み





疼痛は悪化していったが、
鎮痛薬を使いたくないという
意思は変わらなかった。

スピリチュアルペイン



- ・ 身体的な苦痛、精神的な苦痛、社会的な苦痛を包括する
“人生の意味”、“生きる価値”を脅かされることによる苦痛

スピリチュアルペイン

- ・ がんによる身体的な苦痛以上に望まない医療行為によるスピリチュアルペインが大きいと考えられ、本人の意向を確認し希望に沿って鎮痛薬は最後まで使用せず、自宅でお看取りを行った。

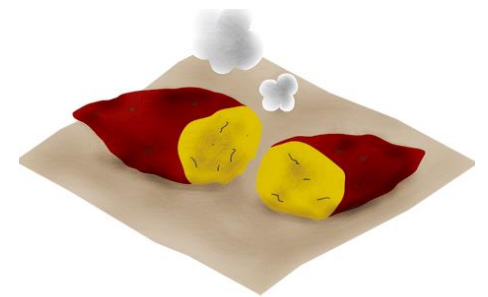
まとめ

- ・ 自宅で夫と過ごし、好きなものを食べたり飲んだりする時間を作ることができ、本人・家族の希望に沿った形でお看取りすることができたのではないか。
- ・ 夫は当初退院後の生活のイメージが具体的についておらず、準備ができていない状態で退院した。
退院後の指導によって介護できるようになった。

在宅での看取りについて

—事例をとおして課題を考える—

くろかみ介護支援センター 南 好恵



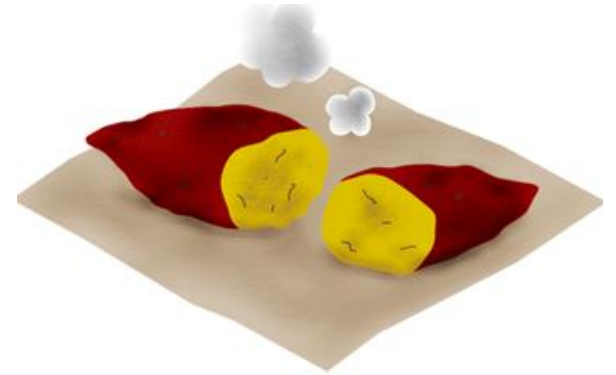
事例紹介

- 50歳代の女性、40歳代の夫と2人暮らし。子供はなし。
- 仕事の為夫婦2人で新見市内に10年前より移住している。
- 当センターより車で15分程度の場所に在住。
- 古民家に住んでおり周辺には家はない。

まとめ

- ・ガン末期の方を在宅で看取る事は本人、家族にもそれなりの覚悟がいる事
- ・限られた資源を利用しながらの在宅での看取りが出来た事は多職種が連携しないと出来ない事
- ・今回の事例に限らず在宅で看取りが出来る様な地域づくりが出来ればよい事

ご清聴ありがとうございました



早く家に帰りたい

～最期まで家で共に過ごした 家族の思い～



阿新虹の訪問看護ステーション

福田 沙耶香

訪問看護とは:主治医と密に連携し、心身の状態に応じた看護を行います。
身体的・精神的な看護はもとより、必要に応じた在宅ケアサービスの紹介、関連機関との連携などにより、利用者様のご希望に沿った療養生活を叶えるための様々な支援や調整を行います。

阿新虹の訪問看護ステーションの紹介

- 看護体制:常勤2名 非常勤3名 常勤換算3.5名
- 利用者数:介護保険35名程度/月 医療保険5名程度/月
- 実施地域:新見市全域
- 在宅看取り:2018年～2021年9月現在 合計17名

事例紹介

・家族構成



Aさん 女性
(94歳)



次女の夫 孫 次女
(同居)



三女
(新見市在住)

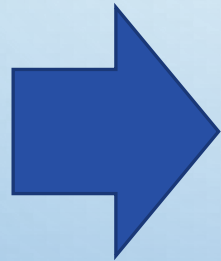
- ・病名:心不全 慢性腎不全 腎性貧血
- ・かかりつけ医:市内病院(訪問診療)
- ・利用サービス:訪問リハビリ 福祉用具

訪問看護利用期間2021年6月21日～2021年9月18日(自宅にて永眠)

入院から退院までの経過

心不全悪化で入院

今年4月初旬



治療にて回復



退院許可

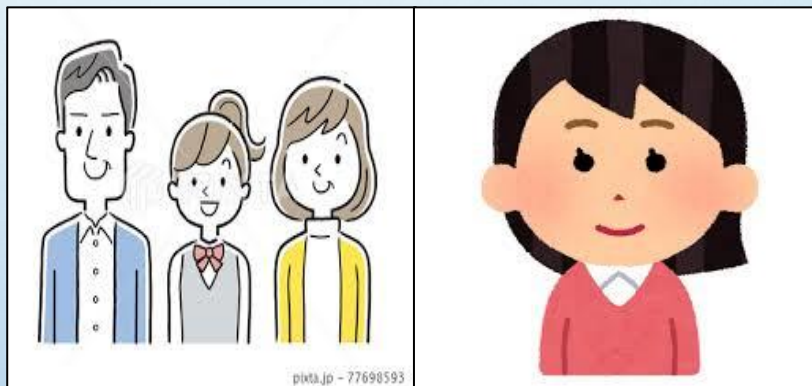
それぞれの想い

本人の気持ち



『早く家に帰りたい』

家族の気持ち



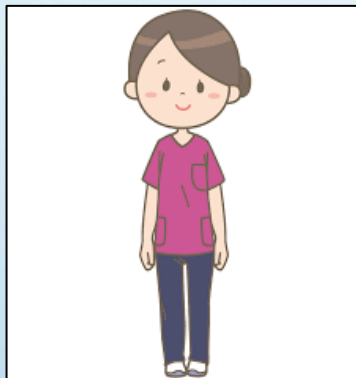
『入院していてもコロナ禍で直接面会ができない。状態が落ち着いているのであれば自宅で療養させたい』

退院に向けて

車椅子で外を見せたい



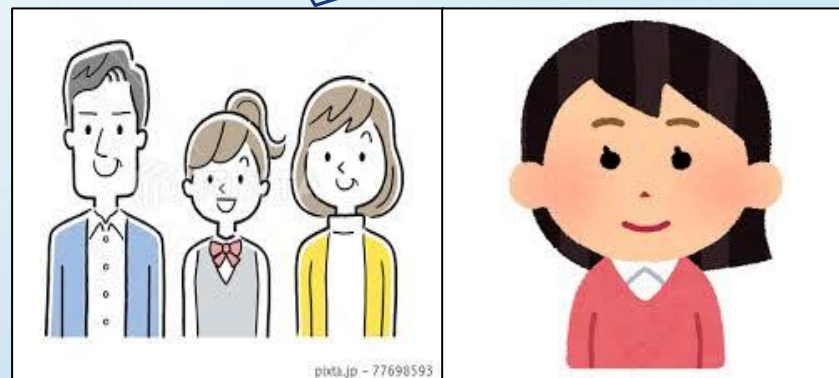
主治医



訪問看護師



ケアマネジャー



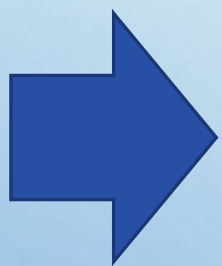
家族

意思の統一

退院後～訪看での関わり①

市内病院退院

6月18日



訪問看護開始

6月21日

訪問看護

- ・状態観察
- ・保清(簡易入浴)
- ・内服確認
- ・排便コントロール
- ・介護相談 など



退院後～訪看での関わり②

簡易入浴



「気持ち良かった」

「みなさんの方が
くたびれたでしょう」

食事



「ラーメン」
「イカの煮たもの」

「もっと大きいものが
食べたい」

退院後～訪看での関わり③

胸苦で救急搬送



脱水症状



自宅へ



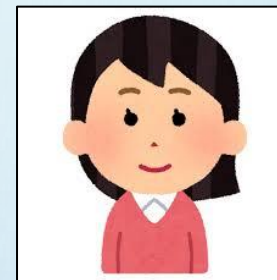
再度胸苦で救急搬送



心不全による浮腫
全体的に老衰

8月15日

8月22日



あまり長くないかもしれない。
最期は家で看取りたいと
思っている。
治療がなかったら連れて帰
ろうと思っているので
帰ったらまたお願いしますと
涙声で言われる...

退院後～訪看での関わり④

ターミナル期
心不全による

8月24日



在宅看取りで退院



家で看取ろうと
思う...
力を貸して下さい



胸苦で救急搬送

8月27日



退院・帰宅

退院後～訪看での関わり⑤



退院後

- ・食事摂取量の低下
- ・褥瘡リスクの上昇
- ・浮腫の増強
- ・体転時に苦痛表情

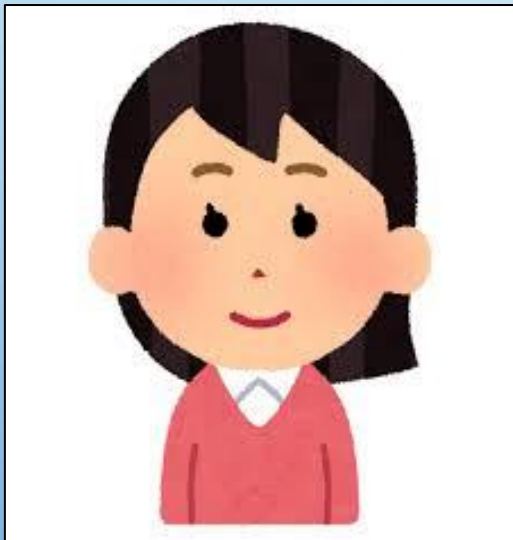


* 訪問診療時、状態説明と今後の方針

(8月31日)

- ・点滴はしない
- ・苦痛緩和の座薬使用
- ・自宅での看取りについての再確認と娘さんをはじめとしたご家族の気持ちの確認

家族が家での看取りを受け入れていく経過



「しんどい」と
言われたら

眼も開かなくなってきた

食事も摂れなくなってきた



最期は家で

最期の時

ご家族より電話あり



訪問する



連絡方法の確認
現在の状態と



再度連絡あり
呼吸停止する



さかせて頂く
訪問・エンゼルケアを

9月18日

同日
18時過ぎ

家で看取った直後の家族の気持ち

病院だったら

初めての介護で不安

先生・訪問看護での安心



最高の環境



グリーンケア

自宅へ訪問



自宅前で優しい笑顔

家族の想い

- ・家族だけでは無理
- ・皆さんが来てくれてよかった

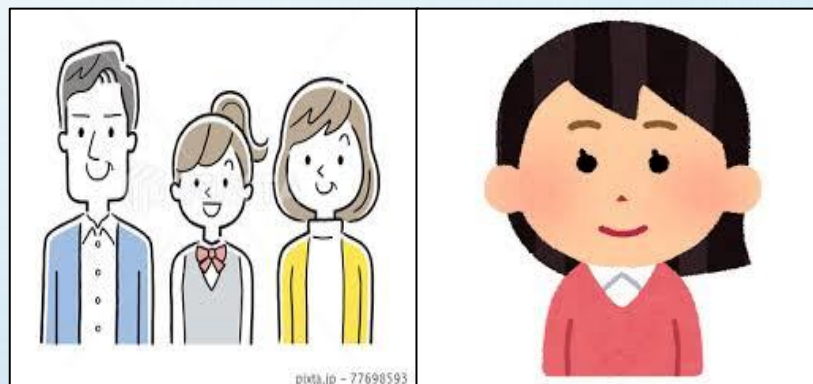
一か月後

最期まで家で過ごすことができる

自宅での看取りを振り返って



家に帰りたい



- ・家族の協力
- ・家族の支え
- ・家族の絆



連携・協力

まとめ

在宅での看取りは、主治医をはじめ 多職種との連携 は不可欠になります。

日々状態が変わっていく中で、御家族の心も変化していきます。

家での看取りを決心しても、必ずしもそうしなければいけないことはありません。療養場所や治療方針なども変更していくことは可能です。

その都度迷いや不安がないか傾聴していくことも大切です。

訪問看護師として、ご本人・ご家族に寄り添い、家族に一番近い存在でありたいと思っています。

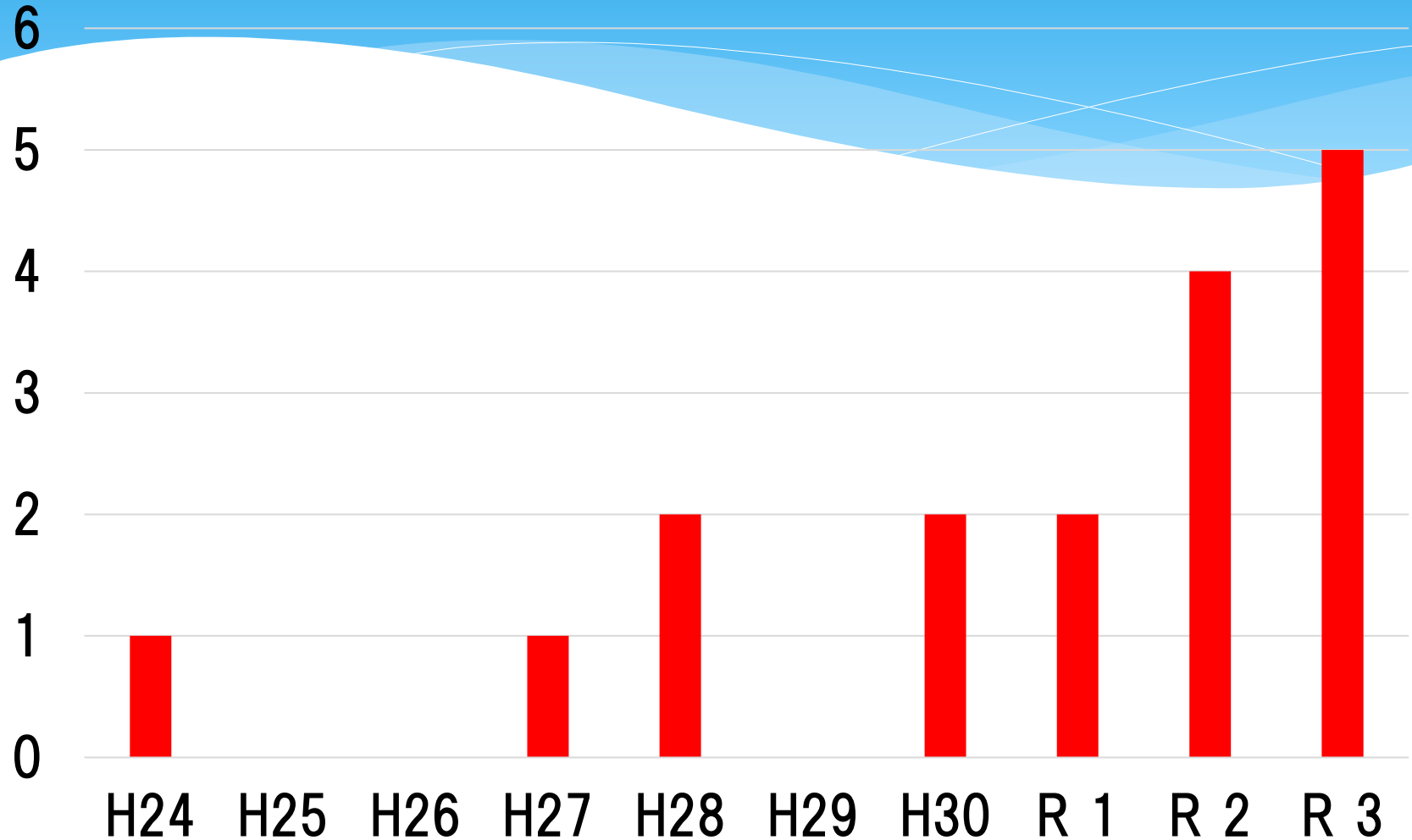
ご清聴ありがとうございました。



施設での看取りについて

特別養護老人ホーム唐松荘
施設長代理 三好 登

10年間の看取り件数の推移



施設での看取り増加の要因

1. ご本人・ご家族の価値観の変容
2. 看取りケアへの理解の深まり

スタッフの役割

- **穏やかに**最期を迎えられるよう支援
- 痛みや不快の**緩和**とご家族を含む
メンタルケア
- 自宅での看取りに近い居心地のいい
環境をつくる

⇒ **多職種による連携が必須**

事例1

92歳 女性

診断； 老衰

状況；1/ 7 食欲低下にて入院

尿路感染症の診断

2/ 1 退院(ハーフ食・ムラ有)

2/ 4 看取り開始

2/22 死亡

事例2

99歳 男性

診断：胃癌

状況：

H24/ 4/ 3 体重減にて入院

胃癌の診断あり

4/ 5 退院

4/12 看取り開始

5/10 死亡

課題事例3・4

◎97歳 女性

診断； 老衰

状況； R2/ 7/ 6 看取り開始

7/ 7 翌日 死亡

◎91歳 女性

診断； 老衰

状況； R3/ 5/27 看取り開始

30分後 死亡

ご清聴ありがとうございました。

DNAR と 救急業務について

救急活動の法律相談から

DNARの現状

- 終末期を迎えた傷病者がCPAに陥った現場で、傷病者の家族や高齢者介護施設の職員から心肺蘇生などの応急処置に対しDNARを示される事案が増えていくことが考えられる。
- DNARに関するガイドラインが決められておらず、その判断は医療現場に任されているのが現状

DNARとは

【 Do Not Attempt Resuscitation 】

- CPR（心肺蘇生）を実施しても蘇生の可能性がない患者を対象とするので『心肺蘇生を行っても成功（蘇生）しない』すなわち『成功しない行為（CPR）をあえて試みるな』という意味合いを持つ。【1989年発表】
- DNAR指示の正しい解釈
『心停止時にCPRを行わないが、その他の医療・看護は全て実施する』
そのため終末期医療とDNARとは別物である。

DNARは心停止時に心肺蘇生を行わない指示であり、ICU入室を含めて酸素投与、栄養・輸液、鎮痛・鎮静薬、抗不整脈薬、昇圧薬、人工呼吸器、血液浄化法など、通常の医療・看護内容に影響を与えてはいけない。

Do Not Attempt Resuscitation)の考え方
集中治療医学会倫理委員会 2017

救急業務とは

消防法第2条第9項

- 医療機関等へ緊急に搬送する必要があるものを救急隊によって搬送すること

救急業務実施基準第15条

- 傷病者が明らかに死亡している場合を除き、死亡と判断ができないことから、応急処置をしながら搬送することになる

『明らかに死亡』とは

A 一見して死亡と判断できるもの。

(ア) 頸部または体幹部が切断されている場合

(イ) 全身に腐敗がみられる場合

B 上記以外で以下の6項目をすべて満たすもの

① 意識レベルが JCS300 であること。

② 呼吸が全く感ぜられないこと。

③ 総頸動脈で、脈拍が全く触知できないこと。

④ 瞳孔の散大が認められ、対光反射が全くないこと。

⑤ 体温が感じられず、冷感が認められること。

⑥ 四肢の硬直または、死斑が認められること。

AまたはBの基準にあてはまる場合は、救急隊の判断で傷病者を『不搬送』とすることができる。

DNARを示された場合の対応

- 令和元年7月3日 総務省消防庁

救急現場で心肺停止状態になった傷病者の蘇生に際し家族からDNARを示された時の対応について現段階で統一基準を策定することは困難と発表。

あくまで心肺停止状態のみに対してDNARであって、それ以外はDNARであっても処置を行う必要がある。心肺停止とは、心臓の動きと呼吸の動きが止まった状態をいう。

DNARを示された場合の救急活動

新見市消防においては、県内での取り決めとして、家族や関係者からDNARを示された場合でも、必要な応急処置（心肺蘇生等）を実施し、医療機関に搬送することになっている。



つまり『明らかな死亡』以外の心肺停止については心肺蘇生法を必ず実施し、医療機関に搬送することになります。

DNARを告げられた場合の救急活動について
備メ協第6号 令和2年6月19日

家族とのトラブル

- 応急手当をしなかった場合、**その場に居合わせなかった家族から損害賠償を請求される可能性がある。**
- **なぜなら家族の範囲が法律上明確ではなく、**日頃看病に当たっている家族と、看病に直接携わっていない家族との間に**考え方の違いがある。**

DNARを示された場合の救急活動（例）

心肺蘇生を継続しなければならない場合

下記に該当する場合は、**心肺蘇生を継続し搬送**します。

- ア かかりつけ医から事前の意思と現症が合致しないため医療機関に搬送するよう指示が出た場合
- イ CPAの原因が外因性（転落、溺水、窒息など）によることが疑われる場合

家族への説明

家族などがDNARを示したが、上記に該当したためCPRを継続し搬送することになった際に、家族などが応急処置の継続に納得しない場合は、かかりつけ医等に説得の協力を依頼して説明をしなければならぬ。

結語

CPA（心肺停止）に陥っている傷病者は、応急処置を継続しながら医療機関に搬送することが救急業務の原則

しかし、高齢者の死亡原因としてがんや心疾患の次に老衰という順位となっている状況で、今後は自宅で天寿を全うしたいという人が増えていくことが予想される。

また、医療、介護、家族、それぞれで救急隊に求めることが違う現場では、救急隊員が活動に苦慮することが想定される。

新見市全体（多職種）で、本人や家族に寄り添った対応要領を作成することで、市内に住まれている方の幸福度の向上及びトラブル発生の防止策となる。



新見地域における
心肺停止時のDNAR対応マニュアル(案)の作成

参 加 者 名 簿

座長・シンポジスト		医師会・スタッフ	
機関・事業所	氏名	機関・事業所	氏名
哲西町診療所	佐藤勝	新見医師会 会長	太田隆正
哲西町診療所	岡正登詩	新見医師会 事務長	永田寛生
唐松荘	三好 登		山下裕実
阿新虹の訪問看護ステーション	福田沙耶香		武田智香子
くろかみ介護支援センター	南 好恵	NDS	水上則計
		まんさく	難波美保子

社会福祉協議会会場参加			
機関・事業所	氏名	機関・事業所	氏名
新見市役所 市民課	上田奈津美	新見市社協中央ヘルプセンター	田中智美
きらめき訪問介護事業所	加藤千得子	阿新虹の訪問看護ステーション	須藤美帆
	西川ケイ子		柿原由美
	瀬尾好子		池田笑子
和氣三枝	岡本美子		
新見市社協中央ケアセンター	足立絵里	ケアマネ事業所・クローバー	平岡聖加
	磯村有紀	デイサービス・クローバー	竹崎文彦
	清水知行	ヘルパー事業所・クローバー	小藤真世
	富谷晴美	在宅介護支援センターすずらん	高瀬明美
おおさ苑居宅介護支援事業所	磯田美香	さくら薬局 新見店	石橋篤枝
	小松美佐子	ほっと館新見中央	宮脇まき子
	栗村恵		窪木洋道
新見市社協神郷ケアセンター	井竹明子	新見消防署	竹本典孝
新見公立大学	丸山純子		小林弘典
ウェルネス高尾	入江由紀子	くろかみ介護支援センター	浅田紀子
	田中和美		坂本嘉巳
新見市社協訪問入浴事業所	牧田清美		

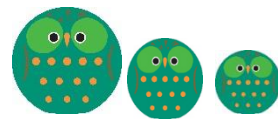
ZOOM参加

機関・事業所	氏名	機関・事業所	氏名
哲西町診療所	土井浩二	新見中央病院	宮原三都子
西井山陽堂薬局	西井 誠		高橋 大
池田歯科医院	池田 正		谷本綾佳
神代診療所	金森達也		善國由紀子
新見市地域包括支援センター	福田伊佐子	渡辺病院	溝尾妙子
	安達彩永		小林まり子
	山崎ひとみ		宮本幸子
	田中博子		土屋節子
訪問看護ステーション WITH	山田理絵		小林将吾
	清迫栄子		中山かおり
	山田由弥		山田紗季
	岩崎克利		唐松荘訪問ヘルプステーション
	亀山真由美	哲西町診療所	花田智子
新見公立大学	栗本一美	河村智子	
	大島由美	太田 徹	
備北保健所新見支所	前原幹子	太田病院	清水尚子
	前田知子		宮本香織
長谷川記念病院	高垣昌巳		山本敏久
	土井直己		小郷寿美代
	石本美子	訪問看護ステーションくろかみ	小林由美子
	川内正子	横田明美	
	森次久美子	介護老人保健施設くろかみ	小川洋子
	藤澤恵理子		小川慎二
	日傳宗平		栗本一恵
	横見泰花		瀧本美子
	大西千代子		
	岡田和美		
	逸見恵美子		
	柴床道枝		

※申し込み順

新しい仲間ができました！

令和3年10月1日オープン！！



小規模多機能ホームウェルネスたかお

※利用定員：登録25名（通い18名、泊り9名）

※利用者：新見市に住所があり、介護認定を受けて「要支援」「要介護」の認定を受けた方

住み慣れた地域で「通いサービス」を中心として「訪問サービス」「宿泊サービス」を組み合わせ、日常生活の支援や機能訓練（生活リハビリ）を行います。

グループホームウェルネス高尾

※利用定員：9名

※利用者：新見市に住民票があり、「要支援2」または「要介護1～5」の認定を受け、認知症の診断を受けた、常時医療を必要としない、少人数による共同生活ができる方。

少人数の中で「なじみの関係」づくり、心身の状態を穏やかに保ち、介護スタッフと共に食事、入浴、排せつその他の日常生活を落ち着いた環境で過ごす場所です。



お問い合わせ：TEL0867-72-5337

〒718-0003 新見市高尾 2296 番地 1

在宅医療連携ガイドにも掲載されていますのでご覧ください



次回研修会告知

令和4年2月17日(木) 認知症の研修会を開催予定

共催

- ・新見地域認知症疾患医療センター地域連絡会議 新見部会
- ・新見医師会