

在宅医療グループ診療運営事業

第3回 在宅医療を支える多職種学習会

活動報告

2023年12月19日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第3回 在宅医療を支える多職種学習会」はテーマ『看取りの文化を苫小牧ではぐくむには』より、地域で最期まで安心して暮らすために看取りを見すえた食べる支援・生きる支援が必要な方に自分たちが出来ることは何かを学び・考えることを目的に開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護士等の75名の皆様にご参加いただき、大変有意義な会となりました。



初めに、苫小牧市医師会 副会長 豊田健一先生より、とまこまい医療介護連携センターでは在宅医療推進のため様々な取り組みを行っており、今回の学習会でも在宅医療で避けては通れないテーマである看取りについて、実際の現場で活躍する講師の先生からの暮らしの中での看取りをしていくにはどうしたらいいのか、貴重なお話を楽しみにしていると開会挨拶をいただきました。座長には苫小牧市医師会伊賀勝康先生をお迎えし、在宅あるある会と同様に敬称は「先生」ではなく「さん」と呼び合い、多職種でフランクに話しましょうと声かけがありました。講演は小金井ファミリークリニック 在宅診療部長および NPO 法人くみサポ 共同代表理事 大井裕子さんを講師にお迎えし、最後に医療アドバイザーとして北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さんより講評をいただきました。



開会挨拶 豊田さん

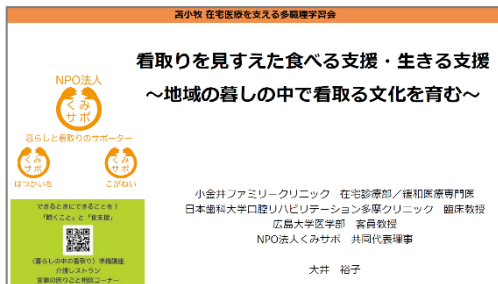


総合司会 伊賀さん



医療アドバイザー 草場さん

【講演】



大井さんには、『看取りを見すえた食べる支援・生きる支援～地域の暮らしの中で看取る文化を育む～』のご講演をいただきました。

初めに看取りを行う在宅医になった経歴をご紹介いただきました。大学病院・市中病院で外科医として手術～抗がん剤治療～看取りまでの診療を担い、その後

結婚・出産を経てへき地診療所で訪問診療も経験、2004年から東京でホスピスの仕事を開始されました。ホスピスでは死にゆくことを自然な過程と捉えること、死へのプロセスを学び、死を目前にしても穏やかに暮らす人ととても不安な人、どんな状況でも食べることを諦められない患者とも出会ってきたと話されました。ホスピスは治療が終了しないと入れないことやどんな状態でも治療をしたい患者もいることから、がん治療中から在宅緩和ケアが必要と考え2018年に在宅診療部を立ち上げ、2023年2月より現職にてがん・非がんの在宅緩和ケアや他病院の緩和ケアチームのサポート等を行っているとのこと。また、2014年頃から「くみサポ はつかいち」「くみサポ こがねい」の活動を開始したと話されました。

今回の講演の内容は、医療と介護が連携して何をするのか、現状確認ツール IMADOKO で考える在宅療養、市民と考える看取りについての3点を挙げられました。医療と介護が連携することで地域からできる看取りを見すえた1)食べる支援：食べられない理由を見極める（認知機能の低下、不良姿勢、がんの終末期、摂食（咀嚼）障害）、2)生きる支援：じっくり聴くこと（死の話題から逃げない対話、自分の人生の最後について考えてみる、傾聴の正しい理解）、3)その先にある看取り：「暮らしの中で看取る」文化を育む（誰もが死や看取りについて語るところから始まる）を行っているとのこと。小金井市では看取りについて『どんな状態でも住み慣れた小金井で最後まで安心して看取り・看取られる』、通称『看取りについてのリーフレット』を昨年作成しクリニック・調剤薬局・郵便局・銀行に配置していると話されました。

小金井市で多くの在宅看取りをしていますが最期は病院でと考える人は多い。しかし、自宅で過ごせるタイミングで思い切って退院→一定期間自宅療養→看取りの前にタイミングよく入院、と現状確認ツール IMADOKO や死へのプロセスチャートを利用してある程度計画することにより、あわよくば在宅看取りが増えればいいのではないかと話されました。情報を提供し患者・家族の希望や不安に対応した結果、大井さんが担当するがん患者の在宅看取り率は71%（全国平均12.3%）、希望の場所での看取り率は84%とのこと。

食べる支援については、これまでの患者との出会いから3つのパターンが見えてきたとのこと。食欲はあるけど食べられない人に対しては、原因を評価した上でどうしたら食べられるのか、食べられなくても食を楽しむ方法を考える。食べるのが苦痛な人には周りが無理に食べることを勧めず本人のペースで好きな時に好きなものをという関わりをする。消化管通過障害により嘔吐してしまう人には味わって出す選択も含めて考えたと話されました。70歳代の女性、すい臓がん再発、癌性イレウスの方の最後の5週間をご紹介いただきました。

・ホスピス入院時、既に高カロリー輸液をしており、食べては吐いてを繰り返していた。しかし本人は食事を諦めたくない、紅茶を飲んで好物のクッキーをつまんだりしたいと要望があった。

・医学的には腹膜播種による腸閉塞のため食べないのが安全。しかし食べることを禁じると死ぬまで食べないで過ごすことになる。本人へ「食べると吐くかもしれない」、「消化管穿孔等を起こしたら最悪命を縮める」、「味わうだけなら何でも良い」と説明・相談。

⇒家族へもリスクを説明し、本人の希望をささえるために合意のもと好きなものを少し楽しむ・栄養は点滴に任せる方法を選択。

「サンドイッチを思い切り口に入れられるのがいい」と嬉しそうに話していた。

・1週間後にはトイレに行くのも疲れる状態となり食べることを希望しなくなった。本人が「誰かがそばにいてくれると安心する」と話していたことを夫へ伝えると傍でできることを考えるようになった。

・徐々に増強する全身倦怠感や状態に対応。家族に会話ができる時間が限られることを伝える。

・亡くなる2週間前「もういつあの世にいてもいい」→「今何かできるとしたらどんなことを望みますか」と尋ねると、「今まで忙しく生きてきた。何もしないでいるのがとてもいい。とても穏やかな気持ちでいます。」と、気持ちは聞いてみないとわからないと感じた。また、「主人が変わった。先生の影響をうけたみたい。私がどうして欲しいのかを考えるようになった。」と話し、患者と家族の間に第三者が入ることでお互いの考えや気持ちを理解し合えることがある。

・亡くなる1週間前に娘から「お母さんはもう寝ていたいとか死んでもいいと言っているけど、誰かと話をしていると生き生きしている。」と話していた。

5週間のうち食べられたのはたった1週間、

しかし一緒に食べた思い出や美味しそうに食べていたことが家族の記憶に残る1週間には意味がある

患者の最期（死）から遡ると、身体機能が急激に低下する時期と食べられなくなっていく時期が重なり、無理をして食べている人が多いとのこと。しかし、本当に食べられなくなる前のまだ食べられる時期は、食を「苦痛」ではなく「楽しみ」にできる可能性があり「好きな時に好きなものを」と周りが関わり方を変え、食べられないから点滴・胃ろうではなく、在宅だからこそ希望するタイミングで好きなものを家族に準備してもらえると話されました。患者の希望をよく聞いて食べる支援を行い、同時に様々な苦痛への対応を行った結果、余命3ヵ月以内でも経口摂取が増加し優位に生存期間の延長が認められたとのこと。患者の「食べたい」希望を叶えるためのアプローチは、まず原因を探し症状の緩和を図る、病態に応じた食べ方の工夫（ゆっくり・分食等）を行う、また、「あと一口」を患者自身が調整するように伝えると通過障害があっても比較的長期間食べ続けられる人が多いため患者の感覚を信じているとのこと。

また、人生を変えた3人の歯科医師と出会い、歯科と連携することで患者の機能に基づく食形態の提案、食事姿勢、歯科治療等によって食べるための口をつくる歯科治療や乾燥対策等、より具体的なアドバイスが可能となったことから、地域の歯科医師からの協力を得てそれぞれの地域でもどんなことができるのかを考えていけると話されました。実際に歯科と連携し食道癌の再発患者へ食べる支援、悪性腫瘍末期の患者へ口腔ケアの指導、食事に4時間かかる食道吻合部狭窄の患者へ間欠的経口経管栄養法の指導等を行っているとのこと。



講師 大井さん

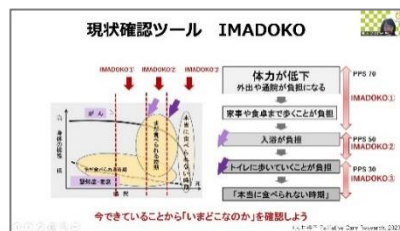
食道癌放射線治療後再発の 70 歳代男性の事例では、訪問診療開始時すでにトイレ移動以外はほぼベッド上だったが、自分で食事を考え栄養を取りたいという信念を持っていたため、歯科医より主訴の痰は痰ではなく唾液であり飲み込むこと、栄養士による栄養改善、他にもサルコペニアによる咽頭筋力低下の改善を目指し指導を実施。亡くなる 5 日前に介護ベッドやポータブルトイレが搬入されるも本人・家族は現状を受入れられない状況だったが、2 日前に妻の希望で本人へ現状説明と今後の相談を行い、口から食べることができそうか尋ねると、自分で語りながら現実を受け止めていったと話されました。このような事例では多職種が訪問するため医療用 SNS を用いた情報共有を行っているとのこと。また、医科歯科連携における歯科の役割は状態の悪化により、歯科治療→摂食指導→口腔ケアと比重が変化すると話されました。

次に、現状確認ツール IMADOKO で考える在宅医療についてご説明いただきました。ホスピスや緩和ケアの相談に来る患者・家族の多くが漠然とした不安を抱えている状況を、ある看護師が「がん患者は地図を持たずに漂流している」と表現した。「もう少し詳しく今後のことを知りたい」という希望に応え大きな流れを示し、今後起こりうる身体機能の変化を生活の視点から見える化したもので、今できていることから「いまどこなのか」を確認するためのツールだと話されました。

IMADOKO① 外出や通院が負担	PPS (移動) 70 に該当
IMADOKO② 入浴が負担 (浴槽に入る動作ができない)	PPS (移動) 50 に該当
IMADOKO③ トイレに歩いていく事が負担	PPS (移動) 30 に該当
本当に食べられない時期	PPS (経口摂取) 極少量・口腔ケアのみと一致

*PPS ; Palliative Performance Scale (予後予測ツールの全身状態の評価尺度)

IMADOKO を患者・家族に初めて紹介・説明するときには、1)この先どうなるか等の不安に対してもう少し具体的にイメージできるよう話して良いか確認をとり (聞きたくないという気持ちへの配慮)、2)すべての人に共通して人生の最後は体力が低下し今までどおり食べられなくなる大きな流れを示す、3)がんの特徴は体力が保たれ最後に急激に低下すること、4)家族に迷惑をかけたくない方は一人でトイレに行けなくなったときに予定入院する人が多いこと、さらに IMADOKO は正確に予後予測をすることが目的ではなく今何ができているのかを確認するツールであることを伝えていると話されました。大井さんが看取りを行った症例の初診時からの平均生存期間は、初診時 IMADOKO①で 2~3 ヶ月、②で約 1 ヶ月、③で約 2 週間であり、おおその見通しを持ってこの先どうするかを相談しているとのこと。患者はかかりつけ医→がん拠点病院→在宅医 (大井さん) と治療が終盤に差し掛かったころに紹介となり、訪問診療を開始し最期まで在宅看取り、または希望されたタイミングで入院できるよう声掛けする流れだと話されました。IMADOKO で考えると、IMADOKO③で入院する人が多いことから在宅療養をするのであれば IMADOKO①~②の時期となる。家族の介護・食べる支援が多く大変な時期である一方、在宅だからこそその貴重な時間が持てること、IMADOKO③になると介護負担が減らせることも家族に説明することで、看取りを見すえてどうしていくかを相談することができるとのこと。在宅看取り前提で退院した場合には「急変ではなく予測されたことが起こる」こと、亡くなるまでのプロセスも知る必要があるため説明しているとのこと。



また、家族に症状への対処法（身体がだるい：背中をさする人がいると助かる、食べられなくなる：食べたいものを食べたいタイミングで食べられるようサポートしてくれると喜ばれる、口が渇く：潤してくれると言葉も聞き取りやすくなり話もできる等）を伝えておくと誰でもケアができ、ケアへ参加してもらうよう声掛けも行っていると話されました。徐々に眠っている時間が増えて心配になってしまいが、気持ちよさそうに眠っているのはつらさを感じていないと捉えることもできること。最期のときに傍にいたい人には呼吸が変化してきたときには連絡をしましょうと伝えており、看取りのときにはかかりつけ医または訪問診療医が訪問→死亡診断する流れを説明しているとのこと。

最後に市民とともに考える看取りについて紹介いただきました。広島で始めた「＜暮らしの中の看取り＞準備講座」は、小金井ではカフェのオーナーの「地域の中で死について、生について語れる場をつくりたい」という思いにより 2019 年から実現し、参加した地域の市民からは「高齢者が健康を維持するための講座はあちこちにあるが、死について考える講座がどこにもない。こういう場所を求めている。」という感想もあったとのこと。コロナ禍で一時中断したものの 2022 年 3 月からくみサポ@こがねいを結成し、グリーンケアを勉強している葬祭士と一緒に看取りの前後のことをみんなで考えようと、死へのプロセス、IMADOKO、死の 1 週間前・1 週間後に何ができるか等をミニレクチャーし、各サテライト会場で参加者が自分の考えを話す、お互いの感想を聴く、考える時間を設けているとのこと。地域の人に参加しやすい仕組みを考え、高齢者が徒歩でも行きやすい薬局・既に関係性ができているまちの保健室・Wi-Fi 環境のある旅館やホール等の市全域にサテライト会場を設け、小金井市や小金井市医師会の後援によって市内の掲示板や市報に案内を掲載し周知しているとのこと。サテライト会場の調剤薬局では、気になるけど 2 時間参加するのは大変という高齢者へ向けて、近所のジムへお風呂に入りに行く前に寄ってもらい 10 分程度で講座の内容を説明したり、書籍を貸出したり働きかけを行っているとのこと。そもそも看取りの準備講座の始まりは、緩和ケアの考え方や経験を地域で応用できることに気づき仲間内で勉強会を開始したものの、地域ではまだまだ医療にお任せの市民が多いことに危機感を覚え、皆でやろうと開始したことがきっかけ。初めは、看取りへの関わり方や緩和ケアの考え方の紹介を行っていたが、「この地域で誰がやるんだ！」という参加者の意見から地域のリソースを活用することが大切だと気づき、地域の人との繋がりを広げることにシフトしたと話されました。講座の内容をまとめた書籍もご紹介いただきました。



そして講座の受講者から地域で実際に活動したいと考えた仲間が、暮らしと看取りのサポーター“くみサポ”となり、看取りを見すえた「食べる支援」「聴くこと」を学び、無理をしないで継続するために「できるときにできることを」を実践し、2022 年 7 月に NPO 法人を設立、各地の活動を支えているとのこと。くみサポでは地域の中に気軽に相談できる人がいる（専門職だけでなく得意分野を持つ市民もサポーター）というイメージで、くみサポマインド：本人の気持ちを聞いて本人の希望に合っているかを常に意識する、を大切にしていると話されました。

また、講座から生まれた活動の「介護レストラン」は普段外食することが難しい方とその同伴者を対象に開催しており、くみサポメンバーの歯科医師・摂食嚥下障害認定看護師・理学療法士・介護士・作業療法士・栄養士・市民サポーター、緊急時に備えて医師も参加しているとのこと。普段柔らかい食事をし

ている人がステーキを食べたいと言ったり、ビールで乾杯したり、胃瘻の方が自分でメニューを選んだり、家族や市民と一緒に外食を楽しみ、地域の和菓子屋さんと開発した嚥下が難しい人にも食べやすい水ようかんをお土産に持ち帰ってもらったとのこと。参加した全てのサポーターに役割をもってもらうことで、食べられないことへの理解、専門職の存在を知るきっかけとなり、地域における食支援となると話されました。

<暮らしの中の看取り> 準備講座は、自宅で逝きたいはどうしたら叶えられるだろうというテーマをみんなで考え、必ず私の第一歩としてこういうことをやってみようと言葉にしてもらっているとのこと。みんなで考えることを繰り返していくことで、市民サポーターが家族ががんになったときに納得のいく介護と看取りができたり、家族が食べられなくなったときに家族をサポートできたり、ちょっと先のことを知ることで漠然とした不安が軽減されたり、ある一定の手ごたえを感じているとのこと。最後に、誰もが看取りを自分事として考え・語ることで、ケアする側の立場の考えではなく“自分だったらどうしてほしいか”＝“本人はどう考えているのか”という視点を大切にしていると話されました。

Q A 質疑応答、意見・感想

A さん：「現在苫小牧でも多職種で食を支える取り組みを行えないかと会を立ち上げ協議しているところですが、大井さんは非常に広範囲の方が関わる活動のコーディネートをされていますが、苦労された点、どのくらいの期間がかかったのかを教えてください。」

大井さん：「意識している点は、参加者が自分にも役割があると思っていただけるように『これをやるためにはあなたの力が必要だ』ということ意識して言うようにしています。また、市民と専門職が混ざると市民が一步引いてしまうところを『あなたにこそやってほしい』ということを伝えるようにしています。和菓子屋さんについては、『食べられない人は水ようかんを食べたときに上顎に張り付いてしまう』と説明し、時間がかかったというよりも丁寧にやり取りをして開発していきました。興味がある人を巻き込んでいったら良いのではないのでしょうか。」

(後日の補足資料より)「様々な方々が仲間に入ってくれた経緯・期間については、<暮らしの中の看取り> 準備講座を地道に継続してきたこと、小さな種まきをしてきたことが今に繋がっていると思います。そして、既に地域で頑張っている人を繋いでいくことで大きな力になっているかも知れません。」

B さん：「自分が勤める地域包括支援センターの地域では高齢者世帯、配偶者が亡くなり独居高齢者も増えてきています。地域で看取りの文化を根ざしていくためにどうしたら良いか悩みを抱えており、いきなり看取りをテーマに発信しても受け入れ難いのかなと思っているのですが、何をきっかけに文化を育ていけばいいのかアドバイスをいただきたいです。」

大井さん：「そういう地域であればこそ、『私一人になったけど、どうやって最期死ぬのだろう』と思っている人は多いと思います。看取りをテーマにするのはちょっと抵抗があると思っているのは B さんで、地域の方は『それ考えたい』と思っているかもしれません。夫婦のどちらかが亡くなり 1 人になる、1 人になったらどこで最期を過ごしたいかという話は講座でもよくテーマにしています。例えば IMADOKO②まで自宅で過ごすには地域にどんな支援があれば実現できるかを考えるワークも行っていて、何を手伝ってほしい・逆に何はして欲しくないという話は盛り上がります。具体的に皆で考えてみることもできるのかなと思います。」

伊賀さん：「宗教家の方や葬儀屋さんにも参加されていますが、宗教家・葬祭関係の方とは、個人的・公的どのようなコネクションで繋がったのかヒントをいただけますと助かります。」

大井さん：「くみサポを組織化しようとした際に一番に参加を依頼したのが廿日市市の僧侶でした。お寺の本堂で講座を開催させてほしいとお願いしたところ快く了承していただき、さらに私と一緒に『がんよらず相談』で療養中の方の相談を受ける活動も始めました。葬儀屋さんは、私がお宅看取りを行った際に依頼していた市内の信頼できる葬儀屋さんで、たまたまグリーンケアも勉強されていました。地域にどんな人がいるかを知ることが大切だと思います。私は結構直球で繋がりにいっています。」

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さん

実践の中から知恵を紡ぎ出されている、経験から出た知恵を感じる講演内容で私も非常に勉強になりました。本日参加された方もそれぞれの立場で早速活用できるものもあったと思います。私が特に感銘を受けたのは、食べるというシンプルな行動から生きることへの意欲に繋がる、非常に重要な糸口からスタートしていることです。また、現場ではそれぞれ立ち位置の人が違う事を考えていて伝わらない・ギクシャクしてしまうことが多いので、IMADOKO を共通の目安として使用するのは非常に素晴らしいと感じました。

市民の参画に関しては、市民の意識はすぐに変えられるものではないので時間がかかりますし、特に北海道は施設入所や入院に関して抵抗感が少ないと感じます。本州の方がなるべく家で看たいと思う割合がちょっと多い印象がありますので、地域性、住民性、歴史性というのに関係があるのかなと思います。

そんな中でも実践について自分事として考え、医療・介護従事者と住民が参加する場で対等な目線で議論していくことで、私達も具体的な支援ができるかもしれないと考えますし、地域の方もこれまで最期は病院でとしか思っていなかったけどみんなが言うのだったら考えてみようかな、と動くと思います。以前洞爺湖町で ACP の講座を開催した際、皆さん非常に熱心で私達が想像する以上に自分の最期をどうしていきたいかを仰っていました。苫小牧でも地域住民参加型の対話の場をぜひ進めていただきたいと思いました。



総合司会からのまとめ

大井さんの熱い思い、家族にかける言葉を慎重に選んで実践されていることを患者さんへの関わりで感じました。私はたまたま今日新規の訪問診療の患者さん 2 人のところに行ってきました。どちらも食べられなくなってきている方だったので、大井さんの講演を先に聞いていればもう少し家族にも一歩踏み込んでお話できたかもしれないと思いました。IMADOKO は食事と予後予測ツールと組み合わせて、専門職以外にもパッと見て分かりやすく、専門職が見たらさらに理解できるツールになっていて素晴らしいと思いました。

講演の中の「医療におまかせ文化に危機感を覚えた」という言葉に正にこれだと感じました。苫小牧は病院看取りが増えた昭和 50 年頃に働き世代が急速に集まった街で、親は病院に預けて自分達は一生懸命働いていたので、その人たちが歳を取ってきて、自宅看取り率が北海道の中でもかなり低い地域です。そんな中でも高齢化率は 30%を超えました。小金井や廿日市で市民のニーズと合致したから話が進んだのではなく、撒いた種が少しずつ育ち、そこに適切な肥料を与えたから実を付けていっていると思いますし、地域の宿題をたくさんもらったような感じがします。いきなりお寺に電話してというのは難しいと思いますが、実際に歯科医師とのネットワークで当院の嚥下造影に来てもらう等、大井さんの熱量と行動力をヒントに少しずつ地域で何か手を広げていけたらと思います。