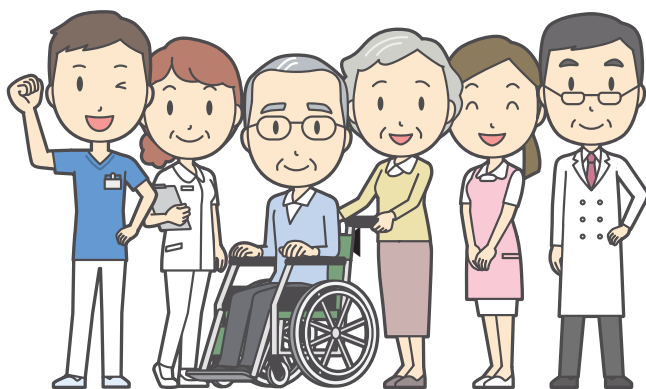


つながり

4号

2022年3月



多職種連携

- ◆ 多職種連携研修会＝ブレイクアウトルームを活用した事例検討会＝
彼女の希望やQOLを支えるために「自職種にできること」「他職種に期待すること」 講義：がんの最新情報と考え方
- ◆ 湖北地域の在宅医療・介護を担う専門職の困りごと
- ◆ お知らせコーナー
 - ・病院と地域・患者さんをつなぐ連携ツール 新しい「心臓病手帳」の使用を始めました
 - ・もしバナゲーム動画をHPにアップします

長浜米原地域医療支援センター

滋賀県長浜市宮司町 1181-2

TEL / FAX 0749-65-2755

E-mail : nm.iryoshien@iaa.itkeeper.ne.jp



ホームページ

多職種連携研修会 =ブレイクアウトルームを活用した事例検討会=

演題：がんの最新情報と考え方 講師：がん看護専門看護師山岸美紀 先生

今年度は、湖北高月地域包括支援センター・神照郷里地域包括支援センター・米原近江地域包括支援センターと共催し、zoom のブレイクアウトルームを活用して、同内容の研修会を3回開催しました。ブレイクアウトルームの手法は初めてなので最初は心配でしたが、グループ編成や顔出し（一人1台のPCがあると良い）参加者の意見の引き出し等、慣れてくると、Webでもグループワークは可能かなという印象です。もちろん、対面には叶いませんが、移動時間の短縮など時間の効率化を図る意味ではメリットも大きいです。

また、介護報酬改定2021では、居宅介護支援の特定事業所加算に地域包括支援センター等が実施する事例検討会（研究会）に参加する事が算定要件の一つに明記されています。今後も地域包括支援センターと協働しながら、研修会を企画・運営していきたいと考えています。

今回は、各地域包括支援センターの専門職の方にファシリテーターをお願いしました。人生の最終ステージに自宅を決定したがん患者さんに対して、①治る見込みのないがん末期の患者の身体の変化を理解し、彼女の希望やQOLを支えるために「自職種にできること」「他職種に期待すること」をそれぞれの立場で考えることができる。②終末期ケアに関して多職種間で共通の認識や価値観を持つことができる事を研修目標に位置づけました。先ず②の終末期ケアに対して共通の価値観を図るために山岸美紀先生から「がんの最新情報と考え方」のテーマでレクチャをしていただきましたのでスライドの一部を抜粋して、ご紹介しましょう。

・ 50代女性、母親であり妻。
・ (7年前)40代? で右乳がんを診断
・ 長い治療を経てのがんの再発
・ おそらくPSは3、
予後は月～週単位・ 本人の希望
「**自宅で家族との時間を過ごしたい**」
・ 苦痛症状
1) 呼吸困難 2) 浮腫 3) 痛み etc
・ 本人への病状説明
「治療は体力的にも厳しい」
(予後については知らされていない)



動けなくなったら入院?
酸素や点滴は必要?
かかりつけ医の協力は?

ACP?



<夫>
・ 会社員(介護休暇は未取得?)
・ 妻の予後は2～3か月と認識
→未知に対する漠然とした不安あり
・ 夫の思い
「本人の意思は尊重したい」
「誰もいない自宅で急変したら不安」

<長女>
・ 高校生(治療開始時は小学生?)
・ 母親にはまだ頼りたい⇔多感な年頃
・ 長女の思い
「自分にできることがわからない」
「母親と穏やかに会話ができない」



夫の介護力は?
長女の負担は?

この事例は終末期から徐々に看取り期に移行していく段階です。本人が自宅を希望していても「ご主人の協力がどこまでできるか?」「がん性疼痛も加わり最期まで自宅は難しいな?」等、どのようにイメージできますか?疑問点については話し合いの中で確認(共有)しておきましょう。

終末期の緩和ケアへの移行期

・本人と家族の課題

【医療面】 患者の病状とその見通しや方針、終末期の緩和ケアについての理解、症状の緩和

【心理面】 がんが治癒不可能であるという現実の受け入れ

置かれた状況の中で新たな価値を見出すこと

【生活面】 今後のなりゆきについての理解、療養方法の選択、利用可能な資源の支援の入手
仕事、家庭での役割を縮小しつつ継続すること など

診断初期
治療期

転移
再発期

終末期への
移行期

がんの進行および転移による症状の悪化や新たな症状の発現とその進行（痛み、臓器障害、悪液質など）

症状の進行は妨げられず、出現する症状の緩和が焦点に



- 患者の病状を患者と家族が受けるための支援
- 患者と家族が必要とする情報提供とその理解を助ける
- 患者の価値観・人生観を理解し、患者と家族の意思決定を支える
- 症状緩和を図り、できる範囲で患者と家族の症状コントロールへの参加を促す
- 患者と家族がともに過ごす時間の提供
- 介護者の役割を担う家族への支援



原立弘子著：『看護実践にいかすエンドオブライフケア』日本看護協会出版会

移行期は、徐々に治療抵抗性の苦痛が増え、ご本人やご家族にとっても体力的に精神的にも負担が増えてくる時期になります。入院中にある程度の方向性を持って退院されると思いますが、関わる人や時間、状況が異なってくると課題も違った形になるかもしれません。※に示したケアをご検討いただけるとよいでしょう。

ACPにも4つのステップがある

① 意思形成

- 本人の意思の全体像でなく、その断片が言葉として発せられている段階
例) 「(TVをみながら)自分もこんな最後がいい」

② 意思表明

- 本人の意思の断片が組み合わされ、価値観や大切にしていること、気がかりなどを表明してもらう段階
例) 「機械につながれて最後を迎えるのは〇〇だからいや」

③ 意思決定

- 実際に自分はこういう医療・ケアを将来受けたいと決定する段階
例) 「(DNRなど)心肺蘇生はほぞまない」

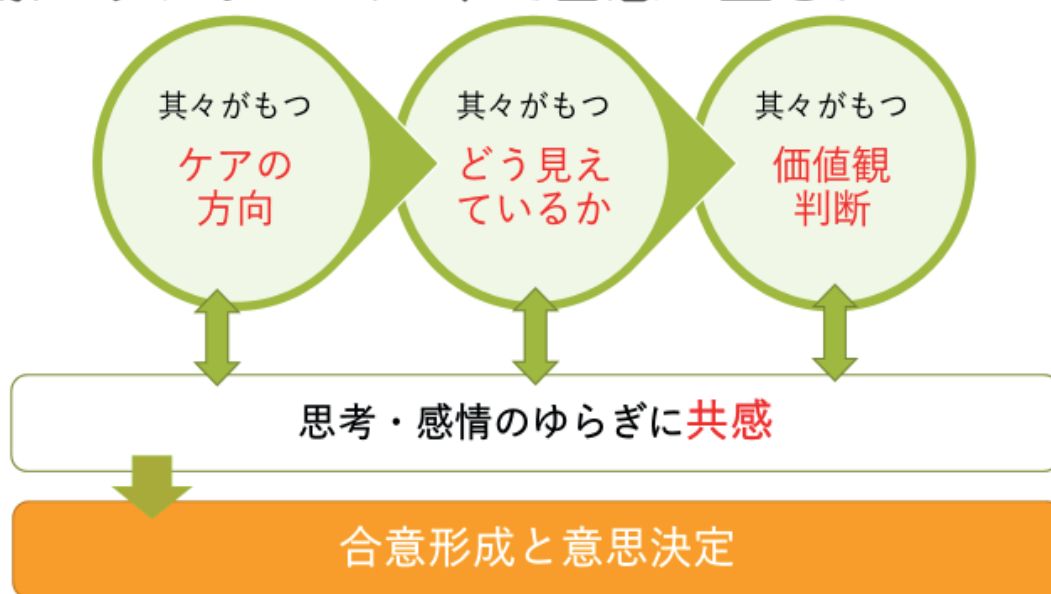
④ 意思実現

- 本人の意思を関係者の意向やその場の状況、関係者の価値観の対立などに配慮しながら実現する段階

西川清則他著：『ACP入門人生全期のためのガイド』日経メディカル

このプロセスはACPでも取り上げられるようになってきています。多職種が集うカンファレンスの場で、患者さんが入浴や車での移動のときに「ぼろっ」と口にされた言葉が「私も似たような話を聞いた」と共有する中で、その言葉がケアの「道標」となり支援が前に進みます。

医療・ケアチームの中で合意に至るプロセス



西川博司監修：「ACP入門人生最後の想いの方ガイド」日経メディカル

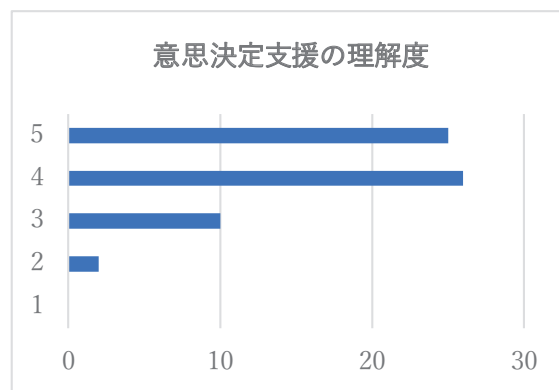
本人の価値観や思いをどういった言葉で引き出すかということの中々、難しい部分もあります。前述 ACP のようにカンファレンスの場などを通して、ご本人の想いを多職種チームで共有する事で、共通の認識や価値観に合わせた支援につながる第1歩と感じます。

◆ 研修会後のアンケート結果

参加人数：101 人 アンケート回答数：63（回収率 62%） 内訳：ケアマネジャー 57%

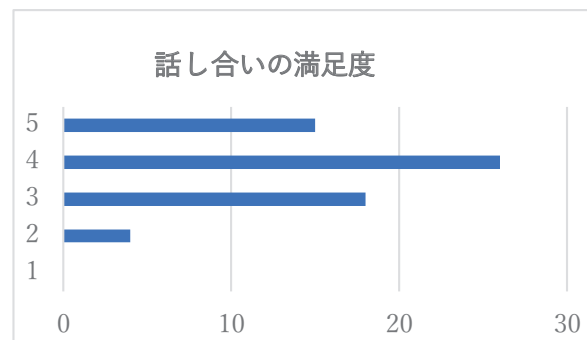
(1) 終末期ケアの意思決定支援の理解度について 5 段階で回答

1	理解できなかった	0	2
2		2	(3%)
3		10	
4		26	51
5	よく理解できた	25	(81%)



(2) ブレイクアウトルームでは満足な話し合いができたかを 5 段階で回答

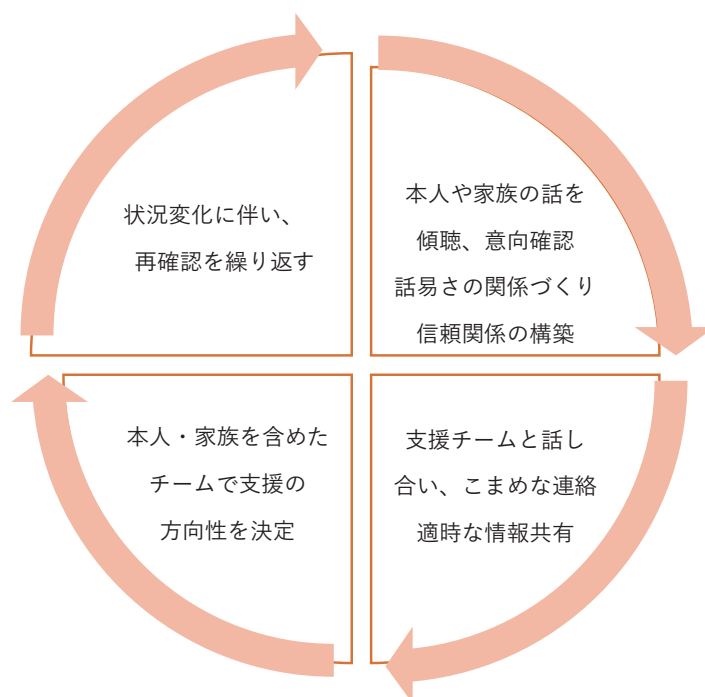
1	満足できなかった	0	4
2		4	(6%)
3		18	
4		26	41
5	よく満足できた	15	(65%)



(3) 意思実現において ACP をどのように繋ぐとよいか。



- ◇ 話をじっくりと聞き、相手が話せる関係をつくる。
- ◇ 断片的な情報であっても、他職種で共有することがよい。
- ◇ 本人・家族の意思表示を引き出す関わり。
- ◇ 支援者で聞き取った本人、家族の思いを支援間で共有し、支援の方向を統一していく事が必要。
- ◇ 家族の想いを共有して情報を擦り合わせ、支援の方向を合わす
- ◇ 意思形成が大事だと思い、日頃から終末期に対する意向を確認し関係者のベクトルを合わす。
- ◇ 折々で繰り返し、変化がないかをご本人に尋ねる。 (一部抜粋)



終末期の ACP : 参加者の意見をまとめると上記の PDCA サイクルになりました

(4) ブレイクアウトルームでの話し合いについて、感想や工夫点など。



- ◇ ガン末期事例だと、訪問診療と訪問看護が中心で、他の職種との関わりや、イメージがあまり持てないようだ。
- ◇ 看取り士の話が聞けて良かった。
- ◇ それぞれの業務の中での経験話を聞いた。GWの趣旨から外れたが貴重な意見をうかがえた。
- ◇ 普段あまり接することのない方の意見を聞くことができ参考になった。
- ◇ グループ全員の意見等、在宅での実際なども聞けて良かったです。積極的に参加できました。
- ◇ 同職種だから分かり合える部分が多かった。他多職種の方の話が直接聞けると尚よかった。
- ◇ ファシリテーターさんがいてくださったおかげで、話し合いがすぐに始まりスムーズに意見交換でき、時間を有効に利用できた。
- ◇ 皆さん、それぞれが意見をお話いただき、勉強になりました。特に歯科医の立場でつながりのできる提案やチーム連携で求めていただけたことは貴重なお話でした。今後は介護支援専門員のケアマネジメントで最期まで関われる支援チーム作りの一端として伝えていきたいと考えます。
- ◇ 一人一台のPC出ないと聞き取りや発言がしにくい。
- ◇ もう少し多職種数が多いとよかった。
- ◇ CMと薬剤師のみだったのもう少し他の職種もおられれば話し合いがあれば学びも深まったかもしれない。特にHHの話も聞きたい。
- ◇ 発表した考えや意見をさらに深められるといいかな。
- ◇ 外来診療時間中でしたので、十分な参加ができず誠に申し訳ございませんでした。
(一部抜粋)

◆ 事例検討会の意見をまとめてみました

○Webでも多くの話し合いはできる・他職種の体験談は参考になる

○ファシリテーターの役割は大事・進行役は必要

○事例検討会の意見をさらに深められる何かが必要

○他職種の研修参加・集いができる場づくりを啓発

○ネット環境の整備とWeb研修に慣れること

湖北地域の在宅医療・介護を担う専門職の困りごと

当センターに寄せられた相談内容から、ご紹介します。

◆ 死亡時間により訪問看護が算定できない!!

看取り方向で関わる利用者さんの急変で家族から連絡



日夜関わらず自宅に直行し観察やケア、かかりつけ医に報告



在宅医が来訪されご家族から聞いた呼吸停止時間を死亡診断書の死亡時間欄に記入
訪問看護師到着前に呼吸停止した時間を在宅医に告げられると、医療保険において死亡後の訪問看護は算定できない。訪問看護の実態があるのに保険請求ができないのは?!

死の三徴候…心臓拍動停止、呼吸停止、瞳孔散大・対光反射停止をもって死を判定



在宅医師との意見交換の中で話題提供したいと考えています。

現場の中でスッキリしない事例がありましたら当センターまでお寄せください。

◆ 老健施設入所中の他科受診について

- 1、老健施設入所日に診療所を受診され、長期処方するが医療費は包括され保険請求ができなかった

ケアマネさんはこのようなシステムを知っているのか?

- 2、長期処方を断ると再入所ができないので診療所が悪者になってしまう
- 3、他県の老健入所中にかかりつけ眼科を受診され目薬を処方するが、老健側から診察をなかったことにしたいと申し出があった。最終的には老健が医療費を負担し解決に至った

そもそも論では老健施設の入所者は病状が安定し、リハビリ、医療や介護を受け自宅復帰を目指す事を目的としています。その入所者が急病等で施設内の医療行為が無理な場合や外泊中の急病などで医療機関を受診する際には手続きや注意が必要です。

○施設の医師は、入所中である旨の証明書（紹介状）又は老人保健法医療受給者証に入所年月日を記載して必ずこれを持たせて外来受診させ、保険医と共同して適切な診療を行います。

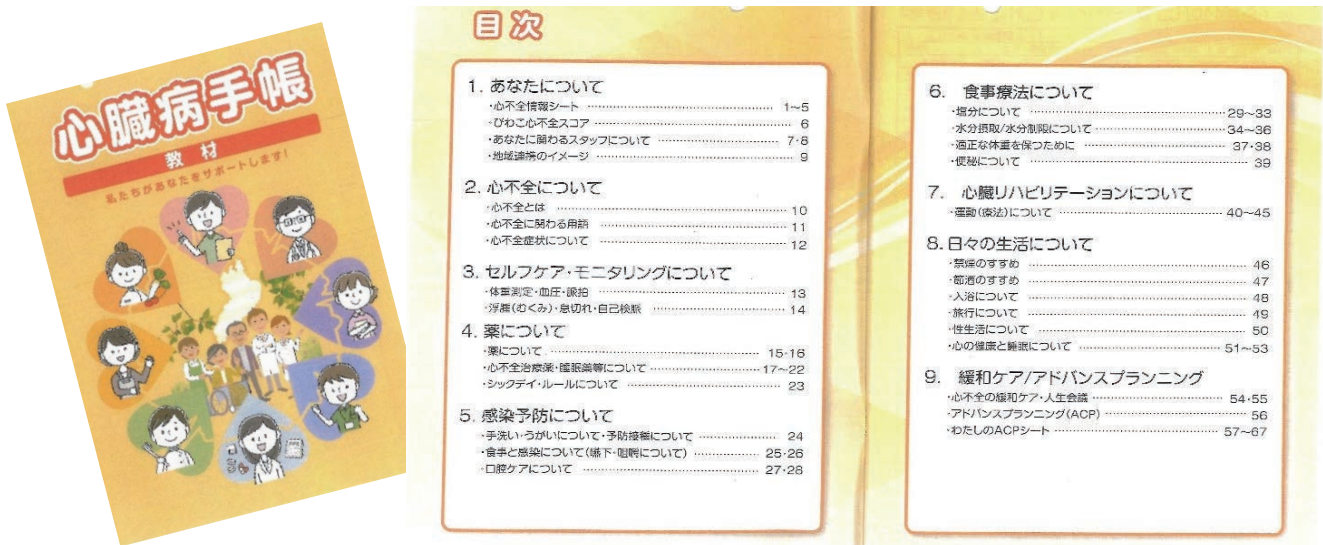
○保険医療機関は、上記を確認した上で医療区分ごとに請求できる医療行為、請求できない医療行為を確認し、請求できない医療行為については老人保健施設に実費を請求します。家族や職員と受診しますが「入所中である旨」の文章がない場合は老健施設に請求することができます。「入所中である旨」等の必要な文書の提示がない場合は通常の外来患者として診療して差し支えはないですが、結果的に制度上では老人保健施設に支払い義務が発生し、手続き上の手間がかかります。保険請求や算定には国民の税金が反映されますので難儀な事も多いです。わからない事は抱え込まず、所属チームや専門職に相談しましょう。

病院・診療所で行われる医療（他科受診）について

「介護老人保健施設 他科受診の手引き：令和2年4月版」の書籍で説明されています。

お知らせコーナー

◆「病院と地域・患者さんをつなぐ連携ツール」新しい「心臓病手帳」の使用について



心不全患者さんの健康寿命をより良くしたいという目的に心臓病手帳の使用を始めました。心臓病手帳は「教材」と「自己管理」で構成されています。「教材」は治療や日常生活で遵守していただきたい内容を記載しています。「自己管理」は日々の血圧や自覚症状を患者さんに記載していただく手帳です。

地域の皆様に活用して頂くことで、「湖北の心不全手帳」として初めて意義あるものになると考えております。心不全手帳や地域連携の課題について先生方、医療・介護の担当者からどしどしご助言をいただきたいと考えております。(長浜赤十字病院：循環器内科 富岡大資 先生)

心不全情報シート (年 月 日現在)

心不全情報シート ver.1 記載日

年齢	性別	男	女	かかりつけ病院
医療機関	心臓科	消化器科	泌尿器科	皮膚科
心不全の原因疾患	心不全の原因疾患	心不全の原因疾患	心不全の原因疾患	心不全の原因疾患
心不全ステージ	心不全ステージ	心不全ステージ	心不全ステージ	心不全ステージ
治療目標	治療目標	治療目標	治療目標	治療目標
治療方針	治療方針	治療方針	治療方針	治療方針
生活環境	生活環境	生活環境	生活環境	生活環境
ADL (寝たきり度)	ADL (寝たきり度)	ADL (寝たきり度)	ADL (寝たきり度)	ADL (寝たきり度)
認知症の程度	認知症の程度	認知症の程度	認知症の程度	認知症の程度
キーパーソン	キーパーソン	キーパーソン	キーパーソン	キーパーソン
その他 診療情報など	その他 診療情報など	その他 診療情報など	その他 診療情報など	その他 診療情報など

患者情報 (症状・検査値)

血圧	mmHg
脈拍	拍/分
eGFR	ml/min/1.73m ²
BNP	pg/ml
ヘモグロビン	g/dL
アルブミン	g/dL
左室収縮率 (EF)	%
心臓薬比 (CTR)	%
SaO ₂	%

今後の診療について

目標値	kg
水分制限	ml/日以下
処方について	処方について
遠隔後のフォローアップ	遠隔後のフォローアップ
かかりつけ病院への受診のタイミング	かかりつけ病院への受診のタイミング

現在内服中の心不全薬/主な治療薬

ACE-I/ARB	β受容体拮抗薬	利尿薬	デジタルグレート
SR-Ca拮抗薬	ARNI (エンレスト)	サリウム	コルゲン
経口降圧薬	経口降圧薬	経口降圧薬	経口降圧薬
経口降圧薬	経口降圧薬	経口降圧薬	経口降圧薬

地域医療スタッフのみならず、こんな時は病院へご相談ください

例えば、* 体重が増えているのに調子は良いです。→ 合併症で体液貯留の有無を確認し、体液貯留が無い場合は、目標体重を上げる必要があります。

* 血圧が低い、それでも降圧剤は必要? → QOLを最優先でどちらを優先するかを相談しましょう。



長浜赤十字病院

「地域医療連携だより」 vol.222R3.12 から引用

◆ 当センターのホームページを全面リニューアルします。

在宅医療・介護に関する資源情報や多職種向けの資料などを情報提供しています。より効果的・効率的に情報発信できるように、現在リニューアル作業中です。多職種が集う情報交流の場として、当センターのホームページをご活用いただければ幸いです。ご意見などございましたらご連絡ください。



◆ 「もしバナゲーム動画」をホームページにアップ予定

当センターでは、ACPの普及啓発のために亀田総合病院監修の「もしバナ」カードを使って「もしバナゲームをしませんか」というテーマで出前講座第2弾として開催しています。もしもの時を想定して、ご自身が大切に思うカードを選んでいくプロセス、優先的に3枚のカードに絞り込む、なぜ選んだのかを文字にして考える、その事を周りの人に伝える等、このゲームのプロセスを通して自分の想いを再発見し、さらに他者の意見を聴く事でご自身の考え方や価値観も広がります。積極的に自らの生き方・逝き方を考える機会になり得る講座がコロナ禍のため休止している状況です。これは「もったいない」と考え、小グループで開催できるように「もしバナゲームの進め方」を動画でご案内することにしました。「もしバナカード」の貸出も行いますのでお気軽に当センターまでお問合せください。





長浜米原地域医療支援センター

◆編集後記◆

先日、医療福祉・在宅看取りの地域創造会議の中で、一杉正仁教授から「突然の別れに遭遇したとき」についてお話を伺いました。その講演の中で印象に残った事は、予期せぬ急な死の場合、死が不可逆的な看取りと比べ、突然の心理的ダメージを受けた家族に対する「心のケアがより重要だ」ということです。対応する医療者や警察官・関わる関係者などの配慮に欠けた声掛けで、さらに傷つき2次被害に及びます。また、家族にとっては大切な人の死が無駄にならないようにと希望しますが、同じような事件が起こると何十年経っても体調が悪くなるようです。カウンセリングなどの治療費も個人負担で保障はありません。

対極の在宅看取りの場合、看取り体制の整備・家族間の連絡を密に・死期を共有しておくなど訪問時にケアをされていますが、家族は苦しそうな呼吸が見ていられず、あわてて救急車通報をしてしまう事例がまだあります。この場合は後悔が残ると感じます。

訪問看護ステーションのアンケート結果では、最期のタイミングを想定してシュミレーションをされている事業所があるそうです。連絡先の再確認や呼吸状態などについて訪問看護師と家族のやり取りを事前に練習されています。このように在宅看取りについてもハードルが高いと伺いました。

深いお話なのでうまくまとめられませんが、致死率は100%なので、突然死も想定しながら「最期までよりよく生きる」ために、ACPや身辺整理は必要と感じています。

是非、皆様ご自身やご家族、関わる利用者さんに対しても積極的に事前準備に対するアプローチをしていきましょう。