

北海道ソーシャルワーカー協会実践講座「終末期医療へのソーシャルワーク介入」

終末期とソーシャルワークに 関係する 7 5 分の雑談

～終末期とSWって相性良くな？現場で使えるヒント集～

2022年5月14日（土）14:00～
WEB開催



医療法人
財 団

おい そ かい
老蘇会

静明館診療所

医師 大友 宣

sen-o@nifty.com

今日のポイント

雑談のクセにポイントがある

1. 基本に忠実に
2. 人がイキイキと生きているところにコンパクがある
3. 在宅医療は在宅での生活を支えるための医療である
4. 退院前カンファレンスは準備がほとんどすべて
5. 医師とのつきあい方はスキマをねらう
6. がんのケアマネジメントはスピード重視

終末期医療と ソーシャルワーク

シシリー・ソンドース

- オクスフォード大学入学（政治学・哲学・経済学）
- ナイチンゲール看護学校（資格取得するが背部痛のためキャリア断念）
- オックスフォードでアルモナー（医療ソーシャルワーカーの資格取得）
- ロンドン、セントトーマス病院で末期がん患者デヴィッドと恋に落ちる
- セントトーマス病院医学校で医師になる
- セントメアリー病院で末期がんの痛みについての研究、セントジョセフホスピスで勤務
- セントクリストファーホスピス設立

緩和ケアの定義

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。

2002年世界保健機関[日本語定訳：2018年6月 緩和ケア関連団体会議作成]

ケースワークの目的と手段

「ケースワークの原則」FPバイステック 誠信書房2006 p3

- ケースワークは、人が問題に直面し、ニーズを満たし、サービスを受けられるように援助することを目的としている。
- この目的を達成する手段は、それぞれのクライアントのニーズに依拠しながら、個人がもっている潜在的な能力を引き出すことであったり、適切な地域の資源を活用することだったり、あるいはその両者であったりする。

終末期に関する相談事項

- 心理・社会的問題
 - 病気や暮らしの心配
 - 今後の不安
 - 家族・職場・医療者との関係についての心配
- 転院相談
 - 他の医療機関から移りたい
 - 他の医療機関へ移りたい
- 受診・受療援助
 - セカンド・オピニオンや外来受診について
- 経済的相談
 - 医療費・生活費などの経済的問題
- 退院援助
 - 退院後の心配
- 在宅支援
 - 在宅での療養に関する相談
- グリーフケア
 - 死別後のグリーフ

MSW以外は終末期医療に関してどんなふうに支援しているのか

- 原則 1 : 個別化
- 原則 2 : 意図的な感情の表出
- 原則 3 : 統制された情緒的関与
- 原則 4 : 受容
- 原則 5 : 非審判的態度
- 原則 6 : クライエントの自己決定
- 原則 7 : 秘密保持

原則 1 : クライエントを個人として捉える (個別化)

- 終末期にある患者や家族にとって、病院や施設は集団生活で個別化されているだろうか
- 終末期にある患者がプロトコル、パスにのらなければ検査や治療はできないことになっていないだろうか
- 終末期の患者は、どうして同じ食べ物、同じベッド、同じネマキでなければならないのだろうか

原則 2 : クライエントの感情表現を大切にする（意図的な感情の表出）

- 終末期の患者や家族の感情が表出できるようなICがどのくらいあるだろうか
- 終末期の患者や家族の感情に対応しながら相談してくれる医療者がどのくらいいるだろうか

原則 3：援助者は自分の感情を自覚して吟味する（統制された情緒的関与）

- 医師や看護師は自分の感情に自覚的になりながら終末期にある患者や家族と接することができるだろうか
- 終末期にある患者や家族の感情的表出に対して自分の感情をコントロールできているだろうか

原則 4 : 受けとめる (受容)

- 医師や看護師は終末期の患者や家族が話すニーズをいったん受けとめているだろうか
- 終末期患者や家族の、一見無理難題や反社会的な行動に見える理由を深めて受けとめてくれているだろうか

原則 5 : クライエントを一方的に 避難しない（非審判的態度）

- 医療者と意見の相違があるときに、終末期の患者や家族が持っている態度や行動、判断基準を多面的に評価しているだろうか

原則 6：クライアントの自己決定を促して尊重する（クライアントの自己決定）

- 終末期の患者の自己決定するように急かさず、促して、尊重しているだろうか。医療者の終末期医療に関する価値観を押し付けていないだろうか

原則 7：秘密を保持して信頼感を醸成する（秘密保持）

- 医療機関として、連携機関としてどのように秘密を保持しながら終末期の患者や家族との関係を築いているかに自覚的であるだろうか

MSW以外は終末期医療に関してどんなふうに支援しているのか

- 原則 1 : 個別化
- 原則 2 : 意図的な感情の表出
- 原則 3 : 統制された情緒的関与
- 原則 4 : 受容
- 原則 5 : 非審判的態度
- 原則 6 : クライエントの自己決定
- 原則 7 : 秘密保持

住み慣れたまちで暮らし続け「ない」ために

患者・家族において

①家族は、介護が大変

②本人は、家族へ気兼ね

住み慣れたまちで暮らし続け「ない」ために

病院において

①在宅ケアの無理解

②安全固め

③転院ベルトコンベア

在宅ケアの無理解

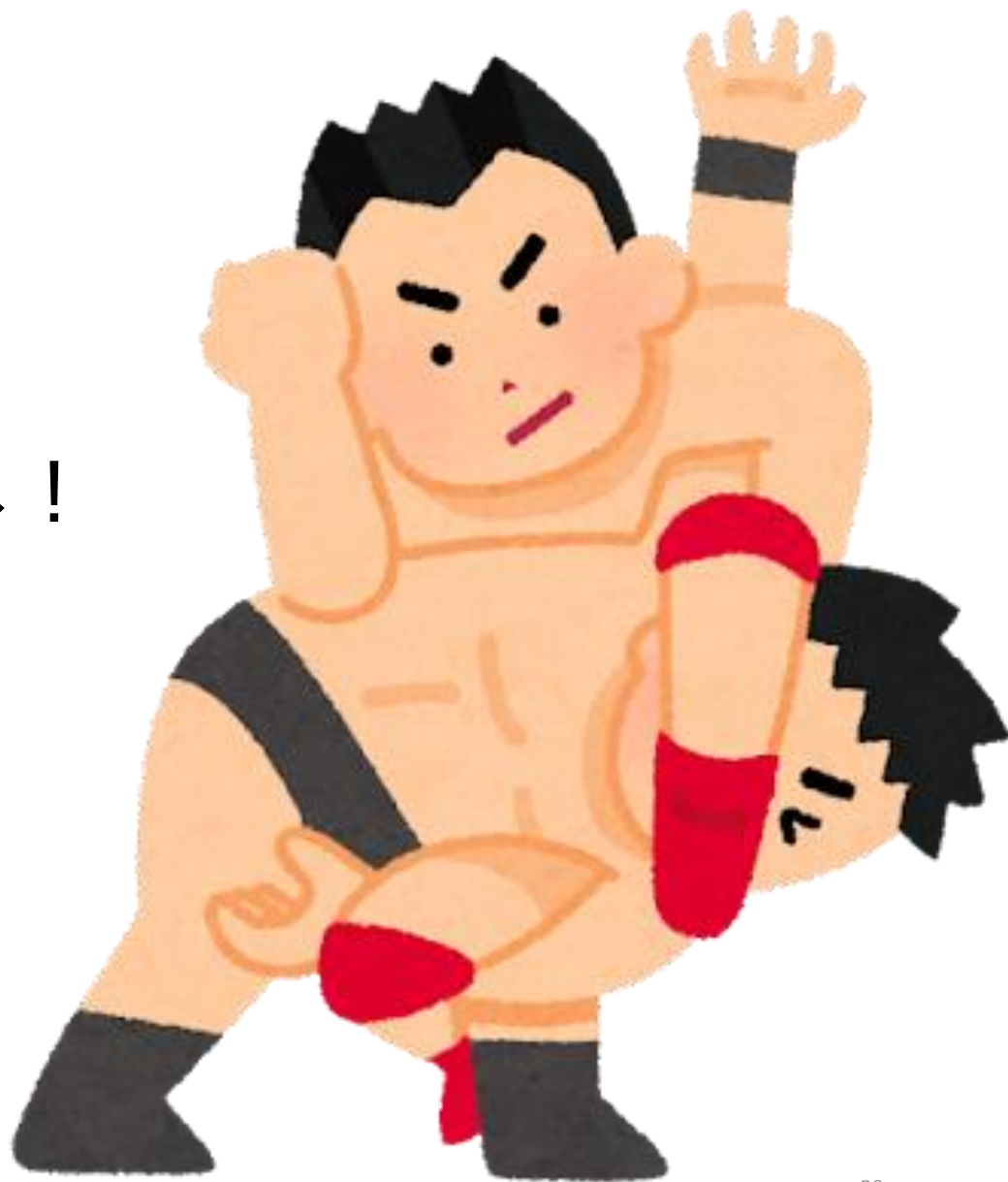
かな...



知らん

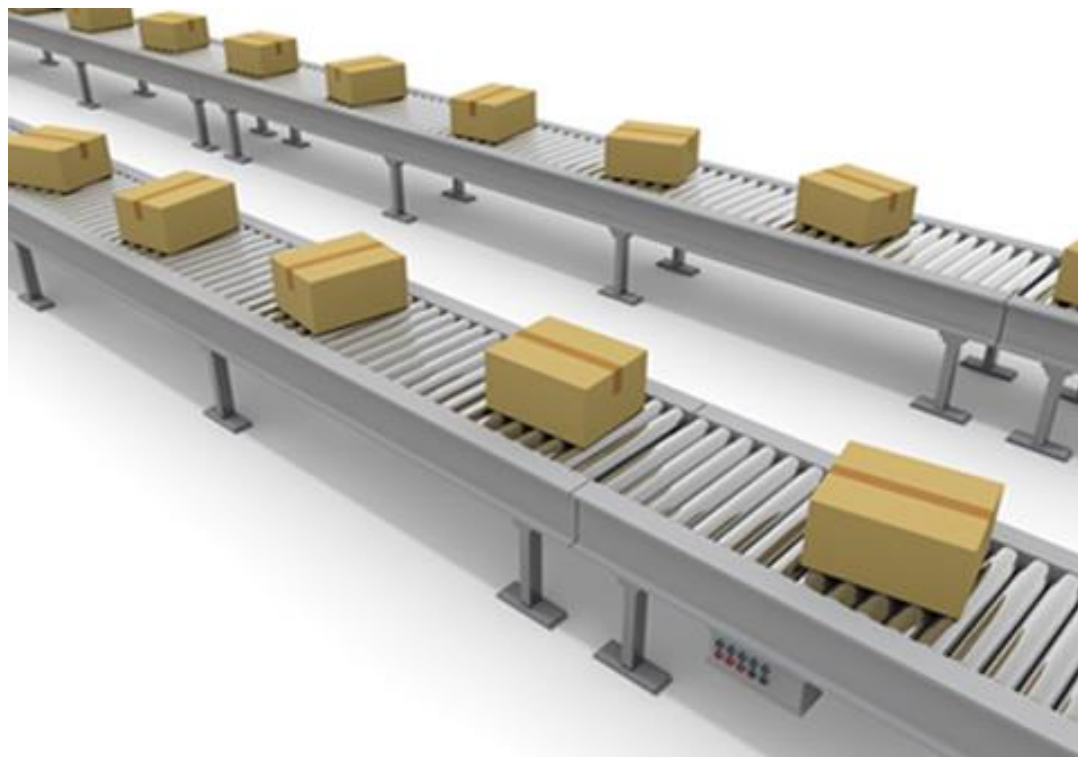
安全固め

- 歩いちゃダメ！
 - 食べちゃダメ！
 - 風呂入っちゃダメ！
 - つけものの禁止！
 - まんじゅう禁止！
 - ラーメン禁止！
- 最後は
- 自宅退院禁止！



転院ベルトコンベア

- 自動的に転院
- ベルトコンベアに乗らないと大変
- 転院先の希望しか聞かれない



住み慣れたまちで暮らし続け「ない」ために

在宅スタッフにおいて

①連携不足

②経験不足

住み慣れたまちで暮らし続け「る」
ために

逆

ネガティブ・ケイパビリティ

結論がなく、もやもやしていることが多くあります。



ネガティブ・ケイパビリティ

Negative capability 負の能力、陰性能力

- どうにも答えの出ない、どうにも対処のしようのない事態に耐える能力
- 性急に証明や理由を求めずに、不確かさや不思議さ、懷疑の中にいることができる能力
(帚木蓬生 ネガティブ・ケイパビリティ)

医学教育で重要視される ポジティブ・ケイパビリティ

- できるだけ早く患者さんの問題を見出し、できるだけ早く、その解決を図ることが至上命題
 - あまり迷いがあってはいけない
 - 症状からいくつもの鑑別診断を思い浮かべ、早急に検討して、快刀乱麻、解決法を見つける
- (帚木蓬生 ネガティブ・ケイパビリティ)

倫理的課題は結論がない

- 答えが出ない
- 中腰で耐える
- 宙ぶらりんになったまま
- もやもやしている

等の状態が多い

- ケアに関わるスタッフはこの状態にであることに耐える

ポイント

基本に忠実に



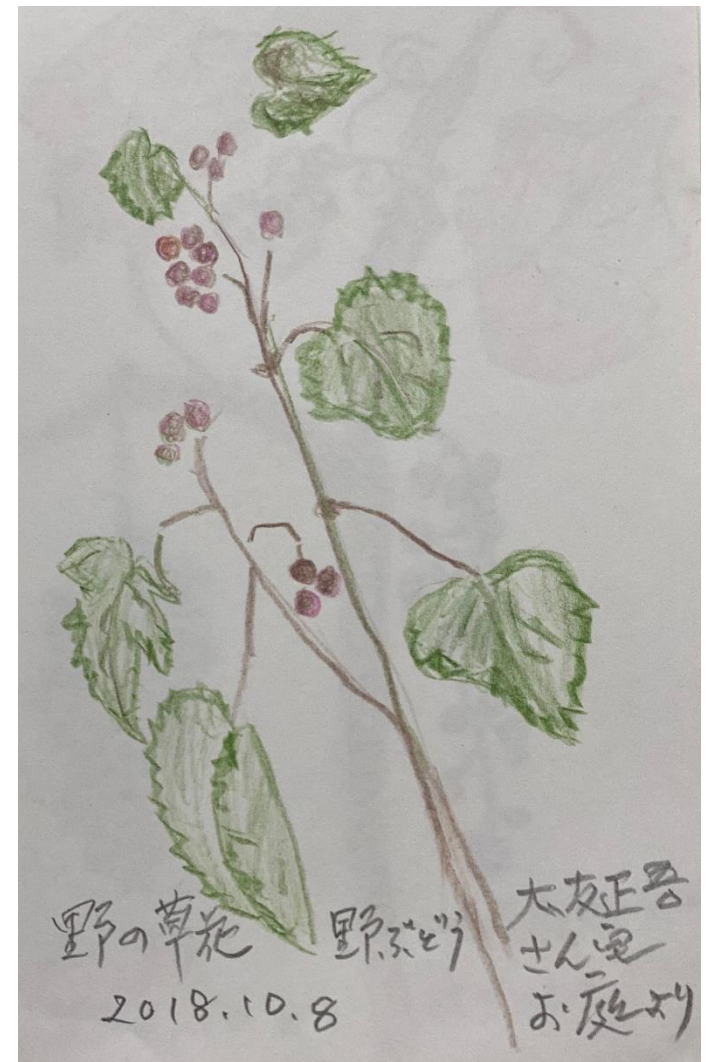
あなたのまわりには
コンパクが
残っていませんか

研修時代の生と死に関する経験

- 20歳代男性バイク事故
- 60歳代女性心肺停止
- 70歳代男性肺炎
- 90歳代女性偶発性低体温症



- 質問
- あなたにとって、やらないでほしい治療がありますか？

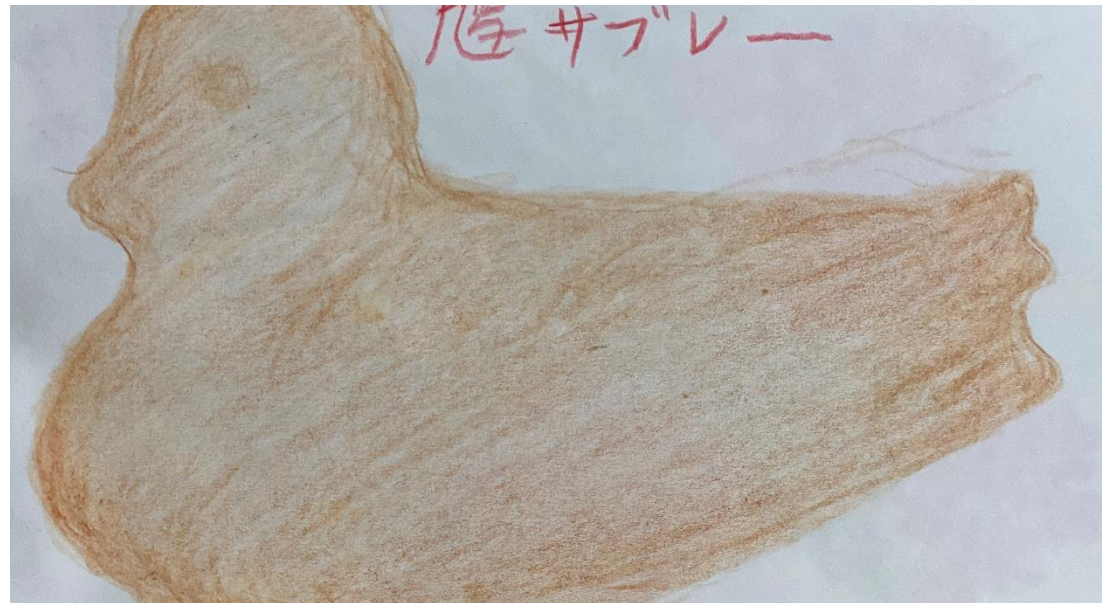


やめて下さい！！

- 20歳代男性
- オートバイによる交通外傷のため救急搬送
- 昏睡であり、救命処置を行い人工呼吸管理
- 輸血などを行い状態を安定化させ、肝破裂に対して手術を行う準備をしていた
- 父母が到着した時点で手術の説明をしたが・・
- 心肺停止し、心肺蘇生・電気ショックなども行ったが、効果はなかった
- 突然、お父さんが・・・

質問

尊厳死とは、どういう意味でしょう？
エンメイショチしないことと考えていますか？



尊厳死って？

- 60歳代女性
- 路上で突然倒れ心肺停止し、救急搬送された
- 救急外来で電気ショックと心肺蘇生を行い、心拍再開
- 心筋梗塞が疑われ、心臓カテーテル検査を行うため循環器に依頼し、検査と治療へ
- 身元を確認するため、財布を確認したところ日本尊厳死協会の会員証があった
- 女性はその後、意識も戻り、後遺症もほとんどなく退院した

尊厳死の宣言書

（リビング・ウイル Living Will）

1. 私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置はお断りいたします。
2. ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。
3. 私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

質問

医師はどのくらい正確に、
病気の経過を予測できると思いますか？



お父さんは亡くなります

- 70歳代男性
- 急性肺炎のため、救急搬送され入院した
- 呼吸状態が悪く、救命処置を行い、気管挿管し人工呼吸機につながった
- 治療にもかかわらず、状態は悪化、下顎呼吸になり、あと数時間以内で亡くなると考えられた
- 家族に病状を説明「お父さんは、必ず亡くなります」

医学的な予測の正確さ

当てずっぽう(占い)

<

医師の予測(科学と経験)

<

予言

質問

亡くなることを急変って言ってませんか？



急変？

- 90歳代後半女性
- 偶発性低体温症のため救急外来受診
- もともとほぼ寝たきりの状態。痩せていてほとんど骨と皮のよう。体重は30kg以下
- 検査を行い、点滴をし入院。夕食も少量食べた
- 夜になり、病棟から「急変です！心肺停止です！」と電話があった。

- 急変というのは、急に状態が変化すること
- 多くの看取りは、急変ではない
- 経験ある医療スタッフなら、多くは予測可能
- 家族や本人がそれを受け入れられるかは別問題

老衰死、がん死の方々の心肺蘇生

- 救急部で仕事をしていると、毎日心肺停止患者が搬送されてくる
- 施設で寝たきりで過ごしていた方、自宅で過ごしていた超高齢者、末期がんでやせ衰えた姿の方などが毎日搬送されて来る
- 心肺蘇生するが、ほとんどは戻らず、救急室で死亡確認となった
- 具合が悪くなれば、救急車で病院へ搬送するのがあたりまえだった

私の在宅医療体験

神津島、横須賀、札幌

場所	神津島村	横須賀市	札幌市
時期	2005年	2006～2015	2015～
職場	神津島村診療所	衣笠病院／ 湘南国際村クリニック	静明館診療所
体制	2人常勤医	2人常勤医	3→5人常勤医
人口	約2000人	約40万人	約200万人
自宅看取り率 (2014)	54.8% (市町村で最多)	22.9% (20万人以上の都市で最多)	10.8% (政令指定都市で3番目に少ない)

神津島診療所

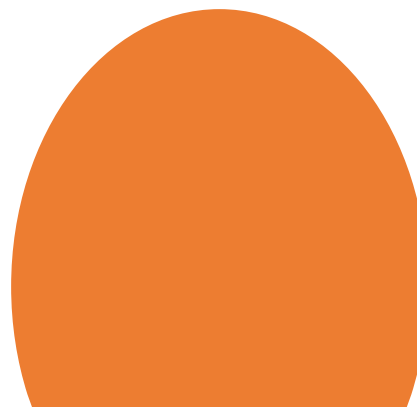
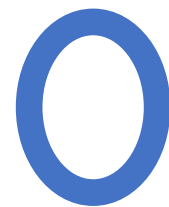


魂魄
コンパク

ポイント

人がイキイキと生きて
いるところにコン
パクがある

在宅医療とは



生活を支える視点への転換

- 病気を治す医療
- 20世紀の医療
- 場所：主に病院
- 疾患：感染症や循環器疾患の急性期、治療期のがんなど
- 対象：若年～壮年
- 目標：治癒
- 急性期病院での多職種チーム治療
- 生活を支える(医療)ケア
- 21世紀の(医療)ケア
- 場所：主に在宅、施設
- 疾患：生活習慣病、身体障害、認知症、ターミナル期のがんなど
- 対象：高齢者
- 目標：QOL(生活の質)
- 地域包括ケアシステムでの多職種連携

病院の世紀の理論

- 20世紀 = 病院の世紀
- 21世紀はそれだけでは立ち行かない！

病院の世紀の理論

猪飼 周平

*The
Theory
of
the
Hospital
Century*



育英園

第3の医療

入院医療

外来医療

在宅医療

在宅医療の歴史

- 古典的在宅医療
- 現在の在宅医療～黎明期～
- 現在の在宅医療～創生記～
- 現在の在宅医療～成熟期～

表. 在宅医療の歴史的分類

在宅医療		年 代	特 徴	社会背景
古典的 在宅医療		～ 1965年前後	急性疾患（感染症、脳卒中）に対し、 医師が往診（宅診⇔往診）	外的疾患（感染症、母子） 脳卒中などの急性疾患 平均寿命 60代
現代的 在宅医療	黎明期	1970～1992年	障害を持つ患者、終末期の患者への 24時間、計画的支援、家族介護前 提（近代的在宅医療の萌芽）	成人病（がん、心臓病、脳卒中） ⇒治す医療、病院医療 平均寿命 70～75 / 75～85
	創生期	1992～2012年	介護保険下の在宅医療（高齢世帯を 支える） 供給量の増加（介護保険、在宅医療、 ゴールドプラン）、サービスの普及 学問体系、教育システムの確立	成人病+老年病 平均寿命 79 / 87
	発展期	2012年～	地域包括ケア時代の在宅医療（独居 などを対象） 多職種協働（水平統合）となるべく 在宅時々入院（垂直統合） 在宅医療のシステム化（市区町村、 医師会） 研修推進・質の改善	老年症候群 平均寿命 80 / 90 超高齢者（85歳↑）の増加 独居高齢者の増加、家族基盤脆弱、 地域づくり

（平原佐斗司による在宅医療の歴史的分類）

在宅医療の適応

- 1 通院が困難である（or困難になると予測）
かつ
- 2 訪問診療を希望している

このふたつに当てはまれば、訪問診療を考慮
医療処置が多くても、工夫すれば調整できる

訪問診療について

- 対象者
 - 病院に通院すること難しい方。たとえば高齢者、脳卒中後、神経難病、がん末期
- 病気にかかった方が自宅で生活できるように医療面でお手伝いする
- 訪問診療
 - 定期的、計画的な訪問
- 緊急時の対応
 - 電話対応
 - 緊急訪問看護
 - 緊急往診

在宅医療の流れ

- 申し込み
- 受付の面談
- 退院前カンファレンス
- 退院
- 初回往診
- 訪問診療＋緊急の対応
- 入院／入所／在宅での看取り

在宅医療についてのよくある心配

- 痛みがあると心配
 - 緩和ケアの治療内容としては「自宅」「急性期病院」「ホスピス」でほとんど変わらないことができる
- 緊急時の対応が心配
 - 事前に対応を検討しておけばあわてない。病院に行くより早いこともある。しかし急性期の治療はもちろん病院の方が優れている
- 自宅で亡くなったら警察が来て大変？
 - 定期的に訪問診療し、死因に不審な点がなければ、検死にはならない

在宅医療でできる検査

- 問診、診察
- エコー（当院はポケットエコーのみ）
- 心電図
- 採血、検尿（血液ガス分析なども）
- 喀痰・尿・血液培養
- KOHでの真菌検査
- レントゲン（持っているところもある）
- 検査はなるべくしないことの相談

在宅医療でできる呼吸器機器

- 在宅酸素
- 気切カニューレ
 - 在宅で交換する診療所は多い
- 在宅人工呼吸
 - 筋萎縮性側索硬化症、慢性呼吸不全、小児などで使用、最新の機種は、軽くて病院の呼吸器と同様の設定が可能
 - すべての診療所で対応可能ではない
 - レスパイトケア(入院)がないと介護が破綻しやすい
- 侵襲的な気道管理はしないことの相談

在宅でできる栄養法

- 末梢点滴
- 在宅経静脈栄養
 - 在宅では、安全と感染予防のため、中心静脈ポート設置、在宅用ポンプが好ましい
 - ルートやフーバー針の用意のため、対応可能な診療所が限られる
 - 「がん末期で食べられないからHPN」「認知症末期で胃瘻を家族が希望しないからHPN」という選択が増えている。病院での説明が必要。
- 胃瘻の交換
 - バンパー交換は在宅では危険、バルンは可能だが、実施する診療所は限られる
- 経口摂取のみとすることの相談

在宅でできる体腔穿刺、切開

- 胸水、腹水
 - エコーを使って実施
 - 時間と手間がかかるため、すべての診療所に対応しているわけではない
 - 利尿剤など代替の治療法があれば、それを優先
 - CART（腹水濃縮再静注）を実施する診療所もある
- 褥瘡のデブリードメント
- 侵襲的な穿刺や切開を控える相談

在宅でできる輸血管理

- 輸血
 - 医療者が原則ついている状況で実施
 - できる状況が限定される
 - できるなら病院の方が安全で簡単
- 輸血や採血をせずに経過をみる相談

在宅でできる整形診察

- 膝の関節内注入
- 肩の関節内注入
- トリガーポイント
- 軟性コルセットの処方
- 骨粗鬆症薬の定期注射
- 寝たきりの方の大腿骨頸部骨折の経過観察
- 腰痛の高齢者の話を聞く

在宅でできる泌尿器科診療

- バルンカテーテル交換
 - だいたいしていると思います
- 膀胱瘻カテーテル交換
 - しているところは限られます
- 腎瘻カテーテル交換
 - しているところはさらに限られる
- リュープロレリン(黄体形成ホルモン放出ホルモン誘導体)の定期注射
 - 可能、いつまでつづけるかの方が問題
- 消化器癌や肺癌末期などの患者の前立腺癌の治療中止

在宅でできる緩和ケア

- オピオイドの調整
- オピオイド注射薬持続投与
- 緩和的鎮静
- 神経ブロックは適応があれば病院に依頼
- 緩和ケアを躊躇することはない

在宅でしかできない老衰診療

- 病院では診療できないことが多い
- 病院では検査も治療もしないことがやりにくい
- 在宅では何も食わず、点滴をしないこともある
- 在宅医療では死亡診断名として多い

ポイント

在宅医療は在宅での生活を支えるための医療である

退院前 カンファレンス

準備がほとんどすべて



退院前カンファレンスの流れ

- 入院時
- 入院中のモニタリング
- 準備
- カンファレンス
- 退院まで
- 退院後

TIPS

カンファレンスだけでなく入院から退院後までの流れが重要

目標①リロケーションダメージを最小にする

目標②在宅移行、在宅復帰をスムーズにする

- 入退院するとリロケーションダメージを受けやすい
- リロケーションダメージ
 - 住まいや環境が変わることによって起こる負の結果
 - 高齢者や認知症患者は特に大きい
 - 入院したり、退院したりして、認知症が進行する、廃用が進む、関節拘縮が進む、食べられなくなる、抑うつ状態になる等
 - 入院だけでなく、転居、入所、ショートステイ利用などでも起こりえる
- 入退院がスムーズだとリロケーションダメージが少ない
- リロケーションダメージがある程度ある中でも、在宅移行、在宅復帰をスムーズにする
- そのためにはカンファレンスだけでなく入院から退院までの一連の流れが必要

入院時

- ケアマネの連絡先を把握する
- 自宅での生活に関する情報を把握しカルテに記載する
- 病棟看護師は情報を入院時にとることが多い
- →できれば入院当日または早い時期に情報提供すれば、看護師が情報を活用しやすい
- 病棟看護師が知りたいこと
 - 家族背景
 - 入院前ADL
 - どんなサービスを受けているか
 - 訪問看護など看護師が入っているサービスの意見

入院中のモニタリング(情報収集)

- 把握すべき情報
 - 退院前カンファレンスシート参照
 - 見通し
- 必要な内容を随時ケアマネジャーや在宅ケアスタッフと共有する

TIPS

見通しは一番気になるが一番得られにくい情報

- これが一番知りたいですよ
- 見通しは看護師は話してくれないことが多い
- 見通しは家族から医師に聞いてもらうのが一番
- それでも役に立つ情報が得られないことが多い
- (「これから〇〇になります」って断言する医者はありませんね・・・)
- あとはあきらめるor経験と勘にたよる (と言っても困るよね)
- ケアマネジャーや在宅ケアスタッフと共有する

準備

- ケアマネジャーや他の在宅ケアスタッフと協力して行う
- 患者の状態をある程度把握する
- ケアマネジャーとケアプランをある程度相談しておく
- サービスに入る事業所を集める
 - 訪問診療
 - 訪問看護
 - 訪問介護
 - 訪問入浴
 - 福祉用具
 - 通所系サービスなど
- 病院ではなるべく主治医に出てもらえるように調整する

退院前カンファレンス

- 退院前カンファレンスシートを参照
- 情報共有と方針決定を行う
- 病院医師は時間がない
 - 一部でも良い
 - 『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』の問題点に関し医療的な意見をもらう
- 病棟看護師も時間がない
 - 退院前カンファレンスシートの記載項目
 - 介護指導について
- 実質の議論はその前に済ましておく(根回し大事)
- 細かいサービスの調整は退院前カンファレンス後

退院前カンファレンス(例)

- 自己紹介：名前と職種(2分)
 - 現在までの経過と治療：医師または看護師から（3分）
 - 入院中のADLとケア：病棟看護師から（5分）
 - 本人と家族の心配：本人と家族から（3分）
 - 質問（5分）
 - ケアプランの説明：ケアマネジャー（5分）
 - ケアの調整：各在宅ケア関係者（5分）
 - まとめ：ケアマネジャー（2分）
-
- シートは横須賀市のホームページ「横須賀市 退院前カンファレンス」
 - どうしてもURLを入力したい方は
https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku/conference_sheet.html

こんな退院前カンファレンスは避けたい

- ケアマネと訪問看護と病棟看護師だけで相談
- その場で退院するかどうかの相談が始まる
- その場で病状説明をしたり、インフォームド・コンセントをとったりする
- 看取りとバックベッドの話ばかりしている
- 何も決まっておらず、カンファレンスですべて相談する
- 延々とケアプランの説明をする
- 在宅医が出席しているが、病棟主治医がいない。逆も然り

こんなカンファレンスが良い

- 患者・家族も話し合いに参加し発言できる
- 30分以内で終わる
- 関係者ができるだけ参加している
- 事前の準備がされている
- 終わったときにそれぞれの役割が明確になっている
- 患者・家族が安心して退院することが目的

退院まで

- 介護指導
- 福祉用具搬入
- 事業所準備
- 患者や家族の不安を聞き出し整理しておく

退院後

- フォローアップが重要
- 完璧な退院調整の方が少ない
- 一度で完璧にするよりもPlan(計画)→Do(実行)→See(確認)を繰り返すことが重要
- 医療処置や治療も在宅に行ってから見直しが必要
- ケアプランも在宅に行ってから見直しが必要

まとめ

- カンファレンスだけでなく入院から退院後までの流れが重要
- 見通しは一番気になるが一番得られにくい情報
- 退院前カンファレンスシートを使うと参加者が話しやすい
- 一度で完璧にするよりもPlan(計画)→Do(実行)→See(確認)を繰り返すことが重要

ポイント

退院前カンファレンスは
準備がほとんどすべて



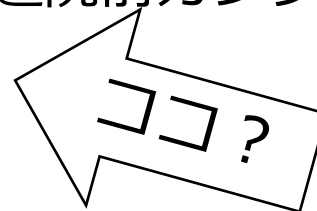
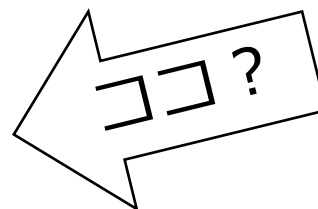
医師とのつき あい方のコツ

スキマをねらう

診療所との関わり方

診療所医師の一日(当院)

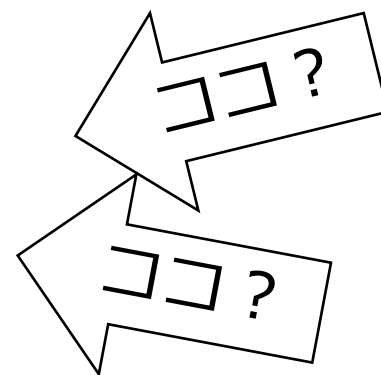
- 8:00～8:30 書類作成、訪問診療準備
- 8:30～9:00 申し送り
- 9:00～ 午前の訪問診療
- 11:30ごろ クリニックへ 書類作成
- 12:00～13:00 昼休み
- 13:00～ 午後の訪問診療
- 16:00ごろ クリニックへ 書類作成、退院前カンファレンス、新規の家族面談など
- 19:00ごろ 医師会や市の会合など



診療所との関わり方

診療所医師の一日(外来＋訪問)

- 8:00～9:00 診療準備、書類作成など
- 9:00～13:00 午前の外来診療
(ゆっくり連絡をとることは不可能)
- 13:30～16:00 訪問診療
- 16:00～19:00 午後の外来診療
- 19:00～ 医師会の会合など



診療所との関わり方

診療所医師とのコミュニケーション

- 診療所の医師は忙しい
 - 診療所職員でも話せる時間が少ない
 - タイミングが悪いと話しにくい
 - 機嫌が悪いともっと話しにくい
 - 直接すぐに話すことは難しい
-
- 診療所によって、医師によって対応がバラバラなので、個別に対策を考える

TIPS (=チヨットしたコツ)

(診療所医師と話すなら) タイミングを図ろう！

- タイミングがよければ話すことができる
 - 行動パターンを把握しておくことが重要
 - 周りの人(看護師、事務、MSW)に聞くとタイミングが分かる
 - アポをとっておくとタイミングを気にしないで
も良い
-
- 話す時間は短い方が良い

TIPS (=チヨットしたコツ)

(診療所医師と会うなら) 待ち伏せしよう！

- 会うタイミング①訪問診療時
 - 月1の訪問にモニタリングをあわせているケアマネジャーさんもいます。ひとことふたことのやり取りが顔の見える関係につながる
- 会うタイミング②担当者会議
 - 担当者会議には主治医の意見は必須です。無理そうでも声かけはしたほうが良い
- 会うタイミング③退院前カンファレンス
 - 退院前カンファレンスはケアが大幅に変わることが多い。ケアマネジャーの出番。
- 会うタイミング④診療所
 - アポイントとって診療所に行くこともできるかも

TIPS 医師に直接連絡することを限定する

- 医師に連絡しないでも解決することもある
 - 看護師や事務、MSWをフル活用
 - 周りを固めてから、重要なことだけをコミュニケーション
-
- 事前準備：資料をわたしておく、ポイントを伝えておく
 - 内容：何についての意見が欲しいか明確にする

TIPS 何を言うか vs 誰が言うか

- 「何を言うか」はもちろん大事。それも大事だが・・・
- 「誰が言うか」も重要
- 例 1 居酒屋で隣のおじさんが「明日世界が終わるかもしれない」と話している
- 例 2 アメリカ大統領が会見で「明日世界が終わるかもしれない」と話している。
- 相手に信頼してもらうには
 - 対策 1：自分がアメリカ大統領になる = 自分が信頼に足る人物となる
 - 対策 2：アメリカ大統領に言ってもらう = 信頼がある人に言ってもらう

TIPS

他人と過去は変えられない。自分と未来は変えられる。

- 医師にこのように診療を変えて下さいというのはかなり難しい
- 他の職種でも相手を変えるのはなかなか難しい
- 自分のやり方を変えて、上手くいくのであれば、それで良いことも多い。
- そうでもないことも多いけどね

病院との関わり方

病院医師の一日(内科)

- 8:00～9:00 病棟回診
 - 9:00～14:00 外来や救急当番（ほぼ連絡をとることは不可能）
 - 14:00～検査・処置(胃カメラとか治療とか)
 - 16:00～委員会・カンファレンス
-
- 曜日によってシフトが違う
 - 月木 外来＋検査
 - 水曜 外勤
 - 火金 救急当番＋検査
-
- 緊急入院があるとアドレナリンが多い？
 - 時間が比較的ある曜日はある

病院との関わり方

病院医師の一日(外科)

- 9:00～12:00 外来
 - 12:00～16:00 検査や手術
 - 16:00～ 病棟業務 手術説明、委員会、カンファレンス
-
- 曜日によってシフトが違う
 - 月 外来＋手術
 - 水 専門外来＋検査
 - 火金 手術
-
- 手術日はアドレナリンが多い？
 - 手術前日の夕方と手術後はインフォームドコンセントをとっている
 - 時間が比較的ある曜日はある

病院との関わり方

病院医師とのコミュニケーション

- 病院の医師は忙しい
 - 病院職員でも話せる時間が少ない
 - アドレナリンが多い時はコミュニケーションを避ける
 - 直接会うことは絶望的に難しい。カンファレンスで直接話すこと以外はほぼ諦めた方が良い
 - 書類を書くことや報告が多く、書面で意見をもらうことは困難(というかわいそうなのでできるだけ少なく)
 - 「俺(私)、ケアマネジャーあんまり関係ないし・・・」と思っている病院医師もまだ多いかも？
-
- 病院によって、病院の職員によって、病院医師によって、対応はバラバラなので個別に対策を考える

TIPS

患者・家族の同意はとってあることを伝えよう

- 病院は個人情報の壁が厚い
- 親族にも、病院から個人情報を教えることが出来ないことも多い
- ケアマネジャーでも、一度も会わない人に診療の情報(極めて濃密な個人情報)を電話で教えるのは病院としてはほぼNG。(まちがって教えちゃうこともあるかもしれないが・・・)
- 患者・家族から診療の情報をもらう同意を得ているかと聞かれることがあるかもしれない
- 居宅介護支援事業所は医療機関から診療の情報をもらうプライバシーポリシーをもっている(と思う)ので、同意を書面で得ていることをきちんと病院に伝えれば良い
- もし、事業所として、診療の情報をもらうことがあるというプライバシーポリシーになっていなければ、改善するか、個別に同意をもらうのがベター

TIPS 病院医師と直接会うより他の手段

- 病院医師と会うのはカンファレンス以外ほぼ絶望的？に難しい
(これから改善されることが望まれるが・・・)
- 他の職種(病棟看護師・MSW・退院調整看護師)とコミュニケーションをとって医師の意見を引き出す
- 医師から意見をもらう方法としては
 - 医師にカンファレンスに出席してもらう
 - インフォームドコンセントの時に同席する(事前にアポイントメントが必要だけど、だいたい嫌がられる)
 - 患者や家族に聞いてもらう

TIPS（在宅職種向け）

アポイントメントをとろう

- 病棟看護師も時間をとるのが難しいのでアポイントメントをとって、病棟へ情報収集に行こう
- アポイントメントをとるときは時刻とかかる時間を伝えると相手は安心する
- 病院によって窓口が違う。病棟によっても違う場合もある。
（病棟看護師・MSW・退院調整看護師等）

特論：医師との関わり方

- とにかくプライドが高い → とにかくプライドを傷つけないほうが無難
- 自分の意見はNo1で間違いないと思う → 「そうですね。先生の言われるとおりですね。この点についてはどうでしょう？」
- せっかち → 外科、麻酔科、放射線科、内科の順番
- 生活のことは考慮に入れてくれない → 「食事に関しては医療の面からご意見ありますか？」
- 『いろはにすめし』に着目し、医療の話題に還元する
- 『いろはにすめし』は病棟看護師も気になっている。

TIPS

『い』 『ろ』 『は』 『に』 『す』 『めし』

- 『い』 『ろ』 『は』 『に』 『す』 『めし』 は介護と医療の接点(共通言語)です

- 『い』 : 移動
- 『ろ』 : ふろ
- 『は』 : 排泄
- 『に』 : 認知症
- 『す』 : 睡眠
- 『めし』 : 食事

駐車に要する時間、外科医が最も短い

- British Medical Journal (BMJ) というイギリス医師会雑誌の論文2010年発表
- 方法
 - 専門分野によって
 - 駐車場ゲートのバーへの接近の仕方（カードを用意しているか否か）
 - 駐車に要する時間を計測
- 結果
 - 外科医、麻酔医、放射線科医、内科医の順で短い

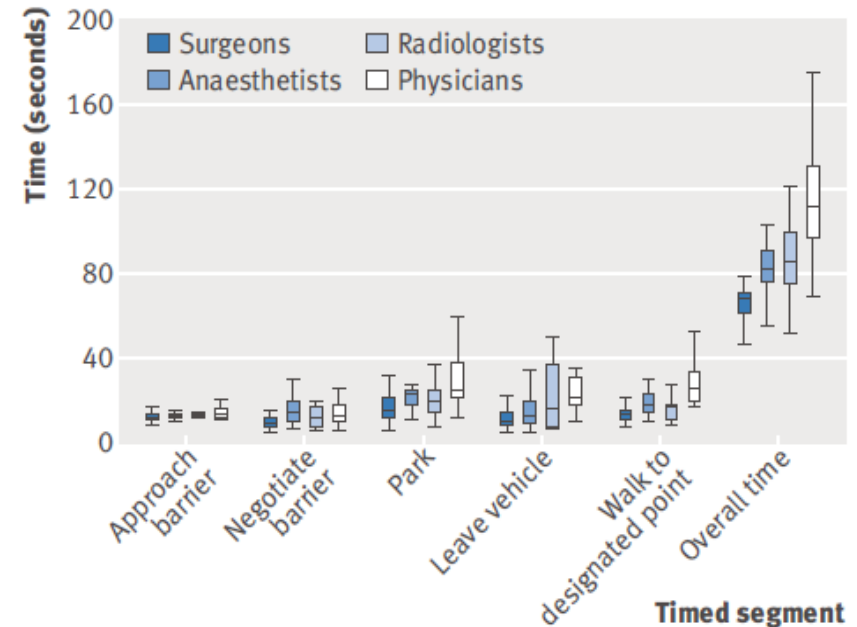


Fig 3 | Manner of approach to car park barrier and overall time to park, by specialty

ポイント

医師との付き合い方は
スキマをねらう

末期がんの ケアマネジメン⁺₀ト

スピード重視

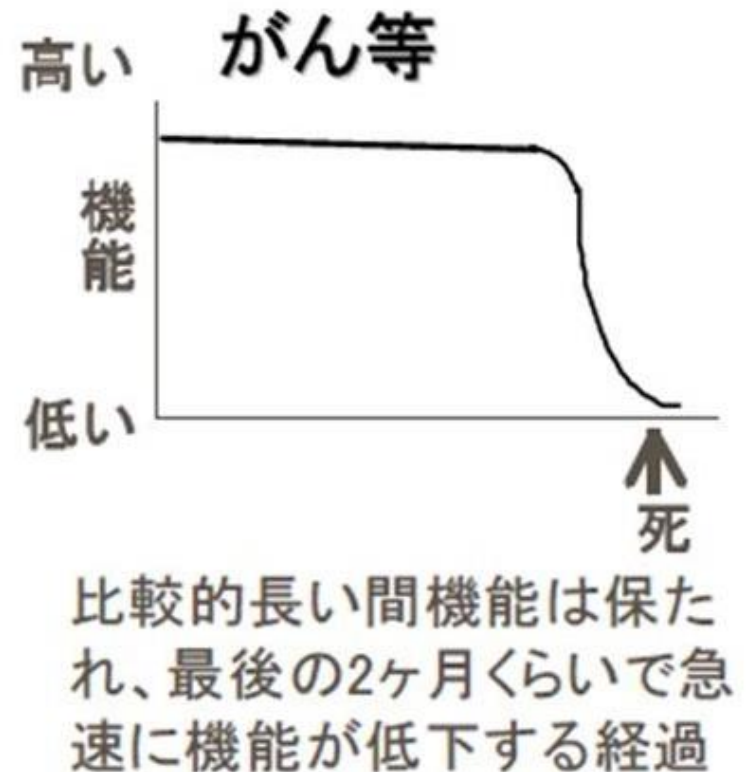
末期がんのケアマネジメント

- 癌の特徴

- 癌は終末期に自宅で過ごしやすい病気
- 緩和治療は自宅でも病院でも同じ

- 癌のケアマネジメント

- スピードが重要
- 医療との連携が重要
- ベッド、マット、入浴が三種の神器



末期がんのケアマネジメント

- 40歳台女性
- 乳がん
- 乳がん再発を指摘されて、家族がホスピスを希望して来院。ホスピスを待つ間在宅療養を希望し家族受診
- 受診時に家族は具合が悪くなったら入院を希望
- 退院から3週間くらい経って自宅で亡くなった
 - 介護保険申請
 - 認定調査
 - ベッド
 - マット
 - 訪問入浴
 - 昇降座椅子
 - ヘルパーは検討したが導入せず
 - 訪問看護（医療）

がんの緩和ケア

- 緩和ケアチーム = 一般病棟での緩和ケア
 - 外来 = 通院での緩和ケア
 - 緩和ケア病棟 = 専門病棟での緩和ケア
 - 在宅緩和ケア
-
- どこでも同様の治療を受けることができます。

鎮痛に使う医療用麻薬

- ①口から飲む
- ②坐薬を入れる
- ③貼り薬で皮膚から吸収させる
- ④注射で投与する
 - ①～③は本人や家族が取り扱うことができる。病院と自宅で使い方は変わらない。痛みが強いときは医師に指示をあおぐことも変わらない。
 - ④は基本的に医療者が扱う。自宅で行うこともできる。
 - 自宅でも、病院でも①～④を病状や環境にあわせて使い分ける。

がんの医療処置

- 在宅酸素
- 点滴
 - 中心静脈栄養（ポートありなし）
 - 末梢点滴
 - 皮下注射
- 注射用ポンプ
 - カフティポンプ
 - シリンジポンプ
 - シュアヒューザー
 - CADD
- 胃ろう(頭頸部がんなど)
- 尿路
 - 膀胱留置カテーテル
 - 腎瘻
- ドレーンチューブ
 - 経皮経肝胆道ドレナージ

がんのケアマネジメントの難しいところ

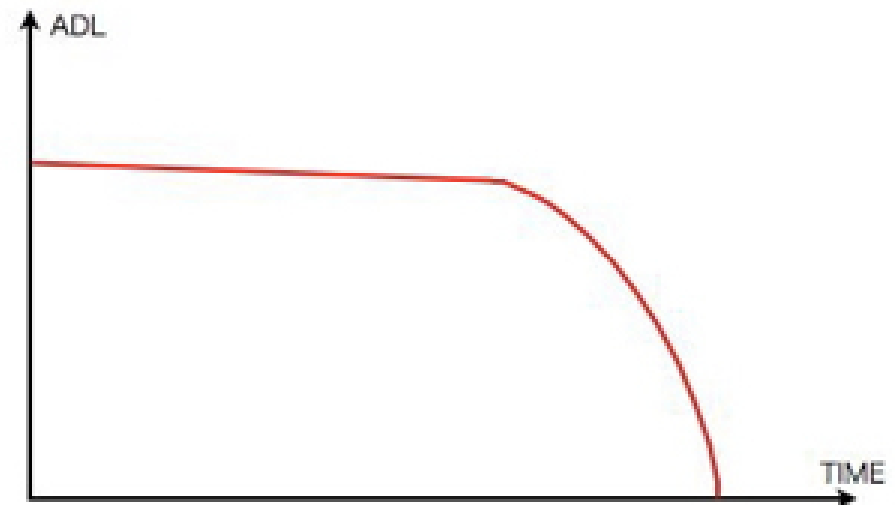
- 通常の場合と目標が異なる
- 病状変化のスピードが早く、プランの見直し頻度が多い
- 苦痛（身体、精神）にどう対応すればいいのかわからない
- 病状の予測と準備ができない
- 医療保険の仕組みがわからない
- 医療系多職種との連携が難しい
- 病気や医療制度に関する知識が足りない

通常の場合と目標が異なる

- まずは自宅に帰ることができる
- 苦痛なく過ごすことができる
- 穏やかに過ごすことができる
- 後悔なく過ごすことができる
- やりたいことを果たすことができる
- 会いたい人に会うことができる

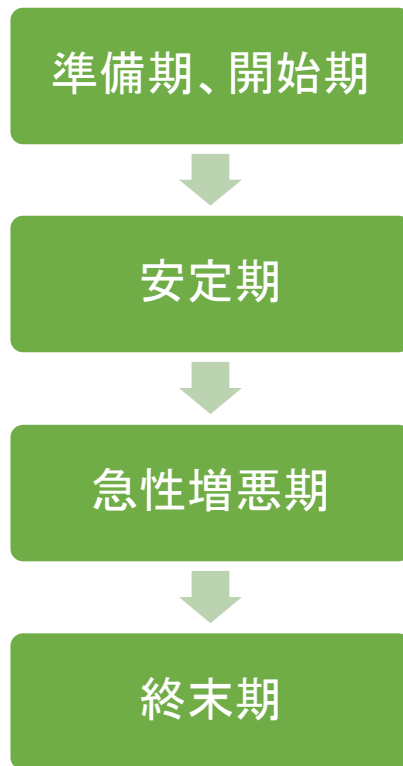
病状変化のスピードが早く、プランの見直し頻度が高い

- 在宅緩和ケアでは半分くらいの方は1ヶ月程度で亡くなる
- 一ヶ月に1回のモニタリングやプランの見直しでは間に合わない
- がん患者も一期一会なのだ

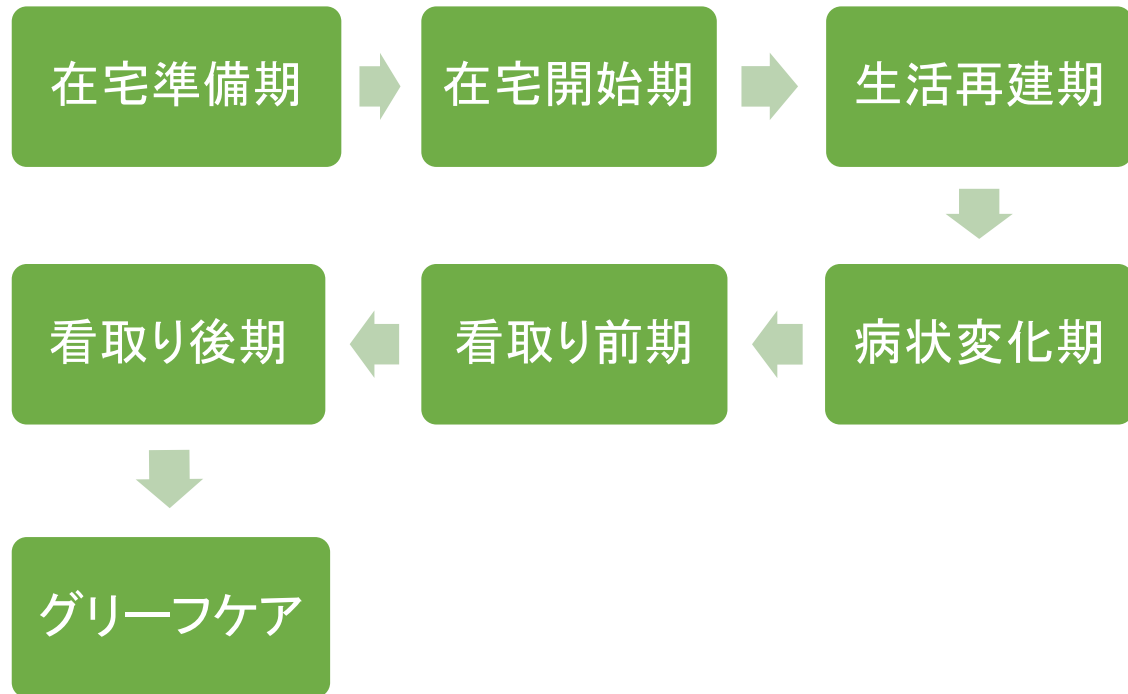


がんのケアマネジメントは フェーズに分解しよう

•4つのフェーズだと



•7つのフェーズだと



がんケアマネジャー級位制度(勝手に作ってみました)

5級

- 病状にあわせてタイミングよく、適切なサービスを提供すること

3級

- 利用者さんや家族にやりたいことをやってもらうこと

1級

- 病状を利用者さんや家族が受け止めていく支援をすること

がんケアマネ5級

- 目標＝病状にあわせてタイミングよく、適切なサービスを提供すること
- やること＝医療系多職種の言いなりになればまずまずのことができるかも・・・

がんケアマネ5級

準備開始期:

- 退院前カンファレンス(担当者会議)は出席しよう
- ⇒退院前カンファレンスで聴くことを確認しよう

安定期:

- 安定期にこそ活躍しよう
- ⇒モニタリングはこの時期

急性増悪期:

- ベッド、マット、入浴をすばやく調整する
- ⇒タイミングは医師や看護師が指示

留意点

- 病院のMSW、退院調整看護師と共同して在宅でのサービス提供事業所は確定しておく
- 導入時期(退院1週間くらいを目安)が過ぎて、在宅療養がなんとか成り立っていたら、安定期と考えモニタリング
- モニタリングでは医療系多職種を含めたサービスがうまく回っているか聴いてフィードバック
- 家族の介護負担にも留意する
- 医療系多職種がベッド、マット、入浴などを『導入してほしい』と言えば、「今日」か「明日」のこと。「今週中」とか「来週早々」ではない。

がんケアマネ3級

- 目標＝利用者さんや家族にやりたいことをやってもらうこと
- やること＝患者や家族の言いなりになればまずまずのことができるかも・・・

がんケアマネ3級

準備期、 開始期

- 病院で本人、家族の思いを聴く
- 福祉用具担当者と家の間取りを見に行く
- 認定調査に立ち会う
- ⇒退院前カンファレンスに出席しケアプラン原案を提示する

安定期

- やりたいことをサポートする

急性 増悪期

- ケアプランの変更が必要なら対応する
- ⇒医師、看護師と相談しながらケアプランを立てることができる

留意点

- 話を聞いたり、情報を収集するだけで患者や家族の力になる
- 聞いた話や情報を医療系多職種と共有してもらえると更に良い
- 住宅改修や福祉用具手配によって退院時期を遅らせない
- 認定調査を至急扱いにしてもらう
- 元気な人の認定調査は医療系多職種とタイミングを図る
- やりたいことを聞き出すのがまずは一番
- 前向きに(現実的に)取り組むが、前のめり(非現実的)にならない
- 病状の変化を把握するにはチェックする回数を増やすこと

がんケアマネ1級

- 目標＝病状を利用者さんや家族が受け止めていく支援をすること
- やること＝患者や家族、在宅ケア多職種スタッフの情報を集めながらマネジメントする

がんケアマネ1級

在宅準備期

- 病院で本人、家族の思いを聴く
- 福祉用具担当業者と家の間取りを見に行く
- 認定調査に立ち会う

在宅開始期

- 退院日になるべく医師、看護師が入る
- 多職種がこまめに入るようにする
- プランがうまく回っていることを確認する

生活再建期

- やりたいことをサポートする
- 病状予測の本人、家族の理解度を確認する
- 会いたい人がいたら会ってもらう

病状変化期

- 変化があることをチームに伝える
- ケアプランの変更が必要なら対応する
- 必要時にはケアカンファレンスを開催する

看取り前期

- 介護量が増えている分をサービスで補う
- 親族などに介護協力をお願いしてみる
- 看取りの理解度、精神的不安をチェックする

看取り後期

- 家族に寄り添う
- 苦痛があれば除去する
- 感謝や謝罪をしたい人に会ってもらう

グリーフケア

- 訪問してお話を聴く
- 強い悲嘆ならば病院受診を勧める
- 振り返りケースカンファレンスをひらく

留意点

- ケアマネジャーだけで目標は達成できない。
(もちろん医療系多職種だけでもできない)
- チームで目標を達成することが重要
- 苦痛やギャップをキャッチすること⇒伝える
こと⇒自分ができる役割を果たすことが重要

ポイント

がんのケアマネジメ
ントはスピード重視

今日のポイント

雑談のクセにポイントがある

1. 基本に忠実に
2. 人がイキイキと生きているところにコンパクがある
3. 在宅医療は在宅での生活を支えるための医療である
4. 退院前カンファレンスは準備がほとんどすべて
5. 医師とのつきあい方はスキマをねらう
6. がんのケアマネジメントはスピード重視