



2024年3月9日 Online

2023年度 地域緩和ケア連携調整員フォーラム

新たな時代の緩和ケア

～多様な地域・組織に広げるために～

一般社団法人MY wells 地域ケア工房
緩和医療専門医 神谷 浩平



メアリー・カサット
(Mary Stevenson Cassatt)
《オペラ座にて》1879年

これまで緩和ケアといえば・・・

- 緩和ケアチーム・外来に紹介
- 在宅緩和ケアに紹介
- 緩和ケア病棟に紹介



しかし、現実には・・・ 緩和ケア病棟・緩和ケアチームの医師配置

- 山形で緩和ケア専従の医師が常勤で配置されている緩和ケア病棟・緩和ケアチームは？

3人。 😊💧

全員が一人医長。
緩和医療専門医は1名



それぞれの病院の環境に合わせた支援

- がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム
 - 専従医あり、なし
- 緩和ケア病棟
 - 専従医あり、なし
- 地域の一般病院
 - 療養型病院
 - ケアミクス病院
- 非がん疾患の専門病院・チーム
 - 神経難病拠点病院
 - 間質性肺炎・肺線維症センター
- 在宅医療機関や老人保健施設

それぞれの
ニーズをよく知
ることが重要！

一般社団法人 MY wells地域ケア工房

緩和ケアをともに
学び、地域で育み
ましょう！



- 2020年10月設立
- 開業医としてではなく、個人を派遣してコンサルテーションを行う事業所として開設
 - 地域の病院・一般医療介護従事者に対する、**基本的緩和ケアのスキルアップと連携促進、教育**を目標とした活動
 - 国立病院機構山形病院、荘内病院、新庄病院、至誠堂総合、米沢市立病院、三友堂病院、山形ロイヤル病院、坪井病院、山形県立中央病院、訪問診療クリニックやまがた、山形大学医学部附属病院、置賜総合病院、栃木県立がんセンターなど

疾患の種類や時期、場所を問わず、患者のニーズと価値に焦点をあて、全ての医療者や福祉職が基本的な緩和アプローチを自然に実践できるような未来を夢見ています。



HP ↑

一般社団法人MY wells地域ケア工房 2023年度定期訪問先（一部）

		第1週	第2週	第3週	第4週
月	午前	山形ロイヤル	山形県立中央	山形ロイヤル	山形県立中央
	午後	HMC	※ HMC	HMC	HMC
火	午前-15時	至誠堂総合	県立新庄	至誠堂総合	県立新庄
	15:45~	山大麻酔科 SGT		山大麻酔科 SGT	
水	午前	米沢市立	予備	米沢市立	予備
	午後		鶴岡市立荘内		鶴岡市立荘内
木	午前	坪井病院	鶴岡市立荘内	三友堂	鶴岡市立荘内
	午後				
金	午前	三友堂	予備		
	午後	山形病院	山形病院	山形病院	山形病院

※HMC :訪問診療クリニックやまがた

各病院、地域で様々な取組を模索中。

- ・従来のがん緩和ケアチーム・外来の診療に際してアドバイス型支援

- ・神経難病、閉塞性肺疾患・肺線維症センター、療養型病院などでの緩和ケアチーム立ち上げ支援

- ・事例検討会。（現地/オンライン）。

- ・Tele-consultation / mentoring

- ・在宅の診療支援

- ・講演・研修を通じ教育活動

新たな緩和ケアチーム立ち上げ支援(1)： 坪井病院（福島県郡山市）・非がん緩和ケアチーム （慢性呼吸器疾患・間質性肺炎・肺線維症等）



院長・呼吸器内科・間質性肺炎/肺線維症センター長 杉野圭史先生

非がん緩和ケアチーム マニュアル



目次

表紙
目次
非がん緩和ケアチーム規定
非がん緩和ケアチームメンバー
非がん緩和ケア前後入棟基準

はじめに

序章
非がん呼吸器疾患の終末期と最終期（臨死期）の考え方

第1章 総論
1. 非がん呼吸器疾患の緩和ケアの現状と課題
2. 非がん呼吸器疾患の緩和ケアの原則と考え方

第2章 症状の評価と対応
1. 症状（呼吸困難・咳嗽・喘鳴）
2. その他（倦怠感・食欲不振・便秘・せん妄・不眠・不安・胸うっ滞など）

第3章 症状緩和の手段
～呼吸管理～
1. 酸素療法
2. NPPV
3. ハイフローセラピー（HFNC）
～薬物療法～
1. オピオイド
2. その他
1) コルチコステロイド
2) ベンゾジアゼピン系
3) 抗うつ薬
4) 抗精神病薬
～非薬物療法～
1. 概説
2. 呼吸リハビリテーション
3. 栄養
4. その他の非薬物療法

「非がん
指針20



写真提供： 横須賀響子先生より

新たな緩和ケアチーム立ち上げ支援(2) 国立病院機構山形病院～神経難病緩和ケア～

国立病院機構山形病院は、てんかんを含む神経難病、重症心身障がい、脳卒中リハビリテーション、呼吸器疾患などの診療を主に行っている。

特に神経難病においては、山形県神経難病センターとして、病気の診断から慢性期治療までを一貫して行っている。

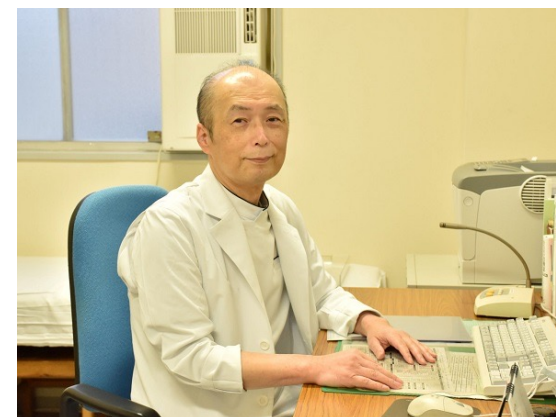
2020年11月より神経難病を主な対象として緩和ケアチーム(以下, PCT)を発足した。

2019年9月 都立神経病院緩和ケアチーム見学

2020年10月 緩和ケア委員会の院内承認。

2020年11月 PCTの活動を開始。

緩和医療専門医は、緩和ケア非常勤医師として週1回訪問し、主治医・スタッフへの助言を主として活動している。



神経内科部長・緩和ケアチーム
委員長 山川達志先生

神経難病拠点病院での 緩和ケアチーム回診風景



コンサルテーションvs 専門ケアの提供

演者の私見に基づき作成

	コンサルテーション・教育型 内容：基本的緩和ケアの支援	専門外来・チーム担当型（非常勤） 内容：専門緩和ケアを直接提供
業務内容	外来、入院、在宅で医療従事者にアドバイス。PCT立ち上げやマニュアル、教育リソース整備。	直接診療で『緩和ケア外来』や『緩和ケアチーム』を担当し、医師やスタッフと共同。
メリット	日常診療の中で緩和ケアのニーズに対応する体制、スキルの獲得が組織・個人で可能になる	対象患者に直接リーチできるため、施設の診療の質が一時的に上がる
デメリット	推奨が必ずしも推奨が実施できない場合も多い。（担当医の不同意、薬剤、機材の不足など）組織風土の壁など。	主治医や診療スタッフが基本的緩和ケアを実践する機会が少ない。緩和ケア担当医が不在時は専門的対応が困難。
持続可能性	教育を継続し、施設内・地域での伝達を行うシステムを作ればサステナブルな効果あるかも？	非常勤医師が不在となれば外来やチームの機能は落ちる（辞めづらい）。
実現可能性	管理者、現場との目標共有、コラボレーションの理解があれば○。	売り手市場のため非常勤の雇用を得ることは（地方では）容易。むしろ歓迎◎。

コンサルテーションvs 専門ケアの提供

演者の私見に基づき作成

	コンサルテーション・教育型 内容：基本的緩和ケアの支援	専門外来・チーム担当型（非常勤） 内容：専門緩和ケアを直接提供
業務内容	外来、入院、在宅で医療従事者にアドバイス。PCT立ち上げやマニュアル、教育リソース整備。	直接診療で『緩和ケア外来』や『緩和ケアチーム』を担当し、医師やスタッフと共同。
メリット	日常診療の中でニーズに対応する体制を整えることで、医療従事者が緩和ケアを意識してゆくことで相互に成長	対象患者に直接緩和ケアを提供し、施設の診療の質を向上させる
デメリット	推奨される体制を整えるには、人材不足、機材の不足など）組織風土による。	主治医が実践する緩和ケアを、当医が不在時は専門的知識が不足する
持続可能性	教育を継続し、施設内・地域での伝達を行うシステムを作ればサステナブルな効果あるかも？	非常勤医師が不在となれば外来やチームの機能は落ちる（辞めづらい）。
実現可能性	管理者、現場との目標共有、コラボレーションの理解があれば○。	売り手市場のため非常勤の雇用を得ることは（地方では）容易。むしろ歓迎◎。

医療介護従事者が緩和ケアを意識してゆくことで相互に成長

人員配置にマンパワー上の限界あり

多くの施設で見えてきた 代表的な基本緩和ケアの支援ニーズ

- 1. 症状緩和のニーズ：
 - 「苦痛がとりきれない」「どう評価して良いかわからない」
- 2. チーム医療のニーズ：
 - 「職種間での対話・協力が難しい」
- 3. コミュニケーションのニーズ：
 - 「むずかしい質問にどう対応したら良いかわからない」
 - 「ACPや意思決定支援についてわからない」
- 4. 倫理的な側面のニーズ：
 - 「これで良いのか意見の相違がある」



演者の私見に基づき作成

見えてきたニーズとアプローチ例

ニーズ	支援アプローチ例（ごく一部）
1.症状緩和 「苦痛がとれない」 「わからない」	症状アセスメントの質向上、新たな薬剤・ケア方法の提案、予後予測、療養場所移行期ケアの支援、臨死期のケア、非薬物療法・ケアなど
2.チーム医療 「職種間での対話・協力が難しい」	多職種チームアプローチの円滑化、心理的安全性の向上、多職種カンファレンスの持ち方、コンフリクトマネジメントなど
3.コミュニケーション 「むずかしい質問への困難感」	感情に対応するスキル、ケアのゴールについて（ACP概念の整理）、共感や傾聴、治療が無益に近い状況、死にゆく過程での対話など
4.倫理的な側面の課題 「これで良いのか意見の相違がある」	包括的アセスメント、倫理課題への気づき（倫理的感受性）を促すための講義、4分割表を用いたカンファレンス実践、厚労省プロセスガイドライン等の理解、持続的鎮静を検討する際の要件など

演者の私見に基づき作成

#1. 症状緩和スキル支援の例

症状アセスメントの質向上

QOLや関係性を含めたアセスメント
誰が、いつ、どのように行うか
チームでの共有方法
様々なツール (IPOSなど)
問診のスキル
プランB、再評価までの推奨
目標指向型アプローチ …etc

新たな薬剤・ケア方法の提案

オピオイド、非オピオイド鎮痛薬
持続皮下注の導入
基本的な症状緩和マニュアル
コンフォートセットの提案
非薬物療法・ケア …etc

予後予測/Case Findingの支援

がん/非がん疾患のtrajectoryにも
とづく話し合い
SPICT、サプライズクエスチョン
Phase of Illness …etc

療養場所移行期ケアの支援

療養型病院、在宅医療への支援。
専門医療機関との連携 …etc

臨死期のケア・マネジメント

終末期せん妄
身の置き所のなさ
看取りの作法、エンゼルケア …etc

痛みの評価の改善ポイント！①

苦痛の程度だけでなく、QOL評価を加味！

NRS

VAS

VRS

Faces Pain Scale

STAS-J

IPOSなど

患者報告型アウトカム

指標、代理者評価

苦痛の有無・
量的な評価



生活の質への影響

生活面での変化

(睡眠、食事、排泄、活動)

本人の満足度

穏やかさ

自立を支援できているか

益を上回る不利益をうけてい

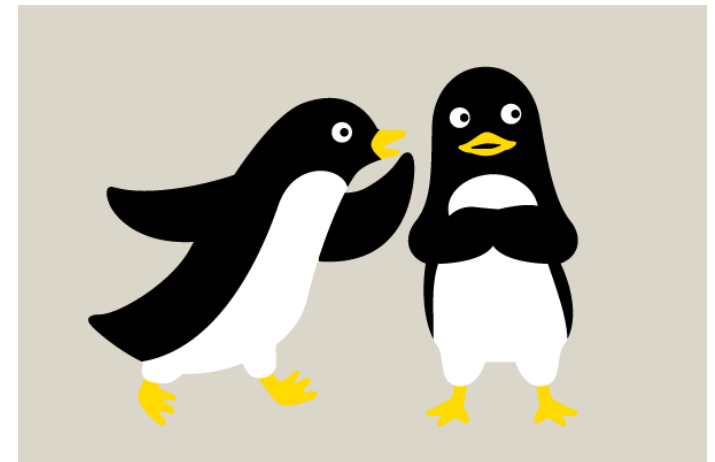
ないか

症状マネジメント（介入）を行うことによって、**苦痛が減少しQOLの改善につながっているか**が評価のポイント！そこを見る方が、きっと楽しい！

痛みの評価の改善ポイント！②

痛みではなく本人QOLを意識するチームを！

- 痛みの評価＋生活の質を評価・共有することで「患者さん」ではなく「その人」を考えるように、評価する人の意識が変わる
 - 痛み自体について評価の質があがる
 - 「レスキューの回数」で話すことが少なくなる
 - 本人のQOLの向上を目指すチームができる

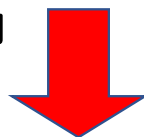


医師や看護師のアセスメント、コメント力をスキルアップする。



「〇〇さんの具合はどうですか？」と聞いた時に・・・

「〇〇回レスキューを使っています」。「NRS3-4くらいです」。「疼痛は自
制内です」。「全身苦痛です」「とにかく痛がってます」「認知症なのでわかり
ません」「今日担当じゃないので」



「明け方や夕方に多かったレスキュー薬の使用は定時のお薬を増やしてから回
数は減少しました。あと、日中も起きている時間が増え、食事をとることもで
きるようになりました。NRSは最近は3-4くらいで、夜も以前よりは眠れてい
るようです。まだ痛みが来ることがあるようですが、眠くなって好きなラジオ
を聞けなくなることも多いので今はこれ以上の薬の増量を希望していません。

痛みの評価の改善ポイント！③

必ず、病棟チームで共有する仕組みをもつ！

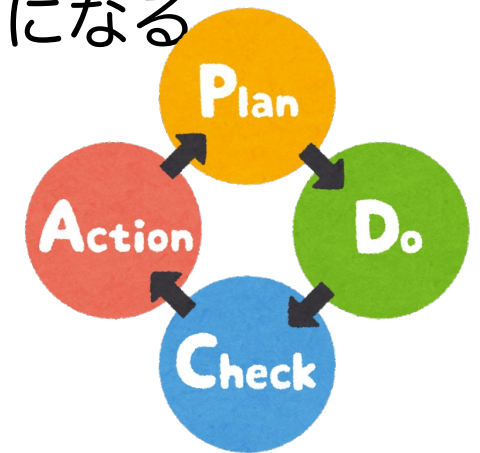
- なぜ有用なの？
- 複数スタッフで行うことで職種や個人によるバイアス、傾向を排除できる
 - 一人で判断に迷う場合に助かる
 - 数日をかけたの評価は、1人ではむり！
- 痛がってるの今日だけかな。
- 私だけじゃ改善してあげられないし・・・
- (そんなもんだよね、しょうがない)
- → 2人以上で共有し、チームでの課題に昇華できる。



うまくいく治療には、コツがある
～「誰が、いつ、どのように評価するか」を明確に～

- 緩和ケアチームは、PDCA サイクルを回せるアドバイスを。
- 推奨（これやってね）、だけでは現場は変わらない。
 - 推奨の結果が成功体験ばかりとは限らない。
 - 推奨だけでなく、「次の評価の時期・ポイント」と、その結果による「継続・変更」の「分岐点」の設定が必要になる

実行-評価（誰が、いつ、どのように）-改善-計画の繰り返し
返しが伝わるような推奨を。



「プランA、実行、評価、継続、プランBまで」提案する

推奨事項(11/19~)

アセトアミノフェン2400mg/日で開始し、3-4日したところで看護スタッフと本人で評

価。効果なければ、塩酸モルヒネ注のダイヤルを2→3ml/時へ増量をご検討ください(メインは看護師からの観察を行い、その評価をスタッフ間や医師にも共有してくださ

い。

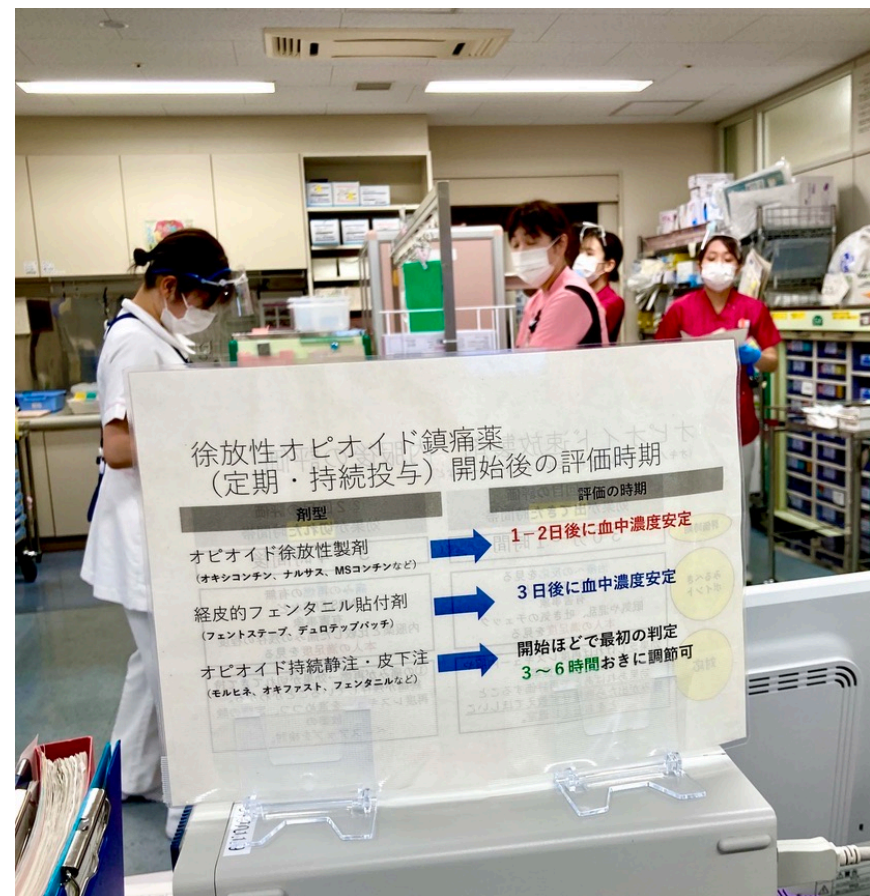
その上で、その時点で塩モヒ増量の指示を
先生もしくは緩和ケアチーム先生に頂いてください。その後は翌日には眠気や呼吸抑制の有無を評価してください)

電子カルテ上に「推奨事項」として症状緩和のプランA→その後のアセスメント→プランBまで

いつ、誰が、どう評価するかまで具体的に記載。

目標達成または、残った課題への対応。

この過程をチームで共有していただくよう推奨。



鶴岡市立荘内病院の皆様🌸🌺🌻：
Nsステーションに鎮痛薬開始後の評価を促すリマインドが！

見えてきたニーズとアプローチ例

ニーズ	支援アプローチ例（ごく一部）
1.症状緩和 「苦痛がとれない」 「わからない」	症状アセスメントの質向上、新たな薬剤・ケア方法の提案、予後予測、療養場所移行期ケアの支援、臨死期のケア、非薬物療法・ケアなど
2.チーム医療 「職種間での対話・協力が難しい」	多職種チームアプローチの円滑化、心理的安全性の向上、多職種カンファレンスの持ち方、コンフリクトマネジメントなど
3.コミュニケーション 「むずかしい質問への困難感」	感情に対応するスキル、ケアのゴールについて（ACP概念の整理）、共感や傾聴、治療が無益に近い状況、死にゆく過程での対話など
4.倫理的な側面の課題 「これで良いのか意見の相違がある」	包括的アセスメント、倫理課題への気づき（倫理的感受性）を促すための講義、4分割表を用いたカンファレンス実践、厚労省プロセスガイドライン等の理解、持続的鎮静を検討する際の要件など

#2. チーム医療における支援

多職種チームアプローチの円滑化

多職種チームアプローチ・学際的チームアプローチの違い

多職種連携教育（IPE）を意識して関わり、専門職相互のリスペクトを促す

Dxやタスクシフティングに関する提案

具体的なコミュニケーションのアドバイス

心理的安全性の向上

良いと思われる取り組み（セルフケア、デイリーハドル）の紹介

倫理カンファレンスの促進

ファシリテーターとして職種間の対立を仲介

院内勉強会が双方向性となるような工夫

テーマを決めた勉強会で医師の集まり悪いばあい、事例検討としてみる

なぜ多職種連携教育（IPE）が必要か



- ニーズに一致しない専門職の組み合わせ
- チームワーク不足
- リーダーシップ不足
- 医療における階層化（ヒエラルキー）がいまだに存在
- 狭い専門性重視による全体把握不足
- チームの継続性不足
- 専門職者の労働市場の不均衡

THE LANCET 376, P1923-1958, 2010

地域での研修会はネットワーキングとともに多職種連携を見直す機会になる。

- 多職種連携教育（IPE：Interprofessional education）は、他の職種の役割や専門性、また自身の職業の専門性や責任を理解するための教育のこと。
 - 英国のCAIPE（Centre for the Advancement of Interprofessional education）は、IPEを「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所で共に学び、お互いから学びあいながら、お互いのことを学ぶこと」と定義している。
- 専門職連携実践（IPW:Interprofessional work）
 - 「複数の領域の専門職者（住民や当事者も含む）がそれぞれの技術と知識を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す協働した活動。」

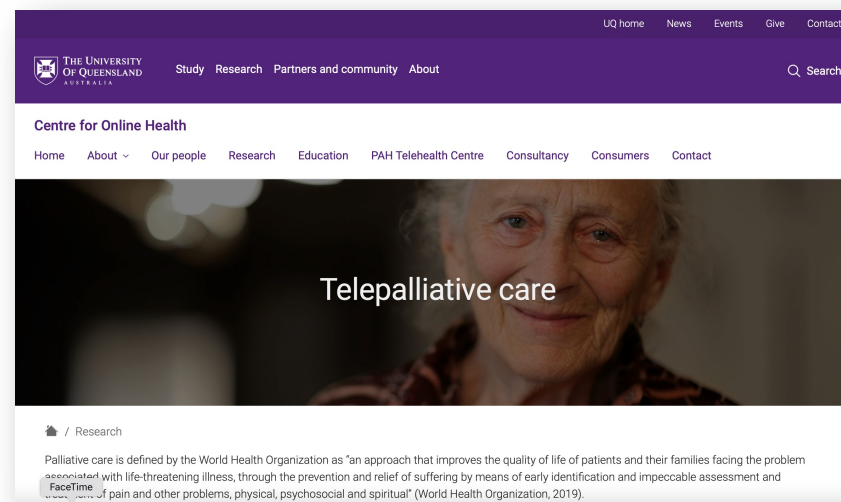
緩和ケア症例検討会（Palliative Care Board）への参加@公立置賜総合病院

- 月に1回（1時間）ですが、各科主治医、病棟看護師、院外からの参加もあり、大変活発な意見が交わされます！

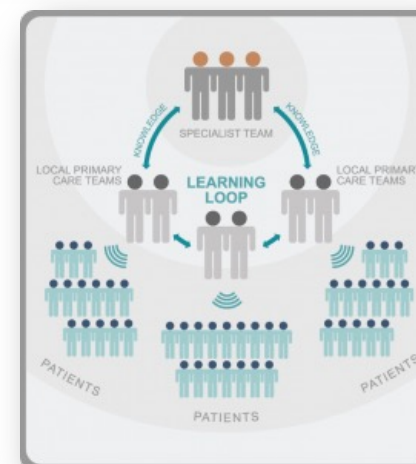


海外では、遠隔診療での緩和ケアコンサルテーションが進んでいる

オーストラリア

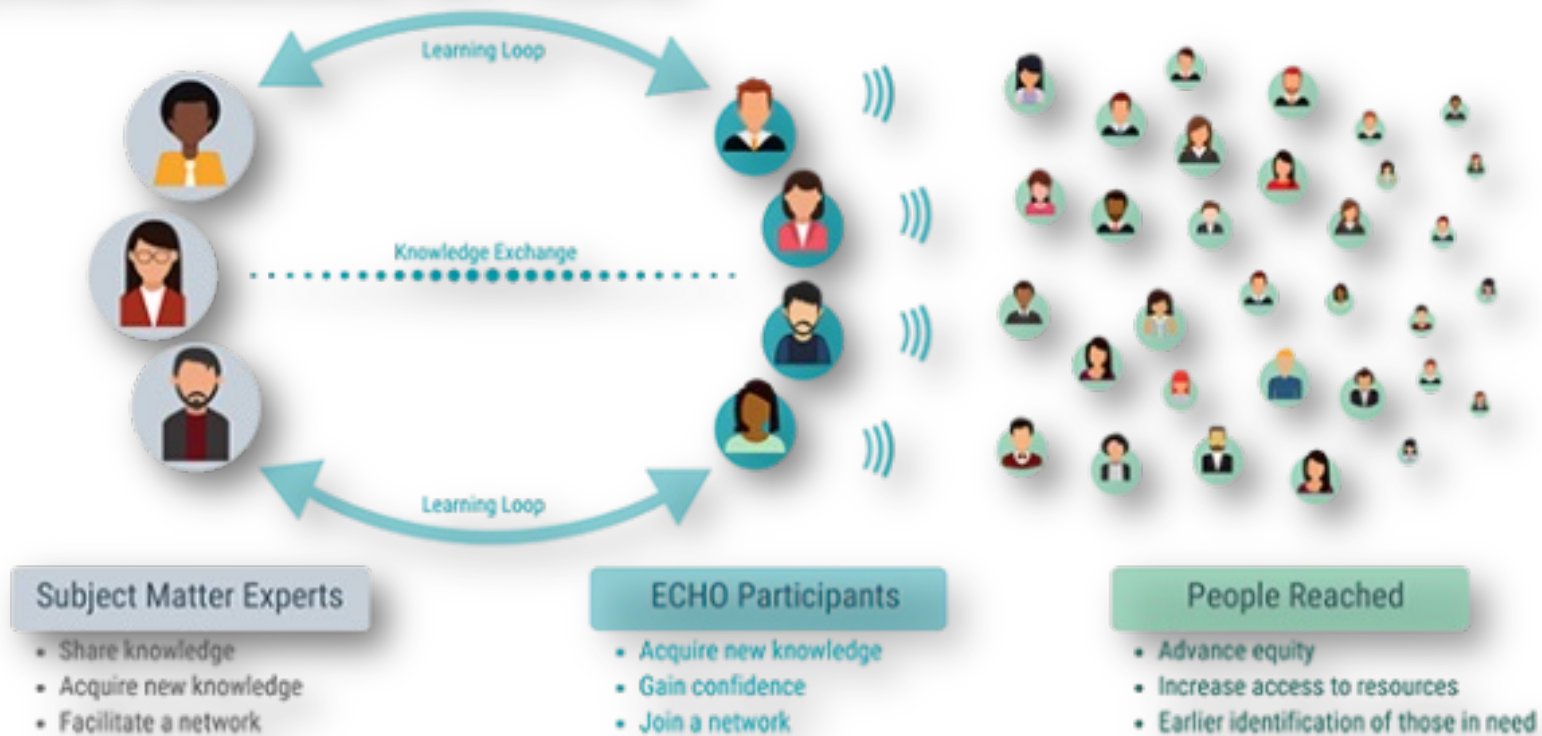


Featured projects	Duration
Palliative Care ECHO	2022-2026
State-wide Rural and Remote Supportive and Specialist Palliative Care Telehealth Service Evaluation Queensland Health	2020-2021
Telepalliative Care and Gold Coast Hospital Metro South Health	2018-2019
Telepalliative Care and Queensland Ambulance Service Metro South Health	2018-2019



Project ECHO:人は動かさず、知識を動かす

MOVING KNOWLEDGE, NOT PEOPLE



ECHO(Extension for Community Healthcare Outcomes)は
専門家だけが患者ケアを行うことを想定したような、これまでの
ウェブ勉強会とは全く異なります。

講義を聴くだけの一方向性の会ではなく、参加する医療者が自由に
質問・議論できる双方向性の学びの場を提供します。

参加した医療者が、患者さんのケアを改善し実践できるようになる
テレメンタリング(個別指導)です。ZOOMというアプリケーション
を使って、職場からだけではなく、ご家庭のPCやスマートフォンから
でも参加可能です。

主催:一般社団法人オンコロジー教育推進プロジェクト HPより

日本のがん医療でも・・・

The screenshot shows the website for Project ECHO ONE. At the top left is the logo for JTOP (Japan Team Oncology Program) and the text 'TeamOncology.Com'. To the right are links for 'Sign-in' and 'ご支援のお願い'. Below this is a navigation menu with items: 'チームオンコロジーとは', '掲示板', 'ワークショップ', 'MDAでの研修', 'コラム/エッセイ', and 'お役立ち情報'. A blue banner below the navigation contains the text 'Project ECHO ONE' and 'For Oncology Professionals in Asia.'. Below the banner is a row of five buttons: 'Overview 概要', 'How to participate 参加方法', 'Schedule 開催日程', 'Past Slides 過去のスライド', and 'Planning Committee Members 実行委員会'. Below this is a large red and black logo for 'Project ECHO' with 'Japan TeamOncology Program' written below it. To the right of the logo is a paragraph of Japanese text: 'Project ECHOは、テキサス大学MDアンダーソンがんセンターが、がん治療のより良い成果のため継続して取り組んでいる重要な教育プログラムで、このプロジェクトのミッションは、知識を得ることで医療の可能性を伸ばし、世界中で十分なサービスを受けていない人たちのために、最適な治療を提供することにあります。' Below this is another paragraph: 'J-TOPは「Project ECHO」の教育プログラムを広めるためのアジアの拠点 (Hub) として、MDアンダーソンがんセンターを通して、ニューメキシコ大学の「Project ECHO Institution」からオフィシャルに承認をいただきました。J-TOPは本事業を、「Project ECO ONE (Oncology Network Education)」と新たに命名し、独自の活動を展開して参ります。'

- 一般社団法人
オンコロジー
教育推進プロ
ジェクトが、
project
ECHO日本版
を定期開催し
ています

JTOP PROJECT ECHO ONE

ONCOLOGY NETWORK EDUCATION



テーマ：がんのリハビリテーション
開催日時：2024年3月4日(月) 日本時間22時～

57th ECHO ONE Clinic

メンター：An Ngo-Huang (MDアンダーソンがんセンター リハビリテーション部)
症例提示：成瀬 健次郎(鳥取大学医学部附属病院 リハビリテーション部)
コメンテーター：岡山 太郎(静岡県立静岡がんセンター リハビリテーション科)
ファシリテーター：陶山 久司 (鳥取大学医学部附属病院)
書記：陶山 久司 (鳥取大学医学部附属病院)
言語：英語 (Zoom画面上で複数言語に対応した翻訳字幕を表示可能です)

主催：一般社団法人オンコロジー教育推進プロジェクト

PROJECT ECHO ONE

ONCOLOGY NETWORK EDUCATION

ECHOってなに？

ECHO(Extension for Community Healthcare Outcomes)は専門家だけが患者ケアを行うことを想定したような、これまでのウェブ勉強会とは全く異なります。講義を聴くだけの一方性の会ではなく、参加する医療者が自由に質問・議論できる双方向性の学びの場を提供します。参加した医療者が、患者さんのケアを改善し実践できるようになるテレメンタリング（個別指導）です。ZOOMというアプリケーションを使って、職場からだけではなく、ご家庭のPCやスマートフォンからでも参加可能です。

是非、議論にご参加ください。

ECHO ONEへの参加方法

1. チームオンコロジー.ComのウェブサイトからJ-TOP会員への入会申し込みをお願いします
チームオンコロジー.Comへの入会申し込みサイト
(<https://www.teamoncology.com/member>)
2. 会員サイトに提示している申し込み用URLからご登録ください。
また、会員のみなさまには、事務局よりメールでご案内しますので、登録用URLから参加登録をお願いします
3. もしくは右記QRコードからご登録ください。



お問い合わせ先：secretariat@teamoncology.com

私も始めてみました。 オンラインの定期コンサルテーション

- 栃木県立がんセンターの試み
- 年4回程度の実地での回診同行を通じた支援
- 月1回のオンライン勉強会・症例検討会を通じた支援

より良い治療・緩和ケア
について考えよう

Dr.神谷のよろず相談室
～vol.1～



栃木県立がんセンター 緩和ケア科
非常勤医師 神谷浩平
一般社団法人MY wells地域ケア工房 代表（緩和医療専門医）



#3. コミュニケーションに関するニーズ・支援例

- 感情に対応するスキル
 - NURSEなど
- 悪い知らせを伝えるスキル
 - SPIKES, SHAREなど
- ACP概念の整理、治療とケアのゴールの話し合い
 - 重い病を持つ人との会話の手引き (Serious Illness Conversation Guide)
- 共感や傾聴のスキル
- 無益性に近づく状況でのコミュニケーション
 - REMAP、かんわトーク (Vital Talk) など
- 死にゆく過程、臨終前後のコミュニケーション

#4.倫理的側面のニーズ・支援例

- 課題例「この対応で良いのか、意見の相違がある」
- 支援例
 - 倫理課題への気づき（倫理的感受性）の支援
 - 4分割表を用いたカンファレンスを支援し、現場に実装
 - 人生の最終段階におけるプロセスガイドライン等の理解
 - 持続的鎮静の妥当性の検討など
 - 倫理コンサルテーション（準備中）体制の整備



国立病院機構
山形病院2023

仮想事例をもとに
緩和ケア委員会で
臨床倫理の4分割
表を用いた模擬カ
ンファレンス



緩和ケアチーム師長

医療安全対策師長

緩和ケアチーム医師

日: 0 病棟ナースステーション
 (新) なし
 (フォロー) 1病棟 1名, 4病棟 0名, 5病棟 2名, 6病棟 2名
 メンバー: 山川先生, 小山先生, 神野先生, 松野先生, 山本先生
 LG 関田先生(病棟), 関田先生(病棟), リハビリ

医学的適応

(金) 14:00-15:00
 ア委員会
 一: 全員参加
 二: 会議室 書記
 三: 医務報告 1病棟
 その場
 退コンサルとフォロ

余剰した
 ランド (第3金庫)
 当日変更あり

1名, 4病棟
 山先生, 神野先生
 病棟, 大友

- ALS (2022.12-) ・ 73才・ 莫維治・ 進行性の疾患 ・ ALSの進行による全身の筋力低下 ・ えん下不能・ 嚥下不能 (→ 経管栄養) ・ 呼吸抑制 (→ NIPPV)
- 筋力低下 ・ えん下不能・ 嚥下不能 (→ 経管栄養) ・ 呼吸抑制 (→ NIPPV)
- 入院前入院時 (2023.5) は四肢を動かすことが出来ず (→ 現在 (2023.9) は) 下肢を動かすことは不可可能; 上肢は多少動く (左>右)
- 全身の痛み ← 緩和ケア介入 (筋内薬リリス注射・ 痛み止め内服) → 痛みは軽減している
- 閉鎖病室の低下, 不眠 ← 精神科受診し, 薬コントロール中
- 閉鎖病室で1ヶ月経過後全身痛に近くインスリン依存性糖尿病
- 入院時より, 胃ろう造設の希望があるが, 月経をくり返し入院して2ヶ月中心栄養剤栄養が進行中

患者の意向

家に帰りたい ・ 家族に会いたい (特に子孫)
 (在宅療養に不安あり)
 新しいことへの挑戦は苦手 (伝言板, 文房具, 人工関節)
 ・ 入院時, 胃ろう造設の希望あり ・ 自然死を望む
 ・ 死前には夫と2人で1ヶ月でリハビリを趣味にしたい
 ・ 痛みを1年, 息痛, 採血, 胃管の交換など苦痛的 (閉鎖病室で血痛を訴えることが多いため) ← 現在は看護士が説明し同意を得ている
 ・ 抑制されるのは嫌
 ・ くり返す月経と有精卵細胞に対する不安, 産後の低下
 ・ 家族の話をすると涙が止まらない (元々涙が止まらなかつた)
 ・ 失語症傾向

QOL

- 死前には家事・身の回りのことは行っていた (インシ)の管理も自分で行っていた
- 趣味のバイオリン演奏は手足の不自由により困難になった
- 進行性の疾患で, 病気の受け入れや自分の生活の変化を受け入れられない
- ALSによる全身の痛みを完全にとらえることは不可可能
- 気切にエリ以前のほうがコミュニケーションが困難になった. 入院時 筆談でのやり取りが可可能であったが ADLの低下, 自覚性の低下から以前より筆談も難しくなっている. (筆談も困難)
- アイライ, 不満, 不安
- 全身の浮腫 (足がこわい) 上肢の動きに制限
- 長期入院, 面会制限による社会生活との遮断
- モニター類と医療機器使用によるストレス
- 胃管の自己抜きが続き, ミトンを使用していた

周囲の状況

入院前は夫と2人暮らし ・ 本人と夫, 在宅で過ごすことを希望されていた
 ・ 身体障害者手帳申請中, 介護員4名未
 ・ 現在の夫とは再婚 (前夫の子2人)
 子は4人で 山形市在住, 夫の子の1人はNs.
 タブレット面会では夫 息子 娘が来る
 夫は2回/週, 洗濯物, 不足物品を持ち帰る } 家族関係良好
 録音して音声のメッセージを保持
 イベント日(母の日)などプレゼントがある
 ・ 死前にはクリーニング店員として勤務
 ・ 入院時から個室利用 (2000円部屋)
 ・ (リハビリ) 3回/日
 ・ 日中はTVみている

現在は現場で
 (自主的に)
 倫理カンファ
 レンスを実践
 し経験をシェア
 してくれま
 す 🙏

何が新しい時代なのか？

演者の私見に基づき作成

- 緩和ケアの担い手が新しくなる
 - 重篤な病（serious illness）に対応する全ての医療介護従事者が緩和ケアの担い手である
- 基本的緩和ケアの概念が周知され、実装に向けて動きはじめる
 - それぞれの医療従事者が専門家に学びつつ自ら行う緩和ケア
 - 多職種の学際的チームアプローチ（学び合い、助け合い）を含む
 - ここまでが基本的緩和ケア、の基準は求めない代わりに、病院や組織での緩和ケアの質を評価しベンチマークする仕組みが必要になる。
- 専門家の役割が新しくなる
 - 複雑な苦痛・問題に対処し、基本的緩和ケアを支援する必要がある。
 - 専門家にはIPE（多職種連携教育）の促進や倫理コンサルテーション・アドバイスをするスキルがもとめられる。

地域緩和ケア連携調整員 これからの課題

- 多くの病院はそれぞれ置かれている環境が異なるが、全体を専門化するのではなく、お互いを知り気軽に相談やコンサルテーションを受けられる体制づくりが必要と思われる。
 - ネットワーキング・相談拠点のハブ化など。
- 現場では、基本的緩和ケアの担い手である一般診療従事者のスキルアップや緩和ケア提供体制構築のニーズがある
 - 症状緩和（連携支援を含む）、チーム医療、コミュニケーション、倫理的支援の力
テゴリーを意識しつつ教育や環境調整を試みてゆく
- コンサルテーションにおいては、一人一人の従事者に対するエンパワメントとともに、組織全体の変化を促すきっかけが重要。
 - それが患者さんや家族のQOLにどう反映するかの検証も必要と思われる。



いつか緩和ケアという言葉
をこえて、

自然な会話や関わりの中で
医療が人生を支えるものとな
り、
誰もが人として尊重される
時間が流れますように。

ご静聴ありがとうございました。

「痛みをとる」だけでなく、
より良い人と人との絆のために。



ご質問、研修会、オンラインセミナー（過去のオン
デマンド視聴ふくめ）、勉強会の依頼等あれば、
下記までどうぞ！

e-mail

yamagata.kanwa@gmail.com

MY wells地域ケア工房
緩和医療専門医 神谷浩平