



令和5年度 朝霞地区看取り研修会

看取りの質をかんがえる

TMGあさか医療センター 緩和ケアセンター長
朝霞地区医師会 在宅緩和ケア推進会議 議長

金井 良晃



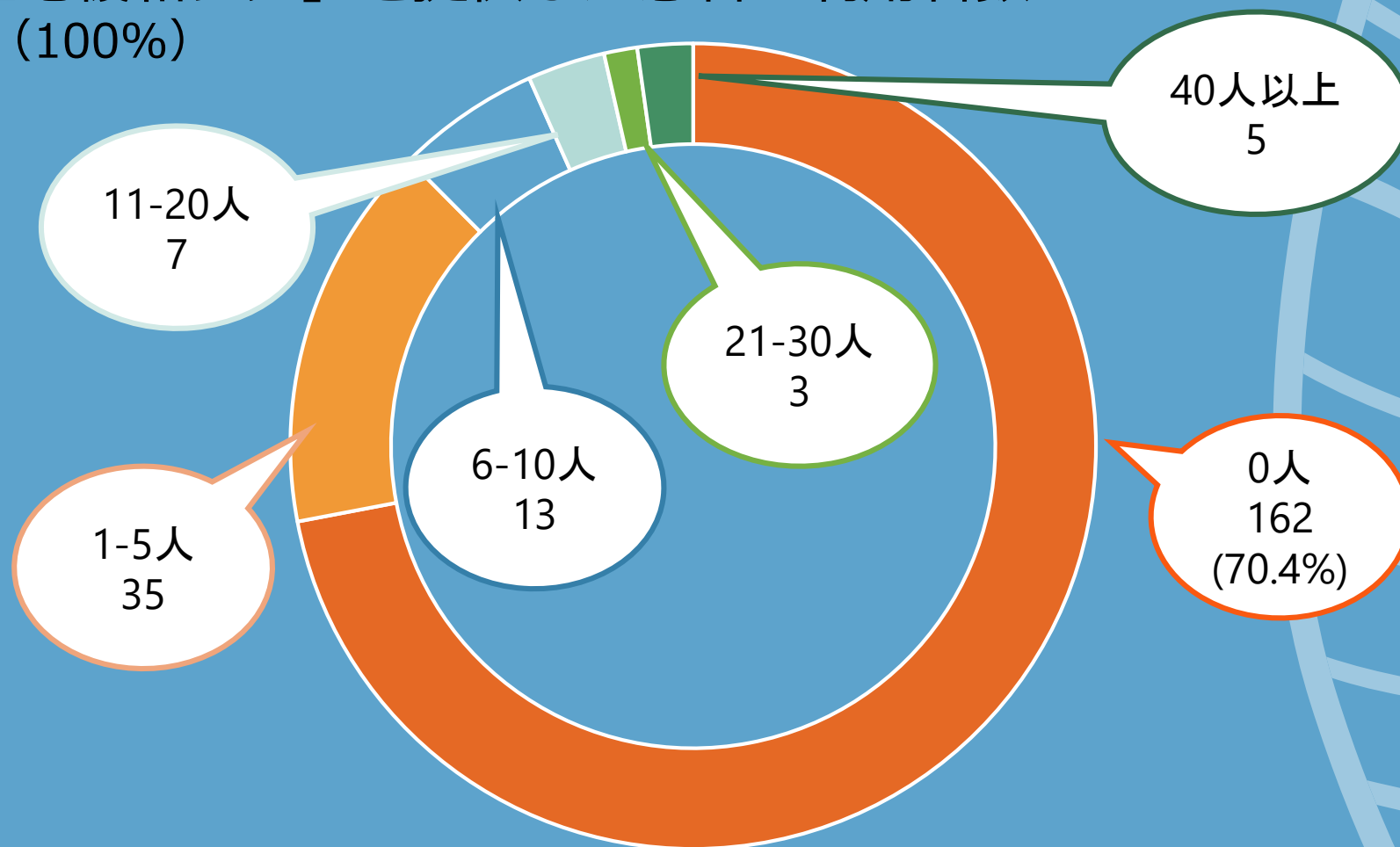


東京都緩和ケア連携手帳～わたしのカルテ～より

はじめに がんの在宅ケアや看取りを難しいと感じる理由

令和4年度 朝霞地区医療・介護者に対する「在宅緩和ケアに関するアンケート調査」より

1年に「在宅緩和ケア」を提供した患者・利用者数
回答数230（100%）



はじめに がんの在宅ケアや看取りを難しいと感じる理由

令和4年度 朝霞地区医療・介護者に対する「在宅緩和ケアに関するアンケート調査」より

「在宅緩和ケア」に感じた困難の内訳

回答者230人中全員が「感じたことがある」と回答

IV.緩和ケアについて困難と感ずること	件数
【本人】	206
本人には在宅療養の希望があるが家族への気兼ねがある	76
予後告知についての問い	60
必要になれば入院(緩和ケア病棟専門的医療機関等)したいという希望がある	70
【家族】	190
家族の介護負担	111
独り暮らしのため(家族の介護力が得られない)	79
【支援者】	612
患者・家族への説明が困難	52
緩和ケアに関する最新の知識・技術が不十分	89
苦痛症状病状への対応が困難	67
社会資源についてよくわからない	24
社会資源についての知識が不足	43

患者の急変時に対応できるかどうか不安	89
患者・家族の病状への不安	58
家族への対応に困る	38
在宅緩和ケアの経験が少ない	81
意思決定支援が難しい	71
【地域課題】	275
24時間対応の体制不足	102
人材の不足	101
社会資源の不足	0
ケース終了後の家族フォローが不足	45
ケース終了後の支援者へのフォローが不足	27
【連携】	112
地域の医療者との連携がとりにくい	64
在宅医師・病院医師との情報共有が困難	48

Take-home Messages:

- ✓ 多死社会は2040年までつづき、在宅で看取らなければならない終末期患者はこれからも増えます。
- ✓ 看取りの現場やその過程は、それ自体肯定しがたいところからのスタートです。
- ✓ 終末期ケアのゴールは、「こんなはずじゃなかった」を「これで良かった」に変えることです。
- ✓ 納得していない・悲しんでいる患者さんやご家族を前にしても恐れずに、そのつらい気持ちを聴くことがスピリチュアルケアです。
- ✓ その疾患の大まかな経過を知っておくことで、受容援助や意思決定支援をおこないやすくなります。



今日のおはなし

看取りの現場を取り巻く問題点と解決策

喪失とスピリチュアルケア

疾患の経過を知っておくことのたいせつさ



2010年 全国・ 全死亡に対する 在宅看取りの割合 (全死因・がん死)

付表 都道府県別の各指標情報

都道府県	自宅死亡割合 (2010)		人口密度	人口集中 地区 人口比率	老年人口 割合	65歳以上 死亡率	脳血管疾 患による 死亡者数	肺炎に よる 死亡者数	核家族 世帯数	1人 あたり 県民所得	第1次 産業就 業比率	病院数	病院 病床数	介護療養 型医療 施設数	療養病床	介護老人 福祉 施設数	看護師数	常勤換算 医療 従事者数	訪問介護 従事者数	訪問看護 利用者数	1人あた りの国民 医療費	在宅療養支 援診療所の 看取り数
	全死因	がん死亡					人口 10万人対	人口 10万人対	1万 世帯対	千円												
北海道	8.7	3.1	70.2	74.0	24.7	33.5	96.8	100.8	5,800.2	2,389	7.7	10.6	974.4	7.6	1,761.5	21.1	922.8	606.0	1,179.7	886.4	326	457
青森	11.0	5.6	142.4	46.0	25.7	37.4	141.5	127.6	5,139.4	2,369	13.0	7.6	799.5	7.9	814.0	24.4	828.8	127.5	1,278.0	1,264.1	283	1,316
岩手	11.6	6.1	87.1	29.6	27.1	37.1	180.3	127.4	4,722.8	2,267	12.2	7.1	826.5	6.4	738.1	26.2	897.1	84.2	995.2	863.6	274	831
宮城	14.7	10.7	322.3	59.9	22.2	34.4	127.8	99.9	5,749.1	2,473	5.1	6.2	706.5	2.5	632.9	20.8	684.0	176.0	1,181.8	1,028.5	257	2,517
秋田	10.0	3.6	93.3	34.2	29.5	37.9	160.9	145.2	5,221.9	2,297	10.1	7.1	880.6	1.3	740.3	29.7	862.0	64.1	949.1	681.2	310	861
山形	11.9	5.7	125.4	42.4	27.5	38.3	165.2	138.6	5,067.8	2,327	10.0	5.9	795.2	3.5	607.4	24.5	842.6	109.3	896.8	947.8	279	1,903
福島	13.3	7.6	147.2	40.0	24.9	36.6	140.3	125.1	4,921.5	2,743	7.9	6.9	794.9	5.6	860.0	23.4	704.7	168.9	1,245.7	1,078.9	277	1,710
茨城	11.4	6.6	487.2	37.3	22.4	35.8	119.1	112.4	5,827.6	2,943	6.2	6.2	640.7	5.5	875.2	24.9	575.5	185.9	710.3	814.3	245	1,090
栃木	12.7	8.0	313.3	44.2	21.8	36.1	122.8	111.6	6,005.8	2,917	5.8	5.5	613.7	2.3	930.5	23.7	655.7	92.8	815.3	619.2	248	1,258
群馬	10.8	7.7	315.6	39.9	23.4	35.6	112.6	120.8	5,904.1	2,693	5.5	6.6	731.3	5.4	1,055.8	25.7	714.7	129.2	994.9	825.2	258	2,423
埼玉	11.5	6.4	1,894.2	79.6	20.4	29.7	81.4	83.6	6,696.9	2,933	1.8	4.8	484.6	2.4	889.6	17.2	487.2	345.2	1,018.3	806.4	231	984
千葉	14.1	8.8	1,205.5	72.9	21.2	30.5	81.4	84.7	6,356.1	2,976	3.1	4.5	544.0	2.9	760.6	15.6	523.3	332.9	1,290.7	727.1	228	2,291
東京	16.1	11.1	6,015.7	98.2	20.1	30.3	80.0	76.8	5,931.2	4,155	0.4	4.9	625.4	3.1	786.3	14.0	653.7	735.8	1,671.9	1,427.7	254	2,186
神奈川	14.3	9.8	3,745.4	94.2	20.1	29.3	76.5	72.4	6,417	3,198	0.9	3.8	514.6	2.2	718.7	14.6	569.1	480.3	1,591.9	1,148.9	236	4,715
新潟	12.5	5.2	188.7	48.1	26.2	35.4	144.8	107.8	5,236.9	2,618	6.3	5.5	735.2	5.8	820.1	24.8	785.4	210.7	860.4	891.9	265	1,623
富山	11.1	6.4	257.4	37.1	26.1	35.1	127.1	122.5	5,363.9	2,949	3.5	10.1	818.0	14.4	1,846.0	22.2	941.0	73.9	707.5	708.6	275	657
石川	9.5	4.4	279.5	50.1	23.5	35.4	106.2	114.4	5,714.3	2,818	3.3	8.6	911.4	12.0	1,700.3	23.7	1,006.8	132.6	777.7	804.6	291	1,103
福井	10.3	6.1	192.4	41.8	24.9	36.2	101.0	130.8	5,252.9	2,724	4.0	9.3	820.2	14.5	1,211.5	27.0	876.5	57.0	873.0	1,394.0	280	962
山梨	12.5	7.7	193.3	32.6	24.5	35.3	116.4	107.8	5,960.9	2,729	7.4	7.0	746.0	3.8	1,074.1	24.7	753.8	86.7	902.6	1,004.4	265	2,665
長野	13.6	9.3	158.7	34.8	26.4	34.6	144.2	100.5	5,554.1	2,717	9.8	6.1	711.3	8.3	647.3	23.0	840.0	151.9	1,022.5	1,552.9	257	2,170
岐阜	13.5	9.5	195.9	38.9	24.0	33.9	100.0	98.9	5,890.8	2,658	3.2	5.0	626.1	5.5	691.7	20.3	656.6	107.9	885.3	1,070.9	262	1,988
静岡	13.8	9.2	483.9	59.6	23.7	33.1	111.2	84.2	5,830.1	3,215	4.2	5.0	583.8	4.5	1,252.8	19.2	687.2	223.1	814.0	836.4	244	1,689
愛知	12.1	6.2	1,434.8	76.8	20.1	31.1	78.8	75.0	6,238.1	3,234	2.3	4.4	545.9	4.8	922.7	13.3	630.1	318.2	1,265.1	905.1	247	1,402
三重	13.3	8.7	321	42.2	24.1	34.4	108.3	102.8	5,878.9	2,829	3.9	5.5	621.9	6.1	957.5	22.7	703.6	69.5	1,084.4	879.5	257	1,787
滋賀	15.2	7.8	351.2	46.7	20.5	33.3	78.4	70.0	5,921.3	2,984	2.0	4.3	667.4	4.0	1,020.0	21.1	800.5	78.7	1,138.2	1,335.0	241	2,586
京都	14.6	9.5	571.4																			
大阪	15.4	8.5	4,669.7																			
兵庫	15.4	11.6	665.6																			
奈良	16.4	12.9	379.5																			
和歌山	13.8	11.2	212																			
鳥取	12.3	7.1	167.8																			
島根	11.4	6.6	107																			
岡山	11.0	6.2	273.5																			
広島	11.9	6.7	337.4																			
山口	10.6	6.0	237.4																			
徳島	9.9	6.2	189.4																			
香川	12.3	7.3	530.7																			
愛媛	13.2	9.7	252.1																			
高知	10.8	7.4	107.6																			
福岡	8.7	5.1	1,019																			
佐賀	8.0	5.2	348.3																			
長崎	9.0	6.9	347.5																			
熊本	8.6	4.8	245.4																			
大分	8.8	5.6	188.7																			
宮崎	8.9	6.3	146.7																			
鹿児島	9.1	7.0	185.7																			
沖縄	11.9	7.2	611.9																			
全国	12.0	7.4	343.4	67.3	22.8	33.3	98.2	98.9	5,982.4	2,916	4.2	6.8	705.6	6.8	1,147.4	20.3	744.0	9,061.7	1,322.7	1,024.6	273	1,755

- ・がんは終末期に入院しやすい
不安を煽る症状／対処困難な苦痛／臨時往診や薬剤変更の必要性／
最近まで受けてきた医療との連続性の問題／医療者介護者の理解不足
など
- ・本論文では「自宅での死亡」のみを対象としており、また
少し前のデータである

第1－10表 死因順位(全国・埼玉県・年次別)															
		第1位		第2位		第3位		第4位		第5位		第6位		第7位	
		死因	率	死因	率	死因	率	死因	率	死因	率	死因	率	死因	率
	全国	悪性新生物 <腫瘍>	300.7	心疾患	167.6	老衰	88.2	脳血管疾患	87.1	肺炎	76.2	不慮の事故	33.2	誤嚥性肺炎	31.0
30	埼玉	〃	271.4	〃	150.6	肺炎	76.4	〃	68.4	老衰	60.2	〃	23.1	〃	21.4
令和	全国	悪性新生物 <腫瘍>	304.2	心疾患	167.9	老衰	98.5	脳血管疾患	86.1	肺炎	77.2	誤嚥性肺炎	32.6	不慮の事故	31.7
元	埼玉	〃	275.9	〃	155.0	肺炎	79.1	〃	69.2	老衰	68.1	不慮の事故	22.3	誤嚥性肺炎	21.9
	全国	悪性新生物 <腫瘍>	306.6	心疾患	166.6	老衰	107.3	脳血管疾患	83.5	肺炎	63.6	誤嚥性肺炎	34.6	不慮の事故	30.9
2	埼玉	〃	285.8	〃	151.7	〃	81.6	〃	68.8	〃	64.4	〃	25.0	〃	21.3
	全国	悪性新生物 <腫瘍>	310.7	心疾患	174.9	老衰	123.8	脳血管疾患	85.2	肺炎	59.6	誤嚥性肺炎	40.3	不慮の事故	31.2
3	埼玉	〃	287.7	〃	160.9	〃	96.4	〃	72.5	〃	66.8	〃	29.6	〃	21.8

がん死と死亡場所の傾向における特徴

- ① 全死因の3割程度を占め、死因の第1位として、総死亡とともに2040年までは増加が見込まれる
- ② 厚労省の統計では、死亡場所は「医療機関・介護施設・自宅・その他」と分類され、在宅死を明確に定義することが難しい

第1-12表 死亡数(死因(選択死因)・性・保健所・市区町村別)

令和3年

4市がん死 1,126
(28.6%)

		総数	Se01 結核	Se02 悪性 新生物	Se03 食道	Se04 胃	Se05 結腸	Se06 行直腸 部及S状 結腸移	Se07 肝及び 肝内胆管	Se08 他の胆 のう道 及びその	Se09 膵	Se10 及び気 管、気 管支	Se11 乳房	Se12 子宮	Se13 白血病	Se14 糖尿病	Se15 高血 圧性 疾患	Se16 性を除く
埼玉県	総数	75 164	88	20 576	635	2 289	1 947	930	1 166	920	2 007	4 061	926	376	486	730	407	11
	男	41 168	51	12 378	507	1 562	1 052	612	784	521	1 036	2 959	6		306	411	195	6
	女	33 996	37	8 198	128	727	895	318	382	399	971	1 102	920	376	180	319	212	5

朝霞保健所	総数	6 608	4	1 842	63	197	167	82	103	100	178	333	95	28	47	81	69	
	男	3 727	2	1 101	45	137	99	49	65	63	90	235	1		30	46	47	
	女	2 881	2	741	18	60	68	33	38	37	88	98	94	28	17	35	22	
227 朝霞市	総数	<u>1 111</u>	1	<u>321</u>	18	42	28	18	12	22	29	46	15	2	13	8	12	
	男	614	—	190	14	31	14	10	7	15	11	32	—		9	2	8	
	女	497	1	131	4	11	14	8	5	7	18	14	15	2	4	6	4	
228 志木市	総数	<u>681</u>	1	<u>207</u>	5	20	17	9	15	12	20	45	12	4	4	10	5	
	男	379	—	115	4	11	5	4	14	6	11	30	—		3	5	3	
	女	302	1	92	1	9	12	5	1	6	9	15	12	4	1	5	2	
229 和光市	総数	<u>543</u>	—	<u>153</u>	6	14	19	6	6	8	16	26	8	4	1	6	4	
	男	304	—	88	4	10	12	4	5	5	4	18	—		—	5	2	
	女	239	—	65	2	4	7	2	1	3	12	8	8	4	1	1	2	
230 新座市	総数	<u>1 601</u>	—	<u>445</u>	11	46	31	21	21	27	39	90	21	5	14	19	8	

		第1-13表 死亡数(死亡の場所・性・死因(選択死因)別)																				令和3年
		総数			病院			診療所			介護老人保健施設			老人ホーム			自宅			その他		
		総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
埼玉県	死亡総数	75 164	41 168	33 996	50 164	28 630	21 534	974	504	470	1 744	710	1 034	7 485	2 591	4 894	13 740	8 117	5 623	1 057	616	441
	Se01 結核	88	51	37	81	47	34	-	-	-	2	1	1	3	2	1	2	1	1	-	-	-
	Se02 悪性新生物	20 576	12 378	8 198	13 964	8 683	5 281	206	126	80	156	84	72	1 184	586	598	4 821	2 783	2 038	245	116	129

4市総死亡 3,936
4市がん死 1,126
(28.6%)

4市総在宅死(自宅のみ)
691 (17.6%)

4市総在宅死
1,163
(29.5%)

		第1-14表 死亡数(死亡の場所・性・保健所・市区町村・二次保健医療圏別)																				令和3年
及び 地名		総数			病院			診療所			介護老人保健施設			老人ホーム			自宅			その他		
		総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
埼玉県		75 164	41 168	33 996	50 164	28 630	21 534	974	504	470	1 744	710	1 034	7 485	2 591	4 894	13 740	8 117	5 623	1 057	616	441
朝霞保健所		6 608	3 727	2 881	4 728	2 763	1 965	51	23	28	138	47	91	491	142	349	1 099	685	414	101	67	34
朝霞市		1 111	614	497	770	449	321	3	2	1	47	19	28	88	23	65	188	112	76	15	9	6
志木市		681	379	302	484	290	194	2	1	1	12	2	10	66	19	47	111	62	49	6	5	1
和光市		543	304	239	339	201	138	5	2	3	8	-	8	49	14	35	126	74	52	16	13	3
新座市		1 601	901	700	1 164	677	487	6	5	1	22	9	13	114	29	85	266	162	104	29	19	10
富士見市		1 074	608	466	798	469	329	12	4	8	17	3	14	77	20	57	159	105	54	11	7	4
ふじみ野市		1 162	651	511	851	473	378	15	4	11	24	10	14	74	26	48	178	127	51	20	11	9
三芳町		436	270	166	322	204	118	8	5	3	8	4	4	23	11	12	71	43	28	4	3	1

我々がケアの対象とすべき地域の在宅がん患者数について（試算）

- ✓ がん死は全死因の3割程度を占め、死因の第1位として、総死亡とともに2040年までは増加が見込まれる
- ✓ がんはその経過や症状から、終末期に入院につながりやすい傾向がある
- ✓ 朝霞地区4市の2021年統計では、総在宅死（病院以外）は1,163人（総死亡の29.5%）である
- ✓ 朝霞地区4市の2021年統計では、がん死亡が1,126人（総死亡の28.6%）である
- ✓ 在宅で看取るべきがん患者数を「死亡全体と同程度の在宅看取り割合」とした場合、322人程度である
- ✓ 在宅で看取るべきがん患者数を「がん死者全体の20%程度」とした場合、225人程度である

「在宅緩和ケア～看取り」に皆さんが感じている不安・困難

✓ 療養場所が変わることへの対応・意思決定支援

- ・ 療養場所についてニーズが乖離している場合に、どう調整するか
- ・ 楽観的すぎる予後認識に気づいたとき、どうすべきか
- ・ 介護力が足りない場合、入院しかないか

✓ ケア側の知識・経験不足／特に急な状態・苦痛の悪化への対処

✓ 時間外や多施設連携の体制

- ・ 人手が足りず、24時間対応が困難
- ・ 死別後の遺族ケアが行き届かない
- ・ 事業所間，職種間（特に医師と）の情報共有がうまくいかない

朝霞地区在宅緩和ケア 推進会議

当地域に「標準的で質の担保された在宅緩和ケア」を提供する医療機関や事業所が増えることを目標とし、活動します。

同ワーキンググループが企画推進して、共用可能なマニュアルを用意し、症例検討を中心とした研究会を定期開催します。

参加できる医療機関や事業所を、今後発行する市民向け冊子「朝霞地区在宅緩和ケアブック（仮）」に紹介させていただきます。

朝霞地区在宅緩和ケアワーキンググループ メンバーリスト

	氏 名	職 種	所 属
1	金井 良晃 (主任企画者・議長)	医師	TMGあさか医療センター
2	米田 武史	医師	朝霞中央クリニック
3	木下 朋雄 (スーパーバイザー)	医師	和光ホームケアクリニック
4	大谷地 宏和	薬剤師	(株)コスモファーマシー
5	星野 純貴	薬剤師	(株)アカネサポート薬局
6	上島 都	看護師	新座志木中央総合病院
7	安藤 恵	MSW	塩味病院
8	岸 恵子	看護師	TMGあさか訪問看護ステーション
9	鈴木 千恵子	看護師	さくら訪問看護ステーション
10	野田 里美	看護師	あさか訪問看護ステーション
11	北村 啓太	作業療法士	TMGあさか医療センター
12	稲垣 一久	主任介護支援専門員	西部高齢者相談センター
13	本多 真人	介護支援専門員	居宅介護支援事業所山吹
14	山口 はるみ	管理栄養士・主任 介護支援専門員	NPO法人ぽけっとステーション
15	高田 幸代 (事務局)	コーディネーター	朝霞地区医師会地域包括ケア支援室

朝霞地区在宅緩和ケアワーキンググループで 抽出された「良い看取り」の要件

- ✓ 関与する医療・介護職種が、共通のSNSツールを使用すること
- ✓ 療養場所が変わる際の情報共有が十分であること
- ✓ がんと症状緩和・看取りに関する知識が、職種に合ったかたちで増えること
 - ①在宅医・訪問看護ステーション・調剤薬局
 - ②管理栄養士・リハビリテーション技師
 - ③ MSW・病院の退院支援部門・介護支援事業所
- ✓ 他の職種について知っておくべき理解やスキルが明確であること
- ✓ 実際に経験された問題点が共有され、議論の場があること
- ✓ 頼りになる後方ベッドが、量と質ともに確保されること

日本全国の遺族調査で抽出された「良い看取り」の要件：Good Death Inventory

GDIコア10項目

- ✓ 身体の苦痛が少なく過ごせている
- ✓ 望んだ場所で過ごせている
- ✓ 楽しみになるようなことがある
- ✓ 医師を信頼できている
- ✓ 人に迷惑をかけずに過ごせている
- ✓ 家族や友人と十分に過ごせている
- ✓ 身の回りのことを自分でできている
- ✓ 落ち着いた環境で過ごせている
- ✓ 人として大切にされている
- ✓ 人生を全うしたと感じられている



今日のおはなし

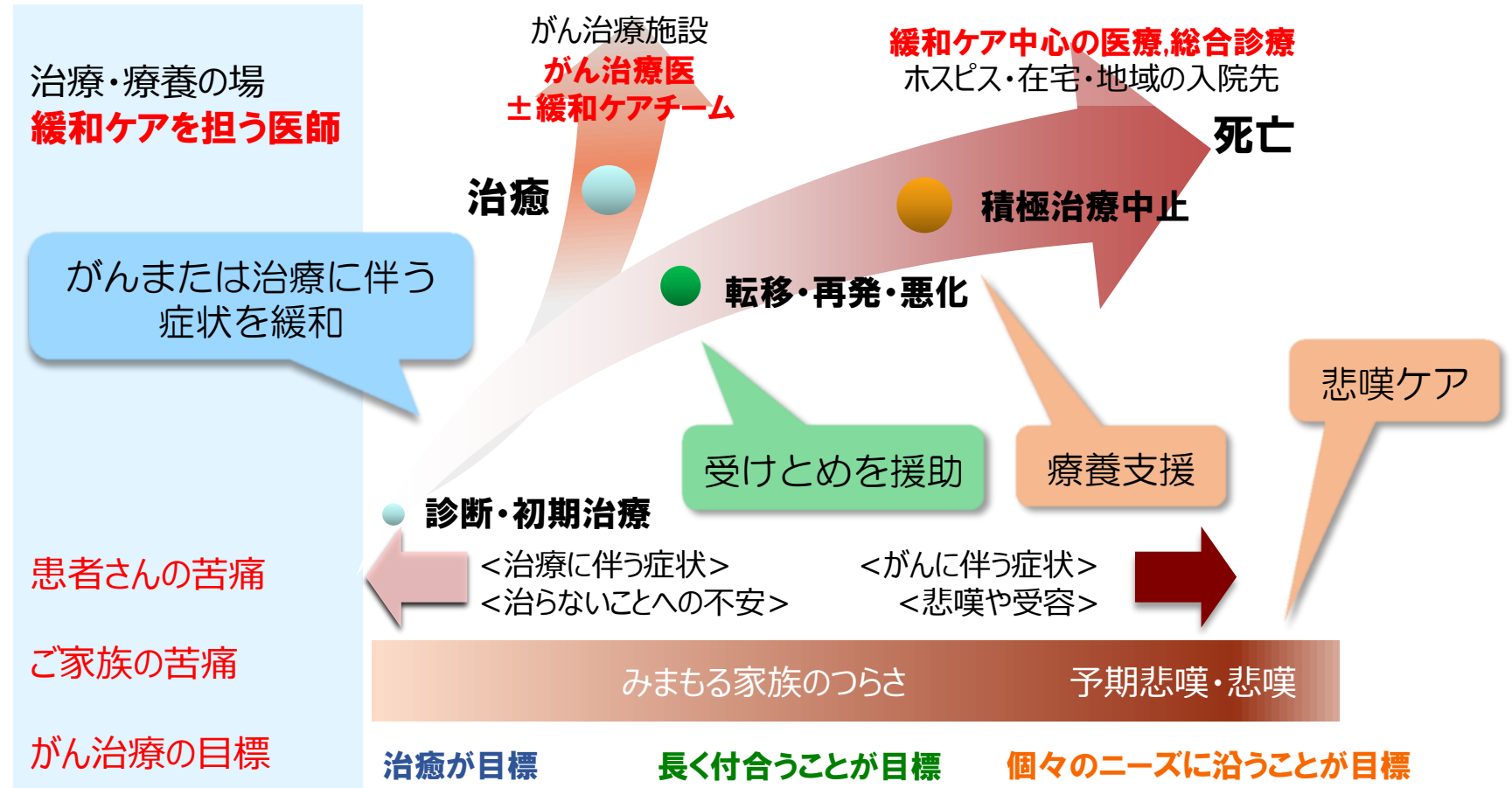
看取りの現場を取り巻く問題点と解決策

喪失とスピリチュアルケア

疾患の経過を知っておくことのたいせつさ



がんの経過と緩和ケアとの関係



がんの経過に伴って治療のゴールも、患者家族それぞれが経験する苦痛も変わる

緩和ケアの担う役割：・**症状緩和**

・**進行期からは方針やゴールについての適切な情報提供**

・**終末期：「こんなはずじゃなかった」を減らし、「これで良かった」を増やす作業**

すべての職種が取り組むべき「全人的ケア」



C ソンダース (1918-2005)
1967年、ロンドン郊外に
世界初の近代型ホスピス
“St. Christfer's Hospice”を設立
全人的苦痛の提唱者でもある

身体的苦痛
痛み, 息の苦しさ,
吐き気, だるさ など

精神的苦痛
不安, うつ, 不眠,
いらいら, せん妄 など

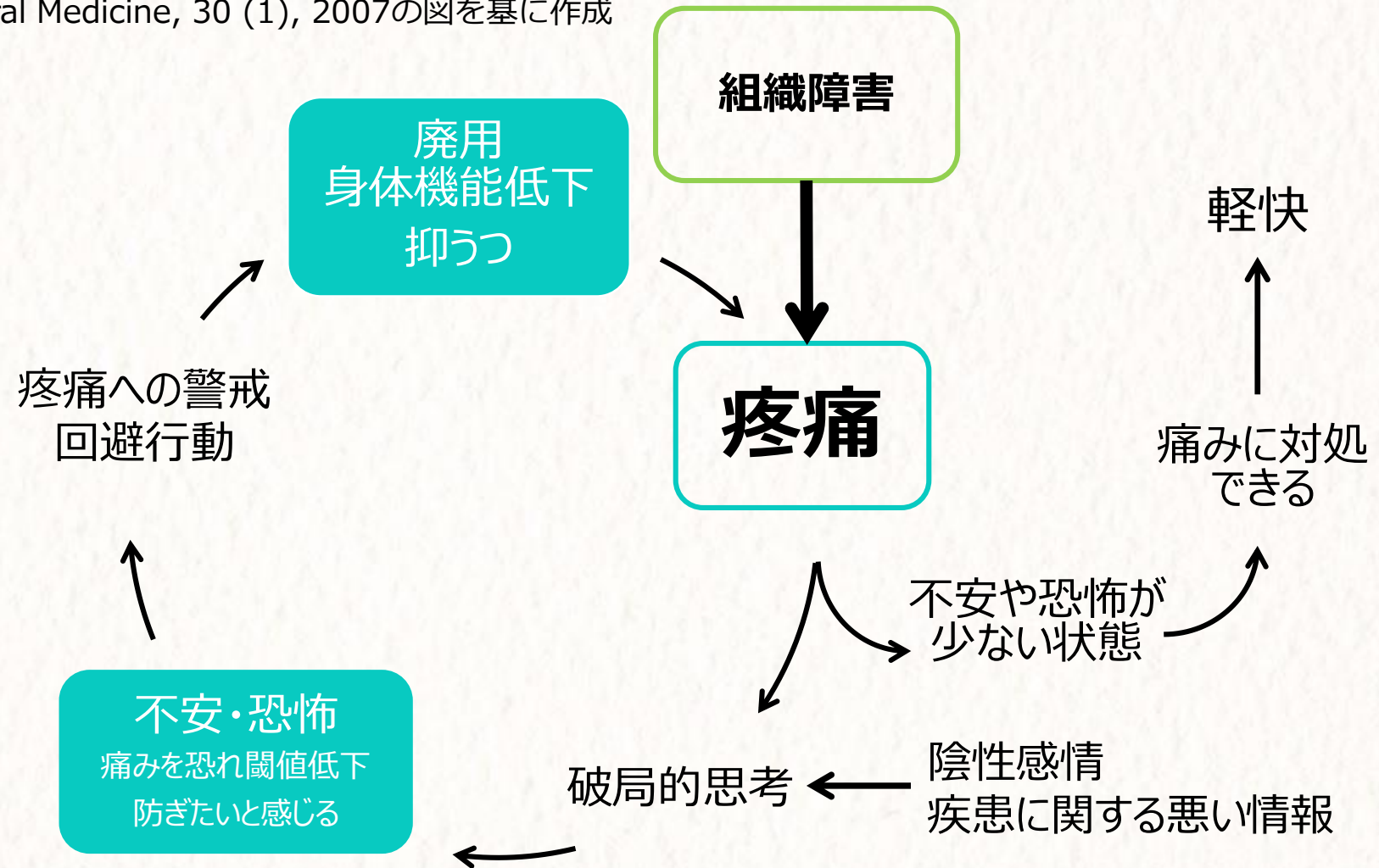
全人的苦痛

社会的苦痛
医療費, 事業整理や養育,
不仲など, 未解決の問題

スピリチュアルな苦痛
自分や今に価値がない,
なぜこんな目に? など

慢性筋骨格痛におけるFear-Avoidance Model

Journal of Behavioral Medicine, 30 (1), 2007の図を基に作成



WHOがん疼痛治療ガイドライン2019より (セクション5.4, P22)

“痛みの心理的な側面に介入しなければ、その痛みは難治性になる”

事前に寄せられた「困難症例」 1

天涯孤独になってしまった10代の遺族に、何と声をかければよかったか

16歳の女子高生が、父一人子一人の父親を脳出血で亡くした。救命病棟での出来事だった。

死亡退院時、その女子高生に、他のスタッフが受け持ちということもあり、何も声をかけられなかった。今思えば、何て声をかけていいか分からなくても、抱きしめてあげることはできたのではないかと、私の心の中でもやもやが残っている。

かける言葉がないとき。



津波で大切な人を**喪った**人の話の中に「誰からも声をかけてもらえなかった」という言葉がある。恐らく津波と無関係な人なら「どう声をかけていいかわからなかっただけではないか」と思うだろう。

そのことを冒頭で紹介した●さんに伝えると、こう言われた。

それは同じような悲劇を体験していない人の言い分です。大切な人を喪った**人は、無視されることで、誰にもわかってもらえないという孤独感がどんどん膨らんでいくのです。**

悲しみがわかる人なら、かける言葉がなくても会いに行ったり背中をさすったり、一緒にはいてくれます

スピリチュアルペインの定義と構造^{1),2)}

- 後悔、自責あるいは罪の感情や、「自分自身に存在価値がなくなった」と感じることの苦痛
- 心のなかで悔やんでいることを誰かが受け入れてくれば、人は過去を変えられなくても、**過去のもつ意味を変え、自分自身を許す**ことができるようになる。そこには、前とは違う心の平穏がやってくる

1) 死に向かって生きる（ソンドース/武田訳）

Spiritual Painの原因となる 喪失	
時間（将来）の喪失	生命予後に関する説明を聞いた場合など。「もう先がない」
関係性の喪失	社会的な役割や尊敬を失った場合など。「独り取り残されていく」
自律性の喪失	身体機能が低下した、外見が変わった場合など。「こんな惨めな姿に」
Spiritual Painの具体例	
・自責感：あの時なぜそうしなかったのか	・罪責感：罰が当たったのだ
・無価値観：今の自分には何の価値もない	・不公平感：なぜ自分だけがこんなめに？
・無意味感：何のために生きているのか？	・孤独感：誰もこの辛さをわかってくれない
・遺棄感：なぜ神仏は救ってくれないのか？	

スピリチュアルケア＝喪失後の人生に意味を再構築するための援助

がん患者と緩和ケアとの関係

- ・専門職としての援助
- ・その人のことを想う介在者としての援助
- ・何も持たないひとりの人間としての援助

死や死別が転帰である以上、綺麗ごとで済まないときも、ほとんど何もできないときもたくさんあります。

常に「こんなはずじゃなかった」を減らし、少しでも「これで良かった」を増やすことを考えましょう。そこに職種は関係ありません。



ホスピスケアの神髄，恒藤「最新緩和医療学」より

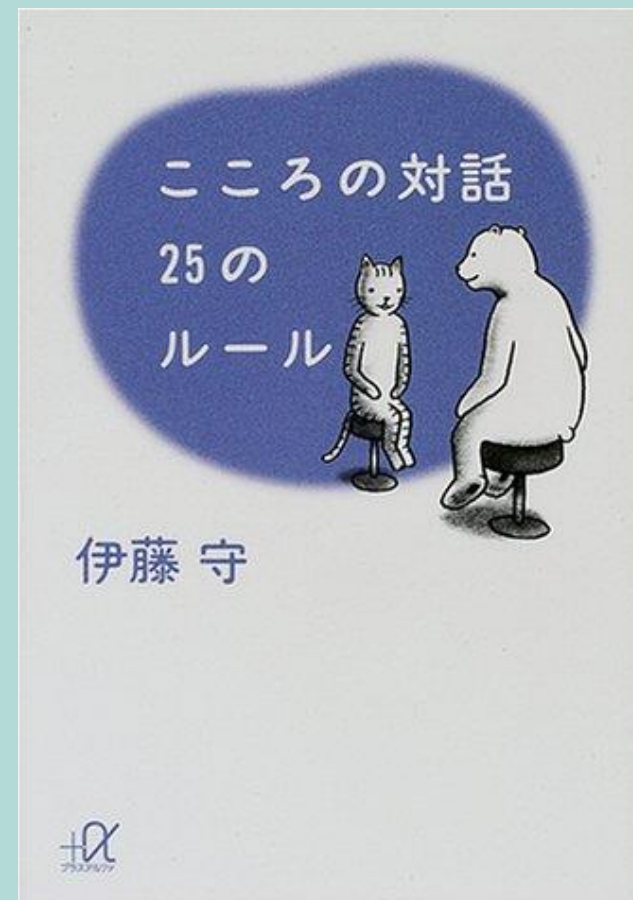
傾聴の技術 1

私たちは「聞いてもらっていない」し 「聞いていない」

会話中に大抵の人は、聞いているような顔をしながら、じつは、**次に自分が言うことを考えているのです。**

私たちは、「何か気の利いたことを話さなければい
けない」というところから、一歩も動こうとしません。

ただ聞くだけでいいんです。 **最後まで** 聞くんです。
もし相手がとことん聞いてもらったと感じたら、 **その経験は、**
相手の人生を変えないではないことでしょう。



こころの対話 25のルール（伊藤守/講談社）より

傾聴の技術 2 ミラーリング

「気分はどうですか？」

「あまりよくないですね」

「そうですか、気分がよくないんですね」

「どこか調子悪いんですか？」

「胃が痛いんですよ」

「胃が痛むんですね」

キーワードをオウム返し
=理解したことを伝える



こころの対話 25のルール（伊藤守/講談社）より

傾聴の技術 3

糸口を拾い上げる受け答え

相手が拾い上げてほしい糸口は、ネガティブな言動の中にあります。

「気分はどうですか？」
「あまりよくないですね」

「どうしてですか？」
「どうよくないんでしょう？ 詳しく聞かせてください」



糸口の無視

「そう言わずに、さあ朝食ですよ」
「医師に伝えます。いい方法がきっと見つかりますよ」
「そんな顔しないで。ご主人が見たら悲しみますよ」

こころの対話 25のルール（伊藤守/講談社）より

傾聴の技術 3

その他の重要なスキル

話したい タイミングか、 話したい 内容か、 常に感じ取り ながら進める	あいづちと 非言語的 コミュニケーション	何と答えて いいか わからない 時は、 質問を続ける	相手が 話し終わって から 話しはじめる	相手が黙った ときは 利き手も黙る	聞き手の 意見は いらない
---	----------------------------	--	-------------------------------	-------------------------	---------------------

「傾聴し、共感的に接すること」と「同意すること」は別のもの
聴く側に、同意できるほどの経験や感情、似たような立場は必要ない

問 題

- 人のいのちは、どこから来てどこへ行くと思いますか？
- もし、終末期の患者さんにそう尋ねられたら、どう対応しますか？

「死んだらどうなるのか？」 と尋ねられたら…



- ・「死んだらどうなるだろう？」と不安なのですね？
- ・どうしてそれを聞きたいのですか？
- ・あなたのお祖母さんは、どうなったと考えていますか？
- ・どうなると良いと思っていますか？
- ・私が考えていることをお話しても良いですか？
- ・「誰もが同じ道を通るのです」「皆の心の中には残ります」
- ・私も良く分かりませんが、一緒に考えましょう

患者本人のスピリチュアルニーズを探索し、それに沿うよう心がける

医療におけるスピリチュアルケア まとめ

- ✓ ソンダースが全人的苦痛の一要素として定義したスピリチュアルペインは、**喪失**にともなう無意味感、自責感、孤独感などを指す。
- ✓ 組織障害によらず負の感情や廃用によって生じる痛みがあることは、すでに証明されている。
- ✓ 村田は、原因となる**喪失**を時間、関係性、自律性に分類した。
- ✓ スピリチュアルケアとは、**喪失**後の人生に**意味を再構築**する援助である。
- ✓ スピリチュアルケアの基本は、つらい人の前に踏みとどまって、その人の話を聴くことである。
- ✓ 話を聴くときは、その人が話したいことや考えたいことを探索しながら、その気持ちに沿うよう心がける。

2022. 12. 30. 産経新聞

埼玉県ふじみ野市で医師の鈴木純一さん＝当時（44）が訪問先の住宅で散弾銃で撃たれ死亡した立てこもり事件が起きてまもなく1年となる。事件は2022年1月に発生。渡辺宏被告（67）殺人罪などで起訴＝が母親の担当医だった鈴木さんら在宅クリニック関係者を自宅に呼び出し散弾銃を発砲、鈴木さんを殺害したとされる。一緒だった理学療法士の男性も大けがを負った。

県は事件発生を受け在宅医療や介護の従事者にアンケートを実施した。

医師や看護師ら665人が応じ、患者や家族らから暴力やハラスメントを受けたことがあると回答したのは337人で全体の半数を超えた。

2023. 3. 25. 産経新聞

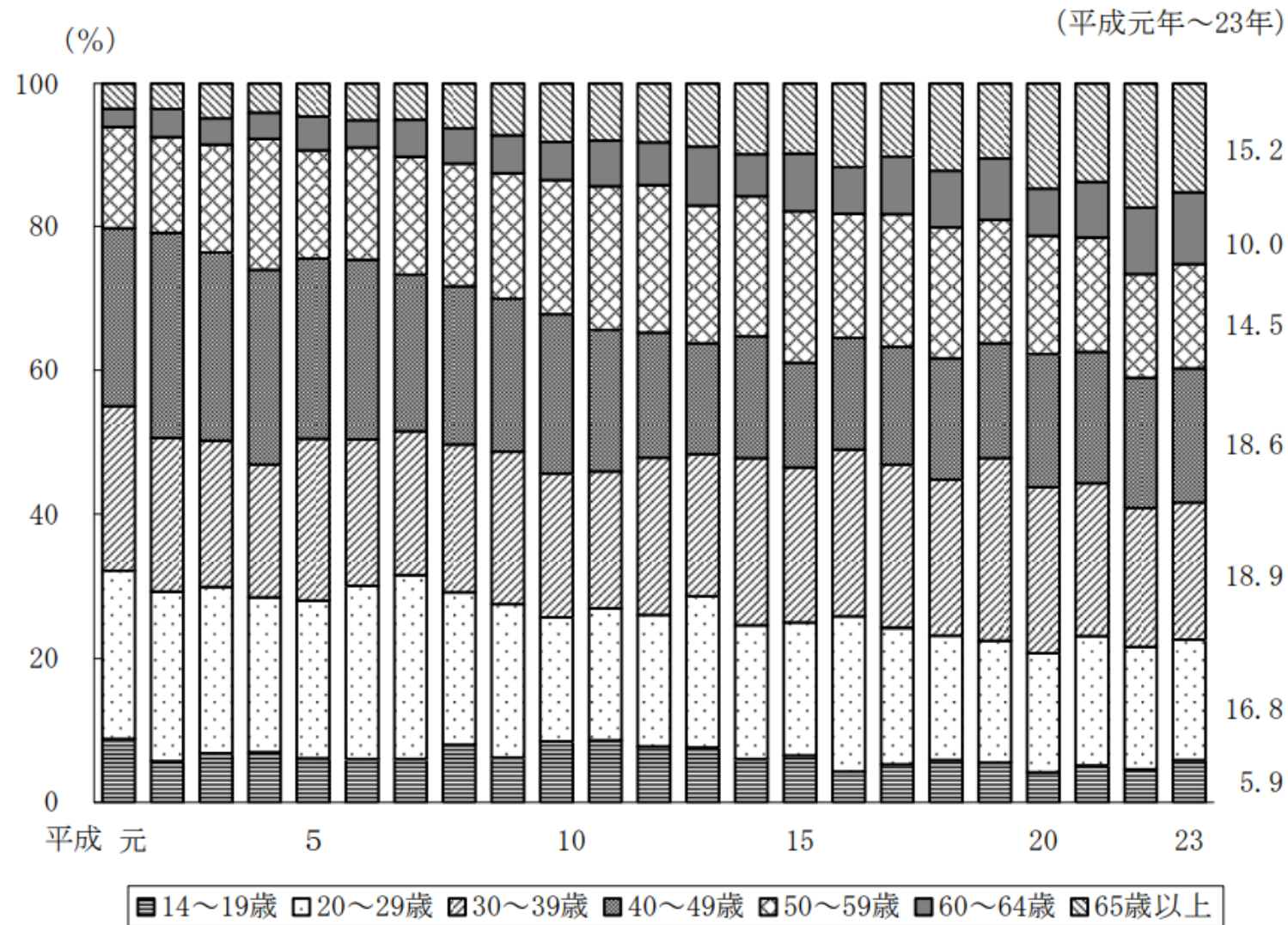
自宅を訪問中の在宅医療従事者を監禁したとして、埼玉県警武南署は24日、同県川口市源左衛門新田の無職、小島弘之容疑者（60）を現行犯逮捕した。

逮捕容疑は、自宅の1階居間で、実母の診療のため自宅を訪れていた40代の女性医師と30代の女性看護師を1時間近く脅迫し、通路を塞いで監禁した疑い。

女性医師が別の職員に助けを求めて事件が発覚。駆けつけた捜査員が無施錠の玄関から突入し、男を取り押さえた。2人にけがはなかった。

小島容疑者は両親と3人暮らし。署によると、「母の状態を理解してもらうために話をしていた」などと供述している。事件当時、小島容疑者の両親と親戚が自宅にいた。

2-1-5図 殺人 検挙人員の年齢層別構成比の推移



平成24年版犯罪白書

市の国
埼玉県

怖い、不安など困ったときは、まずはお電話ください。

**埼玉県在宅医療
暴力・ハラスメント相談センター**

在宅医療に従事する中で、患者やそのご家族などからの暴力や暴言、ハラスメント行為などでお困りの際は、お気軽にご相談ください。

胸ぐらをつかまれ、倒れられた。

髪を掴まれ、転倒させられた。

無理難題を言われ、叱責される。

奇異な言動を受け、手を握られた。

相談対象

県内の在宅医療に携わる
病院、診療所、歯科診療所、薬局、
認定・栄養ケアステーションの職員

相談内容

暴力・ハラスメント等への対応方法
など（相手との接し方や警察への通
報時の留意点など）

相談先電話 ☎ 048-783-5224
※WEBからもご相談いただけます
<https://wcan-media.com/email-consultation-saitama1/>

相談時間 月～金曜日 9:00～19:00
(ただし、祝日・年末年始(12/29～1/3)は除く)
※WEBからのご相談は24時間毎日受付

委託先 埼玉県保健医療部医療整備課・健康長寿課・薬務課
受託運営 株式会社ウィ・キャン

市の国
埼玉県

怖い、不安など困ったときは、まずはお電話ください。

**埼玉県介護・障害福祉事業所等
暴力・ハラスメント相談センター**

利用者やそのご家族などからの暴力や暴言、ハラスメント行為など
でお困りの際はご相談ください。

利用者から
怒鳴られたり、叩かれ
たりしている

利用者から
卑劣な言動をうけた

利用者家族から
無理難題を言われ
困っている

利用者家族から
誹謗中傷された

埼玉県のマスコットコロン

相談対象

県内の訪問介護・訪問看護事業
所や、介護施設、障害児者施設
の職員等

相談内容

利用者・利用者家族等からの暴力・
ハラスメント等に対する対応方法など

連絡先 ☎ 048-783-5263
※WEBからもご相談いただけます(QRコードから)

相談時間 月～金曜日 9:00～17:00
(ただし、祝日・年末年始(12/29～1/3)は除く)
※WEBからのご相談は24時間毎日受付

委託先 埼玉県福祉部高齢者福祉課・障害者支援課
受託運営 株式会社ウィ・キャン



今日のおはなし

看取りの現場を取り巻く問題点と解決策

喪失とスピリチュアルケア

疾患の経過を知っておくことの大切さ



事前に寄せられた「困難症例」 2

経過に介入が追いつかず、訪問開始まえに自宅で急変

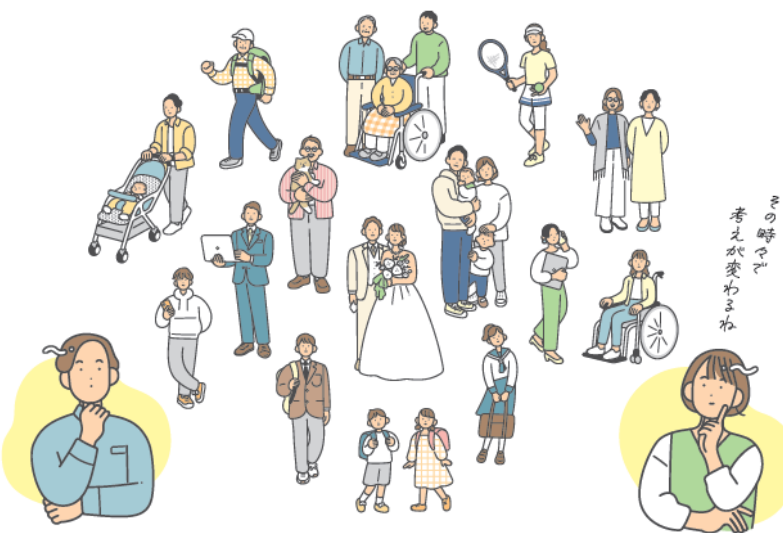
長男が引きこもりであることから訪問を受けることに抵抗があり、訪問診療開始に時間がかかった。

状態悪化が急激に進み、初回訪問予定日に自室で亡くなっていた。訪問診療開始前で在宅看取りができず、主治医に連絡し救急車で病院に搬送するよう指示があった。救急隊員は蘇生処置を前提として搬送しなければならないといい蘇生を開始、ご本人の意思だったため何とか蘇生を中止してもらい、ERで死亡診断を受けた。

本人・家族に対し、もう少し早くからACPを実現できていたら、このような死別にならず、また長男にも関わるポイントを用意できたかもしれない。

「もしものときに、どうしたいか」は、 変わっていくことがある。

どのような生き方を望むかは、一人ひとり異なるもの。
また、ライフステージとともに変わっていくこともあります。



人生の最終段階において、あなたはどのように過ごし、どのような医療やケアを受けたいと思いますか？
あなたが大事にしたいこと、望む生き方について、考えたり、話してみたりすることは、
もしものときに、あなたの望みをかなえる第一歩となるはずです。

あなたが望む生き方を。

人生会議 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

あなたが大事にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを受けたいかを、自分自身で前もって
考え、周囲の信頼する人たちと共有しておくことを、アドバンス・ケア・プランニング(ACP、愛称:人生会議)といいます。

変わっていくこともあるけれど、何度でも繰り返し、見直すことができるから。
いま、あなたができることから始めてみませんか。

厚生労働省 人生会議



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の 愛称を「人生会議」に決定しました

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、
「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。

ACPの愛称募集は8月13日から9月14日に実施したもので、応募総数1,073件の中から、愛称選定委員会により
選定され、本日、愛称発表会にて公表しました。

「人生会議」は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていきたいと考えています。また、11月3
0日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とし
ます。

1 選定愛称：人生会議

選定理由：

- ・意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
- ・家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。

2 応募者：須藤 麻友さん 看護師（聖隷浜松病院）

3 ACP愛称選定委員会構成員（敬称略、五十音順） ※ ○は座長

- 内多 勝康（国立成育医療研究センターもみじの家ハウスマネージャー、元NHKアナウンサー）
- 小藪 千豊（タレント）
- 小山 薫堂（放送作家、脚本家、京都造形芸術大学副学長）
- 鈴木 美穂（認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事）
- 新浪 剛史（サントリーホールディングス代表取締役社長）
- 樋口 範雄（武蔵野大学法学部特任教授）
- 紅谷 浩之（オレンジホームケアクリニック代表）
- 松原 謙二（公益社団法人 日本医師会副会長）

4 ACPの概要

ACPについて詳しくはこちらをご覧ください。

平成30年 厚生労働省報道発表資料より

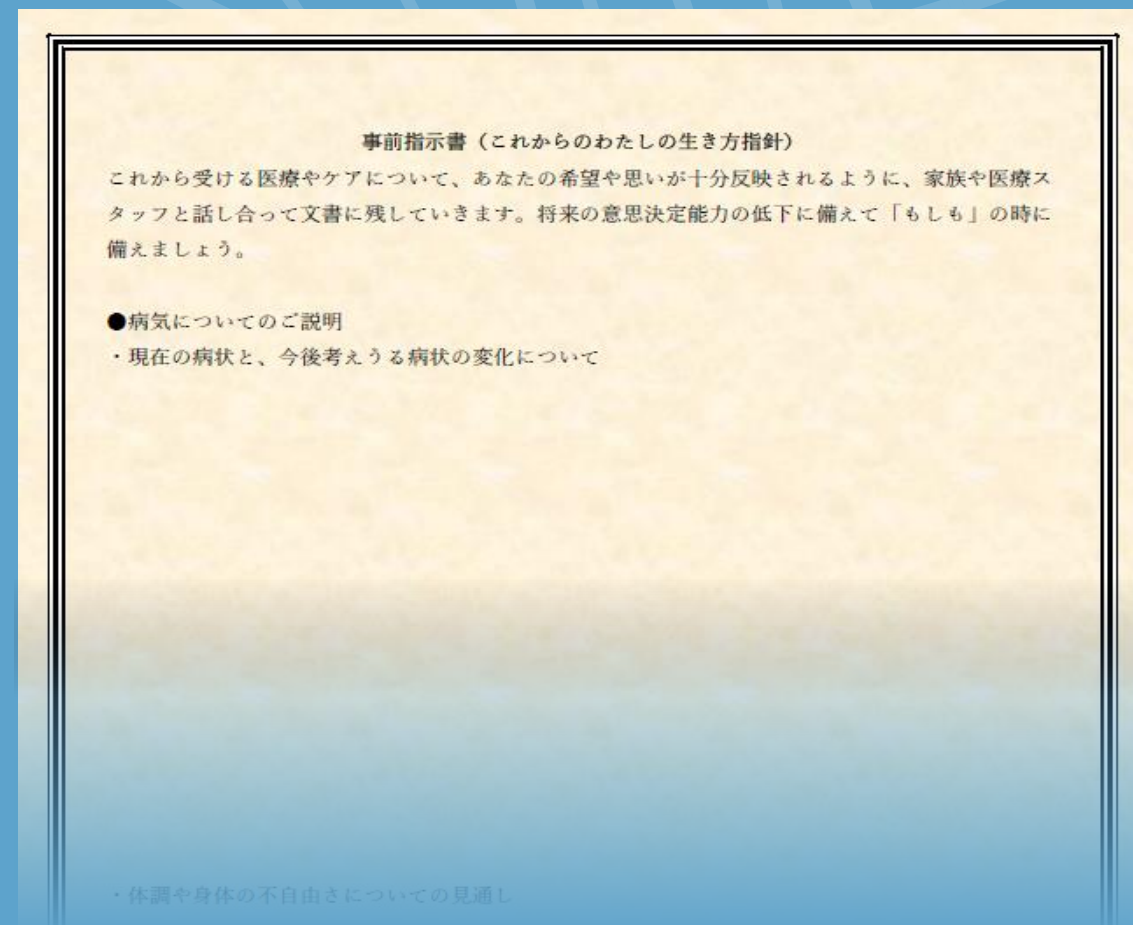
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html

Advance アドバンス（前もって）
Care ケア（医療や介護を）
Planning プランニング（計画する） とは

先々の医療や療養について必要な人たちと相談し、
それを記録（事前指示書）に残すこと

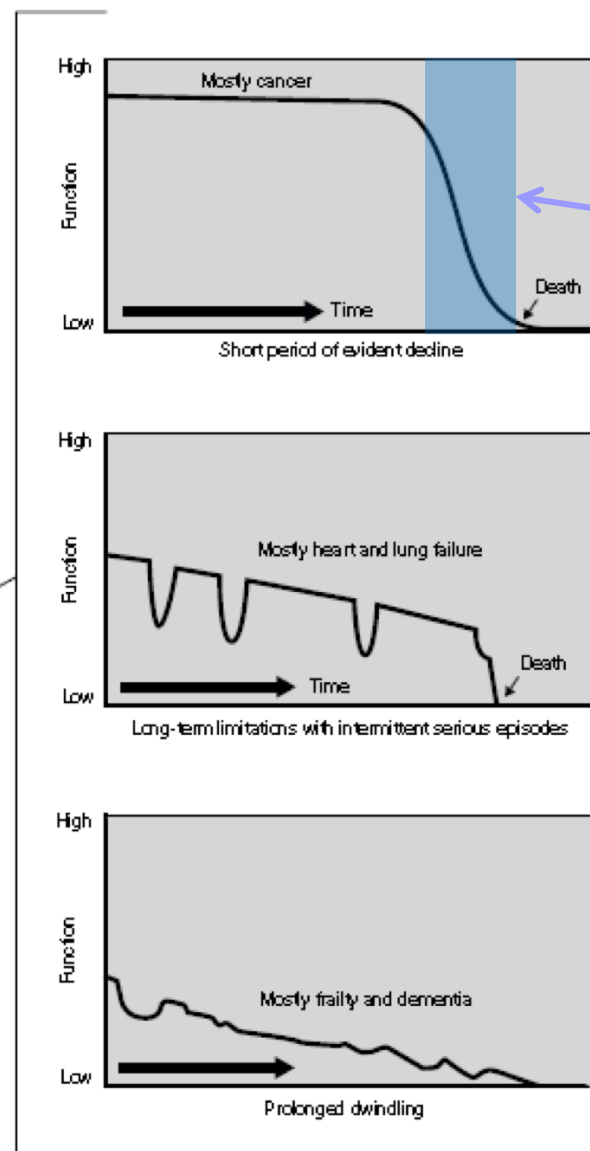
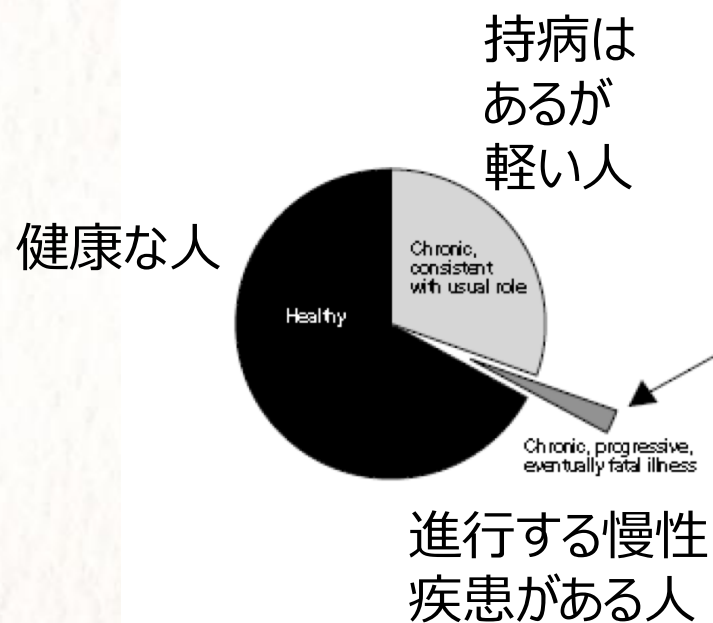
「人生会議」の他に、**医療機関や介護施設で行われることも**

事前指示書



左：埼玉県医師会HPより／右：あさか医療センター緩和ケアセンターHPより（ともにDL可能）

高齢者の慢性疾患は、3つの典型的な経過に大別される



がんの大部分

緩和ケアに重点を
置くべき時期が明確

心疾患・肺疾患の大部分

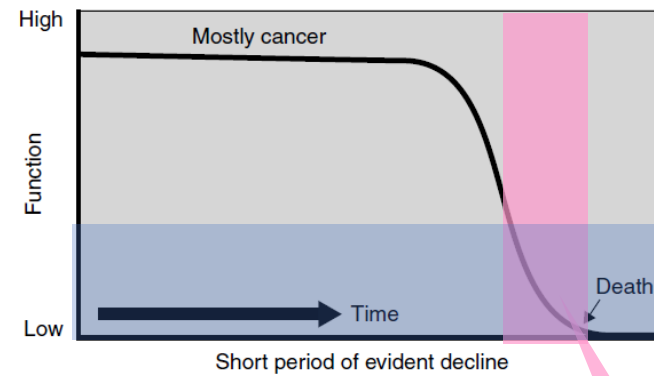
増悪と緩和を繰り返す
ため、キュアとケアの
バランスが難しい

認知症や老衰の大部分

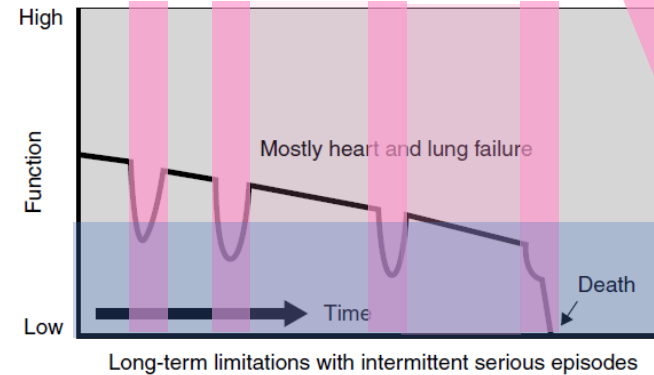
高齢者の慢性疾患は、 3つの典型的な経過に 大別される

- 多くのがんでは、
短期間に明らかな衰弱が進む。
- 多くの臓器不全では、間欠的な
増悪と軽快を繰り返しながら、
あるとき回復せず死亡に至る。
- 多くの認知症・脳梗塞後・老衰
では、長い経過で体力を失う。

Living Well at the End of Life; Adapting Health Care to
Serious Chronic Illness in Old Age より引用

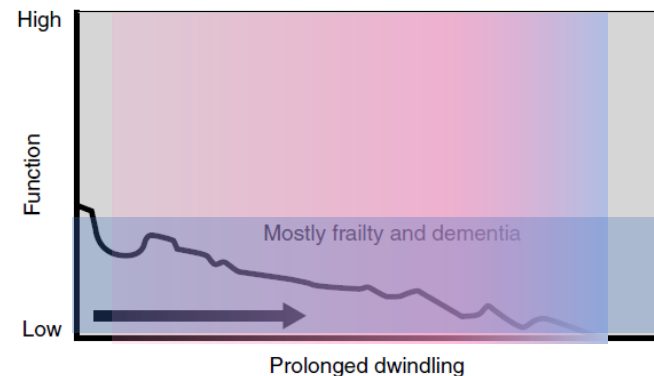


通院や
自立した自宅生活が
難しいレベル



地域医療や介護への
ニーズが高まる時期

- 受容とグリーフワーク
- 身内での情報共有
- 仕事や財産の整理
- セカンドオピニオン
- 介護保険の申請や区変
- 症状や変化とのコーピング
- アドバンスケアプランニング



「がんばる」と「がんばらない」 どちらもできる緩和ケアは、ひとつの理想形

在宅や慢性期病床、
多くの緩和ケア病棟

慢性期
医療依存度低い
療養環境重視

できないことや
“諦めろ”ばかり
言われた

本当は家で
看取れたのでは
ないか？

がんの終末期であっても
希望する方向はさまざま

退院前に
受けた説明と
全くちがう

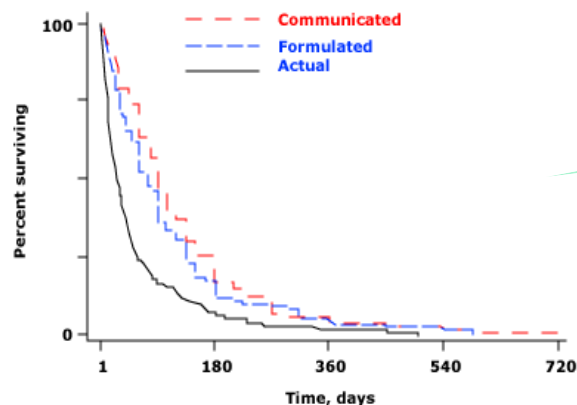
救急車で
運ばれた病院が
ひどかった

がんや非がんの
積極治療の現場

急性期
医療依存度高い
濃厚な医療重視

「こんなに早かったなんて」を防ぐために

Optimism in survival estimates given to cancer patients



The median survival physicians would communicate to patients was 90 days, the median formulated survival was 75 days, and the median observed survival was 24 days.
Data from Lamont, EB, Christakis, NA, Ann Intern Med 2001; 134:1096.

UpToDate®

Investigator	Median estimated survival, weeks	Median actual survival, weeks	Estimated survival/ actual survival
Parkes 1972	4.5*	2.0*	1.8
Evans 1985	NR	NR	3.2•
Heyse-Moore 1987	8	2	4
Forster 1988	7Δ	3.5	2
Maltoni 1994	6	5	1.2
Maltoni 1995	6	4.6	1.3
Oxenham 1998	3	2.1	1.4
Maltoni 1999	6	4.7	1.3
Christakis 2000	NR	3.4	5.3•

NR: not reported.

* Values estimated from graph in paper.

• Ratio of mean estimated survival/mean survival.

Δ 7 weeks calculated through statement in paper that survival was overestimated by 3.4 weeks on average.

UpToDate®

医師による予測予後中央値が75日だった患者群の。実際の生存期間中央値は24日だった。

実際にくらべて予測予後が何倍楽観的であったか

#がん381人（生存期間中央値60日）への半構造化面接で、50%が「自分は苦しんでいない」と、25%が「苦しみは軽い」と答えた（Wilson, et al. JCO, 2007）

#非治癒がん128人に終末期医療について聞いた質問紙調査で、38%の患者が「QOLよりも延命志向」であった（Voogt et al. JCO, 2005）

**進行がん患者の意思決定支援は困難なもの
医療者が「こうあるべき」を押しつけても上手くいかない**

✓ 予後を受容していない末期がん患者さんのケアで注意すること

- ・がん末期は、特有の急速な衰弱を認めることが多い
- ・悪い知らせは色々な理由で遅れることが多い
- ・本人の希望を支えながら家族の受容を促すことはできる
- ・「まだいい」が「助けて！」に変わるときを逃さない

✓ 家族が介護に対する不安を仕分けできるよう援助する

- ・いつまで続くかわからず不安：がんの要介護期間は僅かであること、続かなければ入院や施設へ切り替えられることを伝える
- ・すべきことが分からず不安：訪問看護師やケアマネジャーと一緒に準備できることを伝える
- ・転倒や急変が不安：居場所に関わらず起こるものであることを伝える

Take-home Messages:

- ✓ 多死社会は2040年までつづき、在宅で看取らなければならない終末期患者はこれからも増えます。
- ✓ 看取りの現場やその過程は、それ自体肯定しがたいところからのスタートです。
- ✓ 終末期ケアのゴールは、「こんなはずじゃなかった」を「これで良かった」に変えることです。
- ✓ 納得していない・悲しんでいる患者さんやご家族を前にしても恐れずに、そのつらい気持ちを聴くことがスピリチュアルケアです。
- ✓ その疾患の大まかな経過を知っておくことで、受容援助や意思決定支援をおこないやすくなります。

Questions & answers



事前に寄せられた質問

一般に、がん末期にしても神経難病や呼吸器疾患の末期にしても、呼吸困難に対する緩和は大変難しく感じます。鎮静が必要な場合も多いと考えますが、その場合呼吸が抑制されて死期が早まる可能性もあります。また、薬で呼吸抑制が生じた場合の高CO₂血症が、苦痛の軽減になる可能性はあるのでしょうか？

WHO；緩和ケアに関する説明文より
痛みと呼吸困難は、緩和ケアを必要とする患者さんにとって最もよくある、そしてつらい症状です。

がんの80%、心臓病や慢性閉塞性肺疾患の67%で中くらいないし強い苦痛が経験され、医療用麻薬はそれらの緩和しょう必要不可欠です。

米国の臨床医に対する質問紙調査（Pomerantz 2004）

- ・ 臨床医の73%が終末期鎮静を経験
- ・ 93%は終末期鎮静は必要なものと回答
- ・ 「担当患者に終末期鎮静を行う場合、最も意識することは？」に対し
69%が「生命が短縮する可能性があるが、緩和困難ならやむを得ない」と回答