

「田辺圏域医療と介護の連携を進める会」
第42回（通算第121回）定例会 会議録

- ◆日時：令和2年6月16日（火） PM7：05～8：35
- ◆場所：田辺市民総合センター 1F 機能訓練室
- ◆出席者： 48名

別紙のとおり

1. 「田辺圏域医療と介護の連携を進める会」定例会について

【19：05～20：35】

19：05～ 開 会

19：05～20：35

研 修

「ガン臨死期のケア」

～人生を完成する時期に、最善のケアを提供するために～

講師：たかの訪問看護センター

ガン性疼痛看護認定看護師 千葉 明美氏

※講義と事例をもとに意見交換・発表

20：35

閉 会

【研修内容】

●講義内容(概要)

- ・臨死期とは・・・人が死を迎える間際の時期
→刻々と変化する患者のニーズに対応したケアを予測的に提供する
がん患者は最後の1か月くらいまで元気で過ごすことができる、亡くなる10日前くらいから急激に悪化。
- ・予後予測をケアに活用する
→積極的治療の中止の検討・療養の場の検討・患者の有意義な時間の過ごし方のサポート・適切な症状緩和を行う・家族のこころの準備をサポートする
※死亡前2週間の時期における家族が和らげてほしいと回答した症状
1位：痛み（33%ぐらい） 2位：食欲不振（19%ぐらい） 3位：倦怠感・だるさ
- ・地域においてより有効な緩和ケアを提供するためには、経口麻薬の投与方法等に関する教育・普及が重要であるとの報告あり。
- ・身体症状に対するケア
→①疼痛へのケア（鎮痛剤の使い方・快の感覚を高めるケア）
②食欲不振、経口摂取量の低下に対するケア（食事の工夫・口腔ケア・家族ケア）
③終末期の輸液に関する対応（輸液に関する家族の認識への対応）
④活動性低下、倦怠感のケア
- ・終末期の症状への対応・急変期によく見られる状態
→早期に確認し評価し、適切に対応すれば症状緩和は可能。自宅でも病院と同様に行える急激な悪化、救急対応を要する症状が突然出現し、短時間で死に至ることあり

末期がん患者の急変の原因・・・出血（31%）・呼吸不全（29%）・消化管穿孔（8%）・心不全等救急搬送された場合や主治医以外の医師が対応した場合、患者が意図しない救命処置が行われる場合がある

・「アドバンス・ケア・プランニング」と「アドバンス・ディレクティブ（事前指示）」

アドバンス・ケア・プランニング

→将来の意思決定能力の低下に備えて今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者が患者自らの意向に基づき予め話しあうプロセス

（例）本人の気がかりや意向・価値観や目標・病状や予後の理解・今後の治療やケアに関する意向や提供体制 など

アドバンス・ディレクティブ（事前指示）

→患者あるいは健常人が将来判断能力を失った際に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すこと

（意向を示す方法の形態）

医療行為に関して医療スタッフ側に指示を与える。文書で表したもの リビングウィル
自ら判断できなくなった際の代理決定者を委任する

・看取り時期によくみられる身体的徴候と症状

→＜死亡前1週間以内＞

移動が困難・水分が飲めなくなる・発語が減る・目に勢いがなくなる・原因を特定しにくい意識障害の出現など

＜死亡前48時間以内＞

反応が少ない・脈拍の緊張が弱い・血圧や尿量の低下・手足の靈感・死前喘鳴 など

参考：OPTIM：緩和ケア普及のための地域プロジェクト

看取りのパンフレット「これからの過ごし方」

<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf>

・死が差し迫った時期の患者に対するケアの留意点

最後まで人格を持った一人の人として接する

安心できるような穏やかな声掛けを行う

患者の苦痛が最小限になるように必要なケアを選び、継続して行う

患者自身が苦痛を正確に伝えることができない場合、表情や姿勢などからアセスメント

使用中の薬剤の調整・変更の検討と、確実に投与でき、苦痛が少ない方法の選択

【事例をもとに意見交換】

＜事例紹介＞

・80歳代の男性 肺がん 認知症 ・咳嗽、嚥下困難、食欲不振 ・頓服でモルヒネを服用することで咳嗽はコントロール ・家族の希望で未告知 本人は病識がない ・訪問看護を利用し、妻と娘が介護 ・死亡の5日前には呼吸困難や酸素化不良となり、歩行が不可能になるが、歩こうとしてしまいローカに倒れこんでしまう・家族が「これ以上家で見られない。自分たちの体力が限界だし、本人もくるしんでいるため可哀そう。入院させてほしい。でも本人は“わしを病院へ入れて見捨てる気か”と言うのでなんとか検査入院などと説明して医療者から説得してほしい」

このような場合、どんなに対応するか

【意見】

・レスパイトもいれつつ在宅継続に

・入院という選択肢もあるが、認知症のこともあり継続がむずかしいのでは

・自宅での生活ができるように環境と整える

・本人や家族の意思の尊重

→本人の思いを支える。家族の後悔の残らない関り。そのためにも家族の不安や心配事への理解を。

・予後予測をして、きちんと説明をして納得してもらう・

・本人が落ち着けば家族も落ち着く。薬のコントロールなどの調整をする

・ケアマネもほかの専門職とつながりながらサポートをする

・事前の話し合いが重要

・病気によって症状がちがうので、家族への説明の仕方を工夫する

- ・緊急時のフォローや看取りと救急要請
- ・医療者側と家族の理解のギャップをどのように埋めるか
- ・痛みや苦しみのサポート
- ・支援者を増やす

⇒患者や家族にとっての最善を考えていく

【講師コメント】

- ・家族との面談
- ・症状緩和
- ・生きることを支援する

【次回の定例会】

→以下の日程で実施する。

日時：令和2年3月17日（火） 午後7時～

場所：田辺市民総合センター 1F 機能訓練室

内容：未定