市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修（釜石会場）	資料12
平成28年10月27日	
長寿社会課　地域包括ケア推進担当	

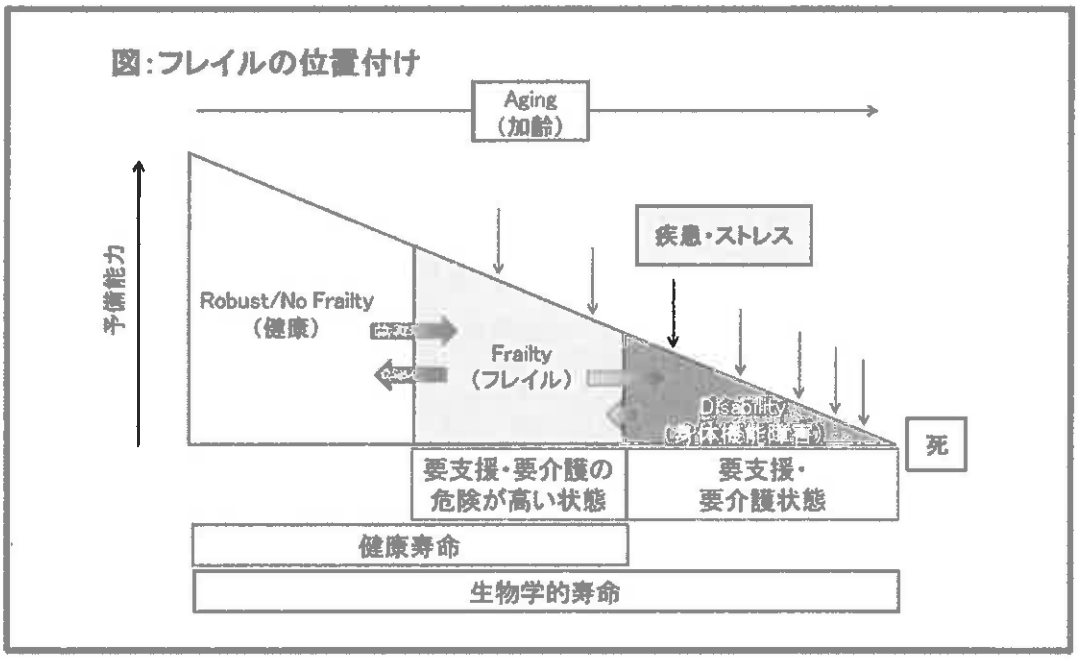
市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修

終末期の医療、終末期の医療にかかる説明と同意のあり方、その手続きについて

せいてつ記念病院
寺田　尚弘

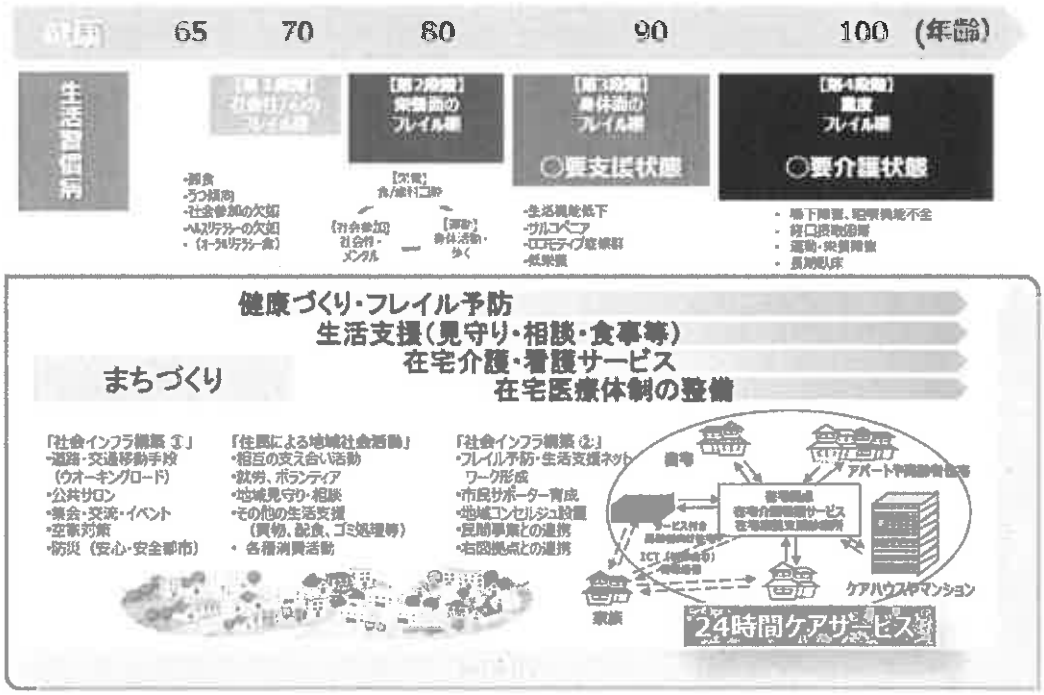
地域医療における終末期医療

健康寿命とフレイル



国立長寿医療研究センター：健康長寿テキストから引用

フレイルとまちづくり



東京大学高齢社会総合研究機構
神谷哲朗：フレイ不チェックプログラムを活用した市民参加型健康つくりプロジェクト

病気による死亡までの「見通し曲線」

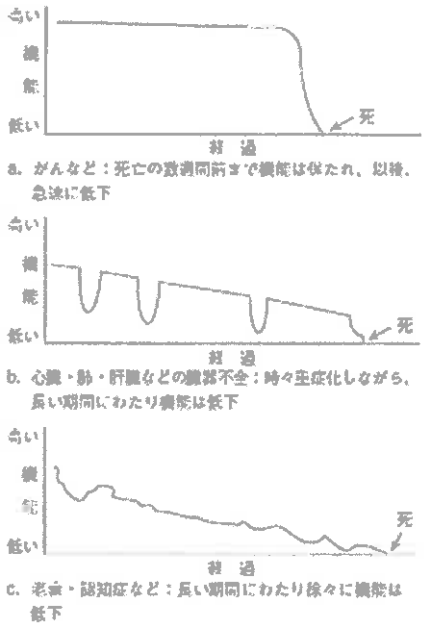


図1　死に至る3つのパターン[略]

がんなど：死亡の数週間前までは機能は保たれ、以後、急速に低下

心臓・肺・肝臓などの臓器不全：時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下

老衰・認知症など：長い期間にわたり徐々に機能は低下

Lynn J,Adamson DM:Living well at the end of life.WP-137.2003
池上直己　わが国の医療提供体制と緩和ケア

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

別添資料

症例提示

【症例】

Ｓ．Ｋさん　72歳　男性　肺癌、転移性脳腫瘍

病名告知（+）、妻（主介護者）と二人暮らし

【治療経過】

- 平成19年2月：県立宮古病院にて小細胞癌の診断。
- 平成19年4月～H21年1月：化学療法（計10クール）。
- 平成21年3月：複視、歩行困難出現。転移性脳腫瘍の診断にて放射線治療（7回）施行。
- 平成21年3月31日～：県立釜石病院転院。脳浮腫、
- 痙攣に対する治療施行。

点滴、酸素投与の終了、疼痛なく経口摂取開始など全身状態が安定。また本人の強い退院希望、ご家族もこれに同意され退院が検討されることとなった。

【退院時の身体状況】

- 体動：端座位は不能
- 食事：食欲あり。ミキサー食＋トロミ剤にて自力摂取可能
- 排泄：フォーレ留置。オムツ使用。
- 保清：清拭、陰洗にて対応
- 更衣：全介助
- 言語障害：なし
- 視力障害：複視残るも人の判別は可能
- 認知症：なし
- 特別な医療
    - 尿道カテーテル留置
    - 在宅酸素導入
    - 麻薬の使用なし

退院支援

- 平成21年5月8日：病棟より連携室に退院連携要請
- 平成21年5月14日：訪問診療申し込み
- 平成21年5月18日：ケアカンファランス（サービス担当者会議）開催
- 平成21年5月20日：自宅退院

5／18【退院前ケアカンファランス（サービス担当者会議）】

- ケアマネージャー、家族（妻、姪）、病棟主治医、病棟看護師、MSW、在宅主治医、訪問看護師（2名）、ヘルパー、福祉用具担当者の計11名が参加。チームの形成
- 情報の交換、家庭介護力の評価、ケアプラン作成に際しての問題点の確認などが行われ共通認識が形成された。

＜話し合われた主な内容＞

①ご家族の自宅療養に関する思い（希望、不安）
②妻（主介護者）の腰痛について
③食事（ミキサー食など）について
④本人の強い希望である入浴について
⑤急変時、全身状態の悪化時の対応について

退院後経過

- 5月20日：退院。
- 5月21日：初回訪問診療。体調良好。早期の入浴、車イスでの庭の散歩を希望される。
- 5月25日：訪問診療。腰背部痛、両足首痛の訴えあり、オプソ（麻薬）処方となる。
- 5月26日：医師、看護師立会いのもと移動入浴車による入浴施行。酸素使用なく入浴終了。バイタル著変なし。入浴に大変満足される。自宅でケアカンファ。
- 5月28日：痰の増加がみられ、酸素飽和度低下。尿量の減少、右下肢のマヒ増強。その後呼吸停止。
- 死亡往診

症例のまとめ

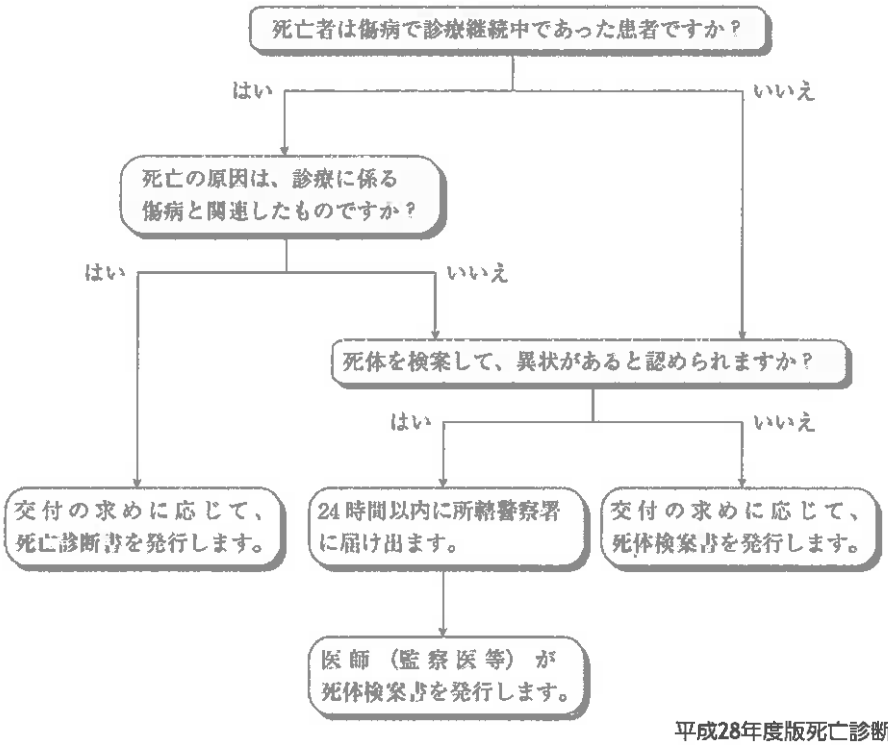
- 末期がん患者の退院に関して特徴的なことは、症例でも見られるように、病状の進行という観点からあまり退院検討に時間をかけられないという点である。
- チームビルディングが重要である。
- 早い段階で家族の不安を取り除き、病状のコントロールに関する病院主治医をはじめとした病院スタッフと在宅主治医をはじめとした介護スタッフとの退院適応の可否についての結論を出し、可能な限り患者・家族を交えた話し合いを開くまでのプロセスを迅速に行う必要がある。

本日のまとめ

- 人間の体の衰えについて理解し、少しでも長く健康でいられる仕組みをまちづくりの観点から見られること
- 終末期を前にした患者やそのご家族の希望（意思決定）に寄り添い、病状に応じて最善の選択をチームで支えてゆくこと

付録

【死亡診断書と死体検案書の使い分け】



平成28年度版死亡診断書（死体検案書）
記入マニュアルより