

在宅医療グループ診療運営事業

第 5 回 在宅医療を支える多職種学習会

活動報告

2025 年 12 月 16 日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第 5 回 在宅医療を支える多職種学習会」はテーマ『看取りの文化を苫小牧ではぐくむには』より、地域で最期まで安心して暮らすために必要な看取りを見据えた支援について、自分達にできることは何かを学び、考え、取り組みを地域で始めるための多職種連携学習会として開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネジャー等、88 名と多くの皆様にご参加いただきました。



初めに、苫小牧市医師会 副会長 豊田健一先生より、「高齢者、一人暮らしの高齢世帯が増加し、高齢者の救急搬送が増加すると言われています。搬送後に救命されても歩いて帰宅できない方が増えていくと急性期のベッドが圧迫されることになり、地域医療の重要な課題と考えられます。『看取りの文化を苫小牧ではぐくむために』これまで大井先生に看取りを見据えた食べる支援・生きる支援、現状確認ツール IMADOKO 等の講演をいただき、地域の暮らしの中に看取りの文化を育んでいこうとしています。本日も講演を通じて皆さんと勉強できればと思っています。」と開会挨拶をいただきました。座長には苫小牧市医師会 伊賀勝康先生、講師には第 3 回・第 4 回学習会もご講演いただいた おおい在宅緩和ケアクリニック 院長 大井裕子先生をお迎えしました。最後に苫小牧地域の医療アドバイザーである北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周先生より講評をいただきました。



開会挨拶 豊田先生

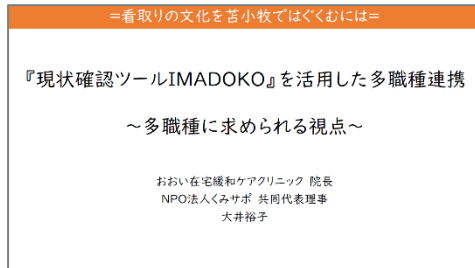


座長 伊賀先生



講評 草場先生

【講演】



大井先生には、『現状確認ツール IMADOKO』を活用した多職種連携～多職種に求められる視点～」のご講演をいただきました。初めに、「苦小牧の皆さんがやる気になっていただけるように、看取りの文化を育むことについて皆さん一人一人にできることがあるとお伝えしたい」と話されました。

大井先生はクリニック開業前に長くホスピスで勤務されており、緩和ケアでの経験が現在のクリニックやNPO法人くみサポでの地域活動に繋がっているとのこと。地域で看取りの文化を育もうとしても、医師・医療従事者と患者という医療の現場で話していると、「病気の人」が前提であるため話すタイミングや話し方に難しさを感じる人が多いのではないかと。大井先生自身も同様の経験をしてきた中で、もっと前から話せたら良かった・もっと元気なうちの方が話しやすい・病院の中だけではなく普段から話せたら良いと考えるようになったと話されました。普段から話すには自分達が地域に出ていく必要があり、地域に出ても医師の立場で大井先生が市民に話すという方法では参加者はただ話を聞くだけで終わってしまう。集まった人達がどのように考えるのかを語る時間を重視するようになったとのこと。今まで生きてきた経験や看取りに立ち会った経験の有無、死をどのように捉えているのか等によって、語る内容は異なる。同じ条件・状況を設定してもそれぞれイメージする内容が異なることから、「あなたが本人だったらどうですか」「あなたが家族だったらどうですか」と設定するよりも、参加者の中にある死生観を語ってもらいながら言語化していく作業が大切だと感じるようになったと話されました。語るには聞いてくれる人が必要で、話を引き出してくれる人がいると様々な経験を話してくれる人もいて、その場の流れ・空気の流れで誰がどのような話をできるかは事前にはわからない。話した内容を誰かが批判することなく、発言を受け取ってもらえる安全な場所が必要だと話されました。医師だから・医療職だからと主導するのではなく、自分自身も一人の市民・同じ立場の人間として「こう思う」と語れることが大切であり、医療従事者だからといって必ずしも自分の人生の最期をどうしたいか言語化できるわけではない。市民と同じ目線で話せる雰囲気を作ることが大切だと話されました。

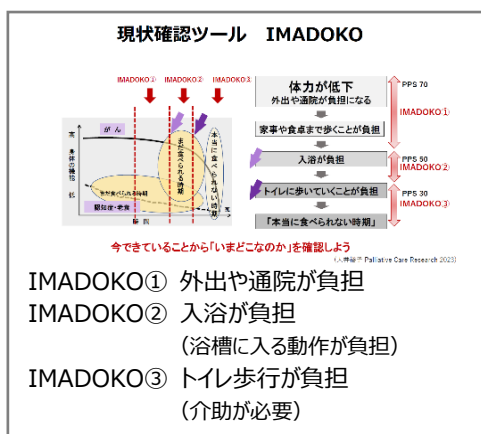
地域の様々な方が参加した『Let's Talk Card』（大切にしたいことやどんな生き方がしたいか等が書かれているカード）を用いた活動の様子や参加者の経験や思いについてのお話を写真とともにご紹介いただきました。クリニックと同じビル内のカフェで月に1度開催している食事まつわる困りごと・介護の困りごとの相談では、普段食事は胃瘻から摂っている女の子と家族、がんサバイバーの方等、様々な人が参加する。困りごとの相談だけでなく参加者が工夫していることを話したり、必要があれば専門職へ繋がられるようにしているところをご紹介いただきました。参加対象者は制限せず、参加者が得意なことや医療・介護職の方には所属機関の取り組みも意識して聞いており、配偶者を亡くした体験をきっかけにグリーフケアの資格を取得した市民の方、介護美容を行える介護職の方等、様々な方が参加しているとのこと。地域の活動で自分の職から離れて周りを見ると困っている人が見えてくるが、勉強をしないと何に困っているかは見えてこない。例えば「姿勢が崩れている人が自分で食べられるにはどうしたらいいか」を勉強していくと、姿勢を調整できる人がいれば食べられるかもしれない、食事形態を変更すれば食べられるかもしれないということが見えてくる。そうすると必要な専門職に繋ぐことができるようになっていくため、食事の困りごと相談

日に相談する人がいない場合は集まったメンバーでミニ勉強会を行っていると話されました。

次に、小金井市で作成された看取りに関するリーフレットをご紹介します。人生を川の流れになぞらえ、川の流れの最後には誰もが看取りの時期があり、そこに行くまでに徐々に体力が低下→1 人でお風呂に入るのが大変→トイレに行くのが大変→水分が摂れなくなり口が乾く→最期の時を迎えるというもので、誰もが死に向かうときに辿るプロセスが示されている。さらに自分が大切にしたいこと・望むことの例も示されている。(ウェブにて 小金井市 看取り で検索すればダウンロード可能)



では、そもそも「看取り」とはどういうことなのか。医学的には呼吸→心臓→脳の働きが止まったときに死を意味するが、専門職ではない人が亡くなる瞬間に間に合った・間に合わないと話する場合、その殆どが呼吸が止まった時を指す。間に合わなかった悲しみを引きずってしまう人もいるため、間に合うよう声掛けていくために医療従事者は死までに何が起こるのか知っておかなければいけない。看取りを瞬間ではなく、そこに至る数時間・数日・数週間・数か月と時間的な幅があるものとして捉えることで、看取りの時期に本人がどう過ごすのか、家族がどう関わるかを考えることができるとお話しいただきました。『現状確認ツール IMADOKO』はリーフレットの内容をコンパクトにまとめ、身体機能のみで今どの時期なのかを判断し、あと



どのくらいなのかを何となく予測できるようにしたチャート。がんの場合は右方向への変化がほとんどで予測しやすい一方、非がんの場合は左右を行き来することも多く、特に認知症の場合は食べられなくなる⇔また食べられるようになる等、変動が大きく迷うことも多いとのこと。IMADOKOで全ての人を判断するのではなく、より変化が速く周りの対応が後手になりやすいがんの方の変化を見逃さないように変化を見ていくためのツールと捉え、専門職でなくとも間近で生活を見ている家族が身体機能の変化で「そろそろIMADOKO②かな？」と判断できるものだと話されました。

IMADOKO の『まだ食べられる時期』には、まだ食べられるのに食べない方が良く制限されてしまうことがある。食事量が減ってきた・むせるようになった場合は少し柔らかくしたりトロミをつけるだけで食べやすくなり、栄養補助食品の利用で効率よく栄養摂取もできる場合もある。また、食事量が減る時期と体力が低下する時期が重なるため、「食べないから体力が落ちた」「元気になるために食べましょう」と周囲から声掛けされることによって食べることが苦痛になってしまう場合も多い。『まだ食べられる時期』と『本当に食べられない時期』の判断は患者さんが「何かが食べたい」と言っているときは『まだ食べられる時期』、患者さん自身が「もう食べたくなくなった」と言ったときが『本当に食べられない時期』と患者さんの発言から判断できると話されました。食べるのが苦痛になっている人に対して、無理に（食事を）勧めない、好きなものを好きなときに食べれば良いと周りの関わり方が変わると、本人の気持ちが楽になったり、また食事を楽しめるようになっていたりすること多いとのこと。がんの方の場合、『まだ食べられる時期』は長く続かず 1 週間毎に状況が変化するため、本人が「食べたい」と言っている時期が大切だと話されました。

ある分野で最近常識・スタンダードになったことでも、他の分野・場所では既に実践されているというケースは歴史的に多くあるとご紹介いただきました。例えば、がん患者へのモルヒネ経口投与を広めたシシリー・

ソンドース氏が医師になる前に勤務していた施設では、当たり前患者にモルヒネをワインに混ぜて飲ませていたが、当時世には知られていなかった。私達がまだ知らないことを知っている人が地域には多くいるはずで、それを共有していくことが重要であるとのこと。地域の方のそれぞれの得意を知っていれば、専門職がいなくても「あの人はその分野に詳しい」と繋げることができる。大井先生より伊賀先生・草場先生に「得意なことは何ですか？」と質問され、「地域の歴史が得意」「裏千家の茶道をやっているのではお茶を点てることができる」とご回答いただきました。また、会場では参加者二人一組で各々の得意を紹介しあう時間をとり、Web 参加の方からはコメントで入力いただき、折り紙が得意、日本舞踊が踊れる、愛のあるあだ名をつけるのが得意等、参加者の皆様の得意なことを披露していただきました。

IMADOKO は在宅チームだけでなく、病院も含めて誰もが現状を確認できる。本人と一緒にIMADOKO を眺めて話すのはハードルが高いかもしれないが、家族に現在の身体機能から話す方が入りやすいかもしれない。家族も IMADOKO を眺めているとそろそろ IMADOKO③の時期になった、徐々に死に近づいていると気づくことができる一方で、同時に多くの不安を抱えるようになる。そのとき周りが不安を聞き、相談先を紹介する等のサポートができると希望する場所での療養・看取りを可能にできることがわかっているとのこと。大井先生は初回の面談時から IMADOKO を地図の様に眺めながら使用するのが理想ではあるが、必ず本人に「この先のことについて考えたことがありますか」や「この先のことがイメージできるように一緒に資料を見ていただけませんか」等の声掛け・確認をしてから見せるようにしている。拒否のサイン（例：家族に言っておいて。今はいいよ。等）がある場合は無理をせず話だけ聞くようにするのも重要なポイントだと話されました。

IMADOKO③に入ったとき（トイレに行くのが大変）や日の単位に入ったとき（ベッドで寝ていてもつらい）に「死への身体兆候変化のプロセス」のチャートを家族に見せ、この先に起こり得る事を説明しているとのこと。体をさする等しても凌げない倦怠感に対して鎮静の提案をする場合もあり、あと1週間と予測される場合、鎮静の有無に関わらず後半



は眠って過ごすことになる。最初の数日は意識があるため、会話ができるうちに会っておきたい人にはこのタイミングで声を掛けましょうと家族に説明している。いつ最期を迎えるかわからない期間ずっと付き添うことが無理でも、今会いに来ることができる人・オンライン通話で顔を見ながら話ができる人もいる。そのタイミングがわかるようになった訪問看護師は大井先生がいなくとも家族へ声掛けできるようになっているとのこと。眠っている時間が増え、水や薬が飲めなくなると薬は内服から座薬・貼付・注射に変更し、呼吸の仕方が変わってくると時間の単位に入ったと予測していく。時間の単位になると、努力呼吸→下顎呼吸、橈骨動脈が触れない、チアノーゼの兆候を認め、24時間以内（早ければ2～3時間）と予測される。最期の時に側にいたい人にはこのタイミングであれば間に合う可能性があることを伝えてもらう。医師だけでなく関わる多職種の誰もが、家族に今できることを適切なタイミングで伝えて良いと考えていると話されました。看取りをしていくのであれば呼吸の変化やチアノーゼ等の身体的兆候を観察する習慣をつけるのが望ましい。実際に日の単位であることを判断するのは難しいが、患者さんとの会話の中から気づくことができるとのこと。がん患者の場合は亡くなる1.5カ月前から倦怠感が出現し、亡くなる直前にはほぼ100%の人がこの苦痛を感じると言われている。そのため「ベッドで寝ていると楽ですか？」と質問し「寝ていれば楽」と言ってい

ても、鎮静を要するほど倦怠感が強くなり「寝ていてもしんどい」に変化すると日の単位に入ったと予測され、前述の声掛けを行うタイミングだと話されました。

看取りにおける予後予測の指標において、『経口摂取量の減少』は長い月の単位から、『ADL の低下』『倦怠感』は短い月の単位から生じていること、また『積極的な治療困難』は現在は終末期でも治療を行っている場合もあること等から、これらの指標で今どの段階であるかの判断は難しい。自分の中でより細かく気付ける指標を持つことが大切だと話されました。ステージ毎に観察することは変化し、どの段階でも生じる食事摂取量の減少では、特に IMADOKO①においてその原因（例：摂食・嚥下障害、がんによる通過障害、高カルシウム血症による嘔気等）を医師が評価することが重要だと話されました。また、食べることが苦痛でないか・もっと食べたい希望がないかも非常に重要で初診時から確認するようにしているとのこと。IMADOKO①の予後は私の調査データから 2～3 ヶ月ではあるが『まだ食べられる時期』であるため、治療が必要な歯は治療を行い、入れ歯の調整等も行う。IMADOKO②においては、入院での看取りを希望する場合は入院先の調整、家族の介護が一番大変な時期でもあり食事の用意に困っていないか等も確認する必要がある。調理が大変な場合には介護食や栄養補助食品の紹介、MCT オイルでカロリーをプラスする工夫等の提案も行う。IMADOKO③でトイレに行くのが大変になってもすぐに「オムツにしましょう」とするのではなく、本人はどのような方法だったら良いのかを話し合い、本人の意向を確認せずに様々な物を導入しないようにする。小柄な家族が介護している場合には、「家に居たいのであれば家族が大変でない方法を一緒に考えましょう」と環境・方法を調整していく。一方で、排泄を理由に家族へ負担をかけるのが心苦しいと入院を希望する人もいるとのこと。また、家族の不安へのケア、苦痛の評価方法と対処法も確認する。努力呼吸や下顎呼吸は周囲からは苦しそうに見えてしまうため、「一緒にお顔を見てみましょう」と家族と一緒に正面から患者の表情を見て「苦しそうに見えますか？」と質問すると、「苦しそうではない」と回答することがほとんどで、「苦しんでいる呼吸ではなくお別れが近いサイン」と説明する。家族は苦しんでいるのではないとわかれば側に寄って手を握る・声を掛けることができる。きちんと説明しておかないとこのタイミングで救急車を呼んでしまい、本人は延命処置を希望していなかったにも関わらず蘇生される等トラブルが生じてしまう。自宅での看取りを希望する方には、心配なときは救急車を呼ぶのではなく訪問診療医へ電話してもらうこと、必要なら往診することを伝えており、電話口で苦痛の評価方法（正面から表情を見る）を説明するだけで家族が安心することもしばしばあると話されました。

ステージ毎に観察する内容がわかれば、医師・看護師だけでなく患者に関わるケアマネジャー・栄養士・リハビリ職等の多職種が本人・家族との会話から変化に気づきチームで共有できる。「この先のこと」についてと言うと、延命治療の希望や予後についてと考えがちだが、この先どのようなことが不自由になるのか・そのときどのような人が力になってくれるのか・どんなことを大切に生きていきたいのか等も「この先のこと」であり、目の前の人大切に思うことを一緒に考えてみませんかとお話しいただきました。Web で体験できる IMADOKO 問診票（Symview IMADOKO 問診）もご紹介いただき、『現状確認ツール IMADOKO』がこの先のことを話し合うきっかけになればとお話しいただきました。



講師 大井先生

総合司会からのコメント

バージョンアップした IMADOKO でさらにわかりやすく、予後の短い方の状況を拾い上げる視点も非常に勉強になりました。

これまで IMADOKO について連続学習していく中で、大井先生からの誰が使ってもいいツールとお話がありましたが、「やはりそれは医師から」という意見も多く、地域や医療業界の文化の醸成も必要だと思います。私も家族を含めたチームで使っていければと考えています。

Q A 質疑応答・感想

伊賀先生：「死生観やそれぞれの得意を語り合う場についてお話がありましたが、物理的にどのような場を準備したら良いのか、また精神的なバックアップをどのように行うか等、作っていくのが難しいのではないかと考えています。アドバイスをお願いできますか。」

大井先生：「物理的な場については、苫小牧で既に認知症サロンや NPO の活動等で似たような活動を行っている方達がいらっしゃると思います。ゼロから始めるのではなく、せっかく行政である苫小牧市と医師会と一緒に活動しているのですから、既に活動している方を取り込んで繋げていければ良いと思います。精神的なバックアップについては、聞いている側が辛くなることもあるため、必ず聞く立場の人の振り返りを行う、開催時には 1 時間毎に休憩をとる、必ず 2 人で聞く等の工夫をしています。」

伊賀先生：「ありがとうございます。顔の広い A さん、苫小牧の認知症サポーター等の集まり等、地域の活動やネットワークを知っていれば教えてください。」

A さん（看護師・ケアマネ）：「苫小牧は認知症のサポーター養成講習が多く、月 1 回はサポーター養成に関わる講演や集まり等が開催され、現在関わる人は 3 万人を超えているはずで。集まりの中で意見を出しづらいときには後から質問を受けたり、適切な対応の仕方等を説明することもあります。その他にも認知症カフェが開催されていて、当事者や家族と一緒に勉強したり話をしています。私個人は参加者から聞かれたことについて答えています、それを広げる様な活動はしていません。」

伊賀先生：「ありがとうございます。認知症を中心とした方たちの集まりがあるということなので、大井先生からのご意見を参考に少し動いていければと思います。」

伊賀先生：「Web 参加の方から事前質問がありました。人生会議を開催する最も良いタイミングを教えてください、という質問でした。一般的には 1 年以内に何か起きそうと違和感がある方に開始するのが良いといわれていますが、IMADOKO を含めて大井先生からアドバイスをお願いします。」

大井先生：「私の今日のメッセージは早ければ早いほど良いということです。先ほどの川の流れていくと元気なときは良いですが、実際に私がいつ認知症になるのか、がんになるのか、脳梗塞で倒れるかはわからないわけです。認知症の症状が強くなると将来を見据えた考えをまとめるのは難しくなっていくので、元気なときに『私がもし認知症になったら』という話を周囲と一緒にしておく、そもそも認知症ってどんな病気？と認知症の理解を深めようとなるかもしれませんし、認知症になったらどうしたいか考えるのは難しいと感じるかもしれません。そのような場合には認知症の当事者の方達、私は若年性アルツハイマーを発症した丹野智文さんのお話をよく聞くのですが、認知症になってもある程度は一人で生活できる工夫につい

て話されています。元気な今だから考えやすいですし、病気になった人に聞く方がハードルは高いので、私はなるべく早く、IMADOKO よりももっと前が良いと思っています。」

Web：「大井先生が歯科医師に対して求めることはどのようなことがありますか？」

大井先生：「もし訪問しない歯科の先生であれば、通院できなくなった患者さんを誰に繋ぐかを考えてもらえたらと思います。訪問歯科医や訪問診療医に繋ぐ、患者さんに訪問歯科診療について情報提供することもできます。当初、一緒に訪問診療している歯科の先生から『どうやって看取りを予測するのかかわからない』と言われたので、訪問診療をする歯科の先生には IMADOKO を見て患者さんが『今どの辺なのか』を考え、チームと共有していただければと思います。訪問歯科の先生が行った治療・ケアについて、IMADOKO①では歯の治療、IMADOKO③ではほぼ口腔ケアというデータがでています。『口腔ケアなんて』と思わず、口腔ケアが必要になった人は看取りが近いと考え、そういう人にこそ家族・看護職・介護職が口腔ケアできるように指導していただくと、よりきれいなお口で最期を迎えられる人が増えていくのではないかと思います。」

伊賀先生：「本学習会では『看取りの文化を苦小牧ではぐくむには』という目標がありますが、その手前に看取りを語り合える文化と場を作っていく必要があると思います。そのツールとして IMADOKO を少しずつ理解し地域で誰が使っても良いような地域・業界の文化を作っていくことが必要だと思います。第一歩として『ミモザの会』というコアメンバーで意見交換会を行っていて、まず訪問看護師から裾野を広げ多職種で IMADOKO をどんどん使っていければと活動を進めています。本日は非常に勉強になりました。」

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周先生

大井先生の講演、大変興味深く、勉強になりました。本日のポイントは2つあったと思います。

一つは、自分自身の語りについて。専門性やプロフェッショナルとしての振る舞いに議論が進みがちになり発想が先細りになってしまう。人間にとって最期に訪れる自然なシチュエーションとしての看取りを、現代医療の考え方に当てはめ細分化し分析する方向になってしまうと、患者さん自身がどのように暮らしたいのか、誰と話したいのか、どこに居たいのか、どんな雰囲気を感じたいのか、当たり前のことが見えなくなってくる。そこを一度戻すためにも、我々自身が改めて何ができるのか、自分はどんな人間か、私だったらこうして欲しい等、患者さんの目線に視点を持っていくことで、看取りを仕切るわけではなくバックアップできると思います。場を作る・雰囲気を作るのは難しいかもしれませんが、皆で視点を持っていくということが大きなテーマだと感じました。

二つ目は、IMADOKO の素晴らしさ。以前の大井先生の講演でも本当に感銘を受けたのですが、改めて本も読ませていただき、今回さらに一歩進んだ形で観察項目など示されていて、ツールが更に深まっていると感じました。IMADOKO で見通しを持っていると後手に回らず済むことがやはり大きいと思います。医師・看護師だけでなく様々なケア従事者が今後このようなことが起きるかもしれないという視点で手を挙げることができる。さらに家族とも対話ができる。見通しを持ちながら生活に基づいた議論ができるという意味で IMADOKO を活用していただき、看取りを医療化せずにその人らしい生き方をサポートできる強力

なツールとして使っていくことが今回強調されたと思います。

ぜひ苫小牧の皆さんがより患者さんのニーズに沿った看取りの文化、看取りの実際のケアを提供していただくことを強く期待したいと思います。