

在宅医療グループ診療運営事業

第4回 在宅医療を支える多職種学習会

活動報告

2024年12月10日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第4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ために』より、看取りを見据えた食べる支援・生きる支援を必要としている方が地域で最期まで安心して暮らすために、自分達ができることは何かを学び、考え、地域で取り組みを始めることを目的に開催しました。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、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネジャー等、81名と多くの皆様にご参加いただき、大変有意義な会となりました。



初めに、苫小牧市医師会 副会長 豊田健一先生より、「高齢化により一人暮らし高齢世帯も増加し、通院も大変になる中でどのように人生の終焉を迎えるのか。病院はベッドが足りず入院できない状況かもしれません。在宅や施設で看取りを進めなければならない時代がやってきているのではないのでしょうか。多くの医療関係者は病院で看取る経験はあっても在宅で看取る経験はほとんどないと思います。残された時間を患者にどう説明するのか等、本日の講演で看取りについて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、ご講演いただきました。講評は、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 草場鉄周さんよりコメントをいただきました（当日は急患対応により講評ができなかったため、後日改めてコメントをいただきました）。



開会挨拶 豊田先生



総合司会 伊賀先生



医療アドバイザー 草場先生

【講 演】



大井先生には、2023年12月開催の第3回在宅医療を支える多職種学習会でも講師を務めていただけており、今回は「ACPにも活用できる『現状確認ツールIMADOKO』」のご講演をいただきました。

まず初めに、事前に行なったアンケートは、大井先生が小金井市でIMADOKOを使用し始めた際、多職種

がどのように看取りに関わっているのか、見通しや予後を考えているのか等を調査した小金井プロジェクトを事前アンケートとして実施したとのこと。今回苫小牧での33人の回答では、看取りのある在宅と外来で働く人が同数最多、終末期の患者と関わる際に自分自身で予後予測をする人が42.4%、終末期の患者と関わる人がない人が12%だったとのこと。予後等を患者・家族に伝えることが「ある」人は少なく、説明する場合には、「自分は話す立場ではない」「病状進行と患者・家族の捉え方が違う」「悪い話をすること自体が苦手」等、ほとんどの人が困難を感じていた。終末期患者の予後予測は経口摂取量の減少や意識レベル低下を指標とする人が多く、他にも血液検査、ADLの低下、尿量減少があるが、それがどの段階で何を予測する指標であるかが重要であるとのこと。また、自身で予後予測をすることに不安を感じる人は多い一方で、今後の見通しを他職種と共有する難しさはあまり感じていない人が多かったとのこと。終末期の食については、食べる希望を叶えるための関わりができずにジレンマを感じる人もおり、その理由は「安全を優先するあまり食べることを禁じられることが多い」がどの地域でも最も多く、終末期の大事な時間の中で禁止するのか・少しでもできるか見守るのか、皆が思い悩むことだと話されました。看取りが近づき家族へ説明が必要だと感じる指標はバラツキを認め、余命6ヵ月以内の患者に対し困難を感じる人が多い結果だった。その理由は「患者本人・家族が終末期であることを受容していない」がどの地域でも多く、当たり前の結果だと話されました。受容している人に関わるのは簡単だが、受容していない人と一緒に考え、必要な情報を伝えていくことが重要であり、専門職の役割だと説明されました。必ずしも（患者・家族に）伝えることが目的ではなく、一緒に考えていくのだという気持ちで今日の講演を聞いてほしいと話されました。

「がん患者は地図を持たずに漂流している」と表現した仲間がいた。患者や家族が抱える漠然とした不安に大きな流れを示し、今後起こりうる身体機能の変化を生活の指標から見える化したものがIMADOKOの始まりだとご説明されました。2001年に発表された論文で示された疾患により異なる死に至る軌道は、癌は比較的body機能が維持され急激に低下する、フレイルや認知症は対照的に緩やかに低下する、慢性呼吸不全・慢性心不全では入院の度にADLが低下し元通りまでは回復しないを繰り返すという変化が示されている。がんとフレイルの死に至る軌道に経口摂取の変化を併せて記載したのが『現状確認ツールIMADOKO』。大井先生の外来を初めて受診する多くの患者は“まだ自分は元気なのに”ということが多いが、この先の見通しについては説明を受けていない人が多く、これから先のことを話し合うためにIMADOKOを使い始めたと話されました。

緩和ケアをすすめられ“この先どうなるのか”等の不安を抱える患者・家族に対して、初めてIMADOKOを使う際のポイントをご紹介します。

【ポイント①聞きたくない気持ちの配慮】

- ・ 少し具体的にイメージできるようにお話していいですか？と必ず確認する

【ポイント②大きな流れを示す】

- ・ がんだけでなく全ての人に共通して人生の最後は体力が低下し、今まで通り食べられなくなる

【ポイント③がんの経過の特徴】

- ・ 癌の場合はぎりぎりまで体力が保たれるが最後の変化が急である

【ポイント④予定入院のタイミング】

- ・ 入院したいか、自宅にいたいかなど、療養の場の希望を確認
- ・ 家族に迷惑をかけるから入院を希望する患者には、トイレに行くのが大変になった時期に入院するケースが多いこと、入浴が負担になった頃に入院予約をするよう説明していた
- * 家族の負担がなく本人も許容できる排泄方法（オムツ、尿瓶、ポータブルトイレ等）を考え話し合うことで最期まで自宅で過ごせるケースも多いことも説明

- ・ 外出や通院が大変になる
- ・ 家事等が負担になる
- ・ 入浴が負担になる
- ・ トイレに歩いていくのが負担

現状確認ツール IMADOKO

全身状態の評価尺度（PPS；Palliative Performance Scale）

IMADOKO① 外出や通院が負担	ち	PPS（移動）70
IMADOKO② 入浴が負担（浴槽に入る動作が負担）	よ	PPS（移動）50
IMADOKO③ トイレ歩行が負担（介助なし）	う	PPS（移動）30
本当に食べられない時期（食べる意欲低下）	ど	PPS（経口摂取）極少量・口腔ケアのみ

IMADOKO は正確に予後を予測することが目的ではないが、大井先生の担当患者の初診時 IMADOKO と生存期間の調査より、IMADOKO①は 2～3 ヶ月、IMADOKO②は約 1 ヶ月、IMADOKO③は約 2 週間という結果が示されている。あくまでこの数値は患者・家族に伝えるためではなく、専門職が“およそこのくらい”と念頭に置き、特にがん患者の急速な変化にあわせ環境を整えることが目的だと話されました。

IMADOKO の具体的な使用についてご説明いただきました。基本的に初診時の患者・家族との面談で準備するが、いきなり説明を開始するのではなく、病気やこの先のことをどのように聞いているか、困っていること、希望について話を聞き、やり取りの中で先のことを知る希望があれば一緒に IMADOKO を眺めるとのこと。今聞きたくないというサインがあれば無理に話をしないこと、数日経ってやっぱり聞きたいと希望があれば話を聞き、一緒に眺めるといふ使い方をしていると話されました。

IMADOKO 導入によって在宅看取り率が 47%→71%まで増加（新型コロナウイルス流行等の影響も考えられる）し、患者・家族、患者・家族・医療者のコミュニケーションが有意に促進される効果を認めた。初診時に IMADOKO で話をする事により、患者自身・家族の気持ちをお互い知ることができ、一度話をしていることで医師が不在の場でも希望や不安について話し合いやすくなるとのこと。そこに専門職からできることやサービスについて提案できるのではないかと話されました。

在宅チームでの情報共有にも IMADOKO を活用しているとのこと。在宅チームは医療・介護の多職種+家族と捉え、IMADOKO の ADL の状態（右側）を敢えて下から見ていく。トイレに行けていますか（明らかにできる場合は、できていますねと声掛け）→浴槽に一人で入るのはどうですか→通院はどうですかと尋ねる、通院がちよっと大変になってきたであれば IMADOKO①ですねと一緒に地図のように眺め、この確認は医師が不在の場でも看護師と家族、家族だけでも可能であると話されました。IMADOKO はステージにより観察項目が変化し、IMADOKO①で食欲が落ちている人は多く、食事摂取量低下の有

無・低下の理由、食べることが苦痛ではないか、もっと食べたい気持ちはないか、歯科治療の必要性の有無を確認。IMADOKO②では IMADOKO③の時期に在宅療養を希望するか、入院希望の場合入院先の手配はできているか、食事摂取量がさらに減少していないか・家族は食事の用意に困っていないかの確認、効率的な栄養摂取の方法の提案、自分でやりたいことを支えるための環境調整。IMADOKO③では、排泄方法を提案（医療者が良いと思う方法を決めつけない）→本人がこれなら良いと思える方法を選択してもらうことで尊厳を保つ、家族の不安のケア、死が近づいたときの苦痛の評価・対処方法を確認する。

終末期のがん・非がん患者の「食べたい」希望を叶えるアプローチは、まずは食べられない原因を考えることだと話されました。原因は痛み・呼吸困難・腹部膨満感・悪心・嘔吐・便秘・下痢等様々であり、症状が緩和されることで食事摂取量が増加する可能性があることから、原因を見極め症状をコントロールすることが重要とのこと。病態による通過障害がある場合には、ゆっくり・分食・嘔吐しない程度・柔らかいものにする等の説明を行い、病状を理解しコントロールできる患者には「あとひと口」を自分でコントロールするよう本人に任せる場合もある（認知症では難しい）。歯科との連携により、嚥下方法の指導バリエーションが広がったことや、アドバイスしていた柔らかいものが日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が示した分類のコード 2～3 であること、食事姿勢や食べるための口をつくるという考えを知ったと話されました。貴重な「まだ食べられる時期」において、リスクがある状態であっても本人に食べたいという希望がある場合に見守ることができるのか。これは食べることによるリスクを本人も家族も理解すること、チャレンジできるか話し合える専門家チームがいるのか、必須である主治医の協力が得られるかによるとのこと。難しい状況でも「どこまでならできるか」を主治医も一緒に考えていけると口から食べられる患者が少しでも増えるのではないかと話されました。本人が食べたいときに「良くなったら」と判断しても、終末期のため良くはならず食べたい気持ちもいつかなくなることからタイミングを逃さないこと、チャレンジした際に主治医は症状や腹部所見を注意深く観察することが必要とのこと。

自宅で看取りをする家族の不安を軽減するために、家族へこれから起こる変化「死への身体的兆候変化のプロセス」を伝えるとご説明されました。これを IMADOKO③に入ったときと死が日の単位に入ったときに家族へ伝えることで、在宅療養を中断せずに在宅看取りができるポイントになると話されました。療養中の最後に生じる苦痛は強い全身倦怠感（痛みや呼吸困難感はコントロールされていることを前提）で、患者がベッドに横になる時間が増えたら「寝ていたら楽ですか」と質問する。寝ていて楽であれば無理

日の単位	倦怠感が強くなり間欠的な鎮静で対応（非がんの場合はもう少し長い） …鎮静から覚めて少しでも楽に家族と穏やかな時間を過ごせることが目的 この先はほとんど眠っている時間になってくる …会話ができるうちに会いたい人に連絡した方が良いことを伝える 穏やかに眠っているのは苦痛を感じていない状態と捉えることもできる …「意識がなくなった！病院に！」と救急車を呼ぶケースが多いタイミング。その時期がきたのだと見守るように伝える。
時間の単位	呼吸の変化 努力呼吸→下顎呼吸 …最期のときにそばにいたい人に連絡するタイミング。 呼吸の動きが大きくなると苦しそうに見えるが、患者の正面から表情を見て確認を促す。苦しんでいると思った家族が救急車を呼ぶケースが多い。苦しいのではなく別れが近いサインだと説明。 手足が冷たくなる、脈が触れなくなる、指先・足の裏にチアノーゼが出てくる
<p>患者さんの変化を観察 本人が苦しいかは表情を見て確認 終末期にはある程度予測されたことが起こるため、急変と捉えず備えておく（家族の心の準備）</p>	

に対応する必要はなく休んでもらい、家族には体を擦ってあげると楽なこともあると伝えるとのこと。

また、家族から介護のために仕事を辞めた方が良いか相談を受けることもあるそう。IMADOKO を見ながら、IMADOKO③の時期に入院することを決めた場合にはがん患者では在宅で介護が必要な期間は長くないことから、自宅で本人のしたいこと・食べたい気持ちを支えられるタイミングで仕事の調整を行うと良いと提案する。介護や看護を理由とした離職は年間約 10 万人と発表されており、介護休業や介護休暇の制度を紹介していると話されました。

訪問看護師の IMADOKO 活用についての報告をご紹介いただきました。IMADOKO のおすすめポイントは図で書かれているので理解しやすいし覚えやすい、難しい計算がなく誰でも使える、決断しなればいけない時期をとらえやすい等。他にも、看取り経験のない新人看護師の指導に活用、無理に食べさせることを負担に思っていた家族に IMADOKO で現状を説明することで無理しなくて良いと思うことができた等、様々な場面で活用されているとのこと。

IMADOKO が適用されないケースについてもご説明いただきました。IMADOKO は ADL の低下を指標とするため、既に ADL が低下（骨転移等）、意識障害（脳転移、肝不全等）では活用できないこと。意識障害の場合は会話・コミュニケーションが困難となる可能性があるため大切なことは早めにと伝えていくと話されました。がんは経過中に約 20% で急変があることから急変時の変化についても説明しているとのこと。認知症を合併している事例では、認知症状で食事が進まず IMADOKO の②と③を行ったり来たりすることや、がんと認知症の軌道を行ったり来たりする場合等、経過がわからなくなることもあるが、チームで今どこなのか話す際に IMADOKO を活用できると話されました。

食べる支援への IMADOKO の活用についてもお話いただきました。終末期の在宅がん患者に対する調査では、食欲不振の原因は疼痛が最も多く、次いで悪心嘔吐。疼痛の原因はがんによる疼痛、疝痛が挙げられ、悪心嘔吐の原因は消化管通過障害や癌性腹水等、それぞれに複数の要因が挙げられた。病態に応じた症状緩和と栄養サポートを行った結果、食事摂取量（自己申告）が増加したのは 48%、維持は 22% で、減少した群と比較し生存日数が有意



講師 大井先生

に長い結果が得られた。予後約 3 ヶ月の終末期のがん患者であっても、症状緩和のための薬物療法、摂食嚥下評価による指導、栄養サポートを行い、少しずつでも食べられることに意味があると話されました。

最後に IMADOKO の良さは、「あと何ヵ月」と数値を書いていないこと、生活の指標から現状を確認できること、皆で眺めディスカッションができること。本人がどうしたいか、どこで療養したいか、食べたい気持ち等を聞きながらサポートしていくことができるツールであると話されました。

座長からのコメント

大井先生には昨年の多職種学習会、12 月 7 日（土）開催の市民向け講演会で現状確認ツール IMADOKO をご紹介いただき、今回の学習会では実例や具体的な活用方法をご講演いただきました。IMADOKO は医療者の使いやすさ、本人・家族のわかりやすさ、チームでの共有しやすさがシンプルな中に工夫されており、非常に素晴らしいと感じました。また、あと何ヵ月と数値を伝えることが目的ではなく、本人・家族の理解や決定を助けていくツールであるということが勉強になりました。

Q A 質疑応答・感想

A さん（病院看護師）：「大変勉強になりました。IMADOKO②から③に至るまでの期間で本人・家族から『あと何ヵ月くらいですか』と質問された場合には、先生はどのように説明されているのか教えていただきたいです。」

大井先生：「どの段階でも聞かれる可能性はありますが、まずは『何か気がかりなことがありますか』と聞きます。例えばお墓参りに行きたいと言われたら『この先もっと体力が落ちてくるので今が一番楽に行けますよ』と説明したり、必ずしも数字を求められているわけではないこともあります。それでもあと何ヵ月ですかと聞かれたら『私が過去に診た患者さんの平均では1ヵ月ぐらいでした』と、このくらいの人が多かったという伝え方をすることはありますので、絶対に言わないわけではありません。家族に聞かれた場合は『入院するとしたらあと2週間ぐらいしか家にいられないかもしれないのでお仕事調整できますか』と具体的に伝えることもあります。その他にも、あと約1ヵ月の場合は最後の2週間はベッド上で過ごすことが多くなるため、『何かやりたいことがあれば早い方が良い』という伝え方をすることもあります。」

B さん（診療所医師）：「苦痛に対する緩和の処置を行い経口摂取が改善したとご説明がありましたが、具体的に鎮痛剤を点滴したり、胸水や腹水を抜いたりする処置も行うのでしょうか。」

大井先生：「はい。腹部膨満感の原因が腹水だと判断すれば抜きますし、抜いた直後は食べられる人が多いです。また腹水が貯留すれば同じ症状が起こることもあるので、例えば輸液を減量する、ステロイドや利尿剤を使用する等、できることは対応して食べられる期間を少しでも長くするようにします。鎮痛剤は内服できるのであれば内服にしますが、注射の方が効果が早くて良いという場合は注射にします。疝痛で食べられない患者に対し食事前の点滴を行うととても効果がありました。」

伊賀先生：「今後、医師会や歯科医師会、とまこまい在宅食支援の会等、様々な機関や団体と連携し苫小牧でIMADOKOを学習しながら広げ、地域の動きにしたいと考えています。まずコアメンバーのグループワークから開始し、ワークショップを継続して実施していく等を考えたいと思っています。グループワークに参加したいという方がいらっしゃいましたら、ぜひとまこまい医療介護連携センターへ声を掛けていただければと思います。」

【講 評】

北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周先生

第4回在宅医療を支える多職種学習会にご参加の皆様

アドバイザーの草場です。先日の学習会の際に、肝腎のコメントが必要なタイミングで急ぎの症例相談に対応する事となり、発言できなかったことについて申し訳ございませんでした。

文章でコメントさせていただきます。

今回の大井先生の IMADOKO は去年の12月にも拝聴して感銘を受けたテーマでした。早速先生のテキストを私も購入して勉強させていただきました。今回の講演は IMADOKO を活用した事例も豊富に紹介され、参加された皆さんも具体的な活用のタイミングをかなりイメージできたかと思えます。

IMADOKO が重要なのは医療介護従事者が一定の見通しを持ちつつ、先手を打ったり慌てないで患者さんの病状の変化や家族の不安や驚きに対応できることにあります。我々が不安になったり焦ったりすると、その雰囲気は患者・家族に伝わり、伝播した不安が救急車の要請や急ぎの入院希望などにつながるものがまますので、それを避けることが本人らしい最期の時間を過ごすために重要と思えます。

ただ、その一方で患者一人一人の多様性が豊かなのも事実ですので、我々の提案が押しつけや誘導にならないようにすることも重要です。大井先生が患者さんから感情面の変化やこれからの治療への期待などの本音を引きだし、それに応じて柔軟にアプローチを変えていた様子を思い出して下さい。型を大事にしつつも、時に型を崩す勇気を持つ姿勢が本当のプロフェッショナルです。皆さんにはそうしたレベルを目指して頂きたいと思っております。

全国を見渡しても、こうしたレベルの在宅看取りの学びを深めている地域はそう多くないと思っています。北海道ではもちろんトップクラスです。繰り返しになりますが、苫小牧が在宅医療を力強く推進する地域であり続けるよう、一つ一つの症例を大切に取り組みを続けて頂きたいと思えます。引き続き応援させていただきます。

北海道家庭医療学センター 草場鉄周