

令和3年度 埼玉県医師会在宅医療塾
第4回「緩和ケアと多職種連携」

『在宅緩和ケアに必要な知識と体制』

新都心ホームケアクリニック 院長 小野充一

1

本日の内容

事例から「在宅緩和ケア」の概略を捉える

- ◆具体的な症状緩和の手技・知識
 - 嘔気・嘔吐、
 - 倦怠感・食思不振
 - 消化管閉塞
 - 腹水貯留
 - 皮下輸液
 - 呼吸困難感
 - せん妄

最終作業；「在宅での看取り」

- ◆「これで良かった」という振り返りと再出発
 - 看取りケア、死前喘鳴
 - 死亡診断

在宅緩和ケアの特徴、コツ

- ◆コミュニケーション・プロセス
 - 治療とケアのギャップ
 - ライフストーリーの接点

2

事例から「在宅緩和ケア」 の概略を捉える

二つのキーワード

直面化

共有

3

事例紹介 67歳、女性

1. 事前の状況把握(紹介状より)

卵巣癌(漿液性腺癌)

- 2016/07/26 子宮全摘+両側付屈器切除+大網切除
- 2016/08/17 パクリタキセル+カルボプラチン療法(しびれのため中止)
- 2016/11/18 ドセタキセル+カルボプラチン療法×2サイクル
- 2017/10 脳転移→手術+放射線治療
- 2018/08 骨盤底部に再発→化学療法で寛解
- 2019/07 脳転移→ガンマナイフで寛解
- 2019/11 腸間膜再発→化学療法で寛解
- 2020/11 直腸再発→化学療法・放射線療法効果なく緩和ケアを選択

(現在の腫瘍:直腸周囲、リンパ節、肝転移)

4

患者・家族面談;Pt, 夫, 娘来院(6/9)

- 同居家族構成;夫、長女・婿・息子(小6)
- キーパーソン;夫、長女(在宅ワーク)
- Ptの性格;明るく、辛抱強い。
- 主治医の病状説明内容
 - 数か月の予想だが、出血・腸閉
- 県内緩和ケア病棟を受診したが、入棟申し込みはしていない。
- 初診時のADL;室内歩行、PS2~3、
- 生活状況;食事摂取可能、排便(薬剤使用)、睡眠
- 苦痛・つらさの程度と対応;疼痛あり(2-3/10)
 - フェントステープ8mg、レスキュー使用(オキノーム10mg)

介護力の見通し
家族のケア目標
家族同士の関係

病状の見通しの理解・共有
緩徐な悪化の対応
急激な悪化の対応

病状変化の見通し
薬剤使用の可否
精神安定・希望の程度

5

患者・家族面談;Pt, 夫, 娘来院(6/9)

Dr;今、一番困っていることは何ですか？

- Pt;毎日では無いけど、腰というか、肛門からの粘液がある日は辛い、痛い。出さなくても痛い。トイレ行った時に感じるタイミングで痛みが生じる。
- 普段座っている時は痛みはそこまで感じない。
- 痛みはお薬でとれている。頓用のオキノームは平均して1日4~5回。痛みが強くなる前に飲んでねと言われているから飲んでいる。

Dr;現在通院中の大学病院への通院はどうされる予定ですか？

- これまでもお世話になったし、あちらにも通うつもりです。
 - 長女;違います。もう通わないんですけど、今のため、予約は入っています
- Dr;これまで診てもらっていたし、通えるよう

まず、一番訴えたいことを聞く
来院目的の確認

症状緩和の程度
導入の急ぎ具合

主治医としての責任範囲の明示
家族の緩和ケア受け止め具合

6

患者・家族面談;Pt, 夫, 娘来院(6/9)

Dr;わかりました。今後は、当院からお薬もお出しして、今の痛みももう少し和らげていこうにしましょう。今は、痛みもあるようなので、通院するよりも訪問診療で始めますか？

関係性の構築

Pt;その方が楽で良いかな。

緩和ケア希望の確認

Dr;当クリニックで得意なことは、病気の辛いところを少し和らげることです。

そのために一番大切なことは、辛さを我慢しないことです。痛み以外のどんなことでも気軽に口に出すようにしてください。また、一般的な病院での治療の姿勢は、1日でも長くしっかり生きるために多少は我慢してもらいたいという部分があります。緩和ケアというのは、そういった我慢はしない方が楽に生きられるという考え方なので、患者さんだけでなく、ご家族一人ずつの生活の内容を考えて支援しますが、それでよいですか？

Pt;はい、それで結構です。

7

患者・家族面談;Pt, 夫, 娘来院(6/9)

長女;緩和できるような治療があれば、やって欲しい。それで少しでも母の生活の質があがれば良いなと思います、妹も近くにいます。

父が完璧主義なところがあるので、疲れちゃうと思っては抜かないと。

家族関係の把握

Dr;実際に患者さんのケアを行うのはご主人ですか？

夫;仕事していた時は家庭のことはすべて妻に任せ、減ぼしのつもりで家のことやっているんです。

介護の主体の確認

長女;私も二世帯住宅の同居で、今は在宅ワークもあるので、手伝いますが、父が一番大変だと思います。

8

初診面談の要点整理

- 余命;時間・日・週・月・季節・年/単位
- 急変時処置;DNAR・蘇生希望未定
- 緩徐な病態悪化時の治療先;(J大学)病院・PCU・ホスピス
- 最後の療養場所;自宅・施設・PCU(A病院緩和ケア外来受診/申し込み未)
- 同居家族;夫・長女夫婦・孫
- 訪問看護;〇〇訪問看護(24時間対応)
- 薬局デリバリー;無し・A薬局
- CM;Hケア

9

訪問診療;Pt, 夫, (8/12)

本人:食欲がなくて、食べる気はあるんだけど喉を通らない。そうめんなら、食べられるんでお父さんにお願いしています。便はピコスルファートを使ったら、自分でも処理できないくらい出ちゃって。

Dr:溜めすぎて、ドツと出ちゃったんじゃない?毎日少しずつ出していれば、量もそんなに少ないと思う。毎日、5~7滴くらいでいいんじゃない?

本人:お父さんに、トイレ臭いぞって言われる。

Dr:それは仕方ない。臭いしない人はいないのだから、お互い様だって言い返そうよ。

夫:オキノームが、あと20回分です。1日に6~7回飲んでます。

Dr:どこが痛くて飲むのですか?

本人:おしり。

〇)苦痛一、睡眠は取れている。オキノームは6~7回/日、予防服用も有り。

痛み止めのコスト高いとの夫発言に反応している。フェントス増量は希望せず。

BT;36.4°C、血圧;116/78mmhg HR;82/分、SAT;98%、体重=42.0kg(健康時は47kg)

右下肢浮腫++、

つらさの内容の把握

周囲の発言を気にしている

10

訪問診療処方内容 (8/12)

スインプロイク錠0.2mg1錠、1日1回、夕食後
 チウラジール錠50mg2錠1日1回、朝食後
 【般】プレガバリン口腔崩壊錠25mg2錠1日1回、就寝前
 【般】フロセミド錠40mg1錠1日1回、朝食後一包出
 デカドロン錠0.5mg1錠1日1回、朝食後
 ネキシウムカプセル10mg1カプセル1日1回、朝食後14日
 ピコスルファートNa内用液0.75%「KN」10mL便秘時1回
 フェントステープ8mg1日1回+フェントステープ0.5mg1日1回、貼付
 ジクトルテープ75mg1日1回、1日2枚/回
 オキノーム散20mg屯用6包/日(疼痛時に1時間以上あけて服用)

右下肢しびれ感

食欲増進・気分改善

11

電話診療 (8/29)

〇〇訪問看護より指示要請 時間 11:10~ 11:14

病態の把握
尿閉?脱水?

- 今、訪問したら、昨日から排尿がなく下腹部がパンパンになっています。よろしければステーションのバルーンを入れてもいいでしょうか?や了解
- 報告;バルーン挿入したが、Hr=200mLしか流出しなかった。(昨晚からの尿)このままカテーテルを留置したいが、それでよいか?

⇒患者さんの了解があればOK

- 今朝、便失禁多量だったので、そこで出た可能性
- 下腹部と左胸部の皮下に有痛性腫瘍が触れる。
- オキノームは変わらず5~6回/日で、飲んでも痛みは5/10と取り切れていないとのこと。⇒往診

つらさの程度把握
対応策の提案

12

往診(8/30)

- Pt; 梨は食べれました。大丈夫です。
- Dr; 何が気になりますか？
- 夫; 今日は動けなくて、トイレにつれて行くのも大変だった。
- Dr; 随時痛みを取りやすくするために、持続皮下注射を検討してみてもはどうですか？夜間でも、自分でスイッチ押して楽になれると思いますが？
- Pt; やっても良いです。
- Dr; この状態で自宅で過ごすことはどうですか？
- 本人; 迷惑かけちゃうので、考えたい。
- 夫; いやあ、やることはそこまで大変じゃ無いよ。おしっこの管も入っているし、後は排便時にオムツを1買い換えるだけだよ。
- 本人; ……………。

ベッド上臥床状態
余命は週単位？

療養場所の再選択

13

往診(8/30)

別室で長女(在宅ワーク中)、夫と会話

Dr; これから急速に状況が悪化して、おおむね1か月以内の可能性が高い。自宅でも、苦痛を取って楽に過ごせるようにできるが、Ptが心配するようにご家族の負担は増す可能性はある。

・娘; PCUは1回受診したのですが、どうでしょうか？

Dr; 症状緩和はしっかりしてくれると思います。ただし、コロナの関係もあって、傍にご家族が付き添えない制約もあると思うので、寂しさを感じる機会は増えてしまうかもしれない。

正解と言えるかどうか、どちらでも難しいが、先ずは明日まで皮下注射で辛さを取って、再度話し合しましょう。

夫; なるべくなら、自宅でこのまま見ていきたいです。

症状緩和の見通し

療養場所の再選択

14

往診時処方内容(8/30)

○)経口摂取不良、水分摂取は少量、服薬に苦痛あり、
臥床中の腰背部痛++、苦痛表情+
腹部圧痛++、自発痛+

BT;36.4°C、血圧;100/58mmhg、HR;84/分、SAT;95%

【共有・検討事項】

- フェントステープ中止
- 持続皮下注射、CAD、全量60ml、0.2ml/hr開始
- モルヒネ塩酸塩注射液200mg4%5mL10管+セレネース10A混注、
(モルヒネ158mg/日、セレネースは約4mg/日)

持続皮下注射に切り替え

セレネース・身の置き
所ない辛さへの対応
せん妄予防

15

訪問診療(8/31)

- Pt;今日は痛みはないです(笑顔)。レスキューのボタンは使ってないです。おかげさまで、昨夜はよく眠れてよかったです。
- 夫;こっちも安心できました。でも、朝方に便が何回も出て大変でした。
- 長女;昨日オムツ交換に悪戦苦闘してしまっ、何かコツを教えてください。
- Ns;今から、一緒に交換してコツを覚えましょう。
- Pt;食欲がないから薬のむ前に何か少しでも口に入れないとと思ってて。口から飲む薬で減らせるものならそっちの方が有り難いですね。
- Dr;それでは少し減らしましょう。また、栄養輸液も多すぎないようにバランスを見ながら開始してみましよう。して今後の療養場所に関しては、

症状改善による関係強化

経口薬整理の要望

栄養輸液・利尿剤の開始

16

訪問診療処方内容 (8/31)

- ラシックス錠40mg2錠、アルダクトンA錠25mg2錠一日2回朝、昼
- チウラジール錠50mg2錠、1日1回、朝食後
- ラキソベロン内用液0.75%10mL便秘時1回10～15滴1回
- ジクトルテープ75mg、1日1回1日2枚/回1回
- エルネオパNF2号輸液 1000mL、(20ml/hr,CV-Pより)
- デカドロン注射液6.6mg/1本点注、ガスター注射液20mg2回点注
- ヘパリンNaロック10U/mLシリンジオーツカ10mL2筒(ロック用)

腹水対策

腸閉塞対策

体調・食欲改善

前向きな生活意欲の維持

17

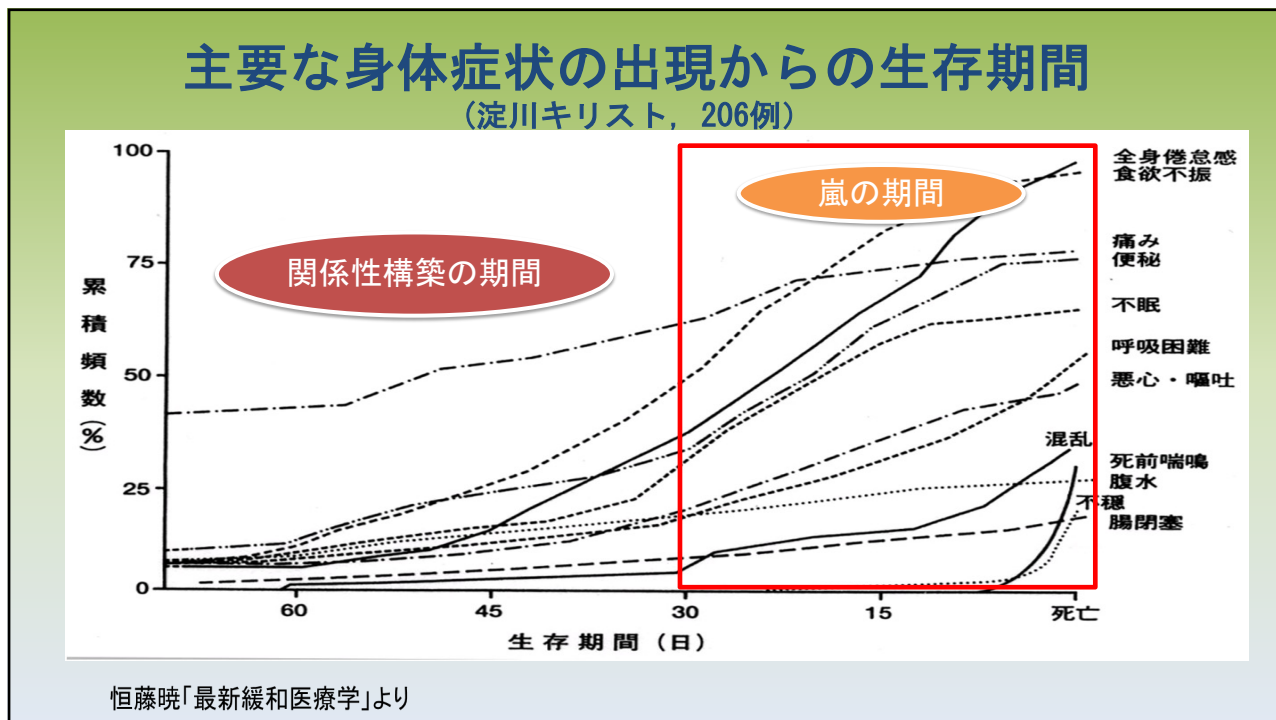
◆具体的な症状緩和の手技・知識

- 嘔気・嘔吐、
- 倦怠感・食思不振
- 消化管閉塞
- 腹水貯留
- 皮下輸液
- 呼吸困難感
- せん妄

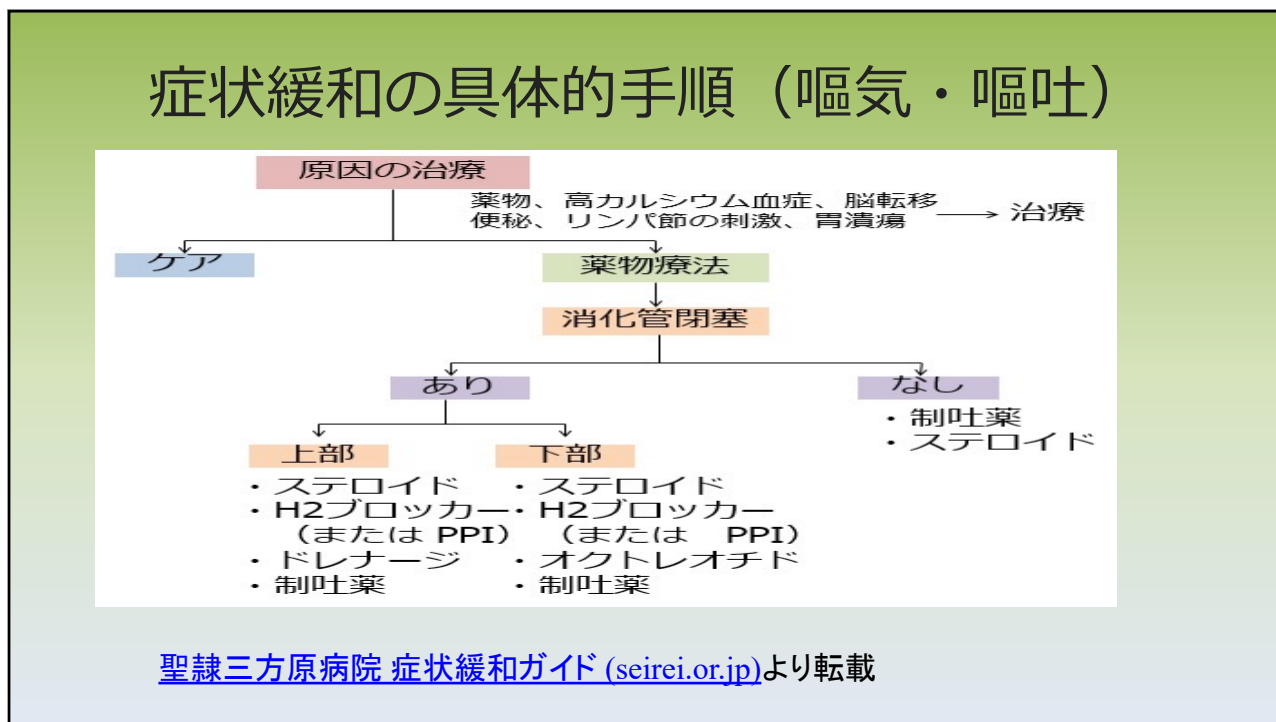
緩和ケアで重視する要素

- ◆ 自分の身体を信じる気持ち
- ◆ 医療や家族を信じる気持ち

18



19



20

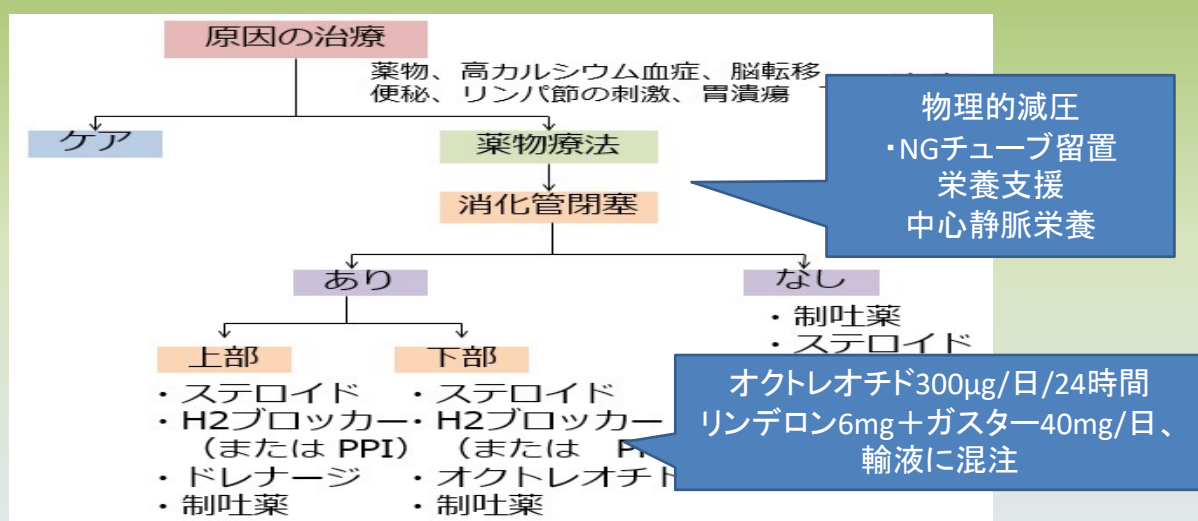
症状緩和の具体的手順（倦怠感・食思不振）

- 倦怠感、食思不振の原因となっている病態の除外
 - 貧血、感染症、高カルシウム血症、低ナトリウム血症、黄疸・肝障害
 - 口腔内カンジダ症・口内炎、脳転移など
- 薬物療法（ステロイド）
 - 予測される予後が1~2か月と限られていて、長期使用による副作用を許容できるとき。
 - ベタメタゾン2~4mg朝1回、60%以上の患者で有意な食欲増加作用がありますが、効果は短期効果で2~6週間しか持続しません。
 - ヒスロンH600~1,200mg/日、保険適応が乳がん・子宮がんなどに限定。致命的な血栓症の副作用があるので、一般的な使用に適さない。

[聖隷三方原病院 症状緩和ガイド \(seirei.or.jp\)](http://seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

21

症状緩和の具体的手順（消化管閉塞）



[聖隷三方原病院 症状緩和ガイド \(seirei.or.jp\)](http://seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

22

症状緩和の具体的手順（腹水貯留）

- 腹水穿刺;在宅でも施行可能(施行中NSの経過観察必要)
- 利尿剤;癌性腹水の場合、利尿剤が有効な場合があるが、腎不全・電解質異常の合併に注意(スピロラクトン50~100mg±、初期にフロセミド20~40mg併用)
- アルブミン投与(推奨されず)
- 輸液;輸液量はやや脱水に置く方が有用。(1日の水分負荷を経口量とあわせて1L以下を目安)
- 腹水濾過濃縮再静注法 (CART)
- メンタシップ、マッサージなど

[聖隷三方原病院 症状緩和ガイド \(seirei.or.jp\)](http://seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

23

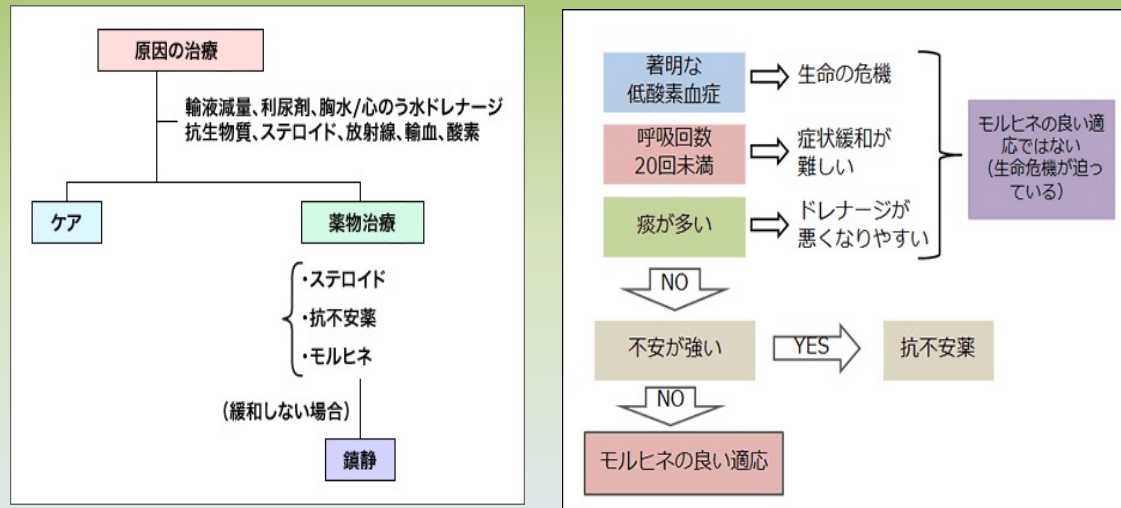
症状緩和の具体的手順（皮下輸液）

- 皮下輸液;末梢血管の留置よりも苦痛が少なく、ケアもしやすい利点がある。
- 皮下脂肪がなるべく厚い浮腫のない部分(大腿、腹部、胸部)にサーフロ一留置針24Gを留置して、ソリタT1or生食を100mL/hr自然滴下すると、90%程度の患者さんで1日500~1,000mL程度の輸液が可能です。
- 浮腫や発赤を生じた場合、数日おきにさし直す必要があることが多いですが、1週間程度留置できることもあります。
- 浮腫が強いと自然に滴下しなくなりますが、10%程度の患者さんでは皮下の輸液は痛みを伴うので、滴下スピードを遅くしての調節になります。

[聖隷三方原病院 症状緩和ガイド \(seirei.or.jp\)](http://seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

24

症状緩和の具体的手順（呼吸困難感）



聖隷三方原病院 症状緩和ガイド (seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

25

症状緩和の具体的手順（呼吸困難感）

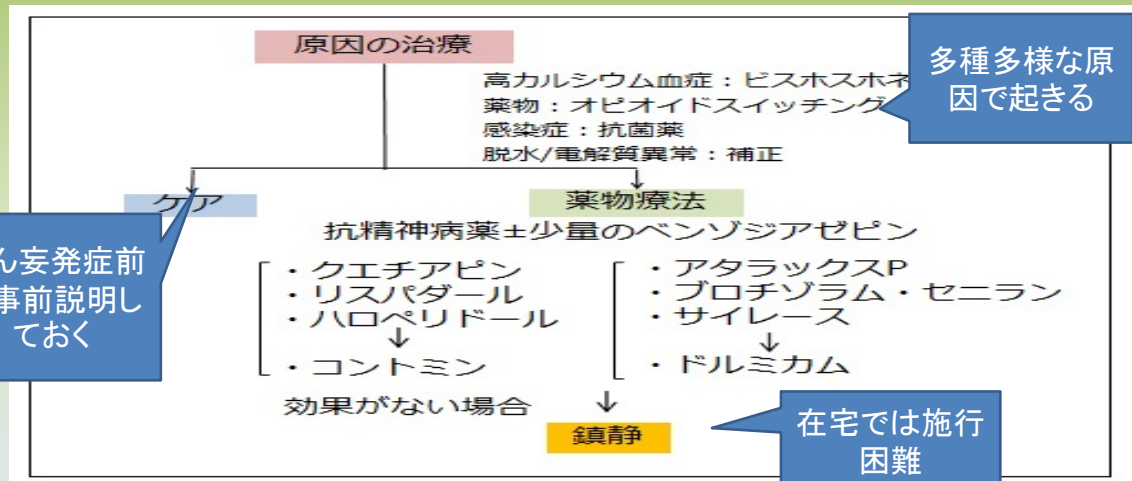
オピオイド初回投与の処方例

- 経口・坐薬；「呼吸困難時 コデイン20mg(または、オプソ0.5～1袋、アンペック坐薬10mg 0.3～0.5個)」とまずオーダーし、数回使って良さそうなら定期投与にする。
- コデイン20mg 2～4T 分4、定期的投与とし、「呼吸困難時コデイン1回分」とオーダーする。**コデイン120mgになったらモルヒネ20mg相当なので、モルヒネへ切り替える。**
- モルヒネ徐放剤20mg(MSツワイスロンなど)またはナルサス2mgを、定期的投与とし、「呼吸困難時 オプソ5mg」とオーダーする。
- オプソ1回5mg 10～20mg 分2～4、定期投与とし、「呼吸困難時 オプソ5mg」とオーダーする。

聖隷三方原病院 症状緩和ガイド (seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

26

症状緩和の具体的手順（せん妄）



聖隷三方原病院 症状緩和ガイド (seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

27

症状緩和の具体的手順（せん妄）

処方例(あまり鎮静したくないとき)

定期薬:(不穏になる時間の少し前に投与)

- ・クエチアピン25mg×1～2 夕・夜
- ・リスパダール0.5mL×1～2 夕・夜(最大3mg)
- ・ハロペロドール0.75～1.5mg
- ・セニラン坐薬(3mg)1個x1～2回、屯用
- ・ダイアップ坐薬(4mg) x1～2回、屯用
- ・ワコビタール坐薬50mg x1～2回、屯用

聖隷三方原病院 症状緩和ガイド (seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

28

症状緩和の具体的手順（せん妄）

処方例(しっかり鎮静したいとき) **身の置き所のないつらさでも行う**

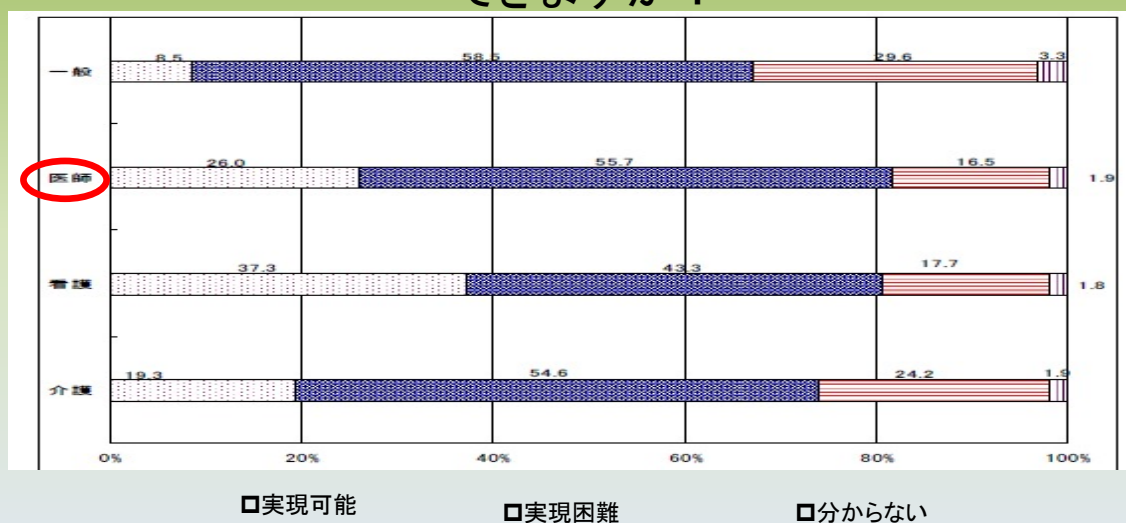
定期薬: ハロペリドール2~4A + 生食で50mLのシリンジポンプで24時間持続皮下・静注

- セニラン坐薬(3mg)1個x2回、定時使用(12時間ごと)
- ダイアアップ坐薬(4mg) x2回、定時使用(12時間ごと)
- ワコビタール坐薬50mg x2回、定時使用(12時間ごと)

[聖隷三方原病院 症状緩和ガイド \(seirei.or.jp\)](http://seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

29

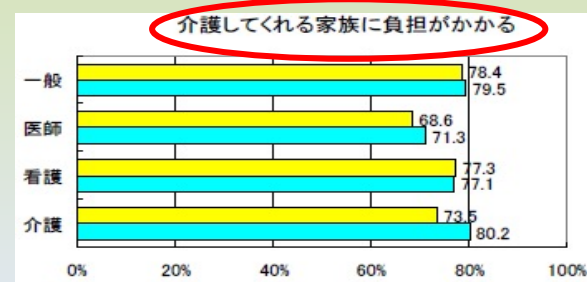
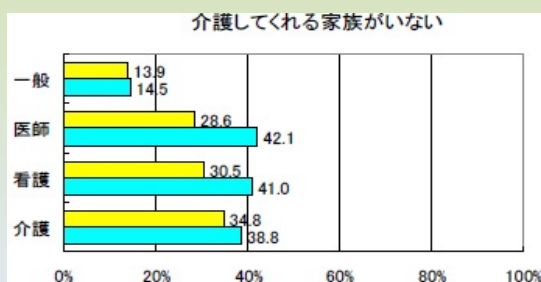
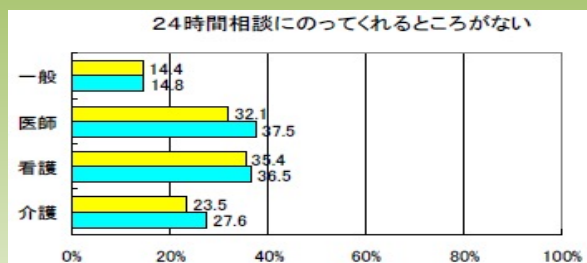
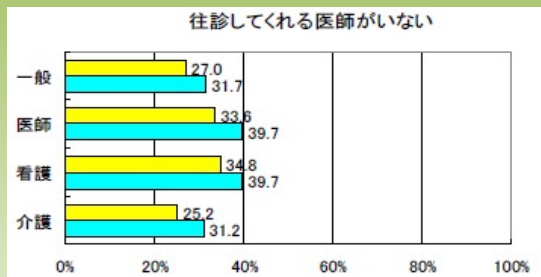
あなたの家族は自宅で介護をすることができますか？



終末期医療に関する調査結果 (H20年) 厚生労働省

30

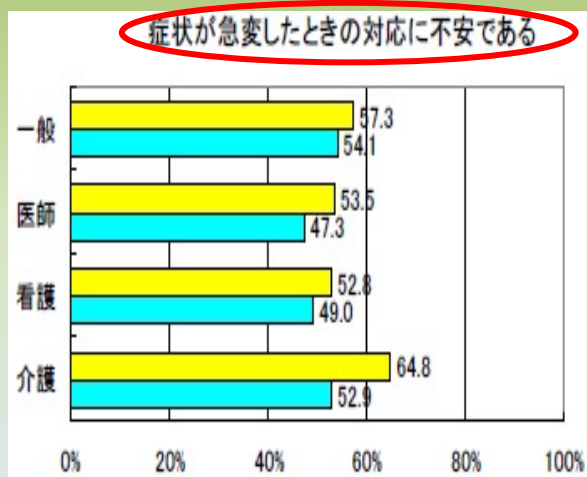
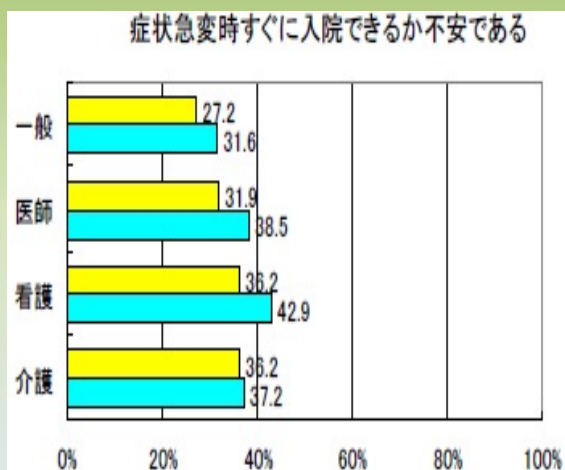
実現困難である理由



終末期医療に関する調査結果(H20年)厚生労働省

31

実現困難である理由2



終末期医療に関する調査結果(H20年)厚生労働省

32

在宅ケアを引き受けられない理由

- 患者や家族の個々の希望に合わせて、丁寧に話し合いを進めていくことは大切だが難しい。また時間もかかる。
- 本人の意思確認ができないケースがほとんどである限り、推測するしかないこと。家族がどういう選択肢がたまたま変であること。
- 24時間体制で対応できないこと。
- 調整の仕組みの不足
- 患者の思い、再入院の病床が不足
- 在宅での看取り、医療技術・知識の不足
- 病状の変化や経済的に家族が負担できないこと。

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査・後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2—後期高齢者終末期相談支援料に係る調査—

35

「最期の1か月」から得る「これで良かった」実感の共有

◆患者・家族との約束「これで良かった」というゴール

◆一人で我慢しない、出来ることだけやる

◆うまく甘える/お互い様という姿勢

◆ケアスタッフ；目標は「手を尽くす」と「諦めない」

◆非言語コミュニケーションで支える姿勢

□ 人の手、薬剤の手、環境の力を総動員

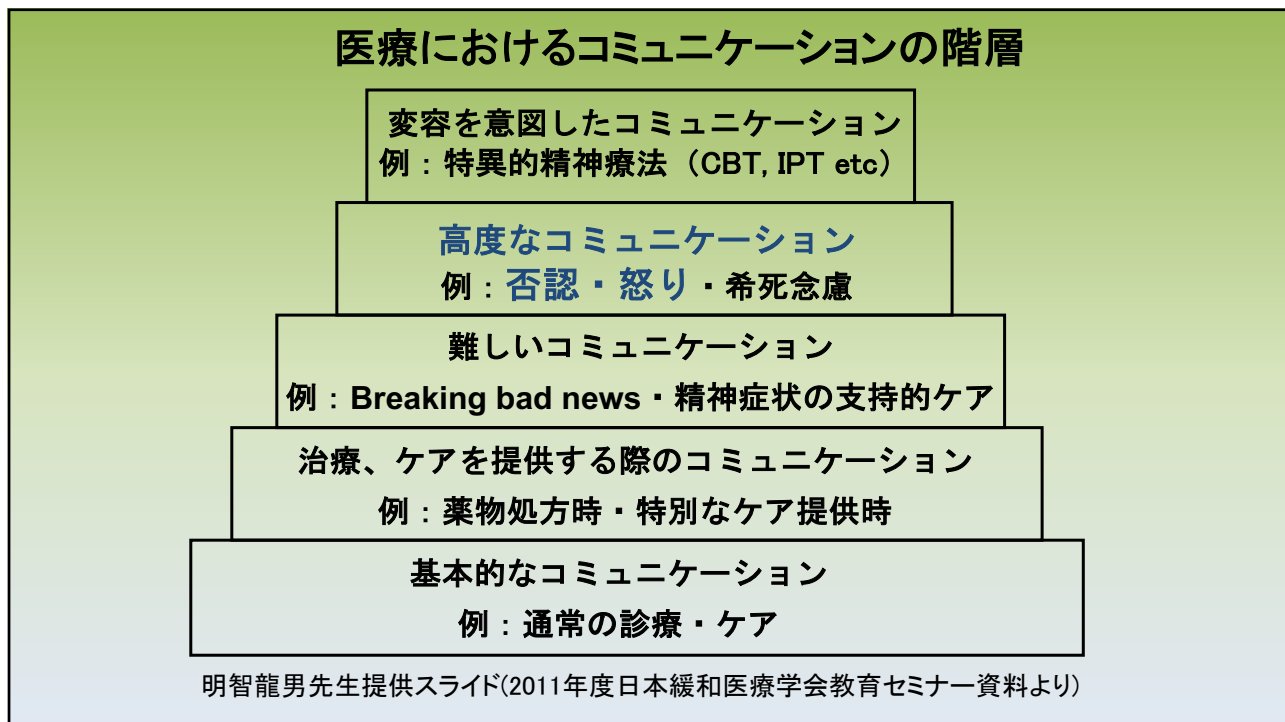
□ 痛いを信じる

□ 痛みよりつらさをとることが優先

□ せん妄・錯乱への対応

□ 身の置き所ないつらさを和らげる

36



37

医師は予後を長く見積もりがち？

Study	No. of patients	臨床的予後予測の中央値（日）	実際の予後の中央値（日）
Parkes et al	71	28(45-56)	21(9-34)
Evans et al	42	81(28-182)	120(43-180)
Heyse-Moore et al	50	56(33-84)	14(7-28)
Maltoni et al	100	42(28-56)	32(13-63)
Maltoni et al	530	42(28-70)	32(13-62)
Oxenhum et al	21	21(14-35)	15(9-25)
Maltoni et al	451	42(21-70)	33(14-62)
Christakis et al	325	77(28-133)	24(12-58)
Overall	1,591	42(28-84)	29(13-62)

EPEC-O; D08C.M08 診断と予後を明らかにする確定版(2006)より転載

38

ADL・症状と予後

Grade	判断基準	平均予後
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等に振る舞える	
1	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる。例えば軽い家事、事務など	
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助があることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している	癌性疼痛出現 6か月?
3	身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している	3ヵ月未満
4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている	1ヵ月未満
5	死亡	

臓器の障害

生活基本
動作の
高度障害

EPEC-O;D08C.M08 診断と予後を明らかにする確定版(2006)より転載

39

予後の予測(見通しの共有)

・がん患者の場合

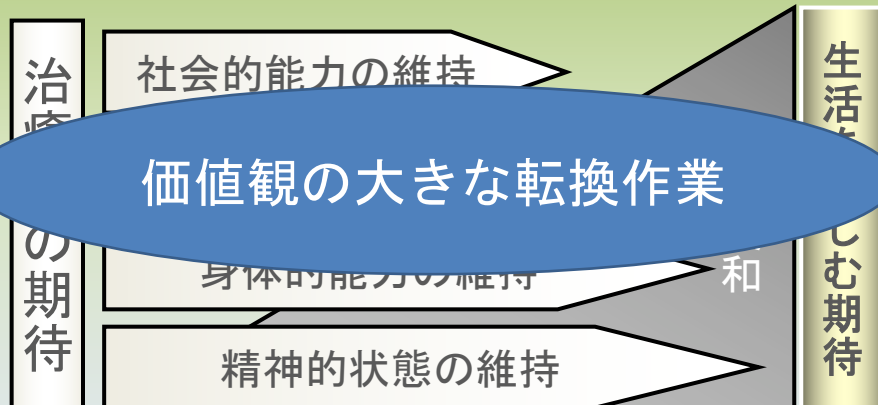
- 食事;経口摂取が1/4~1/5
- 体動;24時間臥床状態
- 複数のつらい症状
 - ・ 疼痛
 - ・ 身の置き所のないつらさ
 - ・ せん妄症状
- 重要臓器の状況
 - ・ バイタルサインの変化
 - 呼吸、血圧、脈拍、意識状態、発熱
 - ・ 水分摂取・排尿の減少

週
単
位
の
予
測

40

40

緩和医療・ケアへの期待とハードル



41

41

最終作業;「在宅での看取り」と「悲嘆のケア」

- ◆ 最終評価者は「家族」と全スタッフ
- ◆ 「これで良かった」という振り返りと再出発

42

臨終期および臨終時の対応

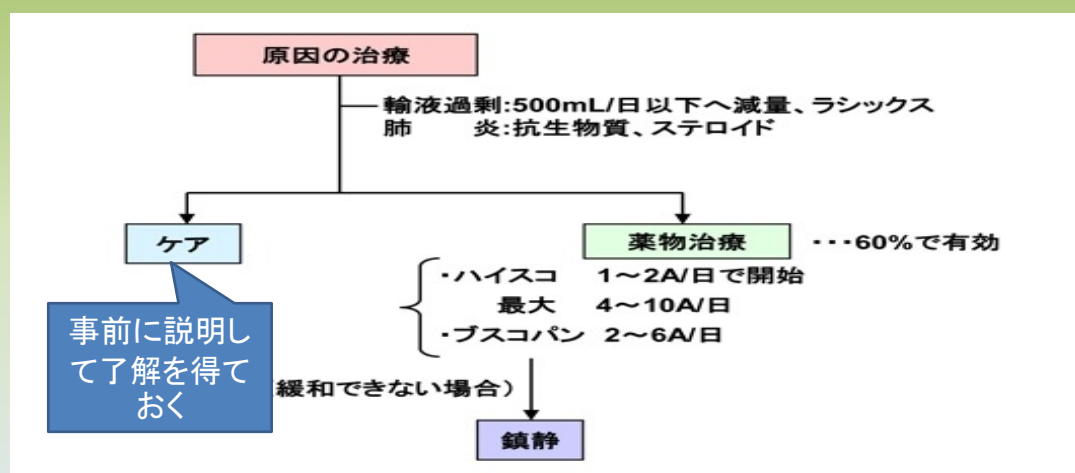
• 臨終期における不安定要因

- 患者の病状の急激な変化
- 異様と受け止める症状(せん妄など)
- 出血、嘔吐、苦痛様顔貌、死前喘鳴などのつらそうな症状
- 家族自身の対応に関する無力感・不安
- 家族以外の親族などの言動

医療処置や薬剤が原因と受け止められるリスク

43

症状緩和の具体的手順 (死前喘鳴)



聖隷三方原病院 症状緩和ガイド (seirei.or.jp)より一部抜粋・転載

44

せん妄を予測/説明しなければいけない理由

- 患者さんへの影響
 - 生命予後に重大な影響を与える。
 - 安全性や快適性を損なう。
 - 不安や苦痛を与える。
- 家族や介護する人への影響
 - 家族自身の不安の増大。
 - 後追い説明が医療不信につながる。
 - 家族の精神的・肉体的負担増につながる。
 - 家族の早すぎる諦めにつながる。
- 医療従事者、体制への影響
 - 患者さんの安全確保が難しくなる
 - 不当な拘束、安易な鎮静に繋がる危険がある
 - 在宅ケアへの移行が難しくなる

45

臨終期および臨終時の対応

- 事前の説明と了解・納得
 - 今後の病状やその対応方法についての説明
 - 家族自身を支える仕組みの確認
 - 家族の安定・安心が患者の症状安定につながることを理解する
- 支援体制(24時間)
 - 電話による相談受け付け
 - 病状によって緊急訪問看護、医師の往診を行う
 - 入院希望の場合は受診・入院先の確保
- 看取り時の体制についての説明・指導
 - 看取り時の病像の変化と対処方法
 - 同席する家族の連携状況
 - **救急車を呼ばない**

46

死亡時の対応(死亡診断書)

- 診療継続中の患者で、診療している疾患が死因であれば、死亡診断書を発行する
 - 24時間以内に診察が行われていれば、死亡を確認しないで、死亡診断書を発行することが可能である。
 - 死体検視官による死体検視が行われていない場合、死亡診断書を発行する必要がある。
- **亡くなってからどれくらいの時間で、誰が死亡確認を行うべきか？**
- 死亡時刻を巡る誤解
 - 医師が死亡を確認した時刻ではなく、生物学的に死亡したことが明らかと認められる時間であるので、家族の観察に基づき、死亡時間を推測し、記入する。
 - 家族にはあらかじめ、死亡確認の方法や死亡したと思われる時間を記録しておくことを指導することが望ましい。

47

余計な一言ですが……。

48

よい緩和医療、望ましい死とは何か VA Good death survey (2) 量的研究

対象: 患者・遺族・医師・看護師・MSWなど1462名
方法: 質問紙調査

	患者	医師
疼痛がないこと	93%	99%
病状についてよく知っていること	96%	88%
心構えをしておくこと	84%	79%
人生が完成したと思えること	80%	68%
意識が明確であること	92%	65%
負担にならないこと	89%	58%
他人の役に立つこと	88%	44%

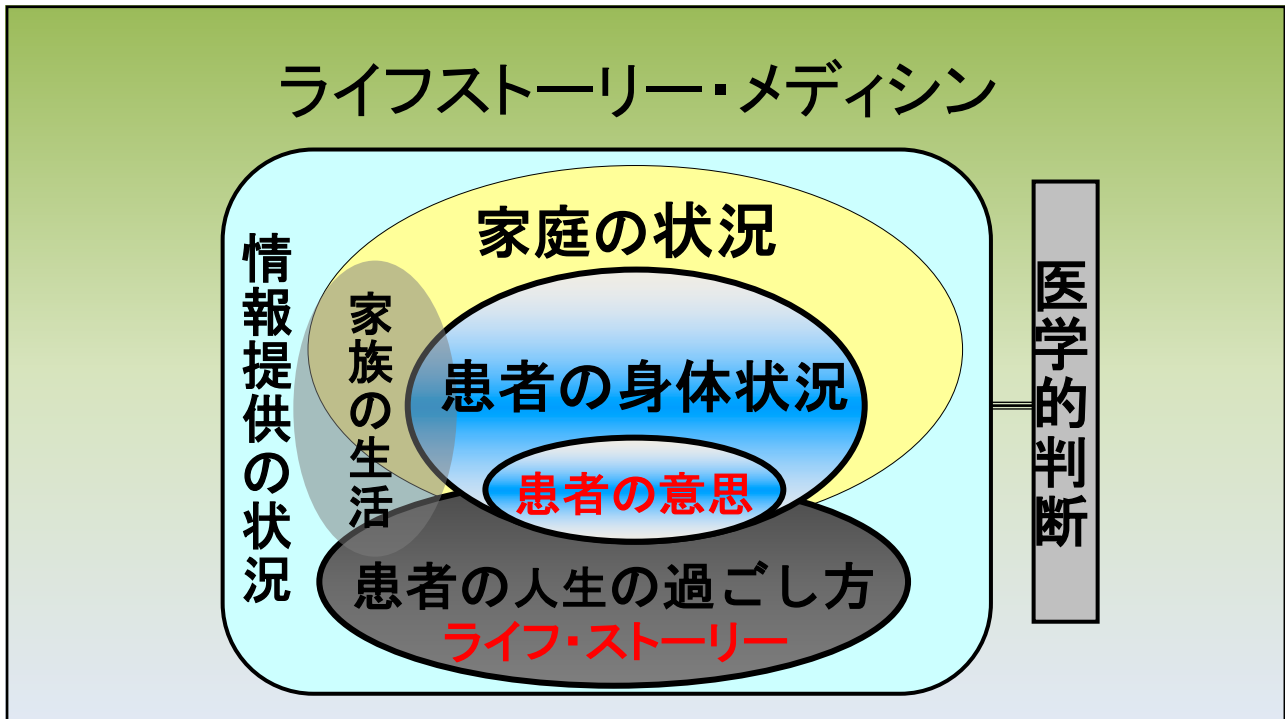
Steinhauser KE. JAMA 2000; 284: 2476-2482
(聖隷三方原ホスピス 森田達也科長より)

49

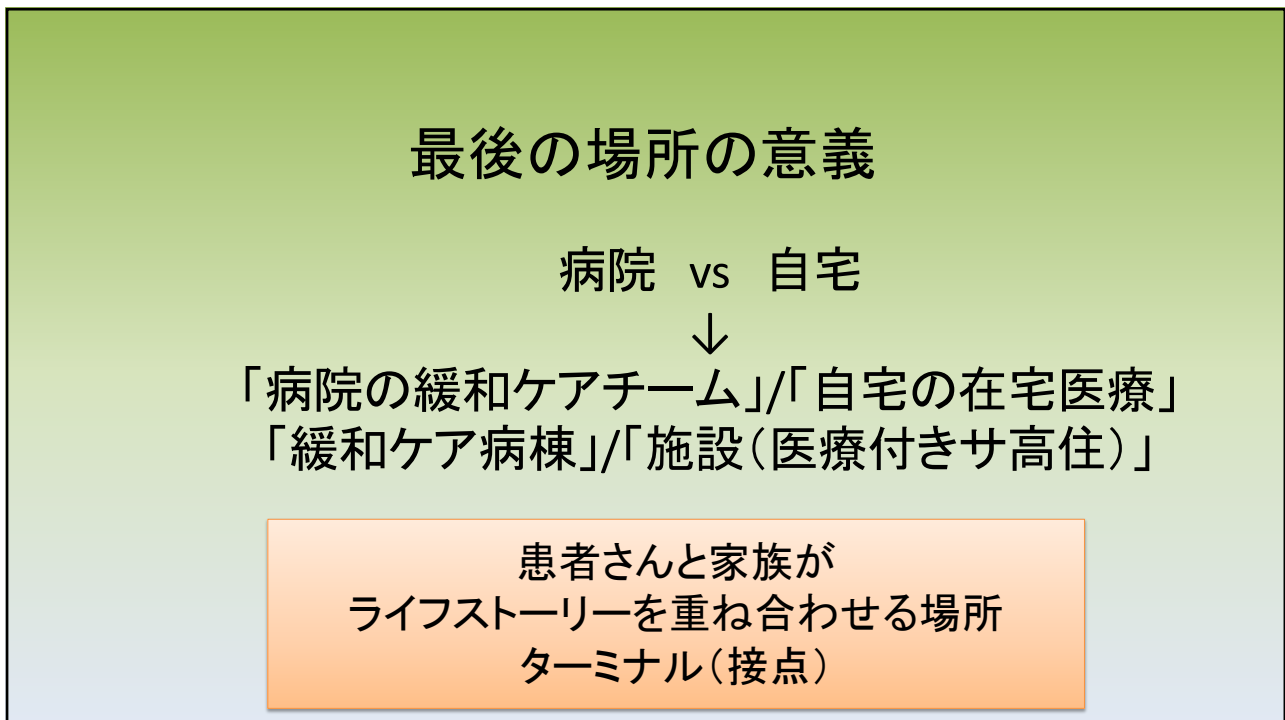
ライフ・ストーリー・メディスン

- 医療上の様々な決断を行う上で、患者さんのライフストーリーを中心とし、患者さんを支えてくれる周囲の人々の生活を含む**全体的なストーリーを共有していく作業**を行っていくとともに、患者さんおよび家族が、医療行為の目標や現実的な側面を理解することを目標にした医療のスタイル。
- 特に、進行がんにおける治療中止や、意思決定力が乏しい患者さんに対する治療継続の検討といった難しい領域では、患者さんの一時点での意思決定だけでなく、患者さんの**それまでの人生の文脈に沿った、その人らしい医療上の決断**を、複数の視点から時間をかけて、行うことが可能となるという利点がある。

50



51



52

患者さんご家族の笑顔



53

まとめ

- 在宅で死を迎えさせることがゴールではない。
- 患者が過ごしたい場所で、最後まで少しでも良い生活をお送れるように支援することを目標とする。
- その後に、家族がこれで良かったと振り返ることができるような道筋が残されることも目標に含めるべきである。

54