

2024年9月5日埼玉県医師会 在宅医療塾



初回訪問診療から始まる 家族丸ごとグリーンケア



熊谷生協病院
名誉院長 小堀 勝充

自己紹介

- 1992年信州大学医学部卒業
- 医療生協さいたま 埼玉協同病院で初期研修を終了し小児科医として勤務
- 1999年4月～2000年3月 帝京大学小児科で中期研修を修了、小児科専門医
- 埼玉協同病院に戻り小児科部長、医局長
- 2011年4月から熊谷生協病院 院長
- 2023年4月から熊谷生協病院 名誉院長
- 小児科専門医、日本プライマリーケア連合学会認定医・特任指導医、初期臨床研修指導医、初期臨床研修プログラム責任者、緩和ケア医
- 東京都立大学 非常勤講師（助産学）、埼玉県慢性期医療協会幹事
- 熊谷市医師会理事、ACP普及啓発医、埼玉県小児科医会理事

熊谷市の現況

- 人口約20万人（191,273人＜外国人を含む＞：2024年8月1日現在）
 - 15歳未満の小児人口：19,900人（10.40%）
 - 0～4歳 5,401人
 - 5～9歳 6,883人
 - 10～14歳 7,616人
 - 65歳以上の人口：58,758（30.72%）
 - 小児科入院施設を持つ医療機関 3医療機関
 - 病児保育施設 1か所
 - 小児科を標榜する医療機関：約40施設
- （埼玉県の医療的ケア児数：約700人、在宅人工呼吸管理小児患者数：約110人）

当院の概要

病棟

一般病床:	10床
地域包括ケア病床:	40床
在宅復帰機能強化型療養病床:	55床
	合計105床

外来

内科外来、小児科外来

病児保育室 こぐまちゃんち



往診車

< 医師・看護師・ドライバー・時々初期研修医&専攻医 >



2022年4月から熊谷市の委託を受けて開設



地域包括ケアシステム・在宅医療

- **地域包括ケアシステム構築に向けて、熊谷市医師会、熊谷市、地域医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーションなどと連携を重視してきた。**
- **「いつもは在宅、時々入院」で地域生活を支えるために、在宅医療に取り組んでいます。**
- **最期まで自宅で穏やかに暮らせるように、在宅看取り医療に取り組んでいます。**

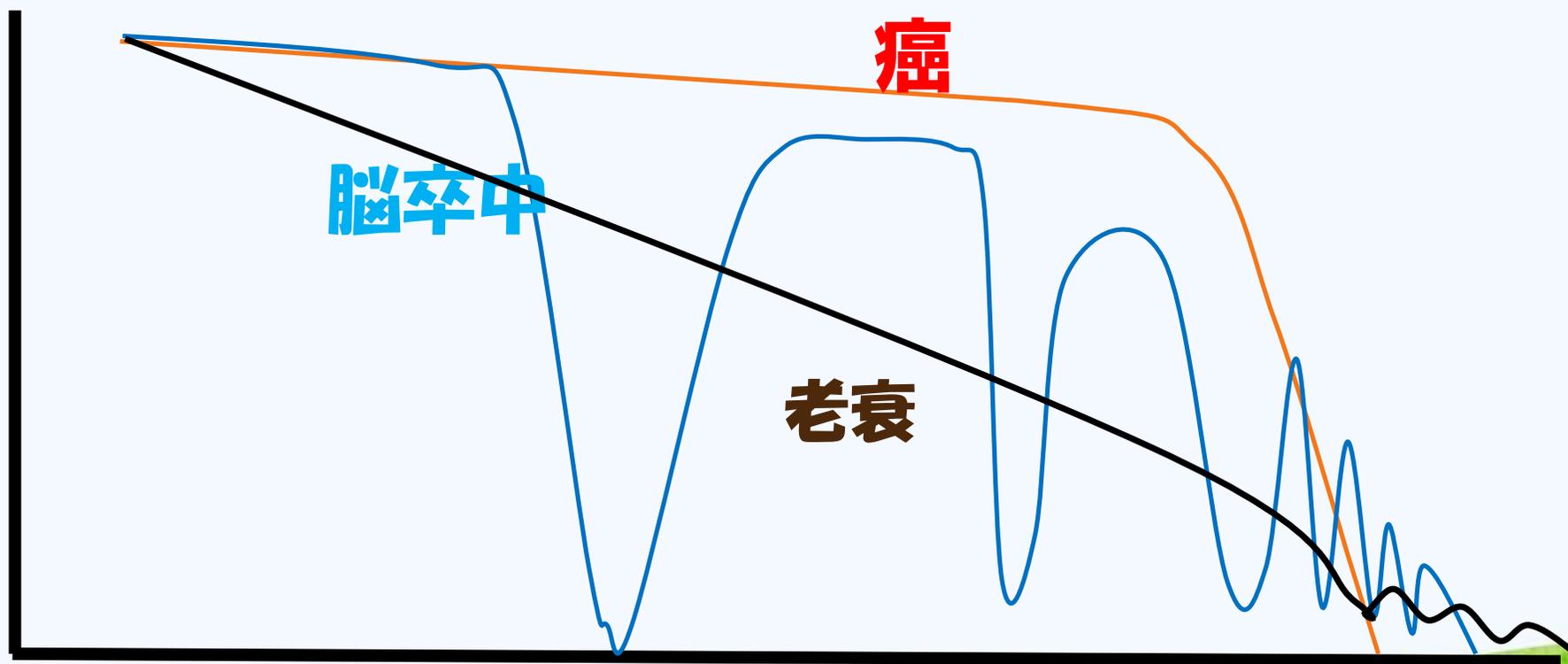
終末期医療

< もう元には戻れない >

死にゆく過程4つのパターンと予後予測

- ① 突然死(病死、事故、災害、自殺など)
- ② 悪性腫瘍
- ③ 慢性疾患(心不全、呼吸不全、腎不全、肝不全など)
- ④ 寝たきり(老衰、脳卒中後遺症、認知症、神経難病など)

疾患による経過の違い



看取りの医療

- **在宅での看取り**：最期まで自分らしく、慣れ親しんだ家で家族と過ごす
生まれてからずっと高次医療機関に入院していたが、最期は初めての家族のもとで過ごす。
- **病院での看取り**：一人暮らしの最期、神経難病や介護負担が過重なので病院で最期を過ごす。

迫られる選択

- 患者さん本人の希望は？
- 家族の希望は？
- 医療者の希望は？
- ベストな選択があるわけではない
- 結論ではなく過程を大切に



最期の死に様を考えた時

- ❖ どう生きて来たかを考える。
- ❖ 四苦八苦しながら生きてきた。
- ❖ やっておきたいことを考える。
- ❖ 人生の最期を考えることはどう生きるかを考えること

物語を大切に

- 人は、長い年月の人生という物語を自らつくり、いろいろな出来事の中で、それらを意味付けし、納得しながら価値観を形成し生きている
- 人生の最終章としての終末期にどう関わるのか
- 医学的（科学的）に正しいだけでなく、その人を取り囲む「事情」の多様性を一つの物語として理解する

自分の物語

夫婦の物語

家族の物語



大切にしている価値観を...

人生会議を行うときは信頼できる家族や友人など、大切な人と相談し決めていくことが大切です。しかし、意見が合わずまとまらなったり相談できる人がいないなどの場合は、かかりつけの医師や看護師や下記の窓口へご相談ください。

● さいたま市高齢者支援センター (上芝 3854 さいたま市立病院院内1階) 048-572-7625

さいたま市高齢者支援センター

さいたま市高齢者支援センター

相談受付 月～金曜日9時～17時、土曜日9時～13時 (日曜日、祝日、年末年始を除く)

● 大宮は地域包括支援センター

高齢者の皆さんを支援する総合相談窓口です。

成人の日

人の一生



終末期医療とその後

- 終末期医療にかかわる中で、最期までその人らしく生きることを大切にしてきました。
- 患者本人のACP(人生会議)に関わりながら、ご家族にもそれぞれの人生、生き方を考えるきっかけを提供できるようにしていました。
- 患者様が亡くなった後のご家族についてもフォローするために、お悔やみ訪問を実施していました。
- 年に1回「偲ぶ会」を開催して、グリーフケアにも取り組み始めました。

色々な別れ

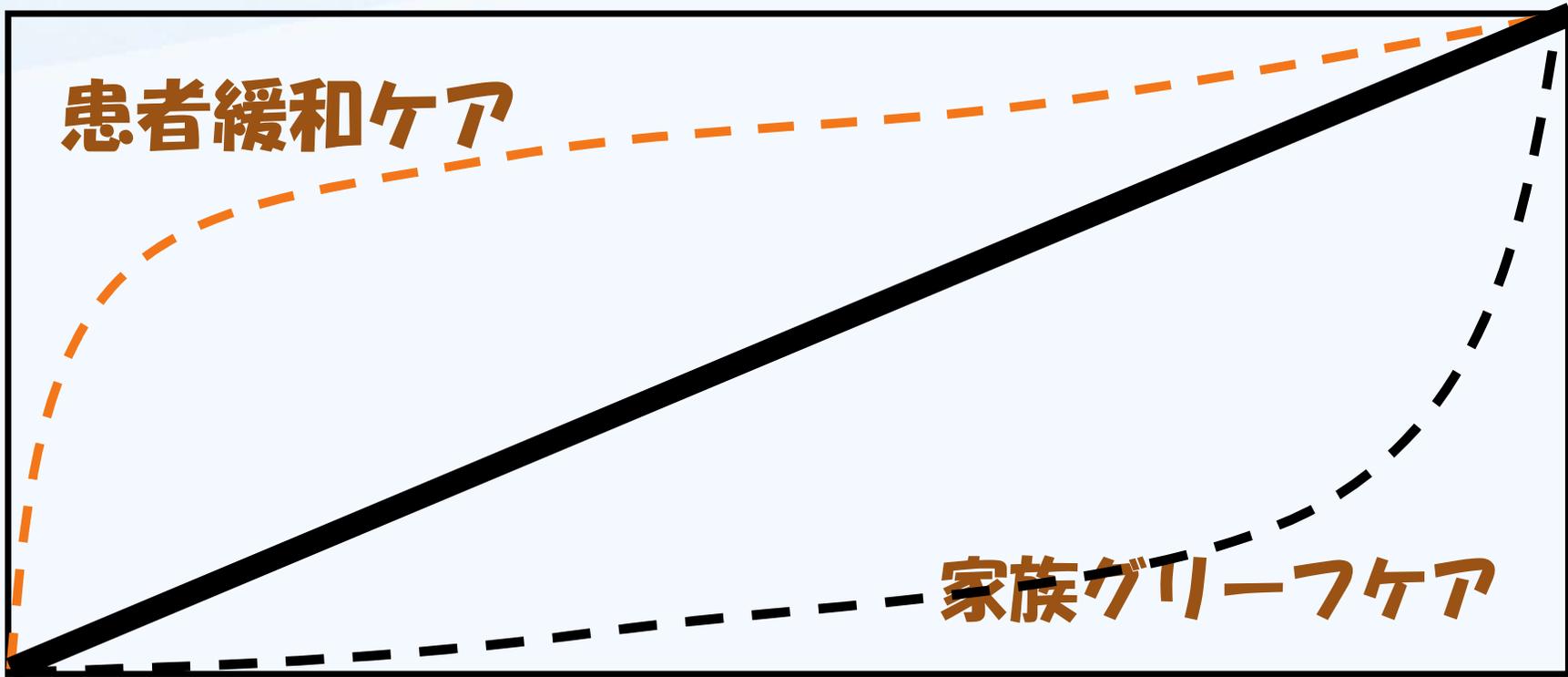
- 親との死別は、過去の喪失である
- パートナーとの死別は、現在の喪失である
- 子どもとの死別は、未来の喪失である

私たちは・・・

- ・ **私たちスタッフはどのように考えているのか**

緩和（終末期）ケアとグリーフケア

- ・ 患者さん本人に対する緩和（終末期）ケア
- ・ ご家族の悲嘆に対するグリーフケア



患者緩和ケア

家族グリーフケア

診断

死亡

緩和（終末期）ケア

- ・ 末期がんの患者さんの特徴

否認・怒り・取り引き・抑うつ・受容

- ・ 過ごす施設

病院・施設・自宅

グリーフケア

- 家族を失う悲しみは非常に強く、亡くなった人を思い慕う気持ちを中心に沸き起こる感情・情緒は複雑で、喪失（感）と表現されます。
- 一方、死別という現実に対して、この窮地を何とかしようと努力を試みる、立ち直りの思いがあります。
- 残された家族は、「喪失」と「立ち直り」の間を揺れ動く不安定な状態になるといわれています。
- このような揺れ動き不安定な状態にある人に寄り添い、援助することをグリーフケアと言います。

グリーフワーク

- 故人と自分を見つめ直しながら生きる意味を何度も問い返します。
- 残された家族の**悲嘆**と**悲嘆の消化作業**の過程をグリーフワーク（悲嘆の作業）と言います。
- グリーフワークは、死別を経験した人の正常な反応です。しかし、事前には自分の悲嘆を想像することができないため、心身の強い消耗を実感します。
- 残された人は、独特な思い込みを抱きがちで、その心情を理解することが大切です。その人なりの宗教心、倫理観、人生観でグリーフワークを行っていくので、そのことを理解し共感することが援助者には必要です。

グリーフワークの 4つの課題

大切な人を亡くした人の取り組むべき課題：Worden JW

- 喪失の事実を受容する
- 悲嘆の苦痛を処理する
- 亡くなった人のいない世界に適応する
- 新たな生活を歩みだすなかで、故人とのつながりを見つける

グリーフワークの課題 Deeken, 1984

- 1.精神的打撃と麻痺状態
- 2.否認
- 3.パニック
- 4.怒りと不当感
- 5.敵意と恨み
- 6.罪意識
- 7.空想形成・幻想
- 8.孤独感と抑うつ
- 9.精神的混乱と無関心
- 10.あきらめー受容
- 11.新しい希望ーユーモア
と笑いの再発見
- 12.立ち直りー新しい
アイデンティティの誕生

悲嘆のプロセス Deeken, 1984



段階モデル

二重過程モデル : Strobe M, Schut H

喪失志向 悲しみに向き合う

- ・ 悲嘆の作業
- ・ 突発的な強い悲しみ
- ・ 故人との絆や再配置
- ・ 回復への変化の否定

回復志向 新しい生活に取り組む

- ・ 生活の変化への取り組み
- ・ 新しいことを始める
- ・ 悲しみから気をそらす
- ・ 悲しみの否定 / 回復
- ・ 新しい役割 / 同一性 / 関係

段階モデルから二重過程モデルへ

悲嘆の経過

①死別後の感情と混乱

死別をきっかけに突然一度に多くの思い錯綜します。死別への心のできていないことが多くあります。

②悲嘆の開始：急性期悲嘆

死別直後に始まります。短期間の無感覚、衝撃、狼狽などで、長いと半年程度継続することがあります。

③本格的な悲嘆への移行期

急性期を過ぎると悲哀をあまり感じず、必要な行動を冷静にこなせるようになります。本格的な悲嘆への移行期でショック期と呼ぶことがあります。

悲嘆の経過

④喪失と現実の間で揺れ動く悲嘆

急性期・ショック期を経て本格的な悲嘆が現れてきます。一般的な悲嘆の心的反応は①思慕、②疎外感、③うつ的不調、④適応対処の努力。③うつ的不調と④適応対処の努力は、死別後半年から4年半程度まで継続することがあります。

⑤悲嘆の区切りまたは終結

悲嘆の区切り・終結を統計学的に計測すると 親との死別の場合は、パートナーや子どもとの死別より短く、高齢者の場合は約6年かかると言われています。

悲嘆の経過

死別後慌ただしい日々の生活に対応すること自体が悲嘆回復につながることもあります。

感情の整理・処理方法として、感情を思い切って表出し開放する方法もあります。

「喜びは分かち合うことで倍になり、悲しみは分かち合うことで半分になる」

悲嘆の経過

悲嘆反応の個人差

悲嘆反応には、死別時の状況（突然死/病死など）、個人の思考、環境差、家族構成、信仰宗教、性別などにより深く傷つき適応能力を失う人からほとんど悲嘆反応がない人などがいます。

グリーフケア：悲嘆援助の方法

① 情動的介入

多くの遺族は、死別後、自分の心境の推移を知りません。感情の混乱、急性期悲嘆、悲嘆の移行期、揺れ動く悲嘆、悲嘆の区切り（終結）について柔らかく説明・情報提供します。

② 情緒的介入

死別者の思いに傾聴し共感して、状態を見ながら援助の手をさりげなく差し出していきます。

グリーフケア：悲嘆援助の方法

③ 道具的介入

男性の場合は日常生活に苦慮することが多くなります。食事や衣類などに困ります。女性の場合は戸締りなど外部への警戒心や家電製品や家具の移動などに困ります。このような日常生活への手助けが必要になります。

④ 治療的介入

睡眠障害や食思不振は死別者の多くに見られる身体症状です。また、長引くうつ状態や血圧の異常、不整脈などが起こることもあります。適切かつ優しく精神科や内科への受診を促すこともあります。

複雑性悲嘆について

1. 複雑性悲嘆とは、悲嘆の程度や期間が通常範囲を超えて、社会的機能が阻害され（職業・家事不適應）、医療介入が必要な状態とされています。

2. 精神疾患を続発することがあり、自律神経・内分泌の調節が乱れて身体症状を訴えることが多く、心身症の状態になるとがあります。

①異常精神状態（抑うつ、不眠、不安、恐怖、錯乱など）

②続発性精神疾患（内因性うつ病、急性ストレス障害、PTSDなど）

③合併身体疾患（高血圧、不整脈、消化性潰瘍、喘息、糖尿病など）

④社会不適應（家族関係の悪化、地域・学校・職場不適應、家事不適應など）

などを引き起こします。

予期悲嘆と予期不安

- ①予期悲嘆はまだ存命中の家族が抱く悲嘆と考えられていましたが、実際には**分離不安が中心**であることから**予期不安**と考えられています。
- ②予期不安に対して特別な対応をすると死別後の悲嘆が軽減されると考えることができますが、そのような考えには懐疑的意見が多い。
- ③予期不安が混乱しないためには、家族に対する詳細な告知がされていて、ご家族が詳細な告知をどのように受け止めて、医療者がどれだけ絶望するご家族をケアできているが重要だと言われています。
- ④死期を予期して心の準備を促せば、死別後の悲嘆が軽減されると考えて医療スタッフが対応することは有益とは言えません。**悲嘆の経過、状況などの正しい知識**を提供して患者・家族をサポートしていくことを伝えることが必要です。

私たちの診療

- 退院前カンファ時や初回訪問診療では、まず挨拶から始まります。
- 自己紹介の後、年齢やお名前を聞かせてもらいます。
- 病名について尋ねます。予後などどんな説明を受けているか尋ねます。
- あと何年（どのくらい）生きてみたいか、何をしたいか尋ねます。
- 家なのか病院なのか、最期を迎えたい場所を尋ねます。（ご本人&ご御家族）
- どのような最期を迎えたいか尋ねます。（ご本人&ご家族）
- 予想される最期の状態を説明します。麻薬等の薬剤の効果と副作用など

私たちの診療

- 生まれた場所を尋ねます。
- 子どもの時に楽しかったことや嫌だったことを尋ねます。
- 子ども時の一番を思い出を尋ねます。
- 初恋の人について尋ねます。
- 学校時代、働き始めた時のことや職歴などを尋ねます。
- パートナーとどこで出会って、どんな交際をして、どんな新婚生活だったかを尋ねます。
- 結婚生活で楽しかったことやつらかったことを尋ねます。

私たちの診療

- 本人の物語、夫婦の物語、ご家族の物語を傾聴しながら、それぞれの人生観を知ることができます。
- 分離不安（予期不安）に共感しながら病状説明をしていきます。
- 死別後にご家族それぞれの喪失感、悲嘆の程度を考えて、ご家族同士での支え合いができるように考えます。
- 訪問診療後に玄関や玄関前で、一番グリーンケアが必要な人がどのような経過をたどる可能性があるかをキーパーソン説明して、みんな支え合うように説明します。

在宅医療とは何か？

- **患者さんを「生かす」** ことではなく、**患者さんが「生きること」**を支えること。残されたご家族が別れを受容して、新しい生活に移行できるように支えること。
- 苦痛の緩和や介護負担の軽減は非常に重要な要素です。しかし、支援とはこれらの課題を本人・家族から取り上げることではなく、それらの課題に本人・家族が向き合えるように援助することが重要です。**最期の時を一緒に過ごせたことにみんなが満足できることが大切です。**
- **楽なように、やりたいように、後悔しないように、**：患者・家族が望むような生活ができるように治療や療養の方法を提示して、その時の最善と思われる方法を話し合っていく。

私たちが思う在宅医療

- 毎回の訪問が**短編小説**を読んでいるようです。
- 前回の訪問診療で聞ききれなかった**続編**を聞き取ったり、その時の**思いや時代背景**を聞くことが出来る。
- 生まれた場所や子ども時代の遊び、初恋の人を聞き出しながら患者さんに**自分の人生を振り返ってもらい、最後の花道**を一緒に考えて飾り付ける。
- もちろん、疼痛緩和や疾患治療を継続し、誤嚥性肺炎や尿路感染症などはしっかり治療します。

私たちが思う在宅医療

- 送られる人が主人公
- 送る人も主人公
- 人生の最期を一緒に過ごし、双方がこの人生で良かったと思えるような花道を援助していくのが私たちの仕事です。
- 幕が下りる時には私たちの心も満たされたら最高です。

私たちが思う在宅医療

- ・ 故人との別れのあと、残されたご家族一人一人がグリーフワークをしながら自分の人生を振り返り、生きる意味を考え、各自のACPを含めてご家族同士でまた話し合い、それぞれ支え合いながらグリーフケアが進めていけるように援助していきたいと思います。

大切な人のいない生活

- 大切な人のいない生活に慣れましたか？
- 大切な人を思い出しますか？
- 大切な人のことを話す相手はいますか？
- 大切な人のことを思い出して泣いていますか？

偲ぶ会

偲ぶ しのぶ
人 + 思

- ・ 亡くなった人を懐かしい気持ちで思い出す。



**2022年10月23日
徳ぶ会**





2024年2月17日
偲ぶ会





ご清聴ありがとうございました。