

第6回 グリーンファイル作成委員会

2022年11月17日
@矢ヶ部医院&ZOOM

矢ヶ部医院の案内 New

- 坂田医師が退職しました。
- 常勤医師は一人体制になっています。
- 事務職員（高野）が就職しました。
- 非常勤医師の外来は下記のとおりです。
- 水曜日 循環器内科
- 金曜日 心臓血管外科・消化器内科（内視鏡）
- 第一、第三月曜日 糖尿病内科

最近の話題

- 当法人の職員（好日苑勤務）の一名が亡くなりました。
 - 医療法人の存在意義は地域の人々の健康に寄与することですが、まずは法人の職員の安心・安全・健康が最も大切と改めて思いました。
 - 人間ドックに定期的に行ってもらおうと思っています。
-
- 各訪問看護ステーションの皆さんも事業所としては別ですが、一緒に仕事をする仲間として、皆さん全員健康でいてほしいと心から願います。皆さん自身の安心・安全・健康を大切にするためにもう一度それぞれの職場の健康対策について点検をお願いします。

フィリップス社人工呼吸器について

- トリロジーEvoシリーズ
- Webで簡易説明書は読めます
- <https://www.philips.com/c-dam/b2bhc/jp/resources/patient-tools/evo-kanimanual-new.pdf>

呼吸不全に至る原疾患

機序	疾患				
呼吸中枢	意識障害 心肺停止 薬剤（フェンタニル、モルヒネ、ミダゾラム、プロポフォールなど）	CO2ナルコーシス 粘液水腫（甲状腺機能低下症）	脳血管障害 代謝性アルカローシス		
神経伝達	ALS	ギランバレー症候群	重症筋無力症	ポリオ	
呼吸筋	筋ジストロフィー	筋萎縮	ICU-acquired weakness	電解質異常	
胸郭（腹部を含む）	側弯症 腹部コンパートメント症候群	肥満	熱傷 イレウス 腹膜炎	腹水 臍炎	
圧格差（肺の問題）	肺炎 喘息	気胸 COPD	血胸 膿胸	ARDS	間質性肺炎
肺胞	肺水腫	COPD	間質性肺炎		

人工呼吸器の基本モード

- A/C assist control
補助/調節換気
- SIMV synchronized intermittent mandatory ventilation
同期式間欠的強制換気
- CPAP continuous positive airway pressure
持続陽圧呼吸療法
- PS pressure support
圧補助

WEB動画

で学ぶ

人工呼吸管理



日本呼吸ケア教育研究会



安田 英人、山田 紀昭、鶴澤 吉宏

基礎が
わかれば
実践できる



好評な

人工呼吸管理
ワークショップを
書籍化!

ワークショップが体感できる

【動画】

130分付

Nさんの場合

- 神経難病のため呼吸低下 → 人工呼吸管理
- 自発呼吸あり
- 呼吸器の必要性は低い？が呼吸停止のリスクが怖い

バクスター腹膜透析について

- バクスターのHPから腹膜透析についての知識を学べます。
- https://www.baxterpro.jp/ebook/nurse_c/basic?pNo=1
- 佐賀大学腎臓内科福田先生と12月に勉強会を開催するよう企画中です。

PDNurseCollege基礎コーステキスト



腹膜での物質移動

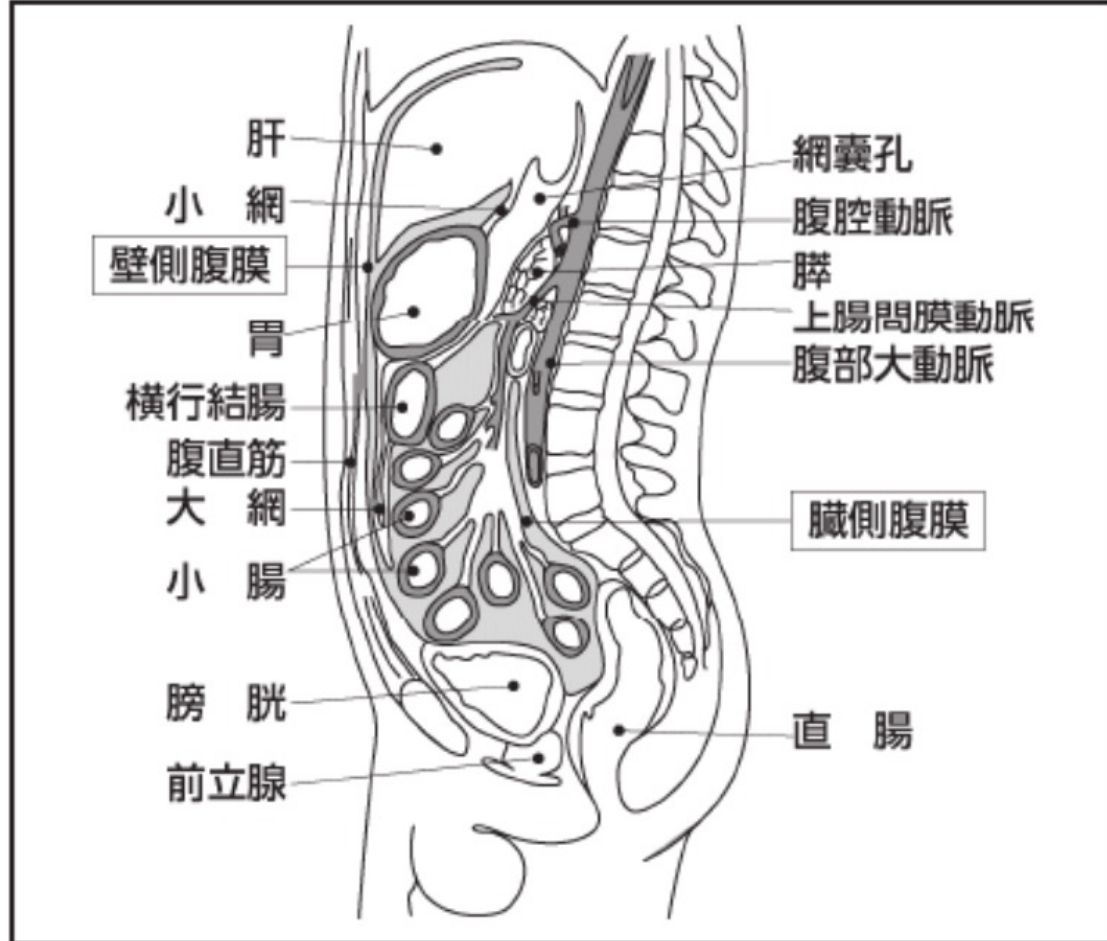


図1 腹膜の解剖(男性)

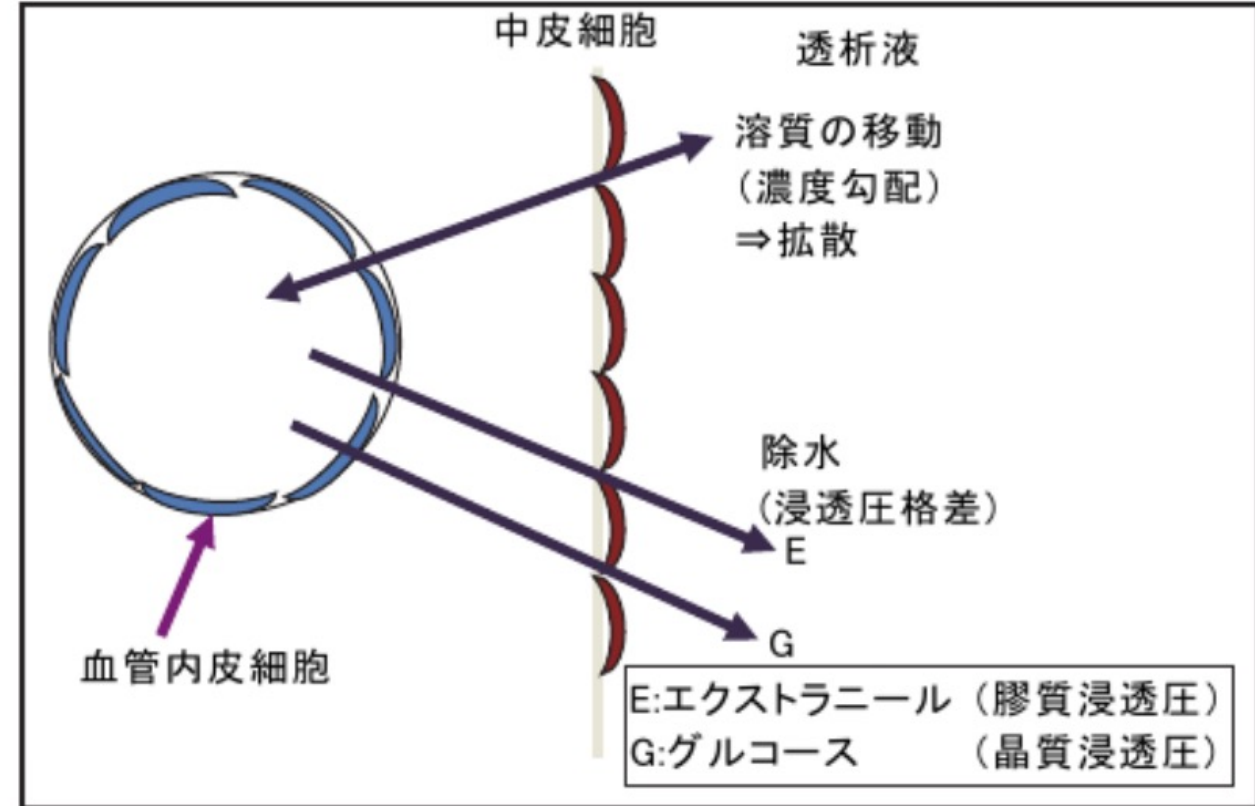


図2 腹膜での物質移動²⁾

Nolph K.D. (1985) The Peritoneal dialysis system, Peritoneal Dialysis, ed. bay
Nolph K.D. Martinus Nijhoff Publishers, Bosuon, pp. 23. (一部改変)

溶質の移動（拡散）

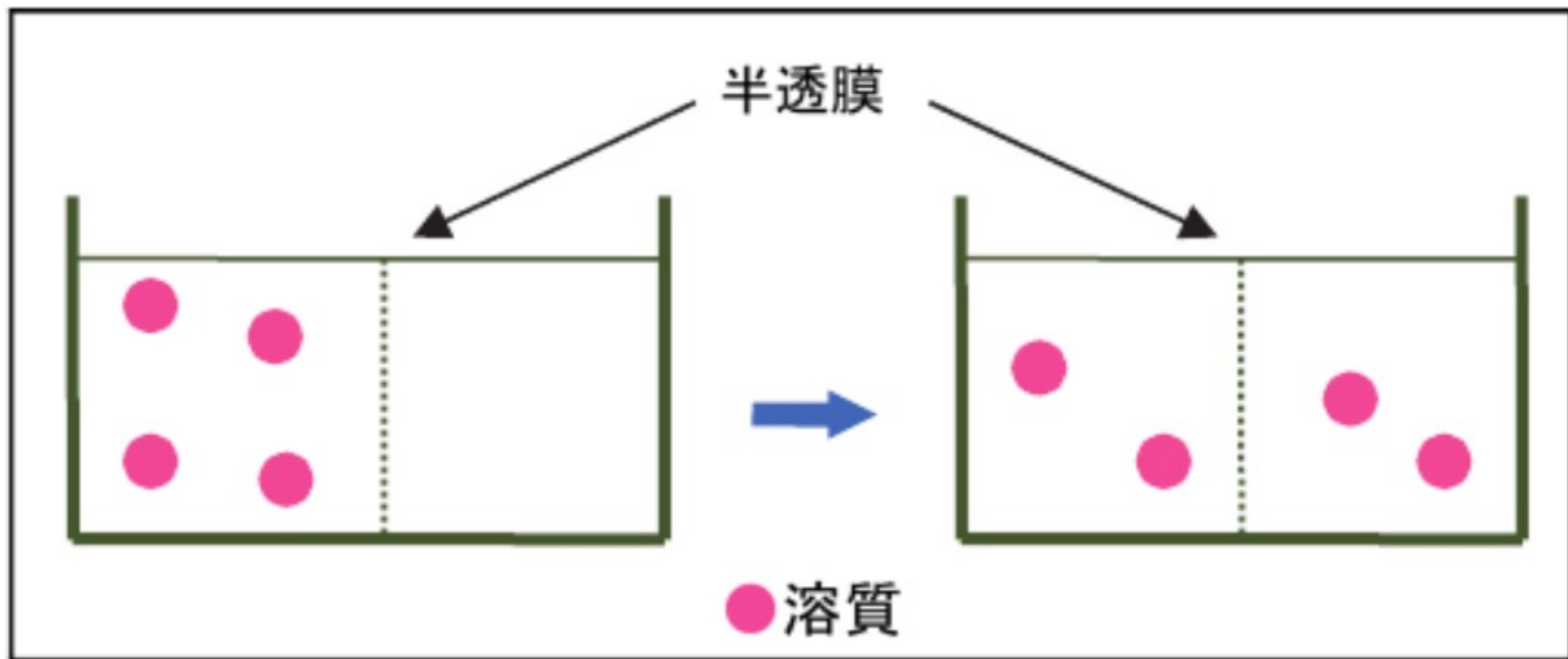


図 3 拡散の原理

溶質除去

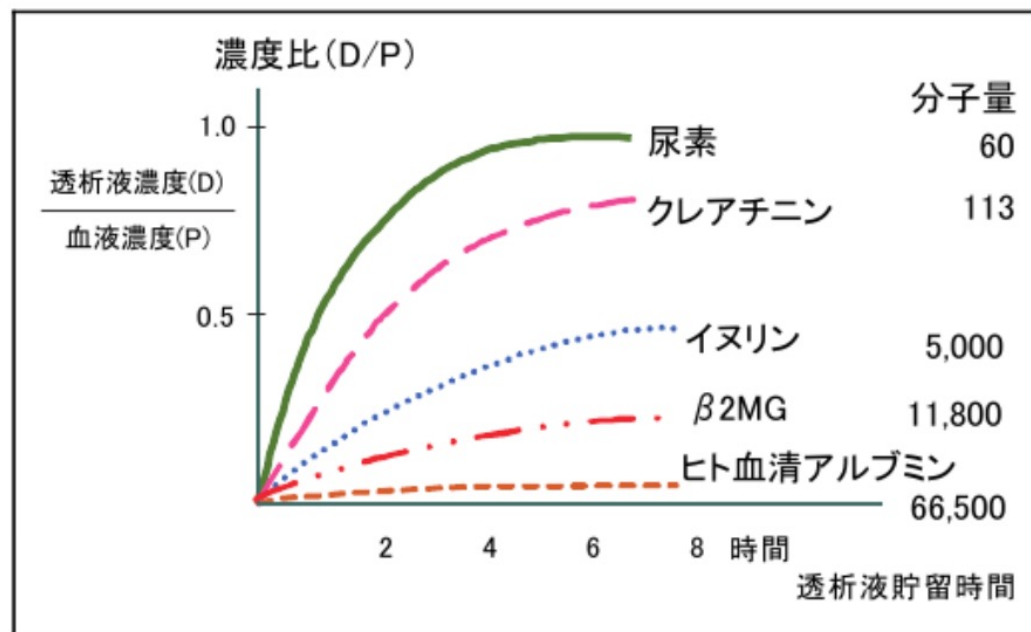
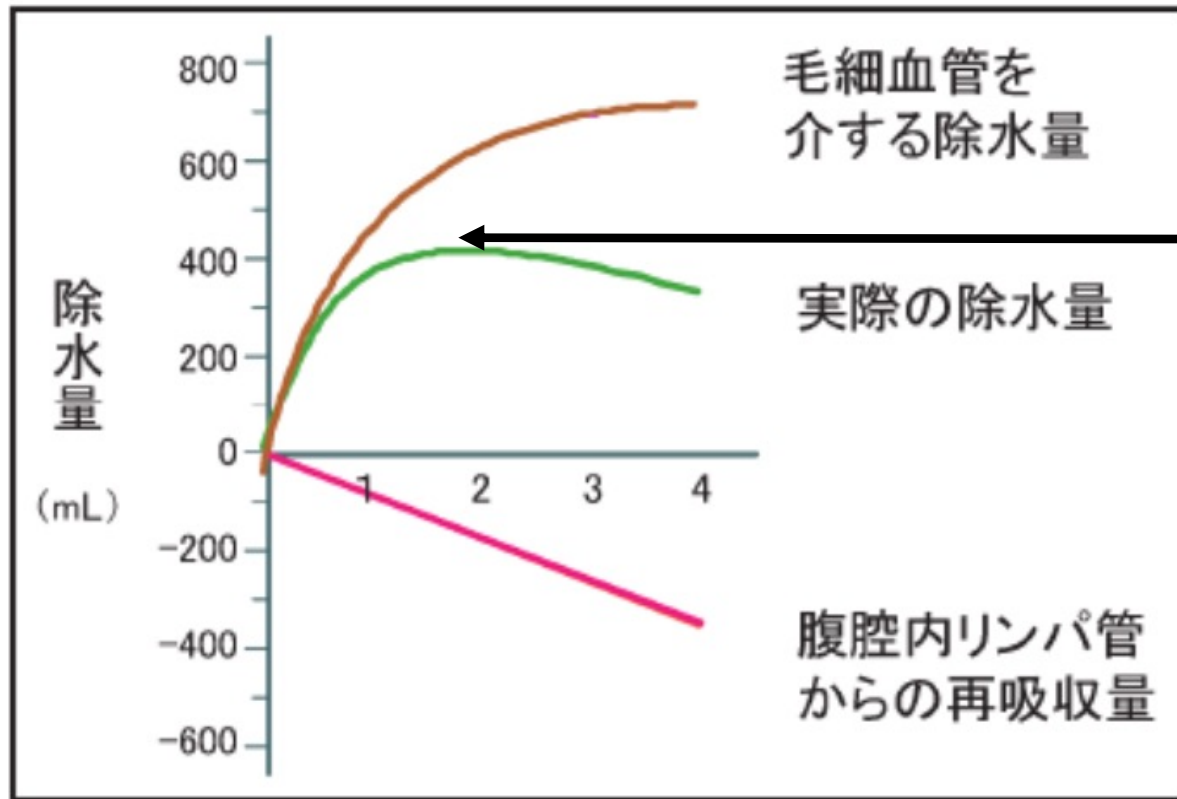


図4 溶質除去³⁾

表1 溶質除去に影響を与える因子

- | | |
|------------|-----------------|
| ・ 腹膜の状態 | ・ 溶質の分子量 |
| ・ 透析液の貯留時間 | ・ 溶質の濃度 |
| ・ 透析液量 | ・ 腹膜を介して移動する水の量 |
| ・ 腹膜の有効面積 | |

除水



再吸収による
除水量の低下

図 6 ブドウ糖透析液での除水の
経時的変化のイメージ

2. PD システムの構成

PD は基本的に以下のもので構成されている。

- ① カテーテル
- ② チタニウムアダプター
- ③ 接続チューブ(お腹のチューブ)
- ④ 透析液バッグ
- ⑤ 排液バッグ

透析液バッグから腹腔まで、システム全体が外界と交通しないクローズドシステムになっているため、雑菌の侵入を防いでいる。また、注排液は自然の落差を利用して行われる(図 12)。

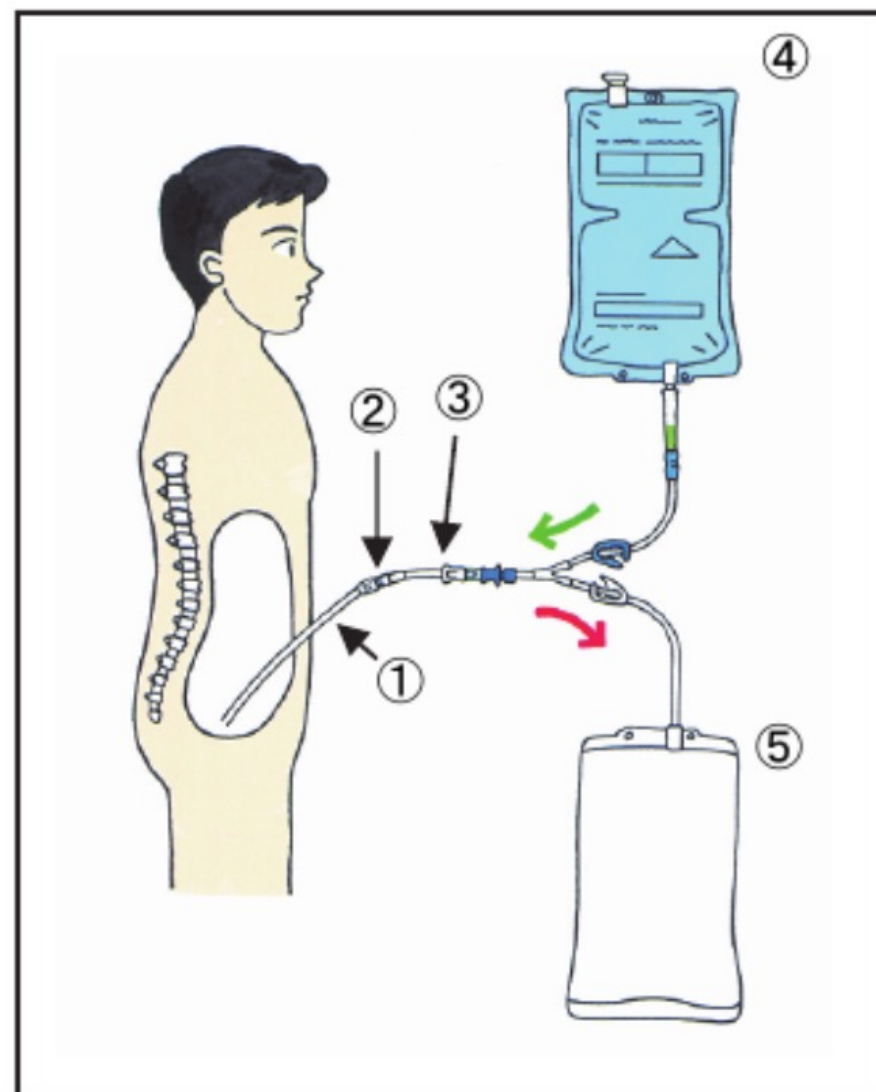


図 12 基本システムの構成(ツインバッグ)

表 4 PD のメリット

身体的メリット	社会的なメリット
1. 循環動態の安定性 2. 残存腎機能(RKF)の維持 3. B型肝炎、C型肝炎などの合併率が低い 4. たんぱくやカリウムなどの食事制限が軽い 5. バスキュラーアクセスを必要としない 6. 透析に伴う抗凝固療法が不要 7. 生体適合性が良い	1. 在宅透析療法であり、月に1～2回の通院で済む 2. 時間的な束縛が軽く、社会復帰しやすい 3. QOLを低下させる影響が少ない 4. 災害時においても自宅の器材、薬剤の在庫を用いて治療継続ができる
	精神的な利点
	1. 自己管理の意識が高まる 2. 高齢者において認知症の進行予防になる

岡田一義ら(2019)『腹膜透析診療指針』東京医学社 P9 新田孝作 腹膜透析のメリット一部改変¹⁾

表 5 PD のデメリット

医学的デメリット	日常生活上のデメリット
1. 小分子物質の除去効率が悪い 2. 自己管理に伴う衛生手技が必要である 3. 視力低下や肢体不自由のある患者では実施が困難な場合がある 4. 腰椎や脊椎障害のある患者では注意が必要 5. 糖質の吸収に伴い血糖の上昇や糖尿病の増悪がみられる 6. 低たんぱく血症を合併しやすい 7. 腹膜炎などのリスクがある 8. 腹膜カテーテルによる出口部/トンネル感染のリスクがある	・ 基本的に連日透析なのでバッグ交換の煩わしさがある(高齢者の場合には隔日に行うこともある) ・ 職場などでバッグ交換を実施する場合、隔離された交換スペースが必要となる ・ 透析液の保管スペースが必要となる

岡田一義ら(2019)『腹膜透析診療指針』東京医学社 P10 新田孝作 腹膜透析のデメリット一部改変¹⁾

表 6 PD 導入に適した患者

積極的な適応 (positive selection)	消極的な適応 (negative selection)
1. 十分な自己管理能力があり PD を希望する患者 2. 尿量が維持されている患者 (PD ファースト) 3. 社会復帰を期待する患者 4. 高い QOL 維持を希望する患者 5. 小児 6. 自己管理が可能な高齢者 7. 透析液貯留可能な患者	1. 良好なバスキュラーアクセスの作成が困難な患者 2. 心機能の低下した患者 3. 血圧が低く HD が困難な患者 4. HD で十分な透析効率の得られない患者 5. その他の透析困難症

岡田一義ら(2019)『腹膜透析診療指針』東京医学社 P9 新田孝作 表 2 腹膜透析導入に適した患者一部改変¹⁾

表 8 高齢患者の PD 導入に際し配慮しなければならない問題点 ²⁰⁾

1. 家庭内の状況
2. 家族および社会資源からの支援
3. 地域の支援
4. 認知能力
5. 併発している疾患
6. うつ傾向の有無
7. 信仰、精神的支援機構の有無
8. 介護人の負担

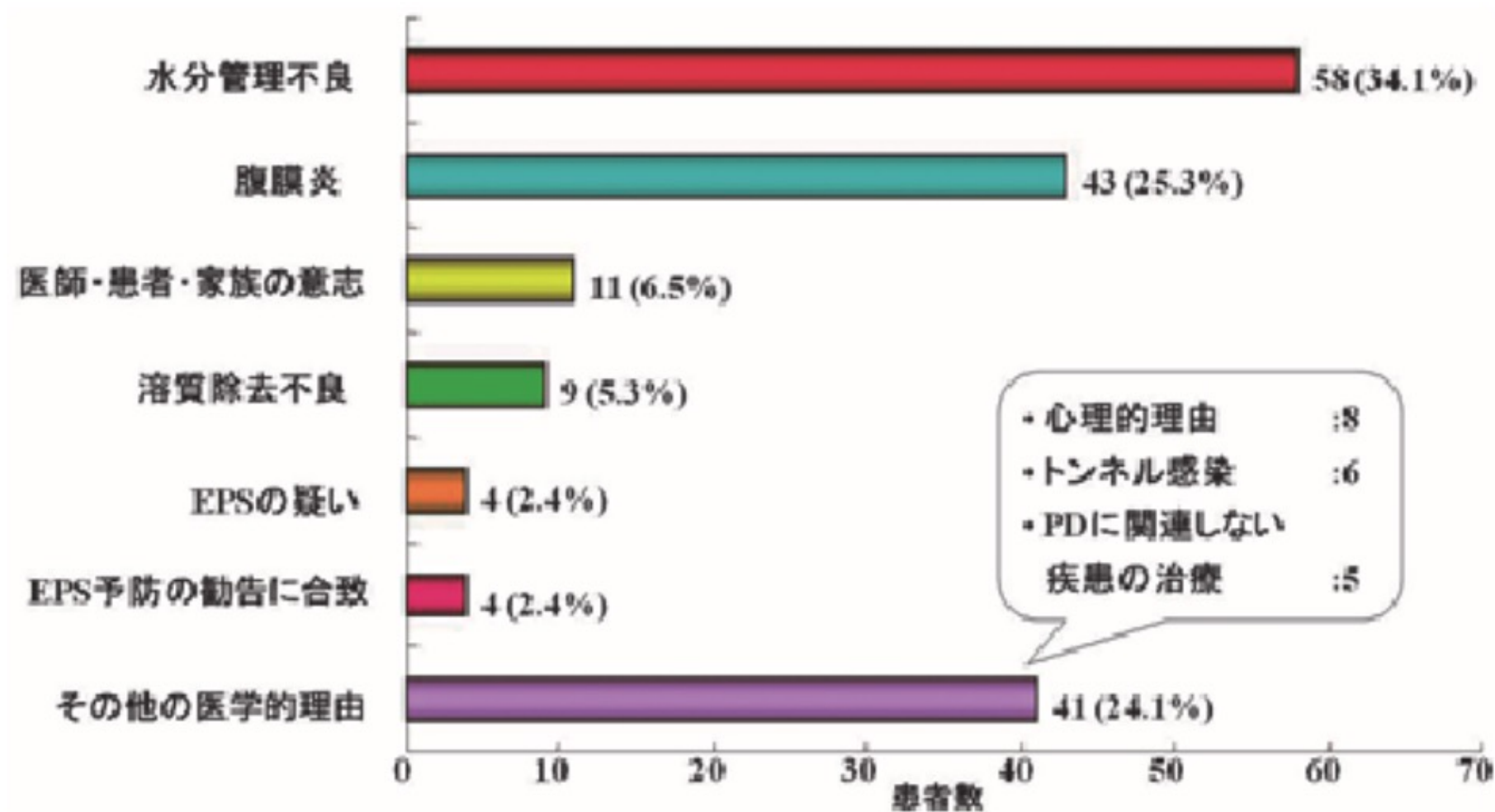


図 1 PD 離脱理由¹⁾(一部改変)

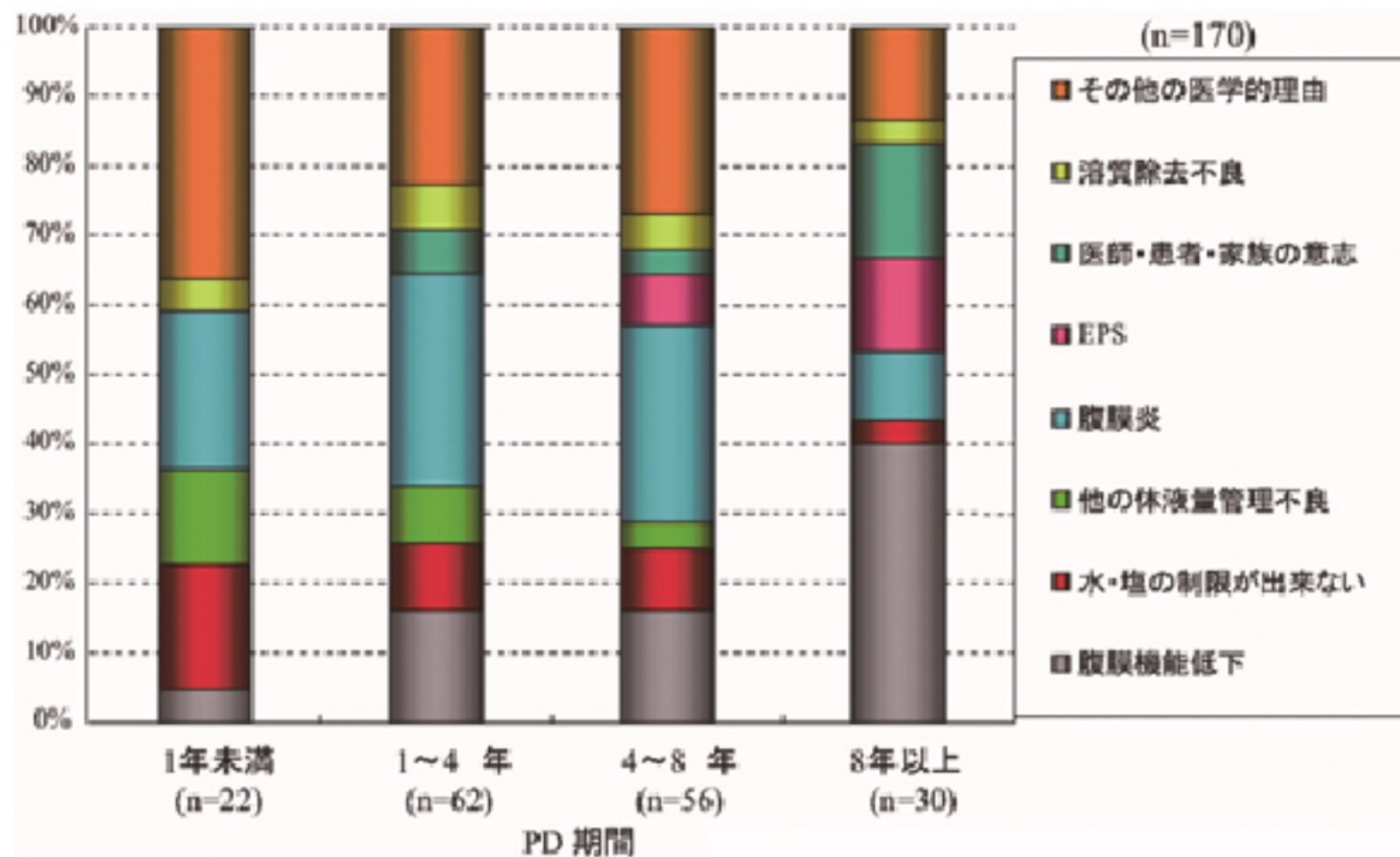


図 2 HD への移行理由(PD 継続期間別)¹⁾

PD感染性腹膜炎の診断基準

ポイント

- ① 腹痛あるいは排液混濁
- ② 透析排液中の白血球数が $100/\mu\text{L}$ 以上または $0.1 \times 10^9/\text{L}$ 以上(最低 2 時間の貯留後)で、多核白血球(好中球)が 50%以上
- ③ 透析排液培養陽性

のうちの少なくとも 2 つを満たす場合に診断する

APD の患者では、好中球の比率が 50%以上であれば、たとえ白血球数が $100/\mu\text{L}$ 以下であっても腹膜炎と診断する

出口部感染

表 6 出口部感染の定義・性状分類⁹⁾

	0 点	1 点	2 点
腫 脹	なし	出口部のみ；＜0.5cm	＞0.5cm および／またはトンネル
痂 皮	なし	＜0.5cm	＞0.5cm
発 赤	なし	＜0.5cm	＞0.5cm
疼 痛	なし	軽度	重度
浸出液	なし	漿液性	膿性

出口部の評価スコアでは 4 以上を感染とみなす。

ただし、膿性浸出液が認められる場合は、これのみでも感染とする。4 未満の場合は感染の疑いとする。

3) 予防

- ・ 適切な固定
- ・ 出口部に傷、不良肉芽を作らない
- ・ 患者の出口部に合わせた清潔保持、ケアの実践、観察の徹底
- ・ 出口部は少なくとも週 2 回、毎シャワー後に洗浄する。出口部感染の発症中は最低でも 1 日 1 回洗浄する⁹⁾
- ・ MRSA 保菌者は鼻腔培養を行い、陽性の場合は除菌を行う
- ・ 栄養状態の改善を行い、細菌に対する抵抗力をつける
- ・ 医療従事者が出口部を扱う場合、マスクと手洗いを徹底し、媒介者とならない

死期予測について

- 死期予測は看取りの医療の中では大事なスキル
 - ご家族に看取りの心構えを案内するために必要
 - いろいろなモデルがある
-
- 基本は生体恒常性の観察
 - 矢ヶ部医院の院長ブログの「がんによる死」
 - 生命が維持できない要素を考慮

死期予測にかかわる因子1

矢ヶ部
考察

- 栄養摂取
 - 経口、経管、経静脈
- バイタル
 - 意識状態、血圧、脈拍、呼吸数、SpO2
- 排尿
 - 尿量、尿閉、尿崩症
- 排便
 - 黒色便、下痢、便秘、腸閉塞
- 睡眠
- 体重

死期予測にかかわる因子2

矢ヶ部
考察

- 炎症反応
 - 消耗
- 消化管出血
 - 腹膜播種、非切除消化管がん
- 腹腔内出血
 - 肝転移、非切除消化管がん、膵がん
- 呼吸状態の悪化
 - 肺がん、肺転移、胸水、肺炎
- 意識障害
 - 各種臓器不全、脳転移
- 凝固異常
 - DIC、皮下出血など

死期予測にかかわる因子 3

矢ヶ部
考察

- 性別
 - 男性は早め、女性は遅め
- 生きる意欲
- 年齢
 - 若い方はぎりぎりまで元気に見える。本当にダメになったら急
- 本人の自覚
 - 本人から別れや感謝を言い出したらもうすぐ
- ときあかり
 - 想像を超える元気さはもうすぐ

死期予測にかかわる因子4

矢ヶ部
考察

- 亡くなる直前によく起こる変化
 - 痛みの急激な増悪
 - フェントスが日ごとに増えていく 肝転移の破裂など
 - るいそう
 - 眼窩のくぼみが目立つようになる
 - 貧血の急激な悪化
 - 眼瞼結膜がしろくなっていく
 - 意識の低下
 - 話せていたのが話さなくなる、寝ていて起きない
 - 視点が合わない
 - 目がぼーっとしている
 - 下血
 - 便が黒い 消化管出血やDIC
 - 呼吸回数の増加→減少→努力様呼吸→下顎呼吸
 - チアノーゼ
 - 手足の先が暗赤色、紫色、黒
 - SpO2が急に下がってくる、酸素投与しても改善しない

死期予測についての匙加減

矢ヶ部
考察

- お別れをしたい人が遠方なら、早めの予測。
- 「そろそろ亡くなりそう」と予想して外れて長引くのは、「本人が頑張っている」などと無難な対応が可能
- 「まだ大丈夫」と予想してそれが外れて早く亡くなるのは、ご遺族にとってショックが大きくなりやすい。心構えができない
- 予測を外すなら早すぎる予測のほうが無難
- ただしあまり早すぎると遠方から駆け付けた家族が帰るに帰れず困る
- 独居で身寄りがない人は端的に言うと予測は不要。

死期予測・家族への告知について

矢ヶ部
考察

- 家族にとってはつらい話ということを忘れてはいけない
- 医療者は人の死に慣れやすいかも
- だが、死が予想されるのを伝えることから逃げてはいけない
- 伝えるときの口調、雰囲気はかなり大事
- どうしても聞きたくない方もいるので、最初に予後を告知する必要性を話して、それでも聞きたくないと言われたら告知を控えることも検討。
 - その場合にはおそらく在宅看取りは難しい。
 - 「死と向き合う」ということを家族に教育する必要がある。
- 枕詞をうまく使う
 - 「とてもつらいお話ですが・・・」「いやな話ですけど・・・」

死が近づいた時の身体症状

- 疼痛
- 呼吸困難
- 気道分泌、死前喘鳴
- 嘔気・嘔吐
- 便秘・尿閉・失禁
- 発熱
- 倦怠感
- 嚥下困難
- 意識障害
- 認知障害
- 不穏・興奮
- 抑うつ
- 浮腫
- 掻痒
- その他

死の過程における主な兆候（古典的）

【予後数日または一週間程度】

- 終日臥床状態
- 半昏睡／意識低下
- 経口摂取困難
- 錠剤内服困難

【予後数日以内】

- 意識レベル低下
- 呼吸パターンの変化
 - チェーンストークス呼吸、下顎呼吸
- 死期喘鳴
- 四肢チアノーゼ

死亡直前と看取りのエビデンス

森田 医学書院

- PS低下、意識レベル低下、水分の嚥下困難はほとんどの患者で生じるが、死亡直前とは限らない（早期死亡前兆候）
- 死期喘鳴、下顎呼吸、チェーンストークス呼吸、四肢のチアノーゼ、橈骨動脈の触知不可、12時間の尿量が100mL未満は全員に生じるとは限らないが、生じた場合は死亡する確率が高い（晚期死亡前兆候）
- PPS20%以下と鼻唇溝の低下があれば3日以内の死亡を予測できる
- バイタルサインは多くの患者で死亡当日まで正常である
- 30%は急変（誤嚥、肺炎、出血など）で死亡する
- 看取りのパンフレットはもらったときにはつらいことではあるが、この先の変化がわかる、気持ちの準備をする、家族がしてもよいことがわかる、ほかの家族に状況を伝えることに役立つ

Palliative Performance Scale

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくつかの症状がある			
80		いくつかの症状はあるが努力 すれば正常の活動が可能		正常 または 減少	
70	ほとんど起居 している	何らかの症状があり通常の 仕事や業務が困難			
60		明らかな症状があり趣味や 家事を行うことが困難	時に介助	清明 または 混乱	
50	ほとんど座位 か横たわって いる	著明な症状がありどんな仕 事もすることが困難	しばしば介助		
40	ほとんど臥床		ほとんど介助	清明 または 混乱 または 傾眠	
30	常に臥床		全介助		減少
20				数口以下	
10				マウスケアのみ	傾眠または昏睡

Anderson F, J Palliat Care, 1996

Palliative Prognostic Index

Palliative Performance Scale		点数
	10～20	4
	30～50	2.5
	≥60	0
経口摂取量*1	著明に減少(数口以下)	2.5
	中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
	なし	0
安静時呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり*2	4.0
	なし	0

*1 消化器閉塞のため高カロリー輸液を施行している場合は0点とする

*2 原因が薬物単独、臓器障害に伴わないものは含めない

Morita T, Support Care Cancer, 1999

足立誠司先生資料より

Palliative Prognostic Index

- **6点より大きい場合、予後が3週以内**
 - 感度83%、特異度85%
 - 陽性的中率80%、陰性的中率87%
- **4点より大きい場合、予後が6週以内**
 - 感度79%、特異度77%
 - 陽性的中率83%、陰性的中率71%

Morita T, Support Care Cancer, 1999

早期死亡前徴候と晩期死亡前徴候

Hui D et al: Oncologist. 2014 Jun; 19(6): 681-687.

早期死亡前徴候

水分の嚥下困難

意識レベル低下

PS低下

末梢チアノーゼ

チェーストックス呼吸

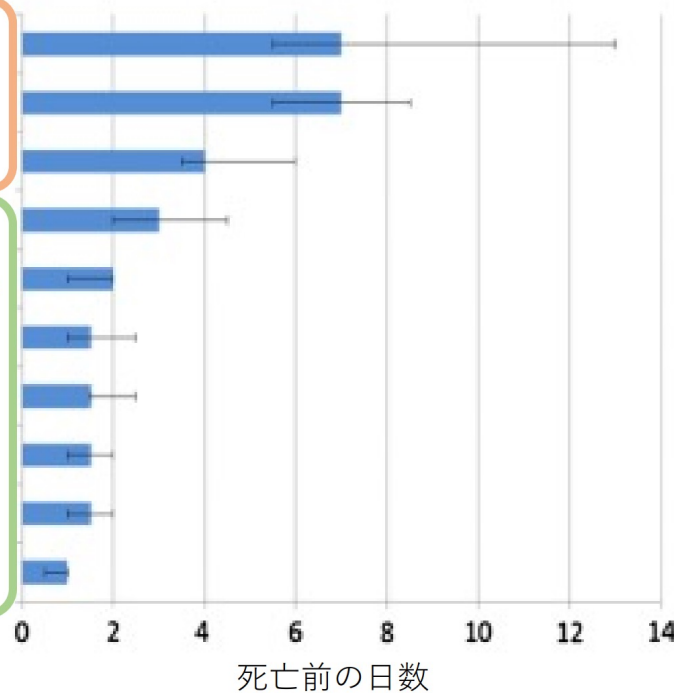
12時間の尿量100ml未満

無呼吸

下顎呼吸

死前喘鳴

橈骨動脈の触知不可

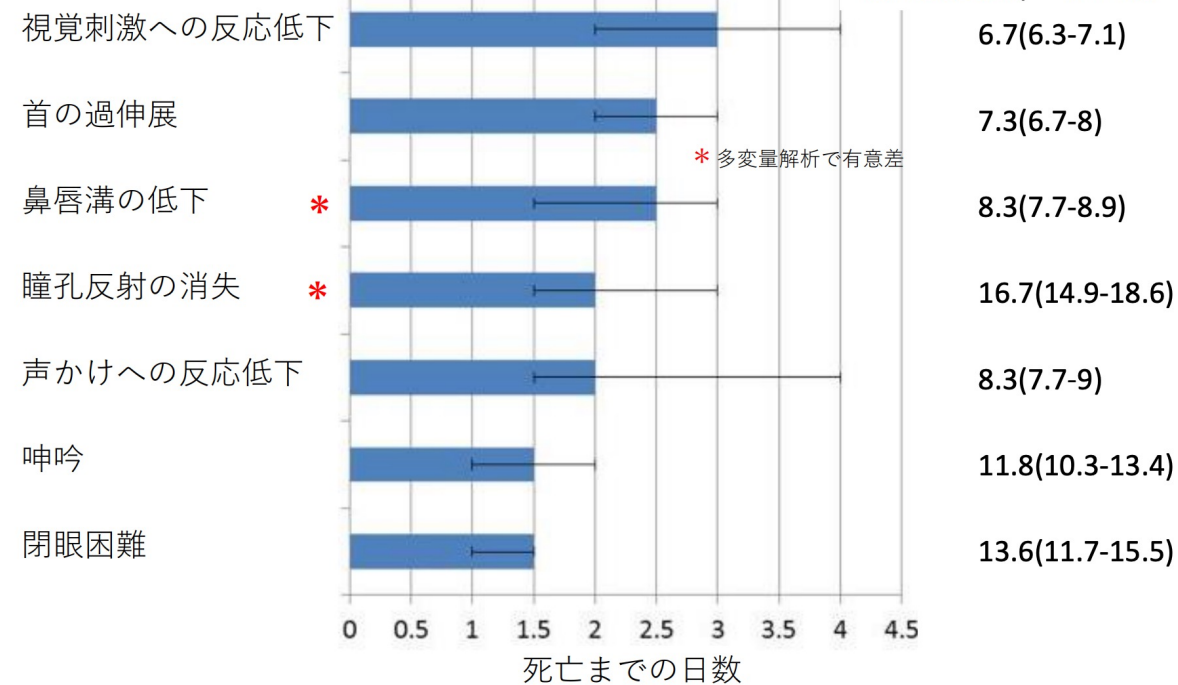


晩期死亡前徴候

晩期死亡前徴候

Hui D et al: Cancer. 2015 Mar 15;121(6):960-7.

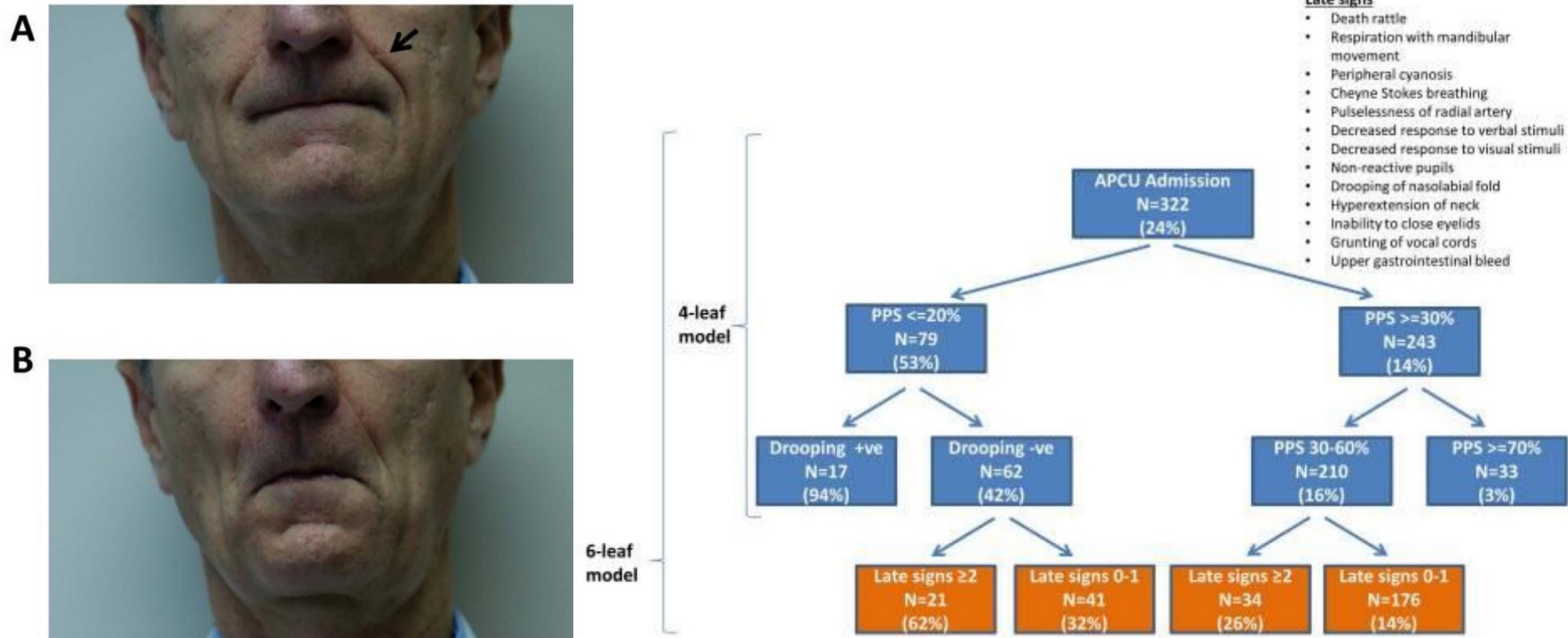
3日以内の死亡
陽性尤度比(95%信頼区間)



3日以内の予後予測

Hui D et al: Cancer. 2015; 121: 3914-21.

- **PPS20%以下かつ鼻唇溝（ほうれい線）の低下があれば、3日以内の死亡率が94%**



死が近づいた時のバイタルサイン

- バイタルサイン
(血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度、体温)
 - 血圧低下、脈拍増加、酸素飽和度低下が相関
 - 3日以内の死亡予測：感度**35%**以下、特異度**80%**以上
 - 多くの患者は死亡当日までバイタルサインは正常
 - 死亡予測のための、ルーティンのバイタル測定は支持しない

Bruera S, J Pain Symptom Management, 2014

死期を迎えた人との対話

- 多くの人は、死期を迎えた人と死について率直に話し合うことは難しいと感じます。死期を迎えた人は死について話したがない、あるいはそんな話をすると傷ついてしまう、と誤解しているのです。しかし多くの場合、死に近づきつつある状況で生きる人にとっては、家族との話し合いを続け、一緒に意思決定できることが望ましいのです。次に挙げるアドバイスを参考にすれば、死期に直面した人ともっと気楽に語り合うことができるでしょう。
- 死期を迎えた人の言葉に耳を傾けましょう。「そんなこと言わないで」とコミュニケーションを中断してしまわずに、「何を考えているの？」と尋ねるようにしましょう。
- 自分の死後、長い時間が経過したときに家族がどうなっていてほしいかをまず聞き、そこから徐々に死後まもない時期の話に移るようにしましょう。こうすれば、葬式の準備や愛する人のサポートといった間近の出来事について、より穏やかに相談を始めることができます。
- 死期を迎えた人と思い出を語り、その人の人生を讃えましょう。
- たとえ死期を迎えた人が話せなくても、継続的に話しかけましょう。手を握ったり、マッサージをしたり、そばにいただけでもコミュニケーションになり、心が安らぎます

もしバナゲームについて

- くわしくはiACPのホームページを。
- <https://www.i-acp.org/program.html>



「もしバナゲーム」とは

1人でも、2人でも、またもっと多くの人数でもゲームをすることができます。

1セットには36枚のカードが入っています。そのうち35枚には、重病のときや死の間際に「大事なこと」として人がよく口にする言葉が書かれています。

たとえば、「どのようにケアして欲しいか」、「誰にそばにいて欲しいか」、そして「自分にとって何が大事か」、という内容です。

もしバナゲームの効能1

- 人間は一人ひとり価値観が違う
- 人生の最終段階は価値観の影響が強く出る
- ターミナル期にある方にとってどういう生活がベストなのかを問うてもその方自身が自分の価値観をうまく表現できないこともある
- もしバナゲームは価値観を知るために有用

もしバナゲームの効能2

- ACPの普及にも役立つ。
- 「もうすぐ死ぬとわかったらどうしたいか？」という問いには、「縁起でもない」などと思考停止になりがち。
- ゲームにすることでその話をしやすくなる

患者家族からのハラスメントについて

- 倫理的な問題
- あんたが針を刺したから青くなった
- 亡くなる患者を受け入れられない家族のストレス

ハラスメント

- セクシャルハラスメント
- パワーハラスメント
- モラハラ

セクハラ

- 在宅は密室となり、特に女性はセクハラの被害にあう恐れ。
- セクハラは許さないという確固たる意志表明を。
- セクハラ患者・家族はこちらからお断り。
- 介入時の契約書に明記を。セクハラの定義も
- もしセクハラケースが当院と協働の症例での場合は当院からも注意勧告をします。

「性的な言動」とは

- 性的な内容の発言や性的な行動。
 - ◎性的な内容の発言の例
性的な事実関係を尋ねること、性的な内容の情報（うわさ）を流すこと、性的な冗談やからかい、食事やデートへの執拗な誘い、個人的な性的体験談を話すことなど
 - ◎性的な行動の例
性的な関係を強要すること、必要なく身体に触れること、わいせつ図画を配布・掲示すること、強制わいせつ行為、強姦など

パワハラ

- 患者・家族は上司には当たらないが、顧客という点で強く出てくる人もいる
- 過大な要求はパワハラになりうる
 - 例) ターミナルケアの患者を「助ける」という
- 医療の中では医療者と患者・家族の認識のズレがしばしばおこる
- 要求が過大だとわかっていない
 - わかるように丁寧な説明を行う
- あまり過度な要求には対策が必要

パワハラの類型

行為類型	理由・注意点	被害事例
身体的な攻撃 暴行・傷害	業務遂行に関係するものでも「業務の適正な範囲」に含まれない	足で蹴る、長時間正座させる、胸ぐらを掴む
精神的な攻撃 脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言	原則として「業務の適正な範囲」を超えると考えられる	みんなの前で大声で叱責、人格否定
人間関係からの切り離し 隔離・仲間外し・霧視		挨拶をしても無視される、他の人に「私の手伝いをするな」と言われる
過大な要求 業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害	何が「業務の適正な範囲」を超えるかは業種や企業文化の影響を受けるため、各企業・職場で認識を揃え、その範囲を明確にすることが望ましい	就業間際に過大な仕事を毎回言い渡す、休日出勤しても終わらない業務を言い渡す
過小な要求 業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや、仕事を与えない		能力に見合わない程度の低い業務を継続的に命じる
個の侵害 私的なことに過度に立ち入る		交際相手の有無について聞かれる、結婚についてあれこれ言われる、個人的宗教の否定、悪口

モラハラ

- 倫理や道徳に反した嫌がらせ
- 相手を見無視する・暴言を吐く・にらみつける・嫌味を言う・嫌がらせをする・馬鹿にしたりする・
- 相手を貶めたり・不機嫌にふるまったりする言動をとる
- 閉鎖的な空間・関係性において、物理的な暴力をふるうのではなく、陰湿な嫌がらせ行為によって相手を精神的に攻撃し、追い詰める

モラハラについて

- モラハラ加害者が発言・行動がモラハラになることを認識していないことが多い
- 契約書に言及を
- かわすテクニック
- **一人で抱え込まず**に職場で情報を共有して対策を立てる
- モラハラにあたるかどうかしっかり検討する（被害を受けたとの思い込みではないか？）
- モラハラにあたると複数で確認出来たら、加害者にモラハラにあたることを伝える（伝え方にも工夫が必要）
- 過度な場合には証拠を記録することも検討。（記述、録画、録音）

極限状態で身と心を守るために

- 考え方のスイッチ
 - 医療者-患者・家族関係がうまくいっているときには考えないでよいことだが、それがうまくいかないときには考え方のスイッチ（変更）が必要。
 - 医療者の心を守るために医療者の優位性を確認する。
- 医療者は「医療技術を提供してあげる側」
- 患者・家族は「医療技術を提供してもらう側」
- 知識・技術は持っているものが圧倒的に強い
- 医師の応召義務など、医療者は患者・家族に医療を提供する責務があるとされているが、医療者が被害を受けてまで医療を提供する義務も必要性もない。
- ハラスメントが改善しない患者・家族には「医療技術を提供してあげない」と考えてよい。仕事は1件失いますが・・・。

本当にハラスメント？

- 本当にハラスメントなのか慎重に判断を
- ハラスメントもどきの例
 - 患者・家族にとっては当然の苦情
 - 受け取り手が「嫌なことを言われた」のでハラスメントだと解釈する
- 本来医療者が反省すべき事柄を患者・家族のハラスメントに置き換える→医療者のハラスメントかも
- 自分の不足を相手のせいにするのはプロ意識の欠如

あんたが針を刺したから青くなった

- 手技がいい加減・技術不足で起こさなくてよい皮下出血を起こしている場合は患者・家族にとって当然の苦情
 - 医療者は素直に反省してお詫びし、練習台になっていただいていることに感謝するべき
- 誰がやっても難しい点滴のようなケースで皮下出血を起こしている場合は患者側の因子（血管がもろい、細い）のためであり、難しいところをあえて挑戦して点滴しようとしているだけ
 - 医療者はうまくいかないことについては自分も残念に思っていることを表明してもよいが、詫びる必要はない。むしろ、「じゃあ、点滴はもうこの血管では難しいからやめるように先生にお願いしましょうか。」と難しい点滴の中止を提案するべき。点滴してほしい患者・家族ならすぐに前言撤回するはず。希望のない点滴ならやめればよい。
- 技術の高い人はハラスメントを受けても跳ね返せる。
 - 私がしてダメなら、世の中のだれがしたってできませんよ。やめましょう。
- 高い技術を身につけましょう。

亡くなる患者を受け入れられない家族の ストレス

- 大切な家族が亡くなると予想されたからといって、「はい、そうですか。」という人はまれ
- 人はいつか死ぬというのは頭ではわかっていても。感情はなかなかついてこない。
- 「死の受け入れ」の前には「否認」「怒り」「取引き」などの感情が起こる（エリザベス キュブラー・ロス 死ぬ瞬間）

否定的な感情の人のそばに寄り添う

- 患者・家族は心理的な余裕がない
 - ちょっとした事に怒りや不満・不安を抱きやすい
 - 八つ当たりにもなりかねない
-
- 正面から受け止めるのは難しいことも
 - でもなるべく逃げずに寄り添ってあげたい

死の受け入れを促すために

- まず、厳しい現場で働くという自覚と覚悟
- 必要な武器（知識、言葉、態度）を得る努力
- 正解はない。
- 自分の人生観・価値観とあった武器を
 - 例えばエンド・オブ・ライフケア協会
 - 例えばもしバナマイスター
 - 例えば死の臨床研究会

エンド・オブ・ライフケア協会

・ユニバーサルホスピスマインド

0歳から100歳まで、誰もがどこでも平等に、
答えのないところの問題に向き合えるように。



ユニバーサル
ホスピスマインド

UNIVERSAL HOSPICE MINDSET

一部の人が一部の人にしか行えない専門的なケアではなく、
住んでいる場所、所得、年齢にかかわらず、誰もが、
大切な人や自分のこころのケアができるように。

わたしたちは「ユニバーサル・ホスピスマインド」を広めています。

それは、死と向き合うホスピスの現場で培われた、穏やかなこころのはぐくみ方。

たとえ死を目の前にしても、穏やかでいられる。
そんなユニバーサル・ホスピスマインドを
人生のあらゆる場面で持つことができれば。

学校、子育て、介護、仕事、人間関係。
答えのない困難への、感じ方が変わる。受け取り方が変わる。
それは、大切な人と自分が、
限られた時間でも自分らしく過ごすための実践的な方法。

専門的なこころのケアを、すべての人生のそばに。

折れない心を育てる いのちの授業 - OKプロジェクト - とは



「いのちは大事」頭ではわかっているのに

人はなぜ、頭では「よくない」とわかっているのに、大事な何かを傷つけてしまうのでしょうか？

苦しくて仕方がないとき、自分や他者を傷つけてしまうことがあります。どうすれば、苦しくても、傷つけずにこれから生きて行くことができるのでしょうか？そして、誰かが目の前で苦しんでいるとき、あなたに何ができるのでしょうか？

このような問いで始まる「折れない心を育てるいのちの授業」は、ただ単に、いのちの大切さを頭で理解するためのものではありません。

決して平坦ではないこれからの人生を生きて行く私たち一人ひとりが、解決困難な苦しみを抱えたときに、具体的な行動として何ができるか、それぞれの立場で感じ、考える授業です。

「折れない心を育てる いのちの授業」をひとつの入り口として、皆で考え、実践し、育てていくプロジェクト、OKプロジェクトをご紹介します。

誰かの支えに

なろうとする人こそ

一番、**支えを必要**としています



矢ヶ部式 死の受け入れ

- 時間は戻らない / 人はいつか死ぬ / 飲まない薬は効かない
(時空と医療にまつわる真理の確認)
- あと100年たったら今ここにいる人は皆あの世で会いますから。
- 厳しい病気には医学・医療は大したことないんです。不老不死にしてくれと言われたら、断るしかありません。(死の真実の確認)
- 病気は災害ですから、仕方がないんです。別にご本人だって、なりたくてなったわけではないんですから。(不条理に対する共鳴)
- 病気は正直治せません。そう遠くない未来に死が訪れます。でも、それまでの間、痛みがないように、苦しくないように、最大限の工夫、治療をして、苦しみがなるべく無いように緩和治療を続けていきます。症状がひどいときは夜中でも連絡してください。(真実を告げる約束と苦痛の除去、24時間支援の約束)

死の受け入れのために

- 死を受け入れられないのは不安だからというケースはよくある
 - 大事な家族がいなくなる不安
 - 大事な家族が死ぬ前に苦しむのではないかという不安
 - 大事な家族が苦しんでいるときに自分は何もできないのではないかという不安
 - とにかく混乱してどう考えてよいかわからない不安
- 「死ぬのはわかっているんです。それは不安ではない。でも痛みで苦しむんじゃないかというのが不安なんです。」
- 適切な案内が患者さん・家族の思考の混乱を減らす
- いつでもサポートしてくれるという安心が不安を打ち消す
- 24時間だれかがすぐに助けてくれる体制がキモ

ありがとうございました

- ご意見・ご感想・リクエストは矢ヶ部医院まで
- メールは
- shinya@yakabe-iin.or.jp