

地域緩和ケア人材育成研修用 副読本
(プライマリ緩和ケア人材育成用：医療従事者用)

ファシリテーター用

作成：地域緩和ケア普及プロジェクトチーム
助成：在宅医療助成勇美記念財団

領域1 (Module1) 地域緩和ケアの理念および原則

緩和ケアはホスピスケアから発展してきた人間尊重のケアであり、近年においては人権運動として発展し、現在、世界的には、緩和ケアを受けることが国家の保障する人権の一つとして認められつつあります。

緩和ケアは身体的症状の治療・ケアのみに限らず心理的、社会的そしてスピリチュアルなニーズに対応することで、生命を脅かす疾患と診断されたあるいは生命予後の限られた状態にある人々の尊厳を守り、本人と家族の人生および生活の質 (quality of life) の向上を目指しています。

緩和ケアはどのような年齢 (小児から高齢者まで) であっても適応され、病気の全経過において (診断から死別まで、継続的に) 統合的、包括的にかかわります。

地域緩和ケアは、地域社会に暮らす人々およびその家族をケアの中核に据え、本人および家族のニーズを踏まえて、地域社会全体として提供されるケアであり、本人および家族の選択した場所で、必要に応じてその環境を整備し、提供されるべき支援です。しかし、もし、本人および家族の選択した場所が提供できない場合には、可能な限り代案 (その環境に近い場所) が提示されるべきです。

多くの場合、緩和ケアは一般医/非専門的な支援体制下 (プライマリ緩和ケア) で、関係する医療職および介護職の連携で実施することができますが、複雑なニーズを持った人あるいは家族に対しては、時に専門的な支援体制 (専門的緩和ケア) が必要となります。

なお、プライマリ緩和ケアに関する職種は、医師 (開業医、病院勤務の専門医)、歯科医師、看護師 (病院勤務の看護師、訪問看護師)、保健師、薬剤師 (病院勤務の薬剤師、調剤薬局の薬剤師)、理学療法士、作業療法士、言語療法士、臨床心理士、栄養士、歯科衛生士、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、介護福祉士などです。

A 地域緩和ケア実践者に求められる資質

●生命予後の限られている状況にある人とその家族は、病気の全経過にわたり、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな面で、様々な苦悩をもち、その苦悩は人生や生活に重大な影響を及ぼしていることを理解できる。(全人的苦悩の理解)

また、失うこと (喪失) による心理的反応、社会的ストレス、スピリチュアルな変化がメンタルヘルスや意思決定に与える影響を理解し、ケアプラン策定時に念頭に置くことができる。

●生命予後の限られている状況にある人とその家族は、身体的症状の治療・ケアへの対応を含め、様々な心理的、社会的、そしてスピリチュアルなニーズを持っていることを理解できる。(全人的な

ニーズの評価と理解)

●生命予後の限られている状態にある人々とその家族の人生を肯定し、様々なニーズに対応し、可能な限り、死が訪れるまで最適な人生および生活の質を維持し、積極的に生きることができるよう、また、病気の全過程にわたり家族が対応できるよう支援することができる。(病気の全経過における全人的支援)

また、このために、生命予後の限定されている状況の一般的な自然経過を理解し、病状の進行に伴って出現する可能性のある症状や問題について認識できる。

・身体的、心理的、社会的、あるいは文化、スピリチュアリティにかかわる問題に対応することは医

療に関わる職種の役割であることを認識できる。

(医療従事者)

・必要に応じて専門的緩和ケアチームに相談することができる。

●生命予後の限られている状況にある人々とその家族のもつ価値観、目標、信念、文化を認めることができる。(価値観、信念、文化の尊重)

●できるだけ早く適切な時期に、緩和ケアを提供することができる(病気の早い段階からの緩和ケア)。

●生命予後の限られている状況にある人とその家族に対し、それぞれの人間としての個別性を、敬意を持って認め、共感的なケアを提供できる。(人間性の尊重)

・病気の全経過において、個々人の信念、プライバシー、自己決定を尊重することができる。

・個々人の客観的な経験や一連の病気の経験を評価できる。

・死を迎えることは自然なことだと認めることができる。

●生命予後の限られている状況にある人とその家族に対するケアを改善するために、自己の専門性を継続的に伸ばし、学習し、他の人の学習や発展を促すことができる。(自己啓発)

●セルフケア能力を伸ばし、生命予後の限られている状況に直面している人々とその家族との関わりにより生ずる影響に対応できる。(セルフケア能力)

●適切な時期に、円滑に地域緩和ケアを提供するためには、地域住民に対し、健康な時からの緩和ケアの啓発が必要であることを理解できる(地域住民への教育、啓発)。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 1

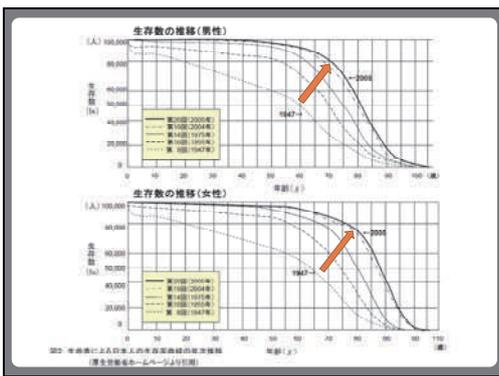
領域1 地域緩和ケアの理念と原則

領域1 地域緩和ケアの理念と原則

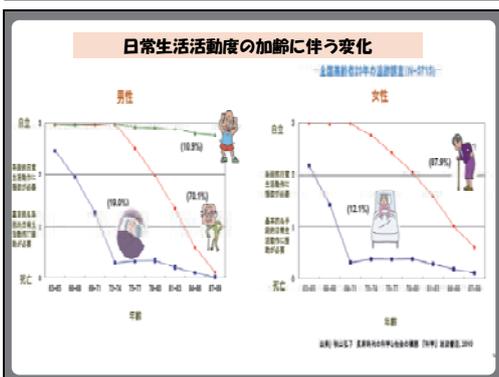
1. 地域緩和ケアは何故必要なのか

1) 人の一生において、死は運命づけられている

1. 地域緩和ケアは何故必要なのか
- 1) 人の一生において、死は運命づけられている

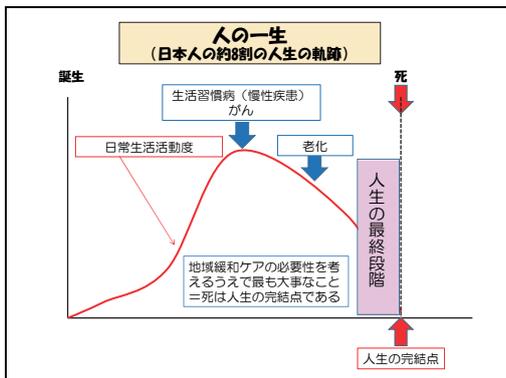
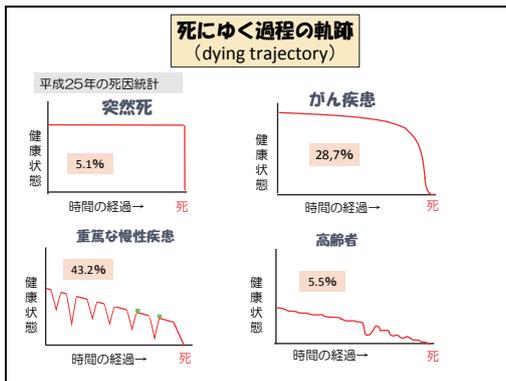
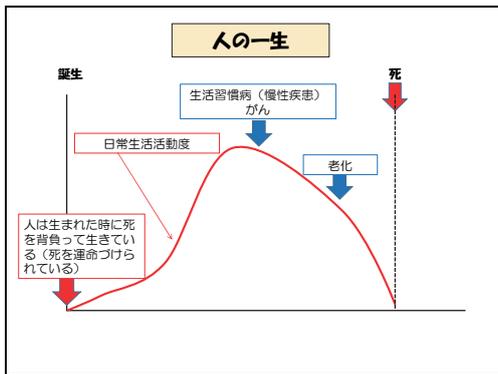


・この図は日本人の生存率曲線ですが、各年代、特に70歳から80歳までの生存数がこの半世紀で飛躍的に伸びていることが示されています。平均寿命の延びと、超高齢者の数が増えていることがこの図で示されていますが、年齢がさらに高くなると生存数が0になる点があることにも注目して下さい。平均寿命が延びてもいずれ誰もが最終的には死を迎えることを示しています。誰もが死を迎えることは人生の自然の経過であるということが出来ます。



・この図は日常生活活動度の加齢に伴う変化を示しています。75歳までは男性では約7割、女性では約9割が元気であること、しかし、それを過ぎると活動度が急速に低下し、要介護状態になることを示しています。

領域1 ファシリテーター用



1. 地域緩和ケアは何故必要なのか
- 2) 人生の最終段階における全人的苦悩の理解

・人の一生を単純化すると、誕生があり、死で完結するという図式を描くことができます。この間、順調で幸福な生活を保障されるわけではなく、多くの場合、様々な苦難があり、それに対応しながら(乗り越えて)、人は成長しつづけるともいわれていますが、身体的にはある時点から疾病(病)や加齢(老い)により、衰えていき、そして死を迎えることとなります。生と死の間に死がある、これが「生老病死」です。

・その死の迎え方は一人ひとり違っていますが、大きく4つのパターン(死にゆく過程の軌跡)に分類できるといわれています。多くの日本人の平均寿命が延びていることで、様々な病状を複数持つことも珍しくないので、このようにきれいなパターンには分類できないかもしれませんが、平成25年度の死因統計をあてはめると、がん疾患は28.7%、慢性疾患は43.2%、老衰は5.5%であり、ぼっくり逝けるのは(突然死)5.1%に過ぎません。現在の多くの(約8割)日本人は、医療や介護の支援を要する時期を経て死を迎えていることがわかります。そして、医学的に治らない病状と診断され、病状が進行している場合には、大まかな予後を予測することが可能となっています。

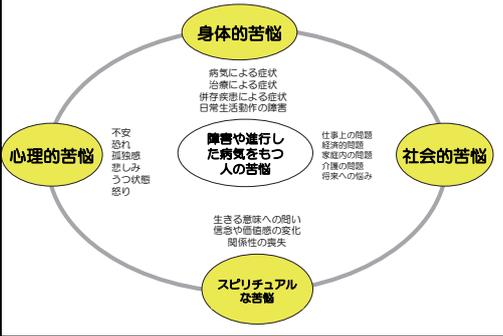
・これを「人の一生」の図に落とし込むと、現在の日本人の約8割は、予期できる「人生の最終段階」があり、この期間は「人生の完結期」として非常に大切な期間であることが認識できます。そして、多くの場合、その最終段階は、現在の医療では対応できない生物学的状況であることより、「終末期」と呼ばれていますが、死が運命づけられている存在であることを考えると、生物学的に迎える最終段階は「終末期」ではなく「完結期」であり、死は人生の「敗北点」ではなく、人生の「完結点」であると理解することもできます。

人生の最終段階でおこってくること

人生の完結期ではあるが**辛い現実**が待っている

- ・失うことが多くなる
 身体機能・認知機能：身体障害、臓器障害、橋下障害、認知症
 関係性：孤独になる
 役割・尊敬
 自己、自立、自己コントロール（自分のことを自分で決められなくなる）
- ・依存する（支援を受ける）ことが多くなる
 介護支援：他者への負担感
 医療支援（治療やケア、薬剤も含めて）
- ・慢性疾患/加齢による様々な障害を複数伴う
 病気の進行、障害の進行による様々な苦痛・苦悩を伴う
 医療への依存度（薬を含め）が強くなる
 医療介入による効果が期待できない場合が多い
- ・不確実性が増す
 不確実なことにに対する不安が生ずる
 死や死に近くに対する不安（未知の領域）生ずる

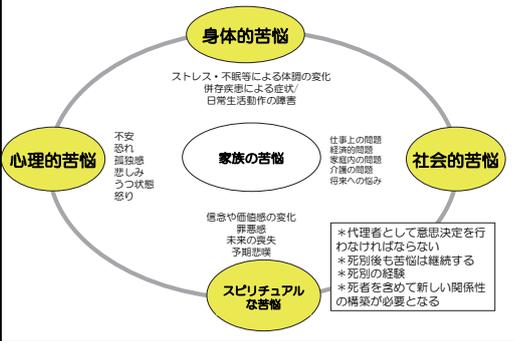
全人的苦悩 (total suffering or pain) の概念



生命の脅かされる病気・生命予後の限定された病態にある人々の家族・介護者に起こる変化

- ・身体的苦痛
 関係する人の症状や病状が悪くなっていくことをみることの辛さ
- ・心理的不安（苦悩）
 死や死にゆくことに対する不安
 不確かなことが増えてくることへの不安
 看取り不安（未経験の領域への曝露）
- ・社会的不安（苦悩）
 関係性が変わる
 役割が変わる
 孤独になる
 経済状況が変わり雇用が変わる
 ケアする必要がある：疲労と介護負担
- ・死に直面する
 親しい人との別れ（悲嘆と喪失）
 新しい関係性の再構築

家族の全人的苦悩 (total suffering or pain) の鳥瞰図



・「人生の最終段階は人生の完結期である」といっても、辛い現実が待ち受けています。失うことが多くなる、依存する(支援を受ける)が多くなる、慢性疾患/加齢による様々な障害を複数伴う、そして、不確実性が増すなどです。平均寿命の延長(高齢化)により、これら苦悩をもつ期間が長くなり、そして苦悩を持つ人が増えています。

・これらの苦痛や苦悩は、緩和ケアにおいて「全人的苦悩」と表現され、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな苦悩として分類されますが、それぞれ関連しているため包括的(全人的)な評価が必要です。

・「人生の最終段階」は、その状況にある人だけでなく家族あるいは介護者にも様々な変化をもたらし、苦痛や苦悩を引き起こします。特に家族においては、死に直面することで、死後も悲嘆と喪失を持ち続ける存在であることを理解する必要があります。

・家族の全人的苦悩の鳥瞰図です。

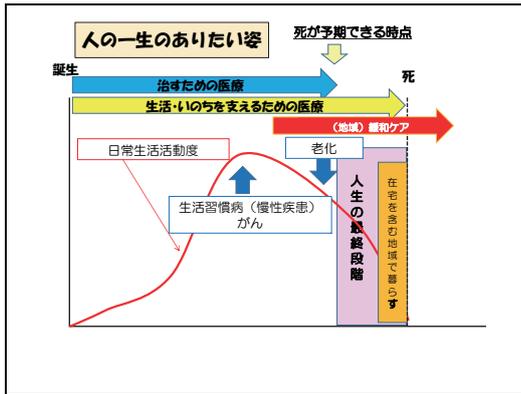
1. 地域緩和ケアは何故必要なのか

3) 人生の最終段階における全人的苦悩への対応は21世紀の人類の課題である

1. 地域緩和ケアは何故必要なのか

3) 人生の最終段階における全人的苦悩への対応は21世紀の人類の課題である

・この人生の最終段階における全人的苦悩への対応は、これまでの治す医療では解決できない課題であり、日本だけでなく、高齢化が進む世界中の課題となっています。



・この課題に対応できるのは緩和ケア以外にはありません。

・この図は現在日本で政策課題として進められている「地域包括ケアシステム」で明示されている「生活・いのちを支える医療」を加えた医療体制および地域のありたい姿を模式化したものです。緩和ケアはこの「生活・いのちを支える医療」の重要な要素であり、治す治療を行っている時から実践され、また、家族へのグリーフケアとして死後も継続して実践されるものであることを示しています。地域緩和ケア体制が構築されることで、人生の最終段階を苦痛・苦悩少なく、在宅で、最後まで暮らすこと、生きることが可能となります。

2. 緩和ケアの最終目標とは

2. 緩和ケアの最終目標とは

・緩和ケアの最終目標は、人生の最終段階における辛い状況(本人にとって、家族にとって)を可能な限り改善すること、その人らしい人生や生活を可能な限り最期まで継続できるよう支援すること(QOLの維持向上)、そして、人間としての尊厳を最期まで大切にすること(人権の尊重)です。

緩和ケアの最終目標

- ・人生の最終段階における辛い状況(本人にとって、家族にとって)を可能な限り改善すること
- ・その人らしい人生や生活を可能な限り最期まで継続できるよう支援すること(QOLの維持向上)
- ・人間としての尊厳を最期まで大切にすること(人権の尊重)

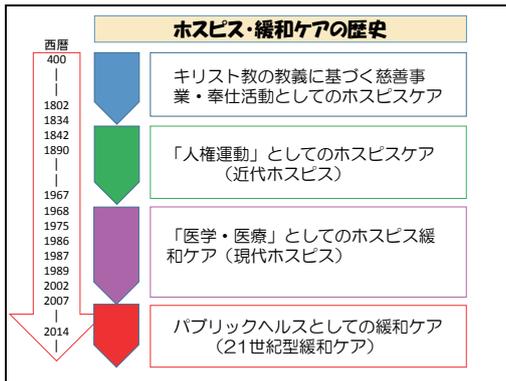
・そして、必要とする人がいれば誰でも、どこでも、病状を問わず、緩和ケアが受けられる体制、しかも、できるだけ質の高い(あるいはどこであっても質の保証された)緩和ケアが受けられる体制づくりが必要であり、その意味で地域に根差した緩和ケア(地域緩和ケア)の普及が望まれています。

・この最終目標を達成するためには、人生の最終段階を迎える前からの準備が必要不可欠であり、現在の医療従事者および地域住民の意識変革が必要不可欠であることも考慮すると、緩和ケアを現在の医療を補完するものとして普及するのではなく、現在の医療制度の中に組み込むことが必要となってきます。これが、WHOが現在積極的に取り組んでいる「緩和ケアを保健医療制度に統合する(integrate public health to palliative care)」動きとなっています。

3. ホスピス・緩和ケアの理念とその歴史

3. ホスピス・緩和ケアの理念とその歴史

・現在の緩和ケアの理念を理解する上で、これまでのホスピス、緩和ケアの歴史を振り返ることは重要なことです。



・図はこれまでのホスピス・緩和ケアの流れの概要を示したもので、時代背景で4つに区分しました。

- ① 古代の「キリスト教の教義に基づく慈善事業・奉仕活動」としてのホスピスケア
- ② 19世紀から始まった「人権運動」としてのホスピスケア (近代ホスピス)
- ③ シシリー・ソングダースによる「医学・医療」としてのホスピス緩和ケア (現代ホスピス)
- ④ パブリックヘルスとしての緩和ケア (21世紀型緩和ケア)

ホスピス・緩和ケアの歴史(古代ローマから中世)
 -キリスト教 教義に基づく慈善事業・奉仕活動としてのホスピスケア-

- ・4世紀 ローマのFabiolaが病気に罹患あるいは貧しいキリスト教巡礼者に自宅を開放し、「hospice」という言葉を使った。
- ・542年 ホテル・デュー (神の宿) がフランスのリヨンにつくられた
- ・1184年 ホテル・デューの修道士たちによって、病気の人や旅人たちのケアがされた
- ・1534年 フランスのリヨンにオピタル・ド・ラ・シャリテ (教育院) が建てられた
- ・1617年 フランスのサン・ヴァンサン・ド・ポールによってスール・ド・ラ・シャリテ (愛の姉妹会) という婦人の組織がつくられ、街で倒れている貧しい人や病気の人のケアがされた
- ・1802年 ナポレオン1世の時にオテル・デューとオピタル・ド・ラ・シャリテの二つの施設が一つにされて「市民ホスピス」と呼ばれるようになった

病院の起源

・ホスピスは4世紀ローマの時代から、病人や貧しい人、疲弊した旅人を癒す場所としてヨーロッパ各地に存在しました。ホスピスという言葉が施設を意味することとなったのもこの時代です。なお、ホスピスという言葉の語源は、ホスピティウム(hospitium:客を温かくもてなす場所)であり、この言葉はホスぺス(hospes:主人、客、見知らぬ人)から派生しています。同様の派生語はホスピタリティ、ホテル、ホスト、ホステス、ホスピタル(病院)で、病院の起源は1802年の市民ホスピスであるといわれています。

ホスピス・緩和ケアの歴史(近代 19世紀)
 -人権運動としてのホスピスケア-

- Mary Aikenhead :1834年、コーク(アイルランド)にセント・ビンセント病院を建て、この中にホスピス病棟を開設。
- Rose Hawthorne:1890年、貧しい不治のがんを持った人をケアする婦人グループ Servants of Relief of Incurable Cancerを組織
- Jeanne Garnier :1842年、リヨン(フランス)に“Dames du Calvaire(カルバリの女性の会)を設立し、自宅を開放してホスピスケアを提供。

・現在の緩和ケアの理念の源流は19世紀にあり、「人間としての尊厳」そして「人権」を守る強い意志から生まれてきたものと言えます。ここで登場するのは3名の女性(メリー・エイケンヘッド、ジャンヌ・ガルニエ、ローズ・ホーソーン)で、いずれも がん等で死に直面している貧しい人を人道的な理念で、基金を募り、自宅を開放あるいは施設を建設し、最後まで見守る活動を行ったこと、そしてその遺志は今でもイギリス、フランス、アメリカで引き継がれていることで共通しています。そして、ここにマザー・メアリー・エイケンヘッドが出てきます。その後の系譜には皆さんご存じの、マザーテレサ、シシリー・ソングダースが出てきます。

ホスピス・緩和ケアの歴史(現代)

一医療/医学としてのホスピスケア・緩和ケアー 1/2

- ・1967年 シシリー・ソンドース セント・クリストファーホスピスをロンドンに創設
- ・1969年 シシリー・ソンドース が在宅ホスピスケアを始める
- ・1975年 カナダのマギル大学のバルフォア・マウント (Balfour M. Mount) がモントリオールのロイヤル・ビクトリア病院にホスピスケアをおこなう独立した病棟を創設した際にpalliative という言葉を初めて使用した
- ・1987年 イギリスではじめて緩和医療学が認知された。このときの定義は「緩和医療学は予後が限られている活動的で進行する致死的慢性疾患を有する患者の研究と管理である」とした。

・現代ホスピスの流れはシシリーソンドースに始まります。彼女は1967年にセントクリストファーホスピス(独立型ホスピス)を設立し、1969年に在宅ホスピスケアを始めています。そして、1975年には、カナダで病院併設のホスピス病棟が創設されましたが、フランス語圏ではホスピスという言葉は慈善救貧院のネガティブなイメージが強いため「緩和ケア」という言葉が初めて使用されました。また、1987年には医学としての緩和医療学が認知されています。

ホスピス・緩和ケアの4つのモデル



近代ホスピス運動の創始者 シシリー・ソンドース (増補新装版)
日本看護協会出版社 2016より引用

・シシリーソンドースが考えたホスピスケアの4つのモデルです。世界的に緩和ケアの主流となっているのが在宅ケアであり、現在では地域(コミュニティ)を対象とする緩和ケアがWHOの活動を背景に広まりつつあります。

ホスピスケアの理念 (シシリーソンドースの言葉より)



You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can not only help you die peacefully, but also to live until you die.

あなたはあなたのままで大切なのです。あなたは人生最後の瞬間まで大切な人です。ですから、私たちは、あなたが心から安らかに死を迎えられるだけでなく、最後まで精いっぱい生きられるように最善を尽くします。

・ホスピス・緩和ケアの理念は、メアリー・エイケンヘッドの遺志を継いで緩和ケアを発展させたシシリー・ソンドースの言葉によく表れています。「あなたはあなたのままで大切なのです。あなたは人生最後の瞬間まで大切な人です。ですから、私たちは、あなたが心から安らかに死を迎えられるだけでなく、最後まで精いっぱい生きられるように最善を尽くします」。この言葉には、決して見放さないで寄り添う姿勢、人間としての尊厳を尊重する立場、そしてホスピス・緩和ケアは「生ききる」ことを支えるケアであることが示されています。

4. 21世紀における緩和ケアの動向

1) WHO (世界保健機構) およびEAPC (ヨーロッパ緩和ケア学会) の取り組み

4. 21世紀における緩和ケアの動向

1) WHO(世界保健機構)およびEAPC(ヨーロッパ緩和ケア学会)の取り組み

・高齢化しつつある21世紀の地域社会のニーズに対応すべく、現在、多くの国々で緩和ケア提供体制が国の政策として構築されつつありますが、そこにはWHOの積極的な関与があります。

WHOの緩和ケアへの取り組み

- 1986年 「がん疼痛からの解放」発表
- 1989年 緩和ケアの定義 発表
- 2002年 緩和ケアの定義改定
- 2014年 Global Atlas of Palliative Care at the End of Life
- 2014年4月 世界保健総会決議 (WHA67.19)
- 2016年 Planning and implementing palliative care services : a guide for programme managers
- 2017年 Building integrated palliative care programs and services (WHPCA)

・緩和ケアにおけるWHOに活動で有名なのは、1986年から始まった「がんの痛みからの解放」キャンペーン、および1989年と2002年の緩和ケアの定義(1989年の定義の改定)です。しかしその後の活動については、あまり知られていないものと思いますので、それらについて解説していきます。

緩和ケアの定義

WHO 2002年改定

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、病気の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、霊的問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOL（生活の質・人生の質）を改善するためのアプローチである。

・これは、現在も用いられているWHOの緩和ケアの定義です。1989年の定義が改定され、疾患はがんやHIVだけでなく非がん疾患も対象となり、患者だけでなく家族も対象に含まれ、診断された時点からできるだけ早期に適応されることが大きな特徴です。

ホスピス・緩和ケアの歴史(21世紀)

ーヘルスケアとしてのホスピスケア・緩和ケアー

- ・欧米では緩和ケアを受けるのは国民の権利であると法的に保障されている
国の健康政策の中核として普及活動が行われている
ヨーロッパ緩和ケア学会 2013年 ブラハ憲章
- ・WHOはパブリックヘルスとしての緩和ケアの普及活動を積極的に展開している

・1990年代後半から2000年代前半にかけてのイギリスを含むヨーロッパ諸国、カナダ、アメリカ等における緩和ケアの流れとして、非がん疾患を緩和ケアの対象とすること、緩和ケアを受けることを人権として認めさせる、そして国の施策として医療制度に緩和ケアを組み込ませる運動(the integration of palliative care in to the national healthcare system)が展開されます。これが「ブラハ憲章」です。現在EUの多くの国でこれを批准する動きがみられます。もう一つの流れはWHOが展開している「緩和ケアにパブリックヘルスの視点を組み込む(the public health approach to palliative care)」活動です。

ブラハ憲章

ヨーロッパ緩和ケア学会・国際ホスピス緩和ケア協会・世界緩和ケア連合が2013年に共同で「ブラハ憲章」を発表した。

Palliative care is a human right

「ブラハ憲章」は、苦痛を緩和することと緩和ケアを人権として認めることを各国政府に要請する。

各国政府に以下の事項を要求する

- 1) 致死的な疾患あるいは終末期の患者の必要性に応える医療政策を策定する
- 2) 必要とするすべての人に、規制医薬品を含む必須医薬品が使用できるように保証する
- 3) 医療従事者が大学の学部以上のレベルで、緩和ケアと痛みのマネジメントに関する適切な研修を確実に受けられるようにする
- 4) 緩和ケアを医療制度のあらゆるレベルに確実に組み入れる

・ヨーロッパ緩和ケア学会・国際ホスピス緩和ケア協会・世界緩和ケア連合が2013年に共同で「ブラハ憲章」を発表しました。この憲章では、緩和ケアを受けることは人間としての権利であることを謳っています。この要請を受けて、多くのヨーロッパの国々では国家政策に緩和ケアを組み込んでいます。

WHOの緩和ケアへの取り組み

- ・1986年 「がん疼痛からの解放」発表
- ・1989年 緩和ケアの定義 発表
- ・2002年 緩和ケアの定義改定
- ・2014年 Global Atlas of Palliative Care at the End of Life
- ・2014年4月 世界保健総会決議 (WHA67.19)
- ・2016年 Planning and implementing palliative care services : a guide for programme managers
- ・2017年 Building integrated palliative care programs and services (WHPCA)

・WHOが2014年に発表したGlobal Atlas of Palliative Care at the End of Lifeは、非がん疾患を含めた緩和ケアの世界的現状と取り組みの必要性、重要性を強調しています。そして、2014年以降は、パブリックヘルスの視点を組み入れた緩和ケアの展開を各国に要請しています。なお、2016年、2017年にWHOとWHPCA(世界緩和ケア協会)は既存のリソースを利用した具体的な構築の方法について報告書を発表しています。

第67回世界保健総会 決議(加盟国に対する要請) WHA67.19 2014年4月24日 生涯を通じた包括ケアの構成要素としての緩和ケアの強化

加盟国に対して以下を要請する

(1) プライマリケア、コミュニティや家庭を基盤とするケア (community-based、home-based care)、ユニバーサル・カバレッジ・スキームに重点を置きつつ、根拠に基づいた費用効果の高い公平な緩和ケアサービスをすべてのレベルの継続ケアに組み込むために、必要に応じ、保健システムの包括的な強化を支援する緩和ケア政策を、策定、強化、実施する。

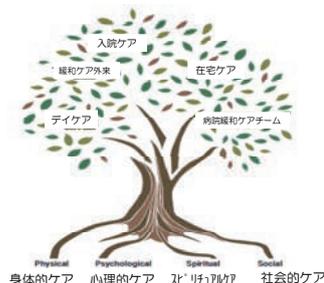
・2014年の世界保健総会での決議(WHA67.19)は緩和ケアにおける画期的な決議で、WHO加盟各国に対し、緩和ケアを各国の医療制度に盛り込むこと、そのための具体的な施策を実施することが要請されました。

第67回世界保健総会 決議(加盟国に対する要請) WHA67.19 2014年4月24日 生涯を通じた包括ケアの構成要素としての緩和ケアの強化

- 必要に応じた政策、教育、研修の策定と実施
- ① プライマリケアレベルのケア提供者への緩和ケアの卒前卒業教育体制整備
- ② 専門領域医療者への中級研修の実施
- ③ 緩和ケア専門職の育成のための専門的緩和ケア研修の実施
- 緩和ケア普及のための資金調達と人材配置
- 症状緩和に必要な薬剤の配備と適正使用の支援
- 家族、ボランティア、ケア提供者への支援体制整備
- 市民社会団体と政府とのパートナーシップの醸成
- 子供のための緩和ケアの推進

・その要請文の要約です。この決議の会議には日本政府も参加しています。

palliative care tree (緩和ケアの木) : WHO



・これは、WHOが普及のツールとして用いている緩和ケアの木(palliative care tree)です

4. 21世紀における緩和ケアの動向

2) なぜ、緩和ケアを保健医療制度に組み込む必要があるのか

何故 緩和ケアが世界中で必要になってきているのか

- 1) 人は必ず死を迎えるが、約8割の人が予期できる死を迎えるようになった
⇒ 生命の脅かされる病気・生命予後の限定された病気を持つ人あるいは家族の心理社会的サポートが必要となっている
- 2) 平均寿命が延びているために、がんや慢性疾患を持つ人が増え、かつ病気の進行に伴う苦痛や苦悩を持ちながら暮らし続ける必要が出てきた
⇒ 適切な症状緩和治療やサポートが必要となっている
- 3) 個人の尊厳を大切にし、自分らしい生き方を希望する人が増えてきた
⇒ できる限り自由で人間らしい対応で療養できる体制が必要となってきた
- 4) 看取りや死別を迎える家族が増えている
⇒ 死別後の家族のケアが必要となっている
- 5) 人口減少と高齢者増加により社会保障費が少なくなっている
⇒ より効率的で、効果的で、満足度の高い支援体制が必要となっている

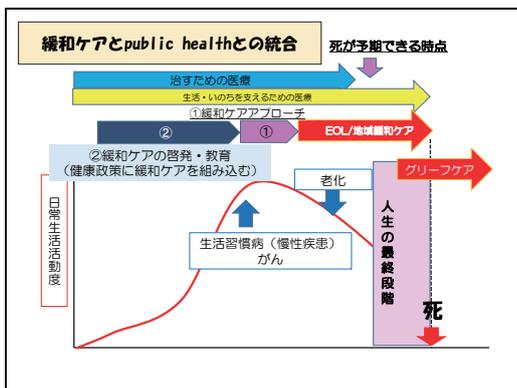
4. 21世紀における緩和ケアの動向

2) なぜ、緩和ケアを保健医療制度に組み込む必要があるのか

・高齢化しつつある21世紀の地域社会のニーズに対応すべく、現在、多くの国々で緩和ケア提供体制が国の政策として構築されつつありますが、そこにはWHOの積極的な関与があります。

・現在、緩和ケアは世界中でその必要性が認められ、緩和ケア実践体制の整備が進められています。その理由には各国共通の課題があります。

・世界の国々の多くの人が人生の最終段階で様々な苦悩を抱えながら、亡くなっているという事実、そして、その状況が高齢化とともに悪化してゆくという予測、その死によって家族(遺族)も健康を害してゆくという事実、その家族が増えていくという予測、いつでもどこであっても、住んでいる地域の中で緩和ケアが受けられる体制を作ることで、健康な状態(well-being)で人生の最終段階を迎えることができるという事実とその予測、そして、人生の最終段階における社会保障費がどの国でも高騰している一方で、緩和ケアが少ない費用で最も効率的に、効果的なケアを提供し、本人および家族の満足度が高いこと等が、緩和ケアが重視されている大きな理由です。



・しかし、現状で医療従事者および国民の緩和ケアに対する認識、人は必ず死を迎え人生の最終段階には多くの苦悩を抱くことに対する認識は低く、それらが、緩和ケア普及のバリアとなっていることから、より早い時期、むしろ健康な時から、緩和ケアに対する意識、人生の最終段階に対する意識を高めることが有効であると考えられます。この図は人に一生と緩和ケアとの関係性を模式化したものです。人生の最終段階において、だれでも、どこでも、必要に応じた緩和ケアが受けられるようにするためには、健康な時からの緩和ケアの教育(予防)が必要であり、また、医療に関わる職種は基本的に緩和ケアの視点を持っていることが重要であることを示しています。

5. 地域緩和ケアについて

1) 地域緩和ケアとは

5. 地域緩和ケアについて

1) 地域緩和ケアとは

地域緩和ケアとは

Community Based Palliative Care

- 緩和ケアの最終目標を達成するための緩和ケア提供体制を、
 - ①地域で生活する人の視点に立って提供する
 - ②地域全体を視野において構築する
 - ③地域全体（地域の医療介護従事者および地域ボランティア等の連携）で提供する

・地域緩和ケアの概念を示します。

・緩和ケアの最終目標とは、すでに提示していますが、

人生の最終段階における辛い状況(本人にとって、家族にとって)を可能な限り改善すること、

その人らしい人生や生活を可能な限り最期まで継続できるよう支援すること(QOLの維持向上)、

そして、人間としての尊厳を最期まで大切にすること(人権の尊重)です。

緩和ケアの最終目標

- 人生の最終段階における辛い状況（本人にとって、家族にとって）を可能な限り改善すること
- その人らしい人生や生活を可能な限り最期まで継続できるよう支援すること（QOLの維持向上）
- 人間としての尊厳を最期まで大切にすること
（人権の尊重）

（再掲）

5. 地域緩和ケアについて

2) 地域緩和ケアの定義

5. 地域緩和ケアについて

2) 地域緩和ケアの定義

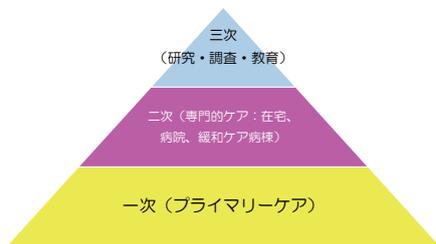
地域緩和ケアの定義
(地域緩和ケア普及プロジェクトチーム案)

生命を脅かす疾患及び生命予後の限られた疾患や状態にある人(小児から高齢者まで)、及びその家族に対し、病気の全経過において提供されるケアである。その特徴としては、生活の場としての地域を視野におき生活する人の視点に立ち、地域の医療者介護者及び地域住民によって提供される全人的ケア(身体的問題、精神的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に対するケア、死別・悲嘆に対するケア)である。ケアの目標は、人間としての尊厳を守り、その人と家族の生活の質、人生の質の改善、維持することである。

5. 地域緩和ケアについて

3) 地域緩和ケア提供体制の構図

地域緩和ケアの構図



・地域緩和ケア普及プロジェクトチームが作成した、地域緩和ケアの定義(案)です。

5. 地域緩和ケアについて

3) 地域緩和ケア提供体制の構図

・地域緩和ケアの提供者、特に専門職がどのようにかかわれば、どのような病態・病状でも、どのような場所でも、質の高い緩和ケアが提供できるか、その体制構築も大きな課題です。

・地域緩和ケア提供体制は当然のこととして国の医療制度によって違いがでてきますが、日本において構築すべき体制の構図を提示します。

・日本において構築可能な地域緩和ケアの構図を提示しました。

・プライマリケアとしての緩和ケアと専門的在宅緩和ケアを含めた専門的緩和ケアとして研究調査教育を担当する三次の三層構造が基本構造です。

・プライマリケアの提供者は、地域のプライマリケアを担当する医療職や介護職です。地域によって医療リソースが少なくという現状はあるものの、プライマリケアを担当する「かかりつけ医」と訪問看護師により、特に訪問看護師により、複雑でない緩和ケア(プライマリ緩和ケア)を提供するものです

・二次的ケア(専門的ケア)を担当するのは、緩和ケアの知識、技能をもった専門職で、現状では、病院の緩和ケアチーム、緩和ケア病棟の多職種チーム、そして、非がん疾患、がん疾患ともに多くの看取りを経験している在宅医、訪問看護師、社会福祉士等が地域でチームを組むことで専門的緩和ケアは提供できると思います。しかし、その質を担保するための研修体制が必要となると思います。一方病院や緩和ケア病棟のチームは、在宅ケアについての理解がないと対応が不十分となりますので、ここでも在宅医療についての質を担保するための研修体制が必要と思います。

・三次は大学等による学生教育、調査研究です。

・この構図の基本となっているのが、イギリスとオーストラリアにおける地域緩和ケアの構図です。

緩和ケア専門性のレベル

レベル1：緩和ケア的手法
(palliative care approach)

レベル2：プライマリ緩和ケア
(primary or general palliative care)

レベル3：専門的緩和ケア
(specialist palliative care)

Report of the National Advisory Committee on Palliative Care 2001

・イギリスの緩和ケア専門性のレベルの定義です。

・レベル1の緩和的手法はすべての医療者が臨床現場で実践するべきレベルとされています。

・レベル2はレベル3とレベル1の中間で、プライマリケアの現場で、生命を脅かす疾患や生命予後の短い患者に関わる医療者で緩和ケアの研修を受けている人のレベルとされています。

・レベル3は緩和ケアの専門的スキルや知識を持っている人のレベルです。

緩和ケア的手法

(Palliative care approach)

緩和ケアの手法の目指すものは、病気やその進行状態が良くなるものであっても、身体や社会生活そして心の状態が少しでも良好な状態 (well-being) にすることである。緩和ケアの手法は、すべての臨床実践の一部としてなくてはならないものであり、緩和ケアの諸原理としての知識と実践にもとづく情報に基づいたものである。

緩和ケアの手法の基本原則は、

- 良好な症状コントロールを含め、QOLの改善に焦点を当てること
- 個人の過去の生活経験と現在の状況を考慮した全人的なアプローチ
- 死期が迫った人と、その人を大切に思う人たちの両方を含むケア
- 患者の自主性と選択の尊重
- 患者、介護者、専門職（同僚）に対する、率直で繊細なコミュニケーションの重視。

Primary Palliative Care in Ireland
Identifying improvements in primary care to support the care of those in their last year of life The Irish Hospice Foundation, The Irish College of General Practitioners and The Health Service Executive 2011

・レベル1となる緩和ケア的手法とは、すべての臨床家に求められるレベルであるされています。

プライマリ緩和ケア

(Primary palliative care)

プライマリ緩和ケアとは、生命予後が限定された病気、そして/あるいは人生の最終段階に関連する複雑ではないニーズをもつ患者に、緩和ケアの手法を用いて、臨床的マネジメント、ケアコーディネイト、そして照会することである。

緩和ケアの手法では、専門的緩和ケアとの公的な連携（照会、コンサルト、必要に応じた専門ケアへの紹介等）が必要とされる。

Primary Palliative Care in Ireland
Identifying improvements in primary care to support the care of those in their last year of life The Irish Hospice Foundation, The Irish College of General Practitioners and The Health Service Executive 2011

・プライマリ緩和ケアは複雑でない病状あるいはニーズに対応できるケアチームです。必要に応じて専門的緩和ケアとの連携（照会、紹介等）ができる体制が確保されることが重要です。日本では、かかりつけ医や訪問看護師等に必要な緩和ケアの研修を受けていただくことで質が担保されると考えます。

専門的緩和ケア（サービス）

Specialist palliative care (services)

専門的緩和ケアサービスとは、その中核となる活動として緩和ケアの提供に限定したサービスである。

これらのサービスには、より複雑な要求度の高いケアのニーズをもった人に対するケアを含む。

専門的緩和ケアサービスは、病院および地域の医療専門家により提供されるケアで補充されるべきものである。

Primary Palliative Care in Ireland
Identifying improvements in primary care to support the care of those in their last year of life The Irish Hospice Foundation, The Irish College of General Practitioners and The Health Service Executive 2011

・専門的緩和ケア緩和ケアの専門的知識やスキルをもった専門職がいるチームが提供するものです。

・複雑な病状や病態および複雑なニーズに対応する能力を持った多職種の専門家で構成されるチームです。

・専門的緩和ケアチームは病院でも少ない状況ですが、その一方で、現在、がん疾患、非がん疾患を問わず、年間かなりの数の在宅看取りを実践している在宅専門診療所あるいは強化型在宅療養支援診療所があることより、教育研修体制を充実することで、専門的緩和ケアを担当する質の担保された専門職チームを作ることは可能であると判断します。

領域1 ファシリテーター用

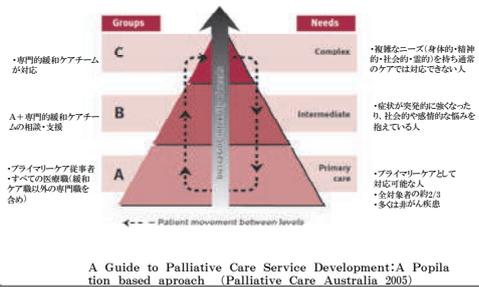
複雑なニーズとは

- 医療ニーズが高い
- 症状が強い
- 症状が多彩
- 複雑な病状（合併症、偶発症）
- 高度医療機器（人工呼吸器など）の利用
- 家族／本人のニーズが多い
- 複雑な心理的支援が必要
- 退院後の推定予後が非常に短い

・複雑なニーズの内容としては、医療ニーズが高い、症状が強い、症状が多彩、複雑な病状（合併症、偶発症）、高度医療機器（人工呼吸器など）の利用、家族／本人のニーズが多い、複雑な心理的支援が必要、退院後の推定予後が非常に短いなどがあげられます。

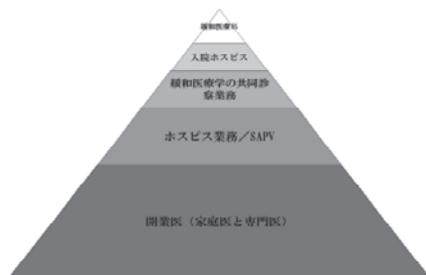
・プライマリ緩和ケアチームとの共同介入、単独での介入、あるいは照会への対応などいろいろな連携パターンがあると思います。

オーストラリアにおける緩和ケア戦略の概要



・これはオーストラリアでの緩和ケア提供体制の構図です。がん疾患および非がん疾患を全部ひっくるめると、緩和ケアの必要な人の2/3をプライマリ緩和ケアチームで対応することが可能であるとされています。

地域緩和ケア提供体制（ドイツ）



・これはドイツの提供体制の構造です。ドイツではSAPVと言われる専門的緩和ケアチームが地域で活躍しています。

WHO Palliative Care Model



・WHOの提示するモデルです。このモデルでは、医療従事者がいない地域での緩和ケアを進めるために、コミュニティレベルでの緩和ケア提供体制を基本としたモデルを提供しています。

領域1 ファシリテーター用

・これはWHOが提唱するパブリックヘルスの手法を取り入れた緩和ケア提供体制を実践しているケララ(インド)のモデルを示したものです。



6. 地域緩和ケアの実践内容

6. 地域緩和ケアの実践内容

・地域緩和ケアで提供されるケアの内容について説明します

地域緩和ケアにおける実践内容

- ①身体的機能を適正にする
- ②症状の予防・治療(マネジメント)を行う
- ③(生活する)環境を整える
- ④情緒的・心理的サポートを提供する
- ⑤社会的サポート、社会的機能を高める
- ⑥スピリチュアルサポートを提供する
- ⑦死別・悲嘆のサポート
- ⑧意思決定支援 アドバンスケアプランニング
- ⑨在宅ホスピスボランティアの育成

地域緩和ケアの実践内容は9項目です

・在宅ホスピスボランティアの育成は、専門的チームが行うものです。
・心理的社会的そしてスピリチュアルな面でのケアのない緩和ケアは緩和ケアではない、症状緩和のないケアは緩和ケアではないと言われていますが、本人および家族のケアも含め多様なケアが提供されなければなりません。その意味で多職種協働が必要不可欠です。
・また、地域のホスピスボランティアと一緒に活動できる体制を構築するためには、その育成が必要であり、これは専門的緩和ケアチームの実践すべき内容となっています。

7. 地域緩和ケア提供により期待できること

7. 地域緩和ケア提供により期待できること

・地域緩和ケア提供により期待できることを挙げました。

地域緩和ケア提供により期待できること

- ・苦悩ができるだけ少なくなる
- ・直面する問題に対応できる
- ・出現がすることが予測される新しい状況を予防することができる
- ・身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題、そしてそれらに關係するニーズ、希望、恐れに対応できる
- ・意味のあるそして価値のあることを経験する機会を促すことができ、人間的にも、スピリチュアルな面でも成長することができる
- ・人生の最終段階における選択に対する心構えができ、調整することができる
- ・家族や遺族がケアに参加し、喪失や悲嘆にも対応できるようになる

**地域緩和ケアチームに係ることで
病院死に比べ在宅死は・・・**

- ・本人の満足度が高い（遺族調査）
- ・症状の程度は軽い～変わりない
- ・生存期間が変わりない～長い
- ・家族の満足度が高い（遺族調査）
- ・家族の悲嘆の程度が軽い
- ・社会保障費が安い

・地域緩和ケアを実践している、アメリカ、カナダ、イギリス、オーストラリアでは、エビデンスとして様々なレポートが出されていますが、それをまとめたものです。

・最も安い費用で最も満足度の高い効果をだしているのが緩和ケアであると評価されています。

8. 地域緩和ケアと地域包括ケアシステムとの関連性について

8. 地域緩和ケアと地域包括ケアシステムとの関連性について

**社会保障制度改革国民会議報告書
～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～
平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議**

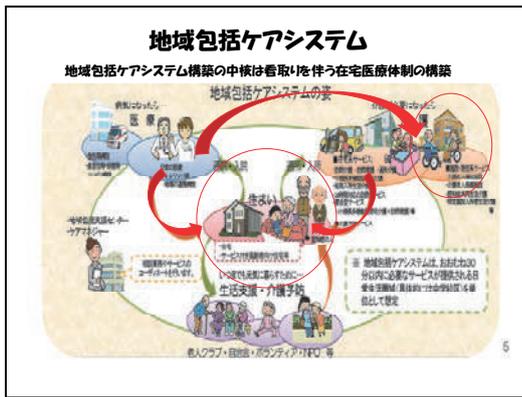
- ・QOLの維持・向上を目標として、住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとする
- ・人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備する
- ・住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療
- ・死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」

・現在構築が進められている地域包括ケアシステムの最終的な姿を明示しているのが平成25年8月に提出された「社会保障制度改革国民会議報告書」です。これには、目指すべき地域社会および医療の姿を提示していますが、そのいくつかの基本となる言葉を抜き出してみました。

・これらの文言を見る限りでは、地域緩和ケアの最終目標とかなり重複しています。

・したがって、地域緩和ケアシステムにおいては、地域緩和ケア体制の構築が中核をなしていると考えていいと思います。

領域1 ファシリテーター用



これは、地域包括ケアシステムの概念図ですが、現在、取り組みの中で最も重要とされているのが、地域医療構想(病院機能の再編成と病床削減)、在宅医療介護連携事業、そして看取りを伴う在宅医療体制の構築です。この看取りを伴う在宅医療体制が地域緩和ケアそのものです。

領域2 (module 2) コミュニケーション

効果的なコミュニケーションは緩和ケアの原則の適応や実践に必要な不可欠です。

悪い知らせを話さなければならない時、治療の継続あるいは差し控えの難しい意思決定を下さなければならない時、状況が多義的であったり、または不確かな時、および強い感情や苦悩が生じる時にはコミュニケーション技能が特に重要になります。

また、多職種チームで関わる場合にも、それぞれの職種間、他職種間、および各職種と患者・家族間におけるコミュニケーションが重要となります。

さらに、スピリチュアルな次元への対応についてもコミュニケーション技能が必要不可欠です。

A. 地域緩和ケア実践者に求められる資質

●緩和ケアにおいてはコミュニケーションが基本的な役割をもっていることを理解できる（緩和ケアにおけるコミュニケーションの重要性の認識）

・治療およびケアに際しての関係性を作り、維持し、確立するためには、生命予後の限られている人や家族そして他職種と効果的なコミュニケーションを行うことが重要であることを理解できる。

●コミュニケーションの仕方には様々な形（言語的、非言語的、視覚的、記述的）があることが理解できる。

●積極的に相手の言葉を傾聴し、わかりやすい言葉（できるだけ医学用語を避ける）を用い、適切な口調で、意味が明確な表現、質問しやすい体制づくり等、効果的なコミュニケーションを行う技能の重要性が理解できる。

●生命予後の限られている状況にある人とその家族が話を聞いてもらったと感じられるような傾聴の能力を発揮できる（積極的傾聴）。

●生命予後の限られている状況にある人と家族介護人の意向や認知レベルに沿って情報を調整する。

●生命予後の限られている状況にある人と大切に思ってくれる人々との偏見のない繊細なコミュニケーションができ、多様な文化的背景をもった人々を含めて、緩和ケアやエンド・オブ・ライフケアに特別なニーズを持つ人々がそのニーズを発言しやすくすることができる。

・生命予後の限られている状況にある人と大切に思ってくれる人々と複雑な会話ができ、多様な文化をもつ人々および特別なニーズをもつ人々のニーズを表出しやすくするために、治療における関係性を持つことができる（専門的緩和ケア）。

●多職種協働チームにおいて効果的なコミュニケーションを行うことができる。

●悪い知らせを伝える際、あるいは人生の最終段階における意思決定支援を行う際には、出来るだけガイドライン（SPIKES、PREPARED）を用いて行う。

●適切なコミュニケーション技能を用いて、以下のことができる。

・生命予後の限られている状況にある人が現状での自分の健康状態（身体的機能、嚥下機能等）をどのように評価しているかを評価できる。

・診断や予後についての効果的なコミュニケーションを実践できる。

・診断名や予後等を共感的な態度で、その人のニーズや希望に応じた形で話合することができる。

・緩和ケアの必要な状況における意思決定場面での戸惑い、葛藤にすぐに気が付き対応できる。

・特殊な状況（認知機能低下、知的障害、小児等）における診断や予後についての効果的なコミュニケーションを実践できる（専門的緩和ケア）

・現在の状況を根本的に変え、意思決定に影響を及ぼす、計画に影響を及ぼす可能性のある情報についての話し合いのしかたを理解している。

・コミュニケーションの戦略を使いこなせる（専門的緩和ケア）

・複雑な内容のコミュニケーションを行うことができる（専門的緩和ケア）

・進行した病状での意思決定支援を行うことができる（専門的緩和ケア）

・生命予後の限られている状況にある人（子供や未成年者の場合はその両親）が必要とする情報と家族と共有を希望する情報に基づいた意思決定を支援できる。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 2

領域2 コミュニケーション

領域2 コミュニケーション

コミュニケーションの語源と意味

語源：communicatio

意味：「他人と分かち合う」
「共通にしていく、共同のものにしていく」

【コミュニケーションの語源と意味】

・コミュニケーションの語源はcommunicatio というラテン語で「他人と分かち合う」「共通にしていく、共同のものにしていく」という意味が込められています。

・また、「はじめは異なった考えを持っていた者同士が、考えを何らか共通にしていくプロセス、また気持ちが通じ合うようになっていくプロセスがコミュニケーションである」という注釈、「簡単には理解しあえない他者同士の対話がコミュニケーションである」(柄谷行人)、「コミュニケーションの姿勢をとることが、相手を人として尊重する姿勢の核にある」という補足の解説もあります。

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか

1) コミュニケーションの意義

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか

1) コミュニケーションの意義

コミュニケーションの意義

- 情報を伝える、情報を得る
- 感情や気持ちを伝える、受け止める
- 相手を介して自分を知る

【コミュニケーションの意義】

・コミュニケートすることで、自分や相手の情報や感情・気持ちを伝えあい、受け止めあうことが可能となること、自分の考え方や感情を、相手を介して確かめる(自分を知る)ことが可能となること、コミュニケーションの重要な意義です。特に後者は、緩和ケアでは意思決定支援、心理的ケア、スピリチュアルケア、グリーフケアなどで必要な積極的傾聴に相当します。

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか
 2) 地域緩和ケアで必要なコミュニケーションの内容

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか
 2) 地域緩和ケアで必要なコミュニケーションの内容

地域緩和ケアにおける実践内容

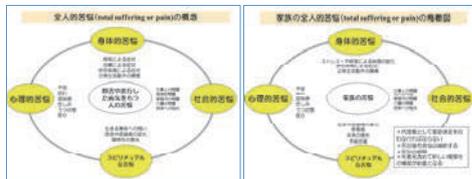
- ①身体的機能を適正にする
- ②症状の予防・治療（マネジメント）を行う
- ③（生活する）環境を整える
- ④情緒的・心理的サポートを提供する
- ⑤社会的サポート、社会的機能を高める
- ⑥スピリチュアルサポートを提供する
- ⑦死別・悲嘆のサポート
- ⑧意思決定支援
- ⑨在宅ホスピスボランティアの育成

これらのケア提供で必要となるのがコミュニケーションの技能

【地域緩和ケアにおける実践内容】

・地域緩和ケアの実践の場でコミュニケーションが必要となるのは①～⑧の場面です。

利用者および利用者家族にとってのコミュニケーションの重要性・必要性



- ・苦悩の評価をするためには適切な質問が必要となる
- ・苦悩に対するニーズを知るためには適切な質問が必要
- ・心理社会的、スピリチュアルな次元の適切な対応には積極的傾聴が重要
- ・死別前後の家族のグリーフケアにおいては積極的傾聴が重要

・緩和ケアにおけるそれぞれのケアの提供の際には、本人や家族の置かれている状況を確認し、どのような苦悩(辛さ)があるのかを評価し、それぞれの側面におけるニーズを確認し、気持ちや感情を受け止め、必要な情報を提供し合い、今後の対応方法、生き方・暮らし方、必要なケアプラン、必要な意思決定などについて話し合う必要があります。

コミュニケーションの重要性 (ケアマネジメント)

- ・利用者（本人・家族）のニーズに沿ったケアプランを立てるため：ニーズの把握にコミュニケーションは必要不可欠
- ・意思決定支援に必要不可欠
- ・各種ケアに必要不可欠：心理社会的ケア、スピリチュアルケア、グリーフケア等
- ・多職種協働において必要不可欠：情報共有・役割分担

これは、コミュニケーションの重要性をケアマネジメントの視点から見たものです。

【コミュニケーションの内容】

コミュニケーションの内容

- ・ 状況を確認する
- ・ ニーズを確認する
- ・ 気持ち、感情を確認する
- ・ 情報を提供する、情報を与える
- ・ 話し合いを行う

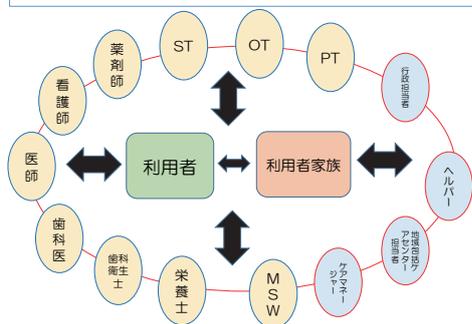
1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか

3) 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションの相手

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか

3) 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションの相手

コミュニケーションの相手



【コミュニケーションの相手】

・ 質の保障された地域緩和ケアを提供するためには、利用者および利用者家族だけでなく、関係する専門職等とのコミュニケーションも重要です

・ この多職種でのコミュニケーションにおいて常に念頭に置くことは、その中心は利用者および利用者家族であることです。

・ なお、時に利用者家族のコミュニケーションの橋渡しを専門職が行う必要がある場合もあります。

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか

4) 多職種連携の緩和ケアにおいてコミュニケーションが何故必要なのか

1. 緩和ケアにおいて、なぜコミュニケーションが必要・重要なのか

4) 多職種連携の緩和ケアにおいてコミュニケーションが何故必要なのか

**コミュニケーションにおいて何故多職種連携が必要なのか
多職種連携において何故コミュニケーションが重要なのか**

- 利用者（患者）および家族についての情報交換
- 利用者（患者）および家族のニーズの把握
- 利用者（患者）および家族のQOL・満足度の向上
 ⇒多職種連携が必要
- 同職種スタッフとの状況・目的・方法の共有
- 他職種スタッフとの状況・目的・方法の共有
 ⇒コミュニケーションが必要

・コミュニケーションの最終目標は利用者とその家族のQOL(生活の質・人生の質)の向上、満足度・納得度の向上ですが、そのためにも、多様な面から関連する情報を集め、状況を把握し、そしてニーズを把握することが必要であり、多職種連携による対応が必要となってきます。

・また、多職種で連携協働するためには、職種内外のスタッフが目的や方法を共有する必要があります。ここでもカンファレンス等を含めたコミュニケーションを行う場が必要です。

2. コミュニケーションが良好であることで得られること

2. コミュニケーションが良好であることで得られること

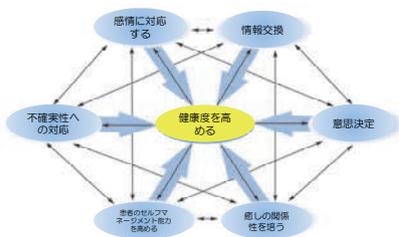
コミュニケーションが良好であることで・・・

- (信頼) 関係性を築くことができる
- 孤立感は少なくなる
- 情報を収集できる
- 感情を表すことができる
- 不確実性が少なくなる

・良いコミュニケーションがある、緩和ケア提供者にとっても、利用者にとっても多くの利点があります。

・最終的に、相手を尊重し、信頼関係ができることが望まれます。

**良きコミュニケーションが健康度を高める
(医師—患者関係)**



PATIENT-CENTERED COMMUNICATION IN CANCER CARE
Promoting Healing and Reducing Suffering National Cancer Institute 2007

・図は医師—患者関係での利点を示したのですが、最終的には「健康度(well-being)を高める」ことを明示しています

3. 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションのバリアー

1) 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションの難しさ

3. 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションのバリアー

1) 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションの難しさ

・地域緩和ケアにおいてはコミュニケーションが最も大事であることは理解してもらえたと思いますが、実際の現場では難しさを感じる人が多いと思います。

緩和ケアで必要とされるコミュニケーションの特徴

1. 対象者が多様
利用者、家族、職種が違うチームメンバー、専門医療担当者、違う職種（介護職を含む）の人、違う職場の人（行政者などを含む）

2. 多様な職業観、使命感、生活感、人生観、死生観がある
様々な人生と向き合う
支援側から発する言葉の重み

3. 提供される情報の性質：多くは悪い情報、不確かな情報も少なくない

4. 難しい会話が必要となることが少なくない

【緩和ケアで必要とされるコミュニケーションの特徴】

3. 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションのバリアー

2) 難しい会話が必要となる場面とは

3. 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションのバリアー

2) 難しい会話が必要となる場面とは

難しいコミュニケーション

- ・「悪い」情報を知らせる
- ・基礎疾患に対する治療の差し控え、中止
- ・予後について話し合う
- ・緩和ケアへの移行
- ・在宅ケアへの移行
- ・人工的補水（輸液）を行う、行わない
- ・人工的栄養（経管栄養、胃ろう、中心静脈栄養）を行う、行わない
- ・蘇生術を行う、行わない
- ・.....

【難しいコミュニケーション】

・難しい会話が必要となる場面は病状の経過で多くあります。
・このような場面をあえて避けるという態度もありますが、それは緩和ケアではありません。

3. 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションのバリアー

3) コミュニケーションのバリアー(要因)

(地域緩和ケアにおける現状の) コミュニケーションのバリアー

- ・ 医師 ⇄ 患者
 - 正確な情報が提示(開示)されない
 - 正確な情報がない(特に治療を行わない場合の結果について)
 - 生物学的情報以外の生活情報・人生観・死生観等の情報がない
 - 医師のコミュニケーション能力が低い
- ・ 患者 ⇄ 家族
 - 正確な情報が隠蔽される
- ・ 各職種 ⇄ 患者/家族
 - 医療に関わる繊細な話し合いを行う機会(経験)がない
- ・ 多職種間
 - 「言語」が違う
 - 情報共有の手段がない

4. 地域緩和ケアに必要とされるコミュニケーションスキルとは

地域緩和ケア提供者に求められるコミュニケーションスキル

1. 基本的なコミュニケーションのスキル
2. ニーズを知るための質問のスキル
3. 積極的傾聴
4. 悪い知らせを伝えるための対話のスキル
5. 意思決定を支援するための対話のスキル

3. 地域緩和ケアにおけるコミュニケーションのバリアー

3) コミュニケーションのバリアー(要因)

【(地域緩和ケアにおける現状の)コミュニケーションのバリアー】

・現在はまだまだ、医療者、特に医師患者間、患者家族間、家族間、各職種(医療職、介護職)患者/家族間、各職種間で様々なバリアーがあります。

・これらのバリアーを十分に認識したうえで、実際に、目標を定めて現場で協働することが、このバリアーを乗り越えるうえで重要ですが、関係する人すべてがコミュニケーションスキルを学び、実践の中で意識的にその向上をはかることが最も重要であると考えます。

4. 地域緩和ケアに必要とされるコミュニケーションスキルとは

【地域緩和ケア提供者に求められるコミュニケーションスキル】

・地域緩和ケア提供者に求められるコミュニケーションスキルを5項目あげました。今回の研修会では、このいくつかについて体験していただきます。

1. 基本的なコミュニケーションスキル

- ① コミュニケーションの準備
- ② 話を聴くスキル
- ③ 質問するスキル
- ④ 共感するスキル
- ⑤ 応答するスキル

基本的なコミュニケーションスキル①

(準備：環境の準備・こころの準備)

- ・身だしなみを整える
- ・静かで快適な部屋を設定する
- ・座る位置に配慮する
- ・挨拶をする
- ・名前を確認する
- ・礼儀正しく接する
- ・時間を守る
- ・ことわりを入れて電話に出る

コミュニケーションに影響を与える患者(相手)側の要因

- 価値観や考え方、信念
- 病状や精神状態
- 病状の理解と医療者の要因
- 年齢(高齢者：認知機能の低下)
- 社会的経済的状況(学歴・収入など)
- 家族やパートナーなどの状況(家族の意向)
- 過去の医療的経験(本人・家族として)

4. 地域緩和ケアに必要とされるコミュニケーションスキルとは

1) 基本的コミュニケーションスキル

・基本的なコミュニケーションスキルといわれるものがこれらの項目です。

・緩和ケアだけではなく、通常の医療面接(診察)、面談でも必要なスキルです。

〈基本的なコミュニケーションスキル①〉

・ここには、いつでも使える基本的なコミュニケーション技術の具体例を挙げています。

・コミュニケーションの具体例はあくまで例ですので、これら全てを一度の面談で取り入れるということではなく、適切に使えるところで使えるコミュニケーションを取り入れていただくということで挙げています。

・まずはコミュニケーションの準備です

例えば、身だしなみを整え、座る位置に配慮することによって、印象が変わりますので、効果的なコミュニケーションを促進するのに役立ちます。

座る位置は、面と向かう180度よりも90度から120度くらいの角度のある配置が話す際には良いとされています。

・これらのごく常識的なことですが、特に難しい会話(話し合い)が必要な場合には配慮が必要です。

・コミュニケーションの重要な要素に全体的な印象があります。この中には見た目や場の雰囲気などがありますので、少しの時間や努力を要するかもしれませんが、良い印象はスムーズなコミュニケーションを促進します。

【コミュニケーションに影響を与える患者(相手)側の要因】

・また、対話の相手方の状況によってコミュニケーションの仕方も変わらざるを得ないので、その情報も事前に入手すること重要です。

ただし、事前の情報で、「この人はこうだ」というレッテルを張らないことも大事です。

基本的なコミュニケーションスキル②

(話を聞くスキル：傾聴)

- ・目や顔を見る
- ・目線は同じ高さに保つ
- ・相手に話すよう促す
- ・相槌を打つ
- ・相手の話を遮らない
- ・相手の言葉を自分の言葉で反復する
- ・相手の言った言葉を別の言葉で言い換える

〈基本的なコミュニケーションスキル②〉

・ここでは非言語的コミュニケーションと言葉の反復、言い換えが重要となっています

基本的なコミュニケーションスキル③

(質問するスキル)

- ・ Yes/Noで答えられない質問（オープン・クエスチョン：開かれた質問）を用いる
- ・ 病気だけでなく、相手に関心を示す
- ・ わかりやすい言葉を用いる
(医学用語等専門用語は使わない)

〈基本的なコミュニケーションスキル③〉

・ここでは、開かれた質問(はい いいえで答えられない質問)、医学用語をできるだけ使わないことが重要です。

基本的なコミュニケーションスキル④-1

(共感するスキル：共感)

■気持ちを受け止める（共感）

- ・相手の気持ちを繰り返す
- 〈例〉・・・(沈黙)・・・死にたいくらいつらいですね
- ・沈黙（5-10秒）を積極的に使う
- 〈例〉 相手が目を上げ、発言するのを待つ

〈基本的なコミュニケーションスキル④-1 共感〉

・最も重要で、かつ最も難しいのが共感するスキルです。
・患者の感情を理解し、応えることによって信頼関係の構築・維持に役立ちます。
・まずは共感する態度を示す……

基本的なコミュニケーションスキル④-2

(共感するスキル：探索)

共感+探索+保証=サポート

■気持ちを探る（探索）

- ・相手の気持ちや気がかりを探り、理解する
- 〈例〉 ご心配していることを教えていただけますか？

〈基本的なコミュニケーションスキル④-2 探索〉

・次に、気持ちは気がかりになっていることを探り、理解する……

〈基本的なコミュニケーションスキル④-3 保障〉

・そして、気持ちを理解したことをしめす……

基本的なコミュニケーションスキル④-3

(共感するスキル：保障)

■気持ちが理解できるものであることを示す

気持ちを理解し、理解できるものであることを明確に伝える

〈例〉 このような症状の中でお仕事をされてさぞつらかったでしょう

皆さんのように思われますよ

多くの方も同じような経験をされています

〈基本的なコミュニケーションスキル⑤ 応答〉

・医療者は話を聴くスキルを用いて患者の言葉に耳を傾けることに加えて、聴いたことに対して応答する必要があります。

その際には次のような応答するスキルを用います。

基本的なコミュニケーションスキル⑤

(応答するスキル)

- ・相手が言いたいことを探索し理解する
- ・相手の言葉を言い換えて理解したことを伝える
- ・相手の言った言葉を反復し、自分の解釈を加えて話をする
- ・事実に基づいた情報を提供する

〈基本的コミュニケーションスキル：非言語的コミュニケーションの重要性〉

非言語的コミュニケーションの重要性

【コミュニケーションの表現法】

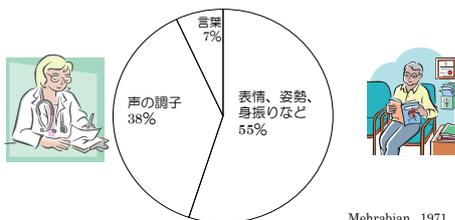
・コミュニケーションでやり取りされる情報は、言語的なものばかりではありません。言葉より、声の調子や表情、身振りなどの非言語的な情報が多くのことを伝えていきます。

・特に、感情が伴うコミュニケーションの際には、時として、言葉以上に、非言語的な情報によってメッセージが伝わります。

・コミュニケーションにおいては、非言語的コミュニケーションを効果的に使うことが非常に重要です。

・表情や身振り、声の調子、そして、沈黙(間)の取り方も大切なスキルです。

コミュニケーションの表現法



2. ニーズを知るための質問のスキル

- ①現状について質問する
- ②これまでの状況について質問する
- ③これからどうしたいのか質問する

4. 地域緩和ケアに必要とされるコミュニケーションスキルとは

2) ニーズを知るための質問のスキル

・質問の目的はあくまで、これからの本人あるいは家族のQOLを向上させることです。

・どのようなニーズがあるのか、本人も気が付いていないこともある、それを本人に確認させる作業でもあります。

・例：現在困っていることはありませんか？

・例：これまでどうなされてきました？

・例：これからどうしたいと何か思っていることはありませんか？

4. 地域緩和ケアに必要とされるコミュニケーションスキルとは

3) 積極的傾聴

・緩和ケアにおけるコミュニケーションでは積極的傾聴のスキルが求められます。

・特に心理的ケア、スピリチュアルケア、グリーフケア、あるいは意思決定支援やACPを行う際に重要となるスキルです。

3. 積極的傾聴

(アクティブリスニング)

- ・注意深く真剣に話を聞いている姿勢を、言葉と態度を通して積極的に表すことによって、相手の話やすい場を作ってよりよくサポートする。
- ・緩和ケアの現場では、心理的ケア、スピリチュアルケア、グリーフケアにおいて最も重要なコミュニケーションの技能
- ・単に相手の気持ちを聴くだけでなく、相手の態度も積極的に変化させる効果がある

【心理社会的ケアで用いられる効果的なコミュニケーションのkey elements】

心理社会的ケアで用いられる効果的なコミュニケーションのkey elementsとして8項目を上げました。この中に積極的傾聴が含まれています

心理社会的ケアで用いられる効果的なコミュニケーションのkey elements

- ・適切なアイコンタクト
- ・感情に対応する
- ・共感（支持的助言）
- ・積極的傾聴
- ・合図に応える（言語的・非言語的）
- ・感情に焦点をあてた質問
- ・理解していることを明確にする
- ・素直な、友好的態度

【積極的傾聴の内容】

・積極的傾聴では言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションをうまく使います。

積極的傾聴の内容

■言語的コミュニケーション

- 1) 相槌をうつ：言葉はワンパターンにならないように工夫
- 2) 共感、回復
- 3) 開かれた質問

■非言語的コミュニケーション

- 1) 視線：ただし凝視しない
- 2) 姿勢、体の向き、仕草
- 3) 声の質（トーン）
- 4) 表情：柔かく微笑む
- 5) スキンシップ：状況によって判断

積極的傾聴を行う際の態度

- ・相手の人間性を尊重する
- ・最初から批判的、説教的な態度をとらない
- ・相手の言葉の裏に隠された感情を理解する
- ・相手のボディランゲージ（声の抑揚、表情、息遣い、手の動き、目の動き等）に気を配る
- ・相手をごまかしたり、嘘をついたり、だましたりしない。
- ・感情が高ぶらないよう冷静に対応する

4. 悪い知らせを伝えるための対話のスキル

患者や家族はできるだけ正確な情報を得たいと思っている

- ・しかし・・・

緩和ケアにおける情報は“悪い情報”が多い

- ・生命を脅かす病気であると診断がついた時
- ・病気の進行により生命予後が限られていると考えられる時
- ・治療の継続や差し控えなどの難しい意思決定を下す必要がある時
-

患者や家族はできるだけ正確な情報を得たいと思っている

- ・しかし・・・

すべての患者（利用者）が、予後や病状についてのすべての情報の開示を望んでいるわけではない

文化的背景 年齢 性別 教育の程度によっても異なる

【積極的傾聴の際の態度】

・相手を尊重することが基本となりますが、これは緩和ケア実践者の基本的態度です。

4. 地域緩和ケアに必要とされるコミュニケーションスキルとは

4) 悪い知らせを伝えるための対話のスキル

・患者や家族はできるだけ正確な情報を得たいと思っています。

しかし・・・

・緩和ケアにおける情報は“悪い情報”が多く、病状の経過に時々において情報を伝える必要があります。

しかし・・・

すべての患者（利用者）が、予後や病状についてのすべての情報の開示を望んでいるわけではないことも事実です。

どのように対応すべきかは文化的背景 年齢 性別 教育の程度によっても異なるもの事実です。

SPIKES
(「悪い知らせを伝える」ための医療従事者向けのコミュニケーション技法)

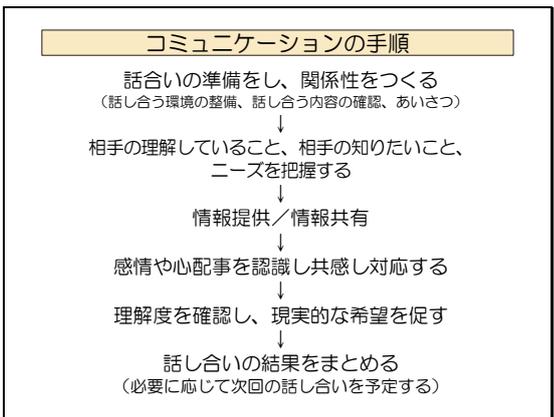
S	Setting: 説明を行う環境を整える
P	Perception: 患者が病気についてどの程度理解しているかを知る
I	Invitation: 患者がどの程度知りたいかを知る
K	Knowledge: 情報を共有(開示)する
E	Explore: 患者の感情に応答する
S	Strategy & Summary: 今後の計画をたて、簡潔にこれまでの説明を要約し、次回の面談の約束をする

・悪い話を伝える手法として、SPIKESと言って医療の現場(特に病院)で主に使われるものがあります。

PREPARED
(生命を脅かす病氣/生命予後の限定された病状の人および家族とのコミュニケーション技法)

P	Prepare for the discussion, where possible: 話し合いの準備をする
R	Relate to the person: 関係性の構築
E	Elicit patient & caregiver preferences: 患者&介護者の意向を引き出す
P	Provide information: 情報提供
A	Acknowledge emotions & concerns: 感情や心配事を認識する
R	Realistic hope: 現実的な希望を培う
E	Encourage questions: 質問を促す
D	Document: 記録する

・PREPAREDと言って、プライマリケアや介護の現場で使われているものがあります。



【コミュニケーションの手順】

・両方とも手順は似ていますので、その手順をまとめたのがこの表です。その詳しい内容を最後に紹介しておきます。

真実を話すことが希望を奪ってしまわないか

- ・慎重に情報を伝えることにより、かつて考えられていたように、患者から希望が奪われたり、患者が傷ついたりすることを示すデータはない
Tobias JS, Souhami RI Fully informed consent can be needlessly cruel BMJ 1993;307: 1199-201
Fallowfield L. Participation of patients in decisions about treatment for cancer BMJ 2001; 323
- ・慎重に伝えられる情報はそれを求める患者や家族に撮ったの贈り物であり、患者ががん治療チームに不信感を抱くリスクが最小限に抑えられる
EPEC™-O (Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology), Self-Study Modules and Materials for Trainers 2007

5. 希望を保つ

・真実を話すことで希望をうしなってしまうとして、医師はしばしば過度に楽観的な予後の見通しを伝えたり、そのような情報をまったく提供しないことがあります。

しかし、誤った希望が適切な人生設計や行動を妨げることになりま

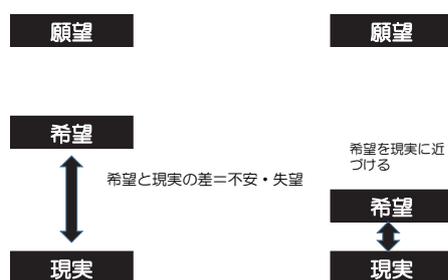
す。
・真実を話すことで懸念するエビデンスはないことが示されています。

・したがって、問題はコミュニケーションの取り方、進め方であるといえます。

真実を話すことのメリット

- ・不確実性が少なくなる
- ・患者が口に出すことを恐れている答えにくい質問に答えることができる
- ・非現実的な希望をもったり、治すための治療法を追い求めることが少なくなる
- ・患者が情報を提供された上で選択を行いやすくなり、不毛な治療に期待を寄せることが少なくなる
- ・患者が残される家族への現実的な計画（遺書を書くとか）を立てることができる
- ・自分が自身の残された時間の計画を立てることができる
- ・家族や医療従事者との正直なコミュニケーションをとることができる
- ・うまくいけば、患者とケアスタッフとの信頼関係を築くことができる

正直な情報提供は希望を無くす!?



【真実を話すことのメリット】

・しかし……真実を話すことのメリットは大きいのも事実です。

・「本当のことを話すと希望をなくす」と、言う人がいます。しかし、その場合、現実と希望との乖離が大きくなり、そのための不安や失望が大きくなります。また、関係する人がだんだんそばに居づらくなり、次第に孤独になります。

・希望と現実のギャップを埋めることが希望をつなぐ最良の方法です。そのためにも、コミュニケーションスキルが必要となります。

利用者（患者）・家族介護者の希望をつなぐ

利用者（患者）は治りたいという希望をもつ一方で、病気が最終的な段階であるかどうか知りたいという希望を持っている。

“we can prepare for the worst while hoping for the best”

最善を期待しながらも、最悪に備える

例文

「私もこの治療がうまくいくといいと願っていますが、あなたの場合はもっと調子が悪くなると思いますので、最善を期待しながらも、最悪に備える必要があります。」

希望をつなぐための具体的な話の仕方の一つとして例文を上げました。

希望を再構成する

患者の目標を現実的な希望の方向に変え、思いやりをもって接することが患者が希望を持てる見通しを維持しながら決定を下せるようにする

例文

「あなたが病気の治癒を望んでいることはよくわかっています。その他に、重視したいことはありませんか？」

「私も、この病気が寛解のまま維持されることを望んでいます。万が一、それを実現できなかった場合、他にどのような短期的な目標に向かって頑張ろうと思いますか？」

終末期医療のエビデンス 日経メディカル より引用

また、これは、希望を現実的な方向に変えるための会話の一例です。

緩和ケアにおける禁句

- 私たちにはもうしてあげること
はなにもありません

【緩和ケアにおける禁句】

最後に、緩和ケアの禁句を提示します。この言葉で患者や家族は医療に見放されたと感じます。

ホスピスケアの理念 (シシリー・ゾンダースの言葉より)



You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can not only help you die peacefully, but also to live until you die.

あなたはあなたのみで大切なのです。あなたは人生最後の瞬間まで大切な人です。ですから、私たちは、あなたが心から安らかに死を迎えられるだけでなく、最後まで精いっぱい生きられるように最善を尽くします。

しかし、最後まで寄り添うのが緩和ケアであることを再確認して下さい。

SPIKES

- 1) 説明を行う環境を整える (Setting)
- ・患者と自分の不安を出来る限り最小にすることが目的。
 - ・プライバシーに配慮する
 - ・同席者がいる場合には、同席者との関係を聞き、同席者もまじえて話をしてよいかどうかを患者に確認すること。
 - ・忙しそうな態度を見せない
 - ・立って話をしないこと。立って話をしなければならぬ時には、壁にもたれかけて話す。
- ①自己紹介をする
 - ②握手をする
 - ③同じ目線になるように座る
 - ④自分自身がリラックスするように務める
 - ⑤患者に同席して欲しい人がいるか尋ねる
 - ⑥患者の容態が悪くないか聞く
 - ⑦患者が緊張している時は緊張をほぐすように努める
- 2) 患者が病気についてどの程度理解しているかを知る (Perception)
- <患者自身の説明の中から、以下の情報を得る。>
- ・病状に関する理解度
- 誤解していることはないかどうか
- 病気に対してどの程度深刻に考えているかどうか
- 医学的な専門用語をどの程度理解しているのかわかるか
- ・患者の感情、教養、表現能力 (話し方に注目)
 - ・患者の言葉の背後にある感情内容
- 言葉で表現される感情
- 言葉以外で表現される感情
- 患者の話し方、顔の表情、話すときの動作など
- 患者に直接たずねる。
- 「これまでご自身の病気についてはどのような説明を受けていますか。」
- 「ご自身の病気をどのように理解していますか」
- 「あなたが理解していることをお話ください」
- 「これまでの説明の中でわからないことがありますか」

PREPARED

- 1) Prepare for the discussion, where possible (話し合いの準備をする)
- ・話し合いを始める前に病理診断や検査結果を確認する
 - ・プライバシーの保障と話し合いが中断されない時間を確保する
 - ・話し合いに誰が参加するか協議をする
- 2) Relate to the person (人間関係を作る)
- ・親しい関係性を築く
 - ・面談の間、共感、気遣い、同情を示す
- 3) Elicit patient and caregiver preferences (本人&介護者の意向を引き出す)
- ・話し合いの理由を明らかにして、相手の予測を引き出す
 - ・本人又は介護者が自分の置かれている状況をどの程度理解しているのかはっきりさせ、彼らがどの位詳しく何を知りたいのか明確にする
 - ・情報に関する意向に影響する文化的・背景因子を考慮する

SPIKES (Continued)

3) 患者がどの程度知りたいのかを理解する

(Invitation)

- ・患者自身に直接尋ねる
- 「あなたは、ご自身の病気（今の病状）について、どの程度知りたいですか」
- 「この病気について詳しく話して欲しいですか」
- 「今、あなたの身体に何が起きているのか正確に知りたいですか、それともおおまかに話すだけでいいですか」
- 「もし、病状が悪ければ、どの程度知りたいですか」
- 「病状に関しては、どの程度お話ししますか」

4) 情報を共有（開示）する (Knowledges)

①開示しようとする情報（診断・治療計画・予後・援助）を考えておく。

②理解度に応じて話しを始める（情報の調整）

③病状に関する患者の認識を医学的事実に近づける（教育）

<患者の理解度に応じて話を始める>（情報の整理）

- ・患者の言ったことの正しい部分を補足し、できれば患者の言った言葉を使ってそこからすすめてゆく。

<病状に関する患者の認識を医学的事実に近づける>

①情報を少しずつ提供する

②専門用語ではなく日常用語を使う

③どのように理解されているか何度も確認する

④情報を繰り返し強調し明確にする

- ・医療者と患者が使っている言葉が同じ意味で理解されているかどうか確認する。
- ・重要な点は繰り返し伝えること。
- ・図や文字を使う
- ・面談を録音したり、冊子を活用する。
- ・コミュニケーションのレベルを確認する。
- ・患者の言葉に耳を傾ける
- ・自分の話題を患者のものと調和させる

PREPARED (Continued)

4) Provide information, tailored to the individual needs of both patients and their families（患者と家族それぞれのニーズに則した情報の提供）

- ・患者が話合うことを希望しない場合には、それでもよいと前置きした上で、予測していることについて話合うことを申し出る
- ・情報に対する患者の意向、理解度および状況に合わせて情報を提供する
- ・専門用語を用いず、理解しやすい言葉を使う
- ・予後や人生の最終段階に関する情報は、不確実であり、限界があり、信頼性が高くないことも説明する
- ・残された時間が数日中でなければ、時間枠が正確すぎないように配慮する
- ・介護者が必要とする情報が異なる場合には、別個に面談することも考慮する（ただし、患者がしっかりしていて、同意が得られる場合）
- ・違う家族でも、患者でも、他の異なる臨床のチームメンバーであっても提供される情報やアプローチは一貫性を確保する

SPIKES (Continued)

5) Empathy & Exploration(共感と探索)

- ・共感的、探索的、確認的反応によって患者の感情に対処する
- ・すべての感情に共感的に反応する
- ・患者の感情がよくわからないときは、患者の考えや気持ちを探索する
- ・患者の気がかりを探索する

共感+探索+確認=サポート

6) Strategy & Summary(戦略と要約)

- ・協力する
- ・治療計画を準備する
- ・選択肢やその結果を示す
- ・不確実なことと決定のポイントを述べる
- ・一緒に決定する=責任を共有する
- ・図表を使う
- ・家族を含める
- ・約束は「何」のために「いつ」なのか明らかにする

PREPARED (Continued)

5) Acknowledge emotions and concerns (感情や心配事を認識する)

- ・患者や介護者が恐れていること、心配していること、話し合いでの感情的反応を表出させ、確認する
- ・話し合いに関して生ずる患者あるいは介護者のつらさに対して適切な場面で対応する

6) Foster Realistic hope (現実的な希望を培う)

- ・素直すぎず、あるいは患者が希望していることよりも詳しい情報を提供したりせず、正直であること
- ・患者に明るい希望を持たせようと、紛らわしい、あるいは間違った情報を与えないこと
- ・痛みや他の症状をコントロールするための支援、治療、資源が入手可能であることを保障する
- ・適切な場所で、現実的な希望と目標を日単位で対応する方法を探り、容易にする

7) Encourage questions and further discussions (質問を促しさらに深く話合う)

- ・質問を促し、情報を明確にする(説明を繰り返すことを心がまえる)
- ・何を話し合ったのか理解しているかどうか、提供された情報が患者と家族のニーズに合ってるかチェックする
- ・今後再び話合う話題の余地を残しておく

8) Document (記録)

- ・何を話合ったのかをその要点を記録として残す
- ・患者のケアに関わっている他の重要な医療介護提供者に話をするか、手紙を書いておく。
- ・少なくとも患者のかかりつけ医(実地医家)には知らせておく

領域 3 (Module3) 安楽さや QOL (人生の質、生活の質) の最善化

生命予後の限られた人やその家族は身体のみならず、心理的、社会的そしてスピリチュアルな側面で影響を受けます。それぞれの側面で生活や人生に及ぼす悪い影響を可能な限り取り去り、最期の瞬間まで生きられるように支援することが関わっている専門職の責務です。

生命予後の限られた状態にある人とその家族の安楽と生活の質の最適化とは、広範囲にわたる症状(苦悩)とニーズの予知、認知、評価そして積極的な時宜を得た対応により、苦悩を防ぎ、和らげる、あるいはニーズを満たすなど、病気の全経過において動的な作業を継続することです。

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

- 生命予後の限られた状態にある人とその家族のニーズ(身体的、心理的、社会的、スピリチュアル)に積極的且つタイミングよく対応することの重要性を理解できる。
- 生命予後の限られた状態にある人とその家族の広範囲にわたる症状(苦悩)とニーズの全人的、包括的評価を多職種協働で行うことの重要性を理解できる。
- 生命予後の限られた人とその家族の QOL (人生の質、生活の質) を高め、適切な安楽さを得るためには、多職種協働することが重要でありその利益も大きいことを理解することができる。
- 生命予後の限定された病状の予後予測因子を知

っている(医師)

- 情報収集するための一連のアセスメントツールを利用できる。
- 簡単な介入を評価し(介入はできるだけ簡単な形とする)、代替処置が適切であると見なされれば提案する事ができる。
- 生命予後の限られている人々とその家族がそれぞれの置かれている状況下でセルフマネージメントできる方法を知っている。
- 適宜、適切な時に専門的緩和ケアサービスに支援を求めることの利益を認知できる。
- 日常的な臨床実践の中で、幸福度(well-being)の評価ができる。
- よき死とはそれぞれ独自のものであることに気付き、可能な限り実現できるよう促すことができる。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
研修者用

Module 3

領域3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

領域3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

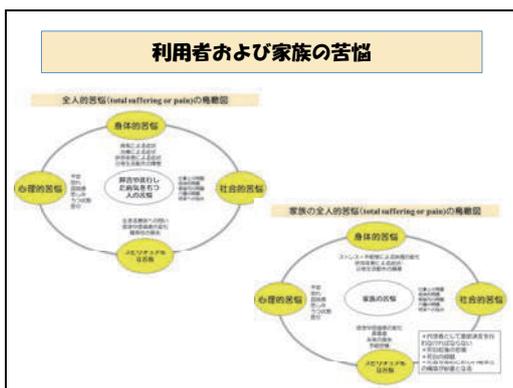
3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

1. 地域緩和ケアにおける包括的評価とは

領域3 安楽さやQOL(人生の質、生活の質)の最善化

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

1. 地域緩和ケアにおける包括的評価とは



【利用者および家族の苦悩】

- ・生命の脅かす疾患や生命予後の限られている状況にある人および家族は様々な苦悩をもちます。
- ・これらの苦悩をできる限り緩和することは地域緩和ケア実践者に課せられた最も重要な課題です。

地域緩和ケアにおける包括的評価とは
(comprehensive assessment)

- ・多面的な視点で
- ・多職種で
- 生命予後の限定されている人および家族の現在の状況を評価する
- 生命予後の限定されている人および家族のニーズを評価する

【地域緩和ケアにおける包括的評価とは】

- ・地域緩和ケアにおける包括的評価とは、患者や家族の抱えている苦悩とその苦悩に伴うニーズを評価することであり、特にその多様なニーズに対応するためには多面的な視点での評価が必要であり、多職種による評価が欠かせません。
- ・患者や家族の苦悩やニーズは、大きく4つの領域が分類されますが、その多くは関連性があり、また、表出されていないものが多いため、効果的なコミュニケーションにより聞き出す必要があります。

領域 3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

2. 包括的評価は何故必要なのか

2. 包括的評価は何故必要なのか

包括的評価の目的

- 1) 疾患や疾患に関連する偶発症のマネジメント
- 2) 苦悩を予防、あるいは緩和
- 3) 本人および家族のQOLあるいはQODの促進
- 4) 本人の尊厳を維持する

【包括的評価の目的】

包括的評価

心理的・感情的側面

身体的側面



スピリチュアルな側面

社会的側面

・表出される苦悩は、この図のように氷山の一角であり、多くの苦悩が水面下に隠されている可能性があります。身体的苦悩であっても本人ががまんして訴えないこともあります。したがって、様々な側面からの評価が必要です。

包括的評価を行うことで…

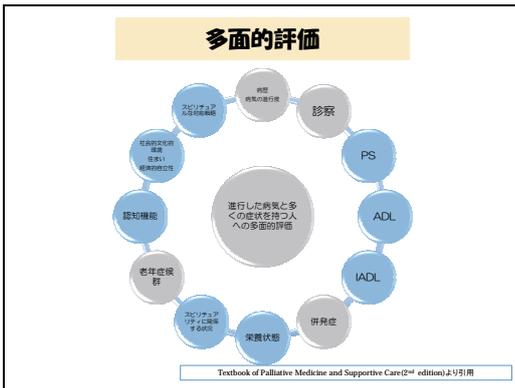
- 情報が共有できる
- 意思決定の支援ができる
- ケアプランの策定ができる
- ニーズに沿ったケアが提供できる
- ニーズの変化を察知できる

・包括的評価を行うことで、可能となることの具体的項目を左図に示しましたが、緩和ケアで身体的状況の変化を予測することで、症状をあらかじめ予防することが可能であり、また、それに伴うニーズの変化も予測できる可能性もあります。

領域 3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

3. 包括的評価に必要な項目はなにか



3. 包括的評価に必要な項目はなにか

【多面的評価】

・様々な項目があり、また、その重要度も病状や状況によって変わってきますので、その時の必要度に応じて、一般的な項目についてスクリーニングを行い、重要と思われる項目については更に深く評価する形となります。また、常に、患者や家族が表出していないが、QOLにおいて大切な項目がある可能性を念頭に置くことも大事です。

領域 3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

4. 情報収集のためのアセスメントツールとしてどのようなツールが利用できるのか

4. 情報収集のためのアセスメントツールとしてどのようなツールが利用できるのか

- 包括的評価に使われるアセスメント票**
- 身体的状況
 - ・ESAS（包括的症候群評価）
 - ・FIM Barthel Index PS（日常生活活動度）
 - ・MMSE FIM DASC-21（認知機能）
 - ・簡易栄養状態評価表（MNA）短縮版（栄養評価）
 - 心理感情的状況
 - ・HADS（不安、睡眠の状況、うつ状態の有無など）
 - 社会的状況
 - ・エコマップ ジェノグラム（家族・親族関係）
 - ・Zait 介護負担尺度（家族の介護負担度）
 - スピリチュアリティ
 - ・FICA HOPE

【包括的評価に使われるアセスメント票】

・多様な、多彩な項目を多職種で評価し、その評価を共有するためには、共通の評価指標（アセスメントツール）が必要です。また、提供するケアの評価をし、質を上げるためにも、できれば世界共通の指標が必要です。

・このためのアセスメントツールをいくつか挙げてみました。世界で共通に臨床研究に利用されているもの、日本独自のもの、日本に合わせた短縮版などがあります。

【Edmonton Symptom Assessment System(ESAS) 修正版】

・これは、包括的症状評価のために世界的に使われているESASという評価表です

Edmonton Symptom Assessment System(ESAS) 修正版	痛み	余りなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
気分が元気がない(気分が落ち、憂鬱)	余りなし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
食事が取れない	余りなし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
吐き気	余りなし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
酔い(気分がふらふら)	なし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
不安(心配、恐怖感)	余りなし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
眠気	余りなし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
満足感(全体的満足感、幸福度)	余り満足	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
息切れ	余りなし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
便秘	なし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
不眠	なし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
その他(症状)	なし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
その他(症状)	なし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪
その他(症状)	なし	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪

【Performance Status(PS)】

・これは全身状態評価の尺度として最もよく使われるPerformance Status(PS) です

Performance Status(PS)	
grade	performance status
0	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえる。
1	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や作業はできる、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、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。
3	身の回りがある程度はできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
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。

5. 予後予測

領域 3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-1地域緩和ケアにおける包括的評価

5. 予後予測

【バックキャスト・バックキャストイング】

・予後を含めて、今後の病状経過を予測することは、ケアプラン作成において、最も重要なことです。

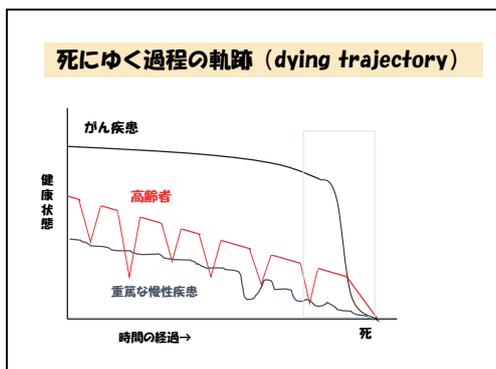
・バックキャスト、バックキャストイングという言葉があります。もともと環境保護の分野で使われ始めた言葉ですが、未来を予測する際、目標となるような状態を想定し、そこを起点に現在を振り返って今何をすべきかを考える方法で、いわば未来からの発想法です。

・あらかじめ、今後の予後や病状経過を予測し、それに合わせて、医療的支援、生活支援のプランを作成しておくことで、実際に病状悪化した時に、患者家族のニーズの変化に気づくこと、変化にあったケアプランの再策定することが可能となります。

バックキャスト・バックキャストイング
backcast・backcasting

今後 病状はどのように経過するのか
 今後 発現する可能性のある症状は
 今後 どの程度の予後が見込まれるのか
 今後 どのような生活が継続できるのか
 今後 生活する上で困ることはどのようなことなのか

➡ 今後 どのような医療的支援が必要なのか
 今後 どのような生活支援が必要なのか



【死にゆく過程の軌跡】

- ・この図は、死にゆく過程の軌跡とって、人間の死にゆく過程には4つの過程があり、ここでは突然死を除いた3つの過程を示しています。
- ・がん疾患の大きな特徴は、病状が急激に変化し、そのまま死に至ることです。その期間は約2〜3か月と非常に短いのも特徴です。
- ・これに対してがん疾患以外では、徐々に衰えながら、時々急性増悪を繰り返しながら経過するのが特徴です。
- ・したがって、一般的にがん疾患では予後予測しやすい、非がん疾患では予後予測が困難であると推測されます。

予後予測に関する研究(がん疾患)

- ・予後予測のための指標は正確ではないが、臨床医の経験に基づく予測はもっと不正確である
- ・臨床医の経験に基づく予測においては、実際より予後が長い傾向がある ただし、短期予測に関しては比較的正確である
- ・臨床医の経験に基づく予測と実際の予後とに関連性はある
- ・予後予測のための指標と臨床医の経験を合わせると、それぞれ単独より正確性が増す

【予後予測に関する研究(がん疾患)】

がん疾患の予後予測に使用される指標

- ・Performance scale(PS)
- ・経口摂取量
- ・安静時の呼吸困難の有無
- ・浮腫の有無
- ・意識レベル
- ・せん妄の有無

【がん疾患の予後に関する指標】

領域 3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-1 地域緩和ケアにおける包括的評価

6. 最終評価

6. 最終評価

緩和ケアの最終目標

- 人生の最終段階における辛い状況（本人にとって、家族にとって）を可能な限り改善すること
- その人らしい人生や生活を可能な限り最期まで継続できるよう支援すること（QOLの維持向上）
- 人間としての尊厳を最期まで大切にすること（人権の尊重）

患者・家族の最終評価（つぶやき）

- 「ありがとう」
- 「幸せだった」
- 「人生に悔いなし」
- 「いい人生だった」
- 「少なくとも不幸ではなかった」
- 「幸せではなかったが納得できる人生だった」
- 「満足できる人生だった」

Well-being

- 日本語訳：幸福(な状態)；健康(な状態)。
- 個人の権利や自己実現が保障され、身体的、精神的、社会的に良好な状態にあることを意味する概念。
- 1946年の世界保健機関(WHO)憲章草案において、「健康」を定義する記述の中で「良好な状態(well-being)」として用いられた。
- 最低限度の生活保障のサービスだけでなく、人間的に豊かな生活の実現を支援し、人権を保障するための多様なソーシャルサービスで達成される。（知恵蔵）

Well-beingに含まれる概念

- Physical well-being. (身体的側面)
- Economic well-being. (経済的側面)
- Social well-being. (社会的側面)
- Development and activity. (成長、活動)
- Emotional well-being. (情緒的側面)
- Psychological well-being. (心理的側面)
- Life satisfaction. (人生に対する満足感)
- Domain specific satisfaction. (特定の領域への満足感)
- Engaging activities and work
(活動や仕事に従事していること)。

・緩和ケアの最終目標を再度提示します。包括的評価はこの最終目標を達成するために行うわけですが、最終的に本人や家族が提供された緩和ケアに対してどのような言葉で評価したかが重要です。

・日本ではこのような言葉(つぶやき)があります。幸福度、納得度、満足度が高ければいいケアということになると思います。

【well-being】

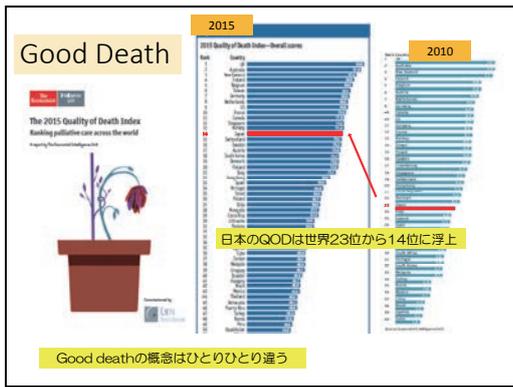
・英語では、well-beingという言葉がよくつかわれます。

【Well-beingに含まれる概念】

・その概念は多岐にわたります

【グッドデス】

- ・そして最近では「よき死」グッドデスという言葉、死の質 (quality of death) という言葉が重視されるようになりました。
- ・5年ごと世界ランキングが発表されています。日本は2010年の23位から2015年には14位まで上がりました。



【Good death 評価に用いられる指標】

- ・これはその評価項目を並べたものです。大項目は4項目、中項目が16項目あり、いずれも緩和ケアの量、質、内容の評価したものです。

Good death 評価に用いられる指標

- 緩和ケアおよび保健医療環境（重みづけ20%、4項目）：ヘルスケアにかける費用/国の緩和ケア戦略が効率的に運用されているのか/調査研究に基づく評価を行っているのか/緩和ケアサービス提供能力はどの程度か
- 人的リソース（重みづけ20% 5項目）
専門的緩和ケア従事者がいるのか、/家庭医に緩和ケアの知識があるかどうか/緩和ケア従事者の認定制度があるかどうか/緩和ケア対象となる死者1,000人あたりの医師数/緩和ケア対象となる死者1,000人あたりの看護士
- 提供されるケアの質（重みづけ30% 6項目）
組織として標準化の監視と認定制度があるか/オピオイド鎮痛剤が使えるかどうか/患者や家族が心理社会的支援を受けられるかどうか/DNRが政策として確立されているか/共有意思決定 (Shared decision-making) が行われているか/満足度調査があるかどうか
- コミュニティの関与（重み10% 2項目）
国民が緩和ケアの重要性を理解しているか/緩和ケアボランティアが利用できるか

【良い死の尺度(日本)】

- ・このgood death に関して日本人が重要と思っている項目について調査した結果です。

良い死の尺度 (日本)

- | | |
|--|--|
| <p>多くが共通して大切にしていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・穏やかな環境で過ごせること ・人生を全うしたと感ずること ・望んだ場所で過ごせること ・自立していること ・身体的心理的な苦痛がないこと ・医療スタッフとよい関係が保てること ・他人の負担にならないこと ・家族とよい関係が保てること ・人として尊敬されること | <p>人によって重要さは異なるが大切にしていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・宗教的にもスピリチュアルにも安寧であること ・十分な治療が受けられること ・先々のことを自分で決められること ・生きている価値を感じられること ・死を意識しないで済むこと ・他人に弱った姿を見せないこと ・自然な死を迎えること ・死に際して会いたい人にあたり感謝したり言葉を残せること |
|--|--|

Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. Minshita M et al. J Pain Symptom Manage. 2008; May;35(5):486-98.

【緩和ケアの質の評価尺度(北米)】

- ・一方欧米での過去の遺族調査をまとめた結果を示します。
- ・自分の意思で物事(医療的処置・日常生活)を決定できる、いざ知らに死期を長びかせない、意思決定の過程が共有されている、調整され、継続したケアが提供される の項目が違いのある項目です。

緩和ケアの質の評価尺度 (北米)

Singer(1999) Steinhauser(2000) Teno(2001,2002)らの報告から抽出した項目

- 自分の意思で物事 (医療的処置・日常生活) を決定できる
- ・人生の最期まで生き残ったという感覚を味わえる
- ・痛みを含めた症状がコントロールされている (死にゆく人が身体的に苦しまなかった)
- ・愛するものへの負担をかけない
- ・死別の準備ができています
- ・愛する人との心の絆が深められている
- ・医療者とのよい人間関係を保てる
- いざ知らに死期を長びかせない
- 意思決定の過程が共有されている
- 調整され、継続したケアが提供される
- 家族のニーズに対する情報提供がある
- ・死別前および死別後も家族の精神的支えとなってくれた
- ・愛する人のために費やしたケアや苦勞をいつも慮ってくれた

注：下線は家族の視点
■は日本との違い

高齢者の終末期ケア：ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール 樋口京子他編 中央法規社 2010年

3-2. 身体的ニーズへの対応

生命予後の限られた人々とその家族にとって、身体的につらくないことは、QOLの基本的な要素です。個別のケアプランには、病気の全経過にわたって生ずる身体的症状を予測し、評価し、治療を行い、その効果を再評価することを含める必要があります。

このためには、適切で、有効性が証明されている評価票を用いて身体症状のアセスメントを行い、できるだけエビデンスのある治療を行うことが重要となります。

すぐれた痛みと症状マネジメントは、緩和ケアの基礎となり、心理的、社会的、スピリチュアルなQOLを向上します。

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

- 症状の評価と管理を向上させるためには緩和ケア的アプローチが重要であることを理解できる。
- 症状緩和治療に用いる薬剤を適切に、安全に使うことができる（プライマリ緩和ケア：医師）
 - ・生命予後の限られている状況にある人の複雑な症状に直面した時に、その場で、薬物的および非薬物的マネジメントを行うための適切は臨床判断ができる（専門的緩和ケア）

3-2-1 身体症状のマネジメントの原則

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 30

領域3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-2 身体的ニーズへの対応

3-2-1 身体症状のマネジメントの原則

領域3 安楽さやQOL(人生の質、生活の質)の最善化

3-2 身体的ニーズへの対応

3-2-1 身体症状のマネジメントの原則

1. 人生の最終段階に生ずる身体的症状とは

1. 人生の最終段階に生ずる身体的症状とは

がんの進行に伴って出現する症状

<ul style="list-style-type: none"> 【全身症状】 ● 疲労 ● 身体のだるさ（全身倦怠感） ● 発熱、発汗、ほてり ● 逆逆 ● 脱水 【消化器症状】 味覚異常 ● 口乾乾燥 ● 口内炎 嚥下困難 ● 嘔気・嘔吐 ● 食欲不振 腹部膨満感 下痢 ● 便秘 【呼吸器症状】 ● 息切れ（呼吸困難） 痰 しゃっくり 腫瘍 気腫、血胸 	<ul style="list-style-type: none"> 【精神症状】 ● 不安 ● 抑うつ ● せん妄 ● 不眠 うつ病 二次的精神障害 ● 気持のつらさ 【皮膚症状】 ● かゆみ ● 掻癢 悪性皮膚潰瘍 瘻孔・ストーマ 乾燥した皮膚 湿潤した皮膚 	<ul style="list-style-type: none"> 【泌尿器症状】 血尿 頻尿 排尿困難 膀胱けいれん 【神経学的症状】 全身けいれん発作 疼痛性筋虚脱 ミオクロームス てんかん発作 ● 脱力感 意識障害 脳浮腫 【血液生化学的】 高カルシウム血症 貧血 播種性血管内凝固症候群 	<ul style="list-style-type: none"> 【緊急対応を要する症状】 気道閉塞（窒息など） 出血 喀血、吐血、肛門出血 露出している腫瘍からの出血 上肢静脈血栓症 心タンポナーデ 褥瘡 骨折 急性尿閉 静脈血栓・塞栓症 消化管穿孔 薬の過剰投与による症状 薬の離脱症状
---	--	---	---

●は比較的频率の多い症状
下線は比較的症状緩和可能な症状

これはがんの進行に伴って出現する症状の一覧です。比較的频率の多い症状を●で、比較的症状緩和の可能な症状には下線を引いています。

症状をすべて緩和することができませんが、入院しなければ緩和できない症状はありません。

症状の出現頻度

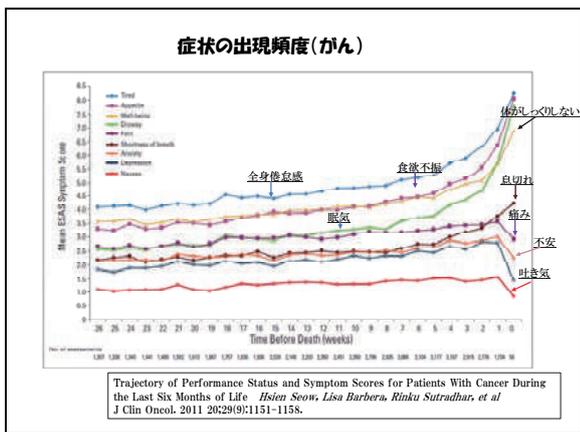
	Number of Studies	Number of Patients	Prevalence (%)	95% CI (%)		Number of Studies	Number of Patients	Prevalence (%)	95% CI (%)
N	40	25,074							
Fatigue 疲労感	17	6,727	74	(63, 83)	Vomiting 吐き気	24	9,598	20	(17, 22)
Pain 痛み	37	21,917	71	(67, 74)	Drowsiness 眠気	16	11,054	20	(12, 32)
Lack of energy 無気力	6	1,627	69	(57, 79)	Extreme 極端	13	8,000	19	(13, 24)
Weakness 無力感	18	14,910	60	(51, 68)	Uroinary symptoms 泌尿器症状	12,013	10	(5, 21)	
Appetite loss 食欲不調	37	23,112	53	(46, 59)	Dyspnoea めまい	20	8,929	19	(14, 26)
Nervousness 神経質	5	727	48	(39, 57)	Dysphagia 嚥下障害	5	16,163	17	(14, 20)
Weight loss 体重減少	17	13,167	46	(34, 59)	Confusion せん妄	17	11,728	16	(12, 21)
Dry mouth 口のかわき	20	6,359	40	(29, 52)	Bleeding 出血	5	8,683	15	(11, 20)
Depressed mood うつ感	14	6,678	39	(33, 45)	Neurological symptoms 神経学的症状	11	10,093	13	(10, 23)
Constipation 便秘	34	22,437	37	(33, 40)	Headache 片頭痛	2	1,419	14	(5, 26)
Worrying 心配	6	1,378	36	(21, 55)	Back-pain 背の痛み	9	4,098	14	(6, 14)
Insomnia 不眠	28	18,597	36	(30, 43)	Skin sensations 皮膚症状	7	9,177	11	(6, 20)
Dyspnoea 息切れ	40	24,490	35	(30, 39)	Diarrhea 下痢	22	16,502	11	(7, 16)
Nausea 嘔吐感	30	24,203	31	(27, 35)	Frustrat 不満	14	6,676	10	(7, 15)
Anxiety 不安	12	7,270	30	(17, 40)	Pruritus 痒み	7	3,991	7	(3, 13)
Irritability いらだち	6	1,859	30	(22, 40)					
Hoarseness 声帯炎	5	626	29	(20, 40)					
Cough 咳	24	11,539	28	(23, 33)					
Cognitive symptoms 認知障害	1,696	29	(20, 38)						
Early satiety 飽食感	1,639	23	(8, 32)						
Taste changes 味覚の変化	3,045	22	(15, 31)						
Sore mouth 口の痛み	8	2,172	20	(8, 39)					
Stomatitis 口内炎									

Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review
Saskia J. Teunissen, Wendy Weaker et al. J Pain Symptom Manage 2007;34:94-104

がん疾患における主な症状およびその頻度に関する報告を示します。全身倦怠感(疲労感、無気力、脱力感を含む)が最も多く、次に痛み、無力感・脱力感、食欲不振、不眠、息切れなどが続きます。

領域 3-2-1 ファシリテーター用

- ・出現頻度の多い症状の死亡までの出現率を示したものです。
- ・緩和ケアを受けている人のデータですので、痛みは最後まである程度コントロールされていますが、全全身倦怠感、元気がでない(体がしっくりしない)、食欲不振、眠気などは死亡1か月前から強くなるが示されています。



- ・進行した慢性疾患でも、がんと同様に症状がでてくることを示しています。これまでは、非がん疾患の症状緩和治療は積極的に行われていないのは事実であり、その対応が今後重要であることを示しています。

進行した病態における症状の出現頻度 (%)

症状	がん	AIDS	心疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=16370)	63-80 (N=942)	41-77 (N=882)	34-77 (N=372)	47-50 (N=370)
うつ	3-77 (N=4378)	10-82 (N=616)	9-36 (N=80)	37-71 (N=130)	5-60 (N=66)
不安	13-79 (N=3274)	8-34 (N=340)	49 (N=80)	51-75 (N=1008)	39-70 (N=72)
せん妄	6-93 (N=9154)	30-65 (N?)	18-32 (N=345)	18-33 (N=309)	-
全身倦怠感	32-90 (N=2888)	54-85 (N=1435)	69-82 (N=409)	68-80 (N=285)	73-87 (N=116)
息切れ	10-70 (N=19229)	11-62 (N=504)	60-88 (N=948)	90-95 (N=372)	11-62 (N=534)
不眠	9-69 (N=5026)	74 (N=504)	36-48 (N=140)	55-65 (N=130)	31-71 (N=351)
眠気	6-68 (N=9140)	43-49 (N=689)	17-48 (N=80)	-	30-43 (N=322)
便秘	23-65 (N=7822)	34-35 (N=689)	38-42 (N=80)	27-44 (N=130)	29-70 (N=483)
下痢	3-29 (N=3392)	30-90 (N=504)	12 (N=80)	-	21 (N=19)
食欲不振	30-92 (N=9113)	51 (N=504)	21-41 (N=140)	35-67 (N=130)	26-64 (N=285)

A Comparison of Symptom Prevalence in The Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *Jana Perle Roman, MD, Barbara Gannon, PhD, and Dana J. Haggman, MD, MS, FRCPC, FRCP, PhD J Gen Intern Med 2006; 21(6):616*

2. 身体的症状のマネジメントの原則

2. 身体的症状のマネジメントの原則

・症状のマネジメントの原則は、評価(診断)、説明、マネジメント、観察、細かい配慮となります。

症状マネジメントの原則

- ①評価(診断) evaluation
- ②説明 explanation
- ③マネジメント management
- ④観察 monitoring
- ⑤細かい配慮 attention to detail

症状のマネジメントの原則①評価

症状マネジメントの原則 ①

評価(診断) evaluation

・評価すべき内容です。

症状の評価(診断)の内容

- 症状の原因は何か
- 症状を引き起こしている病態は何か
- 症状による苦悩の重さはどのくらいか
 - ・症状の持続時間・頻度
 - ・症状の重症度
 - ・症状が患者の生活に与えている影響
- 症状緩和に何が試され、何がうまくいかないか(これまで行われた治療法とその効果の評価、治療効果がなければその理由は何か)

・がん疾患の場合でも、症状の原因としては、単にがんによるものだけとは限りません。

・原疾患自体、原疾患の治療あるいは偶発症の治療による、原疾患による全身衰弱に付随、あるいは合併症などでも原因の可能性があり、原因が複数あることにも留意すべきです。

・なお、不眠・疲労・不安・抑うつによりすべての症状は増強するため、そのような増強因子があるかどうか評価が必要です。

症状の原因は何か

- ・原疾患自体
- ・原疾患の治療あるいは偶発症の治療による
- ・原疾患による全身衰弱に付随
- ・合併症
- 原因が複数あることにも留意
- 不眠・疲労・不安・抑うつによりすべての症状は増強する

・このため症状評価にあたっては、スライドのような質問を行ってみてください。

症状評価にあたっていつも行うべき質問

- 症状がいつ出現するか
「いつ症状がでますか？例えば朝起きた時、食事のとき・・・」
- 症状が日常生活にどんな影響を与えているか
「症状によって何か出来なくなったことはありますか 例えば・・・」
- 症状を軽減させる因子は何か（特定の体位、動作、食物、薬剤など）
「何かしたら楽になることはありますか 例えば・・・」
- 症状を悪化させる因子はなにか（天候・気温など）
「どんな時に症状が強くなりますか 」

症状マネジメントの原則 ②

説明 explanation

- わかりやすい言葉で症状が起こるメカニズムを説明する
- 患者と治療の選択肢を話し合う
- 家族に治療やケアについて説明し、話し合う

症状のマネジメントの原則②説明

・説明は不安を取るために必要不可欠です。当然のことですが、嘘の説明をしてはなりません。
・わかりやすい言葉で症状が起こるメカニズムを説明する、患者と治療の選択肢を話し合う、家族に治療やケアについて説明し、話し合うことが重要です。

症状マネジメントの原則 ③

マネジメント management

症状のマネジメントの原則③マネジメント management

マネジメントの原則

- 治療可能な原因があればそれを改善する
- 薬物療法と同じように非薬物療法も考慮する
- 持続する症状には予防的な薬剤の処方をする
- 処方ではできるだけシンプルにする
- 困難な状況では同僚、チームに意見を求める、専門医にコンサルトする
- 「すべてのことをやった」「もうこれ以上やることはない」と決して言うてはならない

・マネジメントの原則を示します。
・進行した病状での症状マネジメントにおいては、原因治療ができないことが多いため、薬物療法とおなじように非薬物療法を考慮します。
・『「すべてのことをやった」「もうこれ以上やることはない』』という言葉は禁句です。

・薬物療法における基本的原則を提示します。

薬物療法の基本原則

- 簡便な投与経路で by mouth
可能なかぎり経口投与とする
- 定期的に規則正しく by the clock
一定の間隔で規則正しく薬を使用する
- 患者ごとに個別的な量で for the individual
最大の効果と最小の副作用
漸増法を原則とする
- 簡潔さを保つ keep it simple
適切な投与量と投与間隔
処方簡潔に

症状マネジメントの原則 ④

観察 monitoring

症状のマネジメントの原則④ 観察

観 察

見直し！ 見直し！ 見直し！

症状の評価（治療の効果）
服薬の状況
多剤併用に伴う相互作用 副作用の有無
症状の進行に伴う新しい症状出現の有無

・治療やケアを行ったときには必ず、その効果や処方した薬剤を服用しているかどうか、副作用等の評価が必要で、その評価に基づいて、マネジメントを修正します。また、症状の進行による新しい症状の出現、あるいは症状出現を予測した対応も必要です。

症状マネジメントの原則 ⑤

細かい配慮 attention to detail

- ・根拠のない憶測をしないこと
- ・繰り返して「なぜ？」と問いかける問題意識を維持する

例：なぜ 症状がでるだろうか？
なぜ 治療で効果がないのか？

症状のマネジメントの原則⑤ 細かい配慮

・細かい配慮とは、行った評価やマネジメントに常に「それでよかったのか」と問いかける姿勢です。予測した原因が実際とは違っていたり、行った治療法が適正ではなくても、たまたま症状が軽快することもあり得るからです。

・症状はすべて不安や恐怖により増強しますので、治療によってではなく、不安や恐怖がなくなったことで、症状が軽快することもあります。

・また、根拠のない憶測や、思い込みは結果的に患者を苦しめることとなります。

3-2-2 全身症状（痛み）に対応する

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 30

領域3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-2 身体的ニーズへの対応

3-2-2 全身症状（痛み）に対応する

領域3

安楽さやQOL(人生の質、生活の質)の最善化

3-2-2 全身症状(痛み)に対応する

3-2-2 全身症状（痛み）に対応する

1. 痛みへの対応の重要性

1. 痛みへの対応の重要性

痛みへの対応の重要性

- がん疾患においても、進行した慢性疾患においても痛みの出現率は高い
がん疾患：診断時30～40% 進行時65～85%。
- がんの痛みは適正な対応で約9割緩和できるとされているが、痛みで苦しんでいる人が多い。
- 痛みは身体的苦痛の中でも頻度の高い、しかし、対応できる症状の一つである。
- 痛みは心理的苦悩、社会的苦悩、そしてスピリチュアルな苦悩を引き起こし、すでにあるこれらの苦悩を増強させる。
- 痛みを緩和することは、緩和ケアでは基本的なことであり、すべての苦悩への対応の第一歩である。

【痛みへの対応の重要性】

・がん疾患においても、進行した慢性疾患においても痛みの出現率は高く、この痛みを緩和することは、緩和ケアでは基本的なことであり、すべての苦悩への対応の第一歩です。

がんの痛みの経路

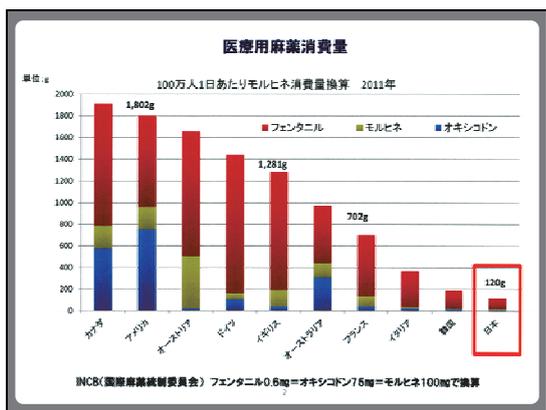
- がんの痛みの発生頻度
診断時：30～40%
進行時：65～85%
- がんの痛みは適切な治療で85～95%緩和可能である
- がんの痛みはまだまだ緩和されていない

【がんの痛みの経路】

3-2-2 全身症状（痛み）に対応する

2、日本における痛み治療の現状

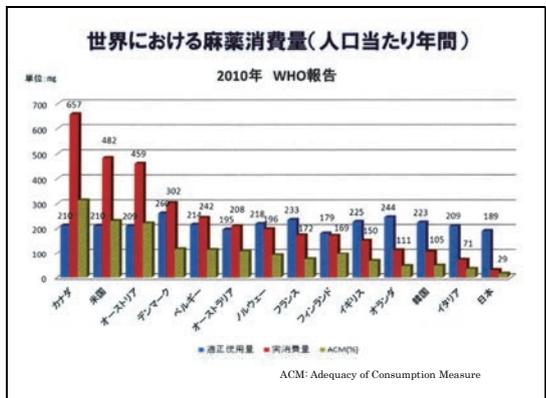
2、日本における痛み治療の現状



【医療用麻薬消費量】

・日本におけるがん性疼痛の除痛率についての最近の調査結果はありませんが、麻薬使用量と臨床現場での状況をみるとまだまだ痛みで苦しんでいる人が多いようです。

・これは日本の医療用麻薬の使用量がまだまだ少ないことを示しています。



・これは、適正使用量との比較を示したグラフですが、日本における使用量が少ないことが問題となっている一方で、カナダ、米国等では乱用が問題となっています。

では何故とれるはずの痛みで苦しんでいる人が多いのか？

- ・ 医療従事者（医師および看護師）の怠慢と誤解
 - 痛みに対して鈍感
 - 痛み治療に無関心
 - 痛み治療に対する誤解
 - 適切な痛み治療に関する知識不足
 - 不適切な痛み治療
- ・ 患者や家族の痛み治療に対する誤解
 - 痛みはできるだけ我慢するものである
 - 鎮痛剤を使うのは体によくはない
 - 「麻薬」を使うと頭がおかしくなる
 - 「麻薬」を使うと廃人になる
 -

【痛みが取れていない理由】

・日本における医療用麻薬が適正に使われていないその理由として、医療従事者の痛みや疼痛治療に対する意識や国民の認識両者に問題がありますが、国民の認識はこれまでの医療者の態度から出来上がったものである可能性が高いことより、医療側が積極的に意識を改めるとともに、プライマリケアにかかわる医療者であれば誰もが複雑でない痛みに対する適正な治療が効果的に行うことができるようにする必要があります。

【不適切な痛み治療の内容】

不適切な痛み治療

- 1) 痛み治療が早く行われていない。
- 2) 痛み治療の評価が十分になされていない。
- 3) 痛みの程度（強さ）に応じた薬剤が選択されていない。
- 4) 最初に持続性の強オピオイド製剤が用いられる。
- 5) 個々の痛みの強さにあった強オピオイドの量が使用されていない。
- 6) レスキュー薬が適切に用いられていない。
- 7) 副作用対策がとられていない。
- 8) 適切な鎮痛補助薬が併用されていない。

3-2-2 全身症状（痛み）に対応する

3. 適切な痛みへの対応法とは

3. 適切な痛みへの対応法とは

適切な痛み治療の要点

- 1) 痛みを早く察知し、評価し、対応（説明・治療・ケア）する
- 2) 薬物療法を含めた効果的な治療を行う
（病状に応じて放射線治療や神経ブロック等を併用する）
- 3) 痛みの増強因子を改善し、減弱因子を高めるケアを行う

【適切な痛み治療の要点】

・適切な痛み治療の要点を3つ示します。

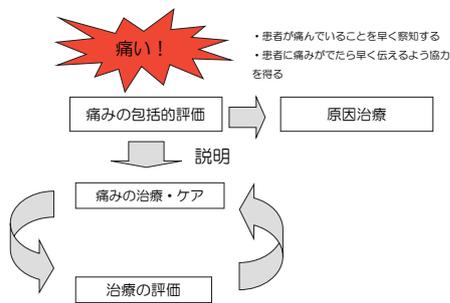
適切な痛み治療の要点 1)

痛みを早く察知し、評価し、
対応（説明・治療・ケア）する

適切な痛み治療の要点1)

痛みを早く察知し、評価し、対応(説明・治療・ケア)する

痛みへの対応手順



【痛みへの対応手順】

- ・「痛い」と言っても対応してくれない医師がいる一方で、痛みがあっても訴えない患者もいます。
- ・がん疾患で痛みが出現する可能性がある場合には、常に「痛みはないか」「痛みが出たらすぐに知らせるように」言葉をかける必要があります。
- ・痛みは早期に治療を開始した方が、治療効果があがります。
- ・また、患者の訴える痛みは実際よりも軽めに申告する傾向がありますので注意が必要です。
- ・痛みが出現した場合には、包括的評価→患者・家族への説明→痛みの治療・ケア→再評価の手順をとります。

痛みの包括的評価

- 痛みを引きおこしている原因・病態は何か
- 「痛み」の評価
- これまで行われた治療法とその効果の評価、治療効果がなければその理由は何か

【痛みの包括的評価】

- ・痛みの包括的評価として検討する項目です。
- ・痛みの原因は身体所見、画像診断などで評価しますが、特に、身体所見で痛みの部位や範囲(領域)を確認することが重要です。また、痛みの個所が複数あることも少なくないことを念頭において診察することも大事なことです。

がん患者にみられる痛みの原因	
1 がんによる痛み	内臓痛 骨疼痛(骨転移痛、腫瘍の圧迫、断裂、炎症による疼痛) 神経痛(神経痛) 呼吸器痛(①) 泌尿器痛(②) 腸胃腸管痛(③) 皮膚痛(④)
2 がん治療による痛み	腫瘍化学療法 放射線治療による痛み(⑤) 手術による痛み(⑥) 化学療法による痛み(⑦) 放射線治療による痛み(⑧)
3 がん・がん治療と感測関連の痛み	心臓と肺が痛む(心臓痛)による痛み(⑨) 肺と心臓が痛む(⑩) がんによる痛み(⑪) がんによる痛み(⑫)

(日本臨床腫瘍学会 編, 新臨床腫瘍学, 南江堂, 2009, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Adult cancer pain)

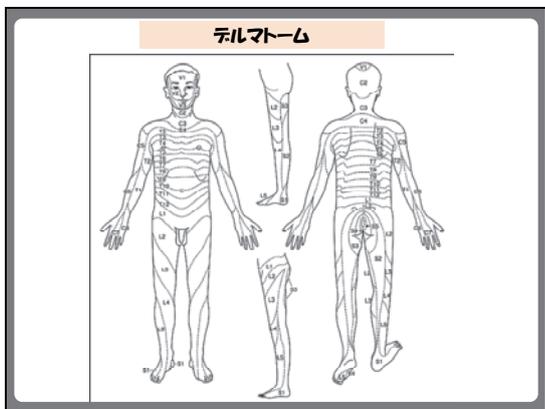
【がん患者にみられる痛みの原因】

・がん患者にもみられる痛みの原因は、がんによる痛みだけでなく、がん治療による痛み、がん・がん治療とは直接関係ない痛みもあることに注意。

- ### 「痛み」の評価項目
- いつから痛み出したのか
 - 痛みの部位
 - 痛みの性質
 - 痛みの強さ
 - 痛みが増強もしくは軽減する要因
 - 痛みと関係していると思われる症状や徴候
 - “患者”の心理状態
 - 痛みの生活への影響
 - これまで行われた痛みの治療 (特に他施設で治療を受けていた場合)
 - “患者”の社会的背景

【痛みの評価項目】

・「痛み」そのものの評価も重要です。特に痛みの部位は必ず、触って部位を確認することが必要です。部位が複数あることも少なくないからです。痛みの性質および強さは治療薬の選択の際必要になってきます。また、心理的、社会的、スピリチュアルな要因も場合によっては検討する必要があります。



【デルマトーム】

・デルマトームを用いた評価では、特に神経障害性疼痛の発生源を特定するのに有用です。

- ### 痛みの性質
- 侵害受容性疼痛か神経障害性疼痛か
 - 持続痛か突出痛か
 - 体動時痛か安静時痛か
 - 痛みのパターン

【痛みの性質の評価】

・痛みの性質や強さの評価は使用する鎮痛剤の種類と関係します
 ・痛みの性質では、侵害受容性疼痛か神経障害性疼痛かどうか、持続痛か突出痛か、体動時か安静時痛か、どのような痛みのパターンかを評価します

がん性疼痛の分類

分類	侵害受容性疼痛		神経障害性疼痛
	体性痛	内臓痛	
障害部位	皮膚、骨、関節、筋肉、結合組織などの体性組織	消化管などの管腔臓器、肝臓、腎臓などの臓器をもつ有形臓器	末梢神経、脊髄神経、根索、大脳などの痛みの伝達路
痛みを起こす刺激	切る、刺す、叩くなどの機械的刺激	管腔臓器の内圧上昇 臓器被膜の急激な進展	神経の圧迫 神経鞘への刺激
痛みの特徴	患在が明確な持続痛が体動に伴って増悪する	深く絞られるような・押されるような痛みが 患在が不明瞭	障害神経支配領域のしびれ感を伴う痛み 電気が走るような痛み
随伴症状	深呼吸、背臥転移では病巣から離れた場所に特徴的な関連痛を認める	悪心・嘔吐、発汗などを伴うこともある 病巣から離れた場所に関連痛を認める	知覚低下、知覚異常、運動障害を伴う
治療における特徴	オピオイドが有効なことが多い 突出痛に対するレスキュー薬の使用が重要	オピオイドが有効なことが多い	鎮静性で鎮痛補助薬が必要となることが多い

【がん性疼痛の分類】

・がん性疼痛は侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛に分類されます。

神経障害に伴うがん性疼痛の性質

1. いつもしびれている
2. つっぱる
3. 締めつけられる
4. 強い痛みの発作
5. 動くとしびれる
 - 電気が走る
 - 鋭く痛む
 - 時々痛みが走る

【神経障害に伴うがん性疼痛の性質】

特に、侵害受容性疼痛か、神経障害性疼痛かを鑑別することは、鎮痛薬単独でいいのか、鎮痛補助薬が必要になるのかを予測するうえで大事です。

・その鑑別には痛みの訴え方をよく聞くことが大切です。

がん性疼痛の発生機序と関連した治療方針

種類	オピオイドのSMP	定型的な治療法
侵害受容性疼痛		
内臓痛	+	オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬
体性痛 (骨転移)	+	オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬 (オピオイド拮抗薬±オピオイド拮抗薬+ステロイド、放射線治療)
筋攣縮痛	-	筋弛緩薬・筋のトリガーポイントへの局所麻酔
神経障害性疼痛		
神経圧迫	±	オピオイド鎮痛薬±コルチコステロイド
神経損傷	±	オピオイド鎮痛薬±鎮痛補助薬

・侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛への治療法の違いです。

Twycross: Symptom Management in Advanced Cancer
 武田文和：がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル より一部引用改編

痛みの分類(痛みのパターンによる分類)

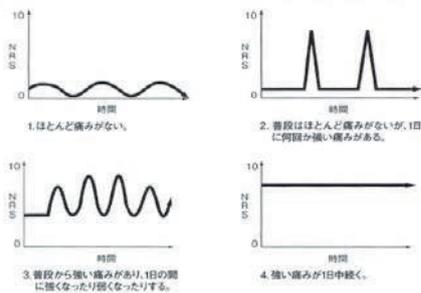
- 持続痛 (persistent pain)
- 突出痛 (breakthrough pain)
 - 予測できる突出痛
 - 予測できない突出痛
 - 痛みの誘因があるもの
 - 痛みの誘因がないもの

【痛みのパターンによる分類】

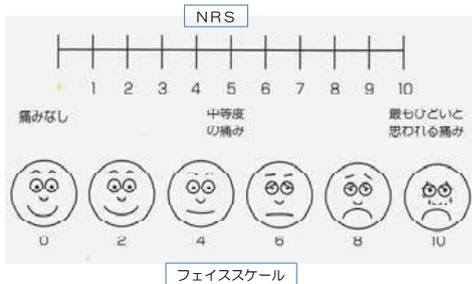
・痛みのパターンでは、持続痛には定時の予防的な鎮痛剤の投与、突出痛にはレスキュー薬と呼ばれる速効性の鎮痛剤の投与を行います。

・なお、持続痛から十分に解放されていない患者に起こる痛みは突出痛から除外されます。これは痛みの治療が不十分なことによるので、この場合の適切な対応法は、鎮痛薬の定時投与量の増量です。同様に、次回定時薬服用時刻が近づいた頃に発生する痛みも突出痛とはいえません。

痛みのパターン(患者からみた痛み)



痛みの強さの評価法



【痛みの評価法】

・痛みの強さは、使用する鎮痛剤の種類を決める(WHO鎮痛剤ラダー)ために必要な評価です。痛みは主観的なものですから、本人に評価してもらうこととなりますが、その評価法として、世界的には10段階の評価票を使います。通常はNRSという10段階評価が、小児の場合にはフェイススケールを使います。

・また、日常生活に対する影響を考慮すると、「軽度の痛み」とは、日常生活は普通に営めるが、時々痛みで中断する程度の痛み、「中等度の痛み」とは、日常生活に多少支障がでる程度の痛み、「強度の痛み」とは痛みで日常生活が営めない程度の痛みを意味しています。

適切な痛み治療の要点 2)

薬物療法を含め適正・効果的な治療を行う

- 薬物療法
- 放射線治療
- 神経ブロック

適切な痛み治療の要点2)

薬物療法を含め適正・効果的な治療を行う

(1) 痛みの治療法

・痛みの原因治療ができない場合には、疼痛治療の主役は薬物療法ですが、症例によって放射線治療や神経ブロックなどが必要となる場合もありますし、非薬物療法も薬物療法と同時に行います。

がん疼痛治療法

病状についての説明	薬以外の治療法
原因治療	理学療法
放射線治療	補完代替療法
外照射	鍼灸・アロマセラピー
ストロンチウム ⁸⁹	心理療法
内分泌療法	生活様式や環境の改善
がん化学療法	痛みを増強する行動の回避
外科手術	痛みの部位の固定
整形外科治療・その他	頸部カラー・コルセット
経皮的インターベンション	吊り包帯・整形外科的手術
椎体形成術（骨セメント）	歩行器
鎮痛薬（鎮痛補助薬を含む）	車椅子
神経ブロック	

【がんの痛みに対する治療法】

薬物療法

(2) 薬物療法

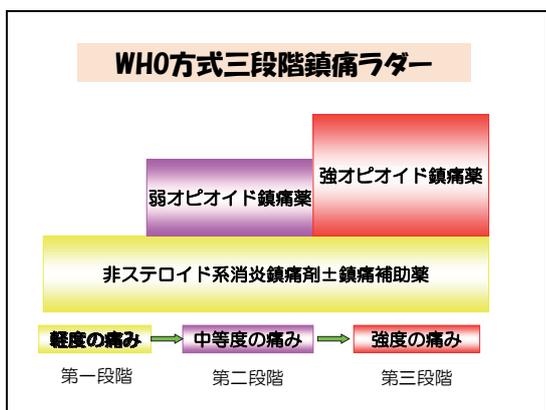
痛み治療の原則(WHO方式)

1. できるだけ経口で投与する by mouth
経口投与 ⇒ 直腸投与 ⇒ 皮下(静脈内)投与
経口投与 ⇒ 経皮投与
2. 時刻を決めて規則正しく投与する by the clock
痛みがでたら使用するのでなく
痛みがでないように時間を決めて服用する
3. 効力の順に鎮痛薬を選ぶ by the ladder
"WHO 三段階鎮痛ラダー"
4. 個々の患者の痛みが消失する適切な量を使用 for the individual
除痛に必要なオピオイドの量には個人差がある
少ない量から投与を開始し除痛できる量まで増加する
5. そのうえで細かい点にも注意する attention to detail
副作用防止対策をきめ細かに行う
患者の心理状態に常に配慮し、精神的なケアも同時に行う

(2) 薬物療法

I) 薬物治療の原則: 痛み治療の5つの原則(WHO方式)・WHO 三段階鎮痛ラダー

・WHOは1986年から、西暦2000年までにはすべてのがん患者の痛みを解放しようというキャンペーンを開始しましたが、その時に提示した痛み治療の5つの原則で、この原則が世界標準となっています。



・WHO方式三段階鎮痛ラダーです。日本語として「除痛ラダー」と訳されていますが、「鎮痛ラダー」です。痛みの強さに沿って、最初に使う薬剤を選択するというものです。

効果的な薬物療法の要点

- ①適切な薬剤と投与量、投与経路、投与間隔を選ぶ
- ②積極的に適正な用量設定を行う
- ③持続する痛みを抑制し、突出痛に対処する
- ④副作用の予防のため、先行的に対策を立て遂行する
- ⑤適切な鎮痛補助薬を使用する
- ⑥構造の異なるオピオイド鎮痛薬の特徴を熟知した上での適正使用

ASCO Curriculum 2003

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点

・これはASCOの提唱している要点です。6項目あります。具体的に説明していきます。

効果的な薬物療法の要点 ①

適切な薬剤と投与量、投与経路、
投与間隔を選ぶ

ASCO Curriculum 2003

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点

①適切な薬剤と投与量、投与経路、投与間隔を選ぶ

【痛みの強さと使う薬剤の一覧】

鎮痛剤の選択基準

- 軽い痛み（非オピオイド鎮痛薬）
NSAIDs（非ステロイド系消炎鎮痛剤）
アセトアミノフェン
- 中等度の痛み（弱オピオイド鎮痛薬）
リン酸コデイン（*）
トラマドール（*） タベンタドール（*）
ブプレノルフィン（*）
低用量オピオイド（オキシコンチン 5 mg錠）
- 強い痛み（強オピオイド鎮痛薬）
モルヒネ（*） フェンタニル（*貼付薬）
オキシコドン ヒドロモルフォン
メサドン

*は非がん疾患にも適応あり

【軽度の痛みの場合】

痛みの強さにあった適切な薬剤の選択

「軽度の痛み」への対応

WHO方式三段階鎮痛ラダー

軽度の痛み → 中等度の痛み → 強度の痛み

【軽度の痛みに対する鎮痛剤】

鎮痛剤の選択基準

- 軽い痛み（非オピオイド鎮痛薬）

NSAIDs（非ステロイド系消炎鎮痛剤）

アセトアミノフェン

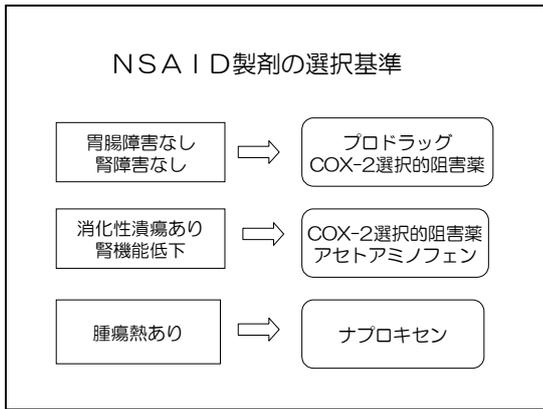
*は非がん疾患にも適応あり

・軽い痛みではNSAIDsとアセトアミノフェンがあります。

【よく使われる非オピオイド鎮痛薬の種類】

よく使われる非オピオイド鎮痛薬

- 経口薬
エトドラグ（バイベン[®]、オステラック[®]）
シクロフェナック（ボルトレン[®]）
セレコキシブ（セレコックス[®]）
ナブメトン（レリフェン[®]）
ナプロキセン（ナイキサン[®]）
メロキシカム（モービック[®]）
ロキシプロフェン（ロキソニン[®]）
アセトアミノフェン（カロナール[®]）
- 注射薬
フルルビプロフェン（ロピオン[®]）
アセトアミノフェン（アセリオ[®]）



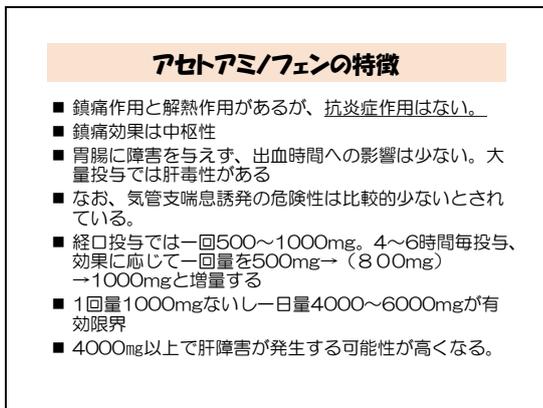
【NSAIDs製剤の選択基準】

・その作用機序は末梢局所'と中枢神経における炎症誘発性の痛みをプロスタグランジンの生成を阻害することにより防止し,あるいは改善することです.このためNSAIDsは炎症を伴う痛み特に有効です

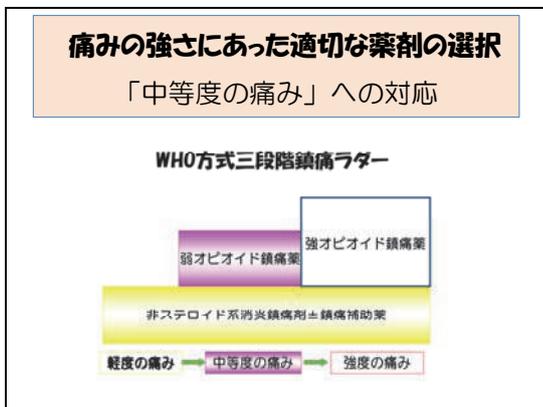
・解熱、鎮痛、消炎作用をもち、副作用として消化管、腎機能、血小板機能への障害があります。

・多くの薬剤があり、作用時間やそれぞれの作用の強さ、副作用の程度が異なります。

・図は副作用等による使い分けを示したものです。



【アセトアミノフェンの特徴】



【中等度の痛みへの対応】

鎮痛剤の選択基準

- 中等度の痛み（弱オピオイド鎮痛薬）
 - リン酸コデイン（*）
 - トラマドール（*）
 - タベンタドール（*）
 - ブプレノルフィン（*）
 - 低用量オピオイド（オキシコンチン 5mg錠）

*は非がん疾患にも適応あり

【中等度の痛みに対する鎮痛剤】

- ・リン酸コデイン、トラマドール、タベンタドール、ブプレノルフィンおよび低用量オピオイド（オキシコンチン5mg錠）がその薬剤に相当します。
- ・オキシコンチン以外は日本では非がん疾患にも適応があります。
- ・ブプレノルフィンは、強オピオイドに分類されることもあります。
- ・オキシコンチンは強オピオイドに分類されますが、低用量（5mg）製剤は中等度の痛みで使用できることから、ここでは弱オピオイドに分類しています。
- ・弱と強の違いは単にオピオイドの強さを示す言葉です。

リン酸コデイン

- 肝臓で代謝されモルヒネに変換される。
- 投与方法は塩酸モルヒネと同様
 - 4時間毎
 - 副作用はモルヒネに比較して少ない
- 開始量は1回 20~30mg
- 一日量240mg以下で痛みがコントロールできなければ、モルヒネに変えるべき
- 内服薬の1/6がモルヒネ量に相当

- ・リン酸コデインはモルヒネに変換されて作用を示しますので、薄いモルヒネとすることができます。
- ・最近ではあまり使われることはありませんが、衰弱が進んだ人、特に高齢者に用いることがあります。

トラマドールの特徴

- コデインの合成アナログ
- 麻薬、向精神薬の指定を受けていない
- 最大効果出現時間 2時間 効果持続時間 4~6時間
- 経口投与の場合、100mg/日（分4）から開始し、300mg/日まで増量できる（徐放錠：ワントラムの場合には1日1回）
- 鎮痛薬としては勿論、神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬的な使い方もできる。
- 副作用は嘔吐、ふらつき、疲労感、発汗、口渇
- 副作用としての便秘は少ない、呼吸抑制はない
- 経口投与時の鎮痛力価はコデインとほぼ同等で、経口でモルヒネの5分の1、注射で10分の1程度

- ・トラマドールの特徴です。
- ・現在わが国では注射薬と短時間作用性カプセルが使用可能。
- ・注射薬は各種癌や術後における鎮痛に、カプセルは各種癌の疼痛治療に保険適応あり。
- ・麻薬処方箋は必要ないことも特徴です。
- オピオイドとしての主たる副作用である便秘が比較的軽度である。
- 鎮痛薬としては勿論、神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬的な使い方もできる。

トラマドールの作用機序

- (+)-トラマドールは μ オピオイド受容体へ弱い親和性とセロトニンの再取り込み阻害作用により鎮痛効果を発揮する
- 活性代謝産物である(+)-O-desmethyl-tramadol (M1) は μ オピオイド受容体への親和性が高く、強い鎮痛効果をもち
- (-)-トラマドールはノルアドレナリンの再取り込み阻害作用により鎮痛効果を発揮する

- ・トラマドールの作用機序です。

トラムセットの概要

- 成分 トラマドール*37.5mg/アセトアミノフェン325mgの配合錠
*非麻薬性オピオイド鎮痛薬（麻薬免許、麻薬処方箋は不要）
- 効能・効果 非オピオイド鎮痛剤で治療困難な下記疾患における鎮痛
非がん性慢性疼痛
抜歯後の疼痛
- 用法・用量
非がん性慢性疼痛：通常、成人には、1回1錠、1日4回経口投与する。
投与間隔は4時間以上空けること。なお、症状に応じて適宜増減するが、1回2錠、1日8錠を超えて投与しないこと。
また、空腹時の投与は避けることが望ましい。
抜歯後の疼痛：通常、成人には、1回2錠を経口投与する。
なお、追加投与する場合には、投与間隔を4時間以上空け、1回2錠、1日8錠を超えて投与しないこと。
また、空腹時の投与は避けることが望ましい。

・トラムセットはトラマールとアセトアミノフェンの合剤です。

タベンタドール

- 製剤：タベンタ錠（5mg、50mg、100mg）：タベンタドール塩酸塩を成分とする徐放錠
- 医療用麻薬扱い
- 最高血中濃度 3～6時間（徐放錠）効果持続時間12時間（徐放錠）
- 投与方法
（初回からの投与）
1日50mg（1回25mg）から開始し、効果不十分な場合は3日間の使用後を目安に増量を行う。
- トラマドールと鎮痛作用機序が違う
トラマドールの持つμ-オピオイド受容体活性作用とノルアドレナリン再取り込み阻害作用を強くしながら、セロトニン再取り込み阻害作用は弱くすることで鎮痛効果を高めている

・タベンタドールはトラマドールを改良して作られた薬です。

・トラマドールとの違いは医療用麻薬扱いであること、鎮痛作用機序が若干違うことで、作用時間や副作用は同じです。ただし、日本で発売されている薬剤は徐放性のみとなっています。

ブプレルフィン(レペタン)

- 投与方法：
経口投与・舌下投与・経直腸投与・持続皮下注
- 有効限界量
経口投与で4mg、非経口投与で2mg
- 鎮痛効果発現時間 30分 最大効果発現時間 3時間
- 効果持続時間 6～9時間
- 大多数の患者では8時間毎の投与で鎮痛が維持される
- 舌下した場合は経口モルヒネの60倍の鎮痛効果がある
—8時間毎の0.2mgの舌下錠投与は4時間毎の6mgの経口モルヒネと同等—
- モルヒネと併用しないこと
モルヒネの鎮痛効果が減弱するため

・ブプレルフィンの特徴です。

・注射薬と座薬がありますが、日本では経口薬がありません。
・使える量に限界がある(天井効果)こと、モルヒネ等と拮抗するため、併用ができないことなどが特徴です。

痛みの強さにあった適切な薬剤の選択

「強度の痛み」への対応

WHO方式三段階鎮痛ラダー

軽度の痛み → 中等度の痛み → 強度の痛み

【強度の痛みの対応】

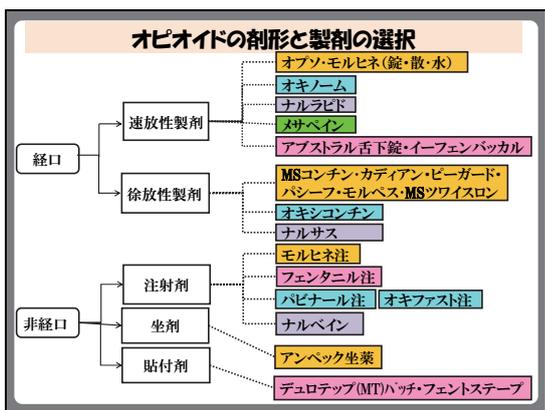
鎮痛剤の選択基準

- 強い痛み（強オピオイド鎮痛薬）
 - モルヒネ（＊）
 - フェンタニル（＊貼付薬）
 - オキシコドン
 - ヒドロモルフォン
 - メサドン

＊は非がん疾患にも適応あり

【強度の痛みに対する鎮痛剤】

・強い痛みには最初からオピオイドを使用します。



【日本で使用できるオピオイド製剤一覧】

・経口薬には速放性製剤と徐放性製剤があります。

強オピオイド鎮痛薬の種類と特徴

強オピオイド(商品名)	剤形	発現時間(分)	最大効果出現時間(分)	効果持続時間(分)	最大効果持続時間(分)
モルヒネ	常速モルヒネ末・錠 オプソ	10~15分	30~60分	3~6時間	4時間
	MSコンチン錠	70~90分	90分		
	モルベス錠	90分	90分	12~14時間	12時間
	MSツワイシロン	90分			
オキシコドン	オキノーム錠	40~90分	0~60分	24時間	24時間
	ビーガード	16~30分	40~60分	24時間	24時間
	パシーフ	80分	1~2時間	9~10時間	9時間
	アンベック坐薬	80分	1~2時間	9~10時間	9時間
フェンタニル	オキシコドン錠	10~15分	15~20分	6時間	6時間
	オキシコンチン	約15分	2~3時間	12時間	12時間
	デクロテップ(MT)パッチ	80分	24~48時間	72時間	72時間
	フェントステープ	3~6時間	20~24時間	24時間	24時間
メサドン	アブストラル舌下錠	10分	30~60分	1時間以上	1日本国中で
	イーフェンバツカル錠	10分	20~240分	2時間以上	1日本国中で
ヒドロモルフォン	メサベイン	30分以内	1時間	4~8時間 (8時間)	なし
	ナルラビド	30分	1時間	4~5時間	4~6時間
ヒドロモルフォン	ナルサス	1~2時間	4~5時間	24時間	24時間

【強オピオイド鎮痛薬の種類と特徴】

・それぞれの発現時間、最大効果出現時間、効果持続時間の一覧です。

モルヒネ製剤の特徴

- オピオイドの基本薬である（薬理効果・副作用など最も知見が多い）
- その作用のほとんどが μ オピオイド受容体を介して発現する
- 肝臓でグルクロン抱合で代謝され、約44~55%がM3Gに、約9~10%がM6Gに代謝され、その生体内利用率は19~47%（平均25%）。
- M3G、M6Gはほとんど尿中に排泄されるが、M6Gが強力な鎮痛作用を有するため、腎機能が悪い場合には使用には注意が必要
- 呼吸困難に効果的

【モルヒネ製剤の特徴】

・腎機能障害がある時には作用が増強されることが特徴です。

オキシコドン製剤の特徴

- 薬理作用は μ オピオイド受容体を介して発現する
- 肝臓で代謝され、その生体内利用率は約60%で、主な代謝物（ノルオキシコドン）は非活性であり、腎機能が悪くても影響がない
- せん妄の副作用が少ない
- 嘔気嘔吐の副作用が比較的少ない
- 5m g錠は軽度から中等度に痛みにも有効
- 神経原性の痛みにも有効

【オキシコドン製剤の特徴】

- ・速放性と徐放性の製剤の合剤があり使いやすくなっています。

ヒドロモルフォン製剤の特徴

- 製剤：ナルラピド（速放性製剤）1mg 2mg 4mg ナルサス（徐放性製剤）2mg 6mg 12mg 24mg
- モルヒネと違い生物学的利用率に大きな個人差がない
- 鎮痛作用と鎮咳作用をもつ
- モルヒネとの換算比は5：1
- 作用時間 経口 30分 最高血漿濃度到達時間 45分
作用持続時間 速放製剤 4-5時間 徐放製剤24時間
- 肝障害では生物学的利用率が増加する：通常の開始投与量を減量し、投与間隔を長くする
- 腎障害患者でも使える。ただし、中等度および重度の腎障害では通常の開始投与量を減量し、投与間隔を長くする
- 副作用：他のオピオイドと同様

【ヒドロモルフォン製剤の特徴】

- ・日本では最近発売されましたが、古くから使われている薬です。
- ・モルヒネとの違いは、モルヒネ耐性がないこと、腎機能障害でも利用できることです。
- ・徐放性製剤は速放性製剤との合剤ですので使いやすくなっています。

フェンタニール製剤の特徴

- μ オピオイド受容体に対する選択性が非常に高い
- 肝臓で代謝され、生体内利用率は57~146%（平均92%）、代謝産物（兼るフェンタニール）は非活性であり腎機能が悪い場合でも使用できる
- 静脈内投与ではモルヒネ、オキシコドンに比べ速攻性である。
- 脂溶性が高いため、皮膚吸収が良好で、粘膜からの吸収も早い。また、血管脳関門を速やかに移行する。
- 便秘および眠気が比較的少ない
- 呼吸抑制が急に出てくる可能性があり、オピオイドの導入薬としては推奨されていない

【フェンタニール製剤の特徴】

- ・フェンタニール製剤は貼付薬と舌下製剤があります。
- ・他のオピオイド製剤との違いは、嘔気・便秘が少ないこと、呼吸抑制が急に出てくる可能性があることです。
- ・貼付薬は調整性が悪いので、原則的に導入には使えません。

メサドン(メサペイン)の特徴

- モルヒネと同様に μ 受容体を介して鎮痛作用を示す
- 他のオピオイドに比較して低価格
- 他のオピオイドとの交叉耐性が少ない
- NMDA受容体拮抗作用があり神経障害性疼痛に有効
- 半減期が長く1日2~3回の投与 しか、その一方で半減期が予測しにくく体内に蓄積する危険性がある
- 苦みが強い
- 中枢抑制、縮瞳、呼吸抑制、便秘などの副作用はモルヒネより弱い
- 重篤な副作用として呼吸抑制、心毒性による不整脈がある
- 5m g錠、10m g錠がある

【メサドンの特徴】

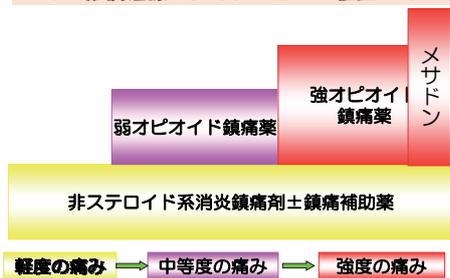
- ・神経障害性疼痛には効果的で安価な薬です。
- ・使い方が難しいための、専門的な知識が必要です。
- ・なお、製剤として経口薬しかありません。

【メサドン使用にあたっての注意事項】

メサドン投与にあたっての注意

- 必ず他の強オピオイド鎮痛薬から切り替えて使用する
- 1回 5-15mg を1日3回投与
- 他のオピオイド鎮痛薬の等鎮痛比は確立していない
- 経口モルヒネ60mg/日未満のオピオイド鎮痛薬からの切り替えは推奨されない
- 換算表（単なる目安）
 - メサドン15mg（モルヒネ経口薬 60-160mg）
 - メサドン30mg（モルヒネ経口薬 160-390mg）
 - メサドン45mg（モルヒネ経口薬 390mg以上）
- 初回投与後少なくとも7日間は増量を行わないこと
- レスキュー薬は速効性のオピオイド
- 増量は1日投与量の50%増、1回あたり5mg を上限とする

がん疼痛治療におけるメサドンの位置づけ



・メサドンは通常のオピオイド製剤でコントロールできない痛み、特に神経障害性疼痛で利用価値が高いとされています。

投与経路についての留意点

- 経口摂取可能な場合にはできるだけ経口薬を用いる（WHO方式: by the mouth）
- 原則として最初に貼付薬は使わない
- 病状が進むと経口摂取できなくなるため、事前に投与経路の変更（貼付薬、注射薬）を考慮する
- 持続皮下注法／持続静注法の適応
 - 経口投与できない場合
 - 急速に鎮痛をはかる必要がある場合
 - 安定した静脈投与経路を確保できない場合（持続皮下注）
 - 鎮痛のため大量のオピオイドが必要な場合（持続静注）

【投与経路についての留意点】

・貼付薬はタイトレーションには時間がかかりすぎることで、血中濃度が安定するまでに時間がかかるために導入薬には不適です。

持続静注法／持続皮下注法

- （携帯用）自動注入（輸液）ポンプ
携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用する
- 持続皮下注での注入速度は1箇所 1ml/時間が限界
- 突発痛にはPCA(Patient Controlled Analgesia)装置を使用する



【オピオイド製剤の持続静注・持続皮下注】

・持続静注、持続皮下注では自動注入（輸液）ポンプかディスプレイ注入ポンプを使用します。

【持続皮下注として使える薬の一覧】

持続皮下注で利用可能な薬剤

【鎮痛】 塩酸モルヒネ、フェンタネスト、プロモルフィン、オキシドロン、ヒドロモルフォン

【鎮痛補助】 リドカイン、ケタミン

【制吐】 ハロペリドール、メトクロプラミド、オクトレオチド、臭化ブチルスコプラミン、臭化水素酸スコプラミン、ベタメタゾン

【鎮静】 ミダゾラム、フェノバルビタール、ハロペリドール

【呼吸困難】 塩酸モルヒネ、ベタメタゾン

【死前喘鳴】 臭化水素酸スコプラミン、臭化ブチルスコプラミン

【混乱・せん妄】 ハロペリドール

【抗潰瘍薬】 ラニチチン ファモチチン

【全身倦怠感】 ベタメタゾン

効果的な薬物療法の要点 ②

積極的に適正な用量設定を行う

ASCO Curriculum 2003

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点

② 積極的に適正な用量設定を行う

(がん性)疼痛治療の目標

第1目標：昼間の痛みの軽減と痛みに妨げられずに夜間良眠できる状態

↓

第2目標：安静時の痛みの消失

↓

第3目標：体動時の痛みの消失

最終目標：痛みがなく日常生活が送れること

【疼痛治療の目標】

- ・痛み治療の目標の目標はあくまでも通常の生活に復帰することです。
- ・しかし、時々、痛み治療で強い痛みはなくなったものの、まだ痛みがあっても我慢して、訴えない人がいます。その理由として、多少の痛みは我慢するものと思っている、あるいは、「鎮痛剤が多くなると副作用が出てくる」、「副作用が強くなる」と、恐怖・不安を感じていることがあります。
- ・痛み治療の効果について正しく評価するためには質問の仕方に工夫をする必要があります。
- ・「痛みはありますか」というイエス、ノーの質問ではなく、「痛みはどの程度ですか」「動くときまだ痛みはあるでしょう」・・・という質問をしてみてください。

強オピオイド薬の基本的使い方

導入期	速放性製剤
維持期	徐放性製剤
レスキュー	速放性製剤

【強オピオイド薬の基本的使い方】

- ・WHO 方式の「個々の患者の痛みが消失する適切な量を使用する」に相当する項目です。
- ・その人の痛みにあった用量を決めるためには、速放性製剤で導入し、痛みの程度を評価しながら、鎮痛薬を増量し(導入:タイトレーション)、痛みがとれる適正量が決まってから、徐放性製剤に変更するのが基本的な手順です。このタイトレーションの期間が短いほど早く痛みがとれることになるのですが、痛みの強さと増量のスピードで左右されます。一方、増量のスピードは痛みの強さ、使う薬の種類、副作用の発現の程度、施術者の経験等によって左右されます。

**オピオイドを投与していても
効果が不十分な場合に考えること**

1. 投与量が足りないのではないか
2. 副作用などの出現で患者が服用していないのではないか
3. 腸閉塞などにより消化管での吸収が悪くなっていないのではないか
4. 胸水・腹水・全身浮腫が急速にすすんでいないのか
5. 心理的な問題や社会的な問題がないのかどうか
6. 投与しているオピオイドの効かない、効きにくい痛みではないのかどうか

【オピオイドを投与していても効果が不十分な場合に考えること】

- ・最も可能性が高いのが投与量の不足です。
- ・2～5までの項目をチェックして思い当たることがなければ、速放性の薬を少し多めに使ってみて少しでも痛みが楽になるのであれば、増量を考慮します。
- ・6の「投与しているオピオイドの効かない、あるいは効きにくい痛みとして、オピオイド耐性と神経障害性疼痛、その他があります。

効果的な薬物療法の要点 ③

持続する痛みを抑制し、
突出痛に対処する

ASCO Curriculum 2003

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点

③ 持続する痛みを抑制し突出痛に対処する

- ・突出痛とは、持続痛の有無や程度、鎮痛薬治療の有無にかかわらず発生する一過性の痛みの増強(日本緩和医療学会ガイドライン)です。
- ・この突出痛に使う即効性の鎮痛薬を俗称「レスキュー薬」と呼んでいます。

突出痛とは

【定義】

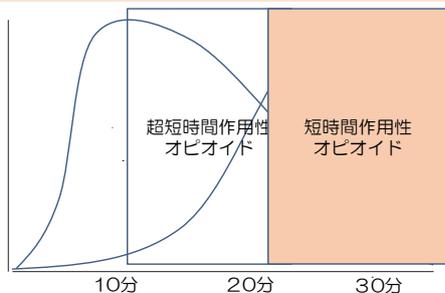
- ・ 持続痛の有無や程度、鎮痛薬治療の有無にかかわらず発生する一過性の痛みの増強(日本緩和医療学会ガイドライン)
- ・ 突出痛とは、持続痛が適切に除去されているにもかかわらず、自発的または特定の誘発原因により一時的に増強ないし発生する痛み(トワイクロス)
- ・ なお、持続痛から十分に解放されていない患者に起こる痛みは突出痛から除外定時薬服用時刻が近づいた頃に発生する痛みも突出痛とは言わない(トワイクロス)。

【特徴】

- ・ 比較的急激に発現(痛みの発生からピークに達するまでの時間は3分程度)、短時間(1分から3時間以内の範囲)で終息。
- ・ 平均持続時間は15～30分、90%は1時間以内に終息。
- ・ 痛みの発生部位は約8割が持続痛と同じ場所であり、持続痛の一過性増悪と考えられている。

- ・突出痛とは、持続痛の有無や程度、鎮痛薬治療の有無にかかわらず発生する一過性の痛みの増強(日本緩和医療学会ガイドライン)
- ・突出痛とは、持続痛が適切に除去されているにもかかわらず、自発的または特定の誘発原因により一時的に増強ないし発生する痛み(トワイクロス)なお、持続痛から十分に解放されていない患者に起こる痛みは突出痛から除外定時薬服用時刻が近づいた頃に発生する痛みも突出痛とは言わない(トワイクロス)。
- ・この突出痛に使う薬剤を俗称「レスキュー薬」と呼んでいます。

レスキュー薬の使い分け



【レスキュー薬の使い分け】

- ・突出痛には、急に出現し、短時間で終息するものと、少しずつ痛みが強くなっていくものが二つのタイプがあり、それぞれに対応できる薬剤があります。

【効果発現時間で分類したオピオイド製剤の一覧】

オピオイド製剤の分類

- 超短時間作用性オピオイド (Rapid onset opioids :ROO)
 アブストラル舌下錠 イーフェンバッカル
- 短時間作用性オピオイド (Short acting opioids :SAO)
 塩酸モルヒネ (末・錠・注・内服液)
 オキノーム散 オキファスト (注)
 アンベック座薬 フェンタネスト (注)
 ヒドロモルフォン (ナルラビッド)
- 長時間作用性オピオイド (Long acting opioids :LAO)
 MSコンチン・カティアン・モルベス・MSツワイスロン・ビーガード
 パシーフ
 オキシコンチン
 ナルサス
 デュロテップMTパッチ フェンステープ ワンデュロパッチ

【イーフェンバッカル錠の特徴】

・超短時間作用性オピオイドには2種類の薬剤があり、その特徴を記載しました。

イーフェンバッカル錠

- ・フェンタニール製剤
- ・突出痛に使用 1日4回まで
- ・溶解に必要な時間 14~25分
- ・効果発現時間 10分
- ・最高血中濃度到達時間 5.3分 (20~24分)
- ・血漿中半減期 中央値1.2分
- ・効果持続時間 2時間ないしそれ以上
- ・生物学的利用率 65%

【アブストラル舌下錠の特徴】

アブストラル舌下錠

- ・フェンタニール製剤
- ・突出痛に使用 1日4回まで
- ・溶解に必要な時間 2分以内
- ・効果発現時間 10分
- ・最高血中濃度到達時間 30~60分 (10~90分) 含有量が多いほど長くなる
- ・血漿中半減時間 平均5~6時間
- ・効果持続時間 1時間ないし1時間以上
- ・生物学的利用率 70% (推定値)

【短時間作用性オピオイドの特徴】

短時間作用性オピオイド

- 製剤
 - ・ オフソ (モルヒネ製剤)
 - ・ オキノーム (オキシコドン製剤)
 - ・ ナルラビッド (ヒドロモルフォン製剤)
- 効果
 - ・ 効果発現時間 10分~15分
 - ・ 最大効果発現時間 30分~2時間
- レスキューとしての使用量
 - ・ 維持量 (1日) の約1/6
 - 1日維持量の約10%
- ・ 使用量はあくまでも初回使用時の目安
- ・ 個人個人で違うことを念頭に置くこと
- おおよそ1日量の5~20%

レスキュー薬使用にあたっての留意点

- 痛みが増強した場合には積極的にレスキュー薬を投与する。
- レスキュー薬の投与量は一日量の約10%を目安とするが、病状や個人個人で適正量があり、使用しながら調整する。おおよそ1日量の5~20%。
(以前は1日投与量の1/6とされていたが・・・)
- 投与回数に制限を設けてはならない。痛い時は何回でも使用してよいと説明しておくこと。
- 投与時間を記載しておくように指導。
- 再投与の目安
 - オプソ：服用後1時間たっても痛みがとれない場合
 - オキノーム：上記と同様
 - アンベック座薬：使用後2時間たっても痛みがとれない場合

【レスキュー薬使用にあたっての留意点】

・念頭に置くべきことは、投与量は個人個人で違うこと、投与回数に制限を設けないということです。

効果的な薬物療法の要点 ④

副作用の予防のため、
先行的に対策を立て遂行する

ASCO Curriculum 2003

(2)薬物療法

II)効果的な薬物療法の要点

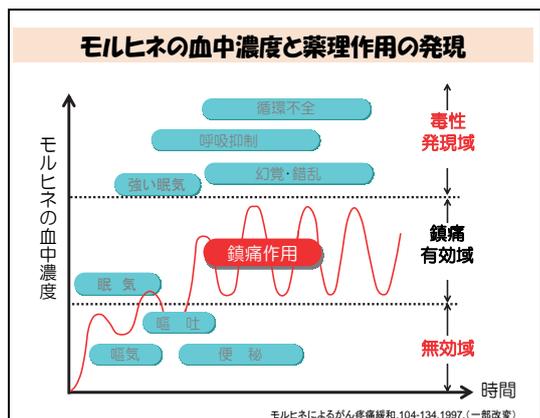
④副作用の予防のため、先行的に対策を立て遂行する

i)オピオイドの副作用

主なオピオイドの副作用と発現時期

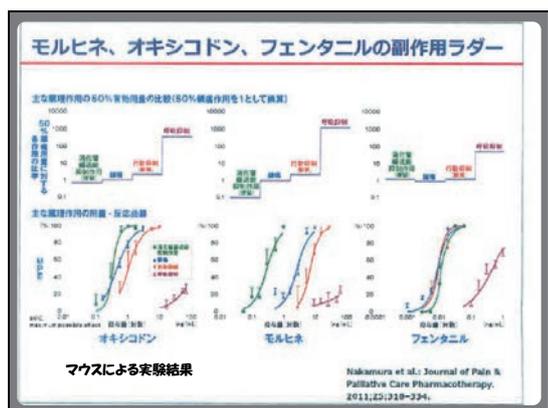
- 投与初期に生ずるもの：**嘔気、嘔吐、眠気、不安定感、錯乱**
- 投与継続で生ずるもの：**便秘**
- 投与慢性期に生ずるもの：**うつ病**
- まれなもの：**呼吸抑制・排尿障害・ミオクロームス**

【主な副作用と発現時間】



【モルヒネの血中濃度と薬理作用の発現との関連】

- ・モルヒネは強力な鎮痛効果を有しますが、それ以外にも多彩な薬理作用があり、鎮痛作用以外は副作用としてあらわれます。
- ・モルヒネ以外のオピオイドも同様ですが、フェンタニールは、いきなり呼吸抑制が現れる特徴があります。
- ・低用量域から、便秘・嘔吐といった副作用は出ますし、投与量が多すぎると強い眠気や、さらに高用量を投与すると呼吸抑制も懸念されます。
- ・嘔気や眠気はモルヒネ導入初期にもあらわれることもありますが、通常は慣れが生じます。
- ・強い眠気は「過剰投与」の目安にされます。
- ・鎮痛有効域は患者ごと、痛みの程度によって異なります。
- ・モルヒネの大きな特徴は有効限界が無く、痛みに応じて増量して除痛出来ることです。
- ・モルヒネをうまく使うコツは、出来るだけ鎮痛有効域に血中濃度を保つことです。
- ・モルヒネ以外のオピオイドも同様です。
- ・ただし、フェンタニールは呼吸抑制が出現する域値が他より低いのが特徴です。



嘔気・嘔吐

- ・オピオイドの投与に際しては、必ず制吐剤を併用する。
- ・服用後1週間して吐き気がないときは制吐剤の服用を中止することを考える。
- ・嘔気強い場合には、非経口投与（直腸投与・持続皮下注・持続静注）で始め、疼痛が緩和された時点で経口投与に切り替える。

【嘔気・嘔吐】

- ・特に予防すべき症状は嘔気で、嘔気はオピオイドの血中濃度が低いうちに出現します。このため、最初に徐放性製剤を使い、鎮痛・効果が体感できないうちに嘔気が出てしまうと、薬に対する印象は非常に悪くなります。
- ・嘔気がでないように、予防薬を必ず服用させること、導入においては鎮痛効果が早く出てくる速放性製剤を使うことが重要なポイントです。
- ・なお、嘔気に対する予防薬には、ドパミン受容体拮抗薬（プロクロルペラジン（ノバミン®）、ハロペリドール（セネネース®））、消化管蠕動亢進薬（メチトロプラミド（プリンペラン®））、ドンペリドン（ナウゼリン®）、セロトニン5HT受容体拮抗薬（オンダンセトロン（ゾフラン®））、非定型抗精神病薬（オランザピン（ジプレキサ®）、リスベリドン（リスパダール®））などがあります。

制吐薬

- (1) ドパミン受容体拮抗薬
 プロクロルペラジン（ノバミン） 抗精神病薬
 ハロペリドール（セレネース） 抗精神病薬
- (2) 消化管蠕動亢進薬
 メシトクロプラミド（プリンペラン）
 ドンペリドン（ナウゼリン）
- (3) セロトニン5HT受容体薬
 オンダンセトロン（ゾフラン）
- (4) 非定型抗精神病薬
 オランザピン（ジプレキサ）
 リスベリドン（リスパダール）

眠気

- 投与開始初期に出現する。そのまま様子を見ると数日で軽快することが多い。
- オピオイドの投与に際してあらかじめ説明しておくことが重要。
- 痛みがとれてなおかつ眠気が強い場合にはオピオイドを減量する。

【眠気】

・導入初期に起こりますので、あらかじめ、数日立つとよくなることを説明しておきます。

錯乱・幻覚

- 稀な副作用である。
- 出現した時は、増量しないでそのまま継続すると数日で軽快する。
- 錯乱状態が激しい場合にはセレネースを併用する。
- 除痛が完全に得られているときはオピオイドを減量するか、オピオイドを変更する。

【錯乱・幻覚】

・せん妄症状は稀ですが、起こります。

便秘

- 予防が大事。
- 服用とともに下剤を併用する。
- プルゼド：一日2錠服用させ、2日後に排便がなければ投与量を増量する。4錠→6錠→8錠→10錠と増量。服用量が多いときには2回に分けて服用を勧める。
- オピオイド誘発性便秘症治療薬ナルデメジントシル酸塩（スインプロイック錠）

【便秘】

・便秘は必ず起こりますので、下剤の服用は重要です。

掻痒感

- 発現はまれ。数%。
- 皮膚ケアが大事（多くは皮膚乾燥症に起因する）
皮膚の清潔保持に努める
皮膚への過度の刺激を避ける
皮膚の乾燥や湿潤を予防する
- 抗ヒスタミン薬の投与

【掻痒感】

・稀ですがあります。

排尿障害

- 尿意を催してから排尿し始めるまでに時間がかかる排尿遅延が主。
- オピオイドの経口投与では1-3%とまれ。
- モルヒネのクモ膜下腔や硬膜外腔投与ではまれではない。

【排尿障害】

・まれですが、まれにあります。

呼吸抑制

【危険因子】

- 原則を外れた過量投与
- オピオイド血中濃度の急激な上昇
- 肝機能・腎機能の低下/全身状態の増悪
- 呼吸機能の低下
- 意識障害の存在
- 鎮静作用を有する薬剤の併用

【呼吸抑制】

・まれですが、病状や状況により起こります。

呼吸抑制

オピオイドによる呼吸抑制の特徴

- 換気応答の抑制（呼吸抑制の本質）
- 鎮静作用による呼吸抑制

・呼吸抑制の機序です。

【オピオイド過剰投与による呼吸抑制への対応】

オピオイドの過剰投与への対応

- オピオイドの投与を中止
- 意識喪失がなければそのまま注意深く観察する
- 脱水状態がある場合には輸液を行う
- 意識喪失があり呼吸抑制がある場合には気道を確認し麻薬拮抗剤（ナロキサン）を注射する
- 必要に応じて入院させる

【オピオイドの過剰投与が疑われる場合】

オピオイドの過剰投与が疑われる場合

- 過剰に投与してしまった場合
- 発熱などで脱水状態になった場合
- 意識が朦朧として、瞳孔がピンホール（1.5mm径）になり、呼吸回数が6回以下となる

・オピオイドの過剰投与は呼吸数が少ない、反応がにぶいときに疑いますが、他の原因と見分けるには瞳孔を確認することで特定できます。

【オピオイド拮抗薬ナロキサンの特徴】

ナロキサン

- 半減期は短く 60分程度
オピオイドの半減期より短いため、単回投与で効果が得られても呼吸抑制の再発が見られることがあることに注意
- 投与方法
ナロキサン2A（0.4mg）を生理的食塩水で希釈して10mlとし、0.5mlずつ2分間隔で投与する。
ナロキサン10A（2mg）を5%ブドウ糖液500mlに溶解し、患者の状態に応じて、注入速度を調整しながら注入する

ii) オピオイドの退薬症状

オピオイドの退薬症状とは

- 連用中の急激な減量によって引き起こされる症状
- 早ければ投与中止後の5～6時間後から始まり、最初の3日間が最も強く、身体症状は約1週間で軽快するが、睡眠障害、抑鬱、無気力、違和感、不安易刺激性などの精神症状は数ヶ月にわたって残存することがある。
- 退薬症状の種類やその強さには個体差があり、必ずしも使用期間や使用量と関連しないとされる。
- モルヒネの増量によって症状が改善すれば退薬症状と診断され、長期反復投与時の1/4量が投与されていれば、退薬症状の出現を防止できるとされている。

・オピオイドを急に中止すると退薬症状がでることがあります。

【退薬症状一覧】

オピオイドの退薬症状

- 軽 度：あくび、流涙、鼻漏、発汗
 中等度：振戦、鳥肌、食欲不振、散瞳
 強 度：落ち着きのなさ、不眠、過高温、
 呼吸数増加、血圧上昇
 重 篤：嘔吐、下痢、体重減少

【退薬症状への対応方法】

退薬症状への対応方法

- 減量前のモルヒネ1日量の1/4~1/5量を注射薬換算し30分から1時間で点滴静注あるいは皮下注すれば、すみやかに症状が消失する。
- モルヒネを減量する場合は、2~3日かけて2~3割という原則を必ず守るようにする。
- モルヒネの注射を減量する過程で、退薬症状が疑われたら、1日投与量の1/12か1/24のモルヒネ量を早送りすると、退薬症状は消失する。同様に疼痛が出現した場合は、1時間あるいは2時間の投与量に相当するモルヒネ量を早送りして、減量前のモルヒネ投与量に戻す。

iii) オピオイドに対する誤解を解く

オピオイドに対する誤解を解く

- 「麻薬を使うと中毒になるんじゃないですか？」
 - 非医療者は中毒=依存症(薬物常用者)と捉えていることが多い
- 「麻薬を使うと気がおかしくなるのでは？」
- 「麻薬を使うと寿命が短くなるのでは？」
- 「麻薬を使うということは末期なんですか？」

よくある誤解です。

麻薬を使うと中毒になりますか？

- 非医療者は中毒＝依存症（薬物常用者）と捉えていることが多い
- 医師の指導の下で適切に使用した場合には、中毒になる頻度は0.2%以下である

Schug SA, et al. J Pain Symptom Manage. 1992

【麻薬を使うと中毒になりますか？】

中毒(麻薬中毒)の診断基準はまだ統一されていないが、以下のよ
うな特徴をもつ心理的、行動的な症候群と定義する。

1. 薬物に対する極度の欲求と、それを持続的に使用できることに関する抗し難い心配
2. 強迫的な薬物使用の証拠がある。たとえば以下が挙げられる
 - a. 目的なく薬物を増量する
 - b. 明らかな副作用にもかかわらず使用量を減らさない
 - c. 標的とした症状の治療以外の目的で薬物を使用する
 - d. 症状がないときに薬物を不適切に使用する

かつ/ または

3. 以下の一連の関連する行動が一つ以上みられる
 - a. 薬物を手に入れるために、処方する医師や医療システムを巧みに操作する(たとえば、処方箋を改ざんする)
 - b. 他の医療機関もしくは非医療機関から薬物を手に入れる
 - c. 薬物を蓄えている
 - d. 他の薬物の不適切な使用(たとえば、アルコールや鎮静薬/催眠薬を乱用する)

Portenoy RK. Chronic opioid therapy in nonmalignant pain. J Pain Symptom Manage 1990;5(1 Suppl):S46-62

◎いわゆる、「よくマスコミで話題になる覚せい剤中毒」みたいなもの、と言えはわかり易いかも・・・。

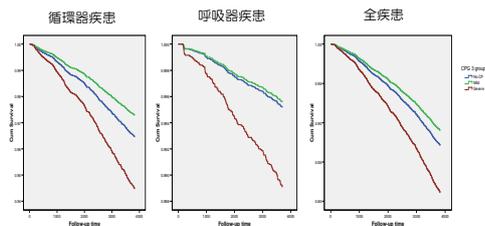
【麻薬を使うと寿命が短くなる？】

麻薬を使うと寿命が短くなる？

- 麻薬を使うと死ぬのが早くなりますか？
- 麻薬の使用量と予後には相関がない
Bercovitch M, et al. Cancer. 1999
Portenoy RK, et al. J Pain Symptom Manage. 2006
Morita T, et al. J Pain Symptom Manage. 2001
- 麻薬を使うということは、もうすぐ死ぬということですか？
- 痛みはがんの経過のいずれの時期にも生じる。
がんの早期でも痛みの強さに応じて適応を判断する

痛みと死亡率

- 10年間の疫学調査：6940人のうち1557人が死亡
- 死亡率と慢性疼痛の有無との関係を比較調査



Torrance N et al. Eur J Pain. 2010 Apr;14(4):380-6.
Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study.

【痛みと死亡率との関係】

・痛みがあると死亡率が高いことを示す観察研究です。

効果的な薬物療法の要点 ⑤

適切な鎮痛補助薬を使用する

ASCO Curriculum 2003

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点

⑤ 適切な鎮痛補助薬を使用する

・神経障害性疼痛の可能性が高い場合には、鎮痛補助薬の併用を考えながら、オピオイドを使う必要があります。

がん性疼痛の発生機序と関連した治療方針

種類	オピオイドの関与	定型的な治療法
機序受容性疼痛		
内臓痛	+	オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬
体性痛 (骨転移)	+	オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬 (オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬±ステロイド、放射線治療)
筋筋膜痛	-	筋弛緩薬・筋のトリガーポイントへの局所麻酔
神経障害性疼痛		
神経圧迫	±	オピオイド鎮痛薬±コルチコステロイド
神経浸瘍	±	オピオイド鎮痛薬±鎮痛補助薬

Twycross: Symptom Management in Advanced Cancer
武田文和：がんの痛みの鎮痛薬治療マニュアル より引用（一部改編）

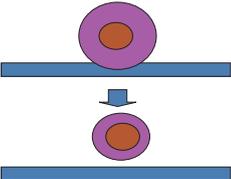
鎮痛補助薬

コルチコステロイド
 抗うつ薬：アモキシサン・トリプタノール
 抗けいれん薬：クロナゼパム・カルバマゼピン・ガバペン・プレガバリン
 抗不整脈薬：メキシレチン・リドカイン
 NMDA受容体拮抗薬：ケタミン・イフェンプロジル・アマンタジン

・鎮痛補助薬としては、コルチコステロイド、抗うつ薬（アモキシサン・トリプタノール）、抗けいれん薬（クロナゼパム・カルバマゼピン・ガバペン・プレガバリン）、抗不整脈薬（メキシレチン・リドカイン）、NMDA受容体拮抗薬（ケタミン・イフェンプロジル・アマンタジン）などがありますが、このうち、コルチコステロイドおよびプレガバリンがよく使われます。

コルチコステロイドの作用機序

抗炎症作用により炎症性浮腫による圧迫を軽減



【ステロイドの作用機序】

【プレガバリンの特徴】

プレガバリン(リリカ)



- 1cap 25mg, 75mg, 150mg
- 通常、1回75mgを1日2回服用し、その後1週間以上かけて1日用量として300mgまで漸増
- 1日最高用量は600mgを超えないこと
- 主な副作用：浮動性めまい、傾眠、浮腫など

【抗けいれん薬の特徴】

抗けいれん薬

- 電線がショートするように生じている神経のショートを発生しにくくすることで鎮痛効果を発揮している
- 効果が不十分な場合には薬剤を変更する
- 体動によって生じるような電撃痛には無効な場合が多い
- 安静時に発作的に繰り返されるような痛みに対してはきわめて有効
- 投与開始後1～2日で効果発現が認められることが多い

【抗けいれん薬の種類】

抗けいれん薬

- カルバマゼピン (商品名 テグレートール)
- クロナゼパム
(商品名 ランドセン・リボトリール)
- フェントイン
(商品名 アレピアチン・ジフェニルヒダントイン)
- パブロン酸ナトリウム (商品名 テパケン)
- ガバペンチン (商品名 ガバペン)
- プレガバリン (商品名 リリカ)

【抗うつ薬の特徴】

抗うつ薬

- アンテナ線に入り込んだノイズや雑音をフィルターで取り除くのに似ている。
- 鎮痛作用はうつ病の治療量よりも少量で認められ、効果の発現も早い
- 抗うつ作用と鎮痛作用は必ずしも関連しない

【抗うつ薬の種類】

抗うつ薬

- アミトリプチリン
(商品名 トリプタノール・ラントロン)
- クロミプラミン
(商品名 アナフラニール)
- イミプラミン
(商品名 トフラニール・クリテミン)

【抗不整脈薬の特徴】

抗不整脈薬

- 電撃性の刺すような痛みと持続的な痛みの両方に有効
- リドカインは脊髄の単シナプスと多シナプス反射を低下させる。
- 異所性の電気活動を抑制することで鎮痛効果が出るといわれている。
- 経口薬の第1選択薬はメキシレチン(商品名 メキシチール)、第2選択薬が酢酸フレカイニド(商品名 タンコポール)
- リドカインは、経口抗不整脈薬の使用が困難または無効である場合に使用。

【ケタミンの特徴】

ケタミン

- 解離性麻酔製剤
- もっとも強力なNMDA受容体チャネル遮断薬
- 標準薬剤や他の治療法が奏功しない場合に専門医が使用する
- 製剤：静脈用50mg/5ml 200mg/20ml
- 投与経路：経口、舌下、筋注、静注、皮下注
- 効果発現時間：筋注5分、舌下15～30分 経口30分
- 効果持続時間：筋注30分～2時間、経口4～6時間以上
- 神経精神病毒性、尿路毒性、胆肝毒性あり
- 副作用：頻脈、頭蓋内圧亢進
- 長期投与は勧められない

【ケタミンの適応】

ケタミンの適応

- 神経原性疼痛
 - 脊髄・神経根・腕神経叢・骨盤神経叢・坐骨神経・その他の末梢神経へのがんの圧迫、浸潤
- 強い骨転移痛
- 体動時痛
- 神経麻痺領域のしびれ感
- オピオイドによる対処困難な副作用がある時

効果的な薬物療法の要点 ⑥

構造の異なるオピオイド鎮痛薬の
特徴を熟知した上での適正使用

ASCO Curriculum 2003

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点

⑥ 構造の異なるオピオイド鎮痛薬の特徴を熟知した上での適正使用

オピオイド選択にあたり検討する事項

項目	条件	選択すべきオピオイド
投与経路	経口摂取不可能	持続静注、持続皮下注、貼付薬、座薬
合併症	腎機能障害あり	モルヒネ・コデインは避ける
併存する合併症	強い便秘	フェンタニル
	呼吸困難	モルヒネ
痛みの強さ	痛みが不安定	フェンタニル貼付薬は避ける
	強度の痛み	強オピオイドを使用する

【オピオイド選択にあたり検討する事項】

・どのようなオピオイド鎮痛薬を使うのか、使っている鎮痛薬の効果、副作用、患者の状況(薬が服用できるかいなか等)などによって変わります。このため、現在日本国内で利用できるオピオイド鎮痛薬の特徴を理解したうえで使い分けることができなければなりません。この際、必要な知識は、各鎮痛薬の特徴、および切り替える場合(オピオイドスイッチ)の力価の違いです。

オピオイドスイッチとは

非がん性疼痛,あるいはがん性疼痛に強力なオピオイドを使用した際,副作用が制御不能,増量によっても鎮痛が不十分,あるいはその両方の状況が存在する場合,またはその他の理由により,他の強力なオピオイド使用に切り替えること

【オピオイドスイッチ】

・以前はオピオイドローテーションという言葉が使われていました。

オピオイド等価表

*1 あくまでも参考値であることを念頭に置く

ナルバイン 2.4mg/d			
ナルサス 12mg/d		モルヒネ坐剤 40mg/d	
オキシコドン 40mg/d	=	経口モルヒネ 60mg/d	=
			フェンタニル貼付剤 25µg/h フェントステープ2mg ワンテロロパチ 1.7mg デュロテップMT/パッチ4.2mg
オキファスト注 30mg/d		モルヒネ注 30mg/d	フェンタニル注 0.6mg/d

*2 メサドンは等価表がない

【オピオイド等価表】

・オピオイドを変更する場合(剤形の変更も含めて)、オピオイド等価表を参考にして切り替えます。

・オピオイド等価表はあくまでも参考値ですので、痛みが強くなっている場合などでは、その状況を加味したうえで、できるだけ変えた後に痛みが増強しないように切り替えたいものです。

・なお、メサドンには等価表がありません。

骨転移に対する薬物療法

(2) 薬物療法

II) 効果的な薬物療法の要点(追加)

⑦ 骨転移に対する薬物療法

・骨転移による痛みは比較的多く、その対応法も薬物療法のほか、放射線治療、整形外科的治療があります

骨転移による痛みの治療

■ 薬物療法

鎮痛薬・鎮痛補助薬

骨修飾薬

■ 放射線治療

■ 整形外科的治療

【骨転移による痛みの治療】

・薬物療法として、鎮痛薬・鎮痛補助薬と骨修飾薬があります。

オピオイドが効きにくい痛みとその対応

1. 骨転移：NSAIDs、骨修飾薬、外照射
内照射（Sr89）鎮痛補助薬（ α 2D を含む）
2. 頭痛（頭蓋内圧上昇）：ステロイド
3. 体動時痛：神経ブロック
4. 神経障害性疼痛：鎮痛補助薬
5. 筋痙攣痛：筋弛緩薬・鍼・灸

【オピオイドが効きにくい痛みとその対応】

・骨転移に伴う痛みはオピオイドではとりにくいと言われています
 ・骨転移の痛みでは神経障害性疼痛が混在（約17%）しているとされています。

骨転移による痛みの特徴

- ・痛みの35%が骨転移による痛みであった
(2266例の検討：Grond et al Pain 1996;64:107)
- ・骨転移の30-50%は痛みがない
- ・約17%に神経障害性疼痛を伴う
(Kerbe M.et al J Clin Oncol 2010;28:4892-97)
- ・安静時の持続痛だけでなく突発痛を伴うことが多い

i) 鎮痛薬、鎮痛補助薬

・オピオイド単独で痛みがとりにくい理由には、神経障害性痛みが混在している、骨折等があることが関係しています。

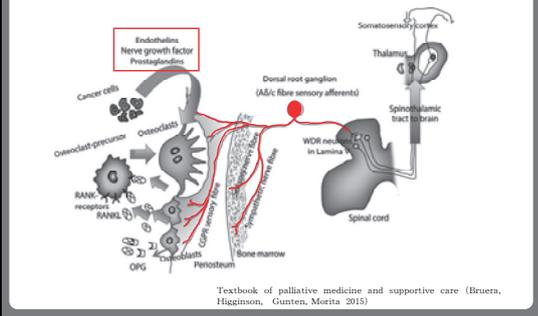
・したがって、鎮痛補助薬を併用も効果的な場合があります。

骨転移痛のメカニズム

- ①骨膜や骨髄に分布する侵害受容器を介する痛み
- ②腫瘍の増殖により骨膜が圧迫・刺激されることによる痛み(知覚過敏)
→神経障害性疼痛
- ③骨転移部の骨膜の炎症(腫瘍から産生されるIL-1, IL-6, TNF-α等)による痛み
- ④炎症を伴う腫瘍浸潤により骨および近傍の関節と軟組織に発痛物質が遊離され、侵害受容器が刺激されることによる痛み
- ⑤脊椎骨に骨転移が生じた場合にみられる神経根の圧迫・浸潤による痛み
→神経障害性疼痛
- ⑥がん増殖・浸潤により骨がもろくなり生じる骨折(病的骨折)等による痛み

【骨転移痛のメカニズム】

骨転移における神経障害性疼痛の発生機序



【骨転移における神経障害性疼痛の発生機序】

骨転移痛に対するステロイド療法

- 疼痛治療に有用である
 - 特に予後が短い(週単位)場合には有用性が高い
 - 放射線治療に伴う一過性の痛みの憎悪 (pain flare)の予防に効果あり
- *骨芽細胞・骨細胞に直接作用してアポトーシスを促し、骨形成と骨強化を抑制する/骨吸収を促し、カルシウムの尿中排泄を促進する効果あり。この効果は投与量に比例し、最初の3~6か月で急に骨量が少なくなるため、長期投与は避ける

・鎮痛補助薬としてのステロイドの使用も有用ですが、長期投与は避けることが肝要です。

Textbook of palliative medicine and supportive care (Bruera, Higginson, Guzman, Morita 2015)

骨修飾薬 (Bone modifying agent)

■破骨細胞の分化・活性化を抑えるとともにアポトーシスを誘導することで骨吸収を抑制し、がん細胞と骨の宿主細胞との相互作用による悪循環を遮断することを目的に開発された薬剤

- ビスフォスフォネート製剤
RANKL に対する抗体製剤

ii)骨修飾薬

・骨修飾薬とは、破骨細胞の分化・活性化を抑えるとともにアポトーシスを誘導することで骨吸収を抑制し、がん細胞と骨の宿主細胞との相互作用による悪循環を遮断することを目的に開発された薬剤です。

・薬剤として、ビスフォスフォネート製剤とRANKL に対する抗体製剤があります

骨修飾薬 (ビスフォネート製剤)

- ビスフォスフォネート製剤
生理的石灰化阻害物質であるピロリン酸のP-O-P構造を安定なP-C-P構造に変えたもので、骨のカルシウムイオンに富んだハイドロキシアパタイトに親和性を示す。そのため、静脈内に投与されたビスフォスフォネート製剤のおよそ半分は選択的に骨に集積し、残りは代謝を受けずに速やかに腎臓から排泄される。破骨細胞に取り込まれたビスフォスフォネート製剤はマロン酸代謝経路におけるフルネシルピロリン酸合成酵素を阻害することにより、その下流に位置するRas, Rho, Rabなどの細胞運動にかかわる低分子G蛋白質の機能を阻害することで破骨細胞の骨吸収を抑制するとともに破骨細胞のアポトーシスを誘導する。
- 現在、日本では乳がん骨転移に対してパドロン酸(商品アレティア)が、各種固形がん骨転移と多発性骨腫瘍に対してゾレドロン酸(商品名ゾメタ)が保険承認されている。
- パドロン酸:1週間以上間をあける 点滴静注(4時間以上) 価格5674円
- ゾレドロン酸:1か月毎 静注(約15分間 ゆっくり静注) 価格37946円

骨修飾薬 (デノスマブ)

- 抗RANKL抗体であるデノスマブは、破骨細胞の分化・成熟に必要なRANKLを阻害する抗体薬
- ・皮下投与されたデノスマブの生体利用率は60~80%
- ・血中最高濃度は投与後1~4週間後に認められる
- ・血中半減期は1~1.5カ月
- デノスマブ(商品名:ランマーク) 1か月毎皮下注

骨関連事象に対する治療法

参考

- 薬物(鎮痛薬・鎮痛補助薬)治療: **痛み治療**
- 放射線治療: **痛み治療**
 - 外照射 **痛み治療** 骨折予防治療
 - 内照射 **痛み治療**
- 整形外科的手術: 骨折治療、骨折予防治療
- 経皮的椎体形成術(セメント充填術): **痛み治療**
- 骨修飾薬
 - ビスフォスフォネート: **痛み治療** SRE予防
高カルシウム血症治療
 - デノスマブ: **痛み治療** SRE予防

【骨関連事象に対する治療法】

放射線治療

- ・外照射
- ・内照射

(3)放射線治療

痛みに対する放射線治療は限局性腫瘍性病変および骨転移への外照射と骨転移に対する内照射があります。

【骨転移に対する外照射の特徴】

放射線治療（外照射）

■有効率
 ・59～73%で緩和され 23～34%で消失
 ・神経障害性疼痛も53～61%で緩和され、26～27%で消失

■鎮痛効果 骨転移診療ガイドライン 日本臨床腫瘍学会 2015年4月
 ・照射開始後2週間程度から出現し、4～8週で最大
 ・照射開始後50%は2週間以内に効果あり、4週間で75%に効果あり。
 ・最終的な除痛効果は照射方法（単回 or 分割）が違っていても約58%程度

■適応 Textbook of palliative medicine and supportive care (Bruera, Higginson, Gunten, Morita 2015)
 ・4週を超える予後が期待できない症例は治療適応外

Textbook of palliative medicine and supportive care (Bruera, Higginson, Gunten, Morita 2015)

【外照射の方法と治療効果】

外照射の方法と治療効果

■分割照射 (30Gy/10回 20Gy/5回)
 ・痛み改善率:59-73%
 ・痛み消失率:24-32% (129-131)
 ・効果の平均持続期間:30週
 ・痛み再燃までの期間:平均2.4か月

■単回照射 (8Gy/1回など)
 ・痛み改善率:60-73%
 ・痛み消失率:23-34%
 ・効果の平均持続時間:29週
 ・痛みの再燃までの期間:平均3.7か月

★痛みの再燃までの期間は有意差はないものの単回照射が短い傾向あり
 ★1年以上生存した症例における痛みの改善率/効果の平均持続時間
 分割照射 85%/30週間
 単回照射 87%/29週間 (RCTによる比較研究)

骨転移診療ガイドライン 日本臨床腫瘍学会 2015年4月

【骨転移に対する外照射(再照射)の効果】

放射線治療（外照射） 2

■再照射
 ・痛みが再燃した時の再照射の効果 58%に改善あり
 ・外照射で痛みが改善されない症例の33～66%に効果あり
 ・痛みが憎悪した症例の57～70%に効果あり
 ・再照射の除痛効果は初回照射の除痛効果からは予想できない
 ・再照射の除痛効果は 単回照射で66～70% 分割照射で33～57%で有意差なし

骨転移診療ガイドライン 日本臨床腫瘍学会 2015年4月

【骨転移に対する内照射】

放射線治療（内照射：Sr-89）

■適応
 多発骨転移で通常の方法では除痛できない患者

■有効性
 ・前立腺がんにおいて有効性が高い
 ・約2/3の患者で痛みの緩和が期待でき、完全除痛率は20～30%

■BMA（骨修飾薬）との併用
 ・前立腺がんではゾレドロン酸との併用は単独より痛みの緩和に有用との報告あり
 ・デノスマブとの併用効果に関するRCTがまだない

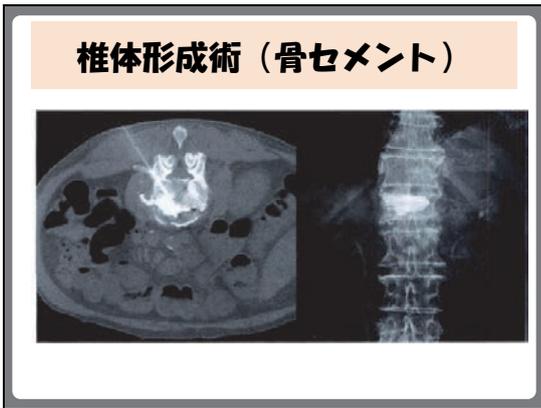
(4) 整形外科的治療

経皮的椎体形成術（セメント充填術）

■手技
X線透視下/CT透視下において局所麻酔で11-14Gの穿刺針にて骨セメント製剤 (polymethyl metacrylate) を充填する

■適応
・整形外科的な手術による治療の適応なく、椎体など加重がかかる骨への転移が原因で生じる体動時痛や椎体不安定による神経障害を主訴としている症例
・放射線治療不能例でも施行は可能

■効果
・痛み緩和に有効
- 治療効果: 著効61%、有効12%
Kobayashi T et al. Ann Oncol 2009;20:1943
- 治療効果: 有効率 70-80%
Annunzielli GC et al. Eur J Radiol 2012;81:4083
Chew C et al. Clin Radiol 2011;66:653
・放射線治療の併用効果が高い
Jang JS, Lee SH. J Neurosurg Spine 2005;12:243
・治療奏功例では治療後1-3日で著明な痛み緩和あり
・治療部の痛みの再発率も低い



(5) 神経ブロック



【神経ブロックの適応】

神経ブロックの適応

- ・薬物療法や他の手段で十分な鎮痛効果が得られない場合
 - 鎮痛のために多量のオピオイドが必要な場合
 - 体動時の疼痛管理困難な場合
- ・薬物療法による副作用が強い場合

【神経ブロックの利点】

神経ブロックの利点

- 全身状態、意識レベル、精神活動への影響はほとんどない
- 高い鎮痛効果
- 週・月単位の長く続く鎮痛効果
- 鎮痛薬の減量が可能

【神経ブロックの種類】

神経ブロックの種類

- 三叉神経ブロック
- 硬膜外ブロック・くも膜下ブロック
- 硬膜外・くも膜下モルヒネ投与
- 腹腔神経叢ブロック 内臓神経ブロック
- 上下腹神経叢ブロック
- くも膜下フェノールブロック
- 肋間神経ブロック
- 神経根ブロック
- 脊髄後枝内側枝ブロック（高周波熱凝固法を利用）

適切な痛み治療の要点 3)

痛みの増強因子を改善し、
減弱因子を高めるケアを行う

適切な痛み治療の要点3)

痛みの増強因子を改善し、減弱因子を高めるケアを行う

痛みの感じ方(閾値)に影響を及ぼす因子

感じ方を強める因子	感じ方を弱める因子
不快感	症状の緩和
不眠	睡眠
疲労	休息
不安	周囲の人々の共感
恐怖	理解
怒り	人とのふれあい
悲しみ	気晴らしとなる行為
うつ状態	不安の減退
倦怠	気分の高揚
内向的心理状態	鎮痛薬
孤独感	抗不安薬
社会的地位の喪失	抗うつ薬

改善するケア (左側、青い矢印)

高めるケア (右側、赤い矢印)

【痛みの感じ方(閾値)に影響を及ぼす因子】

・痛みの感じ方は、心理的社会的スピリチュアルな要素で大きく変わってくることを念頭に多職種によるケアを行います

3-2-3 身体症状
 (全身症状：倦怠感、食欲不振、発熱、浮腫)
 に対応する

3-2-3 全身症状(全身倦怠感、食欲不振、発熱、
 浮腫に対応する

全身倦怠感

全身倦怠感

定義

A persistent, subjective feeling of tiredness, weakness or lack of energy (physical or mental) related to cancer or advanced chronic illness

心身の疲れによって、だるく感じる事 (大辞林)

身体面・情緒面・認知面の3つの側面がある
 身体面：全身がだるくある活動を始めることができない
 情緒面：すぐに疲れてしまい、活動を維持する活力がない
 認知面 (mental fatigue)：集中できない

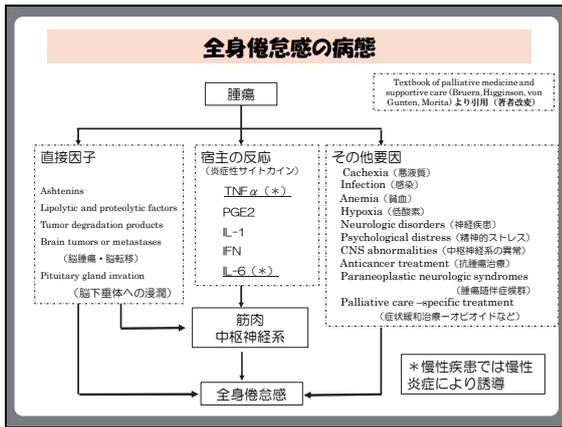
【全身倦怠感の定義】

症状の特徴 (全身倦怠感)

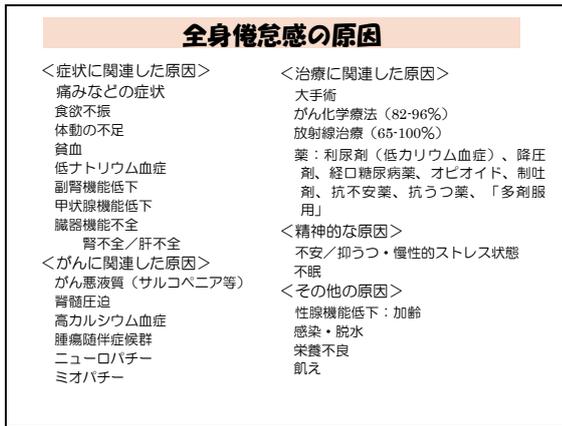
- 進行したがん疾患、慢性疾患とともに高率に出現し、病状が進行するほど、頻度が高くなり、程度も強くなる
- 症状発生メカニズムは詳しくはわかっていないが、多くの場合多様な要因が関わっている。また、一つの誘因により引き起こされる場合もある。
- 本人および家族のQOL (日常生活活動度、精神心理的状況、認知機能、生きがい等)・意思決定等に大きな影響を及ぼすものであるが多くの場合評価されていない
- 適切な評価 (原因の検索、症状の日常生活に及ぼす影響、不可逆であるかどうか) の下に、原因治療あるいは症状軽減のための治療・ケアを計画し実施する必要がある

【全身倦怠感の症状の特徴】

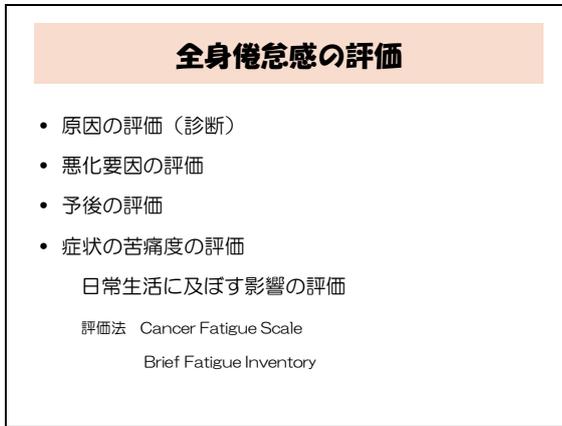
【全身倦怠感の病態】



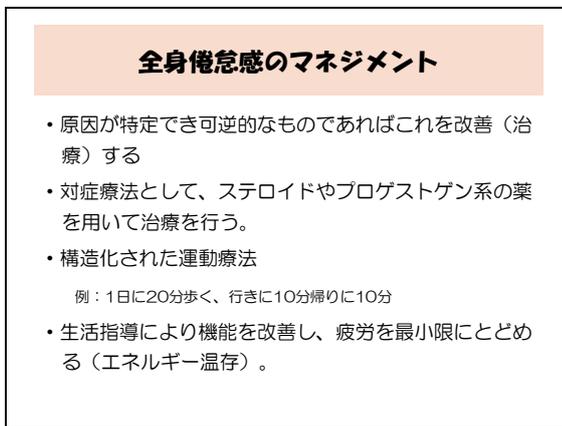
【全身倦怠感の原因】



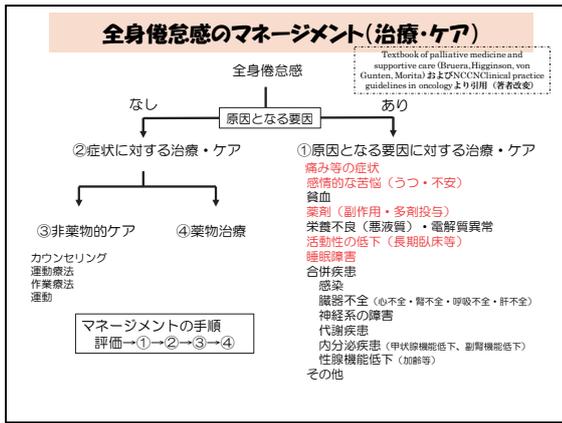
【全身倦怠感の評価】



【全身倦怠感のマネジメント】



【全身倦怠感のマネージメント(治療・ケア)】



【全身倦怠感への対応】

・この資料はがん疾患における全身倦怠感の原因として症状の存在が影響しているケースが少なくないこと、その症状緩和により33%の患者の全身倦怠感の改善が見られたことを指摘しています。

Factors associated with the severity and improvement of fatigue in patients with advanced cancer presenting to an outpatient palliative care clinic.
Sriram Yennu, Diana L Urbauer and Eduardo Bruera Yennu et al.
BMC Palliative Care 2012, 11:16

- ・進行癌外来患者(1778名)の全身倦怠感に関連する要因についての調査
 - 症状との関連性が認められた
 - 33%の患者に改善が認められた
 - 特に改善を認めたのは、泌尿器がん・婦人科がんと食欲不振であった

Variable	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Pain	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Nausea	1.08 (1.02, 1.14)	< 0.001	1.08 (1.02, 1.14)	< 0.001
Depression	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Anxiety	1.08 (1.02, 1.14)	< 0.001	1.08 (1.02, 1.14)	< 0.001
Appetite	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Insomnia	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Fatigue of walking	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Shortness of breath	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Loss of appetite	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001
Male	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001	1.09 (1.02, 1.16)	< 0.001

SAS symptoms	r	P-value
Pain	0.34	< 0.001
Nausea	0.26	< 0.001
Depression	0.28	< 0.001
Anxiety	0.27	< 0.001
Appetite	0.29	< 0.001
Insomnia	0.22	< 0.001
Well being	0.34	< 0.001
Shortness of breath	0.23	< 0.001
Sleep	0.29	< 0.001

【全身倦怠感の薬物治療】

全身倦怠感の薬物治療

- ・精神的な原因に対しては、抗不安薬や抗うつ薬を投与する。
- ・メチルフェニデート(リタリン)
 - *リタリンは現在日本において適応が限定されている
- ・ステロイド(デカドロン、ベタメタゾンなど)
 - *ステロイドは治療薬として有効ではあるが、筋萎縮を促すため、中止により症状が悪化することがある

【全身倦怠感に対する運動療法】

全身倦怠感に対する運動療法

(NCCNガイドラインにおける運動療法に関する記載)

活動の強化の重要性	治療の副作用と治療中の活動レベル低下が身体能力を低下させ日常生活活動において消費エネルギーが増大し倦怠感につながる 身体能力を維持する活動強化が必要である
運動の効果	・運動訓練→身体機能増大→活動時の労力軽減→倦怠感軽減 ・がん治療中の運動→精神的苦悩が軽減しQOLが向上
運動開始時期	治療中に開始するとより効果が高い
推奨される運動の内容	・有酸素運動(ウォーキング、自転車エルゴメーター) ・レジスタンストレーニング ・最大心拍数の60-80%で20-30分間を週3-5日 ・年齢、性別、がんのタイプ、がん治療、運動能力に基づき個別にプログラム ・低レベルの強度と持続時間から始め、ゆっくり漸増
禁忌、慎重事項	骨転移、免疫抑制(好中球減少)、血小板減少、貧血、発熱、その他治療合併症

・全身倦怠感への対応としてレジスタンストレーニングが有効であるというエビデンスがあります。

・日本ではあまり知られていない事実であり、考慮すべき点だと思います。

【全身倦怠感に対する運動療法の効果】

・運動療法のエビデンスです。

全身倦怠感に対する運動療法の効果 (CRFに関するCochrane Database での文献レビュー)				
著者 発表年	研究デザイン	対象者	運動内容	結果
Courneya KS 2007	RCT	化学療法開始時の乳癌女性242名	有酸素運動週3回 レジスタンス運動週3回	コントロール群と比較し有酸素能と体力が改善 倦怠感に関しては有意差はないが改善する傾向
Mock V 2005	RCT	術後治療開始前の乳癌術後患者119名	治療中の自宅でのウォーキング、週5-6回、最大心拍数50-70%、15分から開始し30分まで延長	有酸素能と自覚的倦怠感を有意に改善
Segal RJ 2003	RCT	ホルモン療法中の前立腺がん患者155名	個別化したレジスタンストレーニングを週3回、12週間	倦怠感、QOL、筋力を有意に改善
Coleman EA 2003	RCT	高容量化学療法と末梢血幹細胞移植を受けている多発性骨髄腫患者24名	個別化した自宅での筋力訓練と有酸素運動を行う群と個別化せず週3回以上20分ウォーキングを行う群	個別化した運動群で倦怠感、睡眠障害が改善

**全身倦怠感の生活指導
(症状が軽度の場合)**

- 1) 重要な行事や用事が行えるように体力を温存しておく
- 2) 旅行や仕事はなるべく短くする
- 3) 昼間に一定の休憩時間をもうける
- 4) 責任ある仕事は誰かに代わってもらい、援助を得るようにする。特にあまり重要と思えない雑用はそうすべきである。

【全身倦怠感の生活指導(症状が軽度の場合)】

・原因が特定できない場合、あるいは特定できた場合でも生活指導が重要です。

**全身倦怠感の生活指導
(症状が中等度の場合)**

- 1) 移動や歩行のための補助具
- 2) 身の回りのことを自分で行うための器具
(ポータブルトイレ、浴室の手すりなど)
- 3) 患者および家族に対する外部からの援助
(入浴のための訪問介護、サービスなど)
- 4) 転倒を予防するための安全対策

【全身倦怠感の生活指導(症状が中等度の場合)】

・症状の程度により指導内容が違うことを念頭においてください。

**全身倦怠感の生活指導
(症状が高度の場合)**

- ・患者の使う重要なものはベッドサイドにおく
- ・定期的に皮膚の状態をチェックする
- ・体位変換を行う。とるべき姿位を指示し、敷布や枕を用いる。
- ・手すりや身を起こすための棒やひもを設置する
- ・床上で食事ができるように必要な器具をそろえる
- ・床上便器、室内便器、しびんなどを用意し、便・尿失禁のケアを行う
- ・筋力や運動能力を維持するための運動を開始する。自力または他者による、可動域を広げるための運動を含む。
- ・口腔内の衛生に留意する
- ・リラクゼーションのためのマッサージを行う
- ・リラクゼーションのための活動が行われているかをチェックする

【全身倦怠感の生活指導(症状が高度の場合)】

食欲不振

悪液質

食欲不振(悪液質)

症状の特徴(食欲不振)

- 食欲不振(食欲低下)は、多くの進行がん患者、進行した慢性疾患によくみられる症状である。
- 食欲不振の原因や悪化要因は多様である。
- 食欲不振による食事摂取量減少は、栄養障害を引き起こし、悪液質となり、QOLの低下、障害発生率、致死率は上昇する。
- がんやほかの多くの慢性疾患の進行した状況では炎症性サイトカインの発現が増加し、その結果あるいは脳視床下部での摂食中枢へのホルモンの影響(レプチン、グレリンなど)により食欲不振が起こり、栄養摂取量が減り、エネルギー消費が増え、体重減少が起こる。

【食欲不振の症状の特徴】

- ・病状が進行するにしたがって食欲不振は高率に出現します。

症状の特徴(食欲不振)(続)

- 食事が食べられないことは、死を予感させ、多くの場合家族は不安となり、食べることを強いる(食べさせようとする)ことが多い。しかし、患者にとってこの行為が心理的負担となることも少なくない。
- 食欲不振への適切な対応は、本人の気力を改善し、家族の不安を減少させ、悪液質への進行を遅らせる。

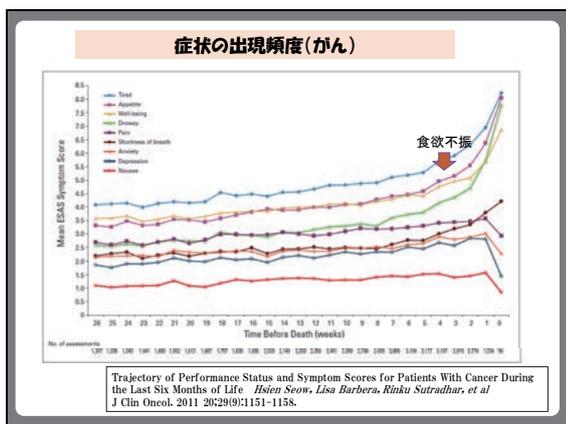
【食欲不振の症状の特徴】

【進行した病態における症状の出現頻度(食欲不振)】

進行した病態における症状の出現頻度 (%)					
症状	がん	AIDS	心疾患	慢性呼吸器性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=16379)	63-80 (N=942)	41-77 (N=882)	34-77 (N=372)	47-50 (N=379)
うつ	3-77 (N=4378)	10-82 (N=616)	9-36 (N=80)	37-71 (N=159)	5-60 (N=359)
不安	13-79 (N=5270)	8-34 (N=366)	49 (N=80)	51-75 (N=1008)	39-70 (N=72)
せん妄	6-93 (N=9154)	30-65 (N?)	18-32 (N=345)	18-33 (N=389)	-
全身倦怠感	32-90 (N=2888)	54-85 (N=1437)	69-82 (N=409)	68-80 (N=289)	73-87 (N=119)
忘切れ	10-70 (N=10029)	11-62 (N=504)	60-88 (N=948)	90-95 (N=372)	11-62 (N=534)
不眠	9-69 (N=5009)	74 (N=304)	36-48 (N=166)	55-65 (N=159)	31-71 (N=341)
嘔気	6-68 (N=9149)	43-49 (N=689)	17-48 (N=80)	-	30-43 (N=382)
便秘	23-65 (N=7022)	34-35 (N=689)	38-42 (N=80)	27-44 (N=159)	29-70 (N=483)
下痢	3-29 (N=3382)	30-90 (N=504)	12 (N=80)	-	21 (N=19)
食欲不振	30-92 (N=9113)	51 (N=304)	21-41 (N=166)	35-67 (N=159)	26-64 (N=389)

A Comparison of Symptom Prevalence in The Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Dialysis Disease
 (see Zenda Sakon, MD, Sachio Osumi, MD, and Kazuo I. Higashino, MD, PhD, JGIM 2004; 19(12):2538 - 7 Pain Symptom Manage 2010; 40:98)

【進行した病態における症状(食欲不振)の出現頻度】



【食欲不振の臨床経過】

食欲不振による食事摂取量減少は、栄養障害を引き起こし、悪液質となり、QOLの低下、障害発生率、致死率は上昇する。

・食欲不振はがん疾患の予後予測に使用される指標の一つである。

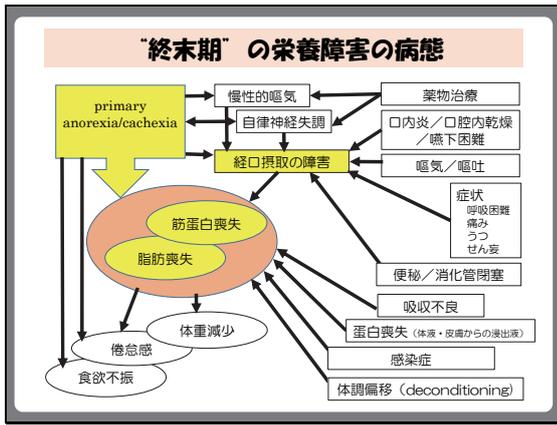
Palliative Prognostic Score		
臨床的な予後の予兆	1~2週	6.5
	3~4週	6.0
	5~6週	4.5
	7~10週	3.5
	11~12週	2.0
	>12週	0
Karnofsky Performance Scale	40-50	2.5
	30	0

食欲不振	あり	1.5
呼吸困難	あり	1.0
白血球数	>11,000	1.5
	8,501~11,000	0.5
リン/球割合	0~11.9%	2.5
	12~19.9%	1.0

得点の0-2.5, 2.6-11, 11.1-17.20の場合、20日生存確率(生存確率の90%信頼区間)は、それぞれ、>70% (07-87日)、30-70% (28-39日)、<30% (11-18日)。 (Maltborn M, et al. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 240-7)

食欲不振はがん疾患の予後予測に使用される指標の一つ

【“終末期”の栄養障害の病態】



【食欲不振悪液質症候群】

食欲不振悪液質症候群
(anorexia cachexia syndrome)

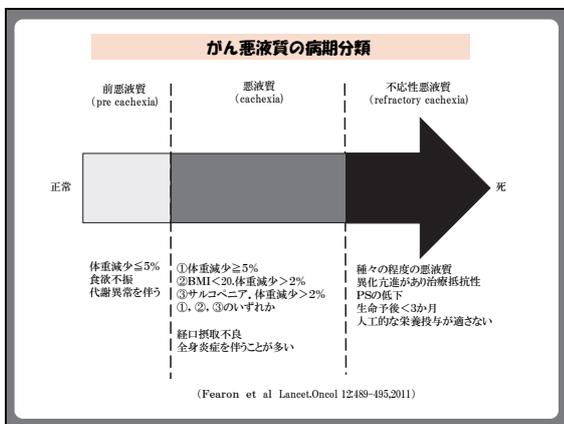
食欲の不振または消失と悪液質が共に現れた場合

【がん悪液質の定義】

がん悪液質の定義

がん悪液質とは、従来の栄養サポートで改善することは困難で、進行性の機能障害をもたらし、(脂肪組織の減少の有無にかかわらず)著しい筋組織の減少を特徴とする複合的な代謝障害症候群である。病態生理学的には、経口摂取の減少と代謝異常による負の蛋白、エネルギーバランスを特徴とする

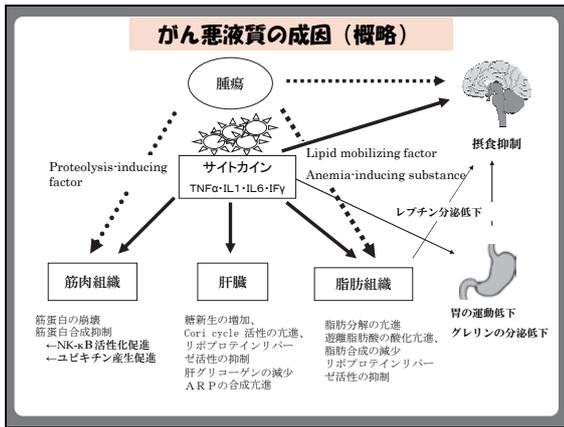
【がん悪液質の病期分類】



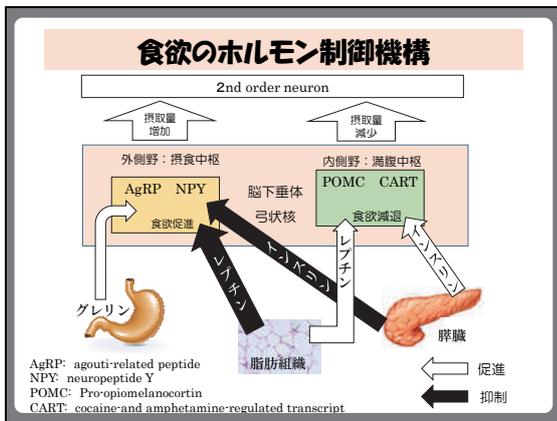
・がん悪液質は、前悪液質、悪液質、不応性悪液質に分類されます。

・悪液質に陥った場合には、改善することは困難ですが、適切な栄養補給を含めて介入を行い、病状が改善する場合には、積極的な介入の意義はある可能性があります、不応性では介入の意義はないとされています。

・前悪液質の段階で評価し適切な介入を行うことが重要です。



【がん悪液質の成因(概略)】



【食欲のホルモン制御機構】

- ### 食欲不振の評価
- 原因／憎悪因子の検索
 - 病態の評価 (悪液質かどうかの判定・予後評価など)
 - 栄養状態の評価
 - 栄養摂取量の評価
 - 本人家族の不安や心配の程度

【食欲不振の評価】

・評価として、本人家族の不安や心配の程度を聞くことは、マネジメントのために必要です。

- ### 食欲不振(原因・悪化要因)
- | | |
|--|---|
| <p>【症状に関連した因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 痛み 呼吸困難 嘔吐 疲れ 脱水 便秘 下痢 <p>【病状に関連した因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> がん・病状の進行 脳転移・髄膜転移 感染症 生化学的異常 高カルシウム血症 低ナトリウム血症 <p>【臓器機能不全に関連した因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 腎不全 肝不全 心不全 呼吸不全 副腎機能不全 <p>【口腔内の状況に関連した因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 口や咽喉のあれ 歯の不具合 | <p>【治療に関連した因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬 (薬の副作用・多剤服用) がん治療 (放射線治療・化学療法) <p>【状況に関連した因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 臭い (悪臭のある褥瘡/悪性潰瘍) 調理中の食への臭い 多すぎる食事摂取量 味のよくない食べ物 <p>【心理的因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神的ストレス 不安 抑うつ 睡眠障害 <p>【社会的因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 孤食 活動性の低下 <p>【その他の因子】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症 |
|--|---|

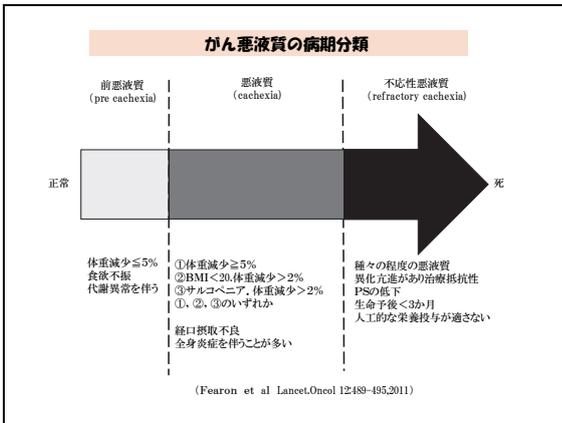
【食欲不振の原因／悪化要因】

【悪液質の憎悪因子】

悪液質の憎悪因子

<p>1. 飢餓・栄養不良</p> <p>[1]摂食障害</p> <p>口内炎・味覚障害・口内乾燥症 嚥下困難・高度便秘 消化管閉塞・自律神経失調・嘔吐 強い痛み、呼吸困難、うつ 認知障害、せん妄 社会的経済的障害者</p> <p>[2]消化管吸収障害</p> <p>吸収不良症候群・唾液分泌不全 慢性重症下痢症</p> <p>[3]蛋白喪失</p> <p>腹水・胸水の頻回の排液 ネフローゼ症候群</p>	<p>2. 筋肉量の喪失</p> <p>長期臥床・体調偏移 成長ホルモン欠乏 性機能低下 加齢 サルコペニア</p> <p>3. その他（異化亢進状態）</p> <p>慢性感染症・急性感染症 炎症性サイトカイン前駆物質を用いた治療 慢性心不全 肺障害 腎障害 コントロール不十分な糖尿病 肝硬変症 甲状腺機能亢進症</p>
---	---

【がん悪液質の病期分類】



・がん悪液質は、前悪液質、悪液質、不応性悪液質に分類されます。

・悪液質に陥った場合には、改善することは困難ですが、適切な栄養補給を含めて介入を行い、病状が改善する場合には、積極的な介入の意義はある可能性があります、不応性では介入の意義はないとされています。

・前悪液質の段階で評価し適切な介入を行うことが重要です。

簡易栄養状態評価票 (MNA) 短縮版

氏名: _____ 性別: _____ 年齢: _____ 性別: _____ kg 身長: _____ cm 測定日: _____

以下の項目に該当する項目を記入し、それぞれを点数してスコアリング結果を算出する。

スコアリング

A. 過去3ヶ月間で体重が減少し、または食欲不振、または嘔吐・下痢などで食事量が減少しましたか？

1 = 中程度の体重減少
2 = 軽度の体重減少
3 = 体重が減少しなかった

B. 過去3ヶ月間で食欲が減少しましたか？

1 = 中程度の食欲減少
2 = 軽度の食欲減少
3 = 食欲が減少しなかった

C. 過去3ヶ月間で食事の摂取量が減少しましたか？

1 = 中程度の食事摂取量の減少
2 = 軽度の食事摂取量の減少
3 = 食事摂取量が減少しなかった

D. 過去3ヶ月間で身体的ストレスや身体的疲労を経験しましたか？

1 = はい
2 = いいえ

E. 移動・歩行の困難が有るか？

1 = 歩行困難が中程度
2 = 歩行困難が軽度
3 = 歩行困難がなかった

F. 移動・歩行の困難が有るか？

1 = 歩行困難が中程度
2 = 歩行困難が軽度
3 = 歩行困難がなかった

F1 移動・歩行の困難が有るか？

1 = 歩行困難が中程度
2 = 歩行困難が軽度
3 = 歩行困難がなかった

合計スコア (0-24点) _____

スコアリング結果 (0-24点) _____

0-2 ポイント: _____

【簡易栄養状態評価票(MNA)短縮版】

・栄養状態の評価にはいろいろな評価法がありますが、血液検査を行わないで評価する方法は在宅でも使えます。世界的にはMNA評価法が使われています。

食欲不振のマネジメント

- ・原因あるいは憎悪因子に対して補正できることを補正する（食事指導・環境整備・薬物療法）
- ・家族への説明
- ・食事指導／栄養指導
- ・強制栄養補給法の検討

【食欲不振のマネジメント】

食欲不振への対応

・食欲不振への適切な対応は、本人の気力を改善し、家族の不安を減少させ、悪液質への進行を遅らせる。

マネジメントに際しての重要事項

- ①最終目標をしっかりと見据えること
- ②原因および憎悪因子の補正
- ③症状に適切に対応する
- ④本人家族への病態、病状に対する説明と本人家族の不安や疑問、希望や意向の確認
- ⑤強制栄養補給の適否について多様な視点で考慮する
利益不利益について「医療の視点」ではなく、「生活の視点」で患者や家族と一緒に考えること
- ⑥多職種協働によるケアが重要

【マネジメントに際しての重要事項】

マネジメントに際しての留意事項

- ① 最終目標をしっかりと見据えること

【マネジメントに際しての留意事項】

- ① 最終目標をしっかりと見据えること

栄養補給の最終目標

- ・ 栄養状態の改善
- ・ 延命

「緩和ケアにおける栄養」の最終目標

- ・ 生活の質（QOL）の改善
安楽に暮らすこと
日常性をできるだけ維持すること
食事を楽しむこと

【緩和ケアにおける栄養の最終目標】

・ 栄養補給の最終目標は通常、栄養状態の改善および延命ですが、緩和ケアにおける最終目標は異なっています。

マネジメントに際しての留意事項

- ②原因および憎悪因子の補正
- ③症状に適切に対応する

【マネジメントに際しての留意事項】

- ②原因および憎悪因子の補正
- ③症状に適切に対応する

食欲不振の原因とその対応（1）

*：食事指導

- 食欲をなくす食べもの ← 患者による食べ物の選択（*）
- 多量に盛り付けた食事 ← 少量に減らす（*）
- 味覚の変化 ← 味覚の変化に対応した食事（*）
- 早期の膨満感 ← 少量で頻回の食事（*）
- 倦怠感 ← 少量で頻回の食事（*）
- 口内不快感 ← 口腔ケア
- 消化不良 ← 制酸剤、抗酸腸薬、蠕動促進剤
- 嘔気・嘔吐 ← 制吐剤
- 便秘 ← 緩下剤
- 痛み ← 鎮痛剤

食欲不振の原因とその対応（2）

- 悪臭のある潰瘍 ← 悪臭対策
- 生化学的異常
 - 高カルシウム血症 ← 高カルシウム血症の治療
 - 低ナトリウム血症
- 尿毒症 ← 制吐薬
- 治療に起因したもの
 - 薬 ← 処方内容の修正
 - 放射線治療 ← 制吐薬
 - 抗がん剤治療 ← 制吐薬
- がんの進行 ← 食欲促進薬
- 不安 ← 抗不安薬
- 抑うつ ← 抗うつ薬

マネジメントに際しての留意事項

- ④本人家族への病態、病状に対する説明と本人家族の不安や疑問、希望や意向の確認

【マネジメントに際しての留意事項】

- ④本人家族への病態、病状に対する説明と本人家族の不安や疑問、希望や意向の確認

輸液/栄養に対する患者・家族の考え

- 輸液をしないと必要な栄養が得られない
- 輸液をしないと死期が早まる
- 水分補給をしないと患者が非常に苦しくなる
- 輸液のせいでさらに苦痛が増える

Parkash R, et al. J Palliat Care 1997
Morita T, et al. Am J Hosp Palliat Care 1999

【輸液/栄養に対する患者・家族の考え】

・輸液に対する患者・家族の考えとして、いくつかの報告があります
 ・輸液が有効である(輸液をして欲しいという意見)と考えている患者家族の思いがある一方で、輸液はしない方がよいという人、自然にしたい、人工的なことはしたくないという人もいます。まだまだ多くの日本人(医師を含めて)は前者ですが、日本以外では後者が多いようです。

本人、家族への説明の要点

- 患者や家族に対する正確な情報の提供、
 - 何故食べられないのか、改善策はあるのか、改善の見込みはあるのか、など
- 栄養補給の最終目標の共通理解
- 患者や家族の希望/要望の聴取と現実的対応の調整
- 家族の不安(食べないと死んでしまう)の解消

【本人、家族への説明の要点】

・このため、患者家族にはその思いを聴取するとともに、十分な適切な説明が必要です。

患者と家族の気持ちのすれ違い

家族: 食べなければ死んでしまう! 😞

→ 強制的に食べさせようとする(食べさせることが愛情表現)



葛藤!

患者: 食べることを強要されることが精神的負担となる 😞

【患者と家族の気持ちのすれ違い】

・医療者と患者・家族の認識の違いがある一方で、患者と家族の気持ちのすれちがいもあります。

患者と家族の気持ちのすれ違い

家族: 食べなければ死んでしまう! 😞

→ 強制的に食べさせようとするのが患者の負担になっていることを伝える

栄養素やカロリー等を気にせず、食べたいものを楽しく食べるよう促す。



・この気持ちのすれ違いを橋渡しすることも医療者の役割です。

マネジメントに際しての留意事項

⑤強制栄養補給の適否について多様な視点で考慮する

利益不利益について「医療の視点」ではなく、「生活の視点」で患者や家族と一緒に考えること

【マネジメントに際しての留意事項】

⑤強制栄養補給の適否について多様な視点で考慮する

マネジメントに際しての留意事項

⑥多職種協働によるケアが重要

【マネジメントに際しての留意事項】

「食支援」における多職種協働

医師による病状説明・（在宅）栄養指導指示
看護師による看護指導・口腔ケア指導・嚥下指導
管理栄養士による栄養指導・食事指導
薬剤師による薬剤指導（薬剤による副作用チェック）
歯科医による歯の治療等 咀嚼・嚥下機能の評価
歯科衛生士による口腔ケア・嚥下リハ
摂食言語聴覚士による嚥下リハ
理学療法士・作業療法士によるリハビリ
ケアマネジャーによる栄養評価
ホームヘルパーによる栄養評価

【「食支援」における多職種協働】

浮腫(むくみ)

浮腫(むくみ)

浮腫の症状の特徴

- 進行したがんや慢性疾患で頻度が高い
- 浮腫の原因・要因は多様で複合的である
- 輸液を行っている場合には過剰輸液を疑う必要がある
- 活動性の低下によりリンパ液の還流障害によって下肢浮腫が起こる（リンパ静脈性浮腫）
- 進行した病状で「むくみ」が出ると「死期が近い」として不安が増す（浮腫は予後予測因子の一つ）
- 浮腫は日常生活活動度を低下させ、心理社会的にQOLを低下させる。
- リンパ浮腫に対しては、複合的理学療法が効果的である

【浮腫の症状の特徴】

浮腫の評価

- 原因の検索（診断）
 - 入院している場合には特に輸液が過剰ではないか検討する
- 悪化要因の検索
- 予後予測
- 浮腫による日常生活活動度に与える影響、患者あるいは家族の心理社会的影響の評価

浮腫の評価

がん疾患の予後予測に使用される指標

Palliative Prognostic Index

Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
経口摂取*	≧60	0
	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
浮腫	正常	0
安静時の呼吸困難	あり	1.0
	あり	3.5
せん妄	あり**	4.0

* : 消化管腫瘍のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする。
 ** : 高熱が単独の原因となっているもの、意識障害に伴わないものは除外する。
 得点が6より大きい場合、3段階以内。浮腫は予後予測因子の一つ
 中位71%、陽性反応率90%。 (Morita T, et al. Support Care Cancer 1999; 7: 128-33)

・浮腫は予後予測因子の一つです

浮腫の原因・悪化要因

- | | |
|-------------|----------------|
| 【全身性浮腫】 | 【局所性浮腫】 |
| 栄養障害（低蛋白） | リンパの遮断／破綻 |
| 過剰輸液 | 手術・放射線治療 |
| 肝不全・腎不全・心不全 | 感染 |
| 貧血 | リンパ節や皮膚リンパへの転移 |
| 薬剤 | 静脈閉塞 |
| 悪性腹水 | 深部静脈血栓症 |
| | 上大静脈閉塞 |
| | 下大静脈閉塞 |
| | 腫瘍による外からの圧迫 |
| | リンパ静脈性浮腫 |
| | 活動性の低下 |
| | 神経障害による局所的な脱力 |

【浮腫の評価】

・進行がんにおける浮腫の要因を示しますが、リンパ浮腫においては、局所要因として、リンパ流路の遮断や破綻の他に、活動性の低下なども要因の一つとして考えられます。

進行した病状における浮腫の病態

1. 活動性の低下
2. 低アルブミン血症
3. 薬物や臓器不全による塩分や水分の貯留
4. 腹腔内圧の上昇（がん疾患）
5. 末梢静脈疾患

【進行した病状における浮腫の病態】

浮腫のマネジメント

- 原因となる病態の治療
 - 心不全の治療 腎不全の治療
 - 薬物や輸液について再検討する
 - 輸液の減量あるいは中止
 - 腹水の治療
- 薬剤（利尿剤）の投与
- 生活指導
 - 運動（歩くこと）を勧める
 - 下肢を心臓の位置より高くする
 - スキンケアを指導する
- リンパ浮腫では複合的理学療法

【浮腫のマネジメント】

リンパ浮腫

リンパ浮腫

進行がんにおけるリンパ浮腫の特徴

- 発生要因が多く、病状の進行に伴い悪化要因も増えてくる
- 治療の後遺症としてのリンパ浮腫に加え、特に進行したがんでは高率にリンパ浮腫が発生する。
- リンパ浮腫による苦悩だけでなく進行したがんによる症状を含めた苦悩が加味される
- 全身性浮腫を合併し、皮膚が脆弱となっていることも少なくない
- 病状が急激に悪化するとともに、日常生活活動度も低下する
- 多くの場合、評価もされず放置されている
- 利用者の死によってケアが終わるが、そのケアの評価は残された家族によって行われる

【進行がんにおけるリンパ浮腫の特徴】

がん疾患におけるリンパ浮腫の出現頻度

がんの種類	浮腫の部位	頻度
乳がん	上肢	1-54%
悪性リンパ腫(下肢)	下肢	6-80%
泌尿器科がん	下肢/会陰部	10-100%
婦人科がん	下肢	1-48%

Williams, A.F., Franks, P.J., and Moffatt, C.J. (2005). Lymphoedema: Estimating the size of the problem. *Palliative Medicine*, 19, 300-13.

- ・ 進行がんにおける(特に終末期)頻度に関する正確なデータはない
- ・ 入院して亡くなる人はほぼ100%?に見られる!
- ・ 非がん疾患における頻度に関する正確なデータもない

南西ロンドン地区 1. 33人/1000人
5. 4人/1000人(65歳以上) 10. 3人/1000人(85歳以上) 特に女性に多い

がん疾患によるリンパ浮腫の出現頻度は報告によって様々ですが、乳がん、下肢の悪性リンパ腫、泌尿器がん、婦人科がんが多いと報告されています。私の経験では、がんが進行するとかなり頻度が高いと思いますが、おそらく医療従事者は気がついていないと思います。また、本人も痛みなどの苦痛で手いっぱい、下肢のむくみがあっても訴える余裕がない、あるいは、訴えてもどうしようもないと思っているのかもしれない。

リンパ浮腫による苦悩(進行がん)

がんの進行に伴う苦悩 + リンパ浮腫に伴う苦悩

- 身体的苦悩：重苦感・皮膚の進展による痛み・合併症(炎症など)による痛みや発熱など
- 心理社会的苦悩：日常生活活動の制限・容姿の変容・「浮腫むと死が近い」との不安
- スピリチュアルな苦悩：見捨てられ感(誰も何もしてくれない)など

【リンパ浮腫による苦悩(進行がん)】

このリンパ浮腫による苦悩は、多くの場合がんの進行に伴う様々な苦悩との二重苦であり、痛みは熱感などの身体的苦悩、日常生活活動の制限、容姿の変容、あるいは死を予感させるなどの心理社会的苦悩に加え、浮腫に対して誰も何もしてくれないという「見捨てられ感」があるものと思われます。

リンパ浮腫の評価

- 1) リンパ浮腫かどうか (診察、超音波検査等)
- 2) 症状を引き起こしている病態(原因・悪化要因)は何か
- 3) 別の症状がないか
- 4) 病状の進行度および予後
- 5) 症状の患者の生活に与えている影響
 - ADLに与える影響
 - QOLに与える影響
- 6) 介護者の有無

【リンパ浮腫の評価】

症状の評価で特に見落としがちなのは、痛みなど別の症状の有無や症状に本人が生活上困っていることなどの評価です。

がんにおけるリンパ浮腫の原因

手術
放射線治療
リンパ節転移：腋窩・頸部・腹腔内大動脈周囲・峯径部
腹圧上昇に伴うリンパ流の障害
反復する感染症

【がんにおけるリンパ浮腫の原因】

【リンパ浮腫のマネジメント】

リンパ浮腫のマネジメント

- 原因あるいは増悪因子に対して補正できることを補正する
- 患者および家族への説明
- 薬物療法
- 非薬物療法（複合的理学療法等）
- 傾聴

【リンパ浮腫のマネジメント(説明)】

リンパ浮腫のマネジメント（説明）

医療者側からの説明

わかりやすい言葉で症状が起こるメカニズムを説明する
今後の病状経過についての説明
(完全によくならないことについても説明)

患者家族からの説明

患者家族のニーズは何か
どのような生活を希望するのか
どのような支援を期待するのか
療養の場をどうするのか

・治療を行う前に、病状の説明をごまかさないで行うこと、今後の治療については、本人や家族の都合、希望、特に療養の場をどうするのかなどをよく聞き、合意を得ながらすすめることが大事です。

緩和ケア領域におけるリンパ浮腫への対応

【マネジメント】の原則

- 改善可能な悪化要因があればそれをできるだけ改善する
- 安楽であることを最善とする
- 病態にあわせて治療法を選択する
- 必要に応じて家族への指導を行う
- 傾聴（患者や家族）
- 精神心理面にも配慮する

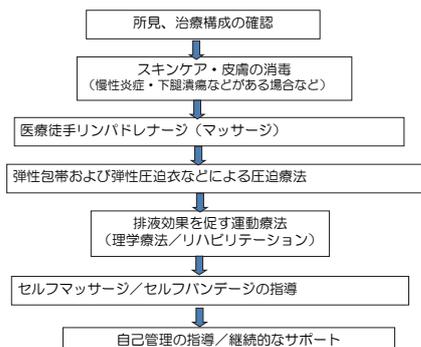
患者の希望を優先する、精神心理面に配慮する

「すべてのことをやった」「もうこれ以上やることはない」と決して言うてはならない

【緩和ケア領域におけるリンパ浮腫への対応】

・マネジメントについては、特に安楽であることを最善とし、精神心理面にも十分配慮することが大事です。そして、決して「もうこれ以上やることはない」とは言いがちですが、言わないことです。

複合的理学療法の内容とプロセス



【複合的理学療法の内容とプロセス】

緩和ケアにおけるリンパ浮腫治療の意義

- リンパ浮腫の軽減
ADLの改善
QOLの改善（家族も含め）
- 支援者（医療従事者・介護従事者）との関係性の構築と保持
- 家族との絆の保持

そのような視点にたつて、リンパ浮腫治療を行うと、これまでの経験では、それまで硬かった皮膚が軟らかくなり、硬い表情も明るくなり、笑顔が見られます。歩くのが辛かった人が辛くなく歩けるようになり、また、亡くなる前にリンパ浮腫が急によくなった人もいます。さらに、肌の触れ合いが関係性を深め、家族が行うことでその絆も高まるものと期待されます。そして、なにより、「見捨てられていない」ことを実感し、「見捨てていない」ことを具現化しています。

発熱

発熱

症状の特徴（発熱）

- 緩和ケア対象者では高率に発熱が認められる。
- 進行がん患者に出現する発熱の原因は、主に感染症による炎症、あるいは炎症性サイトカイン（IL1、IL6、IFN α 、TNFなど）による炎症反応（腫瘍熱）である。
- 特にがんが多く存在する場合（腫瘍が大きい場合）、発熱の原因として“腫瘍熱”の可能性が高い。
- 腫瘍熱に対してはナプロキセン・ステロイドが有効であり、感染症が否定されれば、早めに使用すべきである

【症状の特徴(発熱)】

・発熱は進行したがんだけでなく、進行した慢性疾患でも不明熱としてよく見られる症状です。

臨終期における高齢者の症状

Table III. Common symptoms in the dying elderly.

Symptom	Number of patients (%)
Difficulty with breathing	111 (59%)
Fever	88 (47%)
Pain	58 (31%)
Respiratory secretions	28 (15%)
Vomiting	20 (11%)
Confusion	17 (9%)
Agitation	11 (6%)
Socially withdrawn	14 (9%)
Depression	13 (7%)

S T A Seah, J A Low, Y H Chan Symptoms and care of dying elderly patients in an acute hospital Singapore Med J 2005; 46(5):210-214

【臨終期における高齢者の症状】

・高齢者の症状としても発熱は頻度が高いことを示しているデータです。

発熱の評価

- 発熱の原因の評価
 - 感染症か腫瘍熱かの診断
 - 病歴の聴取、診察
 - 検査（肺炎、尿路感染症の診断）
 - 感染症による他の症状の有無
 - 腫瘍熱の診断は除外診断
- 予後の評価
- 抗菌剤治療による利益と損失の評価

【発熱の評価】

・発熱があると感染症と決めつけて、感染源をあれこれ詮索したり、抗生剤をすぐ投与したりすることも少なくありませんが、感染ではない可能性も念頭に置く必要があります。

発熱の原因(進行がん)

- 感染症
- 腫瘍
- 薬物
- 中枢神経への転移
- 輸血

【発熱の原因(進行がん)】

腫瘍随伴症候群

- 腫瘍随伴症候群とは、腫瘍またはその転移巣から離れた部位で生じるいくつかの症状。
- 全身性、皮膚、内分泌性、消化管、血液、神経性、腎性、リウマチ性などの多彩な症状を呈す
- これらの症状は腫瘍から分泌される物質によって二次的に発生するか、または腫瘍に向かう抗体が他の組織と交差反応した結果起こりうる。症状は、いずれの臓器または生理系においても生じうる。
- 最高20%の癌患者が腫瘍随伴症候群を経験するものの、しばしばこれらの症候群は認識されない。
- 腫瘍随伴症候群に関連する最も一般的な癌は肺由来のものである；その他は腎癌、肝細胞癌、白血病、リンパ腫、乳房および卵巣の腫瘍、神経の癌、胃および膵臓の腫瘍などである。

【腫瘍随伴症候群】

全身の腫瘍随伴症候群

- 発熱、寝汗、食欲不振、悪液質など。
- これらは免疫反応に関与するリンホカインの放出から、または腫瘍壊死因子 α など腫瘍細胞死に関与するメディエーター（炎症性サイトカイン）から起こりうる。

【全身の腫瘍随伴症候群】

【Naproxen テスト】

Naproxen テスト

- 感染症による熱と腫瘍熱の鑑別のテスト
- 対象①38.3℃以上の熱が少なくとも2週間以上続
く②腫瘍熱あるいは膠原病の可能性が高い
- 方法①ナプロキセン（500mg）を12時間毎4回経
口投与（投与前48時間には抗生剤は投与せず）
- 判定：2日以内に下熱

注：ナプロキセン：商品名 ナイキサン 日本では1錠100mg
日本での通常量は1日300mg～600mg

【全身の腫瘍随伴症候群の薬物療法】

全身の腫瘍随伴症候群の薬物療法

アセトアミノフェン

NSAIDs（非ステロイド系抗炎症鎮痛剤）

ナプロキセン（ナイキサン）

ステロイド

経口投与可能	リンデロン錠	1～8mg
経口投与不能	リンデロン座薬	
	デカメタゾン注	4～8mg

感染症と発熱

感染症と発熱

【感染症による発熱（緩和ケア領域）】

感染症による発熱（緩和ケア領域）

- 緩和ケアの対象者は易感染状態にあり感染症に罹る可能性は高い
- 発熱が感染症に起因しているか判断が難しい
がんの場合には腫瘍熱である可能性も高い
- 感染症であっても治療により症状改善するかどうか判断が難しい
- 緩和ケア対象者の感染症に対して、抗生剤治療は70～90%に行われている
- その効果はまちまちである
- 治療効果は尿路感染症では高いが、他の臓器では半以下である。

【緩和ケア対象者の易感染性の要因】

緩和ケア対象者の易感染性の要因

- 基礎疾患
- 栄養状態不良
- 治療（抗がん剤治療、放射線治療）による免疫能の低下
- コルチステロイドの使用
- 皮膚・粘膜バリアーの破綻（褥瘡・口内炎など）
- 各種カテーテルの留置
- その他

緩和ケアに於ける感染症への対応の課題

- 進行したがん患者の感染症に対する抗生剤治療の症状緩和に関する効果を評価したデータは少ない
- 尿路感染症により痛みがある場合、皮下膿瘍等で痛みがある場合には、痛み治療とともに抗生剤治療が症状緩和に有効
- 自宅や施設で緩和ケアサービスが提供されている場合には、抗生剤治療を始める前に十分な検討が必要
 - 臨床的な適応
 - 治療による生活の制限やQOLの低下
- 緩和ケア対象者に対する抗生剤治療の意思決定は複雑である

感染症による発熱への対応の課題（緩和ケア）

- 緩和ケア病棟やホスピスでケアを受けている意識のある患者での症候性感染症の罹患率は40%であり、抗菌薬への反応性は感染部位により様々である
- 意識のある症候性感染症に対する抗菌薬の使用は生存期間の延長に寄与しない（かえって死に至る過程における苦痛をもつ期間を長くする）場合もある
- 感染症に対する抗菌薬治療は予後との兼ね合いで、利益（感染症の治癒？苦痛の緩和？）と負担（治療による副作用、治療を行うことで起こる苦痛など）を考慮して行う。

感染症による発熱への対応の課題(緩和ケア)

感染症による発熱への対応の課題（緩和ケア）

- 抗菌薬は症状(発熱や倦怠感)を和らげ、症状を制御するものの1つとみなされているが、たとえそうであっても、抗菌薬が過剰に処方され死に至る過程をいたすうちに苦痛の多い期間として長引かせてしまう可能性がある
- 進行性のがん患者が感染症を起こした場合、抗菌薬を投与してから1週間以内に25%が死に至り、さらに1週間の抗菌薬投与が完了しないうちに25%が死に至る

Mirhosseini M et al.(2006) The role of antibiotics in the management of infection-related symptoms in advanced cancer patients J of Palliative Care 22:69-74

「感染症による発熱への対応の要点(緩和ケア)」

感染症による発熱への対応の要点(緩和ケア)

感染症に対する抗菌薬治療は予後との兼ね合いで、利益(感染症の治癒?苦痛の緩和?)と負担(治療による副作用、治療を行うことで起こる苦痛など)を考慮して行う。

緩和ケアに於ける感染症への対応

感染症への対応の目標は症状緩和である。



「緩和ケアに於ける感染症への対応」

緩和ケア対象者の感染症治療(抗生剤投与)のガイドライン

- 感染症に対する治療を行うかどうか、その効果(症状が緩和される可能性、生存期間が延びるかどうかなど)に対する情報を提供した上で、本人、家族の希望を聞くこと
- 抗生剤治療の目的は症状緩和
- 尿路感染症は抗生剤治療により症状が緩和する可能性が高い
- 呼吸器感染症・口腔内感染症・皮膚感染症などは症状が緩和する可能性は高くない
- 敗血症、菌血症では症状は緩和されない
- ただし、敗血症、臓器感染症では抗生剤治療の効果があれば生存期間は延びる可能性はある

Textbook of palliative medicine and supportive care (Bruss, Higginson, Geneva, Motre 2013)

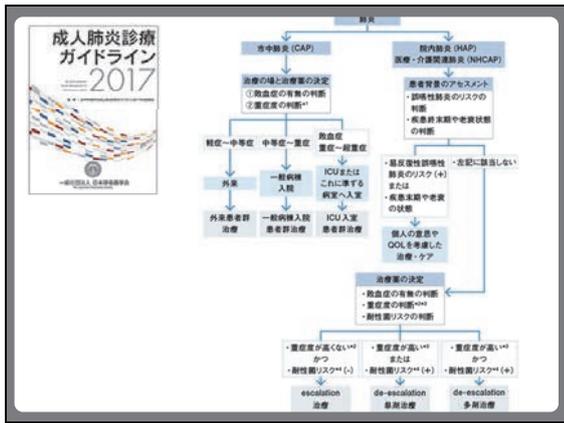
緩和ケアに於ける感染症への具体的対応

- 死期が近い場合にはNSAIDs単独で症状を抑える
- 単純な尿路感染症の場合: 3日間の経口抗生剤(ST合剤、ニューキノロン)の投与
- 腎盂腎炎と伴う場合: 7日間の経口抗生剤の投与
- 呼吸器感染症: 経口マクロライド、ピプラマイシン、ニューキノロン、
- 口腔内感染症: 抗真菌剤(フルコナゾール ナイスタチン)
- 皮膚、皮下感染症: セフェム系(セファレキシン)、マクロライド
- 菌血症: セフトキシム(クラフォラン)、セフトリアキソン(ロセフィン)

Textbook of palliative medicine and supportive care (Bruss, Higginson, Geneva, Motre 2013)

【成人肺炎診療ガイドライン 2017】

・これは2017年に作られたガイドラインですが、この中で医療・介護
関連肺炎の項目に「個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア」とい
う選択肢が入りました。



3-2-4 身体症状（呼吸器症状）に対応する

3-2-4 身体症状(呼吸器症状)に対応する

呼吸器症状
息苦しさ（呼吸困難）

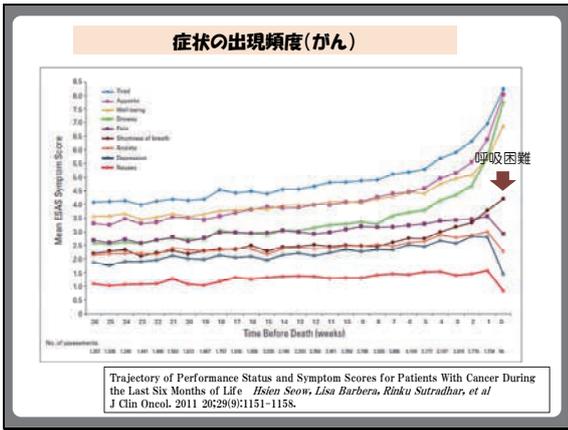
息苦しさ(呼吸困難)

症状の特徴(呼吸困難)

- 進行がん、特に肺病変をもつ患者に起こることが多い
- がん以外ではCOPD、心疾患に高率に出現する
- 息苦しさは全身状態を示すPSに次いで重要な独立した予後予測因子である
- 息苦しさは不安、恐れ、死の恐怖などを感じさせる症状である
- 息苦しさに対しては、モルヒネ等の薬物的療法と同時に非薬物的介入（説明、環境整備等）も重要である

【症状の特徴(呼吸困難)】

【症状の出現頻度(がん)】



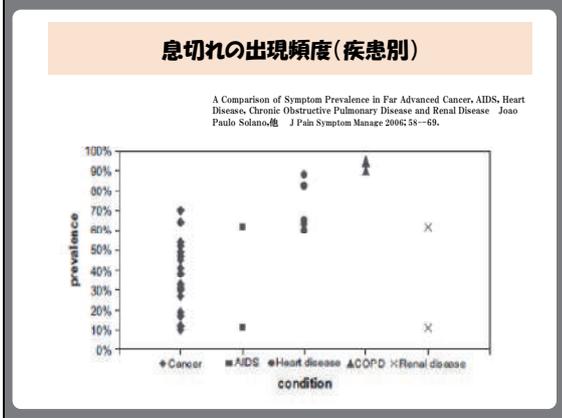
【進行した病態における症状の出現頻度】

進行した病態における症状の出現頻度 (%)

症状	がん	AIDS	心疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=10378)	63-80 (N=812)	41-77 (N=882)	34-77 (N=372)	47-50 (N=371)
うつ	3-77 (N=4378)	10-82 (N=616)	9-36 (N=80)	37-71 (N=150)	5-60 (N=856)
不安	13-79 (N=5274)	8-34 (N=146)	49 (N=80)	51-75 (N=1008)	39-70 (N=72)
せん妄	6-93 (N=8154)	30-65 (N=7)	18-32 (N=145)	18-33 (N=388)	-
全身倦怠感	32-90 (N=2888)	54-85 (N=1435)	69-82 (N=409)	68-80 (N=285)	73-87 (N=116)
息切れ	10-70 (N=10028)	11-62 (N=304)	60-88 (N=918)	90-95 (N=372)	11-62 (N=334)
不眠	9-69 (N=5068)	74 (N=504)	36-48 (N=146)	55-65 (N=150)	31-71 (N=351)
嘔気	6-68 (N=8140)	43-49 (N=689)	17-48 (N=80)	-	30-43 (N=302)
便秘	23-65 (N=7022)	34-35 (N=689)	38-42 (N=80)	27-44 (N=150)	29-70 (N=483)
下痢	3-29 (N=3382)	30-90 (N=504)	12 (N=80)	-	21 (N=19)
食欲不振	30-92 (N=8113)	51 (N=504)	21-41 (N=146)	35-67 (N=150)	26-64 (N=389)

A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *Jose Paulo Solano, MD, Richard Garcia, MD, and Don J. Fitzgerald, MD, MS. J Palliat Care 2006; 20: 49-56.*

【息切れの出現頻度(疾患別)】



【予後因子としての呼吸困難】

がん疾患の予後予測に使用される指標

Palliative Prognostic Index

Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
経口摂取*	≥60	0
	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
浮腫	正常	0
	あり	1.0
安静時の呼吸困難	あり	1.0
	あり**	3.5
せん妄	あり**	4.0

* : 消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする。
 ** : 薬剤が単位の原因となっているもの、薬量調整に待たないものは除外する。
 増点がより大きい場合、3連替り 呼吸困難は予後予測因子の一つ
 中程度71%, 顕性反応濃度90%。1 Month T, et al. Support Care Cancer 1999; 7: 128-33

【呼吸困難の評価】

呼吸困難の評価

- 原因の検索（診断）
既往歴・喫煙歴・職業歴の聴取
必要に応じて検査
採血・血液ガス分析
胸部レントゲン
心エコー・胸部CT など
- 症状の程度の評価
呼吸数、酸素飽和度、聴診などの身体所見
日常生活活動度、QOLに与える影響の評価
- 呼吸困難以外の症状（咳・痰など）の有無
- 不安の要素の有無

【息苦しさの原因】

息苦しさの原因

<p>1 腫瘍の直接作用</p> <p>原発性・転移性肺がん自体による換気障害</p> <p>胸水貯留</p> <p>心嚢液貯留</p> <p>上大静脈症候群</p> <p>がん性リンパ管症</p> <p>無気肺</p> <p>横隔膜神経麻痺 肋間神経麻痺</p> <p>気管圧排、気道閉塞</p> <p>気管一食道瘻</p> <p>胸壁浸潤</p> <p>2 治療の影響</p> <p>肺摘出</p> <p>放射線治療後の間質性肺炎・肺線維症</p> <p>化学療法による肺線維症・心筋症</p>	<p>3 その他</p> <p>貧血</p> <p>悪液質</p> <p>腹水</p> <p>代謝性アシドーシス</p> <p>肋骨骨折</p> <p>発熱</p> <p>胸壁変形</p> <p>COPD</p> <p>気管支痙攣・喘息</p> <p>肺塞栓症</p> <p>肺炎</p> <p>気胸</p> <p>心不全</p> <p>肥満</p> <p>甲状腺機能亢進症</p> <p>心理的社会的要因</p> <p>不安</p> <p>筋力低下</p>
---	---

【息苦しさのマネジメント】

息苦しさのマネジメント

- 病状についての説明
（本人および介護者に対し）
- 治療可能な病態への対応
- 薬物療法
 - モルヒネの投与
 - 抗不安薬の投与
 - 気管支拡張剤の投与
 - ステロイドの投与
- 痰咳への対応
- 酸素の投与
- 輸液の制限
- 生活指導（環境整備）

【進行がん患者の息切れの病相ごとの対応法】

進行がん患者の息切れの病相ごとの対応法

・対応は病気によって若干異なります。

症状に合わせた薬による治療法
 薬以外の治療法
 補正できる点を補正する

労作時
（生命予後は数か月～数年）

安静時
（生命予後は数週～数か月）

終末期
（生命予後は数日～数週）

治療可能な原因（病状）とその治療

- 原疾患に対する化学療法・放射線療法
- 気道狭窄に対する放射線治療・ステント
- SVC症候群に対する放射線治療・ステント
- 胸水・心嚢液のドレナージ
- 肺炎に対する抗菌薬治療
- 心不全治療
- 輸血による貧血の補正 など

患者の全身状態・予後・希望を勘案しながら、
メリット・デメリットを考えて行う

【治療可能な原因(病状)とその治療】

・これらの治療は、患者の全身状態・予後・希望を勘案しながら、
メリット・デメリットを考えて行う必要があります

息切れの薬以外の治療法

- 環境の調整
室温を少し低くし、扇風機やうちわなどで冷気を顔に当てる
生活する部屋をダイニング、トイレに近い場所にする
吸い飲み、ティッシュ、リモコンなど日用品を手の届くところに置く
- 楽な姿勢の工夫
- 痰を出す工夫
水分の補給やうがい/姿勢をかえる
胸の上に置いた介護者の手を細かく振動させる（振動法）
息を吐く時に下部胸郭を両手で圧迫する（咳そう介助）
- 排便の調節
- 睡眠
- 不安の軽減
コミュニケーション
- 呼吸器リハビリテーション
口ずぼめ呼吸、腹式呼吸、呼吸時に動作を同調
理学療法用バイブレーターを用いた吸気時の胸壁呼吸筋の機械的振動

【息切れの薬以外の治療法】

呼吸困難に対する薬物療法

モルヒネの投与

抗不安薬の投与

気管支拡張剤の投与

ステロイドの投与

【呼吸困難に対する薬物療法】

呼吸困難に対するモルヒネの効果

- がん患者の呼吸困難に対する改善効果が証明されている
Bruera E. Ann Int Med 1993;119:906-7
Mazzocato C. Ann Oncol 1999;10:1511-4
- 治療用量では酸素飽和度の低下、EtCO₂の上昇、呼吸抑制は来たさない
Bruera E. J Pain Symptom Manage 1990;5:341-4
- 呼吸困難に対するモルヒネ使用による死亡率の上昇は報告されていない

【呼吸困難に対するモルヒネの効果】

・呼吸困難に対してはモルヒネが有効です。

【呼吸困難に対するモルヒネの効果・使用方法(1)】

呼吸困難に対するモルヒネの効果・使用方法(1)

- 労作時のみの息切れの場合よりも、安静時の息切れに大きな効果がある
(労作時の息切れの場合には薬以外の治療法が第一に重要)
- 少量 (2.5mg～5mg) で開始する
- 24時間以内に2回以上の投与が必要である場合には低次的に投与し、効果の程度、持続時間、副作用を評価しながら増量する
- 多くの場合比較的少ない量 (20～60mg/24時間) で効果が得られる

武田文和 監修:トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント(第2版) 医学書院より引用

【呼吸困難に対するモルヒネの効果・使用方法(2)】

呼吸困難に対するモルヒネの効果・使用方法(2)

- すでにモルヒネが痛みに対して投与されている場合には
 - ・ 高度の息切れに対しては4時間量かそれ以上の量が
 - ・ 中等度の息切れに対しては4時間量の50～100%相当量が
 - ・ 軽度の息切れに対しては4時間量の25～50%相当量が
 効果的であることが多い
- 経口投与よりは持続皮下注の方が効果があがることもある

武田文和 監修:トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント(第2版) 医学書院より引用

【死前喘鳴(デスラトル)】

死前喘鳴 (デスラトル)

- 死前喘鳴は、非常に衰弱し、死が切迫している患者にみられる。
- この時期には、喘鳴は患者にとって苦痛になっていないことが多い。しかし家族など周囲の人々にとっては苦痛となることが多い。
- 喘鳴は、①咽頭の後方部分での唾液貯留、②感染や腫瘍、身体組織内での水分の過剰などが原因で、気道内での液体貯留により生ずる。
- 「家族のケア」として対応することが重要である

【死前喘鳴の家族に対する説明】

死前喘鳴の家族に対する説明

死の直前、呼吸音が大きくなるのはなぜですか。

死を迎えようとしている人は、唾液を飲み込んで分泌物を排出することが難しくなる場合があります。せいでい言うあえぎは、分泌物や空気が緩んだ声帯を通る音なのです。この音は患者さん本人よりも、周囲の人々を苦しめることが多いです。患者さんができる限り快適でいられることは皆の願いであり、医療従事者はそのように努めます。

この音はどうすれば改善されますか。

喉の奥に分泌物が溜まっている場合、たとえば頭をベッドの上に持ち上げたり、体を横に向けたりなど、適切な姿勢を整えるようにします。また、分泌物の量を減らすための薬を用いることもあります。分泌物を吸引するのは普通、効果がなく、患者さんをかえって苦しめる場合があります。

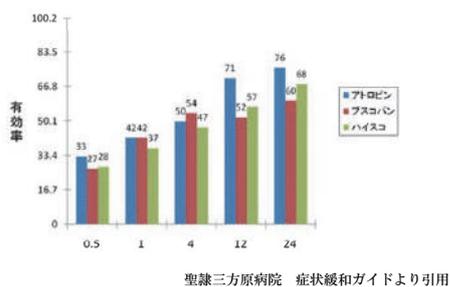
「『旅立ちのとき』寄りそうあなたへのガイドブック (ホスピス財団)」より引用

死前喘鳴への対応

- 家族への説明とケアの指導
 - 死別の準備としての説明
- 原因が明らかで対応できる場合には原因に沿った治療
 - 輸液を行っている場合には輸液を少なくする、あるいは中止する
- 薬物療法
 - 抗コリン剤の舌下投与、皮下注等

【死前喘鳴への対応】

死前喘鳴に関する抗コリン剤の有効性の比較



【死前喘鳴に関する抗コリン剤の有効性の比較】

・抗コリン薬としては、手に入りやすいブスコパンも利用できます。

胸水

胸水

症状の特徴(胸水)

- がん患者の約15%に胸水が貯留している（剖検）
- 癌腫としては肺がん、乳がんが2/3を占める
 - ・その他に頻度が高いのが消化器がん、卵巣がん、悪性リンパ腫
 - ・約5-10%は原発不明
 - ・原発としての胸膜腫も多くなっている
- 症状発現してからの予後は平均3~6か月と不良

【症状の特徴(胸水)】

【胸水の評価】

胸水の評価

- 症状の有無
- 原因の検索
- 予後評価

【胸水の原因】

胸水の原因

- 悪性腫瘍（一次的）
 - 原発性
 - 転移性
- 併存疾患
 - 心不全
 - 肝硬変症
- 悪性腫瘍（二次的）
 - リンパ管閉塞
 - 気管支閉塞による肺炎併発
 - 肺塞栓
 - 低アルブミン血症
 - 静脈閉塞（上大静脈症候群）
- ネフローゼ症候群
- 結核等の感染症

【胸水の治療】

胸水の治療

- 胸水排液
 - 間歇的排液
 - 持続的排液
- 胸膜癒着療法
 - 予後が比較的長いことが予測され、PSも良好で、反復する場合

【胸水排液に際しての留意事項】

胸水排液に際しての留意事項

- 無症状で少量の胸水は経過を観察する
- 症状の原因となっている場合は排液する
- 一度の排液量が1～1.5Lを超えないようにし、途中で咳や胸痛が出現した場合には中止する。
- 大量の胸水は、一般的には持続的排液チューブで排液する。

- ・ 胸水があるからと言って治療の対象とはなりません。
- ・ 胸水による症状がある場合、あるいは症状が出現する可能性が非常に高い場合には治療の対象になります。

胸膜癒着療法

■使用薬物

抗生物質（プレオマイシン、テトラサイクリン）
 抗がん剤
 タルク（ユニタルク）
 その他（インターフェロン・OK432）

■効果

・タルク：93% テトラサイクリン：67% ドキシサイクリン 72%
 プレオマイシン：54%

・非抗がん剤性の癒着物質 vs 抗がん剤 75% vs 44%

■副作用

痛み 発熱

【胸膜癒着療法】

・現在はタルクが主に使われています。

・その作用機序として、タルクは①胸膜を構成する中皮細胞を傷害する、②細胞の剥離、離脱を引き起こし、炎症状態にする、③胸水中にサイトカイン、特にTGF-β、TNF-α、IL-1、IL-8などが集積する。④コラーゲンの生成、線維芽細胞が活性化され、膠原線維を形成し臓側胸膜と壁側胸膜を癒着させ、さらに血管が新生され、癒着を強固なものにする、などと説明されています。

胸膜癒着療法の実際

- ・小径のチューブで胸水を排液
- ・50-100mlの生食に溶かした薬剤を胸腔内に注入し1時間クランブシ 薬剤が胸膜全体にゆきわたるよう体を回す。
- ・20cmH₂Oの圧で持続吸引
- ・150ml以下/24h でチューブを抜去
- ・疼痛予防対策を十分に行う



3-2-5 身体症状（消化器症状）に対応する

3-2-5 身体症状(消化器症状)に対応する

口腔内病変

口腔内病変

症状の特徴（口腔内病変）

【症状の特徴(口腔内病変)】

- 進行した病状では高頻度に口腔内の異常が認められる
- 特に頻度が多いのが、口内乾燥症、味覚の変化、口腔カンジダ症
- 口腔内の異常（病変）、症状はQOLを低下させる
 - 苦痛となる身体的症状
 - 会話が妨げられる（コミュニケーションが妨げられる）
 - 食事、水分摂取ができなくなる

進行がん患者の口内乾燥の原因

【進行がん患者の口内乾燥の原因】

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■がん <ul style="list-style-type: none"> 口腔粘膜のびらん 唾液腺内への広範ながん浸潤 高カルシウム血症（⇒脱水） ■がん治療 <ul style="list-style-type: none"> 局所の放射線治療（唾液腺への影響） 局所の根治手術（同上） 好中球減少症による口内炎の治療薬（抗ムスカリン薬・オピオイド・利尿剤） 無加温の酸素 | <ul style="list-style-type: none"> ■全身衰弱 <ul style="list-style-type: none"> 不安 抑うつ 口呼吸 脱水 感染 亜鉛欠乏 ■合併症 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病 <ul style="list-style-type: none"> コントロール不十分（⇒脱水） 自律神経障害 甲状腺機能低下症 自己免疫疾患 アミロイド サルコイド カフェイン アルコール 喫煙 |
|---|--|

トアイクロス先生のがん患者の症状マネジメント（第2版）武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

薬と口内乾燥症

Box 3.3 薬と口内乾燥

● 鎮痛薬(経口薬)に対して)	抗ヒスタミン薬	精神科薬
● 利尿薬 クロニジン(カタプレス®) lofevodine*	抗ヒスタミン系制吐薬 抗ムスカリン薬	disulfiram* ecstasy* fenfluramine*
● 抗がん薬 ジシドロコドイン lacosamide*	抗ムスカリン性覚醒薬(覚醒薬)	その他(抗精神薬) buspirona* cannabinoide*
● 抗うつ薬 duloxetine*	抗パーキンソン病薬	ジアルギン(シロジソノル、セルシソノル) リチウム(リーマス®) ソピクロン(アモバン®)
● MAO阻害薬 マプロチリン(シオミール®) ミルタザピン(レメロン®) reboxetine* SSRI SSRI 三環系抗うつ薬(Amitriptyline®, トラゾドン(タジレル®、レスリン®) venlafaxine*	抗精神薬	その他(全身麻痺) インターフェロンα インターフェロンβ スチルベクマート(アルサ ルミン®)
	利尿薬	
	プロトンポンプ阻害薬(PPI)	

トワイテロス先生のがん患者の症状マネジメント (第2版) 武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

- ### 口内乾燥症のマネジメント
- トワイテロス先生のがん患者の症状マネジメント (第2版) 武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用
- 治療により口腔内の異常の発生・予防法について説明する
 - 予防できる点を予防する
例：治療前の歯科治療 治療中の口腔ケア
 - 補正できる点を補正する
例：処方内容の見直し
 - 口腔ケア
 - 人工唾液
 - 唾液分泌の刺激（酸味の強い食品、チューイングガム等）
 - 唾液分泌促進薬による治療
ピロカルピン（経口薬、点眼薬の内服）：副作用に注意

【口内乾燥症のマネジメント】

- ### 進行がんにおける味覚異常
- 全身性の炎症
 - 栄養不良（亜鉛欠乏を含む）
 - 薬
 - * 薬による味覚異常の機序
 - ・唾液の流れ
 - ・唾液の化学成分
 - ・味覚受容体の機能
 - ・シグナル変換
- トワイテロス先生のがん患者の症状マネジメント (第2版) 武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

【進行がんにおける味覚異常】

・味覚異常では、薬によることも少なくありません。これは、がん以外の疾患でも同様で、特に高齢者の多剤投与では常に念頭におく必要があります。

味に影響を与える因子

因子	解説
年齢	70歳以上
視力低下	視覚的なシグナルが食欲を刺激し、おいしさを高める
臭覚	年齢とともに低下する
口腔	口内乾燥 歯列不正や口内衛生不良 冷めた食事
薬や化学物質	喫煙 アルコール依存症
内分泌	妊娠 閉経 糖尿病 甲状腺機能低下症
生化学	低ナトリウム血症
全身性疾患	感染症 悪性腫瘍などによる炎症 肝疾患 腎疾患
中枢神経疾患	認知症
精神疾患	腫瘍（特に小脳橋角部・経静脈孔部・側頭葉を巻き込む） てんかん 多発硬化症 抑うつ

トワイテロス先生のがん患者の症状マネジメント (第2版) 武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

【味に影響を与える因子】

【味覚に影響を与える薬】

味覚に影響を与える薬

<p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム)</p> <p>抗糖尿病薬</p> <p>グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>アズチジン(アズチジンナトリウム) Docetaxel (Docetaxel) (ドセタキセル) Etoposide (Etoposide) (エトポシド) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p>	<p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p>	<p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p> <p>抗がん剤</p> <p>フルオロウラシル(FU)系薬剤 シタラビジン タモキシフェン(タモキシフェンナトリウム) グリブシット インスリン(インスリン製剤) nifedipine</p>
--	---	---

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント (第2版) 武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

味覚異常のマネジメント

- 補正できる点を補正する
例：処方内容の見直し
- 食事の工夫（栄養士と相談）
- 治療前に異常が起こる可能性について説明しておく
- 食事についての助言
 - 酸味の強い食べ物を摂る
 - 新鮮な果実や硬いキャンディーのような、後味のよい食べ物を摂る
 - 好みに合わせて砂糖の量を加減する
 - 自身の肉、卵、乳製品を摂って、食べ物に含まれている尿素量を減らす
 - 尿素を含む食べ物の苦味を消す

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント (第2版) 武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

嘔気・嘔吐

嘔気・嘔吐

症状の特徴（嘔気・嘔吐）

- 嘔気の刺激は病態として5つの経路がある
- 原因としては腸閉塞と胃内容の停滞（胃がん等による上部消化管通貫障害など）が多い
- 原因治療が有効に行われなかった場合には、効果的な（病態に応じた）薬物治療を行う

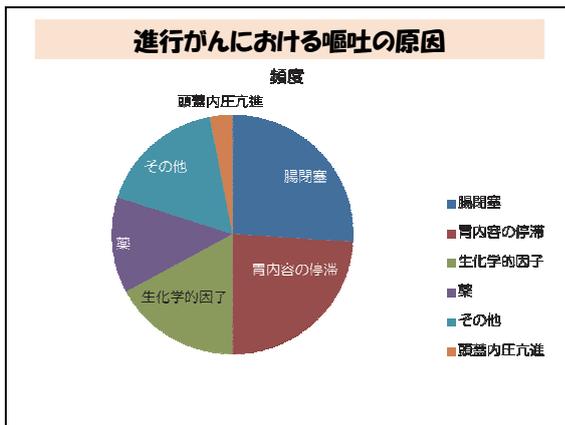
【症状の特徴(嘔気・嘔吐)】

【進行した病態における症状(嘔気嘔吐)の出現頻度】

進行した病態における症状の出現頻度 (%)					
症状	がん	AIDS	心疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=16379)	63-80 (N=942)	41-77 (N=882)	34-77 (N=372)	47-50 (N=370)
うつ	3-77 (N=4378)	10-82 (N=616)	9-36 (N=80)	37-71 (N=150)	5-60 (N=56)
不安	13-79 (N=2270)	8-34 (N=168)	49 (N=80)	51-75 (N=108)	39-70 (N=22)
せん妄	6-93 (N=9154)	30-65 (N?)	18-32 (N=345)	18-33 (N=88)	-
全身倦怠感	32-90 (N=2888)	54-85 (N=1425)	69-82 (N=409)	68-80 (N=285)	73-87 (N=116)
忘切れ	10-70 (N=1029)	11-62 (N=504)	60-88 (N=848)	90-95 (N=372)	11-62 (N=84)
不眠	9-69 (N=5036)	74 (N=504)	36-48 (N=146)	55-65 (N=150)	31-71 (N=81)
嘔気	6-68 (N=9140)	43-49 (N=689)	17-48 (N=80)	-	30-43 (N=82)
便秘	23-65 (N=702)	34-35 (N=689)	38-42 (N=80)	27-44 (N=150)	29-70 (N=68)
下痢	3-29 (N=3382)	30-90 (N=504)	12 (N=80)	-	21 (N=19)
食欲不振	30-92 (N=8113)	51 (N=504)	21-41 (N=146)	35-67 (N=150)	26-64 (N=88)

A Comparison of Symptom Prevalence in The Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Dialysis Disease
Sara Finkelstein, MD, Stephen Thomas, MD, and James A. Hays, MD, JGIM, 2004; 19: 23, 2372-2376, 2382-2386. © 2004 American Medical Association. All rights reserved.

【進行がんにおける嘔吐の原因】



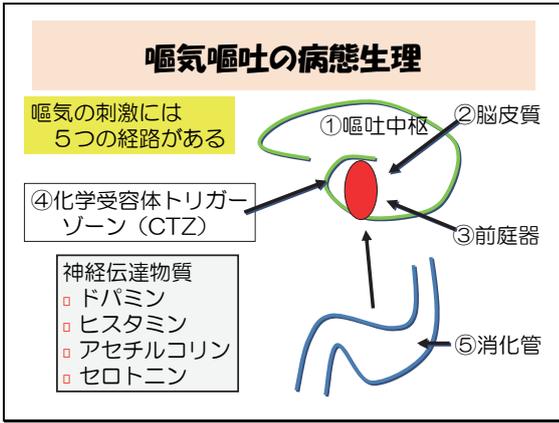
【嘔気・嘔吐の評価】

- ### 嘔気・嘔吐の評価
- 嘔気・嘔吐の原因を検索
 - 病歴聴取・身体診察
 - 薬剤を見直す
NSAIDs, オピオイド, SSRI, 抗うつ薬, シガタリス
 - 血液検査
高カルシウム血症、腎障害
 - 腹部検索：身体所見、X線、US、CT等
消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍
 - 頭部検索：CT、MRI
脳転移、がん性髄膜炎

【進行がんにおける嘔気・嘔吐の原因】

- ### 進行がんにおける嘔気・嘔吐の原因
- | | |
|----------|----------|
| <がん> | <全身衰弱> |
| 胃アトニー | 便秘 |
| 便秘 | 咳 |
| 腸閉塞 | 感染 |
| 肝腫大 | <治療> |
| 大量腹水 | 放射線治療 |
| 脳転移 | がん化学療法 |
| 頭蓋内圧亢進 | 薬剤 |
| 咳 | <合併症> |
| 痛み | 機能的消化不良 |
| 不安 | 消化性潰瘍 |
| 高カルシウム血症 | アルコール性胃炎 |
| 低ナトリウム血症 | 腎不全 |
| 腎不全 | ケトosis |

【嘔気嘔吐の病態生理】



【嘔気・嘔吐の治療(腸閉塞を除外)】

嘔気・嘔吐の治療 (腸閉塞を除外)

原因の治療

病態に合わせた制吐剤の投与

【症状・病態と制吐薬の選択】

症状・病態と制吐薬の選択

臨床症状	病態	薬剤の種類
<ul style="list-style-type: none"> ・動くが悪化する ・めまいを伴う 	前庭神経の刺激	抗ヒスタミン薬
<ul style="list-style-type: none"> ・持続的な嘔気・嘔吐 ・オピオイド血中濃度に合わせて増悪 	化学受容体 (CTZ) の刺激	ドパミン受容体拮抗薬
<ul style="list-style-type: none"> ・食後に増悪 ・便秘 	消化管蠕動の低下	消化管蠕動亢進薬
<ul style="list-style-type: none"> ・蠕動痛がある ・原因が複数、もしくは同定できない 	消化管蠕動の亢進 複数の受容体	抗コリン薬 複数の受容体拮抗薬

【嘔気・嘔吐の緩和に使用する薬(病態別)】

嘔気・嘔吐の緩和に使用する薬

標的される作用部位	分類	薬	
中枢神経系	嘔吐中枢	抗ムスカリン薬	スコポラミン(両化学薬品製剤と植物性(ハイスコ))
		抗ヒスタミン・抗ムスカリン薬	cyclone™
	5HT ₃ 受容体拮抗薬	レボメゾプラジン(ヒルナミン®)、オランザピン(ジブレキ®)	
		アプレピタント(イメンド®)	
	5HT ₁ 受容体拮抗薬	パロモリドール、メトクロプラミド、ドンペリドン(ダツゼリン®)、レモメゾロマジン、プロワホルベラジン(レバミン®)	
		グラニセトロン(カイトリル®)、オンダンセトロン(ゾフラン®)	
	NK ₁ 受容体拮抗薬	アプレピタント(イメンド®)	
		ペンジラセピン系の薬	ロクセラム(ワイバックス®)
	大麻産物	cannabinol ¹⁾	ナビウム®
		コルチコステロイド	デキサメタゾン
NK ₁ 受容体拮抗薬	アプレピタント(イメンド®)		
消化管	蠕動促進	5HT ₄ 受容体作動薬	メトクロプラミド
		D ₂ 受容体拮抗薬	メトクロプラミド、ドンペリドン
	モチリン様受容体拮抗薬	エリスロマイシン(エリスロシム®)	
	分泌抑制	抗ムスカリン薬	ブチルスコポラミン臭化塩(ブスコパン®)、glycopyrolium®
迷走神経 5HT ₃ 受容体	ソマトスタチン類似体	モクタリマチド(サンダスタチン®)、lanotide®	
	5HT ₃ 受容体拮抗薬	グラニセトロン(カイトリル®)、オンダンセトロン(ゾフラン®)	
抗高感作用	NK ₁ 受容体拮抗薬	アプレピタント(イメンド®)	
	コルチコステロイド	デキサメタゾン	

1) Δ⁹-THC(マリファナ)系もTHC系もTHC系作用。抗ムスカリン作用も持っている。1)ライオス先生ががん患者の症状マネジメント (第2版)

【制吐薬の副作用と対策】

制吐薬の副作用と対策

- 眠気（不快な場合）
 - 制吐薬の減量・変更
- 錐体外路症状
 - パーキンソン症候群やアカシジアなど
 - 特にドパミン受容体拮抗薬で注意が必要

腹部膨満感

腹部膨満感

【腹部膨満感の原因】

腹部膨満感の原因

- 1) 小腸・大腸の通過障害
 - ①がん性腹膜炎・がんによる狭窄
 - ②便秘
- 2) 小腸・大腸の腸蠕動の低下（腸麻痺）
- 3) 腹水貯留
がん性腹膜炎・肝転移などによる
肝硬変症
- 4) 肝腫大
原発性および転移性肝臓がんによる
- 5) 腹腔内腫瘍

悪性消化管閉塞（腸閉塞）

悪性消化管閉塞

【悪性消化管閉塞の評価】

悪性消化管閉塞の評価

- 原因の検索（閉塞部位の検索を含む）
- 消化管閉塞による症状の評価
- 予後の評価

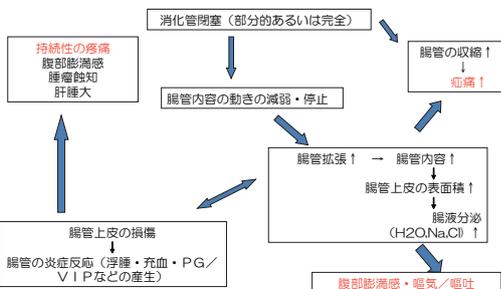
【悪性消化管閉塞の原因】

悪性消化管閉塞の原因

- がん自体による
消化器がんなど
- 周辺臓器のがんの浸潤による
婦人科がんなど
- がんの転移による
がん性腹膜炎
- 過去の手術による癒着
- 過去の放射線治療による消化管の虚血線維化
- 薬剤による
- 宿便による

【悪性消化管閉塞の症状】

悪性消化管閉塞の症状



【悪性消化管閉塞のマネジメント】

悪性消化管閉塞のマネジメント

- 手術
人工肛門造設・消化管吻合
- ドレナージ/拡張術
ステンド留置・バルーン拡張など
胃管チューブの留置
- 保存的治療
水分・食事の制限
薬物療法

【腸閉塞の外科的治療の適応】

腸閉塞の外科的治療の適応

Twycross

- (1) 単発の孤立した器質的閉塞
- (2) 患者の全身状態がよいこと。
がなが広い範囲に広がっておらず、患者が自立しており活動的であること。
- (3) 患者が手術を希望していること。

以上の3つの条件のすべてが満たされたときに適応となる

【外科的治療の禁忌】

外科的治療の禁忌

Twycross

- (1) 外科的治療が成功する可能性が低いことを示唆する過去の開腹時の所見
- (2) 広範囲に蝕知する腹腔内腫瘍によって示される腹腔内全体にひろがるがんの播種
- (3) 腹腔穿刺後に急速に再貯留する大量腹水。

【悪性消化管閉塞の薬物療法】

悪性消化管閉塞の薬物療法

- ・ 随伴症状に対する治療
疼痛治療（オピオイド／鎮痙剤・制吐剤）
- ・ ステロイドの投与
- ・ オクトレオチドの投与

【オクトレオチドの特徴】

オクトレオチドの特徴

- ・ 作用
 - 消化液分泌抑制作用
 - 消化管運動抑制作用
 - 水分および電解質の吸収促進作用
- ・ 効果
 - 半減期 100分
 - 最大効果発現 2時間
 - 持続時間 12時間
- ・ 投与量/投与方法
 - 24時間あたり250～500 μ g
 - 通常300 μ
 - 持続皮下注で用いられるが、12時間毎の皮下注でもよい。
- ・ 1A 50 μ gの製剤と100 μ gの製剤がある。

薬価（100 μ g）
サンドスタチン
2800円
オクトレオチド注
1400円

腹水貯留

腹水貯留

症状の特徴（腹水）

【症状の特徴(腹水)】

- 腹水(腹腔内の過剰な液体)が少量のときは無症状であるが、大量になると非常に不快となる
- 腹水のあるすべての患者の10%ほどの原因ががんである
原発腫瘍でもっとも多いのが卵巣がんであり、その初診時には30%、進行した場合には60%の患者に認められる。
- がん以外の原因としては肝硬変(もっとも多い)、心不全、腎疾患、肺炎など。
- 腹水を伴う場合は、予後不良で、とくにがん患者に腹水が認められてからの平均生存期間は約5か月である
生存期間がもっとも短いのが原発不明がんや消化管原発のがん
卵巣がんの生存期間はそれよりも長い
腹水を伴う肝硬変患者の平均生存期間は約2年

腹水の評価

【腹水の評価】

- ・ 腹水の原因の検索（診断）
- ・ 腹水貯留による苦痛の程度
特に日常生活活動度にかかわる影響
- ・ 予後の評価

腹水貯留の原因

【腹水貯留の原因】

- ・ がん性腹膜炎
- ・ 多発肝転移
- ・ 肝硬変症
- ・ 心不全
- ・ 腎不全
- ・ 肺炎
- ・ 栄養失調

腹水貯留による苦痛

腹部膨満感
呼吸困難
不眠
食欲低下
腸閉塞症状（嘔気嘔吐）
下肢浮腫

【腹水貯留による苦痛】

悪性腹水に対するマネジメント

- 利尿剤
- 腹腔静脈（PV）シャント
レビン（Leveen）シャント
デンバー（Denver）シャント
- 腹腔穿刺排液（Paracentesis）
穿刺排液
持続排液
腹水濃縮還元
- ラジオアイソトープの腹腔内注入
- 抗がん剤の腹腔内注入
- 免疫療法
- 温熱化学療法
- 抗がん剤治療

【悪性腹水に対するマネジメント】

腹腔静脈（PV）シャント

- 予後が期待できる症例に選択される
卵巣がんや乳がんでは予後良好
消化器がんでは予後が短く禁忌
- 心不全や腎不全の患者では禁忌

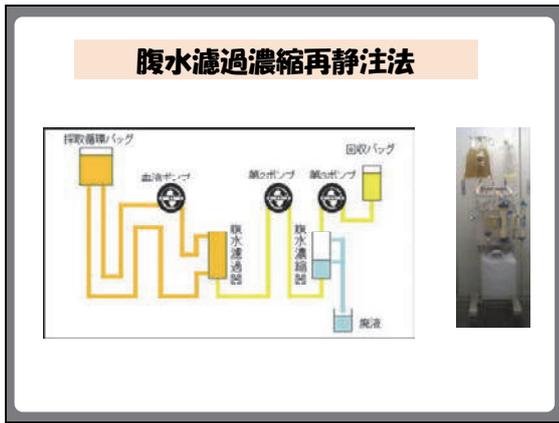
【腹腔静脈（PV）シャント】

腹腔穿刺による腹水排液

- 最も効果的
- 簡便、自宅でも施行できる
- 一度に大量の腹水を除去することはできない
通常1回2L以下
4L以上では血圧の低下を招く？
一度に20Lの排液を行なったレポートあり

【腹腔穿刺による腹水排液】

【腹水濾過濃縮再静注法】



便秘

便秘

便秘の特徴

- 進行した病状では出現頻度が高い
 通常の頻度は2-27%
 進行したがんでは64%（オピオイド未使用）、
 90%（オピオイド使用） Sykes NP Palliat Med 1998;12:375-382
- 便秘の原因は多様である
 一般的な便秘の原因は
 食物ファイバー摂取量の減少
 運動量の減少
 加齢（腸管壁内の神経細胞の減少）
- 便秘の評価として、それまでの便通の状況を聴取することが重要

【便秘の特徴】

便秘の評価

- 治療歴、服用薬剤の確認
- 以前の排便の状況の確認
 排便の量 排便時のりきみの有無 排便後の残便感の有無 等
- 現在の排便の状況の確認
 プリストルスケール等
 腹部単純Xp
 直腸指診（直腸病変の有無）
 宿便の有無 腫瘍の有無 直腸肛門括約筋の機能等
- 便秘の原因の検索
- 便秘による症状の有無

【便秘の評価】

【 Bristol スケール 】



【 便秘の原因 】

便秘の原因

- 活動性の低下に伴う蠕動停止
- 食事や飲水摂取困難
- 薬物
- 電解質異常
- 腸管の圧迫
- 腸管の神経支配の障害
- 心理社会的要素（恐怖・不安・ストレス・うつ等）

【 進行がん患者における便秘の原因 】

進行がん患者における便秘の原因

<p>■がん</p> <ul style="list-style-type: none"> 高カルシウム血症 腫瘍随伴性内臓神経障害 腸閉塞 骨髄の圧迫 <p>■薬</p> <ul style="list-style-type: none"> オピオイド NSAIDs 抗ムスカリン薬 抗ヒスタミン薬 フェノチアジン系薬剤 三環系抗うつ薬 セロトニンタイプ受容体拮抗薬 ビンクリスチン 利尿剤 脱水 低カルシウム血症 カルシウム剤 鉄剤 	<p>■全身衰弱</p> <ul style="list-style-type: none"> 体動不能 低栄養 食事摂取量減少 低残渣食 水分摂取不足 脱水 嘔吐 多尿 発熱 筋力低下 人の手を借りずにトイレにいけないため、尿意、便意への対応能力がないこと
---	--

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント（第2版）
武田文和 監訳 2010年 医学書院より引用

【 便秘に伴う症状 】

便秘に伴う症状

- 悪心／嘔気／嘔吐
- 腹部膨満感
- 鼓腸
- 宿便による痛み／消化管閉塞
- 息苦しさ（横隔膜挙上による）
- 尿路系の障害（排尿困難、尿失禁、残尿感）
- 偽性下痢（少量便を頻回に排出）

【便秘のマネジメント】

便秘のマネジメント

- 非薬物的ケア
 - 排便習慣をつける
 - 水分摂取をすすめる
 - 植物ファイバーの多いものをすすめる
 - 活動性を高める
- 薬物治療

便秘の予防

- 活動度を上げる（消化管機能の刺激）
- 食後に歩く、あるいは立ったり座ったりする（消化の促進）
- 寝たきりの患者に対する筋力維持のためのストレッチ運動
- 適切な水分補給の奨励
- 食後、食事と一緒に暖かい飲み物を勧める（腸管の刺激）
- 普通の食事とともに腸内拡張性食物や繊維質を多く含んだ食べ物をとるようにすすめる
- 排便の要求に素早く応えるように介護者を教育する
- 患者がまっすぐな姿勢を維持できるように、トイレやポータブルトイレの使用を奨励する
- トイレ使用中の患者のプライバシーを守る
- 便秘の原因となるような内服薬の中断や減量について検討する

【下剤】

下 剤

- 膨張性下剤：バルコーゼ®、コロネル®、ポリフル®
*メチルセルロース、シリアス・ハスク
- 浸透圧性下剤
塩類下剤：酸化マグネシウム
糖類下剤：ラクツロース、ソルビトール液
電解質配合剤：ポリエチレングリコール
- 刺激性下剤
大腸刺激性下剤：センナ系、大黄、ピコスルファート、
配合剤：ドクセートナトリウム（ビーマス®）、ベンコール®
小腸刺激性下剤：ヒマシ油
座薬：新レシカルボン®坐剤、テレミンソフト®坐剤
クロライドチャンネル剤：ルビプロオストン（アミティーザ®）
- 腸管蠕動促進剤
副交感神経刺激剤：ウプレチッド®、アボピス®、ベサコリン®
その他：バントシン®、ガスマチン®
オピオイド拮抗薬：ナルデメジン®

3-2-6 身体症状（皮膚症状）
に対応する

3-2-6 身体症状(皮膚症状)に対応する

皮膚症状

- 亜鉛欠乏による皮膚症状
- 褥瘡
- 悪性皮膚潰瘍
- かゆみ
- 瘻孔
- ストーマ（人工肛門）

【皮膚症状】

微量元素欠乏症（亜鉛）による皮膚症状

元素	亜鉛(Zn)
症状群	急性:相対的Pb-O ₂ 欠乏症状、嘔吐、嘔吐、腹痛、下血、高アミラーゼ血症、嗜眠状態、 怒り、脱水、下痢、寒熱、不安 慢性:生殖力低下、短命、味・嗅覚低下、貧血
欠乏症	主症状: 顔面、会陰部より始まり漸次増悪する皮疹 随伴症状:口内炎、舌炎、脱毛、爪硬化。 腺部症状(下痢・嘔吐)、発熱 お歯ぐち癒着、成長障害、免疫低下、 精神症状(うつ状態)、味覚障害、嗅覚障害、 食欲不振、視覚障害、生殖機能低下、短命、 腸性腸炎皮膚炎



亜鉛欠乏症の病態の成り
（引用：大阪大学 看護学 高木 洋治先生）

【微量元素欠乏症(亜鉛)による皮膚症状】

がん終末期における褥瘡の発生要因

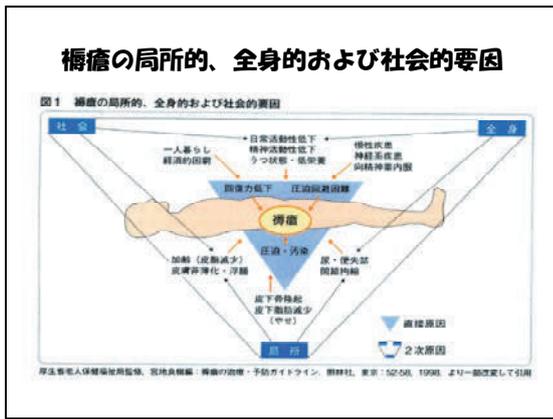
- ①がん進行に伴う症状
(痛み、全身倦怠感、発熱、呼吸困難等)
- ②がん進行に伴う日常生活活動度 (ADL) の低下
(全身倦怠感、骨折、安静臥床、腎臓麻痺等)
- ③食欲不振やがん悪液質による栄養障害
- ④局所の血流障害
(浮腫、呼吸困難、慢性的貧血等)
- ⑤皮膚の脆弱性
(発汗に伴う皮膚の浸軟、脱水による皮膚の乾燥、ステロイド使用の影響等)
- ⑥高齢

渡野吉和 「ターミナルケア—終末期にあるがん患者の栄養ケアのポイント」 『臨床栄養』(2008) 112: 752-756

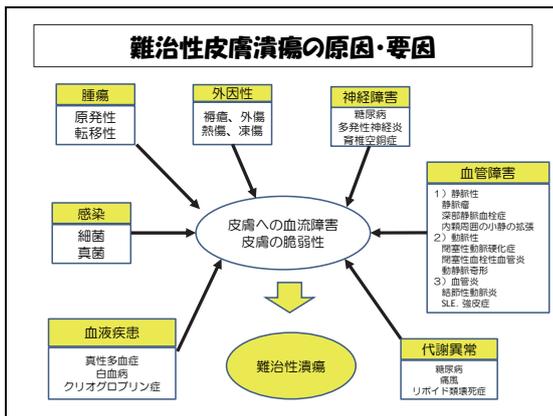
【褥瘡】

がん終末期における褥瘡の発生要因

【褥瘡の局所的、全身のおよび社会的要因】



【難治性皮膚潰瘍の原因・要因】



【(がん)終末期における褥瘡の特徴】

- ### (がん)終末期における褥瘡の特徴
- ① 治癒困難である 産野吉和 ターミナルケア-終末期にある褥瘡患者の栄養ケアのポイント 臨床栄養 (2008) 112: 2752-756
 - ② 褥瘡による苦痛がある (局所の痛み、悪臭など)
 - ③ 褥瘡に伴う処置が苦痛を伴う場合がある
 - ④ 褥瘡悪化防止のためのケアが苦痛をもたらす可能性がある
 - ⑤ 病期期間が比較的短い (特にがんの場合)

【褥瘡予防管理の原則】

- ### 褥瘡予防管理の原則
- ・ 褥瘡発生リスクのアセスメント
圧迫、ずれ力の除去：体位変換、体圧分散寝具の使用
 - ・ 皮膚の清潔
失禁の管理、発汗時のケア
通常のスキンケア
 - ・ 栄養管理
 - ・ 在宅療養者、家族、ヘルパー等への指導

フレ－デンスケール

項目	1. 全く問題なし	2. 軽度の障害あり	3. 軽度の障害あり	4. 問題なし
可動性	1. 全く問題なし 介助なしで、体幹または四肢を少しも動かさない。	2. 非常に限られる 時々体幹または四肢を少し動かす。しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な圧迫を除去するよう身体を動かしている。	3. やや限られる 少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす。	4. 自由に体幹する 介助なしで、側面にかつ適切な体位を定めるよう(90°)体幹をする。

フレ－デンスケール

項目	1. 全く問題なし	2. 軽度の障害あり	3. 軽度の障害あり	4. 問題なし
栄養状態	1. 不良 決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・エネルギーは1日2回(カップ)以下の摂取である。水分摂取が不足している。消化剤(平滑化剤、経腸栄養剤)の摂取がない。あるいは、経食であったり、ジュース等)を全量摂取する。または、未消化物を2日以上続けている。	2. やや不良 めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・エネルギーは1日3回(カップ)分の摂取である。時々消化剤(平滑化剤、経腸栄養剤)を摂取することもある。あるいは、流動食や経腸栄養を受けているが、量以下である。	3. 良好 たいいては1日3回以上食事をして、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・エネルギーは1日4回(カップ)分摂取することもあるが、勧められる通常量である。あるいは、栄養的に必要とされた経腸栄養や経腸栄養を受けている。	4. 非常に良好 毎食おおよそ1日4回(カップ)分以上摂取する。時々追加(おやつ)を食べる。経腸栄養する必要はない。

フレ－デンスケール

項目	1. 全く問題なし	2. 軽度の障害あり	3. 軽度の障害あり	4. 問題なし
摩擦とずれ	1. 問題あり 移動のためには、中等度から最大限の介助を要する。シートでこすれず体を動かすことは不可能である。しばしば床や椅子の上でずり落ち、全面介助で何れも元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、痙攣は持続的に摩擦を引き起こす。	2. 潜在的に問題あり 時々動く。または、最小限の介助が必要である。移動時皮膚は、ある程度シートや椅子、抑着、補助員等によって保護されている。椅子や床上で比較的良い体位を保つことができる。	3. 問題なし 自力で椅子や床上を動き移動中十分に体を支える能力を備えている。いつでも椅子や床上で良い体位を保つことができる。	

K式スケール

項目	YES 1点	YES 2点	YES 3点
自立体位維持不可	・自分で体位維持できない ・体位調整の意思が伝わらない ・両手機能が保たれない	・自分で体位維持できない ・体位調整の意思が伝わらない ・両手機能が保たれない	・自分で体位維持できない ・体位調整の意思が伝わらない ・両手機能が保たれない
引き金スコア	YES 1点	YES 2点	YES 3点

高齢者のリスクアセスメント・スケール

- ・全段階要因3項目
- ・引き金要因3項目

【K式スケール】

【OHスケール】

OHスケール		
危険要因		点数
自力体位変換能力	できる	0
	どちらでもない	1.5
	できない	3
病的骨突出	なし	0
	軽度・中等度	1.5
	高度	3
浮腫	なし	0
	あり	3
関節拘縮	なし	0
	あり	1

寝たきり高齢者・虚弱高齢者を対象としたリスクアセスメントスケール
・評価
1～3点 軽度レベル
4～6点 中等度レベル
7～10点 高度レベル

【褥瘡管理の原則】

- ### 褥瘡管理の原則
- ・褥瘡のアセスメント
DESIGN-R
写真を撮る
 - ・褥瘡要因となる圧迫、ずれ力の除去
体位変換、体圧分散器具の使用
 - ・褥瘡の適切な処置
褥瘡の病期に応じた適切な治療
適切なドレッシング剤の選択
適切な軟膏等の選択
必要に応じたデブリドメント
 - ・皮膚の清潔
失禁の管理、発汗時のケア
通常のスキンケア
 - ・栄養管理
 - ・在宅療養者、家族、ヘルパー等への指導

DESIGN-R 評価票

DESIGN-R 評価票

DESIGN-R 褥瘡経過評価用

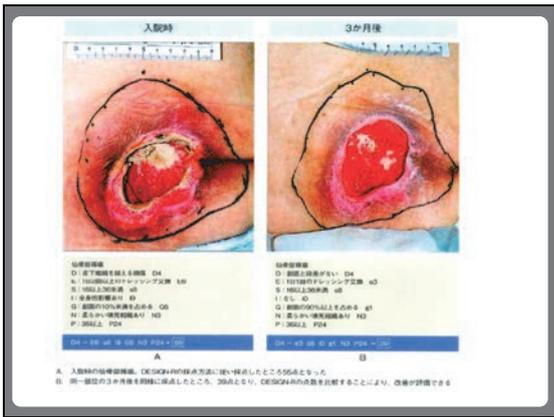
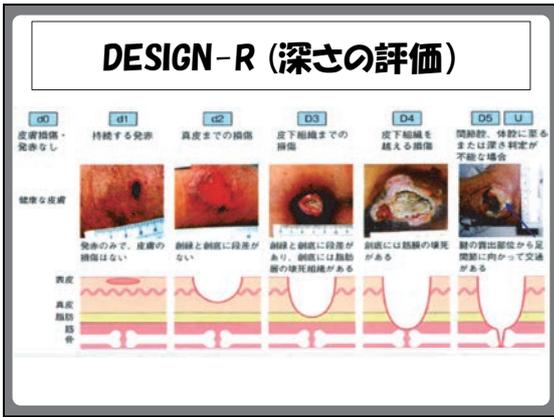
項目	評価	備考
1. 褥瘡の深さ (do.d1.d2.D3.D4.D5.Du)		
2. 滲出液 (e0.e1.e3.E6)		
3. 褥瘡の大きさ (s0.s3.s6.s8.s9.s12.S15)		
4. 肉芽組織 (g0.g1.g3.G4.G5.G6)		
5. 壊死組織 (n0.N3.N6)		
6. ポケット (p0.p6.p9.p12.p24)		

※ 評価票は、褥瘡の病期に応じた適切な治療、適切なドレッシング剤の選択、適切な軟膏等の選択、必要に応じたデブリドメント、皮膚の清潔、失禁の管理、発汗時のケア、通常のスキンケア、栄養管理、在宅療養者、家族、ヘルパー等への指導を記載する。

【DESIGN-R 評価項目】

- ### DESIGN-R 評価項目
- (2013年8月30日訂正版)
- ①深さ (do.d1.d2.D3.D4.D5.Du)
 - ②滲出液 (e0.e1.e3.E6)
 - ③大きさ (s0.s3.s6.s8.s9.s12.S15)
 - ④肉芽組織 (g0.g1.g3.G4.G5.G6)
 - ⑤壊死組織 (n0.N3.N6)
 - ⑥ポケット (p0.p6.p9.p12.p24)

【DESIGN-R (深さの評価)】



【(がん)終末期における褥瘡管理の要点】

(がん)終末期における褥瘡管理の要点

1. 緩和ケアの理念を理解する
2. 症状緩和治療を積極的に行う
3. 褥瘡を悪化させる症状に対する治療/ケアを行う
4. 褥瘡に伴う苦痛を除去する
5. 自宅でも管理できる治療/ケアを行う
6. 適切な栄養ケアを行う

産野吉和 ターミナルケア-終末期にある褥瘡患者の栄養ケアのポイント 臨床栄養 (2008) 112: 2752-756

【褥瘡周囲のスキンケア】

褥瘡周囲のスキンケア

在宅褥瘡予防・治療ガイドブック 第2版 日本褥瘡学会 (2012年) より

- 褥瘡の周囲皮膚は弱酸性の洗浄剤を用いて洗浄する。(推奨度C1)
- 尿・便失禁がある場合、皮膚洗浄後排泄物が付着する範囲に撥水性皮膚保護剤を用いる(推奨度C1)
- 尿・便失禁があり褥瘡を汚染する場合、排泄物の水分吸収が良いパッドまたはパッドへの吸収を促進するポリエステル繊維綿を用いる。(推奨度C1)
- 創縁の浸軟防止に撥水性皮膚保護剤を用いる(推奨度C1)

*推奨度C1: 根拠は限られているが行ってもよい

悪性皮膚潰瘍

悪性皮膚潰瘍

【悪性皮膚潰瘍】

悪性皮膚潰瘍

- 皮下に生じたがんが発育して皮膚を破り創傷（潰瘍）を形成したもの
- Malignant wound, fungating wound(茸状創傷)とも呼ぶ
- 皮膚がん、皮膚転移がん、乳がん局所再発等
- 転移性がんの5～10%に皮膚転移あり
- 特に乳がんの頻度が高い 25～69%
 - 肺がん 7% 腎臓がん 5% 大腸がん 3% 卵巣がん 4%
 - 頭頸部がん 2%
- その他 カボシ肉腫 悪性リンパ腫 白血病など
- 発生部位の頻度
 - 乳房 (39～62%) 頭頸部 (24～33.8%) 体幹 (1～3%)
 - 大腿部・腋窩 (3～7.4%) 会陰部 (3～5.1%)

松原康美、蘆野吉和 がん患者の創傷管理 照林社（2007）

【悪性皮膚潰瘍の臨床的特徴】

悪性皮膚潰瘍の臨床的特徴

- 進行性であり難治性である
- 浸出液、臭気、出血、痛み、かゆみなどの身体的苦痛を伴う
- 臭いや容姿の変化による羞恥心、病状に対する不安などの精神的苦痛、疎外感や生きがいの喪失などのスピリチュアルな苦悩を伴う
- がん性創傷そのものが物理的障害となり、あるいは体動時痛を伴うことにより日常生活動作が低下する

松原康美、蘆野吉和 がん患者の創傷管理 照林社（2007）

【悪性皮膚潰瘍の発生機序】

悪性皮膚潰瘍の発生機序

- がんの発育（腫瘍形成）に伴う微細血管の損傷と支配領域の虚血
- ↓
- 腫瘍あるいは周囲皮膚の壊死
- ↓
- 潰瘍病変
- ↓
- 壊死組織の細菌（特に嫌気性菌が繁殖）感染による炎症の発生
- ↓
- 壊死した腫瘍からの浸出液による周囲健常皮膚の障害

松原康美、蘆野吉和 がん患者の創傷管理 照林社（2007）

【悪性皮膚潰瘍の評価】

悪性皮膚潰瘍の評価

- 現病歴の評価（これまで行われてきた治療内容等）
 - 身体状況の評価（ADLの評価、日常生活動作に与える創傷の影響：創傷の部位による影響、痛み、出血、臭気などによる影響等）
 - 心理社会的状況の評価
 - 栄養状態の評価
 - 病状の把握
- がんの進行度、予後、出血傾向の有無、糖尿病などの代謝系合併症の有無、呼吸器系・循環器系の合併症の有無、感染症の有無等

松原康美、藤野吉和 がん患者の創傷管理 照林社（2007）

【心理社会的状況の評価】

心理社会的状況の評価

- ①創傷やその原因となるがんあるいは治療に対して患者や家族がどのように受けてとめているか
- ②そのような不安もっているのか、どのように対応したいと考えているのか
- ③創傷あるいは被覆剤による容姿の変化をどのように受けとめているのか
- ④創傷があることで生活がどのように変化したのか
- ⑤家族や友人関係の親密度
- ⑥経済的問題の有無
- ⑦患者や家族のニーズの具体的内容
- ⑧患者に対する精神的支援体制の有無

松原康美、藤野吉和 がん患者の創傷管理 照林社（2007）

【創傷の評価】

創傷の評価

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| • 創の部位、広がりの程度 | • 炎症の有無 |
| • 浸出液の有無とその性質
量／色調／臭気 | • 感染の有無
• 感染起炎菌の種類 |
| • 合併症状の有無とその程度
出血／臭気／痛み／かゆみ | • 創周囲健常皮膚
の障害の有無 |
| • 壊死の状況 | • リンパ浮腫の有無 |

松原康美、藤野吉和 がん患者の創傷管理 照林社（2007）

【悪性皮膚潰瘍に対する治療／ケア】

悪性皮膚潰瘍に対する治療／ケア

- がんに対する治療
外科治療／抗がん剤治療／放射線治療
- 創傷治療
- 処置に伴う合併症の予防
- 周囲健常皮膚の保護
- 合併症状に対する治療／ケア
浸出液・痛み・出血・悪臭・かゆみ
- 患者・家族に対する心理的ケアや心理社会的支援

【合併症状に対する治療／ケア】

合併症状に対する治療／ケア

- 痛み
鎮痛剤の経口投与
モルヒネの局所投与
- 悪臭
脱臭剤
感染（嫌気性菌感染症等）への対応
ヨードコート軟膏・カテックス・ロゼックスゲル
壊死組織の除去
- 出血
止血剤の投与
局所止血剤の使用
局所止血材の使用

3-2-7 身体症状（緊急対応が必要な症状）
に対応する

3-2-7 身体症状（緊急対応が必要な症状）に対応する

緊急対応を要する症状・病態（がん疾患）

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 疼痛の急激な増強 • 心血管系 <ul style="list-style-type: none"> - 心タンポナーデ - 上大静脈症候群 • 呼吸器系 <ul style="list-style-type: none"> - 気道出血 - 気道閉塞 - 肺梗塞 - 急性呼吸不全 - 気胸・血胸 • 消化器系 <ul style="list-style-type: none"> - 腸閉塞（絞扼性） - 腸穿孔 - 消化管出血 • 婦人科系 <ul style="list-style-type: none"> - 性器出血 | <ul style="list-style-type: none"> • 尿路系 <ul style="list-style-type: none"> - 尿路閉塞 - 尿路出血 • 神経系 <ul style="list-style-type: none"> - 脳浮腫 - 意識障害 - 痙攣発作 - 脊髄圧迫 • 整形外科系 <ul style="list-style-type: none"> - 病的骨折 • 感染症 <ul style="list-style-type: none"> - 肺炎・敗血症 • 血液系 <ul style="list-style-type: none"> - DIC • 代謝・内分泌系 <ul style="list-style-type: none"> - 高Ca血症など |
|--|---|

【緊急対応を要する症状・病態（がん疾患）】

対応における留意点

- がんが進行した時点で、急性症状が予測される場合には、あらかじめ患者や家族に説明し、その時の対応について事前に相談しておくことが望ましい。
- このような説明や事前の相談において、あるいは、急性症状が発現した時点での説明や治療の相談においては、あくまでも患者や家族の安楽を保証することを最終目標とする治療計画をたてる必要がある。

【対応における留意点】

対応において考慮すべき事項

- 症状を起している基礎疾患や病態
- 全身状態（PS）
- 治療による延命の可否
- 患者の意思（希望・意向）
- 家族の意思（希望・意向）
- 患者の心理的状況
- 家族の心理的状況

【対応において考慮すべき事項】

疼痛の急激な増強・出現（原因）

骨転移がん： 病的骨折
 消化器がん： 腸閉塞 腸穿孔に伴う腹膜炎 神経叢へのがん浸潤 肝静脈浸潤による急性門脈圧症候群 腸管膜静脈閉塞症 肝内出血 ・
 がん性腹膜炎 脾梗塞 脾破裂 胆石発作 尿管結石発作
 胸腔内がん： 肺動脈浸潤による肺梗塞 気管胸膜ろう 食道破裂 心タンポナーデ 胸壁浸潤
 その他： 肺梗塞 腎臓転移あるいは浸潤

疼痛の急激な増強・出現

急激な疼痛に対する対応

- 原因・病態の検索
- 予後の推測
- 患者・家族への説明
- マネジメント：モルヒネ静注 5mgを静注し、15分間後に効果判定 これを継続する

【急激な疼痛に対する対応】

心タンポナーデ

- 病態：心嚢腔に液体（心嚢水・血液など）が貯留し心臓が圧迫され心不全となって引き起こされる病状
- 原因：がんの心膜転移（乳がん・血管腫など）
- 症状：血圧低下・頸静脈の怒張・心音微弱（ベックの三徴候）
- 診断：胸部単純X線、超音波検査
- マネジメント：緊急の心嚢穿刺

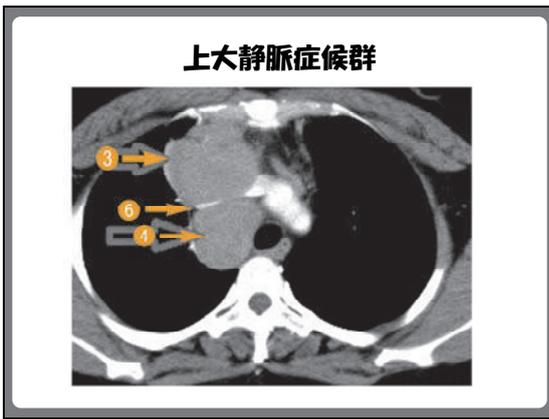
心タンポナーデ

上大静脈症候群

- 病態：上大静脈ががんの浸潤等で閉塞された時に、心臓に還流する静脈血がうっ滞して引き起こされる症状
- 原因
 - ①上大静脈へのがん浸潤
 - ②縦隔リンパ節転移を伴うがん腫による
 - ③カテーテル等への塞栓
- 症状：顔の浮腫 両腕の浮腫 頸静脈の怒張
 喉頭浮腫 呼吸困難 咳
- 診断：症状、胸部単純X線、造影CT

■頻度
非小細胞性肺癌 50%
小細胞性肺癌 25%
悪性リンパ腫 10%
転移性がん <10%
胚細胞腫瘍 <5%
胸腺腫 <5%
その他の腫瘍 <5%

上大静脈症候群



上大静脈症候群のマネジメント

<緊急治療>

- 放射線治療
- 金属ステントの挿入
- 抗がん剤治療（治療効果のあるがんが適応）

<対症療法>

- 上半身の挙上、
- ステロイドの大量療法（デキサメタゾン16mg 静注）、
- 利尿剤

【上大静脈症候群のマネジメント】

気道閉塞・窒息

- 肺門部肺がんの気管浸潤
- 甲状腺癌の気管浸潤
- 頭頸部がんの気管浸潤
- 縦隔リンパ節転移の気管浸潤
- 両側反回神経麻痺を伴う病態
- 誤嚥による
- 吐血や喀血時
- 嚥下機能低下を伴う各種病態

気道閉塞・窒息

気胸

- 原因：多くの場合続発性である
肺炎 肺がん COPD 外傷
- 症状：呼吸困難
- 診断：打診、聴診、単純X線、超音波検査
- マネージメント：胸腔ドレナージ

気胸

出血

- 進行病変による血管の破綻は多種多様な病態で起こり得る（血管の脆弱性、腫瘍の血管浸潤、出血傾向等）
- 出血が事前に予測される場合も少なくない
- 致死性の出血が予測される場合（出血の前兆をよく観察）には、事前の家族への説明（対応方法も含めて）が重要である

出血

出血（原因）

- 悪性皮膚潰瘍からの出血：皮膚がん、皮膚転移を伴うがん、皮膚に浸潤したがん
- 喀血：肺がん
- 吐血/下血：頭頸部がん、消化器がん（食道～大腸）
- 膀胱出血：膀胱がん、がん膀胱浸潤
- 性器出血：子宮がん、がん子宮浸潤

【出血（原因）】

最終段階の出血 (terminal hemorrhage)

- 突然死に至る結果となる大出血
- 比較的まれである
原疾患：頸動脈出血（頭頸部がんの3～4%）
その他 ①血管へのがんの浸潤
②血小板減少に伴う（骨転移等）
③吐血、喀血、膣出血等
- 患者、家族、介護者（介護スタッフを含む）に大きなストレスを与える
- 24～48時間前に前兆がある

FAST FACTS AND CONCEPTS #27
TERMINAL HEMORRHAGE PREPARATION AND MANAGEMENT
Oshiro Akiko MD, MPH, Richard Burtz, MD, Scott Maciej MD

【最終段階の出血】

最終段階の出血（terminal hemorrhage） マネジメント

- 1 事前の準備
 - 危険因子の同定
前兆、頭頸部がん、血液腫瘍、大血管への浸潤がある
 - 誘因の排除
抗凝固剤 NSAIDs アスピリン等の中止
血小板輸液 VHK FFP 放射線治療 塞栓治療等の考慮
 - 出血が起こった時の予後、症状等の予測
だれが どこで対応するのか
 - 以上の情報を家族、介護者、医療スタッフが共有する
- 【事前に準備しておくもの（crisis pack）】
- 鎮静剤、鎮痛剤
 - 大きな暗色のタオル、暗色のベースン、暗色の手袋
 - 吸引装置（血液を誤嚥した場合や血液が気管に詰まった場合にのみ有用）
 - 温めた毛布（血圧が下がりが体が冷えることが予測されるため）
 - フェイスタオル
 - 黄色のビニール袋（血液で汚れた物品を入れる）

【最終段階の出血（terminal hemorrhage） マネジメント】

①事前の準備

【最終段階の出血 (terminal hemorrhage) マネジメント】

② 出血時の対応

③ 事後の対応

最終段階の出血 (terminal hemorrhage) マネジメント

2 出血時の対応

A - Assurance

患者が見捨てられていないことを確認できる状況をつくる
症状は可能な限り緩和する (場合によって鎮静剤 鎮痛剤を効果的に使用)

B - Be There

家族や介護者がそばにつき添えるように促す

C - Comfort and Calm

家族 (子供を含む) や介護者にとって出血した血を見えない場所に誘導
出血した血がたまらないような体位にする

3. 事後の対応

複雑な (病的) 悲嘆やPTSDに落ちいらぬように死別のケアを行う
在宅医療のスタッフへのケア

腸穿孔

■がん性腹膜炎などで腸管に浸潤したがん・大腸がんの腫瘍壊死などにより腸が穿孔する

■多くの場合、緊急手術をしても助からない

■マネジメント (対症療法)

疼痛治療

腹腔ドレナージ

腸穿孔

脊椎圧迫

■緊急治療の対象である

脊椎圧迫による麻痺が発現する前に診断を下し、治療を開始する

■脊椎転移はすべての患者の約40%に発生し、脊椎転移の10~20%に脊椎圧迫の症状 (痛み、筋力低下、知覚障害、膀胱機能障害) がでる。

■胸椎に最も多く発生する (80%)

■脊椎圧迫が発生した患者の生存期間は一般的に短い

脊椎圧迫

脊椎圧迫への対応

■痛みへの対応

■患者・家族の不安の対応

■神経麻痺に対する対応

<手術>

<放射線治療>

<薬物的介入>

大量のデキサメタソンの投与

1) ただちに12mgを経口投与、24mgを1日1回、3日間経口投与

2) ただちに100mgを静注、24mgを1日4回、3日間経口投与
- その後は1日1回12~16mgへと速やかに減量し、その後は効果発現の速さ、症状改善の程度に応じて漸減してゆく

<QOL維持のための介入>

排便、排尿、移動能力等の改善のためのケア

【脊椎圧迫への対応】

けいれん

- 進行病状の約1%、脳腫瘍15～25%に起こる
- 原因
 - 脳卒中発作の既往
 - 髄膜炎 脳炎
 - 原発性／転移性脳腫瘍
 - 生化学的異常（慢性腎不全、低・高ナトリウム血症、アルコール離脱症状、低・高カルシウム血症）
- マネジメント
 - 家族指導
 - 薬物的介入 抗痙攣薬（セルシン ドルミカム等）

けいれん

高カルシウム血症

- 末期がんでの頻度は10～20%
- 乳がん、肺がん、多発性骨髄腫に多い
- 症状が強い場合に治療の適応となる

高カルシウム血症

高カルシウム血症の症状

<軽症> 易疲労性 頻尿 精神活動の低下 筋力低下、脱力 食欲不振 便秘	<重症> 進行性の体力喪失 嘔気嘔吐 腸閉塞 せん妄 傾眠 昏睡
--	--

【高カルシウム血症の症状】

高Ca血症の治療

- 水分補給と利尿
 - 生食2～3L輸液（Kを付加）
- ビスホスフォネートの投与
- カルシトニンの投与

【高Ca血症の治療】

【高カルシウム血症の治療の適応条件】

高カルシウム血症の治療の適応条件

- 血清Ca補正值が11.3mg/dlを超える
- 高Ca血症による症状
- 初回発生、あるいは前回の発症から長い期間を経ての発生
- これまでの生活状況が良好
- 医学的に治療効果が持続すると期待できる

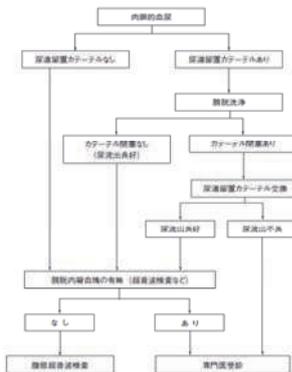
血尿

- 原因
 - 尿路の腫瘍性病変
 - 出血性膀胱炎
 - 薬剤
- マネジメント
 - 膀胱洗浄
 - 止血剤

血尿

【血尿の評価とマネジメント】

血尿の評価とマネジメント



- 膀胱洗浄に使用する薬剤
- ミョウバン
 - トロンピン
 - 過酸化水素水
 - マロックス
 - プロスタグランディン

急性尿閉塞

- 病態：突然の排尿不能
- 原因：前立腺がん、膀胱頸部への浸潤、膀胱内凝血 末梢神経障害 全身衰弱による排尿困難 前立腺炎 中枢神経障害 薬（抗ムスカリン薬、モルヒネ等）
- 診断：腹部触診、超音波検査
- マネジメント：尿道留置カテーテル 膀胱穿刺排液

急性尿閉塞

領域 3 (Module 3) 安楽さや QOL (人生の質、生活の質) の最善化

3-3 心理的ニーズへの対応

すべての専門職は自分たちの職能と技能に応じて、生命予後の限られている状況にある人の心理的ニーズを理解し、支持的介入を行うことができるべきです。すぐれた心理的ケアには、症例を適切に評価する技能と繊細なコミュニケーション技能及び判断力（例えば、生命予後の限られている状況にある人が心理学的サービスの照会が必要な場合）などが必要とされます。しかし、すべての生命予後の限られている状況にある人とその家族が、心理的介入を必要としているわけではないことも認識すべきです。また、いつ、だれが関わればいいのかを知っていることも基本能力とされています。

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

- 生命予後の限られている状況にある人の感情を認め、それらに敏感に対応する。(感情に対応することの重要性の理解)
- 良好なコミュニケーションは、心理的ニーズに対応するために必要不可欠であることを認識できる。(心理的ニーズにおけるコミュニケーションの重要性)
- 生命予後の限られている状況にある人の対応方法を培うことができる。
- 診断を行い、ケアプランを立て、本人の心理的状況を評価しながら、本人の予後、個人的な希望、生活環境を念頭に置きながら、適切な時期に体系的で巧みな介入を行うことが重要であることを理

解できる。

- ・延命治療から緩和ケアへの移行時でのサポートができる
- ・治療の継続／差し控えに関する適切な意思決定支援ができる（専門的緩和ケア）
- ・在宅移行時でのサポートができる
- 生命予後の限られている状況にある人とその家族の対応と、人生の質を最大限に高めるために入手できる最善と思われるエビデンスに基づいて、ケアの心理的側面を評価し、多職種協働の形で対応することの必要性を理解できる（多職種協働によるケア）。
- ・適切な評価と心理的介入ができる（専門的緩和ケア）

領域3

安楽さやQOL(人生の質、生活の質)の最善化

3-3 心理的ニーズへの対応

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本 (医療職用)
 ファシリテーター用

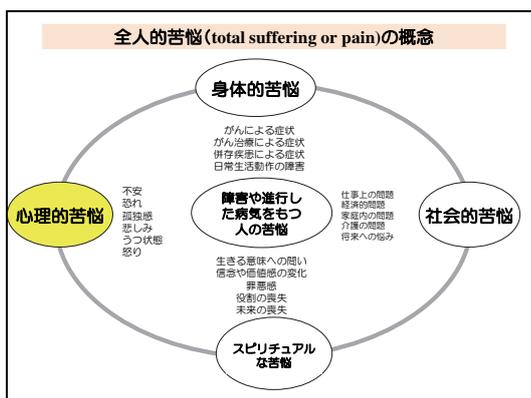
Module 3

領域3
 安楽さやQOL(人生の質、生活の質)の最善化

3-3 心理的ニーズへの対応

1. 生命を脅かす疾患を持つ人
 生命予後の限られている人の感情とは

1 生命を脅かす疾患を持つ人生命予後の限られている人および家族の感情とは



【全人的苦悩(total suffering or pain)の概念】

- ・生命を脅かす疾患を持つ、人生命予後の限られている人はほぼすべてが身体面、心理面、社会面、スピリチュアリティの困難さに直面し、様々な苦悩を抱きます。そして、これらの苦悩は単独で存在するというよりむしろ影響しあって存在します。
- ・ここでは心理的苦悩について学んでいきます。

心理的苦悩の臨床像

- ・不安やうつとして表現されるが、その大部分は情緒的な問題で収まっている
- ・対応 (coping)としてよく見られるのが否認である
- ・症状としてよく見られるのが、いらいらしている、落ち着きがない、感情に起伏がみられる等である

【心理的苦悩の臨床像】

- ・心理的苦悩は不安やうつとして表現されますが、その大部分は情緒的な問題で収まる、正常な反応です。
- ・対応としてよく見られるのが否認であり、症状としてよく見られるのが、いらいらしている、落ち着きがない、感情に起伏がみられる等です。
- ・具体的な症状は不安・うつの項目で提示します。

否認

- ・否認はよく見られる反応 (coping) である
- ・否認では必ずしも患者が説明されたことを受け止めていないというわけではない
- ・否認は必ずしも異常な、病的なものではない
生命予後が限定された人では正常の反応であるかもしれない
- ・自分の置かれている状況を受け入れる時まで待つ
- ・チームメンバーが患者に情報を強いることのないよう、防衛反応であると警告しておく必要がある

- ・否認はよく見られる反応(coping)であり、否認したからといっては必ずしも受け止めていないというわけではありません。
- ・否認は必ずしも異常な、病的なものではなく、生命予後が限定された人では正常の反応(防衛反応)であるかもしれません
- ・しかし、適応を妨げ、治療にひずみをもたらす場合もあります。
- ・対応としては、その否認が状況の対処(コーピング)に役に立っている場合には、自分の置かれている状況を受け入れる時まで待つことです。しかし、問題が生じているかあるいはその可能性の高いときには、正面から取り上げる必要があります(ただし、患者が危機状態にあるときはそのままとし、危機状態を脱し、内的な感情が回復してから対応します)。
- ・他のチームメンバーが患者に情報を強いることのないよう、防衛反応であると警告しておく必要があります

2. 心理的苦悩の評価

- (1) 苦悩の要因 (悪化要因を含め) の評価
- (2) コーピングタイプを知る

2. 心理的苦悩の評価

緩和ケアにおける心理的苦悩の要因

- 症状に関係する要因
症状が制御されていないか、コントロールが不十分である
主治医が無関心であることの認識
他の症状の原因に気づかない
- 治療に関係する要因
診断の遅延、複数の失敗した治療
治療の副作用
- 治療チームに関係する要因
不十分なコミュニケーション
ケアの継続性の不足
家族、介護人の排除
- 文化的な要因
病氣、苦しみ、損失、および死に対する態度における文化的な違い
言語障壁
- スピリチュアルな要因
宗教の問題
スピリチュアルな問題(例えば自責、罪の感覚、期待に届えられない)
人生の無意味さ
- 心理的要因
障害や死の自覚
- 社会的な要因
仕事、社会的地位、家族としての役割の喪失(または喪失に対する恐怖)
疎外感(実感あるいは認識)
家族や介護者に負担をかけているという認識
まだ終わっていない仕事：個人的、人間関係、経済的
経済的困難
家族への心配

The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition 2013 より引用

【緩和ケアにおける心理的苦悩の要因】

- ・対応の第1歩は心理的苦悩の要因の評価です。
- ・心理的要因には社会的な要因、文化的な要因、スピリチュアルな要因などがあり、それぞれの面から要因を評価し、これらを含めた対応が必要になります。
- ・評価するためには、適切な質問が必要となります。

コーピングタイプ

コーピングタイプ	特徴
問題中心(無意識)型	ストレスのもととなる原因を取り除くことが目的 直面している問題に対し、自分の努力で解決したり対策を立てる、あるいは回避(逃避)するような対処行動 ・知的・合理的反応：理性的に考え、情報を集めようとする ・判決：断固とした処置をとる ・対策の検討：可能な選択肢について話し合う ・行動化：どんなことでもやってみる ・回避：意識的に考えないようにする
情動中心(無意識)型	ストレッサーによって引き起こされた怒りや不安などの低減が目的 怒りや不満、悲しみなどを感じる場面で、情動を表出したり抑制したりする対処行動 ・感情の逆転：笑い飛ばす、軽く考える ・置き換え：他のことをして気を紛らす ・回避：心配や不安を意識しないようにする

【コーピングタイプ】

- ・次の段階はこれまでの危機に対する対応方法(コーピングタイプ)を尋ねることです。コーピングタイプの分類の仕方はいろいろあるようですが、一般的にはストレスのもととなる原因を取り除くことを目的とする問題中心型と、ストレスによって引き起こされた怒りや不安などの低減を目的とする情動中心型に分けられるようです。

・そして情動中心型はさらにいくつかに分類されています。

情動中心（焦点）型コーピングタイプ	
コーピングタイプ	特徴
情緒処理型	感情を表に出したり、聞いてもらうことによって気持ちの整理をつけ発散させる
社会的支援（探索）型	問題に直面したとき、専門家、家族、上司、友人など、信頼できる人に相談したりアドバイスを求めたり、話をすることで心理的安定をえる対処行動
気晴らし型	運動や趣味など、いわゆるストレス解消法と呼ばれるもので、気分転換や日常性からの解放などが含まれる
その他（リラクゼーション法など）	ストレスへの気づきを促し、ストレス軽減する方法として用いられる 呼吸法、ヨガ、瞑想、自立訓練法、アロマなど

3. 心理的苦悩のマネジメント

(1) 原因となる状況への対応

(2) 基本的な対応

3. 心理的苦悩のマネジメント

心理的苦悩(マネジメント)

- 原因となる状況（要因）への対応
- 基本的な対応
- 痛みや症状への対応
- 社会的な問題への対応
- 文化的な問題への対応
- スピリチュアルな問題への対応
- 心理療法
- 他の方法

【心理的苦悩(マネジメント)】

- 原因となる状況(要因)を評価し、対応できることは対応すること
- 基本的な対応を心がけること
- 苦悩となっている症状や問題に対応することなどが重要とされています

うまく対応できない要因

- 個人的要因
 - 心配症、悲観的な性格
 - 病気、ストレス、喪失経験でうまく対応できなかった経験がある（多くの場合は、経験をいかし予想以上にうまく対応できている）
 - 知人や家族ががんで不運な経験をしている
 - 最近、個人的に近い人の喪失を経験している
 - 自尊心（esteem）が低い
 - 家族問題を多く抱える、あるいは閉じこもり
 - 夫婦間の問題
 - 精神疾患の既往
 - パーソナリティ障害
 - アルコールや薬物依存
- 社会的要因
 - ソーシャルサポートが少ない
 - 社会経済的な階級が低い
- 文化的要因
 - 文化的な伝統（禁欲主義的、感情を示すことに慎重深い）
- スピリチュアルな要因
 - 宗教信をもっていない 異なる価値観をもっていない

【うまく対応できない要因】

- 原因となる要因の評価として、うまく対応できない要因、個人的要因、社会的要因、文化的要因、スピリチュアリティに関する要因を探ります。

基本的な対応

- 支援的態度で、思慮深く、せかさずに、批評（批判）しない
- 積極的傾聴と良好なコミュニケーションをはかる
- ケアを継続して提供することを保証する
- 人間として、個人として、尊重する
- 将来起こりうる苦悩や生命予後に関する恐れについて、本人が話することを妨げない

【基本的な対応】

心理療法

- ストレスマネジメント
- 対応するスキルを磨く
- 認知療法
- 抗不安剤、抗うつ剤
- 支持的精神療法

【心理療法】

・その他心理療法として表のようなものがあります

支持的精神療法(軽症・中等症)

- 話に耳を傾ける（特に怖がっていることを）
- 気持ちが素直に吐露できるようにする
- 感情の善し悪しは問わない 素直に受け止める
- 薬に対する誤解は解く
- 音楽、空想、マッサージを用いたリラクゼーションを活用する
- 相談相手（福祉、医療費、税金など）を紹介する
- 同病の会などあれば紹介する
- ストレス解消の方法を紹介し、地域のグループも紹介する

【支持的精神療法(軽症・中等症)】

・軽症あるいは中等症での支持的精神療法の要点を示したものです。

支持的精神療法(重症)

- 静かな環境に置く、慣れた環境からは動かさない
- ゆっくり穏やかな声で、極短く、わかりやすく話す
- 病気、薬などあれこれ説明しない
- 患者にどうしますかといった自己決定を求めてはいけない
- 気持ちの聞き出しも、本人が話したい時だけにする
- 精神科医への受診も考慮する

【支持的精神療法(重症)】

・重度の場合の支持的精神療法の要点です

・その他 表のような支援方法もあります

その他の支援

- カウンセリング
- サポートグループ
- リラクゼーション
- 瞑想法
- Distraction therapy

4. 不安、うつ、せん妄、不眠

4 不安、うつ、せん妄、不眠

心理的症状

- 不安
- 適応障害
- うつ
- せん妄
- 不眠

・今回取り上げる心理的症状は不安、適応障害、うつ、せん妄、不眠です。

進行した病態における症状の出現頻度 (%)					
症状	がん	AIDS	心疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=16379)	63-80 (N=942)	41-77 (N=882)	34-77 (N=172)	47-50 (N=170)
うつ	3-77 (N=1178)	10-82 (N=616)	9-36 (N=89)	37-71 (N=130)	5-60 (N=856)
不安	13-79 (N=3274)	8-34 (N=346)	49 (N=89)	51-75 (N=1008)	39-70 (N=72)
せん妄	6-93 (N=9154)	30-65 (N ²)	18-32 (N=149)	18-33 (N=309)	-
全身倦怠感	32-90 (N=2888)	54-85 (N=1433)	69-82 (N=409)	68-80 (N=285)	73-87 (N=116)
息切れ	10-70 (N=10259)	11-62 (N=504)	60-88 (N=948)	90-95 (N=172)	11-62 (N=334)
不眠	9-69 (N=5936)	74 (N=504)	36-48 (N=149)	55-65 (N=130)	31-71 (N=331)
嘔気	6-68 (N=9149)	43-49 (N=689)	17-48 (N=89)	-	30-43 (N=362)
便秘	23-65 (N=7022)	34-35 (N=689)	38-42 (N=89)	27-44 (N=130)	29-70 (N=183)
下痢	3-29 (N=3382)	30-90 (N=504)	12 (N=89)	-	21 (N=149)
食欲不振	30-92 (N=9113)	51 (N=504)	21-41 (N=149)	35-67 (N=130)	26-64 (N=385)

A Collection of Symptom Transitions in The Advanced Disease AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Dialysis
 Lisa Field Stone, MD, Barbara Goss, RN, and Isaac J. Higginson, MEd, Ed, MS
 2007, 2008, 2010. The Symptom Management Team at the University of Michigan

【進行した病態における症状の出現頻度 (%)】

・進行した病態における各症状の出現頻度を示します。

4-1 不安

不安

【不安への対応のキーポイント】

不安(対応のキーポイント)

- 「不安」とは漠然とした気がかりや不安定感などの深い感情で、急性（一時的）のものと慢性（持続的）のものがある。
- その原因は多様である。
- その評価は主に患者の話を注意深く聞き、患者に質問し、家族からもその背景について情報を得ることである。
- 原因等で補正できることは補正し、非薬物療法等と共に抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬などを利用する。

【不安の心理的症状】

・心理的症状の訴え方です

不安の症状(心理的)

心細い	不安
ため息が増える	うつ的
無口・多弁となる	いらいらする
気を紛らわすことができない	希望がなくなる
人間的な対応ができない	退行、逃避、否認
現実的な対応ができない	罪の感覚
破局的な思考になる	恐れ
決断することが難しい	悲嘆
死がふいに頭をよぎる	活気がない
怒りっぽくなっている	無表情
緊張が続き、リラックスできない	引きこもる
集中力がない	介護者と協調できない
心配事がある	陰気になる
	自責の念に駆られる

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版
監訳 武田文和 医学書院 2009年より引用

【不安の身体的症状】

不安の症状(身体的)

- **神経系症状**：頭痛、振戦、倦怠感、めまい、感覚異常、パニック、発作、下肢の筋力低下、
- **消化器系症状**：嘔気、口渇、嚥下困難、拒食、消化不良、下痢
- **心臓血管系症状**：動悸（頻脈）、高血圧、胸痛
- **呼吸器系症状**：呼吸困難、過換気、あくび
- **生殖器・泌尿器系症状**：頻尿、尿意切迫感、性的不全
- **皮膚症状**：発疹、発汗

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版
監訳 武田文和 医学書院 2009年より引用

【不安の重症度の判定】

不安の重症度簡易判定

不安度	会話	活動	睡眠	症状
軽度	聞き直す	落ち着きがない	正常	なし
中等度	多弁/いつもより静か	速足	入眠遅延、睡眠深度低下	脈拍増加、呼吸数増加、筋緊張増加、緊張姿勢
高度	会話困難 不自然な会話	無目的行動	不眠	頻脈、過呼吸、吐き気、頭痛、震え
極度	痴呆様	渦動・不動	全く眠れない	瞳孔散大、顔面蒼白、嘔吐

エンドオブライフケア 終末期の臨床指針
Kubler.K.K, Berry.P.H, Heidrich.D.E 鳥羽研
二監訳 医学書院 2004

・不安の重症度簡易判定基準です。重症度に応じた対応(支持的精神療法)が必要です。

【不安を強める要因】

不安を強める要因

状況に関連するもの 遠くへ転居 病院・がん化学療法・放射線照射への恐怖 家族や要介護の心配 がん治療治療の中止 精神的なもの 過去への思い 喪失にしまった機会、喪失感 未来への思い 痛みへの恐怖、精神機能障害への恐怖、自律性を失うことへの恐怖 死後の世界についての思い 精神医学的なもの 過剰呼吸(不安) パニック障害 全般性不安障害 外傷後ストレス障害 鬱うつ 強迫性障害 せん妄 対処不能な症状 予感 息切れ 嘔吐 激しい痛み 全身衰弱	身体的疾患 脳梗塞 不整脈 副腎髄質機能亢進症 甲状腺機能亢進症 低血糖 薬 薬による不安 ベンゾジアゼピン系の薬 オピオイド 抗うつ薬 鎮痛剤 ベンゾジアゼピン系(SSRIs) 抗がん剤 カルバマゼピン 抗痙攣薬 アナロギン セファロスピリン イソニアジド オフロキサリン 抗精神病薬(躁鬱不安症 Box 12.3, 416 頁参照) 気管支拡張薬 抗がん剤 テオフェリン コルチコステロイド チロキシン 薬の中止 アルコール 抗うつ薬 ベンゾジアゼピン系の薬
--	---

トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版 監訳 沢田文利 医学書院 2009年より引用

・多様な要因がありますので、本人だけでなく家族にも注意深く尋ねることが必要です。

【不安のマネジメント】

- ### 不安のマネジメント
1. 不安を引き起こす要因への対応
 2. 必要な情報の提供
 3. 積極的傾聴
 4. 非薬物的療法
 5. 薬物療法

・ここでは5項目をあげています。
 ・非薬物療法には、不安対処訓練療法、認知行動療法、短期精神療法、音楽療法、芸術療法、バイオフィードバック、催眠療法などがあります。

【不安の薬物的治療】

- ### 薬物的治療 (不安)
- ・ベンゾジアゼピン系の薬
 - ロラゼパム (ワイパックス) 1-2mg 1日2-3回
(効果発現時間30分 半減期12時間)
 - ジアゼパム (セルシン) 2-20mg 就寝前 2-5mg 必要時
(効果発現時間30分 半減期 35時間)
 - アルプラゾラム (コンスタン) 1.2-2.4mg 1日3回
(効果発現時間 30分 半減期 13.5時間 高齢者は1.2mgまで)
 - ・抗うつ薬
 - 特に不安による抑うつに用いる
 - ・抗精神病薬
 - 精神病をもっている時(妄想や幻覚がある場合)
 - ベンゾジアゼピン系の薬によって症状が悪化した場合

・薬物療法で使われる薬剤です

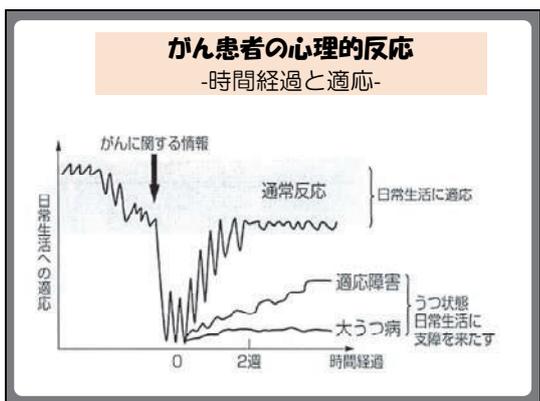
適応障害

4-2 適応障害

適応障害の特徴

- 社会的または職業的な機能を障害するような感情的動揺が生じている状態
- 何らかのきっかけとなった出来事から3か月以内に症状出現していることが診断の条件
- 症状として、不安、抑うつ、対処不全感、行動変化など
- 適応障害の危険因子として以下のものがある
 - ・ 情報の不足
 - ・ ソーシャルサポートの不足
 - ・ 身近な人の苦痛
 - ・ 解決されていない問題が他にある
 - ・ 受動的あるいは回避的な対処方法
- 評価は不安と同様の対応
- 対応は非薬物的対応

【適応障害の特徴】



【がん患者の心理的反応-時間経過と適応-】

・がん疾患における心理的反応の経過と適応障害と大うつ病の違いを図式化したものです。

抑うつ

4-3 抑うつ

【抑うつへの対応のキーポイント】

抑うつ(対応のキーポイント)

- 進行がん患者の5~15%が抑うつを発生する
がん治療を受けている 100071人の検討では
大うつ病 14.9% 適応障害 15.4%
うつ 19.2%
- 抑うつは80%以上が治療法によく反応するため診断が重要である
- 大うつ病の診断は9症状のうち5症状が存在し、抑うつ気分、意欲興味低下の2つの症状は必須の症状である。
- うつ病のスクリーニングは直接質問すること
「最近のご気分はいかがですか？ あなたは落ち込んでいますか？」
「以前にひどく気分が落ち込んだことがありますか？ 今は同じような状態ですか？」
- 治療は、精神療法（認知行動療法、支持的精神療法）と薬物療法

【抑うつの症状(心理的)】

抑うつの症状(心理的)

- ・抑うつ気分
- ・興味や喜びの喪失
- ・精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止)
- ・思考力や集中力の低下
- ・意欲の低下
- ・自責感
- ・希死念慮（自殺願望）
- ・精神病症状（罪業妄想、貧困妄想、心気妄想等）

【抑うつの危険因子】

抑うつの危険因子

<p>心理社会的因子</p> <p>抑うつの既往 共謀して隠し立てされる 感情が表現できない 信頼できる支持的関係の欠如 自傷の喪失(とくに男性) 手足の切断 強迫的人格 最近の死別経験 死の脅威</p>	<p>生理学的因子</p> <p>治療不十分な痛み 腫瘍関連症状群^{*)} 生化学的異常 高カルシウム血症 低カリウム血症 内分泌学的異常 高コルチゾール血症^{**)} 副甲状腺機能亢進症 副甲状腺機能低下症 高プロラクチン血症 ビタミン不足 胃酸 ニコチン酸(ペラグラ) チアミン(ビタミンB₁) 大脳の障害 脳卒中 頭部外傷 脳腫瘍 てんかん パーキンソンズム 多発性硬化症</p>	<p>うつ病の有病率の増加と関係が指摘されている項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢 ・慢性疾患または重篤な疾患の診断 ・制御できない臨床症状(特に疼痛) ・自己への概念障害(身体感覚・実行能力の変化) ・うつ病の家族歴 ・感情表現の平板化 ・信仰上の問題 ・薬物の副作用 ・化学療法 ・疾患(左図)
---	---	---

トワイロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版 監訳 浜田文和 医学書院 2009年より引用

- ・心理社会的因子と生理学的因子です
- ・うつ病の有病率の増加と関係が指摘されている項目です

- ・危険因子としての薬のチェックは最初に行うべきことです。

うつ病によく関連する薬

薬の分類	具体例
抗高血圧薬	クロニジン、メチルドパ、ニフェジピン、プロプラノロール
抗不整脈薬	ジゴキシン、フロカインアミド
抗パーキンソン薬	アマンタジン、レボドパ
抗精神病薬	クロルプロマジン(レボメプロマジンは除く)
細胞毒性薬	インタールフェロン、ビンクリスチン
H ₂ 受容体拮抗薬	ラニチジン
ホルモン製剤	コルチコステロイド、糖口避妊薬
抗けいれん薬	カルバマゼピン、ピガバトリン
抗レトロウイルス薬	エファビレンツ、ネビラピン

トワイロス先生のがん患者の症状マネジメント 第2版 監訳 浜田文和 医学書院 2009年より引用

不安・抑うつの評価尺度 Hospital Anxiety and Depression Scale:HADS

不安	抑うつ	項目	0	1	2	3
1 張りつめていると感じる	1 以前と同様に楽しめる	1 A. 精神科に相談	0	1	2	3
2 ひどいことが起こらないかと恐ろしい	2 忘れろ気がわかり重たったりできる	2 D. 医師に相談	3	2	1	0
3 心配事が心をめぐる	3 楽しく感じる	3 A. 自分に自信がなくなる	0	1	2	3
4 安心しリラックスしていても感じよ	4 忘れていくような感じがする	4 D. 気分が落ち込む	3	2	1	0
5 物じ気づいていると感じる	5 自分の見栄えに興味なくなった	5 A. 眠れない	0	1	2	3
6 はじめるとき落ち着きなく感じる	6 楽しむことが持たない	6 D. 眠れない	3	2	1	0
7 急にパニックを感じたりする	7 読書やラジオ、テレビを楽しむ	7 A. 生活が楽しくない	0	1	2	3
		7 D. 眠れない	3	2	1	0

【不安・抑うつの評価尺度】

・不安、抑うつの評価尺度には様々なものがありますが、簡単なものとしてHospital Anxiety and Depression Scale :HADSがあります。

がん患者の大うつ病/適応障害の簡便なスクリーニング -つらさと支障の寒暖計-

- ケアが必要な気持ちのつらさを同定する

1. この1週間の気持ちのつらさを平均して寒暖計の中の最も当てはまる数字に○をつけて下さい

2. その気持ちのつらさのためにこの1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか?

カットオフ つらさ4点以上 かつ 支障3点以上 感度82%、特異度82%

・ケアが必要な気持ちのつらさを同定する方法として、標準化された質問紙を使用することもできます。つらさと支障の寒暖計は、2問の質問からなっており、簡便に実施できることが特徴です。また、うつ病や適応障害など、ケアが必要な気持ちのつらさのスクリーニング法として良好な性能を持つことが示されています。

・最近1週間を平均した、気持ちのつらさと、気持ちのつらさによる日常生活の支障を10点満点で尋ねます。つらさ4点以上、かつ、支障3点以上の場合(片方の点数がいくら高くても、もう一方が低い場合は該当しない)、ケアが必要である気持ちのつらさである可能性が高いです。

大うつ病の診断 -アメリカ精神医学会基準-

抑うつ気分、意欲・興味低下のいずれかを含む5症状が2週間持続→大うつ病

【大うつ病の診断基準】

・大うつ病の診断基準としてはアメリカ精神医学会基準が用いられており、抑うつ気分、意欲・興味低下のいずれかを含む5症状が2週間持続すれば大うつ病と診断されます。

推奨される大うつ病、適応障害のマネジメント

The National Comprehensive Cancer Network Psychosocial Distress Practice Guideline, 2003

【適応障害・抑うつへのマネジメント】

・これは大うつ病と適応障害のマネジメントの手順です。

がん患者の自殺の危険因子

項目	危険因子
がん	進行がん 予後不良 頭頸部がん
身体症状	痛み 衰弱 全身倦怠感
精神症状 心理状態	うつ病 絶望感 せん妄
その他	男性 がん診断から数か月以内 自殺企図の既往歴および家族歴 がん罹患以前から存在する精神医学 的問題

【がん患者の自殺願望(希死念慮)の危険因子】

- ・大うつ病でもっとも重要なのが自殺願望への対応です
- ・これは評価のための、危険因子を示しています

がん患者の自殺の予防-評価

Breitbart, Adv Pain Res Treat 1990

- 1.病気と症状を患者がどのように理解しているかを把握
- 2.精神症状の評価(特にうつ病)
- 3.身体症状の評価(特に痛み)
- 4.ソーシャルサポートの評価
- 5.精神症状、希死念慮・自殺企図の既往の評価
- 6.家族歴の評価
- 7.希死念慮の評価(有無、強さ、計画の有無)

【自殺予防のための評価項目】

希死念慮を有するがん患者の評価

Block et al, Arch Intern Med 1994

- 1.身体症状は適切にコントロールされているか?
- 2.精神症状(特に抑うつ、悲嘆、不安、器質性、人格障害)が背景にないか?
- 3.家族、友人、医療スタッフとの関係は良好か?
- 4.患者自身は人生や経験している苦悩の意味をどのように理解しているか?

身体-心理-社会-実存的側面のすべてを評価

【自殺願望のある患者の評価項目】

希死念慮を有するがん患者への対応

Rosenfeld et al, Hand book of Psychiatry In Palliative Medicine 2000

- 1.患者が述べたことに対して、避けることなく話し合いを行う姿勢を直ちに示す
患者がオープンに話せる状況を提供
非審判的な態度(「自殺は許されないことです」→×)
このような話し合いを行うことが、患者の希死念慮を増強させることはなく、適切に行えばそれ自体が治療的
- 2.がんやその症状に対する患者の理解について話し合う
背景に存在する患者の苦痛を把握
合理性の評価

オープンで非審判的なコミュニケーションがまずより重要

【自殺願望のある患者への対応方法】

【大うつ病の薬物療法】

大うつ病の薬物療法			
一般名	初期投与量 (mg/日)	臨床用量 (mg/日)	留意点
メチルフェニデート	5-10	10-30	神経過敏
アルプラゾラム	0.4-1.2	0.8-2.4	眠気、ふらつき
フルボキサミン	25-50	50-150	
パロキセチン	10-20	20-40	嘔気、代謝阻害
セルトラリン	25-50	50-100	
ミルナシبران	35-60	60-100	嘔気、排尿障害
クロミプラミン (注射剤)	10-25	30-150	便秘、口渇、せん妄、 起立性低血圧

せん妄

4-4 せん妄

せん妄(ケアのキーポイント) 1/2

- せん妄は緩和ケア対象患者の死亡前に85%の頻度で発生する
- 低活動性せん妄と過活動性せん妄は同様にありふれている
- 緩和ケア対象者においては典型的な3つ以上の要因がある
- 終末期患者では50%が可逆的、早い時期では80%が可逆的
- せん妄はしばしば死が迫っている徴候である
- せん妄は患者・家族・看護師に重度の苦悩を引き起こす
このため家族・看護師への教育が必要

【せん妄への対応のキーポイント】

- ・せん妄の頻度は死亡前には高いこと
- ・「低活動性せん妄」というものがあること
- ・緩和ケア対象者においては典型的な3つ以上の要因がある
- ・可逆的なせん妄がある一方で、死が迫っている徴候として不可逆的せん妄があること
- ・せん妄は患者・家族・看護師に重度の苦悩を引き起こすため、家族看護師への説明が重要であること

せん妄(ケアのキーポイント) 2/2

- リスクのある患者に対しては非薬物療法的介入を通常ケアとして行うことも重要で推奨される
- 薬物治療として短時間作用性の抗精神病薬が効果的。
しかし、高齢者では副作用のモニターが必要
- 抗精神病薬の効果のない時は鎮静が必要（鎮静も考慮）

- ・リスク要因を念頭におき、早めに診断し、環境改善に心がけること
- ・短時間作用性の抗精神病薬が効果的であり、時に鎮静も必要であることなどです

【せん妄の臨床的な特徴】

せん妄の臨床像

前駆症状(不穏、不安、睡眠障害、易刺激性)
 変動のある経過
 思考の解体和、とりとめのない会話
 集中力減退(気移りしやすい)
 保続(注意を新しいものに転じる能力の低下)
 記憶力障害(新しいことを記憶できない)
 時間、場所、人についての失見当識
 精神運動活動の増加または減少
 覚醒レベルの変化
 運動異常(振戦、羽ばたき振戦、ミオクローヌス、目的のない過活動、筋緊張や反射の変化)
 睡眠・覚醒サイクルの障害
 感情上の症状(情緒不安定、悲しみ、怒り、多幸感、恐れ)
 焦燥感(難々しい攻撃的な行為を伴うことがある)
 認知障害
 誤解
 幻覚(聴覚よりも視覚や触覚に関するものが多い)
 錯覚
 精神病と妄想(はっきりとした形になっていない)
 大脳皮質機能の異常(書字障害、構成失行、名義失語症)
 脳波異常(全体的な徐波化)

トワイグス先生のがん患者の症状マ
 ネジメント 巻2第 5章 田中 眞由美
 監修 2019年より引用

せん妄の症状の特徴

- 軽度～中程度の意識障害が主症状
- 幻覚、妄想、興奮などの精神症状を伴うことがある
- 急性、亜急性発症し、症状の日内変動が存在する

【せん妄の症状の特徴】

・主となる症状は意識障害です。よく、現場では不穏と言ったりしますが、「せん妄は第一に意識障害である」ということを念頭においてください。

・そして、意識障害に加えて、幻覚や妄想、興奮などの精神症状を伴うことがあります。しかし、これらの激しい精神症状を伴わない「低活動性せん妄」というものも存在します。

・症状は急激に発症し、日内変動が存在するという点で、一般的な認知症と鑑別可能であることが多いです。

・もう一点強調したいのは、せん妄は身体状態の増悪や、投与した薬物などによって出てくる精神症状であるという点です。せん妄が出てくると、「精神科医にお任せ」という対応をされている先生もいらっしゃるかもしれませんが、大元となる原因は身体疾患の増悪であったりするわけですから、評価は精神科医が行い、原因の除去、治療は身体疾患の主治医が行うという役割分担、密な連携が必要です。

【終末期せん妄の特徴】

・終末期に出現するせん妄を「終末期せん妄」と呼びます。

・高率で出現し、予後予測指標の一つにもなっています

終末期せん妄

- 入院歴のあるせん妄を伴う高齢者の死亡率は退院後3か月で22～76% (Inouye et al 2007)
- 緩和ケア対象者では死が迫っている徴候として重要
- せん妄と4週間以内の死亡率が相関 (Bruera et al 1992)
- ホスピス入所者では短期死亡の指標 (Morita 1999)
- せん妄のある患者への抗がん剤治療は無効であり緩和ケアプログラムへの移行が必要 (Caraseni 2000)

Palliative Prognostic Index		
がん疾患の予後予測に使用される指標		
Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	3.5
	≥60	0
嚥口摂取*	嚥時に減少（嚥口以下）	2.5
	中程度減少（減少しているが嚥口よりは多い）	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時の呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり**	4.0

* : 消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は「正常」とする。
 ** : 薬剤が単独の原因となっているもの、高齢障害に伴わないものは除外する。
 得点が6より大きい場合、3週間以内に死亡する確率は、低度80%、特異度85%、陽性反応感度71%、陰性反応感度90%。（Morita T, et al. Supprt Care Cancer 1999 ; 7 : 128-33）

せん妄は予後予測の因子の一つ

せん妄の分類	
分類	症状
過活動型	興奮、幻覚、幻視、妄想、不眠など
低活動型	無表情、無気力、傾眠など（うつ病と誤診しやすい）
混合型	過活動型と低活動型の特徴が混在

【せん妄の分類】

・せん妄には過活動型、低活動型、混合型があり、特に低活動型はうつ病と誤診されやすい

せん妄の評価	
1. 診断の確定：認知症、うつ等との鑑別	
2. 原因／誘因の検索	特に薬剤 全身状態 不快な症状の有無の確認
3. 可逆性の確認	
4. 治療目標の確認	

【せん妄の評価】

・評価にあたって確認すべきことを4つ挙げました

せん妄を疑う	
・ 次の場合、せん妄を疑う	
本人より	「ぼんやりする」「集中できない」
家族より	「最近言っていることがおかしい」「忘れっぽくなっている」「昼はうとうとしており、夜は眠れていない」
看護師より	「昼夜逆転している」「言っていることをつじつまが合わない」

【せん妄の評価：せん妄を疑う】

・本人より、「ボーっとする」という訴えがある場合。また、他覚的に「何か最近ボーっとしてこられたな」という印象があるとき、せん妄を疑ったほうが良いかもしれません。

・ご家族より、最近言っていることがおかしいとか、物忘れがあるとか、昼間ずっとうとうとしているといった訴えがあるときも、せん妄であることが多いです。

せん妄は日内変動がありますので、特に夜勤の看護師が異常を察知することがあります。昼夜逆転、言っていることをつじつまが合わないなど、看護記録をよく読むことがせん妄の早期発見につながるがあります

せん妄の診断基準

1. 意識障害：ボーっとして、周囲の状況を良く分かっていない
2. 認知機能・知覚の異常：見当識障害、幻覚、妄想など
3. 日内変動：1日の中で症状のむらがある。夜間に悪化
4. 原因となる薬物、あるいは身体要因が存在する

上記を全て満たす場合、せん妄の診断に該当する

米国精神医学会診断基準 DSM-IV

【せん妄の評価：せん妄の診断基準】

- ・アメリカ精神医学会が定義した、せん妄の診断基準を示します。
- ・まず第一に、意識障害が存在することです。ボーっとしており、周囲の状況を解っておらず、注意力が散漫になります。
- ・二番目に、日付や場所などの見当識が障害される、幻覚や妄想などの知覚異常などが存在します。
- ・三番目に、急激に発症し、一日の中にも症状のムラがあるという特徴があります。よく、患者さんが夜になると不穏になるという現象を経験されると思います。入院時にしっかりされていた方が、その後記憶力が低下したり、行動のつじつまが合わなくなるという場合のほとんどは、認知症ではなく、せん妄に該当します。
- ・そして、原因となる身体疾患の増悪や、薬物などがあることです。

せん妄の評価（スクリーニング）

質問内容	得点
1 (5点) 今年は何年ですか 今月は何月ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	
2 (5点) ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何病院ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか	
3 (3点) 物品名を3個覚えてもらい直後に被験者に繰り返してもらおう (正解1個につき1点)	
4 (5点) 100から順に7を引く (5回まで：正解1個につき1点)	
11 (1点) 次の図形を書いてください	

Mini Mental State Examination (MMSE)

30点満点
23点以下でせん妄を疑う

【せん妄の評価（スクリーニング）】

- ・精神科医などの精神保健の専門家以外の方でも診断できるようにいくつかの評価尺度があります。これはMini Mental State Examination; MMSEで、せん妄をターゲットに開発されたものではなく、認知機能障害全般の評価尺度ですが、いままで述べたようなせん妄が疑われるような状況の場合、可能であれば施行してみてください。
- ・30点満点で、23点以下の場合、せん妄である可能性が高いです。しかし、いままでしっかりしていた人にMMSEを行うことは、尊厳を損なったりと侵襲的であることもありますので、患者さんの心情に配慮しつつ実施を検討下さい。

せん妄の鑑別診断

- うつ、精神病、マニ-、認知症との鑑別が必要
特に低活動性せん妄はうつと誤診されやすい
- せん妄の特徴
 - ・急に発症
 - ・認知機能障害が高度である
 - ・日内変動があること

【せん妄の評価：せん妄の鑑別診断】

- ・せん妄と鑑別診断が必要な病態と鑑別のためのせん妄の特徴を提示します。

認知症とせん妄の合併

- 認知症とせん妄が合併した場合の特徴
 - ・認知症状がより重症である
 - ・治療に反応しない
 - ・回復率が低い
- 認知症を合併したせん妄と非合併の比較 (Boettger 2009 2011)
 - ①意識障害がより重症
 - 認知機能（見当識、短期記憶、集中力）障害がより重症
 - ②幻覚、精神運動行動、幻影、睡眠覚醒サイクル障害は変わりなし
 - ③平均年齢が高い (77.1歳 vs 62.7歳)
 - ④回復率 低い (3日目18.2% vs 53.9% 7日目50% vs 83%)

【認知症とせん妄の合併】

- ・認知症との鑑別ですが、高齢者の場合には、認知症とせん妄はよく合併します。
- ・ここでは合併した場合の特徴を示しています。

せん妄と認知症の違い		
特徴	せん妄	認知症
発症	突然で、明確な開始点をもつ	緩徐で漸進的であり、開始点は不明瞭
症状の持続時間	数日から数週間だが、それより長くなりうる。日内変動あり	通常は永続的
原因	ほとんど常に、他の病態（例、感染、脱水、ある種の薬物の使用または中止）	通常は、慢性脳疾患（例、アルツハイマー病、レヴィー体認知症、脳血管性認知症）
経過	通常は可逆的	緩徐進行性
夜間の影響	ほとんど常に悪化	しばしば悪化
注意力への影響	高度に障害される	認知症が重度になるまで影響なし
意識レベルへの影響	鈍麻から清明まで様々	認知症が重度になるまで影響なし
時間と場所の見当識	様々	障害される
言語使用	ゆっくり、しばしば支離滅裂で不適切	ときに正しい単語の発見が困難
記憶	様々	喪失する、特に最近の出来事について
医療の必要性	直ちに必要	必要とするが、緊急性は低い

- ・せん妄と認知症の鑑別診断の仕方です。
- ・特に症状発現の仕方、意識レベルへの影響を注目して下さい。

せん妄の危険因子

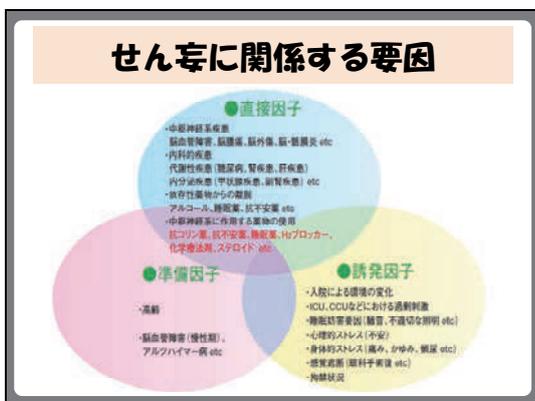
- ・高齢：70歳以上で約30%が入院中にせん妄を呈する
- ・認知症、せん妄の既往
- ・脳梗塞の既往
- ・薬剤：内服薬について、せん妄症状出現前後の変更を含めて調べる
- ・アルコール依存
- ・臓器障害：呼吸器障害・循環器障害・腎機能障害・肝機能障害
- ・視覚障害：白内障、眼鏡を忘れた
- ・聴覚障害：難聴、補聴器を忘れた
- ・日中の活動の減少

- 【せん妄の評価：せん妄の危険因子】
- ・せん妄の危険因子(せん妄の閾値を下げる要因)です

せん妄の危険因子 (せん妄の憎悪因子)

- ・環境の変化
- ・慣れない過度な刺激：暑すぎ、寒すぎ、濡れたベッド、シーツのしわ
- ・全身状態の悪化：疲労感、治療不十分な症状、不安、抑うつ、痛み、宿便、尿閉、感染、脱水、低酸素症
- ・原発性脳腫瘍 がんの脳転移
- ・腫瘍随伴性症候群
- ・生化学的異常：高カルシウム血症 低ナトリウム血症
- ・薬：オピオイド、抗ムスカリン薬、コルチコイド、がん化学療法、インターフェロン
- ・離脱症状（退薬症状）：アルコール ニコチン 抗精神病薬
- ・チアミン欠乏
- ・臓器不全：脳、肝臓、腎臓、呼吸器、心臓

- 【せん妄の評価：せん妄の危険因子】
- ・多少重複しますがせん妄を悪化させる要因です



- 【せん妄に関係する要因】
- ・要因を準備因子、直接因子、誘発因子として分類した表です。

可逆性の見積もり

回復可能	不可逆
脱水	肝不全
感染	腎不全
高カルシウム血症	低酸素血症
薬剤性	頭蓋内病変

病状の進行によるせん妄は不可逆性のことが多い

【せん妄の可逆性の確認】

・せん妄が治療により回復可能かどうか評価することも重要です。回復不可能な場合には近日中に死をむかえる可能性があり、そのことについて家族に対する説明が必要になるからです。

・表は原因(誘因)による評価の仕方です

原因による治療目標の設定

	回復可能	回復困難
治療目標	せん妄からの回復	せん妄症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬を用い、ベンゾジアゼピンは最小限使用	ベンゾジアゼピンの併用を適宜行う
ケア	見当識障害の回復 生活リズムの補正 家族のケア	不穏症状の緩和 睡眠確保(家族を含め) 家族のケア(看取りの指導を含め)

【せん妄の治療目標の確認】

・回復可能な場合はせん妄からの回復を目指した治療やケアを行います。回復困難と評価する場合には、症状の緩和と家族のケアを目標とした薬物療法およびケアを行います

緩和ケアにおけるせん妄のマネジメント

- ・原因/要因の評価と治療
- ・非薬物的介入
 - 環境の整備、家族への説明
- ・薬物的介入
 - 抗精神病薬
 - ベンゾジアゼピン

【せん妄のマネジメント】

・マネジメント方法を示します

原因の治療

- ・身体要因への介入
 - 脱水に対する輸液
 - 感染症に対する抗生剤投与 など
- ・原因薬剤の変更・中止
 - オピオイドローテーション
 - 睡眠薬から抗精神病薬への変更
- ・不快な症状への対応
 - 疼痛コントロール
 - 便秘のコントロール など

【せん妄のマネジメント:原因の治療】

・まず原因の治療です。身体的要因が原因であれば、その要因に対しての介入を行います。例えば、食事を摂れず脱水になっている場合は輸液したり、感染が原因であれば、それに対する抗生剤の投与を検討いたします。

オピオイドが原因として疑わしい場合は、疼痛緩和の観点からはオピオイドの減量や中止は難しいケースが多いです。せん妄のリスクが少ないオピオイドであるフェンタニルへのローテーションを考慮します。また、睡眠薬が原因でせん妄になっている場合は、睡眠薬を中止し、抗精神病薬への変更を考えます。

・不快な症状のみでせん妄が惹起されることはないですが、増悪要因にはなりうるため、疼痛のコントロールや、便秘などのコントロールなど、患者さんが安楽に過ごせるようなサポートを行います。

環境整備

- 照明の調整（昼夜のめりはり、夜間の薄明かり）
- 日付・時間の手がかり（カレンダー、時計を置く）
- 眼鏡、補聴器の使用
- 親しみやすい環境を整える
 - 家族の面会、自宅で使用していたものを置く
- オリエンテーションを繰り返す
 - 場所、日付や時間、起きている状況について患者自身が思い出せるように手助けする

せん妄（家族への説明）

- 認知症とは異なり、身体疾患や、薬剤が原因であること、原因が除去されれば回復可能であることを説明する
- 原疾患の進行による場合は、せん妄が病状進行のサインであることを説明し、家族のつらさを理解し、声かけを行う。家族が実行できる患者のケアなどを一緒に探す
- つじつまが合わない言動は、無理に修正しようとせず、話をあわせたり、話題を変えたりする方法を推奨する

【せん妄のマネジメント: 環境整備】

・原因に対する介入、薬物投与に加えて、環境介入も重要です。

・せん妄の場合は、睡眠覚醒リズムが障害されることが多いため、部屋の照明は昼明るく、夜は薄明かりになるように工夫します。夜間真っ暗だと患者さんが混乱しますので、薄明かり程度が適当とされています。

・見当識障害に対しては、日付、時間の手がかりとなるように、カレンダーや時計を見やすいところに置く工夫をします。

感覚の遮断はせん妄の増悪につながるため、視力低下がある方の場合は眼鏡を使用し、聴覚障害がある方には補聴器をつけていただくなどの対応を行います。

・また、親しみやすい環境を整える意味で、ご家族の面会はとても大切ですし、身の回りにはご本人が自宅で使用していたものを置くようにします。

・「今日は○日ですね」「もうすぐお昼ご飯ですよ」「手術から1週間たちましたね」など、場所、日付や時間、起きている状況について患者自身が思い出せるよう手助けをします。ただし、オリエンテーションを繰り返すことに関しては、患者の負担にもなるので、終末期せん妄など、不可逆的な状態の場合は、あえて行わないこともあります。

【せん妄のマネジメント: 家族への説明】

・家族は、ご本人より突然つじつまが合わない言動が聞かれたり、記憶があいまいだったりという様子を目の当たりにして、ショックを受けます。認知症になってしまったのではないかと心配されるご家族もいらっしゃいます。ですので、ご家族の心情に配慮しつつ、状況を説明することが必要となります。

・まず、術後のせん妄など、回復が可能と見積られる一過性のせん妄の場合は、認知症とは異なる病態であり、身体症状の変化や薬剤の作用により神経がバランスを崩していること、これらの原因を除去することができれば、せん妄は改善しうることを説明します。

・癌の進行に伴うせん妄の場合は、「病状が進行して全身的に衰弱が進んでおり、神経も例外ではなくバランスを崩してきている」などと説明し、せん妄が病状進行のサインであることを伝えます。多くのご家族は、そこまで病状が進行しているのかということに衝撃を受け、悲嘆にくれることも少なくありません。この場合、家族のやりきれない気持ちに共感し、家族をいたわることも大切です。また、「自分はどうしてあげることができない」と無力感にさいなまれるご家族も多く、その場合、清拭など、ケアに家族が関わっていただけるような配慮をすることも良いかもしれません。

・ご家族より、「つじつまが合わない発言に対して、どう応じたらよいのか？」という質問を時々いただきますが、これに対しては、「話を適宜あわせたり、注意がそれたときに話題を変えたりするのも良いでしょう」と推奨します。

抗精神病薬（頓用→定期投与）	
投与薬剤・初期投与量	効果の判定・副作用の評価
内服 リスペリドン液(0.5mg) 1包 ハロペリドール(0.75mg) 1錠 クロルプロマジン(12.5mg) 1錠	・開始直後は投与約1時間後に評価を行う。効果が乏しい場合は増量し、初期投与量の4倍量程度まで使用 ・錐体外路症状の出現に注意 パーキンソニズム、アカシジア、悪性症候群など ・クロルプロマジンの場合は、抗アドレナリン作用による血圧低下、抗コリン作用による口渇、便秘などにも注意
注射 ハロペリドール(5mg/A) 0.5A 皮下注・点滴	

認知症患者への投与は重篤な副作用のリスクがある

【せん妄の薬物療法】

・薬物療法の第一段階は、抗精神病薬の頓用使用です。内服ではリスペリドン(リスパダール)、ハロペリドール(セレネース、リントン)、クロルプロマジン(ウィンタミン、コントミン)を使用します。経口投与が難しい場合は、注射剤のハロペリドールを使用します。投与量は参考程度ですが、身体状態が不安定な患者が多いため、少量から開始し、効果をみながら漸増し、スライドに示した量の4倍量程度まで増量します。

・副作用としては、錐体外路症状である、振戦・寡動・筋強剛を主症状としたパーキンソニズム、アカシジア、そしてごくまれではありますが悪性症候群が生じることがありますので注意する必要があります。クロルプロマジンの場合は、抗アドレナリン作用による血圧低下、抗コリン作用による口渇便秘などにも注意する必要があります。

また、抗精神病薬はキニジン様作用をもち、薬剤性QT延長症候群から致死性の不整脈を来すこともありますので、心電図のチェックを適宜行うことが推奨されます。

・また、近年、認知症が存在する患者に抗精神病薬を投与すると、感染症などのリスクが高まり、死亡率が高まるとの報告があります。認知症がもともとある患者さんの場合は、投与に対してかなり慎重になる必要があります。

・不穏が続く場合は、抗精神病薬を定期投与いたします。基本は寝る前に定期投与し、それでも不穏と場合は、定期投与と同様の量を追加します。日中も幻覚、興奮が著しい場合は日中にも少量の定期投与を行います。頻回に不穏時の追加が必要な場合は定期投与の投与量を増量いたします。

抗精神病薬定期投与	
眼前定期投与	不穏時
内服 リスペリドン液 0.5～3mg ハロペリドール 0.75～3mg クロルプロマジン 12.5～25mg	眠前1回分を1時間空けて2～4回まで追加。それ以上必要な場合は定時処方を増量
注射 ハロペリドール 2.5～10mg 皮下注・点滴	

<h1>不眠</h1>

4-5 不眠

不眠の診断

- ①以下のいずれかの睡眠に関する問題
 入眠困難：30分以上かかる
 睡眠維持困難：夜間に30分以上の途中覚醒
 睡眠の問題が3日／週以上の頻度で出現
 ②日常生活への支障あるいは著しい苦痛

【不眠の評価：不眠の診断】

・不眠は①以下のいずれかの睡眠に関する問題、入眠困難(30分以上かかる)、睡眠維持困難(夜間に30分以上の途中覚醒)、睡眠の問題が3日／週以上の頻度で出現があり、②日常生活への支障あるいは著しい苦痛がある場合に診断されます。

不眠の誘因

項目	誘因
身体的	疼痛 嘔気・嘔吐 下痢 消化管閉塞 痰・咳 呼吸困難 低酸素血症 頻尿 尿閉 発熱 発汗 掻痒 倦怠感など
生理的	環境変化(入院) 物音 医療処置 同室者との関係 など
心理的	ストレス ライフイベントなど
精神医学的	うつ病 適応障害 せん妄 アルコール依存症
薬理的	ステロイド 抗不安薬 睡眠導入薬 中枢神経刺激薬などの使用 オピオイドなどの退薬

【不眠の誘因】

・さまざまな誘因があります

不眠に対する非薬物療法

介入法	目標
睡眠健康教育	・睡眠を障害する生活習慣および環境要因を変化させる
刺激制限	・時間(就床時間)と環境(床と寝室)の刺激を入眠開始と関連づける ・規則的な睡眠覚醒リズムを確立する
睡眠制限	・床で過ごす時間を実際の睡眠時間に短縮する。 つまり軽度の睡眠剥夺を行うことで、より集中的で効率のよい睡眠が可能となるようにする
リラクセス訓練	・睡眠を障害する身体的および認知的な覚醒を低下させる

【不眠の非薬物的マネジメント】

不眠に対する抗不安薬

- 作用時間が短い(血中半減期5時間以内)薬剤
 トリアゾラム(ハルシオン)
 ミタゾラム(ドルミカム)
 作用時間が中程度の長さ(血中半減期5~24時間)の薬剤
 ロラゼパム(ワイバックス)
 テマゼパム・オキサゼパム(ハイロング・セレナール)
 フルニトラゼパム(ロヒプロール)
 作用時間が長い(血中半減期24時間以上)薬剤
 ジアゼパム(ホリゾン・セルシン)

【不眠のマネジメント：薬物的マネジメント】

・不眠に用いられる薬剤を作用時間で分類したものです。

不眠の治療(薬物療法)

- 入眠困難
 - 超短時間作用型(血中半減期2~4時間) : マイスリー®、ハルシオン®、アモバン®、
 - 短時間作用型(血中半減期4~10時間) : レンドルミン®、リスミー®、エバミール®、
- 中途覚醒
 - 中間作用型(血中半減期20~30時間) : ユロジン®、ベンザリン®(ネルボン®)、サイレース®(ロヒプノール®)
- 早朝覚醒
 - 長時間作用型(血中半減期50~100時間) : ソメリン®、ダルメート®
- 熟眠障害
 - 短時間作用型以上のものを適宜使用

【不眠の治療(薬物療法)】

・これらの薬剤を不眠の様態に応じて使います。

睡眠導入剤の有害事象

- ①過鎮静
- ②精神運動機能の低下
- ③筋弛緩作用
- ④前向き健忘
- ⑥臨床用量依存
- ⑦呼吸抑制
- ⑧せん妄

【睡眠導入剤の有害事象】

・特にベンゾジアゼピン系睡眠薬では副作用に注意が必要です。

領域 3 (Module 3) 安楽さや QOL (人生の質、生活の質) の最善化

3-4. 社会的ニーズへの対応

生命予後の限られた病気は、病気をもった人と家族の人間関係に大きな影響を与え、良好な QOL を維持するためには、追加資源（内的ないし外的）が必要となります。

人間関係、資産、住宅、私的な事情などに関する本人の心配事は、臨床の場において最善のケアを提供する実践家に課題となって立ちはだかります。

この場合も、何時どのように生命予後の限られた状況にある人を専門家に照会するかを知ることが鍵となりますが、多職種の参入と本人、家族等との協力などが重要であり、この領域では、ソーシャルワークやケアマネージャーの役割を認識することが解決の鍵となります。

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

●生命予後の限られている状況にある人とその家族の社会的背景と緩和ケアを受けるという経験が影響を与えることを認識できる。

●それぞれの患者と家族は独自の社会構造を持っていること、本人と家族の社会的つながりを理解することで社会的ニーズへの対応が促進されることを理解できる。

●生命予後の限られている状況にある人とその家族のニーズを満たし、本人家族のニーズに沿い、本人家族のめざす目標を推進し、本人家族の力や満足度 (well-being) を最大化にするためには、多職種によるケアの社会的面の評価と対応が必要で

あることを認識できる。(多職種による社会的ニーズの評価と対応の必要性)

●包括的な全人的な多職種による評価により、本人および家族それぞれの社会的な力、ニーズ、目標を確認することができることを認識できる。

●利用できる補助や社会保険などの給付金及び公的ケアに関する情報を生命予後の限られている状況にある人に提供できる。

●必要に応じて生命予後の限られている状況にある人が私的な事柄に対応できるようにすることができる。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 3

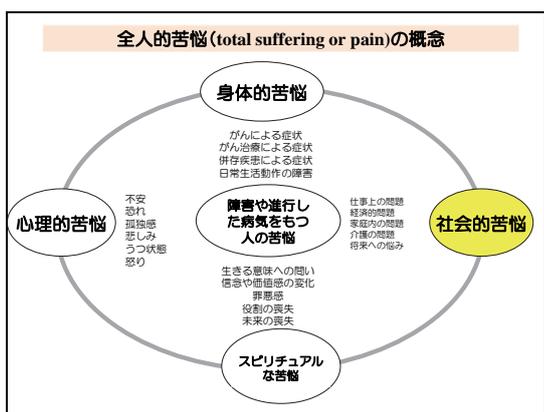
領域 3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-4 社会的ニーズへの対応

領域3

安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-4 社会的ニーズへの対応



【全人的苦悩(total suffering or pain)の概念】

- ・この項目は全人的苦悩における社会的苦悩への対応、社会的ニーズへの対応について説明します
- ・社会的苦悩はそれ単独で存在するのではなく、通常は心理的苦悩あるいはスピリチュアルな苦悩と連動しており、また、身体的苦悩により引き起こされることもあり、身体的苦悩を強める要因でもあります。
- ・したがって、社会的苦悩への対応は重要です。

生命の脅かされる病気・生命予後の限定された病態にある人々に起こる変化

- ・ 失うことが多くなる
身体機能・認知機能：身体障害、臓器障害、嚥下障害、認知症
関係性：孤独になる
役割・尊敬
自己、自立、自己コントロール（自分のことを自分で決められなくなる）
- ・ 依存する（支援を受ける）ことが多くなる
介護支援：他者への負担感
医療支援（治療やケア、薬剤も含めて）
- ・ 慢性疾患/加齢による様々な障害を複数伴う
病気の進行、障害の進行による様々な苦痛・苦悩を伴う
医療への依存度（薬を含め）が強くなる
医療介入による効果が期待できない場合が多い
- ・ 不確実性が増す
不確実なことに対する不安が生ずる
死や死に近づくことに対する不安（未知の領域）生ずる

1. 生命予後の限定された人およびその家族のもつ社会的苦悩とは

これは、生命の脅かされる病気・生命予後の限定された病態にある人々に起こる変化の一例を示したのですが、この中で社会的苦悩として挙げる事ができるのが、関係性や役割の変化、支援を受けられることに対する申し訳ない気持ちや支援を受けられないことによる苦悩などがあります。

・その他にもいくつかあると思いますので、それを挙げてもらってください。

社会的苦悩への対応

- ・ 社会的ニーズの評価
- ・ ニーズに則した支援の提供
- ・ コミュニティーとしての支援体制の整備
- ・ 体制整備を行うコミュニティへの国の支援

2. 社会的苦悩への対応

- ・対応に際し重要な項目を4つ挙げてみました。
- ・緩和ケアはあくまでも利用者のニーズに沿って提供されますので、社会的苦悩を評価したうえで、利用者のニーズを評価することが最初の第一歩です。

**包括的評価のために必要な情報
(社会的状況に関する項目)**

- ・同居者の有無、住居環境
- ・家族・親族関係
- ・家族による支援の有無／内容
- ・本人、家族がもつ人的支援の有無
- ・本人あるいは家族が利用できる社会的支援の有無／内容
- ・経済的状況、
- ・家族の介護負担度
- *地域社会の支援ネットワークの有無

【包括的評価のために必要な情報(社会的状況に関する項目)】

・これは、包括的評価のために必要な情報のうち、社会的状況に関する項目を挙げたものです。

社会的ニーズへの対応(戦略)

- ・情報提供
- ・調整されたケア／継続性のあるケアの提供
- ・関係性を保つ
- ・地域社会とのつながりを保つ
- ・家族／介護者のサポート
- ・死を迎える準備
- ・死後の家族のサポート

3. 社会的ニーズへの対応

・対応の戦略として重要な項目を挙げました。

・調整されたケア／継続性のあるケアは利用者の立場から当然のニーズですが、提供側ではしばしば忘れられる項目です。

・臨終期や臨死期のケアはグリーフケアとしても重要な項目です。

社会的ニーズへの対応(課題)

- ・誰がニーズを評価するのか
医療・介護職(多職種)
地域住民
- ・誰がニーズに対応するのか
多職種
地域住民(ボランティアを含め)
コミュニティ
- ・どのようにニーズに対応するのか

・対応への課題を3項目揚げました。

・社会的支援は多職種による支援が中心となりますので、だれが、どのような評価を行い、だれがどのような支援を提供するかについては、調整することが必要です。

・また、今後、亡くなる人が多くなり、また、支援する人が少なくなることを踏まえて、コミュニティとして対応力を強めていく必要があり、ボランティア育成も含めて今後の大きな課題となります。

社会的要因への対応の留意点

- 家族や介護者への支援を行う
- ・家族や介護者のニーズと患者のニーズは通常異なっていることを自覚
- ・対応できていないニーズについて直接聞くことが重要
- 社会的支援を高めるためにはコミュニティの支援体制を強化することも必要

【社会的要因への対応の留意点】

・社会的要因への対応においては、コミュニティによる支援体制構築が今後重要となります。これが、「まちづくり」の重要な視点になります。

・患者と介護家族者および直接介護していない家族のニーズは異なっていることを常に念頭におくことが大切です。

・そのうえで、それぞれのニーズを直接聞いてみるのが重要となります。

領域 3 (Module 3) 安楽さや QOL (人生の質、生活の質) の最善化

3-5. スピリチュアルなニーズへの対応

生命を脅かす病気に罹る、重篤な病気や生命予後の限られた病気を持つということは、深い実存に関わる問い、例えば、人生の意味のような質問を誘発し、本人やその家族にとって QOL (人生の質、生活の質) にかかわる根本的な問題です。したがって、スピリチュアルケアは緩和ケアの提供に不可欠な要素です。

スピリチュアルニーズは、宗教的行為を通して対応できる場合もありますが、日本ではそうでない場合の方がむしろ多いと思います。

すべてのチームメンバーは、敬意をもって、スピリチュアルなケアにかかわる責務があります。

なお、最善で、包括的な癒しの環境を提供するため、緩和ケアチームメンバーの一人一人が自身のスピリチュアリティと他のメンバー及び本人とその家族等のそれとどのように違うかを自覚する必要があります。

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

●生命を脅かす病気、重篤な病気や生命予後の限られた病気を持つことによりスピリチュアルな苦悩が惹起されることを理解することができる。

●スピリチュアルケアは緩和ケアの提供において不可欠な要素であることを理解することができる。

●多職種協働によりスピリチュアルな側面、宗教、および生きる意味等の次元を評価し、対応することの重要性が理解できる。

●生命予後の限られている状況にある人とその人を大切にしている人々のスピリチュアルな、そして宗教的なニーズおよび対応方法を同定することができる。

●スピリチュアルケアとして傾聴と共感が重要であることを認識することができる。

●生命予後の限られている状況にある人とその人

を大切にしている人々のスピリチュアルな、実存的、宗教的なニーズをケアプランの中に取り入れることができる。もし、彼らがこの側面には焦点をあてないことを望むならば、彼らの選択に応じることができる。

・生命予後の限られている状況にある人およびその人を大切に思っている人々の複雑なスピリチュアルニーズおよび宗教的ニーズを評価し、対応できる幅広い技能を実践できる (専門的緩和ケア)

●生命予後の限られている状況にある人とその人を大切に思っている人々に、スピリチュアルな実存的な人生の側面について、発言する機会を励ましと尊敬の態度で提供することができる。

●文化的タブーと言われること、価値観や選択肢について、尊重する必要がある境界を意識する。

領域3

安楽さやQOL(人生の質、生活の質)の最善化

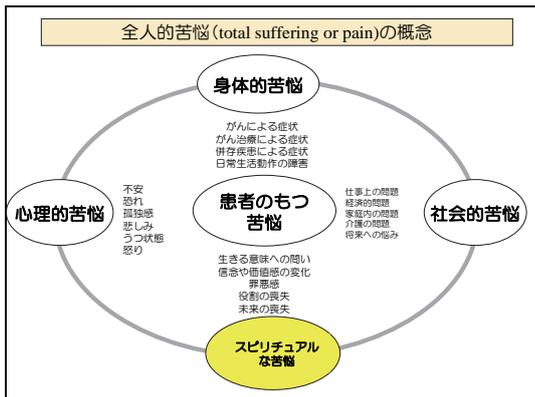
3-5 スピリチュアルなニーズへの対応

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
研修者用

Module 3

領域3
安楽さやQOL（人生の質、生活の質）の最善化

3-5 スピリチュアルなニーズへの対応



【全人的苦悩 (total suffering or pain) の概念】

・この項目は全人的苦悩におけるスピリチュアルな側面での苦悩への対応について説明します

・スピリチュアルな苦悩はそれ単独で存在するのではなく、通常は心理的苦悩あるいは社会的苦悩と連動しており、また、身体的苦悩により引き起こされることもあり、身体的苦悩を強める要因でもあり、状況を評価し、ニーズを評価し、適切に対応することは緩和ケアとして重要なことです。

スピリチュアルケアの要点

- 人は困難な状況（危機的状況）に直面したときにスピリチュアルな問いを発することを認識する
 - 生命予後の限定された病気を持つことは、スピリチュアルな、特に実存に関する深い問い（人生の意味等を含め）を誘発することを認識する
- それは、患者、介護者、家族、高齢者であっても子供であっても同じである。
- スピリチュアルなニーズをアセスメントし、スピリチュアルケアをケアプランの中に入れることが大事である
- ただし、それに触れてほしくない場合にはその選択を尊重する
- スピリチュアルなニーズのアセスメントし、スピリチュアルケアを提供するためには研修や教育が必要不可欠である。
 - ケア提供者は自分自身のスピリチュアリティと、患者のそれと、他のメンバー等のそれがどのように違うのかの自覚が必要である

1. スピリチュアルな側面への対応のキーポイント

- ・スピリチュアルな苦悩とそのニーズへの対応の要点を示します。
- ・だれでも、子供でも、危機的状況に面した時にはスピリチュアルな問いを発することを認識することがケアの第一歩です。
- ・そしてニーズに沿ってケアプランを立てるわけですが、触れてほしくない人にはその気持ちを尊重するのが原則です。

スピリチュアルケアに必要な資質

1. スピリチュアリティの概念を理解できる
2. スピリチュアルペインを認識できる
 - 患者／家族の発する「言葉」に耳を傾ける
3. スピリチュアルペインの評価を行うことができる
 - きっかけとなる「質問」を行う
 - 全体的評価を行う
4. スピリチュアルペインに対応することができる

2. スピリチュアルケアに必要な資質

- ・スピリチュアルケアにおいて、利用者のニーズに沿ったケアを提供するために必要な4つの資質を提示しました。

1)スピリチュアリティの概念の理解

スピリチュアルケアに必要な資質 (1)

スピリチュアリティの概念を理解できる

アメリカ国立研究所 (NCI)によるスピリチュアリティ概念

1. スピリチュアリティと宗教に関する考え方は個人によって異なる
2. 両者は互換的にも個別的にも用いられる (個人的・集団的にも)
3. 宗教とは、集団による特定の進行と実践である
4. スピリチュアリティとは、心の安寧、**人生の目的**、他者との**つながり**に関する個人の意識、および**生の意味**に関する**信念**である
5. スピリチュアリティは宗教や他領域にもみられる
6. 臨床では患者の価値観によって「スピリチュアリティと宗教はともに重要」あるいは「スピリチュアリティのみが重要」「宗教のみが重要」となるので、患者中心で対応すべきである

【アメリカ国立研究所 (NCI)によるスピリチュアリティ概念】

・公的な定義がいくつかあり、また、人によって様々に定義されています。

・ここで示しているのは、アメリカ国立研究所 (NCI)によるスピリチュアリティの定義です。

・この定義で重要な点は、宗教との違いについて強調していることと、スピリチュアリティの概念は個人によって違うことを明示していることです。

・そしてkey word は、「人生の目的」「生の意味」「つながり」「信念」です。

死と死ぬこと及び悲嘆に関する国際作業部会 (IWG)のスピリチュアリティの定義
(2007年6月 於サンパウロ)

- ・スピリチュアリティに共通する要素
つながり (いろいろな周囲の人やものとの)
個人の**(人生の) 意味づけ**
- ・宗教とスピリチュアリティとの違い
宗教は集団の信念体系
スピリチュアリティは**個人の信念体系**

<http://www.iwgddb.org/>

【「死と死ぬこと及び悲嘆に関する国際作業部会 (IWG)」のスピリチュアリティの定義】

・ここでのkey word は「つながり」、「人生の意味づけ」、「個人の信念」です。

WHOのスピリチュアリティの定義

1. 人生の意味・目的・成就を見出す欲求
2. 生きる希望または意欲の欲求
3. 自己、他者、神 (超越者) への信念と信仰の欲求

【WHOのスピリチュアリティの定義】

スピリチュアリティと宗教に関する考え方は個人によって異なる

その国の文化によって異なる
文化は人が育ってきた環境（風土）に強い影響を受ける

・スピリチュアリティの概念を理解する上で重要なことは、すでに述べたように、スピリチュアリティと宗教に関する考え方は個人によって異なるということです。

・スピリチュアリティはその国の文化によって異なる文化は人が育ってきた環境（風土）に強い影響を受けます

スピリチュアリティの構成要素

- 関係性（周囲とのつながり）
- アイデンティティ (identity)
- 人生の意味（meaning of life）

【スピリチュアリティの構成要素】

・スピリチュアリティの概念は人によって違うと言っても、共通する要素として3つの項目があげられます。

スピリチュアリティの構成要素（関係性）

- 環境・自然との関係性
- 自分自身との関係性
- 他者との関係性
- 人々（集団等）との関係性
- 大いなるものとの関係性

日本的な関係性：ご縁、絆、

【スピリチュアリティの構成要素（関係性）】

・関係性ですが、環境・自然、自分自身、他者、人々（集団）、そしておおいなるものとの関係性があります。大いなるものとは、キリスト教信者では神となりますが、日本人の場合には「神だのみ」の「神」あるいは「人間の力を超えたもの」を示します。人との関係性を「ご縁」とか「絆」と呼びます。

スピリチュアリティの構成要素（アイデンティティ）

- 自分らしさ 自分のありたい姿
（自分のよりどころ）
- 自分が大切にしているもの（こと）
- 自分が大切にしたいもの（こと）

【スピリチュアリティの構成要素（アイデンティティ）】

・アイデンティティの自分らしさ 自分のありたい姿においては他者の存在が必要となります。

2)スピリチュアルペインの認識

スピリチュアルケアに必要な資質（2）

スピリチュアルペインを認識できる

生命予後の限定された人が抱く恐怖

- 愛する家族や友人たちとの別離の悲しみ
- 遺された家族に対する心配
- 人生を不完全なままに終えることへの不満
- 身体的苦痛への恐怖と不安
- 一人で旅立つことの孤独に対する恐怖不安
- 体験したことのない未知なるもの前にした不安
- 自己自身の消滅への不安（死とともにすべてが無になってしまうことへの不安）
- 死後の審判や罰に対する不安

【生命予後の限定された人が抱く恐怖】

・生命予後が限定されている、生命を脅かす疾患であると診断された患者や家族は様々なスピリチュアルペインを抱きます

終末期がん患者のスピリチュアルペイン

- 人生の意味・目的の喪失
- 衰弱による活動能力の低下や依存の増大
- 自己や人生に対するコントロール感の喪失や不確実性の増大
- 家族や周囲への負担
- 運命に対する不合理や不公平感
- 自己や人生に対する満足感や平安の喪失
- 過去の出来事に対する後悔・恥・罪の意識
- 孤独
- 希望のなさ
- 死についての不安

森田達也：終末期がん患者の希死念慮と身体的苦痛・実存的苦痛 ターミナルケア ターミナルケア 10：177-178, 2000

【終末期がん患者のスピリチュアルペイン】

・その恐怖や不安が、スピリチュアルペインをもたらします。
 ・スピリチュアルペインとみなされる項目です。

スピリチュアルペインの問い

- | | |
|-------------|------------------|
| • 人生の意味 | • 怒り |
| • 人生の目的 | • 恐れ |
| • 希望 | • 負担感 |
| • アイデンティティ | • 悲しみ・喪失 |
| • 受容 | • 心配 |
| • 交渉 | • 信念の変化（信仰の喪失） |
| • 罪 | • 不十分感 |
| • 恥辱 | • 罪悪感 |
| • 許し | • ケアすることの負担感 |
| • 悲嘆 | • 将来に対する心配 |
| • やり終えてない仕事 | • 自分が生きていることの罪悪感 |
| • くい改め | |

【スピリチュアルペインの問いに耳を傾ける】

・スピリチュアルペインの問いは様々な言葉として発せられます。ささいな言葉であることも少なくないために、アンテナを伸ばしていないと気付かないことが多いかもしれません。
 ・些細な言葉への「きづき」が大切です。
 ・どのような言葉がスピリチュアルペインに相当するのか、資料として最後に掲載しておきます。

3)スピリチュアルペインの評価

スピリチュアルケアに必要な資質 (3)

スピリチュアルペインの評価を
行うことができる

包括的評価



・スピリチュアルな側面は、この図のように氷山の水面下に隠されている可能性がありますので、それを評価するためには適切な質問が必要となります。

アメリカ内科医会合同委員会推奨のスピリチュアリティに関する尋ね方

- ・「あなたが病気について最も気になることは何ですか？」
- ・「あなたとあなたの家族にとって、治療はどうですか？」
- ・「病気を考えるとき、起こりそうなことで最もよいこと、悪いことは何ですか？」
- ・「あなたにとって病気の何が最も難しく感じましたか？」
- ・「あなたの将来への希望(期待、恐れ)を話してください」
- ・「あなたが将来を考えると、あなたにとって最も重要なものは何ですか？」
- ・「あなたの信心(宗教、スピリチュアリティ)は今の病気に何か意味をもっていますか？」
- ・「あなたの人生のほかの時点で信心はどんな重要性をもっていましたか？」
- ・「宗教について話せる人がいますか？」
- ・「誰かと宗教の話をしたいですか？」
- ・「あなたは人生でこれから達成したいことは何ですか？」
- ・「今回病気になったのは何か理由があると思いますか？」
- ・「あなたが今日死ななければならないとしたら、やり残すことは何ですか？」
- ・「死後に何が起るとあなたは考えていますか？」
- ・「時間が限られているなら、あなたの家族に何を遺したいと思いますか？」
- ・「あなたの子や孫にあなたについて覚えておいてほしいと思いますか？」

【アメリカ内科医会合同委員会推奨のスピリチュアリティに関する尋ね方】

・その質問の仕方がいくつか提示されています。

・これはアメリカ内科医会合同委員会推奨のスピリチュアリティに関する尋ね方です。

スピリチュアルケアのために評価すべき項目

- ・その人が一番恐れていることは何か（関係性、アイデンティティ、人生の意味）
- ・その人の信仰は何か（関係性）
- ・どのような人間関係を大事にしているのか、体調が悪くなる中でその人間関係をどうしようとしているのか（関係性）
- ・何がその人の生きる原動力になっているのか、頑張っている力を与えているものは何か（人生の意味、アイデンティティ）
- ・その人の人生に意味か価値を与えているものは何か（人生の意味）

【スピリチュアルケアのために評価すべき項目】

・日本では宗教的な項目は一般に重要視されていませんので、このような質問を行うことが適切と考えます。

4)スピリチュアルペインに対応する

スピリチュアルケアに必要な資質（4）

スピリチュアルペインに
対応することができる

スピリチュアルケアの目的

- スピリチュアルケアとは、評価し介入的支援を行うことよりも、相互的人間関係を作ることであり、黙想的な環境を創ることである

【スピリチュアルケアの目的】

・ここで使っている黙想とは、「目を閉じて静かに自らの内面に深く沈思し、自分の信じる信仰における絶対的な存在と触れ合い、故人への思いや人生、生きることの意味について思いをめぐらす行為」との説明があります。

スピリチュアルケアの内容

- 関係性
 - ←周田とのつながりを作る
 - ←そばにいる (being)
 - ←コミュニケーションを保つ
- アイデンティティ (identity)
 - ←関係性をもつ
 - ←人として尊重する
- 人生の意味 (meaning of life)
 - ← 人生の意味づけを促す
 - ← 傾聴と共感
 - コミュニケーションを促す

【スピリチュアルケアの内容】

スピリチュアルケアの要点

- 他者との関係性（つながり）を促し（現実的な）希望を持たせる

環境設定
ものがたりを話してもらおう
傾聴

being

【スピリチュアルケアの要点】

・スピリチュアルケアの最終目標は、関係性を維持するあるいは作る、人間として尊重されていることを示す、人生の意味づけを促すことです。

・このために必要なのは、そばにいること、コミュニケーションを保つあるいは促す、傾聴と共感です。

参考資料1 スピリチュアルペインの問い

スピリチュアルペインの問い

- | | |
|-------------|------------------|
| ・ 人生の意味 | ・ 怒り |
| ・ 人生の目的 | ・ 恐れ |
| ・ 希望 | ・ 負担感 |
| ・ アイデンティティ | ・ 悲しみ・喪失 |
| ・ 受容 | ・ 心配 |
| ・ 交渉 | ・ 信念の変化（信仰の喪失） |
| ・ 罪 | ・ 不十分感 |
| ・ 恥辱 | ・ 罪悪感 |
| ・ 許し | ・ ケアすることの負担感 |
| ・ 悲嘆 | ・ 将来に対する心配 |
| ・ やり終えてない仕事 | ・ 自分が生きていることの罪悪感 |
| ・ くい改め | |

①本人の抱くスピリチュアルな問い

- 人生の意味
「今の私と家族にとって、人生の意義とは何ですか？」
- 人生の目的
「何のために生きるのですか？」
- 希望
「私の病気の治療法が全然ないならば、私にはどんな希望があるというのですか？」
- アイデンティティ
「私はどうしたらまだ私の子供にとってよき父または母であることができますか？」
- 受容
「こんなことが私の身に起こすのですか？」
「本当にこの病気を一生持ち続けるのですか？」
- 交渉
「私が必死に祈れば、私の病気を治してくれますか？」
「もし私が1年生きられるとすれば、教会に寄付すると約束します。」
- 罪の意識
「私が祖先の希望に従わなかったもので、このことが私の身に降りかかったのにちがいません。」
- 恥辱
「神は私の罪を罰するために、この病気を移したのです。」
- 許し
「私の夫が私に HIV を移したことを、わたしはどのように許せばいいのでしょうか？」
- やり終えていない仕事
「私がいなくなったら、誰が時に、私は子供の面倒をみってくれるのでしょうか？」
- 悔い改め

「私が私の姉妹と話して以来、数年になります。それでは気持ちが晴れません。再開できるのでしょうか？」

■ 怒り
「私が生涯神に忠実であったのに、神はなぜ私にこのような災いをもたらしたのですか？」「どんなことを私がしたというのですか？」

■ 恐怖（恐れ）
「この先私になにが起こるのですか？」「私が死ぬ時に、どのような審判が下されるのですか？」

■ 負担感
「私達のお金はすべて私の治療に使われ、そして、私を世話するために妻は家にいます。」「私が早く人生を終えることが望ましいでしょう」

■ 悲しみ・喪失
「私の家族/子供/両親と別れるのはとても悲しい。」

■ 心配
「私は家族のかせぎ手です。家族は私なしでやっていけるのでしょうか？」

■ 信念の変化（信仰の喪失）
「私のこれまでの信仰は空虚で、意味のないもののように思えます」「もはや、私は神の存在を信じておらず、私は、宗教について話したくありません。」

②家族が抱くスピリチュアルな問い

■ 不十分であるという感覚
「私は妻の看病の仕方を知りません - 私が間違った事をしたら？」

■ 罪の意識
「こんなことが、なぜ私にではなく私の子供に起こるのですか？」「神は私の罪のために私を罰しているにちがいません。」

■ ケアすることへの負担
「私はとても疲れていて、私には自身のための時間が全然ありません。時々、私は怒り、イライラするけれども、そのような私を悪いとも思っています。」

■ 将来の心配
「私の愛する人がいなくなった時に、私はどのように対応すればいいのでしょうか？」

■ 悲嘆、予期悲嘆、死別後
「私はおばちゃんがいなくて寂しく思います。もう、生きている意味がないように感じています。」

■「生きていることの罪悪感」

「私の娘はとても苦しみ、彼女は逝ってしまったのに、私はまだ生きている。神はなぜ代わりに私をお召しにならなかったのですか？」

③ 子供が抱くスピリチュアルな問い

「私の母が死に、誰が私を愛してくれるのでしょうか？」

「私の両親がもうここにはいない、誰が私の世話をしてくれるのでしょうか？」

「もし私の父が死んだら、私は、学校に行くことができるのでしょうか？」

「私の父が死んだ時に、私はそこにいて、私は、彼がどれくらい苦しんでいたかを知りました。私が死ぬ時にも、私は苦しむのでしょうか？」

「私は永遠に家族と会えないのでしょうか？」

「私は忘れられるのでしょうか？」

「私は置き去りにされるのでしょうか？」

④ 不治で、進行性の病気を持った子供の両親が抱くスピリチュアルな問い

「私の子供には自分自身の意味を持つことができますか？」

「私の子供は私達の信仰を理解しているのでしょうか？」

「私の子供は死後も生き続けることができますでしょうか？」

「私は、いつ、私の子供に何を信じるかを教え始めるべきですか？いまは、もう遅すぎますか？」

参考資料 2 アメリカ内科医会合同委員会推奨のスピリチュアリティに関する尋ね方

- 「あなたが病気について最も気になることは何ですか？」
- 「あなたとあなたの家族にとって、治療はどうですか？」
- 「病気を考えるとき、起こりそうなことで最もよいこと、悪いことは何ですか？」
- 「あなたにとって病気の何が最も難しかったですか？」
- 「あなたの将来への希望(期待, 恐れ)を話してください」
- 「あなたが将来を考えるとき、あなたにとって最も重要なものは何ですか」
- 「あなたの信心(宗教, スピリチュアリティ)は今の病気に何か意味をもっていますか？」
- 「あなたの人生のほかの時点で信心はど

んな重要性をもっていましたか」

- 「宗教について話せる人がいますか」
- 「誰かと宗教の話をしたいですか」
- 「あなたは人生でこれから達成したいことは何ですか？」
- 「今回病気になったのは何か理由があると思いますか？」
- 「あなたが今日死ななければならないとしたら、やり残すことは何ですか？」
- 「死後に何が起こるとあなたは考えていますか？」
- 「時間が限られているなら、あなたの家族に何を遺したいと思いますか？」
- 「あなたの子や孫にあなたの何について覚えておいてほしいと思いますか？」

参考資料 3 FICA 評価法 スピリチュアリティの尋ね方

F (Faith, Belief, Meaning) : 信念・信仰・人生の意味づけ

「あなたは自分をスピリチュアル的、あるいは宗教的と思いますか」

「あなたはストレス対策としてスピリチュアル的な信念をもっていますか」

もし、『いいえ』が回答なら、「あなたの人生の意味は？」と、問いかける

I (Importance and Influence) : 大切なもの・影響

「あなたの信仰や信念は、あなたの人生にとってどれほど大切ですか」

「あなたの信念はあなたのストレスへの対応に影響しますか」

「あなたの医療に関する決断（決定）に影響する何か特定の信念をもっていますか」

「もし、そうであれば、あなたの関係する医療チームと決定をシェアする意向はありますか」

C (Community) : 所属

「特定のスピリチュアルあるいは宗教団体に属していますか」

「それらは！あなたにどのような支援を提供していますか」

「あなたが真に愛する人、あるいはあなたにとって重要な人は誰ですか」

A (Address/Action in Care) : 提起・行動

「あなたを直接担当する医療従事者は、これらのことを提起していますか」

参考資料 4 HOPE 評価法の具体的な質問の仕方

H : Sources of hope, meaning, comfort, strength, peace, love and connection

(希望, 意味, 慰め, 強さ, 平安, 愛, 絆の源泉はどこにあるか)

*あなたを支えている方法をいろいろ一緒に探してきました。今一度考えてみると、どんなものがあなたの心を支えていますか。

*あなたの望, 力, 心の慰めや安らぎになっているのは何でしょうか。

*苦しい時の助けになるのは、何でしょうか。

*人によっては、その人の信仰や信じているものが苦難に向き合う時の慰めや力になっていますが、あなたの場合はどうでしょうか。

*もしも、「自分もそうだ」と答えた方は、次の二つの質問（制度的宗教と心の支え）にもお答えください。

*もしも、「自分は違う」と答えた方は、今までに一度もそうなったことはないかを自問してください。そして、もしも一度でもあれば、どうしてそう変化したのか理由を考えてみてください。

O : Organized religion (既存の宗教に入っているか)

*ご自分は既存の宗教に入っていると自覚していますか。

*その既存の宗教は本当に大切でしょうか。

*既存の宗教が助けになっているところ、そうでない所はどんなところでしょうか。

*あなたは既存の教会やスピリチュアルな集団に所属していますか。その教会や集団は助けになっていますか。どのような助けになっていますか

P : Personal spirituality and practices (個人的霊性と実践)

*病床に居ることで、普段しているスピリチュアルなことが出来ずに困っていますか。(あるいは、神聖学院大学論叢第 26 巻第 1 号 2013 年様との関係に影響がありますか)

*日常生活で助けになったものをここでも出来るようにするのに、私達医師がお手伝いできることがありますか。

*信仰上、医療(病棟生活, ケア上のこと, 医療の

選択など) が障碍になることがありますか。

*チャプレンや近所の宗教者とお話したいことがありますか。

*医療する上で、私が知っておくべき事や禁止事項はありますか。

*患者が死が近づいている場合→この数日/ 数週間/ 数ヶ月のうちにあなたの信仰に関わることで医療的にして欲しいことがありますか。

E : Effects on medical care and end-of-life issues
(医療効果と死ぬまでの課題)

*病気になって、あなたを霊的に支えて来たことができなくなったことがありますか。

*医師として、あなたを支えてきたものを得られ

るようにお手伝いできることがありますか。

*あなたの信仰と医療上の処置・ケア・決断と一致しないことがあって心を悩ますことがありますか。

*病院のチャプレンや地域の宗教者と話しをしたいと思っていますか。

*あなたの医療を行なう上で私が特に知っておくべき特別の規則などありますか。(食物上の規則, 輸血などの規則など)

*死が近づいている場合には、患者に次のようなことを尋ねる。今後数日/ 数週間/ 数ヶ月の内に医療上のことで私にして欲しいことがありますか。

参考資料5 デイグニティー・セラピィーでの8つの質問

①あなたの人生において、特に、あなたが一番憶えていること、最も大切だと考えていることは、どんなことでしょうか？ あなたが一番生き生きしていたと思うのは、いつ頃ですか？

②あなた自身について家族に知っておいてほしいこととか、家族に憶えておいてほしいことが、何か特別にありますか？

③(家族としての役割、職業上の役割、そして地域での役割などで) あなたが人生において果たした役割のうち最も大切なものは、何でしょうか？ なぜそれはあなたにとって重要なのでしょうか、そして、その役割において、あなたは何を成し遂げたのだと思いますか？

④あなたが成し遂げたことの中で最も重要なことは何でしょうか？ 何が一番誇りを感じていますか？

⑤あなたが愛する人たちに言うておく必要があると思いつながらまだ言えてなかったこと、あるいは、もう一度言うておきたいことが、ありますか？

⑥愛する人たちに向けてのあなたの希望や夢と

は、どんなことでしょうか？

⑦あなたが人生から学んだことの中で、他の人たちに伝えておきたいことは、どんなことですか？ (息子、娘、夫/妻、両親などに) 残しておきたいアドバイスないし導きの言葉は、どんなものでしょう？

⑧将来、家族の役に立つように、残しておきたい言葉ないし指示などはありますか？

この永久記録を作るにあたって、含めておきたいものが他にありますか

領域4 (Module 4) ケアプランの策定と多職種協働による実践

緩和ケアにおけるケアプランは、生命予後の限られた状況にある人およびその家族のQOL（人生の質、生活の質）を高めるために、協働され、統合された人間中心のケアであると特徴づけられます。

- ・ケアプラン策定においては、緩和ケアあるいはエンド・オブ・ライフケアのニーズを持つ人々および彼ら彼女らが大切と思っている人々の生活の質を構成する身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルな領域を向上することに焦点をあてます。
- ・ケアプラン策定においては、多職種によるニーズの評価、選択肢の維持と促進、起こり得る問題の予知と今後起こるべき病状の変化と悪化に対する計画が盛り込まれます。
- ・ケアプランは生命予後の限られている人とその家族の価値、意向、および希望を重んじた安全な環境で提供されます。
- ・ケアプランは、多職種や関係機関が利用でき、必要とされる適時に参照できるものでなければなりません。
- ・生命予後の限られた状態にある人々は可能であれば、そして関わることを希望する範囲でケアプランに関わり援助を受ける事が出来るようにすべきです。
- ・緩和ケアプログラムでは質の評価及び業務向上を含む最善の活動を目指して努力します。

4-1. 多職種協働によるケアの実践

多職種協働チームはケアプランに従い、生命予後の限られた状況にある人とその家族にサービスを提供します。このチームに属する専門職種としては、医科医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、栄養士、作業療法士、理学療法士、言語療法士、臨床心理士、ケアマネージャー、ホームヘルパー、マッサージ士、芸術療法士、音楽療法士、牧師、臨床宗教師、等の他に、可能な限り適切な訓練を受けたボランティアを活用することが奨励されます。

また、これらの専門職への教育（自己啓発）、研修体制の整備も必要不可欠です

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

- 地域資源を利用することにより、ケア全体にわたって質の高い緩和ケアを継続的に提供できることを理解できる。
- 多職種チームの個々のメンバーの役割、責任、専門領域を理解することができる。
- 生命予後の限られている状況にある人、専門医療職、家族、そしてケアに参加するすべての人（本人とその家族を含む）との協力関係を認識し、本人と家族が現実的な目標や結果にたどりつけるよう支援することができる。
- 多職種のメンバーとして、あるいはリーダーとして効果的に他のメンバーと協調することができる。

る。

- ・特殊な状況（小児、認知症、精神疾患、知的障害等）におけるケアでのリーダーシップを発揮できる（専門的緩和ケア）
- カンファレンスの重要性について認識することができる。
- 生死に関わる重篤な病気を抱える人とその家族にケアを提供することによるチームメンバーへの情緒面での影響が及ぶ可能性を認識することができる。
- 生命予後の限られている状況にある人およびその家族の支持的ケアにおいて、できるかぎりボランティアの役割を強化することの意味を理解できる。

領域4

多職種協働による実践とケアプランの策定

領域4-1 多職種協働によるケアの実践

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 4

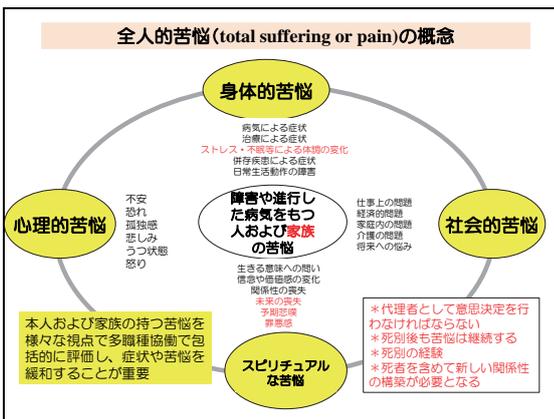
領域4 多職種協働による実践とケアプランの策定

領域4-1 多職種協働によるケアの実践

**緩和ケアは多職種による
チームケア(interdisciplinary team)である**

なぜ チームケアが必要なのか？

- なぜ、地域緩和ケアではチームケアが必要なのか
- 緩和ケアは多職種によるチームケア(interdisciplinary team)であるとされています。
 - その理由について最初に考えてもらいます。



- その理由の一つは、生命予後の限られた状況にある人とその家族の身体的、心理社会的、スピリチュアルな苦悩を包括的に評価し、それらに対応するためにはそれぞれの分野の専門職による評価と支援が必要不可欠であるからです。

緩和ケアにおける実践の範囲

- ① 身体的機能を適正にする
- ② 症状の予防・治療（マネジメント）を行う
- ③ （生活する）環境を整える
- ④ 情緒的・心理的サポートを提供する
- ⑤ ソーシャルサポート（社会的サポート）、社会的機能を高める
- ⑥ スピリチュアルサポートを提供する
- ⑦ 死別・悲嘆のサポート

- 【緩和ケアにおける実践の範囲】
- 緩和ケアにおける実践内容ですが、誰がどの項目を実践するのか、一つの専門職種では無理なことは明らかです。

地域緩和ケアの実践に際して必要なこと

- ・患者／家族の直面している状況（苦悩）の包括ケア評価
- ・患者／家族のニーズの評価および対応

【地域緩和ケアの実践に際して必要なこと】

・また、生命予後の限られた状況にある人とその家族のQOL(人生および生活の質)を維持、向上させるためには、人生や生活の質に関係する具体的なニーズを評価し、求められる多様なニーズへの対応が必要で、これにもそれぞれの専門職による支援や助言が必要となります。

・多職種による支援は、あくまでも本人および家族のニーズに沿った整合性のあるものであり、協働性が求められます。

緩和ケアは多職種による

チームケア(interdisciplinary team)である

緩和ケアにおける多職種協働チームに参画する職種とは

2. 多職種協働チーム(interdisciplinary team)とは

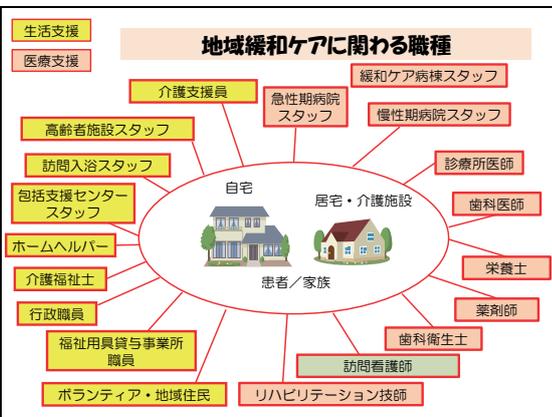
1) 地域緩和ケアチームを構成する職種

地域緩和ケアチームを構成する職種

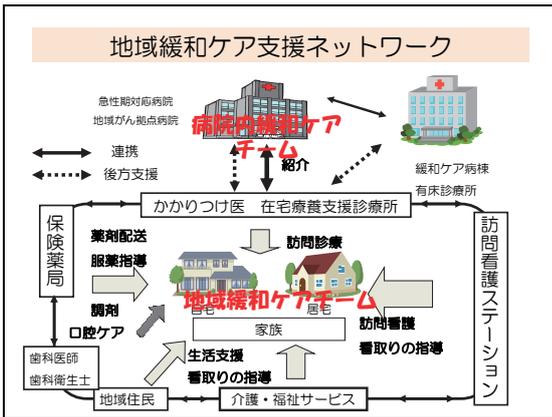
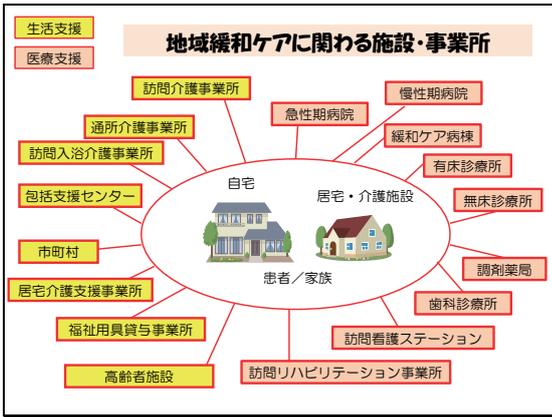
- (病院)
 医師／看護師／薬剤師
 理学療法士／作業療法士／言語聴覚士
 臨床心理士／栄養士／音楽療法士／臨床宗教師
 MSW／事務員
 ボランティア
- (地域)
 医師・歯科医師
 保険薬局の薬剤師
 訪問看護師（訪問看護ステーション・病院・診療所等）
 理学療法士／作業療法士／言語聴覚士／歯科衛生士
 臨床心理士／栄養士
 介護支援専門員（ケアマネージャー）
 介護福祉士／ホームヘルパー
 社会福祉士
 介護関連事業所等の職員
 鍼灸師
 臨床宗教師あるいは宗教者、音楽療法士
 地域ボランティア

【地域緩和ケアチームを構成する職種】

・地域緩和ケアチームを構成する職種としては、病院の職種と病院以外の地域の医療職および介護職があり、さらにホスピスボランティアや臨床宗教師などの宗教家等が加わります。



・職種を役割別に大別すると、医療支援チームと生活支援チームに分類できますが、在宅の現場では生活支援チームが主体となり、医療支援チームは黒子として生活支援チームを支える体制が理想的です。



・また、それぞれの職種が所属する施設や事務所も多く、異なる組織に所属している異なる職種が地域内でネットワークを組み、協働して対応することになります。

【地域緩和ケア支援ネットワーク: 病院内緩和ケアチームと地域緩和ケアチームの連携】

・そして、今私たちが取り組まなければならないことは、緩和ケアを提供する地域のネットワークを作ることです。

・この地域ネットワークの基本構造をスライドに示しています。

・基本構造としての地域緩和ケアチームはまだ多くの地域で存在していませんが、現在看取りを伴う在宅医療が各地で展開されていますので、それに関わっている職種に緩和ケア教育を行うことで緩和ケアチームが誕生するものと考えます。

・現存している病院の緩和ケアチームの多くは病院完結型となっており、特に緩和ケア病棟等の緩和ケア施設はがん疾患に特化した「終の棲家」となっていますが、本来、地域緩和ケアチームの構成要素の一つであるべきで、地域の緩和ケアチームと密接な連携を保つ体制が必要です。

病院内緩和ケアチームの活動内容

- ①患者の身体的および心理的苦痛に対するより効果的な症状緩和治療の展開
- ②患者家族の日常生活の支援
- ③患者や家族の心理的社会的問題に対する支援、
- ④患者や家族が必要とする医療情報の提供、
- ⑤緩和ケアにたずさわる医療従事者に対する心理的な支援
- ⑥在宅緩和ケアの提供あるいは支援、
- ⑦病院内および地域の医療従事者への緩和ケア教育、
- ⑧地域介護従事者に対する緩和ケアの啓発、
- ⑨地域住民に対する緩和ケアの啓発、
- ⑩緩和医療にかかわる臨床研究

【病院内緩和ケアチームの活動内容】

・地域緩和ケアチームの一員としての病院内緩和ケアチームの活動内容を示します。

・病院においては、現在、がん疾患が緩和ケアの対象者となっていますが、今後は非がん疾患を含めて対象者を拡大する必要があります。

**在宅緩和ケアを念頭に置いた
病院内緩和ケアチームの活動**

- 短期間で症状緩和を行なう
- 症状緩和治療は自宅でも継続できる方法で行なう
- 在宅緩和ケアの情報を提供する
- 本人や家族の意向を早く確認する
- 自宅への移行準備は速やかに手配する
退院前カンファレンス

・地域完結型の病院内緩和ケアチームの活動は常に在宅緩和ケアを念頭においたものである必要があります。

・具体的にはスライドのような事項を意識する必要があります。

緩和ケアは多職種による

チームケア(interdisciplinary team)である

interdisciplinary team
(多職種協働チーム) はどんなチーム

・緩和ケアチームはinterdisciplinary team(多職種協働チーム)と呼ばれていますが、そのチーム形態について説明します。

チーム医療の三つの形態

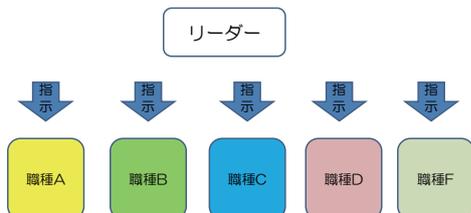
- 多職種(参加)チーム
multidisciplinary team
- 多職種協働(連携)チーム
interdisciplinary team
- 超職種チーム
transdisciplinary team

2) チームケアの基本形態

・チームケアにはmultidisciplinary team, interdisciplinary team, transdisciplinary team の3つの基本的形態があります。それぞれ、多職種(参加)チーム、多職種協働(連携)チーム、超職種チームと訳されています。それぞれのチーム形態には特徴がありますが、緩和ケアチームはinterdisciplinary team(多職種協働チーム)に位置付けられています。それぞれのチーム形態の特徴を以下解説します。

**多職種チームの構造
multidisciplinary team model**

1名のリーダーの指示のもと、各職種(メディカルスタッフ)が役割を果たしていく(専門的なケアを提供していく)チーム体系



(1) 多職種チーム multidisciplinary team

・1名のリーダーの指示のもと、各職種(メディカルスタッフ)が役割を果たしていく(専門的なケアを提供していく)チーム体系です。これまでの病院の医療体制(医師の指示のもとに「コメディカル」が指示された治療やケアを提供する)です。

多職種(参加)チーム multidisciplinary team model

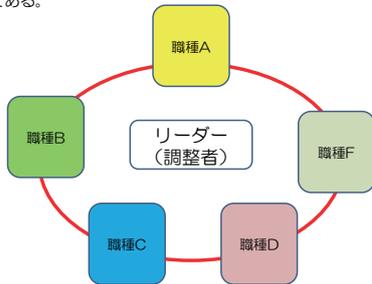
1名のリーダーの指示のもと、各職種（メディカルスタッフ）が役割を果たしていく（専門的なケアを提供していく）チーム体系

- 1) メンバーは専門性をもっている
- 2) 記録（カルテ）によって情報を共有する
- 3) リーダーは最高責任者（通常は医師）である
- 4) チーム自体は計画する手段ではない
- 5) チーム内での話し合いの過程は重要ではない
- 6) 緊急な課題の達成には有用
- 7) 他職種との議論は最小限で効率的で横の意見交換が少なく、連携、協働が弱い。
- 8) 職種間の支配構造が生じやすい

・その特徴を示します。

多職種協働チーム

それぞれの職種の役割（専門性）をお互いに理解し、常に連携をとりあいながら、チームで決めた目標を達成できるようにケアを提供するチーム体系である。



(2) 多職種協働チーム interdisciplinary team

・それぞれの職種の役割（専門性）をお互いに理解し、常に連携をとりあいながら、チームで決めた目標を達成できるようにケアを提供するチーム体系です。

多職種協働(連携)チーム interdisciplinary team model

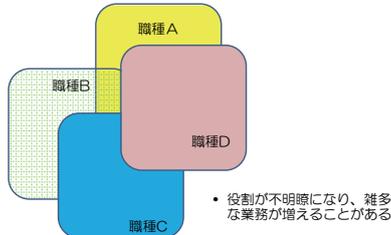
それぞれの職種の役割（専門性）をお互いに理解し、常に連携をとりあいながら、チームで決めた目標を達成できるようにケアを提供するチーム体系である。

- 1) メンバーはチームと同一であることで認められる、
- 2) 話し合いによって情報を共有し目標を計画する
- 3) 各職種が目的を共有しながら、果たすべき役割を担い、協働・連携してゆく。
- 4) リーダーは仕事の内容によって異なる
- 5) チーム自体が計画する手段である、
- 6) 上下の意見交換同様、多職種間の横の意志疎通・情報交換を行うことが必要不可欠（カンファレンスの開催）。
- 7) 緊急性のない複雑で多様な課題の達成に有用
- 8) 高度なマネジメントスキル・コミュニケーションスキルが必要。

その特徴を示します。

超職種チームの構造 transdisciplinary team model

各職種の連携や協働だけでなく、状況に応じて役割の解放を意図的に行う（異なる専門職があえて別の専門職の仕事を行う）。



(3) 超職種チーム transdisciplinary team

・各職種の連携や協働だけでなく、状況に応じて役割の解放を意図的に行う（異なる専門職があえて別の専門職の仕事を行う）チーム体系です。

超職種チーム transdisciplinary team model

各職種の連携や協働だけでなく、状況に応じて役割の解放を意図的に行う（異なる専門職があえて別の専門職の仕事を行う）。

- 役割が不明瞭になり、雑多な業務が増えることがある

・その特徴として役割が不明瞭になり、雑多な業務が増えることが挙げられています。

・医療の現場において、このチーム体系を実践しているのが、精神疾患に対する在宅医療体制であるAssertive Community Treatment（包括型地域生活支援プログラム:ACT)です。このチームは全国に20箇所あります。

超職種チームとしてのACT



ACT
Assertive Community Treatment
包括型地域生活支援プログラム

重い精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされていた人々が病院の外でうまく暮らし続けていけるように、さまざまな職種の専門家から構成されるチームが援助するプログラム

・Assertive Community Treatment（包括型地域生活支援プログラム:ACT)という活動があり統合失調症の在宅医療を支えるチームケアがあります。これが超職種チームの体制をとっています。

緩和ケアは多職種による

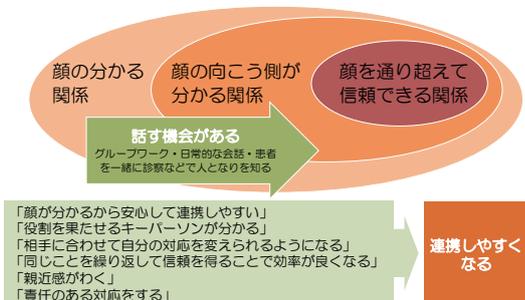
チームケア(interdisciplinary team)である

多職種協働チームを効果的に運用するためには・・・

3. 多職種協働チームを効果的、効率的に運用するために

・地域の少ないリソースを多職種協働チームとして効果的、効率的に運用することが現在求められています。

顔の見える関係の概念的枠組み



森田, Palliat Care Res 2012

(1)「顔の見える関係性」から「腹の中が見える連携」の構築へ

・地域の医療・ケアを良くするのに(知識や技術の向上以上に)、医療福祉従事者間のコミュニケーション・顔の見える関係が大切と言われています。

・顔の見える関係にも3段階のレベルがあり、「顔のわかる関係」から「顔の向こう側が分かる関係」になると連携がしやすくなります。

・さらに、「顔を乗り越えて信頼できる関係性」が必要と言われています。

これを最近では「腹の中(うち)も見える」連携と言っています。

「腹の中(うち)も見える」連携

多職種協働チームの活動が効果的で、 効率よく行なわれる必要条件

1. 目的/目標と方針を明らかにし共有する
2. チームのリーダーは、チームの構成や機能に適したリーダーシップを発揮する
3. チームメンバーが個々の役割/能力、相手の役割り/能力を認識し、互いに対等な立場を尊重する協力的な雰囲気を作る
4. 定期的または随時にディスカッションの場(カンファレンス等)を設け、チーム内のコミュニケーションをはかる。ディスカッションの成果を治療/ケアに反映させる
5. チーム活動の効果と質の評価を行なう(不足の感覚と工夫の意識を持つ)
6. スタッフに対するケアを行う

(2)多職種協働チームを効果的、効率的に運用するための要件
・多職種協働チームの活動が効果的で、効率よく行なわれる必要条件を6項目挙げました。

多職種協働チームの活動が効果的で、 効率よく行なわれる必要条件(1)

目的/目標と方針を明らかにし共有する

①目的/目標と方針を明らかにし共有する

地域緩和ケアの最終目標

- ・ 人生の最終段階における辛い状況(本人にとって、家族にとって)を可能な限り改善すること
- ・ その人らしい人生や生活を可能な限り最期まで継続できるよう支援すること(QOLの維持向上)
- ・ 人間としての尊厳を最期まで大切にすること
(人権の尊重)

・地域緩和ケアの最終目標です。チーム内で提供するケアの内容について意見の相違があるときには、この最終目標を再度確認する必要があります。

**多職種協働チームの活動が効果的で、
効率よく行なわれる必要条件（2）**

チームのリーダーは、チームの構成や機能に
適したリーダーシップを発揮する

チームリーダーの役割

- チームの目標・目的、方向性などを定める
- 調整者として意見をまとめる
- 調整者として必要に応じて意思決定し、方向性を示す
- メンバーの役割/力量を把握
- メンバーに対するサポートや助言
- メンバーの能力向上と人材育成
- チームが活動する環境の整備

**多職種協働チームの活動が効果的で、
効率よく行なわれる必要条件（3）**

チームメンバーが個々の役割/能力、相手の役割り
/能力を認識し、互いに対等な立場を尊重する協力的
な雰囲気を作る

地域緩和ケアにおける病院医療従事者の役割

- 病状・病状経過等に関する正確な説明
- 意思決定支援のための情報の提供
- 地域緩和ケアに関する情報の提供
 - プライマリケアとしての緩和ケアの提供（各科専門医を含む）
 - 複雑なニーズ・病状を持つ患者に対する緩和治療・ケアの提供（緩和ケアチーム）
 - 在宅緩和ケアチームへの患者の紹介
- 在宅緩和ケアの後方支援（後方病床・相談支援）

②チームのリーダーは、リーダーシップを発揮する

【チームリーダーの役割】

・チームリーダーの役割りを示します。

③役割と能力の認識

・チームを機能させる重要な条件の一つが、信頼関係の確立と専門性の尊重があります。

・相手の役割と能力、自分の役割と能力、そしてそれぞれの能力の限界を知っておくことは大切なことです。

・それぞれの能力の限界を知った上で、できないことを非難するのではなく、お互いに補完しあうこと、できないことをできるように育成することも重要なことです。

【地域緩和ケアにおける病院医療従事者の役割】

・それぞれの職種の役割について説明します。病院医療従事者の役割は大きいものです。

地域緩和ケアにおける緩和ケア病棟の役割

- 急性期症状の治療
- 在宅緩和ケアの後方支援（病床）
 - 急性期症状の治療
 - レスパイトケア
 - 看取りの場
 - （居宅では不安な家族に対し提供）
- 在宅緩和ケアに関わる医療従事者の教育

【地域緩和ケアにおける緩和ケア病棟の役割】

・緩和ケア病棟は基本的に、在宅緩和ケアの後方病床の役割が求められています。

地域緩和ケアにおける医師の役割

（【機能強化型】在宅療養支援診療所、【機能強化型】在宅療養支援病院、在宅療養支援病院、かかりつけ医）

- 医療支援グループの中核的役割
- 医療支援グループの調整役
- 訪問看護師のサポート役
- 定期的な訪問診療を行う
- 症状緩和治療の指示
- 急変時の対応
- 本人や家族の不安を解消するための説明
- 看取りの指導

【地域緩和ケアにおける医師の役割】

・医師の役割です。地域緩和ケアでは医師はリーダーシップをとることが望ましいですが、主役にならない配慮が必要です。ケア提供の主役は医療支援においては看護師、生活支援においては介護支援専門員です。

地域緩和ケアにおける看護師の役割

（【機能強化型】訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

- 医療支援グループの中心的役割
- 医療支援グループの調整役
- 緩和すべき症状の評価
- 症状緩和治療の評価
- 医師の（包括的）指示による治療
- 急変時の対応
- 家族への看護／介護の指導
- 家族への処置／治療の指導
- 本人／家族と医師の橋渡し
- 心理的支援、スピリチュアルケア、看取りの指導、グリーフケア

【地域緩和ケアにおける看護師の役割】

地域緩和ケアにおける薬剤師の役割
（保険薬局）

- 薬剤の配送
- 薬剤指導／薬剤管理
- 無菌調剤
- （医療材料・衛生材料の供給）
- 家族の相談役
 - 病状や症状に対する医師の説明の補助
 - 看取りについての相談
 - 家族の健康相談

【地域緩和ケアにおける薬剤師の役割】

・2016年度からかかりつけ薬局の制度、健康サポート薬局の制度ができました。

かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一員を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる **かかりつけ薬局** があることが重要。
- **かかりつけ薬剤師** が役割を充てる **かかりつけ薬局** が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、**患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し**、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、**お薬手帳の一元化・集約化**を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し **随時電話相談**を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、**調剤を高度**。
- 地域包括ケアの一環として、在宅管理等のため、**在宅対応**にも積極的に関与。
(参考) 現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。 (5.7万のうち3.1万の薬局で処方調剤機能を有する。薬局数での薬局が閉鎖した場合、調剤機能については自治体の薬局や地区薬剤師会等と連携。)
・ハレ薬局では、薬剤師が24時間や相談受付で、薬局以外に **地域包括支援センター** 等の連携も確保。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じて処方医に対して **疑義照会** や **処方提案** を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、**処方医へのフィードバック** や **執業管理・薬薬指導** を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、**医療機関に受診勧奨** する他、地域の関係機関と連携。

【地域緩和ケアにおける歯科医師・歯科衛生士の役割】

地域緩和ケアにおける歯科医師・歯科衛生士の役割

- 歯科治療
- 口腔ケア
- 嚥下リハビリ実施および指導
- 口腔ケアや嚥下リハビリを伴う食支援

【地域緩和ケアにおけるリハビリテーション技師の役割】

地域緩和ケアにおけるリハビリテーション技師の役割
(訪問リハビリテーション事業所等)

四つの機能

- 1) 生活場面において心身・生活機能の向上・維持を行う (therapy)
- 2) 生活環境との心身機能との関係調整を行う (coordination)
- 3) 生活活動の活性化と社会参加を促す (guidance)
- 4) 本人・家族や多職種へ評価・助言を伝え協働してリハビリテーションを促進する (management)

- 在宅生活の継続・機能維持を目的としたリハビリテーション実施
- 嚥下リハビリテーションの実施・指導

【地域緩和ケアにおける栄養士の役割】

地域緩和ケアにおける栄養士の役割

➤ 「食支援」の中心的スタッフ

- 栄養評価
- 病状にあった栄養補給法の提案
- 嚥下状態にあった食形態の提案、指導
- 人工栄養補給の意義についての説明
- グリーフケア

地域緩和ケアにおけるケアマネージャーの役割
(居宅介護支援事業所)

- ▶ 生活支援グループの中心的役割
- ▶ (在宅医療の中核的役割)
- ▶ 包括的マネジメント
- 要介護者の課題分析とサービスとニーズの把握
- ケアプラン(介護サービス計画)の作成
- サービス担当者会議の運営
- ケアプランの継続的な管理と再評価
- 介護支援サービスの記録
- 看取りの指導 グリーフケア

【地域緩和ケアにおけるケアマネージャーの役割】

地域緩和ケアにおける行政の役割
(介護保健事業計画の地域支援事業)

- 医療ネットワークと介護福祉ネットワークの橋渡し/調整
- 地域住民への啓発活動
- 多職種に対する研修会の開催など人材育成
- 地域緩和ケアネットワークに関する現状の把握
- 地域緩和ケアネットワークに関する情報発信

【地域緩和ケアにおける行政の役割】

・2018年度より在宅医療介護連携推進事業が市町村の業務となりました。これにより、行政の役割も重要になっています。

他職種と連携する際の注意点

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 相手の違いが前提 | 6. 連絡や依頼の仕方 |
| 2. 相手の得意技 | 7. 形式よりも実質的な有効性 |
| 3. 相手の苦手な領域 | 8. 個人的な要素 |
| 4. 制度や相手機関の限界 | 9. こちらの宣伝や情報提供 |
| 5. 相手の勤務行動 | 10. 相互の変化を信頼 |

野中猛：ケアマネジメント実践のコツ 2001

【他職種と連携する際の注意点】

・地域緩和チームは多職種、多施設、多事業所、そして場合によっては異業種が参画しますので、それぞれと連携する際には念頭に置くべき大事な留意点があります。

多職種協働チームの活動が効果的で、効率高く行なわれる必要条件(4)

定期的または随時にディスカッションの場(カンファレンス等)を設け、チーム内のコミュニケーションをはかる。ディスカッションの成果を治療/ケアに反映させる

④チーム内のコミュニケーションをはかる

効果的なチームワークの指標

Interdisciplinary team process Gardner JF 1980

1. 課題に焦点を当てる
2. 互いの声を聴く
3. 互いに寛容で、違いの議論を続ける
4. 明確で単純な言葉を使う
5. 互いの人間的、法的な権利を約束する
6. 相互作用を促し、葛藤を弱める指導体制
7. 個人的にも互いを知る

カンファレンスの目的

- 事実の発見、調査、情報収集
- 競合する立場、意見の調整と協定
- 独断的な意思決定を避ける
- 創造的な思考と発想を促し、強化する
- 情報の共有
- 意思決定を行う
- チーム構成員を共通の目標に向ける
- 未経験者を経験豊かな集団に参加させて訓練する

(中村隆一郎：入門リハビリテーション概論)

【効果的なチームワークの指標】

・チームを機能させる条件として、前述の信頼関係の確立と専門性の尊重の他に、自由にディスカッションできる雰囲気をつくる(対等な立場、直接話あう機会を設ける)、ディスカッション(カンファレンス等)の成果を治療/ケアに反映させるという項目があります。

・チーム内のコミュニケーションは最も重要であり、効果的なチームワークの指標として、コミュニケーションをとるための7つの項目を挙げました。

【カンファレンスの目的】

・多職種協働チームでは定期的なカンファレンスの開催が重視されています。

・定期的なカンファレンスだけでなく、利用者(介護家族も含め)の状況が変わったとき、チームとしての活動に齟齬が生じたとき、チームメンバーに軋轢が生じた時などには適時臨時のカンファレンスを開催することが肝要です。

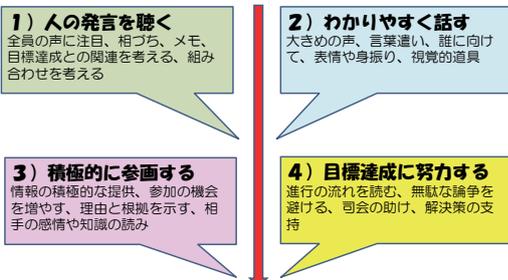
・カンファレンスの目的として、いくつか項目を挙げました。

・現場で起きている現象は、関係する職種によってその事実の把握の仕方や伝え方が当然違っていますので、それぞれ把握した事実を共有しながら、状況の評価を行います。

・多職種協働チームの強みは、多様な視点で事実を評価することができること、独断的な意思決定を排除できる可能性があること、創造的な思考や発想が得られること、弱みは、職種により競合する立場や意見があること、所属している組織の内規が異なることなどです。この強みを高め、弱みを可能な限り低めるためには、カンファレンスのあり方が重要となります。

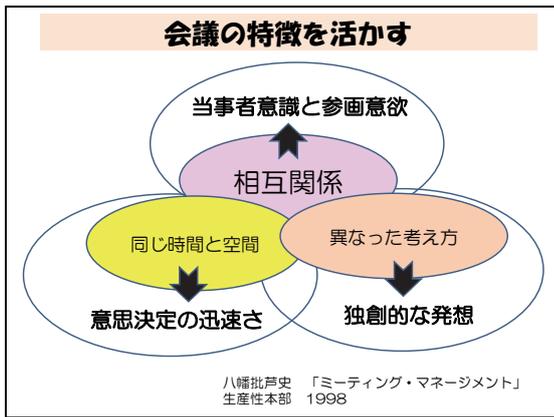
メンバーの望ましい参画態度

高橋誠：会議の進め方 日本経済新聞 1987



【メンバーの望ましい参画態度】

・カンファレンスでのメンバーの参画の態度として、①人の発言を聞く、②わかりやすく話す、③積極的に参画する、④目標達成に努力するなどの項目が挙げられています。



・また、カンファレンスの開催にあたっては、当事者意識や参画意欲を高める、独創的な発想を促す、迅速な意思決定を行うような会議のあり方が求められます。これにはチームリーダーの調整力が重要となります。

**多職種協働チームの活動が効果的で、
効率よく行なわれる必要条件（5）**

チーム活動の効果と質の評価を行なう
(不足の感覚と工夫の意識を持つ)

⑤チーム活動の効果と質の評価を行なう
・地域緩和ケアの実践内容は常に変化(進歩)し続けています。このため活動内容の評価、および質の評価を行うことはチームとして必須項目です。

チーム効果を生む要因

Hogel m. & Gemunden H G 2000

1. コミュニケーション向上
2. 作業の調整 (技術的社会的調整)
3. メンバーの力能の平準化 (相互学習)
4. メンバー同士の支援
5. 行動の規範化 (期待される行動)
6. チームの統合化 (団結・高揚)

【チーム効果を生む要因】
・チーム活動の質を向上させるための要因として6項目が提示されています。
・最終的な質の評価は、利用者の満足度あるいは納得度であり、さらにチームメンバーの満足度および納得度も考慮されるべきと考えます。

チームワークの原則
(不足の感覚・工夫の意識)

- ・チームワークに不足がなくなるときは仲良しクラブになって目的が失われる

・チームワークの原則に「不足の感覚、工夫の意識」という項目があり、「チームワークに不足がなくなるときは仲良しクラブになって目的が失われる」との説明があります。特に進化しつづける必要性のある緩和ケアでは常に念頭に置くべき提言と考えます。

多職種協働チームの活動が効果的で、
効率よく行なわれる必要条件(6)

スタッフに対するケアを行う

⑥スタッフに対するケアを行う

- ・緩和ケアの現場はストレスが多く、利用者とスタッフとの情緒的、感情的な面の交流が重視される現場でもあります。特に、最終的に利用者の死で医療的支援は終了し、その後家族の悲嘆のケアが継続される形となりますが、関係しているスタッフのケアもチームの重要な課題となります。
- ・この項目については領域8で学びます。

4-2. ケアプランの策定

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

- ケアプランは基本的には、生命予後の限られている状況にある人とその家族の包括的で、適切な、多職種による評価に基づいて作成されることを理解できる。
- ケアプランは、生命予後の限られている状況にある人やその家族の、確認され、表出された意向、価値観、目標、ニーズに基づいたものであり、本人・家族の意思決定を支援する専門家の指導と支援で作成されることを理解できる。
- 生命予後の限られた状況の及ぼす本人やその家族にとっての重圧を認識し、本人がその状態に伴う変化に順応できるように支援することができる。
- それぞれの対応の仕方、本人が自分の診断をどう受け止めているのかを念頭に置き、生命予後の限られた人とその介護者の優先することや関心事を同定することができる。
- 実践家として専門職にあるという視点で、すで

に確立された標準的ケアやガイドラインにはずれた介入の結果を批判的に評価することができる。

- ケアプランの策定においては、短期、中期、長期の目標をあらかじめ定めるとともに、生命予後が限られた人の状況の変化に応じた本人家族のニーズに即した迅速なケアプランの変更を行うことができる。
- ・複雑なニーズを満たすためのエビデンスに基づいた実践活動を盛り込んだケアプランをたて、実施し評価することができる(専門的緩和ケア)。
- 生命予後の限られている状況にある人およびその家族介護者に、現在の緩和ケアニーズに関して最も適切なケアモデルを提供することができる。
- ・複雑なニーズのある場合には専門的緩和ケアと相談・連携することができる。
- ・複雑なニーズのある場合にも適切に対応できる(専門的緩和ケア)

領域4

多職種協働による実践とケアプランの策定

領域4-2 ケアプランの策定

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 4

領域4 多職種協働による実践とケアプランの策定

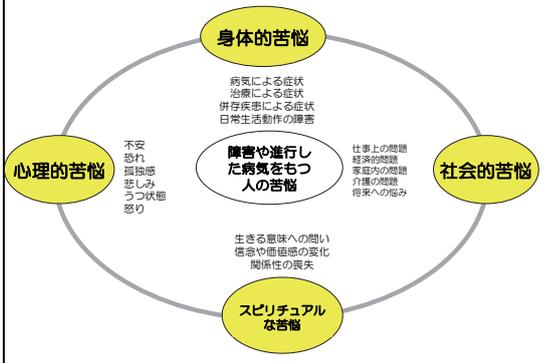
領域4-2 ケアプランの策定

ケアプラン策定時に考慮すべきこと

- 多職種協働による利用者（本人・家族）の包括的評価に基づいたケアプランの策定
- 利用者の意向、価値観、目標、ニーズを確認し、それをケアプランに反映させる
意向やニーズの優先度の確認
- 病状の変化を予測したケアプランの策定
- 病状の変化に応じた迅速なケアプラン変更

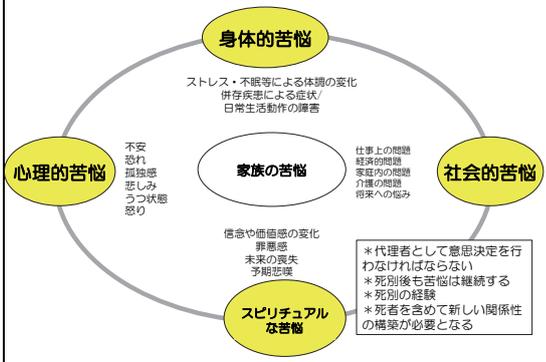
【ケアプラン策定時に考慮すべきこと】

全人的苦悩(total suffering or pain)の概念



・多様な視点で、多職種で本人の苦悩とニーズを包括的に評価することが重要です。

家族の全人的苦悩(total suffering or pain)の鳥瞰図



・同様に、多様な視点で、多職種で家族の苦悩とニーズを包括的に評価することも重要です。

**バックキャスト・バックキャストイング
backcast・backcasting**

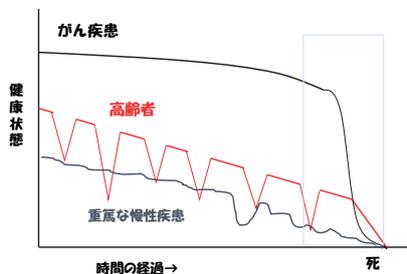
- 今後 病状はどのように経過するのか
- 今後 発現する可能性のある症状は
- 今後 どの程度の予後が見込まれるのか
- 今後 どのような生活が継続できるのか
- 今後 生活する上で困ることはどのようなことなのか
- ▶ 今後 どのような医療的支援が必要なのか
- ▶ 今後 どのような生活支援が必要なのか

・特に緩和ケア対象者は病状が徐々に悪化し、時に急に悪化することもあり、最終的に死を迎えます。そして、病状の変化に伴い、患者や家族のニーズも変わってきます。したがって、あらかじめ病状の経過予測、そして予後の予測を行い、事前に対応策を立てることが可能であれば、ケアプランの中に組み込んでおく、あるいは、予測できない病状の変化に対しては、迅速なケアプランの変更を行うことが重要です。

・このためには、医師は病状予測について、推定予後について、関係者に情報提供しておく、医師以外のチームメンバーは、病状の変化について医師に情報を提供しておくことが肝心です。

・可能であれば疾患毎の病状の軌跡を知っておくことも大切です。

死にゆく過程の軌跡 (dying trajectory)



領域5 (Module5) 家族のケア

5-1 家族のケア

ここにおける家族とは、生命予後の限られている状況にある人を大切に思っている人、生命予後が限られている状況にある人が大切に思っている人々と定義します。家族介護者を含む家族は、ケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象者となります。

家族介護者はしばしばケア提供者として生命予後の限られている状況にある人と専門職の間をつなぐ役目を果たします。彼らの役割を支援し、可能な限り強化することは基本的なことであり、ケアすることによる問題や潜在的な葛藤があるときには、必要に応じて専門職に照会できるなど、認知され、対応されることも基本的なことです。この支援は死別の早い時期にも延長されるべきです。専門職の

平穏で、尊厳が保たれ、威厳と敬意に満ちた死を迎えるためには、多職種協働チームが生命予後の限られた状況にある人と家族の価値、意向、信条（信念）、文化、および宗教に留意することは基本的なことです。また、看取りにおいては、生命予後の限られている状況にある人、家族、および他のすべての関係する医療従事者、介護従事者のケアチームにおけるコミュニケーション、痛みやその他の症状の詳細な評価とマネジメント、死に至る過程と死後の期間において予測されることについての家族指導等が重要となります。さらに、実際の死以前の予期悲嘆で始まる死別のサポートはグリーフケアの一貫として実際の死まで継続され、死別プランは死の直後に実践されます。

一地域緩和ケア実践者として求められる資質一

●多職種協働チームの一員として、生命予後の限られている状況にある人とその家族の身体的、心理社会的、スピリチュアルな、社会的、文化的なニーズを満たすために、人生の最終段階における患者の兆候と症状を確認し、連絡し、マネジメントすることができる（再掲）。

●多職種協働チームの一員として、評価を行い、生命予後の限られている状況にある人・家族の協力を得て、実在しているあるいは潜在的な症状に対する予防的あるいは緊急処置について、療養の場に関する本人・家族の意向、ベッドサイドへの家族および／または地域住民の同席、および他の治療と処置に対する希望など関してのケアプランを作成し、文書化し、実行することができる（再掲）。

●家族介護者は過度の苦悩や負担を感じることもあり、専門職はその危険にある人を見分け、ケア提供者として認めて支援することができる。

●家族介護者には、ほかの役割や要望（例えば、子供や他の人々の面倒を見なければならないかもしれない）もあることを認めることができる。

●必要に応じ、生命予後の限られている状況にある人に提供される支援とは別の心理的、感情的な支援を家族介護者に提供することができる。

●異なる医療専門職と交流する能力を家族介護者に培うことができる。

●家族の葛藤をマネジメントする方法をケアチームの中で発展させることができる。

●短期間の死別カウンセリングが適切と思われた場合はそれを推進することができる。

●複雑な死別のニーズを察し、適切な形で関与することができる。

●生命予後の限られた状態にある人とその家族の精神的健康状態と対応能力への影響を認識し、その家族が死別と喪失に適応できるよう手助けと支援を提供することができる。

●死別ケアを、尊厳を重視し、生命予後の限られている状況にある人や家族のもつ文化や宗教儀式に敬意を払った礼儀正しい方法で行うことができる。

●看取りについての家族指導を行うことができる。

●臨終期および臨死期の家族ケアはグリーフケアの一環であることを認識することができる。

領域5

家族のケア・人生最終段階におけるケア

5-1 家族のケア

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 5

領域5
家族のケア・人生最終段階におけるケア

5-1 家族のケア

家族とは

血縁関係のある人
血のつながりに関係なく、本人にとって親しい関係の人

“those closest to the patient in knowledge, care and affection. This includes the biological family, the family of acquisition (related by marriage/contract), and the family of choice and friends (not related biologically, by marriage/contract)”

The Canadian Palliative Care Association

【家族の定義】

・地域緩和ケアにおける家族の定義として、血縁関係のある人だけでなく、血のつながりに関係なく、本人にとって親しい関係の人も含みます。

地域緩和ケアにおける家族ケアの要点

1. 家族は（患者）本人と同様に様々な苦悩を持つ
家族はケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象である
2. 家族のもつ苦悩と多様なニーズに対応するため多職種による包括的評価とニーズに沿った対応が必要である
3. 家族のケアとして重要な項目：情報共有、生活・介護支援、ニーズに則した心理社会的・スピリチュアルな支援、意思決定支援、臨終期・看取りの支援等
4. 臨終期・臨死期および死別におけるケアはグリーフケアの一環として重要なケアである
5. 地域緩和ケアは死別後のグリーフケアを含めた連続したケアである。

【地域緩和ケアにおける家族ケアの要点】

・この領域で理解してほしい5項目を示します

地域緩和ケアにおける家族ケアの要点 1

- ・ 家族は（患者）本人と同様に様々な苦悩を持つ
家族はケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象である

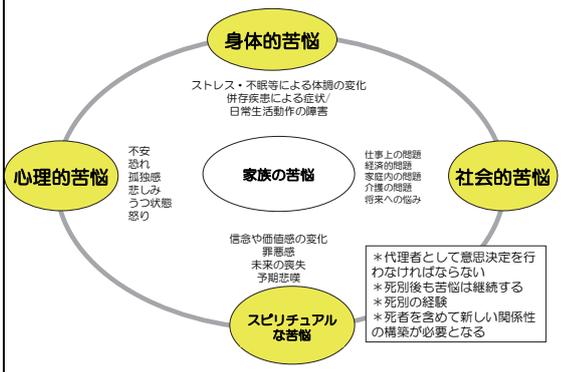
〈地域緩和ケアにおける家族ケアの要点1.（家族のもつ苦悩の理解）〉

生命の脅かされる病気・生命予後の限定された病態にある人々の家族・介護者に起こる変化

- 身体的苦痛
関係する人の症状や病状が悪くなっていくことをみることの辛さ
介護に伴う身体的・心理的負担による体調の変化
- 心理的不安（苦悩）
死や死にゆくことに対する不安が生ずる
不確かなことが増えてくることへの不安
看取り不安（未経験の領域への曝露）
- 社会的不安（苦悩）
関係性が変わる
役割が変わる
孤独になる
経済状況が変わり雇用が変わる
ケアする必要がでてくる：疲労と介護負担
- 死に直面する
親しい人との別れ（悲嘆と喪失）
新しい関係性の再構築

・生命の脅かされる病気・生命予後の限定された病態にある人々だけでなく、その家族・介護者にも様々な変化(苦悩)が起ります。

家族の全人的苦悩 (total suffering or pain)の鳥瞰図



・この苦悩は大切な人が亡くなった後も続くことを理解することも大事なことです。

家族の心理プロセス (家族が持つストレス)

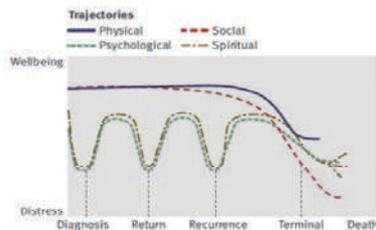
- 患者に苦痛を伴う治療が行われていること
- 病名、病状、予後について本人が説明をうけること
- 患者が苦痛、苦悩を経験していること
- 患者の精神的状態の変化によりコミュニケーションが保てないこと
- 特殊な環境、状態に置かれること
- 生活面や経済的基盤が変化すること
- 家族介護者としての役割を担うこと
- 自分の時間のなさ/自分の健康状態への不安
- 患者の死が近いことを受け入れること

【家族のもつストレス】

・本人が治療を受けている間も、死にゆく過程においても家族は様々なストレスに曝されます。

家族の苦悩の軌跡

進行肺がんの19組の家族を縦断的に評価



Scott A Murray et al 'Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. BMCJ 2010;30(4):2581

【家族の苦悩の軌跡】

・患者の状況の変化における家族の苦悩とを対応させたものですが、それぞれの状況の変化に応じて変化していることが示されています。

家族はケアチームの一員であると同時に、患者と一緒にケアを受ける対象でもある。

Unit of care Informal caregiver
 Hidden patient
 Second patient

・したがって、緩和ケアでは家族もケアの対象者として扱います。
 すなわち、家族はケアチームの一員であると同時に、ケアを受ける対象でもあります。
 ・英語では、Unit of care ,Informal caregiver ,Hidden patient, Second patient とも言います。

家族ケアのフェーズ

安定期	不安定期	臨終期/臨死期	死別期
-----	------	---------	-----



家族ケアのフェーズ（段階）は患者の病状の変化、患者のニーズおよび家族のニーズ、家族の状況の変化に応じて決められる

家族のもつストレスは病状の進行、悪化に伴い強くなりますので、ケアの必要度は病状に伴い高くなります

地域緩和ケアにおける家族ケアの要点 2

家族のもつ苦悩と多様なニーズに対応するため
 多職種による包括的評価と
 ニーズに沿った対応が必要である

〈地域緩和ケアにおける家族ケアの要点2(ニーズの包括的評価とニーズに沿った対応)〉

地域緩和ケアにおける家族ケアの要点 3

- 家族のケアとして重要な項目：
- 情報共有
 - ニーズに則した心理社会的・スピリチュアルな支援
 - 生活・介護支援
 - 意思決定支援
 - 臨終期・看取りの支援
 - 悲嘆のケア（グリーフケア）

〈地域緩和ケアにおける家族ケアの要点3(ニーズに沿ったケアに実践)〉

家族ケアの内容

- 1) 家族に対する病状の説明（情報の共有）と目標共有
- 2) 家族の苦悩やニーズの把握とその対応へのサポート
- 3) 家族の基本的生活の援助
- 4) 家族の介護支援
- 5) 意思決定を支える（意思決定支援）
- 6) 家族の死を受容するための援助（死別・悲嘆への対応の準備）
- 7) 悲嘆からの離脱の支援（グリーフケア）

【家族ケアの具体的内容】

・家族のケアとして重要な項目を挙げました。以下説明していきます。

家族のケア（1）

家族に対する病状の説明（情報の共有）
と目標共有

■ 家族のケア 1) 家族に対する病状の説明（情報共有）と目標共有

家族に悪い情報を伝える

- ・ 患者の同意を得る
- ・ SPIKES PREPARD などのコミュニケーション技能を用いる

患者（利用者）と家族で情報を共有する
どの時期に、どのような形で伝えるか

【家族に悪い情報を伝える】

・ 家族が病状を正しく理解していないことがよくあります。これまで家族が把握している病状を聞いたうえで、現状の正しい病状を理解してもらうことがまず重要です。

・ 家族に病状を説明するときは必ず患者の同意を得る必要があります。患者の同意が得られない場合でも、家族ケアにおいて情報共有は重要な要素ですので、患者にそのことを伝えて、できるだけ同意を得る必要があります。

・ 悪い病状を伝えるときは、コミュニケーション技法を用います。

家族に悪い情報を伝えた場合の反応

- ・ 患者本人と同様の反応
- ・ 家族特有の反応
 1. 患者に隠すこと
 2. 特殊な怒り
 3. 予期悲嘆
 4. 特殊な罪悪感や恐怖

【家族に悪い情報を伝えた場合の反応】

・ 家族に悪い情報を伝えた場合の反応として、患者本人と同様の反応の他に、家族特有の反応があることを念頭において対応することが必要となります。

■ 家族のケア2) 家族の苦悩やニーズの把握とその対応へのサポート

家族のケア (2)

家族の苦悩やニーズの把握と
その対応へのサポート

**家族がもつニーズ
(家族の心理プロセス)**

- 患者の状態を知りたいというニーズ
- 患者のそばにいたいというニーズ
- 患者の役に立ちたいというニーズ
- 感情を表出したいというニーズ
- 医療者に対する受容と支持と慰めに対するニーズ
- 患者の安楽の保証についてのニーズ
- 家族メンバーよりの慰めと支持に対するニーズ
- 死期が近づいたことを知りたいというニーズ
- 患者一家族間で話し合いたいというニーズ
- 自分自身を保ちたいというニーズ

【家族がもつニーズ】

・家族は多面的な苦悩や多様なニーズをもつため、その把握は多職種協働で包括的に行う必要があります。

家族がもつニーズ

- 治して欲しいというニーズ
- 自分の日常生活をこわされたくないというニーズ
- 治療・介護をすべて医療者にお任せしたいというニーズ
- 具合の悪いところはみたくないというニーズ

・その一方で、多少身勝手と思えるニーズもあります。

家族のニーズの多様性

- 家族といっても、その構成員によってニーズはまちまち
- 家族関係も複雑な家族もいる
- 大変な家族とは・・・

多様なニーズをもつ家族に対しては、多様な視点での評価が必要不可欠

【家族のニーズの多様性】

・また、家族といっても、一人ひとり考えていることが違っている場合も少なくなく、家族関係が複雑である場合もあります。

・多様なニーズをもつ家族に対しては、多様な視点での評価が必要不可欠です。

・そして、時に、家族が患者のケアの障害となる場合もあります。

家族はケアの推進者とも、障壁ともなる

家族の評価

■家族の面接による包括的評価

- 本人の病状/治療の状況についての理解度の確認
- 家族関係を知る
 - それぞれの家族の結びつきの強さを知っておく
 - 遠方の家族/親族についても調査する
 - キーパーソンが誰であるかも確認しておく
- 家族それぞれの健康状態/これまでの近親者の死別体験の状況を把握する
- 家族のそれぞれの思い、ニーズなど
それぞれの家族の満足度を上げるような援助の仕方を模索することが望ましい

【家族の評価】

・このため、家族ケアにあたっては、家族の評価を行うことが大切です。

・家族の評価にあたっては直接面談し、スライドに示したような項目の確認を行います。

・これまでの近親者の死別体験の状況は、臨死期にあたっての家族のコーピングを予測するため、また、家族の死生観を予想するためにも重要です。

・そして、家族のそれぞれの思い、ニーズなどを直接聴きながら、それぞれの家族の満足度を上げるような援助の仕方を模索することが肝要です。

家族面談における留意事項

- 家族の多様性を認める
- 医療者の持つ家族のイメージで判断しない
- この家族はこうであると決め付けず柔軟に対応する
- 多職種からの情報を得て活用する
- 家族の生活上の都合についても聴取する

【家族面談における留意事項】

・一方、家族面談に際しては、医療側にも、家族の多様性を認める、医療者の持つ家族のイメージで判断しない、この家族はこうであると決め付けず柔軟に対応することなどが重要です。

- 家族のニーズは、各人それぞれに異なっており、家族関係、それまでの人生経験、社会的立場などにより形づくられている。
- 特に、家族関係は重要で、医療従事者は思わぬところで、家族問題にまきこまれてしまう可能性がある。

・家族関係が複雑な場合には、医療従事者は思わぬところで、家族問題にまきこまれてしまう可能性があり、注意が必要です。

家族に声掛けをすることが大事

- 心配事はいろいろあると思いますが、何か知りたいこと、聞きたいことはありませんか
- 疲れてはいませんか
- 不安に思っていることはありませんか
- よく眠れていますか
-

コミュニケーションを保つ
積極的傾聴

また、家族の苦悩やニーズを知るためには、日常的に家族に声をかけ、「心配事はいろいろあると思いますが、何か知りたいこと、聞きたいことはありませんか」「疲れてはいませんか」「不安に思っていることはありませんか」「よく眠れていますか」など聞くことが大事です。

家族のケア（3）

家族の基本的生活の援助

■ 家族のケア3) 家族の基本的生活の援助

・病状。が悪化している場合には、家族がそばにつきっきりとなり、基本的日常生活(入浴・睡眠・食事・娯楽など)が営めないこともありますので、声掛けして状況を把握し、状況に応じて地域リソースを利用するなど支援を働きかけることも必要です。

家族のケア（4）

家族の介護支援

■ 家族のケア 4) 家族の介護支援

・長期ケアにおいては、家族の介護支援としてのホームヘルプサービスやショートステイやデイケアの利用などをケアプランの中に組み込んでおく必要があります。

介護負担の評価

介護負担の項目	1	2	3	4	5
1. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
2. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
3. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
4. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
5. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
6. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
7. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
8. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
9. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
10. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
11. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
12. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
13. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
14. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
15. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
16. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
17. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
18. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
19. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5
20. 介護者の生活に支障をきたしていると感じる頻度はどのくらいですか。	1	2	3	4	5

【介護負担の評価】

・このため介護負担度の評価も継続的に行うことが重要です。
 ・なお、介護負担度の評価法として、Zait介護負担尺度日本語版やその簡略版があります。

介護負担の評価

Zait介護負担尺度日本語版(J-ZBD) 簡略版

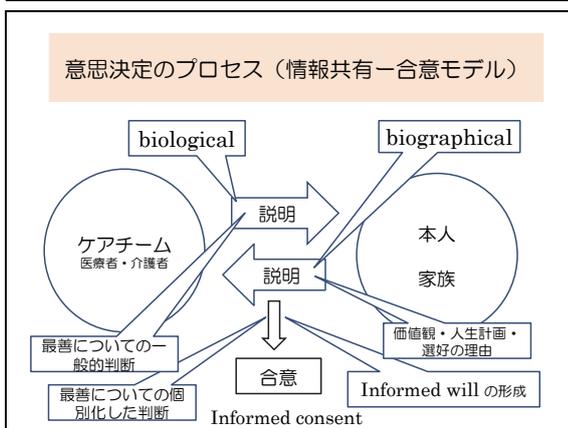
各項目について、あなたの気持ちに最もあてはまると思われる番号を○で囲んでください	思 わ な い	た ま ま に 思 う	誇 や 思 う	よ く 思 う	い つ も 思 う	
4 受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	-	0	1	2	3	4
5 介護を受けて方のそばにいると疲れが言つことがありますか	-	0	1	2	3	4
6 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなることありますか	-	0	1	2	3	4
7 介護を受けている方のそばにいると、気が休まらないと思いませんか	-	0	1	2	3	4
12 介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことありますか	-	0	1	2	3	4
13 介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅に呼びだすこともできないと思つたことありますか	-	0	1	2	3	4
18 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことありますか	-	0	1	2	3	4
19 介護を受けている方に対して、どろしいかわからないと思うことありますか	-	0	1	2	3	4

判定 13点以上は 抑うつ症状がある可能性が高い

家族のケア (5)

意思決定を支える (意思決定支援)

■ 家族のケア 5) 意思決定を支える(意思決定支援)



【意思決定のプロセス(情報共有—合意モデル)】

- ・病状が悪化し、患者本人が意思決定できなくなり、家族が意思決定を行わざるを得ない場面が少なからず出てきます。この場合にも意思決定に必要な情報をできるだけ正確に伝え、家族の都合もよく聞き、患者本人の価値観や志向や希望なども考慮しながら話し合いを行うことが大切です。
- ・また、どのような決定を行うにせよ、医療従事者や介護従事者は寄り添うこと、責任をシェアすることを覚悟し、そのことを伝えることが大切です。

5-2. 人生の最終段階におけるケア（本人のケアも含む）

平穏で、尊厳が保たれ、威厳と敬意に満ちた死を迎えるためには、多職種協働チームが、生命予後が限られている状況にある人とその家族の価値、意向、信条（信念）、文化、および宗教に留意することは基本的なことです。また、看取りにおいては、本人、家族、および他のすべての関係する医療従事者、介護従事者のケアチームにおけるコミュニケーション、痛みやその他の症状の詳細な評価とマネジメント、死に至る過程と死後の期間において予測されることについての家族指導等が重要となります。さらに、実際の死以前の予期悲嘆で始まる死別のサポートはグリーフケアの一貫として実際の死まで継続され、死別プランは死の直後に実践されます。

A 地域緩和ケア提供者として求められる資質

●多職種協働チームの一員として、生命予後の限られている状況にある人と家族の身体的、心理社会的、スピリチュアルな、社会的、文化的なニーズを満たすために、人生の最終段階における本人の兆候と症状を確認し、連絡し、マネジメントすることができる。

●多職種協働チームの一員として、評価を行い、生命予後の限られている状況にある人・家族の協力を得て、実在しているあるいは潜在的な症状に

対する予防的あるいは緊急処置について、療養の場に関する本人・家族の意向、ベッドサイドへの家族および／または地域住民の同席、および他の治療と処置に対する希望など関してのケアプランを作成し、文書化し、実行することができる。

●死別ケアを、尊厳を重視し、生命予後の限られている状況にある人やその家族のもつ文化や宗教儀式に敬意を払った礼儀正しい方法で行うことができる。

領域5

家族のケア・人生最終段階におけるケア

5-2 人生最終段階におけるケア

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 5

領域5

家族のケア・人生最終段階におけるケア

5-2 人生最終段階におけるケア

臨終期のケアの内容

- 患者のケア
 - 十分な症状コントロール
 - 自律や尊厳を保つ
 - 傾聴
 - そばにいたいこと (being)
- 家族のケア
 - 患者の十分な症状コントロール
 - 今後の病状の経過の説明
 - 今後出現する可能性の高い症状の説明
 - お別れが近いことの説明
 - 家族へのねぎらいの言葉がけ

【臨終期のケア】

- ・人生の最終段階、特に臨終期のケアは患者に対しても、そして家族に対しても重要なケアです。
- ・ここでは家族のケアを中心に説明します
- ・患者および家族のケアの具体的内容を提示しました。
- ・患者の症状緩和はこの時期には家族のケアに含めてもいいかもしれませぬ。

家族のケア (6)

家族の死を受容するための援助
(死別・悲嘆への対応の準備)

- 家族のケア 6 家族の死を受容するための援助(死別・悲嘆への対応の準備)

末期患者の家族へ配慮すべきポイント

(『死にゆく患者と家族への援助』
柏木哲夫著 医学書院 1986)

- 末期であることを家族に知らせる。
- 家族のために特別に時間と場所をとる。
- 病状をできるだけ詳しく説明する。
- 患者の看護への家族の参加。
- 苦痛緩和の保証を家族に与える。
- 最善を尽くすことを家族に伝える。
- 聴覚は最後まで残ることを家族に知らせる。
- 臨終間近の患者の状態の説明

【末期患者の家族へ配慮すべきポイント】

- ・柏木は末期患者の家族へ配慮すべきポイントとして、8項目を挙げています。

死別家族のための評価項目 (Teno)

- 死に行く家族が肉体的に苦しなかつたか
- 医療処置や日常生活方法を死に行くものが自由意志で選べたか
- 愛する者のために費やしたケアの苦勞をいやしてくれか
- 愛する者の在宅ケア方法を教えてくれたか
- 死ぬ前だけでなく死後も家族の精神的支えとなってくれたか

【死別家族のための評価項目(Teno)】

- ・Tenoは死別家族のための評価項目として5項目を挙げて居ます。
- ・日本と欧米との家族のケアの違いが少しありますが、共通することは、患者の苦惱の緩和、予測される病状や症状の経過についての説明、寄り添いなどです。
- ・そして、違っていることは、欧米では本人の尊厳が守れたかどうか重視されていることです。

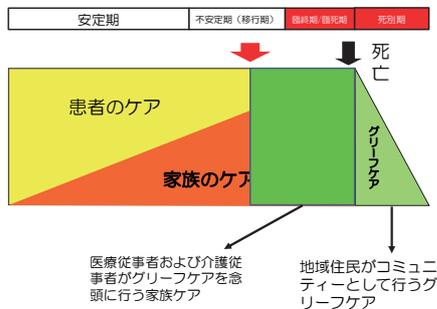
地域緩和ケアにおける家族ケアの要点 4

臨終期・臨死期および死別におけるケアはグリーフケアの一環として重要なケアである

〈地域緩和ケアにおける家族ケアの要点4. (グリーフケアとしての臨終期のケア)〉

- ・また臨終期や臨死期での家族の経験は、死後の悲嘆の深さに大きな影響を与えることより、この時期のケアはグリーフケアとしても重要です。

グリーフケアの開始時期 (↓)



- ・グリーフケアは死後から始まるプログラムと認識されていますが、死亡前のケアは非常に大事なグリーフケアであることを認識することは大事です。

予期悲嘆とは

大切なひととの別れなど、喪失を予期して嘆き悲しむこと。死別に対するこころの準備を整え、死別が現実のものとなった時、その衝撃や悲嘆を少しでも軽くするのに役立つといわれる

- ① 第一期 感情、思考の麻痺
- ② 第二期 悲しみ、怒り、罪悪感
- ③ 第三期 死別が近いという現実への認知的対処
家族の感情を受け止め、必要な時には感情表出を促す

【予期悲嘆】

- ・このグリーフケアの一環として、予期悲嘆があります。
- ・予期悲嘆により覚悟を決めてもらうことはグリーフケアとして重要ですが、覚悟を決めるのに必要な時間は人それぞれであり、場合によっては否認を伴う場合もあり、覚悟を押し付けないことも配慮すべきです。

覚悟を決める（予期悲嘆）

- ・ 今後おこること（死を迎えること）について情報を提供し、その時に備える
- ・ 医療従事者、介護従事者ともに早目に意思統一し、誰もが説明できる体制を確保する

- ・ 死に際して、患者本人には覚悟してもらう（死の受容）必要はありません。受容の有無にかかわらず死を迎えるからです。
- ・ しかし、家族は現実を迎えることとなる死に対して身構える（覚悟する）必要があります。それは死後の悲嘆を軽くするための事前の訓練です。
- ・ 大切な人が亡くなることを意識してもらい、覚悟を決めてもらうために、適切な時期に「お別れが近いことの説明」を行います。
- ・ 家族にとってはつらい話が多いので、家族の反応をみながら、説明を行います。

看取りとは

- ・ 病人の傍にいて世話をし、死期まで見守る、看病する（大辞林）
死亡確認ではない
- 『看取り』とは
 - ・ 「近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和/軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。」
全国老施協「看取り介護実践フォーラム」（平成25年度）より
- 人が亡くなっていく過程、亡くなったことを受け入れる過程、を傍に寄り添いケアし経験すること（二人称の死を体感する）
- 看取りの経験知が、看取る人の生き方を変える（一人称の死を体感する）
- 看取りの経験知が、看取る人の死生観の醸成につながる
（三人称の死を体感する）

【看取りの指導】

1) 看取りの意義

- ・ 看取りの公的な定義はありませんが、大辞林では「病人の傍にいて世話をし、死期まで見守る、看病する」と書かれています。
- ・ また、全国老施協「看取り介護実践フォーラム」（平成25年度）では、『看取り』とは「近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和/軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること。」と定義しています。
- ・ 看取りは、人が亡くなっていく過程、亡くなったことを受け入れる過程、を傍に寄り添いケアし経験することであり、「二人称の死を体感する」と言えます。
- ・ また、誰もが一度は死を経験するといっても、その経験を本人から聞くことはできず、自分の死を事前に体験することはできません。私たちが自分の死を語る時、その死は仮想現実であり、他人の死によって仮想が可能となります。この意味で、大切な人の看取りは、「一人称の死を体感する」ことに当たります。そして、その看取る人の生き方を変え、死生観を醸成することもしばしばあります。
- ・ さらに、看取りの経験知が地域社会に広がることで地域社会の死生観の醸成にもつながります。これは「三人称の死を体感する」機会を提供することに当たります。

誰もが一度は経験する死
その経験を伝えることはできない
自分の死の経験に学ぶことができない

自分の死は仮想現実である
他人の死によって仮想が可能な現実である

死は観念である：三木清（人生論ノート）

在宅看取りを可能とするための要件

- 家族への看取りの指導
- 24時間応需の医療体制
後方ベッドの確保

2) 在宅看取りを可能とする要件

・患者本人あるいは家族が在宅看取りを希望し、医療介護従事者の支援がある場合に、実際に看取りを可能とする要件は2つです。

家族への看取りの指導

- 予測される病状経過の説明
- 臨終期の過ごし方についての説明
- 死亡確認の方法についての説明
(死後の対応方法についての説明)
- 救急車を呼ばないことについての説明
- 「遠い親戚」「カルフォルニアの親戚」の有無の確認

① 家族への看取りの指導

・1976年ころまでは死亡する人の多くが自宅で亡くなっていましたが、その後自宅での看取りを経験している人が非常に少なくなりました。このため、死を経験している医療従事者が家族への看取りの指導を行う必要があります。

・在宅での看取りは、病院とは違った環境下であり、特に医療従事者が近くにいない、生体モニターが装着されていない、延命治療がなされていないことなどが病院との大きな違いです。

・死に向かって刻々と病状が変わっていく中で、医療者そばにいない場所で、どのように対応していけばいいのか、多くの戸惑いがあると思いますが、特に、指導を行うことで不安が解消されるのが、予測される病状経過、臨終期の過ごし方、亡くなったことをどのようにして確認するかなどの項目です。

・臨終期の過ごし方は、自宅では、日常生活の延長上でいいこと、家族のアルバムなどで一緒に過ごした過去を振り返ることなどを説明します。

・「遠い親戚」対策も重要です。看取りの場面に、突然「遠い親戚」が現れ、「なぜ、病院に入院させない」「なぜ、点滴をしていない」などと言い出すことがあります。このため、必ず、そのような家族や親せきがいなかどうかあらかじめ確認しておく必要があります。

・予測される病状経過についての説明は、パンフレットを用いて行うと効果的です。様々なパンフレットが作られています。

・これは、1986年にアメリカで作られたパンフレット、最も古く、世界的に最も多く使われているパンフレットです。



Gone From My Sight: The Dying Experience (1986年)
Barbara Karnes

看取りのパンフレット/小冊子

すべての人は死を迎えようとするとき、自分自身の独自性を保ちながら、最後の経験をしていきます。このパンフレットは、ガイドラインや地図を示しているにすぎません。どのような地図でも、同じ目的地に至るには多くの道があり、同じ町にたどりつくには多くの方法があります。

非常に個人差があり、断定できることは何もないということを心にためながら、このパンフレットを使用してください。このパンフレットにある兆候のすべてがみられたり、一部がみられたり、全然みられなかったりするかもしれません。また、兆候によっては死の数日前にみられるものから、数分前にみられるものまであります。

死はしかるべきときに、しかるべき方法で訪れてきます。死を迎えようとしている人にとって、死にかたは一人ひとり異なるのです。

死を迎える時の兆候

【死の3カ月から1カ月前の兆候】
 周囲のことに関心がなくなる
 眠っている時間が長くなっていく
 会話が少なくなる
 食事が減る

【死の2週間から1週間前の兆候】
 失音当帰、混乱する
 すでに亡くなった人と話をする（幻視、幻聴、幻聴等）
 寝具を引っ張る、服を脱ぐ（暑がる）
 興奮する
 血圧が下がる
 手足が冷たくなり、時々発熱がある
 汗を多くかく
 息づかいが不規則になる（無呼吸等）
 たんが增える
 眠っているが、呼びかけに反応する
 からだのたるさを訴え、じっとしていられなくなる
 食事をせず、水分をわずかにとるのみとなる

【死の数日から数時間前の兆候】
 元気が出てくる（「仲良し時間」「仲直りの時間」）
 じっとしていられない状態になったり、まったく動かなくなったりする
 息づかいが不規則になり、無呼吸が多くなる
 のどの奥からせろせろした音が聞こえる（喘鳴）
 目がとろんしたり、半開きの状態になったり、涙が出たりする
 手、足、ひざが紫色になり、斑点がみられる
 尿が強くなり、熱にくくなる
 尿や大便を漏らす
 尿が減少する
 お別れを言う
 許しを乞う

【死の数分前の兆候】
 あえぎ呼吸となる
 まったく反応がなくなる

【死を迎える時の兆候】

・このパンフレットで示されている死を迎える兆候についての時系列の説明です。洋の東西を問わず、兆候は同じであることがわかります。

現代の看取りにおける〈お迎え〉体験の語り —在宅ホスピス遺族アンケートから 「他人には見えにくい人の存在や風景」に関する体験について

表3-a 体験の有無

	度数	%
そういうことがあった	155	42.3%
そういうことはなかった	128	35.0%
よくわからない	57	15.6%
無回答	26	7.1%
合計	366	100.0%

表3-b 他人が見えた、聞こえた、感じたらしいもの

	度数	%
すでに亡くなった家族や知り合い	82	52.9%
そのほかの人物	53	34.2%
お花畑	12	7.7%
私	8	5.2%
光	8	5.2%
川	6	3.9%
神	1	0.6%
トンネル	1	0.6%
その他	48	31.0%

*複数回答可：%の分母は155

調査員
 田代 志門
 岡部 健

表3-c 他人に見えたらしい人物の内訳（証人）

	死者	生者
父	21	0
母	28	1
夫・妻	13	0
兄弟姉妹	19	3
息子・娘	5	3
その他親戚	14	4
友人・知人	16	15
それ以外	2	22
無回答	10	4
合計	128	52

・これは、諸岡らが在宅ホスピスケア遺族アンケートで「他人には見えない人の存在や風景」に関する体験について東北地方の仙台に近い地域で調査したものです。約半数が経験していることがわかりました。

亡くなった後の対応方法

- ① 亡くなったと思われる時間を覚えておいてください。
- ② 訪問看護師（または医師）に連絡し、わからない点についてはアドバイスを受けてください。
- ③ 身体を整え、ゆっくりお別れしながら看護師が来るのを待っていて下さい。距離等で時間がかかる場合もあります。
- ④ 訪問看護師が伺い、医師が死亡確認をします。
- ⑤ 訪問看護師は、ご家族と一緒にお体をきれいにさせていただきます。お手伝いをいたします。

【亡くなった後の対応方法】

・死亡確認の方法や死後の対応方法についてもできるだけ事前に説明しておきますが、呼吸が止まったら、あるいは、よくわからず不安だったら電話連絡するように説明します。

・よく誤解されていることとして、「亡くなった時には医師が死亡確認するまで体を動かしてはいけない」という話がありますが、特に事件性のある場合以外、法的な規制はなく、体を整容していいと説明します。

死亡診断書と死体検案書の使い分け

```

    graph TD
      Q1[死亡者は診療継続中であつた患者ですか？] -- はい --> Q2[死亡の原因は、診療に係る傷病と関連したものでしょうか？]
      Q1 -- いいえ --> Q3[死体を検案して、異常があると認められますか？]
      Q2 -- はい --> A1[交付の求めに応じて、死亡診断書を発行します。]
      Q2 -- いいえ --> Q3
      Q3 -- はい --> A2[24時間以内に所轄警察署に届け出ます。]
      Q3 -- いいえ --> A3[交付の求めに応じて、死体検案書を発行します。]
      A2 --> A4[医師（監察医等）が死体検案書を発行します。]
    
```

【死亡診断書と死体検案書の使い分け】

・死亡診断で特に問題となっているのが、死亡診断書と死体検案書の使い分けで、特に「24時間ルール」が誤解を生んでいます。ここでは基本的な事項について説明します。

・それは、あらかじめ死因が予測される疾患であり、かかりつけ医や在宅医が関係している場合には、自宅や居宅で死亡しても、医師が死亡確認した上で死亡診断書が発行されます。当然、警察を呼ばなくてもいいわけです。ただし、24時間以内に診察をしている場合には、医師の死亡確認がなくとも死亡診断書が発行できます。

【死亡診断書作成時の留意事項】

死亡診断書作成時の留意事項

- 診療継続中の患者が診療中の疾患で死亡した場合には死亡診断書を発行
 - 診療中の疾患で死亡した場合には、受診後24時間以内であれば、死亡確認しなくても死亡診断書を発行できる。
 - 受診後24時間以上たっていれば、死亡確認した上で死亡診断書を発行する。
- 死亡時間は死亡確認時間ではない。

救急車を呼ぶということ



- 死亡していない場合には、「助けてくれ」という意思表示となる
- 急性期病院の救急部で積極的延命治療（心肺蘇生を含む）が行われる
 - 病院で死を迎える可能性が高くなる
- すでに死亡している場合には、警察に連絡され警察の事情聴取が行われる
- 本人は裸にされて死体検案が行われる
 - 家族は容疑者となり取り調べが行われる

【救急車を呼ぶということ】

・救急車を呼ぶとどうなるか現実の結果です。家族にとって不幸な顛末となります。

救急車を呼ばない工夫



- 電話機の前に大きな字で、「決して救急車を呼ばないこと!!!」あわせて 訪問看護ステーション 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇にまず電話をしてください。と掲示
- 救急車を呼ぶことがどのような意思表示になるかを事前に話しておく

・このために繰り返し救急車を呼ばないことを申し合わせておくことは重要なことです。

24時間の応需体制(24/7)

1. 24時間応需の電話連絡網
 - 不安な時や病状が変化した時はいつでも連絡してもよいことを説明する
2. 緊急時の訪問体制
 - 死亡確認のための医師・看護師の緊急訪問について打ち合わせておく
3. 後方ベッドの確保
 - 希望に応じていつでも入院できることを保証する

②24時間の応需体制

- ・在宅看取りを円滑に行うためには必要不可欠の項目です。
- ・死亡時には医師がすぐに駆けつけ死亡確認しなければならないという法律はありません。事前に話し合いを行ない、家族の都合と医師側の都合をあわせて決めることが肝要です。夜間未明であれば、朝に死亡確認に行くこともよくあります。
- ・必要なことは、24時間いつでも電話で相談できる体制と、24時間体制の訪問看護ステーションがかかっていることです。

後方ベッド

- 地域包括ケア病床
- 緩和ケア病床
- 有床診療所
- 医療介護院

【後方ベッドの確保】

- ・最終的に不安が強く、入院を希望する家族もいます。そのような場合に備えて、後方病床を決めておくと家族は安心し、自宅で看取りが可能となる場合もあります。
- ・地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟は在宅医療の後方病床機能をもっていることになっており、また有床診療所が訪問診療を行う場合にはいつでも入院できる形となります。
- ・地域内で連携をすすめることが肝心です。

領域6 (Module6) 喪失、悲嘆、死別

生命予後の限られている状況にある人自身やその家族およびそのケアに関わっている専門職にとっての喪失、悲嘆、死別を扱うことは緩和ケアに本質的に含まれるものです。たいていの人は自己の力と家族や友人の支援などの総合力で喪失感に対処できます。しかし、少数の人は悲嘆の中で困難や合併症を生じる危険があります。

緩和ケアアプローチを用いる専門職は、情報を提供し、全ての死別した家族を支援し、死別のケアやカウンセリングの必要な人を識別するなど、重要な役割を担っています。

—地域緩和ケア実践者として求められる資質—

●悲嘆は喪失に対する正常で適切な反応で、経験の仕方、身体的、心理的、スピリチュアルな次元、感情的、社会的な側面に影響を及ぼすものであることを理解できる。

・死別、悲嘆に関する理論をしっている（プライマリ緩和ケア：ケースワーカー）

●喪失や悲嘆に対する、個人の身体的、心理的、スピリチュアルな次元、感情的、社会的反応には幅があることを認識している。

・診断や予後に対する悲嘆の正常反応や病的な反応を理解し、すぐにその反応に対応できる（プライマリ緩和ケア）

・悲嘆反応の範囲を識別でき、複雑な悲嘆を含めて、喪失と死別に関する適切な評価と支援ができる（専門的緩和ケア）。

・家族や多職種と連携しリスクマネジメントができる（専門的緩和ケア：ケースワーカー）

●悲嘆の過程を困難にさせる危険因子があることを認識でき、と同時に、本人および家族がそれぞれもっている順応性や回復力（レジリエンス）を

認めることができる。

●専門職としての実務あるいは役割を背景として、喪失を経験する人と関わる能力を示すことができる。

・公認されない悲嘆への支援ができる（専門的緩和ケア）

・支援のためのリソースを利用できる（専門的緩和ケア：ソーシャルワーカー）

●家族が死別に関する情報を入手できるよう支援し、家族のニーズに沿ったレベルでの支援を行うことができる。

・看取りの前中後にわたり継続的に支援ができる

●増幅するストレスに弱い人の、看取ることの心理的衝撃を認知できる。

●喪失、悲しみ、死別の個人的な影響を理解し、自己の喪失反応を認識し、継続的に回復力を維持する活動に参加することの必要性を認めることができる。

●自身で経験した喪失が生命予後の限られた状態にある患者とその家族に否定的な影響を及ぼさないよう一定の自覚を保有することができる。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 6

領域6 喪失、悲嘆、死別

領域6 喪失、悲嘆、死別

地域緩和ケアにおける家族ケアの要点

1. 家族は（患者）本人と同様に様々な苦悩を持つ
家族はケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象である
2. 家族のもつ苦悩と多様なニーズに対応するため多職種による包括的評価とニーズに沿った対応が必要である
3. 家族のケアとして重要な項目：情報共有、生活・介護支援、ニーズに則した心理社会的・スピリチュアルな支援、意思決定支援、臨終期・看取りの支援等
4. 臨終期・臨死期および死別におけるケアはグリーフケアの一環として重要なケアである
5. 地域緩和ケアは死別後のグリーフケアを含めた連続したケアである。

・ここで扱う項目は、死別後の家族ケアとしてのグリーフケアに関する項目です。

地域緩和ケアにおける家族ケアの要点 5

地域緩和ケアは死別後のグリーフケアを含めた連続したケアである。

〈地域緩和ケアにおける家族ケアの要点 5(グリーフケア)〉

・すでに触れたように、グリーフケアは死別前から始まっており、地域緩和ケアは死別後のグリーフケアを含めた連続したケアです

悲嘆に関する言葉
(悲嘆/悲嘆のプロセス/悲嘆の仕事/悲嘆のケア)

グリーフ（悲嘆）とは、死別による喪失から生じる強い感情ないし情緒的な苦しみである。その苦しみの感情表出の仕方は、ショック、悲しみ、怒り、混乱、信じられない気持ち、罪悪感と自責、不安、孤独感、無力感などがあり、しばしば身体的症状や行動変容および認知変容（思考・判断力の低下、集中力の低下など）を伴う。この悲嘆の状態は時間とともに変化し、正常の状況に戻っていく（**悲嘆のプロセス**）。そして、この過程は、死別した人との関係性で作ってあげてきたこれまでの世界から、故人のいない環境での新しい関係性や役割そして生き方を構築する過程であり、また、「死者」としての故人と新しい絆を保つ過程であるとも言われている。この過程をグリーフワーク（**悲嘆の仕事**）と呼び、誰もが体験し、乗り越えなければならない仕事であり人生の成長過程の大事な仕事でもある。そして、このグリーフワークを支え見守るのが**グリーフケア（悲嘆のケア）**である。

【悲嘆に関わる言葉】

・大切な人の死別後には、その喪失に伴う強い感情的・情緒的な苦しみがあります。その苦しみを乗り越える過程も含めて、悲嘆、悲嘆のプロセス、悲嘆の仕事、そしてグリーフケアなどの言葉があります。

【悲嘆と抑うつ】

悲嘆と抑うつの区別

悲嘆	抑うつ
<ul style="list-style-type: none"> • 自己に対するゆがめられた感覚はない • 罪の意識は喪失に向けられる（こうすべきであった。こうしていたら・・・等） • 痛みは、無意味感あるいは一般的絶望というより、むしろ喪失に関連して経験する • 自分より死亡した人に取り憑かれる。 • 気分が浮き沈みがあり、社会的支援に反応できる。 • 自殺の考えは、死亡した人に加わりたい希望、またはその人なしの生活はよいと感じられないことに関連し、美観の企図や計画、試みは非常にまれである。 	<ul style="list-style-type: none"> • 自己は無価値という感覚 • 自分は無能あるいは悪いという感じに関連する罪の意識 • 情緒的痛みは一般的で、無意味感として経験される • 絶望と無力感にさいなまれる感覚 • 自分と自分の痛みに取り憑かれる • 気分の変動はほとんどなく、社会的支援に反応しない。 • 自死念慮が普通で、将来への絶望と痛み、怒りに関連し、企図と試みがよくある。

【悲嘆に影響を及ぼす要因】

悲嘆の決定因子

- 故人の人となり
- 人間関係の性質（関係の深さを含む）
- 死の状況
- 過去の喪失と人生の危機の経験
- 人格要因
- 社会要因（文化的伝統・社会の援助など）
- 併発しているストレス

・悲嘆の深さに影響を及ぼす要因として、一般的には、故人の人となり、人間関係の性質（関係の深さを含む）、死の状況、過去の喪失と人生の危機の経験、人格要因、社会要因（文化的伝統・社会の援助など）、併発しているストレスなどが挙げられますが、他に身体的要因、心理的要因、社会的要因などが提示されています。

【悲嘆に影響を与える客観的要因(身体的要因)】

悲嘆に影響を与える客観的要因 (身体的要因)

- 一般的肉体的健康
- 疲労具合
- 栄養状態が良いか、休息、睡眠、エクササイズなどが出来ているか
- 薬物、アルコール、喫煙、カフェイン接種、食事などの習慣

【悲嘆に影響を与える客観的要因(心理的要因)】

悲嘆に影響を与える客観的要因 (心理的要因)

- 失った人、その人との関係の性質や意味に関する事 死亡者は誰か
 死亡者の性別や年齢
 関係の質：親密、アンビバレント、抑圧的、依存などの関係
 家族や社会の中でその人が占めていた役割：父、子、主な稼ぎ手、介護役などの役割
 二次的喪失の質的、量的、種類の問題
- 遺された者の資質
 レジリエンス、適応力、性格、精神状態
 年齢、成熟度と知性
 社会、文化、宗教/哲学的背景
 ジェンダー
 同時に発生しているストレスや危機：離婚、失業などを同時期に経験しているか
 人生への満足度や自尊心
- 死の状況
 死亡場所、死因、死に立ち会ったか
 遺体を埋葬できたか
 過去の死の経験と予想：過去の死を解決できているかどうか、近い将来に死を予測しているかどうか
 亡くなるまでの様子：病の種類、期間、病の進行具合、痛みの有無、緩和ケアの有無、医療に対する満足感
 亡くなる前にクオリティタイムがあったか
 死が回避できたと考えているか

【悲嘆に影響を与える客観的要因(社会的要因)】

**悲嘆に影響を与える客観的要因
(社会的要因)**

- ・家族に関連する要因 家族の人数や構成
 - 家族のタイプ：結束性、柔軟性、コミュニケーション、役割、ルール、期待、価値感、信念、家族としての長所や短所、問題解決の方法など
 - 死への理解
 - メンバーそれぞれの故人への感情
 - 故人の家族内での役割を遺されたメンバーが補えるかどうか
 - 闘病期間中の家族への影響：介護の役割分担への納得度、家族の闘病への参加具合、病についての話し合いの状況
- ・一般社会経済学的、環境的要素
 - 社会的サポートの質と量
 - 社会、文化、宗教/哲学的背景
 - 経済的な立場や安定度
 - 教育、経済、職業的要因
 - 葬儀、メモリアルサービス
 - 裁判など法的な手段の導入
 - 死別後の時間の経過

【病的悲嘆(合併症状を有する悲嘆)】

病的悲嘆(合併症状を有する悲嘆)

- ・異常な悲嘆、病的悲嘆、解決されてない悲嘆、慢性悲嘆、遅延した悲嘆、誇張された悲嘆
- ・一般的には悲嘆が圧倒されてしまうほど激しくなり、適応しない行動を取ったり、喪の過程で進歩を止めて完遂できず同じ悲嘆のままとどまっているもの。
- ・悲嘆の仕事(grief work)が正常に行われないことであり、悲嘆のプロセスが遅れたり抑制されたり、長引いたり、あるいは欠如したりする。悲嘆がいつまでも続き、遷延性の心痛、心理的・社会的機能の低下を招き、人生を前向きに歩めなくなる。結果として人間の成長が阻害される。

・この状況を早めに察知し、病的悲嘆への進展を防ぐのもグリーフケアの目的となります。

悲嘆に影響を与えるハイリスク要因

- ・突然死、予想外の死
- ・自死
- ・犯罪、惨事による死、確認できない死
- ・故人との複雑な関係(アンビバレントな関係、アタッチメント不全、依存関係など)
- ・子供の死
- ・精神疾患の既往症、死別前の心身の健康不良、アルコールなどへの依存
- ・多発的喪失
- ・公認されないグリーフ
- ・周囲からの支援がない
- ・高齢
- ・経済的問題
- ・長期の闘病

悲嘆に影響を与えるハイリスク要因・スライドに提示したような悲嘆のハイリスク要因を念頭に置き、早期に異常を察知することが重要です。

病的悲嘆の察知

- 新たな激しい悲嘆を覚えずには故人のことを語るができない。
- 比較的ささいな出来事が、激しく新たな悲嘆反応を引き起こすきっかけになる。
- 喪失がしばしば会見と対話でのテーマになる。
- 遺族が、故人の持ち物を動かさずとせず、身の回りの環境を亡くなったときのままにしておきたいと願う。
- 亡くなる前の故人と似た身体的症状が遺族に出現する。
- 死後に、ライフスタイル、友人、活動などを劇的に変える。
- 死後に、罪悪感や低いセルフエスティーム(自己尊重)、ときに誤った幸福感を伴う軽い抑うつを体験している。
- 故人の真似をしなけらばならないと感じる脅迫的なコース。
- 自傷行動や衝動。
- ある特定の時期に起こる説明のつかない悲しみ。
- 故人と同じ病、あるいは死を引き起こした状況への恐怖感。
- 墓場や葬式、あるいは死と同じ時期に催された行事を避ける。

【病的悲嘆の察知】

・早期に病的悲嘆を察知するためには、スライドのような状況がないかどうか注意して観察する必要があります。

病的悲嘆の徴候

- ①悲嘆が長期化するか非常に強度
- ②悲嘆がプロセスの一つの段階に長くとどまる
- ③悲嘆が鬱病やその他の精神疾患に進行する
- ④死別体験者が喪失に適應するのが困難だと感じている
- ⑤感情の麻痺

【病的悲嘆の徴候】

・病的悲嘆と正常の悲嘆は区別が難しいのが現実であり、スライドのような徴候をとらえることが重要です。

悲嘆のプロセスに関する理論

- ブラウン&スタウデマイヤー、ロバートバックマン：三段階理論
- アルフォスデ・ケッ：12段階理論
- アルフォスデ・ケッ：死の受容モデル（5段階モデル）
- ウカデノ：「悲嘆の仕事を成し遂げるための4つの課題」
- シュトルーベ & シュト（Stroebe & Shut）：二重過程モデル
- ニーマー（Neimeyer）：意味再構成モデル

【悲嘆のプロセスに関する理論】

・世界的にも、日本でも悲嘆のプロセスに関する理論がいくつかあり研究の対象となっています。ここではこれの代表的な理論を紹介しておきます。

悲嘆のプロセス

（ブラウン&スタウデマイヤーとロバートバックマンの三段階説）

- ①急性期(初期,ショックの段階:1~2週間)
 - ア) ショック：空白
 - イ) 深い悲しみ
 - ウ) 共感性の症状
- ②中期(死者に心がとられる段階:数週間~1年)
 - ア) うわべだけの正常さ；異常感
 - イ) 自責感
 - ウ) 恨みや怒り、不当感
- ③回復期(人生が継続していることを認識し始める時期)

■ブラウン & スタウデマイヤーとロバートバックマンの三段階説

悲嘆のプロセス
(アルフォンスデーケンの12段階)

- 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→受容
- ⑪新しい希望
- ⑫立ち直りの段階～新しいアイデンティティの誕生

■アルフォンスデーケンの12段階

エリザベス・キューブラー・ロス (Elisabeth Kübler-Ross : 1926~2004年) の死の受容モデル (5段階モデル)

第1段階：否認と孤立 (denial & isolation)

第2段階：怒り (anger)

第3段階：取り引き (bargaining)

第4段階：抑うつ (depression)

第5段階：受容 (acceptance)

■エリザベス・キューブラー・ロスの5段階モデル

悲嘆の仕事を成し遂げるための4つの課題
(Worden 1991)

1. 喪失の現実を受け入れる。
2. 悲嘆の苦痛を切り抜ける。
3. 故人がいない環境に順応する。
4. 故人を情動的に別の場所に移動させ、自分の人生を再び生き始める。

■ウオルデンの悲嘆の仕事を成し遂げるための4つの課題

死別神話

亡くなった後の遺族の態度はこうであるという神話があり、その神話が早期発見早期治療の神話と同じように、遺族を苦しめている。

- ①悲嘆の期間
- ②喪失について考えないほうが苦しみは少ない
- ③喪失について触れないほうが、死別体験者にはいっそう助けになる
- ④怒りや罪責感を感じるのは異常である
- ⑤泣いたり悲嘆について話す人は、感情を出さずに喪失を口にしない人よりも、ずっと苦しい時を過ごしている
- ⑥悲嘆は家族をお互いに親密にする
- ⑦子供たちは幼すぎて死を理解できないので、死の概念について話し合うのは、子供が大きくなるまで待つのが最良である
- ⑧薬物やアルコールは悲嘆の痛みを緩和する
- ⑨悲嘆しすぎると、健全な精神を喪失する
- ⑩怒りは悲嘆の正常な情緒反応ではなく、その表出を奨励すべきではない
- ⑪悲嘆のプロセスは短いほうが良い

【死別神話】

・亡くなった後の遺族の態度はこうであるという神話があり、その神話が早期発見早期治療の神話と同じように、遺族を苦しめているという認識があります。

グリーフケアとは

大切な人を亡くした人がその悲嘆（grief）を乗り越え、死別に伴う苦痛や環境変化などを受け入れようとする過程を支援することを示す。

【悲嘆のケア(グリーフケア)とは】

グリーフケアでの支援内容

- 悲しみをかかえている人との関係性をつくる
- 悲しみ（悲嘆の感情）表出しやすい環境をつくる
- 必要とされる時に傍にいる（寄り添う）
- 積極的傾聴、安心の担保、触れ合い
- 悲嘆反応を正常化できるような支援
- 人生や生活を取り戻すための思いやり

【グリーフケアでの支援内容】

・その具体的、概念的内容を示したものです。

悲嘆の仕事を成し遂げるための4つの課題 (Worden 1991)

1. 喪失の現実を受け入れる。
2. 悲嘆の苦痛を切り抜ける。
3. 故人がいない環境に順応する。
4. 故人を情動的に別の場所に移動させ、自分の人生を再び生き始める。

【悲嘆の仕事を成し遂げるための4つの課題(Worden 1991)】

・また、Wordenは「悲嘆の仕事を成し遂げるための4つの課題への援助」として具体的援助について提言していますので、これも参考にしてください。

**悲嘆の仕事成し遂げるための4つの課題への援助
(Worden 1991)**

1. 喪失の現実を受け入れる。
 - 評価をせずに熱心に話を聞く。
 - 故人のいない未来がどのようなものであるかを考えてみるよう優しく励ます。
 - 遺族に使えるような社会的サポート制度を評価し、それにかかわるよう励ます。心を打ち明けられる親友がいるかどうかが非常に重要であることを忘れないこと。
 - 死去の後、可能であれば遺体としばらく一緒にいることをすすめる。
 - 死の状況について何度も繰り返し語る機会を与える。忍耐強く、心を込めて聞くこと。
 - 人とかかわりや悲嘆と喪についての文献を通じて感情を正常化する。
 - 常套句を使わないように心がける。
 - 可能であれば葬式などに参列し、家族にお悔やみの手紙を出す。
 - 遺族の感情を評価せずに尊重する。悲嘆には規則がないことを忘れないこと。

■タスク1—喪失の事実を受け入れる

- 評価をせずに熱心に話を聞く。
- 故人のいない未来がどのようなものであるかを考えてみるよう優しく励ます。
- 遺族に使えるような社会的サポート制度を評価し、それにかかわるよう励ます。心を打ち明けられる親友がいるかどうか非常に重要であることを忘れないこと。
- 死去の後、可能であれば遺体としばらく一緒にいることをすすめる。
- 死の状況について何度も繰り返し語る機会を与える。忍耐強く、心を込めて聞くこと。
- 人とかかわりや悲嘆と喪についての文献を通じて感情を正常化する。
- 常套句を使わないように心がける。
- 可能であれば葬式などに参列し、家族にお悔やみの手紙を出す。
- 遺族の感情を評価せずに尊重する。悲嘆には規則がないことを忘れないこと。

**悲嘆の仕事成し遂げるための4つの課題への援助
(Worden 1991)**

2. 悲嘆の苦痛を切り抜ける。
 - 遺族が体験している感情や行動を認識して、正常化できるよう援助する。例えば、「怒りを感じることもあるし、亡くなった方の声が聞こえたり、姿が見えとおっしゃる方もいます」と話してみてもよい。
 - 遺族が死の意味づけをするのを援助する。例えば、「伴侶がお亡くなりになったことは、あなたにとってどんな意味をもつのですか？どんなことが恋しい(懐かしい)ですか？あまり恋しくないものは何ですか？」などと尋ねてみるもよい。

■タスク2—悲嘆の苦痛を切り抜ける

- 遺族が体験している感情や行動を認識して、正常化できるよう援助する。例えば、「怒りを感じることもあるし、亡くなった方の声が聞こえたり、姿が見えとおっしゃる方もいます」と話してみてもよい。
- 遺族が死の意味づけをするのを援助する。例えば、「伴侶がお亡くなりになったことは、あなたにとってどんな意味をもつのですか？どんなことが恋しい(懐かしい)ですか？あまり恋しくないものは何ですか？」などと尋ねてみるもよい。

**悲嘆の仕事成し遂げるための4つの課題への援助
(Worden 1991)**

3. 故人がいない環境に順応する。
 - 遺族が喪失の意味をさらに実用的な形で認識するのを援助する(例えば、故人の死後どのような役割が空白のままであるか。遺族たちの生活がどう変化するのか、遺族たちがどのように自らを本質的に再定義しなければならないか)
 - 遺族にとって訓練が必要な生活技術に対する実施援助をする。
 - 遺族に、なるべく生活を変えずに慣れた環境で故人を悼むように忠告する。引越しやそれと同じほど大きな人生の変化をしないように忠告する。

■タスク3—故人がいない環境に順応する

- 遺族が喪失の意味をさらに実用的な形で認識するのを援助する(例えば、故人の死後どのような役割が空白のままであるか。遺族たちの生活がどう変化するのか、遺族たちがどのように自らを本質的に再定義しなければならないか)
- 遺族にとって訓練が必要な生活技術に対する実施援助をする。
- 遺族に、なるべく生活を変えずに慣れた環境で故人を悼むように忠告する。引越しやそれと同じほど大きな人生の変化をしないように忠告する。

悲嘆の仕事成し遂げるための4つの課題への援助 (Worden 1991)

4. 故人を情動的に別の場所に移動させ、自分の人生を再び生き始める。
- 遺族がこのタスクを試すときに、批判をせずに支える態度で話を聞く。
 - 遺族は故人の思い出や思いが強いために、「別世界で再生している」という思いを抱くことを認めてやり、またこのような感情は誰にでも起きることだということを話す。
 - 悲嘆と喪失に対する支援団体や、教育コースなどに参加するようにすすめる。

■タスク4ー 故人を心の中で別次元に移動させ、再生させる

- 遺族がこのタスクを試すときに、批判をせずに支える態度で話を聞く。
- 遺族は故人の思い出や思いが強いために、「別世界で再生している」という思いを抱くことを認めてやり、またこのような感情は誰にでも起きることだということを話す。
- 悲嘆と喪失に対する支援団体や、教育コースなどに参加するようにすすめる。

悲嘆の仕事成し遂げるための4つの課題への援助 (Worden 1991)

- その他全般的な提案(Worden,1991)
- 遺族が自分の情緒を認識し表現できるよう助ける。
 - 嘆き悲しむのに十分な時間を与える。
 - 「正常な」悲嘆の行動を解釈する。
 - 個々の違いを認める。
 - 遺族の周囲の人々が援助を止めた後も、長期にわたって継続的なサポートを続ける。
 - 病的な症状を認識し、適切な専門家に紹介する。

■その他全般的な提案

- 遺族が自分の情緒を認識し表現できるよう助ける。
- 嘆き悲しむのに十分な時間を与える。
- 「正常な」悲嘆の行動を解釈する。
- 個々の違いを認める。
- 遺族の周囲の人々が援助を止めた後も、長期にわたって継続的なサポートを続ける。
- 病的な症状を認識し、適切な専門家に紹介する

グリーフケアのポイント

- その人にとっての真実を尊重して聴く姿勢：受容と共感
- 自然な反応であることを保証する
- 感情表出を支える
 - ① 語ることを支える
 - ② 泣くことを支える
 - ③ 怒りを受け止める
- 気持ちを語ることに抵抗を示す人への配慮
- 家事が未経験だった人への配慮
- 知識の提供
- 有益なアドバイス
- 直面化
- “いま”に焦点づける
- 身体および精神症状を把握する
- グリーフケアの時期

広瀬寛子 「悲嘆とグリーフケア」 医学書院 2011年2月より引用

【グリーフケアのポイント】

・広瀬はグリーフケアのポイントとしてスライドのような点を指摘しています。

悲嘆者の状況と対応する悲嘆ケア

位置づけ	対象者	実践	素養
一次的	通常過程	家族会（遺族会）、グループ作業など	悲嘆への理解、傾聴技能とコミュニケーション術
二次的	症状の強い悲嘆者	個人カウンセリングなど	傾聴、共感
三次的	重層悲嘆・遷延性悲嘆	悲嘆ケア専門職による介入	認知行動療法、対人関係心理療法、眼球運動脱感作・再処理法

【悲嘆の状況と対応する悲嘆ケア】

・悲嘆の状況と悲嘆ケアの戦略について提示します。

悲嘆ケアの基本

1. 聴きましょう
2. 悲嘆者に伝えましょう
3. 覚えておきましょう
4. 先取りしましょう
5. グループで支えましょう
6. 悲嘆者は支援を求めましょう

【悲嘆ケアの基本】

- ・戦略としての悲嘆のケアの基本を示しています。

聴きましょう

- ・ 悲嘆者が自分の物語や語りたいことを言葉に出せるようにします。悲嘆の程度が深いと、人は何度も何度も物語を話すことが必要となります。とぎれた話、混乱や断片的な表現を評価や助言することなく、悲嘆者の言うことを反復したり言い換えをしたりして“確認”しつつ傾聴と共感を示します。
- ・ こうして世界観の破綻を表現してもらい、新たな世界観の再構築に向けた悲嘆者の潜在的な力を引き出すようにします。喪失の痛みを、一朝一夕に減らす方法はありません。悲嘆からの回復は悲嘆者にしかできないことです。その間、あなたにできることは、その人を独りにしないこと、自身を寄り添わせること、辛抱強く悲嘆者が自ら歩み出すのを待ちます。
- ・ 悲嘆者を救いたいという思いが急ぎすぎの結果になることがあります。多くの悲嘆者は受け応えが困難な状態にあるので、沈黙を交えながら急がないようにします。また、「評価」や「決めつけ」は悲嘆ケアの害毒です。ケアする側は悲嘆者に傾聴し共感を示すことです。

■ 聴きましょう

悲嘆者に伝えましょう

- ・ 悲嘆の経験は異常ではなく、正常であることを悲嘆者に伝えましょう。失った人が現れたり、あなたに話しかけたりすることがありますが、それらも正常な現象です。怖がる必要はないことを伝えましょう。
- ・ 悲嘆者は独りで嘆くので、自分を他の人と比べたり、自分ばかりと対応していないと結論づけたりする傾向にあります。ですから、彼らの感じ方や考えは普通のことだと伝えましょう。悲しみ方は、人それぞれであることを、そしてあなたが「私は、あなたが愛する人を“忘れ去る”ことを期待していません」と伝えると、一様にほっとするでしょう。そして、悲嘆過程の目的は、痛みを受容しつつ、喜びを含む人生の再構築であると伝えましょう。

■ 悲嘆者に伝えましょう

覚えておきましょう

- ・ 悲嘆に暮れる人に、あなたも無力感を感じつつ、その人と共にいることはしばしば難しく思うでしょう。確かに、あなたにその人の喪失の痛みは減らせません。しかし、痛みは取り除けませんが、彼らを独りにしないようにできることを覚えておきましょう。重要なことは、「すること (doing)」ではなく、そこに「いること (being)」なのです。
- ・ 悲嘆者は、あなたに「また調子いいと感じるようになるのでしょうか？」と尋ねます。あなたは、自信をもって「はい、そうなります」と応えてください。悲嘆は断絶ではなく、関係の再構築なのです。死は受容できるものではありませんし、絶えず痛みを伴うものですが、お別れの無力感は永遠に続きません。

■ 覚えておきましょう

先取りしましょう

- 悲嘆者には、「痛みと絶望感から離れたたいという気持ちと持ち続けたいという気持ち」、「過去の生き方を続けたい強い願望と新しい試みへの期待感」、「未来への希望と再び希望は見いだせないという考え」などの葛藤があります。それらの感情は正常なもがきで悲嘆からの緊張のためであることを理解し、辛抱し過ぎないように提案します。悲嘆者には難しいことでも、ケアし支援する人には、悲嘆の過程を先取りしつつ、悲嘆者がその端緒を見せたときに、それらに寄り添って先に進むことを支援できます。

■先取りしましょう。

グループで支えましょう

- 家族会や遺族会のグループ（親しめるような名称を選択）は、悲嘆者が他の人と悲しみを分かち合える場を提供します。適当な会合が身近にないなら、ホスピス・ボランティアが形成する自律的な団体が主導して悲嘆者が集まることができる場を設定しましょう。
- グループでは、悲しみの経験は一人として同じではないことや、同じような境遇だからといって他の人と比べられないことに留意し、説明しておきます。参加者には、安心して話せる場を提供し、率直に話しても評価されたり、教訓めいたことを強要されないといったグループ作業の基本を守ります（「第2部追補：研修の成果を向上させる教授法のヒント」参照）。

■グループで支えましょう

遺族ケアプログラム

医療機関からのお手紙やニュースレター
 慰霊祭や遺族会などの追悼会
 遺族外来
 個別カウンセリング
 遺族同士のサポートグループ
 キャンプ
 公開講座など勉強会
 電話相談
 冊子など情報提供

・現在、全国的には様々な遺族ケアプログラムがあります。

悲嘆者は支援を求めましょう

- これらの支援を受けても、あなたは孤独を感じるかもしれません。頼りにしていた友人の反応や言葉に、がっかりするかもしれません。彼らはあなたが一人であることを望んでいると誤っていたりします。あるいは、彼ら自身も痛みの中において、誰かを必要としているのかもしれません。愛する人の喪失を切り抜けるのは、複雑で大変なことです。善意だけでは通用しません。友だちは、この分野の訓練をされているだけでなく、また彼ら自身もその喪失に感情的に打ちのめされているのかもしれないのです。
- 助言を専門のカウンセラーに求めることは弱さを認めることではないのです。それは、この適応の大切な時期に自分自身を救おうというあなたの決心の現れなのです。悲嘆ケアは悲嘆者の状態によって専門職の支援を受ける必要があります。おおよそ、どんな状態なのか、それぞれ周囲はどんなことができるのか、表を参考にしてください。

■悲嘆者は支援を求めましょう

参考資料 悲嘆ケアの基本

1. 聴きましょう

悲嘆者が自分の物語や語りたいことを言葉に出せるようにします。悲嘆の程度が深いと、人は何度も何度も物語を話すことが必要となります。とぎれた話、混乱や断片的な表現を評価や助言することなく、悲嘆者の言うことを反復したり言い換えをしたりして“確認”しつつ傾聴と共感を示します。

こうして世界観の破綻を表出してもらい、新たな世界観の再構築に向けた悲嘆者の潜在的な力を引き出すようにします。喪失の痛みを、一朝一夕に減らす方法はありません。悲嘆からの回復は悲嘆者にしかできないことです。その間、あなたにできることは、その人を独りにしないこと、自身を寄り添わせること、辛抱強く悲嘆者が自ら歩み出すのを待ちます。

悲嘆者を救いたいという思いが急ぎすぎの結果になることがあります。多くの悲嘆者は受け応えが困難な状態にあるので、沈黙を交えながら急がないようにします。また、「評価」や「決めつけ」は悲嘆ケアの害毒です。ケアする側は悲嘆者に傾聴し共感を示すことです。

2. 悲嘆者に伝えましょう

悲嘆の経験は異常ではなく、正常であることを悲嘆者に伝えましょう。失った人が現れたり、あなたに話しかけたりすることがありますが、それらも正常な現象です。怖がる必要はないことを伝えましょう。

悲嘆者は独りで嘆くので、自分を他の人と比べたり、自分はきちんと対応していないと結論づけたりする傾向にあります。ですから、彼らの感じ方や考えは普通のことだと伝えましょう。悲しみ方は、人それぞれであることを、そしてあなたが「私は、あなたが愛する人を“忘れ去る”ことを期待していません」と伝えると、一様にほっとするでしょう。そして、悲嘆過程の目的は、痛みを受容しつつ、喜びを含む人生の再構築であると伝えましょう。

3. 覚えておきましょう

悲嘆に暮れる人に、あなたも無力感を感じつつ、その人と共にいることはしばしば難しく思うでしょう。確かに、あなたにその人の喪失の痛みは減らせません。しかし、痛みは取り除けませんが、彼らを独りにしないようにできることを覚えておきましょう。重要なことは、「すること (doing)」ではなく、そこに「いること (being)」なのです。

悲嘆者は、あなたに「また調子いいと感じるようになるのでしょうか？」と尋ねます。あなたは、自信をもって「はい、そうなります」と応えてください。悲嘆は断絶ではなく、関係の再構築なのです。死は受容できるものではありませんし、絶えず痛みを伴うものですが、お別れの無力感は永遠に継続しません。

4. 先取りしましょう

悲嘆者には、「痛みと絶望感から離れたたいという気持ちと持ち続けたいという気持ち」、「過去の生き方を続けたい強い願望と新しい試みへの期待感」、「未来への希望と再び希望は見いだせないという考え」などの葛藤があります。それらの感情は正常なものがきて悲嘆からの緊張のためであることを理解し、辛抱し急ぎすぎないように提案します。悲嘆者には難しいことでも、ケアし支援する人には、悲嘆の過程を先取りしつつ、悲嘆者がその端緒を見せたときに、それらに寄り添って先に進むことを支援できます。

5. グループで支える悲しみ

家族会や遺族会のグループ（親しめるような名称を選択）は、悲嘆者が他の人と悲しみを分かち合える場を提供します。適当な会合が身近にないなら、ホスピス・ボランティアが形成する自律的な団体が主導して悲嘆者が集まることができる場を設定しましょう。

グループでは、悲しみの経験は一人として同じではないことや、同じような境遇だからといって他の人と比べられないことに留意し、説明しておきます。参加者には、安心して話せる場を提供し、率直に話しても評価されたり、教訓めいたことを強要されないといったグループ作業の基本を守ります（「第2部追補：研修の成果を向上させる教授法のヒント」参照）。

6. 悲嘆者は支援を求めましょう

これらの支援を受けても、あなたは孤独を感じるかもしれません。頼りにしていた友人の反応や言葉に、がっかりするかもしれません。彼らはあなたが一人であることを望んでいるかと思っていたりします。あるいは、彼ら自身も痛みの中にいて、誰かを必要としているのかもしれません。愛する人の喪失を切り抜けるのは、複雑で大変なことです。善意だけでは通用しません。友だちは、この分野の訓練をされているわけではなく、また彼ら自身もその喪失に感情的に打ちのめされているのかもしれないのです。

助言を専門のカウンセラーに求めることは弱さを認めることではないのです。それは、この適応の大切な時期に自分自身を救おうというあなたの決心の現れなのです。悲嘆ケアは悲嘆者の状態によって専門職の支援を受ける必要があります。おおよそ、どんな状態なのか、それぞれ周囲はどんなことができるのか、表を参考にしてください。

領域7 (Module 7) 緩和ケアにおける専門性と倫理的、法的側面、アドバンスケアプランニング

ヘルスケアの目標は、人々の幸福 (well-being) の基盤である健康を維持するために支援することです。しかし、特定の治療や介入が効果なく、過度な負担となることが時にあります。

緩和ケア実践における統合 (融合) とは、生命予後の限られた状況の中で、患者の価値観、ニーズ、希望を反映させることの重要性にあります。それは、すべての医療職を、人間に対するケアに関与し、必要に応じて他の専門職の寄与を求め、その関係性を反映させるように導きます。

専門性と倫理的実践とは生命予後の限られた状態にある中で医療への需要が異なる人々に対して、いかに継続的に統合されたケアを最善の形で提供できるかを考慮することに尽きます。

しかし、緩和ケアの現場においては日常的に倫理的問題が多く、そして複雑であることが確認されていますので、問題の識別と解決にあたってはチームで対応すること、チームで対応できなければ他の専門職種に相談と助言を求めることが重要です。

さらに、緩和ケアで扱う倫理的問題には国が定めた法的、規制上の問題があり、これをしっかり認識することも重要です。

また、生命を脅かす疾患や生命予後の限られた病状では、その経過において、生命や人生に重大な影響を及ぼす決断を迫られる (意思決定を行う) 場面がいくつかあります。多くの場合、本人にとって、あるいは代理決定を行う家族にとって、辛い決定となりますが、本人、そして最終的に家族ができるだけ後悔しないための支援 (意思決定支援) が行われるべきです。この意思決定支援において基本的に重要な項目は、現在の病状や今後の病状の推移予測に関するできるだけ正確な情報の提供、本人および家族の置かれている状況や意向、希望などについての情報の聴取、その上で、できるだけ幅広い選択肢を作るための十分な話し合いを持つことですが、基本的に重視すべきことは本人の選択 (自己決定) であり、人間としての尊厳を守ることです。そして、この話し合いを進め、完成させ、事前指示の文章を記載するのは緩和ケアチームの責任として認識すべきです。

A 地域緩和ケア実践者として求められる資質

●各専門職の行動規範内で、必要に応じて他の分野の専門職と協働して、倫理的、見識的且つ丁寧な対応ができる。

・特殊状態 (小児、知的障害、精神障害等) における倫理的配慮ができる (専門的緩和ケア)

●生命予後の限られた状態にある人々とその家族の安楽と尊厳を確保するのが専門職としての責務であることを認識できる。

●生命予後の限られた人に対し、適切なケアを提供する中で、公正にリソースを利用することができる。

●専門職の実務、(あるいは) 役割として、生命予後の限られた状況にある人およびその家族

をケアする時に直面する倫理的問題 (DNAR 治療の継続と差し控え、人工補水、人工栄養、積極的鎮静、安楽死の希望等) について対応する能力を期待し、示すことができる。

●ケアや意向に関する患者の要望を尊重し、確立することができる。

・実現可能であれば、例えば自宅など、どこでケアを受けるのかについての人々の意向を探し、応じ、実行する。

・情報提供された上での選択および発生した状況に関連した決定による事前指示を尊重する。

・情報を与えられた上で、さらなる治療を拒む決定を下すことが人間としての権利であることを認識することができる。

●各専門職の行動規範内で、必要に応じて他の

分野の専門職と協働して、倫理的、見識的且つ丁寧な対応ができる。

●専門家として対等の立場でパートナーシップを築き、学生、仲間、関係者、その他との相談、教育、指導、リーダーシップ、研修等に役割を果たすことができる（専門的緩和ケア）

●アドバンスケアプランニングへの理解を示し、生命予後の限定された状況にある人とその家族と、適正な時期にケアに関する選択についての話し合いに取り組むことができる。

●本人、その家族そして一連の専門職と関係者とアドバンスケアプランを繊細、且つ明確に伝える能力を発揮できる。

●生命予後の限られている状況にある人の幸福（well-being）、生活の質、尊厳を積極的にサポートする能力を示す。

・延命治療の継続・差し控えの適切な意思決定支援ができる（専門的緩和ケア医療者）

領域7

緩和ケアにおける専門性と倫理的、
法的側面、アドバンスケアプラング

領域7-1 緩和ケアの倫理的法的側面

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

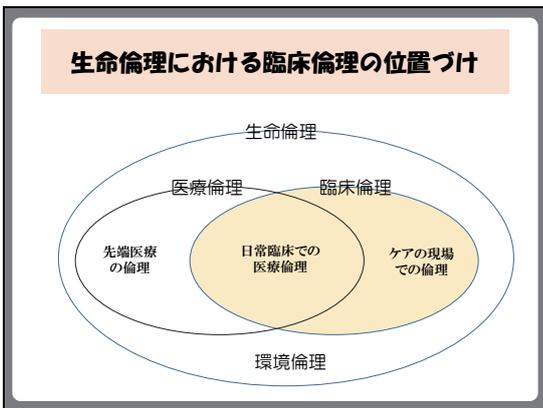
Module 7

領域7
緩和ケアにおける専門性と倫理的、
法的側面、アドバンスケアプラング

領域7-1 緩和ケアの倫理的法的側面

緩和ケアの倫理的法的側面（要点）

- 生命予後の限られた状況、あるいは生命を脅かす病気をもちた状況にある人、家族および介護者をケアする時には複雑な倫理的問題が生じる。それらの問題を同定し、認知し、対応することが必要であることを理解することが必要である。
- 緩和ケアの倫理的・法的問題とは、治療の継続や差し控え、人工補水・人工栄養、積極的鎮静、安楽死、医師の自殺ほう助などである。
- 緩和ケアの倫理的・法的問題に対応するための基本的態度は
 - 1) 患者および家族のニーズ、希望、意向、価値観、および患者の自己決定を尊重する
 - 2) 患者、家族、介護者が意思決定プロセスに関われるようにする。
 - 3) 情報を与えられた上で、さらなる治療を拒む決定を下すことは人間としての権利であることを認識する。
 - 4) 非有害性と公平性を重んじる。
 - 5) 緩和ケアの実践は、生命倫理の原則、各専門職の職能倫理（職業規範）、国の法律の範囲内で行われることを認識する。
 - 6) 必要に応じて、倫理あるいは法律の専門家のアドバイスを求める。
- 最も適切な倫理的ケアは必ずしも患者の希望や意向と一致したものであるとは言えないことも意識しておく。



生命倫理の4原則

1. 人に対する敬意・人格の尊重
(respect for persons)
2. 危害を加えないこと・無害性
(nonmaleficence)
3. 利益・慈恵 (beneficence)
4. 正義 (justice)

【緩和ケアの倫理的法的側面(要点)】

- ・この項目では、緩和ケアの現場で遭遇する臨床倫理の問題について解説していきます。
- ・緩和ケアにおいては、患者およびその家族にニーズに沿って支援を提供するという点、不確実な要素が多いという点で、ケアはすべてが倫理的な問題をはらんでいると考えてもいいと思います。

【生命倫理における臨床倫理の位置づけ】

- ・生命倫理関連の言葉として医療倫理、臨床倫理、環境倫理という言葉があります。その中での臨床倫理の位置づけは図のように示されています。
- ・言葉として、生命倫理、医療倫理、臨床倫理、環境倫理という言葉がありますので、最初にそれを説明します。

【生命倫理の4原則】

- ・これは医療倫理、臨床倫理すべての基本となる生命倫理の4原則です。
- ・トム・L・ピーチャムとジェイムズ・F・チルドレスによって、「生命医学倫理」(初版1979年)において提示されたもの。
- ・生命倫理の概念は、第二次世界大戦中に行われたナチスドイツによる非人道的な人体実験の反省が発端であるといわれている。

医療における4つの倫理原則 (ビーチャム&チルドレス)

1. Beneficence
患者の利益になるようにせよ (与益の原理)
2. Non-maleficence
患者に害を与えるな
3. Respect for autonomy
患者の自律を尊重せよ
4. Justice and/ or equality
正義・公平を保て

Beauchamp, Tom L., Childress, James F.:
Principles of Biomedical Ethics, 5th ed. p454,
Oxford University Press, 2001)

【医療における4つの倫理原則】

・これは医療倫理の原則の4項目を示しています。

環境倫理

1. 自然の生存権
人間だけでなく自然も共存の権利を持つ、人間は自然の生存を守る義務を持つ
2. 世代間倫理
現在を生活している世代は、未来を生きる世代の生存可能性に対して責任がある
3. 地球有限主義
他の目的(*)より有限な地球環境を守ることを優先する、生態系や地球資源を軸に物事を考える
*他の目的: 快適な生活、経済的利益、健康、幸福など人類にとって利益

・これは環境倫理の3項目です。

臨床倫理とは

●Siegler

「臨床倫理の目標: 日常診療において生じる倫理的課題を認識し、分析し、解決しようと試みることにより、患者を向上させること」

Siegler M, Edmund D. Pellegrino, Peter A. Singer: Clinical Medical Ethics
The Journal of Clinical Ethics. 1:5-9 1990

●藤沼

「臨床の現場では、医学的・科学的判断だけでなく、倫理的問題を同定し解決することを求められる。ある特定の患者の具体的な臨床場面で、より良い倫理的意思決定を模索するのが臨床倫理clinical Ethicsである。」

藤沼康樹「臨終の立ち会い方」(臨床倫理)JIM6 p617-618 1996

【臨床倫理の定義:Siegler 藤沼】

・臨床倫理の定義ですが、いくつかの定義があります。

臨床倫理とは

日常診療の場において、医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生ずる様々な問題に気づき、分析してそれぞれの価値観を尊重しながら、関係者が納得できる最善の解決法を模索していくこと

故 白浜雅司 佐賀市立国民健康保険
三瀬診療所所長

【臨床倫理の定義:白浜】

・これは亡くなった白浜雅司氏の定義です。

臨床倫理とは

臨床倫理とは、臨床の現場（医療、介護）に従事しているものが、いましている、また、これからしようとしている医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営み

清水哲郎：東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上庇座特任教授

【臨床倫理の定義：清水】

・これは清水哲郎氏の定義です。

臨床倫理の行動原則

清水哲郎

1. 医療を受ける人を人間として尊重する（個人の意思・気持ち・感情を尊重する）
2. 医療を受ける人にできる限り大きな益をもたらすことを目指す
3. 提供するケアや医療が社会的視点でも適切であるようにする

【臨床倫理の行動原則】

・清水氏は3つの行動原則を挙げていますが、わかりやすい言葉だと思います。

臨床倫理の考え方



【臨床倫理の考え方】

・医療を受ける人の希望や意向と医療を行う側の判断が異なることは、医療現場ではよくあることです。同様に、介護現場でもよくあることです。ましてや、病状が進行し、医療の確実性が不確かな状況では、その頻度が高くなります。そして、このような場合にはどのような判断が結果的に医療を受ける側に利益があるのか、害が少ないのか誰もわからないのが現状です。このため、様々な視点で問題を分析し、情報を収集し、検討することが必要になってきます。

・そのためのチェックシートとして、「臨床倫理の4項目チェックシート」や「臨床倫理ノート」などが利用されています

臨床倫理の4分割法

医学的適応 Medical Indication	患者の意向 Patient Preferences
<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の医学的問題点、病歴、診断、予後はどうか？ 2. 急性の問題か慢性の問題か？重症か？救急か？回復可能か？ 3. 治療の目標は？ 4. 成功の可能性は？ 5. 治療失敗時の対応は？ 6. 総じて、医学治療と看護ケアでこの患者は恩恵を受け、害を避けられるか？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者がどのような治療をしたいと述べたか？ 2. 患者は利益か不利益について情報を与えられ、理解し、同意したか？ 3. 患者の精神的対応能力、法的判断能力は？判断能力がないという認識は？ 4. 事前の意思表示があったか？ 5. 判断能力がないとしたら、代理決定は誰が？適切な基準を用いているか？ 6. 患者は治療に協力しようしないか？できないか？もしそうならなぜ？ 7. 総じて、倫理的に許される限り患者の選ぶ権利が尊重されているか？
QOL Quality of Life	周囲の状況 Contextual Features
<ol style="list-style-type: none"> 1. 治療した場合としない場合の患者がもとの生活にもどる可能性は？ 2. 難症を持つ呼吸器科患者のQOLにバイアスをかけてみることはないか？ 3. 治療が終了後、患者がどのような身体的、精神的、社会的利益を得るか？ 4. 患者の現在や将来の状態は、患者が編みだしたいと判断するものか？ 5. 治療を中止する考えやその理由・対処はあるか？ 6. 患者を案じる継続的ケアの予定は？ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 治療の決定に影響を与える家族の問題があるか？ 2. 治療の決定に影響を与える医療提供者（医師・看護師）の問題があるか？ 3. 宗教的、経済的問題があるか？ 4. 宗教的、文化的問題があるか？ 5. 守秘義務を破る正当性があるか？ 6. 賛成の不逞の問題があるか？ 7. 治療決定の法的な意味合いは？ 8. 臨床研究や教育の問題があるか？ 9. 医療提供者や施設間の利益上の葛藤があるか？

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics—A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (4th ed.). McGraw-Hill, New York, 1998.p12より

【臨床倫理の4分割法】

・これは臨床倫理の4分割法と呼ばれているものです。

・臨床現場では常に倫理的問題が生じていますが、どのような行為が臨床倫理の適応になるのか、どのように対応すべきなのかについて、複雑な思考が必要になりますが、視点を変えながら検討していくためのチェック項目を示しています。

臨床倫理の4項目チェックシート	
<p>医学的適応</p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断と予後 2. 治療目標の明確 3. 患者の同意とリスク 4. 無益性 (Futility) 	<p>患者の意向</p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (Living Will) 5. 代理決定 (代行判断、最善利益)
<p>QOL</p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル) 2. 誰がどのように決定するのか <ul style="list-style-type: none"> ・ 病状の危険 ・ 何が患者にとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子 	<p>周囲の状況</p> <p>(チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習 6. 宗教 7. その他

故 白浜雅司 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長

【臨床倫理の4項目チェックシート】

- ・これはチェックシートです。
- ・現在は、このチェックシートと、臨床倫理検討シートの研修会が開催されています。

緩和ケアにおける倫理的問題
<ol style="list-style-type: none"> (1) 治療の継続／差し控え (2) 人工補水／人工栄養 (例) 認知症における胃瘻造設の是非 臨終期における輸液の是非 (3) 積極的鎮静 (4) 安楽死 (法的問題) (5) 医師の自殺ほう助 (法的問題)

【緩和ケアにおける倫理的問題および法的問題】

- ・緩和ケアにおける倫理的問題の主な項目は、①治療の継続／差し控え、②人工補水／人工栄養、③積極的鎮静、④安楽死 (法的問題)、⑤医師の自殺ほう助 (法的問題) となります。

緩和ケアにおける倫理的問題 (1)
<p>治療の継続／差し控え</p>

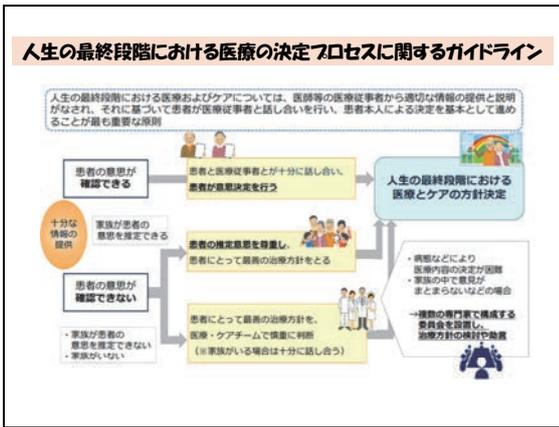
〈緩和ケアにおける倫理的問題(1)治療の継続／差し控え〉

人生の最終段階の医療に関するガイドライン等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン (日本) (厚生労働省:2007年5月) ・ 救急医療における終末期医療に関する提言 (日本救急医学会:2007年11月) ・ 終末期医療に関するガイドライン (日本医師会:2008年2月) ・ 終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～ (全日本病院会:2009年5月) ・ 終末期医療のあり方について～重急性型の終末期について～ (日本学術会議:2008年2月) ・ 重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン (日本小児科学会) ・ 高齢者の意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として (日本老年医学会:2012年6月) ・ 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012 (日本老年医学会:2012年1月) ・ 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言 (日本透析医学会:2014年5月) ・ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省:2015年3月) ・ 成人肺炎診療ガイドライン (日本呼吸器学会:2017年4月) ・ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省:2018年3月)

【人生の最終段階の医療に関するガイドライン等】

- ・人生の最終段階における積極的治療の継続あるいは差し控えについては、これまで厚生労働省を含めていくつかの団体からガイドラインが出されています。
- ・最近出されたガイドラインは、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省:2018年3月)」で、これが今後の中核となるガイドラインです。

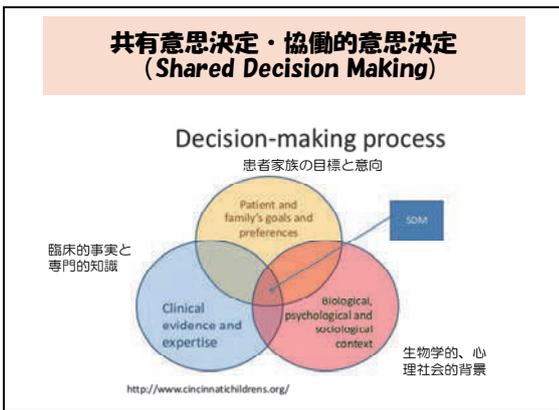
【人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン】



・このガイドラインの概念図です。

・特に問題となるのが本人の意思が確認できない場合です。その内容は参考資料として掲載します。

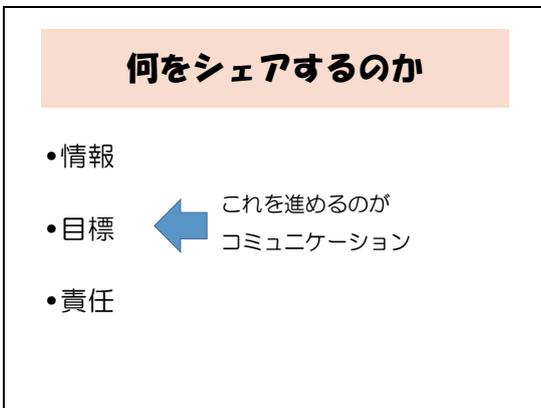
共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making)



【共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making)】

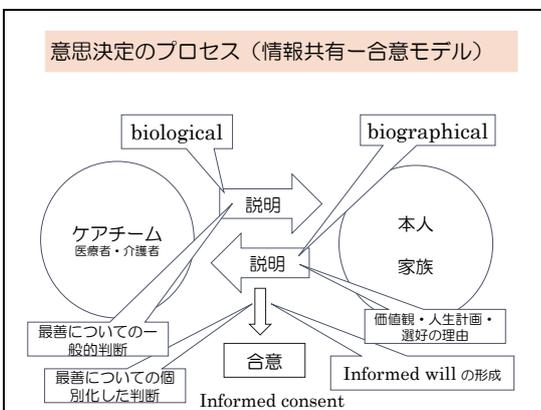
・このガイドラインを含めて、適切な意思決定プロセスの基本的考え方は、共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making) というモデルで、清水らが提唱してきた情報共有・合意モデルに相当します。

何をシェアするのか



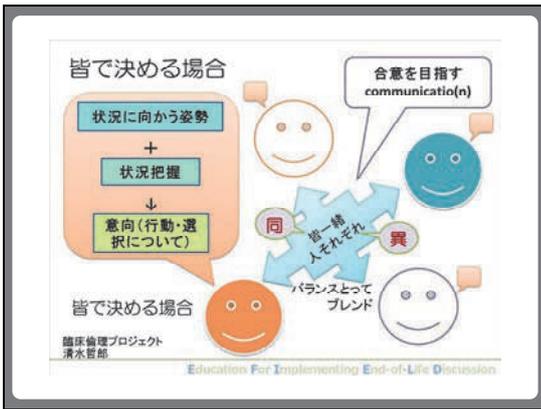
・このモデルにおいて医療を受ける側と医療を行う側でシェアするのは、情報、目標、責任です。

意思決定のプロセス (情報共有ー合意モデル)



・これは清水氏の提唱する情報共有・合意モデルです。ケアチームの情報だけでなく、医療をうける本人およびその家族の情報(価値観、生活感、人生観、都合など)も共有します。

・清水氏の情報共有－合意モデルの別の概念図です。



共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making)

■ SDMの必須4要素

1. 少なくとも医療者と患者が関与する
2. 両者が情報を共有する
3. 両者が希望の治療について、合意を形成するステップを踏む
4. 実施する治療についての合意に達する、

【SDMの必須4要素】

・共有意思決定・協働的意思決定(Shared Decision Making)というモデルは、現在米国の医療現場では標準的モデルとなっています。日本の医療現場ではインフォームド・コンセントが標準的に使われていますが、その違いは、①患者側の情報は共有しない、②情報が医療側の一方的な情報となっており、正確性に欠ける(エビデンスに欠ける)こと、③情報が一方的であるために患者の希望の治療の選択肢があまりない、④選択の責任についてシェアしないことです。

共有意思決定・協働的意思決定 (Shared Decision Making)

■ SDMの9ステップ

1. 意思決定の必要性を認識する
2. 意思決定の過程において、両者が対等なパートナーとして認識する
3. 可能な全ての選択肢を同等のものとして述べる
4. 選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
5. 医療者が患者の理解と期待を吟味する
6. 意向・希望を提示する
7. 選択肢と合意に向けて話し合う
8. 意思決定を共有する
9. 共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談する



これから始める！シェアード・ディシジョンメイキング 新しい医療のコミュニケーション 中山健夫編

【SDMの9ステップ】

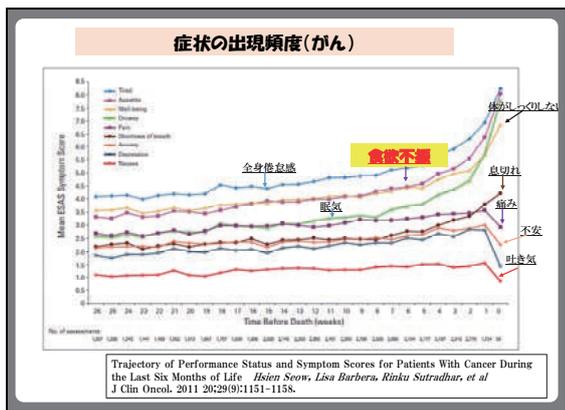
・共有意思決定・協働的意思決定(Shared Decision Making)の実際の現場での進め方を示します。

緩和ケアにおける倫理的問題(2)

人工補水／人工栄養

(例) 認知症における胃瘻造設の是非
 臨終期における輸液の是非

〈緩和ケアにおける倫理的問題(2)人工補水・人工栄養〉



・どのような病状であり人生の最終段階では、水分が摂れない、食事が摂れないという状況になってきます。

・このような状況において日本では、積極的な輸液や栄養補給が日常的に行われていました。

・また、進行した認知症や繰り返す誤嚥性肺炎の患者に対して胃瘻を造設し、強制栄養を行うことも日常的に積極的に行われてきました。

進行した病態における症状の出現頻度 (%)

症状	がん	AIDS	心疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=10379)	63-80 (N=842)	41-77 (N=882)	34-77 (N=372)	47-50 (N=570)
うつ	3-77 (N=4378)	10-82 (N=616)	9-36 (N=80)	37-71 (N=150)	5-60 (N=950)
不安	13-79 (N=2270)	8-34 (N=340)	49 (N=80)	51-75 (N=1008)	39-70 (N=72)
せん妄	6-93 (N=9154)	30-65 (N=?)	18-32 (N=349)	18-33 (N=309)	-
全身倦怠感	32				(N=110)
思切れ	10				(N=334)
不眠	9				(N=351)
嘔気	6				(N=322)
便秘	23-65 (N=7020)	34-35 (N=689)	38-42 (N=80)	27-44 (N=150)	29-70 (N=483)
下痢	3-29 (N=1002)	30-90 (N=504)	12 (N=80)	-	21 (N=10)
食欲不振	30-92 (N=9113)	51 (N=304)	21-41 (N=140)	35-67 (N=150)	26-64 (N=389)

進行した病状では、がん疾患であれ非がん疾患であれ、食事を摂ること、そして、水分を摂ることができなくなる。その時にどう対応すればいいのか

A Comparison of Symptom Burden in Five Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Dialysis Patients. *Samir Parikh, MD, Richard Grune, MD, and Lisa J. Richardson, MD, PhD. J Palliat Care. 2004;20(4):200-208.*

・進行した病状では、がん疾患であれ非がん疾患であれ、食事を摂ること、そして、水分を摂ることができなくなります。

・その時にどう対応すればいいのか

・このような状況において日本では、積極的な輸液や栄養補給が日常的に行われていました。また、進行した認知症や繰り返す誤嚥性肺炎の患者に対して胃瘻を造設し、強制栄養を行うことも日常的に積極的に行われてきました。

・しかし、人生最終段階におけるこれらの治療は、その有用性においても、人間の尊厳という視点においても見直す必要があります

① 進行したがん疾患・慢性疾患における強制栄養・水分補給に関する基本的考え方

輸液に対する患者・家族の考え

- ・輸液をしないと必要な栄養が得られない
- ・輸液をしないと死期が早まる
- ・水分補給をしないと患者が非常に苦しくなる
- ・輸液のせいでさらに苦痛が増える

Parkash R, et al. J Palliat Care 1997
Morita T, et al. Am J Hosp Palliat Care 1999

・輸液に対する患者・家族の考え方も、「輸液をしないと必要な栄養が得られない」、「輸液をしないと死期が早まる」、「水分補給をしないと患者が非常に苦しくなる」と思っている人がいる一方で、「輸液のせいでさらに苦痛が増える」と思っている人もいます。

基本的な考え方

進行したがん疾患および慢性疾患患者に対する栄養・輸液治療の適切さを考えるにあたっては、原則として、次の事項に配慮する必要がある。

- 患者の最善の利益の実現、患者のQOLの向上
- 患者の自己決定、患者の事前指示（リビング・ウィルを含む）、患者の希望の尊重
- 十分な対話の重要性
- 医療行為の侵襲性に対する認識
- 延命治療の差し控えと中止は倫理的には違いがないことの認識

・進行したがん疾患においては、通常病状の進行に伴い、食欲不振あるいはがん性腹膜炎などで食事や水分が摂れなくなります。また、進行した慢性疾患においても、食欲不振や咀嚼や嚥下障害により食事や水分摂取量が少なくなります。その時に人工栄養や輸液をおこなうかどうかについて判断するための基本的考え方を示します。

進行したがん患者への 強制栄養・水分補給の功罪

- 強制栄養補給を行っても栄養状態は改善しないことが多い
- 強制栄養・水分補給を行っても生命予後が伸びないことが多い
- 強制栄養・水分補給によりADLが低下する
ベッド上で動けない時間が増える
- 強制栄養・水分補給によりQOLが低下する
自由に活動できなくなる
入院を強要される（自宅に戻れない）
- 強制栄養・水分補給により苦痛が生じる
過剰輸液による浮腫/呼吸苦 栄養負荷

② 進行した病状における強制栄養・水分補給の功罪

- ・ここではがん疾患を念頭において説明していますが、進行した慢性疾患ではさらに日常活動性が低い状態にあるとは思いますが、基本的には同じ状況です。
- ・不可逆性のサルコペニア、フレイル、悪液質の状況においては、強制栄養補給および水分補給の効果は得られないだけでなく、治療による新たな苦痛を生み出すものと考えられています。

脱水状態が臨終期にむしろ望ましい理由

- 気道分泌物が減って呼吸困難・喘鳴が起りにくくなる
特に肺癌や全身浮腫のある患者
- 消化管分泌物が減って吐き気や嘔吐が起りにくくなる
特に腸閉塞・癌性腹膜炎の患者
- 体液の貯留（浮腫・腹水・胸水）が少なくなる
- 尿量が減少し、トイレに行く回数が減る
- 意識状態が低下し、苦痛を感じなくなる。

- ・これまでの経験では、臨終期では、水分をむしろ制限した方が症状が軽度で安楽に暮らせることが確認できています

進行した病状における栄養ケアの具体的内容

- 患者や家族に対する正確な情報の提供、
何故食べられないのか、改善策はあるのか、改善の見込みはあるのか、など
- 患者や家族の希望／要望の聴取と現実的対応の調整
- 家族の不安（食べないと死んでしまう）の解消
- 食欲不振の原因となる症状（痛み、不安、嘔気など）の緩和
- 口腔ケア
- 生活の場にあった栄養補給法の提案と指導

③ 進行したがん疾患に対する栄養ケアの内容

- ・患者や家族に対する栄養ケアに関する情報提供、希望やニーズの聴取、不安や怖れに対する対応を中心に置きながら、多職種で、生活の場でも対応できる方法を提案し、実践してゆきます。

輸液と栄養について話し合う

- 輸液に関する患者や家族の希望と考えを尋ねる
- 治療・ケアの目標を共有する
- 特定の治療について話し合う
 - 輸液や栄養が目標の達成に役立つのか
 - 利益と不利益にはどのようなものがあるか
- 常に患者・家族の感情に配慮する

④ 輸液と栄養についての話し合い

- ・話し合いの中で焦点を当てる項目を提示します。

緩和ケアにおける倫理的問題 (3)

積極的鎮静

〈緩和ケアにおける倫理的問題 (3) 積極的鎮静〉

穏やかな最期を迎えるために

本人が苦痛（痛み、息苦しさ、身体のだるさなど）を訴え続けている時

医師・看護師・家族にとって苦しそうに思われる時



医師 「鎮静しましょうか」
看護師や家族 「苦しみをとってください」

〈緩和ケアにおける倫理的問題 (3) 積極的鎮静〉

・本人が苦痛（痛み、息苦しさ、身体のだるさなど）を訴え続けている時、あるいは医師・看護師・家族にとって苦しそうに思われる時に意識をなくすための（苦痛を感じないための）鎮静が病院では安易に行われています。また、この傾向は在宅でも広がっています。

・しかし、鎮静は本人の意識を落とすという意味で自律を含む自己決定権を奪う行為です。しかも、積極的鎮静は安楽死との境界がはっきりしないことが多いことも事実です。

・したがって、鎮静のうちでも積極的鎮静は臨床倫理の分野ではもっとも問題となる課題です。

鎮静の定義

- ①患者の苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬剤を投与すること、あるいは、
- ②患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に維持すること。

- ・本定義では、睡眠障害に対する睡眠薬の投与は鎮静に含めない。
- ・意図せずに意識の低下が生じた場合、意識低下を軽減させる処置を行う場合は、鎮静に含めない（意図せず生じた意識の低下を意図的に維持する場合は、鎮静に含める）。

1) 鎮静の定義

- ・鎮静の定義を示します。

鎮静の分類

➤鎮静様式からの分類

持続的鎮静(continuous sedation)

中止する時期をあらかじめ定めずに、意識の低下を継続して維持する鎮静

間欠的鎮静(intermittent sedation)

一定期間意識の低下をもたらしたあとに薬剤を中止・げんりようして、意識の低下しない時間を確保する鎮静

➤鎮静水準からの分類

深い鎮静(deep sedation)

言語的・非言語的コミュニケーションができないような、深い意識の低下をもたらす鎮静

浅い鎮静(conscious sedation)

言語的・非言語的コミュニケーションができる程度の、軽度の意識の低下をもたらす鎮静

2) 鎮静の分類

- ・鎮静は鎮静様式から、持続的鎮静と間欠的鎮静に、鎮静水準から、深い鎮静と浅い鎮静に分類されます。

- ・臨床倫理で問題となるのは、持続的深い鎮静です。

鎮静における好ましい効果と好ましくない効果

■鎮静における好ましい効果

苦痛緩和

■好ましくない効果

意識の低下

コミュニケーションができなくなること

生命予後を短縮する可能性

しかし、これらを好ましくないとは考えない価値観をもつ患者もいる (Hunt 2002)。

3) 鎮静における好ましい効果と好ましくない効果

- ・鎮静における好ましい効果とは苦痛緩和であり、好ましくない効果とは、意識の低下、コミュニケーションができなくなる、生命予後を短縮する可能性です。

しかし、これらを好ましくないとは考えない価値観をもつ患者もいます (Hunt 2002)。

鎮静と積極的安楽死

鎮静を積極的安楽死と連続する行為とみなす見解

(Billings1996,Craig1994a,1994b,Orentlicher1997) と

鎮静は積極的安楽死から明確に区別できるとする見解

(Materstvedt2003 ; Mount1996 ; Portenoy1996) がある。

後者では鎮静と安楽死は、①意図（苦痛緩和 vs 患者の死亡）、②方法（苦痛が緩和されるだけの鎮静薬の投与 vs 致死性薬物の投与）、および、③成功した場合の結果（苦痛緩和 vs 患者の死亡）において異なる。

4) 鎮静と積極的安楽死との関係

- ・鎮静を積極的安楽死と連続する行為とみなす見解 と鎮静は積極的安楽死から明確に区別できるとする見解があります。

いづれにせよ、臨床現場で、安楽死が認められていない日本においては、一人の人間が自分の判断だけで鎮静を行うことを決めることは避けるべきです。

鎮静が適切に行われない場合

European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care
Cherny N.L et al. Palliative Medicine 23(7) 581-593: 2009 より引用

- 1) 乱用 (abuse) 'slow euthanasia'
- ・表面上は症状を緩和するためとしながら臆に死を早めることを意図して深い鎮静を行う (これは安楽死であり適切ではない)

5) 鎮静が適切に行われない場合

・日本だけでなく世界的にも鎮静が適切に行われていない場合が多いことは事実です。

・European Association for Palliative Care (EAPC)の調査では、鎮静が適切におこなわれていないことを指摘し、鎮静が適切に行われていない事例について報告しています。

・不適切な例として、乱用、無思慮な使用、非標準的な実践にわけて例示しています。

鎮静が適切に行われない場合

European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care
Cherny N.L et al. Palliative Medicine 23(7) 581-593: 2009 より引用

- 2) 無思慮な使用 (injudicious use)
- ・緩和可能な症状であるのに適切な症状評価がなされていない
 - ・担当医の能力の限界で症状緩和がうまくできないにも関わらず専門家に相談せずに鎮静が行われる
 - ・複雑な症状のケアへの対応で疲れては挫折感を感じてつい鎮静してしまう
 - ・患者ではなく家族の要請に従って鎮静する

・無思慮な使用例です。

鎮静が適切に行われない場合

European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care
Cherny N.L et al. Palliative Medicine 23(7) 581-593: 2009 より引用

- 3) 非標準的な実践 (substandard clinical practice)
- ・患者・家族・医療スタッフへの相談 (適応、ケアの最終目標、予測される結果、危険性等) が不十分
 - ・苦痛が取れているのか、適切な安楽が得られているのかの観察が不十分
 - ・患者の苦痛を引き起こしている心理的、スピリチュアルな、社会的側面の評価が不十分
 - ・薬剤の過剰投与の危険性に関する身体的な要素に対する評価が不十分
 - ・効果を得られる必要最小量を決めるための段階的増量をせずに急いで増量する
 - ・鎮静を得るための薬剤の選択が不適切
 - ・患者家族へのケアが不十分
 - ・苦悩を感じている医療スタッフに対し、情緒面、スピリチュアルな面のwell beingへの配慮が不十分

・非標準的な実践の例です。



・鎮静に関するガイドラインは、世界各国で作られていますが、日本でも日本緩和医療学会からも出されています。

持続的深い鎮静を行う要件

- 耐え難い苦痛（症状）があり、どのような治療法でも（緩和ケアの専門家でも）緩和できない
- 予後が数日から2～3週間
- 患者の（深い）鎮静の希望（同意）あり
- 患者家族の同意あり

・このガイドラインでは、持続的深い鎮静を行う要件として4項目が提示され、すべてを満たす場合には適正とされますが、可能な限り複数の医療従事者の判断で決定するのが望ましいと思われま

緩和ケアにおける倫理的問題（4）

安楽死（法的問題）

〈緩和ケアにおける倫理的問題（4）安楽死〉

・安楽死は日本では認められていませんが、参考までに記載します。

安楽死

苦しい生ないし意味のない生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に達成された死、ないしその目的を達成するために意図的に行われる「死なせる」行為。

1) 安楽死の定義

・安楽死の定義は「苦しい生ないし意味のない生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に達成された死、ないしその目的を達成するために意図的に行われる「死なせる」行為」とされています。

安楽死の区分

■行為の様態に関する区分

- ・積極的安楽死 (active euthanasia) 〈死なせる(殺す)こと killing〉
本人の自発的意志を前提として一定の条件を満たした場合、医師が自殺ほう助の行為を行うこと。
- ・消極的安楽死 (passive euthanasia) 〈死ぬに任せること allowing to die〉
治療行為の中断などによって、間接的に死期を早めること。

■決定のプロセスに関する区分

- ・自発的安楽死 (voluntary euthanasia) : 患者本人の意思による場合
- ・非自発的安楽死 (non-voluntary euthanasia) : 患者本人に対応能力がない場合。
- ・反自発的安楽死 (involuntary euthanasia) : 患者本人に対応能力があるにもかかわらず、意思を問わずに、あるいは意思に反して決定される場合。

2)安楽死の区分

・安楽死は、行為の様態に関する区分では、積極的安楽死と消極的安楽死、決定のプロセスに関する区分では、自発的安楽死、非自発的安楽死、反自発的安楽死に区分されています。

他人による積極的安楽死を法律で認めている国

- ・スイス - 1942年
- ・アメリカ (オレゴン州)
- 1994年「尊厳死法 (Death with Dignity Act)」成立
- ・オランダ - 2001年「安楽死法」可決。
- ・ベルギー - 2002年「安楽死法」可決。
- ・ルクセンブルク - 2008年「安楽死法」可決。
- ・アメリカ (ワシントン州、モンタナ州) - 2009年
- ・アメリカ (バーモント州) - 2013年
- ・アメリカ (ニューメキシコ州) - 2014年
- ・アメリカ (カリフォルニア州) - 2015年[1]
- ・カナダ - 2016年

3)他人による積極的安楽死を法律で認めている国

医師による積極的安楽死の四要件

横浜地方裁判所 1995年3月28日

- 1) 耐え難い肉体的苦痛があること
- 2) 死が避けられずその死期が迫っていること
- 3) 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと
- 4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

4)医師による積極的安楽死の4要件

・日本における医師による**積極的**安楽死の四要件です。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本 (医療職用)
ファシリテーター用

Module 7

領域7

緩和ケアにおける専門性と倫理的、
法的側面、アドバンスケアプランニング

領域7-2 アドバンスケアプランニング

領域7-2 アドバンスケアプランニング

人生の最終段階において意思決定が必要となる医療的事項

- 治療中止、継続、差し控え
- 延命治療の希望
- 希望する延命治療の内容
- 療養の場所

【人生の最終段階において意思決定が必要となる医療的事項】

・人生の最終段階において意思決定が必要となる医療的事項として、治療中止・継続・差し控え、延命治療の希望、希望する延命治療の内容、療養の場所などがあります。

・この意思決定を行うのは、本人ですが、最終的な意思決定が必要な場面で、病状が進行して意識がはっきりせず自己決定ができない、認知症による自己決定ができないことが多いのが現状です。

・このため、できるだけ早い時期から、自分自身の人生の最終段階で受けたい医療のあり方を、家族は医療者と一緒に考え、医療者に指示しておこうというのがACPです。

・この図は平成26年度から始まった地域包括ケアシステムの模式図です、

・地域包括ケアシステムでは、本人の選択と本人・家族の心構えにあたる部分がACPIに相当します。



**アドバンス・ケア・プランニングとは
(Advance Care Planning:事前医療・ケア計画)**

将来起こる健康上の問題に対する医療的対応について、よりよく生き (well-being)、死を迎えるにあたって、自分の意向や価値観、自分の人間としての尊厳等を尊重してもらえるよう、(健康な時から) あらかじめ本人自身の意向、希望を考え、それを医療者に指示しておく一連の過程。

【アドバンスケアプランニングとは】

・アドバンスケアプランニングの世界共通の定義はありません。国によってその概念は多少違ってきます。また、時代によって変わってきていますが、現時点では、このような解説となります。

米国のリビングウィル・事前指示書に関する初期の流れ

年	トピックス
1937年	米国安楽死協会設立
1946年	任意安楽死法化促進1776人医師委員会
1949年	ハーマン・サンダー事件
1974年	安楽死協会→死ぬ権利協会へ改称
1975年	カレン・アン・クインラン裁判
1976年	カリフォルニア州自然死法
1981年	患者の権利に関するWMAリスボン宣言
1983年	ナンシー・バス・クルーザン裁判
1991年	患者の自己決定権法→事前指示書
1997年	オレゴン州尊厳死法
1997年	自殺ほう助医療費制限法

【リビングウィル・事前指示書のあゆみ】

・いずれも、医療を受ける側の権利として医療を受ける側に認めさせる権利運動として展開されています。

ACPのあゆみ

1) 事前指示書

- ・1950・1960年代以降 米国において公民権運動・女性解放運動・消費者運動・情報公開運動などの支配や抑圧などからの解放運動が盛んになり、医療においては権威保持者である医師に対抗するための「患者の自己決定権」が確立された
- ・1976年 カレン・アン・クイン事件を受けて、カルフォルニア州で自然死法が制定され、他の州にもリビングウィルが法制化された
- ・1990年 ナンシー・クルーザン (Cruzan) 事件において延命治療拒否について連邦最高裁判所が初めて判決を下した。この事件を受けて、本人が助からない状態になったときあらかじめ延命治療を希望しないという意思表示をしておくことが必要であるとの認識から、1991年に患者自己決定法が施行された。

2) POLST (physician orders for life-sustaining treatment)

「生命維持治療に関する医師の指示書」
1991年米国オレゴン州発

3) ACP 「事前医療・ケア計画」

1995年にSUPPORT研究の結果が公表されたことにより、事前指示書の問題が指摘されて ACPに切り替えられた。

【ACPのあゆみ】

・初期は事前指示書の作成が目的でしたが、その限界が指摘され、作成するプロセスが重視される運動に発展しています。

事前指定とは

- ・言葉のもと Advance Directiveの和訳
- ・米国では、医療機関などの医療ケアを提供する機関に対して、文書で患者が望む医療に関する基本方針と実施方法を確認し、維持される支援を法的に義務付けている。
米国 患者自己決定権法(1991年施行)
「事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく」
- ・通常の事前指示書は1.と2.両方により構成される
- 1) リビング・ウィル
生前に行われる尊厳死に対してであれば「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」などといった意思表示のこと。
- 2) 医療代理人の指名

【事前指定とは】

・これは、当初開始された事前指定の内容です。

事前指示書の問題点

- ・個別の医療行為に関する事前指示はすべての状況には対応不可
- ・詳細であればあるほど柔軟性が失われる
- ・意思は変化することが少ない
- ・代理人の選択は本人意思と異なることが多い
- ・必要な時に見つからない

そして 法制化しても普及せず (15%~20%)
(Gillick, N Engl J Med, 2004)

「事前指示書の問題点」

・この事前指示として策定された事前指示書の問題点が指摘され、ACPの形に変わりました。

事前指示書の限界

- 1.病状を十分に理解しないままに事前指示書を作成する可能性がある
- 2.事前指示書に記された内容が曖昧で、問題となる事例がある (例: 大げさな治療はしないでほしい)
- 3.想定した状況と異なる状況 (疾患) が生じた場合に適応できるかどうか問題となる事例がある
- 4.患者の気持ち (決定) が変わることがある
- 5.事前指示書に記された内容が患者に対する最善の利益と矛盾することがある

(Bernard Lo Resolving ethical dilemma fifth ed 2013)

【事前指示書の限界】

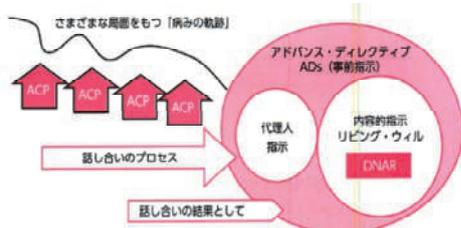
アドバンス・ケア・プランニングの特徴 (Advance Care Planning)

- ・意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す
- ・患者の価値を確認し、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にさせることを目標にしたケアの取り組み全体
- ・アドバンス・ケア・プランニングは、インフォームド・コンセントが同意書をとることだけでなく、アドバンスディレクティブ（事前指示）の文書を作成することのみではない
- ・患者が治療を受けながら、「将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったことや、書き残したもから自分の意思が尊重され、医療スタッフや家族が、自分にとって最善の医療を選択してくれるだろう」と患者が思えるようなケアを提供することが目標

【アドバンスケア・プランニングの特徴】

・その特徴は、プロセスであること、患者側からの治療やケアについての医師への事前の指示であり、その意向にそったケアの提供が目標となることです。

ACPとその関連用語との関係図



【ACPとその関連用語との関係図】

・ACPに関わる言葉として、事前指示、代理人指示、リビングウィル、DNARなどがありますが、この図はそれらの関係を図式したものです。

DNR (Do Not Resuscitate orders) DNAR (do not attempt resuscitation) 指示とは

DNR指示は心臓が止まったり、呼吸が止まったりした時に行う心臓マッサージや人工呼吸などの処置（蘇生術）を行わないことを、あらかじめ本人や家族と申し合わせておき、そのことを診療録に指示しておくことである。ただし、「蘇生可能性があるにも関わらず蘇生行為をしない」という意味に捉えられることもある言葉であるため、DNARという言葉を使うことが推奨されている。「蘇生可能性がほとんどないために（侵襲的である）蘇生行為をしない」という意が強い。

【DNR DNAR 指示とは】

・DNARの言葉についての説明です。以前はDNRと呼んでいましたが、今はDNARと呼ばれている理由について説明しています。

DNARに関する基本的事項

- ・DNARに関し本人の意志（Living Will）があればそれを尊重する。
- ・家族に対し急変時の蘇生術の意義に関し説明を行い、早めにDNARを了承してもらう。
進行した癌の場合、医師や家族の予測に反し、病状が急変することがよくある。したがって、できるだけ早めにDNARについて本人や家族と相談しておくことが望ましい。なお、DNARについて家族と相談することは、家族に対する死の教育にもあたり、死亡後の悲嘆を和らげることに役に立つ。
- ・DNARが家族によって了承された場合にはカルテに“DNAR”と明記し、そのように判断した理由もつけ加えておく。

【DNARに関する基本的事項】

・DNARに関する基本的事項についての説明です。

Advance Care Planningの世界的動向

アメリカ（1990年 Patient Self-determination Act）
 英国（2005年 Mental Capacity Act）
 オーストラリア
 カナダ
 等ではすでに法制化されている

【ACPの世界的動向】

・ACPはすでに、アメリカ（1990年 Patient Self-determination Act）、英国（2005年 Mental Capacity Act）、オーストラリア、カナダ等ではすでに法制化されています。

ACPのツール

- Preferred Priorities for Care
 （望ましいケアの優先事項）：英国
- Respective Choice
 （選択の自由の尊重）：米国ウィスコン州ラクロス
- Let Me Decide
 （私に決めさせて）
- Five Wish
 （5つの願い）
- POLST
 （生命維持治療に関する医師指示書）

【ACPのツール】

・また、ACPのツールとしていくつかのツールがそれぞれの地域で使われています。

ACPの効果 （事前に話し合いを持つことによる効果）

- 直面する困難に対する自己決定に関して理解が広がる
 （人は死ぬ運命であることへの理解が広がる）
- 本人の意向に沿った場所で亡くなる人が多くなる
 病院での死亡が少なくなる
 ERの受診・入院が少なくなる
 在宅（自宅等）での死亡が増える
- 無用な苦痛・苦悩が避けられる
 心肺蘇生を受ける人が少なくなる
 抗がん剤治療を死の直前まで受ける人が少なくなる
- 本人のQOLが高くなる（遺族調査）
- 遺族の満足度が高くなる（遺族調査）
- 社会保険費が少なくなる

【事前に話し合いを持つことによる効果】

・ACPによる効果としていくつかの効果が報告されています。

ACPIにおける3つのポイント

- 1) 予測される状況とその状況におけるケアの選択肢を学ぶ
- 2) 選択肢について考える
- 3) 将来のケアに関する意向を話し合う

【ACPの実際】

（西川満則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援（事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング）南山堂 2016年12月 より引用

(1) ACPにおける3つのポイント

ACPは「話し合うプロセス」である

■なぜ プロセスなのか

- ・意思や選択は状況の変化に伴い変化することを前提に疾病過程などの変化に応じた継続的なプロセスが必要である
- ・話し合うプロセスにおいて本人は自分の人生や生活に不可欠な人や大切なもの、生きがいなどについて振り返る機会を得る。そのなかで自分の望む生き方を自分自身で再確認し、その内容を自らの言葉で表明し、家族や医療者と共有する
- ・本人の意見を家族や医療者が吟味することなくそのまま受け入れることではなく、「本人の最善」についてそれぞれの立場で考え、互いの価値観を受け入れながら相互に理解していくプロセスが重要である

西川滿則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
(事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング) 南山堂 2016年12月

(2) ACPは「話し合う」プロセスである

①なぜプロセスなのか

ACPは「話し合うプロセス」である

■誰が話し合うのか

本人と家族
&
病状等を知っている医療者
研修を受けた病院のMSW
研修を受けた地域の保健福祉職

西川滿則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
(事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング) 南山堂 2016年12月

②誰が話し合うのか

・医療情報をよく知っている医療者が関わるのが肝心です。

ACPは「話し合うプロセス」である

■話し合う内容

- 医療者
- ・現在の病状（直面している状態、推定される状態）
 - ・今後の病状経過の予測
 - ・今後の見通しのもとで予測される治療・ケアの内容
 - ・今後の見通しのもとでの療養方法、可能な生活様式
- 地域保健福祉職
- ・ライフイベントとしての人生の最終段階と死について
- 本人／家族
- ・気がかり
 - ・価値観や希望
 - ・どのように生きたいのか（人生や生活の意向）
 - ・本人の死後に家族に望むこと

西川滿則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
(事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング) 南山堂 2016年12月

③話し合う内容

ACPは「話し合うプロセス」である

■いつ話し合うのか

意思決定能力が低下しないうち
(医療等について選択しなければならない事象が発生する前)
できれば、健康な時 病状が安定している状態で

本人が直面するあらゆる局面で
繰り返し行う

西川滿則・長江弘子・横江由理子編 本人の意思を尊重する意思決定支援
(事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング) 南山堂 2016年12月

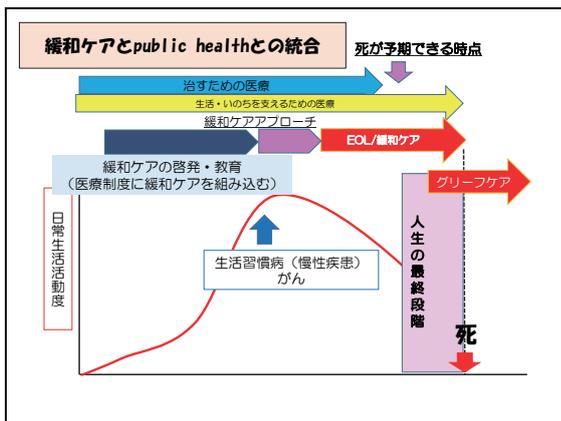
④いつ話し合うのか

【健康状態・病気のステージに応じたACPの類型】

健康状態・病気のステージに応じたACPの類型			
ACPの類型	主たる健康状態 病状のステージ	対象年齢 健康状態 課題	相談員
第一段階 死生観教育・人権観・人生観・倫理観の育成などの生涯教育・教育としてのALP	健康である 自衛的な社会生活	小学～大学生、若い母親・父親・壮年期	市町村の行政職員 保健師 教育者 介護職 組織の保健者・管理者、産業保健の医師・保健師
第二段階 慢性疾患や高齢者を対象とした地域医療連携におけるALPとACP	まあまあ健康である 慢性疾患を1つないしは複数患し、治療初期から中期の者	壮年期・高齢期 治療継続 生活機能はほぼ自立（要介護2） 生活機能維持のため予防的な健康支援を必要とする	保健所・保健センター、地域包括ケア支援センター、巡回支援部門、病院外来、診療所・訪問看護ステーション等の医師・看護師、保健師、ケアマネジャー、MSWなど
第三段階 急性期病院・終末期医療におけるACP	症状悪化 身体機能低下・障害（要介護） 入部加療中 施設入所中 あまり健康でない	急性期など病状が深刻な患者 治療の選択、開始や変更、中止、差し控えなどの決断が必要となる	病院 救命救急、緩和ケア、特別介護老人施設の医師・看護師・MSWなど

ALP: Advance Life Planning ACP : Advance Care Planning

・この図は、ACPを行う時期について3つの段階を提示しています。
より早い段階でACPを行うことが重要で、保健医療として組み込むことが必要となります。



【緩和ケアとpublic healthとの統合】

・WHOは緩和ケアとパブリックヘルスの統合を提唱しています。
・その意図は、緩和ケアを必要としている多くの人が、現時点で緩和ケアが受けられない状況にあるからで、その理由として、緩和ケアに対する誤解や理解不足があることがわかっているからです。
・これを改善するためには、緩和ケアに関する啓発を保健医療のすべての段階で行う戦略がもっとも効果的であると考えているからです。
・そして地域住民に対する緩和ケア教育の中で重視されているのがACPです

ACPのバリア

<地域住民>

- ・多くの人が死を迎えることを意識していない
- ・死を否認する社会的状況がまだある
- ・エンド・オブ・ライフケアや緩和ケアが、長く生きることを妨げるものと認識している
- ・死を忌避する文化

<医療者>

- ・人々が説明を希望していないと思こんでいる
- ・話をすることに不安や辛さを感じる
- ・患者の意向が分からない
- ・できれば話をしたくないと思っている
- コミュニケーションの技術がない
 - どのように話をするのか分からない
 - いつ話をするのか分からない

【ACPのバリアー】

・ACPを普及させるためには多くの壁（課題）がありますが、この壁は意識が作っている壁であり、強固なものではありません。しかし、意識を変えることはなかなか難しいことであり、しっかりした戦略が必要です。

参考資料（人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン）

厚生労働省 改訂 平成30年3月

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種との医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も

重要な原則である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合 本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置 上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

領域8 (Module 8). 自己啓発およびセルフマネジメント

継続的に専門性を磨いていくことは、通常、各々の職能に定義されている要件であり、臨床実践の不可欠な部分であるべきです。この学習の一部に自己啓発についての項目が含まれています（例えば、いかに安全な医療行為を行うかを知ること、自分自身の技能と能力の限界を理解すること、いつかかわると生命予後の限られた状況にある人やその家族の利益に最もかなうのかを知る）。

また、生命予後の限定された人々をケアすることの医療従事者における負担は認識されるべきで、レジリエンス（回復力）を強化する方法やバーンアウトを防止するための方法が確認されるべきです。

【地域緩和ケア提供者として求められる資質】

- 現行の専門職としての役割においては平等の関係を築き、緩和ケアにおいては学生、仲間、同僚、その他の専門職への成長を促すよう相談、教育、リーダーシップ及び指導を通して貢献する。
- 自身の専門職としての資質を維持し、発展させるために、生涯教育活動に参加する。
- 自身の強み、弱さそして道徳心とスピリチュアルな信念を意識しながら自己啓発を実践する。
- バーンアウトの徴候に早く気づき、適切な支援を求めることができる。
- チームの中でほかの人の助けになる。
- ケアする対象者と自身に対する影響に気付かずに窮地にいる同僚のニーズに注意を払うことができる。

プライマリ緩和ケア人材育成研修用副読本（医療職用）
ファシリテーター用

Module 8

領域8
自己啓発およびセルフマネジメント

領域8 自己啓発およびセルフマネジメント

チーム効果を生む要因

Hog1 m. & Gemunden H G 2000

1. コミュニケーション向上
2. 作業の調整（技術的社会的調整）
3. メンバーの力能の平準化（相互学習）
4. メンバー同士の支援
5. 行動の規範化（期待される行動）
6. チームの統合化（団結・高揚）

1. 自己啓発

・これは、領域4-1で提示した、チーム活動の質を向上させるための6つの要因です。

・この要因としてメンバーの力能の平準化(相互学習)があげられていますが、緩和ケアの視点は非常に広い領域にわたっていることより自己啓発が非常に重要です。

多職種協働チームの活動が効果的で、効率よく行なわれる必要条件（3）

チームメンバーが個々の役割/能力、相手の役割/能力を認識し、互いに対等な立場を尊重する協力的な雰囲気を作る

・これも同様にすでに提示しているスライドですが、自分の能力も含めて、それぞれの能力(できること、できないこと)を知り、能力を伸ばしあうことが肝要です。

チームリーダーの役割

- ・チームの目標・目的、方向性などを定める
- ・調整者として意見をまとめる
- ・調整者として必要に応じて意思決定し、方向性を示す
- ・メンバーの役割/力量を把握
- ・メンバーに対するサポートや助言
- ・メンバーの能力向上と人材育成
- ・チームが活動する環境の整備

・そしてチームリーダーはメンバーの能力向上と人材育成を図るため、その環境を整える、研修会や勉強会を開く、研修に行く機会を保障するなどの責務があります。

多職種協働チームの活動が効果的で、効率がよく行われる必要条件(6)

スタッフに対するケアを行う

2、セルフケア

・緩和ケアの現場はストレスが多く、利用者とスタッフとの情緒的、感情的な面の交流が重視される現場でもあります。特に、最終的に利用者の死で医療的支援は終了し、その後家族の悲嘆のケアが継続される形となりますが、関係しているスタッフのケアもチームの重要な課題となります。

ストレスチェック

国が推奨する57項目の質問票
(職業性ストレス簡易調査票)

<p>A あなたの仕事についてかかっています。最もあてはまるものに○を付けてください。</p> <p>1. 業務から心身の疲労をとりきれなければならない 2. 期限内に仕事を処理しなければならない 3. 一生懸命働かなければならない 4. かなりの仕事を集中する必要がある 5. 高度の知識や技術が必要で必ずしも仕事だ 6. 勤務時間中以外にも仕事のことを考えなければならない 7. かなり大きな責任が仕事だ 8. 自分のペースで仕事ができる 9. 自分で仕事の進捗や方向を定めることができる 10. 職務の仕事の方向に自分の意見を反映できる 11. 自分の経験や知識を仕事で使うことが少ない 12. 私の職場内で業務のやりかたは異なる 13. 私の職業と他の職業とはやりかたが異なる 14. 私の職業の業務内容は友好的である 15. 私の職場の作業環境(騒音、温度、換気など)はよくない 16. 仕事の内容は自分に合っている 17. 働きたいのある仕事だ</p> <p>B 最近1か月間のあなたの状態についてかかっています。最もあてはまるものに○を付けてください。</p> <p>1. 涙がでてくる 2. 気力がなくなる 3. 集中できない 4. 怒りっぽくなる 5. 人に会うのがおっくうとなる 6. 仕事に充実感がなくなる 7. ひどく疲れた 8. へたへただ 9. 不安だ 10. 気がはざついている 11. 希望が 12. 泣きがちだ</p>		<p>13. 中うつだ 14. 何をやるのも面倒だ 15. 物事に集中できない 16. 自分が睡れない 17. 仕事が終わらない 18. 悲しいと感じる 19. めまいがする 20. 体のふしうしが痛い 21. 寝がつかない 22. 鼻が乾く 23. 腰が痛い 24. 音が聴こえる 25. 動悸や息切れがする 26. 胃腸の具合が悪い 27. 食欲がない 28. 便秘や下痢がする 29. よく眠れない</p> <p>C あなたの周りの方々についてかかっています。最もあてはまるものに○を付けてください。</p> <p>私の人はどのくらい困難に直面していますか?</p> <p>1. 上 2. 職業の困難 3. 配偶者、家族、友人等 あなたが助けた時、次の人たちはどのくらい助けになりますか?</p> <p>1. 上 2. 職業の困難 3. 配偶者、家族、友人等 あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらい助けてくれますか?</p> <p>1. 上 2. 職業の困難 3. 配偶者、家族、友人等</p> <p>D 満足度について</p> <p>1. 仕事に満足だ 2. 家庭生活に満足だ</p> <p><small>※汎用ストレスチェック(平成27年4月1日現在)</small></p>	
--	--	--	--

【ストレスチェック】

・これは現在事業所で行われているストレスチェックの質問票です。

ストレス徴候を早めにつかむ

- やる気がでない
- 集中できない
- 仕事への関心がなくなる
- 与えられた業務をさぼる
- いらいらしやすい
- 怒りっぽくなる
- 人に会うのがおっくうとなる - 患者や仲間をさける
- 仕事に充実感がなくなる 絶望的になる 自責の念に駆られる
- ゆうつな気分になる - 楽しめない わけもなく涙が出てくる

WPCA: Palliative Care Toolkit Improving care from the roots up in resource-limited settings (2008) より抜粋

・ストレス徴候を早く察知し対応することが必要ですが、その徴候を示します。

自分自身・チームメンバーに気を配る

- すべての人が決められた時間に仕事を終えているかどうか
- 患者や問題に関して決まった時間に話し合いがもたれているかどうか
- 助けが必要な時に支援が受けられることを誰もが確認しているかどうか
- 継続的な教育や監督により自信や資質の向上がはかれているかどうか
- 患者が亡くなった時にそれを振り返る時間をもつことができるかどうか
- 一緒にお茶を飲んだり食事をしたりなどリラックスする時間がとれているかどうか
- 仕事に誇りがもて、自分が患者を受け持つことでその違いに誇りがもてるかどうか 仕事がかうまくいっている時にお互いに勇気づけられているかどうか

WPCA: Palliative Care Toolkit Improving care from the roots up in resource-limited settings (2008) より抜粋

【自分自身・チームメンバーに気を配る】

・スタッフに対するケアが日常的なチーム活動の中に組み込まれていることが必要で、チームリーダーは特に、チームメンバーも自身を含めお互いにストレス兆候がないかどうかチェックしあうことが重要とされています。

・また、利用者が亡くなった後のデスカンファレンスを行うことは有効なケアの手段です。