

<p>11. グループケア</p>	<p>必要性： 患者の死後、家族が直面するさまざまな困難に対処し、正常な悲嘆の過程をたどることができるよう遺族へのケアが行われる必要がある。</p> <p>① 喪失・悲嘆・死別後のケアについての知識を持っている。 ② 喪失・悲嘆・死別ケアについてのプログラムがある。 ③ 子ども・老親などを含めた遺族向けのブックレットが用意されている。</p> <p>より望ましい基準 喪失・悲嘆・死別について、ケアチーム内に専門職（担当者）がいるか、コンサルテーションを依頼できる体制がある。</p> <p>評価： プログラムに則ったグループケアができたかどうかの評価を行う。</p>	<p>解説 11-1 解説 11-2</p>	<p>緩和ケアは診断時から患者の死後まで提供される。文献：11-1。 必要があれば、家族への死別カウンセリングを含めて、チームで関わる文献：11-2。 喪失・悲嘆・死別のプログラムは、サービスへのニーズをアセスメントして患者と家族に提供される。死別後のサービスは、緩和ケアプログラムの中心的な要素である。文献：11-3。</p>
<p>12. ケアの倫理的・法的側面</p>	<p>必要性： 患者の自己決定にもとづき、苦痛となっている症状が緩和され、自然の経過として死が迎えられられるためのケアが行われる必要がある。</p> <p>① 死を迎える時の患者と家族の希望について、ケアチームで話し合いがもたれているか、文書によって共有されている。 ② ケアへの事前意思表示も含めて、患者の希望を尊重したケアが行われている。 ③ 患者とコミュニケーションが取れなくなったためのために、委任できる意思決定者を決めている。</p>	<p>解説 12-1</p>	<p>患者のゴール、好み、選択は、ケアプランにもとづいて、法律の範囲内で尊重される。文献：12-1。</p>

	<p>評価：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の自己決定を尊重しながら、法に則ったケアがされた。 		
--	---	--	--

在宅緩和ケアのアウトカム

- 1.在宅死ができた
- 2.ケアチームの満足度
- 3.利用者・家族の満足度 (症状のコントロールができた)

資料 1. 在宅緩和ケアチーム基準 解説

1.組織マネジメントの解説

1) 理念

解説 1-1

- ・理念は単なる精神的なもの、建前的なものではなく、その組織の具体的な方向性や行動を示す内容にしなければならない。
- ・理念は患者と家族の権利・価値を守るものでなければならない。

→The hospice shall have a statement of patient and family rights : 文献 1-14

解説 1-2.

- ・理念は誰がみても理解できるようなわかりやすい表現となるようこころがける。
- ・理念は患者や家族に対してはより具体的な解釈を提示し、また実践によって実行していかなければならない→資料 : 1-1

2) 記録

解説 1-3.

- ・記録をもとに利用者数や看護内容などを分析して統計表にまとめ動向を評価したり、スタッフの教育・指導に活用したりする。

→訪問看護ステーションでは、従業員、設備・備品および会計に関する諸記録と訪問看護提供に関わる記録を整備し、それらについての適正な保管が必要である。文献 : 1-13

解説 1-4

- ・管理する担当者を決める。
- ・記録は必要に応じて活用できるよう、整理整頓に努める。
- ・誰がみてもわかりやすい内容にする。
- ・スタッフの退職時には情報にかかわるデータは持ち出さないよう、雇用契約時に文書で取り交わす。

3) 安全管理 (リスクマネジメント)

解説 1-5

- ・麻薬管理についてはマニュアルに基づき、スタッフの共通認識を図る。
- ・麻薬管理マニュアルはスタッフがいつでも確認できる場所に保管する。

4) 人的資源管理

解説 1-6

- ・3～5年の中期計画により、研修および教育の実施を行う。
- ・スタッフの教育や研修への参加について、希望を把握している。
- ・スタッフの職務能力に応じた、育成 (研修) 計画を策定し、OJT や Off-JT を行っている。資料 : 1-1
外部認定プログラムへの参加は、患者のケア評価とサービスのアウトカムを含んでいる構造化された質の改善プログラムの発展を助ける。→文献 : 1-14.

解説 1-7

- ・管理者は定期的に面接を行い、スタッフが現況の仕事に対して不満や希望はないか確認を行う。
- ・福利厚生の実施に取り組んでいる。

解説 1-8

- ・チームとして支えあう。
- ・スタッフ一人ひとりチームの一員であるという自覚をもち、日頃よりコミュニケーションが図れる環境を作る。
- ・定期的にカンファレンスを行い、それぞれが抱えている問題を皆で共有するよう心がける。
- ・就業状況（勤務時間や休暇、疲労、ストレスなど）を把握し、改善に取り組んでいる。

5) 地域への働きかけ

解説 1-9

- ・在宅ホスピスケアに関わることのできるボランティア育成教育プログラムの考案、実施
- ・ボランティア募集のための地域への働きかけ
- ・ボランティア活動の場の提供
- ・ボランティアコーディネーターを行う人材の確保
- ・ボランティア活動に関する経費の確保

6) 評価

解説 1-10

（ケア内容について）

- ・24時間ケアに対応できたか
- ・スピリチュアルケアのアセスメント及びケアができたか
- ・死の教育が行えたか（本人と家族の死の不安を取り除けたか）
- ・必要なサービスを導入できたか

2. 24時間ケアの解説

解説 2-1

24時間ケアには、計画的訪問をする24時間ケアと緊急時訪問をする24時間ケアがある。

- ①できれば計画的に夜間も休日も訪問できる体制をとることが望ましい
- ②制度内で行えば、日中の訪問は計画的に行い、夜間休日は緊急時対応とする

24時間ケア（緊急時対応）の方法

①24時間対応するシステムを構築する

- ・ファーストコールは訪問看護師が受け、必要性を判断して、医師に連絡をする。
- ・ファーストコールで対応ができない場合もあるので、安心のためセカンドコールも決めておく

例：1週間交代で24時間ケアの当番をする（緊急電話をもつ）。当番は緊急電話をうけ必要時、必ず訪問する。

②24時間ケアのシステム・連絡方法についてリーフレットを作成し、利用者に周知しておく

③緊急電話や緊急訪問（24時間ケア）の記録を残し、評価する

3. ケアマネジメントの解説

解説 3-1

- ① 必要なサービスについてアセスメントし、利用者と家族の要望を聞きながらサービスを導入することが重要である
- ② サービスはフォーマルサービス（医療保険・介護保険サービス）とインフォーマルサービス（ボランティアなど）を組み合わせる。
 - ・医療保険サービス（医師・歯科医師・PT・OT・薬剤師・看護師の訪問、薬剤、在宅酸素など医療に関わる機器、材料）
 - ・介護保険サービス（ヘルパー・介護用品・デイホスピス（療養通所介護）・ショートステイ）
- ③ 必要なサービスが緊急性を要する場合が多いので、一般的な在宅ケアとはことなり、迅速な対応が必要となる
- ④ 在宅ホスピス・緩和ケアに関しては、医療保険のサービスが優先されるので、マネジャーは訪問看護師が好ましい。介護保険のサービスを必要とするときは介護保険のケアマネジャーと話し合ってからマネジマントする

4. チームケアの解説

解説 4-1.

チームケアの必要性

- ・在宅のがん療養者に身体的・心理的・社会的・霊的・経済的な側面からの対応をするためには専門的な知識を持った多職種による対応が必要であるとともに、対応がばらばらにならず共通の目的を持ち、効果的・効率的なケアが提供できるようにチームとして動くことが必要である。
- ・ チームメンバーがそれぞれの専門性を生かした多領域のケア・支援を提供することで患者・家族（介護者）は安心して自宅での療養生活を送ることができる。

解説 4-2.

チームメンバーの構成

1) メンバー構成

- ・ チームメンバーには療養者・家族ケアに必要なメンバーが揃っていないなければならない。→文献：4-5
- ・ 考えられるメンバー：薬剤師、栄養士、専門医、歯科医、心理療法士、ケースワーカー、PT, O.T, 音楽療法士・アロマセラピストなど代替療法提供者、聖職者、市区町村関係者、保健師等。
→ 文献：4-8、4-6.
- ・ 基本的に末期の悪性腫瘍は介護保険による訪問看護費を算定できないことに注意する。→ 文献：4-8
- ・ 医療保険利用者ではケアマネジャーはメンバーとして加わる必要がない。

2) メンバーに求められる能力 →文献 4-9

- ・ メンバーは在宅ホスピスケアのトレーニング・研修を受けていて、その知識を持っている。
- ・ メンバーはそれぞれの専門性を生かし、終末期、死別期の患者・家族の身体的・心理的・社会的・霊的・経済的ニーズに対応できること。
- ・ メンバーは自分の役割と他のチームメンバーの役割が理解できる。
- ・ メンバーはチームで立てたケアプラン即してしたサービスを提供することで、与えられた役割を果たすことができる
- ・ チームで患者・家族のアセスメント・計画・目標の設定・サービスの提供・評価を行うことができる

と。

- ・ 問題の解決、意思決定をチームで行う。
- ・ メンバーの中にリーダーシップをとることができる人がいる。
- ・ チームは他の組織とネットワークを作りながら活動することができる。

解説 4-3

在宅緩和ケア導入前からの連携。

1) 導入前にチームとして連携しながら患者・家族の情報（患者・家族の身体・心理・社会・経済面等）を共有する。

- ・ 医療機関（医師・看護師・関係職種、サマリーなど）及び患者・家族から情報を得る。可能であれば医療機関に出向き直接顔を合わせながら話をしたほうが、お互いに分かり合える。
- ・ 退院前に患者・家族と面接する時間を持つ。必要に応じて自宅を訪問する。
- ・ 必要な情報としては、患者の病状・経過、使用薬剤、痛み・そのほかの症状コントロール状況、予後、必要な処置・ケア、必要な機器などである。

2) チームで在宅療養の環境を整える

- ・ 必要に応じて自宅・療養者の部屋を生活しやすいようにアレンジする。
- ・ 必要な物的資源が患者の退院前に整っていること。
- ・ 必要な人的資源が患者の退院前に整っていること。
- ・ 手続きに時間のかかるものについては、退院までの期間を考慮し早めに対処する。
- ・ 費用を要するものについては患者・家族と相談しながら手続き・購入をしていく。
- ・ 退院までの時期もできるだけ患者・家族とはまめに連絡を取り合っておく。

3) チームメンバー別ケアプロセス

a) 主治医（在宅支援診療所医師）

- ・ 医療機関あるいは訪問看護ステーションから在宅ケアの依頼を受け文書で患者の退院前に訪問看護ステーションに訪問看護指示書を書く。 →訪問看護指示書（300単位）
→訪問看護は主治医が交付する訪問看護指示書に基づいて実施される。：文献 4-8.

b) 訪問看護師

- ・ 訪問看護指示書を確認し、主治医と連絡を取る。
→看護師等は利用者の病状や心身の状態に応じ、適切な訪問看護を行うため主治医との密接な連携を図る。：文献 4-8.
- ・ 必要に応じ退院前に退院後の療養等について入院施設等の医師等と共に退院指導を行う。
→地域連携退院時共同指導加算（在宅支援診療所医師：6,000円、その他の医師 4,000円）

c) 在宅緩和ケアボランティア

- ・ 訪問看護師からボランティアコーディネーターを通して依頼を受ける。
- ・ ボランティアコーディネーター：ボランティアをサポートし指導するよりどころとなる。：文献 4-7.
- ・ 訪問看護師から患者・家族の情報を得て、ボランティアとして行うケア内容を確認する。

d) 薬剤師

- ・ 退院後に処方される薬剤及び患者・家族に行われた薬剤の安全な保管、使用法、服薬法、副作用等の指導内容についての情報を得る。

- ・ 退院後の薬剤の受け取りの方法・連絡方法について家族と話し合う。

解説 4-4.

チームメンバーでカンファレンスを実施し、方針を確認する。

1) 訪問開始前:

在宅の緩和ケアチームが揃った時点で患者が退院する前に可能な限りメンバー全員でのカンファレンスを行う。

- ①患者・家族の身体的・心理的・霊的・社会的な面でそれぞれの職種それぞれが得た情報からアセスメントした内容を共有する。
- ②アセスメントから患者・家族のニーズ、問題点を見出し、短期的・長期的ゴールを設定する。
- ③チームメンバーがそれぞれの役割を理解・把握し、文書に残す
 - ・ チームの一員としてそれぞれの専門職の患者・家族への役割を確認する。
→それぞれの専門職の役割のパターンはあるが、患者ごとの役割は異なる可能性があるため、必ず患者ごとにそれぞれの役割を確認することが大切である。今までにない役割がでてくることも考えられる。→文献：4-10, p91.
 - ・ チームとしてのゴールを達成するために、患者・家族のニーズへの対応、問題の解決方法について具体的に誰が何をするか検討する。
→5W1Hの考え方(Who? What? When? Where? Why? How? →いつ誰が何をしてどうなる)を使うと、具体的な内容で考えていくことができるので参考にするとよい。→文献：4-10, p92.
- ④メンバーは他のメンバーの診療・訪問の日程を把握しておくことが望ましい。
- ⑤在宅での24時間の連絡体制、メンバー間での連絡方法を確認し、文書に残す。
 - ・ 夜間・急変時等における患者・家族からの第一連絡先をどこにするか、入院が必要と判断した場合の医療機関の医師や看護師への連絡の取り方、チームメンバーが訪問時に急変等に遭遇した時、まず誰に連絡するかなどについて確認する。
- ⑥カンファレンスの内容で患者・家族に連絡する必要があるものは文書を作成し、口頭で説明する。
 - ・ 緊急時の第一連絡先・連絡方法、その他の職種への連絡先・担当者などについては、紙に書いて電話の近くに張っておくこと。
 - ・ どの職種が何を担当しどのような相談にのってくれるか文書で患者・家族に知らせる。

2) 訪問開始後

以下の目的で定期的・必要に応じたカンファレンスを実施する

- ・ 情報の共有
- ・ 目標・ケアの見直し・新たな問題への対応策など
- ・ 今までのチームの評価
患者の状態に応じてそれぞれがどのように対応しているか、
対応のしかたに戸惑うこと、不安なことはないか、
患者・家族とのトラブルなどは生じていないか。
今後のチームとしてメンバーがどのように動いていくか

解説 4-5.

往診・訪問はチームで日程をアレンジしながら行う。

1) 訪問看護師

①初回訪問

- ・初回訪問は利用者の退院後1両日中に行う
- ・訪問を行うチームメンバーが多い場合は情報の共有・確認のため患者宅に連絡ノートを置き、利用する。

②初回訪問後

i) 関係機関への連絡。

- ・訪問当日に主治医と連絡を取り、訪問時等の報告を行う。
- ・そのほかのチームメンバーへの連絡
- ・不足している資源があればすぐ手配・手続きをする
- ・必要に応じ患者の入院していた医療機関に報告する

ii) 訪問看護で請求できる療養費等の確認

- ・24時間連絡体制(2,500円)、特別管理加算、在宅悪性腫瘍患者指導管理(5,000円)、訪問看護ターミナルケア療養費(15,000円 or 12,000円)などの取り忘れないように気をつける。

③訪問看護開始後

- ・主治医から毎月指示書を受け、訪問看護報告書を提出する。
- ・必要に応じて他のチームメンバーへの報告・情報交換・情報共有を行う。
- ・患者・家族の状況に応じて訪問回数、訪問時間を調整する。
- ・訪問開始後に新たな保健サービスが必要であれば市町村・保健所・地域精神保健福祉センター等に訪問看護情報提供書を提出する。→訪問看護情報提供療養費(1,500円)：但し他のステーションがすでにとっていた場合はとることができないので確認をする。

2) ホスピスボランティア

①ボランティアの初回訪問

- ・ボランティアが初回に訪問する際は訪問看護師と同行訪問する。
- ・訪問時に利用者・家族を含めて対応の内容、訪問の頻度、今後の訪問日程を確認する。

②ボランティアの訪問開始後

- ・訪問後は訪問看護師に報告を行う。
- ・患者・家族のニーズに応じて訪問看護師と相談しながら訪問回数、訪問時間を調整する。

解説 4-6.

Death カンファレンスによる評価

1) チームとして患者・家族への支援ができたか

- ・緊急時・臨死期・死別期のケアを適切に行えたか
- ・メンバー間での連携がスムーズにできたか
- ・問題の解決は迅速に行えたか
- ・患者・家族とチームメンバーとの関係性は良好に保てたか
- ・満足できた部分・不満の残る部分

2) 今後チームとして動くときの改善点があるか

- ・患者・家族との関係性の作り方対応方法

- ・連絡体制・相互の意思疎通など

5. コミュニケーション

1) 利用者・家族とのコミュニケーション

解説 5-1.

コミュニケーションの必要性：

患者・家族（介護者）との良好なコミュニケーションは緩和ケアチームとの信頼関係の維持・向上、ニーズにこたえられる情報・患者に必要な情報に対する適切な情報提供、誤った知識に対する正しい理解への対処、ケアや治療等に対する患者・家族の意思決定支援、緊急時や臨死期などの状況下で生じる問題への解決、効果的な患者・家族教育（特に死の教育）、グリーフケアには欠かすことができない。

また、患者とその家族との良好なコミュニケーションは近い将来死を迎える患者本人と家族が、死を受け入れる準備を医療者の支援によってスムーズに行うためには必要である。

解説 5-2.

チームメンバーは患者・家族のコミュニケーション能力を把握し、ケアにつなげることができる。

1) コミュニケーションに関するアセスメントの内容

- ① 患者・家族に提供した情報への理解力と理解したことを相手に伝える力があるかどうか
 - ・ 医師・看護師から受けた疾患・病状・受けた治療・今後の見通しへの理解
 - ・ チームケア（多職種がかかわること）とチームメンバーへの理解
- ② 患者・家族による説明の能力
 - ・ 理解した内容及び状況の適切な表現がチームメンバーにできる
 - ・ 患者・家族が自分たちのニーズ・不安をチームメンバーにうまく伝えることができる
 - ・ 思ったことを躊躇することなくチームメンバーに伝えることができる
- ③ 患者が好むコミュニケーションのありかた（数値での表現を好む、悪いことは知りたくないなど・独特な表現をするなど）を知る p 529
- ④ 患者・家族関係、死を迎える患者と家族の考え方の違いの有無を知る
 - ・ 患者だけ、家族だけ、患者・家族の一緒の時で話の内容が異なるか
 - ・ 本当の気持ちはどこで・どのように表されているか。

2) アセスメントから患者・家族のコミュニケーション能力を把握する

3) 患者・家族に合ったコミュニケーション方法を知る

4) 具体的なコミュニケーション

- ① 必要な情報は患者・家族の心情を察しながら、わかりやすく、事実を提供する。

現在の状況・今後の病状の変化、ケア・処置の内容・方法・効果・悪影響・投薬内容と効果・副作用・レスパイトケアの情報、緊急時の対応・連絡先など

- ② 提供した情報に対する精神的支援

・ 病状が悪化している、死が近づいているなどによって患者・家族が動揺していないか、正しく受け止めることができたか確認し必要に応じて適切なサポートをする。

- ③ 意思決定支援：患者・家族ケアに複数の選択肢がある場合に必要の情報とその効果・影響について説明し、正しく理解できたかどうか確認する。

5) コミュニケーションの状況

- ④いつでもコミュニケーションがとれる体制を整える。
- ⑤相手が落ち着いた状況で話せる環境を整える（感情的になっている場合は落ち着いてもらう）
→怒り、自責の念、悲しみ、挫折、恐れなどの感情は我々の聴くこと、コミュニケーション、決定の能力を変化させてしまう。文献 5-5、p 529.
- ⑥患者・家族別々か、一緒のどちらが望ましいか判断した上でコミュニケーションをとる

6) コミュニケーションをとる方法：

- ①訪問：基本的にはその時の状況・状態を把握しながら対面で相手の表情やしぐさなどをみながらコミュニケーションをとることが望ましい。
→向き合って話すコミュニケーションが最も良い。文献 5-5、p 528.
- ②電話：言葉だけでのやり取から目的の把握や緊急性などを判断する必要がある。
 - ・電話では患者の状態や相手の説明とこちらの理解に差（誤解）を生ずる可能性が、対面時より高くなることを念頭に置き、できるだけ相互が必要な情報を詳しく得て、理解できるようにする。相手の声のトーンに気をつける。電話で解決できる問題（症状コントロール、ケア方法、心理的サポートなど）も多い。
- ③文書・ノート・Fax・E-mail：必要な情報を保存・確認できる。（緊急時の対応方法や連絡先など）

7) 患者・家族とのコミュニケーションで気をつけること

- ①共感することを忘れない
共感することが終末期のコミュニケーションに欠かせない役割である。→文献 5-10.
- ②追加の説明を必要時行う。
- ③ 彼らの話に耳を傾ける、話の途中で遮らず最期まで話を聞く
- ④相手の質問には正確に答える、
- ⑤相手が理解できるまで、わかりやすく説明する
- ⑥難しい質問（なぜ自分が、代替療法は効果があるか、これからどうなるか等）への対応ができるようにする
- ⑦患者・家族が遠慮して自分のニーズを抑えたり、症状を我慢することがないように時間をかけて話を聞く。文献→5-11.

8) 臨死期の患者・家族とのコミュニケーション

- ①患者が死に向かう身体的変化が自然のプロセスであることを家族が理解し、死に対する心の準備ができるようにする
- ②患者・家族の質問には率直に答えるが、患者・家族の特性や状況に応じて婉曲的な表現を用いて説明をする

9) 患者の亡くなった後の家族とのコミュニケーション→グリーフケア

- ①家族へのアセスメントを訪問・電話によって行う
 - ・患者の死を受け止められているか
 - ・いままでの感情や思いを（悲しみなど）を表出できているか
 - ・患者の死、緩和ケアチームの支援・ケアに納得できているか
- ②アセスメントから心身に問題があると思われる場合は適切に対処する。

- ・話を聞く
- ・必要に応じて医療機関を紹介する

解説 5-3.

コミュニケーション評価

カンファレンスを実施し患者・家族とチームメンバーとのコミュニケーションについての評価を行う。

- ①患者・家族が導入時、訪問看護開始時、臨死期、患者がなくなった後、あるいは必要時、思いの表出・質問をすることができたか
- ②チームメンバー・その他の専門職等の説明を理解することができたか。
- ③提供されたケア・資源・情報に納得できていたか、満足できたか

2) 在宅緩和ケアチームのコミュニケーション

解説 5-4

チームメンバーは他職種で構成され、それぞれが異なる専門教育を受けているので、見るポイントが異なることを認識し、共通する部分と相違部分を理解した上でコミュニケーションを行うことが大切である。専門職の判断としてここは譲れない、という部分も出てくる可能性がある。

解説 5-5

メンバー各々のコミュニケーションのとり方の特徴を知る。

1. チームメンバーそれぞれがとりやすい連絡方法は何かを知る。
2. 連絡・情報の共有は必要に応じて以下の方法でまめに取り合う
 - ①カンファレンス（定期的あるいは必要時、チームメンバー全員が集まるチャンスがある、頻回の実施は困難）
 - ②記録・文書・ノート（それぞれが時間のあるときに記録を見て情報を共有・利用できる）
 - ③Tel, e-mail, fax（メンバー間での情報の提供・共有、一部のメンバーに限られることがある）
3. 共有する情報の内容→チームケア・導入前/導入後のカンファレンスの内容参照
4. 共有した情報に対する管理・責任を確認しておく。

①秘密の保持

②記録類の管理

解説 5-6

カンファレンスで緩和ケアチームの評価を行う

- 1) チームメンバー間での意思の疎通に問題がなかったかどうか
 - ①情報不足で対処に困ったことはなかったか
 - ②入院から在宅、在宅から入院への移行はスムーズであったか
- 2) チームワークはうまくいっていたか
 - ①役割が明確で遂行できたか
 - ②メンバー同士での不満は残らなかったか

6. 疼痛緩和

解説 6-1

事前約束指示

- ・ 通常、連携している医療機関（主治医）と訪問看護ステーション（訪問看護師）との間で交わしている主治医から看護師への指示をさす。全ての患者を対象とする標準的な指示とその患者だけに用いる指示とからなる。日常的に連携しておらず、その患者のためだけに連携する医療機関（主治医）と訪問看護ステーション（訪問看護師）との間の主治医から訪問看護師への指示も含む。
- ・ 事前約束指示として 1) 疼痛緩和、2) オピオイドの副作用対策、3) 死亡時の報告・対応に関する内容を含むことが望ましい。
- ・ 事前約束指示を取り交わすにあたっては、看護師がその指示にもとづいて対応できるレベルに到達しているかどうか、能力・経験など各看護師のレベルに応じて対応できる内容を分けるなど、医療機関（主治医）と訪問看護ステーション（訪問看護師）との間で、事前の綿密な検討が必要である。

解説 6-2

症状緩和のためのブックレット

- ・ 国立がんセンター監修(2004)「痛み止めの薬」のやさしい知識、財団法人がん研究振興財団や各製薬会社が作成しているオピオイドのブックレット等が参考になる。
- ・ 独自に作成する場合に必要な項目としては、以下のものがある。
 - 1) がんにとまなう痛みの特徴、
 - 2) オピオイド利用に対する考え方（効果的な疼痛緩和の障壁になるものとして、オピオイドの副作用、依存、呼吸障害、死を早めるなどの誤った知識があり、これらを修正し、疼痛緩和についての基本的な考え方を示す）、
 - 3) 利用頻度の高いオピオイド、副作用をコントロールするための薬剤、NSAIDS 等（薬品名に加え、写真やイラストを含める方がわかりやすく、患者・家族からの電話対応にも活用可能である）、
 - 4) 各オピオイドの作用発現までの時間、持続時間（患者・家族が症状アセスメント・症状緩和に参加するために重要である）、
 - 5) よくある質問についての Q & A、
 - 6) 患者・家族の参考になる文献、資料など。

7. 生活支援

解説 7-1

死に行く過程の人々への食事・排泄・睡眠・移動のケアができる。

1. 食事の支援：

体重が急に減ることで患者は病状が悪化したのではと不安になることがあるが、しばしば下痢を止めたり、高カロリーの食事、食欲を高める薬剤が体重減少のペースをゆっくりとさせることができる。→文献：7-4.

1) 問題：

食欲・食事摂取量が低下する：

2) 原因：

- ①疾患自体による消化器症状
- ②薬剤や放射線等の治療によるもの
- ③精神的な悩みなど
- ④口腔内の問題

3) 食べ物・食べ方の工夫 →文献：7-5

- ・食事前に可能であれば体を動かす。
- ・できるだけ一人で食事をする事が出来ないように。誰かと共に食事をする事で気がまぎれ、食べる事への注意（プレッシャー）をそらす
- ・小さめのお皿に少しよそすることで、これなら食べられるという気になるようにする。
- ・食事以外の時は食べ物が見えないように片付ける。食べるものを見て食欲のない自分を意識させないようにする。
- ・口内炎などがなければ食事前に酸味のある飲み物を飲むと食欲が出る。
- ・お酒が好きな人であれば、薬の作用への問題がなく、医師・看護師の許可があれば、食事前に軽くアルコールを摂取すると食欲がわく。
- ・新しいスパイスや味のするものを使う。食事のにおいが気になる場合は、冷やして食べたほうが、においを軽減することができる。
- ・薬剤の影響でガスがたまる場合は、すぐにおなかがいっぱいになったような気がするので、食事中にストレッチや前かがみになったりしてガスが抜けるようにする。また食後も軽く歩いたり、座っているといい。
- ・水分は食事中に摂るとおなかがすぐにいっぱいになってしまうので、食事と食事の間にとる
- ・一日3回の食事をせずに少量を6から8回に分けて摂る。ゆっくりとよくかんで食べたいだけ食べる。
- ・脂肪の多い食べ物、ガスが発生しやすい食べ物を避ける。
- ・バター、dry food には蜂蜜やジャムなどを加え、カロリーの補給と共に飲み込みやすくするなど
- ・食べたくないと言ったときは少量の食べ物を勧める。食欲不振にばかりに焦点を当てていると食べる話ばかりになってしまうのでそれは避ける。

4) 口腔内の問題の解決

2. 清潔の支援

1) 問題と原因：

食欲低下、貧血、使用薬剤などによる衰弱が全身の抵抗力を低下させ皮膚や粘膜の炎症等に結びつき感染のリスクが高くなっている。

2) 対処法

①身体の清潔

- ・入浴：発熱・諸症状がひどくなければ可能な範囲で自宅の浴槽で入浴できるが、本人の疲労や痛み、呼吸困難の程度など状況に応じて入浴・シャワー浴などを選択する。またどの程度までの支援が必要かどうかをアセスメントして対応する。
- ・入浴中・入浴後のカテーテル等の管理（PEG、IHV などの種類によって対応は異なる）、酸素吸入量の変更。必要な補助具などの準備。
- ・入浴ができない場合は足浴や清拭などを行う。頭、顔、眼瞼、陰部・臀部の清潔を保つ。爪・ひげの手入れ。

②口腔内の清潔：

- ・食後と就寝前の歯磨きや含嗽し口腔内に食べかすが残っていないことを確認する

- ・ 就寝前の入れ歯除去
- ・ 必要時舌苔の除去
- ・ 口腔内の乾燥に人口唾液（オールバランス）などの使用、頻回に少量の水分や氷偏の摂取を進める。
- ・ 意識のない場合は口腔ケアを頻回に行う。

③衣類・寝具の清潔

- ・ ベッド上で安静にしている時間が長い場合は布団の中に湿気がこもりやすく、衣類も汗や不感蒸泄で汚れやすいので1日1回の着替えを勧める。

3. 移動の支援

1) 問題：

- ①疲労、衰弱、痛み、呼吸困難などの症状により体を動かす事、バランスをとること、入浴、イスやベッドから体を起こす事が難しく転倒・転落の危険がある。
- ②家族が高齢者や体が小さい場合は、体の大きい患者を介助することにより介護者も一緒に転倒する危険がある。→文献：7-4.

2) 原因：

- ①疾患の進行で体力が消耗し体を動かすことに努力を要する。
- ②様々な症状により動作が緩慢となる。→文献：7-4.

3) 対処法

安全の配慮

- ①トイレ・階段・浴室などへの手すり
- ②階段・浴室の滑り止め、
- ③滑り易いラグなどを取り除く
- ④移動しやすいようにイスやベッドなどの高さを調節する
- ⑤介護者が病弱・高齢である場合はヘルパー等に介助をしてもらう
- ⑥緊急時の対処法を予め考えておく。
 - ・ 直ぐに助けが求められる場所の連絡方法を確実にしておく。（訪問看護ステーション、家族の仕事場、別世帯の家族の連絡先など）

4. 排泄

1) 問題と原因：

がんの治療・薬剤、ストレスなどにより下痢・便秘を起こしやすくなる。下痢は脱水や電解質異常を起こし、不快感や状態の急速な悪化につながる。また便秘は食欲の低下につながり衰弱を助長する原因ともなる。便秘ではイレウスの可能性も考えられる。

2) 対処法

①下痢：

- ・ 一日以上の下痢、血液の混ざった下痢、38度以上の発熱を伴う下痢の場合は止痢剤を使用する。
- ・ こまめな水分の摂取、油分・繊維の少ない消化の良い食物を摂取し、できるだけ失った水分を補

給する。

- ・ カリウムの多い食事を取る、(バナナ、マッシュポテトなど) 豆類、生野菜などガスを発生しやすい食べ物を避ける。また刺激の強い食べ物やカフェインも避ける。
- ・ 肛門周囲の清潔を保ち、必要に応じてワセリンや炎症を抑えるクリームを塗る。
- ・ 必要があれば一時的な輸液を行う。

②便秘

- ・ 便秘のほかに症状(腹痛、嘔吐)がある場合はイレウスの可能性を考え対処する。
- ・ 薬剤等による便秘であれば下剤(経口・座薬)・浣腸を使用する。
- ・ 繊維質の多い食事を摂取する。
- ・ 体を動かすことが可能であれば家の中を歩くなどの運動をする。

5.睡眠

1) 問題と原因:

がんによる症状(痛み、呼吸困難、下痢、嘔気・嘔吐など)によって睡眠が障害される。不眠が続くと疲労感や痛み・呼吸困難などの症状を強く感じてADLが低下したり、考えることが辛くなったりすることがある。

2) 対処法

- ①原因となる症状の軽減・除去を試みる。
- ②寝室の環境を整える。室内の温度・湿度・照明など
- ③心理的な不安ないかどうかアセスメントし対処する。
- ④必要に応じて安定剤などの処方をする。

8. スピリチュアルケア

9. 家族ケア

解説 9-1.

- ・ 家族アセスメントの例として、渡辺(2004):文献 9-4.中野(2004):文献 9-5 など。または、独自に作成したトータルペイン、介護負担のアセスメントシートも含む。

解説 9-2.

- ・ 既成の資料としては、1) 身体ケアの方法については、紅林(2002):文献 9-6.西原(2007):文献 9-7. など。2) 死に逝く過程・死別については、川越、川越(2005):文献 9-8、Karnes(1986):文献 9-9、原(2004):文献 9-10 が参考になる。
- ・ 独自に作成する場合に必要な項目としては、1) WHO 基準にもとづく在宅でのホスピス緩和に対する考え方、がん患者さんの変化の特徴(長期あるいは比較的長期の安定期を経て、短期間に生じるADLの低下や病状の進行)についての解説、訪問診療・訪問看護について、24時間連絡体制・緊急入院用先の確保の必要性、介護保険、経済的負担、在宅ホスピス緩和についての情報収集の仕方、在宅ホスピス緩和を選択するにあたって患者・家族が確認しておく質問例、患者・家族の参考になる文献、資料など

10. 死の教育と看取り

解説 10-1.

死の教育と看取り

1) 死の看取りにおける基本姿勢

- ・ 患者が最期まで安楽であること
- ・ 患者を一人にしないこと
- ・ 生命の自然な営みとして「死」を静かに見守ること

2) 死の教育

- ・ 「自分で自分の最期までの生き方を選択するために死について学ぶための教育」を死の準備教育という。
- ・ 死の教育は死の準備教育の中でも、自分自身の死の実際について患者・家族に教える心理教育的アプローチである
- ・ 死の教育は、在宅での看取りが成立するか否かにかかわる重要なケアである
- ・ 死の教育を行うとき大切なことは、患者と家族に可能な限り真実を伝えることである
- ・ 死の教育の方法は在宅ホスピスケアの各期によって4段階にわかれる

① 導入期（在宅ホスピスケアが始まる時）

目的：在宅で過ごすことの意味を説明し、理解を求める

内容：・ 病院での医療・在宅での医療（ケア）の違いについて説明

- ・ 今必要なケア（医療を含む）可能なケア（医療処置を含む）についての説明

② 安定期

目的：死の受容・希望を持って生きるよう支援する

内容：・ 病状、病気の進行の正確な説明

- ・ 死亡時期の予測と説明
- ・ 必要な処置・可能な処置についての説明
- ・ 家族には死の看取りについての説明

③ 臨死期の死の教育

目的：家で心安らかに死を看取ることができるよう支援する

内容：・ 死の看取りの心得

- ・ 死のプロセスの説明
- ・ 死亡確認・死後のケアの説明
- ・ フリーワークへの声援

④ 死別期の死の教育

目的：遺族が喪の作業を行い、悲嘆を克服できるよう支援する

内容：・ 臨死期に家族の死の心の準備

- ・ 死亡直後に訪問看護・往診（死亡診断・死後の処置を家族とともに行う）
- ・ 病気の経過の最終的な説明

- ・遺族との話らい、電話連絡、訪問
- ・遺族会等へのお誘い

11. グリーフケア

解説 11-1.

- ・在宅ホスピス緩和導入から臨死期におけるデスエデュケーション、グリーフレター、遺族会の開催などを含む悲嘆・喪失・死別にかかわる一連のプログラムをさす。
- ・死別後のケアは、患者の死から約1年間を目安としたプログラムが望ましい。

解説 11-2.

- ・既成の家族向けのブックレットとして、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(2006)がある。

12. ケアの倫理的・法的側面

解説 12-1.

- ・一人暮らしの患者では、できるだけ早期に事前の話し合いをもつようにする。話し合いで確認された患者の意思は、訪問する人の目に触れやすい場所に掲示しておく。とくに、病院でのがん治療を望まない/在宅死を希望していることを確認した場合は、家族の連絡先、在宅ホスピス緩和ケアを提供している医療機関、主治医名、作成日等を記入した書類を作成し、自筆署名した上で掲示しておく。

資料 2.

在宅緩和ケアチーム基準 文献

1.組織・組織マネジメント

1. Oregon Hospice Association (1993) Oregon Hospice Association, Oregon Hospice Association Standards for Accreditation Survey Tool. p.6
2. National Standards for Specialist Palliative Care Cancer Services, p7,2005
3. Standards Quality Palliative Care, Palliative Care Australia,p37,2005
4. The Pan-Canadian Gold Standard for Palliative Home Care,2006
5. 文献：1-4 に同じ
6. 文献：1-2 に同じ, p17
7. JIM,疼痛フリーの End of Life Care をめざして:岡部健,vol17,no.10,2007-10
8. Standards Quality Palliative Care, Palliative Care Australia,p.39,2005
9. 文献：1-8 に同じ,p.37
10. 文献：1-4 に同じ
11. 文献：1-3 に同じ,p.13
12. Task Group on Best Practice and Quality in the Volunteer Component Precipitous of minutes,Ottawa,Canada,p.172003
13. 川村佐和子・島内節監修(2002) 訪問看護管理マニュアル, 日本看護協会出版会, p.70
14. 文献：1-13 に同じ,p80,2

<資料>

1. 平成 19 年度東京都福祉サービス第 3 者評価実施における標準調査法, 訪問看護, 共通評価項目, 組織マネジメント
参考：http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/contents/servicehyouka/19sheets/03_h-kango.html

2.24 時間ケア

1. S.H. Ahmedzai, A. Costa, C. Blengini, A. Bosch et al.(2004) A new international framework for palliative care, European Journal of cancer, 40(15), 2192-2200.
2. 村嶋幸代ほか(2007) 24 時間訪問介護・看護の効果的・効率的な実施方法の開発研究、厚生労働科学研究費補助金.
3. 川越博美(1996) 訪問看護ステーションによる 24 時間看護・介護ケア帝京モデル事業で明らかになったこと、訪問看護と介護、医学書院、1(2).
4. Sachiyo Murashima, Kiyomi Asahara(2003) The Effectiveness of Around-the Clock In-Home Care System: Did It Prevent the Institutionalization of Frail Elderly?, Public Health Nursing, 20(1), 13-24, 2003.
5. Marianne Ahlner-Elmqvist, Marit S. Jordhoy, Magnus Jannert et al.(2004) Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care, Palliative Medicine, 18(7), 585-593.

6. 文献 1-2 に同じ.

3.ケアマネジメント

1. Walter B. Forman, Judith A. Kitsed, Robert P. Anderson, Denice Kopchk Sheehan(2003) *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice* 2nd edition, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.

4.チームケア

1. Ovretveit J. (1995), Team decision making, *Journal of Interprofessional Care*, 9(1), 41-51.
2. 小松浩子、井部俊子、川越博美 他(2007)市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ねるまちづくり」の開発と評価、厚生科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業 平成 18 年度 総括研究報告書.
3. Dorthe Goldschmidt, Lone Schmidt, Allan Krasnik and et al(2006.), Expectation to and evaluation of a palliative home-care team as seen by patients and cares, *Support Care Cancer*, 14:1232-1240.
4. Anneke L. Francke (2000) Evaluative research on palliative support teams: a literature review, Anneke L. Francke, *Patient Education Counseling*, 41, 83-91.
5. .National Consensus Project (2004) Clinical practice guideline for quality palliative care(USA)
6. Walter B. Forman, Judith A. Kitzes, Robert P. Anderson, Denice Kopchak Sheehan,(2003) *Hospice and Palliative Care Concepts and Practice* 2nd edition, Jones and Bartlet.
7. 文献 1-2 に同じ.
8. 社会保険研究所 (2006) 平成 1 8 年度訪問看護業務の手引き.
9. Theresa J.K. Drinka, Phillip C. Clark (2000), *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*, Auburn House, Connecticut.
10. Malcome Payne (2000) teamwork in multiprofessional care, Lyceum, Chicago. p 91.

5.コミュニケーション

1. 1 .National Institute for Clinical Excellence(2004) *Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer :The Manual*, p56.
2. James L. Hallenbeck (2003), *Palliative care perspectives*, Oxford University Press, p180
3. Isabelle Merckaert, Yvew Libert, Darius Razavi (2005)Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Current Opinion in Oncology*, 17, 319-330.
4. Marjokein gysels, Alison Richardson, Irene J. Higginson (2004) Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systemic review of effectiveness, *Support Care Cancer*, 12,692-700.
5. Ann M. Berger, John L. Shuster, Jamie H. Von Roenn (2007) *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive oncology*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 527-535, 615-632.

6. Dorthe Godtschmidt et al (2005) Cooperating with a palliative home-care team, *Palliative Medicine*, 19: 241-250.
7. 菊地和則 (2002) 社会福祉学、41 (1)、13-25.
8. C.V.M. Vahedi Nikbakht-Van de Sande, C.C.D. Van der Rijt, A.Ph. Vesser, Ten Vodre, J.F.A. Pruyn(2005) Function of Local Networks In Palliative Care: A Dutch View, *Journal of Palliative Medicine*, 8(4),808-816.
9. A Model to Guide Hospice Palliative Care(2002) Canadian Hospice Palliative Care Association.
10. Maruscha de Vries, Julia C.M. van Weert, Jesse Jansen, Valery E.P.P. Lemmens, Huub A.A.M Maas (2007), Step by step development of clinical care pathways for older cancer patients: Necessary or desirable? *European Journal of Cancer*, 43, 2007.2170-2178.
11. Christine J. McPherson, Keith G. Wilson, Mary Ann Murray (2007) Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life, *Social Science & Medicine*, 64, 417-427.
12. H. Dan O'Hair, Gary O. Kreps, Lisa Sparks(2007), *The handbook of communication and cancer care*, Hampton Press, New Jersey,.

6.疼痛緩和

1. 川越厚編(1996) 在宅ホスピスケアを始める人のために、医学書院.
2. 大岩孝司(2005) 在宅緩和ケアの普及に向けて その阻害要因の検討、*微研ジャーナル友*、28(2)、12-18.
3. W.J.M. Smeenk, Luc P. de Witte et.al.(1998) Transmural care. A new approach in the care for terminal cancer patients: its effects on re-hospitalization and quality of life, *Patient education and counseling*, 35, 189-199.
4. Clinical standards board for Scotland (CSBS)(2002)Clinical standards for specialist palliative care. (www.clinicalstandards.org)
5. Canadian Hospice Palliative Care Association (2006) The Pan-Canadian Gold standards in Palliative Home Care: Toward Equitable Access to High Quality Hospice Palliative and End-of Life Care at Home, Retrieved February 10, 2008. http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/pan-canadian_gold_standards.htm.
6. Pickett, M.(2001), Development of a home-based family caregiver cancer education program, *The hospice journal*, 15(4), 19-40

7.生活支援

1. 文献：4-6 に同じ。
2. National Consensus Project (2004) Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Retrieved February 10, 2008. <http://www.nationalconsensusproject.org/>.
3. Keri Thomas (2003) *Caring for The Dying at Home: Companions on the journey*, Radcliffe Publishing.
4. Edited by Peter S. Houts (1994) *American College of Physicians Home Care Guide for Cancer*,