

ームの中心になって担っていくという看護師の自覚が大切だと思う。

高齢者の在宅ケアと在宅緩和ケアの違い

- ・在宅ケア期間が短い
- ・ADLでは判断できない
(病状の進行状況とQOLが重要)
- ・さまざまな症状が出現するが、緊急事態は少ない。予測された症状である
- ・家族の負担感の内容が違う(予期的悲嘆)
- ・医療サービスが必須である
- ・在宅での看取りができるケアが必要である

在宅緩和ケアと在宅高齢者のケアは同じ在宅という土俵で展開される、しかしケアの実際はかなり異なっている。高齢者ケアと同じ方法でケアをするとさまざまな弊害がある。

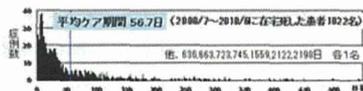
在宅緩和ケアでは特にチームケアが重要

死にゆく人がもつ全人的な苦痛
生活から生じるニーズ

介護保険サービスのような
寄せ集めチームでは難しい

在宅緩和ケアでは症状の迅速なコントロールに加え、心理面、社会面、スピリチュアルな面でのニーズにもタイムリーに対応する必要があるため、少なくとも緩和ケアに精通した医師と在宅緩和ケアを提供できる訪問看護師がチームを組んでケアを行う必要がある

在宅緩和ケア チームの迅速性が要求される在宅ケア



臨床的特色:

- 1) 短い経過(4人に一人は開始後1W以内に死亡)
- 2) 痛みを中心とした症状は日々変化し、自然な経過として悪化をたどる
- 3) 転帰は例外なく死亡

バリエーションのデータを見ると、緩和ケアを受ける患者の平均在宅期間は56.7日で、その4分の1が在宅ケアを開始して一週間以内に状態が悪化し死亡するが、このように早い経過をとることが長期にわたるケアである高齢者ケアと異なる点である。この流れを自然の経過としてとらえることが大切である。

在宅緩和ケア専門チーム (HPCT)



在宅緩和ケアを提供するチームは、緩和ケアができる医師と緩和ケアに対応できる訪問看護ステーションの看護師が一体化したチームを組み、在宅緩和ケアの哲学を共有した上で患者・家族のニーズにタイムリーに応えていく必要がある。

一体化した在宅緩和ケアチーム

- ・情報伝達が即座にでき、情報共有がきている
- ・ケアの哲学・プログラムを共有するために、医師と看護師の話あいによって作成された「事前約束指示書」がある
- ・24時間365日のケアをチームで担っている。

一体化した在宅緩和ケアチームは、パワーポイントに示したように医師と看護師がチームを組み、いつでも情報が共有できること。医師からの事前約束指示書に従い、看護師が疼痛緩和等の医行為を必要に応じ迅速に行えること、24時間いつでもケアを提供できる体制を整えることが求められている。

末期がん患者が在宅を選ぶときの心配

- ・家族に介護負担がかからないか
家族の生活がどのように変化するか
素人の家族にケアができるか
- ・痛みなどで苦しまないか
- ・困ったときはいつでも医療者と連絡がとれるか
- ・最期を家で看取ることができるか
- ・ひとり暮らしでも家で最期まで過ごせるか

在宅ケアチームのケア力

入院中の末期がん患者が自宅での療養を望んでも、家族に心身の負担が科からないか、十分な医療サービスが受けられるか、一人暮らしでも最期まで自宅で過ごせるか、などの不安がある。この不安を払拭できるのは、在宅ケアチームがもつケア力である。

一体化型チームの実績(墨田区の場合)



墨田区でのデータである。一体化した在宅緩和ケアチームが地域の一つあると、その地域の在宅死が増加することを示している

退院時連携の課題

- 在宅移行のときまずケアマネに依頼して、在宅サービスの調整をすることの問題(まず医療サービスに繋ぐ必要がある)
 - ・寄せ集めチームではなく一体化チームが必要
 - ・在宅緩和ケアは専門的ケアであり、一般的な高齢者ケアと異なる
- 退院時カンファレンスの持ち方
 - ・関わる職種全てがあつまらなければならないか?
 - ・患者の状況により、臨機応変な退院前の病院と在宅の連携が必要

末期がん患者が病院から退院する際の地域連携にはまだまだ課題がある。

退院時連携の課題(続き)

■相談があって退院するまでの期間が長い
退院の 때가遅すぎる(在宅での生活が短くなる)
・サービスの調整・症状緩和・医療処置の家族指導のために退院が伸びていないか
(退院してからでも十分に在宅で調整できる)

■地理的に家に近い医療機関を紹介する
・どのようなサービスを提供する医療機関かを調べず一覧表から選ぶ、または一覧表を患者に渡す

継続看護

最も適切な場所で、最も適切な時期に、最も適切な人によって看護されることである

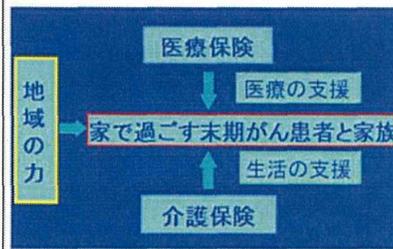
1969.ICN(国際看護婦協会)

- ・病院で提供した看護あるいは医療の継続(病院を基盤に考える)
- ・利用者の生活の継続(在宅を基盤に考える)

病院の中において、生活に基盤を置いて退院を調整をする退院調整看護師であってほしい

退院支援は、継続看護という視点でなくてはならない支援である、継続すべきは、病院での医療ではなく、入院前の患者の生活である。その生活を継続するために、必要な医療をどのように組み立てていくかが問われている。

地域づくりも訪問看護師の仕事



緩和ケアを提供する訪問看護ステーションは単に患者の自宅を訪問しケアを提供するだけでなく、住民への啓発活動や、ネットワークを作りをし、自宅で最期を迎えたいと望むがん患者が最期まで自宅で過ごせる地域を作っていくことも、大切な役割である。

家で過ごすがん患者と家族からの学び

人は、どのような苦しみの中にあろうとも、死を目前にしていようと、人間として成長する力がある。

窮地を成長のチャンスとして、家族の力が発揮され、より絆の強い家族になることができる。

怒りや、悲しみの奥には意味があり、その悲しみの中で希望を見出していくことができる。“今を大切に生きること”で人はどのような時にも希望をみいだすことができる。

看護師自身が患者さんや家族の姿から成長することができる。

私は、訪問看護師として、は自宅で療養する末期がん患者・家族から多くのことを学んだ。人はどんな危機的状況でも人間として成長する力を持っているということだ。

「在宅ケアの限界です。救急車を呼んで入院してください」

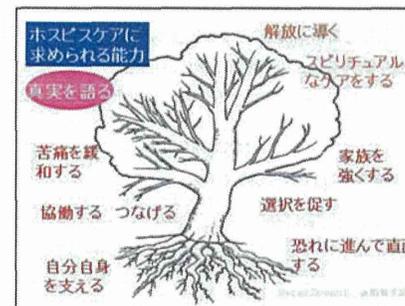
本当に在宅ケアの限界なのでしょう
在宅ケアチーム力の限界ではないのでしょうか

在宅ケアの限界とは何か？患者の病状コントロールができなくなったのか、あるいは介護者が疲れ切ってしまったのか。それは緩和ケアチームにその力がなかったからではないか。再入院を在宅ケアの限界にしてはならない。

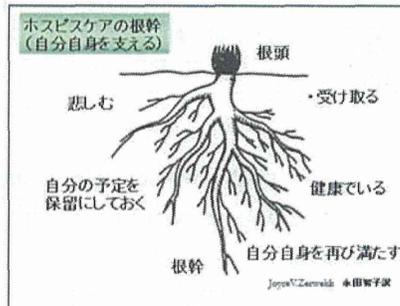
ケア力が高いチーム

1. 医師の力量
2. 訪問看護師の力量
3. システム化した24時間ケア
4. 成熟したチーム
5. 施設と連携した継続ケア

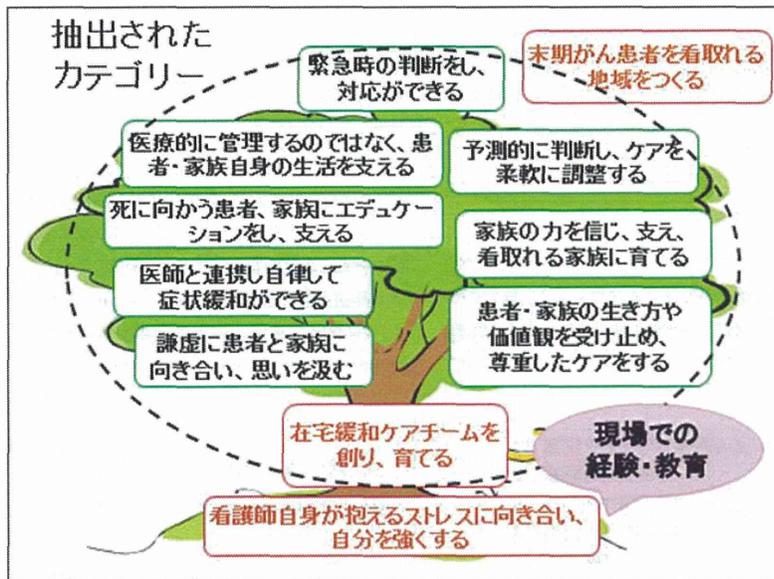
緩和ケアチームとは何を意味するのだろうか。この5項目で、チームのケア力をはかることができる。



この図は Joyce.Zerwekh によって示されたホスピスケアの能力である。自分自身を支える部分が根となり、枝の部分が看護師の能力として示されている。そしてこの能力を発揮できる前提とし、「真実を告げる」という能力があげられている。



ホスピスケアを提供する訪問看護師にとって大切なことは、何かについて木の根こととして現されている。



この図は本研究班が緩和ケアを専門とする医師と看護師へのインタビュー調査により抽出された緩和ケア訪問看護師に求められる実践能力の11カテゴリーである。これらのカテゴリーから緩和ケア訪問看護師には、がんに関連する多様な症状ケアができること、自律して実践ができること、医師を含む関連職種との協働ができるといった実践力が必要であることがわかる。その能力を育てるのは現場での経験と教育である。実践を通して患者と真摯に向き合い成長していきたいものである

医師の持つ優れた診断や医療技術と共に患者に寄り添い、患者の中に潜む生きようとする力を引き出す
看護者の力

時として医療がそのすべての効力を失った後も患者と共にあり、患者の生きる日々の体験を意味あらしめる助けをする。

日本看護協会創立50周年記念式
美智子皇后のお言葉より

Only One Chance!

- Each person has an idea of how they want to live "the rest" of their life
- Hospice and Palliative Nurses must use:
 - Therapeutic Self to fully understand the goals and values of the patient / family
 - The comprehensive approach to the whole person
 - Evidence based interventions to relieve suffering
- To help the patient and family have the best days possible.

15

これは Hospice Hawaii の President Kenneth Zeri が講演で述べた内容である。患者には残された人生をどう生きたいかという考えがあること、そのために緩和ケア訪問看護師は自分を使って患者と家族の持つ目標と価値観をしっかりと把握し、全人的なアプローチと、エビデンスに基づいて苦痛の緩和を行えるようにしなければならない。たった一度しかできないかもしれない患者・家族への支援を見逃してはいけぬ。

"The Five Things"

- I forgive you
- Please forgive me
- I love you
- Thank you
- Goodbye

16

死にゆく人は最後に5つのことを家族や友人に言い残していくと Kenneth Zery に教えられた。看護師に課せられた任務は、患者が家族や友人たちと和解し、心残りのない別れができるよう支援することである。

II-2 症状マネジメント(総論)

症状マネジメント
【症状マネジメントモデル】

本時の目標:

- がん患者が呈する症状の種類と頻度、さらに症状発現のメカニズムを理解する。
- 症状マネジメントのステップを理解する。
- 症状クラスターの概念を理解する。
- 症状マネジメントの枠組みとして統合的アプローチ (IASM: Integrated Approach to Symptom Management) について事例を通して理解する。

がん患者が呈する症状

- がん患者は、がんそのものあるいはがん治療に対する副作用により、さまざまな身体症状を呈する。
- 終末期がん患者の主要な身体症状の頻度は、全身倦怠感、食欲不振、痛み、便秘、不眠が上位を占めている。
(’96, 恒藤ら)

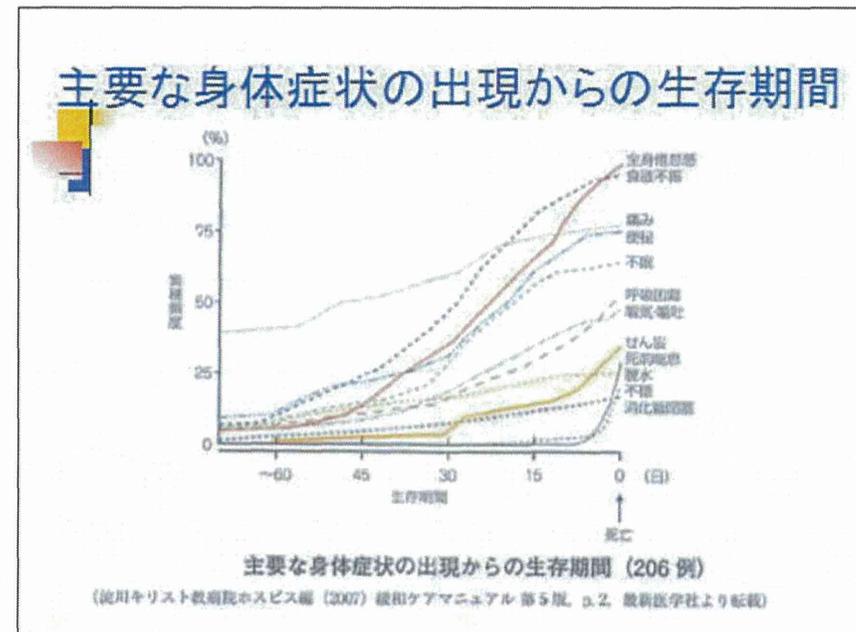
主要な身体症状の出現からの生存期間と出現割合

全身倦怠感……97.6%に出現
食欲不振……94.7%に出現
痛み……76.7%に出現
……
呼吸困難……51.9%に出現

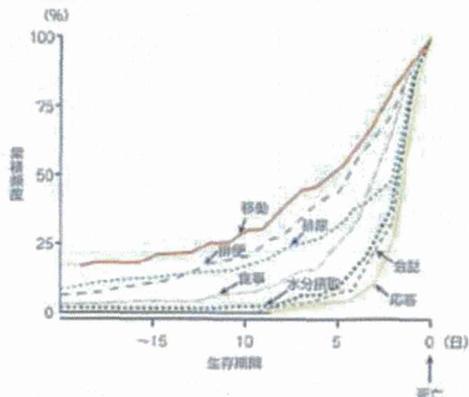
終末期がん患者の主要な身体症状の頻度(206例)

全身倦怠感 201例 (97.6%)	悪心・嘔吐 95例 (46.1%)	腸閉塞 33例 (16.0%)
食欲不振 195例 (94.7%)	混乱 65例 (31.6%)	黄疸 33例 (16.0%)
痛み 158例 (76.7%)	死前喘鳴 52例 (25.2%)	吐血・下血 14例 (6.8%)
便秘 155例 (75.2%)	腹水 50例 (24.3%)	嚥下困難 12例 (5.8%)
不眠 130例 (63.1%)	胸水 49例 (23.8%)	
呼吸困難 107例 (51.9%)	不穏 36例 (17.5%)	

(恒藤 他:最新緩和医療学, p.18, 最新医学社, 1999)



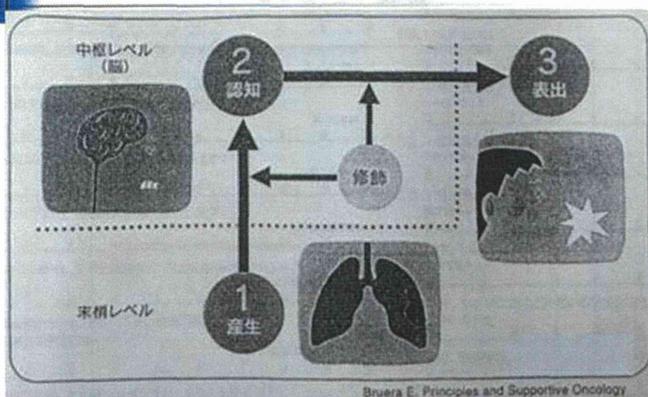
日常生活動作の障害の出現からの生存期間



日常生活動作の障害の出現からの生存期間 (206例)

(純川キリスト教病院ホスピス編 (2007) 緩和ケアマニュアル 第5版, p. 3, 最新医学社より転載)

症状発現のメカニズム: 3段階理論



Bruera E. Principles and Supportive Oncology

症状発現のメカニズム: 3段階理論

- がん患者が症状を表出する過程を3段階で説明したものの、(Ripamonti C & Bruera E, 1997)
- 機械的・化学的レセプターに何らかの情報がインプットされ、刺激が「産生」される ①
- 産生された刺激が大脳皮質に伝達され「苦痛」として「認知」される ②
- 認知された苦痛が言葉や表情として「表出」される ③

症状発現のメカニズム: 3段階理論

- ①→②では、症状を取り巻く背景(症状に対する不安、恐怖感の程度、症状に対する価値など)が認知に影響を及ぼし、同じ刺激でも強く感じたり弱く感じたりすることがある。
- ②→③では、症状を認知しても、表出しないことを美德と思う考え、あるいは症状に意味を見出そうとする思考により、表出の程度に差が生じうる。
- したがって、同じ刺激を受けても刺激に対する不快感や表出の程度は人により大きく異なる。

がんの症状マネジメント

- 症状は病状を推測するための有効な手段である。このため、医療者が患者の症状を十分に観察することで病状を把握すると同時に、患者自身も自ら体験している症状を通して自分の病状を判断し様々な日常生活上の調整を行なっている。したがって症状をすべて完全に排除することに不安を覚えるという心理も働き得る。

がんの症状マネジメント

- 症状マネジメントという言葉は、症状を軽減するという一方の考えではなく、ちょうどよい具合にマネジメントするという意味を含んでいる。このときの「ちょうどよい具合」とは患者にとってちょうどよい具合であって、私たち医療従事者にとってちょうどよい具合ではないことをよく覚えておかなければならない。(内布, 2002)

症状マネジメントにおける ステップ EEMMA

文献10p.55

- Evaluation: 診断、評価
- Explanation: 説明
- Management: 治療の実施
- Monitoring: 治療の効果を絶えず確認
- Attention to detail: 細かな点への注意

図3参照

がんにおける症状クラスター

- 症状クラスターとは？
- 「互いに関連し、同時発現する3つ以上の症状」を症状クラスターという。
- 様々な症状が相乗的に作用することで、患者のアウトカム(罹患者や死亡率など)に影響を与えられ、考えられる。

(Dodd, et al., 2001)

*クラスター(cluster): 群れ、群、集団

がんにおける症状クラスター

- がん患者の症状は同時に複数出現していることが多く、症状をクラスターとして捉えて対策を考えていくことが、患者の症状コントロールにおいて重要である。

症状クラスターへの対応

- ① 出現している症状1つひとつについて、どのような機序でそれが生じているのかを理解する。
 - ② 複数の症状がどのように関係しているのかを理解し、影響が大きい症状や、症状同士の因果関係を明らかにすることでどの症状からアプローチすべきかアセスメントする。
- 同時に、それらの症状が患者にどのような影響をあたえているのか、患者にとっての症状クラスターの体験を知ったうえで対応策を検討する。

症状マネジメントモデル

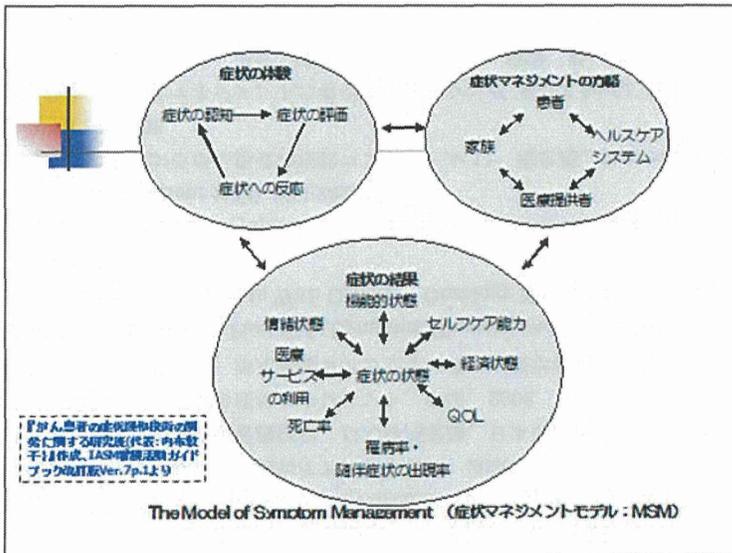
- セルフケア理論に基づくモデル。
- 症状の体験、症状マネジメントの方略および症状の結果を含むモデルを概念化したもの。
- この3つの各概念は多くの要因から成り立ち、かつ3つの概念が相互に関連しあっており、患者の体験内容はその人がとる方略に影響し、その方略の結果は次の体験に影響するとして

症状マネジメントモデル

臨床での看護活動や学生指導に活用できるよう、症状の機序と出現形態に関する基本的な知識、患者のセルフケアによる症状マネジメントを援助するための基本的知識、技術・看護サポートをとり入れた症状マネジメントのための総合的アプローチ(an Integrated Approach to Symptom Management)である。(Larson, '98)

症状マネジメントモデル (IASM)

<IASMにおける看護活動>



症状マネジメントの実際

- IASM の各段階における記録の例
- IASMを用いた事例
- * 配布資料参照

- ジョアン・H・エリクソン著、小松浩子監訳、がん看護、HBJ 出版局、1996
- WHO 編、武田文和訳、がんの痛みからの解放とパリアティブケア、金原出版、1993
- 東原正明、近藤まゆみ編集、緩和ケア、医学書院、2000
- 国立がんセンター中央病院看護部編、がん専門看護、日本看護協会出版会、1996
- 田村恵子編集、がん患者の症状マネジメント、学研、2002
- 小島操子、佐藤禮子監訳、がん看護コアカリキュラム、医学書院、2007
- Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM., Symptom Clusters and Their Effect on the Functional Status of Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum* 28(3), 465-470, 2001
- Ripamonti C, Bruera E., Dyspnea: Pathophysiology and Assessment. *J of Pain and Symptom Management* 13(4), 220-232, 1997
- 高橋晃子、よくわかるがん患者の症状コントロール 11 倦怠感、*Expert Nurse* 21(13), 82-87, 2005
- 土井千春他、症状マネジメントの考え方、*ナーシング* 24(8), 54-61, 2004
- 田中桂子、よくわかるがん患者の症状コントロール 1 総論、*Expert Nurse* 21(1), 98-103, 2005
- 田中桂子、遠藤久美、よくわかるがん患者の症状コントロール 23 症状クラスターの考え方、*Expert Nurse* 22(13), 117-121, 2006
- 荒尾晴恵 他、終末期がん患者の症状マネジメントに関する研究、*がん看護* 7(5), 435-441, 2002

緩和ケア訪問看護師教育プログラム - 症状マネジメント -

本時のねらい

- 苦痛症状(おもに疼痛)に対するアセスメントの視点やマネジメントを理解する。
- 在宅における症状マネジメントの特徴、看護の役割を理解する。



ここでは、主に疼痛に焦点をあて、在宅におけるマネジメントや看護の役割を深めることをねらいとする。

がん患者の症状マネジメントの特徴

- がん腫に特化した症状や治療の影響から、刻々と変化する病態を予測してマネジメントする必要がある。
- 各症状が相互に関連し合うことで、マネジメントがより複雑になる。
 - 症状の出現や増強・緩和因子、因果関係を細やかにアセスメントする。
 - 病態を把握し、症状が生活にどのように影響しているかを捉え、介入の糸口を見出す。

がんにて特化した症状マネジメントの特徴をふまえる。

各症状や問題が複雑に関連し合っていることが多く、その関係性を丁寧にアセスメントし、介入の糸口を見出すことが大切。

在宅看護・在宅という場の特徴

- こちらから訪問する・基本的に一人で訪問
- 患者にとっては住み慣れた環境
必ずしもケアに適した環境とは限らない
- 生活を最優先する
- 24時間医療者が傍にいられない
- 家族がいつでも傍にいられる
介護が負担になりうる一方で、家族の関係性が変化したり、成長の機会につながる
- 薬剤や資材、医療機器がすぐには準備できない
- 検査や処置、治療においてできないことがある
- チームメンバーが別の組織に所属しているため
情報や問題、ゴールを共有する上で難しさがある



症状マネジメントの観点から、在宅看護・在宅という場の特徴を理解する。在宅ならではの症状マネジメントの特徴について、日頃の実践を振り返り考えてみる。

在宅だからこそ重要な痛みのマネジメント

情報収集・アセスメント①

- 痛みの部位、性質、程度
- 鎮痛薬の効果、Tmaxを踏まえて
- 痛みの増強因子・緩和因子
- オピオイドを使用している場合は、副作用（嘔気、眠気、便秘）の有無と対応を確認
- QOLへのインパクト
患者・家族の生活（食事、排泄、睡眠、清潔など）や心理・社会面にどんな影響を与えているか
- 疼痛緩和に対する患者・家族の希望

痛みに関する情報を細やかに収集すること。また、使用している鎮痛薬についてはその効果と副作用をアセスメントすることが重要。

情報収集・アセスメント②

- 画像所見
レントゲン、CT、MRI、骨シンチなど
- 神経学的所見
知覚障害や運動障害の種類
デルマトーム



痛みの原因や病態については、診療情報提供書や画像データ等を参考に把握する。

皮膚の感覚異常を伴う場合は、どの皮膚分節にあるか、痛覚過敏や allodynia の有無などを把握することも重要である。

アセスメントツール

- VAS
- NRS
- ✓ スケールを使用する目的を理解してもらうこと
- ✓ 数字の変化を捉えることが重要

何のためにスケールを用いるのかを患者自身に理解してもらうことが大切であり、数字に捉われすぎないように留意する。

① あなたの痛みについて 1-5
あなたの痛みについて教えてください!



痛みの状況を上手に伝えましょう!
 ご自分で感じる痛みを、「どこが」「どんなふうに」「どのくらい」と具体的に伝えてくださると、あなたの痛みの治療効果が十分にあげることができます。

平賀一博先生からの提供資料

医療者は、患者自身が症状を伝える手段・言葉をもてるよう支援する。

パターンによる分類

- 持続痛 (continuous pain)
- 突出痛 (breakthrough pain)
- 体動時痛 (pain with movement)
- 随伴痛 (incident pain)
- 定時鎮痛薬の切れ目の痛み (end-of-dose failure)

痛みの出現状況に応じていくつかの表現がある。
 医療者間においては共通の用語を用いることで、患者の痛みをより正確にとらえることができる。

神経学的分類

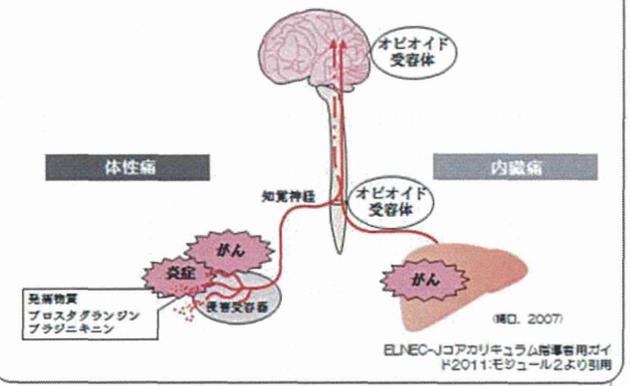
分類	痛みの特徴	随伴症状	例
侵害受容性疼痛	体性痛	・局在が明確な持続痛が体動時に増悪する	・頭蓋骨、脊椎転移では病巣から離れた場所に特徴的な関連痛を認める
	内臓痛	・局在が不明瞭・しめつけられる、鈍い、押されるような痛み	・病巣から離れた場所に関連痛を認める ・嘔気・嘔吐などを伴うことがある
神経障害性疼痛	・障害神経支配領域のしびれ感を伴う痛み ・毒気が走るような痛み	・知覚低下、知覚異常、運動障害を伴う	・がんの腕神経叢浸潤に伴う痛み ・脊髄圧迫に伴う背部痛 ・帯状疱疹後神経痛

11

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン、日本緩和医療学会ガイドライン作成委員会、2010年一部改定

身体所見や画像検査などの客観的情報と患者からの主観的情報をもとに、痛みの特徴を把握する。体性痛、内臓痛はモルヒネなどの鎮痛薬が有効であるといわれている。神経障害性疼痛に対しては、鎮痛補助薬の併用が必要な場合もある。

痛みの伝わり方



炎症や機械的刺激が侵害刺激としてレセプターで感知されると、それが脊髄へ伝達され大脳知覚視野で痛みとして認識される。

① あなたの痛みについて 1-4

痛みの治療目標を一緒に考えましょう！

がんの痛みは、痛みの治療を始めても、すぐに痛くない状態にすることはむずかしいので、現在の痛みの状態にあわせた治療目標を決めて、段階的に治療を進めていきます。

考えは、
夜間くっすり眠ることができるけれど、日中ときどき痛みを感じる状態のときは、第2目標をめざして治療します。

第1目標



夜間、くっすり眠れるようになる
(痛くて目が覚めることがない状態)

第2目標



静かにしていれば、痛くないようになる
(テレビを見ていて笑ったりできるし、クシャミや咳をした時、たいして痛くない状態)

第3目標

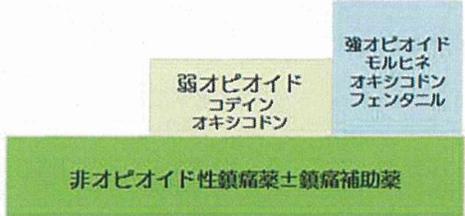


歩いたり、からだを動かしても、痛くない
(痛みがなく、普通の社会生活ができる状態)

痛みを我慢しないで、普通の社会生活ができるようになるまで、あなたの痛みを伝えましょう。

まずは、夜間に痛みで覚醒することのないよう緩和する、その上で安静時、体動時の痛みの緩和を目標にする。疼痛緩和の目標を患者と共有する。

WHO三段階除痛ラダー



非オピオイド性鎮痛薬±鎮痛補助薬

弱オピオイド
コデイン
オキシコドン

強オピオイド
モルヒネ
オキシコドン
フェンタニル

モルヒネは最期に使う薬ではない

(WHO,1996)を一部改題

がんの痛みの治療は、WHO(世界保健機関)によって痛みの強さに応じて三段階で行うよう示されている。痛みの強さによって、どの段階から始めてもよく、強い痛みのある患者では、最初から第三段階の薬を選択する。

強オピオイドの特性

	モルヒネ	オキシコドン	フェンタニル
作用するオピオイド受容体	$\mu(\mu_1, \mu_2), \kappa, \delta$	$\mu(\mu_1, \mu_2)$	$\mu(\mu_1)$
オピオイド受容体	生理作用		
μ	μ_1	鎮痛、嘔気・嘔吐、多幸感、振痺感、縮瞳、尿閉	
	μ_2	鎮痛、鎮静、呼吸抑制、身体・精神依存、消化管運動抑制、鎮咳	
κ	鎮痛、鎮静、身体違和感、気分不快、興奮、幻覚、鎮咳、呼吸抑制、縮瞳、利尿		
δ	鎮痛、身体・精神依存、呼吸抑制		

(林, 2010)
ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2011: モジュール2より引用

モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルは、いずれも μ オピオイド受容体に対する親和性が高い。各オピオイド受容体には特徴的な生理作用があるため、作用や副作用をふまえて患者にとって適切なオピオイドを選択する。

オピオイド製剤の薬物動態

	T max (hr)	投与間隔
オキノーム®散	1.7~1.9	レスキュードーズとして
オキシコンチン®錠	2.5~3.8	12 hr
アンバック®坐剤	1.3~1.5	6~12 hr
MSコンチン®錠	2.5	12 hr
カティアン®カプセル	7.3	24 hr
フェントス®	20.1	24 hr
テュロテップMT®パッチ	30~36	72 hr

各添付文書
がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン(2010)を参照

薬物動態をふまえて鎮痛薬の効果判定を行う。

患者・家族には、使用している薬がいつ頃、効果をきたし、どのくらい持続するかについて説明しておく。また、服薬状況や生活習慣に応じて安全で簡便な投与を選択する。