

宮城県ケアマネジャー協会, 日本介護支援専門員協会東北ブロック研修

## 『在宅ターミナルケア・緩和ケア』

### 医療連携の実際



特定非営利活動法人

#### 宮城県ケアマネジャー協会

980-0014

宮城県仙台市青葉区本町3丁目7-4 宮城県社会福祉会館 4F

TEL 022-716-0716 (月～木 09:00～16:00)

FAX 022-716-0717

Eメール mcma@par.odn.ne.jp

ホームページ <http://www2.odn.ne.jp/~mcma/>

ケアマネサポートセンター 022-716-0718 (月～金 10:00～17:00)

宮城県ケアマネジャー協会，日本介護支援専門員協会東北ブロック研修  
『在宅ターミナルケア・緩和ケア』 医療連携の実際

日時 平成23年11月03日（木）13時30分～16時15分（受付13時～）  
場所 フォレスト仙台 2階 フォレストホール  
仙台市青葉区柏木 1-2-45 TEL022-271-9340

内容 講演

「在宅ターミナルケア・緩和ケア 医療連携の実際」

講師 佐藤 隆裕 先生 （緩和ケアクリニック仙台 院長）

実践発表及び演習

①緩和ケアの実践事例① 映像活用

ふくし@JMI 主任介護支援専門員 加藤美和子

②緩和ケアの実践事例② 事例紹介・検討

宮城県看護協会若林訪問看護ステーション 所長 内田裕子 氏

③実践事例を通しての意見交換

東北6県の状況等

# 在宅緩和ケアについて

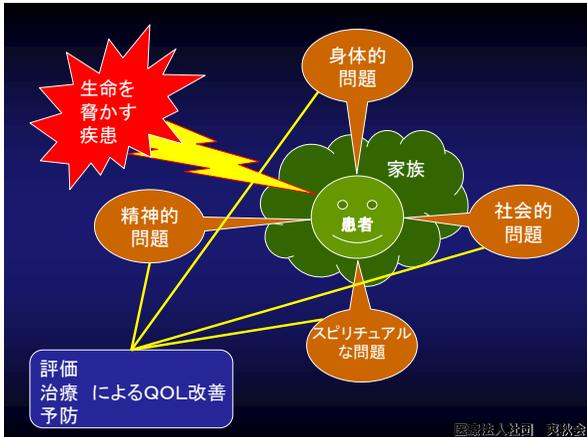
佐藤隆裕 緩和ケアクリニック仙台  
ケアマネジャー研修会  
2011/11/03

医療法人社団 興敬会

## 緩和ケアの定義

- ◆ 2002年、世界保健機関 (WHO) による定義
- 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、疾患の早期より**痛みや他の問題、身体的問題、心理社会的問題、spiritualな問題**に関して、きちんとした評価をおこない、それらの問題が障害とならないように予防することや、治療したりすることで、QOLを改善するためのアプローチである。

医療法人社団 興敬会



## 生命を脅かす疾患

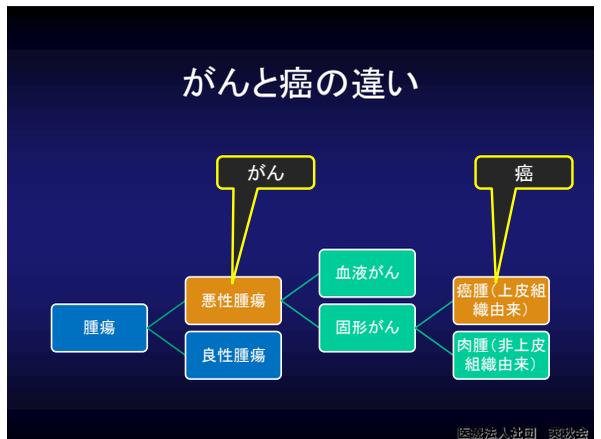
- **がん**
- 神経難病
- 認知症
- 心不全、呼吸不全、肝不全、腎不全
- その他

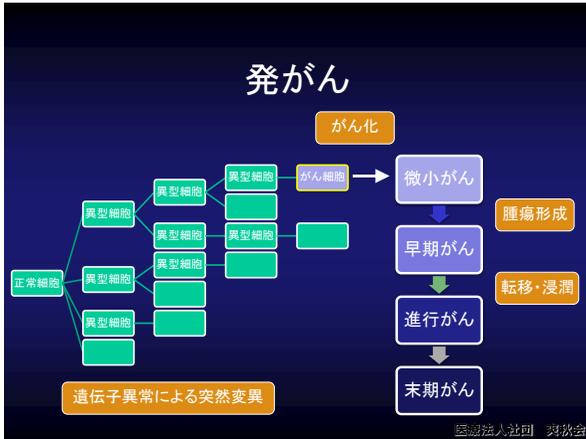
医療法人社団 興敬会

## 「がん」とは？

- 正常な細胞は必要なだけ細胞分裂・増殖をしたところで、寿命を迎える。
- 正常な細胞の遺伝子に変化が起こり、**制御が効かず**無制限に増殖を繰り返すようになったものが、**がん細胞**である。

医療法人社団 興敬会





### がん(=悪性腫瘍)の特徴

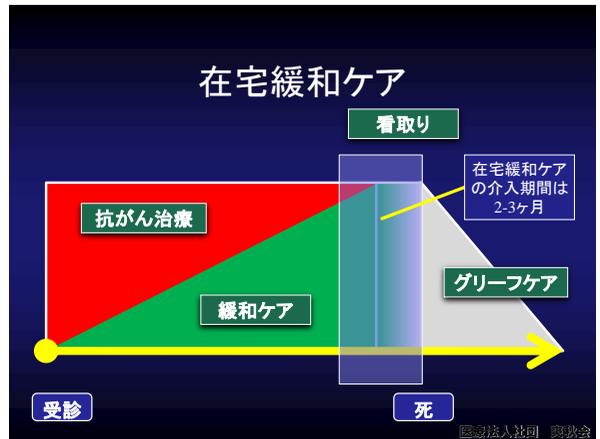
1. 自律性増殖:がん細胞はヒトの正常な新陳代謝の都合を考えず、自律的に勝手に増殖を続け、止まることがない。
2. 浸潤と転移:周囲にしみ出るように広がる(浸潤)とともに、体のあちこちに飛び火(転移)し、次から次へと新しいがん組織をつくってしまう。
3. 悪液質:がん組織は、他の正常組織が摂取しようとする栄養をどんどん取ってしまい、体が衰弱する。

国立がん研究センターがん対策情報センター編著 患者必携 がんになったら手にとるガイド  
医社法人社団 奨励会

### がん治療の基本

- 手術
- 化学療法
- 放射線療法
- 国民の1/2はがんに罹患し、1/3はがんで死亡する。
- がんの早期から、必要に応じて緩和ケアを受ける。

医社法人社団 奨励会



### がんの「痛み」に関して

- 進行癌では60-90%の患者が痛みを感じる。
- がん患者が訴える痛みの原因(重複あり)は、
  1. がんと直接関連した痛み(85%)
  2. がん治療の副作用としての痛み(17%)
  3. がんと無関係な痛み(9%)
- WHO方式がん疼痛治療法でがん疼痛を抑えられる(完全な除痛ではない)割合は70-80%である。

医社法人社団 奨励会

### がん以外の痛みはよくある

がん由来しない痛み(痛いところを触れてみる)

- 肩こり(筋肉痛)、それによる頭痛
- 背部・腰部・殿部などの筋肉痛
- 消化管閉塞・便秘による腹痛
- 口内炎の痛み、褥瘡の痛み、関節痛、歯痛

対応策(簡単に対処できることから始める)

- 筋肉痛→マッサージ、温罌法、鍼灸、体位や動き方の工夫
- 腸管痛(腸閉塞)→絶食(腸管を休める)
- 腸管痛(便秘)→腹部マッサージ、温罌法、栄養指導

医社法人社団 奨励会

## 痛みの定義(国際疼痛学会)

- 「実際または潜在的な組織損傷に伴って起こるか、またはそのような言葉を使って述べられる感覚的・情動的な不快な体験」
  - 痛みは自覚症状。
  - 治療は医療者と患者との対話によって進められる。

医社法人社団 医救会

## がん疼痛治療の目標

- ぐっすり眠れる
  - じっとしていれば痛くない
  - 動いても痛くない
- 痛みが出る動作や日常生活の支障など、環境の工夫で軽減する痛みがある
  - 楽しみにしていることや、生活上大切にしていることの情報から、痛みの緩和の目標をチームで話し合う

医社法人社団 医救会

## がんはなぜ痛くなるの？

- 侵害受容性疼痛
  - 炎症や外傷などの刺激により起こる痛み
- 神経障害性疼痛
  - 神経が傷つくことにより起こる痛み
- 心因性疼痛
  - 心理的な要因により起こる痛み

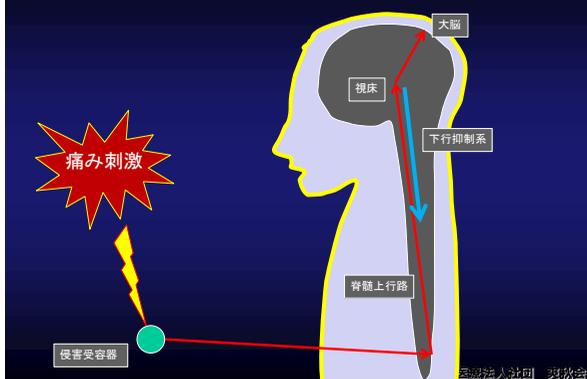
医社法人社団 医救会

## 痛みはどうやって感じるの？

- 痛み刺激の発生
- 侵害受容器での痛み刺激の感知
- 脊髓上行路(脊髓視床路+脊髓網様体路)を経由した痛み刺激の伝達
- 視床および大脳での痛みの認知
- 下行抑制系による痛み刺激伝達の抑制

医社法人社団 医救会

## 痛みの伝達・模式図



医社法人社団 医救会

## 痛みを和らげる方法



林章敏 がん患者の痛みはどこまで抑えられるか 現代のエスプリ 517 2010 医社法人社団 医救会

## (終末期)輸液の基本的な考え方

- ・経口摂取が可能であれば、原則として補液は行わない
- ・経口摂取が可能であっても、嚥下困難や脱水があり、輸液で苦痛症状が軽減すると予測されるときには、輸液の適応を検討する
- ・必要以上の補液は苦痛緩和の妨げになり、補液をする場合には少量(500-1000ml / 日)としている
- ・輸液は持続皮下輸液を積極的に選択している
- ・輸液により心負荷や喀痰の増加があり得る

医療法人社団 爽秋会

## 基本的なコミュニケーション技術

### ・ 共感するスキル

- 共感
  - ・ 患者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 患者が目を上げ、発言するのを待つ
- 探索
  - ・ 患者の気持ちや気がかりを探索し理解する
    - 例 ご心配を教えてくださいませんか？
- 保証
  - ・ 患者の気持ちを理解していることを明確に示す
    - 例 このような症状の中でお仕事をされてさぞおつらかったでしょう皆さんそのように思われますよ多くの患者さんも同じような経験をされています

医療法人社団 爽秋会

## 医療用麻薬に対する誤解

- ・ 麻薬を使うと中毒になりますか？
  - 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
- ・ 麻薬で頭がおかしくなりますか？
  - 適切に使用した場合、混乱や幻覚を来すのは5%以下である
- ・ 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
- ・ 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

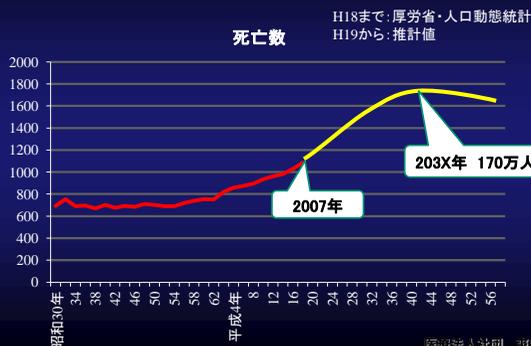
医療法人社団 爽秋会

## 麻薬使用中の注意

- ・ 「麻薬等運転」とは、法第66条第1項の規定に違反して**麻薬**、大麻、あへん、覚せい剤又は毒物及び劇物取締法施行令(昭和30年政令第261条)第32条の2に規定する物の影響により**正常な運転ができないおそれがある状態**で運転する行為の下命又は容認行為をいう。
- ・ 5年以下の懲役または100万円以下の罰金(違反点25点)

医療法人社団 爽秋会

## 死亡数の年次推移



## なぜ「在宅」か？

- がん患者は増える
- これ以上病院を増やすことは出来ない
- やむを得ない、患者を帰宅させよう...
- そうして、在宅緩和ケアは社会のニーズから生まれた...訳ではない。

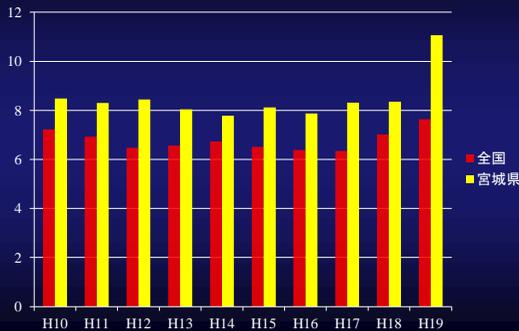
医社法人社団 医秋会

## 宮城県の状況

- 県内のがんによる死亡者数は6000人/年を超えている(仙台市で2000人/年)。死因の第1位。
- 在宅でのがん死亡者数は700人/年。

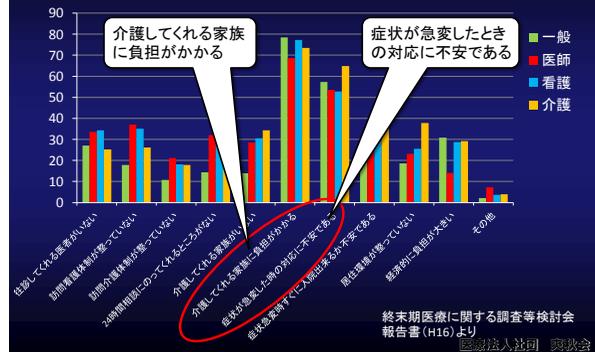
医社法人社団 医秋会

## 在宅看取り率(悪性新生物)



医社法人社団 医秋会

## 自宅で最期まで療養することが困難な理由



終末期医療に関する調査等検討会 報告書 (H16)より  
医社法人社団 医秋会

## 家族を支える

- 家族の気持ちを聴く
  - 患者への思い、家族の歴史
  - 疲れて休みたい気持ち、開放されたい気持ち
  - 不安
- いつでも電話できる
- 家族ができることを作っておく
- 準備薬、対処方法を日常から説明しておく
- 責任・重圧への配慮
  - 病状の説明(主介護者だけでなくほかの家族にも)
  - 悪化が家族(主介護者)の責任ではないこと
  - 苦痛から開放されていること(臨終間近のとき)

医社法人社団 医秋会

## 在宅療養が困難となる要因

- 本人が自宅にいたいことを望まない
  - 不安、心配、苦痛、さびしさ、家族への遠慮
- 家族介護者の条件
  - 独居(連絡や見守り、看取る人がいない)
  - 日中独居(介護者が仕事を持っている場合など)
  - 介護者も病気や高齢、疲労
  - 家族関係の悪化、周囲の理解不足
- 在宅支援のためのサポート体制
  - 24時間体制の医療・介護チームの不在
  - レスパイトのための受け入れ機能の不足
- 医療者の理解
  - 医療者が在宅は困難と考え、患者・家族に説明している場合

医社法人社団 医秋会

## 在宅療養の継続

- 出来ることなら、最後まで自宅にいたい。
- 医療面だけではなく、介護サービスの充実が、在宅看取り率向上の一因。
- 介護サービスの充実は、日常生活上の不安解消として、緩和ケアの中でも大きな役割を担う

医社法人社団 医社協会

## 医療者が不得意なこと

- 楽しませたり、気分を良くしたりすることが苦手
- つまり、下行抑制系を強めることが苦手

医社法人社団 医社協会

## 在宅でも出来る！

- 病院でコントロールできない苦痛は...
- 家に帰ったらコントロールできるかも知れない！
- 在宅緩和ケアは、社会からのニーズではなく、患者からのニーズで出来ている。

医社法人社団 医社協会

## 看取り

- 全ての人はいつか亡くなる。
- 「死」は自然な生理現象。
- 「死」と「病氣」を分けて考える。
- 「病氣」への対応が出来ていれば、看取りは生活の延長として迎えることになる。

医社法人社団 医社協会

## 予後予測

- がんの予後経過：最後の2ヶ月くらいで急速に機能低下する  
→日常生活動作などが指標になる
- 予後予測の限界：正確には分からない  
→最善の経過に期待し、最悪の場合に備える

医社法人社団 医社協会

## 亡くなる1週間前

- だんだん眠る時間が増える
- 夢と現実を行ったり来たりする

医社法人社団 医社協会

## 亡くなる1,2日前

- 声をかけても、なかなか目を覚まさない

医療法人社団 興教会

## 急変の可能性

- 80%の患者にはゆっくりとした変化
- 20%の患者には、前述のような変化はなく、急に息を引き取ることがある

医療法人社団 興教会

## 苦痛の有無

- 70%の患者では、痛みやつらさが和らげられた穏やかな状態
- 30%の患者では、痛みやつらさを和らげるために、睡眠薬などで「眠っていて苦しくない状態」をつくる必要が生じる

医療法人社団 興教会

## 看取りに際して

- 誰でも死に対しての不安はある
- 介護の労を労い、寄り添い、普段通り過ごすように伝える
  - 楽な体位をとらせる
  - 体をさする
  - 体や顔を拭く
  - 口を湿らせる
  - 好きな音楽、家族の声を聞かせる
  - 会わせたい人との面会

医療法人社団 興教会

## グリーフケア

- グリーフ＝悲嘆
- 悲嘆には一連の情緒反応がある(悲嘆のプロセス)
- 悲嘆のプロセスに要する期間は、配偶者の場合で1～2年、子供の死の場合は2年～5年と言われているが、大幅な個人差と多様性がある
- 死別に伴う苦痛を受け入れようとするをグリーフワークという
- グリーフケアとは、グリーフワークを支援する行いのこと
- 病的な悲嘆の場合には、専門的な対応が必要

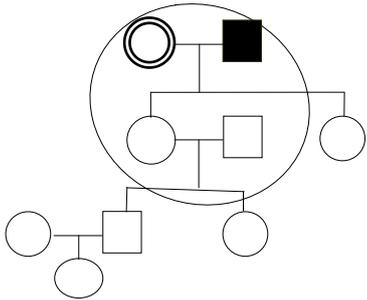
医療法人社団 興教会

### 緩和ケア事例①

ふくし@JMI  
主任介護支援専門員 加藤美和子

#### 基本情報

平成21年10月 1日

利用者名	笠島 タケ 様	性別	女	生年月日	昭和 3年 4月 5日															
住 所				電話番号																
主 訴	<b>【相談内容】</b> ・癌の末期と診断されているが、できる限り自宅で過ごさせてあげたい。(娘さん)																			
	<b>【本人・家族の意向】</b> 本人・・・家で過ごしたい。 親族・・・本人の希望を叶えてあげたい。 今自分でできる状態が、少しでも長く続いてほしい。																			
生活状況	<b>【性格・職業等】</b> ・農業をしていた。 ・明るくて社交的な性格。			<b>【家族の状況】</b> 本人、娘さん夫婦の三人家族 																
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A 2		認知症高齢者の日常生活自立度	自立															
居住環境等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%;">風呂</td> <td style="width: 10%;">トイレ</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 35%;">台所</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">寝室</td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 35%;">茶の間</td> </tr> <tr> <td colspan="3">縁側</td> <td>玄関</td> <td></td> </tr> </table>						風呂	トイレ		台所	寝室				茶の間	縁側			玄関	
	風呂	トイレ		台所																
寝室				茶の間																
縁側			玄関																	
サービスを決定する人	本人，娘の愛子さん																			

# フェイスシート

平成21年10月 1日

フリガナ	カサシマ タケ				生年月日	昭和 3年 4月 5日 (81才)			
	氏 名 笠島 タケ 様					性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 -				電 話		( )		
					F A X	( )			
介護保険	保険者 No.				被保険者 No.				
	介 護 度	要介護1			有 効 期 間	H21年8月1日～H22年7月31日			
主 治 医	医療機関名	□□□クリニック			電 話	( )			
	医 師 名	〇〇〇 先生			F A X	( )			
病 名	肺癌				H19年 5月発症	備 考			
	多発性骨転移				H20年 7月発症				
					年 月発症				
					年 月発症				
					年 月発症				
A   D  L	移 動	見守り	つかまりながらやっと歩いている。ふらつきがある為家族が見守っている。						
	食 事	自 立							
	排 泄	自 立	常時トイレを使用している。						
	入 浴	一部介助	自分で浴槽の出入りをしている。洗身は前の方は自分で洗い、他は介助。						
	更 衣	一部介助	頭を通したり裾を直してもらったりしているが、他は時間はかかるが自分でやっている。						
	整 容	一部介助	洗顔はタオルを渡すと自分で拭く。入歯の出入は自分で行い洗淨は介助。整髪は前は自分で行い他は介助。						
記 憶	問題なし。								
行 動	問題なし。								
介護上の  医学的  留意事項	入 浴	(血圧)	(その他) 進行肺癌で放射線療法後。多発性骨転移あり。癌性疼痛に対する緩和医療を施行。						
	・	(体温)							
清 拭	(感染症) なし。								
移 動 食 事 排 泄 そ の 他	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)								
	骨転移の疼痛、左背部痛の為、側臥位にしか寝れない。その為エアマットの使用が必要。								
特記事項	◎娘さん夫婦と三人家族。娘さんは仕事を辞めて介護にあたっている。 近くには娘さん、隣町には孫がおり、時々会いに来てくれる。  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">主介主介護者 笠島 愛子 様 続柄 娘</div>								
緊急連絡先	電話	080-0000-0000			氏 名	笠島 愛子 様		続 柄	娘

居宅介護支援事業所 (担当: )

TEL 〇〇-〇〇〇〇 / FAX △△-△△△△

## ターミナルケア・緩和ケア

- ① 回復に向けた治療やケアから、ターミナルケア・緩和ケアに移行する。

肺癌で放射線療法後、多発性骨転移あり、更に強い癌性疼痛が出現し、食欲不振・日常生活動作の低下がみられるようになり緩和医療となって隣町の病院へ転院した。その後在宅医療を受けることになった。
- ② ターミナルケア・緩和ケアを提供するための要件
  - ア 本人・家族が希望していること  
本人・家族とも希望した。
  - イ 介護者がいること  
主たる介護者は娘さんで、仕事をしながら介護していたが、その後娘さんが仕事を辞めて看ることにした。
  - ウ 管理する医師を含めた、在宅医療体制が整っていること  
整っている。
  - エ いつでも入院できる受け入れ態勢があること  
隣町の病院にバックベッドが確保されている。
- ③ ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には、利用者とその家族の持つ多様なニーズに配慮する必要があります。

身体的なことでは、倦怠感があり、手足に力が入りにくくなってきて寝て過ごすことが多くなってきたが、本人はトイレの世話にだけはなりたくないと話していた。痛みをコントロールしてもらうことで日常生活の動作が自分で何とか行えた。

心理面では、病気のことを考えると悲しくなり、家族に迷惑をかけてしまうことが心苦しいと感じていたが、周囲の関わり（家族や主治医や訪問看護師など）で少しは気が紛れていた。

社会的なことでは、以前は畑仕事をして収穫した野菜で漬物を漬けたり、煮物を作ったりすることが楽しみだった。それができなくなった今はそれを娘さんに伝えるという役割を持ち始めた。

経済的なことでは、訪問診療や訪問看護、訪問薬剤管理指導を受け始め、薬代も思っていた以上にかかり、娘さんは仕事も辞めたので経済的なことを心配していたが、主治医より医療保険での料金の説明をしていただき、一定以上かかると戻ってくるのがわかり、家族の不安を取り除いた。

環境については、状態に合わせてその都度用具（ベッド・マットレス・エアマット等）などの検討や対応をした。
- ④ 緩和ケアは、単に身体的な痛みを緩和することではなく、全人的な痛みに対応することです。
  - ア 身体的痛み  
主治医により薬でコントロールできていた。
  - イ 精神的痛み  
病気に対して悲しい想いや表情がみられたが、様々な人が関わり、訪問してもらって世間話などをするのも楽しみの一つになっていた。また、育てた孫が一人前の理容師になって、その孫から髪を切ってもらったり、ひ孫を連れて来てくれたり、調子のいい時にはドライブに連れて行ってもらう気分転換をしたり、喜んだり、楽しみを持って過ごした。

## ウ 社会的な痛み

今までの家での役割（家事や畑仕事など）ができなくなったという辛い思いがあったが、お嫁さんが受け継いで、本人から教えてもらいながら畑仕事などをしており、今は、教えることが本人の役割になった。

## エ 霊的・宗教的な痛み

ずっと家のために家族のために一生懸命働いてきたし、夫の介護もできることをやってきたけど、どうしてこういう病気になったのかという思いがあった。

- ⑤ ケアの目標は利用者の QOL の向上や確保、痛みの緩和、利用者及びその家族の希望などについて、身体的な限界の中で対応することです。

本人の希望は「トイレの世話にだけはなりたくない」ということ、家族の希望は「できる限り、ギリギリまで、日常のことがある程度自分でできる状態でいてほしい」と話しており、薬で痛みをコントロールしてもらうことや、福祉用具の選定に配慮した。

- ⑥ ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は、住んでいる地域の医療資源によって左右される場合がある。

訪問診療・訪問看護・訪問薬剤管理指導とも充実した環境にあった。

## インフォームドコンセント

- ① インフォームドコンセントの重要性

本人・家族とも説明を受けて了解を得ていた。

- ② インフォームドコンセントを得る

関係者全員（主治医・薬剤師・訪問看護師・福祉用具事業所・ケアマネジャー）の合意のもとに関わった。

## ケアの方向

- ① 一般的なケア

ア 身だしなみに配慮します。

本人が気をつけていた。

イ 本人と介護者の清潔に気を配ります。

本人・家族とも気をつけていた。

ウ 栄養の確保と水分補給に配慮します。

摂取量は少なかったが低栄養になる状態ではなく、主治医と相談しながら食べたい物を食べたり、高カロリー食品を凍らせたりするなど、娘さんがいろいろ工夫していた。

エ 失禁の管理を工夫します。

失禁はなかった。

オ 下痢と便秘へ対応します。

医療用麻薬で便秘の副症状が出るのを薬で調整していた。腹圧をかけずにスムーズに排便が出るよう調整してもらい、毎日排便があった。軟便。

カ 移動と転倒について、可能な場合は見守りをします。

ふらつきがあるが、周りにつかまりながら自分で歩いていた。常にお嫁さんがおり、見守りはしてもらっていた。

キ 皮膚のケア、じょく創の予防をします。

寝て過ごす時間が長くなり、右側にしか向けられないため、右腸骨部が赤くなってお

- り、床ずれ予防のマットレスを使用した。
- ク 睡眠障害については、医師に相談して対応します。  
特に問題なく眠れていた。
  - ケ 認知障害へ、原因の対応と、気持ちの安定に配慮します。  
問題なかった。
  - コ 焦燥感について、原因に対応します。  
気分が滅入るような状況はみられたが、焦燥感の状態ではなかった。
  - サ 末期の呼吸について、起こりうる状況を把握しておきます。  
痰がらみの呼吸音が聞かれ、吸入を本人が起きる時に合わせてお嫁さんが行っていた。うまく排痰ができており、定期的に主治医と訪問看護師が状態観察を行い、お嫁さんへの指導を行った。
  - シ けいれん発作への対応を確認します。  
問題なかった。

## ② 医療的なケア

- ア 服薬状況の変化を把握し、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。  
その都度対応してもらった。
- イ 鎮痛薬の使用について、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。  
その都度対応してもらった。

## ③ 家族や介護者へのケア

近い未来への不安、ストレスに配慮し、家族のニーズへの気を配ります。

娘さんは、いっどう急変するかわからない、どういう状態になった時に主治医や看護師に連絡をすればいいのだろうという不安を抱えていたが、ほぼ毎日のように誰かが来てくれる状況があったので、「明日も来てくれるんだ」と思っただけでも安心できるし、何かあったら相談にのってくれる人がいると思うと、不安も少なくなって、できる限りのことはやってあげようという想いになれる」と話していた。

また、娘さんはいままでずっと仕事をしてきて、家のことや子供のことは全て母に任せてきていた。「母が病気になってしまったことは哀しいが、こうして、母と一緒にゆっくり過ごすということは今までを振り返っても初めてのこともかもしれない。今私には、今までできなかった母との一緒の時間を与えられて、こうして傍にすることが私の今の役割なんだと思っている。」と話してくれた。

## 緩和ケア事例②

社団法人宮城県看護協会 若林訪問看護ステーション

内田 裕子

**事例：**A氏 女性 80歳、上行結腸癌、癌性腹膜炎、多発肝転移、回腸瘻造設状態  
独居 県外に娘2人 近所には妹や弟家族が住んでいる。  
関西の裕福な家に生まれ、社会的地位にある夫と結婚し仙台に住む  
子育てのかたわら社会活動にも参加。夫を亡くした後は会社理事等行う。

### 経過：

- 平成X年 5/19 B病院 医療相談室より 緩和ケアの利用者、居宅介護支援の依頼あり  
これから抗癌剤2回行って退院予定 介護保険申請する
- 6/15 **退院調整会議**（主治医、担当看護師、MSW、訪問看護師、ケアマネジャー）  
・病状説明 上行結腸癌、高齢で多発肝転移もあるため経口摂取目的にて回腸瘻造設術行う。退院後も4~6週ごとに入院にて化学療法行う予定  
急変時は病院にて24時間救急外来で対応予定  
・告知について 本人に5/20主治医より大腸癌。手術時細胞生検の結果癌細胞認め、抗癌剤治療行うと説明あり。 家族（娘2人）には癌末期  
家族は副作用の少ない抗癌剤治療を希望する。  
・ストマ管理について週2回交換 便のかき出し4回ぐらい/日
- 6/17 **退院** 初回訪問 訪問看護とケアマネジャー（生活落ち着くまで娘さん  
たち交代で介護する予定）  
サマリーより ADL 移動 杖歩行見守り 排泄見守り 入浴軽介助  
4/22入院 4/27人工肛門造設 4/29食事開始 疼痛コントロール、ロキ  
ソニン、ストマケアは精神面を考慮し便のかき出しまで、交換は訪問看  
護に依頼予定 抗癌剤治療後は食欲低下トイレ歩行時転倒の既往あり
- 6/18 **サービス担当者会議**（参加 訪問看護 福祉用具レンタル 娘さん2人）  
生活に対する意向  
本人：治療して体調を良くしていきたい。ストマ管理を手伝ってほしい  
家族：体調が安定して自宅での生活を出来るだけ続けて欲しい。  
訪問看護開始 全身管理 症状コントロール ストマ管理 リハビリ  
入浴介助 精神的支援 家族支援  
福祉用具レンタル 介護用電動ベット 低反発マット 歩行器 立ち上がり  
介助バー シャワーチェア 浴槽手すり 入浴用滑り止めマット
- 6/19 **要支援2の認定** 家族主治医に相談 区分変更申請
- 6/29 夜間トイレで**転倒** 右臀部打撲 知り合いの整形外科医往診

- 打撲症にて湿布処方 痛みに対して内服はロキソニン継続指示
- 6/30～7/06 3回目化学療法のため入院 上記転倒の件主治医に訪問看護師より報告 退院時病院よりサマリー 特変なく終了と
- 7/28～7/31 4回目化学療法のため入院 訪問看護師より主治医に状態報告 病院よりサマリー 入院中食欲低下あり
- 8/06 **サービス担当者会議 要介護1認定**  
娘さんたちが介護交代する日の昼食支援の希望あり  
ヘルパーサービス導入開始
- 8/20 友人たちとたくさんお寿司を食べ美味しかったと言う。抗癌剤をすると又食べられなくなってしまうと言う。
- 8/25～8/28 5回目の化学療法入院 今回の化学療法吐き気強く辛かったと次の入院考えると「うつ」になりそうと本人言う。
- 9/22～9/25 6回目化学療法入院 9/23入院中**転倒** 腰椎圧迫骨折 コルセット固定 退院後ヘルパー増量 便のかき出し 食事支援 歩行介助 清拭 ADLの低下あり娘さんたち不在時家政婦さん利用開始する
- 10/19 腰痛軽減 シャワー浴開始
- 11/02 **介護保険更新手続き 代行申請**
- 11/10～11/14 7回目化学療法入院 腰痛あり ソセゴン痛み止め処方となる。
- 11/22 次女さんより相談の電話あり 抗癌剤の効果なくなり腫瘍マーカー上昇してきている。姉と相談したが今後の抗癌剤の治療どうしたら良いか迷っている。治療してくるたびに、体力落ちてきている。今回も転倒しなければ温泉旅行に行くはずだった。セカンドオピニオンの件 ホスピス病棟 在宅での看取りについて伝える。主治医から12月の入院は化学療法しないで体調管理のため入院したら良いのではないかと勧められるが、本人病院に行きたくないと言うため、娘さんたちが在宅での看取りを考え始め、主治医に相談 往診医に紹介となる。
- 12/03 **サービス担当者会議** 在宅往診医参加 本人 娘さん2人 家政婦 訪問看護師 ヘルパー事業所 今後の支援体制について  
本人の意向 体調が悪くならないでトイレは自分で行きたい  
家族の意向 一人暮らしなので来仙出来ないところは支援してほしい。転ばないで痛みのない生活をしてほしい。いつまでも自宅での療養続けて欲しい。
- 12/07 食欲安定 歩行不安定で介助が必要だが食堂まで行く。
- 12/08 **1月よりの介護認定 要介護4となる** 杖を4点杖に変更する。ポータブルトイレ、車椅子 歩行不安定の時のため準備しておく。
- 12/09 車椅子利用にて浴室まで行く シャワー浴行う 体調によりADLに波

がある。痛みはロキソニン 1~2錠/日でコントロールされている。

12/16 微熱続き活気なし夜間 2時間ごとに排尿にてトイレ介助 娘さんより今後の療養についてこのままで良いのかと相談あり主治医連絡

12/17 往診 主治医 本人に入院の件問うと、入院したくないと言う。現在症状落ち着いており、少量食事摂取出来ている。腹部に腫瘍は至たるところに触れるがストマもあり腸閉塞にならないで済んでいる。親戚の人から治療をしないでいると悪くなるばかりだと言われたようだが、今無理して治療しても良い結果が期待できる状態ではない。と主治医が説明  
娘さんたちは、これ以上辛そうな母を見たくないのでこのまま家で過ごすことを再確認する。

年末から年始にかけ娘さん家族（お孫さん）と楽しく過ごし症状安定

夜間はポータブルトイレ 日中は介助にてトイレ歩行 シャワー浴継続中

1/12 次女さんより 亡くなった父親の弟が、今後のことは 2人で決めなさいと言ってくれたとこのまま自宅で最後まで居られるようになった。ほっとしたとも言う。

1/24 食欲低下 夜間せん妄あり 深夜眠らずに独り言 騒ぐこともないので娘さんたちは様子見ていたと言う。「ここはお寺？」

2/04 食事量少なく 血圧低下あり Bp 64~ オムツに尿とタール便失禁意識はっきりしており辛いところはないと言う。脈微弱 せん妄あり 今車を運転しているところ、アクセル踏んでいいと娘さんに聞き、いいよと娘さん返事すると嬉しそうな表情したと

2/07 仙骨部 踵部 発赤ありフィルム使用 エアマット検討中

2/09 往診時 主治医より 今後の経過の説明娘さんたちにあり  
今後の呼吸の変化や、気がついたら旅立っているかもしれないと

2/12 お孫さん泊まっており笑顔多い 夜間全身の倦怠感ありダイアアップ  
坐薬使用良眠 足先の冷感あり足底チアノーゼあり 腰背部浮腫出現

2/14 食事少量つつ摂取 オムツに失禁あるがポータブルにも移乗している

2/22 果物少量摂取 覚醒中もいびき様の呼吸 質問の理解あり

2/24 痰の絡まり多い 本人痰の吸引希望する 吸引器導入 Spo2 80%

2/25 舌根沈下にて呼吸時喘鳴あり 本日より娘さんたち 2人で介護する。

2/28 下顎呼吸 ほとんど眠っている。声がけに頷きあり JCM 200~300

3/02 主治医往診 呼びかけに開眼せず 睫毛反射なし 家族にあと、どれだけ頑張れるかは分からないが、ほぼ夢の中に居るでしょうと説明

3/04 娘さんたち「こんなに穏やかに母が過ごせているのが不思議なくらい」

3/06 娘さんたちに見守られ午後 5時永眠 死亡診断

# 在宅ターミナルケア・緩和ケア 指針

『ケアプラン策定のための課題検討の手引き』（抜粋）

## 1 4 特別な状況

### 1 4 - 2 ターミナルケア・緩和ケア

#### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

在宅でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応が必要です。

#### (2) ターミナル，緩和ケアについて把握するポイント

- ① 末期の病気であり，余命が半年以下である
- ② ターミナルケア・緩和ケアを受ける予定である（受けている）

#### (3) ターミナルケア・緩和ケアとは

末期状態にある人の広範囲なケアであり，回復を目的とした治療から，症状を緩和して残された日々の生活の質（QOL）を向上や確保するためのケアに移行します。

#### ターミナルケア・緩和ケア

- ① 回復に向けた治療やケアから，ターミナルケア・緩和ケアに移行する区分は明確ではありません。
- ② ターミナルケア・緩和ケアを提供するには，概ね次の要件があります。
  - ア 本人・家族が希望していること
  - イ 介護者がいること
  - ウ 管理する医師を含めた，在宅医療体制が整っていること
  - エ いつでも入院できる受け入れ体制があること
- ③ ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には，利用者とその家族の持つ多様なニーズ（症候・機能のこと，心理面のこと，社会的なこと，経済的なこと，環境のことなど）に配慮する必要があります。
- ④ 緩和ケアは，単に身体的な痛みを緩和することではなく，全人的な痛みに対応することです。
  - ア 身体的痛み
  - イ 精神的な痛み
  - ウ 社会的な痛み
  - エ 霊的・宗教的な痛み
- ⑤ ケアの目標は利用者のQOLの向上や確保，痛みの緩和，利用者及びその家族の

希望などについて、身体的な限界の中で対応することです。

- ⑥ ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は、住んでいる地域の医療資源によって左右される場合があります。

#### (4) ターミナルケア・緩和ケア対応の指針

##### インフォームドコンセント

- ① インフォームドコンセントの重要性  
緩和ケアを提供する場合には、常に利用者や利用者本人に代わって意思決定権のある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうか重要です。
- ② インフォームドコンセントを得る  
緩和ケアは、利用者本人だけでなく、関係者全員の納得と合意と明確な意思疎通のもとに行なわれることが望ましい。

##### ケアの方向

ケアプランが作成される前に、利用者（もしくは代理の人）は自分の病気や可能な治療、その治療の危険性や効果について知らせているか確認します。

また、提供されるケアは、出来る限り利用者の希望に沿ったものにします。

- ① 一般的なケア
- ア 身だしなみに配慮します。
  - イ 本人と介護者の清潔に気を配ります。
  - ウ 栄養の確保と水分補給に配慮します。病気の進行や薬の副作用で支障がでる可能性があります。
  - エ 失禁の管理を工夫します。
  - オ 下痢と便秘へ対応します。
  - カ 移動と転倒について、可能な場合は介助や見守りをします。
  - キ 皮膚のケア、褥瘡の予防をします。
  - ク 睡眠障害については、医師に相談して対応します。
  - ケ 認知障害へ、原因への対応と、気持ちの安定に配慮します。
  - コ 焦燥感につて、原因に対応します。
  - サ 末期の呼吸について、起こりうる状況を把握して対応します。
  - シ けいれん発作への対応を確認します。
- ② 医療的なケア（薬の管理）
- ア 服薬状況の変化を把握し、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。
  - イ 鎮痛薬の使用について、医師、薬剤師の指示を受けて対応します。
- ③ 家族や介護者のケア
- 近い未来への不安、ストレスに配慮し、家族のニーズへの気を配ります。

## 1 健康状態

### 1-1 痛みのある利用者への対応

### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
- ② 痛みの直接的な影響，痛みを怖がる，痛みによる関係の減少，鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

### (2) 痛みを把握するポイント

- ① 痛みの訴えや様子があった

### (3) 痛み

痛みをもっともよく説明できるのは本人です。本人の言うことを注意深く聞き，その訴えを先入観なく検討する必要があります。

痛みは、「締め付けられる」「かじかむ」「こる」「冷たい」「重い」というように表現される場合もあります。

高齢者の多くは痛みを抱えており，痛みがあることによって，生活の質（QOL）にも影響がでます。また，その痛みは長い間続くことが多いため，適切な評価と対応が必要です。

- ① 身体的，機能的，心理社会的障害
- ② ADL，睡眠，食欲，恐れ，気分の低下
- ③ 社会活動からの引きこもりや対人関係の悪化や妨げ
- ④ 運動を妨げることによる筋力低下や転倒の危険性

### (4) 痛みと痛みによる支障への対応指針

痛みが問題であることがわかったら，家族，看護師，医師等と協力して対応します。

#### 痛みについて詳しく把握します

- ① 発症時期  
痛みが起きた時期を把握します。
- ② 変化  
痛みの変化と変化の状況を把握します。
- ③ 痛みの部位  
痛みを感じている部位を把握します。
- ④ 痛みの種類と頻度  
痛みが持続的か断続的か把握します。断続的ならその頻度・持続時間，どのような状況で起きるか把握します。
- ⑤ 程度  
痛みの程度，体位，歩行の困難，涙，活動の制限等痛みによる支障，何によって軽減するか等を把握します。
- ⑥ 性質  
チクチク，脈打っている，灼熱痛，切り込まれるような痛みかなど，どのような傷みか，高齢者自身の感覚で痛みの質を評価します。
- ⑥ 悪化

何が痛みを増し、何が痛みを軽減させているか把握します。

⑦ 鎮痛薬

痛みを和らげるために使用している薬と使用方法、効き目を把握します。

**対処方法**

主治医に相談の上対応します

- ① 痛みの原因の把握
- ② 鎮痛薬の使用
- ③ 痛みを和らげる方法（温める、冷やす、姿勢を変える、マッサージをするなど）
- ④ 家具や用具類を利用者に合わせる

**痛みの影響を把握し対応する**

- ① 痛みによる影響に対応します。
- ② 痛みを和らげる対応をします。

## 2 ADL

### 2-1 ADLの改善と支援 日常生活動作（Activities of Daily Living）

#### （1）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者、ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL障害の原因を理解したうえで、自立への意欲のある利用者や、障害になってからの期間が短い利用者などを把握し、目的のある運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善が難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。必ず行わなければならないケアは、改善のためのケアと同時に進行する場合もあります。

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

**可能性に対応するケア**

- ① 改善する、もしくは元に戻る可能性があるところ。
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
- ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるところ。

**必要性に対応するケア**

- ① ADL障害を踏まえた上で、必ず行わなければならないケア。（介護や対応）

## 6 社会との関わり

### 6-1 社会との関わり

#### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係、楽しめる活動を続けたり、新たに見つけ出すように支援します。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え、社会的活動制限の原因となる問題を見つけ、可能であれば改善し、出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。

#### (2) 社会的との関わりについて把握するポイント

- ① 社会との関わり、仕事や趣味の活動への参加が減ってきて、悩んでいる。
- ② 寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする。

#### (3) 社会的機能

他者とどう付き合い、他者が本人にどう反応し、社会制度や社会習慣とどう対応するかです。社会的機能は、職業や家事のような通常の日課活動と、社会・文化・宗教活動、夫婦・親子関係に関連した機能に分かれます。

#### 社会との関わり

社会的関係や社会的機能が少しでも変化すると、自尊心や生活の質（QOL）が低下することがあります。

このため、特に生活が大きく変化している利用者にとって、地域で自立して生活していくためにはどのような資源や支援が必要かを把握することが重要になります。

#### (4) 社会との関わりに関する対応の指針

社会との関わりの低下が最近始まったか、低下によって悩んでいる利用者を対象とします。昔からの問題は、その利用者の生活の積み重ねであるため、変えることは容易ではありません。

#### 社会との関わりの状況把握

代わりの方法や、新しい役割や活動の機会を作るために把握します。

- ① 孤独感や人と気軽に関わらないことが、長年の生活習慣かどうか。
- ② 社会的役割や社会との関わりがある場合、それらが変化したかどうか。
- ③ 変化の原因は何か。  
身体機能や認知機能の問題、視覚や聴覚の問題、気分の変化、精神的な問題、社会的な環境の変化など。
- ④ 利用者が以前にもっていた役割、意欲等は何か。  
回復したり、代償できる人間関係や役割、活動を構築可能性を探ります。

## ケアの方向

- ① 能力や可能性のある活動を勧めます。
  - ア 能力や可能性の確認  
利用者本人の能力，意欲，家族などの協力を把握して対応します。
  - イ 活動の検討
    - a 対人関係
    - b 率先して行う意欲
    - c 精神的な活動
    - d 過去の役割
    - e 心配事
  - ウ ポイント
    - a 方法は簡単な方が良い
    - b 本人の関心や能力のある分野から始める
    - c 話す，関わる機会を増やす
    - d 外出する等，環境を変える

## 6-2 うつと不安

### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。  
生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

### (2) 不安やうつについて把握するポイント

- ① 悲しみやうつ状態
- ② 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ
- ③ 現実には起こりそうもないことに対して恐れる
- ④ 繰り返し体の不調を訴える
- ⑤ たびたび不安，心配事を訴える
- ⑥ 悲しみ，苦悩，心配した表情がある
- ⑦ 何回も泣いたり涙もろい

### (3) うつ

「うつ」は一過性から急性，慢性までの，軽度の判断力の低下から自殺企図まで，広く捉えた用語です。感情や身体，認知的な症状が現れる可能性があります。

- ① 病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。
- ② うつと不安は同時に現れることが多い。

- ③ 高齢者のうつと不安を把握することは難しい。
- ア 高齢者は、うつや不安を否定しがち
  - イ 高齢者は、うつや不安を身体的な問題と間違っているとらえがち
  - ウ 高齢者は、薬によってうつや不安の症状がでる場合がある
  - エ 認知症は、うつや不安の対応を複雑にする

### ～うつ病の主症状～

#### ① 抑うつ（精神的な苦痛）

- ・気分が落ち込む
- ・ゆううつである
- ・気分が晴れず、すっきりしない
- ・悲しい、さびしい、むなしい、泣けてくる
- ・不安が頭から離れない
- ・過去や将来にとらわれて暗くなる
- ・朝の気分が悪い
- ・イライラする、あせる、いたたまれなくなる
- ・感情が抑えられない、または、感情がわいてこない
- ・死や自殺について考える、死にたくなる、自殺の方法について調べる
- ・実際に自殺しようとする

#### ② 精神運動抑制（精神運動制止）

- ・考えがまとまらない
- ・アイデアが浮かばない
- ・何かをしようという気になれない
- ・決断できない
- ・仕事や家事に集中できない
- ・誰とも会いたくない
- ・出かける気になれない
- ・誰かと話すことが苦痛に感じる
- ・動くことがつらく感じる、家に閉じこもる、1日中寝ている

#### ③ 思考と認知のゆがみ

- ・何でも自分が悪い、または、他人からそう思われていると感じる
- ・自分の能力が劣っていると思う、劣等感が強い
- ・何でも悪い結果になると感じる、または決めつける
- ・成功してもまぐれだとしか感じない、次は失敗すると思う
- ・少しでも不幸なことがあると、すべて不幸だと感じる
- ・うまくいったか全然ダメかどちらかしか認めない
- ・自分は貧乏になったと思ひこむ

- ・悪いことの責任はすべて自分にあると思ひこむ
- ・悪い病気にかかっていると思ひこむ

#### ④ 身体症状

- ・朝早く目がさめる，途中で目がさめる，寝つけない，眠りが浅いなどの「睡眠障害」
- ・疲れがとれない，疲労感が続く，体がだるい
- ・食欲や性欲が低下する，体重減少がある
- ・頭痛，腰痛，頭重感，肩こり，首の痛み
- ・めまい，立ちくらみ，耳鳴り
- ・息苦しい，胸が圧迫される，声が出にくい，胸が苦しい，動悸，息切れ
- ・手足がしびれる，力が入らない
- ・吐き気，腹痛，便秘
- ・全く動けず，意識も希薄となる

#### ～大うつ病～

以下の症状が1週間以上続いていて，どうにも治まりそうもないと感じる時は，専門医の診察を考えます。

- ① 生活や通常の活動に興味を失う
- ② 不眠，または睡眠過多
- ③ 食欲減退，体重減少
- ④ 罪悪感，自分に価値がない感じ
- ⑤ 倦怠感，気分の減退
- ⑥ 思考力や集中力の低下，決断力の低下
- ⑦ 精神運動性の焦燥，停止
- ⑧ 自殺念慮

#### ～不安～

不安は，生活機能の支障となるような心配があったり，不安定な状態です。以下の症状に苦しんでいる場合には対応します。

- ① 落ち着きがない，緊張している，または過敏
- ② 疲れやすい
- ③ 集中できない，心が空白になる
- ④ 易刺激性
- ⑤ 筋肉の緊張
- ⑥ 睡眠障害

#### (4) うつと不安に関する対応の指針

##### うつと不安の原因把握

- ① 身体，社会的状況を把握します
  - ア 健康問題
  - イ 家族問題
  - ウ 経済問題
  - エ 虐待問題
  - オ 喪失体験
  - カ 転居 など
  
- ② 病気や機能低下を把握します
  - ア 症状の重さ
  - イ 症状の持続時間
  - ウ 症状の進行
  - エ 自殺の兆候（例えたわいないように聞こえても・・・）
    - ・死んだほうがまし，自殺の方法，自殺の試み
  - オ 精神病的症状
  - カ 身体的症状がないのに寝たきりになったり，他人との会話を避ける等の生活上の変化
  - キ アルコールの乱用
  - ク 食欲低下，食事や水分量の減少
  - ケ 体重減少
  - コ 症状に気づいて対応しているか

##### ケアの方向

- ① 症状認識と対応の確認
  - ア 治療の効果を確認します。
  - イ 本人や家族，介護関係者は治療方針に沿った対応できているか確認します。
  - ウ 対応がうまく出来ていない場合の教育，研修の必要性を確認します。
  
- ② 医療的対応
  - ア 専門医の受診
  - イ 薬剤の効果の確認と受診
  
- ③ 具体的な社会環境，対応の調整
  - ア 他職種が連携し，訪問回数を増やすなど
  - イ うつと不安原因（身体，精神，経済問題等）解決のための対応

④ 介護者の支援

ア 関り方など，家族の疑問に答えます。

イ うつの高齢者への対応は大変で，介護者のストレスもたまりやすい。

ウ 家族全体への対応が必要な場合もある。

## 8 褥瘡・皮膚の問題

### 8-1 褥瘡

#### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。

#### (2) 褥瘡を把握するポイント

- ① 寝返りに介助が必要である
- ② 便失禁がある
- ③ 褥瘡がある
- ④ 褥瘡の既往がある

#### (3) 褥瘡

褥瘡は，短期間の強い圧迫や長期間にわたる弱い圧迫がかかることによって生じる皮膚や皮膚下の組織，骨の突出部分を覆っている筋肉の局所性の損傷および壊死です。

在宅ケアにおいて，褥瘡の予防は重要な課題です。いったん褥瘡が現われると大変な苦痛を伴い，治るのに長期間にわたる大きな努力を要し，死亡を含めて重大な合併症が発生する可能性があります。

#### ～褥瘡のステージ～

第1度	皮膚の発赤が持続している部位があり，圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）状態。
第2度	皮膚層の部分的喪失，びらん，水疱，浅いくぼみとして表われる状態。
第3度	皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表われ，隣接組織まで及んでいることもあれば，及んでいない状態。生命に危険が及ぶ場合がある。
第4度	皮膚層と皮下組織が失われ，筋肉や骨が露出している状態。膿瘍を伴う場合がある。骨髓膜炎や近接した関節に化膿性関節炎が起きた場合は死亡に結びつく場合がある。

#### (4) 褥瘡の対応指針

原因を把握して、予防し、対応します。

- ① 動けない  
身体の位置を変えたり，調整する能力の低下したり出来なくなっている。
- ② 活動低下  
身体的な活動が減少している。
- ③ 失禁  
尿あるいは便の失禁
- ④ 精神状態の変化  
圧迫の不快感に気づいても，それを避ける対応ができない。
- ⑤ 栄養不良  
栄養摂取量の不足。
- ⑥ 圧迫  
圧迫は組織の虚血および壊死を引き起こす最も重大な外的要因である。
- ⑦ 摩擦  
皮膚がすれると表皮細胞を失う。これは，ベッドでずり落ちたり，シーツの上をそのまま引きずられた場合に起きる。
- ⑧ ずらす力  
2つの皮膚層がずれ，逆の方向にひっぱられるときに起こる。深い組織の損傷をもたらし，摩擦と同じ状況で起こる。
- ⑨ 湿潤  
過剰な湿度は，皮膚を柔らかくし，その抵抗力を減少させる。尿や便の失禁，発汗，あるいは創傷のドレナージをしている状況で起きやすい。
- ⑩ その他  
末梢血管障害，浮腫，糖尿病，感覚障害，薬剤（特に，認知能力や寝返りの能力を低下させたり，痛みを感じることを阻害する薬剤），身体の抑制，貧血，低体重，喫煙など。

## 10 食事摂取

### 10-1 食事摂取

#### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

栄養不良や，栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

#### (2) 食事摂取問題を把握するポイント

- ① 体重が極端に減少した
- ② 食事や水分の量が目立って減少した
- ③ 水分摂取が不足している
- ④ 栄養不良

#### (3) 栄養・食事摂取

良好な栄養状態は、在宅で暮らす高齢者にとって重要なことです。栄養状態に問題があると、さまざまな疾患や身体的、精神的、社会的機能低下の原因にも結果にもなります。

#### 栄養問題

- ① カロリーの摂取不足
- ② 蛋白質の摂取不足
- ③ 1つ以上の栄養素の摂取不足
- ④ カロリーの過剰摂取

#### (4) 栄養・食事摂取問題の対応指針

原因を把握して、原因を取り除く等の対応します。

#### 把握の方法

- ① 体重の変化と体重
  - ア 半年間に体重が増加したり，減少したりしたか。
  - イ 利用者は太っているのか，やせているのか（図参照）
    - a BMIの値が21以下，あるいは半年の間に10%以上の体重減少があれば，栄養不足が考えられ，医師による精査が必要である。
    - b BMIの値が31以上は，体重過剰である。肥満はさまざまな病気の原因となる。
- ② 食事内容
  - ア 食事内容の確認
  - イ 食事回数
  - ウ 食事量
- ③ その他
  - ア 病気
  - イ 薬
  - ウ 機能低下
  - エ うつ
  - オ 環境

## 12 介護力

### 12-1 介護力

#### (1) ケアマネジャーの役割

- ① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- ② 家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。

- ③ 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

## (2) 介護力を把握するポイント

- ① 定期的に介護する介護者がいない
- ② 介護者が、まわりの人に不満を感じている
- ③ 介護者が、介護することに負担を感じている
- ④ 介護者が、これからも介護を続けることができない

## (3) 介護力

家庭によって環境が様々です。家庭介護が負担なくできているのか、関わっている家族のうち誰に負担がかかり、介護が続けられなくなる可能性があるかを把握するのは簡単ではありません。

家族等の介護は、高齢者の将来の見通しがたたなくなったり、死期が近づいたり、新たな病気や怪我が発症した時に、重い負担がかかることとなります。介護者の介護負担は、介護の責任が重く複雑になったときに起こります。

- ① 高齢者の現在の介護状態と、介護量の増加
- ② 介護者の現在の状態と、介護者の健康状態等の変化
- ③ 今までの高齢者と介護者の間の関係、愛情
- ④ 介護者が予測していた高齢者の変化、予測していなかった変化
- ⑤ 介護の役割を分担できる在宅サービスがあるか

### 介護力問題の整理

- ① ケアを適切に提供できない家族を把握します。  
この場合、在宅サービスを利用したり強化しなければ、利用者に必要な介護を行うのは難しくなります。  
介護が必要な高齢者への介護は、家族でも介護保険のサービス事業者でも誰が行っても良いのです。
- ② なぜ家族は対応できないのか、どのADLや精神的支援・介護が負担になっているのか、また、この状況を解決するにはどのようにすればよいか手順を明らかにします。
- ③ 目標は、改善可能な介護、あるいは代りにできる介護を把握することです。

## (4) 介護力対応の指針

介護負担（下記の項目を参照）が認められれば、介護の改善、家族の代替介護を検討し、どの部分の介護を補えば負担が軽くなり、在宅生活が続けられるかを把握して提案します。

- ① 家族は、自分たちで対応できるかを疑問に感じている。
- ② 介護者は、今以上の役割を担うことができない。  
毎日介護のために訪問することや特別な介護に対応できない。トイレ介助のような基本的な介助ができないなど。
- ③ 介護を分担して行っていたが、これからは十分でない、対応できない。
- ④ 家族は、今後とも高齢者の状態がどんどん悪くなると思っている。

- ⑤ 周囲に迷惑をかける問題行動がある。
- ⑥ 介護者は、周りの助けが適切でないと思っている。
- ⑦ 介護者は、穏やかな環境での介護を提供できない。
- ⑧ 高齢者の介護度が重度である。  
認知やコミュニケーションの障害も重度である場合、その度合いが高まります。
- ⑨ 介護者の健康状態が悪く、介護に支障がある。

在宅緩和ケアのための地域連携ガイド (参考)
------------------------

## 緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

### 1) ケアプラン作成時の留意点

在宅移行時から終末期、そして看取りまでのプロセスのなかで、“その人らしく生きる”ことを大事にしてプランを作成する。たとえ終末期にあっても、“生活者”であり、患者・家族の生活を尊重・擁護することを忘れてはならないことはいまでもない。

ケアマネジャーは主治医や担当看護師と情報を交換しながら、その患者がどう生きていきたいのか、療養の場所（在宅を継続するのか、緩和ケア病棟などに入院するのかなど）や受ける医療など、患者と家族が“自己決定”できるように関わり、その意向に沿ったケアプランを患者・家族と協働しながら作成していくことが大切である。

進行がん患者の場合、病状が急速に変化することも少なくない。病状変化の把握と、今後起こりうる変化を予測しながら、その患者・家族が希望する生活が、可能な限り継続、または実現できるよう生活支援計画を立てることが重要となる。医師、看護師などの意見を取り入れながらケアプランの修正・追加を行っていくことが大切である。患者・家族を含む多職種で構成されるチームがうまく機能できるよう、各チームメンバーがもつ専門性や力を発揮できるようコーディネートし、患者・家族が“その人らしく生きる”ことを支えていくことが、ケアマネジャーの大事な役割である。

また、がん患者の場合、ターミナル後期に入るまでADLが維持されているケースも少なくなく、要介護認定審査で介護度が軽度に判定され、必要な介護用ベッドなどが利用できない場合もある。ベッドや車椅子などが病状的に必要なときには、医師の医学的所見やサービス担当者会議、適切なスクリーニングなどによる判断のうえ、保険者（市町村）との協議により、軽度要介護者に対しても福祉用具の貸与などが可能になることもある。また、要介護認定審査結果が出る前に患者が亡くなってしまうこともある。この場合、暫定プランで利用していたサービスの費用は申請日に遡って支給されるが、介護保険の申請や、区分変更申請はタイミングを逃さず早めに行っていく配慮が必要となる（詳細は状況によって多少異なることがありうるため、保険者〈市町村〉に確認することが大切である）。

### 2) 家族への配慮

在宅ケアを受ける際など、患者本人と家族の間に希望や考え方に違いがあることがある。また、家族や親戚などの間でも考え方に相違がある場合も少なくない。家族成員それぞれの思いや考えも表出できるように関わり、家族間の調整や、家族と患者本人との調整を図ることも大事な役割である。家族にとって、進行がん患者を自宅で介護するということが大きな心の負担となることを忘れずに、家族の心身の状況にも留意することが大切である。

また、近い将来に大事な家族を亡くすという悲しみをもちながら、家族は介護している。患者を亡くす前から家族の悲しみは始まっているのである（予期的悲嘆）。この予期的悲嘆の感情表出が適切にできることで、患者が亡くなったときの悲嘆をうまく乗り越える力を

得ることができる。ケアチーム全体で細やかな配慮をしながら家族を支えることも重要である。

また、緩和ケアチームは、患者が亡くなった後も引き続き家族（遺族）の支援を行っていく役割がある。遺族に対する悲嘆のケアをグリーフケアという。死別後の悲嘆は約4ヶ月～1年続くといわれている。悲嘆のプロセスとは、愛する人を失った悲しみを乗り越え、自らの人生を生きていく力を少しずつ備えていく作業である。

家族が正常な悲嘆のプロセスをたどっていけるように、医療と福祉が連携して地域で支えていくことが大切であり、緩和ケアの携わったケアマネジャーにもこういった役割があることを認識しておくことも大切である。家族が自らの喪失体験を肯定的に評価するためには、まずは患者の療養中に、質の高い介護を提供できたかどうかの影響する。「安らかな死を迎えられた」「自分たちにできることは精一杯やった」「故人の望みを叶えることができた」など、介護を振り返ったときに「良いケアを提供できた」と実感できることが家族の心の支えになることが多い。ケアマネジャーは、療養中により良いケアが提供できるようケアマネジメントを行うことが重要である。

悲嘆のプロセスには感情を表現できる場や、悲しみを共有してくれる人、そっと見守ってくれる人などが必要であり、医師や訪問看護師など、多職種と連携しながら地域で支えていくことが大切である。時には悲嘆過程が長引き、生活に支障を及ぼすような病的悲嘆に陥ることもある。抑うつ状態や自殺企図などを起こすこともあり、専門家につなげる必要がある場合も起こりうる。遺族会などを実施している医療機関もあるが、今後は地域包括支援センターなどとも協働して、地域での支援をより充実させていく試みも必要となるであろう。

## 看取りと医師法

医師の間でさえ「死亡前24時間以内に診察していないと、死亡診断書を書くことはできない」という誤解がある。いつ亡くなるかを予測することは、どれだけ経験を積んだ医師でも困難なことなので、在宅での看取りを考えた場合、「毎日の往診」を想像される医師が多数おられることと思う。確かに、尿量の低下などによりあと数日の予後となれば、訪問回数が増えることもあるが、法的には「診察後24時間以上経過した死」でも、診察中の患者は死後の診察で死亡診断書を書くことができるし、時間の長さについての規定もない。

したがって、在宅での看取りの一晚を家族が行い、翌朝、医師が診断書を持って家に伺うことは現在行われていることで、夜中に訪問看護師がエンゼルケアを行っているということも、看取りが予測される病状において事前に医師から指示があれば一連の流れのなかで行われていることであり、それが医師法違反となることはないのである。

さらに具体的なことでは、死亡時刻の考え方を紹介すると、死亡時刻を、ほどなく到着する医師による死亡確認時刻であるという考え方や、家族が記録した呼吸の止まった時刻とする考え方がある。「死亡診断書記入マニュアル」では「死亡したとき」は死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入します。「死亡したとき」の一部が不明の場合でも分かる範囲で記入します」と記載されており、厳格な法的規制があるわけでもないため、柔軟な対応が可能である。また、死亡確認をする医師については、複数医師体制の場合、初めて訪問診療を行った副主治医がその患者の死亡診断書を書くことに法律上の問題はない。

もちろん、診療録に関して主治医と副主治医の間でとり決めが必要なことはいうまでもない。だが、心情的には「かかりつけ医」の主治医に「看取り」に立ち会ってほしいという希望はあると思われる。本稿では、「在宅での看取り」に関して医師法第20条を紹介しながら、理解を深めていただきたい。

以上、よくたずねられることをまとめたが、そもそも医師法第20条の解釈について公にされている文書を引用して解説しておくので、確認願いたい。

## 医師法第 20 条

医師は、自ら診察をしないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

ここで重要なのは、但書に関する以下の厚生省医務局長通知こそが、誤解や戸惑いの解決になるという点である。

医師法第 20 条但書に関する件：各都道府県知事あて厚生省医務局長通知（昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号）

標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるので、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方持に御配慮願いたい。

### 記

- 1、死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診療中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第二十条の本文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。
- 2、診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。
- 3、死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

「死亡診断書」と「死体検案書」の区別は、前者は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであり、後者は死亡の原因が診療にかかわる疾病と全然別のものである場合や、診療中の患者でないものが死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。また、旧国民医療法では、死亡診断書は交付の際に診察をしないでこれを交付することが認められていたが、医師法では、たとえ診療中の患者であってもその者の死亡時が最後の受診から起算して 24 時間を越える場合には、改めて診察をしなければ死亡診断書を交付しえないこととされていた。これは、診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。

いずれにしても在宅死の取り扱いは、病院死とまったく同様である。在宅医は、異常死論議の余地がないように配慮し、必ず遺体を確認することが求められるし、訪問診療中から死を予告し、死に向かって起こりうる症状をよく説明し、医師以外のスタッフでもよいので、頻回に訪問することが重要だろう。在宅では、医療者と患者・家族との信頼関係のもと、常識的な「看取り」への移行がなされているということである。

## 引用文献

「緩和ケアのための地域連携ガイド」

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班 2008 年 12 月 26 日発行（非売品）

P 85～87, P 102～104