

厚生労働省「がん疾患の在宅医療に従事する医療従事者育成事業」

がん疾患の在宅医療

自己研修用 テキスト

日本在宅医療連合学会 がん疾患在宅医療人材育成ワーキンググループ作成

令和3年3月

はじめに

2020年4月に日本在宅医療連合学会は2020年度厚生労働省健康局委託事業「がん患者の在宅医療に従事する医療従事者育成事業」を受託し、学会内にワーキンググループ「がん疾患在宅医療人材育成ワーキンググループ」を立ち上げ、事業を行ってきました。そして、この度、成果物として、自己研修用のパワーポイントおよびテキスト、さらに、e learning用の動画を作成しました。

この事業は、がん患者に対する在宅医療の取り組みを推進するため、かかりつけ医等（医師や訪問看護師）の在宅医療実践に必要な知識や技能等の向上を目指したテキストや研修プログラムの開発を目的とした事業で、その背景には、第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月閣議決定）の実施と地域包括ケアシステム構築が重要な地域課題となっていることがあります。

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月閣議決定）の（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援では、『がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「がんとの共生社会」を実現させることが重要である。』とし、①拠点病院等と地域との連携について、『拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制が十分に構築できて、いないことから、退院後も、継続的な疼痛緩和治療を在宅で受けることができるようにする必要があるとの指摘がある』との現状認識のもと、『国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップのあり方について検討する。』ことを取り組むべき施策としています。

すなわち、これまでの地域でのがん医療提供体制は、がん治療を担当する病院において、多くの場合治療とケア（緩和ケアを含む）が病院完結型となっており、地域との連携が希薄となっており、結果として約38万（2019年）のがん死亡者の約9割近くが最終的に病院で死亡している状況を作り出しています。また、平均寿命の大幅な延伸もあり、国民の約半数はがんに罹患することも推定され、高齢者のがんも増えていることを念頭におくと、がん医療の目標として、従来の「がんを治すこと」ではなく、「がんと共生しながら暮らす（生ききる）ことを支える」ことがあらたな目標として提示されてもよい状況となっています。このため、がん疾患を持っている人が、治る治らないにかかわらず、地域の医療機関と病院との連携のもとで継続的に必要とされる医療およびケアが受けられる体制が構築され、特に進行したがん疾患を持っている人が、人生の最終段階も含め、地域の中で、必要な医療とケア（介護を含めて）を受けながら、穏やかな環境のもとで、尊厳をもって暮らすことを可能とする社会環境を整備する必要があります。

一方、現在、地域包括ケアシステム構築のため、在宅医療体制の整備が進められ、全国各地で非がん疾患だけでなくがん疾患も対象とした在宅医療が実践され、在宅での看取りを含めた多職種協働の診療およびケアが行われていますが、その質の保証はまだなされておらず、特にがん疾患における在宅医療の知識や技能および態度については普及していないのが現状でした。

そのような現状の中で、がん疾患における質の高い（満足度の高い）在宅医療を普及するためには、がん疾患を含めた在宅医療を実践している、あるいは取り組んでみたいと考えている医療スタッフへの研修体制の整備が必要不可欠であり、そのための、研修プログラム（研修テキスト作成を含めて）が必要となっていました。そして、その作業は、がん疾患の診療（抗がん剤治療・放射線治療・外科治療等）やケア（緩和ケアを含む）を実践した経験を持ち、その経験を在宅医療に活かし、非がん疾患の在宅医療も含めた実践家を中心として、在宅医療の現場に精通した医療従事者等が当たるのが適切と思われます。このため、そのような会員が多い日本在宅医療連合学会がこの事業を行うこととなりました。

今回の事業にあたっては、非がんおよびがん疾患の在宅医療を数多く実践している医師、看護師、薬剤師、がん拠点病院で実際に抗がん剤治療を含むがん診療を行っている医師、在宅医療の現場で活動している管理栄養士、リハビリ専門職、MSW など、また、関連する学会の関係者などの多彩なメンバーに協力を求めて作業を行いました。

折しも、新型コロナウイルス感染症により、事業の取り組みが遅れ、また、ここ2年間程度は集合での研修は無理であるものと考え、自己学習を念頭に、最終的な成果物を、e learning の教材（講義の動画、テキスト、副読本）と、まだ、取り組んだことのない医療従事者に対し、がん疾患の在宅医療についての現場のイメージを伝えるための入門書（小冊子）を作成しました。

完成した教材の内容は、できるだけ実践家の経験をもとに、研修後にすぐ実践できる内容として作成していますが、今後継続的に、できるだけ多くの実践家が納得してもらえるよう改定を続けていく予定です。

日本在宅医療連合学会では、これら成果物を利用した研修会（オンライン研修会を含め）を今後積極的に開催する予定ですが、全国各地で同様の研修会等が企画されることを期待します。

最後に、この事業に協力頂いた学会員および関係有識者に謝意を表します。

日本在宅医療連合学会 代表理事会長
がん疾患在宅医療人材育成事業ワーキンググループ 座長 蘆野吉和

がん疾患在宅医療 実践のためのテキスト 一覧

- 領域1 在宅医療の原則 副読本 (+)
- 領域2 コミュニケーション 副読本 (+)
- 領域3 包括的評価と多職種連携・協働 (包括的ケア)
 - 領域3-1 包括的評価 副読本 (+)
 - 領域3-2 多職種協働・連携による包括的ケア 副読本 (+)
- 領域4 がん治療の知識 副読本 (+)
 - 領域4-1 がん治療の基礎知識
 - 領域4-2 抗がん剤治療の実際
 - 領域4-3 抗がん剤治療の有害事象への対応
 - 領域4-4 在宅医療における放射線治療の位置づけ
- 領域5 QOL (生命、生活、人生) の最善化
 - 領域5-1 からだのつらさへの対応
 - 領域5-1-1 総論 副読本 (+)
 - 領域5-1-2 痛み 副読本 (+)
 - 領域5-1-2 (1) がん疼痛治療の基本
 - 領域5-1-2 (2) がん疼痛治療の実際
 - 領域5-1-2 (3) がん性疼痛に対する非薬物的治療
 - 領域5-1-2 (4) 在宅医療現場における疼痛治療のポイント
 - 領域5-1-3 全身倦怠感 副読本 (+)
 - 領域5-1-4 食欲不振 副読本 (+)
 - 領域5-1-5 がん悪液質 副読本 (+)
 - 領域5-1-6 発熱 副読本 (+)
 - 領域5-1-7 浮腫 副読本 (-)
 - 領域5-1-8 呼吸器症状 副読本 (-)
 - 領域5-1-9 口腔内異常 副読本 (-)
 - 領域5-1-10 消化器症状 副読本 (+)
 - 領域5-1-11 便秘・下痢 副読本 (+)
 - 領域5-1-12 皮膚病変 副読本 (-)
 - 領域5-1-13 褥瘡 副読本 (+)
 - 領域5-1-14 神経症状 副読本 (-)
 - 領域5-1-15 せん妄・意識障害 副読本 (+)
 - 領域5-1-16 急性症状 (オンコロジカル・エマージェンシー) 副読本 (+)

- 領域 5-1-17 在宅中心静脈輸液 副読本 (+)
- 領域 5-1-18 皮下輸液・皮下注 副読本 (+)
- 領域 5-1-19 在宅輸血の実際 副読本 (+)
- 領域 5-1-20 代替療法 副読本 (+)
- 領域 5-2 こころのつらさへの対応 副読本 (-)
- 領域 5-3 暮らしを支える
 - 領域 5-3-1 総論・経済支援 副読本 (+)
 - 領域 5-3-2 介護支援・地域リソース 副読本 (+)
 - 領域 5-3-3 生活期リハビリテーション 副読本 (+)
 - 領域 5-3-4 終末期リハビリテーション 副読本 (+)
 - 領域 5-3-5 食支援 (口腔ケア) 副読本 (-)
 - 領域 5-3-6 食支援 副読本 (+)
- 領域 5-4 生きがいを支える 副読本 (-)
- 領域 6 家族のケア 副読本 (+)
- 領域 7 喪失・悲嘆・死別・看取りのケア
 - 領域 7-1 喪失・悲嘆・死別のケア 副読本 (+)
 - 領域 7-2 人生最終段階のケア 副読本 (+)
- 領域 8 在宅医療の倫理的側面 副読本 (+)
 - 領域 8-1 総論
 - 領域 8-2 意思決定支援
 - 領域 8-3 ACP
 - 領域 8-4 治療の継続/差し控え
 - 領域 8-5 安楽死
 - 領域 8-6 在宅医療における鎮静
- 領域 9 セルフマネジメントとケアするひとのケア 副読本 (+)
 - 領域 9-1 セルフマネジメント
 - 領域 9-2 ケアするひとのケア

各領域における自己学習のポイント

領域Ⅰ 在宅医療の原則（理念）

この領域では、現在の在宅医療の概念を整理し提示するとともに、今後の在宅医療実践者がもつべき基本的原則（理念）を「在宅医療の原則」として示す。この原則は、世界標準となっている地域緩和ケア（community-based palliative care）の理念（人間尊重、QOLの維持向上、および地域完結型の緩和ケアの展開）を組み込み、現在日本で着々と進められている地域包括ケアシステム構築を念頭において作成したものである。

この原則の中で、特に、医療従事者において留意していただきたいことは、在宅医療が従来の医療と異なり、生命の質だけでなく、生活（暮らし）や人生（生きかた、生きがい）の質を重視するものであること（“「治す医療」から「治し支える医療」への転換”）り、また、医療職および介護職を含めた多職種協働で実践するものであり、さらには、行政、地域住民と協働して実践するものであることへの理解である。

【この領域で収得したい資質】

○以下の在宅医療の概念および在宅医療の原則を知り、内容を理解し、実践に向けて努力することができる（態度）。

・あくまでも本人（*1）および家族のニーズや意向に沿って支援することができる。このため、本人や家族の価値観を理解し、また、個性、信念、習慣、文化（風習や慣例）や信仰に対する価値観、死を迎える際の心構え等に配慮できる。また、家族をケアチームの一員として認識すると同時にケアの対象者として対応する。

注釈*1：本人とは患者本人のことを示す。この領域では、患者を「生活者」ととらえており、敢えて「患者」という言葉を使わないこととしている。

・本人の自律、尊厳を守り、自立を支えることができる。このため、コミュニケーションによる本人および家族との信頼関係を築き、この信頼関係に基づくケアを提供することができる。

・これまでの人生のあゆみ、生きがいとしてきたこと、自分自身の現状に関しての状況把握、つらいことや困っていること、これからの希望、期待、意向、そして何を生きがいとして暮らしていきたいのか等を聞き出し、それらに焦点をあてたケアを提供することができる。

・病（やまい）や障がいに伴うからだやこころのつらさ、暮らしにくさ、生きがいを失うことによるつらさを、包括的に（まるごと）評価し、本人および家族のQOL（生命、生活、人生の質）の確保および向上を目指して支援することができる。

・医療および介護職によるチームで必要なケアを提供し、情報共有、カンファレンスなどを通して目標を共有することができる。

・自己流ではなく、だれもが納得できるケアを提供するため、ケアに際しては在宅医療の基本的な知識や

技能を念頭におき、また個別性も考慮する。このため関係するすべての職種が在宅医療の自己研鑽を怠らない。

・可能な限りケアを受ける人の安全性を担保し、提供されるケアの質を担保する。また、常にセルフケアを心がけ、ケアする人のケアや働く環境の整備をはかることができる。

・生命倫理の4原則（公平性、自律、利益、無害性）を尊重することができる。このため、本人の価値観を理解すると同時にケア提供者とは違う価値観を持っていることを自覚できる。また、説明や共同意思決定においては真実に基づいた情報を提供し、守秘義務を遵守することができる。

・病状の全経過（病や障がいによる暮らしにくさを持った時点から、看取りを含む人生の最終段階まで）にわたり、ケアの提供場所（病院、診療所、施設、自宅）が変わっても、ケアの最終目標、基本的なケアの内容が継続され、また、良質のケアを提供することができる。

・地域の生活習慣、文化、価値観に合わせ、地域全体（医療介護福祉従事者、行政担当者、および地域住民の参加）でケアが提供される体制を構築するために、医療分野での垂直統合（急性期から回復期までのおよび在宅医療を担当する機関の連携）、慢性期ケアにおける水平統合（地域の医療介護福祉従事者および地域ボランティア等の連携）を進め、可能な限り本人の希望する場所でケアを提供することができる。また、在宅医療は地域包括システム構築の中核であること、まちづくりであるという意識を共有できる。

○在宅医療が最終的に目指すことは、QOLの維持向上であり、人間としての尊厳であることを理解し、実践できる。なお、QOLとは、生命の質、生活の質、および人生の質を示す言葉であり、特に生活および人生の質の焦点が当てられる。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・在宅医療の概念の理解
- ・在宅医療の原則（理念）の理解
- ・在宅医療の目標の理解
- ・地域包括ケアシステムおよび地域共生社会の概念の理解
- ・がん疾患の在宅医療の特殊性の理解

領域2 コミュニケーション

領域1で示した在宅医療の原則を実践するために最も必要なのがコミュニケーションスキルである。

『本人および家族本位』において重視される、患者や家族のニーズや意向、価値観、個性、信念、習慣、文化（風習や慣例）や信仰に対する価値観、死を迎える際の心構え等、を知るためには患者や家族との円滑なコミュニケーションが必要である。

『信頼と尊敬に基づくケア』では、「コミュニケーションによる本人および家族との信頼関係を築き、この信頼関係に基づくケアを提供する」ことが必要である。

『物語に基づくケア』において、「これまでの人生のあゆみ、生きがいとしてきたこと、自分自身の現状に関しての状況把握、辛いことや困っていること、これからの希望、期待、意向、そして何を生きがいとして暮らしていきたいのか等を聞き出す」ためにもコミュニケーションが必要である。

『包括的評価に基づく全人的ケア』において、「病（やまい）や障がいに伴うからだやこころのつらさ、暮らしにくさ、生きがいを失うことよるつらさ」やそれに伴うニーズを聞き出し、「包括的に（まるごと）評価」するためにはコミュニケーションが必要である。

『多職種協働によるケア』では、同職種、多職種とのコミュニケーションが必要である。

『生命倫理の重視』で、「患者の価値観を理解する」ためにはコミュニケーションが必要である。

『地域に根ざした統合的ケア』では、関係する医療介護福祉従事者、行政担当者、および地域住民間のコミュニケーションが重要である。

これらの場面で必要となるコミュニケーションにおいては、従来緩和ケアで必要とされている、「悪い知らせを話し合う」ためのコミュニケーション技能だけでなく、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のコミュニケーション技能が特に重要になる。また、相手を人間として尊敬する態度を持ち、相手の価値観等を共有するための積極的傾聴のスキルおよび共同意志決定のプロセスを念頭においた対話のスキルなども必要となる。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・ 家族の希望等により患者に病名あるいは病状が伝えられていないことが少なくない
- ・ こころのつらさ（不安、うつなど）で対話が困難なことが少なくない
- ・ 予後を含めて病状の理解が乏しいことが少なくない
- ・ 患者にとって悪い情報を伝えなければならないことが多い
- ・ 生命や人生に重大な影響を及ぼす情報が多い
- ・ 患者および家族がフランクに話ができないことが少なくない
- ・ 知らせること以上に気持ちに配慮する共感と傾聴が重要である

【この領域で取得したい資質】

- 在宅医療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（態度）
- 在宅医療の実践（治療およびケア）において、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（技能・態度）。
- 患者の価値観を引き出すコミュニケーション力が必要であることを理解できる。（技能）

- 患者のナラティブ（物語）に焦点をあてた医療・ケアを提供することの大切さを理解できる。（態度）
- 患者の生きがいを引き出し、その生きがいを持続けることを支える努力を怠らない（態度）。
- 患者の希望や意向を引き出すコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。
- 「今後起こりうる不確実なことへの不安」への共感、受容的態度をもって接する事ができる（態度）。
- 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（知識・技能）。
- 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（技能）。
- 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（技能・態度）。
- 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ことができる（技能・態度）。
- 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、在宅医療（緩和ケアやエンド・オブ・ライフケアを含む）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（技能・態度）。
- 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（態度）。
- コミュニケーション技法は学習できるものであることを理解し、実践する努力を怠らない（態度）。
- 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うことができる。
 - ・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。
 - ・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。
 - ・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。
 - ・患者の物語（これまでの人生のあゆみ）を聴くことができる。
 - ・患者と家族がどのような価値観を持っているのか聴くことができる
 - ・患者が自分のどのような生き方、暮らし方を望んでいるか聴くことができる

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・コミュニケーションの意味と必要性・重要性の理解
- ・基本的なコミュニケーションの技術の理解と実践
- ・コミュニケーション技法の理解と実践
SPIKES/PREPARED/NURSE/VALUE
- ・積極的傾聴、質問のスキル、共感のスキルの理解

領域3：包括的評価と多職種協働・連携による包括的ケア

在宅医療における「包括性」とは、多様な病状や障がいに伴うからだやこころのつらさ、暮らしにくさを持ち、生きがいを失いがちな患者に対し、生活の場で支援するために必要な以下の臨床的、社会的能力のすべてを指す。

①病状と障がい、からだやこころのつらさに対しての総合的なケアの必要性を理解し、実践に向けて努力することができる。②医療支援と生活支援の統合的アプローチの重要性、必要性が理解でき、実践に向けて努力することができる。③身体・心理・社会的問題への包括的アプローチの重要性、必要性が理解できる。④一人ひとりの人間として抱えている生き方や生きがいに関わるニーズを聴き出し、その実現に向けた支援の重要性、必要性が理解できる。⑤患者および家族主体のチームアプローチ（IPW）の必要性を理解し、その中で活動できる。⑥自らの能力の限界を知り、必要に応じて専門家あるいは専門チームと協働（相談、支援、共同等）する。

（以上、日本在宅医療連合学会の在宅医療実践者のコアコンピテンシーを一部修正）

がん疾患の在宅医療において、特に対象者として、進行したがん、あるいはがんが進行し生命予後の限られた人では、治らない可能性のある病気を持っていること、がん病巣の進行やがん治療でつらい症状が出現することなどから、からだやこころのつらさと同時に、暮らしや生き方にも大きな影響を受け、その家族の暮らしや人生にも同様の影響を及ぼす。その原因となる状況は多岐にわたる、それらの状況を、関わる専門職のそれぞれの視点で評価し、ニーズを把握し、連携（協働）した支援を行う必要がある。また、病状が進行することで、刻々変わるニーズを、予測し、あるいはできるだけ早く把握し、適時適切に支援を行う迅速性も必要となる。

領域3-1：包括的評価

がん疾患における包括的（まるごと）評価とは、がんやがん治療に伴うからだやこころのつらさ、暮らしにくさ、生きづらさ、そして、その状況のもとで患者が望んでいる生活や人生のありたい姿を、それぞれの関係する領域の専門職が、それぞれの得意な視点で評価し、その全体像をまるごと評価し、患者や家族の持つニーズを把握する作業である。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・多面的な評価が必要となる
- ・迅速な評価が求められる
- ・病状の変化に応じて再評価が必要となる

【この領域で収得したい資質】

○がん治療を受けている人、特に進行したがんで、抗がん剤治療を受けている人、あるいは生命予後の限られた状態にある人とその家族が持っている、からだのつらさ、こころのつらさ、暮らしにくさそして生きづらさ、また、その状況下においても、患者や家族の望んでいる暮らしや生き方を適切に評価することの必要性・重要性を理解できる。

○患者の治療歴や症状だけでなく、患者の闘病体験、人生史を聴くことの重要性を理解することができる。

- 高齢者では、併存疾患、老年症候群などの評価も重要であることが理解できる。
- 情報収集するための一連のアセスメントツールがあることを知っている。
- 患者や家族の直面している状況を改善するため、抱えているニーズを適切に聴き出し、そのニーズに沿って、支援を行うことの必要性・重要性を理解できる。
- 病状の変化に伴うニーズの変化を、タイムリーに捉え、適切に対応することの必要性・重要性を理解できる。
- 包括的評価を行い、そのニーズを的確に把握し、患者および家族の希望する暮らしや生き方を支援するためには、多職種協働が必要であることを理解できる。
- 病状の進行による症状の出現や ADL の変化および生命予後等を事前に予測し、それらに対応できるよう準備することの重要性を理解できる。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・ 包括的評価の目的についての理解
- ・ 包括的評価のために必要な項目の理解
- ・ 各種アセスメントツールの存在の認知
- ・ 予後予測に関する指標についての理解

領域3-2：多職種協働・連携（包括的ケア）

「包括的ケア」とは包括的評価に基づくケアであり、当然のこととして多職種協働・連携で行うチームケアである。通常、在宅医療においては、多職種による包括的評価および患者・家族のニーズに沿って、ケアプランが作成され、医療支援を担当する医療ケアチーム（医科医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語療法士、臨床心理士等）、生活支援を担当する生活支援チーム（ケアマネージャー、ホームヘルパー、芸術療法士、音楽療法士、牧師、臨床宗教師、地域ボランティア等）がサービスを提供する。

チームケアとして重要なことは、チームメンバー一人ひとりが自分の役割を認識すると同時に他メンバーの役割もしっかり認識すること、情報共有すること、目標を共有することなどである。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・特に医療依存度の高い利用者が多いため、医療支援チームのサービスが重要となる
- ・サービス提供期間が短い
- ・病状が刻々変化することが多く、ケアプランの適時変更が必要となる
- ・迅速性が求められることが多い

【この領域で取得したい資質】

○患者の生命（「からだ」と「こころ」）だけでなく、人生（生き方）や生活（暮らし）の視点を重視した包括的ケアの重要性を理解し、提供できるよう努力を怠らない（態度）。

○患者および家族の多様なニーズに沿って、適切な支援を提供するためには、多職種協働が必要であることを理解でき、チームメンバーとして活動できる（態度）。

○生活の場において、多職種と協働して、患者および家族にとっての最善の医療・ケアを提供できる。（態度）

○Interprofessional work(IPW)の言葉の持つ意味を理解している（知識・態度）

○チームとして機能するためには、互いに対等な立場を尊重すること、協力的な雰囲気を作ることの重要性を認識している。（態度）

○多職種チームの個々のメンバーの役割、責任、専門領域、得手不得手を理解することができる（態度）。

○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（患者とその家族を含む）との協力関係を認識し、患者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（態度）。

○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（態度）。

○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（態度）。

○情報の共有が重要であることを認識することができる（態度）。

【この領域で取得して欲しい事柄】

- ・多職種協働、連携、チームケアの言葉の内容の理解
- ・多職種チームの種類の相違の理解
- ・ICT を利用した情報共有における留意点
- ・効果的に協働するための要点の理解と実践
- ・チームリーダーの役割の理解
- ・在宅医療に関わる各職種の役割の理解

領域5：QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

在宅医療における最終目標はQOLの維持向上と人間としての尊厳を守ること（特に自律の尊重）である。このQOLの概念を日本語として標記すると「生命の質」「生活の質」「人生の質」の3つの表記がある。そしてそれぞれをわかりやすい言葉に言い直すと「生命の質の維持向上」とは「からだやこころが常に穏やかなこと」すなわちからだやこころのつらさがないことである。「生活の質の維持向上」とは、「いつもの暮らしが継続されること」であり、暮らしづらさをできるだけ解消し、自分らしい日常をとりもどすことである。「人生の質の維持向上」とは、生きづらさをできるだけ解消し、自分らしい生き方ができることであり、更に、人生の最終段階においては、現実を肯定し、よりポジティブな生き方、すなわち生きがいをもって生きることである。

在宅医療と日本における専門医療あるいは緩和ケアとのQOLの概念の大きな違いは、生活や人生の質に特に焦点をあてていることであり、医療的な視点だけでなく社会的視点あるいは個々の人生を支えるという視点を持つことが求められる。

QOLの最善化とは

■LIFE（生命）の質の維持向上

からだところのつらさの緩和
からだところの快適さを保つ

■LIFE（生活）の質の維持向上

暮らしを支える
暮らしづらさの改善
これまでの暮らしの継続

■LIFE（人生）の質の維持向上

自分らしい生き方・「生きがい」を支える
失いがちな生きがいを取り戻す
新しい生きがいを捜す、見つける



領域5-1：からだのつらさへの対応

がん疾患においては、特に痛みや息苦しさなどのつらい症状が高頻度で出現することから、これらの症状を可能なかぎり緩和することが必要である。このためには、症状緩和のための知識や技能が必要不可欠であるが、症状を適切に評価し、適切に対応するという態度、がんの種類や病状の進行を念頭において症状を事前に予測し予防する態度も必要である。

在宅での症状の管理は、コツさえ覚えれば困難ではないことが多く、治療困難な場合には、地域の専門的ケアチームや病院の緩和ケアチームと連携（相談、協働、委託等）し対応する体制を整備することで解決可能である。

一般的に言えることは、自宅はくつろげる場であることより、症状による苦痛は多少軽く感じることが多い、しかし、その反面、適切に対応しない場合には不安から苦痛は増強する傾向にある。

また、からだのつらさは、こころのつらさや、暮らしにくさや生きづらさと連動しており、包括的なアプローチも求められる。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・症状が多彩であり、複数の症状があることも珍しくない
- ・がんの種類によって出現する症状に特徴がある一方で共通の症状も多い

- ・オピオイドが必要となることが少なくない
- ・病院でないと緩和できなかつらさは少ない
- ・医療依存度が高い

【この領域で収得したい資質】

- 日常的な臨床実践の中で、がんおよびがん治療に伴うからだのつらさを共感することができる（態度）。
- つらさの程度を共有出来る評価票を用いて、評価することができる（知識、態度）。
- 標準とされるガイドラインやケアのプロトコルを用いて複雑でない症状をマネジメントできる（知識、技能、態度）
- 病状を悪化させる要因として可逆的な要因があればそれを認識し、対応することができる（知識、技能）。
- 緊急対応の必要な症状を認識し、迅速に対応できる（知識、技能、態度）。
- 複雑な症状でマネジメントが困難な場合には、対応できる専門職種に相談することができる（態度）。
- 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（医師*：知識、技能、態度）
- 症状緩和のための非薬物的マネジメントを知っている（知識、技能）。
- 苦悩を増強させる可能性のある偶発症を予知でき、事前の準備を怠らない（態度）。
- どのような場面でも、最善のケアを提供できるように努力する（態度）。

注釈*：医師と記載していない部分は医師以外の在宅医療実践者に共通する資質、医師と記載している部分は医師のみに求められる資質である。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・症状マネジメントの原則についての理解と実践
- ・症状マネジメントにおける薬物療法の基本原則の理解と実践
- ・主な症状、病態に対する薬物療法、非薬物療法、治療手技、およびケアの理解と実践
 - 痛み（領域 5-1-2）、全身倦怠感（領域 5-1-3）、食欲不振（領域 5-1-4）、
 - がん悪液質（領域 5-1-5）、発熱（領域 5-1-6）、浮腫（領域 5-1-7）、呼吸器症状（領域 5-1-8）、
 - 口腔内異常（領域 5-1-9）、消化器症状（領域 5-1-10）、便秘・下痢（領域 5-1-11）、
 - 皮膚症状（領域 5-1-12）、褥瘡（領域 5-1-13）、神経症状（領域 5-1-14）、
 - せん妄・意識障害（領域 5-1-15）、急性症状（領域 5-1-16）、在宅中心静脈輸液（領域 5-1-17）、
 - 皮下輸液・皮下注（領域 5-1-18）、在宅輸血の実際（領域 5-1-19）、代替療法（領域 5-1-20）

領域5-2：こころのつらさへの対応

「こころのつらさ」とは、感情面の不快な体験全般を表現したものであり、不安や抑うつなどの症状を含む「精神心理的苦痛」に関する幅広い概念である。今後に対する不安や、病気により望まない状況が起きていることへの気持ちの落ち込み、これまでのことに対する後悔などが「こころのつらさ」として表現される。生命予後が限られている患者の「こころのつらさ」については、自覚している症状に対症療法的に対応しつつ、可能な範囲で患者と医療者で問題を整理し、そのときの状況の中でできる対応をともに考えていくことが重要になる。特に重要な姿勢は、患者の個別性を尊重しながら「一人の尊厳ある人間」として関わり、人として向き合っていくことである。そのうえで、生命予後が限られている状況にある患者のこころのつらさに対しては、すべての医療従事者が支持的療法に準じたアプローチを実践できるようになることが望ましく、医師は薬物療法についての知識を習得する必要がある。

【この領域で取得したい資質】

- 本人が訴える苦悩に耳を傾け、「苦悩の内容」と、その苦悩によりどのような「感情の状態」が生じているかについて理解できる（態度）。
- 「苦悩の内容」と「感情の状態」のそれぞれについて理解できることを言葉や態度で示し、つらさについて共感できることを積極的に表明していくことができる（技能、態度）。
- 「こころのつらさ」について、患者のつらさを理解し、どのような対応が必要か判断できる（知識、技能、態度）。
- 意識障害や認知機能障害などにより、正常な思路で整理した話ができない状態にある患者の「こころのつらさ」に対応することができる（技能、態度）。
- 生命予後が限られている患者の「こころのつらさ」に対応していくとき、患者の個別性を尊重し、「一人の尊厳ある人間」として関わり、人として向き合うことができる（態度）。
- 生命を脅かす疾患を抱える患者のストレスに対する心理の防衛機制を説明できる（知識）。
- がん患者における心理の防衛機制としての否認を認識することができ、適切に対応できる（知識、技能、態度）。
- 生命を脅かす疾患を抱える患者に対する支持的療法に準じたアプローチにより目指す目的を説明することができ、感情表出の促進、傾聴、受容、共感、保証を実践することができる（知識、技能）。
- 「死にたい」と訴える患者に対して、その言葉の意味を考え、適切に対応することができる（知識、技能、態度）。
- 生命予後が限られている状況にある患者の「こころのつらさ」に対する薬物療法について、その必要性について判断でき、必要な場合には適切な薬剤を、患者の状態に即した用法、用量で処方することができる（知識、技能）。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・生命予後が限られている状況にある患者の「こころのつらさ」への対応の基本姿勢の理解と実践していく態度

- ・がん患者の心理反応としての防衛機制（特に「否認」について）の理解
- ・生命予後が限られている状況にある患者に対する支持的療法に準じたアプローチ方法の理解と実践していく技能
- ・「死にたい」と訴える患者の評価と対応方法の基本の理解
- ・生命予後が限られている状況にある患者の「こころのつらさ」に対する薬物療法の理解

領域5-3：暮らしを支える

がん、特に進行したがんは、患者と家族の人間関係そして生活に大きな影響を与え、これまでの関係性や暮らしを維持するためには、内的ないし外的支援が必要となる。

人間関係、資産、住宅、私的な事情などに関する患者の心配事は、臨床の場において最善のケアを提供する実践家にも課題となって立ちはだかる。

この場合、患者および家族のニーズに応えることのできる専門職あるいは相談窓口（行政の窓口等）を知り案内できることが鍵となるが、多職種の参入と患者・家族、地域で活動している団体、地域の人々等との協力などが重要であり、そのためにもこの領域では、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る。

また、一人暮らしの人が多くなり、将来介護家族がいない人が増えることから、どのような病気や障がいを持っていても暮らしやすい環境を作ることが今後重要となる。このため、地域全体で支える体制が必要となる。この意味で、地域包括ケアシステムの構築、そして地域共生社会、いわゆるまちづくりが必要となり、在宅医療の実践者は、このまちづくりにも参画して活動することが期待される。

現在、がん治療（特に抗がん剤治療）は外来通院で実施されることが多い。すなわち、暮らし続けながら治療を受ける形となり、自立した暮らしを続けるためには、抗がん剤治療に伴う栄養状態や身体状態の悪化への対応（栄養指導や生活リハビリテーション）が地域の中で完結できる体制構築も考慮されなければならない。また、治療終了後に在宅医療に移行した場合でも、様々な障がいを抱える患者あるいは家族の望む暮らしを継続するためには、口腔ケア、食支援、生活リハビリテーションあるいは終末期リハビリテーションが地域の中で実施される体制が必要である。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・ 支援のための準備期間が短い
- ・ 支援期間が極端に短い場合も少なくない
- ・ 支援内容は病気の進行状況によって刻々変わる
- ・ 地域におけるリハビリテーションや管理栄養士等の人材が少ない
- ・ 特に一人暮らし、あるいは若い人への支援体制が不十分

【この領域で取得したい資質】

○がん患者に対する経済的支援としての公的支援制度やその相談窓口について熟知している専門家（ソーシャルワーカー、ケアマネジャー）を知ることで、患者や家族の社会的ニーズに対応できることを認識できる（知識、態度）。

○がん疾患は特定疾患であり、在宅医療に移行する場合に早期に介護支援が受けられることを理解している（知識、態度）。

○在宅医療における介護職種の役割りを理解し、協働あるいは連携して活動することができる（知識、態度）。

○がん患者および家族の暮らしを支える地域リソースがあることを念頭におき、必要に応じて協働する努力を怠らない（態度）。

○地域包括ケアシステムおよび地域共同社会という言葉の内容を理解し、その構築に向けて一緒に努力

する意識を持つことができる（態度）。

○社会的処方という言葉を知っている（知識）。

○進行したがん患者に対する生活期リハビリテーションの意義について理解できる（知識）。

○在宅医療を受けるがん患者に対する終末期リハビリテーションの意義について理解できる（知識）。

○進行したがん患者に対する口腔ケアの内容、意義、歯科医あるいは歯科衛生士の役割について理解できる（知識）。

○進行したがん患者に対する食支援の意義、管理栄養士の役割について理解できる（知識）。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・がん患者の暮らしへの支援内容の理解
- ・暮らしへの支援を行う際に留意事項の理解
- ・経済的支援、特に公的支援の内容とその相談窓口の理解
- ・がん患者に対する要介護認定の手続きのながれの理解
- ・社会的処方という言葉の理解
- ・地域包括ケアシステム、地域共生社会の概要についての理解
- ・ICF、生活期リハビリテーション医療の概念の理解
- ・がん疾患における生活期リハビリテーション医療の意義についての理解
- ・がん疾患在宅医療でのリハビリテーション専門職の関わりの意義についての理解
- ・がん疾患在宅医療における口腔ケアの意義と内容の理解
- ・がん疾患在宅医療における食支援の意義と内容の理解

領域5-4：生きがいを支える

人は誰もが生きがいを持って暮らしている。その生きがいは、「〇〇と一緒にいたい」、「〇〇が食べたい」という本当に些細なものから、「〇〇で世界に認められたい」、「〇〇で日本一になる」など大きなものまで様々で、意識しているかどうかにかかわらず、日常の暮らしの中で、生活や人生の糧となっている。しかし、がん等の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ことで、些細な生きがいから大きな生きがいまで失うことも少なくない。また、逆に、このような逆境の中で、極端な場合には死に直面しながら新たな生きがいを見出すこともある。

いずれ死が運命づけられている人間が、直面する状況の中で、実現可能な自分の人生の目標を定めることができ、その実現に向かって最期の時間を生きることができるよう支援することは、つらい状況を改善するために支援することと同様に重要なことである。

「生きがい」という言葉は、日本人にとっては、ごく日常的な言葉であり、意識せずに思わず口から出る言葉ではあるが、死に直面しながらも自分の生き方を最期まで貫きそうとするポジティブな姿勢をあらわす大切な言葉である。

人生の最終段階を支えることとなる在宅医療の実践において、生命、生活、人生のつらい側面だけでなく、人生のポジティブな側面も念頭において、本人および家族が「いい人生だった」とつぶやく支援が望まれる。

【この領域で収得したい資質】

○進行したがんにより生命が脅かされている、生命予後が限られていると感じる患者やその家族が、人生の「生きがい」に関するつらさ、あるいは、それまで持っていた生きがいを失いがちとなることを理解できる（態度）。

○患者の生きがいを引き出し、その生きがいを持ち続けることを支える努力を怠らない（態度）。

○「生きがい」支援は在宅医療、特に人生最終段階だけでなく、病状の全経過において必要不可欠な要素であることを理解できる（態度）。

○「生きがい」という言葉は、日本独自の話し言葉であり、定義できない多義的なあいまいな言葉であり、人生に対するポジティブな感情をあらわす言葉であることを感覚的に理解できる（知識、態度）。

○「生きがい」を構成する要素として、関係性（つながり）、自己同一性（自分らしさ）、人生の意味あるいは生きる目的等が含まれることを念頭に置くことができる（知識、態度）。

○生きづらさを評価し、対応するためには多職種協働・連携することの必要性、重要性が理解できる（態度）。

○生きづらさを評価し、あるいは、新たな生きがいを探すためには、患者の「物語」を傾聴し共感することが重要であることを認識できる（態度）。

○生命予後の限られている状況にある患者とその人を大切にしている人々の生きがい探しをケアプランの中に取り入れることができる。もし、患者あるいは家族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（態度）。

○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ことができる（態度）。

○患者や家族がこれまで困難な状況においてどのように対応してきたかを聴くことができる（態度）。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・生きがいという言葉の再認識
- ・生きがいという言葉の特徴についての理解
- ・人生最終段階における、「つながり」、「こだわり」、「生きる意味」の重要性の理解
- ・「生きがい」の評価とその問い方についての理解
- ・積極的傾聴の重要性の理解と実践

領域6：家族のケア

ここでいう家族とは、血縁関係だけでなく、患者を支えている人も含み、居住系施設に住まう利用者においては施設スタッフも含まれる。

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る。

家族介護者はしばしばケア提供者として患者と専門職の間をつなぐ役目を果たす。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課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ある。この支援は死別の早い時期にも延長されるべきであり、専門職のアドバイスを求める能力は必要不可欠である。

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患者と家族の価値、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ものである。また、看取りにおいては、患者、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る。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地域全体で実践されることが望ましい。

「家族の支援と療養環境の調整」とは、家族の持つ力を強化することを通じて、患者を支え、「家」（居住系施設を含む暮らしの場）が回復環境（*注釈を参考）して機能するように療養環境を整える以下の能力を指すが、在宅医療の実践者は、少なくともこれらの能力が重要であることが理解できなければならない。

- (1) 家族の歴史と関係性（システムとしての全体像）を理解し、家族との信頼関係を構築する。
- (2) 家族のもつ力を引き出し、家族のケア能力を高める支援を行う。
- (3) 家族も支援の対象ととらえ、家族にも適切なケアを提供する。
- (4) 回復環境としてのすまい（家）の役割を理解し、療養環境を調整する。
- (5) 居住系施設を含む多様な療養の場でのケアの質改善に貢献する。

*参考【注釈】回復環境

回復環境とは、もともと環境心理学で用いられている言葉で、ストレス軽減や精神疲労からの回復促進効果をもつ環境のことを示している。そして、ヒトにとって重要な回復環境として、自宅（The Home as a Restorative Environment）の役割が認識されている。自宅が回復環境として機能するためには、逃避が得られやすいこと、プライバシーが調整されることなどの条件が必要とされている。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・在宅医療移行にあたって、家族に対し病状や病状経過予測について十分な説明がなされていない、あるいは説明されていても理解していないことが少なくない
- ・患者の病状が刻々と変わる（悪化する）ことが多く、それに応じて家族のこころのつらさが変化する
- ・家族をケアチームの一員としてケアに参加してもらうことが家族のケアになることも少なくない
- ・患者の病状が悪化している場合には患者ケアより家族ケアが主体となる
- ・時に24時間介護となるため、介護家族の日常生活の支援が必要となる
- ・患者が意思決定できなくなり、家族が意思決定せざるを得ない場面が多くなる
- ・在宅医療は患者の死で完結し、家族は死に直面するため、そのためのこころの準備（予期悲嘆）が必要となる

・予期悲嘆があり、冷静さを欠いたり意思決定について動揺することが少なくない

【この領域で取得したい資質】

○家族は患者と同様、病状の経過に応じて、様々なストレスに晒され、適切な支援が必要であることを認識できる（態度）。

○家族をケアチームの一員として認識し、ケアに家族が積極的に参画できるような環境を整備できる（技能・態度）。

○家族図の作成および家族関係の把握ができ、課題を抽出できる（技能・態度）。

○家族の多様なあり方を受け止めることができる（態度）。

○家族のもつニーズは構成される家族によって様々であることを認識できる（態度）。

○患者の医学的状況をふまえ、家族の価値観や関係性、家族の介護能力等を総合的に評価した上で、ケアの方針を提示できる（医師・看護師：技能・態度）。

○家族の日常性を保つことの重要性を認識でき、状況によりアドバイスできる（態度）。

○家族が抱える健康問題の評価ができ、家族の健康課題に対して適切な医療的介入が行える（医師・看護師：技能・態度）。

○家族介護者はケアにおいて過度のつらさや負担を感じることがあり、その危険性を早めに察知し、適切なアドバイスを行うことの必要性を理解できる（態度）。

○在宅で行われるケアへの家族の関わりを家族の状況に応じて提案できる。（技能・態度）

○多職種協働チームの一員として、患者の家族のこころのつらさ、暮らしにくさ、生きづらさ、等を評価し、ニーズに応じて、時に家族の協力も得て、対応することの必要性を認識し、対応する（マネジメント）ことができる（態度）。

○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（態度）。

○患者の病状、病状経過、起こりうるつらさなどについての情報を家族も経時的に共有することの必要性を理解できる（態度）。

○家族との情報共有の際には、コミュニケーション技法を使うことができる（技能、態度）。

○家族が代理で意思決定しなければならない場合、意思決定に必要な医療情報を、理解度に応じて、真摯な態度で、わかりやすく、理解できているか確認しながら、説明することの大切さを理解できる（技能）。

○患者の自律や選択を優先した意思決定が重要であることを家族に意識してもらうことができる（態度）。

○家族レジリエンスの概念を理解し、家族への教育的支援を行い、家族をエンパワーメントできる（知識、技能・態度）。

○必要に応じ、患者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できる（態度）。

○居住系施設の特性を理解したうえで患者および家族の療養の場の選択に対して助言できる。（技能）

○居住系施設において、家族だけでなく、他入居者や介護職員との関係性も考慮し、最適なケア方針の策

定に関して助言できる（医師・看護師：技能・態度）。

○居住系施設の専門職と連携し、施設に対する教育的支援ができる（技能・態度）。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・ 家族ケアの重要性についての理解
- ・ 在宅医療における家族ケアの要点の理解
- ・ 家族ケアの内容についての理解
- ・ 家族評価の内容についての理解
- ・ 家族による意思決定支援における留意点の認識

領域7：喪失、悲嘆、死別、看取りのケア

看取りも含めた在宅医療において、患者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、死別を扱うことはケアの一環として本質的に含まれるものである。大抵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るが、少数の人は悲嘆の中で困難や合併症を生じる危険がある。

死別期のケアにおいて、特に死別を経験する家族のケアは悲嘆のケアとして重要なものであり、関係する多職種は、そのことを十分認識しながら包括的ケアを提供することが必要である。

また、在宅医療の実践者は、関係する情報を提供し、全ての死別した家族を支援しつつも、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る。

領域7-1：喪失、悲嘆、死別のケア

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・短期間で急速に病状、ADLが悪化し、死を迎える
- ・病状、病状経過予測について事前に十分な説明を受けていない、あるいは理解していないことも少なくないため、死別の対応への準備（覚悟）が不十分であることが多い
- ・一般的に死別のケアやグリーフケアの必要性が理解されていない

【この領域で取得したい資質】

- 死別に関する情報を継続的に提供し、家族が死別に対応できるよう、看取りの全過程（前中後）にわたり、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（態度）。
- 患者とその家族の精神的健康状態と、健康危機への対応能力を認識し、患者とその家族が死別あるいは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（態度）。
- 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（知識、技能、態度）。
- 悲嘆は喪失に対する正常で適切な反応で、経験の仕方、からだ、こころ、暮らし、生き方、生きがい等に影響を及ぼすものであることを理解できる（態度）。
- 喪失や悲嘆に対する、個人のからだ、こころ、暮らし、生き方、生きがい等の影響は人によって幅があることを認識できる（態度）。
- 診断や予後に対する悲嘆の反応が正常か病的なのかを理解し、その反応に適切に対応できる（知識、技能、態度）。
- 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、家族は自ら立ち直る力（レジリエンス）をもっていることも認識できる（知識、態度）。
- 複雑性悲嘆（合併症状を有する悲観）について認識することができる（態度）。
- 複雑な死別のニーズを察し、適切な形で関与することの重要性を認識できる（知識、態度）。
- 悲嘆のケア（グリーフケア）の内容について知っている（知識）。
- 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（態度）。

○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（態度）。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・在宅医療における死別のケアの理解
- ・悲嘆について（正常の悲嘆反応、悲嘆の決定因子、悲嘆のプロセス）の理解
- ・複雑性悲嘆について（危険因子等）についての理解
- ・グリーフケアについての理解

領域7-2：人生最終段階のケア

人生の最終段階とは、正式な定義はないが、適切な治療を受けても回復する見込みがなく、死期が近いと判断された状態の期間を示すが、ここでは死別前1～2週間のケアについて取り扱う。人は誰もが死を迎え、現在では日本で暮らす多くの人が、「予期された死」を迎えるという事実在即して考えると、人生の最終段階は、人の一生においては、最も大事な人生の締めくくりの時間であり、物語られる人生においては最終章にあたる。

したがって、この時期を平穏で、尊厳が保たれた環境で過ごすこと、威厳と敬意に満ちた死を迎えることが望まれる。また、看取りは単なる死を確認する作業ではなく、死に逝く過程に寄り添いながら、人間の死や生の意味を学ぶ場でもある。

在宅医療において、このために基本的に必要なことは、関係する多職種協働チームが、患者とその家族の価値、意向、信条（信念）、文化、および宗教に留意して対応することである。また、看取りにおいては、患者、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る。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重要であり、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る。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・しばしば患者の自律が損なわれることが少なくない
- ・家族のケアが疎かになることが少なくない
- ・病状の進行が早く、迅速な対応が求められる
- ・事前の症状予測についての説明が重要である。

【求められる知識、技能、態度】

- 臨死期の患者のからだのつらさについて適切にマネジメントできる（医師・看護師：知識・技能、態度）。
- 患者および家族のつらさを評価し、適切なケアを提供できる。（知識・技能）
- 予測される軌跡や症状等の変化について説明し、看取りにかかわる多職種とケアの目標を共有しつつ、死別期のケアとケアマネジメントを支援できる（技能・態度）。
- 予期悲嘆は死別に際しその衝撃や悲嘆を和らげるために有用であることを理解できる（態度）。
- 看取りの場についての意思決定支援を行うことができる。（技能・態度）
- 家族の価値観、患者－家族間の関係性、ヘルスリテラシー等について適切に評価し、家族の思いに配慮した患者中心の意思決定支援ができることが重要であることを理解できる。（技能・態度）
- 家族の看取り準備と看取りを支援できる（技能）。
- 地域や家族が持っている看取りの文化について配慮し、その希望に沿った対応を行うことができる（態度）。
- 看取りにおいて、尊厳を重視し、本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（態度）。

○多職種協働チームの一員として、人生の最終段階における本人の病状と状況を確認しあい、連絡（情報共有）し、マネジメントすることができる（態度）。

○臨死期における、家族への看取りの指導（死を迎える時の兆候等についての説明を含む）、24 時間対応の応需体制の重要性を理解でき実践できる（態度）。

○臨死期における病状の継時的変化について家族に説明することができる（知識、技能、態度）

○死亡診断書と死体検案書の違いについて説明することができる（知識）。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・看取りの意義についての理解
- ・臨終期・臨死期における病状の継時的変化の説明の重要性の理解と実践
- ・臨終期・臨死期の家族ケアの内容の理解
- ・予期悲嘆についての理解
- ・家族への看取りの指導内容の理解と実践
- ・臨死期における各職種の役割の理解

領域8：在宅医療の倫理的側面

在宅医療の最終目標は、①QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の維持向上（最善化）と、②人間としての尊厳の重視、特に自律を尊重することである。この提示した二つの目標において、「人生の質の維持向上」と「人間としての尊厳の重視」はほぼ同じ理念であり、基本となるのは患者の「価値観」を認め尊重することである。

在宅医療の特徴は、暮らし（生活）および生き方（人生）に常に焦点をあてて支援を提供すること、そして、患者のニーズに沿ってケアプランが作成されることである。しかし、当然のこととして、提案される医療支援の内容は生命（こころとからだ）の質を重視した医療者の価値観に基づく治療やケアが主体となる傾向があり、また、介護職から提案される生活支援の内容は介護職の価値観に基づくものが多くなる。お互いの価値観が一致していれば多くの場合倫理的問題は生じないが、特に医療支援においては、お互いの価値観が一致しないことも少なくない。

このような場合に倫理的葛藤（問題）が出てくることとなり、在宅医療の現場では、また、特に病院医療から在宅医療に移行する時期には日常的に湧きあがる問題である。

したがって、在宅医療の実践者には日常診療において常に倫理的判断が求められていることを認識しなければならない。

基本的な態度として重要なことは、患者の価値観、ニーズ、希望を重視すること、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、などである。また、倫理的問題には国が定めた法的、規制上の問題が含まれ、これをしっかり認識することも重要である。

さらに、在宅医療においては、病状の経過に於いて、生命や生活、人生に重大な影響を及ぼす決断を迫られる場面が多く、その際には患者や家族の価値観、ニーズ、希望に沿った様々な選択肢が出され、患者あるいは家族が意思決定を行う場面も多い。多くの場合、患者にとって、あるいは代理決定を行う家族にとって、辛い意思決定となるが、患者、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）が行われることが必要である。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、患者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あるが、最も重視すべきことは患者の選択（自己決定）であり、人間としての尊厳を守ることである。そして、この話し合いを継続的に行き、時に事前指示の文章を記載するのは在宅医療チームの責務として認識すべきである。

鎮静については、在宅医療では、病院と異なり、実施されることは少ないものの、状況によっては必要となる場面もあり、その実施においては十分な倫理的検討をチームとして行う体制の構築が必要である。

【がん疾患における在宅医療の倫理的側面の留意点】

- ・患者に真実（病名、病状および病状経過等）が説明されていないことがしばしばある。
- ・アドバンス・ケア・プランニングにおいて患者の意思決定が困難なときがある（症状、認知機能、未告知など）。
- ・認知機能が低下しているとの判断で患者の意向が聴取されずに、家族等の意向が重視されるときがある。
- ・しばしば苦痛に対して、患者、家族、看護師などから積極的鎮静を求められることがある

【この領域で習得したい資質】

- 生命倫理および臨床倫理の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 患者の人権と尊厳、特に自律（自分のことは自分で決めること）は、どのような病状あるいは状況においても最大限に尊重されるべきであることを認識できる（態度）。
- 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（態度）。
- 「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」の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を理解し、実践できる（知識、態度）。
- 共同意思決定（Shared Decision Making）の内容とプロセスについて理解し、実践できる（知識、技能、態度）。
- 患者に意思決定に必要な医療情報を、理解度に応じて、真摯な態度で、わかりやすく、理解できているか確認しながら、説明することの大切さを理解できる（技能）。
- 患者の希望や意向を引き出すコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者の価値観を引き出すにはコミュニケーション力が必要であることを理解できる（技能）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者のナラティブ（物語）に焦点をあてた医療・ケアを提供することの大切さを理解できる（態度）。（再掲：コミュニケーション）
- 患者の、これまでの生き方や暮らし方がどのようなものであったかを問わず、その物語に敬意を払い、真摯に対応することの大切さを理解できる（態度）。
- 患者の自律や選択を優先した意思決定支援が必要であることを理解できる（技能・態度）。
- 患者の意思と周囲の考えが異なる場合、患者の意思を擁護し、患者主体の意思決定を貫くことができるよう支援することの重要性を理解できる。（技能・態度）
- 適切な診療、意思表示と選択の支援を通じて、患者および家族との信頼関係を構築できることを認識できる（態度）。
- 医療や療養の選択における倫理的葛藤について、適切に対処することの必要性を理解できる（技能・態度）。
- 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意思決定による事前指示を尊重することができる（態度）。
- 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（態度）。
- アドバンス・ケア・プランニングの内容と意義について理解し、対象となる患者および家族と、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（知識、技能、態度）。

○アドバンス・ケア・プランニングの話し合いにおいて、コミュニケーションスキルが重要であることを理解することができる（技能、態度）。

○在宅医療実践者の実務、（あるいは）役割として、患者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、持続的深い鎮静、安楽死の希望等）について、チームとして取り組むことができる（知識、態度）。

○持続的深い鎮静を行う要件について十分理解し、実施前に検討すべき内容についても理解し、実施にあたっては適切な方法で行うことの重要性を認識できる（医師：知識、技能、態度）。

【この領域で習得してほしい事柄】

- ・医療における4つの倫理原則の理解
- ・臨床倫理についての理解
- ・共有意思決定のプロセスについて理解
- ・ACPについての理解
- ・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についての理解
- ・「安楽死」の内容についての理解
- ・鎮静の分類と定義についての理解
- ・持続的深い鎮静を行う際の留意点についての理解

領域9：セルフマネジメント（自己啓発・セルフケア）およびケアする人のケア

継続的に専門性を磨いていくことは、通常、各々の職種の倫理綱領（あるいは職業倫理）に明示されている項目であり、臨床実践の不可欠な部分である。特に、在宅医療の分野においては、これまでの日本の医療概念を超えた実践（注釈*参考）が求められ、まだまだ未知の領域であること、また、提供される在宅医療の質に関する議論、質を保証する活動も始まったばかりであることなどから、在宅医療の実践者は、常に自己啓発が必要であり、己が提供する医療・ケアについて省察し、その質を向上させることが望まれている。

また、生命予後が限定され、最終的に死を迎える人々をケアすることが多いため、自分自身そして関係するスタッフのこころの負担は認識されるべきで、バーンアウト、共感疲労、道徳的苦悩（モラルディストレス）を防止するための方法、そして、レジリエンス（回復力）を強化する方法を常に意識して行動すること、事業者は、働く環境の整備の日常の業務として組み込まれていることが望まれる。

しかし、その一方で、様々な人々の価値観や人生観に触れることができ、学びの多い職場であることも確かである。

*参考 注釈： 日本の医療概念を超えた実践

日本の医療はこれまで病気を治すことを目標に実践されてきたこともあり、治らない病気や障がいに対して、どのような医療を行うかについての教育が行われてこなかった。しかし、在宅医療の対象者の多くは、治らない病気や障がいを持った人であり、さらに死に逝く人であるため、在宅医療の実践者はこれまでの医療で培った知識、技能を駆使しながら、新しい医療の概念である「支える医療」の模索を続けている。また、新しい医療の視点として生命よりも生活および人生に重点を置くことも、これまでの医療と大きな違いがあり、個人の生活および人生をとりまく環境への働きかけも必要な活動であることも、未知の取り組みと言える。

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

- ・実践のための知識や技能は標準化されていないことが多い
- ・個別性を重視されるため、個々の経験を他者に伝えることが重要
- ・在宅医療の現場だけでなく病院においても、がん疾患の進行に伴う症状の緩和ケアの知識および技能がまだまだ普及していない
- ・在宅医療の提供期間が非常に短く、病状は刻々変化するため、緊急対応も多く、常にストレスが多い状況である
- ・最終的に、利用者の死で終了することより、家族だけでなくケア提供者も死別に伴う悲嘆を感じる人が多い
- ・解決できない課題が多い

【この領域で取得したい資質】

- 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（態度）。
- 本人および家族の個性や多様性および刻々変わる病状や容態を常に念頭に置き、多職種で提供されているケアの具体的内容、提供の仕方、各職種の関わり方、方向性、共有する最終目標等について、評価を行いながら振りかえり、必要に応じて修正を加える姿勢が必要であることを理解できる。（態度）
- 本人および家族のケアニーズに応じることができるよう、また地域で求められる能力の開発や向上のため、知識、技能、態度に関して、自己学習や学会・研修会を通じて、自己研鑽に努める（態度）。

- 関係する学会等で、事例検討などの発表を行うよう努める（態度）。
- 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り、自分に、あるいはチームメンバーに情緒面での影響が及ぶ可能性があることを認識でき、その対応方法を知っている（技能、態度）。
- 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（知識、態度）。
- チームの中でほかの人の助けになる（態度）。
- 解決できない課題が多いことより、解決できないことを無理に解決するのではなく、解決できないことがあることを認める能力（ネガティブケイパビリティ）が必要であることを理解できる（態度）。
- 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（態度）。
- セルフケアできる職場環境について皆で話し合うことができる（態度）。

【この領域で習得して欲しい事柄】

- ・自己啓発の必要性についての理解と実践
- ・セルフケアの必要性についての理解と実践
- ・ストレス徴候の理解
- ・バーンアウト症候群、共感疲労、モラルディストレスという言葉の内容の理解
- ・レジリエンスの概念の理解
- ・ネガティブケイパビリティという言葉の理解
- ・自分およびスタッフに対するケアの具体的内容の理解と実践

2020 年度厚生労働省健康局委託事業

「がん患者の在宅医療に従事する医療従事者育成事業」

がん疾患在宅医療人材育成ワーキンググループ メンバー一覧

【委員】

蘆野 吉和	(医師) 山形県庄内保健所
安部 能成	(理学療法士) 千葉県立保健医療大学
井尾 和雄	(医師) 医療法人社団在和会 立川在宅ケアクリニック
石垣 泰則	(医師) 医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック
井上 大輔	(医師) 旭川大学保健福祉学部
太田 緑	(看護師) 一般社団法人緑の杜 みどりの風訪問看護ステーション
大谷 剛正	(医師) 興生会相模台病院
大友 宣	(医師) 医療法人財団 老蘇会 静明館診療所
川越 正平	(医師) あおぞら診療所
木下 朋雄	(医師) 曙光会 コンフォガーデンクリニック
木村 幸博	(医師) もりおか往診クリニック
日下部 明彦	(医師) 横浜市立大学 医学部医学科
串田 一樹	(薬剤師) 昭和薬科大学
齊藤 洋司	(医師) 島根大学医学部麻酔科
荘司 輝昭	(医師) 医) 在和会立川在宅ケアクリニック
白髭 豊	(医師) 医療法人 白髭内科医院
白石 好	(医師) 医療法人泰平会 しまだ城西クリニック
白山 宏人	(医師) 医療法人拓海会大阪北ホームケアクリニック
城谷 典保	(医師) 新横浜在宅クリニック
新屋 洋平	(医師) 医療法人沖繩徳洲会 中部徳洲会病院
杉本 由佳	(医師) すぎもと在宅医療クリニック
鈴木 央	(医師) 鈴木内科医院
高砂 裕子	(看護師) 一般社団法人南区医師会 訪問看護ステーション
高橋 慶一	(医師) がん・感染症センター都立駒込病院
谷水 正人	(医師) 国立病院四国がんセンター
高田 靖	(医師) 高田歯科医院
茅根 義和	(医師) 大森赤十字病院 訪問診療部
塚田 邦夫	(医師) 高岡駅南クリニック
鶴岡 優子	(医師) つるかめ診療所
土屋 淳郎	(医師) 医療法人社団創成会 土屋医院

中島 孝 (医師) 独立行政法人国立病院機構
平原 佐斗司 (医師) 東京ふれあい医療生協 梶原診療所
片見 明美 (看護師) 公益社団法人 栃木県看護協会
丸山 道生 (医師) 医療法人財団緑秀会 田無病院
満岡 聡 (医師) 満岡内科クリニック
望月 弘彦 (医師) 相模女子大学
谷亀 光則 (医師) 医療法人社団松和会
山口 佳之 (医師) 川崎医科大学・臨床腫瘍学
吉澤 明孝 (医師) 医療法人社団和顔会 要町ホームケアクリニック
渡辺 邦彦 (医師) 在宅ほすぴす

【外部委員 (有識者)】

秋山 正子 (看護師) 株式会社ケアーズ
伊東 俊雅 (薬剤師) 東京女子医科大学東医療センター：日本緩和医療薬学会
大石 春美 (MSW) 医療法人心の郷 穂波の郷クリニック
加藤 雅志 (医師) 国立がん研究センターがん対策情報センター
川口美喜子 (管理栄養士) 大妻女子大学家政学部
塩川 満 (薬剤師) 聖隷横浜病院：日本緩和医療薬学会
坂本 岳志 (薬剤師) あけぼの薬局：日本緩和医療薬学会
白石 丈也 (薬剤師) けや木薬局：日本緩和医療薬学会
田中 弥生 (管理栄養士) 関東学院大学
西出 真悟 (MSW) オレンジホームケアクリニック
浜野 淳 (医師) 筑波大学医学医療系：日本緩和医療学会
水間 正澄 (医師) 医療法人社団輝生会：日本生活期リハビリテーション医学会