

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

【この領域で収得したい資質】

○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

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-1 総論・経済的支援



領域5 QOLの最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-1 総論・経済的支援

QOLの概念について

【Quality of Life】

■ Life（生命）の質

からだやこころのつらさがないこと
からだやこころが快適なこと

■ Life（生活）の質

暮らしづらさの改善
これまでの暮らしの継続

➡ 「・・・したい」
を支える援助

■ Life（人生）の質

生きづらさの改善
生きがいがある



・この領域ではQOLの二つ目の要素である生活の質の維持向上について説明する。

・がんが進行することで生ずる暮らしづらさを改善する、あるいは様々な障害を持ちながらもこれまでの暮らしを続けるための支援、平易な言葉でいうと、「・・・したい」を支える援助について解説する。

ソーシャルワークの捉える Life の3層性と医療と福祉の視点



参考 田中千枝子 保健医療ソーシャルワーク論 勁草書房 2008 p15



・がん疾患患者の暮らしを支える調整役としてソーシャルワーカーがいる。

・ソーシャルワーカーは、生物学的いのちとしての「生命」と、物語られるいのちとしての「人生」のいのちの二重の見方（清水哲郎）に加えて、ソーシャルワークの「生命」「生活」「人生」のLifeの3層それぞれの視点からも意思決定の局面を捉える。

（緩和ケアにおけるソーシャルワークの手引きより 参照）

がん患者の暮らしづらさの要因

- ① 経済的問題
- ② 介護の問題
- ③ ADL（特に移動）・居住環境の問題
- ④ 食の問題
- ⑤ 家族関係



【がん患者の暮らしづらさの要因】

・病状が進行したがん患者および家族の暮らしの中で特に問題となることとして、暮らしで必要なお金の問題、介護が必要となること、日常生活活動度が低下すること、特に移動が困難になること、このための居住環境の整備の問題、食事が食べられなくなること、そして家族関係などがある。

がん患者の暮らしへの支援内容

- ① 経済的問題 ← 経済的支援制度の紹介
- ② 介護の問題 ← ケアマネジメント
- ③ ADL(特に移動)の問題 ←
居住環境の問題 ← リハビリテーション
- ④ 食の問題 ← 食支援
- ⑤ 家族関係 ← 家族のケア(領域7)



支援を行う際の留意事項

- ・あくまで患者あるいは家族のニーズに応じた支援を行う
- ・希望しないことは行わない
- ・あくまでも自立を尊重する
- ・あくまでも自律を尊重する
- ・患者および家族の価値観を尊重する
- ・家族の風習、文化、宗教等に敬意を払う
- ・地域の様々な支援組織(リソース)に支援を呼びかける



在宅がん患者の暮らしを支える際の課題

- ① 支援期間が短い
 - ・ 支援のための準備期間が短い
- ② 支援内容は病気の進行状況によって刻々変わる
- ③ 特殊なケースも少なくない
 - ・ 一人暮らしの人への支援
 - ・ 若い人への支援



【がん患者の暮らしへの支援内容】

・これらの問題に対し、経済的問題では、様々な支援制度などについて治療を受けている病院や在宅医療を実施している診療所等のソーシャルワーカーより説明を受けることができる。

・介護の問題は、できるだけ早期にケアマネジャーを導入し、ケアマネジメントしてもらうことが必要。

・ADLが困難となるのは、下肢筋力低下(サルコペニア)が主因と思われるため、がん治療を受けている時点においても、在宅医療に移行した時もリハビリテーションの支援が重要。移動がさらに困難となった場合には居住環境の整備や居住環境にあわせたリハビリテーションの指導が必要となる。

・食の問題は、「食支援」と呼ばれる管理栄養士を交えた栄養ケアチームの活動が期待できる。

・家族関係は暮らしの快適さに大きな影響を及ぼすが、これは家族のケアの領域で解説する。

【支援を行う際の留意事項】

・支援を行う際には、患者や家族のニーズをうまく聞き出し、そのニーズの中から実行可能なものから実行することが大切。

・さらに**残存機能を活用して**、自分でできることは時間がかかっても自分で行えるような支援を行うことが肝心。

・また、自分のことを自分で決められるよう支援する。

・患者および家族の持っている価値観を批判することなく受け入れ、家族の独特の風習や文化も受け入れる寛容さも大事。

・また、地域には様々な支援団体があり、必要に応じて協力を呼びかけることも念頭に置くことも必要。

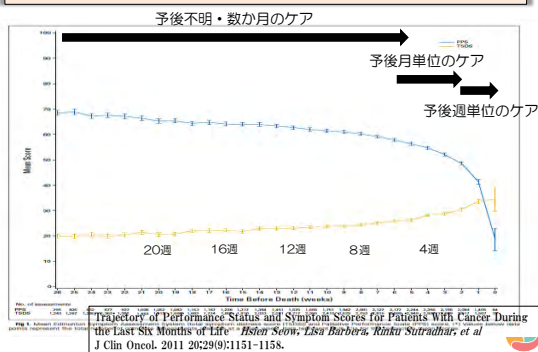
【在宅がん患者の暮らしを支える際の課題】

・一方、実際に、支援を行う際にはいくつかの課題がある。

・一つは病状がかなり悪化してから在宅医療に移行する人も多いため、その準備期間も短く、また、暮らしを楽しむ時間が少ないこと。それでも、自宅等に帰ってきて、「家はいいな」と、これまでの自分の暮らしが続いていることを実感している人も少なくない。したがって、時間が少ない中での支援も重要である。

・二つ目は、がん疾患では、病状の進行に伴ってADLが悪化し、特に1~3か月で急速に悪化し、死の転帰をとることが知られており、それに伴って支援の内容が刻々変わる。特に、リハビリテーションおよび食支援の内容は大きく変わるため、今回、予後不明・予後数か月、予後月単位、予後週単位に分けて支援について解説する。

進行がんにおける日常生活活動度（ADL）の経過



【進行がんにおける日常生活活動度（ADL）の経過】

・これはがん疾患の進行に伴う日常生活活動度の変化を示したものである。がんの性質によって多少違うが、死亡前1〜2か月で活動度が急激に低下することが示されている。

経済的支援

経済的支援

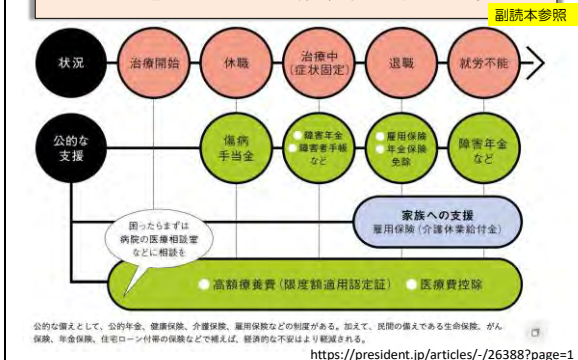


在宅医療におけるソーシャルワーカーの役割



・この図は、在宅医療に携わるMSWの役割を示した図である。患者さんや家族に対する直接的な支援はもちろんのこと、地域の事業所との連携や地域住民への教育、地域資源の創設といった所を見据えて活動している。在宅がん患者さん1例1例が明日の地域を作っていく1例になることをイメージした活動が重要になる。

がん疾患における支援制度の流れを掴む



【がん疾患における支援制度の流れ】

・がん疾患における社会保障の公的な支援としては状況に応じてスライドのような支援制度がある。これらの制度については、病院通院中に医療相談室に相談すると教えてくれる。

がん疾患における支援制度 1/2 (利用できる制度と相談窓口)		
相談内容	利用できる制度	相談窓口
病状のこと、治療や療養のこと、お金の制度のことなど	ご利用いただける制度などについて、一緒に考え、ご紹介します。	「がん相談支援センター」 
1. 医療費の負担を軽減する公的制度		
医療費の払い戻しを受けた	高額療養費制度	加入している公的医療保険(健康保険組合・協会けんぽ・国民健康保険・後期高齢者医療制度)の窓口
税金の還付を受けたい	医療費控除	住所地管轄の税務署
2. 介護保険		
介護が必要となる可能性がある	介護保険制度 (訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具レンタルなど)	市区町村の介護保険担当窓口、地域包括支援センター

【がん疾患における支援制度(利用できる制度と相談窓口)】

・がん疾患で利用できる制度は、医療費負担軽減では、高額療養制度、医療費控除、介護保険では介護保険制度。

がん疾患における支援制度 2/2 (利用できる制度と相談窓口)		
相談内容	利用できる制度	相談窓口
3. 生活費などの助成や給付など		
休職を検討したい	傷病手当金	会社担当者、協会けんぽ、健康保険組合など
生活や仕事などが制限される可能性がある	障害年金・障害手当金(一時金)	年金事務所、年金相談センター、市区町村の国民年金担当窓口
がんの治療で障害(例:人工肛門など)が残る可能性がある	身体障害者手帳	市区町村の国民年金担当窓口
生活が苦しい生活にかかる経済的支援を受けたい	生活福祉資金貸付制度 生活保護制度	市区町村の社会福祉協議会 住所地管轄の福祉事務所
4. 民間保険		
保障の内容を確認したい、給付金などを受け取りたい	給付金、各種特約	加入している保険会社の担当者、窓口、コールセンターなど
国立がん研究センターがん情報サービス https://ganjoho.jp/public/support/backup/finance.html		

・生活費助成や給付などでは、傷病手当、障害年金等、身障者手帳、生活福祉資金貸与制度、生活保護制度
・そして民間保険がある。

がんに関する困りごとの例と相談先		
困りごとや希望	利用できる可能性 がある公的制度	相談先
医療費の負担が重い	高額療養費制度 (所得制限適用認定)	公的医療保険の窓口 【自営業】市区町村の国民健康保険課など
休職した	傷病手当金 (健康保険)	【会社員】協会けんぽ、健康保険組合など
失業した	基本手当(雇用保険)	住所地管轄のハローワーク
医療費などを借りたい	生活福祉資金 貸付制度	市区町村の社会福祉協議会
がんで障害が残った	障害年金 身体障害者手帳	【会社員】年金事務所 【自営業】市区町村の国民年金課など
生活に困窮した	生活保護制度	市区町村の福祉窓口、福祉事務所
税金の還付を受けたい	医療費控除	住所地管轄の税務署
とにかく相談したい → 通院中の病院、がん診療連携拠点病院の がん相談支援センターなど https://www.sankei.com/life/photos/180614/lif1806140007-p2.html		

これは同様に、困りごとや希望内容に応じた相談先をまとめた。

高額療養費制度(70歳未満)	
所得区分	ひと月あたりの 自己負担限度額(円)
年収約1,160万円～ 健保: 標準83万円以上 国保: 年間所得901万円超	252,600+ (医療費-842,000)×1% <多数回該当: 140,100>
年収約770～約1,160万円 健保: 標準53万～79万円 国保: 年間所得600万～901万円	167,400+ (医療費-553,000)×1% <多数回該当: 93,000>
年収約370～約770万円 健保: 標準28万～50万円 国保: 年間所得210万～600万円	80,100+ (医療費-267,000)×1% <多数回該当: 44,400>
～年収約370万円 健保: 標準26万円以下 国保: 年間所得210万円以下	57,600 <多数回該当: 44,400>
住民税非課税者	35,400 <多数回該当: 24,600>

【高額療養費制度】

・70歳以下の高額療養費制度での自己負担限度額である。

高額療養費制度（70歳以上）

<70歳以上の方の上限額（平成30年8月診療分から）>

現役 並み	適用区分	外来(個人ごと)	ひと月の上限額(世帯ごと)
現役 並み	年収約1,160万円～ 標準63万円以上/課税所得690万円以上	252,600円+(医療費-842,000)×1%	
	年収約770万円～約1,160万円 標準53万円以上/課税所得380万円以上	167,400円+(医療費-558,000)×1%	
	年収約370万円～約770万円 標準26万円以上/課税所得145万円以上	80,100円+(医療費-267,000)×1%	
	年収156万円～約370万円 標準26万円以下 課税所得145万円未満等	18,000円 (年14万4千円)	57,600円
非 住 民 税 等	Ⅱ 住民税非課税世帯		24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年収入80万円以下など)	8,000円	15,000円

注 1つの医療機関等での自己負担(既外処方代を含みます。)では上限額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担を合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf>

・70歳以上での高額療養費の自己負担限度額。

その他の公的支援制度

- ・ 限度額適用認定・標準負担額減額認定証
- ・ 高額医療・高額介護合算療養費制度
- ・ 医療費控除
- ・ 自治体が行っているがん先進医療に対する経済的支援策
- ・ その他

【その他の公的支援制度】

・その他に表に示す支援制度がある。

民間生命保険の活用 (リビング・ニーズ特約)



<https://hoken.kakaku.com/insurance/gla/select/livingneeds/>

【民間生命保険の活用】

・民間生命保険の中にはリビングニーズ特約がある。

民間生命保険の活用 (リビング・ニーズ特約)

リビングニーズ特約とは、余命6か月以内と判断された場合に、本来は亡くなったときに支払われる死亡保険金の一部または全部を生前に受け取ることができる特約。この特約によって生前に受け取った給付金は、医療費のほかにも自由に使うことができる

各保険会社所定の診断書様式に沿って、主治医より余命6か月以内と判断されている旨の記載が必要

・余命6ヶ月との診断書により死亡保険金を生前に受けとることができる特別契約。

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-2 介護支援・地域リソース



5-3-2 介護支援・地域リソース

介護関係職の役割（ホームヘルパー）

- ・ホームヘルパー（訪問介護員）は研修を修了することによって資格を取得できる。特に受講資格は定められていない
- ・その役割は、老衰や心身の障害などの理由により、日常生活に支障のある高齢者や障害者の家庭での、家事サービス（生活援助）、身体介護を提供する（身体介護）、通院などのための乗車・降車の介助（通院介助）など
- ・また、介護のプロとして、療養者や家族に生活上のアドバイスや精神的なサポートを提供する



【介護関係職の役割：ホームヘルパー】

- ・主な介護関係職としてホームヘルパー、介護福祉士、介護支援専門員などの専門職がある。
- ・ホームヘルパーは研修を修了することで資格を取得できる。その役割は、生活援助、身体介護、および通院介助などである。
- ・また、介護の専門職として生活上のアドバイスなどを行う。在宅介護の専門職の中で最も長い時間、療養者や家族と接している職種である。そのため、生活の様子や患者・家族の思い等についても情報を持っていることが多い。

介護関係職の役割（介護福祉士）

- ・介護福祉士は、「社会福祉士及び介護福祉士法」に基づく名称独占の国家資格
- ・介護の専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上的の障害があり、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、介護に関する指導を行う
- ・別名「ケアワーカー」とも呼ばれ、ケアプランをもとに、個別介護計画をたて、現場の責任者として現場を仕切る役割や、介護者に対して介護の指導を行うこともできる



【介護関係職の役割：介護福祉士】

- ・介護福祉士は、国家資格。
- ・その役割は、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上的の障害があり、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、介護に関する指導を行う。
- ・別名「ケアワーカー」とも呼ばれ、ケアマネジャーが作成したケアプランをもとに、個別介護計画をたて、現場の責任者として現場を仕切る役割や、介護者に対して介護の指導を行うこともできる。

介護関係職の役割（介護支援専門員）

- ・介護支援専門員は、「介護保険法」に規定された専門職で、居宅介護支援事業所や介護保険施設に配置とされている職種で、一般にケアマネジャーと呼ばれている
- ・その役割は、要介護者又は要支援者が介護保険サービスを利用する際に必要なケアプランの作成、介護給付費の管理、利用者とサービス事業者等との連絡調整等



【介護関係職の役割：介護支援専門員】

- ・介護支援専門員は、「介護保険法」に規定された専門職で、居宅介護支援事業所や介護保険施設に配置とされている職種で、一般にケアマネジャーと呼ばれている。
- ・その役割は、要介護者又は要支援者が介護保険サービスを利用する際に必要なケアプランの作成、介護給付費の管理、利用者とサービス事業者等との連絡調整等である。

がん患者におけるケアマネジメントの特徴

病状が刻々変わる

経過が早いことが多い

癌末期は医療保険となり、訪問看護および訪問リハビリテーション（訪問看護ST）は医療保険で頻回な訪問が可能

土日でも対応可能な薬局や24時間対応可能な訪問薬剤管理指導をする薬局との連携も必要



【がん患者におけるケアマネジメントの特徴】

- ・がん患者の在宅医療の実施にあたっては、ケアマネジャーが最初に関わる事が多いため、密に情報共有をする。
- ・そのケアマネジメントにおける特徴を示す。
- ・病状の刻々と変わること、経過が早いことが多く、医療的知識が少ない介護職やケアマネジャーと経過や予測される状況を随時共有し、状態に合わせた介護やサービス調整が必要となる。
- ・訪問看護や訪問薬剤管理指導などのサービスも必要で、がん末期は訪問看護や訪問看護ステーションからの訪問リハビリが医療保険となり、医療保険で頻回な訪問が可能となる。
- ・また、医療用麻薬など薬の調整が適宜必要になることが多いため、土日でも対応可能な薬局の調整や24時間対応可能な訪問薬剤管理指導をする薬局とも上手に連携するとよい。

介護支援のポイント

- ・人間としての尊厳を守る（自立・自律支援）
- ・家族のケアの支援
- ・ケアする人のケア
- ・生活や人生に焦点をあてる（したいを叶える）
- ・在宅医療チームでの目標共有
- ・在宅医療チームでの情報共有



【介護支援のポイント】

- ・介護支援のポイントを示す。
- ・日常生活動作において支援が必要となることが多くなるが、自分でできるうちは、ご自身でできるように支援する。また、ご自分のことを自分で決めることができるよう支援する。
- ・介護家族がいる時は、家族に介護の仕方を伝授するようなケアプランを立てる
- ・介護者をケアすることは重要なポイントである。
- ・患者がどのように暮らしたいのか、残された時間でどのようなことをしたいのか、やり残したことはないのか等、一緒に考えていくことが大事。
- ・患者のこれからの生活や人生に関する思いを在宅医療チームで共有する。
- ・関わる事業者間での情報共有を徹底してゆくことも大事。

要介護認定の手続きの流れ

副読本参照



<https://www.minnanokaigo.com/guide/care-insurance/application/>



【要介護認定の手続きの流れ】

- ・ここでは、要介護認定の流れを示している。
- ・患者や家族が市町村に要介護認定の申請を行う。そこで、がん疾患の場合は早めに訪問調査が行われ、一方で主治医意見書が主治医に送られ、その意見書を参考にして、保健医療福祉に関する学識経験者によって構成される合議体の介護認定審査会が開催され、要介護度が決定される。がん患者で介護必要度が低い場合でも、介護度が出る場合がある。

がん患者の要介護認定に関する留意点

- ・病状が急に変化するため、早いタイミングで申請を行う
- ・介護保険による環境調整は申請と同時にを行う
- ・特殊寝台（3モーター必須）、床ずれ防止用具等はある程度動ける状態であっても早めの調整を行う
- ・訪問入浴・訪問看護・訪問介護は状態が不安定になった時でもサービス提供出来る事業所を調整する。
- ・がん患者に対してのマネジメントに慣れている介護支援専門員に受任調整を行う
- ・病状が不安定になった際にサービス調整等にバタバタしない様に未来を見据えて調整を図る。
- ・主治医と連携を密に行う



【がん患者の要介護認定での留意点】

- ・がん患者では、急激な病状変化があることから早いタイミングでの介護保険申請を行い、できるだけ早く介護サービスの導入が必要になる。
 - ・具体的には、環境調整は申請と同時に調整を行い、例外給付（要支援1・2、要介護1においても保険給付適用）も活用、ある程度動ける状態であっても特殊寝台（3モーター必須）、床ずれ防止用具の活用も早めに調整する。
 - ・その他、訪問入浴・訪問看護・訪問介護は状態が不安定になった時でもサービス提供出来る事業所を調整する、癌患者に対してのマネジメントに慣れている介護支援専門員に受任調整を行う、病状が不安定になった際にサービス調整等にバタバタしない様に未来を見据えて調整を図ることなどが重要。
- *主治医と連携を密に行う。

がん患者の要支援認定における留意点

要支援者及び要介護1の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっている。ただし、**要支援者及び要介護1の者であっても、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となること**が確実に見込まれる者については、**市町村の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができる**。なお、判断にあたっては、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である。



- ・これは要支援の場合の例外給付に関する記述である。

要介護認定

第1号保険者：

65歳以上の公的介護の必要な人

第2号保険者：

40歳以上65歳未満の公的介護の必要な人で**特定疾病**と認定される人



【要介護認定】

- ・がん疾患は特定疾病となっているため、65歳以下でも要介護認定を受けることができる。

特定疾病とは

介護保険での特定疾病とは老化によって引き起こされるものとして定められています。

- ①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）
- | | |
|-------------------------------|------------|
| ②関節リウマチ | ③筋萎縮性側索硬化症 |
| ④後縦靱帯骨化症 | ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 |
| ⑥初老期における認知症 | |
| ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | |
- 【パーキンソン病関連疾患】
- | | |
|-----------------------------|-----------|
| ⑧脊髄小脳変性症 | ⑨腎臓管狭窄症 |
| ⑩早老症 | ⑪多系統萎縮症 |
| ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | |
| ⑬脳血管疾患 | ⑭閉塞性動脈硬化症 |
| ⑮慢性閉塞性肺疾患 | |
| ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | |

副読本参照

※「がん末期」という文言が削除されました。（2019年2月）

●厚生労働省より <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>



【特定疾病】

・これが65歳以下でも介護保険が適応される16の特定疾患である。

要介護認定における「末期がん」患者への対応

▼保険者（市町村）が必要と認めた場合、申請から認定までの段階でも「暫定ケアプラン」を作成して、介護サービス提供を開始できる

▼サービス利用に急を要する場合には、迅速な要介護認定を実施する（申請日中に認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で2次判定を行うなど）

▼入院段階から医療機関とケアマネジャーが連携し、退院後、切れ目のないサービス提供を行う

▼65歳未満のがん患者では、主治医意見書に特定疾病の名称として「がん」と記載。

▼主治医意見書は迅速に記載する。



・特にがんが進行している場合には、急いで介護サービスを導入する必要があるため、「暫定ケアプラン」を作成して、認定前にも介護サービスの提供ができる。

・そのためにも、主治医意見書は早めに記載することが肝心。

主治医意見書の書き方

・診断名：「〇〇がん」と記載 必ずしも「末期がん」と書く必要はない

・特記事項
状態が急速に悪化する可能性があること
福祉用具の例外給付が必要
・・・などを記載



【主治医意見書の書き方】

・第2号保険者の申請では、主治医意見書に、以前には「末期がん」という記載が必要だったが、現在は記載しなくてもいいこととなっている。

・その他、要支援Ⅰ～要介護Ⅰにおいて福祉用具の例外給付や入浴サービスが受けられるためには、特記事項にその旨記載しておくことが重要。

申請時の「がん」記載について

1 特定疾病の名称の記入について

特定疾病の名称の記入に当たっては「がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）」、「末期がん」又は「がん末期」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えありません。

2 特定疾病の確認について

申請書に「がん」とだけ記載した方に特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかを留めるなど、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。なお、特定疾病に該当するかについては、介護認定審査会における審査及び判定に基づき判断するものであり、必ずしも、要介護認定等の申請を受理する時点において、特定疾病に該当するかどうかを申請者に確認する必要はありません。

●厚生労働省より <https://www.mhlw.go.jp/content/000480885.pdf>



・これが、末期がんと書かないでもいいという通達内容。

がん患者の要支援認定における留意点

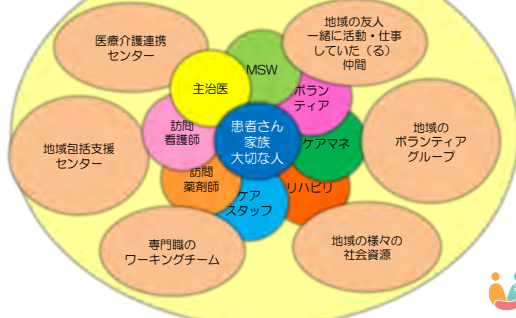
区分変更申請について・・・末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合がある。したがって、末期がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われる必要がある。



・病気の進行に伴い急激にADLが低下し、介護が必要な状態になることを見通して、介護度の見直しを速やかに行うようにとの通達がある。

がん患者および家族の暮らしを支える地域のリソースとは

『人とつながりながら自分で決める』を支える地域づくり



【がん患者および家族の暮らしを支える地域のリソース】

・がん患者および家族の暮らしを支える地域リソースをよく知り、患者さんのニーズに合わせたコーディネートをしていくことが必要。

社会的処方

■従来の医療の枠組みでは対処が難しい問題に対し、薬ではなく「地域での人のつながり」を処方する

■社会的処方とは、社会的、心理的、そして身体的な問題を抱えている患者が、ボランティアや他の分野で提供される幅広い地域の介入やサービスにアクセスする機会を提供する

■社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が（時にボランティア・コミュニティセクターによって提供されるサービスを使いながら）、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー（link worker）に紹介できるようにする手段。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする



【社会的処方】

・このような地域リソースをうまく使うことも在宅医に求められる資質の一つ。

・ここでは、「社会的処方」という言葉を覚えてもらいたい。

・医師が、従来の医療の枠組みでは対処が難しい問題に対し、薬ではなく「地域での人のつながり」を処方することを、「社会的処方」と呼んでいる。

暮らしを支える地域リソースの例



・例えば、がん疾患では「マギーズ東京」という相談支援センターがあり、地域リソースの紹介も行っている。

・同様の相談室として「暮らしの保健室」がある。



暮らしを支える地域のリソース

「がん相談支援センター」

1. 全国に設置された、がんの相談窓口 2. どなたでも無料で利用できます
3. どんなことでもご相談ください 4. 「がん相談支援センター」の探し方

1. 全国に設置された、がんの相談窓口

「がん相談支援センター」は、全国の「がん診療連携拠点病院」や「小児がん拠点病院」「地域がん診療病院」に設置されている、がんに関するご相談の窓口です。

これらの病院は、全国どこにお住まいでも質の高いがんの医療が受けられるように、厚生労働大臣が指定した施設です。指定された施設は、治療の内容や設備、がんに関する情報提供などについて、一定の基準を満たしています。

全国の「がん診療連携拠点病院」などについては、**「[がん診療連携拠点病院などを探す](#)」**をご参照ください。

「がん相談支援センター」のロゴマーク



地域包括ケアシステム

- ① 国勢の推移が75歳以上を62.05年を目途に、健康な高齢者・介護付を分け仕立てられた地域で自分らしい人生の最後まで暮らせることにより、医療・介護・住まい・生活支援が一体的に提供される地域化型ケアシステムの構築が実現しています。
- ② 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるために、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- ③ 国勢の推移が75歳以上の増加を予測する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村等、高齢化の進捗状況には大きな地域差があります。
- ④ 地域包括ケアシステムは、保健者等の市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げることが必要です。



地域共生社会

地域共生社会とは、社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『割割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつたがることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。



【地域包括ケアシステム】

・現在、全国で地域包括ケアシステム構築の取り組みが行われているが、その中核となるのが在宅医療における医療介護連携事業であり、在宅医はその構築に大きな役割を果たすものと期待されている。

【地域共生社会】

・そして、このシステム構築により作られる21世紀型の地域社会が「地域共生社会」である。

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-3 生活期リハビリテーション

（医師の立場から）



領域5 QOLの最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-3 生活期リハビリテーション

（医師の立場から）

リハビリテーションとは

【リハビリテーションの語源】

ラテン語：re(再び)+habilis(適する)



【リハビリテーションの目的】

- ・単なる機能回復ではない
- ・障害にかかわらず、「人間らしく生きる権利の回復」
「自分らしく生きること」

リハビリテーションは、
この目的のために行われる活動や考え方



【リハビリテーションの目的】

・リハビリテーションはラテン語で、re(再び)+habilis(適する)から成り立っている。リハビリテーションは単なる機能回復ではなく、障害にかかわらず「人間らしく生きる権利の回復」や「自分らしく生きること」が重要とされており、そのために行われる技術や支援など、すべての活動や考え方のことを指す。わが国では「全人的復権」と評されている。

進行がん患者におけるリハビリテーションの意義 1/1

- ・進行したがん疾患では、がんの進行あるいはがん治療の副作用による、心身機能、運動機能の障害、活動性や社会参加の低下を来し、本人が期待している、自立した暮らしが徐々にできなくなることが予測される。
- ・また、がん治療に伴う、全身倦怠感や食欲不振はサルコペニアの誘因となり、治療効果にも影響する。



【進行がん患者におけるリハビリテーションの意義】

- ・がん疾患では、がんの進行あるいはがん治療の副作用による、心身機能、運動機能の障害、活動性や社会参加の低下を来し、本人が期待している、自立した暮らしが徐々にできなくなることが予測される。
- ・また、栄養状態が悪くなり、筋肉が少なくなると治療効果にも影響が出るといわれている。

進行がん患者におけるリハビリテーション医療の意義 2/2

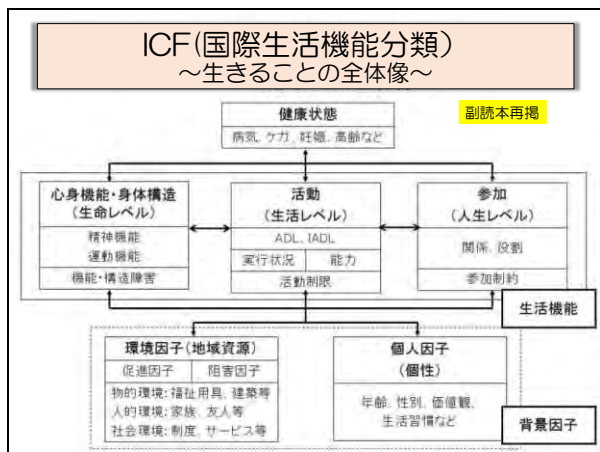
- ・このため、治療中においても、あるいは在宅医療に移行してからも、望む暮らしを継続するためには、病状や希望に応じたきめ細かなリハビリテーション指導を受けられる体制が必要である。
- ・通院し、外来治療を受けている患者では、治療中の栄養不足や運動不足を防止するための運動療法の指導や食支援が本来治療機関で行われるべきであるが、時間的な問題や人員不足より、行われないことが多いのが実情である。
- ・このため、かかりつけ医は、病状に応じた自立した暮らしを念頭において、ICFおよび「生活期リハビリテーション医療」の概念を理解し、必要に応じて、専門職の介入を指示できることが望ましい。



・このため、治療中においても、在宅医療に移行してからも、患者の望む暮らしを継続するためには、病状や希望に応じたきめ細かなリハビリテーションの指導を受けられる体制が必要である。

・通院し、外来治療を受けている患者には、治療中の栄養不足や運動不足を防止するための運動療法の指導や食支援が本来治療機関で行われるべきだが、時間的な問題や人員不足により、行われないことが多いのが実情である。

・このため、かかりつけ医は、病状に応じた自立した暮らしを念頭において、ICFおよび「生活期リハビリテーション」の概念を理解し、必要に応じて、専門職の介入を指示できることが望ましいと考える。



【ICFの概念】

・最初にICFの概念を説明。

・ICFの最大の特徴は、個人の生活機能はその人の健康状態だけで決まるものではなく、社会と個人の背景因子との双方向的な相互作用によって決まるものであるとしたこと。さらに大きな特徴は分類を(1)生活機能、(2)背景因子の2部門に大別し、(1)生活機能を①心身機能と身体構造、②活動、③参加の3構成要素に分け、(2)背景因子として、環境因子と個人因子の2構成要素を掲げたことである。

・QOLを向上させるためには、生命レベル、生活レベル、そして人生レベルの阻害因子を評価し、また、環境因子である地域資源の評価および価値観や生活習慣などの個人因子を念頭において、バランスのとれた支援が必要であることをこの表は示している。

【ICFの概念に基づく医療】

・リハビリテーション医療はICFの概念に基づき、「機能回復」を通じて障害を克服し、「活動」を育み、「参加」に繋げることを目指す医療である。

・がん緩和ケアを含む在宅医療の目標はQOL(Quality of Life)の維持・向上であるが、リハビリテーション医療はそのLifeの持つ3つの意味すなわち「生命」「生活」「生きがい」に対しアプローチする。

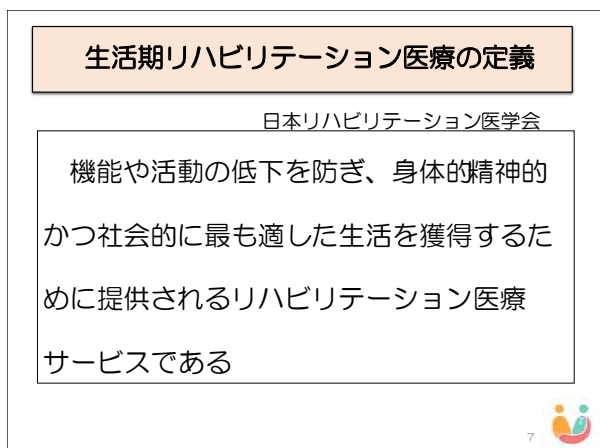
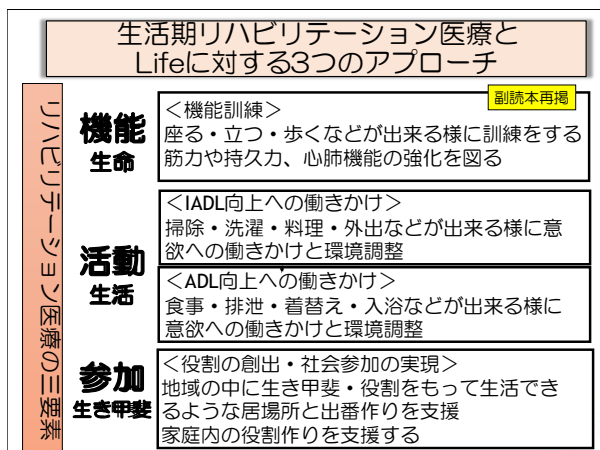
・機能回復に対しては機能訓練を通じ、筋力や持久力、心肺機能の強化を図り、座る・立つ・歩くなどの身体機能の訓練を行う。

・活動をはぐくむために、基本生活機能訓練として食事・排泄・着替え・入浴などが出来る様に意欲への働きかけと環境調整を行い、手段的生活機能訓練として掃除・洗濯・料理・外出などが出来る様に意欲への働きかけと環境調整をおこなう。

・家庭や地域の中で役割を演じ、社会参加を実現するために、地域の中に生き甲斐・役割をもって生活できるような居場所と出番作りや家庭内の役割作りを支援する。

【生活期リハビリテーション医療の定義】

・日本リハビリテーション医学会は、生活期リハビリテーションを「機能や活動の低下を防ぎ、身体的精神的かつ社会的に最も適した生活を獲得するために提供されるリハビリテーション医療サービスである」と定義している。



生活期リハビリテーション医療の機能（目的）

■ソフトランディング機能

☞ 退院後の在宅生活の安定化支援

■メンテナンス機能

☞ 在宅生活の継続支援

■QOL支援機能

☞ その人らしい生活の再構築と援助

■人としての尊厳を全うする事を援助する機能

☞ 介護期・終末期へのリハビリ対応

8



【生活期リハビリテーション医療の機能（目的）】

・生活期リハビリテーションには、ソフトランディング機能、メンテナンス機能、QOL支援機能、人としての尊厳を全うする事を援助する機能といった4つの機能がある。

・ソフトランディング機能は退院後の在宅生活の安定化を支援すること。

・メンテナンス機能は、在宅生活の継続を支援すること。

・QOL支援機能は、その人らしい生活の再構築と援助すること。

・そして、人としての尊厳を全うする事を援助する機能は、介護期・終末期においてリハビリ対応を行い、様々な疾患からくる苦痛を緩和すること。

・いずれも在宅療養するがん患者にとって、外来診療としてがん治療を受けている時も、また、がんが進行し在宅医療を受けている時も、必要性和重要性の高い支援である。

がん治療期のリハビリテーション

9



【がん治療期のリハビリテーション】

・ここでは初めに、抗がん剤治療を受け外来通院している患者に対するリハビリテーションについて説明する。
なお、この時期には当然のごとくまだ在宅医療は始まっておらず、かかりつけ医との二人主治医で関わっているという前提である。

がんのリハビリテーション医療の定義

日本リハビリテーション医学会

がんのリハビリテーション医療とは、**がん治療の一環として**リハビリテーション科医、リハビリテーション専門職により提供される医学的ケアであり、がん患者の身体的、認知的、心理的な障害を診断・治療することで自立度を高め、QOLを向上させるものである。

10



【がんのリハビリテーション医療の定義】

・がん疾患のリハビリテーションとして、「がんのリハビリテーション医療」がある。

・日本リハビリテーション医学会は「がんのリハビリテーション医療とは、がん治療の一環としてリハビリテーション科医、リハビリテーション専門職により提供される医学的ケアであり、がん患者の身体的、認知的、心理的な障害を診断・治療することで自立度を高め、QOLを向上させるものである」と定義している。

がんのリハビリテーション医療の特性 1/2

- ・がんは単一疾患ではなく、病理的に多彩な疾患の集合体であり、症候群のため、がん種ごとのリハビリテーション医療を公式的に論ずることは困難である
- ・がんのリハビリテーション医学的アプローチは原発巣を中心とした**局所症状対応**と悪液質や廃用症候群などの**全身状態への対応**との2方向がある。

11



がんのリハビリテーション医療の特性 2/2

がんのリハビリテーション診療は、臨床腫瘍科医、リハビリテーション担当医の指示により、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、がん専門看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のコアメンバーと、その他のがん患者特有の問題に対処する様々な専門職からなるチームとして提供される

在宅においてはかかりつけ医と訪問看護師の役割が大きく、専門医療チームとの連携・協働・統合を必要とする



がん療養者リハビリテーション治療にかかわる保険制度

入院中：「がん患者リハビリテーション料」で診療報酬算定
緩和ケア病棟入院中：包括医療となる。

外来：「がん患者リハビリテーション料」の算定要件を満たさないため、がん病名での保険診療は不可能。病態に応じて廃用症候群などで算定することが多い。

在宅療養中：

- * 介護保険を利用した訪問リハビリテーションが活用可能
- * 医療保険の訪問看護での実施（末期がん患者）
訪問看護ステーションからのリハビリテーション専門職の派遣

（がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版より）



【がんのリハビリテーション医療の特性】

・その特性を挙げる。

・がんは単一疾患ではなく、病理的に多彩な疾患の集合体であり、症候群のため、がん種ごとのリハビリテーション医療を公式的に論ずることは困難である。

・しかし、原則としてがんのリハビリテーション医学的アプローチは、原発巣を中心とした局所症状対応と悪液質や廃用症候群などの全身状態への対応との2方向がある。

・日本人に多いがん種は、肺がんなどの呼吸器がん、胃がんや大腸がんなどの消化管がん、泌尿器のがんであり、これらへの対応が必須。すなわち、運動機能障害への対応に偏らず、呼吸機能障害、消化機能障害、排泄機能障害に対するリハビリテーション医療ニーズに配慮する必要がある。

・従来、がん疾患のリハビリテーション医療は、専門職等の人材とリハビリテーション医療設備が整った病院で提供されることが前提とされてきた。そして、診療報酬「がんのリハビリテーション料」は現時点では入院中のみの算定となっている。

・しかし、がん治療の多くは外来で行われていることより、在宅でのリハビリテーションが継続的に行われる体制が必要と思われる。この場合、かかりつけ医が、地域のリハビリテーションのリソースを利用して、その指導にあたる体制がある対応が可能となるが、在宅医療チームと専門医療チームが普段から連携を行い、必要に応じて協働し、地域医療の観点から統合されたリハビリテーションを行う体制を発展させることが必要となっている。

【がん療養者リハビリテーションにかかわる保険制度】

・これはがん療養者のリハビリテーションにかかわる保険制度の一覧だが、がん患者リハビリテーション料は入院でしか算定できず、また緩和ケア病棟では包括医療であるもののリハビリテーション専門職の関与は要件となっていない。

・また、外来では「がん患者リハビリテーション料」の算定要件を満たさないため、がん病名での保険診療は不可能なため、病態に応じて廃用症候群等で算定することが多いようだ。

・在宅医療では介護保険を利用した訪問リハビリテーションが活用可能。

・末期がんに対しては連日の訪問看護の算定が可能であり、訪問看護ステーションからリハビリテーション専門職の派遣が可能。

・今後は、全てのステージのがん療養者に対して、外来や在宅でも適切にがんリハビリテーション医療を提供できる保険制度の構築が求められる。

がんのリハビリテーション医療では どのような尺度を使って評価を行うか？

- 1) 機能障害(performance status) :
(ECOG) Performance Status
Karnofsky Performance Scale (KPS)
- 2) 日常生活動作 (ADL) :
Barthel指数
Functional Independence Measure(FIM)
Katz Index
手段的日常生活動作 (IADL) : Lawton IADL Scale
- 3) QOL: FACTBr, EORTC QLQ-BN20, SF-36
以上に加え、がんの病態、治療戦略、本人の意思、全身
状態、環境なども考慮する必要がある

(がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版参照) 14



【リハビリテーション実施にあたっての評価】

・在宅で療養するがん患者のリハビリテーション治療を行うにあたり、全身状態にかかわる、がん自体の病状や治療にかかわる戦略を知る必要がある。

・加えて、具体的に関リハビリテーション治療目標を立てるために、心身の機能障害、日常生活活動における能力障害、就労や趣味等の制約による社会的不利に関する評価を行う。

【リハビリテーションで使用される評価尺度】

・従来よりリハビリテーションで使用され、信頼性・妥当性が検証されている評価尺度を示す。

・この領域においてはまだまだエビデンスが少ないため、これらの評価尺度を用いながら、治療の有用性、有効性などを検証する必要があるが、刻々状況がかわり、病状が悪化していくことを念頭において、今後評価指標の検討も必要と思う。

【外来通院中のリハビリテーション事例】

・これは外来治療中に骨折したために機能回復等を目的としたリハビリテーションを実施した症例。

外来通院中のリハビリテーション治療実施例

＜症例＞50歳代の女性、直腸がん、左下腿浮腫 左大腿骨頸部骨折手術後
直腸がんの手術を受け外来化学療法を継続していたが、転倒し左大腿骨頸部骨折受傷し、骨接合術を受ける。左下肢リンパ浮腫も加わり歩行障害に対してリハビリテーション治療を希望。初期評価では、左下肢筋力の著明な低下に右下肢、体幹筋の筋力低下も加わっていた。骨転移は認めていない。

＜方針＞

体幹/下肢筋力低下に応じた筋力トレーニング、用手的リンパドレナージなど行う。
倦怠感はあるも訓練には意欲的であり、疲労感が残らない程度の負荷量で機能訓練を継続することとした。調理など家事の一部を実施できることを当面の目標とした。

＜経過＞

通院日には倦怠感も軽減し、運動強度も適切に実施され下肢の浮腫は軽減しなかったが歩行能力はやや向上し立位耐性は向上してきた。当初の目標（希望）である家事の一部を家族と共にすることが出来るようになった。

15



訪問リハビリテーション指導の実際

- ＜症例＞60歳代の男性、大腸がん、肝転移・骨転移
- ・脈拍：85/分、SpO2：90%、自覚症状なし
 - ・外来化学療法で頑張っているが、体の動きが若干悪化
 - ・姿勢変換や上肢機能に問題なし

＜方針＞

- ・退院後、訪問リハビリテーションを週1回で継続

＜ある日の訪問風景より＞

- ・両手に杖を持ての水平歩行も問題なし。
「今は椅子に座っての庭仕事やデジカメでの写真撮影を楽しんでいる」と笑顔
- ・困り事を尋ねると「トイレの立ち上がり」と言う。手すりを使うが位置が悪く、立ち上がり困難を発見。手すりは前方を握ると円滑に立ち上がれる、と助言し、動作確認した

16



・これは外来診療で化学療法を行っているケースで、地域の中で訪問リハビリテーションがかかわり、自立した生活を支える体制が必要であることを示している。

全身倦怠感に対する運動療法 (NCCNガイドラインにおける運動療法に関する記載)

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

副読本再掲



在宅を基盤とした運動療法(home-based exercise) に関する海外のエビデンス

報告者	結果・結論
Chevilleら (2013年)	在宅療養中のStageIVの肺がん・消化器がん患者を対象に1マイル/20分の速度でのウォーキングx4日/週+PTによる指導を実施。 評価：Ambulatory Post Acute Care Basic Mobility Short Form...身体機能 FACT-F...倦怠感 Symptom Numeric Rating Scale...睡眠の質・疼痛 FACT-General...QOL 介入8週後の評価時には、身体機能および倦怠感のいずれも介入群では対照群と比較し有意な改善を認めた。 睡眠の質は介入群は前後比較で優位な改善を認め、介入後の対照群との比較でも有意に高かった。 疼痛およびQOLに関しては、介入群は前後比較および介入後の対照群との比較で、有意差は認めなかった。
Loweら (2009年)	システマティックレビューでは、home-based exerciseを実施した場合、行わない場合と比較し、well-beingの低下速度や倦怠感の増悪速度が緩やかである。
Albrechtら (2012年)	疼痛、倦怠感、呼吸困難、便秘、不眠を改善するため、安全で簡単な運動を日常生活に取り入れられないか腫瘍医と検討すべき、と結論。

(がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版より)

副読本再掲

18



家庭できる体幹下肢機能訓練法

- ・ベッド柵や手すりにつかまって行う反復起立訓練
□ 日100回、30回を3セット(例)
- ・安全、簡便に大腿四頭筋・大臀筋強化(歩行時に必要)
□ 椅子やベッド端にすわったの膝伸展位で両下肢挙上(砂嚢を載せてなど尺性筋力強化)
◆ 筋力低下が著しい場合
□ 単に大腿四頭筋を収縮させながら膝伸展位を維持するだけでも良い
- ◆ 関節拘縮、関節痛を伴う場合
□ 入浴後に実施すると効果的
- ・アキレス腱のストレッチ
□ 入浴後に壁によりかかり立位維持(体重でアキレス腱のストレッチ)

19



【全身倦怠感に対する運動療法】

- ・外来で抗がん剤治療中の運動療法の必要性が指摘されている。
- ・この運動療法だが、全身倦怠感への対応としてレジスタンストレーニングが有効であるというエビデンスがある。レジスタンストレーニングとは、筋肉に負荷をかける動きを繰り返し行う運動である。自分の体重(自重)やゴム製のチューブ、ダンベルなどで負荷量を調整して行う。
- ・日本ではあまり知られていない事実であり、病状が軽いうちに、指導できる体制があるといいと思う。

- ・在宅医療におけるがん療養者のリハビリテーションに関する研究結果を紹介する。
- ・Chevilleらは在宅療養中のStageIVの肺がん・消化器がん患者を対象に、介入群[1マイル/20分の速度でのウォーキングx4日/週+PTによる指導(初回個別指導+1回/2週の頻度での電話指導)]のもと実施する四肢体幹筋力訓練(RESTプログラム)x2回以上/週x8週間]と対照群(通常ケア)に無作為に割り付け、Ambulatory Post Acute Care Basic Mobility Short Formを指標として身体機能を評価し、FACT-Fを指標として倦怠感を評価した結果、介入8週後の評価時には、身体機能および倦怠感のいずれも介入群では対照群と比較し有意な改善を認めた。睡眠の質は介入群は前後比較で優位な改善を認め、介入後の対照群との比較でも有意に高かった。疼痛およびQOLに関しては、介入群は前後比較および介入後の対照群との比較で、有意差は認めなかった。

- ・Loweらのシステマティックレビューでは、研究の質に問題があるため十分なエビデンスと結論付けられないものの、home-based exerciseを実施した場合、行わない場合と比較し、well-beingの低下速度や倦怠感の増悪速度が緩やかである。

- ・Albrechtらは、疼痛、倦怠感、呼吸困難、便秘、不眠を改善するため、安全で簡単な運動を日常生活に取り入れられないか腫瘍医と検討すべき、と結論した。

【家庭できる体幹下肢機能訓練法】

自主的に取り組むことができる、具体的な体幹下肢機能訓練法。

- ・ベッド柵や手すりにつかまって行う反復起立訓練→1日100回、30回を3セット(例)。
 - ・安全、簡便に大腿四頭筋・大臀筋強化(歩行時に必要)→椅子やベッド端にすわったの膝伸展位で両下肢挙上(砂嚢を乗せて等尺性筋力強化)。
 - ・筋力低下が著しい場合→単に大腿四頭筋を収縮させながら、膝伸展位を維持するだけでも良い
 - ・関節拘縮、関節痛を伴う場合→入浴後に実施すると効果的。
 - ・アキレス腱のストレッチは入浴後に壁によりかかり立位維持→体重でアキレス腱のストレッチ。
- これらの訓練は自身や家族あるいは介護担当者が安全管理を行いながら、実施可能。

緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者への 各種リハビリテーション治療 1/2

■症状の進行や苦痛症状に合わせたリハビリテーション治療

- ・身体機能やADL改善を目的した訓練に加え、苦痛症状に合わせたマッサージやモビライゼーションなどの徒手療法、呼吸排痰訓練など組み合わせたアプローチを行う。
- ・緩和ケアチームにおいてリハビリテーション専門職は不可欠である。

20



【緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者への各種リハビリテーション治療】

- ・症状の進行や苦痛症状に合わせた包括的リハビリテーション治療は、身体機能やADL改善を目的した訓練に加え、苦痛症状に合わせたマッサージやモビライゼーションなどの徒手療法、呼吸排痰訓練など組み合わせたアプローチを指す。
- ・病院であれ、在宅であれ、地域の緩和ケアチームにおいてリハビリテーション専門職がかかわることは不可欠であり、患者のより良い生活を支援することができる。

緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者への 各種リハビリテーション治療 2/2

■症状緩和を目的とした患者教育

- ・リハビリテーション診療の一環として、症状緩和を目的とした教育的介入は、医師やリハビリテーション専門職、がん看護専門看護師などを含めた医療チームで実施することが可能である。
- ・在宅においても医療保険や介護保険の範囲内で実施するため有用である。

■症状緩和を目的としたマッサージ

- ・徒手療法としてのマッサージを希望する患者が多い。
- ・マッサージはリハビリテーション専門職だけでなく、訓練を受けた看護師も看護ケアとして実施できる。
- ・家族に対し自宅でも実施可能な簡便なマッサージ手技を指導することは可能であるが、エビデンスは不確か。

21



・「がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版」は、緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、疼痛や呼吸困難などの症状緩和を目的とした患者教育を行うことを提案している。

- ・有益な効果として、運動機能、活動度、疼痛、倦怠感、呼吸困難、QOLの改善が見られた。

リハビリテーション診療の一環として、症状緩和を目的とした教育的介入は、主治医やリハビリテーション科医並び理学療法士、作業療法士、がん看護専門看護師などを含めた医療チームで実施することが可能であり、在宅においても医療保険や介護保険の範囲内で実施できるため有用である、とされている。教育的介入によって、患者の行動変容が促され、セルフケアが可能となることが期待できる。

- ・患者教育に関するシステマティックレビューにおける結果は、運動機能の改善、活動度の改善、疼痛の改善、倦怠感の軽減、QOLの改善のエビデンスの確実性はB評価であり、呼吸困難の軽減に関してはA評価であった。

・精神心理面（抑うつ、不安等）の軽減と有害事象に関しては評価Cであった。

・緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対する症状緩和を目的としたマッサージの望ましい効果として、疼痛・精神心理面への改善がみられた。また、マッサージによる有害事象の報告はなかった。

・緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者は、全人的痛みを伴うことが多く、薬理的療法に加えてマッサージを活用することで、苦痛症状が緩和し、QOLの維持・向上につながることが期待できる。

・マッサージは保険診療での算定可能なこともあり、症状緩和を目的とした徒手療法としてのマッサージを希望する患者が多い。反面、医療として提供するサービスとしては標準化が成されていない点や治療効果に関するエビデンスが不確かなため、今後、調査研究をすすめる必要がある。

呼吸困難に対するマネジメント 1/2

- ・呼吸困難は、身体・心理・機能面に影響を与える症状であり、患者のQOLを高めるために、薬理的療法に加え、その他の療法を含めた包括的アプローチを行うことが重要である。
- ・進行期におけるがん患者の呼吸困難に対して、歩行補助具と呼吸法訓練は中等度のエビデンスがある。

(がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版参照) 22



【呼吸困難に対するマネジメント】

・呼吸困難は、身体・心理・機能面に影響を与える症状である。患者教育の効果はガイドラインにおいて推奨されており、呼吸困難を有する患者のQOLを高めるために、薬理的療法に加え、その他の療法を含めた包括的アプローチを行うことが重要である。

呼吸困難に対するマネジメント 2/2

- ・呼吸困難に対するマネジメントとして、呼吸法の訓練やポジショニング、活動計画（エネルギー保存と活動マネジメント）、補完療法（鍼灸、マッサージ）、顔面へのクーリング（三叉神経第2枝への寒冷刺激）など、看護師による指導がある
- ・教育的介入はテレモニタリングや電話の活用などの提供方法や場所の選択は多様である。症状緩和の教育的介入を適切に継続してできる医療専門職者の人材確保や体制は十分とは言えない現状である

(がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版参照) 23



【呼吸困難に対するマネジメント】

- ・呼吸困難に対するマネジメントとして、呼吸法の訓練やポジショニング、活動計画（エネルギー保存と活動マネジメント）、補完療法（鍼灸、マッサージ）、顔面へのクーリング（三叉神経第2枝への寒冷刺激）など、看護師が指導できる項目がある。
- ・進行期におけるがんの呼吸困難に対する非薬理的介入に関するコクラン・ライブラリーにおいて、歩行補助具と呼吸法訓練は中等度のエビデンスがあることが報告されている。
- ・教育的介入は病院、在宅下、テレモニタリングや電話の活用等、提供方法や場所の選択は多様であり、臨床での活用は可能である。ただし、症状緩和の教育的介入を適切に継続してできる医療専門職者の人材確保や体制は十分でないため、入院から外来、在宅における臨床適応性には課題があるとされており、地域での人材育成が今後望まれる。

がんのリハビリテーション医療における安全管理の必要性

- ・がんのリハビリテーション医療は本質的にハイリスクの分野である
- ・進行期がん患者は、晩期には心身機能が低下しており、全身的な合併症のある方も少なくないためリスク管理が困難なことも多い
- ・Multi-morbidity（多疾患併存）：がん患者の中でも高齢者は、「2つ以上の慢性疾患」を有することも多く、加齢の課題も併せて有する
- ・リハビリテーション医療を実施しないために生じる廃用症候群のリスクは患者にとっては不利益となる

24



【がんリハビリテーション医療における安全管理の必要性】

- ・がんのリハビリテーション医療は本質的にハイリスクの分野である。
- ・特に進行期がん患者は、晩期には心身機能が低下しており、全身的な合併症のある方も少なくないためリスク管理が困難なことも多い。
- ・がん患者の中でも高齢者は、「2つ以上の慢性疾患」を有することも多く（Multi-morbidity・多疾患併存）、加齢の課題も併せて有する。
- ・一方、リハビリテーション医療を実施しないために生じる廃用症候群のリスクは患者にとっては不利益となる。

リハビリテーション治療中に起こり得る事故

- ①心停止
- ②バイタルサインの急激な変動や自覚症状の出現
- ③転倒・転落・打撲・その他外傷・病的骨折
- ④溺水
- ⑤接続チューブ等のはずれ
- ⑥感染
- ⑦治療機器による熱傷・感電・疼痛・外傷
- ⑧誤嚥・悪心・嘔吐

25



【リハビリテーション治療中に起こり得る事故】

リハビリテーション治療中に起こり得る事故として以下の様なものがある。

- ①心停止
- ②バイタルサインの急激な変動や自覚症状の出現
- ③転倒・転落・打撲・その他外傷・病的骨折
- ④溺水
- ⑤接続チューブ等のはずれ
- ⑥感染
- ⑦治療機器による熱傷・感電・疼痛・外傷
- ⑧誤嚥・悪心・嘔吐

患者の安全のために訪問リハビリテーション治療実施時に留意する点1/2

- ・全身状態の把握 看護情報などを確認
 - ・その日の体調（血圧、脈拍、体温、摂食、脱水、失禁、服薬、疲労感）を点検
 - ・適切な服装・履物：着脱しやすく運動しやすい衣類など、運動靴（軽量、つま先上がり）
- 必要に応じ応援を依頼し、1人でなく数人で対応
- ・STはPT、OTから移動、移乗能力とその介助方法について情報共有

26



【リハビリテーション治療を行う際の一般的安全管理対策】

- ・これは施設でのリハビリテーション治療を行う際の一般的安全管理対策。
- ・全身状態の把握や看護情報等を予め確認し、その日の体調を点検する。具体的には、血圧、脈拍、体温、摂食状態、脱水や失禁の有無、服薬を実施したか、疲労感はないかを確認する。
- ・服装や履物に関しても注意を促す。着脱しやすく運動しやすい服装が望ましく、軽量でつま先が上がりやすい運動靴を履いて実施するのが望ましい。
- ・セラピストは必要に応じ応援を依頼し、一人でなく数人で対応する。応援を依頼する場合、リハビリテーション専門職以外の看護師や介護士、場合によっては家族であってもかまわない。
- ・特にSTはPT、OTから移動、移乗能力とその介助方法について情報共有する必要がある。

患者の安全のために訪問リハビリテーション治療実施時に留意する点 2/2

- ・患者の座位、立位の安定性を常に確認する
特に立ち上がり動作に注意する
- ・患者の排泄パターンに基づいて、トイレの誘導する
- ・治療中は患者から離れない。
やむをえず離れる時は、他のスタッフや家族に伝達・依頼。
必要に応じ応援を要請し、一人でなく数人で対応。
- ・自己訓練の場合には、患者に禁止事項を徹底する
- ・治療中の休息時にも安全に気を配る

27



リハビリテーション治療の際には、患者の座位、立位の安定性を常に確認する必要がある。特に立ち上がり動作に注意する。

- ・排尿障害を伴う患者の場合、排泄パターンに基づいて、トイレの誘導する配慮も必要である。
- ・治療中は患者から離れない。やむをえず離れる時は他のスタッフや家族に伝達・依頼する。
- ・自己訓練の場合には、患者に禁止事項を徹底する。その際は、できるだけ具体的かつ実践的に指導する。
- ・治療中の休息時にも安全に気を配ることが重要である。
- ・排尿障害を伴う患者の場合、排泄パターンに基づいて、トイレの誘導する配慮も必要である。

まとめ

進行したがん疾患の治療中においてもリハビリテーション治療は重要（有用・有効）である

リハビリテーション医療の概念として、ICFそして生活期リハビリテーション医療の概念の理解が必要である

がんのリハビリテーション医療はがん治療の一環として、入院中に行われているが、今後、外来および在宅での継続したケア体制が必要と思われる

進行したがんの病状では、治療に際してリスクが高く、十分なリスク評価が必要となる。



【まとめ】

・進行したがん疾患の治療中においてもリハビリテーションは重要（有用・有効）である。

・リハビリテーション医療の概念として、ICFそして生活期リハビリテーション医療の概念の理解が必要である。

・がんのリハビリテーション医療はがん治療の一環として、入院中に行われているが、今後、外来あるいは在宅での継続したケア体制が必要と思われる。

・進行したがんの病状では、治療に際してリスクが高く、十分なリスク評価が必要となる。

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-4 終末期リハビリテーション

（リハビリテーション専門職の立場から）



領域5 QOLの最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-4 終末期リハビリテーション

（リハビリテーション専門職の立場から）

在宅医療移行後のリハビリテーション



【在宅医療移行後のリハビリテーション】

- ・がん疾患の在宅医療の特徴として、移行時のADLはかなり低下している。また、「それまでできていたことが急にできなくなっていること」に対する患者・家族の不安が強い。そして、在宅医療開始後も全身状態が悪化しつづけ、余命が非常に短い人が多い。疾患経過の研究から明らかのように、進行がん患者の場合、ADLの低下は予後の切迫を意味している。
- ・しかしながら、この時期においてもリハビリテーションのニーズは数多くある。

病院リハビリと在宅リハビリの相違点

病院緩和ケアにおけるリハビリ	在宅緩和ケアにおけるリハビリ
不慣れた病院で提供	住み慣れた自宅や施設で提供
病室や機能訓練室でリハビリを行う	自室や居室でリハビリを行う
フラットフロアでバリアフリー環境	敷居や段差などのバリアがある
物理療法機器やシミュレーターが具備 福祉用具類も多数存在	場面に応じて福祉用具が必要 生活環境に合わせた設定をさせ易い
患者家族と生活時間が異なるので、コミュニケーションがとり難い	生活を共にしている家族とは、コミュニケーションがとりやすい
多職種による医療チームが身近にいますので、連携が取り易い	往診医の診療所や訪問看護師のステーションとリハビリ事業所が離れていることがあり、連携に工夫が必要
リスク管理し易い	緊急時の対応を含め、包括的知識や対応力、報告・連絡・相談も求められる リハビリの自由度が高い
外出や外泊などを含め、リハビリは制限的な場合がある	

副読本再掲



【病院リハビリと在宅リハビリの相違点】

- ・在宅医療に移行した場合には、在宅医療に従事するリハビリテーション専門職が交代する。ここで、病院のリハビリテーションと在宅のリハビリテーションの違いについて簡単に説明する。
 - ・リハビリを行う場所は、自室や居室となる。特に、自宅だと敷居や段差などのバリアがあり、場面に応じて福祉用具が必要となり、生活環境に合わせた個別の設定が必要。
 - ・生活を共にしている家族とは、職員とのコミュニケーションが取り易いこと、そして、家族も動きやすく、援助に加わり易い環境条件を一緒に検討する。
 - ・ところが、往診医の診療所や訪問看護師のステーションとリハビリ事業所が離れていることがあり、その場合には、コミュニケーションが取り難いので連携に工夫が必要。
 - ・そして、緊急時の対応を含め、包括的知識や対応力、報告・連絡・相談の能力も求められるが、リハビリの自由度が高い点、技能を発揮できる機会でもあり、同時に、それとも求められる。
- （表：終末期リハビリテーションの臨床アプローチp207引用）

生活期リハビリテーション医療の機能（目的）

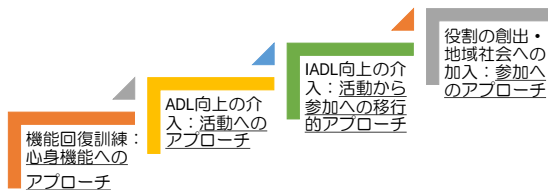
- ソフトランディング機能
 - ☞ 退院後の在宅生活の安定化支援
 - メンテナンス機能
 - ☞ 在宅生活の継続支援
 - QOL支援機能
 - ☞ 人生の満足度を高める
 - 人としての尊厳を全うする事を援助する機能
 - ☞ 機能維持から安楽へ
- （⇒終末期リハビリテーション）

【生活期リハビリテーション医療の機能（目的）】

・このスライドは、既に示しているものだが、がん疾患の在宅医療においては、多くの場合、安定した時期は短く、不安定な時期に移行し、ADLの低下と並行して、看取りの時期を迎える。

・この経過において、リハビリテーション医療の機能も、ソフトランディング機能・メンテナンス機能から「人生の満足度、充実感を高める」QOL支援機能及び安楽な生活への援助、人としての尊厳（主に自立と自律）を全うする事を援助する機能に変化する。

在宅医療移行後のリハビリテーション専門職のかかわり



副読本再掲

このような病状・病態の変化の中でリハビリテーション専門職が在宅ケアとして行うべきことは、

・身体機能が、まだ維持されている段階での機能回復訓練としては（ベッド上に身を起こして）座る、端座位からの立ち上がり動作、歩行補助を含めて歩行が出来るようにする。

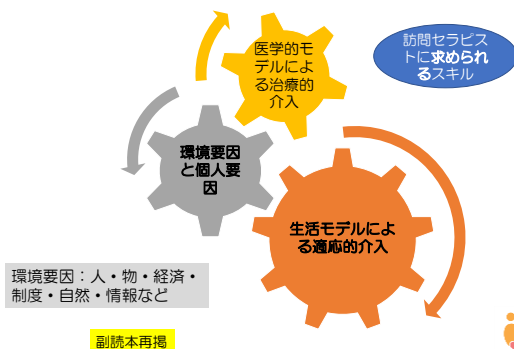
・ADL向上への働きかけでは、食事・排泄・着替え・入浴などが出来るように、意欲への働きかけと環境調整をする。

・IADL向上への働きかけでは、掃除・洗濯・外出・買い物・調理などが出来るように、意欲への働きかけと環境調整をする。

・役割の創出・社会参加の実現では、地域社会の中で「生き甲斐や役割」を持って生活できるような「居場所と出番づくり」を支援し、家庭内の役割づくりも支援する。

（図：終末期リハビリテーションの臨床アプローチp193より引用）

在宅医療移行後のリハビリテーションの実践内容 1/2



副読本再掲

【在宅医療移行後のリハビリテーションの実践内容】

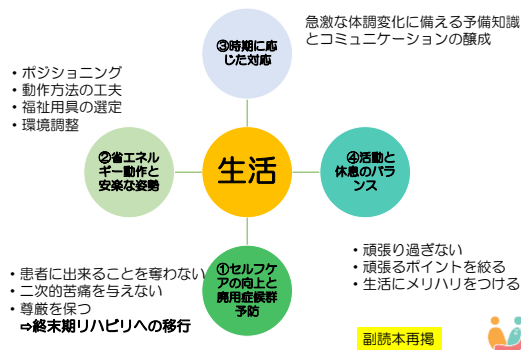
・その実践内容の概念図を示すが、上記の3つの歯車を連動させることが大事。

・病状の進行や身体機能障害など、身体的状況の個人要因及び居住環境や地域リソース等の環境要因を評価して、医学的モデル（すなわち身体的・精神心理的な障害の評価）に応じた治療的介入を行う。

・これと同時に、生活モデル（暮らし方や生き方を念頭に置いた評価）に応じた生活適応的介入を行う形となる。

（図：終末期リハビリテーションの臨床アプローチp226より引用）

在宅医療移行後のリハビリテーションの実践内容 2/2



多職種協働・連携における留意点

- ・各専門職の役割を理解する
- ・リハビリテーション専門職の役割を理解する
- ・在宅チームが一体となった支援（目標の共有化）
- ・他職種の活動の邪魔をしない
- ・他職種の否定的評価をしない
- ・常に双方方向の情報共有（コミュニケーション）を心がける



多職種協働における連携・役割分担

主治医（全体状況の管理）との連携

看護師との連携（ベッド内でのケア中心）

リハビリ専門職（ベッド外での活動中心）

患者のリハビリ指導

- ①患者の自動運動（見守り中心で介助しない）
- ②自動介助運動（患者とセラピストの共同動作）
- ③他動運動（セラピストが患者の安楽を探索）

- ・家族の介護指導（介護負担の軽減）



さらに具体的な実践内容として挙げられることは、

①セルフケアの向上と廃用症候群予防：職員が先回りして患者に出来ることを奪わない／二次的苦痛を与えない／常に尊厳を保つこと、が重要。

②省エネルギー動作と安楽な姿勢：ベッド内でのポジショニング／動作方法の工夫／福祉用具の選定／環境調整、が挙げられる。

③時期に応じた対応：急激な体調変化に備える予備知識とコミュニケーションの醸成は、機会あるごとに、ご本人と同居者の双方に伝えておく。

④活動と休息のバランス：リハビリを頑張り過ぎない／頑張るポイントを絞る／生活にメリハリをつけることを大切にする。

（図：終末期リハビリテーションの臨床アプローチp226引用）

【多職種協働・連携における留意点】

・在宅医療は多職種連携が重要であり、各専門職の役割を理解するとともに、リハビリテーション専門職の役割を自覚し、在宅チーム全体が一体となって支援が行われるような配慮が必要。

ところで、病院では各種のチーム活動があったり、異なる職種の介入が連続したりする。これに対して在宅では、チーム活動の形態が病院とは異なる。

在宅での訪問は職種単独がほとんどである。この際、多職種連携とは、「他の職種の活動の邪魔をしない」、「他の職種の否定的評価をしない」ことである。これは、患者や同居者に不信を抱かせ、不安を惹起しないための心得になる。仮に納得のいかない介入に気づいた場合は、後でチームのメンバーと連絡を取り合って、相互理解を深めるようにアプローチする。

その場に他の専門職がいないので、多職種連携のチーム医療を実践するにはSNSなどを活用した報告・連絡・相談が重要であり、ステーションで顔を合わせてのコミュニケーションを図れる朝礼などの機会が、病院よりも重要になる。

【多職種協働における連携・役割分担】

・多職種の中で、医師は全体状況を把握、管理し、各職種の役割を認識しながら包括的指示を出す。看護師はベッド内でのケアが中心となり、リハビリ専門職はベッド外での活動が中心となる。

・リハビリ専門職の役割は、①患者の自動運動、②自動介助運動、③他動運動、そして、家族の介護負担を軽減するための介護指導も重要。

在宅での呼吸器リハビリテーション



進行がん患者の場合、「息苦しさ」は「痛み」に次ぐ頻度の高い症状。リハビリテーション介入で緩和できる場合がある。ただし、直接介入の効果が高いほど、施術者が張り付かなければならない状況に陥り、在宅リハビリの枠組みを超えてしまうことがある。

そこで、患者への教育的指導が重要になる。また、家族や同居者に対しては、介助方法を教育するほか、担当職員への連絡方法も伝達しておくべきである。

在宅での呼吸器リハビリテーションの評価

- ・患者と家族の希望
- ・精神・心理状態
- ・全身状態：バイタルサイン、浮腫の有無
- ・息苦しさ：発生時の状況、息苦しさの程度、ADLに対する影響
- ・呼吸状態
- ・その他：検査所見、家族・スタッフからの情報など



・在宅で行うリハビリテーションでは、まず、患者と家族の希望を聞き、次に精神・心理的状态を評価する。さらに、全身状態の評価としてバイタルサインと浮腫の程度を確認します。

・当然のこととして、「息苦しさ」については、発生時の状況、息苦しさの程度、ADLに対する影響を聞きます。呼吸状態をチェックし、低酸素血症と呼吸困難感を区別して、介入を考える。

・前者では酸素投与が有効の場合があるが、後者では患者の主観に対する心理的な対応が必要になる。

(終末期リハビリテーションの臨床アプローチp101参照)

在宅での呼吸器リハビリテーションの実際

- ・息苦しさに対するアプローチ（実施、指導）
- ①体位の工夫・リラクセーション
 - ・一般的には上肢の体幹支持で、呼吸を促進する
 - ・息苦しさによる筋緊張の緩和、痛みや倦怠感の軽減で、楽な呼吸姿勢を探る
- ②パニックコントロール
 - ・呼吸のリズムや大きさの調整方法を繰り返し練習し、パニックに備えておく
- ③横隔膜呼吸・口すぼめ呼吸
 - ・腹式（横隔膜）呼吸は吸気時の動きを促通
 - ・口すぼめ呼吸はCOPD合併症例では有効



【在宅での呼吸器リハビリテーションの実際】

・呼吸器リハビリテーションとして実際に行うことを示した。

①体位の工夫・リラクセーションが重要。一般的には上肢による体幹の支持により、呼吸を促進する。息苦しさによる筋緊張の緩和や、痛みや倦怠感の軽減を図り、患者に楽な呼吸姿勢を探る。ベッド内では、仰臥位よりも腹臥位の方が、呼吸は楽になる傾向がある。

②パニックコントロールも重要。呼吸のリズムや大きさの調整方法を繰り返し練習して、パニックに備えておくことが重要。心構えができるだけで、パニックが減少することもある。

③横隔膜呼吸や口すぼめ呼吸を練習しておく。腹式（横隔膜）呼吸は、吸気時の動きを促通する。また、口すぼめ呼吸はCOPD合併症例では有効とされている。

(終末期リハビリテーションの臨床アプローチp99参照)

呼吸困難症例のリハビリテーションの留意点

- ADLにおける息苦しさを生じやすい動作の回避
⇒息こらえを回避し、常に呼吸を継続する
- 洗髪や頭上のものを取る動作
- 重量物や排便などの息を止める動作
- 拭き掃除や洗体などの反復する動作
- 靴下やズボンを履くときの体幹屈曲動作
⇒動作を呼吸に合わせる
⇒連続動作を行わず、休憩を入れて断続的に
⇒息苦しさを感じたら、休憩して呼吸を整える



【呼吸困難症例のリハビリテーションの留意点】

呼吸困難症例に対するリハビリテーション介入の留意点。

・日常生活活動（ADL）では、息苦しさを生じやすい動作を回避する。呼吸の止まる「息こらえ」をできる限り回避し、常に呼吸を継続していることがポイント。

注意すべき動作を挙げる。

・洗髪や頭上のものを取るような両手を肩より上にあげて行う動作

・重量物の移動やトイレでの排便などの息を止める動作

・拭き掃除や洗体などの反復する動作

・靴下やズボンを履くときの体幹屈曲動作

⇒動作を呼吸に合わせる

⇒連続動作を行わず、休憩を入れて断続的に行う

⇒息苦しさを感じたら、休憩して呼吸を整える

【在宅での骨転移リハビリテーション】

・進行がん患者では骨転移を伴っていることも多く、その場合の対応が医師によって異なることも少なくない。

・以前は「体を動かすと骨折するから危ない」と、体動が禁止されるということもあったように思われる。

しかしながら、体動を抑制しても骨転移の進行は阻止できない。逆に、ベッド内の体位交換で骨折することもある。

・また、後に述べるように、体動を禁止することの弊害は大きく（廃用症候群による死亡もあり得る）、「どの程度、動いて良いか」という適切な体動の指導が求められる。

在宅での骨転移リハビリテーション



骨転移は全身と局所の双方を考える

- I) 全身症状：高カルシウム血症
- II) 局所症状：痛み、麻痺、骨折



骨転移は、肺転移、肝転移、脳転移以上に進行がん患者に多く見られる。しかも直接、身体活動を阻害する要因となることがあるので、リハビリテーションに与える影響が大きい。

骨転移の問題が発生した場合には、全身症状と局所症状の双方を検討する。

I) 全身症状としては、高カルシウム血症があるが、これは5-1-16（急性症状）を参照。

II) 局所症状としては、痛み、病的骨折、脊髄圧迫があり、これらは、高カルシウム血症を加えて「骨関連事象（Skeletal Related Events: SRE）」と呼ばれている。

骨転移の部位

- ・骨転移の多くは血行性転移で血流豊富な赤色髄のある軀幹骨に多い
具体的には 脊椎（腰椎＞胸椎＞頸椎）、骨盤、大腿骨近位に多く、他には肋骨、胸骨、上腕骨、頭蓋骨など
- ・痛みの訴えは腰椎などの可動性・加重部位で強く、上肢や頭蓋骨、胸骨などでは少ない
- ・骨転移の多いがんでは事前に画像をチェック、骨転移部位と大きさ、骨転移のタイプを把握し、病的骨折のリスクを評価して、自宅での生活指導に活用
- ・患者の痛みの訴えを信じること
⇒無理に身体活動させない



骨転移の局所症状

- ・痛み；骨転移の症状で最高頻度なのは痛み
⇒骨膜の痛みなので神経障害性疼痛
⇒モルヒネ抵抗性なので放射線療法の適応
⇒除痛率は非常に高いが効果発現に3週間程度
⇒骨硬化には3か月程度⇒除痛との時間差が問題
- ・脊椎転移では脊髄神経圧迫による**麻痺**があり得る
⇒歩けなくなる前に緊急治療の必要がある
- ・病的骨折：外傷性骨折と異なり予防可能



骨転移による病的骨折

- ・重度の病的骨折は骨転移患者の約9%に生じ、溶骨型の骨転移で発生しやすい
- ・がん種別では、乳癌、腎癌、肺癌、多発性骨髄腫などで、病的骨折が問題となることがある
- ・多発部位である下部脊椎の病的骨折では、下肢麻痺の発生により患者のADL・QOLを損なうことがある
- ・予後が週単位以上の場合は手術による内固定も考慮



【骨転移の部位】

・骨転移の多くは血行性転移で血流豊富な赤色髄のある軀幹骨に多い。具体的には 脊椎（腰椎＞胸椎＞頸椎）、骨盤、大腿骨近位に多く、他には肋骨、胸骨、上腕骨、頭蓋骨などになる。

・痛みの訴えは、溶骨性や混合性の骨病変で、腰椎などの可動性・加重部位で強く、上肢や頭蓋骨、胸骨などでは少ないようだ。

・肺がん、乳がん、前立腺がん、甲状腺がんなどの骨転移の多いがんでは事前に画像をチェックする。骨転移部位と大きさ、骨転移のタイプを把握し、病的骨折のリスクを評価して、自宅での生活指導に活用する。

・骨転移を有する患者では、痛みの訴えを信じるのが重要。痛みは患者自身にしか分からない体験だからである。否定すると「痛くても訴えない」態度を生んでしまい、病的骨折で顕在化することがある。

・また、骨転移のある患者のリハビリテーション活動では、無理に身体活動させないことも必要になる。

【骨転移の局所症状】

骨転移の局所症状は、

・痛み；骨転移の症状で最高頻度なのは痛み。

骨転移痛は、主として「骨膜の痛み」なので神経障害性疼痛であり、モルヒネ抵抗性なので鎮痛補助薬のほか、放射線療法の適応がある。

この放射線治療の除痛率は非常に高いが、効果発現に3週間程度を要す。

さらに、骨硬化には3か月程度かかるので、除痛と骨硬化の時間差が問題となる。

・脊椎転移では脊髄神経圧迫による麻痺があり得るし、歩けなくなる前に緊急治療の必要がある。

⇒次に述べるように、骨転移による病的骨折は、外傷性骨折と異なり予防可能。

【骨転移による病的骨折】

・重度の病的骨折は骨転移患者の約9%に生じ、溶骨型の骨転移で発生しやすいとされている。

・がん種別では、乳がん、腎がん、肺がん、多発性骨髄腫などで、病的骨折が問題となることがある。

・転移部位として多発している下部脊椎の病的骨折では、下肢麻痺の発生により患者のADL・QOLを損なうことがあるので、予後が週単位以上の場合は手術による内固定も考慮する。

病的骨折は予防可能

1. 叩打痛による評価
2. 単純X線写真での確認
3. 骨転移し易いがん腫の知識
4. 荷重骨の構造的脆弱性
5. 脊椎よりも大腿骨頸部内側
6. 荷重しなくとも病的骨折は発生



【病的骨折は予防可能】

・外傷性骨折と異なり、病的骨折は予防可能。その方法には以下の6項目が考えられる。

叩打痛による評価

単純X線写真での確認

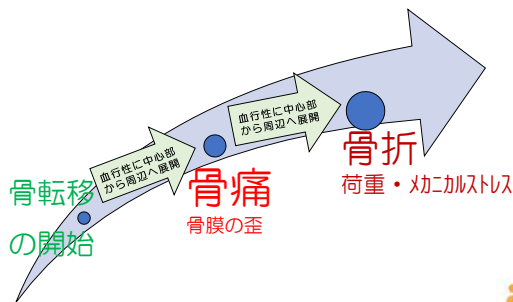
骨転移し易いがん腫の知識

荷重骨の構造的脆弱性

脊椎よりも大腿骨頸部内側

荷重しなくとも病的骨折は発生

骨転移痛≠骨転移≠病的骨折



・臨床腫瘍学が明らかにした骨転移のメカニズムに従えば、骨転移の開始は原発巣から血行性に広がり、血流豊富な骨組織の中心部から周辺部へと展開するのが原則。

・骨転移では、知覚神経が多く分布する骨膜にまで到達すると痛みを感じるし、骨格の歪が骨膜に伝わると骨痛を生じる。さらに骨破壊が進み、骨組織が破綻すると、荷重やメカニカルストレスで、病的骨折を生じます。

・上述のように、臨床腫瘍学が解明した骨転移のメカニズムによると、骨転移イコール骨痛ではないし、骨転移イコール病的骨折でもないことは明らかだと思われる。

骨転移症例に対するリハビリテーションの是非

- リハビリテーション実施で骨折の可能性は少ない
リハビリ施設に入院した骨転移を伴う患者54名に関する報告 (Schurmann&Amstutz SGO 1973: 137: 831-6)
・ 12名に16か所の病的骨折が認められた
・ リハビリ中の骨折は1名だけであり、腎臓圧迫骨折による症状は軽い痛みで、その後の臨床経過に大きな変化なし
・ 8か所の骨折は症状なく、X-Pで確認されたが、ベッド上での発生が推定されている
- ベッド上安静だけでは、病的骨折は予防できない
- リハビリテーションを行わないことによる不利益が大きい

骨転移を伴う患者のリハビリは、安全かつ効果的に通常の方法で行える Bunting RW& Shea B Cancer 2001: 92: 1020-8



【骨転移症例に対するリハビリテーションの是非】

・骨転移症例に対するリハビリテーションの是非については、世界的にも問題となっていた時期があるが、現在は、ベッド上安静だけでは病的骨折は予防できない、リハビリテーションを行わないことによる不利益が大きい、などのエビデンスがあり、注意をしながらリハビリを行うこととされている。

リハビリを行わないことによる不利益

1. 筋萎縮・短縮（関節可動域の低下）
2. 筋力低下（サルコペニア）
3. 骨粗鬆症・骨萎縮の進行⇒立位による重力刺激が進行の阻止に有効
4. 起立性低血圧
5. せん妄、うつ状態
6. 尿量の低下、尿路結石の発生・感染の危険性増大
7. 心・肺機能の低下
8. 静脈血栓症による肺塞栓・脳梗塞のリスク↑
9. 褥瘡のリスク↑
10. 横臥状態の継続では、沈下性肺炎のリスク↑



【リハビリを行わないことによる不利益】

・体動時痛の最大の防御策は「動かずにじっとしている」ことである。しかしながら、身体活動しないでいることは不利益を生む。その代名詞が廃用症候群である。これには幾多の症状が知られているが、代表的な症状を列挙する。

- ・筋萎縮・短縮（関節可動域の低下）
- ・筋力低下（サルコペニア）
- ・骨粗鬆症・骨萎縮の進行⇒立位による重力刺激が進行の阻止に有効

- ・起立性低血圧
- ・せん妄、うつ状態
- ・尿量の低下、尿路結石の発生・感染の危険性増大
- ・心・肺機能の低下
- ・静脈血栓症による肺塞栓・脳梗塞のリスク増大
- ・褥瘡のリスクの増大
- ・横臥状態の継続では、沈下性肺炎のリスクの増大

【疼痛緩和の3段階の目標設定】

・疼痛緩和の3段階の目標設定とは、まず、第1段階として「安眠を確保」して痛みから解放された実感を持つこと。

・第2段階として「覚醒しても体動しなければ痛くない状態」を保つことである。ここまで至れば、音楽鑑賞や画面視聴、会話や対話が出来るようになる。病気が治らなくても、「痛みがない」と日常活動が再開できそうである。

・ここまでの介入を踏まえて、さらに「動いても痛くないこと」が第3の目標設定になるが、これが一番難しい臨床課題になる。

疼痛緩和の3段階の目標設定



6/3/2021



体動時痛のリハビリ的対応の原則 ⇒骨格の歪を最小限度に

1. 体重の分散支持
2. 長管骨を捻らない
3. 体幹の屈伸（特に腰椎）の回避
4. ゆったりとした動作
5. 小刻みなステップ
6. 小さく分割された動き
7. 他動運動よりも自動運動
8. 等張性収縮よりも等尺性収縮



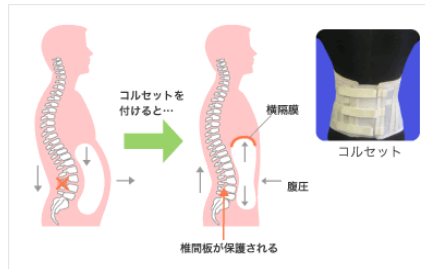
【体動時痛のリハビリ的対応の原則】

・体動時痛のリハビリテーションの対応の原則は、骨格の歪を最小限度にすること。さらに具体的介入として、

- ・体重の分散支持を心掛ける。
- ・物理学的に脆弱なので、長管骨を捻らないようにする。
- ・体幹の屈伸では、特に可動性の大きい腰椎の動きに注意する。
- ・ゆったりとした動作を行った方が痛みが出にくい。
- ・小刻みなステップで動作を行えば、骨盤の回旋も少なく、股関節の開脚角度も小さくできる。
- ・小さく分割された動きで動作を行うのは、結果的に、ゆっくりとした動作を行うことに繋がるからである。
- ・他動運動よりも自動運動の方が痛みが出にくいので、他人が手伝うより本人に出来る範囲に留める。
- ・等張性収縮よりも等尺性収縮を用いたほうが、痛みの発生が少ないが、動ける範囲は少なくなる。

コルセットの効果はなく体動の減少

- 骨転移抑制効果ではなく体動減少による疼痛緩和



しばしば軟性コルセットが骨転移への対応策として用いられているが、コルセットを装着しても骨転移の進行は止められない。通常の骨折のように待っていても骨癒合がないので、腰椎保護効果は期待できない。

このように骨転移抑制の効果はないが、結果的に、体動の減少による疼痛緩和を得られることがある。しかし、正しく装着すると、腹部圧迫により、飲水・飲食に困難を生じるので留意する。

終末期こそりハビリテーションを

- ①身体的安楽への介入
 - ②精神的安楽への介入
 - ④社会的苦痛の緩和
 - ③スピリチュアルケア
- いずれからでも対応可能



終末期こそりハビリテーションが必要な理由、緩和ケアの中核であるトータルペインに沿った介入が可能。

①マッサージ、他動運動などによる、身体的安楽への介入ができる。

②リハビリテーション介入によるボディータッチにはリラックス効果があり、言語的、非言語的コミュニケーションが図りやすくなるので、施術中に会話が出現しやすくなり、精神的安楽へと繋がる。

③リハビリテーション介入中の傾聴は、スピリチュアルケアのアプローチとすることができる。

④「一定の時刻に、一定の時間介入する」という「定時化」アプローチは、非言語的に「患者を見捨てない」というメッセージとなり、関係性の消失による社会的苦痛を緩和できる。

このように、トータルペインで言われている4つの次元、つまり、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルのいずれの側面からでも対応可能なのが、リハビリテーション介入である。

【終末期リハビリテーションとは】

終末期リハビリテーションの難しさを端的に表現するなら「残された時間が少ない」こと、換言すると、「今日できないことは、明日はもっと困難になる」ということになる。

短期目標を積み上げて長期目標を達成していく、積み上げ方式の病院リハビリ、あるいは、機能回復訓練とは、そもそも治療構造が相違している。

患者本人も家族も、主治医をはじめとする医療チームや関係者も、いずれも予後を長目に考える傾向があるので、留意が必要になる。

終末期リハビリテーションでは、介入に際し、常に予後の切迫を意識することが大切。

「今でなければ、できないまま人生を終る」という心構えを持って、介入することになる。

この文脈で介入に困難であることを承知しているので、終末期リハビリテーションの導入技術も、この観点から行われることになる。

終末期リハビリテーションとは

- 終末期リハビリテーションの困難を端的に表現するなら「残された時間が少ない」⇨換言すると、
- 「今日できないことは、明日はもっと困難」
- 積み上げ方式の病院リハビリ、機能回復訓練と相違
- 関係者は予後を長目に考えるから職員に留意が必要
⇨介入に際し常に予後の切迫を意識
- 「今でなければ、できないまま人生を終る」
- この文脈で介入困難⇨導入技術もそこから



エンドオブライフケアにおけるリハビリテーションの意義

- 人生の最終段階では何もできない、と諦める
- まだ「できることはある」とリハビリ介入
- しかし、機能回復や機能維持ではない
- 患者を見捨てない（社会的苦痛の緩和）
- 定時化（定時刻・定時間）の実施
- リハビリ介入中の傾聴はスピリチュアル・ケア
- 身体的安楽を追求できる
- 心理的安楽も可能



【エンドオブライフケアにおけるリハビリテーションの意義】

- ・最近「終末期（ターミナル）」を「エンドオブライフ」と呼ぶ傾向になっている。
- ・「人生の最終段階」は死を待つ時期でなく、人生の集大成をなす時期である。
- ・EOLのQOLを支えることにより、その人らしい最期を迎え、尊厳を守ることができる。
- ・終末期とは喪失の連続である。当然のようにできていたことができなくなり、スピリチュアルペインも増大する。カウンセリング場面なら、言葉で逃げることもできるかもしれないが、リハビリテーション介入の場面では、現実には不可能なことを非言語的に証明することになる。むしろ、このような「つらさ」に対してどのように対応するかが、最大の問題であり、下記のことは、まだ予後のある時、機能低下のショックが少ない時期のことであると理解するほかない。

エンドオブライフケアでの リハビリテーション治療の要点 1/2

- エンドオブライフ期は病状の変化をきたし易い点を十分配慮する。
- 機能訓練を行うにあたり、治療目標を具体的かつ明確にする。
- 出来るだけ短時間かつ最小の負担で目標を達成することを心がける。
- 時に患者よりも家族に対する指導が功を奏することがある。
- 患者、家族、医療・介護従事者3者の意思統一を図る。



【エンドオブライフケアでのリハビリテーション治療の要点】

- EOLケアでのリハビリテーション治療におけるポイントは以下のとおり。
- ・EOL期は病状の変化をきたし易い点を十分配慮する。
- ・機能訓練を行うにあたり、治療目標を具体的かつ明確にする。
- ・出来るだけ短時間かつ最小の負担で目標を達成することを心がける。
- ・時に患者よりも家族に対する指導が功を奏することがある。
- ・患者、家族、医療・介護従事者3者の意思統一を図る。

エンドオブライフケアでの リハビリテーション治療の要点 2/2

- 客観的に病状、療養環境、家族背景等を見極め、最終的に目的を達成できるかどうかを判断した上で導入する。
- 希望を失わず療養生活を送れるよう援助し、希望する場合は最期まで安心して生活を送ることを家族とも共有する。
- 基本的緩和ケアを並行して行うことが必須である。



- ・客観的に病状、療養環境、家族背景等を見極め、最終的に目的を達成できるかどうかを判断した上で導入する。
- ・希望を失わず療養生活を送れるよう援助し、希望する場合は最期まで安心して生活を送ることを家族とも共有する。
- ・基本的緩和ケアを並行して行うことが必須である。

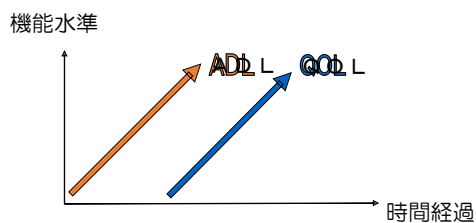
機能回復リハビリと緩和リハビリ の構造的相違点

ともに ADL と QOL をパラメータにしている



・ここで、機能回復リハビリテーションと緩和リハビリテーションの構造的相違点を明らかにしておきたいと思う。双方ともにADL と QOL をパラメータにしている点では同一であり、相違点はない。

機能回復リハビリ：ADL と QOL の関係性



・さて、ここで再度、終末期を念頭に置いて、医学的リハビリテーションの基本的概念を整理する。

・ここに示した模式図は、日常生活活動（以下ADL）という身体的リハビリテーションの基本を向上させることが、患者の充実した人生の向上（以下QOL）につながるということ、つまり、ADLが先でQOLが後、という前後関係及びADLとQOLの両者は並行関係にあるという、二重構造に基づいた「機能回復によるリハビリテーション・モデル」である。

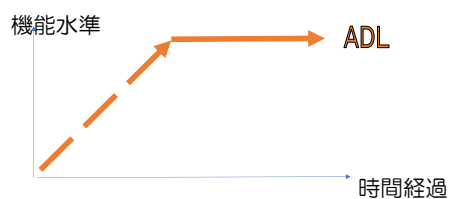
・この考え方は、ADLの向上が期待できる予後が月単位から週単位にかけては有効。QOLもADLの向上に並行して向上すると考えられるからである。

・しかし、病状の進行により終末期が近づくとADLの低下は避けられない。したがって、予後が週単位から日単位となるにつれ、このリハビリテーションモデルは意味を持たないことになる。

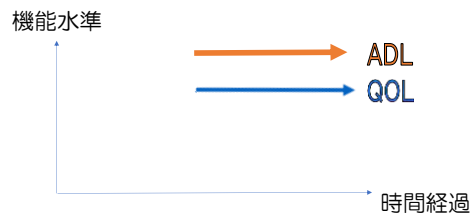
この図は病勢の進行によるADLの変化を示している。機能回復訓練に取り組んでいても、機能向上は困難となり、機能維持が精一杯となる状況を示している。

では、並行関係にあるQOLは、どのようになるか？

病勢の進行によるADLの変化



機能回復リハビリ：ADLとQOLの関係性

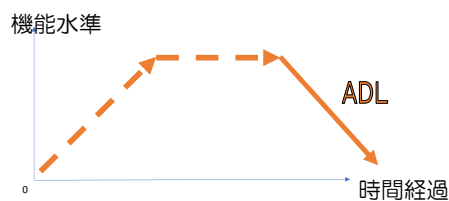


機能回復リハビリでは、ADLとQOLは並行関係にあると考えます。これに従えば、ADLが一定の機能水準を保てば、QOLも一定の水準を維持できる、と考えられる。

近年言われるようになった、維持期のリハビリテーションの意義と同様の考え方と言える。

しかしながら、進行がん患者の場合、病勢の進行は不可避なので、次の段階に進むことになる。

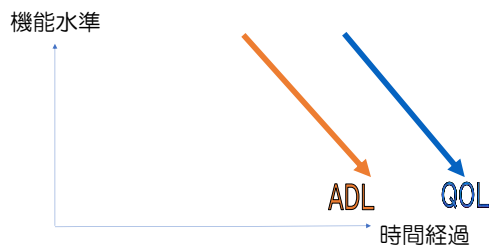
病勢の進行によるADLの変化



この図は、さらに病勢が進行した際のADLの変化を示している。つまり、機能回復に努めても、機能低下が避けられなくなる。

かつては、この段階に達するとリハビリテーションは終了とされた。その理由を次の図で示す。

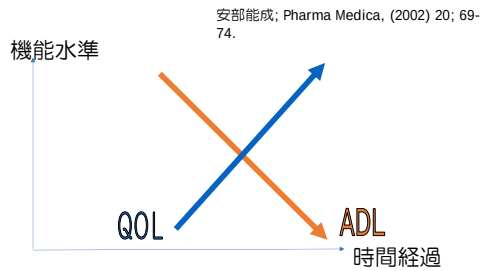
機能回復リハビリ：ADLとQOLの関係性



この図で示したように、機能回復リハビリテーションの考え方によれば、ADL低下の状況では、並行関係にあるQOLも低下する。つまり、何ら効果のない介入を継続しても意味がないので、リハビリテーションは撤退することになる。機能回復リハビリテーションの限界を示すものとして、当然のことである。

しかしながら、患者はその日が訪れるまで、生活を継続している。では、どのような介入を行えば「意味がある」といえるのか？

緩和ケアのリハビリテーション



【緩和ケアのリハビリテーション】

・そこで、終末期にも介入の意味あるリハビリテーションの考え方が必要になる。これを緩和ケアのリハビリテーションとした。その考え方のキーワードはADLとQOLなので、機能回復リハビリテーションと同一である。けれども、双方の関係性が異なる。

・緩和リハビリテーションでは、QOLが先でADLは後となり、前後関係が逆転している。機能回復リハビリテーションとは異なり、患者の満足度、つまり、QOL優先となる。さらに緩和リハビリテーションでは、ADLとQOLは並行関係にない。QOL向上に全力を傾ける一方、ADL低下という事実はそのまましておく。そうすると、患者も職員も、ADL低下に拘泥することが少なくなっていく。これは臨床的に発見された事実だった。

【緩和リハビリの関係性】

・機能回復リハビリテーションでは、まずADL→つぎにQOLという順序に従った前後関係があった。

緩和ケアリハビリテーションでは、この前後関係が逆転し、まず QOL→つぎにADLとなる。

さらに、機能回復リハビリテーションでは、ADLとQOLは並行関係にあった。

これに対して、緩和リハビリテーションではQOLとADLは交差関係となり、決して並行関係にあるとは考えない。

この緩和リハビリテーションの考え方によれば、その日が訪れるまで、リハビリテーション介入は患者、職員の双方にとって意義あることとなる。

緩和リハビリの関係性

①まずQOL、次にADL、の前後関係の逆転

②QOL向上なら、ADL低下も許容という交差関係 (⇒並行関係ではない)

終末期リハビリテーションの実践内容

進行がん患者は、予後が週単位から日単位になるにつれ、急激にADLが低下

ADLの急激な低下が予後の迫ったサイン

Illness Trajectoryの研究が多数存在

機能回復はおろか、機能維持も困難となる

進行がん患者は、ADL低下のみならず、QOL低下による喪失感に襲われる⇒不安・焦燥・恐怖

身体面では機能維持よりも安楽を探索

身体的安楽以上に精神的安楽やスピリチュアルのケアが重要

【終末期リハビリテーションの実践内容】

・終末期リハビリテーションの実践内容についてまとめる。

進行がん患者は、予後が週単位から日単位になるにつれ、急激にADLが低下していく。言い換えると、ADLの急激な低下が予後の迫ったサインとなる。

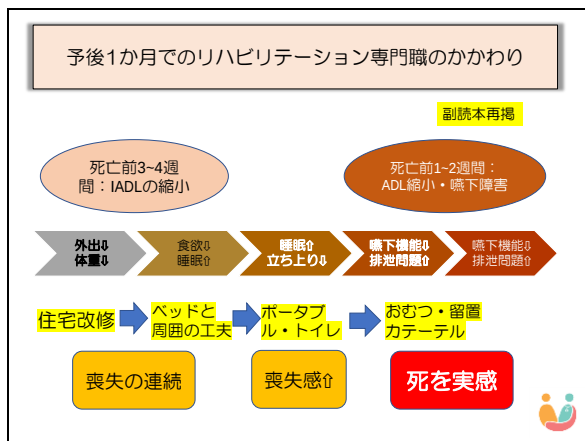
・この点については、Illness Trajectoryの研究が多数存在している。

病勢の進行により、機能回復はおろか、機能維持も困難となってくる。

・このような経過から、進行がん患者は、ADL低下のみならず、QOL低下による喪失感に襲われ、不安・焦燥・恐怖が高まる傾向にある。

・そこで、リハビリテーション介入としては、身体面では機能維持よりも安楽を探索していく。

・また、身体的安楽以上に精神的安楽やスピリチュアルのケアが重要となってくる。



【在宅医療移行後のリハビリテーション専門職のかかわり】

・これは、特に死亡前1ヶ月のADLの変化と、それにあわせた、リハビリテーションの内容を示したものである。

・患者にとっても、「死は概念の世界」のものから、「ADLの縮小・嚥下機能の低下」により、「死が現実のもの」として認識されることとなる。

・このことをリハビリテーション専門職も理解して、患者に接するべきであることは、ここで改めて言うまでもないことになる。

（図：終末期リハビリテーションの臨床アプローチ：p114より引用）

がんリハビリに必須の知識

副読本再掲

	身体的次元	精神的次元	社会的次元	スピリチュアル次元
1. がん自体による障害 → 腫瘍学	痛み、息苦しい、倦怠感、筋力・体力低下/体重減少	抑うつ 心因反応	休職、退職 休学、退学 経済的圧迫	発病したこと 人生の最終段階を思う 死を想い出す
2. がん治療による障害 → 臨床腫瘍学	局所治療の後遺症・後遺障害 全身治療の後遺症・後遺障害	不安・恐怖 抑うつ 否認 錯覚（意識障害）	家庭の役割・社会的地位の喪失 ＜孤独＞ 保険資格の喪失	自分だけが、がんの治療に苦しんでいる 辛いだけなら止めたい 意味のない治療の継続
3. 二次的障害 / 1.2. に含まれない → がんリハビリ医学	廃用症候群 ① 不活動性 ② 脱量力性	廃用症候群 （心理機能低下） 失見当・記憶障害	社会機能の低下 関係性の喪失 ＜孤立＞	常態崩壊/ 当り前の喪失 「動けないこと」の辛さ → 動けないのは植物人間
4. がん患者の反応 → 本来なら精神腫瘍学	心身症	睡眠障害/ 錯覚状態 死の恐怖 死の過程への不安	社会的苦痛	心（魂）の苦痛 → 精神腫瘍学の範疇超越 → 宗教や哲学の対峙

このように示すと、がんリハビリテーションの対象は、非常に広範にわたっていることが分かる。

旧来の運動器の機能障害への対応のみであったリハビリテーション医学では、これだけの範囲に対応できない。

伝統的な解剖学・生理学に始まり整形外科学や神経内科学にとどまらず、近年の分子生物学の発展に基づいた臨床腫瘍学が必要になる。

したがって、がん患者に対するリハビリテーションには、これまでの伝統を踏まえつつ、新しい方法論が不可欠となっている。

終末期こそリハビリテーションを

A：原疾患の治療でなく症状緩和と安楽を

B：Total Painを踏まえた介入が可能

C：患者と家族を対象とする

⇒WHOの緩和ケアとも合致

これまでは撤退を余儀なくされていたにもかかわらず、「終末期こそリハビリテーションを」といえるのは、

A：原疾患の治療でなく症状緩和と安楽をリハビリテーションの知識と技術でもたらすことが出来る。

B：Total Painを踏まえた4つの次元からの介入が単独職種でも可能であること。

C：患者本人のみならず、家族を含む介助者をも介入の対象としている。

というA、B、C、3つの観点において、WHOのいう緩和ケアとも合致する。

Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-3 暮らしをささえる

食支援（口腔ケア）



がん治療による食事への影響

- ・抗がん剤治療中は口腔粘膜病変が発生しやすいため、痛みのために食事摂取量が減る
- ・抗がん剤など薬剤による副作用で唾液の分泌が抑制されたり、様々な要因で口腔乾燥になり、食塊形成・嚥下が困難となる
- ・味覚異常により食思不振となり、栄養状態の悪化を招く
- ・免疫力が低下することにより歯周病が増悪し痛みのために食事摂取量が減る
- ・悪液質となり、体重減少が著しいと義歯の不適合が起こり、咀嚼が困難となる



口腔ケアを行う意義・目的

- ・症状緩和
口腔ケアを行うことで、口内の乾燥や粘膜のただれ、感染などによる口腔内の不快感や疼痛を和らげることができる
- ・経口摂取支援
進行したがん患者の多くは最期のぎりぎりまで経口摂取動作ができており、最期まで「口から食べる」ことを支援することが必要
- ・感染制御
口腔内は常在細菌が非常に多く、種類も豊富な部位で症状がなくても感染源となるような慢性感染病巣（歯周病など）が高い頻度で存在するため口腔衛生状態を維持することで局所感染、全身感染を抑制する必要がある



領域5 QOLの最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-5 食支援（口腔ケア）

【がん治療による食事への影響】

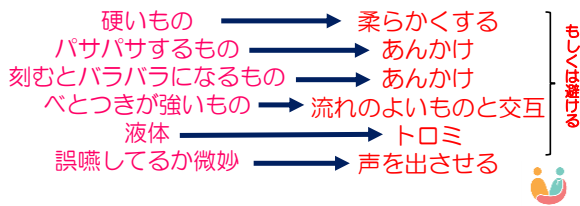
- ・抗がん剤治療中は口腔粘膜病変が発生しやすいため、痛みのために食事摂取量が減る。そのため、抗がん剤治療を中断せざるを得ない状況にもなりかねない。
- ・また、抗がん剤など薬剤による副作用で唾液の分泌が抑制されたり、様々な要因で口腔乾燥になり、食塊形成・嚥下が困難となると摂取できる食事にも制限が生じることになる。
- ・味覚異常により食思不振となり、栄養状態の悪化を招き全身の抵抗力低下を引き起こす。免疫力が低下することにより慢性感染病巣である歯周病が増悪し痛みのために食事摂取量が減るという悪循環が生じる。
- ・悪液質となり、体重減少が著しいと全身が痩せることで義歯を使用している患者では義歯の不適合が起こり、咀嚼が困難となる。

【口腔ケアを行う意義・目的】

- ・症状緩和
口腔ケアを行うことで、口内の乾燥や粘膜のただれ、感染などによる口腔内の不快感や疼痛を和らげることができる。
- ・経口摂取支援
進行したがん患者であっても多くは最期のぎりぎりまで経口摂取動作ができており、最期まで「口から食べる」ことを支援することが必要。自分の口から最期まで食事できることはQOLの向上につながる。
- ・感染制御
口腔内は常在細菌が非常に多く、種類も豊富な部位で症状がなくても感染源となるような慢性感染病巣（歯周病など）が高い頻度で存在するため、口腔衛生状態を維持することで局所感染、全身感染を抑制する必要がある。急性増悪しても消炎処置しかできない場合が多いため、予防処置としても重要。

経口摂取の際に注意すべき点

- ・まず、姿勢に注意する
- ・どんな食べ物がむせやすいか注意する
- ・どんな食べ物を食べづらそうにしているか注意する
- ・食べ方に注意する



【経口摂取の際に注意すべき点】

- ・まず、姿勢に注意。ベッドで寝たきりの場合であっても頭部だけでも起こす、嚥下機能が低下している場合はリクライニング姿勢をとるなど患者の具合によって調整する必要がある。
- ・どんな食べ物がむせやすいか、どんな食べ物を食べづらそうにしているか注意する。食形態を柔らかくする、あんかけにする、トロミを混ぜるなど嚥下しやすい工夫を行う。
- ・食べ方にも注意する必要がある。一口量や食べるペースに気をつける、流れの良いものと交互嚥下するなどの工夫をする。

抗がん剤による口腔粘膜炎

- ・口腔粘膜炎ができてしまうのは防ぎようがない
→ 増悪因子を減少させる
- ・口腔粘膜炎の標準治療は確立していない
- ・アフタ性口内炎と同様にステロイド含有軟膏の適応と考えられることが多いが、
→ アフタとは全く異なった病態であり、**ステロイド含有軟膏の適応とはならない**
- ・口腔粘膜炎への対処は口腔各部位の解剖生理学的特徴を考慮し、病態把握を行い、症例ごとに適切に対処する必要がある

【抗がん剤による口腔粘膜炎】

- ・口腔粘膜炎ができてしまうのは防ぎようがないが、口腔衛生状態を改善する、歯の鋭縁を削るなど増悪因子を減少させることが重要。
- ・口腔粘膜炎の標準治療は確立していないため鎮痛と対症療法が中心となる。
アフタ性口内炎と同様にステロイド含有軟膏の適応と考えられることが多いが、アフタとは形成機序が全く異なった病態であり、ステロイド含有軟膏の適応とはならない。
- ・口腔粘膜炎への対処は可動粘膜や粘膜の薄い箇所など口腔各部位の解剖生理学的特徴を考慮し、病態把握を行い、症例ごとに適切に対処する必要がある。

抗がん剤による口腔粘膜炎への対応

- ・**感染制御**
→ 粘膜炎に2次感染を起こすこともあり、感染がからむと痛みは強くなり自発痛が起きようになる。また、治癒も遅らせて苦痛を長引かせることになるので、局所に感染が起きていないか常に気を配る。
- ・**疼痛緩和**
→ 粘膜炎の痛みは侵害受容性の痛みであり、鎮痛剤が奏功する。NSAIDsやアセトアミノフェン、オピオイドなどを使用し痛みの閾値を上げる。局所の疼痛緩和処置としてキシロカインなどの局所麻酔薬を使用する。
- ・**保湿**
→ 乾燥は粘膜炎の症状悪化、治癒阻害をきたす。口腔内の保湿だけでも粘膜炎の症状は軽減するので、しっかりと保湿を行うことが重要。

【抗がん剤による口腔粘膜炎への対応】

- ・**感染制御**
→ 粘膜炎に2次感染を起こすこともあり、感染がからむと痛みは強くなり自発痛が起きようになる。また、治癒も遅らせて苦痛を長引かせることになるので、局所に感染が起きていないか常に気を配る必要がある。急に痛みが増強した、これまでと痛みの感じが違うなどの訴えがあった場合は要注意。
- ・**疼痛緩和**
→ 粘膜炎の痛みは侵害受容性の痛みであり、鎮痛剤が奏功する。NSAIDsやアセトアミノフェン、オピオイドなどを使用し痛みの閾値を上げる。
局所の疼痛緩和処置としてキシロカインなどの局所麻酔薬を使用。食事の前にこうした処置を行うことは栄養摂取を行う上でも大切。
- ・**保湿**
→ 乾燥は粘膜炎の症状悪化、治癒阻害をきたす。口腔内の保湿だけでも粘膜炎の症状は軽減するので、しっかりと保湿を行うことが重要。

抗がん剤による口腔粘膜炎への口腔ケア

・口腔内の痛みを除去してから

食事でも摂れないほどの場合にはNSAIDsなどの鎮痛剤を事前服用しておく。
キシロカインなどの局所麻酔薬をガーゼに浸してから痛みのある部位に当て、絶対にガーゼは動かさない。2分程してから口腔ケアを始める。
コンパクトヘッドの歯ブラシを使用し、粘膜を傷つけないように粘膜炎には極力、触れない。歯ブラシで困難な場合には小綿球などを使用する。

・口腔ケア中は粘膜が潤った状態を保つ

洗口で粘膜を潤す、器具使用時は潤滑剤（フッ素入りジェルなど）を塗布する。



口腔乾燥への口腔ケア

・対症療法が主体

・蒸散予防

マスクなどで口腔からの水分の蒸発を抑える

・保湿

保湿効果のあるもので口内を湿潤させる

濡れガーゼを使用して舌や粘膜の付着物を軟化させてから除去する

市販の保湿剤は乾燥させると痂皮のように付着するため定期的に保湿が必要となる



抗がん剤による味覚異常への口腔ケア

・口腔内環境の整備（味を感じやすい口腔内にする）

口腔衛生状態の改善、保湿による口腔内湿潤状態の改善、など

・おいしく食べられる環境の整備

家族や親しい人と一緒に食べる、病室やベッドではなく食堂で食べる、など

・味覚異常の病態に合わせて摂取可能な食品を考える

フレーバーの効いた調味料、ソースの添加、スパイスの利用、など

食べやすい食形態（刻み食、ミキサー食、など）

温度を人肌にする（人肌は味覚を感じやすい温度）



【抗がん剤による口腔粘膜炎への口腔ケア】

- ・食事でも摂れないほどの場合には、NSAIDsなどの鎮痛剤を事前服用しておく。口腔ケアを行う際は、キシロカインなどの局所麻酔薬をガーゼに浸してから痛みのある部位に当て、十分に麻酔効果が出るまで絶対にガーゼは動かさず、2分程してから口腔ケアを始める。コンパクトヘッドの歯ブラシを使用し、歯牙を中心にブラッシングを行い、粘膜を傷つけないように行い、粘膜炎のある部位には極力、触れないように注意する。歯ブラシで困難な場合には小綿球などを使用する。
- ・洗口で粘膜を潤す、器具使用時は潤滑剤（フッ素入りジェルなど）を塗布する、口唇が切れないようにワセリンを塗るなど、口腔乾燥に対するケアにも気を配る。

【口腔乾燥への口腔ケア】

・対症療法が主体

・蒸散予防

口呼吸や下顎呼吸などで口腔内の水分が蒸散するので、マスクなどで口腔からの水分の蒸発を抑える。

・保湿

保湿効果のあるもので口内を湿潤。濡れガーゼを使用して舌や粘膜の付着物を軟化させてから除去する。

市販の保湿剤は乾燥させると痂皮のように付着するため、除去が困難になるので使用は控えた方がいい。使用するのであれば量は少量で、定期的に保湿が必要となる。

【抗がん剤による味覚異常への口腔ケア】

- ・味覚異常についてはこれといった有効な手段がないのが実情。
- ・口腔衛生状態の改善、保湿による口腔内湿潤状態の改善、など口腔内環境の整備（味を感じやすい口腔内にする）を行う。
- ・家族や親しい人と一緒に食べる、病室やベッドではなく食堂で食べる、などおいしく食べられる環境の整備を行い、気分を変えることも大切。
- ・味覚異常の病態に合わせて摂取可能な食品を考える
フレーバーの効いた調味料、ソースの添加、スパイスの利用、など食べやすい食形態（刻み食、ミキサー食、など）
温度を人肌にする（人肌は味覚を感じやすい温度）、逆に冷たい方が気持ち良いと言う場合もある。

口腔感染症への口腔ケア

- ・がん治療による免疫抑制、全身状態の悪化、口腔内の清掃状態の悪化、唾液分泌の低下などが関連して口腔内の感染リスクは上昇する
- ・歯周炎の急性発作、智歯周囲炎、粘膜創傷への2次感染など口腔衛生状態不良に起因する一般細菌による感染が大多数

- 積極的、抜本的な歯科治療が現実的でないことが多く、保存的な消炎処置が中心
- 口腔ケアによる口腔衛生状態の改善
- 適切な抗菌薬の使用（歯周感染の場合、歯周ポケットへの歯科抗菌薬軟膏の使用）
- その他、適切な症状緩和処置（動揺歯の応急固定など）



口腔感染症への口腔ケア

- ・**真菌感染症**：進行したがん患者はカンジダなどの真菌の口腔内感染リスクが高い。カンジダは日和見感染症であり全身状態悪化とともに口腔内に症状が現れる

→抗真菌剤軟膏の塗布

→口腔ケアによる口腔衛生状態の改善、保湿と義歯の管理

- ・**ウイルス感染症**：ヘルペスウイルスをはじめとしたウイルス感染症は進行したがん患者に多く生じる。典型例では、はじめ小さな水疱が沢山でき、次第に水疱は破れて小さい潰瘍になる。針を刺すような激しい痛みを伴う

→抗ウイルス薬の使用



義歯の不具合への口腔ケア

- ・急激な体重減少により歯槽骨が痩せたり、唾液分泌が減少することにより、義歯の使用が困難になることが多い

→義歯の修理や裏打ちによって改善を図る

→口腔乾燥により義歯の違和感・疼痛が起きている場合は義歯の粘膜面に保湿剤をしっかりと塗布して使用してもらう

→適合改善のために粘膜調整材を用いることも良い

- ・義歯新製よりも使いなれた義歯を調整した方が多い場合が多い

→新しい義歯を使いこなすには時間がかかる

→血球減少期や粘膜が脆弱な時期には義歯を装着させないことも必要



【口腔感染症への口腔ケア】

・口腔内には常在菌が存在するため、がん治療による免疫抑制、全身状態の悪化、口腔内の清掃状態の悪化、唾液分泌の低下などが関連して口腔内の感染リスクは上昇する。

・口腔感染症は歯周炎の急性発作、智歯周囲炎、粘膜創傷への2次感染など口腔衛生状態不良に起因する一般細菌による感染が大多数。

・積極的、抜本的な歯科治療が現実的でないことが多く、保存的な消炎処置が中心となる。

→口腔ケアによる口腔衛生状態の改善

→適切な抗菌薬の使用（歯周感染の場合、歯周ポケットへの歯科抗菌薬軟膏の使用）

→その他、適切な症状緩和処置（動揺歯の応急固定など）対症療法が中心となる。

【口腔感染症への口腔ケア】

・免疫力の低下によりカンジダやヘルペスといった特異的な感染症も起きやすくなる。

・真菌感染症：進行したがん患者はカンジダなどの真菌の口腔内感染リスクが高い。カンジダは日和見感染症であり全身状態の悪化とともに口腔内に症状が現れる。→抗真菌剤軟膏の塗布が有効。

→口腔ケアによる口腔衛生状態の改善、保湿と義歯の管理。特に義歯の清掃状態不良であると再発を繰り返す。

・ウイルス感染症；ヘルペスウイルスをはじめとしたウイルス感染症も進行したがん患者に多く生じます。典型例でははじめ小さな水疱が沢山でき、次第に水疱は破れて小さい潰瘍になる。針を刺すような激しい痛みを伴う。→抗ウイルス薬の使用が有効

【義歯の不具合への口腔ケア】

・急激な体重減少により歯槽骨が痩せたり、唾液分泌が減少することにより、義歯の使用が困難になることが多い

・義歯は新製作するよりも義歯の修理や裏打ちによって改善を図った方が良い。

・口腔乾燥により義歯の違和感・疼痛が起きている場合は義歯の粘膜面に保湿剤をしっかりと塗布して使用してもらうことで改善する場合もある。

・適合改善のために粘膜調整材を用いることも良い

・義歯新製よりも使いなれた義歯を調整した方が多い場合が多い

→新しい義歯を使いこなすには時間がかかる上、粘膜に潰瘍を生じやすい。慣れるための受容力も低下している場合も多い。

→血球減少期や粘膜が脆弱な時期には義歯を装着させないことも必要。義歯床縁が粘膜に当たって潰瘍を形成し、そこから感染を起こす場合もある。

義歯の必要性

- ・口腔内はしっかりと咬合、咀嚼することで良好に機能し、自浄作用が働き、唾液の分泌が促進され、正常な嚥下反射が惹起される
- ・いくらがんばって口腔清掃を行い、保湿しても機能していない口腔内は細菌が増殖しやすく、乾燥しやすく、誤嚥のリスクが高まる
- ・義歯安定剤をつけばなしで就寝したり、数日間放置してしまうと非常に汚染された状態になるので、なるべく義歯安定剤の使用は避ける
- ・どうしても継続して義歯安定剤を使用する場合は粉末タイプのものを選択すると使用後の清掃が楽
- ・義歯は発語と咀嚼だけでなく、表情形成、審美性などの社会性改善のためにも重要



【義歯の必要性】

- ・口腔内はしっかりと咬合、咀嚼することで良好に機能し、自浄作用が働き、唾液の分泌が促進され、正常な嚥下反射が惹起される。嚥下の際に上下での咬合が維持されることで嚥下しやすくなる。
- ・いくらがんばって口腔清掃を行い、保湿しても機能していない口腔内は細菌が増殖しやすく、乾燥しやすく、誤嚥のリスクが高まる。機能することで自浄作用が働き口腔内は清潔になる。
- ・義歯安定剤をつけばなしで就寝したり、数日間放置してしまうと非常に汚染された状態になるので、なるべく義歯安定剤の使用は避ける。どうしても継続して義歯安定剤を使用する場合は粉末タイプのものを選択すると使用後の清掃が楽。
- ・義歯は発語と咀嚼だけでなく、表情形成、審美性などの社会性改善のためにも重要。義歯がないために顔貌が変わり、人との面会を拒むことにつながることもある。

【口臭への口腔ケア】

- ・がん在宅療養中には生理的な口臭の悪化のみならず、全身状態に起因する、がん患者特有の病的な口臭も起こる。
- ・口臭は不快感が強く患者自身の精神的なストレスとなり、会話が減り、良好なコミュニケーションを妨げる原因となる。
- ・時には家族から「部屋に臭いがこもる。どうにかならないか」という切実な訴えが出ることもある。これが原因で面会の頻度が減ることもある。
- ・患者が最期の時まで家族と過ごしやすい環境を保つためにも口臭の対応は重要。
 - 口腔内の汚れ（痰、痂皮）の物理的除去
 - 特に舌苔は口臭の主要な発生源となるので、しっかりと清掃する必要がある
 - 口腔乾燥は口臭を増悪させる。保湿も十分に行う

口臭への口腔ケア

- ・がん在宅療養中には生理的な口臭の悪化のみならず、全身状態に起因する、がん患者特有の病的な口臭も起こる
- ・口臭は不快感が強く患者自身の精神的なストレスとなり、会話が減り、良好なコミュニケーションを妨げる原因となる
- ・時には家族から「部屋に臭いがこもる。どうにかならないか」という切実な訴えが出ることもある
- ・患者が最期の時まで家族と過ごしやすい環境を保つためにも口臭の対応は重要
 - 口腔内の汚れ（痰、痂皮）の物理的除去
 - 特に舌苔は口臭の主要な発生源となるので、しっかりと清掃
 - 口腔乾燥は口臭を増悪させる。保湿も十分に行う



舌苔への口腔ケア

- ・舌苔とは、上皮組織や白血球および大量の細菌が苔状に堆積したもの。細菌を播種する源となり、口臭の原因
- ・口腔乾燥、経口摂取の低下、舌運動の障害、長期間の抗菌薬投与などにより舌苔は増悪する

- 歯ブラシ（やわらかめ）、舌ブラシ、スポンジブラシなどを用いて、舌後方から前方に向けて粘膜表面を清拭し、物理的に除去する
- オキシドール液、白ゴマ油や保湿剤などを使用することで堆積した舌苔を軟化させてから除去する
- 嘔吐反射を惹起したり、舌粘膜を傷つけないように留意
- 舌苔のある患者は口蓋にも汚れが付着していることが多いので併せて行う



【舌苔への口腔ケア】

・舌苔とは、上皮組織や白血球および大量の細菌が舌の上に苔状に堆積したもの。細菌を播種する源となり、口臭の最大の原因。

・口腔乾燥、経口摂取の低下、舌運動の障害、長期間の抗菌薬投与などにより舌苔は増悪する。舌の上が白くなったり、黒く毛が生えたようになることもある。

→歯ブラシ（やわらかめ）、舌ブラシ、スポンジブラシなどを用いて、舌後方から前方に向けて粘膜表面を清拭し、物理的に除去する。

→オキシドール液、白ゴマ油や保湿剤などを使用することで堆積した舌苔を軟化させてから除去する。

→嘔吐反射を惹起したり、舌粘膜を傷つけないように留意。力を入れ過ぎると傷つける。少しずつ回数を分けて実施すること。

→舌苔のある患者は口蓋にも汚れが付着していることが多いので併せて行う。舌の動きが悪くなっているため舌が口蓋まで届かないことで口蓋が汚れる。

【在宅療養中の口腔ケアの実際】

・在宅での口腔ケアは歯科医療従事者による専門的口腔ケアのほか、患者自身が行う口腔セルフケア、訪問スタッフによる口腔ケア、家族による口腔ケアがあるが、いずれも苦痛なく行えるように配慮することが重要。

・口腔ケアの基本は患者自身によるセルフケア。患者自身が歯みがきやうがいができるうちは、無理のない範囲で継続してもらう。セルフケアは体調の悪化や症状の進行により少しずつできなくなることを家族に理解してもらい、家族の負担にならない範囲でサポートしてあげることが必要。

・残存歯数、義歯の有無、口腔乾燥状態、体調など口腔内状態は多様なため、効率良く口腔ケアを行うためにはその人に適した口腔ケア用品を選択することが必要。

【在宅療養中の口腔ケアの実際】

・セルフケアの基本は歯ブラシ

・歯ブラシ選びのポイント

→ヘッドはなるべく小さめ（開口が難しい場合はワンタフトブラシを考慮）

→毛先はナイロン毛（豚毛など動物毛は避ける）

→毛の硬さは「ふつう～やわらかめ」（ブラッシング時に痛みのないもの）

→柄はストレートで持ちやすいもの

・患者ができる範囲でセルフケアが継続できるように声掛けやケア道具のセッティング、洗面所への移動など家族のサポートが大事。

・介護の負担にならないように家族による口腔ケアは現実的な方法と無理のない回数が大事。歯みがきは毎食後に行った方が良いが難しい場合は1日1回だけでも実施することが重要。体調面で歯みがきが困難な場合はうがいだけでも行う。

在宅療養中の口腔ケアの実際

- ・在宅での口腔ケアは歯科医療従事者による専門的口腔ケアのほか、患者自身が行う口腔セルフケア、訪問スタッフによる口腔ケア、家族による口腔ケアがあるが、いずれも苦痛なく行えるように配慮することが重要
- ・口腔ケアの基本は患者自身によるセルフケア。患者自身が歯みがきやうがいができるうちは、無理のない範囲で継続してもらう
- ・残存歯数、義歯の有無、口腔乾燥状態、体調など口腔内状態は多様なため、効率良く口腔ケアを行うためにはその人に適した口腔ケア用品を選択することが必要



在宅療養中の口腔ケアの実際

- ・セルフケアの基本は歯ブラシ
- ・歯ブラシ選びのポイント
 - ヘッドはなるべく小さめ（開口が難しい場合はワンタフトブラシを考慮）
 - 毛先はナイロン毛（豚毛など動物毛は避ける）
 - 毛の硬さは「ふつう～やわらかめ」（ブラッシング時に痛みのないもの）
 - 柄はストレートで持ちやすいもの
- ・患者ができる範囲でセルフケアが継続できるように家族のサポートが大事
- ・介護の負担にならないように家族による口腔ケアは現実的な方法と無理のない回数が大事



適切な歯ブラシの選び方

- a) 毛足はストレートで毛束は 3~4 列ぐらいで清掃しやすく、通気性のよいもの
- b) 歯ブラシの硬さは普通、歯肉に炎症がある場合は柔らかめのもの
- c) 歯ブラシの持ち方は、エンピツを持つようなペングリップ



【適切な歯ブラシの選び方】

- a) 毛足はストレートで毛束は 3~4 列ぐらいで清掃しやすく、通気性のよいもの。市販の物はヘッドが大きいので歯科専売の物の方が良い。
- b) 歯ブラシの硬さは普通、歯肉に炎症がある場合は柔らかめのもの。
- c) 歯ブラシの持ち方は、エンピツを持つようなペングリップで力をあまり入れずに毛先で磨く感じて、歯ブラシを動かすストロークは小さく、細かく動かす。

口腔ケアに必要な補助清掃器具

a) 歯間ブラシ

歯と歯の間の歯ぐきを傷つけないように歯間ブラシをゆっくり入れ、歯の側面に押し当て10回前後ゆっくりと動かします。気をつけるのは強く当てすぎないこと、両側の歯の面をみがくことです。

b) 部分みがき専用歯ブラシ

普通の歯ブラシではブラシのヘッドの部分が大きすぎて、みがきにくいことがあります。奥歯のうしろ側、歯並びが悪い場所などに有効な器具です。

c) デンタルフロス（糸ようじ）

歯と歯の間をみがく場合で、特に歯間ブラシが入らないような狭い場所に用います。

これらの歯ブラシや補助清掃器具の選択法、正しい使用方法については、知識が豊富な歯科医師や歯科衛生士に相談し、正しい使い方を習って下さい。



【口腔ケアに必要な補助清掃器具】

- ・歯ブラシだけでは細かい部分や歯と歯の間などは十分に清掃できないので補助清掃器具を使用することも必要。
- ・これらの歯ブラシや補助清掃器具の選択法、正しい使用方法については、知識が豊富な歯科医師や歯科衛生士に相談し、正しい使い方を習う。

補助清掃器具の使い方

■ 歯間ブラシ



■ 部分みがき専用の歯ブラシ



【補助清掃器具の使い方】

- ・歯肉が退縮してくると歯根が露出してカリエスリスクが高まるので歯間ブラシやフロスを使用する。
- ・孤立歯や歯が重なっている場合は部分磨き用歯ブラシ（タフトブラシ）を使用する。

在宅療養中の口腔ケアの実際

- 口腔ケアの中心となるのは、訪問看護師・介護士
- 口腔も全身の一部との認識を持って口腔観察することが必要
 - 口唇が乾燥していれば、口腔全体が乾燥している可能性がある
 - 口唇が切れていないか。左右の口角が赤くただれていないか
 - 歯垢（プラーク）は歯と歯肉の境目周辺に付着しやすい
 - 口腔粘膜に痂皮の付着や白苔はないか
 - 口腔粘膜に発赤やびらん、潰瘍はないか
 - 義歯の汚れは食べかすではなく、ほとんどが細菌
 - 口臭は清掃状態の指標
- 必要に応じて歯科に相談することが大事



【在宅療養中の口腔ケアの実際】

- 在宅療養中の患者にとって口腔ケアの中心となるのは、訪問看護師・介護士。他の身体看護・介護が主な仕事であるが、口腔にも関心を持つことが必要。
- 口腔も全身の一部との認識を持って口腔観察することが必要。
 - 口唇が乾燥していれば、口腔全体が乾燥している可能性がある
 - 口唇が切れていないか。左右の口角が赤くただれていないか
 - 歯垢（プラーク）は歯と歯肉の境目周辺に付着しやすい
 - 口腔粘膜に痂皮の付着や白苔はないか
 - 口腔粘膜に発赤やびらん、潰瘍はないか
 - 義歯の汚れは食べかすではなく、ほとんどが細菌
 - 口臭は清掃状態の指標
- 必要に応じて歯科に相談することが大事。

「経過を見た方が良いのか歯科医師・歯科衛生士に相談した方が良いのか、その判断がわからない」という訴えがあるが、できれば早期に歯科に介入してもらった方が良い。

【在宅療養中の口腔ケアの必要性】

- 適切な口腔ケアによる口腔の衛生管理は、すべてのがん患者にとって大切。
- 口腔ケアを通して、少しでもがん患者の口腔の不快症状を取り除き、口腔を良好な状態に維持すること、「食べる」、「話す」ことを支えることは在宅療養の質を高め、生きる力を支えることにつながる。動けなくなっても最期まで自分の口から食べられることは患者・家族にとっても励みになる。
- 口腔ケアを日常的なケアとして他の看護・介護サービスと一緒に積極的に導入することで、患者のQOLの維持・向上が期待できる。また、在宅療養チームに歯科関連職種を加えることでより質の高い医療サービスが提供できる。

在宅療養中の口腔ケアの必要性

- 適切な口腔ケアによる口腔の衛生管理は、すべてのがん患者にとって大切
- 口腔ケアを通して、少しでもがん患者の口腔の不快症状を取り除き、口腔を良好な状態に維持すること、「食べる」、「話す」ことを支えることは在宅療養の質を高め、生きる力を支えることにつながる
- 口腔ケアを日常的なケアとして積極的に導入することで、患者のQOLの維持・向上が期待できる



Module 5

領域5

QOL（生命の質、生活の質、人生の質）の最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-6 食支援



領域5 QOLの最善化

5-3 暮らしをささえる

5-3-6 食支援

がん疾患在宅医療における食支援とは

・療養環境を見直し、家族や周囲の人と共に、現状における患者の目標、そして望むことを大切に
した食事・栄養支援の実施である



【がん疾患在宅医療における食支援とは】

・がん疾患在宅医療における食支援とは、療養環境を見直し、家族や周囲の人と共に、現状における患者の目標、そして望むことを大切に
した食事・栄養支援の実施である。

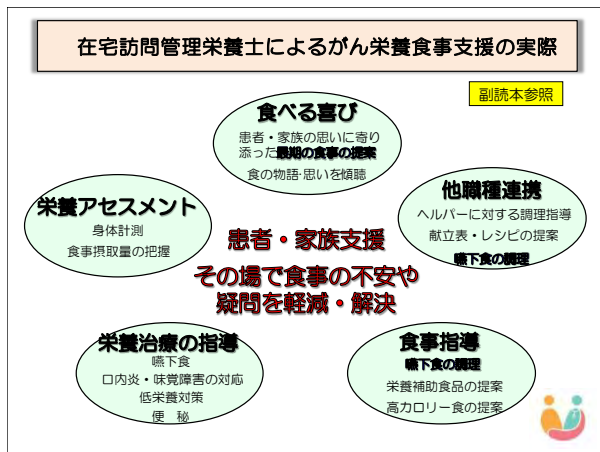
がん疾患在宅医療における食支援の意義 1

患者・家族と共に最期まで食べることに、口にするに寄り添う食のサポートを継続することは、治療継続・副作用の軽減、治療中の目標に向かうための体力の維持、そして、最期まで食べることで笑顔であった患者の思い出を残すことになる。



【がん疾患在宅医療における食支援の意義1】

・がん疾患在宅医療における食支援の意義は、患者・家族と共に最期まで食べることに、口にするに寄り添う食のサポートを継続することは、治療継続・副作用の軽減、治療中の目標に向かうための体力の維持、そして、最期まで食べることで笑顔であった患者の思い出を残すことになる。
患者だけでなく、家族への支援として意義がある。



【在宅訪問管理栄養士によるがん栄養食事支援の実践】

・在宅訪問管理栄養士によるがん栄養食事支援の実践は、その場で食事の不安や疑問を軽減・解決できることである。

・在宅訪問管理栄養士は、病期を見極めつつ5つの視点から患者・家族への支援を実施する。

身体計測値と食事摂取量などから栄養アセスメントを実施する。

身体状況に応じた治療食（摂食嚥下対応食、口内炎・味覚障害、便秘などの対応）や栄養状態の維持、低栄養改善のための栄養食事を提案する。

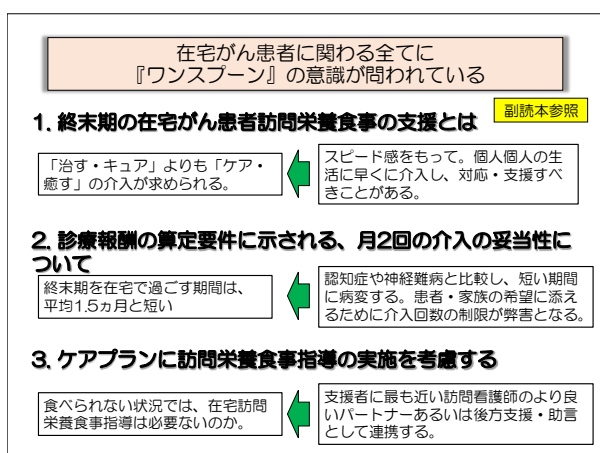
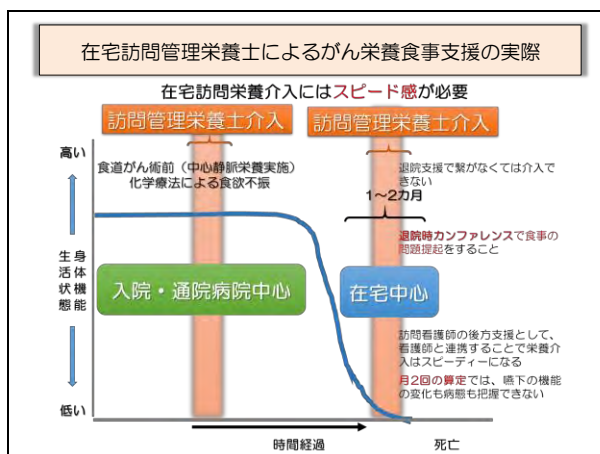
家庭の食環境を考慮し、嚥下食や高カロリー食の調理指導と調理、栄養補助食品の提案。

他職種連携として、看護師、ヘルパーに対する栄養情報提供、献立の提案や調理指導。

終末期患者と家族の思いに寄り添い、食の物語や思いの傾聴から「食べる喜び」に繋がる食事を提案する。

・在宅訪問管理栄養士によるがん栄養食事支援が実施されることが重要。

・管理栄養士が、在宅訪問栄養食事指導を行うためには、退院時カンファレンスで食事の問題を提起し、退院支援に繋ぐ。予測される在宅医療期間が短く、生活状態・身体機能低下が著しい場合には、管理栄養士の在宅訪問の制約が大きく実施ができないスピーディーな介入、病状に応じた栄養食事の対応は、訪問看護師の後方支援として、看護師に情報を提供する態勢も整える。



【「ワンスプーン」の意識】

・がん患者が「ワンスプーン」を口にできることは、がんと共に生きる支えになる。このことを多職種が意識することが重要。

・終末期の食事支援は、「治す・キュア」よりも「ケア・癒す」の介入が求められる。在宅療養の期間は個々の生活に管理栄養士が早く介入し、スピード感を持って対応することが求められるが、診療報酬の算定要件は月2回であり、介入回数の制限があること、ケアプランの作成に組み込まれないことが弊害になっている。食べられない状況の辛さの改善に訪問看護の後方支援として、管理栄養士が連携する場合も多い。

在宅がん患者に関わる全てに
『ワンスプーン』の意識が問われている（続）

4. 訪問管理栄養士のスキル

終末期に際し、食べさせたい家族と食べられない本人の身体・精神について、家族に理解してもらう

今、食べられる・食べやすい食事形態の調理をする為に現在の咀嚼・嚥下能力を見極めることができる

在宅訪問の場で、安全管理の一端を担える技術、知識の習得と療養者、各職種の意向を把握したうえで療養の流れに沿った栄養支援・食事指導に関わることができる

終末期の栄養食事介入は、患者が今、食べられるもの、食べやすい食事形態や望むものを『咀嚼・嚥下能力』を見極めたうえで、安全な調理を提案する。

がん疾患在宅医療における食支援の意義 2

がん患者の食欲低下

身体的問題にとどまらず、食べる喜びや楽しみを奪い、生きる意欲を失うことに繋がる

食の支援は

患者と家族が望む食を食の専門家である管理栄養士が共に考えることで安心と喜びを感じることができる



【がん疾患在宅医療における食支援の意義2】

- ・がん患者の食欲低下は、身体的問題にとどまらず、食べる喜びや楽しみを奪い、生きる意欲を失うことに繋がる。
- ・食の支援は、患者と家族が望む食を食の専門家である管理栄養士が共に考えることで安心と喜びを感じることができる。

がん疾患在宅医療での食支援における要点

家族とできることを大切にし、食療養環境を見直し、患者の希望に添った食事・栄養支援を行うとともに心理的なサポートが重要

この時期の栄養管理は、患者と家族の想いや患者に大切な方の気持ちをよく聴き、調理を提供すること



【がん疾患在宅医療での食支援における要点】

- ・がん疾患在宅医療での食支援における要点のひとつは、家族とできることを大切にし、食療養環境を見直し、患者の希望に添った食事・栄養支援を行うとともに心理的なサポートが重要となる。
- ・この時期、患者や家族は死への不安や辛さ、悲嘆に向き合い、共に心が揺れている。食で患者や家族の力となれることは、患者から語られる食の思い出、食にまつわる印象深いでき事など「食の物語」を思い起こさせ、可能であればそのメニューを提供することも支援となる。
- ・過去の思い出につながる食を思い浮かべている今があり、次に食べたい物を思い浮かべることで未来への気力、喜びへとつながる。食べたい物を思い浮かべることができるのであれば、食べられなくても一歩先に繋がると感じることができる。また、死別の悲嘆のなかで、患者の食べた物を思い起こすことは、大切な人との絆をより感じることができる。

がん疾患在宅医療での食支援における要点（続）

最期まで食べるという希望を支えるために 多職種連携が重要。

医療・介護者間で患者の情報と認識を共有し、質の高い積極的な栄養管理・サポートをすることが最期まで食べるという希望を支えることに繋がる



患者と家族の限られた時間を快適にする。



・要点の2つ目は、多職種連携である。

・医療・介護者間での患者の情報と認識を共有し、質の高い積極的な栄養管理・サポートをすることが最期まで食べるという希望を支えることにつながる。

・連携による食の支援は、患者と家族の限られた時間を快適にする。

病期毎の食支援の内容（積極的治療期）

- ・患者が選択した治療を完遂するために、治療による副作用からの回復に寄与する栄養食事指導を行う
- ・がん患者と家族の目標達成のために、積極的な栄養療法を実践する
- ・必要栄養量を摂取するために経腸栄養剤や栄養補助食品なども提案する



【病期毎の食支援の内容】

・食支援の内容を病期毎に提示する。

・積極的治療期では、選択した治療を完遂するために、治療による副作用対策あるいは、積極的な栄養療法の栄養食事指導を行う。

・必要栄養量を摂取するために経腸栄養剤や栄養補助食品なども提案する。

病期毎の食支援の内容（慢性療養期）

患者の体力維持と改善に寄与する栄養食事療法を実施

切除不能進行・再発がんであっても、不応性の悪液質に陥ったと判断されるまでは、体重と骨格筋量を減少させないために、患者の体力維持と改善に寄与する栄養食事療法を実施する

患者の思いや気持ちなどを聴き、体力、気力を維持、改善し、栄養状態を保つための栄養食事摂取について提案していく



・慢性療養期では、切除不能進行・再発がんであっても、不応性の悪液質に陥ったと判断されるまでは、体重と骨格筋量を減少させないために、必要エネルギー量、たんぱく質及びビタミン、ミネラルを適切に摂取する栄養食事について支援する。

・患者の思いや気持ちなどを聴き、体力、気力を維持、改善し、栄養状態を保つための個々の生活状況に応じた栄養食事摂取について提案する。

病期毎の食支援の内容（終末期）

食欲不振－悪液質症候群 (Anorexia-Cachexia Syndrome : ACS)

がん悪液質と共に食欲不振や体重減少が増強した食欲不振－悪液質症候群 (anorexia-cachexia syndrome : ACS) の状態となり、筋肉、脂肪の両方が著明に減少する

終末期は最後まで「口から食べることを優先的な課題として支援する。

食事が摂取できないことによる家族と患者の苦悩を軽減する



・終末期では、がん悪液質と共に食欲不振や体重減少が増強した食欲不振－悪液質症候群 (anorexia-cachexia syndrome : ACS) の状態において、筋肉、脂肪の両方が著明に減少する。

・終末期は最後まで「口から食べることを優先的な課題として、食事が摂取できないことによる家族と患者の苦悩を軽減する。

食支援における管理栄養士の役割

管理栄養士は、患者と家族に最期まで食べる喜びを提供する個別対応食に徹する存在である

「生きる力の根源」としての食事を提案する事は大切と考える。患者にとって望む食事ができる状況にあって、その時にしか価値のない食事（今の病態に対して安全で安心な食事を見て・香りその時点で食べる喜びに繋がる）の提供をうけ、治療にも挑むほうが良いと考える



食支援における管理栄養士の役割(続)

寄り添う食支援を受けられる患者は幸運な患者ではない。
管理栄養士による病状に応じた介入は、望む患者全てに対して行われるべきである

「がん患者における食事・栄養管理」とは

- ・がん患者と家族の目標達成に向けた積極的な栄養療法の実践
- ・食事が摂取できないことによる家族と患者さんの苦悩を軽減すること

管理栄養士は、その役割を担える時にその場所にいることが大切だと思う。食に対する感性を持ち続け、出会った患者と共にプロとして最大限に食の支援に挑む使命でいる存在である。



食支援における留意点（予後未定/予後数か月）

栄養状態の維持・体重維持を目標に、患者が実践できる栄養計画を立てる

- ・食事は暮らしの中に必ずある。患者は生きるために食べ続けなくてはならない。病院から一步出た後の食事に大きな不安がある
- ・食事は生活の一部で日常のことであるため、毎日の食事を支える支援を必要とする
- ・食欲、摂取量は患者の精神面の影響を強く受ける。そのため、有害事象・副作用の対応だけでは摂取量の改善を見込めない場合が多い
- ・「経口的栄養補助」(Oral Nutritional Supplements: ONS)の使用を検討する



食支援の実際（予後未定/予後数か月） 1/3

【栄養状態の維持、体重維持維持管理】

・個々の必要栄養の算出と摂取への支援（エネルギー、たんぱく質の充足）

I. 患者の前向きな気持ちを支える料理

- (1) 体力を落とさないために
 1. 明日も仕事に出かけていくために
 2. 元気になる物を食べたい
 3. 栄養価の高い料理、栄養が充実した食事
- (2) 筋力をアップしたい時の料理
- (3) 楽しい気持ちになる食事
 1. 楽しい料理
 2. 彩の良い料理・食事
 3. 季節を感じる料理
 4. 家族と友人と楽しむ、家族友人を囲める食事
 5. 晴れの日の料理
- (4) 治療の前に手術までに体力をつけて、栄養を補給したい。
- (5) 早く元気になりたいから、食べる事も頑張る。



【食支援における管理栄養士の役割】

・食支援における管理栄養士の役割は、患者と家族に最期まで食べる喜びを提供する個別対応食に徹する存在。「生きる力の根源」としての食事を提案する事は大切。

・患者にとって望む食事ができる、口にすることができる環境が整えられている、その時に価値のある食事（今の病態に対して安全で安心な食事を見て、香り、その時点で食べる喜びに繋がる）の提供を受けられることは、治療に挑む気持ちを維持できる。

・食支援における管理栄養士の役割は、幸運な患者だけが寄り添う食事支援を受けられるべきではなく、管理栄養士による病状に応じた介入は、望む患者全てに対して行われるものである。

・がん患者における食事・栄養管理は、がん患者と家族の目標達成に向けた積極的な栄養療法の実践と食事が摂取できないことによる家族と患者の苦悩を軽減することにある。

【食支援における留意点】（予後未定/予後数か月）

・食支援における予後期間別の留意点について説明する。

・予後未定/予後数か月では、栄養状態の維持・体重維持を目標に、患者が実践できる栄養計画を立てる。

・食事は生活であり、生きるために食べ続けなくてはならないが、病院から一步出た後の食事に大きな不安がある。毎日の食事を支える支援が必要。

・食欲、摂取量は患者の精神面の影響を強く受けるため、有害事象・副作用の対応だけでは摂取量の改善を見込めない場合が多く、「経口的栄養補助」(Oral Nutritional Supplements: ONS)の使用を検討する。

・実際には個々の必要栄養を算出し、摂取への支援（エネルギー、たんぱく質の充足）が必要。そのためには、患者ががんに関向きの気持ちで向き合えるように、患者の思い「体力を落としたいくない」「筋力をアップしたい」「楽しい気持ちになりたい」「早く元気になりたい」、などを傾聴した食事の提案を行う。

食支援の実際（予後未定/予後数か月）2/3

II. 患者の生活状況に応じた食事の工夫

- (1) 調理負担を軽減するために
 - ・ ・ ・ 少ない品数で調理手順が簡単だが栄養的に充実
 1. 食事の支度が辛い時に調理しやすい料理
 2. 簡単料理・片づけ簡単料理
 3. 作り置きのできる料理
 4. アレンジの出来る料理
- (2) 食事をすることに疲れた時に
- (3) 視力が落ちて、食べる事の楽しみや食欲が落ちてきた時に
- (4) 手に力が入らない時に
- (5) 噛む力、噛むこと自体が弱ってきた時に



・また、患者の生活状況や病態、栄養食事に対する意識や調理能力や調理担当者の負担を考慮した食事の工夫を提案する。

食支援の実際（予後未定/予後数か月）3/3

・副作用対応のための食事の提案

副読本参照

III. 患者の症状に応じた料理

- | | |
|--|------------------------------------|
| (1) 吐き気がする | (15) 歯茎が痛い |
| (2) お腹が張る | (16) 嘔気が強い |
| (3) お腹が痛い、お腹の調子が良くない | (17) 食感が持ち辛い
(箸、スプーン、フォークが使えない) |
| (4) 便秘のために食欲が減退 | |
| (5) 何を食べても同じ味がする | |
| (6) 匂いが気になる | |
| (7) 口内炎があっても食べたい | |
| (8) 味覚障害 何を食べても、ザラザラ感がある。何を食べても甘く感じる。
味が分からない。口は苦いが甘味を感じるような気がする。 | |
| (9) 口が乾く/ねばねばする | |
| (10) 口が開かない（開口障害） | |
| (11) 喉が痛い、喉にしみる、飲み込みにくい | |
| (12) 便秘があり、ガスが溜まってお腹が張る | |
| (13) お腹に優しいものを食べたい | |
| (14) 胃切除後、上がってこない（食道に戻ってこない） | |



・また、治療や心理的な面から食事や食欲に影響する副作用は、個々の治療やその経過、時間経過や日々の生活によっても異なるので、個々の副作用に応じた栄養食事を提案する。

食支援における留意点（予後月単位）1/3

副読本参照

患者の身体変化や機能低下・心理的不安を軽減し、食べることの継続と食べる喜びを維持できるよう、現在の目標を共有する

悪液質の進行に従い、回復不能悪液質（Refractory cachexia）の状態では余命3か月未満と定義される

高度な代謝障害のため、経口摂取の低下は高頻度に見られ、栄養状態の可逆性はしだいに少なくなり、低栄養を改善することは困難となる

経口摂取はほとんどできていないが、患者と家族にとっては望む調理や食事を提供することは「食べる喜び」と家族のブリーフケアとしても重要である



【食支援における留意点】（予後月単位）

- ・予後月単位での留意点は、患者の身体変化や機能低下・心理的不安を軽減し、食べることの継続と食べる喜びを維持できるよう、現在の目標を共有する。
- ・悪液質の進行に従い、回復不能悪液質（Refractory cachexia）の状態では、高度な代謝障害のため、経口摂取の低下は高頻度に見られ、栄養状態の可逆性は次第に少なくなり、低栄養を改善することは困難となる。
- ・経口摂取はほとんどできていないが、患者と家族にとっては望む調理や食事を提供することは「食べる喜び」と家族のブリーフケアとしても重要になる。

食支援における留意点（予後月単位）2/3

副読本参照

終末期において、「悩んでいること」、「困っていること」の多くは、眠気、腹満である
腹満は輸液の減量などを検討する

不安や恐れ等の心理的な影響、食べる機能の障害、治療や薬の影響、体力の低下など食が進まない様々な事象に対処できる提案が出来るように診る、寄り添う

食が進まない様々な事象（例）

- 「食べる気がしない、食べ物と話したくない」
- 「出される食事に飽きた、食べたい物がない」
- 「吐き気や口の渇き、口内炎の痛みで食べられない」
- 「味がしない」、「むせる、漏れる」
- 「起きていられない、時間がかかる」など



- ・終末期において、「悩んでいること」、「困っていること」の多くは、眠気、腹満である。
- ・腹満への対応は、輸液の減量についても検討する。
- ・食が進まない原因である、不安や恐れ等の心理的な影響、食べる機能の障害、治療や薬の影響、体力の低下などを明らかにし、対応できる栄養、食事の提案をする。

食支援における留意点（予後月単位）3/3

副読本参照

栄養に対する効果・期待は減少するが、患者の食事内容に関する真の要求が何かを見出すことが大切である

患者個人の食に関わる物語から 思い起こされる食事、家族が食べさせることに 躊躇する食事、患者がその時に 口にしたい食事 に対する価値の違いを共有できるようにする



・さらに、栄養に対する効果・期待は減少するが、患者の食事内容に関する真の要求が何かを見出すことが大切。

・患者個人の食に関わる物語から思い起こされる食事、家族が食べさせることに躊躇する食事、患者がその時に口にしたい食事に対する価値の違いを共有し、患者と家族のために食事を準備するあるいは食にまつわる会話をする。

食支援の実際（予後月単位）1/2

患者の目標を支える栄養、食事支援
個々の栄養状態、食事摂取、生活機能を支える体力などの目標に応じた栄養、食事の提案

副読本参照

IV. 患者の今の要望に応える料理の提案

- ① のど越しが良い物を食べたい、ツルンと入るものを食べたい
- ② 柔らかい物が食べたい
- ③ 水分をしっかりとりたい
- ④ 水分のあるものが食べたい
- ⑤ 血糖が上がりにくい料理
- ⑥ はし、フォーク、ナイフなど食器道具を使わないで食べられる食事（手づかみ食）
- ⑦ 濃い味が食べたい
- ⑧ 消化に良い物を食べたい
- ⑨ お腹に優しいものを食べたい
- ⑩ お腹が冷えない物を食べたい
- ⑪ あっさりした物を食べたい
- ⑫ 下痢のために外出ができない
- ⑬ お腹の調子が悪い時は食べる気がしない



・予後月単位での食支援について説明する。

・基本姿勢は患者の目標を支える栄養、食事支援になる。

・個々の栄養状態、食事摂取、生活機能を支える体力など患者の要望や目標に応える食事を提案する。

・具体的な内容は、患者の今の要望に応える料理を提案することで、例としていくつか挙げてみた。⑫下痢や

⑬お腹の調子が悪いなどの現在の消化器症状の対応と食事提案も必要。

食支援の実際（予後月単位）2/2

V. 患者を満足させる食事と料理

副読本参照

- ① たまにはこってりしたものを食べたい
- ② 食べたい物がある
- ③ 残さずに食べたい
- ④ 体調によって加減できる料理
- ⑤ 気分が晴れるようにと作った欲しい
- ⑥ 温かい物が食べたい
- ⑦ 食べたい物が見つからない
- ⑧ 一度食べられないと思ったらずっと食べたくない
- ⑨ 生野菜を食べたい（他は食べられない）
- ⑩ 味が薄くて食べられない（食欲不振の原因）
- ⑪ 食べ物が喉を越さない
- ⑫ 柔らかくても食べた充実感のある食べ物
- ⑬ 子供が好きそうで、一品でカロリーや食材を多く摂れる物を食べたい



・また、患者の体調や食嗜好、病態や機能の変化を見極め、患者が満足できる食事内容を調整し提案していく。

食支援における留意点（予後週単位）1/3

副読本参照

患者と家族の思いに寄り添い、気持ちを尊重する
『患者の食べたいのに食べられない』『食べられないけれど食べたい』
『家族の食べさせたい』『食べさせたくない』

「食」はQOLそのものであるため、終末期は最期まで「口から食べることを優先的な課題として支援する



【食支援における留意点】（予後週単位）

・予後週単位では、患者と家族の『患者の食べたいのに食べられない』『食べられないけれど食べたい』『家族の食べさせたい』『食べさせたくない』思いに寄り添い、気持ちを尊重する。

食支援における留意点（予後週単位）2/3

【終末期の栄養サポート留意点】

副読本参照

患者と家族 食に抱く感情や食の意義や価値観が異なる

患者の身体・精神状況の変化に伴う、患者と家族の『食への思い』を傾聴しながら、患者に寄り添うことが大切である。

患者の希望に添った食事・栄養支援を行うとともに心理的なサポートが大切

この時期、患者や家族は死への不安や辛さ、悲嘆に向き合い、共に心が揺れている。食で患者や家族の力となることは、患者から語られる食の思い出、食にまつわる印象深いでき事など「食の物語」を思い起こし、可能であればそのメニューを提供することも支援となる。



食支援における留意点（予後週単位）3/3

【終末期の栄養サポート留意点（続）】

副読本参照

死別の悲嘆のなかで、患者の食べたものを思い起こすことは、大切な人との絆をより感じることができる

この時期の栄養管理は、患者と家族の想いや患者にとって大切な方の気持ちをよく聴き、調理を提供することである



食支援の実際（予後週単位）1/3

副読本参照

食の楽しみ、美味しさを引き出せるように「おいしいと感じる」 感覚、情報を伝える

柔らかさ、弾力、温度などの食感

甘さ、辛さ、渋みや酸っぱさ

風味の豊かさ、うま味、コクなどの味覚

食にまつわる伝統や由来の情報など

摂食嚥下機能に応じた食形態を工夫する

食べたい物を思い浮かべることができるのであれば、食べられなくても一歩先に繋がる

食べられなくても一歩先に繋がる



食支援の実際（予後週単位）2/3

VI. 食べたい欲求が出ない時、食欲が湧かない時に

- ① 見た目に満足する料理
- ② 量が少なくても満足する料理
- ③ 消化のよさそうな料理
- ④ 香りのするものを提案
- ⑤ 季節を感じる料理
- ⑥ なんて食事が食べられないのか、食欲が湧かない
- ⑦ 気持ちは沈みがち、食事にむらがある
- ⑧ 少量ずつなら食べられそう
- ⑨ かわいらしい料理・外食っぽい調理を提案
- ⑩ 漬物、梅干しなど



【食支援における留意点】（予後週単位）

・予後週単位では、患者と家族の『患者の食べたいのに食べられない』『食べられないけれど食べたい』『家族の食べさせたい』『食べさせたくない』思いに寄り添い、気持ちを尊重する。

患者と家族は、食に抱く感情や食の意義や価値観が異なることがある。患者の希望に添った食事・栄養支援を行うとともに心理的なサポートが大切になる。

・この時期、患者や家族は死への不安や辛さ、悲嘆に向き合い、共に心が揺れている。食で患者や家族の力となることは、患者から語られる食の思い出、食にまつわる印象深いでき事など「食の物語」を思い起こさせ、可能であればそのメニューを提供することも支援となる。

・死別の悲嘆のなかで、患者の食べたものを思い起こすことは、大切な人との絆をより感じることができる。

・予後週単位の具体的な食支援の内容である。

・食の楽しみ、美味しさを引き出せるように「おいしいと感じる」 感覚、情報を伝える。

・また、摂食嚥下機能に応じた食形態を工夫。

・患者と家族は、悲嘆の中でも食べたい物を思い浮かべることができるのであれば、食べられなくても一歩先につながる。

・ここでは、食べたい欲求が出ない時、食欲が湧かない時に提案できる食事を示す。

食支援の実際（予後週単位）3/3

副読本参照

VII. 思い出の料理

- ① 運動会のお弁当
- ② 味付けは母の味
- ③ 朝の我が家の食卓
- ④ 懐かしいお菓子
- ⑤ 懐かしい場面を思い出す
- ⑥ 懐かしい味付け



・食は、思い出の物語の中にある。思い出の料理を傾聴し、出来る限りの食事の準備をする。そして、最期まで食べることで笑顔であった患者の思い出を残すことは、患者だけでなく、家族への支援として意義がある。

参考メニュー 吐き気・嘔吐

対応のポイント

副読本参照

冷やし素麺温泉卵付き
肉・魚団子の
すまし汁ゼリー
焼きお握り
漬け物寿司
ーロサンド
フルーツーロサンド
生野菜
シャーベット
フルーツポンチ
ホットケーキ
生オレンジジュース

- ・においが立つような加熱調理を控えて、冷たい料理中心。
- ・温かい料理は、さまして食卓に
- ・好きな時に少量ずつ食べられるものを準備
- ・血数を減らす、一皿の盛りを少なくする。
- ・飲み物やスープ、スムージーのみの単品で提供



朱夏ずし（トマト入り） アスパラのポタージュ
・赤は食欲を増進する色



参考メニュー 味覚障害

副読本参照

対応のポイント

寿司
オムライス
炊き込みご飯
ラーメン
丼物
焼きそば
お好み焼き
いなり寿司
海苔巻き
卵焼き

- ・酸味や香辛料、香味野菜等で味にアクセント。ケチャップ、ソース味の使い方を上手く。
- ・幼少期に食べ慣れた味を口にするると懐かしい気持ちからか、食欲も少しずつアップする。
- ・味噌汁は、昔懐かしい慣れた味。例えば一般の味噌に赤味噌を混ぜた味噌汁。
- ・母や妻の作った料理の話から、それに似た調理・・・卵とじ、卵焼き、おじや、雑炊
- ・かつおと昆布の濃いだし味
- ・カレー粉の使用・・・カレーライスやカレー焼きそば



参考メニュー 口内炎・口内乾燥

対応のポイント

副読本参照

卵豆腐
温泉卵
茶碗蒸し
パン粥
冷し素麺・うどん
ポタージュ
かき氷
シャーベット
ゼリー
ヨーグルトムース
生ジュース

- ・食事をする前に冷たいものを口にとすると食欲はアップする。・食事に汁物や飲み物を添える。
- ・シャーベット・・・ミカン缶、りんご缶をそのまま冷凍する。リンゴジュース、オレンジジュースを一度ゼリーにしてから冷凍するとシャリシャリ感を楽しめる。
- ・硬い食材、お粥はペーストにする。
- ・水気の多いもの、ドレッシング、冷たいもの、刺激のあるものはしみる



パン粥

温泉卵

