

介護スタッフのための

緩和ケアマニュアル

～がん患者さんご家族が心穏やかに過ごせるように～



平成 29 年

千葉県

目 次

はじめに	3
I 介護と緩和ケア	4
II がんの症状	5
III こころのつらさ	6
IV 介護が必要となる状況について	8
V 介護の実際	9
介護の基本的な考え方	
○食べられる量が減ってきたら	10
○からだを思うように動かせなくなったら	11
●歩行の支援／●立ち上がり動作の支援／●安楽な姿勢や動きへの支援	
●リラクゼーション	
●排泄ケア／●清潔ケア／●口腔ケア／●水分摂取の援助	
○話をするのがつらくなってきたら	26
看取りが近づいてきたときの変化	
○呼吸の変化に気づいたら	27
○そのまま見守ってもいいからだの変化	28
○医療職に連絡が必要なからだの変化	29
VI 家族へのケア	30
VII 呼吸が止まったときの対応	31

I がんの痛み 32

(1) がんの痛み(症状)と気がかり

(2) 痛みと介護

(3) 痛みの治療、特に医療用麻薬について

● 医療用麻薬の使い方

① 鎮痛薬の選び方

- ・ WHO 三段階除痛ラダー

② 鎮痛薬の使い方

- ・ 鎮痛薬使用の5原則

● 医療用麻薬の副作用について

● 医療用麻薬に関するQ&A

II 口腔ケア 38

● 終末期の患者さんの口腔トラブル

● 口腔ケアに使うもの

● 口腔ケアの実際

あとがき 40

はじめに

現在、がんは死因のトップであり、全死亡者数の1/3を占めています。

千葉県では、急速な高齢化が進み高齢社会に突入し、今後、高齢者のがん患者は増える見込みであり、ご自宅だけでなく、老人ホームや介護施設などのさまざまな施設で過ごす患者が増えると予想されます。

住み慣れた施設において、がん患者が安心して最後まで過ごせるようにするためには、介護スタッフの方々にも「緩和ケア」の普及が必要と考えます。

現在は、がんと診断された時から治療と並行して「緩和ケア」を受けるようになっていきます。さらに心不全などがん以外の他の病気も緩和ケアの対象になってきていますが、この冊子では、対象を「がん終末期」に限定した内容としました。

本冊子、“介護スタッフのための緩和ケアマニュアル”は、「がん終末期」の患者さんが、心地よい介護を受けることで穏やかな療養ができることをめざしています。

介護スタッフの方々が、がん患者さんの最後に起こってくる症状や経過を理解することで、「緩和ケア」や「看取り」にかかわる際の不安やためらいが少しでも軽減できることを願っています。

タイトルは、“介護スタッフのための緩和ケアマニュアル”になっていますが、介護職だけでなく、ご家族、県民の皆さん、全ての医療関係者・介護福祉関係者にも是非読んで欲しいと思っています。多くの皆さんに活用していただき、がんになっても、最後まで住み慣れた地域で生活したいと願っている患者さんのためにお役に立てることを願っています。

Ⅰ 介護と緩和ケア

「緩和ケア」とは、患者さんのからだと心の“つらさ”を和らげるためのケアです。“がん”“終末期”というと、まず“痛み”を思い浮かべ心配します。

緩和ケアというと“痛み”をとることが一番の目標と考える人も多いのですが、終末期の患者さんに共通しているのは、がんが進んでくることで起こる全身の力の低下です。運動や家事ができなくなり、介護が必要になることです。

実は、がん患者さんにとって、“痛み”よりも全身の力が低下して、“**できていた事ができなくなる**”ことの方が重大な問題です。そして、介護が必要になる時期が急に訪れることで、患者さんのつらさはいっそう深まります。そのため、がん患者さんのからだの状態、気持ちのあり方を理解した上で介護することが大切になります。

介護のあり方は患者さんの状況に大きな影響があります。患者さんは心地よさを感じられれば、心が穏やかになり、からだのつらさも和らぎます。

患者さんが自身でやろうとしていることを見守り、大変なところを手伝うことができれば、今を精一杯生きていると思えるでしょう。生きている限り尊重され存在を肯定される療養生活が送れることで、病気が進んでも、からだのつらさや心のつらさが和らぎます。

緩和ケアの目標は、患者さんの生活の質(QOL)の改善です。介護は、今までのような自立した生活ができなくなった患者さんに対して、生活を支え、生きることを支えるという最も重要な役割を担っています。

II がんの症状

がんの症状を理解し、患者さんのつらさに寄り添えるようにしましょう。

がんの症状には、大きく2つがあります。痛みや呼吸困難などのがんの局所の症状と、体重減少や疲れやすいなどの「悪液質」による全身の症状です。

「最後に痛み苦しむのではないか」「どんどん痛くなるのではないか」という心配は、痛みがない人にもある不安です。このような不安が大きくならなければ、症状は緩和ケアによって和らげることができるといわれています。

介護スタッフも患者さんの具合が日々悪くなっているのをみているのは心配でもあり、不安も大きくなります。介護スタッフの不安が患者さんに与える影響は大きいので、心配なことは医療スタッフに確認しておきましょう。

【がんによって起こる症状】

○局所の症状（痛み・呼吸困難など）

- がん自体が周りの組織に広がることで生じる症状です。
内臓や神経への圧迫により、痛みなどの症状が出る場合があります。
がんが進んで呼吸機能に影響を及ぼすと、呼吸困難を生じる場合もあります。

*がんの種類、がんの進み方によって、症状のある人とない人がいます。

○全身の症状

- がんが進行すると、カロリーを摂取しても衰弱する「悪液質」の状態になります。体重が減少し、筋肉量の減少が起こり、筋力が低下し体力が急激に低下します。

身体機能の低下：立てない、起きられないなど

全身の身体症状：疲れやすい、だるさ、食欲不振、めまい、むくみなど

*がんが進行してくると、程度の違いはありますが全員に起こってきます。

Ⅲ こころのつらさ

患者さんは、常に死の恐怖を抱えながら必死に生きています。

そこに、自分のことを自分でできなくなってしまったつらさが加わります。

いつかそういう日がくると漠然と考えている人にとっても、介護を受けることは、「死」がすぐそこまで来ていることを実感させられます。介護に抵抗する人がいますが、それは、追いつめられた精神状態から、強い恐怖感に襲われたときの自己防衛といえます。

患者さんが“大切にされている”と感じられるケアが大切です。

- こころの状態のあり方が、からだの症状には密接な関係があることを胸に刻んでケアをすることが大切です。

「自分をわかってくれる人がいる」と思えることが、つらさや痛みの緩和につながります。

- 「話を聞いてくれる人」がいると思えることが、つらさや痛みの緩和につながります。

心地よいケアを受けていると感じると気持ちが安らぎます。

- 介護によって少しでも心地よさを感じてもらえれば、心が穏やかになり、からだのつらさも和らぐことになります。



「がん」と「高齢者」のケアは、病状の変化や死への意識など
基本的な違いを理解しておく必要があります。

- 高齢者は、ケアの方法に適応していく時間があります。
ケア側も高齢者の個別性に合わせたケア方法を見いだす時間があります。
高齢者のケアは、今回がうまくいなくても次回があります。
- がん患者さんの終末期は身体機能が急激に低下するため、ケアを希望
したときに適切な方法で提供できる高いスキルが求められます。

Ⅳ 介護が必要となる状況について

がん治療の効果がなくなると、がんを治す方向の治療は終了になります。

がんの進行によって体力は低下しても、それまでと変わらない生活を送っていますが、ある時期から、急速に状態が変化していきます。

歩くときに足下がふらつく感じがするなどから始まり、昨日までできていたことが今日ではできなくなるなど、日常生活の不自由さが日に日に増していきます。

こうした変化は患者さん自身が一番実感し“死が間近に迫っている”ことを自分のからだで感じるようになります。

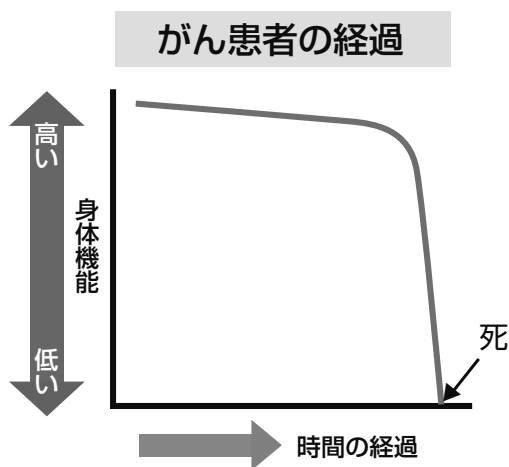


図1 がん患者が亡くなるまでの経過
(関根龍一：疾患群別予後予測モデル，週刊医学界新聞，第3047号，2013年を改変)
(参考：Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA. 2001)

身体機能は、最後の1～2か月で急速に低下します。

このような時期に日常のさまざまな場面で介護が必要となり、つらさが深まります。

その期間は2週間程度のことが多いです。

V 介護の実際

患者さんにとって、介護を受けることは、自分でできなくなったことを意味します。一時的なものではなく、以前の状態に戻ることは二度とないことを患者さんは知っています。

患者さんに残されている時間はわずかです。その時間を思ったように過ごせるための介護を考えましょう。

どのような症状が起こってくるのかを、介護する方が知っておくことで、あわてずに見守ることができます。

介護の基本的な考え方

- 話をよく聴いて、ケアの方法は一緒に相談しましょう。
- 患者さんが自分でできることを大切にしましょう。
- 自分でできなくなったときに手伝えるように、普段の生活動作をよく見ておきましょう。
- 普段の自然な動作を理解して介護しましょう。
- 介護スタッフの不安は患者さんの不安を強くしますので、わからないことや心配なことは事前に解決しておきましょう。
- 患者さんの状況の変化に対応できるように、常に最新の状況をチーム内で共有できるようにしましょう。

介護の基本的な考え方

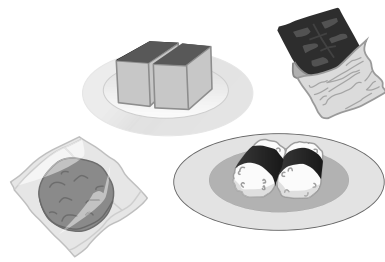
食べられる量が減ってきたら…

がんが進行すると、胃や腸に病気がない場合でも、食べられる量が減ってきます。

このとき、介護スタッフは、「少しでも口から食べさせてあげたい」「食べないとますます元気がなくなってしまう」という思いから、栄養価の高い物を勧めたり、食事について悩むことも多いようです。

しかし、三度の食事をとることが難しくなり、1回に食べられる量が少なくなるのは、「がんの進行に伴う症状のひとつ」なのです。

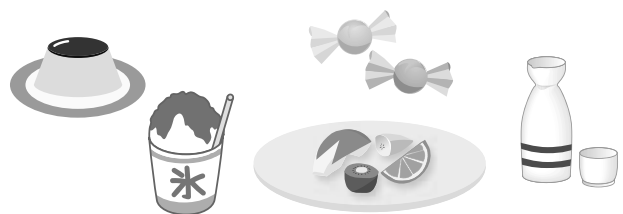
誰よりも患者さん自身が「食べなければと思って、食べられないつらさ」を抱えていることを理解した上で、寄り添うことが大切です。



ケアの実際

- * 少量でも“無理なく食べられる量”が良いことをご家族にも伝えましょう。
- * 盛りつける量を少なくしても、器の大きさは替えない方がよいでしょう。
- * 食事の時間に食べられないことは気にしないようにしましょう。
- * 食べたいと思ったときに、すぐに食べられるものを用意しておきます。

食事が食べられなくなっても、アイスクリームやシャーベット、果物など、口当たりの良いものが好まれます。



からだを思うように動かせなくなったら…

がんの終末期には、身体機能が急速に低下するため、次に起こる変化を予測することが必要です。

がんが進行すると、足に力が入らなくなるなど、からだが動かしづらくなります。「歩くときにふらつく」「立ち上がれない」、そして「起き上がれない」「寝返りが打てない」ということが順に起こります。

変化に応じて、次に起こりそうなことをあらかじめ考えておくことができれば、患者さんの希望を聞きながらケアの準備ができます。

転倒などの不測の事態を防ぐためにも大切なことです。

患者さんは、再び歩けることはなく、起きられなくなっていくという
厳しい現実を生きています。

起き上がれなくなり、寝返りが困難になる状況は、死が目前に迫っ
ていることを意味します。患者さんの頑張りたいと思う気持ちを大切に
しましょう。

歩行の支援

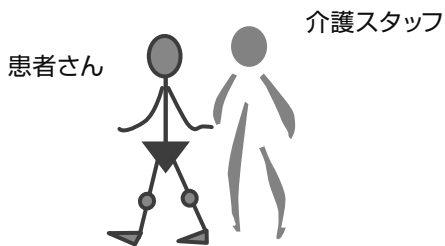
杖や歩行器などの道具を使いこなすための時間がないことも意識しておきます。

立位が保てる患者さんは歩けます。しかし、急速におとろえてしまった状況に自信がもてなくなっています。いつ歩けなくなるのかという不安の中で、一歩でも歩ける間は、自分で歩きたいと強く願っています。どれくらいの力が残っているのかを自分で確認しながら歩く患者さんは転倒しません。

自分のペースで歩けること、今の自分の力を確認できることが大切です。

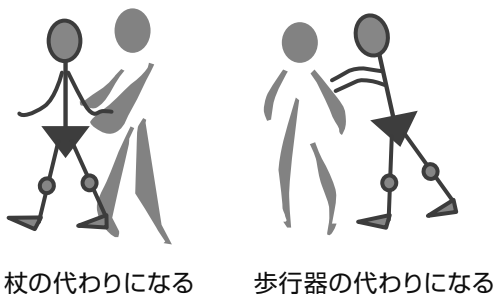
ケアの実際

* からだには触れずに見守りましょう



- できるだけ、からだには触れずに、ふらついたときに支えられるように見守りながら移動しましょう。

* からだはつかまず、介護する側が支えになりましょう



- ふらつきのある患者さんは、腕や手首をつかまれると、かえって歩きにくくなります。

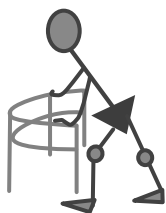
* 動かない物を支えにしましょう。



足をハの字に前に出す

- 壁やテーブルなどに手を触れながら歩くようにします。
足をハの字にして前に出すようにすると歩行が安定します。

* 歩行器や杖などの福祉用具は、安易に勧めないようにしましょう。



後方に転倒しやすいので
歩行器の高さは低いものがよい

- 杖でふらつき、歩行器を使っても歩けなくなってしまう。
そのたびに受ける喪失感はつらいものがあります。

立ち上がり 動作の支援

「立ち上がり」「起き上がり」「寝返り」も患者さんが
動こうとする方向に手伝います。

歩けなくなることがわかっている人にとって、歩けることは、とても重要なことです。

健康な人は、どのように立ち上がるのでしょうか？

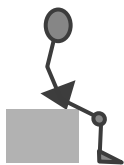
介護スタッフにとって負担のない方法は、患者さんにとっても楽です。持ち上げるなどの介護スタッフの力が患者さんに加わると“痛み”になりますので力任せの介護にならないようにしましょう。

ケアの実際

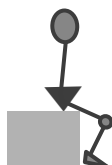
* ベッドや椅子の高さは、ひざよりも少し高い方が立ち上がりやすくなります。

- 浅く座り直して、足底がしっかりと床に着くようにします。
- 足は肩幅よりも少し広くして、かかとを後ろに引きます。
- 両手をひざにのせて、前かがみの姿勢になります。
- 手でひざを押し出すようにして、ひざを伸ばすと腰が上がります。
- 手の位置をひざから、少しずつ太ももの方に移動しながら腰を伸ばします。

立ち上がりの支援



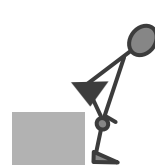
ベッドはひざよりも
少し高くする



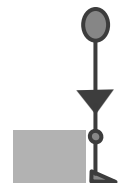
骨盤を起こして
かかとを後ろに引く



ひざに手を載せて
前かがみになる

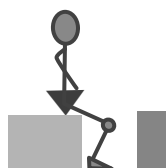


ひざを伸ばして
腰を上げる

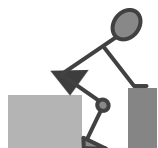


腰を伸ばして
立ち上がる

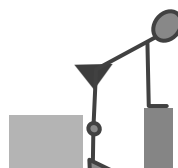
* 前方にテーブルなどを置くと、ふらつかずに立ち上がれます。



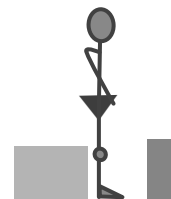
台はかかから
40 ~ 50 cm 離して置く



台に両手をおいて
前かがみになる

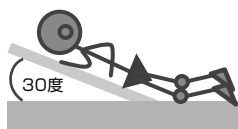


体重を後ろから前に
移動して、ひざを伸ばす

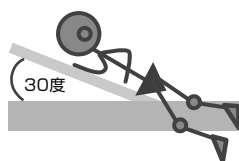


台から、ゆっくり手を
離して、腰を伸ばす

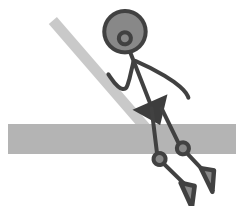
* ベッドアップ(30度)機能を使いましょう。



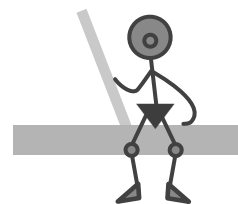
(右) 側臥位から
ベッドを30度まで
上げる



両足をベッドから降ろして
手でベッドを押しながら
起き上がる



ベッドアップ
しながら両足を着地
できる角度にする

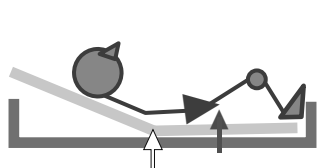


両足が床に着き、
座位が安定している
ことを確認する

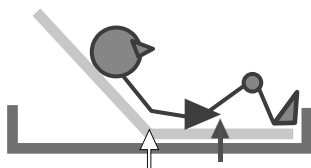
* からだの位置を整えてから、ベッドアップしましょう。

● ベッドの下の方に姿勢がずれたままベッドアップすると、腹部が圧迫されたり、足がフットボードにぶつかってしまいます。

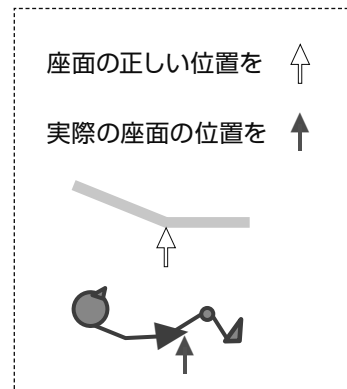
〈悪い例〉



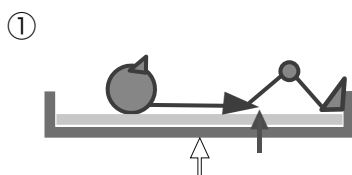
下方にずれて足が
ボードについている



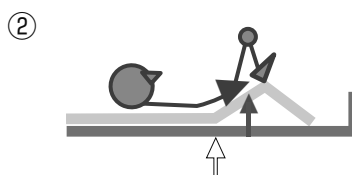
背中が曲がり腹部が圧迫
される



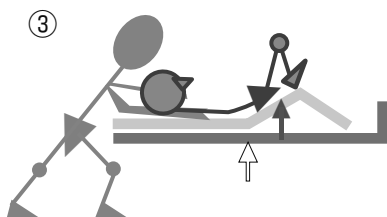
からだの位置の整え方



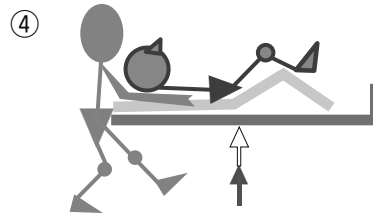
① ベッドを水平にして
頭側のボードを外す



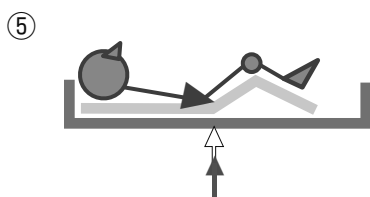
② ベッドの足側を上げて
ひざを曲げて足を高い
位置にする



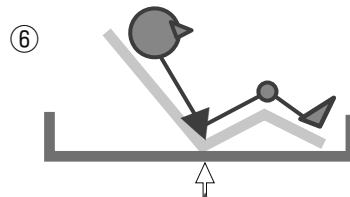
③ 頭側から背中
の下に手を入れて
前から後ろに
体重を移動する



〈良い例〉



⑤ ベッドアップしたときに
骨盤が起きる位置にする



⑥ ベッドの頭側をゆっくり少しずつ上げる

安楽な姿勢や動きへの支援

介助者のペースにならないように気をつけましょう。

健康な人でも、同じ姿勢でいると疲れます。目が覚めたときの痛みは、ぐっすり眠っていて、長い時間からだを動かさないうえにいたことによる痛みの場合がよくあります。腕や足を伸ばしたままでいると曲げたときに痛みが起こります。これを、がんの痛みと勘違いしてしまうこともあります。

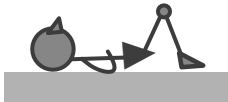
からだが重く感じ自分の手足が自由に動かしにくくなると、動いたときに顔をしかめたり、『う〜』と声を出したりします。これは重い物を持ち上げるときのかけ声のような『う〜』です。みている人が思うような苦しみではありません。

動こうとする方向と一緒に手伝うようにしましょう。

ケアの実際

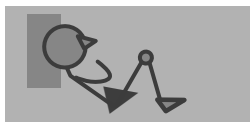
からだの位置の整え方

* 側臥位になるときは、ひざを立てるのを手伝いましょう。



ひざの裏とかかたに下から手を当てて、両ひざを立てる
両ひざを向こう側に倒すと、下半身は横向きになる

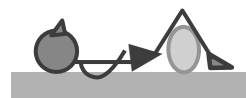
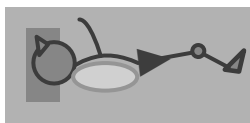
* 腰を後方に引いて、側臥位をとりましょう。



からだは伸ばしているよりも曲げている方が、
筋肉がこわばらない楽な姿勢がとれる
からだをくの字にすると姿勢が安定する

〈悪い例〉

- クッションなどで、からだの動きをさまたげないようにしましょう。



背部に当てると、頭が後ろになりあごが上がってしまう

ひざの下に当てると、足を伸ばしたいときに、伸ばせない

- 自分で、姿勢がかえられなくなっても、全く動けないわけではありません。
手足の位置が少し変わるだけでも、褥瘡^{じよくそう}を予防できます。

リラクゼーション

介助者のペースにならないように気をつけましょう。

死が目前にある患者さんのストレスは強く、からだも心も緊張が高まります。

リラクゼーションによって、からだの緊張をゆるめると、不安や心理的な緊張が緩和されて、穏やかで安らかな気持ちになります。

ストレッチ

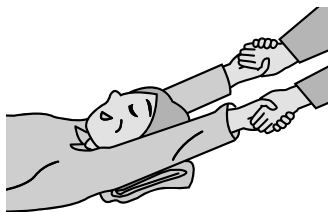
縮んでいる筋肉を伸ばすと“気持ちいい”とおっしゃる方が多いです。血行が良くなり、だるさにも効果があります。

患者さんのからだに触れるときには、事前に伝えて了解を得ます。

ゆっくりと話しかけて、表情をみて伝わっていることを確認しましょう。

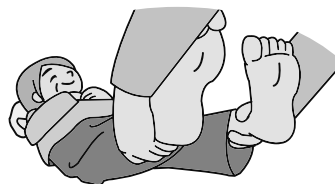
返事がない場合は、からだに触れることはしないようにしましょう。

オムツ交換などのケアをしようとする時、患者さんに“痛い”と言われてしまうことがあります。長時間、同じ姿勢でいると、からだ全体の筋肉がこわばってしまうためです。からだの緊張をゆるめてからケアをするようにしましょう。



- 手を握って腕を伸ばす方向に引き上げましょう。
- 手首はつかまずに、患者さんに握ってもらいます。

表情を見ながら行い、心地よさを感じられることを大切にします。



- 足首は下から手のひらを当てて持ち上げます。足は伸ばす方向に引きながら上下に揺らします。

ブローイング

気持ちが緊張すると呼吸のしづらさを感じるようになります。息苦しさを感じて呼吸を意識すると、息を吸うことばかりに頑張るので、からだに力が入り、さらに息苦しさを感じます。

- フーッと息をはく(ブローイング)と、自然に息が吸えます。からだに緊張感が強くなったときや呼吸のしづらさを感じたときに、『フーッと息をはいてみましょう、息は吸わなくても入ってきます』と、声をかけましょう。
- 患者さんに伝えておくことで、息苦しいと感じたときに、自分で呼吸を整えることができます。
- 呼気を意識して呼吸が整えられると、臨死期に努力呼吸になりません。

排泄ケア

トイレに行けなくなったら、どうするのか？は、患者さんが自分で考えるまで、具体的な提案は避けましょう。

排泄行動の変化

体力の急激な衰えにより、トイレまで歩いていけない、ポータブルトイレへの移動ができない、ベッドから起き上がれないなど、今まで一人でできていた排泄の動作が急に難しくなります。

ベッド上での排泄ケアが必要になることもあります。

- 急に排泄が一人でできなくなり、不安、不自由さ、介護スタッフへの遠慮、羞恥心など様々なつらい思いを抱えているということを気づきながら支援しましょう。

排便コントロール

食事や水分の摂取量の減少により排便リズムは変わりますので、排便がなくても必ずしも便秘ではありません。便秘の原因は、薬の影響や腹圧がかけられないことによります。

排便困難で困っているときには医師や看護師に相談しましょう。

清潔ケア

つらさや希望に配慮し、その人に見合った方法で、タイミングを計りながら行いましょう。

清潔ケアは、爽快感を感じることができたり、褥瘡^{じよくそう}や感染症の予防になったりと利点も大きいのですが、ご自分で入浴やシャワー浴をされていた患者さんが、できなくなったときには、清潔ケアそのものが苦痛になることもあります。

入浴

この時期の患者さんにとって、お湯につかることは大きな負担となります。

「具合が悪いから…」と入浴を希望されない患者さんには、無理に勧めない方がよいでしょう。

ベッド上での清潔ケア

からだを拭かれるときの揺れや、姿勢をかえるときのからだの動きによって、それまでにはなかった痛みが起きてしまうことがあります。

患者さんが何度も姿勢をかえたり、手足を挙げたり下ろしたりするのは大変なことです。負担をかけないように配慮し手際よく行います。

（“安楽な姿勢や動きへの支援（p17）”“リラクゼーション（p18）”参照）

ケアの実際

*** とにかく“ゆっくり”を心がけましょう。**

- 声をかけて返事を待つ、静かにからだに触れる、少しずつ姿勢をかえるなど。
- 患者さんを何度も動かさずに介護スタッフが動いてケアをしましょう。

*** 生活の中で、負担の少ない清潔ケアを取り入れましょう。**

- モーニングケアで顔を拭く、食事の前に手を拭く、食後に口腔ケア、排泄後に陰部・臀部の清拭や洗浄、就寝前の足浴など。

- * 吸湿性に優れ、着脱しやすい寝衣にしましょう。
しかし、患者さんの好みは、最優先しましょう。

こうくう 口腔ケア

肺炎予防のためにも口腔ケアは重要です。

舌の乾燥や付着物があると、唾液の誤えんでも肺炎を起こしやすくなります。

患者さんが自分で歯磨きができなくなったときには、研磨剤を使わず水で濡らしたブラシを当てるだけでも効果があります。

自分で座ってられない状況は、手に歯ブラシを持って磨く力もなくなります。口に水を含んでいることも、えん下することも上手くできないと、誤えんしてしまうので、口腔ケアは慎重に行います。

ケアの実際

- * 歯ブラシを使って、汚れを取り除きましょう。

コップに入れた水で、歯ブラシをすすぎながらブラッシングして付着している残渣を取り除きます。

- * 口を開けている時間が長くないように工夫しましょう。

奥歯からブラシを当てます。歯の内側は小さめのブラシを使いましょう。

- * 口腔内の乾燥による荒れや出血には、レモン水で薄めた蜂蜜の塗布が好まれることが多いです。

ぜったい舌苔※があると、えん下がしにくく味覚にも影響します。

ブラシで無理に除去しようとせずに、蜂蜜を塗ると、きれいになります。

※舌苔とは：舌の上皮に食べかすや剥がれ落ちた粘膜のかすに、細菌が繁殖したもの。

舌に白く苔(コケ)が生えたようになっている。

*** 義歯の扱いは、それまでの習慣を大切にしましょう。**

ケアスタッフや家族であっても患者の義歯やその扱いを知らない場合が少なくありません。

自分で歯磨きをしている時期に、義歯の有無や扱い方を知っておきましょう。

義歯は不具合がなければ、食べられなくなっても装着していた方がよいです。口を閉じやすいからです。口をしっかりと閉じられると、口の中で舌が上顎にくっついて納まるので、えん下が上手くできます。また舌がのどに落ち込む(舌根沈下)ことがないので、楽な呼吸ができます。

- 口腔ケアの具体的な手技は、巻末の資料に書きましたが、かかりつけの歯科医師や地元の歯科医師会、歯科衛生士にご相談されるとよいでしょう。

水分摂取の 援助

飲み方のケアができれば、最後まで水が飲めます。

臨死期が近づくと“お水が一番美味しい”という人がほとんどです。

お水は、寝たままで飲みにくいものです。からだを起こすのが大変になってきたときにも、お水が上手く飲めるのは、患者さんにとって、とても嬉しいことです。

口の中の粘膜が乾いてしまうと、口を動かしにくくなります。舌も乾くと丸まってしまい動きにくくなるので、お水が飲みにくくなったり、言葉も出にくくなります。

ケアの実際

* 口の中を少量の水で湿らせましょう。



口の中を湿らせると、舌が動きやすくなります。

唇や舌を動かせると、ストローでお水が飲めたり、声も出やすくなります。口の中が乾いていると、むせやすくなります。むせてしまうと苦しいので、お水を飲まなくなってしまう、ますます口の中が乾いてしまいます。

* 口の広い容器の方が、鼻がぶつからずに飲みやすいです。



味噌汁のお椀や杯（さかずき）など口の広い容器を使うと、鼻がぶつからず、上を向かずに水を飲むことができます。



* 仰臥位の場合には、あごを引けるように、頭を後方から支えます。



* 患者さんが自分で容器を傾ける角度の調整ができるようにしましょう。

- 水を口に含む量やタイミングは、患者さんが自分のペースで調整する方がむせずに水が飲めます。

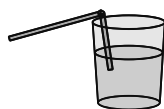
* 自分で容器を傾けることができないときは、下唇に容器のふちを当てて、上唇が降りるのを待って、上唇に水が触れるように容器を傾けます。

- 口を閉じられることが、水を飲むときには大切です。

* 呼吸を整えながら、一口ずつ飲めるようにしましょう。

- 水を飲むときには息を止めるので、呼吸を整えることが大切です。

* ストローを短くすると、吸い上げやすくなります。



曲がるストローを上下逆に使うと、弱い力でも水を吸い上げられます。

- ストローを短くして、容器の水位を口唇の高さに合わせると、弱い力でも水を吸い上げられます。

- * 吸い飲みを使う場合も、水位を口唇の高さにして、患者さんが自分でお水を飲むのを待ちましょう。口の中に流し込まないように注意しましょう。
- * 舌を動かすことができれば、小さめの氷を口に含むのもよいでしょう。

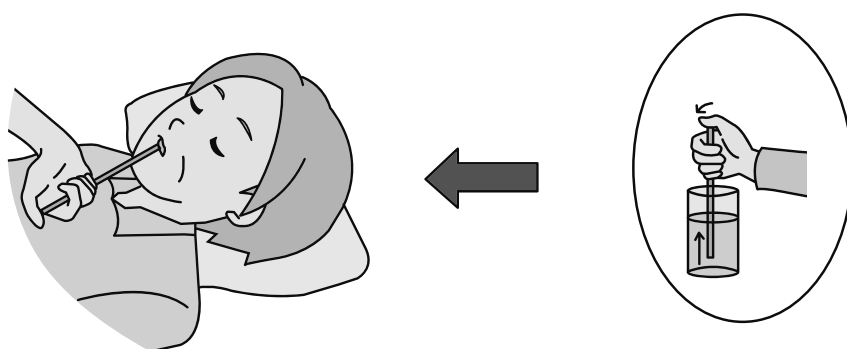
- 氷は口の中で少しずつ溶けて、患者さんが自分のペースでえん下できます。氷は口を閉じられる大きさ(1cm角程度)にしましょう。



「水にとろみはつけない」

高齢者のケアの場合、むせ防止のためにとろみをつけることがあります。しかし、えん下機能が低下している終末期がん患者さんは、お水にとろみをつけることで、飲めなくなってしまいます。

ストローをスポイトのように利用して、唇の内側(舌先)に滴下すると、舌や口の中が潤い、舌を動かしやすくなります。2～3滴のお水で唇や舌が動かせることを確認してから、ストローや容器を使ってお水を飲むようにしましょう。



話をするのがつらくなってきたら…

からだの力が落ちてくると、話をするのも億劫になり、言葉を発することが少なくなってきました。返事をするのもつらくなってくることを理解して対応しましょう。

ケアの実際

* 患者さんが“うなずく”だけの返事ができるように話しかけましょう。



- 今までの会話を思い出して、患者さんの希望を確認します。患者さんの好みを知っていると、「Yes」の返事がもらえます。
- うなずかないときは「No」のサインと受け止めましょう。
- 「痛いですか?」「苦しいですか?」と、たずねるのは、これから痛くなるのか、苦しくなるのかと不安にさせてしまいます。

* 眠っているように見えるときもありますが、意識がないのではなく、目を開けているのも大変なので閉じていることが多くなります。

- からだに触れる前には、表情をよく見るなどし、気持ちに配慮できるようにします。
- ベッドサイドでお話をするときは、そこに患者さんがいることを忘れた会話にならないように注意しましょう。

看取りが近づいてきたときの变化

呼吸の変化に気づいたら…

声が出なくなり、お水を飲み込むことができなくなると、次に呼吸の変化が起こります。呼吸停止が間近な状態といえますが、このときにも患者さんは周囲の状況がわかり、話しかけられていることは理解できている場合が多いです。

姿勢をかえるだけでも呼吸が乱れやすいので、今まで以上に、ゆっくりと丁寧にからだに触れるようにします。

ケアの実際

* のどのところで音がするときには、ベッドは水平にして、側臥位をとりましょう。

- 側臥位で、くの字の姿勢がとれないときには、首を横に向けるだけでもよいです。呼吸がしやすくなり、音もしなくなります。



* 患者さんはとても頑張っているので、「がんばってきました」という肯定や「ありがとう」という感謝の言葉をかけるようにしましょう。



「がんばって」と言うと、呼吸は荒くなってしまうことがあります。もともとがんばって息をしているので、さらにがんばろうとしてしまいます。

- * 血圧や脈拍などのバイタルサインの測定は患者さんにとっては負担だけで、生きているかどうかを確認されているようで不快な気持ちになります。

そのまま見守ってもいいからだの変化

- * 以下の変化は最後を迎える自然な変化のため、そのまま見守りましょう。

- 手足が冷たくなったり、色も悪くなる

- 脈が弱くなる

- 呼吸が乱れたり、荒くなる

(手足が冷たくなったり、色も悪くなったり、脈が弱くなるのは、血圧が下がり、循環が悪くなるために起こります。)

呼吸の乱れは急変ではありません。あわてずに対応しましょう。

- 呼吸が荒くなることがありますが、苦しいからではありません。頑張っ呼吸をしているためです。肩やあごを動かして息を吸い込むこともあります。
- 痰がからんだような呼吸の音がすることがありますが、痰ではありません。喉に溜まった唾液です。
 - ・ 仰向けに寝ていると、舌が後ろにいくことで、呼吸をするときにガーガー、グーグーという音がします。
 - ・ 唾液を飲み込めないために、喉のところで音がすることもあります。唾液の中を空気が通るゼコゼコ、ゴロゴロという音です。
- 何十秒も呼吸をしなかつたりします。声をかけると、返事をするかのように大きな呼吸をすることもあります。
- 浅く短い呼吸から段々とゆっくりになり、最後の呼吸となって止まります。

医療職に連絡が必要なからだの変化

- 呼吸が止まったとき

主治医・看護師に呼吸が止まったときの対応について、事前に確認しておき、あわてずに連絡しましょう。

- 苦しんでいるとき

苦痛症状がある場合には、すぐに連絡して指示を受けましょう。

- 起こっている変化がわからないとき

医師や看護師から聞いていないことが起きたときには連絡しましょう。

- 患者さんやご家族から連絡してほしいと言われたとき

苦痛症状だけでなく、患者さんご家族に不安が強いときには連絡しましょう。



がんの最後の場面で急変はほとんどありません。

容態の変化に対応しなければならない急変と、最後を迎える自然なからだの急激な変化を区別して考えます。

Ⅶ 家族へのケア

患者さんが穏やかに過ごせていると、ご家族も落ち着いて見守ることができます。ご家族が、お別れのときが近づいていることに気付いていないときには、医療者から説明してもらいましょう。

- 医療者から症状を正しく説明してもらい、ご家族が状況を理解されたうえでそばにいるなどの対応ができるように配慮しましょう。

がん終末期の患者さんは、毎日お会いしていないと、急に様子が変わっていてご家族が驚かれることがあります。

つらい気持ちを表せずに苦しんでいるご家族もいらっしゃいます。ご家族の立場にたって、苦しさ、思いに寄り添います。

- 普段からご家族の話を聴きましょう。

ご家族の中には、やつれて衰えていく患者さんに会うのがつらくて、面会を避けてしまうこともあります。

ご家族が、患者さんとどのように最後の大切な時間を共有されるのか、介護スタッフのおもんぱかった対応にならないように、事前に患者さんとご家族の意向を確認し、スタッフ間で共有しておきましょう。

納得のできる療養の経過が、ご家族の悲嘆のケアにもつながっていきます。

- ご家族が後悔されないように、会える時間を大切にされるよう伝えましょう。

息を引き取るときに、その場に居ようとしても、いつそのときが訪れるのかは予測が難しいものです。

VII 呼吸が止まったときの対応

呼吸が止まってあわてずに、主治医に報告します。

死亡の診断は医師が行います。その場合、医師が診察し、異状がなければ「死亡診断書」が発行されます。



呼吸が止まってあわてない…

呼吸が止まった瞬間が、死ではありません。呼吸が止まっても周りの状況を感じています。聴力は最後まで残っているとされています。

周りの人の声が聞こえていると思って、対応しましょう。

- 医師が死亡診断をするまでは、原則的には患者さんの姿勢をかえたりはせずに、そのままの姿勢にします。
- 姿勢をかえる必要がある場合には、医師等に報告して指示を受けます。
(ベッドから転落している場合や着衣を整える必要がある場合など)

医療職との連携

最後が近づくにつれ、日々の症状の変化が大きくなります。また、からだやこころの状態には個人差があり、症状の出方も程度も感じ方も異なります。

その中で、お一人ずつに合わせたケアをするには、介護スタッフ同士はもちろん、医療職との連携、情報共有、役割分担が重要となります。

医療行為をはじめ、病状のアセスメント、お薬の処方・調整、症状の説明などは、医師を中心とした医療職が行うため、医療職のかかわりは欠かせません。

- ケアの中での不安や戸惑いを一人で抱え込んだり、介護スタッフだけで判断せずに、周囲の医療職や管理者に報告・相談しましょう。
- 施設としては、介護スタッフからの患者情報を医療職に伝えるルート、介護スタッフの不安や悩みを確認できるしくみを作っておきましょう。

資料編

I がんの痛み

がんというと“痛み”というくらいに、がんの痛みは恐れられています。適切な治療をすれば痛みはとれます。他の病気の痛み（坐骨神経痛、股関節変形などの関節痛）に比べて、その強さも特別なものではありません。

痛みは、「痛い」という感じであり、本人しかわかりませんので「痛い」ということをそのまま受け止めます。患者さん以外の人（スタッフ、家族）が“痛がっている”とか、“痛み止めを飲んだ方が”とか、“痛いはずはない”などと決められるものではありません。ご本人の感じ方を大切にして、ご本人と相談ができるようにします。

「痛みはあるけど、これなら大丈夫」とか、「痛みは楽になったけど、もう少しとれないかな」など、患者さんからの話を医師・看護師にそのまま伝えて相談するようにしましょう。

(1) がんの痛み（症状）と気がかり

がんの痛みのつらさは、＜痛みの強さ＞と＜痛みを受け止める力＞の足し算です。その人が抱えている“気がかり”（心配ごと・不安なこと）は、受け止める力を弱くするので、痛みなど症状によるつらさを大きくします。図2の小さな円で示されたがんの本来の痛みの大きさが、太い赤線で囲まれた大きな円の大きさに感じられるということです。

まずは、話を聞きましょう。“気がかり”は、解決しようとしなくても、話を聞いてもらえるだけで、心が軽くなることも多いです。医療的な問題であれば医師・看護師に伝え、介護の問題であれば一緒に相談をしながら希望に添うようにします。

がんの症状（身体的／精神的）に影響を与える因子

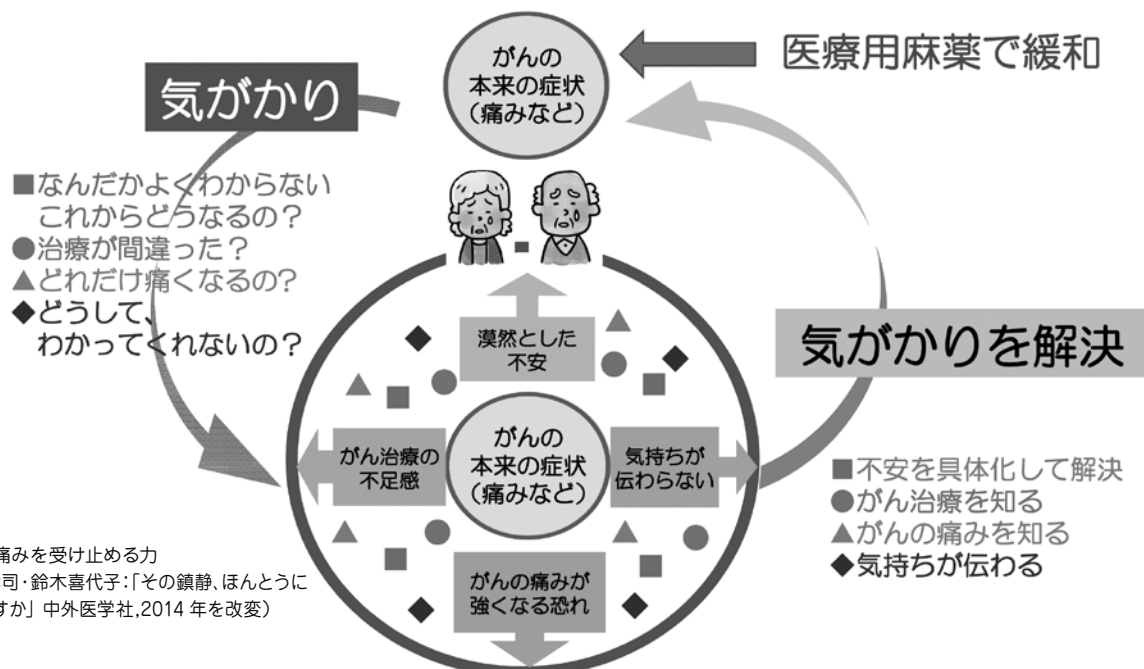


図2 痛みを受け止める力
(大岩孝司・鈴木喜代子:「その鎮静、ほんとうに必要なですか」中外医学社,2014年を改変)

(2) 痛みと介護

寝ている時間が増えてきて、身体を動さないでいると筋肉が緊張して、身体を動かされることで強い痛みが起こります。介護による痛みがもとで、痛みを恐れて身体を触らせなくなります。(介護の拒否)

必ず声をかけてスタッフの行動が分かるようにすることと、筋肉の緊張をとってから介護をするようにします。

介護で痛みを起こさないことが大切です。

(3) 痛みの治療、特に医療用麻薬について

がんの痛みの治療には、経口の鎮痛薬の使用が主役となります。高度ながんの痛みに対し鎮痛薬として非麻薬性鎮痛剤と医療用麻薬(オピオイド鎮痛薬)が使用されます。

はじめは、腰痛などのときにかかりつけの医師からもらう痛み止め(非麻薬性鎮痛剤)を使います。痛みがとれれば続けて使いますが、非麻薬性鎮痛剤で十分な治療効果が得られないと考えられる場合に、速やかに医療用麻薬を加えます。鎮痛剤、特に医療用麻薬の選び方と使い方はWHO方式という世界的に認められた方法があります。

● 医療用麻薬の使い方

① 鎮痛薬の選び方

鎮痛薬は「WHO 三段階除痛ラダー」に従って選択されます。

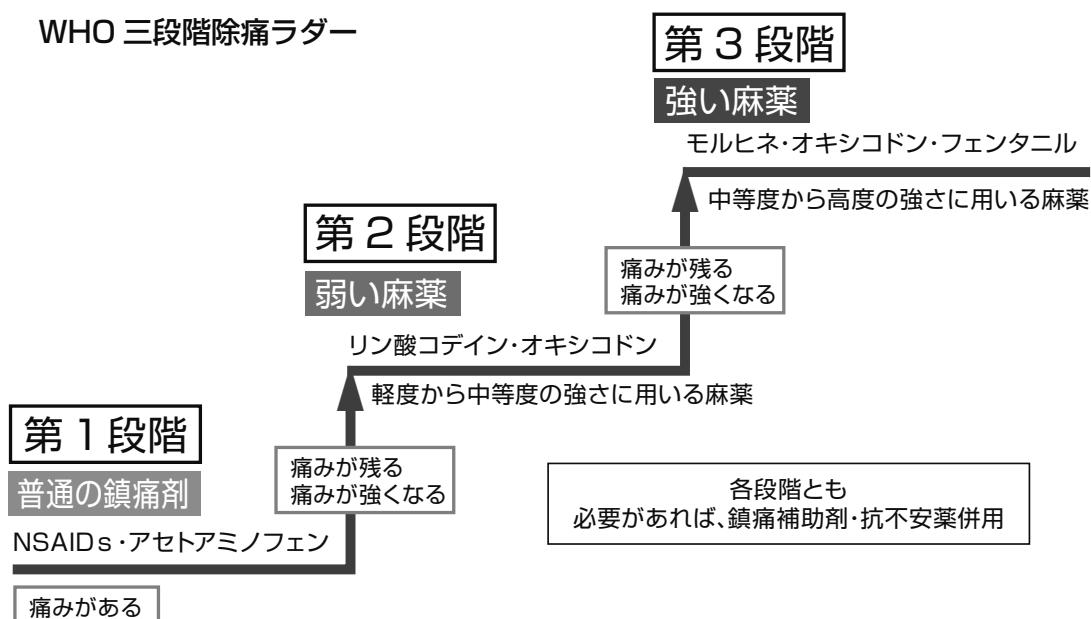


図3 WHO 三段階除痛ラダー
(WHO「がんの痛みからの解放」金原出版,1997を改変)

鎮痛剤は、第1段階の普通の鎮痛剤（非麻薬性鎮痛剤）から使い始めます。第1段階の鎮痛剤で痛みが充分にとれないときには一段強い鎮痛薬に切り替え、第2段階の弱い麻薬（コデインなど）か第3段階の強い麻薬を少量使います。第2段階の鎮痛薬で痛みがとれないときには第3段階の強い麻薬を使います。

非麻薬性鎮痛剤と医療用麻薬とは効き方が違うので、医療用麻薬を使用するときは、医療用麻薬に変更するのではなく一緒に使うことが一般的です。

モルヒネやフェンタニル、オキシコドンなどの医療用麻薬（強オピオイドといいます）は、増量すれば、その分だけ鎮痛効果が高まるとされています。

継続的に医療用麻薬を使うのであれば、2種類の薬（徐放製剤と速放製剤）を使うことが基本です。

徐放製剤：効き始めの時間が遅いが、効いている時間が長い飲み薬。からだの中でゆっくり溶け出して少しずつ吸収されます。持続性の痛みに対して、痛みが起こらないように、時刻を決めて一定の使用間隔（12時間毎／24時間毎）で投与します。

速放製剤：効き始めの時間が速いが、効いている時間が短い薬。徐放製剤を投与していても、その間に痛みが起こることがあり（これを突出痛という）、突出痛に対するレスキュー薬（とん服薬）として使います。

- ・ 速放製剤は、飲んでから30分～1時間くらいで効果がわかりますので、飲んだ時間を記録し、痛みが和らぐことを確認することが大切です。
- ・ 処方されている痛み止めを飲んでも効果がないときや、対応策が決められていない場合は、医師または看護師に連絡をして指示をもらいます。
- ・ 医療用麻薬の副作用に胃腸障害はありませんので、徐放製剤も速放製剤もともに食事とは関係なく服用します。

医療用麻薬の効果は、個人差があるために、鎮痛効果を得られる最適な量を一人一人の患者さんにあわせて決めることがとても重要です。その量を決めるために、医療用麻薬を使うにあたって「鎮痛薬使用の5原則」という約束事があります。

② 鎮痛薬の使い方

鎮痛薬使用の5原則

1. 経口的に
2. 時刻を決めて規則正しく
3. 除痛ラダーにそって効力の順に
4. 患者ごとの個別的な量で
5. その上で細かい配慮を

< 5原則の1 > 経口的に（口から飲む）

医療用麻薬は、簡便で、患者さんが自分で管理をしやすい経口投与が基本です。しかし、嘔気や嘔吐、嚥下困難、消化管閉塞などのみられる方には、直腸内投与（坐剤）、持続皮下注射、持続静脈注射、貼付剤などを用いる場合もあります。

< 5原則の2 > 決められた時間に

持続性の痛みに対しては、時刻を決めて一定の使用間隔で投与します。持続的ながんの痛みに対して、鎮痛薬の血中濃度が時間とともに低下すると再び痛みが生じてきます。痛みが出てから鎮痛薬を投与する方式は持続的な痛みには向いていません。

< 5原則の3 > 除痛ラダーの効力の順に

“① 鎮痛薬の選び方”を参照

< 5原則の4 > 患者さんごとの個別的な適正量を

一人一人の患者さんに対する鎮痛薬の適正量を決めるためには、その効果判定を繰り返しながら調整していく必要があります。適正な鎮痛薬の投与量とは、その量で痛みが十分に消え、眠気などの副作用が問題とならない量です。

< 5原則の5 > その他の細かい配慮を行いながら

患者さんの変化を観察し続けることは重要です。日々の痛みの強さ、部位、様子、レスキュー薬を使用した時間、効果、副作用などを記録することで一人一人の患者さんに対する鎮痛剤の適正量を調節していきます。

だからといって、顔をあわせるたびに「痛くない？」と聞くのはやめましょう。

● 医療用麻薬の副作用について

医療用麻薬の副作用で一番特徴的なことは、脳・胃などの臓器の器質的障害は起こらないということです。例えば、吐き気などは、胃腸障害によるものではなく中枢性の機能的な問題です。

<悪心・嘔吐>

医療用麻薬による悪心・嘔吐は、投与初期に1～3割の患者さんに出現し、通常は服用を開始して数日から一週間で消失します。服用開始時に十分な副作用対策をします。

対策としては、嘔気を予防する薬（ノバミンなど）を飲んでから30分後に医療用麻薬を使えば、多くの場合は防ぐことができます。嘔気がとれないときは、薬物治療、または、医療用麻薬の変更、投与経路の変更が検討されます。

<便秘>

医療用麻薬を投与された患者さんに高頻度で起こります。便秘を防ぐためにあらかじめ緩下剤の使用が検討されます。

<眠気>

医療用麻薬によって我慢していた痛みがとれることで眠気が起こる場合と、痛みがとれるよりも多量の医療用麻薬が使われると眠気が起こる場合があります。医療用麻薬を増量していくなかで、起こりやすい副作用でもあります。

特に向精神薬など他の薬と併用している場合や高齢者では注意が必要です。眠気が発現した際には、それが医療用麻薬の副作用によるものかの鑑別が行われます。医療用麻薬による眠気は量が多すぎなければ一週間ほどで消失してきます。

痛みが十分に抑えられる量まで増量したあと、一週間たっても眠気が続いている場合は医療用麻薬の減量が検討されます。減量することによって痛みが出るようであれば、医療用麻薬を変更（オピオイドローテーションといいます）するとか、非麻薬性鎮痛剤や抗不安薬を追加するなど薬の調整を含めて他の除痛方法が検討されます。

フェンタニルの貼付剤を使用している人の強い眠気には注意が必要です。薬の吸収は体温に影響されるので、発熱しているときや、入浴のときには、薬が急激に吸収されて強い眠気が起こります。実際に、過去には入浴中に溺れた人もいましたので注意しましょう。

<呼吸抑制>

一般的には、がん疼痛の治療を目的に医療用麻薬を適切に使用する限り、呼吸抑制（呼吸数の低下）は起こりません。呼吸抑制が起こる前に、強い眠気を生じます。眠気を観察し、必要があれば医師・看護師に連絡します。

医療用麻薬の減量や医療用麻薬の効果を抑える薬剤の投与など、治療の見直しをすることがあります。

● 医療用麻薬に関する Q & A

Q 医療用麻薬を使うことで、麻薬中毒になるのではないかと心配です。

A がんの痛みを取るなど、使う目的がはっきりしていて、使う量が適正であれば精神的依存は起こりません。適正量を使用している限り、麻薬中毒の心配は必要ありません。

Q 医療用麻薬の使用量が増えて不安です。

A 医療用麻薬は痛みの強さに合わせて増量されますが、適正量はその量で痛みが消え、眠気などの副作用が問題とならない量です。しかし、医療用麻薬だけでは、すべての痛みを抑えられないことがあり、非麻薬性鎮痛剤や鎮痛補助薬が併用されます。

Q 「薬(医療用麻薬)を飲みたくない」と言われてしまったときは、どうしたらよいですか？

A 無理に服薬を勧める必要はありませんが、医師や看護師に「お薬を拒否したので、麻薬の内服をお休みしていること」を報告し、指示をもらいましょう。

Q 飲み込む力が弱くなり、薬(医療用麻薬)が飲み込めなくなったときは、どうしたらよいですか？

A 医療用麻薬には、水に溶いたり、砕いたりしてはいけない薬があります。飲めなくなったら、医師・看護師・薬剤師に報告し指示をもらいましょう。

II 口腔ケア

がん終末期の患者さんに口腔ケアが必要な状況を理解する必要があります。それまでは自分で歯磨きをしていた患者さんができなくなるという状況は、かなり病状が進行し残された時間が日にち単位のことが少なくありません。ケアの際に口を開けているだけで呼吸を整えることが大変です。ケアをする側が、これくらいなら大丈夫だろうと思うことでも、患者さんにとっては大きな負担になります。そのため、一度でも辛い思いをすると、口を開けてくれなくなりケアができなくなることもあります。

数滴の水で誤嚥してしまうほど嚥下力も低下しますので、十分な配慮が必要です。

● 終末期の患者さんの口腔トラブル

終末期の患者さんの口腔トラブルには

- ・口腔乾燥
- ・口臭
- ・口内炎
- ・カンジダ症
- ・口内出血

などがあり、これらが組み合わさり重篤になれば、飲み込みも悪くなり、会話も不自由な状況にもなってきます。しかし、ほんの少し口腔の衛生を意識し、できることを実践すれば、確実に効果があります。

● 口腔ケアに使うもの

- ・歯ブラシ（ソフトでブラシの部分が小さいもの）
- ・スポンジブラシ
- ・ガーゼ

● 口腔ケアの実際

【口腔ケアに入る前に】

- ① 本人の意識がはっきりしているか、今から口腔内の清掃をすることが認識できているかを確認します。
- ② むせなどの誤嚥（食物や唾液が気管に入ること）の症状がないか、痰の喀出「エヘン！」ができるかを確認します。
- ③ 姿勢を整えます。
 - ・本人と介護スタッフがなるべく楽な姿勢を確保するようにしますが、できるだけ上半身を少し起こした状態で、また、首は少し前傾した状態をとるようにします。

【ケアの実際】

- ① 口腔の観察…口腔ケアの第一は口腔の観察からはじまります。

② ケアのポイント

- ・ 口唇や舌・歯に触れるときには、常に患者さんに声掛けをしながら行います。
- ・ 口腔内の乾燥が強い場合は、保湿ジェルなどをスポンジブラシなどで口腔内全体に塗布してから清掃を行います。特に口唇や口角が乾燥していると痛みや出血しやすくなるので、リップクリームなどを使用します。
- ・ 歯ブラシはソフトやウルトラソフトなどを使い、粘膜を傷つけないように注意します。
- ・ 基本的には歯磨剤は使用せず、水につけ湿った状態で確実に歯面に当てて小刻みに振動させるように動かします。
- ・ 口腔内は複雑なつくりになっていて、歯ブラシを不用意に大きく動かすと、傷をつけたり、痛みを出すこともあるので注意して行います。
- ・ 口腔内のどの部分を行うのか、ブラッシングを行う順序を決めておくといでしょう。
- ・ 舌の表面は非常にデリケートなつくりになっていて、強くこすると傷つきやすくなっています。また、舌の縁や奥の方に触れると嘔吐反射を起こすことがあるので注意が必要です。
- ・ 口腔内が乾燥するようであれば、人工唾液や保湿ジェルなどを塗布します。
- ・ アルコール成分の入っている含嗽剤は乾燥を助長させるので注意しましょう。

口腔ケアの具体的な手技は、かかりつけの歯科医師や地元の歯科医師会、歯科衛生士にご相談されるとよいでしょう。

口腔機能の豆知識

● 口腔機能の発達過程を知る

口腔機能は奥から前方に向かって発達する。

乳児嚥下は喉だけを使った飲み方であるが、座位姿勢がとれるようになると嚥下反射の部位が前方に移動した成人嚥下ができるようになり、舌を使って押しつぶして、歯を使って嚙んで食べられるようになり、口唇をしっかりと閉じられるようになる。

口腔機能の低下を発達と逆の方向から考える。

口唇を閉じることが大変になり舌が動きにくくなり発声・嚥下ができなくなる。

口腔機能は言語機能と摂食・嚥下機能がある。

コミュニケーション力が保たれ話をし続けることができると、舌の動きや唾液の分泌が保障されるので嚥下機能も維持される。がん終末期の口腔ケアの基本はコミュニケーションにあるといってもよいかもしれない。

口腔機能を維持するためにも、患者さんが口唇を閉じようとする動作を妨げないケアが大切である。

あ と が き

この冊子の構想は3年前に始まりました。作成検討委員一人一人が現場で接してきた患者さん・ご家族を思いながら、熱心な討論を積み重ねてきました。その過程で何回もたたき台を作り、緩和ケア推進部会の全員からも貴重な意見がありました。問題の整理を県の事務局が丁寧に整理をしては、また議論をすることを繰り返すという総力戦でできあがりしました。

このマニュアルの目標は、一人でも多くのがん患者さんが穏やかな療養ができるように役立てることです。そのためにケアを受ける人の気持ちになり、スタッフが見て实际的で分かりやすい、マニュアルにすることを目指しました。

この冊子の内容の殆どは、実際のがんの患者さんと接した中で、患者さん・ご家族から教えていただいた内容です。ケアを提供する側がよかれと思って行ったことが逆に、患者さんに辛い思いをさせてしまったり、ご家族の介護負担を軽減しようとアドバイスしたことが、かえって疲れさせてしまったことなど、実際のケアの現場ではいろいろなことがあります。

一つ一つのケアがいつも上手くいくとはかぎりません。上手くいかなかったときに、何故上手くいかなかったのかは患者さん・ご家族の話を聞くとよく分かります。この冊子は、そうしたケアの一つ一つの積み重ねの集大成です。

ケアは、療養の場が施設であっても家であっても病院であっても、病気ががんであってもがん以外の病気であっても、色々な職種の人とご家族との協働作業です。もしこの冊子が多くの職種の人達の間で共有されれば、介護の視点が同じになりチームの力が大きくなるでしょう。がんの患者さんの介護は病気が深刻な分だけ大変です。少しでも穏やかな気持ちで療養してもらえるように、この冊子が活用されることを願っています。

実はこのマニュアルの目標はもう一つありました。それは作り放しにしないで、ずっと使い続けてもらえる様にしたいということです。活用して下さる一人一人のご意見を大事にして、実際の現場で役に立てる様にしていきます。このマニュアルを使って実地の研修も必要だと思います。この冊子が役に立てる様に一緒に研修会を開いて勉強するつもりです。

最後になりましたが、このマニュアル全般の殆ど全てに関わり、分かりやすい図形イラストを描いてくれた鈴木喜代子さん、素敵なイラストを描いてくれた扇子明子さん、多くのご意見を賜った施設のスタッフの皆さんに感謝致します。

平成 29 年 10 月

千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会

部会長 大 岩 孝 司

千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会委員名簿

(平成 29 年 10 月 1 日現在)

委員 役 職	氏 名
医療法人社団修生会 さくさべ坂通り診療所院長	◎大 岩 孝 司
千葉県介護福祉士会会長	野 口 涉 子
千葉県医師会副会長	土 橋 正 彦
千葉県歯科医師会理事	小 宮 あゆみ
千葉県薬剤師会副会長	眞 鍋 知 史
千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション所長	権 平 くみ子
千葉県がんセンター 緩和医療科部長	坂 下 美 彦
千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科長	滝 口 裕 一
国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長	小 川 朝 生
さんむ医療センター院長	篠 原 靖 志
ラミーナ訪問看護ステーション所長	木 村 由美子
NPO 法人ホスピスケアを広める会 理事長	宮 坂 いち子

(順不同、敬称略、◎部会長)

介護職に対する終末期緩和ケアマニュアル作成検討会委員 (平成 28 年度)

委員 役 職	氏 名
医療法人社団修生会 さくさべ坂通り診療所院長	◎大 岩 孝 司
千葉県介護福祉士会会長	野 口 涉 子
千葉県歯科医師会理事	栗 原 正 彦
千葉県薬剤師会副会長	眞 鍋 知 史
千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション所長	権 平 くみ子
千葉県がんセンター 緩和医療科部長	坂 下 美 彦
医療法人社団修生会 さくさべ坂通り診療所 訪問看護師	木 村 由美子

(順不同、敬称略、◎委員長)

○ 協力

安部 能成 (千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科 准教授)

扇子 明子 (介護福祉士 イラスト協力)

○ 資料提供・監修

医療法人社団修生会 さくさべ坂通り診療所・鈴木喜代子

介護スタッフのための緩和ケアマニュアル

～がん患者さんご家族が心穏やかに過ごせるように～

発行 平成 29 年 10 月

作成 千葉県がん対策審議会緩和ケア推進部会

監修 鈴木喜代子（医療法人社団修生会 さくさべ坂通り診療所副院長）

事務局

〒 260-8667 千葉市中央区市場町 1 番 1 号

千葉県健康福祉部健康づくり支援課

電話：043 - 223 - 2686 FAX：043 - 225 - 0322

ホームページ：

千葉県ホームページ

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/gankanwa/kanwakea-manual.html>

千葉県がん情報「ちばがんナビ」

<http://www.pref.chiba.lg.jp/pbgnv/family/useful/useful02/athome/>



千葉県マスコットキャラクター「チーバくん」