

領域3：包括的評価と多職種協働・連携による包括的ケア

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

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

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

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

領域3-1：包括的評価

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

【がん疾患在宅医療でのこの領域における特殊性】

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

【この領域で収得したい資質】

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

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

○高齢者では、併存疾患、老年症候群などの評価も重要であることが理解できる。

○情報収集するための一連のアセスメントツールがあることを知っている。

○患者や家族の直面している状況を改善するため、抱いているニーズを適切に聴き出し、そのニーズに沿って、支援を行うことの必要性・重要性を理解できる。

○病状の変化に伴うニーズの変化を、タイムリーに捉え、適切に対応することの必要性・重要性を理解できる。

○包括的評価を行い、そのニーズを的確に把握し、患者および家族の希望する暮らしや生き方を支援するためには、多職種協働が必要であることを理解できる。

○病状の進行による症状の出現や ADL の変化および生命予後等を事前に予測し、それらに対応できるよう準備することの重要性を理解できる。

【この領域で習得して欲しい事柄】

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

Module 3-1

領域3

包括的評価と多職種連携/協働

3-1 包括的評価

領域3 包括的評価と多職種連携/協働

3-1 包括的評価

がん疾患在宅医療における包括的評価

- 患者および家族の生命・生活・人生に関わる状況を まるごと評価する
- 患者および家族のニーズを
まるごと評価する

← 多面的な視点で

← 多職種で



【がん疾患在宅医療における包括的評価】

- ・がん疾患在宅医療における包括的評価とは、患者および家族の生命に関わる状況だけでなく、生活・人生に関わる状況、そしてその状況における患者および家族のニーズを まるごと評価することを意味する。
- ・そして、そのためには 多職種による多面的な視点が必要となる。

包括的評価の目的

- 1) 患者および家族のQOLの維持・向上
- 2) 患者の尊厳（自律、自立等）を尊重する



【包括的評価の目的】

- ・その目的は患者および家族のQOLの維持・向上および患者の尊厳（自律、自立等）を尊重することにある。

LIFE REVIEW と 闘病体験

病の経過と病体験

- どのように説明をうけたか？
- 受けてきた医療についてどう感じているか？
- 今の状態をどう思うか？
- 重要な決定をどのように行ってきたか？
- 支えになっているものは？
- 心配なこと、心残り
- これからどうなる、なったらよいと思っているか？



【病の経過と病体験】

・在宅がん患者さんは、在宅医療に繋がった時点で、がんとの長い闘病の歴史をもっている。患者さんのナラティブを理解する第一歩となるのは、闘病の経過を、紹介状にある客観的な経過の理解のみならず、病の経過を患者さん自身の視点でどのようにとらえているのかをじっくり聞き、患者さんの病体験として理解することである。

・病の体験を聞くことで、患者さんが病状をどのように理解してきたのか？ 重要なことをどう選択してきたのか？ 何が生きる力になったのか？ 重要な変化の時に誰が近くにいたのか？ スピリチュアルな痛みや心残りがあるのか？ 何を生きる力にしてきたのか？ 望んでいる療養の場所はどこか？ など多くのことを理解することができる。

・ただし、医療者との関係性が構築されていない段階で患者さんが語りたくない場合もありえるし、患者さんに物語る準備ができていない場合もあるので、あくまでもコミュニケーションの自然の流れの中で聴取するようにする。

・また、末期のがん患者さんでは、自分のことを語る体力がない場合もありえるので、多職種と十分な情報交換を行い、同じことを何度も聞くことは避けなくてはいけない。

LIFE REVIEW と 闘病体験

LIFE REVIEWと価値観

- 出身地
- 生育環境、教育歴
- 青年期、壮年期、老年期
- 文化、宗教
- 喪失体験、病体験、
- 大切にしていることなど
- 生きがい



【LIFE REVIEWと価値観】

・また、このような話の流れの中で、自然に患者さんの人生史（ライフストーリー）まで傾聴できれば、さらに医療者側の理解が深まるだろう。

・患者さんの幼少時代からの生育環境や青年期、壮年期、仕事や家族など、さらに宗教観や他の病体験や喪失体験、生きがいなど自由に語っていただくことで、深く患者さんの人生観や価値観を理解する手がかりになる。

・また、このような人生の振り返りが、御本人のdignity therapyのきっかけになったり、医師が自分の人生や生き方に関心をよせてくれていることで信頼の構築やラポールの形成にも役立つだろう。

・具体的な会話の始め方やコミュニケーションの方法については、コミュニケーションの章を参照。

医学的情報の書き換えと統合

治療のための医学情報

ステージ分類、**がんの進展**

抗がん剤の適応を決めるための**機能の評価**（PS）

治療の決定に必要な認知機能評価

併存症・フレイルティ
薬剤
デバイス

その人らしい暮らしを実現するための情報

苦痛の原因と今後の苦痛の予測

予後の推定とその人らしい暮らしを実現するための生活機能、必要な環境整備

どう暮らしていくか、どのような治療とケアを望むかという意思形成に必要な説明の方法、意思表示と選択の支援のための評価

全ての医学情報の統合
デバイスや薬剤の単純化



【医学情報の書き換えと統合】

- ・がん患者さんの多くは、病院からの紹介で在宅医療が開始される場合が多い。
- ・初回訪問時には、必ず画像情報も含め、なるべくたくさん病院での医療情報を収集することが大切。
- ・在宅医がまず行うことは、医学情報の書き換えと統合である。
- ・病院の情報のほとんどは治療に必要な情報として収集されている。抗がん剤治療の評価のためにされるがんの進展の評価は、在宅医療では現在の苦痛、そして今後出現する苦痛を腫瘍学の観点から評価し、現在の症状緩和や予測的な緩和ケアに生かすことで緩和ケアの質を高めることに役立つ。
- ・また、抗がん剤の治療適応をみるためのPSは、今後の予後や軌跡の予測に用いられる。
- ・認知機能については、標準的治療に適さないUnfitな患者を抽出するために用いられるが、在宅ではどのように暮らしていきたいか、どのような治療やケアを望むかという意思決定の支援の方法に生かされる。
- ・また、多疾患併存状態（Multimorbidity）にある高齢者では、フレイルティの状態にあり、薬剤は複数の科で其々にマネジメントされているためpolypharmacyとなりがちである。
- ・終末期において、すべての医学情報を統合し、治療やケア、薬剤をシンプルにする必要がある。
- ・このように在宅医療の開始をきっかけに、既存の医療情報を書き換えたり、統合したりすること、そして不足している情報については効率よくチームで獲得することを心がける。

【基本情報・社会的背景の把握】

- ・闘病経過や経済状況、家族状況、住居環境、介護保険などの社会的支援の状況といった基本情報は、チームの他職種、とりわけケアマネジャーや訪問看護師等と共通したツールを用い、重複する質問は避けるべきだと思う。ここでは詳細はのべないが、例えば、居宅介護支援事業所への実施指導マニュアルの課題分析標準項目などが参考になるので、副読本を参照。
- ・患者の社会的背景については、患者の療養環境をアセスメントする上で、経済状態の把握、教育歴、学歴、職歴（ヘルスリテラシー）、趣味、社会活動、いきがい、住居環境、家族以外の人とのつながり、コミュニティでの役割といった社会的背景の把握が重要になる。

基本情報・社会的背景の把握

【基本情報】

多職種と共通のツールを用い、重複を避ける

【社会的背景】

- ・経済状態の把握
- ・教育歴、学歴、職歴（ヘルスリテラシー）
- ・趣味、社会活動、いきがい
- ・住居環境
- ・コミュニティでの役割、家族以外の人とのつながり
- ・社会的支援（保健医療福祉介護サービス）



社会的支援（保健医療福祉介護サービス）の把握

- ・介護保険：介護度；
- ・利用サービス：ケアマネジャー、訪問看護、リハ、訪問介護、通所等
- ・病院（後方支援病院、歯科、かかりつけ薬局）
- ・障害、難病等
- ・インフォーマルな支援



【社会的支援の把握】

- ・また、現在利用している保健・医療・福祉・介護サービスなどの社会的支援についても把握しておく。
- ・介護保険利用者では、介護度とケアマネジャー訪問介護、通所等の介護保険のサービスや訪問看護ステーションやリハビリテーション、訪問栄養、歯科、訪問薬剤など、全体像を把握しておく必要がある。また、後方支援病院など関連医療機関などの把握も重要。
- ・さらに、障害、難病など諸制度の利用状況や友人などのインフォーマルな支援の把握も大切。
- ・社会的複雑事例や複雑な社会的背景を持つ人は副読本にあるSocial Vital Signやエコマップなどを積極的に活用して情報を整理しておくといよい。

【多職種協働で用いる基本情報（例）】

- ・これは、多職種で事前に情報を共有しておく基本情報の例である。詳しくは副読本を参照。

多職種で用いる基本情報（例） 居宅介護支援事業所への実施指導マニュアルの課題分析標準項目 (改訂) 2018. 3

【基本情報に関する項目】

- ・患者の基本情報
 - ・氏名
 - ・性別
 - ・生年月日
 - ・住所
 - ・電話番号・連絡先
- ・家族状況
- ・周辺状況
 - ・介護力
 - ・居住場所など
 - ・社会とのかかわり

【課題分析（アセスメント）に関する項目】

- ・健康状態
- ・ADL、IADL
 - ・障害老人の日常生活自立度
- ・認知機能（日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目）
 - ・認知症である老人の日常生活自立度
 - ・BPSD
- ・コミュニケーション能力（意思の伝達、視力、聴力など）
- ・排尿、排便
- ・褥瘡、皮膚の問題
- ・口腔衛生
- ・食事摂取

副読本参照



Social Vital Sign アクションシート

HEALTH-P	What 何が起きているのか	Why 何故起きているのか	How どのようにするの
H Human network and relationships 人とのつながり・人間関係			
E Employment and Income 収入・仕事内容・労働環境など			
A Activities and make one's life worth living 趣味・活動・生きがい			
L Literacy and Learning environment リテラシー・健康観・学歴・教育環境			
T Taking adequate food, shelter and clothing 食事・嗜好品・住居・衣服・地域の環境			
H Health care systems 保健・医療・福祉・介護サービス			
P Patient preference/ value 本人の意向・価値観・生活			

副読本参照

【Social Vital Sign アクションシート】

- ・これは、社会的問題を抱えている可能性のある人に使うソーシャルバイタルサイン(SVS: Social Vital Sign)。

エコマップ

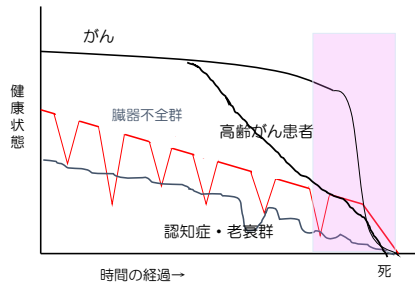


副読本参照

【エコマップ】

- ・これは、エコマップと呼ばれるもので、複雑な家族の人間関係をアセスメント(評価)し、家族とその外部にいる人々や組織との関わりを「見える化」するためのツール。

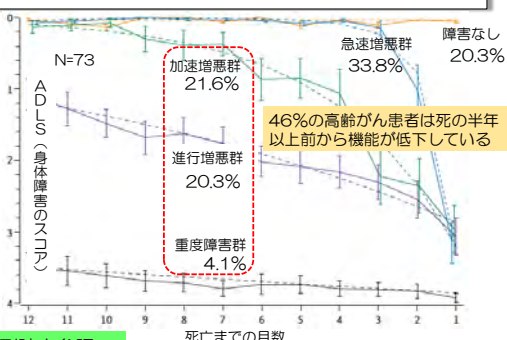
死にゆく過程の軌跡 (dying trajectory)



【死にゆく過程の軌跡】

- ・Lynnは、終末期の軌跡を3つの軌跡に分けている。
- ・非がん疾患は、緩やかに機能が低下する認知症、老衰群と急性増悪をくりかえしながら徐々に機能が低下する心不全や非がん性呼吸器疾患などの臓器不全群に分けられる。
- ・一方、がんは比較的長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する特徴的な経過をたどる。
- がんには、症状や臨床経過において一定の共通性・法則性が認められ、それは終末期になるほど顕在化する。つまり、がんは自律増殖と浸潤・転移が基本的な病態であり、末期には異常な内分泌・代謝状態、つまりがん悪液質（カヘキシア）に陥る。そのため、最期の1,2か月になると食思不振や全身倦怠感の出現、筋肉量の低下、ADLの低下、意識レベルの低下など共通した症状が出現し、急速に機能が低下する。
- ・一方、高齢化の進行した我が国においては、末期がん患者の6割が後期高齢者であり、がん患者の高齢化がすすんでいる。
- ・高齢がん患者では、複数の老年病を併存していることが多いため、半分近くが数か月以上前から徐々に機能が低下するという軌跡をたどる。そのため、高齢がん患者では長期のケアが必要になる傾向がある（副読本参照）。

高齢がん患者の病みの軌跡 70歳以上高齢がん患者の死亡前1年間のADLの変化

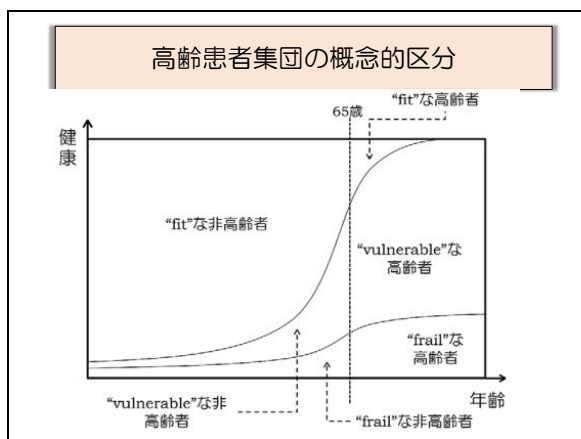


副読本参照

N Engl J Med 2010;362:1173-80, 8改変

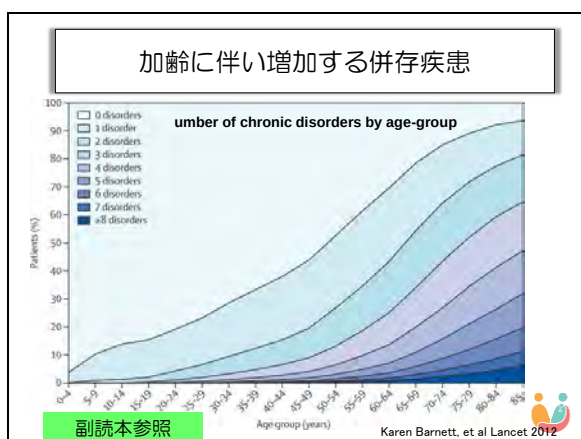
【高齢がん患者の病みの軌跡】

- ・これは、高齢者ががん患者754名の亡くなる前の最期の1年間の軌跡を突然死から重度障害群までの5つのクラスターに分けて検討した研究で、半分近くの人が数か月以上をかけて徐々に機能が低下する軌跡をたどっている。



【高齢患者集団の概念的区分】

- ・がん患者の高齢化に伴い、標準治療を受けることができない患者、“unfit patients”が増加している。
- ・unfit な高齢者は、元気な非高齢者と同じ標準治療は受けることはできないが、モディファイした何らかの治療を受けることはできる“vulnerable patients”と積極的な治療が全く適応せず、BSCや緩和ケアのみとなる、“frail patients”に分かれる。
- ・患者さんのフィットネスががんのみによって決定している場合は問題ないが、老年病によってフィットネスが低下している場合は判断が困難となる。
- ・このような区分には絶対的な基準はないが、後述するG8スクリーニングツールや臨床フレイルスケールなどによって、侵襲的治療の可否を検討することがある（副読本参照）。



【加齢に伴い増加する併存疾患】

- ・これは、加齢に伴い、高齢者は多疾患併存状態になっていくことを示している図。

G8 スクリーニングツール

Q1. 過去3カ月間で食欲不振、消化器系の問題、そして・嚥下困難などで**食事が減少**しましたか？
 0: 著しい食事量の減少 1: 中等度の食事量の減少 2: 食事量の減少なし

Q2. 過去3カ月間で**体重の減少**はありましたか？
 0: 3kg以上の減少 1: わからない 2: 1～3kgの減少 3: 体重減少なし

Q3. **自力で歩けますか**？
 0: 寝たきりまたは車椅子を常時使用 1: ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出できない 2: 自由に歩いて外出できる

Q4. **神経や精神的な問題**がありますか？
 0: 高度の認知症またはうつ状態 1: 中程度の認知障害 2: 精神的問題なし

Q5. **BMI値**はどのくらいですか？
 0: 19未満 1: 19以上21未満 2: 21以上23未満 3: 23以上

Q6. 1日に**4種類以上の処方薬**を飲んでいますか？
 0: はい 1: いいえ

Q7. 同年齢の人と比べて、**自分の健康状態をどう思いますか**？
 0: よくない 0.5: わからない 1: 同じ 2: よい

Q8. **年齢**はおいくつですか？
 0: 86歳以上 1: 80歳～85歳 2: 80歳未満

副読本参照

IOG © Institute 3分で実施可能 0～17点で採点 14点以下が異常 JCOG 高齢者委員会

【Q8 スクリーニングツール】

- ・これは、がん治療医が、高齢者の身体的・精神的・社会的な機能を客観的かつ 総合的に評価するための「G8 スクリーニングツール」である。

N式老年者用精神状態尺度（NMスケール）					
点	家事・身辺整理	関心・意欲・交流	会話	記録・記憶	見当識
0	不能	無関心、まったく何もしない	呼びかけに無反応	不能	まったくなし
1	ほとんど不能	周囲に多少関心あり、ぼんやりと無為に過ごすことが多い	呼びかけに一部反応するが自らの話すことはない	新しいことは全く覚えられない古い記憶が稀にある	ほとんどなし、人物の弁別困難
3	買い物不能、ごく簡単な家事、整理も不完全	自らはほとんど何もしないが、指示されれば簡単なことはしようとする	ごく簡単な会話のみ可能、つじつまの合わないことが多い	最近の記憶はほとんどない、古い記憶多少残存、生年月日不確か	失見当識著明、家族と他人との区別は一部できるが誰かは分からない
5	簡単な買い物も不確か、ごく簡単な家事、整理のみ可能	習慣的なことはある程度自らする、気が向けば人に話しかける	簡単な会話は可能であるが、つじつまの合わないことがある	最近の出来事の記憶困難古い記憶の部正答	失見当識かなりあり（日時・年齢・場所など不確か、道に迷う）
7	簡単な買い物は可能、留守番、複雑な家事、整理は困難	運動・家事・仕事・趣味などを気が向けばする、必要なことは話しかける	話し方はなめらかでないが、簡単な会話は通じる	最近の出来事をよく忘れる、古い記憶は間違えることがほぼ正常	ときどき場所を間違えることがある
9	やや不確実だが買い物、留守番、家事などを一応任せられる	やや積極性の低下が見られるがほぼ正常	日常会話は正常、複雑な会話がやや困難	副読本参照 最近の出来事をときどき忘れる	ときどき日時を間違えることがある
10	正常	正常	正常	正常	正常

【N式老年者用精神状態尺度】

・近年、高齢者のがん患者が増加する中で、がんに認知症を合併している患者が増加している。また、化学療法や全脳照射などのがん治療に伴う認知機能の低下もしばしば認められる。

・スライドに示したNMスケールは行動観察による所見を点数化し、非専門家でも短時間に、認知症の有無や程度を判断できるように設計されているため、拒否されることなく実施が可能。

・また、長谷川式簡易知能評価スケールとの相関も証明されており、精度の検証もされている。

・さらに、NMスケールのプロフィールをみれば、意思決定能力に重要な言語の機能や社会性などを推察でき、意思決定支援を行う際にも参考になる。

N式老年者用精神状態尺度（NMスケール）		
	全項目（5項目）で評価	会話、記録・記憶、見当識の3項目で評価
正常	50～48点	30～28点
境界	47～43点	27～25点
軽度	42～31点	24～19点
中等度	30～17点	18～10点
重度	16～0点	9～0点

・NMスケールでは、総合点に応じて認知症の重症度を暫定的に評価することができる。

・また、ADLが低下した対象者（寝たきり）も、会話、記録・記憶、見当識の3項目を用いて、表右のような基準で評価が可能。

・項目としては、記憶と見当識の低下は、AD(アルツハイマー型認知症)らしさを窺わせる所見となるし、「家事・身辺整理」「関心・意欲・交流」の評価は、IADLやAdvance ADLの評価となり、認知症による生活機能障害の評価となる。

・また、「会話」の項目は、コミュニケーションや言語能力（失語の進行）の評価になり、意思決定能力を推し量ることが可能。

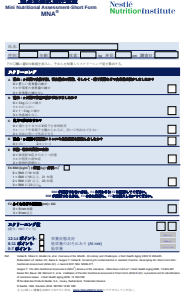
栄養スクリーニング

Mini Nutritional Assessment (MNA)

【特徴】

- ・高齢者に特化している
- ・多くの検証がなされており感度、特異度とも十分
- ・簡易質問（スリーニング）とある程度詳細な評価（30点満点）の2段階構え
- ・11点以下は低栄養あり

副読本参照



© Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

【栄養スクリーニング】

・栄養状態のスクリーニングとしてMNAがよく用いられるが、多くの末期がん患者は悪液質の状態にあり、栄養障害は存在するため、MNAなどによるスクリーニングは不要な場合が多い。

・比較的予後の長い患者で、併存疾患による影響がある患者などでは、MNAなどのスクリーニングツールで栄養評価し、栄養サポートについて話し合うことが必要な場合もある。

低栄養の世界的診断基準 GLIM criteria				
現 症		病 因		
体重減少 ☐ > 5%: 過去6ヶ月以内 or ☐ > 10%: 過去6ヶ月以上	低BMI (kg/m²) ☐ < 20: 70歳未満 ☐ < 22: 70歳以上	筋肉量減少 ☐ 筋肉量減少: 身体組成測定 (DEXA, BIA, CT, MRIなどで計測)  ☐ アジツパ ☐ 筋肉量減少: 人間による測定 (上腕回径長, 下腕 回径長などでも可)	食事摂取量減少/消化吸収低下 ☐ 食事摂取量 ≤ 50% (エネルギー必要量の) : 1週間以上 or ☐ 食事摂取量の低下 : 2週間以上持続 or ☐ 食物の消化/吸収障害: 慢性的な消化器症状 	疾患による炎症/炎症の疑い  ☐ 急性疾患や外傷による 炎症  or ☐ 慢性疾患による炎症 
上記3項目の1つ以上に該当		and	上記2項目の1つ以上に該当	
診 断				
低 栄 養				


 © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

低栄養の重症度判定 GLIM criteria			
低 栄 養			
重 症 度 判 定			
現 症	体重減少	低BMI (kg/m ²)	筋肉量減少
ステージ 1 中等度低栄養	☐ 5 ~ 10%: 過去6ヶ月以内 ☐ 10 ~ 20%: 過去6ヶ月以上	☐ < 20: 70歳未満 ☐ < 22: 70歳以上	☐ 軽度~中程度の減少
ステージ 2 重度の低栄養	☐ > 10%: 過去6ヶ月以内 ☐ > 20%: 過去6ヶ月以上	☐ < 18.5: 70歳未満 ☐ < 20: 70歳以上	☐ 重大な減少
低栄養と炎症に関連する病因別4分類			
■ 慢性疾患で炎症を伴う低栄養	■ 急性疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養	■ 炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養	■ 炎症はなく筋縮による低栄養 (社会的・経済的・環境的要因による食糧不足に起因)

IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

日本語版Oral Health Assessment Tool (OHAT-J)			
ID	疾患	評価項目	スコア
口唇	口唇: 乾燥、皸状	口唇: ひび割れ、口唇の赤み	口唇: 乾燥、皸状、口唇の赤み、口唇からの出血、潰瘍
舌	舌: 乾燥、皸状	舌: 乾燥、皸状、赤み、舌苔	舌: 乾燥、皸状、赤み、舌苔、舌の痛み、舌の腫れ
歯肉・粘膜	歯肉・粘膜: 乾燥、皸状	歯肉・粘膜: 乾燥、皸状、赤み、腫れ、歯肉の出血、歯肉の痛み	歯肉・粘膜: 乾燥、皸状、赤み、腫れ、歯肉の出血、歯肉の痛み、歯肉の潰瘍、歯肉の腫れ
唾液	唾液: 減少	唾液: 減少、口乾、口渇	唾液: 減少、口乾、口渇、唾液の粘性、唾液の量
残存食	残存食: 残存	残存食: 残存、咀嚼、嚥下	残存食: 残存、咀嚼、嚥下、残存食の量、残存食の性状
嚥下	嚥下: 正常	嚥下: 正常、人工的補助なし	嚥下: 正常、人工的補助なし、嚥下の速度、嚥下の量
口腔清掃	口腔清掃: 正常	口腔清掃: 正常、人工的補助なし	口腔清掃: 正常、人工的補助なし、口腔清掃の方法、口腔清掃の頻度
疼痛	疼痛: 正常	疼痛: 正常、人工的補助なし	疼痛: 正常、人工的補助なし、疼痛の程度、疼痛の頻度

IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved.

【GLIM criteria】

・GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準は、2018年世界の主要な臨床栄養学会により合同で発表された低栄養の世界的診断基準

・MNAなどの栄養スクリーニング法でスクリーニングした後、GLIM基準の現症の3項目と病因の2項目を用いて低栄養の診断をし、重症度判定については現症で2段階に判定する。

・また、低栄養を病因により、①慢性疾患で炎症を伴う低栄養、②急性疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養、③炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養、④炎症はなく飢餓による低栄養(社会的・経済的・環境的要因による食糧不足に起因)の4つの病因に分類する。

・がんの悪液質(カヘキシア)による低栄養やサルコペニアでは、通常①の慢性疾患で炎症を伴う低栄養になるが、がんの進行度がそれほどでなく、むしろ老年病による低栄養やサルコペニアが目立つ場合では③、あるいは④に分類される場合がある。

【Oral Health Assessment Tool (OHAT-J)】

・食事や口腔のアセスメントについて述べる

・口腔内の状況は、Oral Health Assessment Tool (OHAT-J)を用いて、実際口の中を観察し、アセスメントする。OHAT-Jは非専門家でも評価しやすい口腔内の評価法で、スライドのような評価表を見ながら肉眼的に採点する。

・2点以上は専門的口腔ケアのニーズがありと判断され、歯科医の治療や専門的口腔ケアに繋げるようにする。

・嚥下については、食べる場面を見ることが第一だが、直接見られない場合は、食事の時の状況を細かく聴取する。何らかの嚥下障害が疑われた場合のスクリーニングとしては、空嚥下やRSSTが有効。ただし、頭頸部がんなどの進行や治療の経過の中で嚥下障害をきたした患者では、嚥下造影や嚥下内視鏡などより専門的評価が必要になる場合がある。

がん悪液質の定義

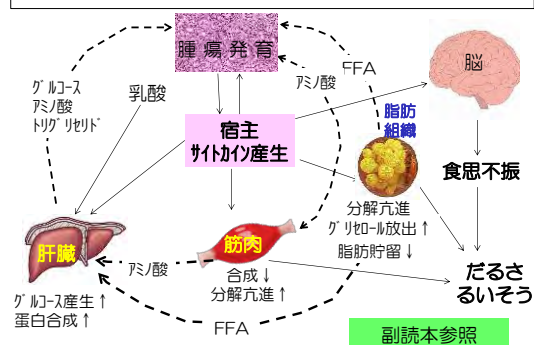
- 「終末期のがん患者にみられる**るいそう**を特徴とする**栄養・代謝異常、食思不振、体重減少、貧血、水・電解質の異常、免疫異常**などによる**進行性の全身の消耗状態**のこと」
- 「がん悪液質は**多くの要因による症候群**である。従来の栄養サポートでは十分な回復が難しい**骨格筋減少の進行**を認める。脂肪は喪失することもしないこともある。食思不振や代謝異常の併発で蛋白とエネルギーのバランスが負になることが、病態生理の特徴である。」
- カヘキシアの重要な病態は**全身性炎症**であり、通常CRPなどの炎症反応上昇を伴う。

【がん悪液質】

・がん悪液質とは、「終末期のがん患者にみられる**るいそう**を特徴とする**栄養・代謝異常、食思不振、体重減少、貧血、水・電解質の異常、免疫異常**などによる**進行性の全身の消耗状態**のこと」をいう。

・がん悪液質は多くの要因による症候群であり、従来の栄養サポートでは十分な回復が難しい骨格筋減少の進行を認めます。食思不振や代謝異常の併発で蛋白とエネルギーのバランスが負になり、全身性の腫瘍性炎症を伴うため、通常CRPなどの炎症反応が上昇する。

がん患者の代謝栄養障害のメカニズム



・がん悪液質（カヘキシア）では、炎症性サイトカインの分泌の亢進により、栄養が足りているにもかかわらず、筋肉が分解され、サルコペニアが進行し、やせが進行していく。

がん悪液質の時期別の診断基準

時期	診断基準	正常
前悪液質	6ヶ月で5%未満の体重減少 食思不振や代謝変化を認めることがある	
悪液質	6ヶ月で5%以上の体重減少（BMI<20%、サルコペニアのときは2%以上の体重減少） 食事量減少や全身炎症を認めることが多い	
不応性悪液質	以下の6項目すべてに該当する場合 悪液質の診断基準に該当 生命予後が3ヶ月未満 Performance statusが3か4 抗がん治療の効果がでない 異化がすすんでいる 人工的栄養サポートの適応がない	死

【がん悪液質の時期別の診断基準】

・がん悪液質は、表のように前悪液質から、悪液質、不応性悪液質へと進行していく。

・悪液質になると、半年で5%以上の体重減少の他、腫瘍性炎症がみられ、食事量の減量を伴う。

・炎症を伴う悪液質では、エネルギーや蛋白質の摂取を増加させるだけでは、やせを防ぐことができないが、蛋白質分解誘導因子（PIF）に対してEPAなどの摂取が有効であることが示されている。

・一方、がん悪液質において、持久性トレーニングやレジスタンストレーニングでも一定の身体活動には抗炎症作用があることが分かっている。

・がん悪液質に対しての薬剤としては、全身倦怠や食思不振が強い場合、ステロイドの投与を検討する。また、2020年に非小細胞肺癌、胃がん、膵がん、大腸がんにおける悪液質に対して、エドルミズ錠（アナモレリン）の投与が承認されている。

ECOG-PS(Performance Status)

grade	performance status
0	無症状で社会活動ができ、制限をうけることなく、発病前と同等にふるまえる。
1	軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる、例えば軽い家事、事務など。
2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。
3	身の回りにある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

【Performance Status(PS)】

・がんにおける身体的な活動性は、Performance Status(PS)であらわされることが多い。

・スライドは全身状態評価の尺度として最もよく使われる
ECOG-Performance Status(PS)。ECOG-PSは5
段階の評価で、簡便であり、治療効果や生命予後と相関
が示されていること、がん治療医との共通言語になりや
すいなどのメリットがある。

・一方、がん終末期ではほとんどがグレード3か4と評価されるため、細かい変化の評価が困難であることが難点とされる。

・がんの経過の中でより細かい評価が必要な場合は、KPSを利用する。KPSは10段階の評価であるため、より細かい評価が可能であり、生命予後との相関も認められている。

・また、がんだけでなく、併存疾患のADLに対する影響が少なくない場合は、Barthel Indexを用いる評価を行うとよい。

(いずれも副読本参照)

Karnofsky Performance Scale (KPS)

100%	正常、臨床症状なし
90%	軽い臨床症状があるが、正常の活動可能
80%	かなり臨床症状があるが、努力して正常の活動可能
70%	自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働することは不可能
60%	自分に必要なことはできるが、ときどき介助が必要
50%	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要
40%	動けず、適切な医療および看護が必要
30%	全く動けず、入院が必要だが死はさしきまつていない
20%	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要
10%	死期が切迫している
0%	死

【Karnofsky Performance Scale】

・Karnofsky Performance Scaleは、古典的に使われている全身状態評価の尺度で、予後予測スケールであるPaPスコアの採点にも用いられる。

日常生活活動度
Barthel Index

より細やかな機能の評価が必要な場合

第 二 次		Market Index		市況	
市場別	品別	品名	単位	品名	単位
1 東京	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
2 大阪	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
3 名古屋	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
4 小倉	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
5 山形	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
6 新潟	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
7 秋田	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
8 山梨	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
9 長野	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
10 岐阜	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
11 富山	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
12 石川	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
13 福井	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
14 滋賀	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
15 京都	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
16 和歌山	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
17 奈良	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
18 大阪府	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
19 兵庫	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
20 徳島	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
21 香川	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg
22 高松	米	米	kg	米	kg
	豆	豆	kg	豆	kg
	小麦	小麦	kg	小麦	kg
	大豆	大豆	kg	大豆	kg

【Barthel Index】

- ・スライドはリハビリテーションの領域では基本的な生活活動の評価法として一般的なバーセルインデックス (Barthel Index) である。

・がん患者の機能の評価においても、がんだけでなく併存疾患の影響が少なくない場合は、Barthel Indexを用いる評価を行ってもよい。

副読本参照

臨床フレイル・スケール Clinical Frailty Scale 副読本参照	1	健康 (very fit)	健康で活動的であり、病気で重篤的に、一般に定型的に活動し、同世代の平均以上の健康状態を維持している。
	2	健康 (well)	健康で活動的な状態を維持しているが、上記のレベルに比べてやや活動的でない。活動の制限を受けている場合もあるが、活動が全体的に正常範囲に維持される場合もある。
	3	健康維持しつつ軽度の衰弱 (managing well)	軽度の衰弱により活動が制限されているが、活動が部分的に正常範囲に維持される場合もある。
	4	脆弱 (vulnerable)	日常生活において活動が制限されているが、適切な支援によって活動が維持される可能性がある。活動が制限されているが、適切な支援によって活動が維持される可能性がある。
	5	軽度のフレイル (mildly frail)	より明らかに活動が制限されており、EADLのよう活動が制限されている。適切な支援、活動制限の活用、適切な食事、服薬管理に支援を受ける。典型的には、次第に衰へていく。単独での生活、食事の準備や家事にも支援を受けるようになる。
	6	中等度のフレイル (moderately frail)	慢性的な活動制限により日常生活において支援を受ける。適切な支援が提供される。元々の活動が制限されている。次第に衰へていく。単独での生活、食事の準備や家事にも支援を受けるようになる。
	7	重度のフレイル (severely frail)	慢性的な活動制限により日常生活において支援を受ける。適切な支援が提供される。元々の活動が制限されている。次第に衰へていく。単独での生活、食事の準備や家事にも支援を受けるようになる。
	8	非常に重度のフレイル (very severely frail)	慢性的な活動制限により日常生活において支援を受ける。適切な支援が提供される。元々の活動が制限されている。次第に衰へていく。単独での生活、食事の準備や家事にも支援を受けるようになる。
	9	終末期 (terminally ill)	死期が近づいている。患者は中重度の衰弱だが、それ以上の衰弱は認められない。

【臨床フレイル・スケール】

・我が国では「フレイル」は予防にシフトした概念として提唱されているが、海外での「フレイルティ」はより重度の状態も含めた幅広い概念として、臨床場面で用いられている。

・今後、非がん疾患の終末期に、治療の適応や治療負担を検討する場面の共通言語として、用いられる可能性がある。

予後予測

- 緩和ケアの対象の拾い上げ
 - PIG
 - SPICt
- 末期がんの予後予測
 - PaPスコア (Palliative Prognosis Score)、
 - PPI (Palliative Prognostic Index)、
 - PIPSモデル (Prognosis in Palliative care Study predictor models)

【予後予測】

・一般的に、予後予測で用いられるツールには、疾患にかかわらずEOL期やACPを始める対象者を拾い上げるためのツールであるPIGやSPICtなどの拾い上げツールと、末期がん患者さんの予後がある程度正確に予測するための予後予測スコアがある。

PIG/SPICt

緩和ケアの対象の拾い上げ

病みの軌跡を理解し、予後を予測する意味は、正確な残り時間を知ることではなく、**エンドオブライフ期にある人々を特定し、その人の価値に基づいたニーズを予測し、適切なタイミングで適切なケアを提供したり、予防的に患者の嗜好に合わせたケアを提供し、エンドオブライフ期にある患者のケアの質を高め、QOLを高める**ことである。

副読本参照

・がん患者の場合は、PIGやSPICtなどの拾い上げツールが必要でない場合が多いが、比較的長期の経過が予測され、がん以外の要素も無視できない multimorbidityの患者には拾い上げツールの使用が必要になることもある（副読本参照）。

末期がんの予後予測

PaPスコア PPI PIPSモデル

- PaPスコアには、せん妄を評価項目に含んだ「D-PaPスコア」がある
- PIPSモデルは血液検査所見を含まないAモデルと含めたBモデルがある

在宅医療では、比較的長期の予測が必要で、採血が可能であり、高齢でがん以外の併存症の要素が無視できない場合は**PaPスコア**、短期の予後予測として、採血等を行わず、実施可能性を優先したい場合は**PPI**（あるいはsimplified PPI）を用いる

副読本参照

・2000年前後から終末期のがん患者の予後を予測するための予後予測ツールが国内外で複数開発され、その検証が盛んに行われており、目的に応じたツールの使い分けなども議論されている。がんといえども正確な予後を予測することは困難であり、一般的には医師の予後の予測は実際の予後より楽観的になる傾向があるとの報告もある。

・代表的な予後予測スコアには、PaPスコア (Palliative Prognosis Score)、PPI (Palliative Prognostic Index)、PIPSモデル (Prognosis in Palliative care Study predictor models) などがあるが、それぞれ長所、短所がある。

PaPスコア (Palliative Prognosis Score)

中期的予後 (月単位)を予測する		Karnofsky Performance Scale(KPS)					
臨床的な予後の 予測	1～2週 3～4週 5～6週 7～10週 11～12週 13週以上	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	認識	活動と症状	ADL	経口 摂取	意識
KPS(左表)	10～20	2.5	100	正常な活動・仕事が可能、 症状なし	自立	正常	清明
	30以上	2.5	90	正常な活動が可能 いくらかの症状がある			
		0	80	何らかの症状はあるが 正常な活動が可能			
食欲不振	あり なし	1.5 0	70	明らかな症状があり、通常 の仕事や業務が困難	副読本参照		
呼吸困難	あり なし	1.0 0	60	明らかな症状があり、趣味 や家事を行うことが困難			
白血球数(/mm ³)	>11000 8501～ 11000 ≤8500	0.5 0.5 0	50 40 30	ほとんど 座位も ほとんど 歩行も ほとんど 臥床			
	0～11.9	2.5	30	著明な症状があり いかなる活動も行うこと ができない	ほとんど 介助	正常 もしくは 減少 ほとんど 介助	清明 もしくは 意識上 乱
	リンパ球 (%)	12～19.9 ≥20	2.5 0	20 10		全介助	第3巻 以下 のみ

得点: 0=5.5-5.6-11.11-17.5の連続。30日生存率 (生存期間の90%信頼区間) 11～18% (67-87日): 30-70% (29-30日) , <30% (11-18日)

Maltoni M, et al. J Palliat Symptom Manage 1999

Palliative Prognostic Index (PPI)

Palliative Performance Scale	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
経口摂取*	著明に減少(数口以下)	2.5
	中程度減少(減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正 常	0
浮腫	あ り	1.0
安静時の呼吸数 ²⁾	あ り	3.5
せん痰	あ り**	4.0

[Morita T, et al. *Support Care Cancer* 1999 ; 7 : 128-33]

* 消化管閉塞のために高カロリー輸液を受けている場合は正常（0点）とする
** 薬剤が単独の原因となっているもの、臓器障害に伴わないものは除外する
*** せん妄を『不明瞭でつじつまの合わない話しかできない』（ミニマックスができるか）
に置き換えても予後予測が可能（simplified PPI）

苦痛の評価
IPOS 患者版

[illegible]

副読本参照

【PaPスコア】

・これがPaPスコア。

・PPI(Palliative Prognostic Index)は症状や身体所見のみで評価し、6週および3週後の生存を予測するツール。

血液データが不要で、精度は若干劣るものの、簡便で、在宅や緩和ケア病棟でも実施可能性が高いという特徴がある。

せん妄の項目は、低活動性せん妄が見落とされやすいので、『不明瞭でつじつまの合わない話しかできない』（コミュニケーションができるか）つまり、意識障害の有無に留意して予後予測を行うとよい。

PaPスコアは、血液検査が必要だが、少し長めの予測を行う際に有効（副読本を参照）。

【苦痛の評価】

・苦痛の評価は、御本人の主観的評価がスタンダードである。しかし、がんの病状の進行とともに、全身状態が悪化するため、あるいは高齢で認知機能の低下を伴う場合などは、主観的評価が困難になる。

このような理由で主観的評価が困難な場合、家族や医療者による代理報告による「患者中心のアウトカム評価」である包括的評価が有効となる。

包括的評価のための代表的なツールのひとつとして IPOSがある。

・IPOSは日本語版が開発され、信頼性、妥当性が確認されている。

IPOSは医療従事者評価用、家族・ケア提供者評価用、患者評価用のバージョンがある。スライドは患者版IPOSから、一部を抽出したもの。

初期のアセスメントでIPOSを用いることで、苦痛の種類や傾向を把握することができる。

不安・抑うつ の測定尺度
 Hospital Anxiety and Depression Scale[®] HADS

～より詳しい心理的評価が必要な場合～

不安

- 張りつめていると感じる
- ひどいことが起こらないかと恐ろしい
- 心配事が心をめぐる
- 安心しリラックスしていると感じる
- 悔し気づいていると感じる
- はじめるとき落ち着きなく感じる
- 急にパニックを感じたりする

抑うつ

- 以前と同様に楽しめる
- おもしろさがわかり笑ったりできる
- 楽しく感じる
- 怠けているような感じがする
- 自分の見栄えに興味がなくなった
- 楽しむことが待ち遠しい
- 読書やラジオ、テレビを楽しめる

問 題	H	A	D	S
1 A	0	1	2	3
2 D	3	2	1	0
3 A	0	1	2	3
4 D	3	2	1	0
5 A	0	1	2	3
6 D	3	2	1	0
7 A	0	1	2	3
8 D	3	2	1	0
9 A	0	1	2	3
10 D	3	2	1	0
11 A	0	1	2	3
12 D	3	2	1	0
13 A	0	1	2	3
14 D	3	2	1	0

副読本参照

・IPOSで抑うつや不安を認める場合は、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) を用いて、抑うつと不安をアセスメントするとよい。

苦痛の評価
 痛みの程度を評価するスケール

Numerical Rating Scale (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Visual Analogue Scale (VAS) 10cm

全く痛みがない
これ以上強い痛みは考えられない、
または最悪の痛み

Faces Pain Scale (FPS)

(Whalley L, et al. Nursing Care of Infants and Children, 3rd ed. ST. Louis Mosby, 1987)

日本緩和医療学会編：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版, p27 (2010)

・症状評価については、患者が報告したアウトカム (PROs) がゴールドスタンダードである。

・一般的には、対象となる症状について、NRSあるいはVASで評価。

・主観的評価の精度が低い (高齢者でいつ聞いても3と答えるなど) 人は、客観的評価法やIPOSなどの包括的評価法を併用し、チームで苦痛の程度や質を検討するとよい。

痛みの客観的評価法
 Pain Assessment IN Advanced Dementia (PAINAD)

副読本参照

	0	1	2
呼 吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸 短期間の過換気	雑音が多い努力呼吸、長期の過換気、CS呼吸
初タイプな喘鳴	なし	随時のうめき声、初タイプで批判的な内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、大声でうめき苦しむ泣く
顔の表情	微笑/無表情	悲しい、怯えている / 不機嫌な顔	顔をゆがめている
ボディ・ランゲージ	リラックスしている	緊張 / 苦しむ、行ったり来たり そわそわしている	剛直 / 握った拳 膝を曲げる / 引く張る 押しのける / 殴り掛る
慰 め	慰める必要なし	声掛け、接触で気をそらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、安心させられない

痛みのカットオフは10点中2点に設定

Warden, Hurley, Volicer, JAMDA 2003; 4(1):9-15 (平原佐斗司訳)

【痛みの客観的評価法】

・重度認知症では言語による苦痛の表現は困難で、観察による評価を中心にせざるを得ない。

・海外では、苦痛の客観的指標は30ほど開発されていますが、その中でPAINADは、評価項目が5項目 (呼吸、ネガティブな発声、顔の表情、ボディ・ランゲージ、慰めやすさ) と少なく、簡便であることから、海外のケア現場で最も広く用いられている。

呼吸困難の客観的評価法
 Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)

変数	0点	1点	2点
心拍数 (/分)	<90回/分	90-109回/分	≥110回/分
呼吸回数 (/分)	≤18回/分	19-30回/分	>30回/分
落着きのなさ、無目的な動き	なし	時々、軽微な動き	頻繁な動き
奇異性呼吸 (吸気時の腹部の動き)	なし		あり
呼吸補助筋の使用 (吸気時の鎖骨の上昇)	なし	わずかな上昇	明白な上昇
呼吸終末の連続性ラ音: 喉音	なし		あり
鼻翼呼吸: 無意識な鼻孔の動き	なし	副読本参照	あり
恐れ表情	なし		目を大きく開く、表情のこわばり、眉間の皺、口を開ける、歯を噛みしめる

計3点以上は中等度以上の呼吸困難感有⇒緩和ニーズがあると判断する

Margaret L. Campbell (平原佐斗司訳 呼吸器疾患の緩和ケア 2016年)

【呼吸困難の客観的評価法】

・重度認知症では、言語による表現は困難で、呼吸困難の評価についても、観察による評価を中心にせざるを得ない。

・呼吸困難の客観的評価法としては、RDOS (Respiratory Distress Observation Scale) が知られている。

介護負担の評価

Zait 8

各質問について、あなたの気持ちに最もあてはまると思う番号を○で囲んでください		思 わ な い	た ま に 思 う	時 々 思 う	よ く 思 う	い つ も 思 う					
4	受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
5	介護を受けて方のそばにいると疲れることがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
6	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなることがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
9	介護を受けている方のそばにいると、気が休まらないと思いますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
12	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
13	介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅に呼びたくてもよべないと思っ たことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
18	介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4
19	介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	-	0	-	1	-	2	-	3	-	4

判定：10点以上は、軽うつ症状がある可能性が高い。

【介護負担の評価】

・介護者の介護負担が強いと感じる場合、介護負担をアセスメントするためのツールを用いて介護負担を評価する。

・介護負担の評価スケールとしては、Zait介護負担尺度（日本語版）が知られており、臨床場面では簡略版としてZait8がしばしば用いられる。

・予後が短い末期がん患者の場合、一時的な介護負担が強くて、主治医は家族に後悔のないような関わりを促すほうが悲嘆が少ない場合もあるため、予後や関係性などを踏まえた適切なアドバイスが必要である。

複雑性悲嘆の危険因子

- ・ **死の状況に関わる要因**
 - － 突然の予期しない死別の場合
 - － 自死(自殺)や犯罪被害、IIXIなどの特殊な状況での死別
 - － 同時、または連続した喪失
 - － 遺族自身の死の関与（積極的、間接的）
 - － 遺体の紛失、遺体の著しい損傷
- ・ **喪失対象との関係性に関わる要因**
 - － 故人との非常に深い愛着関係（子どもとの死別など）
 - － 過度に共生的・依存的な故人との関係、または葛藤関係や愛着関係
- ・ **悲嘆当事者の特性に関わる要因**
 - － 過去に未解決な喪失体験
 - － 精神疾患、またはその既往
 - － 不安が強いなどのパーソナリティ特性
 - － 子どもの近親者との死別（この時点で病的になることは少ないが、特別な配慮が必要）
- ・ **社会的要因**
 - － 経済状況の困窮、または著しい悪化
 - － ネットワークの不足、孤立化
 - － 訴訟や法的措置の発生

副読本参照

瀬藤乃理子、丸山純一郎 複雑性悲嘆の理解と早期援助 緩和ケア 2010: 20(4)

【複雑性悲嘆の危険因子】

・家族のケアの重要な柱としてビリーブメントケア、グリーフケアがある。

・グリーフケアは、死別の前から始まっており、患者が苦痛なく過ごせ、家族が後悔なく関わった場合、悲嘆を少なくすることができると考えられる。

・一方、スライドのような要因がある場合は、複雑性悲嘆のリスクがあると考えられている。

・しかし、実際は複雑性悲嘆については、完全に予測することは困難であり、死別後の家族の悲嘆についてフォローすることが大切。