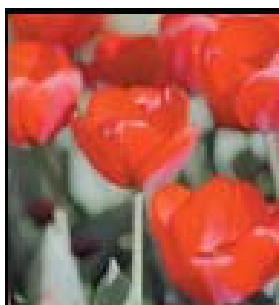


<高齢者施設ケアにおける緩和ケアのガイドライン>



## Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care

Enhanced Version — May 2006



THE NATIONAL  
PALLIATIVE CARE PROGRAM

Prepared by Edith Cowan University

Approved by



Australian Government

National Health and Medical Research Council

*Palliative care — quality of life for people with a life-limiting illness, their families and carers*

## はじめに

### 緩和ケアとはどのようなものか？

世界保健機構（WHO）（2003）は、緩和ケアを次のように定義している。

「生命を脅かす疾病に関わる問題と向き合う患者とその家族の生活の質を改善するアプローチであり、早い時期の識別、包括的な評価、疼痛とその他の身体的、心理社会的、スピリチュアル面の問題の処理によって、苦痛の予防と軽減を行うことでそれを実現する」

WHO（2003）では、緩和ケアについてさらに次のように記している。

- ・ 疼痛やその他の苦痛をもたらす症状を軽減する
- ・ 生命を肯定し、死を正常な1つのプロセスと認める
- ・ 死を早めることも遅らせることも意図しない
- ・ 患者の心理やスピリチュアルな側面のケアを組み入れる
- ・ 死の訪れまで、患者ができるだけ活動的な生活を送るための支援システムを提供する
- ・ 患者の闘病中と死別後に、家族がうまく対処するための支援システムを提供する
- ・ 必要な場合は死別カウンセリングまで含めて、患者とその家族のニーズに、チームによるアプローチで対応する
- ・ 生活の質を高めると同時に、疾病の進行にプラスの影響を及ぼす可能性もある
- ・ 疾病の進行の早い時期から、化学療法や放射線療法など、延命を意図した他の療法と同時に適用でき、苦痛をもたらす臨床的問題の理解を深め、管理するために必要な調査も含まれる

最近に示されたこのような緩和ケアの定義や説明は、これまでの定義に比べ、緩和アプローチに哲学的な基盤が加わったことで、ガン以外の、終末期を迎える進行性の病気の患者に利益となるだろう。例えば慢性閉塞性肺疾患（COPD）やアルツハイマー病、重度の急性脳血管障害【acute massive cerebrovascular accident】などである。

### 緩和アプローチとは、どのようなものか？

緩和アプローチは、余命の限られた疾病の患者とその家族の生活の質を改善することを目指し、早い時期の識別、評価、疼痛と身体的、文化的、心理的、社会的、スピリチュアル

面のニーズの処置によって、苦痛を軽減することでそれを実現する。この冊子ではここに挙げた緩和アプローチの側面すべてについて、各々関連する章を立てて検討している。しかし、とくにここに示すガイドラインのいずれかを実施する場合、ケアの提供の不可欠な要素として、読者は文化的な問題を考慮する必要がある。

緩和アプローチの哲学の基礎には、死と死ぬことに対して肯定的でオープンな姿勢がある。高齢者ケアチームと入所者、その家族のあいだで、死や死ぬことについての話し合いに向けて、もっとオープンなアプローチを推進することで、終末期ケアに関する希望が確認しやすくなる。

緩和アプローチは病気の最終段階だけに限られたものではない。緩和アプローチは、活動的で快適なケアに重点を置き、患者の症状や苦痛の軽減に積極的なアプローチを行う。それによって、入所者とその家族にこのプロセスを通じて積極的な支援を受けているという理解を促進する。

### **緩和アプローチのニーズ**

オーストラリアでは、過去 20 年間に、高齢者介護施設で死を迎える人の割合が着実に増えていることが、調査で明らかになっている。そのために、緩和アプローチを活用することで、現在入所者と家族に提供されているケアを強化できることが、認識されるようになった。

高齢者介護施設では、支援する入所者の性格から、緩和アプローチを活用するために特有の大きな困難に直面している。入所者の大半が認知症患者である上に、一般に合併症（他の病気）があり、身体的、心理的、感情的、社会的問題に対処する必要がある。入所者は概して依存度が高く、多くの薬物を必要としているが、そのために緩和アプローチの提供がいつそうむずかしくなっている。

高齢者介護施設の入所者が、治療不能な病気のためだけでなく、老化のプロセスのために死を迎える場合も、緩和アプローチが必要である。高齢者が死を迎える場合、ガンの診断を受けた患者とは異なる緩和のニーズがあると考えられる。

次のような違いが考えられる。

- ・ 臨床的に複数の診断が下され、さまざまな治療を必要としている
- ・ 終末期ケアの必要が比較的短期間である（死を迎える集中ケアは平均 2 日間）
- ・ 混乱、認知症、コミュニケーションの障害が存在する可能性がある
- ・ 家族のサポートが得られない場合がある

このように、高齢者が余命の限られた病気にかかり、あるいは老化のプロセスとして死を迎えて、緩和アプローチを受ける場合、特殊なニーズがある。

### 高齢者ケア施設のための医学的根拠に基づくガイドラインの必要性

オーストラリアには高齢者ケアの基準と緩和ケアの基準が別個に存在するが、それらは高齢者介護施設で緩和アプローチを提供することに関連した特有の複雑な問題に十分対応していない。高齢者ケアの文献では、専門家でない緩和チームによる高齢者の適切なケアについて、ガイドラインを作成する必要性が訴えられているが、今日まで、高齢者ケア施設で緩和アプローチを実施するためのガイドラインは作成されていない。また、高齢者ケア施設において入所者に緩和アプローチを提供するために、高齢者ケアチームのメンバーをどのように訓練するかについての基準書もない。最後に、こうした労働力に対する緩和教育の体系的なアプローチも見られない。

APRAC プロジェクトは、施設型高齢者ケアにおいて緩和アプローチが不可欠であるという認識に対応するために設置された。

### このガイドラインの利用について

この医学的根拠に基づくガイドラインは、高齢者ケア施設（RACF）で高齢者ケアチームのメンバーが緩和アプローチを適用する際に役立つことを目的としている。身体的症状（疲労、脱水症状等）の処置やスピリチュアル面のニーズから、家族の反応への対応まで、高齢者ケア施設の入所者に緩和アプローチを提供する際の、主要な側面すべてに対応している。

各章ごとに主要な問題を 1 つ取り上げ、その問題について詳しく検討し、その後、その章の「メッセージ」を要約したいくつかのガイドラインを提示する（ただし、第 6 章は身体

的症状のそれぞれを扱う節に分かれ、各節の終わりにガイドラインが配されている)。すばやく参照するためには、冊子の最初にガイドラインの要約を用意しているが、各章で紹介される詳細な知識と合わせてガイドラインを読んでいただく方がずっと望ましい。

ガイドラインの意図は、高齢者介護施設で「何をしなければならない」かについて規範となる厳密な経路を示すことではない。むしろ、緩和アプローチを適用しようとする高齢者ケア施設のそれぞれに適した、創造的なソリューションの誕生を促進することを目ざしている。現在実践されているアプローチの強みと弱点を見つけ、長期的な改変と評価の仕組みを提供するためにも、利用できる。

ガイドラインは、関連分野の文献の主要な調査・研究に沿って作成しているため（第1章参照）、高齢者ケアチームのメンバーは緩和アプローチでよく見られる実践や信念に、医学的根拠（エビデンス）に基づく裏付けがあるかどうか、一目で確かめることができる。この冊子の本文で参照された研究には、それぞれ番号が振られ、それが冊子の最後にある「参考文献」の項に挙げられた数字と対応している。参照番号の隣に、エビデンス・レベルを記した。このエビデンス・レベルは、次のような NHMRC（1999）のエビデンス・レベルに基づいている。

レベル I	関連するすべてのランダム化比較試験（RCT）の体系的レビュー
レベル II	少なくとも1つの適正に設計された RCT
レベル III-1	よく設計された擬似 RCT
レベル III-2	ランダム割付を行わない同時対照の比較研究、ケースコントロール研究、またはコントロール・グループによる時系列研究
レベル III-3	歴史対照による比較研究、2つ以上の単一群研究、または並行対照群をおかない時系列研究
レベル IV	検査後、または検査前と検査後の症例集積

## エビデンス・レベルの追加

NHMRC（1999）のエビデンス・レベルは、量的な研究に適している。しかし、緩和ケアの研究範囲は比較的新しく、レベルの高いエビデンスの不足が目立っている。また、研究の課題や母集団が脆弱であることを考慮すると、場合によっては、質的なデザインを用いる方がふさわしいこともある。レビュー作業班は、量的デザインではないがこのレビューに含めて役に立つと思われる研究を多数認定した。レビュー作業班では、このレビューで質的研究に用いる適切な評価ツールを提供するために、コクラン共同計画（2002）及びキャンベル共同計画（2002）のガイドラインの修正版を適用した（第1章参照）。この冊子で言及している質的エビデンスには、頭文字を取って、「レベル QE」と提示している。

量的でも質的でもなく、特定の分野における専門家や専門家集団の意見を含む「専門家意見」の記事は、プロジェクト作業班で意見の一致がみられた場合に掲載している。（専門家の意見は一般に経験的知識の成果であるため、ガイドラインの作成に欠かせないものと考えられるため、各章の前文に取り入れている。しかし、専門家の意見は研究に基づくものではないため、ガイドラインの基礎としては使用していない）専門家の意見を引用する場合は、頭文字をとって「レベル EO」を使用した。

## ガイドラインの概要

以下の表には、ガイドラインの概要とこの冊子で使用しているそれぞれに対応するエビデンス・レベルを提示した。ガイドラインに関わる背景を理解するために、それぞれ対応する章を是非検討されることをお薦めする。

ガイドライン	参照番号	エビデンス・レベル
<b>緩和アプローチ</b>		
<b>緩和アプローチをいつ実施すべきか？</b>		
1. 医師の臨床予測など、生存期間を確認する方法は、正確さや精密度に限界があり、生存期間を長く見積もりがちである。したがって、こうした方法のみに頼って、緩和アプローチの開始時期を決めることは勧められない。高齢者ケアチームのメンバーは、このような生存期間を長く見積る傾向を認識して、入所者や家族に起こりうる苦痛を減少させる必要がある。	38	IV
2. 入所者に治療をみざす積極的ケアから緩和ケアに移行する際に、意思決定を容易にするため、高齢者ケアチームのメンバーが入所者とその家族に、移行に関する十分な情報を提供する必要があることに注意する。この情報提供によって、緩和ケアが適切であることに関して、入所者と家族の懸念を減らし、満足度を高めることができる。	24、35	QE
<b>緩和ケアはどこで提供できるか？</b>		
3. 適切な技量のあるケアを利用できれば、緩和ケアは入所者の馴染みのある環境で提供することができる。それにより、急性期ケア施設に転院する必要性が減り、入所者とその家族に起こりうる苦痛を避けることができる。	6、23	QE
<b>緩和アプローチを提供できるのは誰か？</b>		
4. 緩和ケアは、多くの専門分野にわたる効果的なチームによって提供するのが最善である。	50	III-2

---

## 尊厳と生活の質

---

- |    |   |                |                   |
|----|---|----------------|-------------------|
| 5. | 患者の尊厳の意識に影響する要因には、自分が管理しているという意識、愛する人々との関係の強化、意思疎通の能力、友人や家族を認識できること、排泄をコントロールできること、疼痛と症状の適切な管理、不要に死を長引かせないことがある。緩和ケアの実施により、高齢者ケアチームのメンバーはこれら要因に対処し、入所者の尊厳と生活の質を向上させる。 | 58<br>57<br>13 | III-3<br>IV<br>QE |
| 6. | 尊厳を維持するケアの提供は、入所者が希望のある展望を抱きやすくする。それにより、入所者に死を早めたいという欲求が弱まる。  | 63<br>64       | IV<br>QE          |
- 

## 事前ケア計画

---

- |    |   |       |    |
|----|---|-------|----|
| 7. | 入所者と家族、医師のあいだの意思疎通を含む事前ケア計画を組織的に実施することで、入所者とその家族に提供されるケアの満足度が高まる。   | 68、73 | II |
| 8. | 高齢者ケアチームと入所者、その家族のために、終末期ケアと事前のケア計画に関わる問題について、系統だった教育プログラムを用意することで、そうした計画を完成させ実施する割合が高まり、入所者とその家族の終末期ケアに対する満足度が高まる。 | 68    | II |
| 9. | 継続的な評価を含む総合的な事前ケア計画を作成することが、入所者の健康上の変化に対応し、入所者とその家族のケアに対する満足度を高める。  | 68    | II |
- 

## 進行した認知症

---

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 10. | 認知症の進んだ入所者に対しては、継続的評価と苦痛をもたらす症状への対処、病院への転院回避を組み込み、入所者の生活の質と尊厳を重視し高めるような緩和アプローチを実施することが、入所者だけでなく家族にとっても利益となる。 | 86 | QE |
| 11. | 認知症の進んだ入所者にとって、馴染みのある環境に留まることが利益となる。それによってケア計画を継続させ、入所者の見当識と安心感が高まるためである。                                    | 83 | II |
| 12. | 認知症の進んだ入所者の評価に、認知症専用の疼痛評価ツールを使用することで、よりきめ細かい疼痛と不快感の症状軽減が可能になる。   | 93 | IV |
-



13.	認知症の進んだ入所者には、感染に対する積極的医療処置は勧められない。症状を和らげ、生活の質を改善する短期間の抗生物質療法など、入所者の安楽を旨とする緩和アプローチが望ましい。	44、50	III-2
14.	高齢者ケア施設で拘束を用いると、苦痛の増大や負傷のリスクなど、入所者にとってマイナスの結果に結びつく。拘束を最小限に抑えるための戦略や教育プログラムなど、拘束のないケアの方針を策定することで、入所者の苦痛や転倒に関連した負傷のリスクを減らせる。	102、104	II

### 身体的症状—評価と管理

#### 症状の評価

15.	入所者のニーズと希望の包括的で継続的な評価に基づき、主要な症状の早期確認を含む処置計画を策定することによって、入所者のケアに対する目標や処置に関する個人的な好みに合わせて、効果的な症状管理を提供できる。	112	IV
16.	適切な疼痛の軽減と効果的な症状の管理を含む緩和アプローチを実施することで、提供されるケアに対して入所者とその家族の満足度が高まる。	110	IV
17.	症状の苦痛を定期的に評価する簡単な方法は、身体的、心理的苦痛の強さについて入所者本人の判断を訊ねることである。定期的な評価によって症状管理の効果が上がり、入所者の生活の質が向上する。	116	III-3

#### 疼痛管理

18.	入所者の疼痛を総合的に評価し、医学的根拠に基づく鎮痛処置を決定することで、疼痛管理が強化され、それにより入所者の生活の質が改善される。	145	II
19.	疼痛を言葉で表現できない入所者については、行動の手がかりを利用して、熟練者による観察に基づく正確な報告を行うことが、疼痛の判断にとくに重要である。適切な評価ツールを利用することで、入所者に「痛みがありますか？」と質問するよりも、疼痛が診断される場合が多くなる。	137	III-3

#### 疲労

20.	疲労は、死が近付いたとき、もっともよく報告される身体的問題である。そのため、疲労を示す、あるいはもたらす要因（抑うつ、不安、疼痛、日常生活の中間的活動の減少、投薬回数等）について慎重な評価が必要となる。	164、170	IV QE
-----	---	---------	----------

---

## 栄養及び水分補給

---

### 栄養

---

- |     |  |         |             |
|-----|--|---------|-------------|
| 21. | 栄養面の十分なケアには、体重減少を早めに見つけ、原因の可能性（薬品の副作用、口内の健康状態の悪化、抑うつ等）を確認し管理するなど、各人に合わせたアプローチが必要である。このような入所者の栄養面の必要を評価し管理することに、注意深く取り組むことで、生活の質が改善される。       | 176、181 | II<br>IV    |
| 22. | 入所者に少量でも経口で食物や水分を与える方が、より侵襲的な経腸栄養（鼻腔胃や PEG 等）を利用するより望ましい。しかし、経口栄養の方法を決めるには、嚥下の評価が欠かせない。  | 176、104 | II<br>III-1 |
| 23. | 食事を補助する高齢者ケアチームのメンバーは、入所者の目の高さになるように座り、時間をかけて入所者と関係を築き上げ、維持することで、入所者をリラックスさせるのに役立つ雰囲気を作り出すべきである。食事に関するこのようなアプローチは、入所者の栄養摂取を向上させ、社会的な満足感を高める。 | 104     | III-1       |

---

### 水分補給

---

- |     |  |                   |                   |
|-----|--|-------------------|-------------------|
| 24. | 入所者と家族の処置に対する好みも含めて、各入所者の環境を継続的に評価した上で、輸液療法に関する助言を行うことで、提供されるケアに対する入所者と家族の満足度が高まる。     | 204               | IV                |
| 25. | 経口で水分を摂取できる入所者の場合、色鮮やかな飲料カートや言葉による奨励、入所者の好みに合わせるなどの取組みを含め、定期的に液体を提示することで、経口の水分摂取量が増える。 | 202<br>209<br>208 | II<br>III-1<br>IV |
| 26. | 頻繁に少量の液体をすすすることで、脱水症状に伴う口の渇きや口内の不快感を軽減できる。   | 185               | IV                |

---

### カヘキシー

---

- |     |  |     |    |
|-----|--|-----|----|
| 27. | カヘキシーの正確な診断には、入所者の臨床歴、大幅な体重減少の存在、臨床検査、理学的検査を検討することが必要である。                    | 212 | II |
| 28. | 経口で十分なカロリーを摂取できず、大幅な体重減少が見られる入所者について、適切な代替手段として、単独型栄養剤の試用やリキッドミールへの変更が考えられる。 | 176 | II |

---

### 嚥下障害

---

- |     |   |     |       |
|-----|---|-----|-------|
| 29. | 多くの専門分野が関与する管理プログラムを用意し、言語療法士の意見も取り入れるようにすることが、嚥下障害に関わる問題の早期確認と適切な管理、予防を推進するために有益である。 | 104 | III-1 |
| 30. | 入所者の吸引のリスクを減らすために、摂食方法や口当たり、濃度、食品や液体の種類を含め、言語療法士または医師の推奨する安全な摂食技術を、処方されたとおりに実行すべきである。 | 104 | III-1 |
- 

### 口腔ケア

---

- |     |  |     |    |
|-----|--|-----|----|
| 31. | 口腔の衛生管理と定期的な評価、義歯の洗浄、経口の水分補給によって、口腔のトラブルを減らすことができる。  | 221 | IV |
| 32. | 口腔の健康状態の評価で、質問に答えられる入所者には、「歯と歯茎の健康状態はいかがですか？ すばらしい、たいへん良い、良い、まあまあ、良くないのうち、どれが当てはまりますか？」という質問をすることで、より正確に、より詳しい評価や歯科治療を必要とする入所者を確認することができる。 | 222 | IV |
| 33. | 水で口をすすぎ、やわらかい歯ブラシと歯磨きで歯を磨くことは、費用効率の高い効果的な口腔洗浄の習慣であり、入所者の口腔粘膜炎（口腔内潰瘍）のリスクが低下する。   | 225 | II |
- 

### 皮膚の健全維持

---

- |     |   |            |         |
|-----|---|------------|---------|
| 34. | 通常より高規格のフォーム・マットレスを使用することで、褥瘡の発生を減らすことができる。                     | 226        | I       |
| 35. | 褥瘡を発症するリスクが低から中の人々で、オーストラリアン・メディカル・シープスキンの利用が、褥瘡の発生を減らすのに効果がある。 | 226<br>227 | I<br>II |
- 

### 便通のケア

---

- |     |   |                    |          |
|-----|---|--------------------|----------|
| 36. | 入所者の排便習慣や処置の好みを含む情報の取得、補完的な便通ケア方法（軽い運動、腹部マッサージ、ホットパック等）の認識、記録手続の改善によって、便通の管理と入所者の満足感が改善される。 | 235、238<br>234、237 | II<br>QE |
| 37. | 入所者に使用するもっとも適切な緩下剤について医師と看護スタッフのあいだで話し合いをもつことで、便通のケアに関する管理上の決定が改善され                         | 237                | QE       |
-

	る。		
38.	膨張性緩下剤と座薬を組み合わせ使用した場合に、便失禁の比率が最も低い傾向が見られる。排便後に座薬を使用することで、便秘の反復を防止できる。	237	QE
39.	緩下剤を使用する場合は、脱水症状や電解質低下を防ぐために適切な補正手段を講じるべきである。	235、237	II QE

#### 呼吸困難

40.	適切な薬品を利用する準備や、心理的苦痛を軽減するための薬物以外の介入まで含めた包括的なケア計画によって、入所者の呼吸困難が徐々に悪化して、避けられるはずの病院への転院を防止できる可能性がある。	240	IV
41.	理学的検査と、既往症や悪化要因など、症状の重症度に影響する可能性がある要因を含めた完全な病歴は、呼吸困難の診断を性格に判定するために必要な情報を提供してくれる。	240	IV
42.	心理社会面の支援に基づく薬物以外の介入や、呼吸のコントロール、対処するための戦略を学習することは、入所者が呼吸困難に対処するために役立つ。身体的、感情的苦痛を軽減する。	239、244	II
43.	呼吸困難の見られる者に、徐放性の低用量経口モルヒネを経口または非経口的に投与することで、症状の重症度を緩和し、睡眠の質を改善することができる。	160	II

#### 補完的療法

44.	一般に、緩和アプローチで使用する鎮痛剤に耐えられない、あるいは拒否している者には、適切な補完的療法が役に立つ。こうした療法は、文化的に特殊な嗜好にも合いやすく、入所者に自分が管理しているという感覚を高める。	246	II
45.	鍼やリラクゼーション、心象、催眠術は、難治性疼痛を軽減して生活の質を改善する可能性があり、従来の鎮痛剤による療法に組み合わせることで症状管理に役立つ。	246	II
46.	鍼、指圧、再呼吸法訓練や再呼吸法訓練に対応戦略を組み合わせたものによる筋弛緩を利用することで、呼吸困難を軽減し、機能（歩行能力）を改善する可能性がある。	246	II

47.	認知症の進行した入居者にアロマセラピーのマッサージを利用することで、	247	II
	動揺した行動の発生や不安のレベルが低下し、生活の質を改善する可能性が	249	II
	ある。	248	III-1
48.	精油を使ったマッサージは、緩和ケアを受けている人々の不安のレベルを低	247	II
	下させ、生活の質を改善するために役立つ。	250	III-1
49.	軽度から中程度の認知症、または高齢に伴う記憶障害のある高齢者に、イチ	258	II
	ョウを使用することは、有益な効果が認められていないため、勧められない。		

## 心理的支援

### 抑うつ

50.	「高齢者抑うつ評価尺度」【Geriatric Depression Scale】を利用して入所者	278	II
	の抑うつ症状をスクリーニングすることで、投薬や適切な医療提供者への紹		
	介によりこの症状を治療する割合を高めることができる。		
51.	自殺の試みや死を早めて欲しいという欲求は、臨床的抑うつの徴候であるこ	63	IV
	とが多い。抑うつや希望のなさ、社会的支援に取り組む積極的対応で、入所		
	者の満足度を改善し、死を早めたいという願望を緩和できる。		

### 不安

52.	穏やかなマッサージは、慢性的疼痛や認知症のある入所者に対して、不安の	290	IV
	レベルを低下させ、興奮行動を減らすことができる。		

### せん妄

53.	高齢者のせん妄をすばやく的確に発見するために、症状の持続（不注意、見	291	III-2
	当識障害、記憶障害等）も考慮して、せん妄症状の詳細な評価が必要である。	294	IV
	それにより、入所者の治療や紹介の機会を増やすことができる。		

### 認知症

54.	多くの入所者は、認知症の重大な症状が見られる場合でも、自分の生活の質	299	IV
	について質問に答えることができる。したがって、その場合でも生活の質に		
	関する入所者の嗜好を調べ、意思決定に取り入れて、自分が受けるケアに対		
	する満足度を高めるべきである。		

### 心理的苦痛

55.	アセスメントやうつ病患者のケア、騒ぎ立て、脱力、怒り等に専門知識を有	271、300	QE
-----	------------------------------------	---------	----

す専門の緩和チームを取り入れることは、緩和アプローチを必要とする入所者のために役立つ。

### 家族の支援

- |     |  |                    |                      |
|-----|--|--------------------|----------------------|
| 56. | 症状の苦痛に対する支援に家族を加え、入所者の身の回りのケアについて話し合い、補助することで、高齢者ケアチームのメンバーと家族の関係を改善することができる。                                  | 322<br>313         | III-2<br>QE          |
| 57. | 入所者の健康悪化や死は家族の身体や感情の健康に影響する可能性がある。したがって、家族の抑うつや健康上の問題について、高齢者ケアチームにより非公式に観察され、必要なら、介護ストレスの影響を埋め合わせる支援を行うべきである。 | 304<br>324<br>309  | III-2<br>III-3<br>QE |
| 58. | 家族は、高齢者ケアチームとの十分なコミュニケーションや、提供した情報に価値があるという肯定、介護環境から時折離れる許可を求めている。こうしたニーズが満たされたとき、家族のケアに対して満足度がいっそう高まる。        | 306、307<br>325     | QE                   |
| 59. | 家族会議は家族それぞれに感情面のサポートをもたらし、入所者の病気や老化的プロセスについて問題を話し合う機会となる。そのような話し合いは、家族にとって有益であり、最終的には入所者の生活の質を高めることにつながる。      | 308、322<br>107、313 | III-2<br>QE          |

### 社会的支援、親密性、性的感情

#### 社会的支援

- |     |   |         |    |
|-----|---|---------|----|
| 60. | 社会的支援の欠如は、心理的な満足度の低下や抑うつ、機能的健康の減退につながる可能性がある。したがって、入所者にとってもっとも重要な交際についての、入所者の認識や評価、解釈を含めて、社会的ネットワーク全般にわたる評価が必要である。それにより、入所者の状態を阻止／改善する目的で、適切な介入を行うことができる。 | 332、333 | IV |
|-----|---|---------|----|

#### 親密さ

- |     |  |                |    |
|-----|--|----------------|----|
| 61. | 高齢者ケアチームによる快適な触れあい（マッサージ、手を握る等）を利用することで、入所者の満足感や自尊心を高めることができる。 | 290、338<br>336 | IV |
|-----|--|----------------|----|

---

## 性的感情

---

62. 高齢者ケアチームが、入所者の親密さや性的感情のニーズの重要性について、継続的教育を受け、そうした情報を思慮深く同僚と交換することで、よりホリスティックなケアを提供でき、それにより、入所者の満足が高まる。 336、337 341 QE
- 

## アボリジニ及びトレス海峡諸島民の問題

---

63. アボリジニ及びトレス海峡諸島民の入所者に対し、文化的に適切で満足のおよくケアを提供するために、彼らの病気や治療、安楽、ケアの習慣、ケアの場所、死と死ぬことに関する信念を考慮し、オーストラリア先住民の個別のニーズを尊重した対応が必要である。 133 QE
64. アボリジニの保健労働者や連絡員、その他のオーストラリア先住民の保健医療従事者、コミュニティー団体は、地域の文化的価値観やこの状況について重要な情報を持っており、手順書の策定やオーストラリア先住民の入所者に対応する場合は、最善のケアを提供するために、関与を求めるべきである。 133 QE
65. 時間が経つとニーズも変化するため、オーストラリア先住民の入所者のニーズを定期的に見直すことが必要である。入所者の本来の言語で意思疎通することで、ニーズに対する理解や対応が改善される。 133 QE
- 

## 文化の問題

---

66. 多様な文化集団に属する入所者のケアに対する嗜好をより深く理解するために、高齢者ケアチームに文化の多様性に関する教育を行うことを推奨する。そうした嗜好に配慮する取り組みは、個人に合わせたケアを推進し、入所者と家族に満足感を与えるのに役立つ。 356、361 QE
67. 文化や言語の多様な背景を持つ入所者に対して、可能なら本来の言語で、緩和アプローチに関する情報を提供する。それにより、入所者と家族に対する文化的な配慮が高まり、適切で十分なケアが可能になる。 359 356 II QE
- 

## スピリチュアル面の支援

---

68. 多くの専門分野が参加する高齢者ケアチームが、入所者のスピリチュアル面のニーズに関する疑問に、判断を控えたオープンな姿勢で対応し、スピリチュ 371 367、380 IV QE

ュアルな問題に関して経験と知識を持つ聖職者／パストラル・ケアワーカーが参加することで、入所者にスピリチュアル面で適切な支援を提供できる見込みが高まり、それが入所者の生活の質を向上させる。

69.	緩和アプローチでは、入所者と家族が独自のやり方でスピリチュアリティを表現することを支援する。プライバシーを尊重し、自分たちのスピリチュアルな習慣を続ける機会を提供することは、スピリチュアル面のカウンセリングと合わせて、入所者のスピリチュアル面のケアと生活の質を向上させることになる。	371 367、369	IV QE
70.	入所者の全般にわたる経歴を知ること、現在の習慣と望ましいと考える習慣、姿勢、経験、信念を理解することが、定期的な見直しと合わせて、入所者のスピリチュアル面のニーズを満たすのに役立つ。	371 367、373	IV QE

#### ボランティアによる支援

71.	多くの専門分野が参加するチームに訓練を受けたボランティアを組み入れることで、入所者に対する緩和アプローチの提供を強化できる。	384 383	IV QE
72.	ボランティアに対して訓練を受けたコーディネーターが継続的に支援と教育を行うことが、緩和ケアを提供する多分野チームの一員としてボランティアの有効性を高める。	384 383	IV QE
73.	適切に審査し、担当を決めたボランティアが、コンパニオンや信頼できる友人の役を果たすことができ、入所者や家族がサポートされていると感じるのに役立つ。	384 383、388	IV QE

#### 終末期ケア

74.	投薬や体位の工夫など、医療と看護の介入に加え、入所者に話しかける、一緒に過ごす、あるいはそばにいるなど、死に向かう入所者のために、積極的に「あらゆることをする」ことが、家族が死のプロセスに対処するために役立つ。	241、409	QE
75.	十分計画を立て、一般開業医やその他の高齢者ケアチームのメンバーが参加して、内輪で家族会議を開くことは、信頼感を築き、終末期に問題となることについて話し合う機会となり、提供されるケアに対する家族の満足度を高める。	308 309	III-2 QE



---

### 死別に対する支援

---

- |     |  |                |          |
|-----|--|----------------|----------|
| 76. | 高齢者ケアチームのメンバーは、意味のある関係を築いた入所者の死によって、喪失感を体験する可能性がある。そのため、死に対する不安のレベルや複雑性悲嘆のリスクを軽減するため、表立って喪失感を認める機会や、適切な死別に対する支援を利用できることが必要となる。多くの死を経験してきた高齢者ケアチームのメンバーも、こうした支援サービスを利用できる必要がある。 | 429            | QE       |
| 77. | 葬祭は、悲しみのプロセスを和らげ、死に対する不安のレベルや複雑性悲嘆のリスクを軽減するため、入所者たちや家族、高齢者ケアチーム、ボランティアの死別に対する支援に役立つ儀式である。  | 433、435        | QE       |
| 78. | 家族が利用できる社会的支援のレベルが高いほど、家族の死別に対処する力が大きくなる。ただし、この回復を強めるのは、支援の量よりも質である。   | 414<br>399、413 | IV<br>QE |
- 

### 緩和アプローチの実施における管理の役割

---

- |     |  |               |    |
|-----|--|---------------|----|
| 79. | 高齢者ケア施設において、適切な人材の配置を通じて、緩和アプローチの導入と継続を支援する正式な管理システムを導入することは、入所者と家族の満足度を高め、高齢者ケアチームが提供できるケアの質を高める。 | 6、447、<br>450 | QE |
|-----|--|---------------|----|
-