在宅ケアにおける
症状マネジメントの実際

医療法人　聖愛会　ベテル在宅療養支援センター
地域看護専門看護師　　吉田美由紀

症状マネジメントの7つのポイント

1. フィジカルアセスメント
2. 患者・家族のニーズの把握
3. 薬剤による症状マネジメント
4. 患者・家族へのケア
5. トータルペインのアセスメントとケア
6. チームケア
7. 症状緩和のシステム

Point１　フィジカルアセスメント

- BASE：疾患と治療経過についての理解
  肝臓がん・・腹膜播種、腹水、食道静脈瘤、黄疸、かゆみ、倦怠感
  肺がん・・・・胸水、脳転移、骨転移、リンパ転移
  卵巣がん・・腹膜播種、イレウス、肝転移、肺転移
  大腸がん・・肺転移、イレウス、肝転移、リンパ転移

- バイタルサイン・・・その時の値ではなく、経過をみることが大切。

呼吸のアセスメントPoint SpO_2＜自覚症状	終末期のアセスメントPoint 血圧が保たれていれば大丈夫？

- 事例

肺がん脳転移　78歳　男性　ターミナルと診断されて6ヶ月
最近１～２週間の間に腹囲がみるみる増加。手足の痩せが目立ってきた。
肺の症状も出現しはじめ、呼吸困難感も出てきた。肺雑音も聴取される。
食事も1週間ほとんどとれていない。
オキシコンチン30mg／day、デカドロン2錠／朝　内服中
→　どうアセスメントする？

Point2　患者・家族のニーズの把握

- 一番苦痛な症状は何か。
- どのくらいの苦痛か。
- どのくらい緩和してほしいのか。
- どんな方法で緩和されるのを望んでいるのか。

事例

胃がん術後　リンパ転移　腹膜播種　80才　男性

腹部の痛みを訴えている。痛みスケール5／10

オキシコンチン15mg／day内服中、レスキューオキノーム5mg

苦痛な症状は腹部の痛みと倦怠感。痛みを3／10にして欲しい。

しかし、オキシコンチンは増量したくない　→どうする？

Point3　薬剤による症状マネジメント

- 患者・家族の訴えによって
- 患者・家族の家で
- 患者・家族が薬剤を管理し
- 患者・家族の意志で薬剤を使用し
- 患者・家族がその効果を評価する

つまり、主体は患者・家族

私達医療者は

- 患者・家族が苦痛症状を表現できるように
- 適切な服薬管理が行えるように
- 納得して指示どうりに薬剤を使用できるように
- いつどんな薬剤を使用したらよいのか判断できるように
- 使用した薬剤の効果を評価することができるように

事例

ケアを提供することが重要である

苦痛症状の表現を促すケア

- 痛くても「痛くない」と表現される。

理由

・感じている痛みが、とれるとは思っていない。

・痛みが慢性化しており、患者の考える「痛み」の概念と一致していない。しばしば「重だるい」「さすると気持ちいい」「気になる」

・痛みと言うと、薬が増えるから我慢

どのようにケアする？

1. 痛みの有無を知る　・・・・・・・・苦痛の度合いをスケールで聞くことも有効！
2. なぜ痛みを表現しないのか、会話を通して理由を知る
   ・・・・モルヒネへの誤解、病状の悪化への不安など
3. その理由、訴えを肯定的に受け止める
   ・・・・人は、受け止められて、受け入れるようになる
4. 安心して苦痛を表現することができる環境を保障する

事例

服薬管理に対するケア

- 医師の指示どおり内服していない

  理由

  ・飲みたくない

  ・薬が多くて管理ができない

  ・飲めない

どうする？

A　飲みたくない場合→なぜ飲みたくないのか？という根本的な問題を解決するアプローチ

B　管理ができない場合→薬を整理した上で、管理方法を変更

EX）薬箱や分封化の検討、内服回数を減少させるなど（医師と調整）

C　飲めない場合→なぜ飲めないのか？を確認して調整

EX）粒が大きい→薬剤中止や変更

ターミナルステージで飲めない→座薬や皮下注射への変更

意思決定支援

- 症状コントロールにおける意思決定支援の多くは、デスエデュケーションにつながる。

イヤ！怖い！

症状が出現する

↓

薬が増える＝病状が悪くなっている＝死が近づいている
薬を増やす＝体に悪い＝死が近づく

↓

薬を追加／増やす

↓

症状がとれる

怖い気持ちを分かってもらう
↓
病状の悪化を受け止める
↓
残された時間をどう過ごしたいか
↓
薬を使う

1-Point　薬を使って症状を取ることが、
体や余命にどのような影響を
与えるのかを伝えることがとても重要！

判断・評価する力を高めるケア

- 判断力、評価する力を高める意味

患者・家族が自らの症状や薬剤の効果について自ら評価することができる

↓

症状が出現しても、自分達で解決できるという自信

↓

安心して在宅療養ができる

時として、
家族ケア、
スピリチュアルケア
につながる

患者・家族をエンパワーメント
・看護師が行っている観察、判断、手技、評価方法について手ほどきし、
褒め、自身を高めてもらう

事例

陥りやすい状況・・・パワーの委譲不足
いつでも連絡できる安心 → 些細なことも医療者の判断を仰ぐ → 医療者がいないと不安

在宅ケアにおいて医療者の存在は、どうあるべきか？

オピオイドローテーション

- 日常生活や服薬管理の状況からローテーションを行うことがある【在宅特有】

EX）

認知症、すい臓がん骨転移、89歳、男性

オキシコンチン　60mg×3回／日　鎮痛効果良好

介護者　妻　90歳　健忘症あり

飲み忘れが目立ってきた

増量のタイミングで、デュロテップパッチ5mgに変更

- 終末期のローテーションはコントロール不良の状態を招く

EX)

卵巣がん腹膜播種、余命数日

腹痛強く、ANP（10）×3回使用。座薬拒否のためデュロテップMT2.1mgを貼付

その後、強い吐き気、さらに痛みが出現

→　パッチはそのままでCSCI（モルヒネ、セレネース）

Point4　患者・家族へのケア

- 痛み
- 吐き気
- 倦怠感
- 抑うつ
- せん妄
- 呼吸困難
- 腹部膨満感
- 食欲減退
- 不眠
- 喘鳴
- 便秘
- 排尿困難
- 咳嗽
- 口渇
- 眠気
- 皮膚の乾燥・かゆみ

痛みに対する患者・家族ケア

- 事例

肺がん骨転移脳転移
68歳　女性

脳転移により右半身麻痺であったが、病状の進行とともに、意識レベルが低下し、意思疎通は図れるものの、寝たきりの状態になった。

モルヒネ皮下注射を行い、安静時の疼痛はコントロールできていた。

しかし、骨転移の痛みで、体位変換やおむつ交換すらできなくなっており、褥創もでき始めていた。

医師は、本人の意識レベルが低下していること、安静時の痛みがないことを理由に、Dose upせず様子をみていた。

行ったケア

- 座薬で定期的にNSAIDS

- 動く前にCSCIのレスキュー

  しかし、体動時の痛みはとりきれず。
  家族は痛がる患者をみて、無理に動かすことも出来ず。

- 医師との方針調整

  医師に、体動時の痛みを十分にとっていないことが、ADLの低下を招き、悪循環になっていることを伝え、Base upの必要性について話し合った。

  意識レベルの低下は、モルヒネの使用によるものではないことを医師、家族と確認し、CSCIのモルヒネ投与量のBase upを行った。

結果、無理なく体位変換を行うことが出来、
家族の介助でトイレに座らせることもできるようになった。

吐き気に対する患者・家族ケア

- 事例

胃がん肝転移　86歳　男性

右上腹部の痛みを訴え、2日前よりオキシコンチン10mg／dayを内服開始した。

ノバミンを併用していたが、開始後より吐き気を訴え、「オキシコンチンはもう飲みたくない」と看護師に訴えた。

痛みは十分にとれていた。

行ったケア

- 吐き気の様子を患者・家族から聞く

  頭を動かしたり、急に動くと激しい吐き気を感じることが分かった。

- アセスメントの内容を患者・家族に伝える

  吐き気は通常２～３日から1週間くらいで改善すること、薬が体になれるまではなるべく頭を急に動かさないように伝えた。

- 医師との方針調整

  医師は、オキシコンチンを中止してオピオイドローテーションを考えていたようであるが、アセスメントの結果、改善できる吐き気でありしばらく様子をみる必要性を伝えた。

  相談の結果、ノバミンを中止して、ホモクロミンに変更して様子みることになる。

吐き気はおさまり、オキシコンチンの内服を継続することができた。

倦怠感に対する患者・家族ケア

- 事例

すい臓がん腹膜播種、肝転移

　病状の進行とともに、倦怠感が増し、動くのも億劫になってきた。

　日中、気が付くと横になっていることが多く、患者は「このまま寝たきりになってしまう」と一生懸命起きて過ごそうと努力していた。

　家族も患者を叱咤激励し、日中は活動的に過ごしてもらおうと必死であった。

　患者の倦怠感に対して何か手立てはないかと思い悩んでいた。

行ったケア

- 倦怠感についての説明を行う

  倦怠感は、症状の一つであること、体が休養を欲していることを説明。

- 倦怠感に関連する内服状況を確認し、医師と方針を相談する

  ステロイドの使用状況を確認すると、デカドロン3錠／朝内服していたため、分割内服を医師と相談。

  寝たきりにならないようにと頑張る患者の意欲を認めつつ、無理をして疲れてしまうことのほうが体に負担がかかることを伝える。

  家族に対しては、元気でいて欲しい気持ちを受け止める一方で、倦怠感が病状の進行によることを受け止めることができるようにサポート。

  患者が休養を取ることを容認し、倦怠感に対してマッサージなどが効果的であることを伝え、家族にできる対応方法を教える。

抑うつに対する患者・家族ケア

- 事例

大腸がん骨盤壁浸潤
78歳　女性

病状についての告知を受け、自宅療養を選択。今まで痛みのために入退院を繰り返した経緯あり。

自宅療養が始まってから、痛みの出現への不安、病状の悪化への不安から、日中の気分が落ち着かず、夜間も熟睡できない状態が続いていた。

行ったケア

- 疼痛コントロールの徹底

- 抑うつ状態の原因に対するケア

  病状への不安を傾聴しつつ、薬剤による抑うつ状態改善

- 薬剤による抑うつ状態の改善

  日中、落ち着きのないときにデパスを用い、夜間の睡眠確保のため、ロヒプノールを使用した。

- 抑うつ状態を深刻な状態として捉えないようにケア

  なかなか気分が上向きにならない焦りに対して、告知を受けた患者の正常な反応であることを伝え、サポート。

  毎回の訪問で、病状についての深刻な話にならないように、楽しめる時間を提供するなど工夫。

せん妄に対する患者・家族ケア

- 事例

肝臓がん肺転移　91歳　男性

未告知病状の悪化とともに熟睡感が得られなくなり、徐々に活発なせん妄状態になった。

終末期（亡くなる1週間前）、家族から

「おじいちゃんが、暴れ始めました。なだめることもできないし、座薬も入れさせてもらえません。どうしたらよいでしょうか。」

という電話があった。

行ったケア

- すぐに自宅に訪問しせん妄の様子を確認。

  肝性脳症の症状と考えられた。

  家族からよく話を聞くと、妻に対して「何か隠し事をしているだろう」「俺の後ろに回るな。何かしようとしているのは分かっているんだぞ」といい、窓を開けて「助けてー」と叫ぶなどの行動があることが分かった。

- 冷静に静かに対応

  患者の興奮状態を刺激しないように訴えを静かに聞き、ベットに戻ることを促し、静かに側に座り、対話の姿勢をとった。

- 患者の一番気になっていることについて話を持ちかけた

  病状の話を出し、「詳しい病状を知りたいですか？」と問うと、「・・・」返事はなく、「わかっているからいい」と言う。

徐々に落ち着いてきたため、「しんどいのをとりましょう。座薬を使ってもいいですか」と問うと、「分かった」と受け入れてくれ、その後眠り始めた。
家族は、患者のせん妄が意味のあるものであること、せん妄であっても一人の人間として接することの大切さを学んだ。

呼吸困難に対する患者・家族ケア

- 事例

直腸がん肺転移　68歳　男性

最近、階段の上り下りがしんどくなってきていた。1週間前までは日中椅子に座って過ごすことができていたが、最近はベットに横になって過ごすことが多くなってきていた。

痛みはなく、倦怠感が主な症状であった。

患者は、安静にすると楽になるので、その症状ががんによるものであるとの認識は少なく、体力の衰えが原因と考えていた。

行ったケア

- バイタルサインの経過を見る

  SpO_2は徐々に下がり始めていた。

  98%→96%→93%

  血圧の変動はないが、

  P70→100回／分

- 症状と病気との関係と改善方法について説明する

  患者に、倦怠感は肺転移の症状であることを伝え、呼吸困難を改善させる薬を使うことで、倦怠感は軽減し、もう少し楽に日常生活を送ることができることを説明。

- オピオイドの導入

  モルヒネを導入（カディアン20mg）

モルヒネ導入後、症状は改善し、ベットで過ごす時間が減った。

腹部膨満感に対する患者・家族ケア

- 事例

卵巣がんリンパ・腹腔内転移
48歳　女性

腹水が貯留しており、腹部はぱんぱんに張っている状態。

イレウスを起こしており、IVHポートから1000ml／dayの輸液をしながら退院してきた。

経口摂取は水分を何とか取れる程度であったが、すぐに嘔吐していた。

本人は、とにかくお腹のはりをとって欲しい。腹水を抜いて欲しいと訴えていた。

行ったケア

- 本人に腹水を抜くことで生じるデメリットを説明。

- 腹水を抜く代わりに、苦痛を軽減するための処置を実施
  - ・輸液量を徐々に減らし、利尿剤とステロイドを追加して点滴。
  - ・排便コントロール
  - ・腹部の緊張を緩和する姿勢を提案し、温罨法、腹部をさするなどのケアを提供
  - ・腹部のはり、痛みに対してNAIDSとセニラン座薬を用いて症状を緩和。

- 輸液を減らすことへの不安を軽減

  輸液を減らす意味について説明。

ステロイドの効果があり、経口摂取が可能となり、点滴は中止。

患者・家族とともに、症状が緩和されていることを喜びつつ、家族に対しては、病状が改善しているのではなく、薬剤による効果であること、近い時期に効果がなくなってくることを説明。（デスエデュケーション）

食欲減退に対する患者・家族ケア

- 事例

肺がん骨転移、脳転移
71歳　女性

2ヶ月前に腰の痛みを訴え病院に行くと、病気が分かり、その時点で治療困難であると言い渡された。

本人も夫も現実を受け入れることができないでいた。

1ヶ月まえから徐々に食欲がなくなってきた。ステロイドを使って何とか食事量を維持してきたが、最近は、水分やアイスくらいしか口にできなくなってきた。

本人と夫から、点滴をして欲しいという要望があった。

行ったケア

- 経口摂取への支援

  できるかぎり口から摂取できるように、1ヶ月前より冷たくてのど越しのよいメニューを提案したり、栄養補助のジュースを処方してもらうなどしていた。

- 患者・家族の気持ちを受け止める

  本人と家族の食事量の減少に対する気持ちを聞き、病気の進行によるものであることを伝えた。

- 点滴が必ずしも体調を改善させないことを伝える

  食事量の減少に対して点滴することが、体にどのような影響を与えるのかを説明。

- 患者・家族の気持ちを汲み取り、点滴を行う

  少量の輸液なら行えることを伝え、

  本人と家族の気持ちを汲み取って、1日200ml／dayの点滴を施行。

不眠に対する患者・家族ケア

- 事例

膀胱がん　68歳　男性

「最近、眠れなくて辛い」という訴えがあった。

今までにも眠れないことがあり、睡眠薬を使って眠れていたが、最近は薬を飲んでも眠れなくなったとのことであった。

行ったケア

- 眠れないことに関する情報を得る

・何時から眠れなくなったのか。
・眠れない時は、どのようなときか。
・最近の出来事など

「数日前、高校時代の友人や職場の友人ががんで苦しんで亡くなったことを知り、とてもショックだった。その頃から、自分の最期のことを考えると眠れなくなった。夜になるとそのことが頭から離れなくなった。」とのことだった。

しばらく話をしていると、患者は死ぬときの苦痛について大きな不安を抱いていることが分かった。

- 死ぬときの苦痛への不安に触れ、向き合って話しをする

看護師は、これまでに出会った患者さんたちの最期の様子を話し、苦しみながら最期を迎える例は少ないことを伝えた。

友人の死についてじっくりと話をすることで、心は落ち着き、徐々に眠れるようになった。

喘鳴に対する患者・家族ケア

- 事例

子宮がん　70歳　女性

余命数時間と予測される状態。

　家族より、喉がゴロゴロと鳴り始め、苦しそうと連絡が入った。

　死前喘鳴であることが予測された。看取りのパンフレットを渡して教育を行っていたが、実際にその現場を前に不安になっている様子であった。

- 行ったケア

　体位を側がい位にしてもらうように家族に伝え、すぐに訪問した。

医師よりハイスコの処方をしてもらい、舌下投与により喘鳴の改善を図った。

　喘鳴自体、患者にとって苦痛な症状ではないこと、お別れ前の症状であることを伝えた。

　患者のために、家族ができることを伝え、やがて訪れる別れへの心の準備を促した。

行ったケア

- 喘鳴を改善させる体位を家族に伝える

  体位を側がい位にしてもらうように家族に伝え、すぐに訪問。

- 不安の程度に合わせ、薬剤で喘鳴を和らげる

  医師よりハイスコの処方をしてもらい、舌下投与により喘鳴の改善を図った。

- 喘鳴が起こっている状況の説明し、受け止めを促す

  喘鳴自体、患者にとって苦痛な症状ではないこと、お別れ前の症状であることを伝えた。

  患者のために、家族ができることを伝え、やがて訪れる別れへの心の準備を促した。

便秘に対する患者・家族ケア

- 事例

卵巣がん腹腔転移、リンパ転移
　４８歳　女性

　腸管の狭窄あり。

　排便コントロールのためにプルゼニド２錠／回を頓用で処方されていたが、なかなか排便コントロールが行えず、便秘と下痢を繰り返していた。

行ったケア

- 薬剤でコントロール

医師と相談してマグミットを定期内服で追加。
プルゼニドも毎晩1錠内服してもらうようにした。
また、経口水分摂取量を保つように促した。

その後、柔便が毎日出るようになり、便秘と下痢を繰り返すことはなくなった。

経口摂取量が保たれている間はコントロール良好であったが、経口摂取量が減少しはじめると、ふたたびコントロール不良となってきたため、プルゼニドの増量でコントロールをはかり、最終的にはラキソベロンでコントロールを図った。

排尿困難に対する患者・家族ケア

- 事例

胃がん　90歳　男性

　数日前より痛みが出現し、モルヒネ20mg／dayの内服を開始した。

　痛みはコントロールできたが、同時に排尿困難が出現した。

行ったケア

- 排尿困難の原因をアセスメント

  前立腺肥大の既往を確認したが、その既往はなく、排尿困難はモルヒネ内服開始に伴い出現したと考えられた。

- 薬剤による症状改善の試み

  医師と相談してハルナールの内服を開始。排尿困難はやや改善したが、本人の苦痛が大きかった。

- オピオイドローテーション

  モルヒネ20mg／dayからデュロテップパッチMT2.1mgに変更

排尿困難は改善し、患者の苦痛もなくなった。

咳嗽に対する患者・家族ケア

- 事例

　肺がん　82歳　男性

　数日前から激しい咳が出始めた。

　リン酸コデインが処方されたが、内服しても効果が得られなかった。

　咳以外の症状は今のところなく、麻薬もまだ導入していなかった。

行ったケア

- 薬剤による鎮咳

  医師と相談し、オプソを処方してもらい、咳のひどいときに内服してもらうようにした。

- 麻薬のベースを作って鎮咳効果を持続させる

  1日中咳が続き、オプソの内服も1日4回と多くなってきた。カプセルの薬は飲みにくいとの訴えがあったため、ピーガード錠40mgの内服を開始。

その後、咳は収まった。
発作的に出現する咳に対してオプソをレスキュー薬として使用した。

口渇に対する患者・家族ケア

- 事例

悪性リンパ腫　76歳　女性

　頸部リンパ節への放射線治療により、口腔粘膜障害があり、痛みと口渇を訴えていた。

　ハチアズレ含嗽やケナログの塗布など行っていたが、症状は改善せず、不快感により食欲も低下していた。

　頸部の痛みがあり、MSコンチン30mg／dayを内服していた。

行ったケア

- 口腔粘膜障害の改善

  放射線療法による粘膜障害や口渇は時間とともに改善するが、不快感が強かったため、ステロイドの内服を開始し、口腔粘膜障害の改善を図った。

- 口渇による不快感を和らげる方法を一緒に考える

  病状の悪化や麻薬の使用に伴う口渇は今後も継続するため、口渇の不快感に対して、蜂蜜レモン水や氷を口に含むように伝えたり、嗽を行うように勧めた。また、サリベートやオーラルバランスなども試みた。

いろいろと試した結果、あたたかいお茶でうがいをすることが、
この患者さんの不快感を軽減させた。

眠気に対する患者・家族ケア

- 事例

肝臓がん骨転移　65歳　男性

神経因性疼痛があり、オキシコンチン120mg／day、
ボルタレンSR2回／dayを内服していた。

痛みはまずまず取れていたが、眠気が強かった。苦痛な眠気ではないが、昼夜問わず眠くなるので、患者も家族も心配になっていた。

行ったケア

- 眠気についての理解を促す

  患者・家族に眠気がオキシコンチンの内服だけが原因ではないことを伝え、高カルシウム血症、病状の進行も影響していることを説明。

- 眠気によって低下しているQOLであれば改善を試みる

  眠気に対して、苦痛でなければ欲するままに眠っても問題はないことを説明。苦痛ならゾメタの点滴で高カルシウム血症を改善させたりリタリンなどの薬剤で眠気を改善することもできることを伝えた。

日中、趣味の読書をしたいという希望があったため、リタリンを使用することになった。短期間ではあるが、効果が得られ、何とか読書ができる状態をつくることができた。

皮膚の乾燥・かゆみに対する患者・家族ケア

- 事例

肝臓がん　肝硬変
62歳　男性

黄疸が出現し始め、皮膚の痒みを訴えていた。痒みのために眠れない日もある。

患者より「どうにかして欲しい」と訴えがある。

行ったケア

- 薬剤による改善

  ステロイドとアレジオンの内服を開始し、症状は軽減。

- ケアで改善を図る

  倦怠感のため、入浴も行えなくなっていたため、清拭をこまめに行い、乾燥に対して乳液を塗布。

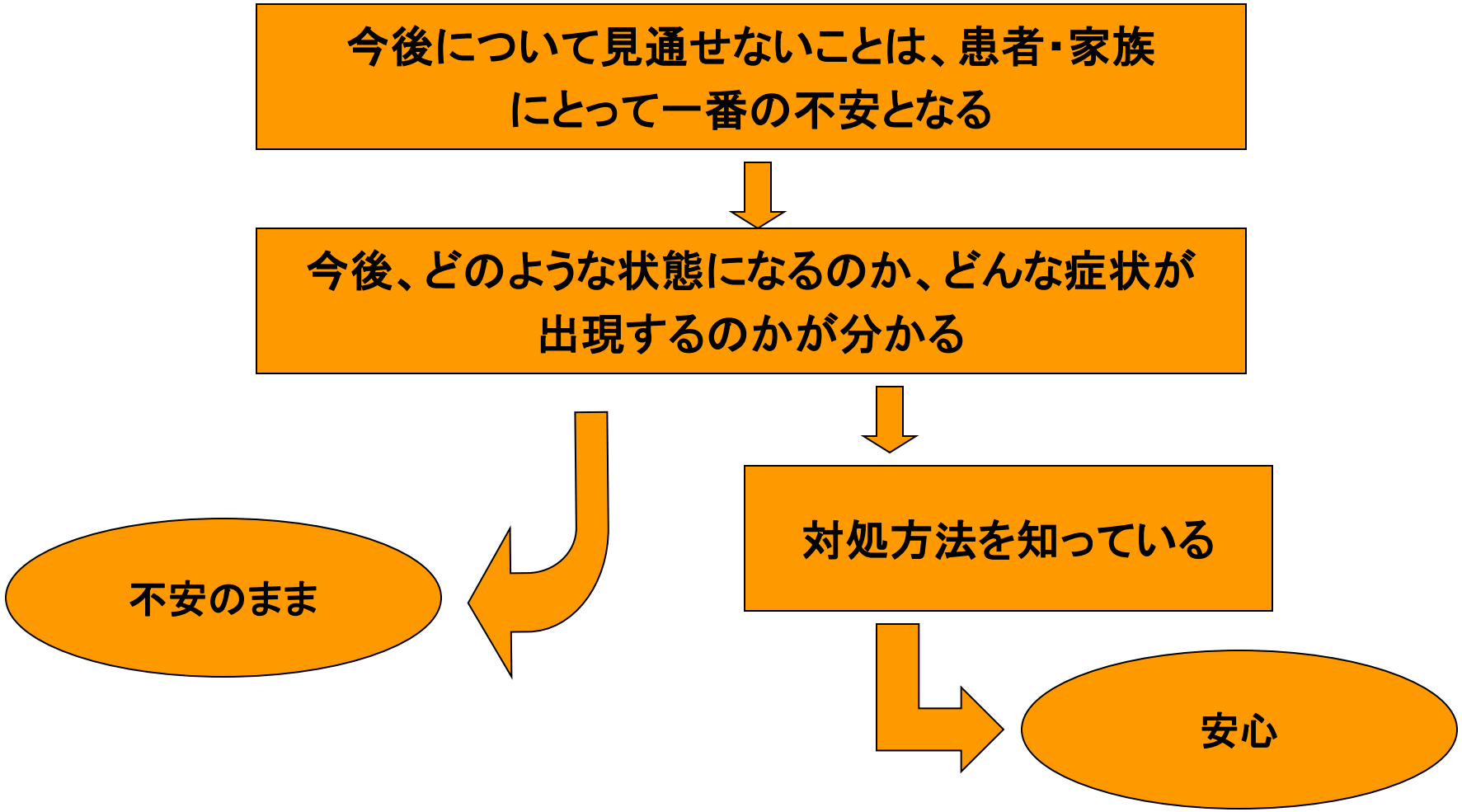
- 家族に行えることを伝える

  家族に、痒みがひどくて眠れない時は、寝る前に熱いタオルで清拭したり足浴をするとよいことを伝え、清拭タオルの簡単な作り方など伝えた。

完全に症状を取りきることは出来なかったが、症状の改善は認められた。

症状出現の不安に対する予測的ケア

- なぜ予測的ケアが必要なのか



緩和できない症状に対するケア

- 重要な視点

Q　病院に入院すれば症状はとれるのか

A　とれない

とれないことを前提とし、自宅での生活の中でどう付き合っていくかを一緒に考えていくことが重要

EX)　イレウスによる嘔吐

（サンドスタチンのCSCIを行うこともあるが、効果がないこともある）

昼夜逆転

（睡眠薬なども効果がなく、介護する家族が疲労することがある）

せん妄、混乱

（セレネースのショットなどで緩和されることもあるが、危険を伴わないせん妄の場合は様子をみることが多い。ひどい場合はドルミカムを用いても改善されないこともある。）

Point5　トータルペインのアセスメントとケア

- 疾患からくる症状なのかどうか

- 苦痛症状の出現パターンからアセスメント

事例

S状結腸がん肝転移、肺転移　58歳　女性

腹部の痛みに対してデュロテップパッチ2.5mg調布中。
レスキューはオプソ5mg。

　1日に何度も痛みを訴えるが、オプソの内服後痛みが改善することもあれば、改善しないこともある。

痛みの場所がその時々で変わり、痛みを訴えていても、気がまぎれると痛みがなくなることもある。

家族関係が複雑で、一番信頼している娘が側にいると、比較的痛みの出現頻度が少ない。

行ったケア

- 信頼関係を深める。

  患者や家族から、家族関係においてどのような問題があるのかを語ってもらえるように関わる。

- 解決の糸口をさぐる。

長年、夫との関係が悪く、自分の気持ちをちっとも分かってもらえていないと思っていた。
夫は、妻のことを心配している気持ちを伝えられず、
よそよそしく接することしができなかった。

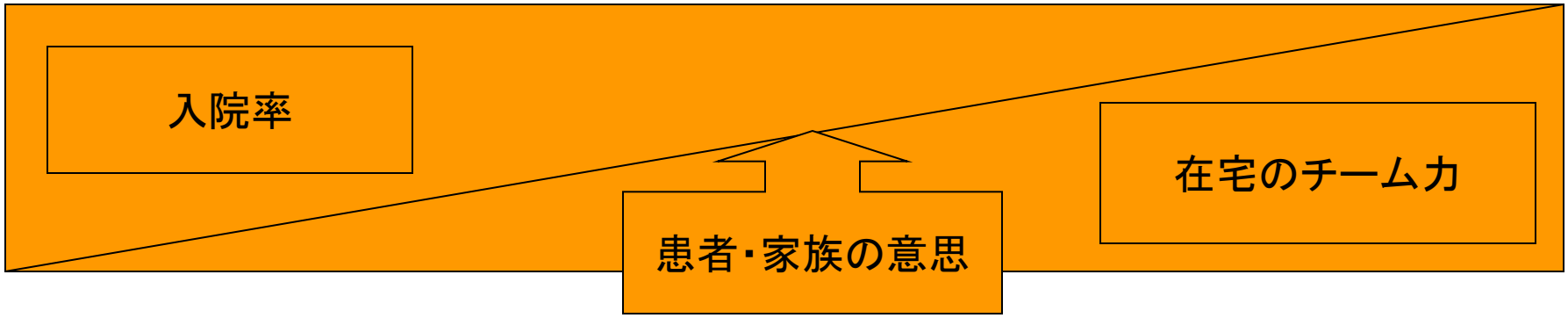
- 互いの気持ちを代弁

夫婦の距離が縮まり、痛みの訴えが減った。

Point6　チームケア

- 医師
- ケアマネジャーやヘルパー
- 薬剤師
- チーム力を向上させるために

顔の見える関係　　方針の統一



Point７　症状緩和のシステム

- タイムリーに症状に対応できる体制づくり

事前指示

２４時間体制（医師・看護師・薬剤師）

医療機器・薬剤の調達ルートの確保

陥りやすい状況

- 症状にとらわれて、患者・家族の思いや生活に配慮ができなくなる
- 緩和できない症状に対して、看護師も一緒に不安になる
- 麻薬の増量に対する医療者の不安からコントロール可能な症状が緩和されない
- 十分にアセスメントしないまま、緩和できない症状はトータルペインとして捉える
- 思うように処方が得られず、どんどん医師とのコミュニケーションが減りチームの関係性が悪循環に陥る

忘れてはならないこと

- 在宅療養中の患者・家族のQOL向上のために、時には患者・家族の代弁者となる
- 症状コントロールはグリーフケアにつながる
- 症状がコントロールできなければ、トータルペインへのケアはできない？？
- 医療者の論理と患者・家族の論理は違う

人間に共通する5つの切なる願い

その一．愛されたい

その二．認められたい

その三．誉められたい

その四．お役に立ちたい

その五．自由でありたい

年齢に関係なく

存在し続ける願い

在宅ホスピスケアの評価

一．本人の望む最後であったか

ー質の高い時間を過ごせているか

二．家族の望む看取りであったか

ー新しい家族として歩めているか

三．関わったチームメンバーは

患者家族の望む最後を

支えることができたか

ー一人の人生を通して

学びがあったか