

苦痛・苦悩の緩和が困難な場合の検討プロセス確認用紙

年	月	日
患者 ID :	患者名 :	() 歳 性別 : 男・女
セクション名	東 PCU・東 3F・東 4F・中央 2F・中央 3F・西外科・西 PCU	
司会 :	書記	
参加者 :		

1. 苦痛・苦悩の緩和が困難な場合の検討プロセス確認用紙の使用方法

がん終末期患者が体験する苦痛・苦悩に対して、通常の緩和医療を提供してもなお医療者が緩和困難と感じた際、患者の尊厳を守りつつ治療およびケアを提供するためにチームで検討する必要がある。この確認用紙に沿って話し合い、必要事項を記入する。

- ① 担当者は、参加者に「がん終末期患者の尊厳を守るための治療とケアに関するガイドライン～苦痛・苦悩の緩和が困難な場合～」および「確認用紙」を配布する。
- ② 司会者は、がん終末期患者の尊厳を守るための治療とケアに関するガイドラインの項目を読み上げ、医療チーム内での話し合いを進める。
- ③ 確認した項目は、□にチェックを入れる。
- ④ 決定事項は空欄に記載。用紙は電子カルテ内の患者別レポート「その他フォルダ」に保存する。
- ⑤ 主治医は電子カルテに決定方針を記載する。

2. 緩和困難な苦痛・苦悩の要因の検討

--

3. 緩和困難な苦痛に対する他の治療・ケア、予測される生命予後の検討

治療抵抗性のチェックリスト

①呼吸困難

- 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。
(胸水、心嚢水、上大静脈症候群、気道狭窄、気管支喘息、肺炎、気胸、がん性リンパ管症、放射線性肺臓炎、心不全、貧血、腹水、不安、不眠など)
- 酸素投与量を検討したか。
- モルヒネ投与または投与量を検討したか。
- 不安に対する治療・ケアを検討したか。
- 輸液の減量または中止を検討したか。

②倦怠感

- 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。
(高カルシウム血症、低ナトリウム血症、感染症、貧血、脱水、抑うつ、不眠など)
- 倦怠感の悪化と誤認されやすいアカシジア、せん妄などの鑑別を検討したか。
- コルチコステロイドの投与を検討したか。
- リハビリテーションを検討したか。

③疼痛

- 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。
(骨折、膿瘍、胃十二指腸潰瘍、消化管穿孔、急性膵炎、不眠など)
- オピオイド、非オピオイド、鎮痛補助薬の投与または投与量を検討したか。
- 鎮痛薬による有害事象に対する治療を検討したか。
- 神経ブロック、放射線治療、外科的治療の施行を検討したか。

④せん妄

- 環境調整を行ったか。
- 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。
(高カルシウム血症、低ナトリウム血症、高アンモニア血症、感染症、低酸素血症、血糖異常、脱水、脳腫瘍、不眠など)
- 薬剤の調整を検討したか。
(必須ではない薬剤・神経毒性を有する薬剤の減量・中止・変更)
- 疼痛・呼吸困難など緩和されていない苦痛の治療を検討したか。
- 残尿、便秘による不快がないか。
- 夜間の睡眠確保を検討したか。
- 抗精神病薬投与（セレンースやコントミンなど）を検討したか。

⑤過剰な気道分泌

- 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。
(肺炎、心不全、食道気管支瘻、過剰な輸液など)
- 体位ドレナージの施行を検討したか。
- 気道分泌抑制薬（抗コリン薬）の投与を検討したか。
- 輸液の減量・中止を検討したか。

⑥嘔気・嘔吐

- 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。
- 制吐薬（ドパミン遮断性、ヒスタミン遮断性、セロトニン遮断性、コリン遮断性）の投与を検討したか。
- コルチコステロイドの投与を検討したか。

⑦痙攣、ミオクローヌス <input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (薬剤[特にオピオイド]、脳転移など) <input type="checkbox"/> 抗痙攣薬の投与を検討したか。 <input type="checkbox"/> 脱水の評価と補液の実施を検討したか。	
⑧不安、抑うつ、心理・実存的苦痛 <input type="checkbox"/> 治療可能な身体的原因を探索し、治療を検討したか。 (薬剤、緩和されていない身体的苦痛、低酸素血症、脳腫瘍、アカシジア、不眠など) <input type="checkbox"/> 身体的機能喪失の最小化（リハビリテーションや代替手段の検討など）を検討したか。 <input type="checkbox"/> 精神的支援（傾聴、感情表出の促し、ライフレビューなど）の提供を検討したか。 <input type="checkbox"/> 気分転換、環境整備、リラクゼーションの提供を検討したか。 <input type="checkbox"/> ソーシャルサポートの強化を検討したか。 <input type="checkbox"/> 薬物療法（抗不安薬、抗うつ薬などの投与）を検討したか。 <input type="checkbox"/> 心理専門家へのコンサルテーションを検討したか。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて宗教家への相談を検討したか。	
予測される生命予後：	
4. 他の専門家の意見の確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5. 患者・家族に病状・治療等について説明	<input type="checkbox"/> 全身状態，予測される状態と予後 <input type="checkbox"/> 緩和困難な苦痛・苦悩の存在，要因，これまで行われた治療 <input type="checkbox"/> 今後の治療とケアの選択肢 <input type="checkbox"/> 間欠的浅い鎮静・間欠的深い鎮静・持続的浅い鎮静が苦痛緩和の方法の1つとして考えられる場合は、その目的と具体的方法、メリット・デメリットについても説明
6. 患者の意思決定能力の有無の判断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
7. 患者または家族の意向確認	確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
8. 合同カンファレンスの開催	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
9. 苦痛、苦悩の評価	次回予定 <input type="checkbox"/> あり（ 月 日頃） <input type="checkbox"/> なし
10. 患者・家族の意向の再評価	次回予定 <input type="checkbox"/> あり（ 月 日頃） <input type="checkbox"/> なし

医療法人 東札幌病院 臨床倫理委員会

2017. 3. 1 作成