

ナースマガジン

NURSE MAGAZINE

2019
WINTER

vol. 26

今回の特集

地域・多職種で支える

緩和ケア



03—ケアエキスパートに学べ!

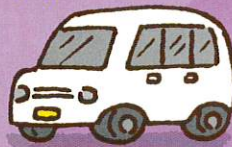
看護ケアQ&A

06—達人に訊く!

緩和ケアにおける服薬管理 ここがポイント!

08—何ぞやシリーズ 第20回

臨床宗教師って何ぞや?



10—アンケート結果から考える
目の前の患者さんの
希望を叶えるために

13—ケアに活かせる栄養療法の豆知識 第14回
カリウム(K)

14—聴きある記
褥瘡患者における局所管理と
スキントラブル対策

18—しゃべり場
透析医療+訪問診療で
生活全般をバックアップ

20—東北から発信—A-CNDnet 第3回
初代教育課程長からのエール

21—TOPIC
とろみボタン付き自動調理機

22—教えてっ!—退院支援の5つのこと 第10回
うさぎ薬局修善寺店

24—今日から始めるセルフケア 第6回
アロマで癒してリラックス



読者プレゼント

詳しくは26ページへ

フィルナチュラント アルギニンエイド ゲル n

10名様



ケアエキスパートに学べ！
看護ケアQ&A
 — 特集 —
地域・多職種で支える緩和ケア



回答者 川村 幸子 先生

かつては癌やAIDSの終末期に行われると考えられがちだった緩和ケア。現在は、2002年にWHOが修正した「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対するケア」という定義に基づき、広い範囲で早期からの介入を行うようになりました。個性の高い緩和ケアにおいて、質の高いケアを提供するために奮闘しているナースからの疑問に、緩和ケア認定看護師の川村幸子先生にご回答いただきました。(編集部)

AQ1

患者・家族の意思決定支援をサポート

患者・家族の意思決定には、「緩和ケア」の定義からはじまり、サポートする医療者や介護スタッフと認識を共有することが大切だと日頃より痛感しています。患者の意思決定支援を行う上で心構えやポイントを教えてください。

緩和ケアは、トータルペイン（全人的痛みを軽減させるためのケアといえます。痛みには、身体的、心理的、社会的、霊的（スピリチュアル）な側面があります。身体症状だけでなく、不安や抑うつ、お金・就労・家族の問題、生きる意味への苦悩など、患者が何に苦しんでいるのかを捉えましょう。

抱える悩みは十人十色

治療方針やケアへの理解、病状認識、療養場所の希望について、患者・家族と医療者間、あるいは患者本人と家族間に認識のずれが生じることがあります。そのときは、相手の気持ちに十分考慮しながら、話に耳を傾けます。双方の認識のずれを把握した上で、もう一度お互いの意見がすり合うように、思いや願い、必要な情報の橋渡しをするのも看護の役割です。理解を深める為に、必要に応じてパンフレット等を使用してもよいでしょう。

そういうプロセスを経て患者・家族が出した結論でも、「最後まで家で看ると決めたけれどもやっぱり病院で……」、またその逆など、本人や家族の葛藤は

緩和ケアにはつきものです。この葛藤を少しでも軽減できるよう、私たちは在宅緩和ケアを始める前に家族と面談をして、抱えている不安にいち早く対応します。日常生活の困りごとから緊急時まで、24時間365日のサポートを約束し、本人や家族の状況変化にきめ細やかな調整をしていくことで、最終的に患者自身が納得のいく意思決定ができるのだと思います。患者・家族が抱える悩みに、個別対応できるスキルと、情報の引き出しをたくさんもてるとういいますね。



看護のQ&Aコミュニティ「ナースの星Q&Aオンライン」へ投稿された質問を紹介しております <http://www.nurse-star.jp>



在宅緩和ケア のぞみの花クリニック
緩和ケア認定看護師/師長

川村 幸子 先生

科・ソーシャルワーカーなど多職種で情報共有ができるので、入力する手間がかりませんが、写真も投稿でき、展開の早い終末期の患者情報をタイムリーに把握するにはとても便利です。症状コントロール、現状に即した適切なケア、看取りに関する意向、家族や生活・サービスに関する情報、スタッフ間の相談だけでなく、一時的な入院で、また自宅に帰ってくる場合などで、また自宅に帰ってくる場合など、段取りをスムーズに行うためにも便利なツールだと思います。

専門家以外もケアに参加

地域連携に必要なのは「住まう」という視点です。病気や高齢になっても慣れ親しんだ地域で自分らしく暮らすためには、医療職・介護職などの専門家以外に、行政や町内会、民生委員、住民なども含め顔の見える関係を作り、患者・家族を支えていくことが大切です。患者の暮らしの、

もっと学びたい方へ

<https://www.jspm.ne.jp/elnec/>

日本緩和医療学会が主催するELNEC-J(End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan) コアカリキュラム指導者養成プログラムは、学会員以外の方も応募できます。講義をはじめ、ケーススタディ、グループディスカッション、ロールプレイなどを通して、より質の高いエンド-オブ-ライフ-ケアを学ぶ機会が用意されています。詳細は日本緩和医療学会のホームページをご覧ください。

注：2019年開催分の申し込みは終了しています

AQ2

コミュニケーションのとり方

患者・家族の希望を聞き出したいと思うのですが、あまりお話をしてくださらない方、漠然と不安を訴えられる方など、会話が進まないことがあります。患者や家族から話を引き出すコツを教えてください。

看護師は仕事柄、患者・家族への教育・指導法を学んでいますので、話をしているとつい問題解決に向けた情報収集と説明をしなくなりがちです。まずはじっくりと相手の話を聞くことを心がけましょう。緩和ケアにおいては、私たちがどうしたいかではなく、「患者家族がどうしたいのか」をキャッチしていくことが大切だからです。

「〜が不安なのですね」と相手の感情に共感を示しましょう。薬についての情報収集や説明は、相手がひと通り話し終えてからで十分です。相手が8、私達が2、くらいの割合でちょうどよいと思います。何か話さなきやと身構えずに、聴くことに集中しましょう。



私も自分自身の失敗から、主語を「私」ではなく「患者」にしたことで、多くの気づきがありました。患者が訴えることには順番があると思います。まずは、症状や身体的苦痛を最初に話すことが多いです。この体験に十分共感しながら話が聴けると、患者は段々と気持ちの辛さを話し始めます。「この人は自分のことを分かってくれる」と思ってくれたからです。しかし何を聴いても「大丈夫」としか言われないうこともありません。そういう時は無理に引つ張らず、潔く出直しましょう。相手の心の準備が整わないうちは、話が進まないこともあるからです。その場は一旦引き上げて、後日改めて「その後はいかがですか？」と声をかけてみましょう。意図的に声がけすることで「あなたの話を聴く準備が私にはあります」というメッセージが伝えられます。会話の中で患者が方言を使っている場合も、わざわざ標準語にいい直さず、方言を使って話をしてみましよう。話す側の個性性を重視し、聴く側が対象に合わせて柔軟に対応していくと、話してくれることも多くなると思います。



命の延長にある死 日本には死を語ることを避けて通る文化があります。それ故緩和ケアの対象者とその家族は、近い将来死が訪れることが避けられない状況でありながら、お互いがこれからどう生きていくのかを話し合うことができません。また、他人に迷惑をかけたくないという死生観をもっているため、患者は自分のことよりも家族の気持ちを優先しがちです。そのような状況で私達にできることは、患者が自分の人生を自分らしく生きることができるよう支援することです。コミュニケーションスキルを使い、患者と家族の気持ちを十分に聞き、お互いの思いを橋渡ししましょう。そうすることで患者の本音・希望に沿いながら生きることがについて、家族と率直に話し合う機会が得られます。また活用できる制度や社会資源、サービスなど必要な情報を伝えることも大切です。

AQ3

地域連携

地域全体を患者の緩和ケアの場としてサポートしていけたらと思います。地域の多職種と共に患者家族を支えていくために、どのような連携が求められているのでしょうか？

情報共有するための適切なツールが必要です。医療情報だけでなく、患者や家族、スタッフの思いも共有することでチームに一体感が生まれ、より質の高いケア提供できるようになります。



中のような資源をネットワークづくりに生かしていけるのも、地域連携の醍醐味といえるでしょう。枠組みにとらわれず、柔軟な対応でコミュニケーションを拡大していくことが、これからの地域連携には求められると思います。

(2018年10月30日のぞみの花クリニックにて)

医療用麻薬への誤解を取り除く

「麻薬」という言葉に対して、違法ドラッグの麻薬と混同して抵抗感を持たれている場合もあるのですが、まず本人と周囲の認識を明確にしましょう。何に対して疑問や不安を感じているのかをアセスメントし、正しい知識を持ってもらうことが大切です。

まずは、患者さんやその家族の「麻薬」に対する印象や認識などを十分に聞きましょう。どんなにわかりやすい説明も、想いが語られた後でないと理解されないことをしばしば経験します。

対話の中で語られる医療用麻薬への誤解には、それを解くための根拠となる論文がありますから、それをもとにお話ししていきます。その際、こちらから伝えたい情報をすべて伝えてしまうと本人や周りに逆に悪影響が出てしまうこともあります。その人に必要な情報を選択して伝えるようにしましょう。



それでも患者さんの中には、「麻薬なんて使いたくない」という方が少なからずいます。そんなとき、当院ではその思いを尊重し、処方しますが、使用は「一旦保留」の選択をすることがあります。薬の処方は使用前に保管することができます。保留中にも、いつでも使える準備があることや、麻薬への考えや誤解を解くアプローチを継続します。痛みやつらさがわかるのは本人だけですので、患者さんの気持ちに「そろそろ使ってみよう」と変わるときに、すぐに使えます。

はじめは「麻薬」に抵抗感を持っていて患者さん・家族も、一度効果的に使えたとその後は抵抗感が薄れていくようです。こうした個別性の高い対応が可能な在宅医療の良さではないかと考えています。

薬物療法支援の達人 餅原 弘樹 先生

在宅緩和ケアのぞみの花クリニック
外来がん治療認定薬剤師(日本臨床腫瘍薬学会認定)
緩和薬物療法認定薬剤師(日本緩和医療薬学会認定)



認知症患者の服薬管理

認知症状のレベル、生活環境、援助者の有無などを確認し、その方ができることは何かを考えます。

飲み忘れが多く残薬を発見した時は、どうやって飲み忘れを防ぐかも大切ですが、まず、それが本当に必要な薬なのかを検討してみましょ。服薬していなくても日常生活に問題がないのであれば、不要な薬かもしれません。必要な薬は、服薬回数の少ないものに変更できないかを検討し、訪問スタッフが管理できるように



するのも一案です。両者の同意がとれば、昔なじみの近所の方やお友達に服薬の確認に来ていただくのも良いかもしれません。

軽度の認知症の方で薬の服用を習慣化したい場合は、薬を飲んだらカレンダーに印をつけたりシールを貼ったり、1回ごとの薬の仕分けを本人にやって頂く薬への意識付けが有効な場合もあります。こうした作業を訪問リハビリスタッフの訪問時間に合わせに行い、リハビリテーションと服薬管理の協働も服薬状況改善の手段の一つです。

緩和ケアにおける服薬管理 ここがポイント!

達人に
訊く!

病状や病期にかかわらず、薬は症状を緩和するためのもの。その意味でも、服薬管理は緩和ケアにおいてとても重要です。今号では、訪問服薬指導も行っている薬の達人に、緩和ケアにおける服薬管理のポイントをお訊きしました。

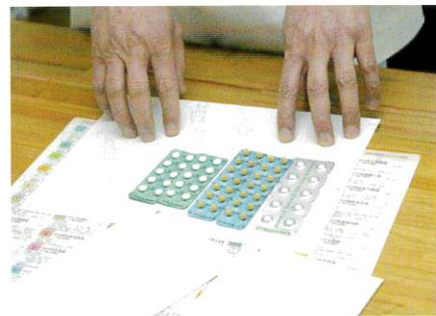
訪問薬剤師の役割

処方された薬は正しく使用されてこそ効果を発揮します。その視点を軸に、個々の患者に適した薬物療法支援を行います。実際に患者宅を訪問することで見えてくることや相談される内容をチームにて共有し、薬物療法に関するコーディネートを行っています。

退院支援の段階から在宅緩和ケアチームの一員として関わる際は、自宅での生活を見越した、薬や医療機器のセッティングを考えます。連携職種ともよく相談し、薬剤選択や投与経路など、情報を共有しながらサポートしています。

患者宅の訪問時には、薬に対する嗜好(飲み薬が良いのか座薬が良いのか、飲みやすい剤形は？など)を必ず確認します。これを把握せずに処方すると、必要な時に使えず、期待した効果が得られない場合があるからです。

処方後は、本当にその剤形です



服薬できているか、決められた用法(飲む時間・回数)に無理が無いか確認し、薬効の評価に繋がっています。特にがん患者さんにおいては、トータルペインの視点から痛みの原因を考えると、薬物療法の評価の幅が広がります。その価値観をもとに連携職種間で議論すると、より包括的な支援につながります。

当院では患者さんの病状が進むと、院内で準備する注射薬の使用頻度が増えます。よって、院外処方箋の発行頻度は下がり、それまで関わっていた保険薬局の薬剤師さんの出番が少なくなりがちです。私自身は診療

所薬剤師ですので、保険薬局の薬剤師さんがここまで築いた関係性を失うことが無いように、私たちから患者さんの情報提供をし、かわりが続くよう配慮しています。そうすることで、その方の在宅療養支援が終了したときにも「地域の薬剤師の存在感」をチームとして感じてもらえるのではないかと期待しています。薬剤師も、地域に必要なとされる土壌を作ること、質の高い地域医療に貢献できると考えています。

緩和ケアでよく使われる薬については、医療用麻薬や適応外使用の薬剤など、説明にひと工夫が必要な薬も少なくありません。どのような効果を期待し、どんな副作用に注意すべきか、ぜひ薬剤師に聞いてみてください。在宅医療でのチームに薬剤師がいない場合は、患者さんのかかりつけの薬剤師や、訪問看護ステーション近くの薬局の薬剤師にぜひお声かけ頂き、新しい連携が築けると良いですね。