

# 鎮静（セデーション）導入シート

記入日 年 月 日

病歴番号：
氏名：

1. 症状マネジメント再評価  <b>最初からのアセスメントの再評価を行う</b>	<b>再度の評価（ケアプランのアセスメント参照）</b> a.疼痛：再アセスメント 薬剤の評価； $\mu$ オピド・NSAIDs・補助薬 出血 b.呼吸困難・喘鳴： $\mu$ オピド・抗不安薬・微量のドルカム・ $\mu$ オピド・ $O_2$ 投与 c.倦怠感： $\mu$ オピド・終末期の倦怠感・高Ca血症・脱水・抑うつ d.嘔気・嘔吐：制吐剤・ $\mu$ オピド・ $\mu$ オピドスチン e.せん妄：DSM-IV使用し再診断・薬剤見直し・治療の見込み チェックシート使用 f.抑うつ、無価値観、希望のなさ：Spiritual pain への対応の見直し g.不安、恐怖、パニック：可能な限り原因を明らかにする etc. h.特定出来ない苦痛	評価(1:良い 2:まあまあ 3:困難) 1-2-3 1-2-3 1-2-3 1-2-3 1-2-3 1-2-3 1-2-3 1-2-3
	症状緩和のために他に可能な手段はないか?? (出来るだけ具体的に、詳細に記載を)	
2. 予後予測	a.月単位 b.週単位 c.日単位 d.予後切迫している (時間の問題)	
3. 患者への説明内容	月 日	
4. 患者の意思	a 導入の確認 月 日 b.確認未 判断可能な意識状態か 可能 不可能 (誰が診断： )	
5. 家族への説明内容	月 日	
6. 家族の意思 ( ) キバツが望ましい	a.導入の確認 月 日 b.確認未 c.家族間での意思の統一は している していない 反対者 ( ) d.今後起こりうる問題： (家族間での対立 etc.)	
7. 種類	a.鎮静の分類：持続的 間欠的 深い鎮静 浅い鎮静 終末期 非終末期 b.鎮静の方法：CSI CIV DIV ドルカム セネス フェノール その他 ( ) c.鎮静の目的：	
8. カンファレンスの施行  または、数名のスタッフでの話し合い ⇒後日必ず再評価	カンファレンス施行日 月 日 参加者 名 ( ) 内容：  スタッフ間の合意：あり なし 結果：a.妥当 b.見送る c.時期を見て再評価 評価 月 日 予定	
9. 実施状況	間欠的鎮静 月 日開始 薬剤名 量 mg/day 持続的鎮静 月 日開始 薬剤名 量 mg/day	

# 鎮静（セデーション）評価シート <鎮静開始後 24～48 時間以内に必ず再評価>

病歴番号：
氏 名：

記入日 年 月 日

<p>1. 症状マネジメン トの再評価</p>	<p>a.疼痛 b.呼吸困難 c.倦怠感（身の置き所のなさ） d.嘔気・嘔吐 e.せん妄 f.抑うつ g.不安 h.特定出来ない苦痛 の症状の緩和ははかれているか</p> <p>評価（1：良くコントロールされている 2：まあまあ 3：コントロール不十分） 1 - 2 - 3</p>
<p>2. 患者の現状</p>	<p>患者の意識レベル a.呼名に反応無し b.呼名に開眼 まばたき程度 c.綿棒をかむ d.体位変換時、苦痛表情</p>
<p>3. 家族の気持ちの 変化</p>	<p>鎮静開始してからの気持ちの変化</p> <p>家族間の変化</p>
<p>4. 種類</p>	<p>a.鎮静の分類：持続的 間欠的 深い鎮静 浅い鎮静 終末期 非終末期 b.鎮静の方法：CSI CIV DIV c.鎮静の目的</p>
<p>5. カンファレンス 経過の評価</p>	<p>参加者 名（ ） 内容：</p> <p>スタッフ間の合意：あり なし</p> <p>次回評価日 月 日</p>
<p>6. 使用薬剤の変化</p>	<p>ドルミカム mg/day ⇒ mg/day フェノバル mg/day ⇒ mg/day mg/day ⇒ mg/day</p>

# 鎮静（セデーション） 意思確認シート

病歴番号：
氏 名：

記入日 年 月 日

1. 本人へ説明内容	<p>月 日</p> <p>今後起こりうること a.呼吸困難 b.倦怠感（身の置き所のなさ） c.その他</p>
2. 本人の意思	<p>a.確認 月 日 本人の希望：</p> <p><b>意思表示出来なくなったら：</b> （ ）へ代理決定を委ねる 年 月 日</p> <p>b.確認未</p>
3. 家族への説明内容	<p>月 日 本人への確認済み・確認未</p>
4. 家族の意思 ( ) キパーンが望ましい	<p>a.確認 月 日 家族の希望：</p> <p>b.確認未</p>

## 鎮静（セデーション）の定義・・・（日本緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」より）

苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは、苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること ※本定義では、睡眠障害に対する睡眠薬の投与は鎮静に含まない

## 持続的深い鎮静の要件・・・（日本緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」より）

### A. 医療者の意図

- 1) 医療チームが、意図が苦痛緩和であることを理解している
- 2) 鎮静を行う意図（苦痛緩和）からみて相応の薬物、投与量、投与方法が選択されている

### B. 患者・家族の意思

- 1) 患者 (1) 意思決定能力がある場合：必要十分な情報を提供されたうえでの明確な意思表示がある  
(2) 意思決定能力がないとみなされた場合：患者の価値観や以前の意思表示にてらして患者が鎮静を希望することが十分に推測できる
- 2) (家族がいる場合には) 家族の同意がある

### C. 相応性

患者の状態（苦痛の強さ、他に苦痛緩和の手段がないこと、予測される生命予後）、予測される益（苦痛緩和）、および、予測される害（意識・生命予後への影響）からみて、とりうるすべての選択肢のなかで、鎮静が最も状況に相応な行為であると考えられる

- 1) 耐えがたい苦痛があると判断される
- 2) 苦痛は、医療チームにより治療抵抗性と判断される
- 3) 原疾患の増悪のために、数日から2～3週間以内に死亡が生じると予測される

### D. 安全性

- 1) 医療チームの合意がある．多職種が同席するカンファレンスを行なうことが望ましい
- 2) 意思決定能力、苦痛の治療抵抗性、および、予測される患者の予後について判断が困難な場合には、適切な専門家（精神科医、麻酔科医、疼痛専門医、腫瘍専門医、専門看護師など）にコンサルテーションされることが望ましい
- 3) 鎮静を行なった医学的根拠、意思決定過程、鎮静薬の投与量・投与方法などを診療記録に記載する