

ICUにおける多職種デスカンファレンスの試み

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門

○鈴木 さち ^{すずき} 三枝 真美 柴田 京子 廣瀬 博子

【はじめに】

多職種によるデスカンファレンスは、お互いのわだかまりや考えを調整できる場であり、チーム医療の質を高めると言われているが、当ICUでは多職種間で行う機会はなかった。今回、診療・看護共に苦慮し、患者の死後も様々なジレンマが生じ悩んだ経験をした。そこで、多職種によるデスカンファレンスを開催したことで、それぞれの思いが共有でき、スタッフのグリーフケアに繋がったので報告する。

【患者紹介】

A氏、70代、男性、膀胱癌、腎尿管膀胱全摘術・回腸導管造設術施行。ICUで約3ヶ月治療後、死亡退院となった。

【多職種デスカンファレンスの実際】

準備として、患者に携わった多職種にメールで開催の趣旨を伝達し参加を呼びかけた。さらに、病棟看護師のみでもデスカンファレンスを実施した。

当日は病棟師長より開催の意義について説明し、自由な発言の場であることを確認した。参加者は、病棟医長、泌尿器科医師、消化器外科医師、緩和ケア医師、緩和ケア認定看護師、病棟看護師、皮膚排泄ケア認定看護師、理学療法士、言語聴覚士の19名だった。司会者は病棟看護師が行い、全員が発言できるよう配慮した。

【結果および考察】

事前の準備と当日の進行により、多職種が意義を感じ、思いが表出できるカンファレンスとなった。

ICUにおいては治療を優先する現状があるが、平行して早期から緩和医療を導入していくことが質の高い医療の提供に繋がることを学んだ。

それぞれが治療を諦めてはならないという思いと患者を苦痛から解放し緩和医療を提供してあげたいという思いの狭間で悩みを抱えていることに共感でき、喪失感や自責の念から立ち直るきっかけとなった。自分の思いを言葉で表現することで気持ちが整理され、また他者から認めてもらう場があったことにより、スタッフのグリーフケアに繋がった。

全国がん（成人病）センター協議会禁煙推進行動計画に基づく 茨城県立中央病院禁煙推進委員会の活動

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 禁煙推進委員会

○佐伯 香代子 天貝 賢二 橋本 幾太 美崎 昌子 高麗 美智子 石井 和子
渡邊 敏江 阿部 櫻子 塚本 匡代 綿引 久子 永田 至男 久野 祐一 西連寺 学

【目的】喫煙はがんの発生や再発、合併症の危険性を増加させることが知られている。日本癌学会、日本呼吸器学会、日本循環器学会、日本医師会、日本看護協会は、禁煙宣言を発表し、所属会員がさまざまな禁煙活動を推進することを要請・宣言している。当院が加盟する全国がん（成人病）センター協議会では、2005年に禁煙推進行動計画を策定し、加盟施設で取り組むべき具体的な目標を定め組織的に喫煙対策を進めている。

【方法】当院では禁煙推進行動計画に基づき2008年より「禁煙推進委員会」を発足させ、組織的な禁煙推進活動を開始した。発足後4年経過し、2008年6月から2012年9月までに実施された禁煙推進委員会の取り組みについての活動を振り返り、問題点と今後の展望を検討した。

【結果】委員会で協議・実施された事項は、(1)喫煙状況および喫煙に関する全職員対象のアンケート調査、(2)入院患者の喫煙状況調査と禁煙支援パスの実施、(3)敷地内禁煙の看板設置、(4)敷地内禁煙啓発リーフレット作成、(5)敷地内バス待合所や館内のトイレ等に禁煙のステッカー掲示と炎探知機設置、(6)敷地内巡回と吸い殻拾い、(7)禁煙デー、肺の日、結核週間等に禁煙啓発の展示、(8)禁煙指導研修会や講演会の実施、院外での研究会・学会への積極的に参加等であった。

【考察】個人的な禁煙推進活動や管理者による号令だけではその効果には限界があり、多職種で構成される禁煙推進委員会にて定期的に禁煙推進に関する事案を協議し組織的に遂行していくことは、実効性のある病院内の喫煙対策に結びつくと考えられた。しかし、課題も多く他施設との連携や医師会・自治体等との協力が必要である。見直されたがん対策推進基本計画には個別目標として、喫煙率の低下や受動喫煙機会の減少が盛り込まれたが、医療関係者の喫煙率ゼロ、受動喫煙機会ゼロを目指し、他の施設・職場の模範となるべきである。

セカンドオピニオン外来の現状と今後の課題

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門¹⁾ 診療技術部門 医療福祉相談室²⁾

○山口 涼子¹⁾ やまくち りょうこ¹⁾ 大久保 広子²⁾ 田中 学²⁾ 小野瀬 俊子¹⁾

【はじめに】

セカンドオピニオンは、患者・家族の意識の高まりを受けて、徐々に普及し周知されてきている。当院では平成18年8月からセカンドオピニオン外来が開設され、医事外来課が対応を行っていた。平成19年4月にがん診療連携拠点病院整備に伴い、患者家族相談支援センター（以下相談支援センター）が設置され、専従の看護師・医療ソーシャルワーカーが配置された。相談窓口の一元化からセカンドオピニオンの窓口も相談支援センターが担うことになった。平成19年4月から現在までの当院でのセカンドオピニオン外来の現状を報告する。

【これまでの経過と現状】

セカンドオピニオンは相談支援センター看護師が初めの相談から関わり、医師との調整を行っている。相談内容では、「当院への受診や転院希望」「主治医から診療情報提供書もらえない」など、対象外となる相談を受けることが多い。その際はセカンドオピニオンの説明を行うが、理解を得られる方がいる一方で、やはり主治医に悪いから受けられないなど話だけで終わることも多い。平成19年4月から平成24年3月までの5年間で、当院が受け入れたセカンドオピニオンの件数は102件であった。セカンドオピニオン外来当日は、知らない病院へ来る不安が緩和され安心してかかれるように看護師が同席し、必要に応じて声かけをして、医師と十分に話ができるようにサポートしている。終了後には治療方針が主治医と同じなので安心した、詳しく説明を聞いたので良かったなど、おおむね満足できたという返事を得ている。

【今後の課題】

相談支援センターの看護師として一貫して関わっているが、セカンドオピニオンは満足度が高くメリットがあると考えられる。しかし、受けるには経済的なことや資料を求められるなど準備が困難な方もいる。今後の課題は、希望する方が簡単に受けられるシステムとしての検討、もっと幅広い意味あいで医療相談の場があってもいいのではないかと考える。

子宮頸がん検診に対するAセンター看護部女性職員の現状調査

東京医科大学茨城医療センター

○久野 澄江^{くの すみえ} 嶋田 佳子 田宮 綾子 川村 伸代 小林 俊江 飯田 みち子

「目的」

Aセンター看護部女性職員の子宮頸がん検診に対する意識調査を行い、その現状を明らかにする。

「方法」

Aセンター看護部女性職員 443 名への子宮頸がん検診に対するアンケート調査を行った。

「結果」

年齢別に受診率は、20代 45.5%、30代 82.5%、40代 88%、50代 88%、60代 88.3%であり、平均受診率は 68.6%であった。性交渉の経験のある職員の中で、検診を受けたことがある人は 71.4%であったが、20代だけは、51.2%と半数を上回る人が検診を受けていなかった。検診を受けない理由の中で、各年代に共通していたのは、「自覚症状がない」「羞恥心・恐怖感がある」「担当医師が女性医師ではない」であった。検診への要望では、女性医師が対応する、羞恥心への配慮、などの回答が得られた。

「考察」

Aセンターでの子宮がん検診受診率は、68.6%とがん対策推進基本計画の目標を上回っていた。年齢が上がるにつれ受診率が上昇したのは、子宮頸がんへの認識が高まった為と考える。性交渉経験のある女性の中で、検診を受けたことがない女性では、子宮頸がんの原因が、HPVウイルスの感染によるという認識が低いのではないかと推測される。そのため、子宮頸がんとHPVウイルスのパンフレットを準備して、子宮頸がん原因の知識の普及を行っていく必要があると思われる。性交渉の有無にかかわらず20代女性では、頸がんの発症年齢ではないという認識から、検診率が低くなっていると考えられる。しかし、20~30代で発症率の一番高いがんは子宮頸がんであり、検診を受けるという意識付けを行っていく必要がある。検診を受けない理由としては、「自覚症状がない」が最多であった。子宮頸がんは早期に見つければ100%の治癒が期待できるとされていることから、自覚症状がなくても検診を受けることが早期発見のために必要である。検診を受けない理由で次に多かった、「羞恥心や恐怖心」に対しては、担当者を女性医師にするなど、リラックスできる配慮を行っていくことが必要ではないかと考える。

疼痛ケアにおける看護師の役割について

古河赤十字病院

○草間 千枝子

目的

2007年に「がん対策基本法」が制定され、緩和医療の普及と充実を図るため、治療の初期段階から緩和ケアの実施が提唱されるようになった。痛み等の症状緩和に取り組む場は拡大しており、すべての看護師にがん疼痛への対応が求められる時代になっている。看護師は、情報の提供、患者や家族との対話や指導、入院から在宅におけるケアの継続性の維持など責務を負っており、大きな役割を果たす。効果的な疼痛マネジメントやQOLの維持向上につながる関わりができたか、症例を通し役割を振り返る。

症例の概要

73歳 診断名 進行性胃がん 根治術適応外にて6/28より化学療法開始 骨、多発肝転移あり 心窩部と左季肋部の持続痛、背部痛あり体動が困難にて、疼痛コントロール目的にて入院。ロキソニン 定時内服、デュロテップ MT パッチ 10.5mg 貼用、レスキューとしてオキノーム 5mg を1日1、2回内服にて疼痛緩和がはかれ退院。

結果

疼痛アセスメントを行い、患者のADLの状態を観察し、患者が満足いく状態であるか患者の訴えに傾聴しながら疼痛評価を繰り返し行ったことで、自分のペースで活動が行えるようになり、退院に対し自信がもてるようになった。退院への意志がみられてから、早急にデュロテップ MT パッチやレスキュー使用方法の指導を行い、時間をかけて説明を行ったことで、不安の訴えはなく退院することができた。

考察

看護師は、患者と接する機会が多いため、痛みの初期アセスメントや継続評価を行うのに理想的な立場にいる。今回の事例の考察として、看護師が患者の訴えに傾聴し、表情やADLの観察、共に行動し疼痛マネジメントを行ったことが、患者の目指す目標につながったと考えられる。そのため、全スタッフが、がん疼痛のアセスメント能力を養い、疼痛マネジメントや薬物療法に対する知識を深め、医師への情報提供を行い、患者ができるだけ平常に近い生活を送れる事を目標に疼痛マネジメントを行うことが重要である。また、入院のみならず、在宅でも効果的な疼痛マネジメントが行えるよう、患者、家族への指導を行っていく必要がある。

STAS-Jシートを使用しての評価

友愛記念病院

○阿部 清香 鹿谷野 礼子 綾部 裕子 竹澤 香織 小沢 真生 柴崎 美智子

「目的」

STAS-Jは緩和ケアのアセスメントツールとして有効な方法であると推奨されている。当院の緩和ケア病棟では4年前からSTAS-Jの導入をしているが、STAS-Jに対するスタッフ間の共通理解がなく統一した評価が出来ていなかった。勉強会の実施や意識調査により緩和ケア病棟でのSTAS-J使用の問題点を明確にし、評価の統一、用紙の変更をすることで個別性のある看護を提供し、患者や家族のニーズに対応するため課題を検討する。

「方法」

平成24年4月～9月の期間に、緩和ケア病棟看護師9名を対象にしSTAS-Jについて問題点を明らかにし改善を行った。

「結果」

STAS-Jシート改訂前は、痛み以外の症状コントロールスコア項目を記述していたが、改定後は症状項目をチェックすることにより以前より症状の変化がわかりやすくなった。評価した内容を電子カルテに入力することで、カンファレンスの内容をスタッフ全員が把握出来るようになった。勉強会実施によりSTAS-Jの評価の知識統一をすることで入院・転科当初よりSTAS-Jを用い、患者の病状や家族の背景、問題点の抽出など情報共有が容易にできるようになったという意見があった。

「考察」

STAS-Jの項目を視点にカンファレンスを行うことで、情報共有や、患者・家族の全体像を把握することができSTAS-Jの目的である看護の質の向上に繋がる事を実感できた。日々の患者や家族とのコミュニケーションの積み重ねや繰り返し行うスタッフカンファレンスにより患者・家族の要望に対して援助することが可能となった。週1回のSTAS-Jを使用し経時的に分析し、看護計画評価との連動、電子カルテに記載することで看護の方向性を見出すことが出来た。STAS-Jは個別性のあるケア、評価のツールとして有効であると考えられる。

ELNEC-J 研修参加者の動向と今後の課題

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

○^{くにや}國谷 ^{みか}美香 宍倉 優子 黒木 淳子

【目的】

ELNEC-J (End-of-life Nursing Education Consortium Japan) は、「病いや老いなどにより、人が人生を終える時期に必要とされるケア」を指すエンド・オブ・ライフケアに関する看護師教育プログラムとして開発され、がん患者の終末期ケアの教育にも用いられている。近年、このプログラムは全国各地で開催する流れとなっており、県内では平成 24 年 3 月に初めて実施され、これまでに 2 回開催された。そこで、本研究は本県における ELNEC-J の参加者の動向と今後の課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】

- 1) 研究期間：平成 24 年 3 月～24 年 9 月
- 2) 研究対象：ELNEC-J プログラムの参加者
- 3) 研究方法：実態調査研究
- 4) 分析方法：参加者名簿から個人情報を除く項目について項目毎に集計し、参加者の特性を分析した。

【結果】

ELNEC-J は県内で、平成 24 年 3 月に第 1 回を開催し、平成 24 年 9 月に第 2 回を開催した。参加者数は、第 1 回が 52 人、第 2 回が 49 人、2 回合わせて総数は 101 人であった。参加者の所属する医療機関種別は、病院がもっとも多く 82 人 (81%)、次いで訪問看護ステーション 17 人 (16%) であった。所属する施設を二次医療圏ごとに集計すると、水戸保健医療圏がもっとも多く 46 人 (46%)、次いでつくば保健医療圏 11 人 (11%)、日立保健医療圏 10 人 (10%) と続いていた。所属機関はがん診療連携拠点病院から 45 人 (44%) と約半数であり、主催施設の参加者が 23 人 (22%) となっていた。

【考察】

受講者は病院の参加者が多く、がん診療連携拠点病院からの参加が多かった。地域としては、県内全域から集まったが二次医療圏別にみると参加者の偏りがみられた。また、主催施設がある水戸医療圏からの受講者が多かった。

今後は地域における緩和ケアの現状や課題を認識したうえで、参加しやすいように他の地域で実施することと、知識の普及啓発に向けて継続して開催する必要があると思われる。また、研修内容の定着や受講者のフォローアップのために継続した支援プログラムの充実を図ることも課題だと考えた。

終末期乳がんによる浮腫に対して実施した緩和的浮腫ケア

JA とりで総合医療センター 緩和ケア専従看護師

○おがわ小川 さちこ幸子

【目的】

今回、病棟看護師から、緩和ケアチームに終末期の浮腫に悩むがん患者の浮腫ケアの依頼を受けて、医療リンパドレナージセラピストが介入した。その結果、浮腫が軽減し、QOLが改善されて、患者のニーズを満たす事ができたので報告する。

【事例の概要】

患者：60代女性、未治療の乳癌（ステージIV）、自壊創・胸膜播種・肺転移・縦隔リンパ節転移あり。

告知：病名のみ、予後は未告知。家族には、余命は月単位、急変の可能性あり。

浮腫の所見：上肢浮腫は左右差(+)（右<左）手背の浮腫(++)関節可動域制限(+)下肢浮腫は左右差(-)関節可動域制限(-)

主訴：手がむくんで、思うように動かない。自分で身の回りの事もできず、皆に迷惑をかけている。自分で、お茶を飲んだり、ご飯を食べたい。足もむくんで、重くてだるい。

【結果および考察】

介入期間は、約半月（入院後15日目～退院の前日）ほぼ連日、病室訪問した。終末期の浮腫ケアはリスクが高いため、病棟スタッフと連携を図り、日々変化する患者の状態に合わせて、患者と相談しながら浮腫ケアを実施した。

①心理的支援：患者の側に寄り添い、患者の想いをじっくりと聞いた。患者は、未治療の乳癌のため、後悔の念や病状悪化への不安など、つらい心情を語り、「いつも話を聞いてくれてありがとう。また、来てね。」と、セラピストの訪室を待つようになった。

②患者が心地良いと感じる程度のマッサージ：手関節・足関節の他動運動を行い、緩和的マッサージを実施した。時々、目を閉じて、静かな時を過ごし、「気持ちがいい」と、精神的な安定を図る事ができた。

③ガーゼ包帯・筒状包帯による軽い圧迫：手の浮腫が軽減して、関節可動域が広がり、自分で飲食できるようになった。下肢の浮腫によるだるさも軽減でき、患者のニーズを満たす事ができた。

【結語】

セラピストが実施した緩和的浮腫ケアは、終末期乳がんの浮腫に悩む患者の精神的苦痛の緩和とQOLの改善のために、有用であった。

終末期看護における看護チーム連携の現状と今後の課題

—スタッフ間で現状を共有して—

総合病院土浦協同病院 看護部

○海老澤 由香 前野 仁美 東 敦子 佐藤 真由美

【目的】

終末期がん患者や家族へ継続した看護を提供するため、看護チームの連携強化を目指し、チーム連携の現状から問題点を明らかにし、改善に向け取り組んだので報告する。

【方法】

終末期がん看護における看護チーム連携の現状について病棟スタッフ 14 名を対象に質問紙調査を実施し、調査結果を病棟全体で共有した後に、問題点・改善策を検討し、現状の改善につなげる。

【倫理的配慮】

対象者へ質問紙調査は任意での参加であり、調査結果は本研究以外で使用しないことを説明し、回収は鍵付き投函箱を使用し個人が特定されないよう配慮した。

【結果及び考察】

終末期がん看護における看護チーム連携に関してプライマリーナース（以下PN）11名中9名が精神的援助や医師との連携などPNとしての関わりが難しく、他スタッフに協力して欲しいと答えた。これらの調査結果を共有し、問題点についてチーム内で検討すると「患者の言動が細かく記録に残っておらず情報収集ができない」「担当にならないと患者の状況が分からない」、「インフォームドコンセント（以下IC）に立ち会っていない」などの意見が挙げられた。そこから終末期看護においてPNの負担が大きいことやチーム内での情報共有の仕方に問題があると考えた。終末期看護では日々変化する患者の状態に合わせた臨機応変な対応が必要であり、PNだけでなくチーム全体で情報共有を密にし、継続的に関わるのが重要である。そこで、カンファレンスでの積極的な意見交換や看護記録の徹底、ICへの参加などチーム内で改善に取り組んだところ、徐々に看護記録に主観的情報が増え、意識的にICに立ち会えるようになった。そのことから看護チーム連携の問題点について検討したことは看護チーム連携を強化するために効果的な一つの手段であったと考える。しかし今回の活動を通してプライマリー・ナーシング制に関する課題が見えてきたため、今後はさらなる終末期看護の質の向上に向け、看護体制の見直しにも取り組んでいきたい。

終末期患者の自己決定における看護師の関わり

茨城西南医療センター病院 C棟3階

○^{なかじま}中島 ^{てるこ}照子 高野 幸代 横張 美律恵 山口 典子

「はじめに」

今回、末期の直腸癌と診断を受け、様々な制限に対しストレスを増強させた患者の「死んでもいいから食事がしたい」という希望を叶えるため、患者自身が納得しながら自己決定していく過程の援助ができたのか、家族を含め私たちがどのような関わりで患者の自己決定を導くことができたのか、振り返ることにした。

「目的」

終末期患者の意思決定・自己決定を促すために、どのような関わりや援助が必要・重要であるか要因を明らかにする。

「方法」

看護記録・データベースより精読し情報収集。不足していた情報を病棟でデス・カンファレンスを行い振り返りをした。

「結果及び考察」

A氏は、手術を受けると決断に至るまで、家族に大きく左右された部分があった。家族の意向も尊重すべきであるが、本人がどうありたいかという希望を損なわないように中間的存在として関わった。

A氏は家族や看護師に対し苛立ちや暴言をはくような情緒不安定だった。

患者の「怒り」の発散対象となるのは、患者の「置き換え」という防御規制の表れである。A氏は怒りという形で感情のまま気持ちをぶつける「置き換え」によって患者の気付かない気持ちを表出していた。

その言葉を看護師が傾聴し同じ目線に立ち考えたことから、患者自身が気付かない潜在的な気持ちに気付くことができ、葛藤のある患者の心理状態に寄り添うことで、気持ちの整理がつき意思決定に至ることができた。それが今回の自己決定につながる援助になったのではないかと考えられる。

患者が望むその人らしい最期を迎えるためには、まず患者がどのように生きていたいと考えているのか、すなわち患者の人生観や死生観を十分理解して関わる事が重要である。

看取りを迎える家族へのケア

～死別悲嘆のリスク評価とケア満足度向上を目指して～

株式会社日立製作所日立総合病院 看護局

○鈴木 規予 中村 明子

1. 目的

死亡退院後の家族に医療者側から関わりを持つ機会は少なく、家族を支える支援体制は十分とは言えない。また、看取りのケアは看護師間においても、認識の違いやケアに差異がある。そこで、看護師が看取りのケアの理解を深め質の向上を図ること、また、家族の正常な悲嘆が複雑化した状態（病的悲嘆）のリスクを評価し、ケアの効率性を高めることが必要であると考えた。

2. 方法

対象者：A病院呼吸器内科病棟看護師19名、同病棟に入院中の患者・家族一組

方法：1) 看護師へ看取りのケアの勉強会を実施。

2) 家族の病的悲嘆のリスク評価アンケート作成。

①家族のリスク評価②主介護者の精神面評価（CES-D）③終末期がん患者を介護した遺族による介護経験尺度（CCI）。①②でハイリスクの場合③を実施。

3) 家族へのケア実践を確認できる家族ケアチャートを作成。

4) 一事例に対し、2) 3) を使用し展開、検討。

倫理的配慮：研究の趣旨と知り得た情報は研究以外で使用しないことを説明し、アンケートの回収をもって同意とした。倫理委員会の承認を得た。

3. 結果および考察

家族の病的悲嘆のリスク評価アンケートと家族ケアチャートを使用し、一事例に対し展開した。

家族のリスク評価は、高山らの遺族のリスク評価法を生前評価が可能なものに改訂し使用した。72点評価で43点以上ハイリスクのところ14点であった。主介護者の精神面の評価（CES-D）は0～60点評価で16点以上を鬱と判定のところ15点であった。家族の病的悲嘆はハイリスクではなかったため、CCIは実施しなかった。家族は病的悲嘆のリスクは低かったが、精神疲労は強いという結果であった。家族ケアチャートを活用し、終末期に行うべき家族へのケアを実施することができた。しかし、看取り期の家族に対しアンケートを依頼することは難しく、今後、評価方法の検討が必要である。

終末期がん患者におけるキーパーソンへの支援

～職場上司への関わりを通して～

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門

○河合 ^{かわい}千秋 ^{ちあき} 次藤 美穂 菊地 里子

<はじめに>

近年、核家族が増え家族体系も多様化してきている。今回、終末期がん患者が家族と疎遠であるため、キーパーソンが職場上司に変更となり、看取りまでの精神的支援や家族との調整を行ったケースの看護について振り返る。

<事例紹介>

A氏 60歳代 独居の男性 肺扁平上皮癌

積極的な治療や延命治療を望まず、その結果、対症療法および緩和医療を選択した。

家族背景：兄弟はいるが疎遠であり、入院中の身の回りの世話は職場上司のB氏が行っていた。

<経過と看護の実際>

入院時、A氏は連絡すべき家族はいないと話したため、第一連絡先はB氏となった。数日後、疎遠の兄弟がいることが分かり、兄弟にも病状を伝えるべきだと、医療者とA氏、B氏で相談し姉に連絡をとった。連絡後、姉が来院し第一連絡先はB氏から姉に変更となった。

その後、A氏が身辺整理のため外出を希望したが、姉への連絡はつかなかった。そこで、B氏に外出の協力ができないか相談すると快く了承をされたが、何かあった場合の責任が取れないと感じていた。それでも、A氏の希望を叶えるために、B氏は移乗の練習なども積極的に行ってくれた。

毎日面会に来ていたB氏は、自分の家族を看取った経験もあり、A氏の病状の変化を気丈に受け入れていた。しかし、A氏の予後が日単位となっても、姉の電話が一向に繋がらないことに対しては心配していた。そこで、B氏と医療者間でA氏の状態を含めた関わり方などを話し合った。A氏の意味疎通がはかれる間に、症状緩和目的の鎮静について説明し、意思決定をしたことで、B氏はA氏が自ら選んだ治療方針に寄り添いながら看取ることが出来た。

<考察>

今回のケースで、患者のキーパーソンは必ずしも家族とは限らないことを改めて学んだ。そして、A氏にとって一番身近な存在であり、よき理解者、協力者であるB氏に、負担が掛かりすぎないように支援した。今後も家族に限らず、患者にとってのキーパーソンを医療チームで支援していくことが必要であると考えた。

終末期における患者・家族の意思決定支援における看護

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門

○河原 里美^{かわはら きとみ} 川村 沙織 田中 久美 小泉 知子

【はじめに】

終末期にある患者は病状が日々変化し、医療依存度も高いため、在宅療養をするためには、十分な介護力が必要である。今回、患者・家族が自宅退院を希望したため、目標を確認し関わっていった中でタイミングよく意思決定ができるよう関わった看護を振り返る。

【事例紹介】

A 氏、60 代男性。診断名：胃癌

既往歴：糖尿病のためインシュリン自己注射、糖尿病壊死のため右下肢切断し義足装着、左足趾にも壊死あり。

食欲不振にて入院されたが精査の結果、胃癌による出血傾向・狭窄がみられ経口摂取が困難となった。予後は月単位であり在宅療養を目指し、CV ポート造設し在宅 IVH での退院を目標とした。

妻・次女の 3 人暮らし。近所に長女も住んでおり協力を得ることは可能。

【倫理的配慮】

患者が他界したため家族に対し個人情報の保護と本研究以外に使用しない事を口頭にて説明し了承を得た。

【看護実践】

医師より診断名・予後、今後の過ごし方に関して面談あり。面談後、本人が在宅療養を希望。家族は A 氏の医療依存度が高いことや介護力などに不安があった。家族の不安要素を確認し、IVH 管理・医療用麻薬・疼痛管理・在宅調整・日常生活訓練などを踏まえ主科医師・訪問看護・緩和チーム・リハビリ・栄養士との連携を図った。

退院前に A 氏、家族、関係職種にてカンファレンスを実施しチームで関わることで方向性を確認し、在宅サービスを調整し退院の運びとなった。

その結果、A 氏・家族ともに在宅療養の具体的なイメージもつき、退院後も見慣れたスタッフが訪問に行くことにより安心感をもって退院された。

【考察】

予後が短いと予測され医療行為・病状などにより医療依存度の高い患者を在宅療養に導くためには、限られた期間の中で本人・家族の思いを汲み取り、安心する環境の調整・チームで連携していくことが看護師の役割として重要であると考えた。

自宅退院をめざす終末期がん患者とその家族への看護

ー妻への関わりに焦点をあててー

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門

○大窪 知恵美 古平 紘 佐久間 亜希子

【はじめに】

今回、治療困難であると告げられた終末期がん患者とその家族に関わり、本人・家族が現状を受け入れ、A氏らしさを尊重した生活を目標とし、達成することができた。ここで実施した看護を振り返り考察していきたい。

【事例紹介】

A氏 50歳代 男性 前立腺がん 多発転移(肝臓、リンパ節) 骨盤内腫瘍
前立腺がんと診断され、抗がん剤治療開始となるが2クール目終了時、間質性肺炎(カリニ肺炎併発疑い)発症し、治療を断念した。
家族構成は、妻と二人暮らし。長男、長女、次女がおり独立しているが、協力は得られる。

【実施と結果】

A氏は抗がん剤治療を断念し、対症療法へ移行していった。それに対し、妻は面談中に涙し、A氏の「死」を身近に感じ不安が増大していった。そのため、妻の面会時には声をかけ関係性を築いていった。既に、A氏には腎ろう、膀胱留置カテーテルが挿入されていた。加えて、対症療法としてイレオストミー造設術が予定されたが、全身状態が不良のためスムーズに行なえず、A氏と妻は焦っていた。私が、妻の面会時に声をかけると、「話を聴いてもらおうと、気持ちの整理ができる」との声が聞かれた。同時に、残された時間をA氏らしく尊重してあげたいという妻の気持ちを引き出すことができた。その頃から、妻とA氏でこれからの生活について、話し合うことができ、自宅に帰るという目標が見えてきた。

その後、イレオストミーが造設され、退院が可能となった。退院前に、試験外泊を行い、往診医や訪問看護師やMSWなど多職種と妻を交えてカンファレンスを行なった。そして、A氏、妻ともに笑顔で退院され、自宅での時間を過ごすことができた。

【考察】

終末期がん患者とその家族の看護は、家族の不安を把握し、ニーズを満たしていくことで家族の安心・安定につながる。さらに、医療依存度が高い状況に対し多職種で調整する事で、それが患者の安心や満足感につながっていくということが分かった。

終末期にある肺がん患者の家族の不安を軽減する退院調整

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門

○増永 ^{ますなが}京子 ^{きょうこ} 古平 紘 佐久間 亜希子

【はじめに】

終末期がん患者の家族は、疾患や予後、看取りの時に対する不安や迷いがあり、病状が悪化する中、自宅で看て行く決断をするには勇気がある。今回、退院調整を行う中で、家族の不安を軽減し自宅で療養できた事例を報告する。

【事例紹介】

A氏、70歳代男性。診断名は肺がん、胸椎浸潤。日常生活動作は自立、軽度の注意障害、健忘がある。妻と二人暮らしであり、娘、息子はそれぞれの家庭がある。

【看護実践と結果】

入院後、A氏は疼痛や呼吸困難感などの症状が強かったが、妻は出来るだけ家で看たいと考えていた。医師と看護師は、A氏の病状と妻の思いを尊重し、今後の方向性は「家族が望む自宅療養を目標に、帰れるタイミングで自宅療養を目指す。」方針とした。退院調整をすすめる中、妻は不安もあったが、具体的に何が困るのかはやってみなくてはわからないと発言があった。そこで退院後、妻が直面すると思われる問題（症状コントロールや急変時の対応）についてのパンフレットを病棟看護師、多職種の見意を取り入れて作成し、妻の不安の軽減に努めた。

しかし、腫瘍が崩壊し気管支瘻となり、肺炎を起こした為予後の見通しが短くなった。妻の動揺は強く、家に帰る自信を失いかけていたが、息子や娘の協力を看護師から依頼し、退院調整会議を行い、往診医を入れ出来るだけ不安のない状態を調整することを約束した。妻や娘が自宅で看取することに不安を感じていたため、状態が変化した時は病院を受診して良い事を伝えた。退院後、同行訪問すると、入院中よりも元気で活気のあるA氏の姿が見られ、2週間ほど自宅療養することができた。

【考察】

パンフレットなどに多職種の視点を取り入れ、それぞれと密な連携をしたこと、また、医師と看護師が始めに方向性を決めて調整を進めていった事が、在宅で患者を看る家族の不安を軽減させることに繋がり、タイミングを逃さずに患者の希望通りに自宅療養を調整できたと考える。

治療困難と告知され不安が強いがん患者に対する支援

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門 訪問看護ふれあい

○酒寄^{さかより} 明美^{あけみ} 伊藤 章子 塚越 美穂

【はじめに】

当ステーションでは、がん患者は全体の 20%を占め、その中でも若い利用者が増えている。今回、突然、治療困難と告知され不安が増強した 50 代の利用者に対して医療者間で連携しチームで精神的支援を行うことができたため報告する。

【事例紹介】

A 氏 50 代 女性 結腸癌（肝転移、肺転移、脳転移） 無職
内縁の夫と二人暮らし 家族は遠方に住んでおり近くに知人はいない

【実践と結果】

A 氏は化学療法中から訪問時に不安の表出ができ、本人の望む日常生活を送っていた。その後、外来で化学療法の効果がなく治療法がないと説明され、訪問看護ステーションに突然来訪し、不安の表出することがしばしばあった。この様子から、今後対応方法について検討が必要と判断し、精神専門看護師からアドバイスを受けた。さらに化学療法科医、緩和医療科医、外来相談看護師、訪問看護スタッフでカンファレンスを実施し、患者の治療歴、その治療経過に沿っての患者の言動について情報共有し、今後の病状変化の予測、対応方法の検討を行った。それによって、A 氏に治療ができなくなることで病状が悪化してしまう不安、好きなことが出来なくなるかもしれないという不安、妻としての役割が果たせないという葛藤が生じているということが明確になった。カンファレンス後、多職種スタッフで A 氏の不安に対応し、その内容の情報共有を継続した結果、不安の電話相談は 1 回のみで、週 1 回の訪問看護により在宅療養が継続できた。

【考察】

A 氏は、壮年期でがんの治療を継続している状態であり、夫以外の相談相手がおらず、訪問看護や病院の医療者がその役割を担う必要があったと考える。A 氏のさまざまな不安に対し、関わる医療者がカンファレンスを行い情報共有することで、不安を分析し対応方法を明確にし統一することで、本人が安心して相談することができ在宅療養を継続することにつながったと考える。

予期悲嘆と希死念慮のある在宅がん患者への関わり
—地域における在宅緩和ケアカンファレンスを活用して—

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門 訪問看護ふれあい

○塚越^{つかごし} 美穂^{みほ} 中辻 香邦子 伊藤 章子

【はじめに】

今回、長年の闘病生活の中で抗がん治療を繰り返し、その後緩和ケアを希望した在宅療養患者を担当した。体調や症状の変化に伴い精神的な動揺や不安が増強し「自分の命は自分で決着つけたい」と自殺願望を訴えた患者に対し、どのような関わりが有効であったかを振り返り、ここに報告する。

【事例紹介】

Aさん 60歳代、女性。卵巣癌術後再発、腹膜播種、直腸浸潤、肝転移。

術後補助化学療法を行い、再発後も化学療法を継続していた。しかし病状進行と共に治療継続が困難となり、緩和ケアを希望。同時に訪問看護が介入開始となった。

【看護実践と結果】

Aさんは症状の出現とともに精神的な落ち込みが見られ悲嘆に伴う訴えも多く聞かれるようになった。さらに症状が悪化したことを契機に、流涙しながら自殺企図に対する思いを訴えた。担当の訪問看護師は症状増悪に伴いA氏が死を身近に感じるようになったことで自殺企図のリスクが高まっていると考え、主治医（緩和医療科医師）や緩和ケア専任看護師へ相談し、ナースカンファレンスにて問題提起した。また、今後症状が改善されなくなることを予測した場合、看護師の介入だけでは解決することが困難ではないかと判断した。そこで、Aさんに携わっている地域の医療関係者等と在宅緩和ケアカンファレンスを行い、情報共有し、今後の関わり方について検討した。

カンファレンスを通して、患者が持つ希死念慮を引き起こした要因が同じ病気を持つ闘病仲間の死や患者が最期まで看取った弟の苦痛の強さではないか、と認識することができた。

現在も傾聴と共感を基本姿勢として関わり、アセスメントを通じて疑問に思うことはカンファレンス等にて話し合い情報交換を密に行いながら、多職種チームでA氏の支援を継続している。

【考察】

予期悲嘆や希死念慮のある患者を支えるにあたり、患者の悲嘆を和らげることに有効な関わりとして、傾聴・共感など支持的精神療法を継続しながら現実的なケアの保証を与えていくことが有効であると考え。また、在宅緩和ケアカンファレンスを通して専門性の違いを生かした多職種での連携を図りながら、その中で看護師としての役割を見出し発揮していくことが有意義であると考え。

その人らしい生活を支える訪問看護
～本人の希望に添う看護を目指して～

医療法人社団いばらき会訪問看護ステーションこづる¹⁾

医療法人社団いばらき会いばらき診療所こづる²⁾

○粕田 寛子¹⁾ 渡辺 きよ子¹⁾ 大森 由美子¹⁾ 藤枝 奈央¹⁾ 渡邊 恵美¹⁾

尾田 奈緒美¹⁾ 加茂川 ひとみ¹⁾ 楠木 喜代子¹⁾ 石崎 千鶴¹⁾ 磯邊 敬子¹⁾

大須賀 幸子²⁾ 大須賀 等²⁾

目的

癌末期患者にとって自宅で過ごす限られた時間の意味は大変大きい。在宅生活の中で『本人の望む生活を支える看護とは何か』を考え、その実現に向けた看護を振り返る。

事例の概要

50才女性 腭頭部癌末期

TPHとPCA(塩酸モルヒネ)を装着し退院、退院時はPCAのflush回数が1日10数回

退院後モルヒネの増量(最大330mg/day) フェンタニルパッチも併用(最大24mg/day)

鎮痛補助としてNSAIDs、NMDA拮抗剤、塩酸リドカイン持続注射、ステロイドを併用

最終的に肝不全を併発し家族に看取られ永眠。経過中は外出、趣味のパン焼き、家族だけの緊密な時間を持てた。本人の希望は、いつもの母親として「私らしく笑っていたい」「自分のことは自分でしたい」「病人らしくいたくない」「外出したい」「お風呂やトイレは恥ずかしいので一人で入りたい」であった。

結果及び考察

病状が不安定の為、訪問は朝夕2回体制で行い、突出痛は十分効果がある量のopioidなどで不安軽減を図った。外出時、携帯に適したポンプ類の選択、管類の整理を行い不安の解消に努めた。また、友人のお見舞やお茶会で人目を気にしなくて良いよう点滴を常にバックに入れ、意識視野から遠ざけた。羞恥心に配慮した清潔ケア、自立心を尊重した日常行動の見守りを行った。

患者の「私らしく」や「在宅生活への希望」を共有し、実現して行くその過程にこそ、その人らしさを大切にする看護があると考えられる。患者の思いを受け止め、心に寄り添う事が必要で、望みを把握し実現できるかを共に考え、前向きに検討していく看護の姿勢が重要と感じた。

癌末期であっても身体症状の緩和は重要であり、状況に応じた迅速かつ十分な疼痛コントロールなくしては本人の望む生活は送れない。そのためにも医師やケアスタッフなど異職種との密な連携や情報共有は不可欠である。早い段階から病状変化の予測と、計画の速やかな立案が必要ではないかと考える。癌末期患者にとって何かを成し遂げることのできる期間は短く、本人や家族の後悔の念も多い。積極的な訪問看護、在宅医療を利用し、早い段階で在宅生活を選択することで、より豊かなその人らしい生活を送る事を実現できると考える。

終末期がん患者の在宅療養と看取り
 ～在宅看取りが可能となる要因の分析～

JA とりで総合医療センター 訪問看護ステーションとりで

○横田 由加里 脇田 智美 横井 由美子 竹之内 光江 宮下 美香
 原田 みさ子 菅沼 和恵 草間 由香理

<目的>

多くの人が在宅療養を希望するが、在宅看取りとなる数は少ない。A 訪問看護ステーションにおける利用者と家族の特徴や傾向から、在宅看取りが可能となる要因を分析する。

<研究方法>

期間：2011年1月～12月

対象：癌で死亡した症例

方法：看護記録より利用者と家族の特性と在宅看取りの有無を比較

倫理的配慮：患者が特定されないように配慮した

<結果>

1. 利用者と介護者の特徴

- ①一年間の死亡数 53 名、男性 36 名、女性 17 名
- ②利用者の年齢：40 代 2 名、50 代 4 名、60 代 21 名、70 代 14 名、80 代 10 名、90 代 2 名
- ③主介護者の年齢：30 代 3 名、40 代 10 名、50 代 7 名、60 代 18 名、70 代 13 名、80 代 1 名
- ④看取り場所：在宅 29 名、病院 24 名
- ⑤介護者の特徴：単独介護は 34 名、複数介護 18 名、独居 1 名
- ⑥在宅看取り：単独介護 17 名、複数介護 12 名
- ⑦病院看取り：単独介護 17 名、複数介護 6 名

2. 在宅で看取れなかった理由

- ①状態悪化 24 例、急変や出血 6 例、疼痛・呼吸状態の増悪 8 例、独居や介護者疲労 5 例
- ②看取り場所を在宅から病院へ変更：単独介護で 8 例、複数介護で 2 例

3. 主治医別在宅看取り数

主治医	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
在宅看取り数	4	1	1	1	0	5	3	2	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0

<考察>

在宅看取りが可能となる大きな要因は、主治医に在宅看取りの方針があり、介護者が複数であったことがあげられる。逆に、困難な要因は、主治医が在宅看取りを行っていないこと、単独介護や介護負担の増強及び状態悪化による入院などが結果から読み取れた。在宅看取りを実現する為に、訪問看護師は不安が増強しやすい単独介護者や仕事、子育て等から介護に専念できないケースに対し、他職種と連携し療養環境の調整を行なっていく必要がある。そして、身体的変化に対しては、臨死期の経過をイメージできる様に家族に繰り返し説明し、利用者や家族が希望する場所で最期を看取れるように医師と共に支援して行くことが重要である。

在宅緩和ケアカンファレンスの取り組み

-効果的な地域連携を目指して-

(公財) 筑波メディカルセンター 看護部門 訪問看護ふれあい¹⁾
診療部門 在宅診療科²⁾ 緩和医療科³⁾ 医療法人つくば在宅クリニック⁴⁾

○伊藤 章子¹⁾ 志真 泰夫²⁾ 久永 貴之³⁾ 渡辺 拓自⁴⁾

【はじめに】

在宅ケア事業では、地域の訪問診療を受け持つ医師（以下、在宅医とする）と連携し、がんの終末期（End-of-Life）の利用者の在宅緩和ケアを提供し自宅で看取りを行っている。在宅緩和ケアを希望する利用者は年々増加しており利用者がその人らしく自宅で最後まで過ごすために地域における連携が必要とされている。当事業所では在宅緩和カンファレンス（以下、カンファレンスとする）を2010年度から定期的開催している。その取り組みの現状と課題について報告する。

【カンファレンスの目的】

カンファレンスは、地域の在宅医と訪問看護師が在宅緩和ケアを提供しているがんの終末期の利用者について、当院の緩和医療科医師、在宅ケア事業の関連事業所が参加して、月1～2回定期的に行っている。在宅緩和ケアでの疼痛をはじめとした症状マネジメント、予後予測、在宅でのコミュニケーションスキルと精神的サポート、生活援助の調整などが適切に行えること、またカンファレンスと事例を通して多職種チームとして経験を積むことを目的としている。

【結果】

2010年9月～2012年3月までの28か月間でがんの終末期における利用者35名について在宅医、緩和医療科医師、訪問看護師、病院看護師、緩和ケア専従・専任看護師、保険薬局薬剤師、ケアマネージャー、訪問ヘルパー、介護福祉施設職員等延べ875名（25名/回）が参加してカンファレンスを開催した。その内28名（80%）が自宅での看取りとなった。

【考察】

カンファレンスにて緩和ケア専門家からの知識・技術の提供や多職種での情報交換を行うことで、それぞれの職種の役割を認識できた。その結果、多職種チームとして連携が円滑となり、チームアプローチを実践することで、がんの終末期の利用者で自宅看取り率が高くなった結果に影響をもたらしたと考える。カンファレンス開催による訪問看護師のケアの質の向上や利用者やその家族による質の評価、訪問看護師のケアに対する困難感等に対する評価はできていない。今後カンファレンス実施後の経過について詳細な分析を行う必要がある。