

蒙し、がん終末期ケアの充実を図りたい。

14. かんわ支援チームにおけるリハビリテーションスタッフの役割

春山 滋里,^{1,2} 町田友里恵,^{1,2} 安原 寛和^{1,2}
水野 剛,^{1,2} 北爪ひかり,¹ 春山 幸子¹
小保方 馨,¹ 佐藤 浩二,¹ 大竹 弘哲²
(1 前橋赤十字病院 かんわ支援チーム)
(2 同 リハビリテーション科)

【はじめに】 当院かんわ支援チーム (以下 PCT) は、他職種で構成されたチームで、2011 年よりリハビリテーション (以下リハビリ) スタッフもメンバーとして参加している。PCT への新規依頼患者は、訪問前に他職種でカンファレンスを実施している。【対象と方法】 2013 年 1 月から 12 月の間、PCT 依頼患者 194 例の内、リハビリを実施した 83 例を対象に、リハビリの介入状況を後ろ向きに調査した。個人が特定されない様に倫理的に配慮した。【結果】 83 例の内訳は、男/女=50/33 例、年齢中央値は 70 歳 (32 歳~93 歳)、原疾患は消化器がん 50 例、呼吸器がん 10 例、泌尿器がん 7 例、婦人科がん 6 例、その他 10 例であった。PCT 依頼前リハが開始された症例は 27 例 (33%)、PCT 依頼後にリハ開始された症例は 50 例 (60%)、同時に開始された症例は 6 例 (7%) であった。リハ開始の契機は、PCT 推奨が 24 例 (29%)、患者希望が 28 例 (34%)、主治医方針が 31 例 (37%)、であった。リハ開始目的は、機能回復的リハが 28 例 (34%)、機能維持的リハが 34 例 (41%)、緩和的リハが 21 例 (25%) であった。PCT 依頼後、リハ開始された 50 例に限ってみると、PCT 依頼からリハ開始までの期間の中央値は 5.5 日であった。リハ開始まで 7 日以上要した症例は 24 例 (47%) であった。期間を要した理由としては、原疾患の治療を優先した症例が 16 例 (67%)、全身状態の悪化が 3 例 (12%)、治療目標の変更が 5 例 (21%) であった。【考察】 PCT で行う他職種カンファレンスにリハビリスタッフに参加することで、リハビリの目的が明確となった。このため、PCT 依頼時にリハビリ開始されていない症例に対して、PCT からリハビリ介入の意義を明確に推奨することができた。PCT 依頼からリハビリ開始までの期間を要した症例が少なからず見られ、リハビリの早期開始のための啓蒙活動などが必要と考えられた。

15. 情緒的サポート・システムがクライアントに及ぼす影響について ～がん相談事例を分析して～

佐野間寛幸, 松本真唯子, 友松瑠実子
佐藤 幸子, 内藤 浩
(社会保険群馬中央総合病院
緩和ケア委員会)

【目的】 がん患者は、社会的疎外感、孤立感、落胆、不安などの感情を抱きやすいと言われている。そのため私たちは、情緒的サポートの有無や質が、がん患者 (家族) の生活に大きな影響を及ぼすと考えている。本研究では、がん相談事例から情緒的サポートがクライアントに与える影響について考察する。【方法】 ① 2012 年 4 月 1 日から 5 月 31 日までに受理したがん相談事例を抽出する。② クライアントの問題を包括的に把握する PIE システムで事例を評価する。③ 情緒的サポート・システムに問題ありの事例を A 群、問題なしの事例を B 群に分類し、比較考察する。【結果】 ① 16 事例を抽出した。② クライアントは、患者本人が 3 名、配偶者が 6 名、子が 7 名であった。社会生活機能の問題は、入院患者の役割が 2 件、親の役割が 1 件、配偶者の役割が 7 件、子の役割が 7 件、有給労働者の役割が 1 件、家事労働者の役割が 1 件であった。環境の問題は、情緒的サポートが 6 件、経済的資源が 3 件、保健・精神保健が 3 件、ソーシャルサービスが 12 件であった。③ A 群は 10 事例、B 群は 6 事例であった。【考察】 A 群は社会生活機能と環境のいずれも多問題の傾向にあり、B 群は問題が複雑化しない傾向にあった。つまり、情緒的サポート・システムの問題が、社会生活機能や環境に影響を及ぼし、クライアントの問題が複雑化することが示唆された。ただし、がん相談以外の事例との比較は行っておらず、このことが、がん患者・家族に特有のものであるとは断定できない。【結論】 クライアントの情緒的サポート・システムに問題がある場合は、その社会生活機能と環境に影響を及ぼし、クライアントの抱える問題が複雑化する可能性が高い。

16. 仙骨骨肉腫による体性痛および神経障害性疼痛にオキシコドンが有効であった 1 例

大島 宗平,¹ 大林 恭子,¹ 永野 大輔¹
坂下 真大,² 飯塚 恵子,¹ 関本 研一³
柳川 天志,⁴ 齋藤 繁,³ 高岸 憲二⁴
荒木 拓也,^{1,5} 山本康次郎^{1,5}
(1 群馬大医・附属病院・薬剤部)
(2 群馬大院・医・医学教育センター)
(3 同 麻酔神経科学)
(4 同 整形外科)
(5 同 臨床薬理学)

オキシコドン製剤は日本ではがん性疼痛のみに適応があるが、欧米においては末梢神経因性疼痛にも適応がある。今回我々は、仙骨骨肉腫による体性痛および神経障害性疼痛に対して、オキシコドン製剤が有効な症例を経験した。患者は 55 歳の女性で、仙骨腫瘍疑いで当院に入院し、術後診断により仙骨骨肉腫と診断され、HighDose-HighDose-Methotrexate (HD-MTX) 療法を開始した。入

院時、体性痛および神経障害性疼痛に対してオキシコドン製剤の屯用とロキソプロフェン、アセトアミノフェンとプレガバリンを服用していたが、コントロール不良であった。HD-MTX 投与のため、NSAIDs や鎮痛補助薬の使用は避け、オピオイドのみで疼痛コントロールをすすめる方針で、フェンタニル 2mg/日の持続注射に変更になった。フェンタニル持続注射を 3mg/日まで増量したところ、疼痛は NRS で 6/10 まで落ち着いたが、神経障害性疼痛は変わらないと患者からの訴えがあった。そこで、オキシコドン 150mg/日の持続注射に変更になり、神経障害性疼痛も改善した。HD-MTX 治療を 3 コース行い、その後、重粒子線治療を受けるようになった。医師より重粒子線治療を開始するまでに、退院または外泊の提案がされ、オキシコドン 150mg/日持続注射から内服 200mg 分 2 へのローテーションを試み、支障なく変更できた。しかし、オキシコドン徐放製剤を内服して 6 時間前後で疼痛が出現し、レスキュー内服回数も増えたため、240mg 分 2 に増量して現在に至っている。がん性疼痛の約 30% に認められる神経障害性疼痛にはオピオイドは効果が弱い。また、フェンタニルは選択的 μ レセプター作動薬であるため、神経障害性疼痛に効きにくいといわれている。一方、オキシコドンが有効であるという報告が散見されている。これらのことから、NSAIDs や鎮痛補助薬の使用を避けた本症例の体性疼痛と神経障害性疼痛のコントロールにはオキシコドンが適切であったと考えられる。

17. 入退院を繰り返した患者にとっての緩和ケア病棟の意義を考える

高橋 さつき, 塚越 美和, 神宮 彩子
平山 功

(済生会前橋病院 緩和ケア病棟)

【はじめに】 私たちは、診断・告知直後に積極的な治療をすべて希望せず、亡くなるまでの 1 年 4 か月間、緩和ケア病棟への入退院を繰り返した事例を経験した。患者にとっての緩和ケア病棟の意義を振り返ることにより、緩和ケア病棟の存在意義について示唆を得たので報告する。【患者紹介】 A 氏 60 歳代 男性 すい臓がん がん性腹膜炎 200X 年〇月 発熱、腹痛にて緊急入院。精査にてすい臓がん、がん性腹膜炎と確定診断を受け、病名とともに予後 3 ヶ月程度と告知を受けた。一切の加療を希望せず、緩和ケア病棟での生活を希望され、転科転棟となった。初回入院では、約 5 ヶ月間緩和ケア病棟での生活を送り、退院し、その後 5 回の入退院は本人の希望であった。200X 年+1 年 4 月、緩和ケア病棟にて永眠された。【経過及び考察】 短い予後を告知されていた A 氏は、初回入院時に身辺整理を終えていたが、その後身体症状は落ち着き、療養期間が長期化した。その中で緩

和ケア病棟での生活に意味を失い、自宅で生活することに意味を見だし、一時退院した。しかしこれまでと変わらない生活を送る家庭や社会は、死と対峙しながら生活を送る A 氏にとって苦悩や孤独を感じさせる場もなった。これらを抱えた A 氏にとっての緩和ケア病棟は、身体症状のコントロールを行う場であると共に、苦悩や孤独感をスタッフへ語ることで、気持ちを整える場として存在していたと考える。一般的に緩和ケア病棟は、「看取りの場」や「症状コントロールを行う場」として捉えられていることが多い。しかし患者が長期に渡り療養する中で、緩和ケア病棟の存在意義もその時々で変化することが明らかになった。私たち緩和ケア病棟スタッフは、患者の中で生じる緩和ケア病棟の存在意義の変化にも柔軟に対応していくことが重要であると考えます。

〈セッション 4〉

シンポジウム

テーマ：切れ目のない緩和医療、つなげよう在宅の輪
座長：後藤與四之（後藤クリニック院長）

飯塚 恵子（群馬県病院薬剤師会 前副会長）

18. 切れ目のない緩和医療

萬田 緑平（緩和ケア診療所・いっぼ）

がん対策推進基本計画に“全ての患者が緩和ケアを受けられるように”という目標がある。そのためには、まず医療スタッフが緩和ケアを十分理解し、地域に緩和ケアを啓蒙し、その結果全ての患者さんが緩和ケアを希望する療養場所で受けられるようにする。そしてその過程で“切れ目のない質の高い緩和ケアを提供する”。もちろん在宅ケアを受けられるように。“切れ目のない緩和医療”は、そこから出た言葉です。このシンポジウムでは、“在宅ケアへのスムーズな道”をどう作るか、という話題になるはずですが、もちろん現実にどんな多職種連携があるのかを知ってもらいたい。でもそれだけでは、肝心の患者家族がその道に流れて行かない。流れていけない。いや、流れてくれない人が流れていく人の 10 倍はいるのだ。道が引かれれば、スムーズにスタッフが動けば切れ目なく移行するか。退院前カンファレンスで多職種が関わって患者家族に安心を提供する。私はそれだけでは無理だと思う。もちろん道路や施設を作らなければそこへ行けないが、道路や施設だけ作っても“そこに行きたい”と思わねば誰も利用しないのではないだろうか。どうして、自宅に帰ろうとしないのか。看護師が「最後の時間を病院で過ごさせるのはもったいない」と考え、いくら自宅への退院を勧めても、指導しても、準備しても、帰ろうと