

希望することが多い。しかし、がん終末期においては身体症状の増強や ADL 低下などから自宅療養や一時的な帰宅においても家族の協力が困難な場合がある。A 氏においても自宅療養を希望していたが、家族は介護力不足から困難という考えを持っていた。2 週間という期間を提示し退院支援を行うことで自宅療養できた事例を報告する。【患者紹介】 A 氏 60 歳代女性。夫と 2 人暮らし。出産後里帰りの長女と孫も同居。長女が主介護者であった。20XX-3 年他院で子宮癌と診断。20XX 年 1 月多量に不正出血あり B 病院に相談・受診。膀胱・直腸への浸潤、リンパ節腫大あり、入院はせず自宅療養をしていた。同年 6 月 B 病院 PCU へ入院。その後入退院を繰り返す、同年 9 月に不正出血・呼吸困難・ADL 低下のため 3 回目の入院。【経過】 入院 3 日目、本人より「自宅に帰りたい」と訴えあり。看護師が夫や長女に自宅療養に対する思いを聴くと、長女は育児、夫は仕事があるため介護力不足から困難との思いがあった。本人より毎日のように「家に帰りたい」と訴えがあり、長女は育児も大事だが母も大事という思いがあり悩んでいた。そこで、看護カンファレンスで検討した結果、長女が前向きに考えられるように自宅療養の期間の提案をし、何に困っているか、どうすればよいのかを家族と共に考え、その案をもとにケアマネージャーにケアプランを立ててもらった。その結果、家族の介護力不足の不安を軽減でき、予定通り 2 週間の自宅療養ができた。本人から「2 週間はあったという間だった」長女から「今回退院できると思っていたので家に連れて行けてよかった」と言葉があった。【考察】 「家に帰りたい」思いがある患者と介護力不足を感じている家族を支援するためには、1. 患者・家族の思いを傾聴し調整、2. 期間限定の退院を提案、3. 地域の医療・介護スタッフとの連携が重要と考える。

6. 「子供の顔を見て死にたい」～S 氏とのかかわりを通して～

北見奈菜子¹、小池 由美¹、風間 俊文²
茂木真由美³

- (1 群馬県立がんセンター MSW)
- (2 同 緩和ケア科)
- (3 同 緩和ケア病棟)

【はじめに】 息子が海外で暮らしている患者を担当することとなった。終末期を迎えるにあたり、どこで最期を迎えるのか、患者の希望を支援していくことを目標に、多職種、NPO 法人との連携を図ったので、報告する。【症例】 S 氏 70 代 男性 進行食道癌 海外で家族(妻・息子 2 人)と暮らしている際に食事の際につかえ感を感じ医療機関を受診。精査の結果食道癌の診断となり、日本での治療をすすめられ S 氏と妻だけで日本へ帰国し、当院受診。食道狭窄あり、経口摂取困難のため、CV ポート造設し在宅 TPN を行いながら化学療法を 5 コース実施したが、肺転移 PD。この頃より吐血・痛みが始まっていた。【経過】 化学療

法 5 コース目以降、本人より「もう長くない。子供たちがいるフィリピンへ帰りたい。そこで息子の顔を見て最期を迎えたい。」との希望があった。日本に来て数ヶ月経っていたため、息子さんとはしばらく会えていなかった。主治医と相談、TPN でフィリピンへの帰国は困難だろうとの判断により、開腹胃ろうの造設を予定、入院となった。しかし、入院後吐血・発熱のため全身状態悪化あり。手術は困難となり、本人・妻へ説明。帰国は断念、最期は日本で迎えざるを得なくなった。しかし経済的に厳しく、お墓がないことから、最期の対応を NPO 法人へ依頼。火葬し、お骨になって妻と一緒にフィリピンへ帰ることとした。病状の大きな悪化なく 1 度退院。その後、本人から「数時間でも点滴から離れられたら飛行機に乗れると思った。フィリピンへ数日なら帰れるのではないか。」との希望あり。航空会社へ相談すると、医療機器・点滴を持参に関して、医師の診断書のもと、事前申請し、許可得られれば点滴を施行しながら搭乗は可能とのことであった。本人へ伝えたとこ、考えたいとのことであった。【まとめ】 現在も S 氏は日本で過ごしていて、帰国に関しては悩んでいる。S 氏の支援を行うにあたり、患者自身の S 氏との話し合いの時間も多く設けたケースであった。今後も終末期患者の希望をできる限り支援するために、どんなことができるのか、患者や家族の価値観・考えを理解しながら支援していきたい。

〈セッション 2〉

口 演

1. 見逃されていた心の痛み～身体と心の疼痛評価シートを全がん告知患者に使用して気付いたこと～

浅見 綾子¹、横山 沙也¹
ホブキンス由貴子¹、成田 美和¹
安齋 玲子²、阿部 君代¹、中村 敏之^{1,2}

- (1 館林厚生病院 東 5 階病棟)
- (2 同 緩和ケアチーム)

【はじめに】 当病棟では平成 21 年より緩和医療学会 OPTIM の生活のしやすさに関する質問表、痛みの評価シートを一部改編したもの(以下身体と心の疼痛評価シート)をオピオイド使用患者のみを対象にしてスクリーニングを行ってきた。患者の中には「がん」=「死」と結びつける人も少なくなく、告知後の精神的ケアが重要な課題になっている。心の痛み、スピリチュアルな痛みをくみ取り対応する必要性を感じた。今回がんと診断され、告知を受けている入院患者全員に、身体と心の疼痛評価シートを用いた結果を報告する。【方法】 平成 28 年 7 月 1 日～12 月 31 日までに当院泌尿器科に入院となった、告知を受けているがん患者(オピオイド導入患者は除く)に対して、身体と心の疼痛評価シートを用いた。【結果】 対象患者

75 名のうち 55 名の患者から聴取した。この入院前 1 週間に気持ちの辛さがあったと答えた患者 21 名、身体の疼痛があると答えた患者 12 名。【考察】今回、55 名の患者のうち、43 名 (78%) は身体的な疼痛がなかった。一方で、21 名 (38%) の者から心の疼痛の訴えがあった。この 21 名のうち 15 名 (71%) は手術目的の患者であった。このことから、身体の疼痛は無くても、心の疼痛が生じているということを示唆させた。心の疼痛の内容としては、予後に対する不安が 13 名 (62%) と一番多かった。今まではオピオイドの患者にのみ身体と心の疼痛評価シートを使用していたが、告知された患者全員にシートを用いて評価していく必要があると言える。また、今回対象患者全員には聴取できなかった。認知症などの要因もあるが、スタッフにシートの使用が定着していないためとも考えられた。今後はスタッフへの定着を図ると共に、オピオイド使用患者以外の患者にも使用しやすいシートへの改良が必要と考える。

2. 緩和ケアに携わる医師・看護師が緩和ケアチームに求める期待 ～緩和ケアに携わる当院の医師・看護師緩和ケアチームに関する意識調査より～

国立病院機構高崎総合医療センター

緩和ケアチーム

【はじめに】 当院の緩和ケアチームが発足してから約 10 年が経過している。入院患者が緩和ケアチームへ依頼された件数は年間 180～200 名であったが、2015 年は 143 件とやや減少傾向にあることが明らかとなった。緩和ケアチームが、患者や家族に適切な時期に緩和ケアを提供でき、多職種との連携を図るために、医師や看護師に対し緩和ケアチームの認知度やチームへの期待などに関する意識調査を行った。この調査について、中間報告する。【目的】 緩和ケアチームの認知度やチームへの期待などに関する意識調査をすることにより、緩和ケアチームの機能・役割を果たすための問題点が明確にできる。【方法】 1. 緩和ケアに携わる当院看護師 (リンクナースがいる病棟: 174 名) へ質問用紙でのアンケート調査。2. 研究期間: 平成 28 年 12 月 1 日～平成 29 年 1 月 31 日。【結果】 147 名から回収し、回収率は 84.4%。緩和ケアチームの活動を知らない人は、0 人。緩和ケアチームへの依頼方法を知らない人は、20 人 (13.6%)。実際に介入依頼をしたことがない人は、65 人 (44.2%)。理由として、「主治医に相談してからだと思っていた」、「どんな内容を相談していいかわからない」。緩和ケアチームに相談しにくい人は、32 人 (21.8%)。理由として、「看護師から直接相談していいかわからない」、「自分の業務が忙しくタイムリーに相談できない」。緩和ケアチームに望む支援としては、「痛みコントロール」と「心のケア」が最も多く、次に「家族ケア」、「痛み以外の症状コントロール」であった。【考察】 緩和ケアチームの活動内容や依頼方法については十分に理解されていた。だが実際には、病棟看護師が緩和ケアチームに対しタイム

リーに相談できない現状があった。今後は主治医と病棟看護師とより円滑な連携を図るために、病棟看護師が緩和ケアチームに相談しやすい環境を整え、ラウンド時間や方法についても検討していく。

3. 地域における緩和ケア病棟の意義 ～ソーシャルワーカーの視点から～

落合 翼¹, 山田 尚子¹, 山浦美和子¹

高橋 真也¹, 茂木 駿¹, 尾方 仁²

(1 国立病院機構渋川医療センター)

(2 同 医療福祉相談室)

【はじめに】 昨今は、家族関係や地域の繋がりの希薄化、貧困、介護者の高齢化など、福祉的なニーズが多様化してきている。また社会保障制度や、地域の社会資源においても複雑さを極めている。ソーシャルワーカーは、地域包括ケアシステムの一員として、このようなニーズと社会資源とのコーディネート機能を担っている。当院の緩和ケア病棟においてソーシャルワーカーは、緩和ケア病棟からの退院・在宅看取りを見据えた療養の支援、特別療養環境室料の支払いが困難な生活保護の患者さんの支援、療養の援助者がいない患者さんの支援等に携わっている。終末期医療の一翼を担っているこの緩和ケア病棟において、ソーシャルワーク実践の中で見えてきた地域における緩和ケア病棟の意義を考察し、ここに共有したい。【考察】 個々の患者さんによって置かれている環境や希望は異なり、在宅＝最善の療養の場とは限らない。看取りの場の検討においても個別化が重要である。また、患者さん・家族の思いは様々な時期や状況によって絶えず変化する。緩和ケア病棟の有効活用は、患者さん・家族の思いの変化のクッション材料となり、終末期におけるその人らしい過ごし方を地域で支える大きな力となり得ると思われる。緩和ケアを必要とする全ての方が、入院による専門緩和ケアを受ける権利を有し、援助者はその権利を支える必要がある。そのためには、受け入れをする緩和ケア病棟での援助はもちろんであるが、緩和ケア病棟に入院する以前からの援助や連携がとて重要である。

4. 伊勢崎地域の緩和ケアにおける地域連携 (伊勢崎地域緩和ケアネットワーク) のこれまでとこれから

廣野 正法¹, 高橋 博明²

(1 伊勢崎市民病院 緩和ケア内科)

(2 同 地域連携課)

【目的】 近年「看取り難民」なる言葉がメディアを賑わせ、厚生労働省が提言する「地域包括ケア」ではがんに限らず何らかの疾患を抱えた人が自分の住む地域で最期まで過ごせる体制づくりが謳われている。今回は伊勢崎地域の緩和ケアにおける地域連携 (伊勢崎地域緩和ケアネットワーク) のこれまでの足跡を振り返るとともに、今後の課題や展望について述べたい。【方法】 これまで行われてき