

一般演題発表 第1会場 [茨城県メディカルセンター 1階 研修講堂]

座長 山本 昭子 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部 看護師長 がん性疼痛看護認定看護師

No.	発表者の所属医療機関	発表者の部署	発表者	演題名	職種	時刻(目安)
1	(公財)筑波メディカルセンター	訪問看護ふれあい	すぎもとあやこ 杉本 亜矢子	家で自分らしく生活したい —ひとり暮らしのがん終末期患者への関わり—	看護師	9:01-9:08
2	筑波メディカルセンター病院	看護部	ますだ しょうこ 増田 尚子	終末期がん患者が自分らしく日々を過ごせるための関わり	看護師	9:09-9:16
3	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	たにぐちあき 谷口 亜樹	終末期がん患者のケアの実際 ～がん患者とその家族の思いを考える～	看護師	9:17-9:24
4	筑波メディカルセンター病院	看護部	ちば なおみ 千葉 直美	終末期がん患者の在宅での看取りを視野に入れた退院調整	看護師	9:25-9:32
5	茨城西南医療センター病院	看護部	よこはら みつえ 横張 美津恵	終末期患者への意思決定支援	看護師	9:33-9:40
6	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	かわかみ ゆきこ 川上 由希子	終末期患者の一時外出への援助を振り返る	看護師	9:41-9:48

～休憩～

座長 池見 亜也子 筑波大学附属病院 看護部 外来化学療法室看護師長 がん性疼痛看護認定看護師

No.	発表者の所属医療機関	発表者の部署	発表者	演題名	職種	時刻(目安)
7	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	いしはし のぞみ 石橋 希美	30歳代男性の終末期における看護介入の振り返り	看護師	9:57-10:04
8	牛久愛和総合病院	看護部	しもむらまりこ 下村 真理子	終末期におけるがん患者の苦しみの「予防」 退院翌日に再入院した患者の事例から	看護師	10:05-10:12
9	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	おおつか まほ 大塚 真穂	下部胆管癌患者の自宅療養に向けた関わり	看護師	10:13-10:20
10	医療法人社団善仁会 小山記念病院	看護部	いけだ さよこ 池田 沙代子	消化器がん患者への退院支援—在宅中心静脈栄養法を導入し在宅療養を目指した看護—	看護師	10:21-10:28
11	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	むらさわ みゆき 村澤 美幸	予後の告知後危機状態に陥った患者に対する看護	看護師	10:29-10:36
12	筑波メディカルセンター病院	看護部	さえぐさ まさみ 三枝 真美	癌患者がコーピングできるための他部門との連携	看護師	10:37-10:44

～休憩～

座長 吉良 淳子 茨城県立中央病院 看護局 教育支援室長

No.	発表者の所属医療機関	発表者の部署	発表者	演題名	職種	時刻(目安)
13	茨城西南医療センター病院	看護部	うすい あやか 臼井 彩香	終末期癌患者の家族との関わり ～死の受容への援助～	看護師	10:53-11:00
14	茨城県立中央病院	看護局	かくらい まき 加倉井 真紀	終末期患者の「食べたい」思いを叶えた医科歯科連携の実践—地域を含めたチーム医療のありかたに焦点を当てて	看護師	11:01-11:08
15	東京医科大学茨城医療センター	看護部	さきかわまい 笹川 麻衣	看取りのパンフレット導入後の看護ケア内容の変化	看護師	11:09-11:16
16	総合病院土浦協同病院	看護部	ひがしあつこ 東 敦子	デスケースカンファレンスの改善を図って —看護師の問題解決を目指して—	看護師	11:17-11:24
17	古河赤十字病院	看護部	あおき ひろみ 青木 裕美	終末期がん患者に向けた看護の質向上への取り組み	看護師	11:25-11:32

家で自分らしく生活したい
—ひとり暮らしのがん終末期患者への関わり—

- 1)公益財団法人筑波メディカルセンター 在宅ケア事業 訪問看護ふれあい
- 2)公益財団法人筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

○杉本 亜矢子¹⁾ 中辻 香邦子¹⁾ 伊藤 章子¹⁾ 久永 貴之²⁾

【目的】

がん終末期の様々な症状が出現していたが、自立した生活を希望する独居の患者を受け持った。患者の意思決定を支援し、セルフケア能力の向上のためにどのような関わりが有効であるかを振り返ったので、報告する。

【事例の概要】

A氏 60歳代 男性 S状結腸癌術後再発、小腸転移、膀胱浸潤、左右尿管浸潤
小腸転移によりイレウスとなり、小腸バイパス術、横行結腸ストーマ造設術施行。尿管浸潤のため尿閉となり、尿道留置カテーテル挿入となった。家族へは予後半年と伝えられた。自宅は遠方であり、長男と前妻の協力を得てかかりつけ医に近い地域に独居で退院となったため訪問看護が導入となった。

【結果】

A氏は退院当初、尿道留置カテーテルが抜去できないことへの苦痛を感じていた。同時に排尿量減少、管の閉塞、尿路感染など排尿の管理に様々な問題が生じ、連日受診することが本人へ疲労感と不安を与えた。そこで、排尿管理については自宅で使用していたレグバッグから落差のあるウログードに換えた。さらに定期的に訪問看護師によるカテーテルの交換を実施し、適宜抗生物質投与をできるように医師と連携したことで、A氏は生活が楽になったと話し、尿道留置カテーテルによるストレスや不安を解消できた。

また、A氏は倦怠感や食欲不振があり、症状が改善しないことに不安を感じていたが、自立して生活したいと考えていたため、多くの援助は希望しなかった。そこで、患者が不安に思うストーマケアは援助し、できていることは見守りをした。副腎皮質ステロイド薬、経口栄養剤が処方されると倦怠感が改善し食事摂取ができるようになり、ストーマケアも積極的にひとりで実施したり、看護師の助言を取り入れたりするようになった。

退院から数か月が経過し、様々な症状や問題が出現しているが、A氏からは病気に向き合おうとする言葉が聞かれている。日々の目標を支援しながら療養生活を継続することができた。

【考察】

退院後、様々な身体症状が出現し生活に不自由さが生じたが、患者は自宅で生活することを希望した。患者の生活の質を尊重する介入や、症状緩和を行ったことが成功体験となり、不安が軽減しひとりで生活することへの自信につながったといえる。ひとり暮らしの患者にとって、看護師は生活支援の大事なパートナーの役割を担うのではないかと考える。

終末期がん患者が自分らしく日々を過ごせるための関わり

公益財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院 看護部

○増田 尚子^{ますだ しやうこ} 菊地 里子

【はじめに】

看護師は自分自身の価値観だけではなく、患者や家族の生活背景を知り、大切にしている価値観を把握し援助を提供することが求められる。患者の価値観を尊重しつつ、その人にあった症状緩和ができ、最期まで自分らしく日々を過ごせたケースを振り返る。

【事例紹介】

A氏 80歳代 男性 肺癌 職業は医師

化学療法を行いながら入退院を繰り返していたが、腫瘍の増大・胸水貯留が認められ、胸腔ドレーン挿入目的で入院となった。しかし、積極的な治療が困難となり、対症療法の方針となった。家族構成は妻と2人暮らしで、同じ敷地内に長女夫婦が同居している。長女も医師であり医院を継いでいる。

【経過と看護実践】

A氏は終始穏やかで苦痛がないか聞いても、笑顔で「大丈夫です」と答える事が多く、真意が分からず、対応に悩んだ。除々に呼吸困難が強くなり、酸素投与とモルヒネが開始となるが、薬剤のレスキューや増量は望まなかった。A氏の闘病の姿勢は、性格や医師という立場から培ってきたものだと考え、積極的に声をかけて、苦痛を表出しやすいように関わった。同時にA氏にとって必要な関わりについて、長女から今までのA氏の様子や薬剤を拒む理由を確認すると、「薬剤で意識が分からなくなるのが嫌なのだと思います。」と話された。そのため、意識レベルが低下せず、会話ができる程度の薬剤コントロールと、A氏が望む環境を整えた。また、A氏の価値観を尊重した関わりの検討が必要であると考え、多職種でのカンファレンスを行い、A氏が自分らしい日々を過ごせるように、情報を共有し、統一した目標で関わった。

希望していた自宅療養することは叶わなかったが、外泊に行きその後も家族の面会を通して、大切な時間を過ごすことができた。

【考察】

A氏の価値観を尊重し、意識レベルを考慮した上で症状緩和を行い、A氏が望む環境を整えたことで、自分らしく日々を過ごしたいというA氏に寄り添えたのではないかと考える。

終末期がん患者のケアの実際 ～がん患者とその家族の思いを考える～

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

○谷口 亜樹^{たにぐち あき} 原 明日香 長峰 亜莉奈 寺澤 彩香 青山 晶子

【目的】

一般病棟で疼痛コントロールを行っていた終末期がん患者とその家族との関わりを振り返り、個別性に応じるための看護の視点を得る。

【方法】

一般病棟で担当した、本事例の入院中の治療の経過と看護ケアについて看護記録と介入した看護師からの体験談をもとに分析を行った。

【結果】

本事例は、60歳代男性。進行性膀胱癌のため回腸導管造設術を実施。病勢進行が速く術後化学療法導入が困難となる。癌性疼痛も出現し麻薬持続注射が開始となった。徐々にせん妄症状も現れ、言動や人格の変化していく姿を目の当たりにした家族には戸惑いの様子が見られた。家族は在宅療養を強く希望したが、妻より「最後まで自宅で看るつもりでいるが、もしその部屋で亡くなったらその部屋には入れない」との言葉も聞かれた。在宅に向けて症状コントロールを行っていったが、全身状態が安定せず退院が実現できずにいた。せん妄症状はあるものの日によって穏やかにコミュニケーションを図れる時もあり、時折本人から飼い犬を心配する発言が聞かれ、家族も「犬に会わせたい」という希望があった。病棟スタッフや緩和ケア認定看護師、退院調整看護師などが情報を共有し、飼い犬と触れ合うことができるよう検討した。家族にも日程調整や協力を得て、その結果病院敷地内で飼い犬2匹と数十分間触れ合うことができた。その間、本人家族共に「こういう時間を持ってよかった」と安堵する言葉や表情がみられ、関わったスタッフ一同が、本人や家族の望む看護を少しでも提供できたのではないかという充実感を感じた。その後、全身状態がさらに悪化し、退院を実現することはできなかった。

【考察】

本症例では、「患者や家族が望むことは何か」「その希望を実現させられるか」、「どのような形なら実現できるか」を終末期にあるがん患者とその家族とともに一緒に考えていくことが大切であると再認識した症例であった。この成功体験をもとに終末期がん患者のケアの向上に努めていきたい。

終末期がん患者の在宅での看取りを視野に入れた退院調整

公益財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院 看護部

○千葉 直美^{ちば なおみ} 木野 美和子 中島 由美

「はじめに」

終末期にある患者が在宅で療養していくには、多かれ少なかれ何らかの医療管理や介護が必要となる。今回、前立腺癌の胸椎転移により、突然、下肢麻痺に陥った患者を受け持った。患者は突然の病状の悪化により、怒りを抱え、その怒りは妻へ向けられ、患者との生活に不安や恐怖を感じ、退院調整が困難となるなかで、病棟看護師が中心となり在宅療養に移行することができた事例を振り返る。

「事例の概要」

A 氏、60 歳代、男性。前立腺癌であったが、抗癌剤を希望せず、代替療養を受けていた。家族背景として、A 氏の権限が強く A 氏の発言に従って生活していた。また、夫婦間暴力があり、妻は A 氏の存在を恐怖と感じ、在宅療養に対して拒否的な思いがあった。

「実践と結果」

A 氏と関わる中で、A 氏の怒りを受け止めつつ、気持ちの折り合いがつけられるような支援を行った。妻への関わりとしては、妻自身が意思決定できるような支援を行っていった。それらを医療チームで情報共有し、問題点の明確化及び方向性を確認することで、スタッフが同じ意識を持つことができ、より専門性のあるタイムリーな指導や調整につながった。退院前には、地域スタッフと情報共有や今後の見通しについて話し合う場を設け、在宅における医療管理やレスパイト体制を確立した。その結果、在宅での看取りを含めた在宅調整を図ることができ、妻の心理的負担は軽減され、在宅療養へ移行することができた。

「おわりに」

終末期がん患者が在宅療養に移行するためには、患者と家族の思いや負担などに配慮したケアを提供することが必要である。今回の事例を通して、病棟看護師が中心に他職種と連携を図ることで、患者と家族、それを取り巻く環境に対して調整ができ、在宅療養に移行できると考える。

終末期患者への意思決定支援

茨城西南医療センター病院 看護部

よこはり みつえ
○横張 美律恵

【研究目的】

今回抗癌剤治療の効果が望めなくなり、今後の療養場所、積極的治療から緩和的治療へのギアチェンジを医師から告知された患者への対応に、病棟看護師は困惑していた。そこで、認定看護師が介入したことで、患者の希望を見い出す援助へとつなげることができたため、ここに報告する。

【症例の概要】

A氏 70歳代 男性 X年右肺癌にて下葉切除術施行、再発により抗癌剤治療を、入退院を繰り返していた。A氏は「人に迷惑はかけたくない」と言い、苦痛表情を見せながらも身の回りのことは自身で行っていた。

キーパーソン：次男、1～2回/週洗濯物を届けていた。

<入院から介入するまでの経過>

X+3年 抗癌剤治療のため入院したが副作用が強く、効果も認められなくなったため積極的治療を断念。また、腹膜播種により腹水貯留、イレウスの併発によって高カロリー点滴投与、食事開始と絶食を繰り返していた。日常生活自立度はランク C-1

【結果】

精神的苦痛を抱えた患者に対し、認定看護師が介入することでA氏の苦痛の表出を促し、疼痛緩和の方略を支持することができた。さらに A氏は今後の療養場所を決定できず悩んでいたため、A氏の思いに寄り添い希望を見い出せるよう効果的なコミュニケーションをはかることで自宅退院という希望を持つことができた。また A氏の希望を実現するため、キーパーソンである次男に協力を仰ぎ、スタッフと退院支援に必要な準備をすすめた。さらに多職種カンファレンスを行い自宅退院へとつなげることができた。

【考察】

先行文献では「終末期にある患者の療養場所の選択には、患者の意思決定と家族の決定、患者と家族の力動が関係していること、さらに医療者をはじめとするサポートが決定に影響する」と言っており、今回、患者とのコミュニケーションを通し患者の思いを聴き取り、患者や家族の希望に寄り添った援助をすることによって退院支援に繋がったと考えられる。このことから、日々の看護におけるコミュニケーションスキルは、意思決定支援において重要なスキルであることを再確認できた症例であった。

終末期患者の一時外出への援助を振り返る

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

○川上^{かわかみ} 由希子^{ゆきこ} 楠元 みさ記 千葉 直子 三上 亮子 藤井 志穂

【目的】

外出は難しいと諦めていた胃がん終末期の患者が外出できた事例の関わりを振り返る

【事例の概要】

A氏は、胃がん(StageⅢA)と診断され幽門側胃切除術施行。2年後再発、腹部リンパ節転移し放射線療法施行。食欲不振と疼痛が増強し4ヶ月後再入院。腰背部痛に対してオキシコンチン開始。NRS 1～7と痛みの変動ありオキシコンチン増量、レスキューと併用でNRS 0.5～1となる。日中は車椅子移乗や介助でトイレ歩行ができるようになったが、予後に対する不安や幻覚などが出現したため、緩和ケアチームにコンサルテーション、家族の協力もあり落ち着いた。疼痛コントロールがされ自宅に帰りたいという希望を知り、A氏の気持ちを尊重し外出に向け家族と調整を行い2回外出することができた。

【結果および考察】

外出は難しいと諦めていた患者が、痛みがコントロールされ自信につながり、自宅に帰りたいという希望を知り介入した。緩和ケア認定看護師を交えてカンファレンスを行い、患者・家族との調整を行い2度外出できた事は、家族との有意義な時間につながったと考える。しかし、帰院後満足感を得られた発言と同時に疲労感の訴え家族へ不満をぶつける行動も多々あり外出のタイミングとしては遅かったとも考える。長谷川は¹⁾、「患者自身が何を大切にし、何をしたいと思っているのかを理解し、早期から医療ソーシャルワーカーなどの専門的意見を交えながらアプローチしていくことが大切」だと述べている。終末期の患者は痛みがコントロールされることがゴールではなく、疼痛コントロールが図れたうえでその人がその人らしく過ごせるために、入院時より患者・家族の気持ちを十分に把握できるように信頼関係を築き、気持ちを大切にすることが必要だと考える。多職種と協力し患者・家族が、目標設定や意思決定が出来るように継続的な看護を目指していきたい。

(引用文献)

1) 長谷川 久巳：がん患者の看取りのケア，日本看護協会出版会，P.79 2011

30歳代男性の終末期における看護介入の振り返り

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

○石橋^{いしばし}希美^{のぞみ} 金澤 俊紀 石沙 緒里 野路 淑絵 谷 明美 神作 睦子

【目的】

30歳代男性の終末期患者とその家族との関わりについて、看護介入の振り返りと今後の課題を明らかにする。

【事例の概要】

A氏30歳代男性、急性リンパ性白血病の治療として臍帯血移植を行う目的で入院。移植前処置の大量化学療法と全身照射を施行後、臍帯血移植を施行したが、治療中に肺炎、腎機能障害、心不全を併発。消化管症状も出現し、嘔吐や下痢が続いていた。A氏は、尿・便失禁に対する羞恥心が強く、全身状態が悪化しても排泄や尿パットの交換は自身で行いたいという思いが強かった。

家族関係においては、キーパーソンは母と姉であった。

【結果及び考察】

A氏自身で排泄行為を行えない時は男性看護師やA氏より年上の看護師に介助を頼みたいという訴えがあったが、希望に添えないこともあった。しかし、治療や看護介入に制限のある中でA氏の希望にできる限り応え、治療に前向きに取り組めるような関わりを心がけた。患者にとって、羞恥心を伴う看護ケアにおいて希望に沿った看護ケアが提供されることは闘病意欲やスタッフとの信頼関係に大きく影響を与えたと考える。

家族の面会は毎日あり面会時には談笑する姿が見られていたが、家族は治療効果に対する期待が高く、また家族間で考え方が統一されていなかったため、家族全員が同じ方針でA氏に関わっていなかった。A氏の状態が悪化してくると姉が患者に対して必要以上に干渉する姿が見られたり、家族の不安がA氏に伝わり、A氏の精神状態に影響を与えることがあったが看護師は見守ることしかできなかった。家族が同じ考えを持てたのは、医師へ病状説明を依頼し、家族間で考えを統一できるように看護師が介入してからであり、A氏は家族の考えを統一できた数日後に亡くなった。終末期では患者だけでなく家族への身体的・精神的負担が大きい。家族への対応をスタッフ間で統一し、家族間で考えを統一できるように看護師が関わることを重要だと考える。

終末期におけるがん患者の苦しみの「予防」 退院翌日に再入院した患者の事例から

常仁会 牛久愛和総合病院 看護部

○^{しもむら まりこ}下村 真理子 石垣 陽子 縮 夏美

【目的】

終末期におけるがん患者は多様に身体症状が出現しやすく、急激に病状も変化し不安定なため、常にいのちを脅かされるような心理状況で療養している。終末期にあるがん患者がストーマケアを習得し、希望していた自宅に退院したが、退院翌日に再入院することになった事例の看護を振り返る。

【事例の概要】

Y氏70代女性。膵粘液嚢胞腺癌、腹膜播種性転移と診断され、化学療法を施行したが横行結腸浸潤、瘻孔形成が認められ緩和ケア中心の療養になった。医師からは、「季節をひとつずつ越えていくつもりでいて欲しい」と説明されていた。今回、大腸閉塞に伴うイレウスで緊急入院となり、盲腸人工肛門を造設した。「今の状態を維持することがベストなのは分かるけど、心のどこかで納得できない部分もあって。分かってはいるのだけどね。」と現状を完全に受容しきれていない苦痛な想いを表出していた。Y氏には、退院したら自宅で生け花教室を再開するという目標があった。ストーマに対する受容のプロセスは良好であり、ストーマケアの手技を獲得し自信を持って自宅に退院することができた。しかし、退院翌日、嘔吐を主訴に再入院となった。急な身体症状の出現で、病状が進行しているのではないかという不安と恐怖から、自宅で療養することへの意欲を低下させる発言が聞かれた。

【結果及び考察】

現状を受容しきれていない心境をY氏は表出していたにもかかわらず、ストーマケアの指導ばかりに視点がおかれトータルペインに目が向けられていなかった。ストーマケアが目に見える形で一番身近な問題と捉えていたからだと思われる。終末期におけるがん患者は多様に身体症状が出現しやすく、常にいのちを脅かされるような心理状況で療養している。心身の状態の安定は、患者が充実した日々の生活を過ごしていくために必要不可欠といえる。いつでも、どこでも、どんな時も受け入れる準備があることを伝え精神的サポートの体制を整えておくことが大切である。患者の病期を十分に把握し、患者や家族が今後直面するであろう問題や病状の変化を予測し関わることは、患者の苦しみの「予防」につながるのではないかと。患者を全人的に把握し潜在的な問題にも目を向け支援していくことが終末期におけるがん看護には大切なことであると再認識した。

下部胆管癌患者の自宅療養に向けた関わり

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

○大塚 真穂^{おおつか まほ} 益子 サツキ 大内 サヨ子 宮本 あすか 井坂 美貴
鈴木 亜津乃 山本 昭子

目的

終末期患者の「家に帰りたい」という思いと、家族も自宅療養をさせてあげたいという思いを汲み取り、自宅療養に向けて必要な看護介入をする。

症例の概要

60代女性。下部胆管癌にて臍頭十二指腸切除術を受け、その後約3年間、抗がん剤治療を受けていた。しかし、症状が進行し症状緩和の治療が主体となった。自宅で療養していたが全身状態の悪化、食事摂取不良のため入院となった。終日ベッド上で過ごし、排泄は車椅子介助でトイレ移動し実施していた。食事は摂れず自宅では点滴が必要であった。患者は「自宅に帰りたい」という思いが強く、家族も自宅療養を希望していた。キーパーソンは近くに住む長女であり、同居の長男と近くに住む次女がいた。同居の長男は仕事のため、患者は終日1人になることから、介護者の調整が必要であった。

結果及び考察

看護介入として介護者の調整、自宅療養での医療行為の指導が必要とされた。そのため家族構成、社会的立場の確認を早期から行なった。今まで以上に介護力が必要になることを説明すると、長女、次女が交代制で患者宅に泊まることとなった。人的介護環境を整えることが自宅療養にむけての第一歩であり、入院時から患者の介護力を把握することが自宅療養を支援するうえで重要と考える。医療行為の指導では、入院当初から点滴とフェンタニル貼付剤の取り扱い、レスキュー方法と副作用について指導をした。始めは自宅で医療処置を行うことへの不安が大きく戸惑いが見られた。そのためパンフレットを見ながら順を追って説明し、少しずつ医療物品にふれてもらい実施していった。回数を重ねていくことで、物品や手技に慣れ、前向きな姿勢や責任感の構築、技術の習得につながったと考える。退院前には退院カンファレンスを実施し、訪問看護師との連携を密にした。このことは在宅においての統一した医療の提供となり、継続看護につながったと考える。

消化器がん患者への退院支援 —在宅中心静脈栄養法を導入し在宅療養を目指した看護—

医療法人社団善仁会 小山記念病院 看護部

○池田 沙代子 大島 千尋

「目的」消化器がんを患い経口摂取が困難にて、在宅中心静脈療法（Home Parenteral Nutrition: 以下HPNと略す）を導入して在宅へ移行できた患者と移行が困難な患者がいた。そこで、在宅移行が困難となった背景・要因を明らかにし、今後の看護に繋げる。

「研究方法」平成25年6月～平成26年8月にHPNを導入し、在宅へ移行出来た患者4名と移行できなかった患者2名のカルテより情報を抽出し分析。半構成的質問用紙を用いて面接及び電話調査を実施。

「結果・考察」HPN管理手技が獲得困難であるという類似した背景を持つ2事例があった。老々介護の患者は、夫が認知症であり、患者が手技を指示し、訪問看護等のサービスを利用した。一方独居の患者は、介護者が遠方であり、手技自立困難も金銭面の不安からサービスを導入されず。これより「介護者の不在」「サポート体制不足」が要因として考えられた。また、病状悪化がみられた2事例があった。「家で死にたい」という希望をもつ患者は、家族が手技を獲得し、自宅で永眠される。一方で、本人・家族ともに手技は自立していたが、「外出するのも辛い」と退院への意欲が低下し、病状悪化に伴う意識の変化がみられた。このことから「介入時期の遅れ」「意思決定支援不足」が要因として明らかとなった。

インタビューで6名中2名から「看護師によって説明が異なる」と聞かれ、一貫した指導内容ではないことが明らかとなり、指導方法の検討・統一が課題に挙げられた。

医療チームのサポート体制を見直し、在宅移行を困難とする要因を活かし、今後の看護につなげていくこと。課題となった退院支援に対する看護師の役割を実践し、1人でも多くの患者が在宅療養できるように支援していくことが上げられた。

予後の告知後危機状態に陥った患者に対する看護

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

○^{むらさわ みゆき}村澤 美幸 白岩 央子 角田 恵里 島 弘子 羽根田 祥子 増谷 まり

【目的】

予後を告知され、危機的状态に陥った患者への看護介入についてフィンクの危機モデル(以下フィンクとする)を用い振り返り報告する。

【事例の概要】

30歳代女性。6年前に左乳癌にて左乳房全摘出術、腋下リンパ節廓清術施行。StageⅢCにて術後化学療法を受けていた。1年前に副腎転移、肝転移、多発脳転移・髄膜転移あり。多発脳転移に対し、全脳照射の為入院中である。患者の希望で予後を含めた病状説明を行う。「余命は6か月前後である」と話され、ストレスや不安によりパニック、無気力状態となり危機的状況となる。その後母親より「家で看たい」との希望があり外泊後退院となる。

【結果及び考察】

患者は余命を告知されたことにより、心理的なパニック状態に陥り、放射線治療科までの道順や、排泄方法が分からなくなってしまった。患者は思考が混乱し、自分の持つ力量では理解・判断ができない衝撃の段階となり、介助が必要な状態であったが意図的介入は行っていなかった。その後、「私幸せです。生きてる。大丈夫。」と笑顔で繰り返し呟いている姿が見られ、防衛的退行の段階であったと言える。看護介入としては、患者の行動に付き添い、見守り、支持を行った。また、患者のキーパーソンである母親と連携して、思いを傾聴し、受け止めるよう努めた。外泊までの12時間ほど、「衝撃の段階」と「防衛的退行」の段階を行き来しながら危機状態は持続していた。この段階での介入はフィンクに合致しており患者の安全や尊厳は守られ介入の妥当性は見出せた。その後、母親が外泊を希望したため、外泊が出来るように環境を整え外泊へ送り出す。翌朝帰院すると不安の表出はなくなり、「防衛的後退の段階」から「承認の段階」へ移行しているように見えた。その後、退院し外来で放射線治療を継続して行く事となり、「適応の段階」に移行していった。

このように危機は4つの段階をたどり、患者は治療を継続することができたが、危機介入としては、少しでも早く「適応の段階」に移行できるような関わりが必要であると考えられる。

癌患者がコーピングできるための他部門との連携

公益財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院 看護部

○三枝 真美 内田 里実

【はじめに】

術後の癌患者は、身体的苦痛や精神的苦痛が大きい状況にある。今回、患者は身体的苦痛により、ケアを拒否する態度や攻撃的な言動がみられるようになった。何を苦痛と感じているのかを明確にし、他部門と連携した介入をすることにより患者自身がコーピング行動をとれるようになった。その取り組みについて報告する。

【事例紹介】

A 氏 70 歳 男性 2011 年 6 月 右肺癌のため右肺下葉切除術施行。

術後は、間質性肺炎による急性増悪のため気管切開を施行した。

徐々にケアに対する不満や拒否反応、攻撃的な言動が見られるようになった。

【看護実践と結果】

A 氏は、ストレスを抱え精神的不安定な状態に陥り、現在の治療や病状、ケアやリハビリを受け入れられない状態であった。

初めに看護師間で、A 氏のストレスや精神不安定な状態の原因を検討し、A 氏のコーピング方法が怒りであることを共通理解した。また、A 氏のその行動を認めながら、ケアを他部門とも進めていくことが必要であると考えた。他部門と情報共有をしながら苦痛を最小限にするケアを考案・実施し、随時 A 氏を含めてその場で評価・修正をした。その結果、他部門間で A 氏の意味に合わせ、ケア方法の統一化を図り、身体的・精神的負担にならない取り組みができた。

徐々に、A 氏から「頑張りたい」と意欲的な発言が聞かれ、リハビリを積極的に励む姿が見られるようになった。

【考察】

A 氏の苛立ちや攻撃的な言葉に対して看護師や他部門が共感し認める行動をとったことは A 氏にとって、支えられている安心感が得られたのではないかと考える。

さらに、他部門と協働し、多方面から A 氏の状況を理解し A 氏の意見を受け入れながら介入したことが A 氏にとってのコーピングとなり、回復に向かう姿勢につながったと考える。

終末期癌患者の家族との関わり～死の受容への援助～

茨城西南医療センター病院 看護部

うすいあやか

○臼井彩香 内藤佳世子 高橋淳子

- 目的:乳癌の罹患率は40～50代女性が多く、症状がありながらも未治療になることがある。今回乳癌末期で対症療法を行い、在宅での看取りを望んでいた患者の状態が悪化し入院。患者の死が間近になり家族が混乱する中で、家族の思いに積極的に関わり死を受け入れるための援助を行った。その中での援助を振り返り考察する。
- 事例の概要:乳癌末期60代女性。平成24年初診時に露出した腫瘍あり手術適応外で対症療法施行。平成26年4月疼痛増強、自壊部の持続的出血認め入院。夫が主介護者で、長男・次男の4人暮らし。
- 結果及び考察:疼痛増強と全身状態悪化のため4病日目塩酸モルヒネ使用を勧めるが息子が現状に衝撃を受け否定的であった。また、主介護者である夫と息子達との間で病識理解に差が生じていたことや、塩酸モルヒネ使用にも意見の不一致があったことから、患者の死を受け入れることに時間を要した。先行研究において、急激な状態悪化に家族の思いがついていけず、患者の意志よりも家族の意志を主張する場合もあるとされている。息子は患者に苦痛を与えたくないという思いと、もっと生きてほしいという思いが葛藤していたと考える。そのため主治医からの説明の場を日々設け、患者に苦痛を与えない援助をチーム間で話し合った。自壊部の処置を頻回に行い、家族とともに患者の安楽な体位を見出したり、時間を決めて訪室した。このことから患者を楽にしてあげたいという思いに変化し、8病日目に塩酸モルヒネ使用に対し納得した。9病日目死亡退院となったが、退院後翌日に次男が来院し「ありがとうございました。最期は痛みがとれてよかったです。」と患者の死を受け入れる言葉があった。
- 結論:家族の思いや理解度に合わせた援助を行い死の受容過程へ進むことが出来た。今後の課題として、看護師は外来受診当初から終末期に至るまで患者に接することが出来るという特性を活かし、外来看護師と連携し患者・家族の望む最期の迎え方について考えることが必要である。

終末期患者の「食べたい」思いを叶えた医科歯科連携の実践
—地域を含めたチーム医療のありかたに焦点を当てて

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター¹ 看護局² 血液内科³ 茨城県立医療大学

○¹加倉井真紀^{かぐらいまき} ¹笹木日出美 ¹³吉良淳子 ²堀光雄

【はじめに】常勤の歯科医がいない当院では、看護師と歯科衛生士によるオーラルサポートチーム（OST）と非常勤歯科医が週一回の歯科回診を行い、摂食・嚥下に関する問題に対応している。しかし、歯科回診のチームと患者の主治医や他の医療職との連携が課題であった。今回、終末期患者の歯科連携で成果を上げた事例について、院内外の多職種によるチーム医療に焦点を当て報告する。

【事例】80歳代女性。T細胞リンパ腫で余命は数週と考えられていた。抗がん剤治療中に義歯を紛失したため食事摂取量が減少していた。緩和医の回診時に患者が「最期に義歯をつくって硬い物を食べたい」と希望され、その情報は、速やかに緩和医から主治医へ、そして非常勤歯科医師へと伝達された。相談を受けた歯科医師は義歯作製が可能と判断した。次に主治医は、地域の医科歯科連携登録歯科医に、患者の予後を伝えた上で義歯作製を依頼した。OSTは、登録歯科医師へ患者の状態報告を行い、往診準備から歯科診療補助を行った。看護師は往診時の診療が円滑に進むよう症状緩和に努めた。義歯は初の予定より5日早く作製された。患者は逝去4日前に義歯を装着し好物の沢庵を美味しく食べ、家族とともに涙を流して喜んだ。

【考察】入院中の歯科治療においては、原疾患による症状や治療、患者や家族の希望など、多くの関連要因をアセスメントし調整する必要がある。本事例では、主治医と地域の歯科医師の緊密な連携を歯科衛生士が仲介した。また、緩和ケア医、看護師、非常勤歯科医師などが、それぞれの役割を果たし、患者や家族の希望を満たすことができた。

施設を超えたチーム医療が成功した背景として、1)歯科介入の目的が明確であったこと、2)患者のニーズを満たすために多職種が目的を共有し連携したことが挙げられる。また、チーム内の情報共有においては、各職種の専門性を理解して仲介できる存在が重要であった。

看取りのパンフレット導入後の看護ケア内容の変化

東京医科大学茨城医療センター 看護部

○^{まさかわ まい}笹川 麻衣 濱田 めぐみ 大野 友里恵 原 美里 伊藤 茉莉 渡邊 智明 三上 淑子

目的

A病棟では年間約90件の死亡件数があり、看取りの場面に遭遇することが多い。家族から「今後はどの様になっていくのでしょうか」「苦しそうで、どうにかしてあげたい」など、患者の亡くなるまでの病状・経過についての質問をされることがあった。デスクカンファレンスにおいても「経過についての質問に対し、どう対応していいのか分からなかった。」とのスタッフの意見が聞かれ、終末期患者への説明・対応に悩むことがあった。そこで今回、病状の変化、家族の関わり方についての『看取りのパンフレット』（以下パンフレット）を導入することで、看護師が実践する終末期患者の看護ケア内容の変化を明らかにする。

方法

期間：平成26年4月～9月

対象：A病棟看護師26名

- ① パンフレット導入前のデスクカンファレンスの議事内容調査
- ② パンフレット導入（OPTIM作成の看取りのパンフレット）
- ③ パンフレット導入後、①と同様の調査
- ④ ①と③の内容の比較

結果

導入前のデスクカンファレンスの件数は14件、パンフレットを使用した件数は2件であった。パンフレット導入前後のデスクカンファレンスを「患者の身体面への関わり」「患者の精神面への関わり」「家族の精神面への関わり」「症例からの気づき」のデスクカンファレンスの議事項目別に抽出し、比較した。「患者の身体面への関わり」は、導入前は主に『苦痛がないよう配慮して清潔ケア、口腔ケア、体位変換などのケアの実施』であり、導入後は主に『苦痛緩和へのケア』であった。「家族の精神面への関わり」は、導入前は主に『傾聴』であり、導入後は『食事形態について患者状態に合わせて家族に説明した』『早めに状態変化を家族へ知らせた』であった。「症例からの気づき」では、導入前は『亡くなる時の流れについて家族が疑問に感じていたため早めの説明が必要だった』などであり、導入後は、『尿量が少なくなり、喘鳴が聞かれたことに対して「あと1～2日かな」とパンフレットに記載されている情報を理解されていた』であった。

考察

患者の身体面・精神面への関わりでは看護ケアの変化は見られなかった。『病状の変化』『家族の患者への関わり方』については食事形態の調整や状態変化についての説明ができており、パンフレットを導入することで看護師自身が終末期患者に求められる看護ケアについてより実践的に学びを深めることに繋がったと思われる。また、今回の取り組みを通し家族と共通認識ができる手段を得、コミュニケーションの促進やニードへの対応をより可能にするという変化に繋がった。

デスケースカンファレンスの改善を図って —看護師の問題解決を目指して—

総合病院土浦協同病院 看護部

○東 敦子^{ひがし あつこ} 菊地 郁美 釜崎 久美子 佐藤 真由美

【目的】

デスケースカンファレンスの早期開催と、プライマリーナースの抱える悩みが解決されるようなカンファレンスに改善する。

【方法】

デスケースカンファレンスサマリー用紙に **STAS-J** を採用し、話し合いたいことを中心に記述できるよう改訂し、3ヶ月間その用紙を用いてデスケースカンファレンスを施行した。その後病棟看護師 12名へアンケート調査を行い、以前より開催時期が早まり、問題解決に向けた話し合いになっているのかを検討した。

【結果】

新しいサマリー用紙でのデスケースカンファレンスを開催したことのある看護師は 9人、平均 1.5回であった。サマリー作成期間は平均 7.4日、カンファレンス開催に要した日数は平均 13.1日、旧サマリー用紙では 101日であった。「以前よりも問題解決につなげることができている」と回答した割合は 66%であり、「サマリー作成の時間が短縮されたことや問題点が明確となって話し合いができる」、「問題点だけでなく良い点についても話し合うべき」という意見があった。

【考察】

新しいサマリー用紙では作成時間が大幅に短縮し、負担感が減少したと考える。また、あらかじめ討議したい内容を示すことで、話し合いの方向性が明確となり、スタッフが協力してプライマリーナースの問題解決に取り組もうという認識が高まったため、プライマリーナースの憤りや悩みが解決されていったと考える。しかし「話し合いたいこと」とは「できなかったこと」であり、問題点を考えるカンファレンスになりがちのため、良かった点も話し合い、相手を褒める、認める、共感するといった肯定的発言が増え、看護師が癒されたという感覚がもてるよう、更にサマリー用紙の改善やカンファレンスの進め方を検討し、建設的な話し合いが行えるようにしていく必要がある。

終末期がん患者に向けた看護の質向上への取り組み

古河赤十字病院 看護部

○青木^{あおき}裕美^{ひろみ} 荻田 幸子 大橋 久子

【目的】

当院外科、消化器内科病棟では終末期がん患者を受け入れ看護をすることが多い。終末期がん疾患の患者、家族への継続した看護を提供するために、私たち看護師も緩和ケアについての理解を深め看護を提供していくことが必要である。

以前より緩和ケアの勉強会を行い知識を深める努力をしてきたが、今年度、緩和ケア認定看護師が配属されたことで緩和ケアを振り返る機会となった。そこで現状から問題点を明らかにし、緩和ケアについての勉強会を緩和ケア認定看護師と検討し勉強会を開催したことで、チーム全体として意識が変化し、終末期がん看護の質が向上できたことについて報告する。

【方法】

- ① 平成 24 年度、スタッフの緩和ケアに対する意識調査から問題点を振り返る。
- ② 平成 24 年度から実施している勉強会の内容を緩和ケア認定看護師と検討し、不足する項目を抽出する。
- ③ 病棟スタッフ 30 名に対してアンケート調査を実施し意識の変化を確認する。

【結果】

意識調査の結果、問題点は緩和ケアの概念、症状マネジメントの理解の不足があった。調査の結果から年間を通して勉強会を計画し、定期的に勉強会を開催していくことで、緩和ケアについての概要から症状マネジメントについて理解し看護実践に結び付けることができた。

【考察】

今までは緩和ケア認定看護師がいないことや、薬剤による知識不足、症状マネジメント、在宅支援についての連携が患者の QOL を低下している要因と考えられた。緩和ケアに対する考え方、方法について看護師間において差異があることから、看護師が緩和ケアについての勉強会を開催しスタッフ個々の理解を深めることで、チーム全体の看護の質を向上することにつながったと考えます。

さらに今年度は緩和ケア認定看護師の参加により緩和ケアの介入時期や、捉え方の差異について改めて研修会を行い、標準化が図れたと考える。