

一般演題発表 第2会場 [茨城県医師会 4階 会議室]

座長 筑波大学附属病院 看護部 看護師長 池田 雅枝

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	(株)日立製作所ひたちなか総合病院	看護局	あべ なな 阿部 奈々	がん化学療法を受ける患者への意思決定支援 ～心の葛藤に寄り添って～	看護師	9:01-9:08
2	医療法人社団常仁会 牛久愛和総合病院	看護師	いいで ひろみ 飯田 寛美	告知後の意思決定支援	看護師	9:09-9:16
3	茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	看護局	もり けいに 森 恵子	がん治療におけるインフォームドコンセントと家族の意思決定への支援	看護師	9:17-9:24
4	医療法人社団常仁会 牛久愛和総合病院	看護部	いしがき ようこ 石垣 陽子	がん患者の見えない苦しみの予防 ～経口抗がん剤内服治療中の患者の事例をとおして～	看護師	9:25-9:32
5	医療法人社団常仁会 牛久愛和総合病院	看護部	くろつ めぐみ 黒津 恵	患者・家族の願いを叶えるツール ～告知について考える～	看護師	9:33-9:40
6	(株)日立製作所日立総合病院	看護局	ふなき やすこ 船木 貴子	他施設・多職種と取り組む緩和ケア事例検討会の報告	看護師	9:41-9:48

～休憩～

座長 株式会社日立製作所日立総合病院 看護局 副総看護師長 柴田 早苗

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	茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	看護局	まえだ むつみ 前田 睦美	緩和ケア病棟の緊急入院と予期された入院の比較検討から見えた現状	看護師	9:57-10:04
8	東京医科大学茨城医療センター	看護部	うえの まさこ 上野 政子	緩和ケア認定看護師が携わる「がん看護相談外来」の有効性と役割	看護師	10:05-10:12
9	友愛記念病院	看護部	こいけ はるか 小池 春香	緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と今後の課題	看護師	10:13-10:20
10	茨城西南医療センター病院	看護部	やまだ まなみ 山田 真愛	儀礼的行為を見つめ直したエンゼルケアー家族に問うて見えたことー	看護師	10:21-10:28
11	筑波メディカルセンター病院	看護部	くろは えり 黒羽 絵利	子どもとの面会を希望しない終末期がん患者との関わり	看護師	10:29-10:36
12	筑波メディカルセンター病院	看護部	はなざわ まなぶ 花沢 学	医療者が関わりづらいと感じる患者との関係形成の一考察	看護師	10:37-10:44

～休憩～

座長 茨城県立中央病院 看護局 医療相談支援室長兼副総看護師長 高麗 美智子

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	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	ふたかわ まいに 二川 麻衣子	終末期がん患者の思いを尊重した看護介入 ～訪問看護を利用した独居患者の事例を通して～	看護師	10:53-11:00
14	友愛記念病院	看護部	ふなだ ありさ 船田 亜梨沙	胃がん終末期患者の精神疾患を患う家族へのケア	看護師	11:01-11:08
15	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	看護部	くらしげ くみこ 倉茂 久美子	胃癌術後の長期安静による退院意欲減退した患者と家族への関わりを通して	看護師	11:09-11:16
16	友愛記念病院	看護部	おばた あい 小幡 相	がん患者の退院支援シートを活用した情報共有	看護師	11:17-11:24
17	茨城西南医療センター病院	看護部	おぎの ひとみ 荻野 仁美	患者の看護に悔いを残した事例に対するデスカンファレンスの効果について	看護師	11:25-11:32
18	(株)佐瀬トータルケアセンター	アネシス訪問看護ステーション	ふかや ときこ 深谷 時子	癌、鬱、拒食を抱える独居生活を送る患者の援助を振り返って…(食は楽しみ、食べることを意味を問い直して学んだこと)	看護師	11:33-11:40

がん化学療法を受ける患者への意思決定支援 ～心の葛藤に寄り添って～

阿部奈々¹⁾，山本美和¹⁾，上久保加代子¹⁾，澤畑ひろみ¹⁾，平井利幸²⁾，坂本雅幸³⁾

1)ひたちなか総合病院看護局 2)ひたちなか総合病院薬務局 3)がん支援センタ臨床心理士

【目的】

下行結腸がんで化学療法が適応となった患者の心の葛藤に対して、外来化学療法室スタッフ（看護師、薬剤師、臨床心理士）の関わりを振り返り、ここに報告する。

【症例の概要】

A氏 60代女性 下行結腸がん 告知済み 20XX年4月より化学療法開始。

初回投与時より「私が、がんになるなんて。不安で泣いていた」などの恐怖心の表出があった。抗がん剤による血管痛が強く、末梢神経障害が増悪したため、減量調整を行い苦痛症状は軽減された。4クール目の臨床心理士の面談では「精神的には落ち着いてきた」と話され、穏やかな表情で治療を受けていた。しかし、5クール目頃から「治療を休みたい」「病院に来るのが億劫」などの発言が聞かれるようになった。

【実践と結果】

A氏が不安の表出ができるように、ベッド配置の工夫や個室で問診をとるなど環境作りに配慮し傾聴に努めた。さらに、臨床心理士から専門的なアドバイスを受け看護師全員が情報を共有しコミュニケーションを図った。治療の前後で患者の状況をアセスメントし、多職種間でカンファレンスを実施、臨床心理士や薬剤師へ状況を伝え、面談時のフォローを依頼した。A氏の「減量したら効果が弱くなるの?」「手のしびれ（末梢神経障害）があるのに、また点滴をしたら症状がひどくなるの?」などの不安に対し、薬剤師から検査上治療が奏功していることや減量しても治療を続けていくことの必要性を説明し理解が得られた。今回、看護師が調整役となり、それぞれの専門性を活かした対応を実施した結果、6クール目には治療を継続するか葛藤はあるものの、A氏は「スタッフの皆と話す心が軽くなった気がする」と笑顔を見せ、「治療を頑張ってみようと思う」と前向きな言動が聞かれ治療を継続する意欲へとつながった。

【考察】

専門的なスキルを持った多職種が関わり、患者の語る言葉の本質を十分に確認しながら、患者の感情表出ができるよう共感の態度や言葉かけなど協働してアプローチをした事が治療を継続する意欲へとつながったと言える。また、患者自身が思いを語る環境をつくる事が、自ら解決する糸口をつかむことになり、患者本人の意思決定への一助になったのではないかと考える。

告知後の意思決定支援

飯田^い寛^だ美^{ひろみ}，酒井和美，山口しず子
医療法人社団常仁会 牛久愛和総合病院 看護部

【目的】

現在がん告知は主に外来で行われている。大きな不安を抱えて外来で検査を受け、医師により結果が告げられる。その時の衝撃・悲嘆・混乱は計り知れない。患者がそのような心理状態にもかかわらず医師は病状や治療方針などの説明を続け、外来は終了してしまう。

今回、進行性乳がんと診断され一度は化学療法を拒否したが、家族会議の結果、化学療法を受けることに同意した事例を通して、告知後の意思決定支援について振り返る。

【事例の概要】

A氏60歳代女性。進行性右乳がん。皮膚浸潤あり。確定診断の4カ月前から右乳房の痛みを自覚していた。既往歴に糖尿病があり定期受診の際に医師に伝え、乳腺外科医の診察が行われ確定診断となった。すぐに化学療法の説明がなされたが、「脱毛は絶対にいや。」と化学療法を拒否した。医師からは、家族で一週間よく考えるようにと言われ帰宅した。その結果化学療法を受けることに同意し、EC療法を初回より外来で行われることとなった。

【結果及び考察】

がん告知時に立ち会う事が出来なかったため、外来化学療法室でその時の様子の聞き取りを行った。その中でA氏が夫とともにしきりに訴えていたのは、先生に考えると言われなくても、私たちは先生がやると言ったら、わかりましたと言うしかないからね、ということだった。この発言により、化学療法を受けることには同意したが、治療内容を十分理解した上で、納得して同意したとは言い難い状況であると考えられた。そこで、医師の説明用紙をもとに治療内容の補足説明を行った。特に、A氏の一番の気がかりであった脱毛に関しては、抜ける時期・抜け方・対応方法そして、抜けても必ず生えて来ることを強調した。

医師の外来診療は多忙であり、患者ひとり一人に対して十分な説明ができていない現状にある。そこで看護師は、告知後の患者・家族へ心理的サポートを行い、疾患と治療内容を患者の理解度に応じて補足説明を行っていく必要がある。田村は、「意思決定への支援の基本は、疾患と治療への理解を助けること、患者が病気に向き合う気持ちを支え、患者自身の決定を後押しすること」と述べている。このように、看護師が告知後早期に患者とコミュニケーションの場を設けることは、患者の安心感につながると考える。

今後当院における患者とのかかわりの場として、看護外来の充実を図り、医師との連携を密にしていきたい。

がん治療におけるインフォームドコンセントと家族の意思決定への支援

森^{もり}恵^{けい}子^こ，佐伯香代子，柏沙織，菌部喜美子
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

【目的】

医療技術の進歩に伴い、がんの治療技術も大きく発展した。がんの診断を受けた患者の家族は、患者とともにがんに向き合い、最善の治療方法を選択することを求められる。今回、膀胱癌の診断を受けた患者と、治療の選択に悩む家族への関わりを体験した。7日間、治療の選択に悩んだ家族の意思決定への支援について検討する。

【事例の概要】

70歳代の女性で、膀胱癌・尿管腫瘍の診断を受けている。夫と暮らし、子どもは2人で、近所に次女夫婦が住んでいる。キーパーソンは次女で、治療の意思決定も一任している。膀胱腫瘍切除術施行後、膀胱癌の治療方法について、医師より、化学療法のみ、放射線療法のみ、化学療法と放射線療法の併用、の方法があるが、どれもリスクを伴うことを説明される。

【看護の実際】

主治医と家族が面談し、進行がんであるが腎機能が悪く、抗がん剤は減量するため効果は下がると説明がある。2回目の面談は患者も同席する。次女から放射線医師の意見を聞きたいとの希望があり3回目の面談を行う。次女より「どれを選択してもリスクを伴うため難しい」との訴えが有り4回目と5回目の面談を主治医と行う。その後、外泊の許可が出たため、自宅で家族会議を行うが選択できず、外泊後に、放射線医師にがん化学療法認定看護師、がん看護専門看護師も加わり6回目の面談を行い、次女の思いを傾聴した。次女は併用療法を行うことを決めた。患者は、放射線療法と化学療法を受け、翌月退院となった。

【考察】

患者にとって家族とは、患者を支える大きな存在であるが、その家族自身もがんという病気に対し不安を持ち、激しく動揺し続けている。今回、母親の治療選択に悩む家族との関わりの中で、主治医、放射線医師や認定看護師、専門看護師とチーム医療の調整を行った。家族の意思決定を支えるためには、医師からの説明をどの様に受け止めたかを確認し、家族の心理的負担が残らないよう精神的な支援をすることが重要であると考えた。

がん患者の見えない苦しみの予防
～経口抗がん剤内服治療中の患者の事例をとおして～

石垣陽子^{いしがきようこ}，下村真理子，縮夏美
医療法人社団常仁会 牛久愛和総合病院 看護部

【はじめに】

がん患者は、告知を受けた時から「がん」との共存生活が始まる。よって、患者にとって退院がゴールではない。退院後、抗がん薬の副作用症状を我慢したために、身体機能が著しく低下し緊急入院となった患者の事例を通して、退院前における病棟看護師の役割を考える。

【事例概要】

70歳 女性

2015年2月 上行結腸癌 腹腔鏡補助下結腸右半切除術 ステージ

2015年5月 胃癌 ESD

2015/07/28 結腸癌術後補助化学療法開始

【経過】

退院時に今後の治療予定については主治医から簡単に説明を受け退院となった。退院後の外来診察時に、経口抗がん剤内服治療とその副作用について主治医から説明を受けた。開始後1週間は自覚症状なく経過したが、2週目頃より下痢1日5回程度、口内炎、手足症候群が軽度出現し始めた。3週目から顔面の色素沈着が強く出現し始め徐々に下痢の回数も増え始めた。しかし患者は、医師から説明されていた副作用症状であるため大丈夫であろうと考え、自宅で様子を見ていた。衰弱していく患者をみて家族の判断で受診にいたり、緊急入院となった。

【結果および考察】

再入院したことで退院後から目には見えない苦しみを抱え自宅療養をしていたことが患者の言動から分かった。副作用について説明を受けていても、その予防・対応策に関する教育・指導ができていなかったことが「患者の知識不足」につながり、副作用を重篤化させたと考える。

入院時から患者と関わり、信頼関係を築けているからこそ患者の性格・社会背景が理解できており、個別性のある看護介入が可能となるのではないかと考える。患者にあった教育・指導は患者の自己マネジメント能力を高めることにつながる。がんの痛みだけでなく、治療によって引き起こされる苦しみを理解することが、がん看護には大切である。

患者・家族の願いを叶えるツール
～告知について考える～

くるつめくみ
黒津 恵，下村真理子，石垣陽子，縮夏美
医療法人社団常仁会 牛久愛和総合病院 看護部

【はじめに】

「がんの告知」は、一般的には「悲嘆」「悲しみ」「死への恐怖」といった精神的苦痛を伴うものである。しかし、今回の事例を通して、「がんの告知」は患者・家族の願いを叶えるためのツールにもなり得ることが分かった。

【事例紹介】

S氏 76歳 女性

病名：左乳癌 骨髄転移 国籍：中国人

コミュニケーション：日本語不可

キーパーソン：三女

治療：化学療法、対症療法、症状緩和

【結果】

家族は、文化の違いや、苦しんでいる母親を目の当たりにして、これ以上苦しめたくはないという思いから、「がんの告知」を拒んでいた。患者は治療を開始、状態が安定するとともに、「退院への想い」が強くなった。入院生活が長くなるにつれ、患者は病気に対し不信感を抱き始めストレスを強く表出し始めた。家族も支え切れなくなり、患者の想いを一番に考えた時に退院に踏み切る決断をした。そのためには、受け入れ先の病院を決定しなければならなかった。「告知」が避けられない状況になった。

告知後の患者は、告知を受けたことで「悲嘆」「不安」などの精神的苦痛は訴えず、「退院できる」という想いに対するうれしい気持ちを表現していた。告知したことで受け入れ先の病院も見つかり、名古屋への移動手段も調整され、希望通り三女の家で退院することができた。

【考察】

がんの告知は、1．告知の目的がはっきりしていること 2．患者・家族に受容能力のあること 3．医師及びその他の医療従事者と患者・家族の関係がよいこと 4．告知後の患者の精神的ケア、支援ができることなど、これらが整っている場合に限り「がん告知」を行うべきであるといわれている。告知をしなければ治療が進まないという医療者側の強い固定概念にとらわれず、これらの条件を整え、告知に結びつけていくことが、患者の願いを叶えるためのツールであることが分かった。

他施設・多職種と取り組む緩和ケア事例検討会の報告

船木貴子^{ふなきやすこ}，柴田早苗，中村明子

株式会社日立製作所日立総合病院 看護局

【目的】

緩和ケアが円滑に行われるために多職種が関わる事例検討会は有効である。A病院ではこれまで行ってきた多職種を含む事例検討会に加え地域連携を推進するため、地域との顔の見える関係づくりとして今年度より他施設の職員と医師も参加する事例検討会を開催している。その取組みについて紹介する。

【方法】

1. 検討会開催の計画（開催時期： 7 / 29 実施、 10 / 29 予定）
2. 召集（看護局全体、各部署宛て、他施設長宛て、事前資料の配布）
3. 開催（当日の進行、アンケート調査）
4. 報告（開催報告、検討会まとめ及びアンケート結果、次回ご案内）

【結果】

1. 事例検討会1回目参加人数80名中、看護師70名(院内62名、院外8名)、看護師以外の職種10名(栄養士、療法士、事務員、診療アシスタント)。
2. テーマ：「がん性疼痛の強い患者と家族のつらさ、その援助者の関わりを考える」
検討会のグループは看護師以外の職種1名、他施設の職員1名の7～8名編成。
進行は各グループの司会者が行い、リンクナースがファシリテーターとして専門用語を解説しながら全員が発言できるよう進めた。
全グループが発表し検討内容を共有した後、緩和ケア認定看護師からの講評を行った。
3. アンケート結果報告 配布数71（回収率100%）男女比は1：9、年齢は20代から50代、内容はとても良い92%・良い18%であった。感想では、「さまざまな意見・視点を知ることができ参考になった」「多職種や院外の方の意見を聞くことで新たな情報を得る機会になった」「普段意見を交わすことのない方たちと話し合い緩和ケアについて考えることができた」「自施設での活動につなげていきたい」などが挙げられた。

【考察】

院外参加者の立場から発言をいただき、A病院の参加者は、患者が地域でどのように医療・緩和ケアを受け暮らしているのか知る機会となった。A病院と他施設双方の立場から自分たちにできるケアについて意見交換することで、患者の考えや思いを尊重し自分らしさを見つけていただく手助けをする、心身の苦痛を最大限に取り除き生活の質を改善させるのが援助者の役割であることを再認識できた。これは今後の患者のケアに役立てていけるものであり、今回の事例検討会は、緩和ケアの浸透、院内外の職員同士の相互理解・連携の第一歩になったと考える。

緩和ケア病棟の緊急入院と予期された入院の比較検討から見えた現状

前田睦美^{まえだむつみ}，池田美智子，鯉沼とも子，坂本聖子，田中和美，角田直枝
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

【目的】

都道府県がん拠点病院に緩和ケアセンターの設置が要件となり、役割の一つに緊急入院ベッドの確保が挙げられている。しかし緩和ケア病棟に入院する患者は緊急入院ばかりでなく、一般入院や転入など予期された入院も多い。そこで、緩和ケア病棟での緊急入院と予期された入院の現状を明らかにすることを目的に本研究を行った。

【方法】

調査期間は、平成 26 年 4 月から 9 月とし、調査方法は診療記録からの後ろ向き調査とした。調査対象は、緩和ケア病棟に入院した患者とした。調査項目は、患者の入院方法（緊急入院か予期された入院か）、在院日数、転帰（在宅療養、転院、死亡）とした。

【結果】

調査期間に緩和ケア病棟に入院した患者 131 名のうち 63 名が緊急入院、68 名が予期された入院であった。緊急入院した患者の転帰は死亡退院 50 名、在宅療養 12 名、転院 1 名であり、平均在院日数は 25.06 日であった。予期された入院患者の転帰は死亡退院 61 名、在宅療養 6 名、転院 1 名であり、平均在院日数は 33.96 日であった。

緊急入院後 7 日以内に転帰をたどった 13 名のうち 10 名が死亡退院、3 名は在宅療養となっており、平均在院日数は 2.7 日であった。予期された入院後 7 日以内に転帰をたどった 10 名のうち 10 名全員が死亡退院しており、平均在院日数は 4.4 日であった。

【考察】

緩和ケア病棟に入院する患者は緊急入院が約半数を占めており、これらの患者は短期間で死亡退院となる確率が高いことが分かった。緊急入院患者のほとんどはギリギリまで在宅療養をしている患者であることから、緊急入院病床の確保は有用である。また、短い期間で患者・家族と信頼関係を構築しケアを提供している病棟スタッフの身体的・心理的負担は大きい。今後の課題として、外来通院中からの緩和ケアの導入、速やかな在宅療養支援、病棟スタッフへのサポートなどが挙げられた。そのため、院内外での多職種の連携強化を図るとともに、緩和ケア病棟看護師の看取りの看護のスキルアップ、業務負担軽減、心理的サポートの充実が必要であると考ええる。

緩和ケア認定看護師が携わる「がん看護相談外来」の有効性と役割

上野政子¹⁾, 久野美雪¹⁾

1) 東京医科大学茨城医療センター 看護部

【目的】 当センターは2012年よりがん看護相談外来(以下、外来)を開設し、緩和ケア認定看護師(以下、CN)が医療提供の充実に努めている。今回、外来受診前・後の患者状況の変化、CNのケア実践から患者に与えた影響・効果を調査し、CNが携わる外来の有効性と今後の課題が明らかになったため報告する。

【方法】 対象：2015年6～9月 外来利用患者20名

1. 初診時と介入1ヶ月後の患者変化をOPTIMの「生活のしやすさに関する質問票」にて比較調査
2. CNが介入したケア項目・内容調査
3. 1・2からCNが患者に与えた影響・効果分析

【結果】 外来利用患者の特徴として介入1ヶ月以内に「痛み」・「からだの症状」・「気持ちのつらさ」の改善がみられた。「訴え」・「行動変化」においては、「安心する」・「自分をわかってくれる」・「相談できる」・「一緒に考えてくれる」・「自分でもやれる」・「頑張れる」など、治療と生活の両立・継続に向けての意識・行動変容がみられた。

CNが介入したケア項目の多い順は【1. 気持ちの整理・情緒的支援：73件】。主な内容は 不安の傾聴20件 病状変化に対する戸惑いの傾聴17件 不安な懸念事項の焦点化16件 そばに寄り添い安心感の提供14件 がん告知に対する精神的サポート6件。次に【2. 治療と生活の両立への支援：70件】 治療と日常生活を両立させる支援18件 療養生活上での心配事の有無の確認17件 その他症状コントロール16件 疼痛コントロール14件 経済面の相談5件。次に【3. 相談に関する情報提供：8件】・【4. IC後の補足説明：6件】・【5. 意思決定支援：6件】の順であった。

【考察】 限られた時間でがん患者と向き合うCNは、自己効力感を変動させる情報源の「遂行行動の達成」・「言語的説得」を効果的に活用して苦痛の緩和と同時にセルフケア獲得への動機づけをし、患者の身体面・精神面・社会面に大きく影響を与えていた。今後は、患者を支える医療チームの連携強化のためCNが果たすべき役割拡大の必要性が示唆された。

緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と今後の課題

小池春香¹⁾, 蜂須賀有美¹⁾, 小沢真生¹⁾, 松下久美子¹⁾, 柴崎美智子¹⁾, 金田まり子¹⁾
秋葉はつひ¹⁾

1) 友愛記念病院 緩和ケア病棟

【目的】

グリーフケアとは、愛しい人と死別した家族(遺族)がその悲嘆を乗り越え、悲嘆から立ち直り、再び日常生活に適応していくことを見守ってゆく(ケアする)ことである。当院の緩和ケア病棟は遺族会を年に1回開催し、グリーフの手紙も送付している。そこで今年4回目となる遺族会に参加して頂いた遺族へアンケートを実施し、その結果から現在行っているグリーフの手紙の評価と、死別後の悲嘆のプロセスの状況変化について考察し、今後の課題を明らかにしたのでここに報告する。

【方法】

平成25年7月から平成26年9月に看取った患者85名の遺族を対象に遺族会を開催
平成27年5月30日 遺族会開催 20組の遺族が参加、終了後に遺族20名へアンケート調査を実施 (アンケート用紙は無記名とし、個人が特定されない様に配慮し同意を得て実施)

【結果及び考察】

アンケート結果より、グリーフの手紙の発送時期については、14名の遺族が適切であると回答していた。この結果から、大切な人との死別を体験し、寂しさに向き合い援助を必要としている遺族に対し、看取り後3ヶ月頃の時期にプライマリナーズからのねぎらいの言葉が添えられた手紙が、とても効果的であったと考える。また、グリーフの手紙について14名の遺族が必要であると回答した。その理由として、心のケアに繋がった、遺族会参加のきっかけになったとの意見があった。入院生活の中で、最期まで患者、家族と信頼関係を築く事ができた事が心のケアに繋がり、遺族会参加へのきっかけになったと考えられる。遺族会に参加する事で「優しさに会えて癒された」という感謝の言葉や「同じ状況の方達と胸の内を話せ、勇気をもらった」との回答も多く、思い出や近況を語り合う事で感情表出の場となり気持ちを整理する事ができたと考える。遺族にとって、死別後に辛さが和らぎ、心の支えとなっていたこと(複数回答可)の問いに対して家族の支え18名、友人・知人の支え10名と身近な人の支えが大きく関わっている結果が得られた。悲嘆のプロセスを辿る上で、遺族にとって家族や身近な人の支えがとても重要である事を再確認した。入院中より死別後の家族の状況変化をアセスメントし、遺族となる家族を支える人(ソーシャルサポーター)を含めた家族ケアの視点で関わり、遺族が日常生活に適応していけるよう、グリーフケアの体制を強化していく事が今後の課題である。

儀礼的行為を見つめ直したエンゼルケア
家族に問うて見えたこと

やまだまなみ
山田真愛，相塚房子
茨城西南医療センター病院 看護部

【目的】

儀礼的行為の要否を家族に問い、その選択における家族の思いや感情を明らかにする。

【方法】

対象は亡くなられた患者のご家族 12 組。エンゼルケアに同席してもらい、会話を通じて得られた儀礼的行為への意見とその要否を担当した看護師が用紙へ記録した。そして看護師が記録した用紙から儀礼的行為を行った群、行わなかった群に分けて家族の思いを抽出した。

【結果】

儀礼的行為を行った家族 11 組、行わなかった家族 1 組。以下それぞれの理由を抽出した。

< 儀礼的行為を行った >

- ・ 昔からの慣わしで合掌されているほうが自然で見慣れている。
- ・ おばあちゃんもしていたのでやってください。
- ・ 顔をみられるのは恥ずかしいと思うのでやって下さい。
- ・ 口が開いているので閉じるまでは固定して下さい。

< 儀礼的行為を行わなかった >

- ・ 浮腫みがあるなら可哀想だからいいです

【考察】

日本には古くから死に関することに限らず、伝統的な儀礼が多くあり儀礼的行為を行うことが無意識的に日常生活に取り込まれていた。波平は「日本人は死についてかたらない」という。この評価が向けられるのは、日本人の死のかたちにおいて儀礼中心であること、そして死一般について語るものが少なく、あるいは自らの死について生前語るものが少ない傾向を指しているようにみえる。」と述べている。家族にとって昔から根づいていた儀礼的行為は自然なものであり、自分たちが培ってきた方法で大切な人を見送りたいという思いがあったと考えられる。また家族から患者の身だしなみを気にする発言が聴かれたことから儀礼的行為を望んだ家族は無くなった患者を美しく整え、患者を尊重したいという思いがあったのではないかと考える。

そして儀礼的行為を望まなかった家族は亡くなった者に苦痛を与えず、安らかに見送りたいという願いがあったのではないかとと思われる。

子どもとの面会を希望しない終末期がん患者との関わり

黒羽絵利^{くろはえり}，増永京子，小林美喜，小泉知子

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

【はじめに】

近年、子育て世代のがん患者は増加している。今回、幼児期～思春期の子どもをもつ A 氏を受け持った。A 氏は病状が進行する中で、自分が理想としている強い母親としての役割が保てないことで子どもに会いたくないと希望した。A 氏の思いを受け止めつつ、母親としての存在価値の認識の変化を支援していった事例について報告する。

【症例の概要】

A 氏、30 代女性。20XX 年 S 状結腸がん術後、多発肺転移・脳転移・多発骨転移。20XX 年 S 状結腸切除術施行後、mFOLFOX6#4 実施。1 年後、肝転移の部分切除後、TS-1 投与。再発を認め、SOX、P-mab、SOX + Paui、IRIS と治療変更・継続してきたが、再発腫瘍による浸潤・出血・狭窄を認めていた。今回、仙骨周辺痛への放射線治療目的で一般病棟に入院となる。

家族背景：夫、息子(15、10、5 歳)との 5 人暮らし。

【看護の実践】

A 氏は入院後、脳転移による左半身麻痺が出現し、その後短期間で全身状態が悪化していった。看護師は A 氏の予後が短く、子どもに会えないまま亡くなることで本人・家族それぞれが後悔を残すことを危惧した。A 氏は「泣いているママじゃだめなの」と泣いてしまう自分を認められず、夫や実母にも子どもを連れてこないよう伝えていた。これまでの治療方針は A 氏自身が選択・決定しており、性格も我慢強く自分のことは自分で決めていきたい思いがあったため、夫や実母も子どもを連れて来られずにいた。

A 氏の情報共有と看護ケアについて、カンファレンスを繰り返し行った。まずは、環境調整を行い、A 氏の思いを聞いた。A 氏の言葉から現状を受け入れるだけで精一杯であり、子どものことまで考える余裕がないのではないかと考えた。そこで A 氏が一人で抱え込んでいる思いを少しでも吐露できるよう関わった。そして、泣いてしまう弱い自分でも他者は受け入れてくれるという経験を積み重ねることが A 氏には必要ではないかと考え、担当看護師間で共有し A 氏の言動を肯定的に受け止めた。チーム全体では、症状緩和を目的にマッサージをしながら A 氏の傍に在ることを大切にしている関わりを行った。ケアを継続していく中で、A 氏からは泣きながら「最近、子どもに会ってもいいかなと思うようになってきた」と言葉が聞かれた。

【考察】

A 氏は病状の進行に伴い、強い母親像を保持できなくなった。そんな A 氏に対し、環境の調整をし、傾聴・共感を繰り返し今の A 氏を肯定して関わっていった。その関わりは、A 氏の頑なな気持ちに変化をもたらす効果があったと考える。

医療者が関わりづらいつと感じる患者との関係形成の一考察

はなざわまなぶ
花沢学，木野美和子，菊地里子

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

【目的】

入院生活において、患者と医療者の関わりは非常に重要である。患者の療養環境や闘病意欲にも影響し、人生の一部を支援することも意識し、関わらなければならない。患者と深く関わることで、患者を理解することにつながり、看護を実施できると考える。今回は医療者への訴えも多く、関係性構築が難しい事例を経験できた。患者との継続的な関わりの中で、医療者の患者に対する思いや、関係形成の変容が見られたため振り返り考察する。

【症例の概要】

A氏 40歳代 男性 膀胱がん、リンパ節転移あり膀胱瘻造設している。膀胱がんの病状と経過から手術の適応はなく、抗がん剤での治療を定期的に行っていた。病状の進行に伴い、化学療法も実施できなくなり、対症療法を実施。自宅に帰りたい希望もあり退院調整し、在宅医療を実施したが、自宅での生活も困難となり、病院で最期を過ごした。

【結果】

A氏は、化学療法を数クール実施するため入院。予後に対し、長生きしたい気持ちから、治療に対する希望が強く、看護師、医療者への訴えも多い患者であった。治療が困難になってくるころから、被害的な発言や怒り、不満の訴えが増加し、医療者が関わりづらい場面が多くなったため、チーム内で情報を共有し、感情の起伏に合わせ、A氏の思いに寄り添い、気持ちを汲み取れるよう意識して看護実践を行った。結果、治療での苦痛、体力の低下や病状の進行に対する不安など、具体的な内容に変容し、対処可能となっていった。癌に対する積極的治療が困難となる中、患者は自宅に帰り身辺整理や甥との時間を過ごしたいと自宅での療養を希望された。医療者は否定的に関わらず、希望を支える形で対応することを心がけた。出来る限り自宅で過ごせるよう在宅調整する中で、「これで自宅でも大丈夫。何かあればまたこの病院でお世話になりたい」「最期まで仲よく皆さんとやっていきたい」との発言も聞かれた。

【考察】

関係性構築が難しい事例では、患者の苦痛やニーズを理解し、相手を知り、寄り添うことが重要と考えられる。それらの情報を共有し、医療者で統一した対応を行い、病状が進行していく患者の心理過程に合わせて関わったことが関係形成変容の一助となったのではないかと考える。

終末期がん患者の思いを尊重した看護介入
～訪問看護を利用した独居患者の事例を通して～

ふたかわ まいこ
二川麻衣子，市村裕美，檜山由紀子，青山晶子
独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

【目的】

独居でドレーン挿入している終末期癌患者に対する退院調整看護師の介入を振り返り、退院時から訪問看護、再入院までの過程での関わりについて学びを報告する。

【事例の概要】

60代男性。独居。胃癌再発後、胆管及び肝転移があり、閉塞性黄疸に対しPTCDドレーン挿入中。本人、他県の弟夫婦に対し余命月単位という厳しい状況であることが説明されていた。

【結果】

独居であるため体調悪化時は再入院の方針とし、退院調整開始となった。本人からは「ひとりだから、色々整理しなきゃな。」といった言動があった。地域の訪問看護ステーションとの連携を検討したが、本人の希望や時間があまり残されていないこと、ドレーン管理等から当院の訪問看護を利用することになった。入院中から病棟看護師と相談しドレーン管理の方法、体調悪化時の対応、環境調整、訪問回数の調整など行った。訪問時、気がかりだった庭の手入れ等が無理せずできるよう生活指導を行った。徐々に症状が増強してきたため、訪問日以外にも電話連絡し体調確認、弟へ現状の報告等行っていった。その後、経口摂取困難、尿回数の減少がみられた。主治医、家族は入院を勧めたが、本人は「明日は入院するから、わがまま聞いてよ。」と話され、弟に付き添ってもらい自宅にて点滴を実施した。翌日入院体制を整え再入院となった。自宅療養期間は3週間、計8回の訪問となった。再入院後は身の周りの整理する時間が持ててよかったとの発言が聞かれた。

【考察】

入院中から関わっていた退院調整看護師が退院後も訪問看護を行ったことで、同じ看護師が継続して関わることができ、本人が安心して在宅で過ごせる一つの要素となったと思われる。当院の診療や訪問看護の体制では入院が必要な状況と判断したが、患者の希望を確認し、主治医と相談することで患者自身が納得する形での入院となった。

一人暮らしであり、予後の短い患者にとって、自宅に戻り少しでも身の回りの整理する時間が持てたことは重要だったと思う。患者の気持ちに寄り添い希望を少しでも叶えるよう連携を図りながらサポートしていくことは大切であると再認識した症例であった。

胃がん終末期患者の精神疾患を患う家族へのケア

船田壘梨沙^{ふなだありさ}，早野由美，明石香澄，後藤裕美，難波幸子
友愛記念病院 看護部

【目的】

胃がん終末期患者の精神疾患を患う家族に対し、フィンクの危機モデルを用いて家族ケアが提供できていたのか振り返る。

【事例概要】

患者（以降A氏）は進行胃がん手術目的で入院した。A氏は夫と次女と同居していた。次女が家計を支える中心であり、面会に来ることができる長女がキーパーソンであった。長女よりパニック障害を患っていて薬を飲んでいると自己申告があった。

【結果及び考察】

看護師はA氏と長女の元へ頻りに訪床しコミュニケーションをとっていたが、それ以外にも長女がナースステーションを訪れ看護師への質問や一日に何度も主治医に説明を求める姿がみられた。パニック障害を患っていると他人から過剰なアドバイスを受けたり、保障をされないと日常的な出来事も自分で決めるのは困難である。また、A氏は手術を受けたが進行具合からバイパス術を行い、手術後化学療法の予定となった。手術後急変し、集中治療室管理となった。この状況を聞いた長女は過呼吸となり、パニック症状を悪化させる恐れもあり、長女への看護介入も必要であると考えた。田中らは「モデルを活用する目的は、中心の看護、つまり家族の個別性を捉え、それに即した介入を行うことで家族をより良い方向へ向かわせること」と述べている。今回フィンクの危機モデルを用い、長女への家族ケアを振り返ったところ、各段階ごとにチーム内で統一した家族ケアが行えていた。衝撃の段階では見守り、防御的退行と承認の段階では傾聴し、長女が納得するまで説明し要望に応えた。適応の段階では思いを傾聴し、共感し受容的な態度で接したことで、長女は取り乱すことなくグリーフケアの中でエンゼルケアを一緒に行うことができた。その後長女より「看護師さんが親身になって話を聞いてくれたり、母を一生懸命見てくれたおかげで気持ちが満たされました。本当にありがとうございました」と流涙しながら感謝の言葉も聞かれ、死を受容することができたと考えられる。

防御的退行の段階から承認の段階へ移行できるよう、長女の思いや考えを否定せず、傾聴したことで次の段階へ進むことができた。しかし、承認の段階へ移行しても再度防御的退行の段階へ戻ることもあり、段階を戻らないよう対応していくことが大切である。段階を逆戻りしないためにも長女とコミュニケーションを図り信頼関係を築くことが重要であると感じた。今後も患者と家族との信頼関係を築き家族ケアを提供していきたい。

胃癌術後の長期安静による退院意欲減退した患者と家族への関わりを通して

倉茂久美子^{くらしげくみこ}，吉原好子

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 看護部

< 目的 >

術後の合併症や、長期臥床による廃用症候群となり、退院への意欲が減退した患者とその家族に対して、退院するという意欲を持ち続けられるよう看護介入し退院に至った事例を報告する。

< 事例の概要 >

A 氏 70歳 男性 胃癌術後、瘻孔とストーマ造設

< 経過 >

術後の呼吸管理、長期にわたる集中治療及びドレーン管理のため、安静臥床が必要とされた。約4ヵ月後安静解除となりADL拡大を図るため、リハビリテーションを開始した。ADLが確立してきた頃に、瘻孔とストーマの自己管理指導を開始したが、依存的な言動が見られるようになった。その原因を探るため患者の思いを表出できるように傾聴共感を強化した。その結果、患者本人は瘻孔とストーマを受け入れていると思っていたが、実は瘻孔とストーマの存在さえ理解できていなかったことが明確になった。このことで、看護計画を瘻孔とストーマの受容への関わりから開始することに修正し、受容出来たと確認とれたのち、自己管理指導に切り替えた。

< 結果・考察 >

A氏が安心し自信を持って退院を目指せるように、より具体的な看護計画へと修正した。A氏が行える日常生活動作援助では、依存する言動が見られてもすぐ援助するのではなく、意欲が出るように声かけや見守りながら共に実施するなど、具体的な看護計画とした。瘻孔とストーマの自己管理指導は、家族を踏まえ達成可能な短期目標を週単位で立案し実施出来るようにした。その結果、自宅での生活への自信が出てきた発言や、不安に対しても退院後考えた具体的な自己管理手技に対するものへと変化がみられるようになった。また、看護師間ではカンファレンスを繰り返し共通認識した関わりを強化し、立案した看護計画や記録を看護師のみでなく、医師や理学療法士らとも共有した。チーム一丸となって自宅退院をめざす連携した関わりが出来、退院へと繋がった。

今回の事例は退院への意欲が減退している要因は何か、看護師が気づくことが出来ず介入が遅れた。その後患者の思いを引き出す関わりを持ったことで、意欲減退の要因が明確になり、自己管理技術の習得や、退院への意欲につながった。そして、患者本人の思いに気づいてからは、看護介入の方法を変更し患者の思いに沿った看護実践となったことで、さらなる信頼関係の構築にもつながり、退院という共通の目標を達成することが出来たと考えられる。

がん患者の退院支援シートを活用した情報共有

おばたあい
小幡相，上岡詩織，後藤裕美，明石香澄，難波幸子
友愛記念病院 看護部

【目的】

当院はがん診療連携拠点病院であり、手術療法、化学療法、放射線治療等を行っており、退院後も継続した治療を必要とする患者が多い。当病棟では、固定チームナーシングで受け持ち看護師が退院支援を行っていたが、退院支援が停滞する状況があった。

退院後の患者を見据えた退院支援を強化するために、退院支援現状把握の為にインタビュー調査を行い退院支援シート(以後シート)を作成した。がん患者を対象とし、退院支援のための情報共有が図れたか本研究によって明らかにする。

【方法】

1)調査期間:H27.7月～8月 2)場所:消化器外科病棟 3)対象:病棟看護師 23名 4)データ収集方法:半構成的面接 5)倫理的配慮:本研究以外でのデータの使用はしないことを説明。

【結果および考察】

シート導入前に退院支援に困ったことはあるか(YES:22名・NO1名)理由:経験年数6年未満の看護師からは進行状況、連携・退院支援の方法が不明との意見があった。

シート導入後の退院支援に困ったことはあるか (YES:5名・NO 18名)理由:シートによって一目で進行状況が分かりやすい、退院支援の意識を持つようになったと意見があげられた。介護保険制度や社会福祉の知識不足があったことから社会福祉や退院支援のフローチャートを作成、勉強会を開催して知識の向上を図り、退院支援に関する意識改革に取り組んだ。シートによって患者の情報が一目で確認することが可能となり、退院支援の過程が明確となったことで退院支援に介入しやすくなったのではと考えられる。

丸岡は「退院後の療養生活を円滑にスタートさせるには、入院当初から患者の”生活の場”に戻る時期の病状や生活状況を見据えて、患者・家族に関わる必要がある¹⁾」と述べている。患者の多くは高齢者であり、高齢者世帯や独居など生活に不安を抱える人が多かった。がん患者は化学療法や放射線療法により退院後の通院治療・処置が必要となるため、患者・家族の生活背景を理解することやMSWとの情報共有を早期から開始することで継続した医療や支援をスムーズに受けられるようになる。また、退院後の生活の不安の軽減、今後の生活を見据えて入院生活を送ることができる安心感、闘病意欲の向上につながると考えられる。今回はシート導入により退院支援の情報共有を図る手段が明確化されたと考えられる。今後はシートの内容を検討して、がん患者以外の対象者にも効率よく退院支援を実施していきたい。

患者の看護に悔いを残した事例に対するデスカンファレンスの効果について

おぎのひとみ
荻野仁美，横張美律恵，相塚房子

茨城西南医療センター病院 看護部

【目的】今回、経験の少ない看護師が終末期患者の対応に悩み、翌日には患者が亡くなったことで、無力感を抱えていた。そこで、デスカンファレンスを行い、看護の振り返りや、自分自身の思いを表出し、援助についての意味付けを行う事ができた。このことからデスカンファレンスの方法や内容を振り返り、スタッフの終末期看護に対する意識や心の変化について考察した。

【症例】50歳代男性、肺癌、脳転移、多発骨転移による下半身麻痺
自宅退院予定となっていたが、状態が悪化し苦痛緩和目的のため塩酸モルヒネに持続投与開始となった。その後、時々錯乱した状態も見られ、会話可能な時は疼痛や意識が混乱することに対する不安の訴えが聞かれ涙を流す様子も見られていた。一年目の看護師は患者の訴えを傾聴することで不安の軽減に努めた。その翌日より意識混濁となり、家族の来院は間に合わず、その夜に亡くなった。

【結果】緩和ケア認定看護師をファシリテータとし、カンファレンス室を使用し感情を表出し易い環境を整えデスカンファレンスを行った。スタッフが抱える悔いや無力感の思いを表出させ、自分の援助を改めて振り返る機会を促した。さらに、援助においての「できること」「できない事」があることを共有し、援助に対し意味づけを行った。その結果、「亡くなる数日前の患者さんとの会話を、スタッフに話せて気持ちが楽になった」、「忙しい中での、患者さんとの短時間の会話は援助になったのか不安だった」、「自分の援助を振り返り、その意味づけをする事で看護の充実感を得る事ができた」、「他のスタッフの援助を聞くことにより、看護の視点が広がった」などの意見が聞かれた。

【考察】今まで行われたデスカンファレンスでは、病棟スタッフの悔いや無力感を際立たせるものだったが、今回行ったカンファレンスでは看護師同士の気持ちを共有でき、新たな視点を持つことができた。また、看護の限界があることを共有し、行った援助に対し意味づけされた事で、無力感を持っていた看護師の自信回復に効果をもたらしたと考える。よって、デスカンファレンスは有効であり、看取りの経験が浅い看護師の支援をするために必要である。

癌、鬱、拒食を抱える独居生活を送る患者の援助を振り返って・・・
(食は楽しみ。食べることの意味を問い直して学んだこと)

ふかやときこ

深谷時子，福岡かおる，樋口香代子，佐瀬悦子

(株)佐瀬トータルケアセンター アネシス訪問看護ステーション

【はじめに】 癌と宣告された時、それが早期であっても言い知れぬ不安にさいなまれることは想像に難くない。私たちは、胃癌で全摘後（内ヘルニヤ・輸入脚症候群・イレウス）重複手術、鬱を併発、拒食となり、入院が長期化。器質的な通過障害・再発の兆候がないとのことから、TPN管理継続状態で退院し、家庭の事情、震災の影響により独居の訪問を行なってきた。不安に寄り添いながら、時間をかけ信頼関係を築いてきたが、なかなか食事量やひきこもり状態の改善がはかれなかった。そこで、看護間で話し合い。腸管の動きの改善を図るための温電法を試みたり、食べようとの強要的な働きかけをやめ、食べてみる（つまみ食いの楽しさに着目）様々なサンプルを紹介するなかで、本人自らが食べられるものを見出し、それを機にお取り寄せを楽しむようになった。更に、自らコンビニやスーパーにも出向くようになり、食を楽しむようになり、ひきこもりからの脱却にもつながった症例を経験した。癌、孤独との不安に対峙している患者さんが、治療＝栄養補給という“食”から食＝楽しみになったことで、患者から生活者になったようにも思えた。この症例を振り返り、在宅癌患者の食の援助について考えまとめてみた。

【症例（事例）の概要】

T氏 女性 昭和15年4月1日生（75才） 独居
胃全摘（重複癌）内ヘルニヤ・輸入脚症候群術後 術後うつ 拒食症
平成24年9月～平成25年5月 TPN管理 食事量は横ばい
抜去後食欲低下・適宜末梢点滴、訪問看護として食事状態の把握、精神状態の把握援助を行ってきたが、なかなか食事量が増えず、引きこもり状態が続いた。
なんとか食事量が改善しないか、検討するなかで食を栄養補給の意味だけでなく、楽しみとしてアプローチ、食べられない原因をうつ、拒食症に捕らわれず、消化管の動きを促進するケアを検討。平成27年1月より熱布清拭（腰背部の湿式温電法）その時間を利用してのフットマッサージを行い、ゆっくりとした傾聴時間を設けた。併行して、様々な食事形態も紹介。

【結果】

働きかけを見直し、腸管の動きの改善を図るケアとして、熱布清拭、フットマッサージを行い、リラクゼーション効果と超蠕動の促進が図れた。食べようとの強要的な働きかけから、食べてみない？と（つまみ食いの楽しさを取り入れ）…様々なサンプルを紹介、自ら食べられるものを見出し、それを機にお取り寄せをし食を楽しむようになった。更に、おしゃれをして、シルバーカーを引きスーパーにいらっしやる姿を見かけるまでになった。気づいたら引きこもりからの脱却につながっていた。

【考察】

患者の既往、病名に着目してしまうと、どうしても栄養補給として食を考えてしまう。癌、孤独との不安に対峙している患者さんが、治療＝栄養補給という“食”から 食＝楽しみになったことで、患者から生活者になったようにも思えた。在宅は、治療最優先の場ではなく、生活の場。この患者さんは、一人で子育てをし、子供にも人にも迷惑かけたくないという思いを強く持ち、自分スタイルを堅持してきた方である。そのことを忘れずに援助を考えるところに、在宅癌患者の“食”の看護があるように思えた。癌で在宅に移行した患者さんは、多かれ少なかれ終末を意識するという、その時間を共有する私たちは、人生のフィナーレを共に歩んでいる。そう考えたら“食”は大切な楽しみのひとつである。