

策、呼吸困難感への塩酸モルヒネの有効性などは浸透しつつあるが、今後も推進していかなければならないと考えられる。アンケート結果から今後の課題として、精神症状へ対応や家族への対応、告知に関するコミュニケーション技術などが挙げられる。これらを踏まえて当院の緩和医療教育計画を考えていかなければならない。

10. 当院におけるかんわケアチーム立ち上げについて

神宮 彩子, 仁科 砂織, 関根奈光子
平山 功, 河合 弘進, 吉田 長英
深澤 一昭, 望月 裕子

(済生会前橋病院 かんわケアチーム)

細内 康男 (同 外科)

当院では平成20年4月、院内にがん治療対策委員会を立ち上がり、がん登録部会、化学療法部会、緩和ケア部会に分かれ、私たちかんわケアチームは緩和ケア部会として院内の緩和ケアの普及がなされるよう活動をしている。

メンバーは医師3名、看護師3名、薬剤師1名、MSW1名と8名に加え、がん治療の有無に関係なく各病棟にリンクナースを配置している。チームの意識向上のためシンボルマークを作成し、マークを用いたシンボルバッチをチームメンバー、リンクナースは着用している。ポスターなどの掲示物にもこのマークを挿入しチームの存在アピールを行っている。診療形態はコンサルテーション型であり主治医、担当看護師、患者又は家族の同意を得て介入することになっている。チームへの依頼はオーダリングシステムを利用できるよう枠を設定した。依頼用紙、アセスメントシート、回診記録などもオーダリングシステムを利用しペーパーレス化を図っている。依頼を受けるとチーム看護師がアセスメントに訪問、その後週1回チームとして病棟ラウンドを行っている。至急を要する事例は院内メールを利用し問題解決につながるようカンファレンスを行い、必要に合わせて個別訪問を継続する。これらの活動に加えて緩和ケアに関する教育活動、各種マニュアルの作成などを行うなどの活動を通じて院内緩和ケアの普及に努めている。実際の活動を通じて今後の活動に対する課題や問題点なども生じている。現在までのチーム立ち上げについての活動及び今後の課題について報告する。

11. 急性期病院での「かんわ支援チーム」一立ち上げて3年で感じたこと一

田中 俊行, 岡野 幸子, 須藤 弥生
土屋 道代, 小保方 馨, 阿部 毅彦

(前橋赤十字病院 かんわ支援チーム)

緩和医療はがんと診断された時から始まるといわれ、

また、今後の目標(方針)を設定し介入することが望ましい。当チームは、多職種で構成され専従医は消化器外科医である。地域医療を担う急性期病院で、緩和医療を開始してから3年間の業績と問題点を検討する。【対象】2005年4月から3年間に依頼のあった患者。【結果】依頼患者は延べ895例(初依頼患者72%)であった。年齢は10歳代から100歳に及んだ。15診療科から依頼があり消化器科が548例(61%)で最も多かった。(1)早期から介入の緩和医療について。初依頼患者で3年間を前後半にわけ、“何回目の入院で依頼がきたか”を調べたところ、前半2.6回目に対し後半3.0回目で有意($p=0.02$)に延長していた。また、依頼のあった入院で、入院日から依頼日までの日数はそれぞれ10日、11日であった。死亡患者で、入院から1週間以内の依頼(早めの依頼)では、一ヶ月以上介入できた割合は30%であったが、入院後4週間以上経過してからの依頼(遅めの依頼)で、一ヶ月以上介入できた割合は17%のみで極端に介入期間は短くなった。(2)今後の方針の欄に「在宅」「転院」「化学療法」「手術」などの他に「緩和」や「未定」の項目があり、それぞれ全体の36%、7%であった。後半に「緩和」という漠然とした項目を削除したところ「未定」が多くなった(全体の44%)。(3)がん患者を持つ医師37名にbad newsの伝え方のアンケート調査をした。Bad newsを「あまり伝える自信がない」が22%で、逆に「患者に伝わっていると思う自信があまりない」が22%、「わからない」が5%であった。自信のない理由としてコミュニケーション方法がわからないとの回答が多かった。一方で、コミュニケーションの勉強会の開催を65%が希望したが、実際参加すると回答した医師は19%にとどまった。【結論】今後、緩和医療についてさらに教育や啓蒙する必要があることが判明した。また、患者中心の医療の観点から患者とのコミュニケーションの勉強会も必要がありそうだ。

12. PCTが行う緩和ケア外来 一利根中央病院の経験一

原 敬, 小野 節子, 岡村 真澄
小野里千春, 小幡とも子, 香川 仁
金子久美子, 川合 利恵, 栗林由美子
新行内健一, 都築はる奈, 南雲美枝子
藤平 和吉, 本多 昌子, 宮前 香子

(利根中央病院 かんわチーム)

病院緩和ケアチーム(PCT)は地域PCTとしての役割も求められている。これは、PCTが外来という窓口をもつことを意味するが、実際に設置してみるとそう簡単にはいかない。たとえば内科外来は、外来患者の治療の場であるほかに、他施設からの紹介窓口、入院窓口や退院後フォローアップの場でもある。緩和ケア病棟をもつ施

設の緩和ケア外来なら内科外来のような働きと理解でき役割もわかりやすい。しかし、PCTは自科のベッドをもたないがゆえに、その外来の役割もわかりにくい。本発表では、われわれの外来の実情を報告し、PCTが行う外来の役割を考察する。【**外来開設の経緯**】PCTが加算診療を開始した2006年8月から外来を開設した。がん拠点病院には緩和ケア外来の設置が必要という理由からだったので、中味の検討よりまずカタチから入った。外来は毎週金曜午後2時から5時、1件1時間で1日3枠を予約枠とした。原則予約制だが緊急コンサルトや他院からの依頼を考慮し柔軟に対応した。2008年4月以降は主科が望めば薬剤処方も行っている。【**外来診療実績**】2007年8月から2008年7月までの1年間の外来受診患者総数は31名。うち退院後PCT併診患者が26名、外来で初診の患者が4名で、いずれも院内診療科からの依頼であった。なお、他院で抗がん治療中の患者が1名であった。同時期の入院患者診療実績は、依頼件数が153名、1日の平均担当患者数は約20名である。【**PCT外来へのニーズ**】1) がん性疼痛の薬物治療相談 2) 精神的苦悩のアセスメントとその対応 3) 手術後遺症や抗がん薬副作用の治療相談(リンパ浮腫や脱毛など) 4) 治療法選択場面での意思決定の支援 5) 在宅ケアにおける家族の悩み相談。【**PCT外来の意味と問題点**】入院の場合と同様、外来でもPCTの役割は主治医・外来看護師への援助であり、その志向性が患者家族の援助につながり、外来の意味もここにある。その反面、PCTの外来での働きは自科の診療報酬として数字には反映しにくい。PCT外来にとどまらずチーム医療を進めるには、この働きを病院が正当に評価できるような仕組みも必要になるだろう。

13. がん終末期の妻と死別した終末期腎臓がん患者を受け持って

佐藤 和也, 金子 京子, 清水 政子
 (前橋赤十字病院 4号病棟)
 苅部 舞, 浅野 友恵, 岡野 幸子
 田中 俊行 (同 かんわ支援チーム)

【はじめに】 当院は救命救急センターを併設した急性期病院で、入院患者の約23% (平成18年のデータ) ががん患者である。今年の1月に当院もがん診療連携拠点病院となり、ますますがん患者に対する全人的なケアが必要となった。今回、夫婦ともががん終末期で当院に入院となった夫A氏を受け持った。経過の中、別病棟で妻の死を迎えた。がん終末期患者であることと同時に遺族となったA氏へのかかわりについて考察したので報告する。【**事例**】 患者A氏は60歳の男性で、妻と娘の3人暮らしであった。無職、性格は寡黙で自分から感情を

表出することは少なかった。進行性左腎臓がんの局所増大と腰椎転移、傍大動脈リンパ節転移による左側腹痛と腰痛があり、両下肢のしびれを伴っていた。治療は化学療法(イムネース)であった。平成20年2月、疼痛コントロール目的で泌尿器科病棟に入院となった。一方、A氏の妻は左乳がん術後で10年が経過していたが、全身骨転移による全身痛が出現し、平成19年10月、疼痛コントロールで外科病棟にすでに入院していた。妻は症状がコントロールされ一度退院となった(入院日数102日)が、平成20年3月、意識レベルの低下と状態悪化で再入院となった。A氏の入院中に妻が再入院となったため、A氏の疼痛が十分除去できていない状態であったが、車椅子を使い積極的に妻の入院している外科病棟に面会に行っていた。その間、医師からは妻の病状を伝えられることはなかった。妻の死後、A氏のADLは極端に低下し、ベッドから離床することも少なくなった。「かんわ支援チーム」の回診の中で、「何もしてあげられなかったことが悔しい」と涙を流し感情を表出する場面がみられたが、その後A氏から妻の話をされることはなかった。カンファレンスで討論した結果、傾聴につとめ、積極的にA氏に関わることにした。またADLの拡大を図り、娘の協力のもと在宅療養という目標を達成することができた(入院日数77日)。【**考察と結語**】 A氏はがんと闘ったことで、不安や恐怖、孤独感を十分体験していると思われるが、さらに、同病院で同じ薬を服用していた妻もがんで亡くした。計り知れない悲しみや恐怖があると想像できる。急性期病院であることで、がん終末期患者に対するケアがおろそかになっていることは否めない。今回の事例を通して、がん患者であることと遺族であることの両方を持つA氏にとってわれわれ病棟看護師はどうあるべきか、そのためにどうすればよいのかを改めて考えさせられた。傾聴により患者の心を引き出し、目標に向かって援助していくことが必要である。

14. スピリチュアルケアを通し学んだこと ―「レシピ集」作成が自分らしさを取り戻した事例―

箱田 春恵, 小林江利子, 山田はるえ
 (独立行政法人国立病院機構西群馬病院
 緩和ケア病棟)

【はじめに】 スピリチュアルペインは目に見えにくい痛みであり、患者の一人ひとりから出てくる心の声をどう捉え、どう分析し、どうケアに繋げていくかが重要である。今回、癌終末期で生きる希望を失い「早く逝かせてほしい」と訴える患者との関わりの中で、スピリチュアルティをキャッチし、患者の気持ちに向き合っていくことの大切さを学んだので報告する。【**患者紹介及び経過**】 S氏 60歳 女性 乳癌再発 緩和ケア病棟に入院後