となって気持ちの駆け引きをするお手伝いをする事が目的だと感じ，その為にモニターは使いこなすものの一つであってもいいように感じた．また，関わった看護師達も初めは戸惑っていたが，慣れてくると業務としてではなく，看護師として，人として自主的に関わる姿が見られた．部屋から出てくる表情は，まるでケアされたように優しい．業務の流れや慣習的な看取りは，こういった家族や看護師の持つ「患者の死と向き合う力」や良好な関係性を封じ込めていたのではないだろうか．そして「緩和ケア」には，雑多な業務に流されがちな看護を本来の看護に引き戻す力があると私達には思えた．

11．疼痛と不安の軽減がはかれず試行錯誤した事例

青山真由美，[1,2]　遠坂ちあき，[2]
金子　直美，[2]　山部　克己 [1,2]
（1　桐生地域医療組合桐生厚生総合病院
6階東病棟　2　緩和ケアチーム）

【事例紹介】 M氏　60代男性　肺がん **【現病歴】** 2009年11月外傷の既往なく肋骨骨折，その頃より血痰あり背部痛出現増強し，近院に受診．2010年1月胸部CTの結果，左主気管支周囲に腫瘍形成，左下葉に線状無気肺，左肋骨・右肋骨・椎弓に転移性腫瘍，縦隔リンパ節の腫大を認める（肺がんⅣ期）．**【経　過】** 背部痛強く入院時よりオキシコンチン内服開始となるが，疼痛の増強あり痛みのコントロールつかず，連日オキシコンチン増量となっていた．入院より4日後には消化器症状強くオピオイドローテーシン施行．デュロテップパッチへの変更後も疼痛の軽減なく，塩酸モルヒネ持続注射を併用で開始した．効果の実感が出来ず不安を抱くような発言が聞かれ，夜間は1時間おきにレスキューを使用していた．日中は状態観察やケアを行い傾聴していったが，苦痛や不安強く看護行為を拒否されることもあった．緩和介入や精神科受診も行った．緩和回診時にも，痛みと今後の経過についての不安言動と不眠の訴えがあり抗不安薬の内服開始となった．しかし痛みは再び増強し，レスキューの夜間使用回数は減らない．M氏「もう辛くて，辛くて，眠らせてください」と話され，本人・家人希望にて夜間の間欠的鎮静開始となった．鎮静剤使用後，今が一番いい状態との言葉が聞かれ日中は家族との会話も行えていた．3月下旬，肺炎の合併症も伴い，鎮静導入後23日目に永眠された．**【論　点】** 1）オピオイドの増量・変更を行っていたが，疼痛緩和ができずに難渋していた．苦痛症状に対する軽減が図れず最終的には鎮静での対応でしかなかった．鎮静でしか苦痛緩和ができなかったのか．2）疼痛コントロールを主として関わっていた．夜間のレスキュー使用量多いのは不安要素が疼痛閾値レベルを下げていたのか．夜間頻回の不眠・不安の訴え時の看護介入はどのよう様な事ができたか．全人的苦痛として捉えどのようにケアしていけばよかったのか．

12．新たな緩和的治療に臨む大腸がん患者への関わり
ー治療継続への援助ー

茂木真由美，松本　弘恵，吉田　佳子
（群馬県立がんセンター外来・
通院治療センター）

【目　的】 進行・再発の大腸がんの化学療法は，めざましい進歩をとげている．2005年4月，FOLFOX 6療法・FOLFIRI療法，2007年6月，分子標的治療薬ベバシズマブが併用，さらに2009年9月，XELOX＋AV療法が大腸がんにおける術後補助療法として認可された．本研究の目的は，めまぐるしく変わる治療内容を体験した患者の，治療継続への看護支援を構築することである．**【方法】** 外来通院治療を受ける大腸がん患者で，FOLFOX 6療法・FOLFIRI療法，分子標的治療薬ベバシズマブを併用，さらにXELOX＋AV療法を体験した患者の看護記録を調査．**【倫理的配慮】** 対象患者が特定されないよう記録内容は意味を損なわないよう一部修正．**【結果・考察】** XELOX療法は内服薬と注射薬を組み合わせて行うため「点滴の時間が短い」「通院回数が少ない」「持続静注ポンプに48時間拘束されない」という日常生活へのメリットを感じながらも，カペシタビンの内服により，患者自身が在宅で行なう自己管理として，有害事象が生じていても「これくらい耐えられる範囲なので，なんとか治療を続けて欲しい」と，治療を続けることを考え症状を我慢していた．これはがんの進行に伴い繰り返し治療内容を変更する過程において「完治することがないなら治療を継続しても意味がないのではないか」と考えながらも「生きていくためにはこの治療が必要」という思いが同時に存在し「最後の治療」と捉え，抗がん剤の変更・減量・休薬・中止に不安を抱きながら治療に臨んでいると考えられた．**【結　論】** 延命・緩和目的に化学療法を受けている患者は「今日を生きることの意味を常に自分自身に問いかけ続けながら治療に臨んでいる」と考えられた．看護師として，めまぐるしく変化をとげる大腸がん化学療法の治療内容の動向をキャッチし，治療継続ができるよう精神的な支えと，有害事象への支援が重要と考える．

13．経皮内視鏡的胃瘻造設術の導入と予後，そして妥当性についての検討

小林　　剛，蒔田富士雄，斎藤　龍生
（独立行政法人　国立病院機構
西群馬病院緩和ケア科）

【はじめに】 経皮内視鏡的胃瘻造設術　(Percutaneous

Endoscopic Gastrostomy, 以下 PEG) は, 低侵襲で術後の管理が容易であり, 合併症の頻度が少なく, QOL の向上が期待できる. 今回, 我々は緩和ケア病棟における PEG の導入と予後, そして妥当性について検討した. **【対象】** 2009 年 1 月 1 日から 2010 年 6 月 30 日までの期間に西群馬病院緩和ケア病棟で PEG を施行した患者を対象にした. PEG の適応は, ①本人・家族に対して PEG の十分なインフォームド・コンセントが得られる症例, ②PEG により QOL の向上が得られる可能性が高く, さらに PEG の施行後, 少なくとも約 1 ～ 2ヵ月以上の生命予後が得られる症例に限定している. **【結　果】** 延べ 160 名が緩和ケア病棟に入院し, 患者と家族に対して, 十分なインフォームド・コンセントを行い, PEG を施行した患者は 2 名であった. PEG の目的は, 2 例とも栄養目的として PEG を施行し, 減圧目的の患者はいなかった. 1 例は, 70 代女性で食道がんと肺がんの重複がんの患者. 食道がんによる通過障害を認め, 経口摂取は困難であった. もう 1 例は, 70 代男性で悪性胸膜中皮腫の患者. 胸膜中皮腫による食道の圧排・狭窄を認め, 経口摂取は困難であった. それぞれ PEG 施行後の生存期間は, 124 日と 92 日であった. **【考　察】** PEG を施行し生存期間の延長が得られた. しかし, PEG が長期に及ぶと, 患者は QOL の低下とともに精神的苦痛が増加していく. 医療者もまた, PEG が患者にとって "最善の処置" であったのかといつも悩む. そのため, 医学的・倫理的に PEG が妥当であったかを検証していくことが重要である. 今回の 2 症例とも, PEG 適応のアルゴリズムで, PEG の施行は医学的にも倫理的にも妥当であったと思われた.

14. 鎮静に戸惑う看護師への支援に関する考察
―かんわケアチームの観点から―

高橋　淑恵, 関根奈光子, 神宮　彩子
小熊婦仁子, 深澤　一昭, 望月　裕子
河合　弘進, 吉田　長英, 平山　　功
(群馬県済生会前橋病院
かんわケアチーム)

【目　的】 ある終末期患者を支え, 当該病棟でほぼ初めての試みとなる鎮静を行った. 本事例を振り返り, 一般病棟で緩和ケアを行う看護師の戸惑いと, その看護師を支援するかんわケアチーム (以下, チーム) の課題を探る. **【事例紹介】** 40 歳代女性, 独身. 乳癌, 肺転移, 終末期. 痛みや呼吸困難等症状マネジメントを目的に介入依頼あり. **【経　過】** 患者の苦しみ: この状態がいったいいつまで続くのか……, 患者には「将来を失う」という時間的な苦しみが生じていた. 患者を支えることを意図してそばにいる, 傾聴, タッチング, マッサージ等援助し, 患者が信頼を寄せる関係性もできた. 鎮静について「楽になるんですね. よかった……」と語り, この苦しみから解放される将来が見えた患者は, 将来に向けて今を歩むことができた. 鎮静の意思を伝えてから一週間後患者の希望で鎮静を開始, 5 日後に亡くなった. ・看護師の戸惑い: 鎮静の意思を捉え実際に鎮静が行われるまでの一週間を振り返り, 看護師は「鎮静してほしい, 楽になりたいって言っている患者さんに何て声をかければいいのかわからなかった」と語った. また, 鎮静後も「しばらくはケアの時辛そうな表情をしていて……. "ごめんね" って言いながらケアしていた」と語り, 悩みながら援助していたことがわかった. **【考　察】** チームには, 患者を支えるだけでなく, ベッドサイドで援助する看護師を支援する役割がある. 本事例で看護師は, 鎮静の意思を捉え実際に鎮静が行われるまでの患者との関わりに戸惑いを感じていた. 看護師にとって鎮静は死を意味し, 目の前にいる患者の死を意識しながら関わることに戸惑いが生じたのかもしれない. チームは, この患者がなぜ鎮静を受け入れるに至ったかを看護師と話し合い,「この苦しみから楽になりたい」という患者にとっての鎮静の意味を確認し合う必要があった. また, 看護師が抱いていた鎮静のイメージが現実と異なり,「楽になるための鎮静なのに何だか苦しそうだ」「これでいいんだろうか」と葛藤していた. チームには, 鎮静後の患者の反応・患者との関わり方に葛藤する看護師の苦しみを聴く援助が必要と思われた.

15. 急性期病院の早期からの緩和ケア　―外来を開設して専従看護師の思うこと

久保ひかり, 田中　俊行, 春山　幸子
小保方　馨, 土屋　道代, 岩田かをる
阿部　毅彦
(前橋赤十字病院　かんわ支援チーム)

当院は地域がん診療連携拠点病院である. 指定の条件として, 緩和ケアチームの院内活動が必要であるが, 緩和ケア外来も追加された. それに伴い「かんわ支援チーム」は, 2009 年 10 月に緩和ケア外来を開設した. 開設して 7ヶ月だが, 当院の緩和ケア外来を紹介する. **【外来紹介】**「緩和ケア外来」の看板は掲示していない. 場所は人の出入りの少ない環境を選び, 手術日で使用していない整形外科外来で行なっている. 予約制で, 水曜日の午後 14 時から一人 1 時間の枠で, 最大 3 枠を確保している. 主治医, または, 緩和ケア外来を受診した患者自身の希望で予約可能としている. また, 病院外からの紹介は, 一度診療科や主治医を決定してから受診としている. 開設してしばらくは専従医一人で対応していたが, 現在は専従看護師と一緒に行なっている. 診察終了後, 全人的苦痛の観点でカルテに推奨処方を記載している. 基本