

ミキサー食を取り入れ食事が可能となった。事例 2) 味覚障害・食欲低下がある化学療法中の患者 抗がん剤の副作用で食欲低下があったが、「のど越しがいい物」「酸っぱい物」なら食べられるという情報から、管理栄養士の介入により患者の嗜好に合わせた食事を提供し食事量が増えた。味覚障害には、薬剤師による内服薬の指導を受け、味覚障害が緩和された。事例 3) 嚥下障害と食事量が増えると嘔吐してしまう患者 嚥下リハビリと義歯調整のため歯科医師の介入で嚥下機能改善を行なった。また、必要最小限のカロリーが摂取できるよう管理栄養士の介入と栄養サポートチームからのアドバイスを受け、嘔吐なく食事摂取が可能となった。【まとめ】 終末期の食欲不振は、進行がんの患者の 65%から 85%に出現すると言われている。原因としては、抗がん剤の副作用やがんの進行に伴う食欲低下や経口摂取困難など様々である。がん患者・家族の「食」への思いは多様であり、傾聴し共感することが大切である。しかし、患者が食べることによりおこる苦痛や危険を回避することも重要である。患者の安全・安楽を考慮しながら「食」への楽しみや思いに寄り添うには、患者情報を共有し、多職種専門性を生かし、食の工夫やケアを行なうことが大切であると考えられる。

#### 8. 当院における緩和ケアチームの今までとこれから

廣野 正法,<sup>1</sup> 田中司玄文,<sup>2</sup> 五十嵐美幸<sup>3</sup>  
神山麻沙美,<sup>1</sup> 飯島 博之<sup>1</sup>

(1 伊勢崎市民病院 緩和ケア内科)

(2 同 外科)

(3 同 緩和ケアチーム)

平成 14 年 4 月から緩和ケア診療加算が算定できるようになったことを受け、当院でも平成 15 年 1 月に緩和ケアチームが発足した。同年 2 月からは緩和ケア診療加算の算定が始まり今年度で当院の緩和ケアチームは 11 年目を迎える。その間平成 20 年度には臨床心理士が緩和ケアチームのメンバーに加わり、平成 21 年度には当院に緩和ケア病棟が開棟した。平成 23 年度には身体面担当の医師が交代し、平成 24 年度には緩和ケアチーム専従看護師が交代となった。現在の業務内容は、介入患者および家族の診察とケア、チームカンファレンス、各病棟を訪問してのスタッフや主治医との多職種カンファレンス、各病棟で行われるデスカンファレンスへの参加、各種がんサボードへの参加などである。介入患者以外でも担当医やスタッフから相談があれば適宜対応している。当院における緩和ケアチームのこれまでの 10 年間の活動内容と、近年における変化、今後の展望について述べてみたい。

#### 9. 終末期がん患者の想いを尊重した作業療法と心の変化

安原 寛和, 町田友里恵, 春山 滋里  
北爪ひかり, 春山 幸子, 小保方 馨  
佐藤 浩二

(前橋赤十字病院 かんわ支援チーム)

【はじめに】 作業療法とは身体または精神に障がいがある者、またはそれが予測される者に対して、その主体的な活動の獲得を図るため、諸機能の回復、維持または開発を促す作業活動を用いて行なう治療、訓練、指導および援助を行なうことである。今回、自宅退院が可能となった終末期前立腺がん患者を経験した。作業療法を通じ患者とのかかわり方を振り返る中で、患者の気持ちの変化や、作業療法に求められる役割とはなにかを見直す機会を得たので報告する。【症例】 70 歳代男性。2 年前から前立腺癌、多発骨転移にて外来フォロー中であった。平成 23 年 2 月より体動困難、食欲不振にて当院入院。入院後、ADL 改善目的で作業療法開始となる。左第 5 肋骨、第 5 胸椎骨転移のため両下肢完全麻痺、体動困難でほとんど臥床していた。患者は無気力で活気がないが、下肢麻痺の改善、自宅退院の希望が強かった。【経過】 作業療法では歩いて家に帰りたいという患者の想いを尊重し、下肢筋トレ、車椅子乗車、起立 ex 中心に介入した。毎回の作業療法終了時には、前日と比較した身体機能面での改善点を言語化し、改善のない下肢機能に関しては話題に挙げなかった。介入を継続していく中で、次第に身体機能面に対してスピリチュアルな発言が増えたため傾聴に力を入れた。この時期より口数や笑顔が増え、下肢機能改善に対する希望を訴えなくなった。自宅退院を見据え、徐圧 ex、起居動作 ex に意欲的に取り組めるようになった。作業療法開始から 2 か月後に退院。訪問看護、訪問リハを利用し自宅にて療養された。【考察】 作業療法の中で行った、日々に身体機能の改善点の言語化は、残存機能への意識を高めることにつながったと考える。また患者の想いを尊重し介入を続けたことで、スピリチュアルな発言を引き出すことができた。想いの傾聴で、患者の目標とする視点に変化し自宅退院に向け現実検討が行えたのではないかと考えられる。

#### 10. 患者・家族の意志を尊重するためのアプローチの明確化 ～今後の療養先を検討した 2 事例を比較して～

岩本 悠里, 阿部 麗, 堀口 夏海  
高橋 明子, 金澤かすみ, 黒岩 宏美  
中沢まゆみ, 羽鳥裕美子, 塩田麻希子

(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】 終末期における療養先の意味決定について

支援することは重要な役割であると考え、今回、終末期における療養先の意思決定について困難な症例を経験した。療養先の決定についてスムーズに進めることができた症例とそうでない症例について振り返り、比較検証を行うことで、どのようなアプローチが必要であったか分析をしたいと考えた。【方法】症例の比較研究 調査対象：療養先の決定についてスムーズに進めることができた症例 A とそうでない症例 B を各 1 例ずつ・対象患者・家族へ電話にて承諾を得てから、同意書を郵送し同意を得る。・対象となる患者・家族の情報をカルテから後追いで調査する。【結果】2 症例を、全人的苦痛の 4 側面と病状理解で比較検討した。A は症状コントロールが図れ、家族のサポートがあり、家で過ごしたいという将来の希望があった。現状を受け止めており、スピリチュアルな訴えは聞かれなかった。告知を受けてから家族内で病状や予後に対して話し合いが行われていた。B は最期まで症状コントロールが図れず、医療者に気兼ねがあり、他者にゆだねることができず孤独であった。スピリチュアルな訴えは、医療者と義姉に訴えられていた。病状の説明は状況に応じて実施されていたが、時間が経過するとともに理解があいまいになり、「治療方法があるのか、病気が治るのか」という将来の不安が聞かれた。【考察】2 症例の比較から、病気について真実が伝えられ、病状の理解ができることと、全人的苦痛の緩和が重要であると考え、患者の意思を尊重するためのアプローチとして、症状のコントロールをすること、病気の段階に応じた病状説明、病気・病状の告知において真実が伝えられること、病状の理解度を確認し本人の思い・希望をきくことが必要であるとわかった。【おわりに】症状緩和を図り、病状を理解したうえで自分の置かれている状況をうけとめる支援、希望をかなえるケアの介入が必要である。

#### 11. 慢性心不全患者の緩和ケア —急性増悪から終末期における看護援助を振り返る—

宮澤 千佳,<sup>1</sup> 飯野 盛朗,<sup>1</sup> 津金澤理恵子<sup>2</sup>  
野田 大地,<sup>2</sup> 長谷川紀子<sup>1</sup>

- (1 公立富岡総合病院 4 A 病棟)  
(2 同 緩和ケアチーム)

【目的】慢性心不全患者である A 氏への心不全の急性増悪から終末期の看護援助を振り返り、緩和ケア導入および実践において看護師が行うべきケア/援助を明らかにすることを目的とする。【方法】看護記録から A 氏への看護援助を抽出するとともに、看護援助を実践した看護師に面接調査を行い、看護援助をカテゴリー化する。【結果】コアカテゴリーは 11、サブカテゴリーは 15 となった。当日に発表する。【考察】1. 患者へ

の看護援助 急性増悪から終末期の全期において【症状緩和】への看護援助は実践されていた。薬剤を使用し、症状緩和だけでなく、A 氏の背中をさする、安楽な体位の工夫などの看護援助が行われていた。【傾聴】の援助は決して多くなかった。看護師との面接調査では、状態が悪化してからの A 氏はうなだれているように見えて看護師は声をかけにくいと感じていた。また、呼吸困難のために長く会話ができない状態を感じていた。ただ、家族を介して A 氏の思いや A 氏のことを知ろうと努力していた。意図的ではないが、A 氏の家族のケアにつながっていたと考える。2. 多職種チームとしての緩和ケア 医師や薬剤師、緩和ケアチームと多職種チームでオピオイドなどの薬剤開始時期や緩和ケアについて話し合う機会が少なかった。そのため、看護師がジレンマを抱える場面もあった。【まとめ】慢性心不全の終末期においてどのような看護援助が実践されているかわかったとともに、看護師がどのような思いをもっているかを知るてがかりとなった。

#### 12. 痛みの出現を恐怖と感じ自律性を喪失していたがん患者への看護支援 ～IASM の理論を用いた痛みに対する症状マネジメント～

小和田美由紀,<sup>1</sup> 登丸真由美,<sup>2</sup> 角田 明美<sup>2</sup>  
藤本 桂子,<sup>3</sup> 二渡 玉江,<sup>3</sup> 神田 清子<sup>3</sup>  
(1 群馬大院・保・博士前期課程)  
(2 群馬大医・附属病院・  
患者支援センター)  
(3 群馬大院・保・看護学)

【はじめに】S 氏は痛みのために睡眠や食事など基本的な生活が送れず、恐怖と不安から日常生活が脅かされていた。自律性が喪失しているがん患者の看護支援について、Larson P. が開発した患者主体の症状マネジメントの統合的アプローチ：IASM (The Integrated Approach to Symptom Management) を用いて看護介入を行った。その結果、セルフマネジメント能力の向上と共に症状が緩和されたため、その効果と有効性について報告する。【研究方法】IASM の理論を用いた介入事例検討。【事例紹介】S 氏は 40 歳代女性、胃がん再発、腹膜播種、骨盤内転移。症状マネジメント目的で入院し受け持つまでの約 1 か月間、我慢し耐える対処を行っていた。介入期間：2013 年 1 月 (10 日間) 【結果・考察】看護師は S 氏の痛みを一緒に取りたいという気持ちを伝え、症状体験に寄り添いながら共感した。S 氏は痛みについて語る中で、痛みのマネジメントを医療者に依存していたことに気づいた。S 氏は「自分で痛みを何とかしたい。何をすればいいの？」と痛みをセルフマネジメントしていく意識が芽生えた。そこで、IASM の理論の 7 段階に沿って看護