

の負担を考えると自分の思いばかりを伝えることが出来ないのではないかと考える。その時々で患者、家族の思いを把握し関わっていくことが必要だと考える。【おわりに】本人の思いに寄り添い最善な方法を支援し続けることでその人らしい最期を迎えることが出来るのではないと思う。最期を迎えるための過程が大切だと今回学んだ。

### 3. 看護師の相談外来を通したがん患者・家族への緩和ケア

京田亜由美, 福田 元子, 小笠原一夫

(医療法人一步会 緩和ケア診療所・いっぽ)

【目的】当診療所は 2009 年度より地域のがん患者やその家族を対象とした看護師の相談外来を行っている。今回、相談外来の事例を振り返り、看護外来における患者・家族への緩和ケアの実際を報告する。【方法】2013 年 4 月～2014 年 3 月の 1 年間に実施した相談記録から象徴的な 5 事例を分析した。倫理的配慮として個人が特定されないように記述し必要に応じて詳細を変更した。また、公表に際し所属施設の承認を得た。【結果】電話相談の 3 件を含む全 42 件の相談のうち、相談者の割合は患者 24.6%、妻 20.0%、夫 13.8%、娘 24.6%であった。患者の年齢は 40～90 歳代と幅広いが、患者が 69 歳以下と比較的若い場合は患者本人も相談に来る場合が多く、70 歳以上の高齢の場合は家族のみが相談に来る場合が多かった。病院からの紹介が最も多いが、在宅看取り経験をした家族や知人、地域のケアマネからの紹介もあった。今後の選択肢の一つとして在宅療養を考えている場合(事例 1)や、すぐに在宅療養を希望する場合(事例 2)が多いなか、治療への迷いを他に相談する場所がなく混乱したまま相談に来る患者や家族(事例 3)もいた。精神的ケアを主目的に複数回リンパマッサージを行った患者(事例 4)や、看取り後の強い悲嘆へのケアとして相談外来を利用した遺族(事例 5)もいた。【考察】在宅療養という選択肢が徐々に患者や家族にも広まることで、時間的にも体力的にも余裕のある段階で情報を収集することができるようになってきている。病院内の相談室とは異なる地域の相談窓口の存在は、告知直後や積極的治療を続けるかどうかを迷っている患者や家族にとって、より中立の立場で話をしやすい環境となり得る。また、地域で生活しながら病状が悪化し、訪問診療・看護が必要となった患者・家族への相談窓口の役割も果たしている。今後、地域の相談窓口が広がることで、がん患者・家族を支えるための医療・介護・福祉間のシームレスな体制作りが求められている。

### 4. 緩和ケア病棟を最期の場として転院してきた患者の在宅支援～夫と一緒に過ごしたいと希望した患者の思いに寄り添って～

黒澤 恵子<sup>1</sup>, 飯塚恵理子<sup>1</sup>, 橋本かよ子<sup>1</sup>

津金澤理恵子<sup>2</sup>, 野田 大地<sup>2</sup>, 山田 佳子<sup>1</sup>

(1 公立富岡総合病院 PCU 看護師)

(2 同 緩和ケアチーム)

【はじめに】今回、最後の療養の場として地理的に自宅に近い T 病院に転院。「家に帰って夫と一緒に生活がしたい」という希望から、在宅に向けての支援を行い、数ヶ月の自宅療養が可能になった症例を取りあげ、在宅支援に必要な要素を検討したのでここに報告する。【事例紹介】A さん、70 歳台、女性、B 病院で治療後、最後の療養の場として T 病院に紹介となり PCU に入院。フェンタニル持続皮下注射、膀胱内留置カテーテル挿入中、絶食、ベット上安静。入院時は無表情であり、活気なし。疼痛の訴えはなかった。【入院中の経過】入院時に絶食の根拠となる大腸の通過状態について担当医がアセスメントをし、現状と治療やケアの方針を A さんに伝え、今後をどのように過ごしたいか相談。在宅への可能性も話された。その夜 A さんは「家に近い病院に移れた、夫が面会にきてくれるって、家に帰れると思ったら頑張れる気がする」と、涙を流して話していた。家族は、本人夫婦と長男と二女が同居。夫が面会に来られることを患者が一番喜んでいて、リハビリにより ADL 改善、状態の改善に伴って、A さんの望むことを聴くと、「うちに帰ればじいさんと二人で自分のことをしながら生活ができる、一回でいいから家に帰ってきたい」と、自分の希望・意思を表現するようになった。家族の介護力を確認し、退院となった。【考察】この事例においては、病状の判断が重要であった。担当医と話し合い、今の現状で何がしたいのか、何だったらできるのかを考えた。他院からの転院患者の場合、患者の情報が乏しく、コミュニケーションがとりづらい、このため初期には A さんの意思表示ははっきりとせず、投げやりな態度に見えた。まずは患者の思いに耳を傾ける必要性、そして関係が築けてきたところで患者の望むことを聴いた。最初は歩きたい、次には家に帰ってじいさんと一緒に過ごしたいと、徐々に望む段階があがった。最初から高い目標を示すのではなく、信頼関係が築けてからレベルアップしたことも有効であったと考える。看取りの目的で転院してきた A さんであるが、病態を再評価し、どのように過ごしたいかもう一度確認できたことで A さんの望む在宅支援に結びつけられた。【結語】患者の残された機能を使って、最後の生活に何を望むか考え、それを支援するためには 1. 患者の病態の正確な把握 2. 転院における患者とのコミュニケーションの重要性 3. 患者の望むことを、徐々にレベルアップしながらかなえていくことが重要。