

病院でも在宅でも看取りの希望を叶えられる病院を目指して ～多職種連携で患者家族の想いに寄り添い在宅看取りを叶えた事例～

倉田 順子¹⁾、黒木 茂高²⁾、江口 尚久²⁾、無津呂 久美³⁾、高橋 直子⁴⁾

1) 江口病院 地域医療連携室、2) 江口病院 医局、

3) 訪問看護ステーション三日月、4) 江口病院居宅介護支援事業部

【はじめに】当院は、佐賀県小城市三日月町にあり、42床の一般病床、56床の医療療養病床、計98床のケアミックスの病院である。常勤医師は5名であり、消化器内科、呼吸器内科を専門とし、各医師は外来部門での診察や検査、病棟での受け持ち患者の回診、当直業務等を担っている。

【事例】A氏70代男性、妻と息子の三人暮らし。A氏は、平成xx年に3次病院で原発性肺がんの診断を受け、がん性胸膜炎による胸水貯留に対し、ドレーナージや抗ガン剤治療を行うも効果が見られず、約10カ月で治療を終了し、BSCの方針で当院外来へ紹介となった。

【経過】当院外来初診時のA氏は、ADL自立、難聴はあるも認知症はなく、何とか自宅での日常生活が送れていた。「自宅で暮らしたい」というA氏の想いを尊重し、主介護者である妻も在宅療養を希望していた。

その後10日程度で、呼吸苦が顕著となりADL低下がみられた。急激な状態の変化に対し、妻の不安は強く感情失禁が見られ、外来カンファレンスで在宅生活続行が困難と判断し、一時的に入院とした。

7日間の入院期間に、主治医は疼痛コントロールを行い、丁寧に病状説明をしながら、患者家族に最期をどこで過ごしたいのかを問いかけた。また、MSWはケアマネや訪問看護師等と共にカンファレンスを行い、患者家族の意思を確認しながら、在宅復帰支援を行った。

退院から7日間、訪問看護師のサポートを受けな

がら、A氏と家族は自宅で家族水入らずの時間を過ごすことが出来た。主治医は、病棟と外来の勤務の間に何とか時間を作り、往診を重ねた。主治医が当直明けの早朝にA氏の呼吸が停止し、駆けつけた訪問看護師からの連絡を受け、他の医師へ当直業務を引き継いだ後、在宅看取りを行った。

【考察】患者が当院を受診して約1カ月間という短期間での看取りとなった事例である。

A氏の状態がみるみる悪化していく中で、家族は状況を受容できず、在宅看取りの覚悟が決まらず揺れていた。混乱する家族を支えるために入院を勧め、患者家族の在宅療養に対する準備期間に充てたことは、大変有意義だったと考える。

また、在宅復帰後は、訪問看護師が短期間の関わりながらも患者家族と強い信頼関係を築き、家族の在宅看取りの覚悟を支えた。MSWは、主治医や他の常勤医に患者家族の想いを伝え、24時間体制で在宅に駆けつけることが出来ない当院医師の勤務体制の中で、何とか在宅看取りを叶えられないかと働きかけ、看取りシフト表を作成し体制作りを努めた。

本事例では、外来・病棟の主治医がそのまま在宅療養の主治医となり、患者家族の望む在宅看取りを叶えることが出来た。バックベッドがある当院の機能を活かasetと考える。今後は、病院と在宅療養支援チームの強固な連携体制を構築し、患者家族が病院、自宅、施設等、どこで最期を迎えたいと希望されても、その望みを叶えられるような病院づくりを目指していきたい。

Café EOL (End Of Life) の取り組みと今後の展開

前田 淳子¹⁾、清藤 千景²⁾、室原 良治³⁾、大塚 智仁⁴⁾、河添 こず恵⁵⁾

1) まえだクリニック、2) 清藤クリニック、3) 菊南病院、4) 大塚薬局、
5) たっくりハサポートセンター、6) かみふうせん訪問看護ステーション

地域の方々が、住み慣れた場所で自分らしく最期まで生きのお手伝いをする役割を担う我々にとって、看取りを避けることはできない。また、全ての人達が安心してそれぞれが納得いく形で最期を迎えることができるようするためには、支え手の心のケアも含めた取り組みが必要ではないかと考える。

地域でのデスカンファレンス開催したい、死に関連した様々なことを話し合える場を作りたいというのが、Café EOLの始まりだった。看取りの瞬間に限らず、その前後に関わる全ての業種から、互いの思いを語り合う機会を作ってきた。

訪問看護師と葬儀社との連携の必要性、スピリチュアルペインに関わる宗教家との関わりなど、看取りを終えた後の部分に関わる職種との連携も重要であると考え、「死」にまつわる様々な事柄についてワールドカフェ方式フラットに語り合える場を企画した。お互いに異なる視点や経験を共有することで、その後の看取りへの関わり方に変

化が起こっていると考える。また、語ることにより、自己肯定と癒やしの効果もあるのではないかとと思われる。

メンバーは、医療・介護関係者だけではなく、葬祭業、税理士、弁護士、司法書士、ライフケアプランナー、宗教家、遺品整理士など多岐にわたるメンバーである。場所は、病院の多目的ホールだけではなく、時には地域の教会という場を活用することで、非日常的空間から得られる発想の広がりが期待できた。

今回の熊本地震においては、この多業種の繋がりが力を発揮した。互いの物資支援のみならず、被災した仏壇や人形の処分にも連携して対応することが出来た。大災害では生ける者だけではなく故人も被災し、その事によりケアを必要とする人も存在することにも思い至った。

今後、専門職と地域住民を結ぶような活動も展開できればと考えている。

多職種協働による在宅緩和ケア推進を目指した自主的勉強会（青森在宅緩和ケア懇話会）の10年間の取り組みと成果

小枝 淳一
青森慈恵会病院

【背景】12年前の青森市では、がん終末期にあり痛みや苦痛を抱えた患者が自宅で過ごし、最期を迎えられることは殆どなかった。ちょうど青森県のモデル事業が立ち上げられたが、治療病院で在宅を希望されても多職種チームを組むまでに時間がかかり、退院できないまま病院で最期を迎える結果に終わった。青森市の行政も医師会も全く無関心な状況で、何とかできるように工夫が必要と考えられた。

【方法】がん終末期にあり病院から在宅への退院を希望する個々の患者に対応する多職種チームの編成が、スピード感を持ってできるようにすることを目標に、2006年5月、在宅緩和ケアに関係する多職種の勉強会を自主的に立ち上げ、年に10回前後の勉強会を行った。

【結果】2016年8月の定例会で第100回となった。治療病院の地域連携室、がん治療医、看護師も参加し、地域で在宅ケアを担う医師、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士などが集まり、顔の見える関係を作ることによって、在宅への移行がスムーズになった。一か所の在宅支援センターに集約するのではなく、在宅移行を希望した施設や、通院が困難となったときの病院外来など多地点において在宅緩和ケアチームをダイナミックに編成することが可能になった。11年前は治療病院からホスピス病棟に転院し、その

10~20%の患者が自宅で退院し最期を迎えられていたが、現在は治療病院から直接在宅へ移行し、その30~50%の患者が自宅で最期を迎えられるようになった。また治療病院から退院するがん終末期の患者の数は格段に増えた。勉強会の会員は500名で、その内訳は医師・歯科医師50名、看護師95名、薬剤師90名、ケアマネジャー80名、介護福祉士・介護士70名、社会福祉士30名、ほかりハピリテーションセラピスト、栄養士、音楽療法士、報道関係者、介護事業者、製薬メーカー、一般参加者、遺族など多岐にわたっている。

【考察】毎月のように勉強会を開催することにより、自然と顔の見える関係ができ、多職種チームの編成が容易になった。行政や医師会設置の在宅支援センターに集約する方法もあるが、どちらも動きが鈍い場合には自主的に集まる会を作ることによって、多職種協働の在宅緩和ケアが可能になることが示された。またケアマネジャーと医療職の間の溝も埋まり、有料老人ホームのような施設での看取りが可能になった。今後2025年、2030年に向けて、この取り組みは青森市における看取りの基盤になると考えられる。

【まとめ】行政や医師会が在宅緩和ケアに無関心な地域においても、自主的な取り組みを長く続けることによって、患者・家族の希望に寄り添った在宅緩和ケアを広げることが可能である。

在宅支援研究会「てととココロ」における、寸劇活動「劇団てとと」の取り組みについて

清藤 千景¹⁾、前田 淳子²⁾、本山 悟³⁾、宮田 稔大⁴⁾

- 1) 清藤クリニック、2) まえだクリニック、
3) 社会福祉法人清陽会地域密着型特別養護老人ホームきほう苑きらら、
4) 有限会社ヘルパーステーション長嶺

熊本市北区を中心とした地域で、医療・介護の垣根をこえて多職種連携の活動を行っている在宅支援研究会「てととココロ」では、在宅医療の普及啓発の目的で、理事メンバーを中心として「劇団てとと」と称し、依頼に応じて寸劇を披露している。

始まりは、2014年春、行政からの在宅医療に関する一般住民向けの講演の依頼であった。過去に何度かスライドを用いての口演を行った経験から、楽しみながら理解しやすい方法で伝えることはできないかと考え、多職種による寸劇をメインとしてスライドで解説を加えるという形をとった。

準備としては、まずはメンバー同士で集まり寸劇の内容について打ち合わせを行う。その中で、在宅医療について寸劇の観客（対象者）が不安に感じているだろうと思われる事柄や、演じることで解決したい課題を出し合い吟味し、それをシナリオに落とし込んでいる。具体的な内容は、ターミナル期の患者様が自宅でも安心して過ごすことができる、認知症でも安心して地域で暮らすことができる、などである。その後、読み合わせを行いシナリオの微調整をしながら、事前の詳細な情報共有にはICTをフルに活用している。本番では、患者やその家族役以外は、出演者本人に自分の職種の役を割り当て、実際の現場で日常的に行う仕

事をそのまま、ステージ上で、設定した背景に沿って演じてもらった。結果、対象者からは、非常にわかりやすいと好評であった。それだけでなく、この過程の中で、旧知のメンバー同士でもそれぞれの意外な一面が見えることで新しくスターが生まれ、また患者や家族の立場や心情を疑似体験することができ、そしてお互いの仕事の内容についても理解を深めることができた。また、回数を重ねるごとに、メンバーの結束力が高まっていくことを感じている。それ以外の効果としては、必要に応じて足りない部分や配役を理事以外のメンバーの人達を巻き込むことにより、新しい仲間を増やすことができている。

最近では、他所の地域から劇団への依頼があった際には、我々がその地域へ出向いて寸劇を披露するのではなく、コアメンバーの数名だけが出向くことにしている。そして、その地域で活動をしている医療や介護などの関係者を劇団員として巻き込みながら、新たな劇団を立ち上げて寸劇を演るお手伝いをさせていただいており、この過程がチーム作りには非常に有用であると考えている。また、時には既存の多職種連携の団体とのコラボレーションで寸劇を演ることで、ネットワークを更に広げながら活動をしている。

釧路での CCL（くくる、本音で地域連携のあり方を検討する会）の取り組み

杉元 重治¹⁾、谷藤 公紀²⁾、望月 誠³⁾、竹田 匡⁴⁾、吉野 整子⁵⁾

- 1) 医療法人社団サンライブ 杉元内科医院、
2) 医療法人社団支心 ふたば診療所 3) 釧路協立病院 医療相談室、
4) 釧路町包括支援センター、5) すこやか居宅介護支援事業所

釧路市は、北海道の東部の太平洋側に位置する人口約 18 万人の地方都市であります。面積は 1,363Km² で佐賀県 (2,439Km²) の約半分です。隣の釧路町 (252Km²) と白糠町 (773Km²) と足すとほぼ佐賀県と同じ面積です。市内に釧路湿原国立公園と阿寒国立公園の 2 つの国立公園を有しております。我が釧路市でも、人口減少が加速しており、少子高齢化が進み、高齢化率は現在 30% を超えております。また、地方ならではのマンパワー不足 (医師不足、看護師不足、介護員不足など)、施設の不足などもあり、医療・介護・福祉の連携は必要不可欠なものであります。そんな中、2010 年に日ごろから医療・介護の連携、多職種連携の必要性を感じていた市内の医療や介護に関わる専門職の有志が集まって CCL (くくる) を立ち上げました。CCL とは、本音で地域連携のあり方を検討する会のことであり、『Cooperate (連携する)』『Create (創造する)』『Live (人生を楽しむ)』の頭文字を取り、『くくる』としております。参加している職種は医師、歯科医師、看護師、薬剤師、鍼灸師、ソーシャルワーカー、社会福祉士、ケアマネ、ヘルパーなど多職種であります。また、職能団体に囚われず、個人の自由意思で参加しています。

我々はまず、釧路での現状を把握するために、医療と介護の連携について専門職種 41 名にインタビュー調査を施行し、報告書をまとめました。多職種連携に必要なスキルはコミュニケーション能力であるとか、連携しやすい・しにくいという意識は「職種」というよりも「人」に起因しているなどの結果が出ました。また、連携しにくい職種は？ の質問では、第 1 位が医師でした。これらの調査結果を受けて、現在も研修会やサロンを開催して、問題解決へ向けて努力しているところです。

次に、調査で得た結果、研修会やサロンでの語りやアンケートなどの知見を集約して、医療・介護の連携推進ハンドブック (CCL ブック) を 3 年かけて作成致しました。今後、このハンドブックが、本当の意味での医療・介護・福祉の多職種連携、つまりは心の通い合う連携推進につながればいいなと願っております。

現在、国が推進する地域包括ケアシステムの構築においては、多職種連携がなければ在宅医療の推進も、認知症対策も不可能です。そこで今回、釧路での CCL の取り組みをご報告させていただきます。

長崎県小値賀町における在宅看取りに関する検討

～自宅死における突然死の割合～

今立 俊輔^{1),3)}、大住元 秀明^{2),3)}、田中 慶太³⁾、田中 敏己³⁾

1) 今立内科クリニック、2) 壱岐市民病院、

3) 前小値賀町国民健康保険診療所、4) 小値賀町国民健康保険診療所

【背景】平成28年7月に厚生労働省が自宅死に関して「在宅医療に関連する統計調査等のデータ」を公表し、小値賀町の自宅死は14.8%、長崎県では最も自宅死率の高い地域であった。しかし、この統計のなかには自宅での自殺や突然死なども含まれており、地域における「在宅看取り」の実態を把握するには死亡診断書の内訳まで精査すべきとの意見もある。

今回、その実態を把握するために、小値賀町国民健康保険診療所が有する過去15年間の死亡診断に関するデータを用いて検討を行った。なお、小値賀町は人口3,000人程度の一島一町の離島の自治体であり、町内の医療機関は小値賀町国民健康保険診療所のみである。小値賀町内の死亡診断は死体検案も含め全て診療所医師が行っている。方法) 小値賀町国民健康保険診療所では発行した死亡診断書(死体検案書)の控えを元に平成10年4月～平成25年3月までの15年間について「死亡した場所」「原因」「死亡までの期間」など独自に集計していた。今回はその既存のデータを利用した。ただし、集計データからは死亡診断書と死体検案との区別ができなかった為、「死亡までの期間が24時間以内」もしくは「不詳」とされる症例を「突然死」とし、「在宅看取り」と区別して扱った。結果) 平成10～24年までの15年間の小値賀町の総死亡数は742件(人口動態調査)。同期間に小値賀診療所が行った島内の死亡診断は

552件だった。総死亡数の約25%が島外死亡と推計された。島内死亡552件の「場所」は、「自宅」147件(22.6%)、「老人ホーム」51件(9.2%)、診療所339件(61.4%)、「その他(路上や海上)」15件(2.7%)であった。「自宅死」147件のうち「突然死」は67件と46.7%を占めていた。自宅死の死因は「心疾患」47件、「悪性新生物」34件、「老衰」30件、「脳血管障害」12件、「肺疾患」10件、「自殺・事故」7件であった。「心疾患」47件のうち44件が「突然死」だった。「在宅看取り」の大部分は「悪性新生物」と「老衰」が占めていた。

【考察】演者は平成20～23年まで小値賀町に勤務していた。訪問看護ステーションはなく医療資源の乏しい地域だったが、家族を在宅で看取った体験のある住民が比較的多く残っており、そのような背景もあって在宅看取りに対する受け入れが比較的よい地域だった。しかし、そのような地域でも「自宅死」の46.7%を「突然死」が占めており、予想よりも高い結果であった。

本検討は「突然死」をどのように定義するかで結果が変化する可能性もあり正確な検討とは言い難い。また、小値賀町に限定した結果でしかない。しかし、小値賀町のような地域においても「突然死」が「自宅死」の統計に多く含まれている可能性は示唆され、他の地域においても同様の傾向がある可能性は否定できないと思われる。

在宅みとり推進への取り組み ～グループホームでの症例を通して～

松橋 由美子¹⁾、中井 香奈¹⁾、長尾 千賀子¹⁾、
工藤 史子¹⁾、山辺 英彰^{1)、2)}

1) 済生堂 増田病院、2) 弘前大学

【はじめに】内閣府による高齢者の健康に関する意識調査によると、およそ6割の国民が自宅で療養したいと希望している。また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えている。病院ではなく、自宅で最期を迎えられるよう国が「在宅みとり」を推進する中、自宅で亡くなる人の割合は1970年代を境に病院、診療所が過半数を大きく上回っている。特に当地域では在宅死の割合が6.7%と全国平均を下回っており、今後の高齢化が深刻になるにつれ、在宅での看取りがますます重要になると考えた。今回、我々はグループホームでの看取りについて経験したため報告する。

【症例1】90歳女性。H19年より高血圧症、脂質異常症、認知症にて当院通院。元々独歩であったが、ADLはしだいに低下。H27年よりグループホームへ入所。H28年ゆっくと食欲不振、ADLの低下が進み、摂食量の不足による衰弱と診断した。

【症例2】91歳女性。H23年より認知症として精神科通院中。H24年グループホーム入所。H

28年6月より食欲不振のため紹介受診。摂食量の不足による衰弱と診断。いずれのケースでも本人、家族と相談の上、グループホームへの入所を継続のまま、訪問看護を利用し、補液を受けるなどして経過観察することとなった。最期まで施設で介護を受けたが、最終的には病院での死亡確認となった。

【考察】現在、当地域ではグループホーム、高齢者専用住宅などの高齢者向け住宅では看取りはほとんど行われておらず、また、自宅で亡くなることへの抵抗が根強くあり、急変時は本人、家族の希望に沿わなくても病院へ搬送されることが主である。今回我々は、最期まで住み慣れた家で生活していくことを目標に取り組んだが、受け入れ側である病院の体制の問題もあり、最終的には病院での死亡確認となった。2025年には、約30万人は医療施設ではない自宅、または広義の居宅としての介護施設などでの看取りが必要になると見込まれており、医療と介護の連携や「在宅みとり」への理解がますます必要であると実感した。

これまでの生活が続けるために……

西 亮太、秋吉 裕美、長野 太一、田中 しのぶ
小規模多機能型居宅介護施設 さわやか憩いの家大野城中央

【はじめに】日本人の平均寿命が伸び続け、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムの実現に向けて各自治体が動いている。

「住み慣れた自宅で暮らし続けたい」と願うSさんとの出会いを通して学んだこと、これからの課題を報告する。

【倫理的配慮として】ご家族には了承を得ている。

【S氏の紹介】

S氏・90代女性・要介護3・認知症日常生活自立度Ⅲ a、レビー小体型認知症・心房細動

EVのない団地の2階で一人暮らし・近くに息子が住んでおり、毎日夜に訪問している

以前は、訪問介護を利用して生活をしていましたが、認知の変動が激しくなり、1人で外出しては階段が昇れなくなったり、一日眠った状態で決められた時間で行う介護サービスでは生活を支えることが難しくなり、平成26年3月から「さわやか憩いの家 大野城中央」を利用開始となった。

今後のことが不安であった家族は、施設入所やショートステイ等勧めたが、S氏はいずれも「住む家があるのにそんなところ行かんよ」と話され、自宅での生活を望んだ。

利用当初は、認知の変動はあるものの調子も良く、週3回の通いの予定を「今日も行くよ」と言われ毎日通われていたが、現在は眠っている時間が多く、起き上がれない。起き上がっても歩くのがやっとで、階段を降りることがままならず、通

いから訪問に変更することが増えている。

【地域との関わりを通して】調子があまり良くない時は、ベッドに横になったまま一日を過ごしたり、朝訪問をすると「転んじゃって……」と床に寝た状態で居ることも多々ある。「膝が痛いんだよ」となかなか出ない足と格闘しながら苦勞して階段を昇り降りしている姿を見て、そんなに苦勞して生活しているならグループホームに入居した方が良いのではないか、と思うこともあった。

ある日、通いからご自宅へお送りした際、「Sさん久しぶり、元気にしとるね」と同じ棟に住んでいる人の声。その時まで調子がよくなかったS氏が、「久しぶり」と元気に手を振り、階段も足取りよく昇り、それから嬉しそうに長話をする姿を見て驚いた。

お隣さん、団地の皆さん、民生委員さん等、S氏の状態が変化したとしても、変わらないつながりがあり、この自宅は今も昔も変わらず自分らしく安心して過ごせる場所なのだと感じた。

【地域の中で最期まで支える】朝の調子を見ながら、その日のサービス（通い、訪問、泊まり）を決めている。「あんた達のおかげで暮らせよる」と言って下さる時がある。S氏のその日その時に合わせて柔軟に対応できる小規模多機能だからこそと自負するが、これからどんどん状態が変わっていく中、私たち事業所だけで支えることができない……。S氏と地域との繋がりがとぎれないように、私たち事業所とS氏の地域との関わりを強めていくのが、今後の課題である。

緩和ケアデイサービスの役割と今後の課題

～がん終末期療養者の在宅看取りを通して～

木村 治世

小倉医師会緩和ケアデイサービス ひなたぼっこサロン 縁

【緩和ケアデイサービスの経過】北九州市は平成28年10月現在、人口96万人の政令指定都市で、高齢化率29%、死亡率（人口千対）11.0となっており主要都市の中で最も高い。年間の死亡者数約1万人の中で、死因は悪性新生物が3割を占める。平成25年の北九州市の死亡場所で自宅の占める割合は8.7%であった。治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所について半数が自宅を望んでいるのに現実とは乖離している。そのような中「ひなたぼっこサロン 縁」は、福岡県デイホスピス定着促進事業の補助金を受け、平成27年3月、小倉医師会介護サービス総合センター内にデイホスピスとして開設され、主にごん末期・神経難病の方の支援を行っている。

開設当初からの軽度者を対象としたサービスは月2回、軽飲食・傾聴・ハウトケア、ギター演奏・落語等の催し物を提供している。平成27年12月末には事務所の新築移転があり、平成28年1月からは軽度者に加え中重度者も対象に、かかりつけ医のほか連携病院の協力のもと、人工呼吸器管理・胃瘻管理・腹膜透析管理・ストーマケア等の医療行為、特殊浴での入浴サービスも行っている。自宅看取りを希望していても生命予後が日単位の状態悪化時に家族の不安が増強し救急車を要請し病院で亡くなった場合もある。今回自宅看取りをされた家族の同意を得て事例を振り返り、デイホスピスの役割・課題を考察したい。

【事例紹介】A氏70代女性。介護者：夫80代。X年6月肝内胆管癌と診断、入院・抗癌剤治療。腹水・胸水・せん妄があり寝たきりの状態となる。抗癌剤治療を中止し家族が自宅療養を希望、4月に自宅に退院。夫が主介護者となり週末は県外別居の娘が帰省。多職種で密に連携を図った。

家族との外出、本人の強い希望であったヘアカット・ヘアカラー・パーマが行え、緩和ケアデイサービスでは長年の趣味にしてきた刺繍の作品の展示もでき、本人・家族の笑顔が多く見られた。X+1年9月、夫・娘に見守られ自宅で静かに永眠。夫は「もう悔いはない」と話された。

【考察】デイホスピス開設後、利用者の在宅看取りは18%と低迷している中、自宅療養・自宅看取りを強く希望したA氏と家族を通して、残された最期の時間を「自分らしく生きる」ことへの支援、高齢者の在宅ケア、QOLの向上につながるアプローチができその重要性を学んだ。

【おわりに】延命か苦痛の緩和か悩み考え、余命が分からないことへの不安の中、自宅療養・自宅看取りを希望する療養者・家族を支援する医療者・地域の役割は大きい。看取りが近づくとつれ、家族がより不安なく慌てずにゆっくりと残りの時間を過ごせるよう、密な多職種の連携は不可欠であり、穏やかな在宅療養・最期を迎えられる在宅支援が今後も重要である。

療養通所介護と訪問看護が連携し在宅死に至った要因の一考察

小野 幸代¹⁾、荒木 しのぶ²⁾

1) 訪問看護ステーションつばさ、2) 療養ナーシングデイ銀の庵

【はじめに】終末期と在宅医療に関する全国世論調査では「最後まで自宅で医療を受けて暮らしたいという希望が多いが、実現は困難である」と考えている方が多いと報告されている。理由は家族の負担が大きいという事が一番多い。平成23年10月に在宅ホスピスケアを目的に開設した「療養ナーシングデイ銀の庵」(療養通所介護)は、訪問看護ステーションを併設し、在宅看取り数44名であった。そこで、療養通所介護の活用状況を調査し、在宅看取りとの要因を考察した。

【方法】平成23年10月1日～平成28年9月30日に療養ナーシングデイ銀の庵(定員2名)の利用登録者72名の看護記録と同期間の訪問看護ステーションつばさの利用登録者538名の内、在宅看取りをした315名の看護記録より調査を行った。

【結果】療養通所介護を利用して在宅看取りに至った数：44名

療養通所介護利用を終了し在宅看取りに至る期間：0～5日：22名(50%)、6～10日：7名(16%)、11～20日：9名(20%)、21日以上：6名(14%)

併設の訪問看護ステーションつばさが連携した在宅看取りの利用者数43名

【事例】

① A氏、60代、女性、末期がん、夫と二人暮らし、療養通所介護利用期間19日、利用終了日の翌日死亡

② B氏、90代、男性、末期がん、妻・二人の娘(フルタイム勤務)の4人暮らし、療養通所介護利用期間55日、利用終了日の5日後死亡

③ C氏、80代、女性、認知症終末期、独居、療養通所介護利用期間208日、利用終了日の3日後死亡

④ D氏、80代、女性、認知症終末期、娘(フルタイム勤務)との2人暮らし、療養通所介護利用期間169日、利用終了日の4日後死亡

【考察】がん患者は死亡2週間前に全身倦怠感・食欲不振・不眠などの苦痛症状の出現率が多くなると報告されている。苦痛症状に伴い、移動や排泄、食事などの生活動作が低下し介護量が増えていく。結果、心身ともに家族の負担は大きくなり、自宅での療養生活の継続が困難となりやすい。

このような時期に家族の休養の時間を設けることは大切なことである。療養通所介護利用終了後5日以内の在宅看取りの割合が50%という結果より、死亡前2週間においても介護者の身体的・精神的負担を軽減できたことで在宅看取りを可能にしたと考えられる。また、臨死期状態でも安心してサービスを受けられる療養通所介護スタッフのケアの質の評価ともいえる。併設の訪問看護ステーションと在宅医とのタイムリーな連携で、療養通所介護を利用できる状態に終末期の諸症状の管理をおこなっていることも在宅看取りを可能にした要因と考える。

在宅緩和ケアに関する現状と課題についての文献検討

關戸 啓子¹⁾、堤 かおり²⁾、植村 小夜子³⁾、佐々木 亮輔⁴⁾

1) 京都府立医科大学医学部 看護学科、2) 梅花女子大学看護保健学部 看護学科、

3) 佛教大学保健医療技術学部 看護学科、4) 神戸女子大学看護学部 看護学科

【目的】 今後日本においては、在宅における看取りがさらに増えることが予測されている。これまで、緩和ケアというと病院を中心に行われるものと考えられていたが、在宅においても緩和ケアの必要性は高まっている。そこで、在宅緩和ケアに関する現状と課題について明らかにすることを目的に文献検討を行った。

【方法】 医学中央雑誌を用いて、「在宅緩和ケア」のワードで検索した。文献は原著論文に限定して、過去5年間に条件に、平成28年9月に行った。文献の取り扱いには、著作権を侵害することのないように十分な配慮を行った。検索された文献は、出版年、目的、対象、研究方法、結果の概要で構成されるフォーマットに基づいて分類を行った。

【結果】 文献は合計で73抽出された。内容が今回の意図と違うものを除外して、40文献を研究対象とした。文献の発表年は、2011年に2編、2012年に11編、2013年に8編、2014年に9編、2015年に4編、2016年に6編であった。研究方法是、アンケート調査が14編、実践報告が10編、面接調査が5編、介入評価が4編、事例検討が3編、その他4編であった。研究内容は「在宅緩和ケアを支える医療職の連携に関する研究(11)」「在宅緩和ケアの実践・現状に関する報告(9)」「病院から在宅緩和ケアへの移行時のサポートに関する

研究(8)」「特定の地区における在宅緩和ケアに対する意識・ニーズに関する実態調査(7)」「在宅緩和ケア推進に関する活動報告(3)」「在宅緩和ケアに対する情報機器活用に関する報告(2)」であった。()内は文献数を示す。

【考察】 医療職の連携については、病院・施設・在宅に限らずその必要性はいうまでもないが、在宅緩和ケアにおいては、薬剤師との連携の必要性がどの研究でも強調して述べられていた。症状コントロールに使用する薬剤の管理は重要で、在宅緩和ケアにおいては、薬剤師との連携が必須であることがわかった。また、病院から在宅緩和ケアへの移行時のサポートに関する研究も多くあり、スムーズに移行する難しさがみとれた。スムーズな移行がその後の在宅緩和ケア継続に影響を与えるため、移行期をどのようにサポートするかが課題であることがうかがえた。

在宅緩和ケアは、これから推進されていく分野でもあるため、地域における意識やニーズ調査も行われていた。地域にあったケア提供を目指していることが示唆された。数は少なかったが、情報機器の活用についても報告があった。常に医療者がそばにいるわけでは無い在宅緩和ケアにおいては、情報機器の有効な活用は今後ますます発展するものと思われる。

当院での在宅緩和ケア相談の現状と課題

出水 明、中村 美智子、菊谷 八重、吉川 恵、賀原 忍、眞加井 聖子

出水クリニック

【はじめに】当院は岸和田市で1996年にミックスタイプ診療所として開業し、ほぼ一人常勤医で院内訪問看護師との連携と地域診療連携で、末期がん患者566名を在宅導入し、430名を看取ってきた。在宅開始までには、問合わせ→対応可能かの返事→在宅相談→訪問開始という順がある。中でも在宅相談は重要なステップと捉えており、2時間あまり家人等と話し合い、家族状況、経過、現状、今後の希望を尋ね、在宅ケアの詳細な内容などを説明している。実際に訪問で自宅滞在できる時間は限られており、この相談の持つ意味は大きい。今回、末期がん患者の在宅相談の現状について調べたので報告する。

【方法】当院の在宅相談データベースから2010年1月～2016年9月までの末期がん患者の問合わせから在宅訪問開始までの状況を調べるとともに、2013年1月～2016年8月までの在宅相談時の医師による記載事項から、患者・家族の療養の場所の希望と実際の結果について調べた。

【結果】393件の全問合わせのうち実際の在宅開始は289件(73.5%)で、当院の受け入れ能力から断ったものが18件(4.6%)、在宅相談をおこなったが実際に訪問に至らなかったケースが22件(5.6%)あり、うち9例は状態悪化し退院できずに死亡している。いずれも中央値で問合わせから相談まで3日、相談から訪問開始まで4日、問合わせから訪問開始まで7日であった。死亡した268例中、在宅死は226例(84.3%)で在宅期間中央値は36日だった。訪問開始後7日以

内に死亡した25例では、平均で問合わせから相談まで2.6日、在宅開始まで6.6日だった。

在宅相談131例のうち在宅死は114例(87%)であった。在宅死率は、相談時、できれば最期まで家だと家族が希望した場合は96.2%、患者の場合は90%、できるだけ家で過ごし悪くなれば病院と家族が希望した場合は83.3%、患者の場合は79.3%だった。患者家族ともに最期まで家だと希望したのは39例で、在宅死率は94.9%だった。

【考察】当院ではPS3程度での在宅相談が最も多く、在宅期間中央値は40日弱である。末期がん患者に残された時間は短く、できるだけ迅速な対応が望まれる。当院で対応が遅れる理由は、在宅相談時間の確保と週末の退院・対応をできれば避けたいという2点である。病院側、家族側の各々の事情があると思われるが、できるだけ早期に自宅に帰る決断をすることと、一旦決まればスピード感のある対応が必要である。当院での在宅相談はほとんどが主介護者を含む家族との間でおこなわれており、本人の同席は極めて少ない。多くの場合、本人が入院中であり、予後期間の告知が本人におこなわれているケースが17%程度と少なく、予後予測を含めた今後の在宅対応の説明が難しくなることも大きな理由である。このため、患者本人の希望には家族の推定もかなり含まれている。患者自身の自己決定が最も重要視されるべきだが、現実には家族の意向がそれ以上に働いていることが推測される結果であった。

当診療所における終末期がん患者に対する鎮静の実態調査

服部 祐子

小松原内科

【はじめに】終末期がん患者の苦痛緩和にたいし、オピオイド等のあらゆる投薬およびホスピスケアを行なっても緩和困難な症例が存在する。その場合に鎮静が有効かつ安全な手段であることを示す多くの報告があるが、その多くは緩和ケア病棟におけるものであり、在宅ホスピスケアにおける鎮静の報告は少ない。

【目的】当院の在宅ホスピスにおいて、鎮静をおこなった症例を報告する。

【方法】平成18年～26年の期間に当院で在宅ホスピスをおこない在宅看取りをおこなった終末期がん患者112例のうち鎮静をおこなった36例について後方視的にカルテからデータ収集をおこなった。またご遺族の満足度についてアンケート調査をおこない検討した。

【結果】在宅看取りをおこなった終末期がん患者112例のうち36例（33%）において鎮静が必要

となり、29例（26%）において持続する深い鎮静が必要であった。なを鎮静開始後に呼吸抑制や血圧低下等の有害事象をきたした症例は1例もなかった。緩和の目的は、せん妄の比率（56%）がホスピスに比較し多い傾向がみられた。投与された薬剤としてはホスピスと同様にミダゾラムが最も多かったが、投与量としては24mg/day（中央値）とホスピス（中央値35mg/day）よりやや少なかった。ご遺族へのアンケートからは90%が「満足である」との回答があった。

【結語】鎮静は在宅ホスピスにおいても有効かつ安全におこなえる苦痛緩和の方法であり、せん妄の緩和などをとおして、ご家族の介護負担を和らげ満足度を高められる可能性が考えられた。

【Key words】在宅ホスピス、鎮静、症状緩和

慢性疾患高齢者の在宅看取りの意思を支える

～「昼間独居でも家にいたい」思いを叶える支援～

鈴木 志乃、渡辺 高志、野島 あけみ

在宅療養支援ステーション 楓の風

【目的】 厚生労働省の調査では疾病構造は急性疾患から慢性疾患へ変化しており、入退院を繰り返す長期療養者が増加すると共に、入院期間短縮のため医療的処置等を在宅で継続する事例も増加している。一方、内閣府によると65歳以上の世帯について高齢夫婦の増加に合わせ「親と未婚の子」世帯の増加が指摘されており、「親と未婚の子」世帯では子の就労中、所謂「昼間独居」の形が想定される。これらの背景を踏まえ、本稿では慢性疾患を抱え医療処置を必要とする昼間独居高齢者の在宅看取りの事例をふり返り、今後増加が予測される慢性疾患昼間独居療養者の在宅看取りに求められる訪問看護の役割を考察する。

【方法】 非結核性抗酸菌症・気管支拡張症の昼間独居、要介護度3（のち要介護度5）の在宅療養者の平成25年5月～27年8月までの訪問期間における看護記録等から実際の支援項目を抽出し、KJ法で整理する。看取りのために看護師のどのような支援が有効だったのかを検討する目的で、1周忌の節目に利用者宅において対面、非構造的・自由回答式で在宅療養の契機、介護生活のふり返り、看取りまでの過程、本人にとっての在宅療養の意義等についてインタビューを実施した。

【倫理的配慮・説明と同意】 対象者に研究事例となること、プライバシーの保護、情報の守秘、研究結果の公表の方法、研究参加の自由及び途中の拒否、またそれによる不利益はないことを文書と口頭で説明、同意の署名・捺印を得た。

【結果・考察】 訪問期間中の支援内容は①症状コントロール②療養生活支援③看取りまでの意思決定支援④家族支援に分類された。各分類には①呼吸困難緩和、炎症軽減、リハビリ、在宅酸素管理、体調不良時の医師との連携②日常生活行動を維持するケアの実施、多職種との連携③本人の思いの傾聴、看取りまでの意思決定支援④家族の思いの傾聴、24時間緊急対応、体調不良時の説明等が含まれた。

インタビューでは「ここまでやってもらえるんだという驚きと満足」「介護している実感がないほど負担がなかった」との言葉があり、理由として①24時間緊急対応②必要時、必要なケアの提供③支援者との関わりによる本人の社会性保持④話をよく聴いてもらえたこと等が挙げられた。慢性疾患を抱える高齢者の在宅看取りにおいては、入退院の度に苦痛が増加する場合が多く、がんと異なり長期療養期間となりがちで予後予測がしづらいつと感じる。先の読みにくさから家族も介護休暇等を利用する時機を掴みにくく、日中は介護者不在となりやすい。本調査から、家族の仕事・介護の両立と本人の意思に応える看取りのために、訪問看護師が医療と介護を繋ぐ存在として、状態に応じた支援をアセスメントし、先を見越した対応をすることが看護の役割であると考えた。

【結語】 今後はより多くの慢性疾患症例における看取りを検討すると共に、就労介護者の支援についても別途検討していきたい。

在宅医不在地区であったが栃木県統一医介連携ネットワーク 「どこでも連絡帳」を利用して切れ目無く看取れた末期がんの一例

趙 達来¹⁾、三上 綾子²⁾、横山 孝子³⁾、岩佐 純⁴⁾、五味 洵 夕香里⁵⁾

1) 医療法人 創生会真岡西部クリニック、2) 訪問看護ステーションあい、
3) 居宅支援事業所あい、4) わかば薬局、5) ケアライフじん

在宅医療では、多職種間の情報共有と連携がきわめて重要である。近年急速に発達した ICT による医療と介護の連携ツールとして様々なものが考案されているが、栃木県ではパソコン、タブレット端末、スマホと媒体を選ばずに、簡単かつ安全に情報共有を行うことができる、「完全非公開型

医療介護専用 SNS メディカルケアステーション」を利用した栃木県統一医介連携ネットワーク「どこでも連絡帳」（以下「どこ連」）の利用が推奨されている。「どこ連」は、栃木県医師会が 2014 年 4 月に行った壬生町における実証実験を経て正式に採用されたシステムであり、当クリニックでも 2014 年 10 月より利用を開始し、既に 60 名以上の症例に利用し、現在も更に 42 名の患者さんで継続使用している。

今回、我々は在宅医不在地区であったが「どこ連」を利用して切れ目無く看取れた末期がんの症例を経験したので報告する。

【症例】 YH、66 歳男性

X-3 年 2 月 A 医科大学付属病院にて中咽頭癌の診断 (cT3N2cM0、stage IV a)

X-3 年 3 月左頸部廓清、DP 皮弁＋気管切開術施行、術後はシスプラチン＋70Gy の化学放射線療法を行った。

X-2 年 7 月 PET にて肺門部転移を認めたため、CBDCA＋5FU＋C-mab を行うも NC

X-1 年 6 月～X 年 2 月にかけてドセタキセルが投与されるも NC

X 年 8 月に左の高度な胸水貯留があり BSC と判断されたが、ご本人のご希望と、ご自宅から A

医科大学付属病院まで 49km あり、入院されてもご家族の通院が困難であったため在宅緩和ケアを希望された。

X 年 8 月 Y-2 日患者さんの居住地は芳賀郡の東端に位置し当クリニックからは 32km の距離があった。勿論これは往診として定められた 16km のはるか圏外ではあったが、末期がんの症例を担当する在宅医が空白の地域のため、過去に同町で看取り実績のある当クリニックが担当することになった。同時に、担当訪問看護ステーションの所在地からも 22km 離れているという二つの不利な条件を克服するために我々が注意したのは、緊密な連携体制の構築で、このため在宅主治医、外来 NS、訪問 NS、CM、薬剤師からなる在宅チームを「どこ連」に結集させて連絡体制の構築、情報の共有を図った。また、大学病院の主治医は残念ながら参加しなかったが、退院調整を担当した緩和ケア認定看護師も「どこ連」に招待した。

X 年 8 月 Y 日退院→第一回目の訪問診療を行った。

主たる介護者である奥様が介護休暇を取得できず、昼間は患者さんが独居になるという不利な状況もあったが、「どこ連」を通じて在宅チーム間の迅速な情報の伝達及び共有を達成することにより、患者さんが永眠された第 39 病日までご家族を支え続けることができた。

今回は本症例での「どこ連」における在宅チームの実際のやり取りを供覧し、在宅医不在地区の在宅医療における「どこ連」の有用性について報告する。

患者・家族の意思決定支援を支える ～ケアマネージャーとしての役割を考える～

林 利律子

小倉医師会ケアプランサービスセンター

【はじめに】2015年度の介護報酬改定では、在宅サービスにおける中重度者への対応強化がうたがされた。今後、より重度の人が病院や施設から在宅に戻ってくると考えられる。「地域包括ケアシステム」の構築のために「中重度の要介護者や認知症高齢者への対応強化」は医療と介護の一体化における「病院から在宅へ」との方針に連動していると思われる。

そういう中でケアマネージャーは患者、家族に寄り添いながらどのような役割を担えばいいだろうか？ 事例を通して、患者・家族の意思決定支援を支える、という視点で考えてみたい。なお、倫理的配慮として、関係者の同意を得て、匿名性に配慮した。

【事例1】A氏、90歳代 男性、心不全末期、足は象のようになり入院。いつ、何があってもおかしくない状態。退院後は長男夫婦と同居。落ち着いていたが、肺炎をおこし再度病院に入院。病院担当医はこのまま病院で看てもいいと家族に話したが、本人は家に帰りたい。訪問看護と一緒に家族に在宅看取りも可能であるという話をして、帰りたいという本人の気持ちと一緒に確認できた。往診医をつけて在宅サービスを整え、帰り半年後に自宅で亡くなった。家族に囲まれて亡くなり良かったと家族は言われていた。

【事例2】Bさん 60歳代 女性、脳梗塞後遺症あり、片麻痺で装具をつけて生活。肺炎と低K

血症で入院となる。食事がはいらぬということと療養型病院へ転院になり、うつも併発し薬を処方される。病院を訪れるたびに「帰りたい」と涙ぐんでいた。徐々に表情が乏しくなり、言葉が減り、ナースコール頻回の迷惑患者になっていた。家族と相談し、帰そうということになり、病院に話をしたが、帰れませんよ、帰るリストに上がっていません、と言われる。それでも、大丈夫です、帰してくださいと交渉。退院前カンファレンスを開いてもらい、往診医、訪問看護、家族の介護を支える訪問介護、通所介護も入れる。皆の連携で悪かった時も乗り越え、現在体調はよく、食事も進み、家族にも笑顔を見せるようになっている。

【考察】2つの事例から考えると、病院から在宅へという流れはあるが、患者・家族の気持ちがあっても、上手く働いていないことが多いと思える。患者・家族がどのような生活を望んでいるか、今後どうしたいとされているかをケアマネージャーはよくお話を聞き、病院や関係者に気持ちをつなげ、また在宅のチームの連携を作っていく役割を担える思う。病状や治療を理解し、患者家族の気持ちの揺れる中でその意向に寄り添いながら、患者・家族が安心して在宅療養できるようなケアマネージャーのマネジメントと多職種連携の必要性がみえてきた。

在宅支援研究会「てとてとココロ」

～仲間づくりは地域づくり～

清藤 千景¹⁾、前田 淳子²⁾、木下 昭太郎³⁾、本山 悟⁴⁾、友枝 圭⁵⁾

1) 清藤クリニック、2) まえだクリニック、

3) 有限会社ライフデザインデイサービス花*花、

4) 社会福祉法人清陽会地域密着型特別養護老人ホームきほう苑きらら、

5) 友枝歯科医院

地域の中でかかりつけ医として日々診療をしていると、医療だけでは解決できない課題が沢山潜んでいることに気づきます。ひとりでは困難であっても人とつながることで、この地域をどうにかできないかと考え、同志とともに多職種連携の会を立ち上げることにしました。

在宅医療では、多職種で予測されるリスクや目標となる状態像を共有し、患者様を中心としたチームという意識で仕事をするのが重要です。そのような思いで、ひとりひとりの患者様と向き合い地道に対応をしていく過程で、地域に同じ志をもつ仲間が更に増えていきました。

2011年から試験的に会合を行い、2013年5月に在宅支援研究会「てとてとココロ」という名前で活動を開始しました。定期的に研究会を開催し、口コミを中心に毎回参加者は毎回100名をこえており、地域のケアマネジャー、医師、看護師、薬剤師などの医療・介護関係者をはじめとして、弁護士、税理士、司法書士、宗教家、葬祭業など職種は多種多様です。毎回参加型のグループワークを行い、夫々の考えや思い、またモヤモヤした気持ちなども気軽に語り合い共感し合うことで、仲間づくりをする中で、多職種で協働することの楽しさの理解につなげたいと思っています。

研究会の終了後には、必ず懇親会を開催し飲みコミュニケーションを図るようにしています。

これまでに行ってきた活動としては、在宅医療の啓発を目的とした寸劇を披露する活動（劇団てとて）、認知症を題材にした映画の上映会に伴い、認知症への理解を深めるイベントにしたいと考え、認知症サポーター講座や認知症カフェの開催、読書会、若手の釣り好きを中心としたお魚部、オーナーズミーティングなどがあります。研究会の企画、運営などについては、多職種の理事メンバーで定期的に集まり、足りない部分はSNSを活用することで、情報共有をしながら決定しています。メンバーのそれぞれが、第一線の現場で日々忙しく仕事をこなしながら完全にボランティアで活動を行っており、一見困難と思われる状況も、「どうすればできる」かひたすら考えながら、楽しみながら行っています。

2016年4月におきた熊本地震の際にも、地域での業種を超えた仲間づくりが、避難所での活動に活かされました。今後は防災や減災の観点からも、仲間づくりを継続することで、ともに成長していくことができる地域づくりをしていきたいと考えています。

在宅看取りケアに関する医療・介護・福祉 4 職種の意識調査の比較分析 ～福岡市中央区のアンケート調査から～

図師 由里子¹⁾、田中 耕太郎²⁾

1) 福岡通信病院、2) 御所ヶ谷ホームクリニック

【はじめに】福岡市中央区の都市部の商業エリアにおいては、65歳以上の人がいる世帯に占める高齢者単身世帯の割合が著しく高い。都市部の居住形態としてマンション居住が多く、高齢者の孤立や孤独死が地域課題となっている。

【研究目的】本研究では、都市部における在宅看取りケアの実施状況と課題を把握するために、福岡市中央区の医療・介護・福祉で活躍する4職種（①クリニック医師、②訪問看護師、③介護支援専門員、④医療ソーシャルワーカー：以下、4職種）を対象に意識調査を実施し、在宅看取りケアの意識について比較分析した。

【研究方法】福岡市中央区「医療と介護のまちづくりプロジェクト」の活動として、2015年10月「多職種連携アンケート調査」を実施した。評価の比較はリッカート尺度の5段階尺度を採用し、SPSS統計解析からクロス集計、分散分析、多重比較を行った。

【アンケート結果・分析】（在宅での看取りケア実践のための評価）

在宅での看取りケア実践のために必要と思われる項目について、「本人・家族」「地域」「サービス」「専門職」の4つのカテゴリー別に分析した。「本人・家族」に関する6項目では、「家族や地縁者の介入」に有意差が認められ、「地域」に関する7項目では、「社会福祉協議会のCSWの介入」「認知症ケアサポーターの養成」に有意差が認められた。「サービス」に関する6項目では、「フォー

マルサービスの充実」「インフォーマルサービスの充実」「医療依存度が高い方への支援」「夜間や緊急時の受け入れ態勢の確保」に有意差が認められ、「専門職」に関する6項目では、「入院医療機関スタッフの看取りケアの理解」「在宅スタッフの看取りケアの理解」「入院医療機関と在宅スタッフとの連携」「他の同職種とのネットワーク」「在宅での看取りケアに関する研修会」「入院医療機関・在宅スタッフとの多職種研修会」全項目に有意差が認められた。

【考察】クリニック医師は、診療科に偏らず訪問診療の経験・実践を積むことと他職種との連携、訪問看護師は、看取りケアの経験知・実践知を他職種へアウトプットしレスパイトや社会資源の活用が求められる。次に、介護支援専門員は、医療に対する積極性と在宅医療の経験、医療ソーシャルワーカーは、地域を視野に入れ、在宅への積極的な退院支援が課題としてあがった。これら4職種の意識調査と自由記述から、職種ごとの現状と課題が明らかとなった。

【おわりに】ソーシャルキャピタルの脆弱化が都市部の特徴であるが、社会的なつながりを強化するために地域や多職種が連動して在宅での看取りケア実践を目指すことが求められる。理想的な看取りとは、自宅に限らず自分で看取り場所や方法を選択でき、良質な看取りを実現させることであると考える。今後多職種と協働して地域づくりを模索していきたい。

在宅支援室における新たな取り組み

～医師・看護師・社会福祉士による協働活動～

栗原 卓也¹⁾、門田 朱美¹⁾、藤原 恵¹⁾、
寺岡 謙^{1)・2)}、寺岡 暉^{1)・2)}

1) 寺岡記念病院、2) 多世代交流施設ローカルコモンズしんしち

【目的】 社会医療法人社団陽正会と社会福祉法人新市福祉会から成る陽正会グループでは、『トータル&シームレスケア』を理念とし活動を展開している。全人的で切れ目のない医療・福祉を提供する為には、患者個々の病状、身体状況、生活歴、環境等の複雑な背景を考慮し、患者を生活体として捉え支援をすることが重要である。

当グループ法人で医療・福祉が一体になり取り組んでいる新たな活動を通し、地域社会に対し、また地域包括ケアシステムを構築するにあたり、医療機関が担うべき役割等について考察する。

【方法】 地域包括ケアシステムの構築・地域完結型医療の実現を目指す為、当グループ法人では、平成23年から医療・福祉一体化へ向け継続的に取り組みを行っている。その取り組みの一環として平成26年4月に、医療機関の地域医療福祉連携部門の機能強化とし在宅支援室を新設した。

在宅支援室は、医師・看護師・社会福祉士から成り、『みつける・つなげる・ひろげる・しらせる』をキーワードに、医療機関から積極的に地域へア

プローチを行い、所謂、制度の狭間におかれた患者等に対し支援を行なっている。

【結果】 地域には複合的な課題を抱え、自律した生活に支障をきたす、またはその境界層的な生活を余儀なくされている患者がいる。介護保険や障害者総合支援法などの制度的支援の適用が無く、所謂、狭間に置かれた患者のニーズを、既存のサービスの組み合わせのみで充足することは非常に困難である。

そのようなニーズへ対応する為、当グループ法人では医療・福祉一体的な専門的根拠を確保した上で、新たな枠組みで独自のサービスを提供する方針を採った。

【考察】 多岐にわたる課題を抱えた患者を生活体として捉え、トータルかつシームレスに支えていく為には、既存の枠にとらわれず、生活に密着した総合的な観点を持ち、医療機関として必要性を感じる支援に対し専門性を持った上で、より積極的かつ行動的に対応していくことが非常に重要である。

前立腺癌に伴う下肢高度リンパ浮腫に対して、在宅でストーマパウチを用いた皮下ドレナージを施行した1例

堀尾 建太¹⁾、市橋 亮一²⁾、土屋 邦洋、赤池 芳江²⁾、増井 法子²⁾

1) 愛知県がんセンター愛知病院、2) 総合在宅クリニック

【はじめに】悪性腫瘍に伴う、下肢のリンパ浮腫は難治であるとともに、患者のQOLを大きく損なう要因となる。今回我々は、在宅療養中の前立腺癌の患者に対して、ストーマパウチを用いた皮下ドレナージを施行した1例を経験したため、報告する。

【症例】68歳、男性。

【経過】X年1月右関節痛のため近医受診し経過観察されていた。同年6月より疼痛の増悪あり、CTで骨盤に多数の造骨性変化を認め、MRIでは右閉鎖筋群にも腫瘍は進展し、傍大動脈リンパ節、右腸骨動脈領域にリンパ節転移を多数認めた。骨生検を施行し、低分化腺癌の診断を得た。免疫染色ではPSA陽性であったことにより、前立腺癌の転移の診断となった。内分泌療法を開始し、骨転移に対して放射線治療を行った。その後病勢進行のため、化学療法を施行するも、一時的な効果は見られたものの、無効となった。

X+1年3月頃、前医から在宅療養の依頼があり、Aクリニック紹介となった。両下肢は鼠径部より著明に腫大しており、皮膚は象皮様の硬い浮腫を呈していた。前医のCTでは傍大動脈リンパ節から両側の腸骨領域にかけて、多数のリンパ節転移を認め、Ⅲ期のリンパ浮腫と診断した。腫大リンパ節領域への放射線治療も前医と検討するも、適応外との判断となった。浮腫の改善を図るため、五苓散、柴苓湯を順次使用し、一定の改善は得られたが、十分な効果は得られなかった。本人にとっ

て、下肢の浮腫により臥位で睡眠がとれないことが一番の苦痛となっていた。十分に本人、家族に説明し、同意を得て、同年5月に左下肢の皮下ドレナージを施行した。20Gの留置針を用いて、下腿外側にドレナージ孔を作成した。ドレナージ孔を覆うように、ストーマパウチを貼付した。処置後から直ちにドレナージは良好となり、1000～2000ml/日程度の排液が認められた。ストーマパウチを用いることで、家族でも排液管理が可能となり、周囲への汚染はなかった。感染兆候などの合併症も認めなかった。ドレナージ後9日目には、左下肢の径も処置前と比して、膝上10cmの部位で41cmから34.5cmと縮小した。ドレナージ開始後17日目に排液は停止し、ドレナージ孔は自然閉鎖した。しかし原病の進行に伴い、全身状態の悪化を来し、ドレナージ後23日目に死亡した。

【考察】今回我々は前立腺に伴う高度難治リンパ浮腫に対して、皮下ドレナージを施行した。良好なドレナージができ、細菌感染などの懸念された合併症を来すことなかった。ドレナージ孔についても自然閉鎖した。ストーマパウチを用いることで、体動の制限を減じ、家族にも排液管理が容易に行え、周囲の汚染を予防することが出来た。ストーマパウチを用いた皮下ドレナージは在宅でも施行可能な簡便な処置であり、症状軽減効果を期待できる手段となる可能性がある。

SNS が心理的原動力の一助となった一事例

岩橋 千代¹⁾、小野 幸代¹⁾、岡 敦子¹⁾、
今立 俊輔²⁾、江口 幸士郎²⁾、内田 浩稔²⁾

1) 訪問看護ステーションつばさ、2) 今立内科クリニック

【はじめに】自己の存在が脅かされる中で起こる「不安」に起因した「危機」に際し、心理的不均衡状態となりうる状況で、自分自身の役割を果たしたい、生きる意味を見出したいと思いつけ、ソーシャル・ネットワーキング・サービス (Social Networking Service: 以下、SNS) を通じて、心理的均衡を維持した 30 歳代の女性の 1 例を提示する。

【事例】A 氏 30 歳代 女性 PS4 胃がんの診断を受け積極的治療を実施。治療開始から約 2 年後腹膜播種、がん性腹膜炎、イレウスのため腸管ステント留置、腫瘍増大に伴い腎後性腎不全により腎瘻造設した。積極的な抗がん治療が困難な状況となり、自宅で過ごすことを希望された。在宅ホスピスケアを開始した胃がんの進行に伴う様々な症状の出現は、女性として社会人として娘としての役割喪失の危機にあった。多職種による在宅ホスピスケアを展開する中で、自らの役割を果たし続けたいと SNS をコーピング資源として活用する A 氏の姿があった。身体状況は悪化し「身体的原動力」が低下するなかでも「心理的原動力」を維持し続け、身体状況の悪化を感じさせな

い SNS の内容であり、SNS は A 氏にとって問題解決決定要因であることが示唆された。

そこで、SNS を更新することができ、A 氏が役割を果たすことができるよう、症状コントロールや睡眠コントロール、加えて精神的安寧を図るケアを継続し、更に多職種連携を強化した。症状コントロールは自己効力感やセルフコントロール感を得られるよう、鎮痛剤 (モルヒネ塩酸塩 600mg/day 持続静脈注射、リドカイン 336mg/day 持続静脈注射) や鎮静剤 (ミタゾラム 2.0mg/h 間歇的静脈注射) は PCA ポンプを用いコントロールをはかった。

A 氏は亡くなる約 40 時間前まで SNS を更新し、皆に感謝のことばとお別れを伝えた。

【考察】積極的な症状コントロールや A 氏の自己コントロールは、情緒的コーピング対処機制を強め、更に、SNS を更新しコメントを受けることによって社会的支持が得られたものと考えた。症状コントロールと A 氏の役割認識のバランスを多職種の医療スタッフが共通認識し在宅ホスピスケアを展開したことで心理的均衡が保持できたものとする。

地域の訪問看護ステーションと連携し、在宅ケアを行った胃癌末期患者様の1例

渡辺 浩子¹⁾、白神 かおり¹⁾、岡田 富朗¹⁾、横田 由紀子²⁾

1) 水島中央病院外科、2) 倉敷市訪問看護サービスセンター

胃癌の術後転移再発にて末期状態となった患者様に対して、地域の訪問看護ステーション等と連携して在宅ケアを行った1例を経験したので考察を加えて報告する。

患者様は76歳、男性、妻と長男の3人暮らし、隣町に長女さんが住んでいる。妻は病弱、難聴、入院中はしょっちゅう夫と言い争いをしていた。同居の長男さんは引きこもり、長女さんは介護施設の介護士（キーパーソン）。

平成XX年4月30日幽門狭窄を伴う進行胃癌にて幽門側胃切除術が施行されたが、転移リンパ節や癌腫が残存、術後各種の抗癌剤治療が行われたが、癌性腹膜炎等再発をきたした。平成XX+1年2月23日全身状態が悪化し入院。本人、ご家族にこれ以上の胃癌に対する治療は困難、症状を和らげる治療を中心に行いますと主治医より告げられ、癌性疼痛に対してトラムセット開始、痛みが増強したためフェントステープ、レスキューにオキノーム内服開始。本人が在宅ケアを希望されたため、3月8日退院、当院医師、看護師、訪問看護ステーション看護師がご自宅に訪問し、本人、ご家族と話し合いを持った。

まず介護ベッドを設置し、週2回（月・木）は訪問看護ステーションより訪問看護を、週2回（火・金）は当院から訪問診療、訪問看護を行うこととした。3月9日から在宅ケアを開始、経口摂取が少なく、脱水、低栄養の状態であったので、当初主治医は点滴治療を提案したが、看護師

らから却下された。当初はトイレ歩行できていたが、次第にベッドから離れられなくなる、癌性疼痛増強しフェントステープ増量、呼吸苦も出現したため、3月19日から在宅酸素も行った。終末期が近くなり、妻が在宅ケアに対する不安を訴えたが、長女さんが休職し、毎日の介護を手伝ってくれた、また自宅で看取ることへの不安も大きかったが、訪問看護ステーションからの終末期の詳しい説明、さらに、「最後の頃は少し苦しうに見えるけど、大丈夫、かけつけます、不安ならいつでも入院で対応します」という主治医の言葉に納得され、自宅で看取ることとなった。

黄疸が出現し、意識レベルは次第に低下したものの、お孫さんの大学の入学祝もご家族みんなでできた。家の前の公園でのお花見を心待ちにしていたが、3月23日桜の開花前にお亡くなりになりました。お亡くなりになった後のエンゼルケアも妻、長女さん、長男さん、お孫さん含めて笑顔でされていました。

後日、桜が満開の頃遺族訪問に伺い、奥様長女さんの労をねぎらいました。意識レベル低下後は連日往診に来てもらって心強かった、とお言葉をいただきました。当院では訪問診療、訪問看護の体制がまだ十分ではないが、地域の訪問看護ステーション等と連携できたこと、また長女さんが介護士で介護に精通しており、状態が悪くなってからは連日介護されたことが、在宅ケアを完遂できた要因であったと思われる。

HOT対応に苦慮した重症低酸素血症患者の1例

岸川 政信¹⁾、犬東 浩二¹⁾、田中 誠²⁾、
三栗野 直子¹⁾、森 葉子¹⁾、森 佳織¹⁾

1) 福西会病院 在宅診療科、2) 福西会病院 呼吸器内科

症例は60歳代前半の男性。

間質性肺炎でHOT導入後、当院呼吸器科にて外来通院中、肺癌を診断され化学療法を施行されたが奏効せず。その5ヶ月後に間質性肺炎および肺性心不全の増悪があり入院。ステロイドパルス療法を施行しオキシマスクで酸素6L/分吸入状態で経過。緩和ケアの方向で近医ホスピスに面談予約されたが、少しの間でも家で過ごしたいと言う本人と家族の希望があり試験外泊後に在宅診療が開始された。

自宅療養中は癌性胸痛と低酸素血症による呼吸苦が主な訴えであった。癌性胸痛に対しては本人がオピオイドのレスキュー内服を控えて痛みを我慢する傾向にあったが、疼痛時にはSpO₂の低下も見られたため、オピオイドの安全性を説明のうえ充分量の定期内服に切り替えた。低酸素血症に伴う呼吸苦に対してはオキシマスクでの投与酸素を酸素濃縮器の最高量である7L/分まで増量したが酸素化能が徐々に低下したため酸素濃縮器を特別にもう1台自宅に持ち込み鼻カニューレで追加投与した。しかし、鼻カニューレよりの追加酸素投与も徐々に増量され7L/分(合計14L/分)まで増量された。ここで2つの問題が生じた。1つは鼻カニューレでの酸素流量増加による鼻腔乾燥および鼻粘膜浮腫に伴う鼻閉感。もう1つは

食事摂食中にオキシマスクを外すため低酸素血症が進行し摂食が中断される点であった。この両者の問題に対し、Nasal High Flow(以下NHF)を試みようとしたが、従来のNHFの流量計は酸素配管や酸素ボンベからのO₂アウトレット接続なので、酸素濃縮器からの接続ができない。そこで在宅用にも使用の認可されているNPPV器と加温加湿器に2台の酸素濃縮器からの酸素を合流させる方法を試みたが、NPPV器を用いた場合は室内空気の送気との併用であるためFIO₂の低下や酸素濃縮器側に生じる回路内圧上昇に対し安全に酸素供給が可能か否かが問題となった。またO₂アウトレット接続が不要なNHFシステムとして開発されたAIRVOTM2では吸引ポンプが付いているため酸素濃縮器側に生じる回路内圧上昇の問題はないが、在宅使用時の認可・診療報酬(患者経費負担)等の医療体制が確立されていない。これらの問題をクリアできれば患者と家族の希望に沿って家で過ごす時間を延長できる可能性はあったが、断念し在宅7日目にホスピスへ入院となった。

今回の症例を通じて、重症低酸素血症患者に在宅で高濃度高流量の酸素投与を安全に行うための装置環境が十分に整っていないことが改めて確認でき今後検討すべき点を考察し発表したい。

自尊心・自己決定心が強く、認知力低下のため苦痛の表出ができない終末期癌患者の疼痛コントロールについて

泉 千秋、寺西 恵美、崎田 かおり、加藤 ひとみ

北九州市小倉医師会訪問看護ステーション

【はじめに】住み慣れた自宅で自分らしく過ごしたいと思う人は年々増えてきている。当ステーションでも癌治療が終了し在宅緩和ケアを希望する利用者が増えてきている。今回、これまでのがん治療をすべて本人が自己決定してきたが、自分の信念から拒薬し苦痛のなかで誤薬がみられ、苦痛の表出ができなかった癌患者への疼痛コントロールについて関わりの事例を報告する。

【事例紹介と支援の実際】A氏、70歳台女性、3型進行胃癌末期、夫と2人暮らし。2人の息子は遠方に住む。教員として働いたのちKUMONで30数年間子どもたちを教えていた。20数年前に乳癌を診断され温存術を受ける。10年前に胃癌を診断され代替療法を受ける。3年前より貧血が進行、オピオイド使用中も疼痛が増強するため疼痛コントロール目的で訪問開始、状態安定したため5か月で終了。10か月後点滴治療のため再開し2週間で訪問終了。また、6か月後点滴治療のため訪問再開。この時には疼痛も増強していた。自尊心が強く医師や薬剤師の前では全く疼痛を表出されず、治療に対する信念から拒薬があり、内服薬の服用間違いも目立った。レスキュー使用についての記憶も記録もできていなかった。訪問では本人の意見を聞くことに努めた。レスキュー使用の記録については本人が記入しやすい簡便なメモ用紙を準備し記入してもらった。使用状況と残数が合わないことは多かったがすべて受け入れ、関係を築いていった。かかわっていく中で本人か

らの訴えがなくても表情や姿勢などから痛みを推測し、服薬の声掛けを行い本人の疼痛の緩和を図ることができ安楽につなげることができた。疼痛がコントロールできている期間中は、本人が趣味にしていた絵手紙を教えることができるようにデイホスピスで絵手紙の指導者としての役割を担ってもらった。指導日前には自宅で下書きをするなどの準備をしていた。デイホスピス当日は指導者として積極的にかかわっていた。デイホスピス利用時にはレスキューの使用は全くなかった。その後疼痛の増強により本人の焦りや不安感も増し、疼痛コントロールのため緩和ケア病院に入院。自宅では表出されなかったスピリチュアルペインへのケアもおこなわれ苦痛の緩和がはかられた。介護に不安を感じ始めていた家族は入院により安心された。入院から27日後家族に見守られ永眠された。

【まとめ】疼痛コントロールがうまくできないA氏に対し、受容的態度、本人が理解しやすい方法を用いて疼痛のコントロールを図ることができ、短期間だったが本人の生きがいになる活動を継続することができた。A氏のように医師や薬剤師の前では看護師とは異なる言動がみられる場合にはより一層医師や薬剤師との密な連携が重要になる。苦痛の表出がなくてもアセスメントしていくことが重要であり、今後は早期から全人的苦痛に対する支援ができるように取り組んでいきたい。

地域の医療・介護職の学び場「糸島在宅ケアアカデミー」の実践報告

小畑 麻乙

糸島医師会在宅医療連携拠点センター

「糸島在宅ケアアカデミー」は、医療と介護に関わる多職種が、必要な医学的知識を一緒に学ぶ“地域の学びの場”。平成 27 年 8 月にスタートし、第 4 木曜日の夜に開催している。毎回 70 名～130 名の参加者があり、これまでに 15 回開催した。

平成 28 年度は地域の病院・診療所の医師が「心不全」や「認知症」「終末期ケア」など、高齢者に多い疾患を、教育番組のように基礎から分かりやすく講義。さらに今年度は管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士などのコメディカルが講師となりその視点を伝えたり、在宅酸素、医療保険制度などの各論を続けている。現場で翌日から実践できるような知識の習得となり、実際に患者さんの疾患の早期発見・受診に繋がったケースもあった。

講義の終了後、カフェタイムと称し、15 分ほど懇談の時間を設けている。講義中になかった質問を講師にしたり、参加者懇談したり、つながりの場になっている。

参加者は施設の介護職・看護職・ケアマネ・相談員など、病院や診療所の医師・看護職・リハビリ、地域の歯科医・薬剤師など。市役所や保健所の方も参加している。施設や診療所の看護師からは「研修の機会が少なく、治療の方針や新しい処置などの情報も聞けるが良い」、ケアマネからは「医師の話聞き、こういう考えで患者さんと接しているのかと分かった。人柄も知れて、敷居が低くなった」という声がある。また講義する医師やコメディカルスタッフからも「日常の診療で、ここを見てほしい・情報が欲しいと思っていても、これまで伝える機会がなかった。」「地域の医療・介護のスタッフの熱意や視点を知り、励みになった」といった意見が聞かれた。

糸島市内の 5 か所の地域包括支援センターと糸島医師会在宅医療連携拠点センターが主催するこの「糸島在宅ケアアカデミー」について、2 年間の実績と今後の課題を報告する。

市民に「訪問看護」の普及啓発活動を続ける中で見えてきたもの

羽根田 俊子
福岡徳洲会病院

【目的】 訪問看護の認定看護師教育課程の中で、自分の生まれ育った町で認定看護師として貢献できることを考える機会があり、私は、地元の公民館で訪問看護の普及啓発活動をしたいと考えていた。ちょうど自施設での「健康づくり講座」の講師依頼があり、この活動を開始して2年が経過した。今後の活動の継続のために、2年間の活動を通して、市民との交流の中で見えてきたものについて考察する。

【方法】 自施設で毎月、入場無料で近隣の公民館・集会所で開催されている「健康づくり講座」（1時間）で「在宅療養について」のテーマで講座を開催。講座の中で、日本訪問看護財団が作成した「こんにちは！ 訪問看護です」のDVDの視聴も交えながら訪問看護の内容・利用方法について具体的に説明を行った。

【結果】 平成26年6月～平成28年9月現在まで、37回開催。参加者の動向として、自施設の参加者アンケートの中から、個人が特定出来ない事を条件に、参加者の人数、男女比、平均年齢のみ、以下報告する。参加者は延べ400人、男女比は1:3、平均年齢は70歳代であった。

【考察】 国民の6割は、最期を迎えるのは自宅がいいと思っており、「訪問看護を利用すれば、病気があっても家で自分らしく過ごすことが出来、望めば最期まで家で過ごすことも出来ます」ということを伝えようとはじめた訪問看護の普及啓発活動ではあったが、一般市民は、想像以上にマス

コミなどの情報は見ておらず、「訪問看護」という言葉を始めて聞くという人が大半であった。講座を繰り返す中で、参加者の反応から見えてきたものは様々であったが、特に共通して感じたことは、「入院したら病気が治るまで3カ月くらいは入院できるだろう」「最期を考えたことはないが、ほとんどの人が病院で亡くなっているのだから、自分もそうなるだろう」「一人暮らしで子どもに迷惑をかけたくないから施設に入ろう」といった将来に関する漠然とした思いを市民は抱いているということであった。

看護師の経験上、漠然とした思いのまま救急搬送をされた高齢の終末期患者が、本人の意識がない中、家族が延命処置を選択し、人工呼吸器、気管切開、点滴、吸引、経管栄養といった処置がなされ、住み慣れた場所に帰ることが出来なくなってしまった事例を何度もみてきており、この漠然とした市民の思いに対して、何か出来ることはないだろうかと考えた。

そこで、講座の中にACPの話を取り入れ、健康な時にこそACPを考え、「死」と向き合うところから、逆にこれからの自分の人生を考える中で、訪問看護などの在宅療養の選択肢があることを市民に伝えてみた。「死」を話題にすることに抵抗感を感じる人もいるのではないかと考えたが、真摯に受け止める人の方が多く、今後もこのスタイルでの活動を継続したいと考えている。

2012 年診療報酬改定前後の退院状況の変化の検討

長江 浩幸

総合病院 南生協病院

【はじめに】2012年の診療報酬改定にて、緩和ケア病棟でも長期入院での逓減制が導入された。もともと、多くの方が在宅で過ごしたいと希望されているというデータもあり、制度改定を受け、緩和ケア病棟からの退院に取り組んできた。今回は改定前後の退院患者の実態についで報告する。

【対象】改定前2010年度（10年4月1日より11年3月31日）および2015年度の緩和ケア病棟の退院患者データをもとに検討した。

【結果】10年度入院はのべ180人（死亡153人、生存27人（生存退院率14%）、15年度はのべ229人（死亡190、生存39（同17%）であった。初回利用患者では10年度161人（死亡143、生存18（同11%））15年度193人（死亡164、生存29（同15%））であった。60日以上入院患者の内訳は10年度のべ38人（死亡33、生存5（同13%））15年度のべ14人（死亡8、生存6（同43%））であった。10年度生存退院先は自宅22（81%）、その他5（他の病院4、老人ホーム1）、

15年度は自宅16（69%）その他12（他の病院5、介護施設4、院内他病棟2）であった。60日以上長期利用例は10年度38人（死亡33（87%）、生存5）、15年度14人（死亡8（57%）、生存6）であった。

【考察】制度改定後5年が経過し長期入院は減少している。以前、退院困難例は、緩和ケア病棟を終の棲家として長く療養することがあった。制度改定後、退院調整の努力の結果、長期入院例は生存退院が増え、総数が減少した。

しかし、退院内容では自宅退院の割合は減少している。緩和ケア病棟利用者にはもともと自宅療養が困難で入院したケースが多く、いったん自宅退院できても短期で再入院となるケースも多い。在宅療養が推進されているが自宅療養が困難な事例は一定数存在しており、長期入院患者は療養場所をさがしてある意味で「緩和難民化」しているともいえる。在宅療養が推進される中でこれらの患者の受け皿の整備も重要な課題である。

地域における在宅医療の人材育成

〈八女筑後医師会 在宅医療連携室からの報告〉

南 光子
八女筑後医師会

【はじめに】平成27年1月より平成30年3月までの約3年間、福岡県より各医師会への委託事業である在宅医療連携拠点整備事業（以下、在宅医療連携室）が始まった。

八女筑後医師会では、平成27年4月から専属の職員を1名置き、地域の在宅医療を推進するべく事業が開始された。

事業内容

1. 在宅医療相談窓口
 2. 在宅医師同行訪問事業
 3. 退院時連携促進事業
 4. 在宅医療機器整備事業
 5. 在宅医療提供体制の検討
 6. 在宅医療推進に係る研修会の開催
 7. 住民への啓発
 8. その他の事業
- 以上の8項目の事業からなる。

【取り組み、結果】上記の事業を人材教育・育成の面から述べる。

1. 在宅医療相談窓口

平成27年度の相談は13件であった。

2. 在宅医師同行訪問事業

在宅医療の現場に、医師・看護師、ヘルパー、理学療法士等が同行訪問し、在宅機器の取り扱いやリハビリの研修、褥瘡処置の研修等を行う、医師、訪問看護師、ヘルパー等、在宅医療・ケアの現場に従事する者の知識・技術向上に繋がっている。

3. 退院時連携促進事業

病院の地域連携担当の研修を行ったが、意見が少

なく、今後の研修をどのような形に持って行ったらいいか検討が必要である。

4. 在宅医療提供体制の検討

施設での看取りが増えており、施設職員の看取りの研修を行う。

5. 在宅医療推進に係る研修会の開催

訪問看護師の質の向上を目的に、新人研修を行う。また、在宅での看取りが増えており、土曜日の午後4日間を使い訪問看護師のための緩和ケア研修を行う。さらに、多職種が一同に会しグループによる事例検討会を行う。

6. 住民の啓発

住民公開講座や公民館単位で在宅医療についての講演を行い在宅医療への啓発活動を行う。

【まとめ】八女筑後地域の在宅医療の現状と課題は、

1. 山間僻地を訪問診療できる医者が少ない
 2. 山間地域の訪問看護や訪問介護等、在宅医療を支える事業所が少ない
 3. 地域の方が療養や介護が必要になった時、自分自身の最期をどのように過ごしたいのか自身の考えを伝える方が少ない。
- などがあげられる。

以上のことより、在宅医療を支える事業所スタッフの質の向上を目的とした研修が必要である。また、人生の最期の死を忌み嫌うものではなく、自然の理として、住民一人ひとりの最期を豊かなものにしていくためにも、住民への在宅医療の啓発は必要と考える。

福岡県における在宅医療推進事業の取組み ～福岡県地域在宅医療支援センター活動を中心に～

猪毛尾 和美、馬場 順子、大田 琢也

福岡県 保健医療介護部 高齢者地域包括ケア推進課

福岡県では、平成 17 年度の医療制度改革を機に、「県民が望む場所で死を迎えられる終末期在宅緩和ケアの体制整備」を目指し、福岡県終末期医療対策協議会を設置するとともに、医療依存度の高い住民を受け入れる地域の体制を整備するため、医療機関や訪問看護ステーションを対象とした在宅ホスピスケア研修を実施した。また、患者や家族に寄り添い、終末期の療養生活における不安の軽減や支援を行うことの必要性を認識し、平成 19 年度から NPO との協働によるボランティア養成講座も開始した。

その中で、在宅医療の課題として、医療依存度の高い住民を受け入れる地域の体制が十分でないことなどが明らかとなり、平成 20 年度から、「誰もが安心して望む場所で在宅療養を送ることができる地域」を目指し在宅医療推進事業を開始した。その際、事務局として、県に専任の係を設置するとともに、県の出先機関である保健福祉（環境）事務所にも順次地域在宅医療支援センター（以

下、センターとする。）を設置し、平成 22 年には 9 カ所全ての保健福祉（環境）事務所にセンターを設置し、在宅医療連携体制の整備に向けた地域ネットワークの構築、患者・家族からの在宅療養上の悩みや不安等に関する相談対応、必要なサービス提供体制の整備を主な柱として、関係機関との連携、研修会開催、啓発活動などに取組んでいる。今般の様々な制度改革の中、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年に向け、市町村が中心となり、高齢者の在宅医療・介護連携に取り組むこととなったことから、センターがこれまで取組んできた在宅医療のノウハウをまとめた、「福岡県在宅医療・介護連携推進のてびき」を作成し、市町村を積極的に支援している。

「誰もが安心して望む場所で在宅療養を送ることができる地域」を目指して、在宅医療を担う専門職の充実やボランティアを含めた、他機関・多職種との連携、ネットワークの構築に今後も取り組んでいきたい。

（共同演者：平野恵理、藤松悠里、岩永洋一、深松由記子）

在宅ホスピスにおけるリハビリテーション —文献レビューによる検討

安部 能成

千葉県立保健医療大学 健康科学部 リハビリテーション学科

【目的】 21世紀の日本では少子・高齢・多死社会を迎え、在宅ケアのニーズが高まっている。これは死亡者数増加に対応しきれない病床数の限界とともに、終末期を在宅で過ごしたいという患者の希望の反映でもある。その日が訪れるまで患者の生活は継続している。病勢の進行と折り合いながら生活するための、在宅ホスピスにおけるリハビリテーションについて、文献レビューにより検討した。

【対象と方法】 日本語による医学系データベースとして、①医中誌 Web、②メディカルオンライン、③J Dream III、④Google scholar (日本語)を用い、キーワードを、在宅、ホスピス、リハビリテーションとして、オンラインにて系統的に検索した。

【結果】 ①リハビリテーション：361,500件、在宅：87,711件、ホスピス：11,514件、これらの〇検索：205件、②リハビリテーション：165,472件、在宅：50,988件、ホスピス：6,177件、これらの〇検索：213件、③リハビリテーション：325,283件、在宅：91,973件、ホスピス：7,032件、これらの〇検索：96件、④リハビリテーション：118,000件、在宅：56,800件、ホスピス：5,680件、これらの〇検索：594件、であった。検索結果をキーワード別に整理すると、リハビリテーション①：361,500件、②：165,472件、③：325,283件、④：118,000件、と最多件数であった。続いて、在宅①：87,711件、②：50,988件、③：91,973件、④：56,800件、であった。さらに、①ホスピス：

11,514件、②：6,177件、③：7,032件、④：5,680件であった。3つのキーワードの〇検索では、①：205件、②：213件、③：96件、④：594件であった。

【考察】 文献検索の結果件数を平均値でみると、リハビリテーション：242,564件、在宅：71,868件、ホスピス：7,601件、これらの〇検索：277件、であり、このキーワードの順に論文数が桁違いに減少することが判明した。わが国でリハビリテーション専門職の身分法が制定されたのは1965年であり、以降、病院中心に養成されてきた歴史からみれば、未だ在宅は少数派である。そして、一般医療に比較してホスピスは少数にとどまった。さらに、これらのキーワードを〇検索した結果は277件であり、リハビリテーションの1/876、在宅の1/260、ホスピスの1/27であった。

論文件数を分析した結果は、在宅ホスピスにおけるリハビリテーションが少数であることを示していた。〇検索で得られた論文の発表形式は、会議録などの学会発表が多く、原著論文が少ない。医中誌 Web で入手可能な原著論文は24件であった。ところが、その内容を精査したところ、具体的にリハビリテーションについて言及している論文は6件と、さらに少なかった。

【結論】 がん対策基本法成立から10年を経過したが、未だ在宅ホスピスにおけるリハビリテーションの論文は少数である。少子・高齢・多死社会において、機能低下状態で患者を支える終末期リハビリテーションに努力する必要がある。

『音楽の力』についての考察

野田 恵美

在宅ホスピスボランティアの会「手と手」

【はじめに】日本音楽療法学会における認定音楽療法士は、全国で2,917名である（2016年4月）。領域は多岐にわたるが、今回は多系統萎縮症の患者が音楽と出会った事例を通して、音楽の持つ力について考察する。

【事例】A氏60歳代、女性、多系統萎縮症。家族は夫と2人暮らしである。X年発症。在宅にて療養している。現在はヘルパー、訪問看護および訪問リハビリ、訪問診療をうけており、月のうち2週間レスパイト入院を行っている。嚥下機能低下、病状の進行により徐々に介助が必要になっている。その他、月2回病院にて開催されるデイホスピスに通っている。

X+1年、音楽経験はなかったA氏より「野外演奏会を聴きに行き、その時の音色と空の色が印象的だったことからオカリナに挑戦してみたいと思った。」と医療ソーシャルワーカー（以下MSW）に相談があり、MSWから音楽療法士（筆者）に依頼があった。

【方法】オカリナ購入後、数回自宅訪問しアセスメントを行った。A氏の希望である「演奏できるようになること」「身体機能の維持」を目的とし計画を立てた。自宅に訪問やデイの時に月2～3回、選曲の仕方を工夫しながら、少しずつレベルアップできるように曲の提供をした。

【経過および結果】始めは「息が続かない」「思うように指が動かない」と苦戦をしていたが、A氏

は「リハビリになるかもしれない」と考え、体調と相談しながら昼夜を問わず練習をした。オカリナを開始してから1ヶ月後の検診では「肺活量が増えていたよ」と、とても喜んだ様子で報告があった。「クリスマスの時にデイホスピスでオカリナを披露したい」との発言があり、みんなの前で披露することが出来た。

X+2年、レスパイト入退院を繰り返しながら、出来るだけオカリナの練習を続けている。入院中も練習を続けることで院内の理学療法士や同室の入院患者からも声をかけられ、社会的なつながりができ、自信にも繋がった。

【考察】多系統萎縮症の治療は薬剤を用いた対症療法とリハビリでのQOLを維持することである。肺活量が増える事は、病状の進行を遅らせると言われている。A氏がオカリナに出会い、「吹いてみたい」という思いに駆られ、積極的に練習を重ねる事がリハビリにつながったのではないだろうか。

オカリナが吹けるようになっていく過程の中で楽しさを感じ、能動的にオカリナへ向かったのではないかと考える。その楽しさこそがA氏のモチベーションになり結果がもたらされたのではないだろうか。本発表では、音楽療法士としてどのような曲を提供していったかをもう少し詳しく述べたいと思う。

ディグニティセラピー実践に向けた課題

小澤 竹俊¹⁾、千田 恵子²⁾、洲濱 良子¹⁾

1) めぐみ在宅クリニック、2) エンドオブライフ・ケア協会

【背景】ディグニティセラピーは、カナダの精神科医 Chochinov が考案した精神療法の1つで、英語圏のみならず北欧などでも効果が示されています。しかし、日本では、関心を寄せ、実施例などの報告は散見するものの、理論的な背景を元に学ぶ機会は、ほとんどありませんでした。今回、カナダのマニトバで開催された Chochinov 主催のディグニティセラピー・ワークショップに参加したことを踏まえて、日本でディグニティセラピーを学ぶ研修会を企画することになりました。

【目的】ディグニティセラピーについて学び、実践できるワークショップを開催し、課題を共有する。

【方法】めぐみ在宅クリニックでの約80例のディグニティセラピーの経験と、2016年2016年5月25日～27日（2.5日間）カナダ マニトバ州 ウィニペグで開催された Chochinov 主催のワークショップをもとに、1.ディグニティセラピーの背景と技術、2.インタビュー観察、3.ロールプレイ、4.事例（ストーリー）紹介、5.実践に向けた課題を学習できるワークショップを企画しました。

【結果】2016年10月15日に、6時間のディグニティセラピー・ワークショップを開催予定。エンドオブライフ・ケア協会主催のエンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座受講生を対象に、45人が参加予定となっています。詳細な結果は、当日にご報告いたします。

【考察】ディグニティセラピーは、学びたい人がいる一方で、学ぶ機会が少ない現状があります。ディグニティセラピーは、決して Chochinov が考案した9つの質問をすれば良いものではありません。援助的コミュニケーションを学び、患者さんとの信頼関係を構築した上で、実施されなければなりません。また、話の内容も、決して良い話だけではなく、悲しい話や、物騒な話もあり、話された内容をすべて記録として残すわけでもありません。どのような注意を行いながら、ディグニティセラピーが実施できるのかなど、考えて行く必要があります。その配慮を行った上で、尊厳を失いつつある患者さん・家族がエンドオブライフ・ケアにおいて、誠実に関われる1つの技法として、ディグニティセラピーが広がることを期待しています。

在宅ホスピスにおけるケアマネジャーの役割について

谷山 玲子

ケアプランセンター ウエルネス

今から7年前の2009年福岡の山間部の70代後半の肝臓がん末期の利用者のケアマネ担当をしたときの事だ。病状の悪化や思うように動けないM氏は、妻に怒鳴りちらし手が付けられず家庭内は殺伐としていた。「もう限界です。先生夫を入院させて下さい」との懇願が度々聞かれた。私自身も入院できないものかと考えていた。荒れ狂う本人にN先生は「奥さんはあなたと共にずっと歩いてきた人でしょう。今を大事にしてください」という事を静かに諭された。そこから徐々に穏やかになり時間を惜しむように家族と花見や散歩をしある朝自宅で眠るように亡くなられた。

私自身のターニングポイントはその時だと思う。人の死の潔さを見てしまった。

おりしも今から5年前の2012年の夏、私の夫が大腿部腫瘍を発症し 余命半年の宣告を受けた。私達に何が襲い掛かってきたのか現実を受け止められず只泣いて眠るだけの日々と変わった。景色はすべてモノクロに変わり周囲の元気な人を見るのも聞くのも辛かった。

口に出る言葉は「何でお父さんが」「懸命に生きてきたのに何でこんな目に」とぐるぐるめぐりそこから離れられない。ここから数ヶ月はひと時でも安堵できた時はあっただろうか。腫瘍の摘出から肺への転移で気胸を起し手術を繰り返した。病院での抗がん剤治療を止め 緩和医療へ移った時、実は緩和ケアの意味を理解していなかった。「治らない医療の在り方」と捉えていた。しかしそうではなかった。自宅での在宅医療体制はゆっ

くりと穏やかで心から安心できた。訪問してくれる全ての人が安らぎを与えてくれた。家族だけで背負ってきた苦しみが初めて少しずつ和らいだ。そして一緒に気遣ってくれる人がいる事で安らぎと幸福感を感じた。

夫は自宅に帰り14日目、宣告より8か月目に自宅で静かに息を引き取った。私・娘達は顔をつけそれぞれが感謝を伝えた。その前日までN先生は延べ1週間ほど毎晩対応処置を施してくださいました。ケアしていただいた全ての人に感謝している。

自宅での看取りは本人の為ではなかった。残された家族の為に必要な事だったと思う。

この先を見つめ取り組んできたこと

緩和ケアに委ねるまでの経緯は長く辛いものでありそこからの出会いとそこからの信頼の関係づくりを大切に行っていきたい。人には誰しも「看取る力」を持っておりその後には大きな生命の尊さを実感する。ケアマネとして出来ることは①チーム内の連携と信頼、②今までの関係性（友人・地域）を継ぐ、③その人だけの振り返りの時を作る、④最期の望みや希望を聞き逃さないこと、を念頭に実践している。市民全体を巻き込んだ啓蒙・症例の普及などを通じ、それぞれの家族のあり方・その人の生き様全てふまえて住み慣れた地域や自宅で最期まで過ごすお手伝いをライフワークとしたい。

「在宅緩和医療に携わる 看護師の満足度調査」

竹内 貴恵¹⁾、森本 明美¹⁾、杉若 美津子²⁾、

1 訪問看護ステーションエンゼル 2 竹村医院居宅介護支援事業所

【はじめに】一般的に、終末期医療に携わる看護師の相当数が負担感をもっており、燃え尽きを体験していると言われている。在宅緩和ケアでは、関わりが短期間の事も多く、看護師がケアに対して満足感を得られず終了することがある。

終末期医療にかかわる看護師の満足度調査はあるが、在宅での満足度調査は少ない。今回、岩瀬らの「終末期医療にかかわる看護婦の患者ケアに対する満足度尺度」を参考にアンケート調査を作成し、在宅緩和ケアにおける訪問看護師の職務満足の特徴を探ることを目的とした。

【対象】平成28年2月～7月までに死亡した5名の利用者に対し、訪問した看護師7名
総回答数16

【方法】「終末期医療にかかわる看護婦の患者ケアに対する満足度尺度」を参考に①患者との関係 ②疼痛のコントロール ③家族との関係 ④チーム医療⑤専門職としての能力の5因子構造26項目の尺度を作成。追加項目として、

・総合的な満足度（v AS：0～100点）

・患者の背景：利用期間

・看護師の背景：看護師経験年数 在宅看護経験年数 訪問回数 受け持ちの有無

のアンケートを作成した。調査後これをもとにインタビューを行った。

【結語】終末期医療に携わる多くの看護師が負担を感じていると言われ、在宅緩和ケアでも満足度は低いと思われた。今回の結果では総合的な満足度は、全体に比較的高く、因子の中では「チーム医療について」の満足度が高かった。在宅においても、看護師の総合的な満足度は5因子26項目と関与すると予測したが、件数も少なく各項目の満足度にばらつきがあり、患者や看護師の背景においても、アンケートではあきらかな因果関係は得られなかった。しかし、インタビューにより、職務満足は、各看護師の関わり方に影響することなど、当ステーションでの特性がわかり、有効な調査となった。

医療・介護・福祉の多職種から捉える「介護連携」の在り方と課題（その1）－北九州在宅医療・介護塾の設立とその歩み－

久保 哲郎^{1,3,7,8)}、櫛 直美^{1,2)}、八田 妙子^{1,5)}、
讃井 一美^{1,4,6)}、高田 芳信⁷⁾、田代 久美枝⁸⁾

- 1) 北九州在宅医療・介護塾、2) 福岡県立大学看護学部、
3) 福岡県歯科保険医協会、4) 福岡県栄養士会北九州支部、
5) 美咲が丘介護支援センター「こころ」、6) 特別擁護老人ホーム美咲ヶ丘、
7) 老いを支える北九州家族の会、8) 認知症・草の根ネットワーク

【目的】北九州在宅医療・介護塾は、「在宅医療・介護の推進」を設立主旨に掲げ、「安全で安心して生活できる地域づくり」を目標にして2014年4月に設立し、地域の様々な団体からの支援を受けながら、北九州在宅医療・介護塾 研修会（以下、研修会という）を開催している。研修会の実施方法は、☆参加対象：介護家族や多専門職種にする、☆研修テーマ：“食べるを支援する”ことその他、介護連携や医療・介護・福祉に関わる様々な問題を取り上げる、☆講師：北九州等で医療や介護、福祉に携わっている介護家族や多専門職種等とし、経験で培った話題を交えた講演と受講後はグループワークを行う、☆情報発信：研修会の概要、アンケート結果やグループワークの内容は、HP (<http://kaigojuku.info/>) や、次回の研修会で参加者に配布し、介護家族や多専門職種の「介護連携を図るための参加型学びの場」として位置づけている。今回、研修会のアンケートを用いて「介護連携」の在り方と課題について検討を行った。

【方法】第1回～第10回研修会のアンケートをまとめて検討を行った。

【結果】アンケートでは、多専門職種との連携の必要性が理解できた（歯科医師）、他職の立場で色々な意見や思いを聞くことができた（介護福祉士）他、また、今後企画して欲しいテーマや内容については、介護に関わる職種が他の職種に何を

望んでいるのか知りたい（歯科医師）、在宅医療の支援、介護の支援、介護家族の支援について（北九州家族の会）の他、多くの「介護連携」について記載されていた。このようなことを踏まえ、講演やグループ討論等によって「介護連携」について情報の共有化が図られており、今後も継続して情報を求めていることが推察された。

【考察】アンケート結果から、介護家族や多専門職種が研修会に参加することで“顔が見える関係づくり”や、「介護連携」に対する情報の共有化が図られていることが推察され、また、在宅療養者に対して連携して「食べるを支援」したり、医療・介護・福祉に対する視点について学ぶことは在宅療養者の「QOLの向上」に繋がり、「在宅医療・介護の“質”の向上」にも貢献できると考えた。今後「研修会での学び」によって、専門職種が地域で果たすべき役割を明確にしていくとともに、介護家族と専門職種との密なる連携を構築することで「在宅医療・介護の推進的役割」を担い、認知症になっても、障害を持っても「安全で安心して暮らせるまちづくり」に生かすことができればと思っている。最後に、「在宅医療・介護の推進」を支援する方策の一助として、介護家族と専門職種との「顔が見える関係づくり」と「介護連携に関わる様々な情報の共有化を図る」ことについてさらなる検討を要すると考えた。

医療・介護・福祉の多職種から捉える「介護連携」の在り方と課題（その2）～「多職種連携」のグループワークより～

櫛 直美^{1,2)}、久保 哲郎^{2,3)}、杉本 みぎわ^{1,2)}、
原田 和昭^{2,3)}、小林 繁²⁾、長江 紀子^{2,4)}

1) 福岡県立大学看護学部、2) 北九州在宅医療・介護塾、
3) 福岡県歯科保険医協会、4) 福岡県栄養士会北九州支部

【目的】今回は医療・介護・福祉資源を有効に活用していく多職種連携でのケアの方向性について、北九州在宅医療・介護塾研修会で行われたグループワークをもとに連携の在り方とその課題について検討した。

【方法】1. 対象：北九州在宅医療・介護塾研修会に参加した保健・医療・福祉の専門職と関係者、家族介護者。

2. 実施日：平成28年4月15日。

3. 方法：多職種からなる5～6人のグループで、「専門職と多職種連携、“連携”はだれのためにするのか？」について自由に話し合いを40分程度行った。その結果はグループで各々記録にまとめた。

4. 分析：10グループの記録をもとに、質的帰納的に分析を行い、共同研究者により妥当性の検討を行った。

【結果と考察】参加者66名。内訳：医師・歯科医師12名、看護師・保健師15名、介護支援専門員15名、コメディカル9名、家族・住民9名、その他6名。

構成要素として2つの要素があり、まず“介護連携の現状と課題”については3つのカテゴリー《専門職の連携の課題》《在宅介護の困難性》《介護による肯定感の形成》より構成された。さらに《専門職の連携の課題》は〈専門職連携の困難性〉

〈介護される側からみた専門職への課題〉〈ケアマネジャーの課題〉の3つのサブカテゴリー、《在宅介護の困難性》は〈制度の課題〉〈地域介護力の低下〉〈在宅介護での限界〉の3つのサブカテゴリー、《介護による肯定感の形成》は〈在宅介護の肯定的側面〉、〈施設介護の肯定的側面〉の2つのサブカテゴリーが含まれていた。

次の構成要素として“多職種連携の課題解決に向けて”は《専門職個々での努力》《多職種連携のための戦略》《地域力の向上と活用》のカテゴリーで構成された。《専門職個々での努力》は〈専門職個々での努力〉のサブカテゴリーから、《多職種連携のための戦略》は〈専門職連携の中心に介護される人をおく〉〈多職種連携のための意識改革〉〈多職種連携のためのツールの開発〉の3つのサブカテゴリーを含む。《地域力の向上と活用》は〈地域力の向上〉〈地域力を組み込んだシステム〉の2つのサブカテゴリーが含まれていた。

介護の継続には介護肯定感の形成が必要であり、そのための多職種連携の在り方として専門職も介護される、あるいは介護する生活者の視点が大切である。また連携の在り方として専門職だけでなく、生活者の誰もが理解できる共通言語やツールを用いて、地域力を組み込んだケアのコーディネート構築が重要であることが示唆された。

医療・介護・福祉の多職種から捉える「介護連携」の在り方と課題（その3）～「認知症ケア」のグループワークより～

杉本 みぎわ^{1)・2)}、久保 哲郎^{2)・3)}、榎 直美^{1)・2)}、
林田 優子^{2)・4)}、和田 和人^{2)・5)}、山本 節子⁶⁾

1) 福岡県立大学、2) 北九州在宅医療・介護塾、3) 福岡県歯科保険医協会
4) 福岡県栄養士会北九州支部、5) 四季の郷 小倉、6) ケアハウス恵和園

【目的】 高齢者人口の急速な増加に伴い、地域で暮らす認知症高齢者の人口も増加することが予測される。地域包括ケアシステムの構築が急がれる中、認知症であっても住み慣れた地域で安心して暮らせる街づくりが求められている。その実現には、医療や介護に携わる専門職だけではなく、介護家族や市民が認知症について正しい知識を持ち、それぞれの立場の強みを生かし協力し合う支援が必要である。そこで認知症に対するケアについて①大切にしたいこと、②必要と思うこと、のテーマで行われたグループワークをもとに、地域で行う認知症ケアについて検討した。

【方法】 1. 対象：北九州在宅医療・介護塾研修会に参加した医療・介護・福祉の専門職と関係者、家族介護者 58 名。

2. 実施日：平成 28 年 7 月 21 日。

3. 方法：多職種、市民からなる 5～6 人のグループで、「認知症の人と家族が安心して暮らせる街づくりとは～大切にしたいこと、②必要と思うこと」について自由に 40 分程度話し合い、グループ毎に記録した。

4. 分析：7 グループの記録をもとに、質的帰納的分析を行い、認知症を理解し、支援するための課題を共同研究者と検討した。

【結果と考察】 参加者 68 名。内訳；医師・歯科医師 14 名、看護師・保健師 10 名、管理栄養士 5 名、ケアマネジャー 7 名、その他コメディカル 4 名、家族・住民 15 名、学生 6 名

テーマ①では、おもに人としての思い、関わり方、理解などのソフト面での意見が多く、テーマ②では、人としてのあるべき姿、心構え、などのソフト面に加え、社会や行政の仕組みに対するハード面の意見も含まれた。さらに、テーマ①、②両者においては立場として、〈本人〉〈家族・介護者〉〈市民〉〈専門職〉〈地域・社会〉〈行政〉の 6 つのカテゴリーに分けられ、参加者それぞれの属性としての意見と、当事者（本人、家族）として考えた場合の意見が見られ、他人ごととして考えることではないとする参加者の高い意識が感じられた。認知症の人と家族が安心して暮らせる街づくりのためには、それぞれの立場を超えて人としてどのように向き合い連携していくかということが大切であり、また地域に住む者としての当事者としての目線も必要である。そのような意味で専門職だけでなく、市民も共同して研修会に集い、意見交換することの意義は大きい。

また、この度の意見では、とりわけ〈本人〉としての MCI に対する心構えや、日ごろの生き方、地域との関わり方などに対するものが多くあり、予防的な自己啓発に高い意識があることがうかがえた。研修会に参加することが既に意識の高さを示すものではあるが、行政の施策に一存するのではなく、自らが認知症の予防のみならず、その対応について考える市民として存することが今後の地域づくりの重要な鍵となることを改めて認識した。

在宅医療の課題

～現場での学びと調査報告～

伊南 利菜¹⁾、山岡 憲夫²⁾、後藤 幸子²⁾、安土 美保²⁾

1) 大分大学医学部4年生、2) やまおか在宅クリニック

【背景と目的】 社会の超高齢化が進む日本で今後ますます在宅医療の重要性は増すと思われる。そこで以下の479名にアンケートとインタビューを行い、在宅医療の課題や問題点を調査した。

【方法】 対象：①自宅療養中の患者さん（やまおか在宅クリニックの訪問診療を受けている）の家族110名 ②医学部1・2年生330名（医218名、看護112名）③訪問看護師24名…以上456名にアンケートを、更に同クリニックの訪問診療中の患者さん23名（内、末期がん18名）に直接お話を伺った。

調査期間：2016年9月1日～9月28日

調査内容：患者さんや家族に在宅療養の満足度や将来目指すべき医師像等、学生に在宅医療の内容や連携等、訪問看護師さんに在宅の課題等を伺った。

【結果と考察】 学生で2025年問題を「知っている」は27.2%、薬剤師や歯科医師の訪問を「知らない」は65%以上、「在宅でどのような医療を受けられるか分からない」は66.2%であった。在宅医療及び多職種連携についてあまり知られていないと言える。

患者さんは、60.9%が在宅医療を始めるまで「知らなかった」が「在宅医療を始めるとき不安があった」は43.5%で、退院前に在宅医療の説明があ

れば不安は取り除けることがわかる。一方満足度については78.3%が「家がいい、病院は不満足だった」、理由は「家は食事やテレビなどを自分が望む時に楽しめる」など、家だからこそ過ごせる時間を喜んでいた。訪問看護師の満足度は90.5%と高かった。

ご家族は、始める際に既に「知っていた」方は52.2%、最初にどこで知ったかは「新聞などのメディア」「以前の病院の医師から」が上位で、在宅医療は「待ち時間の長い通院がないので本人が楽になった」「点滴や採血も家ででき安心して生活ができる」、自宅ゆえに「家族で食事が共にできる」「体調の少しの変化をすぐに知ることができる」と、喜びの声が多かった。将来の医師像について総勢100名に聞くと、「患者とその家族に寄り添える医師」という言葉を多く頂いた。

【結論】 在宅医療はまだ啓発が足りず社会に浸透しているとは言い難い。しかし患者さんにとって一番良い療養生活を送るためには、在宅医療も大切な一つの選択肢となり得ることが判明した。在宅医療とは、患者さんのケアと同時に家族の方々を見る「家族ケア」も含まれるのだということ、自宅に居たいという患者さんの療養生活を支えるためには、医師だけでなく多職種が密に連携することで成り立つのだということも強く感じた。

医療機関における介護福祉士の役割

～質問紙調査から見えた課題と役割～

大澤 利通¹⁾、村上 有希²⁾、中村 京子³⁾、馬場 敏彰⁴⁾

1) 高良台リハビリテーション病院 教育研修部、

2) 九州大谷短期大学 非常勤、3) 九州大谷短期大学、4) 九州看護福祉大学

【目的】近年、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで継続できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムが推進されている。一方、生活支援の専門職である介護福祉士の医療機関での就業者数が増加傾向にある。

今回、医療機関に就業している介護福祉士を対象に質問紙調査を行い、医療機関における介護福祉士の現状と課題を明らかにする。

【方法】対象：福岡県内の196病院に協力依頼を行い、「協力できる」と回答のあった17病院の介護福祉士355名

方法：質問紙を病院に郵送し、介護福祉士が直接記入後に返信する自記式質問紙調査

質問項目は独自で作成した病院における介護福祉士の必要性、やりがい、役割、連携に関する項目

【結果】回収数は223（回収率62.8%）であった。介護福祉士の必要性は「必要」55%、「必要ない」16%、「どちらともいえない」29%であった。その理由として、「必要」では「入院生活を安心してもらえるため」22%、「治療以外での医療サービスの向上」19%、「他職種が治療に専念できるため」18%であった。「必要ない」では「無資格で十分だから」70%、「看護師がいるから」25%であった。やりがいは「感じている」34%、「感じていない」39%、「どちらともいえない」27%

であった。役割は「生活支援の充実」が34%、「精神的な不安の軽減」が17%、「患者の思いやニーズの代弁」が14%、「多職種との連携」が12%であった。連携では、「十分取れている」「取れている」と感じている職種別の割合は看護師91%、理学療法士55%、作業療法士54%、他病棟の介護福祉士52%、言語聴覚士48%、MSW35%、医師17%であった。

【考察】要介護高齢者が地域社会で今までの生活を継続して行くためには、生活に最も身近で支援する介護福祉士の役割は重要である。その役割を遂行するためには多職種との連携が不可欠であり、そのための知識・技術を介護福祉士が持ち合わせている必要がある。また、チーム医療の成立には、各々の専門性を前提とした多職種の連携・協働が重要であると言われており、地域包括ケアシステムでも同じことが言える。今回の調査により、病院で働いている介護福祉士の半数が医療機関における介護福祉士の必要性を感じているものの、やりがいについては見いだせていないことが明らかとなった。多職種が協働する医療機関の中で、介護福祉士の専門性を明確にすることができていない現状が、やりがいや他職種との連携に表れているのではないかと考える。今後、医療機関での介護福祉士の役割を明確にし、専門職としての知識・技術を持った介護福祉士の育成が必要である。

歯科訪問診療の現場の今 見えてくる課題と今後への取り組み

田島 寛

かじわら歯科医院

【研究目的】我が国において、歯科における在宅の訪問診療料が新設されたのは1988年である。以来、高齢者の増加もあって歯科の訪問診療機会が拡大している。

しかし、診療所内と異なり器具や道具の制限があり、また訪問診療の対象者は通院不可能な何らかの全身性の制限を持っている。

そこで、口腔の治療やケアについて、介入する側の歯科従事者と介入される側の施設職員との間の意識の相違を明らかにし、歯科訪問診療における現状と今後への課題を検討して、歯科訪問診療の向上を図ることを目的とする。

【研究方法】平成28年10月から11月にかけて、歯科訪問が介入している施設職員27名と歯科訪問に従事している職員15名に対して、無記名自記式の質問紙法を用いた。

調査内容は、職種、自分自身のオーラルリテラシー、高齢者と歯科訪問との関係における意識についての11項目で行った。

マイクロソフトエクセル2010を用い、統計学的解析を行った。

【結果】歯科側と施設側で自身の歯磨き回数において前者の方が多いという有意な相違があった。しかし、歯磨き回数と要支援高齢者の歯科受診動機の見え方に有意な差はなかった。

また、口腔健康の管理主体が歯科側か施設側か

は各々自身が主体となるという意識があり、施設側ではより多くの職員が誤嚥性肺炎の予防において歯科訪問の介入を期待しているという結果となった。

【考察】要介護高齢者の口腔健康管理の主体が歯科側か施設側かで双方の意識の相違があったが、要介護高齢者の口腔の健康を維持するためには、今回調査をしていないどのようなタイミングで歯科が介入すべきかが重要と考えられる。加齢に伴う口腔機能低下は、中長期的な経過で現れる為、オーラルリテラシー、オーラルフレイル、口腔機能低下、口腔機能障害といった段階的な状態の認識と対応を、多職種で、今後より洗練して行うことが必要だと考えられる。また今回、歯科側が意識しているよりも、施設側において誤嚥性肺炎の予防の為に歯科介入を期待していることが明らかとなったが、歯科において誤嚥性肺炎リスク評価と対応を向上させていく必要があると考えられる。

ところで、人生の最終段階におけるケアや治療は、EBMの適応よりも、個人の尊厳を何よりも重視した

QOLの向上を目標とすることが大切だと考えられる。この実現のためには、人生の最終段階におけるひとのケアについて、多職種や家族や更には一般市民との情報共有が重要だと考えられる。

在宅での胃瘻管理から少量経口摂取が再開・継続できた一例 ～家族の気持ちを汲んだ食べるための環境作りと～

中島 みなみ、平野 充広、原 豪志、
白川 日登美、井手 琴未、原 文夫
アンブル歯科

【はじめに】摂食嚥下障害により胃瘻造設となった患者において、在宅での経口摂取再開を望む家族も少なくない。また、嚥下機能評価により経口摂取が可能と判断された場合においても、在宅では医療専門職種以外の家族、介護職種を含めた食を支える体制が重要だと考えられる。今回、在宅胃瘻療養中の重度摂食嚥下障害患者に対して、家族を含めた多職種により経口摂取再開を可能にした症例を経験したので報告する。

【症例】80歳女性、アルツハイマー型認知症、くも膜下出血、脳梗塞後遺症。2014年夏頃より食事摂取量が低下、低栄養に対する加療目的に同年11月入院。2015年1月回復期病院へ転院し、加療中2月気道感染を契機に経口困難となり、4月胃瘻造設術施行、5月在宅療養開始となる。介護者である家族の経口摂取への強い希望があり、医科主治医より当院に嚥下機能評価の依頼となった。

【経過】2015年6月、当科初診時、訪問にて嚥下内視鏡検査(VE)を施行した。食事形態の調整や姿勢調整など嚥下代償法を用いることで誤嚥なく摂取できる一口量、姿勢を設定する事が可能であった。そのため、お楽しみ程度での経口摂取を行っていくことになったが、先行期障害が顕著であり摂取に至らず、歯科衛生士による脱感作や味覚刺激などの嚥下の間接訓練の実施と家族や介護職種への指導を行い、同席が困難な場合には、多職種共通ノートを用いて訓練実施状況やその変更内容を記載した。また、当初は食べさせてあげられないことが可哀想との家族の思いで、ご家族の食

事の際は別室に待機させていたが食卓を一緒に囲むことを提案した。徐々に週1回での訪問時において少量での経口摂取開始が可能となり、2016年1月、家族による週1回の経口訓練(手作りジュース)も開始した。

その頃よりスプーンを口もとに運ぶだけで口を開ける機会も増え、多職種共通ノートに喜びの声が多くみられるようになった。肺炎発症なく経過良好のため摂取機会を増やす目的に、同年4月、ケアマネージャー、通所職員同席のもとVE再評価のうえカンファレンスを行い、通所看護師中心の経口摂取を開始した。同年5～7月、経口摂取時やVE上で嚥下機能の顕著な変化はみられないが、肺炎を疑う所見を数回認めた。しかし、早期の内科的加療・看護ケアにより重症化せず、またご家族の経口摂取に対する強い要望と医科主治医を中心とした多職種の理解のもと摂取再開が可能となった。現在、1日1回とろみジュースやせんべいを少量摂取し、医学的安定が保たれている。また、通所での経口摂取開始を通して、感謝の気持ちも多く綴られるようになった。

【考察】本症例は食べるための環境作りや多職種連携により経口摂取の再開・継続が可能となった。また、劇的に食べられるようになったわけではないが、食べるという行為そのものが家族の喜びを生み、感謝の気持ちが多く表出されたことから、関連する職種のやりがいへ繋がることも期待できた。

経管栄養患者に対する経口摂取訓練開始による介護者の心理的变化 ～重度嚥下障害の家族に対するアンケート調査～

伊藤 章子、原 豪志、平野 充広、
中島 みなみ、小川 三穂、原文 夫
アンブル歯科

【はじめに】 重度摂食嚥下障害により経管栄養管理に至った患者（以下経管患者）において、経口摂取を禁じられたまま在宅療養が行われることもあり、「口から食べたい」という本人の要望のみならず、「食べさせてあげたい」と切に願う家族も多い。そのうえでも経口摂取訓練（以下摂取訓練）を行なうことは、介護する家族へのケアにつながることも期待できる。その反面、経管栄養に至る経験が家族の摂取訓練への不安や負担に繋がることが少なくない。今回、経管患者に対して摂取訓練を行なう家族の心理的側面やその変化について調査したので報告する。

【方法】 禁食の指示にあり嚥下内視鏡による評価のうえ訓練開始し、現在まで継続する経管患者を自宅で介護している主介護者6名を対象とした。摂取訓練開始前と現在における介護者の心理的側面や、患者の嚥下機能の状態（臨床的重症度分類（以下DSS）、摂取状況（以下ESS）、摂取頻度、量ならびに訓練時間に関してアンケートを実施した。介護者の心理的側面の変化は、不安感、期待度、満足度および喜びについて Visual Analogue Scale（VAS）を用い、訓練開始前後で比較した。さらに、介護負担について日本語版 Zarit 介護負担尺度（J-ZBI）を用いて評価し、心理的側面との関連について検討した。

【結果】 主介護者の患者との続柄は妻4名、娘2名であった。要介護者（男性4名、女性2名、平均年齢 77 ± 12.1 歳）の摂取訓練開始時においては、6名中5名が要介護5、4名が日常生活自立

度Cレベルにあり、原疾患は脳血管疾患5名、その他脳疾患1名、神経筋疾患1名、その他1名であった。訓練開始時DSSの分布は1（唾液誤嚥）：1名、3（水分誤嚥）：5名であり、栄養摂取状況はESS1：5名、ESS2：1名であった。摂取訓練開始前と現在との心理的側面については、いずれも両者に有意差を認めなかった。

摂取訓練開始後での不安感と喜びのばらつきは小さく、ほとんどの症例で不安感は低く、喜びは高くなった（不安感： 28.9 ± 33.5 点→ 11.7 ± 11.9 点、喜び： 83.2 ± 19.0 点→ 98.8 ± 26.4 点）。一方で、摂取訓練開始後での期待度と満足度にばらつきがみられた（期待度： 81.7 ± 20.2 点→ 71.3 ± 35.2 点、満足度： 66.4 ± 27.1 点→ 72.3 ± 39.6 点）。摂取訓練の頻度が週1回である2名は「このままの摂取頻度・量」を望む一方で、毎日行っている4名において「頻度・量を増やしたい」との要望があった。さらに、J-ZBIが得られた5名においては、J-ZBIが高いと訓練開始後の不安感が大きい傾向にあった。

【考察】 在宅における禁食指示を受けた経管患者の家族の多くは、摂取訓練を開始することで喜びを感じており、「口から食べて味わう」楽しむ行為そのものが主介護者への在宅ケアへつながることが示唆された。また、摂取訓練前後では介護者の心理的側面は変化するため、摂取訓練の際には、嚥下機能の状態だけでなく、それらにも留意する必要がある。

介護職の摂食・嚥下障害に対する理解度についての調査

長岡 良礼、原 豪志、平野 充広、原文夫
アンブル歯科医院

【はじめに】高齢者にとって食事は、栄養摂取という点だけでなく、楽しみの一つとしても重要である。食べる機能が低下した場合には誤嚥性肺炎や窒息、低栄養、QOLの低下を引き起こす。高齢者の食を支えるためには、多職種による支援が必要であるが、被介護者と過ごす時間が長い介護職が、食事や口腔の問題に気付くことで、食べる機能の低下を早期に発見できる。それゆえ、介護職には、摂食嚥下に関する知識が求められている。今回、介護職の摂食嚥下障害に対する理解度を調査したので報告する。

【対象と方法】2013年3月から2014年9月までの間に当院が行った講演会に参加した101名の対象者に対して口腔ケア、摂食・嚥下障害についてのアンケートを実施し、その結果を集計した。

【結果】介護職の6割は口腔ケアもしくは食事介助に対して「困っている」と回答した。一方で、食形態に対して問題と答えた割合は全体の1/4にとどまっていた。また摂食嚥下についての講義を受講したことがある人は半数近くに達していたにも関わらず、8割弱は嚥下のスクリーニングテストについて「知らない」と回答した。

摂食・嚥下に関する用語の理解について、「誤嚥」は9割近くが知っているとは回答したが、「不

顕性誤嚥」について知っているとは回答したのは13%に留まった。嚥下機能の精査である嚥下造影検査(Videofluorographic examination of swallowing、以下VF)については、27.0%、嚥下内視鏡検査(Video Endoscopic Evaluation of Swallowing、以下VE)については14.0%が知っているとは回答し、在宅で有用なVEはVFよりも知られていなかった。

【考察】6割の対象者が口腔ケアや食事介助について困っていると回答し、訪問歯科医療のニーズは高いと考えられた。一方で、食形態に対して不適切と考えている人は全体の1/4と少なく、介護現場の食事においては、口を開けてくれない、食べてくれないなどの先行期障害を中心とした問題を抱えている可能性が示唆された。一方で、多数の介護職が「誤嚥」という言葉について知っているにも関わらず、誤嚥中に咳の反射が出ない「不顕性誤嚥」という言葉はほとんど知られてなかった。食事中に誤嚥しているにも関わらずムセが見られないケースは食事の問題として見逃されているかもしれない。高齢者の食支援において、介護者による摂食・嚥下障害患者の抽出とVEの有用性の周知する事が、今後の課題であると考えられた。

緩和病床を持つ小病院における訪問リハビリテーションの現状と今後を考える

井上 俊孝^{1,2)}、古賀 章典²⁾、古賀 照人²⁾、川口 真里²⁾、稲葉 佳祐²⁾

1) 西九州大学健康福祉学部、2) 井上病院

【目的】 当院は、開院から48年経つ福岡市西郊の糸島市にある73床の地域の小病院である。元来、診療主体が外科であったため、以前から末期癌患者に対応することが多かったため、2011年4月に緩和ケア病棟を開設、また、在宅部門として訪問リハビリテーションも2012年4月に開設した。このため、緩和ケア病棟から退院し、訪問リハビリテーションの利用者も最近では見られる。そこで、当院の訪問リハビリテーションにおける悪性腫瘍患者の利用について今回検討した。

【方法】 開設以来の利用者記録から悪性腫瘍患者を抽出し、介護度及び利用相談から介入までの期間、利用期間、最終期間から死亡日、利用前状況、利用後状況等を検討した。

【結果】 利用者数17名

入院前状況

当院緩和病棟：4名、当院一般病棟：6名、他院外来：3名、他院訪問：4名

介護度

支援2：1名、介護1：3名、介護2：5名、介護3：1名、介護4：6名、介護5：1名で平均介護度は介護2.64である。

利用相談または退院からサービス開始までの期間

平均：45.5日、当院入院：98.8日6名、当院緩和：3.5日4名、他院外来：33.7日3名、他院訪問：17.3日4名

サービス終了後の状況（継続中3名）

在宅死亡：8名、当院緩和病棟で死亡：5名、他院一般病棟での死亡：1名、生存中：3名で

利用終了から死亡まで

在宅死亡：平均3.0日（1日～21日）、入院で死亡：平均38.7日（9日～67日）

介入期間

平均141.8日（8日～495日）であった。

【考察とまとめ】 様々な癌随伴症状緩和にリハビリテーションは有効でありさらに訪問リハビリテーションは在宅生活環境向上も期待される。このため、退院時には出来るだけ速やかに介入が望まれるが、訪問リハビリテーションは、主に介護保険のサービスとなるため、ケアマネジャーとの連携など遅くなる要素が多い。今回の結果からは、既に緩和医療をいけている場合は比較的速やかに導入されているようであり。一般病棟や外来治療中の場合は相談から介入までの時間がかかるような傾向がみられた。また、死亡日直前まで介入がおこなわれていることから、緩和ケアへのリハビリテーションのサービスは有効だと考えられる。人生の最後の期間のQOL向上のためにも速やかに連携が行われ、適切なマネジメントを行い、利用者が望むサービスが切れ目なく行われることが望ましい。また、今回の結果から緩和ケア病棟と在宅医療の連携も緩和ケアQOLの向上に有効ではないかと考えられた。

医療従事者が家族の看取りを経験して

津山 亜紀子、上杉 義隆、大石 浩隆、志田 知之

志田病院

【はじめに】これまで、医療従事者としてがん患者に接する機会は少なくなく、多少の知識はあると思っていた。しかし実際に看取りをする家族の立場になってみると、座学で学んだ事とは違い、本人や家族の思い、苦しみは想像を絶するものであった。今回、父を自宅で看取った経験を通して、医療従事者として重要と思われる事を報告する。

【経過】父 60 歳。定年後に初期の胃癌が見つかり、精査の結果、膵臓癌及び肝転移を認めた。余命は 3 カ月で、抗癌剤治療がうまくいって 11 カ月の診断であった。約 1 年間の抗癌剤治療後、緩和的治療の方針となる。その後腸閉塞に対しステント挿入目的で一時入院するが、当初より本人や家族共に終末期を在宅で過ごしたいと希望していた為、状況を見て退院の方向となっていたが、徐々に全身状態が悪化していった。家族への迷惑など退院に対する本人の不安が増すなか、看取り場所について本人も家族も揺れ始めたが、延命治療は望まないと公言する父の希望どおり 25 日ぶりに退院した。訪問診療と訪問看護で穏やかな時間が流れ、かけがえのない 17 日間を過ごした。

【医療従事者として重要と思われること】

①患者本人も家族も「死」ということに不安でたまらない。そのため、医学的な話だけではなく、たとえ解決策はなくても一緒に共感し、本人や家族だけじゃないと思えるような、ゆっくりとただ話を聴くスタッフの寄り添いが重要である。

②痛みは我慢するもの、耐えるものと思っていたことが多く、積極的にこちらから痛みのお話をし

た方が良い。

③排泄行為は人の尊厳に直結する為、本人が家族へ迷惑がかかると思う大部分を占めると考えられ、優しい声かけと共に退院前の十分なりハビリが生きる意欲にも繋がり重要である。

④家族もがんと闘っている事を忘れない。家族に対し何か特別な事ではなく、一声かけるだけで心労や負担が軽くなる。

⑤「緩和ケアは末期癌のためだけのもの」等の誤解もあると思われる為、緩和ケアスタッフの早期介入により正しい理解や啓発が望まれる。

⑥患者の希望や QOL を見極める為に、病院、緩和ケア病棟、在宅等のそれぞれの長所や短所を説明できるようになること。

⑦在宅に向けては、情報を共有した多職種の関わりが重要であり、「ときどき病院、ときどき在宅」という考え方があってよい。その為に、住民に在宅医療の資源があることを積極的に知らせる必要がある。

⑧看取りは本人が最期まで尊厳を持って生き抜く為のもので、満点でなくてもよい。事前の家族への死への教育、看取りの教育は重要である。

【まとめ】父との闘病生活を送り、健康な時は気づきもしない当たり前の日常が、こんなにも有り難い事で愛おしい時間であることを知った。在宅ケアに対して全てが不安であったが、本人の望みを叶えたい一心と自宅で看取るという覚悟と、何とかなるといふほんの少しの勇気が必要であった。

進行がん症例におけるギアチェンジのタイミングと判断

日野 浩司¹⁾、高瀬 由佳²⁾、桐山 誠一³⁾

1) 東名厚木病院 外科、2) 東名厚木病院 看護部、3) 東名厚木病院

【はじめに】緩和ケアとして紹介される患者の中には、まだ治療の可能性が残っている症例も多く経験する。患者の希望として無治療を望む症例もあるが、治療を行うか否かは、医師のインフォームド・コンセントが多大な影響を及ぼす。進行乳がん3症例を提示し、ギアチェンジのタイミングを考えたい

【症例】1：50代歳女性 3年前からの乳がんを放置、腫瘍よりの出血にてER受診より治療を開始した。胸椎転移、肺転移の症例あり。化学療法を開始した直後に、下肢麻痺の出現あるも、放射線治療、リハビリにて改善したため、治療を継続し、手術も施行した。3年経過し、現在外来通院中である。

2：70代女性 5年前からの乳がんを放置、咳嗽の増悪で受診し、治療を開始した。多発性肺

転移、癌性胸水、多発胸椎転移を認めた。化学療法開始後、1年6か月経過したが、症状は軽快し、外来通院を継続している。3：40代女性 側胸部痛で紹介受診 腋窩リンパ節はソフトボール大、胸椎転移、多発骨転移を認め、寝たきり状態となった。放射線治療後も疼痛はやや改善した程度で起座位もとれず、嘔気、嘔吐も継続した。これ以上の治療は行わない方針とし緩和ケア病棟に入院とした。

【考察】前2症例は、進行がんにもかかわらず、治療を継続して延命が得られている。3症例目にも化学療法は検討したが、消化器症状、神経症状の出現、寝たきり状態などを考慮して治療を行わなかった。これらの症例を通じてギアチェンジのタイミングを検討する。

地域包括的心不全緩和ケアの実現に向けた久留米大学病院の取り組み

柴田 龍宏¹⁾、中島 菜穂子²⁾、馬渡 一寿¹⁾、佐野 智美³⁾、福本 義弘¹⁾

1) 久留米大学医学部 内科学講座 心臓・血管内科部門、

2) 久留米大学病院 看護部、3) 久留米大学病院 緩和ケアチーム

世界最速で人口の高齢化が進む本邦において、心不全患者は2030年には130万人にまで達すると推計されている(Okura Y. et al. Circ J. 2008)。それに比例して心疾患死亡率は増加し、循環器疾患においても、高齢者の尊厳の保持と自立した生活への支援を行いながら可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最期まで続ける、「地域包括ケア」の仕組みが求められている。その実現のためには、心不全患者へAdvance Care Planningを行う環境や緩和ケアの整備は喫緊の課題であるが、本邦の緩和ケアチーム介入患者における非がん患者の割合はわずか3%(2014年度日本緩和医療学会集計)であり、欧米と比較してそのニーズと実情は大きく乖離している。数年前から国内の一部専門施設で心不全緩和ケアの取り組みが始まったが、法整備がなく診療報酬がつかない実情や、「緩和ケア＝がん」のイメージが根強いこと、循環器専門家と緩和ケア専門家がお互いの領域をあまり理解し合っていない(Whellan DJ et al. J Card Fail 2014)などの背景から未だ広く浸透しているとは言い難い。

大学病院では重症心不全患者をサポートするために、2015年6月より既存のがん緩和ケアチーム(PCT)と協働して、①外来看護師心不全サポー

ト面談、②心不全多職種チームカンファレンス、③循環器緩和ケアチームの3本柱からなる「ハートフルケアチーム」を立ち上げた。2015年6月から2016年8月までの期間にPCTに介入依頼があった入院患者連続165例のうち、循環器疾患は17%と全診療科中第2位の依頼数を占め、心不全緩和ケアの大きなニーズを掘り起こすに至った。また、地域に密着した大学病院の特性を生かし、関連病院への心不全緩和ケア普及活動やアウトリーチ活動も行っている。2016年3月には、久留米大学心臓・血管内科、九州大学循環器内科、(株)麻生 飯塚病院緩和ケア科と合同で「九州心不全緩和ケア深論プロジェクト」を立ち上げ、心不全緩和ケアを地域医療における共通の課題として、循環器の専門家だけでなく、緩和ケアや総合診療、家庭医療などに携わる医師、コメディカルと共に地域包括的心不全緩和ケア実現へ向けた基礎作りを開始している。

心不全緩和ケアは創成期から普及期に移行する時期に来ており、そのためには効率的なシステム作りと専門家や職種を超えた地域連携が重要である。当院の先駆的な取り組みは、地域包括的心不全緩和ケア普及の一助になると考えられる。

小規模多機能サービスでの看取り支援 ～ケアワーカーとして事例を通しての学び～

奥村 修平、高原 彩恵、深田 知洋江

小規模多機能型居宅介護事業所 花梨

花梨では、本人・家族の意思を確認しながら在宅で最期まで暮らせるよう支援をしている。しかし死期が迫っている人のケアは不安で、介護職として二の足を踏んでしまうのが本音であった。

今回看取り支援を体験し、本人・家族の思いを受け止め支援することの大切さや、他職種と連携して関わることで、安心してケアができることを学んだ。

この学びを体験した者だけでなくすべての介護職で共有し、今後の看取り支援に活かしたいと考え、取り組んだ過程をまとめてみた。

【倫理的配慮】 今回の発表については、家族に主旨説明を行い承諾を得ている。

【具体的な取り組み】

事例：A氏 男性 78才、要介護5

主介護者：妻・同居している娘

既往歴：急性硬膜外血腫、糖尿病、心疾患
胆管癌末期で、余命1、2か月と告知される。

利用当初より発語はなく意思疎通は困難であった。以前A氏は「病院へ行きたくない・家が好き。家に居たい」と話していたと、折に触れ妻と娘より聞いていた。

3年程花梨を利用して在宅生活を続けていたが、食事が低下し、黄疸等の症状がみられ、受診の結果、胆管癌末期と宣告された。余命を聞き家族は、迷いながらも在宅での看取りを決意される。

娘から「仕事を続けながら自宅か花梨で最期を迎えたい」との意向があった。

覚悟し決意はしているが、病状の変化や仕事との兼ね合いで思いは揺れ動いていると感じた。主治医を入れてのサービス担当者会議を数回開催し、A氏に関わる全ての職種が連携し、看取りを支え

る体制作りを試行した。又介護職は毎日カンファレンスを行い、情報共有と状態に合わせたケアを行った。看取り経験のない職員の死への不安に対して、看護師を中心に勉強会を行なった。

A氏は、花梨で泊りと訪問、自宅で訪問看護を利用し、最期は自宅を選択し、家族に見守られ亡くなられた。

【成果】 本人の死にゆく過程を、本人・家族の思いに沿いながら主治医・看護師と連携し共に支援できたことは、介護職にとって得難い体験であり、多くの学びを得ることができた。

「本人は安らかに最期を迎えられた。良かった」と家族からお礼の言葉を聞き、残された家族の思いを押し量れる介護の大切さや意義を再認識できた。

【考察・課題】

- ・在宅看取りは揺れ動く本人・家族の思いと真摯に向き合うことが必要であり難しいことを学んだ。

- ・家族関係は複雑で思いが揺れ動くことも多い。最期をどう迎えたいのか？ 病状が進んだ時、在宅や花梨でどんな治療ができるのか？ どのようにして人は死に向かうのか？ 本人・家族と一緒に考えていく大切さを実感し、常に学び続ける必要がある。

- ・本人・家族を支える医師や看護師・薬剤師・ケアマネジャー等との連携・協力が不可欠であることを再認識した。

- ・A氏の看取り支援での体験を全職員で共有することで、当法人の理念である「住み慣れた地域で最期まで」を支援できるサービスの実践に向けて、取り組んでいける基盤となった。

面接における「声」

～慢性呼吸器疾患の事例から学んだこと～

柄澤 祐可
一宮市立市民病院

【はじめに】心理面接は主に言語を使用するが、発語が困難な場合もある。今回、呼吸器疾患のため会話は次第に困難になったが、面接を心理士の「声」の聞こえる場と考えて継続したことが穏やかな看取りにつながったと思われる事例を経験したので報告する。

【事例】A氏60代女性。肺非結核性抗酸菌症・気管支拡張症にて数年前から通院していたが安定して治療を継続することが困難で、何度も治療を開始しては中断・担当医変更を繰り返し、X-1年より無治療。X年Y月自宅で咯血後窒息状態でERへ搬送され、気管挿管・人工呼吸器管理。2週間後抜管し一般病棟へ転棟。Y+1月呼吸状態悪化時に家族が再挿管を希望し、気管切開・人工呼吸器管理となった。A氏・家族ともに医療者への要求・苦情が非常に強く、医療者是对応に難渋した。呼吸困難・倦怠感と不安は強く、A氏と家族の希望によりY+2月カウンセリング導入となり、Y+7月に永眠するまで継続した。

【経過】心理士(以下CP)による初回面接の終わりに、キャンセルの連絡がない限り訪室し、そのときできることを考えましようかと伝えたところ、A氏は筆談で「声をきけるだけで、だんだん幸せです」と返答した。A氏は倦怠感が強く話せない時が多かったが、面接を断ることはなく、「穏やかな時間を過ごせるのがいい。ふれあい。だんだん元気になる」「声をきくと嬉しい」と面接について語った。CPはA氏の希望を尋ねながら、状

況に応じて詩を朗読したり付き添っている長女と雑談をした。Y+5月「(死んだら)真っ暗なところにひとりでいかなきゃいけないでしょ?こわい」「(待っていてくれるのは)阿弥陀様と、両親と、ご先祖さま」「阿弥陀さまが迎えに来てくれんことにはね」と語った。

A氏の言葉がいよいよ読み取れなくなりCPは〈話してくれるAさんの口と、それを見る私の目では読み取れないことが多くなっています。この時間をどう過ごせばいいのか考えています〉と語りかけるとA氏は「完全にわかりあえる人などどこにもいない、とお釈迦様は仰ってる」と答え、その後まもなく症状増悪し傾眠傾向となった。CPはこれまでと変わらないペースで訪室し、長女と話した。A氏は傾眠のなか、2人の笑い声と一緒ににっこりしたり会話が途絶えると目を開くことがあった。ある日、長女が「お母さんから歌のプレゼントがあります」とA氏の歌声のテープを聞かせてくれた。情感をこめて歌い上げる艶のある歌声だった。その1週間後家族に看取られ永眠された。

【考察】A氏との面接は、会話を交わす面接から、声を聞かせたり、会話の中に居てもらうものへと変化していった。言語によるやりとりが少なくとも、A氏は死や信仰について語り、次第に穏やかに過ごすようになっていった。本事例の場合はCPが声を媒介として継続的に面接を続けることが有効だったのではないかとと思われる。

がん終末期を自宅で看取った10歳女兒に対し多職種での連携が得られた一例

小野 直子^{1,2)}、野田 稔¹⁾、鐘ヶ江 寿美子¹⁾、
齊藤 修二¹⁾、永松 五百重³⁾

1) ひらまつ在宅療養支援診療所、2) 佐賀県医療センター好生館 小児科、
3) きしま訪問看護ステーション

小児の在宅医療には多くの問題点がある。対象小児は少人数だが広域に分布し、在宅診療を行うどの職種も重症小児に慣れておらず、医療・福祉に加えて教育など多施設・多職種の関わりが必要だがそのコーディネートを行う人が決まっていない。小児がんに限ると、在宅診療に至るまでの病状のタイミングが難しく、新たに関わる在宅医療者と患児・家族との信頼関係構築には時間を要す。今回、右大腿骨原発骨肉腫(多発肺転移あり)10歳女兒の在宅看取りを経験した。8歳時に発症し、初発時より家族背景を理由に治療選択に難渋した経緯があった。治療終了後に再燃したとき、患児の希望である「家族のいる自宅で過ごす」ことになった。患児・家族を中心に、地域中核病院小児科・訪問診療・訪問看護・訪問薬局・小学校・行政(県こども課・保健福祉事務所・町役場それぞれの保健師と町教育委員会)が在宅生活を支えるために連携。父親参加の担当者会議を役場で行い、以後はソーシャルネットワークシステムなどを利用し各職種での密な情報共有を図った。誕生日を祝い、遠足や運動会などの学校行事にもできる限り参加できた。好きなお菓子作りを行い、自分のペースで家族と過ごした。小学校は患児に対して担任を配置し、訪問教育を行った。患児の兄弟に対しても学校側と相談しながら関わるこ

うことができた。最期は家族も穏やかに自宅での看取りに至った。

家族へのグリーフケアを各職種で行った後、デスカンファレンスを小学校にて開催。訪問診療医師・看護師・ソーシャルワーカー、訪問看護師、訪問薬剤師、保健福祉事務所保健師、小学校教員が集まり、お互いの想いを共有した。

本症例においては様々な取り組みを行うことができたが、課題も多かった。より早い段階から患児・家族へ関わるということができたという想いはすべての職種でみられた。学校との関わりをもっと密にするとより多くのイベントを提供できたのではないかと思われるが、家族の心情などを考慮すると難しいかもしれない。また、患児の家族・兄弟への心理的介入はもちろんだが、小児の看取りに関わる全ての職種の人たちへの心理的介入の必要性も強く感じた。

佐賀という小児在宅医療が未開の地のさらに田舎で経験した一症例だったが、『家族と一緒にいたい』患児の願い・想いに対して、患児が自宅で過ごすために必要な医療・行政・学校の担当者皆が同じ方向を向いて連携し様々な想いを持った10歳女兒とその家族との関わりだった。その経過についてまとめて報告する。

重症心身障がい児（者）の地域生活支援

～小さなたねのとり組み～

水野 英尚、才津 知尋

地域生活ケアセンター小さなたね

『地域生活ケアセンター小さなたね』は、2011年4月『医療法人にのさかクリニック』を母体として、福岡市早良区の住宅街の一角に開所しました。

地域で暮らす「重症心身障がい児（者）」（重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態で、福祉で行政上の措置を行うための定義）を主たる対象として、障害者総合支援法に基づいたサービスを提供しています。保育園やデイサービスのような日中の預かり（医療型特定短期入所・日中一時支援／以後、日中の預かり）、自宅へのヘルパー派遣（居宅介護・重度訪問介護）、ケアマネジャー業務（計画相談支援・障害児相談支援）です。

主として行っている日中の預かりは、平成27年度の利用者数のべ1866名に上ります。利用者の92.8%は、たんの吸引や経管栄養、人工呼吸器などの医療的ケア（医療的な生活支援行為・医師法上の医療行為と区別した呼び方）を必要としています。利用者1人につき平均4.4種類、多い方では10種類以上の医療的ケアを抱えながら生活しています。

利用する際、それらの医療的ケアは看護師と喀痰吸引等研修を修了した介護士が行っています。医師は常駐しておらず、『にのさかクリニック』の医師が週に一度の回診と、緊急時に対応しています。利用者とその家族が安心して利用できるよう、家庭での手順に沿って様々なケアを行います。介護士、看護師、保育士が専門性を持ち寄り、協力して支援に携わっています。

利用者の年齢構成は、未就学（小学生以下）、学齢期（小学生～高校生）、成人期（18歳以上）がほぼ同じ割合で、現在1歳から38歳の方々が利用しています。

利用する目的は、退院後のレスパイトケア、子どもの成長発達に必要な刺激を受けたい、医療依存度の高まりにより従来の通所サービスが利用できなくなったなど、多種多様です。

2015年8月、増築し『たねカフェ』（以後、カフェ）と称する新たなスペースが誕生しました。カフェには3つの機能があります。

1つ目は、みんなが同じ食事を楽しむこと。カフェでは、週に2回スープレランチを提供しています。管理栄養士の監修で、一人ひとりの状態に合わせて調理されます。経口摂取の方は口から、経管栄養の方は胃ろうから、同じ食事を楽しんでいます。

2つ目は、いろいろな人が交流する場であること。カフェは飲食店の営業許可を取っており、一般の方も利用できるようになっています。お客さんは、利用者とその家族、地域の方や通りすがりの方など、様々です。常連のお客さんと声をかけ合う“顔なじみ”の関係が構築されているのを感じます。

3つ目は、働く場であること。成人期の方々はカフェの接客と会計を務めます。声を出したり身体を動かさなくても、お客さんが来ると笑顔で挨拶したり、会計を管理しています。

今回の発表は、上記をふまえた活動を報告します。

母親と祖父の在宅看取りを経験した A さんとの関わりから グリーフケアを考える

佐藤 美恵

訪問看護ステーションたが

【はじめに】当訪問看護ステーションでは、患者家族が穏やかに人生の最終段階をすごすことができるように支援し、グリーフケアとして看取り後のお悔やみ訪問を実施している。今回、小学生のときに母親の在宅看取りを経験した A さんと 10 年後に A さんの祖父の在宅看取りで再会した。

A さんに在宅看取りを経験した想いを聴く事ができたが「今、看護師の勉強をしているが人の死が怖い」「本当に看護師になれるのか不安」と言葉があった。A さんとの再会から、訪問看護師の関わりやグリーフケアについて振り返り、A さんの思いから分かったことを報告する。

【A さんが経験した看取り】

B さん（母親） 40 歳代 胃癌

家族：夫・長女・長男・次女・三女・次男

経過：X 年胃癌の診断を受けるが病院の対応に不信感があり別の病院受診。抗がん剤治療開始。X + 1 年、通院しながら経過をみていたが、徐々に状態悪化。骨転移・肝転移の診断。黄疸、血尿の症状出現。疼痛コントロールのため入院。PTCD 挿入。入院中、不穏・せん妄症状ありコントロール不良。「自宅で子供たちとすごしたい」という気持ちから、急変の可能性を理解し自宅退院。夫や子供たちとすごし、両親にも見守られながら、5 日後永眠された。

C さん（祖父） 80 歳代 膀胱癌・前立腺癌

家族：妻（脳梗塞の既往があり車椅子）

経過：Y 年 膀胱癌・前立腺癌の診断。通院し治療。妻とともに介護サービス利用していた。Y

+ 11 年、病状進行みられ在宅医療（訪問看護・訪問診療）導入。尿管があったためバルンカテーテル挿入。血尿や閉塞などのトラブルはあったが痛みはなく穏やかにすごすことができていた。妻や長男とは、看取りについての話をし、公的な遺言書作成も行った。在宅医療開始約 1 か月後、妻や長男、孫たちに見守られながら永眠された。

【考察・まとめ】A さんは、母親が亡くなる 4 日前に病状や予後の説明を受けた。病気のことば父親から説明する、と話していたため、医療者からの詳しい説明はおこなっていなかったが、父親は話をしておらず、説明時「どういうこと。なにいつているのか分からない」と話、泣きながら室内を転げまわっていた。A さんからは「よく覚えていない。大人が沢山いたことはわかっていた」と話があり、精神的ショックが大きかったことが伺えた。子供たちに分かりやすい言葉で病状や予後伝え、学校にも精神面での対応を依頼した。

しかし、病状が進行した状況となつてからでは、子供たちにとっては突然のことであり、母親の状況を受け入れられなかったと思われる。診断された時点で、子供たちにも分かりやすい言葉で説明し、病気の進行状況に応じた支援を家族と相談しておこなっていく必要性を改めて感じた。

訪問時の関わりやグリーフケアについて改めて考える機会を与えてくれた A さんが、看護師として成長し、自信をもって患者と関わることができるように、今後も見守っていきたい。

10歳女児の望みを叶えるため ～小児がんの在宅緩和ケアの推進を考える～

野田 稔¹⁾、小野 直子^{1,2)}、鐘ヶ江 寿美子¹⁾、
齊藤 修二¹⁾、永松 五百重³⁾

- 1) ひらまつ在宅療養支援診療所、2) 佐賀県医療センター好生館、
3) きしま訪問看護ステーション、4) タイハイ薬局Aコープ店

現在、2025年問題に向け、全国的に在宅医療や地域包括ケアの推進のための活動が広まり、高齢者の在宅看取りは施設看取りも含めて増加傾向にある。しかし、小児がんは、未だそのほとんどが病院死であり、それには様々な要因がある。

まずは患児本人の問題である。近年はインフォームドアセントが重視されているが、終末期の説明をどのように行うかは現在も大きな課題である。

次に親の問題である。親が子どもを看取することは受け入れがたく、不安や葛藤は大きい。小児がんでは、近年約7割が治癒しており、最後まで病院での積極的な治療を希望される方は多く、在宅看取りに至る例が少ない理由となっている。

そして我々在宅医療関係者の問題である。在宅医療を担当する医師や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーは、小児がん終末期の臨床経験に乏しく、患児に向き合うことはもちろんであるが、同様にその家族を心理・社会的にもどう支えるかは協議すべきことが山積している。スタッフ同士の精神的サポートも必要である。上記諸々の理由もあり、小児がんの在宅医療を引き受ける医療機関は少ない。

最後に、社会制度の問題がある。高齢者や終末期の癌患者、難病、障害者の場合は、介護保険法や障害者総合支援法による在宅サービスを利用することができるが、小児がん患者に関しては、患

者家族の介護負担を軽減のために利用できるサービスや、貸与できる小児用の福祉用具等も少ない。また、障害児であれば相談支援専門員がサービス調整を行うが、小児がんの場合だと介護保険というケアマネジャーのような調整役はいないことも、在宅生活の継続が難しい理由の一つではないか。今回、少しでも治療をと望む親の思いを振り切り、「入院はしたくない、家族と一緒にいたい」と強く意志表示した小児がんの10歳女児の在宅看取りを経験した。在宅医療開始時、両親は化学療法を中止することに葛藤があり、娘の自宅療養に不安がみられた。しかし、その2週間後に在宅主治医（小児科医）が患児と個別に面談し、希望を受け止め、両親もその意志を尊重するということが確認できた。更にその1週間後に、父親、在宅医療に関わる多職種、小学校の校長、兄の担任、行政一同でカンファレンスを開催し、またソーシャルネットワーキングサービスを有効に活用して、本人の病状と希望、両親の意向、関係者の考えを共有した。最初は不安が強かった両親も徐々に介護に自信がつき、最期まで幼い弟、妹、祖父母も患児に寄り添い、女兒らしいいつもの生活を続けることができた。

この事例を通して、女兒の望みを叶えることができた要因や、逆に問題点を改めて確認することで、今後の小児がんの在宅緩和ケアの推進につながればと思い報告する。

長期療養者への気管切開など侵襲的処置に関する意思決定支援について

古賀 光
阿部医院

先天的な病気、出生時、幼少時のトラブルや病気、神経難病などによって、長期間療養生活を送られている方々と訪問診療を通して関わらせて頂いております。在宅生活をされている方は比較的、病状も安定されている方が多いのですが、病気の進行、機能低下や他の疾患の合併、加齢などによって、生命に危険が及ぶような障害を新たに生じ、身体への大きな侵襲を伴う処置が必要となる場合に遭遇することが度々あります。

例えば、胃瘻増設、気管切開などです。その処置を行なうか否かの意思決定は急性期疾患であれば、あまり問題となりませんが、慢性、進行性疾患の場合は本人や家族の「生命の質」に関する価値観、人生観、倫理観、本人の理解力、意思確認の可否、疾患自体の予後など多くの顕在する、あ

るいは潜在的な問題が複雑に関係し、意思決定に困難を伴うことが多々あります。

今回、少数ではありますが、当院で経験した気管喉頭分離術施行の2名、胃瘻増設の1名の方、また今後、同様の処置が必要となる可能性のある方や家族、ケアに関わる方々に処置に対する希望、不安、そして実施後の心境などについて話を伺いました。

意思決定にどのような支援が必要とされ、その要望を拾い上げるために、どのような準備や方法があり、どのように支援を実施していくか、医療者の面からのみでなく、ケアサポーターとして検討し、同時にサポーターとしてベースとなる倫理面からの考察も行ないましたので、ご報告させていただきます。

寄りそい、本人、家族の想いに沿ったチームケアとしての 取り組み

平山 賢太

小規模多機能型居宅介護 三丁目の花や

【背景】ターミナルケアへの取り組みが数例しかなく、職員のターミナルケアについて意識が向いていない事もあり心構えが十分にもてていない。

【目的】本人、家族の想いに沿ったケアを職員が不安なく取り組む事ができ、ターミナルケアへの恐怖心を取り除く。

【方法】①本人、家族の想いを知る。本人、家族の想いを組み取る為に、家族と職員とで話す場を設定し家族の想いを伺う。話し合った内容をミーティングの場で全職員と共有する。

②本人の内容にそった勉強会を通してターミナルケアについての理解、知識の向上、心構えを職員へ持ってもらい不安を取り除いていく。

③勉強会を通して、本人、家族の想いは何か？ターミナルケアを実施する際に不安はるか？アンケートを取り職員の気持ちを知っていく。

④不安なく本人へのケアが出来るように必要なケアを考え職員と統一を図る。ケアの把握、を怠らず状況によってケアの見直しを行う。

【結果】家族の想いとして肺炎になってもいいから食べさせてあげたい。本人の想いとして何か食べたい。早く家に帰りたいとの想いが明確にでて

きた。そこでケアをするにあたって当法人代表から本人の状態に沿った内容でターミナルケアについての勉強会を実施した。

後日、ターミナルケアについてのアンケート調査を職員へ実施した。普段では聞けない内容が記入されており、改めて職員の気持ちが理解できた。本人にケアを提供するにあたって、他職種（医療、看護、介護、栄養指導、歯科）と連携を図った。様々な視点から本人を支える為に情報共有を徹底して行ってきた。段階を踏んでいき20XX年Y月～徐々に経口から食べる（ミキサー食）ことが出来るようになり本人から笑顔も増え言葉もはっきりと聞き取れるようになってきた。現在は週2回ご自宅に帰れるようになった。

【結論】本人、家族の想いを組み取る事でケアの方向性が明確に分かったことで、職員の意識が高まりスムーズにケアへ入る事ができた。また、他職種と連携を取る事で本人を支える事が出来た。私達、ケアをする側の努力もあったかと思うが、それ以前に本人の生きようとする力があったからこそ、食事も摂取でき、ご自宅へ帰る事が出来たのではないかと感じた。

「ケアステーション野の花」における看取りの現状報告

城戸 麻衣子、馬場 美代子

佐賀県看護協会 ケアステーション野の花

【はじめに】住み慣れた自宅や地域で最期まで自分らしく暮らしたいと望む人は多い。当事業所は病院退院時に体調や必要な医療処置等に不安があるなどで利用する方が多い。症状・障害の進行や病状の悪化により必要となる医療ケアや介護の内容は臨機応変に対応している。平成25年4月に開設し平成28年3月末までの登録利用者は57名で、うち死亡例は27名である。しかし、死亡例すべてが自宅もしくは野の花で最期を迎えるのではなく、施設及び病院の例もあった。野の花を利用し死亡された27名について分析・考察した。

【方法】当事業所において、平成25年4月1日から平成28年3月31日までに死亡した27名の基本属性8項目並びに医療処置11項目、日常生活援助5項目のデータを看護/介護記録から収集した。分析は『看取り場所』が①自宅または野の花・②病院・施設に分けて行った。また、看取りを経験した家族からのグリーフケアでの感想やいただいた手紙から、看取り期の家族の思いを抽出して考察の参考とした。

【結果】看多機を利用して看取りになった27名のうち自宅または野の花での看取りは17名、病院・施設での看取りは10名であった。疾患はがんが18名・非がんが9名であった。非がんの方の疾患は神経難病、心疾患、認知症、老衰などであった。

性別では、自宅・野の花で看取りは女性が多い。年齢は70歳代だけは病院・施設での看取りが多

く、ほかの年齢層は自宅・野の花での看取りが多い。持家があるとその他では持家があるほうが自宅・野の花での看取りが多い。家族構成は単身独居の方は病院・施設での看取りが多い。主介護者が配偶者または子では自宅・野の花での看取りが多く、主介護者がこの配偶者・その他の場合は病院・施設が多い。利用者の要介護度からは、要介護1・要介護4で自宅・野の花での看取りが多かった。

【考察】看取りに至るケースは基本属性では女性・持ち家がある・配偶者または子が主介護者である・訪問看護が先行してサービスをしていることがわかった。疾患はがんが多いが、1年以上看多機を利用されたケースでは非がんが多かった。在宅療養・介護の期間が長いと自宅・または野の花での看取りが多いのは、暮らしの中で、看護・介護を柔軟な組み合わせで利用する看小規模多機能が暮らしの中にあるのではないかと思われた。意思伝達が可能な方では、自宅または野の花での見取りが多かった。終末期であっても暮らし・療養の場は本人の意思で選べることが分かった。医療処置では、自宅・野の花での看取りと病院・施設での見取りでは有意差はなかった。

これは医療処置のために病院・施設を選択することではないこと、自宅・野の花でも必要な医療処置・ケアを受けながら看取りを迎えられることが考えられる。

有料老人ホーム入居者の看取りの場所の検討

森田 保子¹⁾、久佐 忍¹⁾、吉武 由紀美²⁾、
小野 幸代²⁾、柿本 ひとみ³⁾

1) 有料老人ホーム銀の庵、2) 訪問看護ステーションつばさ、
3) 小規模多機能ホーム銀の庵

【はじめに】近年、医療機関以外の場所における死亡が微動する傾向にあり、「最後は自宅で過ごしたい」という本人の意向が最も多い。しかし、家族に迷惑をかけたくないからと、最後まで自宅で過ごすことをあきらめ、有料老人ホームへの入所を選択する方も増えてきている。有料老人ホームに入所する際に、家族はこれで安心という気持ちを持たれるが、一方で本人の思いは身体の状態変化と共に変化していく。平成27年9月に開所した有料老人ホーム銀の庵（入居者26名）では、施設看取り2名、臨死期に退所して自宅で看取った方が2名であった。看取りの場所は本人の意向を尊重し、家族と共にチームアプローチで検討した。その経過を報告し、有料老人ホームの看取り支援のありかたを考察したい。

【方法】平成27年9月～平成28年9月までの期間に看取り支援を行った4名の介護記録、訪問看護の記録より振り返る。

【対象者の看取りの経過】

① A氏：80歳代 男性、腎臓癌末期、入居期間3カ月

〈経過〉脳梗塞後遺症後のため3カ月入院加療後入居。小規模多機能の訪問・通い、訪問看護と訪問診療を受けていた。入居60日に末期がん状態となった。「家に帰りたい」と希望あり。妻は自宅で看取ることを決断し退所。退所後4日目に家族での看取りができた。

② B氏：80歳代 男性、肺がん末期、入居期間6カ月

〈経過〉入院加療後退院し入居。小規模多機能の訪問・通い、訪問看護と訪問診療を受けてい

た。病状悪化する中、「家に帰りたい」と希望あり。家族は自宅で看取ることを決断。死亡前2日に自宅に帰り家族での看取りができた。

③ C氏：90歳代 女性、心不全、入居期間12カ月

〈経過〉自宅で独居生活していたが本人・家族希望で入居。小規模多機能の訪問、訪問看護、訪問診療を受けていた。心不全末期状態となり、看取りの場所を検討し、一時自宅に帰る方向性となっていたが、最終的には本人の意向で施設での看取りとなった。

④ D氏：70歳代 女性、脳出血後遺症、入居期間4カ月

〈経過〉入院加療後、家族の介護は困難とこのことで入所。小規模多機能の訪問と通い、訪問看護、訪問診療を受けていた。入居後体調は維持できていたが、発熱と共に食欲不振等の症状出現し高カロリー輸液管理を受けていたが、徐々に全身衰弱し施設での看取りとなった。

【考察】入居者は、自ら率先して入居する方は少ない。入居までの本人の意向や家族の意向は必ずしも一致しておらず、家族に負担がかかるという理由で入居に至るケースが多い。施設職員はそのような経過を把握し、本人の気持ちを大切に日常生活を支援している。そして臨死期となったとき「今居たい場所はどこなのか」、本人の本音を引き出し、家族はどのように支援したら大きく後悔が残らないかを多職種でチームアプローチして最後に過ごしたい場所を検討したことが本人の意向に添った看取りの場所を選択できたと考える。

在宅での最終末期における訪問入浴の意義について

早瀬 ゆかり

訪問入浴サービス ふじの郷

【はじめに】人生の最終末期においても訪問入浴サービスが可能であり、ご本人・家族の双方に意義深い時間を過ごしてもらえらる場合がある。そのような一例を提示し、在宅介護サービスのあり方を考える際の一助となればと考える。

【症例】70代 男性 胆嚢癌肉腫末期。

二世帯住宅に妻、長男夫婦、孫と同居中。

【経過】X年7月ケアマネジャーから早めの訪問入浴を希望と依頼あり。二日後の午前中には自宅を初回訪問、同日午後には入浴サービスのため再訪。妻は玄関の電話の前に立っており、「朝から座薬を挿入しても解熱しない。こんな状態じゃお風呂は入れられない！また元気になった時をお願いします」と動揺した様子。演者は午前中とは違う妻の変化に戸惑うが、A氏の状態を確認したいと伝え許可を得て入室した。リビングのベッドに臥床中のA氏とは言語による意志疎通は困難で、呼吸も不規則で浅い状態だった。

依頼時の書類にはA氏の「自宅でお風呂に入りたい」との要望が記載されていたが、家族が希望しない実施は不可能と判断し、その場で訪問看護師とケアマネジャーに中止を連絡。しかし、主治医が訪問診療に向かう途中とのことで待機した。

到着した主治医は、A氏は体温調節が出来なくなり、お迎えが近づいていることを伝えた。妻は震えて入浴させることを怖がるが、主治医が「お風呂に入ったからといって死ぬことはない。この

状態でも気持ちいいと感じる事が出来る」「頑張ってもらったご主人をみんなできれいにしたらどうですか」と勧めたところ、その場に居た姉、妻、息子嫁が暫く話し合った結果、サービスの依頼があった。

家族が一致団結し洗体を始めるとA氏は「あ〜」と低い声を出した。その声を聞いた妻は「お父さん気持ちよさそう」と少し微笑んだ。ゆったりとお湯に浸かったA氏に家族皆が「ありがとう」「頑張ったね」「お父さんお風呂に入れてよかったね」と声をかけた。A氏に語りかけるたび、彼の身体に触れるたびに妻と家族の表情は変わり、彼の最期の時間を受け入れいく様子を感じられた。入浴終了後妻からスタッフに「お風呂に入れてもらってありがとうございました」との言葉を頂いた。その翌日早朝永眠されたとの連絡があり、訪問入浴の利用はこの一回限りであった。

【考察】医師の揺るぎのない見守りが得られたA氏のようなケースにおいては、人生の最終末期においても「入浴」によって家族が一致して本人に直接に触れることが可能である。同時に、臨死の人にとっても人生の最後の時間を、辛い、苦しいではなく「気持ちよく」過ごしてもらうことが可能であると言えよう。このためには、訪問入浴サービスチームが、急な要請にも対応出来る態勢を常に整え、「最後の入浴」を引き受けることができるように主治医や関連他職種との連携を保ち続けていることが重要と考えられる。

サービス付き高齢者向け住宅でのホスピスケア

～ 6 事例を振り返って～

野崎 和正、小野 隆宏、小野 真理、赤峯 俊子、坂本 あい

ハートクリニック

当医療法人は、在宅支援診療所であり、訪問看護、訪問リハビリ、デイケア、デイサービス、在宅支援事業所などと連携し、地域包括ケアシステムの実現に注力している。地域包括ケアシステムが目標にしている「住み慣れた場所で人生の最期をその人らしく過ごすことが出来る」ように、在宅での看取りやホスピスケアに積極的に取り組んでいる。しかし、統計によると、60%の方が住み慣れた場所で最期を迎えたいと希望しているものの、在宅で最期を迎えることが出来た方は10%未満にとどまっているという現状がある。当院における年間看取り数は64名で、そのうち在宅ホスピスケア対象者10名の看取りの場所は、在宅5名、医療機関4名、その他（施設など）1名であった。当院においても看取り期に入ると医

療機関への入院、施設への入所を希望されるケースが少なくない。

2015年4月に当法人が開業したサービス付き高齢者向け住宅「みつよし優心館」は終の棲家として利用できることを特徴の一つとしており、いづれ迎える最期の時まで安心して過ごす事が出来る住宅を目指している。これまでに、6名の方のホスピスケアを経験した。入居中の記録、診療録、訪問看護記録を中心に、社会背景、家族背景、疾患、ADL、介護保険の利用状況、非公的支援の有無、ケア内容、連携などについて振り返り、6名全員が、入院を希望することなく最期まで優心館で過ごすことができた要因および今後の課題について考察したので報告する。

死後も紡がれる物語 ～多職種・複数施設間デスカンファレンスを行い、ご遺族にフィードバックを受ける試み～

中野 明美¹⁾、古賀 留美¹⁾、今村 美樹¹⁾、真木 隆子³⁾、杉岡 勇樹⁴⁾

1) 今立内科クリニック、2) 久留米大学病院、
3) 訪問看護ステーションくるめ、4) 杉岡調剤薬局

現在、在宅患者死亡後のデスカンファレンスは全国各地で開催されており、医療やケアの質向上、スタッフ間連携強化、スタッフの感情ケアなどに役立っている。カンファレンス内では様々な意見が交わされ、行った医療やケアの良否について多職種間で振り返りが行われる。ただ、振り返りの中で「良かった」と判断された医療やケアが、実際に良いものだったかどうか、医療やケアを受けた本人にその良否を確認することは、永遠にできない。

ただ、ご遺族であれば、医療介護スタッフが把握していない本人の生前の発言から、医療やケアの良否を判断したり、本人にとって以外に、ご遺族にとって良かったかどうかを判断することが可能である。

デスカンファレンスの後で、ご遺族にお会いし

話を聞く、という機会は在宅医療においてなかなか得ることができない。そこで今回我々は、多職種・複数施設間で行ったデスカンファレンスの内容をご遺族に報告し、フィードバックを受ける試みを行ったのでここに報告したい。

症例としては、大学病院を退院し自宅で看取りを行った A 氏、自宅で看護小規模多機能からサービスを受けながらも徐々にサービスや医療拒否が激しくなり最終的に病院入院し亡くなった B 氏の 2 例を対象とした。

デスカンファレンスには、大学病院（医師・ソーシャルワーカー）、有床診療所（医師・外来看護師・ソーシャルワーカー）、訪問看護ステーション（訪問看護師）、看護小規模多機能（看護師・介護士・ケアマネージャー）、調剤薬局（薬剤師・薬学部学生）が参加した。

生きがいを持って暮らしたい。

～自己効力感を高めて社会参加に繋げる～

諏訪原 加奈子、内野 房代

福岡医療団 訪問看護ステーションたんぼぼ

【はじめに】厚生省通達で「働く世代」の生活保護受入れが容認されて以降病気や障害で失業した生活保護者の訪問看護依頼が増えている。また利用者が抱える問題も貧困、病気、介護・家族力不足と複雑多様化している。年齢や疾患によって受けられる支援は限られ保護期間が長期に及ぶと無気力に陥りやすい現状がある。

今回、アルコール依存症で無気力な A 氏に認知行動療法を実践し自己効力感を高め生活改善を図る事ができた。同時に障害者申請を行い A 氏が一番望んだ社会との繋がり就労支援につなげた事例を発表する。

【事例紹介】A 氏、60 歳代男性。生活保護。元々糖尿病・高血圧を指摘されていたが放置。常時飲酒し 4 年前に脳出血発症。右半身不全麻痺となるがその後妻と離婚し知的障害のある長男と 2 人暮らしとなる。

無気力・無動状態で飲酒を続け平成 25 年 2 月に肺炎・褥瘡発生にて入院退院後よりアルコール外来と訪問看護利用開始となる。自宅はゴミ屋敷状態で ADL は日常生活自立度 J2。同居長男は 30 歳代、知的障がい手帳 B2 所持。親子ともにひきこもり傾向あり。

【倫理的配慮】個人を特定できないよう匿名での紹介、記入についてはよりよい対応や看護に生かす為である事・掲載写真についても本人に説明し同意を得た。

【取り組み】A 氏は常時「情けない」「生きていく意味がない、働かざる者食うべからず」と否定的

な発言が多く聞かれていた。しかし傾聴すると否定的な発言の中にも「何か自分にできる仕事があれば外に出たい」と訴え生きがいを持って暮らしたいという思いがあることに着目した。

外に出て人にかかわる機会を持ち役割を持つことが生活改善や生きがいにつながるのではないかと考え他職種と連携を図り障がい者認定申請・取得し就労支援制度の活用に向けて事業所探しに取り組んだ。協働する事で障害支援相談員・就労支援事業の役割や現状を知る事もでき、あきらめ傾向の強い A 氏に根気よく関わり就労に繋げる事ができた。生活の面では認知行動療法を活用し(行動→改善→心地よい環境)という体験を繰り返す事で自己効力感を高め自分にも変えられる力がある事を体験してもらいながらノートに行動を記載し改善経過の可視化も図っていった。

【結果】A 氏の思いに気づき寄り添い、認知行動療法を通して自己効力感を高めてゴミ屋敷状態の生活を改善し飲酒量を減らすことができた。無関心だった息子も前向きに関わってくれるようになった。就労支援という制度の活用では他職種と協働することで新たな視点や情報を得ながら取り組み実現する事ができた。

困難な事例を通して多職種と協働する地域包括ケアの重要性を学ぶ事が出来た。これからも協働と切れ目ない支援を実践していきたい。

専門職が地域に出るということ

～あなたのまちに私達がいます～

松井 亨¹⁾、内田 ルリ子²⁾、中村 智哉³⁾

1) 光の森リハステーション スピット、2) まえだクリニック、

3) 光の森リハビリセンター スマイレ

私たちの地域では3年前にクチコミで拡散、在宅支援研究会「てととココロ」が立ち上がった。毎回150名近くの多職種が参加する研究会となっている。グループワークを主とした研究会を定期的に行うことで、地域で顔の見える関係が出来つつある。

専門職だけの意気込みでは今後の地域医療は支えることが出来ない。在宅医療についても周知はまだ十分ではない。健康講話などを企画しても、参加するのは既に関心をもっている地域の支え手ばかりであり、如何にそれ以外の層を巻き込むかが課題である。大きな法人では事業所挙げての健康祭りなど企画されているが、小さな事業体では資金や人手も十分ではなく、発信したくても諦めているのが現状ではないだろうか。

そこで地域の多職種で協力し合い、持ち寄り型のカフェ活動を始めた。専門職がどのような思いで地域と関わろうとしているかをまず知って頂く仕掛けとして、自由に語り合えるカフェ、体力測

定、健康相談、生活相談、AED講習、調剤体験など、各職種が独自に知恵を出しブース形式で行う「ジャムカフェ」を展開している。やりたい人が・やりたいことを・出来るだけ、というスタンスで、手を挙げた事業所に移動型で開催する。会議はICTを活用し極力準備に時間をかけないように、地域への告知はSNS駆使する工夫をおこなっている。また民間から様々な機関を巻き込み、地域包括センターや民生委員の協力があることで回覧板を利用させてもらっている。

地域の専門職だけでなくインフォーマルサービスも含め、今後の在宅医療を支える顔として相談しやすい場づくりと、連携して地域を作っていくという事を見える化することが重要だと考えている。

お互いを知りフラットな関係での連携体制を取るためには、自らの箱から出る必要がある。その仕掛け作りが今後の発展の鍵ではないかと考える。

肺がんターミナル患者と夫の療養支援を通して学んだこと ～認知症患者のエンド・オブ・ライフ・ケアについて考える～

酒井 絵美

泉川病院 医療連携部 医療ソーシャルワーカー

【はじめに】近年、医療機関の在院日数が短縮化する中で、医療依存度の高い患者や認知症患者の療養支援が年々増加傾向である。特に地方では、がん患者を受け入れ可能なホスピス病棟や療養型病院の数も限られ、少ない社会資源の中で退院調整行っている。当院ではターミナル期患者の在宅療養支援や施設療養支援に力を入れ取り組んでいる。今回、肺がんターミナル患者とその夫も含めた夫婦の療養支援を通し、認知症患者のエンド・オブ・ライフ・ケアについて考えたのでここに報告する。

【症例】K氏 88歳女性、77歳時に他院で肺癌手術、その後かかりつけ医でフォローアップされていた。息子は1人おり兵庫県に家族と住んでいる。K氏は長年夫と2人暮らし、H27年5月にかかりつけ医より肺腫瘍の精査目的で当院へ紹介となる。

夫は他科治療中であり、夫の運転する車で夫婦一緒に外来通院していた。それぞれに別事業所の訪問看護サービスを受けていたが、夫婦共に認知症を抱えており訪問介護や訪問看護の在宅支援の元で、なんとか在宅療養が継続できていた。今年に入り、本人の病状が進行し在宅困難状況も出てきた為、主治医より遠方の家族へ治療方針や療養方針の相談を行った。今後の療養に関して兵庫につれて帰ることは困難であり、本人の故郷でできるだけ長く療養をしてほしいという家族意向を確認した。また本人や夫もできるだけ夫婦一緒の時

間を過ごしたいという意思を確認した。

【経過】入退院を繰り返す中でも訪問看護や訪問介護、夫婦の担当ケアマネジャーから多くの在宅支援を受けながら、本人と夫が望む在宅療養を可能な限り継続した。その背後で、何度となく本人の主治医や夫の主治医を含め、関係事業所と共に療養体制の検討を行い、緊急時は病院への入院体制を整えた。

病状が進行してからは、夫婦二人の精神面・身体面も考慮した上で、当院併設老健で夫も含めた療養体制を計画した。K氏は当院と併設老健の療養を経て、2016年10月に家族に見守られながらご逝去された。

【まとめ】エンド・オブ・ライフ・ケアとは「病や老いなどにより、人が人生を終える時期に必要なとされるケア」と定義される。今症例は、夫婦ともに認知症があり家族も遠方であったため、支援体制の構築には多職種でのチームアプローチが不可欠であった。患者だけでなく家族も含めた視点でケアを行い、夫婦の時間を大事にしたエンド・オブ・ライフ・ケアを行うことができた。

今症例を経て、認知症を持つがん患者・その家族の支援について多くの学びを得た。MSWとして、これからも認知症がん患者や家族の気持ちに寄り添い、その人の生活や人生を見つめ、よりよい最期を迎えられるよう、多職種連携に努めていきたい。

食べたい欲求をみんなで支えたい

～嚥下機能が低下した一人暮らしの男性への支援の取り組み～

伊藤 絹江、森崎 壽美、小西 佐和子、花瀬 美香、田中 尊美

訪問看護ステーション コスモス

【目的】 脳梗塞による嚥下機能の低下があり、有料老人ホームに入居する50歳代の男性が「豚骨ラーメン、唐揚げが食べたい」と強く訴えていた。本人の残存機能を生かしながら、多職種と連携して取り組むことで、食べたい欲求に応えることを目的とした。

【対象】 A氏は職場の朝礼中に言葉が出なくなり救急搬送され、左橋梗塞にて入院。さらに、入院中にけいれん発作を起こし、意識障害は改善したものの四肢麻痺、言語障害、嚥下反射の低下などの後遺症が残った。

退院後の生活について多職種で話し合いを行った結果、独居のため自宅退院は困難だろうとのことで有料老人ホームへの入居が決定した。栄養については、施設スタッフが胃瘻より半固形の栄養剤と水分とを注入している。しかし、A氏は自力で動かすことのできる左手を使って文字盤やパソコンを操作し、経口摂取を強く訴えられていた。嚥下反射の低下があり、舌の動きも悪く、誤嚥性肺炎を起こす危険性が高いため、A氏に十分な説明を行ったうえで言語療法士も含めた多職種で経口摂取に向けた調整を開始した。

【倫理的配慮】 対象のA氏に取り組みの目的と方法、個人情報の保護とデータの管理について文書と口頭で説明し、同意を得た。

【取り組みの経過と成果】 退院前のリハビリテーション病院では50ml以下のゼリーやトロミの付いた液体は経口摂取できていたため、誤嚥を予防した上であれば経口摂取は可能であると判断し調整を行った。言語療法士も含めた多職種カンファレンスを行い、吸引器を準備した上で訪問看護の訪問時に限定して経口摂取を進めていくこととした。摂取の方法は動画で撮影し、すべての訪問看護スタッフに周知し、スプーンの使用法や口を閉じ、2度嚥下してもらうなどのポイントを確認し合った。経口摂取に先立ち嚥下体操なども行っていたが、A氏自身も積極的に体操を行い、トロミの付いたお茶やゼリー、プリンはスムーズに摂取できている。また、A氏が強く希望した「豚骨ラーメン」のスープにトロミを付けた物も摂取して喜ばれ、肺炎も起こすことなく、体調も安定している。

【考察】 嚥下反射の低下や舌の動きが悪いことで誤嚥の危険性があり、訪問看護スタッフも経口摂取を躊躇していたが、A氏の希望を出発点に多職種に働きかけ調整を行ったことで、限定的ではあるが経口摂取を実現することができ、A氏の持つ力を発揮することができた。

今後も利用者さんの想いを出発点に方針・情報を共有し、多職種で協働して働きかけを行ってきたい。

バングラデシュ看護学校建設プロジェクト

～いよいよ開校へ～

伊藤 綾、二ノ坂 保喜、小畑 麻乙、河村 富美子

バングラデシュと手をつなぐ会

バングラデシュと手をつなぐ会は25年の歴史を踏まえて、現在「看護学校建設プロジェクト」に取り組んでいる。2012年からスタートしたプロジェクトは、2016年中の開校をめざして着々と準備を進めている。

人口1億6000万人のバングラに、看護学校は約100校、看護師は約4万人。（日本は1600校、看護師150万人）地域に看護師がいない、病院がないということは、単に病気のときに困るというだけでなく、地域のケアの力が育たない、ということでもあり、安全なお産、子どもたちの健やかな成長とともに女性の自立、社会的活動が妨げられるということでもある。

特に私たちが目指す看護学校は、農村において「地域に根付いた保健医療＝Community-based Healthcare」を展開するため重要な拠点となるだろう。

しかし、現実はきびしく、バングラ社会の経済成長と共に、貧富の格差、都市と農村の格差は広がり、またインフレに伴う物価の上昇など農村の生活は決して向上しているとは言えない。

プロジェクトは日本での募金活動を柱として進められており、2016年9月までに6,200万円を

現地に送金し、看護学校は3階まで完成し、新入生の入学を待つばかりとなっている。9月の開校をめざしていたが、厚生省の認可は遅延し年末頃にずれ込みそうだ。

7月のダッカでのレストラン襲撃事件は、私たちの現地訪問を危険なものとし、2015、2016年と2年続けて現地訪問を断念せざるを得なくなった。イスラム過激派による社会的不安が広がっているが、多くのバングラ国民、中でも私たちの友人であるカラムディ村の人々は親日的で、私たちの訪問を待ち望んでいる。25年にわたる交流を基礎にした私たちの活動を、看護学校の完成を目標に継続して行きたい。そのことが、社会の不安を解消し、人々が自信を持って毎日を生きていける社会へと発展することに繋がるだろう。

「看護学校建設プロジェクト」の現状と、困難及び課題を提示し、みなさまのさらなる協力をお願いしたい。

追記：本抄録登録後、10月6日にバングラデシュ厚生省及び看護協会から、看護学校の認可がおり、正式に看護学校として登録された。しかも定員は予定の倍の50名が認可された。今後、学生募集など開校へ向けた具体的な活動が始まる。

奈良県における「暮らしの保健室」の調査報告

～人生の最終段階の暮らしに対応できるまちづくりのために～

久保田 千代美
四条暁看護専門学校

「がん」と診断されたときに受ける衝撃を緩和する場所、あるいは、「がん」になったことにより発生する困りごとの相談に対応する場所として、がん地域連携拠点病院には、がん相談支援センターがある。ここでは、人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修を受けたスタッフが対応している。また、厚生労働省では、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するための適切な体制のあり方を検証するためのモデル事業を全国5か所で実施し、高齢社会、多死時代を迎える社会に対応できる体制を整えている。

死因の第一位の「がん」であるが、人生の最終段階を意識した相談はがんに限ったことではない。2000年に介護保険法の施行以後、2006年には、介護予防、認知症など高齢者の総合的な相談窓口としての地域包括支援センターと、要支援、要介護者または介護者を支えるために地域密着型サービスが実施されている。医療ニーズの高い高齢者や重度の要介護者が住み慣れた地域で幸せな暮らしを目指した地域包括ケアシステムの構築が急がれているが、地域に暮らす子どもも含めて全ての地域の人へ応じた相談支援と医療、介護、福祉に繋ぐ機能があるまちづくりが重要である。

まちづくりには、そこに暮らす人が人生の最終

段階を意識した関わりができることも重要である。がん相談、認知症の人の暮らしの相談ができる人、ボランティア、住民への教育・啓発的な役割を担える場所が必要となる。相談だけでなく喪失感や苦悩、人生の最終段階における暮らしを支える役割も必要である。その役割を目指して、地域の特色に応じ、民間やNPO法人などで、「暮らしの保健室」が全国に増えつつある。

「暮らしの保健室」は、秋山正子氏が、イギリスのマギーズキャンサーケアリングセンターをヒントにして、2011年に東京新宿で開設されたのが始まりである。「暮らしの保健室」は人生の最終段階を意識する前からの人との繋がり、社会的資質を生かしたプログラムやサロンを開催している。秋山氏の活動に共感した人が全国に「暮らしの保健室」を広めつつあるが、一般には知られていない。全国にある「暮らしの保健室」の設置場所、開設年、スタッフ、活動内容などその実態はさまざまである。日本看護協会で開催される「まちの保健室」との違いも曖昧である。そこで、「暮らしの保健室」の基本事項を調査し、データベースの作成を始めた。今回は、プレ調査した奈良県の二つの「暮らしの保健室」のインタビューから地域に暮らす人への講座やサロンがどのようにされているのかを報告する。

参考文献

秋山正子：『在宅ケアのはぐくむ力』、医学書院、2012年
(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション 暮らしの保健室：
「平成23年度在宅連携拠点事業成果報告」

市民からの発信

浦嶋 偉晃

奈良県のホスピスとがん医療をすすめる会

「奈良県のホスピスとがん医療をすすめる会」は、2000年12月に設立し、県のがん医療の向上や緩和ケアの普及、そしてホスピス・緩和ケア病棟の開設、さらに在宅ホスピスの普及という大きな目標に向かって進んでいる会で、約250人の会員がいらっやいます。

奈良県は他県と比べ、がん対策に関して少しは進んでいると思われませんが、当会の会員の意見を集約しますと、まだまだ足りない分野が多く、特に緩和ケア、在宅医療、就労、がん相談、がん教育等、発展途上です。

例えば緩和ケアは当会で長い間、市民啓発を続けていますが、当会のデータを見ても、ここ数年、市民意識が下降気味なのを感じます。そこには医療者と市民の間の意識と実態と、思いにズレがあるとの意見が多いです。そこを埋める方策として、当会ではホスピス緩和ケア勉強会や講演会を定期的に開催し、医療従事者を講師に招き、医療者側の活動や思いをお聴きします。その後の参加者との意見交換により、お互い足りない所に気づきを得、更に当会事務局で出席者アンケートを集約し、勉強会に参加してどう変わったか、何がどう足りないのか、何が緩和ケア普及の為に急務なのかを纏めます。そしてそれを医療者、行政に発信する事を行っています。この勉強会も75回開催しました。これを今後も続けていく事が重要と考えます。また更に広く意見を集める為にタウンミーティン

グも開催しました。

今、奈良県としてもう一度必要なこと何かを求めるためには、このように多くの市民の生の声を集め、実態に則した課題解決の優先順位を見極める事だと思ひ、会員や市民から多くの声を集め、それを集約し、県や議員に要望を挙げています。約250名の会員や市民の方から様々な意見を頂く機会があり、その声を奈良県のがん対策推進に「市民の声」として役立てたいと思ひ、続けています。当会の強みはこの声を元に、市民だから分かる事、市民だから取り組まなければならない事を見極めて、県や議員、そして医療関係者に提言できることと思ひています。

当会の発足の切欠は、奈良県にホスピスの無いことを知ったからです。その開設のために運動を続け、4万8千余筆の署名用紙を台車に積んで知事さん、県議会議長さんのところに届けました。その経過の中で、がん対策基本法の施行と、それに対応して奈良県でもがん対策推進協議会の開設に患者委員の参加が必要なことを知り、患者委員も勤めてきました。県議会議員にがん対策推進条例の制定を依頼したり、がん政策サミットの奈良県誘致を推進したり、「がん検診を受けよう！奈良県民会議」の起ち上げを提案したりしてきました。

これからも、市民の声をたくさん頂き、がん対策推進をすすめてまいります。

家での看取りに関する市民への知識の普及活動についての 課題と展望 —市民講座のアンケート結果についての検討—

中嶋 久子¹⁾、松原 照美²⁾、清船 久見子³⁾、
副田 喜代美⁴⁾、吉田 聖名子⁵⁾、黒田 やよい⁶⁾

- 1) 訪問看護ステーションそよかぜ、2) 協立訪問看護ステーションマリナセンター、
3) 訪問看護ステーションまえはま、4) 上ヶ原訪問看護センターすまいる、
5) 西宮市安井訪問看護センター、6) クロエ訪問看護リハビリステーション

【はじめに】多死社会の到来とともに、家での看取りに関心が高まる中、人生の最終段階における生き方、死に方に関して、医療介護関係者、一般市民の理解は未だ不足している状況がある。その人が望む人生の最期を過ごすことができる環境づくりの為には、看取りに関する知識の普及が重要な課題となる。西宮市では、在宅における看取りについて、地域の訪問看護ステーションが中心となり2011年より、市民講座やパンフレットの作成等の活動を展開してきた。今回は、2015年度の市民講座における市民らの反応等について、開催後に実施したアンケート結果を中心に報告する。

【活動の概要】2014年度までは、訪問看護ステーションネットワーク西宮が主催していたが、2015年度より西宮市との共催となった。訪問看護ステーションネットワーク西宮は、市内33箇所の訪問看護ステーションが加入し他職種連携や訪問看護の普及啓発に向け活動している任意団体である。家での看取りに関する主な活動としては、2016年1月に開催した市民講座「訪問看護師と考える看取りのシンポジウムⅢ～家での看取りを語ろう」および在宅療養ガイドブック「望む暮らしをわがまちで」の作成と配布である。シンポジウムの開催後、参加者254名に対して、看取り

への関心等に関するアンケートを実施した。

【結果】アンケートは169名(66.5%)の回答を得た。参加者の概要は、一般参加者57名(33.7%)、医療職100名(59.1%)、介護職(7.1%)である。シンポジウムを知った理由として、新聞の折り込みおよび配布チラシが69名(40.8%)と最も多かった。参加者のうち、看取りの経験のある人は、92名(54.4%)であり、このうち自宅で看取った人は45名(48.9%)と、半数以上は自宅での看取りを経験していた。また、最期を過ごしたい場所として、82名(48.5%)が家と回答していた。この82名について、最期まで自宅で療養することは可能かについては、33名(40.2%)は困難であると回答していた。困難であると理由として、「家族に負担がかかる」、「介護してくれる家族がいない」、「経済的負担が大きい」を挙げた者が多かった。

【今後の課題】今回のアンケートにより、自分の最期を家だと選択する人が多いが、その反面、やはり家は困難と4割の人が考えている。そのことを踏まえ、どんな環境の人も、最期まで家にいたいと安心していえる地域づくりを市民とともに目指し、情報発信の場や、情報共有を図る継続的な活動必要である。

(このシンポジウムは、笹川記念保健協力財団からの助成を受けて開催した)

資金ゼロから創りあげた訪問看護ステーション

～住み慣れたまちで最期まで暮らせるまちづくりを住民とともに～

橋本 幸治、置名 良子、定丸 仁美

訪問看護ステーションうさぎ

【目的】国は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要だと言っている。しかし現状は、主体となるべき地域住民の在宅ケアに対する理解は進んでいないものとする。本実践は、地域に必要な訪問看護ステーションを住民とともに創りあげることによって住民の在宅ケアへの理解を広げることを目的とする。

【事業／活動内容】資金ゼロからの訪問看護ステーション立ち上げを下記の方法で実現した。

① ホスピスボランティア組織のメンバーを中心とした地域住民で設立準備委員会を設立。

② 地域のコミュニティーを推進する方々への協力要請

③ 訪問看護ステーションの母体となるNPO法人の設立

④ クラウドファンディングを活用した資金調達（インターネットを通じてプロジェクトを発信し、不特定多数の人から資金の出資や協力を募る）

⑤ 日本財団への助成申請（在宅ホスピス推進拠点整備事業）

⑥ 協力住民から民家を規格外の低価格で賃貸契約

⑦ 地域住民の協力で民家を事業所として使えるよう整備

⑧ 地域住民のNPO会員登録（入会金・年会費による運営資金の獲得）

⑨ 忠海地区の町内会役員、民生委員、医療・福祉関係者を招いての開所式開催

【事業／活動評価】地域に必要な訪問看護ステーションを住民及び、インターネットの力を借りて全国からの支援により創りあげることができた。また、以下に記載した開設後3か月を経過した現在の利用状況から、地域の他職種への目的理解は浸透しているが、住民の在宅ケアへの理解を広げるまでには至っていない。

① 利用者は26名で、うち半数の13名が忠海地区の住民である。

② 連携している地区の有床病院からの依頼は11名

③ 連携している地区の医院からの依頼は4名

④ 地区のケアマネジャーからの依頼は5名

⑤ 地域住民を介した依頼が4名

【今後の課題】住民の在宅ケアへの理解を広げるために、以下の活動を実践していく必要がある。

① 地区の公民館・サロン活動などへの広報活動

② 地区住民のがん闘病支援としての県内がん連携拠点病院への広報活動。

（早期からの緩和ケアの必要性を訴え、無償での訪問活動をアピール）

③ 地区にある身体障がい者施設との連携強化

④ 地区にある知的障がい者施設との連携強化

⑤ 独自の見守り支援、外出・受診支援システムの構築

終末期在宅チームにおける訪問看護師の役割

～人を受け入れない困難事例の在宅看取りを振り返って～

東根 聖子

兵庫県看護協会尼崎訪問看護ステーション

【はじめに】終末期における在宅療養者のQOLは、在宅チームの連携・協働・チーム力により影響される。今回、がん終末期、独居、精神疾患があり、人を受け入れないことで関わりが困難だったケースを、チームで連携・協働することにより、信頼関係を構築し、サービスを受け入れ、最期まで希望を持ちながら在宅看取りに繋げることが出来た。関わりを振り返り、在宅チームにおける訪問看護師の役割について考察する。

【倫理的配慮】Y氏の家族と関連事業者より、症例報告に関する同意を得ている。

【事例紹介】Y氏、60代、女性。直腸がん末期で統合失調症がある。独居でキーパーソンは妹。以前より肝機能障害、直腸がんを指摘されていたが放置しており、下血により入院となる。がんの診断に対しては否定的で、「家に帰り、体力をつけて研究したい」と話され、退院時より在宅チームによるサービスが開始となる。

【経過】①在宅療養導入期：Y氏はヘルパーや在宅医に対して「お帰りください」「何も困ってない」と拒否された。Y氏はがんの診断を否定しているため、サービスを受け入れられないと考えた。そこで、Y氏自身を知り、理解した関わりをすること、Y氏の困りごと、大切にしていることをチーム間で情報共有した。

②身体症状変化時期：腹水貯留、下血、ADLの低下がみられた。サービスの内容はY氏と相談して決め、訪問看護師は入浴介助、ヘルパーは

掃除や洗濯の生活支援を行った。Y氏の意向を尊重した関わりや心地よさ、安心感を提供することにより、Y氏は、「看護師さんもヘルパーさんもプロだね」と徐々にサービスを受け入れ、心待ちにするようになった。

③看取り期：病状が進展し、寝たきりとなった。Y氏や妹さんの思いを確認し、家で看取れるように支援した。タイムリーな医師との連携で症状緩和を図り、傍に居ることが出来ない妹の予期悲嘆へのケア、直接ケアを担うヘルパーが安心して看取れるように関わった。Y氏は「もっと食べれるようになりたい、老後はグループホームで過ごしたい」と話され、家で穏やかな最期を迎えられた。

【考察】人を受け入れないY氏の関わりに難渋したが、Y氏をありのまま捉え、全人的理解することから関わることで、Y氏はサービスを受け入れられるようになった。また、独居でも安心して看取れるように病状変化を捉え予測したケアを展開したことは、看護力によると考える。そして、Y氏の思いやニーズの代弁者として、多職種に繋ぎ、情報共有することにより、それぞれの職種がケアの方向性を見出すことに繋がった。さらに、互いの立場を理解し気遣うことにより、より良い関係性を築き、タイムリーな連携や対応を可能とした。

訪問看護師は終末期の医療と介護を支える、在宅チームのキーパーソン、コーディネーターの役割があり、療養者が最期まで穏やかに過ごせるための重要な役割を担っている。

A 県内の高齢終末期がん患者の看護において訪問看護師が認識している困難とその要因

大久保 仁司¹⁾、森 京子²⁾、小河 育恵¹⁾

1) 岐阜聖徳学園大学 看護学部 成人看護学、

2) 四日市看護医療大学 看護学部

【目的】 訪問看護師が高齢終末期がん患者の看護において困難と感じた要因を明らかにし、高齢終末期がん患者の療養支援システム構築のための基礎資料とする。

【方法】 対象は、A 県内の訪問看護ステーションに所属し、本研究の趣旨に同意が得られた訪問看護師 150 名。調査方法は、各施設に無記名自己記入式質問紙調査票を配布し、対象者に過去 3 年以内に担当した高齢終末期がん患者 1 事例を想起してもらい回答を得た。分析方法は、属性に関する項目を単純集計し、困難と感じたケアに関する自由記載を意味内容別にカテゴリ化した。

【倫理的配慮】 研究の目的・方法・参加の任意性、個人情報保護等について説明し、同意を得た。また、実施にあたり岐阜聖徳学園大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】 高齢終末期がん患者を担当した経験がある訪問看護師 135 名を分析対象とした。対象者は、すべて女性で、訪問看護経験年数は、3 カ月～21 年で、平均経験年数は、7.58 ± 5.5 年であった。

困難と感じた事例数は、1 事例 15.6%、2 事例 15.6%、3 事例が 9.6%、なしは 13.3% であった。受け持った期間は、1 週間～50 カ月であり、1 カ月が 30 件 (22.2%) で最多であった。

困難事例の概要は、年齢は、65～75 歳 32.6%、76 歳～80 歳 28.1%、81 歳～85 歳 28.9%、86 歳以上 9.6%。性別は男性 54.8%、女性 44.4%、

無回答 0.8%。がんの種類は、多い順に、胃癌 14.8%、肺癌 14.8%、大腸癌 13.3% であった。本人へのがん告知状況は、告知ありが 77.0%、未告知は 20.7%、無回答 2.3% であった。認知障害の有無は、あり 17.0%、なし 79.2%、無回答 3.8% であった。身体状況は、自立 17.8%、一部介助 23.0%、介助 57.8%、無回答 1.4% であった。

困難と感じた患者のケアは、苦痛に対するケア、精神的サポート、身体症状に対するケア、患者の判断力・意思の表出に関するケア、援助方法・技術的なことの順であった。その具体的内容として多い順に、苦痛に対するケアでは、「疼痛コントロール」、精神的なサポートでは、「独居に対する不安軽減」、身体症状に対するケアでは、「皮膚トラブル」、患者の判断力・意思の表出に関するケアでは、「患者の思いを尊重する」、援助方法・技術的なことでは、「看護師のケアについての課題」のカテゴリが多かった。

【考察・結論】 在宅療養における看護支援では、訪問時間・回数に制限があり、患者・家族のセルフケア・セルマネジメントが重要である。しかし、今回の調査では、未告知、独居や介護者が高齢であるなど在宅療養における課題が明らかになった。また、支援する看護師も、これらに関連した困難を抱えていることが明らかとなった。患者の QOL の向上のためにも、多職種と協働し、高齢終末期がん患者の療養支援システムの構築を図っていく必要があることが示唆された。

家族と担当者間をつなぐチーム構築のための訪問看護師の役割

佐伯 聡子

「日本財団在宅看護センター」 起業家育成事業 3期生

【はじめに】妻に関わるケア担当者に対し攻撃的行動を繰り返し、事業所を頻回に変更する夫との関わりを通して、在宅チーム構築における訪問看護師の役割について検討する。

【事例および課題】A氏は70歳代女性で脳梗塞にて左半麻痺・嚥下障害があり、寝たきり度Cの状態である。主介護者は夫70歳代（一代で会社を大きくした元社長）で、A氏の症状悪化時に夫の思いどおりに関われない担当者に対し激怒し、関係構築が困難であった。

そのため、ケア事業者や主治医、行政も困難事例と位置付けていた。夫は今までの社会的地位から、援助者に細やかで迅速な対応を望んでいたが、各事業者は規模も小さく応急的な関わりとならざるをえなかった。訪問看護師は、夫の攻撃的態度の意味を知ることが重要と考え、攻撃的態度の背景にある気持ちに焦点を当てた関わりができる在宅チーム作りを試みた。

【看護実践とその結果】

1. 担当者の不安を緩和し、夫とA氏に向き合える支援

各事業所・担当者と連携を密にとりケアの統一ができる関わりを実践した。経験の浅いヘルパーに同行訪問し、ケアへの不安を取り除き、自分自身が行っているケアに確信がもてる関わり方を試みた。その結果、夫の具体的な訴えに反応するのではなく、背景にある気持ちを理解する重要性に気付けた。

2. 夫の意向を取り入れたチームメンバーの変更

A氏に類天庖蒼の兆候がみえた時、治療方針を

一向に変えない主治医に対し夫の思いを受け止め主治医変更を支持した。夫は自分の思いが受け止められ、夫婦の希望である在宅療養が継続できたと満足そうであった

3. チーム内での方針の共有

体力低下の状態をふまえ、担当者ケアカンファレンスをケアマネジャー・主治医に提案した。担当の全専門職（13人）と、夫と唯一夫に意見できる息子に参加してもらい、今の状況と予測されること、その時の対応について情報共有を図った。また、家族には最期の時についても冷静に考える機会となるように話を進めた。1ヶ月後の看取りに際し、死を予期できていた夫・息子は感謝を表明した。

【評価】家族に向き合うことができなかった在宅チームに対し、担当者の不安と家族の不安を緩和しチーム力を強化した結果、在宅チームは家族と最期まで関わり家族の満足を高めたと考える。

【考察】ケアの核心は、本人・家族の心の底に潜んでいる希望を敏感に察知し、そこに対応することである。在宅チーム構築の訪問看護師の役割には、夫の裏にある感情に焦点を当て理解者として存在するロールモデルとしての役割、夫の意向をチームにつなげる役割の2点が重要と考えた。

今後は、所属する事業ネットワークにおいて、類似した実践事例を記録集積し、ケアの方法論の確立と必要な制度の提言を行いたい。

メアリー・エイケンヘッドと愛の姉妹会 ーホスピスの原型とシシリー・ソンドースー

細野 容子
元岐阜大学医学部看護学科教授

末期患者の疼痛緩和に新境地を開き、その人らしく生きることが可能になることを世に知らしめ、さらに「近代ホスピス運動」の創始者と語られるのはシシリー・ソンドースです。彼女は多額の資金が必要とするときは、寄付をしてくれそうな人を聖ジョセフ・ホスピスへ連れて行きました。それは彼女が「なそうとしていることの原型」とされている愛の姉妹が創ったイングランドのホスピスなのです。今では、愛の姉妹会のホスピスはアイルランド、オーストラリア、イングランド、スコットランドに広がっています。アイルランドのダブリン・ハロルズクロスにアウァ・レディース・ホスピスが最初できたのは137年前で、入所したのは肺病の医学生と高齢の女性でした。さらに71年経ち、シシリー・ソンドースが臨床奨学研究のために来訪した時(1955)、聖ジョセフ・ホスピスは新しく60ベッドを増床し、その内45

床ががん患者に設置されました。

さらに71年後、日本のホスピスはどのような歩みを進めてきたのでしょうか。全く文化・社会制度が違う我が国で、それを日本語にできず、ホスピスと呼ぶこの運動を進めるとき、しっかり固めなければならない根底はアイルランドの愛の姉妹会がもつ、メアリー・エイケンヘッドの精神だと考えます。「回復の望めない人に、別なケアが必要」と愛の姉妹会が立ち上げたアウァ・レディース・ホスピスは、メアリー・エイケンヘッドの死後20年経って彼女のシスターたちが創立しました。

文化・社会制度に影響されて、対象となる人・状況の変化がある中で、常に「回復が望めない人々」「特別なケア」を認識し、ホスピスの歴史を振り返り、原点に立ち、適うシステムでありたいものです。

院内デスカンファレンスへの取り組み

～多くの学びを得た方法～

金崎 美穂、田中 羊代、山崎 律子、河崎 美幸

にのさかクリニック

当院は、無床の在宅療養支援診療所で、外来から訪問診療、看取りまで一貫した医療ケアの提供を行っており、今年で開設20年目を迎える。開設当初より、週1回院内カンファレンスを行っており、現在のカンファレンス内容は、外来や在宅患者の今後の方針や情報共有、看取りを行った患者の振り返り（デスカンファレンス）、研修内容の報告である。

今回は、その中からデスカンファレンスについて紹介する。

当初は、看取りを行った患者ひとりひとりの経過や所感を、看護師1人でまとめていた。この方法では、個人の負担が大きく、まとめる形態や内容がバラバラになってしまい、統一感がなかった。また、経過や所感だけでは、当院からの視点のみになり、在宅チームとしてどうだったかという振り返りができない。いろいろと模索する中、平成27年2月から、看護師10人を2グループに分け、月2回デスカンファレンスを行うようにした。関わった関連機関へ直接訪問して話しを聞き、さらに遺族にも話しを聞くようにした。診療経過とそれぞれから話しを伺った内容をもとに、看護師4～5名でミニカンファレンスを行い、考察、所

感を考えまとめたものを、院内スタッフ全員で振り返ることにした。

看護師でミニカンファレンスを開くことで、いろんな視点や考えがそれぞれの意見として出てくるようになり、個人でまとめていた頃より内容に深みが増したと感じる。それには、遺族の方や各関係機関に訪問して顔を合わせて話しをすることで、自分達の知らなかった考えや思いを知ることが大きく反映している。また、チーム全体を通して振り返ることで、いろんな視野から客観的に知ることができ、カンファレンスも充実した内容になっている。

デスカンファレンスの実績を重ね、少しずつ工夫しながらまとめていく過程からの学びが、今の診療や看護へつながっていることを実感する。今後は、院内だけにとどめず、院内カンファレンスで出た意見等も含め、関係機関にフィードバックすることができれば、さらに学ぶ機会ができると考える。

今回、このデスカンファレンスを振り返ることで、工夫から得た学びや問題点、課題について考えたことを報告する。

看取りの後にくるもの

～父の葬祭のコストパフォーマンスとグリーフケアの関係

平泉 邦夫
福岡県 市民

私は、平成26年5月5日に父を自分の働く特養で看取る経験をした。その経緯は、「自分の親を自分の施設で看取る」として、福岡市老協にて事例発表を行った。

今回、葬祭などの費用を開示するとともに、そのコストパフォーマンス（費用対効果）を検証する。その経験をグリーフケアとしての再検証を行う。

人が死ぬということは、死ぬまでの過程が医学的・身体的ケアに比重がおかれがちであるが、死んだ後の過程では社会的・霊的ケアが中心になってくると思われる。私は社会福祉士であることから、その社会的ケアに視点を置く。個人的事例を公表することで、死にゆく人々への支援に関わる人、これから近親の死を迎える方々に参考としていただきたい。

【事例】 私の実父。昭和4年生まれ、享年84歳。主介護者の母と二人暮らし、既往歴 胃がん（70歳時点で胃部垂全摘出）・前立腺肥大・アルツハイマー型認知症。

ここでは、父の葬儀から納骨、相続、墓地にかかるすべての収支を明示する。

収入 合計 619,000 円（香典〈延べ40名〉）

支出 合計 2,531,476 円

①通夜・葬儀（N 典礼）764,280 円 祭壇・会場、棺・骨壺・遺影・霊柩車、納棺、料理、花等。葬儀から火葬場までのすべての費用。

②御布施（通夜・葬儀・初七日・戒名）110,000 円+（49日）30,000 円+（納骨）30,000 円 寺選びは、葬儀社へ一任。宗派も問わずに、結果として「真言宗」。納骨が49日に間に合わ

なかったため後日実施。

③手続き費用 火葬 27,000 円+S 町役場 3,350 円

④香典返し 67,144 円+（寄付）250,000 円 一般的な香典返しとは別に、父がお世話になった現施設に車椅子3台（10万円分）を寄付、さらに在宅時代の施設（デイやケアマネ）に現金5万円、S 町に現金10万円。

⑤介護・医療費用5月分（5日間）18,530 円 医療や介護にほとんど費用がかかっていない。

⑥法事会席代 58,160 円+86,240 円

⑦仏壇 84,072 円

⑧墓地 960,800 円 墓がなかったため、墓地選びをどうするかが死後の大きな問題。夫婦墓で、後から入る母が死んで13年で墓じまいをして永代供養に移るシステム。

⑨相続登記 41,900 円 家や父の預貯金は母の名義へ変更。相続税は非課税。

【コストパフォーマンスについての評価】

総額費用250万円は、妥当でありとても満足している。すべて母と相談して決めたこと、その内容から見て納得できた。次にグリーフケアとしての評価。施設での看取りも満足しているが、それ以上に葬祭への満足のほうが大きい。このことが、父の死を受け止め、母と私の続きの人生をより豊かにしている。母は自分のお墓ができたことでさらに精神的に安定した。父の死は、私にとってまずは母の死のそして私の死の準備作業である。

首都圏における「音楽葬」への取り組みに関する実践報告

近藤 卓司¹⁾、樋口 由起子²⁾、森本 智秋¹⁾、
大澤 けい子¹⁾、加藤 久雄²⁾

1) 株式会社さくら葬祭、2) 長崎ウエスレヤン大学

【はじめに】先行研究では、葬儀が地域共同体が行う社会的儀礼から、私的な家族的儀礼に変化し、家族葬など故人と家族のお別れを最優先した葬儀が重視されていること、各葬儀社のメニューへの依存が高まっている点が言われている。株式会社さくら葬祭（東京都町田市）では、グリーフケアに寄与すべく「その故人らしさ」を表すことができる葬儀形式として「音楽葬」を提案し、先駆的取り組みを行ってきた。

【研究目的】本研究では、「音楽葬」の定義を「宗教者（司式者）の読経などの宗教儀礼の代わりに生演奏を取り入れる葬儀」とし、「音楽葬」を選択したケースの基本的背景と提供された楽曲について分析を行ない現状を明らかにする。

【研究方法】平成26年4月～平成28年9月に、株式会社さくら葬祭が対応した東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県に対応ケースについて抽出を行い、故人および喪主の基本属性及び信仰する宗教、演奏された音楽の曲調・調性・拍子に関する分類を行った。

【倫理的配慮】研究データは、研究責任者が連結可能匿名化して研究に使用する。匿名化の対応表及びデータは、研究責任者がパスワードを設定したファイルに記録し、USBに保存して、鍵の掛かるキャビネットに3年間保管する。

【研究結果】音楽葬は580件中64件で全体の11%を占め、故人の男性が57.8%、女性が42.2%で、平均年齢は57.6歳であった。また音楽葬はキリスト教・神式・その他の儀式を上回っ

ていた。

音楽葬を自ら希望したケースは、音楽葬を選択したうちの21.9%で、葬儀全体では2.4%だった。他のケースは、葬儀担当者から音楽葬の情報提供後に自己決定していた。演奏曲総数は、447曲で短調が33.5%、長調が66.5%で、4分の4拍子は全体の69.1%であった。

音楽葬が選択された全てで、菩提寺をはじめ、特定の宗教者との付き合いがなかった。

【考察】本研究より、グリーフケアとしての喪の作業に、音楽葬が一定の割合で選択されている状況が明らかになった。

音楽葬で採用される曲はメジャーな曲で通常の拍子であるものが多く、「故人を明るく送る」「頑張ってきたので最後は明るく」との考えから来ていると想像される。打ち合わせでの依頼者からの要望もある。一方、マイナーな曲が33.5%あり、曲のバリエーションを求め、葬儀を厳粛に執り行いたいという心情も伺える。

葬儀に対するイメージが「暗く、悲しいもの」に限らず「明るく、ねぎらうもの」としても捉えられていることが示唆された。

【結語】音楽葬を体験したケースの事後調査として、葬儀後の生活場面で同じ音楽を聞いた時に与えている心理状態など、グリーフケアと音楽葬の関連について継続研究を行う必要がある。

【利益相反】筆頭研究者は、株式会社さくら葬祭の代表取締役社長で株式を保持している。

ディグニティ・セラピーが及ぼす家族への影響について

宇戸 智子、松田 裕子

糸島医師会病院 緩和ケア病棟

当院では傾聴のスキルアップ目的で当院独自の方法でディグニティ・セラピー（以下 DT）を行ってきたが、以前より、家族への効果や影響を検証することが課題となっていた。今回 DT が家族に及ぼす影響を知り、より効果的な DT の方法を検討することを目的にアンケート調査を行ったので、ここに報告する。

【方法】 調査期間は平成 27 年 9 月～12 月。調査方法はアンケート調査で、対象は DT を行った家族 6 家族。そのうち 2 家族から回答を得た。家族へアンケート結果は研究以外での目的に使用しないことを文書で説明し同意を得、倫理的に配慮した。

【結果】 「冊子のメッセージはあなたが喪に服している間になんらかの役に立ったと思いますか」の質問に対して、〈強くそう思う〉は 2 名。

「冊子はあなたやご家族にとって安らぎの源であり続けると思えますか」の質問に対して、〈強くそう思う〉は 2 名。

「このとりくみを改善する上でなにかよい方法を思いつかれることがあればお聞かせ下さい」の質問に対して、「こういう冊子を作ることをキーパーソンには事前に話してもいいのではないか、その時にきいてほしいことを確認してもいいのではないか、家族には話しにくくても看護師には素直に話せる患者さんもいると思うので」とのことであった。

「冊子のメッセージがあなたないしご家族にど

のように役に立ちましたか」の質問に対して「おじいちゃん存在はとっても大きかったんでこの冊子で乗りこえられる気がします」。

「その冊子でご家族の関係になにか影響をもたらすことができましたか」の質問に対して「旅行に行く回数が増えた。家族仲良くをモットーに」「以前より弟、親戚とともにとても仲良くなった」とのことであった。

【結語】 DT は患者が語ったそのままの言葉で残されており家族が悲嘆から回復する大きなエネルギーになっていると思われる。

このことから DT は本人の死後故人を思い出し心の安定を得るきっかけとなり家族のグリーフケアとして役立っていると考え。また、今回のアンケート調査で DT を行うことを事前に知りたいと思っている家族もいた。

自分の思いを上手に家族に伝える事ができない、また家族も同様に聞きたいことがあっても躊躇してしまう場合がある。このような時に DT を行うことで家族のコミュニケーションの橋渡しにつながるのではないかと。今後は患者、家族のニーズを尊重し DT の 9 つの質問に家族が聞きたい事を追加するなどの対応も必要と考える。

今回のアンケート調査において DT が家族のグリーフケアに役立っていることがわかった。今後はもっと DT の件数を増やし患者、家族の思いに寄り添い精神的なケアのさらなる充実を図っていききたいと思う。

看護学生がとらえる終末期の高齢者に必要なケア ～最後の手紙の演習後の記述から～

小楠 範子

鹿児島純心女子大学 看護栄養学部看護学科

【目的】本研究の目的は、高齢者の終末期の看護について学ぶ導入として行った「最後の手紙」演習を通して、看護学生がどのようなことを終末期の高齢者に必要なケアとしてとらえたのかを明らかにすることである。

【方法】研究参加に承諾の得られた看護学科2年生48名の演習後のふりかえり記述を分析の対象とした。

高齢者の終末期の看護について学習する最初の時間に「最後の手紙」を書く演習を行い、その後、ふりかえりを書く時間を設けた。ふりかえりの記述から「終末期の高齢者に必要なケア」に関するものを抽出し、記述内容を類似の内容毎に整理しカテゴリー化した。

【倫理的配慮】研究の趣旨、個人情報保護、成績には一切無関係であることなどを口頭と文書を用いて説明し、同意を得た。

【結果】終末期の高齢者に必要なケアとして、〈高齢者の意思の尊重〉〈関係性を支えるケア〉〈今を

生きることを支えるケア〉の3つのカテゴリーが見出された。

〈高齢者の意思の尊重〉は、《高齢者の思いを引き出す》《高齢者の思いを読み取る》《ありのままに受け止める》の3つのサブカテゴリーから成り立ち、〈関係性を支えるケア〉は、《孤独感の軽減》《重要他者の存在を大切にする》の2つのサブカテゴリーを含んでいた。

〈今を生きることを支えるケア〉は、《死と向き合うサポート》《人生の回想のサポート》《その人らしく過ごせる時間の尊重》3つのサブカテゴリーから成り立っていた。

【考察】「最後の手紙」演習を通して学生は高齢者の気持ちを疑似体験し、その体験をとおして、終末期の高齢者に必要なケアについて学生なりに思考していることが示唆された。

愛する夫を一人で看取った妻との関わり

田上 美佐子、魚住 博美、谷川 しおり、鶴田 純子

訪問看護ステーションすみれ

【はじめに】終末期ケアでは本人の意向や希望が重視される。しかし、自宅で最期を迎える場合それを支える家族の負担は大きい。

今回、看取りの段階で在宅とホスピス入院の間で気持ちが揺れたが、最終的に本人が希望した自宅で看取った事例を振り返り報告する。

発表内容の事例については、個人が特定できないように倫理的配慮をした。

【事例紹介】A氏 60代 男性 顎下腺がん、リンパ節・肺・小脳転移

外見を気にし、娘や孫にも弱った姿を見せたくない。周囲に細かく気遣う。

妻と二人暮らし。二人の娘は子育て中。本人の母親は健在だが金銭トラブルで絶縁状態。妻の姉はうつ状態で精神不安定だった。

【経過】家族の世話になるようになったらホスピスへ入るという意向で訪問看護が開始になった。徐々に胸水貯留による呼吸苦が出現し、小脳転移によるフラツキが強くなった。それでもトイレまで歩こうとするため手すりや補助器具の設置を行った。妻にずっといて欲しいと言うようになり、妻も症状悪化時の不安はあるが介護はしたいと2か月後に休職し付き添うようになった。次第に外出できずストレスになってきた妻の代わりに、A氏を見守り外出を促した。

訪問時は本人と妻の気持ちを聴き、看取りの本で予期悲嘆ケアを行い、最期の時への心の準備を促した。そんな中、A氏は最期まで家にいたいと希望し、妻も最期まで自宅で看ていくと決め、在

宅看取りに向けて吸引指導などを行った。

呼吸苦や身の置き所のない苦痛が増強してもA氏は「死ぬのは怖くない」と一貫していたが、妻は不安になった。看護師へ電話したくても夜遅いと本人が止めるため、入院した方がいいのではないかと妻の気持ちは揺れた。娘や姉の協力を勧めたが妻が拒否し、看護師に感情をぶつけるようになった。イベントを提案し、本人の誕生日を家族で祝い、最終的には再度ホスピスへ入院することを家族で選択した。しかし、入院前日にレベル低下し、横で寝ていた妻も気付かないほど穏やかに3か月後に自宅で永眠された。グリーンケアで訪問時に、妻から「些細なことで怒ってしまい思い出すのがつらい」と聴かれた。

【考察】訪問看護師による予期悲嘆ケアでA氏夫婦は死に対する準備ができ、妻も受け止めていたように思われた。希望どおり最期まで家にいられたA氏にとっても、夫の意向に沿って看取れた妻にとっても結果的に良かったと考える。

しかし、介護した妻は、夫の死後に些細なことで怒ってしまった自分を責めていた。それは、妻一人で介護を抱えてしまったことが原因と考える。介護者を孤独にしないためには、早期に家族関係を把握し介護者の支えになる人を見つけ、一歩踏み込んでアプローチする必要があったと思われる。

【まとめ】在宅終末期では、早期に家族関係を把握し、チームで情報交換して共有し、アプローチしていく大切さを学んだ。

悪性胸膜中皮腫により緩和ケア病棟で看取った 11 例の報告 ～急増する悪性疾患としての特徴～

吉川 善人¹⁾、松田 良信¹⁾、岡山 幸子¹⁾、
日吉 理恵¹⁾、二村 珠里¹⁾、伊藤 伸哉²⁾

1) 宝塚市立病院 緩和ケア病棟、

2) 宝塚市立病院 メディカルソーシャルワーカー

【はじめに】2010年6月から2016年9月の6年余の期間で、当院緩和ケア病棟を死亡退院した胸膜悪性中皮腫の患者は11名であった。そのうち4名が2016年に集中したことから、近年の増加傾向を反映するものと考えた。今回、最近の特徴的な症例の一部を提示し、本疾患のケアを巡る現状と今後の課題につき、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】11名の内訳は、男7名・女4名、平均年齢は73歳（57～88歳）、2名に胸膜肺全摘術が施行されていた。平均在院日数は83日（1～504日）であった。患者の多くが胸背部痛や呼吸困難、胸水貯留などの症状を有し、強オピオイドの投与を必要とした。石綿健康被害救済法の給付は6名、労働災害認定済みは1名、同申請中が1

名、残りの3名は未申請または不明であった。

【考察】悪性胸膜中皮腫は、そのほとんどがアスベスト（石綿）の吸引による。曝露から発症までの期間は長く、20年前後から始まると言われている。日本のアスベスト輸入量のピークが1970年代中頃であったことや、潜伏期間の平均が約40年であることから、今後も日本での中皮腫の罹患数・死亡数はさらに増加すると予想される。本疾患の特徴は、診断・根治的治療・症状緩和が容易ではなく、社会的な補償や救済制度があるものの必ずしも認められないなど、他の悪性疾患とは異なる苦痛を患者・家族にもたらす場合がある。

医療・介護・福祉に従事する私達は、これらの特徴を念頭に置いて患者・家族のケアを行なう必要があると考えられた。

セラピューティック・ケア（ハイリスク・レッグケア）によって苦痛が軽減し QOL が向上したと考えられる事例

塚原 喜美代

済生会松阪総合病院、

認定NPO法人日本セラピューティック・ケア協会

【はじめに】セラピューティック・ケアは手だけで行うシンプルなケアである。今回、左大腿悪性軟部腫瘍切除後の拘縮のある患者に両下腿と両大腿へのレッグケアを行ったところ、膝関節の屈曲が可能となり苦痛が軽減し QOL が向上したと考えられる事例を報告する。

【症例】80歳代女性 左大腿悪性軟部腫瘍広範囲切除、左鼠径部転移、放射線治療施行し、娘達の援助で自宅療養をしていた。しかし、食欲低下、両下肢の浮腫が著明となり緩和ケア病棟へ入院となった。

【方法】認定NPO法人セラピューティック・ケア協会の推奨する、膝から足首までのレッグケアと、新たに考案した膝から鼠径部までのケアを平成28年8月の約1カ月間施行した。ケア回数は12回、ケア時間は両下肢へ平均約25分間とした。

【倫理的配慮】従来の協会のレッグケアに加え、膝から鼠径部までのケアを協会へ申請した。また左鼠径部には軟部転移があったためケアを行う事を主治医へ相談し許可を得た。そして、患者・家族へ大腿部へのケアを行うこと、事例発表することを説明し同意を得た。その際、個人を特定できないよう配慮することを説明した。

【結果と考察】左大腿部の腫瘍切除部は癒痕化のため拘縮が強く関節の屈曲ができなくなっていた。両下肢とも浮腫が強く体動時の疼痛が強かったため、レッグケアを両下肢に行うと、初回のケアで浮腫と疼痛が軽減し左膝の屈曲が約120度可能

となった。

その後、1週間に5回のケアを行い、両下肢全体の浮腫と疼痛がほぼ消失し、自分で屈伸運動が出来るようになった。右膝は約90度まで屈曲できるようになったが、左膝は改善がみられなかった。

そこで、膝から鼠径部までのケアを追加すれば、大腿部の浮腫が軽減するのではないかと考え、下肢全体のケアを10日間に4回行った。すると両下肢全体の浮腫が更に軽減し軟らかくなり、左膝の屈曲は自力で約100度、理学療法士の介入によって他動的に約80度屈曲できた。

このケアにより副交感神経が優位となり、リラクゼーション効果が得られ、心身の緊張がほぐれ疼痛の軽減と膝関節の屈曲が得られたといえる。屈曲がめざましく改善したのは、フェントステープ1mgの疼痛コントロールがされていたことも一要因と考えられる。

従来の約2倍の時間をかけてケアを行ったことは、リラクゼーションと癒しの提供となり「車椅子に乗って家に行けたらいいな」と前向きな言葉も聞かれるなど、患者のQOLの向上に繋がったといえる。膝から鼠径部までのケアを行うにあたっては、協会への確認、医師の許可、患者と家族の同意、また、ケア提供者である看護師の医療的知識と技術が必要であった。本事例は一事例であるため今後も検証が必要と考えている。

「両親へまだ伝えてないの」両親へがんであることを伝えることにためらった患者の振り返り

山本 あすか

医療法人松籟会 河畔病院

【はじめに】がんと告知された患者は、両親へのタイミングでどのように話すべきか迷われる。更に高齢の両親であれば「もう歳だしショックを受けるのではないか？」と悩まれるだろう。今回、両親へがんであることを伝えていない患者の事例において、伝えるか伝えないか悩むA氏に対し、2人の妹は最後まで伝えないと考えてあった。姉妹間で意見の相違があり、医療者としてはA氏の思いを優先したいが家族の思いも重要であり、様々な葛藤があった。この事例を通し患者家族と医療者との関わりについて振り返ってみた。なおこの事例については口頭で患者家族に了承を得た。

【事例】A氏 59歳、進行胃癌、夫と2人暮らし。子供はいない、両親、妹2人健在。弟は40代で急死。KP：夫・妹

【経過】A氏は入院当初より、両親へ自分ががんだと伝えていないことを悩まれていた。心配をかけたくない。という思いが強く高齢でもある両親を気づかってのことだったが、医療者としては、両親へ自分ががんである事を告げ、残された時間を有意義に過ごしてほしい、少しでも長く一緒に過ごす時間が作れたらと考え、早く伝えたほうがよいのでは？というアプローチをしていった。

そんな中A氏は両親へ伝える事を決意され会いに行く予定をたてられていたが、元々いよいよ

の時に伝えようという考えだった妹氏が踏み切れず、母親が風邪気味という理由をつけ中止になった。その後A氏の病状が進むにつれ妹氏へも今がいよいよの時であることをその都度伝えていったが、一向に両親が来る事はなかった。

永眠4日前。耐え難い倦怠感出現。鎮静前に母親来院され、そこで初めて病状説明を受けられ、驚いてはおられたが比較的落ち着いて聞かれていた。A氏はお母さんありがとうと感謝の言葉を伝えられ眠りにつかれた。数時間が経ち一時的に目覚め、短い時間であったが穏やかな時間を母親と共に過ごされ、静かに永眠された。

【考察】医療者は他の事例や経験を踏まえての考えをアプローチしていったが、実行するまでには至らず、A氏や妹達へなかなか届かないことに葛藤もあった。だが、A氏や妹達はそれぞれにずっと悩み苦しみ続けてこられ、その上で出した考えだったのだろう。意見の相違はあっても両親を思いやる気持ちは同じなのではないだろうか。

今回、A氏の病状的に残された時間を考えると医療者側としては“早く”という思いで関わったが、伝える伝えないはA氏や家族が決める事であり医療者側としては、A氏を支え見守ることの方が重要だったのではないかと改めて感じた。

緩和ケア病棟看護師の成長につながった体験

堤 かおり¹⁾、關戸 啓子²⁾、植村 小夜子³⁾

1) 梅花女子大学看護学科、2) 京都府立医科大学医学部看護学科、

3) 仏教大学看護学科

【研究目的】 本研究は、緩和ケア病棟看護師へのインタビューから自らの成長につながった体験を明らかにすることを目的とした。

【研究方法】

1. 期間と対象：平成 25 年 5 月～8 月、協力の得られた施設の緩和ケア病棟に勤務する看護師 6 名を対象とした。

2. データ収集方法：緩和ケア病棟における終末期患者への看護実践について半構成インタビューを行った。インタビューは参加者の承諾を得て逐語録とし、看護師自身の「成長につながった体験」を抽出した。

3. 分析方法：抽出したデータは類似性にしたがってカテゴリー化、分析を行った。

4. 倫理的配慮：対象者には研究目的、方法、倫理的配慮を説明し、同意書を得た。本研究は K 大学倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】 対象者は 20～40 歳代の女性、平均臨床経験年数 13.5 (SD = 7.4) 年、平均緩和ケア経験年数 5.0 (SD = 4.3) 年であった。インタビューを分析した結果、4 カテゴリーが抽出できた。以下、カテゴリー〈 〉、語り「 」で示す。

緩和ケア病棟看護師の成長につながった体験として、「患者にどのような関わりやケアをすればいいのかすごく悩んだ」などの〈患者を思って心から悩んだ体験〉、「緩和ケア病棟で行われている

看護から改めて看護の基本を振り返った」などの〈緩和ケア実践に感銘を受けた体験〉、「緩和病棟のために精神的な問題ばかりに注目してしまっ、かえって身体の状態を見ていなかった」など〈自分の偏った見方に気づいた体験〉、「患者へのケアを積み重ねてその人を見届けていくことで、看取りの怖さがなくなった」などの〈看取りに対する考えが変わった体験〉という 4 カテゴリーが抽出された。

【考察】 緩和ケア病棟看護師は、終末期患者へのケアには何か工夫が必要だと悩み、緩和ケア病棟における看護実践から看護の基本を改めて振り返るなどの体験をしていた。また、緩和ケア病棟ということから精神的なケアに偏りすぎて、患者の身体の状態に気付かなかったなど、先入観をもちすぎたことを振り返る経験もしていた。いずれも、それまでの一般病棟における看護実践を基本としながらも、緩和ケア病棟に必要な看護とは何かを模索する体験であると考えられる。

このように緩和ケア病棟の看護師は貴重な体験を生かしながら、自己の成長につなげていたことがわかった。また、緩和ケア病棟看護師自身が成長につながったと考える体験は、それまでの一般病棟における看護実践から、より緩和ケア病棟の特徴をふまえた看護へと変化していくきっかけとなっていることが示唆された。

一般病棟における緩和ケアの一考察

～ QOL の向上によるその人らしい最期を支える為に～

立川 智子、佐伯 輝子、塚田 由紀

ちくし那珂川病院

【はじめに】近年、緩和ケア病床の不足から当院のようなケアミックス型病院でも、一般病棟が在宅で過ごすことが困難な終末期患者の療養、看取りの場となることがあり、当院でも緩和ケアを実施している。今回、十二指腸乳頭部癌切除術後再発患者の終末期で食事摂取が困難になった事例に介入した結果を報告する。

【事例紹介】A 氏、年齢：60 歳代、性別：男性、診断名：十二指腸乳頭部癌。治療経過：X 年 1 月、十二指腸乳頭部癌部分切除術。リンパ節郭清術。X + 2 年 2 月、再発にて切除術。X + 3 年 5 月、SMA 周囲再発にて化学療法。X + 4 年 7 月緩和ケア目的にて入院。疼痛と全身倦怠感著明で体動少なく、るいそうも著明となり、苦顔を呈しベッド上で臥床して過ごす日々が続いていた。癌性疼痛コントロールの為、フェントステープ（8mg）貼付。レスキュー薬：オプソ（5mg）内服。

【経過】入院時より病院食は殆ど摂取できず、本人の食べたい物を家族に持参して頂いていた。疼痛コントロールが良好となり、ある日 A 氏が「B ラーメン屋のラーメンが食べたい」という食の欲求を示された。しかし、病状的にも体力的にも B ラーメン屋までの外出は困難な状況であった。家族の食べさせてあげたいという気持ちを支援する事で、家族が B ラーメン屋に交渉し麺とスープを購入され病室にてラーメンを作り摂取することができた。その後も、本人の好む物を家族に準備

して頂き、少量ではあるが、食べたい時に食べたい物を食べることが出来るよう援助し、るいそう著明な A 氏の表情に笑顔や活気が見られるようになってきた。

最後に御家族より「わがまますを許して頂いて食べたい物を食べたい時に食べさせてあげました」という言葉を頂いた。

【考察】今回、疼痛コントロールにより身体的苦痛を軽減できたことにより、食の欲求を示された A 氏に対し、本人の希望とその思いを支えようとする家族の気持ちを医療者が支え続けた。食を通じて若干ではあるが A 氏の QOL が向上し、生きている実感や満足感を感じることができ、最期まで A 氏本来の優しく穏やかな気持ちのまま過ごすことができたと考察する。

【まとめ】本事例を通し、急性期患者の治療が優先する一般病棟において、心と身体のカを優先する緩和ケアは決して十分なものとは言えない。病気の進行に伴い身体機能が低下していく中で、患者、家族の気持ちに寄り添い支え続けることにより QOL の向上につながり、本人・家族の望む最期を迎えることが出来た。このことから、一般病棟であっても患者・家族の思いを引き出し、その思いを可能な限り支え続け、今後も在宅で最期を迎えることの困難な患者の療養、看取りの場でありたいと考える。

グリーンケア ～家族会のこれから～

田口 弘美、桐ヶ谷 大淳、河野 久仁子、田村 美千代

日南市立中部病院

【はじめに】社会環境の変化から、人々は死に対して日常的になじみがなく、死別後の地域からのサポートも少ないのが現状である。大切な方を亡くされたご家族は、深い悲しみだけでなく、様々な心と体の変化が生じる。早期にその変化を知り、自身の気持ちの混乱やその整理、前向きに人生を捉えなおすきっかけとなるようなグリーンケアが必要である。しかし、悲嘆のプロセスを知る術もなく、同じ境遇の仲間を自分でみつけることも容易ではない。

そこでなるべく早い段階でその場所を提供したいと考え、平成 27 年 8 月より家族会を立ち上げた。始まったばかりの家族会の報告と今後の課題について述べる。

【内容】平成 27 年 8 月から 3 カ月に 1 回開催。(平成 28 年 9 月現在 6 回の開催)

看取りに関わったご家族全員対象に、案内の可否や開催時期・内容について、アンケートによる意識調査を行なった。

家族会を開催するにあたり、会の雰囲気为重苦しくならないように、陽気になりすぎないように、声のトーンや話し方に留意し、BGM やアロマセラピーを活用した。

新規参加者には財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団発行の「これからのとき」というパンフレットを配布した。

【結果・考察】参加者数は平均 9 名であり、一人暮らしの配偶者が多く、働き盛り世代は少ない。悲嘆の強い家族ほど非参加の傾向にある。ケアを

必要とされる時に手を差し伸べられるような関わりが必要であるが、死別後の家族の状況が気になりながら経過を追えていない現状がある。家族会の案内自体が悲しみを助長する場合もあり、初回案内後の返信の有無で、次の案内を検討している。

会の雰囲気作りは手探りの状態であったが、体を動かすことはリラックス効果が高く、気持ちの表出に繋がると感じた。参加後の感想より「傷の舐めあい嫌」「堅苦しすぎるより体操などを取り入れて欲しい」という意見があり、毎回ご家族の意見を取り入れながら次の内容を考慮している。また、「友達ができそう」との意見もあり、会を重ねる中で関係性が少しずつ構築され、交流の輪ができつつある。

パンフレットの活用は、悲嘆のプロセスを知り「これでいいんだ」と今の自分に安心したとの意見があった。悲嘆のプロセスは年齢や関係性によって様々であるが、改めて文面で読むことは自分の感情が異常ではないと自覚し、前向きな心境へ繋がるのではと考える。家族会参加者のみならず、全ての家族への配布が有用である。

【おわりに】家族会を通して悲嘆から少しでも回復し、また同じ境遇の方を支援していけるような会に発展していけるよう、ご家族とともに考え模索し継続していきたい。また、在宅療養に迷う家族への相談、体験談から看取りに関する情報発信など、地域へ浸透していけるような取り組みが今後の課題である。

私たちの思い ～姫路ひまわりの会～

中本 清江、多田 淳子、廣瀬 真生子、
伊藤 幸恵、今村 雅代
姫路ひまわりの会

「姫路ひまわりの会」は、愛する大切な肉親を失った人達が、喪失後、何事もない様に表面上は明るく周囲に心配をかけまいと……。しかし心にぽっかりと空いた穴、悲しみ、つらさ、戸惑いに悩み暗闇の中にたたずんでいます。

そんな思いを、ボランティア・医療者の理解と協力を得て、遺族の会として平成9年6月「姫路ひまわりの会」が発足し、今年20年を迎えました。

同じ体験をした遺族どうしなら語り合う事で気持ち少しだけでもやさしく落ち着き、これから生きていく元気を取り戻せるかもしれません。

医療への不満、後悔の念・・・抱える問題は遺族により異なりますが、親身になって医師・看護師も一緒に、少しでもよい道を探っています。

話したい時に思い出を語り、出欠席も自由、参加できない人は電話での相談も可能です。

私たち「姫路ひまわりの会」では発足以来、参加されている方々の体験をお聞きしています。そ

れぞれの歩んでこられた道は様々でも、皆さんが命の灯を最後まで見守り、実に献身的な日々を送ってこられました。共に涙を流し、共に怒り、共に笑い、どんな自分であっても受け入れてくれる仲間がいる暖かい場所です。そして季節のイベント、ごほうびの温泉、アートセラピー、瞑想、コンサートなども行っています。それらの体験を皆で共感し、共有することによって今後の私たちの歩みに活かしたいものです。

今日の演題発表では、とある日の姫路ひまわりの会 例会を再現してみます。通常2時間の例会の様子を10分程で……。さてどうなりますか？是非聞いてください。

連絡先：姫路ひまわりの会

第3土曜日 午後1時30分～

姫路 だいたうクリニック内

シャポービル1階「サロン花みずき」

死別前からのグリーフケアの必要性についての検討

白山 宏人、森田 浩嗣、梶本 心太郎、稲井 理仁

大阪北ホームケアクリニック

【目的】 最近の調査で、訪問看護によるグリーフケアは自宅訪問による情緒的サポートが主との報告がある。当院でもグリーフケアはお悔み訪問とクリニック来院時の傾聴・労いが主であったが、平成 27 年から分かち合いの会（遺族会）を開催している。

開催に際し頂いた意見からお悔み訪問以後も家族は様々な悲嘆を持って過ごされていることを改めて認識した。今回の状況を踏まえ、死別前からグリーフケアの必要性について考察を交えて報告する。

【方法】

1) 分かち合いの会開催に際し、看取り後 1 ～ 2 年経過した家族 114 名を対象にアンケートを行った結果や意見について検討する。

2) 分かち合いの会に参加された 10 名の家族の悲嘆について当院が関わった状況を踏まえ、死別前からの関わりについて検討し、地域も含めた関わりについても考察する。

【結果】 意見を頂いた家族は 114 名中 44 名（返信無しが 64 名、宛先不明による返送が 6 名）であった。分かち合いの会について 44 名中 20 名は開催希望あり、18 名は開催希望無し、6 名がわからないであった。開催希望の方達は同じ立場で話し合いたいという意見が大半だが、良いと思うが自分には不要、体調不良や遠方に居るので参加はできないという意見もあり、希望無しの方からも多岐に渡る意見があった。

分かち合いの会に参加された家族は全て在宅での看取りを当初から希望され、お悔み訪問の際には前向きな言葉が聞かれていた方達であった。関わった期間は当院の平均期間より短い傾向があり、患者と家族との話し合いが難しい状況の方もおられた。会終了後には全ての方から参加して良かったと意見を頂いた。

【考察】 今回関わった家族の大半は治療終了直後に厳しい状況を伝えられ、死別を強く意識しつつ慌ただしい状況の中自宅に戻られ、希望通りの看取りにはなるも、十分に悲しむ時間や場が無い状況があった。

死別後の家族の悲嘆による行動レベルは時期により変容するものであり、その時期を捉えてサポートをすることは難しく、周囲の方達のサポートも重要と考える。近い将来、患者の死が訪れることを予期した時点から家族のグリーフは始まり、看取りの状況、周りのサポート、ケアをした満足感等はグリーフワークに影響を与えるため、死別前からグリーフケアを意識した関わりが重要となってくる。

エンドオブライフ・ケアを意識した関わりで、患者と家族の支えを見出し、自己決定を尊重し、大切な時間を重ね、患者・家族とのつながりを大切にできるよう関わることで、それが家族のグリーフワークが進む援助となる可能性が考えられた。

【結語】 死別後の状況も考慮した家族のアセスメントやサポートを行うことが重要と考えられた。

緩和ケア病棟における遺族会のあり方と今後の課題

牟田 都茂子、田中 諒子、行徳 五月

嶋田病院 緩和ケア病棟

【目的】 当院では、開設2年目から遺族に対するグリーフケアの一環として当病棟運営の遺族会を年1回開催している。今までの遺族会についてアンケートをもとに振り返り、今後のあり方を考える。

【方法】 第2回から第7回までの遺族会計6回の参加家族にアンケート調査を行い、満足度や改善点などの調査を行なった。アンケートの内容に関しては、満足度は選択式とし、その他は自由記述式とした。

【結果】 計6回行った遺族会の参加者は129家族168名、その内アンケートの返信は70家族からで回収率は55%であった。

アンケート結果より、満足度は「満足」「やや満足」が87%を占めた。自由記載では「コンサートがよかった。また聴きたい」「歌で色々な情景が浮かび涙が出た」「チャプレンの言葉がすごく印象に残った」「牧師さんの話を聴いて、どんなに悲しくてもいいのだと思えた」「亡くなった後も看護師が家族のことを気にかけてくれて嬉しかった」「入院中と変わらずに話ができ嬉しかった」など宗教家からの講話やミニコンサートなどへの肯定的な意見が多かった。改善点として、「喪失した対象が同じ人や年代でのテーブル配置をしてほしい」「遺族間の交流に乏しい、遺族間の話の取りかかりが欲しい」など遺族同士の交流に関するものが挙がっていた。

【考察】 満足度は、高い評価であったが、回収率が半数にとどまっており、回収率をあげるための取り組みも必要である。アンケート回収を当日とし、内容も家族の記述負担が少なくなるよう再検討していく。

自由記述から、遺族会が宗教家の講話を聴く良い機会となり、またコンサートが遺族の心の癒しに繋がっていると考えられる。座席配置に関しては、現在は担当看護師と遺族がゆっくりと話ができるように担当看護師毎の配置としている。しかし、看護師は1人で複数の遺族を担当しており、看護師の負担が大きくなるという問題がある。喪失対象や年代での配置とした際には、担当看護師との十分な時間をとることが困難となることが予測され、十分なグリーフケアが行えない可能性も考えられる。ただし、同じ境遇の遺族同士が交流を持つことでお互いの気持ちを共有することでグリーフケアに繋がり、かつ看護師の負担軽減となる可能性もある。さらに、単独か複数での参加かにより、話しやすさにも差が生じている場合もある。これらのことを踏まえ、配置を検討することが求められる。

今後の遺族会のあり方として、満足度の高かった講話やコンサート継続して行い、「語れる場の提供」を重視し座席配置を多方面から検討し、スタッフの関わりを多く取れるようにした遺族会を継続していく必要がある。

在宅患者遺族会を10年間毎月開催して見えてきたもの

濱田 絹子¹⁾、渡邊 弘敦¹⁾、峰平 あけみ¹⁾、
岡村 和久²⁾、二ノ坂 富士子²⁾、寺町 聡子²⁾

1) にのさかクリニック遺族の会あゆみねっと世話人、2) にのさかクリニック

当院は福岡市西部に位置する無床の在宅療養支援診療所である。外来診療から在宅ケア、看取りまで一貫した医療ケアの提供を行い、1996年の開院以来、特に在宅ホスピスケアに力を入れている。ホスピスケアを行なう上で欠かせない視点として、医療のみを提供するのではなく「いのち」にどう寄り添うのか、そして「地域・コミュニティ」に対して私たちに何ができるのかを考え実践してきた。

現在では、重症心身障害児の日中一時支援、在宅ホスピスボランティアが主体的に行なうデイホスピス、地域密着のチャリティバザー、講演会、コンサートなどの医療にとどまらない取り組みも活発に行なっている。

活動の柱のひとつとして、在宅で看取りをした家族のグリーフケアを行なう遺族会「あゆみねっと」がある。「あゆみねっと」という名前には、共に手をつないで歩いていきましょう、元気になっていきましょう、という意味を込めており、喪失体験を持つ在宅患者の遺族が月に一度集まり、各々の体験や想いを語り合っている。2006年7月から、毎月第3木曜日午後の開催を継続し、今年でちょうど10年が経った。

会の前半は、あらかじめ決めたテーマに沿って世話人の進行で参加者が語り合う。後半はお茶やおやつをいただきながら、ひとときを一緒に過ごしている。参加者は毎月十数名で、会発足時より

常連の方や時々参加する方、家族を亡くして数年の方、1年未満の方など様々だが、みなが主役であり、よい聞き手である。

開催を続けてきて見えてきたことは、月に一度集い、参加者同士が相手の体験や想いに触れることで互いに親しみを感じ、信頼を深め、語り合うことができる場となってきたということである。家族をなくした悲しみや寂しさを抱えながら日々を生きていく中での、様々な思いを率直に話せる関係ができていく。

参加者からは「妻を亡くしとても落ちこんだが、あゆみねっとの案内はがきをもらって外に出るきっかけがつかめた。同じ気持ちを持つ方と語り合い、いい影響を受けた。涙の中に前向きな気持ちを持てた。」「最初は参加へのためらいがあった。余計に悲しみが増すのでは……と躊躇していた。参加当初は泣いてばかりだったが、回を重ねるにしたがって、多くの言葉を重ねなくても、心と心のつながりが嬉しい。」などの感想が寄せられた。この数年は、年に一度、参加者の自宅を皆で訪問して食事会やお茶会なども行ない、交流がさらに深まっている。

課題は、会に参加できない方へのアプローチをどのようにするのか、会の体験を広く伝え共有するためにどのように取り組むのかだと考えている。毎月開催する遺族会ならではの関係性を生かして取り組んでいきたい。

緩和ケア病棟における介護職のための看取り研修

～開かれたホスピスを目指して～

小杉 寿文¹⁾、宮崎 マスミ²⁾、久保 麻悠子¹⁾、鵜池 直邦¹⁾

1) 佐賀県医療センター好生館 緩和ケア科、

2) 佐賀県医療センター好生館 緩和ケア病棟

【背景】 当院の定例緩和ケア症例検討会で、介護施設での看取りがなぜ進まないのかということをお話合った。多くの意見の中で、看取りの経験が乏しく、どうして良いのかわからない、不安であるという意見が大半を占めた。

最も安心して看取りを経験できるのは緩和ケア病棟である。当院緩和ケア病棟では医学生や研修医が24時間体制で看取りを経験できるように取り組んでいる。介護職も緩和ケア病棟を経験することによって、「死」について向き合い、安心して自施設で看取りを実践することができるようにサポートしたいと考えた。

【目的】 緩和ケア病棟で介護施設職員の看取り教育を行う計画を紹介する

【計画】 平成28年11月より佐賀県の看取り啓発事業として、介護施設職員に対して看取りの研修を当院緩和ケア病棟で行うことを計画している。緩和ケアの考え方や苦痛緩和の方法、患者家族の心理過程を学び、看取りの過程を看護師とともに行動して経験する。意志決定支援やエンゼルケア、グリーフケアの基礎についても経験する。また、緩和ケア病棟からも医師や看護師、ケアマネジャーが施設に向いて講義や実践に参加し、継

続的にフォローする。

【考察】 がんに限らず、どのような疾患や病態であっても、手厚いケアがあれば、緩和ケア病棟や病院でなくとも、穏やかな看取りを実現できる可能性がある。現在、がんまたはHIV感染症しか緩和ケア病棟入院の適応にはならない。また、緩和ケア病棟は閉鎖的になりがちで、緩和ケア病棟だけで全てが完結してしまいがちで、世の中から隔絶された空間となる危険性がある。

当院緩和ケア病棟は、閉鎖的にならないように、専門的緩和ケアの研究と教育を担い、地域連携の基地となるよう目指している。当院に限らず、地域の病院や施設、在宅を訪問して地域緩和ケアチームに取り組んでいる。病院や緩和ケア病棟に入院しなくとも、住み慣れた施設で、利用者や家族が最期まで安心して過ごすことができるように、介護士・施設をサポートすることを計画している。また、学生や介護士などが研修することで、当院緩和ケア病棟が密室化することを防ぎ、適切なケアを提供できるように研鑽しなければならない。当院だけの緩和ケア病棟ではなく、地域の緩和ケア病棟として開放する必要性ある。

介護老人保健施設での看取りの現状と今後の課題

高石 真那斗、近藤 千博、吉村 学、
荒木 早苗、黒木 洋美、渡邊 信二

宮崎市立田野病院（宮崎大学医学部附属病院 コミュニティ・メディカルセンター）

【背景・目的】当施設（宮崎市介護老人保健施設 さざんか苑）は宮崎市田野地区の唯一の介護老人保健施設（入所定員 50 名）であり、宮崎市立田野病院（42 床）に併設している。これらは、2015 年 4 月 1 日より宮崎大学が指定管理者となつてその管理運営が行われることとなった。2015 年 8 月～2016 年 7 月の 1 年間に施設内で行った看取りの現状を分析し、地域医療・福祉への貢献と今後の課題を検討した。

【方法】入所記録を元に集計を行った。のべ 76 名の入所者があり、そのうち 13 名の看取りを行った。看取りを行った入所者の年齢は 71-99 歳、平均値 87.3 歳、中央値 90 歳、性別は男性 9 名、女性 4 名であった。入所期間は 4-2986 日間、平均値 268 日、中央値 44 日であり、1 名のみ 5 年間を超えていたが、その他の 12 名は 90 日間以内であった。要介護度は 2-5、平均値 4.3、中央値 5 と比較的介護度の高い入所者が多かった。入所経路は、隣接している宮崎市立田野病院病棟から 8 名（61.5%）と最も多く、ついで宮崎市立田野病院外来から 4 名（30.7%）であった。疾患別では担癌患者が 7 名（53.8%）と半数以上を占めており、次いで多発性脳梗塞 5 名（38.4%）であった。終末期の水分・栄養補給については、経

口摂取のみが 7 名（53.8%）、末梢静脈輸液 4 名（30.7%）、経鼻経管栄養と胃ろうがそれぞれ 1 名（7.6%）ずつであった。死亡時は、8 名（61.5%）は家族同席で看取りを行っている一方、職員が訪室した際にすでに心肺停止状態である例が 2 名（15.3%）あった。

【結果・考察】多くの入所者において、自然な経過での看取りを行うことが出来ていた。だが、病院と異なり、生体情報モニタなどを利用していないことから、急変の際に迅速に気づくことが出来ず、職員が訪室した際にすでに心肺停止状態である例も見受けられた。ご家族が見守る中での看取りを行うためにはどのようにすべきか今後も検討が必要である。

また、当施設で看取りを行った症例の多くは、自宅での看取りが困難であった例であると考えられる。どのような場合に自宅での看取りが可能となるか、本人や家族の意向に沿った看取りの場所の検討が必要と思われた。

終末期における経管栄養、末梢静脈輸液の是非については様々な意見があると思われるが、本人・家族の意向に沿った提案を行うことが重要であると考えられた。

住宅型老人ホームでの看取りの一症例

曾我部 香、河村 康司、中村 みどり、
熊谷 喜代子、永井 千晶
田川市立病院

【はじめに】2016年改訂医療法では、在宅医療の推進を掲げており、国民のQOLの向上や尊厳の確保に基づいた「その人が望む場所で死を迎えることができる」医療の促進を目指している。今回住宅型老人ホームで看取りを行い、その看取り看護についての振り返りを行ったのでここで報告する。

【事例紹介】B氏 女性 88歳

訪問期間：平成28年9月29日～平成28年10月11日

診断名：悪性リンパ腫

（余命1カ月と診断され緩和医療、住宅型老人ホームでの看取りを行う方針）

【経過】退院当日に、家族、主治医、訪問看護師、ケアマネージャー、施設長、施設看護師などによりケアカンファレンスを行った。長男は、延命処置は希望せず、本人が最期まで安楽に施設で過ごせることを望まれた。

施設では、夜間看護師が不在でありスタッフも少なく患者の状態観察に自信がないこと、状態が悪くなったときの対処法がわからないなど不安が聞かれた。そこで訪問看護師から24時間体制で対応を行っていることを説明すると、安心したという言葉が聞かれた。

施設スタッフとは毎日情報交換を行い、各勤務帯で施設スタッフが入り替わるため連絡ノートを作成し、質問に対しては説明を行い更に文章でも残り連携を図った。

10月10日午前より呼吸状態が悪化し、10月11日早朝5時に、息子さん、娘さん、お嫁さんに見守られ永眠された。エンゼルケアを行う際、

家族からは「本当にあまり苦しまなくてよかったです」との言葉を聞くことができた。

【考察】施設での看取りは近年増加傾向である。B氏は13年間施設で生活していたため、スタッフとの関わりも深かった。B氏にとっては施設が一番心の安らぐ場所であり、B氏らしくいられる場所ではないかと感じた。

施設での看取りは、訪問看護師をはじめ多職種のスタッフが関わり、患者とその家族を支えなければならない。

そのためには、情報を共有し1つのチームとなって連携をとることが必要不可欠である。それぞれの専門分野からアセスメントし、対象に合ったケアを提案し、提供していくことが大切であると感じた。

今回短期間ではあったが医師、施設スタッフと訪問看護師のチーム医療により、残された家族が「これでよかった」と振り返ることの出来る看取りができたのではないかと考える。

長い年月を過ごした施設で穏やかなB氏らしい最期を迎えることができた。

【終わりに】今回、施設だからこそ多数のスタッフがその人の生を支えることができた。支える人すなわちチームでの関わりは、十分な介護時間・介護力を有し、看取りの覚悟を後押しすることができた。そしていつでも対応できる医療体制（訪問看護）は本人、家族、施設スタッフと共に同じ方向に向かい支え合い、みんなが満足できる看取りの13日間となった。

今後も多職種が連携をとり、在宅ケアの充実に努めていきたい。

『とっってもいいわよ～』

～いつまでも変わらない生活を送りたい～

川良 由美、菅原 加織

グループホームさわやかテラス春日

【はじめに】Iさん 享年 86 歳 要介護 4

お茶や水墨画、油絵、洋裁など多趣味でおられ、早いうちに夫を亡くされ、着付けアドバイザーをされながら息子さん三人を大学に進学させた。その後は独居で暮らしておられ、H11年、アルツハイマー型認知症と診断。H15年に白内障により目が悪くなり、趣味をされなくなった。物取られ妄想や家への帰り道がわからなくなり、近隣からの苦情もあった。在宅での生活は困難とご家族が判断され、H17年にさわやかテラスに入居となる。

そんなIさんが晩年、乳がんになりながらも最期まで自分らしさを忘れず、入居されて約10年間、グループホームで変わらない生活を送られた事例を紹介する。

【入居からの生活】入居当初は特に外出が好きで、靴がすり減ってしまうほど外に出掛けられ、新しい靴を買い足したこともあった。子どもが好きでよく話しかけられたり、馴染みの喫茶店に行つては好きな珈琲を堪能されたりしていた。スタッフにも時には優しく、時には厳しく意思表示をされるなどまっすぐに接して下さる姿はとても頼もしく、魅力的で気品溢れる方であった。

H26年11月、入浴中に左胸にしこりがあるのを発見。翌月には病院を受診し、乳がんを診断を受ける。医師とご家族、スタッフ三者で話し合う。息子さんの希望により、積極的な治療は行わず経過を見ながら、対処療法をしていく事になる。徐々に状態は悪化し、別の場所へ転移していることも

考えられた。それでも胸の痛みはあまり訴えられずに毎日を送っていたこともあり、ご家族との面談を繰り返す中で、ご家族は、Iさんが最期までテラスで生活して欲しいと望まれた。そんなIさんに対し、私たち介護者には何ができるだろうと考えた。室内で過ごすだけでなく、外出が好きなIさんと体調を見ながら夕食の計画を立てて、夕食に出掛けた。また、住み慣れた場所で不安なく安心して暮らせるように、Iさんの気持ちに寄りそいながら環境づくりに配慮した。

がんが進行していく中でも外気浴や散歩をされ、好きだった珈琲の香りを楽しまれた。Iさんは「ありがと～、とっってもいいわよ～」と優しい言葉をかけて下さっていた。最期まで弱みを見せず、はっきりと意思表示をされたIさんであった。

H28年2月、ご家族に見守られる中、息を引き取られる。

【考察】Iさんはテラスに入居されてからの約10年間、晩年に乳がんになりながらも自分らしく生活できていたと思う。Iさんは目が見えない中での不安、がんによる痛みやきつさも認知症によって表現できない。私たちは、何を望み何に安らぎを感じられるのかを、常に汲み取り寄りそっていった。そのため、Iさんも安心して最期まで自分らしく過ごすことがとができたのではないかと思う。Iさんとの出会いで学び、感じたことを大事にしながらこれからのケアに生かしていきたいと思う。

介護施設における看取りと終末期ケア

河村 康司、熊谷 喜代子、永井 千晶、
曾我部 香、中村 みどり
田川市立病院

【はじめに】今後、多死高齢化社会において欧米と同様にわが国でも介護施設が看取りの場として大切な役割を担っていく必要がある。医療過疎地である旧産炭地の田川地域(田川市および田川郡)の介護施設でも今後看取りを増やしていく必要があるがこれまでのところ当該地域における介護施設での看取りや終末期ケアに関する実態調査がなされていない。本研究の目的は田川地域の介護施設における看取りと終末期ケアに関するアンケート調査を行い地域中核病院である当院が何をなすべきかを考察することである。

【方法】平成 28 年 1 月下旬田川地域の介護施設 137 施設の施設管理者宛に質問紙表を送付した。

質問内容は平成 27 年 1 月 1 日より 12 月 31 日までの 1 年間の施設内での看取りの有無、看取りの人数、常勤医師数、嘱託医師数、日勤看護師数、夜勤看護師数、看取りや終末期ケアへ取り組む意志の有無、看取りや終末期ケアに関する研修の有無、入居時の終末期に受けたケアと医療や看取りについての話し合いの有無、緊急時対応での困難感の有無、点滴の可否、医療用麻薬の使用の可否などである。さらに施設で看取りを行う際の不安についての質問も行った。質問紙表が回収できた 65 施設(回収率 47.4%)のデータを解析した。

データの分析方法であるが施設内での看取りの有無で 2 群に分類し常勤医師、嘱託医師、日勤看護師、夜勤看護師、施設内で点滴ができる、施設内で医療用麻薬を使用できる、施設内で夜間も

医療用麻薬を使用できる、看取りや終末期ケアに積極的に取り組む意志、看取りや終末期ケアに関する研修、入居時の看取りと終末期ケアについての話し合い、看取りや終末期ケアの緊急時対応での困難感について、それぞれの因子の有無で χ^2 検定を行った。解析結果は $P<0.05$ で統計学的に有意と判断した。

本研究は当院倫理委員会の承認を得て行った。また申告すべき利益相反はない。

【結果】①常勤医師がいる、日勤看護師がいる、施設内で点滴ができることが施設内で看取りがあることと統計学的に有意に関連していた。②看取り、終末期ケアへ積極的に取り組む意志があることが施設内で看取りがあることと統計学的に有意に関連していた。③多くの介護施設では今後看取りを行いたいので準備態勢を取りたいと考えている。④介護施設職員は終末期ケアについての知識や経験が少なく勉強する機会もないが看取り、終末期ケアに関する研修会に参加する意思があることが分かった。

【考察】田川地区の介護施設は看取り、終末期ケアへ積極的に取り組む意志はあるが看取り、終末期ケアに関する経験、知識に乏しく不安を持っている。看取り、終末期ケアに関する研修会に積極的に参加したいという意思があるので今後当院が中心となって田川地域の介護施設職員対象に看取り、終末期ケアに関する研修会を定期的開催しようと考えている。

緩和ケア病棟からサービス付き高齢者向け住宅へ退院された事例を振り返って

飯田 邦夫、原 春久、奥野 直美、橋本 あかり
協立総合病院 緩和ケア診療部

【はじめに】当院の経営母体は医療生活協同組合であるが、病院の他に診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、老人保健施設、特別養護老人ホームなどを有している。

今年新たにサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）を開設したが、今回緩和ケア病棟を退院しサ高住への入居を選択されたがん患者を経験したので報告する。

【事例】60代男性、独居で身寄りは遠方に住んでいる姉のみ。直腸がんの肺転移による呼吸困難、疼痛があったが、緩和ケア病棟に入院されオピオイドの投与、酸素吸入行い症状は安定していた。

入院が長期になり、まだ生命予後も見込めることから今後の療養先についてご本人、姉を交え相談したが、自宅は独居の上病院から距離があり不安が強いこと、姉の家はさらに遠方であり通院も困難であることから当院近くの施設、病院を希望された。

そこで病院近くに開設されたサ高住を見学していただいたところ、気に入られここへの入居を希

望された。退院調整行い、当医療生協からの訪問診療・訪問看護の導入、ベッド、在宅酸素療法の手配など行い退院となった。当初は不安も強く早く病院に戻りたいとの発言も見られたが、実際に生活する中で環境を気に入られサービスを導入しながら快適に療養されている。

【まとめ】身寄りがなく一人暮らしとなることで患者にも医療者にも不安はあったが、病院とは異なった自分のプライベートな空間で、自宅ではないものの「自分の家」との意識が芽生え、また病院に近い病棟職員がたびたび訪問したり、緊急時もすぐに病院を受診できることが安心感につながっているように思われる。

緩和ケア病棟を希望される患者が多く入院待機期間も長くなっている中で長期の入院が現実的に難しくなっており次の療養先の選定に困る事例もたびたびあるが、今後条件の整ったケースではサ高住も一つの選択肢であることが今回の事例を通して理解できた。

外科、整形外科病棟における退院支援システムの構築

中村 明子、河野 えり、新本 美有紀、
森岡 晶子、月城 志信
遠賀中間医師会 おんが病院

【目的】 退院スクリーニングシート、スケジュールシートの作成、退院支援カンファレンスを業務に取り入れ、円滑に退院支援が行えるようシステムを構築する。

【方法】

1. 研究期間 平成 27 年 7 月～ 10 月

2. 対象者 4 階病棟看護師 20 名（プライマリー経験のない新人看護師、4 月以降の中途採用者は対象外とする。）

3. アンケート方法

調査票を独自に作成し、システム導入前後にアンケート調査を実施。システムへの意見、退院支援に対するスタッフの意識の変容を調査した。

4. 開始時のシステム概要

1) 情報収集を兼ねた退院支援スクリーニングシート、退院支援の一般的な流れを示したスケジュールシートの作成と運用

2) 退院支援についての勉強会実施

3) 退院支援スクリーニングシートを入院時の担当看護師が記入（65 歳以上、がん患者）

4) プライマリー看護師は入院後 48 時間以内にスクリーニングシートに情報がとられているか確認、必要な情報を追加収集

5) スクリーニングシートの太枠内に 1 つでもチェックがつけば、入院 3 日目に初回カンファレンス実施

6) 初回カンファレンスで退院支援の介入を必要とした患者については次回の日程を決め、スケジュールシートにて経過確認、修正を行う

【結果】 情報収集漏れがないよう、スクリーニングシートにカンファレンス日の記載、情報収集を

プライマリー看護師が行うよう追加し、スクリーニングシート記入漏れ防止の為、3 日前の入院患者を振り返りスクリーニングを行う方法へ変更。退院支援に関する情報不足、スタッフ間で患者の情報の共有ができていないなど、カンファレンス内容が不十分なため、2 回目のカンファレンスはプライマリー看護師が主体となり実施した。また、地域医療連携室スタッフにも参加、助言を依頼した。

アンケートより、退院支援の役割を理解できた看護師はシステム導入前 50% から導入後 90% であったが、スクリーニングシートの記入率は平均 65% であった。

【考察】 退院支援に関する勉強会を実施したことで看護師の役割への理解、知識の向上に繋がった。スクリーニングシートにカンファレンス日の記載やプライマリー看護師の記入、3 日前の入院患者を振り返り、毎日カンファレンスを行うことで一連の流れを作ることが出来たと考える。

また、スケジュールシートを使用し具体的に看護師の役割を遂行していくことで、スタッフの退院支援に対する意識の向上に繋がった。しかし、一連の流れは出来たがスクリーニングシートの記入率は 65% であり、スタッフへ定着するためには今後も継続して取り組んでいく必要があると考える。

【結論】 スクリーニングやカンファレンスによる退院支援のシステム化により、スタッフの意識変化に繋がったが、業務として定着するまでには至っておらず継続していく必要がある。

退院支援に関する実態調査と今後の活動課題

松本 千恵¹⁾、豊福 麻紀¹⁾、岳藤 さおり²⁾

1) 芦屋中央病院指定居宅介護支援事業所、

2) 芦屋町訪問看護ステーション

【はじめに】退院支援の早期介入と充実が図れることをめざし、当院独自の退院支援フローチャート（以下、フローチャート）を活用している。しかし、未記入箇所が多く退院支援における課題を見出すことが必要であると考えた。

そこで、病棟看護師（以下、病棟Ns）へ退院支援に関する意識調査、フローチャートに関するアンケート調査を実施した。

【研究目的】退院支援フローチャートの未記入の要因を明らかにし、また病棟Nsの意識調査を実施することで、今後の活動課題を考える。

【研究方法】

研究期間：2015年4月～2016年2月。

調査対象：A病院一般病棟に勤務する病棟Ns35名（看護師長を除く）同意を得られた病棟Ns35名。

調査方法：

1) フローチャートの記入状況を調査する。

2) 病棟Nsの意識とフローチャートの未記入箇所について独自に作成したアンケート用紙で調査する。

3) 調査結果を単純集計する。宇都宮の「退院支援・退院調整の3段階のプロセス」に基づき分類・整理し、退院支援の課題を検討する。

【結果】

1. フローチャートの記入状況の調査結果：基本情報については入院早期の記入ができていた。ケアマネジャーとの関わりや退院支援に関する項目は未記入が多かった。

2. 退院支援に関する看護師の意識調査・フローチャートに関する調査結果：アンケートの回収率は100%、有効回答率97%

・回答した（1名の無回答を除く）病棟Ns全員が退院支援が必要だと感じていた。

・目標設定に沿った退院指導の実施計画や退院指導の理解・習得状況の確認について「出来ている」と回答した病棟Nsは半数以下であった。

・フローチャートの未記入の理由として「ケアマネジャーに連絡をとるタイミングがわからない」「活用方法が把握できない」などがあげられた。

【考察】宇都宮の「退院支援・退院調整の3段階のプロセス」の第1段階：退院支援が必要な患者の早期把握については、意識が高いといえる。

第2段階：医療・ケア継続のための看護介入とチームのアプローチについては、看護計画に沿った退院指導の実施評価を個々の判断にゆだねている部分が大きいため、チームで協働しフローチャートの記入・評価時期の標準化も必要である。

第3段階：退院を可能にする制度・社会資源との連携・調整については、社会福祉士の配置により利用可能な制度や資源活用の支援体制が整った。当院では多職種が個別に支援している状況であるため、患者や家族を含め多職種チームで開催できるカンファレンスの実施に取り組み、退院支援を充実していくことが課題である。

緩和ケア病棟における退院支援加算1の算定の工夫

岡山 幸子、日吉 理恵、土井 美奈子、
松田 良信、吉川 善人
宝塚市立病院 緩和ケア病棟

【目的】 緩和ケア病棟から在宅への退院を円滑に行うことと、在宅緩和ケアの後方支援として、緩和ケア病棟への緊急入院を促進するため、厚生労働省は、保険診療の改訂を行った。すなわち、平成28年度より緩和ケア病棟でも、「退院支援加算1」「在宅患者緩和ケア病棟緊急入院診療加算200点×15日」を算定可能とした。

一方、宝塚市立病院緩和ケア病棟は、人口約23万人の宝塚市で唯一の緩和ケア病棟として、平成22年6月に15床で開設後、病床利用率は100%近くで運用し、患者が安心して在宅療養を希望でき、入院後も在宅への復帰も推進し、在宅療養の後方支援が行えるように取り組んでいたが、このたびの保険点数改正に沿い、さらに円滑に在宅医療と連携できるようシステム作りを行ったので、報告する。

【方法】 当院緩和ケア病棟では、入院時より患者の希望を伺いながら、退院支援計画書を作成している。その後、病棟担当MSWとカンファレンスを開催し、患者の希望がいつ変化してもニーズに対応が可能なように、MSWの面談を終えるように配慮している。

また、緩和ケア病棟から退院する場合、在宅療養支援診療所に診察を依頼する場合も多く、「緊急

時の受入医療機関情報」用紙を渡し、緊急入院に対応が可能なように整えている。緩和ケア病棟を初診し、入院申し込みを行う場合も、「緊急時の受入医療機関情報」用紙を用いて、同じ手順を行っている。

【結果】 平成28年4月から、退院支援加算1を算定した人数は、5月2件、6月3件、7月1件、8月1件であり、自宅退院が可能となり、退院支援を行うことができた。

【結論】 近年、緩和ケア病棟も、早期退院とともに、在宅療養患者の受け入れのための後方支援が求められている。しかし、緩和ケア病棟に入院する患者の多くは、最期まで緩和ケア病棟で過ごしたい思いと共に、自宅に帰りたい希望も表出される。その希望に添えるように、当病棟では、多くの患者のもしもの時に備えて主治医と看護師とカンファレンスの後、MSWが患者に侵襲を与えない面談を行っている。入院時から患者の気持ちに配慮した退院支援が必要である。また、緊急入院の受け入れを確約することで、安心して在宅復帰を決意できるものだと考えられた。

今後も、在宅を希望する患者の退院支援と、緊急入院時の受け入れ体制の充実を目指していきたい。

慢性心不全患者の QOL を維持するために多職種で支える ～急性期病院から在宅支援へ～

松尾 弓

福岡徳洲会病院

【はじめに】日本循環器学会によると日本における心不全入院患者数は推計 238,840 人である。年度別推移では、2013 年度が 212,793 人であり、その後次第に増加している。また、2015 年国民衛生の動向では、心疾患は全体の疾病の中で第 2 位であり、高齢化に伴い心不全患者総数も増加する。

当病棟は、外科・循環器内科の混合病棟である。2014 年度の循環器入院患者数は 998 名に対して 160 名全体の 16% を示しており、依然と高齢化数の増加は否めない。更に 2025 年を迎える時に急性期病院としての役割は大きく高齢者が生活の質を維持・向上しながら心不全患者が在宅で過ごすための支援が必要不可欠と考える。

【目的】心不全治療・ケア目標は、①血行動態の改善による自覚症状や生活の質 (QOL) の改善、②心不全の進行の抑制による生命予後の改善、③心不全を引き起こしやすい疾患を早期から管理し、心不全を予防することとされている。

【倫理的配慮】患者から得られた情報は事例のまとめ以外の目的で使用せず、プライバシーが保護され匿名性を重視することを説明し口頭で同意を得た。

【方法】

事例紹介：A 氏 80 歳男性、慢性心不全増悪にて入院。起立性低血圧症のため、入院前から離床時に失神を繰り返していたが心不全は薬剤でコン

トロールを図り軽快した。慢性心不全管理と起立性低血圧症があるため、入院時の方針として一旦リハビリを継続のため転院調整を行う予定であった。しかし、妻からは自宅退院を希望された。医療者からは、失神を繰り返すことにより合併症の危険性や心不全管理が困難であったためご家族の在宅での介護負担を考慮していた。医療者とご家族の意向に相違があるため、多職種とのカンファレンス、ケアマネージャーとご家族を含めた退院前カンファレンスを開催した。カンファレンスでは、患者が自宅退院を希望するため、妻も支援したいという希望だった。そのため、各医療スタッフがそれぞれの立場から環境調整を図り、患者、家族の QOL の改善、心不全と共生した生活習慣の提案をおこなった。更に起立性低血圧へ対応が出来るよう、みなし訪問看護師の調整を図り快諾された。

【結果・考察】退院後、起立性低血圧症状、心不全症状の増悪なく、在宅療養が継続できている。医療者は、介護負担を懸念しリハビリ病院への転院が患者・妻にとって、安全が一番良いと思込みがあった。しかし、患者と妻の希望ではなかった。病気の歴史を振り返りながら、患者・妻の QOL を維持・向上のために、医療者は、患者・妻としっかり向き合い医療チームで支えていくことが必要。

看取りに焦点を当てた在宅医療の勉強会における一般市民 および医療・福祉関係者への影響

福井 千絵¹⁾、目 麻里子¹⁾、近藤 和子^{2,3)}、上別府 圭子¹⁾

1) 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 家族看護学分野、

2) マザーリング&ライフマネジメント研究所、

3) みんなのMITORI研究会

【背景・目的】本邦において、高齢化率は2015年に26.0%に達し、2025年には30%を超えると推計されており（内閣府，2015）、重度な要介護状態となっても自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域包括ケアシステムの構築を目指している（厚生労働省，2014）。しかしながら、地域包括ケアシステムを実現する上で、医療の側面における終末期の看取りは課題とされている（箕岡，2012；太田，2015）。

みんなのMITORI研究会では、2025年問題である団塊世代の医療と介護、そして看取りを考えるために必要な情報を継続的に提供し、受講生同士の交流の場を提供することを目的とし、在宅医療の勉強会（以下、勉強会）を開催している。本勉強会は、一般市民と医療・福祉関係者を対象とし、3つのテーマ（①高齢者医療の視点から在宅療養と看取りについて、②自然な看取りへの課題、③高齢者及びその家族に寄り添うケア）に沿って、全6回提供される。本勉強会が、一般市民および医療・福祉関係者にどのような影響を与えたかを検証することにより、今後の看取りに関する教育や研修プログラムの構築に役立てることができると考える。

以上のことから、本研究の目的は、本勉強会が一般市民および医療・福祉関係者にどのような影響を与えたかを検証することとする。

【方法】研究デザインは、自記式質問紙調査を用いた縦断的調査を用い、2015年11月～2016年9月に計5回行った（第1回目の勉強会前・後、

第3回目の勉強会后、第6回目の勉強会后、全6回終了1ヵ月後）。調査対象者は、第1回目の勉強会に参加した者とした。勉強会前の調査項目は、基本的属性（性別、職種、臨床経験年数）、勤務先での看取り経験の有無、死についての教育を受けた経験の有無、近親者の看取りの経験の有無、介護は家族がすべきだと思うかどうか、及びその理由（自由記述）、医療・福祉関係者のみFATCOD-B-J短縮版（中井，2006）とした。勉強会後の調査項目は、介護に関する考え方の変化の有無、死に関する考え方の変化の有無、介護は家族がすべきだと思うかどうか、及びその理由（自由記述）、FATCOD-B-J短縮版（中井，2006）とした。本調査は、東京大学大学院医学部倫理審査の承認を得て行った。

【結果】第1回目の勉強会に参加した121名に対してアンケートを配布し、106名が調査に参加した。

「介護に関する考え方の変化の有無」「死に関する考え方の変化の有無」「介護は家族がすべきだと思うか」「医療・福祉関係者の看取りに関するケア態度」について、第1回目、第3回目、第6回目、全6回終了1ヵ月後における継続的变化が明らかになった。加えて、「介護に関する考え方の変化」「死に関する考え方の変化」「介護は家族がすべきだと思うか」における理由（自由記述）の分析により、本勉強会が一般市民及び医療・福祉関係者にどのような影響を与えたかを明らかにした。

療養場所の選択に関する意見が分かれた患者・家族の一事例 —医療倫理の四原則を用いた分析—

村越 安佐子、木場 彩華、鈴木 典聡、
持田 珠実、吉川 敦子
在宅療養支援ステーション風の風さがみはら

【目的】 療養場所の選択に関する意見が分かっている患者・家族の事例を医療倫理の四原則を用いて分析し、訪問看護師の支援のあり方を明らかにすること。

【事例】 A氏、70歳代男性、肝がん末期。約1年前にB病院で診断。化学療法の効果がなく通院が困難となり、Y月X日に往診と訪問看護導入。X+8日頃より意識レベルが低下し、様々な介助を要すようになった。この頃からA氏や家族の療養場所の選択に関する意見が分かれるようになった。同居の妻が主介護者。近隣に二人の娘がいるが、仕事や家庭の事情であまり介護に協力できず、妻の負担が大きい。

【結果】 医療倫理の四原則による分析：A氏は家にいたいと希望されており、これを尊重することは善行と自律尊重の原則にあたる。次女もA氏の意向を尊重していた。しかし主介護者である妻は「心配なので入院してほしい、これ以上の介護は無理」と主張した。長女は妻の負担を考え入院した方がいいと主張していた。妻が介護できなければA氏の在宅療養が困難となる可能性があり、無危害原則に反する。以上のことから、「A氏と次女」対「妻と長女」という価値の対立があり、調整が必要と考えられた。

介入：療養場所の選択はA氏と家族で話し合い決定していただくこと、どのような選択であっても医療者は全力で支援することを伝えた上で、医療者の考えを押し付けないようA氏や家族の

意見を傾聴し、承認した。その中で「昔から次女は言い出したら聞かない所があり、口は出すが手は出さないで困っている」という妻の言葉があった。次女には、在宅療養を希望されるなら家族の支援が必要であることを具体的に説明した。家族の介護負担軽減のためには、ケアマネジャーに相談の上ヘルパー導入を提案した。また、B病院のソーシャルワーカーに相談し、在宅療養が難しければいつでもB病院に入院できることを保証した。

結果：X+11日頃からA氏は発語が困難となり、意思表示が不可能となった。妻と二人の娘が何度も話し合いをした結果、娘達が交代で家に泊まって介護し、どうしても在宅療養が難しければB病院に入院する、ということX+13日に決定した。その翌日A氏は永眠された。

【考察】 介入においてはA氏や家族の意見を傾聴し、決定権をA氏と家族に委譲した。決定に際し家族が参加するよう促したことにより、個人の責任性を高めたと考えられる。また、ヘルパー導入の提案や必要時入院可能と保証することにより、サポートの充実につとめた。これらのことが家族のエンパワーメントにつながり、価値の対立を解消して療養場所の選択ができ、A氏の意向が尊重できたと考えられる。

【結論】 価値の対立を解消するため、家族をエンパワーメントすることは重要な支援である。

成人前期の一般市民の終末期に関する講義受講による死生観の変化

網木 愛¹⁾、前屋 瑞貴²⁾、稲葉 文香¹⁾、
木下 みゆき³⁾、渡邊 則子³⁾、竹元 仁美⁴⁾

1) 山口大学医学部附属病院、2) 九州大学医学部附属病院、

3) 山口大学大学院、4) 東京純心大学

【目的】 看取りに悔いを残さないためには、どのように生き、死を迎えるか、家族員間で了承しあうこと、つまり、各自の「死生観」について十分話し合うことが重要とされている。そこで、成人前期の一般市民を対象として、終末期及び死生観の基本的知識を習得するため「終末期に関する講義」を実施した。本研究は、この講義が参加者の死生観に与える影響について検討することを目的とする。

【方法】 機縁法にて研究参加を募集し、文書で研究目的・方法を説明し、同意を得た12名を対象として「終末期の定義、終末期における全人的苦痛、看取り時の実際のケア」等の講義を50分行う。講義前後に、「身内の死が近い時に実施したいケア内容（先行文献を参考に7項目）」、および「臨老式死生観尺度調査」を実施する。統計解析はスタットフレックス6.0を用い、対応のあるt検定を行う。

【倫理的配慮】 所属の倫理審査の承認を受けたのち、研究対象者に書面と口頭で研究協力は途中で辞退できること、結果は公表すること、プライバシーの保護を厳守することを説明し、同意書へのサインを得た。

【結果】 対象者の平均年齢は22.1 ± 1.4歳（大学生5名、社会人7名）。講義後、「身内の死が近い時に実施したいケア内容」で「体を拭く」「手を握る」が有意に高くなった（ $p < .05$ ）。また、「臨老式死生観尺度調査」では「死への関心」が有意に高まった（ $p < .05$ ）。

【考察】 「体を拭く」等の実践的ケアに関しては、先行研究では看護師の役割と認識する傾向があった。

本研究結果では、講義後は「体を拭く」「手を握る」ことは日常的なケアで、専門家でない自分にもできる、と認識が変化した。講義により自分にできる終末期ケアに気づいたと考える。また、死生観尺度の「死への関心」では、研究参加に同意した参加者はもともと死に関する関心が高いと推察されるが、講義により「お互いの死について話し合うこと」の意義について理解が深まり、さらに関心を高めたと考える。

【結論】 終末期に関する講義を受講することにより、成人前期の一般市民への終末期に関する理解や認識が深まり、「死への関心」（死生観）に影響を及ぼしたと考える。

高齢がん患者の療養法の意味決定に関わる看護支援の動向と今後の課題

田中 里佳¹⁾、大久保 仁司²⁾

1) 株式会社フェイト おかげ庵森本、

2) 岐阜聖徳学園大学看護学部

【はじめに】療養法の意味決定は、患者の生に対する考え方が反映されるものであり、最優先に尊重されるべきものであるが、状況が変われば気持ちに揺らぎが生じる。つまり、患者にとっての療養法の意味決定は、生命の質、生活の質を左右する重要な課題であるといえる。さらに、現在死亡原因の第一位であるがんは、治療成績が向上しているものの、未だ死を連想する疾患であり、患者自身の死生観や病状の進行に影響を受けるがんにおける療養法の意味決定は、さらに複雑であり患者自身が今後の療養方針を決定することは容易ではない。また、高齢者の場合は、精神的・身体的構造や機能の老化や、価値観が確立していることなど心理面における配慮が必要である。

以上より、高齢がん患者が療養法を意味決定するということが患者の大きな負担になっているのではないかと考えられる。そこで本研究は、近年における高齢がん患者の療養法の意味決定に関する先行研究の動向を分析し、高齢がん患者の療養法の意味決定支援の現状と課題、看護支援の在り方を検討する。

【研究方法】分析対象は、2011年～2015年の5年間に掲載された高齢がん患者の療養法に関する意味決定に関する論文とし、文献検索には、Web版医学中央雑誌（Ver.5）を使用した。キーワードは、“がん”、“意味決定”、“高齢者”、“原著論文”とし、本人が意味決定をするという前提において認知症や精神疾患がない高齢がん患者を対象とし

ている文献とした。そして、得られた文献を公表された順に整理し、研究目的及び研究対象を確認した上で概要を明らかにし、どの視点での意味決定であるのか分類した。

【結果】16文献該当し、内訳は、化学療法、放射線療法など治療に関するもの、手術、移植などであり、治療12件、ギアチェンジ2件、療養の場2件に分類することができた。

【考察】がんと診断されると療養方針の意味決定を行うが、本研究の結果より、治療に関する意味決定後も、病状の変化によって更なる意味決定を求められており、状況や状態の変化に揺らぎが生じ意味決定を困難にしている現状が明らかとなった。さらに、高齢者は豊富な人生経験の中で、ライフスタイル、こだわり、価値観が確立されるため、高齢者の意味決定支援には、これらのことを考慮した支援が必要である。しかし、看護師は高齢がん患者の意味決定支援の必要性を感じていながらも、十分にかかわることができていない現状が明らかとなった。

【結論】患者の生活の質、生命の質を保障するためにも自己決定が重要であるが、医療体制や高齢者特有の課題、看護者の課題など様々な要因が複雑に絡み合っていることにより看護師の意味決定支援が十分であるとは言えない現状が明らかとなり、患者と看護師の信頼関係の構築を含めた早急な支援方法の確立が急務であり今後の重要な課題であることが示唆された。

エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座受講後の変化

丹後 ゆかり

訪問看護ステーションたちばな

【目的】住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける地域包括ケアシステムの構築を目指すには、地域での人生の最終段階のケア「エンドオブライフケア」が課題となる。その課題へ2015年4月一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会が設立され7月より全国で援助者養成基礎講座を開催。講座受講者は全国で1,000人を超えた。大阪では2015年10月、2016年2月、5月と3回開催、区内多職種17名(所内6名含む)が参加し地域で実践。講座受講後の変化を振り返り報告する。

【方法】2016年6～9月の4か月間、所内及び地域多職種とのケア会議で利用者、家族の苦みを共有し支えを強める方策を検討。人生の最終段階の利用者と家族に対し“希望の場所で穏やかに過ごす”ことを目標にエンドオブライフケアを実践。援助的コミュニケーションを活用し、解決できない苦しみ(スピリチュアルペイン)に焦点を当て、援助を言葉とし実践した。人生の最終段階の利用者15名の支援を振り返る。

【結果】人生の最終段階では、弱りゆく中、今までできていたことができなくなり過ごす時期がある。本人はもちろん弱る姿を見る家族、支援者の苦しみも大きい。その苦しみに対し、励ましや説明でなく、多職種一人一人が誠実に理解者となれるように関わり在宅療養を支えた。

結果、人生の最終段階に在宅療養を選択し住み慣れた家で過ごす「ずっと家族と一緒に居たい」「ずっと家に居たい」その経過の中に看取りの日が訪れた。講座受講前は、在宅で最期まで過ごすことは困難と思われた高齢世帯や独居世帯の在宅看取りが実現している。

【考察】人生の最終段階において、援助を言葉とし、弱りゆく苦しみの中の支えを多職種で強めることで、在宅療養を選択し暮らしの中の看取りが可能となる場面を経験した。

地域多職種でのエンドオブライフケアは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける地域包括ケアにつながると考える。

終末期がん療養者への栄養マネジメント ～ターミナルステージにおける QOL 向上のための栄養マネジメントを振り返って～

上村 博美、東根 聖子、今田 志紀子
兵庫県看護協会尼崎訪問看護ステーション

【はじめに】終末期における栄養マネジメントは、本人や家族の QOL 維持・向上に影響を及ぼす。今回、進行胃がん末期、嚥下機能障害のため栄養手段は経腸栄養であったが、終末期の時期に応じて、QOL 維持・向上できるよう栄養マネジメントを行った。それぞれの時期における食や栄養の意味、ケアを振り返り、QOL にどのように影響したのか考察する。

【論理的配慮】M 氏の家族と関連事業者に、症例報告に関する同意を得ている。

【事例紹介】M 氏、70 代、進行胃がん末期、幽門部ステント挿入、予後数か月。家族の希望で未告知。主介護者は同居の娘。脳血管障害既往による嚥下障害があり、経口摂取困難と評価され、栄養手段は経腸栄養となる。退院時より訪問看護が開始となる。

【経過】①在宅療養導入期：入院時と同様の注入方法では、一日の大半が注入時間となる。M 氏と家族が自由な時間を確保できるように、高濃度の栄養剤に変更し、注入回数を 3→2 回/日に変更した。②安定期：「チャーハンが食べたい」と、口から食べたい思いを話され、リハビリに前向きに取り組まれた。ST と連携し、区分 4 の食品を安全に摂取でき、楽しみが持てるように支援した。③不安定期：傾眠傾向、がん性腹膜炎による腹水、下痢症状、るい瘦、褥瘡形成と病状の進展がみられた。持続する不消化便は、高濃度の栄養剤が負担になっていると考え、通常濃度の栄養剤に変更し、下痢症状は落ち着いた。一方、褥瘡

形成により一定の栄養を確保し、ポジショニング、被覆材や軟膏による褥瘡ケアにより、褥瘡は治癒した。④看取り期：衰弱に伴い、喘鳴や痰の量が増加した。苦痛緩和のため注入量の減少が必要と考えたが、家族は生命に影響を及ぼすため受け入れ難い思いがあった。家族の気持ちに配慮し、注入量を減少することが喘鳴や痰の減少に繋がることを家族と共に評価し、穏やかに看取れるように支援した。

【考察】①在宅療養導入期：生活に合わせて栄養投与方法を調整することは、M 氏が希望したりハビリ時間の確保、家族の介護負担の軽減に繋がった。②安定期：M 氏や家族にとって口から食べることは味わい、喜び、楽しみをもたらし、食べることへの支援は、前向きな気持ちを支えることに繋がった。③不安定期：病状進展期は、過剰な栄養が身体負担となる。一方、必要量の栄養確保により褥瘡治癒を可能とした。状態変化に応じた栄養マネジメントは、苦痛緩和に繋がる。④看取り期：身体負担を考えた栄養量の減少は、苦痛緩和に繋がる。併せて、家族の気持ちに寄り添う栄養調整が大切となる。

終末期の栄養マネジメントにおいて、食べることへの支援は希望を支え、身体負担を考慮した栄養調整は苦痛緩和に繋がる。また家族と共に栄養管理に取り組むことにより、家族の絆が深まり、家族が限られた時間を十分に過ごせたと思える結果に結びついた。

投与カロリーを多くすれば栄養は改善するか

田村 亮
國富胃腸病院

【はじめに】当院は経口摂取が困難で、経管栄養で生命を維持している患者が多数おります。それらの患者に対して流動食および白湯が1日2～3回投与されている。栄養が終わると気道分泌が増加し、気道分泌物の吸引が必要となる患者が多数いる。気道分泌量が多くなると、気管支炎や肺炎など起動感染症を起こしてさらに頻回の吸痰が必要になると、ミニトラコ挿入や気管切開で吸痰を行うこととなる。褥瘡発生や検査結果で低栄養と判断されると、注入カロリーや蛋白の増加を目指した新たな注入量の増加が行われているが、果たしてそれで患者の栄養状態が改善されているのか。

【研究】注入カロリー・経口摂取量とアルブミン・CRPの変化を測定した。患者の全身状態や発熱・炎症反応を検討し、投与するカロリー量や蛋白量などの栄養内容を評価し変更を行った。

【結果】今回症例を提示し、その患者にとってのより良き栄養について提示する。今回の結果はNSTの言う最適栄養療法とは異なる結果となった。多く入れても栄養状態が改善するのではなく、炎症（肺炎など）で逆に栄養状態が低下することもある。また栄養の投与量が減ると、糖尿病や高血圧症が改善し、投薬内容も変化する。これらのことから高齢者の場合個々の患者に適した栄養療法があることが示唆された。

【まとめ】高齢になると、それまでの医療をそのまま適応できなくなる。良かれと考え提供する医療が、逆に患者の状態を悪化させている場合もしばしばみられる。炎症反応を悪化させない栄養療法を意識して患者の治療を組み立てることが大切である。患者にとっての「良い生」とは「良い死」を見据えた上で計られるものである。若年者と同様の治療概念で一律に行われるものではない。

【提案】ここで遊行期（ゆぎょうき）医療を提案したい。インドでは人の人生を4期に分けている。「学生期（がくしょうき）」将来に備えて、学問、技術、教養などを身につける時期。「家住期（かじゅうき）」勉学や訓練を終えて、職業を持ち家庭を営む時期。「林住期（りんじゅうき）」その勤めも果たし、自然に向き直って自分自身の人生を静かに見つめる時期。「遊行期（ゆぎょうき）」家を捨て死に場所を求める放浪と祈りの余生の時期。遊行期を生きている人は、それまでの人生とは別の人生を歩むことになる。遊行期でも健康で第一線で活躍する人もあるが、他人の介助を受けなければ日常生活がままならなくなる人が多くなる。これら遊行期の人を支えてゆくのが地域包括ケアである。医療・介護の必要になった遊行期の患者を支える時、林住期の医療・介護では患者の苦痛が増加することもあることを知ってほしい。

療養病床における食事のアメニティ～第7報～

セルフうどんの試み

栗栖 裕幸、柴田 清、竹内 裕子

老寿サナトリウム

【はじめに】当院は大阪府の南部、河内長野市の高台にある281床の医療療養病床を有する病院である。

入院患者の平均年齢は88.25歳、平均在院日数は535日（2016年9月末日現在）で、その殆どの方が当院で最期を迎える。

当院では、折り詰めや郷土料理、鍋など様々な行事食を行っている。院内で過ごす事の多い患者さんに少しでも外食の雰囲気味わって頂きたいと考え、昨年はオープンランチでのスープの提供を行った。今年はセルフうどんの取り組みを行ったので報告する。

【実際】外食で見られる茹でたうどんに患者が好みの具材をトッピングしていくスタイルを取り入れた。具材はかき揚げ、ちくわ天、きつねあげ、わかめ、かまぼこ、ねぎの6種類とした。

一般食については、そのままの形状での提供とした。

刻み食は日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整分類2013（以下学会分類）のコード4に相当する形状で提供した。フードケア社のスベラカーゼミートを用い、具材に応じて3～5%溶液に一定時間漬け込んだ後加熱することで、そのままの形状でも舌や口蓋間の押し潰しで咀嚼できる固さとなるように工夫した。

ミキサー食は学会分類2-1もしくは3に相当する形状で提供した。麺は加水しミキサーした後、ニュートリー社のソフティアUを1%、具材は加水しミキサーした後、キッセイ薬品社のスルー

パートナーを0.8%加えそれぞれゲル化した後成形し、そのままの形状に似せて提供した。外食の雰囲気を味わって頂くため、うどんやかき揚げは目の前で調理を行い、スタッフはうどん店を意識した衣装をまとい雰囲気作りをした。

【考察】当院は行事食をはじめ、食のアメニティーに力を注いでいる。一方で、ミキサー食や刻み食の喫食者への対応に課題が残っている現状がある。刻み食は、入れ歯の不具合など咀嚼に問題のある患者にとっては食べやすい形状である反面、見た目や食塊形成に難があるなど、ミキサー食は嚥下に配慮しているものの、見た目や固さが一定しないなどの問題が上げられる。

これら課題の解決にはマンパワーの不足や調理設備・器具の更新といったことが考えられるが、献立作成者や調理従事者の知識の習得や技術の向上といった点も上げられる。このような行事食では通常勤務体制外で人員配置を行うため、マンパワーの問題は解決できた。調理技術の点では、担当栄養士が試作を重ねた上で調理指導を行った。今回の喫食状況についてはいつもより喫食量が上がっているように思えた。その要因は、①食事会場の飾りつけや屋台を設置したことで雰囲気を作ることができた。②食事会場に出汁の香りを漂わせ、嗅覚に訴えた。③目の前で調理することで期待感があった。

今後もこのような機会を通じノウハウを積み重ね、通常の食事に反映し食環境の向上につなげていきたい。

生きる実感、確かな食事から

小淵 智子

にのさかクリニック

【はじめに】末期癌でイレウス症状を伴う2例、及び小腸大量切除後の短腸症候群の1例で経口摂取が困難な患者に、訪問栄養指導を実施し、患者の症状に合わせた調理をして食事を提供した結果、食事を食べられる事が喜びとなり、そのことがきっかけで、症状が安定した。又、栄養障害を心配するほどの小腸の切除術後状態で、消化吸収が活発となり、体重増加、便性改善など予想以上の結果を生みだしている。その効果について考察したので報告する。

【方法】①末期癌患者30代女性と50代女性、それぞれの自宅に訪問して、食べたい物をリクエストしてもらい、リクエストしたメニューを、低残渣食に沿った形態で家族と一緒に調理し、また食事が楽しめるように盛り付けにも考慮した。

②80代女性短腸症候群患者（上腸間膜血栓症で小腸大量切除術後、TPN併用）には、ペースト食を天然の出し汁で煮たもので作り、また少量の食事でも楽しめるように器や盛り付けにも考慮した。本人の咀嚼状況などを確認して、食事形態を固形物に移行して食品や食事量を増やしていった。

【結果】①2名の在宅末期癌患者に、それぞれ食べたい物を家族と調理し、試食してもらった、30代女性は途中から自身も調理に参加し、料理を作ったり、盛り付けをして楽しんでいた、50

代末期癌患者は、毎回リクエストした食事を次回提供する事で食事が楽しみとなり、症状が小康状態へ移行し、在宅で家族と過ごす時間が、予想していた期間よりも長くなった。

②短腸症候群患者80代女性は、ペースト食を試食してもらった時に、咀嚼が可能な事を確認し、低残渣の食事を固形のまま試食してもらおうと、箸を持って食べる事などでQOLが向上し、以前は食事をする事を諦めていたが、徐々に食事することに意欲が出てきた。その結果、体重が増加し、便性状も改善していった。

【考察】食べる事が元々好きだった3名の患者たちが、食事を食べる事が出来た喜びによって、症状が落ち着いたり、改善したりと予想以上の効果を生み出している。

食べたかった食事を口から食べるという行為が想像以上にQOLを向上させ、末期癌患者には毎日の生活を悲観する事しかなかったが、食べたい物が食べられるという事で生活に楽しみができて笑顔が増え、その事が症状を安定させたと思われる。短腸症候群患者は、食事をあきらめていたが、再び食事をする事が出来るという喜びで、短い小腸の消化吸収能力が活発となったようで、体重増加、便性状が改善できたと思われる。確かな食事を摂る事で、患者に与える精神的な喜びがもたらした効果もあったのではないかと考えられる。

指定管理で運営開始した老人保健施設において在宅を目標とした栄養管理

阿部 千紘^{1,2,3)}、近藤 千博^{1,2,3)}、荒木 早苗^{1,2,3)}

- 1) 介護老人保健施設 さざんか苑、2) 宮崎市立田野病院、
3) 宮崎大学医学部付属病院 コミュニティ・メディカルセンター

【はじめに】介護老人保健施設さざんか苑は、併設している田野病院と共に平成 27 年 4 月より国立大学法人宮崎大学が指定管理者となり運営している。当施設は、ベッド数 50 床で利用者の自立と家庭復帰を目的とした介護保険法に基づく施設であり地域や家庭との結び付きを図りながら在宅復帰を支援している。

【目的】平成 27 年 4 月より新体制で運営を開始し 2 年目となり、在宅支援を行う栄養管理の面でどのようなアプローチを行ったのか、どのくらいの効果が見られたのか、また退所後の行先との関連性について症例検討を行い、今後家庭への復帰を支援する施設としての課題を見つける。

【方法】平成 26 年度から平成 28 年度までの施設入所者を対象とし、実際に提供した食事の食種・形態等のデータを抽出し分析を行った。

利用者の疾患や食事摂取状況について多職種でカンファレンスを行い、問題を上げて検討した。その中で在宅復帰が可能な入所者には家庭で対応可能な食事形態を選定し、家庭での調理担当者、食事介助担当者に対して教育と指導を行った。また実際に自宅を訪問し、環境にあった具体的なアドバイスも行った。

【結果】入所者全体に対する食事形態別人数割合でみると、平成 26 年度の 1 年間では刻み食の割合が半数以上を占めていた。平成 27 年度 1 年間では、前年に比べ常食の数はわずかに増加、刻み食の割合は減少、ミキサー食や経管栄養の割合は増加の傾向がみられた。また平成 28 年度 4 月か

ら 9 月では常食・荒刻み食の割合が半数に迫る増加が見られてきている。

また入所時は不顕性誤嚥がみられミキサー食を介助にて摂取されていた方が、多職種でのカンファレンスで食事摂取状況や嚥下評価、リハビリの進捗状況、検査データなどについて情報を共有し検討を重ね、刻み食→荒刻み食→常食へ食事形態アップが可能となった。平行して家族へ食事の内容や形、水分など家庭環境の中で可能な限りのアドバイスも実施し、その後家庭へと復帰された例もある。

【考察】家庭への復帰を多職種で検討し、自宅を想定した食事形態アップをすることで常食・荒刻み食の割合が増加したと考えられる。一方でミキサー食や経管栄養の増加が見られたことについては、大学病院や医療機関を併設した施設ということもあり医療依存度や要介護度の高い患者の入所が多いことなどが影響していると考えられる。

【まとめ】当施設は、リハビリを中心とし利用者の自立と家庭復帰を目的とした施設である。家庭復帰する上で食事の問題は欠かせない。在宅へ向けた栄養管理を行う中で本人の QOL の向上、家族が受け入れやすい環境づくりも重要である。しかし、食事形態のアップだけではなく、本人の意志や、日々変化する身体の変化、家族の受け入れ状況などにより家庭復帰が困難な事例も存在する。今後も多職種で連携し、個別の目標や課題に対応し家庭復帰への取組みを継続する。

看取りのパンフレット作成による、在宅看取りの啓発活動・・・ 薬局薬剤師の取り組み

工藤 信孝
公益社団法人 八幡薬剤師会

超高齢化社会の入り口である2025年に向け、医療・介護・予防・住まい・生活支援が、一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が、地域における医療・介護の方向性として示された。医師会を中心に、在宅医療・介護連携支援センターが設立され、病院完結型の医療システムから地域密着型の医療、在宅医療へと切れ目のない医療・介護体制の提供が始まった。そして、現在議論されている地域医療構想において、病床の機能の再編と地域の実情に応じ、それに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられるシステムの構築が推進されている。

このようなシステム構築が推進する中、在宅で看取られたいと考える患者が増える一方で、その家族には「自宅で看取ることにはできるのか?」「自宅で医療と介護の領域でこういったサービスを受

けられるのか?」といった情報不足による不安に直面するといった問題が生じ、自宅で十分な看護・介護が行えないケースがある。

そこで、将来看取られる私たちだけではなく、在宅で患者を看取るご家族や地域住民、医療介護の多職種が協力し、在宅で看取りを行える地域環境を創出するため、看取りパンフレットの作成や、看取り研修会を実施することにより、安らかな在宅で安らかな看取りを行える地域での在宅緩和医療体制を構築したい。

これら、①看取りのパンフレットの作成、②看取り研修会を行うことにより、地域の皆様に在宅での看取りということを知って、関心を持って貰いたい。できれば、そういった文化を再度育て貰える手助けとなれるよう、行っている公益社団法人 八幡薬剤師会の取り組みを紹介したい。

当院の外来患者における健康食品およびサプリメントに関する意識調査

小川 義敬¹⁾、中村 悦子¹⁾、鈴木 美恵¹⁾、
鈴木 美千代¹⁾、小川 巴瑠奈^{1,2)}

1) 岩切病院 薬剤部、2) 東北医科薬科大学 薬学部

【目的】 今日、健康志向の高まりを背景に、健康食品・サプリメントを使用する場面が増加してきている。また、健康食品・サプリメントの研究や臨床試験も数多く行われるようになり、安全性や有効性に関する一定の知見が集積されてきている。平成 26 年 6 月に閣議決定された規制改革実施計画において、病院やクリニックで「サプリメント等の食品の販売が可能であることを明確化し、周知を行う」と明記された。また、同年 8 月の厚労省通知では、「患者の療養の向上を目的として」であれば、病院・クリニックでの販売は問題ないとされた。

この現状を鑑み、当院では、外来患者を対象にして、製薬会社などが製造するサプリメントの販売を検討中である。しかし、当院の患者における、健康食品・サプリメントについての興味や関心、使用状況などについては、あまり把握されていなかった。そこで、当院の外来患者を対象に、健康食品・サプリメントについてアンケート調査を行うこととした。

【方法】 平成 28 年 2 月より、当院の外来患者に対して、健康食品・サプリメントに関する選択形

式のアンケートを行った。回答のあったアンケートについて、集計を行った。

【結果・考察】 アンケートを解析した結果、回答者の半数は高齢者であり、健康食品・サプリメントに対する関心の高さが明らかとなった。一般的に高齢者は健康食品・サプリメントの利用率が高いことが知られており、年齢が上がるほど複数の健康食品・サプリメントを利用するようになるとも言われている。また、今回の調査において、サプリメントを服用している一方で処方薬を処方通り服用していなかったケースや、服用薬剤以上にサプリメントを多数服用しているケースが見受けられ、処方薬のみならずサプリメントに対しても医師や薬剤師が介入することの重要性が明らかとなった。

患者自身が自分の健康を管理する、「セルフメディケーション」が叫ばれる今日、健康食品・サプリメントの使用はさらに増大してゆくものと思われる。さらに、これらのサプリメントの中には薬剤との相互作用が見られるものもあり、医師、薬剤師をはじめ、医療関係者も関心を高めていく必要があると考えられる。

在宅医療推進に向けた石川がん専門薬剤師チームの取り組み

高橋 喜統¹⁾、山口 加代子¹⁾、北國 憲剛²⁾、
菅 幸生³⁾、山田 千代子⁴⁾、河原 昌美⁵⁾

1) 金沢医科大学病院、2) 芳珠記念病院、
3) 金沢大学医薬保健研究域薬学系、4) 石川県立中央病院、
5) 金沢市立病院、6) 金沢大学附属病院、7) 金沢医療センター

【緒言・目的】 石川がん専門薬剤師チーム（以下石川 JOP チーム）は、「がん領域における薬物療法等についての高度な知識と技術を用いて、医療機関において質の高いがん薬物療法を実践する」という理念のもと 2013 年 4 月から活動しており、今年で 4 年目となる。石川県では都市部と過疎地で在宅医療の普及状況の格差が問題となっており、我々の活動の一環としてがん専門薬剤師の育成はもとより、在宅医療の発展・普及に積極的に取り組んでいる。

【方法】 ①保険薬局と病院とでがん薬物療法、緩和ケアに関した薬業連携研修会・セミナーを企画し、情報の共有と問題点改善に取り組む。

②在宅医療に積極的に取り組んでいる施設を視察研修し、効果的な方法を取り入れ、活用するためのセミナーを石川県に開催し、啓発活動につなげる。

【結果】 各メンバーの所属施設において、近隣の保険薬局との薬業連携研修会を 2013 年度から 2015 年度にかけて計 20 回開催した。

がん医療にかかわる医師、看護師、病院薬剤師および処方箋応需薬局から、のべ 591 名の参加があり、双方向からの意見交換により相互理解につながった。特に、薬局から病院へ向けた意

見を聴取する機会を設ける必要性が感じられた。2015 年 10 月に福岡市にのさかクリニックおよび連携している保険薬局を石川 JOP メンバーが訪問した。在宅診療に同行し、実際に体験した在宅医療での関わり方についてセミナーにて報告した。研修会にて病院と保険薬局または在宅医療を実践しているクリニックの医師と意見交換することにより、問題点が把握され、改善に向けて対応できた。

【考察】 薬業連携の必要性は、ますます重要となっていくと考えられる。また、在宅医療を実際に体験したことで、今後取り組むべき課題として、退院時カンファレンスの開催場所を病院以外の場所、可能であれば患者の居宅にて実際の生活環境を考慮して実施することが望ましいや入院中に在宅で使用しやすい剤形へ変更する、服用回数および服用数などを少なくするなどの薬剤の整理をあらかじめ行うなど明確となった。

今後も石川県におけるがん薬物療法および在宅医療の発展・普及に向けて、石川 JOP チームは引き続き取り組む予定である。

[共同演者] 久保杏奈 4)、米澤美和 4)、原祐輔 6)、川岸篤史 6)、間瀬広樹 7)

病院薬剤師に係る居宅療養管理指導の必要性

相馬 真志、飯田 優太郎、中村 悦子、
伊藤 香織、佐々木 貴寛、小川 義敬
岩切病院 薬剤部

【はじめに】当院は病床 100 床の病院であり、近隣施設の利用者の薬剤の調剤を行っているが、病院薬剤師が利用者の服薬状況を把握できないという問題があり、居宅療養管理指導の必要性が高まっていた。しかし、病院薬剤師は院内の薬剤管理指導など、院内業務が最優先され、実際、全国で居宅療養管理指導を行っている有床病院は 2% 程度となっている。そこで、当院薬剤師の院内業務の効率化を行い、居宅療養管理指導を実施することとした。

【居宅療養管理指導の開始】

薬剤管理指導など病棟業務についてのシステムを自作することにより効率化を行い、居宅療養管理指導にも人員をまわせるようにした。これにより、施設への訪問および指導を毎週行えるようになり、2015 年 7 月から、月 30 件前後の指導を現在まで行っている。居宅療養管理指導は 1 患者につき 2 週に 1 回が算定可能であるが、施設への訪問を毎週行うことで、より細やかなフォローを行うことを目指している。

【介入事例】当院ではダビガトランを採用しているが、施設利用者から飲み難い、一包化しておらず飲み忘れる等の意見が数多く寄せられた。そこで、エドキサバンを採用しダビガトランからの切り替えを提案した。これにより一包化、粉碎調剤も可能となり、錠剤も服用しやすくなり、アドヒアランス向上に大きく貢献することができた。

【おわりに】今日、わが国では高齢化を背景として在宅医療が推進されてきている。それに伴い、薬剤師も積極的に在宅ケアに係っていく必要がある。病院薬剤師が居宅療養管理指導を行うことの利点として、医師、訪問看護師とのスムーズな連携が可能であることが挙げられ、上記の介入にもつながったと考えられる。これらのことから、病院薬剤師に係る居宅療養管理指導の重要性が示唆された。

「おくすり管理 BOX」を通じた服薬支援と地域貢献に対する 防府薬剤師会の取り組み

越智 志穂^{1,2)}、藏田 康秀^{1,3)}、舟谷 博文^{1,4)}、
能野 伸治⁵⁾、渡 義彦^{1,6)}、福田 淳子⁷⁾

- 1) 防府薬剤師会、2) ヘイワ薬局メディカルドラッグピスティー店、
3) 山口県立総合医療センター、4) オーエス中関薬局、
5) 心促福祉作業センター、6) シブヤ薬局下右田店、7) いくも薬局天神店

【はじめに】防府市（人口 11 万人）は山口県の中央に位置し、65 歳以上の高齢者の占める割合は 27% を超えている。これまで当会では、三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）と地方行政（防府市健康増進課など）との共催による市民公開講座にて、広島大学薬学部と協同で検体測定を行い、市民の健康意識や医療機関受診の動機付けを高めることに貢献してきた。また、平成 24 年度には在宅医療推進委員会を設置し、多職種連携や地域連携の推進と在宅医療の実践に積極的に取り組んできた。

このたび、薬剤師の在宅医療への関わりの新たな手段として調査・研究・開発を進めてきた「おくすり管理 BOX」を通じた服薬支援と地域貢献に対する当会の取り組みを報告する。

【目的】実際の在宅の現場では、患者や家族、介護者による正しく薬を服用するための様々な工夫が散見される。しかしながら、PTP 包装が 1 錠ずつ切り離されてしまっている事例も多く、その誤飲や誤薬のリスクは決して少なくない。そこで、より安価で使いやすく安全な服薬支援ツールとして「おくすり管理 BOX」の開発・研究を進め、薬剤管理と服薬支援に役立てることを目指した。

【方法】平成 25 年度より「おくすり管理 BOX」の取り組みをはじめた。他職種や利用者の意見を積極的に取り入れながら改善を繰り返し、平成 26 年度より配布・販売をはじめた。作製にあたり、地域の障害者就労支援事業所（社会福祉法人心促福祉作業センター）に「組立作業・保管・配送」を依頼した。また、平成 28 年 7 月より「お薬管理 BOX」の販売を当会より心促福祉作業センターへ移管し、当会は監修として引き続き研究・開発に携わることとした。

【結果】配布・販売実績は順調に拡大し今や国内全域にわたり、積極的な商品開発にも取り組み日々のお問い合わせは後を絶たない。薬剤師のみならず、実際に使用していただいている利用者からも多くの成功事例が寄せられた。

【考察】薬剤師が服薬支援を行うには患者に直接訪問する必要があるが、「おくすり管理 BOX」を利用することで薬局にいながらにして患者の服薬管理に直接携わることができることが示された。多職種や利用者との協働してつくりあげた新たな服薬支援ツールは、在宅の現場で非常に有用であった。また、障害者支援という新たな地域貢献活動が実践された。

がん終末期の認知症患者さんとの関わり ～素の私（MT）が音楽することで起こること～

篠崎 智恵子

社会医療法人 栄光会 栄光病院

【はじめに】筆者は音楽をツールとして患者さんに関わっているが「音楽療法」という表現にずっと違和感を感じてきた。「音楽」と「療法」がどう結びつくのかと考える時の音楽は名詞。だが「音楽すること」という動詞として考えられるようになってきた時によく生き生きと音楽が感じられるようになった。

「人間は元々音楽的存在である」ということ、「音楽療法士自身が音楽である」という観点から患者さんとの関わりを振り返る時に見えて来るものを事例を通して考察したい。

【事例紹介】70歳代後半の女性。ADLはベッド上。軽い認知症と視力障害があり、痛みや倦怠感が強くなると大声を出したり、「もう早く逝きたい」とスピリチュアルペインの表出もあり。入院期間：3か月

音楽療法回数：21回（20分～1時間の幅あり）

【経過】コーラスグループに所属し音楽好きであることが介入依頼の理由。

セッション（以下S）3回目には「覚悟して来た」との言葉に「やり残したことは？」とセラピスト（以下Th.）が問うと「ないこともないけど…」と曖昧な返事。会話から「マイ・ウェイ」や「わが人生に悔いなし」をオートハープで弾き歌いすると両手で“パン”と叩き「その通り！」と。だが次には「後悔ばかり…」とトーンが下る。一番の後悔は「この病気になったこと」との言葉にTh.が「何で私こんな病気になったんだろう～」

と即興で歌い、以後会話を歌詞にして歌うと気持ちを表出する歌になった。だがこれだけでは不十分で「あ～あ、何かいいことないかなあ～」ともやもやする気持ちや後悔の言葉が聞かれたので、太鼓（ハンドドラム）を思い切り叩くことで気持ちをぶつけることを促す。

S12回目には「バカ野郎、バカ野郎」とつぶやきながら叩く姿に「誰に言いたい？」と聞くと「自分、自分…」と言いながら叩かれる。

S13回目にこれまでの人生に点数を付けたら何点位？ 50点はある？と聞くと「50点はある。70点はない」ときっぱり。その点数は日毎に上がって行きS20回目には85点となった。翌日は既に会話不能となり、Th.が耳元でこれまでの関わりへの感謝と共に「100点でもいいですよ」と伝えると途中何回か「ア～」という、応答するような声がかすかに聞かれた。翌日亡くなられたことを知る。

【考察】軽い認知症はありながらもこれまでの人生の点数が少しずつ上がっていることが興味深い。後悔はありながらも人生を全うしていこうとされた患者さんであったと思う。共に音楽的存在として在ることを中心に関わりを考える時、Th.は素の自分であったことを改めて思わされた。

音楽療法とは「素の自分」となって対象者の身体全体から発されて来るものを視ようとする、聴こうとすることから始まると考えるに至った筆者がいる。

胆道系疾患による搔痒感のある患者へのケア

～アロマセラピーを試みて～

住吉 倫世、中村 和江、森末 正博、岸田 昌也、橘高 裕子

蒼生会 楠本病院

【はじめに】当院では2008年より疼痛緩和チームを立ち上げ活動している。

緩和ケア病棟のない一般病棟での緩和ケアは患者の希望を叶えるには困難を要すことも多い。

今回、胆道癌の進行により閉塞性黄疸を併発し、搔痒感が強い患者にチームで関わった。

ラウンドの中で患者から「痛みはとれている。一番つらいのは痒み。この痒みをなんとかしてほしい」と訴えがあった。そのため、内服や注射を試みたが患者の期待する効果を得るに至らなかった。

そこで、補完代替療法の一つであるアロマセラピーについて説明し同意を得られたため施行した。その結果について報告する。

【倫理的配慮】患者・家族へ紙面で症例発表の趣旨を説明し同意を得る

【患者紹介】40代 男性 胆管癌

【経過】患者は腹痛にて入院。検査の結果、胆管癌にて手術・抗がん剤などの積極的治療は困難と判断。

本人・家族へ告知後、定期的に外来通院。

再入院時、患者は腹水貯留、閉塞性黄疸・がん性疼痛があり衰弱していた。予後は1ヶ月前後と診断された。

入院後腹水・疼痛コントロールを行い、体調に応じて外出。

定期的なラウンドの中で「痒みをなんとかしてほしい」と希望された。

そこで、内服・注射などによる薬物療法を試みたが効果は得られなかった。

私達チームは患者の一番の苦痛である痒みという看護上の問題点に対しアロマセラピー（カモマイル・ジャーマン、ラベンダー、ポリジオイル）を準備し患者に説明した。すると患者から「試してみる」と返答があった。

チームはパッチテスト、塗布方法の指導を行い、痒み出現時に患者本人が自ら塗布してもらった。その後は定期的なラウンドで皮膚の状態や自覚症状などを観察した。

結果、搔痒感が完全に消失することはなかったが、一時的に改善し患者から「少し眠れた」「匂いがよかった」などの言葉を聞く事ができた。

【考察】今回の症例の患者にはアロマセラピーは効果的であった。

終末期がん患者には痛み、食欲不振など様々な症状が出現し、その度に患者は様々な訴えを私達に投げかけてくる。医学的処置が可能な事もあるが、今回の様に医学的処置でないケアが患者の苦痛緩和につながることもある。

今回の事例のように患者の訴えに真摯に耳を傾け、苦痛が十分にはとれなくても諦めず、方法を模索することも私達緩和ケアチームの役割と考える。

【結論】今後も、緩和ケアチームとして、一般病棟でがんと共に生きる患者を支援するために、患者・家族の声に耳を傾け援助をしていく。

今、ここハッピーをめざして ～ヨーガ五千年の智慧による取り組み

岩田 昌美^{1,2)}、井上 道子¹⁾、木村 慧心¹⁾

1) 日本ヨーガ療法学会、

2) 大阪大学大学院医学系研究科 統合医療寄附講座

【はじめに】超高齢社会を迎えた今、地域包括ケアシステムの抜本的な改革が求められている。この地域包括ケアを進めていく上で重要となるのは、高齢者を支える多職種が連携してスムーズにサービスが提供されること（互助力・共助力）やセルフケア（自助力）である。本発表では、まずヨーガ療法の奏功機序を概説し、地域包括ケアとしての取り組みを報告する。

【ヨーガ療法とは】伝統的ヨーガを医療目的および健康実現法として再体系化。マインドフルネスのような全人的なアプローチにより、心身共にセルフコントロール力を身につける。多くのエビデンスが発表され中、日本国内でも補完療法の一手法としてヨーガ療法が浸透し始めている。

【地域包括ケアとしてのヨーガ療法】

一例として、訪問歯科口腔ケアとして歯科衛生士による口腔清掃の際に口腔リハビリとして衛生士によるヨーガ療法であれば施術環境には制限は有るが、個々にあったオーダーメイドなケアで継続的なサポートが可能になる。地域連携クリニカルパスでの地域医療施設、健康増進施設や介護施設でのリハビリとして理学療法士、健康運動指導士などによる運動療法としてもヨーガ療法は一翼を担うことが出来る。その内容は身体機能向上のみではなく、心理療法として自己効力感、更には自己肯定感を高め、“これならできる”セルフケアとして行える。今回、大阪府 M 町での認知症予防教室で椅子ヨーガでの実践結果を報告する。

椅子ヨーガとは ADL 低下状態でも身体状況・環境を問わずいつでも、どこでも、だれにでも可能なものである。

【統合医療としてのヨーガ療法】

PubMed における投稿論文数は 3513 ('16/6 付) で、厚生労働省「統合医療」情報発信サイトではエビデンスに基づいた情報が紹介されている。また、外傷後後遺症、慢性疼痛、心臓リハビリ、緩和ホスピス、うつ、統合失調症、薬物患者への支援、医療従事者、介護職のストレスマネジメントケア。ホスピス緩和ケア現場で患者のみでなく、家族までサポートするエンドオブライフケアも進んでいる。「がんの補完代替療法 クリニカル・エビデンス」(2016 年版) では、ヨーガ療法のガイドラインが記載されている。

【まとめ】ヨーガでは人間をホリスティックな存在と捉える。独自の人間観（構造論）を基に自然や社会との調和、さらに個の命が大きな命に結びつく調和状態を健康と考え、人間の心身さらには、魂の健やかさをサポートする。健康で各人が充実した高齢期を送るためにますます介護予防や要介護者へのリハビリテーションの在り方の改善などが急務とされている。ヨーガ療法は個々人の特性にあわせたアプローチをベースに ADL 低下状態でも環境を問わず無理なくでき、死にゆく日まで QOL を高める事ができる自助努力型生活改善システムである。

HP : <http://yoganiketani.jp/aniageingyogaseated.html>

在宅緩和ケアにおける創造的音楽療法*のグリーンケアとしての役割とその可能性についての考察

米倉 裕子¹⁾、矢津 剛²⁾

1) 矢津内科消化器科クリニック ひと息の村／くらしき作陽大学 音楽療法専修

2) 矢津内科消化器科クリニック ひと息の村

【はじめに】重篤な疾患に罹患した児童が高い医療的ニーズの為に学校に通うことが難しい状況になったとしても一般的な児童と同様な様々な経験をさせたいと考えている親は少なくないと考えられる。そのような患者家族のニーズに寄り添える在宅緩和ケアのひとつとして柔軟性を特徴とする音楽療法が挙げられる。

今回は、2009年、2013年の大会で報告させていただいた音楽とドロ잉の組み合わせにより実施した創造的音楽療法を振り返り、在宅緩和ケアにおける創造的音楽療法のグリーンケアとしての役割と可能性について考察する。

【対象者】対象者は10代女性、小学校6年生までは健康に過ごしていたが当時インフルエンザに罹患しインフルエンザ脳症による重度の後遺症により昏睡状態であり人工呼吸管理下で4年間病院生活を送っていたが、2007年より「訪問教育を受けさせたい」という家族の希望により在宅療養において自宅ケア導入となり2008年から永眠までの2010年まで音楽療法を施行した。

【目的】音楽療法は看護・リハビリテーションの目標のひとつである「家族の精神的ケア」に焦点をあて実施された。

【方法】音楽療法の実施頻度は週に1度程度で対象者本人のベッドサイドにおいて実施した。プログラム内容は主に歌唱や楽器の演奏、またそれらを発展させた即興音楽によるイメージドロ잉など、家族の意向を反映しながら慎重に決定された。

【結果】音楽によるイメージドロ잉の活動内容は、それらに影響を受けた当時の訪問教育担当の教員が授業の中にこの活動のアイデアを取り入れ実施した結果、対象児童の作品のひとつが絵画コンクールで入賞して地域の美術館に展示されたことから対象者のキーパーソンである母親がその作品を観る為に自宅ケア導入後初めて家から離れ美術館に足を運んだ。その後は作品数が増えたタイミングで家族の希望により自宅で個展を開き多くの知人が訪れた。

【考察】昏睡というコミュニケーション困難な状態においても生きている存在としての対象者とその家族を対象とした創造的音楽療法は、音楽を介した創作過程に生じる精神的な開放感と創り上げたときの達成感から本人とその家族にとって常々感じている無力感との葛藤から開放された充実した時間の提供を可能にしたと考えられ、またそれらの作品とそれらにまつわる思い出は残された家族にとってのグリーンケアとして重要なツールになったと考えられる。

このケースから、創造的音楽療法によって対象者の部屋で生み出された作品が24時間の介護により地域社会との繋がりが希薄になりがちな患者家族と地域社会を繋ぎきっかけとなったことから、緩和ケアの一環として創造された芸術作品が患者と家族の社会的な痛みを緩和できるツールとしての役割を担うことの可能性についても示唆されると考えられる。

*「創造的音楽療法」は、筆者の造語として使用している

終末期医療における音楽療法の役割

三道 ひかり
済生会神奈川県病院

人生を終える最後の段階—終末期—に私たちは何を感じ、求め、そして得るのだろうか。人は生きるなかで、生きることについては社会において多く学ぶが、死について学ぶことは少ない。しかし死は誰もがいずれ直面し、避けて通ることは出来ない人生の出来事である。歴史的に、終末期や死と音楽の関係性は、様々な宗教や文化において重要視され、音楽は人の死後に対し大きな役割を果たしてきた。それでは、音楽は、死に直面する終末期の人々に対してはどのような役割をもつのであろうか。

筆者は日本そしてアメリカのニューヨーク大学大学院において音楽療法を学んだ。修士課程を修めたアメリカの地では、初めてホスピスの音楽療法に会い、インターンとして1年間在宅ホスピスで働いた。そして出会った患者との間での音楽療法を通じた交流において、音楽がもつ終末期における重要な役割を学んだ。筆者が行った終末

期の音楽療法では、患者と音楽が通じ合ったときに、終末期に残されていた彼らの最後の思いが昇華されていた。その臨床経験により筆者は、音楽は死を前にして言語化が困難である感情を表現し、また家族に対する未解決であった感情を振り返り解決する機会を与える役割があることを学んだ。さらには、“生きる人生”から“死ぬ人生”へと移行するときに、身体的な変化とともにアイデンティティーの変化も経験する患者にとって、音楽は、その変化に寄り添い、受容、また感情のカタルシスを助けることを知った。

本発表では、筆者が音楽療法士として米国ニューヨーク州マンハッタンの在宅型ホスピスで行った1年間のインターンとしての臨床経験、また日本帰国後に音楽療法を行った緩和ケア病棟患者との経験をもとに、終末期患者に対する音楽療法介入の意義を、事例研究を用いて発表する。

文献にみる在宅ボランティア活動の現状と課題

田村 眞由美^{1,2)}、野上 裕子^{1,2)}、堤 千代^{1,2)}

1) 聖マリア学院大学、2) NPO法人結の会

【背景】平成23年度に内閣府が実施した「国民生活選好度調査」によると何らかのボランティア経験がある人は24.6%で、参加の理由で最も多いのは「社会貢献できる」であった。平成7年の阪神・淡路大震災への災害ボランティアを契機としてボランティアへの関心が高まって、H23年度の調査ではボランティアサービスの利用経験がある人は14.4%であり、多くの人がボランティアにかかわっている。

【目的】演者が所属しているボランティアの会が現在実践している在宅ボランティア活動の発展と、組織の充実を図るために、国内における在宅ボランティア活動の現状を確認し、課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】医学中央雑誌 Web 版を用い、過去15年間に発表された文献から「ボランティア」、「在宅」を検索語とし「原著論文」、「看護」に限定した文献40件のうち、災害ボランティア、病院等の施設におけるボランティアを除外し、検索外で研究テーマに該当する文献4件を加えて、在宅ボランティア活動に関する文献16件を対象とした。Harris Cooperの文献レビューの手法に則り問題の明確化、データ収集、データ評価、分析と解釈、研究の動向を整理し検討した。

【倫理的配慮】著作権法を遵守し、論文は適切に使用した。

【結果】○研究方法は、質問紙法、面接法、調査などであった。

○著者は大学教員、医師などであった。

○掲載内容は、ボランティア活動の現状の紹介、ボランティア活動を継続するための要因の検討、専門職としてのボランティア活動促進への支援、在宅ボランティアにおける今後の課題などであった。文献から以下のようなことが明らかになった。

◎ボランティア組織方針や体制は、ボランティア参加者や活動の特性に影響を与えていた。

◎在宅のがん療養者の生活支援に参加する活動上で重要となる要素は、《在宅療養に対する肯定的価値観》、《仕組みづくり》、《支援者の育成》、《療養者のニーズ》の4つに分類された。

◎ボランティア活動の継続要因として「相談相手」、「人的資源」、「時間」が必要であり、「ボランティア仲間と一緒にいける『楽しみ』だと感じる」ことが大切である。

◎課題として、行政からの支援、ボランティア推進のネットワークの構築、ボランティアへの研修システムの見直し、ボランティア活動の評価の内容や基準の検討などである。

【考察】ボランティア活動の現状、活動促進への支援を受けるための方策、活動の継続要因などが把握でき、ボランティア養成講座の充実や活動の評価の必要性が明らかとなり、今後の会の発展と組織の充実を図ることができると考える。

介護者家族会の意義と課題

野尻 光子、野田 里美、西川 さゆり、藤田 直美

三重県立一志病院 訪問看護室

【目的】 在宅介護を担う家族が抱える身体的、精神的な負担やストレスは大きい。

今後、わが国の高齢化に伴い、社会における介護者の役割は更に大きくなり、フォーマルな支援だけで介護者の負担をケアしていくには限界がある。

A 病院では、介護を担う家族の心の健康を支援するインフォーマルケアを目的とした「家族会」を年に 1 回開催してきた。この取り組みが担ってきた役割について検討することにした。

【方法】 2014 年当初は、介護者同士の交流と情報交換やリフレッシュを目的として開始した。訪問医療（診療、看護、リハビリ、薬剤指導、栄養指導）を受けている方を対象とし、平日の午後に 90 分間院内で開催した。カードを使用した意見交換、嚙下食を試食した。また、訪問時に撮影した風景をポスターにし、お花、お茶、お菓子、BGM で和やかな雰囲気になるように環境の調整を行った。終了時に、質問紙調査（無記名式）を行い、今後の参考にした。

本調査に際して、A 病院の倫理審査委員会で承認を得た。書面で研究協力を依頼し、参加拒否しても不利益が生じない等の倫理的配慮を行った。

【結果】 参加した介護者は、80 歳代と 60 歳代が最も多かった。また、要介護者との関係では「配偶者」、「親」が最も多かった。参加者の約 4 人に 1 人が男性であった。参加者が介護をしている人は男女差はなく、約半数は 80 歳以上であり、

要介護 3 以上が 80% 以上を占めていた。活発な意見や思いが表出され、同意する声や介護者同士でアドバイスしたり、医療者への問いかけで症状（言動）を理解したり、ケアを確認する場面もあった。開催後の質問紙調査では、参加したことに対しての「満足度」と「今後の参加希望率」は共に 100% だった。次回以降のテーマの希望もでていた。また、気分のリフレッシュ感、孤独感の軽減、介護者間の共有意識などの意見が記述され、同会開催の充実を求める意見が多かった。

【考察・結論】 A 病院で開催した「家族会」の参加者自体も高齢化する中で、介護負担は増大している。医療スタッフは、「地域の寄合の場」を提供したいという思いで、参加を呼び掛けてきた。「家族会」は介護者同士が気持ちをぶつけ合うことで思いの共有・共感が得られ、孤独感が軽減されたり、介護している仲間が出来ることによる安心感、社会的居場所の確保、介護技術などの知識や知恵など地域の様々な情報の交換ができるだけでなく、病気に関する知識も得られ、介護者としての精神的な安定、介護に向かうエネルギーを獲得し、気持ちを受け止める支え合いの場であり、介護者家族にとって必要な場であると考えられる。また、医療者の参加も年々増え、医療スタッフもいい刺激を受けリフレッシュできる場となり、顔の見える関係が築けてきている。

今後は、更に介護者の要望に添えるように会の内容の充実を検討していきたい。

緩和ケア病棟へボランティアに通い体験したセラピューティック・ケアの持つ力

中尾 真紀¹⁾、中村 秀男²⁾、川口 真規子²⁾、岡村 嘉子²⁾

1) 日本セラピューティック・ケア協会、2) 出島病院

私は、数年前、セラピューティック・ケアと出会い、現在ボランティア活動を行っています。ボランティアで出会った、多くの患者様、ご家族様、病院のスタッフの方々との関わりの中で、セラピューティック・ケアの持つ力を体験してきました。体験の一部をご紹介します。倫理的配慮として、ご家族様には、同意を頂きました。

A 氏（女性）

病院へ行くと、看護師より、A 氏の施術の相談を受けました。「一人で居ることに恐怖感が強い患者様で今、看護リーダーが付き添っています。」との事でした、すぐに病室へ伺うと、看護リーダーが、A 氏の手を握り寄り添われていました。A 氏は震えているように見えました。私は、看護リーダーからケアについて患者様へ説明をいただいたあと A 氏へ施術を始めました。A 氏は、始めるとすぐに穏やかな表情になられハンド&アームケアを7～8分行った頃はウトウトとされ「私、眠くなってきたわ、寝ても良いかしら」と言われ、レッグケアへ移った頃には穏やかな表情の中で寝顔に笑みも浮かばれました。私は、本当に驚きました。セラピューティック・ケアの力を目の当たりにした瞬間でした。

B 氏（男性）と、ご家族様

病院へ行くと K 先生から依頼がありました。先生は「私の気になる患者様とご家族様にセラピューティック・ケアをお願い出来ませんか？ B 氏ご家族様はずっと病院に泊まり込みでいらっ

しゃいます。」と聞き、私は「はい」と答えました。その後、奥さまと三人の子供さまが病院のリラックスルームに来られ、K 先生からセラピューティック・ケアのボランティアの話を聞かれた後、私はご家族の皆様様に施術を行いました。ご家族様は、施術を始めると皆様スーッと眠りに入られる状態でした。その中で奥さまから「このマッサージはどんな効果があるのですか？」と尋ねられました。私は愛情ホルモンであるオキシトシンや心の癒しなどの話をするとう奥さまは、少しうつむいてこう言われました。

「もっと早くこのマッサージを知りたかった」

奥さまは、私に B 氏の病室を案内いただき、私は B 氏に施術を始めました。奥様は私をじっと見つめ私が施術をする様に、旦那様の足を撫でたり擦ったりされました。奥様の眼差しは旦那様に何をしてあげられるのかずっと模索されていたように見えました。

数日後、病院をボランティアで訪ねると、看護師さんより「B 氏はお亡くなりになりました。ご家族様は最後まで B 氏に寄り添われておられました。セラピューティック・ケアをして頂いたことで悔いのないお別れが出来たようでした。本当に有難うございました。」と言われ、私は胸が熱くなり、涙をこらえました。

このセラピューティック・ケアを、もっと沢山の皆様方に知って頂き、人々が愛情や癒しであふれた社会となるよう心をこめてボランティア活動を続けていきます。

在宅療養中の患者・家族を支える「そばにいる」在宅ホスピスボランティアの活動

峰平 あけみ、林 和恵、大坪 きよ子
在宅ホスピスボランティアの会 手と手

「在宅ホスピスボランティアの会 手と手」は、在宅療養中の患者や家族を支え、その生活をより豊かなものにしたいと「在宅ホスピスボランティア養成講座」の修了生を中心に、2010年11月に発足した会である。会の「療養されている方、その家族に寄り添い、優しさと笑顔でその人らしさを支えたい」という理念の下、支援活動を行っている。

福岡県との協力で始まった養成講座も今年で10年目を迎え、「手と手」の会員数は60名になり、これまで約170人の患者に対して、延べ1,700回余りのサポートを行ってきた。活動の内容は主に在宅患者宅での見守り・話相手・留守番などであるが、その他に、にのさかクリニックでのデイホスピスの運営・聞き書き・手紙の代筆・病院受診や外出の付き添い・医師の訪問診療の同行、緩和ケア病棟、遺族会の手伝いなど多岐にわたる。デイホスピスは療養中の患者・家族の外出と気晴らしの機会になればと、にのさかクリニックの2階ホールにて、月2回開催している。皆でお茶菓子をいただきながらお喋りをしたり歌を唄ったり、時には演奏会や季節の行事なども取り入れ、賑やかで楽しい集いを開いている。開始から7年。参加回数100回を超える方も出てきた。回を重ねる内に、お互いに励まし合ったりいたわり合ったりの関係になり、患者・家族・ボランティアなどの良い交流の場となっている。

活動を通して「家族でも医療福祉の専門職でも

ない立場で私たちが出来ることは何だろうか？」と考える中で、一番大切なことは「ただそばにいること」。そばにいて患者・家族の話にゆっくりと耳を傾け、思いを受け止めること。他愛もないお喋りで病気の痛みや辛さを忘れられるひとときを提供することではないかと気付いた。患者であっても普通に地域で暮らす生活者に寄り添えるのは、同じように私たちが地域で暮らすボランティアだからこそだと考える。

「手と手」発足から6年。この間、多くの患者・家族との出会いと別れがあった。これまでの活動の中で、特に今も心に残る2つの事例がある。

①家族と一緒に過ごしたいとの思いで退院した終末期の50代の女性。家族の留守中の見守りの依頼で訪問。看取りに寄り添うボランティアとして家族を支え、亡くなる前日まで訪問した事例。

②小規模多機能ホームからの依頼で話相手として、9カ月間訪問した90代の独居の女性。最期まで家で暮らしたいとの願いを受け止め、看取りまで引き受けたホームのスタッフと共に、最期まで寄り添った事例。

私たちは、専門職の入らない隙間の時間帯に訪問しているが、医師や訪問看護・介護職と連携することによって、ケアチームの一員として安心して寄り添うことが出来ている。この2つの事例を挙げて「そばにいる」ホスピスボランティアの多くの価値や可能性について伝えたいと思う。

ピアサポーターによるがん患者・家族支援

～「がん・バッテン・元気隊サロン「かたらんね」の役割

波多江 伸子、山内 千晶、簗田 裕美子、
西田 桂子、古賀 裕子、三谷 佳子

福岡がん患者団体ネットワーク がん・バッテン・元気隊

「がん・バッテン・元気隊」は福岡県で活動する約50のがん患者家族支援団体（患者会）をつなぐネットワーク。発足して9年になる。会員の貴重ながん体験を活かした質の高い支援を目指し、4年前に九州がんセンターの全面的な協力のもと福岡県初のピアサポーター養成講座を開講。現在までの3回の講座で、約百名のがんピアサポーターを養成した。元気隊では2年前から九州がんセンターと市内公共施設で、「かたらんね」というがんサロンを開催している。がんセンターでは第3、4水曜日に開催し、主として入院中の患者家族が来談している（2017年1月より毎週水曜日開催の予定）。地域サロンは福岡市福祉プラザを利用し、第3日曜日に開催。来談者は在宅療養の患者・家族で、退院後の療養生活や治療後の社会復帰、受けた（ている）治療についての不安や不満、質問が主である。

地域サロンでは、多様ながん種の患者家族、そして遺族もサポーターとして待機している。患者はもちろん、在宅においては家族への支援も重要で、ともに生活をする中で、なかなか家族が気持ちを吐き出せる場所が少ないこと、また遺族については、院内に遺族会はあるが、自分の家族を看取った病院には足が向かない場合が多く、医療機関に依らない「地域サロン」で気持ちを吐き出す

ことができた、という人が予想以上に多いことがわかった。地域サロンでは終末期患者の来訪もあり、後にご遺族から「家以外で遠慮なく気持ちを吐き出せる場所があってよかった」という声も寄せられた。再発や転移など、状況の厳しい中で在宅療養を送る方も多く、積極的な治療ができない中で心の拠り所ともなっている。

2つのサロンは、それぞれの患者・家族のニーズに合わせ、希望する場合は相談支援センターや他団体を紹介し、必要な情報を正しく伝える役割も担っている。今後はもっと幅広いがん種のサポーターを養成し、また就労や育児、介護などさまざまな社会環境や個人の人生観に沿った形でサポートができるように人材育成と同時に、現サポーターの質の向上、保持も重ねて努力していく必要がある。院内サロンについては、入退院時に「帰宅した後もこういった場所がありますよ。」とサロンの存在を周知できるように、医療機関と協力し、より早い段階から患者と家族に広報していくことが不可欠である。それぞれの特色を生かし、患者・家族がより良い療養生活を送ることができるよう、また遺族になった時に心の拠り所となるよう、今後も活動内容を充実させ、社会・地域全体でがん患者・家族が不安なく過ごせることを目指したい。

家族と共に、看取りを通して生まれたもの

島 寛人、徳島 翔、松枝 慶枝

佐賀県看護協会ケアステーション野の花

【はじめに】平成25年4月に開設した、看護小規模多機能型居宅介護ケアステーション野の花は、「通い」「泊り」「訪問介護」「訪問看護」の4つのサービスを組み合わせて在宅療養者、家族を支援している。今回、様々な疾患や障がいの進行、日常生活上の問題に多職種で専門性を生かしながらサービス利用開始から看取りまで、またその後の家族との関わりが継続している事例を報告する。

【事例紹介】

対象者：女性 70代、夫と2人暮らし、要介護度1→3

疾患名：認知症、パーキンソン病

サービス利用期間：516日

対象者は主疾患に基づく認知症状が目立ち始め、当初は徘徊、焦燥感が強く、夜になると一晩で3～5回外出。毎回徘徊に付き合っていた夫の疲労は大きく、夫の介護負担軽減を目的にサービス開始となる。通いサービス利用時も職員への攻撃的な行為や暴言、帰宅的徘徊も見られた。対象者本人が納得されるまで介護職員が同行するなどして対応した。左大腿骨遠位端を骨折し、車椅子生活となる。住み慣れた家を中心に残された時間を二人で送りたいとの希望に添えるよう、在宅往診医に変更。最終的に食事摂取が出来なくなったことで看取りへの準備となり、野の花通い利用中に永眠。夫は時折、野の花での麻雀にボランティアとして参加をされていた。法要が落ち着き連絡をし、

現在もボランティアに来ていただいております、継続している。

【考察】本人、家族の希望する看取りを迎えるということは実は簡単なことではなく、本人や家族が在宅での看取り希望していたとしても、自宅外の場所で看取られるケースは少なくない。

今回の事例は在宅での生活を維持し、住み慣れた場所で看取られることを目標に在宅支援に努め、それを維持できた事例である。野の花は在宅支援を掲げる施設であるから、利用者を主に捉え、さらにその周辺まで視点を広げ、支援する必要がある。夫一人で介護している背景から今回は家族のレスパイトを重要視した。在宅生活を維持するために、通所、泊り、訪問看護、訪問介護を臨機応変に提供し、実際に看取りの時は、野の花となったが、それは野の花が在宅生活の一部、つまり自宅（在宅生活）の延長線上に在ることができたということだと思われる。日々、野の花がどうあるべきかという問いかけに対しての答えを模索しながら在宅支援に努めてきたが、今回の事例が私たちにとって一つの理想を示唆しているように感じている。

最後に、家族と築いてきた関係性が看取りのあとも継続しており、それがグリーフケアになっている。在宅支援は利用者の看取りが終わったその後も、家族と関係性が継続できるのだと感じている。

多職種協働によるポジショニングケアの課題

中俣 恵美¹⁾、岡本 加奈子¹⁾、甲斐 悟¹⁾、横井 賀津志²⁾

1) 関西福祉科学大学 保健医療学部 リハビリテーション学科、

2) 森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科

【目的】近年、高齢化や認知症高齢者の増加に伴い、施設や在宅における要介護高齢者の重度化が目立つ。特養では平均要介護度が3.88（「要介護5」が35.1%以上）を超え、経口摂取が困難な終末期を迎えると臥床、低栄養、拘縮など幾多の要因が重なり、褥瘡が発生してしまうケースもみられる。様々な職種においてポジショニングの必要性は認識されているものの、種々の状況（人材不足、ケア内容の多様化等）において十分に実施できていない現状がある。また、ポジショニング研究では介入による事例の変容についての報告はあるが、具体的取り組みや他職種協働での実践の効果に関する報告は少ない。我々の先行研究では安定的なポジショニングケア継続の困難さや職種間での認識の相違がみられた。

上記の背景を踏まえ、ポジショニングケアの多職種協働についての検討を目的に研究をおこなった。その具体的方法として、協力施設に対しポジショニングに関する意識調査を行うことにより、ポジショニングについての現状と課題を分析した。

【対象と方法】研究に同意を得られた療養型病床を有する病院、訪問看護ステーション、デイサービス施設、特別養護老人ホームに勤務する看護師20名、介護士35名、理学療法士および作業療法士、言語聴覚士（以下リハ職）26名、合計81名にアンケート調査を実施。

アンケートは基本属性、体位変換の時間、ポジショニング目的の重視点、ポジショニング技術の重視点、ポジショニングにおける困難点について

調査した。なお目的、技術は項目ごとに10段階にて重視度合を、困難点は自由記載にて回答してもらった。

【結果】職種によるポジショニング目的の違いを多重比較で確認したところ、介護職はリハ職に比べて四肢の浮腫予防を目的とすることが有意に少なかった。また褥瘡予防と拘縮・変形予防および安楽以外の項目に有意な差を認め、目的にばらつきがあることが推察された。

ポジショニングに必要な12の技術の重視度について多重比較したところ、ピロークッション挿入場所とピロークッションの種類に有意な差を認め、ピロークッションの種類と本人の表情にも有意な差をみとめ、技術として重視していることにもばらつきがあった。

ポジショニングの困難点の回答では、リハ職においては「多職種の連携」にむずかしさを感じているが、実際ポジショニングを行う機会の多い看護職や介護職ではそのような意見は全くなかったのが特徴的であった。

【考察】対象者の目的・ニーズに即した有効なポジショニングケアを継続的・安定的に実践していくためには、課題があることが示唆された。これはチームとしての目的の捉え方に誤差が生じている可能性があること、目的を達成するための技術力・知識に差があることが原因と考えられる。これらの差は、職種間でのポジショニングケアに対する目的や意義の理解の差から生まれるのではないかと推察された。

回復期リハビリテーション病棟における終末期患者支援の現状と課題

佐藤 匠、山口 尚大

医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院

【はじめに】 チーム医療のあり方について吉野(2002)は、チーム医療によって患者が最大限の効用を得ることが少なくない、鷹野(2002)は、チーム医療が良質な医療サービス提供において不可欠であるとし、チーム医療の重要性について提示している。医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）に必要なスキルとして岡田(2009)は、病院内医療チームとの連携・調整スキルを提示している。

そこで本報告では、回復期リハビリテーション（以下、リハ）病院における終末期患者の事例報告を通して、チーム医療の実際とその評価および今後の課題について提示を試みる。

【研究方法】 研究の方法としては、報告者が担当した終末期の事例を、情報共有、共通目標設定、実施評価、モニタリングの観点から分析を試みる。

【倫理的配慮】 本報告の事例については、患者家族に本報告の趣旨および報告内容を個人が特定されないよう配慮を行う旨について口頭で説明し、承諾を得た上で実施している。

【事例概要】 60歳代女性。

主病名：転移性脳腫瘍、臀部褥瘡(+)。

症状：認知低下(HDS-R 8点)、両上肢振戦(+), 両下肢筋力低下(+)。既往歴：乳癌術後、肺転移・

肝転移化学療法後、下肢深部静脈血栓症。

家族構成：夫、長女家族と同居（5人暮らし）、次女と三女は他県在住。キーパーソンは夫。

その他：要介護度4。本人、家族へは、予後不良との説明が前医より説明され、理解できている。

【チームアプローチの内容】 月に1度担当者間でのカンファレンスを実施。家族の意向を下に、チーム目標を設定し、支援方法について検討を行った。(医師、看護師、リハビリ療法士、介護士、管理栄養士、MSWにより、計6回実施)。

検討内容としては、①家族への介助方法の指導、②退院後の居宅サービスについての検討、③家族の要望などの聴取（代理意思決定）

【考察】 堀(2015)は、終末期ケアにおけるチーム医療の必要性について身体的な苦痛だけでなく、全人的苦痛への対処において患者を人として尊重するチーム医療が必要であるとしている。回復期リハ病院の各スタッフが、機能回復を目指した治療的アプローチが主であるため、終末期といった状況に不慣れで目標設定、支援方法とも不十分であった。今後の課題として、終末期の患者および家族理解の教育研修プログラム導入が必要であると考えられる。

離島在住の在宅療養高齢者による地域医療福祉サービスの満足度に関連する要因

横尾 誠一¹⁾、大町 いづみ¹⁾、河内 純子²⁾、
立石 美緒³⁾、中根 秀之¹⁾

1) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科、2) 京都大学医学部附属病院、
3) 元長崎大学医学部保健学科

【研究目的】 わが国は超高齢社会を迎え、健康障害をもって在宅で生活する高齢者が増加している。中でも離島地域の高齢化の進行は顕著であり、在宅療養高齢者への医療福祉サービスの向上への取り組みは喫緊の課題である。先行研究において、離島地域の高齢者を対象とした医療福祉サービスの満足度を検証した研究は少ない。離島地域の在宅療養高齢者による医療福祉サービスの満足度を明確にすることは、サービスの質の保障と在宅療養高齢者のQOL向上に有益であると考えられる。

そこで、本研究は離島在住の在宅療養高齢者を対象に地域医療福祉サービスの満足度に関連する要因を明確にすることを目的とする。

【研究方法】 A 県内離島地域 3 箇所の通所リハビリテーションサービス利用中の高齢者 101 名を分析対象とした。調査方法は日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 (以下 CSQ-8J)、研究者作成の調査票を使用し、自己記入式にて実施した。分析方法は CSQ-8J を従属変数、個人背景を独立変数とし、t 検定、重回帰分析にて解析した。

【倫理的配慮】 研究の趣旨、参加が任意である保障、匿名性の保持等を口頭と書面で説明した。調査票の回収箱へ投函を以って研究参加同意とみなした。本研究は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科倫理審査委員会の承認後実施した (承認番号: 15051412)。

【結果】

1) 対象者の概要

対象者は 101 名 (男性 35 名, 女性 66 名)。平均年齢は 82.1 ± 7.8 歳。CSQ-8J 平均得点は 23.5 ± 4.5 点。

2) 個人背景の違いによる「CSQ-8J」得点との関連

t 検定の結果、同居家族は「あり」が「なし」に比べ有意に高かった ($p=0.003$)。介護認定は「要支援者」が「要介護者」に比べ有意に高かった ($p=0.036$)。住居形態は「集合住宅」が「戸建」に比べ有意に高かった ($p=0.048$)。病気、治療に関する情報が医療と福祉で共有されていると「思う」が「思わない」に比べ有意に高かった ($p < 0.001$)。病気、治療に関する情報が福祉間で共有されていると「思う」が「思わない」に比べ有意に高かった ($p=0.011$)。療養生活の意向が医療と福祉で共有されている「思う」が「思わない」に比べ有意に高かった ($p < 0.001$)。今後の生活が「不安でない」が「不安」に比べ有意に高かった ($p < 0.001$)。自身の健康が「不安でない」が「不安」に比べ有意に高かった ($p < 0.001$)。

重回帰分析の結果、CSQ-8J 平均得点に対し有意に関連していた項目は、「病気、治療に関する情報が福祉間で共有されている ($\beta = 0.342, p=0.031$)」であった。

【まとめ】 t 検定、重回帰分析の結果、「病気、治療に関する情報が福祉間で共有されている」が満足度に関連しており「共有されていると思う」が満足度が高かった。本結果は福祉職者が在宅療養高齢者の健康状態を現行以上に共有する必要性を一部説明できるかもしれない。一地域の横断的調査であるために調査地域を拡大し検討する必要がある。

在宅における予測指示導入における検討

高瀬 由佳¹⁾、日野 浩司¹⁾、上原 タミ子²⁾、木村 美佐子³⁾、兵頭 麻美

- 1) 社会医療法人 社団三思会 東名厚木病院、2) 訪問看護ステーション のい、
3) J A 訪問看護ステーション いせはら、4) 訪問看護ステーション さつき、
5) 訪問看護ステーション もみじ

【はじめに】終末期がん患者は、突発的な苦痛が出現することが多い。そのような場合当院では、患者・家族が訪問看護師へ連絡し、訪問を待ち、その後主治医へ報告され、対応を決定する段取りとなっている。また、薬剤処方となった場合は、医師が処方した後、ご家族に受け取りに来て頂くか、訪問看護師が届けることになっており、更に時間を有する。そのため、患者は長時間苦痛と戦うこととなる。

そこで、患者の苦痛を早期に解消するために、在宅における予測指示導入に関する検討を行ったため、ここに報告する。

【目的・方法】「迅速に苦痛緩和を図る方策を検討することで、患者に無用な苦痛時間を与えず、残された時間を安楽に過ごして頂く」ということを目的として、在宅における予測指示導入に関する

検討を近隣の訪問看護師、外来看護師と共に開始した。

【結果】在宅における患者記録が多種存在していること、アセスメントや医師への報告内容に、訪問看護ステーションによって差があることが分かった。そのため、共通して苦痛評価が行えるためのアセスメントシートを作成した。

【考察】訪問診療の場合、電話報告で指示を行うことが多々ある。その場合、訪問看護師のアセスメントは重要である。今回、在宅における予測指示の導入について検討を開始したが、指示施行におけるアセスメント能力や報告方法などに問題があることが分かった。そのため、アセスメントシート導入に至った。今後は、適時評価修正を行ない、アセスメント能力の向上に努めると共に、予測指示の導入を実現させたいと考えている。

外来と在宅をつなぐために看護師ができること

延澤 昌代

だいたいクリニック

だいたいクリニックはH23年8月に名前を変更し往診体制を強化したクリニックになりました。当院は在宅ホスピスに力を入れ、これまでの30年間で772名のがん患者の看取りに関わってきましたが、最近では、非がん患者の看取りや通院患者の高齢化より老衰の看取りも増えてきています。往診体制を強化したことで、素早い対応ができる、患者、家族の希望に添いやすい、少し遠方の方も往診が可能となってきました。

在宅療養が始まる形は個々に違います。がん拠点病院から紹介状を持ってこられる方、ケアマネや家族からの紹介、通院患者など様々です。今回、過去5年間に関わった患者の訪問診療が開始になった経緯を調べてみました。まだまだ病院からの紹介で開始になった方が多いですが、年間25%前後は本人や家族からの依頼を受け、訪問診療が始まっています。持病の悪化でADLが低

下し通院が困難になったケース、通院中ががんの発病で病状が悪化したケース、老衰で静かに最期を迎えられたケース、当院での特殊なケースとして、ビタミンC療法をされていた方で、がんが進行し在宅となった方や、がんと診断され、治療は行わず自然な形で在宅が始まったケースなど様々です。

訪問診療目的で外来に来られる方と違い、途中から在宅に移行する場合、何らかの抵抗感を持たれる方が多いという印象があります。がんの方の場合、そこまで体力が落ちてしまったのかという落胆、ビタミンC療法の方などは、もう治療ができなくなるのかという落胆、高齢者の場合は訪問診療というだけで遠慮が見られる場合や自宅を見られたくないという拒否が強い場合などです。

自宅での療養が安心して過ごせるために、病院と在宅を繋ぐ役目として、看護師はどのようにかわるべきかをまとめたので報告します。

強化型在宅医支援診療所の施設基準変更の影響

～長崎在宅 Dr. ネット会員の調査より～

出口 雅浩¹⁾、白髭 豊²⁾、安中 正和³⁾、奥平 定之⁴⁾、詫摩 和彦⁵⁾

1) 出口外科医院、2) 白髭内科医院、3) 安中外科・脳神経外科医院、
4) 奥平外科医院、5) たくま内科医院、6) 藤井外科医院

【目的】 2014年度診療報酬改定で、強化型在宅療養支援診療所の施設基準において、連携型では個々の医療機関で1年間に緊急往診4件、看取り2件が要件となった。基準変更前後での長崎県内の届出状況の変化を明確にし、Dr. ネット医師が基準の変更をどう捉えているかを知り、制度の問題点を明らかにする。

【方法】 (1) 届出状況調査：九州厚生局より長崎県の強化型支援診療所の届出状況を取得。2015年3月末の基準変更前の2014年7月と変更後の2015年7月に、県全体とDr. ネット会員の届出状況を比較検討した。(2) アンケート調査：2015年10～11月、Dr. ネット会員117名に対し実施した。

【結果】

(1) 届出状況調査：強化型の残存率は、Dr. ネット会員では38件中24件(63%)、長崎県全体では80件中45件(56%)。Dr. ネット会員では、変更前には強化型32.5%、従来型41.0%、変更後では強化型20.5%、従来型53.8%であった。県内の強化型でDr. ネット会員の占める割合は変更前の48%から変更後53%に上昇。

以上より、Dr. ネット会員では以前より従来型が多かったが、変更後さらに増えた、強化型に残存する率はDr. ネット会員が県平均より高く県内強化型の過半数を占めていた。

(2) アンケート調査：回答率は49.5% (58名/117名)。58名の内訳は、非支援診療11名、施設基準変更前より従来型支援診療21名、強化型を取

り下げ従来型支援診療へ7名、強化型支援診療を維持19名であった。

1. 非支援診療11名に、今後支援診療になる気持ちがあるか尋ねたところ、「ある」は2名(18%)だった。

2. 施設基準変更前から従来型支援診療21名に、今後強化型になる気持ちがあるか尋ねたところ、「ある」は4名(19%)だった。「ない」と回答した17名(81%)の理由として、自分の年齢を考えて、施設基準が厳しい、保健点数が高い(患者の負担が大きい)、入院有りの医療機関に負担が偏る、連携医師と方針が合うか不明、看取り数を施設基準に入れてよいのか疑問に思う等が挙げられた。

3. 強化型の届出を取り下げた7名の理由は、看取件数が要件を満たさない4名(57%)、看取り件数、緊急往診の件数の両方が満たさない2名(29%)だった。4. 強化型の施設基準をどう思うかを尋ねたところ(58名)、変更すべき24名(41%)、わからない26名(45%)、妥当6名(10%)だった。変更すべき内容としては、施設基準を緩和すべき、看取り数は廃止すべきなどが挙げられた。

【結語】 Dr. ネットは、強化型支援診療のグループ母体として有効に機能している。しかし、強化型より従来型支援診療を選ぶ会員が多かった。在宅医療の普及のためには、強化型支援診療の看取り数を含めた施設基準を見直し、一般診療所が積極的に在宅医療に参入できる対策を考えるべきである。

急性期病院から自宅へ退院する終末期がん患者の現状

大石 知恵子、尾形 由貴子、今村 豊
聖マリア病院

【目的】 自施設はがん診療連携拠点病院である。死期が告げられた患者は、最後を在宅で過ごしたいと望むことが多いが、予後告知が十分にされないことや、家族の事情等で希望する場所での療養が困難であると感じている人が多い現状がある。今回、緩和ケアチームが介入したがん患者で、病名告知や予後告知を受けた事が患者の希望する療養場所の選択に影響を及ぼしたのかについて現状の調査を行った。

【方法】 対象者は2014年から2015年の2年間に自施設に入院し緩和ケアチームが関わったがん患者175人である。データは入院診療録を基にレトロスペクティブに収集した。調査項目は、疾患名、患者、家族への病名告知の有無、患者、家族への予後告知の有無、患者が希望する療養場所を選択出来たのか、転帰、PS値等について収集し分析した。データの評価は記述統計解析を行った。

【倫理的配慮】 本研究は過去に入院した患者の診療録のデータを使用して分析するものであるが、患者個人が特定できないように配慮した。

【結果】 自施設における2014年度の緩和ケアチームが介入した件数は61人であり、このうち患者が希望する療養場所を選択できたのは38人、68%であった。2015年度は114人であり、このうち患者が希望する療養場所を選択できたのは

52人46%であった。病名告知では、患者、家族ともにほぼ100%にされていた。患者への予後の告知では、2014年は54%、2015年は25%であった。一方、家族への予後告知では、ほぼ100%においてされていた。在宅に退院した患者のPS値では、2014年が1～2の患者が約50%であったが、2015年は1～2の患者は36%に減少し3～4の患者が64%に増加していた。

【考察】 患者や家族への病名告知はほぼ100%に実施されていた。病名告知率は高い現状であった。予後告知に関しては、家族へはほぼ100%であるが、患者へは半数からそれ以下であった。本人への予後告知率は低い現状である。患者が病名や予後を知る事は、患者自らが療養先を選択し、決断する為の1つの理由である事が考えられる。患者に予後告知され自宅退院された中には、在宅療養をする上で家族に不安や困難な状況があったにも関わらず、患者の希望が尊重されたと思われるケースがあった。

このことから、本人への予後告知は在宅療養を促進させ、予後告知は希望する場所での療養を実現させると推察される。

【結論】 予後告知は、終末期患者が希望する場所で療養する為の自律尊重という意味で、少なからず関与していることが示唆される。

緩和ケア病棟における在宅療養支援

－在宅療養への意思決定支援における PCU 看護師のアプローチ－

菊地 肇、谷水 美和、藤澤 仁美、中川 裕美子

兵庫県立柏原病院

【はじめに】当院は兵庫県の丹波圏域（人口 11 万人）で唯一緩和ケア病棟（以下 PCU）（20 床）を有した急性期病院である。患者の中には緩和ケア外来や地域開業医と連携しながら在宅で療養し体調に合わせて PCU に入院し、症状緩和すれば退院して在宅での生活に戻られる患者もいる。その様な患者・家族は再入院時に「在宅で良い時間を持てた」と語られる。

今回、患者は在宅での生活を望んでいるが在宅療養に不安を抱える家族に関わり在宅療養が実現した事例を振り返り、PCU 看護師のアプローチ方法がどの様に効果的であったか明らかにした。

【方法】

1) 研究対象：当院 PCU に入院し在宅療養を実現した患者（5 事例）の担当看護師（4 名）

2) データ収集方法：家族の意思決定支援について半構成的面接法を行った。

3) データ分析方法：逐語録から在宅療養実現に有効と考えられるアプローチを抽出した。

【結果】

1) 研究対象は、男性 1 名、女性 3 名で全て看護師経験年数 15 年以上であった。

2) 面接から効果的と考えられるアプローチは (1) から (5) であった。

(1) 在宅療養の決定権を持つ家族をキーパーソンと捉えその人物を中心に情報収集をした。

(2) キーパーソンとは僅な時間でも在宅療養への思いを聞き出す様に心がけながら会話を行った。

(3) キーパーソンの気持ちが在宅療養に向け

て変化する時期を捉えていた。

(4) 在宅療養への気持ちが傾いていると判断した時に障壁となっている不安要因を話し合う場を設けていた。

(5) 担当看護師は在宅療養移行を積極的におし進めてはいなかった。

【考察】終末期患者の退院では、患者の介護を中心に担う家族が最も不安を強く感じる。担当看護師はその人物をキーパーソンとして情報収集し不安の軽減を行い在宅療養の実現に繋げている。また医療者が在宅療養の話をすると退院を強制されたと感じる家族が多く医療者を避ける様になるが、面会時キーパーソンへの気軽な声掛けを繰り返す事で話しやすい関係を築く一助となったと考える。会話から不安や障壁を察知してキーパーソンと情報をやり取りする事で在宅療養をイメージでき障壁が具体的に認識されやすい。そして対策を提案する事で不安が軽減し「これならできるかも」という気持ちに繋がった。担当看護師は、患者・家族が「自宅で過ごせて良かった」と思える時間が持てる様にキーパーソン自身が意思決定する「その時まで待つ」姿勢で接していた。

キーパーソンが納得して選択する事は、在宅療養への強い動機付けとなる為「良かった」という結果に繋がったと考える。

【おわりに】普段の何気ない家族との会話から在宅療養におけるキーパーソンを探り、入院時から在宅療養を意識して家族と情報のやり取りを行い家族の思いに沿った在宅療養支援を行っていきたい。

退院支援チェックリスト活用前後の緩和ケア病棟退院支援の変化

蜂谷 珠水、川瀬 真由美、佐久間 くに子、平野 美香

総合病院 南生協病院 緩和ケア病棟

2012年度の診療報酬の改定から、全国の緩和ケア病棟においても在院日数の短縮化がすすめられている。そのため2010年4月～2012年12月までの当院の緩和ケア病棟の退院支援において、退院支援の実態調査を行った。

調査の結果、介護保険が申請されていない患者が多く、今後の方向性が決まってから介護保険の申請をするケースが半数以上いた。

当院の緩和ケア病棟の利用者の多くは、緩和ケア病棟に入院したら最期まで緩和ケア病棟で過ごせると考える患者・家族が多かったため、退院支援の準備に時間をとられ、その人にとってのよい時期に退院ができず、結局看取りまで病院で過ごすことになる患者も少なくなかった。

当時は当院の緩和ケア病棟でも本人や家族の希望がある場合や病状が安定している患者においては、在宅や他施設への退院支援を行っていたが、

本人の帰りたいとの思いがない場合、積極的に退院支援に関わることはなかった。

また、看護師の力量によって退院支援の介入に差があるのではないかと考え、看護師の経験年数に関係なく、入院早期から退院支援に介入することで、その人にとってのよい時期を見逃さず退院支援が行えるよう退院支援チェックリストを作成し運用してきた。

この2012年までの実態調査の結果とあわせてその後2013年1月～2016年3月までの当院緩和ケア病棟の退院支援の実際「入院日数」「退院準備にかかった日数」「退院先」「退院しようと思った動機」「ケースワーカーの介入」「協同カンファレンス数」「介護保険の申請状況（入院時）」「介護保険を申請した患者（入院後）」の8項目を比較しながら、退院支援チェックリストを活用することで改善がみられた点を評価していきたい。

COPD 症例に対する病状の変化に応じた訪問リハビリの紹介及び検討

林 里歌

倉敷中央訪問看護ステーション

【症例紹介】 77 歳男性 重症 COPD、独居（隣に娘家族）、BMI15.9、MRCGrade4、FIM97 点 /126 点

近医退院後、約半年間の訪問期間、週 2 回のリハビリテーションを実施。生活範囲は自宅内でトイレや、玄関まで新聞を取りに行くことが日課であった。病状の進行に伴い安静時の呼吸困難感が増加したが CO₂ ナルコーシスが危惧され酸素療法の適応はなく、NPPV 装着を訪問看護師と協力し習慣化を図ったが、呼吸困難感の改善が乏しいことから定着には至らなかった。また、SpO₂ 低下や呼吸困難感が増加してもトイレ歩行を続け生活スタイルを変えることは無かった。安楽な方法への変更は受け入れられず、苦しくても生活スタイルを変えたくない希望があり症状の変化に応じてコンディショニング、全身持久カトレニン

グ、緩和的介入の時期を見極めながらプログラム修正を行い、死亡数日前まで自宅で生活を送ることができた。

重症 COPD においては自宅退院直後は早期に環境調整を行い生活の基盤を整え、この症例においては独居のため動作増加による呼吸困難感が予想され、安心して在宅生活を送れるよう自覚的感覚とバイタルサインの統合や安楽姿勢の指導を行った。症状の安定期にはコンディショニング中心から運動量増加を図ることが重要であった。本人の希望は最後までトイレに行きたいという目標であり、運動療法は重要事項であった。しかし、訪問看護（リハビリ）として人生最後の時期に携わる者として、プログラムや QOL への関わりが十分であったか検討したい。

「食いたい」、「食べられるようになってほしい」という思いを、言語聴覚士が多職種連携の一員として支える事ができた一例

眞鍋 健太¹⁾、福田 清美¹⁾、関本 雅子²⁾

1) 訪問看護ステーション関本、2) 関本クリニック

【はじめに】人生の最終段階において、摂食・嚥下障害を呈した患者は、食べたいものと食べられるものに乖離を認めることが多く、「口から食いたい」という希望にどのように対応するかは、言語聴覚士（以下 ST）にとって大きな課題の一つである。

【事例】症例は 80 歳代男性。アルツハイマー型認知症による ADL・認知機能低下の為、介護付き有料老人ホームで療養中であったが、脳梗塞（左片麻痺）を発症し、急性期病院へ救急搬送された。そこで嚥下機能の低下を指摘され、これ以上の経口摂取は不可能との判断のもと、胃瘻が造設された。紹介元である施設へ退院する際に施設療養のサポートを目的とした依頼があり、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションによる訪問が開始となった。介入前にご希望をうかがった所、キーパーソンである息子氏より「食べる事が好きだったので、可能であれば再び口から食べられるようになってほしい。」と経口摂取再開の希望があった為、ST による介入が開始となった。開始時の ADL は全介助レベルであり、約 3 か月間、経口摂取は実施されておらず、栄養は全て胃瘻からの注入であった。

【経過】初回訪問時に嚥下内視鏡検査にて、喉頭にゼリーの残留を認めたものの、氷なめやとろみ茶（1.5g/100ml）では誤嚥を認めなかった。週

2 回の頻度で ST による嚥下リハビリを開始した。訓練の度に経過や誤嚥の有無を在宅医や訪問看護師に動画を利用して報告し、次回の訓練内容を決めるなど、密に情報を共有しながら訓練を続けた。訓練開始から 2 週間後に誤嚥性肺炎と考えられる発熱を来したが、在宅医・訪問看護師と連絡を取り合い、約 1 週間の抗菌薬投与による治療の間は訓練レベルを下げて介入を継続した。その結果、1 か月後にはヨーグルト 100g、とろみジュース 50ml を誤嚥なく摂取する事が可能となり、声量や発語量も増加した。笑顔も見られ、「いちご食いたい。」などの言葉も聞かれるようになった。動画は家族とも共有し、成果に満足していただく事ができた。

【考察】当院では始業前に在宅医、訪問看護師、訪問 ST で毎日ミーティングを行っており、訪問中や休日でも互いにメールなどを用いて情報共有している為、リスクの高い症例に対しても治療や訓練方針など細かな修正が可能となる。そうする事によって、リスクの高い患者でも治療と並行して嚥下訓練を継続する事ができ、機能回復に繋がったと考えられる。

【まとめ】誤嚥のリスクが高い患者に対して、医療・看護と密接に連携しながら、専門職として嚥下訓練に携わった結果、患者の嚥下機能の回復や意欲の向上を認めた一例を経験した為、報告する。

在宅における終末期呼吸器疾患に対しての呼吸リハビリテーション

橋本 周三、松久 宗丙、加代 雅規、宮崎 巨樹、船戸 崇史

船戸クリニック 天音の里

【はじめに】高齢化に伴い誤嚥性肺炎の増加は大きな問題とされており、在宅における終末期ケアをすすめていく上で呼吸器ケアの必要性が訴えられている。当法人は、地域に根ざした終末期の在宅医療・看護・介護を実践している。今回、当法人のデイケア・訪問看護を利用され、医療介護職種による呼吸リハビリテーションを実施することによって在宅生活を継続した終末期呼吸器疾患の2事例について報告する。

【事例紹介】

〈事例1〉60歳代、女性。陳旧性肺結核、右肺全摘出術後、肺炎、気管支拡張症。40歳代の娘と2人暮らし。2012年より在宅にて在宅酸素療法、nip使用を開始。2015年10月当法人デイケア在宅リハビリセンター天音の里ご利用開始。

〈事例2〉80歳代、男性。肺癌。息子夫婦、孫1人との4人暮らし。2016年1月に肺癌と診断され、2月に急性期病院退院後、当法人訪問看護ステーション天の星ご利用開始。呼吸ケアを目的に5月より訪問リハビリ開始。

【経過】

〈事例1〉デイケアでは2時間のnip使用と呼吸リハビリを実施。呼吸体操や排痰支援、酸素ボンベの使用法や呼吸法に合った動作様式の練習を

促した。ご自宅ではnipの利用を拒否されることがあり、2016年6月13日にCO2ナルコーシスを発症し、急性期病院へ救急搬送される。退院後、ご本人様の希望によりデイケアのご利用を再開し、8月24日まで自宅での生活とデイケアのご利用を続けることができた。

〈事例2〉起き上がると息切れが強まる為、ベッド上寝たきりの状態。6月下旬より徐々に食事にムセが出現するようになり、トロミのつけ方や食事介助の方法、食事姿勢のポジショニングを家族へ伝達する。家族へ排痰介助の方法をお伝えすることで、誤嚥性肺炎を発症することなく7月29日に永眠されるまで経口摂取が可能であった。

【考察】在宅ケアをすすめていく上において、予防・早期治療のための呼吸リハビリテーションは極めて重要である。慢性呼吸器疾患の特徴としては、その経過として増悪（再発）、軽快を繰り返しながら病態の重症化をきたしていく為、その介入には各病期における継続性が必要である。今回は、終末期呼吸器疾患に対して、さまざまな医療介護職種と家族の協力によるチームアプローチが実施され、継続した在宅療養の一助となったと考えられる。今後はさらにチームとしての検討が考慮された。

在宅呼吸リハビリ導入により QOL が劇的に改善した一例から学ぶ在宅リハビリと病院 –在宅連携の重要性

二ノ坂 建史、二ノ坂 保喜

にのさかクリニック

症例は 84 歳、女性。娘一人とペットの犬と暮らしている。40 歳代に右乳癌全摘、2012 年に S 状結腸癌切除術を受けている。他に気管支喘息、COPD の既往がある。

2015 年夏より当院の訪問診療を開始した。前医の治療を引継ぎ、シムビコート・メブチン吸入、シングレア内服で喘息・COPD に対する治療を行っていたが、コントロールは不良であった。冬に転倒し胸部打撲したことにより胸郭の動きが悪くなった影響もあり、呼吸困難感が徐々に増悪していた。さらに、肺炎を契機に呼吸不全を来し、急性期病院に複数回入院した。急性期治療により呼吸状態は落ち着いたが、常時酸素投与が必要な状態となった。HOT 導入の上退院したが、ADL は格段に低下していた。退院後、当院から

の初回訪問診療の際、胸郭スクイーピングのリハビリ介助を試みたところ、即座に効果を自覚したため、訪問リハビリを導入することとした。以降、娘が PT の指導を真似たり、インターネットなどで情報収集するなどをし、PT 訪問時以外の時間にも独自でリハビリを手伝っていた。呼吸リハビリの効果は速やかに現れ、呼吸状態は著明に改善し、酸素なしで屋内動作が自力で可能になるなど、ADL も格段に改善した。

訪問リハビリそのものはもとより、生活の中で家族がリハビリ介助に加わることで、本人と家族の QOL 上昇に寄与したと考えられる一例である。呼吸不全の在宅患者に対する積極的呼吸リハビリの重要性及び入院施設と在宅支援施設との連携について検討する。

喉頭全摘出患者の家族がコミュニケーションの変化に対して抱く困難感について

木村 正樹、折田 睦子
東海大学付属伊勢原病院

【研究目的】 喉頭全摘出術後は、失声することで家族と患者とのコミュニケーション手段が変化する。患者及び家族にとっても新たなコミュニケーション手段を獲得することは大変な努力と時間を要する。患者の家族は、新たなコミュニケーション手段に合わせた生活を送る事を余儀なくされるにもかかわらず、実態調査や支援に関する研究は行われていない。

そのため、今回、喉頭全摘出患者とのコミュニケーションの変化によって家族が抱く困難感について明らかにすることを目的とした。

【研究方法】

1. 調査対象

喉頭全摘出術を受けた患者の家族 3 名

2. データ収集方法

インタビューによる介入研究

3. 分析方法

インタビューから逐語録を作成し、コミュニケーションの現状及び家族の困難に関する語りを抽出した。抽出したコードを意味内容にそって分析し、サブカテゴリー、カテゴリー化し、検討した。

【倫理的配慮】 研究対象者には本研究の趣旨を紙面にて説明し、研究への参加は、自由意思で参加

しないことで何ら不利益を生じないことを同意書で同意を得る。調査により得られたデータは研究者及び指導者のみが取り扱うものとし、厳重に保管・管理し、本研究以外に使用しないことを記載した。尚、本研究は、東海大学医学部臨床研究審査会にて承認（第 15R—119 号）を得た。

【結果・考察】 研究対象者は 1) A 氏・妻 70 歳代、2) B 氏・妻：60 歳代、3) C 氏・嫁：40 歳代の 3 名であった。抽出したコードを意味内容にそって分析し、カテゴリー化した結果、家族は「退院初期のボード・鈴等の新たなコミュニケーション手段の煩わしさ」「患者がジェスチャーでのコミュニケーションが図れず、物にあたる行動への困惑」「患者とのコミュニケーションが減ることへの潜在的不安」「コミュニケーション手段のジェスチャーの理解への負担」「患者が同居家族以外との関わりを制限することへのストレス」「患者を一人にできない不安と活動制限」「食道発声への期待と失望」をもっていった。

退院後、患者とのコミュニケーションをとるなかで困難感を抱きながら対処行動をとっている家族を支援していく必要が示唆された。

看護師の起業家育成プログラムの実践と展望

～笹川記念保健協力財団の取り組み～

喜多 悦子、早瀬 隆昌、中村 あかね、中野 久美子

笹川記念保健協力財団

【背景】 高齢少子社会を迎え病院の機能分化が進む日本において、病院の「治す医療 (cure)」と共に、生活の場で「支える療養 (care)」が必要となっている。かかる状況下、地域において医師との協力は無論、多職種と連携・協同しながら医療ケア、疾病予防、機能改善をも担うことのできる看護職の重要性はますます増している。

そこで当財団は看護の視点から地域の健康を看(み)、護(まも)り、適切に介入できる事業所を起業・運営する自立した看護師の育成を目的とし「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」(以下：育成事業)を開始した。

【概要】 育成事業は中堅看護師を対象に「前期講義→実習→後期講義→起業計画立案・発表」という流れで8か月間の研修を提供する。

講義では「看護実践力」に加え「行政社会力」「事業運営力」「地域・保健連携力」を特に重視し、「覚える」よりも自ら考え、経営者として必要な覚悟と責任感を涵養する。起業計画の立案においてはミッション・目標はもとより、開業予定地の市場調査、事業戦略、収支計画を含めて税理士、経営

コンサルタントなどが支援する。

【考察】 現在26名が研修を修了し首都圏、地方都市、過疎地域含め全国20余ヶ所で在宅看護センターが稼働している。(2017年1月、3期生9名が修了予定) 2015年4月に開業したある事業所においては、6か月毎の月間平均訪問総数が298件→535件→770件(2015年4月～2016年10月)と増加し事業を拡大している。また、開業地域の入院件数や救急出動が減少したと報告されるなど、地域の医療・福祉の負担軽減に寄与している可能性もみられ、更なる精査が求められる。

【展望】 今後は各センターをネットワーク化し、根拠あるデータ・意見を集約・提示し、必要で適切な訪問看護ケアが診療報酬として算定できるよう制度化したい。

育成事業が掲げる「看護が社会を変える」のキャッチフレーズのもと、更なる「看護のエビデンス化」を進め、地域社会、地域におけるケアの向上に貢献していく。

在宅や施設に勤務する新任期の看護師の看取りの現状と エンドオブライフに関する教育ニーズ

植村 小夜子¹⁾、糸島 陽子²⁾

1) 佛教大学 保健医療技術学部、2) 滋賀県立大学 人間看護学部

【目的】 在宅や施設に勤務する新任期の看護師の看取りの現状とエンドオブライフに関する教育ニーズを明らかにする。

【方法】 大学倫理委員会の承認後、訪問看護ステーションまたは高齢者施設に勤務して3年以内の看護職24人に基本属性、現職での看取り経験の有無、エンドオブライフに関する学習経験の有無、及び終末期ケアに対する態度を From melt Attitude Toward Care Of Dying scale (以下 FATCOD-B-J) を用いて調査した。終末期ケアに対する態度については、訪問看護ステーション看護師(以下:在宅看護師)と高齢者施設看護師(以下:施設看護師)の両群で比較検定を行った。二群間の検定には Mann-Whitney-U-test を用い、統計的有意水準は5%とした。解析には SPSSv.23j for windows を用いた。

【結果】 対象者の平均年齢は 40 ± 10.1 歳で全員女性であった。現職での看取りの経験者は16人(67%)、エンドオブライフに関する学習の経験者が9人(38%)であった。また、看取りと学習ともに経験ありが6人(25%)、看取りをしたが学習経験なしが10人(42%)、学習はしたが看取り経験なしが3人(13%)、看取りと学習経験ともになしが4人(17%)、不明が1人(4%)であった。

2郡間でみると、在宅看護ステーションの看護師は19人(24~55歳、中央値42歳)、高齢者施設の看護師は5人(23~57歳、中央値31歳)

であった。全体の FATCOD-B-J の得点の平均値(範囲:30~150点)は、 115.2 ± 9.2 点(範囲:93~132点)で、在宅看護師は 117.1 ± 2.0 点(範囲:93~132)、施設看護師は 107.8 ± 4.0 点(101~122)であった。FATCOD-B-J を3因子に分けた因子の1つである「死にゆく患者へのケアの向きさ」(範囲:16~80)は、在宅看護師が 61.7 ± 5.4 点、施設看護師が 55.4 ± 4.3 点で、在宅看護師のほうが死にゆく患者へのケアには前向きであった。さらにその中に含まれる質問項目である「私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない」($p=0.019$)、「私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きでない」($p=0.030$)については、在宅看護師のほうが施設看護師よりもそうは思っていない結果であった。他方、「患者・家族を中心とするケアの認識」(範囲:13~65)は訪問看護師が 51.7 ± 4.0 点、特養看護師が 48.8 ± 4.8 点($p=.208$)で違いはみられなかった。また、高齢者施設で働く20歳代の若い看護師は学習経験がなく、看取りの経験もほとんどなく FATCOD-B-J の得点が 101.5 ± 0.5 点であった。**【考察】** 看取り経験の少ない若年の新人看護師は、卒後に継続的に教育が受けられる機会を確保する必要があり、なかでも高齢者施設に勤務する新人看護師に対する終末期ケアに対する教育と環境づくりの必要性が示唆される。

高齢者福祉に従事する支援者のアドバンスケアプランニングに関する意識調査について

濱村 まり^{1,2)}、荒木 早苗^{1,3)}、近藤 千博^{1,2,3)}

- 1) 宮崎市介護老人保健施設さざんか苑 指定管理者 国立大学法人 宮崎大学、
2) 宮崎市立田野病院 指定管理者 国立大学法人宮崎大学、
3) 宮崎大学医学部附属病院コミュニティ・メディカルセンター

【はじめに】平成 27 年度、宮崎市田野地区の多職種連携の会（たこの会）に属する事業所職員のスキルアップを目的として様々な研修を行った。研修の一環で、平成 28 年 3 月アドバンスケアプランニングに関する臨床倫理講演会を開催した。会に属する事業者は、認知症などで判断能力の低下した高齢者の支援に携わるなかで、倫理的ジレンマを抱えることがある。今回、支援者となる講演会参加者自身の意識調査を行ったので報告する。

【対象及び方法】平成 28 年 3 月 3 日研修会に参加するたこの会に属する事業者の職員を対象とする。講演会に先立ち、①高齢者支援を行っている参加者自身が認知症になった時周囲に希望する対応方法、②人生の最終段階における色彩イメージ、イメージした理由、③余命宣告された後に残された日々をどのように過ごしたいかを質問紙票（自由記載）を用いて調査した。

【結果】研修会の 53 名参加のうち、31 名から回答を得た。

①について、本人に寄り添った暖かい見守りを希望 11 名、自分を理解して欲しい 4 名、施設入所希望 4 名、認知症になる前に周囲に希望を伝えておく 3 名、叱らないで欲しい 2 名などがあり、施設入所希望者の 3 名については、家族に迷惑をかけたくないから施設入所希望であった。

②色について、オレンジ 5 名、ピンク 5 名、白 3 名、赤 3 名、紫 3 名、薄い水色 3 名、グレー 2 名、黄色 2 名、緑 1 名、ブルー 1 名、淡い金色 1 名であり、グレーの 2 名は、楽しいこともそう

でないことも入り混じった感じ、できることや分かることが少なくなっていくその時の心境、紫の 3 名のうち 1 名は、先が決まっていない暗いイメージであった。グレーや紫は、混沌としたマイナスなイメージを持っており、その他の色は、人生を全うしたい、穏やかに過ごしたいなどの理由が多かった。

③について、旅行に行きたい 11 名、身辺整理 8 名、家族と過ごしたい 6 名、普通の生活がしたい 6 名、感謝を伝えたい 5 名などがあつた。

【考察】①について、支援者側が認知症の高齢者に対して、本人を受容した寄り添った支援を多くの支援者が望んでいることが分かった。

②について、人生の最終段階において、混沌としたマイナスなイメージを持つ支援者も一部いるが、概ね人生の最終段階は、人生を全うした、穏やかに過ごしたいなどの希望があることが分かった。

③について、旅行に行きたいなど日ごろできなかったことを行いたい、身辺整理や普通の生活がしたいなどの希望があることが分かった。

【結論】高齢者の支援に携わる支援者自身が認知症高齢者や人生の最終段階に持っているイメージの一端がわかった。結果は、支援者が行っているケアの内容や高齢者の尊厳に対する対応の裏返しとも捉えられる。この結果を支援対象者側の希望と捉え、認知症高齢者のケアやアドバンスケアプランニングなど今後の支援に活かしていきたい。

在宅で高齢者を介護する介護者の負担についての文献検討

關戸 啓子¹⁾、植村 小夜子²⁾、堤 かおり³⁾、佐々木 亮輔⁴⁾

1) 京都府立医科大学医学部 看護学科、2) 佛教大学保健医療技術学部 看護学科

3) 梅花女子大学看護保健学部 看護学科、4) 神戸女子大学看護学部 看護学科

【目的】 在宅で高齢者を介護する介護者の負担は大きい。老老介護、認認介護といわれるほど、介護者も高齢化していたり、健康問題を抱えている場合がある。介護者の負担軽減は、在宅療養の重要な課題となっている。そのため、介護者の負担については、多くの研究が存在する。今回は実際の支援に役立てるため、先行文献の研究結果を整理することを研究目的とする。介護者の負担に関する研究は多いため、本研究では高齢者を介護する介護者に絞って文献を抽出した。

【方法】 医学中央雑誌を用いて、「在宅」「高齢」「介護者」「負担」のワードで検索した。文献は原著論文に限定して、過去5年間に条件に、平成28年9月に行った。

文献の取り扱いには、著作権を侵害することのないように十分な配慮を行った。検索された文献は、出版年、目的、対象、研究方法、結果の概要で構成されるフォーマットに基づいて分類を行った。

【結果】 文献は合計で84抽出された。内容が今回の意図と違うものを除外して、41文献を研究対象とした。文献の発表年は、2011年に11編、2012年に9編、2013年に3編、2014年に6編、2015年に6編、2016年に6編であった。研究方法は、アンケート調査が37編、面接調査が2編、その他2編であった。研究内容は37編が「介護負担(感)への関連要因・影響要因に関する研究」

であった。関連・影響要因を整理してみたところ、「被介護者からの情緒的サポート」「被介護者と人間関係が良いこと」「相談相手がいること」「デイケア、デイサービスの利用」「副介護者の存在」「介護者に自分の時間があること」「対処行動を活用できること」「被介護者のADLや認知機能が高いこと」は介護者の負担(感)を緩和する方向にはたらくと報告されていた。一方で、「ケアの拒否があること」「被介護者に異常行動があること」「拘束感があること」「排泄時の援助が必要なこと」「経口摂取であること」「自分の健康に不安があること」「自分が高齢であること」「介護時間が長いこと」「睡眠が中断すること」「経済的問題があること」「家族の協力が無いこと」は、介護負担(感)を強める要因であることが報告されていた。

【考察】 在宅で高齢者を介護する介護者の負担に関する文献は、そのほとんどがアンケート調査で、介護者の負担(感)に対する関連・影響要因を調査していた。介護者の負担(感)をいかに緩和することができるかが、やはり大きな課題となっていた。

緩和する要因をみると、精神的サポートと少し介護から離れて自分の時間がとれることの重要性が浮き彫りになった。強める要因からは、助けが無く、自分の体や経済への不安がのしかかっている状況がみてとれた。介護者を孤独にしないことは、何より重要であると考えられた。

「最期まで健康に生ききるための向老期における健康教育プログラム修正版」実施の試み

荒木 亜紀¹⁾、山口 忍²⁾

1) 共立女子大学看護学部、2) 茨城県立医療大学

【目的】「最期まで健康に生ききるための向老期における健康教育プログラム修正版」(以下、プログラム修正版、とする)を試行的に実施・評価すること。

【方法】対象者は、プログラム修正版作成にあたって実施したフォーカスグループインタビューの協力者28名とし、できるだけ3回連続して参加できることとした。プログラムの実施は、研究者1名で行った。参加者には、3回コースの健康教育への参加と自記式質問紙調査の回答を依頼した。

【倫理的配慮】研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象者28名のうち12名から承諾が得られ、調整の結果2015年10月31日、11月1日、11月15日の3日間に実施した。参加人数は、1回目が5名、2回目が4名、3回目が4名で、性別はいずれも男性であった。1回目の健康教育は、健康な人のイメージについての話し合いを行い、健康の定義、健康寿命、健康寿命を延ばすための生活、向老期と発達課題、老いの変化、の説明を10分程度行った。最後に「健康に生きる、とはどのようなことか」のテーマでグループワークを行った。2回目は、これまで自分が困った場面で人から手助けされた経験と自分が手助けをした経験についてそれぞれ話し合いを行った。さらに互いに世話をしあう関係を作るための日ごろからの関わりを話し合った。3回目は、初めに各自に「自分らしさ」について1人ずつスピーチしてもらった。その後人生の最期に向けた準備につ

いて話し合った。この後、自分らしく生ききるために、日々をどのように過ごそうと思っているか、話し合った。それを受けて、自分の最期の過ごし方や死後の希望について伝える方法の情報提供を行った。

各回後の質問紙調査の結果、健康教育1回目は参加者5名中4名からすべての調査項目で「よくできた」「だいたいできた」の回答を得た。2回目は、「人付き合いの振り返り」と「世話をし合える関係づくりを考える」の2つの調査項目で、4名中2名が「少しできた」との回答であった。3回目は、一言日記の記入、最期に向けた準備の語り合い、の2つの調査項目で、4名中2名が「少しできた」と回答した。健康教育実施前後の調査では関心のある事柄と程度に関する項目は、「家族」と「身辺整理」の2項目で、「とても関心がある」の回答が増加した。

【考察】各回ごとおよび実施前後の調査において、否定的な評価は少なかったことから、プログラム修正版の実施による参加者へのマイナスの影響はなかった。回を重ねるごとに意見交換が活発になされ、グループワークが円滑に行われた。それは、参加者と実施者、参加者同士が顔なじみになり、信頼関係が構築されたことによると考えられ、プログラム遂行にとって、信頼関係は必要な要素だと考える。プログラム修正版の実行可能性はあると考えられ、今後は実施・評価を重ね、プログラムの精度や評価方法の検証を行なっていく必要がある。

精神訪問看護

～双極性障害療養者とのかわり～

新名 敦、大塚 薫、古賀 ひろみ、古賀 洋子
訪問看護ステーションわかば

【はじめに】医療分野国家において、国家戦略の1つでもある精神福祉施策により入院治療より地域生活治療に移行し、精神疾患患者の在宅件数は増加の一方を辿っている中、当ステーションでは約1割が精神の療養者である。

精神疾患に罹患した在宅療養者に対する訪問看護は、困難事例のケースが多いと感じる中、今回、1人暮らしの双極性障害の療養者に対する訪問看護介入を行う機会を得たので、経過を振り返り報告する。

【倫理的配慮】本症例をまとめるにあたり、匿名化により個人が特定ができないよう配慮を行った。

【療養者紹介】A氏 48歳 男性、双極性障害、アルコール依存症、睡眠時無呼吸症候群、独居

生い立ち：23歳で父親が他界、中学2年生で悪友とシンナーを始めるも、中学生でシンナーを止め高校進学後、溶接業に就職。23歳の時に交際していた女性が21歳で脳出血で急死し、以後、シンナーやアルコール依存となる。精神科受療しながら31歳までは就労を継続していたが、飲酒やシンナー中毒により入退院を10回程繰り返していた。その後、ダルクに入所するも、2度脱走歴あり。平成24年にダルクを退寮し、1人暮らしを始める。

【経過】平成25年より介入を開始。サービスは訪問看護週2回とヘルパー週3回が介入。本人はB病院に通院しながら週5日B型就労事業所勤務。訪問看護は就労終了後の帰宅後に介入し、バイタルサインの測定、食事・生活指導、服薬管理、

傾聴・応相談が主。ヘビースモーカーであった為、介入時は終始喫煙と飲茶を繰り返し、喫煙1日60本飲水1日8L、間食過多で体重100kg近くまで増加し、管理不良状態。ヘルパーと協働し、食生活の改善指導や運動療法指導を行った。その後、A型就労事業所に転職したが、通勤中の接触事故に遭い、自宅に謝罪に来た女性に被害を加え、通報され逮捕拘留された。出所後、本人の希望があり、週2回の介入を継続している。

【考察】今回の事例は、気分障害により就労活動や危険な行動を起こしており、訪問する側にとって危険を伴うことも考えられる。本人の不安や悩みを傾聴し、相談にのり信頼性の向上とともに適宜必要に応じて生活指導を行うことで是正への方角へと導き出すことが求められると考える。この事例にかかわらず、精神疾患の在宅療養者を取り巻く環境は、内科系や外科系の疾患患者とは大きく異なっている。その人の生い立ちを把握し、疾患や生活環境と向き合うことから始まり、結果がなかなか見えない中でも、数年単位や人生をかけて治療と共存していかなければならない。

【おわりに】療養者本人にとっても関わりをもつ側にとっても先が見えない状況下でも、忍耐強く関わっていくことが大切である。また、他者への妨害や自ら命を絶つケースが少なくない中、訪問看護だけでは限界がある為、各関係機関との協力は不可欠だと思われる。

近い将来、介護保険同様にケアマネージメントを行う専門職の到来に期待したい。

独居高齢者の在宅看取りを振り返って

富田 かおり、檜 真樹、中嶋 智子、東山 智美、田中 文恵

洛和会訪問看護ステーション大津

在宅医療での看取りの課題として、本人が住み慣れた自宅で最期を迎えたいと希望していたにもかかわらず、家族の介護負担が大きいことや、在宅医療に対する周囲の無理解により、本人が家族に遠慮して最期は病院、施設に行くことと決断される状況がある。

本事例は右顎下腺癌末期、80歳代、独居の方で本人は自宅で最期を迎えたいと強く希望されていたが、近隣にいる娘は入院を希望しており、在宅で看取ることに対して不安が強い状態であった。しかし、医療体制の調整と家族と本人の思いをつなぐ支援により、家族も納得して在宅での最期をともに迎えられた。今回の在宅での看取りを振り返り考察したので報告する。

【事例紹介】A氏は80歳代の男性で、主病名は右顎下腺腫瘍、頸部リンパ節転移であった。医師から告知を受け、在宅療養を希望した。妻は15年前に病死しており、それ以来独居で生活している。近隣に住む長女夫婦、長男、妹夫婦が訪問し身の周りの世話をしていた。

【経過】訪問開始から3週間後徐々に首から腰にかけて痛みが強くなり、主治医の指示にて麻薬で疼痛コントロールが開始となった。この頃よりADLが低下し、保清や更衣などに介助が必要となった。

訪問開始2カ月家族の意向を確認し、A氏の意味を尊重して在宅での看取りを継続していくこととなった。

訪問開始4カ月後、痛みが増強したため麻薬

が増量となり傾眠傾向となった。娘が声かけをしてもあまり反応がない父を見て「入院させてほしい」と希望した。主治医と相談し、病院へ搬送する方向となった。しかし、手配中にA氏が覚醒し「病院には行きたくない。入院は嫌や」と言われ、在宅で最期を迎えたいと意思を訴えた。

【考察】

開始期：初めはやはりケアに対しては拒否的であった。初回訪問時は、利用者との信頼関係の構築がまず求められる。このとき、無理にケアを勧めるのではなく、まずA氏が今、何に苦痛を感じているのか理解することから始めた。療養者や家族の目線で困りごとや不安なことを対処することも開始時期に信頼関係を築く上では大切なポイントであると述べている。A氏との信頼関係が徐々にできケアの受け入れへと繋がったのではないかと考える。

維持期：A氏は家で最期まで過ごしたいと希望しており、自分らしく最期まで好きなビールが飲める場所として在宅を選択し、最期まで住み慣れた家で生活できたのではないかと考える。

臨死期：家族として心が揺れ動くことは当たり前のことである。A氏は在宅での最期を強く希望しており、そのなかで訪問看護師として求められることは、利用者と家族の思いを繋ぐことではないかと考える。今回思いがすれ違うなかで、家族の不安な思いを理解し、条件が満たされていたことが、在宅ターミナルケアを成立させたと思う。

多職種スタッフの連携により、患者とその家族の意思決定支援を行うことができた事例

白倉 由佳、川上 理恵
戸畑リハビリテーション病院

【はじめに】入院から在宅療養への移行は、患者・家族・医療者間での不意一致が生じることはまれでない。今回、患者・家族の在宅療養の要望を医療者が尊重し、多職種スタッフが連携し在宅療養に繋げることができたことを報告する。

【倫理的配慮】本事例の発表にあたり、ご遺族より口頭で承諾を得ており、個人が特定されないように配慮した。

【事例紹介・経過】患者 A 氏 60 歳代 女性 X 年右背部にユーイング肉腫を発症し、数回にわたり治療行う。X 年 + 9、自宅で日常生活を送っていたが、脊椎転移により両下肢完全麻痺となり緊急搬送。在宅療養困難で当科転院。キーパーソンは長女、夫。夫と 2 人暮らし。長女は別世帯。

入院時、A 氏は「急に足も動かなくなって、家に帰っても何もできない」と、急激な病状の変化・ADL 低下に、生きる希望を持てなくなっていた。予後予測は不能。状態は著しい変化はなく過ごされていた。リハビリの効果もあり、車椅子を自走するようになり、「家に帰りたい」「自分で車椅子に乗り降りできるようになりたい」という発言が聞かれるようになった。

入院 1 か月後、咳嗽などの自覚症状あり、検査の結果多発肺転移認め、病状進行と判断。予後

は週～日にち単位となる。患者・家族共に在宅療養を強く希望され、介護保険の手続きなどの退院調整を開始。その矢先、呼吸状態悪化し予後は日にち～時間単位と予測された。長女の「連れて帰らなければ、後悔する」との言葉をきっかけに退院に関わる全職種が動き、その当日退院となる。急な予定変更であったが、在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー・福祉用具事業者の協力が得られ、病院車で自宅到着時には待機し受け入れ準備が整っていたため、スムーズに引き継ぎを行うことができた。退院後 4 日目にご家族に見守られる中、自宅で永眠された。のちに長女より「本人に家に帰りたいという、生きる希望を与えてもらえて感謝している」との言葉をいただいた。

【考察】看護師だけでなく、多職種との連携で患者自身が「家に帰りたい」という生きる希望を持つことができ、また家族も本人の意思を尊重しようとした。患者の急な状態変化は予測出来ないことである。その変化に対応し、スタッフ間での情報共有を密にしたこと。また多職種がチームで連携し、患者・家族の要望を尊重したいという考えに一致したことで、在宅療養に繋げることができた。

積極的治療を拒否され、在宅での生活を強く望まれたがんの終末期の30歳代の方との関わりを通して学んだこと

小林 郁香、日比野 美樹、林 絢子、藤田 真由美、天草 渚
訪問看護ステーションいずみ

【目的】 訪看導入時には化学療法（以下化療）のため2週間毎に入院していたが、副作用が強く（本人が美容師ということもあり、脱毛を嫌がられていた）、また自宅から遠方のため入院をするとあまり家族と会えなくなってしまうこともあり、入院日になると理由を付けて延期するようになった。本人は病状や予後について理解はしていたが、その現実を受け止められず受容はできていなかった。化療は延命の目的であったが、A様はそのことも理解した上で拒否された（大腸がん術後、化療をすすめられたが拒否、民間療法を選択。薬に頼りたくない思いが強かった）。しかし在宅で最期までという選択をしたのではなく、完治を信じたいと強く思っているA様がいた。

後に主治医より余命宣告を受けることも頑なに拒否されたA様を通じて在宅ターミナルにおける訪問看護の役割とは何か考えてみたいと思った。

【症例紹介】 A様 30歳代 女性

〈病名〉 S状結腸癌末期 腰椎転移・下肢麻痺
膀胱直腸障害

家族は夫、子供2人。A様の発病にてX年-2年2月よりA様ご両親と同居を開始。同市内に姉も在住。父は前頭側頭型認知症がある。

【発症からの経過】 X年-3年12月S状結腸癌でX病院にて手術。このとき肝転移あり補助化療勧められたが拒否。X年-2年2月肺転移指摘され、再度化療勧められたが拒否、民間療法を行っていた。このときX病院から「治療をしないなら来

ても意味がない」というようなことを言われ通院しなくなる。X年-2年4月腰痛出現、歩行が困難となった。同年8月Y病院に入院。入院同日下肢麻痺出現。同年8月下旬、化療希望されZ病院へ入院。化療3クール実施し、退院。同年9月末より訪看が開始となった。次第に化療を拒否するようになり、X年-1年2月を最後に治療はしなくなった。その後通院困難なため同年4月下旬よりWクリニックの訪問診療が開始になった。

病状は落ち着いていたが、同年10月頃より軽い瘦著明となり、同年11月には食欲低下、倦怠感、頻脈、呼吸苦が出現した。しかし本人はその症状を頑なに医療者に見せないようにしており、母や姉から症状や日頃の様子を聞いたり、手紙のやり取りで把握していた。往診医から予後やオピオイドについても説明されたが、受け入れられずにいた。

その後も残された時間をどのように過ごしたいか、病状が危機的状況となったときは入院するか自宅でその時を迎えるのかなど、大切な決断についても話すことができないまま日々のケアを続けていた。本人の意思確認ができない状況で、訪問看護師としてできることは何か……と葛藤がある中、A様は少しずつ状態が悪化。亡くなるときの場所について確認もできないまま、ご家族に見守られて自宅で亡くなった。A様のお子様たちには病状について説明されないままだった。

在宅介護を通して見えたもの ～あるがままの母とともに～

河村 富美子

にのさかクリニック（患者家族）

93歳の母の在宅介護をスタートして4年目になる。この間、胆石による胆嚢炎、下血、イレウスで3度の入院。在宅ではイレウス2回、下血1回、気管支炎の治療を行う。本人、家族ともに諦めずに治療に専念し一日一日を大切に過ごしている。時には泣いたり笑ったりしながら、ありのままの母と穏やかに暮らしている。しかし、4年目を迎えられる日が来るとは家族は誰も思っていなかった。

元来、健康で元気に暮らしていたが71歳で、くも膜下出血を発症して以来、脳梗塞、十二指腸穿孔、尿管結石、両手RSD、顔面麻痺、糖尿病、膝関節症、白内障とあらゆる病気を抱え手術や内服治療を行いその都度治してきた。84歳、両膝痛のため調理担当を長男が引き継ぐ。89歳の時、再度十二指腸潰瘍からの出血、巨大潰瘍がありAPC施行「傍乳頭総胆管十二指腸瘻」の診断「瘻はあるが、以前十二指腸穿孔、充填術をした部位に守られている。薄い膜1枚でかろうじて繋がっている」と説明があった。絶飲食、STチューブ挿入、IVH挿入と治療を優先するため、不穏に対し上肢抑制、向精神薬投与で発語もなく流涎などの副作用が見られた。転院先で新鮮血下血あり最高血圧40mmHgとなり〇大学救命センターへ消化器病センターでは転院を勧められるが「母が本当に安心して過ごせる場所」について姉弟と話し合う。「重度の要介護状態となっても出来る限

り住み慣れた自宅で療養することができるよう在宅医療を開始したい」と医師に伝えた。母にも「家に帰ろうね」と話すと今まで、発語もなく無表情で感情を出さなかった母が号泣した。

発語が見られなかった母は、今では良くお喋りをするようになった。月1回のショートステイ、週3回のデイサービス、訪問リハビリ、マッサージも頑張っている。訪問入浴は何よりも大好きで「次はいつ来るの？」と楽しみにしている。IVH抜去後は、拘縮で動かなかった手を一生懸命動かしセッティングすると、右手でスプーンを持ち自分で口に運ぶようになった。「食べられる内は大丈夫！」と話す。

退院後、16名もの多職種連携チームが集まり母のこれからについて担当者会議が行われる。母が今一番やりたいことは、「床に足をつけて歩きたい！自分でトイレに行きたい！料理を作りたい！庭に出て草むしりをしたい！」「それが、私の願い！」と言います。

母が人としての尊厳を取り戻すことができ、生きる希望や、地域や家族に見守られ穏やかな暮らしができてきていること、在宅医療、在宅介護は素晴らしい取り組みだと思います。

人に聞かれたら「大変なこともあるけど、家族の絆が深まり介護は楽しい！」と言えます。母の静かな寝息を聴くと「少し恩返しが出来たかな」と幸せな気分になります。介護を通して見えたもの、学んだことはこの様な言葉の中にあります。

ホスピスケアと在宅ケア (Hospice and Home Care) 投稿規定

本誌は、日本ホスピス・在宅ケア研究会の機関誌です。本会の目的に沿うものであれば、医療関係者（医療従事者、患者、家族、その他）のみならず、一般市民や社会学・教育・法学・宗教等、どのような領域の著者からの投稿も歓迎します。原稿は、原著、症例（症例報告、経験例等）、論説、論評、総説、提言、講座、評論、書評、手紙、他どのような原稿でも、患者（および家族）ケアに関連あるものは歓迎します。また、本誌掲載論文に対する読者の意見を歓迎します。意見（手紙）の内容によっては、対象著者との応答も掲載します。誌上討論も重要な意見交換の場です。積極的な意見表明を期待します。

投稿にあたっては「投稿規定」を参照してください。どのような形式の論文も受け付けますが、掲載様式は編集部にご一任ください。なお、医療系、他で論文形式を採用する方のために「医療系、他原著論文の書き方」を記しましたので参照ください。原稿の採否は編集委員会にお任せください。いずれの原稿も内容や趣旨に変化を与えない範囲内で編集部で校正を加えることがあります。また、外国語の論文も受け付けます。この場合には、ネイティブ・スピーカーによって文章の正確さが確認されていることが必要です。その際には、日本語による題名、著者名、所属名、要旨を添えてください。

投稿規定

- 1 原稿は、内容・投稿元は問いません。ただし、二重投稿は受け付けられません。問題となりそうな場合には、予め先の論文（原稿）を投稿時に添付してください。そのうえで、二重投稿と見なされないためには、両論文の発行時期・読者層が異なること、それとともに異なる視点から書き直されていること、両論文には矛盾点が全くないことなどが満たされることが要求されます。異なる言語で著す場合等も、単なる翻訳ではなく、これらの条件を満たすことが必要です。なお、後の論文には前の論文の出所を明示します。
- 2 原稿は「ワード」または「一太郎」で記して、図は JPEG 形式または PowerPoint で読める形式として、メールでお送りください。手書きの原稿も受け付けますが、タイプ料金の実費を別途徴収します。[手紙]等の短編は手書きでもタイプ料は必要ありません。
- 3 論文形式を採用される方は、「投稿論文標準要項（バンクーバー方式）」に準拠して記してください。すなわち、①題名、著者名、所属、②要旨、索引用語、③本文、④利益相反、⑤謝辞、その他ノート、⑥文献、⑦図表の順とします。要項の詳細は、「医療系、他原著論文の書き方」に示しています。原稿の種類・内容によって適宜、形式を変えてください。なお、表は原稿中に入力して作成し、図形式にはしないでください。図はそのまま印刷できる最終版にしてください。
- 4 原著、症例報告、経験等は、1名または2名のレフェリーによって査読されるものとし、再考をお願いすることがあります。
- 5 掲載された論文は、日本ホスピス・在宅ケア研究会に属し、無断転載はお断りします。著者が自分で使用するの、この限りではありません。また、査読後論文に限り、自己のホームページあるいは所属機関のリポジトリ上の公開を認めます。その際には、著作権は本研究会に属することを明示し、それに伴う著作権関連規定に則ることとし、その限りにおいて改めて本会の許可を得る必要はありません。なお、論文の出版社版の利用は認められません。
- 6 論文の見解は、著者の見解で、日本ホスピス・在宅ケア研究会のものではありません。論文の内容・引用文献の正確さ、引用に伴う著作権の問題、その他論文によって生じるいかなる事態も著者の責任に帰せられます。
- 7 依頼原稿に掲載料はかかりません。投稿論文掲載料は、日本ホスピス・在宅ケア研究会会員（個人会員および団体会員の構成員）は刷り上がり6ページまで無料、超過分については1ページ当

- たり5千円徴収します。会員以外の著者は、掲載料として全ページ分申し受けます。なお、学生や事情ある場合は無料としますので、編集委員会まで申し出てください。
- 8 著者校正は1回です。期日までに返送をお願いします。指定期日までに返送のない場合には、編集部校正で処理します。なお、校正時の内容の変更は認められません。変更の程度によっては、実費を申し受けます。
 - 9 別刷は、実費となります。必要部数を下記編集委員会まで申し込んでください。印刷所の方から手続き、料金その他が手配されます。
 - 10 原稿は、下記事務局までメールでお送りください。

メール投稿先：日本ホスピス・在宅ケア研究会事務局 kobe@hospice.jp

編集委員

谷田 憲俊 〒675-0019 兵庫県加古川市野口町水足 1850-1
西村医院

二ノ坂保喜 〒814-0171 福岡市早良区野芥 4-19-34
にのさかクリニック

矢津 剛 〒824-0001 福岡県行橋市行事 7-19-6
矢津内科消化器科クリニック

- 1 原稿は、「ワード」または「一太郎」で記して、図は JPEG 形式または PowerPoint で読める形式として、メールでお送りください。その他のワープロソフトを用いる場合は、テキストファイルもお送りください。
- 2 原稿の並べ方は、原著論文では、①題名、著者名、所属、②要旨と索引用語、③本文、④利益相反、謝辞、その他ノート、⑤文献、⑥表、⑦図の順としてください。図表の適切な部位を原稿の間あるいは横に示してください。原稿の種類によって、適宜この構成の中から必要な部分を選んで、原稿に記してください。また、英文抄録を掲載する場合は、200 字程度とし、題名、著者名、所属名の英文も添えてください。
- 3 題名は、論文の内容が一読して分かるようにするとともに簡潔に示してください。複数の著者の場合、すべての著者が論文に対して共同責任あるものと見なされますので、研究に貢献のあった氏名のみを著者としてください。所属長という理由のみで共著者とすることはできません。所属は、研究の行われた施設を示してください。連絡先が筆頭著者ではない場合には、連絡者を明記してください。その他、特記事項を示してください。
- 4 要旨には、研究（報告）の目的、方法、結果および結論を 400 字程度にまとめてください。また、3～5 語の索引用語を示してください。索引用語は、題名に現れていないもので、研究の内容を示唆する語を挙げてください。
- 5 本文は、「はじめに」または「緒言」、「方法」、「結果」、「考察」の順に書いてください。
 - 1) 「はじめ」「緒言」には、研究の目的を明示することが必要です。関連するすべての文献を網羅する必要はありません。重要文献を目的と関連させて導入としてください。
 - 2) 「方法」には、少なくとも他の研究者があなたの研究を再現できるように詳しく書くことが必要です。統計手法も「方法」の最後に記載してください。なお、倫理面における特記では、機関または関係団体の倫理委員会を経ていること、あるいはどのような配慮を行ったかを明記してください。倫理的に問題ある場合は、受付をお断りすることがあります。
 - 3) 「結果」においては、「図表」にある数値を、重複してすべて述べる必要はありません。強調したいデータを中心に記載してください。
 - 4) 「考察」では、研究で分かった新しい点、あなたの強調したいことを中心に述べてください。過去の研究のすべてを網羅するのではなく、あなたの研究に深い関連のある事柄を中心に必要あれば文献を挙げて論じてください。「考察」の最後に、（結果の繰り返しでなく）研究成果の意義を簡潔に述べることも勧められます。
 - 5) 「結果」および「考察」は、論文によっては「結果および考察」としてまとめた方が理解しやすいときもあります。また、それぞれのセクションが長くなる場合には、サブタイトルを付けた方が理解しやすい場合もあります。
- 6 「利益相反」については、評価に関する論文で扱う薬剤や器機を含む全ての製品において、過去 3 年間に当該製品の製造・販売元との間に資金的あるいは個人的つながりがあれば、その内容を明らかにしてください。資金的・個人的つながりには、雇用、顧問、株式保持、報酬、謝礼、特許（申請中を含む）、証言料、旅費を含みます。
- 7 「謝辞」等には、研究には直接関与しなかったものの援助を惜しまなかった指導者、データを得るにあたって協力した人・機関、技術的な援助をした人・機関、あるいは論文を検討・査読した人等、著者が必要と考えたところを入れてください。また、寄付・奨学金等の源は必ず明記してください。その他、研究するにあたり特記事項があれば示してください（先行論文の明示等）。
- 8 「文献」は、論文の中（図表を含む）に現れた引用順に算用数字で右肩付きで 1）、2－4）のよ

うに示してください。同一文献に異なる番号は振らずに、初出の文献番号を使用してください。文献欄には、著者名・題名・雑誌名・発行年；巻：始ページ-終ページの順に記してください。単行本は、単著者の場合、著者名・本名・出版社所在地名：出版社名、発行年、（必要あれば：始ページ-終ページ）の順、複数の著者の場合には、その論文の、著者名・題名・編者名、本名・出版社所在地名：出版社名、発行年（必要あれば：始ページ-終ページ）、の順に記してください。雑誌や単行本以外を文献とする場合にも、この順番でそれぞれ明示できる項目を記してください。著者が複数の場合には、6名以内では全員の名前を、それより多い場合は6名まで記して、その他、を付け加えてください。雑誌の略号は、欧文は Index Medicus の略号、日本語は通称または医学中央雑誌の略号を使用してください。

(例)

- 1) 藤田あけみ、相馬美香子、葛西恵美子、川崎くみ子、成田敏子. 大腸癌手術症例の Quality of Life の検討—病名の認識と告知との関係を中心に—. ホスピス・在宅ケア 1993;1:4-9.
 - 2) 大熊一夫. この国に生れたるの不幸—二 冤罪・千葉大学腸チフス事件. 東京：晩聲社、1991.
 - 3) 隅谷三喜男. アジアの貧困と疾病. 松村武男、石井明 編、動物・昆虫性疾患と国際交流. 神戸：祥文社、1993:8-16.
 - 4) Rostom AY, Gershuny AR. Access to patient records. Lancet 1991;338:1337-1338.
- 9 表は縦線を使用せずに、横線のみを使います。表の番号は、原稿に引用される順番に算用数字でふってください。表は、それを見ただけで本文を読まなくとも内容が理解できるように作成してください。表の題名（タイトル）を上にし、必要であれば詳しい説明を表の下に並べてください。統計結果があれば、表の説明に追加ください。なお、理解し難い略号を使用する場合や数字の単位・表現が通常でないときなど、それを表の中では a) b) 等と右肩付きで示して、表の下に a) b) 等で説明してください。
- 10 図は、原稿に引用する順番に算用数字で番号をふってください。手書きの図は受け付けません。そのまま印刷できるように明瞭に作ってください。図の説明書きは図とは別に原稿の最後にまとめてください。表と同様に図の説明にも配慮してください。ファイルは JPEG 形式または PowerPoint で読める形式にしてください。カラー印刷は特別料金となります。なお、口頭発表と誌上発表は異なります。原稿では、文章化しても分かるものは本文中に文章として載せます。また、スライドと誌上では、図のバランスが異なることに留意ください。
- 11 [短報] は [原著] の書き方に従って書いてください。[症例報告]、[経験] 等は、「方法」と「結果」のセクションに、症例・経験の説明が入ることになります。他は [原著] に準じます。
- 12 論説、総説、提言、評論、手紙等は、[原著] の形式の中からそれぞれに必要な項目を、[原著] に準じて著者が適当と思われるまとめ方をしてください。[講座] 等で長くなる場合には、複数号にわたって掲載することも考慮します。
- 13 交流会報告、カンファレンス記録等は、適宜形式をとってください。この「原稿の書き方」にそぐわない論文は自由形式で書いてください。
- 14 原稿（論文）作成にあたっては、最新の「ホスピスケアと在宅ケア」を参照することをお勧めします。もし、不慣れた件（統計処理等）があれば、躊躇なくお問い合わせください。
- 15 自由なイラストや写真（白黒）も募集しています。メールでお送りください。
- 16 不明な点は、編集委員まで、遠慮なくお問い合わせください。

日本ホスピス・在宅ケア研究会のご案内

今日の科学・生産技術の進歩はめざましく、成果は医療の領域にまで及んでいます。その結果、感染症など多くの急性疾患が克服され、先進工業国ではかつてないほどの長寿が達成されました。

しかし、生の延長は死の解決ではなく、人は今でもいつかは老い、病み、臨終の時を迎えます。この、老・病・死にまつわるさまざまな問題は、医療従事者による知識や技術の提供のみでは解決できない奥深い社会的な要素を含み、患者・市民の側からの主体的な問題提起や参加が望まれます。

日本ホスピス・在宅ケア研究会は、がんや在宅ケアなど今日的な医療や福祉の諸問題について専門家と市民が同じ高さの目線で考えるために1992年に設立されました。痛みや不快な症状の除かれた安らかな「ホスピスケア」や、十分にサポートされた豊かな「在宅ケア」は私たちの願いです。

日本ホスピス・在宅ケア研究会は、市民に向かって開かれた会です。特定の思想・信条・権威にとらわれることなく、集う人々の多様で自由な発想に基づいて運営されます。本会に関係するほとんどの会合を公開とし、市民参加を保障します。医療従事者はもとより、患者、市民、教育者、宗教家、関連分野の研究者など、さまざまな立場の方々の参加を心から希望します。

日本ホスピス・在宅ケア研究会は、以下のことがらについて実践と理解を深め、より良い医療・福祉社会を目指します。

1. がんの緩和ケアについて、その方法を研究・確立していきます。また、適切なケアが全国であまねく実践されるよう、啓発普及活動に努めます。
2. ホスピス基金（財団）を創設し、地域の中心的医療機関として、充実した内容の社会に開かれたホスピスケア施設を各所に設立する運動を起こします。
3. 在宅ケアや高齢者の介護問題など、市民にとって切実な問題の解決に取り組み、世に提言します。
4. 医療に関係する倫理的問題、例えば、インフォームド・コンセント、安楽死・尊厳死、脳死と臓器移植、先端医療の倫理的側面などについても研究、提言していきます。

活動内容と関連団体

全国大会（年1回、全国持ち回り）、支部活動、公開シンポジウム（討論会）、会報（ニューズレター）の発行（隔月）、研究会雑誌の発行（年2回）、そのほか、がん患者会、遺族の会など多彩な活動を行っています。詳しくは事務局にお問い合わせください。

会員募集中です

日本ホスピス・在宅ケア研究会は、会員の会費およびカンパによって支えられています。

入会金は不要です。会の趣旨に賛同される皆様のご参加をお待ちしています。

ご入会の手続きは、振込用紙に必要な事項をご記入のうえ、会費をご送金ください。

A 会員（正会員）… 年会費 5000 円 ニューズレター（年6回）、研究会雑誌（年2回）を無料で送付

B 会員（準会員）… 年会費 2000 円 ニューズレター（年6回）を無料で送付

研究会雑誌は希望者のみ有料で送付（1部1000円+送料）

申込先事務局 〒652-0035 神戸市兵庫区西多聞通1丁目3-30 サンコート神戸 402号室

TEL 078-335-8668 FAX 078-335-8669

郵便振替口座 01160-9-32272 名義 日本ホスピス・在宅ケア研究会

特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会

理事長 蘆野吉和

編集委員長 谷田憲俊

事務局長 田中洋三

事務局 李楨伸、梅垣由美子

