荒尾市民病院　緩和ケアチーム年誌

ひまわり

第33号
発行元／荒尾市民病院
発行日／2022年3月31日
印　刷／有明印刷

花言葉：献身

2年目のコロナ禍の緩和医療 …… 病院事業管理者　大嶋壽海
"こころ"を癒すスピリチュアルケア～コロナ禍での医療従事者の"灯"を絶やさないために～
…… 外科診療部長・緩和ケア科部長　濱口裕光
今、緩和ケアについて思っていること …… 外科　佐藤伸隆
緩和ケア研修　感想 …… 北3病棟看護師　島村実桜
がん性疼痛治療薬の基礎知識
～オピオイドを安全に使用するために～ …… 薬剤科　大久保達也
がん患者の「こころ」と向き合うリハビリテーション　リハビリテーション技術科　山城陽昌
がん相談支援センターの紹介 …… 相談支援センター　大倉典賢
COVOID-19病棟における看取り …… 北1病棟看護師　川上愛実
看護師のひとりごと …… 緩和ケア認定看護師　松山美保
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性を感じたこの1年 … 緩和ケア認定看護師　谷口由美
私のおすすめのDVDとメロディー …… 栄養科　松永裕子
編集後記 …… 相談支援センター　MSW　西

撮影　濱口裕光

2年目のコロナ禍の緩和医療

病院事業管理者　大嶋壽海

令和3年11月から南アフリカに端を発したオミクロン株は、あっという間に全世界を伝播し、1月中旬には新規感染者数が300万人をこえる程の猛威を振るっています。日本でも1月27日の感染者数は79、000人近くに上り、昨年8月中旬のデルタ株ピークのおよそ3倍になっています。27日の熊本県の感染者数は、1、281人と過去最高でした。本院は有明地域の感染症指定病院として「新型コロナ感染症対策本部」を中心に地域の感染拡大の予防、ベットの確保、医師や看護師の確保を行い地域医師会と行政との連携を密にし、入院加療やPCRやCT検査、あるいは地域の施設に対する感染予防指導等新型コロナ感染症対策に取り組んでいるところです。

コロナ禍の緩和医療に関する学会や地方会など多くはweb開催となっています。本院の緩和ケア委員会の活動もwebが主となっています。『がんサロン「ひまわり」』などweb開催が困難な会もありますが、web開催された「有明緩和ケア研究会」などは遠方の地域や大牟田市からの参加もあり100人を超える盛会でした。一方、院内講習会はイントラを利用し、各部署で参加できるため、今月も300を超える参加者でした。例年9月に行っている緩和ケア研修会は感染対策を十分行い24人の参加で開催することが出来ました。新型コロナ感染症の早い終息を心から祈願致します。

"こころ"を癒すスピリチュアルケア
～コロナ禍での医療従事者の"灯"を絶やさないために～

外科診療部長・緩和ケア科部長　濱口裕光

我が国では急速に高齢化が進み、高齢多死社会に直面する緩和ケアに携わる医療者として今、改めて死を自然なこととして理解し、医療者の行うべき役割と同時に目の前の患者をひとりの人間として向き合うことが求められている。地域では血縁・地縁が希薄化しており、さらには核家族化で高齢者が孤独や孤立を深めて、解決困難な現実に直面した人々の中にスピリチュアルペイン（霊的な痛み）が生じるといわれている。病気や障害を抱えながらも患者のつらさを全人的苦痛としてとらえるのは当然であるが、最近、「スピリチュアリティ」が全人的なQOLに不可欠であると認識されるようになった。WHO(世界保健機構)は、「スピリチュアルとは、人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。多くの人々にとって『生きていること』が持つスピリチュアルな側面には宗教的な因子が含まれているが、スピリチュアルは、『宗教的』と同じ意味ではない。スピリチュアルな因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の『生』の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっている場合が多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などと関連している場合が多い」としている。また、スピリチュアルペインは、単なる精神的な痛みを超えた「魂の叫び」自己の存在意味や価値にかかわるより深いレベルの痛みとしてとらえられる。①

人生の意味・目的の喪失。②自己や人生に対するコントロール感の喪失や不確実性。③過去の出来事に対する後悔・恥・罪の意識。④孤独感、希望の喪失、死への恐怖などの様々な苦痛として表出されるとされ、「自己の存在と意味の消失からくる苦痛」と定義されている。具体的には、

・死ぬのが怖い
・迷惑をかけてまで生きていたくない
・こんな姿を人に見せたくない
・ここまで頑張ってきたのに、これからだっていうのに
・あの時、ああしておけばよかった（後悔）
・優しくしてもらえる人間ではない（罪責感）
・自分の人生に価値があったのか
・せめて子供が成人するまでは生きたかった
・なぜ私だけが・・・

などと表出され、言い換えると「〝自分らしくない自分〟として生きていかなくてはならない苦悩」とも表現される。人は、危機に直面したときに、その現状の自分を様々な立場から比較・吟味していこうとする。それによって今まで何が「自分らしさ」を形成していたのかを確認し、自分らしく生きていくためには何が必要であったかに気づかされる。「自分らしさ」の喪失が、現状の自分を受容できなくなり、その自分を生きていくことがつらいことが「スピリチュアルペイン」となり表出される。患者さんはたとえ「自分らしさ」を実感できなかったとしても、家族や医療従事者との「関わり」を通して、「私は大切にされている価値のある存在」であることが実感できれば、自己を肯定し、「自己受容」へと促されていく。スピリチュアルケアは、「つらさ」を「症状」として緩和することではなく、「関係性」でもってその「つらさ」を抱えることが出来るように支えることである。患者さんは最期まで希望を求める叫びを持ち続けている。苦悩を抱えた人が自分の内面を見つめながら「自分らしさ」を再認識し、生きる意味を再発見し、苦悩を抱えながらも生きていけるように寄り添うこと。医療従事者は愛を感じさせる言葉や行為を持って、患者さんと最期までかかわる覚悟を持たなければならない。相手に自分は愛されているのだと感じさせてこそ、スピリチュアルケアとなり得るのである。

さらにスピリチュアルペインの本質を紐解いていくと、スピリチュアルペインの概念として「村田理論」がある。「村田理論」では、人の存在は3つの人間の在り方に支えられていると考える。

（時間存在）人間は、過去・現在・未来と時間経過の中に生活している。過去における自分の経験が現在の意味を支え、将来に向かって希望があることが現在の意味を支える。死が近づき、将来を失うことによって、将来によって支えられている現在生きている意味を失う。

（関係存在）人間は、家族・友人などその人を支えていた、そして支えられていた人たちとの関係から生きる意味を得ている。死が近づくことで、その関係を失うことにより、関係によって支えられていた生きる意味を失う。

（自律存在）人間は、自己決定できる自由が与えられており、日常の生の自立概念は、自律と生産性に支えられている。死が近づき、自律と生産性を失うことで生きている意味を失う。

村田理論では人の存在を、3つの柱（時間、関係、自律）で支えられた平面と仮定する。将来の目標（時間存在）、自分を支えてくれる大切な関係（関係存在）、自分の自己決定できる自由（自律存在）があるときは人の存在は安定し、多少の

困難と遭遇しても、平面は水平性を保つことができると考える。治らない病気にかかり、余命わずかとなった場合、この3つの柱のどれかが崩れ平面が保てなくなる。これをサポートして平面を保とうとするのがスピリチュアルケアと考える。

臨床現場で、スピリチュアルケアを実践するための必要な基本的態度として、目の前にいる苦悩する患者に想いやりを持って〝傾聴〟し、〝共にいること〟の姿勢が大切である。患者に寄り添い支えになりたいという気持ちを持ってコミュニケーション（援助的コミュニケーション）を続けることが、患者のスピリチュアルペインを軽減することにつながる。患者がこれまでどのように生きてきたか、どのような希望を持っているか（時間性）、家族や関係者への想い、周りの人々への気遣い（関係性）、今の自分の状況をどう感じているのか、自分らしさをどのように維持したいか（自律性）などを、会話の中で自然に語ることができることがスピリチュアルケアにつながる。また、スピリチュアルケアは医療の中だけでは完結できるものではなく、専門職だけでできるものでもない。家族や関係者も含めた多職種によるチームアプローチが重要になる。チーム間で情報交換し、ケアの方向性を共有し、それぞれの役割を明確にし、患者を主体として寄り添い支え続けていくことが大切になる。まさしく、今求められている「アドバンス・ケア・プランニング」（人生会議）そのもののアプローチがここに見えてくる。

WHOはスピリチュアルな面への援助と支援として、次のように提言をしている。「患者は、スピリチュアルな面での体験を尊重され、これについての話に耳を傾けて聴いてもらえると期待する権利を持っている。このような体験について話したり、話の意味が理解され、その感想を聴けたりすることが多くの場合〝心の癒し〟につながる。患者とケア担当者が尊敬しあう関係にあれば、話を分かち合え、生きていることの意味や苦悩の目的、さらには宗教儀式への参加についてさえ話をする場が生まれる。スピリチュアルな面まで包含したケアにおける人間関係は〝心の癒し〟を促す力がある。」また、ホスピス・緩和ケアの母として有名なシシリー・ソンダースは、スピリチュアルケアを「心の中で悔やんでいることを聞いてあげること」と述べ、それが「過去の持つ意味を変え、今の自分を許せるようになる」ための援助だとしている。がんに限ったことではなく、取り戻せない喪失を体験した人が立ち直るための鍵は、ほんの少しでも現状を肯定できるかどうかであり、〝傾聴〟こそが最大の援助だとしている。

緩和ケアの貢献により、痛み、症状のコントロールが可能になり、抗がん治療や分子標的治療薬、免疫療法の進歩もあり、〝自分らしく〟過ごせる時間も増え、自分の心と向き合って生きる患者さんも増えた。そのため患者さんは生命の危機を感じるなかで、心の底からの〝叫び〟を発しており、その〝叫び〟とかかわってくれ、理解してくれる医療者を求めている。患者の〝叫び〟や複雑な葛藤に付き合っていく「覚悟」が緩和ケアを提供する者には必要である。スピリチュアルケアを実践していくためにはまず、患者が自分のスピリチュアルペインを表出できるような信頼関係を医療従事者は構築することが大切である。そのためには共感的態度で関わることが必要である。患者の考え方、生き方、あり方をそのまま受け止める態度やそばに一緒にいてもらうと安心できるような温かな存在感をまず提供し、患者が自然と心を開いて語れ

るように援助すること。また、患者の中には自分のスピリチュアルペインを言語化して分かち合うことが出来ない者もいる。恐怖感、不安、寂しさがあって苦しんでいる患者には、自分の心の底からの叫びを言語化できるように援助することが必要である。自分の心の葛藤が見えてきて、人に語れるようになると援助が得られるようになる。そのためには、できるだけ相手の身になろうとする「覚悟」が必要であり。患者や家族の人生観、死生観を尊重し受け入れる柔軟性や謙虚さをもって、どのような状態であっても患者に誠実に、責任をもって関わろうとする姿勢が必要である。

〝いのち〟と向き合う現場では、さまざまな「つらさ」を理解し、和らげることが求められるが、対応に難渋する苦痛や苦悩を前に対応に苦慮することも少なくない。患者・家族のつらさを和らげるべく懸命に知恵を絞りながら、相反する価値観や明確な答えの出ない問題に迷い、自分の力不足を感じ、虚しさや無気力から「バーンアウト」につながる要因となることが多いと終末期ケアでは言われている。終末期ケアの臨床では、「病」と「死」という人生における「苦」が日々、繰り返される現場であり、医療者はこのどうすることもできない現実の前で、日々、無力感や不全感、罪責感、怒りや絶望、虚しさや喪失感などを感じ続けている。こうした様々な心の現象が連続的に生じている状態が、緩和ケアに従事する医療者の〝つらさ〟と称されている。こうした〝つらさ〟が整理されないままに積み重なることで、医療者の心の奥深くに沈殿し、緩和ケアに対する虚しさや無気力が強くなる。また、周囲に対して投げやりな対応しかとれない、いつも疲れた感覚が残るなど、ネガティブなストレス状態へと移行することが「バーンアウト」と呼ばれる心的現象である。とくに今、コロナ禍での感染対策、面会制限をめぐる医療スタッフの葛藤から倫理的ジレンマとなり、そのストレスが離職の一因として知られるようになった。

ヘンリー・ナウエンの「傷ついた癒し人」の中に、

・ケアする私たちも、ケアすることによって生きる意味・価値を与えてもらっている。

・ケアする私たちも、実は人にケアされることを必要としている。

・ケアする私たちが持っている心の傷(wound)と記憶を十分に理解していなければ、他人の傷を癒すことはできない。

と、述べている。本当の力とは、すべての問題を解決できる力ではない。たとえ力になれなくても逃げないで最後まで関わり続ける「覚悟」をもつこと。困難を抱えた患者・家族と関わり続けるためには、援助者自身が一人の人間として弱いこと、無力であることを認め、その自分の傷に向き合うことが出来る人が他人に対しても援助的にかかわることが出来る。自分のもっている心の傷を理解しているものこそが、他人の心の傷を理解して癒すことが出来る。スピリチュアルペインは、意味や価値の喪失であり完全には取り除くことはできない。大切なことはその見えない意味や価値を共に考えること、見放さずに傍らに寄り添い続けること、一人ではないとメッセージを伝え続けることで「共にある」という道のりを一緒に歩んでいくこと、これこそがスピリチュアルケアである。自分自身の弱さを理解し、前に進むためには、同じ経験をし、同じ悩みを抱える仲間が必要である。個々のスタッフがそれぞれの役割を燃え尽きることなく、果たせるように

ストレスマネージメントをしながら、相互にサポートできる環境を構築することが組織には求められる。

癒しの相互循環という概念がある。適切な緩和ケアにより患者の苦痛や苦悩が和らぐことで、閉じ込められていた患者の心身は自由を取り戻し、今ここですべきことについて考えたり、選択したり、将来について思いを巡らせるようになる。穏やかな表情や笑い声、親しい人との語らいや、ゆったりとした日常の営みから〝その人らしく生きる〟日常を見ることが出来ることで、ケアをする側も安堵感や充実感に満たされ〝つらさ〟が緩和されることになる。すなわち、適切なケアには患者のみならず我々のストレス反応としての〝つらさ〟をも和らげる力がある。スピリチュアルケアはチームケアであり、多職種チームにより日々患者さんと向き合いスピリチュアルペインに対処する。そのためには、一人で悩みを抱え込まずにチーム内でもコミュニケーションをとりながら、お互いのスピリチュアルケアを行うことが、「バーンアウト」を予防することにつながると考える。

COVID-19 パンデミックにより、緩和ケアの提供体制も大きく変貌せざる負えない状況となった。入院患者や医療者への感染、医療崩壊を防止するため、多くの病院において家族の付き添いや面会が中止・制限され、ホスピス・緩和ケア病棟では、予後が限られた終末期患者への影響は計り知れず、「人生の最後の時に、大切な人と過ごせない」という厳しい状況がもたらされ、在宅緩和ケアを希望される患者さん・ご家族が増加する状況となっている。患者・家族も初めて経験するコロナ禍への対応と同時に、大切な人との別れという〝つらい時間〟にも向き合っていかなければならない。誰もが経験したことがない緊急事態の中で感染拡大防止に努めながら、緩和ケアの本質を追求していくことのジレンマを抱えながら、どのような状況であっても、個別の状況に臨機応変に対応し、患者・家族の思いに寄り添うことが今、我々医療従事者には求められている。

私自身もこの1年余り、コロナ病棟での診療にあたり、これまでとは違う日常における人生の終焉に立ち会うこととなった。このコロナ禍での厳しい状況において日々患者に向き合うには、ケアする側のスタッフのスピリチュアルケアが必須であると痛感している。コロナ禍での日々の診療、看護の現場でストレスのかかる状況は今後も続いていくと思われる。この困難な状況下では、医療従事者一人一人の〝灯〟が患者さんの心を温め、困難な状況でも前を向いて進むことが出来る明るい光となる。その〝灯〟が燃え尽きないためにも、各自が上手く燃料補給をして、その〝炎〟を灯し続けること。そのためには自分自身への〝癒し〟も大切である。たとえ苦しみの原因をすべて取り除くことができなくても、一人一人異なる患者の支えを言葉や態度からキャッチしてかかわりを強めていく時、絶望にある苦しみの中でも希望の光を見いだす可能性が見えてくる。これは一部のエキスパートしか行えないことではなく、苦しむ人のために力になりたいと考えている医療従事者ならだれでもできることである。この可能性がある限り、我々は苦しむ患者・家族から逃げないで向き合うことができる。緩和ケアは、単に痛み止めだけの医療ではなく、看取りだけの医療でもない。たとえ病気そのものを治すことが出来なくても、患者さんの存在と生きる意味を支える援助を行うことが、これからの時代に求められる緩和ケアであり、そのことが COVID-19 パンデ

ミック禍でも決して忘れてはならない緩和ケアに従事する医療者が持つべき〝マインド〟である。

「明日も頑張ろう」と患者さんが「生きる意味」を見出せるようなスピリチュアルケアをこれからも皆さんと共に提供できますように・・・一人一人の〝灯〟を絶やさないように・・・

今、緩和ケアについて思っていること

外科　**佐藤伸隆**

２０２１年４月に荒尾市民病院へ赴任し、荒尾市民病院緩和ケアチームの一員となりました。

玉名高校出身です。福岡大学を卒業後、平成15年に医師になりました。熊本大学第二外科に入局し、２～３年目を荒尾市民病院で過ごしました。15年以上も前になりますが、当時から緩和ケアに先進的・積極的に取り組む病院であり、私の緩和ケアの基礎は荒尾市民病院で身につけたと思っています。熊本大学消化器外科での大学院修了後、数年毎の異動を経て荒尾に戻ってきました。異動する病院により求められる役割は変わりましたが、緩和ケアチームの立ち上げを命じられた際も、緩和ケア病棟（ホスピス）の病棟運営を任された時も、緩和ケアチームに携わる際は荒尾市民病院の緩和ケアチームをイメージしお手本にしてきました。荒尾市民病院で再び緩和ケアに携われるようになったことを大変光栄に感じています。専門は消化器外科であり外科チームの一員として日常診療に当たっていますが、当院緩和ケアチームの一員として緩和ケア回診やがんのリハビリテーションにも携わっています。前任の山鹿市民医療センターでは緩和ケア病棟（ホスピス）の病棟長を２年間勤め、様々な癌腫の患者様を担当しました。その経験もあって、２０２１年度に緩和医療学会認定医にも認定されました。当院は、緩和医療学会認定研修施設でもあり、その維持・運営に役立てればと考えています。

がんの緩和ケアは、診断がついたときから始まります。私は外科医ですが、外科ではがんの診断から治療、終末期ケアまで、がんの様々なステージで患者様に関わります。治療や病状の変化に合わせて、その時々に適したケアを行います。診断結果に悩む方に寄り添うことや手術や抗癌剤治療による副次的な症状や体の変化、またがんの進行に伴う様々な症状、その他、その時の苦痛へ対応することが緩和ケアです。日々の診療で、特に意識しない場面でも緩和ケアに携わっています。

その中で、標準治療の継続が難しくなってきた方に対する緩和ケアが一番大切ではないかと考えています。標準治療が困難であることをお伝えし、その次に終末期の過ごし方について具体的に考えてもらうことを促す様にしています。癌腫によっては、他の地域でがん治療を受け、標準治療を終えて緩和ケアを目的に紹介となる方もいます。そういう方に対しては、初回の面談の際にお気持ちや今後についての考えを確認します。終末期の過ごし方について考えていただき、具体的な準備をしなければいけないからです。実際の日常診療では、多くの患者様・御家族が、いよいよ動けなくなってから具体的な話を進めることをイメージされています。動けなくなるほどの病状の進行があった場合、予想される余命は短く、あっという間に過ぎてしまうと感じる様な期間です。御本人は、衰弱してしっかりした思考での判断が難しくなってきて

います。御家族も、患者様と向き合うための準備のための様々な手続きに追われます。遠方の御家族は、うまく日程のやりくりができない場合、余裕を持った対面ができなくなる場合もあるでしょう。

どのような最期を過ごしたいかを考えていただき、御家族で共有していただくことが大切だと思います。Advance Care Planning(ACP)です。人生会議ともいいます。最期について少しずつ具体的にイメージしていただき、すこし先の終末期の過ごし方について話し合っていただきます。我々は、その話し合った内容を共有させていただき、その方にできるサポートを考えます。最期について考えることを望まれない患者様・御家族も、少なからずいらっしゃいます。ただ、考えを共有させていただけると、サポートできる選択肢が増え、還元できることを多くすることができると思います。

緩和ケアの定義は、２００２年に出されたWHOのものが有名です。緩和ケアの対象は、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族であり、緩和ケアとは早期から対応することで苦しみを予防し和らげてQOLを改善させるアプローチとされています。和らげるべき苦痛として、身体的苦痛、社会的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルペインが挙げられ、さまざまな苦痛が重なりあい、その総体を全人的苦痛：トータルペインとして考えケアします。

痛みなどの身体的苦痛やうつ状態などの精神的苦痛は、緩和ケアの対象としてイメージしやすいと思います。実際に緩和ケアの日常診療で多く話すことと言えば、痛みのコントロールや睡眠の質、また、症状に影響するような心配事などになります。身体的・精神的なことに対して薬の内容を調整したり、スピリチュアルな悩みを傾聴したりします。

経済的な問題、仕事の問題、家庭関係や相続の問題など、患者様は各人それぞれに異なる社会的問題も併せ持っています。緩和ケアの中で、社会的問題に対応することも極めて大切なことと考えています。荒尾市民病院は、国が指定したがん診療連携拠点病院の一つです。国や県に指定されたがん診療連携拠点病院には〝がん相談支援センター〟が設置され、専門の相談員が常駐しています。だれでもが無料で利用できる、がんに関する相

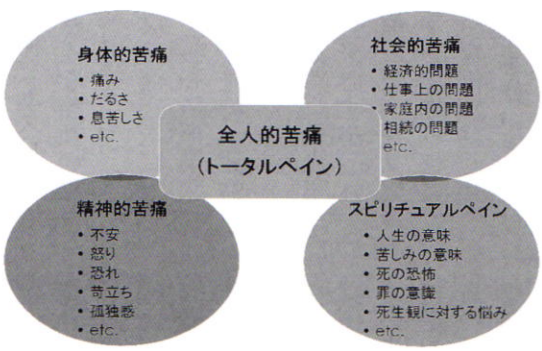
緩和ケアの定義

WHO(世界保健機関)による緩和ケアの定義

(2002年)

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである。

ケアの対象疾患	生命を脅かす疾患（がん、心不全、etc.）
ケアを受けるべき人	患者とその家族
和らぐべき苦痛	身体的問題
	心理社会的問題
	スピリチュアルな問題
いつから？	早期に
方法	苦しみを予防し、和らげる
目的	QOLを改善する。



がん相談支援センター

談窓口です。社会的問題に対しては、〝がん相談支援センター〟の相談員を中心に、行政の医療・介護・その他福祉に関する様々な制度も利用しながら対応策を探します。〝がん相談支援センター〟の相談員は、終末期の過ごし方についても、できる限り患者様・御家族の希望に添った形になるような調整も行っています。

病棟では新規の入院患者に対して、病気は何で、治療計画はどうなっていて、どういう状態なら退院可能で、退院後の療養はどこで行って、療養のサポートは誰が行うか、皆で情報を共有し治療や療養の計画を立案し、退院後についても色々と調整をします。がん患者様に対しても同様に対応します。医療者にとっては、緩和ケアの知識は日常診療を支える大切なスキルの一つです。荒尾市民病院は、緩和ケアに先進的に取り組んできた歴史があり、院内勉強会の質や量は素晴らしいと感じています。しかし、複雑な苦痛を抱えた患者様に対しては、一人で対応することは困難になります。そういう困難な症例に対しては、チームで対応していきます。荒尾市民病院では、医師・看護師・薬剤師・リハビリ・管理栄養士・放射線技師、そしてがん相談員として対応する社会福祉士からなる緩和ケアチームで専門的に対応しています。

今回、寄稿の機会をもらいましたので、私の考える緩和ケアについて記述しました。終末期の過ごし方について考えてもらうこと、緩和ケアの中で社会的苦痛への対応すること、緩和ケアが日常診療の大切なスキルであること、チームで緩和ケアにあたることが大切であること。以上のことに共感していただけると幸いです。

国や県に指定されたがん診療連携拠点病院に設置された、だれでも無料で利用できる、がんに関する相談窓口。

都道府県 がん診療拠点病院	国指定 地域がん診療拠点病院	熊本県指定 がん診療拠点病院	
①熊本大学病院	①熊本労災病院	①熊本中央病院	⑧くまもと森都総合病院
	②人吉医療センター	②熊本再春医療センター	⑨大腸肛門病センター高野病院
	③熊本赤十字病院	③熊本総合病院	⑩山鹿市民医療センター
	④熊本医療センター	④水俣市立総合医療センター	⑪熊本南病院
	⑤済生会隈本病院	⑤天草地域医療センター	⑫阿蘇医療センター
	⑥荒尾市民病院	⑥天草中央総合病院	⑬熊本市民病院
		⑦熊本地域医療センター	⑭くまもと県北病院

緩和ケア研修　感想

北3病棟看護師　**島村実桜**

今回の研修を通して緩和ケアの知識、他職種の必要性を学ぶことが出来ました。緩和ケアは、「がん患者とご家族の身体的、心理的な痛みなどの問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族のQOLを改善する取り組み」とありました。しかし、実際にはがん患者の70％が痛みやその他の苦痛症状を経験しており、その症状が存在しても自発的な訴えがないことが多いと知りました。そのため、がん患者に寄り添ったケアがより必要だと考えます。また、身体的苦痛だけでなく、死への恐怖・不安や、仕事などの経済的な問題などがん患者の全体像を理解し、様々な視点から捉える

ことで、本来のがん患者の症状や要求に対応できるのかなと思いました。

具体的なケアとしては、がん患者・ご家族の話を傾聴や共感を示し、誠実に穏やかに対応する。身体をさすること、話しかけるなど具体的に説明し、がん患者・ご家族とのコミュニケーションを促進する。予測される経過を説明する。などがあり、すぐに実行できることが多いので今後の臨床に活かしていきたいです。また、がん患者だけでなく、そのご家族に対するケアも重要ということを改めて思いました。

患者様・ご家族への対応で解決が困難なことがある場合は一人で抱え込まず、先輩方や他職種に相談することを心がけていきたいです。

ロールプレイを通して、がん患者の気持ち、医師の告知の実際を経験することが出来ました。実際に先生方の患者様への告知を見て寄り添い方、わかりやすい言葉を用いて行い、病棟では見ることのできない貴重な体験ができました。患者様の苦しみを共有するため否定せず反復、沈黙も大切だと実感しました。入職して1年半、緩和ケア対象の患者様への対応の仕方を改めて考え直すことができました。これまで様々な経験をし患者様の苦痛に少しずつ目を向けることができるようになってきたと感じます。その中でも、身体的苦痛のみならず心理、社会的苦痛へ目を向けることは難しいなと実感していました。疼痛に対して薬を使用することで軽減するが精神面は看護師の言葉、傍に寄り添うことで安心感を与えることができると思います。また面会制限にて家族に会うことが出来ないため一番近くにいる病棟看護師だからこそ患者様の小さな変化も見逃さず気づくことができると思います。その情報を他職種で共有し患者様に合った支援ができることもグループワークを通して学ぶことができました。

緩和ケアは患者様だけでなく、患者家族への支援も必要になってくるため当院のがん相談支援センターやがんサロンの仕組みについても理解していきたいと思います。

今回の研修で学んだことを今後に活かしていけるように今以上に患者様、家族の立場を考え仕事をしていきたいと思います。また知識を正しく持ち、より質の高い緩和ケアを患者様に提供できるよう今後も学んでいきたいです。

がん性疼痛治療薬の基礎知識
～オピオイドを安全に使用するために～

薬剤科　大久保 達也

がんの痛みを和らげるためには痛みをきちんとアセスメントすることが大切です。そのためには痛みの部位、性状、そして痛みのパターンを知ること、持続痛なのか突出痛なのかを把握することです。それによって、痛み止めの使い方が変わります。突出痛の場合はレスキュー薬を持続痛が続く場合はベース薬のドーズアップが基本となります。次に鎮痛薬の選択ですが、以前はWHOの三段階ラダーに沿って、非オピオイドから開始していましたが、現在は痛みの状況に合わせて強オピオイドをすぐ使用していいことになっています。鎮痛薬使用の四原則の中ではまずは経口投与、時間を守り規則的に、投与量は個々の患者に合わせて、尚且つ、副作用などの細かい配慮を行いながら、投与するとなっています。当院でよく用いられるオピオイドはオキシコドン、フェントス、ナルサスになります。

それではそれぞれの薬剤を紹介して

いきます。まず、非オピオイド薬のカロナール錠やアセリオ注は抗炎症作用はなく、中枢性の鎮痛作用を有し、消化性潰瘍のリスクは少ない。通常1回600～800mg1日4000mgまで使用可能な薬剤です。次に同じオピオイド薬のZSAIDsは定時投与し、レスキュー薬として、ジクロフェナク坐薬を使用します。ZSAIDS投与時はPPIなどの胃薬も合わせて処方をお願いします。次にオピオイドの導入ですが、内服できれば経口から内服できなければ、注射や最近はフェントステープ0.5mgも導入時から使用できるようになりました。

オピオイドの代表的なものにモルヒネがあります。モルヒネは錠剤、液剤、坐剤、注射剤とあります。しかし、高齢者や腎障害者には蓄積するため、最近では呼吸苦の患者や末期の患者に持続注射として使用するケースが多いです。高齢者でルートが取れない場合は持続皮下注がお勧めです。次にオキシコドンですが通常、オキシコドン徐放錠NX一回5mgを1日2回から開始します。レスキューはオキシコドン錠NX2.5mgとします。次にフェンタニル製剤ですが通常、導入時はフェントステープ0.5mgから開始しますが、他の薬剤からの切り替えの場合は換算にて用量を決めます。また、レスキューは同成分のアブストラル舌下錠一〇〇μgまたはオキシコドン錠をお勧めします。貼る場所は胸部、腹部、上腕部、大腿部にし、貼った後は必ず手のひらで30秒程押さえる。電気毛布や湯たんぽ、こたつなど使用や熱いお風呂、長風呂は避けるなどの注意が必要です。初回貼付後、2日間は増量しない、増量後、更に増量する場合も同じく2日間は増量できません。使用し、剥がしたら、廃棄するのではなく、廃棄用シートに貼って、まとめて薬剤科に返却してください。アブストラル舌下錠は服用30分後評価し、痛みが残存すれば、再度追加投与可、痛みなく服用しなくても最初投与から2時間以内ならば、追加投与として投与可、それを1日4回までは服用可能です。そして、ナルサス錠ですが、メリットは1日1回いつでも服用可能なこと、また、他の薬剤との相互作用が受けにくいことがあげられます。レスキューはナルラピド錠で錠剤のサイズが小さく飲みやすいのが特徴です。次にスイッチングの際の注意ついて、お話します。例えば、オキシコドン徐放錠からフェントステープの切り替えの際の注意です。通常はオキシコドン徐放錠を服用し同時に貼付するのが理想です。しかし、患者の状態が悪くなり、内服できない場合はフェントステープをすぐ貼付します。翌日は前日と同時刻、3日目に朝10時に貼付してください。

オピオイドを投与する上で大事なのは副作用対策です。その中で多く見られるのが便秘です。オピオイドによる便秘対策にはスインプロイク錠が有効です。効果不十分の場合は酸化マグネシウムなど、その他の薬剤も併用も可能です。吐気対策は基本ノバミン錠を1日3回7日間まで投与し、それ以降、吐気の症状があればトラベルミンに切り替えてください。

次に神経因性疼痛などでは鎮痛補助薬を併用するのが推奨されます。その中でもリリカやタリージェ、サインバルタなどが有効です。

最後にオピオイドを含む麻薬のトラブル時の対処についてお話します。錠剤や坐剤を床に落とした場合は回収し、薬剤科に返却ください、麻薬事故にはなりません。また、散剤をこぼした、注射薬を落とした場合、持続注射薬が抜けた場合は写真を撮り、出来るだけ回収し、院内の麻薬事故届を提出してください。注射

薬を間違って調製した場合は麻薬管理者に返品してください。麻薬を紛失した場合は麻薬管理保健所に連絡、盗難の疑いがある場合は警察に連絡しなければなりません。いずれの事例にしても麻薬管理者にご連絡ください。また、当院では入院患者の麻薬の自己管理は医療安全上できませんので、病棟での管理にてお願いします。

緩和ケアは苦痛を有する患者をチームでサポートする必要があります。そのためにもそれぞれが専門性を生かし、その情報を共有し、患者のためのより良い医療を行っていきましょう。

がん患者の「こころ」と向き合うリハビリテーション

リハビリテーション技術科
山城陽昌

初めに当院がんリハビリテーションは2012年より開始されており、現在は理学療法士4名、作業療法士3名の合計7名で担当させていただいています。私ががんリハビリに携わり始めて約3年が経ちます。これまで多くのがんリハビリを提供させてもらいましたが通して悩む事が、がん患者さんにどの様に接したらいいかというコミュニケーションについてでした。コミュニケーションで患者さんと医療者が共有するものは「情報」といわれています。医療者は情報を患者さんから入手して、患者さんに提供して共有に至るのです。

「情報」には身体的苦痛の種類や強さという医学的なものから経済的負担や就業状況といった社会的なもの、感情や価値観といった心理的なものまで多様にあります。効果的なリハビリテーションの実施には幅広い情報の共有が必要で、コミュニケーションはがんリハビリを支える礎であり必要不可欠なものです。

がんリハビリテーションは病期別に分けて目的が異なります。病期は「予防的リハビリ」「回復的リハビリ」「維持的リハビリ」「緩和的リハビリ」に分かれており、今回はその中でも「緩和的」な時期におけるがん患者さんの「こころ」とその「こころ」に対応するセラピストや医療スタッフの対応について記載させていただきます。緩和的リハビリテーションの役割は苦痛を伴う症状の緩和を目的に実施するリハビリです。その対象は身体的苦痛のみならず精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインを含み患者だけでなく家族に対して行う家族ケアの概念も含みます。具体的には全身倦怠感軽減目的での軽運動、ポジショニング、マッサージ、作業環境の提供などがあげられ、私達が他の疾患の患者さんに提供しているリハビリと同じような内容だとしても目的が違ってきます。日々状態が変わっていく患者さんに接する中で、私達セラピストには「リハビリ」という面で何が出来るのかですが、リハビリの内容は日に日に変わります。例えば調子がいい時はリハビリ室に行ったり、歩いたり、運動したり、散歩をしながら外の空気を吸ったり能動的な動きをしてもらい、悪い時にはマッサージ、車椅子散歩など受動的なリハビリを受けてもらいます。その日の朝カルテを確認し、リハビリ内容を考え病室に伺っても患者さんも自分も思うようにいかないという事はたくさんあります。そんな時に代替え案を提案できるよう、私達はリハビリメニューとして多くの引き出しを持っておく必要があります。私は患者さんのお話を聞く事はもちろんですが、逆に自分の事も話すようにしています。患者さんに自分のリハ

ビリを担当している人が「どんな人」なのかというのを分かってもらう事で安心感に繋がるのではないかと思うからです。

患者さんから本当の気持ち、悩みごとなど聞く為には相互に信頼できている事が大切です。治療には「信頼関係」に基づいた患者・家族の協力が不可欠であり、同じ目的に向かって治療を進めていく必要があるとも言われています。医療者と患者さんとの間で「話しにくい患者」「あわない患者」と感じてしまう場面があるかもしれません。そんな時うまくいかないからといって、医療者の方から患者さんを避けてしまうと、患者・家族との信頼関係が崩れてしまいます。もちろん適切な治療を提案してくれる事、点滴が上手な事、身体の動かし方が上手で痛みを伴わない事、信頼を得る為に必要な条件は沢山ありますが、患者さんが医療者から感じる人間的な部分が一番大切だといわれています。医療者が表現してくる「思いやりのこころ」を患者さんはくみとっているのです。

私自身普段の多忙な業務の中で患者様やスタッフ間に対する「思いやりのこころ」をおろそかにしている場面もあるかと思いますが医療人、1人の人間として常に他者を思いやるこころを持ち診療に努めていきたいと思います。

がん相談支援センターの紹介

相談支援センター　大倉典賢

がん相談支援センターとは、がんに関する様々なことが相談できる窓口であり、全国の「がん診療連携拠点病院」に設置されています。「がん診療連携拠点病院」とは、どこに住んでいても質の高いがん医療が受けられるよう、がん診療の拠点として指定されている病院です。がん相談支援センターでは、国立がん研究センターが主催する研修を修了したがん専門相談員が、がんに関する治療や検査、医療費などの経済的なことなどの相談、在宅療養で利用できるサービス、仕事や学業と治療の両立を目指した支援などに対応しています。

本稿では、がん相談支援センターの主な活動について紹介します。

○療養生活のサポート

がん患者さんやご家族には、痛みなどの身体的な苦痛に限らず不安などの精神的苦痛や、経済的なことなどの社会的苦痛、死生観に関する苦悩などのスピリチュアルペインなどの様々なつらさを感じられていることがあります。ただ話を傾聴するだけでなく、何が問題でどんなサポートが必要なのかを一緒に考えていきます。

在宅生活が難しくなってきているのであれば、介護保険などのサービス利用について説明し、経済的な負担が増してきているのであれば、高額療養費制度をはじめとした負担軽減につながる方策を提案します。必要に応じて医師や看護師、薬剤師などの各専門職とも協力し、患者さんやご家族の意向に沿ったその人らしい療養生活が継続できるようサポートしています。

○医療者とのコミュニケーション

医師の説明が難しい、医師に聞いてみたいことがあるがどうしたらよいかわからない…etc. そんな患者さんやご家族の悩みに対応しています。医師の外来診察に同席し、意向を伝えるサポートをしたり、説明後の面談で一緒に内容の確認をしていくこともあります。

各専門職との情報共有を目的としたツールである「私のカルテ」や「私の日記」などを紹介し、ご利用をすすめています。

○がんサロンの開催・運営
　患者さんやご家族の交流の場である、がんサロン「ひまわり」の運営を支援しています。昨今の新型コロナウイルス感染症の流行により、これまで通りに開催することはできなくなってしまいましたが、参加者の方々が安心して想いを語り合い、ほっとできる場にできるよう努めています。
○地域の医療機関や福祉施設との連携
　緩和ケアの質的向上および在宅医療・療養の充実を目指す、「有明緩和ケアネットワーク」の事務局として活動しています。その一環として連携拡大を目的に、在宅緩和ケアの提供体制について隔年でアンケート調査を実施しています。２０２０年度の調査では、医療機関や訪問看護だけでなく、居宅介護支援事業所へも参加をお願いし、現在は１２１施設の参加があります。調査結果は荒尾市民病院のホームページに掲載しており、「有明地域版　在宅緩和ケアマップ」として冊子にまとめ発行しています。また、冊子はがん診療を担う各病院へも送付し、在宅緩和ケアの説明資料としても活用しています。
　転院や在宅療養への移行に際しては、切れ目のない医療を提供できるよう地域の医療機関および介護・福祉施設などと連携し支援しています。終末期の患者さんが望む場所で療養することができるよう、ホスピスへの転院や在宅緩和ケアへの移行などの連携は、早急な連携調整を行っています。
　がん相談支援センターとは、通院中の方に限らず、がん患者さんを取り巻く全ての人が、無料で相談できる場所です。がん専門相談員が相談者に寄り添って一緒に考え、相談者自身の意思決定をサポートしています。不安なことや心配なこと…何か困りごとがあれば、がん相談支援センターへご相談ください。皆さんのご利用をお待ちしています。

COVOID-19 病棟における看取り

北1病棟看護師　川上愛実

　２０１９年12月に中国武漢市で発生した新型コロナウイルス感染症（coronavirusdisease2019:COVID-19）は、瞬く間に全世界を恐怖に陥れました。
　当院は有明地域唯一の感染指定病院であり37床を感染症病棟とし看護師22人と医師２人体制で対応しています。ピーク時は37床満床になるまで患者さんが増えることもありました。COVOID-19での入院患者の世代は０～１００歳台まで幅広く、重症患者だけでなく認知症や介助が必要な高齢者もいるため入院患者数に関係なく現場は過酷な状況です。有明圏域では開業医で陽性発覚すると保健所へ発生届けが行き疫学調査を行っていきます。発生届けが来た段階で保健所は当院の感染症担当医師へ連絡し感染症担当医師が直接患者へ電話連絡し生活背景や症状に応じ自宅療養・ホテルなどの宿泊療養・入院と振り分けています。入院不要な方は外来トリアージを行い自宅かホテルか入院と再度検討し、自宅療養患者へは電話診療を行い必要時処方したり入院加療へ変更したりなどの対応を行っています。そのため必要な患者さんへ必要な医療が受けられるようになっています。
　COVOID-19が発生し約３年が経った現在はマスク着用、飲食店への営業時間の変更や在宅ワーク、検温などの感染防止対策でライフスタイルに変化があるように医療にも変化があります。現在ほとんどの病院では感染拡大防止や医療崩壊

を防止するためにCOVOID-19患者に限らず、基本的に家族や知人の面会や付き添いが中止・制限されています。また来院された方への検温を行っています。医療内容としては、COVOID-19の感染経路は飛沫感染と接触感染のためレッドゾーン（病室など感染患者が存在する区域）、イエローゾーン（医療従事者が感染防護服を着脱したり患者と間接的に接触する区域）、グリーンゾーン（清潔な区域）とゾーニングしているため入院すると検査の時以外は基本レッドゾーン外へ出入りすることはできません。COVOID-19入院患者さんの行動範囲にも制限があります。検査へ行く際も他の患者さんや来院者と接触しないよう病棟から検査室まで通行止めにするなどの対応も行っています。病棟では暴露時間を短縮させるためにレッドゾーン内へ入る時間を2～3時間ずつ交代で対応しています。また普段ならナースコールがなると看護師は速やかな対応ができません。難聴がある患者さんや高齢者で会話中に聞き取れない場合など看護師が実際に顔を近づけて耳元で説明したり、表情を見ながら会話していたのもHALOマスク越しのためできません。私たち看護師は日頃から寄り添う看護ができない状況の中でどのような看護ができるのか葛藤し、また自分がCOVOID-19に罹患するかもしれないという不安や恐怖と日々向き合っています。そのため離職・転職した医療従事者は少なくないです。私は感染症病棟へ異動になり約1年が経ちました。入院加療を必要とし治療を受けた後に自宅もしくは施設へ退院されている患者さんが多いですが不幸な転機を辿る患者さんもいます。看護や看取りの変化は患者だけでなくご家族にもみられます。通常の患者・家族が死を受け入れるプロセスには5段階あります。まず①事実を突きつけられてもそんなはずないという「否認」する段階。②なぜ自分だけがと突きつけられた事実に対する「怒り」。③神や仏に延命を祈るなど「取引」を願う段階。④逃れられない事実を前に気力を失いつつ受け入れる「抑うつ」段階。⑤事実を「受容」し諦観していく段階です。通常の看取りでは家族が見守った状態で患者は最期を迎えられ、自宅へ帰られます。それに対しCOVOID-19では急変時はまずキーパーソンに該当する家族へ電話連絡を行い、家族1名のみ来院していただきタブレットでの面会を行います。しかし急変時であるためほとんどの患者は意識がないです。家族にはタブレット越しで意識がなく、モニターや人工呼吸器、複数の点滴等の管がある状態を見ていただく形になります。死亡確認は家族の感染の可能性を考慮しタブレット越しか人工呼吸器を除去したのち感染防護服を着用してもらい対面してもらいます。死亡確認後は納体袋へ入れ棺に納められます。納体袋へ入ってしまうと触れるどころか顔を見ることできません。COVOID-19では感染防止目的のため24時間以内火葬が認められているため亡くなったその日に火葬ということもあります。このような看取りを行っている中で特に心に残ったことを紹介します。気管挿管し人工呼吸器にて呼吸管理をしていた患者様で呼吸状態が改善せずCOVOID-19としての症状のピークは過ぎていたものの肺が肺としての機能を行えない状態になってしまい、家族へ来院していただきタブレット越しでの面会をされました。約1ヶ月ぶりの対面では挿管されモニターや複数の点滴が繋がっており顔色も悪くなった変わり果てた様子にご家族は流涙されていました。気管挿管しているため意識がない状態であることを説明しましたがご家族は

一生懸命タブレット越しに「お父さんこんなになるまで一人でよく頑張ったね」「一人で頑張らせてごめんね」「きつくて心細かったはずなのに頑張ってくれてありがとう」「愛しているよ」と流涙し声を張りながら必死に伝えられ、タブレット越しに写真を沢山撮られていました。感染拡大防止のためとはいえ、面会できなかった状態で看取りを迎えられたご家族は、私たち医療従事者に「忙しいこのご時世で身を削りながら一生懸命な治療や看護をしてくださり、最期に会わせてくれてありがとうございました。頑張られている方に酷ですがこれからも頑張ってください」と応援の言葉まで頂きました。私は日々葛藤しながら看護を行っているためそのような言葉を頂き嬉しかったのですが、嬉しさよりもこれが看取りとしての対応で良かったのか、他に出来たことはなかったのか、感染拡大防止に努めながら患者・家族に寄り添うためには何ができるのだろうという思いが強く改めて考え直す機会となりました。誰もが経験したことのない緊急事態の中で看護や看取りについての答えがない状態で日々葛藤していますが、医療従事者として患者・家族に寄り添うことが求められる、とても大きな課題です。陽性患者数の増減に振り回された1年間ではありましたが、未だ収束の見通しが立ちそうにない現状ですが、長期戦の覚悟で今後も患者・家族に寄り添える看護は何か試行錯誤しながら、皆で頑張っていきたいと思います。

看護師のひとりごと

緩和ケア認定看護師　**松山美保**

12月30日、ウチのエスト（ネコ）は7歳となった。ネコは一般的に7歳以上が「シニア」と呼ばれる年代となり、この頃から徐々に老化が始まっていくらしい。最近は完全室内飼いで、フードや、健康管理などに気をつけている飼い主さんが増えているためか、20歳以上長生きしているネコも多いようだ。ちなみにノルウェージャン・フォレスト・キャットの平均寿命は11～14歳くらいらしく、大型ネコは少し寿命が短いのかもしれない。ネコも年をとっていくと、人と同じ様な病気に罹ってしまうみたいだが、大切な家族なので、なるべく治療を受けさせたいと思う飼い主さんも多い。私もネコたちが健康に、できるだけ長く暮らせる様にサポートしたいと思っている。

「ペット保険って入っていますか？」

「一応入ってはいるけど、治療費が高額になるとそれなりに手出ししないといけないね。でも昔はペットの保険などなかったので、殆どの犬やネコは治療を受けられず、苦しいまま亡くなっていた様な気がする。」

「あんまり苦しむ時は安楽死もあったのでしょうね？」

同僚とペット保険について話していた時、安楽死の言葉に一つの動画が思い浮かんできた。

それはずいぶん前に、FBでフォローしている獣医さんがアップしていた動画だった。タイトルは何だったのかと検索してみる、「もしも僕がしゃべれたら（If I Could Talk）」、2015年に数々の賞を取った作品だった。

川沿いの道をジョギングしている男性が、川縁に何かを見つけたところからこの物語は始まる。男性は土手を降り、その黒い袋を引き上げた。袋の口を開くと、中から顔を出したのは、まだ幼いラブラドール・レトリーバーだった。子犬が顔

を出すと同時にピアノが鳴る。以降、セリフや音響は一切なく、ピアノの奏でる音楽に載せて物語は進んでいく。男性は救い出した子犬と共に暮らし始めた。男性と犬との暮らしが描かれる合間に、年老いた犬の顔が差し挟まれる。そう、これは犬による回想なのだ。その犬の想いが文字によって表される。

〝ボクが人間の言葉を話すことができたらいいのになぁ〟

〝君に知ってほしいんだ〟

〝愛してくれてありがとね〟

この想いは、言葉を変え、表現を変えて、繰り返し現れる。

〝君にどうしても伝えたいんだ〟

〝本当に感謝しているよ〟

〝君のしてくれたことすべてに〟

〝このことさえも・・・〟

犬は男性と過ごした全ての時間を覚えているのだ。

砂浜で一緒にしたボール遊びや、ドライブに行ってアイスクリームを食べたこと。

そして、男性が恋に落ちて結婚し、娘が生まれたときも犬は常に一緒だった。

娘の成長も、犬は男性と共にずっと見守っていた。

そして一緒に数々の冒険にも出かけた。

〝あの晴れ渡った日々のできごとをちゃんと覚えてるよ〟

〝あの時は、いつまでもこうやってずっと走り続けられるように感じていたんだ〟

しかし、犬の寿命は人よりずっと短いのだ。犬は人間より先に年老い動けなくなる。

老化は痛みを加速させる。

病院に向かう日、犬は**そのとき**が来たことを知る。

そして**そのとき**にずっと一緒だった男性が一緒にいてくれることを喜ぶのだ。

「怖くないよ」と犬は思う。そして男性が悲しんでいることもわかっている。

〝耳の後ろを掻いてよ、そこが好きなんだ〟

〝僕は大丈夫だよ。こうやって君がそばにいてくれたから〟

〝君がここに一緒にいてくれてとても嬉しい〟

最後は、犬と遊んだ海辺で、ボールを握ってたたずむ男性の後姿が映し出される。

＊カラパイア～不思議と謎の大冒険より引用＊

そのとき、それは安楽死・・・。私は動画の途中から涙が止まらなくなっていた。悲しいという感情ではない、安楽死に対する感情でもない。ただ、老犬と男性の互いを思う愛情とその絆の深さと、彼らが共にした人生に共感した涙だ。老犬の苦痛を取るには、どうしたらベストなのか、男性は悩み、考え、家族や獣医ともたくさん話し決断したのだと思う。そして、最期のその瞬間まで、そばにいて語り掛け、抱きしめてあげる。もう言葉はいらない、そこにいるだけ・・・老犬には彼の想いが十分わかるのだ。幼い命を救い、そして老いた命を終わりにする決断をした、彼の心の痛みがわかるのだ。

「あんまり苦しむ時は安楽死もあったのでしょうね？」

「安楽死は昔も今もあるんだろうけど、治療することで苦しむ時間が長くなってしまうのなら考えるかもしれない。だから、たくさん色々と考え、悩んで、家族や獣医さんとも話し合ってその子にとって何がベストなのか決めなければと思う。そしてそのときはそばにいてあげたいと思うよ・・・。」

以前「ひまわり」に、「もし私が余命半年と言われたら、残されるネコたちが困らないように準備をしよう。」と書いた。でも、私がネコたちの最期を看取ることが自然だろう。その小さな命に関わった

者の責任として、最後まで彼女たちのそばにいたいと思う。

追記：昨年10月、保護した子ネコを家族に迎えました。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性を感じたこの1年

緩和ケア認定看護師　谷口由美

私は令和3年4月に外科・皮膚科の病棟から内科病棟（脳神経内科・血液内科・腎臓内科・代謝内科・消化器内科）へ勤務移動となり、疾患や様々なケースにいろんなことを考えさせられる1年でした。ACPとは、将来の意思決定能力の低下に備えて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス（過程）をいいます。これまでがん患者との関わりのなかでACPを学び、人生の最終段階で大事にしたいことを共有しておくことにポイントをおいていたように思います。現在は『元気な時から』取り組むことに意識が向いています。

内科病棟に脳梗塞で入院されたAさん、87歳女性。入院前まではADL（日常生活動作）自立し、車の運転もされており、かかりつけの病院もなく元気に過ごされていました。脳梗塞発症に伴い、右上下肢はほぼ完全麻痺が出現し日常生活動作は全介助、意識障害あり（JCS100）、発語は認めない状態で入院されました。カルテには急変時の対応『家族はDNARのご希望』と記載がありました。食事は胃管挿入し、経管栄養管理となり、胃管の自己抜去の可能性があり、危険防止を目的とした身体抑制（ミトン、リムホルダー）、健側の左下肢をベッドから出し、乗り越えようとする動作があり、転倒・転落予防の目的でベッド左側を壁付けにする対応をしていました。治療、リハビリの効果で、名前を呼ぶと「はい」などの単語で返答でき、移乗の際に介助は要しますが、自身で車いすのひじ掛けを掴む動作や移乗しようと立ち上がる動作が見られました。声掛けをしていると笑顔を見せてくれることもありました。時には、困ったような表情でベッドから降りようとする動作があり、どうしたいのか問うと、何か伝えようとされますが構音障害がありはっきり聞き取れず、ベッドからの転落の可能性を伝え体勢を整えることしかできません。Aさんに声をかけるたびに『自分の事が自分でできず、生活が一変したこの状況をどのように感じ、これまでに意思決定能力がなくなったときのことを家族とお話される機会があったのだろうか』と思うばかりでした。コロナ禍における面会禁止の感染対策は継続しており、病棟看護師は家族との関わりが少なく、残念ながら意思決定支援を意識する機会も少なくなっています。その反面、主治医と病棟の相談委員が連携をとり、患者・家族の意向を踏まえ、今後の療養先などの連絡を密にして頂いている状況です。

Aさんの事例は珍しくはありません。誰でも、いつでも、命に係わる大きな病気やケガをする可能性があり、命の危険が迫った時になると、約70％の方が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなるといわれています。よって、『元気な時から』人生の最終段階で『こんなはずじゃない』という思いをしないために備えておくことが重要だと改めて感じています。仰々しく一度にいろんなことを話し合う必要はありません。元気な時に、まず1つ目に、もしもの時、自分の代わりに治療・ケアについて決めてくれる信頼できる家族・友人（代理決定者）を考えておくこと。2つ目に、その家族・友人と人生の最終段階で大切にしたいことを共有しておくことです。重い病気になった時に、病気の今後の見通しや治療やケアについて主治医へ確認し、受けたい治療・ケアを病状の変化に合わせて繰り返し話し合うことで、自ずと人生の最終段階で大事にしたことが守られると考えます。

ACPについて最近の研究では、『元気な時から』話し合っておくことで、患者の看取り期のQOL（クオリティ・オブ・ライフ：ひとりひとりの人生の内容の質や社会的にみた"生活の質"）を向上させ、遺族の悲嘆や抑うつなどの精神疾患を減少させることもわかってきているようです。自分の人生が最期まで自分のものであるように、そして、その家族や友人に悔いが残らないようにACP啓発活動に力が入る思いです。

私のおすすめのDVDとメロディー

栄養科　松永裕子

私がおすすめするのは、ご存知の方も多いと思いますが、まだ知らない方もいらっしゃるかもしれませんので、「象の背中」をご紹介したいと思います。

今回、ご紹介するにあたり、いろいろ調べましたが、やはりこの「象の背中」を超えるものはなく、緩和ケアの勉強会で、初めてこの映像を観た時の印象が大きかったです。初めて観た時も、涙が止まらず、そのあと、何度観ても、観るたびに涙涙です。

この「象の背中」は、秋元康さんの小説作品で、それを原作とした絵本、アニメーション、映画があります。アニメーションでは、人間の家族を象の一家に置き換えた物語となっており、台詞などではなく、JULEPSの朗読によって物語は語られています。

「象の背中―旅立つ日―」は、2話収録、本編8分と長くないので、ぜひ観ていただきたいと思います。

ストーリーは、

ある日、ゾウの父親は神様に「命に終わりがくる日」を告げられる。そして空の上から家族を見守りながら、家族への感謝の気持ちを綴る。

今回、この「象の背中」を紹介するに

あたり、調べたところ、続編もありました。

「続・象の背中－バトンタッチ－」

旅立ってから20年後、娘の結婚式。父親は娘が嫁いでいく姿を見守りながら、愛しい娘への感謝の気持ちを綴り、生前に用意していたプレゼント（メッセージ）を母親が代わりに娘に渡す。

続編は、1話収録、本編6分です。

緩和ケアの勉強会では、「象の背中－旅立つ日－」のアニメーションのDVDを観たのですが、今回、映画もあることを知りました。映画は、象の一家の話ではなく、末期の肺癌で、余命半年と診断された48歳のサラリーマンの心情と生き方が描かれています。役所広司さんと今井美樹さん主演で2007年10月に公開されているので、観られた方もいらっしゃると思いますが、私はこの映画については、今回初めて知りました。

生き方についていろんなことを考えるアニメ、映画をご紹介しましたが、もう一つ、ご紹介したいものがあります。

昨年の冬、テレビで紹介されていて、その音楽を一度聴くと、とても耳に残ります。ご存知の方もいらっしゃるかもしれませんが、「呼び込み君」です。

呼び込み君（よびこみくん）は、群馬電機が販売するメモリー式の音声POP（音声ポップ、録音再生器）で、スーパーマーケットの総菜売り場などの個別の販売コーナーで販売促進するための商品案内の自動再生に、これまで使用されてきたカセットテープ式が耐久性に劣るため、これに代わるものとして2000年に開発されました。2018年時点で4万台が出荷されているアップテンポ調の「No.4」は、インターネット上において「ポポーポポポポ♪」などの表現で話題となり、着メロが配信されるまでに至ったとされています。

元気になる音楽かもです。ぜひ一度聴いてみてください。

編集後記

「新型コロナウイルス感染症の再流行は必ず来る。」と話す専門家がいる。再度、人の行き来が制限され、〝新しい生活様式〟に沿った生活を送ることになるだろう。

しかし、不幸中の幸いではないが、この〝新しい生活様式〟の広がりはZOOMなどWEB会議システムの急速な開発・発達へとつながり、現地に足を運ばなくても研修や学会に参加できるようになった。また、「在宅ワーク」という言葉のように感染リスクの軽減と交通費などの削減、業務効率の向上を目的とした新しい業務形態も広がってきた。また、画面越しではあるが、遠方の人と複数・同時にコミュニケーションが取れるようになり、距離感が縮まったように感じる。今後、新型コロナウイルス感染症が終息したとしても、〝新しい生活様式〟が生み出したWEB会議システムは様々な場面で残り続けてほしいと思う。

昨今、東京オリンピックなどが話題となったが、反面、悪いニュースを聞くことも少なくない。だからこそ、〝新しい生活様式〟が生み出した副産物のように、視野を広げて、少しでもポジティブに物事を捉えられるようになりたいものだ。

相談支援センター　MSW　西