

ひまわり

花言葉: 献身

ポストコロナのがんサロン「ひまわり」	病院事業管理者	大嶋 壽海
COVID-19パンデミック終焉で感じた“スピリチュアルケア”~つらさを乗り越え、患者さんに寄り添うためには~	外科診療部長・緩和ケア内科部長	濱口 裕光
基本的緩和ケアを意識した緩和ケアチーム活動	外科	佐藤 伸隆
緩和ケア研修会に参加して	3階西病棟	久保 優希
もしバナゲームに参加して	3階西病棟	福山季利子
心不全のこと・心不全における緩和のこと ...	2西病棟 慢性心不全看護認定看護師	岩川 美子
「きつかった……」一言に込められた思い	緩和ケア認定看護師	宮野 由美
おすすめの本	がん相談支援センター がん専門相談員	大倉 典賢

ポストコロナの がんサロン「ひまわり」

病院事業管理者 大嶋 壽海

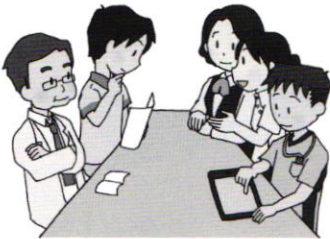
令和五年五月八日から新型コロナウイルス感染症は五類感染症に移行した。

感染者数の全数把握はなくなり、各都道府県の定点調査による一週間分を公表する定点把握に変更した。五類に移行したからと言って、新型コロナウイルス感染症が収まるわけではない。

熊本県感染症週報の動向をみると夏休みの七月二十四日～三十日の感染症報告数千九百七十三件(定点当たり二十四・六六)がピークで十一月二十日～二十六日百二十四人(定点当たり二・四四)まで収まってきた。その後漸増し、令和六年一月二十二日～千五百三十八人(定点当たり十九・二三)まで達したが、昨年の夏に比べ感染者報告数は少なく、また入院患者数も減少している。その後は令和六年二月十二～十八日には報告数が千人を切り、七百六十一人

と減少し始めている。三月には卒業式送別会で街はにぎわってきている。しかし、本院のがんサロン「ひまわり」を始め多くのがんサロンでは会の参加人数が極端に減少してきている。現在、ポストコロナでのがんサロンの在り方が問われ始めている。

「がん」という枕詞を外した会の名称の変更や会員が集まってお互いの近況報告に終了して方式を改め、集会のたびにテーマを決めた「ミニレクチャー」を取り入れるなど、現在、がん患者とその周りの方々が集うために、より魅力のある会にしようと色々スタッフでアイデアを練っている。



COVID-19 パンデミック終焉で 感じた「スピリチュアルケア」

「つらさを乗り越え、患者さんには寄り添うためには」

外科診療部長・緩和ケア内科部長

瀨口 裕光

2019年12月に中国武漢市から報告された新型コロナウイルス感染症(Coronavirus disease 2019; COVID-19)は、瞬く間に世界に広がった。日本では2020年1月に感染が確認されてから、3月に感染者数が急増。4月には緊急事態宣言が発出されるなど急速に流行が拡大したが、2023年5月5日WHOがパンデミック終結宣言を出すに至り、わが国でも5月8日、5類感染症扱いとなった。この4年間に及ぶCOVID-19 パンデミックにより、全世界死亡者数は691万人を超え、わが国でも7万人を超える死亡者数に達し、当院のコロナ感染症病棟でも20名の死亡者を出す結果となりました。この場をお借りして、亡くなられた方々のご

冥福を心からお祈り申し上げます。

このまさしく一生に一度経験するかしないかの災害といっても過言ではないCOVID-19パンデミック。多くの命を奪い、世界情勢を一変させたこのパンデミックを経験し、私自身も感染病棟での過酷な勤務状況の中で、人間の根源にある「スピリチュアルペイン」を実感し、また多くの医療従事者の心の中にも深く刻まれるものとなった。

新型コロナウイルス感染拡大は、命の危機への恐怖心を人々にもたらしただけでなく、感染拡大を防ぐために、病院や緩和ケア病棟はもちろん、老人ホームなどの福祉施設でも厳しく面会制限を実施したために、家族が付き添うことも面会して話しかけることもできなくなった。緩和ケア病棟の末期がん患者や老人ホームで老衰の進んだ患者は、人生の残された時間がわずかになっていくのに、家族の面会が許されなかった。ただ孤独に「その時」を待つだけという状態に耐えなければならなかった。家族も愛する人が「人生の大事な

最終章”を迎えているというのに、付き添ってケアをし、想い残しのないように優しい言葉かけをしてあげることができない状況の中で、医療スタッフは対応に苦慮し、患者さんのみならず、家族にも深い傷を心に残すことになった。私もコロナ感染病棟での診療にあたり、これまでとは違う「痛ましい人生の終焉”に立ち会うこととなった。このコロナ禍での厳しい状況を目の当たりにして感じたことは、日々患者に向き合うためには、ケアする側のスタッフの「スピリチュアルケア”が必須であるとあらためて痛感している。

この4年間のコロナ禍での診療でスタッフの感じた喪失感、無力感は想像を遥かに超えたものであり、これらの感情は、各個人の心深くに「つらさ」として刻み込まれ、「スピリチュアルペイン”として表出された。一方で、この耐え忍んだ経験から新たな人間の感性が研ぎ澄まされることになる。一つは、失うことで磨かれる感性「Empathy:共感」であり、他人の状況や感情を読み取っ

て共有し、効果的かつ適切な方法で対応する能力。もうひとつは、同情できる力「Sympathy:同感」であり、他人の状況を思いやり支援する能力である。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。スピリチュアルペインは、本来誰もが持っている「こころの叫び”であり、人間が生きていく上で、多かれ少なかれ抱いているものである。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ものである。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、一人ではないという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いていくこと。このコロナ禍

での忘れえぬ経験から、「Empathy」と「Sympathy」を研ぎ澄ましながら、患者と関わり続けることがまさしくスピリチュアルケアとなる。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「思いやりのこころ」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。スピリチュアルケアとは、スピリチュアルペインをケアするのではなく、スピリチュアルペインを持つている「人」をケアすることである。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。個々のスタッフが自分自身の弱さ「スピリチュアルペイン」を理解した上で、それぞれ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ジメントをしながら、相互にサポートできるチーム医療の構築をすることが大切であることをあらためて実感した。

“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積み重なることで、医療者の心の奥深くに沈殿し、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てきた。

ヘンリー・ナウエンは「傷ついた癒し人」の中で、

- 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。

これは、「癒しの相互循環」という概念から、適切な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、親しい人との話らいや、ゆつ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ようになることで、ケア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」をも和らげる力となる。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ことである。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おこなうことが、「バーンアウト」を予防することにつながると思われる。

また、最近では「セルフ・コンパッション」の必要性も言われている。「セルフ・コンパッション」とは、人生における様々な苦しみに直面したとき、自分自身への思いやりを実践することとされている。より具体的に言うと「他の人を思いやるように自分のことを思いやる」ということである。過酷極まる外的条件は、時に人間の内的成長を大きく促すことがある。過酷な現況下で諦めてしまえば、私たちは停滞し、状況に流され「忙しい 忙しい」で一日を終えてしまう。「忙」とは、「心」を「亡くす」と記される。私たちは忙しさに追われると相手への思いやり、相手を包むような優しさを忘れてしまうことがある。一日のうちにほんの数秒でもいい、医療者である私たちは「つらさ」を和らげるために「思いやり」を持った自分を取り戻す時間を持ちたい。Compassion(コンパッショ

ン)は、仏教言語パリー語の Karuna が英訳されたものである。Karuna の日本語は「悲」で、一般的には慈悲、思いやりと訳されている。その人の苦しみが和らぐように願うような温かな意図や努力を含む概念である。悲しみを慈しむ、「hold you」つまり苦しみを感じているその人をゆとりある器で包容するニュアンスを含むものである。こうしたコンパッションの輪の中に自分も入れて、自分に対して向ける心の在り方が「セルフ・コンパッション(自分への慈悲)」であり「他者ではなく自分をいたわってもいい」という発想である。「自分が苦しんでいる時に心から愛する誰かをケアしてあげるように自分自身をケアすること」これはマインドフル・セルフ・コンパッション共同開発者・テキサス大心理学者クリスティン・ネフ博士による定義である。「もしも誰かが今自分と同じような状況で悩んでいたらその人にどんな言葉をかけてあげるだろう?」「今自分が聞く必要のある言葉はなんだろうか?」このように優しく自分に問いか

け本音で自分の体や心が安堵したり感謝を感じられたりするような言葉をかけて自分に接することがセルフ・コンパッションであり、自分へのいたわりとなる。

ある報告では、セルフ・コンパッションは、①「自分への優しさ」…過ちや失敗をした場合、自分に対して厳しく批判的になるのではなく、自分に寄り添い、自分自身をありのままに認める。②「共通の人間性」…人間は不完全な存在であり、苦しみは誰もが経験する人生の一部であることを受け止め、生きる上で他者とつながっていることを認識する。③「マインドフルネス」…今、この瞬間を判断することなく受容し、身体・こころ(感情)・考えに気づく。という三つの主要な要素で構成されており、これが高い人は、人生の満足度、幸福感、社会的なつながり感、他者への思いやり、自信、感謝、樂觀性が高いことが示されている。また、「幸せホルモン」といわれるオキシトシンの分泌を促進するとも考えられており、これが低い

人は抑うつ、不安、ストレス、恥らいを感じる傾向が顕著であることが示されている。加えて、ストレスホルモンであるコルチゾールやアドレナリンが分泌されるとも言われている。困難な状況下では、コーピング能力(ストレスに対応する技術)の限界を超えることがあり、どんな人でも、様々な感情を抱き、神経をすり減らしていくと燃え尽きてしまう。特にコロナ禍では、人に対して厳しく当たってしまい、無意識のうちにお互いを「赦す」ことが難しくなっている。このことを意識して自分自身を「赦す」ことができれば、かかわる人々に穏やかに接することができる。チームリーダーが穏やかであるとスタッフも穏やかになり、そして病棟にもよい影響を及ぼす。コンパッション研究の世界的第一人者であり、禅僧でもあるジョアン・ハリファクスは自分や他者へのコンパッションに役立つ資質として、利他性、共感、誠実、敬意、関与を挙げている。これらはスタッフや患者の対応においても大事な要素である。しかし、緊

急事態でコーピング能力の限界を超えてしまうとき、これらが逆に負の要素になり強い負荷として感じてしまう場合がある。承認欲求の高まりや共感のし過ぎで疲労や道徳的な苦しみを覚え、「燃え尽き」になる可能性もある。無理をしない範囲で、自分を少しだけ「赦す」姿勢が必要と思われる。チームで成果を出すには、「安心な場づくり」が大切であり、それは自分らしくいてもいい場所づくりでもあり、組織における心理的安全性の確保につながっていく。チームリーダーやスタッフが自分らしくいてもいい場所が病院となると、その人たちにとって大きな支えにもなる。病院・病棟運営において、今後はこうした「場づくり」をめざすことが強く望まれる。

COVID-19 パンデミックが終結しても、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。この不条理な状況を理解し、前に進むには、同じ経験をし、同じ悩みを抱える仲間が必要である。支持的なチーム環境がストレスを和らげる重

要な媒介因子であると言われており、スタッフがそれぞれの役割を果たせるように相互にサポートできる環境を構築していくこと、これこそがこれからのチーム医療として求められる課題である。チーム内で個々の能力を最大限に発揮させるためには、コミュニケーションを活性化し、連携を強化することで、各個人の能力を最大限に発揮できる環境を生み、結果として組織全体としてのパフォーマンス向上につながる。患者・家族のつらさ、苦悩の理解を多職種チームで評価する。そして、チーム内で情報を共有し、お互いの「想い」を吐き出すことで、スタッフのストレスも軽減し、より強いサポートが出来る環境を構築することができ、それが個人のパフォーマンスを向上させることに繋がり、結果としてチーム医療の向上にも直結していくと考える。

この4年にも及ぶCOVID-19パンデミックの中、日々過酷な診療に携わって頂いた病院スタッフをはじめ、地域の医

療従事者の方々におかれましては、今

後も一人一人の「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ります。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」も大切です。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わり強めていく時、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す。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ます。そのためには「自分自身への癒し/セルフ・コンパッション」も大切です。

「明日も頑張ろう」と患者さんが「生きる意味」を見出せるようなケアを提

供できますように……

◎スピリチュアルケアは、何ら特別なことではありません……

医療者ではなく「人」として、患者さんではなく「人」と接するという人間同士の「思いやり」という当たり前の営みの中にある。

相手を大切に思う自然な気持ちで接し、悲しい時には涙を流せばいい……患者が振り返るといつもすぐそばで見守っている……

そんな関係性で支えるケアを最後まで続ける「覚悟」が必要である。



基本的緩和ケアを意識した

緩和ケアチーム活動

外科 佐藤 伸隆

今年度令和5年度(2023年)、念願であった新病院が新築・竣工し、2023年10月1日は職員総出での(旧)荒尾市民病院から(新)有明医療センターへの病院引っ越しがあり、2023年10月2日から新病院での診療が始まりました。来院される患者様の利便性に配慮して病院1階に機能を集約された外来やプライベートルームや感染対策に配慮された全室個室の病棟、広い初療室を有し動線に配慮された救急外来と屋上のヘリポート、未来を想定し設計された手術室など、新病院での業務は機能的で快適です。今後、旧病院の解体が進み敷地内の整備も終え、2024年中には新病院がグランドオープンする予定となっております。楽しんでいきます。

新しいことがある一方で、私たちの

チームにとって寂しいこともありました。当院緩和ケアチームの松山美保緩和ケア認定看護師が2023年3月いっぱいまで定年退職され、新天地に移られました。幸いなことに、現在も近隣の施設で緩和ケアに従事され、今も変わらず地域連携という形で私たちのチームをサポートいただいています。松山看護師は、当院の緩和ケア活動を立ち上げ、育て、引っ張って当院緩和ケアチームを長く支えてくださったお一人です。最近では一般の方にも認識が広がってきている Advance Care Planning (ACP) .. 人生会議についても、松山看護師は早くから熱心に取り組まれてきました。

私たちのチームは、週2回の緩和ケア関連の病棟回診に加え、週1回のコアメンバーでのカンファレンスを行っています。症例についての検討に加え、今後の活動についても相談しています。その中で、「基本的緩和ケア」を意識して活動していくことを話し合っています。

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患により問題を抱えた患者・家族に対して、

その問題に早期から対処し、苦痛を予防し和らげ、Quality of Life (QOL) .. 生活を改善するアプローチとされています。日常診療において、職種を問わず一般診療の中で提供される緩和ケアが基本的緩和ケアであり、専門的緩和ケアは一般診療でコントロールに難渋する症例へより専門的ケアを提供することであり、緩和ケアチームやホスピス・在宅緩和ケアなどがその役割を果たすとされています。本邦では、緩和ケアは他の疾患に先立ってがん診療においてひろまってきました。どうしても、緩和ケアIIががんの痛みに対する特殊なケアという意識が根強く、まだまだ緩和ケアに苦手意識を持つ人が少なくないのではないかと、という印象を持っています。様々な緩和ケア関連の研修会があり、私たちのチームメンバーも積極的に参加し他施設の方々と意見交換する機会を得ていますが、それでも基本的緩和ケアが思うように浸透してない、という悩みが聞かれます。

基本的緩和ケアの均てん化を意識した私たちの取り組みを挙げます。

① 包括的アセスメントを意識した緩和ケア回診

ケアを考える上で、症例毎に評価を行い、個別に対策を考える必要があります。その際に、包括的アセスメント(図①)が重要になります。痛みを始めとした身体的苦痛のみではなく、社会的苦痛(家庭や仕事、金銭などの問題点)、精神的苦痛、スピリチュアル・ペイン(4つを包括して全人的苦痛)を評価することだけではなく、患者・家族の意向を把握し患者の意思を尊重しながら現実的な対応策を立てます。忙しい日常診療の中で、情報を集めて共有することは難しい作業です。緩和ケアの対象となる患者を対象とした緩和ケア回診の際には、包括的アセスメントを意識しながら問題点を検討していきます。若いスタッフから、先を意識した積極的な話が出てくるときは非常にうれしく感じています。

図① PEACE 緩和ケア研修会スライドから

包括的アセスメントとは

苦痛のアセスメント

全人的苦痛を系統的に評価することが大切

身体的苦痛

精神的苦痛

社会的苦痛

スピリチュアルペイン

↑上から順に評価する

意向・目標

患者・家族の意向・価値観を探り、目標を共有する
 ・現在の気がかり 質問例：「今、一番気がかりなことはなんですか？」
 ・大切にしたいこと 質問例：「一番大切にしていることはどのようなことですか？」

家族の評価

家族構成
それぞれの家族の役割・機能

中心的な役割(キーパーソン)
家族のつらさを評価

- ・ 苦痛についてさまざまな側面から検討し、評価するアプローチが包括的アセスメントである
- ・ 包括的アセスメントは患者だけでなく家族も対象となる

PEACE

② 各部署を対象にしたもしバナゲーム

もしバナゲームとは、人生の最期にどう在りたいか考えるためのカードゲームです。人生において大切な価値観や自分自身のあり方について気付きを得ることができるとされ、もしものための話をするきっかけを作るためのゲームです。ACPを考えるいいきっかけになるゲームであり、各部署単位でももしバナゲームの集まりを行っています。自分についてだ

③ 緩和ケア委員会での事例検討

当院でも緩和ケアについて各部署から多職種が集まって緩和ケア委員会として委員会活動を行っています。特に各病棟の看護師は、リンクナースとして各病棟の指導的役割を期待しています。宮野由美認定看護師の提案で、委員会の中で各部署持ち回りで、それぞれが関わった症例を提示してもらい事例検討の形式で振り返りを行っています。経験年数や職種をランダムに分けたいくつかのグループに別れ、提示されたテーマについて意見を出し合ってもらい発表してもらっています。いろいろな経験を背景とした意見を出し合うことで経験を共有し、能動的に問題を認識し対応策を考える経験や知識を深め、日常に役立ててもらいます。

④ 基礎知識を意識した勉強会・研修会

私たちのチームでは、以前より充実

した勉強会・研修会が企画されてきました。院内勉強会は年8回ほどを企画しています(以前は対面でしたが、最近は院内ネットワークを用いて動画視聴で受講してもらいます)。当院を中心とした地域の連携ネットワークである有明緩和ケアネットワークでも、有明緩和ケア研修会として年1回の特別講演と年1〜2回の事例検討会を行っています。企画する際に、前回の内容より、より高度な内容でと考えがちになるかもしれませんが、毎年新しい仲間が入職してくる職場です。基礎的なことを繰り返しすることも大切だと考えます。院内勉強会については、専門的な内容と基本的内容を混ぜて企画するようになっています。私も3年連続で緩和ケアの概論について話をしました。

⑤ 緩和ケア研修会参加を勧める

2007年のがん対策基本法の施行を契機に、すべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケアの基本的な教育が推進され、その一環として各地で

緩和ケア研修会が開催されています。現在は、医師は初期研修医の段階での受講が義務づけられています。当院でも年1回の緩和ケア研修会を開催しています。まさに、求められる基本的緩和ケアについて学べる研修会です。熊本県では、当初より医師以外の医療職の受講が推奨されてきました。当院でも受講者の半数以上が医師以外の職種となっています。今後も、興味あるスタッフのできるだけ多くの参加を後押ししたいと思います。

スタッフ各人が苦手意識を感じることなく積極的に基本的緩和ケアを実践してもらい、充実感や達成感を得て、さらに積極的に緩和ケアに関わってもらえることを期待しています。緩和ケアから得られたスキルを、より広い臨床現場で活用してもらえらばさらにうれしいことだと思います。私たちのチーム活動に興味を持って協力してくれる仲間が増えることも願っています。興味ある方は声をかけてください。

緩和ケア研修会に参加して

3階西病棟 久保 優希

令和5年10月28日に有明医療センターにて緩和ケア研修会が開催されました。私は入職時よりがん患者に関わることが多かったです。そういった経緯があり緩和ケアに興味を持っていました。それが正直難しいと感じることも多くありましたが、そんな時に緩和ケア研修会に参加してみてもどうかと言われ、今回研修会に参加させていただきました。

緩和ケア研修会は、2007年のがん対策推進基本計画で「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する。」ことが目標として掲げられ、2008年より医師等に対する研修会への指針が出されました。その後2017年に「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」が新たに発出されてから、緩和

ケアに携わる医療従事者の参加が可能となり、現在は全国各地で研修会が開催されています。

この研修会は「基本的な緩和ケアの習得・困ったときに相談する必要性を理解する」を目標とし2部構成で行われています。第一部はe-learning 視聴での事前学習で緩和ケアに対する基本的な知識を学習します。第二部は集合研修となっておりe-learning の復習やロールプレイ等を行いました。

緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通じて、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である」としています。がんと診断されたときからがん治療とともに緩和ケアの介入が推進されており、早期からの緩和ケア介入の有効性も示されています。患者は様々な症状に悩まされます。実際にかん患者の70%は痛みを感じて

おり、そのほかにも呼吸困難や悪心等、複数の身体的苦痛を感じています。また苦痛は身体的なものだけでなく、精神的、社会的、スピリチュアル的な苦痛があり、これらを全人的苦痛として多面的にとらえ苦痛緩和をはかることが大切だと思えました。しかし、がん診療連携拠点病院における調査において苦痛が少なく過ごせたと考えている人は半数に満たないことを知り、苦痛緩和の難しさを感じたのと同時に少しでも苦痛を和らげられるようにアセスメントし、ケアできるようにになりたいと思えました。

ロールプレイではコミュニケーションスキルを学ぶためにシナリオをもとに医師役や看護師役、患者役等に別れてがん告知の実験を体験することができました。ロールプレイでしたが患者の気持ちを考えながら行う告知の難しさ、患者として告知をうけるつらさを感じました。これらの悪い知らせのコミュニケーションは患者、医療従事者双方にとって重要かつ難しいテーマであるこ

とを改めて学びました。またコミュニケーションスキルとして言語的だけではなく非言語的コミュニケーションも大切であることがわかりました。実際患者と話をしたときに何か言っただけなくちゃと思うことが多々ありましたが、聞いて共感する、否定せず、時には沈黙も大切なんだとロールプレイを通して学ぶことができました。

今回研修会に参加し緩和ケアについてたくさんのことを学ぶことができました。他職種のかたや他病院の医療スタッフのかたと関わることで、それぞれでの取り組みなど意見交換を行ったりし有意義な時間となり、緩和ケアにおける多職種連携の重要性を感じました。また入職時よりコロナ渦真っ只中で病院では面会禁止の状態が続いていました。そばにいたくてもいられない、「家族に会いたい」と言われる患者の言葉にむなしい気持ちでいっぱいでした。コロナが5類感染症に移行されたことで面会ができるようになり、私達も直接ご家族に関われるようにな

りました。これまでは患者に対するケアが多かったですが、今後は家族に対しても支援を行う機会も増えてくると思います。患者・家族に対して寄り添ってあげられるように今回の学びを活かし、よりよい緩和ケアが提供できるように今後も学び続けていきたいです。

もしバナゲームに参加して

3階西病棟 福山季利子

現在、日本が直面している問題として、2025年問題がメディアでも多く取り上げられています。2025年問題とは、労働力不足や税金の問題、高齢化社会による問題が表在化されている今、高齢者の割合がさらに高まることで医療や介護においても以上大きな影響があると想定されていることを言います。2060年には平均寿命が男性84・19年、女性90・93年とさらに延伸すると見込まれています。医療

技術の発展に伴い延命治療を選択できるようになってきました。

延命処置とは、『生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短期間で死亡することが必至の状況を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のこと』と定義されています。延命治療は、本人の意思を尊重しますが自己で意思確認できない場合には家族の意思が反映されます。そのなかで、もしバナゲームは誰もが分かっているながら避けて通っている『もしもの時のこと』について深く考える1つの手段として発案されたゲームです。

もしバナゲームに参加する前は、もしもの時のことを話し合うゲームくらいにしか思っていませんでした。しかし、実際に参加してみても、そんなに具体的な内容がカードに書かれていると思ってもいなかったし、皆が考えることは同じだろうと思っていたので、他人事と考えずにもしもの時のことを家族と具体的に話し合う機会を設けるべきだと感じました。

私の曾祖母は5年前に102歳で亡くなりました。曾祖母は100歳頃まで団地で1人暮らしをしていて食事や洗濯などの家事は祖母とヘルパーさんが行って、平日はデイサービスに通っていました。98歳頃から物忘れが激しくなり真夜中に電話をかけてきたり、家に行った時には椅子の上に乗っていたり、家族も認知症の進行を感じていました。曾祖母ときちんと会話ができたのは98歳頃までで、その後、脳梗塞となり寝たきりで病院のベッドにいる記憶が残っています。

曾祖母ともしもの時のことについては何も話し合っていませんでした。曾祖母が亡くなった当時私は看護学生でしたが、姉と一緒にエンゼルケアを行いました。最期の曾祖母の印象としては、手足は点滴の跡で赤黒くアザだらけで、足の付け根には点滴、おしっここの管に、全身が浮腫んでいて、私が小さい頃に引っ張って遊んでいた頬やあご下のたるんだ皮膚も浮腫で分からなくなっていました。

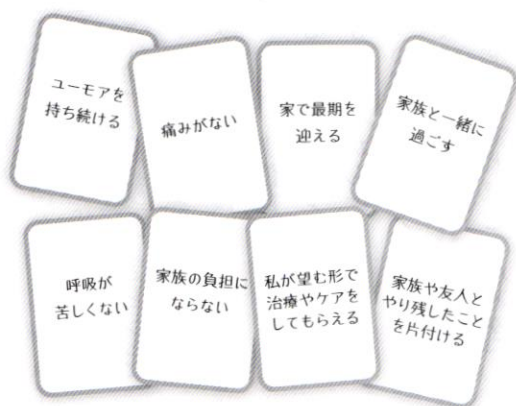
延命治療についての方針を決定したのは遠方にいる祖母の兄でしたが、『できることはなんでもしてください。』と病院とは話をしていました。曾祖母は食べるのが大好きでした。曾祖母の生前の希望は確認できていなかったため、最期の生き方についてや寝たきりとなった2年間、どう考えたのか聞くことはできませんでした。

この経験を通して、もしバナゲームで私が選んだカードの内容としては『呼吸が苦しくない』『家族の負担にならない』『痛みがない』『家で最期を迎える』『家族と一緒に過ごす』『家で最期を迎える』と同じグループの参加者の中では『ユーモアを持ち続ける』や『私が望む形で治療やケアをしてもらえる』『家族や友人とやり残したことを片付ける』などを選んでいました。

私が大事にしたいことは、自分の家で家族と過ごしたという反面、家族に迷惑をかけたくないという結果でした。呼吸が苦しくないことや痛みがないことについては終末期の患者さんと関わ

り、医療に携わる仕事をしていなかったら情報もなく選んでいなかったと思います。

家族ともしもの時のことを話す機会を設けるとして、不謹慎だと思いかもしれませんが人それぞれが大切したいと考えていることはそれぞれ違うため、もしバナゲームは自分の生き方を考えるきっかけになると思います。



心不全のこと・

心不全における緩和のこと

2 西病棟 慢性心不全看護認定看護師

岩川 美子

みなさんは、テレビや新聞で、「心不全」という言葉を耳にすることがあるかと思いますが。「心不全」がそもそもどのような状態かご存知でしょうか。

よく比較されるのがみなさんもご存知の「がん」です。多くの方は「がん」は何となく、どのようなものは想像できるかと思えます。「心不全」はどうでしょうか。

今回、みなさんに「心不全のこと」・「心不全における緩和のこと」を知って頂くともよい機会だと思っておりますので、少し私にお付き合ってください。

まずは「心不全のこと」についてです。ガイドライン上、心不全は「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質のおよび／あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻し

た結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐用量が低下する臨床症候群」と定義されています。

どうでしょうか。何だか分かるよう
で分らないような感じの文章です。
実はもう一つ、日本心不全学会から一般
の方向けに「心不全とは、心臓が悪い
ために、息切れやむくみが起こり、だ
んだん悪くなり、生命を縮める病気で
す」と出した定義があります。

こちらの文章になると、心不全がど
のようなもので、どのような症状が出
現するのか想像がしやすくなったので
はないでしょうか。さて、「心不全のこ
と」が少し想像できたところで、次は「心
不全における緩和のこと」についてで
す。

その前に、私自身も基本に戻り「緩和
ケア」とはから振り返っていきたい
と思います。世界保健機関(WHO)
により、「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、痛みやそのほかの身体的、心理的、
社会的、スピリチュアルな問題を早期

に発見し、適切な評価と処置を行うこ
とによって、苦痛の予防と緩和を行う
ことで生活の質を改善するアプローチ」
と定義されています。

「心不全」と「緩和」とピンとこない
方もいらっしゃるかと思いますが。ある
データでは「緩和医療」を必要とする
疾患として、1位は約4割近くを占め
る「心血管疾患」となっており、2位
が約3割の「がん」というデータが示
されています。このデータから「えっ！
そうなの？」と思われる方がいるかも
しれません。それほど、「心不全」と「緩
和」は中々イメージが付きにくいもの
なのです。

がん患者以外の「非がん患者」とは、
慢性心不全・慢性閉塞性肺疾患・慢性
腎臓病・肝硬変・認知症・神経難病な
どで療養をされている方たちのことを
言います。この「非がん患者」の緩和
ケアが注目され始めたのは、欧米では
1990年代からと言われています。
日本ではどうでしょうか。2007年
に「がん対策基本法」が施行され、「緩

和ケアIIがん」という認識が広まった
ことも背景にあり、中々実臨床では「非
がんにおける緩和医療」は浸透してい
ないのが事実であると思います。しか
し、高齢化が進むにつれ「非がん患者」
の緩和ケアの課題は重要とされていま
した。2010年には、日本循環器学
会より「循環器疾患における末期医療
に関する提言」が出されています。また、
2018年の診療報酬改定では、「末期
心不全」も追加されています。少しか、
「心不全緩和」の世の中の動きを知っ
ていただけたでしょうか。

そもそも、心不全にも「がん」と同
様にステージ分類が存在しており、こ
こでAHA/ACCの心不全ステージ分類
をご紹介します(図1)。ステージA、
Dと4段階に分かれており、心不全で
入院される患者さん方はステージC以
上の方たちとなります。また「心不全
緩和」の対象となる方もこのステー
ジC以上と言われています。

さて、ここで心不全における末期状
態と終末期の定義を明確にしておきた

いと思います。

心不全の末期状態とは、最大の薬物治療や非薬物治療を施しても治療困難な状態ですが、先進的治療（補助人工心臓や心臓移植）を検討することもあります。

終末期状態とは、繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近にせまり、治療の可能性のない状態です。

心不全の場合は、末期状態となった場合でも、例えば補助人工心臓や心臓移植が可能な場合では、末期でも症状が改善し状況が回復することさえあるのです。

また、末期心不全における症状として、6〜9割で呼吸困難感、3〜8割で疼痛、7〜8割で倦怠感などの症状が出現すると報告されています。さらに、避けては通れない課題として、治療目的がQOL改善に変化した場合は、医療機器の停止（ICD・CRT・PM）についても検討していかねければなりません。

心不全では、症状緩和の為に心不全

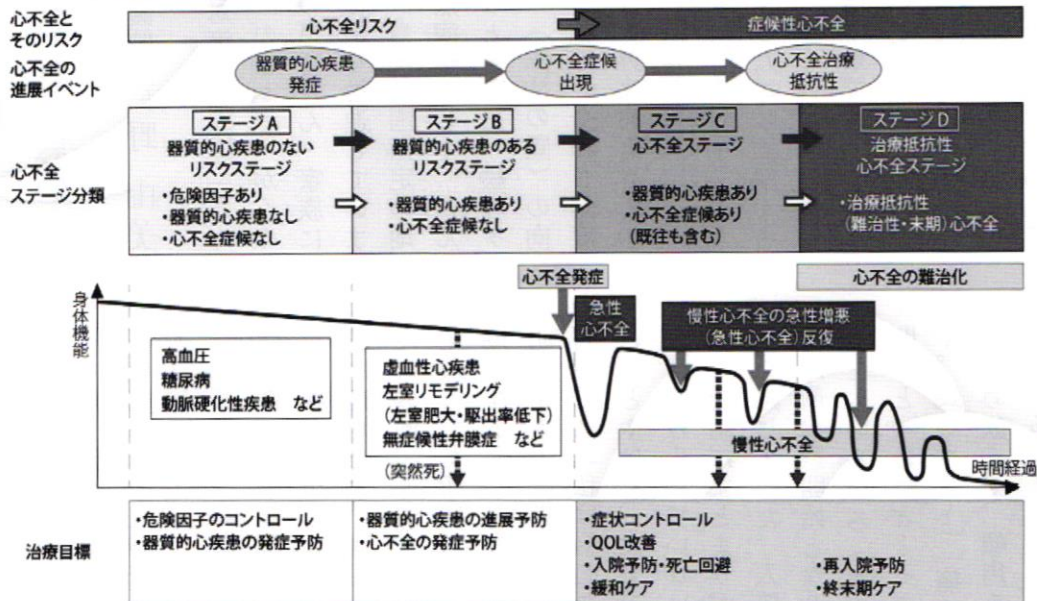
(図 1)

II. 総論

急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017改訂版)



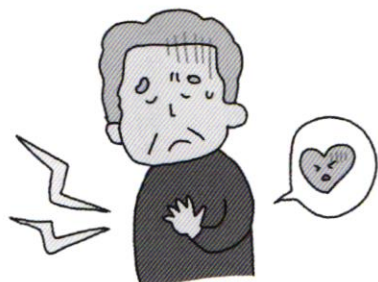
心不全とそのリスクの進展ステージ



厚生労働省. 脳卒中, 心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について (平成29年7月). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf> より改変

の治療は最後まで継続されることが多いのが現状です。心不全は予後予測が難しく、医療者にとっても緩和ケアの重要性を認識しているにも関わらず、中々緩和ケアへの提供ができないことに対するジレンマもあるのです。

日ごろから、患者や家族の思いを確認することやその先を見据えたコミュニケーションができました。さらに「非がん患者」における緩和ケアを、今より提供できるように努力していかなければならないと改めて思いました。



『きつかった……』 一言に込められた思い

緩和ケア認定看護師 宮野 由美

日本では「がん対策基本法」「がん対策推進基本計画」のなかで、がんの診断時からすべての患者さん・家族に対して緩和ケアの提供を推進しています。それに基づき、当院は国指定の地域がん診療連携拠点病院として、がんの診断・治療を行うとともに、緩和ケアを提供し、QOL（生活の質）の向上に努めています。私は、令和5年度から外来所属となり、外来患者さんのがん告知や治療方針の説明に同席し、診察後にわからなかった内容や気がかかりなどないか確認するために面談をさせて頂いています。がん告知後の患者さんは「まだ、半信半疑です」と漠然としている方、「悪いもの（がん）かもしれない」と思ってきたけど、やっぱりがんと聞くとつらいね」と気持ちのつらさを表現する方、「がんと言われて

ショックだけど、ハッキリして良かった。先生にお任せします」と気持ちのつらさを感じているが、治療に対して前向きな表現をする方など、受け止め方は様々です。

ある患者さんのお話です。A氏、70代男性。職業は現役で農業。妻と娘さん家族と同居し（6人暮らし）家族関係は良好です。他院からの紹介で、がんの診断、多発する転移があること、治療として手術はできず、抗がん剤治療をするか、しないかという内容の説明を1人で受けました。がん告知後の面談では「私は脳出血して一度は死んだるとやけん、大丈夫ですよ!!」と深刻に受け止めていない様子の反面、多弁で会話にまとまりがない様子に違和感を感じました。入院して、初回の抗がん剤治療開始となり、病室へ入室すると「いろいろ（抗がん剤の副作用）聞いたとつたけど……そぎゃんなかったよ。良かったよ」「痛みも1日1回の痛み止め飲んで、頓用1回くらいでござまつとるよ」などと伝えてくれました。

抗がん剤治療1クールが無事に終了し、退院日が決定した時に訪室しました。A氏は俯き加減で「きつかった……」と肩を震わせ、声を詰まらせました。「きつかったんですね……」と体を擦ると、うんうんと頷き「人前でこげんことなかとばってん、ごめんっ！」と言われ、しばらくそのまま時間を過ごしました。A氏はこみ上げる感情が少し落ち着き、家族への感謝の思い、これまでに自身のこだわりをもって培った農業を手放す無念の思いを語りました。「梨をメインでしてるんだけど、孫はじいちゃんがつくった柿が一番おいしいって言うみたい。農業手放してもできる範囲で作りたいな……。来シーズンも(自身が)おるなら持つてくるよ……」と言われましました。

A氏は自宅では、日常生活のなかで家族に囲まれ、気持ち紛れていたと考えます。また、夫として、父として、祖父として弱いところを見せられない性格ではないかとも思いました。入院という機会は、1人の時間が十分にありません。がんの診断を受け、手術ができず抗がん剤治療を受けていること、今までに感じたことのない痛みのために医療用麻薬を服用していることで、自身に残された時間を感じ、家族のこと、培った農業を手放すことを具体的に考える機会になったと推測します。病気のことやこれからのことに目を向けて考え、そのなかで現状を受け入れていく過程が「きつかった……」の一言に込められたものと感じた時、なんともいえない気持ちになりました。これまでの関わりの中で、私の声掛けにはいつも「大丈夫よ」という返答であつたため、感情を発散されたことにハッとしました。また、がんの診断、がんの治療を受ける患者さんは常に脅威を感じていることを目の当たりにした瞬間でした。

“日本人の2人に1人ががんにかかる”といわれています。たくさんのがん患者さんとその家族はその現実戸惑い、落ち込み、将来への不安に直面しています。痛みなどの身体的な苦痛のみならず、社会的な側面、表現されにくい精神的な側面にもしつかり目を向け、サポートすることの重要性を実感しています。精神的不安というもの、患者さんにとって漠然としたものであることがほとんどです。コミュニケーションのなかで、不安に耳を傾け、漠然としたものから明らかなことをアセスメントし、しつかり寄り添って支援していきたいと思えます。



おすすめの本

がん相談支援センター がん専門相談員

大倉 典賢

『飛鳥へ、そしてまだ見ぬ子へ』

著者：井村和清（祥伝社）



今回「おすすめの本」を紹介させてもらうことになり、一冊の本を思い出した。

ウィキペディアによれば初版は1980年、映画化やテレビドラマ化もされた作品。この本を初めて手にとったのは私が高校生の頃、当時運動部に所属し

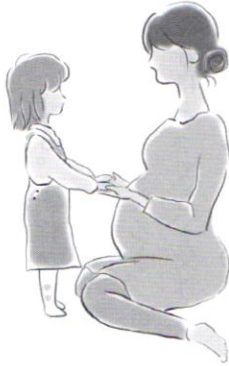
ていた私は入学試験の補助に駆り出されていた（ほぼ年中休み無しの部活動で、土日も学校に行っていたため）。試験中は廊下の椅子で待機し、答案や試験問題の配布・回収の作業の補助を行っていた。何をきつかけにかは忘れてしまったが、父にすすめられ待機時間中にこの本を読んでいた。とても寒い廊下で1人椅子に座り、凍えながらも鼻をすすり、涙をぼろぼろと流しながら読んだことを覚えている。そんな坊主頭の私に気づいてしまった受験生がいたとすれば、さぞ集中力をかき乱してしまったことと思う。入学試験が終わり一段落した折りに、試験監督をしていた教師から何事だったのかと声を掛けられ、この本を読んでいたことを伝えると「いい本を読んでいるな」と言ってもらえた。あの頃から20年程経ち、がん専門相談員となった自分が改めて本書を読んだ時にどんなふうに感じるのか、そんな思いで読み返してみた。

本書は若くして亡くなった医師・井村和清先生の遺稿集である。30歳にし

て右足の線維肉腫を発症され、右足を切断されるもその後1年も経たない内に肺への転移が分かり、逝去されている。『飛鳥へ、そしてまだ見ぬ子へ』飛鳥は先生の長女さん、そして当時まだ奥さんのおなかの中にいた子へ向けられたタイトルだ。先生の遺稿の他にも、奥さんをはじめとしたご家族、勤められていた病院の理事長先生等からの文章も収められている。先生の遺稿の中には自身が幼少の頃や学生の頃の貴重な体験についてや、医師として向き合ってきた患者さん達の話、腎結核で闘病された母の家族としての話、患者自身としての話、成し遂げられなかった夢、死生観についてや近い方々への感謝の言葉などが書かれている。今日でも変わらない、患者さん達と向き合っていくことの難しさや苦悩、そんな中でもそれぞれの立場でたくさんの愛情を感じられ、勇気をもたらえる言葉の数々がつづられている。

改めて読んでみて一番に感じたことは「緩和ケア」という言葉が登場しな

いことだ。調べてみると、日本の医療に緩和ケアに関係する診療報酬上の項目が盛り込まれ本格化しはじめたのは1990年(平成2年)のこと。緩和医療学会が設立されたのは1996年(平成8年)。2006年(平成17年)にがん対策基本法が成立し、緩和ケアチームの設置が普及していった。2008年(平成18年)に厚生労働省と緩和医療学会によって緩和ケア研修会(PEACEプロジェクト)が開始となった。今日に至るまでも緩和ケアの普及・啓発は積極的に推し進められている。



たくさんさんの心に残る言葉の中で、特に印象深かった言葉を紹介する。

『病人にとって大変に苦しいことが、みつがあると思います。ひとつは自分の病気が治る見込みのないこと、ふたつめはお金がないこと、みつめは自分の病気を案じてくれる人がいないこと。』

緩和ケアでは全人的苦痛(身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン)が定義されているが、井村先生は患者さんにとっての苦しみとして、みつつのこととして書かれている。ひとつめの苦しみの軽減のためには、医師や看護師をはじめとした病院スタッフ、場合によっては在宅療養をサポートする各専門職が関り患者さんやご家族をサポートしていく必要がある。ACP(人生会議)のサポートをしていくことも大切なことの1つだ。ふたつめの金銭的なことに関しては、様々な福祉制度等を提案し解決を模索する私たち相談員の頑張りどころ。みつ

つめの問題は特に改めて考えさせられた。高齢化社会の進行の影響もあってか、身寄りのない患者さんのサポートは悩ましいことが多い。退院後のサポートだけでなく、場合によっては死後の問題もあり、自治体とも連携しすめていく必要がある。なにより患者さん本人にとっては、孤独感と闘いながら治療や療養をしていかなければならぬ。その苦しさを軽減していくために、私たち病院スタッフの関わりはとても大切だ。そして患者さんに寄り添ってサポートしていく上では、環境や人員の体制を整えている緩和ケア病棟でのサポートはかけがえのないものであると思う。

自分が井村先生のような境遇におかれたらどうだろうか。5歳になる息子は私の肩車で散歩に出るのが大好きだ。体がきつく、右足が無くては叶わなくなってしまうだろう。してあげたくてもしてあげられない、病気のことを子どもが理解するのは難しいだろうし、遠くない未来にいなくなってしまうこ

とは無念でしかない。妻をはじめとした家族、職場の仲間、そんな大切な人達にも迷惑をかけてしまうし、別れなければならなくなる。これからの予期される症状や、残されている時間も先生から話してもらえらるだろう。自分自身も、家族等にとっても、受け入れて前向きに考え行動していくのはとても難しいことだと思う。だが不安ばかりでもないのが正直なところ。迷惑をかけてしまう申し訳なさがあるのと同時に、自分の一番の理解者である家族、そしてとても頼りになる相談員や緩和ケアチームのメンバーをはじめとした病院スタッフから、それぞれの立場で熱心なサポートをしてもらえることを知っているからだ。

「苦しみが十字架の形をしているなら、僕の十字架は少しも重くはない。なぜなら皆が寄ってたかって僕の十字架を担いで僕と一緒に歩いてくれるからだ。」

がんの告知から取り組まれるべきとされる緩和ケア。早期発見・早期治療で治すことができる病気にはなってきたが、日々患者さんやご家族等と面談を行う中では「がんといえれば命にかかわる大変な病気」というイメージをもっている方は少なくない。病期によっても考えられる苦痛は様々だ。患者さんやその家族が抱える苦痛をゼロにすることは難しい。がん専門相談員としてできることを、各専門職と協力し、患者さんやご家族の願いや思いに寄り添って支援していき、井村先生の言葉のように患者さんに思ってもらえるよう努めていきたい；改めてそんな思いにさせられた。

患者さんとして、患者さんの子や親として、同じ職場の仲間として、医療者として；緩和ケアという言葉こそ本書にはでてこないが、それぞれの立場のたくさんの思いが重なった、緩和ケアの心に通じる素晴らしい一冊だと思う。興味をもっていただけたら、是非一度手にとっていただきたい。

編集後記

昨年の5月8日から新型コロナウイルス感染症が5類に移行したものの、完全には収束しないまま、今日までできている。そんな中、当院は荒尾市立有明医療センターと名称を新たにし、昨年の10月1日に新病院が開院した。

当院は一般病棟は全室個室で患者様にとっては過ごしやすい環境に間違いはない。特にがんの患者様は心身共に変化していく自分へ他には見られたくない人がほとんどです。

我々医療者はこのような患者の気持ちにいち早く気づき、寄り添えることができるかを考えるだけでなく、病棟やチームでそれを共有し、誰もが同じように接することができるようになればと思います。

(T・O)