

第5回 函館市医療・介護連携多職種研修会

「地域での看取りを知る」
～多職種の視点からみた看取りの実際～

病院での看取り —病棟看護師の視点—

2019年11月30日（土）

市立函館病院

病棟副看護師長 沖崎 香代子



市立函館病院



<主な施設>

人工腎臓センター 30床
リハビリセンター
救命救急病棟 26床
ICU 8床
外来化学療法室 17床
健診センター
屋上ヘリポート
輸血・細胞治療センター
がん相談支援センター
シネアンギオ棟

<機関指定>

救命救急センター
エイズ診療拠点病院
地方・地域センター病院
臨床研修病院
災害拠点病院
臓器提供施設
地域がん診療連携拠点病院
地域医療支援病院

<総病床数>

総病床数	648床
一般病床	582床
感染症病床	6床
結核症病床	10床
精神病床	50床

<一般病棟入院基本料 7対1>

<病棟紹介>

血液内科・脳神経外科の混合病棟

- 脳神経外科→検査・手術・リハビリがメイン
自宅退院が困難な場合は
医療連携を介してリハビリ転院
地域連携脳パスの利用→地域で情報共有が可能
- 血液内科→検査・化学療法・放射線療法がメイン
入退院を繰り返し終末期まで治療を継続
症状緩和や延命目的で輸血・麻薬・毒薬
などを用いる

<病棟の特徴>

●白血病・悪性リンパ腫

AYA世代・・・15歳から39歳の
がん患者を指す

(Adolescent思春期 Yong Adult若年成人の頭文字
から名付けた)

この世代は進学や就職、結婚など人
生の大きな節目が次々と訪れる年代

<治療の現状>

- 病名告知

予後良好群 予後不良群
(染色体・遺伝子解析)

- 治療の意思決定

化学療法(抗がん剤)や移植を経て完全寛解(治癒)を目指す (半年~1年)

- 予後不良・難治性・再発の場合

「がんと共に生きる」→シフトチェンジ
治癒を目的とせず、症状緩和 延命目的で
繰り返しの化学療法、再移植

<繰り返す治療によるダメージ>

抗がん剤の副作用

- ①嘔気
- ②倦怠感
- ③下痢
- ④感染症
- ⑤口内炎
- ⑥貧血

自分が自分じゃない
みたいだ・・・

ボディイメージの変容

- ①眉・体毛・頭髮の脱毛
- ②皮膚の乾燥 皮膚色の变化

意欲の減退

- ①食欲
- ②気力
- ③性欲

筋力の低下
ADLの低下

心理的影響

- ①不安
- ②不眠
- ③怒り

社会性の喪失

- ①仕事
- ②学校
- ③友人
- ④家族



<病状の進行>

- 肝・腎・心機能低下
- 脳や脊椎への転移→麻痺の出現
- 疼痛出現
- 歩行困難
- 精神的苦痛

医師より I C (インフォームドコンセント)

治療が効かなくなり厳しい状況 今後の方針を話し合う

- 積極的治療の継続？
- B S C ? Best supportive care
(がんに対する積極的な治療は行わず、
症状を和らげる治療に徹する)
- C P R ? (心肺蘇生)
cardio pulmonary resuscitation
- D N A R ? (心肺蘇生しない)
Do Not Attempt Resuscitation

< 終末期の患者・家族の気持ち >

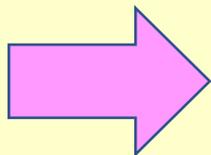
A氏：あんなに辛い治療を何度も繰り返したのに効果がない
なんて・・・もう疲れた・・・
もう死んでもいいと思うけど・・・
家族のためにもう少し生きたい気持ちもある
正直どうしたらいいかわからない

B氏：家族・子供のために何とか生きたい
1%の可能性があるなら治療を受けたい
再々移植も・・・
できるものなら全ての可能性にかけたい

C氏：もうがんには勝てないってことです
残された人生を悔いのないように自宅で過ごしたい

<病棟看護師の思い>

- 先生お願い 希望の光を与えるのはいいけど
現実は・・・
- あんなに辛い治療をまたやるなんて・・・
今の体力で耐えられるのかな・・・
- 治療効果の可能性が低いのであれば、最期は自分らしく、自分の自宅で家族と過ごす時間を作ってあげたい



でも・・・

患者さんが決めたことなら最期まで寄り添いたい

事例

病名：再発難治性悪性リンパ腫

年齢：20代男性

社会背景：両親離婚 母と二人暮らし 姉は遠方
会社勤務

性格：明るく素直

好きなアーティストや仕事の話をする

治療経過：妊孕性温存

自家移植後→5回目の入院で同種骨髄移植

合併症：皮膚GVHD 腸管GVHD

サイトメガロウィルス感染

肝機能障害 消化管出血による血圧低下

全身痛出現 敗血性ショック 意識障害

呼吸不全

事例

入院中のエピソード：

●移植2か月後・・・

退院時期になっても病状がよくなり、次々と合併症が現れている。

いつも不機嫌で口数が少ない。いつもイライラしており看護師に対し、舌打ちしたり、無視するようになる。面会に来る母親へも同様の態度で、母は困惑している。

看護師は傾聴し、ただ見守ることしかできない状況。

出勤時は「今日は自分が担当になりませんように」と願うようになる。

●移植4か月後・・・

心を許せる看護師へ気持ちの変化を話すようになる。

「いつになったら退院できるかな～」

「絶対ストレスだと思う だから友達や家族にも気持ちぶつけるようにした。

いつまでここにいなきゃならないんだって一人の時も声に出して文句言うようにした」

「ショックなことが起きすぎる 俺退院できないんじゃないの」

「もう諦めたっていうか吹っ切れた 焦っても変わらないし徐々に良くなると思って・・・
そしたら楽になった」

「最近結構愚痴ってるな俺 ごめんな 吹っ切れたんだけどな 退院したらいいだけ好きなことするんだ」

事例

終末期：

●移植5か月後（死亡数日前）

全身痛あり麻薬や鎮痛薬を使用している状態。

疼痛コントロール不良であるが鎮静薬を使用すると眠ってしまい、そのまま目が覚めなくなるかもしれないので使用したくない本人の思いがある。

「痛い痛い・・・手も震える・・・いろいろ痛み止め使ってもダメだ・・・」

「もう薬使っても効かない もう薬やめて・・・嫌だ・・・」

「こんなに痛いなら死んだ方がましだ・・・これ以上続くのは耐えられない」

「俺どうなるんだろう・・・」

●（死亡1日前）酸素リザーバーマスクしながら・・・

「俺助かるよね・・・」

母親の言葉「寂しい思いさせちゃったんだなーて思いました。孤独との闘いだって言ってたから・・・」

●敗血症にて呼吸状態悪化 気管挿管 人工呼吸器管理となる

事例

終末期：

●医師：やれることは全て手をつくしたが残念ながら今日か明日だと思います

母：あまり延命しなくていいです可哀想なので少ししか生きられないなら管につながっているのも可哀想で・・・

もう最期は楽にしてあげたい

●家族に見守れながら永眠される

母：治療を何度も繰り返し最期の最期まで本人は頑張りました。よくやったと思う。だから本人も悔いはないと思います。ありがとうございました。

<病棟看護師の役割>

- 患者・家族と看護師の思いにズレが生じるが、ズレる思いを少しでも埋められるよう理解し、寄り添うことが大切

- 患者がどの段階にいるのか理解する

キューブラロス 受容のプロセス

否認-怒り-取引-抑うつ-受容

フィンクの危機モデル

衝撃-防衛的退行-承認-適応

※情報の提供 共有 **カンファレンスの重要性**

- 支える人には支えが必要

「家族」「医師」「看護師」「コメディカル」

< 多職種連携の実際 >

- 理学療法士・作業療法士とのカンファレンス
- 医療ソーシャルワーカーとのカンファレンス
- 皮膚排泄ケア・がん化学療法看護認定看護師との連携
- 栄養士への相談
- 薬剤師への相談
- 歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア指導

<カンファレンスの様子>



< 今後の課題 >

- 患者同士のコミュニティ
- デスカンファレンスができていない
- 転院・退院後の様子がわからない
- 終末期のがん患者がもっと自宅で過ごせるよう支援が必要
 - ・外来化学療法室の積極的な利用
 - ・訪問看護の活用
 - ・介護保険制度
- 看護師に対する精神的フォロー

ご清聴
ありがとうございました

