

第3回 岡山 QOL 研究会

日 時：平成20年9月20日（土）13：00～17：00

場 所：岡山コンベンションセンター1階イベントホール

担 当：藤 野 文 代
世話人

（平成21年1月7日受稿）

『患者 QOL を高めるチーム医療の課題』

1. 重症心身障害児・者の QOL を高めるために

旭川荘療育センター児童院 小児科

片山 雅 博

重症心身障害児施設は、医療を行う病院であり入所者が生活をする福祉施設であり（学校）教育を行う場所であると同時に、考えや気持ちを表現できない人達の人権を守り、障害を持ちながらも、人がどう穏やかに人生を過ごしていくかを考える先駆的な試みの場としての役割も担っています。したがって、重症心身障害児・者（以下、重症児・者）の QOL を高めるためになされるべきことは多岐にわたります。具体的には、

- 1 健康管理：生活リズム、呼吸・循環、体温調節、摂食・消化吸収等の機能確立のための療育（重症児・者は、体幹・四肢の運動麻痺、嚥下障害、呼吸障害を伴うことが多い）
 - 2 医療的ケア：経管栄養（胃内チューブ、胃瘻、腸瘻）、喀痰吸引、酸素吸入、人工呼吸器管理、気管カニューレ管理等、能力障害を補うために行う生活上の介護行為
 - 3 健康上の問題点：日常の適切な姿勢管理、食事介助、栄養管理、口・鼻空吸引、酸素療法、胃瘻造設（重症児・者は筋緊張異常、誤嚥をきたしやすく、誤嚥性肺炎、呼吸障害から呼吸不全をきたすこと、および胃食道逆流現象から逆流性食道炎、食道狭窄、食堂裂孔ヘルニア→頻回嘔吐、コーヒー残渣様嘔吐、吐血を合併することあり）
 - 4 コミュニケーション：非言語コミュニケーション手段の工夫・多用（重症児・者は知的障害、運動能力の制限、行動異常、覚醒・睡眠パターンの異常をきたすことが多く、他人とのコミュニケーション阻害される）
 - 5 自立、社会性の育成：精神的自立を促し対人関係を育てるために、学校・地域社会に生活を広げること等です。
- 以上を行うためには、高い専門性を持った多様なスタッフ（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、児童指導員、保育士、学校教員、栄養士）の、幅広

く強い協力関係を有するチーム医療を必要とし、それには、主治医たる医師の力強く良いリーダーシップが欠かせないこととなります。

それは、医師には、重症児医療の三本柱である医療・福祉・教育に精通することはもちろん、多様・多彩な人たちの中でリーダーシップの取れる幅広い人間性を持たなければならないことを意味しています。

1) 医療：発達、先天異常疾患の知識&経験

理学療法士の知識：筋緊張異常・変形等の病態に対して…
皮膚科、耳鼻咽喉科の医療にも…

2) 福祉：障害者自立支援法を含めた福祉制度への

3) 学校との連携、療育への理解

“重症心身障害児・者の” “そこに携わる医師の課題”

2. 糖尿病チームにおける今後の課題

岡山大学医学部・歯学部附属病院 看護部

大橋 睦子

糖尿病治療の目的は、合併症の発症と進展を阻止し、健康な人と変わらない QOL を維持するとともに寿命を確保することにある。この目的を達成するために体重、血糖、血圧、血清脂質の良好なコントロール状態の維持に努める必要がある。この際、基本となるのは食事・運動療法、及び必要に応じて行われる薬物療法であり、処方方は医師により行われるが、実施は患者の自己管理に委ねられる部分が多い。カギを大きく握っているのは患者の自己管理とそのためのも動機付けであり、医療者は、患者自身が治療法を十分理解し、日々の生活の中で実行できるよう援助していく必要がある。すなわち、糖尿病の治療・自己管理は患者と患者教育に携わる医療従事者の共同作業であり、専門的な知識をもち、指導法にも通暁した専門家のチームでのかわりが不可欠である。

当院では、H8年より、糖尿病教育入院に看護師・管理栄養士・薬剤師が加わり、チームで取り組むようになった。その後、H12年に日本糖尿病療養指導士（CDEJ）制度が発足し、全国的にもコメディカルを含めたチーム医療の重

要性が糖尿病治療において定着し、当院の糖尿病教室は現在、医師と7職種のコメディカルスタッフで構成されている。

しかし、糖尿病は自己管理が重要というものの、その人の生活は個々の価値観や生き甲斐などに基づいた行動でもあり、生活習慣の改善はその人の生き様そのものに触れることでもある。医療者はそのことを見極め、必要な自己管理行動とQOLがバランスよく調整されるよう援助していくことが重要となる。

その中でも看護師は、患者の最も身近にいる存在で、患者を生活者として理解し、多様な役割を引き受けられる特性を持っている。また、患者のQOLを考えるうえでのチーム間の調整役となるなど重要な役割を担っているといえる。

現在、当院をはじめ総合病院では外来患者の増加に伴い、現行の外来診察医一人では診療しきれない現状にある。糖尿病の大多数は、治療方針を決定する医師を中心としたスタッフの援助をもとに、患者自身が自己管理していく疾患である。今後は、利便性のよい近医（かかりつけ医）と専門的なハード・ソフト面を備えている総合病院がうまく連携をとることで、患者が安心して通院できる体制作りが必要となってくる。

本日は、院内での糖尿病チームの活動状況を紹介させて頂きながら、より患者のQOLを高めるための看護師としての役割、さらに糖尿病チームの今後の課題でもある、地域の病院も含めた幅広い意味でのチーム医療について述べたいと思う。

3. 薬剤師の立場から

岡山大学医学部・歯学部附属病院 薬剤部

森山 雅弘

【はじめに】近年、薬剤師による病棟での服薬指導は患者さまのQOL向上、薬剤の適正使用の推進、医療過誤の防止の面からその重要性が認められてきております。当院でも平成5年から薬剤管理指導（服薬指導）を開始し、現在では年間約8,700回（件）（平成19年度）の服薬指導を行ってきており、患者さまから良好な評価を得てきております。

今回は病棟における薬剤師の服薬指導の現状とその際に使用している各種説明書について概略を解説したいと思います。

【服薬指導の現状】薬剤管理指導室の専任薬剤師は6名で、他の部署との兼任薬剤師は34名で岡山大学病院の全ての病棟を担当しております。服薬指導は1週間に1回程度の間隔で患者さまの病室へ伺い、薬剤に関する説明（効能・効果、用法・用量、副作用、服用時の注意点等）を行って

おります。

服薬指導では患者さまへの薬剤に関する用法・用量や効能・効果に関する情報提供ばかりでなく、患者さまのQOL向上を念頭にいた薬剤による副作用早期発見等を目的に注意点等を説明書にて作成し、適宜配布しております。

一方、医師、看護師を初めとした他の職種の方への薬物療法に関する情報提供も重要で、薬剤選択時や注意点を一覧表等に作成して必要時配布させていただいております。

【今後の課題】服薬指導ができていない患者さまは入院患者全体の1/3にも満たない現状があります。本年4月以降新入院棟への薬剤管理指導室の移設後、薬剤管理指導算定件数は増加（900件/月以上）しておりますが、現状ではこれ以上の増加は難しい状況があります。そのため、チーム医療として病棟で薬剤師が関わられる時間がなかなか取れないのが現状であり、多くの入院患者さまに服薬指導を行うためにも、今後専任薬剤師数の増員が求められます。

また、医療の進歩に伴って抗がん剤治療を初め各種プロトコルが多数存在し、なかなかそれらを把握できない問題があります。医療安全や患者さまのQOL向上を考えたときに情報の共有化は欠かせないものと考えます。

最後に、患者を中心としたチーム医療の中で、患者さまのQOL向上に向けて薬剤師としてその専門的職能を生かせるよう研鑽していくことが重要と考えます。

4. 非アルコール性脂肪性肝疾患におけるSF-36とCLDQを用いたQOL評価について

川崎医科大学附属川崎病院 栄養部^a、肝臓・消化器病センター 臨床研究部^b、肝臓・消化器病センター 内科^c

笹埜三世里^a、泉 明佳^b、佐々木千枝^b
サビナ・マハムド^b、川中美和^c、山田剛太郎^c

【研究目的】近年、食生活やライフスタイルの欧米化で、肥満や糖尿病を伴うメタボリックシンドロームが増加し、肝臓病でも生活習慣病の代表である非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）が急増している。治療の基本は食事・運動療法である。今回、NAFLDにおいてQOL評価をSF-36とChronic Liver Disease Questionnaire（CLDQ）で検討した。

【方法】2007年10月から2008年6月までに当院外来を受診したNAFLD 22例に肝生検を実施し、非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）17例と単純性脂肪肝（FL）5例と診断された患者を対象に、SF-36とCLDQを用いてアンケート調査を実施した。比較対照を川崎病院の健康な職員50歳代、60歳代以上の男女5名ずつ合計20例とした。

【結果】NAFLD 22例は、男性8例 女性14例 平均年齢59.2±9.8歳 BMI27.2±4.2であった。この内NASH 17例

は、男性 8 例 女性 9 例 平均年齢 57.5 ± 9.0 歳 BMI 27.9 ± 4.4, FL 5 例は、女性 5 例 平均年齢 65.2 ± 10.8 歳 BMI 24.8 ± 2.4 であった。

NAFLD は正常者と比較すると全体的に QOL は低下しており、中でも SF-36 の PF・GH・SF では有意に低下していた。NASH と FL を正常者と比較すると、NASH では CLDQ の WO と SF-36 の GH が正常者に比べて有意に低下していた。また NASH と FL との比較では、CLDQ は FL より NASH のほうが低値で、SF-36 は NASH より FL のほうが RP・VT・SF が低値であった。NASH の中で肝硬変まで進行していない NASH と肝硬変まで進行した 3 例では、CLDQ と SF-36 の全項目で肝硬変のほうが低い傾向であった。肝硬変を除く NASH 14 例で、BMI が 30 未満と 30 以上で比較すると、BMI が 30 以上の 4 例では CLDQ の WO, SF-36 の PF・GH で低下傾向であった。

【考察】NAFLD では正常者と比較すると QOL が低下傾向であった。NASH の中でも肝硬変の場合は、QOL は低下しており、病態の進行による QOL の低下が示唆された。肝硬変でない NASH では BMI の上昇により QOL の低下が見られた。

適切な食事・運動療法による BMI の改善が QOL の向上に結びつくのではと思われた。現在、食事・運動療法による継続指導の経過をさらに検討中である

『チーム医療・その他』

5. 患者の QOL を支えるチーム医療を理解するための教育実践

吉備国際大学保健科学部看護学科

小林 愛, 名越 恵美

【背景】本校においては、成人看護実習Ⅱ（経過・症状別看護実習）4 単位の中で、成人期にある慢性期の看護を理解するために透析センターでの実習を 2 日間実施している。成人看護実習の目的は、「成人期にある患者を総合的に理解し、健康レベルに応じた看護を提供するための知識・技術・態度を修得すること」であり、実習目標は、「1）成人期にある患者の特徴を理解し、健康レベルに応じた援助ができる。2）成人期にある患者の個別性をとらえて看護の展開ができる。3）成人期にある患者に行われている特有の援助を理解できる。4）成人期にある患者をとおして保健・医療・福祉チームにおける看護の役割を理解できる。」である。本実習においては、特に目標 4）を中心とした実習の展開を行っている。そこで、カリキュラム評価として、学生の実際の学びを明らかにすることとした。

【目的】透析センター実習における、チーム医療についての学生の学びを明らかにする。

【方法】対象は、2007 年度透析センター実習を終了した学生 43 名。分析は、5 段階リッカートスケールによる自己チェックリストへの評価と「透析センターでの学び」について 1 枚 1 項目のラベルを作成し、KJ 法の手法を参考に 4 ラウンドまで絞り込んだ。分析の過程においては、研究者間審議をおこない検討を重ねた。

【結果】対象者の背景は、女性が 37 名、男性 6 名であり、平均年齢は 21 歳であった。自己チェックリストの評価は、「医療従事者との関係について知ることができた。」が、3.4 (2-4) 「社会資源の活用と保健医療福祉チームにおける看護の役割について理解できた。」が 2.8 (0-4) であった。また、学生によるカードは 413 枚であり、37 枚のカードがチーム医療に関連した記載であった。2 ラウンド<他職種の中での専門性><外来患者への対応><チーム医療で支える><チームワークの大切さ><透析機器の管理><透析治療を支える人々>、3 ラウンド<<他職種の中で専門性を生かす>><他職種間の連携><透析治療に携わる人々>>から 4 ラウンド[患者の QOL を支えるチーム医療]に集約された。

【考察】目標 4）を評価するチェック項目「医療従事者との関係について知ることができた。」は、平均点が 3.4 点であり、ほぼ達成していると考えられる。しかし「社会資源の活用と保健医療福祉チームにおける看護の役割について理解できた。」は、自己評価に 0 点をつけた学生がいた。学生の理解度を確認していく必要性が示唆された。また、KJ 法による結果からは、透析液の作成から機械の調整を含め、広く患者を支える人々を理解していた。医療チームだけに留まらず社会と患者の関係を理解していたと考えられる。今後は、カンファレンスを活用し、自己の気づきを学生同士で共通理解し、学びを深めるよう助言・発問する必要性があると考えられる。

6. 地域医療連携室の活動 一看護教員の立場から一

岡山大学大学院保健学研究科^a

香川県立中央病院 地域連携室^b, 看護部^c

大浦まり子^a, 竹内 妙 枝^b, 臼杵たみ子^c

【はじめに】地域医療連携室は、患者・家族が安心して効率のよい医療サービスを受けられるよう、医療相談への細やかな対応、医療機関の利用に関する円滑な連携・調整という役割を担っている。

今回、看護大学 4 年生の在宅看護学実習の一環として香川県立中央病院地域連携室における 1 日の見学実習指導に携わった。そこから捉えられた地域連携室の活動と、看護教員としての今後の課題について報告する。

【香川県立中央病院地域連携室の役割と活動内容】

- 1) 役割：院内連携の窓口として患者の統一した情報を院外に向かって適切に提供
地域の医療機関との関係づくり，ネットワークづくり
- 2) 活動内容：転院退院調整，よろず相談，広報誌（地域連携室だより）の発行，活動実績の統計報告，シームレス研究会（地域完結型医療を目指した地域連携パス活用事例検討会）主催，地域の医療従事者を対象とした研修会主催など

【実習指導をとおして捉えた退院調整と地域連携の要点】

- 1) 患者・家族への対応
 - 患者が満足するまではいなくても納得するまで関わる
「転院先で今までと同じ医療・看護が受けられるか？」という患者の不安への対応
患者と家族間の意思統一，医療者（主治医）と患者・家族との共通理解はどうか？
 - キーパーソンを的確に把握
本当に責任をもって看とりができる人は誰か？
- 2) 院内・院外連携
 - タイムリー・スピーディな連携
相談・依頼に即座に対応することで患者・家族に考える時間を与えられる
患者・家族の望む対応への調整を図れる
 - 誠実な退院調整
転院先への適確な情報提供
- 3) 地域連携システムの基盤づくり
 - 退院後に闘う患者のために医療・看護が継続する基盤をつくる
地域医療施設への訪問活動
シームレス研究会・褥瘡ケア研修会

【今後の課題】院内と院外を結ぶ地域医療連携室は継続医療・継続看護における最も重要な中継地点である。円滑な連携・協働は，顔と顔をつき合わせた対話から，人と人，施設と施設の関係づくりから始まる。地域医療体制がシステムとして機能するには，その関係性を基盤とし，どのように情報交換・共有を図るかにかかっている。多職種が患者・家族の希望を共通目標とし，各専門性の相互理解と，垣根を越えたコミュニケーションを深めることが必要である。

地域医療連携室における実習を通し，学生は，退院時に患者・家族が直面する問題と継続支援のあり方について学ぶ。患者・家族を取り巻く地域医療体制への理解と，チーム医療，連携・協働の意識を備えた看護職を育成することが，看護教員としての今後の課題と考える。

7. PBC 特異的 QOL 尺度「PBC-40」の臨床的有用性

川崎医科大学附属川崎病院 肝臓・消化器病センター 臨床研究部^a，肝臓・消化器病センター 内科^b

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓内科学^c

佐々木千枝^a，泉 明佳^a，サビナ マハムド^a
川中美和^b，小橋 春彦^c，山田剛太郎^{a,b}

【目的】現在までに当院ではSF-36，CLDQを用いたQOL評価を行っており，治療によるQOLへの影響や，疾患別のQOLなどを検討してきた。今回我々は，PBC（Primary biliary cirrhosis）患者に特異的なQOL尺度であるPBC-40を用いた調査を行い，PBC患者の病態・症状との関連と臨床的有用性について検討した。

【対象・方法】対象は，調査内容についての説明を行い，承諾の得られた外来通院中のPBC患者34例を対象とし，PBC-40とSF-36の2種類のアンケート調査を行った。対象者34例中，症候性PBCは2例（食道静脈瘤：1例，皮膚掻痒感：1例）であった。検討項目として，背景とPBC-40，SF-36スコアの比較，症候性PBC症例におけるPBC-40の検討を行った。

【結果】対象者34例の平均年齢は66.4±10.5歳で，男性5例，女性29例であった。背景の比較では，年齢，血液検査結果とPBC-40スコアの間には相関は無く，Stage別の比較においても有意な差は見られなかった。SF-36では，従来の報告と同じく対象者34例の中でも70歳以上の高齢者群ではRPが有意に低下していた。症候性PBC2例における詳細な経過とPBC-40の検討では，食道静脈瘤がある症例は，静脈瘤の状態も10年以上著変なく落ち着いており，PBC-40スコアでは認識のドメインが最も高くなっていたが，症状，痒み，疲労の身体症状を表すドメインの上昇は見られなかった。しかし，SF-36ではGHのサブスケールは国民標準値とほぼ同じ51であったが，PF，RP，SFでは30台となり，PBCに伴う身体症状以外の原因と思われるQOLの低下が見られた。もう1例では，今回のアンケート採取時に初めて皮膚掻痒感が認められ，PBC-40スコアはかゆみと症状のドメインが高くなっていた。この症例では，GH，PFは44，45と若干低下していたが，その他のサブスケールは50以上であった。

【考察】PBC-40では，PBCに特徴的な自覚症状をドメインスコアの上昇によって客観的に評価できることが期待でき，自覚症状に応じた治療を早期に行うことが可能と思われる。

8. C型慢性肝炎患者におけるインターフェロン治療開始前の精神状態について —精神科コンサルテーションツールの探索—

川崎医科大学附属川崎病院 精神科^a, 肝臓・消化器病センター 臨床研究部^b, 肝臓・消化器病センター 内科^c

川原田美保^a, 山田剛太郎^{b,c}, 泉 明佳^b
山本博一^a

【目的】C型慢性肝炎に罹患している患者は、Quality of Life (以下 QOL) の低下、抑うつ頻度が高く、長期間のインターフェロン (以下 IFN) 治療を受ける患者を支えるためには治療開始前の精神状態を把握することが重要とされている。また、IFN 投与後に治療継続が困難となる場合があり、その原因のひとつとして精神神経系の副作用がある。その危険因子については前方視的研究により、うつ病の既往等が報告されている。精神症状の早期発見や早期介入に有効である内科と精神科の連携において、精神状態の評価は重要であることが指摘されている。そこで、われわれはC型慢性肝炎患者における IFN 治療開始前の精神状態の評価ツールについて、健康関連 QOL、抑うつ状態の指標を用いて検討した。

【対象】2007年5月～2008年6月に IFN 投与が開始となったC型慢性肝炎患者で、調査の目的と方法を説明し、同意の得られた50例 (男性19例, 女性31例) を対象とした。年齢は19～76歳 (平均56.4±13.0歳) であった。精神科既往歴のある者は対象から除外した。

【方法】調査期間は2007年5月～2008年6月であった。インターフェロン治療開始前に、健康関連 QOL は、Medical Outcome Study Short Form 36-item Health Survey (以下 SF-36) v2を、抑うつ状態は、ZungのSelf-rating Depression Scale (以下 SDS) をそれぞれ自己記入式によって評価を行った。SF-36は下位尺度の「心の健康: Five-item version of the Mental Health Inventory (以下 MHI-5)」を換算した得点、SDS は粗点を用いて検討した。

【結果】MHI-5 得点と SDS 得点では有意な負の相関を認めた。MHI-5 得点は平均76.0±14.9点、SDS 得点は平均31.3±7.0点であった。SDS 得点が40点以上を示した者は16%であった。一方、MHI-5 得点による「うつ症状」の程度については、「重度のうつ状態」に区分された者は6%、「中等度」は20%、「軽度」は4%であった。

【考察】インターフェロン療法に臨む対象者の精神状態について抑うつ状態が強い程、健康関連 QOL「心の健康」が低下していることが示唆された。しかし、対象者の SDS 得点のほとんどが正常～軽度うつ状態の範囲内にあるのに対し、MHI-5 得点は、中等度や重度の「うつ症状」を示す範囲にも存在していた。精神科コンサルテーションについ

て考慮する際に、従来の報告では SDS は気分障害としての抑うつ状態の重症度を評定するのに有用であると考えられてきた。今回得られた結果より、SDSに加えて健康関連 QOL「心の健康」の指標を用いることで、気分状態について広範囲に把握できる可能性が期待される。ただし、健康関連 QOL について精神科コンサルテーションにおける精神状態の評価法として用いる以外に、QOL 低下の背景を医療者が考慮する為の共有ツールとして用いることも重要であると考えられる。精神疾患の既往がないC型慢性肝炎患者は精神症状を抱えていても自発的に医療者へ訴えることに抵抗感を抱くことが予想される。それと同様に、医療者には訴えにくい疾患や治療上の不安感が QOL 低下に反映されていることも否めないからである。以上のことより、SDS および SF-36「心の健康」の指標を用いることは、精神科コンサルテーションにおいて有用なツールとなる可能性が推察された。今後はこれらのツールの有効性について対象者の経過を追った検討が課題になると考えられる。

9. 緩和ケアチームの活動状況 —緩和ケア認定看護師としての活動—

尾道市立市民病院 看護部

渡辺 陽子

【はじめに】当院では、県内で一番早い時期の平成15年2月に緩和ケアチームが発足した。平成18年よりコンサルテーション型の活動として、入院患者の病室へ訪問しラウンド活動を開始した。平成19年から在宅緩和ケアの取り組みを開始し、また医療者だけでなく患者家族からの緩和ケアについての相談にも応じている。2年間の緩和ケアチームの活動状況を報告する。

【チーム活動の実際】1. 緩和ケア認定看護師を窓口として、医療スタッフからの入院および外来がん患者の緩和ケア相談に応じる。看護師スタッフや患者家族からの依頼は主治医に許可承諾を得る。

2. 初回、薬剤師と緩和ケア認定看護師で患者の病室へ訪問し、病棟看護師からの情報をもとに、オピオイドなど薬剤投与については主治医に提案している。毎週1回木曜日には、薬剤師、栄養士ほか参加できるメンバーでラウンドし、経過フォローしている。

3. 看護ケアにおいては、受け持ち看護師を中心にスタッフへ指導する。

4. 在宅緩和ケアは、地域医療連携室と連携を図りながら在宅調整を行い、退院前ケアカンファレンスに参加後、退院後は定期的に在宅訪問している。

【結果】期間：平成18年1月～平成19年12月

緩和ケアチームへの相談件数は173件、緩和ケア認定看護

師への相談件数は79件だった。緩和ケアチームへの相談内容は、疼痛70件、腹部症状・消化器症状62件、全身倦怠感18件、呼吸困難感13件、せん妄・不穏症状10件、在宅緩和ケア10件だった。認定看護師への相談内容は、腹部症状・消化器症状16件、疼痛15件、精神的ケア11件、リンパ浮腫8件、全身倦怠感6件、呼吸困難感6件、せん妄・不穏症状5件、家族ケア4件、在宅緩和ケア4件、その他4件だった。緩和ケア認定看護師への相談の依頼は、当院医師24件、当院看護師22件、当院他職種3件、患者家族8件、その他4件だった。

1年間の在宅緩和ケアに移行した患者は16名で、そのうち自宅での永眠が10名だった。

【考察】相談依頼が増加し、緩和ケアチームの役割が医療スタッフに理解されつつあるのではないかと考える。相談内容は腹部症状が増加し、症状緩和に栄養士も関わり食事の工夫をしている。相談内容に応じて、各職種間での連携を大切にし、その調整役であることを再認識している。さらに緩和ケア普及のためには、医療者だけでなく患者家族にも緩和ケアについて情報提供され、がんの治療と同時に緩和ケアがいつでも受けることができる体制づくりが必要である。また緩和ケアの療養の場がどこであっても地域連携システムの構築（尾道方式）を活用し、急性期病院の役割であるがん治療が、緩和ケアと同時に患者が安心して受けることができるよう、その都度患者家族にとってのQOLを考慮しながらチーム医療を実践していく必要がある。

今後がん患者家族だけでなく、緩和ケアを提供する医療者のQOLも維持できるよう地道な活動を継続したいと思う。

10. 岡山大学病院における頭頸部外科がんボード運営状況

岡山大学医学部・歯学部附属病院 看護部

高原 陽子

【はじめに】頭頸部外科では再建手術を行う上で、また放射線療法・化学療法を行う上で形成外科、歯科口腔外科、予防歯科、放射線科等と連携して医療を提供している。当院の耳鼻咽喉科・頭頸部外科では、そのような治療を受ける患者へのよりよいケアの提供を考える場として平成19年8月に「頭頸部ケアカンファレンス」という活動を立ち上げた。その後、病院の腫瘍センターからの提案で各臓器別がんボード立ち上げの方向となり、検討の結果、平成19年12月より頭頸部外科がんボードとして運営するようになった。この1年の運営状況を報告する。

【がんボードの運営状況】構成メンバー：耳鼻咽喉科・頭頸部外科医師、形成外科医師、歯科医師（口腔外科・予防歯科）、看護師、薬剤師、歯科衛生士、総合患者支援センター、緩和ケアチーム、NST、言語療法士、リハビリテーション部門ほか

毎週水曜日17時から18時までの1時間、カンファレンスルームにおいて頭頸部外科領域に新たに入院した患者の紹介（疾患名、病期、治療方針など）ののち、問題のある患者について参加者で意見交換を行い、ケアや医療の介入方法について検討する。また、参加メンバーによる研修報告や講義、クリニカルパスの検討等も行っている。

司会は西10階病棟看護師（師長もしくは副師長）が担当、新入院紹介は耳鼻咽喉科・病棟医長が担当している。参加人数は平均30名前後。毎回の議事内容は議事録として残し、病院端末の共有ファイル内で閲覧することが出来るようにしている。

【結果及び今後の課題】「頭頸部ケアカンファレンス」として始めた当初からがんボードにいたる現在で開催回数は50回を超えている。開始当初はケアカンファレンスであったことから「頭頸部領域疾患患者の治療を効果的・効率的に提供するに当たって、ケアを主体に考えて話し合う場とする」「頭頸部領域疾患患者の入院中及び退院後の生活支援を医師・看護師等、患者に関わるあらゆる医療者で考える場とする」という明確な目的があり、それに基づいて勉強会を行ったりクリニカルパスの作成に取り組んだりしていた。そのためにイニシアチブをとるのは看護師であった。しかし、病院の方針に基づき「がんボード」として運営されるようになって以降、その運営のイニシアチブをとるべきは誰なのか、何を目的に意見交換を行うのか、ボードで話し合っただけでケア介入や退院支援を行うことになってもその結果がどうなったかの報告がうまくないなどの課題があり、多くの部門の職種の方々に興味を持って参加が得られるようになりその人数も増えてきているにも関わらず、達成感に乏しいのが現状になってきている。よって今後の運営の方法等に関する早急な見直しが必要であり、参加者すべての力が結集された治療やケアの提供、いわゆる「チーム医療」が出来るがんボード運営に向けての建て直しが課題となっている。そこで平成20年8月に参加者に対して、頭頸部外科がんボードに参加する意義と各自の専門性から貢献できることは何かについてのアンケートを実施し、運営方法からその内容について改めて見直しをする方針でいる。