

## 緩和ケアを目的として取り組んだ1事例

～A氏のケアについて全人的苦痛より考える～

東病棟 2階 ○雄谷洋子 黒羽ヨツ 藤井正美 芳野千里  
横井香織 多間嗣朗 越野みつ子

Key word: 緩和ケア 全人的苦痛 霊的不安

はじめに

わが国では 1990 年の緩和ケア病棟加算と社会的な緩和ケア普及の認知により、緩和ケア病棟は増加の一途をたどり、2004年4月1日現在、全国で128ヶ所が認可を受けている。さらに、2002年4月より緩和ケア診療加算が算定されるようになり、一般病棟におけるコンサルテーション型の緩和ケアチームの立ち上げもにわかに脚光を浴びている<sup>1)</sup>。しかし、大学病院においては緩和ケア病棟加算・緩和ケア診療加算が算定されている施設は各5ヶ所に過ぎない。全国でも緩和ケアに積極的に取り組んでいる大学病院は少ないが、当病棟では2004年1月より緩和ケアを目的とする患者を受け入れている。その中で、「自分は今後どうなってしまうのか。」など死への不安を訴え、どのように対応したらよいのか考えさせられる1事例に出会った。私たちは患者の思いを傾聴し看護してきたが本当にA氏の望むケアが提供できたのか疑問に感じることもあった。この事例を振り返り、A氏に対するケアが適当であったのか検討し、今後の課題を明らかにする。

### I. 目的

当病棟で緩和ケアを望んだA氏の事例を振り返り、自分たちが行ってきたケアを見つめなおすことで今後の質の高い緩和ケアの提供につなげていくため。

### II. 方法

#### 1. 対象

当病棟に平成15年12月15日から平成16年3月24日まで入院していたA氏(当病棟で緩和ケアに積極的に取り組むようになってから初めての事例)56歳 男性。脳腫瘍、多発肺転移、多発椎体転移。

#### 2. 研究方法

入院カルテ、看護記録を振り返りA氏の入院中の経過をまとめ、TotalPain(全人的苦痛)の視点からA氏に対する看護師の対応を見つめなおす。また、記

録より不明な点については振り返り看護師に確認を行なった。

### 3. 倫理的配慮

対象者のご遺族に、研究の目的・内容を説明した同意書を郵送し、同意を得た。研究は個人が特定できないように十分に配慮し、情報は研究以外の目的には使用しない。なお、同意書では同意しなくても不利益にならないことを説明した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 治療経過

1993年7月脳腫瘍の診断を受け9月に摘出術施行。その後、2003年4月脳腫瘍増大し、再度摘出術を施行。8月腰部痛・側胸部痛出現し多発肺転移、多発椎体転移と診断された。9月化学療法を施行。また当院ペインクリニック紹介受診。12月転移性脊椎腫瘍に対し骨セメント目的に入院。さらに、腫瘍搔爬及び後方除圧固定術を施行。1月6日疼痛緩和医療目的に麻酔科に転科。当初オキシコンチンは45mg/日であったが最終的に800mg/日まで増量。2月25日よりセデーション(ドルミカム+ケタラール)開始し、3月24日永眠。

### 2. A氏の反応と看護師が行なったケア

A氏の入院経過を看護記録より振り返ったところ、患者の状態から4つの時期に分けることができた(表1参照)。

経過①「緩和医療の導入」は麻酔科に転科後(1/6)から膀胱直腸障害が出現する(2/2)までの期間とした。この時期はA氏の訴えとしては痛みに関するものがほとんどで主に疼痛コントロールが行われていた。少し体を動かすだけでも顔をしかめ激痛を訴え、麻薬も徐々に増量していった。A氏の望みは疼痛緩和であり、この時期看護師は痛みの程度を数値で答えてもらったり本人の表情からを把握し、痛みをアセスメントした上でNSAIDsの使用、麻薬のレスキューの使用を促した。また、移動時や保清時においてはA氏の痛みの具合を見ながら時間をかけて行なった。A氏からは「痛いんだけど、どうしたらいい?」という言葉がよく聞かれ、対応に困った時、看護師は主治医に報告、指示をもらい対処するとい

うこともしばしばあった。また、A氏が「先生と話がしたい。」という時は、主治医に連絡をとって早急に対応できる体制をとっていた。

経過②「精神的不安の増強」は膀胱直腸障害が出現し、両下肢の麻痺も進行していったため不安が増強した時期(2/2～2月下旬)。この時期病気の進行を目の当たりにし不安が増強していった。また、麻薬の増量により疼痛コントロールが図られ、痛みの訴えは以前よりも減少していった。しかし、「なんか心配なことがあるのかな。焦っているような気がする。それが何かわからん。気持ちが苦しい。」など漠然とした不安の訴えが多くなる。この時期A氏は不安を表出し、気持ちを整理することを望んでおり、看護師に対し、次々と不安な思いを話すようになった。それに対し、看護師全員が傾聴するよう心がけていた。その中で私たちは、「どう答えればよいのだろう。」「ただ聴くことしかできない。何か答えなければ。」と対応に困ることもあった。実際に看護師から不安について話を持ち出したりすることはなかったがA氏が不安を訴えてきた時は1時間でも時間をかけて話を聴いた。①の時期と同様に保清、処置の時はA氏の痛みが強くないよう、事前に麻薬のレスキューを内服した後行ない、また痛みが強くなってきた時は体位を変えたり、何度も体勢を整えながら行なった。

経過③「霊的不安の出現」は病気が確実に進行していることを自覚し、死についての不安、自分の存在についての思いが表面化してきた時期(2月下旬～3/16)。「死ぬのが怖い。」など死について訴えがよく聞かれるようになった。霊的な不安を軽減するため、また今までを振り返り整理することで人生の意味を導き出すため宗教家と話をすることを希望され、浄土真宗の僧侶と話す機会を設けた。僧侶と話した後、「話ができてよかった。」と話し、しばらくの間不安の訴えがなくなり落ち着きを取り戻していた。看護師は②の時期と同様にA氏が希望する時はそばに付き添い、時間が許す限り本人と視線を合わせながら話を聴いた。保清時は、ドルミカム+ケタラールを早送りし眠った状態で行なった。また、妻もケアに参加していたが、妻の負担を減らすために夜間は休息がしっかりとれるよう看護師が対応していた。

経過④「苦痛からの開放」は全日の鎮静目的でセデーションを開始(3/18)してから永眠されるまでの時期。「起きていると死ぬことばかり考えてつらい。」「眠らせてほしい。」との訴えがあり、また麻薬の量を増量しても痛みは完全に消失することはなく心身ともに苦痛が強い状態となった。本人、家族、主治医が話し合い、全日セデーションを開始することとなった。セデーション開始後、「楽な顔しとる

ね。」と妻の発言もみられた。この時期看護師はA氏は意識がないが今までどのようなことで痛みが増大したのか配慮しながら保清を行なった。また、毎日付き添っていた妻の思いを傾聴するよう努めた。

#### IV. 考察

がんの終末期にある患者は、癌性疼痛や倦怠感などさまざまな身体的苦痛とともに、不安、悲しみ抑うつなどの心理的苦痛や、家族や職場・社会に対して役割が果たせないつらさ、経済的問題などの社会的苦痛、また苦痛がある中で生きる意味や自分の人生は価値があったのか、などのように自分を取り巻く事柄に意味を見いだせないスピリチュアルな苦痛を持っている。さらにこれらの苦痛は互いに影響しあっており、がん患者が持つ痛みは全人的苦痛(トータルペイン)であると言われている<sup>2)</sup>。

A氏の経過を振り返ったところ、①から④のそれぞれの時期において終末期患者特有の特徴が見られた。A氏の苦痛をより明らかにするために、経過と照らし合わせながら全人的苦痛の4つの側面(身体的苦痛、精神的苦痛、霊的苦痛、社会的苦痛)から考察した。

まず、身体的苦痛について、A氏は痛みのコントロールを目的として麻酔科に転科となり、表の①の時期ではA氏の訴えとしては痛みに関するものがほとんどであった。日々A氏のケアにあたる中で「痛いんだけどどうしたらいい?」「できるだけ薬は使いたくない。」という言葉がよく聞かれた。しかし、私たちはその言葉に対してどのように対処してよいのか困ってしまい、結局主治医に確認してから対処していたため対応が遅れてしまっていた。患者の自律性を配慮し、薬剤の使用についても本人の状態、希望に沿うように行なっていたが、患者は薬剤使用に対しての不安や薬剤は使わないほうよいという認識があり看護師に相談することも多かった。今後患者も麻薬を含め薬剤についてより知識を深めていくことが必要である。また、患者にもどのような薬剤であるのか知識を提供していけることも重要なケアであり、疼痛時の早急な対処につながると思った。患者が知識を深めることで、痛みを体験している患者自身がどのようなときに麻薬のレスキューを使用していくのか自己決定することができ疼痛緩和に必要な行為が患者自ら行なえるようになる。患者にとって安楽なことは個々人で全く違うものであることと理解し、患者の自律性や選択を重要視することが緩和ケアにおいて重要である。

次に精神的苦痛についてであるが、表の②の時期では、「気持ちが苦しい。」など精神的苦痛を強く訴

えていた。この時期ではA氏の言葉で「痛みはそれほどでもない。」というように痛みが落ち着いてきたことにより、今まで表面化されていなかった精神的苦痛が前面に出てきている。次々と不安を訴えるA氏に対して看護師は傾聴することが重要であると理解しており、看護記録には傾聴するということが毎日記録されていた。しかし、看護師間では「どのような言葉を返せばよいのか困ってしまう。」「ただ聴くことしかできない。」「ただ聴くことしかできない。」という言葉がよく聞かれた。「ただ聴くことしかできない。」という言葉からは看護師が傾聴、共感というケアが緩和ケアにおいて重要なケアであることが十分に意識化されていないことが考えられる。今後、コミュニケーション技術としての傾聴について学びを深めていくことが重要である。コミュニケーション技術の習得は今後の課題である。村田久行氏は、人は自分の苦しみを聴いてもらうことで「気持ち落ち着き」「考えが整い」「生きる力が湧く」のだと説明している<sup>3)</sup>。A氏の言葉にも「また相談に乗ってね。」という言葉が見られたこと、また次々に看護師に思いの訴えがあったことより、看護師とよい関係が築かれており、また、不安の表出につながったことから十分に効果のあった看護であったといえる。霊的苦痛（スピリチュアルな苦痛）についてであるが、表の③の時期では死と直面した終末期の患者特有の霊的な部分が現れている。スピリチュアルな側面は普段の生活では表面に出てこないが潜在的にあり、命がおびやかされた状態になると表に出てくるとも言われる。今回、A氏は宗教家と話をすることを希望され、僧侶を病室に招き話をすることで「話ができてよかった。」と一時、落ち着きを取り戻すことができた。病院という特殊な場所に宗教家を招くことができたことはA氏にとって効果的であった。当病棟で緩和ケアを目的とした患者はA氏が初めてでありスピリチュアルケアについては当病棟の看護師一同今まで専門的に学んできたことはなかった。また、医師を交えたカンファレンスが週に1回行なわれていたが内容は身体的苦痛に関してのことが多く、スピリチュアルな側面に関してはほとんど話し合いがされていなかったのも事実であり、今後はこれも踏まえて情報交換を十分に行いさまざまな側面からアプローチしていくことが必要である。原は、「スピリチュアルケアとは患者を教え諭したり指導することではない。援助者が援助的コミュニケーションによって患者とかわり、そのかわりの中から患者自身が苦しみに巻き込まれていた自分自身を振り返ることによって患者自らが気づき、ものの見方が変わり、自分の思い、願い、価値観を変えていくことで苦しみを乗り越え

ようとすることを支える援助プロセスである。<sup>4)</sup>と述べている。人の霊的な部分に対するケアは言葉で言い表せるほど簡単なものではなくとても難しいものであるが今後終末期の患者のケアにあたっていく上で徐々に身につけていかなければいけないと再認識した。

社会的苦痛については、すべての時期においてみられた。働き盛りのA氏は入院生活を送ることで社会的役割を果たせなくなっていた。病室では妻に仕事の処理について、教えている姿もよく見られた。A氏は「この半年間にもう十分やりたい事はやってきたから今からやりたい事はない。」との言葉から、自分の病気を理解し半年にわたり仕事のことや残された家族など今後のことについて考え準備する時間が持てた。妻は24時間A氏に付き添い、A氏と二人きりの時間を過ごすことができた。妻を支えることはA氏を支えることにもつながるので妻の体調を気づかい夜間は睡眠が取れるように配慮できたことは効果的だった。A氏は不安を次々と訴えているときでも「娘の前では父親でいたいからつらいところはみせられない。」と話す。これはあくまでも父親として立場を貫き続けたいという社会的役割を最後まで果たそうという姿勢がうかがえる。家族との時間を大切にし患者のみならず、患者を取り巻く家族や友人も対象としたケアが必要であると再認識された。

## V. 結論

1. 緩和ケアにおいて全人的苦痛を軽減するために援助的コミュニケーション技術の習得が必要であることが再認識された。また看護師が意識化してケアを行っていけるようになることが重要である。
2. A氏にとって霊的不安に対しては宗教家と話をする機会を持つことで不安の軽減につながり効果的であった。

## 引用文献

- 1) 安藤詳子 他：臨床緩和ケア,P4,青海社,2004
- 2) 濱口恵子：終末期にある患者の看護,P57,廣川書店,2001
- 3) 宮前香子：苦しみの構造,臨床看護,30 巻7号,P1036,2004
- 4) 原敬：時間存在とスピリチュアルケア,臨床看護,30 巻7号,P1056,2004

表1 各経過におけるA氏の反応と看護師が行なったケア

経過	A氏の反応	看護師が行なったケア
①緩和医療の受け入れ (1/6～2/2)	<p>〔身体的苦痛〕「痛みがだんだん強くなってきているような気がする。」「また痛くなるかもしれないと思うとどうしたらいいのか自分でもわからなくなる。」「昨日レスキューを2回続けて飲んだら痛みが楽になったんだ。」「痛くて夜も眠れない。どういう体位をとれば楽なのかわからなくてあちこち向く間に目が覚めてしまう。」「体がひどい。先生がおいでの人なら話だけでも聞いてほしい。」「どうしたらいい？薬が効いているのかよくわからない。」「痛い。痛い。どうしてこんなに痛いや。」「多剤を使用することを拒否される。</p> <p>〔精神的苦痛〕痛みが強くなるのではないかという予期的不安。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みの程度を数値で答えてもらい、表情とともに痛みのアセスメントをした。</li> <li>・A氏が希望したとき、また痛みのコントロールが不良時医師に報告し対処した。</li> <li>・A氏は体動時痛が強かったため、本人の痛みの様子を見て時間をかけ保清を行う。</li> <li>・A氏の希望に沿った対応（マッサージ、クーリング、付き添う）</li> </ul>
②精神的不安の増強 (2/2～2月下旬)	<p>〔身体的苦痛〕2/2膀胱直腸障害の出現。「痛くなってきた。そんなに痛くないけど何か飲もうかな。」「今は大丈夫。今まで痛みと闘うことが病氣と闘うことだと思っていたけど我慢することないんだね。」「今そんなに痛くないんだけど予防的に（レスキュー）飲んでおこうかな。」「なんか息苦しいような感じがする。」「SPO286～90%。T38.1℃。酸素2L鼻カニューレ開始。</p> <p>〔精神的苦痛〕「便がでていいのかどうかわからない。便のコントロールができなくなったら終わりやなあ。」「この先どうなるかと思うと不安なんだ。両足が麻痺してお腹も麻痺してだんだん進んでいるということなんだよな。どうしたらいい？先生たちを信じてやっていくしかないよね。」「いろいろ考えてしまうな。苦しんで死んでいくんだろうとかかね。先生来ないかな。また相談に乗ってね。」「日が暮れてくるとなんだかもやもやする。」「なんか心配なことがあるのかな。焦っているような気がする。それが何かわからん。気持ちが悪いくさ。」「朝になるにつれ、眉間にしわがよるようになり険しい表情へ。話し方も落ち着きなく何度も同じことを言う。言葉の端々にとげとげしさが始まる。」「体はどんどん動かなくなるのに頭だけすっきりしているのはつらすぎる。」「2/16主治医よりセデーションの話が出る。</p> <p>〔社会的苦痛〕「自分がつらいといえればあちゃんが泣き出すし。あいつも体強いほうじゃないから。」「たまに面会の友達が来てと昔のことと比べてしまって相手を見るのがつらくなる。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みのアセスメント</li> <li>・精神的な訴えに対しては、看護師全員が傾聴することを心がけていた。実際に看護師から不安について話をもち出すことはなかったが、A氏が不安を訴えてきたときは1時間でも時間をかけて話を聴いた。</li> <li>・保清の際は、A氏の痛みが軽減するよう、事前に麻薬のレスキューを内服した後行った。</li> <li>・全身清拭、陰部洗浄、便処置は毎日行っていた。本人の痛みのペースに合わせて行い、同一体位で痛みが強くなってきたときは何度も体勢を整えながら行った。また、保清を行うときは必ず2人以上の看護師でケアにあたった。</li> </ul>
③霊的不安の出現 (2月下旬～3/18)	<p>〔身体的苦痛〕2/25夜間のみセデーション（ドルミカム+ケタラール）開始。3/3日中も少量のドルミカム+ケタラール投与。3/18全日のセデーションを開始するまで食事は摂っていた。</p> <p>〔精神的苦痛〕「これ以上苦痛があるのはもう嫌なんです。前は何が何でも意識ははっきりしたままがいいと思っていたけれども今はそんなことよりも苦痛を感じないようにしてほしい。」「</p> <p>〔霊的苦痛〕「痛い。神様ひどい目にあわせないでください。」「この半年間にもう十分やりたいことはやってきた。先生が罪にならないなら殺してくれたってかまわない。それぐらいに思ってる。」「死は避けて通れないと思ってる。けど僕は強い人間じゃないからこの状況がたえられない。」「夜間、目覚めるとナースコールあり、30分以上長くて1時間半は退室できない状態。退室しようとする時「そんなに急いでいかない。」と言う。「死ぬことが一番怖い。妻と話し合っつらいことは正直にいうことにした。」「自分がどうなっていくのかということについて自分では受け入れきれない。宗教家と話がしたい。」「3/5僧侶とお話し、「話をできてよかった。」と喜ぶ。その後しばらく不安な訴えは記録上見られなくなった。「朝起きると罪悪感が強い。今こんなにひどいのは今までの行いが悪かったかもしれない。そう思うと悲しい。」「残された時間をどうやったらおかしく楽しく過ごすことができるのかな。そうしたいと思っているのに気持ちがそうならない。」「自分の存在がつらい。」「もう行っちゃうの。もう少しそばにいて。」「</p> <p>〔社会的苦痛〕「娘の前では父親でいたいからつらいところはみせられない。」「お母さんの体もたいへんだし何にもしてくれなくてもいいからいてほしい。」「今寝たら、夜寝れなくなるのでは？妻の日常リズムも崩してしまいそうでもうしわけないし。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みのアセスメント</li> <li>・夜間、特に不安な訴え多かったが看護師の時間が許す限り、ベッドサイドで本人と視線を合わせながら話を聴いた。</li> <li>・A氏がそばにいてほしいと望むときは可能な限り、何か話をしたり、手のマッサージをしたりしながらそばに付き添った。</li> <li>・保清を行う際は、A氏に苦痛を与えないために、ドルミカム+ケタラールを早送りしA氏が眠った状態で保清を行った。</li> <li>・妻の負担を減らすために、夜間は些細なことでもなんでもナースコールしてもらい、看護師が対応していた。</li> </ul>
④苦痛からの開放 (3/18～3/24)	<p>3/16全日鎮静目的のセデーションの開始。一日中眠ったままの状態となる。ときおり、言葉にならない寝言を言っている。3/24永眠される。</p> <p>（妻の思い）「これからはずっとこんな感じになるんですね。ずっと寝てるしさみしい。でもこの人が希望したことだから。辛いのをみているのもつらい。あとは最後までがんばらんね。」「楽な顔しとるね。」「この3ヶ月で今までにないくらいに話したの。今までのいろんな思い出をよく話していた。こんなに話をしたことこんなにないからこれでいいかな。いいんだよね。まったく話をできないのは寂しいけど、今までの辛さを思えば楽そうでいい。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A氏が今までどのようなことをしたら痛みが増大していたのかの配慮しながら保清を行った。保清は妻にも体を支えるなど手伝ってもらえることは手伝ってもらいながら行った。</li> <li>・妻の体調を気にとめながら、思いを聴く。</li> </ul>