

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

全人的苦痛の緩和

メタデータ	言語: Japanese 出版者: メディカ出版 公開日: 2024-01-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 福島, 綾子 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/2000024

Ema-Log

救急現場ではどうする!? 患者家族の支えかた

第4回：全人的苦痛の緩和

「全人的苦痛」の概念は救急・集中治療領域ではあまり一般的ではないかもしれませんが。しかし、短時間で生命の危機的状態となった患者とその家族も、身体的、心理・社会的、スピリチュアルな側面で常に苦痛にさらされることになります。これらの全人的苦痛を緩和することは、患者やその家族の QOL の維持・向上につながるだけでなく、患者自身からみた「死が避けられない時の quality of life」¹⁾ ともいえる QOD、Good Death を支えることにもなります。

Case

Aさんは90歳代の男性で、認知症の妻と2人で暮らしていた。配食サービスなどを利用してはいるものの、妻の介護をしながら自立して生活していた。前日の夕食が残ったままであることを不審に思った配食サービスの担当者が家の中を確認したところ、居間で倒れているAさんを発見し救急搬送となった。救急隊到着時のJCSⅢ-300、体温が29.7℃と低体温の状態であった。また、右半身には多数の褥瘡が形成されていた。搬送施設にて復温を開始しながら原因検索を行ったところ、広範囲の出血性脳梗塞と診断された。近隣に住む息子夫婦の来院に合わせて医師から病状説明が行われた。出血の範囲も広く意識の回復は見込めないこと、今後は出血の拡大に伴い呼吸が停止する可能性が高いことが説明された。息子夫婦は他の家族と相談し、これ以上の積極的な治療は行わないこと、急変の際には挿管や心肺蘇生は行わないことを決めた。

面会には息子夫婦とともに多くの親族が訪れていた。「1週間前に話したばかりじゃないか。おい、目を開けろよ。」と強い口調で話しかける様子が見られた。他の家族も泣きながら顔や髪をなでたりしていた。

解説

救急・集中治療領域では、患者が自らの死を認識することなく死を迎えることも少なくありません。そのような場合でも、患者やその家族が抱える全人的苦痛の緩和を目指したケアが必要となります。

患者の全人的苦痛を理解する

救命のために行われる治療や処置は、身体的苦痛の根本的な緩和につながるものです。現在どのような治療が行われているか、治療によってどのような効果が見込めるかを医療チームで評価、検討する必要があります。一方で、治療や処置そのものが苦痛を伴う可能性があることを十分に認識しておくことも重要です。また、蘇生処置の実施が患者の尊厳を冒す危険性をはらんでいることを理解しなければなりません。Aさんの意思を代弁できる代理

決定者と相談しながら治療方針を決定することも、患者の苦痛緩和のためには重要なケアとなります。

Aさんは来院時から意思疎通は困難でした。Aさんの心理・社会的、スピリチュアルな苦痛を確認できていませんが、身体的苦痛が心理・社会的、スピリチュアルな苦痛にも影響することを予測し、積極的に症状緩和していく必要があります。また、新たな褥瘡を予防するなど、合併症の予防も苦痛の緩和につながります。

家族の全人的苦痛を理解する

Aさんの家族が強い口調で感情表出したように、家族自身も混乱の中にあります。後悔や自責の念を口にする家族も少なくありません。突然の出来事により心理的危機状態に陥りやすい家族に対して、現状を理解するための情報を提供することや、十分に感情を表出できる環境を整えることは、心理的苦痛を緩和するだけでなく悲嘆作業を促進するためにも重要なケアとなります。しかし、救急・集中治療領域では家族と関わる時間も短く、信頼関係を構築するために十分な時間があるとは言えません。家族が医療者に対して不信感を抱くことがないように常に誠実な態度で関わり、コミュニケーションスキルを身につけておく必要があります。

ほかにもこんなケースが！

Bさんは60歳代の男性である。子どもはおらず、妻と愛犬と暮らしていた。自覚症状はなかったが、定期受診の際に炎症所見の上昇と胸部X線で間質陰影を認めたことから緊急入院となった。入院後、呼吸状態の急激な悪化に伴い人工呼吸管理を開始した。しかし症状の改善は認めず、Bさんと家族に対して主治医から体外式膜型人工肺（ECMO：Extracorporeal membrane oxygenation）の導入が提案された。Bさんは自分のことは自分で決めたいという性格で、「とにかくよくなりたい、早く家に帰りたい」という強い希望からECMO導入を選択した。

ECMO導入後も呼吸状態は改善せず、次第に受け答えもできなくなってきた。主治医よりこれ以上の治療効果は見込めず、Aさんが終末期にあることが妻に告げられた。妻は状況を理解したが、現在の病状はAさんに伝えないでほしいと依頼があった。妻の面会制限を緩和し、面会の際には看護師と共に手浴や足浴を行った。「いつでも面会に来ていいよって皆さんおっしゃってくださるんですが、なんとなく足が向かないんです。なんだか死ぬのを待っているような気持ちになってしまって」と表現した。妻はケアの最中にAさんに呼びかけながら手を握ったり、看護師にAさんとの思い出を話したりしてくれた。

解説

救急・集中治療領域におけるスピリチュアルな苦痛とは

スピリチュアルな苦痛とは、自己の存在と意味の消失から生じる苦痛であり、時間性・関係性・自律性の喪失を伴います。²⁾ 救急・集中治療領域では、病状や治療上の原因から意思

疎通が困難となります。そのため、患者の思いや価値観については情報が不足することも多く、患者自身の抱えているスピリチュアルな苦痛に視点を向けることが難しい現状があるかもしれません。しかし、スピリチュアルな苦痛にも目を向け、患者と家族の QOL や QOD を支えることが医療者には求められています。

意識レベルの低下や身体的苦痛から自律性が阻害されている状態は、「自分のことは自分で決める」ことに価値を置く B さんのスピリチュアルな苦痛となる可能性があります。しかし、「自分は確かにここに存在する」ことを認識してもらうことで、自律性を回復することが可能となります。少ない情報から、患者が価値を置いてきたことを理解し、ケアの方法などを検討することが必要です。

患者の存在意義を家族と共有する

B さんの妻は、近い将来に患者との時間や関係性が失われることを十分に認識していました。限られた時間の中で患者がいまここに存在していることを共有することが重要です。これは、家族の予期悲嘆を促進するためにも重要な時間となります。妻に対しては、面会時間の緩和を行い、ともに過ごす時間を十分設けられるような環境を整えました。また、ケア参加を促すことで ICU という特殊な環境の中でも「何かしてあげられた」というニーズを充足できるよう関わりました。しかし、「死を待っているようだ」と妻が表現したように、必ずしもすべての家族に対して面会時間の緩和やケア参加を促すことが効果的とは限りません。残された時間をどのように過ごしたいのかをともに考え、患者と家族が選択できる内容を提示してあげることが、家族のスピリチュアルな苦痛の緩和にもつながります。

Summary

- ・救急・集中治療領域における治療や処置が苦痛緩和になる一方で、苦痛を増強する因子となったり、患者や家族の尊厳を脅かしたりする可能性があることを理解する
- ・身体的苦痛は、心理・社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛にも影響を及ぼすため、積極的な身体的苦痛の緩和をすることが重要である
- ・短い時間の関わりであっても、すべての患者や家族がスピリチュアルな苦痛を抱えていることを理解し、ともに考えていくことで患者の存在意義を共有することが必要である

- 1) 森田達也. グッドデス概念って何?. 緩和ケア. 21(6), 2011, 632-635.
- 2) Murata H : Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. Palliat Support Care. 1(1), 2003, 15-21.