

がん終末期の看護経験を振り返って

臨床での医療者のジレンマについて考える

寺門とも子 *Terakado Tomoko* 日本赤十字九州国際看護大学教授/
唐津赤十字病院前看護部長

村山一代 *Murayama Kazuyo* 唐津赤十字病院病棟係長

牧原りつ子 *Makihara Ritsuko* 同院緩和ケア担当看護係長

はじめに

看護者のメンタルヘルスは、臨床現場で医療・看護を担う看護師にとって、近年ますます重要になってきている。医療の高度化に加え患者の高齢化、救急病棟での急性期看護やがん治療も診療報酬改定やDPCの導入などで入院期間が短縮し、夜間も高度な医療が提供され続けているのが近年の臨床現場である。

本事例はチーム医療としてのかかわりが必要とされ、それぞれの役割をもつ看護師、そして若い医師が介入していた事例である。一般病院でいつも経験するそれぞれの医療者のジレンマを少しでも軽減することができないか、医療者自身を責めるのではなく、患者にとっても医療者にとってもよりよい方向に治療・看護を進めることができないか、病棟看護師と緩和ケア担当看護師の看護経験をもとにしながら考察を深めたい。

事例紹介

患者：A氏、70代男性 病名：大腸がん 既往：狭心症、慢性心不全、高血圧、糖尿病、前立腺肥大、虫垂炎手術
嗜好：喫煙；タバコ1日10本程度、飲酒；焼酎1日1合程度
家族背景：6人兄弟。妻、娘夫婦と孫2人の6人暮らし
以前の職業：会社員（技術職） 現在の職業：なし
入院前の日々の楽しみ：テレビ鑑賞
性格特性：必要最低限の会話以外はされない。挨拶や感謝の言葉は口にされる。ケアに関しては「昼間、妻が来てから」と妻にまかせることが多かった。入院時「家ではきつくてご飯も食べたくなかったけど、がんばって食べていた」との情報を得る。内服薬は自己管理ができると言われるが、持参薬を調べると自己調整され服用量が守られていなかった。
家族からの情報：もともと頑固で怒ると話さなくなる人だった。

病棟受け持ち看護師のかかわり

1) 現病歴と経過

約1カ月前から食欲不振と倦怠感を自覚していたが受診せず、最近呼吸困難感があり近医受診後、当院紹介入院となった。胸水貯留と心不全のため顔面・下肢の浮腫が著明で倦怠感が強く、胸水穿刺で800mLの胸水あり。肺水腫合併しHCUで加療。酸素投与と持続点滴、利尿薬、硝酸薬でコントロールし、一般病棟へ転出となった。本人の希望で有料個室入室。その後の精査で上行結腸に腫瘍みとめ、生検でGroup Vが検出、肺転移、肝転移、腹膜播種、リンパ節転移がみとめられた。本人に病名告知し、手術はできないことを説明した。その後、患者・家族と相談のうえ化学療法を選択された。

抗がん剤単剤投与開始。症状改善目的でステロイド内服、呼吸困難に対しオピオイド10mg/日より開始、20mg/日まで増量となった。レスキューでオピオイド5mgを使用し、呼吸困難感は軽減傾向となった。家族と話し合い、一時的にでも自宅退院を目指したがADLは徐々に低下していった。

入院2カ月後の抗がん剤治療2クール目施行後ごろから、無表情・無気力となり、「喋るときつい」「口が渇く」「声が出ない」と発話が減少、自らの発話はほとんどなくなり、医療者や家族からの声かけにも頷きや首振りでの返答するようになった。夜間看護師のラウンドの際は入眠しているようだったが、本人から不眠の訴えあり。食事は食べたり食べなかったりであり、定期的内服薬も拒薬がちとなり、毎回促しても飲んだり飲まなかったりという状況となる。ただ、呼吸困難時のレスキューのオピオイドだけは自らナースコールを押し服用する状況であった。家族の面会の際にも同様に表情硬く、どう対応したらいいのか家族も困惑されている状況であった。

2) 看護の実際

看護師によるチームカンファレンスを、毎週1回のペースで行った。主治医と看護師によるカンファレンスの結果、抑うつ、活動性低下の原因として、基礎疾患、薬剤によるうつ状態、オピオイドの副作用、低活動型のせん妄などが考えられたが、はっきりとした原因はわからず、オピオイドを減量、緩和ケアチームへコンサルトすることになった。

緩和ケアチームの回診日、昼食時に家族(娘)の面会があったが、「今は目も合わせてくれない」という状況であった。午後、精神科医師の診察を受け、現在の症状からはせん妄というよりは身体的疲労と無気力、不眠などによる軽度のうつ状態が考えられ、身体的疲労や症状を和らげる目的でソラナックス® が処方された。

同日18時に看護師が夕食を配膳した際、ベッド上で自分のはさみで前頸部を切る自傷行為あり。傷は浅く表皮を傷つけただけのものではあった。すぐに看護師と医師数名が駆けつけ処置を行い、家族に連絡したところ、その後も家族は付き添えないとのことで、ナースステーション横の観察室で観察していくことになった。病棟看護師は自傷行為に驚き、ショックを受けると同時に自傷行為再発を防止できるのか不安を感じた。しかし、救急病院であり、そばについておくことができない状況と他の重症患者のケアが優先されるというジレンマをもった。

翌日A氏から精神科医師に、「生きている価値がない」との発言があった。あとはジェスチャー混じりで少し返答するだけで、途中ため息も多く倦怠感が強かった。「観察室にいてもいつも人が来てくれるわけではない」といやがり、本人の強い希望で元の個室に戻ったため、頻繁に訪室し観察を密に行った。

2日後、緩和ケアと精神的ケアが重要と考え、急遽近医の緩和病棟へ転院となった。転院当日も発語はなかったため、受持看護師が筆談で「Aさんの気持ちをわかってあげられなくてごめんなさいね」と書くと、A氏は「わざとやった。みんなに迷惑をかけた。今までありがとうございます」と書いた。また、家族へも「ありがとうございます」と書き、A氏、妻とともに看護師、主治医はその場で涙を流した。

今回の事例は、私たち看護師が精神的看護の不足を痛感

したエピソードであった。しかし、救急病院であることで精神的看護に時間を割くことのできない現実との板ばさみ状態にある。同時に常駐の精神科医、心療内科医の不在、心理カウンセラーの不在により専門的なアセスメントの遅れやかかわりができないことへのストレスを感じている。

緩和ケアチームの介入； 緩和ケア担当看護師の かかわり

A氏に関する緩和ケアチームへの依頼内容は、抑うつ・活動性の低下など、出現している精神症状の症状コントロールであった。当院の緩和ケアチームは、常勤の精神科医師や緩和ケア専門の医師が不在で、近くの病院から緩和ケア病棟担当の医師が、週1回非常勤でチームに参加している。そのほか緩和ケア研修を終えた医師数名、看護師、薬剤師、栄養士などにより、チームのカンファレンスを毎週1時間程度行っている。

活動性の低下・感情表現の消失というA氏の状況は、患者本人の苦悩が推測され、その患者の周りにいる家族の不安も増強されるものである。早急に何らかの対応を行う必要があるが、症状の原因の把握は、抑うつの場合は個人によって異なるものであり、看護師の基本的な対応としては傾聴・受容・共感・支持といった姿勢が重要である。また初回のコミュニケーションが重要で、初回に拒否や不信感を抱かせるような介入をしないことが前提となる。

1) 患者情報の収集と訪室

今回もベッドサイドへ訪問する前に、対面するA氏を知るために、A氏の現在までの病の軌跡や患者背景を中心に情報収集を行った。A氏の軌跡をたどると、1～2カ月の期間に、手術不能の末期がん・病状告知を受けている。病態から残された治療の限界も知らされながら、分子標的治療薬による治療を選択したが、症状の改善には至っていない。A氏は家族もあり、技術職として職務を全うした社会

経験もあり、現在、認知障害はみとめられなかった。MSコンチン® 内服中であり最近増量されている状況から、筆者はオピオイドによるせん妄、または、予後への不安や病状そのものをA氏が悲観して抑うつ状態に陥っているのではないかと推測した。

緩和ケア担当の看護師がラウンドすることはA氏には事前に知らされていたので、病室を訪問した。訪問すると、A氏は一切視線を合わせず、一点を見つめていた。妻が付き添っていたが、一定の距離を保って椅子に腰かけていた。妻は「何にも言わないんです。苦しい、きついときに、体をさすってほしいと言っても、私がりウマチで手がかなわないし、何にもできないから…。怒っているのかもしれない」と言われ、家族は反応が乏しいことにどう対応してよいのか困惑し自分らを責めていた。A氏は、離握手や開口などの観察時の指示には応じるが、視線を合わせることや、会話、感情の表出は終始なかった。「きついことやつらいことはありませんか?」といった質問にも応じることはなかった。精神科医師の早急な対応が必要であると判断した。その日の緩和ケアチームのカンファレンスに参加するため来院している精神科医師へ、チーム介入前に診察を依頼した(精神科医師の診察も説明していた)。

医師は、カルテ情報からオピオイドのせん妄を疑い訪問したが、こちらが言っていることも伝わっている様子で、きついかを問われるとかすかにうなづく。見当識障害なく自宅も正確に答えられる。入院日数は指で4を示し、4日と聞くと、4・0とジェスチャーし「40」でうなづく。また、「テレビを観る気がしない」との質問にうなづくなど、大きな声ではないが答えることができる状況であった。

この日の緩和ケアチームのカンファレンスでは、ステロイドの影響は否定できないため中止し、夜間睡眠の確保と抗うつ薬を開始していくことを主治医と確認した。

2) 自傷行為の発生から

うつ状態にある患者が抗うつ薬処方でも症状が緩和されることで、家族とのコミュニケーションの回復に結び付いてほしいと考えていたところ、病棟スタッフより連絡があり、自傷行為を知ることとなった。幸いに傷は浅く命に別状は

なかったが、家族・医療スタッフの動揺は激しかった。このとき、専門医による診察が行われてはおらず、はっきりとした診断はない。筆者自身、どうしてこのような行為に至らせたのかと原因がつかめないもどかしさと、私たち看護師は、もう少し早く対応できなかったのだろうかという自責の念が混在した状態であった。再度患者を訪問したが、ベッドに臥床した患者は、午前中と変わらず一点を見る状況で声かけにも反応がなかった。

翌日、一般病棟での希死念慮を抱えた患者の管理上の問題と患者自身の病態から、近医である緩和ケア病棟へ転院となることを聞き、病棟訪問を行った。すると、若い担当医師から呼び止められた。「…誰にも言わないでと言われて。先週、患者から『安楽死させてほしい』って言われたんです。…安楽死はできませんが、つらい症状は取り除いていきますから、と話したけれど、その後からどんどん話をされなくなって…。自分がもっと早く対応していればこんなことにならなかったと思うと…」と患者転院の数時間前に涙を流し、つらい気持ちを表出された。筆者は「『誰にも言わないで』の約束を守り通すのも大変なことであったと思う」とその研修医の行動を認めつつ、医療者としては、重要な情報であったと思われることを話した。また、希死念慮により、行為が達成されてしまったときには、患者も守れないし、今以上の自責の念で自分も潰れると思うと伝えながら、話を十分に聞いた。

3) 必要だった視点とは

がん患者・家族には、末期のみならず、症状の自覚や告知の時点から「うつ」のリスクは存在する。しかし、「自分のがんだから…つらいのは仕方ない」「告知を受けた後だから…元気がない」などと、患者も医療者も安易に経過をみる傾向は少なくない。このため、早期からの精神科介入も重要といわれているが、本事例のように、精神的に追い込まれているA氏であっても、通常の急性期病院の煩雑な業務のなかでは、見えてこないのが現状でもある。緩和ケア

担当看護師としては、早期からの対応を望みたい。

看護師が「何かおかしい」と判断しても、専門医が不在で、受診には近医からの支援を受けている現状であれば、医療者も患者も「精神科」には敷居が高く隔たりを感じてしまう。しかし、うつは誰にでも起こりうる。このことを意識化し、早期発見・早期対応を心がけ、患者が安心してがん治療・ケアが受けられるようなはたらきかけが必要と考えている。

それぞれの場面から 医療者のジレンマを 考える

本事例からは、病棟での受持看護師、緩和ケア担当看護師、若い担当医師のそれぞれが感情を揺さぶられ、動揺し、涙して、一生懸命に患者への思いをもって何かできることをしようとしている医療現場での様子がうかがえるだろう。通常、一般病院には精神科がなく、緩和ケアを進めていくには今のところチーム医療としての緩和ケアチームを活用していくことしかない状況にある。チーム医療の推進に関する検討会報告書¹⁾には基本的な考え方として医療従事者の負担の軽減が明記されている。緩和ケアチームでのチームアプローチが有効に作用し、活動可能となる環境を整えることで、それぞれの患者にかかわるスタッフの心の負担を軽減することはできると考える。また、地域として精神科看護のリエゾンナースを活用できるシステムづくりなどは今後の検討課題といえる。地域で支えあえる看護支援システムなどは、有効な看護職のメンタルヘルスとなるのではないだろうか。

引用文献・参考文献

1) 厚生労働省：チーム医療の推進に関する検討会報告書，2011。