

緩和医療における予後告知準備の重要性について

渡辺 陽子¹, 堀口 美穂¹, 本田 育美²

I. はじめに

1980年代後半より、わが国においてもインフォームド・コンセントが推奨されるようになった。それは、がん患者も例外ではない。治療や療養生活に対して、どのような治療を受け、また、どのように生きていきたいかを、患者自身によって決めていくことが望まれるようになった。しかし、患者がこれからの人生を考える上で、抛り所の要となる予後の告知については、十分に行われていないというのが多くの現状である。

この度、最期まで治療を望みつつも、何も告げられないままに終末期を向かえてしまった患者を受け持ち看護師として担当した。この事例を通して、終末期であることを告げられていない患者に対して、症状緩和への介入に移行することの難しさを実感するとともに、患者の意思が尊重された最期を迎えることができなかったのではないかとこのもどかしさを感じた。今回、これら2つの点を省みる手がかりを得るべく、経過を振り返ることで、何故に難しさを招くこととなったかを明らかにし、それに対する介入方法を検討したので報告する。

II. 方法

- 1) 対象：対象事例は、B大学病院に血液腫瘍に対する加療目的で入院され、予後告知をされないまま最期を迎えた患者である。
- 2) 倫理的配慮：研究にあたり、対象者の両親に対しプライバシーの保護と情報守秘の保証とともに、報告の趣旨を口頭にて説明し了解を得た。
- 3) 分析：看護記録および関係者らの記憶から印象に残った場面を再構成した。「目の前に迫り来る終末期とどのように向き合うか」という問題を解決するという視点から、アギュララとメズイックの危機介入理論¹⁾を用いて分析した。

【事例紹介】

A氏は、20歳後半の独身女性である。両親と弟、

祖母との5人家族であった。性格は、頑張り屋で優等生という周囲からの評価であった。趣味は、カラオケ、買い物、ライブハウスに行くことであった。

平成14年に悪性リンパ腫と診断され化学療法が適応されたが、翌年にも再発し、自家末梢血幹細胞移植(auto-PBSCT)が施行された。平成16年には、右肺門部に近い肺野にも腫瘍が認められ、2度目の再発ということで入院となった。

III. 看護の実際 (図1)

入院後、2度目の再発であることが本人と両親に伝えられた。A氏は、「早く治療して治したい。再発って言われたのもショックだけど、『治療は難しいから相談しながらやっていく』って言われたのがもっとショックだった。何で？頑張って移植もしたのに…。私、死ぬのかな？死にたくないよ…。親の前では泣けない。これ以上心配はかけられない」とショックな気持ちを正直に語ってくれた。「両親には甘えられない」と話すA氏にとって、医療者は不安な気持ちを表出する相手であると思われた。そのため、出来る限りA氏の話傾聴するよう時間を作ることに努めた。

その後、化学療法が開始となり、A氏は治療を受けることによって、次第に落ち着きを取り戻しつつあった。しかし、最初に施行した治療法の効果はなく、内容が変更となった。その後4ヶ月間、何とか病勢を抑えてきてはいたが、副作用である骨髄抑制が強く出現したため再度治療内容が変更となった。その治療法でも骨髄抑制の症状が強く、骨髄機能の回復が遅延したため、抗がん剤による治療が困難な状況が続いていた。

副作用の症状が強く出現し、治療が困難になりつつある時でも、A氏は「治療を諦めるってことは、死ぬってことやろ？死にたくないから頑張る」と言っていた。その一方で、この頃より、咳嗽や疼痛などの自覚症状が強くなりつつあり、「咳が止まらないということは、腫瘍が小さくなってないということだから、駄目やん！」とも口にした。

1 三重大学医学部附属病院

2 三重大学医学部看護学科

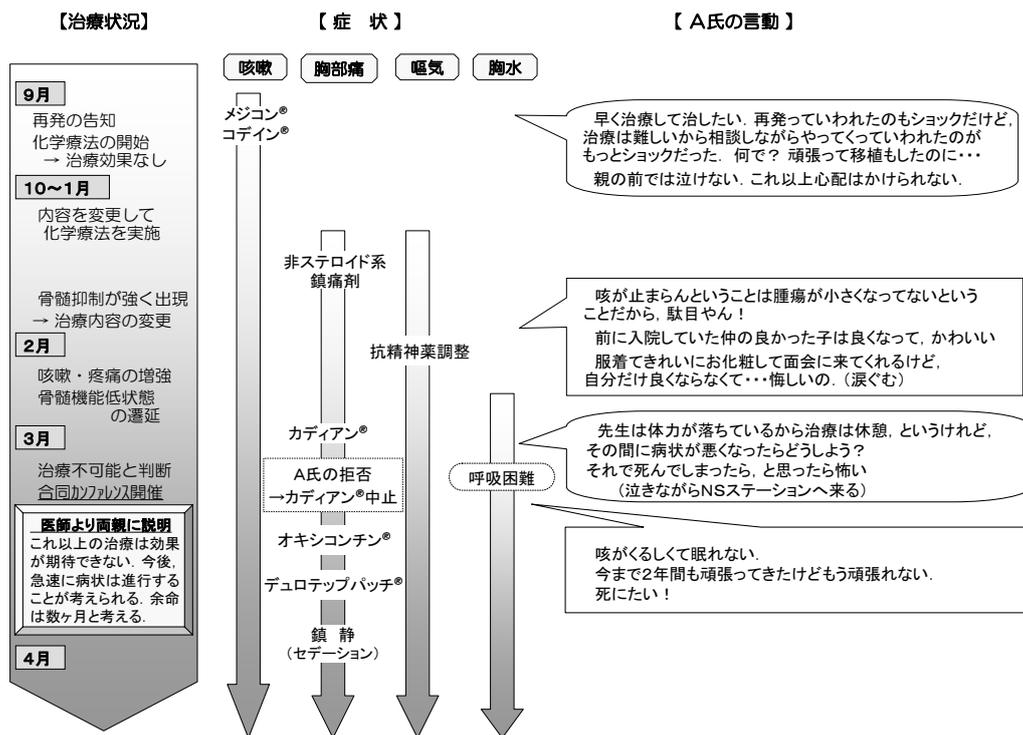


図1. A氏の経過

A氏には、長い療養生活の中で共に過ごしてきた同世代の友達がいる。入院後も何度かお見舞いに来てくれ、A氏の体調が良いときには一緒に外出したりもしていた。その友達からの面会があったある日、「前に入院していた仲の良かった子は、(病気が)良くなって可愛い服着てきれいに化粧して面会に来てくれる。けど自分だけ良くならなくて… 悔しいの…」と、涙ぐまれる姿も見られた。また、治療が進まないことに対して、「先生は体力が落ちているから治療はしばらく休憩するというけれど、その間に病状が悪くなったらどうしよう？ それで死んでしまったらと思ったら、怖い」と、泣きながら夜間のナースステーションへやって来くることもあった。

A氏は、その時抱えている気持ちを医療者に対して表出することで落ち着きを取り戻し、気持ちを整理していたと思われた。そのため、看護師はそれに対して出来る限り時間を作り、話しに耳を傾け、A氏を支えるよう努めた。しかし一方では、他の業務や担当患者を抱えながら、A氏の希望に添うような対応を常に行うには限界もあった。この頃、A氏から担当看護師に、「ナースは友達。おしゃべりしていると楽しい。でも、ナースには職場・仕事」と書かれたメモが手渡される。A氏の症状が悪化するに従って、「死なないよね」「私、生きたい！」といった不安を示す言動がますます強く見られるようになっていった。

「何でなの？」と問いかけるA氏に対して誠実に

対応できないことや、両親に相談しようにも避けられているようなそぶりに、看護師はどうしてよいか困り果ててしまった。そのため、主治医・担当精神科医・看護師間での合同カンファレンスを行うこととなった。話し合いの結果、両親にはA氏の病状について説明を行い、今後の対応について相談することとなった。説明の内容は、「これ以上、治療を実施しても、効果は期待できない。今後は、急速に病状が進行していくことが予測される。余命は数ヶ月と考える」という厳しいものであった。主治医と両親とが話し合った結果、A氏には正確な病状説明を行わないこと、さらなる治療も実施しないことが決められた。そして、A氏の状態として、身体症状が強くなっており動くことさえも辛くなってきているため、家族に付き添ってもらうことを提案した。家族には迷惑をかけないと頑張ってきたA氏であったが、自らも直接母親に「付き添って欲しい」と伝え、母親の付き添いが始まった。

真実が伝えられていない状況でのA氏の不安は、さらに強くなってきていた。「何でこんなにえらいの？死ぬのかな？死にたくない」とか、「何でこんなに眠いの？こんなに寝ていていいの？寝るのが怖い」等の訴えも聞かれた。意識ははっきりしていたために、夜間に眠れないことに対して睡眠剤を使用することや鎮痛剤を増量することに拒否する場面もあった。医療者は、咳や疼痛、不眠等をコントロールしていくことが難しいと感じていた。また一方では、「こんなに色々

症状が出て来ているのに、治療しなくていいのかな？
何で、何にもしてくれないの？」という言葉も聞かれていた。

次第に、呼吸困難感や倦怠感が強くなっていった A 氏ではあったが、身体を動かすことさえも困難な状況でありながらも清拭や含嗽等はきちんとやり続けた。さらに、尿管の挿入は断固として拒否をし、自分の力で室内トイレまで移っていた。看護師は「もっと楽な方法もあるのに」とジレンマを抱きつつも、A 氏の希望に添って、家族と共に介助を続けた。そのような中、両親から「もう治らないなら、楽に最期を迎えさせてあげて欲しい」という切実な気持ちが伝えられた。最終的には、A 氏本人には、痛み止めという説明でもってデュロテップパッチ®を貼用し、さらに、息苦しさが楽になるからと説明しドルミカム®を投与することで鎮静をかけることとなった。この度の入院から7ヶ月後となる4月に昇天された。

IV. 考察

アギュララとメズイックの危機介入理論は、ストレスの多い出来事に遭遇したことにより生じた情緒不均衡の状態が持続した結果を危機ととらえ、危機を回避するにはどのように介入していったらよいかを示唆するものであるといわれている²⁾。危機回避につながる

3つのバランス保持要因のうち、『適切な社会的支持』『適切な対処機制』『出来事に関する現実的な知覚』の3つの視点からこの事例を分析した(図2)。

『適切な社会的支持』とは、その人を取り巻く環境が整っているか、助けてくれる人や頼りになる人がいるかということである²⁾。入院当初の A 氏は、「親には心配かけられない」と話している。母親は毎日面会に来てくれてはいたが、親の前では泣くこともせず、頼ることも出来ていなかった。また、入院から間もない頃は、かつて一緒に療養生活を送ってきた友達と出掛けるなど、ストレスをうまく発散していたように思われた。しかし、徐々に身体の調子が悪くなるに連れ、「この子たちは元気になったのに、何で自分だけ…」と思うようになり、友達存在自体を辛く思えてしまうようになって来ている。また、A 氏にとって看護師は、自分の不安な気持ちを表出できる身近な存在ではあった。ただし、話しを聴ける時間をもったとはいえ、看護師との関わりはあくまでも仕事の上での時間という制約が伴っている。また、業務の都合上、十分な時間を確保することが出来ないという事情なども存在する。そのため、看護師が全面的な支援者としての役割を引き受けるとすることは困難である。A 氏をとりまく環境の中で、社会的支援を受ける存在(家族や友人・医療者など)がいなかったわけではない。しかし、刻々と変化していく身体状態に伴い、A 氏にとっては、サ

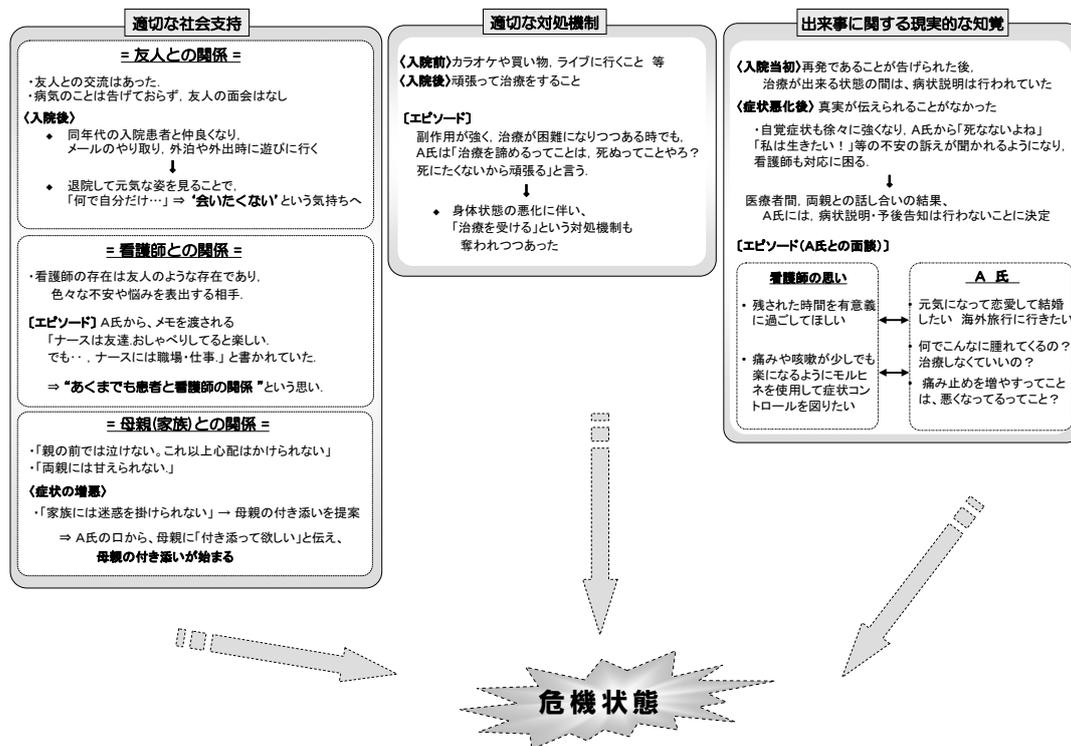


図2. A氏を取り巻くバランス要因の様相

ポート機能として充分に発揮することができていない。かえって、それらの存在自体が辛く感じさせる要因にもなっており、孤立感を感じさせる結果にもなっていたと思われる。

一方、母親に頼ることは出来ないと話していた A 氏に対し、看護師から母親の付き添いを提案したことにより、A 氏自らの口で自分の素直な気持ちを伝えることができ、母親に付き添ってもらえることになっている。A 氏が母親に頼り、家族と一緒に最期の時間を過ごすことができたともいえる。これは、自分にとって重要な人から支援を受けるということで、孤立の寂しさから解放され、自分の存在を認められ、心の安寧を得られる機会にもなったとも思われる。このような、利用可能な支援者を配置することも重要な介入と考えられる。

『適切な対処機制』とは、日常生活の中で困難に立ち向かわなければならぬ場合にとる行動であり、不安を緩和し、緊張を和らげるために用いられる方法である²⁾。ストレスが多い状況では、活用できる対処機制が多いほど効果的な問題解決が可能となる。入院前の A 氏は、カラオケ・買い物・ライブハウスに行くことでストレスを発散していた。しかし、入院し、治療が始まることにより、徐々にそれらを行うことが不可能になっていった。入院後の A 氏にとっては、「治療(薬)が効いて、早く治って(良くなって)帰りたい」という気持ちから、「治療を受ける」ということが対処機制となっていたように思われる。ところが、身体状態の悪化に伴い、「治療を受ける」という対処機制も奪われつつあった。母親の付き添いを促したことは、家族の支えという対処機制を得るきっかけであったのではないかと思われる。また、A 氏は活用できる対処機制が少ない中でも、抱えている気持ちを出すことと、出来る限り身の回りのことを自分で行うことで、精神の均衡を保っていたのではないかと思われる。入院前の対処機制も出来なくなり、治療を受けることも困難になりつつあった A 氏にとって、使うことのできる対処機制は数少なく、危機的状况を乗り越えるだけの手段にはならなかったのではないかと考えられる。このことから、入院時より、先を見越して今後利用可能な対処機制について、患者またキーパーソンとなる人とともに見出しておくということが必要であったのではないかと思われる。

人間はストレスの多い出来事に遭遇した際、適切な問題解決が行われるためには、「出来事を現実的に知覚していること」が重要である²⁾。最期まで、A 氏には真実が伝えられることはなかった。そのために、現実の事態と A 氏が抱えている認識との間に大きなギャッ

プが生じていた。病状説明が行われなかったことで、A 氏は現在の病状と残された時間となる自分の予後とを結びつけて考えることが困難な状況であったと思われる。そのことにより、残された時間を大事に使ってもらいたいという想いを抱く看護師と A 氏との間にズレが生じていると思われる。それ故に、看護師は症状緩和や QOL への介入に踏み切ることに對して、困難さを感じざるをえない状況であったのだと考えられる。また、青年期とは、人間が身体的、精神的側面において充実し、結実しようとする時期である。そのような時期に人生の終末を迎えることは、心身ともに葛藤が大きいといわれている³⁾。青年期にある A 氏にとって状態が悪化していくということは、更にストレスを増大させることとなる。そのような事情を思うが故に、周囲の者たちには一層全ての真実を告げるという選択は出来なかったのだと思われる。

ターミナルの各段階における患者と家族のケアにおいて、告知に関するケアや身辺整理への配慮は、余命 6 ヶ月～数ヶ月の時期に行われることとされている⁴⁾。A 氏の場合、2 回目の再発と診断されたときは亡くなる丁度 6 ヶ月前であった。再発の説明が行われたときから、予後告知を行うかどうか、最期をどう迎えるか、長期的に病気についてどう考えているのか等について、早期から A 氏も含め、家族・医療者の間で話し合う機会を持てたらよかったのではないかと思われる。

V. おわりに

今回、予後告知をされないままに最期の時を迎えることとなった事例をとおして、予後告知準備の重要性について実感することができた。しかし、予後告知という大きな危機を回避するためには、患者を取り巻く環境を整えること、そして、患者が危機を乗り越えるために必要な社会的支持や利用可能な対処機制を入院時から把握しておくことが大変重要となってくるのがわかった。

また、一般病棟における緩和ケアにおいては、身体的また物理的条件によって、取り得る対処機制は数少なくなる傾向がある。そのため、患者は危機的状况に陥りやすくなるを考える。それ故に、早期より患者とともに活用できる対処機制を探し出していくことも重要となってくる。さらに、予後告知については、再発と診断された時から、患者・家族・医療者を含めて、入念に準備を行っていく必要がある。

謝 辞

今回の報告に際して、ご協力をいただきました A 氏の家族、また、数々のご助言をいただいた病棟スタッフの皆様へ深く感謝いたします。そして、このように振り返り考える貴重な機会を与えてくださいました A 氏に対して深く感謝をするとともに、心からご冥福をお祈りいたします。

引用文献

- 1) Aguilera, D. C. (小松源助, 荒川義子 訳): 危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために, 川島書店, 東京, 1997.
- 2) 酒井禎子: 危機理論 (モデル) の理解と実践への適用②, がん看護, 8 (4), 336-339, 2003.
- 3) 大木正江, 板野馨子: 疼痛緩和が困難な青年期にある終末期患者への援助, Urologic Nursing, 9 (11), 87-92,

2004.

- 4) 柏木哲夫, 藤腹明子 ほか: 系統看護学講座, 別巻 10, ターミナルケア, 32-35, 2002
- 5) 田村恵子, 和田栄子 ほか: 積極的治療から緩和ケアへのギア・チェンジャー—化学療法に期待を寄せる胃がん患者に化学療法の引き際をどのように伝え、支えるか, がん看護 10 (2), 153-155, 2005.
- 6) 座古祐子, 真柄葉子 ほか: 生への希望を強く持ち続けた壮年終末期患者の看護—対処行動と看護の関連性, 日本看護学会論文集 34 回成人看護 II, 200-202, 2003
- 7) 的場典子: 危機理論 (モデル) の理解と実践への適用①, がん看護, 8 (3), 236-239, 2003.
- 8) 長谷川久巳: 危機理論 (モデル) の理解と実践への適用③, がん看護, 8 (5), 419-423, 2003.
- 9) 入沢裕子: 危機理論 (モデル) の理解と実践への適用④, がん看護, 8 (6), 509-513, 2003.

キーワード: 緩和医療, 予後告知, 終末期, 青年期