

2024 年度

静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程

緩和ケア分野 事例報告集

目 次

【 緩和ケア分野 】

終末期患者が最期まで希望を持ち続けるための支援	上野 媚子	2
非薬物療法を取り入れることで患者のありたい姿と望んだ時間を叶えた関わり	大藺 奈央	9
患者のスピリチュアリティを尊重する関わりがもたらした影響	小原 由加	16
終末期高齢がん患者の美的判断を尊重した関わり	加藤 奈津子	23
がん性疼痛がある患者の自律性を支えるための看護	亀山 佳恵	30
肺転移による気胸を繰り返す終末期がん患者のセルフマネジメント支援	佐藤 あきほ	38
呼吸困難を有する患者に対しセルフマネジメント支援に繋がった看護介入	下平 晶子	46
がん終末期患者の価値観を理解し「その人らしさ」を支えた看護介入	白浜 慎也	55
残された時間に向き合う苦悩がある患者への看護介入	仁枝 清子	63
呼吸困難により不安が増強した終末期患者の心身のバランスを整える関わり	東 美里	72
スピリチュアルペインを抱える患者の傍にすること	増田 奈々美	80
患者らしい日常を過ごすことを支援した看護介入	山田 里絵	87
がん疼痛を抱える患者の自分らしさを支えるための疼痛マネジメント	山本 円香	95
認知症をもつがん患者に対する Comfort に向けたアプローチ	横澤 正代	103

はじめに

終末期の患者は、身体的苦痛が増強し、日常生活動作(ADL)の低下に伴いこれまでの生活行動や社会的役割、楽しみを喪失するなど様々な苦痛を体験する。また、積極的治療が中止され、死を間近に感じる中で、精神的およびスピリチュアルな苦痛を抱え、希望を持ち続けることが困難になる。清水は、終末期において希望を最期までもつ事とは、現実への肯定的な姿勢を最期まで保つこと¹⁾だと述べている。今回、卵巢癌の終末期患者と関わり、患者の言葉の背景や価値観を理解するためのアプローチを続け、患者の希望を支持したリハビリテーションと情緒的支援を行った。その結果、患者が現状を受け止め、希望を持ち続けることが出来たと考えられたため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性
2. 診断名：卵巢癌 骨盤内腫瘍、腹壁転移、腹膜播種
3. 患者背景

1) 現病歴

X年7月に子宮筋腫術後の通院中の婦人科クリニックで異常所見があり、紹介先の総合病院にて卵巢癌の診断を受ける。9月に腹式単純子宮全摘出術＋両側卵管卵巢摘出術＋大網部分切除術施行、術後にddTC療法6コース施行し完全奏功の効果判定であった。X+2年11月に骨盤内腫瘍、腹壁転移による再発があり、ddTC療法6コース、GEM療法12コース、PLD療法3コースの三次治療まで施行したが、いずれも骨盤内腫瘍増大で腫瘍効果判定は進行となる。治療を受けるため大学病院へ転院し、X+5年にトラメチニブ(メキニスト[®])を1年5か月継続したが、X+7年3月に再度の進行が確認される。がん専門病院でセカンドオピニオンを受けるが、上行結腸、S状結腸浸潤による消化管閉塞の状況を打開し、栄養状態が改善しないと化学療法が出来ない事を伝えられる。経口摂取を希望し5月に人工肛門を造設し、経口摂取可能になったが、自宅退院後に悪心嘔吐、腹痛があり術後腸閉塞の診断で中心静脈栄養管理となった。在宅療養をしながら、がん専門病院へ治療を相談した結果、イリノテカンの化学療法を薦められ10月に総合病院へ再受診したが、数日後に中心静脈カテーテル感染による敗血症性ショックで緊急入院となった。腹膜播種による腹痛も増悪し、オピオイド鎮痛剤が導入となった。医師より今後の化学療法は困難と説明を受け、Best Supportive Care(BSC)となる。ADL低下で自宅退院に不安があり、夫婦で話し合い緩和ケア病棟のある病院へ転院となった。

2) 受け持つまでの経過

前医では腹膜播種による下腹部痛が増強し、オキシコドン塩酸塩水和物(オキシコドン[®])注射液10mg/ml(5A)0.15ml/h(24mg/日)を持続皮下投与しており、突出痛に対しレスキュードーズを3~4回/日使用していた。入院時にオキシコドン[®]注射液32mg/日に増量し翌日には疼痛緩和は良好であった。主訴は消化管閉塞による悪心嘔吐であり、転院当日も6回の胆汁様の嘔吐があった。X線画像所見で小腸拡張があり、サブイレウスが増悪しているため対症療法として輸液を減量し、評価した上で持続性ソマトスタチンアナログ製剤(オクトレオチド酢酸塩注射[®])の投

与も検討していく事となった。離床への希望はあるが、体動による眩暈、嘔吐の誘発への不安があり終日床上状態であった。入院時に夫へ予後予測は短い月の単位である事が伝えられた。入院翌日に看護師が病状の受け止めや療養の希望を聴くと、「もう長くないと思う。人生何が起きるか分からないから、今まで好きな事をしてきた。欲張らずに生きたい」と発言があった。症状がない時間は安楽に過ごせるが、好きな音楽やドラマ鑑賞については、「今は観る元気がない」と話していた。

3) 患者背景

20代で夫と結婚し、癌罹患前は主婦の傍らパート勤務をしていた。性格は穏やかで前向き。40代までは夫とキャンプや旅行を楽しみ、活動的に過ごしていた。一か月前まで家事を行い、ストーマは自己管理していた。家族や学生時代からの友人を大切にしており、長く交流がある。

4) 家族背景

夫婦二人暮らしであり、子供はいない。夫は仕事をリモートワークに調整し、毎日面会に来ている。夫婦関係は長く、これまで旅行や釣り、音楽鑑賞などを共に楽しんで来たが、腫瘍再発以降は治療中心の生活に変わっている。夫は治療の話にすべて同席し、疾病の理解を深めながら二人三脚で協力し、在宅療養や精神的サポートを行ってきた。実父は他界し、実母、実姉家族が隣県に住んでいる。また、義理の兄夫婦とも会う頻度は少ないが関係良好である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏はこれまで長期に渡り、幾度も抗がん剤治療に臨んできたが、敗血症を契機に積極的治療の中止を伝えられ、現在は終末期へギアチェンジの段階である。壮年期で癌と診断され、いつどうなるか分からないという思いから明確な老後の未来の目標や夢は描いていなかったが、延命や回復の希望を持ちながら夫婦二人三脚で歩んできた治療の道が閉ざされ、生きる希望が揺らいでいる状態と考える。一方で、「欲張らずに生きたい」というA氏の言葉から、先の見えない不安や残された時間を意識しながらも一日一日を大切に、自分なりの人生を維持していきたいという思いがある。A氏にとって自分なりの人生を維持するとはどのような意味を持って生きることなのか、これまでのA氏の人生において支えになって来た事や、価値観を理解し、希望を支える介入が必要であると考えた。

A氏の身体症状は主に悪心嘔吐、眩暈であり、離床や入浴が出来ず夜間も嘔吐で覚醒するなど日常生活に影響を及ぼしている。悪心嘔吐の原因としては、卵巣癌による骨盤内腫瘍の増大や、上行結腸、S状結腸への浸潤があり、小腸ストーマよりも口側に腫瘍の増大による圧排や腹膜播種が原因と考えられる通過障害が生じている。消化液の停滞、腸管拡張による消化液の分泌が促進され、消化管の末梢刺激に加え、体動の刺激により悪心嘔吐が出現していると考えられる。眩暈は浮動性の眩暈であり、起立性低血圧や貧血症状の可能性も考えられた。嘔吐に対しては輸液の減量が予定されているが、腹膜播種や腫瘍による圧排は不可逆であり、今後も嘔吐は不可避であるため、A氏にとっての安楽な日常生活援助、有効な薬物療法を探り、苦痛の閾値を高めるケアの介入が必要であると考えた。現在のA氏は身体症状やADL低下により、日常生活が思うように送れず、治療の中止により先を見通せない気持ちの辛さを抱えている。また、疾患により家事が遂行できなくなり、夫に入院のサポートに頼る等の妻の役割が果たせない社会的苦痛が生じていると考えられるため、疾患の受け止めや心理社会的苦痛を表出し、現在の自分に肯定感を持てる関わりが必要である。

2. 看護上の問題

＃自分なりの人生を維持していきたいが、身体症状やADL低下により思うように日常生活が送れず、先を見通せない気持ちのつらさがある

3. 看護目標

身体的苦痛を最小限と感じ、A氏の大切にしている日常や楽しみを取り戻し、現在の生活や人生において満足感を感じることができる

4. 看護の実際

【症状マネジメント介入の時期】

入院13日目までは主に症状マネジメントと、A氏の在りたい日常生活を整えるケアの介入を行った。日常生活で体動が必要なケアは、複数のスタッフで手早く終わるように統一した。体動前に制吐剤を予防的に投与する事も提案したが、「吐けばスッキリするので大丈夫」と薬剤は希望しなかった。しかし、嘔吐が頻回になると「前の病院より吐く回数が増えた感じ。どうしてだろう」と自身の症状の変化を不安に感じ、原因を探索しようとする発言も聞かれた。今までの治療体験を聞くと、化学療法時の皮膚障害のセルフケア行動や、ストーマ造設時に面板の漏れがあっても体験から学び、手技習得をして来た経験があり、主体的に症状マネジメントをする能力があると捉えられた。そこで、まずは睡眠の質や、日中の活動への嘔吐の影響をどう感じているかを聞き、A氏が自由に症状体験を語る機会をもつようにした。A氏は嘔吐や悪心という身体症状の他にも、夜間に不快な症状で目が覚める事や、衣服を汚し更衣に人の手を借りる申し訳なさ、洗濯物を増やし夫に頼まなければいけない申し訳なさ、悪心を面会者に悟られないよう気を張っている事などの苦痛を表出した。夜間に嘔吐で中途覚醒する事に対しては、眠前に制吐剤を使用する事を提案し、家族や友人の面会時に眠気の副作用が生じないようにA氏と共に評価を行った。

A氏に具体的な療養の希望はあるか尋ねると「自分の足でトイレに行きたい」と話し、夫にプレゼントされたスリッパを履くという目標を自身で掲げていた。医師の予後予測は短い月の単位とチームで共有しており、軽度の炎症反応上昇や貧血はあったが、腹膜播種や骨盤内腫瘍以外の遠隔転移は確認されず呼吸状態も悪化はなかった。また、自身で含嗽を行い、ベッド周囲の物を取る事が出来ているため、症状が改善されれば起居動作や坐位保持は出来る可能性があるとしてアセスメントした。A氏の希望を支持し、悪心が落ち着いている時間に、現状の筋力や関節可動域の機能評価をするとともに、リラクゼーションを目的としてベッド上で下肢のマッサージや、他動運動の介入を開始した。日常生活ケアにおいては、ストレッチャーに移動する体動でも症状が誘発されるため、入浴できない事による整容へのストレスが聞かれていた。遠方から来る実母の面会前に整った姿を見せたいという思いがあり、ベッド上での洗髪を行った。また、尿取りパットの汚染があった際にはA氏自身が臀部のふき取りをしており、その度にウェットティッシュで手指を拭いていたため乾燥による皮むけや発赤が強くなっていた。臀部のふき取りは自尊心を守る行動と考え、ウェットティッシュの補充や環境整備を行い、手浴は毎日実施する事にした。A氏は化学療法施行時に皮膚障害を生じた経験からスキンケアに注意していたため、手足の保湿は自身で行ってもらうようにした。

眠前に制吐剤としてプロメタジン塩酸塩(ヒベルナ®注 25mg)を投与するようになり、6時間ほどまとまった睡眠が取れるようになった。ヒベルナ®注の半減期は9～13時間と長く、眠前の投与で午前中の悪心もやや減少した。そのため、清潔ケアは午前中に手浴、足浴もまとめて行い、休息して午後は面会に臨めるように生活リズムを整えた。また、薬剤の副作用や輸液減量による口渇の緩和目的に、レモン水の含嗽や口腔保湿スプレーなど取り入れられそうな方法を提案した。口渇を感

じると、自身で保湿スプレーやリップクリームで対応し、飲水量を調整するセルフケア行動もみられた。チームカンファレンスでは、A氏の自分らしい日常を保持したいという価値観や、入浴やトイレ歩行の希望を共有した。また、入浴の具体的な方法を話し合い、実践を計画した。

【日常生活ケアでのリハビリテーション介入の時期】

入院 14 日目には採血データにてHb : 9.7mg/dl (入院時 8.9mg/dl)に改善あり、貧血に対し含糖酸化鉄注射液(フェジン®静注 40mg) の投与が奏功し、眩暈や倦怠感も徐々に減少していった。嘔吐量は 300~500ml/日程度あったが、半日~1 日に 1 回程度に嘔吐回数は減少し、輸液減量により消化管内容物が減少し嘔吐に至るまでの時間が延長したものと考えられた。A氏は症状が緩和された実感があると話し、自ら入浴への意欲を示した。移動動作を最小限にし、更衣や洗浄の手順を工夫する事で入浴も症状出現なく実施出来るようになった。また、手浴時に少しずつベッドの角度を上げる事を継続し、50° 程度のギャッチアップが可能になっていた。今の状態であれば眩暈なく端坐位になる事が出来ると考え、A氏へ端坐位で足浴をする事を提案した。自身でベッドコンローラーを使用し、看護師が上肢を誘引し介助で起き上がる事が可能であった。クッションと布団で背もたれの支えがあれば 10 分程度端坐位を保持する事が出来た。眩暈は軽度あったが、「何回もやってみれば、慣れるのかもしれない」と前向きな発言がきかれたため、座位時間は短時間に調整し、端坐位での足浴を継続した。

入院 20 日目、「今日は車椅子乗ってみようか。やってみてダメだったら諦めてもいい？その時はベッドで散歩に行けばいいよね」と意欲を示した。リクライニング車椅子へ全介助で移動し、デイルームのクリスマスツリーの前で夫と二人の写真を撮り、風に当たり外気浴を楽しむと「やった、乗れたね。こんな風に乗れるなんて思ってもみなかった。少し自信がついた」と話した。以前はテレビを流し見している程度だったが、スマートフォンで好きな歌手の動画を観るようになり、楽しそうに話す姿がみられた。A氏はその日の症状に合わせてエネルギー配分を自身で考え、大切にしたい面会者との時間を優先し、清潔ケアや散歩のスケジュールを調整した。胃管挿入は希望せず、面会時には家族と紅茶を数口だけ味わう事を楽しんだ。嘔吐の症状は残存したが、A氏にとって「先月の辛い状態に比べたら本当に楽になった。毎日体も綺麗に出来るし、お風呂にも入れるし。今は良い状態」「暗い事ばかり考えてないで、一つひとつの事をやってかなきゃ。今の状態ができるだけ長く続けばいいと思っている」と現在の生活に満足感を感じている発言が聞かれた。

【情緒的サポートの介入】

症状が緩和されると、実父の亡くなった日の話や、これまでに自宅で身辺整理をして来た事を少しずつ語った。「私ってあとどの位なのかな」という予後の見通しについての発言もあった。具体的な気がかりを尋ねると、今後療養が長期化する事の不安や、自宅療養は夫に仕事に加えて介護の負担をかけてしまうのではないかと心配していた。またこの先、夫を一人残していくことに対する思いを表出した。自ら最期の時についても「とにかく、つらい時間はうんと短い方が良いな。痛いとか、苦しいとか…」とゆっくり考えながら言葉を選んで話した。看護師から出来る限り症状を和らげるよう努力し、療養の場はA氏と家族の希望を尊重する事を伝えると、少しすっきりした穏やかな表情で「聴いてくれてありがとう」とお礼を言われた。さらに後日改めて夫への思いや、これまで果たして来た役割を語る機会をもち、手紙に残した。A氏はこれまでの妻としての役割について、夫の些細な愚痴や仕事の話を遮らず良く聞いていた事を自負していると話した。それに対して、看護師から労いや肯定的な言葉をかけた。夫に宛てた手紙には「あなたがいたから良い人生だった。ありがとう」という感謝の言葉や、これからは兄弟と交流し助け合ってほしいと看護師が代

理で書き起こした。書き起こした文章を見て「いいね、こういう話し言葉で残るのって。」と笑みを見せた。夫に手渡す時期は自身で決めたいという思いを尊重し、実習終了までに手紙の評価は出来なかった。しかし、A氏と夫から、これまでの治療の経過を振り返り、緩和ケア病棟に來られて良かったと夫婦で話している事、病棟の医師や看護師との出会いに感謝していると言葉があった。

Ⅲ. 考察

最初に【症状マネジメントの介入時期】について振り返る。A氏が具体的に表出したのは、「自分の足でトイレに行きたい」「夫にプレゼントされたスリッパを履きたい」という希望であったが、現実には悪心嘔吐、眩暈の症状により起き上がりも困難な状態であった。そのため、まずは希望と現実の大きな阻害となっている身体症状の苦痛を和らげる事が優先であった。A氏の症状体験には嘔吐や悪心という身体症状の他にも、夜間に中途覚醒し熟眠感が得られない事や、衣服を汚し更衣に他者の手を借りる申し訳なさ、洗濯物を増やし夫に頼む申し訳なさ、悪心を面会者に悟られないよう気を張る事など様々な苦痛が込められていた。このようなA氏の体験を自由に表現し語ってもらう事で、身体症状以外の出来事が苦痛を修飾している事が分かった。また、A氏の優先したい生活行動を把握し、どのように苦痛症状が緩和されれば日常において満足と感じられるのかをケアに反映する事が出来たと考える。濱田らは患者を取り巻く状況が厳しい状況へと変化しても、患者自身がその状況を認知した上で、自分にとって意味あるものを見出したり、何か一つでも明るい未来の可能性を見出せるような見方ができた時、患者は希望を抱き続けることができる²⁾と述べている。A氏にとって整容は、身なりを整えるという意味だけでなく、今まで通りの自分として家族や友人と繋がりをもつ事であり、心理社会的な苦痛の軽減になっていた。また、制吐剤の調整により夜間の睡眠がとれるようになったことや、手浴と保湿のセルフケア行動に取り組み、皮膚の乾燥が改善することの一つ一つが日常の喜びと感じ、希望を見いだすことに繋がったと考える。これらの非薬物療法と制吐剤の相乗効果により苦痛の閾値が高まり、A氏の望む日常生活や大切な人との時間を過ごす事が出来たと考える。

次に【日常生活ケアの中のリハビリテーション】の効果について振り返る。A氏の「自分の足でトイレに行きたい」という言葉にはADLが自立していた一か月前と現在の身体機能の隔たりがあっても、回復への期待を持ち続けたい思いがあると考えた。また、夫からも「ベッドでも良いから時々散歩に連れて行って欲しい」という希望があり、BSCの段階でも何らかの治療が続けられていると感じる事が、夫婦ともに精神的援助になっていると考えた。森田らは、希望を支えるケアの工夫として、患者の希望が実現できない非現実的なものであっても否定しない³⁾と述べており、さらに、希望そのものを否定せずに支持しながら、かつ、達成感が得られる現実的な短期目標を設定する⁴⁾ことが重要だと述べている。援助者として、A氏の語る目標を否定せず、そう在りたいという思いを支持的な態度で聴き、身体的に負担にならないベッド上のマッサージから提案した。その後もギャッチアップ角度にわずかな変化が起きた事も共に喜び、床上移動がスムーズになった事を伝えるなど肯定的なフィードバックを心がけた。自己効力感とは、バンデューラが提唱した概念であり、何らかの課題に直面した際や特定の状況において、自分にはそれをする力があるという、自分の能力に対する認識である⁵⁾。A氏は症状緩和が実感できたタイミングで、自ら入浴の意欲を示した。これは段階的に小さな目標を達成し、成功体験を積み重ねることで自己効力感が高まった成果と考えられる。

リハビリの過程において、初めて端坐位になった際、クッションの支えがないと座位保持は困難であった。しかし、A氏は移乗動作で自身の筋力低下に直面しても、気分の落ち込みがみられる事はなかった。さらに数日後も車椅子に乗る事を自ら要望し、移乗は全代償であったが車椅子に乗れた事に

喜びの発言がきかれた。渡部らは、緩和ケアリハビリテーション看護について「がんの進行とともに喪失体験を繰り返し、機能低下、ライフスタイルの変化に患者が適応できるように残存機能をアセスメントし、希望を十分把握したうえで、潜在能力を引き出し、最期まで患者らしく生きるための援助」⁶⁾と定義しており、リハビリの過程で、患者が現実と対峙し、認識することで、自分がこれからどのようにしたいのかを考える機会となり、患者自らの希望を再考するうえで重要となる⁷⁾と述べている。A氏は日々のリハビリを繰り返す中で、現在の自身がもつ筋力や活動耐性を自覚し、徐々に現実を認識し希望と現実の折り合いをつけていたと考えられる。また、「それより、一つひとつの事をやらなきゃ。なるべく長く、このままの状態を維持したい」という発言から、身体機能が低下している中でも維持できている力を実感し、動けないことから出来る事へ視点が変化し、前向きな発言に繋がったと考える。さらに、A氏は口腔スプレーで口渇のセルフケアに努め、自身で一日のスケジュールを決め活動のエネルギーを調整していた。胃管は挿入せずに今まで通りの姿で家族、友人との時間を過ごしたいという意思を持ち、面会者とはお茶を数口味わう事を楽しんでいた。清水は「希望を最期までもつ」とは、実は「現実への肯定的な姿勢を最期まで保つ」ということに他ならない。つまり、希望の対象となるものが未来のどこかにあって、それを望むというのではなく、「望む」という私の姿勢自体に希望の在処がある⁸⁾と述べている。A氏は症状が緩和され、自身の持つ力を再認識し、自分なりの日常を豊かに生きようとする肯定的な姿勢を持っていたと考える。

【情緒的サポートの介入】では、A氏との対話において、援助者として自己の価値観が入らないような言葉の背景にある意味を共に考えた。夫に迷惑をかけたくないという理由として、「責任ある仕事をしているから」「仕事が忙しいから洗濯の回数を減らしたい」など、病床にいながらも妻の役割として夫が仕事をしやすいように最大限のサポートをしていた。夫にこれまで貢献していた自負を語る機会をもち、自身の果たしてきた役割を振り返ることは、A氏の誇りや自尊心を強める関わりであったと考える。角田らは終末期において自分が社会に貢献し役に立っている事や、これまで通りの人間関係が維持されること、死を身近に感じた恐怖や不安を話せる相手がいるという周囲の支えを実感する事が、葛藤の中から生への意欲を持つ上で大きな力になる⁹⁾ことを挙げている。A氏は家族や友人の絆を感じる時間や、医療者との対話により自分が支えられていると感じ、死への苦悩は消えないが、病状の安定と出来るだけ長く生命が維持される希望を持つことが出来たと考える。

おわりに

死を意識した患者は、先の見えない不安と対峙し、身体症状の緩和だけでは和らがない様々な苦悩を抱えている。今回A氏との関わりを通じて、終末期においても患者が希望を見だし、肯定的な姿勢で生きるためには、在りたい生活や希望に近づける援助を継続する事が大切であると学んだ。そのためには、医療者が患者の言葉の背景や価値観を理解し、対話を通じて心の支えとなる関係を築くことが重要である。今後は緩和ケア認定看護師として、患者家族との関係を築くだけでなく、最期までその人らしく希望を持ち続けられるよう多職種やチームに働きかけて行くことが課題と考える。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、受け持ちを受け入れて下さり、多くを学ばせて頂きました患者様とご家族様に心より感謝申し上げます。また、多くの気付きとご指導を頂きました病院実習指導者様、病棟スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 清水哲郎. 最期まで希望をもって生きられるか. 死の臨床. 2012, 35(1), 10.
- 2) 濱田由香, 佐藤禮子. 終末期がん患者の希望に関する研究. 日本がん看護学会誌. 2002, 16(2), 22.
- 3) 森田達也, 福田かおり. “スピリチュアルペインを和らげるための日常的なケアの工夫”. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 田村恵子, 河正子, 森田達也編. 第2版, 東京, 青梅社, 2020, 68.
- 4) 前掲3)
- 5) 野川道子, 桑原ゆみ. “自己効力感”. 看護実践に活かす中範囲理論. 第3版, 東京, メヂカルフレンド社, 2023, 395.
- 6) 渡部優子, 大釜徳政. 終末期中期がん患者の希望を支える緩和的リハビリテーション看護に関する検討. 日本がん看護学会誌. 2017, 31(1), 116.
- 7) 前掲6), 121.
- 8) 角田明美, 望月留加, 神田清子. 死を認知した再発・進行がん患者が希望を見いだすプロセス. 北関東医学. 2016, 66(3), 204.
- 9) 前掲1)

参考文献

- 1) 小松浩子ほか. “第12章 症状マネジメントにおける看護技術”. 系統看護学講座専門分野成人看護学〔1〕成人看護学概論. 第14版, 東京, 医学書院, 2014.
- 2) Robert Twycross. トワイクロス先生の緩和ケア—QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア. 武田文和ほか訳. 第1版, 東京, 医学書院, 2018.

はじめに

終末期がん患者について松野らは、『穏やかさと認知する体験』を積み重ねることで、さまざまな苦痛が生じやすい終末期を苦悩するだけの時間として過ごすのではなく、最期まで患者がより豊かな時間として過ごしていけるのではないかと述べている。私が受け持ったA氏は全人的苦痛が原因でありたい姿や望んだ時間を過ごすことができなくなっており、A氏にとってのQuality of Life(QOL)を低下させていた。これらの苦痛を緩和するために非薬物療法を取り入れた結果、患者のありたい姿、望んだ時間の過ごし方を叶えることができたため、その関わりについて考察する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 女性
2. 診断名：卵巣がん、腹膜播種、多発肺転移、縦隔リンパ節転移、胸椎転移、腰椎転移
3. 患者背景

1) 現病歴

X年9月、前医にて両側卵巣卵管摘出術を施行する。卵巣がんの診断を受け、術前化学療法実施後、12月に準広範子宮摘出術+大網切除+肝部分切除を施行する。その後、術後化学療法を開始した。X+1年12月、放射線療法(72Gy/30Fr)を実施する。4月よりPARP阻害薬を開始していたが、X+2年2月に多発肺転移、縦隔リンパ節転移が判明した。9月に正中の腰背部痛の増悪がみられ、2週間程度入院しオキシコドン塩酸塩水和物(オキファスト®)を導入した。また正中の腰背部痛の原因となっている骨転移に対して放射線療法(腰椎 27Gy/3Fr、胸椎 27Gy/3Fr)を実施した。退院した2日後に疼痛の増悪で再入院となり、積極的な化学療法は行わない方針となった。本人と家族がホスピスでの療養を希望し、10月末に総合病院ホスピス病棟へ転院される。

2) 受け持つまでの経過

前医からオキファスト®の投与がされていたものの、正中の腰背部痛の緩和は図れていなかった。ホスピス病棟入院後、筋膜リリースもしたが効果は一時的であった。疼痛に対する薬物療法として、アセトアミノフェン(アセリオ静注液®)3200mg/day、フルルビプロフェンアキセチル(ロピオン®)75mg/day、オキシコドン塩酸塩水和物(オキシコドン注射液®)120mg/dayの投与を行っていた。このような薬剤投与を行っても疼痛緩和が図れず、Numerical Rating Scale(NRS)5~7/10の持続痛があった。持続痛に加え体動時の突出痛も出現しており、レスキューを14回/日使用していた。CTでは右腎盂の拡張の所見も認めており、疼痛の原因の一つと考えられていた。その後、Th11/12棘間に硬膜外留置カテーテルを留置し、ロピバカイン塩酸塩水和物(アナペイン®)192mg/dayで投与を開始する。一時的に改善がみられたものの、その後右腰背部から側腹部にかけての疼痛が新たに出現した。オキシコドン®を144mg/dayに増量するも改善がみられず、ケタミン塩酸塩(ケタラール®)を100mg/dayで投与を開始した。また、硬膜外カテーテルの留置部位変更、尿管ステント留置を施行した。

疼痛以外の身体的苦痛として、呼吸困難も生じていた。酸素3L/分の投与にて酸素飽和度は90%後半を維持できていたが、時折安静時でも呼吸困難を自覚することがあった。また、排痰困

難な際に症状の増悪を自覚し、不安を示す言動や表情の表出が増えていった。

A氏は、約20年前に両親の会社の経営が厳しくなってきたことをきっかけに実家に帰り、両親と5歳下の弟と同居していた。その後両親と死別するが、弟との同居は継続しており、ペット(犬)も一緒に暮らしている。A氏は幼いころから共働きの両親に代わり、弟の面倒をよく見ていた。弟は元々家事の経験がなく、A氏が教えながら協力して2人で生活を送ってきた。自宅で生活していた時はほとんど毎日一緒に食事をしていたり、ペットを連れて旅行に行ったりするなど、関係性は良好である。また、同じ市内に従兄弟、親戚がおり、時折面会に来ている。A氏は面会を楽しみにしている様子があり、「私にとって大切なこと。痛いとか苦しいがなくいけること、会いたい人たちに会えること、伝えておきたいことを伝えられること、ですかね。」と話されていた。また、久しぶりに会う友人が面会に来るまでは元気でいたいという思いがあり、多少無理をしながら食事を摂取していたこともあった。

A氏は幼い頃から宝塚に憧れ、舞台俳優になる夢を抱いていた。その夢を叶える形で大学に入学し、実家に戻るまで舞台俳優をしていた。その時からの友人や、実家に戻ってからの職場関係の友人など、20年以上の付き合いのある友人が複数人いる。入院するまでは、仕事の傍ら、友人の舞台の手伝いをすることを楽しみとして生活していた。

3) 家族背景

両親は自営業であり、共働きであった。父は急死、その3年後に母が胃癌で他界している。母は、医師より「この入院が最後の入院になる。」という説明をされて入院した翌日に、排痰困難でひどく苦しみながら亡くなったという経過がある。弟は不規則な勤務の仕事をしながらも2日に1回はペットを連れて面会に来ている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏に生じている正中の腰背部痛は、疼痛部位が明瞭であることや疼痛性状、画像所見や増悪因子などから、骨転移による体性痛であることが考えられた。また、右腰背部から側腹部にかけての疼痛に関しては、局在が不明瞭であることや疼痛性状、画像所見から尿管閉塞、右水腎症による内臓痛の可能性が高いと考えた。様々な薬物療法を行っても緩和されない難治性疼痛であり、A氏自身も「痛みを一番にとってほしい」と訴えるほどの苦痛であった。

呼吸困難は、両側多発肺転移、左胸水貯留、左下葉無気肺により出現していると考えられた。さらに、むせこみの回数が増えてから排痰困難による呼吸困難の訴えも増加がみられた。むせが生じる原因として、呼吸困難と共通した原因による呼吸機能の低下や、縦隔リンパ節転移による器質性障害や反回神経麻痺などの機能性障害の可能性が考えられた。これらの身体的苦痛によりA氏のPerformance Status(P S)は3に低下していた。

A氏は疼痛が緩和されない状況が長く続いていたことや、一時的に落ち着いても数日後に疼痛が再燃した経験から、疼痛に対し不安や恐怖感を抱いていた。これは症状そのものに対する不安だけでなく、母親を看取ったときの経験から、自分自身も苦しんだまま最期を迎えるのではないかと不安が生じていたのではないかと考えられる。また、自分自身が母の時に体験した、苦しんでいる姿を見るという辛さを弟や友人にも感じさせてしまうのではないかという気がかりが生じていたと考えられ、これらがA氏にとっての精神的苦痛であったと考えられる。

さらに、疼痛により自宅での生活が困難となり入院したことで、仕事や自宅での生活など、これ

までA氏にとって当たり前であった日常が喪失された。これにより、A氏が大切にしていた自身の役割も喪失している。弟に対しては、姉としてだけでなく親代わりの役割も担っており、会話の中でも弟を心配している様子が多く見られた。このことから、A氏にとっていつまでも手のかかる弟というイメージがあったのではないかと考えられる。しかし、実際にはA氏の入院中も弟は家事、仕事、ペットの世話も含め生活を問題なく維持することはできていた。以上より、弟の生活に対する心配という苦痛ではなく、A氏が自身に与えていた姉として、親代わりとしての役割が遂行できないことに対する社会的苦痛が生じているのではないかと考えた。さらに、両親を亡くした時は二人で支え合うことができたが、今度は弟一人で辛さに向き合い、乗り越えてもらわねばならないという点も気がかりになっていると考えた。また、ペットをとっても大切にしており、旅行に連れて行ったり、行事を一緒に過ごしたりしていた。しかし、入院によりこれらの大切にしてきたことが行えなくなり、A氏が自身に与えていた飼い主としての役割が果たせなくなっている。また、社会活動の面では、婦人服販売の仕事をしながら休日は友人の舞台の手伝いをするなど、自身のやりたいことを好きなように生活に取り入れることができていた。これらの生活が送れなくなったことにより様々な役割喪失が生じ、A氏にとって自身の存在価値を喪失するような感覚が生じていたのではないかと考えられる。

このような状態のA氏にとって面会は楽しみ、そして大切な時間となっていた。しかし、疼痛がなかなか緩和されない日には面会を自ら断る様子も見られていた。本人の発言から、面会時は少しでも入院前と同じ状態で会えること、身体的苦痛に邪魔をされない面会時間が確保でき、話ができることを大切にしていると考えられ、これが叶えられることがA氏にとってのQOLを維持することであると考えた。A氏が面会時間を大切にする背景として、両親を突然亡くした経験から、会いたいときや伝えられるときに伝えておかないというが最後になってしまうかわからないという思いがあったのではないかと考えられる。また、面会を断る理由としては、弱った姿を見せて周囲に心配や余計な負担をかけたくないという思いや、疼痛や呼吸困難があると面会に集中できず、伝えたいことも伝えられないという思いがあったのではないかと考えられる。A氏は前医で自身の予後について伝えられており、宣告された余命が近づいてくる時間性の喪失によるスピリチュアルペインが生じていた。それに加え、面会ができないことで家族や友人との時間が過ごせず、関係性の喪失に対するスピリチュアルペインも生じていたのではないかと考えられる。A氏の予後予測はPalliative Prognostic Index(P P I)にてスコア合計7点であり、週単位と考えられていた。A氏の発言にある「痛いとか苦しいがなくていいこと」は、最期を迎えるときの“逝く”、“逝ける”だけではなく、存命中も苦痛がなく“生きる”、“生ける”という意味を含んでいるのではないかと考えた。そのため、症状コントロールを行い面会ができるような心身の状態を整えることで、限られた時間をA氏にとってのQOLが維持された状態で過ごすことができるのではないかと考えた。

2. 看護上の問題

＃腰背部痛や呼吸困難などの身体的苦痛の緩和が不十分なことにより、本人のありたい姿や過ごしたい時間が叶えられずQOLが低下している。

3. 看護目標

苦痛症状に阻害されず、弟やペット、友人と穏やかな時間を過ごすことができる。

4. 看護の実際

A氏の身体的苦痛への介入として、疼痛や呼吸困難の程度、部位、性状やレスキュー使用後の効果の評価は継続的に行い、医師と薬剤投与量の調整や今後の治療方針の見通しなどについて情報共

有を行った。またA氏にとって楽しみとなっている面会時間が疼痛や呼吸困難に阻害されないよう、本人と相談したうえで必要時には面会予定時間の 30 分ほど前に予防的レスキューを使用するようにした。

非薬物療法としては、マッサージ、足浴・手浴、洗髪、散歩や環境調整を介入に取り入れた。足浴、手浴、洗髪に関しては他患者との公平性や、病棟スタッフで今後も継続ができるようにすることを考慮し、プライマリー看護師にて週 2 日ずつの実施予定曜日を決定していた。実習期間中は基本的に予定曜日に合わせて提案しながらも、面会予定や検査予定、本人の体調にて実施できないこともあったため希望に合わせて臨機応変に実施した。A氏は硬膜外留置カテーテルを挿入する前に一度介助浴で入浴を実施していた。久しぶりに入浴をできた爽快感や、リラックスができたとの反応が得られ今後も実施の希望があったものの、カテーテル留置により入浴が困難となっていた。そのため、足浴や手浴などで部分的でも湯につかることができ、実施後は笑顔で爽快感を訴えることが多かった。また実施中に疼痛や呼吸困難が増強することはなかった。

マッサージは疼痛部位や程度の評価を行った際に疼痛を訴えた場合や、レスキューを使用してから効果が出現するまでの間にコミュニケーションをとりながら実施した。実施の際は疼痛部位に触れて確認し、骨転移部でないこと、挿入物がないこと、局所の炎症がないことを確認した。マッサージの強さについては本人に聴取しながら行ったが、基本的には弱い力でさするような方法を好まれた。また理学療法士ともマッサージ方法や、リハビリでもマッサージを取り入れてもらうよう情報共有を行った。左上肢や肩周囲の筋緊張による疼痛に対してのマッサージを希望されることが多く、実施後は疼痛の消失を認めた。

散歩や環境調整は、室内歩行や車いす移乗は可能であったため、本人の希望に合わせて病棟内や院内の散歩、面会者の見送りや気に入った花を病室に飾るなどの介入を行った。A氏は疼痛があったことや、医療者に迷惑をかけたくないという思いから、あまりケアの希望を自ら発信する人ではなかった。しかし、介入できる内容やケアを提案すると希望される様子や、実施後に表情が明るくなる様子、涙を流して喜ぶ様子が見られた。実施中に疼痛や呼吸困難を訴えることは少なく、「こうしていると痛みもあまり気にならなくなります。」「部屋に飾るものが変わると気分も変わる。自分のためにこんなにしてもらえるなんて…」と話されていた。この発言を受け、部屋に飾る花を散歩の際に自分で選んでもらうことや、散歩に行かない時でも看護師が交換するようにした。また、ペットのアルバムを弟に持参してもらい飾ったことをきっかけに、面会者が部屋に飾れるものを持参し部屋が彩られていった。壁に貼られている大きなカレンダーには面会予定の書き込みや友人たちからの書き込みも増えた。本人は嬉しそうに「友達が持ってきてくれたの。」や、「何もなかった壁が見ていて楽しい壁になった。誰も来ない日は退屈だけど、友達が来る日が近づいてくるのも励みになる。」と笑顔で話される様子もあった。

上記のように薬物療法や硬膜外ブロックなどの医学的介入に非薬物療法を追加することで疼痛に関するレスキュー回数は 1～2 回/日に減少し、持続痛も NR S2～3/10 の自制内で経過した。呼吸困難の出現回数は増加傾向にあったものの、症状が増悪する前にレスキューを依頼でき、レスキュー使用 30 分後の再評価時には症状の緩和が図れていることが多かった。身体的苦痛により面会を拒否する様子もなく、面会中は穏やかに談笑されている様子が見られていた。また、面会中に疼痛や呼吸困難が増強してきた際には自らレスキューを依頼することができ、苦悶様表情の出現や面会の中断がなく過ごすことができていた。以上より、看護目標に挙げた内容は達成できたと判断した。

Ⅲ. 考察

A氏は疼痛が緩和されない状況が続いていたことや、疼痛や呼吸困難による不快感が生じていた。治療により改善した疼痛が再燃した経験や実母の苦しむ姿を見た経験から、不安や恐怖感も抱いていた。アセスメントでも述べたように、自分自身が母の時に体験した辛さを、弟や友人にも感じさせてしまうのではないかという気がかりがあったと考えられ、苦痛が続くことにより会いたい人に会えない、会えるような自分の姿でいられない、という辛さが生じていたと考えられる。A氏自身が望んでいる、「痛いとか苦しいがなくていいこと、会いたい人たちに会えること、伝えておきたいことを伝えられること」を叶えるためには、身体的苦痛の緩和だけでなく、精神的苦痛やスピリチュアルペインにも対応しA氏が面会できる心身の状態を整えることが必要であった。これら多側面に働きかけるケアとして、マッサージ、足浴・手浴、洗髪、散歩や環境調整を行った。

マッサージは機械的効果、ゲートコントロール理論、心理的効果により疼痛を緩和させる働きがあると考えられている。A氏がマッサージを希望する部位は左上肢や肩周囲など、直接骨転移や右水腎症による影響を受ける部位ではなかった。疼痛や倦怠感によるADLの低下や、活動量が低下していることから廃用症候群が進み、筋萎縮や血流の低下を引き起こしていたと考えられる。このような症状に対し、機械的効果による血流の促進や、マッサージで触れることで痛覚が遮断されるゲートコントロール理論が働いたと考えられる。また、苦痛に対処してもらえているという実感や、レスキューの効果が出現するまで傍にいてもらえるという安心感が心理的効果をもたらしたと考えられる。

手浴、足浴は加温により深部体温が上昇することで発痛物質の除去効果と、リラクセーション効果が期待できる。新田らの研究では足浴の効果について、心拍数を減少させ、下肢皮膚温を上昇させるリラクゼーションの反応が認められ、心理面にも心地よさをもたらすケアであった²⁾と述べている。A氏からも実施中や実施後に「気持ちいい。」「ちょっとつけるだけでも全然違いますね。」と笑顔で発言がみられたことから、本人にとって楽しみであった入浴ができなくなったことに対し、部分浴であっても実施できるということがリラクセーションにつながったと考えられる。さらに、加温により深部体温が上昇することで発痛物質の除去の効果もあると考えられており、疼痛緩和に影響を与えたと考えられる。また、洗髪も本人の爽快感に繋がっていることからリラクセーションの一つになっていたと考える。リラクセーションは交感神経の興奮に対し、副交感神経を優位にすることで心身のバランスを調整すると考えられている。A氏もこの効果により痛みの閾値が上昇し、疼痛緩和につながったと考えられる。

A氏の入院生活では、面会の時間や医療者の訪室時以外は病室にて一人で過ごしていることが多かった。これまで弟やペット、友人に囲まれて日常生活を送っていたA氏にとって、一人でいる時間は孤独感を強め、疼痛の閾値を低下させていたのではないかと考える。しかし、医療者へ遠慮する気持ちや、孤独感に対し自分自身が何をしてほしいかが思いつかないことから、自発的に環境調整や散歩について依頼をすることはなかった。そのため、こちらから本人が知らない病室の外の様子を伝えて散歩を提案したり、花を飾ったりすることでA氏の中に行ってもらえるケアの選択肢を増やすことができたと考えられる。次第に医療者や面会者も一緒にカレンダーに面会予定を書き込んだり、部屋を装飾したりする機会が増え、笑顔も多くみられるようになった。また、自分のために何かしてもらえることを流涙しながら喜ぶ様子も見られ、自己の存在を大切にしてくれる他者の存在や介入が、A氏の孤独感の緩和に繋がったと考える。

ここまで述べてきたすべてのケアは、リラクゼーション効果や心理的効果により、気分転換につな

がっていたと考えられる。気分転換は一種の感覚遮断の手段であり、聴覚や視覚、感覚など痛覚以外に意識を集中させることにより痛み感覚から自己を遮断することができるとされている。A氏にとって気分転換となる行動を日常に取り入れることにより、本人からも「痛みもあまり気にならなくなります。」という発言が見られていた。この発言より、A氏も痛み感覚からの遮断による鎮痛効果が得られたと評価できる。気分転換について高木は、何か特別なことをするよりも、痛みをコントロールされている患者が、いきいきと能動的になれる時間を作ることが、その患者にとってもっとも価値ある気分転換法である³⁾と述べている。散歩のように本人が能動的に行える行動だけではなく、部屋を飾るなどの受動的な行為でも本人の気持ちが前向きになれば気分転換として効果を発揮すると考える。そして疼痛の閾値を上昇させるケアにもつながっていたと考えられる。疼痛の閾値が上昇することでA氏にとって一番の苦痛であった疼痛が緩和され、予防的なレスキューを使用するなどの対処法の獲得にも至った。疼痛や呼吸困難などの苦痛症状が緩和されていること、増悪時も対処ができるという安心感は、A氏の心の穏やかさにつながったのではないかと考える。

松野、鈴木の研究において終末期がん患者が穏やかさを認知する体験として、(2)【抱えていた苦悩から解き放たれて心が落ち着いていく】、(3)【人とのつながりを感じてほっとできる】⁴⁾が挙げられている。医学的介入とケアにより疼痛の緩和が図れたことや、疼痛や呼吸困難に意識が支配されずに過ごす時間を確保できたこと、そして医療者、家族、友人により部屋が華やかになり、気分が明るくなることはこの2点に該当すると考えられ、A氏の心の穏やかさに影響を与えたと考えられる。身体的苦痛、精神的苦痛が緩和されたことで面会中も穏やかな時間を過ごすことができ、A氏の望んだ「痛いとか苦しいがなくていけること、会いたい人たちに会えること、伝えておきたいことを伝えられること」という状態を維持することができた。このA氏にとってのQOLが維持され、人とのつながりを感じられたことにより社会的苦痛やスピリチュアルペインの緩和にもつながったのではないかと考える。

A氏の抱く苦痛は身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインなどの多側面の影響や、患者の自身のこれまでの経験から影響を受け、より複雑な苦痛となっていた。これらの苦痛により、患者の望む姿や時間が阻害され、QOLが低下していた。このような時に医学的介入に加え、非薬物療法を取り入れることは患者の身体的苦痛や精神的苦痛を緩和させることに効果的であるとわかった。そして患者の望みが叶うことにより、社会的苦痛やスピリチュアルペインの緩和につながっていく。患者にとってのQOLが維持されるとはどのような状態を指すのかを共に考え、支えていくことにより、限られた時間を豊かなものにしていくことが大切である。

おわりに

終末期にあるがん患者は、病状の進行によりできないことが増え、本人の望んだ自分を保てない状況が訪れる。私はこのような患者に対し、できなくなっていく自分自身や近づいてくる死を患者自身が受容し、穏やかな最期を迎えられるよう支援することが大切であると考え、支援することを心掛けていた。しかし、今回のA氏との関わりや実習での学びを通し、人生の最終段階において患者が必ずしも今の自分自身や死を受容する必要はないのではないかと考えた。このような状況を受容しようと苦悩して過ごすことよりも、今の患者が大切にしたいこと、今の状況でのQOLを維持するとはどのようなことかを患者と共に考え、支えていくことが大切である。今後は自分自身だけがその認識をして関わるのではなく、認定看護師として周囲のスタッフにも気づきを与えていけるよう働きかけたい。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、受け持ちを受け入れてくださり、多くを学ばせていただきました患者様とご家族の方々、ご多忙な中丁寧にご指導くださいました実習指導者様、スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 松野史, 鈴木志津枝. 終末期がん患者が認知する穏やかさ. 日本がん看護学会誌. 2019, 33 (1), 11-20.
- 2) 新田紀枝, 阿曾洋子, 川端京子. 足浴, 足部マッサージ, 足浴後マッサージによるリラクゼーション反応の比較. 日本看護科学会誌. 2002, 22 (4), 55 - 63.
- 3) 高木真理. “痛み:症状マネジメントとケアのエビデンス”. がん看護. 2012, 17 (2), 175-180.
- 4) 前掲 1)

参考文献

- 1) 高橋美賀子, 梅田恵, 熊谷靖代. “第6章ペインマネジメントに役立つ看護技術”. ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント. 新装版第1刷, 東京, 日本看護協会出版会, 2014, 65 - 74.
- 2) 川地香奈子. “疼痛閾値を上げるケア:がん疼痛のトータルケアを目指して”. がん看護. 2007, 12 (2), 238-241.
- 3) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会. がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス. 2016年版, 2016. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.jspm.ne.jp/files/guideline/cam01.pdf>. (参照 2025 - 01 - 04)
- 4) 栗原美穂. “子宮がん・卵巣がんの緩和両方における看護”. がん看護. 2008, 13 (1), 46-54.
- 5) 高尾鮎美. “その他の非薬物療法:非薬物療法”. がん看護. 2018, 23 (2), 187-191.
- 6) 二宮由紀恵. “そのほかの非薬物療法のポイント”. がん看護. 2010, 15 (2), 272-276.
- 7) 林めぐり子. “薬物療法だけで緩和が難しい場合は「ケア」が決めて:難治性疼痛の閾値を上げるケア, いかにリラックス出来る時間を見つけ出せるかがキーポイント”. 緩和ケア. 2023, 33, 119-126.

はじめに

緩和ケアの定義について、WHOは「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」¹⁾と述べている。窪寺は、スピリチュアリティとは「超越的・究極的なもの」との出会いによって生まれるもので人間に新しい秩序、つまり「存在の枠組み」が生まれることであり、自分の人生の意味・目的が明らかになり、自分らしさが回復してくる²⁾ものであると述べている。しかし、スピリチュアルに関する諸概念の定義は共通された定義が示されていない。患者が大切にしている価値観をスピリチュアリティと捉えたとき、それは今までの人生の中で形成されていくものである。疾患の影響によりスピリチュアリティが損なわれることで患者は苦痛を感じる。今回の実習を通して、患者の大事にしている価値が損なわれた時、自身を否定的に捉える患者に対して患者のスピリチュアリティを尊重した関わりを実施したことで患者の行動にどのような影響があったのかを考えていきたい。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 80歳代 女性
2. 診断名：右下葉扁平上皮癌 左主気管支閉塞による無気肺 縦隔リンパ節転移
3. 患者背景
 - 1) 現病歴

X-2～3年前より坂道を上る際などの労作時に呼吸困難の症状があった。X年特定健診を受けた際の胸部レントゲンで右下葉に異常影を認め、精査目的でComputed Tomography (CT)実施し右下葉扁平上皮癌 cT4N2M0: StageⅢBの診断を受けた。体力低下で動けなくなることを懸念し、手術療法は選択せず、化学療法のための治療を選択した。CBDCA+PTX+Pembrolizumab療法による治療を実施するも、嘔気の副作用が強く1回で終了した。Pembrolizumab単剤療法を16コース実施し、腫瘍は縮小したが、気管分岐下の腫瘍の増大があり、CBDCA+naPTX療法へ変更し2コース実施するも皮疹が出現し中止となった。CBDCA+GEM療法を1コース実施後も皮疹が出現し、CBDCAによるアレルギー症状と判断され、GEM単剤療法に変更となった。X+3年に縦隔のリンパ節転移が増大し、左主気管支を閉塞したことによる呼吸困難で緊急入院となった。CT上、腫瘍の増大と左主気管支閉塞による無気肺も指摘され治療効果が乏しくBest Supportive Care(BSC)の方針となった。

2) 受け持つまでの経過

A氏は肺癌になるまで大きな既往歴はなく過ごしていた。肺癌による労作時呼吸困難の症状はあったが、その他の苦痛症状の訴えはなかった。肺癌に罹患後は、化学療法を実施しながら、自宅で生活していた。自宅は2階建ての一軒家で、A氏は1人で生活していた。身の回りのことは全て自分で実施していた。生活の場は1階だが、洗濯物は2階に干し、階段昇降も実施していた。援助をうけることができる身内が近くにいないため、治療開始後に在宅サービスについて提案されたが「他人が家に入るのが嫌」との訴えがあり、導入には至らなかった。症状が悪化してから

は、隣人の助けを得て生活していた。隣人との関係は良好で、患者の日常生活の支えとなっており、患者自身も頼りにしていた。

呼吸困難で救急搬送後、症状緩和のため医療用麻薬の使用を医師より提案された。A氏は「薬を使うことは怖い。麻薬って聞くとそれだけで怖い。苦しさはとって欲しいけど、意識が朦朧とするような状態になるのは嫌ね。便秘するのも嫌」との発言があり、麻薬の使用を拒否した。そのため呼吸困難の緩和目的にデクスメデトミジン塩酸塩(プレセデックス®)の持続投与を開始し、呼吸困難の症状は軽減した。労作時の呼吸困難があるため、膀胱留置カテーテルが挿入され、A氏はベッド上で日常生活を過ごしていた。食事は、A氏が希望するギャッチアップ角度、体位に調整した上で自ら摂取していた。口腔ケアもセッティングすれば自らのタイミングで実施しており、セッティングの希望などは自ら医療者に伝えることができていた。入院後、A氏からは介助してもらうことが多くなったことに対して「こんなに何も出来なくなってしまって、ダメね」という発言も聞かれていた。A氏は入院時に車椅子に乗ることを希望していたが、少し動いただけでも症状の増悪があり、移動できる状態ではなかった。呼吸困難の他にA氏は入院後、不眠の症状があることを訴えていた。看護師訪室時は入眠している様子もあったが、熟眠感を得られていない様子がみられた。トラゾドン塩酸塩を使用していたが、熟眠感は得られず、「こんなに寝なくて、人って大丈夫なのかしら」との発言も聞かれていた。

治療に関しては、医師より放射線治療や内服化学療法についても提示されたが、希望せずBSCの方針となった。医師より緩和ケア病棟への転入を打診され、本人の希望もあり、緩和ケア病棟へ転棟することになった。受け持ちを開始したのは、A氏が緩和ケア病棟に転入し約1週間経過した時期であった。A氏はベッドの角度や室温などに対して強い意向があった。体位に関しては呼吸困難軽減のためファースト位をとっていた。長時間同一体位をとっていたため、ズレもあったが、その際には自ら体位を調整していた。A氏自身から思いや要望を表出する様子はあまり見られていなかったが、嫌なことははっきり表出されていた。病棟看護師からは、穏やかできちりした人であると認識されていた。

3) 家族背景

50歳代で結婚するまで、A氏は1人で生活していた。夫は9歳年下で、A氏は「初めて頼れる人」と話していた。結婚後に夫の肝臓が悪いことが分かり、約20年の結婚生活の後、A氏が70歳代で死別した。他に姉と妹がいるが、姉は高齢で頼ることができず、妹も支援を得るのは難しい状況であった。頼れる身内がないため、行政書士と任意後見人契約を結んでいた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、今回の入院までは化学療法を受けながらも1人で生活していた。治療生活の中で苦痛が強い時もあったと予測されるが、A氏は社会サービスを利用することなく自宅で生活していた。入院後も、他者の介入が多くなることに対して自尊心の低下を伺わせるような発言が聞かれており、他者に迷惑をかけずに生活することがA氏にとって大切な価値を持っていたのではないかと考えられる。今回の入院で呼吸困難の増悪があり、自宅での生活は難しい状況となった。また、膀胱留置カテーテルの挿入や薬剤の持続投与により、トイレへの移動や清潔動作など患者の日常生活動作(ADL)は大幅に制限されることになった。人に迷惑をかけないように生活してきた患者にとって、他者から援助を受けるようになったことは自尊心の低下や自己否定感を抱くきっかけになった可能性が

ある。また、自分でできることが少なくなることは、A氏にとって自律度や自由度が低下することにも繋がっていた可能性がある。肺癌による呼吸困難は患者が疾患になり、長く付き合ってきた症状であり、生活の中で症状が増悪しないよう自らコントロールしていたと考えられる。入院後にベッドの角度や枕の位置を自ら調整していることから、その傾向があるのではないかと推測される。自宅と違う環境の中で、自らの力で症状をコントロールするために、極力動かず刺激を少なくすることがA氏にとって自身のコントロール感を保つ方法だったとも考えられる。看護師が患者に援助を申し出ることも、A氏にとってはできない自分を再確認することになり、苦痛を感じている可能性があった。A氏の持てる力を尊重しながら、A氏が自尊心の低下や自己否定感を軽減できるように関わっていくことが必要である。

A氏は、右肺癌、左主気管支閉塞、左無気肺、縦隔リンパ節浸潤があり、右肺のみで呼吸運動を担っていたため、身体的苦痛として呼吸困難があった。喫煙歴もあったことから、肺の過膨張による気流制限があったと考えられる。また、今まで実施できていたことができなくなることによる自己肯定感や自尊心の低下に加え、BSCを伝えられたことで今後に対する死への恐怖を要因としたスピリチュアルペインが存在していると考えられる。A氏が自分自身を否定的に捉え、自尊心が低下している様子から、自律性の喪失が強い苦痛になっている可能性がある。A氏の苦痛を把握し、A氏自身で実践できることを検討することで、自己効力感の維持となり、スピリチュアルペインが緩和すると考えられる。

2. 看護上の問題

■今まで実施できていたことができなくなることで、他者の援助が必要となり患者のスピリチュアリティが低下し苦痛を感じている状態である

3. 看護目標

- 1) 患者が不安に思っている事柄を表出することができる
- 2) 患者が実施できることを患者とともに考える
- 3) 患者が選択できる部分は選択してもらえようように介入する

4. 看護の実際

患者自身が自分の思いをあまり表出しないという事前情報から、コミュニケーションをとることが患者の負担にならないよう、最初は介入を短時間で実施することを心がけた。1時間おきに訪室し、日常会話を織り交ぜてコミュニケーションをとり、患者の反応や苦痛症状を確認することで、患者を気にかけている姿勢を示した。患者に現在の症状を聞く中で「こんなダメ患者で」、「何もできなくなっちゃってね、本当にダメね」という発言が聞かれた。その発言をした際に、A氏は悲しげな表情を浮かべており、看護師はこれ以上踏み込んで欲しくない雰囲気を感じた。そのため、A氏の発言の真意を確認することができなかったが、その発言が出るたびに、そんなことはないという患者を肯定するような言葉を伝えた。また、A氏が苦しさや辛さを表出してくださることで、医療者も一緒に苦痛を軽減する方法を考えられるため、感じていることを教えて欲しいことを伝えた。そしてその思いを伝え続けた。呼吸困難が出現した際には、患者の症状が落ち着くまで傍に付き添い、要望に合わせてさすったりすることで、患者が苦痛に1人で耐える時間が軽減できるよう関わった。

また、患者の苦痛の閾値を高める方法を検討した。入浴によるリラックス効果を狙い、機会浴を実施した。A氏は呼吸困難があるため、機会浴を選択し、患者の体に負担にならないよう患者の希望を確認しながら長時間の利用を避けることを考慮した。機会浴実施の際には「こんな風に寝て入

れるのがあるのね」と機械浴に対して良好な反応が見られた。自宅では呼吸困難が増悪するため、シャワーを短時間で済ませていたとのことであった。今回の機械浴終了後も、疲労感が強く、入浴することでの苦痛の方が強い印象であった。アロマセラピーもセラピストにより実施され、自らオレンジの香りを選択し、「気持ち良かったわ」とリラックスされた様子であった。散歩に関しては促したが、希望されず室内のカーテンを開け、庭をみることを希望された。維持輸液終了に伴い、下肢に確保されていた末梢ルート抜去の際に足浴を促した際には、希望され、「こんなこともしてくれるのね、こういう風にしてもらったのは初めて」との発言が聞かれ、穏やかな表情で入眠される様子が見られた。

A氏は自宅に帰るためには、1人で生活できることを必須条件と認識していたため、ベッド上臥床して過ごすのではなく、車椅子に乗ることを希望されていた。下肢の末梢ルートが抜去されたことでリハビリが実施可能か医師に確認し、介入を開始した。リハビリが開始になったのは、受け持ち2週目だったが、A氏はリハビリ終了後「このまま車椅子に座れて歩けたりしちゃうのかしらね。そしたら家に帰りたいわ。何をするってわけでは無いんだけどね」と笑顔で穏やかに話され、明日もリハビリがあるのか気にされ、前向きに取り組む様子が見られた。

呼吸困難はプレセデックス[®]開始後は軽減していたが、経時的に増強していった。受け持ち1週目には、A氏は呼吸困難を強く訴えるようになり、プレセデックス[®]や酸素投与量を増量するも症状は改善しなかった。酸素化不良はなく、医療用麻薬の使用の必要性が示唆された。A氏は医療用麻薬の使用を拒否していた経緯があったが、理由としては便秘や意識レベルの低下を懸念していた。病棟看護師、医師、薬剤師がそれぞれの立場で麻薬導入の意義を説明し、A氏の苦痛を軽減していきたいと思っていることを伝えた。A氏の意味を確認すると「苦しさがとれるなら」と麻薬の内服に同意された。頓用にてモルヒネ塩酸塩水和物(オプソ[®])10mg/回が開始となり、複数内服した時点で呼吸困難は軽減した。

受け持ち2週目には、呼吸困難が増悪し、オプソ[®]を10mg/回から20mg/回へ増量した。病状精査のためにCTを実施し、左肺の胸水貯留と縦隔リンパ節への転移が確認された。オプソ[®]増量後は一時的に症状が改善したが、再度苦痛症状が出現したため、モルヒネ(10mg/10ml)を0.15ml/Hで持続皮下注射で使用開始した。A氏は苦悶様の表情が継続しており、モルヒネのみでは緩和が難しい治療抵抗性の苦痛と医師が判断し、ミダゾラム10mg+生食50mlを3ml/Hで開始し苦痛緩和に至った。オプソ[®]増量後に症状が落ち着いた際、患者は「家に帰れたらいい」、「家の片付けがしたい」と今の思いを話してくれた。また「1人でいると色んなことを考えちゃう。今までのこととか。夫が死んで、1人で過ごしてきたでしょ。1人で好きな物食べたり、好き勝手過ごしてきたの。それが悪かったのかなって、それで病気になるっちゃったのかなって。今までのこと思い出しちゃう」、「すごく苦しくてね、先生にもうこんなに苦しいなら殺してください。とかすごいこと言ったりしちゃったんですよね」など、呼吸困難が落ち着いている際にA氏の思いを表出してくれた。A氏からの言葉を傾聴し、A氏のその思いを病棟看護師と共有した。A氏が自宅に帰ることは難しいため、病棟看護師とともにA氏ができることを考え介入していく方針とした。その後も今までの経緯などをA氏から話してくれるようになった。A氏は呼吸困難が増悪し、モルヒネ開始翌日に亡くなった。

Ⅲ. 考察

入院前より呼吸困難の症状は抱えていたが、今回の入院での身体的苦痛は強く、現在は症状が落ち着いていても、また同じような苦しさが再燃するかもしれないという恐怖感を抱えていた可能性があ

る。膀胱留置カテーテルの挿入などでベッドから動かずに過ごしていた。少しの労作でも呼吸困難が増悪する可能性があり、活動性が低下していくことは今まで全てのことを自ら実施していたA氏にとって、受け入れがたい選択であったと考える。一方で、A氏は、肺癌に対して今までその症状と向き合い、生活の中で症状をコントロールしようと生活を工夫してきた。今回の入院でA氏は今までに体験したことのない苦痛に襲われた。そのため、ベッド上で安静にするという選択は呼吸困難の軽減、増悪予防の症状コントロールのために敢えて選択していたとも考えられた。高齢がん患者は、経験の中から無理できない範囲を体得し、よいと思う方法を探り、方略を見出していくことができる³⁾と言われている。A氏も今までの呼吸困難の経験を踏まえた症状への方略を実践していたとも考えられる。

A氏は「こんなにお世話になっちゃって」、「本当にダメ患者だから」と発言していたり、思いや希望の表出が少なかったりした。A氏は、1人で過ごしてきた期間が長く、他者に迷惑をかけないように生活することで、セルフケアや自立・自律性を維持してきた。それがA氏の持つ大切な価値観であり、スピリチュアリティであったと考える。A氏にとって、自分の望む様に生活し、他者に迷惑をかけずに生活してきたという自負は崩れ「できなくなること」が増える中で、自分自身のあり方を問われていると感じていた可能性がある。田村らは、患者は様々なできなくなることを体験する。何をすることも人の助けが必要で、生きることを誰かに依存することは、全ての行為と意思が人に知られ、他者にさらされることである。それは患者にとって自己の存在は無力で無価値なものとして、負担や迷惑として表出される⁴⁾と述べている。病状は今後も悪化していくため、A氏の実施できなくなることが増えていくことが予測された。今回の入院で、病状の進行によりADLが制限されることは、A氏のスピリチュアリティが低下し自尊心の低下に繋がったと考える。これはスピリチュアルペインの中の自律性の喪失が大きく関係していると考えられる。それが、医療者に対して、自分の思いを表出せずに、自らで対応するという行動に繋がっていたのではないかと考えられる。

A氏への関わりの中で、A氏は自分自身のことを否定的に捉えていた。その原因として、A氏の発言から、病気になったのは自らの生活習慣に問題があるため、自分の責任であるという自責の念に駆られていること、自分自身で実施できなくなることが増えることにより自尊感情の低下を招いていたことが考えられた。A氏が否定的に捉えている表現に対して、A氏の自尊感情低下の原因を聞き、A氏が実施できること、選択できることを一緒に考え、A氏の発言を常に肯定的な表現に変換して伝えたことが、A氏のスピリチュアルペインを軽減することに繋がったのではないかと考える。自分のことは自分で決定し、行動するという今までA氏が持っていた価値観を、他者に頼ることを選択し、他者に頼りながらも自分でできることは実施するという新たな価値観として再構築できるように働きかけたことが、A氏が他者に思いを表出するきっかけになったのではないかと考えられる。

A氏が思いを表出できた要因として、医療用麻薬を使用開始したことにより身体的苦痛が軽減され、精神的苦痛に目が向くようになったこと、1週目の関わりの中で話してもよいとA氏が感じることでできたことが考えられる。1週目の関わりの中で、患者の苦痛を理解しようと苦痛症状について共有し、日々の変化をA氏と共に確認した。また、薬物療法だけではなく、患者がリラックスできる方法がないかを検討し、足浴等を実施した。呼吸困難を訴える際には症状が落ち着くまで寄り添った。さらに、車椅子に乗りたいと話していたA氏の希望を叶えられるようにリハビリ介入を導入した。このようなケアがA氏に安心感を与え、会話の積み重ねから信頼関係を築くことに繋がったと考えられる。患者の否定的な発言に対しても、A氏が辛い内容も含めて、思いを話してくれることが嬉しいことを常に伝え続けた。それにより、A氏は他者から支援を受けることが迷惑ではないと肯定的に受け取ることに繋がったのではないかと考えられる。

おわりに

患者は、病気になるまで様々な経験を通して価値観を養っていく。価値観は目に見えるものではないが、患者の考えや思いに大きな影響を及ぼしているものである。患者の今までの人生を考え、大切にしているものを知ることで、患者にとって何が最善なのかを考えていくことができる。その最善を理解することで患者にとっての苦痛を軽減していくことに繋がっていく。また、1人ではなくチームで患者のスピリチュアリティを共有することで統一した対応を実施することにもつながる。今回の事例を通して、患者のスピリチュアリティを理解し、患者の心に近づくことで患者の苦痛緩和に繋がっていくのだと学ぶことができた。

私は、小児病院に勤務しているため、対象となる患者は、様々な経験を通して価値観を形成している途中である。スピリチュアリティは、スピリチュアルな経験を通して感じるものであり、患者の意思や思いが医療者や家族の意向にすり替わらないように、対応は注意が必要だと感じた。今回の事例を通して、医療者や家族の価値観に左右されないように、患者が本当に望んでいることを患者の全体像を通して考えていけるように関わっていくことが重要だと感じた。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、受け持ちを受け入れてくださり、多くのことを学ばせていただいた患者様、ご多忙中ご指導いただきました指導者様、スタッフの皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会. “「WHOによる緩和ケアの定義(2002)」定訳”. 特定非営利活動法人 日本緩和ケア医療学会. 2019.
<https://www.jspm.ne.jp/information/WHO/index.html>, (参照 2025-2-28)
- 2) 窪寺俊之. <特集>スピリチュアリティと幸福>自己喪失とスピリチュアリティ:自己を求めて. 先端社会研究. 2006. (4), 5 - 23.
- 3) 川村三希子, 小島悦子. 在宅療養中の高齢がん患者のがん疼痛の体験と方略. 日本がん看護学会誌. 2021, 35(1), 20 - 28.
- 4) 村田久行. “第1章スピリチュアルペインの概念”. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 田村恵子, 河正子, 森田達也. 第2版, 東京, 青海社, 2020, 9 - 10.

参考文献

- 1) 重久加代子. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践に影響する要因の分析. 国際医療福祉大学学会誌. 2012, 17(1), 19 - 29.
- 2) 橋本晴美ほか. 「がん患者の呼吸困難感」の概念分析. 日本看護研究会雑誌. 2017, 40(1), 45-56.
- 3) 住谷ゆかり. 入院生活を送る後期高齢者の「援助を受ける体験」 - 看護援助に焦点をあてて -. 日本看護研究会雑誌. 2014, 37(1), 83 - 93.
- 4) 宇都宮宏子. 患者は自らの人生を生き切る力をもっている～患者の思いを引き出す5つのステップ～. がん看護. 2011, 16(4), 471 - 475.
- 5) 白鳥孝子. 日本の医療現場における《患者－看護師》関係の特性－ケアリングの視点から－. 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要. 2003, 4, 368 - 379.

- 6) 小野聡子. 看護師との関わりを通して得た患者のケアリング体験. 日本看護倫理学会誌. 2023, 15(1), 31 - 39.
- 7) 古村和恵. 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケアー遺族への質的調査からの示唆一. Palliative Care Research. 2012, 7(1), 142 - 148.
- 8) 池内朋子ほか. 対人関係における高齢者の「迷惑をかけたくない」思い：文献研究による検討. 応用老年学. 2022, 16(1), 89 - 98.

はじめに

人間は、自分自身にこだわりを持ち生き、一貫した自分を維持しようとするニーズを持っている。しかし、「がん」に罹患したことで身体だけが変化するのではなく、心理的側面や社会的側面までもが大きく影響を受け、危機的な状況に至る。また、終末期患者においては、身体機能の低下に伴い、日常生活でそれまでできたことができなくなっていくことを実感するようになる。そして疾患が進行するにつれて最期まで自分らしさを保ち、残された時間を安楽に過ごすことが困難な状況となっていく。看護師として、患者が変化する自身の身体を受け入れ、その人らしく残された時間を過ごせるように支援していくことが重要であると考えます。

今回受け持たせていただいたA氏は美に対する意識が高い患者であった。美とは、好むと好まざるとにかかわらず、いつもつきつけられている課題であり、向き合わなくてはならない課題であると言われている。どのように美をとらえ、どのような価値を置くのかによって人の美にする行動は変わってくる。人が何をもって対象を美しいとするかの判断は主観的なものであり、その基準は社会背景や経験に基づき、価値判断は人によって様々である。今回の事例から、これまで生きてきた過程からくる価値観とともに尊重する関わりを学んだため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者: A氏 80歳代 女性
2. 診断名: 胃癌 StageⅣ、腹膜播種
3. 患者背景

1) 現病歴

X年1月ごろより食欲不振、胃痛にて近医を受診され、その後経過観察をしたが症状改善なく、その後内視鏡にて胃角から体部にかけて広汎な4型腫瘍を認め前医を受診した。狭窄はないもののスキルス所見で病理は非充実型低分化腺癌であった。本人は治療の希望がなく best supportive care(BSC)の方針となった。主訴として食欲不振、疼痛、便秘はあるが、Active of Daily Living(ADL)は自立している。病勢が急速に進行していること、独居であることからホスピスでの緩和治療を医師より勧められた。9月から往診を導入したが独居であり、体力も低下してきたため本人の希望で11月にホスピス病棟へ入院となる。

2) 受け持つまでの経過

A氏はX年1月ごろより食欲不振があり、精査の結果、胃癌と診断された。予後などを考え、自分で治療しないことを選択した。食べる意欲はあるが、癌の進行により胃壁は肥厚し、胃の蠕動運動が障害され、胃の容量がほとんどない状態で、固形物を食べると悪心・嘔吐が出現していた。A氏を受け持ったのは入院翌日からであった。数ヵ月間、食事摂取後の嘔吐を繰り返していたが、嘔吐は食事後のみでなく、夜中に突然嘔吐することもあり、規則性はなかった。食事摂取量も低下し、診断時から体重は約9kg減少していた。在宅療養期間に往診医が導入されており、体調管理を主に担っていた。往診医から便秘薬、制吐剤、鎮痛薬が処方されていたが、薬剤が多量であり、自身の裁量で内服している状況であった。入院前から軽度の心窩部痛があり、胃癌の腫

瘍による圧迫、臓器被膜の伸展からくる押されるような内臓痛がみられたが、フェントステープ®0.5 mgを貼付し自制内であった。また、A氏はホスピスへの入棟前に自宅アパートを引き払ってから入棟しており、「もうここ（ホスピス）以外に行くところがないのよ」と話されていた。胃癌と診断され、ホスピスへ来ることを決めたときの思いを聞くと、「去年、夫を看取ってやっと自由になれたと思った。自由な時間が一年って短かったわ。でもいろんなことがわかるうちでよかった。体もしんどくなってきたから、ここに入れてよかった」と思いを語っていた。

3) 家族背景

A氏の夫は昨年他界した。夫は長年認知症を患っており、A氏は約7年間夫の介護をした。この夫は二番目の夫であり、息子は一番目の夫との子供である。最期の1年は、これまで息子を実の子供のように受け入れ育ててくれた夫のためと思い、夫の地元へ引っ越してきた。息子は10年前に心疾患により他界しており、息子の嫁と孫3人は遠方に住んでいる。孫に会いたい気持ちもあるが、会うには至っておらず、7年ほど会えていない。キーパーソンは夫の弟の嫁の間柄である義妹である。これまで疎遠であったが、夫が他界したことをきっかけに会うようになり、入院前は昼食をともにするなどしていた。医師からの説明の際に同席し、入院中の買い物や外出を手伝っている。

4) 社会背景

A氏は岐阜で生まれ、夫の転勤で東京に来た。結婚・出産を経験しながらも、百貨店で外資系化粧品の美容部員として向上心を持ち、やりがいを感じながら定年まで働いた。化粧品が好きで美容部員となった。「昔は〇〇(A氏の勤務していたブランド)が百貨店に入っていることがステータスだったのよ。」というほど、仕事と働く自分に誇りを持っていた。そして、薄くなった髪の毛を隠すために髪をかぶって入院されるほど、年を召されても容姿に気を使われていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の身体的な苦痛症状は悪心、嘔吐と便秘、悪液質による倦怠感であった。体重減少率は20%、Body Mass Index (BMI)はおおよそ15である。著名な体重減少と筋肉量の低下から、腫瘍によるがん悪液質の状態であると考えられた。がん終末期における悪液質はタンパク質の分解促進、タンパク質の合成低下により筋肉量が低下し、Cori cycleの亢進によりエネルギー消費は増加する。これらにより慢性的な倦怠感が持続し、今後も改善は難しいと予測された。倦怠感や筋肉量の低下により活動量は低下していたが、A氏のADLは概ね自立できており、Palliative Prognostic Index (PPI)で4.5点、予後予測は週単位であるがPerformance Status (PS)も保たれていた。悪心と嘔吐は日中にポララミン®、入院後に夜間にハロペリドールを皮下投与することで軽減し、嘔吐回数は減少し、入院前よりは食事摂取もできていた。もともと便秘であったようだが、腹膜播種や腹水により腸の蠕動運動が障害された結果、さらに便秘が生じていた。入院後は緩下剤の調整で不快なく排便が一時的には得られたものの、今後の病期を想定すると十分とは言えず、排便のコントロールについて介入が必要と考えられた。

A氏は胃癌発病後、療養に関する決定を自身で行っており、ホスピスへの入棟も自身で希望し決定させた。入院後も自宅と変わらぬ日常生活を送り、看護師の介助は求めず自ら洗濯や入浴を行っており、自立心は高いと考えられた。そして常に身だしなみを整え、容姿に気を使っていたこと

や、日焼けを気にして散歩をしないということからも、A氏の中で見た目の美しさやこれまでの生活を維持することは人生において大きな比重を占めていたことがわかる。ホスピス入棟後も、入浴後は欠かさず化粧水を塗ってお化粧をし、口紅を塗る習慣を維持することや、レンタル寝衣は着用せず、明るい色のパジャマを数種類持参し着用するなど、その価値観は生活全般に及んだ。このような価値観を持っていたが、胃癌によって悪心、食欲減退、悪液質により体重の減少、筋肉量の減少が起こった。そして急激な体重減少のため皮下脂肪が減少したことにより、頬の位置が下がり、皺が目立ち、脱毛、体の骨が浮き出るなど大きな外見の変化があった。その変化を他者に見られることに拒否的であり、病室外へ出るときや、入浴後もマスクを外さず、忘れてしまったときは「痩せて変わった顔を人様に見られたくない」と言って部屋にマスクを取りに帰ったこともあった。A氏は自然な老化による変化については話さないが、胃癌による急激な変化については「がんになると痩せるって誰も教えてくれなかった」「どちらかというと若くみられる方よ。こんなに頬が垂れちゃって。そのせいで皺が目立つの」などと話していた。これらの発言から、A氏にとって外見の美しさやそれに付随した行動は、長年の人生の中で培われた価値観であり、その価値観をホスピスでも維持することがA氏の存在や生きてきた過程の承認につながると考える。

また、「浣腸なんて冗談じゃない。絶対に嫌です」と強い自尊心もあり、外見の美しさを求めるだけではなくなかった。A氏の美的判断は、外見だけでなく生活動作にも存在し、その美的価値がすべての行為の理由にもなっていると考えられた。これまで美容部員として働き、職業がもつ美的価値として、年齢より若く見え、そのために努力することが重要であった。胃癌に罹患したことは、年齢を積み重ねながらも培ってきた美しさの努力の喪失と、美容部員として培ってきた過去の時間の喪失につながっている。A氏のこれまでの人生で大切にしてきた美に対する価値観を肯定し、美的判断をとともに大切にしながら残された時間を過ごせるように支援する必要がある。

2. 看護上の問題

#胃癌、腹膜播種による嘔吐、悪液質からくる食欲不振と体重減少によってこれまで大切にしてきたボディイメージが変化し美的価値が維持できない状態

3. 看護目標

ボディイメージの変化という苦悩を抱えながらも自身がもつ美的判断を大切にしながら生きることができる

4. 看護の実際

A氏と初めて対面した時は、髪をかぶり身ぎれいな装いで入院され、外資系化粧品的美容部員をされていたという点から、容姿に対する意識が高く、外見に気を遣われている方であることが想像された。看護師から下剤の内服の調整の提案をされ、納得できないと「もう一日様子をみたい」

「今日は吐いたからできれば薬はやめたい」など自分の意向をはっきり述べられる性格であった。かつては専業主婦となる女性が大半であった時代に職に就き、定年まで化粧品に携わる仕事をされ、自立心の強い女性でもあった。また、A氏自らが一番楽しかった時間について、東京で働いていたとき、と話されており、「銀座で買い物をしたあとに、休憩した時に飲んだココアがおいしかったの。あなたにも行ってほしかったわ、でもたぶんもうないの」など過去を懐かしみ、東京在住である研修生に共感を求めるような発言もみられた。共通点があることは、相手とよい関係を築くための糸口になると考え、A氏の生きてきた過程を知りたいという気持ちをもって接した。そして時には地名や名所など華やかな時代の東京について伺い、A氏にとっての楽しい過去の時間を想起するような会話を心掛けた。

A氏の主訴は便秘、食欲不振、嘔吐であった。また、かねてから便秘であったが、胃癌の腹膜播種転移及び腹水が貯留することによって腸の蠕動運動は障害され、さらなる便秘を引き起こしていた。食事摂取量の低下もあり、排便の頻度は週に一回であった。自宅では主にマグミット®とピコスルファートナトリウム®で調整していたが、内服薬の種類も多く、自身では薬剤を調整しきれていない背景があった。入院時に浣腸に対する強い拒否があり、浣腸を施行することは困難であると想定された。しかし、Computed Tomography (CT) 検査上では、横行結腸から下行結腸にかけての便貯留が見られ定期的な緩下剤の内服が必要とされていた。緩下剤での調整とともに、タッチングによる安楽と癒やしの効果を狙って腹部マッサージを実施した。不快感なく実施したことで、実施後に排ガスが得られたこともあった。当初はピコスルファートナトリウム®で調整し、排便が得られていたが、数日排便がなく、座薬もしくは浣腸の使用が必要な状況となった。一般に、初回の座薬使用では看護師が挿入することが多いが、浣腸を拒否し羞恥心も強いA氏が受け入れてくれるとは思えなかった。座薬について話をするとA氏は自分でやりたいと希望された。しかし不安もあるため丁寧に説明し、挿入できるまでドア前で待機した。きめ細やかにフォローしながら行うことで羞恥心を最小限にし、苦痛なく実施することができた。A氏からは「こんなに快適に便が出たのは何年ぶりかしら。あなたのおかげよ」という肯定的な反応があった。また、ある時会話の途中でA氏が便意を感じられたことがあった。A氏から「トイレに行きたいから、しばらくしてからまた来てもらえる？」と提案があった。30分後に訪室すると窓を全開に開放されていたことがあり、臭気による不快感を他者に生じさせることの嫌悪感も強かった。訪室してトイレに入られていたときは時間を改めて訪室することを徹底し、排便についての薬剤調整についても効果が発言するタイミングが面会と重複しないように主治医とも連携し、病棟看護師とも情報共有を行った。

痩せて変わってしまった顔をみられたくないとするA氏の気持ちを尊重し、会話をするときは正面には座らず横に座ることを看護計画に取り入れた。また、日々変わる寝衣や、お化粧の微細な部分への質問など、A氏がこだわりをもって日々を過ごされていることについて承認するような関わりを続けた。少しずつ日常生活動作ができなくなってくる中で立ち上がりが困難となっていることや、ランドリーでの洗濯、入浴時に易疲労感を感じているA氏が散見されるようになった。A氏の人に痩せた体を見られたくないという気持ちを尊重し、転倒には注意してほしいこと、入浴時にはカーテンを開けずに声をかけるにとどめ、自立を助けるため届かないところを手伝うなど、自尊心が低下しないような関わりを心掛けた。また、A氏は音楽も好まれており、病棟では不定期にボランティアの演奏会が開催されていた。A氏へ情報提供を行ったところ「あなたも一緒に来ない？一人で聞いても感想を言い合う相手がいないんじゃない？」と話された。そのマンダリンの演奏を気に入られ「きれいな音色で癒やされた」それ以後も気になった演奏会に参加し、気分転換活動に参加するようになった。また、関係を積み重ねていくうちに「結婚はしているの？」「2回結婚した私がアドバイスできることがあるとしたら、顔で選ぶのもいいし、心の深さで選ぶのもいいわよ。私はそうしたの。失敗してももう一回すればいいから一度はしてみたら？でもこれだけ立派な仕事しているから難しいのね、きっと」など研修生への質問や過去の自身の生き方、働き方についての話題も増え、関係性が築かれていることを実感した。そして、A氏自身の過去の話となったときは聞き役に努め、その生き方を傾聴するように心掛けた。このようなA氏らしさや生きてきた過程、価値観の共有を病棟でのカンファレンスの議題として提案した。今後のA氏の全身状態が悪化し意思決定が困難となった場合でも、関わるスタッフがA氏の価値観を大切にしていけるよう、価値観をエピソードと関連して共有し、継続看護につなげることができた。

Ⅲ. 考察

終末期にある患者にとって、第一に優先されるべきは身体的苦痛の緩和である。終末期にある患者にとっての心の安寧は、身体的苦痛があつては成り立たない。A氏は約40年間便秘に悩まされており、がんになったことでより一層悪化していた。排泄は、マズローの欲求のうち生理的欲求に該当する。排泄は生命維持に不可欠であるが、排便、排尿ともに非常に羞恥心を伴う個別的な要素の多い行為であり、排泄がうまくいくかどうかについては病状、排泄の環境、排泄の自立度などで異なると言われている。¹⁾ また、排泄は人の羞恥心や、自尊感情に大きく影響しており、生きる意欲にも深く関係している。実際に、A氏の排泄に対する価値観を理解した上で、座薬の使用が実施できたことはA氏にとって不快のない体験となった。その後の反応から、A氏の価値観を尊重したケアを提供でき、生理的なニーズも満たすことができたと考える。排泄に関して援助を受けることにより羞恥心の低下や自尊感情の低下、喪失感、自己コントロール感の低下など様々な苦悩を生じる一方で、排泄の成功体験によって尊厳を保った生き方ができ、精神的な安寧を得、他者に自分の価値観を尊重してもらっていると感じることに繋がった。A氏がホスピス病棟を新たな日常生活の場として受け入れ「居心地のよい場所」と発言でき、新たな日常の場と認識することができたのは、身体的な苦痛が緩和され、日常生活援助が適切に行われていた結果であるといえる。

メイヤロフはケアの本質について、誰かをケアするためには、私は多くのことを知る必要がある。たとえば、その人がどんな人なのか、その人の力や限界はどれくらいなのか、その人の求めていることは何か、その人の成長のたすけになることは一体何かなどを知らねばならない²⁾と述べている。入院時からA氏がどのような価値観をもち、どのように生きてきたのかを知ろうとしたことで、「疾患があつてもできる限り外見の美しさを大切に、保つために行動したい」とするA氏の価値観に気付くことができた。重要なのはA氏にとっての変化の意味は、解剖学的・生理学的変化とは必ずしも一致せず、その基準はどのようなことに価値をおいているかであり、自己価値が大きく影響しているといえる。A氏の場合は体重減少による皮下脂肪の低下による顔貌の変化、および全身の痩せと骨突出についての苦悩が強く、もともとの羞恥心も相まって、変わってしまった姿を見られたくないという思いが強かった。その思いはA氏がこれまで生きてきた結果であり、人生の中で大きく時間と価値を占めていた美容部員という仕事に起因するものであった。そしてその美的判断は外見だけに留まらず、日常生活の判断基準にもなっていた。その価値判断を理解し支援することは、これまで自立した人間として生きてきたA氏の価値観の尊重であつたと考える。患者が自分らしくありたい、自分が思い願うように残りの人生を生きていきたいと思うとき、患者の願いを実現させるためには必要なニーズを満たし、自分のアイデンティティを理解してもらえ、価値観をともに大切にしてもらっていると感じることが重要となる。相手の言葉にじっくりと耳を傾け、肯定的な感情だけでなく、否定的な感情の表出も助け、それを受容する。終末期高齢がん患者のその人らしさを支える看護実践において、『その人らしい生活を支え続ける』と『その人の生き様を受け止める』の両方向³⁾から行う必要がある。美的判断を踏まえた日常生活支援、これまで生きてきた過程の承認によってその双方が実施された。

しかしながらそれほどまでA氏が大切にしてきたボディイメージの喪失体験に対して、悲嘆反応である絶望感や否認するような発言は聞かれなかった。「こんなに変わってしまった」や「日に日に皺が深くなってきている気がする」などの発言が多く聞かれていた。ボディイメージについて、変容があつたが混乱はなかったと言える。どのような悲嘆の過程を経てきたのか本人の思いについてもう少

し詳細に確認する必要があった。本人の思いを聞き、話し合い、孤独感や悲壮感などのネガティブな反応があればケアとして介入する必要があったと振り返る。また、本人の思いを聞くだけでなく、医師や他の看護師など多職種からも情報を得る方法もあったと考える。

おわりに

看護師は、自立した生活を続けたいその人思いに寄り添いながら苦痛の緩和につながる生活動作への援助方法を検討し提案していくことが求められる。それだけでは十分ではなく、患者の揺るぎない価値観を知ることは、患者自身で意思決定が困難な状態になっても自分らしさを保ち、残された時間を安楽に生きることの支援につながる。しかしながら、他人の価値観を一個人である看護師が推し量ることは難しく、私自身も今回の症例を通して患者の価値観やその人らしさを推し量るときに自身の価値観で考えてしまうという傾向に気が付いた。患者の価値観を大切にしたい看護とは、相手を知ろうと関わり続け、否定することなくありのままの相手を受け入れることである。そして、その人らしさや価値観を知るには生きてきた過程を知るとともに、自らの価値観で判断するのではなく、関わっている多職種とも連携を密にしながら様々な視点から患者像や個の価値観というものを形成していくことが重要であり、認定看護師としてのあるべき姿だと考える。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、受け持ちを受け入れてくださり、多くを学ばせていただきました患者さまとご家族、ご多忙中ご指導しました指導者さま、スタッフのみなさまに深く感謝いたします。

引用文献

- 1) メジカルフレンド社. 経年別成人看護学④終末期看護：エンド・オブ・ライフケア. 第2章 終末期における日常生活の支援, 131.
- 2) 柏谷裕子. 日常生活援助から始まる緩和ケア. 看護学雑誌, 2009, 6. ミルトン・メイヤーロフ. ケアの質 生きることの意味. 田村真, 向野宜之訳. ゆみる出版, 1987, 34-35.
- 3) 内田絵美子, 加藤真紀ほか. 終末期高齢がん. 患者のその人らしさを支える看護実践. 老年看護学. Vol27. No1. 2022. 80-87

参考文献

- 1) 佐藤まゆみ. ボディイメージの変化についての理解とケア. 月間ナーシング 24 (2), 2004, 44-47
- 2) 大槻裕美, 阿部恭子. ボディイメージの変容へのケア～手術による乳房の喪失・変形を体験する患者へのかかわり～. がん看護 17 巻6号, 2012, p643-647.
- 3) 小林祐子, 笹川恵美子ほか. 終末期がん患者の自己概念に関する基礎調査～ボディ・イメージ～に焦点をあてて～. 新潟青陵大学紀要, 第4号, 2004,
- 4) 新井範子. 女性にとって美のイメージと意識. 繊消誌 vol. 39 No. 8, 1998,
- 5) 川野雅資. ヒューマンケアリングをめぐる (第1部), 精神科看護 vol150 No6, 2023, p30-36
- 6) 吉川洋子. いまこそケアリング, 日本看護倫理学会, vol. 14, No. 1, 2022, 1-3
- 7) 吉村和恵, 森田達也ほか. 迷惑をかけてつらいと訴える終末期患者への緩和ケア-遺族への質的

- 調査からの示唆-, Palliative Care Research 7(1), 2012, 142-148
- 8) ドミニク・マカイヴァー・ロペス, ベンス・ナナイほか. なぜ美を気にかけるのか; 感性的生活からの哲学入門, 森功次訳. 勁草書房, 2023,

はじめに

国際疼痛学会は痛みを「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験」¹⁾と定義している。このような不快な体験である痛みは、がん患者では病状の進行と共に出現頻度が増加する。また終末期がん患者は、がんによる痛みと共に身体機能の低下に関連した痛みが加わる。身体的苦痛の緩和が不十分な状態が続くと、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を招き、日常生活の問題に波及する。そして日常生活動作(Activities of Daily Living: 以下ADL)が低下すると、様々な場面で他者に自身を委ねることとなり、自律性が危ぶまれる状況に陥りやすくなる。今回受け持った患者は、がんに関連する腰背部痛が生活に影響を及ぼしていた。そのため症状緩和に向けた支援と並行して、患者の思いに触れ自律性を維持して生きるための関わりを行った。その結果苦痛が緩和し、ADLを保持でき、患者の自律性を支えるための支援に繋がったため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者: A氏 70歳代 女性
2. 診断名: 左下葉非小細胞肺癌、右胸膜浸潤、胸腰椎転移
3. 患者背景

1) 現病歴

X年に既往歴のくも膜下出血の定期受診で、左肺の異常陰影を指摘され、前医を受診した。診察の結果、左下葉非小細胞肺癌と診断され手術を受けていた。その後、多発肺転移と縦隔リンパ節再発、右胸膜浸潤のためがん薬物療法を行うが奏功せず、食思不振やPerformance Status(P S)低下のため、本人と家族が承諾した上で積極的治療が中止となった。緩和ケアを中心とした治療に移行した後、腰背部痛が出現し胸腰椎多発骨転移を指摘され、オピオイドの内服が開始された。X+4年10月に、A氏が緩和ケア病棟で症状緩和を優先する治療を受け、最期を過ごすことを希望したため、前医より転院となった。

2) 受け持つまでの経過

A氏を受け持った当初から、腰背部痛は皮膚分節(デルマトーム)の第4~7胸椎の範囲に、突発的な鈍痛として出現していた。腰背部痛に対して、オキシコドン塩酸塩水和物徐放錠(オキシコドン®徐放錠)80 mg/日とジクロフェナクナトリウム経皮吸収型製剤(ジクトル®テープ)150 mg/日を定時で使用し、概ねフェイススケール0~1で経過していた。腰背部痛の前兆はなく、痛みを知覚した直後にフェイススケール4に上昇していた。出現頻度は不定期であり、モルヒネ塩酸塩内用液剤(オプソ®内用液)20 mg/回を服用し、30分程すると鎮痛効果を知覚していた。腰背部痛が出現するとA氏は眉間に皺をよせ表情が硬く、眼光が鋭くなり、呼吸のパターンが不規則になっていた。鎮痛効果が得られるまでは、物音や人が多い場所を好まず、口数が減り、やや前傾姿勢で両手を膝の上で組んでいた。腰背部痛について「いつ痛みが起ころのかかわからないため怖い」との発言があった。前医に入院していた時から夜間せん妄が見られ、アセナピンマレイン酸塩舌下錠(シクレスト®舌下錠)5 mg/日、レンボレキサント製剤(デエビゴ®錠)10 mg/日、ブロナンセ

リン経皮吸収型製剤(ロナセン®テープ)20mg/日を定時で使用していた。夜間につじつまが合わない言動は見られていたが、痛みが睡眠を妨げている発言は聞かれず、毎日6~7時間程度の睡眠が確保できていた。食事については、A氏の上肢機能は保持できているため食事動作は行えていた。しかし、移動動作が関与する排泄や整容、気分転換活動には腰背部の突出痛だけではなく、下肢の筋力低下も影響していた。A氏は頭部が前方に突出し、脊柱が後弯し股関節の屈曲が強まり骨盤が後傾しているため、後方重心となりやすい姿勢であった。受け持つ前日からリハビリテーションが開始していたが、車椅子からのベッドとトイレへの移動動作では、下肢の筋力低下から踏ん張ることが難しい状態にあった。そのため上肢の力だけで体を支え、方向転換時にふらつくことが多かった。食事や排泄以外は臥床しながら、テレビや音楽鑑賞をする姿が頻繁に見られていた。

A氏は、夫の介護生活やA氏自身がくも膜下出血となった経験から「自己の尊厳を守るために生きていきたい」と考えを持っていた。A氏にとって自己の尊厳とは「自分で決め、自分を守ること」「自分の意見と自分の考えを守りたい」と話していた。また入棟時の用紙に「後に残る娘のことが心配」「娘に迷惑をかけたくない」と娘への思いを表出している。カレンダーには娘の面会予定が記載されており、毎日夕方になるとカレンダーを確認する姿が見られ、痛みによる影響で「娘と話す時間がなくなるのが嫌だ」と話していた。面会では穏やかな表情で娘と会話をし、ニュースや日々の出来事や生活史に関する話題が多く聞かれていた。

3) 家族背景

夫と死別後は、50歳代の娘夫婦と20歳代の孫娘と同居していた。家族関係は良好である。娘は片道約1時間かけて電車を乗り継いで、二日に1回程のペースで夕方に面会に来ている。孫娘と娘婿は月に1回程のペースで面会に来ている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の腰背部痛は、左下葉非小細胞肺癌の右胸膜浸潤があることで、肋間神経が刺激を受けた可能性がある。胸腰椎多発骨転移は脊椎変形を招いており、がん悪液質と老年症候群から骨格筋の減少が生じ、支持力も低下していた。そして知覚神経が刺激され、侵害受容性疼痛の内、体性痛を知覚していたと考えられる。腰背部痛が出現し、レスキュー薬の効果を知覚するまでは同一体位でいたため、第4~7胸椎周辺の動きが狭まり、活動も制限されていた。このことにより、筋肉のこわばり、萎縮や関節の拘縮が出現し、新たな不快感や痛みを生じていた可能性がある。痛みの発生の予測が難しいため、A氏が無意識のうちに姿勢や体の動かし方に制限を加えていたことも推察される。これらによって身体活動性が低下し、廃用性筋萎縮が進行した状態になったと考える。この状態が身体活動の制限を増強させ、体力や持久力の低下を生じるという悪循環を招いたと思われる。このように、腰背部痛に伴う身体活動性の低下がA氏の主体的な排泄や整容、気分転換活動などのADLを阻害していた。

病状の進行や腰背部痛、身体活動性の低下に伴う身体機能の変化から、今までできていたことができなくなることで周囲への依存が高まり、自己コントロール感が揺らぎ、様々な喪失体験に直面し、精神的苦痛を生じていたと考える。また「いつ痛みが起きるのかわからないため怖い」と話しており、腰背部痛の前兆や誘発因子の同定が難しいことから、恐怖感が強まっていたと考えられる。レスキュー薬を使用し腰背部痛が軽減しても、再び痛みが発生するのではないかという不安や恐怖

に悩まされ、病気や痛み気持ちにとらわれがちになっていた可能性もある。痛みは集中力を低下させるため他者との会話に影響が及び、症状緩和が不十分な状況が続いている間は不安や恐怖、苛立ちから情緒不安定となりやすく、精神的苦痛をもたらす。そして腰背部痛が出現した際のA氏の反応を踏まえると、痛みがあることで日常生活に支障を来しており、周囲への興味・関心が低下して気分転換を図ることが出来ず、痛みに関心が集中してしまい、精神的苦痛が増強しやすい状態にあったと考える。また不安や恐怖、苛立ち、内向的心理状態、孤独感は疼痛閾値を低下させる因子であり、痛みを感じやすくなるだけでなく、情緒が不安定となり人間関係に影響する。A氏は入院により家族と離れて過ごしているため、孤独感を感じやすい状況にあり、痛みに伴って人間関係が変化した場合には、孤独感が強まり社会的苦痛をもたらすと考える。社会的苦痛には、母としての役割の喪失も関与していると思われる。入棟前の思いや娘との面会に臨むA氏の様子から、限られた時間の中でも母としての役割を果たし、娘との関係性を保っていたいとの思いが感じられる。この思いが痛みにより妨げられることはA氏にとって社会的苦痛となる。社会的苦痛以外にも、娘の心配、孤独感、負担感、申し訳なさから関係性のスピリチュアルペイン、心残りから時間性のスピリチュアルペインが考えられる。自律性のスピリチュアルペインについては、身体機能の低下からADLの介助が必要な状態にあるため、自分のことができない辛さや役割・楽しみの喪失、自分らしさの喪失が関与していると考えられる。A氏は「自己の尊厳」を大切にしているため、その思いが満たされない場合、心の安寧が保てずスピリチュアルペインが生じるとと思われる。このようなことから、腰背部痛に伴う身体的苦痛からADLの低下が生じたことで、精神的、社会的、スピリチュアルに苦痛が波及したと考える。従って、薬物療法による積極的な症状緩和と同時に、非薬物療法を用いて疼痛閾値を上昇させ、鎮痛効果を高める関わりが必要と考えた。A氏の抱える痛みに対して適切なケアを行うには思いを聞き、看護の方向性と齟齬が生じないように対象の理解を深めることも重要と考える。

2. 看護上の問題

#腰背部痛に伴う身体的苦痛の緩和が不十分なことにより、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を招き、ADLが低下しA氏の望む生活が妨げられている

3. 看護目標

身体的苦痛の緩和により、A氏の思いの表出が促進し、価値観に基づいた生活を送ることが出来る

4. 看護の実際

腰背部痛に伴う身体的苦痛の緩和と、A氏の価値観に基づいた生活の実現に向けたケアについて【身体的苦痛の緩和】と【価値観に基づいた生活支援】の二つの視点で関わりを行った。

【身体的苦痛の緩和】

受け持ち時から腰背部痛に対して、医療用麻薬を含めた薬物療法を行っていたが症状緩和には至らず、A氏は恐怖感を抱えていた。まずA氏と日常生活を振り返りながら、腰背部痛に関する前兆や誘因、好発時間などを話し合ったが、腰背部痛を予測できる情報を得ることは出来なかった。そのため客観的な情報を収集し、包括的なアセスメントに努めた。A氏の腰背部痛は胸髄神経のデルマトームの第4～7胸椎の範囲にあたり、末梢神経の皮膚支配域では、胸神経後枝の範囲と合致していた。胸神経後枝は脊柱起立筋の運動に影響を及ぼすため、体動時に腰背部痛が出現する可能性が高いと考えた。ところが、体動時に疼痛の徴候は見られなかった。しかし、観察を通してA氏がベッド上で仰臥位から長座位に体位変換を行う際に、ベッド柵やコントローラーを使用せずに主に腹

筋と脊柱起立筋を使用していることがわかった。A氏の残存機能を生かす上では自身の力を活用することは重要であるが、前述の動作を頻繁に繰り返すことは脊柱起立筋の疲労を強め、椎体の支持力が低下し腰背部痛を招きかねないと考えた。そのためA氏に、仰臥位から長座位への体位変換時に使用している筋肉を触りながら説明し、腰背部痛を予防するためにも可能な限りベッド柵を掴むか、ベッドコントローラーを使用するように説明を行った。A氏からは「初めて言われたわ。筋肉を意識していなかったわ」と驚いた表情が見られたが、説明後は看護師にベッドコントローラーの操作を依頼する頻度が増加した。

医療用麻薬以外の薬物療法では、受け持ち8日目に胸腰椎多発骨転移に対して、骨格の安定性を保つためにゾレドロン酸水和物注射液(ゾレドロン酸®点滴静注)4mg/100mLを投与している。A氏の予後はPalliative Prognostic Index(PPI)では夜間せん妄があるため合計4点となるが、担当医は月単位の可能性が高いと考えていた。そのためステロイドの抗炎症作用により、腰背部痛の改善が得られることを期待し、受け持ち9日目にデキサメタゾン錠(デカドロン®錠)4mg/日の内服が開始となった。薬物療法への介入としては、薬剤を使用する前に担当医と病棟薬剤師に腰背部痛の出現頻度や程度、ADLへの影響、恐怖感を抱えていること、痛みにより娘との時間や関係性、役割の喪失に苦悩を抱えていることを情報共有した。薬剤の使用後に副作用症状は見られず、デカドロン®錠内服6日目以降は、腰背部痛の出現はなく経過した。

非薬物療法では、リハビリテーション、散歩、入浴や足浴、マッサージを実施した。リハビリテーションでは痛みが出る動作を避けながら、残存機能を生かした移乗動作の訓練を行っているため、病棟でも継続できるように介入した。車椅子からベッドや便座への移乗動作では、A氏に背筋を伸ばすこと、下顎を引き、目線は遠くを意識するように繰り返し声かけを行った。車椅子と便座との移動の際には、縦方向の手すりを掴む動作から横方向の便座と並行している手すりを掴むように伝えた。さらに残存機能を生かしたケアの継続のために、リハビリテーションの訓練内容や実施状況、移動動作についてA氏に説明した内容を病棟看護師に申し送りを行った。病棟看護師と理学療法士の職種間の認識やケアの方向性を統一させるために、橋渡しの役割も遂行した。A氏は受け持った当初は移動動作が不安定であったが、訓練や支援の継続により、足底で床を捉え上肢の力だけでなく、下肢筋力を意識して使用できるように行動が変化した。併せて、痛みを回避するような動作を獲得することができた。散歩については、A氏は「晩秋が好き」と話していたため、短時間ではあるが外気浴を行い、好きな季節を肌で感じ快刺激を得られるような機会を設けた。A氏は終始穏やかな表情で、晩秋が好きな理由や心地良いと思いを言語化していた。また入浴や足浴を行い、温熱作用や浮力作用による痛みの軽減を期待した介入を行った。マッサージは、清潔ケアの後にボディークリームを塗布する際に実施した。A氏は第4～7胸椎の範囲に痛みを知覚するため、マッサージによる痛みの誘発や増強を避けるために、その部位は摩る程度とした。A氏と対話を行いながら、マッサージを希望する部位や力の加減を調整した。この他に、A氏は娘との対話の時間を大切にしていたため、痛みによりその機会が奪われることを危惧していた。そのため娘との面会時間を有意義に過ごせるように、事前にレスキュー薬の服用の希望を聞き、面会前に排泄や整容を整えた。このような関わりにより、A氏からは「痛い」との発言が聞かれなくなり筋緊張はなく、呼吸や表情が穏やかな状態が見られた。

【価値観に基づいた生活支援】

非薬物療法や痛みをマネジメントする上で、看護の方向性がA氏の意向にそぐわないものとならないように、思いを聞き理解を深める必要があると考えた。受け持った当初、リハビリテーション

が開始されて間もない状態であった。リハビリテーションに対するA氏の考えを確認すると「自分のことはできるだけ自分でできるように力をつけたい」と言語化していたため、背景にある価値観に焦点を当て対話に臨んだ。対話を通して、A氏は死別した夫が胃がんとなり介護を長らく行っていたが、夫が治療や生活などの様々な場面で自己決定を行えていないのではないかと後悔の念を抱いていたことがわかった。更に自身がくも膜下出血で療養をしていた際にも、同様に自己決定を妨げられる経験をしたことから「自己の尊厳を守るために生きていきたい」との考えに辿り着いたと話していた。A氏の自己の尊厳とは何を示しているのかとの問いには「自分で決め、自分を守ること」「自分の意見と自分の考えを守りたい」と話していた。またA氏にとっての自律は「自分の尊厳を自分で守ること」と話していた。これらA氏の価値観を支えることが、その人らしさを支えることに繋がると考えた。このため、A氏の価値観を支援する関わりの糸口として「自分のことはできるだけ自分でできるように力をつけたい」との言葉に着目をした。この言葉が示す真意を理解するために、特に最期まで自分で行いたいと考えている行為について聞くと「自分でトイレに行くこと」と話していた。A氏の思いを支えるためには、理学療法士による移動動作訓練が必要と考え、A氏の思いや病棟でのADLの状態を情報共有した。情報共有を基にリハビリテーションでは、主に起居動作訓練や移動動作訓練を実施していた。リハビリテーション後にはA氏と共に訓練内容の振り返りを行った。訓練を振り返る際の対話では、出来ていないことではなく出来ていること、出来るようになったことに焦点を当てた。病室内の移動動作の場面では、訓練内容を想起できるように伝えた。伝える際には、A氏自身が想起して行動が修正できるように一緒に訓練を思い出すような声かけを行った。そしてA氏は、徐々に看護師が声をかけなくても自身で動作の修正を行い、訓練で習得した動作が定着した。A氏からは「できるようになったでしょ。教えてもらったように動く痛みが出ないし、楽だわ」との発言が聞かれた。この関わりから痛みが出る動作を避けたADLの獲得だけでなく、看護師がA氏の努力や思いに寄り添い、共感し支持する姿勢を示したことで、自己効力感を高めることができたと考える。この他にも「自分でトイレに行くこと」への価値観に基づき、排泄以外の生理的欲求についても自己決定し、行動をとることが出来るように、ナースコールが鳴らなくても頻回に訪室し、表情や動作などからA氏が困っていることはないか観察し、日々のケアを丁寧に行うように努めた。A氏が看護師に依頼する際には、依頼する側と依頼される側という力関係が発生しないように気を配った。清潔や食事、更衣などのADLの介助や気分転換活動に向けたケアでは、そのタイミングをA氏に決めてもらうように声かけを行い、依頼をしてくれた際には感謝の気持ちを伝えた。このような関わりを行った結果、A氏の望むADLが維持できただけでなく、自分でできることとできないことを判別した上で自己決定できる機会の保障に繋がったと考える。

Ⅲ. 考察

恒藤は耐え難い身体的苦痛は、人間としての尊厳を損なわせ、周囲の人々とのかかわりを困難にする²⁾と述べている。そのため身体的苦痛への積極的な介入は、緩和ケアにおいて必要条件と考える。A氏は腰背部痛に伴う身体的苦痛だけでなく、痛みが存在することによってADLの制限や不安、恐怖といった精神的苦痛が生じていた。また役割の喪失からの社会的苦痛、娘への心残りや関係性、自分のことが自分でできないつらさなどのスピリチュアルペインが出現していた。がん性疼痛はオピオイドをはじめとする薬物療法により、身体的苦痛の緩和を図ることが出来るが、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛に対しては薬物による緩和は難しい。そのため薬物療法と同時に非薬物療法を用

いて、積極的な症状緩和に努めることが重要と考えた。薬物療法においては、A氏と痛みの体験に焦点を当てた対話を行い、包括的なアセスメントと継続的な評価を行った。その結果を医師や薬剤師と情報共有を行い、適切な薬剤投与を実施したことにより、鎮痛効果が得られたと考えられる。非薬物療法は、疼痛閾値を上昇させ患者自身がもつ「痛みを癒そうとする力」を最大限に引き出すケアとされている。A氏の痛みを癒そうとする力を引き出すためには、様々なストレスにさらされ交感神経が優位となり緊張が高まっている状態を緩和する必要があった。非薬物療法としてA氏が快刺激を受け、副交感神経が優位となり、心身のバランスが保てるように、リハビリテーション、散歩、入浴や足浴、マッサージを実施した。まずこれらの非薬物療法が、A氏にどのような効果をもたらしていたのか掘り下げて考える。

リハビリテーションによる移動動作訓練は、ADLを可能な限り維持するだけでなく、気分転換活動になり、「自分でトイレに行くこと」を望んでいたA氏の価値観を支えるケアに繋がったと考える。散歩では、痛みにとらわれがちなA氏の感覚を他のことに向け、気分転換を図り疼痛閾値を上昇させる効果を得られたと推察する。入浴や足浴は、浮力による筋肉への負担軽減や深部体温の上昇と発痛物質の排泄を促進し、リラクゼーション効果を得られる。これらによって疼痛閾値が高められたと考える。そしてマッサージは、筋緊張を和らげ、循環改善により発痛物質の排泄を促進する。肌の触れ合いにより温もりが伝わりコミュニケーションが促進されることも期待できるケアである。入浴や足浴、マッサージを行っている間、A氏は筋緊張が見られず呼吸が安定していたことから心地よい感覚を生み、疼痛閾値の上昇を得られたと考える。非薬物療法を実施する際にはA氏と対話を行っていたため、緊張を緩和させ、痛みから意識をそらすきっかけとなり、気持ちが一瞬でも和む時間を作ることが出来たと思われる。A氏の痛みの体験や閾病歴、生活史などを聞き、A氏への理解が深まると共に、互いに親密感が増したとも考えられる。非薬物療法を通して周囲の人々の共感と理解、人とのふれあい、気晴らしとなる行為に繋がり、疼痛閾値を上昇させA氏がもつ「痛みを癒そうとする力」を引き出すことができたと考える。薬物療法に非薬物療法を併用したことで、身体的苦痛の緩和が図られ、精神的苦痛となっていた痛みへのとらわれ、不安や恐怖、苛立ちなどの頻度が減少したと思われる。社会的苦痛は、娘との面会時に痛みを意識を集中することなく会話ができることで、役割の喪失や関係性の喪失に対する苦痛が緩和したと考える。スピリチュアルペインを完全に排除することは難しいが、非薬物療法により穏やかな状態を確保できたことから微力ながら効果を得られたと考えられる。

次に、A氏の価値観を支える関わりについて考察する。恒藤は、たとえ身体症状が緩和されても、麻痺や全身衰弱のために移動や排泄などの日常生活動作が障害されると、患者の苦悩は深まり他者の援助や介護が必要となる。身体や身体機能の喪失をどのように患者自ら受け入れ、どのような援助を受けるかはその人の価値観にかかわることであり、十分に配慮しなければならない³⁾と述べている。A氏は「自己の尊厳を守るために生きていきたい」と考えを言語化していた。この発言が聞かれた背景としては、薬物療法と非薬物療法による症状緩和の影響が大きいと考える。身体的苦痛が緩和されると、痛みに関心が集中する機会が減少し、A氏の考えや本心に関わる話をする頻度が高まった。さらに、非薬物療法や対話を深める関わりを通して信頼関係を構築した結果、A氏の思いの表出が促されたことで言語化に至ったと思われる。A氏のリハビリテーションに対する考えから、A氏の発言に合致する言葉として「自律」と「自立」がある。広辞苑では自律とは「自分の行為を主体的に規制すること。外部からの支配や制御から脱して、自身の立てた規範に従って行動すること」⁴⁾とされている。また同辞典で、自立は「他の援助や支配を受けず、自分の力で判断したり身を立てたりすること」

⁵⁾とされている。A氏にとっての自律は「自分の尊厳を自分で守ること」と話しており、自分の考えや価値観に基づいて意思決定を行い、自己実現を図れる状態を指していると考ええる。自立に関しては言及していないが、自分の意見や主張を持ち、自ら行動できる状態を望んでいると推察する。価値観は「何に価値を認めるかという考え方。善悪、好悪などの価値を判断するとき、その根幹をなす物事の見方」⁶⁾である。A氏は「自分の尊厳を自分で守ること」との価値観を持っているため、病状の進行により活動性の低下が増加した場合は、価値観が揺らぎ自律性の喪失が懸念される。自律性の喪失による苦悩は、今までできていたことや、今まで自分らしいと意味づけたり価値づけたりしたものを失うことによる苦悩である。最期まで自分で行いたいと考えている行為についてA氏は「自分でトイレに行くこと」と話しているため、身体機能が低下し自立が脅かされた状態でも、排泄方法を自己決定し行動をとるといった自律に向けたケアを考える必要がある。加えて、「自分のことができない辛さ」に寄り添い、A氏と共に出来ることへの探求を続ける関わりは、自律性の喪失による苦悩を最小化し、コントロール感を強めると思われる。今後A氏の意識が低下しても、看護師がA氏の自律を尊重することができれば、最期までその人らしさを支えることに繋がると考える。対話から患者の価値観に触れスピリチュアリティに着目することは、対象者の理解や精神的苦痛、スピリチュアルペインへの緩和に欠かせないものであるが、それだけではその人らしさを支えるには不十分である。終末期にあっても可能な限りADLが維持できると、自分でできることが増えるため自己決定の機会が増え、自己コントロール感を実感する機会が増える。その人らしさを支えるためには、身体症状の有無や程度を観察し、症状緩和に努める必要がある。その上で、安楽な状態で出来る動作は何かをアセスメントし、残存機能を生かした自立を支える関わりが、自律性を支える重要な要素になると考える。

今回A氏との関わりを振り返る中で、受け持ち期間のA氏は車椅子で室内のトイレに移動ができる状態にあったため、「自分でトイレに行くこと」との言葉を文字通りに受け止めていたと内省した。「自律」と「自立」が混在し、看護師が意識していないところで「自立」に看護の方向性が向いていた可能性がある。移乗動作が困難な状態にまでADLが低下していた場合には、A氏の言葉の意味が変わってくる。このことから、患者の言葉の本来の意味を十分に理解するように、心掛ける必要があると再認識した。認識の違いは自己の価値観が影響していると考えため、看護師は自己を洞察し傾向を知り、自分が理解した内容を対象者に伝え、互いに確認し足並みを揃えることができるように、意識して取り組むことが今後の自己の課題である。

おわりに

終末期がん患者は、がんの病態や治療によって生じる痛み以外にも、身体機能の低下に関連する複合的な痛みを抱えていることが多い。身体的苦痛が持続すると精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛に波及し、本来持っていた患者の力が弱まる。薬物療法により症状緩和を図り、本来の患者の力を取り戻すために、非薬物療法を併用することで疼痛閾値を上昇させ、痛みの緩和に繋がると考える。そして看護師は、患者が痛みのある中では気付くことができなかった本心に、目を向ける機会が得られるように支援する必要がある。そのため患者自身が病気を認識し、これまでの人生を振り返り、今の自分と向き合い、これからどう生きるか考えるための対話が求められている。対話では視野を広く持ち、患者の全人的苦痛は何か客観性をもって関わるのが重要である。時間的な制限がある中でも、目的をもって対話に臨み、患者とともに何を重要と考え、どのようなサポートを望むのかなど、身体的な自由を喪失した中でも自分で選択し、自己決定できるように自律性を尊重した看護を提供していきたいと考える。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、多くの学びと成長する機会を与えてくださいました患者様とご家族の方々、ご多忙の中丁寧にご指導くださいました実習指導者さま、病棟師長をはじめスタッフのみなさまに深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本疼痛学会理事会. 改定版「痛みの定義：IASP」の意義とその日本語訳について. 2020.
https://jasp.pain-research-jasp.org/pdf/notice_20200818.pdf (参照 2025-1-25)
- 2) 恒藤暁. ”全人的苦痛とチーム医療”. 最新緩和医療学. 大阪, 最新医学社, 1999, 6.
- 3) 前掲書 2), 6.
- 4) 新村出. 広辞苑. 第六版, 東京, 岩波書店, 2008, 1426.
- 5) 前掲書 4)
- 6) 前掲書 4), 548.

参考文献

- 1) 吉田澄恵. ナーシング・グラフィカ成人看護学②健康危機状況／セルフケアの再獲得, 第2版, 大阪, メディカ出版, 2022, 188 - 274.
- 2) 田村恵子. 経過別成人看護学④終末期看護：エンド・オブ・ライフ・ケア, 第2版, 東京, メヂカルフレンド社, 2024, 23 - 345.
- 3) 余宮きのみ. がん疼痛緩和の薬がわかる本, 第4版, 東京, 医学書院, 2024, 229 - 286.
- 4) 城ヶ端初子, 豊嶋三枝子, 茂木泰子ほか. “実践に生かす中範囲理論”. 新訂版 実践に生かす看護理論 19, 第2版, 東京, サイオ出版, 2024. 374 - 383.
- 5) 岡本太郎. がん悪液質患者に対するリハビリテーション治療 - 身体機能の低下に着目して -. 緩和ケア. 2022, 32(5), 407 - 412.
- 6) 栗原美穂. がん患者のリハビリテーションにおける看護師の役割. がん看護. 2012, 17(7), 713 - 716.
- 7) 松尾ミヨ子, 城生弘美, 習田明裕子ほか. ナーシング・グラフィカ基礎看護学② 基礎看護技術 I コミュニケーション／看護の展開／ヘルスアセスメント. 大阪, メディカ出版, 2022. 26 - 136.
- 8) 日本緩和医療学会編. 専門家を目指す人のための緩和医療学. 東京, 南江堂. 2024. 55 - 77.
- 9) Eaton LH et al. ” Nonpharmacologic pain intervention” A review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain. Clin J Oncol Nur. 2017, 21(3), 54 - 70.

はじめに

今回、頭部血管肉腫の肺転移による続発性気胸を発症した患者の看護を経験した。頭皮原発の血管肉腫では、約80%が肺転移を来し、気胸を高率に合併する。続発性気胸が引き金となった呼吸不全が死因となる症例も少なくない。しかし、再発する気胸に対して胸腔ドレナージおよび胸膜癒着術を複数回施行することにより、日常生活(ADL)が維持され、一定の延命効果が得られるという報告もあり、後藤らは、これらの処置を反復して粘り強く気胸の治療にあたる必要がある¹⁾と述べている。気胸を繰り返す終末期がん患者は、いつ再発するか分からない不安を抱きながらも、残された人生を自分らしく過ごしたいという希望を持っていると考えられる。終末期がん患者の希望が実現することは、QOLの向上に繋がるため、患者の状況に合わせて希望を実現するための看護支援が重要であると考えられる。気胸の治療を繰り返し、再発への不安を抱きながらも、患者が自分の希望を実現するために生活を拡大していくことができた看護支援を報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：頭部血管肉腫、左外耳皮下転移、多発肺転移、続発性両側気胸
3. 患者背景

1) 現病歴

X年6月に頭部血管肉腫と診断された。外来通院にてw P T X療法、放射線治療(全頭皮照射)を継続していたが、通院の負担があり9月に入院治療に変更となった。w P T X療法8回目の実施後、肺転移からの右肺気胸を発症した。右胸腔ドレーンを挿入され気胸は改善したが、本人と家族へ治療継続困難と病状説明がなされ、緩和ケア科への転科について同意・希望された。放射線治療を完遂後、右胸腔ドレーンは留置したまま、10月中旬に緩和ケア病棟に転入した。以前から頭部の疼痛に対してヒドロモルフォン塩酸塩錠(ナルサス[®]錠、ナルラピド[®]錠)を内服していたが、転入後10日目、左肺気胸も発症したことで強い呼吸困難を生じ、ヒドロモルフォン塩酸塩注(ナルベイン[®]注)の持続注射に変更された。同日に左胸腔ドレーンを挿入され、両側胸腔ドレーン管理となった。胸腔ドレナージにより肺が拡張し、呼吸困難は改善していった。左胸腔ドレーン留置後6日目に胸膜癒着術を施行した。翌日の胸部レントゲンにて左肺の癒着を認め、胸膜癒着術後8日目に左胸腔ドレーンが抜去された。右胸腔ドレーンは、残存している右肺の虚脱の改善のために留置継続となっていた。

2) 受け持つまでの経過

A氏は、分からないことや気になることがあれば何でも書籍や論文を読み、納得するまで調べる几帳面な性格であり、癌の診断を受けた際には、医師の説明だけでなく自身で病気や治療のことを調べ、納得してから治療を決断してきた。気胸を発症し、緩和ケア科への転科を説明された際も、自身の病状を理解し「先が見えたなと思いましたね。」と語った。緩和ケア病棟入棟前の面談にて、「病状については全て詳しく説明してほしい」、「今後の療養は、できるだけ入院して過ごしたい」と希望していた。A氏は両側に胸腔ドレーンを留置したことで、清拭、更衣、排泄に介

助を要し、「人様の手を借りて、迷惑をかけているのが情けない」と涙を流していた。一方で、医療処置や看護ケアは拒否することなく、療養上で困ったことがないか尋ねると「皆さんにはとても良くしてもらっていますから、これで十分に満足です。」と話していた。初めて気胸を発症した時の状況について「このまま自分の人生は終わりだと覚悟した。もう一度あの苦しみを味わうのは怖い。良くならない時には薬を盛って眠らせてほしいと思っている。」と語り、現在の治療については「痛みも息苦しさも全くありません。管が抜けたら嬉しいですが、また苦しくなった時を考えると心配なので、早く抜いてほしいとは思いません。先生が大丈夫だと判断したのなら、お任せしたいと思います。」と話していた。そのうえで、「体調がこのまま落ち着いていたら、12月に結婚51年目になるので、その前に妻と金婚式をしたい。もし器械が外れることがあれば、妻と外出をして食事をしたい。出来れば一度、自宅に帰りたい。」と希望していた。しかし、左胸腔ドレーンが抜去されると、身体装着物が減り動きやすくなることを喜ぶ一方で、離床を許可されても歩こうとする様子は見られなかった。

3) 生活史

B県で生まれ、両親、二人の姉と共に育った。県内の大学を卒業後、上京し製薬会社に就職した。職場で出会った妻と結婚し、3人の子供に恵まれ、一家の大黒柱として、異動や出張で全国を回りながら人脈を広げ、仕事に尽力する一方で、休日は子供との遊び、子供の独立後は妻との旅行など、家族との時間を大切にしていた。長年勤めた会社を定年退職後は、一人暮らしをする高齢の母のサポートのため、看取りまで毎週B県の実家に通っていた。A氏は、自分が幸せになるためには家族が幸せでないといけないと考えていた。A氏は「幸せとは、子犬や子猫が食べ物に困ることなく、風や雨に当たらない温かいところで、ごはんを食べたら天敵に襲われる心配もなくぐっすり眠り、自然に目が覚めて背伸びをしていること」と話し、妻や子供たちが子犬や子猫のように、衣食住に困らない暮らしをするために仕事を頑張っていたと語った。A氏の闘病を支えているのも、妻や子供、孫の存在であり、「妻とは毎日会っているから特別話すことはない」と語りながらも、日々の面会の時間を楽しみに過ごしている。また、人との繋がりを大切にされ、謙虚でいることや、感謝の気持ちを持つことを大切にしている。

4) 家族背景

妻と二人暮らしをしている。妻は、少しでも長い時間をA氏と共に過ごせるよう、殆ど毎日面会に来ている。病状の説明や今後の療養の選択については、A氏の希望に合わせたいが、外出や外泊については「自宅では自分一人なので、何かあったら心配。」と話している。次女が同県内に在住しており、小学生の孫がいる。長女、長男は県外に住んでいる。子供達とは家族のグループチャットや電話で頻繁に連絡を取っており、それぞれ月1～2回は面会に来る。A氏の病状や治療経過についても、家族内で共有している。X-1年に結婚50年目を迎え、X年の秋に家族揃って旅館に泊まり、金婚式を盛大に行う計画があったが、A氏の病気により、中止となった。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は今まで、分からないことや困難に直面した際、自身で納得できるまで文献を用いて調べることで対処していた。頭部血管肉腫と診断された際も同様に、不安なことを調べ、病気を受容し、自身で体調管理をしながら治療を続けていた。しかし、続発性気胸を発症し、呼吸困難、胸腔ドレーンの挿入に伴う疼痛により、A氏は身体的苦痛を生じた。また、胸腔ドレーンの挿入により活動

が制限され、A氏の人生の歩み方や価値観、「迷惑をかけているのが情けない」という発言から、A氏は自律性の喪失によるスピリチュアルペインが生じていると考えた。A氏の自律性の再獲得に向けた支援を検討するため、オレムのセルフケア不足看護理論に沿ってアセスメントを展開した。

1) 普遍的セルフケア要件

A氏は気胸に対する適切な治療により、呼吸状態の異常は改善した。しかし、気胸の再発により、再び生命維持の危機が生じる可能性がある。気胸発症時の呼吸困難はA氏の中で強い恐怖体験として残っている。気胸の再発はいつ起こるか予測が不可能であり、明確な予防策もないため、A氏は気胸の再発に不安を抱いている。気胸を発症すると、呼吸困難や胸腔ドレーンの留置に伴い、排泄や活動の自立が困難となる。実際にA氏は、胸腔ドレーンの留置中、転倒やドレーンの抜去の危険があることから、トイレ歩行の見守りや尿器の使用で介助を受け、活動範囲は病室内のみであった。日中は読書やパズルゲームをして過ごし、夜間も睡眠はできているものの、寝返りや移動が自由に出来ないことへの苦痛の表出があった。したがって、A氏のセルフケア不足は看護ケアにより補填されるが、通常は自立している行動が要介助となることへの情けなさを表出していることから、A氏の描く自律した姿とは乖離があり、苦痛に繋がっていると考えられる。一方で、気胸が改善し、安静制限が解除された後も「まずは部屋の前までにしておきます」と慎重に行動する様子があり、自分なりに身体への負担を減らし、不安を軽減するための予防行動を選択しているとも考えられる。社会的側面については、緩和ケア病棟への入院により個室で生活することとなったが、妻の面会や、子供達とのこまめな連絡により家族関係を維持できている。また、医療者とも信頼関係を築き、必要なケアを受けることができている。しかし、気胸が再発した場合、呼吸困難により家族や医療者とのコミュニケーションが困難となり、孤独感を生じる可能性がある。

2) 発達のセルフケア要件

老年期であり、加齢に伴い身体機能が低下していく時期であるが、日常生活動作(ADL)は維持されていた。しかし、入院、胸腔ドレーン留置に伴う活動量の減少によりADLが低下し援助が必要となる可能性がある。

3) 健康逸脱に対するセルフケア要件

A氏は現在、原疾患の進行と続発性気胸の発症によって健康逸脱の状態にある。A氏は、気胸の改善後、自身の病状について「今はボーナスタイム。一方通行の道路の横の、駐車場に入っているイメージ。いつまた走り出すかは分からない。だから今がやりたいことをやるチャンス。」と話している。今後は病状が進行し死に向かうこと、さらに気胸の再発による急変のリスクがあることを理解し、受容していると考えられる。胸腔ドレーンの挿入や胸膜癒着術、ドレーン抜去などの医療処置の際には、主治医の説明を聞いた後に考える時間を設け、不安な思いを主治医に伝え、納得してから処置を受けている。また、A氏は自分の体調を適切に医療者に伝え、医療処置や看護ケアを受けることができている。このことから、A氏は健康を逸脱した状態ではあるものの、自分なりの対処方法を獲得しセルフケアを充足できていると考えられる。

以上より、A氏は今まで発達段階や病気による変化に適応しながら自律を維持することができていたが、気胸の発症と胸腔ドレーンの留置により普遍的セルフケア要件のニーズが充足できなくなった。気胸の改善により胸腔ドレーンが抜去されることで、A氏に現在生じているセルフケア不足は解消することが期待できる。しかし、成人であり、今までも自分自身の力で危機を乗り越え、自律を維持してきたA氏にとって、続発性気胸は自力での対処が困難であり、呼吸困難に

よる強い身体的苦痛、胸腔ドレーン挿入により活動が制限され自律性を喪失する苦痛を伴うことから、気胸の再発への不安は非常に大きいと考えられる。左胸腔ドレーン抜去時、呼吸困難が無くなったことへの安心感や身体装着物が減ったことへの喜びを表出する一方で、医師から許可が下りた後も離床を慎重に進める様子からも、不安の大きさが示唆された。

A氏は今まで、妻や子供が幸せであることが自分の幸せであると考えて人生を歩んでいたことから、家族を大切に、幸せな家族の中に自分が存在することが、A氏のアイデンティティであったと考えられる。今後の療養については入院継続を希望しているが、体調が落ち着けば、妻と外食をすることや、自宅に帰ることを希望していた。A氏の表出する希望は全て「妻や子供達と共にやりたいこと」であり、実現することが、A氏の家族の一員としてのアイデンティティの維持に繋がると考えられる。アイデンティティが維持されることで、自己の存在の意味や生きる目的の再確認、後悔の軽減、満足感に繋がり、療養の支えとなると考えられる。しかし、A氏は「やりたいことをやるチャンス」と話しながらも、気胸の再発への不安が希望を上回り、「これで十分に満足です」、「もう少し体力が戻ってから」と慎重な行動をとっている。気胸が改善し、ドレーンが抜去できればADLも自立できる状態である今が、A氏が残された時間で希望を実現するチャンスであるが、この機会を逃して状態が悪化した場合、A氏のアイデンティティが揺らぎ、人生への後悔や罪悪感を生じ、闘病意欲の低下や、悲嘆の増強に繋がる可能性がある。そのため、家族とやりたいことへの希望と、気胸の再発への不安との間で葛藤するA氏の思いに寄り添いながら、希望を実現するための看護介入が必要であると考えた。

2. 看護上の問題

- #1. 続発性気胸の発症により生じる身体的苦痛への不安がある。
- #2. 望ましい療養生活が継続困難となり、自律性の喪失、アイデンティティの喪失によるスピリチュアルペインがある。

3. 看護目標

- #1. A氏が自身の体調の変化に注意し、呼吸への負担を考慮した日常生活動作を獲得することができる。
- #2. 療養生活を自己決定し、家族との時間を過ごすことができる。

4. 看護の実際

1) 気胸の再発に対する不安の軽減

左胸腔ドレーン抜去後も、肺の虚脱が残存していることから右胸腔ドレーンの留置は継続していたが、受け持ち14日目にドレーンの閉塞が発覚し、気胸の進行が無いことから、受け持ち15日目に抜去となった。胸腔ドレーンが完全に抜去され、オピオイドも内服に変更となったため、身体装着物が全て無くなり、主治医から安静制限の解除、外出や外泊の許可が出た。受け持ち当初、「人様に迷惑をかけて情けない」と話し涙を流していた様子から、A氏は安静制限が解除したことを喜ぶと考えていたが、実際は「何かあったら心配。」と話し、シャワー浴や歩行に消極的であった。初めて気胸を発症した時に死を覚悟する苦痛を味わい、苦痛緩和が困難な時は鎮静を希望していることから、A氏は自律性の喪失よりも呼吸困難の再出現への不安が非常に大きいと考え、不安を軽減するため、A氏の病状と気持ちの変化に合わせたケアを実施した。

まず、毎朝の検温でA氏の自覚症状を確認後、バイタルサインの測定、肺音の聴診、全身状態の観察から客観的に呼吸状態の悪化が無いことを伝え、安心感を得られるよう働きかけた。A氏は毎朝、呼吸困難や疼痛が無いことに加え、血圧やSpO₂の数値が問題ないことを確認すると「変わらないですね。」と安心した様子があった。A氏と体調を確認した後、検査や清潔ケアなどの当日の予定を伝えながら「今日は少し歩く距離を伸ばしてみませんか?」、「下半身だけでもシャワーをしてみませんか?」など、小さな目標から提案し、A氏が了承したことから実施した。実施後はステップアップしたことや、呼吸困難が出なかったことに対して肯定的にフィードバックを行い、A氏がADLを拡大することに対して前向きになれるよう働きかけた。A氏と共に目標と1日の予定を立てて実施することで、A氏は徐々にADLが拡大した。一度看護師の付き添いで病棟内歩行を行うと「こんなに普通に歩けると思わなかった。」と自信が付いた様子があり、その日からA氏は朝食後にデイルームまで歩き、外の景色を見ることが習慣となった。

また、自由に歩けるようになったA氏は、労作時に息切れがあったが、呼吸困難の自覚がないため、一度に長距離を歩く様子があった。過度の労作により呼吸困難や疲労が生じることで、A氏が自信を喪失し再び不安が増強する可能性があると考え、労作後に血圧やSpO₂を測定し、平常時より血圧や脈拍数が上昇していること、SpO₂がやや低下していることを伝え、鏡に映る肩呼吸をする自分の姿を目視するよう声をかけた。A氏は労作時に呼吸状態の変化があることを自覚し、休息を取りながら歩くことを意識するようになった。

2) 希望する療養生活の実現に向けたケア

A氏は気胸が改善した状況を「今はボーナスタイム。やりたいことをやるチャンス。」と話す一方で、主治医から外出や外泊の許可が下りても躊躇し、「皆さんにはとても良くしてもらっていますから、これで十分に満足です。」と話していた。満足だと感じている理由については、「苦しさ無く、病院にいれば妻にも迷惑をかけない。面会もあるし、こうして過ごせているだけで良い。子供たちも今の状況については話しているから自分の気持ちは分かってもらえていると思う。」と話した。A氏は病状への不安、家族や医療者への負担への配慮から遠慮していると考え、「もし急変の心配がなく、やりたいことが出来るなら何をしたいか」と聞き方を工夫し、A氏の希望を引き出した。A氏は「外出をして妻とラーメンを食べてきたい。もしこのまま調子が良かったら、自宅に帰りたい。」と語った。そこで、A氏と妻と共に、A氏が外出・外泊するための具体的な目標と計画を考えた。

まず、A氏と妻が、どのような状態であれば外出できると考えるか尋ねた。A氏と妻は「急に苦しくなった時の心配がないこと」、「A氏が一人でも歩ける体力をつけること」と答えた。急変時の対応については、娘や息子に協力を依頼し同行できる日に外出・外泊をすること、外泊する場合は訪問診療や訪問看護師のサポートを受ける選択肢もあること、いざという時は救急車を呼んでよいことなど、今の状況で考えられる対処方法を説明した。A氏の体力については、自宅の居住スペースや、行きたい飲食店の場所と交通手段を想定し、自信をもって病棟内1周を歩行できることを目標に設定した。主治医の提案により理学療法が導入され、T字杖を使用した歩行を開始すると、歩行時の負担が楽になったと表出があった。A氏との歩行練習は妻が面会に来た時に行い、歩く様子を見てもらうことでA氏だけでなく妻も安心できるよう配慮した。A氏は「リハビリの先生にも、もう一人で歩いても大丈夫と言われました。」と笑顔を見せ、自信がついた様子で、看護師の付き添い無くても2人で病棟内を歩き、院内食堂にも行けるようになった。受け持ち20日目、A氏は自ら「先生に許可をいただいたら、明日、妻とお昼の時間に外で食事をし

てきたいと考えています。」と希望し、翌日、妻と2人で2時間程度の外出をし、院外のラーメン屋で食事をする事ができました。A氏は帰院後、「何事もなく帰れました。ラーメンも美味しかった。近いうちにまた他のお店にも行きたいです。」と自信がついた様子で、「今の調子なら、もしかしたら家にも帰れるかも。」と話した。しかし、自宅は車で1時間ほどかかる場所にあるためすぐ実行に移すことには不安があり、「あと何回か外出をして、自信がついてから家に帰る計画を立てたい」との希望があった。A氏の心の準備ができればいつでも実現できるよう、A氏が自宅に帰ることを考え始めていることを主治医と病棟看護師に共有した。また、外出について「先生から許可をいただかないと」と繰り返す様子から、A氏は信頼する医師や看護師から「外出をしても良い」と明言されることが安心に繋がると考え、医師と病棟看護師に、A氏が安心できるような肯定的な声掛けをするよう依頼した。

III. 考察

宮下らの研究では、日本の癌治療における望ましい死に寄与する因子として「身体的および心理的な快適さ」、「医療スタッフとの良好な関係」、「希望と喜びの維持」、「他人に負担をかけない」、「個人として尊重される」などが挙げられている²⁾。A氏の希望である「苦しさがないこと」や、「家族と共に過ごすこと」も、これらの望ましい死の因子に該当し、希望が叶うことは、A氏が残りの人生での後悔を減らし、望ましい最期を迎えることに繋がると考えられる。

セルフマネジメントとは、クライアントが自分の病気の療養に関するテーラードの（その人用にあつらえた）知識・技術をもち、生活に折り合いをつけながら、固有の症状や徴候に自分自身でなんとかうまく対処していくことをいう³⁾。若林は、終末期のセルフマネジメントでは、疾患に対するセルフマネジメントではなく、快適に過ごすためのセルフマネジメントが重要となる⁴⁾と述べている。また、終末期のセルフマネジメント教育では、患者や家族のQOLを向上させること、患者や家族が身体的・精神的・スピリチュアルな苦痛から解放されることが目標である⁵⁾としている。A氏にとって、癌の診断や緩和ケア科への転科は、「幸せな家族の中にいる自分」というアイデンティティを脅かす危機であったが、自身で病気について調べ納得し、病状を受容することで危機に対処し、病気や治療に伴う変化に適応しながら生活することでセルフマネジメントを行ってきた。しかし、気胸の発症によりA氏は再びアイデンティティの喪失の危機に直面した。気胸発症後のA氏は、状態が改善した現在の状況を「ボーナスタイム」と話し、「家族と外出」というQOLの向上に繋がる明確な希望を実現するチャンスであると理解しながらも、行動に移すことを躊躇していた。気胸により死を意識するほどの苦痛を経験したA氏にとって、再発の予測や予防が出来ない気胸への不安は非常に大きく、今までのように知識を増やし病状を理解することだけでは十分に緩和できず、ADLの拡大や外出の決断に葛藤があったと考えられる。そのため、A氏のアイデンティティの喪失へのアプローチの前に、気胸の再発リスクという病状への不安に折り合いをつけ、自分自身で対処していく力をつけることで、A氏が残りの人生も快適な療養生活を継続し、QOLを向上できるよう支援する必要がある。気胸の発症の予防は困難であるため、A氏が「呼吸への過度な負担がない生活動作」と「状態変化時に早急に対処するための健康管理」を新たにセルフマネジメントできるような支援を行った。若林は質の高い緩和ケアを提供するためのセルフマネジメント教育のポイントとして、人生を最期までその人らしく快適に過ごせるよう、患者や家族と生活全体のセルフマネジメントを構築していくことが重要⁶⁾であると述べている。A氏の不安や躊躇う気持ちを否定せず共感し、日々の体調変化を共有することで安心感を与え、希望の実現に向けてステップアッ

プしながら目標を達成していった看護師の関わりは、A氏の個別性に合わせたセルフマネジメント教育として有効であったと考えられる。また、安心して外出をするために、A氏と妻に外出先や自宅での行動をイメージしてもらいながら、子供達への協力依頼の提案や、社会資源の情報提供をしたことは、A氏と妻に対する生活全体のセルフマネジメント教育となり、外出を決断する1つの要因になった可能性がある。

また、呼吸困難には身体的な要因だけでなく、心理的・社会的・スピリチュアルな因子が影響し、それぞれの因子についてもアセスメントし、マネジメントしていくことが重要である。患者に負荷をかけている因子をアセスメントし、負荷を軽減できるセルフマネジメント方法を患者と一緒に考える必要がある。A氏の場合、呼吸困難の原因は気胸の発症であり、気胸の改善とともに症状が改善した。しかし、今後気胸が再発した場合、再び呼吸困難を生じ、恐怖感や死の意識、コミュニケーションが困難になることなどの要因がさらに苦痛を増強させる可能性がある。そのためA氏には、気胸の再発時に早期発見・対処できるよう、日々自身の体調を把握し、体調変化時に速やかに医療者に報告できるようなセルフマネジメントの指導を継続していくことが重要であり、それがA氏の急変時の不安の軽減にも繋がると考えられる。看護師は、A氏が不安を抱いていることだけでなく、自分なりの対処行動や自己管理ができていてという強みがあることをチームで共有し、セルフマネジメントを継続できるよう、A氏に対して支持的に関わっていくことが重要である。

佐藤らは、終末期がん患者の自立・自律を支援することは、他人に迷惑をかけるという負担感の軽減につながり、患者自身が決定し、最期まで自分でできたと感じてもらえるように援助することが自律存在のスピリチュアルケアにつながった⁷⁾と報告している。また、患者の苦しみに寄り添い、傾聴、共感することで信頼関係を構築することで、患者が他者に委ねることができるようになる⁸⁾としている。A氏の希望や不安に寄り添いながらADLを拡大し、A氏が葛藤しながらも自分で外出のタイミングを決めて実施できたことは、A氏の他人に対する負担感の軽減、自己コントロール感の維持に繋がったと考えられる。また、看護師の日々の関わりが信頼関係の構築につながり、医療者への信頼が不安の軽減に繋がったことで、外出をするというA氏の希望が実現したと考えられる。家族との外出の実現は、A氏の「家族の中の自分」としてのアイデンティティが保たれ、関係存在のスピリチュアルケアに繋がったと考えられる。また、やり残していることが達成できたことは、時間存在のスピリチュアルケアに繋がったと考えられる。

A氏の人生や性格、価値観を知り、葛藤しながらも不安に折り合いをつけ、外出という希望を実現するまで、看護師が共感や支持的な態度で関わったことは、A氏の自律性を尊重し、望ましい療養生活を整える一助となったと考えられる。今回の実習では外出の実現までに至ったが、その後A氏は自宅への外出も現実的な目標として捉えられるようになっていく。今後もA氏が望ましい療養生活を継続するためには、多職種チームでA氏の情報を共有し、目標やケアの方針を統一していくことが必要である。

おわりに

患者の不安や葛藤に寄り添い、セルフマネジメントを支援することは、アイデンティティを維持し、望ましい療養生活に繋がる一助となる。また、セルフマネジメントを支援するためには、患者を全人的に捉え、個別性に沿った支援をすることが必要である。患者の望ましい療養生活をチームで支援するために、緩和ケア認定看護師として、アセスメントやケアの方針を論理的に、分かりやすくチームに伝達する力や、チームメンバーの気づきや意見を受け、情報を統合してより良いケ

アの方法を考える思考力を向上していきたいと考えている。

謝辞

今回の臨地実習にあたり、受け持ちを快く受け入れてくださり、多くのことを学ばせていただきました患者様およびご家族様に深く感謝を申し上げます。また、ご多忙の中、親身になってご指導いただきました指導者様および病棟スタッフの皆様に、心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 後藤秀人, 綿貫裕司, 宮沢直幹ほか. 頭皮原発血管肉腫による続発性気胸 10 症例の臨床的検討. 日本呼吸器学会雑誌. 2008, 46(2), 85-91.
- 2) Miyasita M, Sanjo M, Morita T et al. Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. Annals of Oncology. 2007, 18(6), 1090 - 1097.
- 3) 安酸文子, 鈴木純恵, 吉田澄恵. ナーシング・グラフィカ成人看護学③セルフマネジメント. 第 4 版, メディカ出版, 2022.
- 4) 若林律子. セルフマネジメント～終末期の患者教育で特に重要なポイント. みんなの呼吸器 Respica. 2022, 20(1), 116 - 119.
- 5) 前掲 4)
- 6) 前掲 4)
- 7) 佐藤加奈子, 平山さおり. 終末期がん患者がかかえるスピリチュアルペインへのケアの在り方～「できなくなること」への自立と自律を支える関わりを通して～. KKR 札幌医療センター医学雑誌. 2015, 12, 41-45.
- 8) 前掲 7)

参考文献

- 1) 日本緩和医療学会. 専門家をめざす人のための緩和医療学. 第 3 版, 南江堂, 2024.
- 2) コニー・M・デニス. オレム看護論入門 - セルフケア不足看護理論へのアプローチ, 医学書院, 2014.
- 3) World Health Organization. Exploring definitions of quality palliative care. Quality health services and palliative care. Practical approaches to support policy, strategy and practice. 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164> (参照 2025 - 1 - 14)
- 4) 岡本拓也. 誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア, 医学書院, 2014.

はじめに

セルフマネジメントとは、患者が自分の療養に関するテーラーメイドの（その人用にあつらえた）知識・技術を持ち、生活と折り合いをつけながら、固有の症状や兆候に自分自身でなんとか上手く対処していくことをいう。¹⁾今回、呼吸困難を有する患者との関わりで、患者の今までの価値観や症状体験が、患者の症状に対する認識や行動に影響を与えていることを知った。患者の対象理解を行った上で、患者の療養に対する目標を設定し、介入方法を検討したことで、患者の症状コントロールに対するセルフマネジメント支援につながったため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 80歳代 女性
2. 診断名：子宮体癌、多発肺転移、多発リンパ節転移、がん性リンパ管症
3. 患者背景

1) 現病歴

X年9月、外出血を認め近医を受診される。他院の婦人科を紹介され、子宮体癌I期と診断され、治療目的にてがん専門病院を紹介された。X+1年、ロボット支援下子宮体癌手術を実施し術後薬物療法を開始した。術後薬物療法としてTC療法+ペムブロリズマブ(キイトルーダ[®])併用療法を6クール、キイトルーダ[®]単剤療法を6クール実施するもキイトルーダ[®]による下垂体機能低下(Grade2)を認めたため中断となった。X+2年、4月傍大動脈リンパ節転移を認め放射線療法(50Gy/25回)を実施する。X+3年2月 多発肺転移、がん性リンパ管症疑い、多発リンパ節転移を認めた。その後TC療法6クール実施するもProgressive Disease(PD)と判定された。9月に本人、キーパーソンである長男と今後の方針について相談しBest Supportive Care(BSC)、Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)となり自宅療養を行っていた。訪問看護を導入し、独居にて加療されていたが10月呼吸困難の増悪を認め緩和ケア病棟に緊急入院された。

2) 受け持つまでの経過

入院後、多発肺転移、がん性リンパ管症の悪化に伴う呼吸不全と診断され、酸素投与を開始した。がん性リンパ管症に対しデキサメタゾン(デカドロン[®])4mgの内服を開始し、呼吸困難の症状緩和目的にてモルヒネ硫酸塩水和物(MSコンチン[®])10mg/日分2、レスキュードーズ(レスキュー)としてモルヒネ硫酸塩水和物液(オブゾ[®])5mg1包を内服していた。1~3回/日レスキューの内服にて徐々に呼吸困難の改善を認め、入院10日目にMSコンチン[®]を30mgに増量するが夜間せん妄が見られた。夜間せん妄に対し、クエチアピンフマル酸塩(クエチアピン[®])の内服を開始するが改善なく、デカドロン[®]を2mgに減量、プロクロルペラジンマレイン酸塩(ノバミン[®])の中止、MSコンチン[®]からヒドロモルフォン塩酸塩(ナルサス[®])6mg/日へ内服の変更を行った。精神科介入によりアセナピンマレイン酸塩(シクレスト[®])舌下錠5mg 0.5錠の内服も開始となり、せん妄症状は改善傾向であった。症状出現の予防内服として毎食前にレスキューの内服を行っていたが、受け持ち開始時は呼吸困難の増悪なく経過していたため、予防レスキューは中

止し、安静時の症状コントロールは図れていた。しかし労作により症状の増悪を認め、ベッド上で座位を繰り返し、「早く死なせて。」と叫びパニックになる様子が見られていた。入院前に家族へ迷惑をかけないようにと自宅療養中に自身の身辺整理を済ませていた。やり残したことは何もないため、呼吸困難の増悪なく、緩和ケア病棟で最期まで穏やかに過ごすことを希望されていた。

3) 家族背景

A氏は元々夫と2人で暮らしていたが、1年前に膵臓癌により死別後、独居で生活していた。A氏が癌の診断を受けてからの通院や病状説明には夫が付き添いを行っていたが、夫の死去後は50代の長男がその役割を担っていた。長男はA氏の自宅からは離れていたが夫が死去してから何かと気にかけてくれており、病状説明の際は仕事を調整して同席をしていた。長女は遠方に住んでいたが、定期的に面会に来ていた。次男はA氏の自宅近くに住んでおり、夫と2人暮らしの時から買い物など身の回りの手伝いをしていていたが、病気により現在はあまり頼れないとA氏は考えていた。嫁の運転により定期的に面会に来ていた。入院前は家族全員で旅行に行くなど家族関係は良好であった。A氏の入院後もA氏がそれぞれの子供に自身の状況を報告するとともに、長男を主体として、子供内でA氏の病状について情報共有を行うことができていた。A氏が入院前に行った身辺整理についても遺言状と共に長男に思いを伝えることができていた。BSC、DNARの選択について長男はできる治療があるならやって欲しいと考えていたが、A氏が治療中止の判断をされたことに対し、A氏の思いを尊重し納得された背景がある。A氏は入院中も家族との面会を楽しみにされており、大切な時間としていた。

II. 看護の実践

1. アセスメント

呼吸困難は、主観的な症状であり、血液中の酸素濃度に関わらず患者が苦しいと感じれば呼吸困難は存在することになる。また、呼吸不全とは、呼吸機能の障害のために動脈血の酸素分圧や二酸化炭素分圧に異常値を示す状態であり、動脈血ガス検査により客観的に診断される。呼吸困難は主観的な症状であり、呼吸不全を伴わない場合でも呼吸困難が生じる。A氏は子宮体癌からの血行性転移により多発性肺転移を合併していた。また、がん性リンパ管症はリンパ流が腫瘍細胞により閉塞・阻害されることで肺からのリンパ流出が困難となり、間質液の貯留と酸素拡散障害から呼吸機能障害を生じ、低酸素血症、呼吸困難を来す。A氏は病状の進行に伴い、これらを原因として呼吸不全となり、呼吸困難を生じていたと考えられる。受け持ち開始時、A氏は呼吸困難に対する治療として、がん性リンパ管症に対しデカドロン®の内服を行っていた。また、低酸素血症に対し酸素投与を行うことで呼吸不全に対し効果を得ることができていた。また呼吸困難に対してはナルサス®の内服により安静時の症状コントロールを図ることができていたと考えられる。しかし、労作による酸素消費量の増加により、呼吸不全をきたし呼吸困難をきたしている状態であった。A氏は以前、食事を全量摂取することで症状が悪化した経験から、摂取量を自己調整するといった対処行動をとっていた。A氏は入院前まで独居で過ごされていたこともあり、「家では自分でやってたから大丈夫。」「(看護師に身の回りのことをしてもらうのは) 気が引ける」と介助をされることに対して遠慮する発言が見られた。これは今まで治療や療養生活において、自分で意思決定をしながら自律して過ごしてきた背景があり、入院後も自分のことは自分でしたいという思いがあると考えられた。労作時の呼吸困難に対し、レスキューの内服と安静にて症状の改善が見られていたが、症状

が改善した際は、看護師の介助に対し「それぐらいなら大丈夫だと思うんだけど。」という発言もみられていた。これは症状を増悪する可能性のある動作に対して理解が不足している可能性があると考えられた。今まで症状増悪を経験した動作について対処行動を取ることができていたことから、どのような動作が呼吸困難の増悪につながるかという正しい知識を獲得することで、症状コントロールを自身で行うことができるのではないかと考えた。また、がん性リンパ管症は急速かつ重度に悪化する可能性のある呼吸困難であり、がん性リンパ管症の発症の診断からの予後は不良であり、およそ50%の患者の予後は、呼吸器症状の出現からおよそ2ヶ月、入院後3週間程度とされている。A氏の病状は今後急速に悪化していくと考えられ、それに伴い呼吸困難も増悪していく可能性が高いと考えられた。今後症状が進行する中でも、A氏が自分で行いたい動作を選択し、自身で症状コントロールが行えるように援助することで、自律性を維持しながら、A氏の望む穏やかな療養生活を送ることができる可能性があり、介入が必要であると考えた。

2. 看護上の問題

#呼吸困難を誘発しやすい動作に対し、対処行動が取れないことにより呼吸困難が増悪し、穏やかに過ごすことができない

3. 看護目標

呼吸困難を誘発しやすい動作について理解し、対処行動をとることで症状を増悪させることなく過ごすことができる

4. 看護の実際

A氏は自身の病状について自分の言葉で話すことができおり、理解は良好であると考えられた。そのため、A氏の症状に対する予防行動が取れていない原因は単なる知識不足ではなく、A氏自身の性格や、今までの生活背景、療養に対する理解などが関連した結果の行動であると考えた。A氏が考える穏やかさとは何かということ、現在のA氏を形作っている背景を理解した上で支援する必要があると考え介入を行った。今回行った看護介入を【A氏の対象理解】【目標の設定と共有】【症状コントロールへの介入】の3つの視点に沿って振り返る。

【A氏の対象理解】

まず、A氏の望む療養を支援するために、A氏について教えてほしいことを伝えた。そして、信頼関係構築のため、声のトーンやスピード、視線を患者に合わせながらA氏に病気の発症から現在に至るまでの生活や思いについて確認した。A氏の今まで生きてきた背景を知るため、言葉の意味を探索するオープンエンドのコミュニケーションを意識的に行った。A氏は治療経過、現在に至る過程、自分の今までの生活や家族に対する思い、予後に対する思いなどを話された。今まで治療を続けてきたことを労いながら、家族の支えもあり自宅で過ごしてきたことに感謝する気持ちに共感した。A氏は呼吸困難に対し「肺に癌が飛び散ってるからそれが原因で息が辛くなるんだね。これはもう治らないんだろうね。」「これがちょっとずつひどくなるのかな、とは思ってるよ。」という発言が見られた。これより肺転移による影響で呼吸困難が生じていることや、今後症状が進行していくことについては理解していると考えられた。しかし「歩いた方が体力ついてしんどいのがマシになるんじゃないか。」という発言もみられた。A氏は、体を動かすのが好きであり、趣味で山登りをしていた。これより、A氏は今まで体力に自身があつたにも関わらず、入院により活動が制限されたことで自身の体力が低下したと考えており、呼吸困難は体力低下も原因と理解していると考えられた。

日常生活動作と呼吸困難については、「ご飯は全部食べるとしんどくなっちゃうから。」と食事は

全量摂取しないという対処行動をとっていた。日常生活での注意点について確認すると「家では自分でやってたからね。できると思うけど。」という発言が聞かれ、日常生活動作と呼吸困難増悪の関連性については理解が不十分であることがわかった。また、「私せつからだからね。気をつけようと思っても性分だから動いてしまう。」とA氏自身、自分の性格が予防行動に繋げることができない原因の一つとして話をされた。

次に今までの呼吸困難時の対応について確認を行なった。A氏は呼吸困難を感じた際、安静により症状が改善することが多く、現在も同様の対応を行っていた。しかし、少しでも症状が改善すると新たな動作を行ってしまい、更に呼吸困難が増悪していた。また、レスキューの内服については1時間様子を見ていたことがわかり、レスキューの内服に抵抗感がある可能性も考え、理由を確認した。A氏は元々薬の内服に抵抗を感じていた。しかし、癌に罹患した後は、様々な薬を使用することで症状が改善することを体感し、今は薬への抵抗も感じていないと話していた。レスキューに対しても内服後の効果を感じており、特に抵抗を感じているわけではなかった。入院前の呼吸困難は1時間程度安静にしていれば改善することが多く、その経験から1時間様子を見ていたということがわかった。

以上より呼吸困難が病状の進行によるものであり、今後更に悪化していくことについては理解されているが、体力の低下も原因の一つとして考えており、知識の提供が必要であると考えた。また、呼吸困難の対応としてレスキューの内服は効果があり、今までも自己管理されていた背景から、使用方法について理解は問題ないと考えた。しかし安静やレスキューを内服するタイミングについて入院前と同様の対処行動をとっており、現在の病状に適した対処とは言い難い。しかし、A氏は自分の病状の変化に応じて、薬への認識を変化することができ、薬に対する効果を体感したことにより現在対処行動の一つとして活用することができている。また、効果があると判断した対処行動を現在も継続できていたことから、これはA氏の持ちうる力であると考えた。これより、呼吸困難が増悪しない日常生活動作を、具体的に説明しA氏自身が体感することで行動変容につながる可能性があると考えた。また、A氏は長年日記をつけており、今まで使用した薬剤を記入し、配布されたパンフレットを日記に挟み読み返す姿が見られていた。元々本を読むのが好きだったこともあり、会話中に昔見た本の内容や、日記に挟んだパンフレットを見て内容を思い出し、説明するといった場面も見られた。これより視覚的な情報による介入が有効であると考えた。

A氏は自身の望む穏やかさについて、1年前夫が亡くなる前に疼痛で苦しむ姿を見たことから、「しんどくなく、好きなことを、好きにして過ごしたい。」「最後は眠るように亡くなりたい。」と話をしていた。A氏は音楽鑑賞や他者との会話を心地の良い時間と考えており、それらの余暇活動や日常生活を自身の望んだタイミングで、できる限り自身で行いながら過ごしたいと考えていることが理解できた。

【目標の設定と共有】

A氏は呼吸困難が増悪することなく安楽に過ごしたいという思いがありながらも、入院前は独居で自分自身の身の回りのことを行ってきた背景から、可能な範囲は自分で身の回りのことを行いたいという思いを抱いていた。そのため、介入当初A氏は、室内歩行自立という目標を掲げていた。現在の呼吸状態から実現可能な目標設定を行う必要があると考えた。呼吸困難を増悪する行動について「わからない。」と発言していたが、少しでも呼吸困難が増悪せずに生活できるようにどのような動作が呼吸困難を増悪するか一緒に考えてみないか、と提案すると「教えてもらって、一緒にやったらできるかもね。」という発言がきかれた。そのため、日常生活の中でどのような動作が呼

吸困難を増悪するのか理解し、自分で予防行動をとることができることを目標とした。

【症状コントロールへの介入】

まず、体力の低下により呼吸困難が増悪しているという認識について修正を行った。がん性リンパ管症や肺転移により肺の機能が低下しているため、体内の酸素が不足したことにより呼吸困難が生じたことを説明した。現在治療として酸素療法を行なっているため、安静時に呼吸困難が生じていないが、動くことにより酸素が不足し、呼吸困難が増悪する原因となっていることを説明した。A氏は説明に対し「そっか、今のしんどいのが治ることはないんだもんね。」と話され、呼吸困難の原因について理解することができた。次に、呼吸困難時の対応として呼吸法(口すぼめ呼吸、腹式呼吸)についてパンフレットを用いて説明を行った。パンフレットは年齢も考慮し、視覚的配慮として文字を大きめにし、イラストで具体的な方法を記載した。A氏はパンフレットを見ながらすぐに自身で実践し、「これやったらすぐに息が楽になるんだね。」と意欲的な反応が見られた。看護師が同席していない際も、パンフレットを読み返し、呼吸法を練習している姿が見られた。呼吸法を実践することで、効果を実感しており、積極的に取り入れているという発言が聞かれ、知識技術の獲得はできたと判断できた。次に、どのような動作が呼吸困難増悪に繋がるのか理解してもらうために、呼吸困難が増悪する動作として腕を上げる動作、反復する動作、腹部を圧迫する動作、息を止める動作についてイラストを用いて説明を行った。そして、A氏の生活の中でどのような動作がそれらに当てはまるかを一緒に検討した。A氏が自身で具体例を挙げるのは困難であったため、腕を上げる動作については洗髪や服を着る際、腹部を圧迫する動作についてはしゃがんで物を取る時など具体例を示しイラストの横に記載をした。すると「冷蔵庫の物とった時もこれやしんどかったんだね。」と自身の今までの行動と結びつけて考えることができていた。ベッドからの起き上がりや、車椅子からベッドへの移動、食事の際に頻呼吸となっていたが、A氏自身が症状として自覚していないことがわかった。そのため、パンフレットに起き上がりや移動、食事などはゆっくり動作を行うよう追加した。翌日「朝ごはんだと思って急に起き上がったらしんどくなっちゃった。やっぱり急に動くダメだね。」とパンフレットの内容を元に、自分の行動を振り返ることができていた。しかし、覚醒時には急な動作を行なってしまうことがあったため、改善策としてA氏と相談し覚醒時にパンフレットが目に入りやすいよう、ベッド柵に設置を行なった。次に、A氏が頻呼吸を自覚せずに、そのまま次の行動をとることが呼吸困難増悪の原因の一つであると考えられた。そのため、自身の呼吸状態を評価し、呼吸困難の状態に応じて対応ができるよう介入を行った。呼吸困難の評価には修正ボルグスケールを活用した。修正ボルグスケールとは、呼吸困難の主観的な量的評価尺度であり、0～10まで12段階に分類され、各ポイントに状態を示す用語が記載されている。A氏はNumerical Rating Scale(NRS)による評価が「数字だとわからない。」と発言があり、用語記載のある修正ボルグスケールでの評価の方が適していると考えた。修正ボルグスケールを提示し、動作毎や頻呼吸となっている場面でA氏自身が呼吸困難をどのように感じているか聴取した。A氏より修正ボルグスケールの用語が難しいという指摘があったため、A氏が普段表現する言葉に用語を変更した。結果、『全く苦しくない、ふーふーする、ちょっと苦しい、ひーひーする、ぜーぜーする、とても苦しい、非常に苦しい』という表現に変更した。また、各表現の呼吸状態となっている際、どのような対処方法で症状が緩和しているか、A氏と共に検討を行った。呼吸状態の段階に応じて、呼吸法の実施や、呼吸状態が改善するまで次の動作を行わないこと、レスキューを内服するタイミングといった対処方法について追加記載した。日中動作毎にスケール表を確認し、現在の状態を自己評価してもらい、それに応じた対処をとることを繰り返し行った。A氏は

パンフレットやスケール表を見ながら「これは看護師さんに頼んだ方がいいんだね。」「今はふーふーしてるから、ちょっと経ってからごはん食べる。」など自ら対処行動をとることができるようになった。

また、A氏は、身の回りのことを自分で準備しようとし、労作により呼吸困難が増悪することがあった。これはA氏の対象理解にて、看護師への遠慮と、自律に対する思いからくる行動であると考えられた。A氏のできる限り自律した生活を維持したいという思いを支えるために、自分で好きなことを行えるようベッドサイドの環境整備を行った。A氏が覚醒時にどのような行動をとっているか確認しながら、A氏が手の届く範囲に置いておきたいものを確認して設置し、A氏が行いたい日常生活を最小限の体動で実施できるようにした。また、毎朝挨拶を行った際に、A氏がその日に優先して行いたい動作について自分で選択してもらい、1日のスケジュールを相談した。A氏にとって車椅子での散歩や家族面会の時間を大切にしたいという希望があったため、それ以外の日常生活における動作である清潔や食事、排便コントロールに対し、時間の調整や、看護師による介助を行うことで労作が最小限となるようにケアの工夫を行った。A氏は毎日30分程度散歩の時間を呼吸困難が増悪することなく確保することができた。また、散歩の時間を楽しみにしており、「散歩に向けて休まないよね。」「これは看護師さんに頼もうかな。」と自ら看護師に依頼することができるようになった。

受け持ち13日目より症状の悪化を認めた。受け持ち14日目、内服による症状コントロールは困難と判断しナルサス[®]6mgからナルベイン[®]の皮下注射に変更となった。A氏は自身の急速な病状の変化を自覚しながらも「ふーふーなっちゃうから看護師さんにやってもらおうかな。」「もうふーふー治まったから、看護師さん行っていいよ。」とスケール表に応じた対応を継続することができていた。症状が悪化しながらも「食事は自分で食べれるから。」「散歩は行こう。」と自分で行いたい行動を選択し、意思を示すことができていた。持続鎮静開始となる前日まで散歩や食事といったA氏が望んだA氏のやりたいことを継続して過ごすことができた。

Ⅲ. 考察

看護の実践における3つの視点に沿って考察を行う。

【A氏の対象理解】

今回A氏の対象理解を行うために意図的なコミュニケーションを行った。傾聴や共感とは患者が体験していることを追体験し、看護師が追体験をしてわいてきた感情を表現することである。川野は患者が自分の気持ちをわかってもらえるという体験をすることで、看護師と気持ちがつながり、患者は孤独感から解放され、また患者が客観的になれる²⁾と述べている。また、声のトーンやスピード、目線を合わせるといった非言語的コミュニケーションは患者にとって、自分のことを考えてくれていると安心でき、安定した気持ちで穏やかに会話することができると言われており、信頼関係を構築するために有効であったと考えられる。オープンエンドのコミュニケーションを行い、患者の言葉の意味や思いを探索したことは、患者の状態、体験、思い、行動などに関心を寄せていることを伝えることにつながり、A氏の今までの生活、現在の考えに至る価値観や思いを知ることにつなげることができたと考えられる。A氏是对話の中で呼吸困難に対する予防行動に対し、「わからない。」「気をつけようと思っても性分だから動いてしまう。」という発言が聞かれた。患者が自分の感情を自分の言葉で表現することで、客観視することができると言われている。A氏が発病から現在に至る経過や、その都度感じてきた思いを看護師に表現することにより、自分自身の思考を客観視することで、今までの行動

に意味づけを行うことができ、日常生活動作と症状増悪の関連性に対する自身の知識不足、自分の元来のせっかちな性格が影響しているということを、A氏自ら明らかにすることができ、その後の行動変容にも影響をもたらしたのだと考えられる。

【目標の設定と共有】

A氏は当初、室内歩行自立という達成困難な目標を掲げていた。A氏への対象理解から、A氏の掲げている目標の背景にある、自律の思いや療養に対する希望を知ることができた。目標は高すぎると失敗体験につながりやすく、一方低すぎると意欲が湧かないものになってしまう。A氏の掲げている目標の意味を理解した上で提案した目標は、A氏の希望や価値観に合わせた内容となったと考えられる。行動形成において、共同目標の設定では、身近なところのできそうな目標を設定し、徐々に目標を上げていくステップバイステップ法が望ましいと言われている。今回、日常生活の中でどのような動作が呼吸困難を増悪するのか理解し、自分で予防行動をとることができるとしており、段階的な目標を掲げることができていなかった。A氏の意欲を維持しながら、成功体験を積み重ねることができるよう、まずは知識の獲得を行い、予防行動に対しても段階を踏むことができるような内容を検討するべきであった。また、A氏の「教えてもらって、一緒にやったらできるかもね。」という発言より提案した目標に対し、了承を得ることはできたが、A氏自らが掲げた目標とはなっていなかった。A氏は対話により自身を振り返ることで認識を変化させることや、行動変容を行うことができていたことから、A氏の持ちうる力を信じ、A氏自らが目標を見出すことができるよう援助することで、更にA氏の自尊心や自己効力感の向上に働きかけることができたのではないかと考える。

【症状コントロールへの介入】

対象理解にて得た情報を元にA氏が優先して行いたい日常生活動作や、その意図を理解することにつながったと考えられる。A氏が視覚的な情報から繰り返し知識を得ることに積極的であったことから、パンフレットを用いて知識を提供したことは効果的であった。自分で実際に行動を行い、成功体験を持つことに基づいて獲得された自己効力感が最も強く、かつ安定していることが今までの研究によって報告されている。³⁾ 呼吸困難の増悪というA氏の一番の苦痛に対し、呼吸法の実践により効果を実感したことで成功体験を得ることができ、自己効力感が向上したと考えられる。そして、その後も継続した再学習や、新たな知識の獲得、実践への動機付けとなり、意欲の向上につながったと考えられる。A氏の日常生活に合わせた具体的な動作を、A氏と共に考えパンフレットの内容を変更していった。これはA氏自らが症状コントロールへの対処行動をとる主役であるという認識に働きかけることができたと考えられる。自ら考えることにより、自身で対処するものであると認識し日常生活で積極的に取り入れるという行動変容につながったと考えられる。

また、修正ボルグスケールを参考にスケールを作成し用いることで、A氏は自身の呼吸状態を評価し、呼吸状態にあった対処行動を取ることができた。客観的に測定したり観察したりできるデータや徴候の意味をアセスメントし、対処方法を身につけることはサインマネジメントと言われている。今回スケール表を元に行った介入は結果的にサインマネジメントとしての支援となっていた。スケール表の活用によりA氏の視覚的な情報を得やすいという持ちうる力を活用し、A氏自身が自ら対処を取ることができるという自己コントロール感を得ることができ、更に自己効力感の向上に繋がったと考えられる。また、A氏は自身の呼吸状態を客観的に判断し行動した結果を看護師に報告する過程で、自分の症状と行動について評価することができていた。看護師の介助に対し遠慮をしていたA氏から「これは看護師さんに頼んだ方がいいんだね。」という発言に変化した。これはA氏自身が自己コントロール感を得たことにより、症状の増悪と行動について理解が深まったことや、自分自身でできる

ことがあるという自信に繋がったと考えられる。また、身の回りの介助に対する認知的評価が、自律性の低下ではなく、症状増悪を防ぐため必要であるという認識に変化したのだと考えられる。A氏の自律した思いを支えるために環境整備を行った。症状が徐々に悪化していく中でも、A氏が自分の症状をマネジメントしながら、自身でできる方策を検討したことはA氏の自己効力感を支える支援になったと考えられる。また、症状コントロールの指導や、散歩、ケアの時間などA氏にその都度時間を相談し、1日のスケジュールを検討したことは、A氏に決定権を委ね、自己決定力を高めることに繋がった。自己決定力の向上は自己効力感の向上に繋がり、行動変容を継続することができたと考えられる。余宮は患者の満足が得られる緩和ケアを行うためには、患者が何に苦しみ、何を望んでいるのかということを理解できるようなコミュニケーションを行うことが大切である。さらに医療者が患者の価値観や目標を理解できれば、患者にあった、満足度の高い“オーダーメイド”の緩和ケアを行うことができると述べている。⁴⁾ 今回、意識的に行ったコミュニケーションにより、患者の価値観や思い、持ちうる力、患者の療養への思いを知ることにつながった。対象理解を元に行った看護介入は、A氏が症状コントロールするためのセルフマネジメント支援として効果的であり、最期まで自分らしさを維持しながら、患者の望む生活を送るための援助に繋げることができたと考える。

おわりに

今回の事例を振り返り、セルフマネジメントの支援は患者の望む療養生活を自律しながら送るために有効であると理解することができた。セルフマネジメントは患者が主体となっていく必要がある、患者が主体となるためには、患者の価値観や病気への理解、思いといった対象理解が不可欠である。症状体験や価値観が、患者の症状に対する認識や行動に影響を与えており、それらを理解し介入方法を検討することで、患者の持ちうる力を発揮した効果的な支援に繋がるということが理解できた。今回、家族の協力や、具体的な行動目標の段階的な設定といった視点が不足していた。患者の望む療養生活を、患者らしさを維持しながら関わるためにも、セルフマネジメント支援に対する介入方法や、理論を意識しながら活用し、包括的なアセスメントを実践していく必要がある。患者と家族を包括的に捉え、持ちうる力や最期まで生き抜く力を引き出すことができるよう、認定看護師として研鑽し、患者の望む療養生活を維持できるよう支えていくことが必要である。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださったA氏とご家族、ご多忙中、ご指導くださいました実習指導者様、スタッフの皆様、教員の方々に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 安酸史子, 岡本里香, 横山悦子. ナーシング・グラフィカ成人看護学③セルフマネジメント. 第4版, 大阪, メディカ出版, 2024, 16-17
- 2) 川野雅資, 鈴木由香, 野呂幾久子. 看護師のコミュニケーション技術. 大阪, 中央法規, 2018, 44
- 3) 岡美智代, 石田貞代, 佐川美枝子. 行動変容を促す看護 患者の生きがいを支えるEASEプログラム. 東京, 医学書院, 2018, 38
- 4) 余宮きのみ. ここが知りたかった緩和ケア. 改訂第3版, 東京, 南江堂, 2023, 312

参考文献

- 1) 安酸史子, 岡本里香, 横山悦子. ナーシング・グラフィカ成人看護学③セルフマネジメント. 第4版, 大阪, メディカ出版, 2024
- 2) 有賀悦子, 浜野淳, 宮坂道夫. 専門家を目指す人のための緩和医療学. 改訂第3版, 東京. 南江堂, 2024
- 3) 日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会. 進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン 2023 年版, 金原出版株式会社, 2023,
- 4) 宮下光令, 清水陽一, 佐藤一樹. ナーシング・グラフィカ成人看護学⑥緩和ケア. 第3版, 大阪, メディカ出版, 2022
- 5) 岡美智代, 石田貞代, 佐川美枝子. 行動変容を促す看護 患者の生きがいを支えるEASEプログラム. 東京, 医学書院, 2018
- 6) 長江弘子, 浅見洋, 足立知孝. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア. 第2版, 東京. 日本看護協会出版会, 2018

はじめに

青柳は、その人らしさについて「その人の特性を形作っているもの（価値観や思想等）が言動を通して他者に認知されたもの」¹⁾と述べており、その人の生きてきた過程で育まれた価値観を知ることがその人らしさを理解することにつながると考える。

今回受け持ったA氏は、自分の考えや思いを表出しない方であった。がん終末期であり予後が短く思いを表出することが難しくなることが予想される中でも、患者の価値観を理解しその人らしさを支える看護を提供することができたため報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 男性
2. 診断名：膀胱癌、骨盤内リンパ節転移、腹膜播種、両水腎症
3. 患者背景

1) 現病歴

X年5月頃、肉眼的血尿にて近医受診され、膀胱鏡検査にて膀胱癌と診断された。左水腎症、骨盤内リンパ節転移、c T4a N2M0 StageⅢBと診断あり。他院にてGEM+CBDC A 6クール実施。X+2年1月に維持療法としてアベルマブ(バベンチオ®)6クール実施していたが、同年11月に呼吸困難、甲状腺機能低下ありバベンチオ®中止となった。同年12月よりエンホルツマブ ベドチン(パドセブ®)14クール実施したが、X+3年5月のCTにて腫瘍縮小効果の判定が進行(PD: Progressive Disease)判定となった。傍直腸リンパ節転移増大の影響により直腸閉塞を生じ、腹腔鏡下横行結腸人工肛門造設術が施行された。その後さらにパドセブ®16クール投与していたが、7月にPD判定となった。右尿管口浸潤、右水腎症あり。病状の悪化から化学療法継続困難と判断されBest Supportive Care(BSC)方針となる。X+3年10月、自宅療養していたが、倦怠感・食思不振の増悪から生活困難となり、緩和ケア病棟へ入院となった。膀胱癌に罹患するまでの既往歴は無い。

2) 受け持つまでの経過

排泄は自室内のトイレに独歩にて移動し排泄していた。腫瘍の拡大により膀胱容量が減少しており、1~2時間毎に尿意を感じるため、頻回にトイレ移動が必要であった。トイレ移動による身体的な負担や睡眠の阻害から倦怠感が増悪している状況であり、排泄と洗面、週2回のストーマ装具交換以外は終日臥床にて過ごしていた。トイレへの移動が倦怠感の増悪因子であるため、ポータブルトイレや膀胱留置カテーテルの挿入も提案していたが希望しなかった。日中もカーテンを閉め切り照明も消した状態で過ごしていた。物音も不快に感じることから訪室もバイタルサイン測定や食事の配膳、配薬以外は希望せず、部屋の清掃も週に一回とするなど部屋への出入りも最低限にすることを希望していた。安静時の倦怠感に対してポジショニングやマッサージ、温罨法などの非薬物療法も提案していたが希望せず、その理由や気持ちなども話さない状況であった。検温時に身体の観察を行うことを拒否することもあり、清潔ケアもほとんど希望せず、「そっとしておいてください。」と関わりを避けるかのような言動が続いていた。病棟の看護師もA氏らしい過ごし方ができるよう、A氏の価値観や療養生活への思いを知りたいと考えていたが、A氏が自己の思いを話すことは無く、コミュニケーションに困難感を感じている状況であった。

3) 家族背景

婚姻歴はなく、家族は70歳代の母親と60歳代の妹である。入院前は母親と同居しており、妹は電車で1時間程度のところに居住していた。キーパーソンは妹であった。父親は20年以上前に病にて亡くなっているが、病名についての詳細な情報は無い。家族関係は良好であり、母親は2、3日に1回程度、妹も週に1回程度の頻度で面会に来ていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

受け持ち開始時、A氏は倦怠感を強く感じていた。倦怠感の原因としては、まず膀胱癌、リンパ節転移、腹膜・腹壁への転移など多部位にわたる癌より放出される炎症性サイトカインの影響による一次的倦怠感が考えられた。また、膀胱がんの浸潤により尿管狭窄を生じ、両水腎症を併発しており、血液検査ではeGFR16.8ml/dl1.73m²と慢性腎不全(CKD)重症度分類におけるeGFR区分がG4となるため、腎後性腎不全の状態であると考えられた。さらにサイトカインによる網内系機能亢進による溶血や赤芽球前駆細胞に対するエリスロポエチン反応性の低下などから貧血状態であると考えられ、これらの腎不全や貧血の影響による二次的倦怠感でもあったと考えられた。入院時よりの正確な体重変化は分からないが、入院後の食事摂取量減少と、るい瘦傾向である体形からすると体重減少が生じていることは明らかであり、悪液質を生じていると考えられた。

また、がん関連倦怠感は多角的であり、身体的倦怠感(易疲労性、活動能力の低下)、精神的倦怠感(意欲・気分・活気の低下)、認知的倦怠感(集中力の低下)があると言われていることや、炎症性サイトカインが視床下部-下垂体-副腎軸(hypothalamic-pituitary-adrenal axis:HPA axis)を活性化し、倦怠感・痛み・不安・抑うつを生じることが推測されていることから、がん関連倦怠感と不安・抑うつと関連が深いとされており、A氏が身体的苦痛だけでなく精神的倦怠感・不安・抑うつからくる気持ちのつらさも抱えている可能性が考えられた。

また、「そっとしておいてください」と、人との関りを避けるように過ごしている様子からも、気持ちのつらさを抱えながら過ごしている可能性があると考えられた。現在の過ごし方がA氏の望む過ごし方であるか判断できないことから、「A氏らしさ」を知るためにはA氏の価値観や思いを知る必要があると考えた。さらに、Palliative Prognostic Index (PPI)での予後予測は、Palliative Performance Scale (PPS):30~50(2.5点)経口摂取量:著明に減少(2.5点)浮腫:なし(0点)安静時呼吸困難:なし(0点)せん妄:なし(0点)合計:5点となり、3週間から1か月程度と予後が短いことが予想された。経過により病状が悪化しA氏が思いを伝えることがより難しくなることが考えられ、A氏らしさを理解するために、まずはA氏の言動の背景にある思いを表出しやすくなるような介入を行うことが優先であると考えた。

2. 看護上の問題

#気持ちのつらさを抱えたまま過ごすことにより、A氏らしい過ごし方を選択できない可能性がある状態

3. 看護目標

A氏が思いや価値観を表出することができ、A氏らしい過ごし方を選択することができる

4. 看護の実際

A氏や家族と関わる過程で、A氏の思いや価値観に気づくことができた流れを時系列で整理する。

【1日目】

午前中に清潔ケア提案するが、「今はいいです。そっとしておいてください。」と希望しなかった。倦怠感の日内変動がある可能性も考え、時間を空け午後にもケアの提案をしたが同様の返答であった。母親面会あり。A氏について社交的な性格であり、膀胱がん罹患するまでは営業職をしていたこと、趣味はゴルフで週末は友人とゴルフに出かけていたこと、昔から優しい性格であったことや自分で決めたことは曲げない性格であったということ、ここ数か月は家にいるときもカーテンを閉めてほとんど寝ていたという情報を得た。本来、社交的で活動的であったA氏が暗く静かな環境で人との関りを避けるようになってきている状況から、そうならざるを得ない苦痛を抱えているのではないかと感じた。A氏の思いなどについて聞いていることが無い確認すると、母親より「私には何も話しません。妹にはいろいろ話しているみたいです。」と情報提供あり、妹面会時にA氏の考えや思いについて確認することとした。

【2～3 日目】

前日のA氏のそっとしておいてほしいという反応から、繰り返しケアを提案されることがA氏の負担になっている可能性があると考え、こちらからケアを提案するのではなく、まずはA氏が援助を必要であると感じていることを確認するために、訪室時は「今何かお手伝いできることはありますか。」とだけ尋ねるようにした。すると、それまで話しかけるだけでも苦痛表情を浮かべていたA氏が、次第に「冷蔵庫の飲み物を取ってもらえるかな。」「起き上がるのが難しくなってきたから、起き上がるのを手伝ってもらっていいかな。」「今のところはこれ以上楽にしてほしいとかはない。じっとしていれば大丈夫だから。」「痛いのか苦しいのが無いようにしてほしい。」と、援助が必要なことや身体的な苦痛に関して表出するようになった。歩行時はふらつきがあるため、トイレの入り口付近にあるオーバーテーブルを支えにして歩行していた。転倒防止と活動に伴う身体的な負担を軽減する為に、トイレまでの経路につかまる柵を設置することを提案するが希望しなかった。環境を変えることもA氏が苦痛に感じる可能性があると考え、環境を変えない様に既設のオーバーテーブルの位置のまま固定式のオーバーテーブルに変更することを提案すると「それならお願いしようかな。」と了承した。「前の医者からはもう半年くらいって言われた。このままここで痛いとか苦しいのが無いように逝きたい。」と、療養生活に関する考えも少しずつ話すようになってきた。病棟カンファレンスにて、自己の看護の結果から、いきなりケアを提案されることがA氏の苦痛になっていた可能性があることを共有し、A氏が希望する介助を確認する関わり方をすることを統一することで、看護師の関わりがA氏の苦痛にならないようにした。また、A氏は必要だと思われるケアも全て拒否しているのではなく、ニーズに合った提案を行うことでケアに納得し実施することができることを共有した。そして、この時点で疼痛や呼吸困難は生じていなかったが、繰り返し2つの苦痛に対して緩和することを望んでいるため、今後疼痛や呼吸困難が生じた場合は緩和に向けた対応ができるように看護師間のカンファレンスにて共有した。

【6～8 日目】

倦怠感が強くなり、全身心状態の悪化に伴い自力歩行が困難になった。頻回に尿意を感じることは継続していたが、一回の尿量は少量であったため、毎回ティッシュにて尿をぬぐい袋に破棄していた。「尿取りパッドを持ってくるよう予定です。それまでこの方法でやらせてもらっていいですか。」と希望あり。A氏の望む方法を維持しつつ、感染予防のために周囲の清掃のみ介助を行った。

清拭や陰部洗浄などの清潔ケアは、A氏が望まない時は見送った。週に1回の入浴は「寒くないようにしてもらえたら入りたい。」と希望あり。「布団から出ると寒い。エアコンは音がうるさいからつけないんだよ。」と発言あり、寒冷刺激による不快感の軽減と、患者の望む静かな環境を

保つ為に、入浴前後のみエアコンをつけ入浴終了後は消して元の静かな環境を保つことを提案すると了承した。通常の病棟の機械浴の方法は病室にて脱衣し、機械浴室で洗体後に入浴する方法であったが、機械浴室を十分に暖めた後に浴室にて脱衣する方法で統一した。「お風呂につかるのは好きでしたよ。銭湯とかもたまに行っていました。」と入浴を好んでいたことを知ることができた。入浴中にA氏の希望により歯磨きを実施した。髭剃りは介助にて行った。今までA氏が清潔ケアをほとんど望まなかった理由の一つとして寒冷刺激への不快感があると考え、カンファレンス時に病棟看護師に共有し、清潔ケアを実施する前後のみエアコンにて室温を温かくすることを統一した。「膀胱留置カテーテルについて）今まで2回入れたことがあるけどずっとおしっこをしたい感じがあってつらい。」と膀胱留置カテーテルの留置を選択しなかった理由に関しても話した。ストマ装具交換は自己にて交換できていた時は洗面台にて椅子に座り実施していたため、A氏が望む方法を確認すると、「いつも通りやってみようかな。」と希望した。しかし、端坐位にて浮遊感が生じ、呼吸も荒くなったため、座位での交換は身体的な負担が強いと判断しベッド上での実施を選択した。ADLが低下している中でも少しでも自己肯定感を得ることのできる援助が必要であると考え、全てを看護師で行うのではなく、自己にて行うことができる部分を確認しながら援助を行った。A氏は面板のカットを自己にて行うことを希望したため、その他の手技を介助した。入院時は旧肛門からの排泄液による身衣の汚染予防のためにリハビリパンツを履いていたが、腹水による腹部膨満が進むにつれ不快感から着用しておらず、寝衣やシーツ汚染を繰り返している状況であった。テープ式おむつの方が旧肛門からの排泄液を吸収できることや、パッド交換時の体動を最小限にして身体的な負担を少なくできることを提案すると了承した。テープ式おむつの着用について羞恥心を感じる可能性がある為、A氏の意向を確認すると「ああ、おむつだね。嫌ってわけではないよ。手術した時もあったなと思ってね。楽ならいい。」と発言があった。排泄に対する介助に関しては羞恥心を感じることを考えられるが、そこに固執し介助を拒否するのではなく、必要性を納得できれば他者にゆだねることもできることを知った。また、妹の面会時に得た情報では、「私にもあまり何も言いません。今までの病気のこともほとんど事後報告なんです。手術したよとか化学療法やったよとか。今まで何でも一人で決めてきたんです。」と情報提供があった。A氏が、今までの治療や療養生活を自分一人で判断し選択してきたことを知り、A氏にとって自分で選択し決定するという「自律」が大切な価値観であると予想し、自律を守ることがA氏の尊厳を保つとともにA氏らしさにつながるのではないかと考えた。A氏が必要性を判断し自ら選択し続けることができるようにしていくことが必要であると考え、ケアを行う際は、行うことのメリットや行わなかったときのデメリットを伝えて自ら選択できるように関わるようにし、病棟看護師も同様の関わり方ができるようにカンファレンスにて共有した。

【9～19 日目】

腰背部に鈍痛と呼吸困難が生じ始めた。それまでにA氏は「痛いのが苦しいのが無いようにしてほしい。」と意思を伝えており、家族も「とにかく本人がつかないようにしてください。」と意思を伝えていたためA氏の希望に応えることができるように、積極的に苦痛の緩和を図るように関わった。点滴漏れを繰り返し末梢持続点滴留置が継続できず、持続皮下注射に変更した。そのため医師の指示の範囲で、内服可能な間はアセトアミノフェン(アセトアミノフェン錠[®])の内服、もしくは坐剤(アルピニー坐剤[®])で疼痛の緩和を図ったが苦痛が緩和されなかった。呼吸困難はSpO₂の低下がみられたため、酸素投与を開始した。呼吸困難の増悪に伴い流量を上げ酸素マスクへの変更を試みたが、装着に対して強い不快感を訴え継続できなかった。苦痛への不安が、疼痛の閾値を下げて

しまうことや呼吸困難の増悪につながっていると考えられ、苦痛症状により休息の時間を確保できていないことも苦痛の増悪に影響している可能性も考えられたため、入眠を促し苦痛を緩和させることを目的として、鎮痛補助薬として不眠時指示のプロメタジン塩酸塩(ヒベルナ注 25 mg®)を使用した。苦痛は軽減できなかった。疼痛と呼吸困難に対してオピオイド使用の必要性も考えられたが、医師の見解ではA氏の身体的な状態からがん性疼痛とは判断できないため、オピオイドの適応ではないという判断であった。A氏は受け持ち当初から疼痛や呼吸困難に関しては緩和することを強く望んでおり、A氏に残された時間が短い中で苦痛が緩和されないまま過ごしている状況はA氏の望む状況ではない可能性があると考え、医師や病棟スタッフと共に苦痛の緩和について検討できるようにカンファレンスを開催した。合わせて非薬物療法に関しても話し合い、疼痛の原因は明確に判断できないが、腫瘍の影響や、同一体位でいることにより血流の低下や筋肉の柔軟性の低下により生じる筋膜性疼痛である可能性などが考えられたため、ポジショニングや温罨法を提案することとした。呼吸困難に関しても、体位を変えることや体交枕を使用し安楽な姿勢を保つことで苦痛が軽減する可能性があることから試してみる必要があるため提案することとした。提案する際にも今までの関わりから、いきなり提案するのではなく、A氏の苦痛の状態と、非薬物療法の効果について丁寧に説明しA氏が選択できるようにすることを話し合った。温罨法は了承されたため実施し、ポジショニングに関しては体交枕の使用は希望されたが不快感が強く仰臥位を希望されたため、除圧グローブを使用して除圧を行った。経過に伴い、収縮期血圧が 60mmHg 台まで低下し急速な状態悪化が予想される為、家族を呼ぶかA氏に確認すると「呼ばなくていいです。」と希望しなかったため電話にて家族に状態のみを伝えた。

【20～22 日(受け持ち最終日)】

医師が単独で訪室しA氏に今後の希望を確認した。A氏と話した内容を確認すると、A氏より「もう何もなくていい。終わりだから。」と、これ以上の苦痛軽減に対する投薬希望されないことを強く希望したため、維持的な輸液と酸素投与のみで経過を見るとの方針を伝えられる。受け持ち当初より苦痛が無いようにしてほしいと伝え続けていたA氏の想いと乖離を感じたため、A氏のもとを訪室し言葉の意味を再度確認した。「もう何もやらなくていいんだ。もう終わりなんだから。死ぬだけ。」「(鎮痛剤)もうやらなくていい。そんなに効かないんだから。もうとにかく眠らせてほしい。治ることは無いって分かってるんだから。もう死ぬと思ってここに来てるんだから。」「死ぬときにつらいのは嫌だから、つらいのは取ってほしい。」「妹には全て伝えてある。迷惑かけたくないんだ。親にも迷惑かけたくない。」と強い口調で想いを伝えた。A氏が苦痛を取り除いてほしいと思う中で緩和されない状況が続いていることから強い気持ちのつらさを抱えていることを感じた。同時に今までA氏が、膀胱癌ステージⅢの診断を受けてからも希望を持ち治療を選択しながらも、徐々に病状が悪化していくことを実感することで死を受容しながらも迫りくる死や苦痛に対して不安を抱えながら過ごしていたこと、家族に心配をかけないように自分ひとりで治療や療養の選択をしてきたこと、家族に負担をかけてしまうと感じ、ただ穏やかに死を迎えようとしてきたことなど、多くの気持ちのつらさを抱えながら生きてきたのだということを理解することができた。A氏の思いと医師のとらえ方に齟齬があることを医師に伝え、どのように苦痛を緩和し過ごすことがA氏らしい過ごし方になるのか、カンファレンスを開催し今後の方針について検討した。医師と病棟看護師と共に、カンファレンスにて今まで知り得た情報から再度A氏の生きてきた軌跡と抱えてきた思いについて共有し、今後の方針を検討した。医師の見解により治療抵抗性と考えられるため鎮静の対象になるとのことであった。A氏が意思決定を行えるように、家族・病棟看護師とともに病室にてA氏

の意思確認を行った。A氏より鎮静を希望する意思表示あり。家族もA氏の希望を尊重したいと意思表示があった。鎮静カンファレンスを開催し「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する手引き」のフローチャートをもとに鎮静の適応について再度確認した後に、間欠的鎮静から開始することとなった。間欠的鎮静を開始した2日後の夜に永眠された。

Ⅲ. 考察

今回の事例では、A氏の考えや思いが全く分からない状態から、関係性の構築を行い、少しずつ得ることのできた情報からA氏の思いや価値観を推測し看護を提供することで、A氏の自律を保ち尊厳を守ることにつながることができたと考ええる。

受け持ち当初、A氏は人との関わりを避けるように過ごしており、拒否的な人として見られがちであったが、自己の価値観で判断するのではなく、その言動から気持ちのつらさがある可能性へと考えを向けたことが、A氏とのコミュニケーションをとることを可能にした要因であったと考ええる。がん患者における気持ちのつらさガイドラインでは、気持ちのつらさに対して医療者がすべきことの一つとしてニーズの特定と対応を挙げている。気持ちのつらさは満たされないニーズ（背景）が存在する際に生じることが多いとし、ニーズの心理的問題の一つとして「医療者とのコミュニケーションをめぐる問題」を挙げている²⁾。A氏は倦怠感がある中でもADLが自立できるよう、活動時以外ではできる限り休息をとるように過ごすことで、活動と休息のバランスをとっており、介助の必要性を感じていなかったと考ええる。A氏が必要性を感じていない状態でケアを提案され続けていたことは苦痛となっていたことが考えられる。さらに自律を大切にしたいA氏にとって、一方的にケアを提案されることは苦痛に感じることであったと考ええる。これらは医療者とのコミュニケーションをめぐる問題として、気持ちのつらさの原因となっていたと考えられる為、「今お手伝いできることは無いですか。」と、A氏の意味を確認することを優先した関わり方は、気持ちのつらさを軽減することにつながり、信頼関係の構築につながる要因であったと考えられる。

また、高橋は、自分の要求の根本にある価値観を相手に承認してもらえたと感じたときに人は納得し、その関係や相手を信頼することができるようになると述べている³⁾。気持ちのつらさに目を向け、まずA氏の思いや希望に重点を置いた関わり方を行ったことによりA氏は、自己の価値観を承認してもらえたと感じ、自己の思いを伝えることや、介助をゆだねるなどの行動につながったのだと考ええる。

小澤は、人は大きな苦しみを抱えていたとしても、穏やかになれる可能性があります、それは支えがあるからです。支えは大きく3つに分けることができます。「将来の夢」「支えとなる関係」そして「選ぶことができる自由」です⁴⁾と述べている。さらに、「選ぶことができる自由」について、療養場所・心が落ちつく環境と条件・尊厳・希望・保清・役割・ゆだねる・栄養・お金の9つの視点を挙げている⁴⁾。心が落ちつく環境と条件については、A氏の望む環境を保つために、転倒防止をしながらも環境を変えない範囲で固定式のオーバーテーブルを設置したことや、寒冷刺激を避けることと静かな環境を保つことを目的に、ケア時のみエアコンをつけるようにしたことはA氏が自分の療養環境を選択することにつながったと考ええる。尊厳とゆだねるということに関しては、全身の状態の悪化により終日臥床で過ごされるようになった後も、状態をこちらで判断してケアの方法を提案するのではなく、排泄に関しても、頻回の排泄が倦怠感の増悪因子となっても、自己にてトイレに行くことを選択されることを尊重し、ADLが低下してからでもできる限り自分で排泄の処理をしようとされるA氏の判断を支えたことは尊厳を守ることにつながったと考えられる。ストーマ装具の交換を今までと同じように洗面台の前で実施したいと思うか確認したり、床上で行う場合もどこまで自分で行うかA

氏に選択できるようにしたことは、ゆだねる範囲の選択の自由を守ったことにつながると考える。選ぶことができる自由は自律を支えることにつながり、A氏の価値観を尊重し、苦痛がある中でもできる限り穏やかさを保ち、Aらしく過ごすということにつながったと考える。

A氏の「もうなにもしなくていい」「終わりなんだから」という言葉に対する医師の認識に違いがあった場面では、それまでに疼痛や呼吸困難を緩和したいというA氏の思いを知ることができていたことや、今までもA氏が拒否しているかのようにとられる言動の裏に、A氏が抱えている苦痛やA氏なりの判断があったことから、言葉をそのまま受け取るのではなく、真意を確認する必要があるという判断につながり、A氏の現在のつらさや、今まで抱えていた思いを知ることにつながることができたと考える。そして、カンファレンスを繰り返しながらA氏の生きてきた過程を共有し、A氏の望む方法で苦痛を緩和できるように選択したことは最期までA氏の尊厳を守る選択を行うことに繋がったと考える。

がん終末期患者にはスピリチュアルペインが存在するとされ、村田はスピリチュアルペインについて関係性、自律性、時間性の三次元が抽出される⁵⁾としている。A氏が母親を心配する気持ちや、家族に心配をかけたくないと強く望んだその気持ちは関係性のスピリチュアルペインであったと判断できる。状態が悪化する中で徐々にADLが低下していく状況は「治らないってわかっている、死ぬと思ってここに来たんだから」という発言は希望の無さや死への不安であると考えられ、時間性のスピリチュアルペインであると判断でき、A氏が入院当初よりスピリチュアルペインを抱えて過ごしていたのだと考えられる。A氏のスピリチュアルペインを明確に感じた時にはすでに予後が僅かであると考えられ、スピリチュアルケアとして介入できたことは少ない。しかし、鎮静に至る段階でも今までのA氏の人生を共有し、緩和ケア病棟に入院してからほとんど気持ちを表出しなかったA氏がスピリチュアルペインを抱えながら過ごしていることを理解し、緩和しきれない苦痛がある中で、「眠らせてほしいと」希望するA氏の意味を尊重しながら鎮静の導入を判断していった過程は、最後を迎える瞬間までA氏の自律を支え、自律性のスピリチュアルペインに対するケアとなり、A氏らしく生きることを守り続けることにつながったと考える。

おわりに

今回の事例を通して「その人らしさ」を知るために、その人の生きてきた人生を知る努力をすることの大切さを再度実感することができた。思いを語ることが限られる状況において「その人らしさ」が不確実なものであったとしても、その人の生きてきた背景を理解する努力を続け、推測しながら看護を提供し続けることが、苦痛を抱えながらも「その人らしさ」や尊厳を保ち生きる時間を助けることに繋がるということを学ぶことができた。これらは看護の基本となることであるが、最期の時に関わる機会が多い緩和ケア認定看護師として、その人らしさを理解することの重要性を理解し看護を提供できるようにしていきたい。

謝辞

本事例をまとめるにあたり、多くの気付きと学び、成長の機会を与えてくださいました患者様とご家族の方々、ご多忙の中温かく迎え入れていただき、ご指導をいただきました指導者様並びにスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 青柳暁子. アクティビティとは何か - その人らしさを尊重するケアとしてのアクティビティケア. アクティビティサービス研究. 2011, 84-89.
- 2) 藤沢大介. “Ⅱ章総論”. がん患者における気持ちのつらさガイドライン. 東京, 金原出版株式会社, 2024, 98-106. 89.
- 3) 高橋綾. 対話を通じ価値観を理解、尊重することと他者をケアすること. 緩和ケア. 2018, 28(2),
- 4) 小澤竹俊. 死を前にした人にあなたは何かができますか?. 東京, 医学書院, 2017, 54-64
- 5) 村田久行. 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア. 日本ペインクリニック学会誌, 2011, 18 巻(1), 2.

参考文献

- 1) 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京. 南江堂, 2024.
- 2) 経過別成人看護学④終末期看護：エンドオブライフケア. 東京. メジカルフレンド社, 2017.

はじめに

緩和ケアにおいて、患者を身体・精神・社会・スピリチュアルの4側面から苦痛を捉え、全人的にアセスメントすることが求められる。4側面のうち、スピリチュアルペインとは、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛¹⁾と定義されている。これまで、患者との関わりの中でスピリチュアルペインを特定し、適切なタイミングでケアに結び付けることは難しいと捉えてきた。今回、がん終末期で残された時間に向き合うことへの苦悩を抱えた患者への関わりにおいて、その苦痛をスピリチュアルペインであると特定せずに介入していたが、結果的に日々の関わりがスピリチュアルケアとなっていたと考察したため、その看護実践について報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性
2. 診断名：局所進行性膵臓がん 肺転移
3. 患者背景
 - 1) 現病歴

X年10月、健康診断にて異常値があり局所進行性膵臓がんT4N0M0と診断された。診断時から切除適応外であり化学療法を開始し、腫瘍による胆管狭窄に対して胆管ステントを留置した。同年11月GEM+NP療法を開始するも末梢神経障害による痺れが出現したため中断し、X+1年1月よりGEM単独療法を開始した。同年10月のCT画像にて原発巣の増大と腫瘍マーカーの上昇もあり、GEM+NP療法を再開したが、X+2年5月に原発巣の増大と肺転移の診断がされ、薬物療法は効果不能の判定となる。同年6月にCVポートを造設しNa1+IRI+FL療法を開始したが、同年9月にProgressive Disease(PD)判定となりFOLFOX療法が開始された。

2) 受け持つまでの経過

X+2年10月に血便と意識障害により救急搬送され入院した。画像検査の結果、腫瘍増大により門脈が圧排され上腸間膜静脈が鬱滞し腸管浮腫を来しており、腸管が易出血状態であった。出血源確認のため下部消化管内視鏡検査が予定されたが、前処置により再出血を来とし中止となった。血便が見られなくなってから食事を再開したが、再出血があり安静のため膀胱留置カテーテルが挿入され、酸素投与が開始となり床上排泄となった。一時的にヘモグロビン値3.6mg/dlまで低下したため輸血し、8.9mg/dlまで改善するも経口摂取による出血リスクがあり高カロリー輸液の投与が開始された。入院時から心窩部痛があり、オピオイドを少量使用したが2週間程度で痛みが消失し投与終了となった。現在は排便前の蠕動痛があるが平時は腹痛や背部痛はない。腹部膨満があるが、膨満感の訴えはない。低アルブミン血症があり、下肢にはスケール1程度の浮腫がある。治療継続困難であることが医師より本人へ伝えられ、今後の療養先として、自宅マシンの外壁工事が行われているという理由で自宅退院ではなく、緩和ケア病棟への転棟を希望された。緩和ケア病棟への転入翌日より受け持つこととなった。

3) 家族背景

A氏は2人姉弟であったが、弟が20歳代の頃に急逝した経験から、子は3人もうけた。長男と次男は県外にそれぞれ居住しているが、A氏と同市内に居住している三男夫婦がA氏と夫の身の回りの支援をしている。家族間での情報共有はされており、関係性は良好である。同居の夫はアルツハイマー型認知症と診断されたばかりで、日常生活動作(ADL)は自立しているが物忘れが多く介護サービスを利用中である。

4) 生活歴

管理薬剤師として40年以上、定年後も退職せず調剤薬局に勤務していた。A氏曰く、医療従事者であるという責任感から健康維持のための生活習慣を心がけてきた。特に食事に関しては1日3食手作りにこだわり、バランスよくしっかり食べることを信念としていた。適度な運動と食事管理により大きな病気の経験はなく、効果的な健康管理を行ってきた自負がある。

また、弟との死別により自身には頼る人がないと考え、子育てや仕事、介護など難しい問題も他人に頼らず、すべて自分で解決してきた。家族に対して弱みを見せない性格であり、子供たちはA氏が本心から望んでいることを汲み取りにくいと感じている。

5) 病気・病状に対する発言

膵臓がんについては「今まで大きな病気をしなかったから、くるとしたらがんかなと思っていたけどまさか膵臓だとは思わなかった」と話している。また腫瘍が摘出できないことにショックを受けたという。治療については「治せるところまではやりたいと思って受けた。6回も薬を変えて治療したからもう十分だと思っている」と話している。一方で、転入後に改めて医師から経口摂取による出血リスクについて説明された際に「そんなリスクを冒してまで食べない」と絶食の継続を選択され、さらに「じっと我慢して食べられるようになる時を待とうと思う」、「楽に長生きできる方法を考えなきゃいけない」という発言があった。また、「がんは気持ち次第で悪くなったりするから、もう駄目だという気持ちにはならない」という発言もあった。

II. 看護の実際

1. アセスメント

3食バランスよく食べることを生活の基盤として健康管理を積極的に行ってきたA氏にとって、食事により生命を脅かしかねない現状はこれまでの価値観や信念を覆す事態であり、今後の過ごし方について葛藤が生じている可能性がある。実際に、医師から固形物摂取により再出血のリスクがあると説明され「そんなリスクを冒してまで食べない」と発言しているものの、翌日には「温かいスープはいいかしら」と発言しており食事への意欲が消退することはなく、どのような形であれば食べられるのかを常に考えている様子が伺える。その反面、排便があると便性状に異常がなくても「大丈夫かしら」と必要以上に心配する様子もある。絶食中ではあるが水分は経口摂取しており、便性状から顕著な出血はないと考えられる。流動食程度であれば食事摂取によるリスクはそれほど高くないことが推測される。しかし、A氏とともに食事内容について悩むことは、A氏的意思決定支援となる一方で、再出血のリスクを高め、食事摂取を後悔する結果になりかねない。なぜならこの時のA氏は、自身の予後が短いことを受容しきれていないように見えたからである。

A氏は、薬剤師の経験から薬剤名や副作用も理解している発言があり、認知機能に問題はなく状況を積極的に理解するよう努めてきたことが伺える。また、治療ができない状態であることを認識し、治療に対して「十分だと思っている」と発言している。さらに、緩和ケア病棟への転棟も自ら

選択されていることから、現状を冷静に受け止めているように見える。一方で、医師からの説明直後に「食べられるようになる時まで待つ」と発言するなど、自分は治療中で改善の余地があると認識しているかのような発言もある。さらに、今後病状が進行し状態が変化していく将来についての言及はなく、気持ち次第で病状が改善するような発言があり、現状と発言内容に矛盾が生じている。これは、病状を認識しながらも残された時間が短いという現実に向き合うことが強い苦痛となり、希望を持ち続けることで不安や恐怖などの感情に対処していると考えられる。

また、A氏は病状の進行や症状の悪化に対して不安や恐怖を抱いているため、歩行能力が維持されているにもかかわらず床上排泄や膀胱留置カテーテルの留置を受け入れ、安静を守っている。しかしA氏の生活歴から、身の回りのことや家族のことまですべて自分で決断して行動し、コントロールしてきたことが伺える。そのようなA氏が、終末期において治療期のように医療的ケアに従順であることは、A氏らしさを欠いている状態であり、Quality Of Life(QOL)が低下している可能性がある。現在身体的苦痛はほぼないが、病状は進行が速いことが予測され、医療的ケアに従順であるかどうかに関わらず状態は悪化する。A氏が現状の過ごし方を続けても、症状が出現したときには現実に向き合わざるを得ず、自己効力感の低下やコントロール不全感を抱きやすくなる可能性がある。このようなA氏に対して、A氏が望む通りに食事を摂れるよう調整することは、絶食を継続するよりも早期に再出血や苦痛症状を出現させる可能性があり、A氏にとっては望まない結果になると考えられる。

さらに、A氏がそれまで持っていた食事に対する価値観により、食べられない生活はQOLを低下させていると考えられる。A氏の病状が不可逆的な状態であることを考慮すると、食事によって現在のA氏のQOLを向上させるには限界がある。そのため、食事以外の場面においてA氏らしさやQOLを妨げている可能性のある事柄について、意向を確認しながら一緒に調整することで、食事以外に目を向け新たな目標や希望を見出せる可能性がある。

2. 看護上の問題

#現在の病状を受容し残された時間に向き合うことへの苦悩がある

3. 看護目標

残された時間に向き合う苦悩がある中で、不安などの感情やニーズを表出し自身の希望する過ごし方ができる

4. 看護の実際

A氏と初めて会話したときは、とても落ち着いており穏やかな方であるという印象を持った。あまり感情を表出せず、淡々と自身のことについて話すものの、その内容は現実味のないものもありA氏の印象とのギャップを感じた。A氏との関わりは、【信頼関係の構築】、【選択肢を提示し自己決定を促す】という二つの視点で介入したため、それぞれ振り返る。また、介入後の患者の変化については時系列に沿って振り返る。

【信頼関係の構築】

A氏は認知機能の低下はなく、これまでの治療についても医師からすべて説明を受けており、現状を認識する能力は十分あると考えられる。しかし、自身の現状を理解しているようにふるまっているものの、受容しきれていないように見えた。A氏が自身の予後に向き合えない背景にどのような価値観や信念があるのかを知ること、残された時間をA氏らしく過ごすためのヒントになるのではないかと考えた。まずはA氏にとっての心理的安全性を確保できるよう、信頼関係の構築に努めた。また、A氏は医療的ケアに対して従順であり、患者になり切ろうとしているように見えた。

そのため生活習慣や自宅での様子、家族との関係性や過去の経験など、生活者としてのA氏を捉えるよう意識し、コミュニケーションを取る時間を意図的に設けた。例えば、バイタルサイン測定や清拭、病棟内歩行など必ずA氏に関わるケアを行った。そして、「体拭きは何時頃にしますか」などと訪室時間を相談し、A氏のペースやタイミングを尊重していることが伝わるよう意識した。

A氏との会話は、出身地や趣味、テレビの話題、治療中の出来事や現状についてなど多岐にわたり、情報収集のための会話ではなくA氏との関係性の構築を目的とした。また、雑談のような会話も言葉を丁寧に受け取り、その意味が十分に理解できないときには意味を問い、言葉の裏にある感情を知ろうとした。さらに、「〇〇について聞きたいので、明日少しお時間をください」など、テーマと日時を伝え、A氏が自分自身について言語化する準備と思考の整理ができるよう、意図的に時間を設けた。実際にその話をする時間は部屋の扉を閉めて椅子に腰かけ、話を聞く姿勢であることが伝わるよう環境を整えた。

さらに、会話中はA氏が発した言葉をそのまま受け止め否定や肯定をしないよう意識した。A氏が考えていることを話してくれたときには「そのように考えているのですね」と返答し、「いつからそのように感じていたんですか」などA氏自身が自分でその感情や考えに至る背景を振り返ることができるような対話を意識した。

【選択肢を提示し自己決定を促す】

A氏は病棟内を歩行できるADLを維持していたにも関わらず、おむつ内への床上排泄や膀胱留置カテーテルの持続的な留置についてどう感じているか意思を表出せず、状況に従う様子があった。これまでも健康管理のために自身が決めた生活習慣を維持してきた様子から、医療的な処置にはすべてに従うことが最良と判断していることが伺えた。そして、A氏との対話を重ねるうちに、医療的な処置に関して自ら意見を述べて状況を変化させることに対して、病状を悪化させるのではないかという不安を抱いていることにも気づいた。そのため、体調と一緒にモニタリングしながら、体調変化の危険性が低いものについて選択肢を提示した。

A氏は「いつでもリハビリができるように用意はしてある」と専用のウエアを持参するほど身体を動かすことに積極的であったため、まず無理のない範囲でリハビリテーションを行うことを提案した。ベッドから洗面台までの数歩は、介助が必要ない程度に自立しており、どの程度歩行できるか評価のために病室から廊下に出てもらおうと20m程度を簡単に歩行することができた。また、ADLが保たれており便意があるのならば、羞恥心や自尊心からトイレで排泄したいと思うのではないかと考えられたため、テープ式オムツをリハビリパンツに変更することを提案した。しかし、A氏の懸念事項である排便に関連するものであり、決断に時間を要した。A氏のペースを大切にし、いつでも変更できることを伝えた。変更を提案した当日は時間をかけて悩んだ結果、そのままで過ごすことを選択された。さらに、安静時の酸素投与の終了について提案した。A氏は酸素チューブ、輸液ルート、膀胱留置カテーテルの3本のチューブ類について常に注意を払っており、寝返りがしにくいことを話していた。酸素投与は常時1Lであったが、安静時は常にSpO₂が98～100%を維持しており労作時でも呼吸困難感はなく、血液データ上貧血もないため継続的な投与の必要性は低いと考えた。まずA氏とともにSpO₂モニターの数値を確認し、酸素が不要な状態であることを伝え一時的に投与を中断した。酸素投与がない状態でも、数値が正常範囲内であることをA氏とともに確認するが、5分程度して「やっぱり安心のために付けておきましょう」とチューブの煩わしさよりも自身の安心感を優先された。その日はそこまでの関わりにとどめ、いつでも中止できる状態であることをお伝えした。経口摂取については、食べたいという希望が強くあったため、A氏とともに

どのようなものであれば食べられるかを考えた。最初にスープを飲んでみたいという希望があった。A氏は、水分は経口摂取していたため、具なしスープや重湯であれば身体的な著しい変化は見込めないと考え、個別対応の食事提供を提案したがA氏の反応は消極的であった。以前、「温かいスープなら」と発言していたことから、代替案として温かいお茶を提案したところ、喜んで飲む様子があった。その後体調変化がないことに安堵され、久しぶりに温かいものを摂取できたと喜んでいた。

A氏は自身の体調の変化を敏感に認識し、特に経口摂取に関する行動の前後には、病状が悪化しているのではないかとA氏なりに解釈する場面が多く見られた。スープの提供開始前に排便があった際には「これじゃあスープなんて言ってもらえない」と発言していた。血便ではなく茶色便が排出されており、むしろ安堵する場面である。また、コーンスープを切望して夕食に提供された際はとても喜んでしたが、夜間の不眠やその後の口渇について、濃厚なものを食べたせいでと紐づけていた。この日は初めてA氏が睡眠導入剤の使用を希望し、クロルプロマジン塩酸塩（コントミン[®]）を使用した効果が得られず、副作用と思われる口渇だけが強く出現したと考えられる。このような、事実とA氏なりの解釈との紐づけは、不安というストレスに対するコーピング反応であると捉えた。しかし、実際には誤った解釈でありA氏にとっての楽しみである食事の幅を狭めてしまうと考え、A氏とともに状況を振り返り気持ちの整理をしながら、正しい情報を伝えた。A氏自身から直接的な発言はないが、コーンスープの摂取が口渇の原因であると紐づけた背景には、それまで提供されていたすまし汁や味噌汁とは異なる形態の食事に対し、嬉しさとともに不安があったと考えた。不安がありながらも食べたいものを食べられた事実に目を向けられるよう声をかけた。また、A氏はそれまで睡眠導入剤を使用した経験がなく、薬剤を使用すればすぐに眠れるものだと認識していたことが分かった。

他に、医療的なケア以外の部分において、A氏との関わりの中で見つけたこだわりについては、積極的に選択をA氏に委ねるよう意識した。例えば、気温に合わせて肌着を選択する、痺れ予防のために着用している綿手袋の色を面会の友人に合わせて選ぶ、などA氏のこだわりを優先した。

また、A氏への自己決定を促す関わりがパターンリズムとなり得ることに留意した。必要以上に自己決定を求めることで、「時間が限られているのだから何かをしなければならぬ」と捉えられるようなコミュニケーションは、予後に向き合わせることでありA氏にとっては苦痛になると考えた。看護師の存在が脅威にならないよう、目の前の小さな選択をA氏が自分で決定したと思えるような関わりや声掛けを意識した。

一方で私は、A氏の自己決定により状況が良い方向へ変化していくことで、転入当初から話していた「長生きする」「食べられるようになる」という非現実的な表現が現実味を帯びて、A氏がさらに状態が改善することを期待するのではないかと懸念した。一般的にA氏の病状は進行していると考えられるため、月単位または週単位の近い将来になんらかの身体症状が出現することが予測された。症状出現時には、A氏は現状に向き合わざるを得ない状況となり、期待が大きいのほど予期悲嘆も大きくなり苦痛が強くなるのではないかと考えたからである。

【介入後に見られたA氏の変化】

緩和ケア病棟への転入翌日からA氏に関わることはできたが、当初はA氏も実習生に対して適切な返答をしなくてはならないという意気込みと緊張感があるように見えた。様々な会話を繰り返すうちに、他愛のない会話も自らしてくださることが増えた。

介入2週目には、自身の祖母の最期の様子を振り返りながら、自身の母親の話をし、さらに母親の享年が自身の今の年齢と重なることから「引っ張られるものがあるのかも」という表現が聞かれ

た。さらにその翌日には、自身の誕生日である約1か月後の日にちを迎えられれば「気持ちもリセットできるかなと思うんだけど、そこまでね」と具体的な日にちを明言し、ご自身の予後について思いを巡らせていることが伺えた。一方で、腹痛などの身体的苦痛が乏しいことから「本当にがんがあるのか信じられない」という発言があった。A氏は叔母をがんで亡くしており、痛みで苦しむ姿を見た体験を話していた際に出てきた表現であったが、病状を受け入れられない理由をご自身なりに言語化できた瞬間であったと考えられる。その反面で、いつかは痛みが出現するかもしれないという不安や恐怖を常に抱えているのではないかと推察することができた。

自己決定を促す関わりについて、リハビリテーションには積極的に取り組む姿があり、ご自身でも「メリハリを付けたい」と話され、毎日歩行練習することを目標設定した。経口摂取に関しても、温かいお茶を提案してから毎日体調を確認しながら「お茶を入れてほしい」と希望する様子が見られた。どちらも介入1週目の出来事であったが、2週目には酸素チューブについて自ら「外してみようかしら」と声がかかり、酸素投与を終了した。数時間後には、「息が吸いやすい」と満足している様子が伺えた。さらに自ら具なしスープを希望し、個別対応食の提供が開始された。病棟内の歩行は100mまで距離が延び、休憩しながら病棟内を1周することがA氏の日課となった。また、迷いながらもテープ式オムツからリハビリパンツへ変更したことで、自室内トイレでの排泄ができるようになった。介入3週目には、食事回数を1日1回から2回に増やした。介入4週目には、膀胱留置カテーテルを抜去してみたいという希望を自ら発言された。その頃には、食事は1日3回具なしスープの提供となり、昼にはゼリーを付加していた。さらに散歩の際には「富士山が見えるスポットを教えてもらったから、今日の散歩はそこに行きましょう」とA氏から提案してくださるようになった。また、病棟の環境に対する不満の声も聞かれるようになり、介入当初に比べて感じたことを表出する機会が増えていた。

Ⅲ. 考察

A氏は、がん性疼痛がないことに対して「本当にがんがあるのか信じられない」と発言しているが、信じたくないという気持ちを含んだ言葉であった可能性もある。そして、信じがたい病により生活が制限されていることを憂いでいるようにも見えた。これはA氏にとって苦痛ではないかと考えたが、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛には当てはまらないため、おそらくスピリチュアルペインが存在しているのだろうという漠然とした捉え方しかできなかった。しかし、「苦悩をもつ患者に関心を寄せ、患者の苦悩と共にいる姿勢がスピリチュアルペインを受け止めるために必要な姿勢である」²⁾といわれている。それがスピリチュアルペインであると特定できていなくても、A氏が何らかの苦痛を抱えていると捉え常に関心を持ち続けたことは、スピリチュアルケアの土台になっていた可能性がある。

そして、信頼関係を構築するためにA氏を知ろうと努めた結果、それまでのA氏の生活を振り返ることができた。常に健康のために何が最善かを考えて意識的に行動してきたにも関わらず、生命予後に影響する病気に罹患している状況は、悔しさや悲しさなどの思いを抱かせているのではないかと推測することができ、A氏が抱えているであろう思いに気づいた。馬場らは、『患者の苦痛』を軽減するためには、まず患者のそれまで歩んできた人生、その中で培った人生観・死生観、現在のおかれた状況などを踏まえた上で患者を理解し、アセスメントし、患者ひとり一人に合った関わりや技術を提供することが必要とされる³⁾と述べており、A氏との関わりの中で、関係性構築をしながらA氏を生活者として捉えようとしたことは、A氏の価値観を知ることにつながっていた。A氏が自身のことに

について話したいタイミングで話せるようにする目的で信頼関係の構築に努めていたが、時間経過に伴いA氏から残された時間について言及する様子が見られたことは、スピリチュアルペインが緩和していったと考えることができる。要因として、次の2つの看護実践が考えられる。

1 つ目は、窪寺がスピリチュアルケアの基本として、「患者の心の中にある不安、恐怖、無意味感、虚無感などに共感しつつ、病に伴う心の葛藤、人生や運命に対する懐疑などを意識化、言語化することを助けることである」⁴⁾と述べていることに関連する関わりである。信頼関係を構築する過程で、A氏と関わる時間を意識的に設け、発言しやすい環境と機会をつくり、価値観を言語化し認識してもらえるように関わった過程は、すでにスピリチュアルケアになっていたと考えられる。また、A氏の表情の変化を感じた時には、こちらから声をかけていた。初めてのスープが食べられた後に「すごく嬉しいという表情ではなさそうですね」と声をかけると、食事に対する不安があることを吐露された。A氏が表現する言葉の意味が曖昧で理解できない場合には問い直した。自身の誕生日について言及した際に「気持ちがりセットできる」という表現を使っていたが、改めて言語的に説明をしてもらうと、次の誕生日で迎える自身の年齢を節目の年齢と捉えており、一つの目標としていることが分かった。看護師が意図的に関わることで感情の言語化や思考の整理を促し、A氏自身が感情に向き合う作業になっていたと考えられる。

2 つ目は、日々の小さな自己決定など、A氏が自律して行うことができた体験が増えるように支援した関わりである。A氏は疾患により様々な制限を強いられ、それを拒否することなく受け入れていたが、病状の進行によりできないことが増える恐怖や不安は常にあったと考えられる。中でもがん終末期におけるリハビリテーションは、「自己コントロール感の維持に繋がり、達成感が次の目標に向けた意欲をはぐくみ、希望を支える」⁵⁾といわれている。リハビリテーションに関しては、自身で1日10分などと目標を決め、毎日病棟内歩行を実践することでA氏なりの達成感を得ていたと考えることができる。酸素投与の終了については、最初こそ安心のために継続を希望されたが、数値に問題がないことや自身の体調にも変化がないことを体験し、投与終了した際には解放感を喜べる場面があった。自己決定を繰り返すことで、自律性が維持されスピリチュアルペインが緩和されていた可能性がある。

一方で、A氏の成功体験が増えることで「食べられるようになる」「長生きする」という期待が大きくなることを懸念していたが、杉山ら⁶⁾は終末期がん患者について、食べられなくなっていく現状に葛藤しながらも、食べられない自分を甘受し死を覚悟していくために食べることを解釈しなおし意味づけしていることを明らかにしている。つまり、今までは健康のために意識的に行ってきた食事について、現状を受け入れるために「食べられない」ことを意味づけする作業をしていたと考えられる。介入中にはこれを理解できていなかったが、排便があった直後に「スープなんて言ってもらえない」と発言したり、コーンスープを口渇の原因と決めつけたりする行為は、本来絶食すべき状況を肯定して受け入れようとしていた可能性がある。また、キューブラー・ロスは死の受容過程において、「病状がどの段階にあるかに関わりなく、患者たちはみな最期まで何らかの希望を持ち続ける」⁷⁾と述べている。考察を深める中で、A氏に対して抱いた懸念は、死を受容するためのプロセスであることを認識できずにA氏の言動一つ一つに対する私自身の困惑であったと気づいた。終末期にある患者はそれぞれに、自身の死を受容する過程に在るという視点で、ありのままの患者を受け入れる必要があることを学んだ。

また、小林ら⁸⁾はスピリチュアルペインは個別性を表す因子であり、個人の価値観や背景によって変化することを述べている。A氏は20歳代で弟との死別を経験している。介入中には、A氏から直接

的に弟の死によって価値観や死生観が変化したという発言は聞かれなかったが、近しい人の死を経験したことがA氏の生活に影響していた可能性がある。山岸⁹⁾は、死別体験後のプロセスとして「死別体験の悲哀の中でそれぞれが身に付けた視点を日々の生活への拡張させていく経験や、故人の遺志や思考様式を自分の一部としていく経験をしている」と述べている。つまり、故人の性格傾向を自身に取り入れたり、故人のためにという意識で生活することもあるという。A氏が、弟との死別体験をどのように捉え乗り越えてきたのかを知ることはできなかったが、A氏が健康であり続けようと思欲的であったのは、弟との死別が関連していた可能性がある。A氏の抱えるスピリチュアルペインをより深く理解するためにも、生活歴や価値観の根源をさらに知る必要性があったと考えられる。

おわりに

患者のスピリチュアルペインが何かを特定できていなくても、何らかの苦痛を抱えていると捉え、関心を持ち続ける姿勢や、患者の価値観を尊重する日々の関わりがスピリチュアルケアの土台となると考えられる。さらに、小さな自己決定を繰り返すことにより自己コントロール感が維持できることは、患者の満足感に繋がり希望を持ち続けられ、スピリチュアルペインの緩和要因となることが示唆された。また、患者の価値観は過去の体験が影響している可能性もあり、その根源を理解しようとすることでスピリチュアルペインを捉える足掛かりになると考えられる。

一方で、終末期の患者が現実を否認し希望を持ち続ける様子は、ときに現状を誤って認識しているように見えることがあるが、それは患者がそれぞれのペースで死を受容するプロセスであり、看護師はありのままの患者を受け止める必要がある。

緩和ケア認定看護師として、患者の抱える苦痛に気づく感受性を高め、それがスピリチュアルペインであることを念頭に対応するスキルが求められる。

謝辞

本事例を報告するにあたり、実習の受け持ちをご快諾いただいたA氏およびご家族には大変貴重な機会をいただき、心から感謝申し上げます。また、多くの気づきと学びをいただきました病院と病棟の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 村田久行. 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケアから—現象学的アプローチによる解明—. 緩和ケア. 2005, 15 (5), 368 - 374.
- 2) 市原香織. “スピリチュアルケア”. 経過別成人看護学④ 終末期看護: エンド・オブ・ライフ・ケア. 田村恵子. 第2版, 東京, メヂカルフレンド社, 2023, 251.
- 3) 馬場友美, 清村紀子. 「患者の苦痛」の概念分析 (総説論文). 看護科学研究. 2022, 20 (1), 1 - 13.
- 4) 窪寺俊之. 医療におけるスピリチュアルケアの視点. 心身医学. 2020, 50 (5), 2010.
- 5) 辻哲也. “緩和ケア主体の時期のリハビリテーション診療”. がんのリハビリテーションマニュアル—周手術期から緩和ケアまで. 第2版, 東京, 医学書院, 2021, 377.
- 6) 杉山潤, 酒井禎子, 石田和子. 終末期がん患者の「食べること」の意味づけ (原著論文). 日本がん看護学会誌. 2024, 38, 34 - 43.
- 7) エリザベス・キューブラー・ロス. 死ぬ瞬間—死とその過程について. 鈴木晶訳. 東京, 中央公

論新社, 2020, 430 - 431.

- 8) 小林沙央, 植田喜久子, 中信理恵子. がん患者のスピリチュアルペインとスピリチュアルケアについての文献レビュー (原著論文). 日本赤十字広島看護大学紀要. 2022, 22, 39 - 49.
- 9) 山岸正明. 死別体験後の心的プロセスにおける多層的思惟について (原著論文). 追手門学院大学心理学論集. 2021, 29, 41 - 52.

はじめに

呼吸困難は、呼吸時の不快な感覚という主観的な体験であり、前田は「呼吸の器質的な障害のみならず、負の影響因子としての心理状態が関与し、中でも不安は、呼吸困難感に大きく影響する因子である」¹⁾と述べている。呼吸は生命維持に重要な機能があるため、呼吸困難は死を連想させる症状の一つである。そのため、呼吸困難がなくても再び同じことを体験するのではないかという恐怖から不安が募り、パニック状態に陥ることもある。

今回、病状の進行に伴う不安や死の恐怖から、呼吸状態の増悪を繰り返す患者に対してマッサージを行うことで、リラクセーション効果だけでなく、換気効率の改善も期待して介入した。患者が心身のバランスを取り戻し、穏やかに過ごすための援助について学んだため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性
2. 診断名：進行性胃がん(胸椎多発骨転移、心膜・胸膜播種、転移性左卵巣腫瘍)
3. 患者背景

1) 現病歴

X年、健康診断で幽門部大弯の陰影欠損を認められ、精密検査の結果、胸椎多発骨転移を伴う進行性胃がんと診断される。がん診療連携拠点病院にセカンドオピニオンを受診し、がん薬物療法を開始したが、X+1年3月、Computed Tomography (CT) 検査で転移性卵巣腫瘍と診断されて、両側卵巣付属器切除術を実施する。X+1年6月、心膜・胸膜播種が出現し、がんゲノム遺伝子パネル検査でも推奨する薬剤がないという結果となる。X+1年8月、胸水が増強し、X+1年9月には息切れによる自宅療養が困難となり、緊急入院する。胸水に対しては胸腔ドレーンを挿入し、胸膜癒着術を実施するも低酸素血症が改善されないため、モルヒネ塩酸塩注射液(モルヒネ塩酸塩注射液[®]) 7.2mg とネーザルハイフロー35L/分 60%を開始し、低酸素血症の改善と共に呼吸困難も軽減する。心嚢水の貯留により全身性の浮腫が生じているため、フロセミド注射液(ラシックス注[®]) 20mg を連日投与する。X+1年10月、がん薬物療法は全身状態から継続が困難になり、緩和ケアの方針となる。

2) 受け持つまでの経過

緩和ケア病棟に入院する前は、「明日、生きているのかなって不安になる。治療しない＝死を待つだけというイメージだった。モニターがあると、見てもらえている安心感があるけど、ないのは不安です」と話していたため、看護師よりモニターがなくても頻回に訪室し、適宜対応することを説明される。A氏は、家族との時間を大事にしたいという思いから、緩和ケア病棟での療養を希望し、家族は24時間交代で付き添う。緩和ケア病棟への入院日には、A氏が可愛がっているペットとの面会予定があり、酸素療法をネーザルハイフローからオキシマイザーに変更された。オキシマイザーでも呼吸困難は出現せず、ペットとバルコニーで穏やかな時間を過ごすことができたが、夜間帯に呼吸困難の増悪からパニック状態に陥り、鼻呼吸ができないためオキシマイザーからリザーバーマスクに変更された。その後も「また、苦しくなったらどうしよう。このまま

死んじゃうのかな」と、呼吸困難が出現することの不安や恐怖心からリザーバーマスク 7L/日を使用し、装着による圧迫感はみられなかった。また、モルヒネ塩酸塩注射液(モルヒネ塩酸塩注射液[®])は、Patient Controlled Analgesia(P C A) ボタンを装着し、A氏と家族が管理していた。レスキューは、労作時の呼吸困難が出現する排便時のみ使用していた。ポータブルトイレの移乗は見守りで可能なため、ポータブルトイレのセッティングは家族が担っていた。さらに、医師より病状と治療方針についての説明があり、予後については未告知であったが「なんとなく分かっていた。泣いている時間なんてない」という発言が聞かれた。そして、実習の同意を得るときに「爪痕を残したいから」という発言が聞かれ、同意書に名前を記載する際には「自分の名前を書くのは、これが最後になるから綺麗に書かないと」と、涙を流す場面もあった。

3) 患者背景

A氏は社交的な性格であり、家族や医療者との会話を楽しんでいた。既往歴に閉所恐怖症があるため、病室の扉は開けて、カーテンのみで仕切る。外の景色をベッド上からも見られるように、ベッドの高さを上げて環境調整していた。

4) 家族背景

A氏は、夫と長女との3人暮らしで、愛犬を飼っている。同じ敷地内に、実母と次姉が住んでおり、夕食は家族全員で食べる習慣がある。長男は電車で1時間圏内に1人暮らしをしており、社会人1年目となる。長女は大学生で就職活動中である。長女と次姉が交代で夜間の付き添いを行い、夫と実母は夕方の面会に毎日来る。A氏の状況は、家族間で連絡を取り合い、関係性は良好である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、病状の進行に伴い急激な呼吸状態の悪化を来していた。呼吸困難の身体的要因としては、胸膜播種による横隔膜の圧迫と肺の虚脱により換気量が低下することに加えて、心膜播種に伴う心嚢液の増加により心タンポナーデを引き起こし、心臓の拡張期障害から体液貯留がみられた。全身性の浮腫は利尿剤で軽減し、循環動態を保つことはできているが、胸腔穿刺と胸膜癒着術を行っても低酸素血症が改善されず、呼吸困難に対する直接的な原因治療の効果は得られなかった。そのため、高流量の酸素療法とオピオイドを使用することで、低酸素血症の改善と呼吸困難の軽減が図れるも、胸水貯留による器質的病態から労作時の呼吸困難が出現していた。「少しでも姿勢を変えると呼吸が苦しくなる」と話し、A氏自ら終日ベッドをファースター位にして、安楽な姿勢を保持していた。日常生活動作が低下すると身の回りの援助を要するようになり、その中でも排泄援助は、一般的に患者の羞恥心や家族への負担を懸念されることが多い。しかし、A氏は家族に援助を依頼し、家族もできる限りの援助をしたいという思いから、ポータブルトイレの移乗介助を担っていた。その背景には、夫や長女だけでなく、実母や次姉とも同じ敷地内で生活を営み、日頃から日常を共有して支え合う親密な関係性が築かれており、自然な形でA氏は家族に援助を依頼することができていたと考えられる。その反面、家族が積極的に身の回りの援助を行うことで、労作時の呼吸困難の症状緩和が不十分になっていた。A氏と家族は、呼吸困難に対してレスキューの効果や使用方法を理解し、排泄後の呼吸困難が出現した際にレスキューを使用していた。しかし、ポータブルトイレの移動動作や排便に伴う努責は、胸水貯留により呼吸困難を増強させることが事前に予測されるため、苦痛を最小限に抑えるためには、予防的なレスキューの使用を検討する必要がある。

器質的疾患に伴う呼吸困難の刺激は脳に伝えられ、呼吸のつらさとして認知されることから、精神面にも影響を及ぼす。そのため、呼吸困難が緩和し、酸素化が図れていても、同じ症状を再び体験するのではないかという不安や恐怖心からパニック状態に陥りやすい。それに加えて、A氏は閉所恐怖症の既往歴があり、過度な不安や恐怖を感じると呼吸筋を収縮し、呼吸回数が速くなり、呼吸の深さも浅くなるという、呼吸困難の悪循環にも繋がっていた。

また、緩和ケア病棟に入院する前は「泣いている時間なんてない」と、いつか訪れる死が身近に迫っていることを認識し、実習の同意を得る際には「爪痕を残したいから」と、限りある時間の中でも自分の生きた証を残し、自己存在の価値を見出そうとしていることが伺えた。身体的苦痛と精神的苦痛が密接に関連し合っているため、A氏の感情を受け止めつつ、呼吸困難に対する不安や死の恐怖に捉われる時間を少なくし、A氏が自分らしく過ごせるように援助していく必要があると考えた。

2. 看護上の問題

■病状進行に伴う不安や死の恐怖から呼吸困難の増悪を繰り返し、穏やかに過ごすことができない

3. 看護目標

精神的苦痛が軽減し、人とのつながりを再確認することができる。

4. 看護の実際

A氏の呼吸困難に対して薬物療法と酸素療法が行われていた。酸素化が図れていても安静時の呼吸困難を自覚し、不安や死の恐怖による精神的苦痛を伴っていた。今回、マッサージによる心身のリラクゼーションを図ることで、一時的な呼吸困難の軽減とA氏の語りを促すことができた。そのため、【薬物療法による症状緩和】と【マッサージ前後の反応】に分けて、看護介入を振り返る。

【薬物療法による症状緩和】

A氏と家族に対して、ポータブルトイレに移乗する前には、予防的レスキューの使用について説明し、トイレを急がなくても大丈夫なときには、薬剤の効果が得られる15分程度の時間を空けてから排泄動作に移ることを伝えた。それでも病状の進行に伴い労作時の呼吸困難は出現しやすいため、我慢せずレスキューの追加投与をしてもらうように説明した。A氏は「苦しいときに使うもののだと思っていました」と話し、家族にも協力してもらうように伝えた。

翌日、リザーバーマスク7L/分でSpO₂:97%を維持しているが「なんだか身体がしっくりこななくて。息苦しいもある。酸素の値は良いのにね」と、頻回に上半身と下肢を動かして姿勢を調整するも症状が落ち着かなかった。A氏の話に傾聴すると、酸素化が図れているためレスキューを使用しても症状緩和は図れないと判断していた。A氏にサチュレーションモニターの数値だけでなく、息苦しいという症状があれば、それに対して対処することは可能であることを説明し、屯用薬で処方されている抗不安薬の使用を提案した。少し眠気を感じるかもしれないが、息苦しさによる神経の興奮状態を落ち着かせることで、症状緩和の効果が得られることを伝えた。A氏は「飲んでみようかな。せっかく先生が処方してくれたし、ただのお守りにするのも良くないね」と、ロラゼパム(ロラゼパム錠[®])0.5mgを1錠内服し、1時間以上は呼吸困難を感じることなく入眠することができた。

しかし、同日の夕方より呼吸困難が増悪し、胸部レントゲン写真により、両側の胸水増強とがん性リンパ管症の疑いがあると診断された。呼吸困難に対してモルヒネ塩酸塩注射液(モルヒネ塩酸塩注[®])7.2mg/日→9.6mg/日に増量、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム注射液(デキサート注射液[®])1.65mgが開始となった。家族はA氏が安心して過ごせるように、掛け物を調整したり、

室内の換気、飲水介助、気分転換にA氏と長女が好きなアーティストの楽曲を流したりと、A氏の要望に一つずつ丁寧に応えていた。それでも呼吸困難の症状緩和が図れず、ハロペリドール注射液（ハロペリドール注[®]）2.5mg とクロルプロマジン塩酸塩注射液（コントミン筋注[®]）10mg を投与することで、ようやく効果が得られた。その際、A氏は「薬（オピオイド）を増やされちゃった」と、話していたと申し送りがあった。

さらに病状の進行に伴い、リザーバーマスク 10L／分で SpO₂ : 95% に保たれていても呼吸困難が持続し、レスキューの効果も得られにくくなり、A氏は PCA ボタンを使用せず、サチュレーションモニターを眺めては首を傾げていた。呼吸困難を緩和する薬剤はオピオイドだけでなく、他にも使用できる薬剤があることを説明し、以前使用したことがある薬剤について効果を確認すると「あれを使ってもらって、ようやく休むことができた」と、効果を実感する発言が聞かれ、同様の薬剤を投与した。しかし、治療抵抗性の呼吸困難のため症状緩和が図れず、A氏と家族の意向を確認し、調節型鎮静によるミダゾラム注射液（ミダゾラム注[®]）12mg が開始された。調節型鎮静により、Support Team Assessment Schedule (STAS) 1 まで症状緩和が図れ、家族との会話も可能になった。

調節型鎮静を開始してからは、A氏と家族にスポンジブラシを使用した口腔内の保湿と清掃方法について説明し、口腔内の乾燥予防に努めた。口腔内を保湿する人口唾液について説明すると「そういうのは好きじゃないかも」とあり、情報提供に留めた。また、A氏は咽頭痛を自覚し、その原因が酸素投与による口腔内の乾燥が影響していると考え、以前使用していたオキシマイザーへの変更を希望した。A氏の精神状態が不安定な中で、酸素の投与方法を変更することは不安を増強させると考え、A氏の思いを傾聴した。調節型鎮静により呼吸困難は緩和され、現在一番つらい症状は咽頭痛であった。そのため、医師と看護師と共に相談し、段階的に酸素投与量を調節して呼吸器症状を観察することになった。リザーバーマスク 8L／分に変更したが、しばらくすると呼吸困難が出現したため、リザーバーマスク 12L／分に戻した。

次の夜勤帯で、呼吸困難による身の置き所のなさが強くなり、医師よりA氏と家族に深い持続的な鎮静について説明し、ミダゾラム注射液（ミダゾラム注[®]）12mg／日→18mg／日にベースアップし、深い持続的な鎮静に変更となった。

【マッサージ前後の反応】

マッサージの目的と手順について説明してから、手足のどちらが良いかA氏に確認し、実施者がゆっくり深呼吸するスピードで、片側 10～15 分程かけて左右に実施した。マッサージによる身体の緊張を和らげるのと同時に、呼吸筋も弛緩して深い呼吸を導く効果が得られるため、リラックスした状態で目を閉じて休んでもらっても良いことを伝えた。触れることでの不快感や、途中で疲労感が出現する場合には、遠慮なく教えてもらうように配慮した。マッサージ中は、A氏がその場にいるだけでかけがえのない存在であるという姿勢で関わった。

A氏は「最近、気分の波があるんです。昨日はいきなり泣き出してごめんなさい」と、家族がいるところで話す。終日ベッドを 45～90 度にギャッチアップした状態を保ち、少しでも姿勢を変えると呼吸困難が出現する。夜間の熟眠感も得られず「目をつぶって、そのまま開かなくなるんじゃないかって怖い」と、睡眠導入剤を使用せずにいた。マッサージの提案については「そんなことしてもらえるんですか。お願いします」と、笑顔がみられた。最初はハンドマッサージを実施した。始めは手に力が入っていたが、徐々に緊張がほぐれていき、マッサージ中の体動はみられず閉眼していた。「ハンドマッサージなんてしてもらったのは 20 年ぶりかもしれない。気持ち良い。ウトウト

しちゃう」と、一時的な休息を図ることができた。そして、A氏の手には、長女が作成したネイルを付けており、長女を指さしながら「種はしっかり残したからね。あとは勝手にここまで育ってくれました」と、手先の器用さを称える発言が聞かれた。

夜間、呼吸困難が増悪したことから「昨日より調子悪いの。ごめんね」と、表情が乏しいが、気丈に振る舞う様子もみられた。マッサージについて提案すると「またやってもらえるの。やってほしい」と、表情が和らぐ。フットマッサージの実施中は、会話をせずにリラックスした状態で身体を委ねてもらった。マッサージ後は「気持ち良い」と、声のトーンも少し高くなった。

A氏は呼吸困難について「苦しくなるのには2種類あるの。一つは動いたとき。もう一つは気持ちの問題。胸の辺りがグワーってなるの。さっきもそんな感じだった。気分の波があるんです」と、胸部を擦った。パニック状態になった際には「娘に話を聴いてもらって、その後、テレビを見ていたら気持ちが落ち着いた」と振り返り、「息苦しいときは喋れなくなる」と話すも、家族とはアイコンタクトによる非言語的コミュニケーションを取り入れながら、意思疎通を図っていた。長女と次姉に対しては、「夜は泊まってくれるけど、当たり外れがあるんだよね。息が苦しくなって、起こしちゃうことも多いから」と、家族を見つめながら無邪気に話す反面、家族に対して「迷惑をかけている」と涙を流すこともあった。対話を重ねる中で、長女が学業を調整して、A氏との時間を確保してくれたことへの感謝の言葉も聞かれた。

調節型鎮静を開始した後は、マッサージについて「だるくなるのが怖い」ということで行わなかったが、翌日になると気分転換も兼ねてハンドマッサージを希望したため実施した。終始閉眼し、入眠していることもあり「ありがとうございます。気持ち良い」と話した。その姿を見た家族が「こんなに律儀な人とは思わなかったです。こんな状況でも、ちゃんと挨拶とお礼を言うんですね」と、談笑する場面もあった。調節型鎮静により呼吸困難が緩和されるも、眠気が出現したため「寝ているから皆と話す時間が減っちゃった」と、寂しそうな表情を浮かべた。閉眼しているが声かけにはすぐに反応があり、フットマッサージをすると「気持ち良い」と、穏やかな表情で話した。

その後、症状の増悪から深い持続的な鎮静に移行した後は、家族より「寝ていてもマッサージしているのは分かりますか？」と質問があり、最後まで感覚は保たれていることを伝え、家族がA氏にマッサージを行い、その数時間後にご逝去されました。

III. 考察

終末期がん患者が亡くなる1ヵ月前より出現する頻度の高い身体症状の一つに呼吸困難があり、症状は次第に増強していく。A氏の呼吸困難は、胸膜播種による胸水貯留だけでなく、がん性リンパ管症に伴うリンパ管の流れが閉塞することによる肺うっ血を引き起こし、換気量が低下していた。酸素療法により酸素化を図ることができていても、些細な動作で呼吸困難を増悪させやすい状態にあった。A氏または家族が呼吸困難に対してPCAボタンを使用してレスキューを投与していたが、トイレ介助は家族が担っていたため、トイレ前の予防的なレスキューを行えていなかった。A氏と家族の理解力は良好なため、呼吸困難が出現する場面を想定し、事前にレスキューを使用するタイミングについて説明することで、A氏と家族の対処行動を高めることができたのではないかと考える。

そして、呼吸困難は単なる身体症状ではなく、橋本は「産生・認知・表出の3つの過程において、呼吸困難という感覚が労作によって苦しい思いをした記憶や経験、窒息死への恐怖、漠然とした不安感などの精神的要因に修飾され、その閾値を下げて認知を増幅させる」²⁾と示している。「また、苦しくなったらどうしよう」という発言からも、生命を脅かす苦痛を体験することは、より不安や死の恐

怖を助長させていた。下舞は「終末期のがん患者の死までの心理過程において、耐え難い身体的苦痛があり、自分が思っていた最後の時と異なり、自分が理想としていた死の過程でないことに脅威を感じ、想定できない死の過程に不安を感じていた」³⁾、尾沼は「不安は、人が直面した事態を脅威と捉えることにより生じる情動であり、その事態をいかに認知するかによって不安の程度は変化する。また、不安は差し迫った脅威のシグナルとなり、人は不安を軽減するよう動機付けられる」⁴⁾と述べている。A氏はこれまでの病状や治療経過から死を強く意識しており、呼吸困難の出現は死を連想させるものになっていた。不安は自然な反応であるが、過剰にとらわれ過ぎてしまうと生活にも支障を来す。A氏が熟眠感を得られるような睡眠を確保できていないのは、これらの精神的な要因も関与していると考えられる。死は誰もが避けられない事実であり、脅威を感じることで不安が生じているが、これからの過程に変化をもたらすことも必要である。A氏はパニック状態になると、家族との対話やテレビ鑑賞をするなど、自身の心を穏やかにさせるものを積極的に取り入れていた。ケアに携わる看護師も、A氏の対処行動を知ること、A氏の精神的なケアに繋げることができると考える。

しかし、病態は不可逆的であるため、呼吸困難の出現頻度は徐々に増加し、レスキューを投与しても症状緩和を図ることが困難になっていた。症状コントロールを図るため、オピオイドをドーズアップした際には「薬（オピオイド）を増やされちゃった」という発言が聞かれた。これまでレスキューの効果や使用方法については理解し、レスキューを使用していたため、オピオイドによる依存や副作用を心配しているのではなく、今までの投与量では症状緩和が図れない程に病状が進行していると感じ取ったため、このような発言に至ったのではないかと推測される。そのため、A氏の思いを傾聴し、真摯に受け止める姿勢が重要になる。以前、睡眠導入剤の使用については抵抗感を示していたが、ベンゾジアゼピン系睡眠薬や抗精神病剤を併用することにより、オピオイドの上乗せ効果が期待されている。そのため、不安な気持ちに寄り添いつつ、薬剤の使用目的や効果について丁寧に説明することで、薬剤に対する誤解を解き、A氏自身が治療の選択をすることができたと考えられる。

A氏は非薬物療法として、呼吸のしやすい安楽な姿勢の確保や口すぼめ呼吸、部屋の換気、音楽療法、テレビ鑑賞、家族との対話などの対処行動を行うも、十分な効果を得られていなかった。一番、呼吸困難に有効とされる非薬物療法は、顔への送風であるが、酸素マスクを装着しているため、送風による三叉神経を刺激することは難しい。進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン 2023 年版には、呼吸困難の非薬物療法としてリラクセーションについて述べられているが、マッサージの記述はみられなかった。しかし、山本は「触れるケアは、副交感神経を優位にし、疼痛緩和や不安の軽減、リラクセーションへと繋がり、快の感情を引き出す効果が報告されている」⁵⁾、前田は「リフレクソロジーの心地よさやリラクセス感による副交感神経活動を優位にすることで、自律神経活動のバランス調整や呼吸困難感の軽減が認められた」⁶⁾としている。不安や死の恐怖による精神的な苦痛を抱き、呼吸困難への悪循環を来しているA氏にとっては、マッサージによるリラクセーション効果が、症状緩和にも良い影響をもたらすのではないかと推測された。実際のマッサージでは、直接皮膚に触れることでの温もりや心地よさから、A氏の筋緊張が和らぎ、穏やかな表情や笑顔がみられた。これは皮膚への刺激によりオキシトシンが分泌され、副交感神経が優位になったためと考える。介入前は、身体の姿勢が定まらず、夜間の熟眠感も得られていなかったが、マッサージ中は心身の休息を図れ、苦痛の閾値も高めることができた。

手を触れる非言語的コミュニケーションを通して、A氏との心理的な距離を縮め、信頼関係の構築を図ることができ、A氏は病気や家族について思いを表出するようになった。渡邊は「タクティールケアによる心地よい感覚の提供、対象者が抱いている様々な思いの表出、自己開示など社会的・心理

的・霊的苦痛に効果がある」⁷⁾と述べている。A氏は元々、実母や次姉とも同じ敷地内に住み、家族と過ごす時間を大事にしていた。緩和ケア病棟への入院後は、家族が24時間付き添い、身の回りの援助を積極的に行っていたため、家族に対して「迷惑をかけている」という申し訳なさを抱いていた。A氏は困難な状況の中でも、マッサージによるリラクゼーション効果で、自身が頑張ってきたことや大事にしていることについて振り返る時間を持つことができた。ライフレビューを語ることで、かけがえのない家族の存在に改めて気づき、次第に感謝の思いを直接伝えるようになった。山本は「フットリフレクソロジーによるタッチの効果は、抹消からの快刺激とともに、心身のリラクゼーションにより、人生で輝いていた誇れる時代を回想し、語る中で、自身の存在価値を確かめ、肯定感を持つことにつながる」と⁸⁾述べている。不安や死の恐怖について吐露することも大事であるが、喜びや感謝の気持ちを率直に表現することは、人とのつながりを再認識し、自身が歩んできた人生の豊かさを感じることに繋がるのではないかと考えられる。

さらに、病状が進行すると治療抵抗性の苦痛による身の置き所のなさがみられるようになる。調節型鎮静を開始することで呼吸困難は軽減し、家族との会話も維持できていたが、A氏は眠気により以前よりも家族との会話が減ったことを嘆いていた。それは会話により、A氏が人とのつながりを大事にしていたからだと考えられる。金正は「Comfort の概念である『つながりを感じている』ことについては、自分は人から大切にされていると気づくことができ、人との間に心と心のつながりがあり、社会性が増しているという思える状態である」⁹⁾と示している。このことから、調節型鎮静で呼吸困難による身体的苦痛が緩和されたことにより、次は眠気という新たな苦痛が出現することになった。だが、このときの眠気は鎮静によるものだけでなく、不可逆的な臓器不全の影響もある。吉田は「終末期がん患者にとって、人々の輪の中に居ると実感できる経験は、その人らしく在るために必須である」¹⁰⁾と述べており、触れるケアは意思疎通が困難となるA氏にとっても、最後まで人とのつながりを感じて、穏やかさを取り戻す手段になったのではないかと推測される。特別なことをするのではなく、共にいる姿勢で向き合うことは、無条件でA氏がその場にいるだけで価値ある存在であるという非言語的なメッセージを伝えることにも繋がる。それは医療者だけでなく、身近にいる家族がマッサージを行うことで、A氏は最後まで家族と共に在り続けることができたと考ええる。

これらのことから、病状の進行により取り切れない苦痛に対してマッサージを行うことは、心地よさや安心感を与えて精神的苦痛の軽減を図り、身体的苦痛の閾値も高める手段となり得ると考えられた。また、マッサージにより心身のバランスを整えることで、最後まで人とのつながりを保ち、限りある時間をその人らしく過ごすことができることを学んだ。

おわりに

終末期患者は死が近づくにつれ、様々な身体的苦痛と精神的苦痛を有する。呼吸困難の症状緩和は難渋しやすく、鎮静の適応となる場合も多い。不安は呼吸困難に悪影響を及ぼすことがあるため、身体面のみでなく精神面を含めたケアが必要になる。しかし、不安の背景にあるものは、患者によって異なる。その言葉にどのような意味付けがされているのか丁寧に聞き取り、患者の希望や価値観を知ることが重要になる。そして、患者を身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から多角的に捉え、緩和ケア認定看護師として幅広い視野を持てるように意識して関わりたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、受け持つことを受け入れてくださり、多くの学びを与えてくださいま

した患者様とご家族の皆様、ご多忙の中ご指導くださりました指導者様、スタッフの皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 前田節子. 器質的障害を除くがん患者の呼吸困難感の要因に関する文献レビュー. 日本赤十字豊田看護大学紀要. 2013, 8(1), 143 - 149.
- 2) 橋本晴美. 「がん患者の呼吸困難感」の概念分析. 日本看護研究学会雑誌. 2017, 40(1), 45 - 56.
- 3) 下舞紀美代. 終末期のがん患者の死までの16日間の心理過程に関する探索的な研究. 関西看護医療大学紀要. 2020, 12(1), 15 - 30.
- 4) 尾沼奈緒美. “不安”. 中範囲理論. 愛知, 日総研, 2009, 226 - 237.
- 5) 山本裕子. 触れるケアの効果. 千里金蘭大学紀要. 2014, 11, 77 - 85.
- 6) 前田節子. フットリフレクソロジーによる自律神経活動および主観的評価からみたがん患者の呼吸困難感の変化. 2018, 32, 57 - 65.
- 7) 渡邊美保. がん患者を対象とした全人的苦痛に対するタクティールケアの効果. 日本看護医療学会雑誌. 2014, 16(2), 40 - 48.
- 8) 山本敬子. 呼吸困難感のある終末期がん患者へのタッチング療法の意義：フットリフレクソロジーにおける予備的研究. 2014, 12, 63 - 71.
- 9) 金正貴美. Comfort の概念分析. 香川大学看護学雑誌. 2016, 20(1), 1 - 14.
- 10) 吉田裕子. 終末期がん患者と周囲の人々とのつながりに関する研究. 2007, 11(1), 9 - 16.

参考文献

- 1) 森雅紀. “呼吸困難”. 専門家をめざす人のための緩和医療学改訂版3版. 東京, 南江堂, 2024, 148-156.
- 2) 吉田沙蘭. “呼吸困難に対する非薬物療法”. 進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン 2023 年版. 2023, 東京, 金原出版株式会社, 72 - 77.
- 3) 田中圭子. “がん患者の呼吸困難の特性”. がん患者の呼吸困難マネジメント. 東京, 照林社, 2004, 2 - 4.
- 4) 栗原幸江. 呼吸困難感のあるがん患者への接し方、パニック時の対処法. 看護技術. 2005, 51(8)689 - 692.

はじめに

村田はスピリチュアルペインとは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義している。¹⁾ がんになることで患者は「自分の死」を身近に感じることになる。死とは、生の終わり、この世での自己の存在・意味の消失を意味する。それらを感じることで、患者は未来を失い、生きる力を失うことになる。それは、身体的な苦痛や様々な困難とは異なり、「無意味」「無価値」「孤独」などのスピリチュアルペインとなる。つまり、「患者の苦痛を緩和すること」と「スピリチュアルペイン」は切り離せない関係にある。村田は、ケアとは「関係性の力で苦しみを和らげ、軽くし、なくする援助」であると述べている。²⁾ スピリチュアルケアを行うにあたり、患者との関係性が重要になるということだ。私は、スピリチュアルペインを抱える患者に対し、自分がどう在るべきなのか、スピリチュアルペインの緩和について、悩みながら看護を行ってきた。その中で「傍にいること」がスピリチュアルペインに対するケアになることを学んだ。スピリチュアルペインを抱える患者にとって、看護師が傍にいることについて、実習を通して学んだことをもとに考察していく。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60代 男性
2. 診断名：膵体部癌
3. 患者背景

1) 現病歴

X年11月に膵腫瘍指摘があり、翌年に細胞診を実施した結果、膵臓がんの診断となった。化学療法を開始し、X+1年5月に4クール目を実施していたが、CA19-9が上昇したため中止となった。X+1年7月に腹部の疼痛が増強し、コントロール不良により緩和ケア科を受診した。オピオイドによる腹痛のコントロールが開始となった。その後も、倦怠感や疼痛症状のコントロール不良が続き、自宅での生活が難しい状態になることで、入退院を繰り返していた。X+1年10月に自宅にて、状態が悪化し疼痛増強、体動困難となったため、一般病棟に入院となった。X+1年10月下旬に、症状緩和目的で緩和ケア病棟へ転棟となった。

2) 受け持つまでの経過

入院後は、トイレに行くことや、食事のために起き上がるなど、生活するうえで必要な最小限の動作のみ行い、基本的にはベッドに臥床している状態であった。スタッフが気分転換を提案しても、毎回拒否しており病室の外に全く出ない状態だった。積極的に会話をする人ではなく、聞かれたことに対しての返答はあるが、自ら多くは語らない人だった。表情も硬く、よく涙を流すので病棟スタッフも対応に悩んでいる状態であった。会話の途中や、トイレ介助のあとなどに涙を流す姿があった。特に、家族に関する話題になると泣いてしまうことが多く、家族の話題を出すことができない状態だった。また、妻が家族写真を持参し床頭台に飾っていたが、A氏は帰ってほしいと妻に訴えており、家族写真をみることも嫌がる様子があった。妻には言いたいことが素直に言えるが、看護師には言わないことも面会時に妻に伝えていることがあった。A氏は、信頼している妻には、本心を話すことができていた状況だった。A氏は、なによりも家族の

ことを大事に思っていた。

3) 家族背景

妻、長男と同居していた。次男、長女も近くに住んでいる。すぐに会える距離に家族がいるため、入院前は頻回に会っていた。家族仲は良好で、時々子供や孫も面会に来ていた。妻はパートをしているが、現在介護休職中。入院前は、妻がほとんどA氏の介護を行っていた。長男も手伝っていたが、A氏の希望で妻が介護を行うことが多かった。面会は妻が毎日来ており、面会の時にA氏の整容を行っていた。A氏は、病院食は好まないで、持ち込み食を妻が毎日持参していた。妻は、自宅退院は無理だと考えており、主治医から提案される外出などにも消極的であった。「とにかくA氏が痛くないように、苦しくないようにしてほしい」という希望があった。

4) 入院前のA氏の生活

34年間、電気会社に勤務していた。退職後12年間蘭作りをしていた。自宅に居る時は2日に1回、妻と銭湯に行っていた。入院前は、妻と銭湯に行くことや、自宅の庭で園芸をして自宅でゆっくりとした時間を過ごしていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は、家族との繋がりを大切にしている人である。特に、妻との関係性、繋がりがA氏の中では大きい部分である。A氏の普段の言動や、家族からの話で、妻のことが大好きで、とても大事に思っていることが分かった。A氏は、妻のことは自分が守るべきもの、支えていくべき存在だと考えている。妻の存在や、妻との関係性が、A氏にとって生きがいの1つであったと考える。妻との関係性が、自分の役割を果たすことにも繋がっていた。A氏は病気になることで、症状が進行することや身体機能の低下が起こり、今まで不自由なく行えていたことができなくなることを実感していた。それらは、A氏に死を連想させることになっていた。A氏は、病気になり死を身近に感じるにより、自分の未来の可能性を考えることが出来なくなっていた。そして、過去に自分が築いてきたものに対しても、意味を感じることが出来なくなっている状態であった。過去に自分を形作ってきたもの、これからの未来の可能性を同時に失うことで、自己の存在の意味を失っている状態だと考える。そのことから、A氏は時間存在の喪失によるスピリチュアルペインを抱えている状態であると考え。時間存在の喪失が起こることにより、過去に自分が築いてきた人間関係、特に家族との関係性に意味や価値を感じることができなくなっている。そして、これから先、家族と過ごすという未来の可能性も考えることができない状態であると考え。

A氏にとって、死を感じるということは妻を含め、自分が関係を築いてきた人、大事に思っている人との関係が断たれるという苦痛が増強することを意味している。A氏は家族の写真を見たくないほど、家族や妻との関係が断たれることを苦痛と思っていた。A氏は、「死」を意識してしまうことに対して、大きな苦痛を抱えているわけでない。自分の存在が無くなることにより、妻との関係が断たれることが、A氏にとって大きな苦痛になっていると考える。A氏は関係存在の喪失から生じるスピリチュアルペインも抱えている状態であると考え。A氏は、病気になることで、自己の消失を身近に感じ、他者との関係性が絶たれることを苦痛に感じている。同時に、未来の可能性を感じることができない状態である。そして、自分の過去の出来事や、今まで築いてきた他者との関係に意味や価値を見出すことができない状態である。A氏は時間存在と関係存在が影響しあっている状態である。病気になったことによって、時間存在と関係存在が脅かされている状態なので、家

族の話をする、涙を流すこともあり、家族の写真も見ることが苦痛になっていたと考える。

A氏にとって自分の生活リズムを大事にしてもらえるだけでなく、A氏自身を尊重してくれる人、自分のために何かをしてくれる人が、「大切にしたい人」の優先順位が高い存在である。自分を理解しようとしてくれる相手の姿勢や、A氏が感じている苦痛を和らげようとしてくれる姿勢は、自分が大事にされていると感じることができるものであった。A氏にとって自分を大事にしてくれる人とは、今の自分を受け入れてくれる、自分にとって害にならない存在である。そういった人との関わりは、A氏自身の安心感や、心の安寧に繋がっていくと考えた。そして、そのような人との関わりが継続することが、A氏の心の安寧を継続していけると考える。そのため、A氏を大事に思う、関係性を築いてきた看護師との関わりやケアは、スピリチュアルペインを抱えるA氏に対して有効なケアであると考えた。

2. 看護問題

病状が進行することで自己の存在の消失を感じており、大事にしている人との関係性が絶たれることでスピリチュアルペインが生じている

3. 看護目標

自分への意味付けを行い、大事にしている人との繋がりや関係性を再確認できる

4. 実施したケア

受け持ち1週目はコミュニケーションをメインとしていた。家族の話だけではなくトイレ介助のあとなどにも涙を流す姿があった。些細なことでも涙を流すことがあり、その理由についても語らない状態であった。聞かれたことには答えるが、それ以上は語らないという印象であった。表情は硬く、必要最低限の動作のみで生活をしている状態であった。今後について考えていること、やりたいことなどあるか問うと、「なにも考えられない、考えたこともない」と返答があった。私は、A氏の言葉を聞き、今のA氏は未来のことをなにも考えられないくらい、苦痛を感じている状況なのだと感じた、A氏の状態や、思いの訴えに共感を示すこと、A氏の訴えをしっかりと受け止めているという意味を持って、A氏の「なにも考えられない」という言葉を反復した。A氏の訴えや表出した思いをそのまま受け入れることをしていった。

受け持ち2週目に、A氏が心地よい時間を過ごすことができるように足浴を提案した。1回目はA氏の希望にて病室で行った。ケアを行う前には、A氏にこれからケアを行いたいことを説明した。体調を直接確認し、気になることを確認した。その際に、辛い時や気分が優れないときは、遠慮なく言ってほしいことも伝えた。仙骨に褥瘡があり、長時間の圧迫が起こると疼痛が増強してしまう。そのため、体交枕を使用し仙骨に負担がかからないようにA氏と枕の位置を相談しながら、一緒に体位を整えた。A氏からは、「気持ちいい」「これはいいね」などと好印象な発言があった。表情も穏やかで、笑顔がみられることもあった。足浴終了後には、「またやってほしい」という発言もみられた。疼痛や倦怠感が強く、起き上がることが辛い日には、芳香浴を提案した。リラックス効果があるアロマの中から、A氏と一緒に好きな香りを探して実施した。芳香浴はA氏も気に入ったようで、初めて行った日以降にも、A氏から芳香浴の希望が聞かれることもあった。普段ベッド上にいることが多いが、A氏は窓の外を見ていることが多かった。なので、A氏の体調がいい時に、外を見ながら足浴をすることを提案した。その提案に対し、A氏からは「いいね」と返答があり、表情は少し和らいだ印象があった。いつもと同じように、A氏の体調や気分を直接確認した。今回は展望浴で足浴を行うため、移動方法について一緒に確認した。移動は車いすで、自分が押していくことを説明すると表情が安心したように柔らかくなった。足浴を行

いながら、A氏の昔のことや、入院前の生活について一緒に話をした。芳香浴も同時に実施した。足浴や芳香浴の実施は、A氏がリラックスできる空間を提供することで、A氏の語りの促しに繋がることを期待したケアであった。足浴中、A氏の表情は終始穏やかだった。昔のことを話するときも、涙を流さずに話すことができていた。外出の予定も決まったので、やりたいことや、今後の希望について再度聞いてみた。すると、A氏は「外出したらうまいもの食べたいね。」「女房と過ごす時間が多ければいいな」と具体的な希望を表出することができた。

受け持ち3週目、特に倦怠感が強く出ていた日に、下肢のアロママッサージの提案をした。アロママッサージを行いながら、足浴を実施した時のようにA氏の昔のことなどについて話をした。その際にA氏は自ら、自分の家族についての話をしてくれた。その際には、涙を流すこともなく、穏やかな状態で話をすることができていた。アロママッサージ終了後には「気持ちよかった。」「足が軽くなったね。楽になった」という発言があった。ケアをするにあたり、A氏の訴えや表出する思いを大事にすること、A氏のペースを尊重する関わりを行っていった。

受け持ち4週目には、状態が悪化し、起き上がることも前より時間がかかるようになった。発熱もあり、以前より反応も乏しくなっていた。私はA氏の傍で、A氏の訴えをしっかりと聞くようにした。その際にタッチングを取り入れた。すると、A氏は、少し傍にいることや、肩を優しく叩くことで寝息を立てて入眠していた。私は、訪室回数を増やし、傍にいることをした。A氏がなにか訴えれば、それを傾聴した。なにも会話がなくとも傍に寄り添い、A氏が入眠したら退室するということを繰り返して行った。タッチングを行うことでA氏が安心できる存在が傍にいることを感じる、ベッドサイドに座り傍にいるというその空間を共有することが、A氏にとって安心できるひと時を過ごすことに繋がっていた。

III. 考察

村田は、死を意識した時、多くの人が想像するのは来世としての死後の世界、あるいは私が存在しないこの世界である。³⁾ 死に臨み、患者の意識の志向性が世界や他者との関係の断絶、別れに向けられる時、終末期がん患者は自己の存在に支えを失い、存在と意味の消滅、孤独、空虚というスピリチュアルペインを実感すると述べている。⁴⁾ A氏は、がんになることで、症状の進行や、身体機能の低下が起こることが、死を身近に感じるようになる出来事だった。未来の可能性を失い、死による自己の存在の消滅を感じることで、時間関係のスピリチュアルペインが出現していたと考える。A氏は自己の消滅を感じることで、妻や家族との関係性が絶たれることも感じていた。家族の話に涙を流すことや、家族写真を見ることを拒否する行動から、A氏にとって、妻や家族と関係が断たれることは大きな苦痛となっていたと考える。

A氏の苦痛とはなにか、何を望んでいるのか、A氏自身を知るために傍らに寄り添った。A氏の話に十分に耳を傾け、時には自分の話も交えつつ、コミュニケーションを図り関係性を深めていった。A氏そのものを受容するケアを継続した。A氏は多くは語らない人であった。そのため、コミュニケーションをとる際も、A氏のペースを乱さず、A氏が語りだすまで待ったことは、A氏と良い関係を築くことにも繋がっていたと考える。足浴などのケアを行う際には、A氏の体調や気分に合わせてトーンで声をかけること、会話をする際には、A氏のペースに合わせていくことを意識して行った。痛みができる限り強くならないように、体位を変え、清潔ケアを行うことを心がけた。A氏のことを考えて行ったこれらのケアは、A氏自身が大切にされていると感じる瞬間であったと考える。「あなたのことが大切です」という思いを、言葉にしなくても、行動や声掛けで伝えること

ができていたのではないかと考える。A氏にとって、「自分の生活リズムに寄り添い、それを大事にしてくれる人」が、A氏が「大事にしたい人」に入る存在の線引きのひとつだったと考える。そして、A氏を受容するケア、A氏のペースを尊重するケアを継続したことで、A氏にとってこの人は自分を受け入れてくれる人、自分を大事にしてくれる人という認識が生まれたと考える。その結果、私はA氏の傍にいていける存在となったと考える。

A氏に対して行った看護は、足浴やアロママッサージ、芳香浴など、A氏が心地よい時間を過ごすことができるようにと考えたものだった。その際に工夫したことは、A氏の体調や気分を必ず直接聞いて確認すること、アロマを使用する際はA氏の嗜好を取り入れたことである。そういった、A氏のことを1番に考える姿勢やA氏の思いを尊重する行動の積み重ねも、A氏が自分は大事にされていると感じる瞬間であり、A氏との関係の構築に繋がったと考える。A氏は、がんになることで、未来の可能性を考えることができない状態であり、過去に築いてきたものの意味や価値を失っている状態であった。そのため、今の自分の存在の意味を失ってしまっていた。今の自分に新たな意味付けをすることを促すケアとして、心地よいリラックスした状態を継続している中にライフレビューセラピーを取り入れた。ライフレビューセラピーは人生の意味付けを洞察していく1つの方法である。起きてしまった出来事そのものは変えることができなくても、人生における意味づけは変えられる可能性がある⁵⁾と述べられている。ライフレビューセラピーは、過去の人生の苦悩や楽しかった思い出を見つめなおし、今の自分を見つめること、受け入れていくことを支援していける効果を期待できる。A氏の語りを促す際には、聞き役に徹した。ライフレビューを行い、過去の自分を語ることで、今まで自分はこんな人生を送ってきた、こんな困難を乗り越えてきたということ、A氏自身が再確認できたのではないかと考える。そして今までの人生だって苦しいものばかりではなかった、こんなにたくさんの楽しい思い出がある、という事実への気づきを促すことに繋がっていたと考える。そのことに気づいたことで、今の自分に向き合うことができ、今の自分の状態に対し、自分なりの意味付けや価値を見出すことができたのではないかと考える。そして、自分が残された時間をどう過ごしていきたいのかを考え、言葉にすることができたのではないかと考える。この結果が得られたのは、A氏と築いてきた関係性や、私の存在がA氏の中で変化したこと、私がA氏のペースの中に入ることを意識し、行動してきたためと考える。

これまでの述べた看護を行った結果、足浴やマッサージを行った日は、いつもより睡眠時間が長くとれていたり、夜間のレスキューの使用回数が減ったりと、身体的な面でも変化がみられた。ケアを継続することで、受け持ち当初より涙を流すことが減り、家族の話をするときも穏やかな表情で話ことが出来ていた。また、自ら家族の話をすることができるという変化もみられた。A氏を大切に思う行動や、A氏の思いを尊重したケアの積み重ねがあったことで、私の存在がA氏の傍にいていけることを許された。ライフレビューを行うことで、A氏自身が今の自分でも出来ることがあると意味付けを行えたこと、他者と新たに関係を気づくことができたという事実は、関係性のスピリチュアルペインのケアに繋がっていたと考える。そして過去を見つめなおし、今の自分に意味付けを行うことで、未来の可能性目を向けることができたことは、時間性のスピリチュアルペインのケアになっていたと考える。

私のひとつひとつの行動、声掛けの中にある「あなたのことが大切です」「あなたのことを知りたいと思っています」という思いが、A氏に伝わったことにより、A氏自身が自分は大事にされていると感じられたと考える。大切にされていると感じることはスピリチュアルケアの基盤となる。A氏のなかで私は「自分を受け入れてくれる人」という認識で、A氏のなかに存在できていたことが、

スピリチュアルケアを行う上で重要な点であったと考える。村田は自己の存在と意味は、他者との関係の中で他者によって与えられるものである。⁶⁾と述べている。自分を大切に思ってくれる人、そして自分も大切にしたいと思う人と、新たな関係性の構築をしたことや今まで他者と関係を築き、今の自分でも新たに関係を築くことができると実感したことは、A氏自身が、自己の存在の意味を考えられることに繋がっていたと考える。そして、関係を築き、自分を大事に思ってくれる人が傍にいたことはA氏に安心感を与えることに繋がっていたと考える。医療従事者がケアを行ったとしても、スピリチュアルペインをまったくなくすことが難しい場合が少なからずある。こうした場合のスピリチュアルケアの目標は、その患者が苦悩と折り合って、「苦しいけれどもこの状態であれば何とか生きていける」と納得できることである⁷⁾と述べられている。A氏のスピリチュアルペインを、完全になくすことは不可能であったと考える。しかし、自分を大切にしてくれる存在が自分の傍にいたことを、A氏自身が感じ、認識することができていた。A氏の思いに沿ったケアを実践し続けたことで、A氏はスピリチュアルペインを抱えながらも、現状を見つめ今後について、自分の思いを表出することができていた。苦しさは残るけれど、先に進むことを選択していた。「A氏を大切に思い関わっていくこと」というスピリチュアルケアの基盤を大事にして、その関わりを継続していったことが、A氏との関係性を構築し、A氏のスピリチュアルペインの緩和に繋がっていったと考える。A氏は自分が大切にされていると感じていた。A氏の中で私は、自分を大切にしてくれる人という認識で存在していた。だからこそ、A氏の中の「大切にしたい人」の中に入り、関係を築いていくことができたのだと考える。その積み重ねがあったから、私の存在がA氏にとって、安心に繋がるものになったと考える。自分が、患者の中でどのように存在しているのか理解し、患者を尊重する姿勢を持ち接していくことが大切であり、その関わり自体がスピリチュアルケアとなる。その積み重ねは、看護師の存在自体が患者の安心感に繋がることになり、さらに深いスピリチュアルケアに繋がっていくと考える。

おわりに

患者が抱えている苦痛の本質を理解するためには、まず対象理解をしっかりとすることが大事であると学んだ。患者を大事に思う気持ちで関わっていくこと、それを継続していくことが、スピリチュアルケアにおいて基盤となり、大事なことであったと学んだ。そうして患者と信頼関係が構築された看護師は、患者にとって存在が安心に繋がることも学んだ。本事例から、緩和ケア認定看護師として、患者の抱える苦痛に対し傾聴・寄り添う姿勢と、患者にどのような存在として捉えられているかを考えながら関わることの重要性を、伝えていきたいと思う。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、多くの学びを得て、成長する機会を与えてくださいました患者様とご家族の皆様、ご多忙の中、丁寧にご指導くださいました実習指導者様、病棟スタッフの皆様、教員の方々に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 村田久行. “スピリチュアルペインの概念”. スピリチュアルケアの手引き. 田村恵子, 河正子, 森田達也編. 第2版. 東京. 青海社. 2020. 1-2.
- 2) 前掲 1) 4-5.

- 3) 前掲 1) 8.
- 4) 前掲 1) 8.
- 5) 市原香織, “専門家をめざす人のための緩和医療学”. 心理社会的・スピリチュアルな側面. 日本緩和医療学会編. 第3版. 東京. 南江堂. 2024. 390.
- 6) 前掲 1) 9.
- 7) 前掲 5) 389—390.

参考文献

- 1) 岡本拓也, 誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア. 東京. 医学書院. 2015.

はじめに

緩和ケアの対象は「疾患」ではなく、「病と共に生きている人」であり、その人が今まで生きてきた歴史や人生観、価値観を知ることが必要である。疾患による症状のみに注目するのではなく、症状による苦痛を持ちながら今を生きているその人自身に注目し、苦痛がその人にとってどのような意味を持つのか、患者・家族のニーズをアセスメントする必要がある。患者のライフ(生活、人生)の質を高めるためには、患者の価値観や思いを尊重し、よりよい生活・人生を送ることができるよう、希望する生活を送ることができるよう、身体面だけでなく、精神面、社会面、そしてスピリチュアルな側面から包括的にアセスメントすることが求められる。

今回、がんの終末期にあるA氏との関わりを通して、生じている身体症状をマネジメントした上で、今までの人生で大切にしてきた価値観に寄り添い、疾患による苦痛や苦悩を持ちながら、A氏らしい日常を過ごすことを支援した介入ができたため、実践したケアについて振り返り考察する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：前立腺癌、腹膜播種、直腸S状結腸浸潤、骨盤内リンパ節転移
3. 患者背景

1) 現病歴

X年検診で前立腺特異抗原(P S A)高値を指摘され、近医を受診し前立腺生検を施行した。生検結果で前立腺癌と診断され、ホルモン療法を開始。同年ロボット支援下前立腺全摘術施行した。半年後に恥骨結合部に再発を認め、本人の希望がありがん専門病院へ紹介された。その後、放射線療法、ホルモン療法を継続していたが、多発リンパ節や左腎に転移が認められた。化学療法を開始し、継続していたが、X+6年多発リンパ節転移、腹膜播種、多発胸椎転移となり、Best Supportive Care(B S C)の方針となる。自宅で過ごしていたが、疼痛増強、悪心・嘔吐があり緊急入院した。緩和ケア病棟を希望され、一般病棟から緩和ケア病棟へ入棟となった。

2) 受け持つまでの経過

入院後、骨盤内リンパ節転移による疼痛(左側腹部～鼠径部、右下腹部)があり、ヒドロモルフォン塩酸塩注(ナルベイン[®]注)が持続静脈注射にて投与され、疼痛は軽減しコントロールされている。現在、A氏が自覚している疼痛は右下腹部痛で、数字評価スケール(Numerical Rating Scale : N R S)は0～2/10で経過している。悪心・嘔吐に対しては逆流性食道炎が疑われ、プロトンポンプ阻害薬であるオメプラゾールナトリウム(オメプラゾール注射用 20 mg)が投与されている。悪心・嘔吐の症状は改善傾向だが、入院後から徐々に食欲不振がみられ、現在は本人が希望した食事と家族が持ち込む食品を少量ずつ摂取している。また骨盤内リンパ節転移による両下肢浮腫が著明であり、体動困難を訴えている。Performance Status(P S)3で移乗には介助が必要である。さらに頻便や頻尿による夜間の中途覚醒があり、不眠が続いている。ミダゾラム注射液(ミダゾラム注)を持続静脈注射(17.25mg/日)で投与、睡眠導入剤レンボレキサント製剤(デエビゴ[®]錠 5 mg)の頓用内服をしているが、多い時で一晩に3～4回の中途覚醒が見られている。

夜間せん妄になった経緯があり、ブロナンセリン経皮吸収型製剤(ロナセン[®]テープ 40mg/日)を使用しており、日中は意識レベル清明だが、時折日にち間違いやスタッフの名前忘れなどが見られる。また夜間の記憶が曖昧になり混乱することがある。

A氏は都内で4人兄弟の次男として生まれた。母子家庭で、母親が1人でA氏と兄弟を育ててくれたことに感謝の気持ちを持っていると同時に、母親の苦労を身近で見てきた経験から、自分の家族には苦労をかけたくないという思いを持っていた。この幼少期～青年期の経験は、A氏の人格形成や価値観に影響を及ぼしている。20代後半で大手電機メーカーに転職し、技術者としてロボットの開発やシステム管理などの業務に従事してきた。仕事に対しては、人とのつながりを大切にし、何か新しいものを創造して世界に広げていく、世界と戦っていくことにやりがいを感じ、仕事に熱意をもって取り組んできた。家族のために働き、海外への単身赴任も経験してきた。夫・父親として家族を守る役割、仕事ではプロジェクトを牽引するリーダーとしての役割を担っていたため、役割を遂行するということに責任ややりがいを感じている。定年退職したあとは、経営コンサルタントをしながら過ごし、現在は無職となっている。

自分のことはポジティブシンキングと捉えている。人と関わるのが好きで、人とのコミュニケーションが大切だという信念を持っている。A氏はインテリジェンスが高く、技術者であり物事を系統立てて論理的に考える思考を持っている。仕事でも様々な功績を残し、社会的な立場や地位を築き上げてきた。入院中も礼節を守り、家族・医療者とも建設的に話し合いを行い、治療や自分の身体に起こることは自分で理解して把握しておきたいと考えている。今までの治療経過では、自分で病気や治療について書籍やインターネットで調べ、治療を選択・決定してきた。また治療経過を記録として残しており、自分のことは自分で管理してきた。物事を進める前にしっかりと計画を立てて、リスクや問題点を考慮したり、十分な情報を集めた上で判断をしたり、知識や事実を追究しよりよい方法を探求する性格であるといえる。そのためA氏の特性を考慮すると、先々の予定を把握し、先を見通したスケジュールを組み立てることや、自分に起きていることを理解しておくこと、自分で選択・決定できることは、A氏の安心や自律性を維持した生活を営むことに繋がっている。

3) 家族背景

70歳代の妻、40歳代の次女・三女と同居。40歳代長女は結婚して別世帯、市内在住。社会人と高校生の孫が2人いる。

家族間の関係は良好で、定期的に面会がある。妻、3人の娘は、A氏のことを大切に考えており、A氏が苦痛なく過ごしてほしいと考えている。A氏・家族ともにお互いのことを大切に思い、その思いを伝え合える関係性である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の予後予測 Palliative Prognostic Index (P P I) は、Palliative Performance Scale (P P S) : 2.5点、経口摂取量中程度減少 : 1.0点、浮腫あり : 1.0点、せん妄あり : 4.0点であり、計8.5点で予測される予後は短い週単位の可能性がある。

A氏に生じている身体症状は、①がん性疼痛(右下腹部痛)、②頻便・頻尿による不眠、③リンパ節転移による両下肢浮腫である。①がん性疼痛である右下腹部痛は、骨盤内リンパ節転移による内臓痛である。内臓痛に対しては、オピオイド投与が効果的であり、現在は、ナルベイン[®]注 2.4 mg/

日投与し、NRS：0～2/10で経過している。②直腸S状結腸浸潤による内臓痛や骨盤底筋への浸潤による悪性会陰部痛(内臓痛症候群)が生じ、便意・尿意の症状を引き起こしている。A氏は疼痛として訴えていないが、疼痛によって生じる不快感や違和感を便意や尿意と表現している可能性がある。悪性会陰部痛の症状として、直腸テネスマスによる頻便が考えられる。直腸テネスマスは、排便がない、もしくは少量しか出ないにも関わらず、頻回に便意を催す状態である¹⁾。直腸テネスマスは腫瘍による神経浸潤によって引き起こされることがあり、不快な感覚を伴う症状である。確立された治療法はないが、抗不整脈薬や神経ブロックなどの有効性に関する報告がある。A氏の場合は、直腸S状結腸浸潤、腹膜播種、骨盤内リンパ節転移、骨盤底筋への浸潤により神経浸潤が起こっていることが考えられる。腹部レントゲンにて、直腸内に便貯留がないことを画像で確認したため、便貯留による便意ではなく腫瘍浸潤に伴う神経障害であると考えられる。頻尿は、前立腺全摘術に伴う尿道括約筋の機能低下、膀胱容量の減少、膀胱収縮の過活動などにより発症していると考えられる。悪性会陰部痛により膀胱テネスマスの増強、膀胱部痛・膀胱けいれんに伴う頻尿を生じることがある。膀胱部痛・膀胱けいれんは薬物療法、神経ブロックが治療として検討される。内臓痛や悪性会陰部痛があることにより、頻便や頻尿が生じ、夜間不眠の原因となっている。③両下肢浮腫は、骨盤内リンパ節転移による両鼠径部のリンパ管閉塞、低アルブミン血症による血管内浸透圧の低下、深部静脈血栓症による静脈うっ血などの複合的な要因によって引き起こされていると考えられる。

前述①～③の身体症状の中で、A氏の日常生活を阻害している症状は、②頻便・頻尿による不眠である。夜間、頻回にトイレへ移乗することは、A氏の体力を消耗し日中の覚醒や活動に影響を及ぼしている。家族が面会に来て、眠気が強く傾眠の日があり、家族の面会時間にしっかりと覚醒して過ごすことができていない。また夜間トイレに覚醒したことを覚えていないことがあり、夜間せん妄の影響と考えられる。夜間の記憶が曖昧で、自分の考えをまとめられない苦悩や自分のことを把握できないことはA氏にとって不安や焦燥感の増強へ繋がると考えられる。夜間不眠の原因である身体的苦痛のマネジメントを行い、A氏が今まで通りの日常を維持できるように介入していく必要がある。

A氏は自らのことをポジティブシンキングであると捉えており、思うようにいかないことがあっても落ち込んでも、気持ちを切り替えポジティブに考えるようにしながら、病気と長年向き合ってきた。A氏は、状況が悪化していく中でも「現状を維持すること」を目標にしている。それは、症状が進行し、できることが徐々に少なくなっていく中でも、物事を前向きに捉えることで自分の気持ちを維持しているのだと考える。「少しでもよくなるために頑張りたい」というA氏の気持ちが、自分自身を鼓舞し、支えているのだと考える。今後、A氏が喪失する体験をできるだけ最小化し、A氏らしい日常を整えることができるように療養環境を調整し、支援していく必要がある。

2. 看護上の問題

#不眠により、A氏らしい日常を整えることができない苦痛が生じている

3. 看護目標

生活リズムが整い、A氏が変わらない日常を過ごすことができる

4. 看護の実際

A氏のライフストーリー(人生史)を聴き、対象理解を深め、得た情報からA氏らしい日常を過ごすためのケアについて実践した。実践した看護を【身体的苦痛に対するケア】、【A氏らしさや日常を整えるケア】の2つの視点で述べる。

【身体的苦痛に対するケア】

骨盤内や骨盤底の腫瘍は、侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛が合併し、薬物療法だけではコントロールしきれない難治性疼痛となる場合が多い。オピオイド以外の薬剤調整や非薬物療法について主治医と検討したが、神経ブロックの適応となるほどの強い症状ではないため不適応と判断された。鎮痛補助薬などの使用については腎機能障害やせん妄リスクがあり、また眠気などの副作用が増強し、転倒・転落や日中の眠気の増強に繋がるという理由から使用に至らなかった。薬剤調整として、オピオイドの増量やレスキュードーズの投与タイミングについて検討した。安静時のNRSは0/10で経過しており、現状でも眠気があることから、オピオイドのベース量は増量しにくいと考えた。レスキュードーズの投与タイミングは、A氏が便意や尿意を感じてから投与していた。症状を知覚してからレスキュードーズを使用している状態であり、効果発現時間とのずれから、レスキュードーズのみでは対応が後手に回るため症状改善が乏しいと考えた。また症状は予測不可能な突出痛であり予防投与のタイミングを図ることが困難であった。レスキュードーズ以外の症状緩和の方法として、トイレの便座に座る動作や排便が症状緩和のひとつの手段となっていた。そのため、浣腸や排便の処置をA氏と相談しながらスケジュールに組み入れた。

夜間の頻回の覚醒は、朝の覚醒不良や日中の傾眠に繋がり、夜間の不眠が持続することで易疲労感や倦怠感の増強など身体的な負担を増強させている。排泄行為のための頻回な移乗は、A氏の体力を消耗する。また日中の眠気は、思考力・活動性の低下をもたらし、体力低下や不安の増強に繋がる。主治医・チーム内で検討し、薬剤の使用状況や薬剤効果、日中の覚醒状況など日々の経過を評価した。夜間の睡眠時間確保のために頓用で使用していたデエビゴ[®]錠5mg/回を10mg/回へ増量、クエチアピンフマル酸塩(セロクエル[®]25mg錠)1錠/回を追加して眠前に定期内服を開始することとした。その結果、夜間の中途覚醒は減少し睡眠時間を確保することができた。しかし日中にも眠気が遷延し、刺激しないと覚醒してられない状況となった。A氏へ睡眠に関しての希望を確認すると、「日中の眠気は嫌ではないけど、できればあまり薬漬けにはなりたくない。」との思いが聞かれた。A氏の眠気は、薬剤の影響だけではなく、腎機能障害による薬物の排泄障害や、全身の衰弱による傾眠傾向も眠気を助長していると考えられた。できる限りA氏の生活リズムを整え、希望する日常生活の援助を行うために、セロクエル[®]25mg錠を12.5mg/回へ減量し、夜間の睡眠状況と翌日の覚醒状況を確認した。その結果、夜間は入眠でき、日中覚醒するリズムを徐々に整えることができた。薬剤の使用に関しては、A氏に薬剤調整の目的を説明し、効果や希望を確認しながらA氏が治療に参加できていることを認識してもらえるように関わった。薬剤使用や変更の際には、専門的な医療用語を避け、一般的な言葉を用いて説明を行い、A氏の理解と希望を確認しながら薬剤調整を行った。

非薬物療法として、マッサージやタッチング、足浴、傍にいたこと、気分転換のための散歩などを実施した。マッサージやタッチングは、筋肉の攣縮を抑え、毛細血管の血流を改善することで代謝産物の蓄積を抑えること、下行性疼痛抑制系神経が働くこと、人と触れ合うことで生じる心理的な安心による疼痛緩和の効果がある。足浴を含む温電法は、局所の血行を増加させることで組織の栄養改善と発痛物質の排泄、リラクセーション促進の効果があるとされている。A氏は、タッチングやマッサージなどの皮膚に触れる心地よいケアやリラクセーション効果のあるケアを好んでいたため、清潔ケア時や保湿剤を塗布する際に下肢のマッサージや他動運動を実施した。両下肢浮腫が著明だったA氏は、清潔ケアの際の下肢マッサージや他動運動実施後には、「気持ちがいい。マッサージしてもらえると足がすっきりします。」「足が浮腫んで自分で思うように動かせないから、動か

してもらえると嬉しい。」と話され、ケアの効果を感じることができ、心地よい時間を提供することができた。

【A氏らしさや日常を整えるケア】

A氏の語るライフストーリーや対話を通して、A氏らしさとは、物事を論理立てて考え、自分で生活を設計し自己管理・自己決定できることであると考えた。A氏が入院前から過ごしていた日常や生活スタイル、ルーチンワークについて、本人と家族へ確認し、1日のスケジュールに組み込むようにし、自宅での生活に近づけるようにした。さらに病棟スタッフから、入院してからA氏の日常の過ごし方についての情報を収集した。A氏は家族と過ごす時間を大切にしていたため、面会時に覚醒できるように薬剤調整を行い、必要であれば日中の休息時間を確保し、体力温存ができるように整えた。薬剤の調整により、夜間の睡眠時間が確保され、中途覚醒回数が減少し、日中の覚醒時間が増えた。午睡が必要な日もあるが家族が面会する時間には覚醒し、一緒にコーヒーを飲んでテレビを見たり、談笑したりして過ごすことができる日もあった。A氏が援助を受けながら自分で1日のスケジュールを立て、予定を把握することは今後の見通しがわからない不安を軽減することに繋がると考え、朝の訪室時にA氏の希望を確認し、選択肢の提案からA氏が自己決定できるように促す関わりをした。午前中には整容をし、午後にはテレビでドラマと相撲を見るというルーチンワークがあったため、その時間を確保できるようにスケジュールを組んだ。また食事の際は、ベッドサイドの椅子に座り、テレビを見ながら食事を摂ることがA氏の習慣であったため、A氏の体調を見ながら移乗できるときには椅子に座ることを援助した。入院生活の中で、やりたいことができるようにA氏の希望を聴くようにした。食欲不振があり、病院食はあまり摂取できていなかったが、「カップラーメンが食べたい。」という日常の会話から、気分転換を兼ねて車椅子で院内のコンビニエンスストアへ行き、カップラーメンを購入することができた。久しぶりに病棟外へ出て、念願のカップラーメンを摂取することができ、喜ぶ姿を面会にきた家族と共有することができた。「食べたいものを食べて、やりたいことをやって過ごせることは幸せです。」とA氏自ら話された。

A氏から情報を得る際には、ライフストーリーを聴くようにし、現在までどのような価値観を持って生きてきたのか、大切にしてきたこと、病気になってから今までの思いなど、A氏とともに振り返る機会となるようにした。その時々A氏の思いやどうしてそのように感じたのかを、意図的に尋ねながらA氏の語りを促すようコミュニケーションをとるようにした。そうすることで、A氏自身が、その当時の思いや考え、感じていたことを思い出すような様子が見られた。そして語りをする中で、自分が大切にしていたことや価値観を再認識することができていたのではないかと考える。またA氏の予後予測や夜間せん妄が見られている状況から、日々少しずつ変化していく全身状態を確認し、限られた時間の中でA氏らしく過ごすことができるように、チームカンファレンスで情報を共有し、チーム内でケアを統一した。A氏が今までの人生で大切にしてきた価値観や思いを確認し、自己決定することを支援し、A氏らしい日常を過ごすことができるように支援することができたと考える。

III. 考察

【身体的苦痛に対するケア】について、痛みは、組織の損傷や傷害の際に表現される不快な感覚および情動体験と定義されており、心理社会的な要素やスピリチュアルな要素などさまざまな因子に修飾を受ける²⁾。A氏に生じている身体症状の中には、直接的に疼痛と表現されなくても不快な感覚を生じており、それはA氏らしく過ごす時間を妨げる要因となっていた。井沢は、身体症状が続くこと

により、心理的・社会的・スピリチュアルな側面にも影響を及ぼすことが考えられ、身体症状のマネジメントは必要不可欠である³⁾と述べている。身体的な苦痛が生じている状況では、患者が自分自身と向き合い、過ごしたい時間を考えたり自己決定したりする余裕がなく、患者らしく過ごすことができない状況へと陥る可能性がある。そのためA氏の身体的な苦痛を緩和することが最優先と考え、疼痛緩和に対する薬物・非薬物療法を実施した。症状の評価について、睡眠に対する薬剤の効果は、A氏の主観的评价や夜間の中途覚醒回数の減少、日中の眠気や覚醒状況などの客観的な視点から効果的であったと評価できる。A氏に主観的な評価をしてもらうことで治療に参加していること、希望を確認しながら治療が進められることを実感でき、満足感や自己コントロール感の維持へと繋がったと考える。しかし、悪性会陰部痛による頻便、頻尿に対してはオピオイドのレスキュードーズの効果が乏しく、症状緩和には繋がらなかった可能性がある。また、A氏自身が疼痛という認識をしていなかったため、症状緩和の評価には難渋した。しかし、睡眠導入剤の調整により夜間しっかりと眠れたことは、疼痛の閾値を上昇させることになり、睡眠への援助が疼痛緩和の一助となったと考える。

非薬物療法におけるマッサージやタッチングは、リラクセーション効果や心地よい時間の提供となり、人との触れ合いによって安心を得ることができる。人との触れ合いや安心は疼痛の閾値を上昇させる因子であるため、A氏にとって身体的苦痛の緩和への一助となる効果的な支援であったと考える。非薬物療法による副交感神経優位となるケアを提供したことは、A氏の睡眠の質を高め、睡眠時間の確保へ影響したと考えられる。薬物・非薬物療法を併用し、A氏の身体的苦痛が緩和・軽減したことで、A氏が今の自分に目を向け、自分自身と向き合う余裕が生まれ、大切にしている価値観や残された時間をどのように過ごしたいかを考えるきっかけとなったのではないかと考える。

次に、【A氏らしさや日常を整えるケア】について考察する。玉井は、終末期がん患者の「その人らしさ」の分析で、「その人らしさ」はがんにより命の時間が限られることで、これまでのその人の生きがいや価値観、スピリチュアリティが揺らぎ苦悩しながらも、他者と人生を振り返ることで生きる意味を見出し、自己決定により「その人らしさ」がより鮮明に浮き出された、自らが求める生き方の様相⁴⁾と結論づけている。今回の介入で、A氏が自身のライフストーリーを語ることで、自分の人生について振り返り、病気になって失われたこともあるが、それ以上に今まで大切にしていたことに気づき、自分の価値観や思いを再認識する機会となっていたと考える。A氏と一緒に過去の出来事や経験を振り返ることで、価値の意味付けや整理をすることができた。そして、今を生きているA氏の残された時間をどのように生きていくのかをA氏自身が考え、自己決定していくプロセスとなった。またA氏との対話から私自身がA氏の価値観を知ることができ、価値観に沿ったケアを考える基盤となった。

柏谷は日常性の維持について、終末期を生きる人は、身体や生活の場は変化することで、様々なものを手放し、生活行動を変えることを強いられる。そのため、それまでの日常が崩壊する不安のなかに生きている。そうした終末期において、誰かの支援によってでも日常性が保たれることは、不安を軽減するという意味において大切である⁵⁾と述べている。日常性を維持することは、基本的な欲求が満たされ、社会との繋がりを持つことができる。A氏はこれまでの人生で、人との関わりやコミュニケーションを大切にし、社会との繋がりを持つことを重要視してきたため、A氏の日常を整えていくことはA氏と社会を繋ぐ介入になっていたのだと考える。そしてA氏は、変わらない日常を過ごすことに幸せを感じることができる。A氏にとっての変わらない日常の中には、自分で決める自己決定や自分で管理できる自己コントロール感、いつもと同じ生活を安心して送ること、その中には家族の存在があり、家族との変わらない関係性やA氏にとっての家族の在り方を大切にすること、誰かの役に立

っていると感じられること、信頼できる医療者が傍にること、心地よいケアを受けることなどが含まれていると考えられる。また制限のある入院生活の中で、A氏が些細なことでも希望をひとつずつ叶えていけることは、自己コントロール感を高め、自分では何もできないという辛さや苦悩を和らげることができる。A氏が希望していた変わらない日常を過ごすことを支援できたことは、A氏の希望を最大限尊重する関わりであったと考える。

小澤は、病気を抱え、今までの役割を1つひとつ失っていく人であったとしても、誰かの役に立てると思ったならば、今を生きる意味を見つけることができる。自分の経験を語ることが誰かの役に立つのであれば、それはその人にとっての支えになるかもしれない⁶⁾と述べている。A氏は何かの役に立ちたい、自分の役割を果たしたいというニーズを持っており、今回の実習で研修生を受け入れることで、自分に新たな役割を感じ、その役割を担い、果たそうという思いを抱いていた。新たな役割を見出したことは、A氏にとって生きる活力や意欲の向上へ繋がったのだと考える。しかし、今回A氏が新たな役割を見出したことは、私の意図的な関わりではなく、研修生を受け入れることでA氏が得た副次的な効果であったと考えられる。A氏が私との関わりの中でライフストーリーや自分の経験を語ることを通して、何かの役に立てた、自分の役割を果たすことができたと感じることができたとすれば、A氏の自己コントロール感を維持することへのケアに繋がっていたのではないかと考える。

おわりに

患者らしい日常を支えるためには、まずは生じている身体的苦痛をマネジメントし、緩和することが最優先である。身体症状を的確に捉えるために、患者の言葉に耳を傾け、患者を多角的に捉える視点が必要である。そして、身体症状をコントロールした上で、患者との対話を通して患者の歴史や価値観に触れ、理解しようと寄り添い続ける姿勢が求められる。日々変化する患者の状態をアセスメントし、先を予測しながら、患者の価値観を尊重し、患者らしい日常を過ごしていけるようにケア方法を検討していく。またチームで情報を共有し、統一したケアが実践・継続できるように多職種チームで協働していくことが重要である。緩和ケア認定看護師として、苦痛や苦悩を抱えながら生きている患者・家族を包括的に捉え、何が患者にとっての苦痛となっているのか、苦痛がどのような意味を持つのかを的確にアセスメントし、最期まで患者が自分らしく過ごしていけるように、傍に寄り添い続ける姿勢を大切にしていく。

謝辞

本事例報告書をまとめるにあたり、多くの学びや成長の機会を与えてくださいました患者様と御家族の皆様、御多忙の中、丁寧にご指導くださいました実習指導者様、病棟スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 松本直久, 福永智栄, 門馬和枝ほか. 直腸テネズムスに対して神経破壊薬を用いた仙骨硬膜外ブロックが有効であった1例. Palliative Care Research. 2023, 18 巻 2 号, 137.
- 2) 日本緩和医療学会編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, 2020, 22.
- 3) 田村恵子. “身体的ケア”. 経過別成人看護学④ 終末期看護: エンド・オブ・ライフ・ケア. 第2版, 東京, メディカルフレンド社, 2024, 147.
- 4) 玉井なおみ, 神里みどり. 看護師が捉える終末期がん患者の「その人らしさ」の概念分析. 名桜

- 大学紀要, 2019, 24 号, 74.
- 5) 前掲 3) “終末期における日常生活の支援”, 96.
- 6) 小澤竹俊. 死を前にした人にあなたは何かができますか?. 東京, 医学書院, 2022, 72.

参考文献

- 1) 森田達也, 木澤義之, 西智弘ほか. 緩和ケアレジデントマニュアル. 第2版, 東京, 医学書院, 2023.
- 2) 日本緩和医療学会編. 専門家をめざす人のための緩和医療学. 第2版, 東京, 南江堂, 2022.
- 3) 日本緩和医療学会編. がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン, 2016.
- 4) 林ふり子. “薬物療法だけで緩和が難しい場合は「ケア」が決めて一難治性疼痛の閾値を上げるケア. いかにリラックスできる時間を見つけ出せるかがキーポイント”. 緩和ケア Vol. 33 6月増刊号. 東京, 青梅社, 2023.
- 5) 田村恵子, 河正子, 森田達也ほか. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 第2版, 東京, 青梅社, 2017.

はじめに

がん疼痛は全人的苦痛といわれるように身体的、心理・社会的、スピリチュアルな側面を持つ。患者がどのようながん疼痛を体験しているのか、その意味も含めてアセスメントすることが重要である¹⁾と田上らは述べている。今回、がん疼痛を抱える患者を受け持ち、患者理解に基づき疼痛マネジメントを行った。心理・社会的、スピリチュアルな側面の苦痛は身体的に表現する疼痛にも影響しており、患者の自分らしさを阻害していた。看護実践により、がん疼痛が緩和して自分らしさを支えることにつながることを学び、患者の活動性の向上につなげることができたため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：膵体部癌、胸椎・左鎖骨上窩リンパ節転移
3. 患者背景

1) 現病歴

X年検診で膵腫瘍の指摘を受け、がん診療拠点病院の消化器内科を受診した。膵体部癌の診断で膵体尾部切除＋脾臓摘出術を施行後、S-1療法を4コース施行した。X+5年2月、傍大動脈リンパ節転移を認め、再発と診断され、S-1療法を再開した。同年10月からGEM＋naab-PTX療法を開始したが、多発リンパ節転移の増大を認めた。X+6年3月からmFOLFIRINOX療法6コースを施行したが、傍大動脈・左鎖骨上窩リンパ節転移の増大を認め、同年6月からnal-IRI+5-FU+0-LV療法を開始した。同年8月、傍大動脈・左鎖骨上窩リンパ節転移はStable Disease(SD)だったが胸椎転移が増大したため、同年9月化学療法は中止し、Best Supportive Care(BSC)の方針となった。第11～12胸椎転移への放射線治療(28Gy/7fr)を施行し、退院後に自宅から近い病院への転院を希望し準備を進めていた。徐々に疼痛が増強したため転院せず入院加療を希望され、同年11月疼痛コントロール目的で緩和ケア病棟に入院となった。

2) 受け持つまでの経過

A氏の主訴は、左肩周囲の疼痛であった。担当医からは、疼痛の増強につながるため左上肢を動かしすぎないように指導を受けていた。また疼痛に対してリンデロン2mg/日、ミロガバリンベシル酸塩錠(タリージェ[®]錠)10mg/日、ジクロフェナクナトリウム貼付剤(ジクトル[®]テープ)225mg/日、フェンタニルクエン酸塩経皮吸収型製剤(フェントス[®]テープ)9mg/日、レスキュードーズとしてオキシコドン塩酸塩水和物散(オキノーム[®]散)10mgを1回1～2包を使用していた。疼痛時に、入院前はオキノーム[®]散(10mg)を1回3～4包で使用していた経緯があった。入院後はオキノーム[®]散(10mg)2包を1日7～10回使用しており、使用頻度は入院前と変わりなかった。疼痛増強時には「死にたい」と発言することや声をあげて泣くこともあった。

A氏は疼痛が増強する要因は左上肢を動かすことであり、夜間に疼痛が増強することが多いと感じていた。左肩の疼痛や左上肢の動かしづらさがあり、日常生活では食事や口腔ケアのセッティング、清潔ケアなど一部介助が必要であった。排泄以外はほぼベッド上で過ごしていたが、筋

力低下しないよう時々端座位で足踏みをする様子が見られていた。オキノーム[®]散の内服以外で疼痛を軽減する方法は、ベッド上端座位でオーバーテーブルに伏せるような体勢で休むことであった。そのため、夜間も臥床せず同様の姿勢で休息を取ることが多く、疼痛もあり断眠であった。看護師はアロマオイルを用いた両下肢へのマッサージ、疼痛が落ち着いているタイミングで病棟内の散歩、散歩の休憩時間やケア中にこれまでの生活史などを聞く時間を設けていた。

疼痛増強時は左肩甲骨の辺りをさすることを希望されることが多く、疼痛軽減後に「痛くて大きな声を出してしまっただけで情けない」と表出することもあった。疼痛の評価には Numerical Rating Scale (NRS) を用いていた。しかし、A氏は「痛くない」と言った数分後には「痛い」と言うことやオキノーム[®]散内服直後に食事に向かえることもあった。A氏の表現する疼痛の程度と実際の活動の様子に乖離があり、症状の自己評価が適切に行えていないように見えた。オキノーム[®]散を内服するタイミングについても、NRSの評価と関連付けて自身で考えることは難しく「この数字で飲むというのは難しい」と表出があった。病気に関する話は気持ちが辛くなるため話したくない希望があり、表出は少なかった。

3) 家族背景

妻とは再婚同士で、入院前は2人で暮らしていた。妻は、A氏が精神面でも医療者に支えてもらい、緩和ケア病棟でゆっくり過ごすことを希望されていた。また、近日中には引っ越しを予定していた。県外在住の長女は妻の連れ子で、不仲ではないがA氏や妻との連絡は頻繁ではなく、年1回会う程度のため、支援は期待できない状況であった。

4) 生活歴

A氏は山登りや釣りなどの趣味があり、定年を機に故郷を離れて妻とともに移住してきた。これまでは足が悪い妻をA氏が支えてきた部分もあり、夫として妻を助けてあげたい思いや今後の生活を心配する発言があった。山登りの経験やこれまでの生活から「花もひとりではきれいに咲けない。見ている人がいて、初めてきれいだねって言ってもらえる。人もひとりでは生きていけない。人とのつながりや生活の流れがある」とA氏の価値観を表出することがあった。散歩中はすれ違う看護師に挨拶する様子もあり、周囲とのつながり、互いに助け、支え合うことを大切にしていた。A氏にとって対話は辛い感情を吐き出す方法の1つであり、自身の考えを整理する方法でもあった。対話や周囲とのつながりに存在意義や喜びを見出し、物事を建設的に考える傾向の方であった。入院後の療養生活では、散歩を希望されていた。

II. 看護の実践

1. アセスメント

左肩の疼痛は、左鎖骨上窩リンパ節転移が腕神経叢へ浸潤し生じる神経障害性疼痛と、左上肢の浮腫の増強に伴い左上肢を動かすことで生じる体性痛が混在した疼痛であった。入院後も疼痛の訴えは変わらず、A氏が望む臥床して夜間休息をとることは十分できていなかった。一方で、疼痛増強時にはオキノーム[®]散の内服回数が増え、過剰内服により副作用である眠気が生じ、疼痛コントロールは不十分であった。それにより、日常生活動作(ADL)の低下やA氏が希望している散歩を行えず、日常生活への影響も生じていた。また、オキノーム[®]散の過剰内服や薬剤調整後も疼痛コントロールは不十分で、疼痛増強時に「死にたい」と発言があったことから、身体的な側面としての苦痛だけではなく、心理・社会的、スピリチュアルな側面での苦痛が疼痛の背景にあると考えた。強い左肩の疼痛への恐怖、BSCとなり病状が進むことや疼痛が増強することへの不安、左上

肢が動かしづらくなっていく不安や苛立ち、不眠など、心理的苦痛が生じていた。これまで妻を支えてきた夫としての役割が果たせないこと、趣味などを通してあった社会とのつながりが疎遠になることから、社会的苦痛が生じていた。疼痛により物事を建設的に考えられない辛さ、疼痛など自身の抱える苦痛をわかってもらえない孤独感、声をあげて泣いてしまい穏やかな自分を保てないこと、左前腕の浮腫によるボディイメージの変化、病気により思い描いていた退職後の生活が過ごせず、引っ越す家での妻の生活を見届けられない心残りなどのスピリチュアルペインも生じていた。これらの心理・社会的苦痛、スピリチュアルペインが左肩の疼痛を増強する要因となっていると考えた。また全人的苦痛により、妻や医療者も含めた周囲との関わりや対話の機会が減り、建設的に物事を考えるA氏らしさを阻害し、疼痛の閾値の低下にもつながっていると考えた。対話、タッチングやマッサージ、日常生活の援助などを通して関係性の構築やA氏を理解しようとする関わりは、全人的苦痛を理解し苦痛の軽減につながる支援と考えた。

一方で、A氏はNRSを用いて疼痛の評価を行っており、主観的な疼痛を我慢せず表現できていた。あわせて、支援してほしい内容を表出でき、安全面も考慮して必要な支援を受け入れていた。提案された対処方法を試してみる様子や自分なりに疼痛軽減に向けて対処しようと行動することもあり、これらは疼痛マネジメントを行う上でA氏の持っている強みであった。しかし、A氏が表現する症状の評価は、実際の表情や日常生活への影響、オキノーム[®]散の効果が発現する時間帯などと一貫性はなかった。そのため、A氏も医療者も疼痛を正確に把握できず、効果的な対処につなげられていなかった。またA氏は身体的な苦痛だけでなく、精神的な苦痛に対してもオキノーム[®]散を内服していた可能性もあり、疼痛を軽減するための対処方法が少なかった。さらに、オキノーム[®]散の使用に関する正しい情報を持っていない、もしくは誤った認識を持っていることがオキノーム[®]散の過剰内服につながっている可能性があった。疼痛の主観的な評価を適切に行うこと、疼痛を軽減するための対処方法を増やすこと、オキノーム[®]散の使用に関する正しい情報もしくは認識を持つことは、疼痛マネジメントを行うためにA氏が医療者の支援を必要としている部分であった。そのため、全人的苦痛への支援を継続した上で、A氏の持つ強みを生かした症状マネジメントに向けた支援が必要と考えた。

2. 看護上の問題

全人的苦痛により左肩の疼痛が増強し、A氏らしさやセルフケア能力が阻害されて活動性が低下している

3. 看護目標

左肩の疼痛が緩和して、活動性を維持して日常生活を継続することができる

4. 看護の実際

疼痛マネジメントに向けた関わりを2点実施した。1点目は、疼痛の主観的な評価を適切に行えるよう促す関わりである。体動やオキノーム[®]散の内服前後でのNRSでの主観的な疼痛の評価とともに、NRSの値がA氏にとってどのような意味があるのか、日常生活や活動量への影響も確認することを継続した。あわせて、オキノーム[®]散内服から15～30分程で疼痛が軽減してくることを説明した。NRSでの評価を継続して行うことで、A氏の中で疼痛の程度は日によって変動はあるが、NRS4以下であれば疼痛は落ち着いており、活動量への影響は少なかった。NRS6～7以上では、オキノーム[®]散を内服したい程度の痛みであることが多く、臥床して休息を取れない、疼痛が軽減するまで楽な姿勢で過ごし他の動作に移れないなど、生活に影響が出ていた。A氏に体動やオキノーム[®]散内服の前後での疼痛の変化をNRSで主観的に表現してもらい、研修生がその時の

A氏の表情や行動の変化など客観的な様子をA氏に伝えた。疼痛に対するA氏の主観的評価と医療者から見た客観的評価をすり合わせることを継続したことにより、徐々にNR Sでの主観的な疼痛の評価と表情や日常生活への影響が一致していった。

2点目は、疼痛を軽減するための対処方法の選択肢を増やす関わりである。効果的な薬物療法をめざして、オキノーム[®]散をA氏が必要とするタイミングで適切に使用するための支援を行った。疼痛が増強するタイミングは、A氏から左上肢を動かす時や夜間と表出があり、日中は左上肢を動かす食事や清潔ケア、病棟内散歩の前にNR Sで疼痛を評価してオキノーム[®]散の内服希望を確認した。担当看護師にも介入が継続できるよう引き継ぎを依頼し、毎食前ではないが予防的にオキノーム[®]散を内服して食事中や食後も疼痛が増強せず過ごすことができた。また、A氏自身がオキノーム[®]散の内服時間を確認できるよう、内服時間を紙面に記載する介助を継続した。A氏は自身で内服間隔を確認した上で、オキノーム[®]散の内服が必要か考え、希望を伝えることができるようになった。薬剤以外の対処方法として、A氏の希望を確認しながらADLの工夫を行った。左前腕の浮腫が増強せず端座位を保持しやすいよう、左前腕の下や背部に枕を入れたことで安楽な姿勢が保持しやすくなり、対話時間や午睡する時間も長くなった。また、食事の際に左手を使う動作を減らし、自身で食事を摂取できるようセッティングを介助し、ほぼA氏自身で食事摂取を継続できた。清潔ケアも、体調やA氏の希望に合わせて、見守りや介助を行った。疼痛が増強せず清潔ケアを実施でき、痛みがほとんどないと評価する日もあった。オキノーム[®]散に対する認識について確認すると「先生からはいくら飲んでもよい、飲んでも全く危害がないと言われた」「惰性的に飲んでいった」と表出があった。オキノーム[®]散の使用に関する正しい情報の提供とあわせて、全人的苦痛の緩和への支援も継続した。人とのつながりや不安の軽減による痛みの閾値の上昇を期待して、タッチングやアロマセラピーを実施した。左肩甲骨の辺りへのタッチングを実施するとNR S6程度だったがNR S4～5に低下し、薬剤対処が不要になることやA氏の表情が次第に和らぎ入眠することもあった。両下肢への保湿剤塗布やアロマオイルを用いたマッサージを実施後は、心地よさを感じ穏やかな表情が見られた。また、A氏は筋力を維持し歩けることを大切にしており、山登りが趣味だった。A氏の気分を高めることを期待して、窓から山並みが眺められる位置まで病棟内を散歩し、散歩中に対話する時間を設けることも継続した。A氏気分転換につながり、自分らしさを取り戻せる時間と表出することもあった。また、研修生が不在の日も継続することを希望され、看護師にケアの継続を依頼した。

症状マネジメントに向けた2点の関わりを実施したことで、左肩の疼痛が軽減して過ごせる時間が増え、オキノーム[®]散の内服回数も1日4～5回に減少し、午睡や夜間臥床して休息を取れる機会も増えた。疼痛が軽減したことで、A氏が希望する病棟内の散歩、スクワットや左上肢の運動などを継続し、活動性の維持・向上にもつながった。また、周囲とのつながりや対話の時間を持てるようになり、思考を整理することや建設的に物事を考えるA氏らしさを支えることにもつながった。それにより、A氏が今後の療養場所について言及するようになり、短時間でも自宅に帰りたいが自宅に近い病院への転院を希望された。その目標に向けてできることを一緒に考える関わりにつながった。

III. 考察

症状マネジメントの統合的アプローチとして、The Integrated Approach to Symptom Management (IASM)がある。内布は、IASMにそって看護活動を行うことにより、看護師は患者

の体験(症状)や行っている方略を正確に理解し、患者のセルフケア能力にあった知識、技術、看護サポートを提供することができる²⁾と述べている。今回は、IASMのプロセスをもとにA氏に実施した看護を振り返り、症状マネジメントにつなげられた要因を考察する。

【症状の体験】

A氏の苦痛症状を理解するため、対話を重ね、生活状況を見守りながら日常生活の援助を行い、カルテからも看護記録や検査データなど情報収集を行った。森らは、今まで経験したことがない症状を体験していたり、症状の出現の仕方が様々なときには、患者は自分の体験していることをうまく表現できない場合がある³⁾と述べている。A氏は疼痛の強さはNRSを用いて表現していたが、NRSでの表現や日常生活への影響に一貫性がない時もあり、疼痛の主観的な評価を適切に行えていなかった。また、オキノーム[®]散の内服するタイミングを自身で判断することや症状の持続時間や頻度を評価することも難しかった。自身の体験をうまく表現することができない時もあるA氏に対して、A氏の表現をより多く引き出せるよう、対話や日常生活の援助などを通してA氏の症状を理解しようと介入したことは、IASMのプロセスである症状の体験、A氏や医療者の行っている方略を理解することにつながっていたと考える。

症状の体験は、症状の認知、症状の評価、症状への反応の3つの要素から構成されている。A氏は左肩の疼痛の原因を認識しているが行動にまでは結びついていなかった。また、疼痛が増強する要因と、自身が持つ対処方法だけでは疼痛を軽減するのは難しいことを自覚していた。これらは症状の認知に関わる情報であったと考える。A氏は疼痛の部位や性状を表現でき、常時疼痛が持続していた。しかし、疼痛の強さはNRSを用いて表現していたが、NRSでの表現や日常生活への影響に一貫性がない時もあり、主観的な評価を適切に行えていなかった。オキノーム[®]散の内服するタイミングを自身で判断することは難しいことから症状の持続時間や頻度を評価することはできておらず、情性で内服している時もあることには自身でも気付いていた。このことは、症状の評価に関する情報であったと考える。オキノーム[®]散内服後に眠気が増強しており、副作用による症状が出現していた。断眠で休息を十分に取れず、日常生活にも影響を生じ支援が必要であった。また、いつも不安そうな表情で笑顔も減り、疼痛増強時には死にたいと表出し泣くことや情けなさを感じていた。山口らは、精神的な要因に伴うケミカルコーピングでは、薬物による解決はむしろその行為を悪化させてしまう可能性があり、患者に寄り添い、何かおかしい(精神的あるいはスピリチュアルな辛さが存在する)という疑いの目をもってその問題の背景を探り、適切な対応をしなければならない⁴⁾と述べている。A氏にとってオキノーム[®]散使用回数の増加の背景には、病状の進行に伴う身体的な苦痛だけでなく、心理・社会的、スピリチュアルな側面での苦痛があり、心理的反応が強く現れていたと考えられる。また森らは、症状はその時々状況、その時の気持ちによって現れ方が異なる。つまり、症状の体験とは、症状の認知、症状の評価、症状の反応の3つが相互に関連したダイナミックな体験である⁵⁾と述べている。A氏の症状への反応が強く現れていたことは、建設的に物事を考えるA氏らしさや対話の機会も減り思考を整理する機会を阻害し、症状の認知や評価にも影響していたと考えられる。

看護介入前の時点での対処や結果として、症状のコントロールは休息や日常生活にも影響を生じており、オキノーム[®]散の内服回数も変化がないことから不十分であった。機能の状態はPerformance Status(PS)3で、疼痛に対してオキノーム[®]散の内服や体位調整、日常生活の支援など対処しているが、十分に症状が緩和されず、疼痛により活動性が低下していた。QOLの状態は、歩行や食事、清潔ケアなど日常生活に支障をきたし、A氏が希望する散歩も行えていなかった。セルフケア能力の状態は、疼痛の部位や性状を表現し、オキノーム[®]散の内服を希望するなど、症状マネジメントに参

加する姿勢はあったと考えた。しかし、NRSで疼痛の主観的な評価を適切に行えず、疼痛を軽減するための対処方法の選択肢が少なく、オキノーム[®]散の使用に対する正しい情報を持っていない、もしくは誤った認識を持っていた。それにより、症状が十分に軽減できていなかった。A氏のセルフケアレベルは、A氏が自立している部分もあったが、看護師が代償している部分も多く、一部代償であったと考えた。

【症状マネジメントの方略】

A氏は疼痛の主観的な評価を適切に行う能力、適切なオキノーム[®]散の使用、日常生活の工夫など医療者のサポートを効果的に受けることができれば、疼痛を軽減することは可能であると考え、看護介入を行った。オキノーム[®]散の使用に関する正しい情報を提供することは、基本的知識の提供につながっていたと考える。それにより、A氏が活動性の維持に価値を持っていることを把握し、オキノーム[®]散の内服による効果が出るまでの時間は、タッチングや側にいることを希望するようになった。同時に、疼痛の評価をA氏も客観的に見れる関わりやA氏が自身で内服時間の間隔が把握できるよう紙面にオキノーム[®]散の内服時間の記載を継続した。また、疼痛が増強しそうな動作やタイミングの前にオキノーム[®]散の内服の希望を確認することは、基本的技術の提供につながっていたと考える。それにより、NRSでの主観的な疼痛の評価と日常生活への影響が一致するようになり、オキノーム[®]散をA氏が必要なタイミングで使用できるようになった。さらに、日常生活の工夫や援助、A氏の苦痛を緩和する方法を一緒に考えたいことや症状を軽減する対処方法が見つかった時は協力して見つけられたことをA氏に伝えた。あわせて、対話やタッチングなどの触れるケアを継続したことは、基本的サポートにつながっていたと考える。それにより、A氏は不安が軽減して穏やかな表情で過ごせる時間や対話の時間、A氏からの表出も増えた。平岡らは、患者自身が自らの意思を働かせて行動する自己指示的行動には、患者自身の痛みの理解と治療法に関する知識、加えて、患者の取り組みを後押しする、そして、結果を保証する医療者の存在があった。医療者は患者の痛みのみならず痛みによる苦痛を理解し、患者に合わせた痛みや治療法などの適切な教育支援を行うことで、患者自身が意図的に取り組む状況を整えることができる⁶⁾と述べている。A氏に必要な情報提供を行い、医療者も一緒に症状マネジメントに取り組んでいたことは、A氏が知識や技術の習得に取り組むことにつながっていたと考えられる。また内布は、症状は主観的な体験であり、症状マネジメントのもっとも効果的な方略を知っているのは患者である。患者は専門的知識がなくても苦痛を緩和するために、考えられるあらゆることを試し続けており、症状とともに生活していく患者が主体となりマネジメントしていけるようアプローチする必要がある⁷⁾、と述べている。看護師が代償する部分があっても、できるだけA氏のセルフケア能力を生かし、A氏が自身で症状マネジメントをしていると感じられるよう看護介入を行った。それらは、A氏が主体となり症状マネジメントを行えるよう支援することにつながり、自律性を維持し疼痛が緩和したと考えられる。

【結果（介入の評価）】

看護介入により、A氏が必要なタイミングでオキノーム[®]散を内服することや日常生活の工夫、タッチングやマッサージの継続など疼痛の閾値を高めるケアの継続し、疼痛が緩和して活動性が向上した。活動と休息のバランスを保てることで、病棟内の散歩や山並みを見ながら会話する時間を持つなど、A氏が自分らしく日常生活を過ごせる時間が増え、QOLも向上した。A氏のセルフケアレベルは一部代償レベルであることは変わりなかったが、A氏が自立して行える部分が増え、看護師が代償する部分は小さくなった。森らは、症状マネジメントは単に結果を変えるだけでなく、症状の体験自体にも影響を及ぼしコントロールすることである⁸⁾と述べている。A氏の症状の体験、特性、セルフ

ケア能力の状態をより正確に理解した上で看護介入を行ったことが、A氏のセルフケア能力の向上につながったと考える。それにより、疼痛が落ち着いてA氏の今後の療養に対する希望の表出や、A氏らしさを支えることにもつながったと考えられる。

さらに、症状マネジメントの方略の1つとして実施した、全人的苦痛の緩和への支援についても振り返る。A氏は緩和ケア病棟に入院後、薬剤調整を受けたが、左肩の疼痛は変わらなかった。また、オキノーム[®]散内服後も疼痛が軽減せず副作用として眠気が生じ過剰内服になっており、疼痛増強時には「死にたい」と表出し不安が増強していた。このことから、A氏にとって左肩の疼痛は、身体的に表現している苦痛だけではなく、心理・社会的苦痛、スピリチュアルペインにより増強しているがん疼痛であったと考える。研修生は、A氏自身のことやA氏の体験しているがん疼痛を理解したいという姿勢で、対話や日常生活の援助を継続した。前掲は、患者が抱く感情や考え、価値観を探求しながら対話を続けていくプロセスが、患者個々の不安の背景にあるものの正確な理解につながり、看護師が共感をもって深く理解することを可能としている。共感によって、患者は理解者を得られた安心感から孤独感が和らぎ、状況を現実的に受け止めるきっかけができる⁹⁾、と述べている。研修生がA氏との対話を繰り返したことは、A氏との関係性を構築し、共感的な理解により安心感を与え、心理的苦痛を軽減する関わりにつながったと考える。また、対話をしながらタッチングやマッサージを実施する機会もあった。親富祖らは、触れるケアは、終末期がん患者およびその家族に全人的苦痛の緩和とQOL向上などの影響をもたらし、さらに、施行者や側で見ていた家族に対してもリラックスなどの心理的影響を与える¹⁰⁾、と述べている。対話とともに触れるケアを実施していたこともA氏の全人的苦痛を緩和し、疼痛の閾値を高めてA氏の自分らしさを支えることにつながったと考える。今回、看護介入を実施していた時点では、左肩の疼痛には全人的苦痛が関連していることに明確に気づくことができていなかった。また看護を振り返ることで、患者自身を理解しようとする関わり自体が、症状マネジメントの方略などA氏の特性に応じた看護につながるだけでなく、全人的苦痛の緩和にもなっていたと気付くことができた。全人的苦痛の緩和として、意図的に患者との対話や看護ケアを行うことが今後の課題である。

おわりに

緩和ケアの対象である患者、家族は、身体的苦痛だけでなく心理的・社会的、スピリチュアルな苦痛を経験しており、それらに向き合い生きている。患者が表現する苦痛を理解するためには、全人的苦痛が関連していることを想定し、包括的にアセスメントすることが必要である。また、患者を理解するということは、疾患による症状だけでなく、症状による苦痛を抱えながら生きているその人自身に注目することである。患者を理解しようとする関わりは、症状体験の理解だけでなく、患者の価値観や思いを尊重することにもつながり、患者の特性に合わせて主体的に症状マネジメントできるように支援することや全人的苦痛の緩和にもなると学んだ。患者が自分らしく過ごせるよう、患者の持っ力を支え、患者の特性に応じた看護を意図的に行える看護師でありたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださった患者様、ご指導いただいた実習施設の指導者様、看護師長様、病棟スタッフの皆様、ご協力いただいた多くの方々に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 田上恵太, 中川貴之. “症状緩和”. 専門家をめざす人のための緩和医療学. 日本緩和医療学会編. 改定第2版, 東京, 南江堂, 2019, 85.
- 2) 内布敦子. I A S M看護活動ガイドブック(未出版). 改定第12版, 2021.
http://sm-support.net/program/data/iasm_guidebook.pdf (参照 2025-1-12)
- 3) 森菊子, 三好智佳子. “看護実践への活用”. 看護実践に生かす中範囲理論. 野川道子, 桑原ゆみ, 神田直樹編. 第3版, 東京, メヂカルフレンド社, 2023, 84 - 97.
- 4) 山口重樹, 高橋良享, 藤井宏一. ケミカルコーピングと偽依存の鑑別および対処法. 新薬と臨床. 2020, 69(7), 878 - 888.
- 5) 前掲3)
- 6) 平岡玲子, 佐藤禮子. がん患者のペインマネジメントに対する主体的取り組み. 日本がん看護学会誌. 2012, 26(3), 23 - 33.
- 7) 内布敦子. “症状マネジメントにおける看護技術”. 系統看護学講座専門分野Ⅱ 成人看護学総論 成人看護学①. 小松浩子, 井上智子, 麻原きよみ, ほか, 編. 第14版, 東京, 医学書院, 2016, 320 - 354.
- 8) 前掲3)
- 9) 前滝栄子. “全人的(包括的)苦痛の緩和”. 経過別成人看護学④ 終末期看護: エンド・オブ・ライフ・ケア. 田村恵子編. 第2版, 東京. メヂカルフレンド社, 2021, 211.
- 10) 親富祖結子, 玉井なおみ. 触れるケアが終末期がん患者とその家族にもたらす影響 文献レビュー. 日本リハビリテーション看護学会誌. 2020, 10(1), 79 - 87.

参考文献

- 1) 余宮きのみ. “疼痛治療”. ここが知りたかった緩和ケア. 改定第3版, 東京, 南江堂, 2023, 1 - 118.

はじめに

ナイチンゲールが『看護覚え書』の中で看護の目標を「健康と安楽(Comfort)の増進」として以降、安楽は看護の重要な用語である。Comfort は安楽の代用語として置き換えられているが、コルカバは Comfort な状態を苦痛が和らぎ、平静を保ち満足でき、苦痛を乗り越える¹⁾と述べている。つまり、Comfort は生命の回復過程に働きかけ、自然治癒力を高めることに繋がるという幅広い概念である。今回、終末期の高次機能障害による失語症と血管性認知症をもつがん患者を担当し、Comfort な状態となるよう苦痛緩和に重点をおいてアプローチをした。その結果、患者の尊厳を守るための支援となったため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70 歳代 女性
2. 診断名：進行大腸がん(直腸)、子宮や膣への浸潤疑い、肝転移
3. 患者背景

1) 現病歴

数年前から認知力や日常生活行動の低下がみられ、転倒を繰り返していた。X年1月に両手と両下肢のしびれ、歩行時のつまずきを主訴に、近くの整形外科を受診し、頸椎症と診断された。X年6月、頸椎症の手術を目的に近医の紹介で基幹病院を受診したところ、術前検査で貧血が認められた。貧血の原因精査により、直腸がん、子宮や膣への浸潤の可能性と肝転移を指摘され、切除不能進行大腸がん(T3N1bM1bc StageIVb)、根治不能の診断となり、余命宣告を受けた。X年7月から延命目的の化学療法(FOLFIRI + Bev療法)を19コース施行した。X+1年7月に化学療法の有害事象と思われる下血がみられ緊急入院となった。入院時の検査では、病勢が増悪しており固形がんの治療効果判定基準では進行と診断された。だが、A氏と夫は化学療法の継続を希望した。X+1年8月からレジメンをFOLFOX療法へ変更し、3コース施行した。しかし、強い有害事象が出現したため、それ以降の治療は希望せず、外来通院しながら自宅療養となった。夫は、夜間帯の仕事をしていた。そのため、A氏は一人で家にいる時間が長く、数年前から認知力の低下が認められていたこともあり、オピオイドを適切に服用することができなかった。A氏は夫に対する遠慮から痛みが増悪しても辛さを言えず、じっと動かないようにして痛みを耐えていた。X+1年10月の定期受診時、A氏は表情が乏しく、一人では動くことができない状態であったため、疼痛緩和目的で入院となった。

2) 受け持つまでの経過

一般病棟への入院時、A氏は、るい瘦が著明で仙骨部には褥瘡があった。入院の数日後には、つじつまの合わない会話、幻覚、幻聴がみられ、過活動せん妄状態となった。その際に行った長谷川式簡易知能スケールでは30点中の15点(20点以下は認知症の疑い)であり、頭部CT検査では右側の前・中・後の大脳動脈領域の低吸収域が認められた。これらの検査結果とA氏の言動を総合的に判断して、高次機能障害による失語症、血管性認知症と診断された。その後しばらくして、高熱と下痢症状が出現し、便からは *Clostridioides difficile*(*C. difficile*) が検出された。

C. difficile 感染症(*C. difficile* infection: CDI)に対する抗生剤治療が行われたが、その後も1日に4~9回、ブリストルスケール6~7の黒色便は続いた。

緩和ケア病棟への入院を契機に、オピオイドの内服からオキシコドン塩酸塩水和物注射液(オキシコドン[®]注)19.2mg/日の自己調節鎮痛法(Patient Controlled Analgesia: PCA)に投与経路が変更され、ハロペリドール注射液(ハロペリドール[®])3.84mg/日、ジクロフェナクナトリウム経皮吸収型製剤(ジクトル[®]テープ)75mg/日が開始された。しかし、A氏は痛みを感じた時にPCAのボタンを押してレスキュー薬を投与するという行動をとることができなかった。そのため、A氏はナースコールを押して看護師を呼び、痛みの訴えを聞いた看護師がPCAのボタンを押してレスキュー薬を投与していた。入院してから1か月程、生活のリズムは乱れ、頻回なナースコールや大きな声をあげるような状態が続いた。

3) 家族背景

夫と2人暮らし。長女と長男は、独立してそれぞれの家庭をもっていた。緩和ケア病棟へ入院した際、できるだけ食事の介助をしたいと夫から希望があった。家族は、A氏の好きな食べ物を毎日差し入れていた。そして、長女は子どもが幼稚園に行っている間、往復2時間の距離を食事介助や身の回りの世話をするために毎日通っていた。夫は夜勤の仕事を終えてから長女と共に病院で数時間を過ごし、仕事が休みの日は家で仮眠をとってから再び見舞いに来て夕食の介助をしていた。

II. 看護の実際

1. アセスメント

受持ち時、過活動せん妄は、ハロペリドール[®]の持続皮下投与により落ち着いていた。せん妄は、脳の脆弱性に身体的負担や環境的な要因が多層的に影響して発症する。また、血管性認知症は障害された脳の部位により症状が異なり、そこから生じる生活行動の障害、身体状況、不適切なケアなどが影響して行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)として現れる。A氏は、失語症により苦痛や思いを言語的に表現することが難しいことから、十分に苦痛が緩和されず、せん妄の再燃やBPSDを発症するリスクがあった。そのため、A氏の苦痛だけでなく、生活の質や支援のニーズ、治療の影響を含めて理解する必要があると考え、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルの4つの側面から全人的にアセスメントをした。

身体的側面では、意識の混濁(JCSI-2)がみられ、認知症高齢者の日常生活自立度ではC2(寝たきり：自力では寝返りも出来ない状態)で、生活の全般に介助が必要であった。A氏は、常に臥床状態で食事量が減少しており、Palliative Prognostic Index(PPi)の予後予測では3.5点と月単位であった。しかし、少しずつ会話量が減少し、睡眠時間が長くなっている状況から、週単位の予後であると予測された。A氏の失語症の症状は、自発的に発言することはないが、問いかけ(言語的刺激)により短文で答えることができた。このことから、A氏は、言葉の理解はできても自発的に意思を伝えることはできないのだろうと推測した。さらに、アルツハイマー型認知症などの変性疾患とは異なり、記憶障害は目立たず、ケアの要否などを自ら判断することはできた。痛みがある時にPCAのボタンを押して対処するという一連の行動がとれないことから、血管性認知症の実行機能障害の可能性があると考えた。また、A氏は若い頃からカラオケが好きだったが、音楽鑑賞や散歩などの気分転換活動の提案に対して「いまはいい」「つかれている」と興味を示さず、意欲も見られなかった。意欲低下の原因として、抑うつ状態、低活動性せん妄、興味・行動の意欲喪失

(アパシー)の可能性が考えられた。意欲低下は、緩徐な発症であり、意識障害の日内変動はみられず、会話が成立していたため、低活動せん妄の可能性は低いと考えた。また、無価値観や希死念慮は認められなかったが、血管性認知症に合併しやすい抑うつ状態の可能性は否定できなかった。さらに、自発性の低下や無表情も認められ、血管性認知症で高頻度に合併することから、アパシーの可能性があり、不可逆的な状態であると考えた。意欲が低下していたA氏だが、一日の中で食事の時間だけはしっかりと覚醒し、次に食べたいものを伝え、家族とコミュニケーションをとりながら食事をしていった。しかし、水分でむせる様子があり、今後、状態悪化に伴い嚥下機能が低下し食事が困難となると予想された。そのため、食事の様子を観察して誤嚥や窒息のリスクを予防する必要があると考えた。さらに、口腔内の乾燥、仙骨部の褥瘡、腹部と肛門部の痛み、CDIに伴う下痢症状、長時間の同一体位などの不快な身体的症状を感じている可能性があり、不快症状の積極的な緩和が必要であると考えた。

精神的側面では、A氏は、「ボタンどこ」とナースコールの所在を常に気に掛けていた。A氏は個室に入院しており、一人では寝返りもできず、痛みがあっても失語症や血管性認知症のため自分では対処ができなかった。そのため、A氏にとってナースコールは、自分以外の人と繋がり助けを求めることのできる唯一のツールであった。このことから、A氏のナースコールを気に掛けるという行動は、助けを呼べずに苦痛が緩和されないかもしれないという不安、思いを言葉にできない辛さ、入院という慣れない環境、家族と離れた孤独感、死への恐怖などの精神的苦痛の表れであると考えた。

社会的側面では、入院による医療費などの経済的問題、家庭内での妻、母、祖母という役割の喪失により苦痛を感じている可能性が考えられた。また、夫は「自分が、だらしないから病気に気づけなかった」と自責の念を感じていた。そのため、A氏と家族が共に過ごす時間は絆を確かめることのできる機会であり、家族団らんという日常を維持することが大切であると考えた。そして、家族が安心してA氏のそばで過ごせるように支援が必要だと考えた。

スピリチュアルな側面では、終末期という身体状況から日々できないことが増えていく喪失感、活動性が低下し他者への依存度が増大する苦痛、面会に来る家族に対する負担感、死への恐怖などから生きる意味を見出せなくなる可能性があると考えた。一方で、A氏は「たべたい」と食べることに意欲をみせていた。そのため、家族はA氏の好物を毎日差し入れ、食事を介助していた。そして、A氏は家族が持参した食べ物や病院から提供されたアイスを「おいしい」と感想を述べ、家族とコミュニケーションをとっていた。このことから、A氏にとって食べることは、日常の中の楽しみや喜び、生きがいであると考えられた。また、家族にとってもA氏が食べるのをサポートすることで、A氏の役に立ちたい、A氏に少しでも長く生きてほしいという精神的な支えになっていると考えた。

全人的アセスメントにより、積極的に苦痛症状を緩和し、残された貴重な時間を食べることを楽しみ、家族団らんという日常を維持しながら過ごすことが、A氏のQuality of Life(QOL)の向上につながると考えた。

2. 看護上の問題

苦痛を言葉にして伝えられず、適切なケアを受けることができない

3. 看護目標

食べることを楽しみ、家族団らんしながら穏やかに過ごすことができる

4. 看護の実際

苦痛の緩和のために薬物療法だけでなく、非薬物療法を併用した。そのため、それぞれの看護の実際を以下に記載する。

1) 薬物療法

A氏は、傾眠傾向で血管性認知症や失語症があるため、Numerical Rating Scale(NRS)で評価することは難しいと考え、定期的に訪室して痛みを確認し、希望に応じてレスキュー薬を投与していた。オキシコドン[®]注が24mg/日へ増量となったことを契機にオピオイドの効果を評価する必要があると考えた。痛みは主観的なものであり客観的に評価することが難しいため、A氏がNRSで主観的評価ができるのかを確かめることにした。また、A氏がケアの要否を判断できるため、痛みの対処について選択肢を提示すれば自分で決められるかもしれないと推測した。さらに、言語的コミュニケーションの障害から認知症患者の発言は不確かと思われるが、痛みの評価をする度に質問方法を変えれば、A氏の発言に対する信頼度を高められると考えた。加えて、痛みの原因と痛みの評価の2側面から包括的評価を行うことで、治療の効果だけでなく、生活への影響を把握し、痛みに対するケアを計画できると考えた。そこで、A氏には鎮痛薬の効果を評価するために頻回な訪室になることを説明し了承を得てから実践した。

痛みの原因として、下痢による肛門部の皮膚トラブル、仙骨部の褥瘡、仙椎2~4の直腸・会陰部筋群に出現する直腸の関連痛の存在が考えられた。そこで、清潔ケアをするタイミングで身体に触れながら、皮膚の色調変化、知覚異常、疼痛の有無などを観察した。その結果、褥瘡の洗浄を含む保清でA氏は、嫌がったり、痛がったりする様子がみられなかった。一方で、骨突出があり、消失する発赤が認められたため、これまでと同様に清潔ケアを行いながら評価を継続していくこととした。

痛みの評価では、A氏の発言と動作や表情を観察して日常生活への影響を確認した。食事や体位で痛みの変化を認めなかったが、クッションで疼痛部位の圧迫を避けると「らく」と発言し、痛みが軽減することがわかった。排便では痛い時も、痛くない時もあり、排便とは無関係に痛い時があった。さらに、「ねむれない」と言い、痛みにより中途覚醒することがわかった。これは、腫瘍部が蠕動や便により刺激されることで、覚醒し再び入眠しにくくなるのではないかと推察した。便の性状に関しては、CDIによりブリストルスケール6~7の便が頻回である。しかし、原発の直腸がんで腸管が狭窄しているため、便が固形になると痛みが増悪するだけでなく腸閉塞となるリスクがある。そして、排便時痛を感じない時も多いことから、A氏にとっては現在の便性状が適切であると考えた。突出痛に対するレスキュー薬の予防投与に関しては、排便が頻回で時間も定まらないため難しいと考えた。痛みのパターンと強さの評価では、30分毎に訪室して主観的評価と客観的評価を行った。ただし、レスキュー薬を使用した場合には、PCAのロックアウトタイムであり、追加投与が可能となる15分を目安に訪室して効果を確認した。その結果、A氏は痛みをNRSで「5」と評価し、レスキュー薬を希望することができた。そして、「よくなった」と発言してもNRSは3で痛みが消失することはなかった。さらに、NRSで評価できたのは午前中だけで、家族の面会後は痛みをNRSで表せず、痛みの有無しか答えられなかった。これにより、主観的評価にはA氏の体調が影響することがわかった。また、主観的評価と並行して進めた客観的評価では、痛みを訴えても表情や行動に変化はみられず、身体のみみや冷汗も観察されなかった。そのため、NRS5の痛みでも行動や生理学的に変化が現れる程の強い痛みではないのだと考えた。さらに、客観的評価の視点を統一する必要があると考え、アビー痛みスケールを用いた評価を試行した。その結果、ほんのわずかな眉間の皺や手の動きの変化をキャッチできる

ようになった。レスキュー薬の使用間隔は 90～130 分で、その効果が現れるまでに 30 分程かかることがわかった。さらに、レスキュー薬を 15 分で連続して投与すると、それまでは声掛けで容易に開眼していたのが、刺激でようやく開眼しても覚醒が維持できず、会話ができなくなった。加えて、10 回／分だった呼吸回数が 7 回／分まで減少した。このことから、連続使用によりオピオイドが過量となることがわかった。また、痛みに関してはジクトル®テープ 75mg／日も併用しており、これ以上、薬物療法での疼痛緩和には限界があると考えた。A氏は痛みを「にぶい」と表現し、温罨法で軽減した。がん性疼痛には数種類あるが、中でも、内臓痛は脊髄への伝達速度が遅いC線維の割合が多く「鈍い」「絞られる」と表現され、温めると痛みが和らぐという特徴がある。これらのことから、原発の直腸がんと隣接する子宮や膣へのがんの浸潤が原因で内臓痛が出現し、肛門部痛は直腸がんの関連痛であると考えた。さらに、レスキュー薬を使用しても痛みが消失しないことから、難治性疼痛となつていると思われた。また、痛みの対処ではレスキュー薬を使用するか、それともマッサージや体位変換、温罨法を交換するかと選択肢を提示すると、A氏は対処法を自分で選択することができたため、A氏の意向に添って対応した。さらに、「痛いですか」と尋ねるだけでなく「痛くないですか」「ここが痛いですか」と質問すると、「だいじょうぶ」「いたい」「おしり」と質問に合わせて返答することができた。そのため、A氏は問いかけにより感じた痛みを表現していることがわかり、A氏の発言の信頼性を高められた。

これらの結果をカンファレンスで情報共有し、クッションを使った体位の工夫や温罨法など、ケアに取り入れて継続することとなった。さらに、カンファレンスでは患者の痛みの体験と科学的な事実をすり合わせて評価したことで、スタッフの理解を得て、根拠のある質の高いケアを実践することができた。

2) 非薬物療法

A氏は、気分転換活動の提案に「いまはいい」「つかれてる」とあまり関心を示さなかった。そのため、活動を促すことがA氏にとって精神的負担となる可能性があると考えた。そこで、常にナースコールの位置を確認するという不安な様子がみられるA氏にとって、心地良いと感じられることが安心につながると考え環境を整えた。A氏と会う時にはCD Iのためガウンなどの个人防护具を着用していることから、A氏は看護師が同一人物に見えているのではないかと考えた。そのため、知っている人がいると思えることがA氏の安心につながると考え、ケアをする前には、視線を合わせ、反応を見ながら手に触れ自己紹介をした。そして、室温や掛物を調節するだけでなく、温罨法やナースコールのボタンの位置を調整するなどして、日常生活ケアの一つひとつを丁寧に行うよう心掛けた。温罨法は、温熱刺激が血管や筋肉・神経系に作用して痛みが緩和するだけでなく、筋肉の緊張を和らげたり、腸蠕動を促進したり、身体が温まることで心地よいとリラックスし入眠しやすくなるなどの効果をもたらしたと考える。さらに、生活のリズムを整えるために、会話をする時には季節や気候、時間を意識し、面会後には一人で過ごす時間を持つなど活動の休息のバランスに気を配った。すると、A氏はナースコールの所在を確かめなくなり「ねむれた」と話す日もあった。これは、A氏のニーズが満たされたことが安心につながったのではないかと考え、継続して行うこととした。

つぎに、ケアや疼痛マネジメントでは、選択肢を提示してA氏が自己決定できるよう関わった。これよりA氏の変化は認められなかったが、自己決定できるということは、コントロール感を得られ自己肯定感を高められると考え、この質問方法を継続することにした。

続いて、食事に対するサポートでは、食べることがA氏の苦痛になっていないかを確認するた

めに食事の様子を観察した。すると、A氏は家族と一緒に過ごす時は、普段よりも覚醒しコミュニケーションがとれていることがわかった。一方、ギャジアップすると顎先がやや挙上した姿勢になり、水分でむせることがあった。そのため、普段から枕として使用している半月型のクッションで、誤嚥しにくく、長座位でも体が安定するように体位を整えた。さらに、食後に咳嗽や喀痰が増えた。これは、口腔内乾燥により口腔内移送や嚥下に関する筋群の障害が誘因となり、咀嚼が十分にできず嚥下に時間を要しているのではないかと推測した。また、加齢、脳血管認知症、精神病薬が、精神活動や嚥下反射の低下、唾液分泌量の減少に影響している可能性もあった。身体状況から介入により嚥下機能の改善は難しいと思われた。しかし、食べることがA氏の生きがいであり、QOLを高めることにつながっている。そのため、A氏や家族の意向に添って、食事形態や介助の工夫、食事の姿勢、環境調整を行った。身体機能の悪化に伴い嚥下機能が徐々に低下し固形物が飲み込めなくなっても、A氏は「たべたい」と食べることを希望した。夫は「どうしていいか、わからないですよ」と判断ができずにいた。嚥下機能の低下は不可避であるため、介入による維持、改善は難しいと考えた。そこで、カンファレンスを行い、食べることのリスク、A氏にとっての食べる意義、A氏や家族の思いにどのように応えるかを検討した。そして、食事は味わうという質を重視し、安全に食事できるように看護師が立ち会い、見守り、食事や家族の様子を記録に残すこととなった。

食事にむせることが多くなると家族は「何が食べられるのかわからない」と食事の介助に消極的になった。そのため、何もしなくても家族がそばにいることや、夫がA氏のためにウクレレを弾くことなど、家族がA氏のためにできることを伝えた。すると、家族から「これからどうなっていくんですか」と今後の経過について質問があった。これは、家族がA氏の死が避けられない状態であると認識し、今後の経過に見通しが立たない不安から生じた疑問であると考えた。一方で、家族は娘を中心に付き添う時間を調整するなど、互いに協力し、支え合うことができていた。そのため、A氏の現状にショックを受けている夫へ説明するよりも、家族の中心的存在である娘に経過の説明をすることで、正しい情報を家族間で共有できると考えた。そこで、看取りのパンフレットとA氏の状態と照らし合わせながら、娘へ今後の経過の説明をした。娘は涙を流しながら説明を聞き、説明後もその場に一人で留まりショックを受けている様子であった。その数日後、A氏の容態は急変し亡くなられた。その際、夫は「最期まで味を楽しむことができて良かったです」と話し、娘からは「寂しさ半分、説明を聞いて心の準備もできた感じです」との発言が聞かれた。最期をどのように迎えるのか知識を得て、日頃のA氏の様子から家族なりに気持ちの準備する支援ができたと考えた。

III. 考察

入谷は、認知症患者は、がんに関連する身体的な不快感を訴える頻度は低いため、鎮痛薬や麻薬は認知障害のないがん患者よりも処方される頻度が低かった²⁾と述べている。認知症高齢者は、言語的コミュニケーションの障害により、思いを言葉にして表現することが難しい。そのため、痛いと言わなければ「痛くない」と判断され、繰り返し痛みを訴えると認知症特有の症状とみなされることがあり、苦痛が見過ごされ十分に緩和されていない可能性がある。実際、私自身も患者が痛みをNRSでは評価できないだろうという先入観から行動していた。しかし、A氏の能力を確かめ、失語症の特徴を捉えて質問方法を工夫することで、痛みの主観的評価の信頼度を高めることができた。同様の工夫によって、ケア方法を自己決定することで自己肯定感を高め、A氏の自律に対する支援となったと考

える。一方、アビー痛みスケールでの客観的評価は、評価者の主観に影響されるため正確性に疑問に感じた。けれども、24時間の交代勤務をしている現状から、毎日同じ看護師による評価は現実的ではない。そのため、どのように評価したかを記録に残して情報共有していくことが必要であると考え。他にも、薬物療法で積極的に痛みの緩和に努めながら、並行してA氏が心地良いと感じられる安心・安全な環境を整えた。その結果、痛みの閾値が上がり、食事を「おいしい」と味わい、「ねむれた」と感じる日もあり、人間としての欲求が満たされたと考え。A氏の痛みは、消失することはなかったかもしれないが、痛みがあっても精神的興奮や辛そうな様子がなく、家族団らんの時間を持つことができた。家族団らんにより、家族から大切にされている喜びや安心感、家族の絆を実感して生きる活力を得られたのではないかと考える。さらに、A氏の生きがいである食べることの支援では、食べる意欲を保つことができ、生きる希望を支えることができたと考え。しかし、嚥下機能の低下が不可避となる状態で、A氏にとって「食べる」ことは窒息や誤嚥性肺炎から状態悪化のリスクがある一方で、「食べない」ことは生きがいを喪失するリスクがあった。同様に、家族はA氏が「食べない」ことで無力感を生じる一方で、A氏が「食べる」ことは誤嚥や窒息が生じた際に自責の念を生じる可能性もあった。このような、終末期の患者の生きがいをどう支援していくかという倫理的問題を検討する時には、認知症であっても本人の意思を確認した上で、家族や多職種チームでどのように希望を実現していくか検討することが重要である。さらに、A氏を近くで見守る家族は、初めての経験に不安や困難を感じていた。このような家族をサポートしたことで、家族は不安を抱えながらもA氏のそばに付き添い続けることができ、家族だけでなくA氏のQOLを高めることに繋がったと考える。

Comfort は、主観的で個別性が高い。そのため、全人的アセスメントによりA氏の全体像や価値観を理解し、痛みを緩和しつつComfort な状態となるようにケアしたことが患者の個別性を尊重した支援となった。Comfort ケアが生命の回復過程に働きかけた結果、痛みの閾値を溜め、心の平静を保つことができた。そして、A氏の自然治癒力を高められたことにより、生きる希望や生きる活力を得て、家族団らんという日常を維持することができたと考え。つまり、Comfort ケアがA氏のQOLを高め、尊厳を守るという支援に繋がれたのではないかと考える。

おわりに

終末期の認知症をもつがん患者のComfort に向けたアプローチでは、対象を全人的にアセスメントし、その人の持てる力や心身の苦痛、生きがいを理解することが重要であった。そして、その痛みや苦しみの軽減を図りつつ、自律性や生きがいを支援することでQOLを高め、尊厳を守る支援へとつながることを学んだ。今後、認定看護師として、患者・家族のComfort だけでなく、質の高いケアを提供するための活力が得られるようにスタッフのComfort にも目を向けて支援していくことを今後の課題とする。

謝辞

本事例に快くご協力くださり、貴重な時間を提供くださった患者様とご家族様、基幹病院の病院長、看護部長、病棟師長、お忙しい中ご指導いただきました実習指導者様、緩和ケア病棟のスタッフの皆様、心より感謝いたします。

引用文献

- 1) キャサリン・コルカバ, “コンフォート研究との出会い”, コルカバ コンフォート理論, 太田喜

- 久子訳. 東京, 医学書院, 2023, 1-19.
- 2) Shuji Iritani, Mizuho tohgi, et al “Impact of dementia on cancer discovery and pain”. Psychogeriatrics. 2011, 11(1), 6-13.

参考文献

- 1) フローレンス・ナイチンゲール. “観察はなんのためか”. 看護覚え書. 小玉香津子, 尾田葉子訳. 日本看護協会. 第9版, 東京, 日本看護協会出版会, 2010, 159.
- 2) 日本看護協会. “安全・安楽”. 看護にかかわる主要な用語の解説. 日本看護協会. 改訂版, 2023. https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/yougokaisetu_202311.pdf (参照 2024-12-25)
- 3) 高梨早苗. 認知症の緩和ケア. 薬事. 2015, 57(12), 39-43.
- 4) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編. 認知症疾患診療ガイドライン. 2017年版. 2017, https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html (参照 2024-12-28)
- 5) 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン. 2020年版. 2020. https://www.jspm.ne.jp/files/guideline/pain_2020/02_02.pdf (参照 2024-12-28)
- 6) 金正貴美. Comfort の概念分析. 香川大学看護学雑誌. 2016, 20(1), 1-14.
- 7) 金井一薫. 患者にとっての「安楽」とは, その本質と概念. 総合看護. 1996, (2), 17-28.