

『一般病棟における癌患者の看護』

小熊 希代¹、佐々木まり子¹、長澤恵美子¹、伊原美智子¹、
大平 恵²、高岡 和夫²

札幌社会保険総合病院看護部¹、同内科呼吸器科²

【患者紹介】

症 例： H, S ,氏 41歳 男性 自動車整備士
診 断 名：肺小細胞癌 ステージⅢA
既 往 歴：32歳高血圧にて内服治療開始
36歳蓄膿症

家族背景：妻と小学生の娘二人の家庭、 S氏の両親
と二世帯住宅。

初回入院までの経過：平成12年2月より呼吸苦、倦怠感が出現し近医受診し肺炎の診断で当院へ入院。

【看護経過】

(第一回入院：平成12年3月22日～4月5日)

当初、肺炎治療目的で当院に入院したが、胸部レントゲンやCTの結果、肺癌が疑われ精密検査を行った。S氏は、温厚な性格で口数が少なかったため、入院当初は自らの症状や不安を訴えてくることはなかった。そこで、私達はS氏の訴えを引き出すために、検査のオリエンテーションなど説明の機会を利用し、お互いに話せる時間を増やすように心がけ、心境を話しやすい環境を作るよう努めた。S氏は、癌の疑いがあるとは全く考えていないかったため、驚いていることや、仕事や家庭のことが心配であることを少しづつ話してくれるようになった。肺炎症状は抗生素の点滴で軽減したが、検査の結果は肺の小細胞癌と判明し、妻へインフォームドコンセント（以下ICと略す）を行った。妻は動搖し涙を流し、信じられないという様子だった。しかし、すぐにでも治療が必要であることを妻に説明し、妻の同意を得てS氏本人へ告知を行い、癌と向き合って戦っていくことが必要であることを伝えた。

S氏もIC中は表情をこわばらせ、信じられない

様子だったが、治療の方法や予後については積極的に質問していた。またIC後は、自室に戻りS氏と妻は今後の治療について二人で話し合いを行った結果、北大で化学療法と放射療法を同時に行うことを選択した。

(第二回入院：

平成12年12月3日～平成13年5月9日)

北大にて9クールの化学療法と放射線療法を終了、以後化学療法を継続して行うために当院に入院。S氏は「今まで強い薬も試してきたため、今後の治療が心配だ。癌の大きさが一段落したら、外来に切り替えて治療を継続していきたい。」と治療に対し前向きな言動を見せた。S氏の希望を考慮し、すぐに化学療法を開始した。副作用として食欲の低下が出現したが、点滴での栄養補給ではなく自宅で好きなものを食べたいという本人の希望もあり、外泊を繰り返しながら治療に望んでいた。外泊が長期にわたるS氏の自宅での状況を把握するために、検査のための帰院時にS氏と妻に声をかけ、自宅での過ごし方や体調について確認していくようにした。嘔気が出現することがあったため、制吐剤を処方し、無理をせず必要時はいつでも帰院し点滴を受けられることを伝えた。化学療法後は、そのつどS氏本人へICを行った。画像上期待通りの効果は得られなかつたが、S氏には画像上大きな変化が無いことは癌が抑えられているためであり、今後も治療を継続しながら、生活を送っていけるようにしましょうと闘病意欲を失わないよう説明し、励ましの言葉をかけていった。6ヶ月をかけ4クールの化学療法を追加し一時退院となった。

(第三回入院：
平成14年6月24日～平成14年8月9日)

14クール目の化学療法のために入院。すぐに治療を開始し、前回入院時と同様外泊を繰り返しながらの生活となった。15クール目の治療開始後、脳MRIにて多発性の脳転移が判明し、再度放射線の全脳照射が必要となり、S氏へICを行った。「とうとう脳にまで癌が進んでしまったのか。」と、悲痛な表情であったが、S氏はこのまま放っておくとどうなるのか、どのような治療が残されているのかなど医師へ質問した結果、15クール目の化学療法の途中で、最善であると考えられる放射線療法を再度受けるために転院された。

(第四回入院：
平成14年9月24日～平成14年11月28日)

全脳照射の治療後、16クール目の化学療法を開始するが、以前から出現していた咳嗽・血痰のほかに、左前腕のしびれ、座位保持困難など明らかに症状の悪化が見られた。骨髄抑制などの化学療法の副作用も増大し、治療は途中で中止となった。外泊を繰り返し、家庭で過ごす時間を大切にしてきたS氏だったが、左半身の脱力により歩行が困難となり、排尿障害も出現し、大柄であるS氏の日常生活動作に看護師の介助が必要となり、思うように外泊が行えなくなっていました。

S氏の妻に、現状と予後に対するICを行うと、S氏の妻は、動搖を隠しきれずにいたが、S氏を支えていくために自分を支えてくれる人が欲しいと話された。またS氏の精神的な苦痛を和らげるためにも、カウンセラーが在籍している病院や緩和ケア病棟への転院も考えていると話された。私たちは妻の不安や迷いは当然であり、転院によってカウンセリングなど、精神的な支援を得られるのではないかと考えた。しかし、環境の変化によって逆にS氏が鬱病意欲を失ってしまう可能性や、医療を受けることへの不安等転院のメリット、デメリットを考え、医師と妻との相談の場を設けていった。妻は、自分自身とS氏のことを考え、最終的に当院での治療【看取り】を選択した。

S氏とは、入退院を繰り返し治療を行っていく中で看護師との信頼関係を築く事ができ、入院中の希望や自覚症状の程度、また予後に対する不安など積極的に話してくれるようになっていた。症状の緩和や外泊での希望を聞き、できる限りの対処を行うようにしていった。

私達はカウンセリングの技術は未熟だが、妻の不安に対しても少しでも軽減できるように、ゆっくり話を聞き、不安、悩みを引き出せるよう時間を持つことに心がけ、治療や症状に対する不安については、医師とともに軽減に努めた。私達は、医師と相談しS氏が妻や娘と過ごす時間が少しでも長くもてるよう調整していった。

S氏は入浴好きだったが、外泊時に自宅での入浴は困難なため、帰院時に臥位の状態で入浴ができるようハーバード浴を取り入れた。看護師に介助される羞恥心を配慮し、妻と看護師一名で介助していくようにし、また発熱時は清拭も妻と共に行った。尿失禁も多くなつたため、陰部の洗浄法を妻に指導し、尿臭や陰部の清潔に配慮した。妻が介助する際の希望や悩みに対しては、カンファレンスなどで介助方法を工夫し、さらに看護師が妻と一緒に介助に参加しつつ、アドバイスをしていった。

外泊時にトイレへつれていくことが妻一人では困難であったため、バルーンカテーテルを挿入することを検討すると、S氏も妻も初めは抵抗を感じていたが、挿入後も外泊が可能であることや、S氏の違和感が強いときには抜去できる事を説明し使用した。結果として妻の外泊に対する不安を軽減しS氏の失禁に対する羞恥心の軽減につながった。

脳浮腫に伴う頭痛が増強し、グリセオール等の浸透圧利尿剤の点滴を頻回に使用していく中で、外泊の前後で使用していくことや、常備薬として自宅に常に頭痛・咳嗽・痙攣時などの内服薬を補充し、使用方法を説明した。外泊中のS氏の状況を妻に確認すると共に、妻の不安や悩みを聞き、S氏の弟の協力を得ながら外泊を繰り返した。

11月にはいると39度を超える発熱、呼吸苦の出現、自力での喀痰排出困難の増強、また、脳症により会話も困難となつた。外泊が行えなくなつてからは、妻や娘が出来るだけ病院内で家族だけの時間を過ごせるようにし、「お父さんと一緒に寝たい」という子

供の気持ちを考慮して、学校が休みの時にはベットの隣に寝具をひき泊まれるようにした。また、介護と家庭の両立て疲労の色が見える妻にねぎらいの言葉をかけ、兄弟や親戚にも協力してもらえるよう、声をかけていった。

苦痛症状増強時の鎮静剤や安定剤の使用についても、妻や娘の面会時間や日中はなるべく起きていてほしいという希望をもとに、医師とS氏と妻と相談し使用した。またS氏が訴えることができないときには、S氏の苦痛表情の程度を見ながら家族と相談し、使用する薬剤の種類を検討した。

もうろうとする意識の中で、S氏が酸素マスクをはずすと、妻はパルスオキシメーターの数値の低下を気にし、不安からマスクを外さないようS氏を強く注意することが多くなった。数値が低下してもゆっくり呼吸を促し、マスクを再装着し時間をかけると数値が上がっていくことを伝え、不安の軽減と妻の精神状態の安定を図った。妻のそばに常に子供がいることが多かったためか、妻は医療者に直接不安を訴えてくることはなかった。私達は妻が一人で病室にいるのを見はからい声をかけるようにしていった。すると泣きながら「苦しむ顔を見ているのがつらい。静かに寝ているときが、唯一心がやすらむんです。まだあきらめたくない。」と、行き場のない思いを吐露された。

喘鳴はS氏にとっても、そばにいる家族にとっても一番の苦痛だった。家族が吸引を希望していくことが多くみられたが、その都度、喀痰の貯留音を確認し、状況を家族へ説明し、不必要的吸引は避けるようにしていった。

S氏の意識レベルは徐々に低下し、マスクやカヌラ、心電図など全身を取り囲む医療器具により、ボディーイメージの変化がみられ家族の不安が増強していった。S氏の状況や医療器具の役割を説明することで、不安の軽減に努めた。この頃から妻と娘は常に付添い、病室で寝起きをしていた娘は病院から学校へ通い、ほとんどの生活を病院で送りながらS氏の状態を見守っていた。

そして、平成14年11月28日 家族に見守られながらついにS氏は永眠された。

【考 察】

最初にS氏の事例を通して、妻に対する支援が十分でなかったと感じた。第二回、第三回の入院時のICでは、S氏の妻は働いていたためS氏にのみ行われていた。妻には、癌治療目的の入院であることの告知のほかは、状態が悪くなり終末期としてのかかわりが必要になったときに積極的なICが行われた。S氏自身は治療経過に関するICは自分にだけでよいと希望されてはいたが、終末期と宣告される前からもっと家族とのかかわりを持つ必要があったと感じた。S氏の妻から「緩和ケアやカウンセラーが在籍している病院を考えている」と聞かされ、私達は十分に妻を支え切れていなかつたと感じた。今、家族看護は必要不可欠であり、医療が発達し、難病と言われる疾患の延命も可能になってきており、家族の援助に期待されることが大きくなり、家族の負担・不安の増大を招いているからこそ、家族をセカンド・ペイシェントとし、患者と同じように観察しアセスメントしながら援助を行って行くことが必要である。森山¹⁾も「家族全体を一つのユニットとみなして看護過程を開拓する、すなわち家族を丸ごとアセスメントし、アセスメント結果に対して援助し、家族に起こった変化を評価するという、より積極的なアプローチに変化している」とし、家族看護の絶対的な必要性を上げている。

私達は、妻の不安や苦痛に対し、出来るだけ傾聴する時間を取り、コミュニケーションの場を設け、家族への看護というものの重要性を考えながら接していく。妻の疲労を考慮しねぎらいの言葉をかけ、介護と一緒に参加してもらうことに対する感謝の言葉を加えていくことで、妻との信頼関係も築いていくことが出来た。医療者が家族を支えることで、家族が最後まで辛い終末期の関わりを乗り越えることが出来、S氏の看取りを成功させることが出来たのではないかと感じた。

また、医療者も患者、家族と一緒に看取りに参加する自覚を持つことが大切である。医療者と患者、家族との信頼関係というものは、多くの医療者のうちの一人が不信感を与えるような行為を取ってしまうとすぐに崩れてしまう。看護スタッフにおいては、看護師一人一人が行動に責任を持ち、スタッフ全員が情報を共有出来る様カンファレンスや申し送りを

活用しながら、統一した看護を提供していくように看護計画をたて関わっている。

また、看取りの場を患者や家族が選択するために、より詳しい説明が必要であったと感じた。ホスピスや在宅での看取りについて、一般的な知識だけではなく、家族の疑問や不安に対し出来るだけ具体的に説明を行うことができ、患者、家族の選択肢を増やしていく為の知識を持つことが重要である。S氏と妻は最終的に当院での看取りを選択されたが、情報提供の方法によっては、違う答えを選択したかもしれない。

S氏は、癌という病気を告知されたが、壮年期で家庭の中心的役割を担っており、少しでも長く生きるために希望を持ち、化学療法を行っていた。その闘病意欲の強さからか、明らかな精神面の適応障害は認められなかった。しかし、癌の診断告知が一般化した欧米諸国の知見から、癌患者の概ね半数に何らかの精神医学的问题が認められ、中でも一般的な問題は、抑うつ状態である事が示されている²⁾。実際に、当院でも精神科の受診が必要とするケースを経験している。私達の病院には、精神科がなく、カウンセラーも在籍していない為、病院外の精神科医師の受診やアドバイスを受け、精神疾患を合併した患者との関わり方を学びながら介助を行っている現状であり、精神的ケアの向上に日々努めている。

終末期においては、看護師は日常生活の援助に重点を置いて関わることが大切である。しかし、当病棟の体制上、患者1人1人が充分満足を得られる日常生活援助が提供できているか常に不安を感じている。S氏の日常生活動作についても、妻の付き添いや介助が重要な役割を占めていた。妻は外泊中からS氏の介護を行ってきており、病院でも妻の行いやすい方法を配慮し、また工夫できる面をアドバイスし、家族の協力を得ることで患者にとって一番重要なことを、充実できたのではないかと感じた。当院の個室には付き添いを考慮した設備はなく、そのため家族には、狭いスペースに自ら寝具を用意して頂く形となっている。私達は、病室ではない看取りの環境、家庭の環境にできるだけ近づけられるよう、子どもに危険がないように医療器具の設置に配慮し、また、プライバシーの保護ができる様努めている。

鈴木³⁾は終末期患者の家族は悲しみの感情を経験し

ながらも、終末期の状況に対処していく必要があるとし、対処の内容として①予期悲観の過程に従事する、②患者の心身の安楽に対するニーズを満たす、③患者との関りを充実させる、④役割や生活の変化に対する調整と適応、⑤死別への準備等が上げられている。

私たちは終末期という不安定な時期を考慮しながら、家族と患者との間で関りを深くしていくことで、家族が終末期の状況を受け入れる手伝いが出来たと感じる。

当院は一般急性期病院で、当科は呼吸器内科と腎臓内科の混合病棟である。疾患や病状も様々であり、ADLが自立した患者から、人工呼吸器管理下で、全介助を要する患者もいる。個室の数も少なく、また急性期の病院として平均在院日数を考慮することも必要である。その中で、「終末期における患者、家族への看護が十分に行えているのだろうか。」と、日々疑問を持ちながら業務にあたっている。

【おわりに】

今回S氏の事例を通して次のように感じた。一般病棟で死を迎える患者・家族にとっての病院（病室）は、家庭環境を提供する場であり、人間らしく生きるために必要な治療をうける場であると考える。時には、患者や家族が希望に応じ延命処置も行う事ができる。ターミナル期の患者にとって、延命処置となる治療をどこまで行うかということを考えると、患者自身にとっても、また家族にとっても結論を出すのは難しく、必ずしも正しい方法というものはない事もある。特に残された家族にとって、選択した看取りが患者にとって本当に良い看取りの場であったのかと不安を抱くことにもなる。看取りの場に立ち会った第三者である医療スタッフが、患者・家族が互いに一生懸命思い合った闘病生活だったことを家族に一言伝え、家族の気持ちを理解してねぎらうことで一つの長い看取りが終わるのではないかと考える。

S氏とS氏の家族は、疾患が判明してからの三年弱を、医療と上手な連携を取り合いながら、互いに支えあいつ看取りの場を築いていたのではないかと感じた。

本論分の要旨は、第15回北海道支部、死の臨床研

究会：総会・学術講演会（2003年4月19日）で発表
した。

引用・参考文献

- 1) 森山 美知子：家族看護モデル. 医学書院、1995、
2-3
- 2) 武田 文和 石垣 靖子監修：誰でもできる緩
和医療. 医学書院、1999、140
- 3) 鈴木 志津枝：家族を捉える6つの視点. 看護
第54巻第7号：68-71、2002

Care of cancer patients in a general hospital

A middle-aged male patient notified as lung cancer was placed under 16 cycles of chemotherapy. We looked back upon the entire clinical course up to terminal stage of this case. Consequently we were able to evaluate his quality of life, physical and mental care given to him and also the relationship between medical staffs and his family. Even though they can choose the place to meet their own death and most of them desire to die at home, the majority of them actually meet their death in a hospital. As a hospice is quite short in number in Japan, there is a need for a general ward to function and fulfill as a good substitute of hospice. We must admit that the domestic situation or social position surrounding patients differ greatly from a case to a case. In the case we experienced, the patient received long-term care by same medical staffs and this kind of approach to the patient enabled mutual appropriate communication considering characteristics of patient's personality, physical condition, contents of informed consent and so on.

It must be said that terminal care in a general ward of a hospital chiefly handling acute cases is very limited and difficult, but we felt that we could offer a terminal care close to satisfaction to this case.

It was possible because we actively tried to have frequent staff conferences and to get close communications between the patient, family and medical staffs in this case.