

骨髄移植後、回復不可能な状態で転院してきた患者の精神看護を考える

～精神的危機に陥った一事例より～

A mental support of the patient who has moved from other hospital
in the unrecoverable state after bone marrow transplantation

～The example which lapsed into the mental crisis～

東7階病棟：赤羽 治美・伊藤寿満子

〈要旨〉

非血縁同種骨髄移植を受け、生着はしたものの多種合併症により回復不可能な状態で転院してきた患者が、自傷行為を引き起こすほどの精神的危機状態に陥った場面の看護を経験した。看護師は、人間関係の中で生じる様々な感情を否定することなく大切にし、それを家族も含めたチームで共有・サポートし合うことにより、自らの喪失に対する悲嘆作業を進めることができ、患者と正面から向き合うことができる。

〈キーワード〉

精神的危機 チームサポート 悲嘆作業

はじめに

私たちの病棟では、他院で非血縁同種骨髄移植（以下BMTと省略）を受け、生着はしたものの様々な重篤合併症を起こし、全身状態の悪化から「もはや回復が期待できない状態である」と説明され、家族の意向で転院してきた患者の看護を経験した。当時骨髄移植患者に関わったことのなかった私たちにとって、この患者との出会いは大変ショッキングだった。移植後順調に経過せず、精神的危機に陥ったこのケースとの関わりにおいて、なぜ私たちは患者の心の危機状態に気付くことができなかったのか、また危機を乗り越えられた要因は何だったのか、看護師の心の動きを明確にすることで明らかにしたので報告する。

1. 事例紹介

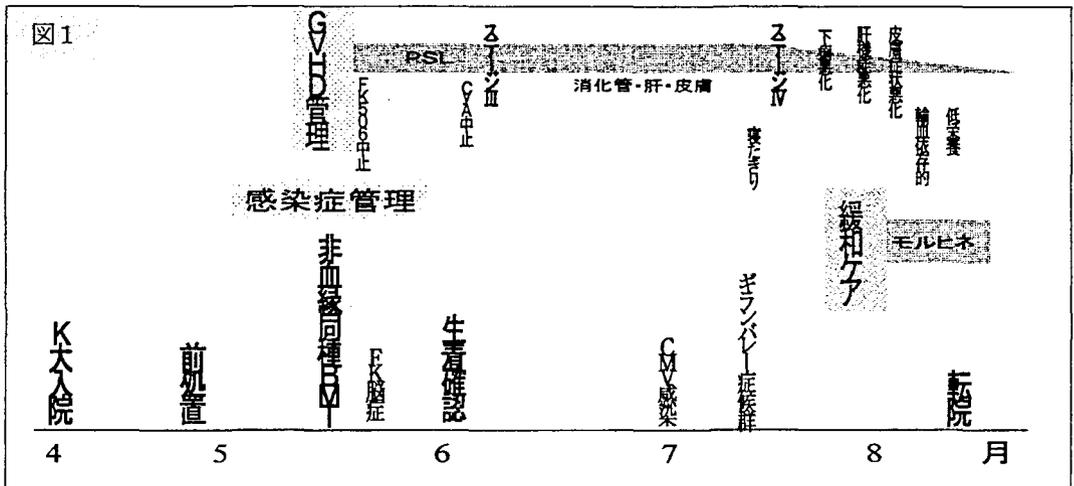
Fさん 27歳 女性 病名：MDS（骨髄異形成症候群） 職業：無職（BMTのため退職）

キーパーソン：母 Fさんの意思決定を支持

BMTへの期待：6年間するかどうかじっくり考えた。生存率60%，再発率20%という確率を前向きに捉え、移植を決断した。

2. 経過

(1) K大病院入院～転院まで 図1参照



(2) 転院時の状態

意識：モルヒネ持続投与。傾眠だが混乱なく会話成立。夜間は鎮静剤使用。

ADL：四肢関節拘縮 手指掌握不可 自力体位交換不可 嚥下障害 自力喀痰困難 開眼困難
眼球運動障害 尿道カテーテル留置 オムツ排便

苦痛症状：頻回な嘔気嘔吐・下痢 発熱 不眠 四肢のしびれ 激しい口渇感

● 意思表示は明確にできるが、介助がないと活動できない状態

治療方針：GVHD・感染症管理 緩和ケア

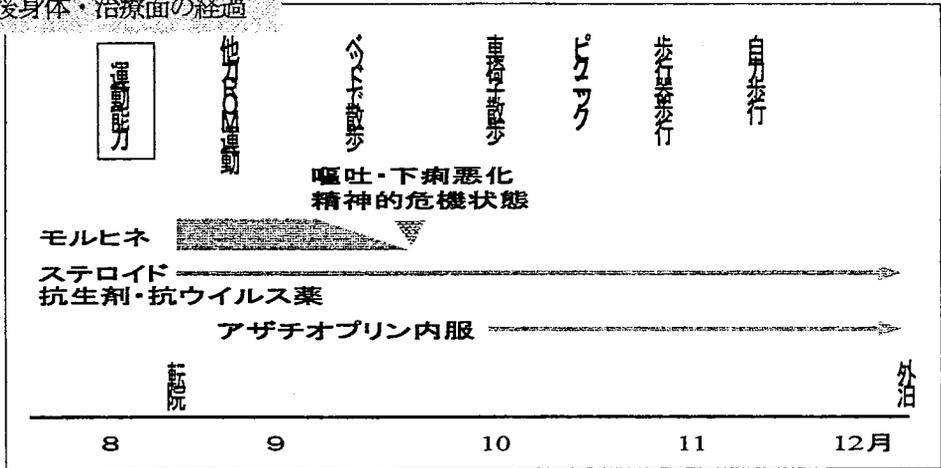
看護方針：ADL介助 安楽援助 人間関係の構築

(3) 転院後～外泊まで

①身体面：図2参照

②精神面：苦痛に対して持続投与していたモルヒネを腹痛がないという理由で、転院後18日目から減量し22日目オフ。転院時からFさんは「私どうなっちゃうの？貧乏くじをひいた」などの発言をしており、母にカウンセリングを受けることを勧めたが拒否。モルヒネオフ3日後から「頑張れない。動けないし何もできないから殺して」と言っは、頭をベッドに叩きつける、首を絞めるなどの自傷行為を繰り返すようになった。精神科医の介入により、「精神的にかなり危機的状态、モルヒネのセデーションが切れ、現状が分かってくるだけに辛くなっている。対応は感情を吐き出させるような環境作り、本人が満足いくコミュニケーションをとる、医療者側の方針統一」とアドバイスされ、夜間セデーション開始、訴えがある時は言いたいことを言い切るまでそばにいるようにした。以後このような激しい言動はみられなくなった。母は常に付き添い、揺れ動く心の内を表していたが、看護師・主治医のすることを厳しい目で見つめ意見することが多かった。

図2：転院後身体・治療面の経過



3. 考 察

Fさんが自傷行為をするという行動をとってはじめて、私たちはFさんの心が危機的状態になっていることに気付いた。なぜそこまで至ってしまったのか、なぜ気付かなかったのか。

母との関係において、「K大ではそんなことは絶対しなかった。信用できない」などと度々言われたことから、私たちは自分たちの看護を否定されたような思いを出会いの時から感じていた。また母の「こんなにしたってどうせ死ぬのだから」、「前より動く身体を見るとダメだと分かっているけど期待してしまう」と涙を流すという言動やFさんの言動に対して、私たちも初めてことでどう反応したらよいのか分からない、と深く関わることに不安があるため一歩引いた気持ちで対応していた。一方で、看護師として患者を目の前にしても何の助けにもならない不甲斐なさも感じていた。それらによって、Fさんと母に対して気持ちの上で消極的になり、母の言う通りのことだけしていればよいという気持ちになっていった。この時期私たちが重要視していたのは母であってFさんではなかったため、時折出る心の叫びにはほとんど注目していなかった。そのような消極的な関わりにより、私たちは現状に疑問を持たなくなり、また疑問を持たないことで現実から目を背けていた。GVHDの治療は継続していても、回復が望めない状態であることに変わりなく、そのような時にモルヒネを止めたらどんなことが予測されるか看護師の視点で考えず、医師の指示通りのことを実施するのみで、心のサポートもないままFさんは目覚め、現実を認識することになったと考える。

Fさんは危機状態を長く継続することなく回復できたのは何故だったのか。それまでの母との約2週間のやりとりで、母が私たちを少しずつ受け入れてくれるようになってきたことと、Fさんとの間にも時間の共有により、私たちの話に耳を貸してもらえる関係ができてきた時だったので、悲嘆作業を進めるために行う「そばにいること、意図的タッチ、積極的傾聴」という看護介入を行うことができ、Fさんの悲嘆作業を進めることができたと考える。

また、私たち自身も彼女と関わることで、悲嘆作業を（例えば、①彼女が来る前はこんなに忙しくなかったのにという時間の喪失、②看護師としてのプライドの喪失、③想像もしていなかった状態で最期を迎えるであろう患者家族の気持ちを受け止められないという精神安定の喪失に対して）同時進

行していたのではないか。ケアの後、精神科医を中心に、主治医、看護師、母、リハビリなどで情報共有し、今日の出来事や辛かったことを言い合い、Fさんに接するようにしており、その過程を重ねることにより、短期間で私たちの悲嘆作業を進めることができ、Fさんと正面から接しようとする気持ちが形成され、Fさんとの関係がよい方へ動いたと考える。以後ADLの自立がFさんの生きる意欲の継続になるのではないかと判断し、母と話し合い目標設定しクリアし、10月自ら「付き添いを外すこと」「外泊すること」などの目標を設定するようにならなりました。

4. まとめ

- ① 回復を望めない状態にあるにも関わらず、モルヒネを止めることによる心の痛みを予測せず、サポート体制もとらなかったため、自傷行為を引き起こすほどの精神的危機状態に陥った患者を体験した。順調に経過しない時こそ家族も含めたチームでのサポートが重要であり、それぞれの立場で意見交換し、サポートし合うことが重要である。
- ② 看護師は、人間関係の中で生まれる様々な感情を大切にしながらも常に患者の声を聞くことができるよう心を開いている必要がある。だがこれには看護師自身も患者との関わりによって生じる喪失に対する悲嘆作業を進めておく必要がある。

おわりに

私たちは当時、回復が望めないというつらい状況で初めて出会った患者と家族である上に、初めて体験する治療でもあり誰もが不安一杯で対応していた。後にFさんは「骨髄移植は成功して生存するか、合併症や再発などで亡くなってしまうかそのどちらかしかないだろう」と思っていたと語っている。それほど覚悟で臨んだ治療を受けた患者との関わりを通して、当初は受け止められなかった思いも、患者の回復力の素晴らしさを目の当たりにして、それをサポートできたことにより、ひとりひとりの看護師としてもチームとしても成長できたのではないかと思う。

参考文献

松田光信他：悲嘆状況にある患者のケア，看護研究，32(1)，77-83，1999

アンセルム・L・ストラウス他（木下康仁訳）：死のアウエアネス理論と看護，医学書院，1988