

〇氏の看護より

— 共に悩むことの大切さ —

北6階病棟 発表者 久保田 隆子

古畑 富貴子・藤原 昭子・相沢 明子・上嶋 幸恵
石川 いづみ・河原 裕子・鈴木 順子・細田 令子
小林 美智子・丸山 直子・北島 のり子・佐藤 忍
小出 知津子・小池 礼子・安田 妙子・原田 里佳子

I はじめに

私達は日々の看護の中で、性格や病状等から、敬遠しがちになる患者に出会うことが、誰にでもあるのではないだろうか。

予後不良で絶え間ない痛みに苦しみ、日に日に症状が悪化し、「ああ、俺はもう死ぬんじゃないか。」と死への不安を直接ぶつけてくる患者に、返す言葉もなく部屋を立ち去る時、私達は何ともいえないむなしさを感じる。そこで、どうしたらそのような患者に接し死への不安に対する援助ができるかと思ひ、昨年の症例研究をふまえてこの症例にとりくみました。

II 患者紹介

氏名 ○原〇三 56才 男性 (以後〇氏と記する)

病名 ホジキン氏病 肺への転移

主訴 全身倦怠感 食欲不振 頸部痛 両肩部痛 両上肢痛 腰部痛

入院までの経過

昭和52年、左頸部リンパ節腫張出現。バイオプシーにて「ホジキン氏病」と診断される。昭和54年3月から6月まで当科入院し、放射線治療、抗癌剤治療を受ける退院後症状悪化し、本人嫌がるも「食欲が出るようになるまで」と説得し、昭和54年7月20日再入院となる。

職業 工場と豆腐屋の経営

性格及び背景

妻、子供との4人暮らし。入院中の工場経営は長男に任せてあり、豆腐屋は妻が切り盛りしている。〇氏は戦後苦勞して一代で財を築きあげた根性の持ち主である。自分に厳しいばかりでなく、他人に対してもまちがったことは許さず、正しいと思ったことは、どこまでも追求する強さを持っている。病床でも人の行為をよく観察しており、細かな看護手順までさしずしたり、自分の理にかなわない事があるとお説教をしたりする。「訴えが多く口うるさい。」「見透かされそうな恐さがある。」という近づきがたいイメージの人物である。しかし、頑固な一面ばかりではなく、行為の後には必ず感謝の言葉を忘れない礼儀正しい人であり、相手のことを気遣う思いやりを持った人である。そんな〇氏を家族も尊敬しており、ひとつになって、〇氏の闘病生活を支えている。

III 研究期間

昭和54年7月20日から12月1日

Ⅳ 研究方法

日常のプロセスレコードをもとに、O氏の心理変化、看護婦の接し方をカンファレンスを持ち検討した。

Ⅴ 看護の実際

7月20日、O氏は再入院された。入院当初より食欲不振、頸部から腰部にかけての痛みが強く、今回の入院に対する不安は大きかったように思われた。入院直後よりピシバニールの筋注、ライナック照射が開始されたが、症状は軽減せず、鎮痛剤の使用量は徐々に増えていった。

O氏は、決して安易に妥協する人ではなく自分の考えを通す人であったため、大変接しにくい方であった。私達はO氏を訪れることを恐れ避けたいと思う気持ちが強かった。

そんな強気なO氏の口から「俺はいつまでもつか……」等、不信不安を訴える言葉が、たびたび聞かれるようになった。

恐らくO氏の中では、痛みに対する恐怖心予後に対する不安感が、広がっていったのであろう。死に対する不安を直接ぶつけてくるO氏に対して返す言葉がなかった。そこで、何冊かの本を読み接し方を学ぶことにした。

O氏の身の回りの世話を家人と共に行なう事により、よりO氏に近づき不安を聞き入れ心理面を把握するように努めた。又、痛みに対しては、O氏の性格を考えて、鎮痛剤は、ある程度希望通りに使用するのが、最も効果的であると判断した。

悪化する症状に対して、IVH、硬膜外ブロックがなされた。しかし硬膜外ブロックは期待ほどの効果は得られず、O氏の疼痛と不安は軽減されることはなかった。そして以前ほどに「何をして欲しい」とか「死ぬんじゃないか。」という言葉は聞かれなくなり、無言のまま天井を見つめている時間が多くなった。いったいO氏は何を考えているのだろうか。自分の運命を悟りきってしまったのではないか。細かな看護手順まで指摘され、見透かされそうな恐さも感じ、一步近づき難いO氏であっただけに、この沈黙は私達を、とまどわせるものであった。無言で訴えるO氏に対し、私達は安易な慰めの言葉かけはやめ、O氏と共に、不安を少しでも分かち合えるようにと話し合った。

そして、以前にも増して積極的に訪室し、たとえ会話がなくともO氏と接する時間を大切にした。

しだいに症状は悪化し、咯痰咯出困難、咳嗽、喘鳴が増強した。話そうにも声が出ず「息が苦しい」と訴える日々が続いた。

そして気管切開、ベネット装着が行なわれた。「声が出なくなる。」という事は主持医より説明されていたが、まもなく筆談にて「一生、一生、声、声」と何どもとどどしい字で書いた。それが「一生声が出ないのか。」と聞いているとわかった時、私達ははっとした。O氏が声が出ないという事実には驚き、不安を感じている事を、気づかなかったのである。言葉を失ったO氏に対し、筆談と文字盤使用を試みた。しかし意図する事が理解できない時も多く、何度も聞き返したりすると、O氏は「もういい。」といった表情で目を閉じ、首を振ってあきらめてしまうのだった。

この様な状態から、ますますO氏との疎通が思うようにならず、いらだちをつのらせ、接し方は困難をきわめたが、私達は、O氏の書く文字を読み、同時に表情、手の動き、その場の雰囲気等から、訴えを理解しようと必死になり、皆で情報交換を行なった。

O氏と接する時は、ゆっくりと、落ち着いた態度をとり、安心感を与えるように努め、目と目の会話や、手を握って話をするようなスキンシップを多く持ち、意志の疎通をはかった。自分の気持ちがわかってもらえた時のO氏的笑顔は、私達に、喜びと勇気を与えてくれた。

そしてO氏が下肢を指差す動作から、下肢の運動を行なったところ、涙を流し、手をたたいて喜ん

だ。O氏に痛みがあったということもあって、私達は、積極的に動かすことに対して、恐れている面があった。

体動による苦痛をできるだけ少なくしようと考えていたことが、かえって苦痛を与えてしまっていたのではないだろうか。

患者の安全を考えたらうで、看護の基本的な援助を積極的に行なっていかなければならないと感じた。O氏は自分の命が、機械で保たれていると自覚するにつれて神経質になり、機械の調子が少しでもおかしいと感じると、「先生を呼んでくれ。」「他の人も呼んで機械をみてくれ。」と訴えた。これに対し、機械操作に関する情報交換を密にし、スタッフ全員が理解できるようにした。

その後、呼吸困難、咳嗽が強くなり、鎮痛剤、鎮咳剤、ベネット調節ではどうにもならなくなってしまった。「体が熱い。」「息苦しい。」と顔をゆがめて訴えるO氏を、見ていられないという家族の希望もあり、主持医は、麻薬使用に踏み切った。麻薬の使用により、苦痛を訴える事もほとんどなく、一日中眠っている状態になり又語りかけても反応を示さず、一步一步死に近づいていく、そんなO氏を見て寂しくつらい思いがした。

O氏は麻薬使用10日目にて、安らかに永眠された。

VI 考 察

私達は、患者から苦しみや不安を訴えられた時、「そんな弱音を吐いては駄目ですよ。」「大丈夫ですよ。」と励ましの言葉で逃げようとする人が多い。しかしO氏は、それらの言葉を受けつける人ではなく、私達の発した言葉は、むなしくそのままはね返ってきた。どうしてよいかわからず、「面接の技法」「話の聞ける看護婦になるために」「死にゆく人々のケア」等の本を読み、学習会を持った。患者が死への不安を訴える時、安易な励ましの言葉かけでは、かえって会話を庶断させてしまい、患者の心を閉ざしてしまうことになりかねない。その時こそ逃げ出さないで不安な心の揺れに付き合っ、受けとめていく事の大切さを学んだ。

O氏が死に直面し、もがき苦しんでいる時ベッサイドで手を握り、無言で座っていることしかできなかった、が、そこには会話がないにしても、患者との交わりが、何かしらあったのではないだろうか。看護者側が心を開き、受け止める努力をすることにより、患者の心も開かれるものだと確信する。又この研究を通して、深く考えさせられたことは、看護婦だからできるそして看護婦にしかできない援助についてである。ベネット装着当時声を失ったO氏の驚き不安に対し、いたわりの気持ちに欠けていた。さらに足を動かすことにより、手をたたいて喜んだO氏を見て、胸を打たれるものがあった。目先のことばかりに気をとられ、最も肝心な、患者への働きかけを忘れていたのである。このような場面こそ、看護婦独自の援助が展開できるのである。各人が看護の姿勢をもう一度みつめ、自覚を持って日々の看護場面に対処していかなければならない。

VII 終わりに

この症例研究を通して、患者、家族、医師、看護婦のチームワークの重要性を再確認した。又、スタッフ全員が、心を合わせて同じ症例に取り組み、お互いが意見を出し合う中で、看護の基本姿勢について共通のものを学ぶことができた。

《参考文献》

- ・ 柏木哲夫著 死にゆく人々のケア 末期患者へのチームアプローチ 医学書院
- ・ 上野 轟著 話の聞ける看護婦になるために 対人対話関係の技術 医学書院

- 根津 進著 看護研究の手引き メジカルフレンド社
- RUTHD ABRAMS 著 吉森正喜訳 がん患者の心 医学書院
- 大段智亮著 面接の技法 メジカルフレンド社

病 状	治 療	プロセスレコード	問 題 点	看 護 行 為	評 価
<p>注入開始後より両下肢の麻痺出現し便も失禁状態である。 食事摂取量少なくなる。</p> <p>前胸部から背部にかけての疼痛が強く夜間不眠 喀痰喀出困難 咳嗽、喘鳴増強</p> <p>上記の状態増強し、気管切開、ベネット装置施行</p>	<p>10/23 IVH施行</p> <p>ソセゴン15mg 2~4 A/day クリスピン2ml 3 A/day インダシン坐薬50mg 4~8本/day</p> <p>眠剤 セルシン5mg 1~2回/day ホリゾン10mg 1A/day</p> <p>ソセゴン15mg 1~2A/day クリスピン2ml 0~2A/day インダシン坐薬 0</p> <p>麻薬使用</p>	<p>左下肢の感覚なくなったり、便失禁により患者は口には出さないも気にしている様子</p> <p>「痛くてだめだ、もう1本頼む」 ブザーが頻回となり息苦しさ訴える。 Pt「何でもいから息苦しさとってくれ」 Dr.「これで息苦しさはとれるが声は出せなくなる。それでもいいですか」 患者うなづく。</p> <p>筆談にて 「いっしょう……声……声……」 「私のビョウキワルイ」 「ウチへ帰ろう」 「コレカラ トウナルノ」 「ラクなトコロエ行かせテ下サイ」 医師の手をとり涙ぐみ手をあわせておがむ。 下肢を指さす動作あり 下肢運動施行後涙を流し、手をたたいて気持ちがいいとうれしがる。</p>	<p>麻痺出現に不安あり</p> <p>疼痛による肉体的、精神的苦痛が大きい。 喀痰喀出困難、息苦しさ増強し、不安が強くなる。</p> <p>声のでないことに対する不安が強い。 コミュニケーションがとれない。 予後に対する不安</p> <p>患者の満足する体交及び運動がなされない。</p>	<p>麻酔科 Dr. 往診にて 末梢神経をブロックしているため麻痺しても半年~1年で治る。 左下肢痛強ければ腰部注入1回にすればよいなど詳しいムンテラあり。</p> <p>胸部温湿布、マッサージ 鎮痛剤投与時間について患者と相談し、意見を尊重する。 頻回の訪室、一般状態のチェック</p> <p>筆談、文字板の利用 患者の動作が意味する事柄を皆が理解できるよう情報交換を密にした。 口の動き表情を細かく観察した。 看護婦は落ちついた態度をとり、安心感を与えるよう努めた。</p> <p>疼痛を増強させないために2人以上で体交を行なった。</p>	<p>患者納得し、安心した様子みられた。</p> <p>患者はむやみに注射を希望するのではなく時間を考え鎮痛方法を考えている。患者にとっては頻回に訪室し、チェックを行ない、質問せめにすることが、自分が悪い状態にあるのではないかという不安を増強させたのではないか、チェックにおわれ、精神的援助の面では手おちではなかったのか。</p> <p>文字板はかえって表現に時間がかかりイライラさせてしまった。 筆談は文字が乱れ、看護婦が理解できず患者のいらだちをつのらせたことが多かった。</p> <p>機械にばかり目を奪われて、患者をどうしたら安楽にできるか気持ちよく生活できるかを忘れていた。 患者に痛みがあったということもあり看護婦側に積極的に動かすことに対して、おそれている面があった。</p>

病 状	治 療	プロセスレコード	問 題 点	看 護 行 為	評 価
再入院 7/20 頸, 肩, 胸, 腰痛あり 食欲なし 不眠	インダシン坐薬50mg 1本/day ピシバニール開始 ムンテラ: 抵抗力をつける薬 ライナック開始 ムンテラ: 痛みをとる	「この注射は熱が出る。やめるわけにはいかないだろうか」 「～は注射がうまいが～は下手だ」 「コルセットの事で看護婦がみんな聞きに来る。婦長に聞け」とどなる。 5時間後「さっきはいろいろあってどなってしまった。すまなかった」とにこにこする。 「Nr. の靴音が高い。今のは誰だ。みてこい」 「俺が退院する時には看護婦さん1人1人に言うことがある」 「生きることはこんなに苦しいものか」 「こんなに医者かいても痛みがとれないものか」 「まだ死ねないけどもういつまでもつか」 「今日は昨日よりよい。葬式はまめがれた」	症状増悪しており疾患に対する不安, 予後に対する不信感増す。	患者を避けず看護者側が心を開いてはじめて患者も心を開いてくれるのだと信じコミュニケーションを多く持つよう努力する。	死に対する不安を言葉で直接ぶつけてくる患者に対して私達は返す言葉がなかった。 そこで何冊かの本を読み接し方を学ぶ事にした。 「死にゆく人々のケア」 「話のきける看護婦になるために」 「面接の技法」
宿酔症状出現 8/27 咽頭痛, 嘔気, 食欲不振 8/31 息苦しさ, 胸部痛増強	8/31～9/3 アタP25mg 1A/day 9/1～ ソセゴン15mg } 又は } 1A/day クリスピン2ml } クリスピン, ソセゴン合わせて4～5A/day インダシン50mg 6～8本/day	「生きることはこんなに苦しいものか」 「こんなに医者かいても痛みがとれないものか」 「まだ死ねないけどもういつまでもつか」 「今日は昨日よりよい。葬式はまめがれた」			
鎮痛剤の使用量増え痛み強くなっている	クリスピン, ソセゴン合わせて4～5A/day 10/15 硬膜外ブロック施行 胸, 腰部2ヶ所留置 クリスピン2ml } 又は } 2A/day ソセゴン15mg } インダシン50mg 2～4本/day	注人中 Pt「こんなに痛いのがこれでいいのかわからない」 Nr.「はじめたばかりだから…だんだん効果が出てくると思いますよ」 Pt「ちがうよこんなに痛いのに生きていく価値があるのか死んだ方がいいってことさ」 Nr.「苦しいね」 うなづき閉眼する。 訴えや口数が少なくなり無言の時間が多くなる。	注入中の疼痛あり 死への不安あり	ベットサイドにすわり, じっくり話を聞く。 たびたび訪室する。	死への不安を訴える患者に対し, 「そんな弱音をはいたらだめですよ。きっとよくなりますよ」というなぐさめは必要ではない。その患者から逃げ出さず会話を中断させてはならない。患者の不安をともに背負っていく姿勢をとれるように努力しなければならないと感じた。 O氏と接する時間を多くしました安易なことばかりはさげ, O氏の気持ちに合わせた。
胸部チューブよりもれあるため抜去 10/19	腰部の注入のみ 2回/day 10/24 麻酔科受診 胸部チューブ再挿入	注入前, 発汗みられたため, 清拭をはじめと Pt「注入するんじゃないのかわからない」 Nr.「その前にちょっと背中ふきますね」 Pt「注入が患者にとってどれくらい負担になっているか知っているか」	注入時間がおくれること, 看護手順の悪さがいらいだち不安を与え, 信頼関係がうすれ, 痛みの増強につながる。	約束の時間は必ず守る。 注入前後の手順を良くし, 患者に余計な負担を与えないようにする。	約束を守ることにより「ありがとう」などの感謝の言葉が聞かれ患者とのよい関係が徐々にできた。