

終末期がん患者の危機について考える

Risk management and terminal care for a patient with late stage esophageal cancer in an outpatient setting

北2外来

吉田美恵子 赤羽公子 三井貞代

〈要旨〉終末期には、患者の状態は急激に悪化することが多い。今回、ぎりぎりの状態まで在宅で過ごし、自分の希望で入院したが、精神的に混乱し、危機状態に陥った患者の看護を経験した。この患者の看護を振り返り、アグィレラの危機問題解決モデルを用いて危機の分析をおこない、危機介入について検討した。その結果、外来では終末期のがん患者・家族への関わりとして、看護介入が必要な患者を早めにキャッチする、看護師から声をかける、思いを表出できるように関わる必要があることがわかった。

キーワード：外来看護の役割、アグィレラの危機問題解決モデル、病状受容

I. はじめに

食道がんの終末期には、痛み、呼吸困難などの苦痛症状が出現し、患者の状態は急激に悪化することが多い。今回、ぎりぎりの状態まで在宅で過ごし、自分の希望で入院したが、精神的に混乱し、危機状態に陥った患者の看護を経験した。筆者は外来看護師であり、入院中に直接介入はできなかったが、外来通院での看護師の関わりと入院中は看護記録より抜粋した患者と家族の言動から、看護を振り返り、なぜ患者が危機に陥ったか、どのような看護介入が必要だったのか、外来看護師としてできることは何かを導き出すことでこれからの外来看護に役立てたいと考えた。

II. 研究方法

1. 期間：200X年8月～200Z年3月
2. 対象：A氏 60歳代 男性 食道がん
3. 方法：診療録を閲覧し、患者の状態、治療内容、患者・家族の反応、看護ケアを抽出、アグィレラの危機問題解決モデルを用いて、看護介入について振り返りをおこなった。
4. 倫理的配慮：事例をまとめるにあたり、対象者が特定されることのないように配慮した。

III. 事例紹介

患者：A氏 60歳代 男性 食道がん 縦隔

リンパ節転移 ステージⅢ

職業：運転手 写真家

家族構成：妻と二人暮らし 妻（40歳代）

昼間も夜間も仕事

キーパーソンは長女 近隣の市に在住

次女、三女は同じアパートに在住

娘は3人とも20歳代で幼児の育児に追われていた。

性格：明るい 他人に物事を押し付けられることは嫌い 我慢強い

経過：食事の通過障害と9kgの体重減少を認め近医を受診した。精査の結果、食道がんと診断され当科紹介となり食道切除術、化学療法が施行された。しかし、術後7ヶ月で、嘔声と嚥下障害が出現しリンパ節転移が認められた。そのため化学療法と放射線療法が施行されたが、効果は見られず腫瘍の増大が認められた。患者、家族には、医師からはありのままの説明された。患者の希望により追加の治療は行わず、ベストサポートケア（以下BSCと略す）の方針となった。左肩甲骨から背部への痛みに対しては、麻薬を使用した。脊椎への転移が原因と思われる神経症状が出現し、下半身麻痺と排尿困難が出現し、尿カテが留置された。食欲低下に対しては、点滴が週1～3回施行された。その後、全身状態が悪化し、医師から入院を勧められたが、「入院はしたくない。まだ家で頑張り

たい」と希望しなかった。緊急入院までの1週間は、ほぼ毎日、外来通院で経過を見ていた。

さらに痛みが増強し、呼吸困難も出現した。患者は「このままでは死んでしまう。救急車を呼んで欲しい」と家族に希望し、救急搬送され入院となった。この時の入院については、医師から説明があり納得していたが、入院後塩モヒの持続点滴と肺炎の治療で楽になると患者は翌日には、自宅へ帰りたいと強く希望した。医師は今の状態では自宅には帰れないと説明した。家族も自宅での介護は困難であると患者に伝えた。しかし患者は納得できず、興奮し暴力行為におよんだ。そのため、家族は呼吸停止のリスクを理解したうえで鎮静を希望し、患者に鎮静剤投与が行なわれた。患者は、鎮静を開始し16時間後に家族に見守られ永眠された。

IV. 外来での看護の実際

食道がんと診断され手術・治療を受けるまでは、外来看護師は、A氏が安心して治療が受けられるように、治療や副作用についての説明をおこなった。再発し治療を受けたが腫瘍の増大のためBSCに切り替わった時期では、外来受診時にA氏の全身状態の観察をおこない、症状のアセスメントをおこなった。点滴や処置の苦痛が最小限ですむようにした。A氏が不安を表現したときは傾聴した。在宅療養の介護で心身ともに疲労していた家族に対しては、ねぎらいの言葉をかけ、自宅での様子について聞いた。褥瘡を形成したため、家族に自宅でのケアについて説明をおこなった。下半身麻痺により体動困難となったため、通院の方法について家族からの相談に乗った。家族から緊急受診や主治医との面談の希望があったときは、受診の調整と面談の設定をおこなった。電話で痛みや呼吸困難等の症状について問い合わせがあったときには、相談に乗った。状態が悪化し尿カテが挿入となり、褥瘡も形成し、毎日点滴のため通院することになった。家族の負担が大きくなったことから在宅療養のサポート体制が不十分であると考え、A氏に在宅医と訪問看護導入について説明したが、希望はされなかった。

V. 危機の分析

アグィレラの危機問題解決モデルを用い、A

氏のバランス保持要因についてアセスメントをおこない、危機の分析をした。

①出来事の知覚

A氏は、BSCとなってからは、残された日々を家族と共に過ごすことに希望を持って過ごしていた。発熱と痛みが出現し、A氏の希望により、毎日外来で点滴をするようになった。痛み止めの点滴で症状が良くなると、医師から入院を勧められても、「大丈夫です。家に帰ります。入院なんてとんでもない」と入院を拒否していた。

受診に付き添っていた家族は、入院を拒否するA氏を見てもどうしてよいかわからず、言われるままに、A氏の希望に従っていた。家族はA氏の精神状態に関して、なぜA氏が入院を嫌がるのか、興奮し暴力的になるのか理解できない状況だった。

アセスメントは、A氏は、BSCとなってから、「今度入院したら退院できないかもしれない」という説明を医師から何回か聞いていたため、その説明に対するA氏の知覚は、「入院＝死んでしまう」と思ったのではないかと考えられる。入院についてのゆがんだ知覚により、死に対する恐怖を感じ、入院後も、すぐには退院できないという医師からの説明で、危機に陥り、興奮し暴力的になったと考えられる。家族についても、A氏の精神状態が死に対する恐怖から来るものとして、正しく知覚できていなかったと考えられる。

②社会的支持

家族はA氏が病気と闘うための精神的支えであった。しかし、A氏は、病状についても、つらい気持ちについても、家族に多く語ることはなく、時として、いらいらを長女にぶつけることがあった。長女はA氏の思いを理解できないまま、憤りを直接受け止めており、精神的にも疲労を感じていた。さらに、家族は受診や入院を拒否するA氏にどのように対応したらよいかわからなかった。

長女はA氏に内緒で医師から病状を聞くことがあった。また、A氏も、医師に病状については質問をしていた。その中で自分の不安な気持ちを打ち明けることもしていたが、感情をぶつ

けることはなかった。看護師には、不安な気持ちも感情も表出することはなかった。

アセスメントは、言葉として表出されないA氏の本当の思いを家族や医療者は理解できていなかったと考えられる。医療者は病状の説明は繰り返していても、悪化していく病状をA氏や家族が受容していくためのサポートができず、十分な社会的支持を得られているとはいえない状況であったと考えられる。

③対処機制

A氏は、持ち前の我慢強さと前向きな気持ちで治療を受けていた。治療の副作用や苦痛症状などが出現したときは医療者に相談し困難を乗り越えていた。手術、化学療法での入院中は、外出・外泊をして、自宅で家族と過ごすことで気分転換を図っていた。しかし、医療者には、不安な気持ちを表出し、ストレスを軽減するという対処はしていなかった。病状が悪化し下半身麻痺になったときは、長女にいらいらをぶつけていた。呼吸困難が出現し、「死んでしまう」と入院を希望し入院したが、少し症状が改善されるとすぐ帰りたいと希望した。しかし、退院はできないと言われ、暴力的になってしまった。

アセスメントは、A氏は緊急入院し、退院はまだできないと言われたことで、「死んでしまう。逃げなければ」という強い恐怖のため、医療者と家族に暴力的態度を取ることに対処機制を取っていたと考えられる。また、A氏は不安やつらい気持ちを上手に表出できていなかったと考えられる。

アグイレラの危機問題解決モデルでは、人がストレスの多い出来事に遭遇したとき「出来事の知覚」「社会的支持」「対処機制」の3つのバランス保持要因が適切に働くと、危機が回避されるとある。A氏は3つのバランス保持要因が適切に働かず、危機に陥ってしまったと考えられる。

VI. 考察

A氏は、医師から「入院したら自宅には帰れないかもしれない」という説明をうけ、「入院＝死」と感じ、入院することは強い恐怖だったのではないかと考える。このとき、看護師は、患

者が医師の説明をどのように受け止めているか確認するために介入していくことが必要であると考え。その上で、A氏はなぜ状態が悪化しても入院を拒んだのか、外来でもう少しA氏の思いを引き出す関わりが必要であったと考える。

がんと宣告されてから、その病気を受容するまでは多くの時間がかかる。その間ずっと一人で頑張ってきたA氏が病状を受容するには、家族、医療者の支えが必要であった。もっと早い段階からつらい気持ちを表出できるような関わりをすることも外来看護師のできることはないかと考える。

家族は、A氏にとって重要なサポート源であった。しかし、家族も、A氏が死の恐怖のため混乱していると理解していなかった。外来で在宅療養中から、家族に、A氏は怒りをぶつけることで死の恐怖に対処していることを説明していたら、家族の混乱も防ぐことができたのではないかと考えると、表面化してからの介入ではなく、家族も含めて支えていくことは、外来看護師の大切な役割であると考え。「出来事の知覚」「社会的支持」「対処機制」の3つのバランス保持要因が適切に働いているのかアセスメントし、患者・家族が危機を回避していけるように意図的に関わることは必要である。

本来、看護師は患者にとって感情の表出ができる存在でなくてはならない。そのためにはコミュニケーション能力や患者の精神状態の変化を理解する知識が必要である。

もう少し早い段階で、看護師が患者や家族とコミュニケーションが取れていたなら、在宅医や訪問看護の導入ができ、安心して在宅療養が続けることができたかもしれないと考える。

入院時においては、病棟看護師に危機に陥っている患者と家族の状態について情報の提供をおこない、連携することが必要であると考え。

VII. 結語

終末期のがん患者・家族に対しては、外来では以下のような関わりが必要である。

1. 看護介入が必要な患者を早めにキャッチする。
2. 看護師から声をかける。
3. 思いを表出できるように関わっていく。

VIII. おわりに

今回、アグィレラの危機問題解決モデルを用いて、看護の振り返りを行なった。その結果、終末期がん患者の精神的な危機状態において、看護介入の大切さを学ぶことができた。今後は、来院した患者・家族には看護師から声をかけ、表情や言動から不安を見つけ出すようにし、診療録や医師等の他の医療者から情報収集をおこない、できるだけICに同席し、ICの後には病状の理解や反応を確認することで、患者・家族の精神的な問題をとらえ支援をしていきたい。

IX. 引用・参考文献

小島操子, 看護における危機理論・危機介入, 改定2版, 金芳堂, 2010.

松永保子, 橋本みずほ, 百瀬華子, 事例で理解する中範囲理論超入門 第3回 乳がん患者の「危機回避」のプロセス, がん患者ケア, 4 (4), 79-85. 日総研出版, 2011