

外科病棟にて緩和ケアチームとの協働で介入した一例

—症状マネジメントと意思決定支援—

○北川久美子 森下美穂（西三階病棟）井手麻利子（地域医療推進課）

I. はじめに

これまで、私は病棟の受け持ち看護師として多くの終末期ケアに携わってきた。その中で、病棟スタッフ間で対応していたが、なかなか痛みや倦怠感がとれず、自分自身も対応に困った事例を多く経験した。また、治療方針や今後の療養の場所に対する意思決定場面に遭遇した患者や家族の対応に困った事例も多かった。当院では平成19年8月より緩和ケアチームが活動を行っている。今回、病棟において終末期患者に対し、緩和ケアチームや理学療法士（以下PTとする）など多職種間の協働で介入した。その結果、症状緩和が図れ、患者・家族の意思決定支援につながることができたのでここに報告する。

II. 事例紹介

72歳 女性 病名：膵臓がん ステージIV
入院期間：平成19年7月9日～11月5日
家族背景：夫と二人暮らし（大牟田市）
息子、娘家族は福岡在住

III. 入院後経過

入院後、PTCDにて減黄、肝胆道系酵素の改善が図れ10月より化学療法を行った。家族の協力を得て本人が希望した外泊を3度行った。その後、腫瘍による十二指腸狭窄症状が徐々に出現し全身状態増悪。11月5日御家族に見守られ永眠された。

IV. 症状マネジメントの実際と考察

今回、患者の身体的症状として、疼痛、食欲不振、倦怠感、便秘があった。全身状態から、余命半年程度と予測されていた。数人の病棟スタッフと病棟薬剤師でショートカンファレンスを行い、主治医へアプローチし、緩和ケアチームラウンド依頼書を作成後、地域医療推進課へ送った。緩和ケアラウンドチームは、1回/週、2グループが交互にラウンドを行っており、9

月5日より毎週ラウンドを行った。

1. 疼痛に対して

入院時より腹部、背部痛ありインテバン座薬使用（1～3回）8月4日より頓用としてアンペック座薬使用していた。しかし、痛みが緩和されていなかった。そこで、緩和ケアチームよりアドバイスを受け、インテバン座薬定時使用＋アンペック座薬20mg2×定時使用とし、フェイススケールにて疼痛評価を実施した。その結果、フェイススケール3・4から0・1に軽減できた。疼痛評価に関しては、病棟では、医師・看護師・薬剤師とで毎日行い、週1回緩和ケアチームと一緒に評価を行っていった。また、患者・家族へ、痛みは薬でコントロールできること、まだ方法はたくさんあるので、どれがよいか試していくことはできること、麻薬は強い薬とは伝えず、増量は可能であることを伝えていった。本人は、「それならよかった。痛みがでるのが一番怖い。」家族は「それを聞いて安心したね、お母さん。」と言っていた。終末期のがん患者は、3つ以上の痛みを抱えているといわれている。この患者は、膵臓がんによる実質臓器の腫瘍に伴う内臓痛（鈍い感じ・重苦しい感じ）と、膵臓がんによる腹腔神経叢障害（ちくちくする）と、PTCD刺入部の違和感による痛みとマネジメントし、WHO三段階除痛ラダーに沿って、オピオイドとNSIDsを併用することで、効果的な疼痛コントロールへとつながった。オピオイドを使用する際、医療者が麻薬という言葉避け、強い薬と言ってしまふことがある。しかし、麻薬を使うことが最後の頼みの綱という思いを医療者がもっていると、それが患者に伝わり、これが聞かなければどうなるのかという不安に患者・家族は追い込まれる。オピオイドの使用は、がん性疼痛をコントロールする上で必要な薬剤であること、痛みの状況に応じて、徐々に増量は可能であること、鎮痛補助薬等の使用も可能であることなど、医療者が正しい知識を持ち、正しい情報を提供し安心感

をもってもらえるような関わりが重要であると考える。

2. 便秘について

ターミナル期の患者に起こる便秘の頻度は75%といわれており多くの患者が便秘になやんでいる。患者は、もともとセンナを内服しており、便秘傾向にあった。肛門括約筋の低下、十二指腸が狭窄傾向にあり、その上、オピオイドを使用開始することで、便秘が増強することが予測されたため、積極的な便秘予防の必要性があると判断した。患者は、肛門括約筋の低下にて、便を出すことができず、硬便になっていたため、適宜排便を行っていたが、緩和チームのアドバイスを受け、医師へマグミットの増量を提案した。マグミット6T3×、プルゼニド2T1×、ラキソベロン液を使用していくことでコントロールが図れるようになった。排便状況の確認を毎日行っていき下剤の選択と効果を評価した。患者、家族へも便秘によって誘発される吐き気や食欲不振を予防するために排便コントロールの必要性を説明するとともに、一緒に対処方法を考えていった。このことで排便がないときや症状があるときは自ら看護師に表現でき、場合によっては実際に便を見せてくれるなどの行動に結びついた。これらのセルフケアへの援助も効果的な症状緩和につながった。

3. 倦怠感について

倦怠感に対しては、緩和ケアチームよりステロイド剤の使用法についてアドバイスを受け医師への薬剤使用を提案した。主治医は、化学療法中、ドレーナージによる減黄中、CV挿入中であることから、感染のリスクを懸念していたが、リンデロン2~4mg程度は問題ないことを薬剤師とともに伝えた。ステロイド剤を使用していたことで食欲増進もでき、家族へ「うなぎが食べたい。」など伝えることができていた。もともと食に対するニードの高い方であり、食のニードが満たされることで氏にとっては、QOLの改善につながったと思われる。ターミナル期の患者における倦怠感は、エネルギーの消費と産生のバランスが崩れることが主な要因とされている。氏は個室であったため、日中ベット上で過ごす時間が長く活動量が低下して

いた。そこで、一日の生活パターンを調整する方法として氏へリハビリを提案すると「行ってみたい。」と、希望された。PTへ、氏におけるリハビリの目的や日々の状況や注意点についての情報提供を行い、リハビリ状況のフィードバックを受けるなど連携を図っていった。個室から出てリハビリ室への往復をすることで気分転換となり、倦怠感の改善にもつながった。また、リハビリを積極的に行ったことで歩行も安定し、外泊への自信につながった。

V. 意思決定支援実際と考察

入院時のインフォームドコンセントに関する情報用紙で、患者・家族の意思を確認し、その後の反応を捉えられるよう、IC時に同席をした。同席できない場合は、医師より情報収集を行った上で、患者・家族との面談を行った。氏自ら主治医へ自分に残された期間がどの程度あるのか質問しており、「友達に会いたい、家に帰って身の回りの整理をしたい」との発言があった。家族とも話をする機会を設けその中で本人の思いを伝えていった。家族も「本人がしたいと思っている事をさせてあげたい」との思いを持っていた。医師、看護師、緩和ケアチーム、PTとで症状緩和を図り外泊できることを目標とした。まず、外泊に際しての氏、家族の不安の内容を情報収集した。自宅が遠方だったため緊急時の対処（ドレーン管理、疼痛などの症状出現時）に対する不安が一番強かったため、氏、家族に対して排液処理方法と内服方法などに対して指導を行った。また、外泊中はいつでも病棟に電話をしてもらってよいことを伝えた。緩和ケアチームのMSWより自宅近くの病院の情報を得て、緊急時は受診できるように診療情報提供書作成を医師に依頼した。また、今後の療養の場をどこにするか、それは、本人・家族で選択していいことを伝えた。現在行われている治療の目的を本人・家族に理解をえることが重要と考え、医師の説明の補足を行っていった。特に、化学療法の目的に関しては、完治・延命は難しく、症状緩和・QOL改善が目的であること、また、副作用の程度と副作用出現時の対処法を説明した上で本人は、治療を受けることを選択した。「ごはんも食べられずき

ついでばかりなら、早く逝ってしまいたいけど、少しでも食べられる時期が長く続いて、そんなにきつくないなら、今なら頑張れそう。一度やってみてきつかったら、そのときにまた考えよう。」と決断した。考えられる選択肢は、①退院し在宅療養を受け抗がん剤治療を通院で行うこと②化学療法は受けず在宅療養のみ行うこと③緩和ケア病棟を選択する④当院での入院にて治療を継続し、外泊を目標とすることであった。本人は、家族・医療者と共に考え④を選択し、家族も当院での治療を選択した。病状の変化に合わせて何度も意思の確認や、思いの変化を捉えられるよう積極的に関わった。患者・家族と関わる中で、看護者自身、どの選択がよいのか、薬剤の使用法や評価方法について、また、どのタイミングで具体的な選択肢の話をするか、医師との考え方のずれなどで途中ジレンマを感じることもあった。しかし、緩和ケアチームから専門的な知識の提供を行ってもらうことで、主治医・看護師ともに病棟スタッフは、以前より自信を持って患者と関わられるようになった。患者・家族の思いを確認する前に、今、自分たちが提供できるケアは何か、それは適切かという点を検討できることは、重要なことであると考える。病棟スタッフ・緩和ケアチーム・PTが介入することで、患者・家族も自ら誰に何を相談するべきか選ばれるようになり、また、いつでも誰かが聞いてくれるという安心感を与えることができた。また、患者・家族と向き合う中で、医療者自身の思いも患者・家族に率直に伝えることができていたため、信頼関係の構築につながった。患者・家族からも「この病院以上のケアを受けられるところはなかったと思います。転院の話が出たときはどうしようかと思ったけど、最後まで見てもらって本当にありがとうございました。」との言葉をいただいた。息を引き取られる前の数時間、ご家族は、外泊時の思い出話やこれまでの母の生き様、母からもらったメッセージを話され、家族の顔に笑みを拝見することができた。次女は、「今度は私が親離れする時期がきました。」と言われ、現実を受け入れているように思われ、グリーフケアにもつながった。

VI. まとめ

生ある人間生活を営む上で、基本的な欲求を満たすことができるよう援助すること、人間の尊厳を守り、倫理上の基本原則を守ることは、医療者の責務である。看護の視点は患者の視点でもある。チーム医療の機能が発揮されるには24時間患者の状況を観察している看護師は、患者が今何を必要としているのかニーズを的確に把握し、現状をアセスメントした上で問題解決に向け、関連する職種に働きかける役割を担っている。患者の痛みや倦怠感などの症状を効果的にマネジメントすることによって、苦痛の軽減が図れ、患者・家族は、残された時間の過ごし方を考えることができ、家族も協力体制をとり希望をかなえようと力を発揮する。そしてまた家族の支えに患者自身も喜びを感じ、家族の思いに応えようすることで家族の機能が促進される。意思決定支援とは、大きな選択の意思決定だけでなく、日々の関わりの中でも意思決定の場面はたくさんある。そのひとつひとつの積み重ねが信頼関係の構築とグリーフケアにつながる。

VII. おわりに

急性期の外科病棟において多忙な日々ではあるが、今後も緩和ケアチームはじめ多職種との連携を図り、患者・家族へよりよいケアを提供していきたいと考える。

今回、多くのことを学ばせていただいた患者様・ご家族、また、一緒に関わったチームメンバーすべての方に感謝する。

<参考文献>

- 1) 濱口恵子・本山清美. (2007) がん化学療法ケアガイド
- 2) 佐藤れい子. (2006) 絵でみるターミナルケア
- 3) 長場直子. (2005) チーム医療とがん化学療法. がん化学療法の理解とケア. p. 118~123.