

苦痛を抱えるがん患者への緩和ケア認定看護師が実施した相談内容と介入

著者	小池 陽平, 石田 和子
雑誌名	看護研究交流センター活動報告書
巻	27
ページ	51-54
発行年	2016-04
URL	http://hdl.handle.net/10631/00001326

苦痛を抱えるがん患者への緩和ケア認定看護師が実施した相談内容と介入

小池陽平¹⁾，石田和子²⁾

1)新潟労災病院看護部 2)新潟県立看護大学

Keyword：緩和ケア認定看護師，精神的苦痛，会話，相談

研究目的

一般的にがん患者のうち，20～40%に何らかの精神医学的な問題があり，このうち75%の患者が精神医学的な問題を見落とされ，治療を受ける機会を失っていると言われている(小川，2012年)．精神的苦痛は，患者の抱える全人的苦痛を複雑，かつ増大させ，意思決定能力や治療意欲を低下させる原因となる．精神的苦痛に対する治療・ケアとしては会話を中心した支援的関わりが重要である．

私は，緩和ケア認定看護師としてがんに罹患した患者に対し，「会話」を中心とした精神的支援を行い，患者と関わった．患者にはどのような精神的苦痛があり，私はどんな介入ができていたのかを示したいと思い，本研究に取り組んだ．研究目的として，緩和ケア認定看護師が患者との会話を分析し，相談内容と介入，および介入結果を明らかにした．介入結果から，患者から表出された思いに専門職として向き合うことの重要性が示唆された．

方法

1. 研究方法：実態調査研究
2. 研究期間：平成26年1月～平成27年10月
3. 研究対象：A病院の消化器外科，泌尿器科入院中のがん患者で，緩和ケアチームが介入した患者のうち，緩和ケア認定看護師が3回以上ベッドサイドで会話をを行った8名．
4. データ収集方法：緩和ケア認定看護師が対象患者のベッドサイドへ行き，自由に会話を展開した．患者の会話文から，相談内容(精神的苦痛，身体的苦痛，家族への対応，これからの過ごし方)，介入(共感，感情の表出，家族支援，看護師支援，対処能力の強化，焦点化，支持)，介入結果(前向きな反応，不変)に分類した．
5. 倫理的配慮：データは個人が特定できないように記号化し，研究終了後はデータを消去した．なお，データ収集に先立って，研究者の所属施設の倫理審査委員会に研究計画書を提出し承認を受けた．

結果

1. 介入患者の概要

介入患者の概要を表1に示す．

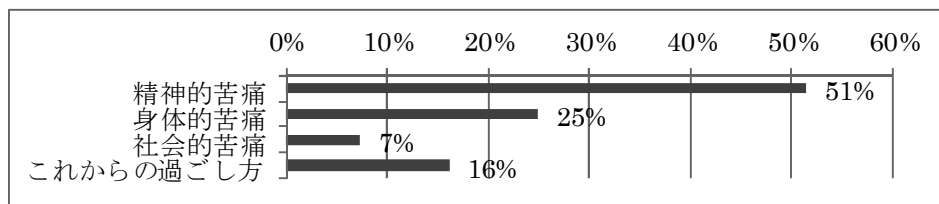
介入患者は，男性5名，女性3名．年齢は10歳代～80歳代，平均年齢は62.5歳．原疾患は消化器疾患では胃がん，胆のうがんが1名．泌尿器科疾患では膀胱がんが2名，右尿管がん，腎盂がん，精巣腫瘍がそれぞれ1名．その他に原発不明がんが1名であった．患者と関わった期間は，11日から95日で平均介入期間48.6日であった．介入回数は3回から11回，平均介入回数は5.1回であった．

2. 相談内容

相談内容の内訳をグラフ1に示す．

患者	年齢(代)	性別	疾患	介入期間(日)	介入回数
A	60	男性	胃がん	95	5
B	70	男性	胆のうがん	26	5
C	80	男性	原発不明	76	4
D	80	女性	右尿管がん	81	11
E	10	男性	精巣腫瘍	38	6
F	70	男性	膀胱がん	36	4
G	70	女性	膀胱がん	26	3
H	60	女性	右腎盂がん	11	3

表 1 介入患者の概要



グラフ 1 相談内容(n=68)

精神的苦痛の表出は全体の約半数の 51%であった。最も多い精神的苦痛は「不安」であり、そのほかに「おそれ」や「いらだち」を示す内容の思いの表出があった。不安の中には、「見えない敵と戦っているような感じ」、「(がんは)もうどうにもならない」といった根治できないがんによる自分自身の存在の不確かさなどを訴える言葉があった。ほかにも、「がんはこれからどうなるか(どんな経過をたどるか)わからない」、「点滴で生かされているような感覚」といった不安が表出されていた。表出された内容の時間軸では、主に会話を行った「いま」において感じるつらさが多かった。また、「がんを切ってもいないし、抗がん剤もやっていないから」という「過去」や、「このがんは自然に大きくなり、ほっておいてもどんどん悪くなっていくようだ」というように「将来」を思うことによって生じる不安の表出もあった。

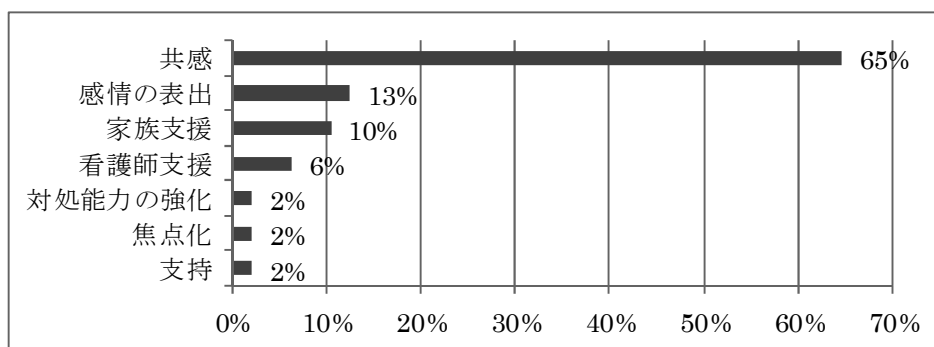
身体的苦痛を表出した言葉は 25%であった。主にごん自体によるものやがんに関連して出現する身体的苦痛を表した言葉が多数であった。なかでも「おなかの痛みが気になる」など胃がんによる内臓痛や「2時間ごとの寝返りのたびに腰が少し痛む」といった骨転移による体性痛など、がん性疼痛の訴えが最も多かった。他に、「休んだ気がしない」という全身倦怠感や「食べられなくなってしまった」という食欲不振、便秘、不眠などもあった。

社会的苦痛として表出されたものでは、付き添いをしている家族や今後在宅療養となった際の家族の負担を気かける言葉が多数であった。療養している自分が家族に負担をかけるのではないかと思い、「家族に頼りきりになってしまう」ことによって自宅療養に移行できないと考えている患者がいた。

今後の病状の変化やこれからの生活についての言葉もあった。「病院で過ごして、長生きをするのは生きていることには入らない。まだまだやりたいことはあった」と生きることに積極的な思いも聞かれた。

3. 介入内容と介入結果

介入内容をグラフ 2 に示す。

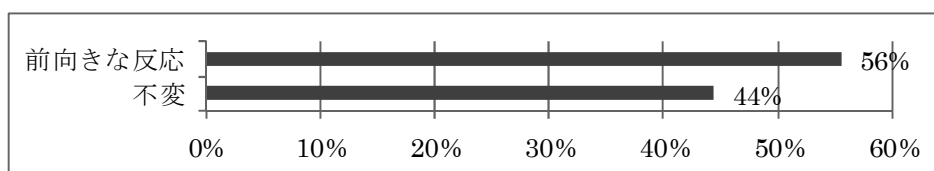


グラフ 2 介入内容(n=48)

会話のスタイルとしては、緩和ケア認定看護師から話を始める 1 つの契機として、主に身体的苦痛に焦点を当て会話を開始した。会話は無理には行わず、その場の流れに任せ、患者本人の気の向くままに会話を展開していった。ただ、医師から「悪い知らせ」を受けた後や身体的苦痛が著しい状態の患者、もともと言葉数が少ない患者など、会話が思うように進まないこともあった。その場合は、無理に会話を展開せず、患者の反応を見定めながら、負担のない範囲で会話を行った。

会話の中では、患者の気持ちや感情に着目し、緩和ケア認定看護師自身の感情を患者の気持ちと合わせるように共感を示した。多くの患者は、共感的態度や支持的に接することで会話は進んでいくことが多かった。感情の表出を促した結果としては、「痛みがないことが幸せ」や「治療をしたことで食べられるようになってうれしい」など治療の効果によって身体的に苦痛が減少し、ADL が向上したことを話してくれた。患者の対処能力を強化できた例としては、夜間の疼痛によって睡眠が妨げられる患者に対して、オピオイド速放製剤の使用方法を共に検討し、睡眠前に使用する方法や 1 つだけ手元にベッドサイドに準備し、痛みで目が覚めた時に内服するように勧めた。また、病棟看護師へも患者が痛みによって眠りを妨げられている状況を伝え、どのようにすればよいかを共に考え、麻薬の管理方法についても検討した。家族支援としては、付き添いの配偶者に関わることが多かった。関わりでは、付き添い・介護による心身の疲労に対して労いの言葉をかけたり、緩和ケア認定看護師が本人とこれまでどんな会話をしてきたか、またどのような考えでいるのかを家族と共有した。また、家族が今後の病状や治療がどのような経過をたどるのか不安である場合には補足説明を行った。

介入結果をグラフ 3 に示す。



グラフ 3 介入結果(n=36)

患者との会話を分析し、「前向き」と捉えられるものと「不変」に分類した。「前向き」と判断した文には、「痛みを忘れられました」、「家に帰ったら畑をしたい」、「病気になるまで楽しく過ごさせてもらいました」などがあった。「不変」としたものには、「力が落ちてしまった」、「今はだれも頼りにできない」、「自分にとって人生って意味がないと考えることもある」

などの表現で語られるものがあった。

考察

本研究では、患者との会話を分析し、介入結果を「前向き」と捉えられる反応が半数を占めた。医療現場に限らず、多くの場面において人が物事を前向きにとらえることはよいことであるとされる。しかし、がん患者においては複雑な全人的苦痛によって物事を前向きにとらえることが困難な場面も多く、日々変化する身体・精神状況や環境によって一喜一憂することもしばしばである。そのため、表出された言葉の良し悪しを判断するよりも、患者から表出された思いにしっかり向き合うことが重要である。

がん患者の20～40%は何らかの精神医学的問題を抱えており、本研究でも患者の51%は不安、恐れなどの精神的苦痛を訴えていた。患者の精神的苦痛を複雑にする要因として、次の2つのことが考えられる。1つは、孤独感である。終末期患者が抱く精神的苦痛は、「見捨てられることへの不安」である。終末期、医療者は無意識ではあろうが、患者のもとを訪れる回数が減り、滞在時間も短くなる傾向がある(小川, 2012年)。看護師が患者とじっくり会話することや、共に過ごす時間が少なくなれば、患者の孤独感は次第に増大する。もう1つは喪失体験である。がん患者の多くはがんに罹患したことで、様々な喪失体験を経験する。身体的苦痛で思い通りに動くことが出来ず、排泄すらままならなくなり、自律性の喪失を体験する。本研究でも、患者の25%ががん性疼痛や食欲不振などの身体的苦痛を訴えた。また、がん治療のために入院を余儀なくされ、家族や社会と隔絶されることで関係性の喪失を体験する。そして、がんによって命が有限であり、死と対峙し、将来性を喪う体験をする。孤独感や喪失体験は患者の全人的苦痛を複雑にし、増大させる。

精神的苦痛に対するケアには、言葉を介した言語的コミュニケーションが必要である。さらに、非言語的なコミュニケーションも緩和ケアにおいては重要である。これらを具体的に実現するための基本技術としては、傾聴・共感・受容がある(小迫, 2007年)。話を聴いてももらうことで、患者は自分を理解してもらえたと認知し、自分の抱えている問題が整理される。さらに、思いを吐き出すことができたと感じ、「満足感」を得る。つまり、緩和ケア認定看護師の積極的な傾聴・共感・受容によって患者の喪失体験・孤独感の緩和が期待できる。

がん患者と関わる医療者は、孤独感や喪失体験によって複雑化した患者の苦痛緩和に対応が困難と感じ、ときに医療の無力さや罪悪感、やるせなさを痛感する場面も少なくない。そうした場合、緩和ケア認定看護師は使命をもって、患者としっかり向き合い、全人的苦痛の緩和に尽力していかなくてはならない。知識や技術だけではなく、医療者としてだけでなく人間としても、苦痛を抱える人々と向き合うことのできる人間性をこれからも育てていきたい。

結論

患者が思いを表出しやすいように関わり、表出された言葉に専門職としてしっかり向き合うことの重要性が明らかになった。

文献

- 小川朝生, 内富庸介編(2012年): これだけは知っておきたいがん医療における心のケア:精神腫瘍学ポケットガイド, 日本サイコオンコロジー学会
- 恒藤 暁, 内布敦子(2007年): 系統看護学講座別巻緩和ケア, 医学書院