



医師

×
看護師

×
臨床心理士



緩和医療 コミュニケーション 相談室

西 智弘

川崎市立井田病院腫瘍内科部長
一般社団法人ブラスケア代表理事

武見綾子

川崎市立井田病院看護部
がん看護専門看護師

福島沙紀

一般社団法人ブラスケア
臨床心理士・公認心理師



はじめに

「今日も患者さんから『死にたい』って言われちゃった……。こんなとき、看護師として何て声をかけるのが正解なんだろう」

「患者さんは『早く自宅に帰りたい』って言っているけど、先生とか家族は『もっと元気になってからじゃないとダメ』って言う……。患者さんの言うこともわかるけど、先生方の言い分もわかるし……」

病棟で働く医師や看護師の皆さんは、日々多くの「難題」に向き合っていることと思います。

特に、がんや心不全、呼吸器疾患が進行し、余命が限られてきている状況では「命を長らえさせることよりも優先すべきことがあるのではないか？」という思いと、「でも医療者として患者の生命と安全を最優先すべき」との葛藤に揺れることも多いでしょう。

では、そこに唯一の「正解」があるのか？ となると、実際にはそのようなものはない、という場合も多いのです。

あなたの働いている病棟に、緩和ケアの経験が深い同僚がいれば相談できるかもしれませんが、しかし、実際には身近にいる医療者も悩み、迷いながら「とりあえずの答え」を出して前へ進み、そしてその患者さんや家族が病棟からいなくなった後も「あのとき私たちが行ったことは本当に正しかったのだろうか」と、ふとしたときに思い出すのではないのでしょうか。

今回、そのような「緩和ケアを実践する際にぶつかる、答えの出ないモヤモヤした悩み」について、緩和ケアを専門とする医師・がん看護専門看護師・臨床心理士の3名が一緒に考えました。2022年2月～3月に、全国から募集したお悩み、そこから10個を取り上げています。僕たちが唯一の「答え」を持っているわけではありませんが、専門家が「悩むプロセス」と「答えにたどり着こうとするプロセス」を共有できることで、似たような悩みを抱えていた方々にとっても何らかのヒントになることを期待しています。

特に、この本で意識したのは「構造化」です。皆さんは、コミュニケーションや人間関係の構築は、その個々人の性格やセンスによって大きく左右されると考えていませんか。その結果、患者さんや同僚とのコミュニケーションがうまくいかない、とか職場の人間関係がギスギスする、となっても「私にはどうすることもできない……」と諦めてしまっていないでしょうか。しかし実際には、その対人関係をすべて「構造化」して図示することができれば、そしてその図の一部分を再構築して、人間関係の滞りを解消することができれば、実際に解決に結びつくケースが多々あったりします。もちろん、すべてのケースを構造化さえすれば、何でもかんでもうまくいくということはありません。中には、どうしてもないケースも存在します。しかしそれでも、現在「目の前で起こっていること」を構造で捉えることができさえすれば、「いまはどうしようもないけど、構造は把握できている」という自信の下で「経過を慎重に見守る」という判断もぐだしやすくなるのです。

ぜひ皆さんには、この本で僕たち3人が、どのように問題を「構造化」し、それを「扱いやすくしようと努力しているのか」を学んでいただくことを期待します。最初のうちは人間関係やコミュニケーションを構造で捉えることは難しくても、それを意識して職場だけではなく友人や家庭、さらには社会全体を眺めることによって、徐々に全体の構造が見えるようになってきます。この本から、ぜひその一歩を踏み出してほしいと願っています。

2023年11月

西 智 弘



1

患者の在宅死の希望を叶えられず後悔する訪問看護師

今回のご相談

(30歳代看護師)

訪問看護師です。緩和ケア領域では医師による対応の差が大きく、モヤモヤすることがあります。

例えば、ある60歳代の終末期がん患者さんがイレウスにより経口摂取困難となりました。往診医からアセトアミノフェン坐薬を処方されていましたが体動時の痛みが強く自分で使用できる状況ではなかったのです。本人は独居で身寄りもありませんでしたが最後まで自宅で過ごしたいという希望がありました。看護師としては疼痛コントロールに緊急性があるとみて、医師へ往診と処方等の対応を依頼しましたが、「今日はもう患者がいっぱいだから、明日の定期往診で診察しますね」と返答されたのです。結果、その夜に痛みが我慢できずパニック状態となり「入院でもいいからどうかしてくれ」ということで救急搬送となり、1週間後に病院で逝去されました。本人の「最後まで自宅で」という意思決定を、意識清明時に確認できていたにもかかわらず、叶えてあげられませんでした。ずっとわたしの心の中に大きな後悔として残っています。どうしてあげればよかったのでしょうか。

2 種類の後悔



西

みなさんいかがでしょうか。



福島

これはたしかに、後悔として残りそうな事例ですよ。どうしてあげればよかったんでしょうかね。



武見

その後悔の中身の問題じゃないかな……と思うのですよね。一生懸命看護してて、患者さんの意思も確認してて。それで、意思を叶えてあげられなかったっていうことの後悔もあると思うんだけど、医師に対して「明日じゃダメなんです！」ってもう一押ししなかった後悔も絡んでるのかなと。



なるほど、そっちの後悔もあるのかもしれないですね。



一言で「後悔」っていても色んな要素が入っていると思う。



私、前者の方の後悔でしかこの質問から読み取ってなかったです。後者の問題もどっか引っかかっているわけですね。



自分だったら引っかかりますね。患者さんは家で過ごしたいって言っていて、「往診は今日じゃなきゃダメなんだ」っていうことを、もう一押しやれた可能性があるかもって。

患者さんの痛みが強くなるか、その先の予測がつかどうかっていうところもあるとは思いますが、もしパニックになって、救急搬送される可能性があるということも予測が立てられていたとすると……。



そこがね。



もし予測が立てられていたなら、痛みが強まる可能性があるなって思っていたわけだから。そこで「今じゃなきゃダメだ」って医師に対して押せていれば、どっちにしても後悔をすることになっても、その程度は軽かったかもしれない。もうワンブッシュしても、やっぱり往診は断られて、結果は変わらなかったとしても、自分が本当に最善尽くしたっていう気持ちがあれば、ちょっと違った後悔の形もあったんじゃないかって。



なるほど。

Dr. 西の視点と考察

人は「悩み」とか「苦しみ」があるとき、それを「ひとつのもの」として感じ、訴えることがほとんどです。それは患者さんに限らず、医療者も、またそれ以外の方も。

緩和ケアの研修会などで、「全人的苦痛」という言葉を習った方は多いでしょう。緩和ケアの現場で、患者さんが体験する苦痛を「身体的苦痛」、「精神的苦痛」、「社会的苦痛」、「スピリチュアルな苦痛」と分類し、その4つを総称して「全人的苦痛」と呼ぶ……といった感じで理解されている方が多いでしょうか。しかし、この「全人的苦痛」とは、これら4つの苦痛の総称、という意味合いではなく「ひとつの痛み」としての性格が強いと理解してもらった方がよいのです。つまり、患者さんは自らの苦痛の体験を、「ひとつ」として捉えており、その訴えの中には先に述べた4種類の苦痛がさまざまな割合であふれ出てくる……というのが一般的な臨床です。私たちは、その「ひとつの苦痛」を理解するために、4種類の苦痛に分類して解釈していこうと考えるわけですが、実際に出会う苦痛とは「身体的苦痛だけ」とか「精神的苦痛だけ」ということはなくて、それらが混在していたり、相互関係が生じていたりとかかなり複雑です。よって、4種類の苦痛はあくまでも私たちが頭を整理するための「きっかけ」にしか過ぎず、苦痛は苦痛として、患者さんの言葉をそのままに受け止めつつ、それをひとつずつ分解して、整理し、最終的にもう一度「ひとつの苦痛」の形に統合してアセスメントする、というのが緩和ケアで行う手法です。

今回、武見さんと福島さんが行っているのも、こういった手法を応用して、質問に答えようとしています。「悩み」や「苦しみ」の訴えを聞くとき、一番やってはいけないのは、「糸口の中で自分にとって最も捉えやすい（解決しやすい）内容に飛びついて結論を言うこと」です。特に、その「ひとつの苦痛」のストーリーが言い終わらない（読み終わらない）うちに、答えを見つけてしまうなんていうのは最悪です。問題が複雑で



9

終末期患者への鎮静対応に悩む 病棟看護師

今回のご相談

(30歳代看護師)

整形外科の病棟で勤務しています。うちの病棟にも時々、骨軟部肉腫の患者が入院することがあるのですが、主治医の先生方は緩和ケアの知識に乏しく、ほとんどが緩和ケアチームのコンサルテーションが入っています。それでも、痛みや食べられない苦しさに悩む患者が多く、「もう死なせてほしい」とか、「早く終わりにしたい」という訴えが増えてきます。そういうとき、緩和ケアチームの医師からは鎮静薬を投与して眠らせてあげれば、という提案がされるのですが、主治医の先生方がその提案を受けることはほとんどありません。病棟の看護師たちも、「鎮静なんてやったことないし、この病棟でやるべきことではない」「眠らせてしまう前にまだできることはあるはず」と、ほとんどが反対の立場をとることが多いです。私も以前は、その意見に賛成をしていましたが、最近は、苦痛に耐えながら段々と表情を失っていく患者の顔を見ているのがつらくなってきました。ただ、どうしてもこの病棟で鎮静という行為を行うことに抵抗があるのです。うちに緩和ケア病棟さえあれば、そちらで眠らせてもらえれば患者たちも安心だと思うのですが、他の病院では慣れない中でどのようにしているのでしょうか？

どうして鎮静できないのか？ その理由を探る



福島

骨軟部肉腫って本当に痛いんじゃないですか？



西

その人の状態によるけどね。



武見

痛いのはよっぽど進行した人だね。でも、あまり鎮静っていう話にはならなかったけどな。



実際に鎮静しなきゃいけないケースなんですか、これって？



そういった前提でいきましょう。たしかに、他に色々できる治療はあるかもしれないけど、僕らが「鎮静する必要ないじゃん」って言ったら、この話終わっちゃうから。



じゃあこの人は鎮静が必要、という前提で。



「この病棟でやるべきことではない」ってところが相談ですね。



でも緩和ケア病棟がないわけだから、この病棟でやるしかないですよ。



そうですね。裁判みたいに「前例がありません」と言っても。



前例を作るしかないんじゃない？



うん。



なんで、この病棟でやるべきじゃないってなるんだろう？「眠らせてしまう前にまだできることはあるはず」って、周りの看護師たちは言っているのでしょうか？



看護師たちが、眠らせてしまうことを悪だと思っていますよね。言葉の端々に色んなものを感じます。「眠らせてしまう前に」とか。「緩和ケア病棟さえあれば」とか。「この病棟でやるべきことではない」とか。



なんでそう思うんだろうね。どうして？