

終末期患者に対するリハビリテーション看護

かがわ総合リハビリテーション病院 看護・療育部 看護師 畝木 美保、花澤 久美子

キーワード：終末期看護、QOL、リハビリテーション看護、チーム医療

要 旨

リハビリテーション医療の目指すものは「その人らしく生きる」という人間の根本的な尊厳に関わることといわれている。そして終末期リハビリテーションにおいて、対象者が目標に向かって「その人らしく」前向きな時間を過ごせることへの介入は、対象者の Quality of Life (以下 QOL と略) を高めることとなる。今回終末期に直面した患者・家族の QOL を高めることをチーム間の目標として介入を行った。それにより、終末期におけるリハビリテーション看護は、対象者の想いに耳を傾け、その想いを可能な限り実現へと導けるように支援することが重要と気づいた。これらを今後の看護実践において啓蒙できるよう事例報告とした。

1. はじめに

今回、当回復期リハビリ病棟（以下回リハ病棟と略）にて、終末期患者へのリハビリテーション医療の提供を行なった。リハビリテーション医療各領域での専門性はあるが、リハビリテーション医療の目的は「その人らしく生きる」ことへの介入である。またそれは対象者の Quality Of Life (以下 QOL と略) と密接な関係にあると気づいた。本事例から得たことは、今後のリハビリテーション看護への課題であると考えたため報告する。

2. 倫理的配慮

本事例を集約し、報告することは今後のリハビリテーション看護を啓蒙するうえで、貴重な症例であることを対象者家族へ十分に説明を行い了承を得た。

3. 事例

(1) A 氏, 40 歳代, 男性

(2) 診断名：転移性脊髄腫瘍

(3) 入院期間：約 8 ヶ月間

(4) 現病歴：約 7 年前に脊髄腫瘍を発症する。外科的腫瘍摘出術、化学療法を受けながらも、再発と転移を繰り返していた。在宅療養中、背部全体の激痛と Th7 以下の対麻痺を認め、余命半年と宣告される。B 病院での疼痛コントロールにより、疼痛は緩

和するが Th7 以下の対麻痺は残存する。B 病院より、当回リハ病棟でのリハビリ依頼があり入院となる。

(5) 入院時評価：Th7 以下完全対麻痺。機能的自立度尺度 (functional independence measure : FIM) 運動 28 / 認知 35。NSAIDs にて疼痛コントロール可能。仙骨部に褥瘡形成あり。

(6) 予後への受容：主疾患への積極的な治療や延命は望まず、献体希望でもあった。家族も本人の意思を尊重し、終末期であることを十分理解していた。

(7) 家族背景：未婚。母、兄、弟の 4 人家族。

(8) 入院時主訴

A 氏：タバコを吸いたい。外泊したい。痛みを強めることは絶対にしたくない。

家族：本人の望むように時間を過ごさせたい。可能であれば外泊させたい。

4. 介入の実際と A 氏、家族の反応

(1) 看護上の課題とその理由

回復の見込みのない重度の運動機能障害により、A 氏は 24 時間ベッド上で拘束された状態であった。そしてセルフケア全般において他者の介助を必要とした。しかし、背部へのわずかな刺激でも耐え難い疼痛が増強するという理由から、スタッフによる積極的な介入を敬遠する状況でもあった。A 氏は残された時間をベッド上で「A 氏らしく生きる」ことが

必要であった。A氏は特に喫煙への強い欲求を示し、家族からも何とか喫煙できる環境を作ってほしいと依頼された。A氏の主訴である1) 喫煙2) 外泊3) 疼痛への配慮4) 家族に対してのグリーフケアへの介入が必要と考えられた。

(2) 介入の実際

喫煙できるためには、病室外へ移動する手段が必要であったが、座位姿勢による疼痛の増強と血圧低下が著明にみられた。移乗動作はリフターとし、移動手段としてリクライニング車椅子を選定した。それでも背部への刺激が痛みを増強するという訴えがあり、A氏に適したシーティングポジションへの工夫を行なった。それにより、病室からの移動が可能となった。入院後始めて煙草を吸った際「生きていって感じがするよ」と笑顔でスタッフに話した。体調が著しく不良時以外は、1日に2回の喫煙を日課とした。「外の空気を感じながらの煙草は一段と美味しい」と話し、家族と共に散歩を兼ねた喫煙時間を、当病院退院前日まで楽しんでいた。

A氏と家族には「最期にもう一度自宅へ帰りたい。帰らせたい」という願いがあった。当院から自宅までの移動手段、家屋への進入経路と方法を検討した結果、当スタッフが同行することにより可能と判断できた。初回家屋調査としてスタッフが同行しA氏を自宅のベッドまで送り届ける方法を提案し、A氏と家族の同意を得られた。それにより、自宅での滞在期間が5～6日間の外泊を2回実現できた。初回外泊時には、予定していた外泊期間をA氏の希望により延長された。外泊後A氏は「自分のベッドと、大きいテレビは最高だった。ずっといたかったけれど、家ではお風呂に入れないからね」と笑った。A氏の母からは「もう家に帰ることは無理だと思っていたが、夢がかなった。本人も色々と気になっていたことがあったようで、弟に依頼しながら、身の回りを整理していた。眠るのがもったいないと言って、毎日遅くまで兄弟で過ごしていた。本当に楽しそう、食事もたくさん食べてくれた。息子のために食事を作ることが幸せな時間でした」と外泊中の様子を詳細に語ってくれた。以降もA氏の身体的状況が

可能であれば、いつでも外泊は可能であることを提案していた。しかし、背部痛の増強により、自宅までの介護タクシーの振動が耐えられないという状況から外泊は困難となった。今後の方向性として、訪問看護サービスを利用した在宅療養へ移行する案をA氏と家族へ提案した。しかし最大の介護者となる母親への心身への負担が多大となるという理由から、両者共に在宅療養は選択されなかった。さらには、A氏の全身状態が悪化するその時まで、当病棟での入院生活を継続したいと両者から、繰り返し依頼があった。回リハ病棟入院期間が終了した後も、A氏は当病棟での入院生活を継続された。

B病院退院前より、疼痛は緩和傾向となっており、当院入院時は軽度の鎮痛剤を定期的に服用することで、疼痛はコントロールされていた。しかし、入院後1か月を経過した頃より、通常の鎮痛剤服用では対応不可能な疼痛を訴えるようになった。A氏は今回入院以前から、オピオイド鎮痛剤の服用経験があり、A氏よりオピオイド鎮痛剤処方希望がありそれを開始した。少量のオピオイド鎮痛剤服用で疼痛が緩和可能な段階では、薬剤使用への不安を訴えることはなかった。しかし、オピオイド鎮痛剤の増量が進むなかで「これ以上の薬の量は自分がどうなるかわからない。未知の世界だ。できれば増やしたくない」と薬剤増量への不安を著明に表出するようになった。訓練での状況から、かなり疼痛を我慢している様子がかがえると、各セラピストからも詳細に報告があった。主疾患進行による疼痛の増強と捉え、A氏の不安を回避し、適切な薬剤調整を行うためには、A氏へ専門医療機関での治療を行う時期ではないかと提案した。「自分の体は自分が一番よくわかっている。まだ大丈夫。我慢できる」とA氏は当院での入院継続を希望された。そのため、A氏と家族の了承を得たうえで、MSW介入により、B病院地域支援センター窓口へつなぎ、B病院緩和ケア認定看護師とのコンサルテーションを依頼した。そのことにより、A氏へのオピオイド鎮痛剤服用について、専門的なアドバイスが得られることとなった。A氏の状況から、薬剤の増量が必要と考えられたタ

イミングで、B病院へ相談し、その内容をA氏へ伝える。A氏の同意を得ながら、薬剤を増量するという形で、調整を行なった。その頃より頑なに薬剤増量を拒否していたころの険しい様子はみられず、穏やかな表情で過ごしている時間が多くなった。面会中の家族との会話でも、A氏から冗談を交え、対話している姿を見かけた。それでも車椅子移乗動作時、車椅子乗車中、入浴時といった各場面での一時的な激痛は強く、場面に応じて各担当者との検討を行ない、可能な限りの配慮と調整を行なった。

入院時より仙骨部への褥瘡があつたが、A氏からは疼痛が増強するという理由から、積極的な体位変換と他動的なポジショニングは断りたいとの申し出があつた。A氏の意向を尊重していたが、仙骨部の褥瘡は悪化傾向となり、右踵部には、新規の褥瘡形成となつた。褥瘡の評価から仙骨部、右踵部ともに、ギャッジアップによるズレが最大の原因と判断された。A氏の身長は高く、通常の規格のベッドでは小さいと評価し、PT・OT協働によりA氏の身長に適したマットレスの調整を行った。病室でのベッドの調整場面を、ずっと見学していたA氏は、調整できたベッドに臥床した直後「これはいい。頭を上げて、マットが下にずれないね。僕専用のオリジナルのベッドだ。快適だ。さすがだね。ありがとう」と笑顔を見せた。当初は褥瘡が進行することによる全身への侵襲を伝え、スタッフ介入による最小限のポジショニングを提案してもA氏の同意は得られなかった。「自分には傷が見えないし、痛みも感じないからよくわからない。傷を治すことよりも動いて痛みが強くなることのほうが嫌だ」と話し、栄養補助としてプロテインゼリーを提供しても「美味しくないからいらない」と返すことが多くあつた。しかし、次第にA氏から「これ以上傷が悪くなったら大変だ。良くなっているのは嬉しい。早く治るといいな。やっぱりゼリーの力は凄いね」という言葉が表出されるようになった。各セラピストからは、家族に対してポジショニングのアドバイスが行われており、家族の協力も得ながら、自主的にそれに取り組んでいる姿を見かけるようになった。プロテインゼリーの

摂取量も増えた。右踵部の褥瘡は早期に治癒となつた。途中左踵部にも、新規褥瘡形成がみられたが早期に治癒となつた。仙骨部も創面全体の縮小と、良性肉芽の盛り上がり認め、改善傾向と評価できた。

最期の時間まで、当院での入院を希望していたA氏であつたが、徐々に内服薬による疼痛コントロールが困難な状況となり、A氏自身によってB病院への転院を選択された。そして転院16日後に、B病院にて永眠され、穏やかな最期であつたとA氏の家族より報告を受けた。

5. 考察

終末期リハビリテーションの定義として大田¹⁾は「加齢や障害のため自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最期まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動」と述べている。また稲川²⁾は「終末期において、なんらかの目標があり、その実現に向かって前向きな時間を過ごせることは、死を待つだけの時間を過ごすことと比べて、患者のQOLに大きな違いがある」と述べている。予後を宣告され、身体が奪われた状況で、A氏の人としての喜びや生への探求は、好みの煙草に口をつける瞬間だと推測できる。また、自宅へ戻ることを一時はあきらめていたA氏と家族が、それを実現できたことによって得た達成感は大変なものであつたと、外泊後の両者の言葉から受け取れる。QOLへの介入が医療サービスの質につながっているといわれているものの、QOLは対象者やその分野によってさまざまにとらえられており、確定した定義はない。またQOLは医療者側が判断するものではなく、対象者自身、ケアを受ける側の主観により評価される。本事例に対し明確なQOLの指標を用いてはいないが、A氏と家族の言動はそれに値するのではないかと考える。

リハビリテーション医療の目指すものは「その人らしく生きる」という人間の根本的な尊厳にかかわることであり、幅広い領域を包括している。³⁾ 領域が広範囲であるために、機能分化が進み、各領域での専門性と質の向上が問われている。各場面でのA

氏への一連の介入は、各担当者がそれぞれの専門性の視点をふまえたチームアプローチの形であったといえる。これらが実現可能となったのは、A氏に関わるそれぞれの職種が、A氏に寄り添い、協働できたことにあると考える。「その人らしく生きる」ことへの関わりとして、私たちは今後も患者に寄り添い、個々の専門性を持って、より質の高いチーム医療を目指す姿勢が求められると考える。

6. 結論

終末期におけるリハビリテーション看護は、対象者の想いに耳を傾け、その想いを可能な限り実現へと導けるように支援することが重要である。対象者の意思を尊重したチームアプローチを効果的に行うことで、実現可能となり、その介入が対象者とその家族のQOLを高めることとなる。これらの介入は、終末期に限定されず、リハビリテーション医療の現場で、日々実践されることがリハビリテーション看護師の専門性といえる。

【引用・参考文献】

- 1) 大田仁史：終末期リハビリテーションーリハビリテーション医療と福祉との接点を求めて, 荘道社, 56, 2004
- 2) 稲川利光：リハビリの心とカーカかわりが自分を変える 地域を変える, 学研メディカル秀潤社, 115, 2011
- 3) 酒井郁子, 金城利雄 (編)：リハビリテーション看護ー障害を持つ人の可能性とともに歩む, 南江堂, 2-6, 2010