

【第18回聖路加看護学会学術大会：シンポジウム】

急性・重症患者と家族の「生ききる」を支える

北村 愛子

I. 急性重症患者と家族の「生ききる」を支える ケアの考え方

近年の医療発展に伴い急性重症患者看護領域では、看護を行ううえで必要な基礎知識の量が著しく増大し、看護師はかつてない多様な治療とハイテクノロジーのなかでケアを展開している。とりわけ重要なのは、看護師と患者の出会いであり、この出会いを有益なものにしないことは、急性重症病態の患者管理や家族ケアの展開は十分にできないと感じている。背景としては、急性発症の疾患や事故など、治療後合併症で治療が困難な状態があり、看護師は病態の理解に加え、治療効果と患者の反応を情報化しケアに生かし、「生ききる」ための看護をアセスメントし、実践する責任がある。

この点において、倫理綱領前文に、「看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的にしている」（日本看護協会、2003）と記載されており、急性重症患者と家族の「生ききる」ケアへの考え方としては、生きることへの全うする感覚と最期まで自己実現に向かって支援し続けるケアとの関係性（時間性）を考察することが重要だと筆者は考える。

急性病態の患者の場合、個人がどのようなストレス対処をしているのか、生理学的反応を観察し、基本的ニーズの変化を解釈しながら実践することが重要で、①開かれた人間のシステムとクリティカルケアの関係を前提に、治療に反応している生命維持のニーズをとらえ、支援し、ていねいに繰り返し「生ききる」ことを支える、②「なにも分からないのに闘いなさいと言われ、放り出されているような感じがする」と心細さと挑む気持ちの複雑性を患者が表現することがあることから、患者が困難を乗り越えサバイバーとしての適応ができるように支援することも重要である、③「お願いどうか助けて、私たちいったいなにをすれば救われますか」と言われるような場面が多くみられることもあり、苦悩に満ちた状況が続くことを理解し、安寧を支えていく必要がある、上記3点から、「生ききる」ケアのために、人間の生命維持

のケアと挑戦できる勇気をもたらす、苦悩を解き放つケアが必要ではないかと考える（図1）。

II. 「生ききる」支援のためのクリティカルケアと チームワークの重要性

生還に向けての支援は、瞬時の臨床判断と専門家の能力の総結によって成果が出される。かけがえのない命が、かけがえのないものと意味づけられることも、チーム員個々の倫理性によって維持されている。それは、人間が実存的な存在で、人格をもち、尊重されるということを経験者によって関係づけられていることに由来する。クリティカルケア領域にパターンリズムが流れ、QOLが無視されたとき、倫理的問題が生じる危険性が高まるため、看護師はヒューマンケアリングを重視し看護実践をする。

たとえば、集中治療における生死への問いをチームで議論するとき、蘇生してもいいのか、治療を続けてもいいのか、新たな治療を求めてもいいのか、なにが限界なのか、命はいったいだれのものか、人生と医療の関係はどうあるべきか、考慮することがある。蘇生適応という思考と倫理的課題について、医師と看護師、臨床工学技士と関与する医療者で検討する。このとき、われわれが感じている明らかさについて、医学的見地にに基づき、治療の有益性や無益性、患者と家族の考え、社会的な考察をも視野にいれて論じる。クリティカルケア領域で、患者家族がよりよく「生ききる」ために治療や看護がどうあるべきかを議論しながら、役割と実践を整えていくチーム医療を必要とする。不確かさと確かさの間を生ききるために必要なケアを考慮しながら、医療者と患者・家族の関係性を築きながら支援する。

III. 「生ききる」ための対立のない平和な感覚と 人間尊重：調和を護るケア

急性重症患者と家族にかかるストレスは、①患者の病状に対するストレス、②治療の意思決定のストレス、③家族役割の変化のストレス、④将来のストレスがある。これらのストレスが現実の理解を困難にし、戸惑いや混乱として表現される。とくに、死にゆく過程をたどると

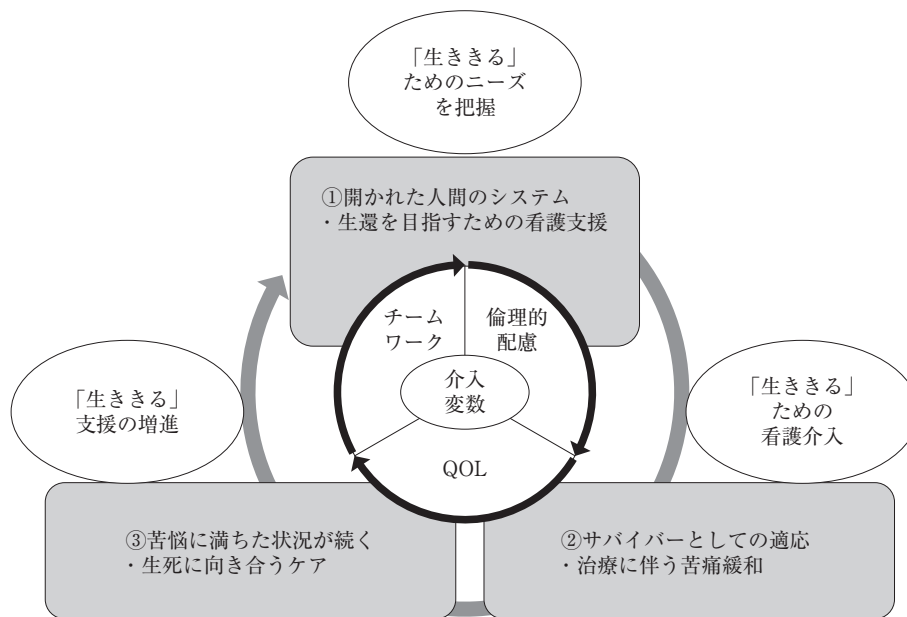


図1 生ききるための看護支援

き倫理的配慮が必要となってくる。医療者と家族が治療とケアに対して合意に達しているとニーズにこたえることができ、未解決な重荷(わだかまり)を負うことがない。この感覚が「生ききる」ために重要だと考える。問題解決や葛藤をとく方法は、倫理的問題発生予防の働きかけになるため、患者家族の言葉をよく聞いてケアを考慮していく。筆者の経験の一部から、家族から得た「生ききる」支援のためのニーズが表現された言葉を以下に示す。

「わたしね、昔は死ぬことが怖くなかったの、でもいまは違う、死ぬことがわからないの。どうしたらいいの」(慢性疾患の急性増悪)

「本当にこんなことあっていいのでしょうか。これからだったのに、こんなことならあのとき、反対すればよかった。いや、決めたことだから」(手術選択後の死)

「とにかく救ってください。生きる方法を決めるのも、死ぬこともすべてこいつのものだから」(蘇生中の家族)

「どうか、お願い。たったひとつの命救うと思ってこの子に心こめてやって、力をあげてほしいの」(子どもの生還を望む母親)

「いてくれるだけでいい。治療をやめないで。そんなこと考えるのはおかしいですか。みんな、どうやってこんなこと乗り越えるの」(治療意思決定困難な家族)

「生きているから言えることがあります。また、挑戦します。そして、もしも死がきたらこの体は医学のために、そうしたいと言い、亡くなった父の思いを反対したのは僕だから」(蘇生後、先端治療を決定した患者)

「この前、母の夢をみたんです。忙しそうに動いていました(笑)。あっち(あの世)では、元気なようです」(病院訪問した遺族)

「病院がこんなにつくしてもらえるところだとは思っていなかった。もう、死ぬのですね」(長い間生死

をさまよった患者の家族)

「あなたと逢えて幸せだったのよ」(挿管チューブの口にキスをする妻)

「ありがとう、本当にお世話になりました」(死を看取った家族)

IV. 「生ききる」を支える生死に向き合うケア

クリティカルケア領域のなかで、生命危機と向き合う瞬間、その患者が生まれたときのことや、どんな人生を歩んできたか、これからどう生きたかったか、など目的志向性の思いを聴くことがある。希望という概念に近いと考えるが、その描出は全員にあるわけではない。

この聴くケアは、クリティカルケアの終末期では、全体を統合する意味において、家族も医療者も必要だと感じるケアとなる。その経験を含んだ描写を述べ、生きてきた時間の意味を統合し、「生ききる」支援を考察する。

『描写1 死ぬ—生きるはじまり：移植の決断』

精神疾患を患い、長い闘病生活で社会活動ができていない患者がいた。心肺停止で蘇生された。蘇生直後の家族への病状説明の場で、以前に持っていた移植のカードの存在と、家族の意思が表明された。その語りには医療者が本人のことを細かく理解できるような対話が含まれ、重要な文脈が述べられた。

「昔から優しい子で、仕事行ったら、なんにもできなくなって、このままじゃ、人の役に立ってないって……天国にいけんかったらいかんから、悲しいから、せめて最期に人の役に立たんと……。あきませんか」と言われた。そして、「この子、1回も、なあんもほめてやったことがないから、ほめたらんと」と母が言った。

『描写2 失われた希望：生きることで見つけてゆく家族』

一家4人全員が交通外傷受傷、兄は下腿骨折、弟は脳挫傷、父親は下腿挫傷、そして、母親が脳出血と脊髄損傷を受傷した。病棟師長は、患者（母）が突きつけられている苦悩を感じとっていた。それは、自分の体の機能の喪失の危機、家族の役割ができなくて悲しいと感じる気持ち、もう自分たちには元通りの家族の愛が戻らないかもしれないという、未来が失われたような、想像を絶する苦悩であった。

カンファレンスで看護チームは、患者への真実の対話を決意した。その方法は家族にも医師にも告げられ、初回の家族面会という形で成し遂げられた。面会時に想定どおり、子どもは緊張の表情を見せ、父親の足元を握りしめ、母親への警戒を示した。母は、かろうじて動く左指と表情を駆使して柔らかさを醸し出したが、現実を受け止めるのには重い瞬間であった。翌日、互いに認知的努力とイメージを繰り返して、さらに、家族同士の愛情に拠り所をもって再会した。母親が、口唇で「オハヨウ」と形どり（気管切開）、笑顔の練習の成果を見事にみせた瞬間、父親が弟の腹部を持ち上げ、飛行機状に逆さまにし、頭に包帯を巻いた兄がその弟の足（創外固定中）を支えた。ひゅううっと飛び、母親の頬にキスをし家族で笑った。「ねえ、いつか私も、生きててよかったなんて思うことあるかな。こんなに怖い気持ち、いつかなくなるのかなあ。あ、でも、あるとき（フライングキスの瞬間）生きててよかったって思ったの（苦笑）」

『描写3 家族への遺言』

70歳代女性、間質性肺炎が重症化し、いっしょにいたいと懇願する子どもを隔離した生活が余儀なくされた。

かろうじて呼吸器離脱、回復と増悪の繰り返しのなか、子どもからの手紙が手元に届いた。「あの子、字が書けるようになった……（涙）」知的障害があり、母親と片時も離れることができなかった34歳の女性からの、心を込めた手紙だった。「せんせい、かんごふさん、どうかおかさんたすけてください」と紙一面にぐるぐると書き込んでいた。患者は緩快する病状のなかで、時どき食事をし、箸袋をテーブルの片側に貯め込んでいた。肺炎が再燃し病態が増悪したとき、彼女は人工呼吸器装着の治療選択はしないと決めており、急変し筆者がよばれたときには、息絶え絶えのなか「ね、あなたここ（箸袋）に書いてくれる？ 私の言うこと」と言い、すぐに続けて言った。「先生のいうことを聞きなさい」「ごはんをしっかりと食べて、好き嫌いをしない、よくねむること。あいさつすること……」たくさんたまった箸袋を握りしめて「お願い、あの子に渡して。もっと言いたかった（笑）」と最期に言った。

『描写4 治療の決定「Life サポートノート」』

（心臓術後高齢患者、肺腫瘍疑い、人工呼吸器からようやく離脱した患者）

治療の方向性の困難さと臨床判断の多様さにチームは悩みながら、患者に真実（がんかもしれない、検査をし

たい）を伝えた。「あなたたちは、いったいなにをしようというの!! 私が悪い病気だと? もう手術なんて結構」と怒りをぶつけた。翌朝行くと、「よく考えてみたの。私だけが死を避けることなんてできない。逝った友人の夢をみたの」と、定年までの長い教員生活と家族のことを語り、そのあとで、「お願い、もう苦しいことは嫌、そっとていねいに生きていきたい、あなた、そうみんなに伝えてくれない?」と言われた。自己決定したことは、一人娘や孫、医療者全員の不本意かもしれない、それでも、あとの人生をていねいに生きていきたいと、そのことを助けてほしいのだと切望された。そして、どう生きたいかを1冊のノートに書き留め、退院支援の準備をした。春に退院を迎え、数週間ごとに電話連絡があり、その夏、自宅の庭で孫がプールに入っているのを見ながらこの世を去ったと娘から知らせがあった。

V. 「生ききる」を支えるために

クリティカルケア領域のなかで、生ききる支援をするためには、コンフォートケアを癒しの根底におく必要があることを、患者家族の方々から教えていただく機会が多くあった。状況をまるごととらえ、倫理的な振る舞いをし、患者自身が治療ケアに関与できるようにして、患者家族のニーズを取り込み、尊厳を維持すること、それが、「生ききる」ことへの支援のあり方ではないかと考えている（図1）。

それは、テクノロジーを緩和するケアリングを基盤に、医療者の感情と行為の調和を図り、傾聴や共感の実践を継続し、ときに、存在・価値明確化の技術を用いて関係性を整え、希望への支援をしていくこと、なによりも生命が安楽でいられるように生理学的緊張緩和を大切に、「生ききる」看護支援をしていく必要があると考える。

VI. 急性重症患者と家族の「生ききる」を支える課題

本テーマを得て課題と思えることは、スピードのなかでもチームワークを重視し、重圧感のなかでも倫理的配慮をもち、人間をまんなかに据えて苦痛緩和のケアを行うことがクリティカルケア領域での課題だということである。

ひとりの専門看護師としての課題は、急性重症患者が「生ききる」ために、できれば、少しでもやわらかな掛物や、暖かな日差し、苦痛を解放する薬と和らげるケア、生きる勇気を大切にして、共に前に進むこと、たとえ人生の終わりにでも、安らかな気持ちでいられるような、そんなケアをしていきたいと考えている。

参考文献

日本看護協会編（2003）：看護者の基本的責務；基本法と倫理。9-15、日本看護協会出版会、東京。