

終末期の鎮静の意思決定にかかわる配偶者の心理

豊島由樹子

聖隷クリストファー大学看護学部

The Emotional Effect of Spouse on Decision Making for Terminal Sedation

Yukiko TOYOSHIMA

Department of Nursing, Seirei Christopher College

抄 録

終末期の鎮静の意思決定にかかわる配偶者の心理として、2事例のインタビューから、①配偶者は患者の苦痛を共感し何もできないことに無力感を感じやすい、②患者の同意のもとに鎮静を決定した場合には配偶者も納得しやすいが、患者がせん妄状態の場合は配偶者に決定が任され、また決定後に配偶者の意思が揺らぐ場合がある、③鎮静後に夫婦の会話が失われることから配偶者は寂しさを感じやすく看護師の援助が支えになることがわかった。

キーワード：終末期、鎮静、意思決定、配偶者の心理

I. はじめに

患者が最期までその人らしく過ごせることがターミナルケアの目標であるが、死亡間近の最期の数日間において、全身の機能低下と臓器不全のため患者に様々な症状が出現し、意識を保ったまま苦痛を軽減することが難しい状況になる場合がある。緩和治療を駆使しても症状が改善できない時、死を直前にした患者の耐え難い苦痛を取り除くための最終的な手段¹⁾として“鎮静 (sedation)”が用いられている。鎮静は患者及び家族の意思のもとに施行することが前提であるが、家族にとって患者との関わりが最期になる可能性の高い意思決定を行うことには、苦悩や葛藤が生じると思われる。鎮静を決定したことに対して家族が罪責感を感じることはないよう、患者に付き添う家族に対して、鎮静前後を通して医療者は十分な関わりをもつ必要がある。

全国ホスピス・緩和ケア病棟、がん治療専門病院における医療について、利用者からの評価を得て質の向上をはかることを目的とした、厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」が、2002年に実施された。この研究の中で鎮静を行った患者の家族に対して実施するアンケートの基礎調査への協力を依頼され、終末期に鎮静を行った患者の配偶者に面接する機会を得た。面接は2事例であったが、配偶者が鎮静の意思決定について実施前後どのように感じたのか、また配偶者に対する看護師の対応について、多くの学びを得ることができた。そこで、鎮静の意思決定にかかわる配偶者の心理と終末期の配偶者への看護について以下に報告する。

II. 方法

1. 対象・面接方法

A病院ホスピスで鎮静を実施した後に死亡されたがん患者の遺族でキーパーソンが配偶者の事例のうち、面接許可の得られた2事例が対象である。面接の方法は、対象の都合のよい日時に自宅にうかがい、訪問時に再度調査の趣旨を説明し、承諾を得た上で聞き取り調査を実施した。面接における質問内容は、a) ホスピス入院中の患者の状況、b) 鎮静についての医師からの説明内容、c) 鎮静を決定した時の気持ち、d) 使用後の気持ちと看護師の対応、e) 現在の受け止めである。面接時間は1人1～2時間、面接回数は1回である。なお訪問は2001年11月に実施した。

2. 倫理的配慮

対象の選択においては、患者の死後3年以上が経過しており、あらかじめ心理的な外傷が少ないと元主治医から紹介された遺族に対して、調査の趣旨を説明した依頼書を郵送で送付し、文書で同意を得た。そして訪問時に再度、研究途中で参加を断っても何ら不利益がもたらされないことを説明し、対象が協力を断る機会を妨げないようにした。面接においても、対話を通して対象の精神的安寧を妨げないように、対象が自分自身の気持ちを十分に語れるように配慮した。

また調査者は、個人情報について厳重に秘密を遵守し、収集したデータを他に流出しないこと、個人が特定できる情報は公開しない旨の誓約を書面を用いて説明した上で、面接承諾を確認した。

Ⅲ. 結果

〔事例A〕

配偶者の年齢：61歳、性別：男性

患者の続柄：妻、患者の年齢：50歳代

患者入院時の家族構成：患者と二人暮らし

ホスピス入院期間：1ヶ月半

a) ホスピス入院中の患者の状況

患者は、発症時から告知を受けており抗がん剤治療を続けていたが、4年後に転移が認められ、痛みが強く家で寝たきりの状態になったため、かかりつけの医師からホスピスを紹介された。患者は受診に向かう時は苦しそうで乗り気でない様子だったが、説明を聞き実際に病室を見たところ、患者自ら入院を決意して準備をすすめたそうである。

入院後、患者の痛みは点滴によって半日くらいで嘘のように治まったが、入院2週間後くらいから黄疸や疲れが強くなり、配偶者にも日に日に患者の体力が落ちていくのがわかった。死の1週間前には患者は動くのも辛いくらい痛みが強くなり薬の間隔がつかまって、特に夜になると1時間ごとに看護師を呼ぶような状況になった。また看護師からも『患者は精神力でもっているが限界にきている』と伝えられたそうである。それまで患者は『死ぬのは怖くない。覚悟はできている。』と言っていたが、医師に『夜寝られない。寝ると朝がこないような気がして怖い。でも眠れないと痛みがきつい。』と打ち明けていたことを聞き、配偶者はそれまで患者が本当に精一杯がんばってきたことがわかったと話された。

b) 鎮静についての医師からの説明内容

患者と配偶者に対して医師から『これまで痛み止めを増やしてきたが、今の痛みを楽にするには、少し眠る時間を長くする薬しかない。そ

れによって始めは寝たり起きたりになるが、それでも辛い時は寝る時間を多くすると楽になる。』のように説明がされた。

c) 鎮静を決定した時の気持ち

鎮静については患者が希望した。配偶者は「妻は自分の病気について全て知っていたので、妻が希望するようにさせた。私はついていても何もできず、見るに見かねる感じだった。痛みが楽になることが一番と思った。」と振り返って述べた。また配偶者は、「妻が何をしたいかを第一に考えて、妻が良い状態になればいいという気持ちで決めた。」と語った。また子供達も鎮静の決定に同意したそうである。

d) 使用後の気持ちと看護師の対応

配偶者は使用後の気持ちとして、「亡くなるまで、できるだけ痛みをとってくれた。最期にはうとうと寝ている時間が長くなったが、ふと起きると妻はすぐに看護師を呼び、そのつど看護師がそばにきて1時間も話に付き合ってくれた。私は日中仕事をして夜付き添いだったので、妻とあまり話ができなかったが、看護師を通じて妻の考えていることが聞けた。」と述べた。また「妻は本当に良く頑張ってきた。静かにさせてやるしか仕方ないという気持ちだった。ただ、夫婦でお互い補いながらきたので、寂しさのようなものはあった」とも話された。

e) 現在の受け止め

配偶者は、「自分なりにやれることはやったので納得できた。入院中いろいろ考える時間もあった。チューブいっぱい死ではなく、最期まで妻を大切にしてくれて、痛いという看護師がすぐ飛んできて話に付き合ってくれてありがたかった。」と述べた。また「妻は看護師に『私はこれまで幸せだった』と言っていたらしい。子供達も親族も『(妻は) 幸せだった。あそこで納得していたと思う。』と言っている。最

期まで信頼できる人達に囲まれて、妻は人生を送ることができたと思う。」と納得されている表情で話された。

[事例B]

配偶者の年齢：47歳、性別：女性

患者の続柄：夫、患者の年齢：40歳代、

家族構成：夫婦と子供3人の家族

ホスピス入院期間：1ヶ月半

a) ホスピス入院中の患者の状況

患者の首の腫瘍が見た目にも大きくなったため、配偶者が病院嫌いの患者を説得して診察してもらったところ癌と言われた。発見された時には既に転移もあり予後半年と聞かされ、患者に告知をして化学療法を行ったが、痛みがひどく苦しくなったので、ホスピスに入院した。患者は入院後に一時痛み止めが効いて元気になったが、亡くなる3週間ほど前から痛みの訴えが強くなり、終始辛そうになった。患者は意識があると、痛くて起き上がれないにも拘わらず起き上がろうとしたり、虫がいるなど妄想も見えて、とても目が離せない状態であった。

b) 鎮静についての医師からの説明内容

配偶者に対して医師から『痛みが強いので薬を増やすことで、患者の痛みがやわらぐ。ただし話ができなく眠ったような状態になるが、痛みが和らぐほうが本人は楽になるのではないか。』との話がされた。配偶者はその場で意思を決められなかったが、医療者から考える時間がもたらされたそうである。

c) 鎮静を決定した時の気持ち

配偶者は当時を思い出して「夫が苦しがりて朦朧としている状態は見ている方も辛かった。」と述べた。しかし、自分の辛さよりも患者の方がもっと苦しいと思い、眠って痛みが楽になる方が良いと判断したそうである。また子供はま

だ小さく、配偶者には他に相談する人もいなかったため、鎮静については配偶者自身が決定した。その理由として配偶者は「夫は普段とは違う状態だったし、夫に話すと子供と会話ができないことが辛いと言った。眠る前に友人など会いたい人にはみんな既に会っていた。」と語った。配偶者はその時を振り返り「あの時は無我夢中の状態だった。ずっと泊り込みをしていて、でも夫は痛いので怒りも出てきたりして、一生懸命やっているのに思うように嘔み合わないこともあった。夫の変化する状態に追いつくので精一杯だった。」と述べた。

d) 使用後の気持ちと看護師の対応

配偶者は「痛みを見ているのも辛い、夫と会話がなくなってしまうのもまた辛いものがあった。亡くなる2週間くらい前に一度、あまり私がめそめそするので医師が薬を弱めたことがあったが、そうすると夫は苦しそうで、顔も腫れてきた。その時が最期の会話だったが、少しだけ子供と話ができたので良かった。」と述べた。また「最期の10日くらいは、夫は静かで眠るような感じだった。話ができない夫と毎日部屋にいる時の、看護師や医師のちょっとした一言が心強かった。声をかけてもらえることが心の支えになった。自分自身がナーバスな時の一言が本当に嬉しかった。」とも話した。

e) 現在の受け止め

現在の気持ちとして配偶者は、「夫の現状を受け止めるので精一杯なのに、癌細胞はすごいスピードで進んでいて、あの時は必死だった。自分としては全力を尽くしてやった、これで良かったとあの時は思ったが、もう少し違う方法もあったかなとか、痛いのを耐えてでも家族と接した方が良かったのかとか、あとになって考えたこともあった。ホスピスに入った後でも子供達が父親と接することができて、家族がいつ

でも呼びかけてあげることができたので、夫にはそれが一番だったと思う。知識もなかったから、看護師や医師に助けてもらってやっとできた感じ。私たちの辛さよりも、夫が辛くないほうが良いので、それで良かったと今は思っている。」と話された。

Ⅳ. 考察

終末期の患者に付き添う家族は、大切な家族の一員である患者を近い将来失うことに対して動揺や不安を感じ、患者を亡くす前から予期的悲嘆を感じている。悲嘆は死による喪失から生じる情緒反応で、残された家族にとって悲嘆をいかに乗り越えるかが患者の死後の心理過程に大きく影響する²⁾ ため、グリーフケアとしても患者入院中の家族に対する援助が望まれる。特に成人期の患者の喪失は、残される配偶者にとって非常に強い悲嘆を伴うため、終末期の患者に付き添う配偶者への看護は重要である。

鎮静を行った終末期患者の配偶者が鎮静に対してどのように意思決定したのか、面接を行った事例を比較してみると、まず両事例とも患者本人が告知を受けて自分の病状を理解しており、家族とともに残された時間を有意義に過ごすために、ホスピスに入院することを選択していた。しかしホスピスにおいても終末期には、耐えられないほどの苦痛症状が認められる。それについて事例A・Bとも、苦痛を感じている患者の姿は見ているのも辛い状況と感じていた。終末期に激しい苦痛がみとめられる患者に付き添っている配偶者は、患者の苦痛を共感し、同時に苦しんでいるといえるであろう。また配偶者は激しい苦痛をもつ患者に対して、側にいても何もできないことに無力感を感じていた。配偶者は、『安楽の保証に対するニード』^{2) 3)} と

して、終末期患者の安楽を希望してホスピスに入院したにもかかわらず、軽減が難しい苦痛を感じている患者を見て困惑し、また終末期であるからこそ配偶者は『患者の役に立ちたいというニード』^{2) 3)} を強めているにもかかわらず、患者の苦痛緩和のためにしてあげられることが見出せず無力感が生じやすいと考える。

鎮静は、緩和不可能な身体的苦痛から解放して患者のQOLを尊重するための最終的な治療として用いられている。鎮静の適応は、①耐えがたい身体的苦痛が存在する、②苦痛を緩和するのに他に手段がない、③本人または家族の同意が必要¹⁾ である。鎮静の頻度は施設によって異なるが、10～60%程度の終末期患者で使用されており^{1) 4) 5) 6)}、鎮静に至る症状としては身の置き所のない全身倦怠感や呼吸困難が多く¹⁾ ⁵⁾、がん末期の不穏やせん妄も^{1) 6)} もみとめられる。また鎮静の使用薬剤としては、フェノバルビタールやミダゾラムが多く^{1) 6)}、鎮静の期間は平均2～6日^{5) 6)} である。最期まで患者・家族が満足する生を送るためには、鎮静に対しても患者・家族の意思の尊重が重要である。終末期の配偶者には『患者の状態を知りたいというニード』²⁾ があるため、患者の状況を詳しく説明し、その上で配偶者が患者とともに鎮静に関する意思決定に参加できるよう、看護師が関わる必要がある。

事例Aでは、患者に鎮静の意思があり、それを配偶者が尊重する形で決定がされていた。患者が明らかな意思を示している場合には、配偶者も鎮静の決定に同意しやすく、また他の家族員からの同意もあれば、家族全員の意思として鎮静が決定できると考える。このように最期まで患者の意思を尊重できたと配偶者が思える体験が、患者の生き方の肯定や看取りの満足につながり、配偶者の悲嘆も軽減されるのではない

だろうか。

それに対して事例Bのように、患者本人がせん妄による不穏状態のため正しく判断することが難しい場合には、家族が代わりに意思決定を行うことになる。せん妄は、終末期の鎮静を行う際の60%の患者にみとめられる⁵⁾と言われ、ターミナルケアを実施する医療者も関わる頻度は高い。しかし、せん妄のある患者に付き添う家族は、普段と異なる患者の状況に混乱しており、冷静に判断するための精神的なゆとりがなく、決定が難しい状況にあると考えられる。事例Bが無我夢中の状態と述べているように、現状を把握するだけで精一杯の場合もあるため、看護師は配偶者が現在どのような心理状態かを観察しつつ、鎮静についての意思を確認していく必要がある。また岩本ら⁴⁾の調査によると、家族の鎮静の同意は医療者の説明方法にも影響を受けやすいことから、鎮静についての説明も押しつけにならないよう慎重に行う必要がある。その上、事例Bでは、他に相談する人がなく配偶者1人で決定せざるを得ない環境であったため、患者との別れに繋がる意思決定の重圧を配偶者ただ1人が背負わざるを得なかったと考える。そのため、看護師は配偶者に対するサポート状況についても配慮し、配偶者に無理やり決定を迫ることなく、焦らせずに納得した意思決定ができるよう見守る必要があるのではなかろうか。

鎮静によって患者は苦痛から解放されるが、同時に鎮静は意識を下げるため、その後の患者との意思疎通がはかれなくなる。岩本ら⁴⁾はセッション中に家族が辛かったこととして「話ができないこと」が最も多いと述べている。今回の2事例とも、鎮静後に会話ができなくなったことに対して、寂しさや辛さを感じていた。長年連れ添ってきた夫婦において会話は大切に、終末期であるからこそ配偶者にとって『夫婦間

の対話のニード』²⁾は高いと思われる。しかし鎮静による患者との意思疎通の減少から、死が間近で避けられないことを実感し、喪失感が強まったと考える。そのため事例Bのように鎮静に対する決定に迷いが生じる場合もある。柳原⁷⁾は、「家族にはさまざまな感情の混在と相反する感情を行き来している認知のたえざるゆらぎがあり、ゆらぎは精神的な健康さの上では重要である」と述べている。また配偶者は『感情表出のニード』^{2) 3)}をもつことから、看護師は配偶者の素直な感情を受け止め、たとえ配偶者の意思が揺らぐことがあっても、あくまでもその気持ちを尊重していく関わりが大切と考える。配偶者の意思を尊重して鎮静を中断した結果、患者の苦しみが増すことを確認し、事例Bも鎮静の決定を再確認できていた。

配偶者には迫りくる最期の時まで『患者の側にいたいというニード』^{2) 3)}がある。眠ってしまい、もはや会話のできなくなった患者とホスピスの個室で2人だけで過ごすことは、配偶者にとって孤独で一層喪失感を感じやすい。そのような配偶者に対する看護師の対応として、事例Bは声をかけてもらえることが心の支えであったと述べた。また事例Aでは、自分が付き添っていない時の情報を聞くことや、患者が看護師に話した内容を知ること、配偶者は最期まで患者との繋がりを感じられたのではないだろうか。終末期にある患者に付き添う配偶者は『医療従事者からの受容と支持のニード』^{2) 3)}を求めているため、看護師は配偶者と親密にコミュニケーションをはかり、最期まで継続して患者と配偶者を支える看護が大切と考える。

V. まとめ

今回、終末期の鎮静の意思決定にかかわる配

偶者の心理として、①配偶者は患者の苦痛をもに共感し、何もしてあげられないことに無力感を感じやすい、②患者の同意のもとに鎮静を決定した場合には配偶者も納得しやすい。しかし患者がせん妄状態の場合は、配偶者に任されるため決定が難しく、また決定後に意思が揺らぐ場合がある、③鎮静後には夫婦の会話が失われることから配偶者は寂しさや辛さを感じやすく、看護師の援助が支えになることがわかった。

患者が最期まで人間としての尊厳を保って生き、家族も最期まで患者とともに過ごせたと納得できることが、残された配偶者にとって悲嘆の回復および今後の人生へのステップになると考える。そのため看護師は、配偶者と積極的にコミュニケーションを図り、どんな場合でも配偶者の素直な感情を受容し支持していくことが重要であろう。

今回は、鎮静にかかわる配偶者の心理から看護援助を考えたため、他の家族員については取り上げなかったが、患者の喪失に対して各々の家族の持つ力を最大に生かし家族全体として対処がはかれることが望まれるため、看護師は配偶者以外の家族員に対しても積極的に関わる必要があるだろう。

謝辞

配偶者喪失の辛い体験についての面接に快くご同意くださったご遺族の皆様、貴重な面接の機会を与えてくださった聖隷三方原病院ホスピス森田達也先生、また原稿をまとめるにあたりご指導くださった聖隷クリストファー大学飯田澄美子教授に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 東原正明, 近藤まゆみ編 (2000): 緩和ケア. pp.280-284, 医学書院, 東京.
- 2) 鈴木志津枝 (1988): 終末期の夫をもつ妻への看護—死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える—. 看護研究, 21(5), 399-410.
- 3) Sandra Oliver Hampe, 中西陸子, 浅岡明子訳 (1977): 病院における終末期患者及び死亡患者の配偶者のニード. 看護研究, 10(5), 14-25.
- 4) 岩本貴子, 水野すみれ, 神谷有紀 (2002): セデーション実施にまつわる家族へのケア. ターミナルケア, 12(5), 374-377.
- 5) 森田達也, 角田純一, 井上聡, 千原明, 明智龍男 (1999): 症状緩和のための鎮静における意思決定過程. ターミナルケア, 9(1), 65-72.
- 6) 池永昌之 (1996): セデーションの実際と注意すべき確認事項. ターミナルケア, 6(4), 277-283.
- 7) 柳原清子 (1998): 癌ターミナル期家族の認知の研究—家族の揺らぎ—. 日本赤十字武蔵野短大紀要, 11号, 72-81.

参考文献

- 1) 濱口恵子, 石川邦嗣, 清水哲郎, 秋山守文, 田村里子, 菅野裕教 (1999): 緩和医療におけるセデーションに関する倫理的ガイドライン. 生命倫理, 9(1), 89-94.
- 2) 吉田みつ子, 川上潤子, 古川祐子 (2003): 緩和ケアにおけるセデーションに対する看護師の倫理的判断. 看護学雑誌, 67(10), 993-997.