

医療者への不信感を持つ患者の看護の一事例

1 病棟 10 階西

○ 牟田のぞみ 岡本孝子 横田久子 河村富美恵 山中京子

I. はじめに

日々臨床の現場に携わっていると、短期間のうちに多くの患者が入退院を繰り返す。限られた時間の中での人間関係の確立は、看護を行っていく上で大変重要となってくる。患者は、それぞれが様々な性格、生活習慣、生活背景を持っており、しかもその病気の種類や程度もまちまちである。特に当消化器内科病棟における入院患者のそのほとんどは癌患者であり、身体的にはもちろん、心理的、社会的側面への全人的ケアが必要となる。私達は、「患者中心の看護」を心掛けているが、すべての人に十分満足した看護を行うのはかなり困難なことである。そこで今回私たちは、医療者に不信感を持ったまま退院された患者の事例を通して、患者との信頼関係の構築のあり方を検討・考察する。

II. 事例紹介

患者：H氏 男性 58歳 職業：会社員（営業）

診断名：膵臓癌 転移性肝癌

入院期間：平成14年2月1日～3月15日

家族関係：妻と二人暮らし。息子は、北九州在住。

入院までの経過：平成13年1月、膵頭部癌の診断を受け、胃空腸吻合術施行。平成13年3月、国立がんセンターにて放射線化学療法を受ける。以後当科外来にて抗癌剤投与を受ける。12月下旬より、掻痒感・背部痛・体重減少出現し、平成14年2月、膵癌による閉塞性黄疸にて緊急入院となる。

告知：膵臓癌、転移性肝癌。余命に関しては、妻の希望により伝えられていない。

III. 看護の実際（看護者の心理経過も含め3期に分け記述する。）

第1期：緊急入院直後から経皮経肝胆道ドレナージ（以降PTCDと略す）直後まで

(2/1, 入院初日)

看護診断：閉塞性黄疸による掻痒感に関連した不眠

看護目標：黄疸・掻痒感が軽減でき、良眠できる。

看護の経過：H氏は、予診聴取時に、掻痒感による不眠を強く訴えた。入院直後の病状説明より、緊急PTCD施行とのことであつたため、上記目標のもとに経過観察を行った。こちらの問いかけにうなずき、返答するが、自ら自分のことを多く話したがらず、視線を合わせることもほとんどない。PTCD直後は、腰背部痛や不眠などの訴えがあり、主治医の指示通りの処置を伝えた。不眠に対し、注射の指示がでていたが、「注射は今まで散々してきたから嫌。我慢して寝る。」と語り、様子観察とした。入院当日だったことから、まず患者の訴えを受け入れ、見守った。

看護者の心理過程：口調が厳しく感じられ、面倒くさそうに話す。近寄りたがたい雰囲気を感じられた。

第2期：PTCD 施行後から国立がんセンター受診まで（2/2～2/28）

看護診断：健康の喪失、疾病の受容過程で生じる強い不安、検査における苦痛に関連した適応障害

看護目標：不安が表出でき、精神的安定が図れる。

看護の経過：PTCD 翌日より、安静が守られなかったり、床やベッドにうずくまっていることが多くなった。また、「眠れない、痒い。」「何で痛いのか。」「締め付けられる感じがする。」などといった訴えも増え、徐々にナースコールも頻回となった。そこで、上記診断の元、傾聴を主とした看護介入を試みた。しかし、日中はそのほとんどがベッドで寝ているか、喫煙のため2階へ降りているかでゆっくりと会話を交わす機会もあまりなかった。日を重ねるうちに「私の病名は何ですか。がんセンターではよく説明をされていたのに、ここの病院の先生は何の説明もない。」「ゆっくり座って話を聞いてくれることもない。」「熱の原因は？」「おなか痛い。」「チューブが抜けているんじゃないか。」と、病気・症状に対する訴えや、医療者・治療方針に対する不信・不満の訴えが増えていった。準夜帯から深夜帯にかけてのナースコールが増え、時間を問わず「主治医を呼べ。」と訴えたり、また、呼吸困難や不眠による睡眠薬の多量な内服から、ふらつきながら廊下を歩いているという場面も見受けられるようになった。H氏の様々な訴えに対し病状説明を行うが、しばらくすればまた、同様の質問を繰り返す。病状説明についての看護師の問いかけに対しては、一切話したがらず、「はいはいはい。」とだけ答える。「看護婦さんには何の不満もない。関係のないことだから、言っても仕方ない。」と心中を話すこともなかった。さらに、主治医に対しては治療方針に関する訴えが増加し、攻撃的となってきた。そこで、主治医とのコンタクトを密にし、繰り返し頻回の病状説明を依頼した。また、H氏の訴え、表出していることに対し、肯定も否定もせず傾聴し、清拭や補液の時間、鎮痛剤・睡眠薬の使用、「主治医を呼べ。」という頻回のナースコールに対し、H氏の希望に沿ったケアや時間配分を行い、深夜帯の対応は当直医に依頼した。しかし最終的には、治療自体を拒否する行動も目立ち、「ここは技術的に問題がある。病院を変わりたい。」としきりに転院を希望するようになった。精神科へのコンサルトも考え紹介を試みるも拒否し、呼吸困難・嘔気・疼痛の訴えも増え、治療・病状に対する、不信・不満も増大した。病状説明後も、廊下を歩き回り、医師や看護師を見つけては、同じ質問を繰り返した。そして、H氏からセカンドオピニオンの希望があり、国立がんセンターへ受診することとなった。がんセンターへの受診が決定した以降、訴えもやや軽減し、時折外泊するようになった。

看護者の心理過程：訴えが増えるにつれ、H氏の近寄りたがたい雰囲気から、ベッドサイドへの訪室が苦痛となった。訴えに対し、ひとつ返答すると、質問攻めにあう。うるさそうに話し、横柄で攻撃的な口調に感じられ、対応に身構えてしまう。また、夜勤帯の看護者の少ない時間に対応困難なコールが多く、ストレスに感じることも多くなった。告知されているのに受容されていない状態だと感じた。

第3期：国立がんセンター受診後から退院まで（3/6～3/15）

看護診断：健康の喪失、疾病の受容過程で生じる強い不安、検査における苦痛に関連した適応障害

看護目標：疾患を需要し、治療に積極的に参加できる。

看護の経過：帰院後、病状説明を行い、今後の方針を患者・家族と話し合った。患者の希望に添う形で内瘻化せず外瘻のまま、QOLを優先。退院後は、2回/週近医にて消毒。治療は引き続き行いたいので、1回/週当科外来にて抗癌剤治療を継続することとなった。

がんセンターでのことは一切話をしないものの、表情明るく、「外泊して気分転換できた。というか、自分の治療方針が決まってすっきりした。自分のことだからねえ。」と前向きな意見を聞くことができた。これらから、看護目標を変更し、看護介入を行った。患者に対しては、Ⅱ期と同様に患者に添う形でケアを行い、時間調整を図った。しばらくは「調子いい。痒みもない。」と、訴えもなく穏やかに過ごされたが、抗癌剤治療再開翌日から、経過とともに「抗癌剤点滴についての先生からの説明はどうなっているのか、がんセンターからの指示通りなのか。」など訴えが増え、不信感が高まっていった。医師との意見も合わず、不安感から医療者に対して、次第に怒りをぶつけるようになった。その結果、H氏の希望で内外瘻チューブ留置のまま自主退院となった。

看護者の心理過程：H氏に笑顔が見られ、退院も決まったことで安心した。しかし、また徐々に不信感も募り怒りをぶつけられ、「またか。」という思いが強くなった。

IV. 考察

緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできる限り良好なQOLを実現させることである。下稲葉¹⁾は、身体面・心理面・社会面・霊的面において、全人的な痛み（トータルペイン）の理解が正確な患者理解であると述べている。H氏において、第Ⅰ期には、身体面として、掻痒感・不眠・腰背部痛、心理面として、注射に対する痛みの恐怖の2面を強く訴えていた。また、予診聴取から社会面の社会的地位の喪失・疎外感・孤独感が考えられた。第Ⅱ期からⅢ期になるにつれて、心理面において、不本意な治療への怒りが徐々に増加し、予後を含めた先行きの不安も伺えた。入院中の経過を振り返ると、検査前後の身体的訴え、および夜間のナースコールが非常に多いことがわかる。H氏にとって今回の入院・治療は思っていた以上の痛み、苦痛であったのではないかと推測される。この心的苦痛が、身体的訴えの増加にもつながったと考えられる。R.G.Twycross²⁾は、痛みの閾値に影響する因子の中で、痛みの閾値を低下させる因子として、不快感・不眠・疲労・不安・恐怖・怒り・悲しみ・うつ状態・倦怠・内向的心理状態・孤独感・社会的地位の喪失を述べている。H氏においては、これらすべての因子が当てはまることがわかる。看護師は、この痛みの閾値が上昇するよう働きかけることが必要である。しかし、不信・不満や訴えが増加すればするほど、対応に苦慮し、できるならば避けたいと思うようになり、近寄りたいたいと感じるようになった。看護者は、患者の言動の表面的なところに反応し、見守る姿勢の中に患者から遠ざかりたいという気持ちがあり、ゆっくり座って意図的に傾聴するということができなかった。患者自身は、それを敏感にとらえ、心を開くことができなかったのではないかとと思われる。結果、適切な看護に結びつかず、患者－看護者関係の構築の阻害につながったと考える。しかし、H氏は、第三者の意見を聞くという意味で、自分の信頼している病院を受診し、落ち着いて

話を聞くことで、納得のいく治療方針を自己決定できたことが、病状・治療に対する不満・不信感だけでなく、不安感の軽減にもつながったと考えられた。そして自らの意思で、がんセンターへ受診することを決めたことで、気持ちの上で整理がついたのではないかと考えられた。R・G、Twycross は、チームの中で中心的役割を果たすのは、患者の心身の苦痛にいつも向き合っただけに対応している看護婦であるとも述べている。実際、H氏においても、その心的訴えのほとんどがまず最初に、看護者である私たちに発せられていた。しかし、その対応の困難さから、彼に向き合うことを避け、深く知ろうとしなかった。表面的な傾聴しか行っていなかったといえる。H氏は看護師に対し「何の不満もない。関係のないことだから、言っても仕方ない。」といった。この言葉から、ケアに対し不満はないが、同時に期待もしていないということが伺えた。医師に対して向けられた、「ゆっくり座って話を聞いてくれない。」という言葉は、我々看護師にも向けられていたH氏の思いだったのではないかと考える。全人的ケアの基本は人間関係の構築であり、その第一歩は看護者がまず患者に向き合うことである。身体の痛みばかりを取り除こうとしても、心の痛みを含め全人的ケアができなければがん患者の緩和ケアは成り立たないということを我々は再認識した。

V. おわりに

今回私たちは、医療者に不信感を持ったまま退院した患者の看護を経験した。近寄りやすい雰囲気を持つ患者に対し、見守る、傾聴するという言葉に隠れて、私たちは積極的に患者自身を知ろうとする努力が足らなかった。その結果、信頼関係が築けないまま自主退院となった。この事例を通し、緩和ケアを目指す看護者には、患者の発した訴えだけでなく、その背景や表れ方から、その裏にある患者からのメッセージを鋭く捕らえる傾聴の技術を身につけることが重要であると再認識した。今後も、患者と向き合い、より良い患者－看護者関係が築けるように、今回の事例を活かしていきたい。

引用・参考文献

- 1) 下稲葉康之：トータルペインをいかに気付くか，今日の緩和医療 Vol.1No.1, P14～15, 1999
- 2) R.G.Twycross, S.A.Lack (武田文和訳)：末期癌患者の診療マニュアル，第2版，医学書院，2000
- 3) 東原正明，近藤まゆみ：緩和ケア，医学書院，2000

入院中の経過（入院期間：2/1～3/15）

	入院経過	患者の反応
2/1	13:00 緊急入院、デイルームにて予診聴取 (主治医・看護師・患者) ムンテラ (主治医→患者) ①現在の状態 ②①により経皮的に8Fr～10Frのチューブを挿入して減黄をはかります。	O) 自ら自分のことを語ることはなく、問いかげに対し面倒くさそうに話す。口調が厳しく感じられ、視線を合わすこともほとんどない。 S) 隣癌で、肝臓に3つくらい転移している。夜は痒くて眠れない。背中痛みがあるから薬をもらっている。息苦しくなることがたまにある。注射は今まで散々してきたから嫌い。 O) うなずき承諾される。
2/2	15:00 緊急PTCD施行 帰室後、腰背部痛の訴えあり座薬使用 1:30 主治医指示にてアモバン内服 19:00 安静度：ベッド上安静、必要最小限のギャップアップ(食事・排泄)可 21:00 当直医診察 座薬施行 22:00	O) 座薬使用後から消灯まで、特に訴えなく睡眠。消灯後、眠剤希望される。指示で注射となっている事を伝えると、嫌悪。 S) 我慢して寝る。 S) 痒い、眠れない。注射はいい。今まで散々してきたから嫌。 O) 安静守られず、トイレ歩行。再度説明する。 S) 締め付けられるような感じがする。 O) 床にうずくまっている。 S) 大丈夫。癖だから。足腰弱ってるしな。何で痛いんか。薬の切れるころなんかなあ。・・・大丈夫。
2/3	安静度：病棟内フリー 20:30	O) このころより訴えが徐々に増え、ナースコールも頻回になる。 S) 何か今日も痛くなってきそうな気配がします。外来でもらっていた薬で対応してみたいんだが、
2/4	17:30 主治医説明(腫瘍熱とPTCDのためでしょう)	S) 私の病名は何ですか。がんセンターではよく説明をされていたのに、ここの病院の先生は何の説明もない。ゆっくり座って話を聞いてくれることもない。 S) 熱の原因は、 S) 私のこの熱の事を聞きたいので、先生を呼んで下さい。
2/5	23:00 6:00	S) おなか痛い。チューブが抜けてるんじゃないか。 O) うずくまっている事が多くなる。 S) チューブは入れるだけでも痛いだろう。ステントはしたくない。 O) 黄疽に対しては、内外瘻チューブの埋め込みで対処すること、チューブはできれば10か12Frまで大きくしていくことで合意。金属ステントについては、内外瘻チューブを留置するだけでも疼痛を伴うため拒否。
2/6	15:20 ムンテラ (主治医→患者・妻・息子) 1.図を用い、病態説明。 2.まずは黄疽を改善させた後、ジェムザール(抗癌剤)を投与します。 3.減黄の理由(感染を起こしやすくなり、肝臓がくさる。) 4.減黄の方法(現在留置しているチューブによる外瘻化。または、腫瘍による狭窄部にステントもしくはチューブを留置して十二指腸へのバイパスを作る。)	(ムンテラ後) O) Nsの問いかげに、「ん、説明聞いたよ。分かった。」とだけ話す。問いかげには、「はいはいはい。」とテレビに目を向けながらうさそうに答える。時に、ベッドにうずくまり、ふさぎこんだ様子も見受けられる。
2/10	19:20 20:20 (当直医診察時) 20:40	S) 痛み止めの座薬と眠剤下さい。座薬のほうがよく効くみたい。眠剤は、2～3錠のんでからもうない。眠剤のんでトイレに行くとフラフラする。 O) 訪室時、ベッドサイドでしゃがみこんでいる。 S) 10分ぐらい前から息苦しくて。1昨日坐薬いれてから何もしてない。薬がきれるころはいつも30分ぐらいこんな感じになる。薬もさつき2錠のんだ。 S) 自己判断で薬を増減しているので、しばらくすれは治る。坐薬も自分で持ってるから自分でやります。 O) ベッドサイドにたち、TVをみて笑っている。
2/11	3:00,5:00 当直医診察、痛みの性状もはっきりせず。ペンタジン筋注する。 17:00	S) 眠れない S) 眠れない。錯乱状態のような。・・・痛みは少し。さっきの眠剤もう1錠。 S) 最近は黄疽の事ばかりで、肝臓の治療は何もしてない。どうなんじゃろうか。先生と話がしたい。
2/12	瘻孔造影 17:10 20:45	(検査前) S) やっぱがんセンターへ行けばよかった。ここは技術的に問題がある。病院を変りたい。 O) 家族へ、がんセンターへ変りたいから手配してくれと電話している。 (検査後) S) 呼吸が苦しい。全然治まらない。 O) 指示にて酸素2リットル開始。1時間後「痛み止めのんで落ち着いた。」 S) さっき吐いた。何でやろうか。こんなことはなかった。胃のバイパス術をしてから、こんなことは一度もない。胃がどうかあるんじゃないか。 O) 様子観察との指示。患者へ「嘔気も今のところみられませんし、バイタルも変動ないのでしばらく様

2/13	22:30 23:00 1:30 3:30 4:00 7:30 リエゾンへの紹介も考慮するも、受け入れてもらえず。	子を見ましよう。」と伝えるも「誰の指示か。当てにならない。点滴ももうしない。今日は何回も針をさされて気分が悪い。」 S) 息苦しい。先生呼んで。 S) ねとられん。気分悪いここはたらいまわし。大学病院がこれか。やっつけられん。 O) 訪室時、ベッド上前屈位にて浅眠。 S) 心臓が痛い。K先生呼んでくれ。たらいまわしにされるんじやろうな。 S) 痛い。K先生に連絡してくれ。 S) K先生を呼んでくれ。この病院はどうなっちゃうんか。K先生に診てもらわんと採血はせん。 O) 表情険しく、覚醒するたびに時間は関係なく、主治医を呼べと訴える。 S) 全く黄疸はひけんし、何一つ、入院して変わったものはない。どうなっているのか。火曜の検査(ERCP)はこれで3度目。何度もするのは納得いかない。こっちは命がけでうけているのに。事前に治療の計画についてのきちとした説明がない。院長と話してもいい。 S) チューブの中が出血している。大丈夫なんか。 O) 妻からも同様の質問が繰り返しあり。 S) 検査したくない。どうして今のままでいいけないのか。説明が分からん。何回入れ替えたら気がすむんか。ここにきて承諾書とかに印を押したらん。ここはそんなシステムなんか。 O) ひどく立腹され、一応納得されるも、再ムンテラ希望。 S) 明日の検査は延期しよう。こんなにするとは思っていなかった。人間の体を何だと思っているんだ。大学のモルモットじゃない。 O) 説明後も、Dr・ナースをみつけては、上記質問を繰り返す。廊下をうろうろされる。
2/16	主治医、頻回にわたり訪室し、説明繰り返す。 絵を描いて、再度ムンテラ行う。	O) この日よりやや訴え軽減。時折外泊するようになる。
2/17	15:00 ムンテラ ①癌の成長はわずかです。35ミリのメタがあり、増大は見られてません。 ②明日の造影についてイラスト使用し説明。	O) 説明後も、Dr・ナースをみつけては、上記質問を繰り返す。廊下をうろうろされる。
2/18	①明日の造影についてイラスト使用し説明。 瘻孔造影中止	O) この日よりやや訴え軽減。時折外泊するようになる。
2/19	患者の希望にて、国立がんセンターに自分でコンサルトすることとなる。	
2/28	フィルム・紹介状・データ持参し国立がんセンターへ	
3/6	帰院。その後、ムンテラ。 患者の希望にそうかたちで、外瘻のままとなる。QOLを優先し、今後は退院し、週に2回近医にて消毒。治療は引き続き行いたいので、週1回当科外来にて治療。がんセンターへの転院はしない方向で。	S) 内瘻はしたくないので、外瘻のまま。 S) (外泊について) 外泊して気分転換できたというか、自分の治療方針が決まってすっきりした。自分のことだからね。 O) がんセンターでのことは一切話をしないものの、表情明るく、前向きな意見が聞かれる。
3/8	ジェムザール 1700mg 再開	S) 調子いい。黄疸もひけてかゆみもない。嫌な病気になったものだなー。
3/9		O) 昨日のジェムザール(抗癌剤)について、納得しておらず、質問多い。補液時間に関しても朝持つていくと「昼がいい」昼もつていくと「夕方がいい」という。看護師に不満をぶつける。 S) 抗癌剤点滴についての先生からの説明はどうなっているのだろうか。がんセンターからの指示通りなのか。 S) 管の中の血塊はなんか。チューブとか入れとるから傷つけとるんやないか。これは、医療ミスやないんか。疑心暗鬼になる。
3/10		S) 退院はいつになるんか。話をして一週間くらいたつのにまだ返事が聞かれん。つまりんことを何回したら気が済むんか。
3/11	右記訴えあり、3/15に再診、3/12に退院となる。	S) 血液も流れ出ているのに、不安で退院なんかできない。 S) (説明時) こんな太くて硬いチューブを入れてるから胆管を傷つけているのではないか。だいたい、こんな危険な治療をするのに、太い血管が側を通っているんだぞ。ほかの病院の先生は、こんな危ない治療はしないといっていた。お前にはもう触らせない。俺の体だ。
3/13	右記、およびチューブ内の血液に関し、主治医より話あるも、意思通じず。 時間を置き、説明書作成し、再度説明。 2,3日様子を見て、さらに出血が続くようであれば、チューブを少し抜いて見ましよう。	S) 出血が稀いから、退院は延期したい。説明はよくわかった。 S) こんな毒(チューブ内血液)が体の中にある。これを体の中でぐるぐる循環させるよりは、やっぱりこのままのほうがいいよなあ。早く退院させてくれや。 S) 飯こんなも食わすんか。栄養士を呼べ。点滴もこつちからいわなしやせんし。消毒も自分でする。
3/14 3/15	本人の希望にて、ジェムザール 1700mg 点滴後、外瘻化の10Fr内外瘻チューブ留置のまま、自主退院	