

手術後、自己導尿を拒否し、腹圧排尿に固執する患者との関わり
－ Q O L を尊重しケアの心身合一的な理解の為に－

1－4 ○松本真利子 田中瑞穂 内田美智子

〈はじめに〉

近年医学の進歩は高度な医療サービスの提供を可能にしたが、手術による治療を受けた患者の中には術後合併症に悩み現在の自分を受入れられない者も多い。医療者側は生物医学的理解を先行しつつ患者教育を行い、自己及び社会への適応を目指す。しかし患者はその人自身でありつづける為に身体的理解において悪しき行為であっても他者危害の原則に基づきあえて愚行権を行使することがある。この度患者の愚行権行使と医療者の生物医学的理解の先行を Q O L 尊重の先行により患者の「この私の自己理解」へと導くことで心身合一的に理解しケアしていくことに有効であることが明らかに出来た一事例を報告する。

〈対象と方法〉

1、患者紹介

氏名：M氏51歳 女性 家業手伝い（漁業）重要な事は自分で決定できないので夫か長男に相談する。

診断名：子宮体部癌 広汎性子宮全摘出術々後（H10年5月28日に手術） 糖尿病

入院期間 H10年 5月 7日～

研究期間：H10年 5月 7日～H10年 7月31日

家族状況：夫57歳 長男22歳 次男19歳（専門学校学生） 長女17歳（高校衛生看護科学生） 5人家族

2、研究方法

手術後、広汎性子宮全摘出術に関連した排尿パターンの変調により自己導尿が必要とされるも患者が拒否した。自己導尿が受け入れられるように自己理解が困難となった患者に生物医学的配慮を兼ねつつ4回の面接を行った。ボディイメージの障害・絶望感から Q O L を先行させることにより「この私の自己理解」を求めるためにさらに2回の面接をした。

1回の面接所要時間30分、

面接場所：1回目準HCU -Bed サイド、2～4回目軽処置室、5、6回目病室Bed サイド。

面接内容は表1に示すとおり。

表1 面接内容

1回目 (継続12日)	排尿訓練の説明と予期的悲嘆に関する援助として家族や社会から支持されている「私」、残存機能の保持。
2回目 (継続29日)	家族や社会から支持されている私、残存機能の保持、自己導尿への援助、長期腹圧排尿による不利益、自分らしく生きるために。
3回目 (継続30日)	
4回目 (継続46日)	
5回目 (継続50日)	自分らしく生きるために、尿路感染の予防、泌尿器科への定期受診等。

〈看護の実際〉

1回目の面接(継続12日)

手術後、バルンカテーテルを抜去するまえに面接をした。当科作成のパンフレットによる排尿訓練の説明と広汎性子宮全摘出術に関連した排泄パターンの変調を危惧し、予期的悲嘆に関する援助を行った。それは家族や社会から支持されている「私」の認識を促すものである。大切にされ、いまは心配もされて、大事にされているという自覚を持つ、その自覚はさらに自分自身を大切にしなければならないという認識へとつながるように話した。尿が出ればよかったよかったと喜ぼう、でも尿が出なくてもあなた自身にかわりはない事を忘れないでおこう。もしそうであってもみんなと一緒にのりこえよう、自己導尿法があるので小さな道具で誰にも気づかれずに排尿出来る。腎臓機能は大丈夫、排尿する行為のみが今までと違うが長時間の外出も旅行もOKなのだからと伝えた。大事な事は昨日も今日も明日もあなたであることが持続している事であると繰り返した。その後、患者は膀胱訓練の時間おきのクランプ開閉に関する依存的態度やバルンカテーテル抜去後の「おしっこが出ん心配だ、夢も希望もない」等不安を表出。深夜に残尿時間よと声を掛けると大声で不満を述べBed上で手足をバタバタさせるなどの現象が見られた。尿意も自尿もないため(継続21日)ミニプレス、ベサコリン内服開始後、尿意も自尿も出現した。この頃、担当医より夫と共に卵巣の外側に癌が残っている追加治療が必要と告知された。

2回目の面接(継続29日)

前日泌尿器科外来受診時、自己導尿が必要と説明を受けた事により危機状態に陥り自殺企図あり。「手持ちの眠剤3錠内服した、もうどうなってもいい。手首を切ったけど切れなかった。おしっこをとってもらわない。おしっこには行きたい感じはあるけど行かん。もうどうなってもいい」これから始まるであろう治療に対しても拒否し、時間おきの残尿測定にも応じなくなった。医師サイドから治療に支障をきたすという理由でとりあえず今まで通りの腹圧排尿による排泄方法を支持し、残尿による尿路感染の防止目的にて残尿測定も続行され手

術後2ヶ月までは定期的にその後は患者が必要とした時に随時施行。

2回目の面接では患者にタッチングしながら残尿測定を促した。「どうしたらいいかわからないね、悲しくて逃げ出したいね……。残尿の誘いに来ただけど私は強引に誘わないよ、貴女が残尿測定を、貴女の自由な意志でする気持ちになったらどうぞ。とても心配しているの」と声を掛けて患者が流涙したのをみてナースセンターに戻った。排尿すませて患者が来た。残尿を取られながら「昨日、泌尿器科の先生が手術で膀胱の神経が切れたからもう（自己導尿じゃないと）だめって……。きのう、先生と看護婦さんにじらを言うた。あんたがおらんでえかった、大事じゃった。でも、力んで膀胱辺りをギュッと押して出せばええって先生が言うた。自分で取るのは絶対に嫌だ」と言った。

3回目の面接(繰30回)

「先生が布団を叩いて何があったんかねって必死で言うちゃった」「みんな心配しているよ。貴女は良くなって帰る人だからね、泌尿器科医師、産婦人科医師、看護婦はそれぞれの立場から貴女に良いようにアドバイスする。今ある機能を大切にしよう長期に腹圧排尿を繰り返して残存機能低下をみるより、自己導尿をして退院して社会に戻り、時々治療を受けたら気分が変わるとか……。でも今の自分が受け入れられないんだね」看護婦と話し合ううちに表情和らぐ。

4回目の面接(繰46回)

化学療法(ランダ20mg×5日)後、自尿量の減少が見られ共同研究者間で相談の結果、再度自己導尿を勧めてみた。ウォーター・ハンマー現象等長期腹圧排尿による不利益について、残存機能の保持、自分のために大切な人のためにも不安を無くして自分らしく生きようと話すも、以前のように涙流したり、頑なな態度は無くなったが「イヤだ！泌尿器科の医師は自己導尿がいることは言わなかった」と拒否、否認した。自己導尿に関する理解は得られなかったので、担当医から尿路感染予防のために腹圧掛けて残尿の減少を計画された。患者には会陰部が腫脹しない程度に圧を加えるように指導した。

5回目の面接(繰50回)

今の排尿方法は貴女自身が選んだ自分らしく生きるための方法だが必ず定期的に泌尿器科の外来受診をするように、また腰痛や尿に異常がみられた時も受診をすすめた。

〈考察〉

1回目の面接は患者が手術によるクライシスの状態にあり、重要な関係が崩壊するのではないかという予感で心が満たされていた。予期的な悲嘆に建設的に携われるように配慮し、排尿訓練の説明と予期的悲嘆に関する援助として家族や社会から必要とされ支持されている「この私」についての認識を促すものと努めた。尿が出ても出なくても今までの貴女に変わりはない。それまでの自分のやり方では解決できない問題に直面しても、貴女はもちろんのこと家族や医療スタッフ等みんなで乗り越える準備があることを伝えた。

2・3回目の面接では直前に衝撃の時期に入っており強烈な不安によりパニックに陥っていた。鋭敏な感受性に対し残尿測定のために無理に引っ張っていくようなことは避け「貴女の自由意志に任せる」ことで患者の側に付き添い見守る立場をとり心配していることを伝え孤立しないように配慮した。いまは受け入れられないんだよねと言葉を掛けたことにより自

己導尿は受け入れられていないが「昨日は大変じゃったんよ、じらを言うた」と自分を取り戻すことができた。

4回目の面接で化学療法後自尿の減少が見られたので、再度自己導尿を勧めてみたが「イヤだ」と拒否された。「泌尿器科では自己導尿はいるって言わなかった」と否認。防御的退行の時期と見られ患者の防御的システムに無理に踏み込まないようにした。

5回目の面接ではその人らしく生きることを目標に腹圧排尿をとりあえず認め、尿路感染の予防、泌尿器科の定期受診の確認をした。

排尿パターンの変調により、危機看護介入と同時進行しながら自己導尿への理解を求めてきたが個人のコーピング能力を越え、自己導尿は拒否された。医療者として生物医学的理解を先行させサービス提供に徹したいところではあるが、他者危害の原則による個性の尊重から患者の取る愚行権行使を否定することは出来ない。1970年代にはいり、カパーは治療偏重医療における患者は「愛もなく、なぜ、治療する」というのが偽らざる気持ちであろう。また「ケアに際して患者と苦しみを共に分かち合うこと」(compassion)の重要性を主張している。QOL尊重を先行させ、患者の「この私の自己理解」へと導くことで心身合一的に理解し得る事は人格を持った人のケアに有効である。しかしながら、膀胱機能低下や腎臓機能低下の可能性への理解がどこまで得られているかを確認し評価しなければならない。また、個人のコーピング能力がUPしたところで再度自己導尿を促すか、またその時期をいつとするかを決定することは重要な課題である。ときとして愚行を認めることが倫理的に個性尊重であることに疑問は無いが、健康を疎外する危険を持つことが双方の葛藤であり、「とりあえず」のところが限界であろう。

〈まとめ〉

日常の理解のなかで我々は病気を了解するのに生物医学的理解を先行させているが、その根底には心身二元論的(心身分離)前提がある。ケアにより苦しみを理解することで心身合一的理解をしていくことは患者の総合的なQOL向上に必要と判断した。

〈おわりに〉

個人の自己決定の範囲を決定する方式について誰もまだ最後の答えを出してない。だから個人の自己決定とその範囲を規定する私たちの日々の倫理的なケアどのように対処されているのかを見ていく必要がある。

引用・参考文献

- 1) 加藤尚武：応用倫理学のすすめ 丸善ライブラリー 1994
- 2) 加藤尚武：生命倫理学を学ぶ人のために 世界思想社 1998
- 3) 小島操子：喪失と悲嘆・危機へのプロセスと看護の働きかけ 看護学雑誌50(10) 1896
- 4) 猪原照夫：広汎性子宮全摘と排尿障害 産婦人科治療 Vol 427 1995