

終末期に看護師に提供すべき情報が明確でなく、情報共有に至らない場合があった。また看護補助者は、家族がいない夜間など「患者の傍にいてあげたい」と思っているが、それができないことにジレンマを感じたり、体位交換など不必要なケアがあると感じて十分な判断ができず言いだせない現状があった。今後の課題としては、看取りの経験の浅いスタッフに対する教育や他職種協働の推進に繋がると言われる LCP を療養病棟に沿った形に変更し、タイムリーな判断やケアの提供ができるよう看護補助者と協働していく必要がある。また、訴えられない患者やその家族に対し、終末期に関わらず対話や観察を生かし、患者・家族の気持ちを予測できるよう情報共有を図るとともに、看護師も積極的に家族との関わりを持つことが重要である。

〈特別企画〉

座談会 「心電図モニターのない看取り」

座談会 1. 企画の背景 ～心電図モニターなしで看取るということ、その後～

笹本 肇 (原町赤十字病院 外科)

第 11 回の当研究会で、当院外科での取り組みを報告しました。その後緩和ケアチームを組織しましたが、他科の医師には、モニターに関する推奨は特に行っていません。それでも、この看取りは、他の病棟にもゆっくりと浸透してきています。平成 21 年から 23 年までの 3 年間、全がん患者の死亡時におけるモニター装着率を調べますと、外科 17 → 13 → 8 %、内科 85 → 74 → 50 % でした。医師 2 年目に緩和ケアに興味をもった私は、様々な講演を聴きにでかけました。そこで、「心電図モニターを使うのはよしましょう。せめて病室には持ち込まない様にしましょう」という提言を聞きました。これが実践できたのは、何年も後のことでした。最初は「持ち込まない」を試みましたが、すぐに違和感を感じました。安全な場所で、高みの見物をしている自分に気がきました。亡くなるまでの経過が、数字の羅列で埋まった看護記録には、患者さんの姿が見えませんでした。また「看護師さんは知ってるんでしょう？」と家族の方が、看護室にモニターを覗きに來られた事もあった様です。情報の非対称性を、わざわざ作りだしていたのです。私が「装着しない」を実践できたのは、訪問診療の経験で確信が持てた事、「死をみとる 1 週間」(医学書院)を読んだ事、院内で自分の意見を言える立場にあった事、が大きいです。そして、1 年間の集中的な実践(泊まり込み)によって、病棟の雰囲気、あるいは場、文化の様なもの生まれ、それを良いと感じた看護師たちが、熱心に広めてくれたのです。医療

者としてできる事がもはや無くなった状況で、「ケア」の本質が最も鮮明に現れてくるのだと思います。医療者-患者、ではなく、人-人の関係性。モニターは、医療者が無意識に行っている、管理・監視の象徴と考えています。一般病棟では意識的に創り出さねばならなかった「モニターのない看取り」が、私たちに何を教えてくれるのか。本日は、経験豊かなパネリストの皆さんに、お話を伺いたいと思います。

座談会 2. 緩和ケア開棟に向かったの議論

斎藤 龍生 (独立行政法人国立病院機構

西群馬病院)

西群馬病院の緩和ケア病棟は、平成 6 年 7 月に、全国で 13 番目、県内初の緩和ケア病棟として緩和ケア病棟入院料届出施設として保険承認されました。緩和ケア病棟の開棟はその 1 年前、平成 5 年 6 月でした。この開棟を前に、緩和ケア病棟の理念、入棟の基準、スタッフの意思統一について、勉強会と会議が様々な形で開催されました。その際に一番大切なこととされたのは、医療者の都合や、家族の意向ではなく、患者さん本人の意思が尊重されることでした。そのため、患者さんが病名を知っていること、そして自ら緩和ケア病棟に入棟することを希望していることでありました。そんな中、緩和ケア病棟の医療機器整備の話になったとき、心電図モニターを入れるかどうかの話になり、医師からは当然臨終確認には必要という意見が多くありましたが、看護部からは、必ずしもいらぬのではないかという話があり、紛糾しました。除細動器や人工呼吸器を整備しないことには、すんなり意見がまとまりましたが、心電図モニターはいらぬだろうと多くの医師たちが考えていました。「じゃ、どうやって、心停止を確認するのか?」「脈が触れなくても、心電図が動いていることだって有るし……」「呼吸が止まったと思ったら、しばらくして深い息が起こることもあるし……」と、具体的な話が、色々な科の医師から、次々にあがりました。私は当時副院長で、院長から緩和ケア病棟の責任医師を任されていました。その時、緩和ケア病棟の師長に内定していた看護師から、「心配だったら、何回も患者さんの元に行けばよいのではないのでしょうか?」「臨終の認定が不安だったら、しっかり確認できるまで、いつもより長くなるかもしれませんが、確信できるまでずっとそばについて付いていけばよいのではないのでしょうか?」という発言があり、一瞬その場が「シーン」となりました。よく考えてみると私達医療従事者は、重症の受け持ち患者さんがいると、スタッフルームで仕事をしながら、心電図モニターをちらちらと眺め、訪室のタイミングを見るということをしていたような気がします。心電図モニターが付いていないと、状態の確認の

ため、度々病室を訪れることになりませんが、それは手間のかかることではあります。その心配のため看護師や医師が度々訪室することが患者さんや家族にとってよいのではないかという発言だったのです。それまで色々な発言が有りましたが、この一言で、みんな納得。とても印象的で、改めて患者さんと家族中心の緩和ケアの神髄を確認したような気になったエピソードとして印象的でした。

座談会 3. 看取りを支える訪問看護～ショパンと共に～ 永井 千穂

(看護協会訪問看護ステーション渋谷)

「自宅で安らかな最期を迎えたい」と願う本人、そして家族が安心して療養できるためのサポートをすることが訪問看護師の重要な役割である。死に向かう経過の中では、本人の病状把握はもちろんのこと、家族の不安や苦悩に常に配慮しなければならない。そして、家族と一緒にケアを行なうことで本人の身体的変化を肌で感じてもらえるよう努める。在宅での看取りは、訪問看護師の力が試され、また大いに発揮できる場所である。病院勤務時代、看取りの時期には蘇生やモニター装着は当たり前であった。ただ、急変の連絡を受けた親族の様子は、皆画面に目を向けていた印象が強く残っている。訪問看護でのエピソードを紹介する。がん末期の利用者。家族が看取りを覚悟した上での退院。徐々に意識レベルが低下し、状態報告をした際に医師からモニター装着の指示。寝室には本人が好んで聴いていたショパンが BGM として流れ、家族がベッドを囲み会話をしたり、本人の肌に触れたりしながらその時を待っていた。私は、お別れの時間が近づいていること、またこれから起こり得る症状と対処法について説明し、訪問看護師が 24 時間体制で支えることで家族の不安軽減に努めた。死の準備教育に対しては慎重に、また時間を費やした。看取りについて覚悟を決めたという家族の意思を確認した私は、訪問看護師になって初めて医師に反論した。検査データやモニターの存在しない在宅での看取りは、医師の診断の元、看護師の観察力と家族を支える指導力が問われてくる。心電図や血圧の値ではなく、呼吸が止まり、脈拍が触れなくなって心臓が止まることが自然な過程であり、それを家族が理解することができれば穏やかに送ることができると感じている。

座談会 4. 心電図モニターのない看取りのメリット 一般病棟の場合

村岡やす子 (日高病院)

当院は急性期病院である。私が所属する 4 階北病棟は内科病棟で、脳血管疾患の後遺症や廃用症候群で寝たき

りの方の割合が多い。その中でがん患者が占める割合は 1 割程度である。双方とも病状説明後、DNR の意思決定を行う本人 (少数) 家族が多い。しかし心電図モニターのない看取りは経験がなく、先日看護師間で話題を投げかけたところ「モニター心電図のない看取りは考えられない、人数の少ない夜勤帯や家族のいない時間帯に誰にも気づかずに亡くなられることが心配」ということであった。確かに心電図モニターは異常があればアラーム音が鳴り知らせてくれる。器械はそれを教えてくれるが、器械に頼っていることで看護師が経験の中で身につけてきた感性や五感で捉える看護力が低下してきているのではないかと思うことがある。私は訪問看護を 10 年近く経験したが、モニターはないが自分の感じる患者の変化をいち早く捉え異常の早期発見に努めてきた。そして患者の意向に沿った看取りの経験もある。家族が安心して自宅で看取れるよう看取りの過程に対する変化への説明などを行っていた。私も久しく病棟で身を置くうちにそのような流れにまぎれてしまっていると感じた。看取りが迫った患者は個室に移され、ベッドサイドモニターが運び込まれる。その後は医療者・家族ともモニターを見守り患者に目が向かなくなる。それ自体が弊害であると考え。先日がん患者さんの看取りの近いことが分かり、意識的にモニターを付けないよう担当ナースと申し合わせた。妻や子、孫たちが集まっており、患者の思い出話をしていた。意識レベルは 3 桁であったが、私はまだ耳が聞こえることを話し、今のうちに言っておきたいことなど声をかけるよう勧めた。モニターがないことで看取りを患者と家族の大切な空間になったと感じた。今後モニターのない看取りを進めていくためには、医療者間での話し合いや患者や家族が納得してつけない選択をするなどが必要であると考え。認定看護師としてはモニターを付けないことでのメリットを少しずつ看護師に伝え広めていきたい。

座談会 5. 終末期を共に生き、看取るとき……

～その道具は必要でしょうか?～

狩野 道子 (原町赤十字病院)

2009 年の厚生労働省の調査では、在宅での最後を希望する人が 60% もいるのに、病院での看取りは 78% を超えています。PCU も増えつつありますが、何らかの事情で一般病棟での最期を余儀なくされる人が多いことは間違いありません。この様な現状の中で、社会資源を活用し在宅に移行できるよう支援することも大切ですが、病院での看取りが“その人・家族に「ここでもよかった」と言って貰えるような環境を作ること”も病棟看護師の重要な役割です。そんな環境を作る為に、“必要がない”または“看取りに意味を持たない慣習”は、取り除かれる