

# 第1章 がん終末期患者の諸相

## 【耐え難い苦痛といわれている構図を症例から学ぶ】

鎮静に限らず緩和ケアについて考えるときに、耐え難い苦痛の問題を避けることはできない。耐え難い苦痛とは何か、耐え難い苦痛の何が問題なのか、耐え難い苦痛を防ぐことはできるのか、耐え難い苦痛を緩和する方法はあるのか、などの問題について検証し、検討することが必要である。しかし、いきなり概念的な検討を行っていろいろと書き連ねるよりも、耐え難い苦痛について、具体的な症例を呈示して筆者がどう考え、どう解決したかを見て貰うことが、この問題の理解を深める近道であると考え。

### 症例1: 苦しいよ

Bさん、48歳、女性、直腸癌・多発肺転移

訪問開始時、呼吸困難と、右腸腰筋転移のため腰痛を訴えていた。疼痛に対してはモルヒネの経口投与1000mgで、呼吸困難に対しては在宅酸素療法(HOT: Home Oxygen Therapy)を行っていた。多発肺転移の進展により呼吸困難が強くなったために診療を依頼された。訪問診療開始時に酸素吸入3L/分の状態で酸素飽和度(SpO<sub>2</sub>)が94%であったが、数日後には74%と低下し、チアノーゼも出現した。このような経過の中で、モルヒネ投与の主な目的が疼痛緩和から呼吸困難緩和にシフトした。服薬が困難になったためモルヒネの投与経路の変更が必要となった。内服から持続皮下注射に切り替えたところ呼吸困難は緩和され、患者のコミュニケーション力は保たれ小康状態が続いていた。そのような状況の中、家族から「苦しんでいるので眠れるようにして欲しい」と電話があり、看護師が訪問した。患者は身体を左右に揺り動かして「苦しい」と訴えた。いわゆる七転八倒の苦しみともいうべき光景であり、それまででない事態であった。しかし看護師は、Bさんが苦しいと訴えながらも、必死に上体を起こそうとしていることに気づいた。以下はカルテの記載をそのまま引用する。

Bさん：あー、あー、背中離して。あー。起こして。苦しい。

看護師：何かお手伝いできることはありますか？

Bさん：背中を押して。あー苦しい、苦しい。

(大きな声を出している。体を左右に揺らしている。)

看護師：起こすのを手伝いましょうか？

Bさん：苦しい、起こして

(ベッド上に長女がおり、手を握っている。ベッドサイドに夫、母親、弟、叔母、友人が居る。)

看護師：Bさん、頑張りましたね。皆さんそばに居ますよ。

Bさん：ありがとう。(はっきりとした声で、呼吸は穏やかになっていた。)

(まもなく呼吸は少し穏やかになり、次のような会話になった。)

Bさん：じゃーね。はやく、はやく。

看護師：何をはやく？

Bさん：カレン(次女)。カレン。カレン起こして。カレン起こして。

(寝ていた次女が起きてくる。)

Bさん：カレン。眠るんじゃないよ、天国に行くんだよ。天国で待っているからね。じゃーね。バイバーイ。

(話を終わると、呼吸がゆっくりになる。)

Bさん：まみさん(友人)、まみさん、早く来て、早く来て。

(夫が友人に電話をかけ、電話を本人の耳にあて、友人の声を聞かせる。)

Bさん：ありがとう。

## 患者の言動には意味がある

Bさんはその後、就眠した。看護師は退出し、その1時間30分後にBさんは家族全員に見守られる中、静かに息を引き取った。

七転八倒の苦しみにみえたBさんは、最後のお別れを言いたくて起きあがろうとしていた。「苦しい」という言葉には、確かに息苦しいこともあるが、自身の力で起き上がることができず、その状況は家族にも伝わらない苦しさや込められていたと筆者は考えている。しかし家族には、必死の表情が苦悶様に見えた。“苦しいのだろう”と思っているので、「苦しい」という言葉しか聞き取れなかった。ゆっくり眠れた方が楽だろうと思っている家族には、“起こして”と

---

という言葉が聞き取れず、Bさんが起きようとしていることに気づけず、耐え難い苦痛のためにもがいているように見えたのである。訪問看護師は、「あー苦しい」というBさんに何が起きているのか、手伝えることはないかと考えた。そして起き上がろうとしているが起き上がれないBさんに気づき、その動作に手を貸した。そして看護師の、「Bさん、頑張りましたね。皆さんそばにいますよ」という言葉によって、Bさんは家族と別れの言葉を交わすことができたのである。耐え難い苦痛にもがいているように見えたBさんが「ありがとう」と言った時に、夫は看護師に「何か薬を使ったんですか？」と聞いた。薬は使っていない。看護師は、「頑張りましたね」とそれまでのBさんの頑張ってきた事実を肯定し、「皆さん傍に居ますよ」と、その時の事実を伝えただけである。

Bさんは、子供が成人するのを見届けるために、化学療法、放射線療法、免疫療法などをインターネットなどで検索し、治療の可能性を追求し続けていた。そのBさんが、在宅緩和ケアを受けることを決めた時、避けることのできない“死”を受け入れるようになった。しかし、それまでBさんと共に“生”を目指していた家族の認識は変わらず、“死”を受け入れることが間に合わないままにBさんの呼吸困難症状が進行してきた背景があった。そのため、家族はBさんとの率直なコミュニケーションがとれず、別れの言葉を交わしたいBさんに気づくことができなかった。いや、Bさんとの別れを避けたい気持ちから、気づきたくないという心理が「眠れるようにしてほしい」という電話になったと考えられる。もし、静かに眠らせてあげたいという家族の気持ちを筆者が受け入れ、Bさんの状況を耐え難い苦痛と判断し、家族の希望通りに薬の増量などによって眠らせていたら……。Bさんは家族に感謝の言葉を告げることもできず、家族はBさんと別れの言葉を交わすことなく、永遠の別れをすることになったであろう。耐え難い苦痛の末の死という思いを家族に残して。

### 病気の重症度と患者の辛さは比例しない

Bさんの呼吸困難は、両側多発肺転移巣の進展により、呼吸面積が減少していたこと、下大静脈血栓が原因となって肺血栓塞栓を起こしていたこと、両側胸水の貯留があったことなど、これ以上は起こらないくらい究極的な器質的変化が複合的に起こっていた結果であった。器質的変化がBさんほど高度であっても、呼吸困難症状を引き起こす病態を患者が理解し、患者自身が対処法をわ

かっていれば、辛いけれどもパニックになることなく、適切な薬剤投与で症状の緩和ができ、その人自身を保つことが可能なのである。この症例は耐え難き苦痛の発現において、苦痛をさらに増悪する要因、例えば心理的な因子、患者の周囲の人（家族、医療スタッフ）の関わりなどが如何に大きく影響するかを物語っている。現実には、訪問看護師はBさんが苦痛を堪え忍んでいるとは受け取らず、Bさんに何が起きているのか、何をしようとしているのか、何を伝えようとしているのかを考え、何か手伝えることはないかとBさんに関わった。実際に、訪問看護師は患者に起きている事実を具体的に受け止め、それを解決する方向でのケアを提供している。薬物を新たに使用することがなかっただけでなく、その後の呼吸はゆったりと落ち着いた。そして、意識を保った状態で呼吸困難を訴えることなく、眠るように最期を迎えたのである。

Bさんが示したような耐え難い苦痛と思われる状況およびその緩和過程は、決して特殊ではなく、ごく普通に見られるものだとすることを是非認識して欲しい。

## 症例2 痛くて動けない

Cさん、50歳代、女性 直腸癌

3年前に血便があり直腸癌の診断を受けたが、人工肛門の造設を拒否して手術をしないで化学放射線治療を行った。腫瘍は消失したと聞かされ、治癒したと思っていた。しかし1年半後に骨盤腔内の再発と診断され、紹介され転院をした。定期的を受けていたCTの画像を見た転院先の医師から、「見落とされています」といわれた。さらに「もう少し早ければ良かったが、今の状態では追加治療ができません」とも言われたということであった。納得できず、なんとか追加の抗がん剤治療を受けていたが、通院できなくなり、当院を紹介された。

主な症状は、左足の全体的な痛みと力が入らないことであった。痛みはびりびりした感じを伴っていて、病院の主治医からは神経障害性疼痛であること、痛みを完全に取るのは難しいことを言われていた。Cさんはそのことを十分に理解していたが、左足を不用意に動かすと、電気が走るような強い痛みが起るので、膝を曲げてじっとしているほかはなかった。さらに、筆者が診察しようとして左足のどこかの部分に少しでも触ると、『イタイ』と大きな声を出し、

---

身体をのけぞらせて痛がった。いわゆるアロデニアという状態である。このような強い痛みの緩和に難渋していた状況での会話である。

Cさん：リリカは神経の障害がある時に使うと聞いていますが、私は足の感覚がわからないんですけど、飲んでいても良いんでしょうか？

私：リリカを飲んで困る症状がなければ、即効的に効果が出る薬ではないので、もう少し様子を見ていきましょう。

Cさん：トラマールを飲むと眠くなるんです。オキノーム散は効くんですけど、2時間くらいしかもたないし。

私：オキノーム散は、飲んだ後に痛みは取れるけれど、2時間しか効かないというのは、1回の服用量が少ないのかも知れません。

Cさん：一度だけオキノーム散を、いつもの倍の2包飲んだことがあります。その時は痛みがとれました。今までの先生には言っていなかったけど。

私：薬を増やすことで心配なことはありますか？

Cさん：薬が増えると、寝たきりになって、最後は注射でしょ？わからなくなってから何をされても良いけど、それまでは起きていたいでしょ。

私：薬が増えて寝たきりになるわけではないです。きちんと相談しながら使えば、かなり増やしても大丈夫です。

Cさん：今、薬の種類を増やすつもりはないけど、オキノーム散だけを増やせないかと思っていたから、良かったです。痛みがとれない時はオキノーム散を2包にしてみます。

訪問診療・看護のたびにこのようなやりとりを繰り返していたが、Cさんの鎮痛剤および鎮痛補助剤の内服方法は非定型的で、自己流を貫いていた。筆者はCさん流の鎮痛剤服用方法を認めながらWHO方式の原則(第2章を参照)を伝えていくと、徐々にではあるが、自己流の服用方法に変化が見られるようになってきた。しかし、レスキューを頻回(1日8~10回くらい)に内服することには変わりはなく、時に激痛を訴えていた。筆者も妙案がなく、他の方法を模索するのであればブロックなどの方法も考えられる、などと伝えたりしていた。ある時「Cさんの薬の使い方はかなり合理的になってきているし、とても良いと思う」と話すと、「先生に褒められた」と言って、今までに見せたこともない