

外来透析施設における終末期看護

大坪みはる

医療法人社団湯沢会 西部腎クリニック

はじめに

終末期看護は、がん患者のホスピスや高齢者の在宅での看取りにおいて QOL を高め、その人らしく生きていくことを支える役割として確立してきている。しかし、透析領域、特に外来透析施設（以下、クリニック）においては、重症化した時点で入院施設へ転院もしくは突然死となるケースがほとんどであったため、これまで十分な検討がなされていたとは言い難い。しかし、超高齢透析患者および重症重複合併症患者の急増や患者の権利意識の高まりなどから、透析中止を含めた「自分がどのように生き、どのように死にたいか」を考えるなかで在宅での死を望む患者も増加している。

以下に紹介する事例は、自宅で過ごすことを優先し、当クリニックでの透析継続を強く希望し、最終的に透析中止を選択した例である。この看護を通して、クリニックでの終末期看護の役割と課題を考えてみた。

1 事例紹介

紹介する患者の概要は以下である。

事例：A 氏，65 歳，男性

原疾患：糖尿病性腎症

透析歴：13 年

家族構成：夫婦 2 人暮らし。長男夫婦は隣に居住。

長男の妻は看護婦である。

2 事例の背景

A 氏は 7 人兄弟の 4 番目として裕福な家庭に育ち、高校卒業後、兄弟で土建業を経営し、28 歳で結婚。男子 2 人をもうけ、順調な生活を継続していた。仕事のつきあいが多く、酒、タバコの嗜好はないが、美食家で外食も多い日常であった。

1970 年（36 歳）に糖尿病と診断され、薬物療法と食事療法を受けたが、管理はルーズであった。1985 年（51 歳）、高窒素血症を指摘され、同年、眼底出血のため T 病院で眼科手術を受けたが、視力低下が著しいため仕事を辞め、年金生活を選択した。1987 年 4 月、Y 病院で緊急透析導入となる。導入 2 年目（55 歳）に当院に転院し、妻の運転する自家用車で週 3 回の外来透析を継続していた。

透析導入後も表 1 に示すように、様々な合併症が出現したが、「糖尿病患者は 5 年もてばいいほうだと言われたのに、俺は長生きしている」と嬉しそうに話していた。

1996 年、胸痛精査の目的で Y 病院入院中に心筋梗塞を併発。大学病院に移送され、一命は取りとめたが、心機能の回復は悪く、医師より予後不良で突然死の危険が高いことが告げられた。1997 年 1 月退院し、当院で通院透析となったが、著明な ADL の低下と透析維持困難があり、再び Y 病院に入院した。

表 1 病 歴

1. 現病歴		
1970年	(36歳)	近医で糖尿病と診断。薬物療法開始となったが、服薬・食事とも管理不良であった。
1985年5月	(51歳)	K診療所受診。蛋白尿(+) Cr 1.8。高窒素血症といわれる。
1986年12月	(52歳)	Y病院受診。BUN 59, Cr 4.9 と上昇。外来受診を繰り返していたが、徐々に悪化していった。
1987年4月	(53歳)	全身浮腫、肺うっ血で救急入院。即日透析導入となった。
1989年5月	(55歳)	当院に転院。
2. 既往歴・合併症		
1970年	(36歳)	糖尿病を指摘され、内服治療開始。
1985年	(51歳)	T病院にて右硝子体、白内障手術。
1986年	(52歳)	T病院にて左白内障網膜光凝固術。
1986~1988年		Y病院にて糖尿病教育入院3~4回。3ヵ月に1回T病院眼科受診継続。
1995年1月	(61歳)	Y病院循環器科にて心カテ施行。
1995年4月		Y病院呼吸器科にて喘息と診断。
1996年4月	(62歳)	Y病院にて甲状腺機能低下症・S状結腸ポリープ・足壊疽と診断。
1996年7月		Y病院にてS状結腸ポリープ除去術施行。
1996年10月		Y病院にて心臓精査入院中AMI出現(A大学病院に3ヵ月入院)。
1997年9月	(63歳)	左橈尺骨遠位端骨折(3週間で治癒)。
1997年12月		Y病院特診科にて抑うつ状態と診断。薬物療法開始。
1998年11月	(64歳)	右踵部壊疽でY病院皮膚科受診開始。

3 事例の経過 (1998年6-12月)

1998年6月、本人・家族から「自宅で過ごしたい」、
「慣れ親しんだクリニックで透析を受けたい」と希望
があった。クリニックの現体制では大勢の患者をオー
プンスペースで治療しており、少ない看護婦数、限ら
れた勤務時間、24時間緊急体制のとれない状況下で
の受け入れは、自分たちの力量を超えているのではと
いう思いと、長年看護してきたA氏を引き受けたい
思いと現実的な面とがスタッフの話し合いで出された。
医師からも入院施設のように十分な体制がとれないこ
とを本人・家族に説明した。「いつどんな形で亡くな
ろうとも覚悟している」との決意もあり、危篤時は入
院施設に転院せざるを得ないことを前提に、自宅での
生活優先を目的に当院での通院透析を再開した。この
とき、危篤時は挿管による人工蘇生はしないで欲しい
と本人・家族から希望があった。

透析中の収縮期血圧は80 mmHgで体重増加時は
除水困難であったが、血圧60 mmHg以上で意識レ
ベルが保たれることから透析維持の条件を変更し、続
行した。透析中、A氏は看護婦とおしゃべりするの
が好きで、美食家の豊富な話題を嬉しそうに披露して
いた。1998年10月、右踵部の壊疽が悪化し動作時
疼痛を訴えるようになった。これまで移動は車椅子で
あったが、なんとか杖を使用し、立位が保てるまでに

回復してきたところであった。12月、皮膚科と整形
外科医から下肢切断の方針が出されたが、本人は「足
をつけたままあの世に行きたい」と希望し、保存療法
が選択された。

4 事例の経過 (1999年1-6月)

この時期は透析中止を選択し、亡くなるまでの6
ヵ月間である。

A氏と介護者である妻との関係を中心に、その時々
の医療者の関わりについて、看護記録の経過を追って
述べる。

【1月】A氏は右踵部の壊疽の悪化に伴い、自由に
動けなくなったストレスからコーラをがぶ飲みしては
体重増加が多くなり、透析中も血圧下降が頻回となっ
た。この頃から、「近所が自分の悪口を言っているか
ら電話で文句をいってやった」という話が増え、妻か
らは、「近所中に電話をかけては怒鳴っており困って
いる」ということであった。被害妄想と考えられ、特
診科を受診し、抑鬱と診断された。妻は近所迷惑にな
るので本人の部屋から電話をはずしたが、それをき
っかけに、透析日の朝になると「透析に行かない」と本
人が動こうとせず、困った妻は息子夫婦の協力を得て、
3人がかりで抱きかかえるようにして透析室に連れて
くるようになった。入室後「クソババア、なんで電話
させないんだ」「クソジジイ、死にたいんならさっさ

とくたばっちまえ」としばらく怒鳴りあう光景が2週間ほど続いた。しかし、看護婦には透析開始を促されると、ベッドに横になり、平常と変わらぬ言動を示し、「うちの奥さんは強いところもあるけど弱いところもあるんだ。ストレスが溜まったなと思うと言いたいことを言わせて発散させるんだよ」と話し、陰悪な夫婦喧嘩にみえた怒鳴りあいは従来の夫婦関係のパターンであり、自殺企図にみえる透析拒否も、自由に動けない自分の意思を通そうとするA氏なりの抵抗であることがわかり、平常の関わりを継続した。表面の行動にとらわれず内面を洞察すると、妻に依存した淋しがり屋のA氏と献身的に夫を支えようとする妻であることが理解できた。

【2月】 壊疽の進行で自力での立位もできなくなり、座位と摂食行動以外はすべて介助を要し、妻の負担もふえてきた。排便は、下剤を使うと下痢となり、何度もおむつや下着を取り替えなければならず、また下剤を使わなければ、まったく便が出ないことから、週1回透析のない週末にまとめて出したいと妻から要望があり、了解した。A氏の体重増加は相変わらず続き、自己管理の意欲の喪失は生きる意欲の喪失とも考えられた。また、妻も長引く介護で疲労が蓄積しており、「しばらく休みたい、近くの病院だとすぐ呼び出すので休養にならない、少し離れた病院に1ヵ月くらい入院してもらえば疲れもとれ、また面倒をみる元気がでると思う」と相談をうけた。ヘルパーの利用や地域の訪問看護婦による支援を勧めたが、「他人が家に入るのは、気を使ってよけい疲れるから」と断られた。右踵部の痛みは鎮静薬でコントロールし、透析治療や身体状況も比較的落ち着いていたことから、介護者の疲労回復を優先させ、A氏にこれからずっと奥さんに看病してもらうためにも、少し休ませてあげたらどうかと話し、リハビリもできる温泉病院を紹介した。A氏もしぶしぶではあったが同意し、入院前面接に息子さんの車で行った感想を「伊豆半島を久しぶりにドライブして料理も食べてきた」と話し、久々の外出はまんざらでもなさそうであった。A氏の反応から、1ヵ月の入院は経過できそうに思われ、24日に転院した。

【3月】 転院1週間目に妻から当院に電話があった。「毎日電話が入って淋しい、淋しいって言うの。可哀想になって、迎えに行ってくるので、またお願いしま

す」という内容であった。戻ってきたA氏は「入院中、淋しくって、怖くって、家に帰りたくて何度も電話した」「車椅子に乗ったままプールのようなお湯に集団で入れられるのがアウシュビッツのガス室を連想させて怖かった」とそのときの心情を話し、死への不安と家族に見放されるのではという不安にさいなまれていたことがわかった。妻は「やっぱりこの人は私がいけないとだめなのよ、今度は覚悟を決めて最期まで自宅で面倒をみます」と決意を述べられた。

その後、自宅に戻ったことで、精神的な落ち着きを取り戻したが、壊疽は悪化し、整形外科の医師から再度下肢切断の方針が出された。

【4月】 一度は下肢切断を拒否したA氏であったが、疼痛は強く鎮痛薬の使用も増加し、朦朧とした状態も多くなっていたことなどから、下肢切断もやむをえないという気持ちに変わり、「足、切らなきゃだめだって。切った足貰えるのかなあ」と足の問題が解決すれば、また元気になれるのではという期待も芽生えているようであった。足底部はほぼ脱落状態で消毒や処置も時間を要した。

【5月】 手術にあたって、循環器の精査が計画された。検査入院にあたって「足がよくなったらテレビでやってたデパ地下めぐり、あれをやってみたいんだ、全種類食べるのが夢だよ」などひっきりなしに看護婦に話しかけていた。期待と不安での検査の結果は、手術中に死亡のリスクが高く、手術不可の診断であった。A氏は「オレはもうだめか？」と回復の見込みがなくなったことに落胆していたが、妻は現実を受け止め、自宅で看るのでクリニックで透析を続けてほしいと希望された。A氏は寝たきり状態となり、家族が抱きかかえるように、ときには2人、3人がかりの通院となり、食事も自力では食べられない状態となった。それでも妻は「体力をつけてがんばって連れてくるからクリニックで透析して」と介護の継続を示していた。

透析治療は収縮期血圧が50mmHgまで下降することが頻回となり、鎮痛薬の使用も増えていたことで、意識もうろうの状態で経過することが多く、透析維持困難な状況が続いた。5月末には、消化管出血もみられたが、輸血をして外来透析継続の方針が出された。しかし、足底部はほぼ脱落状態でCRPの上昇がみられ、抗生物質の点滴が継続されたが、MRSAが検出され、医師より全身状態の悪化と感染対策が困難で、

これ以上クリニックでの継続は困難であると家族に説明された。家族は「クリニックではもう無理だとわかります」と転院を了解したため、Y病院医師に状況の連絡が行われ、すぐに転院となった。

【6月】 1日に転院し医師と家族の話し合いが行われた。妻からクリニックへの電話では「医師から、透析してもわずかに延命するだけで、もう家に帰ることなく透析中や入院中に亡くなるでしょうと言われ、『自宅で家族に囲まれて過ごしたい』というあの人の願いを叶えるため、透析中止を決め自宅で看ることになった」という内容であった。

3日から自宅介護になり、妻からクリニックに状況の連絡があった。Y病院の医師から具体的な指示を受けており、足の処置は大変だが、安心して看ている。食べたいというものを食べさせ、本人はうつらうつらした状態で過ごしているということであった。透析中止9日間を自宅で過ごし、最期はY病院医師の指示に従って再入院し永眠された。

後日、家族と話す機会があり、「本人が生きているとき墓も作り、葬式も本人の指示どおりに行った。最期まで家族で看ることができてよかった。しかし今は淋しい、まだなにもする気が起きない。先生や看護婦さんには大分わがままをいわせてもらった」とそのときの心境を話された。

5 A氏への告知と治療選択

A氏と家族は、透析導入から透析中止までの13年の間に何回かの治療選択や余命に関するインフォーム

ドコンセントを経験している。その時期と内容、A氏のうけとめ、A氏と家族の対応を看護記録から抜粋し整理してみた(表2)。

透析導入に際して、治療選択が問われたが、生きるために透析を選んでいる。糖尿病であるため医師より、5年もてばいいほうだといわれたが8年過ぎても通院継続できていることに俺は長生きしているほうだと強運と自信をのぞかせていた。しかし、心筋梗塞後に突然死の危険が高いことを告知され、近い将来でありながら、またある日突然に終わりが来るかもしれない不安を抱えながらも、墓や葬儀といった死後の準備を進め、同時に生きていくための透析を継続するにあたって、信頼関係やコミュニケーションのとれた居心地のよい施設としてクリニックを選択している。延命措置についても拒否の意思をこの時点で表明している。このような経過から自分の予後は長くないと考えていたA氏は下肢切断の治療を拒否しており、死ぬときは足をつけたままあの世に行きたいと希望している。宗教は浄土真宗であるが多くの日本人と同様、A氏にとっての宗教は墓や葬儀を執り行うものであり魂の絶対的な存在ではなく、家族との絆が心の支えであったと思われる。

この予測のつかない不確実な死の期間を、A氏は死への不安を抱えながら生きていくための透析を継続している。また、下肢切断が不可能と診断され、確実な死が目前となったとき、重症の患者に代わって家族が治療選択をしている。

A氏・家族とも自己表現が率直であり、全人的ケ

表2 A氏への告知と治療選択

	告知の時期	内容	本人のうけとめ	本人・家族の対応	
予測のつかない不確実な死	1987.4	透析導入前	治療選択 余命告知	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の場合5年もてばいいほうと言われた 	<ul style="list-style-type: none"> 透析治療開始 通院継続
	1996.12	AMI後	余命告知	<ul style="list-style-type: none"> 心臓が悪いからいつ死ぬかわからないと言われた あのときころっと死んでいれば良かった 	<ul style="list-style-type: none"> 死の準備、墓、葬儀について本人より家族へ指示 クリニックでの通院選択 人工呼吸器による延命拒否の意思表明
	1998.10	要下肢切断時	治療選択	<ul style="list-style-type: none"> 足をつけたままあの世に行きたい 	<ul style="list-style-type: none"> 保存治療選択
確実な死	1999.5	下肢切断不可診断時	治療選択 余命告知	<ul style="list-style-type: none"> 俺はもうだめか? 	<ul style="list-style-type: none"> 家族は看取りの覚悟 在宅、クリニックでの通院選択
	1999.6	危篤時	治療継続・ 中止の選択 余命の告知	<ul style="list-style-type: none"> 意識レベル低下 意思表示不可 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の希望であった在宅での看取りのため、透析中止を選択

アに必要な「なにが最も大切なことか」「患者がなにを一番望んでいるか」が、常に本人・家族から発信され、その意思や願いをささえるケアの継続は「自分たちのことがわかってもらえる」といった安心感や満足感につながり、その時々々の治療選択を心理的に支えていたといえる。

6 維持透析中止と事前指示

大平は¹⁾「透析中止を含む透析末期医療の現状」の中で、『透析の導入・非導入および中止』について患者が透析療法を受諾し、透析開始となった経過から透析中止に至るまでの経過を、患者の自己決定権の尊重と医療者の関わりも含めて図式を示している。図1はその図式にA氏の経過を当てはめたものである。大平は、①透析導入の医学的判断、②透析療法の受諾、③透析療法の開始・継続、④合併症の出現、⑤治療、⑥症状の進行・悪化、⑦不可逆的持続的心身の苦痛状態、⑧透析継続困難（主として循環不全）、⑨透析継続可能だが調整不能で心身のきわめて高度な苦痛・苦悩、⑩透析中止の模索とその経過、について明示している。図1には①～⑩までの経過のうち、⑥症状の悪化・進行以後を記した。

A氏の場合は重症な循環器疾患と重症下肢壊疽の進行で、クリニックでは最期を看取る体制がないため、転院後、透析中止を含めた医師・家族間の話し合いが行われている。意思表示は人工呼吸器に関するものだけで、透析中止に関しては、これまで患者・医療者間で話し合ったことがなかったため、事前指示書はなく、すでに意識レベルが低下している状態では、意思の確認はできなかった。これまでA氏は家族と過ごすことを経過中一貫して望んでおり、その願いを叶えたいという家族の思いが、透析をやりながら入院中に亡くなることよりも透析を中止し、最期を自宅で家族とともに過ごす時間にしたいという選択となった。間接的ではあるが、本人の意思を尊重した結論といえる。

この家族の決断にあたっては、医師の考え方やインフォームドコンセントが影響している。最期は病院での死となったが、透析中止から9日間を自宅で、家族と過ごす時間をもてたことに妻は満足しているようであった。

7 クリニックでの終末期看護の役割

透析中止については治療の領域で、医師の判断に委ねられるが、ほとんどの患者は透析中止の意思表示を

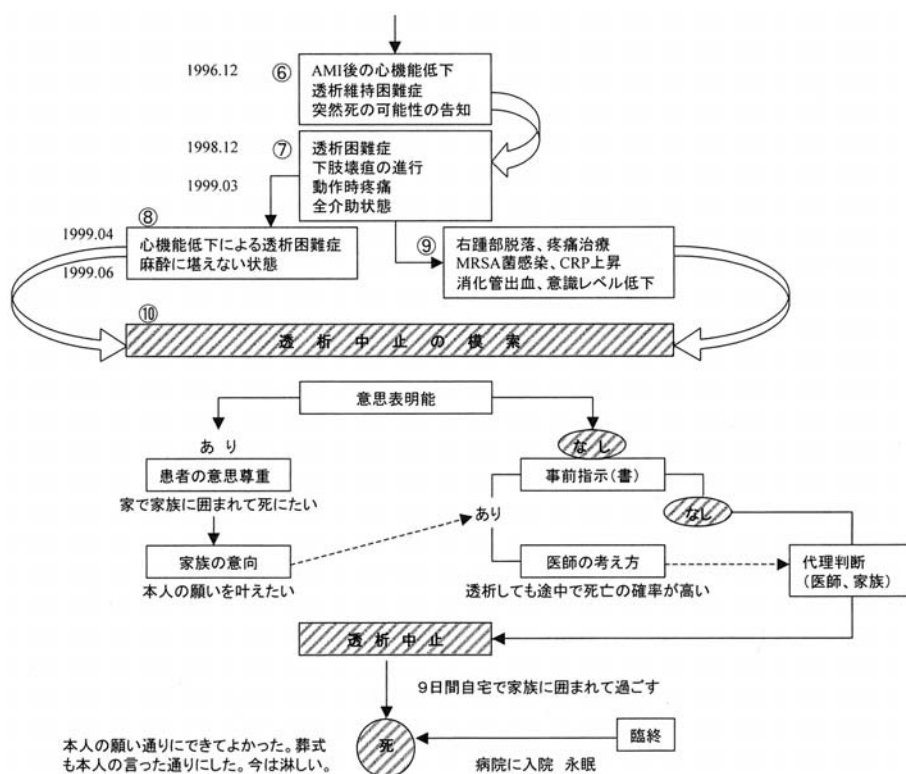


図1 維持透析中止と事前指導

(大平整爾：透析導入・非導入および中止：透析ケア P19 図1 より引用 筆者一部改変)

表3 透析患者の時期分類と看護援助

	導入前期	導入期	退院準備期	維持透析期 (I)	維持透析期 (II)	終末期
達成目標	1. 透析導入を受け入れられる 2. 保存期を維持し、限界がわかる	1. 身体症状が改善する 2. 透析療法に順応できる 3. 不安が軽減する	1. 体調維持ができる 2. 自己管理が理解できる 3. 退院のための環境調整ができる	1. 体調維持ができる 2. 自分なりの社会復帰の目標が達成できる 3. 合併症の早期発見ができる	1. 体調維持ができる 2. 社会生活が維持できる 3. 合併症に対処できる	1. その人らしい生が全うできる 2. 苦痛が緩和する 3. 不安が軽減する
援助内容	1. 透析療法の理解 ①導入指導に順ずる ②シャント手術と管理 ③家族面接、指導 2. 保存期 ①食事指導 ②生活指導 3. 精神的負担の軽減 ①受持ち看護婦設定 ②透析室見学	1. 安定した透析維持 ①ゆるやかな透析条件 ②苦痛の緩和 2. 自己管理の指導 3. 継続的なケア ①信頼関係の成立 ②不安の軽減	1. 退院指導 ①食事指導 ②服薬指導 ③体力回復のための訓練 ④自己測定の方法指導 ⑤シャント管理指導 2. 退院後の生活指導 ①家族面接、指導 ②通院方法の調整 3. 試験外泊	1. 検査データの説明と指導 2. 透析療法に伴う合併症予防のための情報提供 4. 自己管理向上のための支援	1. 自己管理指導 2. 合併症による苦痛の緩和 3. 機能障害に伴う生活の再調整 4. 精神面のケア 5. 社会資源の活用	1. 患者の意思の尊重 2. 身体的苦痛緩和 3. 心理面・スピリチュアルな面への援助 4. 家族への援助 ①介護など身体疲労 ②家族の死と直面する心理的苦痛 5. 地域・福祉との連携

文献2)より引用、終末期は筆者加筆

することなく入院し、透析を継続したまま亡くなるのが現状である。

それでは看護婦にはどのような役割があるのか、A氏の経過を通して考えてみた。表3に示すように、患者がおかれている状況はその時期によって異なり、看護援助も変化していくが、維持期であるクリニックでの透析継続は年単位の長期的な患者－看護婦関係となる。その繰り返す通院透析の日々は、患者の心に、慣れた環境、馴染みの看護婦、自分の命を任せて安心な透析技術、そしてなにより自分のことをよく知っているといった安心感をもたらす。また、この関係は、患者や家族のそれぞれの思いや考えを知っている看護婦による対応や、患者・家族関係を見据えた対応となり、自分たちのことがわかってもらえるといった信頼関係を構築していくと考える。A氏がクリニックにこだわった理由も、信頼や安心といった感情の面での選択であったといえる。しかしすべての患者が看護婦にそのような信頼や安心を抱くとは限らず、日常の適切な透析治療の提供と患者個々の生き方に合わせた看護ケアが提供できてはじめて、その延長線上での終末期の看護の役割が果たせると考える。

8 終末期看護展開の課題

A氏の看護を通して、クリニックでの終末期看護を展開する上で様々な問題があることがわかった。元来、クリニックは通院が可能な透析患者を想定しての医療環境や医療体制、看護婦人員の配置であり、安全と効率を優先したシステムである。そのため、オープンスペースでベッド間隔も狭く、看護婦対患者数も多く、特にこの10年、透析点数の減額に呼応するようにこの傾向がみられる。終末期の重症患者にたいしてのプライバシーの確保や寝たきりでも対応できるベッドなどが必要である。A氏の場合、体重測定の実験性や車での移動などから、車椅子使用をよぎなくされ、動作時苦痛を与えたため、このような設備面での対応が必要であることを実感した。また終末期の透析の実際もふくめた看護展開のためには、看護婦の適正な人員配置についての取り組みが必要である。透析看護婦は「機械とともに生きる人」個々の生活調整といったきわめて高度な看護を要しながら、その専門教育については施設や個人に任されており、特に導入や終末期を現在担っている病院施設においては、ローテーショ

ンが激しく、透析専門看護婦の育成が困難な状況である。表3に示すような看護援助と確かな透析技術が提供できる看護婦の育成が、医療システムとして整備されることが、重要であると考えられる。

A氏の場合は、介護のほとんどを妻が担い、その妻を長男夫婦が支えたが、終末期の患者・家族支援には、地域の医療、福祉、宗教関連の職種などの連携が日常的に行われていることが望まれる。

当クリニックの透析患者へのインフォームドコンセントや事前指示書についての聞き取り調査では、言葉そのものについて知らない人が多かった。またA氏の妻も「わがままをいわせてもらった」と感じていたことから、治療選択の意思決定についての権利意識はまだ一般化していないと思われる。しかし、若い患者の場合、回復不可能な状況に陥った場合には透析中止を望む人や、逆にまだ若いから最後の最後まで透析を続けて欲しいと答える人もおり、考えは様々であった。このような臨床の実態から考えると、透析中止をめぐる問題は、わが国の患者の権利意識の現状や患者の立場に立って論議を継続し、成熟させていくことが重要と考える。

おわりに

2000年末の「わが国の慢性透析患者の現況」によ

れば、2000年1年間の透析導入患者は32,018人、死亡患者は18,938人と報告している。超高齢や重症患者が急増しているクリニックにおいては、これまで以上に死と向き合い、揺れ動く患者・家族の死への道程に寄り添う看護が求められる。「透析を受けて生きてきてよかった」といえる延長線上に終末を迎えられるように、ケア専門家としての看護の役割を果たしていく努力が透析看護婦に課せられている。

文 献

- 1) 大平整爾：透析中止を含む透析患者の末期医療の現状。透析ケア, 7 (5), 19, 2001.
- 2) 水附裕子：透析患者の時期分類と看護援助。日本腎不全看護学会教育セミナー腎不全看護総論テキスト; 2001.
- 3) 日本透析医学会透析調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (2000年12月31日現在)。日本透析医学会, 2001.
- 4) 大平整爾：ひとの命－透析医療を見据えて。透析会誌, 32 (11); 1371, 1999.
- 5) 大坪みはる：クリニックにおける終末期看護。日本腎不全看護学会誌, 3 (2); 83, 2001.
- 6) 大西和子：末期看護の特徴。臨床看護, 24 (14); 2129, 1998.
- 7) 山本俊一：死生学；医学書院，東京，1996.
- 8) 柳田邦男：緊急発言 いのちへI；講談社，東京，2000.
- 9) 中島みち：患者革命－納得の医療 納得の死；岩波書店，東京，2002.