

悪性リンパ腫を併発した血液透析患者の終末期ケアを通して学んだこと

キーワード：危機理論、終末期、バランス保持要因

鳥谷部 恵美（透析室）

I. はじめに

血液透析を受けながらがんと闘病する症例は少ない。透析患者の終末期には、がんに対する治療方針だけでなく、透析中断と継続を含めた意思決定が必要となる。

透析患者に対する終末期ケアにおいて、患者がどう生き、最期をどのように迎えるかを支援することや、患者・家族の意思決定を支援する看護師の役割は大きいと考える。

今回、悪性リンパ腫に対する化学療法のため入退院を繰り返していた患者を受け持った。全身状態が悪化するなか、家族と共に治療方針について意思決定し、本人らしい最期を迎えることが出来た症例であった。今回の研究では、余命告知から死亡退院に至るまでの患者・家族に焦点を当て、どのような心理的变化が起こったのか分析し実践した看護について考察を加える。

II. 研究目的

1. 余命の告知から死に至るまでの患者・家族の心理的变化を明らかにする。
2. 患者・家族への余命の告知から死に至るまでに必要な看護について明らかにする。

III. 用語の定義

透析：血液透析

終末期：病気が治る可能性がなく、数週間～半年で死を迎えるだろうと予測される時期

IC：インフォームド・コンセント

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的デザイン
2. 研究対象者：62歳男性と家族（妻）
3. データ収集方法

記録文書：情報は、余命告知から死亡退院に至るまでの患者・家族に焦点を当て、3つのバランス保持要因と心理的变化に関わる記述をカルテから抽出した。

4. データ分析方法

抽出したデータをバランス保持要因単位に分類する。

その時期に実践した看護についてまとめる。それらのデータをアギュララの問題解決型危機理論を用い、心理的变化の分析と看護の考察を行う。

5. 概念枠組み

アギュララ¹⁾は、ストレスの多い出来事が起こるときは、その均衡を回復させる一定の働きがあり、均衡に関わる要因が重要であるとした。この要因をバランス保持要因と呼び、1) 出来事の知覚 2) 対処機制 3) 社会的支持を挙げている。これらのバランス保持要因がきちんと機能すれば危機は回避され、一つでも欠如すれば危機に陥るとしている。また、心理的不均衡が持続した結果を危機と捉えている。

6. 研究期間

2017年11月16日～2017年12月1日

7. 倫理的配慮

妻には、文書と口頭で研究趣旨を説明し、同意書をもって同意を得た。研究への参加の有無は自由意思であり、途中拒否や中断が可能であること、診療上の不利益が生じないこと、個人情報とプライバシーを厳守し、公表時には個人が特定されないことを説明した。なお、研究施設の看護倫理検討委員会による倫理審査を受け、承認を得た。

V. 患者紹介

1) A氏、63歳、男性

診断名：成人T細胞白血病リンパ腫

性格等：我慢強く、思いの表出は少ない。親族を同病期で亡くした経験がある。薬剤師をしており、医学的知識がある。

家族背景：妻と二人暮らし。大阪在住の娘がいる

既往歴：2011年より慢性糸球体腎炎を原疾患とした末期腎不全により血液透析導入。

2) 経過

2016年に右頸部の腫脹を自覚し、血液内科を紹介され成人T細胞白血病性リンパ腫と診断される。診断当初より病状や治療方法を全て告知されており理解していた。mLSG療法開始したが、原病のコントロールは難

しく GDP 療法へ変更した。バイタルサインが不安定となり透析の度に血圧低下を来すようになり、画像所見上、病巣が増大し、病状は週単位で悪化していくことが予測された。本人・妻に告知され、抗癌剤をレブラミド内服に切り替え自宅療養を希望され退院することとなった。約 3 ヶ月後、敗血症性ショックとなり緊急入院となった。さらに腫瘍は増大し、余命は数日と推測された。透析による急変リスクは高かったが「透析は頑張りたい」という本人の意思は明確であり透析は続行した。腫瘍崩壊症候群によりカリウム上昇は避けられず、妻の見守る中永眠された。

VI. 実施

(1) 出来事の知覚

余命を告知される前「手術じゃ取れんって言われた。やっぱちょっとショックだった」と話しており、妻は「細く長く生きて欲しいですね」と話していた。医療者と、本人・家族の間で病状の理解にズレがあると考え、主治医と情報を共有し、病状の進行毎に IC をセッティングした。

余命告知後は「もう週単位なら家が良いね」と話し、抗癌剤を内服に切り替え出来るだけ家で過ごすという選択をした。敗血症性ショックで再入院となったときは「9 月までは生きてかったんだけどね。この調子じゃ厳しかろう。だんだんその気になってきた。延命治療とかはしなくていい」と話し、妻も「急変するリスクがあるってことですよ」と、正確に出来事を知覚していた。IC 後は本人・妻と各々話を聞く場を設け、各々の思いを伝達するなど精神面のサポートを行った。

(2) 対処機制

A 氏は「もともと病気に対して閾値が高い」と話していた。余命告知後も多くは語らず、取り乱すことなく経過した。自宅療養のため車椅子などの調整をしていると「今からまた頑張ろうと思ってるのに車椅子とか言われたら気が滅入る。やりたいこともたくさんあるのに」と話しサポートを拒否する発言もあった。妻は A 氏が希望するようにしてあげたいという思いで退院に同意した。A 氏や妻の言動を受けとめ、傾聴するよう努めた。医療者の介入を求める言動は少なかったため、必要なときにはすぐにサポートできる体制でいることを伝え続けた。

(3) 社会的支持

A 氏は妻と二人暮らしをしていた。娘は大阪に在住し、病状悪化を知り頻繁に面会に来るようになった。妻は毎日面会に来ていたが、仕事があり常時付き添うことは難しかった。家族関係は良好で「何かあったら奥さんに頼る」と常々話していた。退院前、妻は「自宅でひとりでみるのは不安」と話していたため、訪問看護や福祉用具のレンタルなどを調整した。共同指導により情報を共有し不安の軽減に努めた。退院後は麻雀をしたり、野球観戦に行ったりと好きなことをして過ごす時間もあった。

再入院後は、呼吸困難感や腰痛など自覚症状が悪化し「ぜーぜーいうのを何とかして欲しい」「足がだるいからマッサージして」など苦痛を緩和して欲しいという訴えが増えた。身体的苦痛に対しては、ステロイド等薬剤による対症療法、酸素療法やマッサージ等により適宜対応した。「透析は頑張りたい」と話しており、妻は「本人が頑張りたいならその通りにしてあげたい」と話していた。急変のリスクを考慮し妻の来院を待つて透析を開始し、透析開始後は妻との時間を過ごせるよう療養環境を整えた。何かあればすぐに対応することを伝え、サポート体制を保証した。

できる限り本人の意思決定に沿った治療方針となるよう職種を越え情報共有と連携を図った。安心できる環境、安全な療養環境を整えるよう努めた。また、不安や疑問を共に解決していく姿勢で接した。身体的苦痛の緩和と、本人や家族の思いを肯定し、そばに寄り添うことで精神的なサポートをした。

VII. 考察

(1) 出来事の知覚

余命告知の前は自身の病状について楽観的であったと考えられる。しかし、繰り返し IC を行うことで、出来事の知覚が出来たと考えられる。また、再入院後「この調子じゃ厳しかろう」と話しているように、呼吸困難感や腹部膨満感、身の置き所のない倦怠感等の自覚症状の悪化により、余命が残りわずかなことを感じていたと考えられる。

(2) 対処機制

A 氏は、親族を同病気で亡くし、父親は突然死でどのような死を迎えたいかなど全く話が出来なかったとい

う経験がある。そのため、家族で死について話す機会を設けていた。将来起こりうる危機的状況について家族で話す機会を持っていたことで、余命告知後も取り乱すことなく状況を把握し、死を迎える準備が出来たと考える。自己解決型のコーピングスタイル²⁾であり、看護師は無理に介入せず、必要なときはサポート出来る体制を整え、それをA氏や家族に伝えることで心理的不均衡を防ぐことが出来たと考えられる。

(3) 社会的支持

A氏のサポート体制は妻と娘のみであり社会的支持は不足した状況であった。退院前に、訪問看護の導入や福祉用具のレンタルなど、サポート体制を整えたことで、不安軽減に繋がり社会的支持を補足できたと考える。妻は退院時の生活について「好きなことをしたりして良い時間が過ごせてみたいです。私も心配ではあったけど電話したらすぐ来てくれるっていう体制だったから(少し安心できました)」と話していた。

入院中は、身体的・精神的・靈的苦痛の緩和に努めた。透析室看護師として、出来るだけ安全、安楽に透析を受けることが出来るよう療養環境を整えた。透析室では「何もしなくていい。こうして手を握って」と話す場面もあった。山勢ら³⁾は「看護師も社会的支持として活用できる」と述べている。症状の緩和を行い、そばに寄り添うことも社会的支持を補足することに繋がっていたと考えられる。妻は「私を待って透析してくれたのは、本当によくしてもらったなと思いました」と話している。

VIII. 結論

1. 患者・家族の病状理解の状況を把握し、必要時には繰り返しICを行うこと、また、具体的な余命の告知と、自覚症状の悪化により徐々に死を受け容れるという気持ちに変化する。
2. バランス保持要因を捉え、不均衡が生じないように介入することで危機的状況を回避できる。

IX. おわりに

今回の事例では、患者の意思が明確であり、家族も医療者も治療方針の決定に迷う場面は少なかった。患者本人が、最期まで闘病の意思を明確に持ち、家族もその意思を支えたいと懸命であった。患者・家族の思

いを尊重し、その思いに沿えるよう介入していくことが意思決定支援に繋がっていると感じた。また、余命を伝え、患者と共に死を迎える準備が出来たことで、妻のグリーフケアに繋がっていると考える。アギュララの危機理論では、危機をうまく乗り越えられれば精神的な強さを獲得することもできる、とされている。今回のA氏の闘病を通して妻が危機を転換期と捉え、今後の人生に価値を見いだしてくれることを期待したい。

入院患者の高齢化が進み、キーパーソンが高齢で、病状の理解度や、治療に対する意思決定が困難な症例も増えている。患者・家族の意向と、医療者の意向がずれることなく治療を行うためには、意向を確認していく看護師の役割は大きいと考える。透析患者の終末期においては、疾患の治療に加え、透析の継続が困難になる場合も少なくない。A氏にとって透析とは、生活の一部であり、生きることそのものだったと思われる。患者にとって透析が何を意味するのかということを考え、患者と共に考えながら闘病を支えていく必要があると考える。

参考文献

- 1) 小島操子: 危機理論発展の背景と危機モデル 看護研究 21巻5号 2-9 1998年
- 2) 中範囲理論入門 第2版 266 2009年
- 3) 山勢善江 山勢博彰 立野淳子: クリティカルケアにおけるアギュララの問題解決危機モデルを用いた家族看護 日本クリティカル看護学会誌 7巻1号 8-19 2011