

# 患者の意志、希望を尊重した

## 末期癌の透析患者に対するチーム医療

キーワード；透析患者のターミナルケア チーム医療

西2階病棟；○大隈 有紀、飯盛 美由紀、平口 美知子

北5階病棟；加藤 綾

### I. はじめに

透析の歴史が35年を超えた。もともとは、器械に支えられやっと生きて行くことができる医療、すなわちターミナル医療と考えられていた。だが、医療技術の進歩とともに安定した透析が行なわれ、透析歴30年を超える患者が増えた現在は「透析＝死」と考えることはほとんどない。

しかし、悪性腫瘍は透析患者の死因の8%程度をしめ、当院でも悪性腫瘍による全身状態の悪化から、透析の中止を余儀なくされる患者も少なくない。

今回、維持透析を行なっている肝細胞癌の患者T氏のターミナル看護に携わった。この患者は透析導入以前に癌告知を受けており、透析に対しては「生きる希望。何があっても続けたい」との思いを持ち続けていた。

そこで、この患者の意志・希望を尊重し、最後までT氏らしく生きることができるよう肝・腎内科医師及び病棟・透析室看護師が連携を図りチーム医療を行なった。

この患者の事例を通して、ターミナルケアにおけるチームアプローチの視点から、透析患者の終末期医療について考察したので報告する。

### II. 患者紹介

T.M氏 54歳 男性

入院期間；平成15年4月3日～6月13日  
平成11年11月 CTにて肝細胞癌発覚し、告知後本人の選択により、PEIT（経皮的エタノール注入）

平成14年11月28日 慢性糸球体腎炎のため血液透析導入

平成14年12月9日 肝細胞癌再発のためTAEし、その後肝破裂

平成15年3月 肝臓移植希望し、九大受診するがリスクが高く断念

平成15年4月2日 化学療法選択し、リザーバー植え込み術（右そ径）

平成15年4月9日～25日 透析中、肝動注（化学）療法

平成15年4月28日 肝性脳症出現により化学療法中止

平成15年6月13日 食道静脈瘤破裂により死亡退院

職業；コンピューター関係会社経営

家族構成；妻（専業主婦）娘2人（1人は同居、1人は松江の看護学生）息子（山口在住）  
コーピング；自分のことはなんでも自分で決めてきた

### III. 結果

<化学療法治療期>

4月9日から化学療法開始（1クール5回）。病棟で制吐剤を点滴後透析室に入室し、透析開始後に肝内医師がリザーバー穿刺を行ない動注開始となる。動注には約3時間を要した。sBP70mmHg 台のためプレドパで昇圧をはかりながら4～4.5時間の透析が施行できている状況だった。

透析開始・リザーバー穿刺の時間がスムーズにいくよう、病棟・透析室看護師及び肝内医師とで事前に時間設定を行なった。当院透析室でのこのような処置は初めてであったため、カンファレンスを用いて透析室看護師の治療に対する知識理解を深めたり、針や体位の検討などを行なった。その結果治療はスムーズに行なわれた。腹痛の訴えがあったが、週末には外泊し仕事を行なっていた。

4月23日透析室医師・看護師による定期の合同カンファレンスに肝内医師と病棟看護師が参加し、肝内の治療方針が説明された。

① 本人の可能な限り化学療法は継続する。AFPの結果をみて評価し、効果があれば続行するが、なければ本人に説明し治療は中止する。

②透析中のBPコントロールはアルブミンを使用する。保険適応内で対応できなければ自費購入となる。それでも対応できなければ

腹水還流法を検討する。

③もしも化学療法が中止となれば、本人の意向を確認し、退院・通院・サテライトなどの検討を行なう。

以上を腎内スタッフも理解・承諾し、透析時間の短縮は本人の意志に従い、可能な限り透析を行なうことに方針が統一された。

4月25日より化学療法2クール目が開始されるが、昇圧剤による気分不良が出現し使用中止となった。しかし透析中sBP70~80mmHg台を保っていた。終了後倦怠感があったが仕事の整理のために外泊した。

<化学療法休止から死亡退院まで>

4月28日外泊より帰院。倦怠感が強く、T氏の希望によりその日の化学療法は中止となった。透析室へ案内されるが、肝性脳症が出現し不穏行動のため透析が開始出来なかった。そこでセレネースでの鎮静をはかり、家族の付き添いのもと透析を施行した。娘より今後の化学療法の継続について不安の表出があったが、病棟看護師から、安全な治療・透析を行なうためにも脳症のコントロールが最優先であると説明され納得できていた。脳症が改善するまで化学療法は休止となった。

以後も脳症を繰り返すが、セレネースによる鎮静と家族の付き添いにより透析は安全に続けられた。病棟ではモニラック注腸、GE、下剤にて排便コントロールを行なうとともに、週末は新しく建てた自宅で過ごせるために家族へGEの手技と症状の観察、緊急時の対処などが指導された。脳症症状が出現し救急車で帰院することもあったが、点滴と注腸にて改善された。

透析は徐々に除水が困難となり、また腹水のため同一体位による苦痛も強かった。しかしT氏は「透析しないと生きられない。何があっても、少しでも、透析を最後までしてほしい。」と言われ、妻は「透析中に何かあったらあきらめます。仕方ないですね。」とT氏の意志を尊重していた。肝内医師へ相談し、非透析日に2000~3000mlの腹水穿刺を行なうこととなった。腎内医師の担当交代もあり、肝・腎医師、病棟・透析看護師により再度カンファレンスを行なった。そして、本人の意思を尊重し可能な限り維持透析を行なって行くことを確認しあい、そのままT氏の部屋を訪れた。腎内医師より本人と妻へカンファレンスの結果が伝えられると笑顔が見られた。

その後の透析はsBP50~70mmHg台

となった。倦怠感が強く2.5~3時間で「やめて」と希望されるようになった。しかし透析へは必ず行くと言われ、週3回の維持透析は続けられた。通常ならばT氏のこのような状態であればターミナル期でもあり、透析による身体的苦痛や急変のリスクから考え透析中止になる。そのため、このままT氏の透析を続けることへの不安が透析スタッフの中から聞かれた。そこで透析室でのカンファレンスを用いて、方針についての認識を統一させるとともに、急変時に別室へ移動できるような環境を検討した。

6月6日外泊中に吐下血があったが胃カメラは強く拒否された。透析も平均2時間となった。

6月13日深夜、食道静脈瘤の破裂による吐血のため死亡された。妻のみ付き添っており、妻は冷静に子供たちに連絡をとることができていた。剖検後、病棟・透析室看護師、医師に見送られ帰宅。妻は「最後まで透析をできてよかった。ありがとうございます。」と話された。

#### IV. 考察

篠田は「末期癌を合併した透析患者では、患者の苦痛に配慮して、透析療法の継続を考慮すべきである。苦痛に耐えられない時には、本人や家族と相談したうえ、透析療法を中止すべき場合もある。」<sup>1)</sup>と述べている。T氏も透析中の身体的苦痛が大きかった。しかし、T氏にとって最大の苦痛は「透析ができない」ことでの精神的苦痛だった。そして、透析を続けること、仕事をするのがT氏にとっての生きがいであり生きていく証だったと考えられた。透析ができたということが、T氏にとっては生きていくこと、できないということはもう生きられないと考えていた。それを支える家族も透析を継続するT氏が生きがいになっていったと思う。T氏の場合は中止することを選択するのではなく、継続することを家族が選択したという形になったと考える。

柏木は「ターミナルケアの目標をひとことで述べるとすれば、末期患者とその家族がもっている多用なニーズをチームを組んで満たしていくことである。」<sup>2)</sup>と述べている。T氏のニーズは「何があっても透析を続けたい。」「外泊をして仕事をしたい」という希望であり、家族のニーズは「T氏の希望を叶えたい」という思いだった。

肝細胞癌によるターミナルステージを迎え、

本来ならば透析中の血圧が保てなくなった時点で透析の中止を迫られるところである。残された時間を家族とゆっくりと過ごすことが優先とされ、化学療法が選択されることもない。しかしT氏は最期まで積極的に「生きたい」と願い、身体的苦痛を克服しようとした。そして家族もT氏の意志を大事にしたいと思っていた。

これらの思いは医療者側にも十分理解でき、最期までT氏らしく生きて欲しいと考えた。しかし実際には透析中の安全の確保・他患への配慮・全スタッフの認識の統一など次々と問題が生じた。そして透析患者の他科入院の特徴として、2人の主治医と2人のプライマリナーズを有することでのチーム医療の複雑化がある。そこで、T氏に関わるスタッフが揃って合同カンファレンスを行なったことは、T氏の意志を共有し治療方針を統一することに有効であった。これは、腎内医師の言葉によって、透析を継続したいという思いが認められたと感じたT氏が笑顔をみせたことから、T氏と家族が持つニーズに合ったケアが行われていたと考えられるからである。各病棟単位でのカンファレンスは頻繁になされたとしても、すべてのスタッフの認識が統一されなければチーム医療として成り立たない。肝臓スタッフと透析スタッフがそれぞれの専門的な立場から情報を提供しあうことで、よりよい方法でT氏の意志を尊重した関わりができたと考えられる。

ターミナルケアにおける看護師の役割として、田村は

「1、症状マネジメントの支援 2、日常生活の援助 3、家族のケア 4、チームのコーディネーター」<sup>3)</sup>とあげている。

そこで今回、症状マネジメントの支援として病棟看護師は排便コントロールを行い肝性脳症の出現を最低限におさえ、食欲不振、嘔気・嘔吐などの症状をキャッチし、家族へ差し入れを頼んだり、医師に相談して内服薬の検討を行なった。透析看護師は、安全な透析ができるように除水調節や医師に相談し透析中にアルブミンの投与を行なった。

日常生活の援助として、病棟看護師はセルフケア不足に対してケアを行ない、透析看護師は長時間の透析が安楽に過ごせるように体位の工夫を行なった。

家族のケアとして、病棟看護師は家族の思い傾聴しT氏の今の状況を把握できるよう配慮した。透析室看護師は急変時に家族に連絡出

来るよう病棟看護師と連携をはかった。

チームのコーディネーターとしてはそれぞれが連携をとりあい必要時は医師にも相談し合同のカンファレンスを行なった。

## V. まとめ

今回の事例より透析患者のターミナルケアにおいてのチーム医療のあり方として、以下の点が考えられた

1) 主治医、透析医、病棟・透析看護師が、カンファレンスなどを利用して、患者の意志を共有し方針を統一することはチーム医療を行なっていく上で有効である。

2) 医療者はそれぞれが、自分の専門性を活かして、協調性を持ち、チームメンバーとしての役割をはたすことが必要である。

## VI. 終わりに

現在、日本には緩和病棟と透析施設が併設されたところはほとんどない。そのため、透析患者が終末期を迎える場所は一般の末期癌患者よりも限定されてくる。

当院腎センターは、地域のセンター病院としての役割を担っており、今後も、ターミナル患者を受け入れる機会が、さらに増えると予測される。

私たちは、センターの透析看護師として、重症透析に対する透析技術を磨くだけでなく、ターミナルケアの知識も深め、患者を全人的にとらえて、チーム医療を円滑に進められるようにコーディネートしていく必要がある。

## 引用・参考文献

1) 日本腎不全看護学会編；透析看護 医学書院 2003年

2) 3) 柏木 哲夫他編；系統看護学講座 別巻10ターミナルケア 第3版 医学書院 2003年

## 参考文献

春木 繁一；第48回（社）日本透析医学会学術集会・総会ランチョンセミナー「透析医療におけるターミナルケア」