



腎不全患者のエンド・オブ・ライフケア

腎透析事業部看護部統括部長 岡山ミサ子

超高齢多死社会の到来と慢性疾患患者の増大に伴い終末期ケアのあり方が模索されています。従来の終末期医療や緩和ケアだけでは十分とはいえ、新しい概念として「エンド・オブ・ライフケア」という言葉が生まれてきました。また、「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについて」の提言が2014年にだされました。当グループも2002年から終末期看護に取り組んでいます。

エンド・オブ・ライフケアとは

診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援することで、患者・家族と専門職者との合意形成のプロセスである。

1. 腎不全とともに生きる人と家族へのエンド・オブ・ライフケア

腎不全とともに生きる人と家族へのエンド・オブ・ライフケアは、段階によって課題と焦点が異なります。看護師は医療チームのひとりとして患者・家族の意思決定のプロセスを支援しましょう。

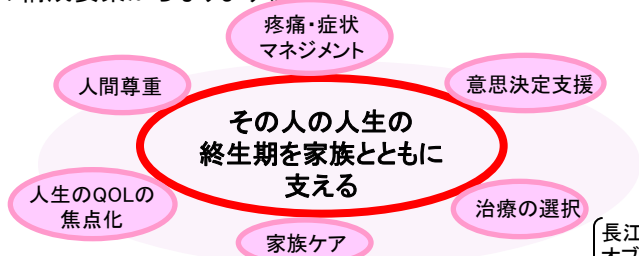
	CKDステージ1,2	CKDステージ3,4	CKDステージ5 末期腎不全/ 透析導入直前・直後	慢性維持透析	維持透析中心 身状態増悪
本人と家族の課題	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の改善 食事療法や運動療法の開始、継続 	<ul style="list-style-type: none"> 疾患の受容・治療継続行動 治療的セルフケアの実践 生活の再構築 	<ul style="list-style-type: none"> 治療法の選択 透析治療や移植などの治療開始の意思決定 	<ul style="list-style-type: none"> 通常の成人としてのライフイベントと透析治療との折り合い 社会活動への参加・透析治療しながらも健康的な生活 	<ul style="list-style-type: none"> 終末期の生き方の意思決定 透析治療と新たな治療の受け入れ
ケアの焦点	<ul style="list-style-type: none"> 早期発見 早期治療 生活習慣の改善 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医治療継続 治療的セルフケア支援 	<ul style="list-style-type: none"> 治療法選択のための腎代替療法の情報提供 意思決定支援 透析導入後の生活、セルフケア支援 安全で安定した導入期の透析治療 	<ul style="list-style-type: none"> 適正透析の継続 合併症、併発症の予防、治療 セルフケア継続支援 社会復帰支援 	<ul style="list-style-type: none"> 苦痛緩和 全身状態に合わせた透析治療

2. エンド・オブ・ライフケアを必要とする看護実践

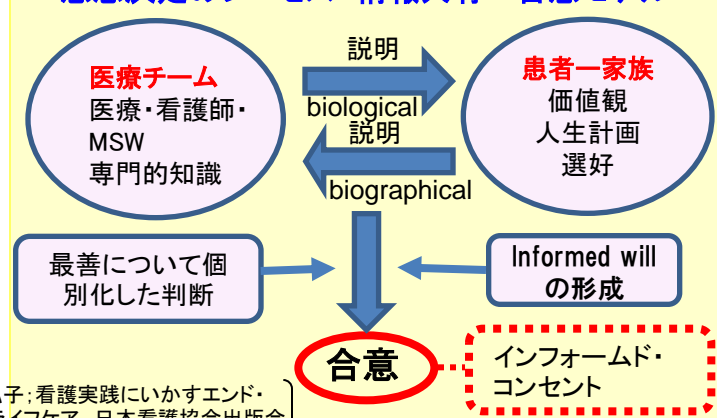
医療現場では疾病の診断・告知、疾病の再発・進行、治療の中止、終末期の話し合いで、患者・家族がさまざまな選択や決定を迫られる場面でなされます。これまでに医療者がインフォームド・コンセントによって説明し患者・家族が同意する「説明一同意モデル」をすすめてきました。しかし、右図のようにエンド・オブ・ライフケアではお互いに説明し合う「情報提供一合意モデル」が重要です。

3. エンド・オブ・ライフケア実践の構成要素

質の高いエンド・オブ・ライフケア実践については、6つの構成要素からなります。



意思決定のプロセス 情報共有一合意モデル



〔長江弘子:看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア、日本看護協会出版会〕

4. 当グループにおける終末期看護の取り組み

《患者・家族への取り組み》

1) 事例検討(2002～2014年)

下記のように終末期の患者や透析導入拒否、透析中止など9事例を検討してきました。

- ・癌末期CAPD患者(40代)
- ・糖尿病性腎症の終末期患者(80代)
- ・終末期の長期透析者(60代)
- ・腎がんのHHD患者(70代)
- ・生きる希望のある高齢透析患者(80代)
- ・在宅で看護を希望する患者・家族(60代)
- ・終末期の通院透析患者(50代)
- ・透析導入の拒否の患者・家族(70代)
- ・透析中止の導入期患者・家族(70代)

《看護師への取り組み》

1) 終末期看護の考え方についての調査

(2006～2007年)

看護師69名を対象にアンケート調査をしました。看護師は、患者と看護師の関係のなかで、さまざまな喪失体験や合併症と闘ってきた患者を支援してきました。また、患者の死後、無力感・喪失感を持ちながらも一方では患者への労いや敬意の気持を抱いていました。

2) デスカンファレンス(2008～2014年)

亡くなった患者の死に至る経過に関わったスタッフで振り返り、患者・家族への思いを共有するカンファレンスをしました。参加した看護師の反応は、無力感・無念、恐怖・さみしい・つらい、虚無感、後悔などの陰性感情や尊敬、労い、充実感・達成感などの陽性感情でした。

2) 維持血液透析患者の終末期に対する実態調査

(2014年)

透析患者151名を対象に調査しました。患者の46%が支援者に終末期を伝えており、86%が考えていました。最期のあり方は、延命治療をしない70%、透析をやめたい時は「意識がないとき」「寝たきりになったとき」でした。また、「最期は自宅で迎えたい」が34%でした。

施設	年齢	疾患名	参加
A	60歳代	腹膜腫瘍再発	17名
	60歳代	脳出血	
	70歳代	肺がん	
B	60歳代	腎がん	7名
C	50歳代	胆管細胞がん	8名

5. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言

日本透析医学会から維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言が表のように出されました。これらの提言に基づいて関わりを見直す必要があります。看護師は、患者・家族の意志決定のプロセスを支えていきましょう。

提言1: 患者への適切な情報提供と患者が自己決定を行う際の支援

- 1) 医療チームは患者に十分な情報を提供する。
- 2) 医療チームは患者から十分な情報を収集する。
- 3) 医療チームは患者が意思決定する過程を共有し、尊重する。

提言2: 自己決定の尊重

- 1) 患者が意思決定した治療とケアの方針を尊重する。
- 2) 現時点で判断能力がなくなっても、判断能力があった時期に本人が記した事前指示書が存在する時には、患者が希望した治療とケアの方針を尊重する。
- 3) 判断能力がある患者が維持血液透析を開始する際には、事前指示書を作成する権利があることを説明する。

提言3: 同意書の取得

維持血液透析の開始前に透析同意書を取得する

提言4: 維持血液透析の見合わせを検討する状況

- 1) 患者の尊厳を考慮した時、維持血液透析の見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つとなりうる。
- 2) 維持血液透析の見合わせを検討する場合、患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要である。
- 3) 見合わせた維持血液透析は、状況に応じて開始または再開される。

提言5: 維持血液透析見合わせ後のケア計画

医療チームは維持血液透析を見合わせた患者の意思を尊重したケア計画を策定し、緩和ケアを提供する。

日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ(透析会誌47(5):269～285, 2014)

「東海地方の桜名所」の紹介

- ①伊豆高原桜並木、さくらの里・・・静岡県伊豆市
- ②岡崎公園・・・愛知県岡崎市
- ③三多気・・・三重県津市
- ④薄墨公園・・・岐阜県本巣市
- ⑤新境川堤の桜並木・・・岐阜県各務原市



透析患者に死にたいと言われた時の看護師の対応

腎透析事業部看護部事務局 江崎真知子

わが国の自殺者数は、交通事故死の6倍もの実態があるにもかかわらず、その防止策は十分ではありません。また、身体疾患が自殺の原因の第一を占めていることから、透析室や病棟の看護師が、自殺、自殺念慮、希死念慮をもった患者のケアする機会もあります。そのためには、看護師の教育とケアが必要となり、ワークショップ「透析患者の自殺防止」を企画しました。WSは、6施設7回開催し、参加者は延247名でした。目的は、精神看護専門看護師の指導・支援のもとで、自殺念慮のある透析患者の理解と対応を学びました。

1. TALKの原則に基づいた看護師の対応

ワークショップでは「透析患者に“死にたい”と言われた時の看護師の対応」をグループで討論し、それらをTALK(トーク)の原則に基づき分類しました。TALKとは、カナダの自殺予防の専門家グループがまとめたもので、Tell, Ask, Listen, Keep Safeの頭文字からなります。以下にその内容を示します。

Tell まずははっきりと言葉に出して「あなたのことをとても心配しています」と伝える

- * 治療の関係を築き透析患者と適切な距離を保つ
- * 勇気をもって逃げずに患者と向き合う
- * メッセージで患者に関心があることを率直に伝える

Listen 絶望感に満ちた悩みに対し徹底的に聞き役に回る

- * 日頃から患者の話を聞き流さずに聴く
- * 話が聴ける時間と場所を確保する
- * 死の問いの後に否定しないで受け止める
- * 死にたいと思って患者の感情に焦点を当て傾聴する
- * 患者に寄り添い側に居るだけでよい
- * 共感できるように関わる

Ask はっきりと、「自殺することまで考えていますか？」と尋ねる

- * なぜ死にたいと言ったか尋ねる
- * 「死にたい」という患者の言葉の真意を問う
- * 患者が「死にたい」という気持ちが語れるよう配慮
- * どれくらい死にたいかを具体的に問う(時期・準備・手段)

Keep Safe もしも少しでも相手に危険を感じたならば、安全を確保する

- * スタッフ間で情報を共有し記録する
- * 危険因子のある患者は特に注意する
うつ病、透析拒否、高齢者、認知症、配偶者の死、導入期、痛み、喪失体験、男性、病状の悪化した時、不眠
- * 自殺に繋がる行動のサインの観察
患者のマイナス表現、感情表現できない、冗談は言うが気持ちを表現しない、他人や家族に迷惑をかけたくないなどの患者
- * 患者背景の観察
- * 専門家に相談したり紹介する
- * 家族と情報を共有し一緒に関わる

2. 看護師の対応を妨げている問題

「死にたい」という患者への対応の中で看護師の対応を妨げている問題が多かったです。

関わり方がわからない	看護師は「どう関わればいいのか悩む」「逃げたい」という気持ちから「業務を優先」「患者が話しやすいスタッフに対応してもらおう」など、患者と関わらないように避けています。ロールプレイなどで、死にたいと言われた時の関わり方を学びましょう。
自殺にたいする看護師の感情	看護師は「自分の関わりが患者を自殺に追いやるのではないかと不安」「一歩踏み込むのが怖い」「患者の言葉に揺れる」など自殺に対する陰性感情を抱いていました。看護師の感情を吐き出す場を設け、医療チーム全体で関わらしましょう。
自殺に対する考え・死生観	看護師は「死を選んだ患者の気持ちが分からない」「死という言葉がタブー」など個々の自殺に対する考えや死生観が影響して、傾聴の妨げになっています。看護師同士で自殺・死について語りあう場を設け、死生観を育みましょう。
患者の感情を否定・軽視する	看護師は「死にたいと何回も言う患者がいる」「死にたいと言われても自殺に繋がった人は今までいなかった」など、患者の感情を否定したり、軽視していました。看護師間で情報を共有化、患者の危険因子を客観的な視点でアセスメントしましょう。
自殺の危険因子が判断できない	看護師は自殺の危険因子を「患者の表情だけでは判断できない」「自殺のサインと捉えていなかった」などの意見から、透析患者の自殺の危険因子やサインの教育が必要です。
患者を助けたい、救えると信じる	看護師は「関わることで止まるのではないかと」「患者に何かしてあげたいと思ってしまう」など患者を自分の力で助けたいという気持ちが強く患者との距離は近すぎる傾向がありました。このような考えから看護師は一人でかかえてしまい、周囲の人の協力を得ることを困難にしています。チーム全体で関わり、看護師間で統一した対応を心がけましょう。

3. 今後の看護部の取組み

看護師のサポートでは、チームで支える体制、看護師の教育、看護師の心のケアがだされました。看護部として、①サイコネフロジーとその看護ケアの教育、②包括的アセスメントと情報の共有化 ③希死念慮・自殺念慮の患者への対応 ④自殺既遂発生時の体制の整備にも取り組む必要があります。