

# 病棟における A 氏への関わり

## HD 中止の意思決定から自宅退院に向けた支援について

元福岡赤十字病院 看護師 藤田 唯

### key words

HD 中止, 意思決定支援

## I. はじめに

当院の腎臓内科病棟は周辺地域からの紹介患者も多く、腎炎、慢性腎臓病の保存期から透析導入、終末期の透析患者まで様々な腎不全患者を受け入れ、周辺地域における腎センターとしての役割を担っている。

A 氏の事例では、血液透析（HD）に対して拒否的発言が継続したため本人の意思確認を繰り返し行いながら、最終的に家族も含めた I.C を行い HD 中止が決定した。その後、A 氏と家族の希望に添った退院調整を行うことで、最終的に訪問看護へ繋げ自宅退院となった。A 氏や家族と関わるなかで、看護師として主治医、透析室スタッフ、他職種と連携をとりながら HD 中止の意思決定を支援し、自宅退院に向けてサポートを行った。A 氏の入院から退院までの流れに沿って、HD 中止の意思決定から終末期を迎えるための準備を病棟看護師の立場より介入したことについて以下にまとめる。

## II. 現病歴・入院までの経過

1981 年 II 型糖尿病を指摘されるが放置

1991 年 II 型糖尿病に対する加療開始

1998 年 インスリン導入、糖尿病性腎症合併

2010 年 左前腕内シャント（AVF）造設し、HD 導入

閉塞性動脈硬化症（ASO）に対して経皮的末梢血管形成術（PPI）を数回施行

2014 年 重傷下肢虚血、糖尿病性壊疽のため右下肢を切断

2015 年 心不全のため右上腕動脈表在化術が行われるが、動脈感染に伴う拍動性出血のため右上腕動脈結紮術施行、左 AVF より HD 続行

2016 年 右内頸長期留置型カテーテル挿入術施行。

左下肢第 1 趾に虚血による潰瘍を形成し、その後増悪。PPI 施行し血流改善を図るが、潰瘍の治癒には至らずにミイラ化が進行。左足半分程度までミイラ化が進行したが、明らかな感染を認めなかったため保存的加療の方針。

右手指の潰瘍癬痕部の発赤・腫脹が出現し疼痛が増強。根本的な疼痛改善のためには手指切断が必要であるが、本人・家族に I.C が行われ保存的加療の

方針。転院となるが、転院先にて右手指の疼痛が増強し、転院から1週間後に右上腕切断目的で当院へ再入院となる。

### Ⅲ. 入院の経過

- 1 病日 右上腕切断目的で再入院
- 2 病日 右上腕切断術施行  
術後、創部の経過良好  
創部痛・左下肢の疼痛に対して除痛行  
うが疼痛コントロール不良
- 16 病日 疼痛コントロールについて麻酔科コンサルト
- 31 病日 緩和ケアチーム介入開始
- 33 病日 オピオイド導入
- 38 病日 HD拒否のはじまり  
HD拒否が続きA氏の意味を確認しながらHD続行
- 50 病日 今後の方針について家族を含めたI.Cが行われHD中止が決定
- 51 病日 退院前共同指導  
肺水腫のため臨時 extracorporeal ultrafiltration method (ECUM) 施行
- 52 病日 自宅退院

### Ⅳ. 患者背景

A氏は60歳台男性、糖尿病性腎症を原疾患とする末期腎不全にて2010年よりHDを導入した維持透析患者である。今回の入院以前にも、HD導入や右下肢切断など治療方針における意思決定を迫られる場面が多々あった。重要な意思決定の場面においても、A氏は自分の意思や考えをしっかりと持ち、家族がいたが治療に関しては自分で意思決定をおこなってきた。右下肢切断後、回復期病院でのリハビリも実施していたが、繰り返す入退院、長期にわたる入院生活によりADLの低下があった。徐々にADLが低下していく中でも、

「自宅に帰りたい」という思いは強く、非透析日には積極的にリハビリにも取り組む姿もみられていた。

家族は妻と3人の娘、キーパーソンは妻と同居している三女であった。妻はほぼ毎日面会にきており、長女・次女も遠方に住んでいたが協力的で定期的に面会に來たり、I.Cの際には同席され、家族全員で氏の入院生活をサポートしていた。

### Ⅴ. 痛みに対する介入

右手指潰瘍癒痕部と虚血性潰瘍の悪化によりミイラ化した左足は、ともに保存的加療の方針となり転院となっていた。転院1週間後に転院先にて右手指の疼痛が増強し、感染を疑う所見がみられたため右上腕切断の目的で再入院となった。再入院後、A氏と家族にI.Cが行われ2病日目に右上腕切断術が施行される。術後は創部の痛みを訴えることはあったが、鎮痛剤の定期内服、頓用での座薬の使用にて疼痛コントロールが図れており創部も問題なく経過していた。しかし、だんだんと右上腕創部の痛みよりも左下肢の痛みを訴えることが多くなった。左下肢の疼痛コントロールとして以前より非オピオイド鎮痛剤の定期内服や、それに加え座薬やソセゴンの筋肉注射など屯用薬を使用しながら疼痛コントロールを図っていた。主治医へも薬剤の使用頻度や効果を伝え、相談しながら疼痛コントロールを連日検討し16病日目に麻酔科へのコンサルトも行った。除痛を図ろうと施行錯誤をおこなっていたが、A氏からは「痛い、どうにかしてくれ」、「明日足を切ってもらおうかな。痛くて耐えられない。前は家に帰りたいと思っていたけど、今は無理。こんななら右足の時に死んだほうがよかった。墓がある天ヶ瀬にいいかな。足もだけど、気持ちも痛い。」と、疼痛を訴える時間も少なくなき、マイナスな発言を聞かれることもあった。また、HD中も左下肢の痛みにより5時間の透析を行うことが出来ない日も増えていた。そんな時に、HD室より緩和ケアチームへの依頼について提案があり、緩和ケア

チームに介入の相談を行うこととなった。緩和ケアチーム介入の結果、33病日目にフェンタニルの持続皮下注射による疼痛コントロールが開始となる。麻薬を使用した疼痛コントロール開始後、除痛が図られA氏が痛みを訴えることはほとんどなくなった。疼痛増強時もレスキューとしてフェンタニルのフラッシュを行うことで除痛が図られ、叫び声をあげるほどの痛みを訴えることは無くなった。

## VI. HD拒否のはじまり

麻薬使用開始頃よりA氏は日中傾眠傾向となり、時折つじつまの合わない発言が聞かれるようになった。その後、夜間に叫び声を上げるなどせん妄が出現しはじめた。そして、せん妄が出現し始めた頃の38病日目より「透析はしない」と、HDに対して拒否的な発言がみられるようになった。

透析拒否2日目には家族へ対し、HD未実施による影響や今後の対応についてI.Cが行われた。妻は「本人の意思を尊重したいけど、家族としては少しでも長く生きてほしい。本人はどう思っているか分からないけど、長くは生きれないとわかっているからですね。」と、氏の気持ちと自分たち家族の思いについて話され、HD続行を希望された。このI.Cでは、薬剤の影響によるHD拒否を除外するため麻薬を中止しその他薬剤にて除痛を図ることが決定し、氏の意味を確認しながらHDを続行する方針となる。

## VII. HD拒否について

麻薬使用開始後にHDに対して拒否的な発言がみられるようになったため、薬剤の影響によるせん妄と判断し、拒否的発言も一時的なものである可能性を考えた。そのため、睡眠導入剤の調整や麻薬の使用中止、それに伴う疼痛の増強に対しては他剤を用いた積極的な除痛を主治医や緩和ケア

チームと連携して行った。麻薬中止後、非オピオイド性貼付薬などの定期薬と頓用薬の使用にて除痛を図った。完全に痛みをとることはできていなかったが、麻薬開始以前よりも頓用薬の使用頻度も減っていた。また、叫び声をあげて痛みを訴えることは麻薬開始前より少なくなっており、病棟では比較的疼痛コントロールを図ることが出来ていると評価していた。

しかし、HD中の左下肢の疼痛コントロールは不良でHD拒否は続いた。日によって拒否がある日とない日があるため、A氏の意味を確認しながら透析室への搬入を行っていた。さらに、主治医や家族とともにA氏の意味を確認したり、家族へHD中の付き添いを依頼しA氏を説得しながらHDを継続しようとした。しかし、透析室へ入室しても病棟で確認した意思とは反し、透析室でHD開始を拒否したためHDが開始できずに病棟へ戻ってくることや、HD開始後に左下肢の痛みのために叫び声をあげたり、「やめないと、これ(長期留置型カテーテル)引っこ抜くぞ」などの発言が聞かれ中断することが続いた。そして、HD継続の説得に対してもA氏の「HD拒否」の訴えが変わることはなかった。

痛みによるHD中断は明らかなものであったが、A氏はHD拒否の明確な理由を話さなかった。妻は連日説得のため来院し、HDを拒否し続ける氏について「本人がしないって言うなら仕方ない。いくら言っても聞かないし。尿毒症って透析以外でどうしようもないんですよね？娘がなんで透析しないのか聞いた時には、透析しても変わらないって話してて透析しても手も足も生えるわけじゃないって絶望しているんですかね。私たちもきついけど、本人が一番きついと思うんで。どうなるかも頭の隅にかすめてるんです。本人が言うことを待つしかない。」と話していた。

## VIII. 透析室との連携

透析室とは、受け持ち看護師同士での情報交換、また、合同カンファレンスを行うことで情報を共

有し、A氏へのケアや介入方法方について統一を図った。

一度目は「疼痛コントロール」について、二度目は「HD拒否」についてカンファレンスを行った。「疼痛コントロール」については、病棟で過ごす時間のみでなく、HD開始後、疼痛のために十分な透析が行うことが出来ていないことが問題となっていた。そのため、鎮痛薬使用のタイミングの検討やHD室看護師も緩和ケアラウンドに参加することで、HD時の疼痛コントロールが行えるように介入した。また、氏が多くのことを語らなかつたため、今後の生活についてどのように考えているのか捉え、それを反映しながら介入していくことを病棟と透析室スタッフとで共有し目標設定した。「HD拒否」については、A氏の苦痛を緩和することを一番に行うこと、氏や家族の思いを捉えながら支援していくことを確認し、搬入時間や透析シフトを調整することでHDが継続できるようサポートしていくこと、肺水腫や尿毒症症状出現時などの緊急時は臨時HDにて対応していくこととなった。

## IX. 揺れる気持ち

透析拒否が続くなかでA氏は、「透析5時間は長くてきついし、手も足もないのに生きるとの意味あるのかなと思うよ。でも、来年のホークスの優勝を見るためには、透析せんといかんね」、「透析は行きたくなっているか、（透析室で）待たされたから、わかるとる。透析せな身体がきつくなること。明日は頑張るよ」など、生きていく意味を考えながら、HD継続について発言をしている。また一方で、リハビリスタッフに対しては「せんって言ってやめてもいいけど、ここ出されたらもう入れてくれるところもない」と話し、HD中止を考えつつも、中止後の療養場所について不安を感じているような発言がきかれている。A氏は日頃より多くを語らなかつたが、看護師とリハビリスタッフに対して発言内容が異なっていることから、生きていく意味を考えHDの継続か中止か

迷っていること、揺れ動く心情がみられていた。

## X. HD中止の決定

HD拒否のためHDが施行できないことが続き、肺水腫による呼吸困難のため47病日目にICUへ転棟となった。ICUでのHDでは娘が付き添いでいた。HD中に大声をあげて痛みを訴える氏を見て、娘より「手のときもこんな風に痛がっていた。足も切ったら良くなるのではないかと先生と話がしたい」と思いを表出されたため、I.Cのセッティングが行われた。

I.C前はA氏も「きつだけなら頑張れるけど、痛いのは耐えられない。この前は娘がいてくれて、頑張れと言ってくれた。頑張ろうと思うけど、やっぱり痛くてたまらなかつた」と家族からの励ましで「もう少し頑張ろう」という意思や迷う気持ちの表出があった。しかし、最終的にA氏はI.Cの場で「やっぱり、もう透析はしたくない。足が痛くてもうこれ以上頑張れない」という思いを話し、「透析をしない」という意思表示をされた。A氏の意思が一貫しておりHD継続が困難であることが家族へ説明された。家族は「透析を継続して生きてほしい」との思いを持っていたが、家族がA氏の意思を尊重する形で50病日目にHD中止が決定した。

## XI. 自宅退院に向けて

HD中止決定後、残された時間については「自宅で過ごしたい」というA氏の思いがあり、家族からもA氏の希望通り自宅で過ごしたいと申し出があった。そのため、ICUから一般病棟へ転棟し、個室にて家族の時間を過ごしてもらうこととなった。そして、同日より自宅退院へ向けて、主治医・退院調整看護師と連携しながら在宅往診医、在宅酸素、訪問看護導入の準備開始し、家族に対しても介護方法についての指導を開始した。退院準備が整うまでの間、家族が交代で付き添っ

ていた。付き添いを行う中で、家族が自宅へ連れて帰ることに對し不安や疑問を表出されるようになった。疑問や不安の内容は、はじめのうちは漠然としたものであった。しかし、24時間付き添いを行うなかで、疼痛時の座薬の使用方法、痛みで大きな声を出すときはどうしたらいいか、どうしても自宅で対応できない時はどうすればいいか、訪問看護導入による退院後の金銭的負担など具体的な内容を表出されるようになった。また、「病院だと（心電図）モニターがついていて何かあったときすぐに分かる。家だと苦しい思いをさせてしまうのではないか」、「本当に家へ連れて帰ることが正しい選択になるのか」と、A氏を自宅に連れて帰ることに對する迷いを表出されていた。

一方でA氏は、HD中止決定後は「いつ帰れると」、「早く帰して」と繰り返し話すようになり自宅へ帰ることを心待ちにしている様子であった。下肢の疼痛についても、定期薬剤と頓用薬の使用で比較的コントロールすることが出来ていた。

## XII. 家族への介入

A氏を自宅へ連れて帰ることを決断したが、家族の不安は大きなものであった。自宅へ連れて帰ると決めた後も、不安のみでなく連れて帰ることに對する迷いの表出が続いていた。そのため、指導時間を利用してゆっくりと家族の思いを傾聴し、その場で問題解決を図ることで疑問や不安の解消に努めた。さらに、体位交換やおむつ交換・座薬の使用法などの日常生活ケアについての実践指導を行い、必要時は退院調整看護師との面談を交え退院後のフォロー体制について伝えながら家族への介入を行った。ケアを通じて家族と関わることで、徐々にA氏を自宅へ連れて帰ることへの不安や迷いの表出は少なくなり、「帰ったら好きなものを食べさせてあげよう」、「たばこを吸わせてあげよう」など自宅だから出来ることを考えたり、前向きな発言が聞かれるようになった。

## XIII. 51 病日目 退院日前日

HD中止決定の翌日に主治医・家族（妻・次女・三女）・退院調整看護師・病棟看護師・B病院訪問看護ステーション看護師が同席し、退院前共同指導が行われた。共同指導ではA氏の状態を確認し、家族が疑問や不安に感じていることを表出しながら在宅での援助内容や退院日の移動手段や時間、在宅酸素の設置時間などの確認が行われた。そして、B病院の訪問看護ステーションの看護師より、どのような状態であってもA氏・家族の退院への意思が変わらなければ受け入れが可能であると返答があり、翌日の退院が決定した。

また、退院決定の当日に肺水腫のため呼吸状態が悪化したが、自宅で過ごす時間を確保するため主治医より臨時ECUMの提案が行われた。主治医よりA氏へ説明が行われ、A氏も自宅へ帰るための臨時ECUMを了承しECUM施行となる。4時間のECUM施行にて呼吸苦は改善し、room air下でも酸素化が保てる状態となった。

## XIV. 52 病日目 退院日

退院日にも、おむつ交換や寝衣交換などのケアを家族と一緒に実施し介護方法について再度確認をおこなった。また、疑問点や不安点が解消されているか、新たな不安の出現がないか最終確認を行い、在宅酸素の設置時間の調整を行った。退院時、A氏は「早く帰ろう」と話し、A氏にも家族にも笑顔がみられ、寝台タクシーにて退院された。退院後、同日より訪問診療と訪問看護が開始となっている。

## XV. 考察

A氏の事例はHD中止決定まで連日のようにHD拒否があり、呼吸苦が出現するとHDを実施し、呼吸苦が改善するとHD拒否をすることが繰り返されていた。A氏の発言より、A氏のHD継

続に対する迷いやHDを中止後の不安、家族の思いを感じHD継続を頑張る姿など様々な思いが混在しているのを見て取れる。主治医や病棟スタッフのみでなく、透析室やICUスタッフなど多くの医療者がA氏とその家族に関わっている。関わったスタッフそれぞれがその時々で迷い悩む気持ちを汲みとった介入を行うことで、A氏の「HD中止」、家族の「A氏を家で看取る」というそれぞれの意思決定をサポートすることが出来たと考える。また、HD中止決定後には家族はA氏を自宅へ連れて帰ることを決め、退院に向けて動き始めた。はじめのうちは連れて帰ることにに対し漠然とした不安が大きかったため、まずは家族が自宅での生活を具体的にイメージできるよう介入を開始した。その後看護師とともに介護を実践し、24時間家族が交代で付き添いする中で自宅での生活をイメージできるようになると、具体的な疑問の表出ができるようになった。その疑問や不安に対して、ひとつずつ解決できるよう他職種間で連携を図りチームで働きかけることで、自宅退院に対する不安の解消につなげることが出来た。

A氏の事例では、入院経過の中で迷い悩んでいるA氏や家族の思いを捉え、それを他職種間で共有することでHD中止の意思決定から自宅退院までのサポートをチームとして介入することが出来た。さらに、早期からの退院調整を行うことで継続看護へつなげることが出来たと考える。

## XVI. おわりに

透析患者が年々増加傾向にある現代において、「透析」という医療処置が必要となる透析患者が自宅で最期を迎えることは難しい状況にある。A氏の事例を通じて、透析導入期から最後を意識した関わりを行っていく必要があると感じた。A氏は迷いながらも自分の思いを意思表示し、最終的に「HD中止」という意思決定を行うことが出来た。さらに、家族の協力のもとA氏が望む形で自宅にて最期の時を迎えることができています。A氏のように、HD中止について意思表示し家族が

困惑する事例もあれば、意思表示できなくなった患者のHD継続について家族が悩む事例も経験したことがある。どちらの場合であっても、HD導入時より患者・家族とともに終末期について考えること、意思表示が出来なくなった時にどのようにして欲しいか話しておくことが必要であり、大切なことだと考える。心臓マッサージや気管内挿管などの延命治療については話す機会もあるかもしれないが、HD継続については話されることは少ないと思う。患者本人であっても、HD中止について考えることすらないかもしれない。しかし、始まりがあれば必ず終わりがある。導入期から終末期について考え話しをしておくことで望まない医療を受けることなく、透析患者が望む終末期を迎えることが出来るようになることに繋がり、患者がHD中止を望んだり意思表示が出来なくなった際にも家族が困惑することも少なくなると考えた。

また、A氏の事例ではHD中止決定後も短期留置型カテーテルの抜去は行われなかった。A氏は短期留置型カテーテルの感染を起こしており敗血症となるリスクも高く、本来ならば抜去が妥当であったと考えられるが、家族の希望もあり抜去は行われなかった。HDを再開する可能性はないと家族は理解していても、家族の発言から「カテーテルさえ残していれば、いつでもHDを再開できる」という思いであったのではないかと考える。A氏と家族への関わりの中なかでも、戻りたいと思えばいつでも病院へ戻ることは可能であると説明していた。透析中止を選択しても希望すれば再開することは可能であることを伝えることで、たとえ透析を再開する意思がなくとも「病院には引き返せない」という気持ちで追い詰められることなく、本人や家族が死という不安に直面した中で心の支えとなるのではないかと感じた。さらに、透析中止後の安楽については、今後も検討していくべきであると考えます。透析中止後は尿毒症症状や肺水腫による呼吸困難によって苦痛を伴うこととなる。その場合、安楽のために薬剤の使用を検討するのか、また、使用する場合は薬剤使用のタイミングについての検討も必要であると考えます。

HD 中止後、患者に残された時間は限りなく少ない。本人・家族が希望する時間を過ごすためには、早期に退院調整や自宅の整備等を実施していくことが必要である。今回の事例では透析患者の終末期を受け入れる訪問看護ステーションが早期にみつき、家族の協力にて在宅で生活するための自宅環境の整備も同時に行えたことが、HD 中止の決定後 3 日で自宅退院できた大きな要因と

なった。透析中止を決定することは容易ではなく、様々な困難があることは理解している。しかし、透析患者の終末期について改めて考え、透析を中止することもひとつの選択肢として考え透析患者が望むエンド・オブ・ライフが実現できるような社会に向かっていけるよう、今後も検討が必要であると考えます。