

認知症を持つがん患者とその家族に対する意思決定支援

～治療継続困難な多発性骨髄腫患者の一例～

キーワード：認知症 家族 意思決定

○吉田笑美子 阿野沙耶香 石橋典子

石橋直子 大坪奈央子（西入院棟 8階）

I. はじめに

高齢者のがん治療として、化学療法を選択する人が年々増加している。高齢者は、主要臓器の予備機能、身体機能が低下しており、がん化学療法による身体への侵襲の程度は大きい。がん以外に慢性疾患を持つことも多く、副作用の出現するリスクは高い。その上、高齢による認知力の低下により、病状・治療方針に対する理解が十分に得られにくい場合がある。そのため、適切な理解を得られるように患者と同時に患者を支える家族への支援は重要であるとされている¹⁾。

患者が意思決定できない場合、代理意思決定として家族が治療の選択をするケースが多い。治療の選択を迫られた家族は、意志決定についての葛藤や介護による身体的・精神的負担を抱えやすい。特に血液がんは、他のがんと違って治療が症状緩和となるため、延命目的の治療をどこで打ち切るのかの決定が個々の症例で難しいとされている²⁾。

今回、認知症があり治療の必要性が理解できず、治療の継続が困難になった事例を経験した。この事例では、家族が意思決定の葛藤や介護による負担を抱えながらも、患者を中心とした家族の意思決定支援をすることができた。認知症を持つがん患者と家族のケアをより一層深め今後に生かすため、チームでの看護を考察し、ここに報告する。

II. 事例検討の目的

認知症を持つ血液疾患患者とその家族を対象に行った、意思決定支援に対する看護介入を考察する。

III. 事例紹介

患者：A氏 81歳 女性

診断：多発性骨髄腫

既往歴：認知症

【家族背景】

治療に関する意思決定のキーパーソンは長男であった。次男は単身赴任しており、あまり面会に来られることはなかった。次男の嫁はほぼ毎日昼間に面会があり、A氏との関係は良好であった。

【入院中の経過】

入院初期には、骨髄腫からの高カルシウム血症・せん妄・倦怠感・圧迫骨折による疼痛があり、睡眠障害がみられた。採血や点滴・内服など治療に対しても拒否的であり、さらに体位交換や清潔ケア時には、声や手を出して抵抗される状態であった。

認知症とせん妄状態にあるA氏の意志決定は困難であったため、長男と次男の嫁にインフォームド・コンセントが行われた。その結果、「トイレくらいまでは自分で動けるようになって欲しい」という家族の思いもあり、VMP療法の施行を選択された。家族はA氏へのがんの告知について、「本人に告知するとマイナス思考に捉えてしまうから告知はしてほしくない」と希望され、A氏には「骨の病気で骨が折れやすくなっている」と説明した。

A氏の倦怠感等は治療が進むにつれ徐々に改善され、3クール目になると、歩行器を使用することが可能となり、日中は落ち着いて日常生活を送れるようになった。その一方で夜間の不穏状態は持続し、夕方になると「なんで病院にいるの？死にたい、帰りたい」というような思いを表出される事が多くなった。

4クール目の入院時からは、「帰りたい」との帰宅願望が強く、特に朝方、夕方になると落ち着かず、常に観察が必要な状況となった。A氏の離院防止や精神的安楽を図るため、必要時は長男夫婦へ付き添いを依頼し、付き添われていた。

しかし、徐々に家族やスタッフへの暴言・暴力が出現し帰宅願望も強くなったため、入院・治療の継続が

困難な状況にあった。今後の治療継続について家族に決定してもらうこととなったが、長男夫婦は精神的負担を感じ、来院されることが少なくなった。

VI. 実践と結果

家族への意思決定を支援する上で、認知症による暴力・暴言と介護負担により家族がA氏と向き合うことが困難になっていた。認知症のあるA氏と向き合えないことが、治療方針や療養の場に関する家族の意志決定に影響していると考えられた。

家族への介入とその結果を以下の4つの点で述べる。

1. 家族の認知症への理解

長男夫婦は自分たちに対する被害妄想を聞いたり、暴言や暴力を直接受けたりすることで、「どう関わっていいかわからない」と認知症症状が悪化したA氏に対するショックや戸惑いを感じていた。

そこで、家族の認知症に対する理解を深めるため、認知症看護認定看護師へ介入を依頼し、長男夫婦と次男の嫁へ認知症に対する基礎知識について情報提供を行ってもらった。また、病棟ではA氏の認知症症状に対する不安や治療の継続への葛藤について、家族それぞれから思いを傾聴した。暴力的行動が見られた時にはA氏への対応の方法や距離の取り方を一緒に考えた。

認知症について知識を得たことで、「もう(認知症が)中等度まで来てたんだ」とA氏の認知症の進行や症状について振り返ることができ、認知症を持つA氏を理解することができた。

2. 本人の意志の明確化

帰宅願望が強いA氏への対応について、医師とカンファレンスを行った。A氏の認知症は悪化しており、A氏へ入院している理由を理解してもらう必要があった。家族へ、病名の告知をA氏に行ったほうが治療の継続や、帰宅願望の軽減になるのではないだろうかとの提案をした。家族と相談をした結果、告知をすることに對して了承が得られた。告知後には落ち込む様子は見られたが、それでもやはり「帰りたい、治療はしたくない」という訴えは変わらなかった。A氏の告知に対する理解度は不明瞭であったが、家族はA氏の思いを再確認され「本当は8回するのがベストなんでしょうけど。お母さんのいいようにしてあげたいです」と治

療を中止するという選択をされた。

3. 家族の精神的負担の軽減

長男夫婦はA氏の暴力や暴言を受け、「もう嫌です。病院にも来たくありません」とA氏との関わりを拒否する傾向にあった。長男夫婦は付き添いを行うことで身体的・精神的ストレスが増強していたため、A氏の付き添いを業者へ依頼をしてはどうかと提案した。提案後にはすぐに業者の付き添いを契約され、A氏は業者の方を友人と認識して、付き添いのある時間には落ち着いて過ごすことができた。

また、A氏が穏やかに過ごせることで家族も安心して面会ができると考え、計画的な入浴や散歩、リハビリの介入、精神科医師への相談依頼等、生活のリズムがつけられるように介入を行った。

4. 家族の意見を統一する関わり

キーパーソンである長男夫婦は、「A氏の治療は続けたいが、自分たちが本人の前に顔を出すと興奮するため会わない方がいい」と考えられていた。今後についても、「自分達も仕事に支障をきたしているため、できれば施設に入所して、ヘルパーを雇って外来に連れてきてもらう体制にしたい」という考えを持たれていた。

ほとんど毎日面会に来て「帰りたい」というA氏を間近で見てこられた次男の嫁は、「このまま治療が継続できるのか、治療を続けることがA氏のためになるのか」と治療を継続することへの葛藤を感じていた。元々長男夫婦と次男夫婦は親しい関係性ではなく、お互いの思いを共有できていない状況にあった。

そのため、インフォームド・コンセントを行う際には長男夫婦と次男の嫁が同席して、今後の治療方針について相談できる場をセッティングし、思いの共有が出来るようにした。また、その後も家族で話合う場を持つように働きかけた。

1)~4)の介入後、認知症を持つA氏への理解が深まったことで、家族の意思決定支援ができ、A氏の納得のもと治療は4クールで終了となり、介護老人保健施設へ入所することとなった。

V. 考察

患者と家族に対する意思決定支援の介入について、3つの視点で考察した。

1. 認知症への理解からA氏の理解へ

宮本は、「認知症の初期から家族に対して、不可解な言動は病気によるものであることを説明する。そうすることで、家族の怒り、戸惑いは軽減する」³⁾と述べている。家族は認知症認定看護師から基礎知識について情報提供を受けたことで、認知症への理解が深まった。「認知症があるお母さん」と認識することで、それまでのA氏の行動や言動の意味、これからの症状や関わり方について家族自身で考える機会となった。

長男夫婦はA氏からの暴言暴力を受け、ストレスや不安が増強して、付き添いが負担となっていた。ストレス状況下にあるとき意思決定プロセスの質は低下すると指摘されている⁴⁾。付き添い業者の介入により、長男夫婦はA氏との距離を置くことで、介護負担が軽減し、A氏の事を考えることが出来たのではないかと考える。

2. 病名告知と権利擁護

今井は認知症の人の権利擁護について、「認知症の人の人権侵害を擁護することと同時に、彼らの自己決定を十分に尊重し、本人の意思や意向に即した過不足のない支援を行うこと」⁵⁾と述べている。

A氏と家族には、病名を知らないこと、知らせないことで思いのズレが生じていた。認知症を患っていても、一人の人間としての知る権利や選択する権利を持っている。医療者が第三者の立場として家族に告知について提案できたことは、患者の権利を擁護することにつながっていると考える。

がんということを告知されてもなおA氏の思いは変わらず、告知後のA氏の素直な反応を家族がとらえることができ、A氏の思いを再確認する機会となったため、A氏の代理で意思決定ができたと考える。

3. 家族の決定する力を高める介入

武は「医療者に求められるのは、患者と家族が意志決定を行う過程で、孤立し苦しむことがないように、その気持ちを語ることでできる場を作り、ともに考える姿勢である」⁶⁾と述べている。

代理意思決定をすることは家族にとって大きな精神的負担となる。家族それぞれがA氏に対する思いを抱えていたが、家族に寄り添い共に考えていきたいという思いを伝え、家族が思いを表出できたことは精神的

負担の軽減につながっていると考える。

家族でA氏について情報共有する場をセッティングして、思いを共有できるよう関わった。患者や家族にはそれぞれ価値観や倫理観の違いがある。医療者が患者の思いを代弁する立場になることもあるが、家族の思いも大切にしていかなければならない。家族自身がそれぞれの思いを確認できたことで、家族が主体となって患者を中心に意思決定する力を育む機会になったと考える。

VI. 結論

1. 家族に対し、患者自身を理解できるように関わることで意志決定へつながった。
2. 家族が、決定する力を高める介入をしたことで意思決定をすることができた。
3. 医療者が患者自身に病名告知を行ったことで、患者も自分の意志を伝えることができた。

VII. 終わりに

高齢者の場合、認知力の低下のため、病状や治療方針について十分な理解が得られにくい。患者の状況を中心に考え、それに合わせて家族の思いがどのように変化しているのか、家族成員一人ひとりの持つ強みは何なのかを理解したうえで支援を検討することが大切である。

<引用文献>

- 1)長場直子、本村茂樹：がん化学療法の理解とケア。118 - 131、東京、学習学研社、2005。
- 2)川越厚、松浦志のぶ：血液がん患者の在宅ホスピス緩和ケア。癌と化学療法、37(2)：249 - 252、2010。
- 3)宮本礼子：認知症の緩和医療・終末期医療。治療、95(7)：1352 - 1356、2013。
- 4)増田真也：心理学が描くリスクの世界—行動的意思決定入門。pp132、東京、慶応義塾大学出版会、2002。
- 5)今井幸充：認知症介護と社会支援 病名告知と権利擁護。medicina、44(6)：1138 - 1141、2007。
- 6)武ユカリ：決断を迫られた患者・家族のケア 意思決定が難しい要因とそのときナースにできること。看護学雑誌、69(4)：360 - 365、2005。