

(症 例)

## 慢性心不全終末期患者へのよりよいQODを目指して

濱本 奈未<sup>1)</sup> 出井はるか<sup>1)</sup> 妹尾美智代<sup>1)</sup> 野口 法保<sup>2)</sup> 荻野 和秀<sup>2)</sup>鳥取赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>  
循環器科<sup>2)</sup>**Key words** : 慢性心不全, 終末期, アドバンスケアプランニング, エンドオブライフケア

## はじめに

心不全は増悪と寛解を繰り返す経過を辿り、予後不良な進行性症候群のひとつである。心不全には、「末期状態」と「終末期」<sup>1)</sup>がそれぞれ定義されているが、その見極めは決して容易ではない。その要因として、心不全には多様な病みの軌跡があり積極的治療選択肢が幅広いため、生命予後の予測が難しいことがあげられる。

近年、「急性・慢性心不全診療ガイドライン改訂版」(2017)<sup>2)</sup>においても終末期心不全のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)がClass Iで推奨され、今後、増え続ける心不全支援に取り組むべき重要課題であるが、心不全に対するACPの支援・方法論が体系化されていない。人工呼吸器や延命処置はしない(Do Not Attempt Resuscitation: 以下DNAR)の取得のみに留まり、患者・家族の望む最期を迎える質の高いACPの実現につながっていない現状である。

今回、当院に入院したA氏は3年前より慢性心不全末期(心不全ステージD)と本人、家族に宣告された。患者本人の「在宅で過ごしたい」という思いと家族が「できり限り、在宅で介護をしたい、本人の希望を叶えてあげたい」という思いがあった。外来受診時や再入院の度に家族、病棟看護師、慢性心不全看護認定看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、訪問看護師と連携し患者・家族を支援したが、最終的に病院で看取ることとなった。今回の事例の中で、慢性心不全終末期におけるACPについて振り返り、病気の経過のみでなく、その人がどんな人生を歩んできたのか、何を大切に生きてきたのかという生活や人生の軌跡を重ね合わせた支援をエンド・オブ・ライフ・ケア(end of life care)の実践の6つの構成要素(図1)に沿って考察する。

## 症 例

患者:A氏, 60歳代後半, 女性

主訴: 易疲労感, 食欲不振, 安静時呼吸困難

病名: 慢性心不全(心不全ステージD)(表1), 慢性腎不全, 糖尿病

既往歴: 糖尿病, 脳梗塞

現病歴: 心不全増悪で入院を繰り返す。数か月前より胸水残存, 利尿剤を増量後も効果は乏しく, 定期受診間隔は短縮してきていた。

数日前より労作時の息切れ, 易疲労感, 食欲低下著明。定期受診時に大量の胸水残存を認め, 外来での治療困難となり緊急入院となった。

方針: 3年前より慢性心不全末期と宣告, 今後の治療・療養支援についてACPを行い, DNARとなっていた。

図1 エンドオブライフケアにおける実践の構成要素<sup>3)</sup>表1 慢性ステージ分類 ACC/AHA/2005<sup>2)</sup>

ステージA	心不全予備軍
ステージB	器質的心疾患
ステージC	心不全症状の出現
ステージD	治療抵抗性

心機能：左室駆出率：14%，左心径：41mm，左室拡張末期径：56mm，左室収縮末期径：52mm，左室内径短縮率6%と高度左室拡大および低心機能状態。NYHA心不全重症度分類IV

性格：頑固，几帳面

家族：夫，長女（長女とは3年前末期心不全と宣告されてから同居開始）

社会資源：要介護2（週1回訪問入浴，週2回訪問看護利用）

入院後の経過：低心拍出量症候群（以下LOS）とうっ血所見の混在した身体症状であり，ドブタミン塩酸塩の点滴持続静注と利尿剤にて心不全治療を開始。しかし，離脱は難渋し病状は改善されず入院48日目に永眠された。

## 看護実践と考察

### 1. 症状・疼痛マネジメント

患者は意識レベル清明も易疲労感および安静時呼吸困難が出現し，簡単な会話ができる程度であった。全身浮腫，四肢冷感も著明，皮膚も脆弱，自力での体位変換も困難を要していた。皮膚損傷に拍車がかからぬよう不要な圧迫や損傷を避けるような衣服やマット，クッションを選択していった。

### 2. 意思表示・決定支援

3年前に慢性心不全急性増悪で入院決定時，外来にて心不全の辿る経過から最期の迎え方まで主治医より治療内容・療養場所などを説明された。説明時には看護師も同席し，患者・家族が説明を聞いた後に病状をどのように理解し，これからどのように過ごしていきたいのかを知るために，これまでの疾患の経過を一緒に振り返った。患者から「パパと家で一緒にいつまでおれるの？」という発言があり，自身の予後に関心が始まっており，自身の真意を慎重に見直し，家族と在宅で関わるケアマネジャーと度々ケアプランなどの体制や受診行動の目安について協議・調整していった。

在宅療養におけるリスク・ベネフィットを明確にし，家族内で迷いや苦悩があるときには相談に応じ共に考えることを心掛けていった。入院時，「治療の限界です。今回は，覚悟をして下さい」と病状説明後，夫は動揺し，「先生にお任せするしかありません」と患者にとって最善の方法について迷いが生じていた。家族の揺らぐ代理意思決定を傾聴し共感していった。

### 3. 治療の選択

DNARは「心肺停止時に心肺蘇生を行わないこと」を意味するが，終末期医療と混同されることも多くある。

そのため，A氏のDNAR指示の倫理的妥当性は病棟看護師間で話し合った。ドブタミン塩酸塩の点滴持続静注と利尿剤を並行し治療継続していく中でLOS症状の改善はみられず，徐々に悪化の経過を辿り，輸血・人工透析は心不全に腎不全も併発していたため必要な治療であり，家族とも情報共有し検討していった。

最終的なA氏的意思決定は困難な状態であったため，家族にその経緯と中止した場合のメリット・デメリットについて主治医より説明され，承諾を得たが，臨終時には家族は立ち会えなかった。

### 4. 家族ケア

A氏はこれまで何度も心不全で緊急入院を繰り返しながら在宅療養をしていた。家族は，「先生からあと1年ぐらいと言われていたけども，もう3年経った。今回も良くなって家に帰るかな」と僅かな期待を託していた。毎回，緊急入院時やイベント時には精神の安寧を得られるよう出来るだけ近くにいるよう心掛け，病状説明時などは同席し，家族の感情にも寄り添っていった。いかなる段階においてもケアの中心は「患者」であり，A氏の尊厳を保持しながら家族のコミュニケーションを促進し，限られた時間を過ごせ共有できるよう努めた。衣服の選択をする時にも「Aさんだったら，このシャツの色が好みなのかな？いつもこのような色を着ていたしね，娘さんが選んでるんですか？とてもよくお似合いだと思います」と主語をA氏にすることで，A氏の主体性を尊重すると同時に，衣服を選択した長女への労いを取り入れることで，家族の看取りへの不安や負担感を和らげるように努めた。家族と医療者がコミュニケーションを円滑に図り，真摯に推定意思を探るプロセスは必要な支援であると考えた。

症状が深刻化してくると家族（夫）から「実は40年くらい会っていない兄と妹がいて会わせてやった方がいいのかわからない，どうしたらいいのか」と相談されるようになった。早急に面会を促した。患者の死期が近いことを実感した家族の悲痛な思いや迷いに寄り添い，断絶していた身内とのわだかまりを修復し，人生最期を迎える準備を進めていった。臨終する数日前から夫の面会時間が少なくなり，臨終の場面では家族は間に合わず，夫は悲観反応を示し，放心状態となっていた。

3年前から最期の迎え方について何度も話し合ってきたが現実的な場面を直視できず，夫の感情を整理する支援はできていなかったかもしれない。これらの過程を通して，回復の見込みがないことを受容し，死という現実を直視する必要性があったと考える。

また看護師間での家族情報の共有を認識しておく必要

があった。

## 5. QOLの焦点化

臨終に家族が立ち会えなかったことに対し、A氏自身にいつも共存していた夫が不在で淋しい思いをさせてしまい、夫に対しても申し訳ない気持ちが交差した。夫と長女に生前のA氏のライフレビューを語ってもらいながら、臨終後のケアを共に行った。「実は私と妻は駆け落ち婚」「妻は綺麗好きでね、几帳面でよく尽くしてくれた」「私は母とは子供の頃は、仲が悪かったけど、身体を悪くしてからは心配で同居するようにした、今まで親孝行とかしてなかったし」と家族の中でのA氏の妻として、母としての役割が見えてきた。家族の語り言葉ひとつひとつを傾聴・共感すると、長女は「私達は母に対し、やれることはやりました。母も看護師さんが最期看取ってくれてよかったと思います、ありがとうございます」と逆に労いの言葉をもらった。長期にわたり当院で入退院を繰り返しA氏らしく生活できる一助を行った看護師と家族の共通認識と関係性を構築した結果、自律性や自己効力感が生まれたと考える。

## 6. 人間尊重

外来通院時より、患者の意思や思いを尊重してきた。夫と最期の時まで一緒にいたいという思いに沿い遂げるために、在宅で可能な限り最大限の社会資源を活用し、かつ入院後はその人らしくA氏の外観を保持し、皮膚を愛護しながら好みの整容・衣服を着用した。臨終後のケアは、死者の身体の修復と清潔を図りながら、容姿を整え、A氏の生前の容姿に近づけるように心掛けていったことで、患者家族は「いつものママだね」と笑顔で死を受容し自宅へ帰途された。

## おわりに

寛解と増悪を繰り返す心不全患者は予後予測が難しい

とされているが、人生の最終段階を穏やかに生活するため、患者の意思を尊重した意思決定支援が重要性である。患者・家族が話し合い、患者の価値観を大事にし、患者が納得した意思決定支援が行えるよう適切な情報を提供するとともに、患者の取り巻く社会的な問題にも目を向け支援体制を強化していく必要がある。

療養の場は、病気とどう向き合い、今後どう生きたいのか考えたうえで選定する必要がある。今回、末期の段階からACPを行った患者との関わりについてエンド・ライフ・オブ・ケアの構成要素をもとに考察し、終末期に向け看取りについてのケアの見極めの難しさを痛感した。

心不全の病態を多くの医療者と共有し、必要な支援を看護師だけでなく多職種で関わることは必然であり、私達医療者の看取りに対する普遍的なケアを見直すところから心不全ケアが始まるのではないかと考えている。しかし、ACPは簡単なものではなく、患者と真剣に向き合おうとすればするほど力になれないときの無力さを感じることもある。患者・家族を取り巻くスタッフで倫理的葛藤や揺らぎ、不安や喜びを吐露していく場を設けながら次なる支援に繋げることを課題としていきたい。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン，2018.
- 2) 日本循環器学会，日本心不全学会：急性慢性心不全診療ガイドライン（改訂版），2017.
- 3) 長江弘子：看護実践に生かすエンドライフオブケア（第2版），100. 日本看護協会出版会，東京，2018.