

終末期がん患者の意思決定支援 ～患者と家族の今後の療養場所についての意向の違い～

知念 柚花

沖縄赤十字病院 5階東病棟 看護部

はじめに

がん患者とその家族は診断された時から終末期に至るまで、治療や療養場所の選択など様々な意思決定が求められる。また、終末期にあるがん患者は病状の進行に伴い、気づけば意思決定が困難となり、最終的な意思確認ができないまま最期を迎えるというケースも少なくない。がん患者が最期まで自分らしく生きるためには、医療従事者が、患者や家族の「今後どのように日常生活を過ごしたいか、どう生きたいか」という思いを理解し、意思決定を支援していく必要がある。

今回、大腸がんの多発肝転移と肺転移、腹膜播種で予後が数ヶ月と予測される終末期の患者を受け持った。入院中にイレウスを繰り返し、ステロイド治療を行っていたが効果なく、病状の進化に伴いADLも徐々に低下していた。A氏は化学療法はこれ以上実施できないことの説明を受け、積極的治療から症状緩和治療の段階へ移行している状況であった。今後の療養場所について意思決定を行う時期に、本人と家族と相談していくなかで「家に帰りたい」という患者と、「介護者がいなく自宅退院は難しい」と考えている家族の思いが異なるなかで、患者や家族にとって何が最善なのかをともに考え支援していく必要性を感じ介入を行った。本事例では、終末期患者の意思決定支援に対する関わりの過程を学んだので報告する。

I. 事例紹介

患者紹介：A氏 60歳代 男性

現病歴：直腸がんストーマ増設後、多発肝転移、肺転移、腹水、胸水貯留、腹膜播種

既往歴：アルコール性肝硬変、白内障、腰椎圧迫骨折

ADL：元々杖歩行、ストーマも自己管理できていた。

(令和3年10月8日受理)

著者連絡先：知念 柚花

(〒902-8588) 沖縄県那覇市与儀1-3-1

沖縄赤十字病院 看護部

生活背景：4人兄弟の2番目。若い頃から県外で仕事をしていたが一年程前に帰沖し、実家で80歳代の両親と3人暮らし。実母は去年リウマチと診断を受けADLは軽介助。実父は自分のことはなんとかできる程度に自立。A氏の通院の送迎は弟がサポートし、日常生活の協力者は妹が中心。

入院までの経過：直腸がん2017年大腸ストーマ造設術後、外来通院で化学療法を行っていたが、体調不良や腰痛で3月から休薬中となっている。5月に入り体調を崩し、歩行困難、ADLほぼ全介助となった。A氏は当初、病院受診を拒否していたが、白内障の手術を目的に5月末に病院受診し、食欲低下、腰痛、脱水で補液目的で今回の入院となる。

II. 入院後の経過

補液で倦怠感が改善し、入院後すぐに食事が開始となった。しかし、嘔吐が続き、腹部レントゲン検査で大腸ガスが著名に認められ、サブイレウスの診断となる。(腹腔内再発疑い)食事が中止になり、点滴と抗生剤治療が開始された。6/14主治医から本人と家族へインフォームド・コンセント(以下ICと略す)が実施された。抗生剤開始後も腹部のイレウスが続いており、今後は症状緩和を目的にステロイド使用していくこと、その効果をみて今後の療養場所を考えていくという内容のICであった。またIC後、妹より予後について質問があり、ADL低下や検査結果から予後3ヶ月以内の可能性があると伝えられた。A氏の思いを確認すると、「緩和ケア病棟ではなく家に帰りたい。家の仏壇の下が壊れているからそこを生きているうちに直したい。外出時に少しずつ直そうかなと考えている」と自宅退院に対する思いがあった。数日後、妹にICを終えてどうだったか話を聞くと、「家族としては本人の希望通り自宅退院させたい思いはあるが、家族背景を考えると現実的には難しいため、緩和ケア病棟を考えている、トイレまで歩行できたら自宅退院も

考えたい」と返答があった。A氏はリハビリ介入も行われていたが、その時点ではトイレ歩行はできておらず、尿瓶を使用していた。また、妹へ訪問看護などの社会資源活用について伺うと、「訪問看護も1日30分～1時間だから、それ以外の時間は兄弟が毎日行くことはできない」と返答があった。自宅退院を望むA氏と、自宅退院は負担が大きく難しいと考える家族の両者の思いを尊重し、A氏のQOLが低下する前に意思決定支援を行い両者の望む最期を過ごすことができるよう早期介入する必要があると考え介入を図った。

Ⅲ. 看護上の問題

1. 患者と家族の終末期の療養場所の意向の違いにより意思決定が遅れ、患者の望む最期が過ぎせない可能性がある。

看護目標

(短期計画)

患者と家族が終末期の療養に関する思いを表出することができる。

(長期目標)

本人や家族、多職種間で話し合う場をもち、両者が満足できる選択ができ、両者の望む最期を過ごすことができる。

看護計画

観察計画 (O P)

- ・ A氏の身体状況やADLの変化(歩行状態、フラツキの有無など)
- ・ 言動、行動、表情
- ・ 病気や予後の理解度、受け止め方
- ・ 家族の介護力(主介護者の確認、日中、夜間の家族の付き添い状況)
- ・ 終末期療養に関するA氏と家族の思い
- ・ 価値観、大事にしていること

援助計画 (T P)

- ・ 患者と家族のそれぞれの思いを傾聴
- ・ 本人の意向をくみ取るための情報共有と、アプローチをするために医師を含めた多職種で話しあう場をもつ

教育計画 (E P)

- ・ 酸素投与

- ・ SPO2の評価方法
- ・ 外出時の酸素ボンベの使用法、外出時の注意事項の指導
- ・ 腰椎圧迫骨折のコルセットの使用法

Ⅳ. 結果

今後の療養場所を決定するにあたり、IC後の患者の思いとご家族の思いを主治医へ伝え今後の方針等を再確認した。A氏本人へ、予後に関する具体的な日時は伝えていなかったが、主治医からその都度今の病状、今後積極的な治療は難しく症状緩和治療が中心になることや今後極端にADLが低下する可能性があるということなどは説明されており、A氏も理解している様子だった。主治医は、ステロイド治療でも改善せず、本人の意思を尊重しイレウスのまま自宅に帰るとなれば、穿孔や脱水など様々なリスクがある。また、がん患者は急激に体力が落ち、今後もADLの低下が予測されるため、A氏の社会背景では自宅退院は難しいのではないかとのことだった。しかし、A氏は今回の入院中に白内障の手術を行っており、目が見えやすくなったことで車椅子移乗や更衣などの日常動作、短距離の歩行など、白内障手術前に比べると少しずつ向上し、それに伴い自信が付き、A氏からも自宅退院に向けて積極的な発言がみられ、「外出したい」という希望があることを伝えた。そこで、いざ自宅退院が可能となった時のために、社会資源が活用できる様に介護保険の申請手続きを進めること、また、患者の希望通りに外出や外泊を行い自宅での様子などを評価していくこととなる。数日後、外出をすることになり、兄弟と5時間ほど車椅子で外出された。帰宅後兄弟から「トイレ歩行も(5～6メートル)息切れやフラツキがあり難しそう、こんなに体力が落ちていたと思わなかった」と発言があった。外出の様子から家族は、がんの進行によるADLの低下や呼吸状態の悪化を感じ、やはり自宅退院は難しいと感じている様子であった。一方A氏は外出できて嬉しそうな表情が伺え、「帰れる時に帰りたい、仏壇の下を修理したい」と繰り返し発言がみられた。そんな姿を見て、仏壇を直すことはA氏が残りの人生で価値を置く大切なことなのだと感じられた。そんな中でもADLは徐々に低下し、初めはリハビリ中のSPO2低下(86～90程度)であったが、腹水、胸水貯留の影響もあり安静時もSPO2が徐々に低下していき、酸素投与が開始となる。そんな

中で、妹より予後を伝えるか迷っているという相談があった。そこで、病状がもっと進行する前に、A氏やご家族が悩んでいることを主治医と話し合う場をもつのはどうかと提案した。すると、「A氏がいると聞きづらいこともあるのでA氏抜きで話し合いがしたいです」と返答があった。意識がはっきりしている今だからこそA氏も参加した方が良いのではないかと提案したが希望されず、兄弟3名と主治医、病棟ナース、がん性疼痛看護認定看護師でICが行われた。そのICでは、ステロイド治療の効果は乏しく、現在もイレウスが続いていること、痛みや悪心などの自覚症状はなく、A氏は自宅に帰りたがっているが、自宅に帰ると高齢の両親が介護する形になる、また兄弟は壮年期でそれぞれの家庭があり介護力には限界があるため、今回の外出を踏まえても、家族は緩和ケア病棟転床を希望したいということ話し合った。このICを通して、自宅退院を目標とするのではなく、緩和ケア病棟に入院し体調を見ながら外出、外泊を行い自宅で過ごす時間を多くするという目標にすることで、本人の思いを尊重することができ、家族の思いも尊重できるのではないかという方向性になった。A氏にはその内容を主治医から伝えられた。初めは緩和ケア病棟についてあまり考えていないA氏だったが、日々の業務の中で、A氏の思いを傾聴すると「もし痛みが出てきたら痛みを一番に和らげてほしい。治療もできなくなってあとは死ぬだけなら静かに過ごしたい。延命治療はしない。仏壇の下を親のために直したいから家に帰りたい。だけど家族の負担にはなりたくない気持ちがある。状態が悪化してもいいからタバコが吸いたい。」とA氏の思いを伝えてくれた。私からも、緩和ケア病棟はA氏の希望に沿う過ごし方ができるのではないかとお話しして「上もいいかもしれないね」という発言も見られるようになった。また、タバコについては兄弟から「A氏が状態が悪化してもいいと言うなら本人のさせたいようにしてあげたい」と発言があった。酸素投与中で喫煙する危険性を踏まえ主治医に相談すると、電子タバコならと了承を得、妹さん面会時に敷地外へ車椅子で散歩しながら電子タバコを吸っている姿がみられた。そして外泊の機会があり、チームでHOTの使用方法を指導し、緩和ケア病棟に転床する前に一度外泊をすることができた。帰宅後は「疲れたよ」と発言があったが、「仏壇の下を直す材料を買ってきたけど全然手をつけられなかった。次の時に直せたらいいか

な」と嬉しそうな表情で自宅での様子を話されていた。その後数日で酸素化が著しく低下し、酸素も5L、6Lと増量していった。ご家族には急激な呼吸状態の悪化からいつ何が起ころうとおかしくない状況であると説明されていたが、そんな中でも呼吸状態をみながらも一度外泊させてあげたいと声かけがあった。翌日に緩和ケア病棟へ転床予定であったため、転床後も本人の体調を見ながら外出、外泊支援が可能であることを伝えた。そして緩和ケア病棟の看護師へ外泊時のHOTの使用機器や酸素量、本人、家族の希望で電子タバコを喫煙していること、その他外泊時の状況などの情報を申し送り共有した。数日後妹の来院あり、転床後はコーヒーを飲んだり、電子タバコを吸ったりして過ごしたことや、転床後数日で呼吸状態の悪化により亡くなられたことを報告にきてくれた。「最期は上でゆっくり過ごすことができ良かったと思います。自宅には帰れなかったけど一度でも外泊することができて良かったです。」という言葉が聞けた。

V. 考察

厚生労働省¹⁾では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセス）の概念が提唱されており、「人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むのかを含め、できる限り把握することが必要である。また、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人と家族を含めた話し合いが繰り返し行われることが重要である」と述べられている。また、宇都宮らによると、「意思決定支援におけるACPの主語は患者本人である」と述べられている²⁾。今回の意思決定支援では、主治医や家族、がん性疼痛看護認定看護師、病棟ナースでのICの場をもつことができたが、急変時の延命治療に関する説明を含む話し合いであったため、家族の希望によりA氏は不参加だった。しかし、病状や治療方針はその都度主治医から伝えられていた。A氏自身、病気の進行に伴いADLや酸素化低下がみられたが、自身の気持ちを出することは可能な段階であったため、日々の関わりの中で、A氏の終末期療養に対する思いを確認することができた。しかし、意思表示できる段階であったからこそ、家族のICを終えてからでも、A氏

を含んだ話し合いの場を設けることができていたら、よりA氏の終末期療養に対する思いを確認できる、患者が望むQOLに繋がることができたのではないかと考える。また、最終的に緩和ケア病棟を選択してよかったのか、A氏の希望通りに自宅退院できる様に看護師としてもう少しできることはなかったのか、本当に患者が望む最期だったのかと振り返ることがある。今まで私は、主に患者の意向を尊重し終末期を過ごしてほしい、その方が患者のためになるという思いがあった。しかし、今回の事例を通して、患者の介護を主に行うのは家族であり、家族の介護状況や介護負担などを考慮した療養場所の決定支援を行っていくことも重要なことだと感じた。恒藤らによると「患者はただ1人で生きているのではなく、家族の一員として家族のなかで生きているため、家族の気持ちにも心を傾けて家族の意向を確認して、両者の気持ちに心を沿わせていくことが合意形成に重要である」と述べられている³⁾。また、西川らによると意思決定支援をする上で考慮しなければならない視点として、「患者の意思」「医学的判断」「家族の意向」の3点を挙げている⁴⁾。つまり、終末期患者の療養支援において、本人と家族の両方の意向を把握し、医学的判断をした上で両者の意向をそれぞれ尊重した支援を調整することは看護師の重要な役割なのだと考える。また、斎田らによると、「その人らしさを尊重するケアは、病状が進行していく中でも充実した日々を過ごして、良い最期を迎えることを可能にする」と述べられている⁵⁾。A氏の場合、「状態が悪化してもいいからタバコが吸いたい」や「今までやってきた家の修理をしたい」という思いが「その人らしさ」だったのではないかと考える。ADLが自立している段階で介入しA氏の思いを引き出すことができたら、その人の大切にしていることを知り、A氏にとってより有意義な最後を過ごすための支援ができていたのではないかと考える。

VI. おわりに

終末期患者の意思決定支援をするにあたり、患者と家族の終末期の療養場所の意向が異なる場合、両者の思いを把握し両者が満足できるよう支援していくことが大切だと学んだ。今後の課題として、患者がよりよい最期を過ごせるように、ADLが自立している段階で患者が何に価値を置き、どう生きたいかを明確にし、早期から介入していくことが必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編 改訂 平成30年3月
- 2) 宇都宮宏子：ACPにおける看護職の役割と視点 2019. 6月. 016
- 3) 恒藤暁・内布敦子：系統看護学講座 別巻 緩和ケア 株式会社医学書院 第1巻2011
- 4) 西川満則・長江弘子・横江由理子編：本人の意思を尊重する意思決定支援 南山堂 p40-47 2016
- 5) 斎田綾子・小泉美佐子：意思疎通が困難な終末期高齢者の看護 家族との話し合いによりその人らしさを看護に取り入れることを目指した終末期看護支援手順導入の効果 老年看護学 14 43-45