

患者の意向を尊重し多職種で協働介入した心不全終末期患者の一症例

岡本佳奈 加藤芽依 勝浦明恵

Key Words: 心不全終末期, アドバンス・ケア・プランニング, 多職種チーム

要 約

心不全に対する緩和ケアは、多職種で患者と家族をサポートすることが重要である。今回、心不全終末期患者に対して多職種でアドバンス・ケア・プランニング(以下ACP)に関わり、患者の意向を尊重し自宅退院、在宅での看取りができた症例を報告する。患者は拡張型心筋症による心不全増悪で入退院を繰り返していた。入院時から退院を見据えた生活指導を行い、本人の努力を認め自宅で生活できるように関わった。訪問看護を導入後は、病棟看護師・管理栄養士も同行訪問をした。また、入院の度に患者と家族の思いを聴き、意向を尊重した対話を重ね、少しでも自宅で長く過ごせるように、患者と家族も参加した多職種での退院支援カンファレンスを実施した。最後の入院では、患者の「最期は自宅で迎えたい」、家族の「自分で看取りたい」という希望を実現するために多職種カンファレンスを重ねた。環境調整やチームで統一した対応を行い希望であった自宅退院ができ、望んでいた時間を過ごすことができた。今後は、早期から多職種でACPをすすめる意思決定支援をしていくことが課題である。

はじめに

高齢化社会の進行に伴い、急性増悪による入退院を繰り返す高齢心不全患者は年々増加しているが、急性増悪時の症状は多くの場合、治療によってすみやかに改善するため、患者・医療者はともに予後に対する認識に現実と解離があることが知られている。また、緩和ケア導入の時期を見極めることはしばしば困難であり、終末期を含めた将来の状態の変化に備えるためのアドバンス・ケア・プランニング(以下advance care planning: ACP)を行うことが重要とされている¹⁾。心不全に対する緩和ケアは、心不全を発症した段階から、患者のこれからの生活をできるだけよいものにするために、多職種によって患者をサポートする

ことが重要である。

今回、心不全終末期患者に対して多職種でACPに関わり、患者の意向を尊重し自宅退院、在宅での看取りを実現できた症例を経験したので報告する。

倫理的配慮

本症例は、院内倫理審査委員会の承諾を得て、対象者へ研究の目的、プライバシー保護のための手立て、承諾の自由と研究への協力を断っても不利益を被らないことを説明し口頭で取得し、その旨を診療録に記載した。本研究で得た情報は厳重に管理し個人情報保護と匿名性の確保などについて説明し同意を得た。

I. 症 例

1. 症例紹介と家族背景

A氏70歳代男性。内縁の妻(以下妻)と二人暮らし。娘は遠方に住んでいた。A氏は自分のやり方や考えを曲げる事が嫌であり、妻はA氏が頑固なため好きなようにさせている、仕事のため面倒はみられないという状態であった。

2. 経過

X-6年より心房細動、拡張型心筋症にて通院加療を開始した。X-3年心不全で初回入院をした。水分制限・食事制限が守れず、退院後数日には体重増加するが、受診行動には至らず入退院を繰り返していた。入退院が頻回になってからは、退院後1週間で体重は4kg増加し、連日外来で利尿剤の静脈注射を実施していた。X-1年心不全増悪にて年に6回の入退院を繰り返したことから訪問看護を導入した。X-1年後半からは強心剤も併用するようになった。X年に入り心不全増悪にて毎月入退院を繰り返すようになった。X年9月の入院では退院と在宅での看取りを希望し自宅退院となった。同年11月14日に自宅で家族に見守られ永眠した。

旭川赤十字病院 6階みなみ病棟

A case of end-of-life heart failure patient in Advance Care Planning collaborated with multiple staffs

Kana OKAMOTO, Mei KATO, Akie KATSUURA

6th Floor South Ward Japanese Red Cross Asahikawa Hospital

Ⅱ. 看護の実際

1. 発症からX-1年までの意思決定支援の実際

X-1年までのA氏は、「好きに生きたい。生きているのが辛い」と話しながらも症状が改善すると「次は頑張る。制限も守る」と残された時間に希望を持っていた。そのため、食事や水分量などの制限が守れるように、本人の努力を認め、辛い、制限を強いられる生活を維持できるように医師・認定看護師・理学療法士・作業療法士・薬剤師・栄養士・訪問看護師、さらにA氏と妻も参加して多職種カンファレンスを行った。A氏と妻に対しては、生活指導と家族指導を中心に行い、共通目標を「在宅で食事や水分などの制限を守ることができる」とした。継続して多職種チームで介入し、A氏に対し入院の度に心不全手帳を用いて病みの軌跡、心不全の症状、水分・塩分制限の必要性の説明や増悪時の症状確認方法、病院への連絡方法を指導した。しかし、体重増加のみでは受診行動には至らず、10Kg体重が増加しても下肢や陰嚢浮腫など症状の悪化がなければ受診はしなかった。このことから、病気や病状への理解不足が考えられ、医師と相談し改めてA氏と妻へ病状説明の場を設けた。その結果、心不全増悪の早期発見・早期対処のために、さらに訪問看護を導入することとし、多職種チームでA氏や妻の思いを聴き対話を重ねていった。また、A氏の行動変容を促すためにA氏の言葉で「〇Kgになったら病院へ連絡する。水分は1日1000mlにする」等目標を決めてもらった。次に、退院に向けて問題点と目標を多職種で共通認識し指導を行った。その結果、A氏は入院治療で症状が改善すると「もう病院に来ないように頑張る」と笑顔で退院していった。

2. X年からの意思決定支援の実際

X年に入り心不全増悪で毎月のように入退院を繰り返すようになった。その頃から、A氏から「いつ死んでもいい。生きているのが辛くなってきた。家族に迷惑をかけたくない。好きなものを食べて、水も飲んで好きに生きたい」などの言動がみられるようになった。症状の悪化や頻回な入院、入院期間の長期化などから、自分が人生の最終段階にあることを意識し始めたと思われた。そこで、多職種カンファレンスで情報を共有し、A氏の言動から、心情の変化や人生の最終段階への希望などについて思いを引き出すように関わることにした。この関わりによりA氏は「自宅に帰りたい。好きなものを食べて飲みたい。最期まで家にいたい。入退院の繰り返しは嫌だ」という強い思いを表出するようになり、妻も「好きなようにさせてやりたい。自宅で看取りたい」との意思表示をした。そこで、多職種チームで共通目標を「少しでも良い状態で退院できるように調整し、在宅で看取ることができる」とした。多職種チームで人生の最終段階におけるA氏と家族の価値観と意向を尊重した医療・ケアを実現するために、丁寧な対話を重ね、記録に残し、チームで情報共有しながらACPをすすめていった。また、退院支援調整看護師と訪問看護師と話し合い、訪問診療の導入など在宅療養と看取りの環境調整を行った。

少しでも良い状態で退院できるように退院前日まで点滴や水分制限など入院中のできる治療を行い、希望であった自宅退院に至った。退院後は自宅で好きなものを食べて飲み、望んでいた時間を過ごし退院23日後、妻に見守られ永眠された。

Ⅲ. 考 察

心不全は増悪と寛解を繰り返しながら病気が進行するという病みの軌跡をたどる。どの時期からが終末期であるのかわかりにくいという特徴がある。最期の時が近くなっても、患者は「また、よくなるかもしれない」と思い、病期の進行を受け入れられないことがある。そして、それは家族も同様であると言われている²⁾。心不全終末期であったA氏も「好きに生きたい。生きているのが辛い」と話しながらも症状が改善すると、残された時間に希望を持っていた。妻も入院し治療をすればまたよくなるだろうとの思いがあった。医師からの病状説明の場を設け、多職種チームで関わったことで現在の病状について改めて考える機会となり、A氏と妻の行動変容につながったと考える。

多職種チーム医療において、チームカンファレンスは極めて重要である。カンファレンスで最も重要なのは「ゴールの共有」である²⁾と言われている。今回、病状の悪化に伴い、日々のケアのなかでのA氏や家族の言動などから、心情の変化や人生の最終段階への希望に耳を傾け、意図的に行った。また、患者と家族の希望と価値観に沿った医療・ケアを実現するために、何度も多職種チームカンファレンスを行い、チーム間で目標を共有し、多職種でACPをすすめたことで、患者の意思を尊重し、自宅退院・在宅での看取りを行うことができたと考える。

今後は、心不全と診断された早期の段階からACPの介入を行うことが重要であり、また、ACPをすすめるなかで患者と家族の思いは日々変化していくことを十分に理解した上で、丁寧に対話を重ねながら多職種で意思決定支援ができるようにしていくことが課題である。

Ⅳ. 結 語

1. 患者の意向を尊重し多職種で協働介入し、意思決定支援を行った心不全終末期患者に対しての看護を振り返った。
2. ACPにおいては、日々の関わりの中で、対象の言動などから心情の変化や人生の最終段階への希望について思いを引き出すことが重要である。また、患者と家族の希望と価値観に沿った医療・ケアを実現するために多職種チーム間で目標を共有し統一した対応が重要である。
3. 今後は、ACPをすすめるうえで、対象の思いは日々変化していくことを十分に理解したうえで、丁寧に対話を重ねながら多職種で意思決定支援ができるようにしていくことが課題である。

謝 辞

本研究の主旨を理解し協力していただいた対象者,家族に心から感謝申し上げます。

本研究は,第25回日本心不全学会学術集会(岡山県)にて発表した。

本研究において,申告すべきCOI状態はない。

文 献

- 1) 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(2017年改訂版),2022年1月15日閲覧,
<http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20180507.pdf>
- 2) 大石醒悟:心不全の緩和ケア-心不全患者の人生に寄り添う医療-,南山堂, P176,2020.
- 3) 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,2018,2022年1月15日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 4) 日本心不全学会,高齢心不全患者の治療に関するステートメント,2016.