

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

緩和ケア (2012.03) 22巻2号:165～166.

緩和ケアチームはその時、どう動いたか？(最終回)
チームで行うアドバンス・ケア・プランニング

阿部泰之

チームで行う アドバンス・ケア・プランニング

旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 阿部 泰之

進行がん患者、特に治癒が不能と判断された患者は、それ以降の療養や人生の過ごし方をどうしていくかという問題に突き当たり、治療をするかしないか、療養場所はどこにするかなど、大きな選択を迫られることになる。今後の治療やケア・療養について、患者と医療者があらかじめ話し合っておくことをアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）という。ACP の話し合いのプロセスの中で、医療者と患者が、今後の見通し、現在の患者の気がかり、さらには価値観や目標を共有することが重要であるといわれている¹⁾。しかしながら、ACP を行うタイミングや、その方法論にコンセンサスはなく、医療者も「どうしたらいいのかわからない」というのが正直なところであろう。

早急な対応（ACP）を必要とした事例を通して、緩和ケアチームにとってできることを考えてみたい。

事例

1. 事例紹介

患者は90歳代女性。硬口蓋の腫瘍について前癌病変として通院をしていたが、その後急速に増大した。受診1カ月ほど前から食事が飲みこみづらくなり、口蓋の腫れと痛みを自覚していた。受診時にはすでに長径5cmとなっており、頸部リンパ節の腫脹を認めた。この時点で悪性転化が強く疑われた。同日、診断確定のため生体検査が行われた。がんの可能性は本人および家族に伝えら

れた。口腔内および腰部の痛みが強いため、診断の作業と並行して、緩和ケア外来へ介入依頼があった。

2. 介入1回目

画像など精査が進んでいない状態での介入となった。口腔内の痛みはあるが、内服は可能な状態であった。腰痛のため車椅子移動、移乗には介助が必要な状態であった。血液検査上、腎機能・肝機能などに異常はなかったが、軽度の高カルシウム血症を認めた。腰椎の単純X線撮影のみ行われ、第2腰椎のowl eye signを認め、骨転移の存在を疑った。同日はこのまま帰宅することとなり、トラマドールとアセトアミノフェンを処方、ゾレドロン酸の点滴静注を行った。

患者は認知障害を認めず、少し前までは老人施設などへ自発的に慰問に行くなど、社会的にも自立していた人であった。それゆえか、痛みで生活が不便となっており、情けないということ、家族の負担を気にする言葉が多かった。

3. 介入2回目

当科では、外来初診時には基本的にチームの看護師も同席している。オピオイド導入時など、薬剤の効果や副作用、自宅での生活状況を細かく把握する必要がある際には、看護師から電話をして様子を伺うようにしている。今回も翌々日に電話で状況を確認した。痛みは続いているが、若干軽減し、嘔気・傾眠などの副作用はないとのことで薬を継続することにした。

4. 介入3回目

緩和ケア科の受診としては2回目であった。主

治医科にて全身 CT の撮影が行われており、多発肺転移と多発骨転移が判明していた。主治医からは家族にのみ、がんであること、かなり進行していること、抗がん治療の適応はないこと、明日、他院緩和ケア病床への入院を手配したことが伝えられていた。緩和ケア科に来た時には、患者と家族の会話はどこかぎこちなかった。

その時、緩和ケアチームは動いた

病状説明が不十分なまま、患者の意向を聞くこともなく入院だけが決まっている状態であった。患者-家族-医療者が現状や希望・意向を共有する過程が必要と思われ、介入を行った。主治医へ連絡、これから行うことの許可を得たのち、まずはすでに情報を得てしまっている家族へのアプローチを行った。緩和ケアの医師（筆者）と看護師は目配せをして、血圧を測るということで患者を処置室のベッドに連れ出した。

緩和ケアの医師は家族（同居の実娘）に病状説明をやり直したあと、患者に病状を伝えることのメリット/デメリットを話した。結果、患者が聞きたいと言えば病状を話し、患者の意向を聞くことになった。別室では、患者の心境を看護師が聞いていた。そこでは患者が少し前から体調も悪く、そろそろお迎えがくると覚悟していたこと、身辺整理を始めていたこと、治らない病気だと思っていること、家族にはこれ以上負担をかけたくないので入院を望んでいること、それが最後の入院になるであろうと思っていることなどが聴取された。医師と看護師で双方の得た情報を共有したのち、医師から患者に現状の詳しい説明が必要か尋ねたが、「(死ぬのは) 覚悟しているし、悪くなるばかりのものなら聞いても仕方ない。家族に説明してくれればそれでいい」との返答であった。

どういう療養を望んでいるかは看護師と共有したことで、今後あなたの価値を置くところを最大限に支えることを転院先にも伝えたと保証した。家族とも患者の言葉、意向を共有した。

考 察

患者・家族・医療者が患者の価値観や意向を共有し、それに沿った治療やケアを、イベントが起こる前にあらかじめ話し合っておくことが理想である。しかしながら、本事例のように病気の発覚時に既に極度に進行しており、積極的治療の挟まる余地がないような時には、この話し合いを行うことはより困難感を伴う。

今回は診断から他院転院まで急転直下の流れではあったが、その中でも、丁寧に ACP のプロセスを踏んだことにより、患者の価値観や意向を共有することができたと思われる。結果は同じ「他院入院」であるが、家族の介護上の問題といった実際的な理由だけで決めた結果と、患者の価値観が共有され、患者の意向と一致しての結果ではまったく意義が異なる。

至言・金言

「患者とよく話し合うことが大切だ」というスローガンはよく目にする。しかし、今回のように話し合うことが憚られる場面も現場では多い。また「話し合いたくない」という患者も少数ながら存在し、配慮される必要がある。この「話し合い」という漠然とした行為について、共通のフレームワークを持って対応ができることは、これからの医療の重要なポイントになるだろう。緩和ケアチームはそのモデルとなり得るのではなかろうか。

文 献

- 1) A National End of Life Care Programme : Advance Care Planning : a guide for health and social care staff. accessed Nov. 26, 2011 [http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf].