

〔症 例〕

アドバンス・ケア・プランニングを实践した症例*

川 畑 恵** 藤 原 葉 子** 佐 藤 総太郎***
舟 越 功** 小 林 良 裕** 川 畑 秀 伸****

Key words : アドバンス・ケア・プランニング (ACP), 意思決定, 生活の質 (QOL)

要 旨

症例は78歳男性。進行食道がん。両側反回神経麻痺によるムセ、嘔声あり。治療として①化学放射線療法、②化学もしくは放射線療法の単独、③緩和ケアを提示され、どの治療によっても反回神経麻痺の症状は改善しない可能性が高いということを理解した上で患者は③を選択した。今後起こると予測される症状を理解し、「できるだけ家で過ごしたい。」「最期は緩和病棟に入院したい。」「最期苦しい時は眠らせて欲しい。」と希望した。

患者は在宅で総合医による訪問診療を受けながら、身辺整理を進めた。在宅での疼痛コントロールが難しくなった時点で、本人が入院を希望した。入院後は、患者の意思決定を支える方針をチームで一致させた。反回神経麻痺によるムセ込みに対する水分・食事の制限、内服困難に対する注射剤開始、鎮静の開始時期など、全ての決定を患者自身にしてもらうように支援した。患者は、身辺整理を済ませ、妻の今後を甥に託して最期を迎えることができた。一方で妻は、緩和ケアのみの治療の選択や入院後の治療に関して諦めきれない様子であった。チームの各職種から関わることで、妻の動揺に対応でき、最期まで患者の意向を尊重することができた。

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは、「将来に備えて、今後の治療・療養についての意思決定を支えるプロセス」とされている¹⁾。

患者と家族と医療者が「今後のこと」について話し合い、そのプロセスを共有できることから、「いつでも、どこでも、だれが対応しても」患者の意向が尊重される。また、話し合いのプロセスの中で、家族は愛する人の死への準備を行い、家族間の意見の相違を解決することができるといわれる^{2,3)}。

ACPを行ったことで、患者・家族のQOLが向上した症例を検討し、その中での緩和ケア医、総合医、緩和ケア科スタッフの関わりを考察する。

1. 症 例

患 者 : 78 歳 男性

診 断 : 進行食道がん

家族背景 : 妻と二人暮らし。子供なし。

既往歴 : 2014年7月 心房細動に対してアブレーション施行

家族歴 : 兄と姉が胃がん

現病歴 : 2013年9月頃から嚥下時の違和感・

*Advance care planning in practice —A case report

**Kawabata, M., Fujiwara, Y., Funakoshi, I., Kobayashi, Y.: 勤医協中央病院 緩和ケア科

***Satoh, S.: 新琴似内科クリニック

****Kawabata, H.: 北海道大学大学院医学研究科・医学部医学教育推進センター



図1 食道がん診断時のFDG PET 最大値投影画像
両側縦隔と頸部に多発性のリンパ節転移を示唆する集積を認める(←)。

咳・微熱あり。12月に上部消化管内視鏡を受け、胸部食道に2/3周性の腫瘍性病変あり、生検で扁平上皮がんと診断された。診断時には水分摂取時のムセ、嘔声があり、FDG PETの所見から、頸部および縦隔リンパ節転移に起因する反回神経麻痺と判断された(図1)。

2, 治療方針決定の経過

治療の選択肢として①化学放射線治療, ②化学療法もしくは放射線治療のみ, ③緩和ケアのみの3つが提示された。

どの治療を行っても、現在の辛さの原因である反回神経麻痺の症状は改善が難しい可能性が高いこと, ①②の治療は、症状の進行を抑えるための治療であることが説明された。

患者は、1週間ほど考えた結果, ③を選択した。

同時に、「治療をすることで辛い症状が出て動けなくなることは避けたい。」「家で過ごすことのできる間は家にいて、色々な処理をしたい。」

「最期は緩和ケア病棟でお世話になりたい。」という気持ちの表出があった。

3, 緩和ケア外来での話し合い

緩和ケア外来受診時には、治療決定の時の気持ちを確認し、近い将来に起こりうる症状を伝え、その対応を患者、妻、緩和ケア科医師、看護師で相談した。

医師からは、余命は短い月の単位と予測されること、反回神経麻痺の症状は更に進行し最期は食べることができなくなる可能性が高いこと、誤嚥性肺炎を起こす可能性があること、呼吸困難感が増悪すると予測されること、呼吸困難感、麻薬による対応のみでは緩和しきれずに鎮静が必要な場合が多いこと、最期の1か月間は倦怠感の増強があるためにトイレに行くことすら大変になり、やりたいことを行うことが難しい場合が多いことを伝えた。

患者は、「食べることを止める判断は、医師と相談して自分で決めたい。」「肺炎を起こしても、延命治療などの積極的な治療は希望せず、症状の緩和を行って欲しい。」「苦しくなったら眠らせて欲しい。眠っている間の判断は妻に任せたい。」「下の世話を妻にお願いしなければいけない状況になったら、緩和ケア病棟に入院させて欲しい。」という希望を話した。

4, 在宅での総合医の関わり

往診で担当する総合医には、あらかじめ、患者の意向を伝えた。

総合医は、在宅で患者か妻ができる方法で疼痛緩和を図った。発熱などの症状があった時は、臨時往診を行い、その後も電話でしばしば経過を確認した。

患者も妻も、総合医の対応に非常に満足していた。「佐藤先生は週に1回来てくれるはずだったのに、熱も出ていて、もう3回も診に来てくれた。しょっちゅう電話もくれる。」と話していた。

総合医から緩和ケア科医師には、適宜、患者

の状況を伝える診療情報が送られてきた。

患者が入院を希望した時点で、総合医から緩和ケア医に連絡が入った。「飲み込みが徐々に悪くなり食事量が減っています。頸部の痛みが増強して内服のみでのコントロールが困難になっています。ご本人が入院加療を希望されました。痛みのコントロールがついて、また帰れそうであれば、また自宅に帰ってきたい希望がありますのでよろしくお願いします。」

5. 緩和ケア病棟入院後の経過

入院時、患者は「もう、全部段取りは済ませてきました。」「妻のことは甥に託しました。」と話し、また、「脚が大分弱ったように感じています。」と体の衰弱を自覚していた。妻は「数日前から急に弱ってきました。」「仕方ないと思っているのですが、惜しい人をなくすのだなあと思うと……。」と涙ぐんでいた。

患者、妻、医師、看護師の間で ACP の内容を振り返り、変更の希望がないかどうか確認した。変更の希望はなかった。緩和ケア病棟スタッフ全員に ACP の内容を伝えた。

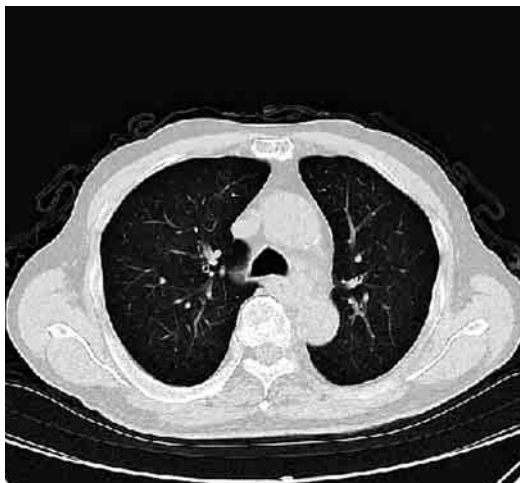
入院時の CT では、肺転移の出現、増大など、

病状の進行を示唆する所見を認めた（図2）。

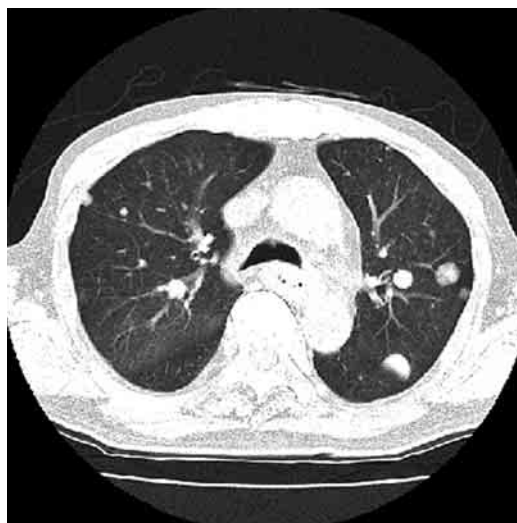
反回神経麻痺による内服困難に対する注射剤への切り替え、水分・食事の制限、鎮静の開始時期など、全てを患者自身に決定してもらうようにチームで支援した。

入院後9日目に倦怠感が増強し、患者の判断に従って鎮静を開始した。妻は大きく動揺した。「全然食べない。眠る薬を使っているから仕方ないけれど。本人は抗がん剤もやらないって拒否した人だし、仕方ないもんね。身の置き所のないのもみてもらえないし。」と話した。

面談を行い、医師は、妻に後悔が一番少ない状況を作りたいことを伝え、一旦、薬を中止することも含めて相談することを提案した。妻からは、「薬を止めたらどうなるのだろうか。」「この状態はいつまで続くのか。」という質問があった。中止によって、痛みや倦怠感が強くなり、患者は辛い状況になると思われること、余命は1週間残されていないと予測されると話した。さらに、ACPの内容を振り返り、なぜ、そのように希望されたのかと妻に問いかけた。「本人は苦しくないように、穏やかに逝けるように希望していると思う。私に辛い状態を見せたくない



a. 食道がん診断時



b. 緩和ケア病棟入院時
診断時には認められなかった肺転移が多数あり、病状の進行が示唆される。

図2 食道がん診断時と緩和ケア病棟入院時の胸部 CT 画像

気持ちだと思う。」と妻は話した。

鎮静が切れて患者が覚醒した時に、妻から本人に辛いのかどうか、どうして欲しいのか尋ねてもらうように依頼した。

面談に同席したスタッフは、「患者が苦痛緩和を希望していることを優先したい気持ちと、このまま逝ってしまうことの受け止めができていない状況で妻は葛藤している。」「すぐ傍に相談相手がないことも大きく動揺する原因だろう。」「患者の状況を妻と共有し、患者本人と妻の気持ちを確認しながら鎮静の状態を調整していく必要がある。」とアセスメントした。

面談後、死亡までの5日間、妻は患者につき添った。妻の姉が神戸から来札し、一緒に付き添ってくださった。患者が覚醒するたびに、その後の鎮静をどうするか、患者・妻・スタッフで相談した。

患者が死亡した時、妻は「本当に思い通りの生き方ができたね。長いことありがとう。良く頑張ったね。」と話しかけていた。

考 察 結 語

これまで日本の診療現場において、終末期における患者の意向の尊重について取り上げられてきたのは、ほとんどがDNAR (do not attempt resuscitation) であった⁴⁾。DNARは「急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしない取り決め」と定義される。アドバンス・ディレクティブは、DNARよりも少し広い内容を示し、①医療行為に関して患者が医療者側に指示をする、②患者が自ら判断をできなくなった際に医療に関する代理決定者を表明する、という2つの内容を含み、①を文章で表わしたものが一般にリビングウィルと呼ばれている。

ACPは、自分がこれから重篤な病気や状態になった時に、どこでどのように過ごしたいかを、患者・家族・医療者が話し合い、共有していくプロセスで、そのプロセスの中で、患者がどんな人生を生き、どんなことを大切にしている、

何を希望しているかが明らかになっていく。

ACPを行うことで、患者・家族のQOLが向上する報告がある²⁾。その一方で、DNAR、アドバンス・ディレクティブ、リビングウィルを機械的に聴取しても、複雑な臨床現場の状況に家族や医療者が対応しきれず、多くの場合、情報不足であることから、患者の医療に対する意向は尊重されず、QOLも向上しないことが明らかになっている⁵⁾。

この症例では、ACPを行うことにより、患者の価値観・意向を、治療の決断・在宅療養・入院療養の各段階で継続して尊重できた。あらかじめ、予測される身体の変化を伝えることにより、具体的な内容を話し合い、共有することができたと思われた。

医療者は、ACPを行う中で、意思決定を支援する役割を果たした。そして、その意思決定のプロセスをチームの各職種が共有することで、家族の動揺に対応でき、最期まで患者の意向を尊重できたと考えられた。

ACPにて、患者の価値観・意向を、治療の決断、在宅・入院療養の各段階で継続して尊重できた。

余命を伝え、DNARの同意を取るだけではなく、予測される身体の変化を伝えることにより、患者のACPはより具体化される。

各医療者が、一人の患者の意向を共有し、家族を巻き込み、チームとして対応することが必要である。

本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

参 考 文 献

- 1) Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. Br J Gen Pract 2011; 61: e537-541.
- 2) Rhee JJ, Zwar NA, Kemp LA. Advance care

- planning and interpersonal relationships: a two-way street. *Fam Pract* 2013; 30: 219–226.
- 3) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 340: c1345.
- 4) 木澤義之 「もしも…」のことをあらかじめ話しておいたらどうなるか? *緩和ケア* 2012; 22: 399–402.
- 5) The SUPPORT Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591–1598.

Abstract

The patient was a 78-year-old man diagnosed as progressive esophageal cancer with bilateral recurrent laryngeal nerve palsy. He was presented chemo-radio therapy, a stand-alone therapy of either chemotherapy or radiotherapy, and best supportive care for his treatment. He chose best supportive care for his therapy. He was also informed the prediction of changes of his body in the near future. He preferred to stay at home as long as possible and then would like to move a palliative care unit during his final days. Our medical team respectably shared his established decision and delivered him with home care until his symptoms were controlled there. His condition was gradually deteriorated showing increasing pain and difficulty of swallowing, and eventually required admission to our hospital. On his admission, we started treatment to establish his symptom control. His wife was upset to see his worsening condition without offering active treatment but only supportive care. Medical professions respected the patient's decision and sympathized with his wife's worry and sorrow. He spent good time with his wife until last moment, and passed away peacefully.