CASE STUDY

こんな時どうする？どう判断すればいい？

その人らしい生き方に、傍らでそっと寄り添える看護師であるために…

患者の望む生き方を支持できたアドバンス・ケア・プランニング

神戸低侵襲がん医療センター
開設準備室（平成25年４月オープン）
緩和ケア認定看護師
藤原志寿子先生

症例

■患者背景

60代男性、胆管がん、妻と２人暮らし、遠方に長男一家・近くに長女一家が在住。中小企業の経営者で妻も事務を手伝っている。

■病状

術後再発により化学療法が行われていたが、治療効果が徐々に期待できなくなってきた。

■患者の思い

がんと診断された時点から、今後どのような経過になっても、すべて自分に知らせてほしいと主治医及び家族に明言していた。

その上で患者からは、次の具体的要望があった。

『もちろん治療効果が出ている間は、少々つらくても治療に向き合っていきたい。』

『しかしへとへとになるまで頑張るつもりはない。』

『意味の見い出せない延命策はいらない。』

『自分の人生をきれいに終えるために仕度できる時間をもちたいので、真実をきちんと伝えてもらいたい。』

代理意思決定者には妻を指定し、決定事項については家族と医療チームが共有し、カルテに明示した。

治療期からの患者・家族と医療者との思いの共有

定期的な化学療法入院の中で、治療効果の確認と本人の思いを家族と医療者で共有していきながら、本人の生き方を尊重した治療を行っていった。

治療効果が期待できなくなった時期での話し合い

患者は当初からの思い通り、積極的治療は中止して緩和ケアのみ継続しながら、残された時間を有意義に過ごしたいと話された。自分は会社の従業員とその家族の生活を背負っている。自分が亡き後、これらの人たちを路頭に迷わせるわけにはいかない。そしてそんな事になったら、我が愛する家族まで不幸にしてしまう。みんなが幸せに暮らしていけるように段取りをする時間をもたせてほしい。そして**最期は我が家に帰って、心穏やかに家族に看**

取られたら最高。そんなエンディングを頼んだよ・・・と私達に話された。

この患者の思いを医療チームと家族が共有し、家族もこれまで通り患者の思いに添っていく決心を固められた。そんな家族に対するケアを医療者は一層強化していった。

在宅への移行まで

化学療法中止後から精力的に会社の残務処理と従業員の再就職先の手配に奔走された。徐々に衰弱がみられてきてからも、症状緩和に努めながら妻の支えのもとで会社に通い、患者が思う段取りはすべて整えられた。その頃からは自力で歩行することもままならない状態であったが、患者の最後の望みである住み慣れた我が家での生活を果たすために、在宅医と訪問看護師を交えたカンファレンスを家族と共に行った。

病院と在宅、それぞれの医師と看護師そして家族が一体となって、**患者が望む生き方を最後までサポートできるように体制を整え、**妻は自宅での看取りを決心しての在宅移行となった。

在宅での看取り

自宅では妻の手料理を口にすることもでき、愛する家族と心穏やかな時間を過ごすことができた。**在宅移行時に今後起こりうるリスクと対応、また臨死期の症状などを説明していたこと、そして短期間で患者・家族との信頼関係を結ばれた在宅医と訪問看護師のサポートにより、自宅で起こった様々な事態にも家族は落ち着いて対応することができた。**そして最期は愛する家族に見守られて、患者が望んだ穏やかな旅立ちであった。

後日、病院スタッフと在宅医・訪問看護師、そして妻も参加されての**デスケースカンファレンス**※1を行った。患者が描いた人生の終焉を、家族と共に病院・在宅医療チームが一体となってサポートできたケースであったことを、皆が共感することができた。なによりも妻が悲しみの中にも清々しい表情で**「夫は最高の逝き方であったと思います。」と言われた言葉に私達医療者も、心癒される思いであった。**

まとめ

治療期には多くの医療者が関わりますが、病状が思わしくなくなってきた時から、医療者の関わりは後退してしまいます。特に終末期医療は医療者のモチベーションや使命感、そしてサポート内容と診療報酬が伴わないなどの問題があります。しかし医学には限界があり、生命は永遠ではないのです。

人は皆、いつか必ず死を迎える時がくるから、今を精一杯生きるのではないでしょうか。患者の人生を背景に見据えながら、患者が治療に向き合っていくことができ、そして人生の最終章こそ、しっかりとケアできる医療体制の構築。また、私達自身も死を忌むのではなく日頃から自分の生き方と逝き方を考えておくことが大切です。

いつでもどこでも切れ目のない緩和ケアの提供に努め私達看護師はその人の思いに寄り添い、最期まで患者・家族の傍らで伴走していける存在でありたいと思います。ぜひ**アドバンス・ケア・プランニング**をチームで実践してみて下さい。〔表１参照〕

表１　ACPにおける看護師の役割

①患者や家族の疾患、治療の効果、予後に関する理解を促す。
②患者とのやりとりの中から、患者が大切にしていること、希望や目標を知る。
③②について家族や大切な人に共有し、絆を深められるよう患者をエンパワーする。
④ACPに関する患者の発言をカルテの該当箇所に記載し、チームメンバーと共有する。
⑤患者の心理社会面、スピリチュアル面のニーズをアセスメントし、患者や家族が希望や生きる意味を見出すサポートをする。
⑥家族のグリーフケア※2をする。

竹之内沙弥香：体験が教えてくれたアドバンス・ケア・プランニングの大切さ。
緩和ケア　２２：４１５，２０１２より引用

※1 デスケースカンファレンス：亡くなった患者さんのケアについて事後実施するカンファレンスのこと。
※2 グリーフケア：子ども、配偶者、親、友人など大切な人を亡くし、大きな悲嘆（グリーフ）に襲われている人に対するサポートのこと。