

地域で進めるACP

家でやりたいことをやった
そして最期を迎えるために
緩和ケア病棟を選んだ人



世田谷区社会福祉事業団 訪問サービス課
青田 礼子

事例紹介をするにあたって

厚労省が2018年(平成30年)に示した「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」の中でACPの考え方が導入されました。

訪問看護師の役割の一つとして、本人や家族の意向を大切にして、自己決定を促しその決定を支援することはずっとなされてきました。

ただ、前もって・繰り返してチームで確認するという過程はまだまだ浸透はしていません。当地域でも行政も関わった取り組みは始まって日が浅い状況です。

今回の事例はACP支援としては不完全なものです。そこから、これから何をしていったらよいかを考えていきたいと思えます。

事例概要

• 60歳代女性 Nさん

【疾患】頸部がんのリンパ節転移腫瘍、

完全房室ブロックと心拍性頻拍のためICD(植込み型除細動器)埋め込み中

【病状と治療】頸部痛と頭痛があり非ステロイド鎮痛薬を頓用で服用(オピオイド鎮痛薬はNさんの意向で在宅中は使用なし)

手拳大腫瘍は自壊して出血や浸出液が多く、

6～7回/日のガーゼ交換が必要

貧血があり、定期的にA病院で輸血を実施

貧血のための胃痛あり

在宅酸素療法、痰吸引

【日常生活】車椅子使用

【家族】夫 長女(遠方在住で疎遠)

【訪問期間】4年2か月

【介護医療サービス】ケアマネジャー、在宅医師、介護ヘルパー、訪問看護師

通院医療機関



経過

- 50歳代で頸部がんの診断を受け手術を勧められたが、心疾患のために余命が短いと説明を受けていたため、リスクを冒してまでの治療はしなくても良いとNさんの意思表示があり、手術はしなかった。

＜訪問開始＞週1回の訪問でシャワー介助や自壊部の処置を行う。

- 腫瘍の増大により痰の絡みや呼吸苦が出現し、痰吸引や在宅酸素が開始されたが、体調が良いときに外食や小旅行に行くことを楽しんでいた

＜訪問開始から3年経過＞息切れや痛みの増強、痰の量も増えて訪問が週2回になった

- 体調の急変時の連絡体制について話し、ケアマネジャーやヘルパーと共有した。
- 主治医から緩和ケア外来受診を勧めた。



経過

- 知人の医師に相談して、夫とともに病院の緩和ケア外来を受診した。

Nさんは、「A病院(心疾患で通院・輸血実施)に入院して最後までと思っていたが、入院が長引くとそうはいかない。緩和ケア病棟でも良くなれば退院できると聞き、そういう病院を確保したいと思った」と話し、状態悪化の際は入院することになった。会議は行わなかったが、チームで共有した。

また、放射線治療や気管切開の提案には「痰が詰まって死んだらそれでいいの」と、治療は選択しなかった。

- 体調が悪化する中で、写真や書籍等、身の回りの整理をしつつ、小旅行や外食を続けた。

<訪問開始から4年2か月>呼吸苦が増大していた時期で、発熱を期に緩和ケア病棟に入院。

- 入院後はオピオイド鎮痛薬投与、窓からのきれいな庭を眺め、遠方に住み疎遠だった娘さんとじっくり話をして心を寄せることができ、入院後10日ほどで穏やかに旅立つ。

これからを決めていく過程・・・もしもの時は

- 看護師は悩んでいた...いつ話をしたらいいのか

「体調が変わった時どうしますか」

聞かなければという思いは、待ち構えるように楽しい話をしてくるNさんにさえぎられる気がした

- 担当看護師が増えて、「緊急時の対応決めておこう」と助言を受けた。

- 訪問看護に行った際に体調が悪く床に横たわっているというエピソードがあった。これをきっかけとして

* 本人と相談して緊急時の対応について決まりを作り、チームで共有した。

* その続きの話として、体調が悪くなった時にどうしたいのかを、状態が落ち着いている時を見計らって、一緒に考える時間を持った。

その際には、Nさんの気持ちを大切にしよう心掛け、ともに考える姿勢で話をした。

主治医と看護師とで相談。また担当看護師同志は、Nさんがどんな環境で過ごすのが良いのかの話を重ねた。

検討での判断基準とした事柄

- 重症の心疾患があるため、突然死の覚悟はできていた
- 外出ができなくなれば在宅にはこだわらない
- 「美しい物が好き」というNさんの価値観や思いを以前から聞いていた
- 救急車を呼んだとしても「汚い病院に運ばれるのは嫌」とも話す。
- 家族の背景
 - 介護している夫に進行性の持病があった
 - 夫も最後は在宅で過ごすのは無理と考えていた
 - 長女は遠方に在住し疎遠



この事例で良かったこと

- ACPの3本柱①本人の意思②医学や看護判断③家族の意向 がはっきりしていた
 - 訪問の期間が長く、信頼関係ができていたうえで、意思確認の話ができた。
また中核の意思確認の前に、この方が大事にしていることや思いを確認することができていた。
 - Nさんは経過の中で終始、自身の意思をはっきりと表現した
 - * 鎮痛剤の使用について、「痛みがわからなくなるとどこが悪いかわからなくなる」と言いオピオイド鎮痛薬は入院までは使用しなかった。
 - * 手術や気管切開や放射線治療等は希望しない
 - * 外出ができなくなれば在宅にはこだわらない
 - 関わる人たちが本人の意思を大切にケアを行った
- 担当看護師はこの事例での学びから、訪問が終了してからACPの研修を受けて、前もって話をしておくことやチームでの共有の大切さを一層認識した。



これから行うこと

- 訪問看護師が行っている本来の意思決定支援に、前もってという視点と、何度も本人を含むチームで確認をしていくというプロセスを加えていく
- ACPを行う時期は 1)健康な時期 2)病気や障害を持って生きている時期 3)人生の最終段階の医療や場所を選択する時期 となっている。
- 訪問看護師がかかわる時期は、2)と3)の段階。
2)の段階から本人を含むチームで大事にしていることを確認しておく作業が必要
- ACPの研修会を実施し(できるだけ多職種で)、理解を深め、今後の活動に役立てる
 - 重症化しない段階から、積極的にチームでACPに関わっていくよう訪問看護師が働きかける
 - 入院・退院、入所・退所の際に途切れないよう看看連携を行う
- 地域で実施されているACPの活動に参加し、地域住民が健康な時からACPについて考えられるよう啓発の一翼を担う