St. Luke's International University Repository

がん看護の視点

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-09-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高橋, 美賀子, Takahashi, Mikako メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00016525

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

【第25回聖路加看護学会学術大会：シンポジウム】豊かに生きるための意思決定支援

がん看護の視点

高橋美賀子

Ⅰ．はじめに

近年，「終活」や「人生会議」「エンディングノート」といった言葉がマスコミ等でも頻繁に聞かれるようになり，病気の人に限らず健康なときから人生の最期のときのすごし方や最期のときにどのような医療を受けるかという ACP（advance care planning；アドバンス・ケア・プランニング）の動きが少しずつ活発になってきている．欧米では20年ほど前から自治体が主導してリビングウィルやアドバンス・ディレクティブなどを積極的に作成する動きがあるが，日本ではようやく注目されるようになってきたという状況である．

国内でもがん医療においては積極的ながん治療から緩和ケアを中心とした best supportive care（がんに対する積極的治療を行わずに症状緩和の治療のみを行うこと）への移行や DNAR（do not attempt resuscitation；心肺蘇生措置を行わない指示）について以前からたびたび議論がなされており，特に再発・進行がんの場合では患者・家族と話し合いをもつことの重要性は広く認識されている．また，治療方針の決定に関しても医師主導型から，より患者の意向や価値観を尊重した意思決定支援という形が重要視されるようになり，そのあり方について学会等でもたびたび検討されてきている．

医療者が十分な説明をしていない場合にはもちろん問題となるが，なかには医療者側がていねいに説明を行なっていても患者の説明に対する理解が不十分であったり，最期のときのイメージがつかないために医療者の認識との間でずれが生じていたり，どの選択肢に対しても不安が強く意思決定ができない場合もある．結局，医療現場では時間的制約等もあり医師との話し合いが納得いくまで行えず，治療方針決定が患者の価値観や意向を十分に反映できない場合や意思決定できないうちに病状が悪化してしまう場合も少なくない．

今回，同じ乳がん，肝転移が進行し，意思決定を迫られた２事例で，長期にわたって意思決定支援を行い本人の意向に沿った最期が迎えられたケースと，一方，意思決定支援が十分行えずスムースに治療決定ができなかったケースの２事例からがん看護における意思決定支援のあり方を考察したい．

聖路加国際病院がん看護専門看護師

Ⅱ．事例紹介

１．Ａ氏50歳代女性

乳がんの局所再発，多発肝転移のある方で夫と20歳代の息子と同居していた．局所再発，肝転移が徐々に進行していたが，大きな変化を伴うことへの不安が強く，治療変更のたびに強い不安を表出し，なかなか意思決定ができず選択に難渋していたため，主治医より介入の依頼があった．

Ａ氏と面談すると「脱毛や副作用が怖い」「放射線も怖い」「でも病気が悪くなるのも怖い」という強い恐怖感を繰り返し訴え，不安が強いために次の治療にも踏み切れずにいた．Ａ氏は抗がん剤や放射線治療についてもさまざまな誤解があったため，正しい情報を提供した．放射線治療については放射線看護認定看護師にも介入を依頼した．Ａ氏は放射線治療に関する誤解が解けたこともあり，ひとまず脱毛を避けるために局所の腫瘍に対する放射線治療を選択した．

しかし，その後，ほどなくして抗がん剤の選択に迫られた．再度面談すると，Ａ氏は以前と同様の訴えを繰り返していた．Ａ氏は不安でいっぱいであり，なにが最も不安なのかもわからなくなっていたため，まず「最も不安なこと」，それから「最も大事にしたいこと」はなにかに焦点を当てて話を進めた．Ａ氏の家族のことや趣味のことなども聞きながら，Ａ氏の価値観を尊重した意思決定ができるように対話をもった．

対話のなかで最初Ａ氏は「脱毛して髪がなくなっている自分を見るのが怖い」「他の副作用も怖い」「病気が悪くなることはすごく怖い」「どうしていいかわからない」と話していたが，徐々に息子のことにも目を向けるようになり，「息子は自分の病状を知って涙ぐんでいた」「やっぱりいちばん大事なのは息子．いくつになっても息子はかわいい．息子のために少しでも長生きしたい」と話すようになった．そして，Ａ氏は自身の思いを語るなかで「多少の脱毛であれば許容できるかもしれない．息子のためにも治療をしたい」と抗がん剤治療を受ける

ことを決断した.

A氏は中等度の脱毛を伴う抗がん剤を選択し投与を開始した. しかし, 血球減少と肝機能低下が遷延したため, これ以上の継続は困難と判断され, 抗がん剤は1コースで中止となり, 最終的にbest supportive careの方針となった. A氏は治療が中止になり, 多少の脱毛があったものの「治療を受けたのにダメだったのだから仕方がない」と, 治療を受けたことや自身が治療を受ける決断ができたことに納得している様子であった.

その後, 退院の話があったが, 退院に対しても不安が強くなかなか決断ができず一般病棟での入院を継続していた. しかし, 一般病棟ではトイレ移動の際に転倒防止のために, 慣れない夫ではなく看護師に毎回つき添ってもらわなくてはならず, A氏は「転倒してもいいから自分達だけでトイレに行きたい」と自律や自由を制限されることに対する苦悩を表出していた. 当初は「緩和ケア」という言葉にも強い抵抗感を示し, 緩和ケアチームの介入も拒否していたため, 医療者はなかなか緩和ケア病棟も提案できずにいたが, このタイミングで緩和ケア病棟への移動を提案したところ, A氏は自律を尊重することを優先し, DNARも承諾されたうえで緩和ケア病棟への転科を希望された. 最期は緩和ケア病棟で家族とよい時間をすごすことができ, 穏やかに息を引き取った.

このケースはACPという観点ではタイミングが遅くなってしまったが, 本人の気持ちの動きに寄り添った意思決定支援はできたのではないかと感じている.

2. B氏30歳代女性

乳がん, 骨転移, 肝転移のある女性. 独身で仕事は接客業であったが, 再発を機に休職していた. 2年前に再発がわかった時点で化学療法を勧められたが, 脱毛に強い抵抗感があり, 脱毛の副作用がない抗がん剤を希望した. 乳がんに効果が高くても脱毛する抗がん剤は当面使用しない方向で再発治療を開始することになった.

しかし, 徐々に病状が悪化し, ついに脱毛の副作用がない抗がん剤は使い果してしまった. 主治医からは脱毛の副作用はあるが, 高い効果が期待される抗がん剤が提案されたが, B氏は「髪が抜けたまま棺桶に入るのだけは絶対に嫌です」と抗がん剤を強く拒否した. いままで主治医からはCT結果も含めて真実をすべて伝えてきており, 本人も「棺桶」という言葉を使っていたため, 主治医と看護師は十分な理解のうえでの決断であろうと受け止めた. そして, 今後は抗がん剤は受けないという本人の意思決定を尊重することとし, 代わりに乳房局所の腫瘍に対する放射線治療を勧めた.

すぐに放射線治療部で診察が受けられることになり, B氏は当日のうちに放射線治療医から改めて病状を説明された. B氏は厳しい現状であることを感じたようであった. B氏は戻ってくるとすぐに「思ったより厳しい状況だとわかりました. やっぱり抗がん剤治療をします」と脱毛する抗がん剤を希望した.

このケースは, もし, 看護師が早期に意思決定支援に積極的にかかわり, B氏の病状理解や大切にしたいことを明確にしたうえでサポートできていたら, このようなB氏の混乱はなく意思決定の仕方も違ったかもしれないと反省させられた事例であった.

Ⅲ. がん医療における意思決定支援の課題

がん患者では命, つまり治療による「延命効果」と容姿の変化などの「QOL」のどちらを優先するかの選択をしばしば迫られる. 患者としてはどちらも捨てがたいものであり, また死が差し迫った状況での意思決定では強い不安や葛藤が生じる. 強い不安や葛藤からend of life discussionを避けてしまう傾向があり, 死の直前まで最期の療養の場やDNAR等についても話し合われないことがしばしばある. さらに病状や治療の副作用に関して, 正しい理解ができていない場合もあり, 毎回病状説明をきちんと行っていたとしても, 医療者との認識に差があることも少なくない.

Epsteinら（2016）の研究では, アメリカニューヨーク州のがん専門病院に通院中の予後6か月以内の患者のうち5％の患者しか自身の予後を正確に理解していなかったというデータも示されている. 実際, 医療者と終末期を迎えているがん患者との余命への危機感は温度差が大きいと感じることは多い. このような状況におかれているがん患者に対して, まず患者の理解度を明確にしたうえで, なにが不安であるのか, 最も大事にしたいことはなにか, 早い段階から価値観を明確にできるよう, ていねいに患者に寄り添いながら対話をもち, 意思決定支援をしていくことが大切である.

看護師は医療に関する知識もあり, 患者の価値観を引き出す対話を医師よりも時間をかけて行うことができる立場にあるため, 主治医との話し合いだけでなく, 看護師が患者にがん医療に関する適切な情報提供も行いながら, 患者の意向を明らかにする役割を担っていると考える.

ACPやend of life discussionについては, 最近では, アメリカで開発されたSICP（serious illness care program）の「重篤な疾患を持つ患者との話し合いの手引き」などのツールが日本でも紹介されている（竹内, 2020）. ACPに関してはエビデンスが確立したツールが少ないなか（森, 2020）, こうした有効性が明らかになっているツールを参考にしながら, 看護師がいままで以上に積極的にend of lifeにおける意思決定支援にかかわっていくことができるのではないかと考えている. このプログラムでは, 作成された手引きを使って研修を受けた看護師等が患者との話し合いを行うことで, 早期にACPの話し合いが行うことができ, 患者の不安と抑うつが減少したなどの効果が得られている（Bernacki et al., 2019）.

Ⅳ．まとめ

がん患者においては命とQOLの選択を治療の早い段階から迫られることが多く，死が差し迫る前の早期から患者の価値観を明確にする意思決定支援が重要になる．看護師が患者との対話を通してがん医療に関する適切な情報提供も行いながら，患者の価値観を尊重した意向を明らかにする重要な役割を担っている．

いまは日本人の２人に１人ががんになる時代となっている．またコロナ禍で人工呼吸器の装着など，延命措置に対する国民の関心も高くなっており，以前よりもACPやend of life discussionが元気なときから行われるように社会も変化していくのではないだろうか．当院でも昨年度よりACPチームが活動を開始し，少しずつ院内に周知されるようになってきており，今後さらにニーズが高まっていくのではないかと考えている．多くの人が自分の望む最期を迎えられるように，看護師がいままで以上に患者に寄り添い積極的に意思決定支援にかかわっていきたい．

引用文献

Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al.(2019)：Effect of the Serious Illness Care Program in Outpatient Oncology；A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 179 (6)：751-759.

Epstein AS, Prigerson HG, O'Reilly EM, et al.(2016)：Discussions of Life Expectancy and Changes in Illness Understanding in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34（20)：2398-2403.

森　雅紀（2020)：国内外のACPのエビデンスを読み解く．*看護管理*，30（2)：117-127.

竹之内沙弥香（2020)：重篤な病気を持つ患者との話し合いとその課題について；ACP支援のプログラムSICPの意義とエビデンス．*看護管理*，30（2)：128-139.