

## 2. ACP の取り組みの現況と課題

### A. 緩和ケア病棟における ACP の実践

江口恵子  
(相良病院)

#### はじめに

相良病院 (当院) は乳がん専門病院であり、乳がん患者のエンド・オブ・ライフをできるだけ豊かなものにできるようにという願いを込めて 1997 年に設立された緩和ケア病棟は、鹿児島県における最初の認定施設である。緩和ケア病棟に入院する患者の半数は乳がん患者であり、終末期にかかわらず早期からの緩和ケア病棟の活用に取り組んでいる。一方で、他施設からの患者の受け入れも行っており、約半数が肺がんや消化器がん、婦人科がんなどの患者である。

当院においてのアドバンス・ケア・プランニング (以下、ACP) への取り組みは、緩和ケア病棟における「歩いて帰りたい」と願う脊椎転移で下半身の不全麻痺の乳がん患者の希望をどのように支えるか、というケアから始まった。このようなケアは、緩和ケア病棟においては「患者の希望に寄り添う」という日常的なケアの一環であり、結婚式や誕生会などの家族の大切な行事を緩和ケア病棟で行ったり、式場への参加をしたりといった患者の希望を可能なかぎり叶えるための支援などは緩和ケア病棟ならではの取り組み (もちろん、一般病棟においての実施もあるが) としてどの施設でも行われてきたし、今も行っているところであると認識している<sup>1)</sup>。

私たちが、この事例を検討するなかで明らかになったことは、「現在の状態からどのようなケアが必要であるかを検討していくのみならず、がん治療の段階からの取り組みこそ終末期の患者の希望を支えることにつながる」という当たり前の医療・ケアの実践であった。その時期 (2011 年) に出会ったのが ACP という概念であり、乳がん

患者の診療ケアを診断から終末期まで行う当院にとっては、きわめてタイムリーな出会いであった。私たちは、ACP を「最期までその人らしい尊厳ある生き方を支援するツール」として位置づけ、そのプロセスでの緩和ケア病棟の役割と活用について検討しながら進めてきた。また、他院から紹介を受ける患者の ACP については、緩和ケアの地域連携体制の構築を図るなかで「患者の意向を地域全体としてどのように支援するか」を命題としながら進めている。

この 2 つの視点から、緩和ケア病棟における ACP の実践 (工夫) について、特に入院面談時、入院時、死が近くなった時に気をつけていることの実際と課題について述べる。

#### 1. 緩和ケア病棟入院面談および入院時の ACP 支援

入院時にもっとも優先されることは、患者が“いま”必要としている苦痛の緩和であるが、同時に患者が対話可能であれば、患者が入院療養に対して期待していることや目標を共有することであると考えている。家族と共にこれからの (あるいは今回の) 入院療養に向けて取り組む目標を共有することから始めていく。緩和ケア病棟の入院については、可能なかぎり外来での症状緩和に努め、外来通院中の段階から入院の可能性を予測して外来と病棟・地域連携室・緩和ケアチームなどで情報共有している。

他施設からの緩和ケア外来の受診にあたっては、緩和ケア病棟があることを前提として紹介されることがほとんどであり、この段階が入院面談と位置づけられる。主としてがん治療を受けている施設の主治医から依頼されることが多いが、そ

の間にその施設の緩和ケアチームの介入がどのように行われているかでも状況は違ってくる。また、患者の病状によっては、家族のみが来院される場合も少なくない。どのような状況においても、これまでの治療経過と共に、患者家族がどのような思いで緩和ケア外来を受診されたのかを大切に話を聴いている。

この段階での課題として、治療の限界の告知と共に、緩和ケア病棟を紹介されて、衝撃が強く受け容れがたい状況での来院や、家族のみの受診の場合は家族の意向が強く、今後の見通しも立てられないような状況もある。家族の治療への期待が強く、ゆったりとした気持ちで療養できるような環境を望みつつ、治療への期待をもっており、混沌としたなかにあることも否めない状況である。治療や療養の場所をめぐる患者と家族の意向の違いはよくみられるところである。背景にある患者家族の感情も受けとめ、患者家族と信頼関係を構築していくことから始めている。

当院のACP支援においては、「患者の意向を中心に患者の価値観や目標・意向を明確化しながらも、患者と家族、医療者が共に治療（療養）方針について考えていく過程そのものであり、そのプロセスにおいて、本人の意思決定する力が低下した場合を含む将来の治療・ケアについて繰り返し話し合い、さまざまな状況に折り合いをつけながら、可能なかぎり患者の意向に沿った生き方ができるように支援する」ことを診断時から進めている。

このことから、まずは、「これまでの過程で患者と家族は治療や今後の療養についてどのように話し合われてきたのか」、あるいは、「話し合われてこなかったのか、こなかったとすればどのような思いから話し合うことができなかったのか、しなかったのか」ということについて、患者家族が語れるように話を聴いている。治療困難ながん患者が治療への希望をもっていることを受け止めつつ、患者の背景にある感情に配慮して、患者家族が思いを解きほぐしながら整理して折り合いがつけられるよう話を聴き、揺らぎに寄り添うように関わっている。

入院時においては、症状緩和に努めると共に、患者の大切にしていること、これからどのように

過ごしたいと思っているのかについての希望や計画を、これまでの患者の人生を語ってもらいながら聴いている。1度に聴くのではなく、患者が語れる範囲で、患者が語ることからその人の人生を理解し、価値観を受け止めるように関わっている。入院時は、患者家族共に自分について理解してもらいたいという気持ちも働き、多弁になられることもある。チャンスを逃さず患者への関心ある態度で関係性を深めていくような関わりが、その後の支援には欠かせないことであると実感している。一方で、残された時間は患者の状況で違う。急いで整えないといけない場合もあり、緩和すべき状況のアセスメントを速やかに行い対応しつつ、ACPを推進するよう関わっている。

## 2. 死が近づいた段階における支援

緩和ケア外来の段階で、多くの入院患者は、心肺蘇生については話し合われていることが多い。しかしながら、その内容についてのイメージは多様である。当院においては、最期の段階の医療・ケアについて、少なくとも緩和ケア病棟入院の段階までには話し合いを進めている。回復が困難になってきた段階での蘇生は勧めないこと、できるだけ苦痛がないように自然な形でケアを進めていきたいことを推奨するなかで、患者が望む栄養の方法や過ごし方、鎮静の希望などを患者家族と話し合っている。なかには、病名告知もされず、「緩和ケア病棟で元気になって治療を頑張ろう」とだけ話してほしいと望む家族もいる。現在が、死が近づいた段階と思いつつもできるだけ先送りにしたいと願う気持ちに寄り添いつつも、週単位の予後予測の段階においては、改めて患者家族と話し合って決めている。

さらに、この段階において大切にしているのは、これまで話し合いながら進めてきたことが、患者にとってどのように進められてきたのか、気がかりは解決されたのか、今なお、患者が気がかりとして抱えているのであれば、そのことに取り組む必要性を患者は感じているのか、取り組むことが可能なのかをよく聴いて、家族を交えて話し合い、解決の糸口を探して取り組んでいくことである。

表1 ACP サマリー「患者の価値観や優先事項について」

項目	話合いの内容
病気の認識	病気のことをどこまで知りたいか、誰と聞きたいか
気がかり・不安	病状や将来への不安、気がかりなことについて
支え	大切にしたいこと、生きがいなど支えになるもの
今の様子	現在の病状や日常生活の過ごし方、以前との変化について
治療の希望	将来、治療変更が必要になったら、どうしたいか
今後の希望	今後の医療やケアについての希望、療養場所についての希望
意思決定能力と方法	将来のことや治療のことなど物事の決め方やその能力
代理意思決定者に 関すること	頼りにしている人、代理意思決定者、サポートする人の状況 代理意思決定者と話し合っている内容
予後	予後や余命についての話し合い

患者が、今の自分の状況をどのように受け止めているのか、について耳を傾けると、患者自身は近づいてくる最期の時を感じている場合にもよく遭遇する。静かに1人で時間を過ごしたい患者、分かりつつも希望を語ることで受け入れていこうとする患者、患者本人がどのような意向をもって今、そこに在るのか、受け止めながらケアすることが重要である。鎮静に関しては、患者の症状緩和の状況に応じて、適応があればガイドラインに基づいて検討し実施している。

### 3. 進行再発乳がん患者の緩和ケア病棟活用による ACP 支援の実際（事例を通して）

当院は先にも述べたとおり、乳がん患者の診療を診断から終末期まで一連のプロセスを実践している。2013年から、ACPについて取り組んでおり、「共に治療について考えるための質問紙」の活用の標準化、ACP サマリー（表1）として「患者さんの価値観や優先事項について」の診療録内での共有、外来における受け持ち看護師の配置や説明時の同席やフォロー体制、医療チームの方針に関する多職種カンファレンス、困難事例に対する合同倫理カンファレンスなど、院内における治療の段階に応じて、継続的に支援できる体制を整えて取り組んできた。その過程において、当然ながら地域における ACP 支援の継続にも取り組んできた。緩和ケアのカンファレンスと合わせて、地域の課題解決のための連携会議の開催、県の事業としての「医療・ケアの意思決定プロセス支援事業」の推進、鹿児島 ACP 推進プロジェクト委員

会の立ち上げと活動の推進など、患者家族を取り巻く社会の理解を広く得られ、ACP を1つのツールとして「本人の意向」を中心にして、家族を含め地域で支援できる体制づくりに務めているところである。緩和ケア病棟は、療養場所の1つであると同時に、患者家族にとって予期悲嘆に向き合いつつ自己に向き合う大切な場であるとの認識に立って、乳がん患者の支援を行い、症状緩和を主とする場合は緩和ケア病棟の活用も進めている。

当院において、ACP の話し合いは、進行再発乳がんの診断時から始めるようにしている。第2段階として、予後1年未満が予測されるまでには ACP サマリーの内容がすべて記載されているように進めていくことを目指している。この段階での話し合う内容としては、①最期を過ごす場所に関する患者と家族の希望を明らかにする、②本人が大事にしたいことや懸念を確認する、③病状の変化を考慮し、患者の治療やケアに対する希望や意思を確認する、④患者の希望に対する家族の懸念や心配を明らかにし、患者・家族のゴールや希望の不一致の解決策を探る、⑤代理意思決定者と一緒に話し合いができることとしている。

2つの事例を通してその実践について述べる（本人の同意を口頭で得ている）。

#### 1) 事例 1

A さん 63 歳、乳がん、夫と 2 人暮らし。

A さんは、術前化学療法後、左全摘とリンパ郭清術を行い、翌年には頸部リンパ節への転移を認め、10 カ月後には皮膚転移を認めたが、7 年以上長期にわたり治療を継続してきている。この間、

緩和ケア病棟には、転移再発治療を開始して間もない段階で、抗がん剤治療にともなう有害事象による症状緩和目的で入院し、その後症状緩和目的で6回入院している。

初回入院時、Aさんは、「緩和ケア病棟と聞いて最初『えっ!』』という感じで少し抵抗があったが、ゆっくりできてとてもよかった。次入院する時もここに入院したい」と述べており、緩和ケア病棟に対する認識が、退院できない最後の場所から、心身共に休めて元気で退院できる場所として変化した。そのことで、緩和放射線療法時や疼痛コントロール目的、症状を抱えての日常生活への疲労などによるレスパイト入院など、入退院を繰り返しながら症状緩和を行い、心身を整えて自宅療養を継続することができている。

Aさんは、質問紙を活用したことで、これまで夫と話し合おうと思ってなかなか真剣に話し合えなかったことが話し合えたこと、療養場所についての考えが違うこと、違うことも含めて自分が今考えていることを子どもたちにも理解してもらえたことがとてもよかった、と語られた。その後も入院のたびにその間の経過や考えについて語り、家族との考えのすり合わせなど話し合いを重ねてきている。Aさんは、夫との意見の違いへの相談など、何でも話し合えて安心して過ごすことができていると話しており、最期まで自宅で過ごしたいと願っていたAさんは、これまでの経過のなかで、夫につらい思いをさせたくない思いと共にゆっくりと休める場所として、緩和ケア病棟を療養場所として、選択してきている。

## 2) 事例2

Bさん、46歳、乳がん、夫と娘の3人暮らし。

Bさんは、手術後1年後に肺転移・胸膜に急速な転移を認め、治療を繰り返し継続して行っていたが、その2年後には脳転移、さらに骨転移と進行し、術後5年目に脊椎転移による脊髄浸潤下半身麻痺を生じ、緊急照射目的で緩和ケア病棟に入院した。予期しない症状に強い衝撃を受けるなかで、これまで考えていた最後の療養場所について繰り返し話し合いを進めた。さまざまな葛藤のあるなかで、Bさんの希望は母の懐から夫のいる場所へと変わっていった。

この入院においてBさんは「理解しているつもりだったが、改めて緩和ケア病棟について認識する機会だった。こんな風にゆったりとした気持ちになれる場所なんだね」と語り、「自分の気持ちに気づき、整理するいい時間だった」と病状進行を受け止め、何とかして1度は帰りたいと願う実家への帰省を計画し、病状変化にともなう在宅療養体制を再構築し、退院した。退院後、夫の強い意向を受けて、患者の希望のもとに行った抗がん剤治療も効なく、病状は進行した。約2カ月後には呼吸苦で再入院し、「近づいてきていることを感じる」と最期の時を自覚し、最愛の家族と共に過ごすことを選択して自宅へ退院した。

Bさんとは、転移確定後2レジメン施行中の安定した段階で質問紙を活用してACPを開始し、その後2年半にわたりBさんの希望と懸念について話し合いを重ねてきた。

---

## おわりに

緩和ケア病棟におけるACPの実践について当院の取り組みについて述べてきた。本来、緩和ケア病棟においてはACPの概念がなくとも、患者の意向を大切に最期までその人らしく生き切るための支援に努めてきた。とはいえ、緩和ケア病棟は最期の療養場所と考えている人はまだまだ多い。今日のがん治療の発展により、転移再発後も長期生存する患者が多くなってきた。患者家族は、失意と希望の繰り返しのなかで治療の選択を迫られ、折り合いをつけながら決定していかなければならない。このプロセスに寄り添い続けていくことが私たちには求められている。その過程において、緩和ケア病棟は心身共に安らぎを得て生きる力を得る場として、早い段階から活用されることが望まれる。ACPでの話し合いは適切な緩和ケアに基づいて行われてこそ、「最期までその人らしい尊厳ある生き方を支援するツール」として有効に活用されると考えている。

## 文献

- 1) 特集：ACPの向かう道—1人の実践者による誌上シンポジウム、緩和ケア 32 (3), 2022