

# 意思決定をささえる緩和ケア

小牧市民病院 緩和ケアセンター 部長 渡邊 紘章

※高齢がん患者の地域連携・在宅移行支援事業「連携相談支援・実践講習会」より

緩和ケアに携わる医療者とピアサポーターは、立場の違いはあるが、「ともに考え、意思決定を支援する」という姿勢は共通する。がん診断時からの緩和ケアということが言われて久しいが、まだまだ「緩和ケア」の何であるかは周知されていない。緩和ケアへの正しい理解と、緩和ケアがささえる意思決定のあり方を考える。

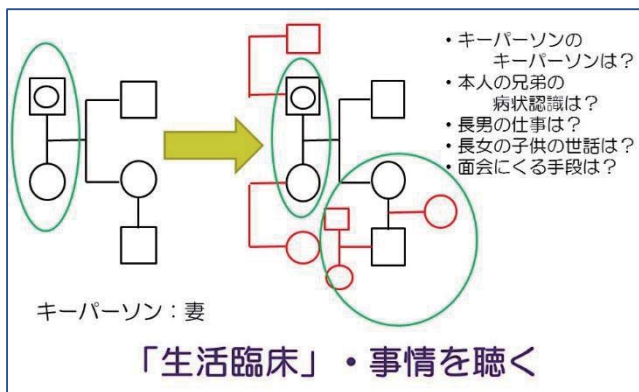


## その人が何を必要としているのかが大切

「内科や外科はわかるのですが、緩和ケア科って何ですか」とよく質問される。しかし、明確な答えは実際にはない。というのも緩和ケア科は、その人に合わせた形で大きく変化するという個別性が非常に高い診療科だからである。

たとえば、身体症状の調整を中心にするときと、身体症状の調整はほとんどせずに、家でどうやって過ごしているかという相談に乗ることに時間を割いたり、一方で、気持ちの面のサポートが中心になるときもある。つまり、緩和ケア科は、その人が何を必要としているのかを中心にケアに取り組む診療科ということになる。

私は「緩和ケアって何ですか」と聞かれたときに、下表のような家族図を出して説明することが多い。



図に丸が付いているのが本人、つながっているのが配偶者である。息子さん、娘さん、娘さんの配偶者まで申告するときがあるかもしれない。私たちが最初にやる仕事は、この家族図をもっと増やす。患者さんのきょうだいは何人いて、どこに住んでいるのか。配偶者の方のきょうだいは何人いるか。お子さんが結婚していたら、そこにお子さんがあるかどうか。孫は？というところまで聞いていく。

## キーパーソンは誰かを明確にする

家族図を増やすことに何の意味があるかという、キー

パーソンを把握するためである。その人を一番支えるキーパーソンは、主介護者のときもあるし、意思決定をささえる人の時もある。治療をどうしますかと言われたときに「私が決めます」と一人と言える人はなかなかいない。介護も「私がやります」と言って、本当に一人でやれる人は少ない。

キーパーソンは、状況の変化に応じて変わるときがあり、一人ではない。「キーパーソンのキーパーソン」は誰かというところまで、詰めていく必要もある。

## 生活を土台にした診療をおこなう

がんという病気は、その経過とともに重要な意思決定を繰り返さなければならないが、本人が意思決定できない場合もある。そのような場合もふくめて家族図が通常よりも必要になってくる。これが土台にないと、私たちがふだん行っているような、いわゆる緩和ケアは成立しない。

「生活臨床」とは、その人の生活を土台にした診療を行うということである。生活が見えてくるかどうかが大変である。この家族図では見えてこないものがあるので、事情を聞きながら、その人にとって必要なものを考えていく。これが緩和ケアの一番の土台だと思う。

### case 「ともに考える」

#### ①親族には知らせない

現在の状況を自分と配偶者は知っているが、きょうだいは知らない。知らせるつもりがない。

#### POINT

- 知らせないという意味を決めたことの意味や、知らせないことで今後起きてくるメリット・デメリットを一緒に考える。
- きょうだい関係を把握することが大事。

緩和ケア科では、抗がん剤治療をせずに緩和ケアを受けたいという相談がある。抗がん剤を受ける意味が分からない。副作用が出るかもしれないし、もう楽に過ごしたい。主治医は「もったいないから治療した方がいい」と言うが、受けたくない。だから緩和ケアをお願いします、というようなケースもある。こうした場合の対応を考えたい。

### case 「ともに考える」

#### ② 抗がん剤はせず緩和ケアを受けたい

- この人にとって、抗がん剤を受ける意味、受けたくない意味を一緒に考える。
- 「副作用が出るかもしれない」--副作用に対してどんなイメージを抱いているのか？
- 具体的な副作用を、もう少しきちんと知ってから、考えてもいいのではないか。

### 「楽に過ごしたい」(よくあるケース)

抗がん剤を受けずに楽に過ごすことは、この人にとってどういう意味があるのだろうか。そのイメージはありますか？(がんが転移再発して、抗がん剤を受けずに過ごすということは、亡くなるというイメージがあるかどうかを確認する)と尋ねたところ、楽に過ごしたいが、亡くなるまでのイメージはあまりないということだった。

しかし、緩和ケアに行ったから、緩和ケア病棟に入ったから、全部が楽になるわけではない。必ず、その後の病気の経過の中では波がある。そうした場合に、抗がん剤を受けることで、もしかしたら症状が和らぐという意味もあるかもしれない。こうしたことを踏まえて一緒に考え、主治医にきちんと相談した方がいいのではないかと話し合うこともある。その結果、抗がん剤を受けるという方向で帰っていく人もいます。

#### ● ピアサポーターの皆さんへ①

##### 相手が自分で気づけるようなサポートを

前述のようなサポートをする意味はとても大きいですが、医師だから、緩和ケア科の外来だからやるという仕事ではないと思う。ピアサポーターが、こういうことを直接的に聞けるわけではないと思うが、同じ立場で話し合う中で、相手が自分で気づけるようなサポートは意味があると思う。

どうやって当事者を支えていくか、医療者だけではなく、そうした役割を、ピアサポーターの方々が一緒に輪に入って担ってもらえるといい。色々な人の色々な視

点で支えることに意味がある。

### 価値観を広げ、本当に必要な支援を考える

様々な局面での意思決定があるが、意思決定支援を難しくするのは、結果が不確実であるということだ。抗がん剤が100%効けばよいか10%の場合もある。10%でも自分にとってはとても大きいという人と、10%なら自分にとっては全然意味がないと思う人もいる。医療者が決めるのが全部正解ではない。患者以外に、家族や医療者など意思決定に係る人が複数いることも特徴になるし、年齢や病状の影響により、当事者である患者さんの意思決定能力が十分ではないことがある。

#### ● ピアサポーターの皆さんへ②

##### 自分の意見を「受け止めて」くれる人が必要

独居で暮らしている方、身寄りのない方も多くいる。医療者が適切なサポートをしたり、場合によっては、ピアサポーター、ケアマネジャー、民生委員など、周りにある「人の資源」。そこを確認して、支援を要請する。

葛藤やジレンマ、自分の選択を聞いてくれたり、認めてくれたりする人がいないとつらいものである。ここはピアサポートの役割かと思う。

### よりよい意思決定支援のために

#### ① 意思決定が必要な問題を明確にすること

- ・ この人はこう言っているが、本当にいいのだろうか。この部分は？

#### ② 可能性のある選択肢のリストづくり

- ・ 重要なこととそうでないこと

#### ③ 選択肢を選ぶ基準を決める

- ・ 何が大事で、何を優先？

#### ④ 選択肢を選んだ結果を想像する

- ・ 想像のお手伝いをする

#### ⑤ 情報提供による心理的効果を理解する

#### ⑥ 意思決定の支援を得る

- ・ 一人ではなかなか決められないことを誰と相談したらいいかを一緒に考える

価値観の幅を広げる作業はとても大事で、医療者側はもちろん、ピアサポートもそうだと思うが、自分の価値観で話を聞いていると、この人の話は全然分からないということになる。まずは、こんなことを考える人もいるのだというふうに広げて、受け止めた後に、何がこの人にとって本当に必要なサポートなのかを考えることが必要だと思う。



## 高齢がん患者の叔父の意思決定をささえて



「みんなで考えよう 高齢がん患者さんを地域で支える取り組み」（2016年2月27日）

体験発表：NPO法人ミーネット ピアサポーター 伊藤和直

### 叔父・叔母の生活状況

- 叔父 88 歳、叔母 84 歳。
- 二人暮らし（子供なし）
- 叔父・叔母共に糖尿病で K 病院へ通院中。  
（叔父はインシュリン注射を打つほど重症）
- 二人とも旅行ができるほど元気。



### 叔父の前立腺がん発覚からサポート開始

2013年12月17日に叔母より電話があり、叔父が家で動けなくなり、隣家の看護師さんに付き添われて A 医大病院へ運ばれて入院したとのこと。その後、叔父は前立腺がんと判明した。叔母には「困ったことがあったらサポートする」と伝える。

10 日後に A 医大病院へ叔父の見舞いに行くと、看護師に叔父との関係を聞かれ、甥であることを伝えた。看護師は叔母に叔父退院後の蓄尿バッグの取扱いを説明する必要があり、叔母を待っていたが来院なく、その他にも色々説明しても理解してもらえず困っていた。二人に子供がいないため、叔父のことで責任を持てる人を探していたようで、甥の来院が渡りに船であったようだ。早速、主治医の話聞いてほしいと言われ応じた。

### 泌尿器科主治医の話

- 前立腺がんが膀胱まで浸潤して尿道を塞いだため水腎症になり、意識もうろう状態で運び込まれた。
- 前立腺がんはリンパ節、腰椎、胸椎へ転移あり。  
PSA（腫瘍マーカー）は 67.9。
- ホルモン治療を予定。しばらくは尿道カテーテルによる導尿で蓄尿バッグを装着し、状況により膀胱の上部から排尿の管（膀胱婁）を造設。

### 地域医療連携が始まりフォロー体制が確立

以下、私の関わった経過をまとめた。

**2014年1月6日** 日進市東部地域包括支援センターより電話あり。隣家の奥さん（看護師）から叔父夫婦の状況を聞き、自宅を訪問し、配食サービス（昼夜糖尿病食）の利用手続き。介護保険認定手続きの準備をしたので認定手続きに立ち会ってほしいと依頼された。

**1月9日** 市役所福祉課で介護保険認定の手続き、運動機能、認知機能等の評価を行った。

**1月16日** A 医大病院泌尿器科主治医と面談。生検結果と今後の治療方針などの説明を受けた。グリーソンスコア  $5+5=10$ （前立腺がんの悪性度としては最高値）で、ホルモン治療の効果が期待できないかも知れない。骨転移については今後痛みが発生したら放射線などを考える。膀胱婁手術の説明、説得を勧められる。今後は K 病院と連携を取り、K 病院の医師が診られる範囲は任せることとする。

今後は叔父の診察時はできるだけ同行することとした。ホルモン治療薬がきちんと飲んでいないことが発覚。夫婦共にホルモン治療の重要性が理解できていなかった。

**1月31日** 訪問看護（1回/週）が始まる。

膀胱婁は不可と診断されたため、1ヶ月毎に尿道カテーテル交換で対応する。介護保険の認定があり、叔父は要介護 2、叔母は要支援 2、夫婦とも軽度の認知症あり。

----- その後、9ヶ月ほど安定 -----

**11月5日** PSA が徐々に上昇傾向にあり、ホルモン治療薬を変更。次回 PSA 値を見てさらに新薬を処方する予定。副作用として、まれに引きつけを起こすおそれあり要注意。新薬を使うことの本人への説明と説得を依頼される。2 日後に泌尿器科主治医へ電話連絡し、新薬使用の本人への説得と、同時に訪問看護師にも説明したことを伝えた。主治医より、今後は年齢を考慮すると抗がん

剤治療を避けて、ホルモン治療を変えながら治療する予定と説明がある。

## 叔母が体調不良で緊急入院。胃がんの疑いあり

**2014年5月8日** 叔母は車椅子から立ち上がれないほど体力が落ち、血液検査結果は炎症反応の数値が高かった。叔父一人では何もできないため夫婦でK病院へ入院。

**6月4日** 介護老人保健施設ケアマネジャーより電話で、叔母は検査の結果「胃がんの疑いあり」と診断されたと伝えられた。主治医からは内視鏡検査を勧められたが、「つらい検査はもうこの歳でしたくない」と拒否。ケアマネジャー、訪問看護師と今後の対応を打合せ。胃がんの疑いについては、本人の意思を尊重して食べられなくなった時に考えることとし、このまま告知もしないこととした。主治医からは「悪いものがあるかもしれない」としか伝えられていない。

## 叔父が家で倒れ動けなくなる

**11月15日** 介護老人保健施設から電話連絡。叔父が家の中で転んで歩けなくなり、K病院を受診。

**11月17日** 叔父は足が痺れて全く歩けず。救急車を呼びA医大へ連れて行くのですぐ来てほしいとの電話。整形外科医によると、前立腺がんの骨転移で胸椎の神経がやられ、両足がぶらぶらで、今後は便意も催さなくなると考えられる。年齢を考えると手術での改善は無理。痛み止めとして放射線治療が一般的だが、これで今の状態が改善される可能性は低い。

**11月18日** 泌尿器科主治医と面談。放射線治療で回復しないまでも足が動くようにはしたい。早ければ明日から放射線治療とリハビリを開始する。2~3週間入院予定で、その後K病院へ転院してリハビリを受け、在宅介護に移行することを考える。

**11月19日** 本人は病状が十分理解できていないため、放射線治療の同意書へのサインを拒否したが、説明・説得して放射線治療を開始する。二日後、泌尿器科主治医より電話で治療の状況について説明があった。叔父が体を動かすと痛がるので痛み止めを処方した。

**11月25日** 泌尿器科主治医と面談。放射線治療は12月3日までの予定だが、足の麻痺の改善は難しいと考えられ、今後は転院に向けてK病院と連携していくとのこと。

**12月8日** 泌尿器科主治医より電話連絡あり。放射線治

療でADL(日常生活動作)に変化なし。痛み止めの薬の量を増やしているが、完全に痛みは取れない。

**12月12日** 泌尿器科主治医と面談。K病院へ正式に転院が決定し、手続きを進める。介護老人保健施設ケアマネジャーと面談して状況を伝達するとともに、叔母にK病院への転院が決定したことを伝える。

**12月14日** 叔父は永眠した。

叔父が望んでいたK病院への転院が決まった矢先のことでもとても残念ではあったが、叔父永眠の際、叔母と「雪が降ってきたね」と話しながら眠るように亡くなったと聞き、サポートした関係者の救いとなった。

## 支援した親族としての所感

まず思うことは、がんの治療、療養において、高齢者特有の難しい問題があるということである。高齢者は他の病気も抱えており、がんのことだけを考えて支援することができない。また、夫婦二人で生活していても、加齢による軽度の認知症(短期記憶障害)などがどちらに出てもおかしくなく、伴侶の病気のフォローや、医療のことが理解しにくいという問題もあると思う。

また、高齢がん患者の介護人も高齢である場合、今回のケースのように介護人も入院ということもあり得る。叔父夫婦の場合は、介護人不在となる状況を考慮して夫婦共に入院させてもらうことができ非常に助かった。しかし、大病院では果たしてこれは可能であったのだろうか。

叔父夫婦は日ごろから近所付き合いを密にしていたお陰で、隣家の看護師さんなど近所の人の支援を容易に得られたが、地域と疎遠な高齢夫婦ふたり暮らし、あるいは単身独居の世帯の場合、誰が支援するのかという危惧を大いに抱いた。

私は、自身も現役のがん患者であり、体験を活かしてピアサポート活動に取り組んでいる。そのおかげで、叔父の病状と治療について医師の話が最初からよく理解できた。おそらく医師も安心できたのではと思われる。

その意味では、医師をはじめ、がん治療・療養に関わる専門職と合意形成の可能なキーパーソンの存在は重要ではないだろうか。意思決定の支援が得られにくい高齢がん患者を、今後、誰がどのように支援していくのか、地域における仕組みづくりが必要だと感じた。

