

日本老年医学会 「ACP推進 に関する提言」

2019-2020年

事例集

一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」



(事例5)

© 2020 一般社団法人日本老年医学会

【事例 5】

病院から在宅への ACP の実践に

代弁者（妻）と移行期ケアチームが重要な役割を果たした事例

ACP ファシリテーター：病院移行期ケアチーム※

<本人プロフィール>

M 氏、71 歳男性。65 歳の妻と 2 人暮らし。子どもは 2 人でそれぞれに世帯を持ち、実家から離れて暮らしている。長男、長女からは介護の協力は弱い精神的サポートはある。

<疾患・障がいとその経過>

1) 診断名と本人の状態

53 歳時に両下肢麻痺、臍部以下の感覚障害、意識障害、排尿障害が出現し、A 病院受診。MRI にて急性散在性脳脊髄炎の診断のもとステロイド治療等が行われた。その後、近隣の病院へリハビリテーション目的で転院する。この時は 2 人の子どもは学生だったので、「生きなければならぬ」という思いが夫婦 2 人にあり、積極的に治療を受け、懸命にリハビリを頑張り、何とか歩行可能となり、退院した。職場にも復帰し、会社で定年退職まで働いた。

その後、しばらく病状は安定していた。途中、アルコール性肝障害を合併し、消化器科にも通院をし、内服治療を受けていた。

20XX-2 年 3 月 発熱、起立困難きたし、A 病院外来を受診。入院を勧めたが同意無く、併発していた尿路感染症に対して内服治療を行うのみであった。この間、疾患に伴うものか廃用症候群か明確ではないが、歩行困難なレベルになった。訪問診療医に転医となり、妻の介護と介護保険での在宅サービスを受けて生活していた。

この 2 年の間に、脱水で救急搬送されたことがあり、「以前のような苦しい思いはしたくない。子どもたちも独立したから延命治療は必要がない」と妻に話していた。この入院をきっかけに、妻は自分が以前に A 病院に事前指示書を提出した経験があり、夫の M 氏にも事前指示書を記載してもらいたかったが、M 氏は書字が困難な状態であり、また、かわいそうに思い、記載してもらうことはできなかった。

2) ACP 導入のプロセス

20XX 年 1 月頃 右手の動きが悪く(伸展拳上すると疼痛を訴える)、飲酒量も増えていた。

20XX年2月中旬 発熱と呂律困難をきたし、救急搬送され尿路感染症との診断で治療開始された。頭部MRIの結果では大脳白質病変は広がっていたが、急性期脳血管病変は認めなかった。髄液検査も実施したが異常所見を認めなかった。2月21日には下熱し、右上肢の疼痛は改善し、両上肢の運動は良好となった。

20XX年2月26日 再度発熱がありインフルエンザと診断され、治療を受けた。

連続して複数の疾患に罹患したことで、全身の衰弱が進み、嚥下障害により経口摂取困難な状態となり、末梢静脈栄養法が開始された。

20XX年3月15日 消化管出血を併発、状態が悪くM氏本人の意向確認はできず、家族の希望で輸血を行った。

その後小康状態であったが、妻からM氏本人は状態が悪化して寝たきり等になるようであれば延命処置は希望していなかったことを病院スタッフに伝えた。病院担当医から妻に病状説明「胸水がたまっており、肝障害、低栄養に伴うものと考えられる。今後急変の可能性がある」ことを伝えると、妻は本人の希望で人工呼吸器装着や心臓マッサージは希望しないと返答した。後日、さらに担当医からは「嚥下訓練を行いつつ経口摂取を試みるが、肺炎を繰り返すようであれば経口摂取は諦めざるを得ないかもしれない。十分な栄養を取るため中心静脈栄養により高カロリーの輸液を入れれば栄養に関して生命を維持できる。」などが説明された。

徐々に痰の量が多くなり、吸引処置のたびにM氏からは「もう逝かせてくれ。」「もういい」「やめてくれー」という言葉が聞かれた。病棟看護師はM氏が以前に語られた内容からM氏の価値観を把握しようと努めると共に妻の思いにも耳を傾け、最期はどのような暮らしを希望するのか話を聞いた。妻からは今後のADLの改善の見込みにつき質問があり、病院担当医から再度妻に病状説明が行われ、「入院前と同じように食事を摂取し、車椅子で移動できるようになることは難しい」ことが伝えられた。この時、妻からは、「臥床状態での延命治療は望んでいない」という本人の意向を尊重したいとの発言があり、妻、病院主治医、担当看護師との話し合いの結果、人工栄養法を実施しないが持続点滴は継続するという方針となった。妻の希望としてはできるだけ苦しくないように、痛みがないように、と繰り返された。

今後の生活の場所については自宅または療養型医療施設の両方が選択肢として考えられ、妻に吸引等の練習をしてもらいながら結論を出していくこととなった。持続点滴の管理、吸引、褥瘡予防、陰部洗浄、清拭、おむつ交換、等の介護技術指導を受ける中で、妻は治療に拒否的なM氏の言動と元気だった頃に言っていた「無理な延命はしなくていい。痛いことはやりたくない。穏やかに家で過ごしたい」という思いをくみ取り、自宅で看取りたいという方針を決定し、退院後の在宅療養を選んだ。

さらに、妻は病院担当医と相談の上、徐々に低栄養になる事を理解した上で、すぐに重度の脱水にならないように、在宅での末梢輸液を希望された。

20XX年3月27日 介護保険による在宅サービスを利用するため、妻、担当医、病棟看護師、退院調整看護師、退院後訪問担当スタッフ（移行期ケアチーム：TCT※）、介護支援専門員、訪問看護師、福祉用具レンタル業者で退院前カンファレンスを実施し、スムーズな在宅移行をめざし話し合いを行った。

TCT は退院時移行期の集中支援を行った。週に1回訪問看護と重ならない日に訪問を行い、病院で指導した内容が在宅にマッチしているか評価を行い、さらに、在宅に合わせた介護指導に変更し、訪問看護師と連絡調整を行った。

退院1週間が経過した頃から全身のむくみが出現し、持続点滴の血管確保が困難になり、数回刺しなおが行われ、家族や本人の苦痛が増加してきた。そこで、TCT と訪問看護師は持続点滴の量を500mlから250mlに変更の提案を在宅医に行い、これを受け在宅医が指示の変更を行った。TCT はさらに下血に伴う臀部の皮膚トラブルの発生や持続点滴の刺入部の状態など、訪問看護へ都度連絡し、継続的に連携してフォローできる体制を作った。また、意思決定において変化がないか支援を行い、M氏と妻の思い（意向）を在宅チームに伝え、病院から在宅への「思い」の橋渡しを行った。

3) 最終段階の経過・看取り後

退院後、自宅に戻ってからは本人の表情も穏やかであった。在宅診療により、末梢輸液250mLを24時間持続で行われた。好きなお酒をスポンジにしめらせて飲むなどして継続した療養生活を送れ、退院2週間後に最期を迎えた。

看取り後に妻は、『夫は思い通りに自宅での療養生活を送れたと思います。私も夫の様に最期を迎えたいと思います。』と話した。

<注>

※移行期ケアチーム（TCT）：患者の退院後、病院からのアウトリーチにより、病院から在宅への移行期マネジメントを行う医療チーム

構成メンバー：医師、看護師を中心メンバーとして、病状に応じ、薬剤師、栄養士、セラピスト、臨床工学士などが同行

一般社団法人 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言 事例集」

2020 年 2 月 10 日 発行

編集 一般社団法人 日本老年医学会

倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」

発行 一般社団法人 日本老年医学会

〒113-0034 東京都文京区湯島 4-2-1 杏林ビル 702

電話 (03)3814-8104

FAX (03)3814-8604

●「ACP 推進に関する提言 事例集」の複写・複製・転載・翻訳・データベースへの取り込み、および送信（送信可能化権を含む）・上映・譲渡に関する許諾権は一般社団法人日本老年医学会が保有しています。

© 2020 一般社団法人日本老年医学会