

専門緩和ケアサービスは、抗がん治療が有効でなかったときや、終末期ケアのときを中心に利用されている場合が多い。そのため、**患者・家族が希望する「すべての時期に」もっとも適切な緩和ケアを提供する体制が必要だ**。抗がん治療中は苦痛があっても我慢せず、できるかぎりの苦痛緩和を図ることが重要となる。化学療法時期から緩和ケアスクリーニングを行うことで、治療期からの緩和ケアの有効性を広げ、患者・家族のQOL向上にも繋がるのだ^{2,3)}。

文 献

- 1) 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」臨床教育プログラム委員（編）：ツール・資料。ステップ緩和ケア，p2-7，2008
- 2) 鈴木留美ほか：生活のしやすさ質問票 第3版を用いた外来化学療法患者の症状頻度およびニーズ調査。緩和ケア 21：542-548，2011
- 3) Yamagishi A et al: Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. J Pain Symptom Manage 37: 823-830, 2009



CHAPTER 3

CHAPTER 3

精神的サポートと コミュニケーション



CASE

21

抗がん剤治療の中止をどう伝えるか？

CASE

51歳の女性患者さん。乳がん術後、肝転移、多発骨転移を認めており、各種抗がん剤治療を5年間受けてきました。画像検査、血液検査を行い、PD(progressive disease, 進行)の判定および肝転移による肝障害の悪化を認めました。カンファレンスで話し合った結果、これ以上、抗がん剤治療を続けることはむずかしいと判断しました。本日は外来日で、抗がん剤治療の中止を伝えなければなりません。あなたはどのように伝えますか？



あなたならどうする？

- Ⓐ そのまま正直に、「今までしてきました抗がん剤治療の効果が望めず、それに肝障害もあって、打つ手がなく、もうこれ以上何もできません。担当の者がホスピスや在宅診療についてお話ができると思います。聞いて行かれませんか」と伝える。
- Ⓑ 「抗がん剤のこれ以上の効果が望めず、それに肝障害もあって、抗がん剤を続けることでかえって身体に悪い影響を与える可能性が高くなってきています」と伝える。その後、つらそうにしている患者・家族を「そんな表情しないで、頑張ってやって行きましょう」と励まして元気づける。そして、今後の達成可能な目標について話し合う準備があることを伝える。
- Ⓒ 「抗がん剤のこれ以上の効果が望めず、それに肝障害もあって、抗がん剤を続けることでかえって身体に悪い影響を与える可能性が高くなってきています」と伝える。その後、患者が目を見上げて発言するのを待ち、患者の気持ちの言葉を繰り返すなどにより、患者・家族の感情に対処する。患者の気持ちの整理が付いたと感じ取ったら、できないことではなく、今後の達成可能な目標について話し合う準備があることを伝える。

このケースを解くためのエビデンス

このような悪い知らせを伝えることは大変な仕事だ。抗がん剤治療の中止についての話となれば、なおさらだ。これらの問題を解決するために、悪い知らせを伝えるための数々のガイドラインが国内外にある。けれども、これらのほとんどは医療者の経験則に基づいて作成されていて、患者・家族の意向とは必ずしも一致していないことが報告されている。そこで、抗がん剤治療の中止のコミュニケーションを実際に体験した、がん患者の遺族 630 名に直接質問紙で尋ねた調査が行われている (KEY ARTICLE)。それによると、抗がん剤治療中止の情報を受けとったときに、58%の遺族が情報を伝える医療者の対応に改善が必要だと回答し、さらに、つらかったと回答した遺族が96%に及んだ。どうやら、医療者の今までの経験から良かれと思う伝え方で行っても、多くの遺族は改善の余地があると思っているようだ。その要因として、つらさと改善の必要性を目的変数とした多変量解析では、①医師が「もう何もできません」と言ったこと、②つらい気持ちを聞いてもらえなかったこと、③生命予後を幅や可能性ではなく限られた具体的な数字で言われたこと、④今後何ができるかの目標について具体的に説明がなかったこと、⑤家族が質問できる雰囲気ではなかったこと、⑥家族の心の準備に合わせて説明してもらえなかったこと、⑦医師が最新の知識を持ち合わせていなかったこと、などが抽出された。つまり、「何もすることがない」=「本当に何もしない」というメッセージに伝わっている可能性がある。「何もできません」の代わりに、今後のできることを具体的に伝え、そして患者・家族の気持ちや質問をフォローをすることが望ましいということだ。

KEY ARTICLE

--Morita T et al: Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 15: 1551-1557, 2004

対象 がん患者の遺族 630 名

方法 質問紙調査。「抗がん剤治療の中止を決めたときのコミュニケーションに改善が必要か、つらかったか」を目的変数として、関連する医師の行動を同定した。

結果 「つらさ」と「改善の必要性」のともに同定された決定因子として、「何もできることはない」と医師が言ったことが一番に挙げられた(表1)。

EVIDENCE SUMMARY

「もう何もできません」とは言わずに、今後の達成可能な目標の選択肢を具体的に言う(「何もできません」=「本当に何もしない」というメッセージに伝わってしまう)。

表1 つらさと改善の必要性の決定因子

	つらさ		改善の必要性	
	Odd比	p	Odd比	p
「もう何もできません」と言う	2.1	0.017	3.5	0.001
つらい気持ちを聞く	0.59	0.046		
生命予後を幅や可能性ではなく、「〇月まで」「あと〇ヵ月」のように限られた具体的な数字で言う	4.3	0.002		
今後の目標を具体的に言う			0.47	0.067
質問できる雰囲気である			0.34	0.009
心の準備に合わせて説明する			0.4	0.061
治療について最新の知識がある			0.46	0.058

エビデンスを臨床に生かすコツ

そうはいっても、多忙な外来の中で、悪い知らせである「抗がん剤治療の中止を伝える」という大変な仕事を100%うまくこなしていくことはむずかしいかもしれない。しかも、こういった事実をいきなり伝えられる患者・家族にとってはショックが大きく、目標や優先したいことどころではないだろう。

では、どうすればよいだろうか？ 1つの方法として、お互いに考える余裕のある初期の段階から、その時点の病状説明だけでなく、「hope for the best, and prepare for the worst(最善を期待して最悪に備える)」を患者・家族に絶えず提示し、ある程度長期的・短期的でも予想される経過を伝え、目標設定を話し合っておくことが現実的だ。また、質問促進シートなど、患者・家族のペースで質問できるツールなどを利用するのも良いだろう。

たとえば、「将来の一番良いことを期待しつつ、もし悪い方向に行っても慌てないように準備しておくことが、この病気では良いと思っています。先々のことになるかもしれませんが、ないに越したことはありませんが、抗がん剤治療を行うことがむずかしくなることが必ずあります。そうなったときには、そのときの達成可能なあなたの優先したいことを尋ねるかもしれません」などと伝えると良いかもしれない。

さて次に、実際に抗がん剤治療の中止を伝えなければならない場面になったときは、どのようなことに留意が必要だろうか？ やはり、一番大切なのは、「環境の調整と配慮を行い、まず心配ごとなどを知る」ことだ。つらい気持ちを聞くにしても質問を促すにしても、たとえば、騒がしくプライバシーが保てない場所では、お互い落ち着かずそれどころではなくなってしまう。また、今後の達成可能な目標の選択肢を提示するにしても、個性が求められるため、まず心配ごとを尋ねなければ分からないだろう。したがって、患者・家族が思いを十分表出できる場所を提供し、説明をする前にまず患者・家族の具体的な心配ごとに耳を傾けることが必要だ。そして、次に大切なのは、つらい気持ちを分かってもらえたと思えるコミュニケーションの工夫をすることである。たとえば、患者・家族がつらそうに話しはじめたときは、まず黙って頷いて話を聞く。そして、患者の言葉の一部を繰り返し、「……と思うのですね」と返答してみよう。これらの「沈黙」や「患者の気持ちを繰り返す」ことは共感スキルの1つで、「気持ちを分かってもらえたと思うこと」に焦点を当てることが大切なのである。



PRACTICE

①達成可能な目標の設定

- ・初期の段階から「hope for the best, and prepare for the worst」を患者・家族に提示する。
- ・「何もできません」とは言わずに、今後の達成可能な目標の選択肢を具体的に伝える。

②コミュニケーションの工夫

- ・環境の調整と配慮を行い、まず心配ごとなどを確認する。
- ・つらそうなときは、まず黙って頷いて話を聞き、患者の言葉の一部を繰り返す。



では、このケースではどうするか？

・Aを選んだ→10点

「何もできません」＝「本当に何もしない」というメッセージに伝わり、見捨てられたという感情がふつふつと湧き上がっているかもしれない……。

・Bを選んだ→40点

今後の達成可能な目標の選択肢を提示していることは良い。しかし、励まして元気づけることも大切だが、つらい気持ちの表出を妨げてしまう可能性があることを忘れてはいけない。

・Cを選んだ→80点 *good!*

つらい気持ちの表出を促し、患者の気持ちの整理がついたと感じとってから、今後の達成可能な目標の選択肢を具体的に提示している。合格！

このケースの解説

このケースでは、5年間抗がん剤治療が行われている。主治医を信頼し抗がん剤治療をがんばってこられた患者だろう。だからこそ、抗がん剤治療の中止を伝えることは、見捨てられたという感情が生じやすく、注意が必要だ。ポイントとしては、「何もできません」の代わりに、今後の達成可能な目標の選択肢を具体的に言うこと。そして、一方的に話すのではなく、つらい気持ちの表出を促すことだ。

「そんな表情しないで、がんばってやって行きましょう」と言ってしまったあなた。患者・家族が落ち込んでいる姿をみると、困ってしまいついつい励ましたくなる気持ちは分かる。しかし、一方的に医療者が励ましてしまうことで、患者・家族のつらい気持ちの表出を妨げている可能性はないだろうか。この場をどう取り繕うかと困ったときには、慌てて返答しようと思わなくて良い。つらそうなときは、一呼吸おいて、まず黙って頷いて話を聞くだけで良いのだ。さらに余裕があれば、患者の言葉の一部を繰り返し、「……と思うのですね」と返答すると良いだろう。それだけでも、患者や家族は自身の苦痛を分かってもらえた気分になるのだ。

「打つ手がなく、もうこれ以上何もできません」と答えた方は、「抗がん剤治療の選択は(身体が耐えられず)むずかしいです」ということを伝えようとしているのだろう。しかし、もう一度、自分が患者・家族になったつもりで考えてみてほしい。どうだろう？ この言葉だけだと、「本当に何もしてもらえない。匙を投げられた。もうおしまいだ」と誤解されはしないだろうか？ だから、患者・家族の見捨てられた感が生じないようにするために、何ができなくて、何が達成可能かを具体的に提示する必要がある。そして、悪い知らせを伝えた直後は、沈黙の時間を数秒から数十秒間確保するだけでも、患者・家族はつらい気持ちを話しやすくなるものだ。

CASE

22

緩和ケア病棟をどう紹介するか？

大学病院で胃がんと診断され、根治術施行後に化学療法を行っている患者さんがいます。副作用で化学療法を中断後、外来で経過観察をしていましたが、急激な腹痛を訴えて緊急入院し、がん性腹膜炎の診断を受け、疼痛緩和治療とTPN (total parenteral nutrition) が開始されました。患者さんは化学療法を希望されておらず、医学的にも適応ではありません。ご家族は看護師に、「家では不安なので、できればこのまま入院したい」と話しているようです。今後の療養場所の選択肢の1つとして、この患者さんに緩和ケア病棟を紹介する場合、どのように説明すると良いでしょうか？



Q

あなたならどうする？

- Ⓐ 患者と家族に、「緩和ケア病棟は、がんによるさまざまなつらい症状を和らげることを専門にしている病棟なので、今のつらい症状をよく診てもらえると思いますよ」と説明し、転院を積極的に勧める。
- Ⓑ 最初に患者と家族が今後どこでどのように療養したいかという希望を聞く。入院の希望がある場合には、選択肢の1つとして、緩和ケア病棟について情報提供する。その際、緩和ケア病棟に関する患者と家族の認識について確認し、認識に合わせて緩和ケア病棟についての具体的な役割に関する補足説明をしていく。
- Ⓒ 患者と家族に、「できることは何もありません。ここはがんの治療をする患者さんがたくさん待っている病棟なので、緩和ケア病棟への転院を考えましょう」と地域医療連携室に行くよう説明する。

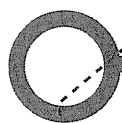
このケースを解くためのエビデンス

患者に積極的抗がん治療の効果がないと見込まれるとき、緩和ケア病棟への移行を勧めると、患者・家族は「見放された」と感じることもある。その一方で、緩和ケア病棟に入院してはじめて症状が緩和され、「もっと早く入院すれば良かった」と感じる患者・家族もいる。つまり、紹介には適切な時

期があるということだ。しかし、患者と家族にとっていつがその「適切な紹介時期」なのかについての具体的な指針は今まで存在しなかった。

近年、緩和ケア病棟への適切な紹介時期に関する研究が蓄積され、2005年にはわが国での緩和ケア病棟への紹介に対する遺族の評価と関連する要因が明らかになった(表1)。

「緩和ケアへの紹介が遅かった」と認識している遺族は、緩和ケア病棟へ紹介された時期に「緩和ケアを受けると寿命が短くなる」と思っていたり、状態の悪化に気持ちが付いて行かなかったり、将来希望する終末期ケアについて主治医と相談ができていなかったことが明らかとなった。主治医と相談ができていなかった理由としてもっとも多く挙げられたのは、「主治医から話題にしなかった」($n = 59\%$)であった。



KEY ARTICLE

--Morita T et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* **23**: 2637-2644, 2005

対象 ホスピス・緩和ケア病棟で患者を看取った遺族

方法 質問紙調査。緩和ケア病棟に紹介された時期に関する評価とその関連要因の分析

結果 遺族の半数は、緩和ケア病棟への紹介が遅かったと評価し、「紹介が遅かった」と評価したその要因が明らかになった(表1)。

表1 「緩和ケア病棟への紹介が遅かった」と評価した遺族と「適切だった」と評価した遺族の要因の比較

	odds比 [95% C.I.]	p
「緩和ケアを受けると寿命が短くなる」という認識	1.4 [1.0-2.0]	0.046
将来希望する終末期ケアについて主治医とあらかじめ相談できていた	0.26 [0.14-0.47]	< 0.001
状態の悪化に気持ちがついていかなかった	1.4 [1.1-1.7]	0.007
治療場所	在宅	1
	病院	2.7 [1.5-4.7]

EVIDENCE SUMMARY

遺族に「緩和ケア病棟へ紹介されたのは適切な時期だった」と評価されるためには、以下の4点が重要である。

- ① 緩和ケア病棟に関する正確な情報を伝え、家族の誤解を解く。
- ② 「将来考える選択肢の1つ」としてなるべく早く伝える。
- ③ 「病状が悪化して治療がなくなったから」緩和ケア病棟を紹介するのではなく、患者や家族にとって緩和ケア病棟に入院するメリットがあることを伝える。
- ④ 緩和ケア病棟を紹介した後も、患者や家族の希望や気持ちを確認してフォローする。

エビデンスを臨床に生かすコツ

KEY ARTICLEで紹介した論文は遺族を対象とした研究だが、患者本人に緩和ケア病棟を紹介する際にも、同様の点をポイントとして考慮することはできるだろう。

ここで重要なのは、まずは患者と家族が希望する療養場所と、そこでどのように過ごしたいのかを把握するよう努めることだ。そのうえで、患者と家族の価値観に沿った療養生活を送ることができる場所を選択できるよう支援していこう。

一口に、「緩和ケア病棟に関する正確な情報を伝える」と言っても、一方的な情報伝達ではこれまでの生活歴から形成された患者と家族の認識を変えることはなかなかむずかしいものである。患者と家族が緩和ケア病棟にどのようなイメージをもっているのか確認し、肉親や身近な人の看取りのときなど昔の経験に基づく偏ったイメージであれば、最新の情報を伝えながら修正して行かなければならない。また、急に症状が悪化してから緩和ケア病棟を紹介したのでは、「悪化」＝「緩和ケア病棟」＝「死を待つだけ」のような図式が患者・家族の脳裏によぎりかねない。症状が落ち着いて、患者と家族の心の余裕がある時期に、将来の可能性として調子が悪くなったときにどこで療養するか、どんな選択肢があるのかを話し合っておこう。



PRACTICE

①患者と家族が希望する療養場所を確認する

物理的な場所にこだわるのではなく、そこでどのように過ごしたいのかを把握する。

例

「お考えがまとまらないかもしれませんが、これからの時間を、どこでどのようにお過ごしになりたいか、少しお話していただいても良いですか？ できる、できないは別として、まずお気持ちを聞かせていただけませんか」

②緩和ケア病棟に関する十分な情報を伝える

患者と家族の認識を確認し、正確な情報と患者にとってのメリットを伝える(表2)。

③早期から選択肢の1つとして伝える

患者や家族の心の準備状況を確認しながら、選択肢の1つとして提示する。

例

「少し先のこともありませんけれども、先々、通院がむずかしくなることもあるかもしれませんが、そうなったとき、どこで治療するかについてご相談しておきたいと思います」

④継続的なフォローを行う

今の病院に入院する以外の選択肢を伝えた後は、患者と家族が「見放された感」を抱くこともある。一度で決める必要はなく、実際の状況に応じて継続して一緒に考えて行きましょうという姿勢を伝えていく必要がある。

例

「1人ですぐに決めようと思わなくて良いので、少し考えてみていただけますか。一緒に考えていきましょう」

表2 ホスピス・緩和ケア病棟についてのよくみられる誤解と真実

誤解	本当のこと	適切な対応の例
一度入院したら、退院できない	症状が落ち着けばいつでも退院することができます	「症状をとるために入院している患者さんは、苦痛が緩和されたら退院する方もいらっしゃいます」
医学的な治療をしない	積極的に苦痛緩和のための治療を行います。一般的な内科的治療は行うことが普通です	「積極的に苦痛に対する緩和を行う専門の病棟なので、症状がある患者さんにとっては安心できると思います。がんそのものに対する治療は行わない施設が多いのですが、通常の診療は患者さんやご家族の希望に応じて継続して行いますし、全身状態を維持するために必要な検査や治療は行いますし、必要に応じて症状緩和のための外科的治療や放射線治療が行われることもあります」
高額な費用がかかる	医療機関なので、健康保険が適用されます	「費用がかかると思われる方も多いのですが、医療保険が使えるので、個室代以外は通常の入院費と変わりません」



では、このケースではどうするか？

・Aを選んだ→50点

患者にとっての緩和ケア病棟のメリットを伝えながら紹介できているが、これでは一方的なコミュニケーションとなっていて、患者と家族の希望や認識は把握できていない。

・Bを選んだ→80点 *Good!*

患者家族の意向や緩和ケア病棟に関する認識を考慮し、患者にとっての緩和ケア病棟のメリットを伝えながら紹介する、という点が押さえられている。合格！

・Cを選んだ→10点

患者と家族に、「できることは何もない」という言い方は避けるべきだ。

このケースの解説

このケースでは、患者と家族に緩和ケア病棟に関する正確な情報を伝えるとともに、緩和ケア病棟に入院することのメリットも伝えていくことが必要である。とくに、費用に関しては心配している患者と家族も多いので、医療保険が使えること、高額療養費の制度も利用できることを伝えておくとうまいだろう。

緩和ケア病棟に関する情報提供を行う際には、まず患者と家族が緩和ケア病棟を知っているか、どう思っているかについて尋ねてみよう。はじめにそう聞くことで、医療者側からの情報が一方的な押し付けとなることを防いでくれるだろう。もちろん医療者側が、紹介する緩和ケア病棟でどのような治療が行われているのかをあらかじめ知っておくことも重要だ。患者と家族の希望する療養場所や、そこでどのように過ごしたいのかを把握すれば、患者と家族の価値観がもっとも尊重される療養場所を選択できようになる。患者・家族にとってもっとも良い場所を選べるようにするためには、緩和ケア病棟以外の選択肢についても合わせて情報提供することも大切だろう。「症状緩和をしてほしい、

しかし家族と一緒に時間も大切にしたい」患者の場合、遠くの緩和ケア病棟を利用するよりも緩和ケアに力を入れている近くの一般病院を紹介する方が良いこともある。

もし、あなたが日常の手術や外来で忙殺され、そこまで時間を取ることがむずかしいのであれば、看護師や緩和ケアチームから得られる情報を活かして、チームで関わっていくことも有効だ。しかし、一度説明しただけで、医療連携室に繋いだから後はお任せ、では患者と家族が「もう自分たちのことは忘れてしまったのか。見捨てられてしまったのか」と心配になるものだ。折に触れて病室に顔を出し、状況の変化に気持ちが付いて行っているかを尋ねたり、緩和ケア病棟とのやり取りがうまく行っているかを確認したりして、継続して一緒に考える姿勢を見せることが重要だろう。

また、「できることは何もない」のような言葉をかけることは、患者と家族にとって大きな心理的負担となるので、一番良くない。緩和ケア病棟に紹介し、転院が決まったとしても、転院までの間で医療者側ができることを伝えケアしていくことが、患者と家族にとって大きな支えとなるだろう。

CASE

23

希望を支えながら心の準備を するために

CASE
肺がんの進行で、予後1～2ヵ月と予測される男性患者さん。咳や労作時に軽度の呼吸困難がみられるようになってきて、ADL(日常生活動作)が低下してきています。患者さんの奥さんから「先生、これから主人はどうなるのでしょうか。良くなる方法はありませんか？友人から民間療法を勧められるのですが、健康食品で治ることはないでしょうか……」と聞かれました。

ご家族の「良くなってほしい」という希望も支えたいけれど、そうならないことも考えておかなければ先々の後悔に繋がってしまうかもしれない。こんなとき、どうすれば、ご家族が希望を持ちながらも、心の準備をすることができるのでしょうか？



Q

あなたならどうする？

- Ⓐ 予後が短いので、心の準備は今のうちにしておいた方がよい。ここははっきり、「もうできることは何もありません。心の準備をしてください」という。
- Ⓑ 医療者として後悔のないようにしたい。「この先どうなるか分からないので、今のうちにやれることをやっておいてください」と言う。
- Ⓒ 代替療法についての相談に乗りながら「頑張られていますね」などと頑張っていることを労いつつ、「体力が維持できる他の方法」も一緒に考え、食事療法やリハビリテーションなどをコメディカルスタッフを含めて相談する。並行して、「状態が落ち着いているうちに、やっておきたいこと」はないかを相談する。

このケースを解くためのエビデンス

「希望を持つこと」、「心残りのないように準備しておく」ことは、終末期がん患者と家族の望む「望ましい最期」の一部として重要と言われている。これまでの研究では、身体症状のコントロール、心理的なサポート、現実的な目標の探索、1日1日の生活について話し合う、などが希望を支えることに有用と言われている。また、心残りのないように準備しておくためには、医療者と信頼関係の構築

すること、人生において重要なことが完成できるように情報提供すること、などが有用と報告されている。しかし「希望を持ちながらも、同時に心残りのないように準備しておく」ための具体的ケアについて言及した実証研究はない。

全国の緩和ケア病棟95施設を利用した遺族663名に対して、質問紙調査を実施し、有効な回答を得た454名を分析したところ、「希望を持ちながらも、同時に心残りのないように準備しておくことができなかつた」と答えた遺族が約20%存在したことが分かった。また「希望を持ちながらも、同時に心残りのないように準備しておくことができたかどうか」に関係していた医師・看護師の態度について調査したところ、医師・看護師が、①心の準備に合わせて説明してくれた、②状態の良いうちにやっておいたほうが良いことについて相談できた、③代替療法の相談に乗ってくれた、④食事やリハビリテーションなど体力を付けることに役立ちそうなことを一緒に考えてくれた、⑤「何もできない」と言わなかつた、⑥達成可能な目標を考えてくれたほど、希望を持ちながらも心残りのないように準備しておくことができた、と答えたことが分かった。

KEY ARTICLE

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究, 2010

対象 全国の緩和ケア病棟95施設を利用した遺族663名

方法 質問紙によるアンケート調査

結果 「希望を持ちながら心残りのないようにできた」とことと関連していたのは、全身状態の良いときから相談できたこと、できること(代替療法、食事やリハビリテーション)や可能な目標を具体的に考えること、「何もすることはない」とは言わないことであった。

表1 遺族へのアンケート結果[odds ratio(95%CI)]

	希望を持ちながら心残りのないように準備できた	心残りのないように準備することができた	希望を持って過ごすことができた
全身状態の良いときから準備することについて考える	3.9[2.1-7.0]	2.6[1.4-4.8]	2.3[1.3-4.1]
代替療法の相談に乗る	3.1[1.8-5.4]	2.2[1.3-3.6]	
心の準備に合わせて説明する		2.6[1.3-5.3]	
食事、リハビリテーションなど体力を付けることを考える			1.9[1.2-3.0]
可能な目標を具体的に考える			1.9[1.1-3.3]
「何もすることはない」と言う		0.5[0.27-0.94]	0.32[0.15-0.68]

[日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究, 2010より引用]

EVIDENCE SUMMARY

希望を持ちながら心残りのないように準備するために、医療者の望ましい態度

- ・全身状態の良いときから、準備することについて考える
- ・食事・代替療法など体力を付ける方法の相談に乗る
- ・心の準備に合わせて、可能な目標を考える
- ・「何もすることはない」と言わない

エビデンスを臨床に生かすコツ

そうはいても、「希望を持ちながら、かつ、心の準備もする」ということは実際の臨床ではとてもむずかしい。とくに、家族によっては患者の死や先々状態が悪化したときのことまで話ができるような心理状態ではないことも多いので、このような場合、家族の雰囲気を読むことも必要になる。これもかなりむずかしいことではあるが、たとえば「**こういう(『がん』という)病気なので、もし、状態が良くない場合のことも考えることがありますか?**」といった風に、仮定を用いた質問を投げかけてみて、話を続けて大丈夫かどうかを探ってみることも1つの方法だ。

代替療法については、相談を受けることがあるかもしれない。医療者は「良い」「悪い」の判断を求められていると思いがちだが、家族は代替療法の是非よりも悩んでいる気持ちを知ってほしいとか、代替療法を勧める知人・親戚にどう対応したら良いかを悩んでいることも多い。「良い」「悪い」の判断をする前に、ご家族がどのような思いを持っているのかをじっくり聞くことが必要だ。



では、このケースではどうするか？

・ **A**を選んだ→0点

「何もできない」と言われたら、希望を持ちながら心の準備をすることはできない。一番望ましくない返答だ。

・ **B**を選んだ→40点

心残りのないように、という配慮はみられるが「いつどうなるか分からない」という言葉はかなり不安を高めてしまう。

・ **C**を選んだ→90点 *Good!*

代替療法についての相談や、多職種を含めての食事療法・リハビリテーションについて考えることができているのと同時に、状態の良いうちにやっておきたいことはなにかの相談ができている。合格！

このケースの解説

このケースでは、患者の家族が、希望を持ちながらも同時に心残りのないように準備することができる対応が望まれている。

代替療法の相談に乗ることは、希望を支える方策の1つとして重要だ。この他には、体力を付けることに役立つような方法を一緒に考えたり、達成可能な目標を具体的に考えたりすることもできると良いだろう。たとえば、摂取しやすい食事形態の工夫、生活動作に関わるリハビリテーション・理学療法を取り入れるなど、医師や看護師だけでなく、理学療法士や栄養士などで、チームとして対応することが大事である。

また、比較的全身状態の良いうちにやっておきたいことはないかどうかについて、家族の心の準備に合わせながら相談することができると、「希望を持ちながらも同時に、心残りのないように準備をする」ことに役立つだろう。

回答⑤のように、「いつどうなるか分からないので、今のうちにやれることをやっておいてください」ということは、心の準備をする、という点においては先々のことを考えるきっかけになるかもしれないが、「この先どうなるのだろう」という家族の不安はさらに増すことになってしまう。逆に、具体的に「〇〇となる」、「そのときは**をする」のように説明すると、不安を減らすことができる。

回答④のように、「何もできることはありません」と言うのは一番良くない。抗がん治療はむずかしいということを伝えようとしても、「何もしない」というイメージだけが残り、見捨てられた感じを与えてしまう。少しでも何か良くなる方法はないかと考える家族の気持ちを支えるために、できることを考えよう。

抗がん治療だけではなく、患者の状態をできるだけ良い状態に保つことも、大切な治療の1つであるという視点に立ってもらいたい。

CASE
24患者の希望する
スピリチュアルケアとは？

CASE

腰部に骨転移があり、放射線治療中の患者さんがいます。体動時に痛みがあり骨折の危険もあり、鎮痛薬を内服しています。医師からは移動時の車椅子の使用を指示されています。移動の際にはナースコールを押すように伝えていますが、患者さんは排泄に関して看護師に「迷惑をかけたくない」と心苦しんでいるようで、ナースコールを押さずに自力で車椅子に乗ってトイレに移動する際に転倒してしまいました。今後、どのように対応したら良いでしょうか？



Q

あなたならどうする？

- Ⓐ 骨転移の治療中で、転倒すると骨折する可能性があるため、当面床上安静としたうえで、移動を安全にするために移動時には必ずナースコールを押すように再度強く伝える。
- Ⓑ 骨折のリスクの評価を医師に依頼したうえで、医学的に可能ならば、患者ができるだけ自分で排泄できるような環境整備をする。たとえば、ベッドの側に簡易トイレを置き、手すりを取り付けるなどの工夫をする。
- Ⓒ まず、患者の「迷惑をかけたくない」という思いの背景を聞き、つらさに十分に共感する。そのうえで、患者と一緒に対処法を考えて、この患者に合った方法を患者自身が選択できるように関わる。

このケースを解くためのエビデンス

「迷惑をかけたくない」と表現される負担感は臨床的にしばしば体験され、わが国の大規模な遺族調査では緩和ケア病棟で死亡した患者の25%が中程度以上の負担感を訴えていることが明らかにされている¹⁾。

終末期がん患者69名を含むがん患者89名を対象とした国内の調査結果(KEY ARTICLE)では、どのようなことが負担感の軽減に繋がるのか、また負担感に対して患者自身がどのように対処している

かが明らかにされている。それによると、「負担にならないように自分でする」と「負担にならないように他人に頼る」といった一見相反するような対処の仕方が明らかになったが、これは患者がどこに負担を感じているかによって異なる対処がなされていることを示している。さらに誰に負担を感じるかによって、「負担にならないように頼む対象を自分で決める」といった対処行動が取られていることも明らかになった。つまり、負担の対象が何かを見極めたうえで、適切な対処を取る必要があることが示唆された。

すなわち、個々の患者が「誰に対して、どのような負担を感じているのか」によって、負担感の軽減に繋がる対処は異なるということだ。

KEY ARTICLE

森田達也ほか：がん患者が望む「スピリチュアルケア」89名のインタビュー調査。精神医学 52：1057-1072, 2010

対象 終末期がん患者69名を含むがん患者89名

目的 患者自身が精神的苦悩を和らげるのに有用であると考えられるケアや方法を明らかにする。

方法 半構造化面接と内容分析

結果 すべての精神的苦悩の共通する5つの方策と8つの苦悩に対して、38の方策が抽出された(表1)。

表1 精神的苦悩を和らげる方策

■すべてに共通する5つの方策
1. 病気以外のこともよく聞いてくれる (n=58)
2. 朗らかで親切である (n=41)
3. 気持ちを分かち合っていて一緒に考えてくれる (n=36)
4. 患者の意思が一番尊重される (n=19)
5. 関心を持っていることが伝わる (n=17)
■負担感に対する方策
1. 医療者が何気ない日常生活の工夫をする (n=19) ・自分から言いにくいなと思うとき、看護師が見ましようと言ってくれる。 ・嫌な顔しないで、何でもないという感じ。簡単にその辺の掃除をしましたって感じでさらっとしてくれたのがすごく楽だった。
2. 負担にならないように自分でする (n=8) ・できたらやりたいなあと思うことはあるけど、やって結果的に周りに迷惑がかかるといけないので控えている。
3. 負担にならないように他人に頼る (n=9) ・1人で歩いて骨折したら余計に迷惑をかける。だから、甘えておいたほうがみんなの負担にならなくていいと思う。
4. できることではなく自分の存在に価値があると思う (n=8) ・与えるのではなく、自分がいるだけで良いのではないかとと思うようになった。
5. 家族と気持ちを自然体で伝え合える (n=4)

EVIDENCE SUMMARY

- ・患者が「迷惑をかけてつらい」という気持ちそのものを「分かってもらえた」と思えることが重要である。
- ・患者によって負担を感じる対象は異なるため、どこに負担を感じているのかを見極める必要がある。
- ・身体的依存度が高まると負担感が増すことが考えられるが、他者に依存せざるをえない状況でも、「どうする方法で行うか」を自己決定できることで負担感を減らすことができる。同時に、依存することが患者自身の価値を低めるものではなく、存在そのものに価値があることを伝えていくことが大切である。

エビデンスを臨床に生かすコツ

医療者の立場としては、排泄の援助をするのは当然のことで、体動時の痛みもあって骨折の危険性もあるので、遠慮せずにナースコールをしてほしい……と思うかもしれない。しかし、患者にとっては「今まで当たり前できていたことを他人に頼らなければならない」という事態は、自己存在の価値を否定しかねないできごとなのである。

患者は、忙しく働いている看護師の様子に、排泄のたびに看護師の手を煩わせることが心苦しく、ナースコールをすること自体が負担かもしれない。また、排泄は誰しも最期まで自分自身で行いたいものであり、排泄を援助されること自体が苦痛かもしれない。また、排泄というデリケートな行為は、援助されるだけでなく気配さえ気づかれないものであり、もし大部屋に入院中ならば、ベッドサイドでの排泄も患者にとっては気が重いものかもしれない。さらに、転倒してしまったことで医療者に新たに迷惑をかけてしまったと感じているかもしれない。また、「もし骨折して動けなくなってさらに迷惑をかけるのはもっとつらい」と思っているかもしれない。

したがって、まずは患者の思いを聞いて、つらさに共感しよう。患者がどこに負担を感じているのかを見極めたうえで、患者とともに対処方法を考えていくと良い。患者によっては、「医療者の負担にならないようにあえて医療者に頼る」という選択をするかもしれない。患者にとってより気持ちが楽な(負担感が和らく)対処方法を「患者自身で選択できる」ことが大切なのである。



では、このケースではどうするか？

・ ㊦を選んだ→0点

骨折のリスクを回避するという医療上の目的からは妥当な対応かもしれないが、患者の精神的な苦悩には寄り添えていない(精神的な苦悩に気づけていない)。

・ ㊧を選んだ→50点

患者の移動や排泄への援助に対する「迷惑をかけたくない」思いに配慮してはいるが、患者自身の思いを聴いておらず、患者自身が選択した方法ではない。この点で、「患者

の希望するスピリチュアルケア」としては不十分だ。

• **㉠**を選んだ→90点 *Good!*

患者が「つらい気持ちを分かってもらえた」と思えるように関わろうとしている。また、負担感の対象を見極め、患者自身の選択を支えるかたちで対応できている。すなわち、「患者の希望するスピリチュアルケア」がなされている。合格！

このケースの解説

このケースは臨床ではよく遭遇する事例であり、多くの場合「転倒のリスクを回避する」ことに重点が置かれた解決策が取られているのではないだろうか。つまり、ここにスピリチュアルペインが存在すると気付かれずに対処されることが多いのではないかと思う。しかし、このようなごく日常のできごとの中にこそ、患者にとっては日々直面せざるを得ない精神的な苦悩が存在することがある。患者のスピリチュアルペインに気付けるかどうか^①が重要であり、そのためには相手の立場を思いやり、気持ちに共感できる医療者の豊かな感性が求められる。

このケースでは、まずは体動時の痛みを我慢し、骨折のリスクを冒してまで自力でトイレに行こうとした患者の思いの背景を聞き、患者がどこに負担を感じているのかを見極めることが必要だ。さらに、今後どのように対処するのかを患者自身が選択できることが重要となる。身体的依存度が増しても(=自立が脅かされる)、自己決定できる(=自律が維持される)ことで、患者の存在価値は肯定されるものなのだ。これはスピリチュアルケアの基盤として重要な点だ。たとえば、看護師が忙しそうでナースコールを押すのが心苦しいようならば看護師が訪室するたびにさりげなく声を掛ける、排泄に関して援助されることがつらいようならばできるだけ自分でできるように環境を整えるなどから、患者自身が選択できるようにしよう。

回答**㉠**の「患者が自分で排泄できるように環境を整える」ことは、KEY ARTICLEの「医療者が何気ない日常生活の工夫をする」ことにやや近いかもしれない。だが、対処方法の選択は医療者がすべきではない。あくまで、患者が何につらさを感じていて、つらさを和らげるために何を望んでいるのかを把握したうえで、患者自身に選択してもらうものなのだ。さらに、「何気ない」とは患者に「気を遣わせない」という意味合いであり、環境を整えるだけでは不十分だ。たとえば、患者がナースコールを押す前に看護師の方から声を掛ける、排泄物は「何気なく」すぐに処理する、排泄していることが同室患者に気付かれにくいように排泄時の音が小さくなるように工夫をするなど、細やかな気遣いが患者の負担感を軽くする。

回答**㉡**のように「ナースコールを押すように再度強く伝える」ことは、医療者の「患者のために骨折のリスクを回避する」という思いやりの押し付けになってはいないだろうか。骨折をするとADL(日常生活動作)が低下し痛みも増強するので、患者自身も回避したい思いは同じだろう。しかし、それ以上に「気持ちがつらい」場合があることに、医療者は思いを馳せねばならないのだ。

文献

- 1) Akazawa T et al: Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. J Pain Symptom Manage 40: 224-234, 2010