

CASE
25「迷惑をかけてつらい」と
言われたら……？

CASE
 膀胱がん、予後1～2ヵ月と予測される患者さん。悪液質進行に伴いADL(日常生活動作)が低下してきています。先日、自室内のトイレに行く際に転倒したということで、ポータブルトイレの使用を勧めると「トイレぐらい1人でできる！」と怒った様子で話しが途切れてしまいました。遠慮なくナースコールしてくださいねと伝え、と、「迷惑になるのはつらいから……」と話され、逆に「世話になるばかりじゃなくて何か役に立ちたいな」と言われました。今後、この患者さんにどのような対応したら良いのでしょうか？



あなたならどうする？

- ① まず、患者の「迷惑をかけてつらい」という気持ちを理解しようとし、患者が「自分の気持ちが分かってもらえた」と思えることを目標にする。合わせて、日常生活の中で負担感を感じさせないように何気ないケアを工夫していく。その中で排尿・排便の方法については複数の選択肢の中から患者自身が選べるようにする。何か役に立ちたいという思いを共有し、サポートしていく。
- ② トイレに自分で行きたいという気持ちは分かるが転倒は防ぎたいので、できないことは委ねてくださいと勧める。役に立ちたいという気持ちに対しては、う～んとお茶を濁す。
- ③ 迷惑かけるだなんて思わないで下さい。トイレに行くときに転ばれる方が迷惑なのでと冗談まじりに話し、何でもしてあげますからと声を掛ける。

このケースを解くためのエビデンス

「迷惑をかけてつらい」という負担感は終末期がん患者が高頻度に経験する苦悩であり、QOL(生活の質)に多大な影響を与えることが報告されている。しかし、負担感に対するケアの有用性については、国内外を通してほとんど知見が存在していなかった。

最近になって、負担感に対するケアについて知見が散見されるようになってきた。がん患者の遺族を対象に行われた研究では、経験的に推奨されている負担感に対するケアの有用性が示され、因子分析により7カテゴリーに分類された(KEY ARTICLE)。これらの7カテゴリーの中で遺族の45%以上がとても役に立つと評価したケア4つのうち3つは「日常生活で負担を感じさせない何気ないケアを工夫する」、残り1つは「患者のやりたい気持ちを支える」に属していた。また、負担感に対するケアの指針として公平理論(equity theory)に基づき、「(患者の)してもらっている感」と「(患者が)してあげている感」のバランスを理解することの重要性を示唆している。

KEY ARTICLE

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

対象 全国の緩和ケア病棟100施設から無作為に抽出されたがん患者遺族666名

方法 郵送法による自記式質問紙調査

結果 負担感に対するケアの有用性が明らかになり、因子分析により7カテゴリーに分類された(表1)。

EVIDENCE SUMMARY

- ・「迷惑になってつらい」という患者の気持ちを理解しようとし、患者が「自分の気持ちを分かってもらえた」と思えることを目標にする。
- ・「(患者の)してもらっている感」を減らし、「(患者が)してあげている感」を増やす。

エビデンスを臨床に生かすコツ

緩和ケアの臨床で、患者が「迷惑をかけたくない」、「世話になってばかり」、「手を煩わせて申し訳ない」などと言うときは負担感を表現している。ケアの指針としては、まず「**迷惑になってつらい**」という患者の気持ちを理解し、「**自分の気持ちを分かってもらえた**」と思えることを目標としよう。そして、「**してもらっている感**」を減らし、「**してあげている感**」を増やすことが重要だ。

具体的なケアの方法としては、転倒の恐れや時間がかかってでもトイレに行きたいという気持ちを支えることが、患者の気持ちの理解や「自分の気持ちを分かってもらえた」ことに繋がるだろう。

そのうえで患者は、日常のちょっとした中で負担感を感じる人が多いこと、患者自身の負担感に対する対処方策として負担になっていることを隠すことが示唆されている。そのため、**日常生活で負担感を感じさせない何気ないケア**を工夫することが重要となる。たとえば、患者がやりやすいように部屋のレイアウト変更や補装具を検討したり、生活のリズムを把握して、患者が呼ばなくてもよいタイミングで訪室するなど、「(患者の)してもらっている感」を減らす配慮が重要だ。また排便・排尿方

表1 負担感に対して遺族の役に立つと思うケア

	ケアの有用性	因子負荷量
「違う見方」を紹介する		
「長い人生の中で人の手を借りるのは短い時間にすぎない」など他の見方を示す	28%	0.77
「誰もが見ないつか他人の手をかりることになるのでお互い様です」と伝える	32%	0.74
「お子さんにとって大切なお母さんですね」など患者様自身は変わらないことを伝える	36%	0.63
「お世話になってしまって……」という気持ちがやさしさの表れであることを伝える	29%	0.57
「お手伝いさせていただいてありがとうございます」など感謝を伝える	35%	0.47
「がんばられていますね」「がんばられましたね」など励みになる声をかける	39%	0.37
日常生活で負担を感じさせない何気ないケアを工夫する		
手の届く範囲に日常使うものを配置する	39%	0.69
看護師をその都度呼ばなくていいように必要なところを見計らって何気なく訪室する	39%	0.62
あわただしく忙しい様子にしない	35%	0.56
ポケットベルの呼び出し音を患者様に気付かないように小さくしておく	29%	0.52
動く妨げになっている症状(痛みなど)を和らげる	53%	0.49
排泄物は患者の目につかないよう速やかに片付ける	52%	0.39
ひとつの方法だけではなく、いろいろな方法から患者様自身が選べるようにする	45%	0.33
今まで「してあげていたこと」が続けられるようにする		
今までにしてきた家族や社会への貢献などについてゆっくり振り返る機会をもつ	27%	0.65
人生や病気の体験など自分がしてきたことが将来に引き継がれていくことを一緒にする	24%	0.63
着ているものや化粧品など今までの身だしなみや美容が続けられるよう配慮する	31%	0.61
いままで大切にしてきたことが続けられたいりするよう配慮する	33%	0.59
「してもらっている」と感じない言葉を使う		
「何かしてほしいことありますか?」ではなく「私たちができることありますか?」ときく	42%	0.76
「～してあげる」という言葉を使わない	35%	0.62
家族と気持ちを素直に言い合えるコーディネーションをする		
負担感について患者様と家族が素直に話し合える機会をつくる	32%	0.91
家族が負担と感じていないことを患者様に伝える	38%	0.39
ご家族の付き添いの負担がなるべく少なくなるように配慮する	34%	0.34
患者のやりたい気持ちを支える		
患者様が自分でやりたいことは時間がかかってもやりとげられるよう見守る	29%	0.91
患者様のがんばろうとする気持ちを支える	45%	0.43
患者が自分のことを最大限できるようにする		
機能維持のためにリハビリテーションや補助具を調節する	26%	0.69
力を最大限いかせるよう部屋の環境を調整する	38%	0.55

ケアの有用性はとても役に立つと評価された割合。

(最尤法 プロマックス回転)

法について、①頑張ってトイレまで行く、②ポータブルトイレを使用する、③尿器を使用する、④尿道カテーテル(バルーンカテーテル)を留置するなど選択肢を提示し、患者自身が選んだ方法を支持することを伝え、自律(「自立」=「自分で自分のことができる」ではなく、「自律」=「自分で自分のことが決められる」)を維持していけるような支援を表明することも大切だろう。同時に医療者としてはトイレ後にコールをお願いする、睡眠薬使用後は転倒リスクが高いため尿器を勧めてみるなど、患者の考えを尊重しながらの転倒予防も必要である。

一方、「(患者が)してあげている感」を増やすケアとしては、たとえば病棟内でちょっとした手伝いをお願いしてみるのはどうだろうか。その際は、患者が誇りを持っていることや得意そうなことをお

願いしてみると良いだろう。その体験が患者にとってポジティブであったようなら、翌日に「昨日はありがとうございました」と声を掛け、患者自身が「何かに貢献できている」と思えることを尊重することも良いかもしれない。ただし、患者に手伝いをお願いする際は、「できなくなってしまった」と感じるような注意が必要だ。また、「(患者が)してあげている感」を増やすケアは、具体的に「何かしてもらう」ことだけではない。患者にとってはただ医療者の負担になっていると思われるケアをした後で、「お手伝いさせていただきありがとうございました」と感謝を伝えるだけでも良いだろう。ライフレビューでこれまでの人生の価値を振り返ったり、「違う見方」を紹介することで負担感が軽減する患者もいる。



PRACTICE

- ①「迷惑になってつらい」という患者の気持ちを理解しようとし、患者が「自分の気持ちを分かってもらえた」と思えることを目標にする
 - ・患者のやりたい気持ちを支える。
- ②「(患者の)してもらっている感」を減らす
 - ・日常生活で負担を感じさせない何気ないケアを工夫する。
 - ・「してもらっている」と感じない言葉を使う。
 - ・患者が自分のことを最大限できるようにする。
 - ・家族と気持ちを素直に言い合えるコーディネーションをする。
- ③「(患者が)してあげている感」を増やす
 - ・今まで「してあげていたこと」が続けられるようにする。
 - ・「違う見方」を紹介する。



では、このケースではどうするか？

• ㊦を選んだ→90点 *Good!*

患者の気持ちや価値観を尊重している。また、日常生活で負担を感じさせない何気ない工夫を行い、「(患者の)してもらっている感」を減らすと同時に、手伝いをしてもらうことにより「(患者が)してあげている感」を増やす両方のケアが行われている。合格！

• ㊧を選んだ→40点

「迷惑になってつらい」という患者の気持ちは理解できているが、転倒せずに安楽に過ごしてほしいという医療者側の思いが先行してしまっている。ここは、「(患者が)してあげている感」を増やすケアも考えたいところだ。

• ㊨を選んだ→0点

「迷惑になってつらい」という患者の気持ちを理解しようとしていない。これでは、患者が「自分の気持ちを分かってもらえた」と感じることはできないだろう。良かれと思って行っている医療者のケアが逆に負担感を強めてしまうかも……。

このケースの解説

このケースでは、「迷惑になってつらい」という患者の気持ちを理解しながら、「(患者の)してもらっている感」を減らし、「(患者が)してあげている感」を増やす両方のケアが必要である。

まず考えることは、「迷惑になってつらい」という患者の気持ちを理解することである。次に、「(患者の)してもらっている感」を減らすために、日常生活の中で何気ないケアの工夫が必要だ。その中でも、排尿・排便の方法については、1つの方法だけではなく色々な方法から患者が自分で選べるようにすると良い。さらに、患者の希望を支えるために、可能ならばリハビリテーション介入を行うことも良いだろう。なお、「(患者が)してあげている感」を増やすケアは、具体的に何かをしてもらうことだけには限らない。ちょっとしたケアや声掛けの工夫、ライフレビューや違う見方を提示することでも、「(患者が)してあげている感」を高められる可能性がある。ただし、逆に「できなくなってしまう」感が高めないこと、ネガティブな過去の取り扱い、考えを押し付けないなどの注意は必要だ。

回答⑤の、「委ねることを勧め、う〜んとお茶を濁す」を選択したあなた。間違いではないけれど、医療者のタイミングで委ねることを勧めるのは良くない。ここは、「(患者の)してもらっている感」を減らすためにどういう方法があるかを一緒に考えることが重要となる。患者から「役に立ちたい」と言われたとき、返答に困ることがあるかもしれない。そんなときは、まず役に立ちたいという思いを表出してくれたことに対し感謝の気持ちを伝え、その思いを理解しようとする準備があることを伝えてみよう。また、「役に立ちたい」と言われると、実際に何かをやってもらうことを考えてしまいがちだが、ケアや声掛けの工夫、ライフレビューでも役に立っている感を高めることができる。

回答⑥の「冗談でかわし、何でもお任せくださいと言う」が一番良くない。患者は「気持ちを分かっで一緒に考えてくれる」ことが重要と考えている。医療者側からみて「無理しなくても良いのに……」ということでも、否定せず支持するとよい。どうすれば患者の負担感が和らぐのか？ という視点から、一緒に考えること自体が負担感に対するケアとなる。また、「してあげる」ではなく、「できることはありますか？」という風に言葉使いにも配慮したいところだ。

CASE

26

予後を伝えるとき

CASE

抗がん剤治療を行ってきたものの、治療の効果がみられなくなってきた患者さん。主治医の見立てでは予後は3ヵ月程度と見込まれています。患者さん、ご家族ともに、病名は知っていますが、予後についてはまだ話をしておらず、治癒に向けて積極的に治療に臨む姿勢をみせています。今後どのように予後伝えていったら良いのでしょうか？



Q

あなたならどうする？

- Ⓐ 患者や家族の様子を見ながら、少しずつ説明を行う。
- Ⓑ 患者や家族がどの程度予後を知りたいと思っているかを把握するよう努めながら、段階的に情報を伝える。また、「抗がん剤治療としてできること・できないこと」とは別に、支持療法など、今後できることについても合わせて話し合う。
- Ⓒ 図やグラフを用いながら、予後についてエビデンスに基づいた詳細な説明を行う。

このケースを解くためのエビデンス

患者の予後が長くないと見込まれるようになったとき、その事実を患者本人や家族に伝えることは、医師にとっても、患者・家族にとっても負担の大きな作業となる。予後伝えるときには、「希望を支えながら将来に備える」ことができるような説明を行うことが望ましいと言われているが、その具体的な方法について、明確な指針は打ち出されていない。

最近、患者家族に予後伝える際の方法について、研究が重ねられている。たとえば、がん患者の遺族を対象に行った研究では、予後告知に対する遺族の評価と関連する複数の要因が明らかとなった (KEY ARTICLE)。まず情報の量としては、「十分な量の情報を得られたと感じられる」ことが、遺族の高い評価と関連することが分かった。また、「最新の治療について良く知っている」こと、「継続して

診療に当たると保証する」ことによって、家族の希望を失わず、結果として遺族から改善の必要性は低いと評価されていた。さらに、「家族の価値観を尊重する」ことや「家族の心の準備に合わせて少しずつ説明する」ことは、看取りに向けた家族の準備を促し、同様に遺族から高く評価された。その他、「『何もできない』と言わない」ことや、「患者の意思を尊重すると伝える」ことも、遺族の評価と関連する要因であることが明らかとなった。

KEY ARTICLE

Yoshida et al: Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 41: 594-603, 2010

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. 予後告知の内容や状況と現在の評価とのパス解析

結果 遺族の評価と関連する予後の伝え方として、「家族が十分と感じられる量の情報を提供すること」など10項目が明らかとなった(図1).

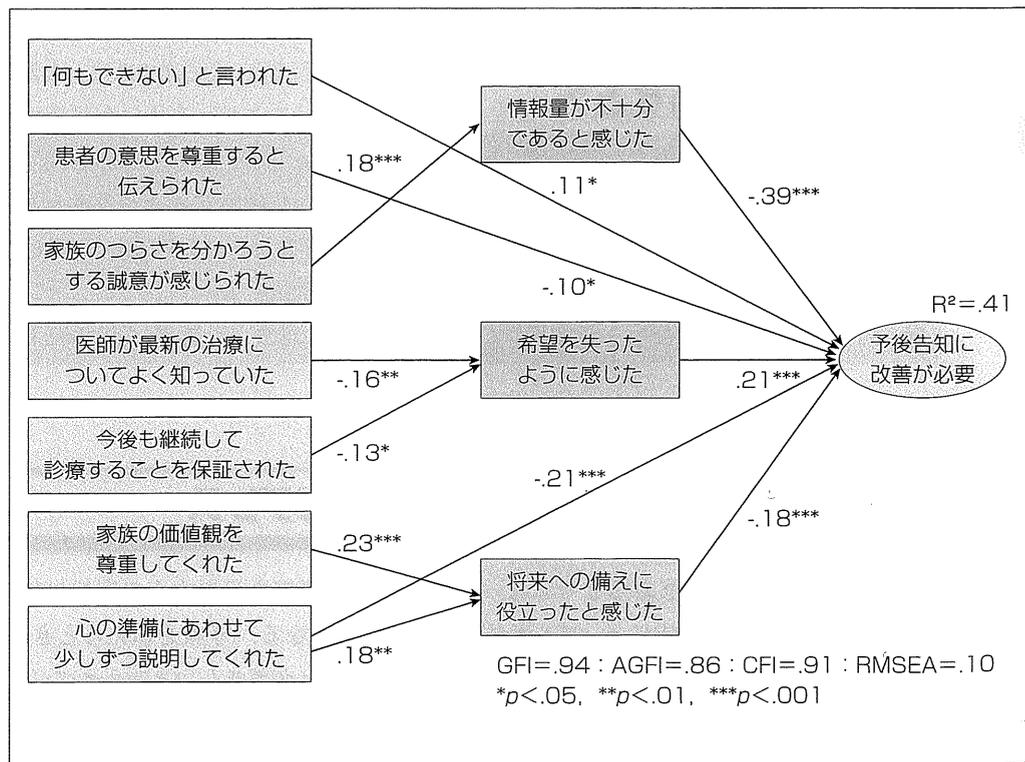


図1 予後告知に対する遺族の評価と関連する要因

EVIDENCE SUMMARY

遺族の評価を高めるために、以下5点が重要。

- ① 家族の意向に合わせて十分な量の情報を伝えること。
- ② 最新の治療に熟知し、継続した診療を保証することで家族の希望を支えること。
- ③ 家族の心理状態や価値観に合わせて少しずつ情報を提供することで、看取りに向けた準備を促すこと。
- ④ 看取りまでにできることを伝えること。
- ⑤ 患者の意思を尊重すると伝えること。

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、患者本人に予後を伝える際にも、同様の点がポイントとなる可能性は高いだろう。

ここで重要なのは、使う言葉やツール(図や表など)、伝える期間やタイミング、実際の説明の程度(情報の量や詳しさ)などは、遺族の評価とは関連がみられなかったということである。つまり、絶対的に望ましい伝え方があるわけではない、ということだ。大切なのは、その**患者や家族が、何をどの程度知りたいと思っているか、ということ**を十分にアセスメントすることということになる。たとえば、具体的な数値を知りたいのか、おおまかな見通しを知りたいのか、あるいは今後予想される経過を知りたいのか、といったことを把握するよう努めることから、予後の説明は始まる。またこの際、誰と情報を共有するか、ということも話し合っておきたい。

また、予後について伝えるだけでなく、病状が悪化したとしてもそれまでの間に、医療者側ができること、患者家族ができることについて合わせて伝えると良いだろう。厳しい予後を伝えるということは、治療方針や療養場所の選択といったさまざまな意思決定、仕事の引き継ぎや相続といった手続き、やりたいことや会いたい人といった希望の実現など、色々なことと直接的に関係する。ここで、単に数値を伝えるだけでなく、その予後を踏まえてどうするか、医療者としてどのようなサポートができるか、ということ話し合ったり伝えたりすることまで含めて、予後の説明として捉えておくことが必要だろう。



① 情報量

患者や家族の意向を確認したうえで、不足のないようにする。

② 医療者側の今後の姿勢

できないことではなく、できることを伝える。

例

「痛みなどは可能なかぎり取り除きます」, 「栄養をつけて体力が落ちないように、食欲の出る方法を考えていきます」

③患者・家族側の今後の姿勢

患者や家族の意思や価値観を尊重することを伝える。

例

「外出などご希望があれば実現できるようサポートします」



では、このケースではどうするか？

• **A**を選んだ→60点

患者・家族の状況をみながら情報を伝えられており、狭い意味での予後告知としては良いだろう。ただし、広い意味での予後の説明としてはやや不十分だ。

• **B**を選んだ→80点 *Good!*

患者・家族の意向や心理的な準備を考慮しながら予後伝えること、および今後について合わせて話をする事、という両方が押さえられている。合格！

• **C**を選んだ→0点

どのような場合でも正確な情報をたくさん伝えれば良いわけではない。それを知りたい人もいれば、そこまでは知りたくないという人もいるということに留意することが必要。

このケースの解説

「予後告知」というと、単に医学的に予測される予後伝えること、というように思いがちだが、「予後伝える」ということには、より幅広い対応が必要になる。

予後伝える際には、「予後そのもの」と、「それを踏まえた今後の方針」という2つをセットにするよう意識しておこう。そうすることで、ともすると「見放された」「絶望した」という感覚を患者・家族に与えてしまいがちな予後の説明が、信頼関係を維持し、今後に繋がられるかもしれない。とくにこのケースのように、患者自身や家族が治癒を目指している場合には、こうした説明を行うことで、目標を現実的なレベルに移行させていくことが求められるだろう。

広い意味での予後の説明は、上述のとおり、今後について話し合うということを含めたものになるのだが、実際にこれを実行するには相応の労力や時間が必要になる。「忙しくてそこまで対応はできない」とか「日々の診療に追われてそんな時間取れない」と思うこともあるかもしれない。その場合には、看護師や心理士、ソーシャルワーカーといった他職種と連携し、チームとして上記2点をカバーしていくことも有効だろう。

数十年前にはタブー視されていた患者本人への病名告知や予後告知だが、近年は患者自身にも隠さずに情報を伝える、ということが推奨される傾向が強まってきている。患者や家族の「知る権利」は非常に重要であり、守られるべきものだろう。ただしここで留意すべきなのは、**詳細な情報を正確に伝えればそれで良い、というわけでは必ずしもない**ということだ。このことは、「情報量が十分と感じ

られた」ことが遺族の評価と強く関連しているのに対し、「実際の情報量」と遺族の評価との間に有意な関連がみられなかったことから分かる。つまり、「必要な情報量」は個々の患者家族によって異なるということだ。同時に、「情報量が不十分」つまり「知りたいのに聞けない」という状況は避けなくては行けない。そのためには、**予後を伝える前に、または伝える際に、患者や家族の意向をアセスメントする**段階をていねいに行うことが重要である。この際にも、看護師をはじめとする他職種からの情報も含めて、総合的に検討することは役に立つだろう。

CASE

27

座って話すか立って話すか？

それが問題だ……

CASE 病勢の進行から徐々に全身状態が低下し、ここ数日で立ち上がることもできなくなっていた大腸がんの患者さん。朝回診で訪室すると、必死に上体を起こしてベッドに端坐位となり、「もう私は歩くことができないのでしょうか」と悲痛な表情で尋ねてきました。あなたは他の患者の回診を終えた後、外来診療が控えており、この患者さんの診療に多くの時間を使うことがむずかしい状況です。こんなとき、どう対応したら良いのでしょうか？



Q

あなたならどうする？

- Ⓐ ベッドサイドに座り、「以前のように歩くことはむずかしいかもしれませんが、明日ゆっくり時間を取りますので、これからのことについて相談しましょう」と言って、部屋を去る。
- Ⓑ ベッドサイドに座り、十分な沈黙を取って、「以前のように歩くことはむずかしいかもしれませんが、良かったら今のお気持ちを話していただけませんか」と声を掛ける。
- Ⓒ 立ったまま「以前のように歩くことはむずかしいかもしれませんが、明日ゆっくり時間を取りますので、これからのことについて相談しましょう」と言って、部屋を去る。

このケースを解くためのエビデンス

医療コミュニケーションでは、悪い知らせを伝える (breaking bad news) ときなど、重要なコミュニケーションの場面では座って話すことが推奨されている。だが、これまでにこの考え方を介入研究で検証し、支持するような報告はなかった。

近年、悪い知らせを伝える際に、座って話したときと立って話したときの違いを明らかにする無作為比較試験が行われた (KEY ARTICLE)。研究結果によれば、座って話す方が立って話す場合に比べてより好ましいと考える人が多く、温かみやいたわりなどを数値化して評価した場合でも、座っ

て話す方が評価が高かった。

この他にも、この研究では、「悪い知らせを伝える際には、費やす時間/人間的温かみ/辛抱強さ/優しさ/敬意などの態度や、アイコンタクト/挨拶/握手/真実を話すことなどの行動が、姿勢以上に大切であると感じる」ことや、有意差はないものの「女性の方が座って話すことを好む傾向が強い」ことなどが示されている。

KEY ARTICLE

--Bruera E et al: A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. *Palliat Med* **21**: 501-505, 2007

対象 治療不能の進行がんで、緩和ケア・リハビリテーション科に通院中もしくは入院中の患者

方法 悪い知らせを医師が伝える際に、「立って行ったもの」と「座って行ったもの」の2種類のビデオを作成する。両者を対象者に見せ、温かみやいたわりなどを数値化して評価してもらった。

結果 座って行った方がより好ましいとする回答が多く(表1)、温かみやいたわりの数値も座って行った方が有意に高値であった(表2)。

表1 患者の好む医師の姿勢($n = 168$)

座って話す	立って話す	どちらでもよい	合計
85名	29名	54名	168名

表2 立って話すか、座って話すか：患者を感じる医師の印象(0～10点)の比較($n = 168$)

	座って話す(SD)	立って話す(SD)	p値
温かみがある	6.4(2.3)	5.5(2.7)	<0.0001
愛想が良い	6.8(2.4)	6.1(2.5)	0.0006
親近感がある	6.4(2.5)	5.6(2.8)	0.0001
細やかな気遣いのある	6.6(2.4)	5.6(2.8)	<0.0001
いたわりのある	6.9(2.4)	6.0(2.7)	<0.0001
合計	33.1(10.8)	28.8(12.5)	<0.0001

EVIDENCE SUMMARY

進行がん患者に対して悪い知らせを伝える際は、座って行うことを患者は好み、座って話すことで医師に対してより温かみやいたわりがある、細やかな気遣いがあると感じる。

エビデンスを臨床に生かすコツ

この研究は欧米人を対象として行われたもので、悪い知らせを伝える場面に限られたものなので、すべての臨床場面に適用するのはむずかしいかもしれない。けれど、この研究のように「より印象の良いコミュニケーション、より思いやりを感じることができるコミュニケーション」の方法を臨床の中で模索していく価値は大きい。

SHARE(悪い知らせを伝える際に、患者が医師にどのようなコミュニケーションを望んでいるかを面接調査からまとめたコミュニケーションのプロトコル)においても、「場の設定」の項目で、礼儀正しく接することや、目や顔を見て接することなどが触れられている。少し忙しくてもまずは座ろう。座ることで落ち着いた親密な雰囲気を作り出しやすく、思いやりを示すことができるのだ。自然と目が合って、患者との距離も近くなる。さらにアイコンタクトや頷き、タッチングなどを自然に行えば、共感や支持を示すことができ、より良いコミュニケーションが可能になる。

患者は「効率重視で立ったまま話すテキパキ君」には話さないことでも、「要領は悪いけれど思いやりのある腰掛けさん」には色々なことを話してくれることが多く、それがより良い臨床に繋がることは経験上珍しくない。ここで取り上げた研究は、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションについて行われたものだが、論文の考察でも触れられている通り、検査結果や治療方針の説明の場合でも応用することができるだろう。

論文では触れられていないが、座って話すことの利点として、筆者の臨床上の経験を付け足しておこう。長話の癖のある患者のところでもいつも捕まってしまう……という経験は誰もがよく経験するところだろう。そんな患者にこそ座って話をするようにしてみてもどうだろうか。「余計長話になるんじゃないの?」と思うかもしれないが、むしろ短くすむことが多い、というのが筆者の経験である。座って話をしている会話が一瞬途切れたところで、「それでは……」と言いながらこちらが立ち上がると、その言葉をきっかけに「それではまた」と長話を切り上げてくれる人が多い。この研究にあるとおり、短時間でより思いやりが伝わるコミュニケーションになるからかもしれない。



PRACTICE

- ①悪い知らせを伝えるときはもちろん、日々の患者・家族とのコミュニケーションでは、治療方針や結果の説明などの場合も含めて、座って話す習慣を付ける。
- ②さらに温かみや敬意を示すために、アイコンタクトやタッチングなども必要に応じて交えてゆくことで、より良いコミュニケーションが可能となり、ひいては良好な患者—医療者関係を築くことができる。



では、このケースではどうするか？

• **A**を選んだ→60点

忙しい中でできるかぎり努力しようとしたのは理解できる。腰を据えて話を聞いてから、タイミングをみて、「申し訳ないのですが外来に行かなければなりません。後でゆっくり時間を取りますので……」と言ってもそれほど時間は取らないし、他の業務にさほど影響は出ないだろう。

• **B**を選んだ→80点 *Good!*

突然発せられた患者からの「もう歩けないのか」という問いに対して十分に時間を取り、言葉の裏に秘められた患者の思いを探索し、傾聴し、共感しようとしていることが感じられる。合格！

• **C**を選んだ→40点

このタイミングで、10分だけ時間をとってベッドサイドに座ることは大体的場合できるのではないだろうか。わずかな時間を惜しむことで、信頼関係を損なってしまい、後悔するかもしれない。必要ときに時期を逃さず、患者の気持ちを座ってゆっくり聞き、そのうえで時間がない旨を伝えることは最低限必要だ。

このケースの解説

まずはじっくり腰を据えて、「歩けなくなったことで今どう感じているのか、何を考えているのか」を尋ねよう。ここでは、「おつらいですね……。よかったら今どのように感じていらっしゃるのか話していただけますか？」と直接聴くことがより効果的である。言葉や行動の裏にある、感情に焦点を当てることが大切なのだ。

そして、こうしたやり取りは立ったまま行うのではなく、ベッドサイドに座って行うことを心掛けよう。座ることで「**話をする心構え**」が医療従事者にも患者にも生まれ、じっくり話をし、分かり合うことができる。

それでは、忙しい臨床の中で、患者の前で座る時間は作れるのだろうか？ 日常のすべてのシーンで、座って話すことが必要とはされていない。1日のうち何回か訪れる、「患者と膝を突き合わせて話し合った方が良い話題」、「患者の気持ちの背景にあるできごとを忌憚なく話してほしい場合」などに遭遇したら、ゆっくり座るように心掛けよう。立って話すのと比較して、かかる時間は最終的にほとんど変わらない、というのが筆者の経験だ。そのひと工夫が良好なコミュニケーションや信頼に繋がるのであれば、値千金である。

CASE
28スピリチュアルケアとしての
短期回想法

CASE
緩和ケア病棟に入院して1週間目の、肺がん末期、50歳代の男性患者さん。痛みは鎮痛薬でコントロールができるようになりました。がんの骨転移と足の神経麻痺などの症状があり、徐々に日常生活動作(ADL)のレベルも低下して、自分で身の回りのことができなくなってきました。余命についても知っています。ご家族は奥さんと子供2人の4人家族です。最近表情も暗く、食欲も低下しており、悩んでいる様子でした。

ある日、看護師に「もう自分では何もできないし、家族に迷惑を掛けてすまない気持ちだ。家族と別れなければならないのがとてもつらいが、将来の希望もないし、家族の負担になるくらいなら、生きている意味がない。いっそ早く死んでしまいたい」と言いました。さて、このようなとき、どうしたら良いのでしょうか？



あなたならどうする？

- Ⓐ 精神科医にうつ病の可能性と治療について相談するとともに、スピリチュアルケアとしてのライフレビューの導入を行って良いかを検討する。
- Ⓑ 「気の持ちよう！」ととりあえず励まして、「そりゃそうだよな、仕方がない」と考えて、とくに問題視しない。
- Ⓒ ひたすら患者の気持ちを傾聴する。

このケースを解くためのエビデンス

終末期の患者では、ADLが低下していき、自分でできることが少なくなるという「自律性の喪失」、将来や時間に限りがあるという「時間性の喪失」、家族などの親しい人と別れなければならないという「関係性の喪失」といった要素からなるスピリチュアルペインを持っていることがある。このような終末期の患者のスピリチュアルペインに対しては、従来あまり介入方法は開発されていなかった。

最近、このスピリチュアルペインへのケアとして短期回想法の効果が示されてきた。短期回想法では、臨床心理士などの面接の経験がある人が患者と個別に面接をする。1回1時間程度で、面接回数

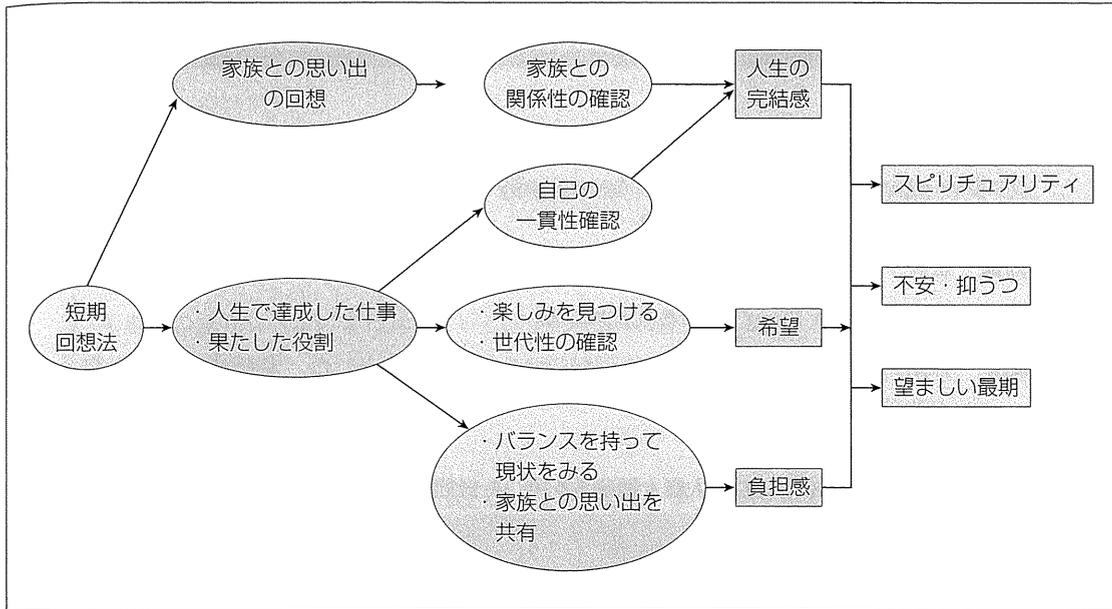


図1 短期回想によるスピリチュアリティ、不安と抑うつ、望ましい最期に影響するモデル

は全部で2回なので、終末期の患者も完結しやすい。最初の面接において、患者に「人生で大切にしていること」、「人生で印象に残る思い出」、「人生で果たした役割」、「人生で誇りに思うこと」、「大切な人に伝えたいこと」、「次世代の人へのアドバイス」などの質問に回答する形式で回想してもらう。語られる内容は患者の許可があれば録音する。面接者は最初の面接が終わった後で、録音を書き起こし、質問項目の回答となる言葉を抽出して、患者の自分史を作成する。最初の面接から1週間後に、患者と2回目の面接を行う。2回目の面接では自分史を患者と見ながら、内容の確認をしてもらう。

面接の中で面接者は、患者がある回想に対して評価するように、「今思うと、そのときのできごとはどう感じるのか」といった、現在からみた評価を促すようにする。また、「人生にはつらいこともあったが、良かったこともあった」とバランスが取れた評価ができるように導く。

この短期回想法を実施した場合、患者の話を傾聴する傾聴法を実施した場合と比較すると、「スピリチュアリティ」が向上し、「希望が持てる」などの「望ましい最期」が推進され、不安や抑うつ感といった心理的問題が改善された (KEY ARTICLE)。スピリチュアリティが向上する理由としては、次のようなことが考えられる。短期回想法によって、①患者は家族や他者との人間関係が繋がっていることを確認することができ、「関係性喪失の苦悩」が和らぐ。また、②自分が果たした社会や家族内での役割を再認識することができ、現在は自律性を失っているが、「今までは十分に社会や家族に貢献してきたのだから、今度は交代だ」といった「自律性喪失の苦悩」が和らぐ。さらに、③自分の歩んできた道を振り返るとともに、子供に伝えたいこと、次世代に伝えたいアドバイスを述べることで、世代性を感じることができ、「時間性喪失の苦悩」が和らぐ。このような中から、今を生きる意味、人生の意味や目的を高めることができ、心が穏やかになり、スピリチュアリティが向上するのである。こうした短期回想法によるスピリチュアリティの向上、望ましい最期の推進、心理的問題が軽減されるモデルも考えられている (図1)。

KEY ARTICLE

Ando A, Morita T, Akechi T: Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* **39**: 993-1002, 2010

対象 緩和ケア病棟に入院している患者

方法 短期回想法を用いた無作為化比較試験

結果 短期回想法群では、スピリチュアリティや希望が向上した。負担感、不安と抑うつ感が改善した(表1)。

表1 短期回想法を用いた介入群と傾聴法を用いた対照群の比較

	質問紙	介入前	介入後	p value
		平均 (SD)	平均 (SD)	
スピリチュアリティ (FACIT-Sp)	介入群	17.2 ± 6.9	25.5 ± 4.9	<0.001
	対照群	16.7 ± 8.6	13.8 ± 7.5	
希 望	介入群	4.4 ± 1.7	6.0 ± 0.8	<0.001
	対照群	4.2 ± 1.8	3.3 ± 1.7	
負担感	介入群	4.0 ± 2.1	2.8 ± 1.8	0.31
	対照群	3.7 ± 2.1	3.9 ± 2.0	

FACIT-Sp : functional assessment of chronic illness therapy-spiritual

EVIDENCE SUMMARY

- ・短期回想法は、終末期がん患者のスピリチュアリティを推進し、不安や抑うつ感を改善するのに有効である。
- ・「遺産相続の問題」、 「複雑な家族の人間関係の問題」、 「葬儀やお墓についての意見の対立」などの実際的な問題による苦悩には、短期回想法は大きな効果は期待できない。

エビデンスを臨床に活かすコツ

患者によっては「過去を振り返るよりも前を向いて歩いていきたい」という考えをもっている方もいる。普段から昔話を好む方などには、短期回想法を適用しやすい。

ただ、抑うつ感が強い場合は、過去を振り返るような心理療法は精神科医とよく相談する必要がある。また面接する際は、短期回想法の使用経験がある医療スタッフと一緒に行う方が安全だ。また、そこで得られた情報は、個人の思い出、個人情報なので、どのように使用するかには注意が必要だ。



①回数と療法期間

短期回想法では、終末期の患者が完結できるように2回の面接で、療法の期間は1週間とされている。しかし、時間がある場合は、もっと回数を多くして、期間も延長することも有用と考えられる。

②コーチング

- ・患者の認知レベルに合わせてもっと回想しやすい方法もある。
- ・実施には、患者、家族、医師、看護師の理解を得て行う。



では、このケースではどうするか？

・ **A**を選んだ→80点 *Good!*

生きる意味の喪失をスピリチュアルペインの1つとして捉え、精神科医とも相談して、それに効果があると考えられる対応を選択している。合格！

・ **B**を選んだ→0点

何もしないで放置しておく、患者は本当に生きる意味を失い、希死念慮を強める可能性もある。患者の生きる時間の生活の質(QOL)が低下するので避けたい。

・ **C**を選んだ→60点

傾聴法は、一応は対応できるが、スピリチュアルケアに焦点を当てたものではない。もう少し方法を工夫できないか考えてほしい。

このケースの解説

このケースでは、患者の苦悩がスピリチュアルペインに起因するものであることにスタッフが気づき、適切な対応をすることが必要だ。

短期回想法は傾聴法と比較しても、スピリチュアリティや希望を高め、不安や抑うつ感を低下させることができることが明らかになっている。ここはもっともエビデンスが高いので、**短期回想法を選択することが妥当**だろう。

回答**C**の「傾聴法」は、患者の気持ちを浄化する作用(カタルシス)があり、いちおうは対応できる。しかし、話がまとまらず拡散したり、スピリチュアルペインへの積極的なケアにならない場合もある。むしろ意図的にスピリチュアルケアをする短期回想法の方が良いだろう。

回答**B**の「とくに問題視しない」は一番良くない。スピリチュアルペインは、不安や抑うつ感、QOLと関連していることが示されていて、何もケアをしないと患者のQOLを低めることになる。「生きていても意味がない」と言われたとき、「どうしてそう思うのか」をていねいに聞き、その言葉がスピリチュアルペインと関連していると判断した場合に、短期回想法を用いれば適切なケアができるだろう。

CASE

29

起こりうる将来のことについて 話し合う

CASE

74歳の男性患者さん。非小細胞性肺癌に対して化学療法を行っています。現在、奥さんと2人暮らしていますが、1歳年下の奥さんは認知症で、ショートステイを利用しながら、この患者さんが面倒をみているそうです。

今回、多発脳転移が判明し、外来で全脳照射、SRT(定位的放射線治療)を行うことになりました。外来で放射線照射の説明をしたところ、放射線外来に行く直前に、患者さんがとても真剣な表情で、「ところで先生、もしこれから私の具合が悪くなったら、もうつらい治療はしないで、なるべく自然に、楽にさせてください。お願いします」と話し掛けられました。あなたならどう対応しますか？



Q

あなたならどうする？

- Ⓐ「また××さん、そんなこと考えて…。それはそのときに考えたら良いですよ。今はこの脳転移の治療のことを第一に考えましょう。きっと症状も良くなりますから。××さんに一番良い治療や過ごし方をこれからも一緒に考えていきますので、一緒に頑張ってください」と答える。
- Ⓑ「そうお考えなのですね。今、具合が悪くなったら、とお話されましたが、どんな状態をお考えですか？……××さんにとってつらい治療というのはどんなイメージですか？、「これからどのように過ごしてゆきたいと思っていらっしゃいますか？」など、本人の具体的な病状理解と見通しに対する希望・意向を聞き、今後の方針についてゆっくり話し合うのに十分時間が取れるよう次回外来の予約をする。
- Ⓒ「そうですか。もし具合が悪くなったら、延命治療は望まないということですね。よく分かりました。安心してください。ちゃんとカルテに書いて分かるようにしておきますからね」と言い、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)とカルテに大きく書いておく。

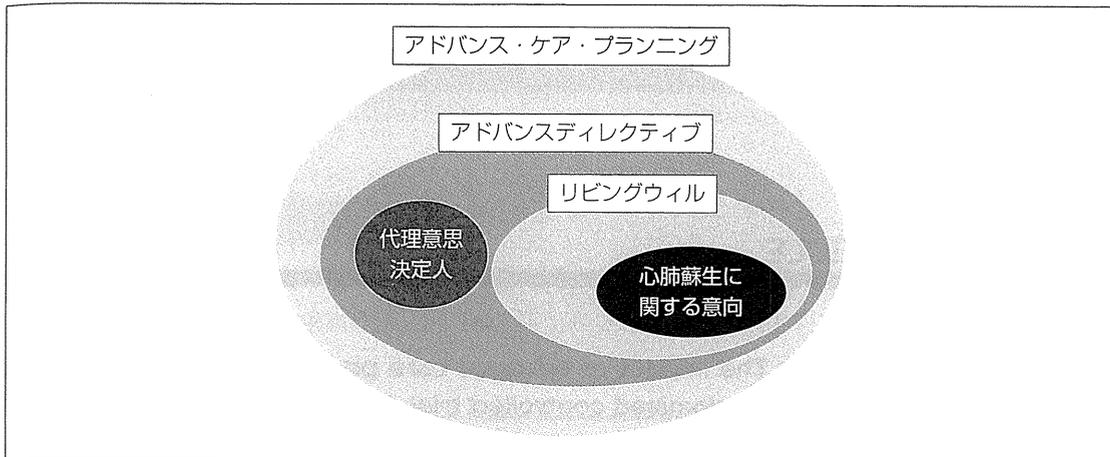


図1 アドバンス・ケア・プランニングの概念

このケースを解くためのエビデンス

アドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)とは、「より良い療養生活を送るために、将来に備えて、今後の治療・療養についてあらかじめ話し合うプロセス」のことである。近年、終末期における患者の希望に関して医療者側はほとんど注意を払ってこなかったという問題に注目が集まるようになり、患者の希望を尊重するためのACPに関する報告がなされるようになってきた。

これまでわが国の診療現場では、終末期における治療の継続や差し控えなどについて話し合われてきたのは、そのほとんどが心肺蘇生(いわゆるDNRについて)に関することである(MEMO参照)。心肺蘇生に関することよりももう少し広い内容を示すものとして、アドバンスディレクティブ(advance directive, 事前指示)がある。これは患者(あるいは健康者)が、将来判断能力を失ったときに、自ら行われる医療行為に対する意向を前もって示すことである。アドバンスディレクティブは、①医療行為に関して医療者側に指示をする、②自らが判断できなくなった際の代理意思決定人を表明する、という2つの内容を含むものであり、①を文章で表したものが一般にリビングウィルと呼ばれ、「将来意思決定能力がなくなったときに、生命維持治療をしてほしいか、してほしくないかについて主治医や家族に知らせる指示書」と定義されている。ACPは、これらアドバンスディレクティブ、リビングウィルの双方を包括する概念である(図1)。

KEY ARTICLEでは、80歳以上の高齢者を対象として、通常のケアに加えてACPの話し合いを行った群と通常のケアのみを行った群で比較した調査を取り上げた。その結果、終末期の患者の希望が尊重された割合は、ACP群で86%、コントロール群では30%であり、ACP群の方が終末期における患者の希望が有意差をもって尊重されていた($p < 0.001$)と報告されている。また、退院時(患者、あるいは患者が死亡した場合には家族が記入)の質問ではすべての質問に関してACP群の方が有意に満足したと記載されていた($p < 0.001$)。遺族への調査ではACP群の方がコントロール群に比べ、抑うつが有意に少なく($p < 0.03$)、post traumatic stress disorder(心的外傷後ストレス障害)や不安も少ない傾向にあった($p = 0.03$)。