

研修生 H

## 「告知に対する家族の思い」

## 1. はじめに

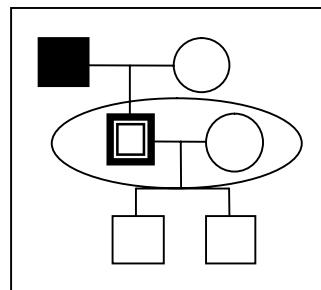
近年のがん治療の進歩はめざましいものがあるが、治療を重ねても腫瘍の増大や転移の進行が見られる場合は、標準治療がなくなることがほとんどである。このような場合、今後の治療方針として、積極的治療を中止し緩和医療に専念する方法が提示され、患者・家族に意思決定が求められることが多い。

家族は大切な患者を失うという予期的悲嘆を抱えながらも、家庭および社会的役割を継続しながら患者の療養をサポートしていくことを求められている存在であり、家族も患者とともに、それぞれにとって、よりよい意思決定をしたいと考えている<sup>1)</sup>。

ここでは、患者への告知（積極的治療中止・生命予後の告知）を家族が拒んだときに、看護師が患者・家族の立場や思いを配慮したうえで、どのようなケアを提供できるか、事例に基づいて考えてみたい。

## 2. 患者紹介

- ・I 氏 61 歳 男性
- ・職業：会社員：60 歳で退職
- ・既往歴：なし
- ・病名：胆管癌（十二指腸浸潤）
- ・主訴：心窓部痛 オキシコンチン 5mg2錠(2×朝. 夕)内服にて疼痛コントロール
- ・キーパーソン：妻
- ・家族構成：4人家族：妻と二人暮らし  
長男：28 歳 宇部市在住（会社員）  
次男：26 歳 周南市在住（会社員）



## 3. 事例

2010年8月頃から心窓部不快感あり、市販薬を飲むも改善なく嘔吐あり。9/2、K医院受診にて腹部エコー・GIF 施行し胆嚢の異常指摘される。同日、Y病院受診、CTにて胆嚢頸部に 4cm 大の腫瘍あり（3 管合流部付近で浸潤しており閉塞性黄疸をきたしていた）翌 9/3ERCP (ERBD) 胆管ヘステント留置する。9/15 当院、手術目的にて紹介され、9/17 当院入院となる。

入院後、精査にて胆嚢癌（stageIV）手術困難と判明し、9 月下旬より化学療法予定（ジエムザール+TS-1）であった。しかし、消化器症状増悪、発熱を認めるようになり、胆嚢癌浸潤による十二指腸閉塞を受けて、10/6 胃空腸吻合術施行する。術後、経過良好。10/7 飲水開始、10/8 食事開始となるが、摂取量が増えないため 10/23 より病院食は欠食とし、自

宅からの差し入れのみとなっていた。11/2 に医師より、患者の妻のみへ病状説明があり、患者（夫）の余命は 1 ヶ月前後であり、積極的治療の中止および延命処置はしないということで同意した。

#### 4. 受け持ち後の経過

11/1 より I 氏の受け持ちとなる。I 氏は倦怠感のため、ぼんやりして寝て過ごしていることが多かった。患者に困っていることを尋ねると「体は少しだるいが、まだ自分のことは何とかできます」と笑顔も見られたが、無理をしているようにも感じた。一方、病状について尋ねると、術後の病状説明がなかったためか、病状を把握できておらず「これから少し元気になつたら抗癌剤の治療をするんじやろう…」という曖昧な言葉が聞かれた。

11/2 の病状説明後、11/4 に患者の妻にお話を伺うことができた。妻はまだ夫の病状を受け入れることができていない様子あり、「もう少し早く病院へ連れて行っていれば…」と自責の言葉も聞かれた。妻と夫の間には 2 人の息子がいるが、生命予後に関して、まだ話すことができておらず、夫の母親にも伝えられずにいた。妻は余命一ヶ月であることを本人に伝えるべきか、否かという葛藤があり、「どうしていいのか分からぬ…」と生命予後の告知に関して、まだ心を決めかねていた。

家族は妻との二人暮らし、妻はパートで働いており、毎日、短時間の見舞いがほとんどであった。息子たちも仕事のため見舞いへ来ることも少なかつた。そのため家族が十分に話し合うことができないという事情もあった。私は妻の置かれている立場に共感したうえで“予後について夫へ告知することのメリット”について伝えた。告知をしたら一時はショックを受けるだろうが、残された時間を自分らしく過ごすことができる……告知をしなかつたとしても病状の悪化に伴い医療に対する不信感が募っていくかもしれないなどの話をした。そして一人で抱え込まず、息子と相談して家族の問題として話合うようにアドバイスを行なった。

後日、妻は息子たちと話し合い告知をしないことを決めておられた。そこには、余命に関しては大きなショックを受けるだろうという家族の思いがあり、そのことで自暴自棄になったり、残された時間の少なさを焦り、思い悩むことで死期を近づけてしまうのでは…という妻の少しでも長く生きていて欲しいという思いがあった。

私は I 氏に残された少ない時間を妻と共有してほしいという思いから、11/4 妻の訪室時に I 氏と妻へ外泊を勧めた。I 氏はここ数日体調が良く、妻の仕事も今週末は休みだということで 11/6(土)・11/7(日)外泊し 11/8 帰院の予定での外泊となった。11/7 朝からめまい・嘔吐などの症状出現あり予定より早く帰院となる。11/8 外泊より帰院された翌日（妻へ病状説明の 4 日後）呼吸苦と疼痛の訴えが強いため、医師の判断のもとに 11:40 セデーションを開始となった。セデーション後、I 氏は徐々に傾眠となり呼吸苦・疼痛の訴えはなくなつた。妻も夫からの苦痛の訴えがなくなり安心された様子だった。しばらくすると、妻から「ま

た目が覚めたときに夫と話すことはできますか…」と質問があった。妻に尋ねるとセデーション導入の際にインフォームドコンセントが行なわれていない様子だった。私はそのことに最初は違和感を覚えたが、妻へは DNR について確認ができており、急変だったことを考えると、その時は仕方ないように思えた。その夜 19:04 に亡くなられた。妻は病室から席を外しており、夫を看取ることはできなかったそうだ。

後日、妻が病棟に挨拶に訪れた時に私と担当ナースで、その後の話をうかがった。2人の息子も来ておられたので同席していただいた。息子たちは、私とは初対面だったことや葬儀の翌日だったこともあり、緊張・困惑した表情がみられ、ほとんどお話を聞くことができなかつた。妻は「覚悟はしていたが、あまり急で…」と受け入れができるていない様子も感じられた。最後に一日だけでも外泊することができ、その時、少ししか食べることはできなかつたが、好きなカレー作ってあげることができてよかったですと話されていた。妻は、しっかりととした表情を見せていましたが「もう少し早く病院へ連れて行っていれば…」と自責の言葉も聞かれた。セデーション導入に関しては、心の準備をする時間がなかつたが、緊急性が高く苦痛緩和のため仕方ない処置だったということを納得されているように感じた。

短い時間での面談で妻と家族は、病院を後にされたが、入院してから亡くなるまで、病院の方には大変親切にしていただいだと感謝されていた。

## 5. この事例での学び

今回の事例では、患者が急変され、家族や私たちも心の準備をする時間がなかつた。そのため一般的ながん終末期のケアのアプローチと相違することも多い。私たち看護師は患者の予後が短いとされる場合“積極的治療”と“緩和治療”的狭間で患者・家族と悩むことがある。この事例を通して、がん終末期における“生命予後の告知”と“セデーション”この二つのことを考えたい。

### 1) 生命予後の告知

手術や抗がん剤といった積極的治療が奏功しなくなり、緩和ケアに全面的に移行する時点での説明が、生命予後告知の最初の段階となる場合が多い。また、予後の説明は一回で終わるものではなく、患者の病状の変化のたびに行う必要がある。I 氏の場合、切除不能な胆管癌に対して症状緩和のために行った胃空腸吻合術の術前説明がこれにあたり、術後にも医師の速やかな対応が必要だったと考えられる。そして説明は明確なものでなくてはならない。説明が曖昧で不十分なものであれば、患者・家族は積極的治療に対する期待から離れられず、“がんとの戦い”から“残された時間を自分らしく過ごす”という心の切り替えができずに悩むことになるからである。

予後の説明や DNR の説明など重要な場面では、患者・家族が十分納得できるきちんとした説明が求められる。患者の状態の変化のたびに予後の説明を行い、患者に残されている時間が切迫していることをタイミングよく伝えることが必要だったと考えられた。

今回の事例では、術後の治療方針の提示は妻にのみ行われた。妻はその後の三日間は、息子たちにも話せずに一人でそのことを抱え込んでいた。どれだけショックだったのかを察することができる。家族は第二の患者(セカンドペイシエント)である<sup>1)</sup>といわれている。私たちは家族に対して、さまざまな苦悩を抱える存在であることを忘れず、悔いのない意思決定ができるようにサポートしていく必要がある。

生命予後についての告知のメリット・デメリットについても妻と話し合ったが、告知をしないことに至った。妻が夫への告知を拒んだ理由は、告知をすれば、大きなショックを受けて、自暴自棄になる可能性や、残された時間の少なさを焦り、精神的なストレスで死期を早めてしまうのではないかという思いと、少しでも長く生きていて欲しいという思いがあり、家族と話し合った上での意思決定だった。

妻や家族には大切な人を失うという大きな悲しみとこれ以上の苦しみを与えたくないという思いがあった。家族の予期悲嘆は様々である。今回の関わりの中でも、妻から“弱音”のようなものを聞くことはほとんどなかったが「もっと早く病院へ…」といった自分を責める言葉は聞かれた。妻には相談する相手も少なく、自責の念や無力感などを表出できる場が少なかった。もっと妻の思いを傾聴・共感できるような場を設ける配慮が必要だったと考えられた。

## 2) セデーションについて

セデーションを行うかどうかの判断は患者のQOLを左右する選択とも考えられる。患者が“取り除くことのできない苦痛”と“自立の喪失”的狭間にあるとき、私たち看護師はどうすればよいのかと迷いを感じることがある。緩和的ケアにおいて、何が正しくて何が間違っているかを決定することはそれほど単純ではない。感情・選択肢・ありうる結果が複雑にもつれた状況で決定を下しているからである<sup>4)</sup>。

患者は果してセデーションを行う要件を満たしていただろうか。“苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン”<sup>5)</sup>より“持続的深い鎮静を行う要件”と“セデーションを行うにあたり患者・家族に提供する情報として検討すべき内容”を抜粋し比較しながら振り返りを行う。

### ①持続的深い鎮静を行う要件 (表1)

#### A. 医療者の意図

I氏に関わった医師・看護師が苦痛緩和の目的でフェンタニル・ドルミカムの持続注射を実行することを理解しており、注射は医師の判断でI氏の苦痛緩和に対して行われた。医師にて、相応の薬物・投与量・投与方法が選択されていたことから表1A-1)、2)の要件を満たしていると考える。

#### B. 患者・家族の意思

I氏はSpO2の低下による呼吸困難感や意識低下から意思決定能力はないようと思われ、I氏本人へはセデーションの同意を得ていなかった。またI氏の入院前の死生観などについ

ても確認できておらず、事前に病状が悪化した場合の処置についての希望やその確認もできていなかった。家族へはセデーションについての説明はなく、セデーションを希望されるかのどうかの確認や同意も得られていなかった。

### C. 相応性

原疾患の増悪のため耐えがたい苦痛があり、数日～2、3週間で死亡が生じると予測され、表1C-1)～3)の要件を満たしていると考える。

### D. 安全性

他職種が同席するカンファレンスが行われることが望ましかった。鎮静を行った意思決定過程が診療記録に記載がない。

#### ②セデーションを行うにあたり患者・家族に提供する情報として検討するべき内容（表2）

表2-①～③に関しては11/2医師より妻へのみであるが病状説明があり、根本的な治療法がないことや鎮痛以外の方法で苦痛緩和が得られないこと、予測される状態と予後についての説明がなされている。

表2-④～⑦に関しては、医師より家族へセデーションについての説明がされておらず、本来はセデーションを行う前に家族へ提供すべき、緩和困難な苦痛であることや鎮静がI氏に与える影響（意識低下の程度、コミュニケーション、生命予後に与える影響）などの内容が情報提供されていない。

この振り返りから、I氏と家族の意思が尊重されていなかったことがわかる。表1-B患者・家族の意思より、I氏はSpO<sub>2</sub>の低下による呼吸困難感や意識低下から意思決定能力はないように思われ、I氏本人へはセデーションの説明を行っておらず、事前に病状が悪化した場合の処置についての説明や希望の確認ができていなかった。妻へもセデーションに対する思いや希望の確認をしておらず、同意も得られていない。妻よりDNRを得ているとしても、セデーションの説明は必要だったと考える。また、セデーションについて説明する前に、妻が病状をどのように理解されているか確認しておくことが必要であると考える。

セデーションについては、患者から直接意見を聞くことが一番であるが、I氏は著しい苦痛や倦怠感のため本人が的確に判断を下すことが難しかった。このような場合、最終的な判断は家族に委ねられる。そのため、キーパーソンである妻へ（表2④～⑦）鎮静の方法・鎮静が与える影響・鎮静後の治療やケア・鎮静を行わなかった場合に予測される状態についての情報を提供し苦痛増強時の対応について事前に相談しておく必要があったと考える。そのことは妻にとっても心の準備をする上で大切な時間になると考えられる。特にI氏の事例の場合、急な状態変化があり、妻の動搖が考えられた。特にこのような場合は、妻が後悔しないように相手のペースを理解して話を進めていくことが大切であったと考える。

また、表1-D安全性より、セデーションについては医師のみの意見ではなく、多くの人と話し合うことが必要であったと考える。できれば、より様々な視点から介入できるよ

う、多職種からなる医療チームでのカンファレンスを行い、医学的・倫理的にも患者・家族の苦痛を和らげる方法を考えることが大切である。I 氏の場合、医師の判断でのセデーション導入が行われており、セデーション導入に至るまでに、医師とスタッフとの予後評価の共有や、家族への現状理解の働きかけが十分でなかったと考える。

## 6.まとめ・今後の課題

生命予後の告知・セデーションと限られたテーマについて、今回の事例を振り返った。日常の業務に追われて希薄になりがちだが、私たちが患者の人生の一部を共有していることを忘れてはならない。

私たちは臨床の場において終末期の患者に出会うことがある。そのとき何ができるだろうか。患者・家族の傍らに立ち、彼らにとって最大の利益は何か考えて、意思決定をサポートできているだろうか。できるかぎり QOL の向上に努めるよう関わることができているのだろうか。家族の思いは様々であり、家族は患者と同様にさまざまな苦悩を抱える存在であることを忘れずにサポートを提供していかなければならない。

表 1 持続的深い鎮静を行う要件

A,B,C はそれぞれ、医療者の意図、自立性原則、相応性原則 (principle of proportionality) に基づく倫理的基盤を与える。D は鎮静の安全性を高める。
<b>A. 医療者の意図</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 医療チームが、意図が苦痛緩和であることを理解している。</li> <li>2) 鎮静を行う意図(苦痛緩和)からみて相応の薬物、投与量、投与方法が選択されている。</li> </ul>
<b>B. 患者・家族の意思 (1かつ2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 患者           <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)意思決定能力がある場合 必要十分な情報を提供されたうえでの明確な意思表示がある。</li> <li>(2)意思決定能力がないとみなされた場合。 患者の価値観や以前の意思表示にてらして患者が鎮静を希望することが十分に推測できる。</li> </ul> </li> <li>2. (家族がいる場合には) 家族の同意がある。</li> </ul>
<b>C. 相応性</b> <p>患者の状態 (苦痛の強さ、他に苦痛緩和の手段がないこと、予測される生命予後)、予測される益 benefits(苦痛緩和)、および、予想される害 harms(意思、生命予後への影響)からみて、とりうるすべての選択肢のなかで、鎮静が最も状況に相応な行為であると考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 耐えがたい苦痛があると判断される。</li> <li>2) 苦痛は、医療チームにより治療抵抗性と判断される。</li> <li>3) 原疾患の増悪のために、数日から 2~3 週間以内に死亡が生じると予測される。</li> </ul>
<b>D. 安全性</b>

- 1) 医療チームの合意がある。多職種が同席するカンファレンスを行うことが望ましい。
- 2) 意思決定能力、苦痛の治療抵抗性、および、予測される患者の予後について判断が困難な場合には、適切な専門家(精神科医、麻酔科医、疼痛専門医、腫瘍専門医、専門看護師など)にコンサルテーションされることが望ましい。
- 3) 鎮静を行った医学的根拠、意思決定過程、鎮静薬の投与量、投与方法など診療記録に記載する

5)より資料として引用)

表2 セデーションを行うにあたり患者・家族に提供する情報として検討するべき内容

- ①全身状態：身体状況についての一般的説明、根本的な治療法がないこと、予測される状態と予後。
- ②苦痛：緩和困難な苦痛の存在、苦痛の原因、これまで行われた治療、鎮静以外の方法で苦痛緩和が得られないと判断した根拠。
- ③鎮痛の目的：苦痛の緩和
- ④鎮静の方法：意識を低下させる薬剤を投与すること、状況に応じて中止することができるうことなど。
- ⑤鎮静が与える影響：予測される意識低下の程度、精神活動・コミュニケーション・経口摂取・生命予後に与える影響、合併症の可能性。
- ⑥鎮静後の治療やケア：苦痛緩和のための治療やケアは継続されること、患者・家族の希望が反映されることなど。
- ⑦鎮静を行わなかった場合に予測される状態：他の選択肢、苦痛の程度、予測される予後。

5)より資料として引用)

<引用・参考文献>

- 1) 柳原清子：がん患者の家族に起きている現象と家族ケアのあり方、家族看護 2008 ; 6 (2) : 6-10
- 2) 田村恵子：真実(がん)を伝えるための看護師の役割と技術、ターミナルケア 2003; (3) : 196-200
- 3) 柏木哲夫、今中孝信監、林章敏、池永昌之編：死をみとる1週間、医学書院；2002 : 10-30
- 4) Jean Lugton、Rosemary McIntyre、眞島朋子訳：実践的緩和ケア 看護は何をすべきか、第1版、エルゼビア・ジャパン；2008
- 5) 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と不朽に関する研究」班苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン；2005

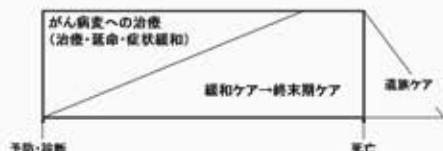
## 告知に対する家族の思い

研修生 H

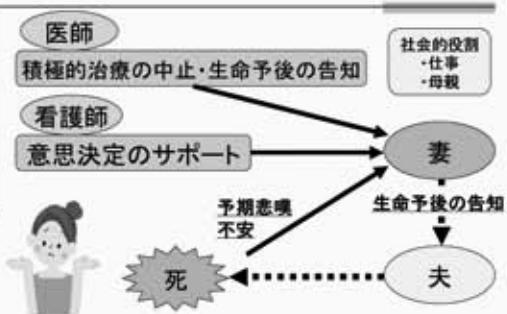
## 1. はじめに

近年のがん治療の進歩はめざましいものがあるが、治療を重ねても腫瘍の増大や転移の進行が見られる場合は、標準治療がなくなることがほとんどである。

このような場合、今後の治療方針として、積極的治療を中止し緩和医療に専念する方法が提示され、患者・家族に意思決定が求められることが多い。



## 1. はじめに

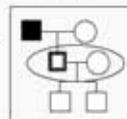


## 2. 患者紹介

- ・I氏 61歳 男性
- ・職業:会社員:60歳で退職
- ・既往歴:なし
- ・病名:胆管癌(十二指腸浸潤)
- ・キャバーソン:妻



- ・家族構成:4人家族:妻と二人暮らし
- ・長男:28歳 宇都市在住(会社員)
- ・次男:26歳 周南市在住(会社員)



## 3. 事例(現病歴)

- 2010年8月頃 心窓部不快感あり、市販薬を飲むも改善なし。
- 9/2 K医院受診:腹部エコー・GIF施行し胆嚢の異常指摘される。
- 9/2 Y病院受診:CTにて胆嚢頸部に腫瘍(閉塞性黄疸)
- 9/3 ERCP(ERBD)胆管へステント留置する。
- 9/15 当院、手術目的にて紹介
- 9/17 入院(手術目的)→手術困難(9月下旬より化学療法予定)
- 10/6 胃空調物合術施行(胆嚢癌浸潤による十二指腸閉塞)
- 10/7 飲水開始
- 10/8 食事開始(摂取量が増えず)
- 10/23 病院食は欠食(自宅からの差し入れのみ)
- 11/2 医師より病状説明(妻のみ)
  - ・患者(夫)の余命は1ヶ月前後
  - ・抗癌治療の中止および延命処置はしない



## 受け持ち後の経過

### 11/2 受け持ち開始

倦怠感強いも疼痛管理も良好、ADL自立

### 11/6 外泊

妻の迎えにて自宅へ。夕食は少しだが食べられた。

### 11/7 帰院

朝~病状悪化、腹痛・嘔吐あり。予定より早く帰院。

### 11/8 セデーション

・朝~呼吸苦・疼痛の訴え強く、11:40セデーション開始する  
・19:04死亡される



## 5. この事例での学び



## 1) 生命予後の告知



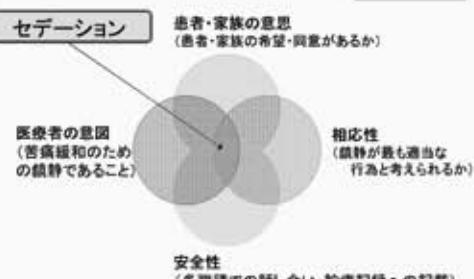
## 2) 生命予後の告知

予後の説明についての注意点・配慮すべき点

- <予後の説明>
  - ・明確に説明する
  - ・1回で終わるものではない
  
- 病状の変化ごとに家族に予後の見通しを説明する
  
- 患者の残された時間が切迫していることをタイミングよく伝える

## 2) セデーションについて

表1 持続的深い鎮静を行う要件

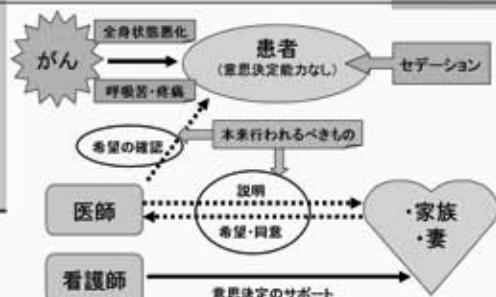


## 2) セデーションについて

表2 セデーションを行うにあたり患者・家族に提供する情報として検討すべき内容



## 振り返り



## まとめ

- ・患者・家族にとって、最大の利益は何か考えて、意思決定をサポートする。
- ・家族は患者と同様にさまざまな苦悩を抱える存在であることを忘れずにサポートを提供していかなければならない。



## 今後の課題

- ・家族ケアについての学びを深める。
- ・デスカンファレンスを行い患者との関わりを振り返ることでターミナルケアについての学びを深める。

