

Breaking Bad News = 悪い知らせを伝えること

平成18年4月15日(土曜日)、当院の大原記念ホールで第4回倉敷緩和ケアセミナーが開催されました。講師は、淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長の田村恵子先生。演題は、『真実をどう伝えるか - がんの進行における様々な局面において』です。



背景



平成15年に厚生労働省が行った「終末期医療に対する調査等検討会報告書」によると、自分が治る見込みのない病気に罹患した場合に自分の病名や病気の見通し(治療期間、余命)について知りたいと答えた人は77%。一方、医療者側は、「患者本人に説明する」、「患者本人の状況を見て、患者に説明するかどうか判断する」と回答したのが、医師が47%、看護師が76%。まず家族に説明すると答えた医師は51%、看護師は21%です。

平成17年に日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が行った調査によると、「もしあなたが、がんにかかっているとしたら、その事実を知りたいですか?」という質問に対して、「治る見込みがあってもなくても、知りたい」と答えた人が71%、「治る見込みがあれば知りたい」が15%、「治る見込みがあってもなくても、知りたくない」が7%でした。告知の問題、医療者サイドと患者・家族との認識のズレが、医療現場の混乱を招いています。



田村先生の講演



あなたなら、どう答える?

がんの診断を伝えることに「賛成」、「反対」、「まず家族に伝えなくては」、あなたならどれを選ぶ? 「賛成」と答えた人は、診断を知るのは患者の権利であると倫理的側面からそう判断します。「反対」と答えた人は、がん=死、人は死を否定したい願望があるので相手を気遣う気持ちからそう判断します。「まず家族から」と答えた人は、アジア的な思考、患者は家族の一員という人間関係の側面からそう判断します。

生命倫理の4原則

アメリカの生命倫理四原則は、以下のように定義され



講演会で話される田村恵子先生

ています。

1. 自律尊重の原則: 人間には自らの行動を決める自由があり、患者の自由意思による選択、決定を尊重します。
2. 無危害の原則: 患者にとって危害となるようなことはすべきではなく、患者の不利益を最低限に抑えます。
3. 善行の原則: 患者にとって恩恵となること、よいことをすべきです。
4. 正義の原則: 患者は等しく取り扱われるべきで、公正と公平の正義を重んじます。

原則は「自分のことは自分で決める」ですが、自分たちで選びきれない患者、家族がいるのも事実です。

インフォームド・コンセント

1983年のアメリカ大統領委員会・生命倫理総括レポートの中で、医療における意思決定として、インフォームド・コンセント(IC)があり、相互の尊重と参加に基づいた意思決定が必要とされています。

インフォームド・コンセントの手順

適切な情報を開示する。患者の情報の理解度を確認する。患者の自己決定能力の有無を判断する。患者が決定を行なう際の自由意思・自発性を尊重する。患者の同意を得る。以上の4つをあげています。インフォームド・コンセントの概念は広く浸透していますが、訴訟全盛のアメリカでは医療過誤や医療訴訟から自分や医療スタッフを守るため、「事実の投げ捨て」、「末期的な率直さ」と患者不在の一方通行になりつつあり、日本でも「事実をありのままに話す」ということで、患者の気持ちをまるで考慮せずに事務的

に病名を「酷知」する医師がおり、真実を伝えることの重要性が注目を集めています。

悪い知らせを伝えることの難しさ

患者の心理的特徴として、現実をありのままに認識することは難しく、情報をフィルターにかけて選択し、「否認」という防御機制により自分を守らざるを得ません。さらに医療者も悪い知らせを恐れています。

悪い知らせの伝え方

ロバート・バックマン先生（カナダのトロント大学内科学教授）が、6段階のアプローチを提唱しています。患者に悪い知らせを伝える医療者は、患者の世界を変える鍵を握っているわけで、責任重大、慎重さが要求されます。自分自身で準備すること、同僚やスタッフからのサポートも必要になります。

第1段階： 面接にとりかかる。

環境を整え、電話でなく実際に会うことが重要です。

- ① 立ち話は極力避けて、座ること。
患者と同じ目線が大切です。
- ② プライバシー保護のため他人を混じえずにゆっくりとしゃべれる別室に案内する。ベッドサイドでしゃべるなら、集中できるように目の前からサイドテーブルやお盆などの障害物を取り除き、テレビやラジオは消してもらいます。
- ③ 必要に応じて患者に準備をさせます。診察を終えたばかりの患者なら、服を着るのを待つ、介助するなどです。
- ④ 患者から適度な距離をおいて座る。
身体の緩衝地帯 (body buffer zone)： プライベートな事柄に関わる会話の場合、50 - 90cm が適当。
医療者は、身だしなみを整えて、静かな部屋で礼儀正しく患者の方を向き、相手の目を見て話すこと (アイコンタクト) が要求されます。

誰が同席するのが望ましいか

患者の夫を父親と、奥さんを母親と、友人を家族と間違えることがあるので、見舞い客、付き添いの人には、名前と患者との間柄を丁寧にたずねます。患者本人に直接伝えることが大事ですが、家族に患者の状況をできるだけ正確に知ってもらうことは、とても重要です。初めてバッド・ニュースを知らされた時、ショックのあまり約半数の患者が、話の内容の詳細を覚えてい

ませんし、その直後、衝撃のあまり口を閉ざす患者もいます。重苦しい沈黙に耐えられずに医療者は先を急ぎますが、小休止＝沈黙が大切。気持ちを整理しようとする患者の沈黙に耐えて、患者が口を開くまで我慢する気遣いが必要です。



講演会の風景

第2段階： 患者がどの程度理解しているのかを知ります。

「ご病気をどのように思っておられますか?」、 「自覚症状をどのようにお考えですか?」 と問いかけることが有用で、医療者側が一方向的に事実をしゃべり、あとは患者サイドでうまく対処してくださいというスタンスはダメです。「自分は何も聞いていない」と答える患者がいるかもしれませんが、嘘だとわかっても、それを患者の否認の態度として受け止め、問い詰めるようなことをしてはいけません。

第3段階： 患者がどの程度知りたいかを理解します。

悪い知らせを伝える面談において大切なことは、「あなたは何が知りたいですか?」ではなく、「今の状況について、どの程度知りたいですか?」とたずねることです。患者が詳しく知りたいと望むなら、次の第4段階に進みます。



第4段階： 情報を共有します。

医師の目的 (診断、治療計画、予後、援助) を決定します。専門用語ではなく、患者の理解度に応じて日常語でわかりやすく情報を提示します。医療者は、気をつけて意識していないと、知らず知らずのうちに押しつけがましくなる、恩着せがましくなる、相手を見下すということになりかねません。患者の人格に敬意を払うことが、重要です。

第5段階： 患者の感情に応答します。

患者の感情や反応に気づき、それを受け止めて応答できれば、患者との面談は成功も同然です。

第6段階： 計画を立てて完了します。

「いま何か質問はありませんか」と問いかけ、今後の計画、患者の援助プランを立て、次の約束をして、面談は終了します。

真実を伝えたあとの対応

1. どのように伝わったかを確認します。

医療者がバッド・ニュースを患者にしっかりと伝えたつもりでも、患者にほとんど伝わっていない場合、逆に患者が事実以上に深刻に受け止めている場合があります。「この前の説明をどう受け止めましたか？」と直裁に訊ける時はたずね、家族やスタッフからの情報収集も役に立ちます。

2. 直後の落ち込みを受け止めます。

バッド・ニュースに触れて、最初の1週間以内(数日間)は、ショックに陥ります。1週間-数週間で落ち込みから回復しますが、暖かく見守ることが必要です。

3. 最善を尽くすことを伝えて、患者の希望を支えます。

苦痛の緩和を保証して、患者の希望を支えるような言葉がけを行います。

4. 安易な励ましは避けます。

患者は、自分の辛さ、悲しさ、やるせなさを聞いてもらいたい、自分の気持ちを理解してもらいたいと願っているので、安易な励みや、非現実的な保証は、避けねばなりません。

5. コミュニケーションを継続させます。

言語的コミュニケーション以外に非言語的コミュニケーション、スキンシップはもちろん、「そばにいたい」だけでも大きな励ましになります。

6. チームによって支えます。

全人的ケアを目指して、チーム医療が重要です。

共同の決定へのプロセスは、医療者が

倫理的に行動
することを前提と
している。

医療者は、功名心や
利己的動機から自分の



望む結論へと患者を誘導するのではなく、真に患者のために考え、患者が自由に選択する環境を作ろうとしている。そして患者の決断に必要な援助をしているということを前提にしている。

清水哲郎著、「医療現場に臨む哲学(勁草書房、1997年)」より

インフォームド・コンセントを前提とした がん治療の重要性

がんの情報提供は、患者からいったん希望を失わせ、患者を抑うつ状態にしますが、がん情報の不足は、患者を不安にします。このバランスを考えると、やはり真実を伝えること、患者には決して嘘をつかないことが重要です。

田村先生の講演会の後半は、当院の2事例の症例検討でしたが、紙面の都合で割愛します。

参考文献

「真実を伝える-コミュニケーション技術と精神的援助の指針」ロバート・バックマン著、恒藤暁監訳、診断と治療社、2000年

「緩和ケアマニュアル」淀川キリスト教病院ホスピス編、柏木哲夫監修、最新医学社、2001年

+++++ 編集後記 +++++

医師が最も苦手とするのは、患者に安心感を与えたり、情緒的な支援を行なうことで、バッド・ニュースの伝え方は、医師の苦手分野の最たるものといえます。この機会にさらなる勉強が必要と考えています。

+++++ 窓口 +++++

このレターに関するご意見、ご質問があれば下記までご連絡ください。

kanwa-care@kchnet.or.jp

発行元： 財)倉敷中央病院

編集委員長： 小笠原敬三 (副院長)

編集委員 (五十音順)：

小原和久 (薬剤師)

里見史義 (作業療法士)

白神孝子 (看護師長)

庭野元孝 (外科医師)

平賀恵美子 (歯科)

