

【意思決定支援】STEP2

在宅看取りのための  
患者・家族との合意形成

ケアタウン小平クリニック院長 山崎章郎

# コミュニケーションは全ての基本

## 内省効果を生み出す カウンセリング技法を活用した コミュニケーションのポイント

2

看取りまで含めた在宅療養が成功するかどうか、すなわち、本人の願いに応えられるかどうかは、患者さん・ご家族の持つ不安に、どこまで適切に対応できるかどうかにかかっている。

そのためには、患者さん・ご家族がご自分たちの思いを、きちんと表出し、受け止めてもらえたと実感できるようなコミュニケーションが大切になる。そこで、本題の「在宅看取りのための、患者・家族との合意形成」に入る前に、内省効果を生み出すカウンセリング技法を活用したコミュニケーションのポイントについてご説明したい。

## 内省効果を生み出すコミュニケーション①

(ミラーリング効果的繰り返し)

- ・カウンセリングは相手が自らの隠れた気持や欲求に気づくこと  
(内省を深めること)を支援するものである。  
そのために、鏡のようになって、その人自身が言ったことのうち、  
気持がこもっていたと思われるところ(キーワード)を、共感をも  
って、繰り返す技術が重要になる。  
これをミラーリングという。(決してオーム返しではない)

(宗像恒次 死の臨床とコミュニケーション:人間と歴史社)

## 内省効果を生み出すコミュニケーション②

(ミラーリング効果)

相手が言った**キーワード**について、  
「こういうことですね」と応えたときに  
それが相手の気持ちと一致していれば、相手は安心する。  
そして、**自分の気持ちが整理できる。**  
**さらに、自分の隠れた気持ちや欲求に気づいてくる(内省を深める)。**  
これがミラーリング効果である。

(宗像恒次 死の臨床とコミュニケーション: 人間と歴史社)

4

患者さんやご家族が言ったことを、繰り返す訳であるから、相手の気持ちと一致しないはずが無い。相手は自分の思いを受け止めてもらえたことが確認できるので、安心する。そして自分の気持ちが整理できるだけでなく、自分ですら気が付かなかった気持ちや欲求に気づいてくる。すなわち、内省を深めることになる。

### 内省効果を生み出すコミュニケーション③

(ミラーリング効果を高める効果的沈黙)

沈黙とは相手に話す機会を与えること。

効果的沈黙は安心した発言と話す意欲の増大と、

自らの発言による新たな気づきを高める

(宗像恒次 死の臨床とコミュニケーション:人間と歴史社)

5

在宅看取りを前提にするような面談場面は、厳しい現実を患者さんやご家族と共有する場面でもある。思わず言葉に詰まり、沈黙が始まることも稀ではない。しかし、その沈黙は相手が、それまでの会話を反芻し、さらなる自分の思いを深めている時間でもある。沈黙が始まったら、相手が次の言葉を出すまで待つことが大切になる。

## 内省効果を生み出すコミュニケーション④

悩みを訴えてくる人というのは、自分の気持ちを分かってもらうためには、命さえ惜しくないほどの、強いエネルギーを持っている。

自分の気持ちが分かってもらえたならば、

**次に自動的に**

「自分は何をすればいいのだろう」と

内省するようになる。

そして自己決定に至る。

(宗像恒次 死の臨床とコミュニケーション: 人間と歴史社)

今回の講義のテーマは「在宅看取りのための患者・家族との合意形成」であるが、大切なことは、患者さんやご家族が、その状況で、今後のことを、自ら判断し、決定できるように支援することである。そのためには、ミラーリングやミラーリング効果を高める沈黙(待つこと)などを、活用したコミュニケーションが大切になる。

## 在宅看取りのための、患者・家族との合意形成1

〈家族との合意形成ー在宅療養を開始する前に〉(家族不在であればキーパーソン)

### 1) 家族との面談を行う

- ① 前医からの診療情報をもとに、患者の病名、診断に至った経緯、治療の経緯、在宅療養を選択することになった経緯を確認する
- ② 患者の現状(苦痛症状、ADLなど)を確認する
- ③ 家族が考えている、本人の病状認識を確認する  
また、前医からの、予後予測についても確認する
- ④ 上記を前提に、本人が、今後、どのように過ごしたいと思っているのかを、家族に確認する
- ⑤ その、本人の思いに対し、家族はどう考えているのか確認する
- ⑥ 本人の、これまでの仕事、性格、趣味、人生観、死生観なども確認する

7

看取りまで含めた在宅療養が成功するかどうか、すなわち、本人の願いに応えられるかどうかは、患者・家族の持つ不安に、どこまで適切に対応できるかどうかにかかっている。

そこで、在宅療養が実際に始まる前に、前医からの診療情報を前提に、在宅療養を支えることになる、ご家族(キーパーソン)とじっくり面談することになる。この面談は、在宅看取りまで含めた在宅療養の大筋が決まる重要な場面であるからだ。たぶん、信頼はここから始まる。

① まず、前医からの診療情報を参考にしながら、患者さんの病名、診断されるに至った経緯、治療の経過、在宅療養を選択することになった経緯などについて確認する。

前医からの診療情報内容と、ご家族の認識にはギャップがあることがあり、途中で「これで間違っていないか」と確認、修正しながら話を進める。

最終的には、ご家族と我々医師との病状認識が共有されていることを確認してから次に進む。

② 次に、相談時点での患者の苦痛症状(痛みや、呼吸困難、食欲不振、全身倦怠感など)の有無や、その時点での対処方法を尋ねる。さらに、相談時点での、日常生活状況(ADL)を詳細に尋ね、確認する。

・コミュニケーションについて: 会話など通常に可能なのかなど、コミュニケーション能力や認知能力の程度などを確認、もしも問題があるのであれば、それはどんな場面で、いつごろからなのかなどを確認すると、それだけでも、病状が推定できることもある。また、本人とどのように会話すれば良いかなど、の予備情報が得られる。

・食事の内容、摂取状況について: 食事の内容(普通食、おかゆ、流動食など)や摂取量(多くの場合摂取量が減少している)それらは健常だったころに比べて、どの程度なのかを尋ねる。たいてい、半分ぐらいとか、3分の1とか答えてくれる。それに、伴って、体重の変化なども確認するが、これもまた、ほとんどの患者は、かなり痩せてきていることがわかる。また、水分の摂取状況や、むせの有無なども確認する。

・移動能力状況の確認: 自力なのか、介助なのか。自力であれば、通常なのか、つかまり歩き、杖、歩行器などか。介助であれば、どの程度の介助なのか、車いすなどなのかなど。あるいは、終日ベッド上なのか。

・排せつ状況の確認: 自力なのか、介助が必要なのか。通常のトイレなのか、ポータブルトイレなのか。尿瓶なのか。ベッド上排せつなのか、オムツなのか、尿道留置カテーテルなどなのか。

・入浴状況の確認: 自力なのか、介助なのかなど。

・睡眠状況の確認: 自然入眠なのか、眠剤使用の有無など。夜のみならず、日中もうろうとしているなどの状況が分かることもある。

以上のように、苦痛症状の内容や、ADLの状況を健常時に比しながら、詳細に確認することは、現在の病状把握のみならず、病状が、確実に悪化してきていることをご家族に確認していただく作業でもある。

③ ①、②を基に、ご家族が考えている、本人の病状認識を確認する。ここは曖昧なことも多いが、例えば「病名告知を受けた時に、どのような反応をされましたか」など具体的に尋ねてみると、落ち込んだとか、ショックを受けたようだとか、その時の状況を教えてくれる。そのうえで、「その後どうでしたか」「最近はいかがですか」など尋ねてみることによって、本人の病状認識を推定できることもあるので、ここは重要なポイントでもある。さらに、ご家族だけが知らされていることの多い、前医の予後予測も確認しておく

④ ③を踏まえて、今後のことについて、ご本人はどうしたいと考えていますか、とご家族に確認する。ここでは、「たぶん、家にいたいと思っています」とか、「最期はホスピスを考えています」とか、ご家族が推定する答えが返ってくることが多い。

⑤ ④を踏まえ、それら本人の思いに対して、ご家族はどう考えているのかなどを確認する。

⑥ 可能であれば、本人のこれまでの仕事や、趣味などをご家族から聞いておくと、本人理解につながることもある。



## 在宅看取りのための、患者・家族との合意形成2

〈家族との合意形成—在宅療養を開始する前に〉(家族不在であればキーパーソン)

- 2) 1)の①～⑤を前提にした医療側の見解や見通しを、家族に伝える
  - ① 1)を前提にした予後予測を伝える(これは患者診察後に修正を加える可能性も説明)
  - ② 今後の起き得る変化や、その対処について事前に説明する
  - ③ 2)①～②によって、1)の④は変化することもある
  - ④ 初診時に、本人の病状理解、それに基づく本人の考えている今後の過ごし方などを、医療側が確認することを家族に伝え、了解を得ておく
- 3) 1)、2)に基づき、本人の望む最終章の実現を目指すことを、家族と確認する

8

2) 1)を、踏まえ、可能な場合には予後予測をお伝えする。例えば、ADLが、一日中ベッド上、傾眠、食事もほんの数口などであることが、分かれば、予後は一か月以内の可能性が高いことを、お伝えする。このことによって、当初は、「病状が悪化したら入院を考えています」と言っていたご家族が、「それしか時間が無いのなら、なんとか仕事を調整して、最期まで家で介護します」のように変わることもある。また、末期がん患者の約2割は、急変して亡くなることや、食事の摂取量の減少など、今後、起こり得る状況と、その対処法など、あらかじめ、説明しておき、また、ご家族からの質問などにも、丁寧にお答えし、在宅療養が始まる前に、少しでもご家族の不安を減らすことが出来れば、これなら、何とか家で見ていけそうですと、応えてくれることも稀ではない。

また、後日の、初診往診時には、医療側から、本人の病状理解や、それに基づく今後の過ごし方などを、直接お聞きすることの了解を、得ておく。

3) 以上、全体を通して本人の望む人生の最終章の生き方の実現を、ご家族と共に目指すことを確認して、ご家族との面談は終了する。

## 在宅看取りのための、患者・家族との合意形成3

〈本人との合意形成—初診時〉(家族同席のもとに)

- 1) 挨拶・問診: 苦痛症状の確認、ADLの確認
- 2) 1)を踏まえて、病状認識の確認  
例「今のご自分の病状を、ご自分では、どのように考えていますか？」あるいは、「前医からどのように説明されていますか？」
  - ① 適切な場合→そのまま4)へ
  - ② あいまいな場合  
前医の説明が不適切なのか、よく理解できていないのか、否認したいのか、認知症なのか
  - ③ 現実離れしている場合  
前医の説明が不適切なのか、理解できていないのか、否認したいのか、認知症なのか
- 3) 2)の②、③の場合 適切な問いかけや傾聴を重ね、改善への希望を尊重しつつ、病状認識の修正を行う  
例「良くなりたいですよね、そうなったら良いですよね。ただ、医者から言わせていただくと、病気の経過としては、残念ながら、思うようにならないこともあり得ます。それに、老化も加わります(高齢者の場合)。今後は、色々な可能性を考えて、どのような状態になっても、最善を尽くせる準備をしておきたいと思います」等と説明する。尚、認知症であっても、適切な問いかけで、終末期の希望確認は可能である。

9

1) 患者さんと初めてお会いするのである。

「初めまして、だれだれさんですね、〇〇クリニックの医師のxxです。よろしくお願ひします。」と、まずは丁寧な自己紹介とあいさつから始まる。患者さんがベッド上にいるのであれば、必ず椅子に座り、視線を同じようにする。ベッドサイドに立ったままでの問診は厳禁。

また、患者さんの病状や経過については、前医の診療情報およびご家族との面談を通して、概略は把握していることを説明する。そのうえで、本人より直接、苦痛症状の有無、その対処法、それによって改善するのかなど確認、ついで、その時点でのADLを本人の口からも確認する。ADLの状態は、ご家族からも、既に聞いているが、発病前と比べて、どう変化しているのかなどを確認するように、本人に尋ねていく。この発病前と比べながらの、ADLの確認は、結果的に、病状悪化のプロセスの確認作業でもあり、患者さんにとっては、辛い確認作業にもなる。医療側としては、これから、少しでも患者さんの、お役に立ちたいからこそ、何でも教えていただきたいのです、という思いを込め、また、病状悪化を嘆きつつ応えてくれる患者さんに、共感しながらの問診を心がける必要がある。

2) そして、それら苦痛症状やADLの確認後、それらを踏まえて「今の、ご自分の病状を、ご自分ではどのように考えていますか」あるいは「病状について、前の先生からはどのように説明されていますか」の様に、問いかける。

この時、時として、沈黙が始まるが、それは、自分の病状認識を口に出すことは、

病状悪化を認めざるを得ないからだ。

やや間をおいて、時には涙ながらに、「本音を言えばよくなりたかったんですが、もう治らないことは分かっています」とか「もう治療は難しいといわれています」などと応えてくれる。このように、病状認識が正しければ「そうなんですね。本音を言えばよくなりたかったけれども、今は治ることは難しいと、お考えなんですね」のように、共感しつつ、確認する。患者さんは、沈痛な面持ちで、頷くことも多い。

「でも、あきらめてはいないんです。実は、食事療法をやっているんです」とか、代替療法は続けていることなどを打ち明けてくれることもある。「そうなんですね。私は、それらについて詳しくはないですけど、少しでも効いてくれたらいいですね」など、その方なりの改善への努力や希望は肯定する。

2)の②、③の場合は、次の3)の様に対応する。

## 在宅看取りのための、患者・家族との合意形成4

〈本人との合意形成—初診時〉(家族同席のもとに)

- 4) 2)、3)の病状認識に基づき、今後、病状が悪化した場合の療養の意向(どこで、どのように)を確認  
例「残念ながら、もしも、今後病状が悪化するようだったら、どうしたいですか？」
- 5) 意思表示困難な場合  
本人の日頃の生き方を知っている、家族と相談する
- 6) 1)～5)に基づいた本人の望む最終章の実現を目指すことを、本人、家族、医療・介護関係者が確認、共有する
- 7) 在宅療養困難時に備え入院可能な緩和ケア病棟などと、コンタクトを取っておく
- 8) 診察(聴診、触診、バイタルサイン等)
- 9) それでは、これからも、一緒にやっていきましょう、と挨拶し、最後に握手し、終了

10

4) 2)、3)の病状認識に基づき、「今後の考え方ですが、病状が改善すれば最高ですが、医者の方としては楽観的なことだけ考えているわけにはいきませんので、お聞きしておきたいのですが、もし残念ながら、思うようにいかずに、病状が悪化するようだったら、どうしたいですか」とお尋ねする。

ここまでのやり取りを通して、医療側が、本気で自分のことを考えてくれていることは伝わっていることも多い。そして「病院に入院しても、良くならないんだったら、できれば家にいたいです。でも、最期は家族に迷惑をかけたくないので、入院を考えています」などと応えてくれることも少なくない。

この時点で、同席しているご家族に「お聞きの様に、ご本人としてはできれば家に居たいとおっしゃっていますが、病状が悪化したら、皆さんに迷惑をかけるので入院も考えているとのこと。ご家族の皆さんとしては、いかがですか」と尋ねてみる。多くの場合「本人が家に居たいのであれば、可能な限り、それを支えます」のように応えることも多い。

6) 4)、5)を踏まえ、最終的に本人の望む過ごし方を、関係者みんなが共有し、その実現を目指すことになる。

7) 本人、ご家族が最期まで在宅で療養することを望んだとしても、たとえば、介護の中心であるご家族が病気になってしまうとか、事故にあってしまうとか、介護の継続が困難になることもあり得る。

万一に備えて、入院可能な緩和ケア病棟などと、コンタクトを取っておくことも大切である。

8) さらに、現状を知るための診察(聴診、触診、バイタルサインのチェック)をし、その日の診察を終える。

9) 最後に「色々、大変なことがあるかと思いますが、看護師さん、ケアマネジャーさん、ヘルパーさん、みんなでチームを組んで、あなたの希望がかなえられるように応援していきますね。これからも、よろしく お願いします」と挨拶、握手して終了。

以上が、在宅看取りのための、患者・家族との合意形成の基本プロセスである。