

終末期がん患者さんのご家族支援ガイド



終末期がん患者さんのご家族の支援で こんなお悩みありませんか？



ご家族ともじっくり関わりたいのに、

- どのようにご家族と関わっていったらよいかわからない
- ご家族を支援する上でのポイントがよくわからない
- ご家族がどのような情報や支援を必要としているのかよくわからない
- 忙しくてご家族と関わる時間が十分とれない・・・

がん患者さんのご家族は「第二の患者」ともいわれ、多くの支援を必要とする存在として家族ケアの重要性が広く認識されてきています。しかし、一般病棟においては、平均在院日数が短くなり、入退院も多く、忙しくゆとりのない日常の中で、「ご家族への支援を行いたい」「ご家族の役に立ちたい」と思っているにもかかわらず、ご家族との関わりを深めていくために活用できる時間も短く、ご家族の抱える問題を把握しにくい状況にあるのではないのでしょうか。

質の高い終末期ケアは、患者さん・ご家族・医療者間で、絶えず話し合いによって調整される過程であるといわれています。しかしながら、国内外の調査において、終末期における必要な情報提供や説明を踏まえたご家族との話し合いは十分行われておらず、ご家族のニーズは満たされていないことが報告されています¹⁻¹²。

こうした現状の中で、限られた時間の中でも効率的にご家族の状況をとらえ、効果的な支援へとつなげることのできる方法とそのエビデンスをご紹介できればと考え、このガイドを作成いたしました。

このガイドが、患者さん、ご家族との「看護としての対話」を促進する手助けとなり、皆さんの情報収集や患者さん・ご家族のより深い理解、そして質の高い終末期ケアの提供のお役に立てば幸いです。



目次

このガイドについて

- ・ ガイドの内容 1ページ
- ・ ガイドの使い方 2ページ
- ・ 終末期がん医療にけるご家族の状況 3ページへ
- ・ 危機理論について
アギュララとメシックの危機の問題解決モデル 5ページへ

● ご家族についての 情報収集/アセスメント

ご家族は『ストレスfulなできごと』に 直面してはいませんか？

- ・ ご家族のこころの中 7ページ
- ・ 情報収集/アセスメントのポイント 8ページ
- ・ ご家族の「ストレスfulなできごと」 9ページへ
- ・ 「不均衡状態」 16ページ



危機を回避するために必要な3つ要件 『危機回避/問題解決決定要因』

- ・ 情報収集/アセスメントのポイント 17ページ
- ・ ご家族の「できごとに関する認識」をアセスメントしていますか？ 18ページ
- ・ ご家族の「社会的支持」をアセスメントしていますか？ 19ページ
- ・ ご家族の「対処機制」をアセスメントしていますか？ 20ページ

● 支援のポイント

終末期がん患者のご家族への支援

- ・ 支援のポイント
『危機回避/問題解決決定要因』の
情報共有および修正・強化・充足 21ページ
- ・ 家族に気持ちを聴こう！ 22ページへ
- ・ 必要な情報を提供しよう！ 25ページへ
- ・ 家族自身の力を引き出そう！ 30ページ



このガイドについて

ガイドの内容

- このガイドは、治癒を目指した積極的治療が有効でなくなり、症状緩和を中心とした治療やケアが行われている終末期がん患者さんのご家族との関わりの中で、**ご家族が危機的状況に陥ることのないようにするために必要な支援**について説明したものです。
 - ご家族への「特別なケア」としてではなく、**一般病棟における看護師の「標準的なケア」**として、皆さんの日々の看護実践の中ですぐに活かすことができる内容を厳選しました。
 - 何かしらの問題を抱え、危機的状況に陥っているご家族の問題解決としてだけでなく、**すべての終末期がん患者さんのご家族の危機回避のために必要な看護の視点**を、できるだけ簡潔な記述をめざし、箇条書きでまとめています。
 - 日々のご家族との関わりの中で、危機回避の視点から「何をアセスメントしたらよいのか」、そのためには「どのような情報が必要なのか」、そして「どのような支援が必要なのか」について、**危機モデル**に基づいて想定される事項を厳選し整理しています。
 - また、ご家族についてのより深い理解が得られるよう、できるだけ日本における調査のエビデンスをお示ししています。
-
- このガイドが、患者さん・ご家族との「看護としての対話」を促進する手助けとなることを期待しています。
 - また、必要な支援が提供されることで、ご家族の苦悩が軽減され、患者さんとの死別に対する準備ができ、納得のいく最期を迎えることができることをめざしています。

Memo 危機とは？

- **危機**とは、ストレスの最も増強した状態で、これまでの自分の知識や経験、やり方では解決することのできない困難な状況や問題に直面した時に起こる強度の不安、混乱した状態のことをいいます。（危機的状況にある人の具体的な兆候については、p.16参照）
- 状況が好転せずストレスが長期化することでおこる精神のバランスを崩した状態を**消耗性危機**といいます。
- ご家族のストレスが長期化せず、危機が少しでも軽く、そして早くもとの状態に回復するような適確な支援を提供することで、危機は回避することができます。



ガイドの使い方

- このガイドは、危機を回避する（または危機に陥る）要因や過程を示したアギュララとメシックの危機モデルに沿って構成しています。

ストレスfulなできごと



危機回避/問題解決決定要因



必要な支援

- したがって、ガイドのページに沿って読み進んでいただくことを推奨しております。



情報収集 / アセスメント、支援のポイント

全体の大まかな要点を把握したい方は、このアイコンのついたページ（p.8, 17, 21）から目を通し、その後詳細を読んでいただくことで、理解の確認、知見を深めていただくことも可能です。



情報収集 / アセスメントの項目



情報収集 / アセスメント、支援の視点

これまでの看護実践において、危機回避の視点からのご家族の情報収集/アセスメントおよび支援をどのくらい行っていたか、ぜひセルフチェックしてみてください。



危機的状況をもたらすできごと

危機回避 / 問題解決を妨げるご家族の状況



ご家族への声かけの例

Memo 危機モデルとは？

- **危機モデル**は、危機のたどる特有の経過を模式的に表現したもので、危機の構造を示し、その概念（考え方）を具体的に表し、理解しやすくしたものです¹。
- 危機に陥った（または危機的状況に直面している）人が、それを乗り越え適応するために行われる支援（または危機を回避するために行われる支援）を、**危機介入**といます。

なぜ危機モデルを用いるの？

- 危機モデルは、早期から積極的に関わった方がよい家族であるかどうかを見極め、看護をより効率的、効果的に行う手助けとなります。
 - 危機モデルでアセスメントすることにより、どのような危機回避要因を整えてく必要があるのかが整理、焦点化され、必要な支援を検討するために有効です。
 - つまり、なぜそのようになっているのかを理解し、何が起こるのかを予測し、どうすればよいか支援の方向性を見極め、解決策・改善策を見出すことができます。



終末期がん医療におけるご家族の状況

● 8割のがん患者が一般病棟で亡くなっています

・年々緩和ケア病棟は増加し*、在宅で亡くなられる患者さんも増えていますが、多くのがん患者さん・ご家族が、一般病棟での入退院を繰り返しながら終末期のときを過ごされています。そして、80%弱のがん患者さん・ご家族が、一般病棟で最期を迎えています。

* 2016年11月現在、378施設、7,695床（日本ホスピス緩和ケア協会）

・緩和ケアチームを有する医療施設も年々増加していますが、緩和ケアチームの利用率は、がん死亡者数のおおよそ15%と推計されています²。

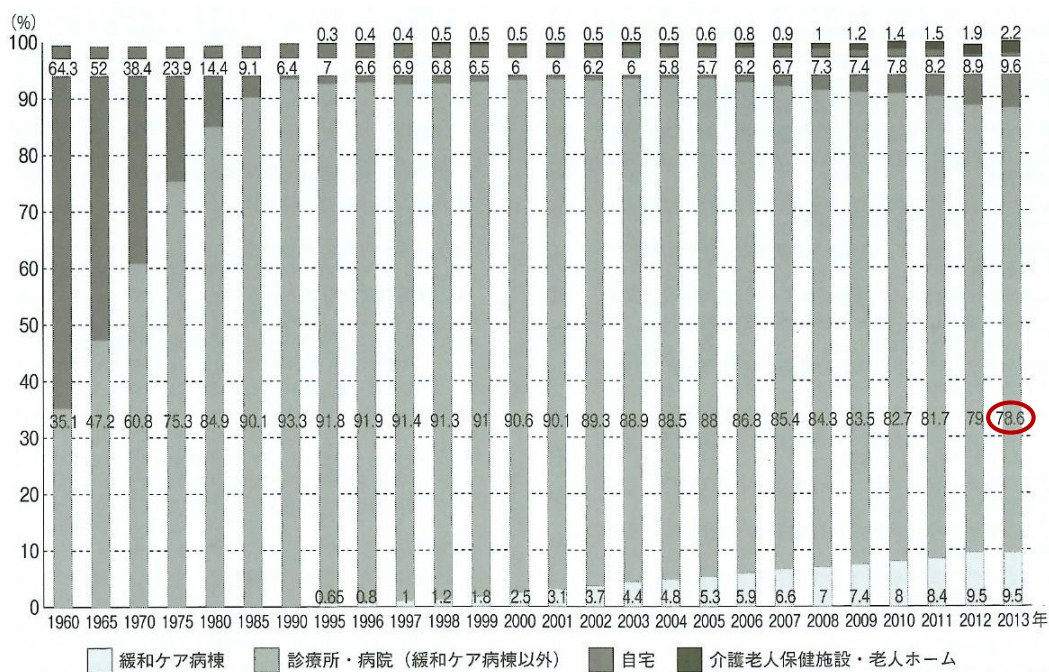


図1 死亡場所の推移(がん)

ホスピス緩和ケア白書2015 p. 82より引用



一般病棟の看護師には、終末期がん患者さんご家族が体験している苦痛・苦悩を理解し、先を見据えたQOLを高めるための質の高いケアの提供が求められています。

● **終末期がん患者の家族は多くの苦悩と健康問題を抱え、それらは死別後にも影響を及ぼします**

- 終末期がん患者さんのご家族の抱える苦痛・苦悩、様々な思いや体験している困難は、多くの質的研究において明らかにされています。

患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ	患者が治らないがんに触まれていることへの衝撃的な苦悶 患者を救う治療がないことへの絶望
迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ	患者に残された命の短さに対する絶望 いつ襲われるかもわからない患者の死への戦慄 患者との死別後の生活を想うことで生じる深い空虚感 残り少ない人生を過ごしている患者を想うことで生じる悲哀 余命いくばくもない患者のキーパーソンであるがゆえに抱える苦渋のジレンマ
太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ	がんであるがゆえに消えることのない患者の苦痛への苦悶 余命いくばくもない健気な患者に何もできない自分への無力感
家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ	主介護者としての家族内役割以外で翻弄されるがゆえに生じるつらさ 周囲の人々の無情の対応から受けるつらさ つらい現実を容認してくれない社会への絶望

表1 進行がん患者の家族が抱える苦しみ

瀬山留加, 武居明美, 神田清子. (2013). 進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討. 日本看護研究学会雑誌, 36 (2), 79-86.

- こうした数多くの苦悩に直面し、**進行がん患者さんのご家族の3～5割が精神医学的問題を抱えている³**とする調査や、**進行がん患者さんの配偶者の4割弱に抑うつが認められ、患者における割合を上回っていた⁴**という報告もあります。
- 終末期に大きな精神的問題を抱えたご家族は、患者さんとの死別後も精神的問題が持続する⁵ことや、死別前のストレスの大きさや終末期のケアが、死別後の悲嘆やご遺族のQOL、精神健康に影響を及ぼす⁶⁻⁸ことも明らかにされています。
- 国内の調査においても、**精神科に紹介されたがん患者さんのご家族/ご遺族の約半数が、患者さんの終末期の問題に直面していた⁹**ことや、**遺族外来を受診したがん患者さんのご遺族の約6割が、終末期における後悔を抱えていた¹⁰**といった報告がされています。

● **一般病棟におけるがん患者の終末期/看取りのケアの調査で、家族ケアの改善の必要性が示されています**

- 一般病棟における終末期ケアの実施状況の調査において、日常生活の援助や安楽の援助など、患者さんに対する基本的な援助は積極的に実施されていますが、ご家族への支援は十分実施されていない傾向にあることが報告されています¹¹。

危機理論について

—アギユラとメシックの危機の問題解決モデル—

- このガイドは、家族の一員ががんの終末期であることで、危機的状況に直面し、支援を必要としているご家族に、最適な対応をするための看護の方向性を示すものとして、アギユラ（Aguilera,D.C.）とメシック（Messick,J.M.）の危機モデルが基盤となっています。



- この危機モデルの前提は、ストレスフルなできごとに遭遇した時に、
 - ① 危機を回避させる要因として、「**できごとに関する認識**」「**社会的支持**」「**対処機制**」があり、これらが適切に機能していれば危機は回避されること、しかし、
 - ② これらの要因のうち、1つかそれ以上が欠けていたり、不適切であることで問題が解決されず、危機的状況となること、です（図2）。

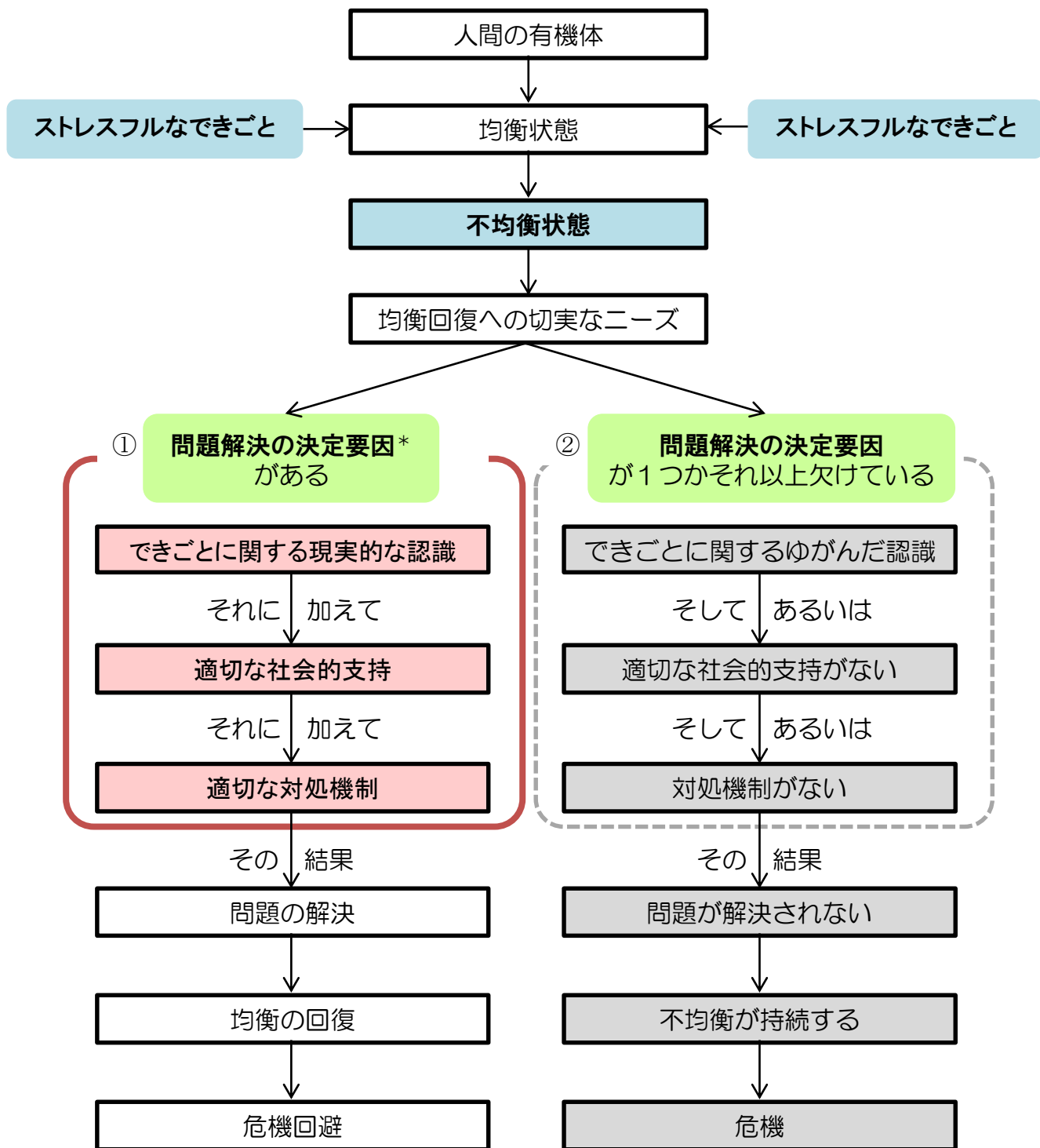
- 系統的な問題解決過程を利用したモデルで、危機回避および危機介入のためのアセスメントと、問題解決決定要因を適切に機能させながら、問題解決を促進するのに有効なモデルであることがいわれています。



- 終末期がん患者さんのご家族は、患者の療養生活を通して多くの苦痛・苦悩を経験し、非常に強いストレスに直面している状況にあります。したがって、心理的均衡（精神のバランス）を保つために自らの持つあらゆる手段を用いて問題解決を試み、なんとか対処しようとはしますが、有効な手段が得られないことで心理的均衡を保つことが困難となり、病的な心理反応をもたらすこととなります。
- しかし、ストレスに対処できる新たな問題解決方法とレパートリーを獲得できれば、危機的状況を回避できると言えます。
- このモデルでご家族のことをアセスメントすることで、これからの関わりの中で、どのような危機回避決定要因をどの程度整えておく必要があるのかというご家族の状況を把握することができ、必要な支援内容が明確になります。

Memo 3つの問題解決決定要因

- **できごとに関する認識**とは、直面しているできごとをどのように感じ、受け止めているかです。
- **社会的支持**とは、問題解決をしていくために頼ることができ、身近にいてすぐ利用できるような人からの**状況に応じたサポート**です。
- **対処機制**とは、ストレスを緩和するためによく用いられる行動、ストレスの強い状況に対処するための具体的な方法のことです。これまでに行ってきた問題や困難に立ち向かうための**対処行動（行動パターン）**、**心理的防衛機制**。



* 問題解決決定要因 = 危機回避決定要因

図2 ストレスの多いできごとにおける問題解決決定要因の影響

Aguilera, D.C. (1994 / 1997). 小松源助, 荒川義子 (訳), 危機介入の理論と実際 - 医療・看護・福祉のために. 川島書店. p.25より引用改変



ご家族は『ストレスフルなできごと』に 直面してはいませんか？

ご家族のこころの中

- ご家族も患者さんと同じように、時には患者さんよりも大きな苦悩（悩みやつらさ）を抱えていることがあります。
- しかし、医療者への遠慮、患者さんや他の家族メンバーへの気遣い、また自分自身もケアの対象であるとの認識がないことなどから、ストレスをひとりで抱え込んでいることも少なくありません。
- 支えてくれる人がいても「感情を吐き出す場」がないと感じているご家族の多いことが報告されています¹。

患者の状態を知りたい…
でも、医師も看護師も
忙しそうで悪い…

どうしてもっと早く病気に
気づいてあげられなかった
のだろう…

こんなことを聞いても
いいのかな…

患者のそばにすることがつらい…
どう接したらよいかわからない…

患者の大切なことを
自分が決めなくては
いけないのは負担…
自分の判断は
本当に正しいのか…

なんもしてあげることができない…
患者の役に立つことができない…

自分の時間が
もてない…

良い介護者でいたい

うまく役割分担ができない…
介護と仕事の両立が難しい…

家庭内での役割を十分に
果たせない…

これまでの患者の役割も
代わりに行わなければ
ならない…

疲労、持病の悪化…



入院費や通院の交通費で
生活が苦しい…

ローンや学費はどうしよう…

共にトータルペインを抱えています



家族を脅かしている「ストレスフルなできごととは何か」を明らかにする！

- まず、家族の心のバランスを脅かす どのような「ストレスフルなできごと」に 対象のご家族が直面しているか、危機のきっかけとなるできごとを把握します。

- ✓ 家族のストレス源
- ✓ 家族が直面しているストレス源の量

9~10ページへ

- その「ストレスフルなできごと」によって、ご家族がどの程度影響を受けて いるか について、直接ご家族に聞いたり、観察して情報を収集し、アセスメントします。

- ✓ 家族の精神的影響
(不均衡状態、どの程度深刻な状況であるか)
- ✓ 家族の日常生活への影響

16ページへ

- ご家族が危機的状況にある時、その危機を引き起こしているできごとを特定しにくい場合もあるかもしれませんが、アギュララによると、通常そのできごとは 10日~2週間以内に生じている ことがいわれています。
- 心理的不均衡が顕著で、深刻な状態（精神のバランスがひどく損なわれているような状態）である場合は、専門家によるコンサルテーションを検討し、調整します。

ご家族は自分たちの苦悩を医療者に表出せず、自らの感情を抑え込んでいることも多いため、医療者も家族の不安や問題を見落としがちです。したがって、危機回避の視点からご家族を包括的にとらえ、的確な支援を提供することが必要です。



❗ コンフリクト（思い/認識のずれ、意見の相違/対立、もめごと、不和）

医療者との間で、コンフリクトがある

- 例) 患者の治療やケアなどに関する意思/意向のずれがある
 知りたい情報が十分得られていない
 家族の気持ちを十分にくみ取ってもらえていない
 緊張関係にある（クレームトラブル）… など

患者との間で、コンフリクトがある

- 例) 治療やケア、今後のことに関する意思/意向のずれがある
 緊張関係にある（関係性がよくない）… など

家族間（親族も含む）で、コンフリクトがある

- 例) 患者の治療やケア、今後のことに関する意思/意向のずれがある
 患者の病状・状況を聞かされていない家族がいる
 患者との関わりや意思決定に不満のある家族がいる
 介護や家事など家族内で協力体制が得られていない… など

詳細は、15ページへ 

❗ 家族内の役割や日常生活(生活様式)の変化

- 仕事を休職もしくは辞めた
- 通常の日常生活が送れていない（家事がこなせないなど）
- ひとりの家族に介護や家事などの過重な負担がある
- 今まで患者が行っていた役割を代行する必要がある

Memo コンフリクトの原因



- ・医療者との間で生じたコンフリクトの《**家族側の要因**》は、**家族の否認による防衛**（63%）、**乏しい社会的援助**（43%）、**医療不信**（40%）も**もとの家族内葛藤**（31%）で、その他、**経済的問題**、**不十分な病状理解**、**精神医学的疾患の治療歴**が示されています。
患者のケアに過剰に巻き込まれていることが原因となっていることもあります。
- ・《**患者側の要因**》は、**せん妄**（49%）、**脳器質性障害**（脳転移・認知症・脳血管性障害）（29%）、**不十分な病状理解**（26%）、**否認による防衛**（20%）で、その他、**精神医学的疾患の治療歴**が示されています。
アンビバレンス（相反する感情）による一貫性のない意思表示や、**患者が家族・医療者に異なることを伝えること**、**不十分な症状緩和**が原因となっていることもあります。

森田達也，角田純一，井上聡，千原明．（1999）．緩和ケアにおける家族・医療者間葛藤に関する予備的調査．*死の臨床*，22（1），81-87．

ご家族の思い、精神的影響

❗ 患者に関する Bad News -----

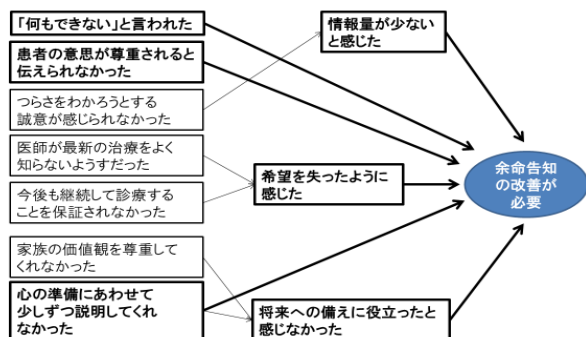
- がんが治らないことを医師から告げられ、患者さんとの残された時間が長くはないことに気づかされる終末期は、がんの経過の中でも心身ともに最もつらい時期です。
- 治療医が多い一般病棟では、Bad Newsを伝える技術が未熟な場合があったり、ご家族には現実を理解してもらいたいという思いから事実が厳しく話されることがあります²。
- 余命の告知はご家族にとっても衝撃的なできごとであり、喪失に対する予期悲嘆や恐怖の体験となります。

死と関連した話も多くなるため、ご家族にとって大変ストレスフルな体験となります。

- 日本においては、患者さんへの説明より先に、ご家族へBad Newsが伝えられることも少なくありません^{3,4}。したがって、ご家族は衝撃や悲嘆の中でも、患者さんに関する重要なことを短期間で決定しなければならないことも多いため、精神的苦痛だけではなく大きな心理的負担も感じています。

📌 エビデンス 余命告知後のフォローは重要

一般病棟で余命告知を受けた409名のがん患者さんのご遺族の質問紙調査から、**6割のご家族が、余命告知に対してなんらかの改善の必要性があると考えている**ことが分かりました。（右の図の太矢印は、余命告知の改善の必要性と関連の強かったご家族の体験です。）
また、「いつくらいまで〇〇ができる」など、**生活につながるような見通しについては、約3割のご家族しか説明を受けていない**ことが分かりました。



吉田沙蘭, 平井啓. (2010). 「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方. 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」運営委員会（編）, 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に対する研究. p.89を一部改変

📌 エビデンス 余命告知時の性別による死別への受け止め方の特徴

1施設7名のがん患者さんのご家族への半構成的面接調査から、余命告知時の死別への受け止め方として、男性家族は【先のことを考えられない混乱】、女性家族は【先を予測しての不安】をもつ特徴がみられています。

	性別	カテゴリ	サブカテゴリ
死別への受け止め方	男女共通	・治療・看病に対する悩み	・治療の見込みのないつらさ ・患者への対応の戸惑い ・相談相手・看病協力者の不足
		・患者の役割代行への不安	・家事・金銭管理代行の不安 ・通院・入院治療費の心配 ・自分の体調の懸念
		・先のことを考えられない混乱	・死別を想像できず混乱
	男性	・後悔の念	・早く受診させなかった後悔 ・苦勞をかけてきた思い
	女性	・先を予測しての不安	・死を想像して動揺 ・病状進行への不安 ・死別後の金銭的な工面 ・病状進行への不安 ・死別後の対応の不安

久松美佐子, 荒井春生. (2011). がん患者家族の余命告知時における死別への受け止め方の性別的特徴. 死の臨床, 34 (1), 116-120.



！ 代理意思決定 -----

患者さんの状態が悪くなると、ご家族が患者さんの治療などについて意思決定しなくてはならないことも出てきます。それはご家族にとってプレッシャーを感じるできごとであり、「自分の判断は本当に正しかったのか…」など、死別後も自問し続けることになるような、とても精神的負担の大きいできごとです。

● 余命告知（病状告知）

- 患者さんに真実を知らせない選択をした場合には、そのことに対する罪の意識を抱いたり、率直なコミュニケーションができないことや、隠し通すことで疲弊してしまうことがあります。患者さんと正面から向き合えない苦悩や患者さんとの思いのずれが生じ、患者さんとの関わりにストレスを抱くようになることもあります。
- 知らせる選択をした場合には、家族自身も精神的な打撃を受けた中で、患者さんへどこまでの情報をどのように知らせるかといった伝え方に苦悩し、そして患者さんの受ける精神的ショックと向き合っていくこととなります。

● 麻薬

- 麻薬（モルヒネ）は、がん疼痛治療や呼吸困難の改善にも使用されますが、怖いもの、末期の患者に使うものという**誤解**や、死を連想させ「点滴（注射）のモルヒネを打つようになったら終わり…」など**悪いイメージ**を持っているご家族もまだ多くいます⁵。
- また、「自分が麻薬を使用することに同意したことで、患者の命を縮めてしまったのではないか…」との思いをずっと持ち続けているご遺族もいます。わが国の一般人とご遺族を対象とした調査において、**27～38%の人が「オピオイドは寿命を短くする」と考えている⁶**ことが報告されています。
- 医療者から安全な薬剤であるとの説明を受け、その時は納得をしても、他のご家族や親戚、知り合いなどから否定的な情報を得たり、時に攻められたりすることもあり、医療者が考える以上に負担の大きいできごとです。

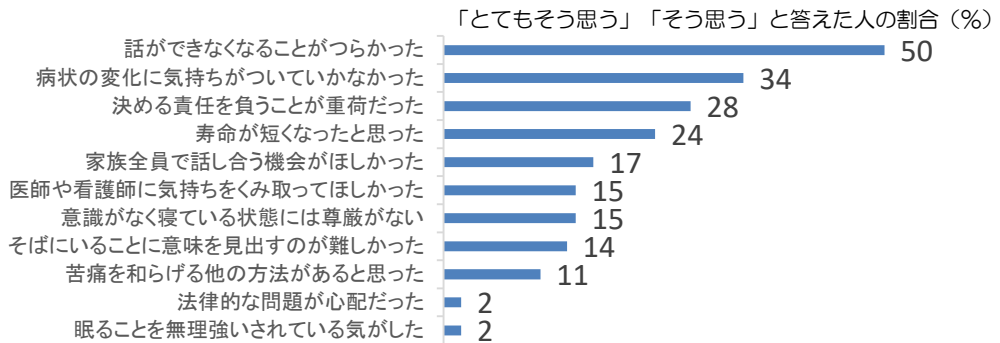
● 鎮静

- 鎮静は、患者さんの意思確認ができるうちに、そのメリットとデメリットについての説明がなされ、患者自身が鎮静を希望する意思表示を行っていることが望ましいですが、患者さんによる意思決定ができない場合は、これまでの患者さんの考えや思い、価値観に照らし合わせて、ご家族とともに慎重に検討する必要があります。
- 鎮静は、患者さんの苦痛緩和を目的としていますが、その決定が患者さんの意識を低下させることになるため、ご家族にとって大きな精神的負担となります。**約4割のご家族が鎮静の意思決定に負担を感じてた⁷**ことが報告されています。



エビデンス 鎮静を受けた患者の家族の気持ち

7施設の緩和ケア病棟で鎮静を受けた185名のがん患者さんのご遺族への質問紙調査で、鎮静を受けた患者さんを見てどんな気持ちになったかを調査した結果です。その中でも、特に25%のご家族は、非常に強い精神的つらさを感じていました。



また、《ご家族の精神的つらさに関係していた要因》は、「鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと」「医師や看護師に気持ちをおくみ取ってもらえないと感じたこと」「患者の状態の変化に気持ちがついていかないと感じたこと」「意思決定の責任を負うことが負担に感じられたこと」「患者の死亡までの期間が短いこと」であることが分かりました。

《ご家族の満足度に関係していた要因》として、「情報提供が不十分であった」「鎮静後に苦痛が十分緩和されなかった」「鎮痛以外に苦痛緩和の方法がある」「鎮静が生命予後を短縮する」と感じていたご家族の満足度は低いことが分かりました。

Morita, T., Ikenaga, M., Adachi, I., Narabayashi, I., Kizawa, Y., Honke, Y., ... Japan Pain, Rehabilitation, Palliative Medicine, and Psycho-Oncology Study Group. (2004). Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (5), 557-565.



● 輸液・経管栄養

- 終末期において輸液を行わない選択をするご家族は、様々な心理的葛藤を経験することが示されています^{8,9}。「輸液によって苦痛が増える」と約6割のご家族は認識していましたが、8割以上のご家族が、輸液をしないと「栄養が足りなくなる」「死期が早まる(寿命が短くなる)」と考えていた⁹ことが報告されています。
- 輸液をしないことを決めたとご家族においても、半数以上が、寿命が縮まったり、必要な栄養がとれなくなる不安を持っていました⁹。

! 患者の苦痛症状

- 痛みなどの症状は患者自身のQOLと密接に関連していますが、ご家族のQOLにも深く関連していることが明らかにされています¹。また、患者の症状が強い場合に**ご家族の抑うつが強くなる**¹⁰ことも報告されています。
- 病状の悪化に伴う苦痛症状や薬などの影響で、患者さんがご家族にあたったり、これまでと違う行動をとると、ご家族は病気の影響だと頭では理解していても、患者さんのそばにすることがつらく、強いストレスとなります。また、患者さんの苦痛をわがことのように感じてしまい、面会に行きたくても行けなくなることもあります。



● 経口摂取の低下

エビデンス 患者が経口摂取できなくなった家族のつらさに関連する要因

95施設の緩和ケア病棟に入院していた水分・栄養摂取が低下した354名のがん患者さんのご遺族の質問紙調査で、患者さんの経口摂取低下時に、38%が「とてもつらかった」、33%が「つらかった」と感じていました。

	つらさ (オッズ比)	改善の必要性 (オッズ比)
「何もしてあげられない」という無力感や自責感があるご家族は、 ない家族に比べて、つらさが2.5倍になることを示しています。		
「何もしてあげられない」という無力感や自責感を感じた	2.5	1.3
脱水状態で死を迎えることはとても苦しいと思った	1.9	
医師や看護師が、点滴をするかしないかだけでなく、 家族の気持ちや心配ごと也十分聞いてくれた		0.61
患者には、痛みや息苦しさなど十分にやわらげられていない苦痛があった		1.8

Yamagishi,A., Morita,T., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2010). The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (5),671–683.



● せん妄

- せん妄は、終末期がん患者さんの7割以上におこります。ご家族は、以前と違う患者さんの姿を見るつらさやそれを受け入れることの困難感、また、患者さんをひとりにしておくことの不安、うまく関わることができなかったことへの自責感などの感情を抱いています¹¹。
- またご家族にとって、見当識障害や思考力の低下、コミュニケーションがとれないこと（低活動性の症状）も、不穏（過活動性の興奮症状）と同じくらいつらいせん妄症状であることが報告されています¹²。
- せん妄は、患者の意思決定が困難になるため、患者・家族・医療者間のコンフリクトを生じさせる要因にもなっています。（p.10 Memo参照）
- 約半数のご家族は、薬（モルヒネ）の影響や、患者さんの心の弱さ、死の恐怖、疼痛などの身体的苦痛がせん妄の直接的な原因であるとの誤解を持っていました¹¹。

● 死前喘鳴

- 死前喘鳴は、亡くなるまでの自然な経過のひとつで、臨終期の患者さんの約4割におこります。患者さんの喘鳴を自然なことだと思っている場合は、ご家族の苦痛が少ない傾向にあることが分かっていますが、約半数のご家族は自然なことだと思っておらず、6割以上のご家族が「溺れているように息が苦しいのではないかと…」といった思いや「窒息するのではないかと…」といった心配を抱えていました¹³。
- 1割ほどのご家族は、ゴロゴロいう音が怖くて患者さんに近寄れなかった¹³ことが報告されています。

❗ コンフリクト -----

- 終末期がん患者の《家族・医療者間のコンフリクト》は、水分・栄養の補給 / 臓器障害に対する姑息的治療 / 抗がん治療といった延命治療を差し控えるか、中止することをすすめた時、オピオイドの投与や鎮静を提案した時に主に生じています。また、付き添いや、患者さんへの説明に関することなどで生じています¹⁴。
- 患者さんの治療やケアなどに関する医療者の提案は、患者のためであるとの認識をしているご家族でも、前述のような誤った認識や不安、つらさなどから、様々な心理的葛藤を抱え苦悩しています。
- 《家族間》では、個々の家族メンバーによって、状況の捉え方や患者さんとの関わりの程度、ニーズは異なるので、意思決定を行う際に意見の対立が生じる場合があります。
- 《患者・家族間》においては、これまでの家族の歴史や関係性の中から生じた葛藤や未解決の問題が表面化し、ご家族の激しい感情が表出される場合もあります。
- 患者さんとの関係性のよくないご家族の場合、身内としての社会的責任や義務感からの関わりとなり、精神的・社会的負担も大きくなります。
- 《危機的状況にあるご家族》の場合、家族自身の苦痛の反応やストレスフルなできごとに対するその人なりの対処法が、医療者には不可解に見える言動やクレームとなって表出されることがあります。

Memo 📝 コンフリクトはニーズの行き違い

- コンフリクトは、ご家族と患者さんのニーズ（希望・要望）や、医療者との認識の食い違いによって生じている問題と言い換えることができます。
- 一般的な家族のニーズを理解しておくことは、ご家族の思いや希望を把握する際の手がかりとなります。
- ただし、これらのニーズをすべてのご家族が望んでいるとは限らないので、日々の関わりを通して、ご家族が直面している状況に何を思い、考え、どのようなニーズを持っているかを把握し、理解していくことが重要です。

- | |
|----------------------|
| 1. 患者のそばにいたい |
| 2. 患者の役に立ちたい |
| 3. 患者の安楽の保証をしてほしい |
| 4. 患者の状態を知りたい |
| 5. 死期が近づいたことを知りたい |
| 6. 感情を表出したい |
| 7. 医療者から受容と支持と慰めを得たい |
| 8. 家族からの慰めと支持がほしい |
| 9. 患者と対話の時間を持ちたい |
| 10. 自分自身を保ちたい |

病院における終末期がん患者の配偶者のニーズ

1~8 : Hampe,S.O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*,24 (2), 113-120.
+ 9, 10 : 鈴木志津枝. (1988). 終末期の夫をもつ妻への看護 : 死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える. *看護研究*,21 (5),23-34.



危機を回避するために必要な3つの要因 『危機回避/問題解決決定要因』

「危機回避/問題解決を妨げるものは何か」を明らかにする！

- ・次に、危機回避/問題解決決定要因である「できごとに関する認識」「社会的支持」「対処機制」について情報収集を行い、これらの **充足度** や **適切性**、**支援する必要のある要因** をアセスメントします。

● できごとに関する認識

「ストレスフルなできごと」に関する認識や受け止め

- ✓ 家族にとっての意味づけ（価値観、信念）
- ✓ そのできごとに関することをどのように理解、認識しているか
- ✓ できごとをゆがめてとらえたり、感情を抑え込んでいないか

● 社会的支持

適切なサポートをしてくれる人の存在と活用

- ✓ キーパーソンおよびキーパーソンを支えている人はだれか
- ✓ 家族の周囲に助けとなる人はいるか
- ✓ 医療者を含め、身近な人に支援を求めることができるか
- ✓ 家族の信念が支援を求めることを妨げていないか
例) 「自分のことは自分で決める」「人に迷惑をかけたくない」 など
- ✓ 不安や疑問を表出することができるか
- ✓ 自分ひとりで抱え込む傾向はないか
- ✓ 人とのかかわりを避けてないか

● 対処機制

ストレスフルな状況に直面した際に不安や緊張を和らげるために用いる手段

- ✓ 通常よく用いる対処（コーピング）の手段
- ✓ 今回のできごとに対してとられた方法

ご家族は「できごとに関する現実的な認識」ができているか
ご家族は「適切な社会的支持」を得ることができているか
ご家族は「適切な対処規制」を用いることができているか

18ページへ

19ページへ

20ページへ



ご家族の「できごとに関する認識」をアセスメントしていますか？

- 今直面しているできごとに、どのような意味づけ/解釈をしているか？
例) 脅威となるできごと
 自分たち家族で乗り越えることができる… など
- 今起きている状況を適切に理解、認識できているか？
- できごとを現実的にみているか、ゆがめてみているか？

- ・ご家族が直面しているできごとに関してどのように感じ、受け止めているか を把握します。
- ・ご家族の「できごとに関する認識」と実際の状況とがどの程度一致しているか をアセスメントします。(誤った認識はないか)

- | | |
|----------------------|----------------|
| ✓ 家族の病状理解/認識 | ✓ 治療/ケアについての認識 |
| ✓ 患者・家族の意思/意向についての認識 | ✓ 家族関係についての認識 |

「できごとに関する認識」は、現実起きたできごとに関する主観的なとらえ方で個人差があります。したがって、一般的なご家族の「ストレスフルなできごと」に対してどのような感情を抱き、どのようにとらえているのかを、直接ご家族に聴いたり、ご家族の反応を観察し把握することにより、解決すべき問題を明確にすることができます。

詳細は、22, 23ページ



- ・ご家族が直面しているできごとと心の反応(不均衡状態)との関連を、ご家族自身が気づいているか をアセスメントします。
- ・《ご家族がゆがんだ認識をしている場合》できごとを正しく理解できていないことによるものなのか、それとも心理的防衛機制によるものなのかをアセスメントします。

- ❗ ご家族は「ストレスフルなできごと」を、乗り越えることができないと感じている
- ❗ ご家族は「ストレスフルなできごと」を、ありのままにとらえていない
- ❗ ご家族は「ストレスフルなできごと」と不均衡状態との間に関連があることを認識していない

まずはキーパーソンの認識を把握することから始め、それから他の家族メンバーへと話題を広げながら、ご家族全体の認識や思いを把握していくとよいでしょう。



Memo

- ・できごとがご家族にとって深刻なもので、重い負担となる場合には、現実逃避したり、ゆがめてとらえたりする **心理的防衛機制** を用いる傾向が増します。
- ・できごとをゆがめてとらえていると、できごととストレスとの関連に気づかないので、不均衡状態を軽減することはできません。
- ・終末期における誤った認識が、死別後の後悔となりご遺族の心身に影響をおよぼしていることもあります。



ご家族の「社会的支持」をアセスメントしてますか？

- 誰から、どのようなサポートを得ることができているか？
- 身近な人に協力や支援を求められているか？
- どのような家族内 / 家族以外のサポートが必要か？

「今後〇〇さんをサポートしていく上で、ご家族のことを知っておくことも大切なのでお聞きしますが…」

- ・ご家族が、自分を支えてくれていると感じている人、信頼できると感じている人、また実際に助けの手を差し伸べてくれる人は誰かを把握します。（**家族関係の把握**）

✓ 家族間（親族も含む）で、コンフリクトはないか？

- ・ご家族が、《**家族内のサポート**》をどのように感じ、考えているかを把握します。（**役割期待、役割葛藤、負担感の把握**）

- ✓ 家族内の役割（患者の介護や家事など）はどのようになっているか？
- ✓ 自分の役割 / 他の家族メンバーの役割をどのようにとらえているか？

- ・ご家族が、《**医療者からの支援**》をどのように感じ、考えているかを把握します。

- ✓ 知りたい情報は得られているか？ 情報量は適切か？
- ✓ どのような支援を得たいと思っているか？

- ❗ 身近に支えてくれる人がいない / 信頼できる人がいない / 相談できる人がいない
- ❗ 人に助けを求めることができない
- ❗ サポートを得るためにどうしたらよいかわからない
- ❗ 人との接触を避け、孤立した状況におかれている
- ❗ 否定的で攻撃的なコミュニケーションが多い

誰に対してどのようにアプローチしていけば家族の力を最大限に引き出すことができるのかを見極めていきましょう。



Memo ソーシャルサポートの主な内容

- ・道具的（手段的）サポート … 身の回りの介助など直接的な行為を提供するサポート
- ・情動的サポート … 問題解決の助けとなるような情報やアドバイスを提供するサポート
- ・情緒的サポート … 励ましの言葉や共感、安心など、心理面に働きかけるサポート
- ・評価的サポート … 患者や家族の行動や反応に、好意的・肯定的に評価しフィードバックを行うことにより、尊重され受容されているという認知面に働きかけるサポート

House, J.S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.



ご家族の「対処機制」をアセスメントしていますか？

- ストレスフルなできごとに直面した際に不安や緊張を和らげるために、どのような手段を用いているか？
- 多様な対処行動をバランスよくとっているか？
- 家族の対処適応力 / 問題解決力はどれくらいあるか？

「これまでに、同じ様な経験をされたことはありますか？」
「今まで何か困難な状況に陥った時、どのように乗り越えましたか？」

-
- ご家族がどのようなコーピングスキルを用いることができるか を把握します。
- 現在のストレスフルな状況下で、ご家族がどのように対処しているか を把握します。

■ 問題焦点型コーピング

- 情報収集** : 経験者から話を聞いたり、詳しい人から必要な情報を収集する
- 計画立案** : どのようにしていくべきか考える
- 責任転嫁** : 責任を他の人に押し付ける、言い逃れをする
- 放棄・諦め** : 自分では手におえない/対処できないと考え、放棄・諦める
どうすることもできないと、解決を先延ばしにする

• 患者のために精一杯尽くす
• 他者にサポートを求める…

■ 情動焦点型コーピング

- カタルシス** : 誰かに話を聞いてもらって気持ちを晴らす/気を静めようとする
- 肯定的解釈** : 悪い面ばかりでなく良い面も見つけていく
悪いことばかりではないと楽観的に考える
- 気晴らし** : 買い物、おしゃべり、飲酒や好物を食べる、落ち着く場所に行く
- 回避的思考** : 考えないようにする、無理にでも忘れるようにする

* 青字のコーピングは、ストレスフルなできごとを回避する行動/思考です

-
- ご家族の「ストレスフルなできごと」に対応する力、適応力、問題解決力がどれくらいあるのかをアセスメントします。

- ✓ 家族の知識 / 理解力 / 判断力 / 意思決定能力 / ストレスに対する心理的な強さ
- ✓ 現在、ご家族が用いている対処は効果的か？



ご家族が用いている対処は、偏りがあり、効果的ではない

- 情動焦点型コーピングである
- 回避的な行動/思考に偏っている
- 問題焦点型コーピングである

ストレスによる緊張を軽減させる対処機制は、はっきりしている場合とそうでない場合、意識的な場合と無意識的な場合があるので、その対処法を聞き、明らかになった問題解決方法（対処機制）を自覚してもらったり、その人の強みを見出すことが大切です。



Memo

- 用いられる対処機制は、個人の性格や価値観、これまでの生活経験に左右され、活用できる対処機制が多いほど効果的な問題解決が可能となります。
- 問題解決に向けた対処行動がうまくいくかどうかは、社会的支持に強い影響を受けます。



終末期がん患者のご家族への支援



危機回避/問題解決決定要因の情報共有および修正・強化・充足

● 危機介入

危機回避/問題解決決定要因が適切に機能するように計画し、支援します。

- 危機を引き起こす「ストレスフルなできごと」について、
現実に合った正しい理解、認識がもてるようにする（認知面の修正）
- 活用可能なサポートを取り入れる（社会的支持の強化・調整）
- 新しく多様な対処機制が得られるよう支援する（対処機制の充足）

22~25
ページ

26~30
ページ

30ページ

● 危機介入の目標

家族の危機的状況を早期にキャッチし介入することで、
家族の心身状態が危機的状況に陥る前の状態に回復し（均衡の回復）、
より安定したレベルまで改善することです。

● 介入の優先順位

ご家族の日常生活がどの程度影響を受けているかを考慮して決めていきます。

● 評価

ご家族の言動の変化から、心理的均衡を取り戻しているか、
介入は効果的であったかどうかを評価します。

- ✓ 危機回避/問題解決を妨げる要因がどの程度修正されたか
- ✓ 心理的均衡状態を取り戻し、危機を回避/解消できたか
- ✓ 支援は適切であったか

- 《危機が回避されていないと判断した場合》問題解決の過程（取り組み）を引き続き行います。

危機介入は、まずご家族の気持ちや話をよく聞くことから始まります。状況に応じて思いやりのある態度で側に付き添い、感情の表出ができるようにすること、ご家族が現状や自分自身の状況を理解できるようにすること、対処機制を強化し、可能なサポートが得られるようにすることなどの関わりが、よりよい結末を導くうえで大切です。





家族に気持ちを聴こう！ — 家族の危機的状況を早期にキャッチする

● 家族の心配、ニーズを聴く（問題の明確化）

- 家族の心配（不安や気がかり）、困っていることはないか聴く
- 知りたい情報はないか聴く
- 患者の治療/ケアに関する希望を聴く
- 患者との残された時間をどのように過ごしたいか（場所、付き添いなど）
- 患者にしてあげたいことはないか を聴く

「〇〇さんを見ていらして何か心配なことや、このことを聞いておきたい、こうして差し上げたいということはありませんか？」

「日常生活やお仕事のことなど、〇〇さんのご病気以外のことについても何か気がかりなことはありませんか？」

「ご家族のご負担についても、もしありましたら、何でも遠慮なくお話しくださいね」（家族への説明後や付き添いについて話を聴く時など）

「〇〇さんとお時間で、どのようなことを大切にしていきたいと思っていますか？」
「このように過ごしたいというようなご希望はありますか？」



- ・ご家族は、患者さんのことだけではなく様々な苦悩を抱えています（p.7参照）、医療者に気持ちを表出してよいとは思っておらず感情を抑え込んでいたり、患者さんを支えることに一生懸命で、自分の心についてまで考える余裕がないご家族もいます。
- ・また、聞きたいことや気がかりなことがあっても言い出せないご家族や、何を聞いたらいいのかわからないご家族もいます¹。
- ・ご家族は、【感情を表出したい】【医療者から受容と支持と慰めを得たい】そして【自分自身を保ちたい】というニーズを持っています。（p.15参照）
- ・ご家族の危機的状況を早期にキャッチするためにも、日々のご家族との関わりの中でその時々状況に対する思いや抱えている問題はないか、ご家族が思いを表出できるように看護師から積極的に声をかけ、具体的に語ってもらうようにすることが大切です。
- ・ご家族が自身の気持ちを表出された時は、話をさえぎらずに共感的に話を聴いていきます。

「ご家族もおつらいですね」

「そのようなお気持ちになられるのは、当然のことだと思います」
- ・ご家族に『自分の気持ちや心配なことを看護師に話してもよいのだ』『困った時には看護師が相談に乗ってくれる』と思ってもらえるようになることは、ご家族の情緒的支援となります。

患者さんの前では本心を言えないご家族も多いので、一度は患者さんのいない場所で尋ねてみましょう。看護師からきっかけを作ることが重要です。



● 家族の認識を確認する（問題の明確化）

- 患者の病状理解/認識
- 治療/ケアについての認識
 - 麻薬（オピオイド）
 - 鎮静
 - 輸液・経管栄養
- 患者・家族の意思/意向
- 家族関係

「今の〇〇さんの状況について、〇〇先生からはどのようにお話を聞いていますか？」

「今の〇〇さんのご様子/今行っている治療についてどのように感じておられますか？」

「水分や栄養が取れないことや、点滴について、何か心配されていることや気になっていることはありませんか？」

-
- ご家族が現実的な認識ができてなく、ゆがんだ認識をしている場合、できごとを正しく理解できていないのか（さらに十分な説明がされていないのか、説明を誤解しているのか）、それとも心理的防衛機制（現実逃避、否認、非現実的/願望的思考、無関心など）によるものなのかの見極めは重要です。
- 十分な説明がされておらず理解が不十分であったり、正しい認識ができていない時は、情報の整理や補足説明を行い、また状況に応じて医師から説明をしてもらうように調整をします。提供される情報の内容や量の調整が必要となることもあります。
- 不安や誤解を抱いているご家族が多い麻薬（オピオイド）、鎮静、輸液・経管栄養の治療や、せん妄の原因、死前喘鳴などは、ご家族の認識を確認しながら丁寧に説明し、不安の軽減、誤解の訂正をします。（意思決定支援、安楽の保証）
- 防衛的退行の段階では、無理に現実に目を向けさせるような対応はせず、ご家族の訴えを傾聴し、共感的態度で接することが必要です。

-
- 個々のご家族によって、状況の捉え方や認識の程度が異なっていることもあるので、ご家族の心理過程にも配慮した適切な情報提供、サポートを提供する必要があります。
- 看護師が、家族メンバー全てに直接働きかけるのは難しいと思われるので、キーパーソンのご家族に他の家族メンバーの状況（不安や予期悲嘆など）や認識、考えを聞き確認します。

「他のご家族は、どうされていますか？」

「他のご家族の方は、どのように思っていますか？」

「他のご家族も、同じように思っていらっしゃるのでしょうか？」



患者が希望していない治療や、医学的な適応が乏しい治療（輸液や経管栄養、民間療法など）をご家族が希望する時、また過度なケアの要求をされたりするような時、その背景には不安や無力感、自責感など強い悲嘆があることが多いので、そうしたご家族の気持ちをくみ取り、ご家族の思い・認識を適宜確認していくようにすることが大切です。



● 悲嘆への支援

- ・終末期がん患者の家族ケアは、看取りの時期に至るまでの継続的な予期悲嘆への支援であり、その後続く喪失の悲嘆への支援にもつながります。
- ・家族の一人ひとりが、悲しみを十分表出できるようにすること、そしてその悲しみをしっかり受け止めることが重要です。
- ・看取りの後には、できるだけ患者さんとご家族で過ごす時間、ご家族が悲しむことのできる時間を確保するようにします。そのことが、看取り時のご家族の満足感を上げます²。

● Bad News が伝えられる時のサポート

- ・《医師がBad Newsを伝える前》患者さん・ご家族の心配や情報へのニーズ、希望を把握している時は、事前に医師に伝え、患者さん・ご家族の意向に沿った情報提供がされるようにサポートします。
- ・《医師からBad Newsを伝えられた後》患者さん・ご家族のつらい気持ちに共感を示す声かけをし、情緒的なサポートをします。何も言わずにただ傍に寄り添うことが何よりのサポートになることもあります³。

「先生からのお話は、ショックでしたね…」

「おつらかったですね…」

「どなたでも同じように感じると思います」

「どうしていくことが〇〇さんにとって一番よいか、みんなで考えていきましょう」

「〇〇さんに対して私たちができる限りのサポートをしていきますので、一緒にがんばっていきましょう」



- ・医師からの説明時は、強い心理的ショックで混乱や放心状態になっていることも多いので、気持ちが少し落ち着いた後日、医師からの説明をどのように受け止めたか、正しい認識ができているか理解度を確認することが大切です。
- ・また、いつでもご家族の質問、相談に応じることを言葉できちんと伝えておくこと、普段から一言でも声をかけて話しやすい関係性をつくっておくことも大切です。

「先日の先生からの説明はどうでしたか？ わからないことはなかったですか？」

「今お聞きになりたいことが思い浮かばなくても、あとで思い出すかもしれません。いつでも遠慮なくご質問、ご相談くださいね。」



Memo Bad News が伝えられる時の看護師の役割

- ・患者や家族の気がりや情報ニーズを把握し、医師や他のスタッフに伝える「代弁者」としての役割
- ・患者や家族に対し「情緒的サポート」を提供する役割
- ・患者や家族に対する「情報提供者」としての役割
- ・「医師へのサポート」を提供する役割

Radziewics,R., & Baile,W.F. (2001) . Communication skills; breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*,28(6),951-953.



必要な情報を提供しよう！

- 家族が正しい認識をもてるようにする
- 家族の不安や後悔、心残りが最小限となるようにする

- 家族のニーズに合った情報を、わかりやすい言葉で説明する
- 家族の意思決定や問題解決に必要な正確な情報を提供する
- 家族が正しい理解ができていない時、情報の整理や補足説明を行う
- 家族が希望をもちながら心の準備ができるように説明、助言する
- 家族でも取り入れることができるケアや工夫について助言する

- ・ご家族は、【患者の状態を知りたい】【死期が近づいたことを知りたい】そして【患者の安楽の保証をしてほしい】というニーズを持っています。（p.15参照）
- ・死別に対する準備のためにも、ご家族の多くが、これからどうということが起こるのか（終末期に予測される経過や予後）などの家族の不確かなことについて詳細な情報を知りたいことが報告されています^{4,6}。
- ・しかし、一般病院での医師から家族への説明（病状や治療内容、将来の見通しの説明、治療の選択に家族の希望が取り入れられるような配慮）について、約4割のご家族がなんらかの改善の必要性があると考えています^{7,8}。
- ・また、看護師の半数が、医師の補足説明として予後のことや、前もって死が近づいた時の状況の具体的な説明をしていなかったことが報告されています⁹。

Memo 終末期がん患者の家族の情報ニーズ

疾患に関連した情報

1) 疾患に関する情報	がんの性質，病態，今後の経過 など
2) 治療に関する情報	がんに対する治療内容，治療による利益，不利益 など
3) 予後に関する情報	余命

ケアに関連した情報

4) 患者の身体的ケアに関する情報	患者の痛みや治療による副作用などの身体的症状に対するケアの方法や対処の仕方
5) 患者の心理的ケアに関する情報	患者の不安，恐れ，落ち込みなどの心理的症状に対するケアの方法や対処の仕方
6) 家族のケアに関する情報	家族の身体的・心理的症状に対する対処法や他者からの支援に関する情報

福井小紀子. (2002). がん患者の家族の情報ニーズおよび情報伝達に関する認識とその関連要因：初期と末期の比較. 日本看護科学会誌, 22(3), 1-9.

● 患者の状態がよいうちから、「しておいたほうがよいこと」について相談にのる

- ・ご家族が患者さんの状況を現実のものとして受け止め、心の準備をすることができるように、ご家族の面会時に患者さんの病状についてその都度丁寧に説明します。
- ・「『急に』患者さんの状態が悪くなってしまい、聞いておきたい・話しておきたい・やってあげたいことがあったのにできなかった…」 「最期の日が近いことをもう少し早く知らせてくれれば…」というような後悔や心残りがないようにご家族が準備できるようにするためにも、**看護師はある程度の「目安」を意識しておくことが必要**です。


例) 「やってあげたいことができる患者の体力がある時間」「意識があって患者と話ができる時間」…など

- ・多くのがん患者さんは、亡くなる2~3か月前まではある程度問題なく日常生活を送ることができますが、**亡くなる1~2か月前になると急激にADLが低下します¹⁰**。
(約2割の患者さんは、急な病状悪化による急変で亡くなっています。)
- ・また、予測される経過(余命)が医師より伝えられていても、**主治医は実際より有意に長く予後を予測していて、更にご家族は主治医より有意に長く予後を認識していることが報告されています¹¹**。(患者さんはご家族よりも更に長く予後を認識しています。)
- ・したがって、このことを看護師が認識し、**患者さんの状態が比較的よい「早い」時期に、ご家族の心の状態に合わせながら、患者さんにやってあげたいこと、しておいたほうがよいことの相談に乗ること、そしてご家族の気持ちに配慮しながら「やってあげたいことがあれば早めに準備しておいたほうがよい」ことを伝えることが、先々のご家族の助けになります。**

「〇〇さんの状態がよくない場合のことを考えることもありますか？」

▣ 療養の場の意思決定 p.29

「ご入院された方のご家族皆さんにお聞きしているのですが、もし〇〇さんの状態が今よりも悪くなったとしたら、その前にしておきたいことなど、何かご希望はありますか？」

 **エビデンス** 家族の希望を支えながら将来に備えるための支援

95施設の緩和ケア病棟に入院していたがん患者さんのご遺族454名の質問紙調査の結果です。

例) 医師・看護師と「達成可能な目標を具体的に話し合えた」と回答したご家族は、そうではなかった人に比べて「希望をもつことができた」と回答する確率が1.9倍であることを示しています。(*)

「家族が希望をもちながら、心残りのないように準備すること」と「医師・看護師の言動」との関連の強さを示しています。	希望をもちながら準備することができた (オッズ比)	準備することができた (オッズ比)	希望をもつことができた (オッズ比)
患者の状態が比較的よいときから「しておいたほうがよいこと」について相談にのってくれた	3.9	2.6	2.3
家族の心の準備に合わせて説明してくれた		2.6	
達成可能な目標を具体的に話し合えた			1.9 *
患者の体力をつけるのに役立つようなこと(食事やリハビリテーションなど)を一生懸命考えてくれた			1.9
代替療法について、関心をもって相談にのってくれた	3.1	2.2	

Shirado,A., Morita,T., Akazawa,T., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2013). Both maintaining hope and preparing for death: effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45 (5),848-858.

- また、「余命≠コミュニケーションが取れる時間」ではないことを医療者は知っていますが、特に看取りの経験のないご家族は、徐々に意識が混濁して話ができなくなり最期の時を迎えるというイメージができていません。
- したがって、患者さんと話ができる時間はご家族が思っているよりも短いことが多いので、患者さんが話のできるうちに「聞いておきたいこと」や「伝えておきたいこと」はないか、「会わせたい人」はいないか早めに考えておいた方がよいといったアドバイスが重要になります¹²。最後のコミュニケーションをとれる機会を逃さないようにすることも大切です。
- 家族の気持ちに寄り添って、希望を支えてもらえ、後悔しないように必要なことを教えてくれ、一緒に考えてもらえる支援をご家族は望まれています¹³。

● 家族が患者のためにできることをアドバイスする

- ご家族は、【患者のそばにいたい】そして【患者の役に立ちたい】というニーズを持っています。(p.15参照)
- 「患者さんにできる限りのことをしてあげられた」という認識は、死別後のご家族の精神的安定のためにも重要です⁴。
- ご家族の心残りや後悔が最小限となるように、ご家族が「患者さんのためになることができた」と感じることができ、患者さんも喜ぶことを一緒に考え助言します。そのことは、ご家族の無力感や自責感を和らげることにもなります。

例) 食事の工夫、マッサージ、整容、簡単な口腔ケア、患者さんの好きな音楽をかける… など

- また、何もしなくても、そばにいたことが何より患者さんの安心につながっていると伝えることは、ご家族の安心にもつながります。

「そばにいただけでも、
〇〇さんは安心されていると思いますよ」

● 患者との接し方をアドバイスする

- ご家族は、【患者との対話の時間をもちたい】というニーズを持っています。(p.15参照)
- がん治療・緩和ケアに関するご家族の最も多かった要望は、「十分な苦痛緩和をしてほしい」と共に「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」でした¹⁴。

(ちなみに、次に多かったのが「病状・治療・予後に関して十分な説明をしてほしい」でした。)

- ご家族は、患者さんの感情やその変化に戸惑いを感じ、どのように接したらよいか不安も抱えているので、患者さんへの関わり方をアドバイスすることはご家族の助けになります¹⁵。

「『心配だよね』『つらいよね』と声をかけることは、
〇〇さんにご家族が気持ちを理解しているということが伝わりますよ」

「『がんばってね』ではなく『がんばってるね』と声をかけるといいですよ」

「否定はしないで、〇〇さんのお話に合わせていつも通り接していただくと
〇〇さんも安心されると思います」(せん妄の時など)

「できるだけ今までと同じように声をかけてあげてください」



「ご家族のみなさんに声をかけていただいたり、～～をしていただけると〇〇さんも喜ばれると思います。一緒にやってみませんか？」

- 看取り時は、多くのご家族が、患者さんにどう接したらよいのか、どのようにしてあげたらよいのかわからず不安を感じているので、手を握る、身体をさする、唇を湿らすなどのご家族にできることを伝えます。
- 患者さんの聴覚は最期まで保たれていることを伝えられたご家族の多くが助けになったと評価しており、伝えられなかったご家族の4割が「伝えてもらえたらよかった」と思っていることが報告されています¹⁶。
- また、「患者さんに言葉で思いを伝え気持ちが伝わった」と思うご家族の後悔は少ないことが分かっています。ただし、日本特有のコミュニケーションとして「言葉にしなくても気持ちは伝わっていた」と思っているご家族も多いので、単にすべてのご家族に思いを伝えるように促せばよいというものでもありません¹⁶。
- タイミングを逃すなどで患者さんに思いを伝えられず、後悔やつらさを感じているご家族には、その思いを十分受け止めたうえで、「言葉で伝えられなくても気持ちは伝わっていた」と思えるよう意味づけられるような声かけをすることが重要です。

「私たちは、〇〇さんのつらさがなるべく少なくなるように十分ケアしていきますので安心してください」

● 患者の安楽(苦痛がないこと)を保証する — 家族が安心して患者にそばにいろようにする

- ご家族は、患者さんの状態は終末期において普通のことなのか、苦しんでいないのか、これからどうなってしまうのかといった思いを抱えながら患者さんの傍にいます。
- 患者さんの苦痛が最小限になるように努力し、十分な症状緩和に努めることは基本ですが、こうしたご家族の不安な気持ちを軽減するために、看護師は**一般的な終末期(死)の経過を理解し、ご家族に適宜わかりやすく説明できるようにする必要があります**。
- 常に患者さんが苦痛を感じていないか気かけ（表情や眉間のしわ、手足の動きがないかなど）、死前喘鳴や下顎呼吸、唸吟や半開眼の状態などは亡くなるまでの自然な経過であり、**患者さんに苦痛がないことを言葉で伝えることが大切です**。
- 看取り時に、「患者は苦しくないと思うことを教えてくれた」「どう患者に接したらよいかを教えてくれたり一緒に考えてくれた」ことが、ご家族の満足度を上げることが分かっています²。
- そして、「**医療用麻薬や鎮静は寿命を短くするものではない**」ことを、はっきりと伝えておくことも大切です。（ご家族は「**医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい**」要望を持っています^{13,14}。）

「穏やかなお顔をされていますね」

「お薬を使うと寿命が短くなるのではないかとご心配されているかもしれませんが」「苦しさが取れるだけの量のお薬を使いますから、使ったからといってそのせいで必ず寿命が短くなるということはありません」

● 家族の意思決定を支援する

- 先々の療養場所についての患者さん・ご家族の考えを聴き、必要な情報提供や多職種と連携し、患者さんが希望する場所で過ごせるようにすることは、患者さんのQOLに影響します¹⁷。
 - ご家族が患者さんの価値観や意向を理解し、できる限り話し合い、合意に近づいた状態で決断に至ることが、ご家族にとって患者さんの意思を尊重し決定できたという満足感と安心につながります¹⁸。
 - しかし、患者・家族それぞれに「望む療養場所」や「最期の過ごし方」を確認している看護師は4～5割でした¹⁹。
 - また、意思決定のプロセスにおいて、**約4割のご家族が心理的重圧や苦痛を感じており、3割のご家族が、家族の心配事や気持ちを聞く、価値観を共有する関わりはなかった**と思っており、これらは家族の負担感と関係していたことが報告されています²⁰。
 - したがって、療養場所の選択は家族にとって負担となっていることを念頭に、**早期からご家族がどのような希望を持っているのか、その希望を実現する力をどの程度持っているのかを把握し、サポートしていくことが重要です。**
 - また、一度決定した後でも、希望はいつでも変えることができることを伝えておくことも大切です。

「お気持ちが変わることもあるかもしれませんので、そのような時はいつでも言ってくださいね」
 - 社会的・経済的理由などで患者さんの意思を第一に優先できない状況が、死別後においてもご家族を苦しめることがあるので、ご家族が罪悪感や無力感を抱くことのないよう、**ご家族が最終的に決定したことに対して「これでよかったのだ」と思えるように肯定的フィードバックをし、ご家族の意思決定を支持することが大切です。**
-
- 患者さんの意思決定・意思表示が困難な場合、「**家族の大切な役割は患者の意思を推測することで、すべての意思決定の責任を家族が負うのではないこと**」「**家族ひとりで決めるのではなく、医師・看護師も一緒に考え責任を共有すること**」を明確に伝えることが重要です。

「私たちは、今までの〇〇さんの生き方や価値観を大切にしたいと考えています」

「もし〇〇さんが十分お話できる状態でしたら、今の状況の時、どのような治療を希望されるでしょうか？」
「〇〇さんが以前、おっしゃっていたことはありますか？」

「とてもおつらい決断ですよ…でも、ご家族だけに決めてくださいということでは決してありません」

「私たちも、ご家族のお考えを伺ったうえで、一番よい方法を一緒に考え、責任をもって行いたいと考えています」
 - キーパーソン(家族内で決定権を持っている人)だけでなく、他のご家族(親戚も含め)それぞれが納得した合意形成ができたか確認することも大切です。



家族自身の力を引き出そう！

- 可能なサポートを取り入れる
- 多様な対処機制が得られるようにする

● 身近な人に協力や支援を求められることができるようにする（家族役割の調整）

- ・ご家族が支えになってくれる人の存在を認識し、適切な援助を求められることができるように支援します。

「今話されたことは、他のご家族にもお話しされていますか？」

「他のご家族にも相談してみませんか？」

● ご家族の健康への配慮とストレスへの対処をアドバイスする

- ・いつも患者さんに付きっきりで献身的な看病をするなど、医療者から過度に頑張りすぎているように見えるご家族の中には、「疲れてもいいから、患者のためにできる限りのことをしたい」という気持ちのご家族も少なくありません。
- ・自分自身のストレス、心身の不調に気づいていながらも、患者さんの方がつらい状況にあるのだから自分が休むわけにはいかないと、**ストレスへの対処を十分に図ろうとしないご家族も多いので、疲れた時には一人で抱え込まないようにすることを伝え、対処することができるように支援します。**

「お疲れではないですか？」

「お休みになられていますか？」

「〇〇さんが休まれている時は、ご家族も身体を休めてくださいね」

「おひとりで抱え込まないでくださいね」

「身近な人に話を聞いてもらうと、お気持ちが楽になりますよ」

「気分転換に、好きなことやゆっくり入浴されるなどして、リラックスできる時間をもつことも大切です」



- ・ご家族が自分自身のストレスへの対処をきちんとすることが、**患者さんのケアの充実にもつながることを伝えることも必要**です¹⁵。

「ご家族がたまに休息をとってリフレッシュされた方が、〇〇さんもきっと安心されますよ」

● 肯定的なフィードバックやご家族の強みを伝える

- ・ご家族の達成感が得られ、自尊心が強化されるようにします。（死別前～臨終後）

「がんばっていらっしゃいますね（ましたね）」

「〇〇さんは、感謝していらっしゃいましたよ」

「お互いを思いやってこられたご家族なのでね」

● 家族間のコミュニケーションをサポートする（家族関係の調整）

- ・家族内の問題は、医療者が介入できる問題とそうでないものを区別する必要があります²¹。
- ・患者・家族間の意見の食い違いなどは、それぞれの立場や思いに十分理解を示し、互いの思いや考えを伝える手助けをします。どのようにするのが患者さんにとって一番よいかを具体的に話し合い、家族全体の納得が得られるように調整します。（意思決定支援）
- ・家族内の確執など、医療者が介入できない家族間の問題に関しては、解決できなくてもご家族の話に耳を傾け、感情の表出を促し、共感を示すことで、ご家族が「気にかけてくれている」「わかってもらえた」という気持ちになれば、それは情緒的支援になります。

参考資料

ご家族への対応の参考となるツール、文献

● 看取りの時期の家族への対応



● 家族・遺族を対象とした国内外の調査結果と、日本での大規模な量的研究の結果をもとに作成された、家族・遺族の体験を反映した家族用のパンフレットです。

● ご家族が、自宅を含めて安心して看取れることを目的として作成されたツールで、亡くなる一週間前後の一般的な経過を中心として、多くのご家族が心配・不安な内容について、わかりやすく記載されています。

【内容】

- これからの過ごし方について
- これからどうなるのでしょうか
- 苦しさは増すのでしょうか
- せん妄がみられるとき
- 喘鳴があるとき
- 点滴について考えるとき

● したがって、ご家族から上記の心配や不安を表出された時の対応や、看取りの時期のケア、ご家族への説明（亡くなるまでの経過、患者への対応の仕方、家族ができることなど）をどのようにしたらよいか知りたい時、看護師にも参考となるツールです。

【ダウンロード先】

日本緩和医療学会 緩和ケア継続教育プログラム PEACE PROJECT ホームページ
▶ 緩和ケア研修会資料ダウンロード ▶ 緩和ケア研修会教材 ▶ その他の資料〈患者・家族用パンフレット〉12. これからの過ごし方について（看取りのパンフレット）PDF
<http://www.ispm-peace.jp/support/pdfdownload.php>

● 患者・家族へどう声をかけたらいいかわからない時の対応のヒント



● 緩和ケアのエキスパートが「魔法の言葉」だと思っている言葉、「力のある言葉」「これは、という言葉」が紹介されています。

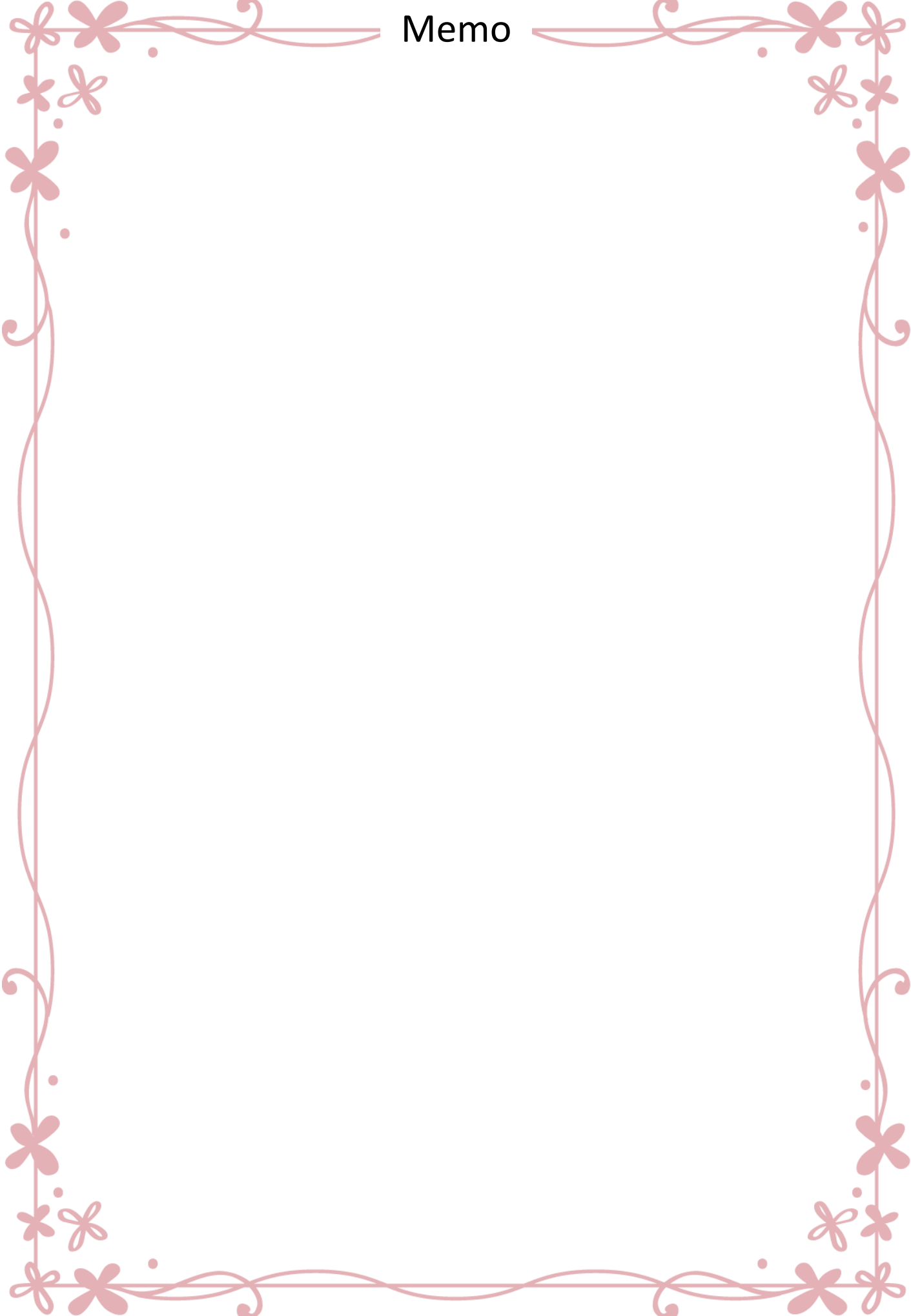
● 何か患者家族の役に立ちたい、だけど、こんな時どう声をかけたらいいのかな、どう声を最初にかけたらいいか言葉が見当たらない…そんな時にヒントをくれる本です。

【内容】

- 頑張る患者・家族への魔法の言葉
- 行き詰った時の魔法の言葉
- 感情に圧倒されている時の魔法の言葉
- 決める時や後悔を感じている時の魔法の言葉
- 症状コントロールの際の魔法の言葉
- 在宅や緩和ケア病棟を紹介する時の魔法の言葉
- 最後の数日の魔法の言葉
- 初めて会う時の魔法の言葉

● 緩和ケア 2016年6月増刊号、青海社、¥3,240

Memo



引用文献

【はじめに】

1. 清水恵. (2013). 緩和ケア病棟における医療者・家族間の説明/話し合いの現状について. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2 (pp. 88–97). 青海社.
2. Yoshida,S., Hirai,K., Morita,T., Shiozaki,M., Miyashita,M., Sato,K.,...Shima,Y. (2011). Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*,41 (3),594–603.
3. Shinjo,T., Morita,T., Hirai,K., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2010). Care for imminently dying cancer patients: Family members' experiences and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*,28(1),142–148.
4. 白土明美, 森田達也. (2010). 遺族からみた終末期がん患者の家族の希望を支え、将来に備えるための望ましいケア. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (pp. 69–74). 青海社.
5. 福井小紀子, 猫田泰敏. (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. *日本看護科学会誌*,24(4),46–54.
6. Boyd,D., Merkh,K., Rutledge,D.N., & Randall,V. (2011). Nurses' perception and experiences with end-of life communication and care. *Oncology Nursing Forum*,38(3),E229–239.
7. Beckstrand,R.L., Rawle,N.L., Callister,L., & Mandelco,B.L. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*,36(4),446–453.
8. Schulman-Green,D., McCorkle,R., Cherlin,E., Johnson-Hurzeler,R., & Bradley,E.H. (2005). Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. *American Journal of Critical Care*,14(1),64–70.
9. Hancock,K., Clayton,J.M., Parker,S.M., Walder,S., Butow,P.N., Carrick,S.,...Tattersall,M.H. (2007). Discrepant perceptions about end-of-life communication: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*,34(2), 190–200.
10. Csikai,E.L. (2006). Bereaved hospice caregivers' perceptions of the end-of-life care communication process and the involvement of health care professionals. *Journal of Palliative Medicine*,9(6),1300–1309.
11. Cherlin,E., Fried,T., Prigerson,H.G., Schulman-Green,D., Johnson-Hurzeler,R., & Bradley,E.H. (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: When do discussions occur and what is said? *Journal of Palliative Medicine*,8(6),1176–1185.
12. Hudson,P.L., Aranda,S., & Kristjanson,L.J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: Challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*,7(1),19–25.

【このガイドについて】 (p. 2~4)

1. 小島操子. (1986). 危機状況にある患者の理解と看護の役割. *看護学雑誌*,50 (10),1106–1113.
- McEvoy,M.D. & Egan,E.E. (1979). The process of developing a nursing intervention model, *Journal of Nursing Education*,18(4),19–25.
2. 木澤義之. (2012). 緩和ケアチームの全国調査. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会(編), ホスピス緩和ケア白書2012 (pp.1–5). 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
3. Pitceathly,C. & Maguire,P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer*,39(11),1517–1524.
4. Braun,M., Mikulincer,M., Rydall,A., Walsh,A., & Rodin,G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*,25(30),4829–4834.
5. Kissane,D.W., & Bloch,S. (1994). Family grief. *The British Journal of Psychiatry*,164(6),728–740.
6. Ringdal,G.I., Ringdal,K., Jordhøy,M.S., Ahlner-Elmqvist,M., Jannert,M., & Kaasa,S. (2004). Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: Results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. *Palliative Medicine*,18(2),108–120.
7. Garrido,M.M., & Prigerson,H.G. (2014). The end-of life experience: Modifiable predictors of caregivers' bereavement adjustment. *Cancer*,120(6),918–925.
8. Abbott,C.H., Prigerson,H.G., & Maciejewski,P.K. (2014). The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation. *Journal of Pain and Symptom Management*,48(3),459–464.
9. Akechi,T., Akizuki,N., Okumura,M., Shimizu,K., Oba,A., Ito,T.,...Uchitomi,Y. (2006). Psychological distress experienced by families of cancer patients: Preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology*,36(5),329–332.
10. Ishida,M., Onishi,H., Matsubara,M., Tada,Y., Ito,H., Narabayashi,M.,...Uchitomi,Y. (2012). Psychological distress of the bereaved seeking medical counseling at a cancer center. *Japanese Journal of Clinical Oncology*,42(6),506–512.
11. 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 小笠原知枝 (2006). 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因. *大阪大学看護学雑誌*,12(1),1–10.

【ストレスフルなできごと】 (p. 7~15)

1. 守田美奈子, 酒井敬介, 奥原秀盛, 吉次道泰, 天野幹子, 吉川裕子,...竹中文良. (1999). がん患者を抱える家族のQOL. *死の臨床*,22(1),88–94.
2. 近藤まゆみ. (2011). 一般病棟でのがん終末期の家族ケアの現状. *家族看護*,9(1),52–57.
3. 松島英介. (2007). 一般病院における緩和医療の実態. 厚生労働省科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業: わが国の尊厳死に関する研究. 平成18年度総括・分担研究報告書,43–51.
4. Gabbay,B.B., Matsumura,S., Etzioni,S., Asch,S.M., Rosenfeld,K.E., Shiojiri,T.,...Lorenz,K.A. (2005). Negotiating end-of-life decision making: a comparison of Japanese and U.S. residents' approaches. *Academic Medicine*,80(7),617–621.
5. 新城拓也. (2013). 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2 (pp. 50–58). 青海社.

6. Morita,T., Miyashita,M., Shibagaki,M., Hirai,K., Ashiya,T., Ishihara,T.,...Uchitomi,Y. (2006). Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management*,31 (4),306-316.
7. 池永昌之. (2013). 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への説明・ケアについての検討。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 43-49). 青海社.
8. Meares,C.J. (1997). Primary caregiver perceptions of intake cessation in patients who are terminally ill. *Oncology Nursing Forum*, 24 (10),1751-1757.
9. Morita,T., Tsunoda,J., Inoue,S., & Chihara,S. (1999). Perceptions and decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *American Journal of Hospice and Palliative Care*,16 (3), 509-516.
10. Given,B.A., Given,C.W., Helms,E., Stommel,M., & DeVoss,D.N. (1997). Determinants of family care giver reaction. New and recurrent cancer. ,*Cancer Practice*,5(1),17-24.
11. Namba,M., Morita,T., Imura,C., Kiyohara,E., Ishikawa,S., & Hirai,K. (2007). Terminal delirium: families' experience. *Palliative Medicine*,21 (7),587-594.
12. Morita,T., Hirai,K., Sakaguchi,Y., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2004). Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*,45 (2), 107-113.
13. Shimizu,Y., Miyashita,M., Morita,T., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2014). Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*,48 (1),2-12.
14. 森田達也，角田純一，井上聡，千原明. (1999). 緩和ケアにおける家族・医療者間葛藤に関する予備的調査. *死の臨床*,22 (1),81-87.

【ご家族への支援】 (p22～30)

1. Hebert,R.S., Schulz,R., Copeland,V., & Arnold,R.M. (2008). What questions do family caregivers want to discuss with health care providers in order to prepare for the death of a loved one? An ethnographic study of caregivers of patients at end of life. *Journal of Palliative Medicine*,11 (3),476-483.
2. Shinjo,T., Morita,T., Hirai,K., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2010). Care for imminently dying cancer patients: Family members' experiences and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*,28 (1),142-148.
3. 梅澤志乃. (2007). 医師・看護師の連携と看護師が伝える悪い知らせ. 内富庸介，藤森麻衣子(編)，がん医療におけるコミュニケーション・スキル-悪い知らせをどう伝えるか (pp.115-124). 医学書院.
4. Hudson,P.L. (2006). How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*,9(3),694-703.
5. Clayton,J.M., Butow,P.N., Arnold,R.M., & Tattersall,M.H. (2005). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer*,13 (8),589-599.
6. Mangan,P.A., Taylor,K.L., Yabroff,K.R., Fleming,D.A., & Ingham,J.M. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliative Support Care*,1 (3), 247-59.
7. 清水恵. (2013). ケアのプロセスの評価。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 12-16). 青海社.
8. 宮下光令. (2013). 遺族からみた緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・介護負担. 平成24年度 厚生労働科学研究費補助金 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」班(編)，OPTIM Report 2012 エビデンスと提言-緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 (pp. 391-393). 青海社.
9. 福井小紀子，猫田泰敏. (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. *日本看護科学会誌*,24 (4),46-54.
10. Lunney,J.R., Lynn,J., Foley,D.J., Lipson,S., & Guralnik,J.M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA: The journal of the American Medical Association*,289 (18), 2387-2392.
11. 佐藤恭子，目時陽子，井川理映子，石黒浩史，狩野真由美，宮森正. (2013). 主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究. *死の臨床*,36 (1),145-149.
12. 森田達也，白土明美. (2016). エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア (pp.80).医学書院.
13. 山田博英，小田切拓也，津村明美，井村千鶴，宮下光令，森田達也. (2012). 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. *Palliative Care Research*,7 (1),342-347.
14. 古村和江，宮下光令，木澤義之，川越正平，秋月伸哉，山岸曉美，...江口研二. (2011). 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望-821名の自由記述からの示唆. *Palliative Care Research*,6 (2),237-245.
15. 浅井真理子. (2007). 家族への対応. 内富庸介，藤森麻衣子(編)，がん医療におけるコミュニケーション・スキル-悪い知らせをどう伝えるか (pp.112-114). 医学書院.
16. 中里和弘. (2013). ホスピス・緩和ケア病棟の患者 - 家族間で交わされる思い・言葉について - 患者 - 家族が伝え合う「ありがとう」を支えるために - 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 75-81). 青海社.
17. Kinoshita,H., Maeda,I., Morita,T., Miyashita,M., Yamagishi,A., Shirahige,Y.,...Eguchi K. (2015). Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *Journal of Clinical Oncology*,33 (4),357-363.
18. 櫻井智穂子. (2014). エンド・オブ・ライフケアにおける家族の意思決定支援-最善のケアを導く「対話」と「プロセス」の重要性. *家族看護*,12 (1),44-49.
19. 河野由美. (2014). 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因. *日本看護科学会誌*,34 (1),123-130.
20. 荒尾晴恵. (2016). 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (pp. 96-101). 青海社.
21. 木下寛也. (2009). 家族とのコミュニケーション・スキル. 藤森麻衣子，内富庸介(編)，続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル-実践に学ぶ悪い知らせの伝え方 (pp.140-148). 医学書院.

参考文献

【危機理論 および ストレス・コーピング】

1. Aguilera,D.C. (1994 / 1997). 小松源助, 荒川義子(訳), 危機介入の理論と実際－医療・看護・福祉のために. 川島書店.
2. 寺崎明美, 奥園夏美. (2010). ストレス・危機理論. 寺崎明美(編), 対象喪失の看護－実践の科学と心の癒し (pp.54–62). 中央法規出版.
3. 舘山光子. (2010). 危機理論. 野川道子(編),看護実践に活かす中範囲理論 (pp.185–205). メヂカルフレンド社.
4. 茂庭知子. (2010). ストレス・コーピング理論. 野川道子(編),看護実践に活かす中範囲理論 (pp.206–222). メヂカルフレンド社.
5. 武藤教志. (2012). 専門的な思考を鍛える看護のためのフレームワーク (pp.52–53). 精神看護出版.
6. Ziegler,S.M. (1993 / 2002). 竹尾恵子(監訳),理論にもとづく看護実践－心理学・社会学の理論の応用 (pp.6–30). 医学書院.
7. 吉田智美. (1996). がんの終末期で症状緩和をうける患者の家族のストレス・コーピング－一般病棟と緩和ケア病棟の比較－. 日本看護科学会誌,16(3),10–20.
8. 加藤亜妃子, 水野道代. (2009). 終末期がん患者を看病する配偶者のストレス－対処過程. 日本がん看護学会誌,23(3),4–13.
9. 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二. (1995). 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成. 教育相談研究,33, 41–47.

【家族看護】

1. 野嶋佐由美(監修), 中野綾美(編). (2005). 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. へるす出版.
2. 鈴木和子, 渡辺裕子. (2012). 家族看護学－理論と実践 第4版. 日本看護協会出版会.
3. 柳原清子. (2008). 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,6(2),6–10.
4. 柳原清子. (2011). がん終末期における家族看護学の主要概念の整理と最新概念. 家族看護,9(1),10–17.
5. 渡辺裕子. (2003). 終末期患者の家族の看護－家族との向き合い方. 家族看護,1(2),6–11.
6. 渡辺裕子. (2008). がん患者の家族支援に関するナースのジレンマ. 家族看護,6(2),11–18.
7. 鈴木志津枝. (2003). 家族がたどる心理的プロセスとニーズ. 家族看護,1(2),35–42.
8. 鈴木志津枝. (2012). グリーフケアとしての終末期ケア. 家族看護,10(2),37–45.
9. 池田久乃. (2003). 一般病棟における終末期患者の家族への看護. 家族看護,1(2),57–62.
10. 梅澤志乃. (2008). がん患者の家族への情緒的支援. 家族看護,6(2),88–92.
11. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信. (2008). がん患者の家族の相互理解 (コミュニケーション) を促す援助. 家族看護,6(2),103–108.
12. 小笠原利枝. (2006). 臨死期における遺族ケア. 家族看護,4(2),46–50.

【緩和ケア】

1. 森田達也, 白土明美. (2016). エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア (pp.71–180). 医学書院.
2. 余宮きのみ. (2011). ここが知りたかった緩和ケア (pp.224–241). 南江堂.
3. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(編). (n.d.). 浜松市1000件の調査に基づくがん患者さん・ご家族の声. http://www.seirei.or.jp/optim/material/pdf/voice_00.pdf
4. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編). (2010). 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版 (pp.32–34). 金原出版.

おわりに

以前、緩和ケア病棟で大切な家族の一員を看取られたご遺族に、遺族ケアについてインタビューをする機会がありました。緩和ケア病棟は、一般病棟と比べより専門的で環境面でも整っているため、私たち医療者は無条件に、終末期の患者さんご家族にとってよりよいだろうと考えてはいないでしょうか。しかし、緩和ケア病棟へ転院するまでお世話になった病院、そしてそれまで患者さんご家族を支え、慣れ親しんだ一般病棟の看護師さんへの感謝の気持ちを語られたご遺族がたくさんいらっしゃいました。

一般病棟では、多くの診断・治療期の患者さんを抱え、かつ重症化・複雑化しているため、一般病棟の看護師は多くの業務に追われています。特に終末期においては、家族への支援は不可欠ですが、すべてのご家族に多くの時間をとって関わることは難しい現状でしょう。一方、一見「問題のない家族」のように見えても、大きなストレスや問題を抱え込んでいるご家族も存在します。

どのようなご家族に時間をかけて早期から関わった方がよいかを見極めるには、ストレスフルなできごとに直面しているご家族の思いや状況をしっかりとらえ、危機に陥るリスクのある家族であるかどうか、問題を乗り越えていく力のある家族であるかどうかのアセスメントが重要です。そのことで、誰に対してどのようにアプローチしていけば、ご家族の力を最大限に引き出すことができるかといった支援の糸口が見えてきます。

ご家族の支援において重要な要素をこれまで述べてきましたが、「これをすれば大丈夫」というものではありません。このガイドが、ご家族への関わり方を模索している多くの看護師さんの助けとなり、ご家族の持つ力を引き出す“ちょっとした”関わりが広がっていくことを願っています。



このガイドは、2015年度公益財団法人笹川記念保健協力財団の助成を受けて、筑波大学大学院 牟田理恵子が作成いたしました。



Supported by  日本 THE NIPPON 財団 FOUNDATION

2016年11月11日 第1版