

重病・人生終末期のナビゲーションと告知(総説)NEJM, Jan.4, 2024

「僻地で世界最先端」西伊豆健育会病院早朝カンファ 2024.1 仲田和正

付けたり:光源氏の末期乳母の見舞い、京都内裏、黒澤明「生きる」、七人の侍、ニーチェ、ツァラトゥストラ、ワイマール、Kuebler-Ross「死の瞬間」

Navigating and Communicating about Serious Illness and End of Life (Clinical Practice)

著者

•Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H.

The Department of Medicine, Division of Palliative Care and Geriatric Medicine,  
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School Center for Palliative Care

•Linda Emanuel, M.D., Ph.D.

Center for Aging and Serious Illness Research

Northwestern Medical Group, Feinberg School of Medicine, Chicago

小生この正月明けに腰痛で受診した 40 代女性の方の X 線を一目見るなり絶句しました。脊椎、腰椎の mottled osteoporosis(虫食い像的な骨粗鬆症)があり一目で癌の全身骨転移か、多発性骨髄腫と判る画像でした。ところが全身 CT、採血、胃カメラを確認しましたが骨格変化と肝機能障害、高 Ca を除き肺やその他内臓にはたいした異常がありませんし免疫電気泳動でも M 蛋白はありません。しかし脊椎椎弓の破壊、椎体皮質骨の溶解がありいつ両下肢麻痺が突発するかわかりません。

この方は医療関係者だったので事の重大性は判るだろうと思ったのですが、「多発性骨髄腫ではない」の一言で安心してしまい、説明してもまるで他人事なのです。ご主人にも同席してもらい骨生検と原発癌治療、放射線治療が必要だからと即座のがんセンター受診、入院をお勧めしました。しかし仕事もあるし夫も忙しく、リスクは判っているし小生の責任は問わないから 1 月は都合が悪く、どうしても 2 月になってからというのです。調理師のご主人も職場に調理師は二人しかおらず自分も休めないとのことでした。

小生、自分の伝え方が何かまずかったのだろうかと思ひました。たまたま NEJM の今週号 (Jan.4, 2024) にこの「重病・人生終末期のナビゲーションと告知(総説)」があり真剣に熟読しました。著者はハーバード大学、MGH(Massachusetts General Hospital)の緩和医療(palliative therapy)科の医師達です。

NEJM, Jan.4, 2024「重病・人生終末期のナビゲーションと告知(総説)」最重要点は以下の 8 点です。

- ① 末期トライアルで単発の advance care planning で QOL、アウトカム改善はなかった。
- ② 緩和ケアの RCT では会話繰り返しにより気分、QOL、疾患予後の理解が改善する。
- ③ 患者に正確な予後を伝えよ(ChatGPT 有用、仲田)。同時に医師は楽観的に接せよ。
- ④ 不良予後認識には必ず会話の繰り返しと時間が必要で、そして存在主義的成熟に至る。
- ⑤ 「患者にとって最も重要なことは何か」を聞きだしそれに寄り添え。
- ⑥ 具体的技法: 予後提示、感情に反応、会話に近親者も、最も重要なことは、受けたいケア。
- ⑦ 必須カルテ記載事項: 患者をケアする全員が閲覧できるようにする。
- ⑧ 症例: 正確な予後示す→感情起伏に共感→患者の重大事を知る→記載し介護者で共有。

驚いたことの一つは、なんと単発の ACP(advance care planning:前もって人生終末期の選択肢を決めておくこと)は、多くの RCT (randomized control trial、ランダム比較試験) によると患者の QOL やアウトカム改善には繋がらず否定的だと言うのです。

上記の患者さんのように非現実的な希望を持つのは正常反応であり、重要なのは患者との会話を何度も時間をかけて繰り返し、非現実的な希望と、どん底の間を上下しながら (oscillating) 時間をかけて対話して、初めて予後の認識 (prognostic awareness) に至るというのです。この反復する過程 (iterative process) を経なければ予後の認識には到底至らないのです。小生、この患者さんには納得してくれるまで頻回に外来に来て頂こうと思いました。

## 1. 癌末期トライアルで単発の advance care planning で QOL、アウトカム改善はなかった。

以前小生、家の子供たちに「自分が終末期になったら何もしなくていいから」と言ったところ「はい、はい」と二つ返事で、ACP は 10 秒程で終了しました。

現在 ACP (advance care planning:前もって人生終末期の選択肢を決めておくこと) は広く行われるようになりました。しかしこの総説によると、トライアルで明らかになったのは、単に ACP をとって患者の QOL 改善やアウトカムの改善にはならなかったというのです。

ACP や Serious Illness Conversations(重病で医師と患者が目標、価値観、優先事項について適切な時期に話し合う手法)でたとえ「終末期 DNR (do not resuscitate) すなわち末期に蘇生希望しない」であったとしてもその後、患者の希望は変化し得るし、多くの患者にとって臨終のはるか前に医学的判断を決めることは困難だというのです。たしかに健康な時に、あまりよく知らぬ医師から藪から棒に終末期の選択を聞かれたとしても、普段考えてもいないし、全くピンとこないでしょう。またそれで全て決定とされても困ります。

医師の多くは末期患者に対処するコミュニケーション技法のトレーニングを受けていません。

予後不良な疾患で患者が過大な希望を抱き続けることは正常な反応です。

重病に立ち向かう患者に、その重荷を軽減する手助けをするには、「悪いニュース (bad news) を伝えるに最も適切な表現 (scripts) を選択するスキル」が必要だというのです。

現在の ACP は一度述べられた希望にそって治療を行いますが、この種の会話はもっと時間がかかるものであり心理学的な調整が必要だと言うのです。

トライアルの知見では、現在の ACP には、実際に患者が自分の予後を知るプロセスがないし、また彼らが一番大切であると思っていることが共有されず、また彼らの優先度を繰り返し表明する場がないことが判りました。

まとめますと癌終末期トライアルでは 1 回の advance care planning は QOL やアウトカム改善になりませんでした。

2. 緩和ケアの RCT では会話繰り返しにより気分、QOL、疾患予後の理解が改善する。

一方、ACP でなく緩和ケア (palliative care) の RCT (random controll trial) では、様々な改善が起こると言うのです。癌の緩和ケアにより、気分や QOL、終末期ケアの改善が見られ、また疾患予後の把握 (prognostic awareness) も改善がありました。これはやはり緩和ケアには様々な人が関わり十分な時間をかけているからなのでしょう。

緩和ケア中の会話の繰り返しにより、患者の希望、悩みを聞き、疾患予後の認識を深め、不良予後に対する抵抗性 (resiliency) ができていくと言うのです。

初期から緩和ケアを受けた患者はネガティブから次第にポジティブな姿勢に変化していき、不良予後に適応するようになり (adaptive coping)、周囲に感謝を示すというのです。

源氏物語の「夕顔の巻」で、光源氏の乳母が難病で終末期になりその五条の家をお見舞いに訪ねます。この時代、五条通りは今と違って寂しい通りだったようです。

源氏の母桐壺は源氏の幼少時に死亡し、源氏はこの乳母に育てられたのです。

乳母は起き上がって「かく渡りおはしますを見たまへはべりぬれば、今なむ阿弥陀仏の御光も心清く待たればべるべき (あなたのお姿を拝見しましたので、今はもう阿弥陀仏のお迎えも心清く待つことができそうです)」と泣き出します。

源氏は「なほ久しう対面せぬ時は心細くおぼゆるを、さらぬ別れはなくもがなとなん (あなたに長く逢わずにいるのでさえ心細い気がするのに「さらぬ別れ」などあって欲しくないのですよ)」と涙をぬぐい、そこにいた乳母の子供たちも「みな、うちしほれたり」となります。千年前も今も人はなにも変わらないのだなあと感動します。

紫式部は結婚して 3 年で夫に死別しそのあとで源氏物語を書き始めています。

自らの体験も込められているのは間違いありません。

平安時代、臨終になると阿弥陀仏の絵を枕元に掲げ、阿弥陀仏の手から五色の紐が出ていてこれを患者の手に握らせて極楽往生を願ったのだそうです。そういう最期ってとてもいいなあと小生思いました。現代でも十分復活させて良いのではと思いました。

まとめますと単発 ACP の改善効果は疑問ですが一方、緩和ケアの RCT では会話繰り返しにより気分、QOL、疾患予後の理解が改善するというわけです。

3. 患者に正確な予後を伝えよ (ChatGPT 有用、仲田)。同時に医師は楽観的であれ。

患者予後を患者に納得させるようなガイドラインは現在存在しません。

この総説によると「患者は医師から正確な予後を知りたいと思っているし、同時に医師は楽観的であって欲しいと思っている」のだそうです。「最も良い方法 (best practice) は人口レベルの生存データを提示すること」です。無論データの欠落による不確実性も付け加えて生存期間を示します。現在、この予後を知ることは Chat GPT で簡単に可能です。

前記の小生の患者さんに 3 回目に会った時、彼女は既に疾患予後をネットで調べ上げて知っていました。

医師は今後の疾患進行コースをより丁寧に説明する必要があります。いきなり厳しい現実を提示するのではなく、患者が死を受容する余裕が作れるようにサポートします。

黒澤明監督「生きる(1952)」は 30 年無欠勤の市役所市民課長、渡辺がある日、自分が胃がんで余命いくばくもないことを知って突然目覚め、下水溜まりを改善して小公園を作ることに全力を挙げるといふ物語です。ヤクザに「てめえ、命が惜しくないのかよお」と言われて顔を上げニヤッと笑うところは秀逸です。

### [黒澤明、生きる - Google 検索](#)

(生きる、予告編、1952 年、30 秒 ユーチューブ)

冒頭、彼が病院の待合室で隣にいる患者に「もし、医者が何を食べてもよいと言ったら、それは胃がんの末期の時だ」と言われます。

渡辺は診察室に入り MDL(胃透視、Magendurchleuchtung)の充盈像を前に、胃潰瘍のあることを告げられます。去り際、立ち上がり「あの一、それでどんなものを食べればよいでしょうか？」と尋ねると医師の「あ一、何を食べても良いです」との答えに渡辺はその場で崩れ落ちます。この映画は昨年英国でリメイクされました。

### [<予告>『生きる LIVING』【3/31 公開】\(youtube.com\)](#)

(生きる Living、予告編、2023、ユーチューブ、1 分 3 秒)

この映画は間違いなくゲーテの「ファウスト」から着想を得ていると思います。

「ファウスト」の中でファウスト博士が「ああ、もし時間よ止まれ、お前は美しいと言える瞬間があったなら自分は死んでもいい」と独り言を言います。すると突然悪魔メフィストフェレスが現れ「よし、わかった、そういう瞬間を経験させてあげよう。しかしその時はお前の命はいただく」と取引します。そしてありとあらゆる快楽を経験させます。

ゲーテは 74 歳の時、17 歳の美少女に求婚しており、小生、エロ爺のゲーテのことだからきっと恋愛の最中にそう言うのだろうと確信していたのですが、あにはからんや、人々のための干拓事業の最中に「時間よとまれ、お前は美しい！ Verweile doch, du bist so schön! 、フェアバイル ドッホ、ドゥベスタウ ゴーシェン」と言って死んでいくのです。

ゲーテは史上、最も知能指数が高かったと言われます。

ファウストはゲーテが 83 歳で亡くなる直前に書かれたものです。彼が人生の最期に辿りついた結論は「人の為に尽くす要素がないと人生は充実しない」という事なのです。

「楽しい自分だけの趣味の世界に生きたとしても、それは最終的に充実した人生にはならないよ」というのです。医師は一生懸命勉強して治療すれば必ず患者さんから感謝される素晴らしい職業だと思います。

まとめますと患者には正確な予後を伝えます。現在これは Chat GPT で可能です。  
同時に医師は患者にとって死神でなく楽観的でなければなりません。

#### 4. 不良予後認識には必ず会話の繰り返しと時間が必要で、そして存在主義的成熟に至る。

数十年前、大学にいた時、小生、小さな町立病院の整形外科医長をやっていました。乳癌末期の女性がいて、いよいよターミナルとなりあと数日の余命だろうと思い、ご家族に会いたい方がいたら逢わせてあげて下さいとお願いしました。次々と様々な方が来られたのですが、そしたら本人は「何、何なのこれは？皆、私が死ぬと  
思っているんでしょ！」と泣き叫び修羅場になってしまいました。

自分の不良予後を理解する事 (prognostic awareness) によりかえって低い QOL、高い精神的ストレスに繋がるという研究もあります。しかしこの総説の筆者によると、このような不良アウトカムは、患者が対処戦略に十分な時間とサポートがなかったためだと言うのです。

余命についての話題は患者、医師にとって大変難しく困惑 (confusing) するものです。余命を正確に告げても患者は非現実的な希望を持ち続けることはよくあります。肺がん転移の患者の 69%、大腸がん転移の 81% の患者は、化学療法が奏功しない可能性を理解しなかったとのことです。  
生存可能性を過大評価する患者は積極的治療を希望することが多く、医師が終末期のケアを提示しても受け入れにくいようです。

厳しい自分の予後に直面して患者は感情を制御しなければなりません。喪失への強い悲嘆 (grieve loss) があり、その恐怖や不安と格闘し、新たな希望を見出す (reimagine hopes) 必要があります。「俺は乗り越えられるさ、俺は医者なんか信用しない」と言いながらも「俺の未来が読めない。この夏にまた家族旅行ができるだろうか？」と、極端な楽観からどん底まで揺れ動く (oscillating) のは重病に対処する際、心理学的に既に確立された正常なプロセスなのです。

この過程には時間が必要であり、信頼できる環境の中で、希望と不安の間を揺れ動きながら次第に患者は予後を直視し (prognostic awareness) するようになり存在的成熟 (existential maturation) に至るのです。これには「時間」が必要であり、「会話の継続 (continuum of conversation)」によって得られるというのです。

不良予後を理解するには、患者は今後の疾患のコース (trajectory) を認知的、そして感情的に統合する能力が必要です。この為には医師は患者のパートナーとなり数カ月、時には年余に亘り会話を繰り返さなければならない (iterative process) のです。

そしてこの過程は死を受け入れ、死を非トラウマ的なものとして観るに至る「存在主義的な成熟、existential maturation」であると言うのです。  
これは単発の ACP (advance care planning) ではその境地に至らないのです。「時間をかけて繰り返し会話を行うことが有効である」ことにはエビデンスが蓄積されてきました。

「存在主義的な成熟 (existential maturation)」という言葉に小生、ニーチェを思い出しました。

小生、学生の時、ニーチェの「ツァラツストラはかく語りき、Also sprach Zarathustra」を読んで痛く感動し 1975 年の夏休みに、これが書かれた美しいスイス、ジルパプラナ湖畔に行ってきました。湖畔の東側に散歩道があり途中にニーチェが突然「永劫回帰、Ewigen Wiederkehrts」の思想を思いついたという大きな三角形の緑泥片岩の岩があります。終着にニーチェの住んだ記念館がありました。

ニーチェ思想の核心は永劫回帰です。自己は永遠に同一であって不滅である。そしてもしかしたらそれは輪を描いているのではないか。自己は絶対に他人となることはなく永遠に同一でありそしてそれは永遠に回帰する (Alle Dinge ewig wiederkehren)。このぞっとするような運命を逃げることなく正面からみすえよ。そして「そうか、これが人生であったのか。さらばよし、もう一度 (War Das das Leben? Wohlan, Noch einmal!)」と勇気を出し意欲し立ち向かえと言うのです。逆に人生が永遠に回帰するのなら死なんて怖くありません。リヒルト・シュトラウスの交響詩「ツァラツストラはかく語りき」を聞きながら読むと感動します。

2017 年、小生東ドイツに行った時、ワイマールのニーチェ文書館 (Nietzsche Archiv) を訪ねました。ニーチェはここで亡くなり妹に看取られました。戦前に発行されたいらしい日本語のニーチェ全集も展示されていたのには驚きました。ニーチェは Übermensch (超人) とか Wille zur Macht (力への意思) とかヒトラーの思想の支えにもなりヒトラーがここを訪れた時の写真もありました。戦後の社会主義時代、ここは閉鎖されていたのです。小生、学生時代、ドイツ語作文の練習も兼ねて東ドイツの学生と文通していたのですが、ニーチェの感想を何気なく聞いたところ「ニーチェは帝国主義的、ファシスト的哲学者だ」と言われたのには驚愕しました。手紙は当然検閲されていたでしょうから、非常に危険な質問をしたのだなあと反省しました。

医師は患者とともに、この感情の揺らめき (vacillations) に寄り添い (align with patients)、患者の希望を受け入れ、また「患者にとって最も大事なことは何か」を探ります。  
この際必要なのは、患者の反応を正常化させつつ、悲しみ、悲嘆 (grief)、喪失感 (loss) に対して共感 (empathy) することです。  
信頼に満ち、アクセス可能な関係 (reliable and accessible partnership) を作り、どんなに長く続こうとも充実した人生の最期を送ることだというのです。

また「この会話は家族や最愛の人をも含む」ことにより異なる観点の希望、不安を包含するようになり、これは患者の予後の受容に影響を持ちます。これらすべての会話により患者は、次第に認知的、感情的に疾患を捉える (cognitive and emotionally integrated understanding of the illness) ようになります。

まとめますと不良予後認識 (prognostic awareness) には医師は患者に共感しながらの「会話の繰り返しと時間」が必要で、そして初めて存在主義的成熟 (existential maturation) に至るのです。

5. 「患者にとって最も重要なことは何か」を聞きだしそれに寄り添え。

当院に 30 年来乳癌を患ってきた看護師がいます。全身骨転移となり本人もこれ以上治療のしようがないことはよく判っています。

一時、嘔気、食欲低下で入院し、何かしてあげられることはあるか、お聞きしたところ、「最期は自分が作った庭を見ながら猫と一緒に過ごしたい」とのことでした。  
それが彼女にとって「今最も重要なこと」でしょうから、御自宅に退院となりました。

訪問診療、訪問看護もあるのですが病棟のナース達もお世話したいとのことで皆がシフトを組んで毎日通っています。小生、家内とおかずを持って伺ったところ、今後自分のような患者がまたいた時、このような対応をシステムとして作ってもらいたい。  
だから遠慮なく皆に世話をお願いしているとのことで、今後システムとすることを確約してきました。

この総説によると医師がすべきは、人生終末期に当って患者の最優先度 (priorities) を聞き出し、それを尊重することだというのです。

医師は患者のゴールを決め、人生終末期のケアをホスピスで過ごすか、救命治療をするのか、またそのような治療を中止するのかが決めます。

しかしこのように患者と信頼ある関係を築き会話ができたとしても、認知的、感情的に予後を受け入れられない患者はいます。この場合、患者は、どうみても効果のない治療を希望したりします。このバランスは難しいのですが、引き続き会話を継続し、時限を区切ってその治療を試みることも一法だろうとのことです。

小生、この総説を読んで研修医時代に読んだ Elisabeth Kubler-Ross の「死の瞬間 (On Death and Dying, 1969)」を思い出しました。当時ベストセラーになった本です。

[Amazon.co.jp: 死ぬ瞬間-死とその過程について \(中公文庫 \(キ 5-6\)\) : エリザベス・キューブラー・ロス, 鈴木 晶: 本](https://www.amazon.co.jp/dp/4010011561)

彼女は 200 人以上の末期患者とのインタビューを行い死の受容には次のような 5 つのプロセスがあるとしました。ただ全ての患者が同様の経過をたどるわけではありません。  
最終段階に達するには時間と繰り返しの会話が必要というわけです。

- i) 否認: 自分が死ぬと言う事実を否定する段階。
- ii) 怒り: なぜ自分が死ななければならぬのか怒りを周囲に向ける段階。
- iii) 取引: 死なずにすむように取引を試みる段階。
- iv) 抑うつ: 取引が無駄と知り失望、何もできなくなる段階。
- iv) 受容: 自分が死ぬことを受け入れる段階。

小生が町立病院で見た乳癌末期の患者さんは、まだ上記の否認、怒りの段階で、当院の乳癌の看護師は 30 年の闘病生活でとくに受容期すなわち存在的成熟 (existential maturation) に達していたわけです。

まとめますと「患者にとって最も重要なことは何か」を聞きだし、それに医師は寄り添います。

## 6. 具体的会話: 予後提示、感情に反応、会話に近親者も、最重要なこと、受けたいケア

具体的に患者とどのような会話をすれば良いかが書かれています。

### 【コミュニケーションの方法】

- 患者の予後受容と希望、不安を評価  
「今の病気をどんなふうに考えていますか？」  
「これからのことを考えた時、希望はありますか？」  
「今、一番心配なことは何ですか？」
- 予後について不確実性はあっても医師が判る限りのことを話す。  
「改善すると良いとは思いますが、悪化し続けるのではないかと思います。」
- 感情への反応  
「とても悲しいですね。どんなにおつらいか私には想像することしかできません。」
- 会話に最愛の人を加える。  
「誰か一緒に会話に参加してくれる方はいませんか？」
- 患者にとって一番重要なことは何か。  
「これから病気が悪化した場合、あなたにとって一番大事なことは何ですか？」
- 患者が一番受けたいケアを推奨する。  
「あなたが一番受けたいケアは何ですか？それが最優先なら私は〇〇を推奨します。」

## 7. カルテ記載事項: 患者をケアする全員が閲覧できるようにする。

カルテには会話、予後受容、その対処、患者にとって最も重要なことを記録し、患者のケアをする全員が閲覧できるようにします。

### 【カルテ記載のキーとなる事項】

- 予後受容 (prognostic awareness)
- 疾患の理解
- 予後について医師と共有されているか (治療可能か不能か)。
- 患者の状態が下降線にあるか、予後は数日、数週、数か月、数年か？
- 患者と家族が人生最終ステージでどのように対処しようとしているか。
- 患者と家族にとって最も重要なことはなにか。
- 患者と家族の関係性、障害、苦悩、治療の副作用
- 患者と家族に対して何を推奨したか



## 8. 症例: 正確な予後示す→感情起伏に共感→患者の重大事を知る→記載し介護者で共有

この総説には冒頭症例と筆者の回答があります。  
以上の復習としてお読みください。

### 【冒頭症例】

71歳男性、stage4の非小細胞性肺がん、EGFR(epidermal growth factor receptor)陽性、脊椎転移あり。癌はEGFR tyrosine kinase inhibitor(イレッサ、タルセバ、ジオトリフ、タグリツ、ヒシンプロなど)に反応しQOL良好の余命は3年と見積もられた。  
この期間、彼にとって優先度の高いのは認知症の妻の世話である。

しかし最近髄膜転移があり腰痛が増強している。主治医は疾患が進行したことと、余命は数か月と伝えている。主治医と何回も話し合ったが、彼はあと数年は生きたいし主治医は彼を見放していると感じている。化学療法と放射線治療を開始する以外に、主治医はどのように情報をまとめて患者の予後と終末医療を支えられるだろうか？

### 【筆者の回答】

医師がまず行わなければならないのは疾患予後に対する情報を提示することである。  
次に医師は患者のパートナーとなり、患者の感情が過大な希望(intense hopefulness)と現実的願望(realistic aspirations)の間を揺れ動くのに寄り添う。  
患者が自分の人生が短いことを受け入れはじめたら、今後の人生の軌道(trajjectory)に沿って、治療を選択し、人生の最期をどのように生きるか相談する。

この際、医師がすべきは、患者にとって何が一番重要なのかを明らかにすることである。  
これらをもとに、医師は患者のゴールを決め、人生終末期のケアをホスピスで過ごすか、救命治療をするのか、またそのような治療を中止するのかを決める。  
この患者に対して筆者は、まず疼痛を無くし、患者と強い治療関係性を築き、患者の予後受容を評価する。余命が数年あるのなら二人共同でゴールを決める。

患者は認知症の妻を残すことを懸念しているので、その妻のサポート、今後のケアに最善を尽くす。何回も通院を繰り返すうちに、患者の感情の起伏は少なくなり、普通に予後を語れるようになる。疲労感、食欲不振が始まると患者は死が迫ったことを悟り、人生終末期を家で家族に囲まれて過ごしたいとの希望やホスピス入所希望があれば、それに沿う。

カルテには会話、予後受容、その対処、患者にとって最も重要なことを記録し、患者のケアをする全員が閲覧できるようにする。

それでは NEJM, Jan.4, 2024、「重病・人生終末期のナビゲーションと告知(総説)」

最重要点8の怒涛の反復です。

- ① 末期トライアルで単発の advance care planning で QOL、アウトカム改善はなかった。
- ② 緩和ケアの RCT では会話繰り返しにより気分、QOL、疾患予後の理解が改善する。
- ③ 患者に正確な予後を伝えよ(ChatGPT 有用、仲田)。同時に医師は楽観的に接せよ。
- ④ 不良予後認識には必ず会話の繰り返しと時間が必要で、そして存在主義的成熟に至る。
- ⑤ 「患者にとって最も重要なことは何か」を聞きだしそれに寄り添え。
- ⑥ 具体的技法: 予後提示、感情に反応、会話に近親者も、最も重要なことは、受けたいケア。
- ⑦ 必須カルテ記載事項: 患者をケアする全員が閲覧できるようにする。
- ⑧ 症例: 正確な予後示す→感情起伏に共感→患者の重大事を知る→記載し介護者で共有