

# 10 精神面・生活への影響

## 1 意思決定に関して

### 1 患者・家族・医療者間における認識と情報の共有

輸液に関する患者・家族・医療者の態度や考え方は多様である。したがって、患者・家族・医療者間で情報を共有し、お互いの認識を確認すること、繰り返し話し合いを行う必要がある。

#### 1) 患者・家族

終末期がん患者・家族の輸液に対する態度や考え方はそれぞれによって異なるものであり、その背景にある知識、経験、価値観、文化的・社会的背景、病状認識、輸液のもつ意味合いを理解する必要がある。

終末期がん患者と家族は、輸液に対して、肯定的態度をもつ場合がある一方、否定的な考え方もつ場合もある。カナダの質的研究では、経口摂取が困難になったとき、家族は、「水分補給をしなければ命が短くなってしまう」という考え方と、「人工的な水分補給は苦痛を長引かせるだけ」という否定的な考え方をもつことが示されている。日本の緩和ケア病棟の入院患者・家族を対象とした調査でも、約80%が「輸液をしないと十分な栄養補給ができない」と信じている一方で、「輸液は苦痛を悪化させる」という回答も半数以上あった。

患者・家族が輸液を希望するかどうかは、輸液や栄養に関する知識や誤解、これまでに受けた医療の経験、価値観、患者・家族の生活してきた文化的背景、社会的価値観に関連する。また、「患者の病状に関する否認」あるいは「医師からの医学的見地に基づく推奨」が輸液を実施することにつながり、「輸液は患者の苦痛を悪化させる」という家族の認識が輸液を実施しないことに関連していた。日本の一般市民3,061名に対する調査（緩和ケア病棟でがん患者の遺族548名を含む）では、「輸液は患者の症状を和らげる」と15～31%が回答したが、約33～50%が「輸液は亡くなるまでの間、最低限の標準的なものとして続けられるべき」と考えており、経験による差はなく、これはがん終末期の輸液を症状緩和の有用性以外の意味合いをもってとらえている可能性があり、無効だからといって一律に行わないことを受け入れるのは難しいかもしれないとしている。

#### 2) 医療者

医療者の態度や考えは、個人によって、また医師-看護師間、臨床実践の場によって異なるものであり、終末期の輸液に関して医療チームで検討することが重要である。

終末期の輸液に関する医療者の見解は一定ではなく、医師個人の背景や考え方が影響している。また、日本の医師584名と看護師3,328名に対する質問紙調査では、医師と看護師の間でのコンセンサスが得られていないこと、一般病棟と緩和ケア病棟の医師、看護師それぞれでの相違がみられたが、その差は医師のほうが大きかった。さらに、日本の看護師3,328名の約半数が終末期の輸液に関する話し合いが不十分とし、特に一般病棟の看護師では医療者間の話し合いが十分ではないと認識

し、終末期輸液の意思決定に関するコミュニケーションに葛藤していると回答していた。

一方で、看護師に対して輸液に関して教育を行うことで、知識・態度やコミュニケーションに変化を及ぼす可能性も示唆されており、医療者が適切な知識をもつことで態度や考えは変化する。

## 2 心理的苦痛への支援

輸液に関する意思決定のプロセスにおいて、終末期がん患者・家族は、輸液に関して肯定的考えと同時に否定的考えをもつという両価性の感情を抱く。日本の緩和ケア病棟で患者を看取った遺族に対する調査では、患者の経口摂取低下時に452名中約70%の家族がつらさを感じており、何もしてあげられないという無力感・自責感や、脱水状態で死を迎えることはとても苦しいという認識がつらさを強め、無力感や自責感を感じることで、患者の苦痛が緩和されないこと、医療者が家族の心配に十分な配慮をしないことは、ケアの改善の必要性に関連していた。また、家族から輸液の減量や中止についての不満や不安感を表現され苦悩しているという日本の看護師の調査もある。

カナダの質的研究では、意思決定を支援する際には、①人工的水分補給についての患者の希望や認識を理解すること、②情報（利益・不利益など）を提供すること、③家族が不安を抱えているという認識をもつことが必要であるとしている。EPCRCガイドラインでも、がん終末期で死期が迫った悪液質の患者のマネジメントでは、患者やその近親者とのコミュニケーションと、治療計画についての情報共有と意思決定の共有、患者の身体的症状緩和を行うとともに心理社会的ニーズを考慮し、心理的苦痛が和らげられるよう支援すると述べられている。

## 2 実施に関して

### 1) 経口摂取ができないことや輸液療法に関連した苦痛への適切な支援を行う

- 患者の病状理解、栄養水分摂取・輸液療法への認識、あるいは、食へのニーズなどの把握に努め、心理的苦痛の評価をする。
- 経口摂取が困難な状態について、患者がつらさを感じていることを共感的に理解する。他のケアとあわせて、症状緩和のための最善のケアが提供されていると患者・家族が思えるように努める。

英国の質的研究では「食べられないこと」によって、社会的孤立を感じ、アイデンティティーの揺らぎを経験することが示唆されている。食べられない状態は、単に身体機能への影響のみならず、社会的な関係性への影響を及ぼすなど重大な意味をもつことを理解する必要がある。

- 強い心理的苦痛に対して、患者の背景や性格特性に応じた対応が有効な場合がある。
- 輸液の方法を検討し、刺入時の痛みなど処置に関する不快を最小にするよう努める。刺入部の痛み・炎症の程度を評価し、滴下速度、投与経路を適切に保つ。
- 口渇に対して適切なケアを行う。

遺族は実際の経験から、輸液よりも口腔ケアが口渇に効果があると認識していた。

## 2) 輸液療法による生活への影響を軽減する

- 輸液療法により拘束される時間を短縮する、あるいは、輸液の残量を気にかけるという精神的負担を軽減するなど、生活上の制限を最小限とする工夫をする。
- 入院施設以外でも輸液を実施できることを説明する。

## 3) 輸液の効果を適切に評価する

- 身体症状（口渇、倦怠感、せん妄、体液貯留症状、嘔気・嘔吐、気道分泌など）の程度、刺入部の状態、輸液に伴う QOL の変化を定期的に評価する。その際には、患者の主観的評価を重視する。
- 評価の結果から、最適と思われる投与量・投与経路や方法を検討する。輸液療法の満足度に関しては、「医師と 1 日 15 分以上診察機会がある」、「体液貯留症状がない」患者で高かったという報告がある。

## 4) 家族の心理的苦痛に配慮し、心理的支援を行う

- 家族の病状理解、栄養水分摂取・輸液療法への認識などの把握に努め、心理的苦痛の評価をする。
- 患者の経口摂取が困難な状態について、家族がつらさを感じていることを共感的に理解する。他のケアとあわせて、症状緩和のための最善のケアが提供されていると思えるように努める。  
終末期患者の栄養に関して、家族の反応には「最善を尽くす」という共通性があった。60%以上の遺族は医療者に対しできる限り患者が経口摂取できるよう努力してほしいと考えていた。
- 家族ができるケアをとともに考え、実施方法を工夫し、何もしてあげられないという無力感・自責感を和らげる。
- 家族に対して、終末期の輸液や栄養に関する正しい知識を日々提供する。
- 点滴をするかどうかだけでなく、家族の気持ちや不安に十分に耳を傾ける。家族が納得できるまで繰り返し話し合う。
- 家族がとらえている輸液の意味合いを理解する。

## 5) 治療効果、輸液療法に関する患者・家族の意思を考慮して、医療チームで継続的に検討する

(長谷川久巳)

### 【参考文献】

- 1) Brown D, Roberts JA, Elkins TE, et al. Hard choices: the gynecologic cancer patient's end-of-life preferences. *Gynecol Oncol* 1994 ; 55 : 355-62
- 2) Musgrave CF, Bartal N, Opstad J. Intravenous hydration for terminal patients: what are the attitudes of Israeli terminal patients, their families, and their health professionals? *J Pain Symptom Manage* 1996 ; 12 : 47-51
- 3) Chiu TY, Hu WY, Chuang RB, et al. Terminal cancer patients' wishes and influencing factors toward the provision of artificial nutrition and hydration in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 27 : 206-14
- 4) Parkash R, Burge F. The family's perspective on issues of hydration in terminal care. *J Palliat Care* 1997 ; 13 : 23-7
- 5) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. Perceptions and decision-making on rehydration of termi-

- nally ill cancer patients and family members. *Am J Hosp Palliat Care* 1999 ; 16 : 509-16
- 6) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 : 306-16
  - 7) Micetich KC, Steinecker PH, Thomasma DC. Are intravenous fluids morally required for a dying patient? *Arch Intern Med* 1983 ; 143 : 975-8
  - 8) Marin PP, Bayer AJ, Tomlinson A, et al. Attitudes of hospital doctors in Wales to use of intravenous fluids and antibiotics in the terminally ill. *Postgrad Med J* 1989 ; 65 : 650-2
  - 9) Collaud T, Rapin CH. Dehydration in dying patients: study with physicians in French-speaking Switzerland. *J Pain Symptom Manage* 1991 ; 6 : 230-40
  - 10) Asai A, Fukuhara S, Lo B. Attitudes of Japanese and Japanese-American physicians towards life-sustaining treatment. *Lancet* 1995 ; 346 : 356-9
  - 11) Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, et al. Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. *J Med Ethics* 2002 ; 28 : 109-14
  - 12) Morita T, Shima Y, Adachi I ; Japan Palliative Oncology Study Group. Attitudes of Japanese physicians toward terminal dehydration: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002 ; 20 : 4699-704
  - 13) Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al. Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Care* 2007 ; 24 : 383-9
  - 14) Miyashita M, Morita T, Shima Y, et al. Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 2007 ; 24 : 463-9
  - 15) Yamagishi A, Tanaka F, Morita T. Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: a nurse-education intervention. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 : 358-64
  - 16) Ke LS, Chiu TY, Hu WY, et al. Effects of educational intervention on nurses' knowledge, attitudes, and behavioral intentions toward supplying artificial nutrition and hydration to terminal cancer patients. *Support Care Cancer* 2008 ; 16 : 1265-72
  - 17) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. 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. *J Pain Symptom Manage* 2010 ; 40 : 671-83
  - 18) Gwilliam B, Bailey C. The nature of terminal malignant bowel obstruction and its impact on patients with advanced cancer. *Int J Palliat Nurs* 2001 ; 7 : 474-81
  - 19) Meares CJ. Primary caregiver perceptions of intake cessation in patients who are terminally ill. *Oncol Nurs Forum* 1997 ; 24 : 1751-7
  - 20) Peteet JR, Medeiros C, Slavin L, et al. Psychological aspects of artificial feeding in cancer patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1981 ; 5 : 138-40
  - 21) Burge FI. Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1993 ; 8 : 454-64
  - 22) King LA, Carson LF, Konstantinides N, et al. Outcome assessment of home parenteral nutrition in patients with gynecologic malignancies: what have we learned in a decade of experience? *Gynecol Oncol* 1993 ; 51 : 377-82
  - 23) McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994 ; 272 : 1263-6
  - 24) Ellershaw JE, Sutcliffe JM, Saunders CM. Dehydration and the dying patient. *J Pain Symptom Manage* 1995 ; 10 : 192-7
  - 25) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 786-94
  - 26) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2001 ; 9 : 177-86
  - 27) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 : 997-1006
  - 28) Morita T, Tei Y, Inoue S, et al. Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: an exploratory observational study. *Support Care Cancer* 2002 ; 10 : 474-9
  - 29) Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol* 2005 ; 16 : 640-7

- 30) Bruera E, Sala R, Rico MA, et al. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 : 2366-71
- 31) Morita T, Shima Y, Miyashita M, et al. Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 2004 ; 7 : 683-93
- 32) Morita T, Adachi I ; Japan Palliative Oncology Study Group. Satisfaction with rehydration therapy for terminally ill cancer patients: concept construction, scale development, and identification of contributing factors. *Support Care Cancer* 2002 ; 10 : 44-50
- 33) McClement SE, Degner LF, Harlos MS. Family beliefs regarding the nutritional care of a terminally ill relative: a qualitative study. *J Palliat Med* 2003 ; 6 : 737-48
- 34) Radbruch L, Elsner F, Trottenberg P, et al. Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients with a focus on refractory cachexia. European Palliative Care Research Collaborative, 2011 [Available from : [www.eprc.org](http://www.eprc.org)]