

図1 がんの進行と抑うつ（うつ病・適応障害）

Murakami 2004 ; Kugaya 2000 ; Akechi 2001 ; Uchitomi 2000 ; Akechi 2001 ; Okamura 2000 ; Akechi 2004

のうつ病、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動、中等度以上の精神疾患の治療を行う。

いきなり精神科医が緩和ケアチームに入ると、スペシャリスト過ぎて調子が合わないことがある。これは、おそらく麻酔科、ペインクリニックでブロック専門の医師が緩和ケアチームにいきなり入ると調子が合わないのとよく似ている。緩和ケアチームの対象は第1～3段階の患者が大半である。うつ病、せん妄は、ごく一部であり、職種としても浮きがちである。やはり、精神科医も第1段階からコミットして、基本的なところから参画していただきたい。

コミュニケーションスキルは、悪い知らせ、インフォームド・コンセントの場で特に重要になってくる。インフォームド・コンセントは「説明と同意」と訳され、アメリカから輸入された文化だが、説明「と」同意と訳されたがために、説明して同意を得ればよいという落とし穴に陥りやすい。人の心は知・情・意と3つの言葉で表されるが、並べてみると情のところだけが抜けていることがおわかりいただけると思う。

「悪い知らせ」を患者の将来の見通しを根底から否定的に変えてしまうものと定義すると、「がんの疑いがある」というだけで落ち込んで眠れな

くなり、検査結果を聞くまで耐えられないという人もいます。しかし、がんの診断は年間52万人であり、一生涯では、男性では2人に1人、女性では3人に1人となる。また、現在300万人いるとされるサバイバーの方は再発の不安に苛まれている。初回治療から3年ぐらいいは、肩こりがあれば「転移したのではないか」、頭痛がすれば「どうとう来たか」と不安に過ごすと言われている。不幸にして2人に1人が進行、再発を経験し、このときが一番大変だと言う人もいます。そして抗がん治療を中止し、亡くられる方が32万人である。ざっと見積もっても、2人に1人以上の方は、がん で亡くなるのである。

我々が行った疫学調査では、検査、診断、治療、再発、抗がん治療中止と、どこを切っても金太郎あめのようにうつ病、うつ状態、あるいは適応障害の方が必ずいる(図1)。精神科医から見るとライフイベントに関連したうつと理解でき、対策も病院全体をいつも監視して検査をしていくような、公衆衛生的な体制づくりが必要と思う。私が強調したいのは、「説明と同意」の間に「気持ちを持ちをスクリーニングしたり、配慮する体制」を作っていこうということである。

表3 がんの悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術訓練

著者 (出版年)	CSTの期間	対象者数	内容	研究デザイン RCT or Open trial
Aspergan (1996)	セミナー3回 + 3日間	33	共感的反応↑ (CST後) 患者との関係に対する態度→ (CST後)	Open
Baile et al. (1997)	3日間	9	自己効力感↑ (CST後)	Open
Fallowfield et al. (1998)	1.5 or 3日間	178	自己効力感↑ (CST3ヵ月後), コミュニケーションに対する態度↑ (CST3ヵ月後)	Open
Baile et al. (1999)	5時間	17	自己効力感↑ (CST1週間後)	Open
Abel et al. (2001)	半日間	54	自己効力感↑ (CST3ヵ月後)	Open
Fallowfield et al. (2002, 2003a, 2003b)	3日間	160	面接時の行動↑ (CST3ヵ月後, 1年後) 自己効力感↑ (CST3ヵ月後, 1年後) 患者のケアへの満足感→	RCT
Jenkins & Fallowfield (2002)	3日間	93	面接時の行動↑ (CST3ヵ月後), 心理社会的問題への態度↑ (CST3ヵ月後) 自己効力感↑ (CST3ヵ月後)	RCT
Farber et al. (2003)	2時間	15	コミュニケーションに対する態度↑ (CST後)	Open
Fujimori et al. (2003)	1 or 1.5日間	58	自己効力感↑ (CST3ヵ月後)	Open
Lenzi et al. (2005)	4日間	17	自己効力感↑ (CST後) コミュニケーションに関する知識↑ (CST後)	Open
Back et al. (2007)	4日間	115	面接時の行動↑ (CST後)	Open

Ⅲ. がん医療における患者—医師間の コミュニケーション

医師は「がん」という診断名を日常伝えているが、患者にとっては一生に1回か2回の非常に稀なイベントである。そうした患者—医師間のコミュニケーションについて、基本部分が欠けているところが医療現場には非常に多いことがわかって

いる。コミュニケーションの基本は、身だしなみ、静かで快適な部屋、お互いの座る位置、あいさつ、名前を確認する、礼儀正しく接する、時間を守る、電話に出るときに患者さんに断るなどであり、ちょっとしたことだが、いずれも大事な点である。

また話を聞くスキルとして、目や顔を見る、目線は同じ高さを保つ、患者に話すよう促す、相づちを打つ、患者の言葉を自分の言葉で反復する、

などがある。しかし講習会などで講演するときには、聴講者のことは、ほとんど見ていないものであるが、このような時には相手の顔、表情はどうであるかはわからない。目は非常に感情が表れるので、相手の目を意識していると話が長くなりがちだからであろう。このような経験が医師、特に精神科以外の医師に条件反射のように身に付いており、そういう診察態度が自然と身に表われてしまうからだと思う。

多くの場合、最初のオープン質問、「この2週間いかがでしたか」という一言が聞けないようだ。そうすると、一見、冗長になると思われるようだ。実は最初に一番気がかりなことが聞けるので、「この2週間、父親の肺がんのことを思い出して眠れなかった」など、結果的には面談自体長くならないし、内容は良くなる。スキルとしては、オープンで入るのが重要だと思う。応答するスキル、共感するスキル、そして「沈黙」が悪い知らせを伝えた後に非常に重要である。トレーニ

1. 情緒的サポートを第1因子とし、5因子が抽出された
2. 米国より情緒的サポートの寄与率が高い
3. 「内容と伝え方」は2因子に分かれた
4. 「質問の奨励」という新しい因子が抽出された

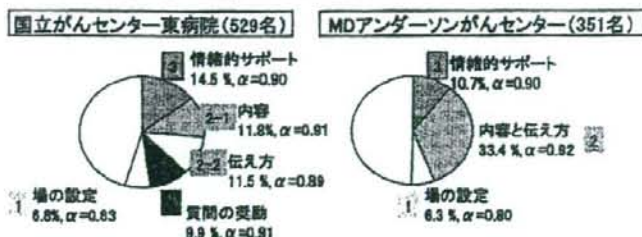


図2 予備的検討 患者の意向の日米比較
Fujimori et al.: Psychooncology, 2007

ングをすると、「沈黙を1.5秒使った」、「3秒も待てない。間が耐えられない」などと言う。10秒待てるようになるのは、2日間の講習会で、通常、2日目になってからようやく、暗い顔をしようなだれている模擬患者の方がもう一度顔を上げるまで待つ余裕が出てくる。これは非常に難しいスキルのようだ。

コミュニケーション技能訓練 (CST) では、医師役、夫婦の模擬患者、ファシリテーターがつく。訓練のシナリオは「難治がんの診断、再発、抗がん治療の中止、いずれもがんが治らない」という状況で、悪い知らせを伝える訓練を2日間行う。表3はCSTに関する10年前からの研究報告である。実は、欧米ではがんの診断を30年以上前から100%伝えている。それから20年たって、今度は「がんをどれくらい知りたいか」、「あなたの意向に沿って伝えよう」というようにまた大きく振れてきた。ちょうどアメリカと日本がすり寄って手を結んだあたりが今のCSTではないかと思う。CSTでは、自己効力感、つまり「医師が伝える自信がついてきた」「ビデオ録画して客観的に評価した行動が改善した」などを成果として見ている。最終的に患者の満足感が変わればよいが、まだそこまではきちんとしたデータが出ていない。CSTの期間は2日、3日と、だんだん長くなる傾向がある。

我々は、アメリカの代表的ながんセンターであるMDアンダーソンで行われた「コミュニケー

ションに患者は何を望むか」という質問票を用いて我々の病院で同様に調査し、結果を比べてみた(図2)。すると、米国より情緒的サポートの寄与率が高かった。また、質問の奨励という新しい寄与因子が抽出されたが、これは「医師の方から質問を積極的に聞き出してほしい」、もしくは「他の患者がどんな質問をしているのか教えてほしい」という、少し日本的ともいえる依頼、依存的な人間関係を表している。

ここまでの話をまとめる。

1) 「悪い知らせ breaking bad news」は1つのライフイベントなので、患者のストレスに影響する。

2) ガイドラインやCSTが開発されているが、エキスパートオピニオンでつくられているものがほとんどで、必ずしも患者の意向とは一致しない。たとえば、悪い知らせを伝えた後に肩や手に触れるといったことが教科書に書かれている。そういったものを20代の研修医が60代のがん患者にやったりすると違和感を生じる。現実にはそぐわないようなことを、字面だけでやっていると問題が起こりやすい。

3) 上記に加えて文化差もある。

IV. コミュニケーションに対する 患者の意向を明らかにする研究

がんに関する悪い知らせのコミュニケーション

に対する患者の意向を明らかにして、それに基づいて我が国に合ったガイドライン、CSTを作ることを目的に調査を行った。

国立がんセンター東病院において、事前に患者と面接し、およそ4つの構成概念、70項目のコミュニケーションで質問調査を行い因子分析した。対象は消化器、乳腺、頭頸部、肺がんの進行・再発患者529名で、抗がん治療中の方も含まれる。がんの診断は100%、再発は30%で、抗がん治療中止は1名のみである。

内容分析、因子分析の結果を表4に示す。情緒的なサポートとして、「家族に対しても患者と同様に配慮する」、「患者が感情を表出したら受け止めてほしい」という要望が多く出てきた。「場の設定」は海外にはないが、家族を同席させるということが出ている。伝え方も、はっきりと一度は「がん」という言葉を伝えてほしいが、二度目、

表4 結果 内容分析・因子分析

Supportive environment	場の設定 直接会って伝える。家族を同席させる
How to deliver the bad news	悪い知らせの伝え方 はっきりと伝えるが「がん」という言葉は繰り返し用いない 質問を促し、その質問に答える
Additional information	がんの別の側面 医師が推奨する治療法 予後（知りたい/知りたくない）
Reassurance and Emotional support	情緒的サポート 家族に対しても患者同様配慮する 患者が感情を表出したら受け止める

三度目以降は「腫瘍」「病気」など、気持ちに配慮した表現を使ってほしい、質問を促してほしい、などが挙げられている。

もう少し詳しく、頻度別に見ていく(表5)。「患者の質問に答える」のは当たり前であろうが、ほとんどの人が望んでいる。一方、「希望を持てることも伝える」、これは非常に難しい。

また「望まないこと」として、多くの人が、「あいまいに伝える」「いらいらした様子で伝える」「電話で家族に先に伝える」「初対面の医師が伝える」を挙げている。このような点を、まず第一歩として一律に医師をトレーニングすれば、相手の患者が誰であっても、非常によいコミュニケーションになると思う。

「意向が分かれるコミュニケーション」として、「余命についても伝える」「悪い知らせを淡々と伝える」「悪い知らせを少しずつ段階的に知らせる」「不確実な段階で伝える」「断定的な口調で伝える」などが挙げられた。意向が分かれる場合は、確認しながら双方向のコミュニケーションを図りながら伝える。しかしこれは意外と難しいスキルになる。

ここまですとまとめる。

1) わが国のがん患者が望む「悪い知らせを伝える際のコミュニケーション」に対する意向は、4つの構成要素（「場の設定」「悪い知らせの伝え方」「別の側面」「情緒的サポート」）から成り立っていることが明らかになった。

2) 各構成要素に含まれている患者が望むコミュニケーションはおおむね推奨されているものと

表5 患者に望まれるコミュニケーション

	望む	どちらでもない	望まない
患者の質問に答える	99.2	0.8	0.0
わかりやすく伝える	98.0	2.1	0.0
今後の治療方針も伝える、	97.3	2.1	0.6
主治医として責任を持つことを伝える	96.6	2.6	0.8
正直に伝える	96.6	2.6	0.8
要点を明らかに伝える	95.7	2.5	1.9
希望を持てることも伝える	92.4	7.0	0.6
日常生活や仕事について話し合う	84.9	12.7	2.5
患者と同じように家族にも配慮する	84.1	13.2	2.6
気持ちに配慮する	81.9	11.2	7.0

表6 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術訓練法
Fujimori et al.: Psycho-Oncology, 2005; 2007

起	面談までに準備する
	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に重要な面談であることを伝えておく ・プライバシーは保たれているか ・十分時間はあるか ・電話は切ったか ・家族の同席について触れる ・基本的な態度に留意する
承	面談を開始する
	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の気持ちを和らげる言葉をかける ・経過を振り返り病気の認識を確認する ・家族にも同様に配慮する ・他の医療者を同席させるときは患者の了承を得る
転	悪い知らせを伝える
	<ul style="list-style-type: none"> ・心の準備のための言葉をかける ・わかりやすく明確に伝える ・感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける（沈黙、探索、保証、共感の言葉） ・写真や検査アークを用いる、紙に書く ・患者の理解度を確認し、速すぎないか尋ねる ・質問や相談があるかどうか尋ねる
結	治療を含め今後のことについて話し合う
	<ul style="list-style-type: none"> ・標準的な治療、とりうる選択肢について説明する ・推奨する治療法を伝える ・がんの治る見込みを伝える ・セカンドオピニオンについて説明する ・患者が希望を持てる情報も伝える ・患者の日常生活や仕事、利用できるサポートについて話し合う
結	面談をまとめる
	<ul style="list-style-type: none"> ・要点をまとめる ・説明に用いた紙を渡す ・今後も責任を持って診療にあたること、決して見捨てないことを伝える ・患者の気持ちを支える言葉をかける

一致したが、これまで報告されていないコミュニケーションへの意向も示された。

3) 意向が分かれるものには確認のための双方向性の対話技術が必要である。

4) 意向が一致するものは一律学習する。

「悪い知らせを伝える CST」として、表6に上記4つの構成要素を時系列に並べかえた。まずは準備として、今回は重要な面談であり、家族にも加わっていただくこともできると伝える。

次は、時系列に沿って起承転結とつけたが、まず、悪い知らせを伝える面接日には、必ずオーブ

ンクエスションでまず一番気がかりなことを知り、患者の気持ちを和らげること、そして、ここでの重要なステップとして、患者の認識を知ることである。全くがんの再発を疑っていない人にそれを伝えるというのは非常にハードルが高い。ハードルが高ければ、もう一度検査結果、検査の目的等を振り返ってギャップを埋めていく作業を行う。そうすることでようやく医師と患者の距離が詰められて、次からのステップが非常に進みやすくなる。悪い知らせを単刀直入にきちんと伝えた後は、しっかり気持ちを支える。早過ぎな

表7 共感と博愛: Empathy and Altruism

共感	Morse et al, 1992
構成要素	定義
情動	他者の心理状態や感情の主観的な経験を共有すること
認知	客観的立場から他者の感情や立場を明確化し、理解すること
行動	他者の立場を理解していることを伝達すること
道徳	共感を実践する動機付けとなる博愛的な力
博愛	Decety J., 2007
進化論的:	サル, イルカ
意図的:	医療コミュニケーション, 精神療法
道徳的:	杉原千畝, マザー・テレサ

いか、理解の確認をする。そして、気持ちを受けとめる。共感の言葉が出ればいいが、基本的には沈黙であろう。そして、がんを伝えたあとには、今後どのようになっていくのか、がんを抱えて将来の生活がどのように変わるのか、そういった別の側面を伝える必要がある。

最後に、細かい内容は具体的に1つずつ言葉をつくってトレーニングをしていく。前回来院されてからどうだったか、CT検査の後、どのように感じたか、病気についてどのように考えたかと、患者の認識、そしてそのギャップを知る。そして、悪い知らせを伝えたあとの沈黙が5秒、10秒になるようにというのは非常に難しいところである。そして、治る見込みについて、セカンドオピニオン、日常生活への影響を話してまとめる。見ていただくと、知・情・意の知と情を行きつ戻りつするのが、悪い知らせを伝えるためのスキルである。

コミュニケーション技術研修会は、30分の講義以外はほとんどロールプレイに費やし、4人が2回ずつ、1時間×2回で2日間かけて行われる。今年はいよいよ厚生労働省と医療研修推進財団のサポートが得られることになり、10月、11月、1月、2月と4回実施することになっている。ホームページにも掲載するので、興味がある方は参加していただきたい。

ロールプレイは1セッション60分でトレーニングを行う。症例は53歳腺がん、例えば娘さんが今おられて、息子さんが近々結婚予定であるとか、

そういった詳しいシナリオで進めていく。

V. 今後の見通し

国立がんセンターに入院し自身もがんで亡くなられた方が、お父さんの治療体験を書かれているので一部紹介する。

「厳しい意見となるが、医師は自分自身の苦痛を取り去りたいがために、必要以上の延命治療や痛みを和らげる処置をしてしまうのではないかと。医師がもう少しパーソナルな関係で語り合い、一人の人間として父の思いを尊重することができたなら、違った看取りができたのかもしれない。患者と医師の間に、心を開いた真の触れ合いが持てたらと願う。終わりのときにこそ、その人の本質が表れるものだから。幸い、僕が出会った医師は、皆パーソナルな関係を大切にしてくれる。終末のときを温かいコミュニケーションに囲まれながら小説を執筆できて、本当に恵まれていると感じる」

がんの領域では、「私、死ぬんですか」「もうだめですか」「もう生きられないんですか」という問いを若い看護師や医師が浴びせられ、言葉に詰まるということがよくある。そういったとき、「あなたのがんは、もはや2人に1人治る時代だし、そうでない場合も緩和ケアがあって痛みを取って何とかなる」などとマシンガンのように喋ることはよくある。これは医学的な知識を言葉に詰まったときに医師の取るコミュニケーションだ

が、大体2日間やって最後のころになると、ひとまず沈黙を置いて、質問の背景を探索する余裕が出てくる。

先の見通しに対する不安などの場合には、正直に答えることは必ずしも有効ではない。「今一番気がかりなことは何でしょうか」と、ゆとりと温もりを持って理解しようとする。子供の結婚式や就職、孫の誕生、入園式、果たせなかった仕事の計画などが聞き出せる。背景を考慮した上で、余命を伝える必要があると判断したら、数字やグラフよりも言葉で伝える。これはできると思う。数字を並べても当たるとは限らないし、また言われた方は、言われたらそれが絶対の真実のようにとることもある。したがって、むしろその言葉の背景にある具体的な目標が聞き出せると、きちんとしたパーソナルな関係を持ちつつコミュニケーションが構築できるようになる。

今年3月までがんセンターの総長であった垣添忠生先生の『医師の目』という欄に載った文章を一部紹介したい。

「本当のことを言うと、勉強よりも医師に最も求められる大切なものは、患者さんの肉体的、精神的苦痛に対する共感、同情、あるいはそれがどんなものかを具体的に想像できる心の温かさかもしれない」

最後に、共感と博愛について少し紹介する(表7)。

「共感」は、相手の感情をまず主観的に経験を共有することである。もらい泣きなどはそうだろうが、それだけでは共感とは言えず、自分と他人を分けて、相手の立場で理解し、最後に、伝達する、返すことである。この3つが成り立って初め

て共感と言える。道徳的なものとしては、博愛的な力が働いている。博愛は、進化論的にはサル、イルカから人間と同じような共感が認められているとも言われ、意図的、仕事でやっている部分としては医療コミュニケーション、精神療法が、それにあたると思う。

そういったものが少しずつ今、科学的に理解されようとして、社会科学とニューロサイエンスが融合させた、「ソーシャルブレイン」という言葉が生まれ、人の痛みをどのように理解するかというテーマのもと、ここ数年精神医学を初め、いろいろな領域で語られるようになってきている。一例として、痛みを実際に経験したとき、人が痛がっている映像を見せられるとき、体性感覚野と帯状回がパラレルに反応すると言われる。

最近では、人間が生を受けて初めて他人との関係を結ぶ「授乳」に、オキシトシンというホルモンが重要であると考えられている。このオキシトシンは母子関係だけではなく、普通に我々が人間関係を結ぶときも関係していることがわかってきている。

統合失調症やうつ病と違い、がんは学校、友人、仕事、家庭という、ライフサイクルの中で大体20代30代、40代、50代を過ぎてから、人生に侵入してくる。社会的な死をある程度の年齢に達してから経験するわけであるが、そうはいってもすべてが崩壊するように、誰もが死の淵に追いやられる。そういった方々に1日も早く架け橋を築くのが精神腫瘍学の今後の役割であり、予防の方向に進みながら、がん医療のすべての時期に心のケアを提供できればと思っている。

看護に活かす

がん医療における 家族への配慮

サイコオンコロジー

著者

内富庸介

国立がんセンター東病院臨床研究センター
精神腫瘍学研究部 部長

がんに対する心理的反応は、患者さんのみならず家族にも同様に起こります。その際多くの家族は、「患者さんの援助者」としての役割を意識するあまり、不安で揺れる気持ちで懸命に隠そうとします。その結果抑うつ状態に陥り、逆に家族が患者さんを混乱に巻き込む例も少なくありません。こうした事態を防ぐためには、家族を「第二の患者さん」としてとらえた対応が求められます。今回はこの対応について、看取り後も含め、解説していきます。

悪い知らせは
患者さんの了承を得たうえで
家族に知らせる

わが国には、がん、とりわけ「難治がん」や「進行がん」の診断、あるいは「積極的抗がん治療の中止」や「がんの再発」といった患者さんにとって良くない知らせは、患者さんより先に家族に伝えるという長い歴史がありました。

しかし最近では、将来への見通しを根底から覆すような悪い

知らせであっても、患者さんと家族に同時に、場合によっては家族には患者さんの了承を得たうえで伝えるケースが圧倒的に多くなっています。

この契機となったのは、1996年に国立がんセンター病院が、医療従事者用に作成した「がん告知マニュアル」¹⁾です。ここでは、「本人に伝える」ことを、がん告知の基本的姿勢として明示しています。

同時に、家族への対応として、「家族には先に知らせないのが

原則である」としたうえで、がん診療における家族の意味の大きさに言及。「家族にも一緒に説明を聞いてもらう」ようにできるだけ努め、その後の「家族に対する支援も行う」ことを推奨しています(図1)。

一方、がんに関連した悪い知らせを伝えられる側の意向については、2003年にわが国のがん患者さんを対象にした調査が行われています。

その結果、悪い知らせを家族に先に知らせることを「望まない」と回答した割合は70%で、「どちらともいえない」は23%、「望む」、ずなわち家族に先に知らせしてほしいと考えているのは7%であることが明らかになっています²⁾。

援助者としての家族も
心理的衝撃を受け
疲労困憊している

家族の一員が、がんであること、あるいは再発したことなどを告げられると、患者さんと同じように家族も大きな心理的衝撃を受けます。家族の「死」を強く意識し、先々のことを心配してあれこれ悩み、激しく落ち込むこともあります。眠れない夜が続くケースも、珍しくあり

図1 悪い知らせを伝える際の家族への対応

国立がんセンター病院では、がん医療における悪い知らせの、いわば入り口ともいえる「がん告知」について、「告げるか、告げないか」を議論する段階にはもはやなく、「如何に事実を伝え、その後どのように患者に対応し援助していくか」という告知の質を考へていく時代に来ているとの判断から、1996年9月に、医療従事者が、がん告知を行っていく際の基本的な心構えについて、特に告知を受けた患者の精神面の反応や問題点に着目し、その対応を「がん告知マニュアル」としてまとめ、公表した(下欄は要約)

そのなかで、「家族への対応」として、以下を強調している

- ①「家族には先に知らせない」のが原則である
- ②紹介などで来院した患者で、他院で家族のみに告知が行われており、その家族が告知に強く反対する場合は、一時的なストレス回避のメリットと、願って会議がまわった無くなるデメリットを繰り返し説明する
- ③がん診療における家族の役割は極めて大きいので、がんがどうかの結果が明確になった時点で、患者を最優先する立場を堅持しつつ、できるだけ家族と一緒に説明を聞いてもらうようにする
- ④ときに家族は患者自身以上に動揺し、説明を明確に記憶あるいは理解していないことも多い。この点を踏まえ、「家族は患者ではないから少々ことは置いても大丈夫」と安易に決めつけるのではなく、必要があれば家族に対する支援も行っていく。この場合、精神科医に相談することが有効な場合も多い

文庫1)をもとに作成



(うちよみ よすづみ)

1984年広島大学医学部卒業。81年より米国スロンケリングがんセンター記念病院にて研修。その後、広島大学医学部講師を経て、95年国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究室副室長。

98年同部長。2005年より現職。日本サイコオンコロジー学会（代表世話人）、

日本緩和医療学会、日本精神腫瘍学会、国際サイコオンコロジー学会などに所属。

厚生労働省第三次がん総合戦略事業「QOL向上のための患者支援プログラムの開発研究」班主任研究者としてSHARE（がん医療におけるコミュニケーション・プロトコル）を開発。

撮影/田子美穂

ません。

その一方で、多くの場合家族には、がん患者さんを支える援助者としての役割が求められます。受診の付き添い、入院となればその準備、連日の面会、医師との面談の場への同席と、非日常的な作業の連続で多忙を極めます。

退院後は、さらに食事面など、日々の生活支援が加わり、この役割を全うするために、休職や離職を余儀なくされる家族も、少なからずあります。

がん医療に携わる看護師は、患者さんの家族が、概ねこのように心身ともに疲労困憊し、ときに経済的な問題も抱えながら患者さんを支えていることを、まずはしっかり認識することを大切に。「がんは家族の病」といわれる理由は、この点にあります。

患者さん同様に家族もケアを必要としている「第二の患者さん」として認識を

がんが家族に与える精神的負担は、往々にしてがん患者さんが受ける衝撃ほどではないと思われがちです。そのため、悪い知らせに直面した家族が、不安や苦悩で揺れ動いていたり、あるいはそのつらさを医療者に訴えたりするようなことがあっても、過小評価される傾向があります。

しかし、欧米において行われたいくつかの研究結果の集積から、患者さんにかんがの疑いがかけられた時点から、家族も精神的に負担となっており、それは

がん患者さんとほぼ同程度であることが明らかになっています。

わが国における研究でも、がん患者さん、とりわけ終末期にあるがん患者さんの家族に、「仕事が手につかない」「気分が優れない」「よく眠れない」など、適応障害に相当する軽い抑うつ状態が認められたことが報告されています。

別の調査では、がんセンターの精神科を受診した患者さんの家族を調査したところ、全体の約45%に適応障害、約36%にうつ病が認められたこと、しかし精神症状を自覚していても、家族が精神科を受診する割合は3.2%と、がん患者さんと比較して著しく低いことを報告しています。

がん患者さんの家族は、患者さんの心の支えになることに懸命で、自らの不安で揺れ動く気持ちは抑え込んでいるのが現実です。したがって看護師には、家族もまた患者さん同様に「ケアを必要としている人」、すなわち「第二の患者さん」としてとらえ、支援していくことが求

められます。

患者さんの気持ちを理解し共有するために傾聴の大切さを知ってもらう

述べてきたように、がん患者さんの家族に対しては、「患者さんの援助者として」、および「ケアを必要としている第二の患者さんとして」の、2側面を意識してかかわる必要があります。まずは、「患者さんの援助者」としてとらえた場合の家族への対応について考えてみましょう。

がん医療の現場やがん患者さんを家族にもつ一般市民を対象にした講演会の席などで、「家族としてどのように接したらよいでしょうか」という質問をよく受けます。図2は、このような問いに対するアドバイスをまとめたものです。

がん医療に携わるすべての医療者に求められる最も基本的な姿勢は、患者さんの気持ちの理解と共有に努めることです。このことは、家族にもそのまま当てはまります。

図2 家族としてがん患者にどう接するか

- ①患者が気持ちを打ち明けたり、気兼ねなく相談したりできるように、自分の考えを言う前に、黙って患者の話に耳を傾けることに集中する
- ②「つらいだろうけど、がんばって」などという安易な励ましは、患者にとってかえってつらくなる場合がある。「つらい」という言葉には、「本当につらいよね」といういたわりの言葉が、患者の安心感につながる
- ③役割の喪失を感じさせない。例えば、主婦として家事の一切を仕切ってきた患者に「家の中のことは全部任せて」とか、仕事人間だった患者に「仕事のことには気にしないでいいから」などは、禁句である。現在の状態で何ができ、何ができないかを一緒に考えながら、できるだけこれまでどおりに接する
- ④尊敬を傷つけない。特にがんはどう立ち向かっていこうかは、相談しながらも最終的には患者に決めてもらい、よほどの不利益がない限り、その方法を尊重し、協力する

©内閣府 2008

患者さんにとって家族は、医療者以上に身近で、かけがえない存在です。この点から言えば、患者さんは家族に、医療者に期待する以上の、理解者としての役割を求めていると考えるべきでしょう。

この、「理解と共有」のためには、①にあるように、「黙って耳を傾ける」、すなわち傾聴することが重要です。家族も気持ちが揺れていますから、あれこれ口をはさみたくなるでしょうが、そこはぐっとこらえて、とにかく患者さんの話を聴くことを推奨します。

②の「安易な励まし」としては、「がんばろう」という言葉が象徴的です。患者さんは、がんを疑った時点から、ずっとがんばり続けて、すでに消耗しきっています。そんな患者さんの「つらい」という言葉に「がんばろうよ」と返しても、何の支援にもなりません。むしろ「これ以上何をがんばればいいのか」という空しい気持ちにさせるだけです。そんなときは、しばらくの沈黙を置いたうえで、「つらいよね」といういたわりの言葉が、患者さんに「わかってもらえた」という安堵感を与えることを伝えたいものです。

③と④にあるように、病気をきっかけに患者さんを特別扱いする態度が変わることは、かえって疎外感や孤独感を増強させます。家族には、できるだけこれまでどおりに接することが、患者さんの尊厳につながることを知ってもらうことも大切です。

がんに対する心理的反応は
通常の反応であることを
説明し、サポートする

一方、第二の患者さんとしての家族への対応で大事な点は、自分のつらい気持ちを我慢させないことです。面会に訪れた家族に、「睡眠はとれていますか」などと声をかけることが、感情を吐露させるきっかけになることもあります。

家族が、不安や動揺、怒りなど、がんに対する自らの心理的反応に戸惑い、看護師や主治医にそのことを打ち明け、相談することを躊躇する例も少なくありません。そのようなときは、つらい気持ちになることは通常の心理的反応であり、異常な反応ではない旨を説明、すなわち保証することが大切です。

そのうえで、強い不安や抑うつなどの精神症状が続くようであれば、精神保健の専門家につなぐ必要があります。その際、家族がためらうようであれば、つらい気持ちを精神保健の専門家に相談することは、精神的に弱いからではなく、むしろ強さ

であることを説明するなど、抵抗感の緩和に向けたサポートが求められます。

それでもためらうときは、これまで有効だった方法を試してみるのもいいでしょう。あるいは、友人や身近な親戚、知人といった周辺にいる支援者に気持ちを聞いてもらうように促してみるのもいいでしょう。

患者さんを看取った後の
遺族に起こる
悲嘆反応への対応

がん患者さんを看取った後の家族、すなわち遺族の心理面への対応についても簡単に触れておきましょう。

死別した家族のことを思い出して涙を流したり、もったいずればよかったと後悔したり、自分を責めたり、絶望の状態になったりする場合は、死別体験により誰にも引き起こされる正常な心理的反応です。ときに抑うつ状態に陥ることもあります(図3)。

このような、家族との死別による悲嘆(グリーフ:grief)反応に対するかわりには、「悲嘆

図3 遺族のたどる心理的経過

● 第1期：ショックの段階	興奮や現実感の喪失、集中困難、日常生活上の支障
● 第2期：怒りの段階	怒り、悲しみ、罪責感、故人の思いへのとらわれ、亡くなった人の探索行動
● 第3期：抑うつ状態	絶望、無関心、抑うつ、周囲への関心の低下、人とのかわりもちにくい
● 第4期：立ち直りの段階	エネルギーが出て故人の死を認める 新しいライフスタイルへの適応

文献5)を参照し作成

ケア」「グリーンケア」という言葉で表現され、さまざまな試みが行われています。

これらのケアにより、悲嘆を癒し、終わらせることができるかどうかについては、現在研究が続けられている段階で、確かなことはわかっていません。ただし、悲嘆の周辺部分については、友人など支援者の、感情表出を助けるアプローチにより徐々に和らげられ、回復への道筋をつけられることが明らかになっています。

一方、悲嘆の中心をなすのは喪失感です。この喪失感とは、本来、もはや存在しない故人でしか埋められるものではありません。しかし、故人の業績や思い出を共有している身近な人と折に触れて故人を偲ぶことは、一部分ではあっても、喪失感を埋めるうえで役立つと考えられています。実際、そのための、死別体験者によるセルフヘルプ（自助グループ）の活動も広がっています。

がん患者さんとの死別後に遺族が体験する悲嘆については、アメリカで興味深い調査データが報告されています。それによると、ホスピスケアを受けたがん患者さんの遺族とそうでない遺族の間には、生存期間に明らかな差が出たといえます。このデータは、がん患者さんに対する良いケアは、患者さん亡き後の遺族にも良い効果をもたら

す可能性を示唆するものであり、がん医療に携わる医療者として、非常に勇気づけられます。

がん医療の地域完結型への移行に伴う患者・家族支援体制の構築

これまでがん医療は、病院完結型でがんの診断から看取りまでを行ってきました。しかしこれからは、入院治療にとどまらず、在宅を含む地域完結型へと移行することになります。

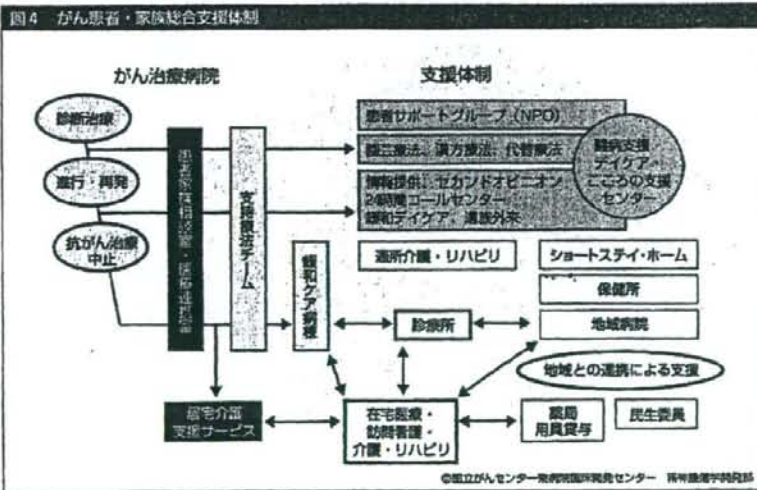
この変化に対応するため、国立がんセンター東病院では、「がん患者・家族総合支援体制」の構築（図4）を目指し、05年10月に支持療法チームを発足させました。

チームは、精神腫瘍科医師、緩和医療科医師、がん看護専門

看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、ソーシャルワーカーを中心メンバーに構成しています。がん患者さんと家族が抱えるさまざまなつらさや心配事を家庭や職場の視点から見つめ、がん治療のすべての臨床経過をサポートすることを目的に活動を行っています。

そこには、「闘病支援・デイケア・こころの支援センター」を設置するとともに、人材の育成も含む「遺族ケア」に対応していくための体制整備も進めていきたいと考えています。

今後は、このような、がん患者さんのみならず家族や遺族も対象にした多面的なサポートが、全国的規模で展開していくことが期待されます。



引用・参考文献
 1) 国立がんセンター病院、がん告知マニュアル、1996。http://gan.joho.ncc.go.jp/professional/communication/communication01.html
 2) Fujimori M, Akachi T, Morita T, et al.: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychosomatics*16, p.573-581, 2007.
 3) 大西秀樹、石川幸、小野塚金 ほか: 終末期がん患者を介する乳がん遺伝性症候群——心理的負荷と精神医学的アプローチについて。ターミナルケア11, p.353-366, 2001。
 4) Akachi T, Anzaki N, Okamura M, et al.: Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer hospital. *Jpn J Clin Oncol*36, p.329, 2006。
 5) 大西秀樹: 家族ケア・遺族ケア。精神腫瘍学雑誌 精神腫瘍学研究会資料, 2007。
 6) 内宮謙介、藤原麻衣子 編: がん医療におけるコミュニケーション・スキル。癌い知らせきどう伝えるか、医学書院, 2007。

①サイコオンコロジー総論

国立がんセンター東病院
臨床開発センター精神腫瘍学開発部
内富 庸介 Yosuke UCHITOMI

はじめに

20世紀の医学の進歩によって得られた成果の1つは、がんの治療である。患者も医療者もともに治療を最優先に目指してきた。その結果、がん長期生存者は増加した。一方で、機能温存療法に代表されるように生活の質（以下、QOL: quality of life）も目指すべき目標となった。がん医療にQOLが求められ、告知が燎原の火の如く広がった1977年、米国屈指のメモリアルスロンケタリングがんセンター記念病院にサイコオンコロジーは誕生した。

サイコオンコロジーの源は、20世紀初頭の精神医学の誕生にまでさかのぼる。精神医学は1930年代以降、心身医学やリエゾン精神医学に発展し、1960年代の英国で巻き起こったホスピス運動に米国の精神科医が呼応して、現在のサイコオンコロジーの誕生に至った（表1）。我が国でも最初のホスピス（1982年）以後、徐々にではあるが、精神科医、そして薬剤師を必須とする緩和ケアチームの誕生など独自の進展を遂げている（2007年7月1日現在、緩和ケア診療加算のチームは87、緩和ケア病床は181施設、3,496病床）。

サイコオンコロジーは心理学（サイコロジー）と腫瘍学（オンコロジー）を合わせた造語である。精神医学、心理学のみならず、免疫学、内分泌学、脳科学、社会学、倫理学など多くの学問から成り立ち、がんが心に及ぼす影響だけでなく、心や行動ががんに及ぼす影響を明らかにすることによりQOLの向上のみならず、がんの罹患や生存率、QOLの改善を目指す。

表1 サイコオンコロジー研究

1950s ～1970s.	サイコオンコロジー研究の胎動： 乳房切除後の心理適応（がん診断・治療の進歩、知る権利、がん告知、QOL、リビングウィル、bio-psycho-social model、ホスピス運動）
1970s.	サイコオンコロジー研究の展開： がん種、がん治療による心への多様な影響、適応方法、家族やスタッフの心への影響、診断や治療の遅れ、がん治療（乳房温存療法、抗がん剤）とQOL、心理療法、薬物療法、緩和ケアの応用、意思決定、がん罹患や生存にかかわる心理行動学的要因
1980s.	グループ療法、遺伝カウンセリング、禁煙プログラム、がん患者におけるうつ病の診断
1990s.	コミュニケーション技術訓練、医師による自殺補助、悲嘆ケア、緩和ケアチーム、包括的ケアコーディネーション、望ましい死、経済性、代替療法、スピリチュアリティ
2000s.	進行がん患者への精神療法（尊厳、意味、士気）、Chemobrain、精神腫瘍学教育カリキュラム・診療ガイドライン

QOLの向上

現在、がんの情報開示（検査結果、診断、再発、抗がん治療から緩和医療への移行など）を前提とした医療を行う場合、医療者は悪い知らせを伝えた後に生じる落胆、孤立感、疎外感、絶望などの通常の心の反応への対応から、急性ストレス反応、適応障害、PTSDやうつ病などの精神障害に至るものまで、幅広く積極的な対応が必要とされる。

1. がん医療における心のケア

まず、がん患者の心の評価とケアの枠組みを大まかに分類して目星をつけることを目的に、英国NHS-NICEががん患者の支持緩和ケアマニュアル2004を紹介する（表2）。4つの段階は、心の負担を通常レベルから重度の精神障害までに分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアの内容を記している。これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして、各段階は重なりあっており厳密に線を引けないことをお断りしておく¹⁾。

ここで、がん医療従事者の役割を第一段階から見ていくと、まず、患者の心理的ニーズ評価である。これは我が国では問題ないだろうか。次に、疑わしいと思った時、必要に応じて精神保健の専門家に患者を紹介すること。これはどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談をせずに抱え込んでいないだろうか。介入としては基本的

表2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

第四段階：精神保健専門家（心理職・精神科医） 評価：精神疾患の診断（重症の気分障害、薬物乱用、精神病的障害を含む複雑な精神的問題） 介入：薬物療法と心理療法（認知行動療法）
第三段階：訓練と認定を受けた専門家（心理職） 評価：心理的苦痛の評価と精神疾患の診断（重症度を識別し、必要に応じて精神科医に紹介） 介入：カウンセリングと心理療法（不安マネジメント、解決志向的アプローチ）
第二段階：心理的知識を有する医療者（がん専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医） 評価：心理的苦痛のスクリーニング（がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時） 介入：問題解決技法のような心理技法（問題解決療法など）
第一段階：すべての医療者 評価：心理的ニーズの認識（必要に応じて精神保健の専門家につながる） 介入：基本的なコミュニケーション（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）

なコミュニケーション（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）となる。第一段階に位置づけられているが、共感を含む基本のコミュニケーションは困難な技術である。

第二段階は、心理的知識を有するレベルとある。我が国では認定・専門看護師の一部、ソーシャルワーカー、家庭医（GP）となるのだろうか。がんの診断時、治療時、再発時、抗がん治療終了時などストレスが高まる心の軌跡を頭に入れ、その際にスクリーニングを行う。ケアとしては、心配や気持ちを聞きながら信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する支持的療法を提供する。コミュニケーション技術訓練を修了した医師もここに相当するであろう。がんを専門とする薬剤師には、ここまではまずは目指して欲しい²⁾。また、危機介入、問題解決技法を提供する。これには、ある程度の研修は必須である。そして、生活に支障を来す程度の心の負担（適応障害）やうつ病、不安障害、せん妄などを専門家に依頼する。

第三段階は、軽度～中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ精神看護専門看護師（リエゾン）、心理職相当だろうか。我が国では、医師、看護師が引き受けている。本来は、高度の心理学の知識と経験が必要とされる。

第四段階は、精神医学的診断の下、重度のうつ病、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法である。ほとんどが精神科医、博士号取得の心理職であろう。

まとめると、がん医療における心のケアとしてのコミュニケーションは、第一段階はすべての医療者が身につけておくべきものであり、そして、診断、再発、抗がん治療の中止などの悪い知らせを伝える医師やがん専門医療職は、第二段階の一部も求められているのである。従って、

知識習得だけでは足りず、ロールプレイを用いた研修会などに参加して実技演習が必要となる。

2. 薬物療法

精神薬理学的アプローチ、例えば抗うつ薬治療は最も基本的な治療法であるが、がん患者を対象としプラセボを用いた無作為比較臨床試験は少ない。がんを含んだ身体疾患を有するうつ病患者への臨床試験では、有効性を示す結果は得られている。しかし、実際には、がん患者への抗うつ薬投与に関しては躊躇することが多いと思われる。せん妄を誘発せず、即効性、副作用を考慮した投与手順のアルゴリズムを参考にされたい（<http://pod.ncc.go.jp/>）。心身機能が落ちている患者にはきめ細かい個別の対応が必要とされるので、薬物代謝にかかわる分子遺伝学の技術導入が期待される。

QOLの延長

喫煙行動は、がんの罹患に影響を与える心理・社会・行動因子（図1）の中で最も強い因子である。その他の因子は単独では強くないが、これらの解明はサイコオンコロジーの大きな課題であった。

1. がんの罹患

がんになりやすい性格やストレスと発がんの関連は、コホート研究で報告されてきた。最近、165の研究を対象にメタアナリシスが行われ、ハザード比1.06倍（95% C.I.: 1.02~1.11, $p=0.005$ ）で有意であるものの影響は極めて小さく、臨床に意味ある関連ではないことが明らかになった。さらに、出版バイアスがあるので解釈には注意が必要である³⁾。

2. 生存

社会的人的支援（social support）、がんに対する前向きな態度（fighting spirit）、あるいは絶望的な態度（hope-

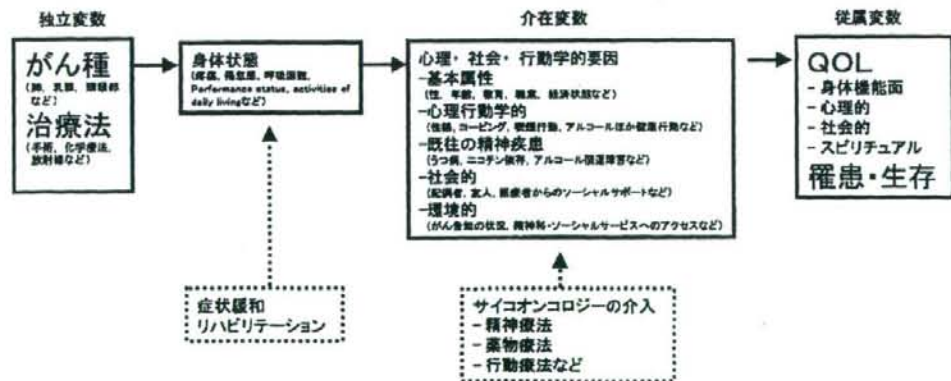


図1 QOLと罹患・生存に関するサイコオンコロジーモデル

lessness/helplessness), うつ病, そしてがん患者へのサポートグループは, 生存期間との関連について精力的に検討されてきた。330の研究を対象にした前述のメタアナリシスでは, ハザード比1.03倍 (95% C.I.: 1.02~1.04, $p=0.001$) で同様に有意であるものの影響は極めて小さく, 臨床上有意味ある関連ではなく, さらに出版バイアスがあるので解釈には注意が必要である³⁾。

遺族の死亡率は従来から一般人口に比較して高いが, 家族の生存に関する研究がある。全米のホスピスケアを受けた夫婦を対象とした症例対照研究から, 遺族の死亡率が減少するという報告が得られた。生前からの配偶者へのホスピスケアの意義はさらに増すであろう。

おわりに

がん医療従事者のメンタルケア技術を改善していく第一歩として, 是非, コミュニケーション技術研修会などへの参加を推奨する (日本サイコオンコロジー学会 <http://www.jpso-society.org/>)。共感の技術が確実に上がる。そして, 精神保健専門家 (精神科医, 心療内科医, 精神看護専門看護師 (リエゾン), 臨床心理士など) との連携チーム作りである。これには, 医療者間のコミュニケーション技術が必要となる。がん医療従事者が安心して心のケアを提供するには, 第三・四段階の見極めができるよう精神保健の専門家と協働し, 第一・二段階の

メンタルケアを安心して専念できる環境を整備すべきである (表2)。こうして, 日本におけるがん医療における心のケアの診療体制が構築されていくであろう。

知識が増せば悩みも増す。遺伝子検査から終末期まで多くの意思決定に取り組みなければならず, 患者, 家族, そして医療者の心へのインパクトは, 今後ますます強くなるはずである。最近, 我々は脳MRI検査を用いて, がん患者のうつ病やPTSD症状と海馬・扁桃体体積の関連性について明らかにした。このように, がん患者のストレス関連疾患においても病態説明が行われ, 機序に基づいた心理社会的介入の開発が期待される。1970年代の欧米において心理学のみでは解決できなかった「ある人は落ち込む, ある人は立ち直る, ある人は不快に感じる, ある人は痛みを弱く感じる, ある人は自然に医療者と信頼関係が結べる, ある医師は共感が上手だ」などの問いに答える, 脳画像研究や分子遺伝学がサイコオンコロジーに導入され始めており, 研究面においても時勢到来といったところである。

参考文献

- 1) National Institute for Clinical Excellence: Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer, 2004.
- 2) 内宮庸介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーションスキル—悪い知らせを伝える, 医学書院, 東京, 2007.
- 3) Y. Chida et al.: *Nature Clinical Practice* (2008).

NEWS



1日1回は日病薬のホームページを確認しよう

本会のホームページは広報部が中心となり事務局と連携を図りながら企画運営しており, 会員の皆様に必要となる重要な情報を逐次発信しております。

我々を取り巻く環境は, 多くの情報をより早く正確に把握し理解する必要があります。そのためにはインター

ネット環境は, もはや必須のツールとなっています。

会員の皆様におかれましては, 最低1日1回は本会のホームページを確認されるようお願い致します。なお, IDおよびパスワードは本誌の巻末に掲載しております。

広報部

がん患者の心の痛み: Psycho-Oncology の臨床実践

内富庸介

慢性疼痛
第27巻 第1号 別刷
平成20年11月発行

がん患者の心の痛み：Psycho-Oncology の臨床実践

内宮廣介*

サイコオンコロジーの第一の目的は、がんが（患者・家族・医療スタッフの）心を与える影響を調べること、第二の目的は、がんの罹患や生存に影響を与える心理・社会・行動学的要因を探ることである。いずれの目的も予防・治療法の開発を目指している。精神的ケアは、末期患者に限らないため、がんに関連する情報開示（検査の必要性、診断、治療法、再発、積極的抗がん治療から緩和医療への移行など）を前提する場合、医療者は悪い知らせを伝えた後に生じる落胆、孤立感、疎外感、実存的苦悩、絶望など通常範囲の心の反応への対応から、うつ病、適応障害など幅広い抑うつへのより専門的な対応まで必要とされる。Psycho-Oncology の臨床実践、そして今後展望について概説する。

Psycho-Oncology addresses not only the clarification of psychological impact of cancer on a patient, family and medical staff, but also the exploration of psycho-social-behavioral factors that affect cancer morbidity and mortality. Psychosocial interventions targets distressed patients with early-staged cancer as well as end-staged cancer. Psycho-Oncology are focusing on sadness, loneliness, alienation, and hopelessness as well as depression and adjustment disorders after disclosing cancer information; examination tests, diagnosis, treatment, recurrence and ending anti-cancer therapy.

Yosuke Uchitomi*

Keywords: Psycho-Oncology, communication, depression

1. はじめに

がんや心筋梗塞など、生命を脅かす疾患を抱えることは、人の心に深刻な事態をもたらす。インフォームドコンセントを前提とした医療が近年わが国でも導入されているが、情報を伝えられた後の人の心への手当ては世界的に見てもまだまだ極めて貧弱である。がんの診断を含む多くの（主に悪い）情報が説明され、その情報は将来を根底から覆すだけの甚大なる影響を有する。がんであることを伝えられると誰もが一

度は死を連想し、落胆、悲嘆、絶望の淵に沈む。

人の心を端的に表すときに、「知・情・意」という言葉が使われる。「知」は知識、「情」は感情をあらわすが、「情」は本人にとって良いものか悪いものか、特にがん医療においても将来を判断する場合において重要な役割を果たす。「意」は意思や意識である。最終的に患者の同意をもって医療が始まるが、「説明と同意」というインフォームドコンセントの訳を、人の心（知・情・意）に対比させると、「情」がすっぽり抜け落ちていることがわかる。本来、説明すべき情報という言葉には「情」が入っているが、単なる「説明」というと画一的な無機質な「知」の提供という響きがある。本来、患者の感情を理解することもインフォームドコンセントには含まれているはずである。今後、まず、医師には、「情」をさらに意識したインフォームドコンセントを、そして全ての医療従事者に「情」のこもったコミュニケーション技術の習得が期待される。

2. サイコオンコロジー（精神腫瘍学）について

欧米では、がんの診断など真実を伝える医療の是非に関する議論に決着がついた1970年代後半に、がん専門病院にサイコオンコロジー部門が誕生した。サイコオンコロジーは精神医学、心理学、腫瘍学、免疫学、内分泌学、社会

* The Psycho-Oncology Division of the National Cancer Center Hospital East 国立がんセンター東病院長臨床開発センター精神腫瘍学開発部

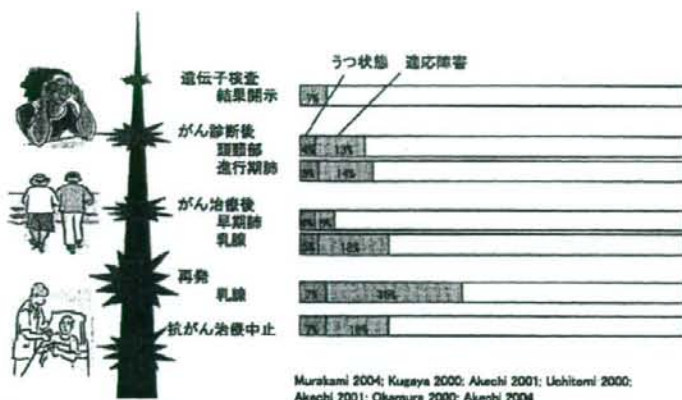


図1 がんの進行と抑うつ(うつ状態・適応障害)の一ヶ月有病率:国立がんセンター

学、倫理学など多くの学問領域から成り立っている。

これまでの研究成果によると、がんに関する悪い知らせを伝えられても過半数の方は数週間で気持ちのつらい状況から抜け出し回復できる一方で、悪い知らせに続いて20-40%の方は遷延した抑うつを経験することが明らかになっている(図1)¹⁻⁸⁾。抑うつを抱えることは、患者のみならず家族のQOLを低下させ、さらには治療に関する意思決定やコンプライアンス、自殺、入院日数の長期化など、実にさまざまな面に甚大なる影響をもたらす。現在、サイコオンコロジーは、がんの予防にはじまり、検査、治療、再発、積極的抗がん治療の中止、緩和ケアへの移行を含め全てのがんの臨床経過において患者の抑うつを早期に発見し治療を行う体制を整え、本来の患者の意向を踏まえたがん治療の提供体制を支えるべく格闘している。

3. がん医療における心のケアとしてのコミュニケーションの位置づけ

まず、がん患者の心の評価とケアの枠組みを大まかに分類して目星をつけることを目的に、英国NHS-NICEがん患者の支持緩和ケアマニュアル2004を紹介する(図2)⁹⁾。4つの段階は、心の負担を通常レベルから重度の精神

障害までに分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアの内容を記している。これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

ここで、がん医療従事者の役割を第一段階から見ていくと、まず、患者の心理的ニード評価である。これはわが国では問題ないだろうか。次に、疑わしいと思ったとき必要に応じて精神保健の専門家に患者を紹介すること。これはどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談をせずに抱え込んでいないだろうか。介入としては基本的なコミュニケーション(適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)となる。第一段階に位置づけられているが、共感を含む基本的なコミュニケーションは困難な技術である。

第二段階は、心理的知識を有するレベルとある。わが国では認定・専門看護師の一部、ソーシャルワーカー、家庭医(GP)となるのだろうか。がんの診断時、治療時、再発時、抗がん治療終了時などストレスが高まる心の軌跡を頭に入れ、その際にスクリーニングを行う。ケアとしては、心配や気持ちを聞きながら信頼関係を構築し非審判的に傾聴する支持的療法を提供する。コミュニケーション技術訓練を終了

<p>第四段階: 精神医学専門家 (心理師・精神科医)</p> <p>評価: 精神医学的診断 (重症の気分障害、人格障害、薬物乱用、精神病的障害を含む、複雑な精神的問題)</p> <p>介入: 薬物療法と心理療法 (認知行動療法)</p>
<p>第三段階: 訓練と認定を受けた専門家 (心理師)</p> <p>評価: 心情的苦痛の評価と精神医学的診断 (重症を識別し必要に応じて精神科医に紹介)</p> <p>介入: カウンセリングと心理療法 (予備マニピュレーション、解決志向的アプローチ)</p>
<p>第二段階: 心理的知識を有する医療者 (がん専門看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師)</p> <p>評価: 心情的苦痛のスクリーニング (がんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時)</p> <p>介入: 薬物療法以外の心理療法 (問題解決療法など)</p>
<p>第一段階: 全ての医療者</p> <p>評価: 心理的ニーズの認識 (必要に応じて精神科医の専門家に紹介)</p> <p>介入: 基本的なコミュニケーション (適切な情報提供、理解の確認、共感、尊重)</p>

図2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階
—英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004

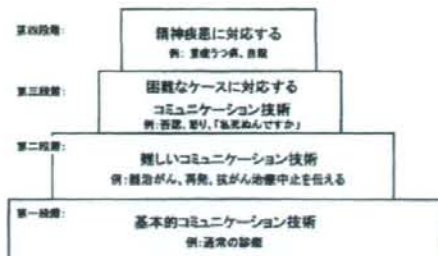


図3 がん医療における患者—医師間のコミュニケーションの4段階

した医師もここに相当するであろう。また、危機介入、問題解決技法を提供する。これにはある程度の研修は必須である。そして、生活に支障をきたす程度の心の負担 (適応障害) やうつ病、不安障害、せん妄などを専門家に依頼する。

第三段階は、軽度—中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ精神看護専門看護師 (リエゾン)、心理職相当だろうか。わが国では結構、医師、看護師が引き受けているのだろう。本来は、高度の心理学の知識と研修が必要とされる。

第四段階は、精神医学的診断のもと、重度のうつ病、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法である。殆どが精神科医、博士号取得の心理職であろう。

がん医療における心のケアとしてのコミュニケーションを図3にまとめると、第一段階は全ての医療者が身につけておくべきもの、そして診断、再発、抗がん治療の中止などの悪い知らせを伝える医師は、第二段階の一部も求められているのである。従って、知識習得だけでは足りず、ロールプレイを用いた研修会などに参加して演技演習が必要となる¹⁰⁾。

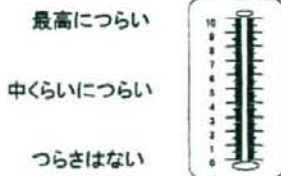
4. 目を向けて欲しいがん医療におけるコミュニケーションの第三・四段階

全てのがん患者にメンタルケアが必要とはい

え、やはり苦悩が強く、重症の精神医学的疾患がまず最優先されるべきであろう。その代表例が、うつ病である。米国の報告であるが、医師、看護師によるうつ状態の評価の調査がある。それぞれ、軽度のうつ状態の30%、29%が、重度のうつ状態の13%、14%が認識されているに過ぎない¹¹⁻¹²⁾。知識ではうつ病の存在は理解していても、いざ評価となると、「誰もが落ち込むものだから」と、ひいき目に見積もりして見逃していないだろうか。患者に共感する心と、患者の精神状態を評価する頭を同時に働かせることは難しいことだが、実践に活かさないと重度の患者の苦悩は癒されない。

第三段階の困難な点は、「死ぬんですか!!」と怒りや恐怖を患者から露にされ、対応に窮する感情への対応の場合である。つつい、安易に励ましたり、マシンガントークで説き伏せようとしていないだろうか。「がんの半分は治り、そうでない場合も緩和ケアがあり。。。」。そこに、沈黙を用いて間をおく技術が養われると、
→「(沈黙)・・・死ぬのでは・・・ないかと・・・思われたのですね (共感)」
→「今の体のだるさでは、そう思われるのは当然です・・・よね。(保証)」
→「・・・今、一番気がかりにされていることは何でしょうか? (探索)」
→「具体的な計画がありますか?・・・それはできると思います」などと対応できたらどうだろうか。本来の患者の人生の目標が

① この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけて下さい。



② その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか？

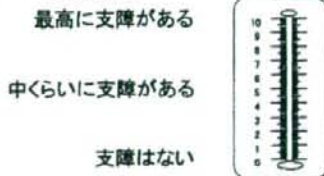


図4 気持ちのつらさと支障の寒暖計：

<http://pod.ncc.go.jp/> ダウンロードできます
Akizuki et al, JPSM 2005

聞き出せるかもしれない(娘の結婚式、息子の就職、孫の誕生、入園式、仕事の計画など)。

一方で、がん医療を知らない精神科医・心理職は第三・四段階の技術を持っているだけで、それだけではまったく役に立たない。がんの知識とがんに伴う心の反応を知らないと、患者とも医療チームとも信頼関係が築けない。むしろ、精神科医・心理職は第一、第二段階を学ぶ研修機会をがん医療の現場で持つべきであろう。

したがって、がん医療におけるコミュニケーションを活かすには、それぞれの技術を結集するチーム医療が前提となろう。

5. 実践に活かすための試み：

1) コミュニケーション技術研修会

がん対策基本法の理念に沿って2007年10月にはじまった医療研修推進財団主催、日本サイコオンコロジー学会協力の、がん医療におけるコミュニケーション技術研修会ががん臨床経験3年以上の医師を対象としたプログラムである(<http://www.pmet.or.jp/>)。2時間の講義と8時間のロール・プレイで構成され二日間かけて行われる。参加者4名にファシリテーターが2名と模擬患者1名が配置される。参加医師は、第二段階の難治がんの診断を伝える、再発、抗がん治療中止のシナリオ用いたロールプレイの体験を通して、コミュニケーション技術を参加

者同士の観察と討論によって身につけていく。

2) うつの評価と専門家との連携

最もストレスが高まる再発時にスクリーニングを行い、その評価を基に医師がコミュニケーション技術を駆使して、患者に説明し、同意に基づいて精神腫瘍科に連携するプログラムの開発が海外では報告されている。我々は、図4に示すつらさと支障の寒暖計を使用して、それぞれ4点と3点以上と出た陽性者に担当看護師が専門家への連携を促進するプログラムを実施した¹³⁻¹⁴⁾。結果は、再発患者が多いある病棟の入院患者の精神腫瘍科受療が25%から11.5%に跳ね上がった。担当看護師のコミュニケーション技術あつての成果であった。

6. おわりに

がん医療従事者のメンタルケア技術を改善していく第一歩として、是非、コミュニケーション技術研修会の参加を推奨する(<http://www.pmet.or.jp/>)。共感の技術が確実に上がる。そして精神保健専門家(精神科医、心療内科医、精神看護専門看護師(リエゾン)、臨床心理士など)との連携チーム作りである。これには医療者間のコミュニケーション技術が必要となる。がん医療従事者が安心して心のケアを提供するには第三・四段階の見極めができるよう精神保健の専門家と協調し、第一・二段階のメンタルケアを安心して専念できる環境を整備する

べきである。こうして、患者、家族そして医療者とのコミュニケーションが、日本におけるがん医療における心のケアの重要な役割を果たしていくであろう。

- 14) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al.: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29: 91-9, 2005

文献

- 1) Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al.: Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer* 101: 395-403, 2004
- 2) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al.: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment* 61: 131-137, 2000
- 3) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al.: Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 88: 2817-2823, 2000
- 4) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al.: Depression after successful treatment for non-small cell lung carcinoma: a 3-month follow-up study. *Cancer* 89: 1172-1179, 2000
- 5) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al.: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 92: 2609-2622, 2001
- 6) Akechi T, Okuyama T, Imoto S, et al.: Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* 65: 195-202, 2001
- 7) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al.: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol* 21: 69-77, 2003
- 8) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004
- 9) National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer. 2004
- 10) 内富庸介, 藤森麻衣子. がん医療におけるコミュニケーションスキル—悪い知らせを伝える. 医学書院. 2007 東京
- 11) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al.: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-600, 1998
- 12) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 26: 593-9, 1999
- 13) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al.: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103: 1949-1956, 2005