

図2 がん患者の精神症状—全病期—
対象：無作為抽出された入院/外来がん患者215名

うつ病は、進行・終末期に向かって有病率は上昇する。どちらの疾患も薬物療法を中心に適切に治療に導入することで症状緩和をはかることができるため、見落とすことなく対応することが重要である。

1. せん妄

せん妄は、脳の器質的な脆弱性の上に、脱水や感染、薬物など身体負荷が加わったために、脳活動が破綻して生じる脳機能障害の一種である(表1)。せん妄は、幻視(見えないものが見える、あたかも人がいるかのように話しかける)や妄想、興奮などの華々しい精神症状から、不安・焦燥感を訴えて夜間落ち着かなくなるように一見すると気づかずに見過ごしてしまうような症状まで多彩な症状を呈する。そのため、臨床現場では、せん妄をストレス性の精神症状や性格などと誤解され

表1 緩和ケア病棟入院後、せん妄が出現した終末期がん患者⁴⁾

順位	原因	可逆性
1	オピオイド	高い
2	脱水	高い
3	代謝異常	低い
4	低酸素血症(呼吸器感染症による)	低い
5	その他の感染症	低い
6	薬剤(オピオイド以外)	高い
7	血液学的異常	-
8	頭蓋内病変	-
9	低酸素血症(肺がん・転移性肺がんによる)	低い
10	アルコールなどの離脱	-

ることがしばしばある。

せん妄はあくまでも身体因子により生じる軽度の意識障害を伴った脳機能障害であり、身体的な治療が必要な病態であること、ストレス反応ではないため一時帰宅などの環境調整で改善しないことは重要である。まれに、敗血症の前兆のせん妄をストレス反応と誤解し、外泊を許可した後に急変した症例など医療事故につながりかねない場合もあり、安易な対応は慎むべきである。

1) せん妄の有病率とその影響

せん妄は、がん患者において高頻度に認められる。一般には入院患者の20~30%に認められ、進行・終末期においては上昇する。とくに予後が1週間を切る段階では、患者のおよそ90%がせん妄状態を呈する。このようにせん妄は非常に一般的に認められる病態であるにも関わらず見落とされ、適切な治療がなされていない場合が多い。

せん妄は、幻視や見当識障害などその体験自身が患者に強い苦痛を強いるばかりではなく、事故やコミュニケーションの障害となる(表2)。

2) せん妄の診断

せん妄の本質は、何らかの身体的な負荷により、脳機能が障害された特殊な意識障害である。脳機能は全般的に障害されるために、一見さまざまな精神症状が出現するが、その本質は脳機能障害に基づく注意の維持・転導の障害である。表3にせん妄の診断基準(DSM-IV)を示した⁴⁾。

(せん妄に気づくために)

せん妄の症状というと、幻視や興奮など華々しい症状が目立ちがちである。しかし、せん妄の神経精神症状の出現率を調べた報告では、行動障害

表2 せん妄の影響

せん妄の症状自体が与える苦痛	不安、幻視、妄想、見当識の障害
危険行動と事故の原因(ルート・オナーナル事故、転倒・転落)	注意力の低下、判断力の低下
アドヒアランスの低下	注意力の低下、判断力の低下
症状評価が困難、対応が遅れ生命予後が悪化	注意力の低下、判断力の低下
治療選択など患者の意思決定能力の障害	注意力の低下、判断力の低下
家族とのコミュニケーションが困難になる	不安、幻視、妄想、見当識の障害
医療スタッフが疲弊	-
入院が長期化	-

表3 せん妄の診断基準(文献4より)

DSM-IV 診断基準	臨床場面で現れる症状
注意集中、維持、転換する能力の低下を伴う意識の障害(すなわち環境認識における清明度の低下)	会話のつじつまが合わない 場当たり的な返事を繰り返す ベッドの周囲が混乱で整理できない 周囲の状況が理解できない様子で困惑している 声をかけないとすぐに寝てしまう
認知の変化(記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現	直前のことを思い出せない 同じ質問を繰り返す 指示を理解できずにとまどっている 病院と家と間違えている 朝と夕方を間違える 人がいないのに「人がいる」と言ったり、話しかけるようなそぶりをみせる 虫もいないのに、虫をつまむようなしぐさをする
その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1日のうちで変動する傾向がある	午前中はしっかりと会話もできていたのに、夕方あたりからそわそわと落ち着かなくなる 面会者が帰ると、落ち着かず自室の中をうろろする 夜になると「家に帰る」と繰り返す、トイレに頻回に行く 点滴を絡ませてしまう、抜いてしまう
病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある	症状の出現に前後して、感染や脱水など身体の変化がある 症状の出現前に、薬剤を変更している

表4 神経精神症状

行動異常	認知症状		
睡眠覚醒サイクル	97	見当識	76
知覚障害/幻覚	50	注意	97
妄想	31	短期記憶	88
情動の変容	53	長期記憶	89
言語	57	視空間能力	87
思考過程	54		
運動性焦燥	62		
運動制止	62		

としては睡眠覚醒リズム(97%に出現)、認知症状としては注意力障害(同じく97%)が高頻度に認められている⁹⁾(表4)。

実際、幻視や妄想など目につきやすい精神症状は50%以下の出現率であり、思われているほど一般的ではない。せん妄に気づくためには、①昼夜逆転がないかどうか、②日常会話が成立するくらいの一般的な注意力が保たれているかどうかなど、目立ちにくい変化を把握できるかどうかが必要である。

たとえば、臨床場面で「日中うつらうつらして寝て過ごしていないか」を確認したり、「夜にな

るとトイレの回数が増える」、「夜になると落ち着かなくなる」ことがあれば積極的にせん妄を疑って対応を進めていく。また日常診療場面においても、「脈絡なく会話が飛ばないかどうか」や「質問に集中して返事をしているかどうか(おどおどしながらうなづいている)」など注意力の変化を意識することが重要である。

3) せん妄の原因

せん妄の本態である脳機能の低下をきたす詳細な病態はまだ明らかとなっていないが、認知科学的な検討から、大脳基底核や視床の障害が病態の中心と考えられている。

せん妄の要因は、大きく3つ、すなわち

①準備因子(脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている)

②誘発因子(直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する)

③直接原因

に分けて検討するのがよい(表5)。終末期がん患者の場合、複数(平均3つ)の要因がせん妄を誘発していることが一般的である。

せん妄の原因を詳細に検討する理由は、終末期

表5 せん妄の要因

	因子	
準備因子 (脳自身に機能低下を生じやすい状態が用意されている)	年齢 脳の器質的な障害	高齢なほど生じやすい(とくに70歳以上はリスクが高い) 認知症の既往 脳血管障害の既往
誘発因子 (直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する)	感覚障害 睡眠覚醒リズムの障害 コントロールされていない身体症状	聴力障害、視力障害(白内障) 夜間に覚醒を促す処置(24時間の点滴) 疼痛、呼吸困難感、便秘、排尿障害
直接原因	腫瘍による脳機能の直接障害 電解質異常 代謝性障害 感染症 循環障害 薬剤	脳転移、がん性髄膜炎 脱水、高Ca血症、低Na血症 低血糖、肝性脳症、ビタミンB12欠乏 貧血、低酸素血症 オピオイド、ベンゾジアゼピン系薬剤(抗不安薬、睡眠導入薬)、抗うつ薬、ステロイド、抗ヒスタミン薬

に出現したせん妄でも、原因治療を行うことで症状の改善を図ることが可能であるからである。たとえば、終末期のせん妄の原因に関する報告では、原因として薬剤(オピオイド)、脱水、代謝異常、呼吸器感染による低酸素血症が高頻度に認められる。そのうち、オピオイドや脱水、高Ca血症などは適切に対処することで可逆性は高い⁹⁾。

4) せん妄への対策

①原因の同定と治療

くり返しになるが、せん妄は身体負荷に発した脳機能障害である。せん妄の治療の原則は、負荷となっている身体因子を同定し除去することにある。したがって、せん妄を疑う場合には、経過を振り返ると同時に、身体所見・検査所見を得て、投薬履歴を確認しながら原因の治療、薬物療法の変更を行う。

原因治療はそれぞれの身体因子により異なるが、感染症が原因であれば抗生物質による対応、高Ca血症に対してはビスホスホネート製剤による電解質コントロール、薬剤が原因の場合は減量するか切り替えを検討する。

とくに終末期のせん妄において、オピオイドが原因となることがしばしばある。しかし、オピオイド(とくに塩酸モルヒネ)誘因のせん妄では、背景に脱水を伴い活性代謝物の蓄積が疑われる場合

が多く、補液等を並行して行いながら対処する。疼痛が適切にコントロールされていない場合もあり、安易なオピオイドの減量・中止は避けるべきである。

②薬物療法

前述のように、せん妄治療の原則は原因となる身体的要因の除去と同時に、ほとんど場合は薬物療法を併用する。

せん妄の病態は、薬理的には神経伝達物質の調節不全(とくに脳内ドーパミン系の過活動とアセチルコリン系の低活動)が疑われており、抗精神病薬(いわゆるメジャー・トランクライザー)を用いる。せん妄は不安・興奮を伴うことから、しばしば鎮静を目的にベンゾジアゼピン系薬剤(たとえば、デパス[®]やセルシン[®]、レンドルミン[®])や抗ヒスタミン薬(アタラククスP[®])を処方しがちであるが、抗不安薬や抗ヒスタミン薬は脳皮質活動全般を低下させ、せん妄を悪化させる危険が高いために単独使用は避けるべきである。

薬剤の選択に関しては、抗精神病薬の中ではせん妄に対する有効性はほぼ同等であると考えられている。抗精神病薬を選択するにあたっては、その薬剤の持つ鎮静作用の強弱、有害事象のプロファイル、作用時間を考慮する。

従来から、ブチロフェノン系抗精神病薬である

ハロペリドール(セレネース[®])が頻用されてきた。ハロペリドールは抗幻覚・妄想作用が強いこと、循環器への影響が少ないこと、錠剤のほかに注射製剤があり投与経路の自由度が高いといった特徴をもつ。がん終末期においては、経口投薬が制限されがちであり、その場合でも使用できる数少ない薬剤である。しかし、有害事象である錐体外路症状の発現率が10%程度と高いことから、経口投薬が可能な場合には錐体外路症状の発症率の低い非定型抗精神病薬が好まれている。

非定型抗精神病薬には、リスベリドン(リスパダール[®])やオランザピン(ジブレキサ[®])、クエチアピン(セロクエル[®])、アリピプラゾール(エビリファイ[®])などがある。リスベリドンには液剤が、オランザピンには口腔内崩壊錠があり、嚥下障害がある場合でも比較的使いやすい(表6)。

せん妄に対して抗精神病薬を用いる場合には、どの薬剤であっても少量から開始をし、少量の頻回投与をして必要量を見積もる。その必要量から翌日の投与量を決定する(滴定法)。とくにハロペリドールの注射製剤の場合、1Aが5mgと大きい規格であること、血中濃度の半減期が短いことから、投薬を繰り返すうちに過量投与に陥りがち

であるので注意をする。

抗精神病薬は、その認知改善作用が発現するまでには数日の時間を要する。せん妄症状が改善しても数日から1週間程度はその用量を維持し、症状が再燃しないことを確認した後約1/3ずつ漸減をすすめていく。

③環境調整

せん妄の誘発因子を除去することにより、症状の改善を図ることを目的に行う。具体的には睡眠覚醒リズムを回復させるように昼夜の照明のメリハリをつけたり、見当識を容易に保てるようにカレンダーや時計を目につきやすいところに置く。

また、せん妄症状を呈した患者を見て、家族が動揺することも多い。せん妄が身体原因で生じる症状であること、薬物療法を中心に治療内容を説明するとともに、家族のつらさを理解して声かけを行う。

2. 抑 う つ

1) 抑うつ状態

抗がん治療全般をとおして、さまざまな精神症状が出現する。がん患者のおよそ30~40%になんらかの精神医学的問題が認められる。とくに頻度

表6 抗精神病薬の特徴

	定型抗精神病薬		非定型抗精神病薬			
	haloperidol	chlorpromazine	risperidone	quetiapine	olanzapine	aripiprazole
商品名	セレネース	コントミン	リスパダール	セロクエル	ジブレキサ	エビリファイ
投与経路	経口、静脈、筋内、皮下	経口、静脈、筋内、皮下	経口	経口	経口	経口
初回投与量	0.75~5mg	10~25mg	0.5~1mg	25~50mg	2.5~5mg	3~6mg
常用量	0.75~10mg	10~50mg	0.5~4mg	25~100mg	2.5~10mg	12~24mg
半減期	10~24hr	10~59hr	4~15hr	3~6hr	21~54hr	40~80hr
代謝	肝	肝	肝	肝	肝	肝
代謝酵素	CYP2D6, CYP3A4	CYP2D6	CYP2D6	CYP3A4	CYP1A2, CYP2D6	CYP3A4, CYP2D6
活性代謝産物	-	+	+	-	-	+
作用特性						
鎮静作用	低	高	低	高	高	ほとんどない
抗コリン作用	低	高	低	低	低	低
降圧作用	低	高	低	低	低	低
錐体外路症状	高	低	低	低	低	低
その他	標準的薬物 投与経路が広い	治療効果に対するエビデンスは同等	活性代謝産物の排泄が腎のため腎機能障害時には減量して使用	パーキンソン病のせん妄に対する第一選択薬	口腔内崩壊錠がある	鎮静作用がほとんどない

の高い疾患は、せん妄と大うつ病、適応障害である³⁾。抑うつ状態はがん種にかかわらずあらゆる時期に出現する。わが国の有病率調査では、大うつ病は5~15%で、適応障害が4~35%であった。

がん医療において抑うつ状態の診断・治療の重要性が繰り返し指摘される背景には、いくつかの要因があげられる。

①抑うつ状態が一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

がん患者の場合、身体治療中であることから、患者自身も医療者も抑うつ状態に伴う身体症状をがんに伴う症状や治療に伴う有害事象としてとらえてしまい、抑うつ状態が見落とされることが知られている⁷⁾。また、抑うつ状態は喪失体験に伴う心理的反応に伴って出現することが多い。そのため、「喪失体験があるならば、抑うつ状態に陥って当然である」といった医療者側の知識不足による過小評価、医療者が精神症状の評価をためらうことにより、抑うつ状態が見落とされ、誤った診断・対応をされがちである⁸⁾。

②QOLの低下を招くこと

抑うつ症状自体がQuality of Lifeの低下を招くと同時に、無価値感や自責感により積極的抗がん治療を拒否することを通して、身体治療にも影響する⁹⁾。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させる。これらの多方面にわたる影響は適切な治療により対応可能である。

③器質的な原因が重畳すること

がん患者の抑うつ状態の背景を評価する際に、ストレス因子との関連に注意が向きがちであるが、同時に原疾患による脳転移やparaneoplastic syndrome、高カルシウム血症、医原的な要因の強い薬剤性(ステロイドやinterferon、抗悪性腫瘍薬、降圧薬)や全脳照射も抑うつ状態を引き起こす。抑うつ状態を評価するときには、治療内容の変化との時間関係、治療効果、今後の治療計画を総合的に評価することが必要である。

④疼痛との関連

抑うつ症状は、疼痛が適切に緩和されていない場合に生じることが示されている。疼痛が緩和されないために、生きる価値がないと感じ、希死念慮を生じうる。除痛が図れることで抑うつを軽減することができるため、精神症状のみならず身体症状の評価も同時に行うことが必要である。

⑤自殺

がん患者の自殺率は一般人口に比べて約1.8倍高いとの報告がある。がん患者が訴える自殺企図や希死念慮の背景には、抑うつ状態や疼痛、進行がんであること、診断から3~6ヵ月以内であること、貧弱なソーシャルサポートがあることが指摘されている。とくに絶望感は抑うつ状態とは独立した要因となる。自殺を予防するために、たとえば進行がんの初回治療時から精神症状緩和をはじめ身体症状緩和、ソーシャルサポートの構築など包括的な支援が必要である。

⑥高齢がん患者の抑うつ状態

加齢は発がんのリスクであると同時に、うつ病や自殺のリスク因子でもある。高齢者の抑うつ状態は、若年者と異なり抑うつ気分を自覚することが少なく、代わりに興味の喪失や認知機能の低下(記憶力の低下、集中困難)、身体不定愁訴を訴えることが多い。高齢者の場合、身体症状の評価においては、常に背景に抑うつ状態があることを意識した評価が重要である。

2)スクリーニング

前述したように臨床的な問題として、主治医や看護師など多忙なプライマリーチームは抑うつ状態を見落としがちであることから、NCCNガイドラインではがん患者全員に対して精神症状のスクリーニングを実施することが推奨している¹⁰⁾。がん患者は身体的にも重篤であることが多く、患者の負担に配慮した簡便なスクリーニングが望ましい。患者の負担を軽減するために、VAS(Visual Analog Scale)やつらさと支障の寒暖計、ワンクエスチョンインタビューが用いられる¹⁰⁾。

臨床の現場においては、まず患者に気持ちに関するつらさについても話をしてもよいことを伝えるとともに、開かれた質問を用いて質問を促して

もよい(たとえば、「病気のことや症状のことでつらく思われたり、心配なことはありませんか?」など)。その上で、専門的なケアが必要かどうか重症度を評価する。たとえば「1日中気分が落ちこんでいませんか?」や「今まで楽しめていたことが楽しめなくなっていますか?」など抑うつ気分を評価し、いずれかがあてはまる場合は、抑うつ症状を疑う。とくに注意をしたいのは希死念慮である。たとえば「つらくて仕方がなくて、生きていても仕方がない、このまますべてを終わりにさせたいと感じたりしませんか?」など直接確認する。希死念慮がある場合はただちに専門的ケア(精神腫瘍医)を紹介する¹¹⁾。

3) 抑うつ状態への対応

抑うつ状態への治療は、薬物療法と支持的精神療法、認知行動療法を組み合わせて行う。医療スタッフからの心理的な支援が、がん患者の適応に影響することも示されており、担当医や看護師を交えたチームとして患者を支える体制を構築する。

精神的なケアの基本は、患者のつらさを尊重し、批判したり安易に励まさず、まずは受容的に接することである。その上で抗不安薬を少量から開始する(アルプラゾラム(ソラナックス®)0.4~1.2 mg/日分2~3, エチゾラム(デパス®)0.5~1.5 mg/日分2~3)。抗不安薬で改善が図れない場合には、抗うつ薬を用いる。抗うつ薬に関しては、無作為化比較試験の結果からも改善効果は支

持されている。しかし抗うつ薬は多様であり、実際の薬剤選択にあたっては身体症状を評価した上で副作用管理も踏まえた選択を行う必要があり、可能な限り精神腫瘍医など専門家に相談しながら進めるのが望ましい。

患者によっては、精神科医を受診することに抵抗がある場合がある。その場合は、まず気持ちのつらさについても専門的に対応することができるので、専門家に診察を依頼したいと考えていることを率直に伝える。抵抗がある場合には、その受診をしたくない意見を尊重した上でその理由を尋ねる。もしも患者が、重度の精神病患者だけが対象となっていると誤解したり、心の持ち方が弱いと批判されることを恐れるなど誤解があれば、丁寧に訂正するとともに、いつでも受診ができることを伝える。

希死念慮のある患者が受診を拒否している場合には、電話相談やカルテ診など、間接的なサポートも精神腫瘍医は行うので、事情を説明してコンサルトを依頼する。

おわりに

主にがんの終末期に出現する精神症状と対応について述べた。精神症状は高頻度に出現する一方、見落とされがちである。多忙な臨床現場では、チームで精神症状に対応することが有用な場合が多い。是非積極的に緩和ケアチームや精神腫瘍医のコンサルテーションを利用してほしい。

文 献

- 1) 山崎成人監修:サイコオンコロジー:がん医療における心の医学, 診療新社, 大阪, 1997.
- 2) Distress Management V1.2008: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology TM, National Comprehensive Cancer Network. (http://www.nccn.org/professionals/physicians_gls/PDF/distress.pdf)
- 3) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249: 751-757, 1983.
- 4) 高橋三郎ほか: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院, 東京, 2002.
- 5) Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al: Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardized measures. Br J Psychiatry 190: 135-141, 2007.
- 6) 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 160: 786-794, 2000.
- 7) Wilson G, et al: 緩和ケアにおけるうつ病の診断とマネージ

- メント, 緩和医療における精神医学ハンドブック, 内富重介監訳, 初版, pp29-53, 星和書店, 東京, 2001.
- 8) Passik SD, Dugan W, McDonald MW, et al: J Clin Oncol. Oncologist' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 16: 1594-1600, 1998.
- 9) Block SD: Ann Intern Med. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 132: 209-218, 2000.
- 10) Akizuki N, 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 Management 29: 91-99, 2005.
- 11) 日本医師会監修: 気持ちのつらさ, がん緩和ケアガイドブック, pp70-75, 2008.

膵癌と精神腫瘍学

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

小川 朝生, 内富 庸介

KEY WORDS

- 精神腫瘍学
- うつ病
- コミュニケーション・スキル・トレーニング
- PET

はじめに

膵癌は5年生存率が4%を下回り、年間死亡者数が約22,000人にのぼる難治癌の代表である。近年ゲムシタピンが臨床に導入されたことにより治療成績が改善し、QOL(quality of life)の向上が図れるようになりつつあるが、依然として予後は厳しい。難治癌の診療にあたり、身体症状への対応に加え精神的苦痛を軽減することは、患者および家族の苦痛の軽減とQOLの維持向上のために必須である。本稿では、膵癌に関連する精神症状への取り組みを紹介する。

I. 精神腫瘍学 (psycho-oncology) とは

医療の高度化と専門分化が進んだことにより、「医者は臓器は診るが、人を診なくなった」と批判と反省を交え

てしばしば語られる。その反省を受けて、患者を全人的にとらえるために、biological, psychological, socialと多層的な視点からアプローチをし、癌の臨床を捉えなおす分野が精神腫瘍学(サイコオンコロジー: psycho-oncology)である。精神腫瘍学は、生命を危機に陥れる「癌」という疾患に罹患し、その診断・告知を受ける時から治療期、終末期まで、患者とその家族をケア・サポートすることを実践している。一方、研究の面では「がんが患者や家族、医療者に与える心理的影響を明らかにし、QOL向上を目指した介入方法を開発する」と、「がんの罹患や生存に関与する心理・社会・行動学的因子を明らかにし、適切な介入法を開発する」ことを目指している¹⁾。

II. 膵癌と精神症状

膵癌は他の癌種よりも、抑うつや不安などの精神症状を呈しやすいといわ

Pancreatic cancer and psychooncology

Asao Ogawa

Yosuke Uchitomi (部長)

れてきた。古代・中世の時代では、現在の抑うつ症状と重なるメランコリー症状(悲哀、虚無感、無関心、無感情、意欲低下)が軽量の機能障害に由来すると考えられていた。近代になると1920年代には、うつ病の発症が身体症状出現、脳癌診断に先行した症例が報告され、うつ病発症が重大疾患を予兆する意味合いを込めて「警告うつ病」として世に知られるようになった²⁾。

抑うつは癌患者のQOLの低下を招くと同時に積極的抗癌治療を拒否することを通して身体治療にも影響する。適切な対応を取ることで、回復が十分期待できることからの確かな診断が望まれる。

脳癌において、他の悪性腫瘍に比べて抑うつ症状や不安症状の合併が多いといわれてきた背景には、

- ①患者の心理的負担が他の悪性腫瘍よりも大きいこと(脳癌が難治病であることや早期症状に乏しいため進行してからの発見が多く、厳しい予後に直面しがちであること)
- ②脳癌は難治性の疼痛を合併しやすいこと。
- ③異所性産生ホルモンによる腫瘍随伴症候群(paraneoplastic syndrome)がある。過去になされた質問紙調査では、脳癌患者の18~50%が抑うつ・不安症状を呈していた³⁾。また、Kelsenらは質問紙を用いて、精神症状と身体症状との関連を調べた。BDI(Beck Depression Inventory)により評価をしたところ、38%が重度の抑うつ状態を呈していた。一方29%の患者は疼痛があり、疼痛の強度と抑うつ・不安の重症度との間に有意な相関を認めた。Kelsenらは、脳癌の抑うつ症状の高さは、疼痛を含む身体症状コントロールが難しい点を反映していると指摘し

ている²⁾。

このように脳癌にまつわる精神症状が問題として取り上げられる一方、精神症状の判定は質問紙調査のみで、面接を実施した信頼に足る調査はほとんど行われてこなかった。

そこでわれわれは、脳癌患者の抑うつの有病率と発症因子を明らかにすることを目的に、抗癌治療予定患者に対して、初回化学療法前後で半構造化面接による精神医学的診断と身体症状評価を行った。その結果、精神症状は、抑うつ症状を有した患者が11.8%(うつ病5.5%, 適応障害6.4%)であり、治療開始1ヵ月後では15.4%(適応障害11.0%, うつ病4.4%)であった。また、治療開始前に精神症状を認めなかった患者のうち14%が治療開始後に抑うつを発症していた。抑うつ症状の発症予測因子を検討したところ、治療開始前の悲嘆が強いことと、Performance Statusが低いこと、近親者の癌死経験があることが有意に治療開始後の抑うつを予測していた。また抑うつ・不安を呈した患者の1/3は、身体症状が先行していた。抑うつ有病率は11~15%であり、他の癌種、病期を対象に行われてきた抑うつ有病率調査と比較して特に高い有病率ではなかった。しかし、今回の調査で抑うつと診断されたほとんどの患者は抑うつに対する専門的ケアを受けておらず、症状の過小評価が問題として上がった。疼痛評価も問題であり、効果的な症状緩和を図るためには身体症状を含めた総合的な症状評価が重要である⁴⁾。

Ⅲ. 精神腫瘍学の試み

精神腫瘍学では、精神症状と癌、身

体機能に関する理解を深めるために臨床・研究両面からアプローチを実施しており、その試みを紹介する。

1. コミュニケーション・スキル・トレーニング

癌の診断告知や治療の中止の決定などBad news(悪い知らせ)は、「患者の将来への見通しを根拠から否定的に変えてしまう知らせ」と定義されている。悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても心理的苦痛を伴う。抑うつと密接に関連する自殺行動は、告知後3~5ヵ月に限ると健康人と比べて4.3倍にものぼるとの報告がある⁵⁾。患者の理解や適応を促すためには、告知にあたり適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である⁶⁾。

効果的なコミュニケーションを得るためのスキルは臨床経験を重ねるだけでは向上しない⁷⁾。コミュニケーションスキルは教育によって向上することが示されており、癌治療に携わる医療者のコミュニケーションスキルへの教育プログラムが望まれるようになった⁸⁾。欧米では癌専門医を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが開発され、ロールプレイを中心に共感的な対応を含めたスキルの習得を目指して実施されている。

効果的なコミュニケーションを図るためには、患者の意向を十分に検討する必要がある。またコミュニケーションに対する意向には文化差がある。そこでわれわれは、わが国の癌患者が悪い知らせを伝えられる際に、医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを面接調査で検討した。その結果、患者の意向として「Supportive environment(支持的な場の設定)」

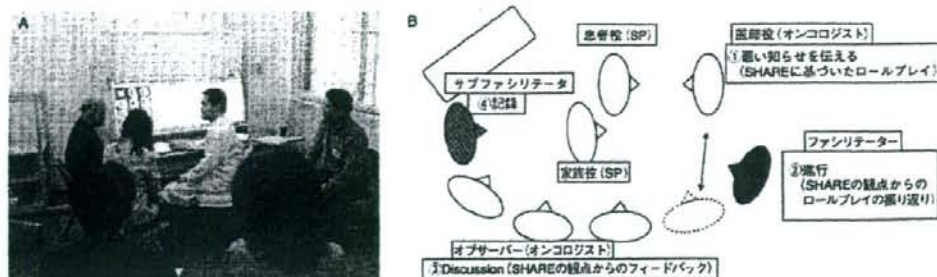


図1. コミュニケーション・スキル・トレーニングの実際
A: トレーニング風景, B: 形式図

「How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)」、「Additional information (付加的情報)」、「Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)」の4つのカテゴリーが抽出された¹⁰⁾。その意向をもとにわが国の臨床に沿ったコミュニケーション・スキル・トレーニングSHAREプログラムを開発し、癌専門医を対象に研修プログラムを実施している(図1)。現在、厚生労働省の委託事業として、財団法人医療研修推進財団主催で、研修会を全国で開催している。

2. うつ病の脳機能画像研究

精神医学的研究では、磁気共鳴画像(MRI)やPET (Positron Emission Tomograph) など脳機能画像を用いたうつ病の病態メカニズムに関する研究も進んでいる。

機能画像研究より、うつ病の脳では前頭葉と大脳辺縁系を中心に活動異常が存在することが明らかになってきた。このネットワークの変化を引き起こす病態メカニズムは十分に解明されておらず、この病態を明らかにすることで効果的な治療方法が進展すると期待されている。

われわれは、肺癌患者で告知後に抑うつ症状を呈した患者の病態メカニズムを検討するために、F18-fluorodeoxyglucose (F18-FDG) PETを用いた脳グルコース代謝の異常を検索した。SPM (Statistical parametric map)を用いた非線形解析を行ったところ、抑うつ患者において左膝下野前帯状回の安静時糖代謝が亢進していることが明らかになった¹¹⁾(図2)。

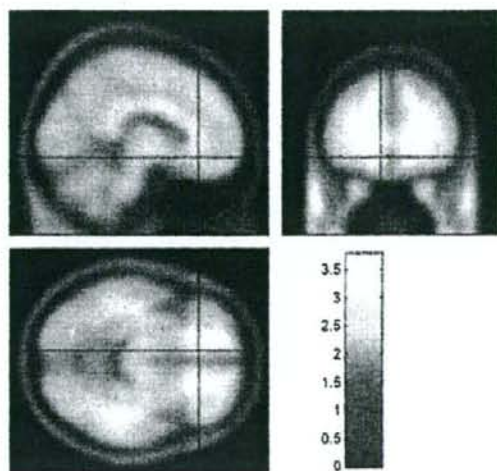


図2. 告知後にうつ病を発症した肺癌患者の脳グルコース代謝SPM mapにて左膝下野前帯状回に代謝増加を示す。カラーバーはt値を示す。

肺癌の不安・抑うつ症状には、腫瘍が分泌するACTH (adrenocorticotropic hormone)¹²⁾やPTH (parathyroid hormone)、vasopressin様の neuropeptide、神経伝達関連物質、非特異的炎症によるserotonin伝達阻害¹³⁾などの原因が疑われている。特にserotoninは抑うつや不安に関連する神経伝達物質である。セロトントランスポーターはシナプス間のserotonin濃度を制御するが、そ

のプロモーター領域(5-HTTLPR)多型と、性格傾向や抑うつ症状の出現頻度¹³⁾、自殺企図との関連が報告されている。5-HTTLPR多型でリスクアレルキャリアーをもつと扁桃体の活動が有意に上昇するとの報告もあり¹⁴⁾、自律神経反応や記憶や認知などにも影響することが予想される¹⁵⁾。今後、脳画像を中間表現型としてとらえて分子遺伝学的研究と連携し、うつ病やストレス脆弱性に関する検討が必要であろう。

おわりに

癌と関連する精神症状、臨床における取り組みについて概説した。今後、癌患者の「こころのケア」が強く求められるなかで、サイコオンコロジーの普及を願ってやまない。

文 献

- 1) 内富庸介：がんへの通常の心理反応、リエゾン精神医学とその治療学、松下 正明 編、東京、中山書店、51-58、2003
- 2) Green AI, Austin CP : Psychopathology of pancreatic cancer. A psychobiologic probe. *Psychosomatics* 34 : 208-221, 1993
- 3) Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT, et al : Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer. *J Clin Oncology* 13 : 748-755, 1995
- 4) 内富庸介：癌治療患者の抑うつに関する研究、厚生労働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17年度総括・分担研究報告書(主任研究者 松島美介)、9-12、2006
- 5) Tanaka H, Tsukauma H, Masaoka T, et al : Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 90 : 812-817, 1999
- 6) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al : Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347 : 724-728, 1996
- 7) Cantwell BM, Ramirez AJ : Doctor-patient communication : a study of junior house officer. *Med Educ* 31 : 17-21, 1997
- 8) Maguire P : Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 35 : 1415-1422, 1999
- 9) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology* 14 : 1043-1051, 2005
- 10) Fujimori M, Parker PA, Akechi T, et al : Japanese cancer patient's communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16 : 617-625, 2007
- 11) Inagaki M, Yoshikawa E, Kobayakawa M, et al : Regional cerebral glucose metabolism in patients with secondary depressive episodes after fatal pancreatic cancer diagnosis. *J Affective Dis* 99 : 231-236, 2007
- 12) Brown JH, Paraskevas F : Cancer and depression : cancer presenting with depressive illness : an autoimmune disease? *Br J Psychiatry* 141 : 227-232, 1982
- 13) Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al : Influence of life stress on depression : moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301 : 386-389, 2003
- 14) Dannlowski U, Ohrmann P, Bauer J, et al : Serotonergic genes modulate amygdala activity in major depression. *Genes Brain Behav* 6 : 672-676, 2006
- 15) Zald DH : The human amygdala and the emotional evaluation of sensory stimuli. *Brain Res Rev* 41 : 88-123, 2003

チーム医療とは
—基本的な概念の整理—

小川朝生 内富庸介

腫瘍内科 第2巻 第4号 別刷
2008年8月発行

東京都千代田区神田司町2-10-8 科学評論社 電話03(3252)7741(代表)

特集 | がんのチーム医療

チーム医療とは*
—基本的な概念の整理—小川朝生**
内富庸介**

Key Words: team approach, cancer, interdisciplinary team, psycho-oncology

はじめに

がん医療において、チーム医療が近年とくに強調されるようになった。

チーム医療とは、医療モデルの一つである。チーム医療が強調される背景には、「医師が中心になりがちであった従来の医療体制への反省から、医療従事者も含めて各職種が対等に連携をすることを通して、患者中心の医療を実現しようとする」意図がうかがえる。

がん医療は多様な専門分野がからむ複雑な領域であり、高度な集学的治療を提供するためには複数の専門家が治療に参画する必要がある。そのため、多職種が治療に参集するチーム医療が必然である。昨夏にがん対策基本法を受けて策定された「がん対策推進基本計画」には、分野別施策に「がん医療を充実させ、高度の医療を全国均一に提供できる医療体制を整備すること」が掲げられた。とくに、医療チームを構成する各職種の専門性を高めるために、「放射線療法および化学療法を専門的に行う医師の育成」、「がん専門医の育成」が盛り込まれている。がん診療連携拠点病院の条件にも、各職種間での情報の共有や意見交換の機会を確保し専門性を高めるた

めに、各種の教育活動やカンサーボードなどのシステムを整備することが求められている。

さらに、チーム医療が示す活動は、施設内の集学的医療チームの活動のみではない。たとえば、「がん対策推進基本計画」に掲げられている「地域連携クリティカルパスの活用」のように、病院と在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、薬局間のような組織間連携もチーム医療活動である。

このように、チーム医療は施設内外を問わずさまざまな分野で強調されている。事実、医療従事者の多くはチーム医療を提供するために「チームワーク」が重要であることや職種間の「コミュニケーション」が必要であることを認識している。しかし、「チーム医療の目的は何なのか」あるいは「より機能的なチーム医療を実践するためにはどのようなことに取り組む必要があるのか」といった根幹に触れる議論は乏しい。現実にチームの運営やチームのあり方に問題点が多いことも指摘されている¹⁾。「チーム医療の活動を評価するための」指針をもたずに、おのおのの臨床現場の問題点からチーム医療が議論され、試行錯誤を繰り返しているのが現状ではないだろうか。

そこで、ここではがん医療におけるチーム医療のあり方を考える基本的な概念を整理することを目標に、①チームとは何か、②チーム医療の歴史的背景、③チームのアセスメント(チーム

* Interdisciplinary team—Basic principles and assessment.

** Asao OGAWA, M.D., Ph.D. & Yosuke UCHITOMI, M.D., Ph.D.: 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(〒277-8577 柏市柏の葉6-5-1); Psycho-oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwa 277-8577, JAPAN

の発達、チームパフォーマンス)に注目してまとめていきたい。

チームの条件

「チーム」という言葉もしばしば意識されずに用いられている。一般にチームの活動を考察すると、チームのメンバーに対して、チームが編成された目的、具体的な活動の目標が示され、それらが共有され組織化されることではじめて業務を担えるようになる。このようにある集団がチームと認められるためには、次の3条件が必要となる²⁾。

- ①目的・目標があること。
- ②ルールや決まりごとがあること。
- ③目的・目標を成し遂げられる人材が揃っていること。

つまり、チームとは、「目的・目標をもち、ルールや決まりごとを備え、その目的・目標を成し遂げる能力がある人が集まった状態」となる²⁾。チームは一度組織化されると、メンバー同士による相互作用・協働作業を通じて、さまざまな成果を生み出すことができる。一般に人が集まっただけのワーキンググループでは、その成果は各メンバーの成果の総和でしかない。しかし、チームの成果はこの個々人の成果以上の実績を上げることができる。

チーム・アプローチの歴史

次に医療分野において、チームでの活動が広く展開されるようになった背景を考えてみたい。

医療分野においてチーム・アプローチに基づいた医療サービスの提供が論じられ始めたのは20世紀に入ってからである²⁾。20世紀初頭に、医学の専門領域が分化・特化する流れが強まった。その中で、それぞれの領域を専門とする医師が連携したり、また、専門家と一般臨床家との間のコミュニケーションを図る方法としてチーム・アプローチが論じられた²⁾。次に、1930年代に入ると、看護職を中心に医療に従事する各職種間の資格化が進み、同時に職種間の連携を促進する手段としてチーム・アプローチが提唱されるようになった。結果として、1950年代には慢性疾患領域を中心に、在宅医療や精神医療(統合失調

症の慢性期治療)、リハビリテーション医学領域で多職種によるチーム・アプローチが普及する。

また、1960年代以降の米国においては、貧困対策への取り組みの中で、低所得者層に向けたプライマリ・ケアを提供する方策としてチーム・アプローチが実践された。その背景には、トレーニングを受けた専門家の不足を補い、効率よく医療を提供する必要性があった²⁾。このようにチーム医療は、①専門化が進んだ各領域間のコミュニケーションを促進すること、②医療・福祉領域が複雑化し専門家が1人で調整することが困難になったこと、③医療の効率化を促進することを背景に展開してきた。

日本においても同様の流れがあった。細田は日本におけるチーム医療の起源を考察し、①第2次世界大戦後の新しい医療法が施行され、「医師のみが医療提供者とされていた」戦前の自由開業医制度が崩れ、病院を中心とする医療体制に変化したこと、その結果、医師だけではなく看護師、診療放射線技師、臨床検査技師など複数の医療者によって担われるように変化したこと、②新しい医療関係職種(理学療法士、作業療法士、社会福祉士、臨床工学技士、救急救命士など)が誕生したことの2点を指摘している³⁾。

チーム・アプローチのもう一つの視点

また、チーム・アプローチが普及した1960年代の在宅医療では、Cicely Saundersのほか、Robert Twycross, Balfor M. Mountらがホスピス・ムーブメントの流れを受けて、quality of life (QOL)向上のための疼痛緩和技術(後のWHO方式)を開発した。彼らは問題を複数の視点から多角的に検討することにより、全体を俯瞰する視点を回復させることを目指す、多職種チームによる全人的な症状緩和を提唱した。

このように、多職種チームには、それぞれの領域の高度化・専門化を推進する一方、細分化することによって失われた全体を見渡す視点を期待する面があることは注意が必要である³⁾。

チーム医療の構造

前述したように、チーム医療とまとめられても、その意味する集団はさまざまである。たと

表1 多職種チームの構造モデル

multidisciplinary model	チームに課せられた緊急な課題を達成するため、しばしば1人の人物の指示により、チーム内で与えられた専門職としての役割を果たすことに重点を置いたチームの機能方法
interdisciplinary model	チームに課せられた複雑な課題を達成するために、各専門職が協働・連携してチームの中で果たすべき役割を分担した機能方法
transdisciplinary model	チームに課せられた課題を達成するために、各専門職がチームの中で果たすべき役割を、意図的・計画的に専門分野を超えて横断的に共有した機能方法

(文献より引用改変)

例えば、病棟の看護チームのように、同じ役割をもつメンバーがゆるく統合され、ローテーションをしながらおのおのの業務を遂行する組織もある。また、手術に際しての外科チームのように、特化した技能をもった職種が集まり、限られた時間、特定の目標のために一時的に行動をとるチームもある。

病院は、効率的に人員が配置され、業務が効果的に遂行できるように組織化されている。概して病院内の組織は、病院長を中心とするトップマネジメントチームの基に統括され、各部門は小規模で専門化したチームに分化・特化している²¹⁾。

比較的小規模で、専門的な多職種が協働で活動するチームを評価するために、いくつかの構造モデルが取り上げられている(表1)⁵⁾。この3つのモデルとも、邦訳すると「多職種チーム」となる。しかし、その目的や機能は異なり、多職種チームの議論を混乱させる要因の一つとなっている。とくにmultidisciplinary teamとinterdisciplinary teamは誤解されることも多い。一般には、interdisciplinary team modelのほうが、①メンバー間のコミュニケーションが活発に行われるだけでなく、メンバー同士の協働作業を伴うこと、②メンバーがお互いにリーダーシップをとり、複数の視点からとらえた複合的な課題を遂行することを目的としていることから、より成熟したチームモデルと考えられる²⁾。

また、チームの遂行能力(パフォーマンス)を高めるためには、仕事の流れを俯瞰し作業を調整する必要がある。仕事の流れ(ワークフロー)に注目してチームの構造を分類することもある。Teslukらは病院チームのマネジメントを考察し、4つのモデルに分類することを提案している(図1)⁶⁾。

チームの発達

チーム活動をアセスメントするためには、構造を評価するだけでなく、チームの発達レベルも評価する必要がある⁷⁾。

チームが組織され、活動を始めた最初のころと長い間活動を続けた後では、メンバー同士の関係やチームの活動のあり方が大きく変化していることは容易に想像がつく。このようにチームも、個人と同じように発達を遂げる。

Tuckmanらはチームの発達を時間の流れとともにとらえ、集団発達の5段階モデルを提唱した⁸⁾。そのモデルに従うと、チームは①形成期(Forming)、②騒乱期(Storming)、③規範期(Norming)、④遂行期(Performing)、⑤解散期(Adjourning)に分けられる。それぞれの段階では、以下のような状態を示す。

- ①形成期:メンバーはお互いのことを知らず、集団としての意識は希薄で、集団の目的やメンバー間の役割分担は不明確な状態。
- ②騒乱期:目的、役割や責任に関連して意見が対立し、集団の中に葛藤が生じる。
- ③規範期:メンバー間で役割分担が行われ、集団内での望ましい態度や行動といった規範が確立する。メンバーが仲間意識を高め、互いに信頼関係をもつようになる。
- ④遂行期:チームはその存在目的として課された課題に取り組むようになる。目標を達成するために、メンバーは緊密に連携を取り合う(しかし、すべての集団がこのレベルに達することができるとは限らない)。
- ⑤解散期:チームはその目的が達成されることで解散する。

もっとも、どのチームも直線的に発達するわ

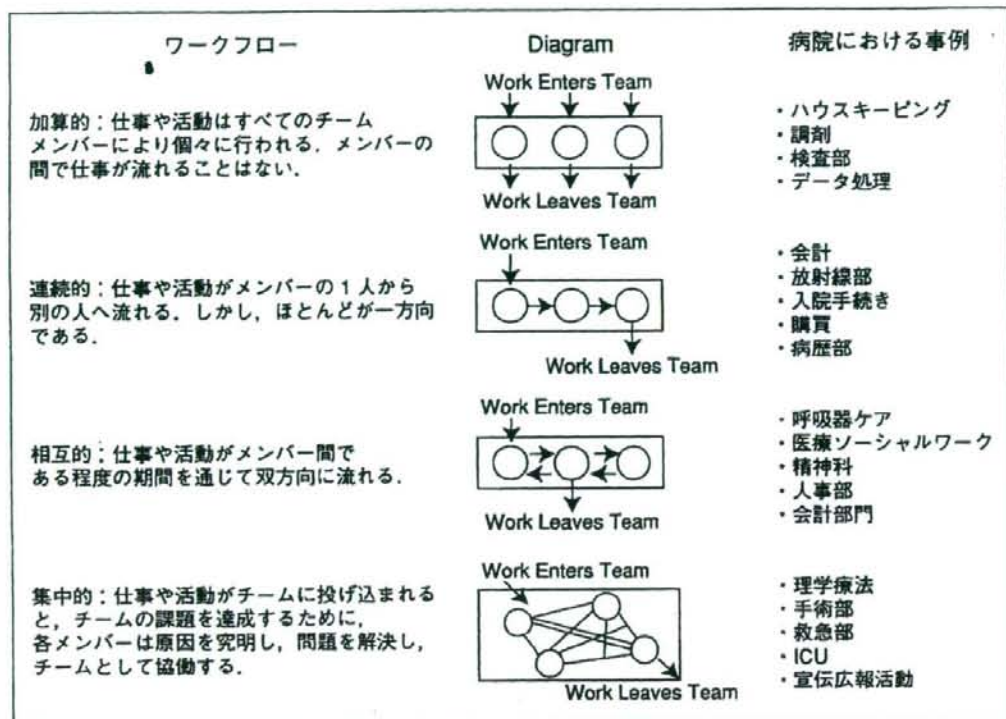


図1 Taxonomy of team work processes (文献⁹⁾より引用改変)

けではない。小集団の観察研究によると、チームの発達には、①発展、成熟に至る、②成熟とともに減退する、③その中間パターンに分けられ、中間パターンがもっとも多かった⁹⁾。また、業務とプロセスに分けて行動を評価することにより、チームの発達段階を詳細に検討することも提案されている(表2,3)¹⁰⁾。

チーム医療の向上を目指して

1. チームワークとリーダーシップ

チームが構成されたとしても、目標を達成するためにはさまざまな作業を遂行しなければならない。仕事を効率的に進めるためには、メンバーがすべての仕事にかかわるよりも、仕事を分担してやり遂げるほうが適していると考えられる。したがって、仕事を系統的に分類して、各職種ごとに分業することが必要になる。

一方、チームで協働して作業するためには、仕事そのものにかかる労力とは別に、他のメンバーとの相互作用に労力を払わなければならない

い。この労力分だけ、集団の実際の仕事量は潜在的に可能な仕事量を下回る(プロセス・ロス)¹¹⁾。協働作業を円滑に進めるためには、「チームワーク」が十分に発揮される必要がある。

チームワークとは、チームの目標達成に必要な協働作業を支えるために、メンバー間で交わされる対人的相互作用である。Dickinsonらはチームワークの要素を7つに分類して、チームワークの要素モデルを提唱した(図2)¹²⁾。

そのモデルによると、チームワークが発揮されるためには、チームの志向性とリーダーシップが基本となる。次に作業の位置づけを理解した適切なモニタリングが実施され、現状が把握され、最後に現状に則ったフィードバックと支援活動が行われる循環を形成する。

ここで基本となるリーダーシップは「集団目標の達成に向けてなされる集団の諸活動に影響を与える過程」と包括的に定義される¹³⁾。リーダーシップを考える上で注意しなければならない点がある。1つ目は、リーダーシップは、あ

表2 The four developmental stages and off-diagonal group conditions

Process Behaviors	Interdependence	"Flying Circus" Free Expression of Feelings	Flexibility Negotiating	Supportive Good Com- munication	Stage IV Effective Team
	Cohesion	Tightly Knit Trust "We-ness"	Harmony Cooperation	Stage III Sharing Group	Ownership Safety
	Conflict	Resistance Leadership Struggle Disagreement	Stage II Fractionated Group	Encounter Task-Oriented Confrontation	Issue- Oriented Polarization
	Dependency	Stage I Immature Group	Inefficiency Search for Procedures	Telling-Asking One-Way Communi- cation	Experting Leader- Centered Decision- Making
		Orientation	Organization	Open Data Flow	Problem Solving
Task Behaviors					

SOURCE: From *Group Development Assessment* © 1993 John E. Jones, Ph.D., & William L. Bearley, Ed.D. Reproduced with the permission of Organization Design and Development, Inc., King of Prussia, PA. (文献¹⁰⁾より引用)

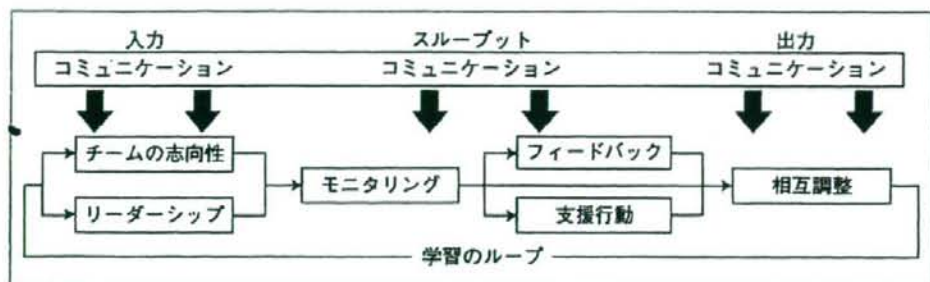
表3 Stages of group/team development and leadership styles

Stage of Group Development	Group/Team Development Theme	Situational Leadership Style	Group/Team Leader's Behavior	Followers' Readiness Behavior
Stage 1. Forming	Awareness	Telling	High task, low relationship	Inexperienced and hesitant
Stage 2. Storming	Conflict	Selling	High task, high relationship	Inexperienced and willing
Stage 3. Norming	Cooperation	Participating	Low task, high relationship	Experienced and hesitant or lacking confidence
Stage 4. Performing	Productivity	Delegating	Low task, low relationship	Experienced and willing
Stage 5. Adjourning	Separation	Participating	Low task, high relationship	Experienced and hesitant

SOURCE: From Kormanski, C., & Mozenter, A. A new model of team building: A technology for today and tomorrow (p. 262). In J. W. Pfeiffer (Ed.), *The 1987 annual: Developing human resources*. San Diego, CA: University Associates © 1987. Reprinted by permission of Jossey-Bass, Inc., a subsidiary of John Wiley & Sons, Inc. (文献¹⁰⁾より引用)

る地位に就いているリーダーだけではなく、チームのメンバーも発揮すること、2つ目はリーダー

シップとは社会的影響過程であり、一方的な働きかけだけではなく、対峙するメンバーの受容

図2 チームワーク要素モデル(文献¹³⁾より引用改変)

が前提とされている点である。

2. チーム医療を実践するためには

それでは、多職種チームが機能するためにはどのような問題点を解決する必要があるのだろうか。

チームを立ち上げる(チームビルディング)問題は、チーム内(メンバー)、チーム自体、チーム外の問題に整理をする。

(1) ナレッジ・マネジメント(knowledge management)

医療分野におけるチーム・ビルディングの問題点としてまず指摘されるのは、医療チームは専門職が集まったチームである点である。チームが目標を設定するに際して、おのおののメンバーのもつ医学知識の差(量と質)が問題になる。また、各メンバーの技量が専門化して特殊である分、チームの介入が複雑になり、介入の全体像を見えにくくしている点もあげられる¹⁴⁾。メンバー間の医学知識の差を埋め、介入の全体像を把握するためには、医学知識に加えて、個人が得た臨床現場の情報、おのおののスキルをチームで共有し活用するプロセスが必要である。このプロセスのことをナレッジ・マネジメント(knowledge management: 知識管理)という。

ナレッジ(知識)とは、「情報を利用可能な状態に加工したもので、判断や行動の枠組みとなるもの」である。知識は、様式化された形で表現できる「形式知」やはっきりとした形で提示できない「暗黙知」を含む。とくに医学臨床では、体系化された「医学知識」と個々の現場のあらゆるものを含んだ「情報」に分けることができる。

チームでは、メンバーから提示されたナレッジ(知識)を入手し、チームで共有し、多角的に検討する過程を踏む。この活動を通して、ナレ

ジ(知識)は他のメンバーに取り込まれ内面化し、チームレベルで共有し、さらにはチームを超えて伝達するプロセスを経る。

ナレッジ・マネジメントを実践することで、①状況を正確に把握することで、組織の意思決定に反映する、②チームが学習し能力が向上する、③個人の能力も向上することが図られる。一般に、ナレッジ・マネジメントが業績に直接関係するといわれるが、効率のよい伝達、学習は容易ではない。実践を促すためには、①各メンバーがお互いに知識を提供しなければならないことを自覚すること、②知識を共有するための具体的な仕組みや機会を設けること(たとえばがんセンターボード)が必要である。

(2) チームのコーディネート

チーム自体に関する問題としては、チームのコーディネーションが遂行能力に関係すると指摘されている。チームのメンバー間でお互いの役割が明確になされないと、実行する上での取り決めや手続きを作成することをメンバーが拒否することが起こり得る¹⁵⁾。とくに急性期のケアに関しては、お互いに役割が重なりがちのため、意思の統一が図りづらく、役割が不明確になる¹⁶⁾。役割を明確にするためには、①多職種が参加するミーティングにおいて、個々の患者のニーズをそれぞれ議論すること、②その議論の結果を記録するとともに、患者およびケアに関係する人に伝えること、③その効果を持続させるために、チーム内・外のプロセスの経過をレビューすることが推奨されている¹⁵⁾。

また、チームが機能するようになったとしても、その状態がいつまでも続くとは限らない。集団は形成されてから一定期間は生産性を向上

させるが、それ以降は機能不全に陥る¹⁶⁾。チームの機能不全には組織の硬直化が関係し、①メンバーの役割と行動が固定化すること、②メンバーの考え方が均質化し刺激を与えなくなることに、③メンバーが互いに情報を伝達する相手を選択するようになり、コミュニケーションが固定化すること、④外部と疎遠になり関心が集団内部に狭まること、⑤リーダーが過去の先例と経験に縛られ、変化に抵抗を示す自己呪縛に陥ることが原因と指摘されている¹⁷⁾。

(3) チームの認知

チーム外の問題としては、チームが組織内でどれほど認知されているかも重要である。認知度が低い場合には、チームの活動が理解されず、十分な資源がチームに提供されない。とくに、多職種チームのように組織横断的な活動は、チームメンバーの作業に負荷を生じる¹⁸⁾。

おわりに

チームとその運営に関する概念に関してまとめた。チーム医療はその重要性が繰り返し指摘されてきたが、系統だった議論はなされていない。今後、チーム医療を向上させるための有益な知見を得て、優れた医療が提供されるために、科学的な議論が活発に進むことを期待したい。

文 献

- 1) 明智龍男. 緩和ケアチームにおける精神科医の役割. *がん患者と対療* 2004; 15: 18-22.
- 2) Heinemann GD. Teams in health care settings. In: Heinemann GD, Zeiss AM, editors. *Team Performance in Health Care*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002. p. 3-17.
- 3) 細田満和子. チーム医療とは何か? In: 鷹野和美・編. *チーム医療論*. 東京: 医歯薬出版; 2002. p. 1-10.
- 4) Cohen SG. Hilltop hospital top management grow. In: Hackman R, editor. *Groups that work (and those that don't): creating conditions for effectiveness teamwork*. San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p. 36-55.
- 5) 菊地和則. 多職種チームの3つのモデル-チーム研究のための基本的概念整理. *社会福祉学* 1999; 39: 273-90.
- 6) Tesluk P, Mathiw JE, Zaccaro SJ, et al. Task and Aggregation Issues in the Analysis and Assessment of Team Performance. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, editors. *Team Performance Assessment and Measurement, Theory, Method, and Applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1997. p. 197-224.
- 7) Kormanski C. A situational leadership approach to groups using the Tuckman model of group development. In: Goodstein LD, Pfeiffer JW, editors. *The 1985 annual: Developing human resources*. San Diego, CA: University Associates; 1985. p. 217-26.
- 8) Tuckman BW, Jensen MC. Stages of small-group development revised. *Group and Organizational Studies* 1977; 2: 419-27.
- 9) Kormanski C. Team building patterns of academic groups. *The Journal of Specialists in Group Work* 1990; 15: 206-14.
- 10) Jones JE, Bearley WL. *Group Development Assessment: Facilitator guide*. King of Prussia, PA: Organization Design and Development Inc; 1993.
- 11) Steiner ID. *Group Process and Productivity*. New York: Academic Press; 1972.
- 12) Dickinson TL, McIntyre RM. A conceptual framework for teamwork measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, editors. *Team Performance Assessment and Measurement, Theory, Method, and Applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1997. p. 19-43.
- 13) Stogdill RM. *Handbook of Leadership. A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press; 1974.
- 14) Payne M. Team building: how, why and where? In: Speck P, editor. *Teamwork in palliative care. fulfilling or frustrating?* New York: Oxford University Press; 2006. p. 117-36.
- 15) NHS. *Manual for Cancer Services 2004*. (http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/Cancer/DH_4135595)
- 16) Katz JS, Peace S. *End of Life in Care Homes: A Palliative Care Approach*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 17) 古川久敬. *構造こわし 組織変革の心理学*. 東京: 誠信書房; 1990.

6. 癌患者とのコミュニケーション

¹⁾ 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 ²⁾ 日本学術振興会特別研究員

藤森 麻衣子¹⁾ ²⁾ / 内富 庸介¹⁾

Maiko Fujimori / Yosuke Uchiomi

はじめに

A. コミュニケーションとは

コミュニケーションの語源はラテン語で「共有する」という意味の *communicare* である。患者-医師間の望ましいコミュニケーションの成立には、双方向で円滑な情報交換に加え、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振りといった非言語的なメッセージが大きな役割を果た

す。例えば、目の前の患者がそのような表情で「大丈夫です」と言ったとしても、言葉とおり「大丈夫」とは判断しないだろう。患者-医師間のコミュニケーションにおいては、ともすると「言った」、「言わない」といった言語的情報に議論が終始しがちだが、悪い知らせを伝える面談のように、とくに感情が伴う際には言語的な情報以上に非言語的な情報に十分配慮することが

重要である。

コミュニケーションは人間性や性格などで規定されるものではなく、学習、つまり練習により変容可能なものである。患者-医師間のコミュニケーションとして基本的なスキルを表1に示す。

しかしながら、これらのスキルは、文脈を考慮せずに字面だけで表出するのではなく、個々のコミュニケーション行動の意味を理解したうえで、他者に認識されるように適切に表出しなければ意味がない。

表1 SHAREを学習する前提となる基本的なコミュニケーション技術
コミュニケーションの準備

- | | |
|------------|----------------|
| ・身だしなみを整える | ・静かで快適な部屋を設定する |
| ・座る位置に配慮する | ・挨拶をする |
| ・名前を確認する | ・礼儀正しく接する |
| ・時間を守る | ・ことわりを入れて電話に出る |

話を聞くスキル

- | | |
|-------------------|-------------|
| ・目や顔を見る | ・視線は同じ高さを保つ |
| ・患者に話すよう促す | ・相槌を打つ |
| ・患者の言葉を自分の言葉で反復する | |

質問するスキル

- | |
|-----------------------------------|
| ・Yes/Noで答えられない質問（オープン・クエスチョン）を用いる |
| ・病気だけではなく患者自身への関心を示す |
| ・わかりやすい言葉を用いる |

共感するスキル

- | |
|---|
| ・患者の気持ちを繰り返す
例：「死にたいぐらいつらい」のですね |
| ・沈黙（5～10秒）を積極的に使う
例：患者が発言するのを待つ |
| ・患者の気持ちを探索し理解する
例：どのようにお感じになっているか教えていただけますか？ |

応答するスキル

- | |
|------------------------|
| ・患者が言いたいことを探索し理解する |
| ・患者の言葉を言い換えて理解したことを伝える |
| ・説明的な応答をする |

B. 悪い知らせとは

悪い知らせとは「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせ」と定義されている¹⁾。癌医療においては、難治癌の診断や再発、抗癌治療の中止といった知らせが含まれる²⁾。

患者が悪い知らせを伝えられる際の面談では、診断や病状だけでなく、今後の治療や生活に関する説明など重要な話が同時に伝えられることが一般的であるが、患者は悪い知らせで頭が真っ白な状態で医師が伝えた内容を理解していないことがあるため、コミュニケーションに十分注意を払う必要がある。インフォームド・コンセントは日本語で「説明と同意」と翻



図1 インフォームド・コンセントと心の機能

訳されることがあるが、心の機能を表す「知情意」という言葉になぞらえて考えてみると、「説明」を受けて「同意」に至る間に「情」が抜けていることがわかる。このように患者が重大な意思決定を行う際には、医師は十分な情報提供とともに気持ちへの配慮が求められる(図1)。

癌医療における効果的なコミュニケーション

癌医療において悪い知らせを伝える際にはどのようなコミュニケーションが望ましいのだろうか。海外のガイドラインに目を向けてみると、医療者の経験則に基づいて作成されており、患者の意向とは必ずしも一致しないことが示唆され²⁾、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に沿ったガイドラインの必要性が指摘されている。また、コミュニケーションに対する患者の意向は文化により異なるため⁴⁾、文化差を考慮したコミュニケーションが必要である。

そこでわが国の癌患者が悪い知らせを伝えられる際に医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのかを検討した結果、「supportive environment(支持的な環境設定)」、「how to deliver the

表2 患者が望むコミュニケーションの4要素: SHARE

Supportive environment (支持的な環境設定)
<ul style="list-style-type: none"> ・十分な時間を設定する ・プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する ・面談が中断しないように配慮する ・家族の同席を勧める
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)
<ul style="list-style-type: none"> ・正直に、わかりやすく、丁寧に伝える ・患者の納得が得られるように説明をする ・はっきりと伝えるが「癌」という言葉を繰り返し用いない ・言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる ・質問を促し、その質問に答える
Additional information (付加的な情報)
<ul style="list-style-type: none"> ・今後の治療方針を話し合う ・患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う ・患者が相談や気がかりを話すよう促す ・患者の希望があれば、代替療法やセカンド・オピニオン、予命などの話題を取り上げる
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)
<ul style="list-style-type: none"> ・優しさと思いやりを示す ・患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める(例:沈黙、「どのようなお気持ちですか?」、うなずく) ・家族に対しても患者同様配慮する ・患者の希望を維持する ・「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける

bad news(悪い知らせの伝え方)」、「additional information(付加的な情報)」、「reassurance and emotional support(安心感と情緒的サポート)」という4つの要因が抽出された(表2)³⁾。

2つの研究結果から得られた悪い知らせを伝えられる際の患者の意向の構成要素の頭文字からSHAREとまとめた。SHAREの各要素を実際の面談でどのように使用するかに関して、時間軸に沿って面談を起承転結に分けて簡単にまとめる(表3)。

A. 準備: 面談の準備をする

悪い知らせを伝える(可能性のある)面談の前には、次回の面談が重要なものであることを伝える。家族の同席を促すことは、次回の面談の重要性に対する患者の認識を高めるために役立つ。面談当日はプライバシーが保たれた部屋や十

分な時間を確保し、面談の中断を避けるために周囲のスタッフに協力を依頼し、電話が鳴らないように配慮する。もし面談中に電話に出る際には、患者や家族にひと言断りを述べる。患者の医師に対する信頼感に医学的専門性だけではなく日常診療での挨拶、身だしなみ、時間遵守といった基本的なコミュニケーションの影響も大きいため、日頃から心がける。

B. 起: 面談を開始する

重要な面談に際して患者は緊張しているため、面談のはじめからいきなり悪い知らせを伝えるのではなく、時節の挨拶や聞くスキル(オープン・クエスチョン、アイコンタクト、患者の話をつらさない、患者の言葉を繰り返すなど)を使用して、患者の話を進め、気がかりなことを聞き出す。患者の希望に合わせて家族の同席を促し、家