

Table 1. Demographic variables

		Total (N=20)	Intervention (N=10)	Control (N=10)
Age		20.65 ± 0.75	20.60 ± 0.70	20.70 ± 0.82
BMI		20.22 ± 2.12	20.15 ± 2.78	20.29 ± 1.45
Gender	Men	10	3	7
	Women	10	7	3
Drink	Yes	14	6	8
	No	6	4	2
Smoke	Yes	2	1	1
	No	18	9	9
Exercise	Yes	8	3	5
	No	12	7	5
Living	Alone	10	5	5
	Together	10	5	5

In age and BMI, Mean ± SD are represented. In other variables N are represented.

多重比較の結果、1週と、2-3週の得点の間に有意差が認められた。また、起床に関する自己調整セルフ・エフィカシーの経時変化を Fig. 2 に示した。

#### 4. セルフ・エフィカシーの般化

他の領域のセルフ・エフィカシーや身体活動が変化したか検討するために、起床以外の各セルフ・エフィカシー得点と身体活動量を従属変数として、repeated ANOVAを行った (Table 2)。その結果、全てのセルフ・エフィカシー、および身体活動量に関して、群の主効果、時間の主効果、および群×時間の交互作用は認められなかった。

次に、他の領域のセルフ・エフィカシーの変化と、起床に関するセルフ・エフィカシーの変化が運動するか検討するために、1-2週におけるセルフ・エフィカシーの変化量と、1-3週におけるセルフ・エフィカシーの変化量との相関係数を算出した (Table 3, Table 4)。相関分析の結果、起床に関するセルフ・エフィカシーの変化量と、その他の領域のセルフ・エフィカシーに関して、有意な相関は認められなかった。

#### 考 察

本研究の目的は、大学生の睡眠習慣に対する介入が、起床に関するセルフ・エフィカシーを高め、さらに他のセルフ・エフィカシーに般化するか検討することであった。合計20名の対象者を、介入群と対照群に無作為に割り付け、介入群に対しては、セルフ・エフィカシーを高める情報源に基づき、睡眠習慣に対する介入を2週間行った。その結果、起床に関するセルフ・エフィカシー

のうち、自己調整セルフ・エフィカシーは、介入群と対照群の両群で高まった。しかし、身体活動、食生活、および一般性セルフ・エフィカシーは、両群において変化しなかった。また、起床に関するセルフ・エフィカシーの変化量と、他のセルフ・エフィカシーの変化量との相関は認められなかった。

まず、起床に関するセルフ・エフィカシーについて考察する。起床に関する自己調整セルフ・エフィカシーについて、介入群に加え、対照群においても、セルフ・エフィカシーの向上が認められた。介入群に対しては、「成功体験」、「言語的説得」、「情動的喚起」の3つの情報源を基に介入を行い、その結果「成功体験」にそのまま当てはまる睡眠習慣の改善も認められた。一方、本研究で、起床・就寝時間を測定するために、全ての対象者が睡眠日誌への記入を行った。睡眠日誌への記入は、セルフ・エフィカシーを高める情報源のうち、「情動的喚起」に対応するセルフ・モニタリングに該当すると考えられる。また、睡眠日誌への記入は、睡眠習慣改善のための手段として非常に有効であることが示されている (Morin et al., 1999)。これらのことを考慮すれば、睡眠日誌への記入自体が、介入群に加え対照群に対しても、起床に関するセルフ・エフィカシーを向上させる影響を与えたのかも知れない。対照群に対する教示に、睡眠習慣にできるだけ注意が向かないような工夫をすることで、睡眠習慣に関する調査の実施が対照群に与える影響を最小限に止めることができると思われる。

次に、セルフ・エフィカシーの般化について述べる。介入群に加え、対照群においても、起床に関する自己調整セルフ・エフィカシーの向上が認められた。しかし、他の領域に関するセルフ・エフィカシーについては、経

Table 2. Changes in sleep habits, self-efficacy, and physical activity

	Intervention						Control						F value <sup>a</sup> Times Groups Times Groups × Times		
	1 week		2 week		3 week		1 week		2 week		3 week				
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
Sleep habits (week days)															
Wake-up time	8:21	1:31	7:22	1:28	7:29	1:34	8:28	1:16	8:31	1:17	8:28	1:03	1.50	7.87**	8.39**
Get-to-bed time	1:41	1:18	1:24	1:20	1:27	1:01	1:39	0:57	1:42	1:06	1:41	0:48	0.14	0.20	0.42
Sleep time	6:40	1:02	5:58	0:47	6:01	0:57	6:49	0:49	6:48	1:11	6:46	0:47	2.65	2.25	1.86
Wake-up self-efficacy															
Task	51.50	20.07	53.33	26.47	52.67	21.32	51.50	17.52	51.33	17.55	48.67	13.49	0.06	0.29	0.41
Self-regretation	1.96	0.57	2.76	0.91	2.84	1.04	1.98	0.58	2.40	0.82	2.56	1.02	0.35	19.15**	1.25
Self-efficacy of other domains															
Physical activity	56.14	22.56	54.29	19.77	50.14	24.45	53.14	19.55	52.86	17.22	52.14	22.57	1.00	2.37	0.39
HESE <sup>b</sup> consumption of foods	3.34	0.43	3.48	0.39	3.42	0.50	3.52	0.76	3.52	0.72	3.50	0.76	0.15	0.37	0.39
HESE <sup>b</sup> practice of appropriate eating	2.50	0.97	2.70	0.78	2.73	0.70	2.57	0.67	2.60	0.91	2.57	1.04	0.03	0.93	0.74
GSES <sup>c</sup> activeness of behavior	2.40	2.37	2.60	2.80	2.70	2.50	2.70	1.42	2.80	1.62	3.20	1.62	0.13	1.56	0.22
GSES <sup>c</sup> anxiety for failure	2.90	2.08	2.40	2.01	2.30	2.36	2.50	1.51	2.40	1.58	2.70	1.70	0.00	1.39	2.37
GSES <sup>c</sup> evaluation of ability	2.50	1.43	2.60	1.51	2.50	1.58	1.60	1.43	1.60	1.43	1.90	1.45	1.70	0.63	1.17
GSES <sup>c</sup> total score	7.80	4.69	7.60	5.36	7.50	5.34	6.80	2.53	6.80	3.36	7.80	3.94	0.07	1.10	2.39
Physical activity															
Steps per day	11061.19	2648.14	10535.17	2078.62	10646.67	3087.28	11939.85	3412.87	10385.13	3934.73	10349.57	3195.71	0.01	2.23	0.73

<sup>a</sup>repeated ANOVA ( Groups × Times ), <sup>b</sup>Healthy Eating Self-Efficacy Scale, <sup>c</sup>General Self-Efficacy Scale, \*\*p<0.01.

時変化は明らかとはならなかった。また起床に関するセルフ・エフィカシーの変化量と、他の領域に関するセルフ・エフィカシーとの相関も認められなかった。そのため、本研究では、セルフ・エフィカシーの般化は示されなかった。本研究の結果に従い、睡眠習慣に対する介入が、他の健康行動に対するセルフ・エフィカシーに般化しないことも考えられる。ただし、次の2点による影響の可能性も考えられるため、以下に言及する。

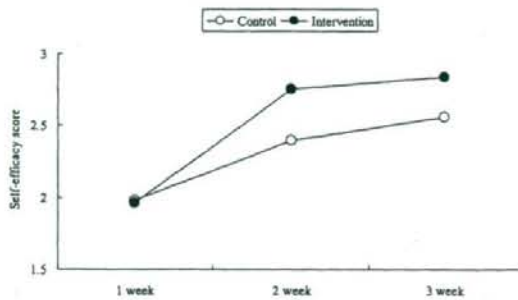


Fig. 2. Changes in get-up self-regulation self-efficacy.

1点目の可能性として、般化を促す情報源が与えられなかった事があげられる。セルフ・エフィカシーの般化を示している先行研究では、課題間の共通性の認識を高めるカウンセリングを行ったり、日常生活場面との類似性を示したりして、般化を促す情報源を、介入時に対象者に対して積極的に明示しているものがある (e.g., Wise et al., 2002)。Wise et al. (2002) は、この点に関して、般化に対する影響力が強く、般化を促す情報源を対象者に教示しなくても短期間で般化が生じる場合もあるが、般化に対する影響が弱く、般化のための情報源を用いた積極的な介入を行ったり、長期間介入を行ったりしないと般化は生じない場合もあると指摘している。よって、般化を促す情報源を積極的に示した上で、般化が本当に生じるか、更なる検討が必要であろう。

もう1つの可能性としては、対象者が今回の課題である睡眠習慣の改善に対して重要性を認知していなかったことが考えられる。養内 (1993) は、対象者が、課題の重要性を認知している場合は般化が生じるが、重要性が認知されていないと生じないことを示している。また、Bandura (1997) が示した般化のための情報源が示唆するとおり、般化のメカニズムに関しては、課題間に共通の

Table 3. Correlations between changes (2 week-1 week) in wake-up self-efficacy and changes (2 week-1 week) in self-efficacy of other domains

Changes in self-efficacy of other domains		Changes in wake-up self-efficacy	
		Task	Self-regulation
Changes in self-efficacy of other domains	Physical activity	.35	.30
	HESE <sup>a</sup> consumption of foods	.07	.19
	HESE <sup>a</sup> practice of appropriate eating	.09	.23
	GSES <sup>b</sup> activeness of behavior	.10	.26
	GSES <sup>b</sup> anxiety for failure	-.15	-.25
	GSES <sup>b</sup> evaluation of ability	.14	.24
	GSES <sup>b</sup> total score	.04	.14

<sup>a</sup>Healthy Eating Self-Efficacy Scale, <sup>b</sup>General Self-Efficacy Scale, No significant correlation was observed.

Table 4. Correlations between changes (3 week-1 week) in wake-up self-efficacy and changes (3 week-1 week) in self-efficacy of other domains

Changes in self-efficacy of other domains		Changes in wake-up self-efficacy	
		Task	Self-regulation
Changes in self-efficacy of other domains	Physical activity	-.07	.09
	HESE <sup>a</sup> consumption of foods	.42	-.01
	HESE <sup>a</sup> practice of appropriate eating	-.09	.25
	GSES <sup>b</sup> activeness of behavior	.14	.05
	GSES <sup>b</sup> anxiety for failure	-.14	.07
	GSES <sup>b</sup> evaluation of ability	.19	.39
	GSES <sup>b</sup> total score	.09	.24

<sup>a</sup>Healthy Eating Self-Efficacy Scale, <sup>b</sup>General Self-Efficacy Scale, No significant correlation was observed.

総合的なセルフ・エフィカシーを媒介して、他の課題のセルフ・エフィカシーが変化すると考える。このメカニズムに養内(1993)の結果を当てはめると、課題の重要性を認知することによって、総合的なセルフ・エフィカシーが媒介変数として機能すると考えられる。以上を踏まれば、課題の重要性の認知が般化に影響を及ぼすと考えられるため、睡眠習慣の改善に対する重要性の評価を行い、それを剰余変数として取り扱うことにより、セルフ・エフィカシーの般化が生じるかどうか、より厳密に検討できるであろう。つまり、本研究の結果は、課題の重要性を考慮した上で、セルフ・エフィカシーの般化を検証する必要性を示唆している。

本研究は、いくつかの限界点を含んでいる。第1点は、起床時間が自己報告である点である。睡眠日誌の信頼性を高めるために、起床後すぐにライフコーダーEXを装着するよう対象者に依頼したが、信頼性が十分であるとはいえない。従って、睡眠習慣をより客観的に測定する方法について、電子メールを利用するなどの工夫することで、より信頼性の高いデータが得られると考えられる。2点目は、本研究では、20歳前後の大学生を対象としており、他の集団での検討は行っていない点である。今後は、異なる集団での検討が望まれる。

以上の結果と考察を総合すると、起床に関するセルフ・エフィカシーの向上が、他の健康行動に関するセルフ・エフィカシーに般化することは示されなかった。また、般化を促す情報源を積極的に明示すること、および課題の重要性を考慮することで、セルフ・エフィカシーの般化をさらに詳細に検証できる可能性が考えられた。この2点に加え、大学生活を考えれば、早起きできるようになったことで授業に出席する自信がついたというように、学業の領域へ般化した可能性も考えられる。このように、今回般化対象とした領域(身体活動と食行動)以外についても検討することが望まれる。セルフ・エフィカシーの般化を示す実証的研究は少なく(Samuels et al., 2002)、セルフ・エフィカシーが般化するかどうかは、明確な結論が出ていないといえるだろう。先に挙げた課題や展望を踏まえつつ、セルフ・エフィカシーの般化は生じるのか、批判的に検討していくことが期待される。

## 謝 辞

本論文を執筆するにあたり、日本学術振興会の塩崎麻里子先生、大阪大学大学院人間科学研究科の古村和恵氏、中原純氏に貴重なご助言をいただきました。対象者募集の際には、大阪大学大学院高等司法研究科の市川俊典氏、大阪大学大学院人間科学研究科の河村諒氏、田淵恵氏、東京大学大学院教育学研究科の吉田沙蘭氏にご協

力をいただきました。また、本研究を実施中、大阪大学大学院人間科学研究科の藤田綾子先生に多大なご指導をいただきました。記して感謝の意を表します。

## 文 献

- 1) Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychol Rev* 1977; 84: 195-215.
- 2) Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman, 1997.
- 3) Costakis CE, Dunngan T, Haynes G. The relationship between the stages of exercise adoption and other health behaviors. *Am J Health Prom* 1999; 14: 22-30.
- 4) Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S, Ikenaga M, Hosaka T, Kashiwagi T. A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology* 2002; 11: 221-229.
- 5) 井上 茂, 下光輝一, 小田切優子, 涌井佐和子, 大谷由美子. 歩数計を健康教育・疫学研究に応用するための研究—バイアスの少ない評価方法の検討—. *健康医学研究助成論文集* 2003; 18: 10-17.
- 6) Kelley MP, Coursey RD, Selby PM. Therapeutic adventures outdoors: a demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiat Rehabil J* 1997; 20: 61-73.
- 7) 児玉宜子, 玉腰暁子, 西塚隆伸, 平野直子, 川村 孝, 大野良之. 加速度計による1日のエネルギー消費量測定の妥当性—活動日誌法との対比—. *日本公衆衛生雑誌* 2002; 49: 643-647.
- 8) 養内 豊. 課題の重要性の認知が自己効力の般化に及ぼす影響. *教育心理学研究* 1993; 41: 57-63.
- 9) 門田新一郎. 大学生の生活習慣病に関する意識、知識、行動について. *日本公衆衛生雑誌* 2003; 49: 554-563.
- 10) Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 288: 991-999.
- 11) Nicki RM, Remington RE, MacDonald GA. Self-efficacy, nicotine-fading /self-monitoring and cigarette-smoking behavior. *Behav Res Ther* 1984; 22: 477-485.
- 12) 岡浩一朗. 中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・エフィカシーの関係. *日本公衆衛生雑誌* 2003; 50: 208-215.
- 13) Rejeski WJ, Ettinger WH, Martin K, Morgan T. Treating disability in knee osteoarthritis with exercise therapy: a central role for self-efficacy and pain. *Arthritis Care Res* 1997; 11: 94-101.
- 14) 坂野雄二. 人間行動とセルフ・エフィカシー. 坂野雄二, 前田基成編. *セルフ・エフィカシーの臨床心理学*. 京都: 北大路書房, 2002: 2-11.
- 15) 坂野雄二, 東條光彦. 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究* 1986; 12: 73-82.
- 16) Samuels SM, Gibb RW. Self-efficacy assessment and generalization in physical education courses. *J Appl Soc Psychol* 2002; 32: 1314-1327.
- 17) 竹中晃二, 上地広昭. 身体活動・運動関連研究におけるセルフ・エフィカシー尺度. *体育学研究* 2002; 49: 209-229.

- 18) Wise JB, Ellis GD, Trunnell EP. Effects of a curriculum designed to generalize self-efficacy from weight-training exercises to activities of daily living among adults with spinal injuries. *J Appl Soc Psychol* 2002; 32: 500-521.
- 19) 吉本優子, 武藤志真子, 前迫孝憲. 食生活の自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究. *Health Sci* 2003; 19: 99-111.

## 要約

ある状況における行動に対して形成されたセルフ・エフィカシーは、その状況を超えて、他のセルフ・エフィカシーにも般化すると言われている。しかし、セルフ・エフィカシーの般化を実証的に検討した研究はほとんど報告されていない。そこで本研究では、大学生の睡眠習慣に対する介入による、起床に関するセルフ・エフィカシーの向上が、他の健康行動に関するセルフ・エフィカシーを高めるかどうかを検討した。大学生20名を介入群と対照群に無作為に割り付け、睡眠日誌への記入による睡眠習慣の測定、ライフコーダーEXの装着による身体活動量の測定、および質問紙による心理変数の測定を3週間行った。3週のうち、初めの1週間をベースライン期間、残りの2週間を介入期間とした。介入内容は、セルフ・エフィカシーを高める情報源に基づき、平日の平均起床時間よりも1時間早く起きること、目標の明記、成功1回につき200円の報酬、積極的評価、および気分状態の確認であった。repeated ANOVAを行った結果、起床に関する自己調整セルフ・エフィカシーに関して、時間の主効果が認められた( $F(2,36)=19.15, p<.01$ )。しかし、他の健康行動に関するセルフ・エフィカシーについては、時間の主効果、および群×時間の交互作用は認められなかった。以上より、起床に関するセルフ・エフィカシーが両群とも高められたものの、他の健康行動に関するセルフ・エフィカシーは高められなかったことから、セルフ・エフィカシーの般化は明らかとはなかった。

キーワード：セルフ・エフィカシー、般化、介入、睡眠習慣、身体活動、無作為化比較対照試験

**Summary:** Generalization of self-efficacy is conceptually well-known, but few empirical studies examine it. The purpose of the present study was to examine whether enhancement of get-up self-efficacy by the intervention on sleep habits affects self-efficacy in other health behaviors. Twenty college students were randomly assigned to either intervention group or control group. Participants kept sleep-diaries and wore the Life Corder EX during 3 weeks in both groups. In 3 weeks, 1 week was baseline and next 2 weeks were intervention period. Based on the sources of self-efficacy, intervention included goal-setting, profession of goal, reward of ¥200 per one accomplishment, positive evaluation, and recognition of mood. Repeated ANOVA showed that get-up self-regulation self-efficacy was significantly increased in both two groups ( $F(2,36)=19.95, p<.01$ ). However, enhancements of other self-efficacy were not revealed. Therefore, generalization of self-efficacy was not observed in the present study.

**Key words:** self-efficacy, generalization, intervention, sleep habits, physical activity, randomized control trial

# 疼痛マネジメントをするための 系統的・継続的評価

がん患者の約90%が、亡くなるまでにがん性疼痛を体験する。

WHOはがん性疼痛3段階ラダー(図1)によって80~90%が除痛可能であると述べているが、実際に現場にいる看護師からは、モルヒネなどの鎮痛薬を使用しても

「疼痛コントロールがうまくいかない」という声を聞く。

身体面を中心に、がん性疼痛の特徴をふまえて系統的・継続的評価について述べる。

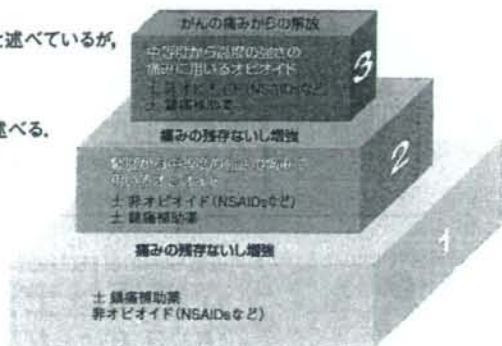


図1 WHOがん性疼痛3段階ラダー

疼痛マネジメントは、医師による①痛みの原因的な診断、②がん性疼痛ラダーに準じた薬物投与、が基本であるが、それだけでは十分ではない。患者のベッドサイドに近い看護師による継続した疼痛アセスメントやモニタリングが必要となる。また、看護の視点として、患者が体験している疼痛を理解し、個別性や価値観に合わせた支援が重要である。

## 痛みをもつ患者と向き合う前に

疼痛コントロールがうまくいかなかったとき、「あの患者さんの痛みは精神的なものでは？」と思ったことはないだろ

うか。Margo McCafferyは、「痛みとは、まったく主観的なものであり、痛みを感じることは患者本人のみである。患者が痛みを訴えたときにはいつでも存在するものとして、そのままを受け入れることが必要である」と定義している<sup>1)</sup>。

痛みは見えてわかるものではなく、患者の訴えを聞くことから疼痛マネジメントは始まる、と心得たい。

## 痛みの特徴・種類を理解する

がん性疼痛の特徴は図2のように痛みは一定ではなく、持続した痛み

(breakthrough pain)とよばれる痛みが混在している。突発痛は体動などに起因するが、一方では、まったく誘因がない場合もある。

「痛みに合わせてオピオイドを増量したら傾眠になった」という場合の多くは、突発痛に合わせてベースの増量をした結果、過量投与となって傾眠になっている可能性がある。突発痛に対しては、ベースアップではなく、レスキュードーズが第一選択である。

痛みは侵害受容性疼痛と神経因性疼痛に分類され、さらに侵害受容性疼痛は体性痛と内臓痛に分類される(表1)。

侵害受容性疼痛：がんが周囲組織の壊死・感染を引き起こし、痛覚受容体が

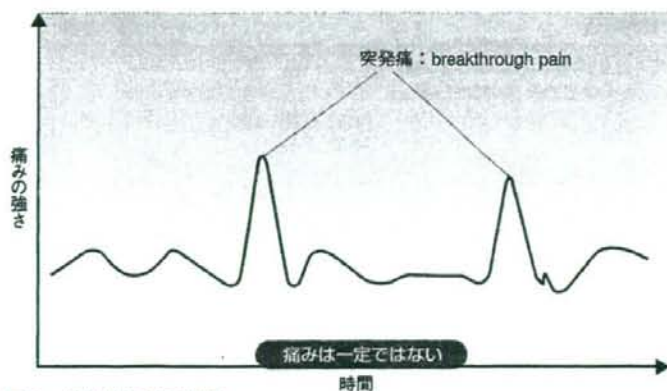


図2 がん性疼痛の特徴

表1 痛みの種類・性状

種類	痛みの性状	例	オピオイドの反応
侵害受容性疼痛 体性痛	局在明瞭な鋭い痛み 「鋭いズキズキ」 「ここがズキッと」	骨転移	突発痛に対するレスキュードーズが重要
内臓痛	局在不明な鈍い痛み 「鈍いズーン」 「このへんが重苦しい」	脾がん、腹膜播種	オピオイドが効きやすい
神経因性疼痛	「ビリビリとしびれる」 「ビリッと走る」 「焼ける」「冷たい」	神経浸潤 化学療法での神経障害	難治性で鎮痛補助薬を使用することが多い

興奮することによる痛み。  
 神経因性疼痛：中枢・末梢神経の損傷や障害による痛み。  
 それぞれ訴え方に特徴があるので、「どのように」痛むのかを聞くことが疼痛マネジメントの手がかりになる。

## 痛みの対処を理解する

痛みの薬物対処は、WHOのがん性疼痛3段階ラダーが基本である。痛みに合わせて原則に従い、ラダーに沿って薬物投与を行う。しばしば間違えられるのは、オピオイド投与が開始されるとNSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)の投与を中止してしまうことである。痛みとは集合体(図3)であるので、鎮痛機序の異なるオピオイドとNSAIDsを併用することが重要である。

たとえば、骨転移痛に対して、オピオイド単独では効果が弱いのは骨膜破壊で炎症などを起こしている場合であり、炎症を抑える作用のあるNSAIDsを併用することで疼痛の軽減が得られる可能性がある。鎮痛補助薬は神経因性疼痛など特

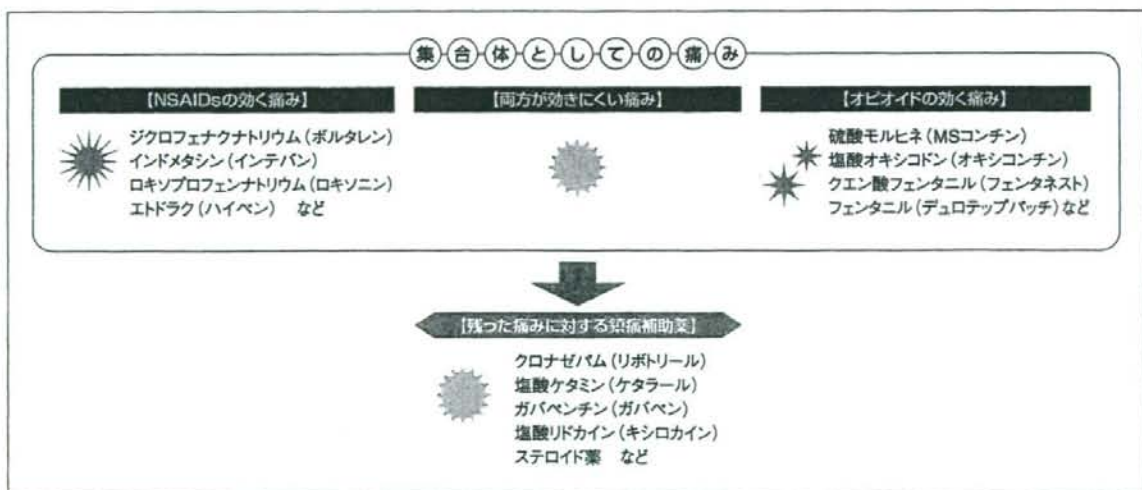


図3 痛みは集合体

表2 痛みに関するさまざまな主観的評価



NRS (numerical rating scale)	0(まったく痛みがない)~10(耐えられない痛み)までの11段階の数値で痛みの程度を語ってもらう	簡便、容易、感度・再現性が高い
VRS (verbal rating scale)	・痛くない ・すこし痛い ・かなり痛い ・非常に痛い	
VAS (visual analogue scale)	まったく痛くない  耐えられないほど痛い	微妙な変化はとらえらるが複雑
フェイススケール		特異度低い

表3 STAS-J日本語版

0	なし
1	ときおりの、または断続的な単一の痛みで、患者がいま以上の治療を必要としない痛み
2	中等度の痛みで、ときに調子の悪い日もある。痛みのため病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす
3	しばしば強い痛みがある。痛みによって日常生活動作や物ごとへの集中力に著しく支障をきたす
4	持続的な耐えられないはげしい痛み。ほかのことを考えることができない

STAS-Jは患者の苦痛の程度を医療者が評価するための方法である  
 症状が患者の生活にどれくらい影響を与えているかを評価する  
 評価2はなんらかの対応が必要である

殊な疼痛群で、オピオイドやNSAIDsだけでは除痛しにくい場合に併用する。

鎮痛補助薬には、次のような種類がある。

- ①抗うつ薬
- ②抗産薬
- ③抗不整脈薬
- ④NMDA受容拮抗薬
- ⑤ステロイド薬

オピオイド導入時には、悪心、眠気、便秘、精神症状などに留意し、予防策をとる。また、薬物を有効に使うためには患者の体験や認識をふまえ、段階的に治

療目標を提示する。

たとえば、患者は自身の体験や伝聞などから、「身内でモルヒネを使っておかしくなった」「モルヒネは最後の薬だ」「痛くても、できるだけがまんしたい」といった認識をもっていることもあるので、個別性に合わせた情報提供や説明を行う。

### 痛みを評価する： 主観的評価と客観的評価

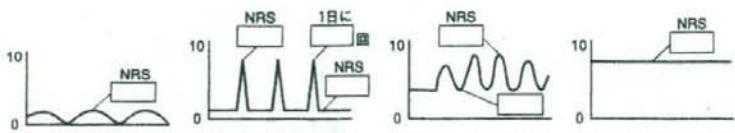
痛みの評価は、患者の主観的評価と医

療者による客観的評価がある。痛みを評価する際には患者の主観的評価(表2)が基準であるが、医療者の客観的評価を加えることで、より良好な疼痛マネジメントができる可能性がある。ここでは客観的評価として、STAS-J(support team assessment schedule; 日本語版)を紹介する(表3)。

痛みの主観的評価が高い患者のすべてが日常生活を障害されているとはかぎらない。主観的評価が高値であっても問題なく日常生活を送っている患者もいる。このような場合は、患者にSTAS-Jで痛



表4 疼痛評価シート

	【目的】	【方法】
① 患者の満足度 (二ード)	痛みが患者の生活にどれくらい影響しているかを評価する	「いまの治療で満足されていますか、何か考え(てもらった)たほうがいいですか?」と聞き、以下の回答のいずれに近いかを判断して選択 STAS 0 なし STAS 1 時折、断続的。患者はいま以上の治療を必要としない(現在の治療に満足している、介入不要) STAS 2 中程度、とくに悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがある(薬の調節やなんらかの処置が必要だかひどい痛みではない) STAS 3 しばしばひどい痛みがあり、日常生活動作や集中力に著しく支障をきたす(重度、しばしば) STAS 4 ひどい痛みが持続的にある(重度、持続的)
② 症状の パターン	1日のうちでの症状のパターン(持続的な症状か、間欠的な症状か)、最小の強さ、最大の強さ、最大の頻度を知る	「昨日・今日の痛みの強さですが、1日を通してずっと痛みがある感じですか、それとも、ふだんはほとんど痛みはないけれども日に何回か痛くなる感じですか?」(図を示しながら確認する)  ①ほとんど症状がない ②ふだんはほとんど症状がないが、1日に何回か強い症状がある ③ふだんから強い症状があり、1日のあいだに強くなったり弱くなったりする ④強い症状が1日中続く  「痛みの強さを数字で言うのは難しいと思いますが、血圧みたいに重要なので教えてください。ぜんぜん痛くないときを0点、もうこれ以上考えられないくらいすごい痛いのを10点とすると、ふだんの痛みは何点くらいになりますか?」→NRS(最小)を記入 「では、痛みがいちばん強くなったときの強さは何点くらいになりますか?」→NRS(最大)を記入 「その強い痛みがくるのは何回ですか?」→回数を記入  ■患者さんが「そういわれても答えにくい」と言われる場合 「これが正解っていうものがあるわけではありません。人と比べるものではないので、感じたままの数字を教えてくださいければ結構です」 「中くらいの痛みを4~6点、強い痛みを7点以上でおっしゃる方が多いです」
③ 生活への影響	睡眠への症状の影響を知る	「痛みで眠れなかったり、寝ていても痛みのために目が覚めたりすることはありますか?」と聞く
④ 部位・性状	痛みの場所が変わってきていないかを知る、オピオイドが効きにくい神経因性疼痛であるかを知る	「痛みの部位が変わってきたりしていませんか、痛いのはずっと同じ場所ですか?」 「正座したあとのようにビリビリ・ジンジンしびれたり、ビリッと電気が走るような痛みはありますか?」と聞く
⑤ 増悪・軽減 因子	痛みの増悪・軽減因子を知る	「何か、こういうときに痛みが強くなるとか、こうするとよいとかいうことはありますか? たとえば、いつもの薬を飲む前に痛みが増えたりしますか?」 「痛みが楽になるときはどんなときですか?」などと聞く
⑥ 治療への 反応	定期薬物による副作用(眠気、見当識障害、便秘、悪心を知る)	「あといくつか、薬がうまく合っているかを質問をさせていただきます」 ●「眠気はありますか?」 →あり「眠気のせいで気分が悪かったり、生活がしにくかったですか? それとも、それくらいの眠気ならあったほうがいいのかいいますか?」 「気にならない、気持ちいい」→あり(快) 「不快、生活に支障がある」→あり(不快) ●「ぼんやりしたり、物忘れが増えていることはありませんか?」 ●「便秘はないですか? 硬さはちょうどいいですか?」 ●「吐き気はありますか? 食事はとれていますか?」
	レスキューの使用回数、効果、副作用(眠気、悪心)を知る	「昨日・今日で1日に痛いときの薬を何回使っていますか?」 「使った効果はどうでしたか? 完全によくになりますか、だいたいよくなりますか、すこしよくなるくらいですか?」 「使ったあと、眠気はありますか?」(上記と同様) 「使ったあと、吐き気はありますか?」(上記と同様)

みが生活に与える影響を評価する。

たとえば、疼痛について主観的評価“NRS Max 8~9”と訴えている患者には「痛みの数字は高いようですが、生活に支障がありますか？何か対応したほうがよいですか？」とニードを確認する。あるいは、「ときどき強い痛みがあるものの、前に比べると落ち着いてきているようだからこのままでよい」というニードが確認できるようであれば、「疼痛“NRS 8”と高め、ときおり持続的な痛みがあるが、患者がいま以上の治療を必要としていない」という評価になる(疼痛STAS)。

また患者がNRSなどで主観的に痛みを伝えることが難しいときに、STASで評価することができる。

私たちの施設では、痛みの評価を主観的評価(NRS)、客観的評価(STAS-J item2)を基準として、病院全体で痛みに

対して取り組んでいる。

痛みの評価スケールはさまざまなものがあるが、これがベストであるというものはない。必要なことは患者の痛みを理解するために医療者が共通したスケールをもって痛み対策に取り組むということである。

### 痛みの系統的・継続的評価の実際

「痛みが強くなっている」「薬が効かない」という患者の訴えだけを聞いても疼痛マネジメントはできない。また、患者に対して毎回違う痛みの聞き方をしても有効な情報は得られない。痛みに関する情報を系統的・継続的に集めアセスメントすることが良好な疼痛マネジメントにつながる。

ここでは緩和ケアプログラムによる地

域介入研究・苦痛評価ツールで使用する「疼痛評価シート」を紹介する(表4)。この評価シートは、①患者の満足度(ニード)、②症状のパターン、③生活への影響、④部位・性状、⑤増悪・軽減因子、⑥治療への反応、などを系統的・継続的に評価できるよう作成されている。

疼痛評価シートのくわしい情報は以下で参照されたい。

<http://www.gankanwa.jp/>(2008年4月以降に閲覧可能)

\*

身体面を中心に、がん性疼痛の特徴や対処をふまえて、系統的・継続的評価について述べた。良好な疼痛マネジメントとは身体面だけではなく、全人的苦痛(身体的、精神的、社会的、スピリチュアル=トータルペイン)としてケアすることが基本であることに変わりはないことを付け加えておく。

#### 引用・参考文献

- 1) Morita T, Tsunoda J, Inoue S et al: Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 18: 338-346, 1999.
- 2) World Health Organization: *Cancer Pain Relief*. 1986. 世界保健機関編(武田文和訳): がんの痛みからの解放. 金原出版, 1987.
- 3) McCaffery M, Beebe A(李羽俊文字監訳): 痛みの看護マニュアル. *メヂカルフレンド社*, 1995.
- 4) 日本緩和医療学会がん疼痛治療ガイドライン作成委員会編: *Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン*. 真興交易医書出版部, 2000.
- 5) 岡田美賀子, 梅田恵, 桐山靖代: ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント. 新版. 日本看護協会出版会, 2007.
- 6) STAS(support team assessment schedule) 日本語版スコアリングマニュアル第2版. 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団, 2006.
- 7) がん対策のための戦略研究, 緩和ケアプログラムによる地域介入研究, 臨床教育委員会編: *ステップ緩和ケアガイド*. 2008年度版. (出版予定)

# こころの科学

140

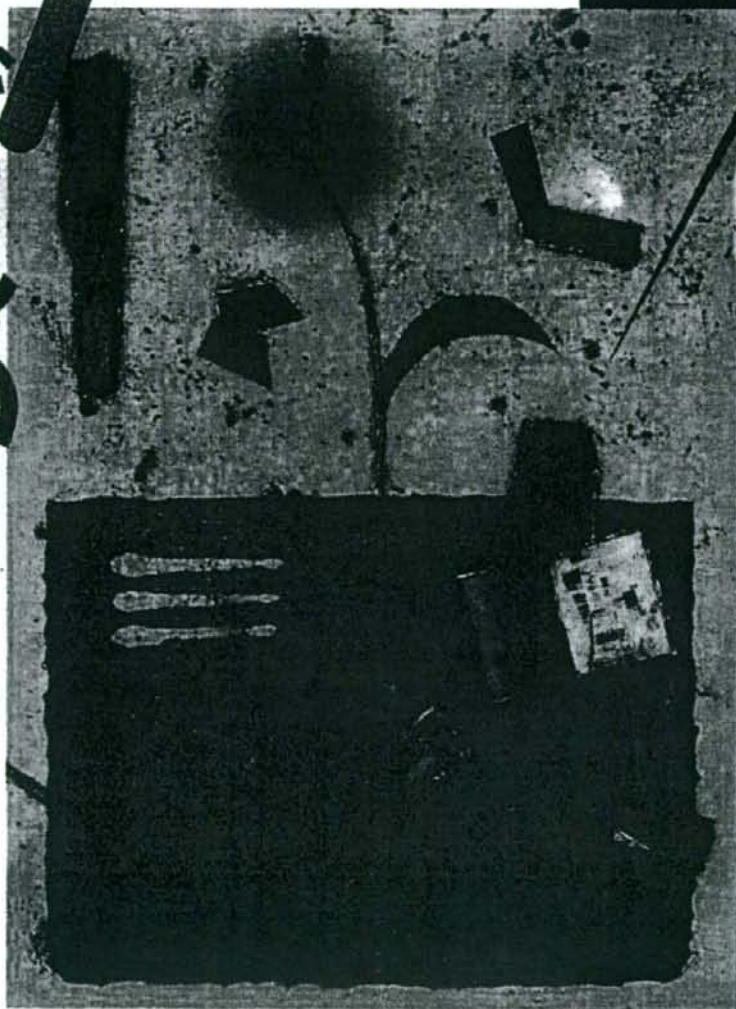
HUMAN MINDS  
July 2, 2000

## 子どももの 悩みをきく

青木省三

編

子どもに悩みについておぼろげなのは難しい。決して悩みを話さなくなったりはしない。それでも身近な人間にはなかなか話してくれない。中には決意が固い。そんな子供は、親で悩めるが、少なくして、親の悩みも大人が必死で悩む。



日本評論社

# がん医療における 心理的支援の可能性

Fujimori Maiko

Uchiyomi Yosuke

藤森麻衣子・内富庸介

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

はじめに

本稿では、がん患者とその家族が経験する心理的苦痛、およびがん医療に従事する医療者に求められる心理的苦痛の評価と介入について概説し、がん医療における心理的支援の可能性を考える。

サイコオンコロジとは

がんという生命の危機に直面した患者とその家族が、がんの診断時から治療・終末期まであらゆる時期において経験する心理的苦痛を軽減し、QOL (Quality of Life) を向上させることを目指した学問がサイコオンコロジ (Psycho-Oncology: 精神腫瘍学) である。

二〇〇七年四月に施行されたがん対策基本法

は、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」を基本理念として掲げている。

がん対策基本法を受け、がん患者や遺族もともに協議し、二〇〇七年六月に策定されたがん対策推進基本計画は、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標とし、重点的に取り組むべき事項として「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を挙げ、具体的施策として「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」ことが謳われている。そして、「より高い緩和ケアを実施していくために、精神

腫瘍医の育成」を求めている。

また、がん医療の均てん化の礎となるがん診療拠点病院の要件に、緩和ケアチームが必須とされた。二〇〇二年より認められた緩和ケア加算では、加算条件として、専任の精神科医師を必須条件としている。ここにも、がん治療を通してつねに起こりうる精神症状の評価、症状緩和の重要性が述べられている。WHOの提言のとおり、診断時期から支持・緩和療法とともにこころのケアが求められる時代となり、あらゆる時期を通じてさまざまな患者を支援することが求められている。

緩和ケアにおけるサイコオンコロジ

二〇〇四年に英国ナショナル・ヘルス・サービ

表1 心理的評価と介入の推奨モデル (文献1より抜粋)

レベル1:すべての医療者

評価:心理的ニードの認識  
患者や家族の心理的苦痛を評価し、必要に応じて精神保健の専門家に紹介する。また、精神保健の専門家に紹介するための基準を作り、迅速に紹介できるようにしておく。  
介入:基本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)  
がんによる影響について正直に思いやりをもって伝える。また、患者、家族が利用できる緩和ケアサービスに関する情報を提供する。患者、家族に対して尊敬の念をもって接し、サポート的な関係を構築、維持する。

レベル2: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)

評価:心理的苦痛のスクリーニング  
診断時、治療中、治療終了時、再発時といった、がんの経過において重要な局面で行う。その際、がんが日常生活、気分、家族関係、仕事に及ぼす影響についても評価する。その際、良い悪いといった判断をすることなく積極的に傾聴し、心配や感情を引き出す。より深刻な苦痛を有する患者は心理的介入の専門家へ紹介する。  
介入:問題解決技法のような心理技法  
患者が置かれたつらい状況に対処するために問題解決技法などの心理療法を含む。

レベル3:訓練と認定を受けた専門家(臨床心理士)

評価:心理的苦痛の評価と精神疾患の診断  
心理的苦痛の重症度(中等度~重症)を識別し、重篤な場合には精神科医に紹介する。  
介入:系統的で理論的な枠組みに照らし合わせたカウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向のアプローチ)  
不安マネジメントや解決志向アプローチを行う。軽症から中等度の不安、抑うつ、怒りといった心理的苦痛を扱う。がんに伴う治療、対人関係、医療者との関係、実存に関する問題に対しても適切に対応する。

レベル4:精神保健専門家(精神科医、臨床心理士)

評価:精神疾患の診断  
重症の気分障害、人格障害、薬物乱用、精神病的障害を含む、複雑な精神的問題を評価する。  
介入:薬物療法と心理療法(認知行動療法)  
抑うつ・不安、器質的脳障害、重篤な個人内の問題、アルコール・薬物関連の問題、人格障害、精神病的障害を含む中等度から重症の精神疾患に対して心理学的、精神科的介入を行う。

「支持的な環境(Supportive)」は  
わが国のがん患者が望む  
「悪い知らせを伝えられる際  
のコミュニケーション」は

以上の心理的苦痛を予防することも可能である。  
レベル1の介入が適切に行われれば、レベル2  
わが国の現状では、レベル3以上に対応可能な臨  
床心理士や精神科医が不足しているが、レベル1  
はがんの全経過を通してところのケアの基盤とな  
るため、きわめて重要である。  
イギリスと日本では、医療システム、医療者の

がん医療に携わるすべての医療者に必須のサイ  
コオロンロジーの実践はコミュニケーションであ  
る。がん医療においては、通常の診療で主に用い  
られる基本的なコミュニケーション(表2参照)、  
コミュニケーションとは

悪い知らせを伝える際の難しい面談で主に用いら  
れるコミュニケーション、難しい患者や家族へ対  
応する際に主に用いられるコミュニケーションが  
ある。  
がん医療において、コミュニケーションがとく  
に患者の心理状態に影響を及ぼすのは悪い知らせ  
を伝える際である。悪い知らせとは、「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」である。がん医療においては、難治がんの  
診断や再発、積極的抗がん治療の中止といった知  
らせが含まれる。  
がん対策基本推進計画の中にも、「がん医療に  
おける告知等の際には、がん  
患者に対する特段の配慮が必  
要であることから、医師のコ  
ミュニケーション技術の向上  
に努める」と謳われている。  
悪い知らせが伝えられると患  
者は動揺し、心理的苦痛を経  
験する。積極的に傾聴し、心  
配や感情を引き出すことは、  
心理的苦痛のスクリーニング  
としても有用である。

表3 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)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分な時間を設定する</li> <li>・プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する</li> <li>・面談が中断しないように配慮する</li> <li>・家族を同席を勧める</li> </ul>
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・正直に、わかりやすく、丁寧に伝える</li> <li>・患者の納得が得られるように説明をする</li> <li>・はっきりと伝えるが「がん」という言葉を繰り返し用いない</li> <li>・言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる</li> <li>・質問を促し、その質問に答える</li> </ul>
Additional information (付加的な情報)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の治療方針を話し合う</li> <li>・患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う</li> <li>・患者が相談や気がかりを話すよう促す</li> <li>・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</li> </ul>
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・優しさと思いやりを示す</li> <li>・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)</li> <li>・家族に対しても患者同様配慮する</li> <li>・患者の希望を維持する</li> <li>・「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける</li> </ul>

表2 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身だしなみを整える</li> <li>・座る位置に配慮する</li> <li>・名前を確認する</li> <li>・時間を守る</li> <li>・静かで快適な部屋を設定する</li> <li>・挨拶をする</li> <li>・礼儀正しく接する</li> <li>・断りを入れて電話に出る</li> </ul>
話を聞くスキル
<ul style="list-style-type: none"> <li>・目や顔を見る</li> <li>・患者に話すよう促す</li> <li>・患者の言葉を自分の言葉で反復する</li> <li>・視線は同じ高さを保つ</li> <li>・相槌を打つ</li> </ul>
質問するスキル
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・病気だけではなく患者自身への関心を示す</li> <li>・わかりやすい言葉を用いる</li> </ul>
共感するスキル
<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・沈黙(5~10秒)を積極的に使う 例:患者が発言するのを待つ</li> <li>・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?</li> </ul>
応答するスキル
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が言いたいことを探索し理解する</li> <li>・患者の言葉を言い換えて理解したことを伝える</li> <li>・説明的な応答をする</li> </ul>

environment)」「悪い知らせの伝え方(How to deliver the bad news)」「付加的な情報(Additional information)」「安心感と情緒的サポート(Reassurance and Emotional support)」の四要素である(表3参照)。これらの要素(SHARE)を面談の時間軸に沿って簡単にまとめる(表4参照)。

起…面談を準備する(患者が面談室に入るまで) 診断や治療効果の判定といった明らかにストレスとなる検査に加え、普段の検査の際にもその都度、がん患者、家族は緊張や不安を募らせている。そのため、検査の目的を説明するときから、悪い知らせの準備は始まっている。検査目的を明確に伝えることは何より大事なことはあるが、不必要に不安をおおることなく、基本的なコミュニケーション技術を使って、患者の不安な気持ちを受け止めながら、検査を行うことが重要である。

検査結果を伝える重要な面談の前には、患者にとっても医療者にとっても、心構えやこころの準備が必要である。少なくとも、悪い知らせを伝える(可能性のある)面談の前には、通常の面談とは異なり、次回は家族の同伴が必要なるほど重要な面談であることを伝える。電話ではなく、直接会って伝えることは大前提である。

面談の場の設定として、プライバシーが保たれ

る場所（たとえば、大部屋のベッド・サイドやカーテンで仕切られているだけの外来はできるだけ避け、面談室を使う）や十分な時間（たとえば、外来の中でも遅い時間にする）を確保する。電話が鳴らないように配慮する。面談中に電話に出る際には、患者や家族に一言断りを述べる。患者の医師に対する信頼感は、医学的専門性だけでなく、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。そのため、日頃からこころがける。

また、悪い知らせを患者に伝えることを家族が反対する場合もある。その場合には、まず、家族が患者に悪い知らせを聞かせたくない理由（多くは悪い知らせの後の患者の気持ちや気遣って、あるいは患者への対処に自信がもてないという家族の心配や不安があると思われる）に対して十分共感を示す。そして、患者に伝えることで想定される利益と不利益について話し合う。患者の意向調査の結果から、家族と一緒に、次いで一人で聞きたいという患者が多いことが示されている。家族だけに伝えてほしいと考えている患者はきわめて少ない。もちろん難渋する場合もあるが、あきらめずに話し合いを重ね、患者と家族一緒の場で情報を共有できるように、あらかじめ場を設定する準備をしていく努力が大切である。

面談の準備に際しては、医師のみならず、看護師、薬剤師、検査技師をはじめとするコメディカ

ルも、先のコミュニケーション技術を駆使し、患者や家族の状態を把握し、連絡を密にして役割分担することによって、スムーズな面談を促進することが可能となる。

起…面談を開始する（患者が面談室に入ってから悪い知らせを伝えるまで）

重要な面談に際して患者は緊張しているため、面談の始めからいきなり悪い知らせを伝えるのではなく、オープン・クエスチョンを使用して、患者の話を促進し、気がかりなことを聞き出す。そうすることが信頼関係を築く助けとなり、治療計画を立てる際にも有益な参考材料となる。

患者の精神的ストレスの大きさは、知らせの内容容だけで決まるのではなく、患者の理解や期待と医学的現実とのギャップの大きさにも影響を受けるため、この段階で、患者が自身の病気に関する現在の状態についてどのように認識しているのか把握する。また、悪い知らせを聞くためのこころの準備ができていのか把握する。患者が使う言葉に注意を向けることにより、現実とのギャップの埋め方、何をどの程度伝えるかという戦略を立てる。

他の医療者が同席する際には、まず、同席する理由（例…○○さん（患者）と今後一緒に治療に取り組み看護師の△△です。同席させていただきます。いてもよろしいでしょうか？ 面談後にわからない

ことや相談があれば、私か△△にお話ください）を患者、家族に伝え、同意が得られた後に、面談室に入室する。いったん同席したら、途中で退席することは望ましくないため、あらかじめ退席することが予想される場合には同席を控える。

承…悪い知らせを伝える

悪い知らせを伝える直前には、悪い知らせの衝撃を緩和するために患者がこころの準備をあらかじめできるような言葉をかける。

間を計りながら「それでは検査の結果をお伝えします。非常に残念なのですが……（沈黙）……」など十分な前置きをする。そして、悪い知らせは明確に伝えることが大切である。

たとえば、がんを伝える際には、はじめにきちんと「がん」という言葉を用いて伝える。あいまいに伝えられることを望んでいる患者は少ない。ただし、患者がもし「病気」や「腫瘍」など「がん」以外の言葉を用いていたら、二回目以降は、「あなたの病気」や「この腫瘍」など言葉を置き換えることが望まれる。「悪性腫瘍」などの言葉では「がん」ととらえられない場合も少なからずある一方で、患者にとって「がん」という言葉は、いまだに「死」を連想させることもあり、侵襲的である。そのため、一度明確に悪い知らせを伝えた後には、適切に婉曲的な表現を用いる。

悪い知らせを伝えられると、多くの場合ネガテ

表4 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術

<p>起</p>	<p>面談までに準備する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に重要な面談であることを伝えておく</li> <li>・面談の重要性に対する患者の認識を高めるために家族の同席を促す</li> <li>・プライバシーが保たれた部屋、十分な時間を確保する</li> <li>・面談の中断を避けるために電話が鳴らないように配慮する</li> <li>・面談中に電話に出る場合には患者や家族に一言断りを述べる</li> <li>・身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する</li> </ul> <hr/> <p>面談を開始する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要な面談に際して患者は緊張しているため、面談の始めからいきなり悪い知らせを伝えない</li> <li>・患者の気持ちを和らげる言葉をかける</li> <li>・経過を振り返り病気の認識を確認する（悪い知らせを伝えられる患者の精神的ストレスの大きさは、患者の理解や期待と医学的現実とのギャップの大きさにも影響を受ける）</li> <li>・患者が使う言葉に注意を向け、現実とのギャップの埋め方や何をどの程度伝えるかという戦略を立てる</li> <li>・聴くスキル（オープン・クエスチョン、アイコンタクト、患者の話を遮らない、患者の言葉を繰り返すなど）を使用して患者の気がかりを聞き出す</li> <li>・家族にも同様に配慮する</li> <li>・他の医療者を同席させるときは患者の了承を得る</li> </ul>
<p>承</p>	<p>悪い知らせを伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・こころの準備のための言葉をかける</li> <li>・わかりやすく明確に伝える（がんを伝える際にはあいまいにせず「がん」という言葉を用いる）</li> <li>・感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける（沈黙、探察、保証、共感の言葉）</li> <li>・写真や検査アータを用いる、紙に書く</li> <li>・患者の理解度を確認、速すぎないか尋ねる</li> <li>・質問や相談があるかどうか尋ねる</li> </ul>
<p>転</p>	<p>治療を含め今後のことについて話し合う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的な治療、とりうる選択肢について説明する</li> <li>・推奨する治療法を伝える</li> <li>・がんの治る見込みを伝える</li> <li>・セカンド・オピニオンについて説明する</li> <li>・患者が希望をもてる情報も伝える</li> <li>・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</li> </ul>
<p>結</p>	<p>面談をまとめる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要点をまとめる</li> <li>・説明に用いた紙を渡す</li> <li>・今後も責任をもって診療にあたること、決して見捨てないことを伝える</li> <li>・患者の気持ちを支える言葉をかける</li> </ul>

※ SHARE を時系列に並べ替えたもの

転…今後のことを話し合う  
 悪い知らせを伝えた後には、必然的に今後の方針が話し合われるが、ここで重要なことは、患者の視点で話し合うことである。最終的な治療目標は、自分らしく人生をまっとうすることである。その点をつねにこころに留め、治療について、そして、仕事などの日常生活への病気の影響について話し合う。病気の進行に伴い、ますますこの点は重要となる。

患者との話し合いの中

イブな感情が惹起されるため、気持ちをいたわることもまた重要である。悪い知らせの衝撃が強い場合には、患者は頭が真っ白になり、その後の説明を何一つ覚えていないこともある。そのため、まずはしっかりと気持ちと気持ちを落ち着ける時間をとることが大切であり、結果的に時間の節約になることもある。

気持ちへの配慮は、沈黙の時間をとり、患者の言葉を待つだけでも十分示すことが可能である。

目の前の患者の人となりや家族構成などから患者の人生や置かれた立場を考慮し、患者の気持ちをイメージする。

共感的な態度は、患者—医師間の信頼関係を促進する。信頼関係が構築されると、以降、さまざまな困難な局面に直面しても、円滑なコミュニケーションが期待できる。後々怒りなどの激しい感情を表現する患者の中には信頼関係の構築が十分なことが原因であるケースもある。

で、栄養士など専門家を紹介する際には、紹介する専門家と十分に情報を共有し、患者、家族に提供される情報が食い違わないようにこころがける。また、患者、家族に担当医師と情報を共有していることを伝えることも重要である。

余命に関する質問を患者から受けた際に大切なことは、どれくらい生きられるかということよりも、その質問の背景を探ることである。その背景にあるのは、先の見通しが立たないことによる漠



然とした不安かもしれない。そのような場合には、不安な気持ちに対応することが求められる。あるいは、娘の結婚式に出席できるかどうか、田舎に墓参りに行けるかどうか、いつまでに会社を片づけなければならないかなど、やらなければならないことができるかどうかを知りたいのかもしれない。そのような疑問には、限られた体力や時間の中で目的が達成可能かどうかの回答が求められているだろう。

#### 結：面談をまとめる

最後に、伝えた内容の要点をまとめ、伝えた内容への患者の理解を確認する。書いて説明した場合には、その用紙を患者に手渡す。そして何より、責任をもって診療にあたること、患者、家族、医療者が一丸となり病気に取り組むことを伝えることが大切である。

面談後には、プライマリナーズなど患者と長く安定したかわりを継続できる医療者が、面談内容についての理解の確認や、気がかりをオープン・クエストジョンで尋ねて（例：「先生のお話を聞いて、何かご心配なことがありますしたら教えてください、ただませんか？」）気持ちのサポートを行うと、患者や家族にとってはさらに安心感につながる。

難治がんの診断を伝える面談、再発を伝える面談、積極的抗がん治療を伝える面談とそれぞれの

面談で、また、医師、看護師、薬剤師など職種によって、強調されるコミュニケーション技術は異なる。さらに、すべての患者が望むコミュニケーションが存在する一方で、患者ごとに意向が異なるコミュニケーションが存在する。つねにこころがけるべきことは、目の前の患者の意向を把握し、患者の意向に沿ったコミュニケーションを実践することである。

コミュニケーションは経験や知識だけでは変容しないが、学習により変容可能であり、医療者に必須の技術としてとらえられるようになっていく。学習方法としては、講義とロールプレイで構成されたコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性が報告されている。知識だけでは行動に移すことは難しいため、ロールプレイを含む学習が望まれる。

#### がん患者の心理的苦痛

がん患者には治療全般を通してさまざまな精神症状が出現する。主な症状の一つは抑うつ状態（大うつ病、適応障害）である。抑うつ状態は治療のあらゆる時期に出現し、わが国における有病率調査では、大うつ病四〇七％、適応障害五〇三％と報告されている。一般的にがんの進行に伴い、有病率は上昇する。

がん医療において抑うつ診断・治療の重要性

が強調される理由は、第一に、有病率が高いにもかかわらず見落とされがちなことである。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がちであることが指摘されている。また、医療者側の知識不足により、心理的な症状が軽視されがちであること、精神症状を評価することにためらいがあることにより、抑うつ状態が過小評価され、誤った対応をされがちである。

第二に、自殺やQOLの低下を招くことが挙げられる。がん患者の自殺率は、一般人口に比べて男性一・六倍、女性二・一倍と高く、がん診断後三〜五ヵ月に限ると四・三倍と非常に高いことが報告されている。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、ソーシャル・サポートが乏しい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。自殺に至らない場合にも、無価値感や自責念慮により積極的抗がん治療を拒否する可能性も示唆され、身体治療にも影響する。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。

第三に、がんに伴う気質的因子に関連することである。たとえば、脳転移や腫瘍随伴症候群、高カルシウム血症、医原的要因（たとえば、ステロイド、インターフェロン、抗悪性腫瘍薬、抗圧

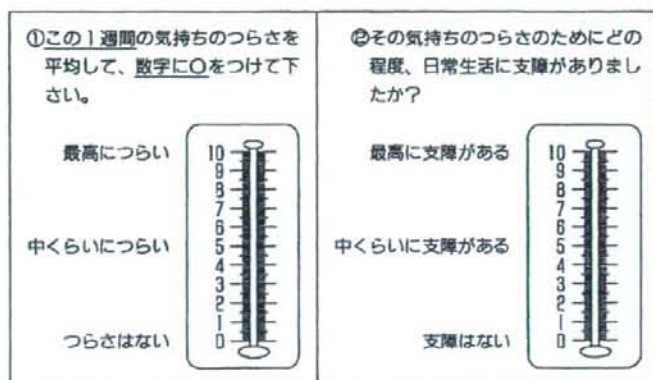
薬、全脳照射)、疼痛が適切に緩和されていないことなどが抑うつ状態を引き起こすと示唆されている。

最後に、リスク因子として加齢が挙げられる。加齢は発がんのリスク因子であるが、同時に大うつ病や自殺のリスク因子でもある。高齢者の抑うつの場合、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。

### 抑うつのスクリーニング

前述したように、抑うつ症状は有病率が高く、過小評価されがちな点から、スクリーニングの有用性が指摘されている。日本語版で妥当性が示されているスクリーニングツールには Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS: 一六項目) や Beck Depression Inventory (BDI: 二〇項目) などがあるが、がん患者は身体的に重篤であることも多く、簡便なスクリーニングが望ましい。このような観点から、二項目のつらさと支障の寒暖計が開発された(図1参照)。

清水らは、つらさと支障の寒暖計を用いて、看護師がスクリーニングを行い、カットオフポイント(つらさ: 四点、支障: 三点)を超えた患者に精神科受診を推奨するという介入を実施したと



※カットオフポイント: つらさ=4点、支障=3点

図1 つらさと支障の寒暖計

ろ、実施しないよりも精神科受診率(介入未実施時二・五%、実施後一・五%)が高かったと報告している。

### 抑うつの診断

アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed.

(Iverson, Text Revision) による、適応障害や大うつ病エピソードの診断基準項目には、不眠や易疲労感、食欲の減退といった身体症状が含まれる。これらはがんに伴う症状や抗がん治療に伴う有害事象としても出現しうる。抑うつが過小評価されることを考慮すると、身体症状の原因にかかわらず、診断項目に含めることが推奨される。

### 抑うつの治療

抑うつ治療は、主に薬物療法と心理療法がある。薬物療法の際には、身体症状を繰り返し評価し、便秘、せん妄などの有害事象に注意しつつ、少量から開始・漸増することが原則である。適応障害に対しては、抗不安薬アルプラゾラムが用いられることが多く、大うつ病では、選択的セロトニン再取込阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取込阻害薬(SNRI)を少量から用いることが多い。希死念慮の存在など症状が重篤な場合には、三環系抗うつ薬を用いることもあり、副作用プロフィールに配慮した薬剤選択が望まれる。

薬物療法は効果が表れるまでに時間を要することもあり、予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もあるが、投与経路や予後の推定、身体状態を総合的に評価し、QOLを損ねない治療計画が必要である。

一方、心理療法には支持的な精神療法や認知行動療法がある。がん患者への抑うつ・不安に対する精神療法のレビューによると、有用性は強く支持されるとはいえないものの、その施行が考慮される治療であることが示されている。抑うつが重篤ではなく薬物療法が必要な場合や薬物療法を望まない場合、あるいは薬物療法が行えない場合には、心理療法単独で、あるいは抑うつが重篤な場合には薬物療法と組み合わせることにより、抑うつを軽減することが可能であると考えられる。

おわりに

以上、がん患者が経験する心理的苦痛の評価とその基本的対応について述べた。がん患者とその家族は、がんの診断時から治療・終末期まであらゆる時期において抑うつと不安といった心理的苦痛を経験する。そのため、あらゆる医療者にサイコロコロジの実践が求められる。

【引用文献】

- (1) The National Institute for Clinical Excellence: Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual, 2004.
- (2) Buckman, R.: Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J* 288: 1597-1599, 1984.
- (3) Fujimori, M. et al.: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychosomatics* 14: 1043-1051, 2005.
- (4) Fujimori, M. et al.: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychosomatics* 16: 573-581, 2007.
- (5) Fujimori, M. et al.: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychosomatics* 16: 617-625, 2007.
- (6) 内藤庸介、藤森麻次子編『がん医療におけるコミュニケーション・スキル 思い知らせをどう伝えるか』医学書院 二〇〇七年
- (7) Fujimori, M. et al.: Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. *J Cancer Educ* 18: 194-201, 2003.
- (8) Tanaka, H. et al.: Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 90: 812-817, 1999.
- (9) 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 Manage* 29: 91-99, 2005.
- (10) Shimizu, K. et al.: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103: 1949-1956, 2005.
- (11) Okamura, M. et al.: Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychosomatics* 17: 154-160, 2008.
- (12) Newell, S. A. et al.: Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 94: 558-584, 2002.

(〒100-0001 東京都千代田区千代田) 精神医療センター



# 自費出版革命

前金ゼロ・在庫ゼロの…ホンニナル出版

一冊から注文できます。

様々な製本形式に対応しています。

データアップの費用無料。

詳しくお知りになりたい方は  
ホンニナルドットコム  
▼ホームページへどうぞ▼

<http://www.honninaru.com/>

**ホンニナル出版**

株式会社マツモト

〒800-0051 北九州市門司区下馬場 4-1  
Tel 093-381-0114 Fax 093-381-1942

## 緩和ケアの現在と将来

—Introduction for psychiatrists—

森田 達也\*

## はじめに

これから緩和ケアチームに参加される、精神科の先生方に緩和ケアの全体像を紹介したい。

まず緩和ケアの概念に触れ、特に、終末期だけではなく、がん治療と一緒に進む緩和ケアと、専門科としての緩和ケア、そして聖隷三方原病院での緩和ケアチームの立ち上げ前後の状況を紹介します。最後に、多少私見になるが、緩和ケアチームでの精神科の先生方への期待を述べる。

## I. 緩和ケアの目的

最初に、米国で2000年前後から始まった「Good death 研究」の概要を示す。それまで欧米では、実際に患者の発言をふまえず、「QOLがよい状態である」としていた。その反省からスタートして、まず患者とその家族に、「あなたがもし亡くなるとしたら、どういうことがあなたにとって重要か」を問うインタビュースタディを行った。

望ましい死 (Good death) の構成要素として、「苦痛が緩和されている」「意思決定が明確である」「死に対する心構えができていく」「人生に感

表1 終末期のQOLとは何か? : U. S. A. VA study  
量的研究

対象 患者・遺族・医師・看護師・MSW など1,462名  
方法 質問紙調査  
結果

	患者	医師
疼痛がないこと	93%	99%
病状についてよく知っていること	96%	88%
心構えをしておくこと	84%	79%
人生が完成したと思えること	80%	68%
意識が明確であること	92%	65%
負担にならないこと	89%	58%
他人の役に立つこと	88%	44%

Steinhauser, K. E. : JAMA, 284 : 2476-2482, 2000.

謝する」「他の人の役に立っている」「人としての尊厳を保つ」ことが挙げられた。医師は身体的側面を挙げたが、患者・家族・看護師はより広範な要素を挙げた。

患者を含む1,462人に質問調査を行い、患者と医師の回答のみを比較したのが表1である。「疼痛がない」「症状についてよく知っている」「心構えをしておく」は、医師も患者も同じように重要であるとしているが、「意識が明確である」「負担にならない」「他人の役に立つ」になると、患者は重要であると言うが、医師はあまり気づいていないことがわかった。

たとえば、痛みを取るとき、「痛みを取る」とことと「意識を保つ」ことの平衡をどのように保つかが個別の患者の問題に反映されてくる。「苦痛

2007年7月、東京にて収録。

Palliative care : Current status and future.

\*聖隷三方原病院 緩和と支持治療科

〔〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453〕

Tatsuya Morita : Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, 3453, Mikatahara-cho, Hamamatsu-shi, Shizuoka, 433-8558 Japan.