

より実際的には、その人なりの方法で病を理解し適応していくことを援助することが有用であることが多い。このために治療者はまず、患者に関心を寄せ、病気とその影響について患者が抱いている感情の表出を促し、それらを傾聴、支持、共感しながら現実的な範囲で保証を与えていく。保証に関しては、医療者として責任を持ってケアを提供し続ける心積もりがあることを繰り返し伝えるだけで、患者の無用な不安感を和らげることにつながることも多い。そして、最も重要なことは、患者とのコミュニケーションを通して、患者の経験している苦しみをよく理解することであるが、真の意味で患者の苦しみを理解することは我々医療者には不可能である。しかし、医療者として、患者の苦しみを理解しようと努力することは、こういった状況においても可能なことであり、この「理解する努力」こそが、患者のために医療者がなしうる最も支持的なことである。

### 3) 危機介入 (brief crisis counseling)

支持的療法と並び、がん医療の現場で精神科医に求められることの多い治療技法に危機介入が挙げられる<sup>7)</sup>。危機理論においては、危機とは「ある人が人生の重要な目標をおびやかすような障害に直面して、過去において習得した問題解決の方法によってはそれを乗り越えることができないときに引き起こされる状態」と定義されるが、この危機状態は、一時的な不均衡という点で、慢性的な状態である疾病とは区別される<sup>8)</sup>。危機は、ライフサイクルにおける人間の成熟に伴って生じる危機（たとえば更年期危機など）と環境や外界の偶発的事件によって生じる状況的な危機（たとえば家族の死やがん診断など）とに分けられるが、がん患者においては前者の危機状態に後者が重畳して、危機が深刻化することもまれではない。

危機状態では、不安、恐怖、抑うつ、混乱などの急性の苦痛を伴う感情状態がみられることが多く、潜在的な葛藤が顕在化し、慢性的な不適応状態に移行する危険が高い時期である一方で、適切な介入や援助によってこれを解決し、人格の発達

や成長を促す転機となりえる時期でもある。従って、危機状態に際して、適切な介入を行うことはその後の精神的健康を保つ上で重要な意味を持つ。危機介入とは、文字通り、前述の危機的状況に際して、その回復過程を援助する短期集中的な援助技法のことを指している。

たとえば、痛みの精査中に進行がんの告知を受け、不安、抑うつ、絶望感が強くなり、感情的に混乱状態にある患者を例にとってみると、これら患者に対して、支持的な態度を基本に、まず危機的な出来事や状況を明らかにする。さらに、面接を通して、カタルシス（情動の解放）を促し、患者が危機を乗り越えやすい環境を提供するために必要に応じて他の医療スタッフ（主治医に積極的な痛みのマネジメントを依頼する、看護師に痛みや精神症状のモニタリングを依頼するなど）、家族などへも介入を行う。この際、患者がかつてのストレス状況で用いてきた対処手段を引き出し、それを支持することが有用である<sup>7)</sup>。これら患者自身への積極的な介入や環境への操作を通して、症状からの解放および危機的状況の安定化を目標とする。危機介入は、あくまで今、ここにある危機を乗り越えるための治療技法であり、原則として、無意識の感情は扱わず、意識されている感情、または意識に近い感情のみを扱う。危機介入そのものは、期間も数週程度と短いことが多く、面接回数も一般的には数回程度である。

## 4. 新たな取り組み

がん患者に頻度が高い精神症状でありながら、その対応が手探りで行われているものに、サバイバーシップにおける再発不安、終末期の実存的苦痛があげられる。本項では、これら症状を緩和することを目的とした、新たな精神療法の取り組みを紹介する。

### 1) 問題解決療法

問題解決療法は、精神症状発現の原因となっている現実的なストレス状況に対し、定式化された方法で対処し、実際の問題解決をはかったり、間

題解決能力を高めたりすることを通して精神症状の軽減をはかることを意図した介入法である<sup>9)</sup>。問題解決療法は、うつ病や不安障害をはじめ、様々な精神疾患に対して有用であることが実証されており、近年では、がん医療の現場において、がん患者やその配偶者、小児がん患児の母親の経験する心理的苦痛に対する応用も試みられるようになってきている<sup>11)</sup>。

問題解決療法では、ストレスマネジメントや問題解決に関する心理教育を行ったうえで、心理的苦痛の背景に存在するストレス状況（個人にとっての日常生活上の「問題」）を整理し、その優先順位や解決可能性を検討したうえで（第一段階）、その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し（第二段階）、さまざまな解決方法を列挙しながら（第三段階）、各々の解決方法についてのメリットとデメリットを評価した後に、最良の解決方法を選択・計画し（第四段階）、実行およびその結果を検討する（第五段階）、といった段階的で構造化された簡便な治療技法である<sup>9)</sup>。

筆者らは、これまでのがん医療での臨床経験において、精神症状を抱えることになったがん患者には認知の歪みは顕著ではなく、むしろがん罹患に伴う現実的な諸種の困難状況が不安や抑うつ状態の背景にあることが多いと感じてきた。従って、一般の精神科臨床で行われている認知療法や認知行動療法に比して、問題解決療法の方ががん患者には適しているとの仮説から、我々は、がん患者を対象に問題解決療法を実践している。今後、臨床試験によって、その有用性を検証していく予定である。

## 2) 終末期がん患者の実存的苦痛に対してのディグニティセラピー

ディグニティセラピーは終末期患者の経験する実存的苦痛とも称される精神的苦悩を改善する簡便な介入法として、カナダで開発され、高い実施可能性や予備的な有用性が報告されている介入法である<sup>9)</sup>。

ディグニティセラピーでは、定式化された質問

プロトコールに基づき面接が行われ、「患者が最も誇りに思っていること」、「最も意味があったと感じること」、「家族に覚えておいてもらいたいこと」等について話す機会が提供される。本面接内容の録音および逐語化が行われた後に、患者との共同作業にて編集が行われ、「生成継承性文書 (generativity document)」（「generativity」は、1950年代に精神分析家のエリクソンが、「生み出す generate」と「世代 generation」という二つの言葉を掛け合わせて作った造語であり、元々「次世代を確立させ、導くことへの関心」と定義されている概念である）として患者のもとに届けられる。本セラピーは、このような介入を通して、患者の考えや思いが今後も受け継がれる価値あるものとして明確に経験することができ、また、患者にとって生きるうえでの目的、意味、価値観の支えになることを意図している。さらに、終末期の身体状態を考慮し、実際の介入はインタビュー1回と共同作業による文書の最終的な編集1回の計2回と極めて簡便なものとなっている。

我が国においても、厚生労働省の研究班により、本介入法の精神的苦悩に対する有用性を検討するための多施設共同研究（複数の緩和ケア病棟、がん専門病院、大学病院などが参加する介入の実施可能性、予備的有用性を検討するための臨床試験）がはじまっており、現在症例集集中である。なお、dignity therapyという名称に対する適切な邦訳がなかったため、研究班で話し合いを行った結果、原語をそのまま日本語表記するとともに内容を表す副題をつけ、「ディグニティセラピー：あなたの大切なものを大切なひとに伝えるプログラム」と呼称することになった。

## 5. 終わりに

以上、がん患者に対する精神療法の現状や現在の取り組みなどについて紹介した。がんのあらゆる時期において高頻度に精神症状が存在することが明らかになっている中、がん患者の精神症状を軽減するうえで、精神科医に、がん患者、家族、そしてがん医療に携わる医療スタッフから寄せら

れている期待が大きなものになってきていることを、筆者自身、日々の診療の中で感じている。

#### 文 献

- 1) Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., et al.: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*; CD005537, 2008
- 2) Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., et al.: Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23; 5520-5525, 2005
- 3) Devine, E.C., Westlake, S.K.: The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum*, 22; 1369-1381, 1995
- 4) Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., et al.: A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89; 1026-1036, 2000
- 5) Hosaka, T., Sugiyama, Y., Hirai, K., et al.: Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 23; 145-151, 2001
- 6) Ishikawa, Y.: A Japanese perspective on crisis intervention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49 (Suppl. 1); S55-60, 1995
- 7) Loscalzo, M., Brintzenhofesoc, K.: *Brief Crisis Counseling, Psycho-oncology* (ed. by Holland, J.). Oxford University Press, New York, p. 662-675, 1998
- 8) Luebbert, K., Dahme, B., Hasenbring, M.: The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10; 490-502, 2001
- 9) Mynors-Wallis, L.: *Problem-solving Treatment for Anxiety and Depression: A Practical Guide*. Oxford University Press, New York, 2005
- 10) Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., Savolainen, N.J.: Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst*, 94; 558-584, 2002
- 11) Nezu, A.M., Nezu, C.M., Felgoise, S.H., et al.: Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol*, 71; 1036-1048, 2003
- 12) Okuyama, T., Nakane, Y., Endo, C., et al.: Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. *Psychooncology*, 16; 834-842, 2007
- 13) Sheard, T., Maguire, P.: The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*, 80; 1770-1780, 1999
- 14) Yager, J.: Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation: 12 concrete suggestions. *Psychosomatics*, 30; 209-212, 1989
- 15) 明智龍男, 鈴木志麻子, 谷口幸司ほか: 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつに対する精神療法の state of the art: 系統的レビューによる検討. *精神科治療学*, 18; 571-577, 2003

## 症状緩和 8

# コミュニケーション

白井由紀 藤森麻衣子 内富庸介

しらい ゆき, うちとみ ようすけ: 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 ふじもり まいこ: 同, 日本学術振興会特別研究員

### ● はじめに

医療におけるコミュニケーションの重要性が、近年注目されている。2007年4月に施行されたがん対策基本法に基づき策定されたがん対策推進基本計画のなかで、「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、がん医療におけるコミュニケーションの重要性および医師のコミュニケーション技術向上に向けた取り組みの必要性が言及されている。本稿では、がん医療におけるコミュニケーションの重要性およびコミュニケーションに関するわが国のがん患者の意向についてふれ、コミュニケーション技術向上のための取り組みについて紹介する。

### ● 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。つまり、医療におけるコミュニケーションとは、医師から患者への一方通行の情報伝達ではなく、情報共有を目的とした、患者-医師間の双方向で円滑な情報交換といえる<sup>1)</sup>。コミュニケーションは、会話や文字、印刷物などの「言語的コミュニケーション」と、顔の表情や声の大きさ、視線、身振り・手振り、ジェスチャーなどの「非言語的コミュニケーション」に分け

られる。

望ましいコミュニケーションの成立には、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振り、語気、語調といった非言語的なメッセージが大きな役割を果たす。たとえば、目の前の患者がうつらうつらな表情で腹部をさすりながら「大丈夫です」と言ったとしても、言葉どおり「大丈夫」とは判断しないだろう。日常生活においても、こわい表情で、強い語調で「怒ってない」と言われたとしても、怒られていると感じるだろう。このように、特に感情の伴うコミュニケーションの際には、言語的な情報以上に非言語的な情報が重要な役割を果たすことを心にとめていただきたい。

また、相手の目に映る第一印象も重要であるため、表情や身だしなみにも注意を払うことが必要である。肯定的な表情や振る舞いは好印象につながり、逆に、無表情や身だしなみが整っていない場合には印象が悪くなる。日常臨床においては、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、非言語的コミュニケーションにも十分配慮することが重要である。

### ● 悪い知らせを伝える

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<sup>2)</sup>。がん医療においては、難治がんの診断や再発、抗がん治療の中止といった知らせが含まれる<sup>3)</sup>。悪い知らせを伝える面談では、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、重要な話を同時に伝えることが一般的である。一方、先行研究において、悪い予後を伝えられた時や予後に関する情報が多く提供された時に、患者の情報想起が有意に悪くなること<sup>4)</sup>、悪い知らせについて話し合う時、医師は楽観的情報を強調しがちであり、患者も楽観的に話をとらえようとすることが報告されている<sup>5)</sup>。これらから、悪い知らせを伝える面談では、情報が正しく伝わらず、患者と医師の認識の乖離が生まれやすいと考えられる。そのため、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションには細心の注意を払う必要がある。

患者-医師間のコミュニケーションに関する先行研究を概観すると、悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーション（たとえば、共感など基本的なカウンセリング技術を使用していること、情報提供や患者からの質問への回答のために十分時間を取ることは、患者の面接に対する高い満足感、治療遵守、伝えられる情報の想起や理解の促進、心理的ストレスの軽減に関係する<sup>6-10)</sup>。その一方で、コミュニケーションのトレーニングをきちんと受けていないと感じている医療従事者は仕事への満足感が低く、燃え尽き感や抑うつ・不安が高いことが示唆されている<sup>11,12)</sup>。そのため、コミュニケーションは医療従事者自身にとっても重要なスキルであると考えられる。

### ● 悪い知らせを伝えられる際のがん患者の意向 (SHARE)

国立がんセンター東病院外来通院中の患者42人およびがん専門医7人を対象とした面接調査の結果、がん患者が悪い知らせを伝えられる際に望む/望まないコミュニケーションとして、70の要素があげられた。これらは内容の類似性から、4つのカテゴリー-「supportive environment 支持的な場の設定」、「how to deliver the 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」にまとめられた<sup>13)</sup>。

次に、国立がんセンター東病院外来通院中の患者529人を対象とした質問紙調査を実施し、面接調査から得られた70のコミュニケーションについて、「1:まったく望まない」から「5:強く望む」の5件法で意向を尋ねた。因子分析の結果、面接調査と同様の4つのカテゴリーが抽出された<sup>14)</sup>。

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を、その頭文字から「SHARE」と名付けた。SHAREは、がん医療において、医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動を示している。実際の面談におけるSHAREの使用例を、表1に示す。

#### 1 準備:重要な面談であることを伝える

悪い知らせを伝える(可能性のある)面談の前には、次の面談が重要なものであることを伝えておく。家族の同席を促すことは、次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。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はなく、日常診療でのあいさつ、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やマナーの影響も大きいいため、日ごろから心がける。

#### 2 STEP1: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、面談の冒頭からいきなり悪い知らせを伝えるのではなく、時節のあいさつや聴くスキル(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、患者の話を促進し、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、家族に対しても患者同様の配慮をする。悪い知らせを伝えられる患者の精神的スト

表 1 SHARE のプロトコール (S:場の設定, H:悪い知らせの伝え方, A:付加的情報, RE:情緒的サポート)

準備:重要な面談であることを伝える		
プライバシーが保たれる場所(直接会って伝える),十分な時間を確保する(電話が鳴らないようにする)	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 忙しい外来時間を避ける あらかじめ電話を他の人に預ける 面談中に電話が鳴るようなときには面談の始めに患者に断る 面談中に電話に出るときには、患者、家族に一言断る	S
検査結果が出揃って最終的な判断が出るのが、次の面談であることを患者に伝える	「7日後に検査結果が出揃い、当院の呼吸器グループでミーティングした結果をお話しすることができますので、次の面談は7日後の○月○日ではいかがでしょうか」	S
次の面談は重要なので、家族など他の人が同席できることを伝える	「今回は検査結果をお伝えする重要な面談ですので、ご家族の方などどなたかご一緒にいらっしゃっていただくこともできます」 「お一人でも結構ですが、心細いようであればご家族に同席していただいてもかまいませんよ」	H
基本:面談中常に気をつけること		
礼儀正しく患者に接する	初対面の時には自己紹介する 面談室に患者が入ってきたら、あいさつをする	S
患者の目や顔を見て接する		S
患者に質問を促し、その質問に十分答える	「ご質問はありますか？」	H
患者の質問にいらいらした様子で対応しない	患者の言葉を途中で遮ること 貧乏ゆすり ペンを廻す マウスをいじる	S
STEP 1: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) 起		
大事な話の前には患者は緊張しているので、患者の気持ちをやわらげる言葉をかける	身近なことや時節のあいさつ、患者の個人的な関心事などについて一言触れる 表情(微笑む)などのノンバーバル・コミュニケーション 「最近寒いですが風邪は引いていませんか？」 「暑い日が続いていますが、夜は眠れていますか？」 「ずいぶん長くお待たせしましたね」	RE
気がかりや懸念を聞く	「気がかりなことは何かありますか？それはどのようなことですか？」 「今一番のご心配は何ですか？」	RE
病状、これまでの経過、面接の目的について振り返り、患者の病気に対する認識を確認する	「前の病院の先生からはどのような説明を受けましたか？」 「病気についてどのようにお考えですか？」 「前回お会いしたときの説明をどのようにご理解していらっしゃいますか？」 「初診のときの話について、その後どのように感じましたか？」 「前回お話ししたことについて、おうちに帰ってからどんな風に感じましたか？」 「家に戻られてから、ご家族にはどのようにお話ししましたか？」 「治療効果について、ご自分ではどのように感じていますか？」	H

表 1 SHARE のプロトコール つづき

家族に対しても患者と同じように配慮する	視線を向ける 家族の発言に十分対応できないときには、後で十分答える準備があることを伝える 患者に家族に対して配慮していることを認識してもらうことが重要である	RE
他の医療従事者（たとえば、他の医師や看護師）を同席させる場合は、患者の了承を得る	「看護師の〇〇を同席させてもよろしいでしょうか？ 面談後にわからないことなどありましたら、なんでも結構ですので、私が〇〇にお話しください。」	S
<b>STEP 2：悪い知らせを伝える 承</b>		
悪い知らせを伝える前に、患者が心の準備をできるような言葉をかける	「大切なお話です」 「お時間は十分ありますか」 「少し残念なお話をしなければならぬのですが」 「気になっている結果をお話します」 「一番ご心配されていたことをこれからお話します」 家族の同席を勧める「今日はご家族にご一緒に来ていただきましたが」	RE
悪い知らせをわかりやすく明確に伝える	「がん」、「再発」など一度は明確な言葉を用いる 沈黙の時間をとる、患者の言葉を待つ	H
患者が感情を表に出しても受け止める	気持ちを聞く オープン・クエスチョン「今、どのようなお気持ちですか？」 など	RE
悪い知らせによって生じた気持ちをいたわる言葉をかける	「つらいでしょうね」 「混乱されたでしょうか」 「驚かれたことでしょうか」、「大丈夫ですか？」	RE
実際の写真や検査データを用いる		H
患者に理解度を確認しながら伝える	「ご理解いただけましたか？」 後から質問ができることや看護師にも質問できることを伝える 「わからないことがありましたら後からでも結構ですからご質問ください。看護師に聞いていただいてもかまいません」	H
今の話の進み具合でよいか尋ねる	「話の進みは速くないですか？」 「速いと感じたらいつでもおっしゃってください」	H
病状（例えば、進行度、症状、症状の原因、転移の場所など）について伝える		H
質問や相談があるかどうか尋ねる		H
質問や相談があるかどうか尋ねる	「何かご質問はありますか？」 「気になることはありませんか？」 オープン・クエスチョン「今、どのようなお気持ちですか？」	RE
専門用語を用いた際には患者が理解しているか尋ねる		H
紙に書いて説明する		H
<b>STEP 3：治療を含め今後のことについて話し合う 転</b>		
患者の今後の標準的な治療方針、選択肢、治療の危険性や有効性を説明したうえで、推奨する治療法を伝える		A

表 1 SHARE のプロトコール つづき

がんの治る見込みを伝える	「治癒は非常に難しい状況で、今の生活をいかに保つかが今後の目標です」	A
患者が他のがん専門医にも相談できること（セカンド・オピニオン）について説明をする		A
だれが治療選択に関わることを望むか尋ねる	患者本人が一人で決める 医師にまかせる 家族、医師と一緒に決める	A
患者が希望をもてるように、「できないこと」だけでなく「できること」を伝える	「がんをやっつける治療よりも、痛みをとる治療に重点をおきましょう」 抗がん治療以外にも可能な医療行為があることを伝える	RE
患者が希望をもてる情報も伝える	「痛みが取れます」 「治療効果が期待できます」 「新薬が来年承認される予定です」	RE
患者のこれからの日常生活や仕事についても話し合う	「たとえば、日常生活やお仕事のことなど、病気以外のことも含めて気がかりはありますか？」	A
患者が利用できるサービスやサポート（たとえば、医療相談、高額医療負担、訪問看護、ソーシャル・ワーカー、カウンセラー）に関する情報を提供する		A
STEP 4：面談をまとめる 結		
要点をまとめて伝える（サマリーを行う）		H
説明に用いた紙を患者に渡す		H
今後も責任をもって診療にあたること、見捨てないことを伝える	「私たち診療チームはあなたが良くなるように努力し続けます」 「今後も責任をもって診療にあたります」 「ご希望があれば転院先を紹介します」	RE
患者の気持ちを支える言葉をかける	「大丈夫ですよ」 「一緒にやっていきましょうね」	RE

レスの大きさは知らせの内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、感情的に悪い知らせを聞く準備ができていないのか把握し、患者が使う語彙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ことが可能となる。

### 3 STEP2：悪い知らせを伝える

悪い知らせを伝える段階では、warning sign となる言葉をかけることによって患者に心の準備を促す。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「がん」という言葉をきちんと用いて伝える。ただし、1回の面談のなかで何度も「がん」という言葉を繰り返すことはせず、2回目以降は、患者が使う言葉に応じて、「あなたの病気」や「この腫瘍」など言葉を置き換える。

悪い知らせを伝えられると、多くの場合、ネガティブな感情が誘起されるため、気持ちをいたわることにもまた重要である。患者の感情表出に対して、医師が適切に共感の姿勢を示すことの難しさが報告されている<sup>15)</sup>が、沈黙の時間をとり、患者の言葉を待つだけでも十分患者に共感的な態度を示すことになる。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。また、後々怒りなどの激しい感情を表出する患者のなかには、信頼関係の構築が不十分なことが原因であるケースもある。

#### 4 STEP3: 治療を含め今後のことについて話し合う

悪い知らせを伝えた後には、今後の方針や仕事などの日常生活への病気の影響について話し合うことが求められる。患者は医師とさまざまな話をしたいと考えている。しかし、扱うことが難しい場合には、チームでのかかわりであることを伝えたい。専門家を紹介する。

#### 5 STEP4: 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。書きながら説明した場合には、その用紙を患者に手渡す。そして、何よりも責任をもって診療にあたること、患者、家族、医療従事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。

### ● わが国におけるコミュニケーション・スキル・トレーニング (SHARE-CST)

冒頭で述べたように、医師のコミュニケーション技術の向上は急務と位置付けられている。コミュニケーション技術は、個々の能力や人間性だけに依るものではなく、また、経験により自然に身につくものでもなく、研鑽を積み獲得するものととらえられている。

2007年度より、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もと、厚生労働省委託事業「がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会」として、オンコロジストを対象に、SHAREを用いたコミュニケーション技術研修会が始まっている。2008年度には全国5ヵ所（北海道、大阪府、石川県、福岡県、東京都）で開催され、100人が修了予定である（2009年1月現在）。興味のある方は医療研修推進財団のホームページ (<http://www.pmet.or.jp/>) を参照されたい。

### ● おわりに

がん医療におけるコミュニケーションの重要性とコミュニケーション技術向上のための取り組みについて紹介した。「コミュニケーション」という言葉があまりに日常的に使われているため、「技術」という言葉がつくことに違和感を覚える人もいるかもしれない。また、「コミュニケーション」という暖かい響きの言葉が、「技術」という言葉でマニュアル化されるように感じる人もいるかもしれない。無論、個々の患者とのコミュニケーションはマニュアル化されるものではない。しかしながら、悪い知らせを伝える前に患者の心の準備状況や病状認識を確認することは、目の前の患者に適した言葉や情報量を選ぶことにつながり、適切なタイミングでの相づちや沈黙は、患者が自身の不安や心配事を話す契機となる。このように、コミュニケーション技術は、がんじがらめのHow Toではなく、コミュニケーションを円滑にしたり深めたりするきっかけとなるものであると考えていただきたい。

言うは安く行うは難いのがコミュニケーション技術である。始めはじっくりこないことも、うまくいかないこともあるかもしれないが、継続することで、自身の言葉や態度として身につけていく。少しずつ、できることから取り入れていただきたいと思う。

#### 文献

- 1) Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med* 2003; 56: 449-64.
- 2) Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288: 1597-9.
- 3) Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363: 312-9.
- 4) Jansen J, Butow PN, van Weert JC, et al. Does age really matter? Recall of information presented to newly referred patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 5450-7.
- 5) Leydon GM. 'Yours is potentially serious but most of these are cured': optimistic communication in UK outpatient oncology consultations. *Psychooncology* 2008; 17: 1081-8.
- 6) Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, et al. Influence of

physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994 ; 74 : 336-41.

- 7) Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N. Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci Med* 2001 ; 53 : 1335-50.
- 8) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995 ; 71 : 1263-9.
- 9) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996 ; 347 : 724-8.
- 10) Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-patient communication : a study of junior house officers. *Med Educ* 1997 ; 31 : 17-21.

- 11) Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999 ; 35 : 1415-22.
- 12) Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists : a randomised controlled trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 650-6.
- 13) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al. Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology* 2005 ; 14 : 1043-51.
- 14) Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 2007 ; 16 : 573-81.
- 15) Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 : 1853-8.

# Dr.オーハシの医療統計よもやま

著 ● 大橋靖雄 (東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 生物統計学教授)

医療統計の第一人者(Dr.オーハシ)の世界を駆けめぐるUp to Dateよもやま話, ついに完結!!



- 著者曰く「連載を振り返り、臨床試験変革期のルポルタージュを書いた気分に襲われている」
- 癌治療最新情報を提供するサイト「Cancer Care Online」に好評連載の「医療統計よもやま」を単行本化。ある時はオックスフォードから、そしてある時はサンアントニオから、シカゴから。論文の書き方あり、ベイズ統計学を論じ、日本の臨床試験の行く末を案ずる。医療統計第一人者の頭の中がリアルタイムに開陳されている。
- 医療統計者、臨床試験に携わる方々、医学論文執筆に際して頭を抱えている方、一読後は、世界を股にかける(Dr.自分)に出会えます。
- A4判 80頁 定価(本体2,200円+税) [ISBN978-4-89775-260-0 C3047]

**ライフサイエンス出版**

URL <http://www.lifescience.co.jp/>

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町11-7  
TEL.03 (3664) 7900 FAX.03 (3664) 7734/7735  
e-mail [info@lifescience.co.jp](mailto:info@lifescience.co.jp)



# Communication

医師・患者関係

## SHARE — 癌医療におけるコミュニケーション技術

国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部部長  
内富庸介

日本学術振興会特別研究員／  
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  
藤森麻衣子

### はじめに

癌治療中に、「死ぬのですか！ もう治らないのですか！」と怒りや恐怖を患者から露にされ、対応に窮した経験はないだろうか？ とっさに、安易に励ましたり、自らの土俵の医学情報を使ってマシンガントークで説き伏せようとしたことはないだろうか？ たとえば「癌は治療可能で、そうでない場合も痛み止めなどの緩和ケアがあり……」といったふうに。

そこに、沈黙(問)をおいたうえで、怒りや恐怖の背景にある気がかりを尋ねるコミュニケーション技術が養われると、

「(沈黙)……死ぬのでは…ないかと…思われたのですね」「今の体のだるさでは、そう思われるのは当然です…よね」「……今、一番気がかりにされていることは何でしょうか？」

「具体的な計画はおありですか？…それはできると思いますよ」

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)。

精神保健の専門家の技術としては基本中の基本であるが、筆者らはこの基本のカウンセリング技術を癌の一般診療に導入できないだろうかと1990年代から取り組んできた<sup>1)7)</sup>。本稿では、コミュニケーション技術の開発経緯を含め概説する。

### SHAREについて

癌告知の際のストレスを緩和するためにコミュニケーションに関する数々のガイドラインが作成されてきた。

しかしながら、最近の患者意向調査の結果から、ガイドラインの推奨事項と実際の患者の意向の間には乖離があることが明らかとなってきた。たとえば「手や肩に触れながら悪い知らせを伝える」というガイドラインの推奨を、日本のみならず、意外にも米国の患者にも望まれていないことがわかった。また、患者は伝えられる内容に関してだけでなく、伝えられた後の気持ちへの配慮を望むことや、他の患者がどのような質問をするのかを知りたいなど、わが国の文化的特徴も明らかとなってきた(図1)。

そこで、われわれは悪い知らせを伝えられる際の医師に望む態度と行動に関する患者の意向を明らかにする目

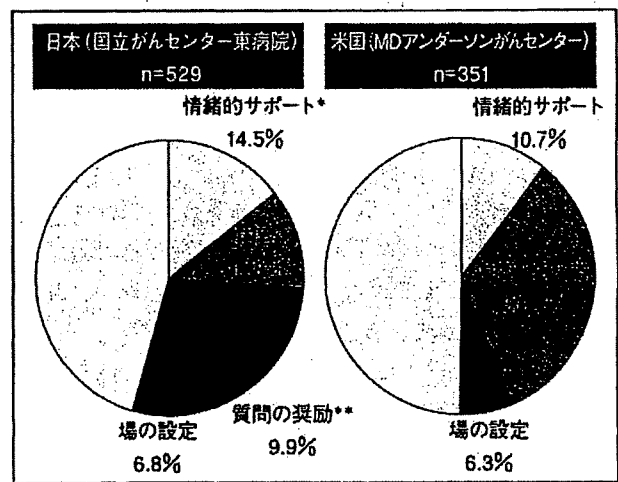


図1 癌に関する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する日本の癌患者の意向(米国との比較)

\* 患者の気持ちを和らげ、患者が表出した感情に対して共感を示す。

\*\* 患者が質問できるように十分時間をとり、質問を促し、他の患者の質問も教える。

(左:文献5)より引用, 右: Parker PA, et al. J Clin Oncol 19: 2049-2056, 2001より引用)

的で、まず42名の癌患者、7名の癌専門医を対象とした面接調査を行い、悪い知らせの際の意向に関する質問票を作成した<sup>5)</sup>。次にその質問票に記入していただいた529名の患者の声を解析して、明らかになった患者の意向の概念がSHARE(表1)であり、4つの構成因子から成り立っている<sup>7)</sup>。

1. 悪い知らせを伝えられる際の望ましいコミュニケーション-SHAREについて

表1に示すごとく、解析によりSHAREの構成概念は4因子構造であることが示唆された。すなわち、①Supportive environment(場の設定)は、プライバシーなど万国共通の要素であるが、家族の同席はわが国の特徴である。次に②How to deliver the bad news(悪い知らせの伝え方)は、はっきりと伝えてほしいが、その後は「癌」という言葉は繰り返し用いて欲しくないという希望がある。

表1 患者が望むコミュニケーションの4要素-SHARE

<b>Supportive environment (支持的な環境)</b>
<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>・家族の同席を勧める</li> </ul>
<b>How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)</b>
<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「癌」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>
<b>Additional information (付加的な情報)</b>
<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、余命などの話題を取り上げる</li> </ul>
<b>Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)</b>
<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?」、うなづく)</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>

また、質問を医師から促して欲しいという希望は多い。  
③Additional information(付加的情報)は、これからの病状や生活を含めた見通しに関する点である。医師が推奨する治療法が聞きたいという声は多く、海外とも共通するが、予後は知りたい/知りたくないは相半ばする。そして最後に、④Reassurance and Emotional support(安心感と情緒的サポート)は、患者が感情を出しても受け止めてほしいという希望であり、わが国の最たる特徴である。そして家族に対しても患者同様配慮する。SHAREは、癌医療において、医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動を示している。

表2 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術-SHARE

起	面談までに準備する
	<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>・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>・身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する</li> <li>・家族の同席を促す・面談の中断を避ける</li> </ul>
承	面談を開始する
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面談の始めからいきなり悪い知らせを伝えない</li> <li>・現実とのギャップの埋め方の戦略を立てる</li> <li>・聴くスキルを使用して患者の気がかりを聞く</li> <li>・経過を振り返り病気の認識を確認する</li> <li>・気持ちを和らげる言葉をかける</li> <li>・家族にも同様に配慮する</li> </ul>
転	悪い知らせを伝える
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心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</li> <li>・感情を受け止め、気持ちをいたわる</li> <li>・写真や検査データを用いる、紙に書く</li> <li>・患者の理解度を確認し、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>
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"> <li>・標準治療、とりうる選択肢について説明する</li> <li>・癌の治る見込みを伝える</li> <li>・患者が希望をもてる情報も伝える</li> <li>・推奨する治療法を伝える</li> <li>・セカンドオピニオンについて説明する</li> <li>・患者の日常生活や仕事について話し合う</li> </ul>
結	面談をまとめる
	<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>・患者の気持ちを支える言葉をかける</li> <li>・責任をもって診療に当たること、見捨てないことを伝える</li> </ul>

2. 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション実施手順  
—SHAREプロトコール

SHAREの構成要素を実際の面接場面の時系列に沿って並び替え、ロールプレイを用いた研修会用に開発したのが、4段階(起承転結)で伝えるSHAREプロトコール(表2)である。起承転結に分けて要点を説明する(詳しくは文献7)を参照)。

起：面談前の準備として

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家族の同席を促す。面談に備え、医療者もであるが、患者・家族にも緊張感を意識してもらい、腹筋に力を入れていただく。

例 「次回は検査結果をお伝えする大切なお話がありますので、ご家族の方など、どなたかご一緒にいらしていただくこともできます」

面談の開始は挨拶(時候の挨拶やオープニングで気持ちを和らげ患者の気がかりを聞く)。

「今日は暑いですね」「大変お待たせしました」「この1週間いかがお過ごしでした?」

経過を振り返り、病気に対する患者の認識(検査結果の見直し)を知る。

「…ご家族の方にはどのようにご説明されましたか?」

「…その後病気についてどのようにお考えになりましたか?」

承：心の準備のための言葉をかける

悪い知らせに備え、患者・家族にもう一度腹筋に力を入れていただくことになる。

例 「ご心配されていた結果かと思いますが」「大変申し上げにくいのですが」

悪い知らせをわかりやすく明確に伝える(あいまいにせずはっきりと承の冒頭で「癌」という言葉を用いる)。

患者の理解度を確認し、速すぎないか尋ねる。

「ここまではいかがでしょうか? 私の話は早口ではないでしょうか?」(患者が聞き入れられる量を推量する)

感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける。

「…(沈黙 5秒間)…どうお感じになりました?」

「…(沈黙)…大丈夫ですか? 皆さん、混乱されますよ」

「…(沈黙)…とても驚かれたことでしょうかね」

転：治療について話し合う

標準的な治療法、推奨する治療法、治る見込みについて話し合う。

例 「癌を完全に取り去り完治することは厳しい状況ですが、…現在の生活を保つことが目標になります」。セカンドオピニオン、さらには日常生活、家事、仕事など生活面への影響について話し合う。利用できるサービス(心理的援助、高額医療負担、訪問看護…)についても説明する。

患者が希望をもてる情報も伝える。「痛みをとる治療はあります。我慢せずに仰ってください」

結：要点をまとめる

説明に用いた紙を渡す。責任をもって診療に当たることを伝える。患者の気持ちを支える言葉をかける。

「一緒にやっていきましょうね」

癌医療におけるコミュニケーションとSHAREの位置づけ(図2)

癌医療におけるコミュニケーションは、難易度によ

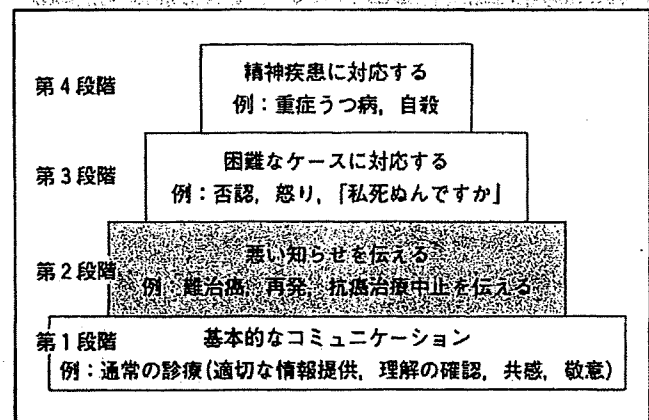


図2 癌医療におけるコミュニケーション

表3 「悪い知らせ」を伝えるための6段階プロトコール-SPIKES

- S : Setting up the interview  
患者と話す場の設定
- P : Perception  
患者の病気に対する知識の評価
- I : Invitation  
説明する内容への患者の希望の確認
- K : Knowledge and information to the patient  
患者への医学的事実の説明
- E : Emotions with empathic responses  
患者の感情への感情移入を伴った対応
- S : Strategy and Summary  
今後の方針および説明をまとめる

て4段階に分けられる。まず、第1段階の基本的なコミュニケーションは、通常の診療で基本となるものであるが、すべての医療関係者に必要なものである。適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意などになる。SHAREが扱う悪い知らせ(難治癌、再発、抗癌治療中止など)を伝える際のコミュニケーションは、第2段階の位置づけになる。そして冒頭で紹介した「私死ぬのですか」は、さらに難易度を上げて第3段階となり、第4段階は精神腫瘍医など専門家へ紹介してほしい。

**SHAREとSPIKESとの相違点**

SPIKESは、Robert Buckman博士らが提唱し<sup>9)</sup>、米国臨床腫瘍学会(ASCO)の公式カリキュラムに取り上げられている<sup>9)</sup>、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関する6段階プロトコルである(表3)。さらに基本的コミュニケーション・スキルであるCLASSを表4に示した。CLASSの各要素を面談の時系列に沿って並べ替え、強調すべきものを独立させたものがSPIKESであるといえる。

一方、SHAREは患者が悪い知らせを伝えられる際に医師に対して望むコミュニケーションの各要素である。患者の意向を反映したコミュニケーション・スキルである。つまり、時間軸は考慮されていない。また、特に情緒的サポートを重視しているため、面談の時系列に沿って並べ替えてみると、図3に示したような概念図となる。

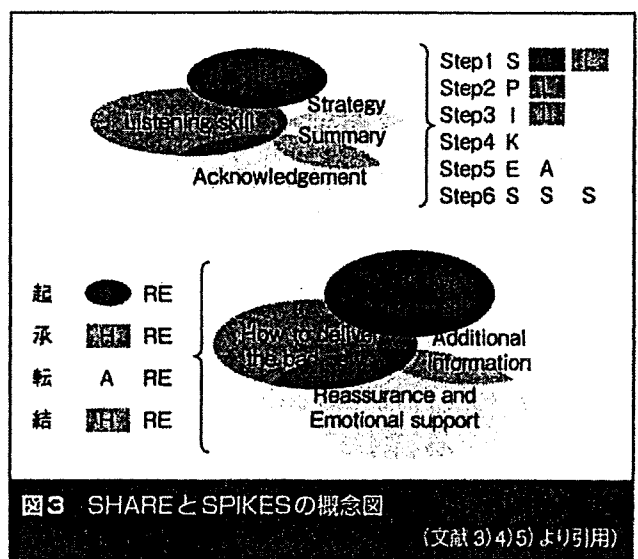
筆者らは、SPIKESプロトコルを用いたコミュニ

ケーション・スキル・トレーニングの創始者の一人、MDアンダーソンがんセンター精神科教授Walter F. Baile氏の指導を受けて<sup>10)</sup>、SPIKESプロトコルを用いてコミュニケーション・スキル・トレーニングを8年間実施した<sup>3)</sup>。その中でスタックするポイントはP(Perception)とI(Invitation)が多い。Perceptionは病気についての患者の認識を確認するステップであり、Invitationは患者の悪い知らせを聞く準備ができていないかを確認し、どれくらいの情報を希望しているかを確認するステップである。この2つのステップは非常に重要な要素であるが、わが国の医療では馴染みがないため、最初の段階で強調されるときわめて不自然な面接になってしまい、PとIの学習にかなり多くの時間を割いて、結果的にわが国で本来強調すべきempathyに費やす時間が少なくなってしまっていた。

また、患者の望むコミュニケーションに関する調査研究の結果から、SPIKESプロトコルで強調されている6段階以外にも、患者が望んでいるコミュニケーション(たとえば、家族への配慮や日常生活への影響についての話し合いなど)があること、情緒的なサポートは面談の最初から常に提供することが大切であることが示唆されたことや文化的背景を考慮したコミュニケーションが必要であると感じたことなどから、SHAREというかたちでコミュニケーション技術の概念をまとめるに至った<sup>5)-8)</sup>。現在、韓国国立がんセンター、台湾ホスピス財団においてSHAREが翻訳されロールプレイを用いた研修会で活

**表4 SPIKESの元となった基本のコミュニケーション・スキル-CLASS**

<b>C : Context</b>	場の設定 近くに座る, 挨拶をする, 非言語的コミュニケーション
<b>L : Listening skill</b>	聴くスキル 目を見る, 触れる, 開かれた質問, 認識の確認, 重要な言葉の反復
<b>A : Acknowledgement</b>	共感するスキル 患者の気持ちを探察し理解する, 患者の気持ちを繰り返す
<b>S : Strategy</b>	方針 治療計画について話す, 決定を協力する
<b>S : Summary</b>	要約 話し合いの要約, 次の面接の契約



**図3 SHAREとSPIKESの概念図**

(文献3)4)5)より引用)



図4 コミュニケーション技術研修会の実際  
患者の意向を踏まえた患者・医師間のコミュニケーションの促進を目指した介入プログラムの開発

用されはじめています。情緒的側面の強調が東アジアには適合したのかもしれない。

### おわりに

癌医療従事者のコミュニケーション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(図4)へ参加することを推奨する(<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]との連携チームづくりである。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。癌医療従事者が安心して心のケアを提供するには図2の第3・4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1・2段階のコミュニケーションに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体制づくりが、日本の癌医療における心のケアの進展につながっていくであろう。

### 文献

1) Uchitomi Y : Psycho-oncology in Japan ; History, current problems and future aspect. Jpn J Clin Oncol 29 : 411-412.

1999

- 2) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al : Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma : A prospective observational study. Cancer 92 : 1926-1935, 2001
- 3) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology 14 : 1043-1051, 2005
- 4) Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology 16 : 573-581, 2007
- 5) Fujimori M, Parker PA, Akechi T, et al : Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. Psychooncology 16 : 617-625, 2007
- 6) Fujimori M, Uchitomi Y : Preferences of cancer patients regarding communication of bad news ; A systematic literature review. Jpn J Clin Oncol 39 : 201-216, 2009
- 7) 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-悪い知らせをどう伝えるか, 東京, 医学書院, 2007
- 8) ロバート・バックマン : 真実を伝える-コミュニケーション技術と精神的援助の指針. 恒藤 暁 監訳, 東京, 診断と治療社, 2000
- 9) American Society of Clinical Oncology 公式カリキュラム, 2001
- 10) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al : SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news : Application to the patient with cancer. Oncologist 5 : 302-311, 2000

看護に学ぶ

# サイコオンコロジー

解説

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・部長

## がん医療における 家族への配慮

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を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」<sup>1)</sup>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」、すなわち家族に先に知らせ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<sup>2)</sup>。

### 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さんに対応し援助していくか」という告知の質を考え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(下欄は編集部)

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、隠し通して会話がまったくな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意味は極めて大きいので、がんか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言っても大丈夫」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





(うちとみ ようすけ)

1984年広島大学医学部卒業。91年より米国スロンケタ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、日本精神神経学会、国際サイコオンコロジー学会などに所属。厚生労働省第三次対がん総合戦略事業「GOL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/田子美香

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が大切です。「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、不安や苦惱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、患者さんにがん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念で、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。

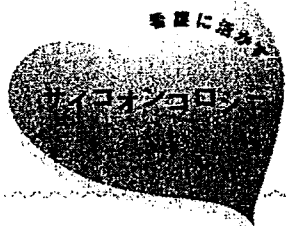
がん医療の現場やがん患者さんを家族にもつ一般市民を対象にした講演会の席などで、「家族としてどのように接したらよいでしょうか」という質問をよく受けます。図2は、このような問いに対するアドバイスをまとめたものです。

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くかは、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

©内田真介, 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に変わることは、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。

### 患者さんを見取った後の遺族に起こる悲嘆反応への対応

がん患者さんを見取った後の家族、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、もっとこうす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ことは、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)反応に対するかかわりは、「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	情動や現実感の麻痺、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: 抑うつ段階	絶望、無関心、抑うつ、周囲への関心の低下、人とのかかわりがもちにくい
● 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

ア」「グリーフケア」という言葉で表現され、さまざまな試が行われています。

これらのケアにより、悲嘆をし、終結させることができるかどうかについては、現在研究続けられている段階で、確か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、友人など支援者の、感情表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。この喪失感は、本来はもはや存在しない故人でし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との間には、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を**

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。

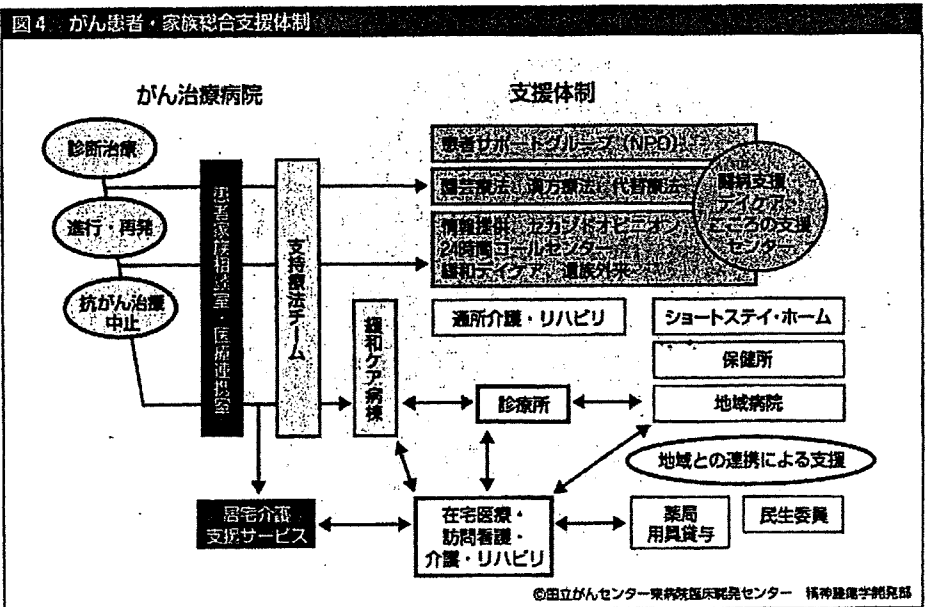
この変化に対応するため、国立がんセンター東病院では、「がん患者・家族総合支援体制」の構築(図4)を目指し、05年10月に支持療法チームを発足させました。

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。



1) 国立がんセンター病院、がん告知マニュアル、1996。http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/communication/communication01.html  
 2) Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al.: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*16, p.573-581, 2007.  
 3) 大西秀樹、石川孝、小野様也 ほか: 終末期がん患者を介護する乳がん術後配偶者——心理的な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.393-396, 2001.  
 4) Akechi T, Akizuki 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*35, p.329, 2006.  
 5) 大西秀樹: 家族ケア・遺族ケア、精神腫瘍学都道府県指導者研修会資料、2007.  
 6) 内宮篤介、藤森麻衣子 編: がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか、医学書院、2007。

# サイコオンコロジー総論\*

Key Words: がん、サイコオンコロジー、quality of life、緩和ケア

## はじめに

現在、わが国では、毎年64万人ががんの告知を受け、およそ2人に1人は治癒するとはいえ、毎年33万人が命を落としている（配偶者として20万人が喪に服する）。がんと向き合っている方は300万を数え、今後10～20年、団塊の世代ががん年齢に達し、いろいろな意味で大変な時期に差しかかっている。

20世紀の医学の進歩によって得られた成果の1つは、がんの治癒である。患者も医療者もともに治癒を最優先に目指してきた。その結果、社会に復帰するがん長期生存者は増加し、機能温存療法に代表されるように生活の質、quality of life (QOL) も目指すべき目標となった。がんの進行や再発により治癒が望めない2人に1人は、医学的治療目標は一転して延命となる（図1）。インフォームド・コンセントやQOLの概念導入以降、患者の意向を全く無視して延命治療が行われることは明らかに減っているだろう。しかし不幸なことに、医療者は医学的治療目標以外の、患者、家族の本来の目標（価値観や生活信条など）を聞き出す、精神療法の基本と言うべきコミュニケーション技術を学習しておらず、患者・家族の置かれた状況に応じて意向を尊重したがん医療を実践しているとは言い難い。

がんの告知が燎原の火のごとく広がった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Psycho-Oncologyは誕生した。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。振り返ると精神医学、心理学のみならず免疫学、内分泌学、脳科学、

## 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 部長

社会学、倫理学など多くの学問から成り立って発展してきており（表1）、がんが心に及ぼす影響だけでなく、心や行動ががんにも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、Quantity of lifeの改善を目指す（図2）。

日本のサイコオンコロジーは、国際学会の呼びかけにより1986年に学会創立、1992年国立がんセンターに常勤精神科医配置のあと緩やかに広がってきた。国民の声に呼応したというより、当時は輸入もので医療者主導であった。その後、2002年精神科医を必須とする緩和ケアチームが診療報酬化され、2007年4月に国民の声に後押しされたがん対策基本法が施行され、がん患者・家族ががん対策推進基本計画の策定に大いに参画してから、状況は一変した。がん医療の早期から緩和ケアと並んで患者・家族の心のケアのよりいっそうの推進と「精神腫瘍医」の育成が喫緊の課題となった。育成に関して、日本サイコオンコロジー学会のカリキュラムがおおむね取り入れられ、緩和ケア研修会、精神腫瘍学指導者講習会、緩和ケアチーム講習会、さらには、がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会が全国規模でスタートした。各2次医療圏にがん診療連携拠点病院（375カ所）が整備され、緩和ケアチームの担い手の1人として精神科医が必須なのは日本独自の試みである。欧米のがん医療における心のケアの不足という教訓をいかした施策であると言える。本稿では、サイコオンコロジーの治療目標に添って概説する。

## Quality of lifeの向上

現在、がんの情報（検査結果、診断、再発、抗がん治療の中止など）開示により、Life（生命、生活、人生）の危機に直面化させられる。地域差はあるものの、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理学的反応への対応から、急性ストレス反応、適応障害、PTSDやうつ病などへの精神医学的対

\* Psycho-Oncology : An overview

\*\* cancer, psycho-oncology, quality of life, palliative care