

図1 がんの臨床経過と治療目標

表1 研究の歴史 (欧米)

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

応まで, 幅広く積極的な対応が必要とされる(表2)<sup>2)</sup>。

### 1. 通常の心の反応

[症例] 大腸がん手術後のAさん, 42歳。「ホントに, 仕事に戻れるとは, 思っていませんでした」と, 半年前を遠い昔のように振り返る。がん患者の心理過程に共通点が多い。驚天動地のがん告知, ためらう間もなく受けた手術。入院中はある種過剰な医療スタッフや同病者からの支援, やや躁的な入院生活。退院後1人になって襲ってくる死の恐怖, 再発不安, 不確実性を伴った闘病生活。社会復帰で痛感する, がんの烙印, 疎外感。告知から数週間で多くの人は見かけ上つらい状況から抜け出せているとはいえ, 心のなかの余震は続く。自分のペースがつかめるようになるには,

最低でも再発の可能性が減じる3年が必要である。心の処方せんはまず, 家族や友人とともに, かき集めたがんの知識を整理し, がんを抱えてしまった後の気持ちを打ち明けることが, 心の支援策の第一歩であったとAさんは振り返った。当初のAさんは職場にいる自分がとても想像できなかったようだ。心を許す同僚や家族の存在が何よりの助けだったとのことである。

がんを契機に辞職する人は多い。がんを抱えた後の心の軌跡を知りながら備えが整えば, 決してやめる必要はない。ときには, がんの知識があり, がんによって失ったものに共感を示してくれる心の専門家の相談も必要である。

### 2. 精神疾患の有病率

がんのあらゆる臨床経過において適応障害と大

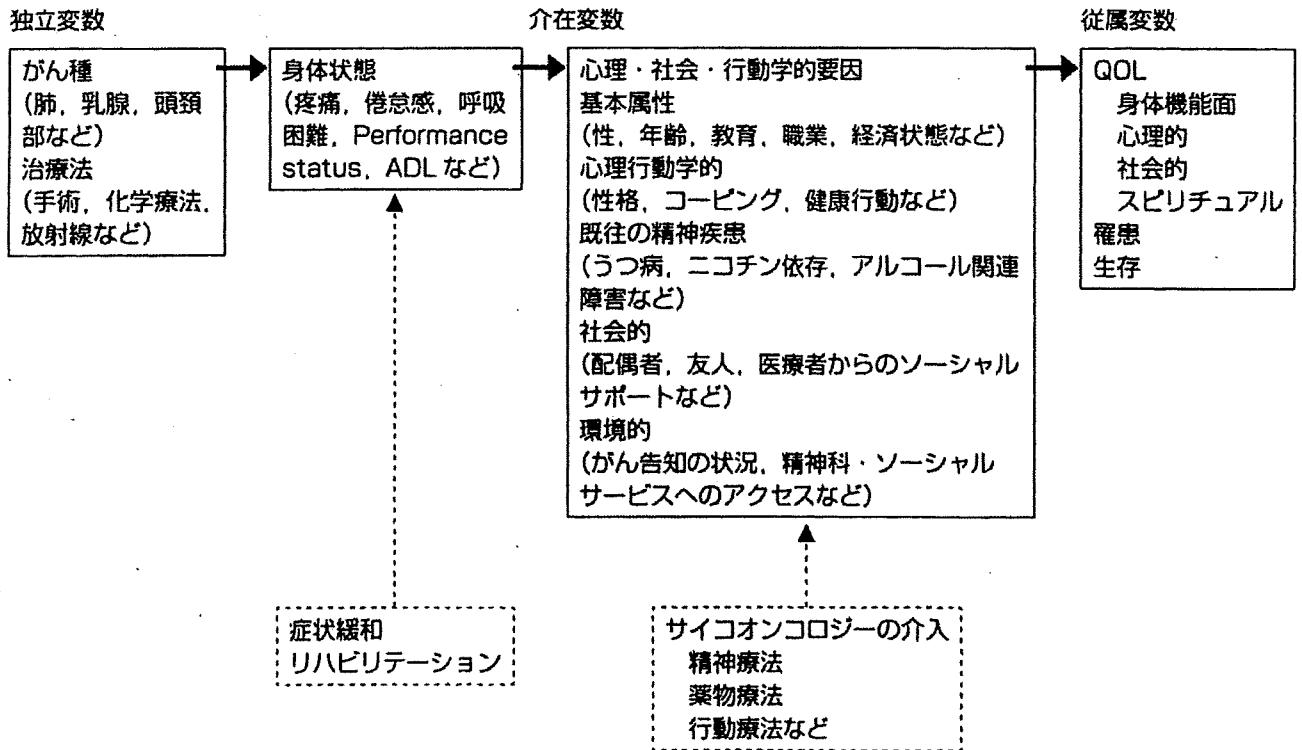


図2 QOLと罹患・生存に関するサイコオンコロジーモデル

表2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

<p>第4段階：精神保健専門家（心理職・精神科医）                  評価：精神疾患の診断（重症の気分障害，人格障害，薬物乱用，精神病性障害を含む，複雑な精神的問題）                  介入：薬物療法と心理療法（認知行動療法）</p> <p>第3段階：訓練と認定を受けた専門家（心理職）                  評価：心理的苦痛の評価と精神疾患の診断（重症度を識別し必要に応じ精神科医に紹介）                  介入：カウンセリングと心理療法（不安マネジメント，解決志向的アプローチ）</p> <p>第2段階：心理的知識を有する医療者（がん専門看護師，ソーシャルワーカー，家庭医）                  評価：心理的苦痛のスクリーニング（がんの診断時，再発時，治療中止時などストレス時）                  介入：問題解決技法のような心理技法（問題解決療法など）</p> <p>第1段階：すべての医療者                  評価：心理的ニーズの認識（必要に応じて精神保健の専門家に紹介）                  介入：基本的なコミュニケーション（適切な情報提供，理解の確認，共感，敬意）</p>
---

英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS -NICE 2004

うつ病が約10～30%存在し（図3），さらに術後と終末期のせん妄の存在が明らかにされた。今後，簡便なスクリーニング法（図4）や評価の進め方（図5），早期治療を組み合わせた標準的治療法の教育・訓練法が待たれる<sup>31）</sup>。

### 3. 緩和ケア

2002年4月，緩和ケア診療加算が導入され，精神科医がリエゾン医療に参画することが経済的

に評価された。常勤の精神科医を必須とする緩和ケアチームの導入により，がん医療の早期から緩和ケアを提供していくという理念に添っていると見える<sup>41）</sup>。

【症例】悪性リンパ腫が再発を繰り返す，Bさん，58歳の主婦。「もう，治療は受けずに終わりにしたいのですけど」と訴える。死を望むがん患者の存在は，現在最も頭を悩ます問題である。そうした患者の大半は，うつ病で適切な診断が必要

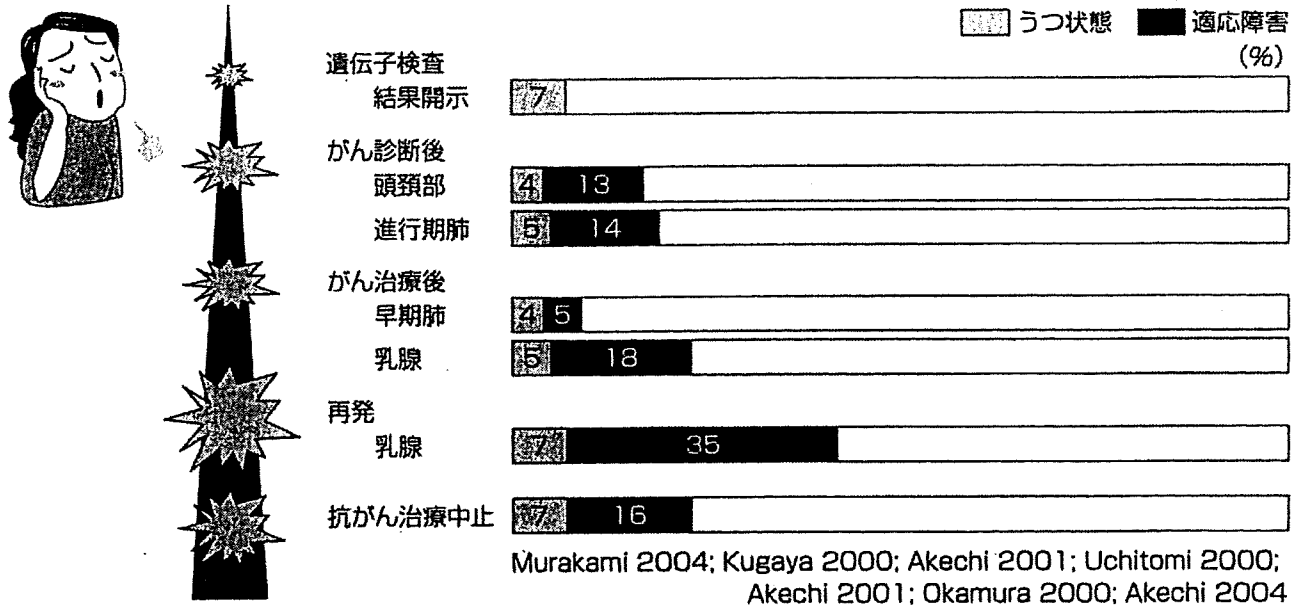
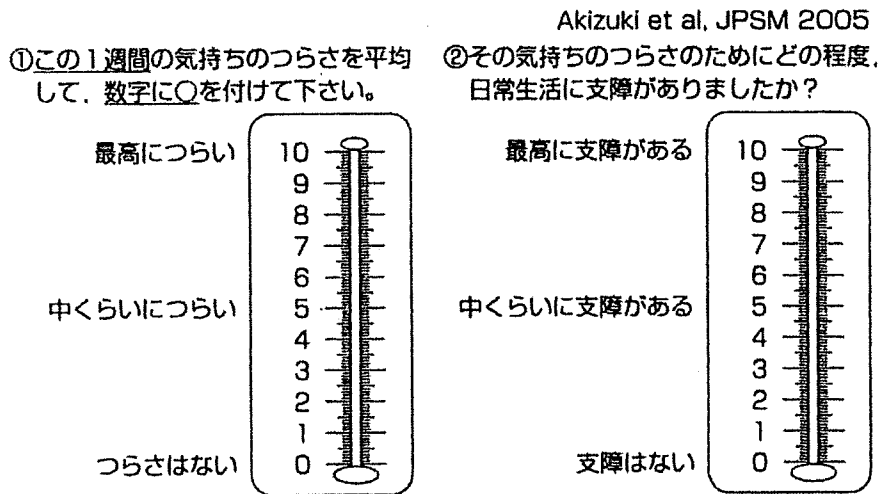


図3 がんの進行と抑うつ（うつ状態・適応障害）の1カ月有病率：国立がんセンター



\* <http://pod.ncc.go.jp/> でダウンロードできます。

図4 気持ちのつらさと支障の寒暖計

であるがほとんど見過ごされ、さらに運よく精神科医の診察に至っても身体症状があるので、ある程度の診断・治療技術を要する。

#### 4. 精神療法

これまでの、がん患者への心のケアの基本は、やはり支持的精神療法である（表3）。がん治療後の社会復帰をうながす目的で認知行動モデルに基づく精神療法が行われたり、治癒が望めない患者には感情表出をうながし、死にゆく過程に焦点をあて実存モデルに基づく精神療法も行われている。他者に依存する苦痛や自律性の喪失といった

苦しみのなかにあっても意味を見出す援助ができないか模索されている。今後、一般化するためには、多施設共同臨床試験が必要である。

遺族に悲嘆が強い場合、通常的支持療法が行われてきたが、対人関係療法、さらには故人とのエピソードの回想に取り組む暴露療法の有効性が報告されている。また、遺族となる家族間の結びつきがあらかじめ弱いと評価された場合には、生前から家族療法を行う試みも報告されている。

#### 5. 患者参加によるグループ療法

2000年に当院では、海外でさかんに行われて

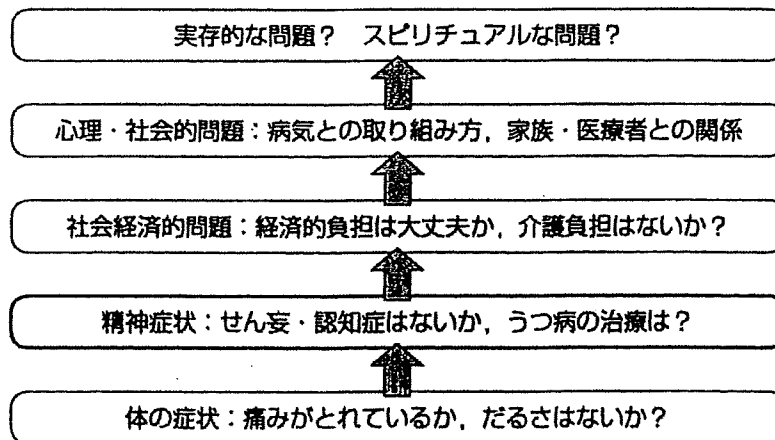


図5 こころの評価の進め方

表3 がん患者への心のケア

## 1. 心理学的

(ア) がん患者（個人/グループ）を対象に

- ① 支持的療法 Supportive psychotherapy
- ② 危機介入 Crisis intervention
- ③ 認知行動療法 Cognitive-behavioral therapy
- ④ 認知実存的療法 Cognitive-existential psychotherapy
- ⑤ 対人関係療法 Interpersonal Psychotherapy
- ⑥ 行動療法—漸進的筋弛緩法 Interpersonal Psychotherapy

(イ) 進行終末期の意味の喪失を標的に

- ① ナラティブ療法 Life Review ; Life Completion Interviewing
- ② 意味中心グループ療法 Meaning - Centered Group Psychotherapy
- ③ 尊厳療法 Dignity Therapy

(ウ) 遺族の悲嘆を標的に

- ① 家族の悲嘆焦点療法 Family - focused Grief Therapy
- ② 複雑悲嘆療法 Complicated Grief Therapy

## 2. 社会的支援・経済的支援・介護支援

(ア) ピアサポート, 患者会, 家族会

(イ) 経済的 (高額医療費など)

(ウ) 介護

## 3. 精神医学的

(ア) 抗うつ薬

(イ) 抗不安薬

(ウ) 睡眠導入剤

## 4. 身体的

(ア) 痛み, 倦怠感, 呼吸苦など身体症状緩和 (鎮痛剤, 鍼灸など)

(イ) リハビリテーション

(ウ) マッサージなど

いるサポートグループの導入を試み、乳がん患者の協力のもとその有効性を確認した。毎週1回、90分/回を、合計6回が標準コースだ。同じ場所のがんを抱えて同じ時期に同じ治療を受けたもの同士が、医学情報、心の対処法、身体のリラックス法を自ら学習していくものだ。医療者は参加するが主役はあくまでも患者である。

人前で話すのが苦手な患者も3回目あたりから

打ち解けてくる。医学情報は腹八分目に、自らが行える心の対処法が好まれた。また、ご主人ではなく女性の身内が主なサポートの担い手だったのが導入にあたっての注意点だった。自らのがんの物語をお互い話し、それぞれがたどった足跡ひとつひとつが他の参加者にとっては心強く、役に立つことを身をもって体験する。グループのなかでの役割回復をとおして少しずつ自信を取り戻し、

表4 がん患者への抗うつ薬療法：プラセボ対照無作為比較試験

Author (y)	Inclusion criteria	drugs	results
Costa (1985)	Major depression (MD)	Mianserin vs Placebo	effective
Heeringen (1996)	MD	Mianserin vs Placebo	effective
Musselman (2006)	MD & Adjustment Dis.	Paroxetine vs Desipramine vs Placebo	n.s.
Razavi (1996)	MD & Adjustment Dis.	Fluoxetine vs Placebo	n.s.
Fish (2003)	Mild depression	Fluoxetine vs Placebo	effective
Stockler (2007)	Mild depression excluding MD	Sertraline vs Placebo	n.s.

ひいては次の患者，社会へと博愛は広がっていく。がん治療後ツール・ド・フランスを制した，ランスアームストロングはがんサバイバーを支援する財団を設立したが，博愛の最たるものであろう。

#### 6. 医師に対するコミュニケーション技術訓練法

患者さんの苦痛により共感を示すために，医師向けのコミュニケーション技術訓練研修会が1996年以降さかんになってきた<sup>5)</sup>。

研修会は知識を得るというより，実践に近い体験学習である。進行役のもと，参加医師は数名のグループのなか，交代で医師役を演じ，模擬患者・家族を相手にがんを伝える訓練を行う。シナリオは治癒不能のがんである。必然的に「もう死ぬんですか？ もうだめっていうことですか！ 末期ですか！」などと，模擬患者が相手とはいえ緊迫した局面を迎える。それに対して「がんは2人に1人は治りますが，そうでない場合いろいろ…緩和ケアがあり…」という風に，当初は「知識」のみで応じようとする。模擬演習という安全な環境下で討論が進むと，医師は自らの対応をいつものマシンガン・トークになってしまったと振り返る余裕が出てくる。さらに進めると，数秒の沈黙を置いた後に「いま，気がかりなことはなんでしょうか」という言葉がけをして，娘の結婚式の希望や，がんによって奪われた仕事の悔しさが聞き出せるようになる。患者の「情」の背景を探索する深みが出てくる。

#### 7. 薬物療法

抗うつ薬治療は最も基本であるが，がん患者を対象としたプラセボを用いた無作為比較臨床試験は mianserin, fluoxetine, sertraline を除いていない(表4)。がんを含んだ，身体疾患を有するうつ病患者への臨床試験では，有効性を示す結果が得られている。しかし，臨死のがん患者への抗うつ薬投与に関しては，実際逡巡する。せん妄を

誘発せず，即効性，副作用を考慮した薬剤開発が期待される。

### Quantity of life の延長

がんの罹患に影響を与える心理社会行動因子(図2)のなかで，喫煙は最も強い因子で，唯一単独で4倍のリスクを持つ。そのほかの因子は単独では強くないが，生活行動様式や社会的因子は比較的強い関連を示す。抑うつなどは弱いもしくは不明であると考えられている。

#### 1. がんの罹患

これまでいわゆる cancer-prone personality (Type C 性格)と言われてきた，内面の苦悩を抑圧し表出しない性格傾向と，がんの関連性は従来から指摘されてきた。追試されたが，きわめて弱い関連であった(オッズ比=1.19)。臨床的にはがんになりやすい性格があるとは言えないのが現在の解釈である。

#### 2. 生存

ソーシャルサポートは一部否定的な結果も存在するが，多くの報告で弱いながらも(相対リスク=1.5以下程度)がんの進展に関連しており，今後，どのような要因を介するのか検討の余地がある。

Greerらのグループは，早期乳がん患者の前向きな態度(fighting spirit)と生存との関連を1970年代から検討してきたが，同じグループにより中規模の追試研究(N=578)が行われ，Fighting spiritは生存期間と無関係，絶望的な態度 Hopelessness/helplessnessは弱い傾向を示すにとどまったが，抑うつ(HADS-D尺度12点以上)は有意な関連を示した。うつ病と生存に関しては今後も検討の余地がある。

Spiegelらは，治癒が望めない進行乳がん患者に対し，がん患者のQOLの向上を目的に精神療法を行ったところ，結果的に生存期間が18.9カ

月から36.6カ月に延長したと予備的報告を行い、1989年当時は衝撃的であった。しかしながら、その後、自らを含む3つの追試により、転移性乳がん患者に対して支持的-自己表出的グループ療法は、生存期間に影響を与えないことが結論づけられた。

最近、心理社会的要因をすべてひっくり返してがん罹患・生存との関連を解析した報告があった。心理社会的要因はがん罹患・生存それぞれに統計上有意味な関連はあるが、影響はきわめて小さく、臨床上有意味な関連ではないこと、さらに、出版バイアスがあるので解釈には注意が必要であるとのことである<sup>6)</sup>。以上、個々の要因別にみると結論は出ていないものもあるが、現時点では総じて関連がないと言える。

### 3. 遺族

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

### 精神科医が参画するがん医療の長所について

1. 精神科医ががん患者の診療に接するきっかけは、精神疾患患者の身体合併症治療からであろう。がん治療医を迎え入れて適切な医療を提供するためには、相手の懐に飛び込んで多様な患者を抱え、悩んでいるがん治療医の置かれた状況を理解したうえで、目標を明確化し医療チームをまとめるといった精神科医ならではの技術が不可欠であろう。
2. がん治療後には、社会学者スーザン・ソング自らが乳がん体験を「隠喩としての病」として著しているように、再発不安など不確実性を伴った闘病生活や社会復帰で痛感する、がんがもたらす社会的文脈での死、疎外感、孤立感が待ち受けている。統合失調症を始め精神疾患の多くは、思春期から多くの社会的な文脈での死を経験し、精神科医はその克服を支えてきた。このような社会的苦痛を理解する精神科医の持つ援助技能は、がん医療スタッフだけでなく、患者、家族からも強く望まれている。
3. 死を望むがん患者が存在する。大半はうつ病であるが、そうでない場合、オランダの安楽死やアメリカオレゴン州の自殺ほう助に関する調査報告では、死を希求する理由は疼痛ではなく、

他者に依存する苦痛や自律性の喪失であることが明らかになっている。こうした苦しみのなかにあっても意味を見出す援助ができるのも、やはり多様な価値観を尊重する精神科医ならではの技術ではなかろうか。

4. がん患者の意向調査の結果をふまえると、住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるよう在宅医療の充実を図ることが求められている。心と身体の統合治療や地域医療・福祉・介護モデルが、いままさにがんで試されている。現在、年間33万人のがん死亡のなかで在宅死は数%を占めるにすぎないが、国民の40%の在宅療養の希望を尊重していくと、2次医療圏単位で進められる緩和ケア連携診療体制の構築には、精神科診療所や病院の医師の参画が期待される。

### おわりに

サイコオンコロジーには、精神医学の粋、精神医療の技術が広く活用され、これからも活用されていくことは明白である。うつ病、適応障害、せん妄の精神医学的介入に始まり、医療心理学、QOL、実存的苦痛、集団療法、医療コミュニケーション、チーム医療、在宅医療、デイケア、遺族ケア、地域医療、福祉・介護連携などである。精神科医が参画するがん医療は、わが国の有する精神風土の豊かさを誇らしく発信していける領域の1つではなかろうか。「がん対策基本法」3年目の今年、わが国の医療全体にわたって大変重要な年になるはずである。いま、わが国の病を抱えた人々への心のケアの真価が、がん医療で問われていると思う。

### 文 献

- 1) 山脇成人, 内富庸介: 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) Guidance on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. National Health Services (NHS) - National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004.
- 3) 小川朝生, 内富庸介: 精神腫瘍学クイックリファレンス. 医療研修推進財団, 東京, 2009.
- 4) 内富庸介: 緩和医療における精神医学ハンドブック. 星和書店, 東京, 2001.
- 5) 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. 医学書院, 東京, 2007.
- 6) Chida Y, Hamer M, Wardle J, et al: Nature Clinical Practice. Nat Clin Pract Oncol 8: 466 - 475, 2008.

# がん医療におけるコミュニケーション\*

藤森麻衣子\*<sup>1</sup> 内富 庸介\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup> 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 日本学術振興会特別研究員 \*<sup>2</sup> 同 部長

**Key Words\*\*** コミュニケーション、共感、患者—  
医療者関係、悪い知らせ

## コミュニケーションとは

コミュニケーションの語源は「共有する」という意味のラテン語 *communicare* であると言われている。患者—医師間の望ましいコミュニケーションの成立には、双方向の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。たとえば、目の前の患者が「大丈夫です」と言っても、言葉どおり「大丈夫」とは判断しないだろう。とくに、感情が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に十分配慮することが重要である。言語的なコミュニケーションばかりに目が向いてしまうと、医学的情報を「言った」「言わない」といった議論に終始したり、「治療を中断したい」などの患者の発言を「言葉どおり」に受け取ってしまうことがある。患者・家族からの発言に対しては、それぞれの立場や背景、発言の経緯を熟慮し、気がかりや心配について十分話し合うことが大切である。

## 悪い知らせとは

悪い知らせは「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>1)</sup>。がん医療においては、「がん告知」と呼ばれるがん（とくに難治がん）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。悪い知らせは患者にとって非常に大きなストレスであり、がん罹患後の抑うつ（大うつ病・適応障害）の有病率は10～40%と非常に高く<sup>2)</sup>、がん罹患後5年の自殺率は一般人口の2倍、がん告知後4～5カ月の間に限ると4.3倍と非常に高いことが報告されている<sup>3)</sup>。患者に悪い知らせを伝えられたときの様子を振り返ってもらうと、「頭が真っ白になり、その後に先生が何を話していたのか、どうやって家に帰ったかさ覚えていない」という発言を聞くことは少なくない。医師が悪い知らせを伝える際の面談では、患者は診断や病状を伝えられるだけでなく、今後の治療方針など重要な医学的情報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になり、医師が伝えた内容を理解していないことがあるため、注意が必要である。

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーション行動は、患者のその後のストレスと関連する<sup>4)–6)</sup>。そこで筆者らは、望ましいコミュニケーションを明らかにするために、わが国のがん患者が、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を検討した<sup>7)–8)</sup>。その結果、「Supportive environment（支持的な場の設定）」

\* Communication between cancer patient and oncologist

\*\* communication, empathy, relationship between patient and physician, bad news

表1 患者が望むコミュニケーション：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「がん」という言葉をくり返し用いない</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>・患者に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>
<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>

「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)」の4要素が抽出された。これら4要素の頭文字からSHAREとまとめた(表1)。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た指針である。とくに、安心感と情緒的サポート、すなわち患者や家族への共感による悪い知らせを話し合う際に重要であるにもかかわらず、医療者にとって最も難しいコミュニケーションであることから、医療者がコミュニケーションを学習する際には最も強調される要素である<sup>9)</sup>。

### コミュニケーション技術の学習方法

SHAREは、医師が悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する患者の意向に即して作成された態度や行動の指針である。しかし、

SHAREをすべて理解していても、実際の臨床場面で状況に適したコミュニケーションを選択し、適切なタイミングで表出することは非常に難しいことである。また、同じ面談は二度となく、面談ごとに強調されるコミュニケーション技術は異なる。そのため、個々の患者の意向を把握し、意向にそったコミュニケーションを実践することを常に心がけることが大切である。

このようなコミュニケーションを効果的に学習する方法として、知識を学習するための講義と行動変容を目指したロール・プレイや、グループ・ディスカッションを組み合わせたコミュニケーション技術トレーニングの有効性が報告されている。コミュニケーション技術トレーニングは、一般的に少人数(10人以下)でのグループワークで行われる。その内容は、知識の獲得を目指した講義と行動の獲得を目指したロール・プレイで構成される学習者中心のプログラムである。自ら積極的にグループワークに参加し、参加者相互のディス



カッションをとおして、問題の解決策を自ら発見するプロセスが不可欠である。

以下にコミュニケーション技術トレーニングの概要、および運営者であるファシリテーターの役割を概説する。

## コミュニケーション技術トレーニングの概要<sup>9)</sup>

### 1. 講義

コミュニケーションの重要性、コミュニケーション技術の理解を促進するために行われる。対象は医療者であるため、先行研究から得られたデータをもとに解説を行うが、コミュニケーションは数値で表すことが困難な領域でもあることから、データの解釈には注意が必要である。また、臨床実践のなかでの疑問に対応できるよう心がけることが重要である。

### 2. ロール・プレイ

コミュニケーション技術トレーニングでのロール・プレイ参加者は、医師役、患者役、ときに家族役が割り当てられる。患者役は、模擬患者が演じることもある。医療者が患者役を演じる際には、患者の立場や気持ちが理解できるといったメリットがあるが、ときに役に入り込みすぎてしまい、役から抜け出せなくなることもあるため注意が必要である。シナリオは現実に近いほど演技しやすいため、シナリオは十分推敲し、医学的情報などは、役者が演じやすいように変更できるようにしておくことと進行がスムーズとなる。

ロール・プレイでは、医師役はホットシートと呼ばれる最も緊張する役を演じ、さらにそのロール・プレイをもとにディスカッションが行われる。ロール・プレイは医学教育においては、一般的に用いられる学習方法ではないため、ときに役を演じることに對する恥ずかしさから抵抗を示したり、逆に役に入り込みすぎてしまい、自らの気持ちの

コントロールができなくなる参加者がいるため、医師役を演じる参加者の気持ちに十分配慮する必要がある。シナリオの変更を可能にする、深呼吸でリフレッシュするなど必要に応じた介入が必要である。

コミュニケーション技術トレーニングは、参加者中心の実践学習であるため、ロール・プレイに多くの時間が割かれることが一般的である。また、コミュニケーションの学習として、情報の内容はもちろん重要であるが、参加者はがん専門家であるため、伝える内容よりもむしろ、どのように伝えるか、伝える際の患者の心理社会的状況をどのように認識するか、患者の心理状態にどのように共感を示すかに焦点をあてる。

### 3. 実践されたコミュニケーションに対する(ポジティブな) フィードバック、グループ・ディスカッション

参加者からのポジティブなフィードバックや、新たな視点を得るようなディスカッションによってコミュニケーション学習へのモチベーションが高まり、行動が強化される。効果を最大限にするために、漠然としたコメントではなく、具体的なフィードバックを引き出すことが大切である。コミュニケーション上の問題への回答は1つではないため、参加者同士のディスカッションをとおして、さまざまな視点から問題を解決する方法を身に付けることが可能となる。

一方のフィードバックする参加者にとっても、他者のコミュニケーションを観察(モデリング)することは、効果的なコミュニケーションに注意を向けたり、実践する際の具体的なイメージとなり大変有効である。

### 4. アイス・ブレイキング

参加者の主体的参加が求められるコミュニケーション技術トレーニングにおいては、グループ内

の凝集性を高めることが重要であるため、アイス・ブレイキングは有効である。

### ファシリテータの役割<sup>10)</sup>

学習者中心のコミュニケーション技術トレーニングの運営者はファシリテータ（進行役、まとめ役）と呼ばれる。ファシリテータとは、参加者の状況に合わせてプログラムを進行する者のことである。行動変容は、他者から言われるよりも、自ら気づくことが重要であるため、ファシリテータは、参加者自らが体験から得られる気づきをうながすことによって、コミュニケーションの学習が達成されるように援助することが求められる。すなわち、ファシリテータの役割は、問題の回答を教えることではなく、回答までの道すじを方向づけたり、回答の見つけ方を示すことである。また、トレーニング参加者はファシリテータを介してプログラムを体験するため、ファシリテータの関わり方次第で、トレーニングに対する興味を持ち方やモチベーションが変わってしまう可能性があるため、ファシリテータの担う役割は重要である。

ファシリテータは、指示的、操作的なふるまいは避け、参加者の積極的な参加をうながすことを心がける。たとえば、トレーニングの枠組みのなかで、参加者のニーズを積極的に探る。その場で沈黙しているだけで意味がある場合（たとえば、参加者がふざけすぎること、気を抜くこと、居眠りすることを予防）もある。また、硬い雰囲気や煮詰まった空気を変化させるために、笑いをとるなどして場を和ませることもある。参加者の緊張感を軽減するために、事前に黒板やスライドに目標、タイムスケジュールなどを示す、ディスカッションや参加者の発言のポイントを黒板などに書き留めるといった小さな配慮の積み重ねが求められる。

基本的に参加者の主体性を重んじるのがファシリテータの役割ではあるが、必要に応じて、介入

を行うことも重要である。たとえば、ロール・プレイが円滑に進行していないとき、実施のルールが守られていないとき、グループでの課題達成が難しいと判断されたとき、振り返りや議論が進んでいないとき、参加者から質問を受けたときなどにも、ファシリテータは介入することがある。ただし、主体的な学びのプロセスを妨げないように、自らの意見を押し付けたり、参加者の学びを操作するような介入とならないように十分配慮する必要がある。介入の例としては、参加者同士の議論が行き詰まったときに、視点を変えるようなヒント（たとえば、「もう一度基本に戻ってみましょうか」「テキストのどの部分にあてはまるでしょうか」など）を与えるなどがある。

参加者の主体性を尊重したグループワークでは、予期しない事態が生じることはまれではない。そのような事態に直面した際には、まずは、大きく深呼吸して自らが落ち着く。そして、<sup>1)</sup>これまでの過程と経験から「参加者の能力はどの程度か」「問題の大きさはどの程度か」などを評価しながら、冷静に状況を判断することが必要である。たとえば、参加者からの質問の答えに窮してしまう状況もあるかもしれない。前述したように、ファシリテータは指導者ではないので、すべての解答を用意している必要はない。「〇〇さんからの質問について皆さんと一緒に考えてみましょう」と提案し、主体者である参加者とともに学習のプロセスに参加する姿勢を示すことが大切である。

ファシリテータとしての技術を高めるためには、ファシリテータ同士のピアレビューが有用である。たとえば、「全体の流れ」「予期せぬ事態への対応」「問題点」「今後の改善点」等について、互いに客観的で発展的な評価を受けることが技術の向上につながる。他者から指摘を受けることは、ファシリテートしているときには気づかなかつた、あるいは自らにはなかつた視点を得ることができ、一度の経験から多くの示唆を得ることが可能であ

る。ときに自分とは相反する意見を得ることもあるかもしれない。それらを排除することなく指摘されたことは素直に見つめ、いいと思ったものは取り入れたり、必要に応じて改めていく、そのような柔軟な姿勢を常に示すことにより、ファシリテータの糧となるさまざまな意見を得ることができる。他のファシリテータに意見を述べる際には、コミュニケーション技術トレーニングでの参加者同士のフィードバックの際の注意点同様、コメントを受ける人への配慮を忘れてはならない。また、参加者の状況や自らの心の動きを冷静に見つめられるような客観的な視点を持つことを常に心がけることが大切である。

### 今後の展望

これまで医師が悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに焦点をあてた、コミュニケーション技術トレーニングプログラムの開発が行われ、その有効性が検討されてきた。コミュニケーション学習のためのプログラムを実践するためにはファシリテータの養成が求められる。そのため今後は、有効なファシリテータの養成プログラムの開発が必要である。さらに、コミュニケーション学習プログラムの拡充も必要である。他の状況での患者-医師間のコミュニケーション（たとえば、怒りを表出する患者や難しい質問への対応など）や他の対象者とのコミュニケーション（たとえば、患者の家族や他の医療者）、他の医療職（たとえば、看護師や薬剤師）向けのコミュニケーションを扱う学習プログラムが求められる。とくに、患者や家族への共感を重視した、グループワーク中心の学習プログラムであることを考慮すると、精神保健の専門家の参画が期待される。

### 文 献

1) Buckman R: Breaking bad news: why is it still so difficult?. Br Med J 288: 1597 - 1599, 1984.

- 2) 内富庸介: 癌患者における抑うつ. 日本臨床 59: 1583 - 1587, 2001.
- 3) 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.
- 4) Fogarty L, et al: Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety?. J Clin Oncol 17: 371 - 379, 1999.
- 5) Mager W, Andrykowski M: Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. Psychooncology 11: 35 - 46, 2002.
- 6) Uchitomi Y, et al: Physician support and patient psychologic responses after surgery for non-small cell lung carcinoma: a prospective observational study. Cancer 92: 1926 - 1935, 2001.
- 7) Fujimori M, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology 14: 1043 - 1051, 2005.
- 8) Fujimori M, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology 16: 573 - 581, 2007.
- 9) 内富庸介, 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.
- 10) 藤森麻衣子, 内富庸介編: 続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル. 医学書院, 2009.

### 用語解説

- ・グループ・ワーク: グループ・ワークとは、複数の参加者がグループで目的を共有し、活動をともしに行うことであり、グループ構成員が相互に影響を受けながら、各個人が学習、成長できる学習方法である。
- ・ロール・プレイ: ロール・プレイとは、あることがらが生じた際に適切に対応できるように、現実にかかる場面を想定したシナリオに従い、与えられた役割を演じることにより、現実にかかる場面のリハーサルとして疑似体験を繰り返す学習方法である。実際にはやり直しがきかないが、ロール・プレイでは何度もやり直すことができ、実際には頻繁に生じないことがらであってもロール・プレイでは何度でも経験することが可能であり、実際の経験に近い効果があるため、現実に同様の場面に遭遇したときに、違

和感なくすみやかに対処できるというメリットがある。講義では体験できない、非言語的なコミュニケーションを実践を交えて学習することができるため有効な学習方法である。

- ・アイス・ブレイキング：アイス・ブレイキングとは固い氷（アイス）を溶かす（ブレイキング）という意味であり、グループ・ワークなど相互作用のある場において、互いをまったく知らない参加者同士が、本題の作業を始める前に、アイス・ブレイキングを行うことによって、参加者がお互いに親しみをもち、主体的に学習に参加する雰囲気を作ることが可能となる。その

結果、グループ内の凝集性が高まり、グループでの作業を円滑に進めることが可能となる。アイス・ブレイキングは、言葉をかけ合ったり、握手をしたり、ゲームをしたり、体を動かしたりして、参加者同士がふれあう活動を中心に行う。

#### 参考文献

- 1) 内富庸介, 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.
- 2) 藤森麻衣子, 内富庸介編：続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル。医学書院, 2009.

#### <日精協ホームページ・ミニホームページ登録のご案内>

日本精神科病院協会では、協会ホームページにすべての会員病院共通のフォーマットによるミニホームページ（病院紹介ページ）を作成し、ご希望の病院には求人情報も掲載することとなりました。全国の会員病院の情報を発信していきたいと考えていますので会員病院の皆様のご参加をお願い申し上げます。

なおミニホームページ作成、公開、職員募集掲載に関して費用は無料です。

病院独自のホームページを開設されている場合につきましても、是非ご参加ください。

また、従来どおり、病院独自のホームページもご覧いただけるよう、リンクを設定しておりますので、現在、リンクされていない病院もこの機会にご登録いただけますよう、お願い申し上げます。

#### ■登録方法

日精協ホームページ 会員専用ページ「ミニホームページ登録」のフォームにご入力後、写真のデータを添付して送信してください。（登録には会員専用ページユーザー名とパスワードが必要です。）

URL：<http://www.nisseikyo.or.jp/nisseikyo/>

※その他、メール、郵送での登録も受け付けております。詳細は下記までお問合せください。

#### ■お問合せ

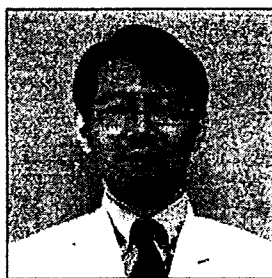
日本精神科病院協会／精情研センター TEL 03-5232-3311

E-mail [mini@nisseikyo.or.jp](mailto:mini@nisseikyo.or.jp)

Home Page <http://www.nisseikyo.or.jp>

# サイコオンコロジー

● がん罹患に伴う心理反応 ● 精神症状は再発率、生存率などの医学的指標に影響を与えるか？



清水 研一 写真  
うちとみ しょうすけ  
内富 庸介

国立がんセンター中央病院 精神腫瘍科

国立がんセンター東病院 精神腫瘍科精神腫瘍学開発部長

## INTRODUCTION

サイコオンコロジー(精神腫瘍学)は、米国でインフォームドコンセントが導入されるようになった1970年代に生まれた比較的新しい学問である。文字通り精神と腫瘍の関係を探明にすることがテーマであるが、大きく分けて2つの方向がある。第一にはがん罹患により、患者の心理状態がどのように変化するかを扱う。がんは患者に死を意識させ、生活を根底から揺るがす恐怖をもたらす。このため、患者に何らかの精神症状が出現することも稀ではない。第二に、精神状態が、がん罹患や根治率、生存期間などの病状に影響を与えるかどうかを扱う。たとえば、進行がん患者はうつ状態であると、生存期間が短くなるか否かを検討する、などが具体的な研究テーマとなる。

### がん罹患に伴う心理反応

#### 1. がん罹患に伴って出現する適応障害、うつ病

がん告知などの衝撃的な悪い知らせがもたらされた場合、患者は最初ショックで頭が真っ白になり、強い不安や抑うつ気分、怒り、混乱、絶望感などが出現する。通常は1週間から10日での状態は軽減し、新たな状況への適応が始まるが、一部の患者はこれらの時期が過ぎても抑うつ気分や不安が続き、仕事や家事が手につかないなど、社会的機能に支障を生じて適応障害やうつ病の状態を呈する(図1)。うつ病よりは軽度の抑うつ状態である適応障害などの精神症状を呈することも稀ではなく、わが国でのがん患者における有病率調査においても、うつ病は3~

12%、適応障害は4~35%に認められている<sup>1-3)</sup>。うつ病や適応障害はそれ自身が苦痛に満ちた症状であるのみならず、自殺、QOLの全般的低下、抗がん治療のコンプライアンス低下、入院期間の長期化などとも関連する。これらに対する適切な治療が望まれるが、忙しい臨床現場では医療者が見逃してしまいがちという問題がある<sup>4)</sup>。

#### 2. うつ病、適応障害の診断

サイコオンコロジーの領域でも、アメリカ精神医学会の大うつ病エピソードの診断基準(表1)を利用することが一般的であるが、症状9項目のうちの睡眠障害、食欲低下、思考・集中力低下、易疲労性・気力減退の4項目はがんに伴う身体症状としても出現するため、うつ病の症状なのか、がんに伴う症状かの判断が難しいことがある。このような場合は精神症状を過小評価しないためにうつ病の症状として含めるのが臨床実務的であるので、推奨されている。

適応障害は、うつ病をはじめとした他の精神科疾患を除外した上で、明確なストレス因子に伴い情緒面、行動面の症状が出現し、臨床的に日常生活における支障が生じている場合に診断される。ストレスに対する反応としてはうつ病ほど重症でなく、通常反応とうつ病の中間に位置する連続的な状態と考えられ、幅広い状態像を包含している。

#### 3. うつ病・適応障害の精神療法(カウンセリング)

がん臨床の場面では精神療法的関わりは必須であり、最も一般的に行われるのは支持的療法である<sup>5)</sup>。患者は診断直後や、初期治療の時期は今後

病状がどうなっていくかという不安を抱えているかもしれない。無事治療が一段落しても、再発に対する不安が容易に生じてしまう。進行、終末期になれば、隔絶された孤独感や疎外感を抱えているかもしれないし、残される家族への思いを抱えているかもしれない。支持的療法とは、このような患者の思いを批判、解釈することなく受容し、できる限り理解しようと努力しながら、一貫して患者の苦しみを支え続ける関わりである。そのためには医療者の価値観をひとまず置いておいて、患者の個別性を尊重し、患者が歩んだ生活史や、築いてきたもの、乗り越えてきたことなどを十分に傾聴する。また、患者の持てる困難への対処法を現在の苦難に対する対処法として指示することも大切である。自身の思いが医療者に伝わったという感覚を持った時に、患者の苦悩は少し開放され、癒される<sup>6)</sup>。

#### 4. うつ病・適応障害の薬物療法

うつ病に対しては精神療法と薬物療法を併用するのが一般的であり、適応障害に対しては精神療法のみでは効果が不十分である際に薬物療法を考慮する。国立がんセンターでは進行がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムを作成している(図2)<sup>7)</sup>。うつ病の軽症や、適応障害に対しては、抗不安薬であるalprazolamを使用することが多い。中等症以上のうつ病の場合は、抗うつ薬の有効性に大きな差を認めないため、有害事象プロフィールを薬物選択の指針とする。選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)は嘔気の出現頻度が高いことに留意する必要がある。肝臓の代謝酵素を阻害するため、代謝を阻害する可能性のある化学療法やホルモン療法施行中の患者には使用しにくい。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)も悪心・嘔吐や、排尿障害に注意する必要がある。

#### 5. 精神症状の緩和に不可欠な身体症状緩和、ソーシャルサポート

がん患者のうつ病、適応障害は、様々な身体症状と関連することが明らかになっているが、特に痛み、倦怠感との関係が強く示唆されている<sup>8)</sup>。時間的経過などから、患者が呈している抑うつ症状が身体症状と関連すると判断される場合は、抗うつ薬などの適応を考慮する前に、積極的な身体症状緩和を行うことが一般的である。

ソーシャルサポートの欠如も、うつ病、適応障害の主な関連要因であることが報告されている。患者をサポート

表1 うつ病エピソード(アメリカ精神医学会診断基準)

A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている；これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分または(2)興味または喜びの喪失である。

- (1) その人自身の明言(例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)。
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、1か月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。  
注：小児の場合、期待される体重増加が見られないことも考慮せよ。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着かないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)。
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
- (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある)、(単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)。
- (8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる(その人自身の言明による、または、他者によって観察される)。
- (9) 死についての反復思考(死の恐怖だけでなく)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

B. 症状は、混合性エピソードの基準を満たさない。

C. 症状は臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質(例：乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例：甲状腺機能低下症)によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2か月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動抑止があることで特徴づけられる。

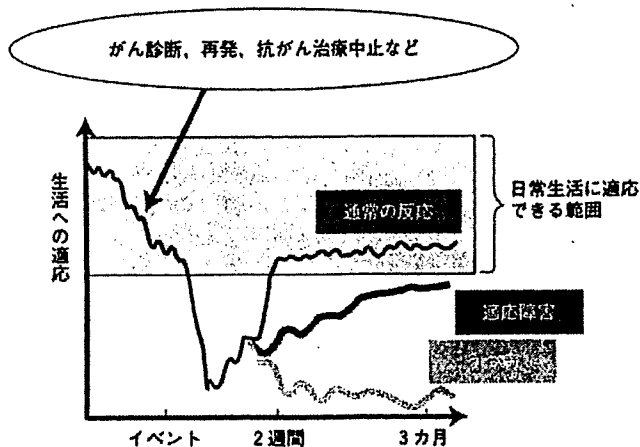


図1 悪い知らせに対する心理反応

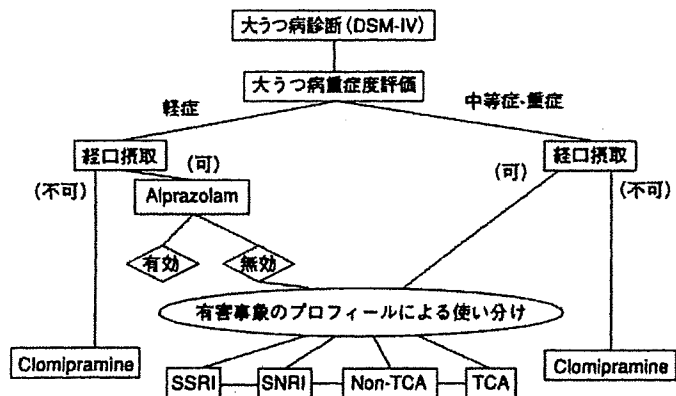


図2 進行がん患者の大うつ病に対する薬物治療アルゴリズム

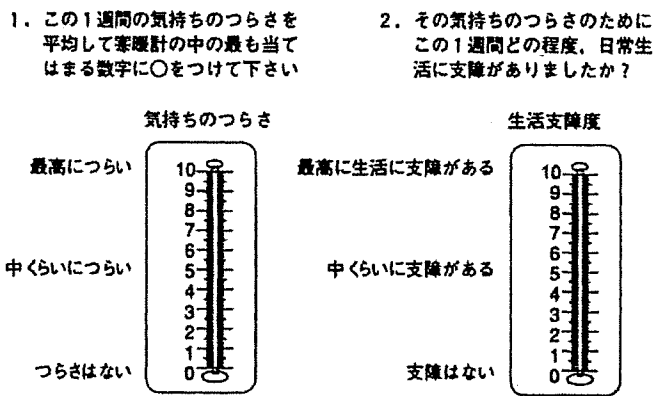


図3 つらさと支障の寒暄計

http://pod.ncc.go.jp

する家族も、精神的に疲弊している場合も多く<sup>13)</sup>、適宜家族のケアを行う必要がある。

6. うつ病、適応障害を見逃さないために一スクリーニング

がん患者におけるうつ病、適応障害に関する臨床的な問題として、いくつかの研究から主治医、看護師がこれらの精神症状を見逃しやすいたことが示されている<sup>4)</sup>。前述のうつ病、適応障害の診断基準を適切に用いることは精神医学的なトレーニングを受けないと難しい。

がん患者に対して、うつ病に対するスクリーニングと、精神保健の専門科の介入を組み合わせたプログラムの有用性が実証されており<sup>14)</sup>、National Comprehensive Cancer Network のガイドラインでは、がん患者全員に精神症状のスクリーニングを実施することを推奨している。うつ病、適応障害に対するスクリーニング法として、つらさと支障の寒暄計(図3；国立がんセンター精神腫瘍学研究所ホームページよりダウンロード可能 <http://pod.ncc.go.jp>)はスクリーニングツールとして優れた性能が示されており<sup>15)</sup>、短時間で施行可能かつ、精神保健のトレーニングを積んでいなくても使用できる。つらさと支障の寒暄計を実施することによって、専門家による精神症状のケアが促進されることも示されている<sup>16)</sup>。

2 精神症状は再発率、生存率などの医学的指標に影響を与えるか？

病は気からという言葉があるが、精神状態が、がん患者において生存などの医学的指標に影響を与えるか否かは、大きな関心を持たれてきた。過去の小規模な研究においては、関連するという報告も多く<sup>17)</sup>、心理的介入によって乳がん患者の予後が大きく改善したと

の報告も存在する<sup>18)</sup>。近年の大規模な疫学研究においては、関連を認めないとの結果がほとんどで<sup>19)</sup>、心理学的介入によって予後が改善する可能性も否定されている<sup>20)</sup>。患者は時に、精神的に前向きに考えないと病気に負けてしまうと信じていることがあるが、疫学研究の結果を踏まえて、その人らしく病気に向き合えばよいと告げることににより、プレッシャーから解放されて安堵の表情を浮かべる患者も多い。

文 献

- 1) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 92 (10): 2609-22, 2001
- 2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22 (10): 1957-65, 2004
- 3) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 21(1): 69-77, 2003
- 4) Kugaya A, Akechi T, Okamura H, Mikami I, Uchitomi Y: Correlates of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. *Psychooncology* 8(6): 494-9, 1999
- 5) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, Katsumata N, Ando M, Adachi I, et al: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast

cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 61 (2): 131-7, 2000

- 6) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16(4): 1594-600, 1998
- 7) Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD005537, 2008
- 8) 内富麻介: がんへの通常の心理的反応。山脇成人(編): 新世紀の精神科治療 第4巻 リエゾン精神医学とその治療学。中山書店、東京、p51-8, 2003
- 9) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁ほか: 進行がん患者のうつ病。本橋伸高(編): 気分障害の薬物治療アルゴリズム。精神科薬物療法研究会、じほう、東京、p83-99, 2003
- 10) Symptom management in cancer: pain, depression and fatigue: State-of-the-Science Conference Statement. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 17(1): 77-97, 2003
- 11) Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA: A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 55(1): 72-6, 1985
- 12) Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al: Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 372(9632): 40-8, 2008
- 13) Ell K, Xie B, Quon B, Quinn DL, Dwight-Johnson M, Lee PJ: Randomized controlled trial of collabora-

tive care management of depression among low-income patients with cancer. *J Clin Oncol* 26(27): 4488-96, 2008

14) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y: 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(1): 91-9, 2005

15) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, Oba A, Fujimori M, Akizuki N, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103(9): 1949-56, 2005

16) Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H: Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 56 (8): 756-62, 1999

17) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2(8668): 888-91, 1989

18) Nakaya N, Tsubono Y, Hosokawa T, Nishino Y, Ohkubo T, Hozawa A, et al: Personality and the risk of cancer. *J Natl Cancer Inst* 95 (11): 799-805, 2003

19) Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guther H, et al: The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 345(24): 1719-26, 2001



高尿酸血症・痛風治療薬の共同開発・ライセンス契約を締結

一(株)三和化学研究所一

同社は10月、(株)富士薬品と新規の高尿酸血症・痛風治療薬「FYX-051」の国内共同開発・商業化にかかるライセン

ス契約を締結したと発表した。現在、FYX-051は富士薬品により第II相試験が進められているが、今後は両社の共同で開発が進められるという。

FYX-051は、尿酸の生成に関与するキサンチンオキシダーゼを阻害し、尿酸生成を抑制することによって血清尿酸値低下作用を示す尿酸生成抑制剤だ。既存の治療薬とは異なる肝クリアランス型のため、腎機能が低下した患者にも使いやすいと期待されている。

がん疼痛用散剤「オキノーム散」新たに2g包装(10mg/包)発売

一塩野義製薬(株)一

同社は9月11日、がん疼痛治療用散剤「オキノーム散0.5%」(一般名:オキシコドン塩酸塩水和物)について、新たに「オキノーム散0.5% 2g(10mg/包)」を発売した。

オキノーム散0.5%は、現在までに0.5g(2.5mg/包)及び1g(5mg/包)製

剤が発売されている。しかし医療機関などからは、より容量の大きな製剤の登場が望まれていた。

なお、今回の発売に伴い、新製品を含む全てのオキノーム散0.5%にステイック包装が採用されることになった。



▷効能・効果=中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛  
▷薬価=0.5% 1g 130.40円

## サイコオンコロジーの役割

The role expected for psycho-oncology

小川朝生 内富庸介

**Key words** : 精神腫瘍学, サイコオンコロジー, がん, 緩和ケアチーム, うつ病

## はじめに

‘がん対策基本法’が2007年4月に施行され、2008年度よりがん対策のマスタープランである‘がん対策推進基本計画’に基づいた施策が各都道府県で本格的に進められている。基本計画で特記すべき点は、患者・家族の強い意向を反映して、全体の2大目標の一つに‘すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上’を掲げた点である。患者・家族の精神的苦痛を軽減するために、サイコオンコロジーの専門医である精神腫瘍医を育成することも盛り込まれている。

本稿では、がん医療において、患者・家族の精神的苦痛に対するサイコオンコロジーの取り組みについて紹介をしたい。

## 1. がん患者と心理・社会的問題

がん患者とその家族は様々な精神的、心理・社会的問題を抱えている。実際がん患者の20-40%に重度の心理・社会的問題が認められ、その問題に対して適切な援助が提供されている患者は10%にも満たない<sup>1)</sup>。適切な提供がなされていない背景には、‘精神的’や‘心理的’、‘感情の問題’といった言葉にはステイグマ、負のイメージがついてまわり患者が医療者に対して相談を躊躇すること、多忙な診察の中で医師が患

者に心理・社会的問題について尋ねる余裕のないことが指摘されている<sup>2)</sup>。その反省を受けて、がんの臨床をとらえ直し、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試みる分野が精神腫瘍学(サイコオンコロジー: psycho-oncology)である。

臨床においては、精神腫瘍学は、生命を危機に陥れる‘がん’という疾患に罹患し、その診断・告知を受けるときから治療期、終末期まで、患者とその家族を一貫してケア・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こと’、‘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。

これらの臨床・研究の成果を踏まえ、がんに関連する心理・社会的問題への障壁を取り払い、等しくケアが提供されることを目標にして、米国のNCCN(National Comprehensive Cancer Network)は心理・社会的問題を‘distress(つらさ)’として包括し、評価と治療のガイドラインを作成した(図1)<sup>3)</sup>。

Asao Ogawa, Yosuke Uchitomi: Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East 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

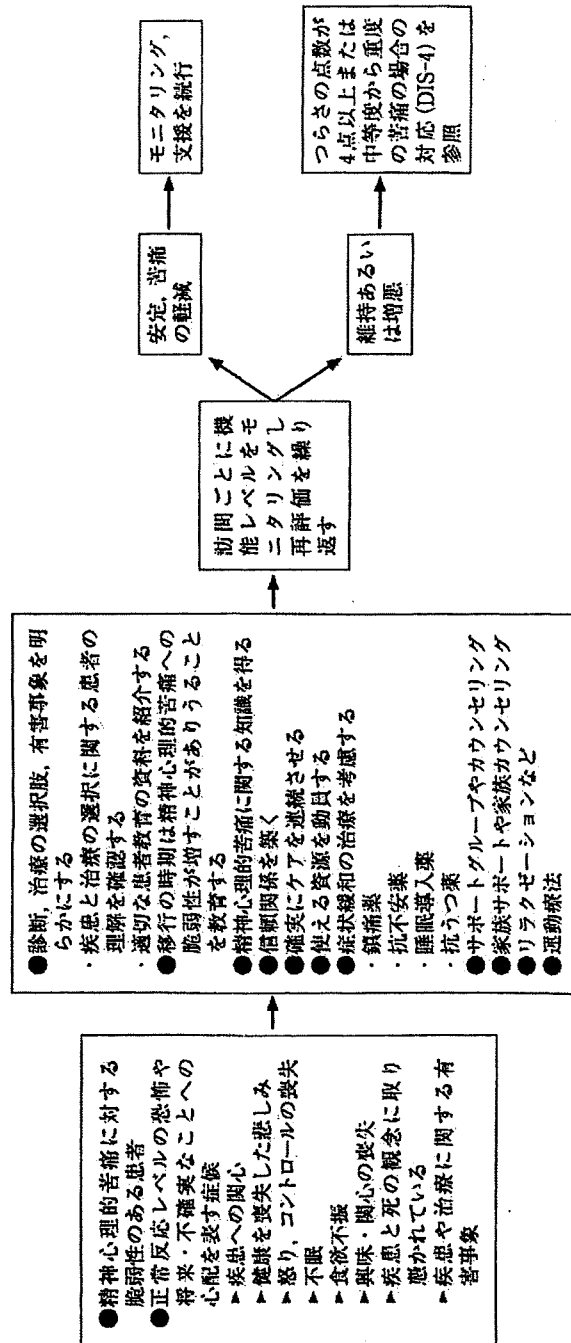


図1 NCCNの精神心理的苦痛に対するガイドライン(文献より引用)



## 2. がん患者への支援

### a. コミュニケーション

がん医療においては、がんの告知に始まり、治療方針の選択や再発の告知、積極的な抗がん治療の中止など生命や生活に直結する重要な場面がある。各々の場面において、患者-医師間の円滑な意思疎通を図り、感情に配慮した情報の交換を行うことが必要になる。このようながんの診断・告知や治療の中止の決定などは bad news(悪い知らせ)と呼ばれ、'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。悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても非常な心理的苦痛を伴う。例えば、抑うつ状態と密接に関連する自殺行動は、告知後3-5カ月に限ると健常人と比べて4.3倍にも上る<sup>3)</sup>。患者の理解や適応を促すためには、告知にあたり患者の認識に配慮した適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である<sup>4)</sup>。

効果的なコミュニケーションを図るためのスキルは単に臨床経験を重ねるだけでは向上しない<sup>5)</sup>。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、がん医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<sup>6)</sup>。欧米においては、がん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。そこで著者らは、我が国のがん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)', '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<sup>7)</sup>。明らかになった意向を基に、我が国の臨床にそ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、がん専門医を対象に研修プログラムを実施している(図2)。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、日本サイコオンコロジー学会協力の下、毎年全国各地で研修会を開催している。

### b. 精神症状への対応

#### 1) 抑うつ状態

抗がん治療全般を通して、様々な精神症状が出現する。がん患者のおよそ30-40%に何らかの精神医学的問題が認められる。特に頻度の高い疾患は、せん妄と大うつ病、適応障害である<sup>8)</sup>。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。我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、幾つかの原因が挙げられる。

#### a) 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<sup>10)</sup>。また、抑うつ状態は喪失体験に対する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や、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<sup>11)</sup>。

#### b) QOL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で、身体治療にも影響する<sup>12)</sup>。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

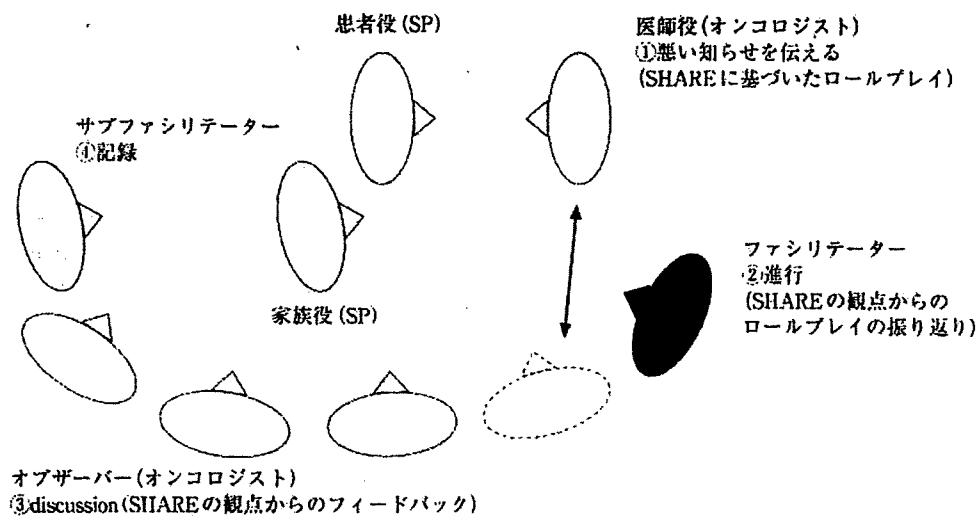


図2 コミュニケーション・スキル・トレーニングの実際

である。

c) 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ことにも注意すべきである。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。

d) 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、希死念慮が生じる場合がある。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。

e) 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カ月以内であること、貧弱なソーシャルサポートであることが指摘されている。特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、例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。

#### f) 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を推奨している<sup>3)</sup>。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。著者らのグループでも、病棟入院患者全員に病棟看護師がスクリーニングを行い、カットオフ値以上の場合には精神腫瘍医の診察を推奨する診療体制を整えたところ、受診率が向上した結果が得られた<sup>10)</sup>。

#### 3) 抑うつ状態への対応

抑うつ状態の治療は、薬物療法と支持的精神療法、認知行動療法を組み合わせる。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こともサイコオンコロジーの役割である<sup>11)</sup>。

大うつ病に関しては、無作為化比較試験の結果から抗うつ薬による改善効果が支持されている。しかし抗うつ薬は多様であり、実際の薬剤選択に当たっては身体症状を評価したうえで副作用管理も踏まえた選択を行う必要がある。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を立てる。

うつ病は身体症状も随伴する。特に疼痛はうつ病の身体症状の一つでもあり、疼痛とうつ病の重症度(特に希死念慮)との間には相関関係がある。がん患者のうつ病を評価する場合には同時に疼痛の重症度評価を行うことが推奨されている。疼痛をはじめとする身体症状緩和を図るためにも、主治医、緩和ケア医とともに精神腫瘍医による包括的な評価が重要である。

#### a) 緩和ケアチーム

我が国においては、2002年より常勤の身体症状緩和医師と常勤の精神科医師、専従看護師、(2008年度からは専任薬剤師も追加)で構成する緩和ケアチームが制度化され、がん診療連携拠点病院には設置することが義務づけられるようになった。緩和ケアチームは主治医や病棟からのコンサルテーション依頼を受けて、入院患者の包括的支援(身体症状や精神症状(うつ病、適応障害、せん妄)、ケアのコーディネート、家族支援)を行う多職種チームである。緩和ケアチームはプライマリチームを支援する役割を担うが、プライマリチームの意向を尊重しつつ、多職種によるチームを構築することも精神腫瘍医の役割である。

#### b) 今後に向けての課題

現在のがん臨床において最も問題となっているのは、多忙な臨床現場において有効な精神症状緩和を図るためのシステムを構築することである。英国の厚生労働省にあたるNICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)は、'緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへのアクセスが不十分である'との反省のうえに立ち、精神症状緩和を介入レベ

表1 精神心理的問題を評価、支援する推奨モデル

レベル	グループ	アセスメント	治療：介入
1	すべての医療者 (主治医、プライマリチーム)	精神心理的なニーズの認識 患者や家族の精神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ガイドラインを作成し、迅速に紹介できるようにする。	コミュニケーションと一般的な支援(適切な情報提供と理解の確認、共感、敬意を払う) がんの与える影響について正直に思いやりをもって伝え、また、患者や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。患者や家族に尊敬の念をもって接し、支持的な関係を築き維持する。
2	専門的研修を受講した医療者 (がん看護専門看護師、ソーシャルワーカー)	精神心理的苦痛のスクリーニング 診断・告知の時期、治療期、抗がん治療の中止、再発など、がんの治療経過において重要な場面で実施する。実施するにあたり、がんが日常生活や気分・感情、家族関係、仕事に与える影響についても評価する。評価は善し悪しの判断をすることなく徹底的に傾聴し、心配、つらさ、感情を引き出す、より深刻な苦痛をもつ患者は精神保健の専門家へ紹介する。	問題解決療法など簡便なテクニックを用いた介入 患者が置かれたつらい状況に対処するために問題解決療法などの簡便な心理療法を行う。
3	専門的訓練を受けた有資格者	精神症状のうちのいくつか(不安)を診断、アセスメント 心理的苦痛の重症度を判断し、重症の場合は精神科医に紹介する。	不安のマネジメントや特殊な心理的介入(明確な構造化に則って実施される不安のマネジメントや解放志向アプローチ) 軽症から中等症の不安、抑うつ、怒りなどの心理的苦痛を扱う。がんに伴う治療や対人関係、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。
4	精神保健スペシャリスト (精神腫瘍医)	精神疾患の診断	精神医学的介入(薬物療法と心理療法) 抑うつ・不安、器質的脳機能障害、重症な個人の問題、アルコール・薬物関連の問題、人格障害、精神病性障害を含む中等度から重度の精神疾患

(文獻より改変)

