

場において埼玉医科大学国際医療センターに来ていただいた。快く送り出してくれた職場の長の方々には本当に感謝している。

精神科医はお互いが密接な連絡をとりながら、外来、病棟、緩和ケアチームに分かれて活動を行っている。心理士も精神科医と密接な連絡をとりつつ病棟、緩和ケアチームを中心として活動を展開している。精神科病棟はないので、精神的な専門治療が必要と判断された場合には、毛呂山町にある大学病院の精神科病棟に入院をお願いしている。がんと精神症状を合併しており、身体的な管理が大変なことも多いが、いつも快く協力していただき本当に助かっている。

300名のがんセンターにスタッフ4名は多いのではないかと思われただろうが、緩和ケアチームの専従医師に1名を出しているため、外来、病棟は各1名ずつの配置である。緩和ケアチーム回診、精神腫瘍科併診、外来などを行うと4名でもかなりタイトなスケジュールで動いているのが現実である。

緩和医療科も昨年新設され、現在は2名の教員(教授1, 助教1)で活動を行っている。緩和病棟はないがベッドを有し、外来、病棟診療および緩和ケアチーム回診を行っている。腫瘍内科を母体とした科であるため、その仕事もあることから、日常の臨床は多忙を極めていく。

看護師はホスピス認定看護師1名とがん看護専門看護師1名がおり、おのおのの専門性を発揮しながらチーム活動に参加しているが、看護師の活動は緩和ケアチームを支える原動力となっている。

管理栄養士も2名回診に加わっている。頭頸部領域の腫瘍をはじめとする嚥下障害、栄養不足に苦しむ患者さんに対して適切なアドバイス、栄養

指導を行い、治療の質の向上に大きく貢献している。

病院ができたばかりで財団法人日本医療機能評価機構の審査を受けておらず、緩和ケア診療加算の算定はしていないが、緩和ケアチームはその基準を満たしてあり余るほどのチームである。各職種の活動は各人の記載に譲るが、皆が一致して熱心に取り組んでおり、すばらしい医療が展開されていると考えている。この活動報告が皆様のお役に立てば幸いである。

おわりに

がん対策基本法の成立は、がんに苦しむ患者さんに対して全国どこでも医療ができるような体制を整えるように国が定めたという点で大きな進歩である。精神腫瘍学に携わる我々にとっても追い風であるが、これは、がん患者さんたちが、がん医療には心のケアが必要であると切々と訴え続けてきたお陰である。努力に努力を重ねてきたがん患者さん、関係者の方々に心より御礼申し上げるとともに、私たちは心を引き締めて診療に携わらなければと改めて思っている。

文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249: 751-757, 1983
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. Cancer 76: 1131-1137, 1996
- 3) 日本サイコオンコロジー学会ホームページ(<http://www.jpso-society.org/>)
- 4) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 16: 1594-1600, 1998
- 5) 内富庸介: がん対策基本法—緩和ケアチームに精神科医のより積極的な参画を. 精神医学 49: 564-565, 2007

入院がん患者における薬剤性せん妄のリスク

Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients.

Gaudreau, J-D. et al.: J. Clin. Oncol., 23; 6712-6718, 2005.

(解説・抄訳) 西田知未 和田 信 和田芽衣 大西秀樹
埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター精神腫瘍科

〔論文の要点〕

- がん患者はしばしばせん妄状態を呈する。精神に影響を及ぼしうる薬剤（ステロイド、オピオイド、ベンゾジアゼピン、抗コリン作動薬など）を使用した場合、せん妄のリスクはさらに高くなると予測される。
- 上述の薬剤がせん妄に与える影響について、261人のがん患者を入院日から4週間観察し、薬剤以外のせん妄関連因子とともに解析した。
- 研究期間中、16.5%の患者がせん妄を発症した。「肝転移の存在」と「前回入院時せん妄の既往」がせん妄発症と関連しており、これらを交絡因子として補正した結果、薬剤の1日投与量がlorazepamで2mg, dexamethazone 15mg, モルヒネで90mgを越えると、せん妄のリスクはおよそ2倍になった。抗コリン作動薬はせん妄のリスクを高めなかった。

I. 論文の紹介

せん妄は入院がん患者の18~90%にみられ、身体管理上支障をきたすのみならず、家族や医療スタッフ、本人にとっても大きな苦痛となる。「終末期には必然」と傍観したり、ことに低活動性せん妄では見落としも多いが、適切な治療により約半数のせん妄は改善するため、対処可能な原因を

見出すことが重要である。せん妄に関与する因子についての報告は複数あるが、この論文は、比較的多くの被験者を対象に、入院から経時的に意識障害を評価した前向き研究で、薬剤の投与量によるせん妄のハザード比を、他のせん妄リスク因子も考慮したうえで解析している。

II. 論文の本文

1. 対象と方法

対象：2002年から1年半の間にカナダの病院のある病棟にがんと診断されて入院した患者。

方法：せん妄の判定は、患者背景を知らない判定専門看護師がNursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)を用いて行った(Nu-DESCは2001年に同研究者らがDSM-IVに基づいて開発、妥当性を検証したせん妄評価スケール)。観察期間は入院日から28日間で、Nu-DESC 2点以上が24時間以上持続する場合をせん妄と診断した。研究対象薬剤は抗コリン作動薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、コルチコステロイド、オピオイドの4群とした。薬剤以外のリスク因子として、入院時の患者特性(性、年齢、原発部位、転移の有無と場所、認知症の有無、前回入院時せん妄既往の有無、血液検査データ[電解質、肝機能、腎機能])を考慮した。解析は、観察期間内にせん妄を発症する確率をKaplan-Meier生存曲線で、せん妄に関与する因子を多変量解析した。

2. 結果

対象の特性：基準に該当した261人の平均年齢は 59.6 ± 14.3 歳，114人が女性であった。原発部位は33.0%が血液，13.4%が上部消化管など多岐にわたり，41%で肺，肝臓，脳などに転移巣を認めた。血液検査上，52.5%で低カルシウム血症，20.7%でクレアチニン上昇などの異常値を認めた。認知症を合併したものはなかった。

せん妄の発症：28日間の観察中43人（16.5%，発症までの平均期間は8.6日）がせん妄状態となった。発症までの期間を解析した生存曲線により，入院後1週間以内に13.9%（95% CI 9.0~18.8），2週間以内に25.3%（95% CI 17.3~33.4）がせん妄を発症する可能性ありとされた。

入院時特性とせん妄のリスク因子：「せん妄の既往があること」と「肝転移を有すること」がせん妄発症に有意に関連していた。これらを交絡因子として，対象薬剤の影響を解析した。

薬剤の影響：ベンゾジアゼピン系薬剤，コルチコステロイド，オピオイドがせん妄発症に関与していた。入院28日以内にせん妄を発症するハザード比は，1日投与量がlorazepam換算で2mg，dexamethazone換算で15mg，モルヒネ換算で90mgを越えた場合，それぞれ2.04（95% CI 1.05~3.97， $p=0.04$ ），2.67（95% CI 1.18~6.03， $p=0.02$ ），2.12（95% CI 1.09~4.13， $p=0.03$ ）となった。化学療法薬や抗コリン作動薬の使用はせん妄発症に関与しなかった。

3. 考察

従来ベンゾジアゼピン系薬剤は，せん妄を起こしやすくするとの報告があり，その機序として大脳皮質におけるGABAシステムを過度に刺激す

るためと推察されている。一方ステロイドとオピオイドに関しては一定の結果が出ておらず（ステロイドはいかなる量でも，また使用中どの時期でも起こりうるとされており，オピオイドはがん性疼痛に使用する投与量に大きな幅がある），さらなる研究が必要である。本研究の限界点として，研究対象薬剤を複数投与した場合（臨床上新しいケースが多い）や，認知症合併患者の場合（複数の先行研究でせん妄のハイリスクとされている）については検討できていないことが挙げられた。また，今回考慮されなかった患者特性（高血糖など）が，有意にせん妄に関連するという報告もあり，これらの因子が結果に影響している可能性がある。

〔紹介者のコメント〕

がん対策基本法の施行や緩和ケア診療加算算定に伴い，精神科医ががん診療に携わる機会はさらに増えるであろう。全身状態の悪化したがん患者治療の原則は，限られた時間における患者のQOLを重視し，不要な薬剤を最小限にすることであり，せん妄に関しても迅速な回復可能性の診断と介入が必要となる。ステロイドは投与理由によっては変更不可能なことも多いが，鎮痛薬ではオピオイドローテーション，ベンゾジアゼピンは中止により病状が劇的に改善する場合もある。本研究では関与を認めなかった抗コリン作動薬に関しても，低活動性せん妄をうつ病と診断して抗うつ薬を投与したり，過活動性せん妄の鎮静に対して，抗精神病薬とbiperidenを予防的に併用し，せん妄をかえって悪化させることもあるため，注意が必要であろう。

緩和ケアチームにおける精神医学の技術の効用

—精神腫瘍学の臨床・教育経験から—

内 富 庸 介* 藤 森 麻 衣 子*

I. 緩和ケアチームの長所

精神科医が緩和ケアチームに参加する動機づけの1つになればと思い、表1にメリットを挙げた。特にがん医療は、今まで生物学側面から研究も治療も行われてきたが、2人に1人は治らないという現実がある。また「病を見て人を見ない」という反省もあり、がんの心理社会的側面を扱う精神腫瘍学という部門ができた。こうした背景をきちんと受けとめて、まず、がんを慢性疾患としてとらえてみる。2人に1人は治るとはいつても、患者は再発への不安をずっと抱える。これは統合失調症を強く意識したモデルである。

2番目にスティグマがある。1970年代にスーザン・ソングという社会学者が自らの乳がん体験をもとに、「隠喩としての病」という本を著した。その中で、いかにがんは社会的な病気であるか、が論じられている。人は、がんになったために職場から役割を失う等、いろいろな意味での社会的な死を経験する。これもやはり、人生早期から数々の喪失体験を経験するであろう多くの精神疾患、統合失調症のモデルを強く印象づける。

病勢が進み終末期になると、身体的にも社会的

表1 常勤精神科医が参画する緩和ケアチームの長所

- ・心理・社会的側面
 - 慢性疾患；再発不安
 - スティグマ；スーザン・ソング「隠喩としての病」
 - 意味の喪失；ビクトール・フランクル
- ・多職種医療チームをまとめる
- ・病院完結型がん治療から在宅医療へ
 - 医療、福祉との連携

にも役割の喪失を強く意識し、自分の存在価値、意味を問われることになる。このようなとき、精神的、治療上のバックボーンとして引用されるのは、どんな状況においても意味を見出すという、精神科医フランクルの一連の著作である。これらは、この領域で働いている精神科医、臨床心理士にとって大きな勇気となる源である。

次に、多職種医療チームをまとめるということである。もともと精神科は、いろいろなコメディカルと医療チームをつくってケアを行っていくことが多い。たとえば総合病院の現場では、精神的な負担や病を抱えて困っている外科医・内科医に、状況を把握した上で救いの手を差し伸べるリエゾン活動を行う。この多職種にわたるチームをまとめるのは、おそらく精神科医の力量ではないかと思う。

最後に、現在、がん治療も短期入院となっている。我々の病院でも、10年前にはがんだったら普通2～3カ月は入院して帰ってこないのが一般的だったが、今はたった2週間である。肺がんの治療でも、手術をして翌週には退院となる。治るシナリオであれば非常によいが、そうでない場合、

2007年7月、東京にて収録。

Psychiatry and palliative care team : Psycho-oncology perspective.

*国立がんセンター東病院精神腫瘍学開発部
(〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1)

Yosuke Uchitomi and Maiko Fujimori : Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwa-shi, Chiba, 277-8577 Japan.

表2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階
—英国がん患者の支持緩和ケアマニュアル NHS-NICE2004

第一段階：すべての医療スタッフに必須の評価とケア

- ・心理的ニーズの評価、疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相談
- ・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）である。

第二段階：精神保健従事者に若干の訓練を要する評価とケア

- ・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が高度となる際
- ・危機介入、支持的療法、問題解決技法を提供する
- ・対象：がん専門看護師、ソーシャルワーカー、英国ではGP

第三段階：精神保健専門家による診断と治療

- ・診断：軽度—中等度の不安、うつ、怒りなど
- ・治療：怒り、否認、希死念慮、スピリチュアルな問題、認知行動療法
- ・対象：臨床心理士

第四段階：精神保健専門家による診断と治療

- ・診断：重度のうつ病、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動など
- ・治療：中等度以上の精神疾患の治療を行う。
- ・対象：精神科医（スペシャリスト過ぎる！）

治療効果がなかったことをきちんと伝えなければならぬ。やはり「breaking bad news, 悪い知らせをどのように伝えるか」というところが非常に重要になってくる。病院完結型のがん治療から通院・在宅医療へ移行しつつある現状で、精神科クリニックや精神科病院の先生が、在宅医療、緩和医療へ積極的に参画することにより、がん医療も慢性疾患モデルとして多職種チームをまとめて支えていくという流れになるだろう。

II. 心理学的評価とサポートの4段階

表2は、がん患者の心理学的評価とサポートを4つのレベルで理解しようというイギリスのNHSが公表しているNICE支持・緩和ケアマニュアルである。

第1段階はがん医療に携わるすべての医療スタッフに必要な評価とケアの内容である。診断ができる必要は全くなく、疑わしい、何かこれは問題がありそうだ、ケースとして取り上げなければいけない、何か変だという評価ができればよい。一方、ケアに必須であるのは基本的なコミュニケーションである。患者が必要となる適切な情報提

供、理解の確認、共感、敬意とあり、これらは言葉で書くと非常に簡単だが、やはり永遠のテーマにもなるほど難しいものだと思う。

第2段階は、精神保健従事者が対象で、イギリスでは修士を出たクラス、日本ではがん専門看護師、CNSなどと言われてまだ数は少ないが、コメディカルとして有能な方々である。ソーシャルワーカー、イギリスではGP: General Practitionerもうつ病の診断などに入ってくるので、広く浅く精神保健に関わるすべての人に必要なものである。評価としては、がんの診断時、再発時、抗がん治療の中止時、ストレスが高くなる時にどういったスクリーニングをすればよいか。また、スクリーニングされてストレスが高まっている方への介入や支持的療法、問題解決技法など、ある程度講習会を受けた上で提供する内容が盛り込まれている。

第3段階は、精神保健専門家による診断と治療である。軽度から中等度うつ病、怒りなど、抗うつ薬を必要とするほどではない程度の適応障害レベルのもので、怒り、否認、希死念慮、スピリチュアルな問題を扱い、認知行動療法を行う。

第4段階によりやく精神科医が出てくる。重度

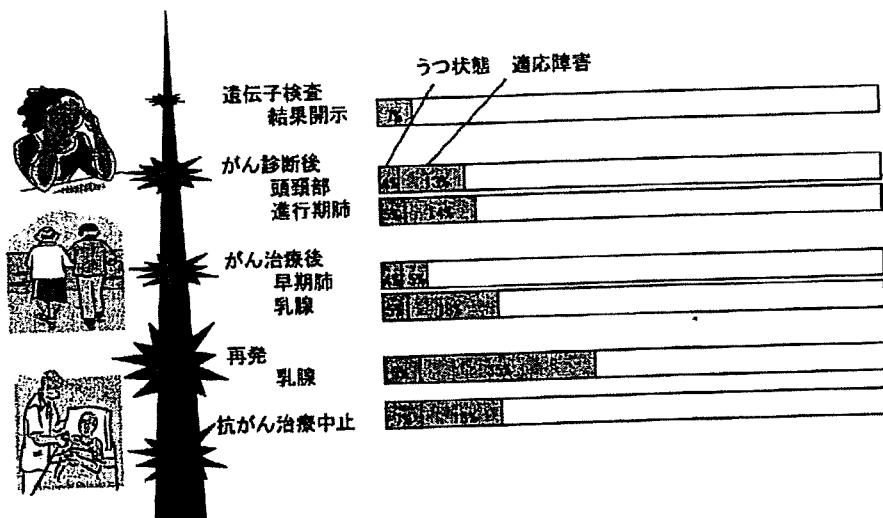


図1 がんの進行と抑うつ（うつ病・適応障害）
Murakami 2004 ; Kugaya 2000 ; Akechi 2001 ; Uchitomi 2000 ; Akechi 2001 ;
Okamura 2000 ; Akechi 2004

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

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

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

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

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

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

表3 がんの悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術訓練

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

Ⅲ. がん医療における患者—医師間のコミュニケーション

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

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

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

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

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

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

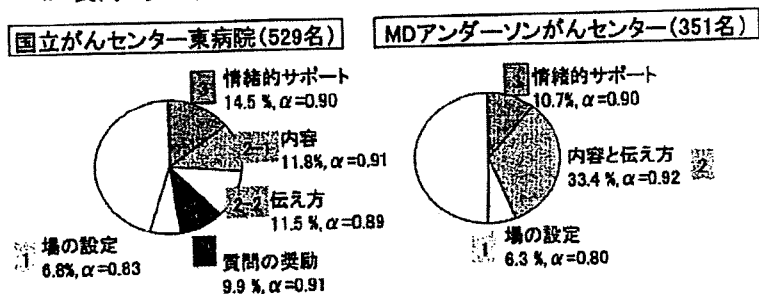


図2 予備的検討 患者の意向の日米比較
Fujimori et al. : Psychooncology, 2007

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

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

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

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

ここまでの話をまとめる。

- 1) 「悪い知らせ breaking bad news」は1つのライフイベントなので、患者のストレスに影響する。
- 2) ガイドラインやCSTが開発されているが、エキスパートオピニオンでつくられているものがほとんどで、必ずしも患者の意向とは一致しない。たとえば、悪い知らせを伝えた後に肩や手に触れるといったことが教科書に書かれている。そういったものを20代の研修医が60代のがん患者にやったりすると違和感を生じる。現実にはそぐわないようなことを、字面だけでやっているの問題が起りやすい。
- 3) 上記に加えて文化差もある。

IV. コミュニケーションに対する患者の意向を明らかにする研究

がんに関する悪い知らせのコミュニケーション

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

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

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

表4 結果 内容分析・因子分析

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

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

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

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

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

ここまですをまとめる。

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

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

表5 患者に望まれるコミュニケーション

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

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

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

一致したが、これまで報告されていないコミュニケーションへの意向も示された。

3) 意向が分かれるものには確認のための双方向性の対話技術が必要である。

4) 意向が一致するものは一律学習する。

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

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

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

表7 共感と博愛：Empathy and Altruism

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

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

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

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

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

そういった詳しいシナリオで進めていく。

V. 今後の見通し

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

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

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

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

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

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

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

最後に、共感と博愛について少し紹介する(表7)。

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

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

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

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

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

看護に生きる

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」¹⁾です。ここでは、「本人に伝える」ことを、がん告知の基本的姿勢として明示しています。

同時に、家族への対応として、「家族には先に知らせないのが

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

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

その結果、悪い知らせを家族に先に知らせることを「望まない」と回答した割合は70%で、「どちらともいえない」は23%、「望む」、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²⁾。

援助者としての家族も 心理的衝撃を受け 疲労困憊している

家族の一員が、がんであること、あるいは再発したことなどを告げられると、患者さんと同じように家族も大きな心理的衝撃を受けず。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、がんがどうかの結果が明確になった時点で、患者を最優先する立場を堅持しつつ、できるだけ家族と一緒に説明を聞いてもらうようにする

④ときに家族は患者自身以上に動揺し、説明を明確に記憶あるいは理解していないことも多い。この点を踏まえ、「家族は患者ではないから少々のご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

Profile



(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、05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「QOL向上のための患者支援プログラムの開発研究」班主任研究者として
 SHARE（がん医療におけるコミュニケーション・プロトコル）を開発。

撮影/田子美香

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、不安や苦悩で揺れ動いていたり、あるいはそのつらさを医療者に訴えたりするようなことがあっても、過小評価される傾向があります。

しかし、欧米において行われたいくつかの研究結果の集積から、患者さんが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¹⁾。

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²⁾。

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

められます。

患者さんの気持ちを理解し共有するために傾聴の大切さを知ってもらう

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

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

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

図2 家族としてがん患者にどう接するか

- ①患者が気持ちを打ち明けたり、気兼ねなく相談したりできるように、自分の考えを言う前に、黙って患者の話に耳を傾けることに集中する
- ②「つらいだろうけど、がんばって」などという安易な励ましは、患者にとってかえってつらくなる場合がある。「つらい」という言葉には、「本当につらいわよね」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「仕事の話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尊厳を傷つけない。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

©内藤雅介、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、ずっとがんにばり続けて、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。

患者さんを看取った後の遺族に起こる悲嘆反応への対応

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

死別した家族のことを思い出して涙を流したり、もっと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

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

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

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

がん患者さんとの死別後に遺族が体験する悲嘆については、アメリカで興味深い調査データが報告されています。それによると、ホスピスケアを受けたがん患者さんの遺族とそうでない遺族との間には、生存期間に明らかな差が出たといいます。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。

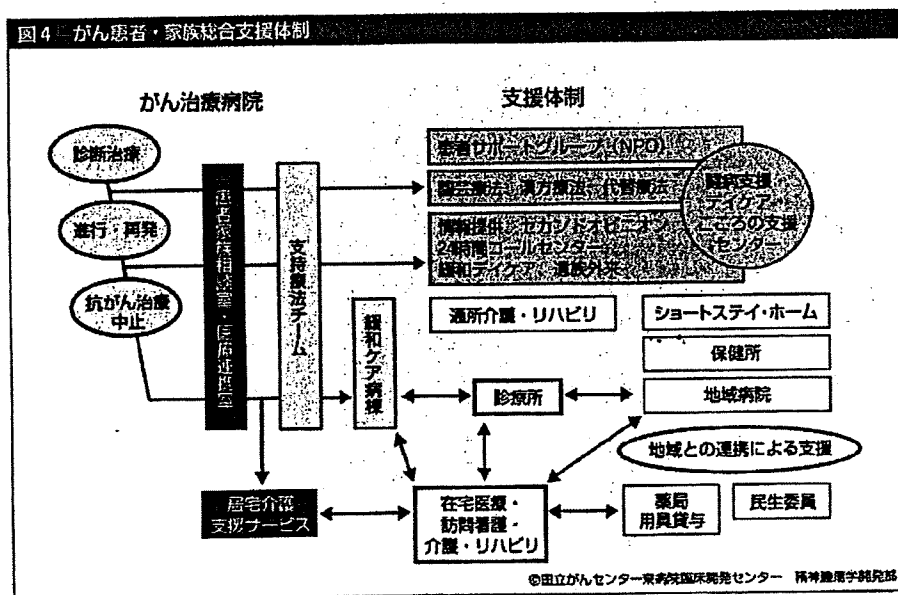
この変化に対応するため、国立がんセンター東病院では、「がん患者・家族総合支援体制」の構築（図4）を目指し、05年10月に支持療法チームを発足させました。

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。



引用・参考文献

- 1) 国立がんセンター病院、がん告知マニュアル、1996。 <http://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、小野孫也ほか: 終末期がん患者を介護する乳がん看護配置者—心理的負担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*36, 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学会資料、2007.
- 6) 内宮廣介、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.

①サイコオンコロジー総論

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

はじめに

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

サイコオンコロジーの源は、20世紀初頭の精神医学の誕生にまでさかのぼる。精神医学は1930年代以降、心身医学やリエゾン精神医学に発展し、1960年代の英国で巻き起こったホスピス運動に米国の精神科医が呼応して、現在のサイコオンコロジーの誕生に至った(表1)。我が国でも最初のホスピス(1982年)以後、徐々にではあるが、精神科医、そして薬剤師を必須とする緩和ケアチームの誕生など独自の進展を遂げている(2007年7月1日現在、緩和ケア診療加算のチームは87、緩和ケア病棟は181施設、3,498病床)。

サイコオンコロジーは心理学(サイコロジー)と腫瘍学(オンコロジー)を合わせた造語である。精神医学、心理学のみならず、免疫学、内分泌学、脳科学、社会学、倫理学など多くの学問から成り立ち、がんが心に及ぼす影響だけでなく、心や行動ががんに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、QOLの改善を目指す。

表1 サイコオンコロジー研究

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

QOLの向上

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

1. がん医療における心のケア

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 薬物療法

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

QOLの延長

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

1. がんの罹患

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

2. 生存

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

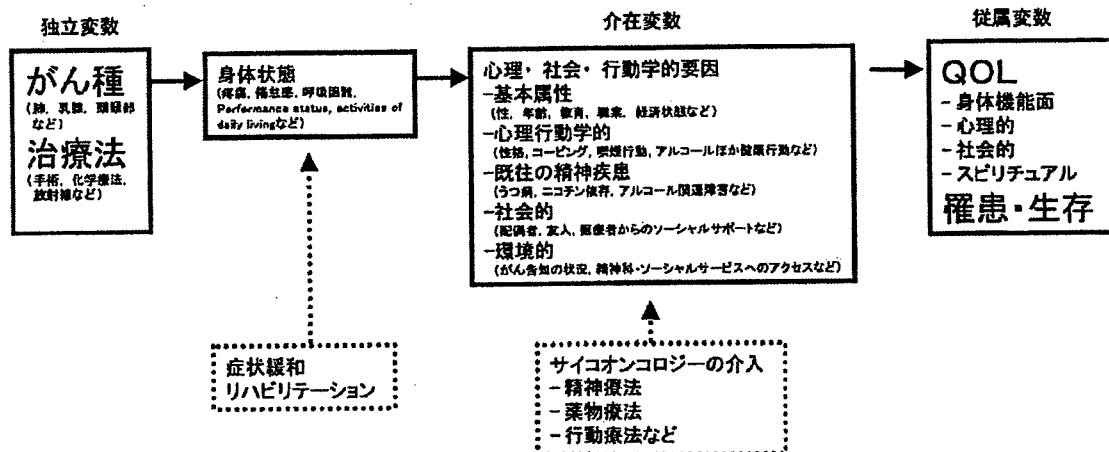


図1 QOLと罹患・生存に関するサイコオンコロジーモデル

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

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

おわりに

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

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

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

参考文献

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

NEWS



1日1回は日病薬のホームページを確認しよう

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

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

ネット環境は, もはや必須のツールとなっています。

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

広報部

がん患者の心の痛み：Psycho-Oncology の臨床実践

内富庸介*

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

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

Yosuke Uchitomi*

Keywords: Psycho-Oncology, communication, depression

1. はじめに

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

度は死を連想し、落胆、悲嘆、絶望の淵に沈む。

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

2. サイコオンコロジー（精神腫瘍学）について

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

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