

Murakami 2004; Kugaya 2000; Akechi 2001; Uchitomi 2000; Akechi 2001; Okemura 2000; Akechi 2004

図1 がんの進行と抑うつ(うつ状態・適応障害)の一月有病率: 国立がんセンター

学、倫理学など多くの学問領域から成り立っている。

これまでの研究成果によると、がんに関する悪い知らせを伝えられても過半数の方は数週間で気持ちのつらい状況から抜け出し回復できる一方で、悪い知らせに続いて20-40%の方は遷延した抑うつを経験することが明らかになっている(図1)<sup>1-8)</sup>。抑うつを抱えることは、患者のみならず家族のQOLを低下させ、さらには治療に関する意思決定やコンプライアンス、自殺、入院日数の長期化など、実にさまざまな面に甚大なる影響をもたらす。現在、サイコオンコロジーは、がんの予防にはじまり、検査、治療、再発、積極的抗がん治療の中止、緩和ケアへの移行を含め全てのがんの臨床経過において患者の抑うつを早期に発見し治療を行う体制を整え、本来の患者の意向を踏まえたがん治療の提供体制を支えるべく格闘している。

### 3. 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の位置づけ

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がん患者の支持緩和ケアマニュアル2004を紹介する(図2)<sup>9)</sup>。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。

ここで、がん医療従事者の役割を第一段階から見ていくと、まず、患者の心理的ニード評価である。これはわが国では問題ないだろうか。次に、疑わしいと思ったとき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である。わが国では認定・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療法を提供する。コミュニケーション技術訓練を終了

<p><b>第四段階: 精神医療専門家 (心理師・精神科医)</b>                  評価: 精神疾患の診断 (重症の気分障害、人格障害、薬物乱用、精神病的障害を含む、複雑な精神的問題)                  介入: 薬物療法と心理療法 (認知行動療法)</p> <p><b>第三段階: 訓練と認定を受けた専門家 (心理師)</b>                  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><b>第二段階: 心理的知識を有する医療者 (がん専門看護師、ナース/MT、家庭医)</b>                  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><b>第一段階: 全ての医療者</b>                  評価: 心理的ニーズの認識 (必要に応じて精神医療の専門家に紹介)                  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、尊重)</p>
--

図2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階  
 一英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004

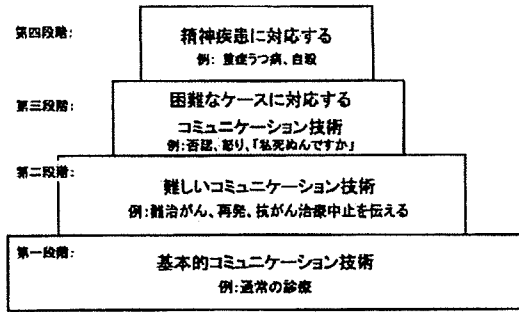


図3 がん医療における患者—医師間のコミュニケーションの4段階

した医師もここに相当するであろう。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、生活に支障をきたす程度の心の負担 (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。わが国では結構、医師、看護師が引き受けているのだろう。本来は、高度の心理学の知識と研修が必要とされる。

第四段階は、精神医学的診断のもと、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。殆どが精神科医、博士号取得の心理職であろう。

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を図3にまとめると、第一段階は全ての医療者が身につけておくべきもの、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<sup>10)</sup>。

4. 目を向けて欲しいがん医療におけるコミュニケーションの第三・四段階

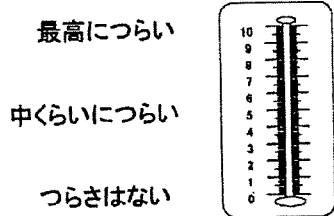
全てのがん患者にメンタルケアが必要とはい

え、やはり苦悩が強く、重症の精神医学的疾患がまず最優先されるべきであろう。その代表例が、うつ病である。米国の報告であるが、医師、看護師によるうつ状態の評価の調査がある。それぞれ、軽度のうつ状態の30%、29%が、重度のうつ状態の13%、14%が認識されているに過ぎない<sup>11-12)</sup>。知識ではうつ病の存在は理解していても、いざ評価となると、「誰もが落ち込むものだから」と、ひいき目に見積もりして見逃していないだろうか。患者に共感する心と、患者の精神状態を評価する頭を同時に働かせることは難しいことだが、実践に活かさないと重度の患者の苦悩は癒されない。

第三段階の困難な点は、「死ぬんですか!!」と怒りや恐怖を患者から露にされ、対応に窮する感情への対応の場合である。ついつい、安易に励ましたり、マシンガントークで説き伏せようとしていないだろうか。「がんの半分は治り、そうでない場合も緩和ケアがあり。。。」。そこに、沈黙を用いて間をおく技術が養われると、

- 「(沈黙)・・・死ぬのでは・・・ないかと・・・思われたのですね (共感)」
- 「今の体のたるさでは、そう思われるのは当然です・・・よね。(保証)」
- 「・・・今、一番気がかりにされていることは何でしょうか? (探索)」
- 「具体的な計画がありますか?・・・それはできると思います」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

① この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけて下さい。



② その気持ちのつらさのためどの程度、日常生活に支障がありましたか？

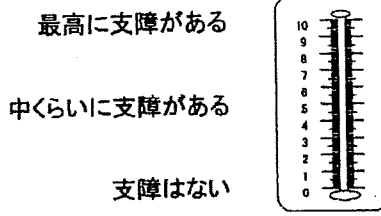


図4 気持ちのつらさと支障の寒暖計：

<http://pod.ncc.go.jp/> ダウンロードできます  
Akizuki et al, JPSM 2005

開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)。

一方で、がん医療を知らない精神科医・心理職は第三・四段階の技術を持っているだけで、それだけではまったく役に立たない。がんの知識とがんに伴う心の反応を知らないと、患者とも医療チームとも信頼関係が築けない。むしろ、精神科医・心理職は第一、第二段階を学ぶ研修機会をがん医療の現場で持つべきであろう。

したがって、がん医療におけるコミュニケーションを活かすには、それぞれの技術を結集するチーム医療が前提となろう。

### 5. 実践に活かすための試み：

#### 1) コミュニケーション技術研修会

がん対策基本法の理念に沿って2007年10月にはじまった医療研修推進財団主催、日本サイコロジコロジー学会協力の、がん医療におけるコミュニケーション技術研修会ががん臨床経験3年以上の医師を対象としたプログラムである(<http://www.pmet.or.jp/>)。2時間の講義と8時間のロール・プレイで構成され二日間かけて行われる。参加者4名にファシリテーターが2名と模擬患者1名が配置される。参加医師は、第二段階の難治がんの診断を伝える、再発、抗がん治療中止のシナリオを用いたロールプレイの体験を通して、コミュニケーション技術を参加

者同士の観察と討論によって身につけていく。

#### 2) うつの評価と専門家との連携

最もストレスが高まる再発時にスクリーニングを行い、その評価を基に医師がコミュニケーション技術を駆使して、患者に説明し、同意に基づいて精神腫瘍科に連携するプログラムの開発が海外では報告されている。我々は、図4に示すつらさと支障の寒暖計を使用して、それぞれ4点と3点以上と出た陽性者に担当看護師が専門家への連携を促進するプログラムを実施した<sup>13-14)</sup>。結果は、再発患者が多いある病棟の入院患者の精神腫瘍科受療が25%から11.5%に跳ね上がった。担当看護師のコミュニケーション技術あつての成果であった。

### 6. 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の参加を推奨する(<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が、日本におけるがん医療における心のケアの重要な役割を果たしていくであろう。

- 14) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al.: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29: 91-9, 2005

## 文献

- 1) Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al.: Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer* 101: 395-403, 2004
- 2) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al.: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer; prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment* 61: 131-137, 2000
- 3) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al.: Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 88: 2817-2823, 2000
- 4) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al.: Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma; a 3-month follow-up study. *Cancer* 89: 1172-1179, 2000
- 5) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al.: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 92: 2609-2622, 2001
- 6) Akechi T, Okuyama T, Imoto S, et al.: Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* 65: 195-202, 2001
- 7) Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al.: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol* 21: 69-77, 2003
- 8) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004
- 9) National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer. 2004
- 10) 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. 2007 東京
- 11) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al.: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-600, 1998
- 12) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 26: 593-9, 1999
- 13) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al.: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103: 1949-1956, 2005

看護に活かす

# 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

## がん患者さんが陥りやすい 抑うつ状態にどうかかわるか

がんに対する心理的反応で特に問題となるのは、適応障害やうつ病を中心とした抑うつ状態、すなわち極度の心の落ち込みです。身体の痛みと違い、いつ抜け出せるかわからない、将来の見通しがたない苦痛であるうえに、QOLを著しく低下させ、自殺につながる可能性もあります。がん医療に携わる看護師は、常にその存在を認識し、疑わしいときは直ちに精神保健の専門家に相談する必要があります。今回は、その連携の前提となる抑うつ状態の評価方法を紹介します。

### がんと知らされ 適応障害やうつ病に陥り 自殺する可能性も

がんになることは誰にとっても、人生を根底から変えてしまうライフ・イベント、すなわち人生の一大事です。そのため、がんを疑ったり、がんであること、あるいは再発したことなど、悪い知らせを告げられたりすると、患者さんはその都度大きな心理的衝撃を受けます。落ち込みが激しく、日常生活に支障をきたすこともあります。

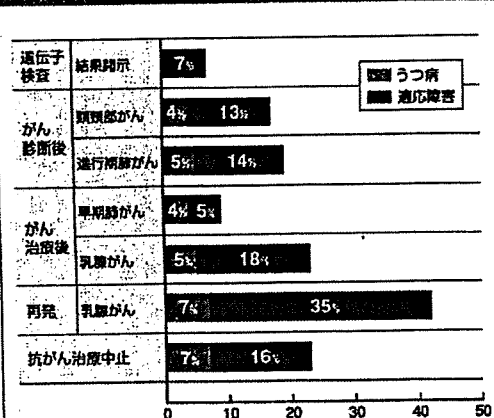
このようながんに対する心理的反応のなかで、特に問題となるのは抑うつ状態、すなわちうつ病や、うつ病よりは軽度の抑うつ状態である適応障害、不安障害、せん妄などの精神症状です。わが国におけるがん患者さんを対象にした有病率調査によると、図1に示すように、がんの臨床経過における検査、診断、治療、再発、治療の中止、それぞれの段階で、うつ病は4～7%、適応障害は5～35%の患者さんが経験しています。適応障害やうつ病のような状

態に陥ると、身体的にも心理的にも、また社会的にも、すべてにわたりマイナス思考が先行してしまいます。自分はもう元に戻れないのではないかと、絶望感にもさいなまれ、最悪のシナリオとして、自殺という道を選ぶ患者さんも少なくありません(図2)。

### がん患者さんの抑うつ状態は 心の「風邪」ではなく 「重症の肺炎」との認識を

適応障害やうつ病のような状態は、例えばうつ病が、一般に

図1 がんの臨床経過と抑うつ状態の有病率



\*調査は国立がんセンター中央・東病院内の患者を対象に、精神医学的調査法を用いて実施。

Nurekami2004 ; Kugeya2000 ; Akechi2001 ; Uchitomi2000 ; Akechi2001 ; Okamura2000 ; Akechi2004

©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2 がん患者と自殺

- がん医療の進歩に伴い、「がん=死」のイメージは払拭されつつあるが、一部の患者には依然としてがんは致死的疾患であり、毎年約1000人が、がん罹患したことを悲観あるいは絶望し、自殺していると推測されている
- 現在日本人の自殺は年間約3万件あるが、その原因のトップは病苦で、その病苦のトップはがんである
- がん患者における自殺率に関する疫学的調査は、1979年のフィンランドを皮切りに、順次各国から報告されており、がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことが確認されている
- 日本におけるがん患者の自殺に関しては1999年に行われた調査\*がある。これによると、がん患者の自殺率は0.2%で、一般人口に比べて1.4倍高く、初めてのがんの診断から3カ月後から6カ月後に多いことが報告されている
- がん患者の自殺の重要な危険因子としては、一般に、以下の3点が挙げられる
  - ① 進行がんであること
  - ② がん診断後3カ月後から6カ月後であること
  - ③ 頭頸部のがんや難治がんであること

\*Tanaka H. et al. : Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan. 1979-1994. Jpn J Cancer Res 90, p.812-817, 1999



(うちよみ よすけ)  
 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、96年国立がんセンター研究所所附属精神腫瘍学研究所室長。  
 96年同部長、2006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/田子芙蓉

「心の風邪」として理解されているように、概して軽く考えられがちです。特にがん患者さんの抑うつ状態は、「がんになったのだから、多少気が滅入ったり、憂うつになったりするのはやむを得ないこと」と受け止められ、見過ごされることが少なくありません。

このような認識は、がん医療の現場にいる看護師も例外ではありません。表1は、米国における調査の結果ですが、がん患者さん自身と看護師による抑うつ状態の評価(認識)一致率を示したものです。

看護師は、患者さんが認識している軽度の抑うつ状態(適応障害に相当)の29%、重度(うつ病、うつ状態に相当)では14%を評価できているに過ぎない実態が示されています。ちなみに、別の調査ですが、担当医(oncologist:腫瘍内科医)であっても、患者さんの重度の抑うつ状態を評価できているのは13%に過ぎないことが、報告されています<sup>2)</sup>。

このように、がんに対する通

常起こり得る心理的反応について十分理解しているつもりでも、目の前の患者さんの強い苦悩を見逃しがちです。あるいは精神状態をアセスメントして、多少の異変に気づいていても、多くの場合、「誰もが落ち込むものだから」とひいき目に見積もり、見過ごしているのが現状です。

このままでは、がん患者さんの心の激痛、気持ちのつらさは癒されません。がん患者さんにかかわるすべての医療者は、抑うつ状態、特に重い抑うつ状態(図3)は、心の「風邪」どころか「重症の肺炎」であり、自然回復する悲嘆とは異なることを認識すべきです。その認識に立ち、抑うつ症状を見逃したり、見過ごしたりしないように注意することが重要です。

スクリーニングツールで  
 全がん患者さんの精神状態を  
 定期的にチェックする

がん患者さんの多くにみられる適応障害やうつ病などの診断基準は、看護関連の書籍にもいくつか紹介されています。しか

し、それらは抑うつ状態にある患者さんの心の状態を理解する目安として活用すべきものです。その診断、および治療の必要性やその方法に関する判断は、精神医学的トレーニングを受けたサイコオンコロジストや精神科医らが行うべきものです。

看護師に期待されるのは、患者さんの抑うつ状態をできるだけ早期に発見して精神保健の専門家に繋ぎ、タイミングよく、適切な治療を受けられるようにすることです。

しかし、患者さんの精神症状に気づいていても、どこからが専門家に紹介すべき抑うつ状態なのか、患者さんに精神科医などの診療を受けるニーズがあるのか否かの判断は、容易にできるものではありません。

それをよりの確に行っていくためには、日常ケアのルーチンワークとして、スクリーニングツールを用いて、すべてのがん患者さんの精神症状を定期的にチェックする必要があります。

そのスクリーニングツールとして、看護師さんに積極的に活

表1 看護師によるがん患者さんの抑うつ状態の認識

がん患者さんと看護師評価の一致率 (%)		n=1109		
看護師の評価	患者さんの評価(GDS-15)			
	なし	軽い	重い	
なし	81%	61%	53%	
軽い	15%	29%	33%	
重い	4%	10%	14%	

McDonald et al., ONF, 1999.

図3 「軽い抑うつ状態」、「重い抑うつ状態」とは?

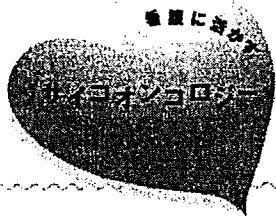
1 軽い抑うつ状態(適応障害に相当)

- 軽い風邪、仕事が手につかない

2 重い抑うつ状態(うつ病、うつ状態に相当)

- 重い風邪、肺炎、心の激痛
- QOLの四次元全ての低下 Grassl, 1996
- 家族の負担 Cassileth, 1985
- 治療遵守、拒否 Colleoni, 2000
- 自殺(診断後1年以内、進行、頭頸部) Henriksson, 1995
- 入院延長 Prieto, 2000

アメリカ精神医学会診断基準による



用していただきたいのが、国立がんセンター精神腫瘍学研究部が開発した「つらさと支障の寒暖計 (distress and impact thermometer : DIT)」です。

**つらさと支障の程度から  
適応障害とうつ病を  
スクリーニング**

「つらさと支障の寒暖計」は、がん患者さんの適応障害やうつ病をスクリーニングするための、2問からなる自記式質問票です。短時間(1~2分程度)で施行可能で、精神保健のトレーニングを積んでいなくても簡便に使用できるように作成されています。

具体的には、図4に示すように、2本の棒グラフを使い、気持ちのつらさの程度と、そのつらさのために日常生活にどの程

度の支障があったのかを、それぞれの棒グラフに、点数で記すようになっています。

つらさと生活の支障それぞれのカットオフ値(精神疾患の可能性の有無を判断する基準値)は、スクリーニングの目的(対象とする精神疾患)や施設の状態(相談できる精神保健の専門家の充足度など)などに応じて設定されます。

一般に、適応障害もしくはうつ病と、精神医学的な診断がつかない患者さんを区別するためのカットオフ値は、つらさの点数が4点、支障の点数が3点とされています。

いずれの点数も、あるいはどちらかの点数がカットオフ値未満であれば、「スクリーニング陰性」となります。しかし、いずれの点数もカットオフ値を超

える場合は、「スクリーニング陽性」、すなわち適応障害やうつ病の可能性が高いと判断されます。

**つらさのスクリーニングを  
活用した精神的ケア  
連携促進プログラム**

図5は、国立がんセンター精神腫瘍学研究部が実施した、がん患者さんのつらさのスクリーニングと看護師の介入による精神的ケア連携促進プログラムを示したものです。

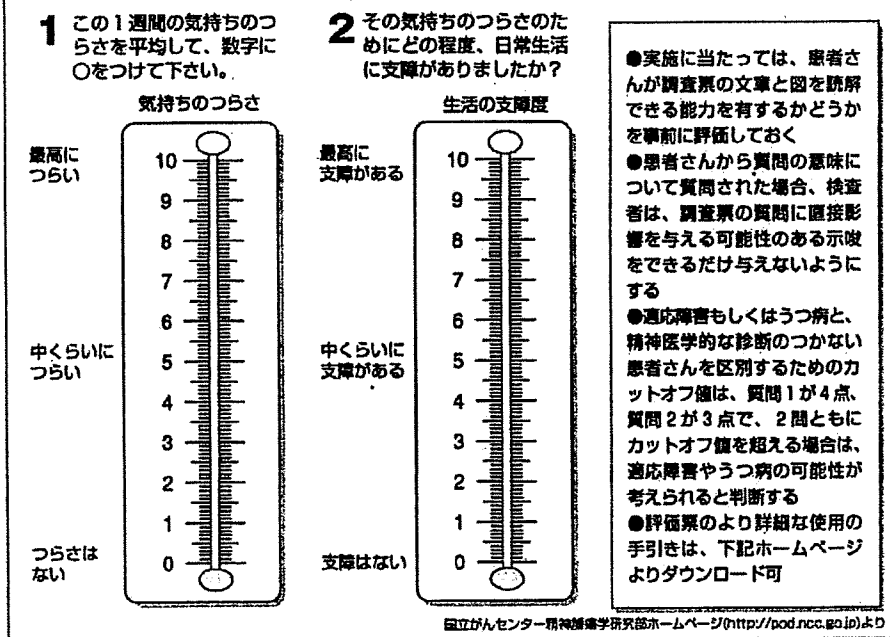
プログラムではまず、がん患者さんの心理的ストレスが最も高まる再発時に、担当看護師が、「つらさと支障の寒暖計」を用いてスクリーニングを行います。

次に、いずれの点数もカットオフ値以上で、スクリーニング陽性と判断した患者さんに、担当看護師が精神保健の専門家による精神的ケアを紹介し、受けることを推奨します。それにより受療に同意した患者さんを、精神腫瘍科に連携します。

このプログラムを再発患者さんが多いある病棟において実施したところ、入院患者さんの精神腫瘍科受診が2.5%から11.5%に跳ね上がるという結果が得られています。

この結果は、「つらさと支障の寒暖計」の、適応障害とうつ病のスクリーニングツールとしての妥当性を示すものです。なおかつこのプログラムを導入すれば、がん患者さんのうつ病や適応障害の治療導入率の上昇が期待できることも示唆しています。

図4 つらさと支障の寒暖計



**患者さんの思いを汲み取り  
苦悩に共感を示す  
コミュニケーションを**

前記の、「つらさと支障の寒暖計」を用いた精神的ケア連携促進プログラムで得られた成果は、担当看護師の、患者さんに対する十分な配慮とコミュニケーション技術があつてのものであることは、言うまでもありません。

一般的に患者さんは、心の落ち込みや、そのことが日常生活にさまざまな支障をきたしていることを認識できている場合であっても、適切な治療によってそこから抜け出せることを知らずに途方に暮れ、諦めていることがあります。

また、うつ病のような精神疾患であることを自ら認めること

に、強い抵抗感を抱くものです。そのため、精神保健の専門家の診療を受けることをためらいがちです。

スクリーニングで陽性と出た患者さんに精神保健の専門家に相談することを推奨する際は、その抵抗感やためらいへの配慮が求められます。例えばプライバシーを確保できて、落ち着いて話すことのできる環境を整備する、十分な時間をとるなど、コミュニケーションの基本を励行することは、最低限の必要事項です。

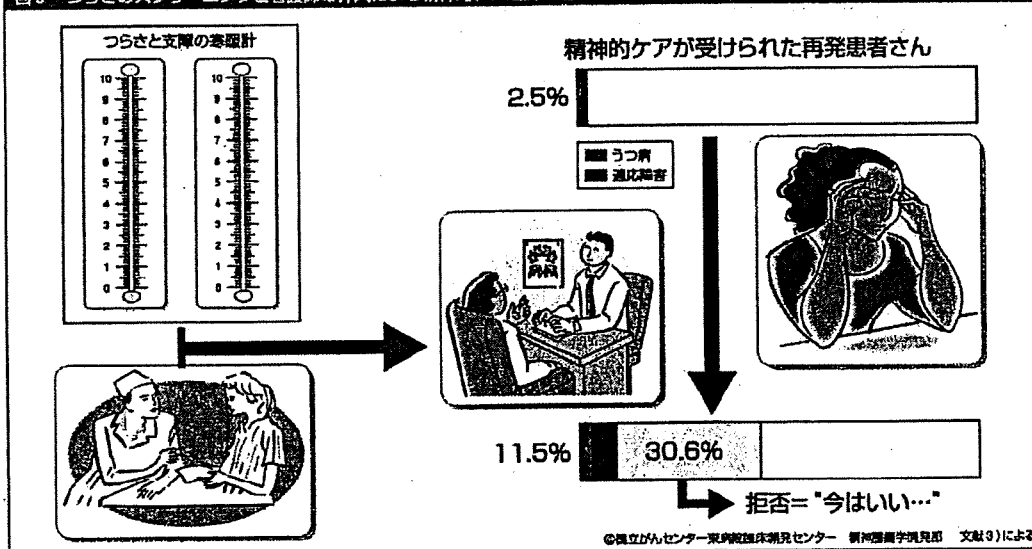
そのうえで、精神保健の専門家の診療を受けることへの抵抗感やためらいの根拠となっている心配事や苦悩について、できるだけ具体的に聞くことです。また、語られた心配に対しては、精神保健の専門家に相談するこ

とは異常ではないこと、むしろこの先がんとよく知り、がんと上手く共存していくうえで有益であることなどを、患者さんが語る心配や苦悩の一つひとつに共感を示しながら伝えていくことが大切になってきます。

患者さんの思いを汲み取り、苦悩に共感を示すためのコミュニケーション・スキルは、医療者に最低限求められるものです。つらさと支障のスクリーニングで陰性と出た患者さんに接する際にも、欠かせない基本的スキルです。

このような基本的コミュニケーション・スキルの習得は、がん医療における看護師のメンタルケア技術を改善していく第一歩となります。次回からは、このコミュニケーション・スキルについて解説していきます。

図5 つらさのスクリーニングと看護師の介入による精神的ケア連携促進プログラム



引用・参考文献  
 1) McDonald MV, et al.: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *CNF* 26, p.593-599, 1999.  
 2) Passik SD, et al.: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16 (4), p.1594-1600, 1998.  
 3) Shimizu K, et al.: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103, p.1949-1956, 2005.



看護に活かす

# サイコオンコロジー

## がんに対する 心の反応を理解しよう

がん医療は治療最優先の時代から、治療と同じ重みで並行して、緩和ケアや心の支援を提供していく時代へと移行しています。本連載では、がんの病期や患者さんの状態を踏まえた心のケアについて、最近注目が集まるサイコオンコロジー(精神腫瘍学)の観点から考えていきます。第1回は、サイコオンコロジストの内富庸介さんに、がんと心の関係、特にがんが心に与える影響について解説していただきます。

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

### 悪い知らせを伝えた後の「情」を配慮する インフォームド・コンセントを

がん医療は現在、インフォームド・コンセントを前提に行われています。そこでは、「がん」であることや、もはや積極的な治療法がないことなど、患者さんにとって心理的にストレスとなるような悪い知らせが数多く説明され、最終的に患者さんの同意をもって医療がスタートすることになります。

インフォームド・コンセントは、一般に、「説明と同意」と訳されています。おそらくこの

訳語が、大きく影響しているのでしょう。従来のインフォームド・コンセントでは、「説明する」と「同意を得る」という医療者サイドから患者さんサイドへの一方的な働きかけに重点が置かれがちでした。

しかし人の心は、知(知識)、情(感情)、意(意志・意識)の三つから成り立っていると考えられています。医師からの説明により「知」の提供を受けた患者さんは、懸命に考えて同意(「意」)に至るのですが、このプロセスでは、驚きや悲しみ、怒りなど、さまざまな感情が頭のなかを駆けめぐっています。

この「情」の部分への配慮が、従来のインフォームド・コンセントでは、すっぱり抜け落ちていたのです。

そこで最近になり、悪い知らせを伝えた後の「情」を配慮するインフォームド・コンセントの大切さが、広く認識されはじめました。この流れの中で注目されるようになったのが、サイコオンコロジー(psycho-oncology:精神腫瘍学)です。

### サイコオンコロジーは「QOLとは何か」を 問い続ける学問

サイコオンコロジーとは、サイコロジー(psychology:心理学)、サイカイアトリー(psychiatry:精神医学)、オンコロジー(oncology:腫瘍学)などの用語を合わせた造語です。日本語では「精神腫瘍学」ですが、この訳語が示すように、がんと心の関係を扱う学問領域で、その主な目的は、  
①がんが心に与える影響を明らかにして、がん患者さんと家族のQOLの回復・維持・向上を図る  
②心や行動ががんに与える影響を解き明かし、がん罹患の減

図1 サイコオンコロジーの定義

サイコオンコロジー (psycho-oncology) の語源	
●サイコオンコロジーは、サイコロジー (psychology:心理学)、サイカイアトリー (psychiatry:精神医学)、オンコロジー (oncology:腫瘍学)、サイコソーシャル (psychosocial:心理社会的)などを合成した造語	
●「psycho-」=心・心理・精神、「onco-」=腫瘍、「-logy」=学問を意味することから、日本語では「精神腫瘍学」と呼んでいる	
サイコオンコロジーの定義	
●精神医学、心理学をはじめとして、腫瘍学、免疫学、内分泌学、社会学、倫理学、哲学など、あらゆる科学的手法を駆使し、がんの人間学的側面を明らかにすることを目的とする	
●その目的として、以下の2点が強調される	
①がんが心に与える影響の解明	・クオリティオブライフ (QOL) の回復・維持・向上のため
②心や行動ががんに与える影響の解明	・がんの罹患を減らすため ・がん罹患後の生存期間を延ばすため

©内富庸介2007

Profile

撮影/田子実華



(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。帰国後、広島大学医学部講師を経て、85年国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究室室長、96年副部長、2006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。

少やがん患者さんの生存期間の延長を図るの2点です（図1）。

いずれの目的も、サイコオンコロジーが誕生し、進歩していく大きな原動力になっています。ただし実際の治療現場では、①を目指した活動が、ほぼ9割を占めています。

手法としては、精神医学や心理学の技術を核とし、そこに基礎医学や腫瘍学、免疫学、社会学、倫理学などを導入しながら、がんの人間学的側面を追究します。究極的には、「QOLとは何か」を問い続ける学問と考えていいでしょう。

がんに対する心理的反応はQOLの一構成要因

QOLは、「生活の質」とも「生命の質」とも訳されています。もともとQOLのL、「ライフ(Life)」という言葉には、「生活」「生命」以外にも「一生」「生涯」などの意味も込められ

ており、極めて多義的です。

そのため「QOLとはこれだ」と断言することは容易ではないのですが、一つだけ確実に言えることがあります。それは、患者さんのがんに対する心の反応が、図2に示すように、QOLの一構成要因であるということです。

がんに対する心理的反応は、がんの部位や病期、また治療法などにより異なりますが、例えば特に問題となる抑うつ状態は、身体の痛み同様、QOLを最悪の状態にします。そのつらさや絶望感から解放されたくて、自ら命を絶つ例も少なくありません。

このような、がん医療の現場でみられる「情」、すなわち患者さんのがんに対する心理的反応に手を差しのべるのがサイコオンコロジーです。

その実践は、サイコオンコジスト（psycho-oncologist：精神腫瘍医）だけに託せるようなものではありません。基本的な心のサポートは、日々の臨床

でがん患者さんに接する看護師を含むすべての医療者に求められます（表）。同時に、その対

表 がん患者の精神的評価とレポートの4段階

(英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004<sup>1)</sup>)

第1段階 すべての医療スタッフに必須の評価とケア

- 心理的ニードの評価、疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相談
- 基本的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）

第2段階 精神保健従事者にがんの知識を要する評価とケア

- スクリーニングをがんの診断時、再発時、治療中止時などストレス時に施行
- 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3段階 臨床心理士による診断と治療

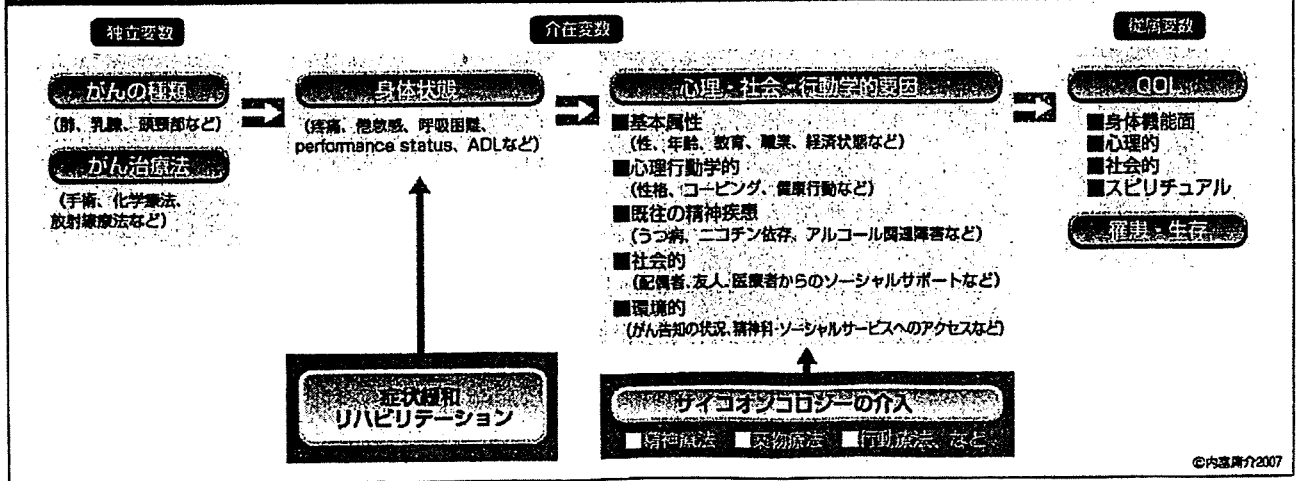
- 診断：軽度～中等度の不安、うつ、怒りなど
- 治療：怒り、否認、希死念慮、スピリチュアルな問題、認知行動療法

第4段階 精神科医による診断と治療

- 診断：重度のうつ、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷など
- 治療：中等度以上の精神疾患の治療を行う

\*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、また各段階は厳密に合っているため厳密に準を引けない

図2. QOLと罹患・生存に関するサイコオンコロジー・モデル



©内通商介2007

応に際しては、がんの臨床経過に沿って通常見られる患者さんの心理的反応と、その基本的対応を十分理解しておく必要があります。

**心理的反応は  
がんを疑ったときから  
始まる**

がんに対する患者さんの心理的反応は、医師からがんの診断を伝えられる前の段階、がんを疑う症状を自覚したときから始まります。

まず、誰もが否認します。「がんは治らない病気」と思い込んでいる人も多く、その信念から医療機関を受診することさえ諦めてしまう人もいます。

診断のための検査を受ける段階でも、「大丈夫。がんのはずがない」という思いと、最悪の事態を恐れる気持ちの間を揺れ動きます。

非日常的な場で、緊張して検査を受ける患者さんにとって、医療者の一挙手一投足が大きなストレスとなります。検査に付

き添う際には、自らの言動の一つひとつに患者さんが敏感に反応することを踏まえた心理的配慮が求められます。

**がんの診断直前から  
2~3日続く  
防衛機制としての心理的反応**

医師からがんだと伝えられた患者さんは、直下型の大地震に襲われたような、強い衝撃を受けます。後になってこの衝撃を、「頭が真っ白になった」と表現する患者さんもいます。

その後、「何かの間違いではないか」とがんを否定したくなったり、「もうダメだ」「治療をしても無駄だ」などと絶望的になったり、「どうしてあいつでなくて自分なのだ」という怒りが生じたりと、あらゆる思いが頭の中を駆けめぐります。

衝撃を受けた直後の否認は、がんという生命の危機から自分を守ろうとする防衛機制です。続いて、絶望や怒りといった防衛機制を状況に応じて使うことにより、何とかして心のバラン

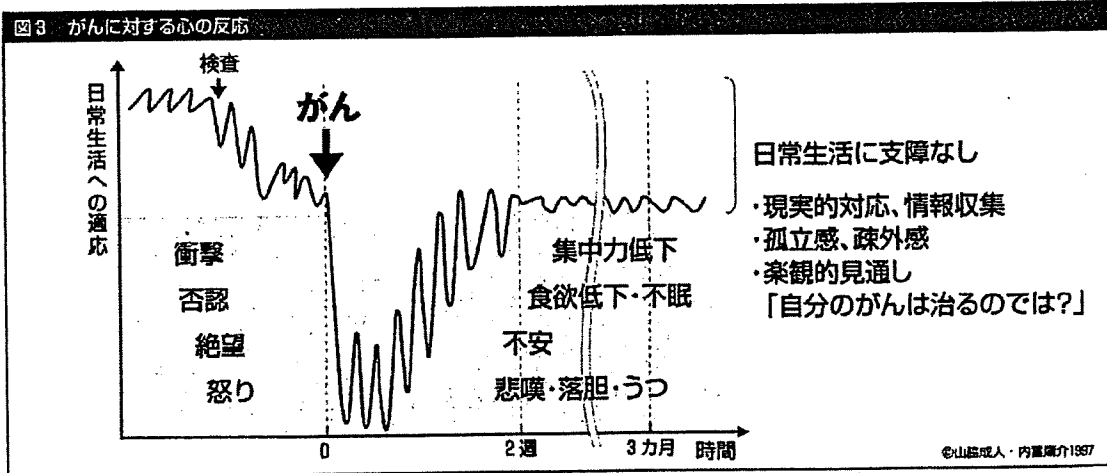
スを保ち、希望を持ち続けようとするわけです。

このような衝撃の時期は、通常2~3日続きます。その後は、混乱や不安、恐怖、悲哀感、無力感、絶望感、少し遅れて疎外感や孤立感を感じるようになります。集中力の低下から何もする気になれず、食欲不振や不眠などの身体症状も加わり、一時的に日常生活に支障をきたす場合もあります(図3)。

こうした状態は1週間~10日で軽減します。しかしこの間は、集中力が低下しがちで、医師の説明が正確に理解されないこともあります。したがって看護師には、治療計画などを伝える場には常に同席し、動揺した気持ちへの配慮を行うとともに、平易な言葉に変えて繰り返し説明するなど、理解を助ける支援が求められます。

**2週間の時間を経て  
新たな状況への適応が**

がんの診断告知がもたらすさ



まざまなショック症状は、がん患者さんに特有の疎外感や孤立感を除けば、長くは続きません。2週間をめどにほとんどの患者さんが、心の中では余震が続いているものの、見かけ上は混乱した状況乗り越え、がんとともに生きるという新たな状況への適応に向けた努力を始めます。

適応が始まると、患者さんは不安な気持ちを抱えながらも、診断されたがんに関する情報を集めたり、医療費について調べたり、会社員であれば休職の手続きをとったりと、現実の問題に向き合うことができますようになります。並行して、仮にがんが進行している状態であっても、身体状態が悪くなければ、「自分のがんに限っては良くなるかもしれない」「治療すれば必ず職場に復帰できる」といった楽観的な見通しをもつようになります。

強い疎外感や孤立感、自殺のリスクを踏まえた対応を

この時期、なかにはがん患者さん特有の疎外感や孤立感により、あるいは身体症状が悪いために、将来への希望をもつことができず、精神的に落ち込む患者さんもあります。

このような場合は、社会生活から切り離されたような感じをもつことは特別ではなく、多くのがん患者さんが経験していることを、日々のケアの中で伝えることが、患者さんには大きな支えとなります。

また、進行がんを末期がんと

解釈していたり、治療に関連した機能障害や外見上の変化（脱毛や頭頸部がんの術後など）を喪失として強く認識したりしている患者さんでは、自殺のリスクが高くなります。

看護師には、そのリスクを踏まえたケアが求められます。同時に、疑わしいと思ったときは、早い時期に精神保健の専門家（サイコオンコロジストや精神科医、リエゾンナース、精神看護専門看護師など）に相談することも必要になってきます（精神保健の専門家に相談すべき状態のスクリーニング等、対応の詳細は次回解説します）。

再発への不安と再発時に受ける破局的な心理的衝撃

がんの診断後、初期の集中的な治療の時期を乗り越えると、6カ月から1年をめどに、治療に関連した身体症状はおおむね緩和され、不安や恐怖もかなり弱まっていきます。

しかし、がん患者さんの約60%は、がんの再発、進行、死の転帰をたどります。初期治療から3年間は再発の可能性が高いため、身体症状が鎮静化すると再発への不安が顕在化してきます。

そして、実際に再発を告げられると、初めてがんを診断されたときとほぼ同じプロセスで、心理的反応が起こります。

ただし、初めての診断以降、患者さんのがんに関する知識は確実に増え、理解が深まっています。それだけに、「再発」という現実を否認しきれず、初め

での診断時以上の、破局的な心理的打撃を受けます。再発を経験した患者さんの多くがこの時期を、「もっともつらかった」と述懐しています。

治療の継続と苦痛の緩和を保証することが重要

再発は、治療を目標に続けてきた治療が不成功に終わったことを意味します。この事実を、医療者サイドも患者さんサイドもきちんと受け入れることがまず大切です。そのうえで、治療の目標が、治療から延命に変わったことを踏まえた対応をしていく必要があります。

患者さんにとっては、時間が限られていることに直面し、将来にわたる現実的な問題に、重要な決定を迫られる時期です。また、がん世代は、すでに自立を獲得した年代です。その自立性を喪失して他者への依存を余儀なくされる事態は、自身にとって大変な苦痛です。

安易なコミュニケーションでやり過ごすのではなく、しっかりと受け止めること、いかなる状況下でも、希望を支えつつ、最善の治療を継続していくこと、苦痛はコントロールできることを積極的に伝えていくことが求められます。

なお、治療の可能性がなくなり、予後がおおむね6カ月の時期は、終末期と呼ばれています。この時期の心理的反応と、症状緩和を含む対応、すなわち終末期ケアについては、ここでは省きます。

# 「がん医療におけるコミュニケーション・スキル」－実践集－

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

「がん対策基本法」が2007年4月に施行された。目的はより一層のがん対策を国、県、医療者そして国民全てに義務付けたことである。基本法の理念は3つである。①がん研究の推進および医療技術の普及、②がん医療の地域格差是正、③患者本人の意向を尊重してがん治療方法等が選択されるよう医療提供体制を整備すること、である。その理念の下、2007年6月、患者の視点に立った「がん対策推進基本計画」が閣議決定された。がん医療の初期段階から患者の意向を尊重するために、「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」ことが取り組むべき施策として盛り込まれた。

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との間で相違点が明らかとなった。例えば「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、意外にも米国で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等、わが国の文化的特徴も明らかとなってきた。そこで、われわれは悪い知らせを伝えられる際の患者の意向を明らかにする目的で、まず約50名の患者、医師に面接調査を重ねて、悪い知らせの際の意向に関する質問票を作成した。その質問票に記入していただいた500名を超える患者の声を踏まえて開発したのが、コミュニケーション技術プロトコル：SHAREである。

医師は、治療方法の決定の際、患者の意向を踏まえるためには、想定しただけでも以下の手続きを要する。①医師は患者の意向を知る態度で接する、②治療決定の際患者の意向を尊重することを伝える、③患者の意向を質問する、④患者の意向を理解したことを伝える、⑤その上で治療の選択肢を提示する、⑥患者は自らの意向が医師に理解され、治療に反映されたと納得する。面談の経過の中では数々のやりとりが言語的に、多くはおそらく非言語的になされ、患者は主には医師の非言語的なコミュニケーションを通して事の重大性を認識し、気持ちに配慮して欲しいと望む。こうした患者医師間のコミュニケーションの手順を、臨床の現場の

外で、安全に何度も繰り返し練習しながら、医師の技術として身につけられないだろうか。コミュニケーションの知識だけで行動を変えることは困難である。そこで、開発されたのが、ロールプレイ(模擬演習)中心に行動を変えていくコミュニケーション技術研修会(CST)である。こうした研修会は、これまでも海外で開発された方法に沿って散発的に行われてきたが、2006年からは日本オリジナルのコミュニケーション技術プロトコール: SHAREを用いて行うことが可能となった。2007年度から「がん対策推進基本計画」の施策に沿って、厚生労働省委託事業として日本サイコオンコロジー学会(JPOS)協力の下、財団法人医療研修推進財団が全国4カ所で研修会を実施し、がん臨床医72名が修了し、他にも国立がんセンター東病院がん医療講習会や文部科学省がんプロフェッショナルプランの研修の一部として採用され16名が修了した。

本シリーズは、がんを伝える際のコミュニケーション技術プロトコール: SHAREをより実践に即して活用するために、がんの種類別に専門家を擁して企画した。執筆陣は、2006年度JPOS主催CSTファシリテーター養成講習会を修了し、研修会でファシリテーターとして一緒に汗を流す、がん臨床の経験豊富なオンコロジスト・精神保健の専門家である。したがって、現在、無料で配布されているCSTテキスト(財団法人医療研修推進財団 <http://www.pmet.or.jp/>)の補助テキストとしても是非活用されたい。本シリーズがきっかけとなって、患者の意向を踏まえたコミュニケーションの重要性ががん医療の現場でさらに認められると、わが国の医療自体にもたらす影響は測り知れない。今、がん医療において、心あるコミュニケーションの真価が問われていると思う。

# がん医療における心のケアとコミュニケーション

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

## 1 はじめに

がんや心筋梗塞等、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揺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」は感情を表すが、「情」は本人にとって良いものか悪いものか、特にか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

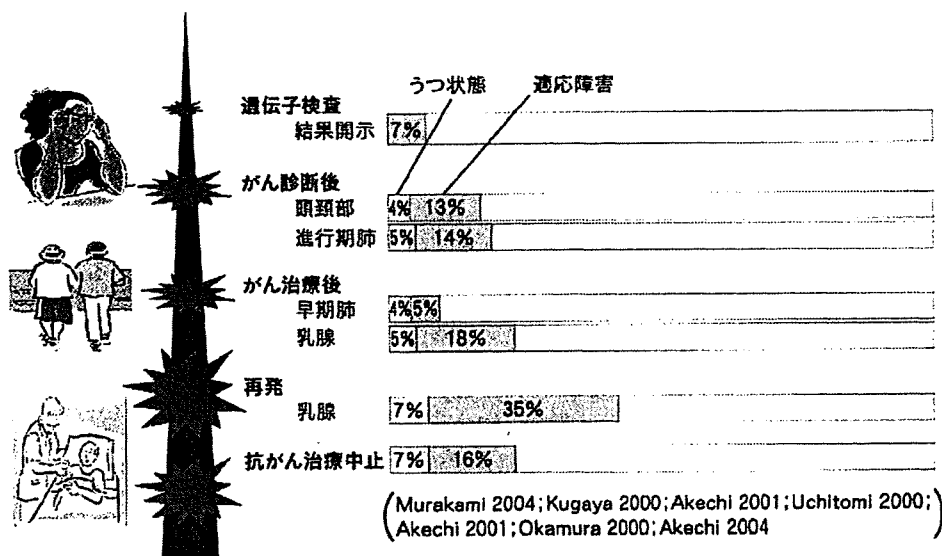


図1 がんの進行と抑うつ(うつ状態・適応障害)の1ヵ月有病率: 国立がんセンター

**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、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)

**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  
 シアルワーカー、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、  
 治療中止時等ストレス時)  
 介入：問題解決技法のような心理技法(問題解決療法等)

**第一段階：全ての医療者**  
 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  
 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)

図2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階  
 (一英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル-NHS-NICE 2004)

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、がんの診断等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、社会学、倫理学等多くの学問領域から成り立ってい  
 る。

これまでの研究成果によると、がんに関する悪い知らせ  
 を伝えられても過半数の方は数週間であつちのつらい状  
 況から抜け出し回復できる。しかし一方で、悪い知らせに  
 続いて20～40%の方は遷延した抑うつを経験することが  
 明らかになっている。抑うつを抱えることは、患者のみな  
 らず家族のQOLを低下させ、さらには治療に関する意思  
 決定やコンプライアンス、自殺、入院日数の長期化等、

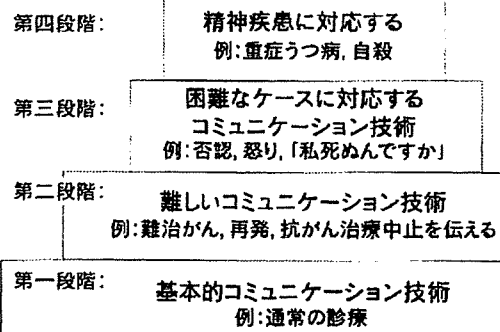


図3 がん医療における患者-医師間のコミュニケーションの  
 4段階

実にさまざまな面に甚大なる影響をもたらす。現在、サイ  
 コオンコロジーは、がんの予防に始まり、検査、治療、  
 再発、積極的抗がん治療の中止、緩和ケアへの移行を  
 含め全てのがんの臨床経過において患者の抑うつを早  
 期に発見し治療を行う体制を整え、本来の患者の意向を  
 踏まえたがん治療の提供体制を支えるべく格闘している  
 (図1)<sup>1)~6)</sup>。

## 3 がん医療における心のケアとしてのコミュニ ケーションの位置づけ

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  
 がん患者の支持・緩和ケアマニュアル2004を紹介する  
 (図2)<sup>9)</sup>。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。

ここで、がん医療従事者の役割を第一段階から見てい  
 くと、まず、患者の心理的ニード評価である。これはわ  
 が国では問題はないだろうか。次に、疑わしいと思った  
 とき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はいないだろうか。介入としては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)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。わが国では認定・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、抗がん治療終了時等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終了した医師もここに相当するであろう。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、せん妄等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。わが国では結構、医師、看護師が引き受けているのだろう。本来は、高度な心理学の知識と研修が必要とされる。

第四段階は、精神医学的診断のもと、重度のうつ病、せん妄、不安障害、人格障害、アルコール障害、自傷行動等精神疾患の治療、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図3の如くである。第一段階は全ての医療者が身につけておくべきもの、そして診断、再発、抗がん治療の中止等の悪い知らせを伝える医師は、第二段階が求められているのである。したがって、知識習得だけでは足りず、ロールプレイを用いた研修会等に参加して実技演習が必要となる<sup>10)</sup>。

#### 4 目を向けて欲しいがん医療におけるコミュニケーションの第三・第四段階

全てのがん患者にメンタルケアが必要とはいえ、やはり苦悩が強く、重症の精神医学的疾患がまず最優先されるべきであろう。第四段階の代表例が、うつ病である。米国の報告であるが、医師、看護師によるうつ状態の評価の調査がある。それぞれ、軽度のうつ状態の33%、29%が、重度のうつ状態の13%、14%が認識されているに過ぎない(表1)<sup>11) 12)</sup>。知識ではうつ病の存在は理解していても、いざ評価となると、「誰もが落ち込むものだから」と、ひいき目に見積もりをして見逃していないだろうか。患者に共感する心と、患者の精神状態を評価する頭を同時に働かせることは難しいことだが、両方を実践に活かさないと重度の患者の苦悩は癒されない。

第三段階(図3)の困難な点は、「死ぬんですか!!」と怒りや恐怖を患者から露にされ、対応に窮する感情への対応の場合である(図3)。ついつい、安易に励ましたり、マシンガントークで説き伏せようとしていないだろうか。「がんの半分は治り、そうでない場合も緩和ケアがあり…」そこに、沈黙を用いて問をおく技術が養われると、

→「(沈黙)…死ぬのではありませんかと…思われたのですね(共感)」

→「今の体のだるさでは、そう思われるのは当然です…よね。(保証)」

→「…今、一番気がかりにされていることは何でしょうか?(探索)」

→「具体的な計画がありますか?…それはできると思います」等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、仕事の計画等)。

一方で、がん医療を知らない精神科医・心理職は第三・第四段階の技術を持っているだけで、それだけではまったく役に立たない。がんの知識とがんに伴う心の反応を知らないと、患者とも医療チームとも信頼関係が築けない。むしろ、精神科医・心理職は第一、第二段階を

表1 抑うつ重症度に関するがん患者と医療者の認識一致率 (%)

がん専門医	患者			看護師	患者		
	なし	軽症	中重症		なし	軽症	中重症
なし	79	61	49	なし	81	53	73
軽症	18	33	38	軽症	15	29	21
中重症	3	6	13	中重症	4	10	14

N = 1,109

(Passik et al., JCO, 1998; McDonald et al., Oncol Nurs Forum, 1999)

学ぶ研修機会をがん医療の現場で持つべきであろう。

したがって、がん医療におけるコミュニケーションを活かすには、それぞれの技術を結集するチーム医療が前提となろう。

## 5 実践に活かすための試み

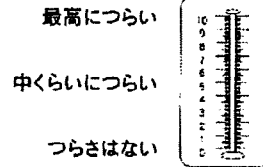
### 1. コミュニケーション技術研修会

がん対策基本法の理念に沿って2007年10月に始まった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、がん医療におけるコミュニケーション技術研修会ががん臨床経験3年以上の医師を対象としたプログラムである (<http://www.pmet.or.jp/>)。2時間の講義と8時間のロールプレイで構成され2日間かけて行われる。参加者4名にファシリテーターが2名と模擬患者1名が配置される。参加医師は、第二段階の難治がんの診断を伝える、再発、抗がん治療中止のシナリオを用いたロールプレイの体験を通して、コミュニケーション技術を参加者同士の観察と討論によって身につけていく。

### 2. うつの評価と専門家との連携

最もストレスが高まる再発時にスクリーニングを行い、その評価を基に医師がコミュニケーション技術を駆使して、患者に説明し、同意に基づいて精神腫瘍科と連携するプログラムの開発が海外では報告されている。われわれは、図4に示すつらさと支障の寒暖計を使用して、それぞれ4点と3点以上と出た陽性者に担当看護師が専

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけて下さい。



②その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか?

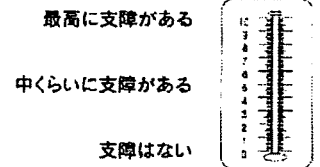


図4 気持ちのつらさと支障の寒暖計  
(<http://pod.ncc.go.jp/>ダウンロードできます)  
(Akizuki et al., JPSM 2005)

門家への連携を促進するプログラムを実施した<sup>13,14)</sup>。結果は、再発患者が多いある病棟の入院患者の精神腫瘍科受療が2.5%から11.5%に跳ね上がった。担当看護師のコミュニケーション技術あつての成果であつた。

## 6 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の参加を推奨する (<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)、臨床心理士等)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・第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・第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。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が、日本のがん医療における心のケアの重要な役割を果たしていくであろう。

## 文 献

- 1) Murakami Y, Okamura H, Sugano K, et al : Psychological distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. *Cancer* 2004 ;101 : 395-403.
- 2) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al : Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer ; prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment* 2000 ; 61 : 131-7.
- 3) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al : Prevalence, predictive factors, and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000 ;88 : 2817-23.
- 4) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al : Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer* 2000 ;89 : 1172-9.
- 5) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al : Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma ; a longitudinal study. *Cancer* 2001 ;92 : 2609-22.
- 6) Akechi T, Okuyama T, Imoto S, et al : Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment* 2001 ; 65 : 195-202.
- 7) 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. *Journal of Clinical Oncology* 2003 ; 21 : 69-77.
- 8) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients : associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology* 2004 ; 22 : 1957-65.
- 9) National Institute for Clinical Excellence. *Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer* 2004.
- 10) 内高庸介, 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, 2007, 東京.
- 11) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998 ; 16 : 1594-600.
- 12) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, et al : Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1999 ; 26 : 593-9.
- 13) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al : Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 2005 ; 103 : 1949-56.
- 14) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al : Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 29 : 91-9.

### 著者連絡先

〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1

TEL : 04-7134-7013

FAX : 04-7134-7026

# Q&A

〈質問〉 Psycho-Oncology の臨床応用について

がん性疼痛など、疼痛診療の上で Psycho-Oncology の理解が必要とされています。Psycho-Oncology の臨床応用について教えてください。

(東京 S.H. 生)

## 〈回答〉 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

Psycho-Oncology の臨床応用について、英国で作成されたがん患者の支持・緩和ケア NHS-NICE マニュアルを参照しながら述べる(表1)。

英国 NHS-NICE マニュアルは、各医療領域で EBM を実践すべく作成されており、がん患者の心のケアの指針は支持緩和ケアマニュアル 2004, 74 頁に詳述されている。表に示すように、心の負担を通常レベルから重度の精神障害まで 4 つの段階に分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアを記している。これはあくまでも英国の医療リソース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。

がん医療に携わるすべての医療者の目標を第 1 段階からみていくと、まず、患者の心理的ニード評価である。これは、わが国ではまず問題ないだろう。次に、疑わしいと思った時の専門家への相談はどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談をできずに抱え込んでしまっていないだろうか。ケアとしては、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)となる。第 1 段階に位置づけられているが、共感に至難の技である。今年度からはじまるがん診療連携拠点病院中心とした医師を対象にした緩和ケア講習会(12 時間以上)が開催されるが、4 時間程度が Psycho-Oncology に割かれ、目標はこの第 1 段階である。

第 2 段階は、広く精神保健の専門家レベルである。ある程度の知識と技術を伴う。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。危機介入、支持的精神療法、問題解決技法を提供する。これにはある程度の研修が必須である。平成 19 年度から始まったがん診療に携わる医師を対象としたロールプレイを用いたコミュニケーション技術研修会はこの段階に相当する。そして、生活に支障をきたす程度の心の負担(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 3 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。高度の心理学の知識と研修が必要とされる。

第 4 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、博士号取得の臨床心理学者であろう。

ペインクリニシヤンの目標は、英国 NICE 支持緩和ケアマニュアルの第 1 段階であろう。内容は私案であるが、NICE の第 1 段階に沿うと、

- i) がん医療における基本のコミュニケーション技術の講義(いわゆるカウンセリング・心理療法の基本スキル: 60 分)
- ii) (不安、抑うつおよびせん妄等の精神症状に関する講義(60 分),
- iii) 体験型コミュニケーション研修(参加者同士が患者・家族・医師のロールプレイを