

る。そして、適応障害に対する治療やケアのエッセンスが、患者と医療者との間の良好なコミュニケーションを基盤とした支持的な精神療法である。

文献

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 高橋三郎, 大野 裕, 柴谷俊幸 訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 新訂版, p.645-649, 医学書院, 2004
- 4) Block SD : Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 132 : 209-218, 2000
- 5) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11-20, 1995
- 6) Yager J : Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation ; 12 concrete suggestions. *Psychosomatics* 30 : 209-212, 1989
- 7) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介 : 進行・終末期がん患者に対する精神療法. *精神神経学雑誌* 106 : 123-137, 2004
- 8) 明智龍男, 鈴木志麻子, 谷口幸司, 他 : 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつに対する精神療法の state of the art - 系統的レビューによる検討. *精神科治療学* 18 : 571-577, 2003

TO-TSU-Navi

# 疼痛ナビ

「患者様が本当に満足する疼痛管理とは」を先生と共に考える医療従事者向け会員サイト  
会員登録(無料)を頂ければ、最新の疼痛に関する情報をご覧頂けます。

詳しくは  
ウェブサイトで

検索エンジンの検索枠に「疼痛ナビ」と入力し、検索をクリックしてください。

検索ナビ

検索

新規会員  
募集中!!

<http://www.e-paincontrol.com/>

ネット接続にかかる費用は利用者にてご負担ください。

日本国準薬品分類番号 071141

essential.

アセトアミノフェン製剤

# カロナール®

CALONAL カロナール錠・細粒・坐剤・シロップ

薬価基準収載

解熱鎮痛剤

カロナール錠300

アセトアミノフェンとして  
300mg/錠

解熱鎮痛剤

カロナール錠200

アセトアミノフェンとして  
200mg/錠

解熱鎮痛剤

カロナール細粒50%  
500mg/包

解熱鎮痛剤

カロナール細粒20%  
200mg/包

小児用解熱鎮痛剤

カロナール坐剤器

アセトアミノフェンとして  
100mg/器

小児用解熱鎮痛剤

カロナールシロップ2%

アセトアミノフェンとして  
20mg/mL

\*効能・効果、用法・用量、禁忌・使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

昭和薬品

昭和薬品化工株式会社

資料請求先/〒104-0031 東京都中央区京橋2-17-11  
URL : [www.showayakuhinkako.co.jp](http://www.showayakuhinkako.co.jp)

A-08C

診 断 と 治 療 [第 97 卷 ・ 第 11 号] 別 刷

2009 年 11 月 1 日 発 行

発 行 所 株 式 診 断 と 治 療 社

---

# 外来で診る食道がん・胃がん・大腸がん

## 総論

### サイコオンコロジーの基本的知識

大西 秀 楠

# Key Words

サイコオンコロジー  
適応障害  
うつ病  
せん妄  
がん

\* 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科

### サイコオンコロジーとは？

がん治療はその治療法の進歩にもかかわらず、年間30万人以上が命を落とし、わが国における死因の第1位である。がん罹患することは「死」を連想し、人生における大問題であり、身体のみならず精神にも多大なる影響を及ぼす。したがって、何らかの対応が必要となるが、がんという病気が心に及ぼす影響を調べ、それらに対して適切に対処する医学領域を精神腫瘍学（サイコオンコロジー）という。

サイコオンコロジーの発展は、がんの診断を伝えるようになった1960年代にアメリカを中心として広まっていった。わが国でも、がんの告知が進んだ80年代より広まり、現在に至っている。

### がん患者にみられる精神疾患とその有病率

#### 1. 有病率（表1）

治療中がん患者対象の調査では、がん種を問わず適応障害とうつ病が多い。進行・終末期になるとせん妄の占める割合が高くなる。

近年の調査研究によると、文化の差を問わず、全病期を通じて、不安・抑うつは20～40%の患者にみられることが知られている。

#### 2. 正常反応（表2）

がんの告知、再発など、「悪い知らせ」が伝えられたときにみられる反応は、次の3段階に分けられる。

第一期は「衝撃の時期」である。頭の中が真っ白になり、何も考えられなくなり、信じ

表1 種々のがんにおけるうつ病有病率

治療中	6%
肺がん切除後	4.7～8%
切除不能肺がん	5%
再発乳がん	7%
終末期	12%

表2 「悪い知らせ」後にみられる心理的な反応

第一期	衝撃の時期
	ショック
	否認 “そんなはずはない”
	絶望 “もうだめかもしれない”
第二期	苦悩の時期
	不安
	抑うつ気分
第三期	適応期
	現実への適応
	生活再開

られないといった気持ちになる。これは約1週間程度続く。

第二期は「不安・抑うつ」の時期であり、病気に対する不安・抑うつ・不眠などを呈する。

第三期は適応の時期であり、現実を受け入れ、現実的な対応がとれるようになる。

## がん患者に多くみられる精神疾患

### 1. 適応障害

強い心理的ストレスにより日常生活に支障（家事が手につかない、眠れない、仕事の能率が下がる、涙ぐむ）をきたすような不安・抑うつといった精神症状を呈するストレス反応性の疾患である。

#### a) 原因

がん医療では、告知、治療、再発などの治療経過中に何らかの変化があった場合、また、治療経過中に生じる家庭面、経済面での変化で生じることが多い。

#### b) 治療

適応障害の治療において最も一般的に行われているのが支持的療法である。支持的療法は、傾聴、共感、支持、肯定、受容そして保証などを中心とした療法である。がん罹患すると、喪失感、生活・役割上の変化、将来の不安、恐怖感などが生じる。それらに対して、医療者が真剣に耳を傾け、批判的にならずに共感・支持・肯定し、現実的な範囲で舗装を与えることが治療の実際である。不安、抑うつの内容は個人差があるため、個別性の高い治療である。医療者側が本人を理解、支持しようと努め、患者側にその思いが伝わったときに治療的となり、抑うつ・不安の軽減が期待でき、よりよい自己洞察が可能になる。医療者側には、良好なコミュニケーションを保つための態度が必要となる。

表3 うつ病診断基準

精神症状	身体症状
①抑うつ気分*	⑤食欲低下
②興味・意欲の低下*	⑥全身倦怠感
③自責感	⑦制止
④希死念慮	⑧不眠
	⑨集中困難

\* ①、②のどちらかは診断に必須である。  
上記9つの症状のうち、5つ以上が2週間以上にわたって認められる場合にうつ病と診断する。

### 2. うつ病

抑うつ気分、意欲の低下を主症状とし、種々の精神・身体症状を伴う症候群である。

#### a) 診断

表3に示した9項目のうち、①または②があり、9項目中少なくとも5項目が2週間にわたって存在する場合に診断する。うつ病の診断基準をみてもわかるように、うつ病では食欲不振、全身倦怠感など身体症状を呈することも多いが、これら症状はがんそのもの、治療により生じる症状とも重なり合うため、うつ病の症状とはみなされないことも多い。がん患者のうつ病は、医師、看護師ともに見落とすことの多い病態であることが知られている。

#### b) 治療

薬物療法、精神療法、生活指導が治療の中心である。がん患者では手術、放射線、化学療法を受けていることもあり、薬物療法の副作用が出やすい状況にあるので注意が大切である。うつ病の薬物療法は、その有用性が示されており、進行がん患者に対する治療アルゴリズムも示されている（図1）<sup>2)</sup>。

#### c) せん妄

種々の原因により脳の機能が障害された状態である。

#### d) 臨床症状

意識障害に加え、幻視、妄想、興奮などの精神症状を伴う。症状は変動することが多い。

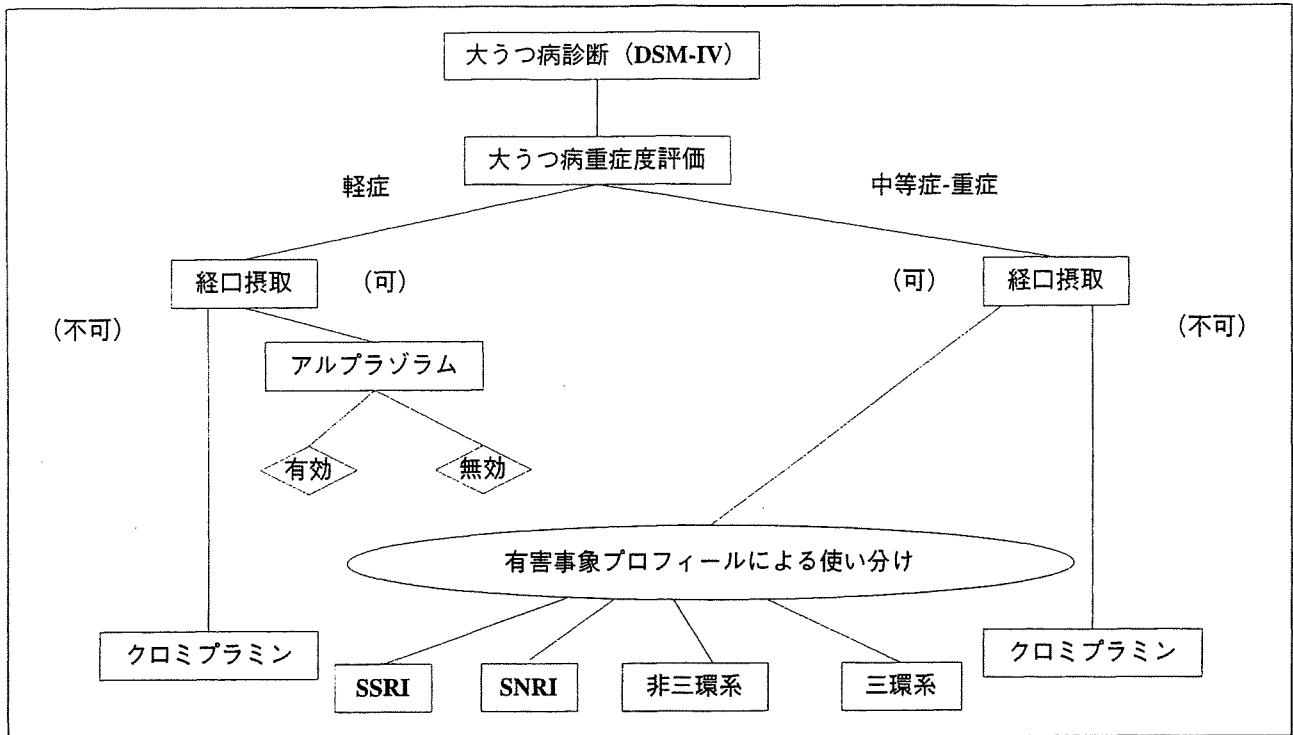


図1 進行がん患者のうつ病に対する薬物治療アルゴリズム (国立がんセンター)

Okamura M, et al.: Psychooncology 2008

表4 せん妄の原因同定に必要な検査

現在の身体および精神状態の把握	身体所見, 神経学的所見 バイタルサインのチェック 問診および認知機能検査による意識および精神状態の把握
病状変化の把握	せん妄出現までのADL 既往歴 (身体疾患, 精神疾患, せん妄, 痴呆, アルコール依存) 個々の薬剤投与開始時期および精神状態の時間的關係  【検討事項】 年齢, せん妄の既往, 頭蓋内病変, 痴呆・アルコール依存の既往 全身状態
検査 (必要に応じて)	血液検査 (赤血球数, 白血球数, Hb, Ht) 生化学検査 (TP, Alb, T-Bil, D-Bil, BUN, Cr, Na, K, Ca, glu, GOT, GPT) 尿検査 心電図 胸部X線写真 動脈血酸素飽和度
個々の病状に応じて必要な検査	頭部CTまたはMRI 脳波検査 髄液採取 動脈血ガス分析 甲状腺ホルモン, Vit B1,

注意: 上記の検査は必須ではなく, 患者の全身状態を考慮して必要最低限のものだけを行うべきである。

原因としては、薬剤性、代謝性、疾患そのものに伴うものなどがある(表4)。

e) 頻度

進行がんで多く、終末期では8%程度の患者にみられる。

f) 治療方針

せん妄の原因となった原疾患の同定、治療および環境調整が大切である。多くの場合、原因は複数みられる。原因検索と同時に、環境調整、薬物療法も行う<sup>3)</sup>。

**なぜ、精神的なケアが必要なのか？**

精神症状は以下に示すように、日常生活のみならず、がん治療に対しても負の影響を与える。以下に精神症状ががん治療に与える負の影響について述べる(表5)。

1. 精神疾患そのものの呈する苦痛

不安および抑うつは、だた、不安感、抑うつ感といった気分症状のみではない。患者にとって不安、抑うつは苦痛を伴う症状である。

2. QOLの低下

がん患者のQOLは、抑うつを呈する場合、精神的苦悩を有する場合、がんに対する適応の悪い場合に低下する。さらに、抑うつを呈する患者のQOLは、対象群と比較して、社会、感情、認知、および身体領域などの広い範囲にわたり低下する。

3. 適切な意思決定障害

治療方針決定も影響を受ける。乳がん術後化学療法を受ける割合を対象群と抑うつを呈した群とに分けて比較すると、対象群では92%が術後化学療法を受けたのに対して、抑うつ群ではその半数であった(P<0.001)<sup>4)</sup>。

4. 自殺

がん患者の自殺率は一般に比して、約2倍であり、身体的な痛み、絶望感、予後の悪さ、抑うつが危険因子となっている。フィンランドにおけるがん患者の自殺に関する調査で

表5 精神症状が及ぼす負の影響

精神症状そのものの苦痛
生活の質(QOL)の低下
適切な意思決定障害
自殺
家族の精神的苦痛

は、その80%が抑うつを呈していた。

5. 家族の精神的苦痛

がん患者の家族も精神的に苦悩し、その程度は患者と同様であることが知られている。

**がん患者における精神腫瘍学的な治療**

1. 精神科治療の有効性とその問題点

このように、精神症状は、患者、家族に苦痛をもたらし、さらには、がん治療に対して負の影響を及ぼす。しかしながら、これらの症状は、適切な精神療法、および薬物療法の組み合わせで改善することも知られている<sup>5)</sup>。したがって、精神医学的な介入は患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要である。

2. 治療における留意点

がん患者では、担がん状態、高齢、手術、放射線、化学療法などのために様々な身体症状を有していることが多い。したがって、薬物療法を行うときには副作用に注意が必要である<sup>6)</sup>。さらにはがん医療は集学的治療であるため、様々な薬物投与を受けていることが多い。したがって、薬物の相互作用に注意する必要がある。

3. 治療におけるもう一つの問題-コミュニケーション<sup>7)</sup>

がん医療においては、告知、転移、再発、終末期など、患者の人生を根本から変えてしまうような「悪い知らせ」を伝える機会が多い。このような場合においては、患者との良好なコミュニケーションを保つことが大切で

表6 悪い知らせの伝え方 (SPIKES) (Baile, et al.:Oncologist, 2000)

1. 話す場の設定 (Setting up the interview)
2. 病気に対する知識の評価 (assessing the patient's Perception)
3. 説明内容への患者の希望の確認 (obtaining the patient's Invitation)
4. 医学的事実の説明 (giving Knowledge and information to the patient)
5. 患者の感情への感情移入を伴った対応 (addressing the patient's Emotions with empathic responses)
6. 今後の方針および説明をまとめる (Strategy and summary)

表7 SHAREプログラム (内富ら, 2007)

1. 支持的な場の設定 (Supportive environment)
2. 悪い知らせの伝え方 (How to deliver the bad news)
3. 付加的な情報 (Additional information)
4. 安心感と情緒的サポート (Reassurance and Emotional support)

あるが、良好なコミュニケーションはがん診断時の患者の心理的ストレス、検査結果が悪いときのストレスとも関連しており、患者がよりよい状況で治療を受けるために、医療者が有する必要な“技術”である。コミュニケーション能力はスキルのトレーニングで改善することが知られており、このスキルを習得するために北米ではSPIKESが開発されている(表6)。日本人に特有の要素を組み込んだコミュニケーションの指針としてはSHAREが開発されている(表7)。

患者家族は「第二の患者」であり、治療とケアの対象であると言われている<sup>9)</sup>。

### 3. 家族に対する精神医学的介入

近年のがん患者家族に対するメタ分析では、患者家族のストレスには早期介入が有効であるとの報告があり、その必要性を支持している。しかしながら、家族は自身の苦悩を訴えないことも多く、家族の苦悩は過小評価される可能性もあるので注意が必要である。

## がん患者家族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

### 1. 家族の負担

がんという病気は、本人のみならず、周囲の人々にも影響を及ぼし、その負担は病気の面のみならず、社会・経済面など、日常生活の様々な領域に及ぶ。

家族の精神状態に影響を与える因子として、患者の身体状況、痛み、吐き気、せん妄状態などがある。

### 2. 家族の精神医学的有病率、受診率「第二の患者」

家族の精神医学的な有病率は、およそ10～50%である。また、家族のストレスの程度は患者と同等、またはそれ以上であることから、

## 遺族に対する関与

### 1. 遺族の負担

死別はストレスフルなライフイベントであり、中でも配偶者の死は人生最大のストレスと言われている<sup>9)</sup>。したがって、死別ストレスは、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

### 2. 死別が及ぼす影響

#### a) 身体への影響

死別は身体に影響を及ぼす。死別早期に遺族の死亡率は上昇するという報告が多い。さらに、遺族は身体疾患への罹患、病気の悪化が指摘されているが、医師への受診機会は増えない。

#### b) 精神への影響

死別は精神にも影響を及ぼす。死別後のうつ病有病率調査では1か月24%、7か月23%、13か月16%と高い。死別後1年以内の自殺率

も上昇する。

### 3. 遺族に対する精神医学的介入

上記のように死別は身体面、精神面に影響を及ぼすことから、何らかの介入が必要である。このような介入は Postvention (後治療) とよばれ、遺族のQOLを高めるために必要である<sup>10)</sup>。

## おわりに

サイコオンコロジーについての概略を述べた。多くのがん患者が精神症状に苦しみ、その結果、治療に悪影響を及ぼす場合もあると考えられる。がん患者における精神症状の早期発見・治療的介入は、患者の精神的苦痛を軽減し、よりよいがん治療の提供につながるため、医療従事者に課せられた義務だと考えている。また、患者家族・遺族の精神的負担が大きいことから、介入を検討する必要性が今後さらに増大すると思われる。

## 文 献

- 1) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorders in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004
- 2) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al.: Clinical

experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 17: 154-160, 2008

- 3) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al.: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 22:997-1006, 2001
- 4) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al.: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*. 356:1326-1327, 2000
- 5) Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med* 132:209-218, 2000
- 6) Massie MJ, Holland JC: Depression and the cancer patient 51 (Suppl): 12-17, 1990
- 7) 内富庸介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか 医学書院, 東京, 2007
- 8) Lederberg MS: The family of the cancer patient. Holland JC (ed). *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York, pp981-993, 1998
- 9) Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11:213-218, 1967
- 10) E.S. シュナイドマン: 「死にゆく時 (DEATH of MAN)」 誠信書房, 東京, 1980

## 著者連絡先

(〒350-1298)  
 埼玉県日高市山根1397-1  
 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科  
 大西秀樹





# Communication

医師・患者関係

## SHARE — 癌医療におけるコミュニケーション技術

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

日本学術振興会特別研究員/  
国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部  
藤森麻衣子

### はじめに

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

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

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

「具体的な計画はおありですか？…それはできると思いますよ」

などと対応できたらどうだろうか。本来の患者の人生の目標が聞き出せるかもしれない(娘の結婚式、息子の就職、孫の誕生、入園式、仕事の計画など)。

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

### SHAREについて

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

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

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

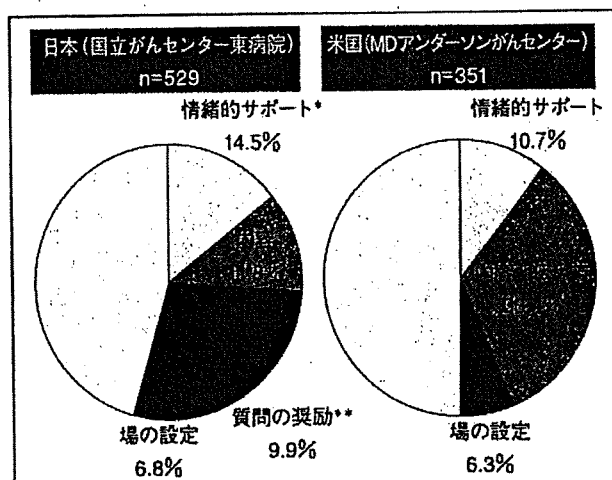


図1 癌に関する悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する日本の癌患者の意向(米国との比較)

\*患者の気持ちを和らげ、患者が表出した感情に対して共感を示す。

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

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

的で、まず42名の癌患者、7名の癌専門医を対象とした面接調査を行い、悪い知らせの際の意向に関する質問票を作成した<sup>9)</sup>。次にその質問票に記入していただいた529名の患者の声を解析して、明らかになった患者の意向の概念がSHARE(表1)であり、4つの構成因子から成り立っている<sup>7)</sup>。

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

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

表1 患者が望むコミュニケーションの4要素—SHARE

<b>Supportive environment (支持的な環境)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な時間を設定する</li> <li>プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する</li> <li>面談が中断しないように配慮する</li> <li>家族の同席を勧める</li> </ul>
<b>How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>正直に、わかりやすく、丁寧に伝える</li> <li>患者の納得が得られるように説明をする</li> <li>はっきりと伝えるが「癒」という言葉を繰り返し用いない</li> <li>言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる</li> <li>質問を促し、その質問に答える</li> </ul>
<b>Additional information (付加的な情報)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>今後の治療方針を話し合う</li> <li>患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う</li> <li>患者が相談や気がかりを話すよう促す</li> <li>患者の希望があれば、代替療法やセカンドオピニオン、余命などの話題を取り上げる</li> </ul>
<b>Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>優しさと思いやりを示す</li> <li>患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める (例:沈黙、「どのようなお気持ちですか?」、うなづく)</li> <li>家族に対しても患者同様配慮する</li> <li>患者の希望を維持する</li> <li>「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける</li> </ul>

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

表2 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術—SHARE

	面談までに準備する <ul style="list-style-type: none"> <li>事前に重要な面談であることを伝えておく</li> <li>プライバシーが保たれた部屋、十分な時間を確保する</li> <li>身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する</li> <li>家族の同席を促す・面談の中断を避ける</li> </ul>
起	面談を開始する <ul style="list-style-type: none"> <li>面談の始めからいきなり悪い知らせを伝えない</li> <li>現実とのギャップの埋め方の戦略を立てる</li> <li>聴くスキルを使用して患者の気がかりを聞く</li> <li>経過を振り返り病気の認識を確認する</li> <li>気持ちを和らげる言葉をかける</li> <li>家族にも同様に配慮する</li> </ul>
承	悪い知らせを伝える <ul style="list-style-type: none"> <li>心の準備のための言葉をかける</li> <li>わかりやすく明確に伝える</li> <li>感情を受け止め、気持ちをいたわる</li> <li>写真や検査データを用いる、紙に書く</li> <li>患者の理解度を確認し、速すぎないか尋ねる</li> <li>質問や相談があるかどうか尋ねる</li> </ul>
転	治療を含め今後のことについて話し合う <ul style="list-style-type: none"> <li>標準治療、とりうる選択肢について説明する</li> <li>癌の治る見込みを伝える</li> <li>患者が希望をもてる情報も伝える</li> <li>推奨する治療法を伝える</li> <li>セカンドオピニオンについて説明する</li> <li>患者の日常生活や仕事について話し合う</li> </ul>
結	面談をまとめる <ul style="list-style-type: none"> <li>要点をまとめる・説明に用いた紙を渡す</li> <li>患者の気持ちを支える言葉をかける</li> <li>責任をもって診療に当たること、見捨てないことを伝える</li> </ul>

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

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

起：面談前の準備として

次の面談の重要性に対する患者の認識を高めるために家族の同席を促す。面談に備え、医療者もであるが、患者・家族にも緊張感を意識してもらい、腹筋に力を入れていただく。

例「今回は検査結果をお伝えする大切なお話がありますので、ご家族の方など、どなたか一緒にいらしていただくこともできます」

面談の開始は挨拶(時候の挨拶やオープンクエスチョンで気持ちを和らげ患者の気がかりを聞く)。

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

経過を振り返り、病気に対する患者の認識(検査結果の見通し)を知る。

「…ご家族の方にはどのようにご説明されましたか?」

「…その後病気についてどのようにお考えになりましたか?」

承：心の準備のための言葉をかける

悪い知らせに備え、患者・家族にもう一度腹筋に力を入れていただくことになる。

例「ご心配されていた結果かと思いますが」「大変申し上げにくいのですが」

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

患者の理解度を確認し、速すぎないか尋ねる。

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

感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける。

「…(沈黙 5秒間)…どうお感じになりました?」

「…(沈黙)…大丈夫ですか? 皆さん、混乱されますよ」

「…(沈黙)…とても驚かれたことでしょうか」

転：治療について話し合う

標準的な治療法、推奨する治療法、治る見込みについて話し合う。

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

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

結：要点をまとめる

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

「一緒にやっていきましょうね」

癌医療におけるコミュニケーションと  
SHAREの位置づけ(図2)

癌医療におけるコミュニケーションは、難易度によっ

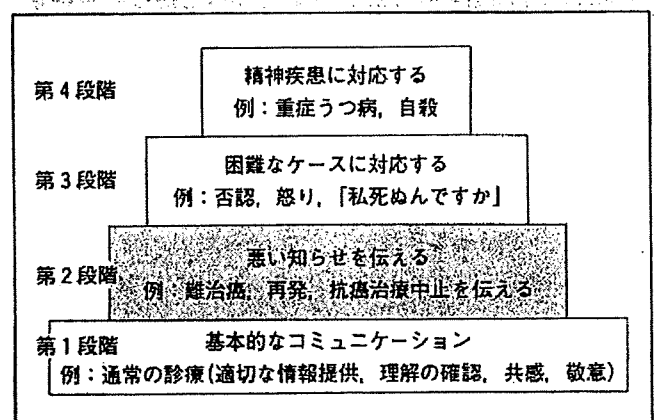


図2 癌医療におけるコミュニケーション

表3 「悪い知らせ」を伝えるための6段階プロトコール-SPIKES

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

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

**SHAREとSPIKESとの相違点**

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

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

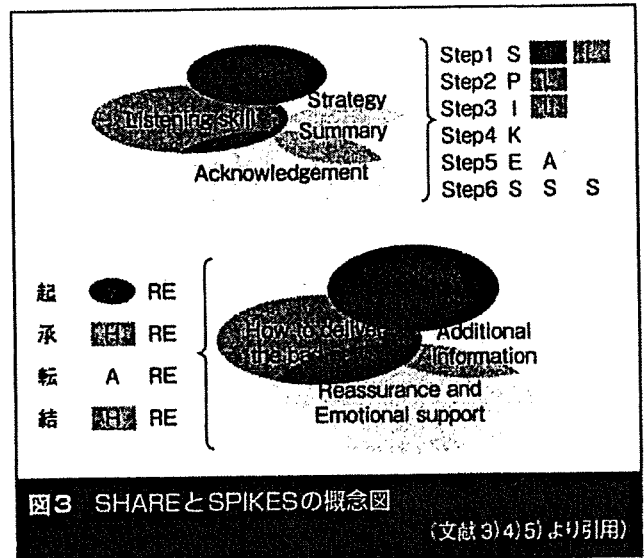
筆者らは、SPIKESプロトコルを用いたコミュニ

ケーション・スキル・トレーニングの創始者の一人、MDアンダーソンがんセンター精神科教授Walter F. Baile氏の指導を受けて<sup>10)</sup>、SPIKESプロトコルを用いてコミュニケーション・スキル・トレーニングを8年間実施した<sup>9)</sup>。その中でスタックするポイントはP(Perception)とI(Invitation)が多い。Perceptionは病気についての患者の認識を確認するステップであり、Invitationは患者の悪い知らせを聞く準備ができているかを確認し、どれくらいの情報を希望しているかを確認するステップである。この2つのステップは非常に重要な要素であるが、わが国の医療では馴染みがないため、最初の段階で強調されるときわめて不自然な面接になってしまい、PとIの学習にかなり多くの時間を割いて、結果的にわが国で本来強調すべきempathyに費やす時間が少なくなってしまっていた。

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

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

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



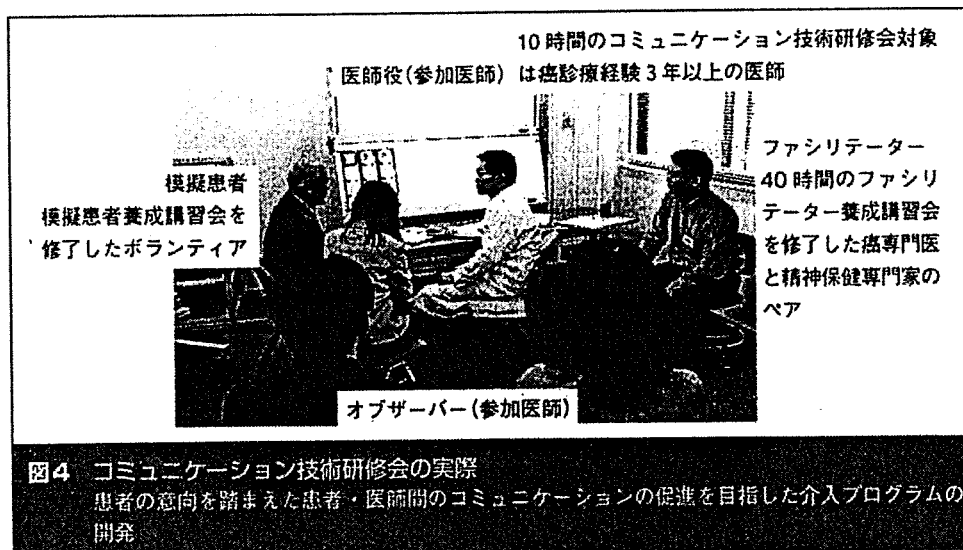


図4 コミュニケーション技術研修会の実際  
患者の意向を踏まえた患者・医師間のコミュニケーションの促進を目指した介入プログラムの開発

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

### おわりに

癌医療従事者のコミュニケーション技術を改善していく第一歩として、是非、コミュニケーション技術研修会(図4)へ参加することを推奨する(<http://www.pmet.or.jp/>)。共感の技術が確実に上がる。そして精神保健専門家[精神科医、心療内科医、精神看護専門看護師(リエゾン)、臨床心理士など]との連携チームづくりである。これには医療者間のコミュニケーション技術が必要となる。癌医療従事者が安心して心のケアを提供するには図2の第3・4段階の見極めができるよう精神保健の専門家と協調し、第1・2段階のコミュニケーションに安心して専念できる環境を整備するべきである。こうして、患者、家族そして医療者とのコミュニケーション体制づくりが、日本の癌医療における心のケアの進展につながっていくであろう。

### 文献

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

1999

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

看護に活かす

# がん医療における 家族への配慮

## サイコオンコロジー

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。

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

### 悪い知らせは 患者さんの了承を得たうえで 家族に知らせる

わが国には、がん、とりわけ「難治がん」や「進行がん」の診断、あるいは「積極的抗がん治療の中止」や「がんの再発」といった患者さんにとって良くない知らせは、患者さんより先に家族に伝えるという長い歴史がありました。

しかし最近では、将来への見通しを根底から覆すような悪い

知らせであっても、患者さんと家族に同時に、場合によっては家族には患者さんの了承を得たうえで伝えるケースが圧倒的に多くなっています。

この契機となったのは、1996年に国立がんセンター病院が、医療従事者用に作成した「がん告知マニュアル」<sup>1)</sup>です。ここでは、「本人に伝える」ことを、がん告知の基本的姿勢として明示しています。

同時に、家族への対応として、「家族には先に知らせないのが

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

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

その結果、悪い知らせを家族に先に知らせることを「望まない」と回答した割合は70%で、「どちらともいえない」は23%、「望む」、すなわち家族に先に知らせてほしいと考えているのは7%であることが明らかになっています<sup>2)</sup>。

### 援助者としての家族も 心理的衝撃を受け 疲労困憊している

家族の一員が、がんであること、あるいは再発したことなどを告げられると、患者さんと同じように家族も大きな心理的衝撃を受けます。家族の「死」を強く意識し、先々のことを心配してあれこれ悩み、激しく落ち込むこともあります。眠れない夜が続くケースも、珍しくあり

図1 悪い知らせを伝える際の家族への対応

国立がんセンター病院では、がん医療における悪い知らせの、いわば入り口ともいえる「がん告知」について、「告げるか、告げないか」を議論する段階にはもはやなく、「如何に事実を伝え、その後どのように患者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、1998年9月に、医療従事者が、がん告知を行っていく際の基本的な心構えについて、特に告知を受けた患者の精神面の反応や問題点に着目し、その対応を「がん告知マニュアル」としてまとめ、公表した(下欄は編集部)

そのなかで、「家族への対応」として、以下を強調している

- ①「家族には先に知らせない」のが原則である
- ②紹介などで来院した患者で、他院で家族のみに告知が行われており、その家族が告知に強く反対する場合は、一時的なストレス回避のメリットと、隠し通して会話がまったくなくなるデメリットを繰り返し説明する
- ③がん診療における家族の意味は極めて大きいので、がんかどうかの結果が明確になった時点で、患者を最優先する立場を堅持しつつ、できるだけ家族と一緒に説明を聞いてもらうようにする
- ④ときに家族は患者自身以上に動揺し、説明を明確に記憶あるいは理解していないことも多い。この点を踏まえ、「家族は患者ではないから少々のは言っても大丈夫」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

文獻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、95年国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究室室長。98年同部長、2005年より現職。日本サイコオンコロジー学会（代表世話人）、日本緩和医療学会、日本精神神経学会、国際サイコオンコロジー学会などに所属。厚生労働省第三次対がん総合戦略事業「QOL向上のための患者支援プログラムの開発研究」担主任研究者としてSHARE（がん医療におけるコミュニケーション・プロトコール）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、患者さんの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、「仕事を手につかない」「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<sup>1)</sup>。

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<sup>2)</sup>。

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、黙って患者の話を耳を傾けることに集中する
- ②「つらいだろうけど、がんはって」などという安易な励ましは、患者にとってかえってつらくなる場合がある。「つらい」という言葉には、「本当につらいよね」といういたわりの言葉が、患者の安心感につながる
- ③役割の喪失を感じさせない。例えば、主婦として家事の一切を仕切ってきた患者に「家の中のことは全部任せて!」とか、仕事人間だった患者に「仕事のことには気にしないでいいから!」などは、禁句である。現在の状態で何ができ、何ができないかを一緒に考えながら、できるだけこれまでどおりに接する
- ④尊敬を傷つけない。特にがんはどう立ち向かっていこうかは、相談しながら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るでしょうが、そこはぐっとこらえて、とにかく患者さんの話を聴くことを推奨します。

②の「安易な励まし」としては、「がんばろう」という言葉が象徴的です。患者さんは、がんを疑った時点から、ずっとがんばり続けて、すでに消耗しきっています。そんな患者さんの「つらい」という言葉に「がんばろうよ」と返しても、何の支援にもなりません。むしろ「これ以上何をがんばればいいのか」という空しい気持ちにさせるだけです。そんなときは、しばらくの沈黙を置いたうえで、「つらいよね」といういたわりの言葉が、患者さんに「わかってもらえた」という安堵感を与えることを伝えたいものです。

③と④にあるように、病気をきっかけに患者さんを特別扱いする態度に変わることは、かえって疎外感や孤独感を増強させます。家族には、できるだけこれまでどおりに接することが、患者さんの尊厳につながることを知ってもらうことも大切です。

**がんに対する心理的反応は通常の反応であることを説明し、サポートする**

一方、第二の患者さんとしての家族への対応で大事な点は、自分のつらい気持ちを我慢させないことです。面会に訪れた家族に、「睡眠はとれていますか」などと声をかけることが、感情を吐露させるきっかけになることもあります。

家族が、不安や動揺、怒りなど、がんに対する自らの心理的反応に戸惑い、看護師や主治医にそのことを打ち明け、相談することを躊躇する例も少なくありません。そのようなときは、つらい気持ちになることは通常の心理的反応であり、異常な反応ではない旨を説明、すなわち保証することが大切です。

そのうえで、強い不安や抑うつなどの精神症状が続くようであれば、精神保健の専門家につながる必要があります。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。

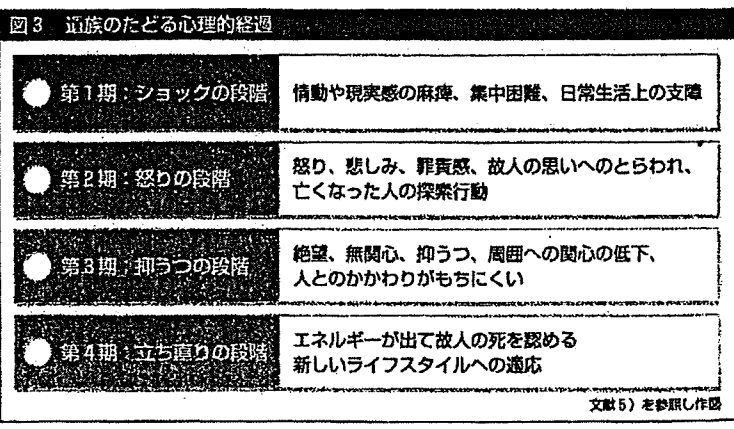
それでもためらうときは、これまで有効だった方法を試してみるのもいいでしょう。あるいは、友人や身近な親戚、知人といった周辺にいる支援者に気持ちを聞いてもらうように促してみるのもいいでしょう。

**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、もっとこうすればよかったと後悔したり、自分を責めたり、絶望の状態になったりすることは、死別体験により誰にも引き起こされる正常な心理的反応です。ときに抑うつ状態に陥ることもあります(図3)。

このような、家族との死別による悲嘆(グリーフ:grief)反応に対するかかわりは、「悲嘆





ア」「グリーフケア」という業で表現され、さまざまな試が行われています。

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

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

がん患者さんとの死別後に遺族が体験する悲嘆については、アメリカで興味深い調査データが報告されています。それによると、ホスピスケアを受けたがん患者さんの遺族とそうでない遺族との間には、生存期間に明らかな差が出たといえます。このデータは、がん患者さんに対する良いケアは、患者さん亡き後の遺族にも良い効果をもたら

す可能性を示唆するものであり、がん医療に携わる医療者として、非常に勇気づけられます。

**がん医療の地域完結型への移行に伴う患者・家族支援体制の構築を**

これまでがん医療は、病院完結型でがんの診断から看取りまでを行ってきました。しかしこれからは、入院治療にとどまらず、在宅を含む地域完結型へと移行することになります。

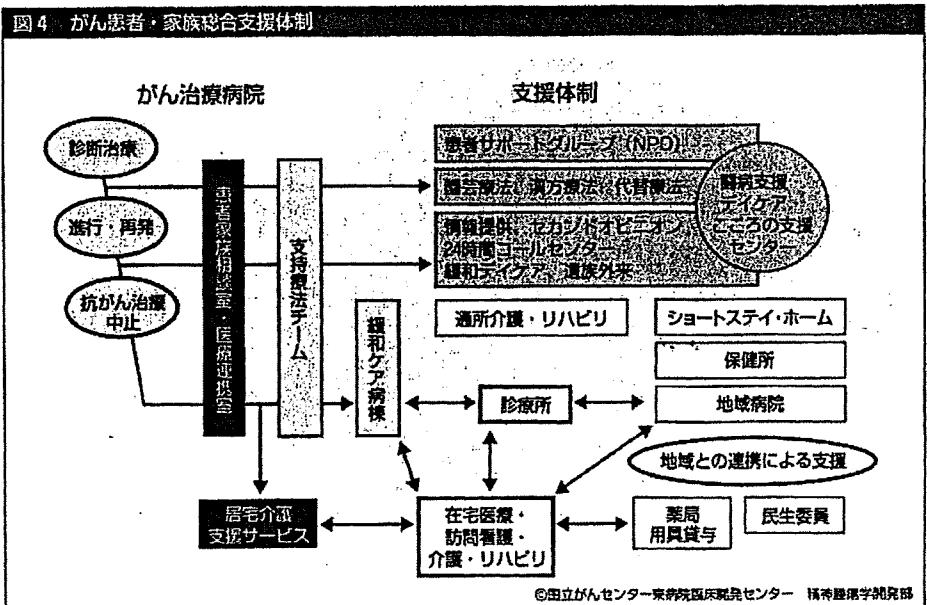
この変化に対応するため、国立がんセンター東病院では、「がん患者・家族総合支援体制」の構築(図4)を目指し、05年10月に支持療法チームを発足させました。

チームは、精神腫瘍科医師、緩和医療科医師、がん看護専門

看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、ソーシャルワーカーを中心メンバーに構成しています。がん患者さんと家族が抱えるさまざまなつらさや心配事を家庭や職場の視点から見つめ、がん治療のすべての臨床経過をサポートすることを目的に活動を行っています。

そこには、「闘病支援・ダイケア・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、小野雅也 ほか：終末期がん患者を介護する乳がん術後配偶者——心理的な負担と精神医学的な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修会資料、2007.
- 6) 内富廣介、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.

# サイコオンコロジー総論\*

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

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

## はじめに

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

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

がんの告知が燎原の火のごとく広がった1977年、米国屈指のメモリアルスロンケタリングがんセンター記念病院にPsycho-Oncologyは誕生した。心理学（サイコロジー）と腫瘍学（オンコロジー）を合わせた造語である。振り返ると精神医学、心理学のみならず免疫学、内分泌学、脳科学、

社会学、倫理学など多くの学問から成り立って発展してきており（表1）、がんが心に及ぼす影響だけでなく、心や行動ががんに及ぼす影響を明らかにすることにより、QOLの向上のみならず、がんの罹患や生存率、Quantity of lifeの改善を目指す（図2）。

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

## Quality of lifeの向上

現在、がんの情報（検査結果、診断、再発、抗がん治療の中止など）開示により、Life（生命、生活、人生）の危機に直面化させられる。地域差はあるものの、医療者は悪い知らせを伝えた後に生じる落胆、孤立感、疎外感、絶望などの通常の心理学的反応への対応から、急性ストレス反応、適応障害、PTSDやうつ病などへの精神医学的対

\* Psycho-Oncology : An overview

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

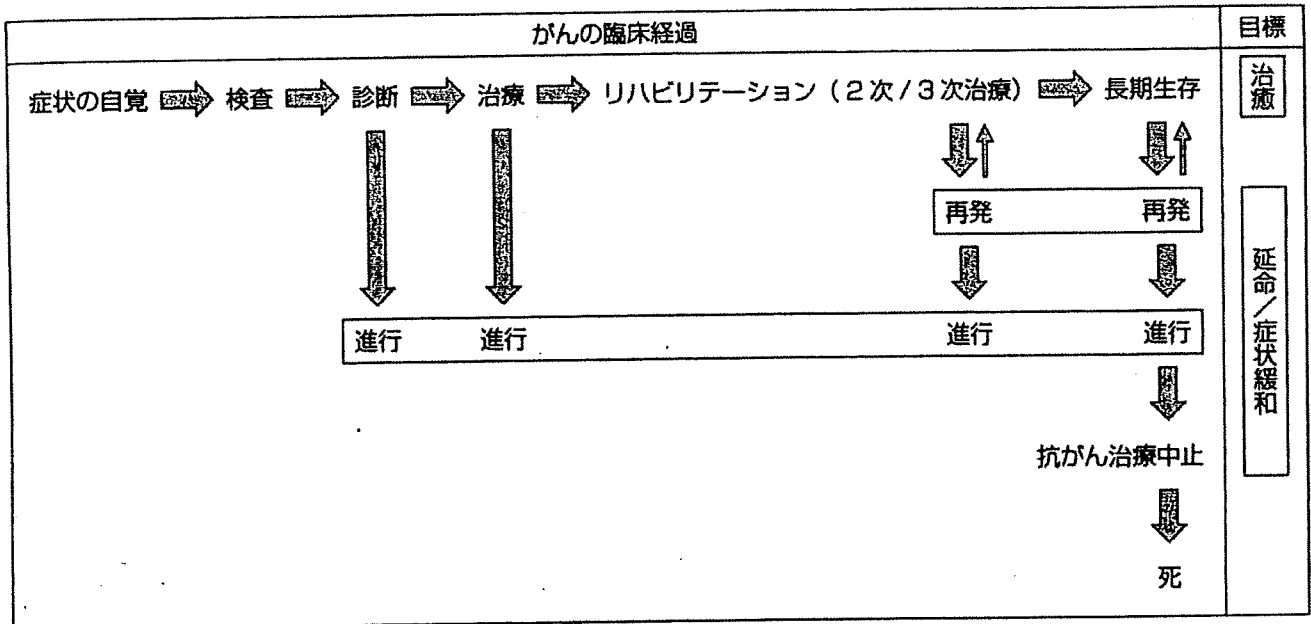


図1 がんの臨床経過と治療目標

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そうだ。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

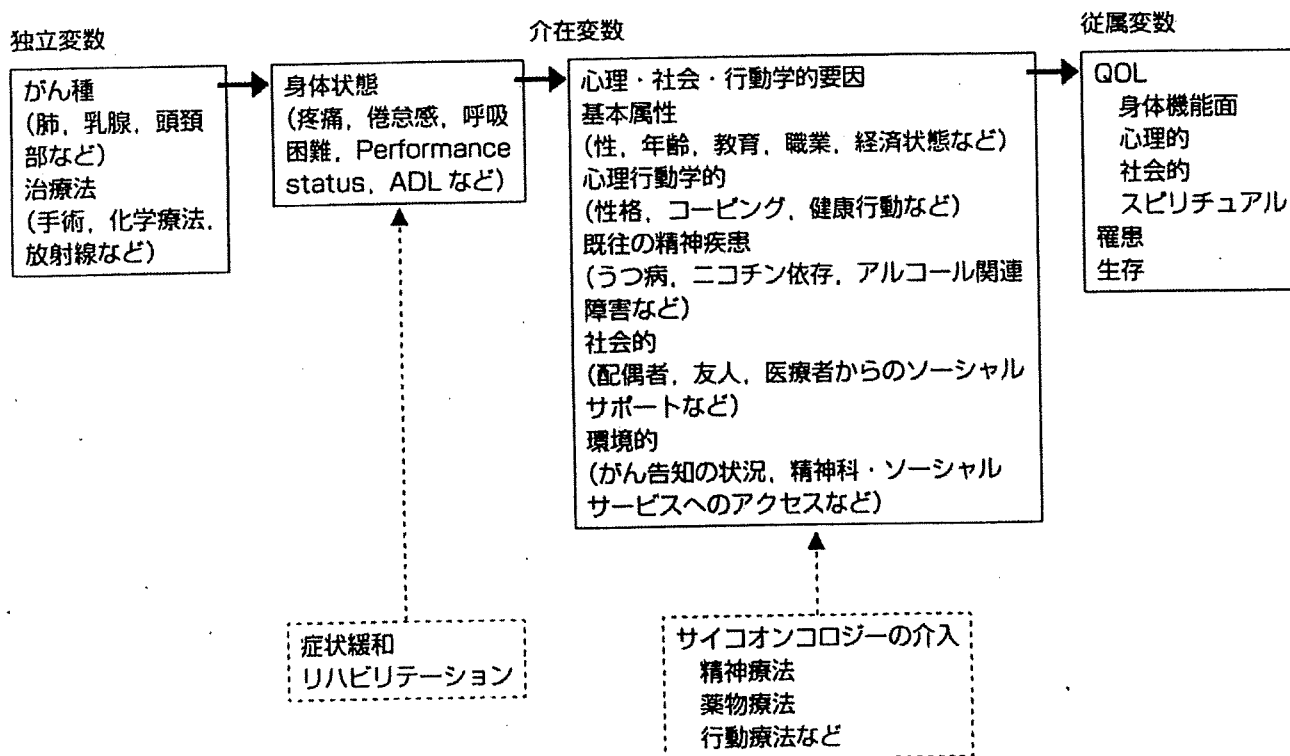


図2 QOLと罹患・生存に関するサイコオンコロジーモデル

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云える<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