

9.5.4.5 Bronchial Secretion

9.5.4.5.1 Rationale

We have encountered no intervention trials with a primary end-point of bronchial secretion. One large multicenter prospective observational study revealed no significant difference in the prevalence of bronchial secretion between patients receiving 1000 ml/day or more hydration during the last 3 weeks and those receiving no or less than 1000 ml/day. In that study, however, all patients had abdominal malignancy and the median hydration volume was relatively small (700 ml/day). Terminally ill cancer patients receiving a median of 1500 ml/day hydration experienced significantly more pronounced bronchial secretion than those receiving a median of 250 ml/day. This is consistent with an opinion-based survey and case report, suggesting that increased levels of hydration therapy could elevate the risk of developing bronchial secretion.

Available empirical evidence thus suggests that (1) a relatively large volume of hydration (e.g., 1500 ml/day or more) can worsen bronchial secretion and (2) in patients receiving a relatively small volume of hydration (e.g., <500–1000 ml/day), the hydration volume is minimally associated with the development of bronchial secretion.

9.5.4.5.2 Recommendations

R060: To alleviate bronchial secretion-related distress in terminally ill cancer patients who are expected to live for a few days:

- Artificial hydration therapy is reduced to 500 ml/day or less or discontinued. [B]

9.5.4.5.3 Application to other areas of palliative care

Artificial hydration therapy is closely associated with the palliative control of various symptoms, especially ascites, dyspnea, delirium, and bronchial secretion. Clinicians should maximize symptom control using an active combination of pharmacological, nonpharmacological, medical, and nonmedical strategies. In addition, a patient's decision regarding whether or not to receive artificial hydration reflects their values, or the concept of a good death, and, thus, could be related other medical decisions.

9.6 GUIDELINES

The guideline of the Japanese Society of Palliative Medicine summarizes the general recommendations (Table 9.10) (Morita et al. 2007). The author believes that this guideline is useful irrespective of cultural differences.

KEY FACTS REGARDING ARTIFICIAL HYDRATION FOR TERMINALLY ILL CANCER PATIENTS

- Artificial hydration is not only a medical, but also a psychological, social, and spiritual issue. Clinicians should make a decision from the viewpoint of a good death for each patient.
- An evidence-based guideline can be a useful resource to make clinical decisions.
- Periodic reevaluation is an important strategy to improve outcomes.

ETHICAL ISSUES

In the guideline, four specific recommendations are described as ethical recommendations (Asai et al. 1998). Of them, short descriptions of three recommendations are given as examples (Table 9.11).

TABLE 9.10
General Recommendations

[Respect for patient and family values, wishes, and individuality]

1. The aims of artificial hydration therapy should be consistent with the overall treatment goal on the basis of each patient and family value. Improvement of the laboratory findings and nutritional status alone is not a primary end-point for artificial hydration therapy
2. Patient and family wishes should be respected in the treatment decision
3. Artificial hydration therapy should be individualized for each patient and family situation. The routine use or non-use of artificial hydration therapy is not supported

[Evaluation]

4. The indication of artificial hydration therapy should be based on comprehensive assessment of the patient's overall quality of life, satisfaction, physical symptoms, survival, psychoexistential well-being, daily activities, and ethical and legal issues
5. Dehydration and/or water depletion in the terminal stage does not always cause discomfort to patients. Improvements in objective findings, such as laboratory findings, urine volume, and central venous pressure, are not primary end-points in artificial hydration therapy
6. The periodic reevaluation and timely adjustment of treatment regimens are essential to maximize the treatment benefit of artificial hydration therapy

[Maximization of the balance between benefits and burdens]

7. Artificial hydration therapy should maximize the balance between the benefits and burdens of artificial hydration therapy

[Importance of nursing and psychosocial care]

8. For terminally ill cancer patients suffering from a decreased oral intake, not only artificial hydration therapy, but pharmacological treatment to improve appetite, nursing care, psychosocial interventions, and support in the decision-making and daily activity are of great importance

[Summary of medical recommendations]

9. For terminally ill cancer patients with decreased oral intake due to a progressive malignancy-related etiology other than bowel obstruction and/or poor performance status, artificial hydration therapy alone is unlikely to improve the overall quality of life
10. For terminally ill cancer patients with a better performance status and decreased oral intake due to bowel obstruction, artificial hydration therapy can improve the overall quality of life
11. Artificial hydration therapy can worsen distress related to ascites, pleural effusion, and peripheral edema in terminally ill cancer patients
12. Artificial hydration therapy is unlikely to alleviate the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. Intensive nursing care is of the utmost importance to alleviate the sensation of thirst
13. In some terminally ill cancer patients, artificial hydration therapy can contribute to improve the quality of life through alleviating opioid-induced delirium and acute dehydration/water depletion
14. Subcutaneous hydration is appropriate for terminally ill cancer patients in whom an intravenous line is difficult to place and/or is distressing

SUMMARY POINTS

- The good death concept could explain how patients determine whether they do or do not receive artificial hydration therapy. The important domains include maintaining a good relationship with the family and medical staff, a natural death, fighting against cancer, unawareness of death, and not being a burden to others.
- Many Japanese prefer artificial hydration therapy not only for medical, but also psychological, social, and spiritual reasons.

TABLE 9.11
Summary of Recommendations Regarding the Ethical Aspects of Artificial Hydration Therapy Listed in the Guideline of the Japanese Society of Palliative Medicine

1. When a patient's wish is consistent with what is in their best interests as assumed by medical professionals
 - If a competent patient given sufficient information explicitly desires not to receive artificial hydration, physicians should not perform it on the basis of the patient's autonomy and assumed best interests
 - If a competent patient desires not to receive artificial hydration but has insufficient information, physicians should first provide sufficient information and, meanwhile, can choose not to perform hydration
2. When a patient's wish is inconsistent with the best interests assumed by medical professionals
 - If a competent patient given sufficient information explicitly desires to receive artificial hydration, physicians should first sufficiently reassess whether the patient's wish is explicit on being given sufficient information and whether medical professionals understand the individual values of each patient. After sufficient discussion with patients and medical professionals, the decision not to perform artificial hydration therapy is acceptable
 - If a competent patient does not want to receive artificial hydration but has insufficient information, physicians should first provide sufficient information and, meanwhile, can choose whether or not to perform hydration according to the patient's condition
3. When a patient's wish is consistent with the best interests assumed by medical professionals, but is inconsistent with those of family members
 - Physicians should: 1) first, sufficiently reassess whether the patient's and family's wishes are explicit given sufficient information, and whether medical professionals understand the individual values of each patient, and 2) coordinate a full discussion between patients and families to resolve any discrepancies. If a patient's wish is unchanged after sufficient discussion with him/her, the family, and medical professionals, the decision not to perform artificial hydration therapy is acceptable

- To minimize the actual treatment discrepancy and contribute to patient well-being, a clinical guideline is available from the Japanese Society of Palliative Medicine and increasingly being accepted in Japan.

NOTE

The clinical guideline (in Japanese) is available from the Web page of the Japanese Society of Palliative Medicine (<http://www.jspm.ne.jp/>).

REFERENCES

- Asai, A., S. Fukuhara, and B. Lo. 1995. Attitudes of Japanese and Japanese American physicians towards life-sustaining treatment. *Lancet* 346:356–59.
- Asai, A., Y. Miura, N. Tanabe, M. Kurihara, and S. Fukuhara. 1998. Advance directives and other medical decisions concerning the end-of-life in cancer patients in Japan. *Eur J Cancer* 34:1582–86.
- Miyashita, M., T. Morita, Y. Shima, R. Kimura, M. Takahashi, and I. Adachi. 2007a. Physician and nurse attitudes toward artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: Results of 2 nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Care* 24:383–89.
- Miyashita, M., T. Morita, Y. Shima, R. Kimura, M. Takahashi, and I. Adachi. 2007b. Nurse views of the adequacy of decision making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: A nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Care* 24:463–69.
- Miyashita, M., M. Sanjo, T. Morita, K. Hirai, and Y. Uchitomi. 2007. Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18:1090–97.
- Miyashita, M., K. Sato, T. Morita, and M. Suzuki. 2008. Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliat Med* 22:376–82.
- Morita, T., S. Bito, H. Koyama, Y. Uchitomi, and I. Adachi. 2007. Development of a national clinical guideline for artificial hydration therapy for terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 10:770–80.

- Morita, T., I. Hyodo, T. Yoshimi, M. Ikenaga, Y. Tamura, A. Yoshizawa, A. Shimada et al. 2005. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol* 16:640–47.
- Morita, T., I. Hyodo, T. Yoshimi, M. Ikenaga, Y. Tamura, A. Yoshizawa, A. Shimada et al. 2006. Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J Pain Symptom Manage* 31:130–39.
- Morita, T., M. Miyashita, M. Shibagaki, K. Hirai, T. Ashiya, T. Ishihara, T. Matsubara et al. 2006. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: A population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 31:306–16.
- Morita, T., Y. Shima, I. Adachi, and Japan Palliative Oncology Study (J-POS) Group. 2002. Attitudes toward terminal dehydration of Japanese physicians: A nationwide survey. *J Clin Oncol* 20:4699–704.
- Morita, T., Y. Shima, M. Miyashita, R. Kimura, and I. Adachi. 2004. Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer. *J Palliat Med* 7:683–93.
- Morita, T., Y. Tei, and S. Inoue. 2003. Agitated terminal delirium and association with partial opioid substitution and hydration. *J Palliat Med* 6:557–63.
- Morita, T., J. Tsunoda, S. Inoue, S. Chihara, O. Ishimoto, S. Shimada, N. Hisaoka, and M. Ito. 1998. The effect of hydration on death rattle and sensation of thirst in terminally-ill cancer patients. *Terminal Care* 8:227–32.
- Morita, T., J. Tsunoda, S. Inoue, and S. Chihara. 1999. Perceptions and decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *Am J Hosp Palliat Care* 16:509–16.
- Morita, T., Y. Tei, J. Tsunoda, S. Inoue, and S. Chihara. 2001. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 9:177–86.
- Morita, T., Y. Tei, S. Inoue, A. Suga, and S. Chihara. 2002. Fluid status of terminally ill cancer patients with intestinal obstruction: An exploratory observational study. *Support Care Cancer* 10:474–79.
- Yamagishi, A., F. Tanaka, and T. Morita. 2009. Artificial hydration therapy for terminally ill cancer patients: A nurse-education intervention. *J Pain Symptom Manage* 38:358–64.

lumière

専門医のための
精神科臨床
リュミエール

27

精神科領域からみた 心身症

【責任編集】石津 宏

中山書店

7. サイコオンコロジーの心身医学 —がん患者の心のケア

はじめに

“サイコオンコロジーの心身医学”というとき、まずは「がんに対して fighting spirit で取り組むと長生きをする」「グループ療法に参加すると長生きをする」といった研究を連想して、心身相関、精神免疫内分泌学のイメージをもたれる方も多くであろう。がんが心に与える影響と並んで心ががんに与える影響も二大命題である。

最近、心ががんに与える影響に関するメタアナリシスが発表されたが、統計学的にきわめて小さい有意な関連はあるものの臨床的意義に乏しく、さらに出版バイアスがあるとのことでいまだ結論づけられていない。やや下火のテーマになってきた¹⁾。本稿では、がん医療において必要な心身医学の知識として、がん患者の心の評価とケア、および支援体制の構築について扱うことにする。

心の評価とケア

まず、患者の心の状態を評価することが必要である。心は脳を含めた身体全体に宿る機能の一つであるので、手順は図1のように身体から見落としがないか評価していくこととなる。①痛みやだるさなど身体的評価はできているか、②うつ病やせん妄など精神症状の評価はできているか、③経済、介護、社会的支援の評価ができていだろうか。

図1の評価に沿って、そして患者ががんの臨床経過のどこにいて、治療目標がどこにあるのか(図2)を念頭において、心のケアを計画する(表1)。

図1に従うと、疼痛治療やリハビリテーション、マッサージなど身体を介する治療を行い、次にうつ病やせん妄など精神症状に対する治療を行う。そして、社会経済的支援である、患者会やピアサポートなどの場を提供することや、経済的相談や介護相談にのったりすることも広く心のケアとして重要である。こうして心のケアが計画的に、系統的に適切に組み合わせられると、心のケアは厚みを増してくる。

がんの心のケアは、第一に心理学的介入であろう(表1)。そのなかで

II. 精神科が得意とする心身医学の領域

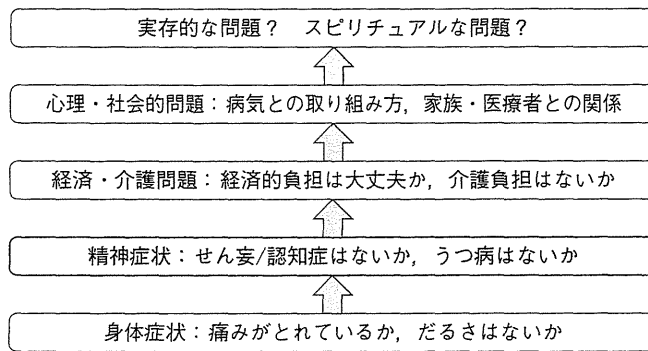


図1 心の評価の進め方

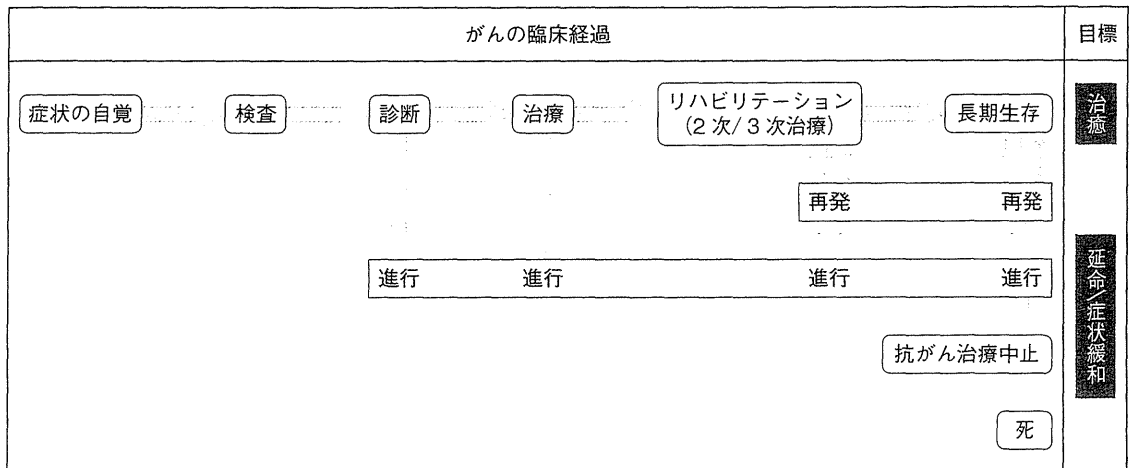


図2 がんの臨床経過と治療目標

も基本中の基本となるのは支持的精神療法である。他には、がん告知直後の患者への危機介入であったり、再発不安を和らげる認知行動療法的グループ療法であったり、自己コントロール感を増す漸進的筋弛緩法であったり、先進的なもので進行終末期のがん患者への実存的な精神療法など幅広く奥が深い。

心の状態の評価と支援体制の構築

緩和ケアチームで心の状態の評価と支援体制の構築について考える際、イギリス NHS-NICE で作成されたがん患者の支持・緩和ケアマニュアルは参考になるので、それを参照しながら概説する²⁾。表2のように、心の負担を通常レベルから重度の精神疾患まで大まかに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^{*1)}。

*1
これはあくまでもイギリス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合っており厳密に線を引けないことをお断りしておく。

表1 がん患者への心のケア

- I. 心理学的
 1. がん患者（個人/グループ）を対象に
 - ①支持的精神療法（supportive psychotherapy）
 - ②危機介入（crisis intervention）
 - ③認知行動療法（cognitive-behavioral therapy）
 - ④認知実存的療法（cognitive-existential psychotherapy）
 - ⑤対人関係療法（interpersonal psychotherapy）
 - ⑥行動療法-漸進的筋弛緩法（behavioral therapy-progressive muscle relaxation）
 2. 進行終末期の意味の喪失を標的に
 - ①ナラティブ療法（life review； life completion interviewing）
 - ②意味中心グループ療法（meaning-centered group psychotherapy）
 - ③尊厳療法（dignity therapy）
 3. 遺族の悲嘆を標的に
 - ①家族の悲嘆焦点療法（family-focused grief therapy）
 - ②複雑悲嘆療法（complicated grief therapy）
- II. 社会的支援・経済的支援・介護支援
 1. ピアサポート，患者会，家族会
 2. 経済的（高額医療費など）
 3. 介護
- III. 精神医学的
 1. 抗うつ薬
 2. 抗不安薬
 3. 睡眠導入薬
- IV. 身体的
 1. 痛み，倦怠感，呼吸苦など身体症状緩和（鎮痛薬，鍼灸など）
 2. リハビリテーション
 3. マッサージなど

第一段階から第四段階まで，日本の各施設，職種の事情に応じて柔軟に役割分担をチームで確認する。細部に拘泥すると縦割り無責任体制が生じるので，柔軟に，役割を交替しながら運用する。

心のケアの4段階は，がん患者をプライマリの医師・看護師などが直接担当する第一・第二段階と，心の専門家が担当する第三・第四段階に大別される（表2）。

第一段階

第一段階は，がん医療に携わるすべての医療者を対象に目標を立てている（表3）。まず，患者の心理的ニーズを認識することである。たった今聞いた悪い知らせを前に心配や不安をただ誰かに話をして整理を自らつけていく者も多い（簡易な危機介入）。心配，気がかり，いらだち，不安，落ち込み，抑うつ，怒り，悲しみ，疎外感，不確実感，絶望感，無力感，意味や自律性の喪失，時に喜びなどの評価である。院内や身近に心の専門家が十分に備わっていないからといって，一般的に心理的ニーズ評価は控えられてはいないだろうか。次に，疑わしいと思ったとしても精神保健の専門家へどう相談してよいのか，またタイミングを逸して抱え込んでし

表2 がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

- 第一段階：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：適切な情報提供，理解の確認，共感，敬意
- 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，家庭医など）
 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：危機介入，支持的精神療法，問題解決技法などの心理技法
- 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：カウンセリングと精神療法（不安マネジメント，解決志向的アプローチ）
- 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，パーソナリティ障害，薬物乱用，精神病性障害を含む，複雑な精神的問題，自殺）
 介入：薬物療法と精神療法（認知行動療法）

（イギリスがん患者の支持・緩和ケアマニュアル，NHS-NICE，2004より）

表3 がん医療に携わるすべての医療者に必要な第一段階の心のケアの目標

- ① がんを抱えた患者・家族に対して誠実に温かく接することができる
- ② 人として親切に，尊厳，尊敬の念をもって接することができる
- ③ 支持的対人関係を構築し維持する（指示的ではない）
- ④ 適切な情報提供，理解の確認
- ⑤ 精神保健の専門家へつなげる場合，実際には，具体的な紹介の言葉がすぐに思い浮かばないので，地域，各施設で紹介の言葉を一緒に作成し，周知しよう
 例：「気持ちのつらさについて，専門家に話してみただけでもできますが，いかがでしょうか？」
- ⑥ がんになって周囲，社会から阻害されている感覚に陥っていることに安心できる言葉をかけよう
 例：「誰もが自分一人だけ弱いのではない，そういうふうにお感じになっておられますよ。あなただけではありませんよ」
- ⑦ 精神科受診という置かれた立場に共感を示すこと
 例：「心の相談や，精神科の受診といわれるとためられる方も多いのですが，よかったですら気がかりなことを話していただけませんか？」
- ⑧ うつ病や適応障害に相当しない患者の相談も多いが，心の病気ではないからといって追い返したりはしない，臨床的に現在問題がない程度であっても将来につなぐ対応をする
 例：「現在の状態は，誰もが陥るストレス状態ですが，将来，悪化の兆しがあれば早目に顔を見せていただくと助かります」

まっていないだろうか。

介入は支持的精神療法の基本を用いて，適切な情報提供，理解の確認，共感，敬意を目指す（表3）。適切な情報提供および理解の確認により，不確実な知識や知識の欠如に起因して生じている不安感や絶望感を改善することにある。患者の誤解であることがわかっていても即座に指摘するのではなく，まず，これまで医療スタッフから患者にどのような説明が行われてきたのか，患者はそれらをなぜそのように理解し受け止めたのかを理解する必要がある。絡んだ糸を解きほぐすように情報を整理し誤解を明確にししながら，患者の誤った思い込みを訂正し，患者の置かれている状況について保証を与えることは無用な心配や不安を軽減する。

表4

- ① ス
- ② が
- ③ ケ
- ④ 信
- ⑤ 危
- ⑥ 生

第二

第二
 なス
 ィン治
 療入
 れて
 持的
 精神
 ●危機
 こオ
 仕方
 目標
 と
 がん
 注
 生（
 らせ
 ●危機
 医療
 に接
 す
 感，
 怖
 つけ
 て
 具体
 的
 定薬
 キ
 入で
 終
 する。
 ●支持
 がん
 感，
 悲
 死の
 受

表 4 訓練した医療者が獲得できる第二段階の心のケアの目標

- ① スクリーニングができる
 - がんの診断時
 - 治療時
 - 再発時
 - 抗がん治療中止時に
- ② がんの影響をスクリーニングできる；日常生活、気分、家族関係、仕事など
- ③ ケアとしては、心配や気持ちの吐露を促す
- ④ 信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する。これらにはある程度の研修は必須である。医療研修推進財団が主催するがん診療に携わる医師を対象に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
- ⑤ 危機介入、支持的精神療法、問題解決技法を提供する
- ⑥ 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

第二段階

第二段階は、ある程度の知識と技術を伴う。したがって、訓練と定期的なスーパービジョンが必要である。がんの診断時、治療時、再発時、抗がん治療中止時などストレスが高まる際の心の反応の軌跡をあらかじめ頭に入れておいて、それに備えてスクリーニングを行い、ケア（危機介入、支持的精神療法）を提供する（表 4）。

●危機介入の目標は

これまで経験したことがない危機状態であり、しかもこれまでの対処の仕方では乗り越えられない危機状態から一時的に退避させ、安全の確保を目標とする。がんの場合、命の危機と人生の危機がある。がんや再発、抗がん治療中止など命（life）を脅かす悪い知らせを聞いた直後、そして人生（life）の課題の危機で、仕事、育児などを断念せざるをえない悪い知らせを聞いた直後である。両方ともに life の危機である。

●危機介入の実践

医療者は、まず、安心できる部屋を確保し、強い感情を吐き出せるように接する。ひとしきり、診断の遅れなど、怒りや不満、不安、恐れ、絶望感、悔しさ、恨みなど激しい感情を 20～30 分吐露した後、自然に整理をつけていく者も少なくない。そうでない場合は、担当医や看護師を介して、具体的な対処を行う。家族に安全確保のため連絡をつけたり、主治医に安定薬や専門家につなげるなどの指示を仰いだりする。通常は、その日の介入で終えるが、遷延する場合は精神医学的診断を含め専門医の受診を考慮する。

●支持的精神療法の目標は

がんによって生じた不安、落ち込み、怒り、不眠、役割変化に伴う喪失感、悲嘆など、心の苦痛の軽減を当面の目標とする。誰もが病気の受容や死の受容といった目標を必ずしも目指すのではない。Kubler-Ross の名著

* 2
否認→怒り→取り引き→抑
うつ→受容.

『死ぬ瞬間』のなかで終末期がん患者の5つの心理過程^{*2}が扱われたため、それを讀んだ医療者が無意識に死を受容させようさせようと働きかけてしまうといった負の遺産もある。心のケアの基本の目標はまず、患者が今ここで抱えている負担や苦痛 (here and now) を軽減することを目標にすることにあるので気をつける必要がある。心の苦痛が軽減すると、自らの心を立て直すための当面の問題解決能力が増し、自己コントロール感、自尊心、闘病意欲が回復してくる。

●支持的療法の実践

医療者は、個々の患者における病気の与える意味を探り、理解し、そのうえでこれまで過去に行ってきたその人なりの病気との取り組み方を一緒に話し合っ、そのなかから患者の望む取り組み方を選び当面の困難を乗り越えていけるよう支えていく。

そのためには過去の取り組み方を話し合う必要がある。信頼関係ができる前から根掘り葉掘りというわけにはいかないが、切り出す言葉が必要である。もちろん、患者が自発的に語る情報の内容も手がかりになる^{*3}。

さらに、情報がそろってきた段階では、学校、友人、仕事、育児、家庭など人生の節目となる課題に沿って、患者の生い立ち、人生の苦楽の経験、価値観、生活信条などのイメージをまとめあげる。患者の人生の縦軸に沿って現在患者のおかれた状況をふまえて苦痛を理解し、その理解できたことを医療者の表情や態度を通して、時には口に出してフィードバックをしていく。そうすると、患者の表情が緩み、突然、眉間の皺が緩む瞬間がある。「あー、やっと、私の苦しみがわかってもらえた」「誰にもわかってもらえないとあきらめていましたけど、よかったー」と笑顔で語られる。これこそが、心のケアの基本、苦痛を和らげるための治療となる瞬間である。薬による鎮痛ではないが、心のケアはまさに強力な鎮痛薬である。

このためには治療者はまず、患者が今まさにここで感じている気持ち、特に恐れや不安の表出を促し、それらを共感し、非現実的な情報を与えるのではなく、現実的な範囲で保証を与えていく。患者のおかれた状況に添って苦しみか医療者に今まさに理解されたと患者に感じられたとき、それがまさに治療的となる。

実践例

患者「俺、だめなんじゃないかと思う」

医療者「(沈黙) …だめでは…ないかと…思われたのですね (共感)」

患者「そう、そうなんだよ」

医療者「…今の体のだるさでは、そう思われるのは当然です…よね (承認)」

患者「わかって…もらえますか (表情が少し緩む)」

医療者「…今、一番気がかりにされていることは何でしょうか? (探索)」

患者「それが…」

医療者「…具体的な計画がありますか?」

* 3
例：初めてお仕事をされたのはおいくつのおきでしたか？ 初めてのお子さんが生まれたのは？ 一番充実されていたときはどのようなときですか？ その逆はいかがですか？ そのときどのような取り組み方で対応されましたか？.

患者「こ
画な
医療者「…

第三段

第三段
の心の状
は生活に
ても患者
対応して
神保健の
構築)を
第三段
ピリチュ
し解決す
エゾン)
法を、場
て対応策

第四段

第四段
のもと、
障害、ア
う。わか
の5つて

●精神症

がん患
人妄で迷
目指す。

- ・医師、
- ・患者・
- ・スクリ
- ・進行カ

●心理的

患者・
不安、発
加え、異
応じて医

患者「これだけ（娘の結婚式、息子の就職、孫の誕生、入園式、仕事の計画など）はね、やりたいんだよ」

医療者「…それはできると思いますよ/少し急いだほうがよさそうですね」

第三段階

第三段階は、狭義の精神保健の専門家レベルとなる。この第三段階以上の心の状態の見極めは、その心の問題により苦痛が著しいレベルかもしくは生活に支障をきたしているレベルか否かにより判断する。傾聴で対応しても患者の状態が変わらないときはまず疑う。すなわち支持的精神療法で対応しても繰り返し患者の同じ言動が観察されるときである。そして、精神保健の専門家^{*4}につなぐこと、さらに常時つなげる体制（人間関係の構築）を整えることが重要である（図1、表3）。

第三段階では心の負担のなかでも軽度～中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題などの適応障害レベルや医療スタッフとの関係を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ心理職や精神看護専門看護師（リエゾン）に相当。難渋する依存、否認、退行などについて評価とその対応法を、場に応じて医療チームで共有し、病棟カンファレンスなどを開催して対応策を練る。

第四段階

第四段階は、精神科医、博士号取得の臨床心理学者が、精神医学的診断のもと、重症のうつ病、せん妄/器質性脳障害、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法を行う。わが国では、精神科医、心療内科医などが相当する。活動内容は以下の5つである。

●精神症状緩和の周知と体制構築

がん患者の主要な精神症状は、適応障害（不安、抑うつ）、うつ病、せん妄で過半数を占める。これらの精神症状に対する早期発見、早期治療を目指す。

- ・医師、看護師向けに精神症状緩和に関する院内研修会を行う。
- ・患者・家族向けのリーフレットを作成する。配布する^{*5}。
- ・スクリーニング（つらさの寒暖計）を医療者に配布する。
- ・進行がん患者のうつ病に対する薬物療法アルゴリズムを利用する、など。

●心理的プロセスの評価とその援助

患者・家族の心理的プロセスの評価を行い、現場のスタッフに還元する。不安、怒り、疎外感、不確実感、絶望感、無力感、意味や自律性の喪失に加え、難渋する依存、否認、退行などについて評価とその対応法を、場に応じて医療チームに還元する。

* 4
精神科医、心療内科医など。

* 5
国立がんセンターがん対策情報センターからダウンロード可能。
<http://ganjoho.jp>

II. 精神科が得意とする心身医学の領域

* 6
特に依存、退行、否認の強い症例や自殺。

●カンファレンス

定期的な緩和ケアチームカンファレンスやコンサルテーショングループでのカンファレンス、さらに症例に応じて病棟カンファレンス*6をもつことを通して、患者家族へのケアの最適化を計る。具体的内容は、問題の評価、目標の設定や優先順位の見直し、チーム内での役割の再確認、症状緩和法の調整などである。

●スタッフへの教育とケア

教育は、診療、研修会、カンファレンスのほかに、看護研究の相談を通して行う。また、スタッフのケアに関して個別に相談を行う。

●早期からの病診連携

終末期の場の設定に関しては、患者、家族双方からの相談は多く、より早期からの介入が望まれる。特に再発後や積極的抗がん治療から終末期への移行に際して、意思決定に大きく影響する精神症状の緩和に関する相談は多い。早期介入を促すためにも精神科受診を促す看護師に対するコミュニケーション技術研修は重要である。

おわりに

本項では、がん患者の心のケアの基本について概説した。また、後半では緩和ケアチームが心の評価と支援体制の構築を進めるために全体像を俯瞰する視点で、イギリス NHS-NICE 支持・緩和ケアマニュアルを参照しながら概説した。今後の優先課題は、支持・緩和ケアマニュアルのすべての医療者を対象にした第一・第二段階の教育訓練活動と、第四段階の精神腫瘍医との連携構築が課題となり、精神腫瘍医の養成が特に急がれる。

(内富庸介)

引用文献

- 1) Chida Y, et al. Do stress-related psychosocial factors contributed to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 2008 ; 5 (8) : 466-475.
- 2) National Health Services (NHS)-National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on Cancer Services : Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. 2004.
- 3) 内富庸介, 藤森麻衣子 (編). がん医療におけるコミュニケーションスキル. 東京 : 医学書院 ; 2007.
- 4) 小川朝生, 内富庸介 (編). 精神腫瘍学クイックリファレンス. 東京 : 創造出版 ; 2009.

参考文献

- ・山脇成人 (監修), 内富庸介 (編). サイコオンコロジー : がん医療における心の医学. 大阪 : 診療新社 ; 1997.
- ・内富庸介 (監訳). 緩和医療における精神医学ハンドブック. 東京 : 星和書店 ; 2001.

Memo

日本サイコオンコロジー学会ホームページ
<http://www.jpoc-society.org/>
国立がんセンター精神腫瘍学グループホームページ
<http://pod.ncc.go.jp/>

はし

厳密に本以外に
つある。
“Psychic
関に関
関誌を
アメ
精神医
である。

コ

アメ
1939年
われた。
れまで
る。第
数か所
二は19
究基金
が確保
提唱さ
そし
た国際
が輸入
広まり
まれた
があっ
済的な

「昨日、膵臓がんだと告げられました」、 と打ち明けられました。

● がんの治療の流れと心の軌跡

- がんの治療は、検査から始まり、診断、初回治療、(治癒・寛解)、再発、再発治療、終末期、死と、非常に長い経過を辿ります。
- その経過のなかで、心の反応はどの時期においても出現する可能性があります。
- がん治療の流れに沿った心の軌跡を想定しておくことで患者さんの心の状態がイメージでき、対応しやすくなります。
- ただし、患者さんの心の反応は人それぞれ表れ方が異なります。さまざまな形で混じり合っている場合や、解決したかのように思えた感情が再び表れることもあります。
- 患者さんの変化する心の反応を知るためには、積極的に声をかけると同時に、表情や態度など注意深く観察することが大切です。

Point ▶ がん患者さんのケアをする上で、あらかじめ患者さんに生じる通常の心理的反応を知っておくと対応しやすくなります。

● がん告知を受けるまでの心の軌跡

1. 症状を自覚したとき

- 症状を自覚したときから心理的反応は始まります。

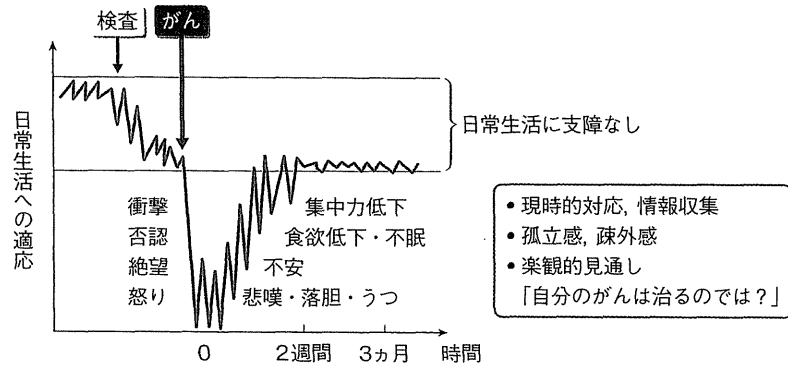


図1 がんに対する通常の心の反応とその対応
(山脇・内富, サイコオンコロジー, 1997)

- 「もしかしたらがんかもしれない」と考えながらも一方で「いやいや、考え過ぎにちがいない」「検査してみないとわからない」と、がんの疑いを打ち消しながら、普段通りの生活を送っています。

2. 検査を受けるとき

- 検査を受ける最中は、「悪い結果だったらどうしよう」という思いと「きっと大丈夫だろう」という思いとの間で気持ちが大きく揺れ動いています。
- 見慣れない機械に囲まれて検査を受ける患者さんは非常に緊張感が高まっています。
- 一つのことに意識が集中してしまい、そのほかのことに注意が向かないこともあります。

Point ▶ この時期の患者さんは、ちょっとしたスタッフ同士の会話や小さく漏らした声に敏感に反応することがあるので、対応には十分な配慮が必要です。

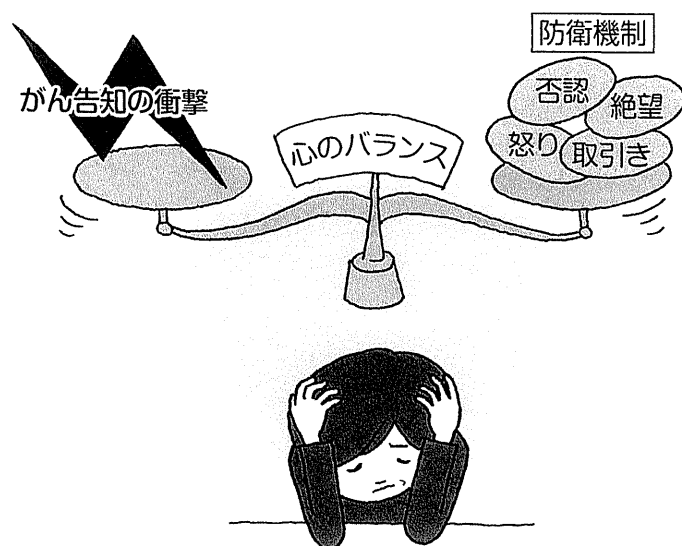
3. 診断・告知

- がんの診断・告知を受けるということは、患者さんにとっては生命の危機に曝される衝撃的な経験です。
- がんの告知直後には衝撃を受け「頭が真っ白になった」「どうやって家に帰ったか覚えていない」「先生が何を話したか覚えていない」と表現する患者さんがたくさんいます。
- このような大きな衝撃から自身の心を守るために起こる反応を**防衛機制**といいます。
- 最初に起こる防衛機制は、「何かの間違いだろう」「まさか私のがんのはずがない」といった“信じないこと＝否認”です。
- そのほかにも、「もうダメだ」「何をやっても死んでしまうんだ」と絶望感を感じたり、“怒り”（「何で私がこんな目に遭うんだ！」「なんでもっと早くわからなかったのか！」）や“取引き”（「自分は健康に気をつけてまじめにやってきたので、自分に限っては良い新薬があるに違いない」といった防衛機制を状況に応じて使って心のバランスを保とうとします。
- 「自分の行いが悪かったのだろうか」「あのとき気をつけていれば…」と自分を責める人もいます。

Point ▶ 衝撃的な事実から心理的な距離を置いて自分の心を守ろうとする作用を**防衛機制**といいます。

▶ 防衛機制は誰にでも起こりうる、健康的な反応の一つです。

- しばらくの間は不安や落ち込みの強い状態が続き、不眠や食欲不振などの身体症状や集中力の低下を感じ、一時的に日常生活へ支障をきたすこともあります。



- このような状態は、通常1週間から10日で徐々に軽減し、新たな生活に適応し始めます。
- 適応が始まると、患者さんは情報を整理し、現実の問題に向き合うことができるようになり、「つらいけど何とか治療を受けていこう」と、前向きな気持ちを持てるようになります。
- たとえ進行がん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」と、楽観的な見通しを持つのが一般的です（健康的な否認）。

Point ▶人は衝撃的な出来事を経験し一時的に心が不安定になっても、徐々に新たな状況へ適応していく力を持っています。

● どのように対応しますか

- 「昨日、膵臓がんだと告げられた」ということは、大きく心が動揺している時期と推測されます。
- 最初の2～3日は衝撃も大きく、周りの人の話が耳に入っていない可能性もあります。
- 沈黙を十分にとり、気持ちに配慮しながら少しずつ必要な情報提供を行きましょう。
- 誰とも話をしたくないと感じている患者さんもいます。
- その場合には、「いつでもお話を聴きますよ」「何かあったら遠慮なく声をかけてくださいね」と一言伝えて、静かに見守ることも必要です。
- そして、患者さんから話題提供があったタイミングを逃さず、できる限り話を聴く時間を設けることが大切です。

Point ▶心理的なサポートには積極的なアプローチだけでなく、見守りも有効です。

- 「自分だけ弱いのではないか」「自分だけが受け止められないのではないか」と不安になるのは当然です。
- 多くの人が経験するものであるということを伝えることで、患者さんは「自分だけではないのだ」と感じることができ、安心につながります。
- 患者さんのなかには、「家族に心配はかけたくないから」と、自身のつらい気持ちを表現できずにいる人もいます。
- 患者さんが話をするだけの気持ちのゆとりができてきたら、がんの症

状の自覚から現在までを患者さんと一緒に振り返ってみましょう。

- 情報を整理しながら気持ちの表出を促し理解を示すことで、より良いコミュニケーションが生まれ、適応を促進します。

CASE こんな具体例から考えてみましょう

- 病棟の看護師さんから「不安が強い患者さんがいる」「色々説明はしているのだけど、なかなか軽減されない」と相談がありました。
- これから行う治療は十分に効果が期待できる状況であると医師から伝えられているにもかかわらず「本当はもっと悪いのではないか」と繰り返していたそうです。
- 患者さんは70歳代の女性です。半年ほど前から胃部不快感が続き、かかりつけの医院に通っていましたが、症状が改善しないということで精密検査を行ったところ、胃がんが見つかりました。
- 外来の診察室でがん告知を受けた後、数日後に手術のために入院となりました。
- 患者さんに会いに行くと、症状の自覚から検査を受けてがんの診断を受けるまでの経過について自ら語り始めました。
- そして、治療について「本当に大丈夫でしょうか」「手術の後はどうなるの?」「いろいろ考えると不安で仕方がない」などと訴えました。
- その後、ふっと寂しそうな表情を浮かべてうつむき、しばらく黙り込んでしまいました。
- そのまま患者さんが話し始めるまで黙って待っていると、「実は去年のちょうど今頃、主人も同じようにがんで入院したんです」と語り始めました。

- 患者さんのご主人は、ちょうど1年前に体調不良で病院を受診したところ、肝臓がんが見つかり、多臓器転移も認めため積極的な抗がん治療は見合わせて緩和医療を受けたけれども、3ヵ月後に逝去されたということでした。
- 患者さんは、そのときの状況と自分の経過を重ね合わせて、「自分も同じ道を辿るのではないか」という思いを抱えていることがわかりました。
- この患者さんは、告知直後の通常の反応に加え、同じような病気でご主人を亡くしたという経験が加わり不安が強まっているようでした。
- さらに、「主人が亡くなって、まだ一人暮らしにも慣れなくて寂しい毎日だったのに、この先病気を抱えて生きていくと思ったら一人暮らしを続ける自信がない」と語りました。
- 患者さんには娘さんがいて、今回の治療にも快くサポートを申し出て面会にも毎日訪れていましたが、「娘には心配かけたくないから、主人が亡くなったあとは平静を装って、心の内は話したことがない」とのことでした。
- 当初は過剰な不安かと捉えましたが、話を聴いていくうちに「なるほど、患者さんが心配になるのも無理はないな」と思うようになりました。
- そこで、話の合間に「ご主人さんのときの状況と重なって不安になったのですね」「ずっと一人でがんばってこられたのですね」「つらかったでしょう」「お話しを伺って少し〇〇さんが心配されていることがわかってきました」と伝えました。
- 患者さんは涙を流しながら「やっと気持ちを吐き出せました」「たくさん話をしたらスッキリしました」と語り、笑顔で面談を終えました。

- ◎面談後、患者さんの同意を得て受け持ち看護師と情報を共有し、受け持ち看護師がこまめに声かけをしながら心理的サポートを継続しました。

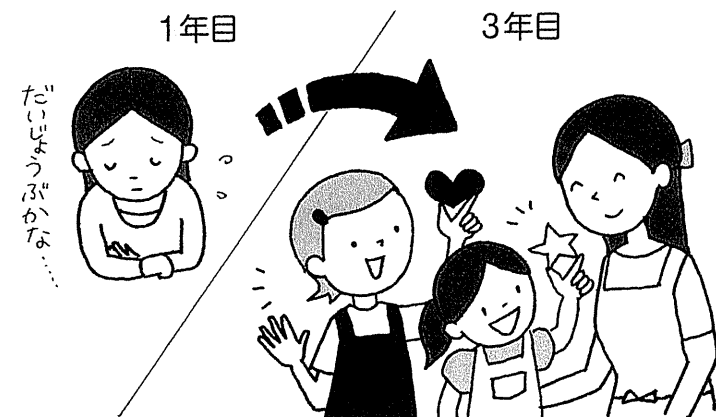
- Point** ▶その患者さん固有の『物語』を聴くことで患者さんの理解が深まり、コミュニケーションがとりやすくなります。
- ▶話を聴いてもらうだけで気持ちが楽になり、適応がスムーズにいくことも大いにあります。
 - ▶一度話題の共有ができると、その後は簡単な声かけのみでも十分にサポートにつながります。

(馬場華奈己・内富庸介)

「再発したらしいのですが…」

CASE まずはこのCASEをみてみましょう

- ◎Aさん(40歳代、女性)は、5年前に乳がんの手術を受け、その後、ホルモン療法を続けてきました。
- ◎Aさんは術後5年間を振り返って、「初めの1年は毎日病気のことばかり考えて、どうやって過ごしたかあまり覚えていない」「あんなに苦しんでいたのにだんだんと慣れるものですね。3年もしたら悩むことは子どものことのほうが多くなっていました」と語りました。
- ◎しかし、年に1回のCT検査の日が近づくと、無性にイライラして子どもを叱ってしまったり、緊張して眠れない日が数日続くそうです。



◎面談後、患者さんの同意を得て受け持ち看護師と情報を共有し、受け持ち看護師がこまめに声かけをしながら心理的サポートを継続しました。

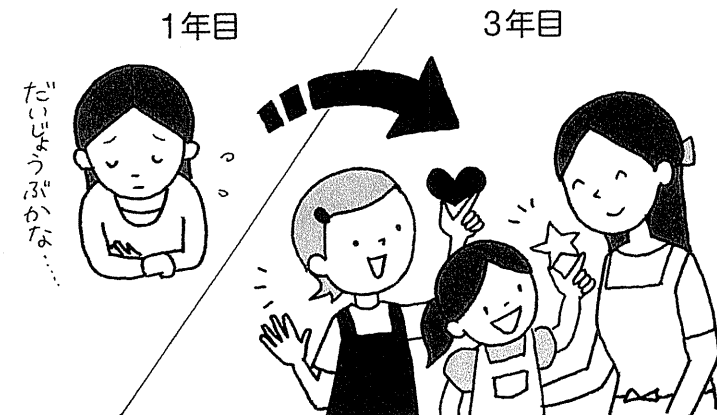
- Point** ▶ その患者さん固有の『物語』を聴くことで患者さんの理解が深まり、コミュニケーションがとりやすくなります。
- ▶ 話を聴いてもらうだけで気持ちが楽になり、適応がスムーズにいくことも大いにあります。
- ▶ 一度話題の共有ができると、その後は簡単な声かけのみでも十分にサポートにつながります。

(馬場華奈己・内富庸介)

「再発したらしいのですが…」

CASE まずはこのCASEをみてみましょう

- Aさん(40歳代、女性)は、5年前に乳がんの手術を受け、その後、ホルモン療法を続けてきました。
- Aさんは術後5年間を振り返って、「初めの1年は毎日病気のことばかり考えて、どうやって過ごしたかあまり覚えていない」「あんなに苦しんでいたのにだんだんと慣れるものですね。3年もしたら悩むことは子どものことのほうが多くなっていました」と語りました。
- しかし、年に1回のCT検査の日が近づくと、無性にイライラして子どもを叱ってしまったり、緊張して眠れない日が数日続くそうです。



- そして、検査の結果は早く知りたいと思いながらも、逃げ出したいくなる思いを必死に押さえて診察室に入るのだと言います。
- 術後4年が経ち、先生から転移がないことを告げられてホッと胸をなで下ろし、心配しすぎていた自分を笑い飛ばせるようになったそうです。
- 5年目の検査前も同じような緊張感を感じていましたが、どこかで「きっとまた大したことはなかったと笑えるはず」「ここまで何事もなくきたのだから大丈夫！」と前向きに考えながら検査を受けました。
- とはいえ、診察室に入った瞬間は、やはり逃げ出したい気分には変わりありませんでした。すがるような気持ちで先生の顔を見ると、いつもの笑顔はありません。
- Aさんはすぐに結果を察したのです。「何かあったんだ。大丈夫なんて、馬鹿なことを考えてしまったからこんなことになったんだわ」と自分を責めました。
- CT画像をみると肺に1センチ程度の影が数個あるのがわかりました。
- 先生は「検査したところ、肺転移がありました。幸いどれも小さいものなので今のところ心配ありませんよ」と伝えました。
- 続けて今後の治療について説明を始めたのですが、Aさんの耳には「肺転移」という言葉しか届いていません。
- そして、「今死んだら子どもたちはどうなるんだろう」「子どもたちにどう伝えようか」「下の子が小学校に上がるまでは生きていられないかもしれない」という考えが頭のなかいっぱいになりました。
- 先生にありったけの勇気を振り絞って「私の命はあとのくらい持ちますか？」と聴くと、先生は静かに「薬剤を変えて治療を続けていく



ことで、今まで通りの生活を送ることができます。すぐに死ぬことはないのでそんなに心配しなくても大丈夫ですよ」と答えました。

- Aさんは安心するよりも、むしろ、「こんな衝撃的なことがわかったのに、なぜ先生はそんなに冷静でいられるんだろう」「私を勇気づけようとして嘘をいっているのかもしれない」と不安が強まってしまいました。

● 時間の経過を追って考えてみます

1. 初期治療から1年間

- あわただしく進んだ初期の集中的な治療が終わると、医療者や家族、同病者からの過剰なほどのサポートから解放され、“がん患者”として健康な人のなかに戻っていくことになります。
- 6ヵ月から1年を目処に、治療に関連した身体状態は徐々に回復し、身体に関する不安・恐怖は弱まっていきます。