

表1 がん患者対象の質問促進パンフレット(QP)の主な研究(RCT)

| Author<br>(年, 国)        | Stage<br>(対象者数)    | Group                   | QP<br>項目数 | Outcome<br>質問数               | 質問<br>(予後)                | 面談満足度                             | 有用性   |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|-----------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Butow<br>(1994, 豪)      | 全病期<br>(142)       | ① QP                    | 11        | 平均値5.5 <sup>1)</sup><br>NS   | ① 35%*<br>② 16%           | ① 87%<br>② 89%                    | —   |
|                         |                    | ② General Info          |           |                              |                           |                                   |   |
| NS                      |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| Butow<br>(2004, 豪)      | 全病期<br>(164)       | ① QP+病院案内冊子             | 19        | 平均値<br>① 13*<br>② 9          | 中央値<br>① 1*<br>② 0        | NS <sup>2)</sup>                  | —   |
|                         |                    | ② 病院案内冊子                |           |                              |                           |                                   |   |
| NS <sup>2)</sup>        |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| Brown<br>(1999, 豪)      | 全病期<br>(60)        | ① QP+質問奨励               | 17        | 中央値<br>①+② 14*<br>③ 8.5      | 中央値<br>①+② 1<br>③ 0       | 中央値<br>①+② 107/125<br>③ 108/125   | —   |
|                         |                    | ② QP+質問奨励<br>+コーチング(患者) |           |                              |                           |                                   |   |
|                         |                    | ③ No QP                 |           |                              |                           |                                   |   |
| NS                      |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| Brown<br>(2001, 豪)      | 全病期<br>(318)       | ① QP                    | 17        | 中央値9 <sup>1)</sup><br>NS     | 中央値<br>①+② 0*<br>③ 0      | NS <sup>2)</sup>                  | —   |
|                         |                    | ② QP+質問奨励               |           |                              |                           |                                   |   |
|                         |                    | ③ No QP                 |           |                              |                           |                                   |   |
| NS <sup>2)</sup>        |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| Clayton<br>(2007, 豪)    | 進行<br>終末期<br>(174) | ① QP+質問奨励               | 112       | 平均値<br>① 5.4*<br>② 2.3       | 平均値<br>① 0.9*<br>② 0.4    | 平均値<br>110/125<br>110/125         | —   |
|                         |                    | ② No QP                 |           |                              |                           |                                   |   |
| NS                      |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| Bruera<br>(2003, 米)     | 全病期<br>(60)<br>乳がん | ① QP                    | 22        | 平均値<br>① 10.3<br>② 8.7<br>NS | 平均値<br>① 1<br>② 0.6<br>NS | 平均値<br>① 8.7/10<br>② 9.0/10<br>NS | 3項目の平均値<br>① 8.4/10<br>② 6.6/10<br>3項目中, 2項目* |
|                         |                    | ② General Info          |           |                              |                           |                                   |   |
|                         |                    | (乳がん)                   |           |                              |                           |                                   |   |
| NS                      |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| 質問項目数                   |                    |                         |           |                              |                           |                                   |   |
| Shirai<br>(in press, 日) | 進行期<br>(63)        | ① QP+病院案内冊子             | 53        | 中央値<br>① 1.0<br>② 1.0<br>NS  | —                         | 平均値<br>① 7.9/10<br>② 7.8/10<br>NS | 3項目の平均値<br>① 5.0/10<br>② 3.0/10<br>3項目中, 2項目* |
|                         |                    | ② 病院案内冊子                |           |                              |                           |                                   |   |

<sup>1)</sup> 論文中に、群別の数値の記載がなく、有意差の有無のみ示されている。<sup>2)</sup> 論文中に、数値の記載がなく、有意差の有無のみ示されている。NS: not significant, \*  $P < 0.05$

—医療者間のコミュニケーションが十分ではなく、意思決定に十分な情報を患者・家族が得られていないことが示唆されている。

### がん患者を対象とした質問 促進パンフレットの先行研究

質問促進パンフレットは、オーストラリアを中心とした海外で、無作為化比較試験による有用性の検討が行われてきた。がん患者を対象とした海外の主な先行研究およびわが国の研究を表1にまとめる。

Butow(1994)<sup>5)</sup>は、142名の初診がん患者を、対照群[general information sheet(患者が利用できるサービスを紹介するパンフレット)群]と介入群(質問促進パンフレット群)の2群に無作為に割りつけた。患者の割り付けは医師にはブラインドされた。両群ともに、面談の10分以上前

に資料が配布された。その結果、質問数は平均5.5個と、両群で差はなかった一方で、介入群の35%が予後に関する質問をしていたのに対し、対照群では16%にとどまり、予後に関する質問には有意差がみられた。患者の主観評価としては、両群ともに約90%が面談に満足していた。

Butow(2004)<sup>6)</sup>は、164名の初診がん患者を対照群(病院案内冊子群)と介入群(質問促進パンフレット+意思決定と患者の権利に関するブックレット+病院案内冊子群)の2群に無作為に割りつけた。患者の割り付けは医師にはブラインドされた。両群ともに診察の48時間以上前に資料が配布された。その結果、質問数は介入群で平均13個、対照群で平均9個と、介入群で有意に質問数が多かった。また、介入群では予後に関する質問が有意に多かった。一方で、患者の主観評価としては、面談満足度には差がなかった。

また、患者の意向にそった意思決定役割の実現については有意差はなかったものの、対照群で35%が実現できたと回答したのに対し、介入群では22%と低かった。面談前に「医師とともに意思決定をしたい」と希望していた介入群の患者に、面談後「医師が(単独で)意思決定をした」と感じている人が多かったことから、介入群の患者は質問促進パンフレットや意思決定に関するブックレットを事前に渡されたことで意思決定についての情報が増え(期待・希望が高まり)、医師の行動をより厳しくジャッジしていたのではないかとButowらは推察している。このことから、今後は、積極的な患者に対応する際の医師側のトレーニングも必要であることが示唆された。

Brown(1999)ら<sup>7)</sup>は60名の初診がん患者を、対照群(通常診療群)、介入群1(質問促進パンフレット+医師による質問奨励群)、介入群2(質問促進パンフレット+医師による質問奨励+患者へのコーチング群)の3群に無作為に割りつけた。介入群1と介入群2では、医師がパンフレットの使用を勧め、面談の最後にパンフレットに沿って患者から質問を引き出し、それに回答した。加えて、介入群2では、質問行動に関する患者へのコーチングを行った。具体的には、面談前に、質問をすることの重要性を患者と話し合い、医師に尋ねたい質問のリストを準備するよう患者に促した。さらに、質問をすることの利益と障害について話し合った上で、面談場面で質問をする練習(リハーサル)を行った。その結果、介入群1と介入群2で質問数に差がなかったため、両群をあわせて「介入群」とし、対照群との比較を行った。質問数の中央値は介入群で14個、対照群で8.5個と、介入群で有意に質問数が多かった。先行研究で差がみられた予後に関する質問は、両群で差はみられなかったが、検査に関する質問が介入群で有意に多かった。一方で、面談満足度、不安や心理的適応など患者の主観評価項目および精神心理学的アウトカムに有意差はみられなかった。

Brown(2001)ら<sup>8)</sup>は318名の初診がん患者を、通常診療群、質問促進パンフレット群の2群に無作為に割りつけた。前述の研究(Butow 1994, Brown 1999)では、質問促進パンフレットおよび

医師による質問奨励の有用性が示唆された一方で、面談を行う医師が1~2名と少なく、医師による影響が考えられたことから、この研究では、面談を行う医師を9名に増やした。さらに、医師を2群(通常診療群/介入群の患者にはパンフレットの使用を強く勧め、積極的にかかわる群)に分けた。この組み合わせにより、対照群(通常診療群)、介入群1(質問促進パンフレット群)、介入群2(質問促進パンフレット+医師によるパンフレットの使用奨励群)の3群が作られた。その結果、質問数に関しては介入群1と介入群2で質問数に差がなかったため、両群をあわせて「介入群」とし、対照群との比較を行った。質問数の中央値は9個と両群で差はなかった一方で、予後に関する質問は介入群で有意に多かった。また、介入群2(質問促進パンフレット+医師によるパンフレットの使用奨励群)では、他の2群に比べて有意に面談時間が短かった。面談直後に介入群1(質問促進パンフレット群)で、他の2群に比べて不安が高かったものの、1週間後には有意差がみられなかった。また、面談満足度に差はなかった。

前述の研究は、早期~進行期の全病期の患者を対象としていたが、Clayton(2007)らは、緩和ケア医との終末期ケアに関する話し合いに特化した質問促進パンフレットを開発し、その有用性を検討している<sup>9)</sup>。174名の進行がん患者を、対照群(通常診療群)と介入群(質問促進パンフレット群)の2群に無作為に割りつけた。介入群では面談の20~30分前にパンフレットが配布され、面談中には医師による質問の奨励も行われた。その結果、質問数は介入群で平均5.4個、対照群で平均2.3個と、介入群で有意に多かった。また、介入群では予後に関する質問が有意に多く、予後のこと、終末期のことに関する話し合いがより多くなされていた。面談満足度、不安など患者の主観評価項目および精神心理学的アウトカムに有意差はみられなかった。面談時間は対照群に比べて介入群は平均7分長かったものの、終末期に関する重要な話し合いがパンフレットにより促進されたため、と面談を行った緩和ケア医は好意的にとらえていた。

前述の研究は、すべてオーストラリアからの

均値  
)  
)  
頁目\*  
均値  
)  
)  
頁目\*  
有意

平均  
群の  
し、  
質問  
して  
いた。  
対  
パンフ  
ック  
割り  
ンド  
資料  
で平  
に質  
関す  
主観  
いた。

報告である。アメリカでは、MD Anderson Cancer Centerの研究グループからの報告がみられる。Bruera(2003)ら<sup>10)</sup>は、初診の乳がん患者60名を対照群〔general information sheet(乳がんに関する情報を掲載したパンフレット)群〕と介入群(質問促進パンフレット群)の2群に無作為に割りつけた。その結果、質問数は介入群で平均10.3個、対照群で平均8.7個と有意差はなかったが、介入群では診断に関する質問が有意に多かった。面談満足度に有意差はなかったが、「医師とのコミュニケーションにパンフレットが役に立った」など、パンフレットの有用性に関するスコアが介入群で有意に高かった。Brueraらは、先行研究の結果と自身の研究結果から、多くの質問をすることよりも、患者が自身にとって重要な質問ができることが良好なコミュニケーションにつながり、パンフレットの評価につながるのではないかと考察している。

### わが国のがん患者を対象とした質問促進パンフレットの有用性の検討

海外および本邦の先行研究と、がん患者14名、オンコロジスト5名へのインタビューを踏まえて、わが国のがん患者を対象とした質問促進パンフレットを開発した。パンフレットは、「診断について」、「病状について」、「症状について」、「検査について」、「治療について」、「生活について」、「家族のこと」、「このころのこと」、「この先のこと」、「その他」の10カテゴリ53項からなる。調査に使用したパンフレットの全文を掲載する(図1)。

前述のパンフレットを用い、2008年2月から12月にかけて、(前)国立がんセンター東病院呼吸器科および消化器内科を受診した初診の進行期がん患者を対象に無作為化比較試験を実施した。治療方針に関する重要な面談の前に、介入群に対しては質問促進パンフレットと病院案内冊子を配布し、対照群に対しては病院案内冊子のみを配布した。面談後に質問紙調査を実施した。主要評価項目は、パンフレットの有用性(0~10点)3項目とし、副次評価項目は(患者の自己申告による)面談時の質問項目数とした。データ収集期間中の調査対象候補者は87名であった。

※ 診断について

- 1 診断は印ですか？
- 2 病状 (病状の進展) は？

※ 病状について

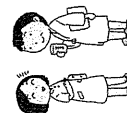
- 3 病状が心配ですか？ / どのくらい心配ですか？
- 4 がんはどこにあるのですか？
- 5 それほどの健康でゆったのですか？

※ 治療について

- 6 手術は必要ですか？
- 7 手術後、どのような生活になりますか？

※ 検査について

- 8 もっと検査するの必要はありますか？
- 9 もしやっつるその健康は悪いですか？
- 10 それでゆったのですか？



※ パンフレットの使い方

このパンフレットには、患者さんがよく聞かれる質問の答えが載っています。医師との面談の前に、患者さんが読みたい質問の答えを探して読んでみましょう。また、パンフレットにない質問の場合は、「他に聞きたいこと」として書いてください。

医師の質問はよく聞かれます。よく聞いておきたいこともよく聞かれます。たくさん質問が聞かれます。お医者さんに聞かなくてもいい質問が聞かれます。お医者さんに聞かなくてもいい質問が聞かれます。お医者さんに聞かなくてもいい質問が聞かれます。

※ 使用例

「がんはどこにあるのですか？」という質問をした場合

→ 病状 (病状の進展) は？

※ 診断について

- 1 診断は印ですか？
- 2 病状 (病状の進展) は？

※ 病状について

- 3 病状が心配ですか？ / どのくらい心配ですか？
- 4 がんはどこにあるのですか？
- 5 それほどの健康でゆったのですか？

※ パンフレットの使い方

患者さんご自身がよく聞かれる質問の答えが載っています。医師との面談の前に、患者さんが読みたい質問の答えを探して読んでみましょう。また、パンフレットにない質問の場合は、「他に聞きたいこと」として書いてください。

医師の質問はよく聞かれます。よく聞いておきたいこともよく聞かれます。たくさん質問が聞かれます。お医者さんに聞かなくてもいい質問が聞かれます。お医者さんに聞かなくてもいい質問が聞かれます。お医者さんに聞かなくてもいい質問が聞かれます。

※ 使用例

「がんはどこにあるのですか？」という質問をした場合

→ 病状 (病状の進展) は？

※ 診断について

- 1 診断は印ですか？
- 2 病状 (病状の進展) は？

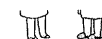
※ 病状について

- 3 病状が心配ですか？ / どのくらい心配ですか？
- 4 がんはどこにあるのですか？
- 5 それほどの健康でゆったのですか？



重要な面談に  
のぞまれる患者さんご家族へ  
— 聞きたいことをききあつと聞かために —

国立がんセンター東病院  
呼吸器科センター 肺科腫瘍学問答部



\*治療について

- 【治療の進め方の疑問】
- 11 がんに対するどんな治療法がありますか？
  - 12 ながい期間にわたるどんな治療法がありますか？
  - 13 各治療を誰さんとどの専門医の先生、病態の先生、最も起こりうる見込み（生存期間や生活の質）は？
  - 14 各治療を誰さんとどの起こりうる合併症、短期的・長期的な副作用、満足度は？
  - 15 先生が勧める治療はどれですか？
  - 16 ほかの患者さんはどういった場合どんな治療を選択していますか？
- 【出んだ治療についての疑問】
- 17 その治療はどのように行うのですか（治療の種類、回数、頻度、期間、スケジュール、実施場所、費用）？
  - 18 その治療の目的は何ですか？
  - 19 その治療中、精神的に制約されることはなんですか？
  - 20 その治療の副作用にはどんなものがありますか？
  - 21 痛みは出てきますか？
  - 22 副作用に対する治療や対処法にはどんなものがありますか？
  - 23 その治療が効いているかどうかを自分でどれくらいわかりますか？
  - 24 その治療が効いているかはどのように判断するのですか？
  - 25 その治療が効かなかつたらどんな選択肢がありますか？
  - 26 その治療にはどのくらいの費用がかかりますか？
  - 27 その治療が長く続けば何人何人ですか？



【その他、治療に関する疑問】

- 28 地元の病院で治療を受けられますか？
- 29 代替療法（サプリメントや健康食品）を使用していたら、残けても良いですか？
- 30 ここで治療をうけながら他の民間療法も受けても良いですか？

\*生活について

- 31 仕事や他の活動への影響はありますか？
- 32 その治療中（中）に私がすべきことはありますか？
- 33 その治療中にしてはいけないこと（食事、運動、薬事、性関係、出産など）？
- 34 その治療中に、（私がやりたいこと）をすることが出来ますか？
- 35 その治療中に、（私が食べたい飲み物）を食べたり飲んだり出来ますか？
- 36 その治療中に、（私が行きたいところ）に行けますか？
- 37 その治療前に準備しておくことはありますか？
- 38 どのような症状が気をつけて監視すれば良いですか？
- 39 そのような症状がでたらどうすれば良いですか（受診する、近所の病院に行く、様子を見る）？



\*家族のこと

- 40 がんや治療によって、家族へどんな影響（経済面、家事を手伝ってもらう必要性など）がありますか？
- 41 家族ががんになるリスクは高くなりますか？
- 42 家族の心配事や悩みは誰に相談すればよいですか？

\*このころのこと

- 43 私の病状についての心配事や悩みを相談しても良いですか？
- 44 不安で寝れない時や、ひどく気分が落ち込む時の対処法はありますか？
- 45 この病状と上手にやっていくための何かアドバイスはありますか？
- 46 このころの相談は誰にすればよいですか？

\*この先のこと

- 47 先の見通しは？（どれくらい生きられますか？）
- それを知りたい理由は、  
だからです。
- 48 治る可能性はありますか？
  - 49 結果としてどうなりますか？ 私はよくなりますか？



\*その他

- 50 何が原因でこの病状になったのでしょうか？
- 51 これを決めるのにどのくらいの間隔がありますか？ 今日決めなくてはなりませんが今後なくてはならないことはなんですか？（もう少し決断を先延ばししても良いことはなんですか？）
- 52 病状の経過から今留まるところに、な状態の悪化（生活感、身体感、心算面）がありました。
- 53 私がどうしても優先したい（欲したい）もの（こと）は、  
です。

\*他に尋ねたいこと

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤



\*メモ欄

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

\*よくお受けする質問

- Q. セカンドオピニオンを受けに行っても良いですか？  
\* もちろん良いです。レントゲン写真やデータなど必要なものがございましたら、担当医にお知らせください。
- Q. がんに関する情報を知りたいのですが.....  
\* 2階の患者 家庭相談室にお気軽に相談しお寄せください。また、国立がんセンターのホームページ「がん情報サービス」<http://ganjoho.ncsg.jp/public/index.html>では、病気や治療法、療養環境などについての情報をごらんいただけます。
- \* 次のようなご心配事は、2階の患者 家庭相談室にご相談ください。ソーシャルワーカー及び看護師がサポートがたいです。  
Q. この病気への対処で私の助けになる（利用できる）サービスはありますか？  
Q. 食事補助や子供の世話などをしてくれるヘルパーさんはどこで探めますか？  
Q. 同じ病気の人の話を聞くことはできますか？  
Q. 私の治療は保険でカバーされますか？  
Q. もしも働けなくなった場合、何か保障はありますか？  
Q. 治療期間を過ぎ、生活圏に関する話ができる（相談できる）ような人はいますか？



\* 次のようなご心配事は、精神腫瘍科にご相談ください。

- Q. この病気と上手にやっていくための何かアドバイスはありますか？
  - Q. このころの相談は誰にすればよいですか？
  - Q. 最後のころの相談にものってもらえますか？
- 当院にはこのころのケアの専門家として、精神腫瘍科の医師、臨床心理士がおります。このころの相談をご希望の方は、担当医師、看護師または1階認知症受付にお申し出ください。また、お電話での予約も可能です。
- （予約受付電話 04-7134-6991 平日午後1時から3時まで）

当院では、患者さんとご家族のこのころのつらさを少なくすることは、がんの治療と同じように大切なことと考えています。気持ちのことも医療スタッフに相談することは決して恥ずかしいことではありませんので、お気軽にご相談ください。受診費用に関しては健康保険が適用されます。

【このようなことが続くときはお気持ちにご相談ください】

- 眠れない ●やる気がない ●気分が落ち込む
- 子どもや配偶者が心配になる ●食べられない
- 不安で仕方ない ●家族のことが心配である など



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  
 住所：〒277-8577 千葉県船橋市松の原5-5-1  
 電話：04-7134-7013（担当：自研）

※このパンフレットは国立がんセンター東病院臨床開発センターから制作されたもので、国立がんセンター東病院臨床開発センターに著作権があります。

図1 わが国のがん患者を対象とした質問促進パンフレット

コンタクトができなかった8名を除く79名に調査説明を行った。16名が拒否し(精神的負担10名, 身体的負担3名, 興味がない3名), 63名が調査に参加した(参加率63/87=72.4%)。調査を完遂したのは59名(介入群30名, 対照群29名, 完遂率59/63=93.4%)であった。Intention-to-treat解析にのっとり, 脱落4名(介入群2名, 対照群2名)を含む63名を解析対象とした。

対象者の年齢は中央値で介入群63.5歳, 対照群64歳, 疾患は肺がんが介入群20名(62.5%), 対照群19名(61.3%), 病期はIV期が介入群19名(59.4%), 対照群18名(58.1%)と, 有意差はなかった。パンフレットの利用状況では, 「面談前にパンフレットを読んだ」との回答が介入群24名(75.0%), 対照群23名(74.2%)であった。主要評価項目であるパンフレットの有用性については, 脱落4名およびパンフレット未使用者10名(介入群6名, 対照群4名)は0点として解析に含めた。「パンフレットを利用することで医師に質問をしやすくなった」, 「これからも医師との面談前にこのパンフレットを使用する」の2項目において, 介入群では対照群に比べて有意に高く有用性が評価されていた。(順に, 介入群 $4.4 \pm 3.6$ , 対照群 $2.7 \pm 2.8$ ;  $P=0.033$ , 介入群 $5.3 \pm 3.8$ , 対照群 $2.8 \pm 2.8$ ;  $P=0.006$ )「治療方針や治療内容を理解する上で, パンフレットは役に立った」の項目では有意傾向がみられた(介入群 $4.9 \pm 3.6$ , 対照群 $3.3 \pm 2.8$ ;  $P=0.051$ )。副次評価項目である面談時の質問項目数については, 介入群, 対照群ともに中央値1.0, 四分位範囲2.0と有意差はなかった。

以上の結果から, わが国の進行期がん患者における, 重要な面談の際の質問促進パンフレットの有用性が確認された。一方で, 質問項目数の中央値は1.0と, 海外の先行研究の中央値8.5~14.0と比較して驚くほど少なく, 実際の質問行動には直結しなかったことがわかる。わが国のがん患者は, 米豪に比べ, より面談場面での質問を躊躇しがちであることが考えられる。わが国のがん患者に対しては, 質問促進パンフレットに加え, 医師による質問奨励など, さらなる介入の強化が必要であると考えられた。

本研究結果は, Psychooncology誌に掲載予定である<sup>11)</sup>。

## 質問促進パンフレットの臨床適用

前述の調査で使用した質問促進パンフレット(汎用性を考慮し一部改訂したものは, 国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部のホームページ(<http://pod.ncc.go.jp/>)からダウンロードが可能である。先行研究の多くが, 初診患者の重要な面談でのパンフレット使用について有用性を検討・報告しているが, 時期にかかわらず使用は可能であり, 反復使用も推奨されている<sup>12)</sup>。

実際にパンフレットを使用する場合は, 面談の前にあらかじめ患者・家族にパンフレットを配布しておくことが望ましい。たとえば, 検査日に渡しておくことで, 検査結果を伝える/治療方針について話をするような重要な面談に先立ち, 患者・家族はパンフレットをみながら, 自身が何を聞きたいのか, 気になっていることは何かを整理でき, 面談中に言語化することが容易になる。直接渡すことが難しい場合は, 来院者が自由に手に取ることができる場所(受付, ロビーなど)にパンフレットを設置するのも有効かもしれない。

患者が質問をすることで, 面談時間が長引いてしまうことを危惧する声もあるが, 先行研究では, 終末期ケアの話し合いという重要かつ繊細な場面での研究を除き, パンフレットを用いた群と用いない群とで面談時間は変わらないことが報告されている。むしろ, パンフレットを用い, 医師が積極的に質問を奨励することで面談時間が短縮するという結果が得られている<sup>8)</sup>。これは, 質問促進パンフレットが, 患者の疑問を整理することを助け, 言語化を容易にするためだと推測されている。医師も, 患者が望む情報内容や情報量がわからずに, 時間を費やしてしまうことがなくなる。

また, 事前にパンフレットを渡すことで患者の不安を強めてしまうことを危惧する声もあるが, 先行研究の多くがパンフレットによる不安の増強はないことを報告している。先行研究の一つで, パンフレットを使用した群で, 面談直後, わずかに不安が高まったとの報告があるものの, 1週間後にはベースラインに戻っていた。

## 用

レット  
国立が  
精神腫  
:o.jp/  
危の多  
ンット  
るが,  
復使用

面談  
ットを  
検査  
/治療  
に先立  
う, 自  
ことは  
こが容  
来院  
す, ロ  
旨効か

ま引い  
予研究  
はつ織  
を用い  
といこ  
トを  
:で面  
る<sup>8)</sup>.

疑問  
-るた  
む情  
として

患者  
、ある  
、不安  
「究の  
「談直  
るも  
いた。

また、わずかに不安が高まった患者は、パンフレットを配布されながらも、医師による質問奨励がなかった患者であった<sup>8)</sup>。以上をまとめると、質問促進パンフレットの臨床適用について次のことがいえる。

質問促進パンフレットは、

- ・病期や治療経過を問わず、どの時期でも、また、繰り返し使用されることが推奨される<sup>12)</sup>。
- ・重要な面談の前に患者に渡すことが望ましい<sup>5)~11)</sup>。
- ・面談時間を延ばすことはない<sup>5)7)8)10)</sup>。
- ・患者の不安を増強させることはほとんどない<sup>6)7)9)</sup>。
- ・医師による質問の奨励をあわせて行うことが望ましい<sup>8)</sup>。

### 質問促進パンフレットの家族への効果

家族を対象に質問促進パンフレットの有用性を検討した研究も散見されている。Hebertらは、家族向けの質問促進パンフレットを開発し、緩和ケア外来を受診する患者の家族を対象にパイロットテストを実施し、acceptability, feasibilityともに高い評価を得ている<sup>13)</sup>。Claytonらは、緩和ケア医との終末期ケアに関する話し合いにおいて、質問促進パンフレットと医師による質問奨励を組み合わせた介入の有用性を検討している。その結果、介入群では患者のみならず家族の質問数も対照群の2倍であった<sup>9)</sup>。これらの先行研究から、家族にとっても質問促進パンフレットが有用である可能性は高い。

これまでの研究では、質問促進パンフレットの有用性の評価項目として、質問数や患者による有用性の評価、心理評価尺度などが用いられてきた。しかし、これらの項目では測定不可能なパンフレットの効果として、「心の準備につながる」とあると考える。前述の著者らの調査で、家族に意見を聞いたところ「パンフレットをもらえたことで少し頭の中を整理することができた」、「質問をするためだけにパンフレットが役に立つわけではなく、自分が知りたいかどうかを確認、整理するためにも大変助かった」、「こんなことを聞いていいのだと思えた。質問のイ

メージができた」という声が聞かれた。このことから、家族が質問促進パンフレットを使用することで、自分たちに必要な情報が何かを考え、この先考えなくてはならない問題をイメージすることができ、心の準備につながることを示唆された。

### おわりに

患者・家族—医療者間のコミュニケーションを促進し、意思決定を補助するツールとして、質問促進パンフレットを紹介した。しかし、先行研究が示すように、患者・家族がパンフレットを用いて事前に質問を準備したとしても、短い診療時間の中で自発的に医師に質問をすることは容易ではない。「何か質問はありますか?」、「わからないことはないですか?」という医師の一言が、患者・家族の心配事や不安を引き出すことにつながる。そして、患者・家族が勇気を出して話してくれたことがらに、医師が誠実に対応することが、患者・家族の不安を和らげ、信頼関係の構築につながっていくと考える。

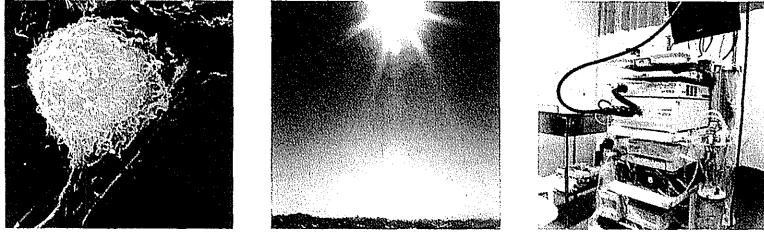
### 文 献

- 1) Levinson W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care* 1993 ; 31 : 285.
- 2) Butow PN, Maclean M, Dunn SM, et al. The dynamics of change : cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997 ; 8 : 857.
- 3) Hebert RS, Schulz R, Copeland V, Arnold RM. What questions do family caregivers want to discuss with health care providers in order to prepare for the death of a loved one? An ethnographic study of caregivers of patients at end of life. *J Palliat Med* 2008 ; 11 : 476.
- 4) Harding R, Higginson I. Working with ambivalence : informal caregivers of patients at the end of life. *Support Care Cancer* 2001 ; 9 : 642.
- 5) Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH, et al. Patient participation in the cancer consultation : evaluation of a question prompt sheet. *Ann Oncol* 1994 ; 5 : 199.

- 6) Butow P, Devine R, Boyer M, et al. Cancer consultation preparation package : changing patients but not physicians is not enough. *J Clin Oncol* 2004 ; 22 : 4401.
- 7) Brown R, Butow PN, Boyer MJ, Tattersall MH. Promoting patient participation in the cancer consultation : evaluation of a prompt sheet and coaching in question-asking. *Br J Cancer* 1999 ; 80 : 242.
- 8) Brown RF, Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Promoting patient participation and shortening cancer consultations : a randomised trial. *Br J Cancer* 2001 ; 85 : 1273.
- 9) Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH, et al. Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 715.
- 10) Bruera E, Sweeney C, Willey J, et al. Breast cancer patient perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation : a randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2003 ; 25 : 412.
- 11) Shirai Y, Fujimori M, Ogawa A, et al. Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment : a randomized, controlled trial. *Psychooncology* 2011 Mar 22 [Epub ahead of print].
- 12) Dimoska A, Tattersall MH, Butow PN, et al. Can a "prompt list" empower cancer patients to ask relevant questions? *Cancer* 2008 ; 113 : 225.
- 13) Hebert RS, Schulz R, Copeland VC, Arnold RM. Pilot testing of a question prompt sheet to encourage family caregivers of cancer patients and physicians to discuss end-of-life issues. *Am J Hosp Palliat Care* 2009 ; 26 : 24.

\* \* \*

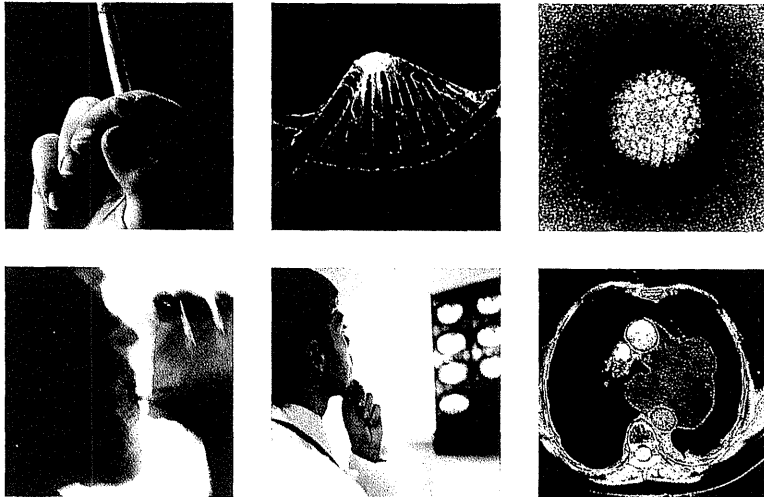
ヤクルト健康シリーズ⑪



# がんから身を守る 予防と検診

監修 静岡県立大学環境科学研究所教授

若林敬二



人も地球も健康に

**Yakult**





# メンタルケアはますます重要になる

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室教授

内富庸介

がんと診断されたとき、誰もが衝撃を受けます。そして、怖い、悲しい、「なんで自分なんだ」という怒りなどの感情がわいてきます。治療が終わったとしても、再発に対しての不安がつきまとい、再発や進行があれば再度衝撃に襲われます。抗がん剤など治療が中止されれば、死に対する恐怖など、さまざまな感情が渦巻くことでしょう。このように、がんの経過の節目によって、患者さんの心は激しく揺さぶられます。さかのばれば、診断前の検査の段階から、「がんだったらどうし

よう」とすでに心は動揺しているのです。心ががんを作るわけではありません。しかし、不安や落ち込みはQOL（生活の質）を低下させ、眠れない、食べられない、仕事ができなくなるなど、生活に支障をきたします。手につかないなど、状態がうつ病は、状態が重くなったのがうつ病です。うつ病は、人と話すのも嫌になったり、最悪の場合は自殺を考えたりもします。実際に、がん患者さんの自殺のリスクは、通常の1・5〜2倍といわれています。また、不安から逃げるため

にタバコやアルコールなどに走るというケースもあり、健康状態の悪化を招きます。

## がんと知、情、意

そのため、がんが心に与える影響を知り、心のケアをすることは、がんを抱えている、あるいは抱えたことのある患者さんにとってとても大切です。なお、がんと心の関係を科学的に追究する学問をサイコオンコロジー（精神腫瘍学）といいます。サイコオンコロジーは、「がんが心に与える影響」と「心や行動ががんに与える影響」を明らかにしていきます。患者さんのQOLの向上とがんの罹患や生存の改善を目的としています。このサイコオンコロジーに基づいたメンタルケアをこれから説明していきます。

がんの経過における、診断、再発などの「悪い知らせ」は、医療者からインフォームドコンセント、つまり「説明」と「同意」によって告知されます。患者さんが説明を聞き、同意をしたうえで治療が進められるわけです。ここで大切なのは、人の心は知（知識）、情（感情）、意（意志や意識）で成り立っているということです。「説明」と「同意」を、心の機能にあてはめると、説明が「知」、同意が「意」で、情が欠落していることがわかります。

情というのは、特に命の危険があるときに自分にとってよいものか、悪いものかを判断するための非常に重要な物差しです。例えば、毒蛇をみて怖いと思いつげるのは、生命の危機を感じるからです。怖いと思わなければ、

逃げようとしないうでしよう。がんで怖いと思うのは、がんが死のイメージであり、生きようとするからこそ生じるものなのです。

この情を無視して、医師の説明を知識として理解するだけで意思決定することが実際にはよくみられます。すると、納得がいかないまま治療を行うことになり、心に負担がかかることもあります。ですから、心の「知・情・意」がちゃんと揃ってがんに立ち向かうことはとても重要なのです。この3つの中で、置きざりにされがちな「情」の部分をケアするのが、メンタルケアの役割だといえます。

### 再発の不安と恐怖

退院後の患者さんの悩みやストレスは、大きく分けて2つあるといわれています。退院

から抑うつ的な状態になることです。

こうしたストレスは、退院後の患者さんであれば誰にでも起こるものです。よく水泳の初心者にたとえて、入院中は監視員（医師や看護師）の目の届くプールで泳いでいるようなもの、退院は海の沖合にぽんと投げ出されるようなものだといえます。治療中よりも退院後のほうが、不安が大きいのは当然なのです。

特に再発の不安は、再発の危険が小さくなるまでの治療後3～5年間はつきまといまいます。早期乳がんの患者さんのストレスの軌跡をみると、最初の3年はまるで溪谷の急流下りのようであることが見てとれます。この急流を乗り切るために基本となるのは、やはり「知、情、意」です。家族や友人、主治医に気持ち

後早期の精神的後遺症、退院後時間が経過し

てからの「再発・転移を恐れる気持ちや不安」です。精神的な後遺症とは、手術で体の一部を失う、または機能を失ったことによる悲しみや社会復帰への不安、復帰後の疎外感など

### ●再発に対する不安、恐怖：一般的なアドバイス

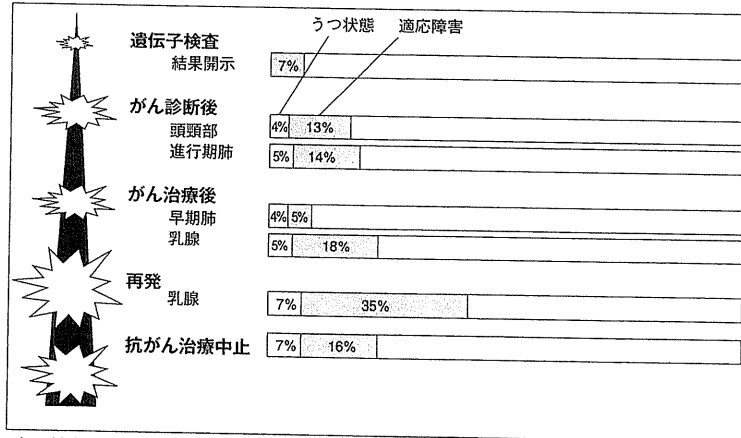
(気持ちのつらさをやわらげるための具体的な行動)

- ・不安を感じていることを紙に書き出して整理してみよう
- ・大切なことに優先順位をつけてみましょう
- ・一日の「小さな目標」を作り、実践しましょう
- ・体を動かすなど病気を忘れる時間を持ちましょう
- ・呼吸法など簡単なリラクゼーション法を身につけましょう
- ・信頼できる方に気持ちを打ち明けてみましょう
- ・体調などがかりなことがあったらメモを見ながら担当医に遠慮なく尋ねてみましょう
- ・患者会に参加してみましょう
- ・積極的に周囲の方から心のサポートを受け、自分で自分の気持ちをコントロールする力を高めましょう

患者会への参加は、自分の気持ちを打ち明けるだけでなく、他の人の体験談を聞くことで、気持ちを共有したり、さまざまなヒントを得ることができる。

を打ち明けて、ともにがんの知識を整理し、再び自分の気持ちを打ち明けていくことが大切です。知を得ることと、気持ちを打ち明けることで不安が抑えられ、また周囲からの援助も得やすくなります。そして、これからどう生きていくのか、人生の再設計をすることができるとは、他にも気持ちのつらさをやわらげる方法を右頁にまとめて示しました。ただし、これはあくまでも一般的なアドバイスです。自分が良いと思うものを取り入れ、自分らしく乗り越えていくことが大切です。うつ病はもちろん、適応障害があれば、精神科医あるいは精神腫瘍医の治療が必要です。実際にカウンセリングを行うと、体が強張っている患者さんが多く見受けられます。いつ再発するか、地雷原を歩いているような生活

●がんの進行と抑うつ(うつ状態・適応障害)



がんが進行するにつれて、「うつ状態」や「適応障害」になる人が増加する。特に再発の時が最も発症の割合が高い。(Murakami 2004; Kugaya 2000; Akechi 2001; Uchitomi 2000; Akechi 2001; Okamura 2000; Akechi 2004)

なので、筋肉が緊張してしまうのでしょうか。まずは、体に力を入れて緩める筋弛緩法を全身に行ってリラックスしてもらいます。そして、医師の考えを押し付けず、本人がもともと持っている対処方法をサポートしていきます。具体的にいうと、がんがその人の人生にとって、No.1か2の困難だとしたら、過去にNo.3、4の困難に向き合った経験があるはずで、そのときの経験を一緒にさかのぼって、現在にあてはめてみるのです。そうしたカウンセリングとともに、症状に応じて、抗不安薬、睡眠導入剤、抗うつ薬などを処方します。がんの好発年齢は50歳以降なので、患者さんの多くは豊富な人生経験と強い心を持っています。定期的に心の内を安心して話せる環境を提供すれば、立ち直るこ

とが多いのです。ただし、うつ病にかかったことがある人は、もともとストレスに弱いため、治療に時間がかかることがあります。**希望に向けて架け橋を築く**

毎年、64万人ががんと診断されますが、その中の約2人に1人は再発・進行という経過をたどります。この再発・進行のときが一番つらく、もつともショックが大きいといわれています。何もかもわからない状態だった最初の診断時と違って、がんという疾患についてある程度の知識を持っている分、衝撃は大きくなるでしょう。しかも、治療後、健康な状態を取り戻していくにつれ、さまざまな将来の見通しを立てるようになります。がん再発によって、そうした見通しががらりと

崩れていってしまうのです。再発への不安が霧の中にあるようなものならば、再発のショックは谷底に落ちたようなものでしょう。再発がんへの治療は、はじめのがんと違い、進行しているものが多く標準的な治療法がありません。それゆえに、「知」を整理し、自分の気持ちを打ち明けて、「情」をきちんと働かせ、一度崩れてしまった見通しを立て直すことがより重要になってきます。見通しを立て直すことによって、希望へとつなぐことができるのです。私の経験上、半数以上の患者さんが、自分なりの対処方法で次第に希望を取り戻し、自分らしい生き方を探すようになっていくように思います。人には、本来そういった力が備わっているでしょう。しかし、中には心の風邪をこじらせてしま

う患者さんも決して少なくありません。再発乳がんの患者さんの42%が抑うつ状態にあるという研究結果もあります。これは、抗がん剤中止時よりも多い割合です。こうした患者さんが、どのような気持ちを抱えているのか、希望への架け橋をどう築くのか、実際に私が経験した症例の一つをお話します。

家事や子育てをしながらパートで家計を支えてきたAさん（48歳）。乳がん再発治療後に復職したものの、左下肢にしびれがあり休職。検査したところ、再々発と診断され、不安が強くなる状態だったため精神腫瘍科を受診してきました。「3年間、治療を一生懸命やってきましたし、がんが治らないというのはいい。ただ、これから何を目標にすればいいのか」と語りました。まずは、心の入れ物

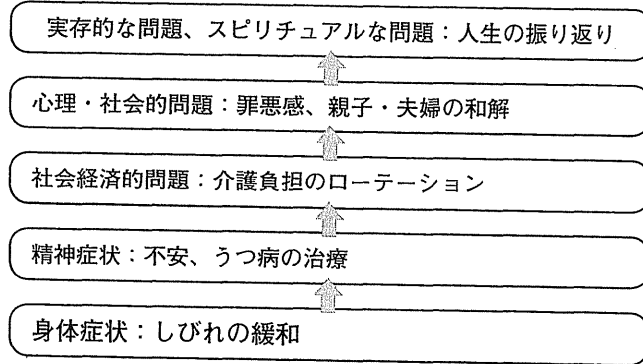
ケア病棟で亡くなりました。Aさんは、「家族と和解ができてよかった、自分の人生はそう悪くなかった」と語ってくれました。

Aさんへのメンタルケアの流れを整理すると、まずはしびれ、つまり「身体症状」の緩和、そして不安、うつ病といった「精神症状」の軽減、次に夫婦・親子関係といった「心理・社会的問題」の解決が行われました。人によっては、「心理・社会的問題」の前に、治療費や介護負担など「社会経済的問題」の解決が必要な場合もあります。そして最終的には、自分の存在を考え、人生を振り返る「スピリチュアルな問題」へのケアを行います。メンタルケアというと、まずは患者さんの心理的問題を解決しようとしがちです。しかし、身体症状や精神症状、社会経済的問題がある場

である体の苦痛をとるために、薬剤でしびれを緩和しました。そして、抗うつ薬を飲んでもらい、うつ状態が軽減されていきました。そんな中、Aさんは自分のことを語り始めました。次男が不登校になったとき、家庭よりも仕事に没頭してしまったこと、このことを振り返り、罪悪感をもっていること。そして再々発と次男の退学という現実には、絶望感、無力感、無価値感、人生の意味の喪失を感じたこと、などでした。Aさんの不安は、家族関係によることがわかりました。本人の希望から夫婦、母子関係の修復を目標に月一回のペースで診療を続けていったのです。

Aさんは、次男と夫に自分の罪悪感を語り、家族と一緒に過ごす時間を取るために田舎めぐりの旅をしました。そして、1年後、緩和合、それらを解決せずに心と向き合えるようにするのは難しいのです。メンタルケアは、

●心の評価の進め方



いきなり心の問題を解決するのではなく、まずは身体症状のケアから段階的にケアを進めていく。

前述したような順番で進めることが基本です。  
**家族は何をすればいいのか**

がん患者さんの家族から、患者さんに何を  
 してあげればいいのかわからないという声が  
 よく聞かれます。まずは、患者さんが気持ち  
 を打ち明けたり、相談しやすい環境をつくり  
 ましょう。そのためには、家族があまりしゃ  
 べりすぎないようにします。

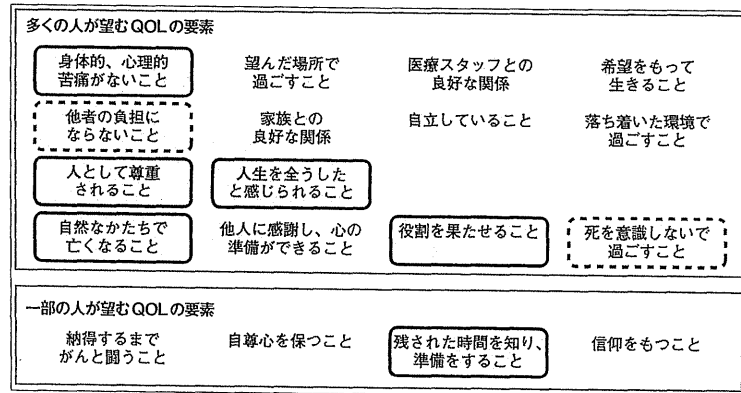
また、励ましは患者さんにとって、つらい  
 場合があるため注意します。一昔前までは、  
 「頑張れ」と患者さんを励まし、がんを乗り  
 越えようとする風潮がありました。しかし、  
 患者さんは十分頑張っているのです、励まされ  
 るとかえって心の負担になってしまうのです。  
 患者さんに今までの役割をできる限り果た

くても患者さんに遠慮し、我慢する家族が見  
 受けられますが、生活に支障があれば、精神  
 科や心療内科の受診も考えましょう。

**患者さんと医療者のコミュニケーション**

がんのうつ病患者さんを見てみると、心の  
 風邪をこじらす前に何か手立てがあったので  
 はないかと思うことがあります。というのも、  
 じつは医療者との日常的なコミュニケーション  
 ンや告知の時に、医療者の心ない言葉が火種  
 となり心の問題へと発展しているケースが少  
 なくないからです。そこで、がんにかかわる  
 すべての医療者が、コミュニケーションスキ  
 ルを向上し、患者さんの心に配慮したケアを  
 していくことが重要です。コミュニケーション  
 ンはメンタルケアの一つなのです。

●日本における終末期の生活・生命の質(Quality of Life) 評価



黒い枠のものはアメリカと共通した部分、点線枠のものは日本人特有で多かった希望。  
 (Miyashita 2007)

してもらうことも大切です。つらいだろうと  
 患者さんから役割を奪うと、患者さんは喪失  
 感を抱いたり、人に迷惑をかけているという  
 気持ちになります。

そして、患者さんの尊厳を傷つけないこと  
 も大切です。例えば、食事、入浴、トイレの  
 方法は、患者さんに決めてもらうなど、意思  
 決定を促します。特に終末期にある患者さん  
 では、できることが限られてきますが、本人  
 の意思を尊重することが重要。次頁図に終末  
 期の患者さんが望んでいることを示します。  
 忘れてはならないのは、家族も第二の患者  
 であるということです。家族は、患者さんと  
 同じように衝撃を受けています。休暇を取る、  
 相談できる人に気持ちを打ち明けるなど、ス  
 トレスを減らすようにします。精神的につら

## 第5章 将来

### PART1 遺伝子検査の有効性と将来像

栃木県立がんセンター技幹  
同研究所がん遺伝子研究室・がん予防研究室 菅野康吉

### PART2 進化が加速する「検診機器」

獨協医科大学放射線部教授 石川 勉

そして、がんのカウンセリングを4段階に位置づけて、切れ目のないメンタルケアを提供していくことが必要だと考えています。具体的というと、基本的な段階はすべての医療者が行う患者さんとの日常的なコミュニケーション、第2段階はがん専門医によるがん告知、再発告知、第3段階は患者さんの心理的問題に対する心理の専門家によるケア、第4段階は精神科医によるうつ病などの診療です。こうしたシステムをつくることによって、がんのうつ病を少なくすることができるはずですが、実際に「がん対策推進基本計画」のもと、がん診療に従事するすべての医師を対象とした「緩和ケア研修会」では、精神腫瘍学を基本にしたコミュニケーションスキル研修が実施されています。ただし、医療者も人間

です。すべてをわかっているわけではありません。患者さんからも、気がかりなこと、知りたいこと、どんなふうに伝えてほしいのかなど、自分の希望を医療者に教えてあげてください。

がんのメンタルケアで大切なことは、終末期になって希望への架け橋を築くのではなく、がんとなった段階から希望へと架け橋を築けるようにすることなのです。そういった意味でも、日常的な医療者と患者さんのコミュニケーションは重要だといえるでしょう。



内富庸介(うちとみ・ようすけ)  
1991年、米国スロンケタリングがんセンター記念病院で研修。1995年、国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部の創設に携わる。1996年より同部長。2010年4月より現職。

(図版提供：内富庸介教授)

## 好評既刊 ヤクルト健康シリーズ

- No. 1 赤ちゃんを育てる——お乳のあたえ方(絶版)
- No. 2 80年代健康づくりへの提唱——これからの保健・栄養問題に対応する知恵(絶版)
- No. 3 腸内のドラマ(絶版)
- No. 4 高齢化社会への対応——みんなで考える成人病予防(絶版)
- No. 5 高齢化時代の健康を考える——健康で長生きするための知恵(絶版)
- No. 6 子供の心とからだを考える——子供の健康に、いま何が必要か(絶版)
- No. 7 今、もう一度朝食を考える——家庭における食事とコミュニケーション(絶版)
- No. 8 未来をみつめて食生活を考える(絶版)
- No. 9 あなたの心臓、元気ですか？——急増する心臓病を予防するために(絶版)
- No. 10 ミクロの住人たち——腸内細菌の世界を探る
- No. 11 運動でつくる健康ライフ——健康づくりのための運動習慣(絶版)
- No. 12 あなたにあった食べ方を考えよう——食生活から見る健康ライフ(絶版)
- No. 13 ちょっと気になる体の異常(絶版)
- No. 14 続・ちょっと気になる体の異常
- No. 15 未来に備えて子どもに健康を(世界の子ども・日本の子ども)(絶版)
- No. 16 がんで死なないために(絶版)
- No. 17 心臓を守るための食生活と運動(絶版)
- No. 18 噛む——口腔衛生と食生活(絶版)
- No. 19 続・がんで死なないために
- No. 20 骨粗鬆症の予防は20歳から
- No. 21 ちょっと気になる体の異常PART3
- No. 22 高齢者の在宅介護——栄養問題に着目して
- No. 23 生活習慣病の予防は子どものころから
- No. 24 糖尿病発症の予防は生活習慣の改善から
- No. 25 やさしい免疫のはなし
- No. 26 プロバイオティクスの世界
- No. 27 『がんを知る』がん発生のメカニズムと予防の重要性
- No. 28 ストップ・ザ・メタボリックシンドローム——生活習慣病のリスクを減らす
- No. 29 健康寿命を延ばす——突り多き人生を生きる
- No. 30 「早く老いる人」の食習慣

●ご意見・ご相談はお気軽に下記へ  
お客さま相談センターフリーダイヤル  
**0120-11-8960**  
[通話料金無料] イイ ヤクルト  
(受付時間9:00~17:30土・日曜・祝日・年末年始を除く)  
携帯電話・PHSからはご利用になれません。

### がんから身を守る予防と検診 2011年9月発行

発行/株式会社ヤクルト本社 広報室

〒105-8660 東京都港区東新橋1丁目1番19号 TEL03-3574-8920

監修/若林敬二 デザイン/布施信二+ハープ・スタジオ イラストレーション/小湊好治  
編集制作/文藝春秋企画出版部 印刷/株式会社フクイン

本書の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。  
また、私的使用以外のいかなる電子的複製行為も一切認められておりません。

社団法人  
広島県病院協会会報

No.89 [2011.9]



社団法人 広島県病院協会



《特別講演》



「がん医療における心のケア」

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 精神神経病態学

内 富 庸 介

ご紹介にあずかりました岡山大学精神科の内富です。今日は朝から大変長い研究会の最後にこのような機会を与えていただきまして大変ありがとうございます。末丸先生、そして種村先生、大変ありがとうございます。今日お話す内容は、この学会が多職種というふうにお伺いしましたので、広く皆さんにまず知っていただきたい部分をお話したいと思います。少しスライドが多くなるかもしれませんが、できるだけ皆さんの意識状態をこちらから観察しながら間引いてスライドを使いたいと思います。よろしくご協力のほどをお願いいたします。

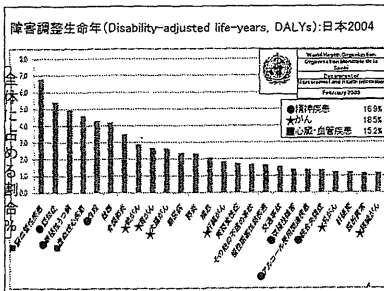
インフォームド・コンセントと心の機能

説明→(気持ち)→同意

知 ⇄ 情 ⇄ 意

それでは、今日お話しするインフォームド・コンセント、説明と同意というのは皆さんよくご存知だろうと思いますけれども、人の心という「知情意」。これを並べてみますと、「情」のところ、説明すべき知識を伝えられると、特に命に関わるような説明、知識ですと、感情が恐怖、怒り、落ち込み、不安、色んな感情が生じてまいります。人間も動物もそうですけど、その感情を頼りにその後の行動を意思決定していく、というのが本能と言いますか、自分にとって非常に長い将来に関わる重要な決定ですので、医師のほうも最初に説明して、同意で終わりというわけには行かないと思います。ですけど、そのあんばいというのは非常に難しい部分がありまして、今日お話す内容は、その気持ち、説明と同意の間の気持ちについて中心にお話をしたいと思っています。

気持ちの問題はこれからどんなふうに広がっていくのかと。よくWHOがこれまで、死亡率で病気の重大性を推し測っていたと思うんですけども、単なる生き死にだけではなく、健康寿命という概念を少し入れて、障害調整生命年 (DALY) という数値が最近よく使われるようになってきました。一番左にあるものは脳血管障害でして、この疾患自体は急逝するので生死に関わる非常に数多い疾患であるということと、もうひとつ脳卒中後に寝たきりになって、10年とか20年と非常に長い辛い、それこそ健康寿命としてはマイナスの側面があります。そういった生き死にと生命のマイナス面と健康寿命のマイナス面、それを併せた概念がDALYという数値でありまして、各国でこの数値が算出さ

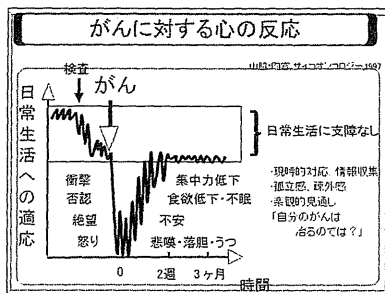


れています。

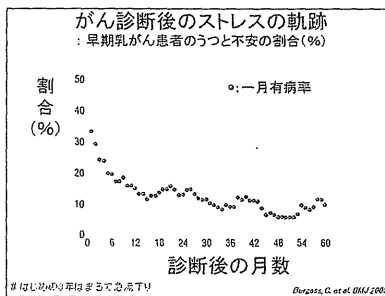
日本のこの数値を見ますと、トップが脳血管障害ですけれども、2番目に認知症、先進国では飛び抜けて割合が高い。これは2004年のデータですから、ずいぶんこれから進んでいるのではないのでしょうか。3番目がうつ病。先進国ですとトップがうつ病ですので、これからもっともっと、経済状態が良くなるようにはいっそう見えませんので、ますます認知症とうつ病がこれから非常に大きな割合を占めるのではないかと。がんを見てみますと、よう

やく自殺の後、7番目8番目ぐらいから肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がんと出てきます。躁うつ病、アルコール、統合失調症の後によく乳がんが出てまいります。この数値を足していきますと、だいたい十数パーセントずつありまして、この数字が何を意味するかと言いますと、イギリスはこの数字をもって医療資源は限られているので、医療費の再分配をこの数値でもって行おうというふうなことを考えています。つまり、これまでその領域の疾患が多いというよりはどちらかと言うとその領域の医療者が多いから出来高払いでどんどん医療費を使いたいだけ使えた部分があるんですけれども、右肩下がりになってくると限られてくる。そうすると公平性を考えると、例えば日本でがんは18.5%を占めていますけれども、医療費で言えばまだ12.3%ですので、まだまだがん医療には十分な医療が投入されていないと。精神疾患16%ですけれども、惨憺たるもので、先進国では最も医療費の少ない。これから高齢化社会を迎えて、認知症、うつ病、がんというものがますます高齢化社会における医療費の再分配、公平性という観点から見てもこういうがん、心の側面というのはいまますます重要になってくるような気がしています。

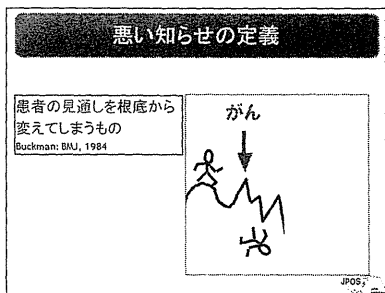
今日これがイントロで、本題に入りますけど、通常心の反応を知っていただくことで、あらかじめこういうふうな想定内の心の動きで、患者さんご家族は進んでいくのかなということはある程度思い描いておくと、対応がしやすくなるということで、少しだけご紹介いたします。



がんと伝えられますと、ほとんどの人は衝撃が走って、「自分ががんになるはずがないです。」とか、「どうしてあの人じゃなくて自分なんだ。」という、非常に感情が揺さぶられる2、3日があります。それを経て、2週間、3ヶ月とようやく生活に辛うじて日常生活、最低限適応できるようなだいたい3ヶ月ぐらいで軌道に乗ると言われています。がんに関する知識がない人では、比較的否認がうまく働いて、自分のがんに限っては良くなるのではないかと、というふうに思われるのが一般的で、これが少し健康の指標にはなりません。



そうは言ってもどれくらい経つと、がんと向き合える状況になるのかと言いますと、これはイギリスのデータなんですけれども、早期の乳がんと診断されて、うつ病・不安障害がどの程度、診断後に存在するかということ約5年、ひと月毎にプロットしたものです。乳がんと診断されるとだいたい3割ぐらいの方がうつ病・不安障害に相当します。2ヶ月、3ヶ月、4ヶ月、半年が来てようやく20%に減ります。そこから少しなだらかに減りますけれども、一般の人と変わらない10%未満になるまでにやはり3、4年掛かります。つまり最初の半年が、滝壺にいきなり突き落とされて大混乱の時期とすると、そのあと3年ぐらい掛けてようやく周囲の景色を見ても、川で言えばようやく中流に出るといのがだいたい3、4年。この時期になりますと実際、再発するリスクはずいぶん減ってきますので、乳がんは切ったら終わりという時代がかつてありましたけれども、恐ろしく長く、社会適用するまでにやはり3、4年掛かっていますので、そういった意味では慢性



の病気であるというふうに思われます。切って終わりという時代から考えると、じゃあどういふ心のケアが必要なんだろう、というふうに考えますと、がん、悪い知らせというのは、良い知らせだと見通しは変わらないんですけれども、何がかわるかと言いますと、将来の見え方、その人にとっては大

きな財産になると思いますけれども、健康な時にはベストシナリオで自分の良い人生を描いておられると思いますけれども、がんになった途端、全くワーストシナリオになるんじゃないかと。何が変わるかと言いますと、思っている見通しが根底から、足元から崩れていくような体験である。その心の復興に3、4年掛かるということになるかと思えます。

症例:53歳、男性、営業マン、肺扁平上皮がん、Stage IIIb、化学療法後、放射線療法2回、痛みは少し、日常活動に軽度支障あり。

家族歴:妻、長女、次女、長男(知的障害)の5人家族

主訴:頻繁に起こる呼吸苦発作で救急受診

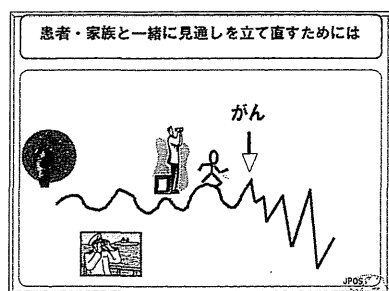
現病歴:肺がん治療後一旦復職したが、左鎖骨上高リンパ節転移、左上肢しびれにて再休職中、救急受診を繰り返したため、救急外来から紹介された。

これは、卒業して3、4年目の国立呉病院で経験した患者さんのお話を少ししたいと思います。53歳男性、営業マンの方で、肺がんの進行がん、3Bですから20年前も今も、そう治療法は変わっていません。化学療法、それから放射線療法。奥様、長女、次女、そしてご長男がおられ、その後、肺がんの治療をされていた方なんですけれども、頻繁に呼吸苦発作が起こるということで、救急受診してはレントゲン、心電図、血液生化学検査をしても何もないと。何度か繰り返された後、診てくれないかということで相談

を受けました。当時、精神科医が肺がんの患者さんに会うということはまず例外的な時代ではなかったかと思うんですけれども、先輩からの命令ということでしぶしぶ、かなり怖気づいていたんですけれども、診ることになりました。お話を恐る恐る伺って、「最後の頃に治療を始めて4年にもなるんだけど、もうこれまでだと思う。」というお話を、初診の時点でされました。こっちがもうびっくりするや、パニック障害、うつ病という診断を付けて何とか精神症状の面についてはなんとか相談に乗らしましょう。でもその他のことはちょっと。私20代ですし、相手は50代ですから、今この歳になると、ああそうだったんだろうなと思うこと、いっぱいありますけれども、20代だった時の医師がこういう肺がんの、それも末期がんの方と向き合うというのはずいぶん荷の重い仕事だなというふうに思いました。お話を伺っていると、待望の長男が野球ができない障害を持っていた。そして、それに失望してあまり自宅に帰らず、仕事とよそのうちのお子さんの野球の監督をやっていた。そういった話をされていました。そして10年、20年経って40代後半に肺がんという診断を経て、治療中に娘さんが出て行くという話をされて、がんというのは何がしか自分の人生を必ず振り返らせる大きなイベントとして、機会としてよく捉えられますけれども、この方もご多分に漏れず、やはり自分の人生は何だったんだろうということを考える機会になって、その時に呼吸苦発作を何度も起こされたという方でした。

時間が限られているということが一番大きなドライブになったのではないかと思いますけれども、奥様と長女の方が一生懸命奔走されて、結婚式が整ってその直後に亡くなられたんですけれども、奥様の話では身体の面の症状緩和は比較的うまく行っていたし、心を入れる一番大きな器は身体ですから、身体の症状緩和ができるはずスタートラインに立てますし、次に心を入れる大きな器というと脳ですから、脳の症状であるパニック発作、うつ状態これも緩和できた。もう少し大きな高い視点で心の安定化という面で見ると、介護とお金の問題です。この方はやはりお子さんがいらっしゃるということで、お金の面が奥様としては非常に心配なところがある。こういう身体、それから脳、それから経済、介護の負担、そういったものがクリアされて初めて、心理社会的な親子の和解の問題ですとか、スピリチュアルな人生の振り返り、こういった問題が扱えると。奥様に言わせると、あれだけ悪いお父さんも最期は帳尻を合わせて旅立っていったし、娘も巣立っていった。でもこれから私の人生、障害を抱えた子どもとどういふふうに行っていけばいいのかということをお話された時、ちょっと20代の研修医には荷の重い領域の仕事があるんだなと。こういう将来の見通しというのは、呼吸器内科の肺がんを診断した医師は、少なくとも診断時には恐らく見えていたはずなのに、これは何も手当てが出来ないような非常に深く、また他職種が最初から懸命になってプランを立てない限り、なかなか難しい領域があるんだというふうに思いました。

患者ご家族と一緒に見通しを立て直すためには、それぞれの見通しの立て方、違うと思います。先



程の肺がんの患者さんですと、限られた時間の中で一番大きなテーマは親子の和解、家族との和解、それが大きなテーマだったでしょうから、それが達成できるようながん医療、緩和ケアを提供するというのがこちら側の医療者の仕事でしょうし、色んな双眼鏡があります。尖閣諸島で頑張っておられる海上保安庁の船長はまた違う見え方しているでしょうし、若い女性には若い女性なりの最期の見通しがあるでしょうし、色んな見通しがあるかと思っています。

**日本における終末期のQuality of Life評価**

対象 4都道府県の無作為抽出した一般人口 2548名、12緩和ケア病棟の遺族 519名

| 共通性が高いQOLの要素    |                   |
|-----------------|-------------------|
| 身体的・心理的苦痛が少ないこと | 望んだ場所で過ごすこと       |
| 医療スタッフとの良好な関係   | 希望をもって生きること       |
| 他者の負担にならないこと    | 家族との良好な関係         |
| 自立していること        | 落ち着いた環境で過ごすこと     |
| 人として尊重されること     | 人生を全うしたと感じられること   |
| 自然なかたぎりで過ごすこと   | 他人に感謝し、心の準備ができること |
|                 | 後悔を悔いたこと          |
|                 | 死を意識しないで過ごすこと     |
| 共通性が低いQOLの要素    |                   |
| 納得するまでがんを闘うこと   | 残された時間を知り、価値をすること |
| 自 Respect を持つこと | 信仰をもつこと           |

その限られた時間の見通しをどういうふうと一緒に立て直すかという時に、単なる延命というのはあまり大きな割合を占めませんので、どういうクオリティーオブライフを望まれるかということとを一般人口2500名、そしてご遺族500名の方々にご協力いただいて、こういうふうに通りを過ぎていたいと、上が比較的日本人に共通している8割、9割の方々が見る。下のほうはそれほどでもない。特に人の負担にならず、死を意識しないで過ごすというのが日本人は非常に多く、普段どおりの生活が続ける。死ぬ瞬間まで役割を果たしたいという方は非常に多くおられます。人に感謝し、自然な形で人生を全うした人として尊重される。家族との良好な関係。落ち着いた環境で過ごす。希望を持って、医療スタッフとも良好な関係、望んだ場所で。海外ではよく出てくる、残された時間を死ぬ準備をする、信仰を持つことというのはほとんどありませんで、死と正面から向き合って、ゆうほんを書いたりするようなカルチャーは、これから団塊の世代の方ががん年齢に突入しますので、こういった価値観も上に上がってくるかもしれない。ただ信仰を持つというのはいまだにあまり経験がないもので、少ないのではないのかと思います。

がん、もしくは死に向かう再発進行がん、こういう時間が限られているという悪い知らせを伝えられた後の見通しの立て直し方。従来はがん細胞を取るだけで見通しであったわけですが、心の立て直しという意味では死ぬ間際になって急に緩和ケアを提供するというのではなくて、がんが治らない、治りにくいという時点で、やはり担当医と看護師さん、その他多職種の方々が意識を前倒しにして関わっていくということが、今後のがんを伝えて医療を進めていくという時代には、ヒットしているのではないのでしょうか。

緩和ケア病棟は90年代から増えてきましたが、緩和ケアチームは2002年、10年ぐらい、だいたい身体緩和ケア、痛み中心の緩和ケアが一通り行き渡り始めると、だいたい10年して今度は心のケアの必要性が海外でも日本でも言われていますので、緩和ケアチームである意味、がんと診断された直後からの心のケアを非常に重視したものになるのではないかというふうに思っています。

**早期緩和ケアと標準的ケア**

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Mustiansky, M.A.  
14 (Suppl 3) JCO 2010;28:3623-3627  
Copyright © 2010 American Medical Society

【対象】転移のある肺がん(=治療しない予後1年未満)と、過去8週間に新発に診断された患者

【実施例】エンターティ後3週間以内に緩和ケア専門医 + advanced practice Ns による介入はW、ガイドラインに基づき緩和ケアだが、特に以下の点に注意が払われた。

- 1) 身体的・心理社会的症状評価
- 2) ケアのゴールを確立する
- 3) 治療に関する意思決定を援助する
- 4) 患者の個別ニーズに基づいたケアのコーディネーション

【対照群】標準的ケア

これは昨年のニューイングランドジャーナルという雑誌に早期の緩和ケアと従来の標準的ケアでどういふような結果が違うんだろうかと。対象は1年未満の肺がんの方で、診断された直後から緩和ケア専門医とナースが全員に関わる。対照群は依頼があったときだけ関わると。何をしていたかということ、身体的・心理社会的の症状評価。身体、心の痛みを評価して、対応する。そしてケアのゴール、治療に関する意思決定を援助する。患者の個別ニーズに基づいたケアのコーディネーション。個別ゴールと違ってありますけれども、これは先程の結局肺がんは全例、亡くなりますので、1年前後で。どういふふう