

.....
参考文献

1. Leentjens AF, et al: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists or psychosomatic medicine specialists. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and the Academy of Psychosomatic Medicine. Psychosomatics. 2011 52:19-25.
2. Katon WJ, et al.: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med. 2010;363:2611-20.
3. Cacioppo JT, et al: Social neuroscience: challenges and opportunities in the study of complex behavior. Ann N Y Acad Sci. 2011, 1224:162-73. Epub 2011
4. 内宮庸介ほか(編):がん医療におけるコミュニケーションスキル.医学書院.東京.2007

『学術の動向』

平成23年8月号以降の特集テーマ (案)

『学術の動向』では、今後の各号の特集テーマを以下のように予定しておりますので、ご期待下さい。

平成23年 8月号 「学術における男女共同参画推進の加速化に向けて
—アンケート結果をてがかりに—」(仮題)

「災害・紛争・復興とジェンダー
—人間の安全保障の新地平—」(仮題)

9月号 「新しい高校地理・歴史科教育の創造
—グローバル化時代を生き抜くために—」(仮題)

「今、アイヌであること
—共に生きるための政策をめざして—」(仮題)

編集委員会委員長後記

紫陽花の美しい梅雨の季節であるが、先月下旬には6月の最高気温が20年ぶりに更新されるという猛暑に襲われた。はたして盛夏はどうなることか。節電がブラック・アウトの危険を警告しながら奨励されているが、節電のために熱中症などで健康を損なうことのないよう細心の注意を払ってこの夏を乗り切りたい。それにしても、瓦礫の撤去がまだ終わらない被災地の夏が気懸かりである。どうぞ猛暑が襲ったりしませんように。

今月の特集は精神医学・神経学分野の研究の展望について。社会の高齢化が進行するいま、また、大震災から3ヶ月余を経て、被災者たちの精神・神経への影響が顕著に現れ始めるいま、大きな関心と期待が寄せられる分野である。まして、「日本の展望」表出以後の20年間を見据えての企画であり、総勢16名の研究者による論考は、当該分野の多岐にわたる多様な諸問題を取り上げていて、研究の現状と課題、発展の可能性・方向性を知ることができ、きわめて有益である。

高齢者ばかりではない。近年若者にうつ病患者が増加傾向にあることは、大学での学生指導の経験からだけでも実感することだ。患者の苦しみは深刻であり、また、社会的損失も大きい。それにもかかわらず、日本での研究は欧米ほどに進んでいなかったらしい。しかし、ゲノム・エピゲノム解析研究や脳画像解析研究等、研究方法の長足の進歩は、医療の新たな可能性を実現させつつあるという。また、神経学研究においても、治療が困難とされてきた神経疾患（例えばアルツハイマー病や筋萎縮性側索硬化症）について、分子生物学の進歩により、明るい光が差し始めている。

松橋教授による「日本の展望」は、東日本大震災の影響を考慮して再検討されたエネルギー政策の、今後10年間の決して楽観できない状況を明示して、きわめて重要である。ご寄稿に感謝します。

深甚な災害に立ち向かおうとする意欲を削ぐような政治の停滞のなかで、学会会議こそは科学の力への信頼と期待に真摯に応じて、現状打開に貢献していかなければならない。その姿勢の一端を本号は示していると言えよう。

『学術の動向』編集委員会委員長 桜井 万里子

『学術の動向』編集委員会

委員長

桜井 万里子

(日本学術会議第一部会員、東京大学名誉教授)

副委員長

池田 駿介

(日本学術会議第三部会員、東京工業大学名誉教授)

委員

町野 朔

(日本学術会議第一部会員、上智大学法学研究科教授)

福井 次矢

(日本学術会議第二部会員、聖路加国際病院院長)

室伏 きみ子

(日本学術会議第二部会員、お茶の水女子大学理学部教授)

北里 洋

(日本学術会議第三部会員、独立行政法人海洋研究開発機構
海洋・極限環境生物圏領域長)

辻村 みよ子

(日本学術会議第一部会員・科学者委員会委員、東北大学大学院法
学研究科教授)

野本 明男

(日本学術会議第二部会員・科学者委員会委員、(財)微生物化学研究
会理事長・微生物化学研究センター生物研究センター長)

笠木 伸英

(日本学術会議第三部会員・科学者委員会委員、東京大学大学院工
学系研究科教授)

桑原 博

(財)日本学術協力財団常務理事)

学術の動向

2011年7月1日発行(毎月1回1日発行)

第16巻 第7号(通巻184号)

定価 756円(本体720円)

1年間定期購読8,000円(税・送料込み)

編集

『学術の動向』編集委員会

編集協力

日本学術会議

(SCJ: Science Council of Japan)

〒106-8555

東京都港区六本木7-22-34

電話 03 (3403) 1906

URL <http://www.scj.go.jp>

発行

財団法人 日本学術協力財団

代表者 吉川弘之

〒106-0031

東京都港区西麻布3-24-20

電話 03 (5410) 0242

03 (3403) 9788

FAX 03 (5410) 1822

URL <http://www.h4.dion.ne.jp/~jssf>

印刷

株式会社キタジマ

〒130-0023

東京都墨田区立川2-11-7

電話 03 (3635) 4510

URL <http://e-kitajima.jp/>

※無断転載はお断りします。

落丁本・乱丁本は当財団宛にお送りください。送料は財団負担にてお取り換えします。

Published by : Japan Science Support Foundation 3-24-20
Nishiazabu, Minatoku, Tokyo 106-0031, JAPAN

CLINICAL ONCOLOGY 腫瘍内科®

Vol.8 No.1

July / 2011

特集 がん医療における家族ケア

がん医療における家族ケアの必要性 埼玉医科大学国際医療センター・精神腫瘍科 大西秀樹
がんがもたらす家族の精神医学的問題・心理社会的問題

遺伝リスクがある家族のメンタルヘルス 千葉県がんセンター・精神腫瘍科 堂谷知香子
小児がん患者の両親のメンタルヘルス 首都大学東京・看護学科 村上好恵
聖路加国際病院・小児科 小澤美和

終末期がん患者の家族のメンタルヘルス 東北大学・緩和ケア看護学 清水 恵, ほか
相談支援センターで行う家族ケアの実践 がん患者・家族総合支援センター 原田久美子, ほか
がん家族への情報提供のあり方と今後の課題

大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 平井 啓
がん医療における遺族のメンタルヘルス 帝京平成大学・臨床心理学 浅井真理子
死別を経験した子どもたちへの援助―悲嘆の複雑化を防ぐために―

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 瀬藤乃理子, ほか

話題

がん患者・家族の意思決定補助ツールとしての質問促進パンフレット
東京大学・がんプロフェッショナル養成プラン 白井由紀, ほか
親のがんを子どもにどう伝えるか 宮崎大学・教育文化学部 鹿形明子
複雑性悲嘆療法 埼玉医科大学総合医療センター・メンタルクリニック 五十嵐友里

解説

家族ケアとがん対策基本法 国立がん研究センターがん医療支援研究室 加藤雅志
家族ケアにおける看護師の役割 東京医科歯科大学・心療・緩和医療学 梅澤志乃
家族ケアにおける心理士の役割 白梅学園大学・発達臨床学科 小野久美子, ほか

連載

がん薬物療法専門医講座:
がん薬物療法専門医のための模擬テスト18―解答と解説―
島根大学・腫瘍センター 森山一郎, ほか

科学評論社

別後の病
ま何か一、

理解と早

子どもを支

森和美・
東京：誠

もたち！
青海社；

の臨床。
学書院；

grieving

children
hological



話 題

がん患者・家族の意思決定補助ツール としての質問促進パンフレット*

白 井 由 紀^{**,***} 内 富 庸 介^{**,****}

Key Words : oncology, communication, decision making, patient participation, question prompt sheet

はじめに

質問促進パンフレットとは、病状や治療、治療中の生活などに関する質問例をあらかじめ記載したパンフレットである。患者は医師との面談前に、自身が尋ねたい質問に印をつけ、記載されていない質問を書き込むなどして面談に臨む。患者—医師間のコミュニケーションを促進し、患者の意思決定を補助する目的で開発されたこのパンフレットは、米豪を中心に、無作為化比較試験による有用性の検討が行われ、普及が進められている。

本稿では、まず、意思決定場面における患者・家族—医療者関係の先行研究および質問促進パンフレットの先行研究を紹介する。その上で、わが国のがん患者を対象として開発した質問促進パンフレットとその有用性について検討した研究を詳細に紹介する。また、質問促進パンフレットの臨床適用と、パンフレットが家族にもたらす効果についても言及したい。

意思決定場面における 患者・家族—医療者関係

検査結果を聞く、治療に関する話し合いをするなど、重要な面談場面において、患者・家族が情報を十分に理解し納得して意思決定をする

ためには、医療者との十分なコミュニケーションが不可欠である。そのコミュニケーションを阻害する要因の一つに、医療者のコミュニケーション・スキルの不足が指摘されている。現在、国内外で医療者を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムが開発され、スキルの向上を目指した介入が行われている。しかしながら、コミュニケーションの阻害要因には、医療者側の問題だけでなく、患者のコミュニケーション・スキルの不足もあることが指摘されている。Lebinsonらは、医師が抱えるコミュニケーション上の問題として、患者が心配事を話したり情報を求めたりしないことを報告している¹⁾。また、Butowらは、患者の多くが情報開示を望みつつも、何を聞いてよいのかわからず、医師は、患者が望む情報の種類や程度を量りかねていると指摘している²⁾。

家族にとっても、意思決定場面で医療者と十分にコミュニケーションをとることは難しい。終末期ケアにかかわる話し合いをする際に、家族は何を聞けばよいかかわからず、医療者に無知だと思われるのを恐れて質問ができなくなることが報告されている³⁾。また、的外れな質問をして医師に面倒をかけることを恐れ、質問を躊躇することもある⁴⁾。

以上のように、先行研究からは、患者・家族

* Question prompt sheet for cancer patients and family caregivers to facilitate their medical decision making.

** Yuki SHIRAI, R.N., Ph.D.: 東京大学大学院医学系研究科がんプロフェッショナル養成プラン[〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1]; Human Resource Development Plan for Cancer, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo 113-0033, JAPAN

*** Yosuke UCHITOMI, M.D., Ph.D.: 独立行政法人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

**** 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

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

¹⁾ 論文に、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。²⁾ 論文に、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)⁵⁾は、142名の初診がん患者を、対照群[general information sheet(患者が利用可能な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群に無作為に割り付けた。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)⁶⁾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群に無作為に割り付けた。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⁷⁾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⁸⁾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⁹⁾。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
)
)
項目*
均値
)
)
項目*
有意

平均
群の
上し、
質問
して
いた。
を対
パンフ
ック
に割
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¹⁰⁾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管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 診断は行われますか?
- 2 腫瘍(病状の部分)は?

*** 病状について**

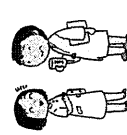
- 3 痛はどのくらいですか? / どのくらい悪いですか?
- 4 がんはどこにあるのですか?
- 5 それほどの悪化はいつ頃ですか?

*** 症状について**

- 6 多量に嘔吐が繰り返されますか?
- 7 多量に下痢が繰り返されますか?

*** 検査について**

- 8 どの検査も必要になりますか?
- 9 もしも検査が必要なら何が必要ですか?
- 10 検査の費用はどのくらいですか?



*** パンフレットの使い方**

このパンフレットは、患者さんやご家族がいつでも、どこでも読むことができます。医師との面談に、あらかじめ読んでおくことで、面談がスムーズに進みます。また、パンフレットに載っていない情報は、医師に直接聞いてください。

質問の内容は人それぞれ異なります。どのくらい詳しいか、どのくらい心配しているか、多くの方の質問が共通していても、あなたには必要でない質問もあるかもしれません。あなたには必要でない質問も読み飛ばして大丈夫です。大切な質問は必ず読んでください。あなたが知りたいことがあれば、医師に直接聞いてください。このパンフレットをうまく使っていただくことが、医師とのコミュニケーションを助けてくれます。

パンフレットの最後には、医師の連絡先や相談先が記載されています。よく読んでください。

*** 使用例**

「がんはどこにあるのですか? / どのくらい悪いですか?」
→ 腫瘍(病状の部分)は?

*** 診断について**


- 1 診断は行われますか?
- 2 腫瘍(病状の部分)は?

*** 病状について**

- 3 痛はどのくらいですか? / どのくらい悪いですか?
- 4 がんはどこにあるのですか?
- 5 それほどの悪化はいつ頃ですか?

*** 重要な面談に
のぞまれる患者さんとご家族へ**


— 聞きにくいことをきちんと聞くために —



国立がんセンター 東病院
腫瘍内科センター 腫瘍内科学療法部

*** 重要な面談に
のぞまれる患者さんとご家族へ**

— 聞きにくいことをきちんと聞くために —



国立がんセンター 東病院
腫瘍内科センター 腫瘍内科学療法部



***治療について**

[治療を受ける時の質問]

- 11 がんに対するどんな治療法がありますか？
 - 12 抗がん剤以外ではどんな治療法がありますか？
 - 13 各治療を選んだときの癌の大きさ、癌の浸透、最も起こりうる見込み(生存期間や生活の質)は？
 - 14 各治療を選んだときの起こりうる合併症、短期的・長期的な副作用、副作用は？
 - 15 先生が薦める治療はどれですか？
 - 16 ほかの患者さんはこういう場合どんな治療を選択していますか？
- [ほとんど治療についての質問]
- 17 その治療はどのように行うのですか(治療の種類、回数、期間、スケジュール、負担場所、費用)？
 - 18 その治療の目的は何ですか？
 - 19 その治療中、身体的に制約されることはありますか？
 - 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はどのようにわかりますか？
 - 24 その治療が効いているがどのように判断するのですか？
 - 25 その治療が効かなかったらどんな選択がありますか？
 - 26 その治療はどのくらい費用がかかりますか？
 - 27 その治療が早く開始は自分や他人ですか？



[その他、治療に関する質問]

- 28 癌元の病院で治療を受けられますか？
- 29 代金援助(サブスクリプトや医療費助成)を使用していたら、返しても良いですか？
- 30 ここで治療を受けながら他の治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 その治療中に注意しなければならないこと(食事、運動、家事、性生活、出費など)？
- 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(私が食べたい量)を食うことが出来ますか？
- 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 どのような状況に気づいたら生活を変えなければいけませんか？
- 39 そのような状況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、家事の手配)をもたらす可能性がありますか？
- 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簡単に相談すればよいですか？

***こころのこと**

- 43 私の病気についての心配事や悩みを相談しても良いですか？
- 44 不安で眠れない時や、ひどく気分が落ち込む時の対処法はありますか？
- 45 この病気と上手くやっていくための何かアドバイスはありますか？
- 46 こころの負担は誰にすればよいですか？

***この先のこと**

- 47 先々の見通しは？(どれくらい生きられますか？)
- それを取りたい理由は？
- 48 治る可能性はありますか？
- 49 転院としてどうなりますか？ 私はよくなりますか？



***その他**

- 50 何が原因でこの病気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期間がありますか？ 今日決めなくてはなりませんか？決めなくてはならないことはありますか？(もう少し決断を先延ばししても良いことはないでしょうか？)
- 52 病前の暮らしから今までの間に(何が)変わったか(生活面、身体面、心霊面)がありました。
- 53 私がどうしても置きたい(聞きたい)もの(こと)はありますか？

***他に聞きたいこと**

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用意でしたら、診察室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・家族相談室にお気軽にお問い合わせください。
 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://www.ncc.go.jp/public/index.html> では、病気や治療法、参考図書などについての情報をご覧いただけます。
- Q. 次のようなご心配事は、2階の患者・家族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相談をおこなっています。
- Q. この病気への対応で私の助けになる(利用できる)サービスはありますか？
- Q. 家事援助や子供の世話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. もし退けなくなった場合、何か情報はありますか？
- Q. 治療費を助成して、生活面に関する話ができる(相談できる)ような人はいますか？



- Q. 次のようなご心配事は、精神腫瘍科にご相談ください。
 - Q. この病気と上手くやっていくための何かアドバイスはありますか？
 - Q. こころの負担は誰にすればよいですか？
 - Q. 家族のこころの負担をどのように減らせますか？
- 当科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。こころの相談をご希望の方は、担当医師、看護師または1階相談室までお申し出ください。また、お電話での予約も可能です。
 (予約専用電話 04-7194-0391 平日午後1時から3時まで)
- 当科では、患者さんとご家族のこ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。気持ちのこころを医療スタッフに伝えることは決して「弱さ」な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治療費が適用されます。
- 【このようなことがよくお聞きに相談ください】
- 寝れない 夢や不安がない ●気分が落ち込む
 - テレビや新聞などが読めない ●集中できない
 - 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
 国立がんセンター 精神腫瘍学開発部
 住所：〒277-8577 千葉県船橋市の6-5-1
 電話：04-7194-7013 (直通：白粉)

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 ± 3.6 , 対照群 2.7 ± 2.8 ; $P=0.033$, 介入群 5.3 ± 3.8 , 対照群 2.8 ± 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 ± 3.6 , 対照群 3.3 ± 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¹¹⁾。

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¹²⁾。

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⁸⁾。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。

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⁸⁾。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¹²⁾。
- ・重要な面談の前に患者に渡すことが望ましい⁵⁾~¹¹⁾。
- ・面談時間を延ばすことはない⁵⁾~⁷⁾、⁸⁾、¹⁰⁾。
- ・患者の不安を増強させることはほとんどない⁶⁾、⁷⁾、⁹⁾。
- ・医師による質問の奨励をあわせて行うことが望ましい⁸⁾。

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¹³⁾。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⁹⁾。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っ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.

用
レット
国立が
精神腫
.o.jp/
笈の多
ネット
るが、
復使用

面談
ットを
検査
/治療
先立
ら、自
ことは
が容
来院
す、口
有効か

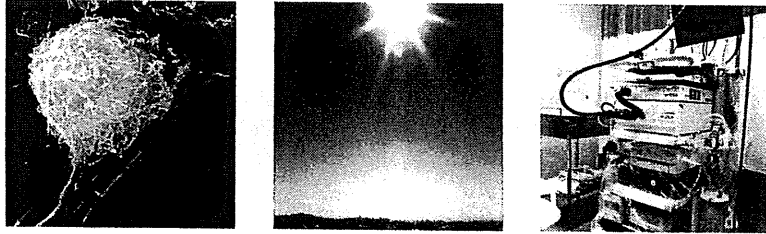
引用
研究
組織
を用い
たいこ
トを
で面
る⁸⁾。
疑問
るた
む情
して

患者
ある
不安
究の
直
るも
いた。

- 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.

* * *

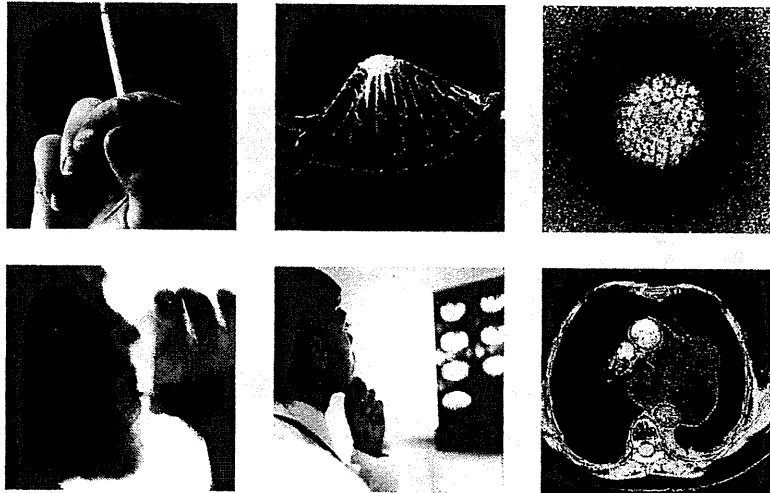
ヤクルト健康シリーズ③



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。さかのほれば、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。いわゆる適応障害と呼ばれるもので、この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、がんが心を与える影響を知り、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（精神腫瘍学）といいます。サイコオンコロジは、「がんが心を与える影響」と「心や行動ががんを与える影響」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」、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、

逃げようともしないでしよう。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ととえて、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、退院は海の沖合にぼんと投げ出されるようなのだといえます。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に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たからの「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

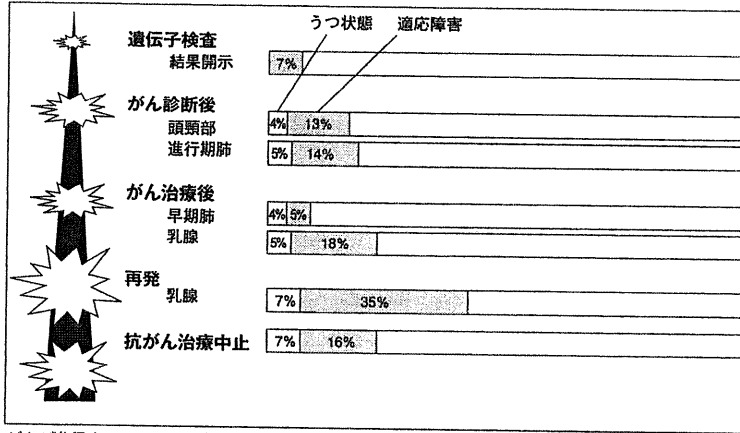
●再発に対する不安、恐怖：一般的なアドバイス

- (気持ちのつらさをやわらげるための具体的な行動)
- ・不安に感じていることを紙に書き出して整理してみましょう
 - ・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セス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
 - ・体調など気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のです。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よう。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クセスしてもらいます。

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、希望へとつながることができのです。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、不安が強うつ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

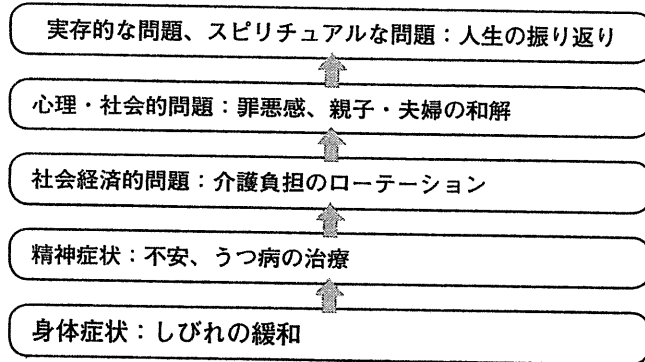
ケア病棟で亡くなりました。Aさんは、「家族と和解ができてよかった、自分の人生はそう悪くなかった」と語ってくれました。

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。人によつては、「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。

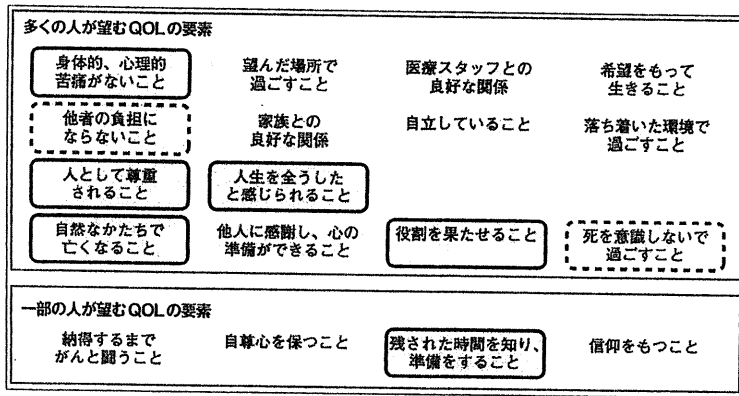
また、励ましは患者さんにとって、つらい
 場合があるため注意します。一昔前までは、
 「頑張れ」と患者さんを励まし、がんを乗り
 越えようとする風潮がありました。しかし、
 患者さんは十分頑張っているので、励まされ
 るとかえって心の負担になってしまふのです。
 患者さんに今までの役割をできる限り果た

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つたので
 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)

してもらおうことも大切です。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。具体的にいこうと、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。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が、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 ミク口の住人たち——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——実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
お寄せ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からはご利用できません。

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

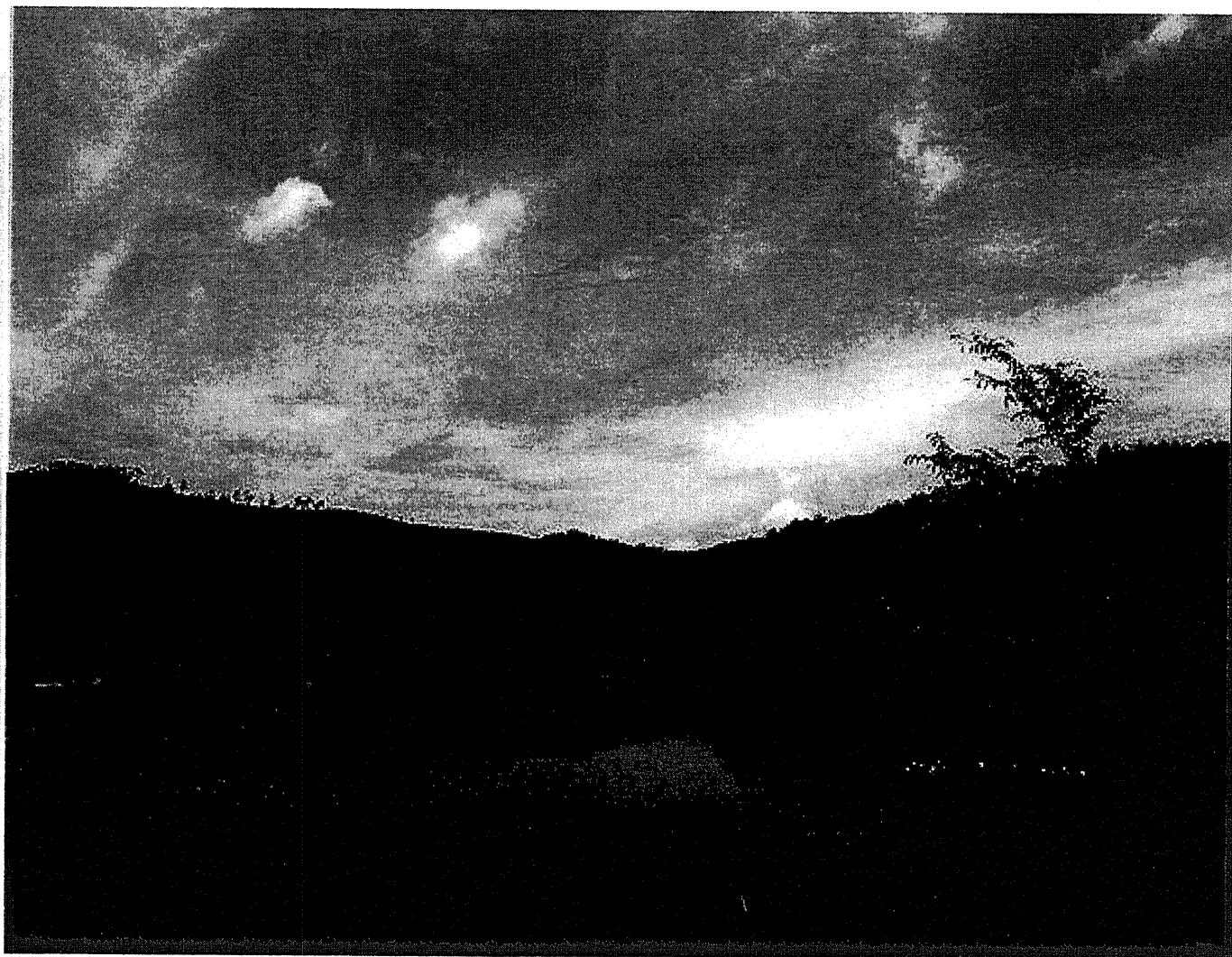
監修・若林敬二 デザイン/布施信二十ハープ・スタジオ イラストレーション/小湊好治

編集制作/文藝春秋企画出版部 印刷/株式会社フクイン

本書の無断複写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