

衝撃を受けた患者の反応：通常反応

がんの診断を告げられるなど、突如、生活や生命の危機に唐突にさらされた患者は強い衝撃を受ける。患者の言葉を借りれば、「頭が真っ白になった」、「自分と周りとの間に幕が張られたようで、現実感がなくなった」、「何を言われたのか、どこをどうやって家に帰ったのか覚えていない」などの体験を患者はこのときに受ける。

この強い衝撃のなかには、次のような様々な反応が生じる。

否認

状況すべてを信じない。

「がんと言われたのは何かの間違いである」。

絶望感

すべてが終わったと感じる。

「もう駄目だ、死ぬしかない」。

怒り

周りのあらゆるものが不合理に感じる。

「どうして自分がこのような目に遭わないといけないのか」。

取引

自分がよい行いをすれば、よい展開が待っていると信じる。

「このようなことをがんばってするから、自分を助けてほしい、救われるのではないか」。

この混乱にもみえる時期は、おおよそ3、4日続く。なかには、不安や恐怖、混乱や絶望感、無力感などの心理的な反応に合わせて、眠れな

かったり、食事が摂れなくなったり、何もしたくなくなり部屋に引きこもる、仕事にも出られなくなるなど、一時的に日常生活を送れなくなることもある。しかし、この4日の時期を過ぎると、徐々に混乱した状態は治まり、1週間から10日後には、患者それぞれの対処により新たな状況に何とか合わせるようになる。

かつてキューブラー・ロスが唱えたように、がんに対する適応は、否認→怒り→無力感などの段階を経ると考えられていた。しかし現在では、“段階を踏んでいく”というよりも、“様々な段階が混じりつつ進んでいく”と考えられている。

通常反応に対する看護師のかかわり方

看護師の役割を3つの場面（診察前、診察・面談中、診察後）に分けてまとめてみたい。

1. 診察前

診察前には、可能であれば患者にかかわる医療チームのメンバーによるカンファレンスがもたれることが望ましい。カンファレンスでは、患者・家族の病状認識、“悪い知らせ(Bad News)”を聞きたいかどうかに関する患者の意向、患者の生活に関する情報の共有を行う。

患者の受ける衝撃を予想するうえで重要な点は、うつ病の既往の有無である。

さらに、治療の選択肢とそれぞれのメリット・デメリット、現状での課題や予測される問題点を整理してチームとしての方向性を確認する。このプロセスにおいて、看護師はチームの一員としてカンファレンスの場の設定や進行などのコーディネ

ネットを行い、患者・家族の意向をふまえた面談が行われるように準備をする役割を担う。

2. 診察・面談中

面談には可能な限り同席する。“悪い知らせ”を伝える面談場面は、患者にとっても医師にとっても苦痛を伴う。

看護師は同席し、医師と患者・家族の両者から顔が見える位置に座り、必要なときにうなずく、アイコンタクトをとるなど、リラックスして話し合えるように心がける。また、以下に示すようなことも看護師の重要な役割となる。

- ・医師から情報開示が適切に行われているかを確認する。
- ・患者の表情や姿勢、話し方などを観察し、患者の理解は十分か、疑問に思うことを聞いているかを確認する。
- ・患者・家族の理解、疑問が整理できるように適宜、言葉かけを行い、患者が尋ねたい点について質問ができるようにする。
- ・患者の意向が医師に伝わっていない場合は、患者に代わって伝える。

3. 診察後

“悪い知らせ”を伝えられた後は患者の状況をふまえながらフォローをする。“悪い知らせ”を伝えられた直後は、患者・家族ともに通常の心の状態を維持することは難しい。看護師は患者・家族の表情や反応などを観察し、適切なタイミングを見計らうことが必要である。

フォローアップでは、患者・家族の心情を慮りながら接する。最初の3、4日の衝撃を受けた直後は、説明を十分に理解する余裕がないことも多い。まずは動揺した気持ちへの対応が必要であり、傾聴をしつつ問題の整理を援助する。すぐに治療計画を説明しなければならない場合には、沈黙を十分に取しつつ、患者の理解を確認しながら進める。

1週間ほど経つと患者の適応が徐々に始まる。この時期を迎えると、患者は情報を整理して、自分が向き合うべき現実の問題に直面することができるようになる。健全な楽観的な見通しももてるようになる。この見通しがもてるかどうかは、病期(初期か進行期か)よりも痛みや不眠、倦怠感など患者の実感によるところが大きい。この時期には、患者が苦痛を感じていないかを確認することが大事である。患者は痛みを我慢したり、不眠・緊張を隠すことも多い。動揺したり、将来を悩んで眠れなくなることは多くの患者が経験していること、「あなただけが弱いと感じる必要はないこと」を伝えることが患者の助けになる。



振り返る余裕が出てきたころには、患者が症状を自覚したところから受診、診断を受けるまでの経緯を振り返りつつ、情報を整理する。患者の認識や意向、患者が間違えて理解していることはないか、疑問を感じている点はないかなどを家族とともに確認する。必要があれば患者・家族の意向を確認して、再度面談の場面を設定する。

また、継続的に心身の変化を見守る。たとえば不安や不眠、食欲低下、気分の落ち込みが強くないかなどに注意する。不眠や食欲不振が2週間以上続く場合や、日常生活への影響が大きく仕事や家事に支障を来している場合は、うつ病や適応障害を発症しているおそれがある。精神科医や緩和ケアチームなど専門家への紹介を

考える。さらに、患者・家族の様子や理解度、意向などは必ずカンファレンスで報告し、患者・家族への支援の方向性についてチームで話し合う。



一般的に、告知を受けるような大きな衝撃を受けても大半の患者はそこから立ち直ることができる。将来に対する楽観的な見方をもち、治療へ積極的にかかわることができるのは健全な対処方法である。しかし、その見通しにたどり着くまでには、患者各々の背景が異なる。患者は様々な対処を試みる。たとえ医療者からみて、患者の対処方法が無駄に感じられたとしても、患者が置かれた状況でのやむを得ない行動であることもある。批判的な対応は慎重に考えたい。

投稿規定

「看護技術」では、日頃の皆様の臨床・地域での実践、研究成果を発表していただくコーナーを用意して、皆様の投稿をお待ちしております。臨床看護・地域看護に関するものであれば、調査研究・実験研究・事例研究、事例報告・総説など、テーマを限定せずに受け付けます。

1. 締切日は特に設けません。随時ご投稿くださって結構です。なお、他誌に発表済み・投稿中・投稿予定の原稿は、ご遠慮願います。
2. 掲載の可否につきましては、編集会議で決定し、ご通知いたします。投稿原稿は原則として返却いたしませんので、コピーをおとりください。なお、原稿の題名の変更、字句の訂正や書き直しをお願いする場合がありますので、ご承知おきください。掲載後、掲載誌をお送りいたします。
3. 執筆要領は以下のとおりですのでご留意ください。
 - 原稿の分量は、400字詰原稿用紙換算で20枚まで（図表含む）とする。
 - 本文および図表は原則として電子データとして作成し（図表は手書きも可）、記録媒体に保存し添付すること。
 - 400字以内のサマリー（要約）を添付すること。
 - 口語体・常用漢字・新かなづかいを用いること。
 - 引用・参考文献は、本文中の引用・参考箇所順に番号を括弧表示したうえで、以下の書き方に従い論

- 末にまとめて明示すること。その際、本文中に括弧表示した番号順どおりに配列すること。
- 雑誌／著者名：論文名、誌名、巻（号）：頁、発行年。
書籍／著者名（監修者名、編集者名など）：書名、版数（第1版の場合は省略）、発行所、発行年、頁。
論集・集録などに収録された一論文／著者名：論文名、（論集の編者名）、論集名、発行所、巻（号）：頁、発行年。
4. 別紙として、題名・執筆者名・所属・連絡先（住所、電話番号、メールアドレス）を記したものを付してください。
 5. 著者校正は、初校をご覧いただきます。校正の際の書き直しは、原則としてご遠慮いただきます。

送付先

〒102-0073 東京都千代田区九段北3丁目2番4号
株式会社メディカルフレンド社「看護技術」編集室
TEL03-3264-6616 FAX03-3264-0704
gijutu@medical-friend.co.jp

傾聴で解決できること、できないこと

小川朝生 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

がんの臨床では、患者をどのように支援するのか、どのように伝えるのか、迷い悩む場面が連続する。そのため、患者と向き合う医療者のストレスも大きい。少しでもうまく伝えるために、コミュニケーション・スキルを学びたいと考える医療者も多い。

実際、コミュニケーション・スキルは医療者にとって必要不可欠であることに違いはない。しかし一方では、過度の期待や幻想をもたれている面もある。

今回は、医療者を悩ませているコミュニケーションとそのスキルについて考えてみたい。

事例

患者：Iさん、30歳代、女性。
現病歴：乳がん。

会社員のIさんは、独身で海外出張を月に1回はこなすなど、精力的に仕事をこなしていた。たまたま会社の健診を受けたところ、精密検査を勧められた。総合病院の乳腺外科でマンモグラフィと細胞診を受け、右乳腺の異常影と細胞診の結果、悪性と診断が出た。

患者の年齢が若いこともあり、担当医は外来看護師に同席を依頼した。担当医はIさんに淡々と、細胞診で悪性所見が出たこと、リンパ節の転移も疑われること、いくつかの検査を追加したうえで、抗がん剤治療と手術を行うほうがよいことを説明した。また、次回までに治療を受けるかどうか決めてくるよう説明した。

Iさんは告知に動揺し、診察室を出てから泣き始めた。看護師はそばに寄り添い、その思いを傾聴した。Iさんは両親をがんで失ったこと、特に母親は乳がんでその闘病を見守ることがつらかったことを話した。

次の外来時に、Iさんは泣きながら現れた。担当医との診察場面でも泣き続け、結局、治療方針は決まらなかった。外来看護師は診察後に再度Iさんの話を聞くことにした。Iさんは前回と同様に両親のがんの話を通りかかした。看護師は思いを傾聴することに努めた。

翌週に再度外来受診があった。Iさんはそのときも泣きながら治療を受けることに迷っていると話した。担当医も困り、外来看護師に話を聞いてあげてほしいと声をかけた。看護師がIさんに声をかけたところ、「言いくいのですが、話を聞いていただいても問題は変わりませんし、話すだけつらくなるので」と断られた。看護師も担当医も対応に困った。



コミュニケーションは難しい

患者の意向に沿った治療を行うために、あるいは医療安全の面からコミュニケーションへの配慮が強く意識されるようになった。たとえば、積極的な治療が難しくなった場面では、いかに患者の衝撃を和らげ、しかも深刻な情報をどのように伝えたらよいのか、プライマリ・チーム全員が悩む。患者が泣いて嘆く場面に直面すれば、「もっとコミュニケーション・スキルを磨かないと」と悔しく思ったりもする。

また、セミナーや緩和ケアの研修会のプログラムを見れば、あちこちにコミュニケーション・スキルの項目が入っている。医療者がコミュニケーション・スキルを身につければ、目の前の患者が悩み苦しむことがなくなるかのように期待されているようである。事実、患者と医師との間の良好なコミュニケーションは、患者の満足度を高め、治療のアドヒアランスを高める。その結果、治療成績も向上し、医療者の燃え尽きを減らすことにもつながる。特にがんを告知したり、積極的な治療が功を奏さず緩和ケアへ移行せざるを得ないことを伝えたりすることは、医療者に大きなストレスを与える。

このような患者の見通しを根底から覆すような「悪い知らせ」を伝える際の助けになるものとして、コミュニケーション・スキルが紹介され、海外においては医師のためのコミュニケーションスキルとして“SPIKES”がある。わが国においても医師のためのコミュニケーション・スキルとして“SHARE”が知られるようになった。

看護師教育では、患者への情緒的支援として

の傾聴が広く知られている。わが国の患者は情緒的支援へのニーズが高い。その影響もあるのか、上手に情緒的な支援を行うことがコミュニケーション・スキルであり、情緒的な支援さえ達成できれば、コミュニケーションは達成されると誤解されることも多くなってきたように感じる。

コミュニケーションとは

では、このコミュニケーション・スキルが語られているおおもとを一度考えてみたい。

コミュニケーションとは、communicareに由来し、お互いが情報を共有することを指す。つまりコミュニケーションとは、患者と医療者との間で、信頼関係を構築し、情報を収集するとともに、こちらからの情報を確実に伝達することを目指している。さらに言い換えれば、患者と医療者との間での信頼関係を築き(情緒的支援)、そのうえで治療やケアに必要な情報を聞き出すとともに、知識や技術を伝え、伝わったことを医療者が把握するということになる。

そうすると、コミュニケーションの目的を達成するためには、「情緒的な支援」を行い信頼関係を構築する「傾聴」とともに、患者がどのようなことに困っているかを情報収集し、その問題を解決するための方法や知識を確実に伝えることが必要になる。

コミュニケーションを達成するための戦略を考える

前述した内容をまとめると図のとおりになる。

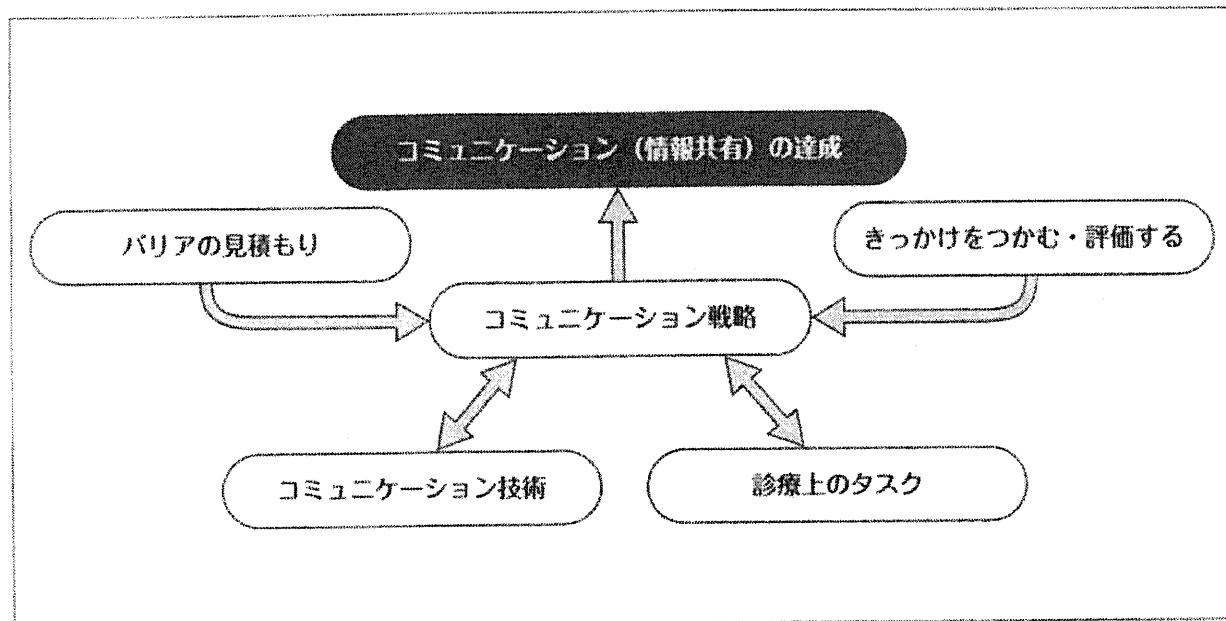


図 コミュニケーションの構造

つまり、医療者は「傾聴」をするだけでなく、いまこの場面で患者から聞き出さなければならないことを確認し、医療者として患者に伝えなければならないことをはっきりと自覚をする。そのうえで患者に伝える際の障害や問題となることを見積もり、伝えるための段取りを考える というコミュニケーションの戦略・手順を考えなければならない。

事例を振り返ると、患者は若年で乳がんを宣告され、大きな落胆と悲しみを抱えていた。その悲しみに寄り添うことは重要であり、実際強い情緒的な支えになっていたのも確かである。しかし、患者のニーズには情緒的な支援のほかに患者を悩ます何らかの問題があり、その問題を具体的に解決することも患者は望んでいた。

臨床での実践

では、臨床でどのようにしたらよいのか。

基本的なことであるが一番重要なことは、病状の見通しを医療者がもち、いまの地点がどのような場面なのかを常に意識することである。コミュニケーション・スキルは信頼関係を築く基礎となるが、そのうえでどのように進めるのかを考えなければならない(表)。

事例に戻れば、告知を受けたIさんの病状は進行期の乳がんであることから、抗がん剤を含めた積極的な治療が必要になることは間違いない。治療導入前のいま必要なことは、**患者が病氣と向き合いどのように取り組むか、問題を整理すること、問題を乗り越えるためのサポートを用意すること**になる。若年で未婚であることや両親

表 コミュニケーションの戦略

<p>コミュニケーション・スキル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情緒的支援をとおして信頼関係を構築する。 <p>診療上のタスク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の今まで受けてきた治療の経過、今後の見通しを確認する。 ・治療を進めるうえで聞き出さなければならない情報のポイントを押さえる。 ・治療を進めるうえで患者に伝え、理解をしていただかなければならない情報のポイントを押さえる。 ・患者の意向を確認する。 <p>バリアの見積もり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者から話を聞き出したり、あるいは逆に患者に話を伝えるうえで、患者がわかりにくかったり、心理的に嫌悪感を抱いたり、話を聞くことを拒否するような、情動的な反応を起こしやすい内容やポイントを事前に把握する。そのうえで、ポイントを回避する方法、あるいは段階的に伝えるなど、その衝撃を和らげることが可能な方法を探る。 <p>コミュニケーションのきっかけをつかむ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者にとってわかりやすい、あるいは話しやすいタイミングを計る。
--

を失っていることをふまえれば、精神的な支援が必要かもしれない。

また、母を乳がんで亡くしていることを考えれば、その闘病を思い出して怖れていることがあるのかもしれない。それらの問題を明らかにし、彼女自身で整理できるようにすること、支えてくれる人がいるのか、いるとしたら本当に助けてもらえるか、それを彼女が頼めるのか、当たり前ではあるが一つずつ問題を整理することが大事である。医療者は傾聴をしつつも、今後を見通して患者を助けてくれる人を集めることがいま大事なことで、そのための手伝いができることを説明し、

希望があれば一緒に問題を書き出す。問題をまとめつつ、できることを一緒に探し、どのように支援するかを考える。もしも不安が強く、ふだんの生活もままならないようであれば、精神科医との連携も含めた提案を考えることもできるだろう。



基本的な話であるが、コミュニケーションの大枠を解説した。コミュニケーション・スキルについては関心が高まっているが、それ以上にコミュニケーションの全体像を考えられると、明日からの患者への支援に深みが増すであろう。臨床の参考になれば幸いである。

予期悲嘆は起こさなければならないのか

小川朝生 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

がん医療において、患者・家族をめぐる話題に、終末期の問題がある。がん独自の終末期の問題があるわけではないが、がん医療においては、他の疾患に比べて、身体的変化が穏やかである場合が多いため、在宅や療養生活をいかに過ごすか、看取りをどのように扱うかが考えやすいからであろう。

一般病棟で終末期の患者・家族をケアすると

きに、必ずといってよいほど話題に出るのが、「予期悲嘆」である。予期悲嘆は、看護ケアではオピオイドと同じくらいだれもが知っている言葉であるにもかかわらず、予期悲嘆はどのようなものか、どのようなケアが望ましいのかがあまり知られていないようにも感じる。

今回は、予期悲嘆とはどのようなものか一緒に考えてみたい。

事例

Jさん、60歳代、男性。

現病歴：膵がん、終末期。

X年4月頃、ゴルフの後より背部痛を自覚した。なかなか改善しないため総合病院を受診して腹部CTを撮ったところ、膵体部に後腹膜への浸潤を伴う腫瘍影と、肝内の多発影を認めた。悪性腫瘍が疑われ、ジェムザール®を開始したが、2コース目を施行したところで40度の発熱と黄疸が出現した。肝門部リンパ節転移による胆管閉塞であった。減黄術を行い、ステントを留置したが、腫瘍が進行しているのは明らかであった。抗がん剤治療は中止となった。一時退院をして過ごしたものの、再度高熱を出し入院、肝機能障害も進んだ。担当医は、退院は困難、よくて外泊ができるかどうか、余命をもって3週間と判断した。

Jさんには妻と子どもが2人(長男と次男、どちらも結婚し、他県に住んでいる)いた。妻も乳がんを患い、ホルモン療法中であった。体調はあまりよくないようで、毎日見舞いに寄るものの、1、2時間で帰るといった状況であった。

担当医から妻へ、予後が厳しいこと、会わせたい人がいれば今しかないと、が伝えられた。妻は淡々と聞き、特に質問はなかった。説明ののちに、子どもは1回ずつ見舞いに訪れたがそれ以上の面会はなかった。妻も疲れたのか最近1日おきになるときもあった。



「この家族はJさんの病状の深刻さを理解しているのだろうか？」担当の病棟看護師は焦りを感じた。プライマリナーナースが妻と話した。妻は夫の病状や予後に関しても理解をしていた。看護師が、妻の気がかりや心配なことはないかを尋ねたが、「特にない」と淡々と応えた。

「妻は夫の死に際しても悲しんでいない。これはおかしいのではないか」「夫が亡くなった後に、妻はものすごい衝撃を受けてしまうのではないか」とスタッフは心配になり、病棟カンファレンスを開いた。カンファレンスでは、「妻は今の状況に直面していないのではないか」「無理にでも悲嘆は起こさせないと、いけないのではないか」と意見が出た。担当看護師は、妻にどのように接したらよいのかわからなくなった。

悲嘆と予期悲嘆

がん看護、なかでも緩和ケアにおいては看取りをめぐる患者と家族のケアは避けておれない話題である。特に、大事な人を失う家族に対して、その悲しみを幾分でも和らげ、つらさに寄り添うことは、看護師の担う重要な役割である。しかし、いざ臨床でとなると、どのようにアプローチをするのがよいのか、指針が見つけない。

まず、当たり前のようにあるが、人は親密な人を失うと、悲しみや驚き、気持ちの落ち込み、あるいは感情が麻痺したような感覚など様々な反応を起こす。この反応は単に情動にとどまらず、眠れなくなったり、食欲がなくなるなどの身体症状も伴う。このように、親密な人を失うことによる様々な心理的反応、身体症状の一連の過程をまとめて「悲嘆(グリーフ)」という。

これに対して、今後迫ってくる死に対する情動的な反応や行動をまとめて「予期悲嘆」という。予期悲嘆を具体的にみれば、気持ちの落ち込みであり、死にゆく患者に対する心配であったり、別れのリハーサルであったり、死という別れに対

して必死に適応しようとする試みであったりする(表)。この予期悲嘆というものに対して、医療者は、家族は予期悲嘆を経験することで大事な人を失うことを現実のものとしてとらえることができるかと漠然と考えがちである。すなわち、大事な人を失うことに直面し、弱っていく患者に対して家族が支えるという関係を築き、関係を修復したり、やり直したりすることができると考えている。

さらに医療者は、「予期悲嘆は、死別後に起こる悲嘆反応が早く始まったもの」と漠然と信じていることが非常に多い。すなわち、「予期悲嘆が起これば、悲嘆は軽くなる」と信じていることが多いのである。卑近なイメージで考えるならば、バケツ一杯の水が入っていて、それを少しでもこぼしておけば後は軽くなるように、先に予期悲嘆を起こしておけば、後で生じる悲嘆の衝撃が和らぐだろうと信じがちである。

しかし、近年では予期悲嘆の治療的な意味やその必要性は疑われるようになってきている。具体的には、臨床での詳細な観察から次のような事実が明らかになった。「一般的な家族は、患者が死

表 予期悲嘆と悲嘆との違い

<p>●予期悲嘆は死によって終わる 予期悲嘆は、別れることに対する不安である。別れ(＝死別)の後には、不安は消え、抑うつなど別の情動反応が始まる。</p> <p>●予期悲嘆は、家族だけではなく患者も体験する 予期悲嘆は、別れることに対する不安であるため、家族だけではなく患者も感じる。</p> <p>●予期悲嘆は時間の経過とともに大きくなる 予期悲嘆は、死別が近づくにつれて大きくなる。一方悲嘆は、時間がたつと徐々に落ち着いていく。</p> <p>●予期悲嘆と異なり、悲嘆には希望が含まれる 悲嘆という日本語をみると、嘆き悲しむだけのように思いがちであるが、悲嘆のなかには、心の平穏や支えきったという充実感、故人との関係を支えにする幸福感など、少なくとも“負”ではない感情も交じっている。</p>
--

を迎えるまで親密な関係を続けていて、予期悲嘆はめったに起こるものではない」ということである。実際に、早期に死別の可能性を家族に告げたとしても、実際に亡くした後の悲嘆の経過は変わらなかった。さらに予期悲嘆を生じると、家族は「患者はまだ生きているのに、自分たちが見捨ててしまっている」との自責感をもつことや、かえって患者が孤立する可能性があり、少なくとも治療的な意味や、その後の悲嘆を軽くするとは考えにくいことがわかっている。

予期悲嘆自体についても、予期悲嘆は「分離不安」であることがはっきりとしている。つまり、予期悲嘆とは、「親密な人と離れることに対する不安」であり、喪失に対する悲しみや怒り、あきらめなどの情動反応・身体症状である「悲嘆」とは異なる、ということである。予期悲嘆を経験したとしても、悲嘆が早く解消したり悲嘆を生じた後の適応がよくなるということはない。

死に直面する家族に どのようなケアを提供するのか

では、臨床において私たちはどのようなケアを家族に提供するのがよいのだろうか。

まず、家族が患者の病状を正しく知ることは必要であるが、そのうえで家族の情動反応が小さいからといって、無理に向き合わせ、無理にでも予期悲嘆や情動反応を生じさせるのはかえって害が大きかろう。なぜならば、家族は家族なりに患者の状態を理解・納得し、そのうえで家族が患者のために何をすべきかを自ら考えるからである。

医療者は、家族が自分たちの手で患者を支えることを支援することが重要である。すなわち、家族に対して、情緒的な支援を提供するとともに見守り、必要な場合に家族の希望を支えるための資源や情報を提供することが役割であろう。少なくとも、一般的な家族は健康であり、自ら問題を乗り越える力を持っている。何かと口を出すのは医療者のおごりであろう。

患者さんのことを主治医に相談しても話になりません

小川朝生 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

病棟でコンサルテーション活動をして、病棟スタッフと相談をしていると、時々タイトルにあげたような話を聞く。コミュニケーションが難しいという、一般には患者と医療者間を指すが、実は本当に難しい

コミュニケーションは医療者間かもしれない。今回は医療者同士がどのようにしたらわかりあえるのか、考えてみたい。

事例

患者：Kさん、50歳代、女性

現病歴：乳がん

X-1年に右乳房の腫瘍を自覚、右乳がんとの診断を得て、術前化学療法から温存手術、放射線治療、ホルモン療法と受けたが、半年後のX年2月に再発した。再発してから4種以上の抗がん剤を使用したものの、コントロールがつかずに緩和ケアへ移行となった。外来で経過を追っていたが、息切れと疼痛がひどくなったために症状緩和目的のため入院となった。胸部CTを撮ったところ骨転移に加えて肺転移があり、胸水も貯留していた。がん性リンパ管症を呈しており、ステロイドを用いていくぶん軽減したものの、予後は1か月半くらいかと思われた。主治医は退院をあきらめ、入院を継続し、状態がよければ外泊を考える方針でいた。患者には「肺に水がたまっている。水をひく処置をしながら様子を見る。症状が落ち着いてから次の手を考える」と説明するとともに、症状緩和について緩和ケアチームに依頼を出した。

緩和ケアチームが病棟に出向き、病棟スタッフに病状や今後の方針について尋ねた。病棟スタッフは、患者が中学生の娘と2人暮らしであること、離婚をしていてソーシャルサポートは弱いこと、患者は退院したら娘と旅行に行きたがっていることなどを話した。

緩和ケアチームは病状や予後を見ると、患者の希望をかなえるためには状態の落ち着いた今しか自宅に帰るチャンスはないかもしれないと考えた。病棟スタッフに、担当医を交えてカンファレンスをするのはどうかと提案した。すると病棟スタッフは、険しい顔になり「カンファレンスしても無駄です。どうせ主治医は聞く耳をもちませんから」と小声でつぶやいた。



事例 2

この事例のようなやりとりを経験したことはないだろうか。おそらくこの病棟でも大なり小なり同じような出来事があるのではないかと思う。どの領域でも人を集めてチームをつくることは大変であるが、ことに医療の分野は、各職種の背景が異なる。そのために各人が考えていることも相当異なっており、意思の疎通を図るだけでも大変な面がある。「チーム医療をしよう」といっても、かけ声だけでは何から手をつけたらよいかわからない。

チームとは何だろうか

チームという言葉は当たり前のように用いられているが、わが国の医療現場で本当に意識されるようになったのはここ10年ほどのことである。

チームとは、一般的には「共通の目的や目標をもち、それを成し遂げる能力のある人たちが集まった状態で、ルールや決まりごとをもっている」ともとされる。チームが構成されたら、その目標を達成するために様々な作業をこなしていかなければならない。しかも一人ひとりが単独でするよりもより効率的に、である。この「効率的にこなす」ための作業をチームワークという。チームワークを進める要素として重要なのが、リーダーシップである。

医療チームにおけるリーダーシップというと、主治医が司令塔であると誤解されるが、本来のリーダーシップとは、ある目標を達成するために各メンバーが主体的にかかわり、それぞれの役割を自ら実行するその作業自体を指す。つまり、チームのメンバーがそれぞれ自分の役割を自覚

し、各々の役割を主体的に進めるために周囲へはたらきかけ、周囲は各々の業務を尊重する、という互いの関係を指す。言いかえるならば、チームのメンバーそれぞれが自分が何をするかを考え判断して周囲に伝え、互いのやりとりのなかで調整をする作業そのものと言えるのである。

チーム医療を実践するためには

各職種が何も無いところから集まり、共通の目標をもって動くときには何をするのがよいのだろうか。

チームを立ち上げる作業のことを「チーム・ビルディング」という。医療の領域でチームをつくるときに注意をしたい点が2点あげられる。1つは「知識と情報を共有すること」、もう1つは「メンバーの役割を明確にすること」である。

知識と情報の共有

チーム医療を実践するためには、チームメンバーがもつ知識と情報を共有しなければならない。特に臨床では、現場のあらゆるものを含んだ情報を共有することから始まる。次にその情報を加工し、臨床判断につなげるための知識を共有する。特にがん医療では各職種の専門分化が進んでいるぶん、チームの介入も複雑になる。全体像をとらえるためにも各々の職種の視点を共有することが互いの理解につながる。

表 多職種間で難しい問題をやりとりする場合のポイント

<p>①カンファレンスを組む時間を選ぶ。 混乱しているときや、怒っていたり、気持ちが不安定なときには避ける。</p> <p>②互いに顔を合わせて話し合うのに快適な場所と時間を選ぶ。</p> <p>③まず最初に、話が重要な要件であることを伝える。同時に問題点をその段階で明らかにする。</p> <p>④言葉ははっきりと簡潔に話す。</p> <p>⑤各人の意見に対し、個人的な攻撃はしない、あからさまな批評もしない。 大事なことは、取り上げたい問題の核心は患者の利益にあたるのだということを自分のなかで再認識し、そのうえで相手に提案する。</p> <p>⑥相手が意見を述べたり、その状況に関する説明や感想を話せる機会をつくる。</p> <p>⑦相手の意見に対してはすすんで尋ねる。相手の意見や考え方に興味があることを伝えるとともに、相手が懸念することにはすすんで答えるようにする。</p> <p>⑧絶対に謝罪を求めてはいけない。互いに行動を変えることで意見の一致を期待する。</p> <p>⑨可能であれば、いくつかの選択肢を提示する。相手の立場に理解を示しつつ、実際に行いやすい方法を一緒に探す。</p>
--

メンバーの役割を明確にする

チーム医療といっても、皆が同じようなことをしても問題は解決しない。問題を解決するためのプランを実行するためには、互いの役割をはっきりとさせ、手続きや手順をはっきりと了解しあうことである。特に重要なのは、互いの職分できないことははっきりと確認しあったほうがよい。これは互いに信頼関係がないとできないことではあるが、変な期待や思い込みを避けるうえでも大事である。

知識と情報を共有する場をつくる

先にあげた注意すべき2点を進めるために、意見交換をする場をつくっていく。実際、病棟やそれぞれの部門ではカンファレンスの場を定期的ま

たは臨時に設けているが、その場が機能して互いの理解を進めるためには工夫がいる。

臨床でカンファレンスがうまく機能しないときは、問題の解決を話し合っているのに、議論と感情的な非難とが区別されず、気まずい空気がただようことがある。このことは知識と情報の共有がまだ十分になされていないときに起こりやすい問題である。ここに感情的な対立を生じやすい話題を取り上げるときのポイントを何点か提案しよう(表)。

事例のその後

緩和ケアチームは、主治医と病棟スタッフの間で情報がうまく通じていない状況であると判断した。その理由を主治医に尋ねたところ、主治医は病棟でのカンファレンスを大勢から囲まれて

非難を受ける場ととらえ、苦手意識をもっているようであった。その背景には、カンファレンスでは「何かを決めてほしい」というニュアンスは伝わるものの、その内容が病棟スタッフとずれが生じており、そのために対応策がまとまらず、そのことをさらに責められるような流れが繰り返されていることがわかった。

緩和ケアチームは、このような主治医の苦勞をねぎらうとともに、病棟スタッフに対しては①スタッフ間で情報の共有をすること、②カンファレンスを行う際には、その目的と提案したいことをはっきりさせておくこと、③何かを提案する場

合は相手の意見には善悪の判断を入れずに意見を述べる、④難しい議論をするときは互いにゆっくりと時間がとれるときに行うこと、などを勧めた。多少時間はかかったものの、緩和ケアチーム自体は黒子に徹し、専従看護師は病棟スタッフを、チーム医師は主治医をそれぞれサポートすることを確認し、情報交換の機会を病棟スタッフと主治医が十分にもてるようにした。

その結果、当初はごちなかったものの、幾度となくこのようなかわり続けるうちに、互いに身構えることなく、自然にカンファレンスができるようになっていったのである。

呼吸機能検査研修会 第18回琵琶湖セミナー

日 時：2011年12月3日(土)・4日(日)

会 場：ホテルラフォーレ琵琶湖(滋賀県守山市)

募集人数：100名

参加資格：呼吸機能検査を勉強しようと思われる医療職全員

申込締切：2011年11月18日(金)

第1日目 (2011年12月3日(土) 12:30~)

講義「呼吸機能検査の重要性」、実習(A~Cコース)他

第2日目 (2011年12月4日(日) 9:00~)

講義「血管年齢について」「血液ガスについて」、
各職種に分かれて実習または症例報告

参加費

- ・20,000円(宿泊、受講料含む;個室の場合、別料金)
- ・13,000円(宿泊なし、夕食代含む、受講料含む)
- ・8,000円(宿泊なし、夕食なし、受講料含む)
- ・3,000円(医師・看護師コース、2日目のみ)

(お問い合わせ先) 〒634-8522 奈良県橿原市四条町840 奈良県立医科大学附属病院 中央臨床検査部
第18回琵琶湖セミナー事務局 今井電子 TEL:0744-22-3051(内線4240) FAX:0744-22-4810

あなたは大丈夫？

小川朝生 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

これまで、がん患者と家族の心のケアを巡る話題を取り上げてきた。がんという難病を巡っては、患者・家族の受ける精神的苦痛が大きいことはいまでもないが、同じように医療を提供する医療者の負

担も大きいことは意外に知られていない。

今回は、がん医療を担う医療者に焦点を当てて考えてみたい。

事例

ある総合病院で働く看護師Lさん。3年前に看護部長に無理を言って半年間の休みをもらい、がん性疼痛看護の認定コースを受講し、認定看護師として働いている。病院では緩和ケアチームの専従看護師であり、チームの要として活躍中である。

認定を取って復帰した直後は、なかなか病棟スタッフに緩和ケアチームの活動を理解してもらえず、病棟を回っても声をかけてもらえなかった。「患者に疼痛があるため、オピオイドをしっかりと使ってもらいたい」と主治医に訴えたときには、「俺の治療方針に文句をつけるのか!」と怒鳴られたこともあった。悔しくて家に帰って泣いたことも一度や二度ではない。それでもつらそうにしている患者のために何か役に立ちたいと思い、がんばってきた。がんばった甲斐があり、医師からも活動が認められるようになってきた。最近では、「告知の後、患者がどうなるか心配だから、面接のときには一緒にいてほしい」と相談を受けたりもしている。緩和ケアチームも院内で認知してもらえるようになり、現場復帰して2年目には依頼件数も増えてきた。

しかし、3年目を迎えた今、以前のようなやりがいをもてなくなったように感じている。緩和ケアチームに依頼をしてもらえるし、緩和ケアチームで患者とかわかって、取り除ける苦痛はできる限り取り除こうとしてきたけれど、すべての患者にかかわることができるわけではない。病棟を回れば、相も変わらず疼痛に苦しんでいる患者がいる。「自分がしていることはいったい何なのだろう」と考えてしまう。チームで担当している患者と会っても、患者の苦痛に共感できない自分に気づき、驚きと同時に「こんなはずではなかったのに」と自信を失くしてしまう。「いっそのこと、もう病院を辞めたほうがいいのか」と考え込むようになってきた。



看護師のストレス

医療者は強いストレスにさらされている。特に、がん患者のケアに携わるスタッフは、複雑な治療や緩和できない症状に直面すること、治療が難しく、死に直面する機会が多いこと、患者・家族の情緒面への対応が他の領域よりも強く求められることなどから、特に強いストレス状態にある。このようなストレス状態が続くと、バーンアウト(燃え尽き)とよばれる状態が生じる。

バーンアウトとは

バーンアウトとは、長期間にわたり患者に援助を行う過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇をきたすことを主とする症候群である。すなわち、患者の支援を続けていくなかで、からだも気持ちも疲れ果ててしまい、細かい心配りをしようにも気力がわかず、できなくなってしまう状態である。より具体的な症状として3つの特徴がある(表1)。

医療者がバーンアウトを感じるのは決してまれ

表1 バーンアウトの3つの特徴

① 情緒的消耗感	心もからだも疲れ果ててしまう
② 脱人格化	患者に対して心配りをするのが億劫 <small>おっくう</small> になる、できなくなる
③ 個人的達成感の限界	何のために仕事をしているのか分からなくなる

なことではない。がん専門医では約3割がバーンアウトの状態にあるといわれ、看護師はよりこの症状に襲われる頻度が高いと見積もられている。また医師に関するデータではあるが、情緒的消耗感を感じている割合が約20%、脱人格化が約10%、個人的達成感の限界を感じている割合が約60%との報告がある。離職をする医療者が絶えない背景には、疲弊から仕事を続ける意味を失ってしまう医療者が数多くいることが想像できる。

バーンアウトは何が問題になるのか

バーンアウトをここで取り上げた理由は、バーンアウトが単なるやりがいの問題だけではなく、その人のメンタルヘルス、さらには医療の質にも直結する問題になるからである。

たとえば、バーンアウトに陥ると、不安や焦り、不眠に悩まされ、それらを紛らすためにアルコールや薬物に依存する場合がある。さらには、うつ病となり、治療を必要とすることも起こりうる。また、医療者がバーンアウトに陥ると、患者に提供するケアが機械的になり、情緒的なサポートが欠けてしまうことでケアの質が低下したり、医療事故が生じる下地にもなる。

特にがん医療の領域で指摘されている点に、バーンアウトが強い医療者ほど安楽死を支持したり、安易に鎮静をする危険性が高いといわれている。

バーンアウトの要因

バーンアウトには表2にあげるような要因が関係するといわれている。

簡単にまとめると、医療者が忙しく、仕事以外の時間や活動をもつことができないと心理的に追い詰められやすいということ、また臨床においては、家族とのかかわりなど感情面での支援が多いことや、感情表出が強い患者への対応など情動ストレスの機会が多いことが、バーンアウトにつながりやすいといえる。

表2 バーンアウトの要因

<p>医療者の生活</p> <ul style="list-style-type: none"> • 身体活動が少ない • 社会活動が少ない • 趣味の時間が少ない • 余暇の時間が少ない • 心理的なサポートが少ない 	
<p>仕事にかかわる要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療者—患者関係 <ul style="list-style-type: none"> • 患者と直接かかわる機会が多い • 家族へのかかわりが多い • コミュニケーションスキルに対する自信がない • 感情表出の強い患者(怒り, 不満)への対応 ● 仕事 <ul style="list-style-type: none"> • 満足感が低い • スタッフ不足 • 治療決定への関与が少ない 	

バーンアウトを起こさないために

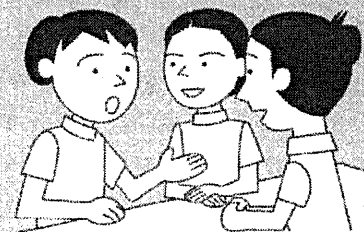
バーンアウトは、医療チームとして取り組まなければならない問題である。しかし、医療者一人ひとりがまず自分自身の問題と認識し、取り組んでいくことが重要である。医療者自身の取り組みとして重要な点に次のようなことがある。

- 患者のために時間をとるように、自分のためにも十分な時間をとる(良い意味で利己的になる)
- 適度な運動やリラックスできる時間をとる
- 自分をサポートしてくれる人を見つける
- 自分は「職場で必要不可欠な存在である」と思わない
- 自分のできないこと、限界を認める
- コミュニケーションの基本的なスキルを身につける

特に看護師は責任感の強い方が多く、「自分がすべてをやることはできず、限界がある」ことを恐れる方が多い。そのために無理を重ねた結果、過労となり、精神的に疲弊してしまう場合がある。確かに「可能な限り、いろいろなことに取り組む」ことは重要である。しかし、仕事を「続ける」ことも、同じように重要なことである。患者・家族に役立つ医療を提供するためには、医療者自身が「生き残る」「続ける」ことができなければ、医療自体が途絶えてしまう。それは結局、患者・家族のためにはならないことであることを肝に銘じておきたい。

同様に、職場でぜひ取り組みたいポイントには次のような点がある。

- 仕事のうえでの悩みを気楽に話し合える雰囲気をつくる
- 「察する」など、お互いに言葉以外のコミュニケーションも大事にする
- 対応が難しかったケースは、カンファレンスなどで話し合える機会をつくる



看護師は、患者・家族に最も長い時間接する職種である。そのぶん、対人関係の負担や患者・家族の情動を扱う精神的負担にさらされている。最も大きな支援となるのは、仲間同志で何でも話し合える関係を築き、一人のスタッフに負担が偏らないように、常にバランスを取ることである。

おわりに

今回は医療者自身の問題を取り上げた。精神腫瘍学の問題は患者・家族にとどまらず、医療者自身を支援することでもある。忘れがちな話題ではあるが、ふと振り返る時間をもっていただければ幸いである。

医療事故・紛争対応研究会 第6回年次カンファレンス

心の交流——科学の理論と精神の理論

日時：2011年12月10日（土）9：25～16：30

場所：パシフィコ横浜会議センター1F

定員：750名（先着順）

内容：【医療事故の患者への情報開示と謝罪】／司会：前田正一（慶應義塾大学大学院・准教授）
【病気についてのつらい知らせ—がん告知】／座長：清水哲郎（東京大学大学院・教授）

申込方法：FAX 0120-286-575

* 申込用紙は<http://plaza.umin.ac.jp/dhsc/index.html>よりダウンロード

問合せ先：医療事故・紛争対応研究会

E-mail：infosmcm-group@umin.ac.jp（問合せ専用、申込は上記）

終末期がん患者における精神刺激薬の使用

小川 朝生*

抄録：がん患者を悩ます身体・精神症状には、疼痛に加えて倦怠感や抑うつ症状がある。倦怠感や抑うつ症状を緩和することを目的に、海外では methylphenidate や modafinil を中心に精神刺激薬が用いられる。一方、わが国においては methylphenidate は事実上使用できない。今後、医師主導治験によるうつ病への適応が復活する可能性は残されているものの、現実的には厳しい。同様に、modafinil に関しても、わが国においてはがん患者の倦怠感やうつ病に対する適応拡大の治験の計画はなく、使用できる環境にはない。唯一、類似薬として pemoline が用いられているが、肝障害に対する懸念から海外では発売中止になっている。がん患者の抑うつ症状や倦怠感を緩和することは、終末期がん患者の QOL 向上に直結する問題である。Modafinil や donepezil などの新規治療法の検討が必要である。

精神科治療学 26(7):857-864, 2011

Key words : psychooncology, palliative care, psychostimulants, depression, fatigue

I. はじめに

がん患者を悩ます身体・精神症状には、疼痛に加えて倦怠感や抑うつ症状がある。倦怠感や抑うつ症状を緩和することを目的に、海外では methylphenidate や modafinil を中心に精神刺激薬の有効性が検討されている。

一方、わが国においては methylphenidate ががん患者のみならず一般のうつ病に対しても用いられてきた。しかし、薬物乱用の防止の点から methylphenidate のうつ病への適応が外されたこ

とで、事実上使用ができなくなっている。今後、医師主導治験によるうつ病への適応が復活する可能性は残されているものの、現実的には厳しい。同様に、modafinil に関しても、わが国においてはがん患者の倦怠感やうつ病に対する適応拡大の治験の計画はなく、使用できる環境にはない。唯一、類似薬として pemoline が用いられているが、肝障害に対する懸念から海外では発売中止になっている。

このように、わが国は非常に特殊な状況にある。本稿では海外での知見を紹介するとともに、制限が加わってはいるが臨床の現状について紹介をしたい。

II. 精神刺激薬

精神刺激薬は、methylphenidate や modafinil, pemoline を含む薬剤の一群である。精神刺激薬は、トランスポーターによる神経伝達物質の再取

Psychostimulants use in cancer.

*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

〔〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1〕

Asao Ogawa, M.D., Ph.D.: Psycho-Oncology Division, National Cancer Center Hospital East, Center for Innovative Oncology, 6-5-1, Kashiwanoha, Kashiwanashi, Chiba, 277-8577 Japan.

り込みを阻害し、神経伝達物質の細胞外濃度を上昇させ、精神神経作用を発現する²⁰⁾。また精神刺激薬の中でも薬剤により作用部位が異なる。Amphetamine や methylphenidate は脳の広範な部位に作用する一方、modafinil は視床下部へのヒスタミン投射系特異的に作用する。

Ⅲ. 緩和医療における精神刺激薬の位置づけ

海外を中心に緩和医療の領域では、dextroamphetamine, methylphenidate, modafinil, pemoline が抑うつ症状や倦怠感、眠気に対して保険適応外で症状緩和目的に使用されている。

精神刺激薬を使用する第一の目的は、がん患者の抑うつ症状に対して、抗うつ薬が臨床効果を現す前に methylphenidate や amphetamine の即効性の抗うつ効果を期待して併用する点である。

第二の目的は、がん患者の倦怠感の軽減目的である。倦怠感は終末期（予後が6ヵ月未満の時期を指す）がん患者の60%を悩ます身体症状である²¹⁾。倦怠感は複数の要因が関連する。とくに可逆的な要因を除去してもなお倦怠感が持続する場合に、症状緩和を目的に使用する。

第三の目的は、医療用麻薬による鎮静効果を軽減することである。とくにモルヒネは、がん性疼痛に対する有効かつ強力な鎮痛薬であるが、投与量が上がるにつれて眠気への対策が問題となる。

第四の目的は、がんに関連する認知機能障害（がん自体および治療に伴う）対策がある。がん自体、また治療に伴い軽微ではあるが慢性的な認知機能障害が生じることが注目されており、この認知機能障害を総称して cancer brain という²²⁾。Cancer brain は、軽微な注意力障害と実行機能障害が主体と考えられているが、その症状改善に精神刺激薬が有効との報告がある。

Ⅳ. 精神刺激薬のプロフィール（表1）

1. Methylphenidate

Methylphenidate は、海外の緩和医療において精神刺激薬の中でもっとも頻用されている薬剤である²³⁾。

わが国においては、1958年に「うつ病」「抑うつ神経症」に対して承認された。しかし、2000年頃より、うつ病への適応はわが国だけであったことや精神刺激薬の乱用が社会問題化したことから、うつ病への使用には批判が大きくなり、2007年にうつ病への適応が削除された。

Methylphenidate は半減期が短いため、1日に複数回の投薬が必要となる。がん患者においては約15%に悪心嘔吐を合併することから、複数回の内服の負担が問題となっている。そのため海外においては徐放剤の使用が推奨されている。

1) 作用機序

Methylphenidate はドパミン再取り込み阻害作用が中心と想定されている。Methylphenidate には、デキストロ (d) 体とレボ (l) 体の鏡像異性体があり、両者で活性や結合部位が異なる²⁴⁾。

Methylphenidate は理論的には CYP2D6 の基質であるが、ヒトにおいて本酵素を介した代謝への影響は観察されていない¹¹⁾。

2. Modafinil

Modafinil は、methylphenidate や dextroamphetamine とは作用機序が異なるため、覚醒促進薬として別に分類する場合もある。

Modafinil はドパミン再取り込み阻害作用が非常に弱く、methylphenidate とは作用機序が異なる²⁵⁾。Modafinil は、ナルコレプシーにおける過剰な眠気に対して覚醒を促進するように作用するが、その正確な作用機序はわかっていない。Modafinil は視床下部においてグルタミン酸を増大させる一方、GABA を抑制する¹³⁾。同様に海馬および視床腹側においてグルタミン酸も増大させるため、この機序が覚醒促進効果を及ぼしていると考えられている¹³⁾。

3. Pemoline

Pemoline は、1981年に methylphenidate と同様の効能を持ち発売された薬剤である。Pemoline は methylphenidate と異なり、中枢におけるノルアドレナリン濃度の上昇は認められず、交感神経刺激作用も弱い²⁷⁾。依存の形成のリスクも少ないと言われる一方、作用も弱く、抗うつ効果の発