

題となるコミュニケーションについて考えてみたい。

### 告知とそれに対する反応（通常反応）

がんに罹患することは、生命存続の危機的な状況であり、破局的なストレスをもたらす。がん患者は、自覚症状やがんを疑う検査の段階から強いストレスにさらされる<sup>1)</sup>。次に病名告知や治療の導入など一連の負荷が続く。これらのストレスに対する患者の情緒的な反応は、3つの段階に分けて考えることができる（通常反応）。この3つの段階は、①初期反応、②不安・抑うつ、③適応である。一般に、がんであることを告げられたり、再発の告知を受けた患者は強い衝撃を受け、「頭が真っ白になった」「何を言われているのかわからなくなった」と語られるような体験をする。その後、「もう何をしても無駄だ、治療をしても意味がない」と絶望感を感じたり、怒り（「診断をした主治医や病院が悪い」）、不安や抑うつ、恐怖、無力感を感じる。それとともに、不眠や食欲不振などの身体症状も出現する。しかしこの混乱は、約1、2週の間次第に収束する（図1）。

このような適応を経ることで、患者は疾病や治療に関連する情報を整理し、現実の問題に取り組むことができるようになる。

### 告知とコミュニケーション

がん医療の特徴的な点は、がんの告知に始まり、治療方針の選択や再発の告知、積極的な抗がん治療の中止など、生命や生活に直結する重要な場面が繰り返し訪れる点にある。各々の場面において、患者-医療者が円滑な

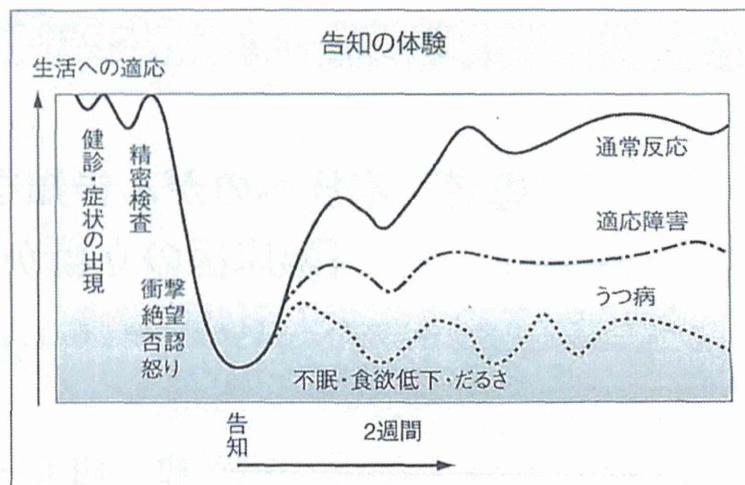


図1 告知と通常反応  
(文献1より引用)

意思疎通を図り、理解を確認し、受け取り方に配慮した情報の交換を行うことが必要になる。このようながんの診断告知や治療の中止の決定などの話題は Bad news（悪い知らせ）と呼ばれ、「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせ」と定義される<sup>2)</sup>。

悪い知らせは受け手にとっても伝える側にとっても非常な心理的苦痛を伴う。たとえば、抑うつ状態と密接に関連する自殺行動は、告知後1ヵ月に限ると健常人と比べて4~10倍にもものぼる<sup>3-5)</sup>。患者に正確に伝え、かつ患者を支え日常生活への適応を促すためには、告知にあたり患者がどのように受け取るかに配慮をした適切な伝え方、良好なコミュニケーションが不可欠である<sup>6)</sup>。たとえば、わが国のがん患者が、悪い知らせを伝えられる際に医師に対して望むコミュニケーションには、4要素“Supportive environment（支持的な場の設定）”“How to deliver the bad news（悪い知らせの伝え方）”“Additional Information（付加的な情報）”“Reassurance and Emotional Support（安心感と情緒的サポート）”があり、この構成要素に基づくプロト

コール：SHARE がある<sup>7)</sup>。

### 悪い知らせとコミュニケーション —患者側の視点

コミュニケーションはその伝え方だけが重要なわけではない。治療方針の決定には、告知の有無や伝え方も影響するが、同時に何を伝えるのかと、それがどのように伝わり・理解されるのか、関係者への影響を把握しなければならぬ。全体をとらえてそのバランスに配慮しながら質を向上すること、すなわちコミュニケーション戦略に配慮することが求められる(図2)<sup>8)</sup>。

このようなコミュニケーションの質を評価するためには、関わる患者および医療者を考える必要がある。患者の立場に立てば、コミュニケーションの内容についても患者の意向を尊重することが重要になるが、どのようなコミュニケーションが患者の価値観の尊重につながるのかは患者によって多様である。患者がすべての治療方針を決めることを望んでいる場合だけではなく、なかには全く意向を表示しない、あるいは考えたくないという場合もあり、個々の意向を確認しながら進めなければならない<sup>7)</sup>。

### 告知とコミュニケーション —医療者側の視点

また医療者側の視点も必要である。治療方針を決めるに際して、その医学的適応の有無や治療内容の説明、などで担当医を中心とする医療者が大きな役割を担う。治療方針を決めるに際しても、まず今後どのようなことが生じうるのかを知らされなければ、そもそも

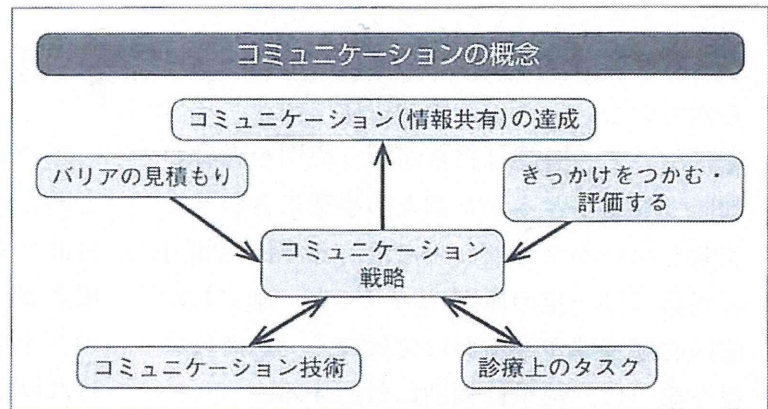


図2 コミュニケーションの戦略  
(文献8より引用)

意向を示す機会が必要であるとの認識が生じない。悪い知らせを伝えるコミュニケーションがコミュニケーション・スキルに則ったものであったとしても、現在の状態をどのように説明するのか、治療の利点・欠点をどのように説明するのか、また患者の意思表示についても判断一切を任せるのか、ある程度の大まかなところを決めることを勧めるのかなどさまざまな選択肢があり、そのどれかを選ぶかによって意向や現場の判断が変わる可能性がある。

たとえば、担当医は高齢がん患者の場合には、治療の有害事象と引き替えに得られる有益性の少なさから、高齢者には若年者と異なる選択肢を提示しがちであるとの報告がある<sup>9)</sup>。

### 意思決定能力の評価

適切なインフォームド・コンセントが成立するためには、患者が医療者から受けた説明内容を適切に判断する能力を有することが前提となる。この前提となる能力を「意思決定能力(Competency)」という。

意思決定能力の有無は、本来は法的に決定されるものである。しかし、わが国の代理人

制度である成年後見制度の後見人には、生命を左右する医療行為については同意権が与えられていない。そのため、生命に関連する事態において、医師は自らが行う説明を患者が判断できるかどうかを個々の事態に合わせて判断していかなければならない。意思決定能力の判断には一定の原則はあっても、確立した法的判断基準があるわけではなく、患者の利益を第一に、慎重に個別に対応する。

臨床場面において、意思決定能力が適切に判断されていないとの指摘が以前よりなされてきた<sup>10)</sup>。大きくは、認知症と診断された患者に対しては、能力低下が過度に評価され、適切な医療が提供されていない問題がある一方<sup>11)</sup>、軽度認知障害のある患者では、能力の低下が見落とされている。

意思決定能力の評価について、Appelbaumらの提唱する4つの機能に分けて検討する<sup>12)</sup>。

- ① 理解力 (Understanding) : 提供された情報を理解・保持し、自分の言葉で説明できる。診断や治療を理解できる。
- ② 認識する能力 (Appreciation) : 自分自身の診断や治療、治療の選択により将来起こりうる結果を自分のこととして認識し考える能力。
- ③ 論理的な思考能力 (Reasoning) : 診断や治療に関する情報を参考に、論理的に比較考察する能力。
- ④ 選択を表明する能力 (States a choice) : 意思決定の内容を明瞭に表明する能力。

選択に必要な意思決定能力は、その状況に応じて必要となるレベルも異なる。治療方針の決定や治療の同意を得る際に、インフォームド・コンセントに支障があると疑った場合には、代理意思決定者に情報を伝え対応を相談し、多職種を交えた検討が望まれる。

## 悪い知らせと医療者間の葛藤

悪い知らせを伝える際に、医療者は患者がどのような情報提供を望んでいるのか、治療方針を決定するうえでどこまでの情報が最低限必要なのか、その情報をどのように伝えるのかを探りつつコミュニケーションを図らなければならない。患者の意向の表示が曖昧な場合も多く、担当医に十分に伝わっていない場合も多い。このような医療現場の情報は、各職種がそれぞれ独自に把握しているものの、職種を越えてつなぎ合わせる事が少なく、そこに職種間のずれを生じることがある。

たとえば、悪い知らせに関して考える。担当医が患者に対して、悪い知らせを伝える場合には、患者が数値での予後告知（たとえば6ヵ月など）を望んでいないために予後告知はしないと判断したことがある。一方、担当する病棟スタッフは、患者が数ヵ月後に予定されている娘の結婚式に間に合うかどうかを懸念していることを知った。この場合、担当医と病棟スタッフで情報が共有されていないためにその判断にずれが生じていると考えられる。

このような情報の偏在は多職種で協働するチームではしばしば遭遇する問題である。チームが機能するためには、「介入の全体像を把握することが必要であり、そのためには、チームメンバー間の知識の差を埋めるとともに各人が得た臨床現場の情報、各々のスキルをチームで共有することが必要」であり、この作業をナレッジマネジメントと言う。臨床現場において、診療科や各職種をまたぐ意見交換が難しい背景には、合理的な解決方法を探るための議論（ディスカッション）と感情的な非難が区別されにくい点がある。各職種の視点と役割を超えて意見交換を進めること

は、お互いの努力と熱意が必要である。時には感情的な対立を交えたやりとりになりがちで、難しい意見交換を進めるためのポイントとしては、下のような項目が提案されている<sup>13)</sup>。

医療者間での難しいやりとりを行うために、

1. 顔を合わせることに。
2. 話し合うのに快適な場所と時間を選ぶこと。
3. 適切な時間を選ぶ。怒っている時や混乱している時に対立しない。
4. 話す内容が重要な内容であることを強調し、問題点をはっきりとさせる。
5. 明瞭で簡潔な言葉で問題を示す。個人的な攻撃や明らかな批評はしない。
6. 相手が応え、その状況に関する意見を述べられる機会をつくる。
7. 仲間の意見を進んで聞くようにし、関心や心配に進んで応える。
8. 謝罪を求めてはいけない。

## おわりに

告知に関連するコミュニケーションの課題をまとめた。どのようなコミュニケーションに関してもあてはまることではあるが、気持ちよく話し合うための場所を意識し、負担のかからないわかりやすい言葉を用いる。そのうえで、批判や批評をするのではなく、知識や現場の情報などお互いの認識を共有し合うところから進めていきたい。

## 文献

- 1) 内富庸介, 福江真由美, 皆川英明: がんに対する反応. サイコオンコロジー がん医療における心の医学 (山脇成人監修), 診療新社, 大阪 (1997) pp. 4-19.
- 2) Buckman R: Breaking bad news: Why is it still so difficult? *Br Med J* 288: 1597-1599 (1984)
- 3) Tanaka H, Tsukauma H, Masaoka T *et al*: Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 90: 812-817 (1999)
- 4) Fang F, Fall K, Mittleman MA *et al*: Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *NEJM* 366(14): 1310-1318 (2012)
- 5) Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N *et al*: Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psycho-Oncology* (2014)
- 6) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA *et al*: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347: 724-728 (1996)
- 7) Fujimori M, Parker PA, Akechi T *et al*: Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 16: 617-625 (2007)
- 8) Brown R, Bylund C: Theoretical models of communication skill training. *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (Kissane D, Bultz B, Butow P, Ginlay I, eds). Oxford University Press, New York (2010) pp. 27-41.
- 9) Woodard S, Nadella PC, Kotur L *et al*: Older women with breast carcinoma are less likely to receive adjuvant chemotherapy: evidence of possible age bias? *Cancer* 98: 1141-1149 (2003)
- 10) Markson LJ, Kern DC, Annas GJ *et al*: Physician assessment of patient competence. *J Am Geriatr Soc* 42: 1074-1080 (1994)
- 11) Karlawish J: Measuring decision-making capacity in cognitively impaired individuals. *Neurosignals* 16: 91-98 (2008)
- 12) Appelbaum PS: Clinical Practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 357: 1834-1840 (2007)
- 13) Heaven C, Green C: Good communication: patients, families, and professionals. In: Walsh D, ed: *Palliative Medicine*, WB Saunders, Philadelphia (2009)

+

緩和ケア特集 見てすぐ使えるツールつき 実践マニュアル

4 うつ・  
せん妄

## 1 DSM-5

小川 朝生 (おがわ・あさお) 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 精神腫瘍学開発分野 分野長

TOOL

## DSM-5におけるせん妄の診断基準

- A: 注意と自覚における障害 (すなわち、注意を向け、集中させ、維持し、転導させる能力の減弱と、環境についての見当識の減弱)
- B: その障害は短時間 (通常数時間から数日間) のうちに出現し、注意と自覚の元来の水準からの変化を現し、一日のうちで重篤さが変動する傾向がある。
- C: 認知における付加的な障害 (たとえば記憶欠損、見当識障害、言語、視空間能力、あるいは知覚)
- D: AとCの障害は、以前から存在しているか、すでに確立しているか、あるいは発現しつつある別の神経認知障害 (認知症) によってより良く説明されるものではなく、また昏睡のような重篤な覚醒水準の低下という背景において起こるものではない。
- E: 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が、別の身体疾患、物質の中毒あるいは離脱、毒物への曝露による直接的な生理学的帰結であるか、あるいは複数の病因によっているという証拠がある。

## DSM-5における大うつ病エピソードの診断基準

以下の症状のうち五つ以上が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも一つは、①抑うつ気分、または、②興味または喜びの喪失である。

- (1) 患者自身の言明 (たとえば、悲しみまたは、空虚感を感じる) か、他者の観察 (たとえば、涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
- (2) ほとんど一日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における、興味、喜びの著しい減退 (患者の言明、または他者の観察によって示される)。
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重の増加。またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
- (5) ほとんど毎日の精神運動性焦燥または制止 (他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとかのろくなったという主観的感覚ではないもの)。
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
- (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感 (妄想的であることもあり、単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪意識ではない)。
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる (患者自身の言明による、または他者によって観察される)。
- (9) 死についての反復的思考 (死の恐怖だけではない)。特別な計画はないが反復的な自殺観念、自殺企図、または、自殺するためのはっきりした計画。

## キーポイント

- せん妄やうつ病に対して、精神医学的な正確な診断をする際に、この記述に基づいて鑑別・判断する (精神科診断を行なう際には、米国精神医学会の診断基準 DSM-5 または ICD-10 (WHOの疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版) に基づくことが大半である)。
- 診断基準であるため、精神医学のトレーニングを受けたうえで参照することが前提である。

## 手順

- 精神医学的な正確な診断を行なう際にに基づく記述である。診断には時間と負担を要するため、臨床の評価ツールとして利用する場面はきわめて制限される。
- 構造化された診断面接法である SCID (structured clinical interview for DSM-IV) が公開されており、現在および過去の診断を行なうことが可能である (DSM-5 に基づく診断面接の書籍はまだ出版されていない)。

## ケアのポイント

## あわせて確認しておくべき患者情報・アセスメント事項

- DSM-5 はあくまでも診断基準であるため、重症度評価や鑑別の判断基準は精神医学的なトレーニングを受けていることが前提となります。
- 時間がかかるため臨床で使用される場面はきわめて制限されます。用いる場合には、専門家の助言を受けながら、主要な症状を確認するために用いるのが実践的です。

## ツールのメリット・デメリット

- 臨床では、DSMに基づいて診断を行なうために構造化された (インタビュー内容が固定されている) 診断面接 SCID を用います。それでも、うつ病の部分のみを用いるだけでも時間を要します (主要評価だけで30分程度かかるため、臨床にはなじみにくい)。
- 臨床においては、DSMに基づいて簡便化された各種評価ツール (たとえば、うつ病であれば PHQ-9、せん妄であれば CAM など) を用いるのが、患者・医療従事者双方の負担も少なく現実的です。

M  
annual

せん妄の診断・重症度判定  
4 うつ・せん妄 ② CAM (confusion assessment method)

小川 朝生 (おがわ・あさお) 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 精神腫瘍学開発分野 分野長

TOOL

CAM日本語版 短縮版ワークシート

I. 急性発症および症状の変動

a) 患者の基本的な日常生活の様子から精神状態が急激に変化する徴候が認められたか?

いいえ \_\_\_\_\_

ボックス1

はい \_\_\_\_\_

b) 当該(異常)行動は、生じたり消えたり、またその行動や症状が軽くなったり、ひどくなる等、症状のレベルに変化があったか?

いいえ \_\_\_\_\_

はい \_\_\_\_\_

II. 注意力の欠如

すぐに他のことに気を取られる、会話中、話の内容を覚えていられない等、患者は意識を集中させることに困難を感じていたか?

いいえ \_\_\_\_\_

はい \_\_\_\_\_

III. 思考の解体(まとまりのない会話)

的外れまたは取りとめのない会話、不明瞭または非論理的な思考、突飛な話題の転換のように、患者の思考が支離滅裂であったり、一貫していなかったりしたか?

いいえ \_\_\_\_\_

ボックス2

はい \_\_\_\_\_

IV. 意識レベルの変容

以上を総合して、この患者の意識レベルをどのように評価するか?

— 覚醒(通常状態)

— 緊張(過覚醒)

— 傾眠(うつらうつらするがすぐに覚醒、あるいは興奮しやすい)

— 昏迷(覚醒を維持するのが難しい)

— 昏睡(覚醒しない)

(覚醒)  
いいえ \_\_\_\_\_

(緊張~昏睡)  
はい \_\_\_\_\_

キーポイント

● 治療中の患者がせん妄か否かを簡便に判断する際に用いるせん妄の診断、重症度判定用のツール。

● (一般にCAMというと診断・スクリーニングに用いるshort CAMを指す)

● 簡便な認知機能検査をしつつ、そのときの行動などを観察して判定する。

手順

● せん妄の発症が疑われる、リスクが高い患者を対象に、定期的を実施する。

● 簡単な認知機能検査をしつつ、施行時の様子を評価する。

● CAMのIとIIの項目を満たし、かつ、IIIまたはIVの項目に該当する場合に、せん妄を発症している疑いが強い。

M  
annual

ケアのポイント

合わせて確認しておくべきアセスメント事項

● せん妄の中核症状は、CAMで評価できる注意障害と睡眠覚醒リズムの障害です。夜間の睡眠状況を主観的・客観的に評価します。

実施時の注意点

● CAMは、認知機能検査を実施しつつ観察することが推奨されています。

● 認知機能検査は、患者にも負担がなく繰り返し実施できるものとして、「digit span」(数字の復唱、たとえば3-8-2や7-9-6-2などの数字を読み上げ、復唱してもらう)や「Mini-Cog™」(3つのキーワードを記憶した後、時刻をアナログ時計で図示し、再びキーワードを復唱してもらう)などが推奨されています。

● 「調べる」という態度を前面に出すと、患者の不安が高まったり、拒否をされる場合があります。あくまでも、会話のやりとりのなかから自然に導入し、不安への配慮をすることが重要です。

評価のポイント

● 検査を実施しているときに、注意障害を疑うような行動があるかどうか(具体的には、数字の復唱が止まる、言い間違える、周囲の刺激に引きずられるなど)を観察します。

● 注意の障害が一日のなかで変動する場合、せん妄を疑います。

このツールのメリット・デメリット

● CAMはせん妄の診断に使えるツールですが、細かい症状評価やサブタイプの判定はできません。また、挿管下など発声が困難な場面では評価ができません。その場合は派生版のCAM-ICUを用います。

+

緩和ケア特集

見てすぐ使えるツールつき 緩和ケアはじめて実践マニュアル

うつスクリーニング

4 うつ・  
せん妄

## ③ HADS (hospital anxiety and depression scale)

小川 朝生 (おがわ・あさお) 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 精神腫瘍学開発分野 分野長



HADS (hospital anxiety and depression scale)

①緊張したり気持ちがりつめたりすることが；		⑧仕事を怠けているように感じる事が；	
しょっちゅうあった	3	ほとんどいつもあった	3
たびたびあった	2	たびたびあった	2
ときどきあった	1	ときどきあった	1
まったくなかった	0	まったくなかった	0
	A (不安)		D
②昔楽しんだことを今でも楽しいと思うことが；		⑨不安で落ち着かないような恐怖感を持つことが；	
まったく同じだけあった	0	まったくなかった	0
かなりあった	1	ときどきあった	1
少しだけあった	2	たびたびあった	2
めったになかった	3	しょっちゅうあった	3
	D (抑うつ)		A
③何か恐ろしいことが起ころうとしているという恐怖感を持つことが；		⑩自分の顔、髪型、服装に関して；	
しょっちゅうあって、非常に気になった	3	関心がなかった	3
たびたびあるが、あまり気にならなかった	2	以前よりも気を配っていなかった	2
少しあるが気にならなかった	1	以前ほど気を配っていなかった	1
まったくなかった	0	いつも同じように気を配っていた	0
	A		D
④物事の面白い面を笑ったり、理解したりすることが；		⑪じっとしていられないほど落ち着かないことが；	
いつも同じだけできた	0	しょっちゅうあった	3
かなりできた	1	たびたびあった	2
すこしだけできた	2	すこしだけあった	1
まったくできなかつた	3	まったくなかった	0
	D		A
⑤心配事が心に浮かぶことが；		⑫物事を楽しみにして待つことが；	
しょっちゅうあった	3	いつも同じだけあった	0
たびたびあった	2	以前ほどはなかった	1
それほど多くはないが、ときどきあった	1	以前よりも明らかに少なかった	2
ごくたまにあった	0	めったになかった	3
	A		D
⑥きげんの良いことが；		⑬突然、理由のない恐怖感(パニック)に襲われることが；	
まったくなかった	3	しょっちゅうあった	3
たまにあった	2	たびたびあった	2
ときどきあった	1	少しだけあった	1
しょっちゅうあった	0	まったくなかった	0
	D		A
⑦楽に座って、くつろぐことが；		⑭おもしろい本や、ラジオまたはテレビ番組を楽しむことが；	
かならずできた	0	たびたびできた	0
たいていできた	1	ときどきできた	1
たまにできた	2	たまにできた	2
まったくできなかつた	3	ほとんどめったにできなかつた	3
	A		D

Zigmond, A. et al. 北村俊則訳. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度). 精神科診断学. 4, 1993, 371-2. より

キーポイント

- HADS は、身体疾患治療中の患者の抑うつ状態や不安を評価する自己記入式ツールである。簡便で5分程度で実施できる。信頼性・妥当性とも検証されている。
- 診断告知後や積極的治療の中止の場面など、強い負荷が予想される場合に、うつ病や適応障害のスクリーニングや経過観察の評価に用いる。

手順

- 抑うつ・不安が疑われる患者に対して、記入を依頼する。
- 記入後に採点を行ない、得点がカットオフ値以上（日本では11点以上）の場合、強い苦痛（distress）があるとして、うつ病や適応障害を疑い、専門家によるより詳細なインタビューを行なう。

ケアのポイント

合わせて確認しておくべきアセスメント事項

- HADSと合わせて、うつ病の主要な症状（DSM-5に挙げられている主要9症状）の有無や重症度をインタビューで確認します。
- 複数の症状があり、日常生活への支障もあることが疑われる場合には、専門家や緩和ケアチームと連携して、診断・治療を進めます。

患者説明時の注意点

● 以前に比べ、うつ病などの評価への抵抗感は減ったものの、高齢者を中心に抵抗を感じる患者もいるため、不安に配慮をしつつ導入を図ります。具体的には、「治療中に知らぬうちに無理を重ねて、体も心も疲れる場合がしばしばあること、そのような苦痛を我慢せず話してもよいこと」を伝えます。

ツールのメリット・デメリット

● HADSはあくまでもスクリーニングツールであるため、診断に用いることはできません。得点がカットオフ値以上のときには、うつ病の可能性があることを示す

だけであり、診断をするためには、別の系統立った症状評価が必要です。

他のツールとの組み合わせかた

● HADSも簡便なツールですが、14項目を用いることから、臨床で数多く実施するには時間を要します。より短時間で実施することを考える場合には、2項目のウルトラショートの問題票を用い、そこで陽性となった場合にHADSを実施する方法があります（2段階スクリーニング）。

● ウルトラショートの問題票には、PHQ-2やつらさと支障の寒暖計（distress thermometer、p.70参照）などがあります。性能はどれも同等であり、使いやすい問題票を用いればよいです。近年ではDSM-IV-TR（テキスト改訂版）に基づく問題票であるPHQ-9も使われています。性能はHADSと同等です。

実施にあたっての注意点

● 精神・心理的問題に対する対応は、スクリーニングをかけるだけではなく、その後の支援を提供する体制を整備して初めて効果が出ます。ケアの提供体制と合わせて検討することが望まれます。



# 「いまや、がんは治る病気」

## ——早期発見からのケアでがん治療に伴う [身体的・精神的・社会的・実存的な苦痛]は取り除ける

小川朝生 独立行政法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科科長

**がんの五年生存率は五〇%以上に増加し  
緩和ケアの早期導入が  
叫ばれるようになった**

かつて、がんは「不治の病」といわれていました。しかし、医学の進歩によって、がんは「治る病気」という認識に変わりつつあります。例えば、二〇〇三〜二〇〇五年にがんと診断された人の五年生存率は五八・六%です。およそ二人に一人ががんを克服していることになります。現在、日本におけるがんの医療費が医療費全体に占める割合は、約一〇%にも上るようになりました。がんが増えつづける現状に対応するため、二〇〇七年四月に「がん対策基本法」が施行されました。

この法律にもとづいて政府が策定する「がん対策推進基本計画」の中では、「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」が掲げられています。

従来、緩和ケアといえは、終末期に取り入れられるイメージが強くありました。しかし、現在の医療現場では、がんと診断された時点から、診療の中で生

じる苦痛を取り除く緩和ケアが行われるようになったのです。

緩和ケアでは、医療従事者だけでなく、患者さんにかかわる多くの人とのチームワークが欠かせません。全国の「がん診療連携拠点病院」では、緩和ケアチームが作られ、がん患者さんの身体的な症状に対応する緩和ケア医、精神腫瘍医、看護師、薬剤師、社会面の支援を行うソーシャルワーカーや心理面のサポートを行う臨床心理士などが連携して緩和ケアを進めています。

さらに、緩和ケアの全体を見渡す「包括的アセスメント」も行われています。がんの治療だけでなく、患者さんの生活の質（QOL）をいかに高めるかを総合的に判断するのです。

包括的アセスメントでは、緩和ケアにおいて患者さんを悩ます「苦痛」を五つに分け、①「身体的な苦痛の緩和」↓②「精神的な苦痛の緩和」↓③「社会・経

済的な苦痛の解決」↓④「心理的な苦痛の解決」↓⑤「実存的な苦痛の解決」の順序で段階的に進めていきます。

### ①身体的な苦痛の緩和

がんの症状には、痛みが伴うことが多くあります。しかし、痛みの度合いを客観的に判断することはできません。痛みの感じ方は、患者さんによって千差万別だからです。

痛みには、患者さんの精神状態が大きく影響する場合があります。痛みが続いて眠れなくなったり、うつ状態になって気持ちが落ち込んだりすると、痛みをより強く感じてしまう悪循環に陥ってしまうのです。

がんはともにも暮らせる病気になるつつあり、緩和ケアの早期導入が叫ばれている



[衣装協力]セシール(左・トップス)

まずは、緩和できる身体的な苦痛がないかを確認します。

### 病気の治療だけでなく 五つの苦痛への段階的 なアプローチで問題を 解決し生活の質も向上

#### ②精神的な苦痛の緩和

日本では、気分が落ち込んだり元気がなくなったりしても、「気合いや根性が足りない」と一蹴されてしまうことがあります。確かに個人の心のあり方しだいで改善できる場合もありますが

すが、見逃してはいけないのは、気分の落ち込みの原因が病気の  
場合です。

例えば、気分の落ち込みの原因がうつと判断できれば、場合によっては薬による治療が必要になり、改善することが可能です。

また、認知症の診断も重要です。軽度の認知症は家庭では気づきにくく、病室に戻れず入院で迷子になってしまうなど、入院をきっかけに判明することが少なくありません。がんの治療で大切なのは、患

者さん自身が理解・納得したうえで治療を受けることです。しかし、患者さんが認知症であれば、自分自身で判断するのが難しい場合もあります。

また、病気や治療の判断はできても、急な体調の変化などには対応できないことがあります。そういった場合は、ソーシャルワーカーと連携して地域のボランティアに対応してもらったりなど、具体的な調整をすることも、緩和ケアの役目となります。今後ますます高齢化が進行する中で、がん認知症など、一

見無関係と思われる病気を併発するケースが増えてくると予想されます。

緩和ケアがたずさわるとは、介護保険を使ったサービスを受けるには、「要介護認定」が必要で、要

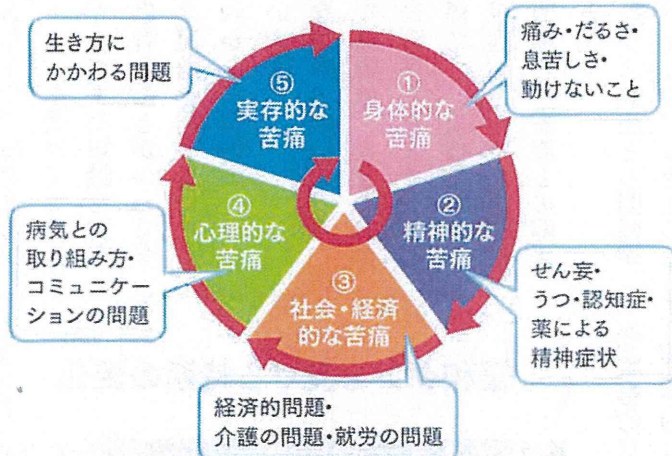
介護認定は、体の状態と認知症の二つの評価から判定されますが、がんを患っているだけでは要介護の認定が下りないことがあります。そのため、患者さんが適切なサービスを受けられるように、精神腫瘍医が支援の必要性や認知症の状態を判断することもあります。

もともと精神腫瘍科の役割には、患者さんの暮らしを支えるという側面があります。例えば、金銭面の問題を解決するために生活保護を提案するなど、社会福祉の調整をすることがあります。主治医と連携しながら、患者さんの体力的・心理的な負担を考慮した復職プログラムを考

えるなど、就労、復職支援にかかわることもあれば、育児中のがん患者さんに保育所の利用などを提案することもあります。いまの日本には相談支援センターやソーシャルワーカー、就労支援など、社会生活を支えるためのサービスがたくさんあります。しかし、サービス全体を把握して最適なプランをすすめる、コーディネーターが不足しているのです。

緩和ケアには、社会支援を担

## 「5つの苦痛」への段階的アプローチ



①身体的な苦痛の緩和: 痛みが取れているか、だるさはないか

②精神的な苦痛の緩和: せん妄はないか、うつの治療は?

③社会・経済的な苦痛の解決:  
経済的負担は大丈夫か、介護負担はないか

④心理的な苦痛の解決:  
病気との取り組み方、家族・医療従事者との関係

⑤実存的な苦痛の解決

※『がん患者のこころ』(ぎょうせい刊)をもとに作成

見無関係と思われる病気を併発するケースが増えてくると予想されます。