

# 7

## すべての医療者が実践すべき対応

### 1 支持的なコミュニケーション

#### 1) 患者-医療者コミュニケーションの重要性

インフォームド・コンセントを前提とする医療において、医療者は患者に対して心身の状態や医療行為について十分説明を行い、理解したことを確認することが求められる。患者は自らの自由意思に基づいて医療者と合意することが求められる。がん医療においては、重篤な有害事象のリスク、治癒ではない治療目標、包括的ゲノムプロファイリング検査など、不確実性が高い、理解や判断が難しい状況で意思決定を迫られる場合がある。このような時、医療者は患者に医学的情報を提供して、患者に意思決定をゆだねるのではなく、患者の意向や価値観、おかれている環境を踏まえ、目標を共有して共同で意思決定を行うことが重要である。

#### 2) 基本的なコミュニケーション技術

医療者は、通常、基本的なコミュニケーション技術（表1）<sup>1)</sup>を活用して日々の診療を行っている<sup>2)</sup>。患者や家族から症状を聴取したり、医学的情報を伝えるなどの言語的コミュニケーションと、表情や身振りから病状を推し量ったり、気持ちを汲み取るなどの非言語的コミュニケーションを駆使している。特に、ネガティブな感情が喚起される場面では、言語情報以上に非言語情報が多くを伝えるため、医療者は患者の表情や語調に注意を向け、同時に自らの振る舞いに配慮する必要がある。例えば、電子カルテに忙しくタイピングしている医師が「質問はありますか」と早口で尋ねても、患者は質問をためらうだろう。一方で、体ごと患者に向き合い、目を見て「質問はありますか」と落ち着いた口調で尋ねて、数秒待つと、患者は何らかの言葉を発するかもしれない。このように同じ言葉でも使い方で異なる意味をもつことがあるため、コミュニケーション行動は個々の状況を考慮し、適切なタイミングで、他者に認識されるように表出する必要がある。

#### 3) 「悪い知らせ」を話し合う時のコミュニケーション技術

がん医療においては、難治がんの診断、再発・転移、抗がん治療の終了など、患者の将来の見通しを根底から否定的に変えてしまう「悪い知らせ」が少なくない。がん患者は診断後短い期間でのうつ病の有病率や自殺率が一般人口よりも高いことが示されている<sup>3,4)</sup>。しかし医師が患者に悪い知らせを伝える際に望ましいコミュニケーション行動をとると、患者の心理的ストレスを抑制することができる。悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション技術は、患者の意向調査から、場を設定する Supportive environment、伝え方に配慮する How to deliver the bad news、さまざまな話題を話し合う Additional information、気持ちに配慮する

表1 コミュニケーション技術

基本的なコミュニケーション技術		
場を設定する	身だしなみを整える	
	話しやすい部屋を設定する	
	時間を守る	
	名前を確認し挨拶する	
	座る位置に配慮する	
	礼儀正しく接する	
話を聴く	目や顔を見て話す	
	相槌を打つ	
	話を遮らない	
	わかりやすい言葉を用いる	
	質問する	話を促す
		クローズドクエスション、オープンクエスションを用いる
		病気だけでなく患者自身への関心を示す
	応答する	患者の言いたいことを探索する
		患者の言葉を自分の言葉に置き換えて返す
	共感する	気持ちを積極的に聴く
沈黙を有効に使い、患者が気持ちを整理できるような時間をとる		
気持ちを理解したことを自分の言葉で伝える		
「悪い知らせ」を話し合うコミュニケーション技術		
面談までに準備する	事前に重要な面談であることを伝える	
	事前に家族の同席を促す	
	プライバシーが保たれた落ち着いた部屋を用意する	
	面談の中断を避けるために十分な時間を確保する	
	身だしなみや時間遵守など基本的態度に留意する	
面談を開始する	面談の初めからいきなり悪い知らせを伝えない	
	経過を振り返り患者の病気の認識を確認する	
	患者の認識に現実とのギャップがあれば、その埋め方の戦略を立てる	
	患者の気がかりを聴き、気持ちを和らげる言葉をかける	
	家族にも患者同様配慮する	
悪い知らせを伝える	心の準備ができる言葉をかける	
	写真や検査データを示し、紙に書いてわかりやすく明確に説明する	
	患者の理解度を確認し、話が速すぎないか尋ねる	
	感情を受け止め、気持ちをいたわる	
治療を含め今後のことを話し合う	質問や相談がないか尋ねる	
	標準治療、とりうる選択肢について説明する	
	推奨する治療法を伝える	
	がんの治る見込みを伝える	
	セカンドオピニオンについて説明する	
	患者が希望もてる情報も伝える	
面談をまとめる	患者の日常生活や仕事について話し合う	
	要点をまとめる	
	説明に用いた紙を渡す	
	患者の気持ちを支える言葉をかける	
	責任をもって診療にあたること、見捨てないことを伝える	

(日本サイコオンコロジー学会 編, コミュニケーション技術研修会テキストSHARE3.3版, 2018<sup>1)</sup>を参考に作成)

Reassurance & Emotional support の頭文字から SHARE と呼ばれる 4 要素で構成されることが示唆されている<sup>2)</sup>。米国では望ましいコミュニケーション技術を医療者の臨床経験に基づき、場を設定する Setting, 患者の認識を把握する Perception, 患者が何をどこまで知りたいか把握する Invitation, 悪い知らせを提供する Knowledge, 気持ちに配慮する Emotional support, 方針を話し合い面談をまとめる Strategy & summary の SPIKES と呼ばれる 6 要素にまとめられている<sup>5)</sup>。SHARE, SPIKES 共に他のガイドラインで紹介されているため、参照されることをお勧めする<sup>6)</sup>。「良い知らせ」の際にはコミュニケーションに注力し過ぎる必要はないが、「悪い知らせ」の際には、SHARE や SPIKES を用いて、特に、安心感と共感を示すことへの配慮が求められる。

#### 4) 支持的なコミュニケーション

がんに伴う心身の状態や症状、社会的な状態に困ったり、悩んでいる患者と話し合いながら困りごとや悩みごとを共有し、解決策を共に考えて問題解決を目指すプロセスが支持的なコミュニケーションといえる。表 1 に示したコミュニケーション技術、特に、話を聴くスキルをコアスキルとして実践することで支持的なコミュニケーションの達成につながる。

支持的なコミュニケーションで大切にすべきは、患者の話を非難したり、否定することなく詳しく聴くことである。場合によっては考え方が偏っているのではないかと、こだわりが強いのではないかと感じることもあるかもしれないが、そうならざるを得ない状況かもしれないし、そのような認知的傾向かもしれないと考え、その背景を理解することを心がける。患者の立場で事象を捉えることができれば患者の気持ちを理解できるかもしれない。患者は、医療者から気持ちが理解できたことを伝えられ、実行可能な解決策が提案されれば、不安が軽減し、解決策を試してみようと前向きになれることもある。患者が解決策を試した際には、結果はどうあれ、医療者として患者に試したことを労い、試した時の気持ちを話し合い、改善点を共に考えることを繰り返すことで信頼関係が強固になることが期待できる。

(藤森麻衣子)

#### 文献

- 1) 日本サイコオンコロジー学会編. コミュニケーション技術研修会テキスト SHARE3.3 版. 2018 <http://www.share-cst.jp/02.html>
- 2) 内富庸介, 藤森麻衣子 編. がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 東京, 2007
- 3) 内富庸介. 癌患者における抑うつ. 日臨 2001; 59: 1583-7
- 4) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, et al. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: a nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). *Cancer Med* 2023; 12: 3442-51
- 5) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-11
- 6) 日本サイコオンコロジー学会, 日本がんサポーターブケア学会 編. がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン 2022 年版. 金原出版, 東京, 2022

## 2 包括的アセスメント

### 1) 包括的アセスメントの重要性

患者はさまざまな背景（ニーズ）をもって、「つらい気持ち」を抱き、医療者の前にいる。例えば、「やる気が出ない」と訴える患者を丁寧に問診すると、実は、痛みや悪心が取りきれいでなかったり（身体症状の問題）、病気の見通しが十分に説明されていなくて（あるいは説明はされていても理解できていなくて）不安を感じていたり（病状理解の問題）、治療費・生活費の心配をしていたりする（社会的問題）。こういった多方面のストレス因子を考慮する必要がある。

そこで有用なのが包括的アセスメント（全人的アセスメント）である<sup>1)</sup>。これは、図1に示す5つの領域を1つずつ順に評価・対応する方法である。包括的アセスメントで問題が明らかになったら、それを支える最適な職種が対応にあたるようにする（多職種連携）。なお、上位の問題は下位の問題に対しても影響をもっているため、問題の評価や対応は、矢印の順に行うことが重要である。例えば、痛みを放置して“精神”や“心理”のケアを行っても十分なケアは難しい。別の例としては、「このように苦しいなかで生きている意味がない」などといった、一見、実存的な苦痛の訴えに対しても、まずは体調を改善するためのケアが十分に行われているか（身体）、うつ病の症状としての希死念慮ではないか（精神）などの評価が大切である。

### 2) 各領域の詳細

包括的アセスメントに含まれる各領域について詳述する。

#### (1) 身体的問題

身体的問題には「身体症状」と「患者の疾患理解」が含まれる。「疾患に対する患者の理解」は、患者が「自分自身の病態をどう理解しているか」「それに対してどのような治療や対処法があると理解しているか」「今後の見通しや予後についてどう理解しているか」などを評価する<sup>2)</sup>。次項の「3. 気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外」も参照のこと。

#### (2) 精神的問題

精神医学的問題全般に関する評価が必要であるが、特に、がん患者に頻度が多い、せん妄、薬剤性精神障害、器質性精神障害、うつ病の鑑別が重要である。軽度のせん妄（特に低活動型せん妄）は、「やる気が落ちている」「何か悩んでいる」ようにみえて（実は意識障害でぼんやりしているだけ）、抑うつや実存的な悩みと誤認されやすい。薬剤性精神障害の原因には、ステロイドやベンゾジアゼピン類がよく知られているが、その他に、一部の抗がん剤には、軽度の認知機能障害（記憶力、注意力、精神運動処理速度などの障害）をきたすものもある。全脳照射や全身放射線治療を受けた患者にも軽度の認知機能障害が認められる。このような患者は、「頭に霧がかかったようだ」「考えがまとまらない」などと訴えてうつ病と誤認されることがある。

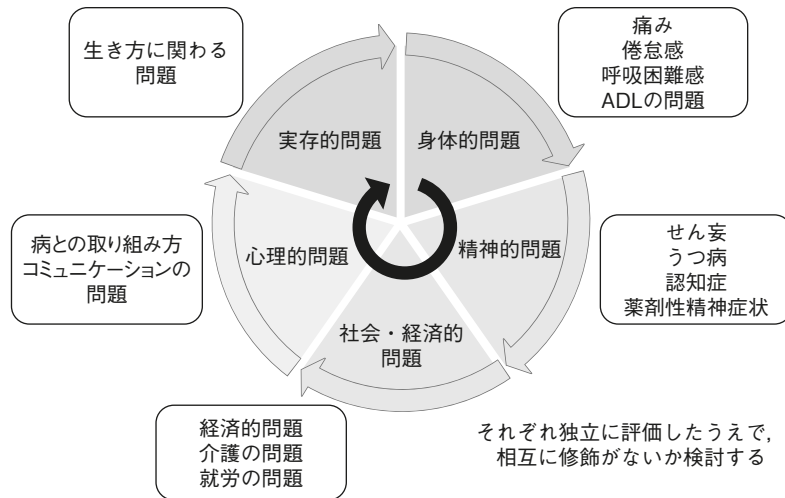


図1 包括的アセスメント

〔藤澤大介. がん治療に活かす心理アセスメント. こころの科学 2015; 184: 73-8<sup>1)</sup>より引用  
改変〕

### (3) 社会・経済的問題

社会・経済的問題には、医療費や療養環境、就労・就学、周囲の人との関係性などが含まれる。病院内ではソーシャルワーカーが、病院外では地域包括支援センターなどが窓口となることが多い。

令和5年に改定されたがん対策基本法の、基本理念の一つに「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築」があり、「がんと共生」を目標の一つに掲げている<sup>3)</sup>。特に、がん患者の就労支援は近年重要な社会的問題となっている。患者のなかには、精神的な動揺や不安から早まって退職する人もあり、医療者などから患者に退職を早まらぬよう教育するなど、治療と就労を継続するいわゆる「両立支援」に向けて、医療者から患者への十分な働きかけや、関連機関（例：がん相談支援センターなど）との連携を行うことが重要である。平成28年に発行された「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」（がんに関する留意事項<sup>4)</sup>では、がんの種類や進行度が同じでも、がん治療や治療に伴う症状は患者によってさまざま、個別性に配慮した対応が必要と述べている。同ガイドラインでは、以下の具体的な留意点も示している。

- ①手術後の経過や合併症などに個人差があること。
- ②抗がん剤治療は副作用によって周期的に体調変化を認めることがあり特に倦怠感や免疫力低下が問題となること。
- ③放射線治療中は倦怠感等が出現することがあるが個人差が大きいこと。

就労以外にも、がんに対する「偏見」、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛など）、生殖機能の温存、後遺症および性生活（セクシャリティ）なども考慮すべき側面である。患者会などへの参加が有用なこともある。

ライフステージに応じた配慮も大切であり、小児・AYA世代は学業を受けながらがん治療が必要となることもあれば、治療との両立や晩期合併症のために就職に困難を感じる場合も

ある。他の世代に比べて患者数が少なく、情報やピア・サポートを得ることが難しいこともあって、医療者側からの積極的な情報提供が重要である。

高齢者は、がん治療をきっかけに認知症と診断される場合や、がん治療に伴って認知症の症状が悪化する場合もあり、意思決定支援や、治療選択に配慮が必要である。

#### (4) 心理的問題

心理的問題には、病気との取り組み方、家庭のこと<sup>5)</sup>、仕事や学校、友人との関わり方、医療者とのコミュニケーションをめぐる問題、などが含まれる。

#### (5) 実存的問題

実存的（スピリチュアル）な問題とは、生きがい、価値観などに関する問題であり、身体的、心理的、社会的因子を包含した、人間の「生」の全体像を構成する一因子とみることができる<sup>6)</sup>。宗教的要素が含まれることもあるがそれはごく一部である。具体的な対応策は確立していないものの、患者の価値観や生きがいを理解し、そこに焦点を当てた介入が、進行がんの患者のQOLや抑うつ改善に役立つことがわかっている<sup>7)</sup>。

（藤澤大介）

### ■ 文 献

- 1) 藤澤大介. がん治療に活かす心理アセスメント. ころの科学 2015; 184: 73-8
- 2) Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Oxford University Press, Oxford, 2002
- 3) 厚生労働省. がん対策推進基本計画（令和5年3月改定）
- 4) 厚生労働省. 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン（平成28年2月）
- 5) Paula Rauch, Anna Muriel. Raising an Emotionally Healthy Child When a Parent is Sick（慶應義塾大学医学部心理研究グループ 訳. 子どもを持つ親が病気
- 6) 世界保健機関 編, 武田文和 監訳. がんの痛みからの解放とバリアティブ・ケア がん患者の生命のよき支援のために. pp5-6, 金原出版, 東京, 1993
- 7) Breitbart WS, Poppito SR. Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual. 1st ed. Oxford University Press, New York, 2014（大西秀樹 監訳. ミーニング・センタード・サイコセラピー がん患者のための個人精神療法—人生の意味に焦点を当てた精神療法. 河出書房新社, 東京, 2017）

## 3 気持ちのつらさに類似した医学的状況の除外

気持ちのつらさ（不安・抑うつ）に類似した症状をきたす病態には、以下のようなものが含まれる<sup>1,2)</sup>。これらの病態は、気持ちのつらさの鑑別診断となるだけでなく、気持ちのつらさと併存している可能性もある。関連する検査所見を確認したり、主治医などと連携して、鑑別と対応にあたる。

これらの病態への対応は、気持ちのつらさへの対応より先行して行うことが原則であるが、両者の鑑別が難しい場合や、早急な改善が必要な場合には、両方に対する対応を並行して行う場合もある。

### 1) 呼吸・循環不全

・低酸素血症, 肺塞栓, 胸水, 肺水腫など

(呼吸困難感が不安症状と誤認される)

## 2) 代謝性疾患

- ・高カルシウム血症, 高ナトリウム血症, 低ナトリウム血症, 高マグネシウム血症, 低血糖など

(重症度によって倦怠感や意識障害をきたす)

## 3) 内分泌疾患

- ・甲状腺機能異常, 副腎皮質機能低下症, 抗利尿ホルモン分泌異常症 (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone : SIADH) など

## 4) 神経系疾患

- ・認知症に伴う不安・焦燥
- ・脳転移や髄膜播種などの脳器質病変  
(意識障害, 失語, 前頭葉障害に伴う発動性の低下などが精神症状としてみられる)
- ・腫瘍随伴症候群
- ・パーキンソン症候群 (仮面様顔貌や寡動が抑うつと誤認されることがある)
- ・てんかん部分発作 (パニック発作と誤診されることがある)

## 5) 栄養障害

- ・ビタミン B1 欠乏症, ビタミン B12 欠乏症, 葉酸欠乏症など

## 6) その他の意識障害

- ・軽症の意識障害 (せん妄など) は, 不安・抑うつと見誤られやすい
- ・低活動型せん妄は抑うつ, 過活動型せん妄は不安と誤認されることがある
- ・意識障害の背景はさまざまなものがありうる

## 7) 薬剤性精神障害

### (1) 抑うつを生じうる薬剤の例

- ・ステロイド, インターフェロン, ベンゾジアゼピン系抗不安薬,  $\beta$  遮断薬, ほか

### (2) 薬剤性脳症・意識障害

- ・オピオイドによる意識障害, ベンゾジアゼピン系薬による意識障害, 抗生物質起因性脳症, ほか

### (3) ドパミン拮抗薬による錐体外路症状

- ・ドパミン拮抗薬 (制吐薬・抗精神病薬など) による錐体外路症状により, アカシジア (落ちかなさ) や, パーキンソン症候群 (寡動) を呈することがある

## (4) 薬剤離脱症状

- ・ベンゾジアゼピン, オピオイド, アルコール, ニコチンなどの離脱症状に伴う易刺激性

## 8) がん(治療)関連倦怠感

- ・がん関連倦怠感, 治療関連倦怠感, 抑うつとの鑑別が必要である。両者の特徴を表2に示した<sup>3)</sup>。

表2 がん関連倦怠感と抑うつの鑑別点

	倦怠感	抑うつ
感情	情緒的応答性が保たれている(良いことがあると, 嬉しい, 楽しい, と感じられる) 体を休めていれば気分は安寧である	情緒的応答性が低下している(良い知らせなどへの反応が鈍い)
意欲・興味	保たれている(だるさがなければしたいと思えることがある)	低下している(何かをしたいという気持ちもてない)
睡眠	保たれている どちらかという過眠が多い	過眠・不眠のいずれもありうるが, どちらかという不眠(特に中途覚醒や早朝覚醒)が多い
日内変動	起床時は比較的活力があり, 一日の後半に増悪することが多い	一日の前半に増悪

(藤澤大介)

## ■ 文献

- 1) Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1197-205
- 2) Fujisawa D, Akechi T, Uchitomi Y. Depressive disorders. In Kissane DW, Watson M, Breitbart W, eds. *Psycho-oncology Care Series: Companion Guides for Clinicians: Management of Clinical Depression and Anxiety*. pp23-41, Oxford University Press, New York, 2017
- 3) Fujisawa D, Uchitomi Y. Depression in Cancer Care. In Watson M, Kissane D, eds. *Psycho-oncology Care Series: Companion Guides for Clinicians: Management of Clinical Depression and Anxiety*. pp23-41, Oxford University Press, New York, 2017

## 4 家族への関わり方・連携

がん罹患は, 本人のみならず家族にも甚大な影響を与える。患者の生活スタイルや家庭内での役割変化は, 同時に家族の職業生活や家庭生活, そしてそこでの役割をも大きく変化させる。また, 心身両面のつらさをかかえる患者を間近で支え続ける際には, 家族のなかに不全感や喪失感などさまざまな感情が去来し, 時に患者との行き違いが生じて接し方に苦慮するような場面も生じるだろう。他にも, 介護問題や経済的問題, 学業・習い事の継続を含めた子育て問題など, 家族が直面する問題は非常に多い。このような問題は, 患者のかかえる問題とはまた異なったものではあるが, 家族は, 患者と同等の精神的苦痛を感じていることも指摘されている<sup>1)</sup>。もちろん, 精神的苦痛のみならず, 生活の変化や負担の増大により身体的不調をきたす家族も多い。このようなことから, 家族は「第二の患者」と呼ばれることがある。家族は, 患者に対して情緒的・介護的・経済的支援を継続的に行い, 意思決定場面では責任を共有するなど「ケアを提供する」側面をもつと同時に, 第二の患者として多くの

困難をかかえ「ケアを必要とする」側面も持ち合わせている<sup>2)</sup>。これら2つの側面から家族を理解して関わるのが、医療者には求められる。

### 1) 家族と関わる際の心構え

一人ひとりの患者に個性があるのと同様、家族の姿や在り方も多種多様である。すべての家族は、各々に異なった強さと傷つきやすさの側面をもっている<sup>3)</sup>。また、がん罹患に対する家族の反応や、適応に向けた努力の仕方もそれぞれ異なるだろう。患者の日頃の不摂生に毒づく家族もいれば、根拠のない自責の念にとられる家族もいる。外での仕事に打ち込むことで現実を見ないようにする家族もいれば、すべてを投げ打ってでも患者との時間をつくらうとする家族もいる。医療者には、そのような多様な家族のスタイルに柔軟に対応することが求められる。そのためにも、医療者自身のもつ家族イメージを見直しておき、それをそのまま患者の家族に当てはめようとしないことは重要である。「家族はみな一様に患者を心配し、患者のサポートに最善を尽くしている(尽くすべきだ)」,といったバイアスや信念も、時に医療者の目を曇らせ、余計な感情を喚起し、ケアを困難にさせてしまうだろう。例えば、若年の患者の家族と接する際、医療者が「親」としての自身の感情や思いをそこに混在させ、過剰反応してしまうケースも少なくない。むしろ、家族が患者に対してもつ感情や態度は一概に語れるようなものではなく、多かれ少なかれアンビバレントな性質を含んでいるものだ、と考えればこそ、家族の感情や対応の揺れにその都度振り回されることなく付き合っていくこともできる。

### 2) 連携を考えるにあたって

通常、患者のことを一番側で見てきているのは家族であり、家族は医療者が患者のケアにあたるうえでの力強い協力者となりうる。家族は「医療の専門家」ではないものの、ある意味では「患者の専門家」であるといえる。よって、可能な範囲内で連携をとっていくことが、患者のケアの支えにもなる。連携するにあたっては、先述の「家族の多様性」を念頭に置きつつ、それに関連した次のポイント<sup>4)</sup>について、あらかじめアセスメントしておくことが望ましい。

- ①患者をサポートすることへの意欲と実施可能性
- ②サポートを提供する能力
- ③家族の身体的および精神的健康状態
- ④家族の認知機能（記憶、論理的思考、処理速度、注意など）
- ⑤家族の要望と患者の要望とのズレ
- ⑥患者が求めることに関する知識と技術

これらのポイントをもとに、どの程度のことを家族に任せられるのか、親戚など家族以外の者の協力を仰ぐ必要はないかを判断できるとよいだろう。

### 3) 家族への関わり方

家族に関わる際、まずは常識的な対応が前提となることは言うまでもない。身だしなみを整え、時間を守り、挨拶をすることで、家族に対する敬意や礼儀を示す。そして家族の苦勞

を労う。そのような医療者の態度や行動が、家族と信頼関係を築くうえでの土台となる。また、患者を必要以上に不安にさせてはいけない、気を遣わせてはいけないという思いから、患者には本当の感情を見せづらいつという家族は多く、さらに同様の理由から親族や友人にも相談するのをやめてしまい、孤立を深めていることもある。そのような家族に対して、気持ちのつらさを表出できる場を提供するだけでも非常に大きな助けとなる。

気持ちのつらさの表出に加え、「情報」に対する家族のニーズも大きいとされる<sup>5,6)</sup>。がんという病気について、あるいは患者の呈する症状への対処について知識を紹介することは、家族にとって助けとなる。前者については、「がん」という病名自体に圧倒されてしまう家族も多いため、知識を提供することで不必要な恐れを減らし、より具体的・現実的に考えることができるよう支援できるとよい。後者については、患者の症状への対処法を伝えることによって家族の苦痛が軽減することが指摘されている<sup>7)</sup>。ただし、混乱している家族は時に上の空になっていたり、理解力に問題があったりして、聴いているようで意外と内容が頭に入っていないこともある。さらに、がんに関する情報には複雑なものが多い。よって、その時々で必要な情報を正確に、適度な量だけ、わかりやすい言葉で示すことが求められる。印刷物を手渡す、重要なポイントにマーカーを引くなど、後からでも理解しやすい工夫を施すことも有効である。

家族への関わりについて、もう一つ忘れてはならないのが、セルフケアの促進である。セルフケアといっても無理に特別なことをする必要はなく、患者のがん罹患以前から家族が行っていた時間の過ごし方や休息の方法が、そのままセルフケアとなる。家族は精神的・身体的苦痛をかかえながらも、患者のケアやサポートに没頭し、自分自身のケアを怠りがちである<sup>2)</sup>。闘病中の患者に対して遠慮や罪悪感をもち、それゆえに自らが趣味の時間を楽しんだり、リラックスできる時間を過ごしたりすることができずにいる家族は多い。そのような際、自分の生活は自分の生活として守り、持続可能なやり方で患者を支えていけるよう、家族に伝えられるとよいだろう。ただし、この場合も「家族の多様性」を念頭に置きつつ、どのような距離感で接するか、声がけするかについては注意したい。例えば、終末期の患者の家族のなかには、自分が疲弊しようとも、最期の時まで頑張ると心に決めている人もいる。そのような場合、よかれと思ってセルフケアを勧めようとする、かえって心を閉ざしてしまうこともある。よって、家族の状況や状態を見極めたうえで、家族を見守るスタンスを基本に、声がけのタイミングや提案の仕方を検討することが大切である。

上記のような家族との関わりは、患者へのがん告知時から開始されることが理想的ではあるが、医療機関によっては、そこまでのリソースが不足していることも多い。よって、それが叶わない場合には、家族会などの支援グループを紹介したり、他機関で開催されるがんサロンへの参加を促したりするなど、外部のリソースを有効に活用することも念頭に置いておくといよい。

(福森崇貴)

## ■ 文 献

- 1) Kissane DW, Bloch S, Burns WI, et al. Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psychooncology* 1994; 3: 47-56  
 2) 浅井真理子. 家族への対応. *がん医療におけるコ*

コミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか (内富庸介, 藤森麻衣子 編). pp108-14, 医学書院, 東京, 2007

- 3) Lederberg MS, Holland JC. Supportive psychotherapy in cancer care: an essential ingredient of all therapy. In Watson M, Kissane D, eds. Handbook of psychotherapy in cancer care. Wiley-Blackwell, 2011 (内富庸介, 大西秀樹, 藤澤大介 監訳. がん患者心理療法ハンドブック. pp3-25, 医学書院, 東京, 2013)
- 4) Wiener L, Bevans M, Garee AM, et al. Caring for the family caregiver of cancer patients. In Berger A, Hinds PS, Puchalski CM, eds. Handbook of supportive oncology and palliative care: whole-person adult and pediatric care. pp254-66, Springer Publishing Company, New York, 2018
- 5) Adams E, Boulton M, Watson E. The information needs of partners and family members of cancer patients: a systematic literature review. Patient Educ Couns 2009; 77: 179-86
- 6) Gansler T, Kepner J, Willacy E, et al. Evolving information priorities of hematologic cancer survivors, caregivers, and other relatives. J Cancer Educ 2010; 25: 302-11
- 7) Bucher JA, Loscalzo M, Zabora J, et al. Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. Cancer Pract 2001; 9: 66-70

## 5 専門家への依頼を考える時

がん患者のかかえる精神・心理的問題は、その種類、重篤さの程度、複雑さなど多種多様であり、すべての患者に一樣に現れるわけではない。そのため、患者の話にほんの少し耳を傾げるだけで解決に向かうものもあれば、訓練を受けた専門家による援助が不可欠なものもある。よってまず重要となるのは、患者のかかえる問題が、主治医チームの守備範囲内で対応可能なものなのか、あるいは精神・心理の専門家の介入が必要なものなのかの判断である。

判断にあたっては、①がん患者やその家族が、治療生活や日々の生活において、精神面の著しい苦痛を感じていること、②英国 National Institute for Clinical Excellence (NICE) のガイドライン<sup>1)</sup>に挙げられている「専門家の心理アセスメントとサポート」に関する4段階のうち第1段階の介入のみでは十分に対処できないこと、がおおよそその基準となるだろう。ここで、第1段階の介入とは、患者のニーズを把握したうえで、支持的な関係を土台とした心理的サポートや適切な情報を提供することを指す。なお、上記のガイドラインにおける第2段階では、患者の心理的な苦痛についてスクリーニングを行った後、必要に応じて問題解決などのシンプルな心理的技法を提供することになっており、ここでは専門看護師など一定の専門的知識を有した者が入ることが想定されている。ただし、わが国では、この第2段階をどの職種やチームが主導して行うかについては必ずしも統一されておらず、主治医チームが簡易なスクリーニングを行った後、そのまま専門家への依頼につながるケースも多い。

専門家への依頼に関する判断基準をより具体化すると、次のようになる<sup>2)</sup>。

- ①落ち込みやイライラなどの感情的問題が重篤である (自傷・他害のリスクを含む)
- ②一定期間を過ぎた後も苦痛が持続している
- ③かかえている問題が複雑である
- ④患者が価値をおく側面 (例えば、夫婦関係など) において苦痛が生じている
- ⑤患者が利用可能なリソース (例えば、家族からのサポートなど) が少ない
- ⑥精神心理的介入を患者が希望している

このリストには明示されていないが、もちろん、幻覚・妄想やまとまりのない言動など重篤な精神症状が疑われる場合にも、専門家への依頼を考えるべきである。また、活動量が減ってきている、同じ質問を繰り返すようになった、医療者からの指示がうまく入らないな

ど、一見するとそれほど目立たない変化であっても、そこにはせん妄などの問題が隠れていることもあるため、患者の言動に違和感がある場合には、一度、専門家へのコンサルテーションを考えてみるとよい。

なお、主治医チームが専門家への依頼が必要と判断したとしても、患者が必ずしもそれに応じるとは限らない。そのような拒否はしばしばみられることであり、専門家に相談することの敷居がまだまだ高いことの表れでもある。またそれは、患者が自らの問題に対処するための否認や回避などの結果として生じていることもある<sup>2)</sup>。よって、まずは患者の拒否に対して理解を示し、可能な範囲でその理由の把握に努める。もしそこに認識のズレや誤解があればそれを訂正し、それでも紹介が難しそうな場合には、専門家から対応についての助言を受けるなど、患者への間接的な介入も検討する必要がある。

(福森崇貴)

## ■ 文 献

---

- 1) National Institute of Clinical Excellence, ed. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. 2004 <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005> (2023年1月20日閲覧)
- 2) Pajmans R. Background to the cancer psychology referral guidelines. Pan-Birmingham Cancer Network. 2010 <https://archive.uhb.nhs.uk/Downloads/pdf/CancerPbCancerPsychologyReferral.pdf> (2023年1月20日閲覧)

## コラム7

### 気持ちのつらさと倫理

気持ちのつらさに対応することは、我々医療者にとってどのような倫理的意味をもつのだろうか。

気持ちのつらさに影響されて、「もう放っておいてほしい」と治療の中断を申し出ている患者のケースで考えてみよう。気持ちのつらさは、患者にとって不快な害となる症状である。医療者にとって、患者にとっての害（症状）を取り除くことは、患者に対して善行を果たせという善行原則に適った行為である。特に医療者が治療に際して被るリスクはなく、気持ちのつらさへの対処によって発生するリスクも大きくないことから、気持ちのつらさへ対処することは強く善行原則から要請される。また、患者の福利を最大化するという功利主義的な観点からも、気持ちのつらさに対応することが倫理的に正しいこととなる。気持ちのつらさが改善すれば、患者にとっての苦痛が軽減するし、治療の継続が可能になり、医学的な利益を得ることもできる。また、周囲の家族も、患者の気持ちのつらさの改善により、気持ちが楽になるかもしれない。このように、気持ちのつらさは、最大福利の実現に寄与することから、倫理的に望まれるのだといえよう。

一方で、ここで挙げたケースは、患者は治療の中止を申し出ている。自律的な患者の自己決定を尊重せよとする自律尊重原則の観点からは、放っておいてほしいという患者の申し出はどのように分析できるだろうか。自律尊重原則の前提となっている自律的な状態とは、臨床においては判断能力のある状態と解釈されることが多い。気持ちのつらさがあったとしても、重度のうつ状態でなければ、判断能力は存在している可能性が高い。とすると、自律尊重原則は患者の「放っておいてほしい」という意向を尊重することを、医療者に対して倫理的に要求することとなる。その結果、医療者は、気持ちのつらさに対処すべきとする善行原則と患者の意向通りに「放っておく」べきとする自律尊重原則の2つの倫理的義務のジレンマに陥ることになると、一見したところ考えられる。

しかしながら、これは自律尊重原則を消極的責務の点だけで捉えたために生じているジレンマである。実は、自律尊重原則は、患者の自己決定を認めるという消極的責務と、患者が自分らしく自己決定できるように支援するという積極的責務に分かれている。そして、医療者に求められているのは、自律尊重原則の積極的責務なのである。つまり、提示したケースにおいては「放っておいてほしい」という患者の意向をそのまま受け入れるのではなく、患者の発言・意向が、真に患者の希望することなのかどうかを探ることを自律尊重原則は医療者に要求するのである。とすると、患者が気持ちのつらさに影響されて「放っておいてほしい」と要求しているのであれば、気持ちのつらさがなければ患者の意向は異なっている可能性があり、自律尊重原則の積極的責務を果たすことは、善行原則との対立を生じないことになる。

また、カントの義務論の観点からは、自律とは理性的に格率<sup>[注1]</sup>に照らして行動できる存在を指すのであって、判断能力があるだけでは自律的な存在とみなされないといえる。カントが提示するところの自律を、真の自律と呼ぶならば、医療者は、患者が真に自律的に振る舞えるようにすることこそが倫理的義務となるのである。このケースでは、気持ちのつらさに対処し、そこから解放されることこそが、患者が真の自律的存在になるために必要であることから、カ

ントの義務論の立場からも、患者の気持ちのつらさに対処することが倫理的に推奨されることになる。

このように医療倫理の四原則に代表される原則主義、功利主義、カントの義務論、さまざまな倫理的な立場からみても、提示されたケースにおいて医療者は、患者の意向を鵜呑みにするのではなく、積極的に患者の気持ちのつらさを治療するように努めることこそが、倫理的に要求されるのである。

(瀧本禎之)

[注]

---

1) 格率とは

カントは定言命法において「格率が普遍的法則となることを、その格率を通して汝が同時に意欲しうような、そのような格率にしたがってのみ行為せよ」と述べている。つまり格率は「行為主体自らが自分に課した自分の原理」のことであり、その原理が普遍化可能なものである。