



通信  
第89号

支えあう会

令和2年3月31日 発行

発行：「α」通信編集部

活動場所（第1日曜日、第3水曜日、第2・4土曜日）

千葉市民活動支援センター（ちばサポ）・他

千葉中央ツインビル2号館9階

事務局連絡先

〒260-0802 千葉市中央区川戸町518-7

FAX:043-308-5744 TEL:090-9317-8488

<http://www.alpha-chiba.com/>

編集・発行責任者：五十嵐昭子（頒価 500 円）

## がんになって悩むこと ～心のケア・緩和医療の視点から～

秋月 伸哉（がん・感染症センター 都立駒込病院  
精神腫瘍科・メンタルクリニック）



秋月伸哉さん

皆さんこんにちは。秋月です。私は精神腫瘍科というところで、がんと診断された患者さんとかかわっています。今日は「がんになって悩むこと」というテーマで、心のケアや緩和医療の視点からお話したいと思います。

### 病院を選ぶ

- かかりつけから紹介してもらう
- 知人の紹介
- インターネットで情報収集
  - ・治療実績
  - ・有名な医師
  - ・アクセス
  - ・緩和ケア？



2

がんになるといろいろなことを経験することになります。Aさんの例を挙げながら、お話していきます。Aさん、61歳の女性です。時々背中に痛みがありましたが、お元気で日常生活を送っていらっしゃいました。

健康診断で、肺に影があり、近くの病院でCT検査すると、肺と膵臓に異常があると指摘され、「がんの可能性が高いです。がんの場合、進行していますので、専門病院で診てもらいましょう」と言われました。

### 最初の難関・病院選び

まず、病院選びですね。Aさんは「専門病院で診てもらいましょう」と言われて、「どこの病

### Aさんのがん体験

61歳 女性

パートの事務職。夫と二人暮らし。

時々背中の痛みあるが元気

健康診断で肺の影があり、近くの病院でCT検査すると多発肺結節と膵臓の腫大

「がんの可能性が高いです。がんの場合進行していますので、専門病院で診てもらいましょう。」



1

がんになって悩むこと～心のケア・緩和医療の  
視点から～ 秋月 伸哉 ----- 1  
事務局からのお知らせ ----- 23

他団体の催し案内 ----- 27  
編集後記 ----- 28

院に行こうか」と考えます。

病院選びの方法は幾つかありますが、一番多いのはかかりつけの医師から紹介してもらうことです。CT を撮ってくれた近くの病院から紹介してもらうというのが一番多いと思います。それで全く問題ありません。

それ以外によくある話がお友達の紹介です。「お友達の〇〇さんががんで、△△病院に行っていて、あそこの先生がどうもいいらしいわよ」という話を聞いたりすることがありますね。そういうふうに経験者の口コミから受診先を選ぶこともあると思います。

最近インターネットを使っているような情報収集をする方も増えています。ここ数年、がん診療病院も診療実績をオープンにしていこうとしていて、特にがん診療拠点病院などを中心に診療実績が公開されています。治療実績を見て、病院を選ぶ。手術の件数が多い病院とか、インターネットや病院本みたいなもの（医者が選んだ病院百選とか）がありますね。そういう形で治療実績、例えば胃がんの手術を何件やっているとか、公開されている情報を参考に自分の病気の治療件数が多いところを選ぶ、というのもいい選び方かもしれません。

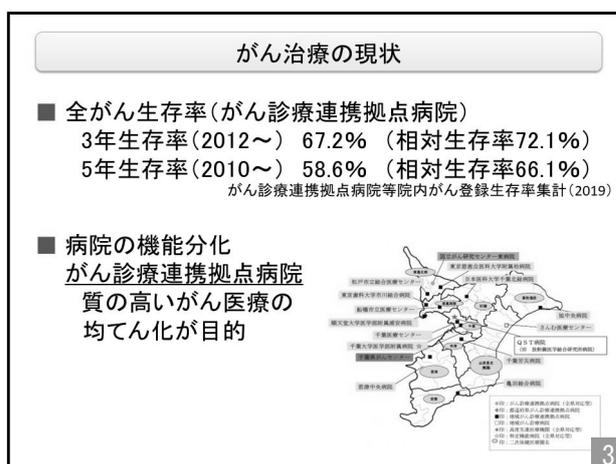
あとは「よくテレビで見る〇〇先生」がいる病院を受診する。「〇〇先生」は忙しくて、診てもらうのは難しいことが多いのですが、それでも「有名な先生がいる病院を選ぶ」というのはわりとよくある選択肢です。特に、セカンドオピニオンでは意味がある選び方かもしれません。

次にアクセスですね。これは、単純に見えますが非常に重要です。「病院まで通いやすいか」ということは、とても大事なことです。特にがんの治療の場合、1回で終わってしまうことはほとんどありませんので、「継続して通えるか」、「体調があまり良くない場合でも通えるか」というのがすごく大事です。有名な先生が大阪にいるからと大阪に通う人も中にはいらっしゃいますが、やっぱりちょっと大変ですよ。

「病院を選ぶ指針の一つとして緩和ケアに関することも考える」ということを、今日、少しご提案したいと思っています。

### がん治療の現状-伸び続ける生存率

ここ最近のがん治療の現状を簡単にお話します。割と最近、がん登録が日本全国でできるようになりました。今までは、日本人のどのくらいががんになって、どこに住んでいて、どのような経過をたどるかということが、公にされ



ていなかったのですが、最近、がん診療連携拠点病院などを中心にがん登録としてデータを取り、かなり分かるようになりつつあります。

最初ががんになった方がどのくらい長生きできるかということが、3年生存率とか5年生存率という形で表されます。がんと診断された方が3年後に元気でいらっしゃる状況、割合というのが2012年のデータを見ると67%ぐらい。5年生存率でいうと2010年のデータを見ると60%ぐらいと言われています。

がんにならなくても亡くなることがあるので、それをがんにならない場合と比較するという形で見たほうがわかりやすいんですけども、それで言うのであれば3年生存率7割、5年生存率が7割弱という形になっています。このデータは年々上がってきていますので、おそらく最近がんになった方はもうちょっと高い可能性で、病気で亡くならずにいられると言えるかと思えます。これは病気が治った割合ではなくて、病気があるけれども生きているという状況も含めています。

ちょっと前は「がん=死」というイメージの病気だったのですが、ここ10年ぐらいの中で、がんになったからといってすぐに死んでしまう方はそんなにいないということがわかってきました。がんを抱えて生活していく、もしくはがんが治ったり、治らないまでも大きくならない状態で、サバイバーとして生活されている方が多いという時代になってきています。

もう一つ、病院の機能分化があります。がん診療連携拠点病院というものがあります。がんの診療で、病院によってやる治療が違うのは良くないだろうということで、日本全国どこにいても質の高いがん治療が受けられるように、がんに関する法律と関連してがん診療連携拠点病院が作られました。

これは千葉県も含めて全国が区割りされてい

## がん治療の現状

- がん治療を受ける病院
  - がん診療連携拠点病院 72%
  - 県推薦病院・小児がん拠点・任意病院がん診療連携拠点病院等 院内がん登録2017年全国集計報告書
- がん患者が亡くなる場所
 

がん診療連携拠点病院	25%
その他の病院	50%
ホスピス・緩和ケア病棟	10%
施設など	5%
自宅など	10%

最初に治療を受けた医師(病院)に最後まで診てもらうことは少ない

厚生労働省人口動態統計、がん診療連携拠点病院現況報告のデータ

4

て、その地区ごとに中心になる病院を一つ置いて、その病院には必ずこういった機能を持ちましょうというふうに基準が定められています。今、千葉県は13の拠点病院があります。

高度ながん治療を比較的どこにいても受けることができる。その結果かどうかわかりませんが、そういった背景の中でがんが治る病気になってきているというのが、今のがん治療の現状です。

がん登録のデータがだいぶ集積されてきました。これによると実際にはがん患者さんががんと診断されて最初にどこの病院で治療を受けたかがわかります。これで見るとがん診療連携拠点病院で登録されている方が7割ぐらいいらっしゃいます。つまり7割ぐらいの方は、がんと診断されて最初の治療をがん診療連携拠点病院という高度ながん診療が行える病院で治療を受けている。

先ほど、6割、7割の方が5年生存するというお話しましたが、逆に言うと3~4割の方は亡くなることとなります。どこで亡くなるかということ、がん診療連携拠点病院で亡くなる方は25%しかいらっしゃいません。最初に7割ぐらいの方ががん診療連携拠点病院に行っているんですが、そこで最期まで過ごされるという方は半分以下、3分の1ぐらいしかいらっしゃらないということです。

ではどこに行くかということ、拠点病院以外の病院や、緩和ケア病棟や、老人ホームのような施設であったり、ご自宅であったりということになります。最初に治療を受けた病院で最期まで見てもらいたい、と思われる方が多いのですが、実はそうはなりにくい現状があります。病院を受診する段階では情報が入ってきませんが、最期をどうするかということは考えておかないといけない問題の一つではあります。

## がん治療の経過

次に病気の経過についてご紹介しようと思います。

がんという病気の特徴は、図5の一番左のモデルです。縦軸が日常機能、元気さだと思ってください。横軸が時間です。がんという病気の特徴は最後の最後まで元気で過ごされます。亡くなる直前に動けなくなったりして、最期を迎えるというような経過を取ることが特徴です。個別にはいろいろありますが、全体としてはそういう経過をとりがちです。

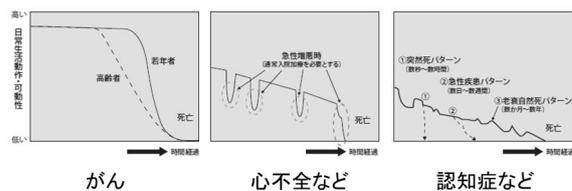
それ以外の病気で言うと、例えば心不全は、ぐっと悪くなって良くなって、悪くなって良くなって、と繰り返しながらゆっくり長い時間をかけて状態が悪くなっていく病気ですし、認知症とか老衰は、徐々に機能が落ちていって、最期亡くなるという経過をとる病気です。

ですから、がんというのはいわゆる「ピンピンコロリの病気」と言ってもいいかもしれません。わりあい元気で最後の最後まで日常活動を送ることができる病気です。ほかの病気のように、例えば「おしゅうとめさんを10年間介護しました」というような経過をとりにくい病気ではあります。

手術で治る方は別ですが、特に治らない患者さんの場合、抗がん剤を使ったり、放射線治療をしながら病気をコントロールして生活を送るというような場合では、ずっと元気な状況で治療を続けているのですが、治療を続けるのが難しくなる時期があります。そこから先、一気に状況が悪くなります。がんの治療中止から、ほかの病院に移るとか、最後の時間をどこで過ごすかということ、この短い時間の中で一気にいろんなことをしなければいけない、という状況になってしまいます。

これが、がんのある意味、いい部分であり、ある意味難しい部分でもあるんです。ですからこの辺のところをある程度事前に考えておくこ

## 進行がん治療の経過



■ 治療(化学療法や放射線療法)を使いないながら生活機能を維持する

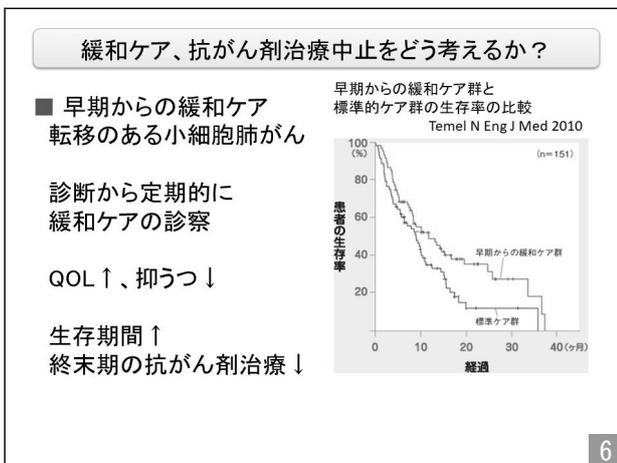
■ がん治療中止、拠点病院→地域の病院は最後の時期

5

とが大事なことなのかもしれません。

## 緩和ケアと抗がん剤の中止

もう一つ、緩和ケアや抗がん剤治療をやめるということをどう理解していけばいいかという問題です。抗がん剤治療は副作用も強いので、一般的には体調が悪くなってくると、「体力的に耐えられないのでこれ以上しないでおきましょう。やることで害のほうが大きくなります」という状況で治療をやめます。緩和ケアは、「治療をやめたら緩和ケアにバトンタッチします」というイメージで今まで言われていることが多いのですが、がんの治療中から専門家が緩和ケアをしっかりやっていく、という関わり方があります。



これは、比較的有名な研究なのでご存じの方が多いかもしれませんが、2010年に世界中に衝撃を与えた研究があります。転移のある小細胞肺癌（これは基本的には治らない病気なんです）の方が診断直後から普通に主治医がケアをしていくパターンと、主治医に併せて緩和ケアの専門家が定期的に診察をするというパターンで、二つを比較するという研究です。この研究の目的は、早期から緩和ケアの専門医がかかわっていた方が、よりQOL（生活の質）が良くなるのではないかと期待した研究だったのですが、期待どおりQOLは良く、抑うつ気分も少ないといういい結果が出ました。けれど、それだけではなく、生存期間がずいぶん延びた。図6のグラフの下が普通の群で、上が緩和ケアを早くから受けた群ですが、かなり違いがあります。この違いは抗がん剤治療どころではないぐらいの違いだと言ってもいいぐらい、びっくりするぐらい違いが出たんです。

あとは長生きされた方のほうが、終末期に抗がん剤治療をぎりぎりまでしてはなかったという結果になっています。これはいろんな要因

が関わっているんで、一言で言うのは難しいのですが、無理に抗がん剤治療を続けなくていいこと、抗がん剤をやめるという判断を適切にできたことが長生きにつながった、というふうに言えるかもしれません。でもその判断は難しい判断なんです。抗がん剤をやめる判断について、緩和ケアの先生と事前にちゃんと話し合いをしていたことが、結果として「早く抗がん剤治療をやめたけど長生きができた」というような結果になったかもしれないと、今では議論されています。

## 早期からの緩和ケア

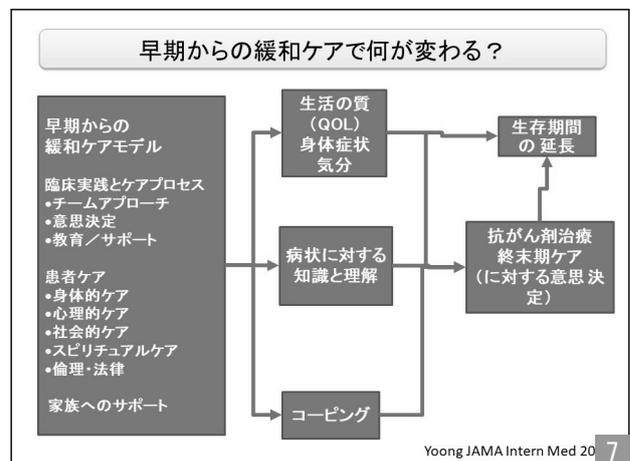
図7は、その仕組みを模式化したものです。

早くから緩和ケアチームが関わることで何をしているかということ、チームで患者さんに関わって意志決定を手伝います。この時期、患者さんが決めていかなければならないことが多くありますが、どういうふう考えたらいいか、患者さんに対して「実はこうだ」ということを伝える（教育）。身体的な痛みを和らげる、心配ごとをケアするとか、倫理的なことの考え方を伝えるとか、その他、家族へのサポートをするとか、いろんなアプローチをします。

そうすると、まず痛みをうまく専門家が取ってくれたらQOL（生活の質）が良くなります。それから、病気そのものに対する知識や理解が深まれば、病気そのものや、病気の治療の意味を考える契機になります。そうすると病気や病気の治療が自分の生活にどういうインパクトを与えているか、逆に自分はどういう生活をしたいのとか、それらを整理していくのに役に立つと思われまます。

あとコーピングといいます、困ったときにどう対応するか、より良いやり方を一緒に相談したりしています。

こういったものを通じて、抗がん剤治療や終



末期ケアに関する意思決定を上手にできるようになり、その結果長生きできるようになったのではないかと考えられています。

こう考えると、緩和ケアを早めに利用できることは長生きのために大事なのではないかと考えられるんです。それは治療がうまい、手術の経験が多いとかということと同じように大事なこともかもしれません。

### 病院選びの段階でできること

がんの治療はだいぶ標準化されていて、治療内容はどこの病院に行ってもそう大きく違わないようになってきています。実は、差があるのは緩和ケアかもしれません。もちろん緩和ケアを最重視して病院を選ぶ必要はないとは思いますが、皆さんが今通っている病院や、これから選ぶ病院に関して緩和ケアについて知っておいたほうが良いことがあります。

早期からの緩和ケアの外来受診ができるかどうかということです。これがやれるところはまだ少ないです。多くの緩和ケアの外来は痛みを取るとか、症状があったときに受診することが多くて、「私、がんと診断されたんです」という理由だけで緩和ケアを受診でき、継続して相談するという形を取っているところは、今後、増えてくるかもしれませんが、まだそんなに多くはありません。

外来があいているかどうかは、病院のホームページを見たらわかりますが、どういう診療をしているかまではわからないことが多いので、ホームページで「緩和ケアの診療をしています」というのをご覧になったら、相談支援センターとか病院に関する案内場所で、いわゆる早期からの緩和ケア、がんと診断中の相談相手として緩和ケアを利用できるか、というような質問をしてみてもいいかもしれません。

もう一つは緩和ケアチームがあるかどうかで

す。がん診療連携拠点病院には必ずあります。ですが、それ以外の病院ではないところもあります。緩和ケアチームというのはがんの緩和ケアの先生や看護師さんや専門家が集まって、難しい痛みを取る支援をしたりするチームです。こういったものがないと、外科の先生、内科の先生がご自身で痛み止めの治療をしていかなければなりません。やはり難しい症状に関しては専門家のほうが上手です。専門家がいないと、入院中の症状緩和が不十分になることがありますので、緩和ケアチームがある病院を選んだほうが良いだろうと思います。

あと緩和ケア病棟があるかどうか。最期までその病院にかかりたいと思っているのであれば、これがあるかどうかはそれなりに大事だと思います。もちろん緩和ケア病棟がなかったとしても、「いや、私が最期まで責任を持って診ますよ」と言ってくれる先生もいるとは思いますが、残念ながら拠点病院はあまり長く入院できないような制度になっています。

緩和ケア病棟は、最近ちょっと変わってきていますが、基本的に長く入院しても大丈夫な病棟です。ですから、こういう病棟がある病院であれば、最期までちゃんとその病院で見てくれる場合が多いです。そうじゃない場合は、特にがん診療連携拠点病院は、最後は「ほかの病院に移ってください」と言われる可能性があります。

もう一つ大事なことは、お住まいの地域のことわかっている病院かどうかです。結局、緩和ケア病棟があったとしても、治療を受けていた方がみんな緩和ケア病棟で亡くなれるかというキャパ的に無理なんです。例えば僕が前いた千葉県がんセンターでは340床ぐらいベッドがありますが、緩和ケア病棟は25床ぐらいです。その場合どうするかというと、地域の先生方と連携して、例えば在宅医療を利用させていただいて、緩和ケア病棟で過ごす時間はなるべく短くして、緩和ケア病棟でも診れるし、おうちでも診れる、もしくは連携して入院できる病院でお過ごしいただき、本当に症状緩和で困ったときだけ緩和ケア病棟に入る、というような、地域とのネットワークで診療することを考えるようになっていきます。

例えばこの辺にお住まいになっている方が、東京のがん専門病院に治療を受けに行くことはそんなに難しくなくできます。けれど、その病院が、この地域とのネットワークを持っているかという、難しくなります。ですから、最後には、地域ネットワークで支えられることを

#### 病院選びの段階でできることは？

最重視しなくてもよいが、調べておいてよいこと

- 早期からの緩和ケア外来受診ができるか？  
対応しているところは少ない、外部から評価しにくい
- 緩和ケアチームがあるか？  
ないと入院中の症状緩和が不十分のことあり
- 緩和ケア病棟があるか？  
最期まで診てもらえる可能性あり
- お住いの地域のことわかっているか？

考えたときには、都内のがん専門病院に行くことのデメリットも多くあります。では、うちの近くの〇〇病院がこの地域のネットワークを本当にうまく機能させられているかというのを知るのには、これは非常に難しくわからないところではあるんですが…。

病院選びで最後の最後のことまで視野に入れるのであれば、とても大事な要因だと思います。

### がん診療連携拠点病院での緩和ケア

「緩和ケア」と先ほどから一言で言っていますが、病院で受けられる緩和ケアのサービスは、実はたくさんあります。まず主治医による緩和ケア、これはどこの病院でも受けられます。主治医の先生は個別差はありますが、だいたい親身になって皆さんの治療方針に相談にのってくれたりします。今後何が起きるかとか、それに対してどういうふうにするかというような話をしてくれるかもしれません。痛いときには痛み止めを処方するといった症状緩和はたいていしてくれると思います。拠点病院であれば相談支援センターというよろず相談ができる場所があり、必要に応じて専門家を紹介してくれます。

がん拠点病院では「スクリーニング」といって、「困っていませんか」、「痛みがありませんか」、「気持ちが落ち込んでいませんか」と定期的にアンケート用紙のようなものでチェックし、「困っている」とか「痛い」に〇を付けてもらったら、「大丈夫ですか?」と聞いてもらえるようなシステムが走っています。

専門家としては、緩和ケア外来や、緩和ケアチームといって緩和ケア専門の先生を中心として、看護師さんやいろんな専門分野の人が集まっているグループがあります。主治医や相談支援センター、緩和ケア専門家というようなものが病院の中で緩和ケアを担っているのだから、皆さんが病院に通われたとき、もし緩和ケアを必要

としたらどこに相談すればいいのかわかっておかれると、困ったときの対策になるのではないかと思います。

ここまで、緩和ケアを頭に入れて病院を選ぶという話をしました。

### Aさんの体験から

Aさんの話に戻ります。

**Aさんのがん体験**

**がん診療連携拠点病院を受診**  
**膵臓がん多発肺転移と診断**  
**追加の検査、抗がん剤を勧められた**

**精神腫瘍科外来で**  
「どうせなおらないなら抗がん剤はしないでおこうと思います。すぐだめになるのでしょうし」  
「すぐって明日にでも、というようなイメージ?」  
「そうは言われてませんが、そういう感じです」  
「うーん、ちょっと主治医と相談の仕方を考えましょう」



**10**

Aさんは、近くにごがん拠点病院があったので、緩和ケアのことも調べてがん拠点病院を受診されました。そこで先生からすい臓がんの多発肺転移だろうと診断されました。これは非常に厳しい状況です。最初に病院に来たところで「どこまで転移があるかということこれからちょっとしっかり検査しましょう。あとはどっちにしても抗がん剤の治療をすることになると思いますよ」という話をされています。

Aさん、いろいろ病院を調べる中で、精神腫瘍科のことも調べていました。持病の耳鳴りに対して抗うつ薬が使われていたということもあり、がん拠点病院を受診した当日のうちに精神腫瘍科にも来ました。

精神腫瘍科の外来に来て「がんと診断されて大変だったでしょう」と尋ねると、「自分は今までいろんなことをやってきたし、恋もたくさんしたし、旅行もたくさんしたし、後悔することはあまりない。もう命に関わる病気だということはいくわかってるんだけど、まあでも大丈夫だと思う」というように言われました。さらに、「どうせ治らないんだったら抗がん剤をしないでおこうと思っているんです。すぐ駄目になるんでしょ?」というふうに話されました。もちろん抗がん剤をしないという選択肢も無くはないんですが、がんと診断されて最初から抗がん剤をしないと判断される方はあまり多くないので、「どうして?」と聞きました。「すぐに

**がん診療連携拠点病院での緩和ケア提供**

**外来**



**スクリーニング**  
・定期的実施

**緩和ケア外来**  
・主治医から連携  
・症状緩和  
・終末期の準備

**主治医による緩和ケア**  
・治療方針の相談  
・将来の説明  
・症状の緩和 など

**相談支援センター**  
・よろず相談  
・フリーアクセス  
・専門家の紹介



**緩和ケアチーム**  
・主治医から連携  
・各種専門家チーム  
・外来継続可能

**入院**

**9**

駄目になると言われたことを「明日にでも命に関わる」ようにイメージされています？」と聞いたら、「そうは言ってなかったけど、自分の中ではそういう感じなんです」とおっしゃいました。

もちろん最終的に抗がん剤治療をしないと判断をされても別にいけないことではないのですが、「おそらくそんな病状ではないと思うし、抗がん剤治療の意味とか予想される経過に関して主治医ともう少しきちんと話し合いをしたほうがいいのでは？」とお話しました。

ここで、医師とのコミュニケーションについてのお話をしていこうと思います。

### 悪い知らせの伝え方・受け取り方

Aさんは、実はこんな感じでお話しされました。医師：「すい臓がんが肺に転移しています。がんを治す、体から完全になくすということはできません」…要するに「治せない、治癒は目指せない病気だ」ということを言われています。

医師：「ただ抗がん剤で病気の進行を抑えることはできるでしょう」…これは別におかしな説明ではありませんし、よくある説明だと思います。これを聞いて、Aさんは「治らないんだったら、『つらいらしい』と聞いている抗がん剤は受けなくておこう」と思われたようです。

実は医師側にとって、「治らない」とか、もしくは「これ以上抗がん剤治療ができない」ということを患者さんに伝えていいのか、伝えることで患者さんが治療の意欲を失ってしまうのではないかと、いつどういふうに伝えればいいのかというのは、悩ましい問題です。これは、医師によってポリシーが違ったりします。

患者さんにどのように伝えるかといったことに関して、少しずつ研究が出てきていて、こうした方がいいのではないかとということがわかってきています。そういった「伝え方についての研

究」をご紹介していこうと思います。

### 伝え方の研究…「治癒しない」

まず進行がん患者さんが病状を実際にどのぐらいよく認識できているかというアメリカの研究です。

**進行がん患者の病状認識、期待**

■ **病状理解に関する研究**  
 抗がん剤治療中の進行大腸がん患者  
 ・治癒しないと答えたのは1/3 Mack Cancer 2015  
 ・81%が治癒を期待 Weeks N Engl J Med 2012  
 医師のコミュニケーションが望ましいと感じると誤解↑  
 教育水準、全身状態、意思決定への関与は関連なし

■ **終末期ケア** Haidet Am J Med 1998  
 終末期の心肺蘇生を希望しない患者の半数以下にしか  
 蘇生しない指示が出されていなかった  
 医師は心肺蘇生希望の30%を誤認

医師患者のギャップ大、やさしく話されても伝わらない？ 12

#### ・病状理解に関する研究

抗がん剤治療中の進行大腸がんの患者さん(この人たちは治癒は目指せない病状です)にご自身の病状について聞いたところ、「治癒しない」と答えた方は3分の1しかいなかった。つまり、3分の1しか自分の病状を正しく答えられませんでした。

もう一つ別の研究では、8割の人が治癒を期待していた。これはアメリカの研究なのでかなり医師からきっちり説明をされているだろうと思うのですが、きっちり説明されているにもかかわらず、7割から8割ぐらいの人が実際と違う病状だと答えました。

どういう背景の方がこういう間違った認識を持っていたかということを見てみると、医師との望ましいコミュニケーションが取れていると感じている方、「あの先生はいい先生なのよ」とか、「私、ちゃんと先生とコミュニケーションが取れているわ」と感じているの方が間違っているという、びっくりする結果が出ています。

こういった誤った認識に関係しそうな教育水準(学歴が高いほうが理解度が高い)とか、病状(全身状態がいい)とか、意志決定への関与(先生に全部お任せしますという方)とかと関係はあまりなかったんです。不思議ですよ。本当に不思議だと思います。

もしかすると「あの先生はいい先生なのよ」と感じさせる先生というのは、「悪いことを言わない」、もしくは「言っていないように感じさせる」先生なのかもしれません。だから「治らな

**悪い知らせのコミュニケーション 疑問1**

Dr「すい臓がんが肺に転移しています」  
 「がんを治す、体から完全になくすことはできません」  
 「抗がん剤で病気の進行をおさえていきましょう」



A (…治らないなら、つらいらしい抗がん剤は受けなくておこう)

“治癒しない”、“これ以上の抗がん治療ができない”ことを、いつどのように伝えるべきか？ 11

い」ということを言われたかもしれないけど頭に残っていない、ということが起こったのかもしれない。「あの先生、怖いことを言わない優しい先生なのよ」というふうに思っていたのかもしれない。仮説ですよ、本当かどうかわかりません。

・終末期ケア

もう一つ、がんの終末期ケアでは、最期に心臓が止まったときに心肺蘇生、よく ER などのドラマでやっている心臓マッサージや AED（電気ショック）はあまりしないほうがいいと考えられています。というのは、がんで最期を迎えたときに心肺蘇生をしても戻ってくる可能性が非常に低いのと、仮に心臓がもう 1 回動いたとしてもまたすぐ最期を迎えられることになるからです。心肺蘇生は、胸骨のうえからかなり強く 1 分間に 100 回～120 回も圧迫するので骨折することもあり、患者さんの体に対するダメージも大きいのです。だから、医療者はあまりしないほうがいいだろうと思っているのですが、患者さんによっては命を助けるためにベストを尽くして欲しいと思われる方もいらっしゃいます。もちろん、それはそれで構わないのですが。

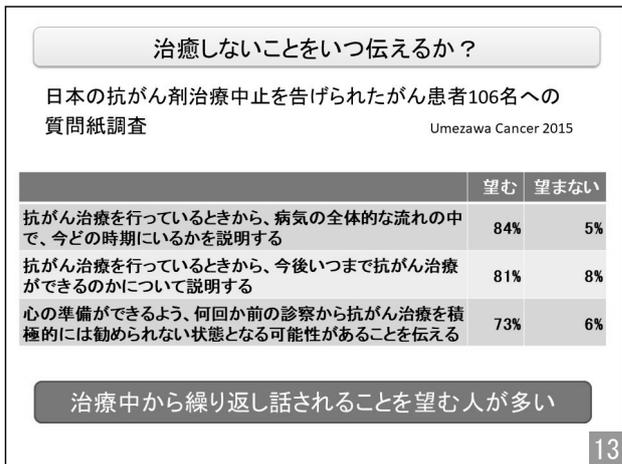
終末期の心肺蘇生を希望しないという患者さんは、「蘇生をしないようにしてください」という指示を出します。夜中に心臓が止まったときに主治医が必ずいるわけではないので、救急の当番の先生が来て蘇生するかどうかを判断しなければならぬのですが、そのときにカルテにちゃんと「心肺蘇生を希望しない」と書いていれば救急当番医はしません。けれどそういった指示が心肺蘇生を希望しない患者さんの半分以下にしか出されていなかった。医師は患者さんの蘇生の希望に関して 3 割ぐらい誤認して、患者さんが思っているのと反対側だと思っていた、ということがわかっています。

どうも医師と患者さんの間で認識のギャップがあり、これが思った以上に大きいのではないかとということがわかります。「もしかしたら」ですが、優しく話されるだけでは伝わらないのかもしれない。

でもだからといって厳しい先生がいいかというともた別なんです。

図 14 は日本の研究ですが、実際「抗がん剤治療をもうしません」、「やらないでおきましょう」と言われた方に対して、「いつどういうときに病状を伝えて欲しかったか」というアンケート調査をしたものです。

「がん治療中から、全体の流れの中で今どの時期にいるかを説明する」。要するに治療ができ



なくなる時期というのがある、今治療が始まったところで、「今この辺ですよ」という話をしてくれることを望む方が 8 割ぐらい。

「治療中からいつまで抗がん剤治療ができるのか、治療の終わりがどのぐらい近づいてきているかをお話する」、これも 8 割ぐらい。

心の準備ができるよう最期の何回か前の診察からは「抗がん剤治療がもう積極的には進められない状態となる可能性がある」、例えばまだ治療中なだけけれども、この次、副作用が強くなってきて治療ができなくなったら「次の抗がん剤治療はもうしないで、体調を維持する方針のほうがいいかもしれない」ということを何回か前からお話する、これは 7 割ぐらいの方が希望されました。

多くの方が早めに繰り返し聞くことを希望されていて、「嫌だ」とはっきりおっしゃる方はあまりいらっしゃらないということがわかります。

そうすると、やはり最後の最後になって「もう治療できません」といきなり言われるのではなく、A さんの担当の先生のように、最初の段階とか治療中から「この病気に関しては治癒を目指すものじゃないんだよ」とか、「治療には最後の限界というのがあるんだよ」ということを早めのタイミングでお話したほうが良さそうだ、ということがわかります。

もう一つ、「誰に伝えるか」どのようなシチュエーションで伝えてもらいたいかというアンケートです。

ほとんどの方がご家族と一緒に聞きたいと答えています。これは皆さん感覚的にもわかると思います。中には自分だけで聞きたいという方もいらっしゃいます。家族には負担をかけたくないというお気持ちなのかもしれません。逆に家族だけに伝えるとか、先に家族に伝えることを望む方は非常に少ないです。でも医療の現場ではこれは結構よくあります。家族として「本人には言っていないのですが、もうこれ以上の

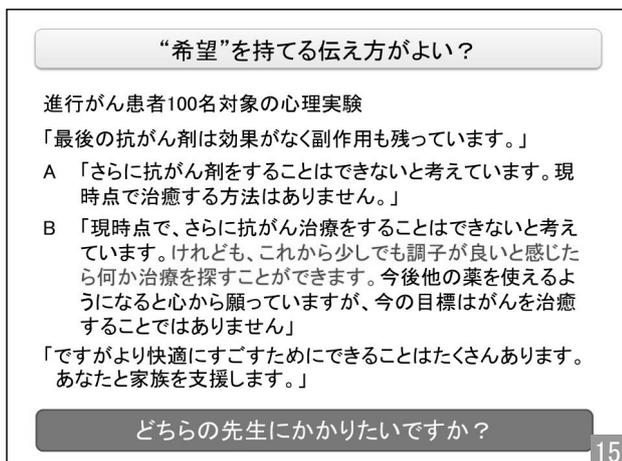


抗がん剤治療はできないと思います。それを本人に伝えますか？」というように聞かれたことがあるのではないかと思います。ご家族の方が「希望を失うから本人には言わないでくれ」ということも非常に多いです。これは、わかりやすいご希望ですが、現場では必ずしも希望どおりに行われていないことがあるのではないかと思います。

昔、30年ぐらい前までは、がん告知がそういう状況でした。がんということは本人に言わずに「胃潰瘍です」と言っておいて、家族だけががんの告知をするという状況がありました。さすがに今はそれはなくなりました。けれど今、この抗がん剤治療をやめるという話では似たような問題が少し起きています。

どういうふうに治療をやめるということを伝えるのがいいか、医者も悩んでいて、どういう伝え方がいいかという研究をしています。そのための心理実験をしました（図15）。患者さんに、お話をする状況をビデオで見てもらい、「どちらの伝え方が望ましいと思うか」を聞く実験です。

一つのシナリオは、A「最後の抗がん剤治療は効果がなくて、もう副作用もたくさん残っている」という時、「さらに抗がん剤治療をするこ

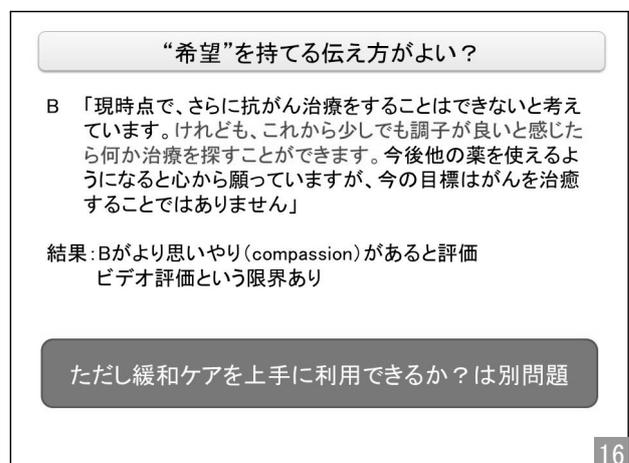


とはできないと考えています。現時点で治癒する方法はありません。ですがより快適に過ごすためにできることはたくさんあります。あなたと家族を支援していきます」というようなお話、いわゆる抗がん剤治療をやめて緩和ケアを中心にやっていこうという説明の仕方です。

同じことを、B「現時点でさらに抗がん剤治療をすることはできないと考えています。だけどこれから少しでも調子がいいと感じたら何かほかの治療を探すことはできます。今後、ほかの薬を使うようになったら心から願っていますけれども、今の目標は治癒を目指すことではありません。ですがより快適に過ごすためにできることはたくさんあります」、こんな話し方です。要するに今はできないけど、もしまた体調が良くなったらまた治療を考えるよ、というふうにする説明の仕方です。

どちらがいいですか？ ちなみに聞きましょうか。A がいいなって言う人、どのぐらいいらっしゃるでしょうか？ はい、B がいいなっていう方は。圧倒的に B です。

この研究でも B がより思いやりがある先生だと答えられています。もちろんビデオの研究なので、実際、本当にそういうシチュエーション



になったらどっちがいいか、ちょっと別ではありますが。ただまあ多くの方はやはり B のほうがショックが少ないというか、優しい先生だと受け取ると思います。

ただこの研究を聞いた緩和ケアの先生とかは、「いや、これ困るんだよね」と言います。緩和ケア病棟に行った後に、「なんで抗がん剤治療ができないんですか」とか、「在宅医療で、また体調が良くなったら抗がん剤治療やってくれると主治医の先生が言ってくれたんですけど、なんでやってくれないんですか」と言われて、困るんだそうです。

「緩和ケア」を上手に利用できるかどうかは、別な問題なんです。こういうコミュニケーションがいいかどうか。たぶんいいのですが、でも、それだけで全部の問題が解決できるわけではありません。

## コミュニケーションと健康

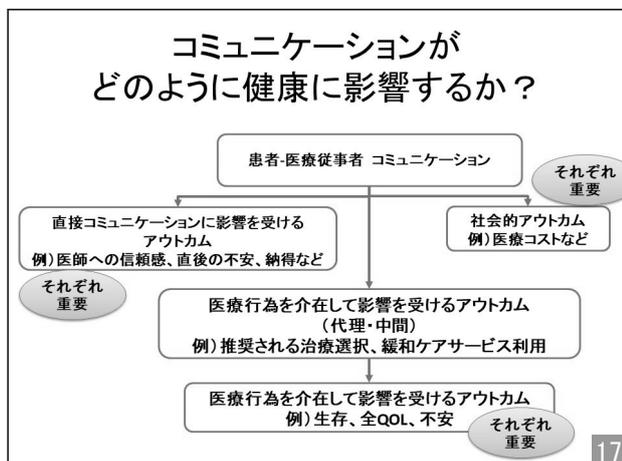
図17は、ちょっと模式図みたいでややこしいですが、コミュニケーションがどのように健康に影響するかを図にしたものです。

コミュニケーションで直接効果がある部分は、例えば医師と信頼関係が持てるかどうか、話を聞いた後に不安になってしまうかどうか、納得できたかどうかとか、これはコミュニケーションの仕方によって変わってきます。さき程の「もし体調が良くなったらまた治療ができるけど、今はできないんですよ」という話を聞いたほうが、たぶん不安は少ないです。

それとは別の問題として、実際どういう医療行為を受けるかで QOL とか生存期間が大きく変わってきます。最初にご紹介した早期からの緩和ケアの話も、おそらく抗がん剤治療を適切なタイミングでやめたことで長生きできたと考えてことができ、緩和ケアの先生の顔を見たから長生きしたわけではないと思います。いい治療を選べるかどうか、緩和ケアサービスを上手に使えるかどうかで QOL が変わってきます。

図17の研究で、主治医との関係がいいのは分かりますが、医療行為がいいかどうかはわからないので、医療行為に関わっている先生たちは「えー、違うんじゃないの?」と言っているというのがこの研究の理解の仕方です。

実はコミュニケーションというのは、社会的背景から出てきた問題です。社会的な問題とか、倫理的にどうかとか、医療コストがいいかどうかというのは、アウトカムとして言われることですが、それぞれ大事だと思います。



医療の領域の中では QOL とか生存期間が大事な問題だとよく言われます。特に緩和ケア、終末期ケアでは、「治らないのだったら納得して治療を選べることのほうが大事だ」というふうに考えられます。

## 悪い知らせのコミュニケーション 「治癒しない」

**悪い知らせのコミュニケーション 疑問1**

“治癒しない”、“これ以上の抗がん治療ができない”ことを、いつどのように伝えるべきか?

- “治癒しないこと”について、かなりの誤認がある
- 治療中から繰り返し話される希望あり
- いやな話題ではあるが、将来のQOL、意思決定に有用

医療者向けメッセージ

- 家族の同席、適切な心理サポート、機会ごと繰り返し理解度を確認しながら伝え、継続的に患者の価値観に沿った QOL改善の支援を行う

18

「治癒しない」ということを、「いつ、どのように伝えるべきか」についてです。「治癒しないこと」に関してたくさんの誤認があることがわかってきました。「治療中から繰り返し話されたほうが良さそうだ」ということもわかってきました。医療者側からしたらこの話題は嫌な話題なのですが、これを行うことで将来の QOL や意思決定に役立つと思ったほうが良さそうです。

医療者向けには、「家族にしっかり同席してもらおう」とか、「繰り返し理解度を確認しながら伝えましょう」とか、「継続的に患者の価値観に沿った QOL 改善の支援を行いましょ」ということを、メッセージとして伝えて、この疑問に答えています。

今から治療を受けようというのに「治らないですよ」と言われたら嫌ですよ。どうして、治らない話とか、副作用があればこれだということ説明を山のように聞かされなければならないのかというと、次のような背景があります。

例えば「A 治療と B 治療があって、A 治療は 50 %効きます、B 治療は 40 %効きます。どちらを選びますか?」と聞いたら、たぶん 100 人中 100 人が、「50 %効く」方を選びます。でも例えば「3 %に命に関わる副作用があります。2 %に命に関わる副作用があります、どちらを選びますか?」と聞かれたら、100 人中 100 人じゃなくなると思います。

どうして怖いこと聞いてまで自分で決めるの？

50%に有効	効果	40%に有効
3%で命にかかわる	副作用	2%で命にかかわる
80%に手のしびれ	副作用	50%で脱毛
3か月、入院	期間費用	6か月、仕事可能
途中でやめられない	可逆性	やめられる

人によって大切なポイントは違います  
医師のみが決める、というのは難しい

19

さらに「80%に手にしびれが出る副作用があります」「こちらは、50%に脱毛が出ます」という条件が加わったら、おそらく人によって選び方が変わってくると思います。ピアノの先生はもしかしたら B 治療を選ぶかもしれませんが、客商売の方は A 治療を選ぶかもしれません。「A 治療は 3 カ月間入院が必要です」とか、「B 治療は 6 カ月間かかるけど通院治療が可能で仕事ができます」という条件が加わったら、どちらを選びますか。手術や放射線治療や移植治療などは、「この治療を始めたらず途中でやめられません」という治療と、「この治療は、無理だったら途中でやめられます」という治療があります。

治療の選択は、こういう複雑な判断をしなければならぬので、医師に決められるわけがないんです。皆さんのそれぞれの生活とか、何を大事にしたいとかは、人によって違うし、治療によって全然違ってくるわけなので、医師だけで決めるのは難しいのです。ですから、面倒くさい話を治療を始める前に聞かされてしまうこととなります。

でも聞く側はこういったことを聞かされることに対して心の準備ができていないので、「なにか分からないけど、やたらいっぱいいろんなことを聞かされて『決めろ』と言われて、どうすればいいんだろう？」というような話になってしまいます。これが、今起きている不幸な現状ではないかと思います。これを助けてくれるのが、「早期からの緩和ケア」の話です。

### 意思決定の変化

今、意志決定の有りようが変わってきています。昔は「パターナリスティックな医療」と言われていて、医師がお父さんであるかのように「あなたの治療はこれです」というふうに決めるというやり方を取っていました。おそらく 40

年ぐらい前までは、これが常識だったと思います。医療の歴史というのはすごく長いのですが、変わってきたのはつい最近です。

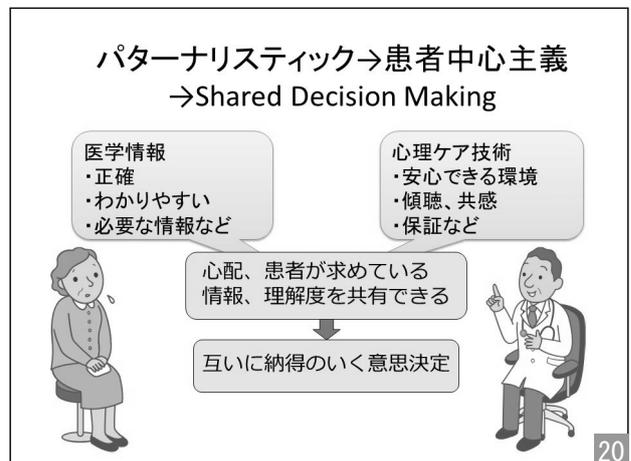
次に患者中心主義といわれるようになります。「医師が勝手に決めちゃ駄目だろう、自分のことなんだから患者自身で決めるんだ」というふうになります。患者自身が決めるために医師は患者に材料…情報…だけをお渡しするんです。「治療効果はこれぐらいです、副作用はこうです、どちらを選びますか？ あなたが決めてください」というスタイルです。今でもよくあることだと思います。

今、一番いいと言われているのはシェアード・ディシジョン・メイキング (SDM) というもので、意志決定を共有するというやり方です。これは患者さんが「何を大事にしているのか」「何を知りたいと思っているのか」「何を心配しているのか」ということを医師がきちんと探って、必要とされている情報をお渡しして、その中で意志決定をしていく。「お互い納得できるように決めていこう」というのがシェアード・ディシジョン・メイキングです。

おすし屋さんに行ってお任せで大将が全部握ってくれるのがパターナリスティック。アラカルトで全部自分が欲しいのを食べるとするのが患者中心主義。「今日はいいのが入っていますよ」「あなたが苦手な食材はありませんか」と聞いて決めるのがシェアード・ディシジョン・メイキングだと思ってください。

医療は、おすし屋さんと違って何が出てくるかわからない料理店なので、患者の意見を聞きながら決めるということはすごく大切なんです。おすし屋さんだったら好きなものを自分で選んだらいいと思うんですけど。

こういうふうに変わってきたのは、実は医療に長い歴史があるからです。医療は、ギリシャ神話の時代からあるわけですね。シャーマンみ



## 患者-医師コミュニケーションの歴史

1947 ニュルンベルク  
綱領

1964 世界医師会  
ヘルシンキ宣言  
臨床試験の同意

1981 リスボン宣言  
患者の権利・IC  
がん告知  
精神腫瘍学

公民権運動、消費者意  
識、医療訴訟の増加

患者は医師とのコミュ  
ニケーション技術を身  
につける必要

21

たいな時代からあります。その時代の医師は、まじない師だったり、神様の代理人だったりして治療方針を決めていったわけです。そういう時代が長くありました。第二次世界大戦ごろに人道的にかなりひどい人体実験が行われたという背景があります。ナチスドイツもそうですし、日本軍もそうでした。そこで、戦後 1947 年に「ニュルンベルク綱領」といって、「人道的に良くない研究をしてはいけない」というルールが作られます。

臨床試験に関しては「同意を取る…インフォームド・コンセント」という概念が 1964 年ごろ出てきます。この辺りに同じ社会運動として公民権運動とか、自分たちのことは自分で決めようとか、消費者意識が高まってきます。「医療というのはサービスであってカスタマーとして消費するもの、だからいい医療機関を選ぼう」とかいうような動きが出てきます。結果として、医療訴訟も増えました。

そういった背景の中で 1980 年ぐらいに「患者の権利」とか「インフォームド・コンセント」ということを世界医師会が出しました。医療の長い歴史の中で、本当に最近のことです。

この 40 年ぐらいでこういった変化がありました。「がんは告知しなきゃ」という話になりました。一方、「がんだと告知したらみんな自殺しちゃうんじゃないか」という心配もあって「精神腫瘍学」という学問が出てきたという背景もあります。

こういった背景の中、「コミュニケーション」が大事になってきました。今までは言われたことをやっていれば良かったのですが、患者さんも、医師とコミュニケーションができるような技術を身につけないといけなくなってきたわけです。

## 悪い知らせのコミュニケーション 余命を伝える

コミュニケーションについてのもう一つのテーマです。

### 悪い知らせのコミュニケーション 疑問2

A 「私はどれくらい生きられますか？」

Dr 「まだ治療も始まっていないので  
何とも言えません」

「個人差もあり予測難しいのです」

(・・お元気そうだし半年単位くらいかな・・)

A (・・治らない病気、すぐに命にかかわるのかな・・)



予後を伝えるべきか？どのように伝えるか？

22

A さんが、「私、どれくらい生きられますか？」と聞くと、先生は当然、「まだ治療も始まっていないのでなんとも言えません。個人差もあって予想は非常に難しいです」と話をします。本当は先生的には「お元気そうだし、まあ半年単位ぐらいで様子を見ていけるかな」と考えています。「進行すい臓がん」となるとかなり病状としては厳しいので、このくらいの感じで先生は考えていました。

でも A さんは全くこういった予備知識がないので、「治らない病気ということは、すぐにでも命に関わるのかな」と思って先ほどの発言、「どうせ治らないんだったらもう抗がん剤をしないでおこうと思うんです。すぐ駄目になるんでしょう？」が出てきたという背景がありました。

余命を伝えるべきかどうか。どう伝えればいいのか、医師にとって本当に難しい話です。

これも実験があります(図23)。乳がんの患者さんと、がんではない普通の患者さんを混ぜてビデオを見てもらう。それで、「2 年後に生き

### 余命をどのように伝えるべきか

■ 乳がん患者と健康女性対象の心理実験 Van Vliet JCO 2013

方法:ビデオを評価

予後(明確):2年後に生きている可能性は50%です

予後(曖昧):深刻な病状で命に関わる時しか言えませんが

保証:どう選択してもあなたをケアし続けます

保証:なし

結果:はっきり伝えることで、不確実性↓、自己効力感↑

満足度↑ 不安→

共感的な言葉で、上記すべてが改善

共感的に伝えれば強い侵襲にはならないかも

23

ている可能性は 50 %です」とはっきり伝えるパターン、もしくは「深刻な病状で命に関わる、としか言えません」と、A さんの先生みたいに曖昧に伝えるパターン。

もう一つ、「どちらを選択してもあなたのケアを続けます」というふうに保証するか、もしくは言わない、という実験です。

結果は、はっきりと伝えることで不確実感やあいまいさ、どうなるかわからない感じが減り、自己効力感、自信みたいな感じ、自分でコントロールできる感じというのが増える。そして満足度が上がる。不安はそんなに悪くならなかったということでした。

「保証するような言葉を言うとさらに効果が高まる」ということも明らかになり、どうも「しっかり保証してから伝える」ことで患者さんを傷つけないで伝えることができるかもしれない、ということがわかりました。

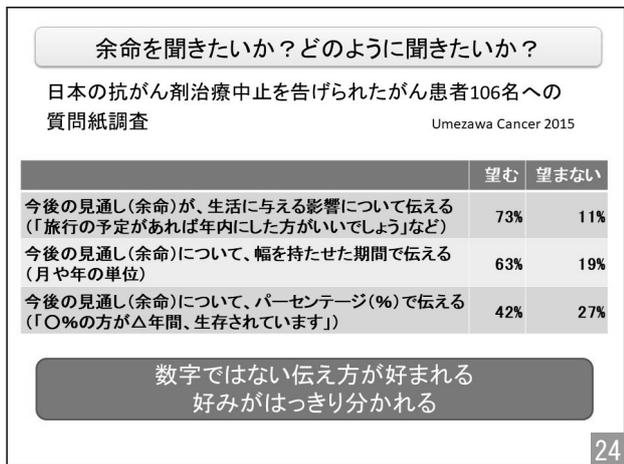
同じようなテーマの日本の研究をご紹介します（図24）。抗がん剤治療中止を告げられたがん患者さんを対象に、「余命を聞きたいか」「どのように聞きたいか」を質問紙で調査しました。

- ・今後、余命が生活に与える影響について伝えて欲しい（例えば「旅行の予定があったら年内にしたほうがいいでしょう」ということを言って欲しい）という方が 7 割ぐらい。

- ・今後の見通しについて幅を持たせた形（「年単位でしょう」とか、「月単位で予後を考えてみましょう」という言い方）を 6 割ぐらいの方が望んでいる。

- ・パーセンテージで伝える（「何%の方が何年間生きてらっしゃいます」というような言い方）これは 4 割ぐらいの方が望まれました。

逆にパーセンテージで伝えるのは、3 割ぐらいの方が「嫌だ」とおっしゃいます。幅を持たせた形で伝えるのは、2 割ぐらいの方が「嫌だ」とおっしゃいます。今後の見通しを伝えるのは、1 割ぐらいの方が「嫌だ」とおっしゃいます。



**どのような余命の伝え方があるか？**

- はっきり  
可能性: 2年生きられる可能性はおおよそ50%です  
中央値: おおよそ2年です  
幅 : おおよそ2年です。ですが1年から4年くらいと幅があります。  
不確実: おおよそ2年です。ですが人によるので正確にはわかりません。  
+希望/準備: ~。予想を超えられるようベストを尽くします。ですが予想より進行が速い場合もありますので、もしも場合の準備もしておきましょう。
- あいまい  
幅 : 年の単位だと思えます。  
季節 : あと2年は桜を見られると思えますよ。
- 伝えない  
: わかりません  
+理由 : ~。平均データはありますが、あなたがどうかはわかりません  
+探索 : ~。これを聞くのにはなにが理由があるのでは？教えてもらってもよろしいですか？

Mori Oncologist 2019 **25**

傾向としては数字じゃない伝え方のほうが好まれるのですが、好みが分かれるので、みんなに一律に「このように伝えればいい」という話ではどうもなさそうということがわかりました。

実際、医師がどういうふうな伝え方をしているか、バリエーションを紹介した研究があります（図25）。

はっきり伝える場合としては、「可能性を伝える」方法です。いわゆる 2 年生存率、「2 年生きられる可能性はおおよそ 50 %です」と伝える方法、中央値「おおよそ 2 年です」という伝え方があります。これ実はすごく理解しにくい数字なんです。生存率で「2 年間生きている可能性は 50 %です」というのは、100 人いらっしゃったときに 50 人目の方が亡くなるのが 2 年後という意味なんです。だからあなたがその中のどこに入るか全然わかりません。中央値というのも同じです。「中央値がおおよそ 2 年です」ということは、2 年で亡くなる方は 100 人に 1 人だけなんです。それ以外の方はみんなその脇に、1 年半の方もいらっしゃれば半年の方もいらっしゃるという形になります。

ですから、幅を持って伝える、「2 年ですけれども 1 年から 4 年ぐらい幅があります」というような伝え方もありますし、「不確実です」ということははっきりと伝える言い方もあります。

希望や準備を伝えることもあります。「このくらいです。予想を超えられるようにベストを尽くします。けれども予想よりも進行が早いということもあり得るので、もしも場合の準備もしておきましょう」というような言い方です。

あいまいに伝えることもあります。「年の単位だと思えます」とか、「来年の桜は…」みたいな言い方、季節感で伝えるやり方ですね。

「わからない」と言うパターンもあります。さっきの A さんの担当の先生は「わからない」と言っていましたね。その時にわからない理由

### 予後を知ることの効果は？

■ 緩和的化学療法後に進行した転移性固形がん患者590名  
(生存期間の中央値: 5.4か月)対象の多施設コホート研究

Enzinger ACJ Clin Oncol 2015

余命を知りたい患者	71%
実際に伝えられたと報告した患者	18%
不安、抑うつ、医師への信頼感、関係性	差なし

知りたいけど聞けない人が多い  
伝えたことでよい変化、悪い変化なし(医療視点)  
それぞれ患者にとってははどうだろう？

26

をちゃんと説明する。「平均のデータがありますが、あなたがどれかわかりません」とか、知りたい理由を「何か理由があるのではないですか？教えてもらってもいいですか？」と聞く。こういった伝え方があります。

この辺を全部使い分けられる医師はあまりいないと思います、自分のスタイルでやっていらっしゃる方が多いです。

これは、医師の伝え方の研究なのですが、皆さんが聞くときの聞き方として理解してもらったらいいと思います。例えば患者の側から、「こういうふうに表現するとどうですか？」という聞き方をすることはできるかと思います。

実際、予後を知るとは医療的に意味があるのかという研究もあります(図26)。590人の方を対象にして、実際経過を追っていったものです。余命を知りたい方は7割ぐらいでしたが、実際に医師に聞いたという方は2割ぐらいでした。やっぱり聞いていないんですね。知りたいけれど、聞けない。

聞いた方に何か変化があったかというのと、特に何も違いがありませんでした。不安や抑うつが強くなることはなかったし、信頼感や医師との関係性もあまり変わらなかった。これだけ見ると「どっちでもいいのでは」という結果になっています。

けれど、ここからわかることとして、まず一つは「知りたいけど聞けない」という人が多いということです。もう一つ、医療目線では変わりはないんですが、聞いたそれぞれの方にとって、もしくは聞けなかったそれぞれの方にとって、こんなものでは測れない「余命を聞くことの意味」があるのではないかと思います。

予後や将来予測を聞くコツを簡単にご紹介しておきます(図27)。将来を予測することは、医師にとって非常に難しいことです。個人差がかなりありますから。しかも外すと怒られるで

しょ？「2年生きられると思いますよ」と言っても幅があって1年かもしれないわけです。もし、1年で亡くなったら「あの先生、やぶだ」とか言われるわけですね。だからちょっと悪目に言ってみたりするんですけど(笑)。こういうことは医師はあんまり言いたくないです。ですから、「いつ歩けるようになりますか？」と聞くと、「人それぞれです」というような答えが返ってきます。

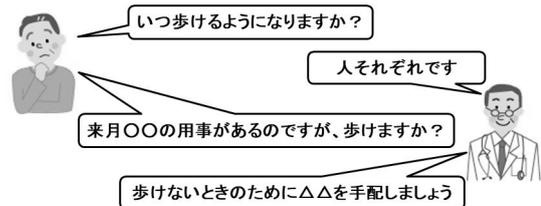
でも、例えば「来月〇〇の用事があるんですけど、それまでに歩けるようになりますでしょうか」と聞いたなら、「うーん、なんとも言えないんですが、歩けなかったらこれを手配しましょう」というような形で、別の対策を紹介することはあります。理由を添えたほうが医師は回答しやすくなります。

聞く側が、「自分はなぜ余命を聞こうと思っているのか」をよく考えることが大事です。「大丈夫だ」と言ってもらいたいために余命を聞くという方がときどきいらっしゃいます。それで、聞いた結果、「ガーン」となるんですね。本当は、余命を聞いたからといって別に何も変わらないんです。みんな余命はあります。だけど知らないですよ。余命を知って、それに備えて何かをするかということとそんなにしないので、よほど意味を考えて聞かないと、ショックを受けるだけになります。下手に数字で「あと5年です」などと言われたら、その日からカウントダウンが始まってしまいます。

予後については聞きたくない人、聞きたい人がいます。これはそれぞれですので別に構わないと思います。予後の表現の仕方にはさまざまな方法がありますから、なぜ、どのように聞きたいかを考えた上でご質問なさったほうが良いと思います。不用意に聞くと傷ついてしまうことがあります。

医師に対しては、悪い知らせを伝える方法として、「共感的に伝えましょうね」とか、「知り

### 予後や将来予測を聞くコツ



- 医師にとって将来予測の質問は答えにくい
- 理由を添えると回答しやすい
- 自分にとって“余命を聞く”意味をよく考える

27

## 悪い知らせのコミュニケーション 疑問2

### 予後を伝えるべきか？どのように伝えるか？

- 聞きたい人、聞きたくない人がいる
- 予後の表現には様々な方法がある
- なぜ、どのように聞きたいかを考えて質問する

#### 医療者向けメッセージ

- 共感的に伝えることで衝撃はやわらげられる
- 予後を知りたい希望のある患者には、背景を探りつつ、伝わりやすい方法で、最善を期待しつつ、もしもに備える言葉とともに伝える



28

たいご希望の方には背景がいろいろありますので、背景を知りつつ伝わりやすい方法をいろいろ試してみられたらどうでしょうか」ということ、「もしもに備える言葉」も伝えていったほうが良さそうだということをお話ししています。

## 悪い知らせのコミュニケーション 聞き方のコツ

Aさんの場合、先生は「治療法は～～、検査は～～です」と説明して「ご質問はありますか？」と聞く。それに対して、Aさんは「大丈夫です」と答えるけれど、そもそも「何を聞いていいかわからない」というパターンがあります。患者自身のコミュニケーション能力を上げていくにはどうすればいいでしょうか。

簡単に利用できるものとして「質問促進リスト」があります(図29)。この冊子、見たことある方がいらっしゃるかもしれませんし、拠点病院の中には置いてあると思います。国立がん研究センターのがん情報サービスというところからダウンロードすることができます。これは何かというと、皆さんがよくしている質問集です。よくある質問とその回答を集めたFAQです。

例えば治療についての聞き方に、「先生の勧め

### がん医療における質問促進リスト

- 患者が適切に質問できる補助をする資料  
効果を調べた複数の比較研究 Brandes PsychoOncology 2015

質問数↑、診察後の不安↓、情報理解↑  
診察時間→、満足感→、抑うつ→

治療について  
先生の勧めた治療はどれですか？  
治療が効いているかどうか  
生活について  
仕事やほかの活動への影響はありますか？  
今後のこと  
治る可能性はありますか？  
その他  
これを決めるのにどのくらい時間がありますか？



国がん がん情報サービスからダウンロード可能 Shirai Psycho-OncolPsyho-y2 29

る治療はどれですか？」が書いてあります。これを見て、書いてあること全部を聞けというわけではなくて、自分が「この質問をしたい」と思うものをリストアップします。そして、先生とのやりとりの中で聞きたいことを聞く、というような使い方をします。

これを事前に見ておくと、医師の話はだいたいこんなストーリーで話されるんだな、とリハーサルできるので質問がしやすくなります。この資料を使うことで、「質問の数が増える」「不安が減る」というような効果があります。「診察時間が長くなる」ということも分かっています。これは結構大事です。診察時間が長くなるものは、医療コストに直結しますから医師が使いたがらない。しかも、この冊子は無料で使えますから参考になさったらいいと思います。

## コミュニケーションの研究

### 医師・患者両方への介入

- 医師への介入(コミュニケーション技術訓練)  
模擬患者をつかった個人教育
- 患者介入  
質問促進リスト  
ソーシャルワーカーによる1時間のコーチング+電話フォロー  
(価値観、質問すべき重要なことを整理するなど)

結果: 関心領域、予後について話し合われた  
不安抑うつの増悪なし

Rodenbach J Clin Oncol 2017, Epstein JAMA Oncol 2017

30

コミュニケーションに関して、最近、医師と患者の両方に介入しようという研究が出てきています。医師に対してはコミュニケーション技術訓練をする。患者さんに対しては今の質問促進リストに加えて、ソーシャルワーカーなどが1時間ぐらいかけてコーチングをして、電話で「先生と話できました？」とフォローアップする。これを繰り返すことで、自分の価値観とか、何を質問するのか、自分にとって重要な質問は何か、ということ整理できるんです。こういったことによってより関心のある領域とか、予後について話し合われるようになったという研究があります。

患者自身のコミュニケーション力を向上する方法として、質問促進パンフレットは簡単に利用できそうです。やはり、大事なのは「何を質問するか、自分が何を大切にしているか」ということです。こんなことをあんまり普段考えな

### 悪い知らせのコミュニケーション 疑問3

#### 患者自身のコミュニケーション力向上法は？

- 質問促進パンフレットは容易に利用できる
- 何を質問するか、自分が何を大切にしているか  
患者・家族でよく話し合う  
必要に応じて医療スタッフの力を借り整理  
医師・患者・家族で共有する



人生会議 31

いですよね。だけど命に関わる病気になった以上、もしかしたら残された時間が思ったより限られているかもしれないという中で、自分の人生とか、何に優先順位を付けるかということ考えた上で医療を選ぶということは、実はすごく大事なことです。それを自分だけで思っているもうまくいかない。家族の方とも共有しないとうまくいきません。自分は「無理はしないでおこうと思っている」のに、旦那さんが「いやいやお前、全力を尽くして治療を受けろ」と言ったりするかもしれないです。そしたら先生は、どちらにすべきか困ってしまう。そこで、よく家族とも話し合う必要があります。何を優先させるかを整理するのは思っている以上に難しいので、ソーシャルワーカーとか、精神腫瘍科でもいいですし、緩和ケアでもいいですし、医療スタッフの力を借りて整理をする。それを最終的に医師、患者、家族で共有するというプロセスが必要になってきます。

図31のポスター、最近めっちゃめっちゃ話題になりました。たぶん日本の歴史上一番 ACP が話題に上がった出来事だと思うんです。「人生会議」と厚生省は言うことにしているらしいです。いろいろ議論はあるかと思うんですが、大事なことです。最後を見据えた上で、どういったことを自分が今大事にするかということをやちゃんと

### 悪い知らせのコミュニケーション技術訓練

- 日本サイコオンコロジー学会主催 (SHARE-CST)

#### 有効なCSTの条件

- ロールプレイや患者面接の直接の観察などを用いた実践的学習を含む
- 見えないバイアスに気づくこと、感情、態度、背景の信念がコミュニケーションに影響すると参加者・周囲で気づけるようにする
- 十分な訓練と経験のあるファシリテーターが必要



32

オープンに話し合うことが大事だと考えられています。

最近、医者もコミュニケーションが大事だと思いき、コミュニケーションの技術訓練を受けることが以前より増えてきています。努力の結果が見えないと思う方も多いかもかもしれませんが、ちょっとずつ努力はしています (図32)。

### 患者が非合理に見える意向を表明する時

#### 患者が非合理的に見える意向を表明するとき

Aさん「抗がん剤治療はしないでおこうと思います」

- ◆ 必要な情報が伝わっていない  
必要な情報を話していない  
わかるように伝えられていない  
難聴、理解力(平易な文章、情報量など)  
不確かさ(例: 予後はわかりません)のギャップ
- ◆ 患者の価値観を理解できていない



33

医療者から見て Aさんの「抗がん剤治療をしないでおこうと思うんです」と言うのは「ちょっと変だな」という感覚があります。非合理に見える希望をおっしゃる場合に注意したほうがいいこととして一番多いのは、「必要な情報が伝わっていない」ということです (図33)。Aさんの場合も、必要な情報が伝わっていませんでした。医師の側からも話していないことがままありますし、患者さんにも話されているんだけどわかるようには伝わっていない。難聴で聞こえてない方がわりあい多くいるんです。高齢の方にいろいろ説明して、「わかりました？」と聞くと「はい」と言うんですけど、実際は何も聞こえていなかった、というケース。

あと患者さんの理解力ですね。お年寄りの方の中には、小学校しか出ていっしやらなくて、難しい漢字がたくさん書いてある文書は頭に入りづらい方もいっしやいます。医者はたくさん情報を伝えたら、みんな上手に理解できるだろうと勘違いするんです。けれども、あまりたくさん言われると訳がわからなくなるので、適度な情報量で伝えることも大事です。

不確かさについてのギャップもあります。先ほどの Aさんの例にもあるように、「わからない」という言葉が、医師の思っている「わからない(データが無い)」と患者さんの思っている「わからない(どうなるかわからない)」が全然

### 患者が非合理的に見える意向を表明するとき

#### ◆否認

受け入れがたくつらい事実直面した際  
事実と認めず拒否する心の反応

「わかりました、でも少しでも可能性があるなら」  
「治るはずだったのに誤診だったんですか！」(転嫁)



#### ◆可能なら直面化を避けつつ問題解決

◆直面化は困難(逃避、強い抑うつや自殺も)、心理支援を利用しつつ慎重に

34

違うことがあります。数字になってないところのニュアンスの違いは少なくありません。

医師が、患者さんがどういう価値観を持っているかが理解できてないということもよくあります。

患者さんが、非合理に見える意向を表明するとき、心理的な問題として「否認」という心の動き方をしていることがあります(図34)。「否認」とは、「受け入れがたいことについて考えないようにする」という心の働きです。これは別に病気ではなくて、誰しもある心の働きです。

例えば私たちはいつか死にますが、「いつ死ぬか」ということを常に考えてはいませんよね。これはある意味、死ぬことを否認して生活しているから楽に生活できるんです。

医師が「もう治療ができませんよ」という話をしたときに、「ああ、わかりました。でも少しでも可能性があるんだったらぜひお願いします」と答える。「いや、無理だから」という話をしたのに受け入れていない。あと、「治療ができない」と言うと、「治るって聞いたけど誤診だったんですか」と怒りだしてしまっ、そこから先の話ができなくなってしまう。その結果、受け入れられないという形ですね。こういう方はそんなに珍しくはないです。とてもつらい医療事故や、事故でなくても病気で亡くなられて、医師を訴えようとされる方の中にはこういう部分もあるかもしれません。

こんな時どうするか。非常に難しいのですが、可能だったら直面化を避けつつ問題解決をします。例えば「もうこれ以上抗がん剤治療をしない」という話をせずに、「緩和ケアをきちっと提供する」というような話をします。「治療ができない」ということを、無理に受け入れさせようと、「あなた、死ぬんですよ」ということを繰り返言ったりすると、ほとんどの方は逃げます。その病院に行かなくなったり、民間療法に行

ったりすることもあります。非常に落ち込んだり、自殺してしまったりということが起きるので、「治療ができない」ということを告げなければいけないときには、しっかり心理サポートをしながらやっていく形になります。

もう一つ、患者さんが、非合理に見える意向を表明することに関して、「そもそも人という生物は合理的に判断しない」という行動経済学の考え方が最近出ています。

例えば「レジ袋ご持参で2円得をします」というのと、「レジ袋は2円でご購入ください」というのと、どっちがレジ袋を持っていこうと思います。「2円得するから持っていこう」という人はどれぐらいいますか。「2円で買ってください」という場合にレジ袋を持っていこうという人、どのぐらいいらっしゃいますか？

実はこれ、全く同じことなんですが、圧倒的に「買ってください」のほうが持ってくる人が増えるんです。損をするのが嫌なんですね。

「パチンコで3万円つぎ込んだ。次の1万円こそ、そろそろ当たるんじゃないか」。前に幾らつぎ込んでいようがこれから当たる確立は同じなわけです。

「クレジットカードを作ったほうが得だ。でもいいや、このままで」。得かもしれないけれど、「現状維持を選ぶ」ということはよくありますよね。

これを、がん治療の場合でいうと、「4回目の抗がん剤だ。次の抗がん剤こそ当たるかもしれない」とか、「緩和ケアの先生にバトンタッチしたほうがいいのかもわからない。だけど今の先生に見てもらったほうがいいや」とかいうふうな気持ちに近いです。

人間は、情報の中身ではなく、伝え方にかなり影響を受けるということがわかっています。例えば「これ以上抗がん剤治療で延命はほとんど期待できません。緩和ケアで症状を取ってよ

### 患者が非合理的に見える意向を表明するとき

#### ◆そもそもヒトは合理的に判断しない(行動経済学)

- ・レジ袋ご持参で2円得します
- ・レジ袋は2円でご購入ください
- ・パチンコで3万つぎ込んだ、次の1万こそ!
- ・カード作ったほうが得? まあこのままでいいや



#### 情報の中身だけでなく、示し方に影響を受ける

「これ以上の抗がん剤治療で延命はほとんど期待できません。緩和ケアで症状をとりよりよい生活を送れるよう考えましょう」  
「延命できなくなるんでしょ? 1%の可能性でもあるなら…」

35

## 選択しにくい、しやすい コミュニケーション

- ①「現状、心肺蘇生で回復はほぼ期待できません。希望されない場合はサインをしてください」
- ②「現状、心肺蘇生では延命できず体を傷つけるだけなので通常行いません。蘇生を希望される場合はサインしてください」

36

りよい生活を送るように考えましょう」と言われた時、「でも延命できなくなるんでしょ？ 1%でも可能性があるんだったら…」と考えるのは合理的ではないのですが、別におかしくはないですよ。本当に1%しか可能性がないんだったら、99%のほうを選んだほうがいいんですけど、「延命できなくなる」という損を避けたいという気持ちが働きます。だから「延命できない」という損と、「緩和ケアで症状が取れる」という得を比べたときに、損のほうが価値が高いですから「続けないといけない」というふうに思うわけです。

心肺蘇生に関してよくある説明の仕方は「今、現状は終末期です。心肺蘇生で回復はほぼ期待できません。心肺蘇生を希望されない場合はサインしてください」と言ってサインを求められるんです。なにか、死刑宣告にサインをするみたいでほとんどの方はサインしません。でも例えばこういうふうに説明をされたらどうでしょうか？「現状心肺蘇生で延命はできません。やっても体を傷つけるだけなので通常は行いません。心肺蘇生を希望される場合にはサインをしてください」と言われとしたら、たぶんほとんどの人が心肺蘇生を選ばないです。

これは先ほどの行動経済学の、「やると損しますよ」「みんな、こちらを選ぶんですよ」「嫌だったらサインしてね」という説明の仕方で、よりよいほうを選びやすくする工夫の一つです。パソコンで保存してない文章に「閉じますか、保存しますか？」という選択で、「はい」、「いいえ」と聞かれた時、あらかじめ「はい」のほうにチェックが入っていますね。「いいえ」にあらかじめチェックが入っていたら、みんな失敗するでしょ。だからそういうふうな形で伝え方を工夫するやり方があのではないかとされています。がん検診とかで、こういった研究がされています。これもちょっと注意しないと、政治家の人たちがこういうことをやったら嫌ですよ。最高裁判官の国民審査で「罷免したい人に丸をつけてください」というのがこれに近いで

す。みんな付けないじゃないですか。

Aさんの話に戻ります。Aさんはその後「自分は脱毛は絶対避けたい。旅行や活動できるぐらいの負担の程度の抗がん剤にしたいんだ」ということをしっかり医師と話し合いをして、治療を始めることにしました。そして精神腫瘍科外来で「夫から前向きじゃないと免疫力が下がると言われている。どうすればいいですか？」とか、「健康のために早く寝ようとしているんだけど、なかなか眠れなくて困っています。睡眠剤をもらえますか」というふうなお話をされています。

### Aさんのがん体験

医師と相談の結果、  
脱毛を避ける、旅行や活動できる  
程度の負担の抗がん剤を開始



精神腫瘍科外来で

「夫から前向きじゃないと免疫力が下がるといわれているんです。どうしたら前向きになれるですか？」  
「健康のため早く寝ようとしてるんですが、なかなか眠れなくて困っています。睡眠剤をもらえますか？」

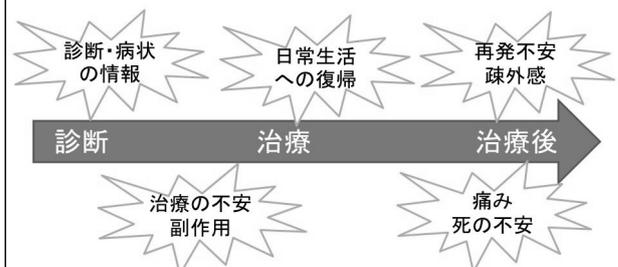
37

### 心の負担

がんの経過の中では、いろいろな心の負担が出てきます。別にごん告知だけが心の負担ではないですよ。あらゆる時期にいろいろな心配事が出てきます。負担の症状にはいろいろな側面があります。気持ちが落ち込むとか、不安というのもそうですし、体に出てくることもあります。不安感を持つと緊張します。それで肩こりになったりします。

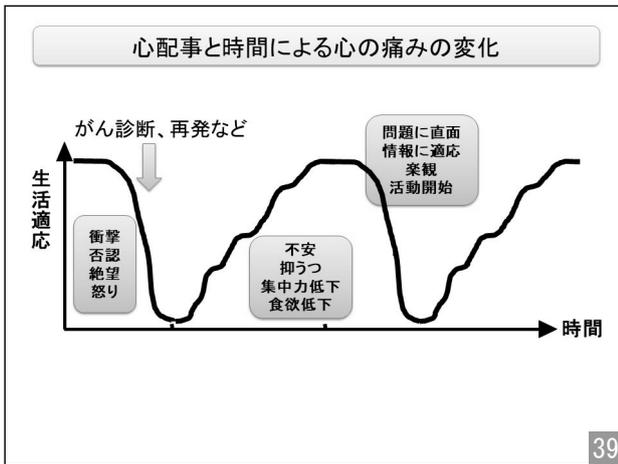
行動にも、外出しなくなるとか、希望が持たなくなるとか、そういうような影響が出てきます。

### がん体験と心の負担



■ あらゆる時期に、様々な面の心配事が続きます

38



39

図39は、がんと診断された後にいろんな気持ちの反応が出てくるけれど、また回復するという図です。これで大事なことは、落ち込みがずっと続くわけではないんだということです。落ち込んでいる人が、この落ち込みがずっと続くわけではないということを知るの大事です。

がんという病気の診断が出たら、今度は検査の話が出て、さらに治療の話が出て…、というように、この気持ちのアップダウンの繰り返しなんですね。ですから、大変なことがあったけど、「元気になっておめでとう」という話にはなかなかならないというのが実際です。一段落ついた後で振り返ってみて、「ジェットコースターに乗っているみたいでした」というような感想を述べる方も少なくないように思います。

こういった心のストレスにどう対応するかは原則ですが、一つには、生活をあまり大きく変えないというのがポイントです。がんでは、手術で入院したら別ですが、行動制限はそんなにおきないことが多いです。行動を変えることで病人モードになります。今までだったら遊びに行っていたのに、ちょっと病気だからやめておこうというふうになると、家でこもって病気を考えるようになります。そうするとどんどん心がたらくてきます。です

自分でできる心の痛みの対処法

- ◆生活をあまり大きく変えない  
がんの行動制限はあまりありません  
行動を変える(遊びを断るなど)ことで病人モードになります  
今までつらかった時に役立ったストレス対処もOK
- ◆信頼できる人に気持ちを打ち明ける  
家族・友人  
ピアサポート
- ◆「正しい」情報を集める  
「正確」「今の」「私に当てはまる」情報  
今決める必要がある？なぜその情報が必要？自分は何を重視するか？

40

から、できることであれば生活は今までと基本変えないほうがいいです。それまでに役に立ったストレス対策というのをやられたらいいと思います。

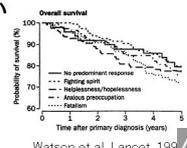
信頼できる人に気持ちを打ち明けるというのもすごく大事です。できればご家族であったり、友達であったり、あとピア・サポートということもとても役に立つのではないかと思います。こういう患者会とかですね。

「正しい情報を集める」ということも大事です。「正しい」というのは正確であることだけではなく、「今の」「私に当てはまる」情報です。将来の私に当てはまる情報は、将来のことばかり考えることになるので、実は余計です。「今」私が考えなければいけないこと、というのは、実はとっても大事です。けれど、これを知るのかなり難しいです。なぜかという、「今」の私について本を読んでもインターネットを見ても書いてないからです。これを知るためには、主治医や看護師に自分のことを聞くということが一番の「お勧めの方法」です。そのときに自分が本当に何を知りたいのか、何を大事にしているのか、自分の中でも整理しておくことですね。

病は気から？

笑いと免疫、前向きさががんの関係を聞いたことがありますか？  
落ち込んでるとき「前向きにならないと治らないよ」といわれたことは？

- ◆気持ちの持ち方と生存期間、再発率の関係は証明されていない
- ◆わざわざ「前向き」である必要はない
- ◆ただし「絶望」「うつ状態」は要注意



Watson et al. Lancet. 1999 41

「病は気から」という話があります。「笑いと免疫」とか、「前向きさ」ががんに関係すると、今でも新聞によく出たりするので目にしたことがあるんじゃないかと思います。落ち込んでいるときに「前向きにならないと治らないよ」と言われた経験とかってありませんかね。これは、80年代ぐらいに、「前向きの方が、長生きできる」という研究が出て、その後すごく研究されました。10年、20年追いかけるような研究をして、結局「気持ちの持ち方と生存期間や再発率に関しては関係はなさそうだ」もしくは「ほとんどないだろう」ということがわかっています。ですから、わざわざ前向きになる必要はな

い、ということですね。落ち込んでいる人に前向きになれと言ったって、かえって負担をかけるだけなので、「今は、落ち込んでいいんだよ」と言ってあげたほうがいいです。けど「絶望」とか「うつ状態」はちょっと要注意だというふうに言われています。

「絶望」とか「うつ状態」のような、「とって

### 心の痛みを相談する

このような場合は援助を求めてください

- つらさが強い場合
  - 状況が落ち着いてもつらさが数週間以上続くとき
  - 生活への影響が出ているとき
- イライラして子供に当たる、仕事に集中できない、お酒が増えた…

※「正常」か「異常」かではなく、差し障るかどうか  
 ※心の痛みは心理的なものだけではありません  
 例：薬剤性、内分泌機能異常、脳病変など

42

もつらい」とか、「つらさが長く続く」とか、「気持ちの状態が生活に影響が出ている」というときには専門家に相談するというのも一つの手です。「精神科に行ったら異常だと言われるんじゃないか」と心配される方が多いのですが、私たち精神腫瘍科は、正常か異常かの判断はあまりしていません。

けがをすると、血が出て痛いんですよね。血が出て痛いのは正常です。けど手当は必要です。そこです。「心も痛くて血を流したりするときには手当が必要なんだ」というふうにご理解いただけると、専門家を利用しやすいかもしれません。精神的に見える症状が、実は薬のせいだったりとか、お体の病気のせいだったりすることもあります。ですから、どこかの段階で、その問題を専門家に相談するという事は、大事だと思います。

### 心の専門家がすること

心の専門家がどういうことをするのかということ、紹介します(図43)。

一つは「傾聴」ということ。人の話をしっかり聞いて、相手がどういうことに困っているか、どういう経験をしているかということ、しっかり聴きます。話をするだけで、肩の荷が下りた感じになったり、気持ちの整理ができたりするんですね。自分の頭の中でだけ考えているとやっぱりうまくいかないです。算数のちょっと複雑な計算を、暗算すると、どっかで間違えて、

### 心の専門家がすること

- 傾聴を中心としたカウンセリング  
 批判せず患者の体験・認識をしっかりと聞く  
 話すだけで少し肩の荷が下りる、整理ができることも
- 誤解、知識不足による不安、問題への心理教育  
 睡眠衛生指導  
 認知・行動療法的な考え方
- 薬物療法



43

何回暗算しても同じ間違いを繰り返すんだけど、筆算にしたら「間違いがわかった」というような感じ、というのがちょっと近いかもしれません。

誤解や知識の不足からくる「不安」というものもあります。例えば、さっきの「病は気から」ということは誤解なんです、それを「病は気からではないんだよ」とお伝えすることで不安を和らげることができます。ちょっとこれに関してはこの後詳しくご紹介します。あと、お薬を使うこともあり得ます。

先ほど A さんが、「健康のために早く寝たいんだけど眠れないんですよ」と言っていたのですが、これも当たり前なんですね。人によって睡眠時間は違います。皆さん今、普段どおりの生活をしてらっしゃったら何時に寝て、何時に起きてと、だいたい決まっていますよね。日本人は睡眠時間がだいたい 7 時間前後の方が多いと思うのですが、そんなに日によってずれませんよね。

いつもは 7 時間ぐらい寝る方が、病気になったからと言って 10 時間寝ようとしても眠れないんです。普段 12 時に寝ていた人が、「早く寝な

### 質の良い睡眠のコツ(睡眠衛生)

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
  - 睡眠の長い人、短い人、季節でも変化、8時間にこだわらない
  - 年をとると必要な睡眠時間は短くなる
2. 刺激物は避け、眠る前には自分なりのリラクゼーション
  - 就寝前4時間のカフェイン摂取、就床前1時間の喫煙は避ける
  - 軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニング
3. 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
  - 眠ろうとする意気込みが頭をささげさせ寝つきを悪くする



(厚生労働省 健康づくりのための睡眠指針2014より)

44

**質の良い睡眠のコツ(睡眠衛生)**

**4. 同じ時刻に毎日起床**

- 早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる
- 日曜に遅くまで床で過ごす、月曜の朝がつかなくなる

**5. 光の利用でよい睡眠**

- 目が覚めたら日光を取り入れ、体内時計をスイッチオン
- 夜は明るすぎない照明を

**6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣**

- 朝食は心と体の目覚めに重要、夜食はごく軽く
- 運動習慣は熟睡を促進



(厚生労働省 健康づくりのための睡眠指針2014より) **45**

きゃ」と10時に寝て、ふとんに入るんだけど「眠れない、眠れない、睡眠薬が欲しい」というのはよくある話なんです。ちょっと本末転倒ですね。これはすごく大事です。睡眠時間は人それぞれで、日中眠くなければ睡眠がとれているというふうに考えください。「もう全然、眠れないんです。昼間も全然眠くならなくて」「それ、眠れているからですよ」というのが本当によくあります。眠くなってから床につきましよう。「何時に寝よう」と決めても眠れないです。気合いを入れたら入れただけ眠れなくなるので、基本は眠くなってから寝てください。

気合いでなんとかするのは起きる時間です。起きる時間は毎日一定にしましょう。ここをずらすと生活リズムがずれてきます。日光をしっかり浴びる、運動するというのは大事です。がんになって仕事をしなくなって、生活リズム、睡眠リズムが崩れるという方は多くいらっしゃいます。

昼寝は、あまりしないほうがいいです。昼寝をしっかりとると夜が眠れなくなりますよね。寝る場合は浅い睡眠で終わる、20分ぐらいで終わらすのがいいと言われています。

眠りが浅いときには積極的に遅寝、早起きにしましょう。要するに7時間睡眠の人が10時

**質の良い睡眠のコツ(睡眠衛生)**

**7. 昼寝をするなら、15時前の20~30分**

- 長い昼寝はかえってぼんやりのもと
- 夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響

**8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに**

- 起床で長く過ごすすぎると熟眠感が減少

**9. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと**

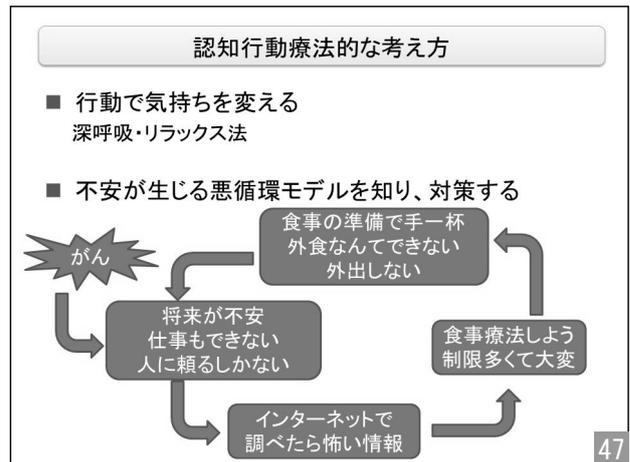
- 睡眠薬代わりの寝酒は、深い睡眠を減らし、夜中に目覚める原因となる



(厚生労働省 健康づくりのための睡眠指針2014より) **46**

間おふとんに入っていると、ぐーっと引き延ばして浅い睡眠になるんです。途中で何度も目が覚めて、「私、一睡もしていません」ということになります。反対に、時間をぎゅっと縮めて12時に寝て6時に起きることにしよう、というふうにしたらまとまって眠れたりします。長いことおふとんに入っていないというのがコツです。

よい睡眠のコツはほかにもいろいろありますが、エッセンスとしてはこんな感じです。



その他に、認知行動療法的な考え方をご紹介します。行動で気持ちを変えようという方法です。不安なときに、不安を気合いでなんとかする、というのは難しいです。でも例えば「不安なときには深呼吸をしましょう」と言いますよね。あれは体の動きを使って緊張を和らげるということです。不安になると呼吸が速くなるので、意識でコントロールできる体の方から、コントロールするというものです。

それ以外にも行動を変えようという方法があります。例えばがんと言われて、心配になる。将来のことが心配だし、仕事ができなくなってしまふかもしれないし、人に頼らないといけなくなってしまふかもしれない。そこで、インターネットでいろいろ調べてみたら怖い情報がいっぱい書いてあった。その中に、食事療法のことが書いてあったので、食事療法をしようと思った。食事制限って大変だ。1日中食事のことばかり考えている。外食なんかできないし、もともと外出が好きだったんだけど外出なんかできなくなってしまった。外にも出られないし、将来何もできなくなってしまふかもしれない。不安だ、不安だ、というような悪循環。

これは、そんなに珍しい悪循環ではありません。こうなってしまったときに、「不安でどうしようもない、どうしたらいいんだろう」ということを例えばカウンセリングに行き、お話ししてみる。そして「こういう悪循環が起きてい

ますよね。じゃあこの中でどこを変えられるか考えてみましょうか」とか、例えば「インターネットで調べるのをやめたほうがいいかもしれないですよ」とか、「不安かもしれないけども外出してみるようにしましょうか」とか、「外出してみた結果、気持ちがどう変わりましたか」とか、そういった形で一緒に考える。行動を変えることで気持ちがすぐに変えられるわけではありませんが、変える練習を一緒に付き合うというカウンセリングをすることもあります。

### 薬物療法

- 睡眠導入剤  
睡眠の補助、安全性の高い薬剤もある
- 抗不安薬(安定剤)  
不安、動悸などの緊張症状緩和 息苦しさにも使うことも
- 抗うつ薬  
憂うつな気持ちが続く、何もする気が起きない  
効果はゆっくり、専門家との相談推奨、痛み止めとしても使用



薬に頼るのではなく、立ち直るきっかけとして利用

48

あとはお薬を使うことですね。お薬には、睡眠薬とか安定剤とか抗うつ薬というのがあります、それぞれ特徴があります。ポイントとしては、「薬に頼る」のではなく、「立ち直るきっかけ」として使っていただければと思います。

先ほどの、けがして血が出たときの話で例えると、足をけがしたらすぐには歩けないかもしれませんが、杖をついたら歩けるかもしれません。「杖依存症になるのが嫌だ」と言う方はいらっしやいませんよね。杖をつかないと歩くのが遅れるかもしれません。そういった意味合いでお薬を杖代わりに使ってみるという考え方です。

抗不安薬を家で不安を取るためにずっと使っているのはあまりいいことではありませんが、不安で外出できない方が、抗不安薬を使って外出できるようになる。悪循環を取る支えとして使おう、という理解の仕方でお薬を使っていくといいのではないかと思います。

### Aさんの現在

Aさんのその後ですが、抗がん剤治療を始めて、今1年経過しました。病気の進行は今のところありません。禁煙もしていないんです。スパパタバコを吸っています。普通だったら病気になったら禁煙ぐらいするんじゃないかと思うんですが、まあ夫婦で旅行を楽しみながら過ごしてらっしゃいます。

### Aさんの現在

抗がん剤治療1年経過し、病状・症状の進行なし  
禁煙もせず(!)、夫婦で旅行を楽しみながら生活

- A 「1年前に今の状況は想像できませんでした。当時は思い残しもないいつ死んでもいいと思っていましたが、治療をうけてよかったです」  
「でもそう遠くないいつか、今の治療はできなくなります。その時は髪が抜けないこと、動けることを優先し方針を考えます。夫ともそう話し合っています」



49

「1年前に今の状況は想像できなかったです。当時は思い残しもないし、いつ死んでもいいと思っていたのですが、やっぱり治療を受けて良かったと思います」「でも、そう遠くないいつか、今の治療はできなくなります。そのときには髪が抜けないこととか、動けることを優先して方針を考えようと思うし、そういったことを夫とも話し合っています」と話されました。まさにACP(アドバンス・ケア・プランニング)のプロセスの一つだと思います。

Aさんは先のこととか病気の治療のことばかりに捉われず、目の前のこと、自分の大事なポイントをしっかり意識して、それをみんなと共有しつつ、心配はあるけれどもできること、楽しめることをしっかりと楽しんでいこうという形で今、生活されています。

### まとめ

今日のお話のまとめです。

がんは治る病気になってきました。が、やっぱり命に関わる病気なのは間違いありません。「もしものこと(みんな死にますので100%起きることなので、全然“もしも”ではありませんが)をある程度考えて、自分にとって何が大事なのかを考えて、治療、生活を選ぶように

### がんになって悩むこと

～心のケア・緩和医療の視点から～

- がんは治る病気になってきましたが、とはいえ命にかかわる病気です
- もしものこと(もしもじゃないけど)や、自分にとって大切なことを考えて治療、生活を選びましょう
- 医療者のキツイ言葉も、多くは患者を心配してのこと  
(配慮がたりな過ぎたり、とてもそう思えないこともあるけど...)  
医療者チーム、患者、家族で大切な価値観を共有したパートナーに

51

していく。そのためちょっと立ち止まって、考えをまとめてみてもいいかもしれません。

医療者とのコミュニケーションの話をしたが、医師からシビアな話、治らないことだとか、予後の話だとか、もしかしたらこれ以上抗がん剤治療をしないほうがいいという話を聞くことがあります。「きついな」と感じることもあるでしょうが、多くは患者さんのことを心配してのことだと思います。異論は認めます。配慮

が足りなさすぎるように見える人もいますし、「とって私のことを考えているとは思えない」という人もいます。でも医療者チームと患者さん、ご家族が、みんなで価値観を共有して、パートナーとしてやっていけることが望ましいことだと思います。そこを目指してやっていけるといいのかなというふうに思っております。

以上です。