

[総 説]

がん患者に求められる医療コミュニケーションとは

—多角的アプローチ—

高瀬 久光

北陸大学薬学部臨床薬学教育センター

(2014年3月16日受理)

【要旨】 がんは身体的にも精神的にも一人ではとても耐えられない病であり、患者との良好なコミュニケーションの確立が、今後のがん治療を大きく左右する。すなわち、事象のみで薬剤選択をとらえ、服薬指導を重視した患者との関係性は十分とはいええず、いまに至った経緯を後ろ向きに検討するスキルが必要である。薬物療法のみならず、心因性も含めた論理的なアプローチができてはじめて、良好なコミュニケーションが可能になる。がん関連のコミュニケーションスキルとして、悪い知らせを患者に伝える SPIKES 理論が存在するが、これは医療コミュニケーションに大切なスキルでもあった。患者心理として、時間的距離感と物理的距離感、肯定的表現の大切さ、説明書の伝え方などを意識する必要がある。事実、福岡大学病院緩和ケアチームの調査によると、身体的苦痛と精神的苦痛には相関関係がなく、疼痛スケールに表出しない要素が含まれる結果となった。薬剤師は、安全性と有効性が常に併存する薬物療法において、医療情報を引き出す糧となるコミュニケーションを通じ、事象に対する検討・検証につなげていくプロファイル作成力を身につけることで、全人的医療の提供に近づくものである。

キーワード：コミュニケーション、がん治療、SPIKES 理論、身体的苦痛、精神的苦痛

緒 言

医療コミュニケーションでは、相手にメッセージが伝わり、どの程度理解できているか、その都度確認する作業を怠ってはならない。臨床では、カルテ上での薬物療法のみ判断は、その“一言”が誤解を招きコミュニケーションエラーともなりかねない。特に、医療コミュニケーションでは、感性と科学的根拠とを融合させることが必要になる。感性とは、情報アンテナをもち、気づき、振り返る意識づけを意味し、日常生活の行動観察もトレーニングのひとつといえる。しかし、言葉による言語的表現は、その一部でしかなく、態度などの言葉によらない非言語的表現がその大半を占め¹⁾、話し手の言動の最中に見られる聞き手の反応もそのメッセージ表現に含まれる。そのため薬剤師は、病状に対して薬物療法を論理的に検討するためのコミュニケーションを意識する必要がある。総説では、コミュニケーションに欠かせないスキル、患者心理、精神的介入の意識、コミュニケーションの実践、問題解決につなげるプロファイル作成の事例を紹介する。

コミュニケーションスキル

悪い知らせ (bad news) を患者に伝える方法論として、SPIKES 理論²⁾ がある。これは、コミュニケーションスキルを6段階的プロトコールに分類し、Setting (場の設

定)、Perception (患者の認識)、Invitation (招待)、Knowledge (情報の共有)、Empathy (共感)、Strategy & Summary (計画とまとめ) で構成した、患者への情報提供のあり方を述べた面談技法である。この面談技法は決して bad news に限られたものではなく、がん患者に対する面談に活用できる手法でもあるため、コミュニケーションスキルを習得するうえで必要であった。

1. 第1段階 -S (Setting)

“場の設定”は、適切な面談ができる環境を整えることであり、個人情報漏れないように落ち着いた場所を提供する。プライバシーが確保された場所として面談室を使うのが妥当であるが、患者の容態によっては、面談時間制限の調整や声のトーンにも細心の気配りが必要になる。精神神経科関連、羞恥心に触れる内容、抗がん剤や医療用麻薬などの服薬指導では、特に配慮が求められる。話しやすい場の設定のために、初めは病気の核心部分について触れることを避け、日常生活に関したりラックスできる環境をつくるのが望ましい。

2. 第2段階 -P (Perception)

“患者の認識”は、自分の病状をどの程度理解しているか、知りたい情報を主治医から事前収集しているかということである。現在の病状や治療方針が主治医から患者に確実に伝わっているかどうか確認作業を行い、その都度尋ねながら、患者自身の言葉で表現してもらおう。これらについて即答できれば理解度が高く、仮に即答できなかったとしても、メモ用紙の記帳を残し、返答ができれば認識度は比較的高いと推察できる。

3. 第3段階-I (Invitation)

“招待”は、患者との信頼関係を築くことである。患者が治療に関することをどの程度知りたいのか確認する必要がある。インフォメーションに近い通り一遍の説明は避ける。患者が相談しやすい環境づくりのため、薬剤師は患者の身体・精神状況などを推察し、面談時に受け入れが困難と判断した場合には、あらためて時間を空けベッドサイドに行く姿勢が求められる。

4. 第4段階-K (Knowledge)

“情報提供”は、できるだけ平易な言葉で患者に伝え、正しく理解してもらうことを目標にし、薬剤師から患者への一方的な伝え方は回避したい。情報提供では、「情報を共有」することが大切である。情報の共有は、「共有しない」と比べて、患者の苦痛症状が少ない³⁾一方で、言葉による情報提供のみではその理解に苦慮するケースもある。メモ用紙に文字や図を描きながら、視覚と聴覚から語りかけるような手法も求められる。

5. 第5段階-E (Empathy)

“共感”は、コミュニケーションスキルの礎となる部分である。英和辞典では Empathy と Sympathy とともに共感という訳が出てくるが、2つの言葉の共通点は“相手のことを考える”であり、共感とは相手と一緒に同じような考えを理解し気持ちを受け入れ、同情には相手の哀れみを一方的に感じているニュアンスがある。共感的姿勢の中では、言葉だけの機械的な肯定的表現や相づちは回避すべきである。

6. 第6段階-S (Strategy & Summary)

“計画とまとめ”は、現在進行中の問題点の改善から、今後の薬物療法や予想される副作用を患者にわかりやすく説明し、いま解決できる課題には迅速な対応を心がける。この段階には、患者自身が認識して対処方法を見出すための支援も含まれ、課題について解決策の道筋を提示していく。

SPIKES 理論は、患者の Quality of Life (QOL) を損ねないように計画立案するうえで、今日の緩和医療分野で使用されており、薬剤師が行う面談技法として欠かせない。

患者心理

一般に薬剤師は、薬剤情報提供用紙などを使用し、患者への服薬指導を行っている。しかし、情報ツールあつての患者との関わりであり、隠された情報を入手していくためには、患者の心理状況を推し量る必要がある。特に心の痛みは、薬剤師にとって気にかけるべき点でありながら、忘れがちになりやすい。そのため、がん患者の精神的・心理的苦痛からの緩和や、時系列的な気持ちの移り変わりを学ぶ

ことを目的として、大切な項目を紹介する。

1. 時間的距離感と物理的距離感

がん患者の心の変化について Kubler-Ross⁴⁾ は、がん告知を例にあげ、「衝撃」「否認」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」のような過程を示し、絶え間なく希望を求める心理的反応を説明している。患者の中には、抗がん剤の副作用（特に脱毛）のため、告知以上に大きな心理的ダメージを受ける例も少なくない。衝撃から受容に至るまでの時間的距離感是人によってさまざまであり、臨床ではこの過程通りとはいかず、患者の攻撃的な態度が後に心を開く機会となる一面もある。そのため、薬剤師は、患者背景を十分に汲み取ったうえで時間的距離感を考えた対応が大切になる。

また、同じ言葉でも、伝える相手、伝えるタイミングなどにより受け手のとらえ方が違うことを認識し、常に患者との物理的距離感を意識したい。通常、患者から多くの情報を入手する場合には、50～90 cm の距離⁵⁾が適当といわれているが、患者との距離をマニュアル化するものでなく、臨機応変な対応が望まれる。

2. 肯定的表現の大切さ

会話の内容には、表裏一体の感情が複合的に絡み合っている。感情は言葉以外に、相手の表情、雰囲気、言葉のトーンなど態度から表出しやすい。それに気づかずに相手の言葉に対して否定的表現から入ると、その後の会話が上手くいかないことが多い。肯定的表現を重視し、相手の気持ちを汲み入れ寄り添うことが大切である。

3. 説明書の伝え方

患者の薬に対する理解度は、態度や会話の中から推察できる。PTP シートから、医薬品の規則性ある取り出し方ができているか、医薬品名や用法・用量を患者が返答できているか、などで服薬コンプライアンスの高さがうかがえる。一方、医薬品名、作用機序、副作用など懇切丁寧に時間を要する説明が、かえって患者のイライラ感を助長させやすい。服薬説明では、患者がどの程度の内容を求めているのか推し量る必要がある。

4. 患者面談時の留意点

患者情報は、カルテ情報から Narrative-based Medicine (NBM) を含めた背景を理解することから始まる。情報源としては、医療スタッフから入手することもできるが、イメージする患者像と実際は必ずしも一致しない。そのため、医療スタッフとの検討に入る前は患者面談が欠かせない。初回面談では、「道（患者とのつながり）」をつくるのが大切である。いったんつくられた道は次へのステップにつながるが、ベッドサイドから遠ざかると、良好なコミュニケーションがとりにくくなる。

このように患者心理を意識することは、きめ細かな医療

の実践と、患者一人ひとりの声を傾聴し、しっかりと応えることができる心のケアの実践を可能にする。すなわち、良好なコミュニケーションを築くことで、インフォームド・コンセント、服薬コンプライアンスの高さなどの情報が入手可能な環境づくりにつながるができる。

精神的介入の意識

医療情報収集の中で、がん臨床を対象とする精神領域のコンサルテーションは0.5～3%⁶⁾と少なく、心のケアを必要とする患者が多く存在すると推察される。そこで、福岡大学病院緩和チーム（以下、PCT）では、依頼された患者に対して、初回面談時に身体的苦痛のほか精神的苦痛についてのアンケート調査を行い、精神的介入を積極的に実践している。実際、身体的苦痛を訴えない患者の中で、面談時に不眠や不安などの精神的な問題を抱えているケースも散見していた。そこで今回、2009年4月から2010年3月までにPCTに介入依頼のあった113名のうち、調査項目をすべて満たした41名を対象に後ろ向き評価を行った。対象者は41名（男性23名、女性18名）、年齢は63.5±9.5（平均±標準偏差）であり、患者のがんの分類と病期分類の内訳を表1に示した。アンケート調査の中で、身体的苦痛と精神的苦痛では相関関係を認めなかった（ $p = 0.55$, $r = 0.11$ ）（図1）。抑うつ症状に至った場合には、患者自身が苦痛を訴えることが少なく、不安が助長し医療者に看過されやすい⁷⁾。また、身体的症状を重視

するあまり、精神的な関わりが弱い印象をもつ⁸⁾との報告がある。この問題を是正するためにPCTは、こころの状態に関するアンケートを導入してきたが、身体的除痛に至った患者が精神的苦痛の軽減につながったとは言及できず、除痛後も継続的な精神面からのアプローチの必要性が示唆された。

精神的苦痛では、専門医に相談することを「希望する」「いずれは希望する」はNRS 7近傍と高値を示し、時間の経過とともに肯定的な意見をもつ患者が数多く含まれていた（図2）。一方、否定的な意見をもつ「希望しない」および「わからない」はNRS 4近傍と低値を示していたが、数値に表出しない要素が混在することも認めなかった。したがって、精神的苦痛をもたらし要因には多因性があり、隠された情報収集の抽出能力のためのコミュニケーションスキルアップが必要であった。

本研究により、身体的な痛みと精神的な苦痛には相関がみられないため、身体的な痛みが軽減された患者にも継続的な精神面でのアプローチが必要であると考えられた。精神科医の介入に肯定的でない患者の中には、将来的に相談したいと考えている可能性も含まれており、薬剤師が面談時に患者が気軽に相談できるような環境づくりと、精神的な配慮を必要とする結果が示唆された。

コミュニケーションのとりかた

がん患者を対象により深いコミュニケーションスキルアップを目指すためには、がん治療や痛みなどの背景からコミュニケーションとの関係性を相互理解する必要がある。

1. がん治療

がん治療は、根治または延命を目的とした集学的治療である。一般的に、局所治療（手術・放射線療法）と全身治

表1 患者背景

がんの種類	人数	Stage (n)	
		III	IV
固形がん	39	1	38
造血器腫瘍	2	DLBCL (2)*	

DLBCL: diffuse large B-cell lymphoma. カッコ内は人数を示す。

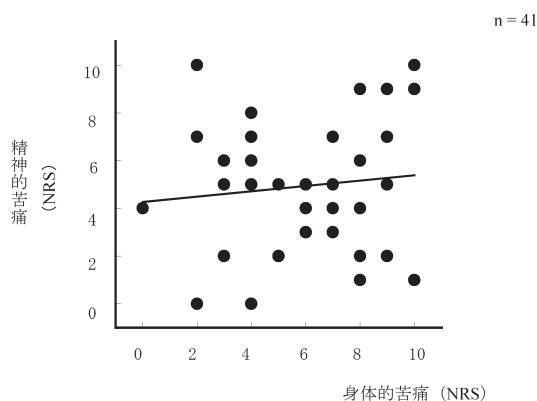


図1 精神的苦痛と身体的疼痛との関係。NRS: numeric rating scale. Spearman's rank correlation coefficient. $p = 0.55$, $r = 0.11$. $y = 0.11x + 4.27$.

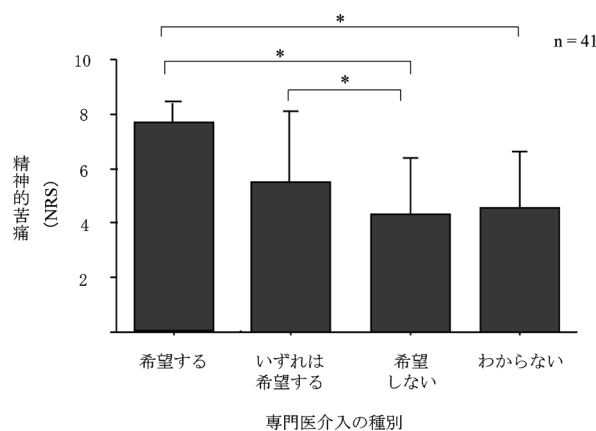


図2 専門医の介入の種別選択における精神的苦痛の比較。精神的苦痛 (NRS) に対する専門医介入を希望するかどうかについて比較した。NRS: numeric rating scale. ANOVA mean ± S.D. *: $p < 0.05$.

療（化学療法）が根幹をなす。手術は、患者や家族にとってワラにもすがりたい状況であり、不安や恐怖感を抱かせる。放射線療法には、治癒をめざす根治的照射、術前の腫瘍縮小・術後再発予防照射、緩和的照射などがある。しかし、がん種によっては、照射により粘膜組織や筋組織にさまざまな変化をもたらす。唾液分泌の減少や粘膜炎症は、粘膜のダメージや真菌感染との間に密接に関わりがあり^{9,10)}、QOLを損ないやすい状況にある。

1-1. 化学療法への理解

化学療法は、有効性と副作用が表裏一体の場合が多く、患者が副作用の苦痛に妥協しながら治療を受けているケースがある。遅発性嘔気の要因を十分に検討せず、漫然と末梢性制吐薬を使用することで、自然治癒に至り期待した効果を得ることができなかったケースにも再考の余地がある。また、分子標的薬（セツキシマブ、パニツムマブなど）のような、皮膚症状の出現がより効果を高める¹¹⁾という、相矛盾した薬剤への理解も欠かせない。

1-2. 心配の要因

化学療法に対する印象は、人により受け止め方もさまざまであるが、施行にあたり患者が気になる5項目を挙げた（表2）。化学療法では、治療効果への期待と副作用への不安や恐怖感が絡み合う場合があるため、患者の理解度に合わせたコミュニケーションが必要である。

1-3. 心の変化

化学療法を受ける悩みごとの相談は多い。患者が薬液の色合いに恐怖心を抱いたり、点滴滴下を見ることで、不快気分をもよおしたりするという声も聞く。また、初期のコース段階では不安や恐怖感を抱くが、コース数の重なることで環境に慣れていく場合や、治療に抵抗感を抱く場合もある。患者の気持ちに寄り添う気持ちが弱ければ、自ずと両者間の信頼関係が弱まることも否めない。薬剤師は、

数値を求める前に、時間的要素を加味してQOLの変化をとらえるところに力点を置きたい。

2. 痛み

原疾患や治療による痛みなど耐え難い苦痛により、継続的な治療が困難になる場合がある^{12,13)}。このため緩和医療では、患者にとってQOLが損なわれないようなアプローチが欠かせない。がんの痛みは複合的な痛みであるため、多角的に原因を究明し、除痛を試みる必要がある。しかし臨床では、がんの痛みに対する身体的な除痛が重視される傾向にあり、がん治療によって付随してくる不安や恐怖など心の変化を理解し、同時にケアを考える柔軟性を備えたい。

2-1. 痛みの評価法

痛みの評価には、Visual Analogue Scale (VAS)、Numeric Rating Scale (NRS)、Verbal Rating Scale (VRS)、Wong-Baker Faces Rating Scale (FS)¹⁴⁾など、数値化や文字で表現する客観的な指標がある。通常、疼痛スケールは痛みの程度を可視化し、患者と薬剤師間の共通用語として示される。しかし、疼痛スケールは、あくまで疼痛評価ツールのひとつにすぎず、十分な検討がないまま低値を示せば、「あの患者は大丈夫！」という解釈は避けなければならない。筆者は、これまでの痛みが再び出現するのではないかという先々の不安から、程よい痛みがかえって安心感を与えることを患者から学んだ経験がある。誰のための痛みゼロなのか？ 誰がそう希望したのか？ 痛みの消失は最終目標であるが、生活スタイルの改善度に力点を置きたい。ここでは、「私たちが痛みをいち早く軽くし、消し去ることが願いです」と時間的経過を含ませ、患者と薬剤師の意図をすり合わせて、満足のいくコミュニケーションをはかる。

2-2. 隠された医療情報の抽出

患者が話しやすい環境とは、相手からの返答を限定せず、受ける側の解釈によって新たな方向性が見出される開かれた質問を示す。隠された情報を抽出するためには、その内容からキーワードを抽出してクリニカルクエストへと導き、情報の漏れを最小限にとどめる作業を行う（表3）。

表3の中の“薬剤”を例に挙げる。「レスキュー薬（以下、レスキュー）が上手く使える」ことに着目した。患者がレスキューの存在を知らないこともしばしばある。また、レスキュー使用について、患者が体内への蓄積や副作用を懸念して躊躇する例もみられる。そこで、がん疼痛・症状緩和に関する多施設共同臨床研究会において、薬剤師による積極的な説明により患者の痛みに対する満足度が変化するかどうかについて検討を行った¹⁵⁾。その結果、面談を重ねることで、疼痛スケールが少ない状況でレスキューを求める結果となった（図3）。このことは、痛みを我慢

表2 化学療法時に気になる項目

1.	どの薬が 抗がん剤すべてが強い副作用を伴うものではない。同一抗がん剤でも投与経路や用量・用法、さらには感受性や代謝などにより個人差がみられる
2.	どのタイミングで 副作用の発生時期を説明しても不安を払拭することは困難であるが、易感染時期を事前に理解することで、その予防策をとりやすい
3.	どれくらい続くのか 副作用の発生期間を理解することで、気持の中で整理がつき目標を立てやすい
4.	頻度は 低頻度の副作用であっても患者には副作用が出現するか否かで受けとめる見方もある一方で、具体的な頻度を示したほうがよい場合もある
5.	強さは 悪心・嘔吐や下痢など消化器関連の副作用を強く引き起こす抗がん剤は、予防策をとることで軽減することができる

表3 情報の漏れを防ぐためのクリニカルクエスト

薬剤師：「何か気になることは無かったですか？」
患者：「食事するときにベッドから起き上がるでしょう。その時、左脇腹に電気が走るような痛みがあって……。食事なんて出来ません」
【キーワード“日常生活”、“痛み”、“薬剤”、“栄養”を抽出】
◇クリニカルクエスト
“日常生活”
○寝返り時の痛みの有無から睡眠の質は？
○ストレスが解消できる時間の使い方ができているか？
○持続的な圧迫による褥瘡の有無は？
“痛み”
○体動時および安静時の痛みは？
○持続痛の程度や突出痛の頻度とその時間帯は？
○神経障害の痛みが混在するのか？
“薬剤”
○コンプライアンス確認やアドヒアランス向上につながるか？
○レスキュー薬が上手く使えて除痛できる痛みか？
○低栄養状態によるタンパク結合率の高い薬剤の影響は？
“栄養”
○痛みによる食事摂取量の変動は？
○食事摂取量低下による排便コントロールは？
○低栄養状態による口腔カンジダ菌の出現は？

など

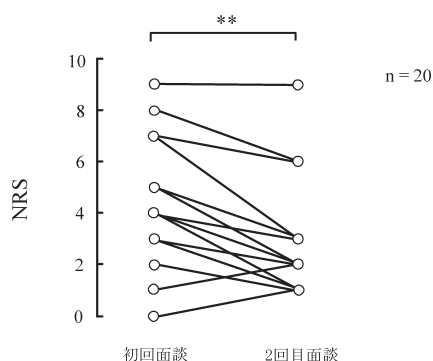


図3 レスキュー薬を使用したときの痛み評価。レスキュー直前の痛みを評価するため、対象は、レスキューに関する薬剤師の服薬指導を2回連続で受けた20名の患者とした。2回目の服薬指導時におけるNRSは1回目と比べて有意に減少した。NRS: numeric rating scale. Wilcoxon signed-ranks test. **: $p < 0.01$.

せず上手くレスキューを使える患者が増加したことを意味し、薬剤師による積極的な服薬説明が、患者満足度上昇の機会を増すことを示唆するものであった。

2-3. 表現の工夫

疼痛スケールによる評価が困難なケースは、臨床では毎度のことである。居合わせた別のスタッフが疼痛スケールを尋ねている状況では、二度聞きしない配慮が必要である。また、患者が疼痛スケールを伝えることに難渋を示す場合には、夜間帯の覚醒有無や食事摂取量の変動、周囲との会話状況など Activities of Daily Living (ADL) から全体像を把握することも意識したい。薬剤師は、患者が話しやすい環境を提供するとともに、生活上の不具合や有害事

象への対処を、言葉でフィードバックしていくことが大切である。

患者は化学療法実施時にセンシティブになっているため、“いま、困っていること”に対する声かけをする意識が大切である。患者の気持ちは可逆的、ときに非可逆的になるものである。抗がん剤による副作用を理解してもらい、患者の不安や恐怖感を少しでも軽減できる説明を行い、治療に対する意欲を高めることができれば、QOLの維持・向上に役立つものと考えられる。

プロフィール作成力

患者は“がん”と宣告されると同時に、普段の生活から状況が一変する。その患者にとってより良い環境を整えることが必要であり、患者と面談する薬剤師はより深く臨床に参画し、きめ細かな医療の実践および傾聴して応えることができる心のケア、の両面からの関わりが求められる。そこで、緩和薬物療法を考えるポイントを照会する。

解決計画を立案すべき複数の課題がある際の優先順位を決定する二次元展開法¹⁶⁾があるが、ここでは、解決策を見出すための必要なプロフィールを見出すところに注目したい。隠された情報は言葉に流されやすく、疑問を抱いたときには患者や家族、医療スタッフに尋ね、非言語的表現を意識する必要がある¹⁷⁾。そのため薬物療法の検討では、ひとつの事象から予想されるプロフィールを作成し、既知の情報からリスクマネジメントにつながる問題解決策の構築をめざす^{18, 19)}。つまり、カルテ情報は患者情報の一部に過ぎず、症状緩和に導く薬物療法では、包括的な患者背景や生活環境の情報収集が欠かせない。スタッフ間のディスカッションを重ね、刻々と移り変わる病状を把握し、次へのプロフィール作成に寄与することで隠された情報抽出を可能にする。

“倦怠感”を例示し、そのアルゴリズムの一部を図4に示す。

1. 背景

背景は、生活環境や薬物療法との関連性の強い患者基本情報であり、身体的所見および心的要因を探る要素になる。

1-1. 年齢/体重

年齢/体重は、薬物動態(吸収→分布→代謝→排泄)に影響しやすく、薬用量を設定する情報源となる。特に高齢者では、腎排泄能が低下する²⁰⁾ため、抗がん剤や非ステロイド性抗炎症薬の併用によってもクレアチニンクリアランスが低下する。また、体重の減少から、悪心嘔吐の有無やメンタル面の変化などを推し量ることができる。

1-2. 家族

家族の有無やその構成から、今日に至る環境を考える。

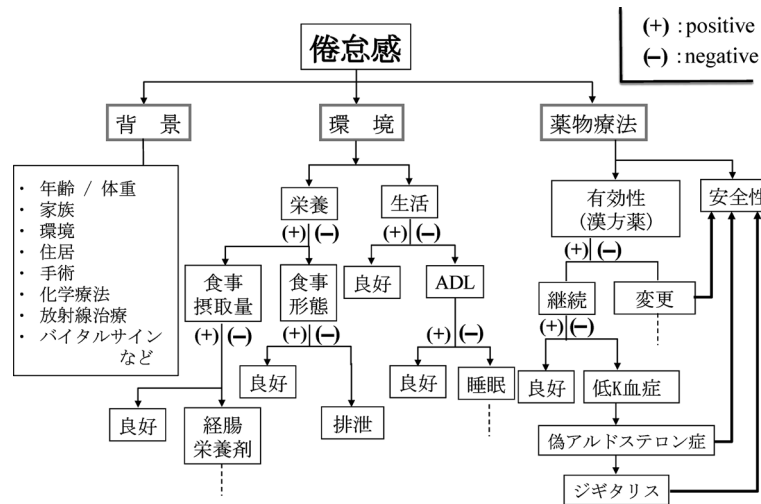


図4 症状から多角的に考えたアルゴリズム。機械的な薬物療法は避け、背景や環境を検討しプロフィール作成する実践的な取り組みである。

単身生活は自活に慣れを感じる一方で、他患者の家族面談の光景から、寂しさが強くなる可能性も意識したい。また、家族からの情報源は、患者の心の変化をつかみやすい。

1-3. 住居

外泊できる状況でありながらも遠方からの入院生活は、風土が異なることや、近隣に居住する場合と比較して定期的な家族との面会もままならず、不安要素となりやすい。

1-4. 手術

手術前後で患者の心は大きく揺れる。術前は過度の不安感がつり、術後には創部の痛みやドレーンなどの器質的な障害によるストレスから、せん妄を発生する場合もある。

1-5. 化学療法

副作用の出現は、患者の治療継続に対する意欲低下につながる一方で、状況によっては「副作用発現が薬物作用の証」であるので、治療効果に対する実感に導くための説明工夫を凝らし、意識変容に資するスキルを備えたい。

1-6. 放射線療法

照射野によっては唾液分泌の減少や粘膜炎症の原因となり、放射線療法終了後もその影響が続き、QOL低下を招きやすい。

1-7. バイタルサイン

バイタルサインは、生命に関わる最も重要な情報である。患者情報を時系列的にとらえるには欠かせない項目である。

2. 環境

環境は、生活リズムや食生活と密接な関わりをもつ。栄養状態が薬物動態にも影響するため、患者との会話で食事に触れることは薬物療法に等しく、臨床上大切である。“夜は眠れているか”“栄養がとれているか”などは、生き

ていくための基本情報である。

2-1. ADL

周囲との会話のほか、“座位の姿勢が保てるか”“病室内歩行は可能か”“病棟内歩行ができるか”など、ADLの変化を確認していく必要がある。

2-2. 睡眠障害

うつ病患者の初期症状では、睡眠障害が実に90%以上に出現するという報告²¹⁾があり、日中の眠気も高頻度であることは注視すべき点である²²⁾。特にSSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: 選択的セロトニン再吸収阻害薬) 単独投与は、睡眠の質に悪影響を及ぼすと考えられている²³⁾。

2-3. 食事

入院患者の中では、30～60%がなんらかの栄養障害をもち、10～25%が重篤な栄養状態にあるといわれている²⁴⁾。また、口腔衛生面でも注視すべき点がある。がん治療では口腔カンジダ症を発症しやすく、ここではブラッシング以外の具体的手法を紹介する。

●含嗽法

口腔粘膜炎の重症化を防ぐ口腔内冷却 (クライオセラピー)²⁵⁾がある。この手法は、血管を収縮させ抗がん剤の移行を遅延させることを目的とする。肝心なことは冷却を伝える方法の工夫であり、氷片は粘膜に強く吸着し刺激性が高まるため、表面が融解したものを使用する。

●蜂蜜による口腔粘膜保護作用

蜂蜜にはブドウ糖やショ糖も含まれているため、血糖値への影響も考慮しなければならないが、口腔粘膜炎への症状緩和が認められる²⁶⁾。

2-4. 食事摂取量

食事の摂取量は、身体的・精神的なダメージにより変化しやすい。食事摂取量は、自己申告の量と実際の食事摂取

量の間に違いを認める場合がある。面談は食事の時間帯は避けるべきであるが、後片づけの際、食べ残し量を把握したい。また、入院前の食習慣との違いも確認する必要がある。入院して間もない頃に食べ物に対する好き嫌いを聞いておくとわかりやすい。

2-5. 経腸栄養剤

経口摂取や経鼻経管投与は、腸の働きを活性化し、消化管機能を調整するホルモンの分泌、胃腸蠕動、排泄という一連の働きにより、自然体に近づけるものである。腸自体の働きが停滞すると萎縮し、腸内細菌が体内に入って炎症を引き起こしやすい環境をつくる。

2-6. 低ナトリウム血症

経腸栄養剤のナトリウム含有量は、タンパク質に凝固しやすい塩化ナトリウムが一日必要量より少ない組成となっているため、ナトリウムの検査値確認が欠かせない。

2-7. 食事形態

がん治療に伴う疼痛に対して早期から除痛をはかることにより、食事形態の移行が遅延され、体重減少を抑制することができる²⁷⁾。やむなく常食から粥食、流動食などに食事形態を移行する場合には、嚥下困難感回避されるが、食思低下が誘発されやすい。

3. 薬物療法

漢方薬を例に挙げる。がん患者の倦怠感の軽減には、身体の回復力を補助する目的（補剤）で、当帰、人參、黄耆、地黄などの入った漢方薬をベースに考える。六君子湯は、消化管運動機能改善作用があり、シスプラチンなどの抗がん剤による悪心・嘔吐に有用性があるため、食欲不振という観点から、中間証の漢方薬である（1step）。期待した効果が得られない場合には、“気虚”に有用性が高い補中益気湯（2step）、虚証に用いる十全大補湯（3step）、“気血水”の不調を治す大補剤である人參養榮湯（4step）なども段階的に検討する²⁸⁾。

3-1. 偽アルドステロン症候群

漢方薬では、まれに初期投与時に偽アルドステロン症、低カリウム血症、ミオパチーなどの副作用が出現することもあり、甘草が2.5g/日以上になるときは特に注意を要する²⁹⁾。

3-2. ジギタリス製剤

低カリウム血症の状態では、ジギタリス製剤との併用は深刻な不整脈出現の原因になるため、循環器疾患の既往を確認することで安全性を担保する。

緩和医療を必要とする患者はQOLを損なう要素が多く、全人的医療の提供のためには十分な情報を入手し、打開策を見出していく必要がある。個々のエピソードに対する機械的な薬物療法は避け、多角的に情報を吟味することが大切である。“倦怠感”というキーワードから、プロファイ

ル作成過程を経て睡眠の質、低ナトリウム血症、排便状況、循環器疾患など幅広く情報の入手確認を行うことは、既知から未知の情報へと展開できるリスクマネジメント強化につながる。

おわりに

緩和医療を必要とする患者はQOLを損なう要素が多く、全人的医療の提供のためには数多くの情報を入手し、打開策を見出していく必要がある。そのうえで、他職種のことを理解し、支持が得られるマネージメントを繰り返す。その姿勢が患者・家族、そして医療スタッフに理解され、段階的に高いコミュニケーションスキルにつながり、情報リテラシーを備える糧となる。

文 献

- 1) Mehrabian A and Ksionzky S. Factors of interpersonal behavior and judgment in social groups. *Psychol Rep.* 1971; 28: 483-492.
- 2) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncology* 2000; 5: 302-311.
- 3) Goldle L. The ethics of telling the patient. *J. Med. Ethics* 1982; 8: 128-133.
- 4) Kubler-Ross E. On death and dying. *Bull. Am. Coll. Surg.* 1975; 60: 15-17.
- 5) ロバート・バックマン (著), 恒藤 暁 (監訳), 前野 宏 (訳), 他. 真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針, 診断と治療社, 東京, 2006, p.42-45.
- 6) 内富庸介, 皆川秀明, 岡村 仁, 他. 終末期がん患者のコンサルテーション・リエゾン精神医学—うつと器質性精神症候群の精神科コンサルテーション—. *臨精医* 1995; 24: 149-159.
- 7) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16: 1594-1600.
- 8) 谷向 仁, 恒藤 暁. 精神科医に相談すべきがん患者の心理・精神的症状. *外科治療* 2008; 99: 574-579.
- 9) Fotos PG and Hellstein JW. Candida and candidosis. *Epidemiology, diagnosis and therapeutic management.* *Dent. Clin. North Am.* 1992; 36: 857-878.
- 10) Koc M and Aktas E. Prophylactic treatment of mycotic mucositis in radiotherapy of patients with head and neck cancers. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2003; 33: 57-60.
- 11) Lacouture ME, Mitchell EP, Piperdi B, et al. Skin toxicity evaluation protocol with panitumumab (STEPP), a phase II, open-label, randomized trial evaluating the impact of a pre-emptive skin treatment regimen on skin toxicities and quality of life in patients with metastatic colorectal cancer. *J. Clin. Oncol.* 2010; 28: 1351-1357.
- 12) Putnik K, Stadler P, Schafer C, et al. Enhanced radiation sensitivity and radiation recall dermatitis (RRD) after hypericin therapy—Case report and review of literature. *Radiat. Oncol.* 2006; 1: 32.
- 13) Blanco AI and Chao C. Management of radiation-induced head and neck injury. *Cancer Treat. Res.* 2006; 128: 23-41.
- 14) Champman CR, Casey KL, Dubner R, et al. Pain measurement: An overview. *Pain* 1985; 22: 1-31.
- 15) 高瀬久光, 川出義治, 岩田浩実, 他. 薬剤師によるオピオイドレスキュー指導に対する患者満足度調査. *癌と治療*

- 2008; 35: 803-808.
- 16) 櫻井恵理, 服部仁美, 西川千春, 他. 腹膜透析患者指導における問題解決へのプロセス KJ法, 二次元展開法を用いて. 腎と透析 2013; 75: 245-246.
 - 17) 高瀬久光, 井手口直子. 【頭頸部がんの緩和的アプローチ—効果的な対応策】医療コミュニケーションの“コツ”—Experience-based Medicine コミュニケーションって, なんだろう. 緩和ケア 2011; 21: 62-65.
 - 18) 高瀬久光. 特集 生き活きと生きるための緩和薬物療法—緩和薬物療法を考える鍵. Mebio 2013; 30: 76-83.
 - 19) Takase H. Skill Training Required for Palliative Medical Education—Answering without Patients' Pain Complaint. The 6th Japanese Society for Pharmaceutical Palliative Care and Sciences Workshop 2012.
 - 20) Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. Drug Metab. Rev. 2009; 41: 67-76.
 - 21) Thase ME. Antidepressant treatment of the depressed patient with insomnia. J. Clin. Psychiatry 1999; 60 Suppl 17: 28-31.
 - 22) Nierenberg AA, Keefe BR, Leslie VC, et al. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. J. Clin. Psychiatry 1999; 60: 221-225.
 - 23) Rush AJ, Armitage R, Gillin JC, et al. Comparative effects of nefazodone and fluoxetine on sleep in outpatients with major depressive disorder. Biol. Psychiatry 1998; 44: 3-14.
 - 24) Meier R. Prevalence of malnutrition. In Sobotka L, Allison SP, Furst P, Meier R, Pertkiewicz M, Soeters PB, Stanga Z (ed.), Basics in clinical nutrition. Galen, Prague, 2000; p.19-21.
 - 25) Mahood DJ, Dose AM, Loprinzi CL, et al. Inhibition of fluorouracil-induced stomatitis by oral cryotherapy. J. Clin. Oncol. 1991; 9: 449-452.
 - 26) Motallebnejad M, Akram S, Moghadamnia A, et al. The effect of topical application of pure honey on radiation-induced mucositis: A randomized clinical trial. J. Contemp. Dent. Pract. 2008; 9: 40-47.
 - 27) Takase H, Sakata T, Yamano T, et al. Advantage of early induction of opioid to control pain induced by irradiation in head and neck cancer patients. Auris Nasus Larynx 2011; 38: 495-500.
 - 28) 池上文雄. 緩和ケアと漢方薬. 漢方薬のいま—がん治療と漢方薬使用の実際. 月刊薬事 2009; 51: 811-814.
 - 29) 厚生省薬務局長. グリチルリチン酸等を含有する医薬品の取り扱いについて. 薬発 第158号, 1978.

Medical Communication Required for Cancer Patients: Polyhedral Approach

Hisamitsu TAKASE

Department of Clinical Pharmacy, Education School of Pharmaceutical Sciences, Hokuriku University,
3 Ho, Kanagawa-cho, Kanazawa 920-1181, Japan

Abstract: Cancer is an unbearable disease both mentally and physically for an individual, so the establishment of good communication between a patient and a pharmacist influences future cancer therapy. The relationship between a patient and a pharmacist with a high regard for patient compliance instruction is not sufficient, so skills for retroactively investigating the circumstances involved are necessary. Good communication requires a logical approach not only in medical treatment but also in psychological care. We use the SPIKES protocol to streamline communication in cancer consultations. This protocol is for breaking bad news to patients, a necessary part of medical communication. We should always act on the patient's behalf. We also need to be aware of the importance of a sense of temporal distance, a sense of physical distance, and positive expression, as well as how to appropriately convey the information on package inserts. Actually, according to a survey whose subjects are patients of the palliative care team at Fukuoka University Hospital, there was no correlation between physical and mental pain. Moreover, some patients had symptoms which were not included on the pain scale. As safety and efficacy are concomitant in pharmacotherapy, by acquiring the ability to formulate a profile necessary for deliberation or verification of an event through communication which can generate medical information, pharmacists will be able to provide holistic medicine.

Key words: communication, cancer therapy, SPIKES protocol, physical pain, mental pain