

薬学部教育における医療心理学の蓋然性

－とくにがん緩和ケアの観点からの検討－

宮 原 裕

On the Necessity of Medical Psychology in the Pharmaceutical Education:
From the Point of View of Palliative Care for Cancer Patients

Hiroshi MIYAHARA

要 旨

薬学部教育では、薬学の基礎的教育とともに、実務実習で体験する患者および家族とのコミュニケーションの場面で、患者の様々な病による身体的悩み、苦痛はもちろんであるが、心理状況をうかがい知り、それらの解決に薬剤師も係わっていくという姿勢を習ぶことは重要である。とくに、がん患者の場合には医師が行うがん病名の告知というきわめて厳しい場面が想定される。そこでは、告知を受けた患者の心理反応にはどのような過程があるのかを熟知して医療従事者は接していかないといけない。また、今日では緩和ケアはがんの診断がついた早期から関与していくことが推奨されている。とくに、痛みへの対策としては早期から対応を考え、患者が痛みによって生活の質が損なわれないようにすることが肝要である。それには医師や看護師のみでは不十分で、薬剤師の専門的な知識に基づく適切な薬剤選択、増量か、変更か、ローテーションかへの情報提供や提案が欠かせない。

キーワード：薬学教育、医療心理学、薬剤師、薬学生、緩和ケア

は じ め に

安田女子大学薬学部薬学科ではⅠ期生（平成24年度）から6年次後期（火曜日1限）に選択科目として医療心理学（2単位）の授業科目が設定されており、著者がその授業を担ってきた。そこで、著者の授業への取り組みを提示し、将来薬剤師をめざす薬学生に対する医療心理学の授業の蓋然性を改めて検証すると共に、がん治療専門医（頭頸部）としての著者の永年の経験を踏まえて、とくにがん緩和ケアの観点からも検討してみたい。なお、平成24年度の講義は6年次後期であったが、平成25年度以降は6年次前期の設定となった。また、当初は30時間2単位ということであったが、Ⅱ期生からは15時間1単位へと減少し、さらに著者が退職後のⅤ期生からは看護学科との合同授業となった（6年次後期30時間2単位へ復活）。

I. 授業計画と実践

1. 学習目標 (GIO : General Instructive Objective)

医療現場で薬剤師は医師およびパラメディカルの医療従事者と患者に関する情報を共有し、個々の患者に対してはチーム医療で対処できることが求められている。医療チームの一員としての薬剤師にとって必要な、患者・家族を中心とした人間の気持ちを理解でき、臨床現場でそれに対処できる心構えを習得することが目標である。

2. 到達目標 (SBO : Specific Behavioral Objective)

到達目標としては以下の8項目とした。1) 医療分野に関連する医療心理学の歴史、基礎的知識や技術について理解すること。2) 病を持った患者の心理と常人の心理の違いを理解できること。3) 患者と家族の関係における心理、患者と医療スタッフの関係における心理の特徴を理解できること。4) 性格(人格)検査の種類と代表的検査の概要が理解でき、臨床心理士の役割についても知る。5) パターナリズムからマターナリズムへの変遷を理解し、インフォームド・コンセント、コミュニケーション・スキルの重要性を認識すること。6) 緩和医療(ケア)、ホスピスと死の臨床について、患者の心理の観点から問題点を捉えられること。7) 投薬・服薬、治験におけるプラセボ効果について、理解できること。8) 臨床事例検討を通して、患者の心理、家族の心理を分析し、対処の方法を考える。

3. 授業内容

最初15回が設定された時の各回の内容は表1 aのごとくである。薬学部では薬学教育モデル・コアカリキュラムとの対応が求められており、SBOは薬学教育モデル・コアカリキュラム(2013年度改訂版)に対応して表記した。平成25年度から回数が8回となったので、内容を表1 bのごとく変更せざるをえなかった。また、薬害に関して、代表的な薬害を知り、その患者や家族の苦痛を理解し、これらを回避するための手段を討議することを追加した。

授業はパワーポイントで作成した参考資料を配布し、スライド表示しながら行い、臨床事例検討はセミナー形式で行った。がんなどの難治疾患の患者の闘病記やその家族が書かれた体験記の書籍を学期内中に読み、患者・家族を含めた人の心理について読後感想をレポート提出するよう授業の最初に指示した。それにより患者・家族の気持ちおよび表面に現れない心理を理解し、共感することが出来るようになっていくかを成績評価に供した。

具体的な授業内容について以下概説する。①医療心理学の歴史について紹介し、医療心理学とはどういうことを対象にしているのかその概略を理解できるようにさせた。患者のみでなく、患者の家族、そして医師を含む医療関係者、広くは社会がかかえる心理学的な問題を主たる対象とすることを理解するとともに、それを知識として知った上で、日常医療の現場での事例に対処できる技術を身につける重要性を示した。5年次に病院・薬局実習を経験しているため、再度認識を深めてもらった。②性格(人格)検査の種類と代表的検査および検査結果の解釈について紹介し、臨床心理士の役割や認知行動療法についても一部紹介した。③人が病気になった時の共通的心理的反応を理解し、個々の患者の心理状態と常人の心理の違いなどを紹介し、それらを共通認識として理解できることを目指した。がんなどの致命的疾患を有する患者や、腎透析患者や遺伝疾患を有する患者の心理を示した後に、患者、家族、医療者の心理について自由討論を行っ

表1 a 医療心理学授業内容（平成24年度）とSBO対応

1回；医療心理学とは、医療心理学の歴史	A(3)-①4,5,6,7,8
2回；ヒトの性格および代表的な人格検査	A(3)-①4
3回；ヒトの病気に対する心理、病を持つ患者の心理	A(3)-①4,5
4回；患者・家族・医療チームの関係における心理	A(1)-①3, A(3)-①1,2,3,4,5,6,7,8,9 F(4)-①9
5回；人格と疾病（心療内科）	
6回；インフォームド・コンセント、悪い知らせをどう伝えるか 医療行為、心構え	A(3)-①1,2,3,4,5,6,7, A(3)-②1,2
7回；死の臨床、死の看取り、リビング・ウイル、尊厳死、 グリーフケア	A(1)-①5, F(1)-③11 F(4)-①9
8回；緩和ケア、ホスピスと死生観	A(1)-①5,7, E2(7)-⑨1,2, F(1)-③11, F(4)-①9
9回；患者の心理と青壮年・老人への対処	A(1)-①5, A(3)-①4,5
10回；投薬、服薬、治験におけるプラセボ効果	A(3)-①5, A(3)-②1, B(1)-2
11回；医療と生命倫理、コミュニケーション・スキル	A(2)-①3, A(3)-①1~9
12回；事例検討①遺伝性疾患の患者・家族の心理	A(3)-①1,3,4,5,7,8,9
13回；事例検討②がん闘病記、患者・家族の心理	A(3)-①1,3,4,5,7,8,9
14回；事例検討③喉頭摘出患者、脳死臓器移植の家族の心理	A(3)-①1,3,4,5,7,8,9
15回；事例検討④乳癌患者の心理、	A(3)-①1,3,4,5,7,8,9

表1 b 医療心理学授業内容（平成25～27年度）

1回；医療心理学とは、医療心理学の歴史	
2回；ヒトの性格および代表的な人格検査、人格と疾病（心療内科）	
3回；ヒトの病気に対する心理、病を持つ患者の心理、投薬、服薬、治験におけるプラセボ効果、薬害と患者の心理	A(1)-③1,2,3,4,5,6,7
4回；インフォームド・コンセント、悪い知らせをどう伝えるか、 コミュニケーション・スキル	
5回；死の臨床、死の看取り、リビング・ウイル、尊厳死、緩和ケア、ホスピスと死生観、 グリーフケア、	
6回；事例検討①遺伝性疾患の患者・家族の心理、②脳死臓器移植の家族の心理	
7回；事例検討③がん患者・家族・医療関係者との間の心理 ④喉頭がんによる喉頭摘出患者の心理、	
8回；事例検討⑤乳癌患者の心理	

た。④患者と家族の関係における心理、患者と医師の関係における心理、患者と医療従事者の関係における心理、患者間の心理など、立場を変えての心理の違いが生じることを理解してもらった。エンドオブライフケア、家族の支え、援助、自宅死、悲嘆回復についても紹介した。⑤いわゆるこころの病が病気を作る診療内科の事例について「心療内科（池見西次郎、中公新書）」を参考に具体的に「病は気から」の一面もあることを理解する。⑥インフォームド・コンセントの概念の歴史、医療界でのパターナリズム（paternalism、家父長主義で独善的に物事を決め、押しつけること、医師から「～した方がよい」と断定され、他の選択の余地が無く従うこと）からマターナリズム（maternalism、色々と代わりに治療選択も提示してもらい、説明を受けて患

者が理解した上で決めていく) への変遷について知り、がんをはじめとする難治の病名の告知にあたって、インフォームド・コンセントのなかで「悪い知らせ」をどう知らせるかについての技術を学び、キューパー・ロスの告知による心理的反応について学ぶ。「悪い知らせ」をどう知らせるかについての技術については国立がん研究センター制作DVDにより、具体的によいコミュニケーション・スキルとそうでない例を学び、理解を深める。⑦医療現場での死の看取りを始めとする死の臨床を知り、人間の死をいかにとらえるか、宗教はどう捉えるか、患者主体の死生観、尊厳死、リビング・ウィル、DNR (do not resuscitate) について概説し、理解を促す。⑧がん医療の現場で必ず直面する終末期医療 (ターミナル・ケア) とWHOの提唱する緩和ケアの概念とその現状を理解する。また、わが国におけるホスピス施設の現状を知る。⑨患者が働き盛りの青壮年の場合、老人の場合で病に立ち向かうその心理には相違点がある。仕事、家庭、家族、人生観、死生観、全人的苦痛について理解する。⑩薬物投与におけるプラセボ効果や治験、投薬・服薬における心理について理解する。⑪医療現場における、医療と生命倫理、医療に対する責任、人道性、奉仕の精神、コミュニケーション・スキル、社会人・医療人としての心構えについて理解する。⑫⑬⑭⑮事例検討:以下はセミナー形式で行うこととし、紹介した事例の患者・家族の心理的問題についてディスカッション形式で授業をすすめた。1) 遺伝性疾患MEN (多発性内分泌腺腫) の患者を対象にしたシンポジウム記録を参考にして患者と家族の心理を理解する。2) 喉頭痛、下咽頭癌による喉頭摘出者 (手術により喉頭の発声機能を喪失し、失声する、DVD紹介) の心理、3) 脳死臓器移植の家族 (DVD紹介) の心理など具体例を検討し、患者および家族の心理が経時的、動的変化することを知る。⑮わが国における薬害事例の紹介と薬害に苦しむ患者、家族の苦痛について理解する。とくにグロブリン製剤などの血液製剤によるHIV感染、B・C型肝炎について知り、薬害を受けた患者の心理を理解する。

4. 教科書、参考書、参考資料

教科書には「鈴木伸一：医療心理学の新展開－チーム医療に活かすべき心理学の最前線－、北大路書房、2008年」を採用した。

参考書としては以下の書を紹介した。

1) 乾 吉佑：医療心理学、実践の手引き、出会いと心理臨床、金岡出版、2007年、2) 小川芳男：医療心理学、北閣出版、2007年、3) 丹野義彦：医療心理学を学ぶ人のために、世界思想社、2009年、4) 忠井俊明：医療心理学、星和書店、2008年、5) 飯田紀彦編著：プラクティカル医療心理学、金芳堂、2006年。

参考資料

1) 池見西次郎：心療内科、(1963)、中公新書29、中央公論社、2) 池見西次郎：続・心療内科、(1973)、中公新書346、中央公論社、3) 財団法人いばらき腎バンク企画：話そう 大切な人とーいのちのきずな－DVD、(2010)、4) いのちを楽しむ－容子と乳がんの2年間－DVD、(2013)、ビデオプレス、5) 香山リカ、中澤正夫：対談、精神科医、家族を家で看取る、図書、(2014)、3月号、p6-11、岩波書店。

5. レポート用参考書籍

課題として課した「がん体験記」としては、著者が患者の場合と家族の場合、第三者の場合がある。レポート用参考書籍として例示した書の一部は以下のごとくであり、経年的に追加した。

なお、例示した書以外多数の選択が可能である。

患者が著者

1) 中島みち：がんと闘う・がんから学ぶ・がんと生きる、文芸春秋社、文春文庫、2) 与謝野馨：全身がん政治家、文芸春秋社、3) 鳥越俊太郎：がん患者、講談社、4) 佐々木常雄：がんと生きる、講談社、現代新書。

家族・その他が著者

5) 垣添忠生：妻を看取る日一国立がんセンター名誉総長の喪失と再生の記録、新潮社、新潮文庫、6) 津村節子：紅梅、舌癌と隣臓癌で逝った夫吉村昭、文芸春秋社、7) 戸塚洋二：がんと闘った科学者の記録、文芸春秋社。

その他

8) 柳田邦男：新・がん50人の勇氣、文芸春秋社、文春文庫、9) 柏木哲夫：死を看取る医学、NHKライブラリー、10) 小島美都子：ガンの夫を自宅で看取る、農山魚村文化協会、11) 徳永進編著：患者さんが教えてくれたターミナルケア、看護の科学社、12) 額田 勲：がんとどう向き合うか、岩波書店、岩波新書。

6. 「医療心理学」の授業実績と受講学生へのアンケート結果

平成24年度（2012）は6年次後期、火曜1限で受講者1名、平成25年度（2013）は6年次前期、月曜1限で受講者68名であった。平成26年度（2014）は6年次前期、金曜3限で受講者は53名、平成27年度（2015）は6年次前期、金曜3限で受講者は14名であった。

平成24年度は受講生が1名だったので、グリーンケアについて、薬物のプラセボ効果について、喉頭摘出者の心理について、脳死臓器移植について、など随時討論を行った。平成25年度と平成26年度は学年のほとんどの学生が必須に近い形で受講してくれた。その受講態度に問題はなかった。患者および家族の心理についてという実践に即した内容であったので、集中して受講していた。また、適宜DVDを使用し、がん患者への病名告知、そして、その後の心理的変化などの具体的な問題について学生に問いかけをして、共通認識の下に授業は進行できた。

レポートは若干期日に遅れた学生もいたが全員提出され、高い評価であった。平成27年度（2015）は国家試験が厳しくその対策に追われる中で、6年次の選択科目である医療心理学の授業は学生には負担であるようで受講者は少なかった。それまでの年度と同じスタンスで授業は進めたが、患者および家族の心理について考えるという実践に即した内容であったので、臨床実習の経験もあり集中して受講しており、全員受講態度に問題はなかった。とくに14名という限定された人数であったので、セミナー形式をとり討議をしながら濃密な授業となった。また、例年通りレポートを課したが全員から提出された。他人の読書感などを引用する例はみられず、真剣に取り組みまとめていた。将来薬剤師として患者や家族と接する機会が生じるが患者、家族と思いを共通にすることが期待される内容で、全員が高い評価であった。

「医療心理学」の授業後の学生のアンケート結果では、「これまであまり触れたことのない、医療心理学について知ることができ、勉強になりました。患者の心理や医療の在り方について深く考えさせられました。」「患者さんへ癌の告知をするDVDで、癌についてどう伝えるか、患者さんはどう反応するのか配慮をすることが大切だと改めて気づかされました。また、癌治療法を選択するしないは患者さん御本人に委ねられているということを忘れてはいけないと思いました。」「最終日は緩和ケアに関する問題演習があったりして良い復習の機会になった。また患者の心情

について学ぶことができ社会に出て活かしたいと思いました。」などで、前向きにとらえており、概して好意的な評価であった。また、がん体験記を2冊読んだ学生の読後感として、「患者の立場に立ち、共感する姿勢というのは、患者さんの感情を考えた上での行動であるべきです。だから参考書等でみたま、ただ単に台詞として発する共感の言葉にはなんの意味もなく違和感があるのだと思いました。私も実務実習を振り返ると、病気の症状や治療薬を理解するのに必死になってしまい、患者さん自身のことを考えることはあまりなかったように思い、反省しました。これから実際に医療現場で働いていく上で、何よりも信頼と人柄を大切に、本当の意味での患者さんの立場に立った行動ができるようにいつも心がけていきたいと思いました」というもので、まさに本授業の目指した趣旨が伝わっていた。

Ⅱ. 薬学部における授業科目「医療心理学」について

医療心理学とは、医療スタッフが、臨床的に実践するために必要な心理学的知識と方法の体系であり、精神科医に限らず、各科の医師、看護師、薬剤師、保健師、医療や臨床に携わる臨床心理士、ソーシャル・ワーカーなど、すべての医療スタッフに役立つ臨床的で基本的な心理学を意味するとして小比木啓吾によって命名された¹⁾。わが国の薬学部で実際にどの程度医療心理学の授業が行われているか、カリキュラムでその授業内容が公開されているものを調べてみると、薬学部を有する国公立大学73大学中11大学であった。医療心理学が余り認知されておらず、その内容は実に様々であった。臨床心理学が授業されている大学が15大学であった。医療心理学という科目は必須ではないので、各大学で選択として開講されていることが多かった。また、単科大学でなくて他の医療系の学部（看護学部、医学部など）を有する大学と、さらには心理学部あるいは心理学科を有し、医療心理士養成コースのある大学では異なっている。つまり、純粋な心理学（フロイトやユングなど）を薬学部で授業する必要はなく、共通教育で授業が選択される機会もある。実際に安田女子大学でも平成28年度から看護学部生とともに受講できるようになった。平成28年度薬学科2名、看護学科13名、平成29年度看護学科8名のみであった。

医療現場で薬剤師の活躍する場面は、かつては薬局や病院薬剤部でのみであり、あまり患者、家族と接触する機会はなく、せいぜい処方薬剤を手渡すときのわずかな会話を交わす程度であったが、現在では病棟でも薬剤師の患者に接する機会は増え、さらには在宅介護にもなって直接患者、家族に接する機会は増加している。したがって、看護師よりは接する機会は少ないかもしれないが、薬剤師としても患者家族とのコミュニケーション能力の向上が必要になっている。したがって、学生時代に患者、家族の心理面をまず理解しておくことは必要不可欠である。とくに、高学年にそれは生かされてくるとわれ、病院、薬局実習に出る前に受けるのも一つであるが、もうひとつ現実感に乏しい。しかし、実習経験を経て授業を受けると経験に基づいてより実感することが多く、実りが多くなると思われる。多くの大学が4年次または6年次に授業を行っているのは納得のいくところである。

授業の初回に医療心理学の歴史について紹介し、医療心理学とはどういうことを対象にしているのか、通常の心理学との違いを理解してもらうようにした。つまり、対象が患者のみでなく、患者の家族、そして医師、看護師、薬剤師を含む医療関係者であり、広くは社会がかかえる心理学的な問題を主たる対象とすることを理解することを目的として示した。幸い5年次に病院・薬局実習を経験しているので、再度認識を深めてもらうことができた。次いで、実際にめまい患者

や、咽喉頭異常感を訴える患者に対して性格（人格）検査が臨床でも使用されている例を紹介したり、いわゆるこころの病が病気を作る事例を、心療内科の第一人者であった池見西次郎の2冊の著書を参考に「病は気から」の一面もあることを理解してもらい、また、関連する投薬・服薬、治験においてプラセボ効果がみられることについて説明した。

人が病気になった時の共通的な心理的反応を紹介し、個々の患者の心理状態、病を持った人の心理と常人の心理の違いなどを紹介し、共通認識として理解できることを目指した。とくに心理的に強烈な影響を与えるがんなどの致命的疾患の患者、家族、医療者の心理について自由討論を行った。その際、がんを含めて病名告知やインフォームド・コンセントについてのわが国での変遷、医療界でのパターンリズムからマターナリズムへの変遷について知り、現代もっとも推奨されている方法についての情報を提供した。さらに、超高齢者社会に伴って、今後ますます問題となるエンドオブライフケア、家族の支え、援助、自宅死、悲嘆回復について香山・中澤の対談を参考資料として紹介した。

病名告知による心理的反応について学び、がんなどの「悪い知らせ」をどう知らせるかについての技術についてはDVDを観ることで、よいコミュニケーション・スキルとそうでない例を具体的に学び、理解を深めさせた^{2,3)}。やはり、授業後アンケートでもこの動画はかなり印象的であったようで、理解を高める効果があったようである。

緩和ケアについて紹介したが、近年緩和ケアの概念が変更され、がんなど致命的疾患と診断され治療が開始される早期からケアが開始されるべきであるというように変わった（図1）ことを紹介し、全人的苦痛を有する患者というとらえ方で対処することを強調した（図2）。

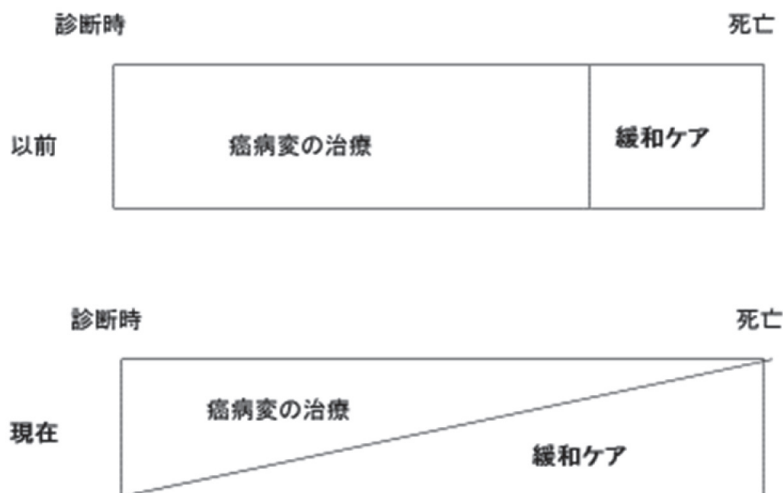


図1 緩和ケアの概念の変化

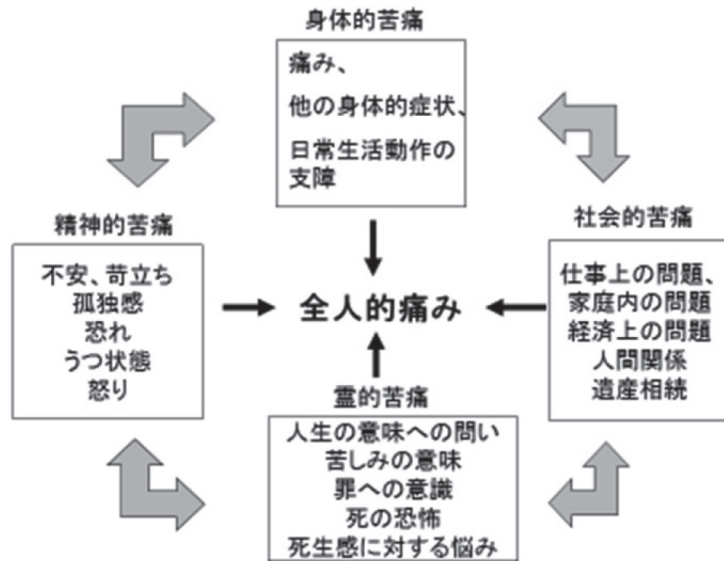


図2 緩和ケアの概念の変化

授業の後半の患者事例として、喉頭癌、下咽頭癌による喉頭摘出者（手術により喉頭の発声機能を喪失し声を発することができない）をDVDで紹介し、術後に音声再獲得法を使っても本来の発声ができないこと、入浴の際には気管孔の下までしかお湯につかれないこと、鼻がすすれないこと、猫舌になること、重いものが持ちにくくなるなどの状況を理解してもらった。患者がたとえ術前にそれらのことについて説明を受けていたとしても極めて心理的にダメージを受けるので、そのサポートをするのが医療従事者として重要であることを学んでもらった⁴⁾。

臓器移植に関して、脳死状態の子どもがドナーとなる場合の家族の心理について、最初は拒否的であった家族が、臓器提供に積極的な意思を示していたことを知り、移植に同意する過程をDVDで紹介した。乳癌患者が乳房温存手術を受けた後、転移が判明してからも抗癌剤などの治療を極力さけ、緩和ケアを受けながらピアノ演奏会を楽しんだり、旅行しながら、最期まで悔いなく楽しく生を全うする姿をDVDで見てもらい、患者の心に共感し寄り添うことがどういうことかを理解してもらった。アンケートにもあったようにDVDは受講生の理解に与える効果は大であった。

著者自身の医師として臨床現場で経験したことからいうと、患者と家族の思いに寄り添い、その心理的な状況をできるだけ客観的に把握し、十分な情報提供で解決できるものは実行し、そうでない場合には看護師も含めコミュニケーションを十分にとって、問題の解決に向かってよい方向に導いていくという過程の繰り返しであったと思える。先述の喉頭全摘術が必要とされる患者や家族への説明の際には幾度となく涙ぐむ姿を目の当たりにしてきた（予期悲嘆）。予期悲嘆のケアのポイントは、悲しみをできるだけ表現してもらうことと柏木⁵⁾も述べている。それらの経験を紹介し理解を深めてもらうよう努めた。

全人的医療とは、「病」そのものを診るのではなく、病気を抱えた人の身体的、心理的、社会的側面を診るとともに、その人およびその人を取り巻くような要素を幅広くとらえながら実践し

ていく医療である。その中心ともなる心理的側面をとりあげていく際に「人間理解」という専門性を有している学問領域は心理学であり、「医療心理学」の役割は今後も益々重要性が高まると思われる。その全人的医療は医師や看護師のみではなく、薬剤師もその一員として活動することが期待されている。

Ⅲ. がん緩和ケアの観点からの検討

医療心理学の授業の目的はヒトが病気になった時の共通的な心理的反応を理解し、個々の患者の心理状態、病を持った人の心理と常人の心理の違い、などを共通認識の共有として理解できることと、それに基づいて将来医療現場で従事することになる薬学生に実践できる能力を与えることである。

臨床現場では患者に最初ががんの告知、すなわち悪い知らせ (bad news) を伝えるという場面がある。それは医師によってなされるが、看護師や薬剤師にとっても色々患者の心理状態を知っておくことは重要であり、共有されるべき事項であるので、まずその点について検討して、さらに緩和ケアについて検討する。

そこで、ある人が症状を訴えて病院の医師を受診した場合や、検診で異常が指摘されて病院を受診した場合を考えてみる。そこから医師と患者との間には一定のコミュニケーションが必要になってくる。医師が患者の心理を考えて、配慮した問いかけを行い、それに対する患者の受け答えの過程で、医師は患者から発せられる言葉だけでなく顔の表情、体動、などで患者の心の内をおもんばからないとはいけない。何を心配して受診しているかどうかをオープン・クエッションも適宜使用して確認することが重要である。そして、診察や検査が行われその時点ですぐにがんの診断がなされる場合もあるが、多くは検査の結果を総合的に考えてがんかそうでないかが判断されるのが普通である。その期間が長ければ長いほど患者の心配は深くなる。時には食欲が減退し、不眠になる患者もいる。そして、次に検査の結果からがんの診断が告げられる時が来る。その時の告知をするかどうかについて以前は問題であったが、最近はがんの告知も患者に直接なされるが多くなった。もちろん、がん専門病院などでは初診時に問診票にあわせて、もしがんという診断がなされた場合に「直接告げられることを望みますか、否ですか」ということに答える欄がある。

医師側は患者にがんであることを告知する場面では、いわゆる悪い知らせを告げるわけであり、そこには一定の技術が推奨されている。悪い知らせの伝達法についてはSPIKESの実践がMD Anderson CenterのBaileによって紹介されている²³⁾。それによると、1) Setting (設定) : 話す内容に相応しい場所や時間を用意する。2) Perception (認識) : 今の状態をどのように理解し思っているのか、何を心配しているのか、3) Invitation (確認) : 患者がどれくらい知りたいか、何のために知りたいのかを確認する。その上で、4) Knowledge (情報提供) : 専門用語をさけて、5) Empathy & exploration (共感と探索) : 相手の感情にきづく、6) Summary & strategy (要約と対策) である。さらに、わが国の患者の意向と日本の文化に則った実情にあわせて、SHAREという悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキルとしての技術も紹介されている²³⁾。それは、1) S : Supportive environment : 支持的な場の設定、2) H : How to deliver the bad news : 悪い知らせの伝え方、3) A : Additional information : 付加的な情報、4) RE : Reassurance and Emotional support : 情緒的サポート、というものである。安心感を

与え情緒的サポートするためには、1) 気持ちをやわらげる言葉かけ（「暑い日が続きますね」など）、2) ノンバーバルのコミュニケーション（微笑みなど）、3) 心の準備ができるような言葉かけ（「大切なお話です」など）、4) 患者に感情表出を促し、それを受け止める（沈黙、うなづき、「どのようなお気持ちですか？」など）、5) 気持ちをいたわる言葉かけ「おつらいですね」など、6) 患者の希望を維持する（できないことではなく、できることを伝えていく）、7) 今後も責任を持って診療にあたることを伝える（「一緒に取り組みましょうね」など）、8) 「沈黙」を利用する、9) 「ボキャブラリー」を増やす、などということを考慮するのがよいとされる。

がんの告知を受けたときの患者の反応について米国精神科医のキューブラー・ロスによると、1) 最初は否認 (denial) の気持ちを持ち、自分のがんであるはずがないという心理となる。2) 怒り (anger) に移り、自分はもちろん他人にもその矛先は及ぶ。3) 取引 (bargaining) に移る。神との取引である。4) 抑うつ (depression) へとすすむ。その段階を経て、5) 最後は受容 (acceptance) していく、としている²⁶⁾。わが国では宗教的背景も異なる環境にあるが、心理プロセスはほぼ同様であろう。治療法の進歩で、がん＝死とすぐ結びつけるのはおかしいが、患者、家族にとっては今なお死をイメージしてしまう傾向がある。しかし、患者の知る権利、治療を受ける権利、治療を選択する権利が声高に叫ばれるようになり、多くの施設ではがん告知が行われるようになった。その際には前述の事項をふまえた上で患者および家族への心理面への細やかな配慮が肝要である。薬剤師も抗癌剤や鎮痛のためのオピオイド製剤の投与の場面ではその説明もせざるを得ないのであり、患者、家族がどの程度その病気について知って、理解しているか、今どのような心理の状態にあるかなどを配慮しながら投薬業務にあたる必要がある。実際に患者、家族に面談し説明する際には、患者の気持ちを和らげる言葉をかける、感情を受け止め、気持ちをいたわる言葉をかける、治療を含め今後のことについて話し合う際には患者が希望を持てる情報も伝える、患者の気持ちを支える言葉をかける、という患者の心理に深く寄り添い語りかけることが重要である。

さて、がんの緩和ケアについては、1975年、カナダ・ケベック州モントリオールにあるマギル大ロイヤル・ビクトリア病院内に、泌尿器科医であったバルフォアM・マウント (Balfour M. Mount) によって世界初の緩和ケア病棟 (Palliative Care Unit) が開設された。彼はホスピス運動の祖である英国のシシリー・ソングラスにホスピス・ケアを学び緩和ケアの名称を発案した。医療者はCurerであるだけでなく、Healerであるべきとの主張をし、palliative (緩和する) の語源はラテン語のpallium (体を覆い隠せるほどのマント) で、ICUのような専門性を考えcare unitの言葉を付けたといわれる⁷⁾。シシリー・ソングラスはtotal pain (全人的苦痛) という概念を提唱し、total painとは身体的苦痛のみでなく、精神的 (怒り、不安、恐怖など)・社会的 (家族、社会的地位など)・スピリチュアル (生きてきた意味、死後の世界など) な苦痛も含み、これらが相互に影響しあって患者の苦痛を形成すると述べた⁸⁾ (図2)。

WHOによる緩和ケアの定義は、1990年には、「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する終末期ケア」とされていたが、2002年に改定され、新しい定義では「生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を予防・評価・対処することによってQOLを向上させるアプローチ」と変更された (図1)。転移のある非小細胞肺癌患者において、診断後早期に緩和ケアを開始した群では標準治療群に比べQOLや気分障害が改善しただけでなく、生存期間の延長

も認められたとの報告もある⁹⁾。緩和医療（ケア）の目指すものとして、「全人的ケア」、「QOLの向上」、「チーム医療」、「継続ケア」、「家族のケア」の5つがある。さらに、最近は患者の死以降の家族に対するケアも考慮されるようになってきており、それをグリーフケア（死別後の悲嘆に対するケア）と呼んでいる。

緩和ケアチームの要件としては、①身体症状の緩和を担当する常勤医師、②精神症状の緩和を担当する常勤医師、③緩和ケアの経験を有する常勤看護師、から構成される専従のチームとされているが、この他にもソーシャルワーカー、臨床心理士、薬剤師などさまざまな職種がチームに加わることが望ましいとされている。最近は日本病院薬剤師会主導のがん薬物療法認定薬剤師（2017年現在1106名）、日本医療薬学会がん専門薬剤師（同525名）や、日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師（同595名）の制度も確立されている。

わが国における緩和ケアに関しては、2006年6月に成立したがん対策基本法で、「早期からの疼痛緩和」、「在宅での支援体制」など緩和ケアに関する項目が明記された。それに基づき2007年6月、厚生労働省によるがん対策推進基本計画が策定され、緩和ケアの実施（痛みや精神的ストレスを軽くする）と「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられた¹⁰⁻¹²⁾。さらに2012年6月のがん対策推進基本計画で「5年以内になんか診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。とくにがん診療拠点病院では、自施設のがん診療に携わるすべての医師が緩和ケア研修会を終了することを目標とする」となった。それによって日本全国各県のがん診療連携拠点病院で毎年2日間にわたる緩和ケア研修会が開催されており、医師以外にも看護師、薬剤師、等の参加が促されている。この研修の目的は1) 基本的な緩和ケアの習得；痛みを初めとするがんに伴って生じる苦痛に対して、緩和ケアの基本的な知識・技術・態度を習得し、実践できること、2) 困ったときに相談する必要性を理解する；解決が難しい問題を抱え込まず、緩和ケアチームなどの他職種チームに相談することができる。相談するタイミングを判断することが出来る、ということである。

とくにがんの痛みは患者を非常に苦しめるものであり、早期から精力的に取り組むべき症状の一つである。がん性疼痛に対する対処はWHO方式がん疼痛治療法（1986年初版、1996年改訂¹³⁾）を基本とした治療法が確立している。その鎮痛薬投与の基本方針は、1) 経口的に（by mouth）、2) 時刻を決めて規則正しく（by the clock）、3) 除痛ラダーにそって効力の順に（by the ladder）、4) 患者毎の個別的な量で（for the individual）、5) その上で細かい配慮を（attention to detail）、である。そして、基礎的な痛み（段階Ⅰ）に対しては、まず非オピオイド鎮痛薬のNSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬）やアセトアミノフェンなど、軽度から中等度の痛み（段階Ⅱ）に対してはコデイン、トラマドールなどの弱オピオイド鎮痛薬、中等度～高度の痛み（段階Ⅲ）に対してはモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルなどの強オピオイド鎮痛薬が使用される（3段階ラダー）。体性痛や内臓痛などの侵害受容性疼痛の他に「灼けるような」「ピリピリする」「電気が走る」といった神経障害性疼痛に対してはプレガバリンなどの抗痙攣薬や抗うつ薬、NMDA受容体拮抗薬やコルチコステロイドなどの鎮痛補助薬が必要とされることもある^{14,15)}。

わが国では40年前までのがん性疼痛に対する薬剤に限られていた時とは隔世の感があり、多数のオピオイド製剤が使用可能であり、しかも以前のように痛み出すときに処方するのではなくて、定期時間投与が推奨されるようになり、患者の苦痛は軽減されることとなった。また、突出

痛への対処も即効性薬剤の使用により定性化され、副作用の点を配慮したオピオイド・ローテーションという概念も普及している。痛み治療の目標設定は、第1目標は痛みに妨げられない安眠の確保、第2目標は安静時の痛みの消失、第3目標は体動時の痛みの消失、である。痛みの増大には不安感、不眠、疲労、恐怖、怒り、悲しみ、抑うつ、倦怠、孤独感、社会的地位の喪失といったことが影響してくるのも事実である。つまり心理的なものが痛み一つにも影響を及ぼしているということを医療従事者は理解しておかないと、単に鎮痛薬を増量するといった対処のみでは解決しないこともある。「医療心理学」授業の科目の趣旨、患者の心理を知ることが強調される場面でもある。

なお、緩和ケアの詳細については著者の3年次の「疾病論Ⅱ」の授業の中で痛みの計測法、疼痛に対する薬剤、モルヒネの副作用対策などを講義した。

患者が弱ってきて、「私だめなんかじゃないでしょうか」と言ったとき、「そんな弱音吐いたら駄目ですよ、頑張りなさい」と励ますことは禁句である。患者はさらにつらくなるだけである。寄り添うことが重要である。緩和ケアにおいて薬剤師に望まれることは、病棟あるいは調剤薬局、あるいは在宅医療での訪問先で患者、家族と接する機会が増えているので、適切なコミュニケーションにより信頼関係を築き、傾聴と沈黙（待つ）をうまく行い、患者の心理的背景を常におもんばかることである。その際、薬剤師としての知識を十分発揮してその苦しみに真摯に向き合うことができるようになることが望まれ、かつ対処が実践されることが期待される。その時初めて「医療心理学」の授業科目の存在価値が問われると思う。

引用文献

1. 小比木啓吾編. (1979) 新・医療心理学読本, からだの科学 増刊10. 日本評論社, 東京
2. 内富庸介, 藤森麻衣子編. (2007) 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 (DVD付). 医学書院, 東京
3. 内富庸介, 藤森麻衣子編. (2009) 続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル-実践に学ぶ悪い知らせの伝え方. 医学書院, 東京
4. 上條朋之, 鬼塚哲郎. (2012) 頭頸部がん患者への情報提供とケア, 緩和ケア, 22:補. 56-60.
5. 柏木哲夫. (2012) 生きること, 寄りそうこと, いのちのことば社, 東京
6. Kubler-Ross E. (1969) On death and dying. Macmillan Publishing. 川口正吉, 訳. (1971) 死の瞬間-死にゆく人々との対話, 読売新聞社, 東京
7. 土屋静馬. (2017) 患者の“今”に向き合う医療者に, 緩和ケアの視点から, 週刊医学界新聞, 3222号, 4, 医学書院
8. Twycross R, Wilcock A, Toller C, 武田文和訳. (2010) トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 改訂版, 医学書院, 東京
9. Temel JS. (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Eng J Med, 363: 733-742.
10. 坂井かおり. (2007) がん緩和ケア最前線, 岩波新書1067, 岩波書店, 東京
11. 日本医師会監修. (2008) がん緩和ケアガイドブック.
12. 厚生労働省・日本医師会監修. (2010) がん緩和ケアに関するマニュアル, 第3版, (財)日本ホスピス緩和ケア研究振興財団.
13. 世界保健機構, 武田文和訳. (1996) がんの痛みからの解放, WHO方式癌疼痛治療法, 第2版, 金原出版, 東京
14. 日本緩和医療学会編. (2013) 緩和医療薬学, 南山堂, 東京
15. 日本緩和医療学会編. (2014) がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン, 2014年版, 金原出版, 東京

付表 新モデル・コアカリキュラムで求められている到達目標SBO（医療心理学講義に関する抜粋）

A 基本事項

(1) 薬剤師の使命

【①医療人として】 1. 常に患者・生活者の視点に立ち、医療の担い手としてふさわしい態度で行動する。(態度) 2. 患者・生活者の健康の回復と維持に積極的に貢献することへの責任感を持つ。(態度) 3. チーム医療や地域保健・医療・福祉を担う一員としての責任を自覚し行動する。(態度) 4. 患者・患者家族・生活者が求める医療人について、自らの考えを述べる。(知識・態度) 5. 生と死を通して、生きる意味や役割について、自らの考えを述べる。(知識・態度) 6. 一人の人間として、自分が生きている意味や役割を問い直し、自らの考えを述べる。(知識・態度) 7. 様々な死生観・価値観・信条等を受容することの重要性について、自らの言葉で説明する。(知識・態度)

【③患者安全と薬害の防止】 1. 医薬品のリスクを認識し、患者を守る責任と義務を自覚する。(態度) 2. WHO による患者安全の考え方について概説できる。3. 医療に関するリスクマネジメントにおける薬剤師の責任と義務を説明できる。4. 医薬品に関わる代表的な医療過誤やインシデントの事例を列挙し、その原因と防止策を説明できる。5. 重篤な副作用の例について、患者や家族の苦痛を理解し、これらを回避するための手段を討議する。(知識・態度) 6. 代表的な薬害の例(サリドマイド、スモン、非加熱血液製剤、ソリブジン等)について、その原因と社会的背景及びその後の対応を説明できる。7. 代表的な薬害について、患者や家族の苦痛を理解し、これらを回避するための手段を討議する。(知識・態度)

(2) 薬剤師に求められる倫理観

倫理的問題に配慮して主体的に行動するために、生命・医療に係る倫理観を身につけ、医療の担い手としての感性を養う。

【①生命倫理】 1. 生命の尊厳について、自らの言葉で説明できる。(知識・態度) 2. 生命倫理の諸原則(自律尊重、無危害、善行、正義等)について説明できる。3. 生と死に関わる倫理的問題について討議し、自らの考えを述べる。(知識・態度) 4. 科学技術の進歩、社会情勢の変化に伴う生命観の変遷について概説できる。

【②医療倫理】 1. 医療倫理に関する規範(ジュネーブ宣言等)について概説できる。2. 薬剤師が遵守すべき倫理規範(薬剤師綱領、薬剤師倫理規定等)について説明できる。3. 医療の進歩に伴う倫理的問題について説明できる。

【③患者の権利】 1. 患者の価値観、人間性に配慮することの重要性を認識する。(態度) 2. 患者の基本的権利の内容(リスボン宣言等)について説明できる。3. 患者の自己決定権とインフォームドコンセントの意義について説明できる。4. 知り得た情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱いができる。(知識・技能・態度)

【④研究倫理】 1. 臨床研究における倫理規範(ヘルシンキ宣言等)について説明できる。2. 「ヒトを対象とする研究において遵守すべき倫理指針」について概説できる。3. 正義性、社会性、誠実性に配慮し、法規範を遵守して研究に取り組む。(態度)

(3) 信頼関係の構築

患者・生活者、他の職種との対話を通じて相手の心理、立場、環境を理解し、信頼関係を構築するために役立つ能力を身につける。

【①コミュニケーション】 1. 意思、情報の伝達に必要な要素について説明できる。

2. 言語的及び非言語的コミュニケーションについて説明できる。3. 相手の立場、文化、習慣等によって、コミュニケーションの在り方が異なることを例を挙げて説明できる。4. 対人関係に影響を及ぼす心理的要因について概説できる。5. 相手の心理状態とその変化に配慮し、対応する。(態度) 6. 自分の心理状態を意識して、他者と接することができる。(態度) 7. 適切な聴き方、質問を通じて相手の考えや感情を理解するように努める。(技能・態度) 8. 適切な手段により自分の考えや感情を相手に伝えることができる。(技能・態度) 9. 他者の意見を尊重し、協力してよりよい解決法を見出すことができる。(知識・技能・態度)

【②患者・生活者と薬剤師】 1. 患者や家族、周囲の人々の心身に及ぼす病気やケアの影響について説明できる。2. 患者・家族・生活者の心身の状態や多様な価値観に配慮して行動する。(態度)

B 薬学と社会

人と社会に関わる薬剤師として自覚を持って行動するために、保健・医療・福祉に係る法規範・制度・経済、及び地域における薬局と薬剤師の役割を理解し、義務及び法令を遵守する態度を身につける。

(1) 人と社会に関わる薬剤師

人の行動や考え方、社会の仕組みを理解し、人・社会と薬剤師の関わりを認識する。

1. 人の行動がどのような要因によって決定されるのかについて説明できる。2. 人・社会が医薬品に対して抱く考え方や思いの多様性について討議する。(態度) 3. 人・社会の視点から薬剤師を取り巻く様々な仕組みと規制について討議する。(態度) 4. 薬剤師が倫理規範や法令を守ることの重要性について討議する。(態度) 5. 倫理規範や法令に則した行動を取る。(態度)

E 医療薬学

E 2 薬理・病態・薬物治療

(7) 病原微生物（感染症）・悪性新生物（がん）と薬

【⑨がん終末期医療と緩和ケア】 1. がん終末期の病態（病態生理、症状等）と治療を説明できる。2. がん性疼痛の病態（病態生理、症状等）と薬物治療（医薬品の選択等）を説明できる。

F 薬学臨床

(1) 薬学臨床の基礎

【③臨床実習の基礎】

11. 終末期医療や緩和ケアにおける適切な薬学的管理について説明できる。

【④患者・来局者対応、服薬指導、患者教育】

10. 患者・来局者から、必要な情報（症状、心理状態、既往歴、生活習慣、アレルギー歴、薬歴、副作用歴等）を適切な手順で聞き取ることができる。(知識・態度)

(4) チーム医療への参画

【①医療機関におけるチーム医療】

9. 病院内の多様な医療チーム（ICT、NST、緩和ケアチーム、褥瘡チーム等）の活動に薬剤師の立場で参加できる。(知識・態度)

[2017. 9. 28 受理]

コントリビューター：亀井 千晃 教授（薬学科）

