

# Module 14

## コミュニケーションと 精神的援助

---

# A 問 題

## 〔一般問題〕

**問題 1** がんの告知など悪いニュースを伝えた際の危機的反応について正しいものはどれか

- (1) 伝えた直後には、説明の内容が頭に入らないことはよくある
  - (2) 適応までの過程を行きつ戻りつすることはよくある
  - (3) 悪いニュースへの適応に数カ月程度かかることはよくある
  - (4) 伝えた数日後に抑うつを認める時は、うつ病であることがよくある
  - (5) 危機的反応には個人差がある
- a (1), (2), (3)    b (1), (2), (5)    c (1), (4), (5)  
d (2), (3), (4)    e (3), (4), (5)

**問題 2** 悪い知らせを伝える方法について誤っているものはどれか

- (1) 事前に頭の中でリハーサルを行う
  - (2) 患者が問題をどのように認識しているかを評価する
  - (3) なるべく詳細な情報を伝える
  - (4) 患者の情緒的側面のケアは時を改めて行う
  - (5) 患者の理解の程度を確認しながら進める
- a (1), (2)    b (1), (5)    c (2), (3)    d (3), (4)    e (4), (5)

**問題 3** 悪い知らせを伝えることについて適切なものはどれか、1つ選べ

- (1) 患者自身による告知に関する意向は参考程度にする
- (2) 患者が悪い知らせに耐えられるかを告知するかどうかの判断材料にする
- (3) 告知をするかどうかについて事前に家族と相談する
- (4) 患者が告知を希望しない場合、その話題には触れない
- (5) 家族が告知を希望しない場合、なぜ希望しないのかを話し合う

**問題 4** がん患者との精神的負担に関するコミュニケーションのあり方について必要と思われる配慮はどれか

- (1) 楽観的な態度を示す
- (2) 感情の表出を促す
- (3) 共感を示す
- (4) 適応的な行動を評価する
- (5) 患者の考え方を改める

- a (1), (2), (3)    b (1), (2), (5)    c (1), (4), (5)  
d (2), (3), (4)    e (3), (4), (5)

**問題5** 進行・終末期の患者における精神的援助について正しいものはどれか

- (1) 否認や退行などの防衛機制は必ずしも援助の対象とする必要はない  
(2) 患者に死の受容を促すことを心がける  
(3) 非言語的なコミュニケーションは重視しない  
(4) 医療者側のこころの状態にも注意を払う  
(5) 患者のこれまでの人生についても理解する  
a (1), (2), (3)    b (1), (2), (5)    c (1), (4), (5)  
d (2), (3), (4)    e (3), (4), (5)

**問題6** 終末期のがん患者の怒りについて正しいものはどれか

- (1) 合理的な怒りは、表出を促さないほうがよい  
(2) 医療チームでのカンファレンスは有用でない  
(3) 怒りの背景には、抑うつがあることがある  
(4) 不合理な怒りに対して、積極的な介入が不適切であることも多い  
(5) 怒りは、しばしば医療チームの機能を損なう  
a (1), (2), (3)    b (1), (2), (5)    c (1), (4), (5)  
d (2), (3), (4)    e (3), (4), (5)

**問題7** 終末期のがん患者の実存的苦痛についてたずねる質問として最も有益ではない質問はどれか

- (1) あなたの心の拠りどころは何ですか  
(2) あなたにとって、本当に大切な人はどなたですか  
(3) これまでの人生の中で、誇りとなることは何でしょうか  
(4) ご自分自身に価値がなく感じるようなことはありますか  
(5) これまでになく気分が落ち込むようなことはありますか

---

〔症例問題〕

---

〔症例1〕

A子さんは、55歳の女性で、X年12月に嘔気があり、精査したところ胃がんIV期であることが判明した。B病院に入院して、化学療法を施行したが腫瘍縮小効果はなく、一方、新たに

第1, 第2腰椎に骨転移が見つかった。この1ヵ月ほど, A子さんは「家族に迷惑をかけて申し訳ない」「いっそのこと, 早く死んでしまいたい」などと看護師にもらすようになったため, 看護師があなたに相談しにきた。

**問題1** あなたがまず最初に行うべきことはどれか, 次のうち1つ選べ

- (1) A子さんに, 気持ちについて率直に尋ねる
- (2) 家族と面接をする
- (3) 身体症状の程度を再評価する
- (4) チームでカンファレンスを行う
- (5) 認知障害をスクリーニングする

**〔症例2〕**

B子さんは65歳の女性で, X年8月に血便があり, 精査したところ直腸がんIII期であることが判明し, 低位前方切除術を施行した。X+1年2月, 右卵巣転移, 左肺転移が出現し, 卵巣摘出術を受けるとともに化学療法を施行した。その後, 数ヵ月して, 今度は腹痛などが出現し, 同年8月, 大腸閉塞で緊急入院したところ, 局所再発, 肝転移および腹膜播種を認めた。ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) PS (performance status) は3程度, 腹痛と倦怠感があり, 予後は3ヵ月と見込んでいる。あなたは患者と面接を行い, 患者に今回の腹痛ががんの再発によって生じているものであり, 根治を図ることは困難であることを伝えた。患者は, しばらく流涙した後, 「私は死ぬんでしょうか」とあなたに尋ねた。

**問題2** あなたはどのように答えるべきであろうか, 次のうち1つ選べ

- (1) すぐに死んでしまうということはありませんよ
- (2) 今どのようなお気持ちなのか, 教えていただけますか
- (3) では, 残された時間の長さについて, もう少し話し合いませんか
- (4) それについては, また改めて話し合いの場を持ちましょう
- (5) 何か叶えて差し上げられる希望はありますか

## B 解答・解説

### 〔一般問題〕

#### 問題1 解答 b

Holland によると、がん告知に対する危機的反応は以下のような3相に分けられる<sup>1)</sup>。

第1相（初期反応期）：告知後1週間以内に認めることが多い。患者は告げられた内容を信じようとしなかったり、一時的に否認したりすることで、とりあえずの心の安定を図ろうとする。また、「治療なんか無駄だ」というような絶望感や挫折感を体験する患者もいる。

第2相（苦悩・不安の時期）：告知後1～2週間に認めることが多い。混乱と苦悩、不安、抑うつ、将来への恐れ、不眠、食欲低下、集中力の低下などの症状が出現し、これらの症状が日常生活活動を妨げることもある。

第3相（適応の時期）：告知後2週間から1ヵ月程度の期間に認めることが多い。現実の問題に直面し、新しい事態に順応するようになり、またそう努めることができるようになる。

このような危機的反応に関する理解はエビデンスに基いたものというよりは、エキスパートによる意見の類ではあるが、臨床的に有用であることは多い。精神医学的には、このような通常反応と適応障害やうつ病を鑑別していくことが重要となる。適応障害やうつ病については他稿を参照されたい。

- (1) 第1相の状態としてよくあることである。説明を行う際には、そのような状態が起こりうることを念頭に置き、病気や治療に関する詳細は期間をおいてから再度説明するなど、個別的な対応をする必要がある。
- (2) これらの3つの時期は必ずしも直線的に進むわけではなく、行きつ戻りつすることもあり、同時期に2つの相が混じることもある。
- (3) 適応までに数週間かかることは正常であるが、数ヵ月に渡ることは多くない。
- (4) 抑うつは、第2相に出現することがある。それ自体は通常反応であり、抗うつ薬の処方不要である。日常生活を阻害するような抑うつが月単位で持続する場合には、うつ病を疑う。
- (5) 上述の危機的反応は、あくまでもシェーマであり、個々人の反応にはさまざまなバリエーションがあることを念頭に置くべきである。

#### 問題2 解答 d

告知に関するノウハウに関しては、すでに複数の研究がある。Ptacekらは、これらの研究に関する詳細なレビューを行い、複数の研究において一致して推奨されている悪いニュースを伝える際に配慮すべき事項をまとめている<sup>2)</sup>。本稿では、悪いニュースを伝える際のガイドラインの1つであり、Ptacekらのレビューに含まれるような内容を簡潔かつ理解しやすい形にまとめたものとして、SPIKESプロトコルを紹介する<sup>3)</sup>(表1)。

表1 S-P-I-K-E-S protocol

Step 1: Setting	医療者自身の面接の準備を行う / 面接の場の <u>設定</u> を行う コミュニケーションを進める技術・聞く技術を使用する
Step 2: Perception	患者の出来事や問題に関する <u>認識</u> を明確にする
Step 3: Invitation	医学的情報を伝えることについて <u>了承</u> を得る
Step 4: Knowledge	<u>情報</u> を患者に提供する
Step 5: Empathy & Exploration	患者の感情について配慮し、 <u>共感と探索</u> を行う
Step 6: Strategy & Summary	今後の <u>方針</u> について話し合い、最後に面接内容を <u>要約</u> する

- (1) 実際の面接の前に、話し合う内容や出現しうる問題とその対応などについて考えたり、準備をしたりすることは、悪い知らせを伝えることを円滑にする。
- (2) 患者自身による問題について認識を明らかにすることは、患者が今どの程度の情報を求めているか、患者の認識とこれから伝えようとする情報の認識にはどの程度のギャップがあるのか、などを評価するために有用である。
- (3) (5) 患者に伝える情報は、必ずしも詳細であることがよいとは限らない。患者の問題への認識や理解度、あるいは患者の意向を確認しつつ話を進める必要がある。そのためには、情報は小出しにして伝え、それぞれの情報の合間で話したことに関する患者の理解の程度を確認するとよい。
- (4) 悪いニュースを伝える際の情緒的側面のケアは、患者に考えや感情を表出を促し、それを受け止めたり、また共感を示したりすることでなされるが、それは悪い知らせを伝えるというコミュニケーションの一部であり、患者のニーズに応えるという点からも、効果の面からも、その場で行われるべきである。

**問題3 解答** (5)

近年、医学的決定に当たっては、患者個々人の考え方・価値観・人生観などを反映させることが要請されている。がん医療においては、進行がんに対して積極的治療を行うかどうかなど、さまざまな難しい医学的決定が行われる。患者自らがこれらの決定に関与するためには、その前提として自分の病名をはじめ、予後や治療における選択肢、副作用などに関して十分な情報を得ることが必要となる。また、告知をしないことによるさまざまな弊害も知られている。たとえば、患者が自らの意思を治療に反映できないこと、医療に関する不満足、不信感や疎外感といった心理的負担、患者や家族の病気への適応の阻害、適切な心理社会的援助が受けられないこと、などである。

- (1), (2) よって本人に理解力があり、かつ告知を希望する場合は原則的には告知をするべき

であり、告知をしないことは非倫理的でもある<sup>4)</sup>。可能なかぎり告知を実現するためには、なるべく早期に本人の意向を確認するとよい。

(4) 一方、患者自身が告知を希望しない場合、本人の意思に反して告知を行うことは避けるべきである。しかしこの場合には、告知を希望しないことの背景にある患者の気がりについて、言語化を促すなどの方法で面接の中で扱う必要がある。告知の拒否は、否認機制に関連していることも多い。具合が悪くなっている面についてとりあげて、本人がどのように感じているかを話し合ったり、本人自身の今現在の気がりについて取り上げたりすることで、否認機制の程度を評価するとよい。本人に話し合いに関する準備ができていようであれば、「ご自身の状態について、詳しく話し合いませんか」などと切り出すことを考える。

(3)、(5) 家族は多くの場合、本人に対して保護的に関わろうとすることが知られている。家族に先に告知することは告知をしない方向に傾きやすく、必ずしも本人への利益は多くない。一方で、家族の意向に反して本人に告知をすることについても議論がある。よって家族が告知に反対するような場合は、告知を行うことによる長所と短所についてよく討論を重ねる必要がある。また本人と家族との関係などについて、よく評価することも必要である。

どのような場合にも、悪い情報を知ることは精神的に大きな負担であることから、十分な精神的サポートを提供する必要がある。また、そのような支援を利用可能であることを伝えることは、告知を促進するために有用である。また個別のケースについては、各ケース特有の状況があることを考慮し、必ずしもここで述べた対応が最善とは限らない点に留意が必要である。

#### 問題4 解答 d

がん患者の心理的側面のケアに関する基礎は、支持的療法を踏まえたコミュニケーションである。このコミュニケーションの目標は、患者が直面している困難を肯定・受容することや、患者が本来持っている能力や技術を生かすことを通して、患者の負担を減らし、困難への適応を促進することにある。

- (1) 現実的な範囲で保証を与えることは有用であるが、ただ単に患者の不安や気がりを否定して「大丈夫ですよ」といった楽観的な態度を示すことは、患者は「共感してもらえない」と感じる可能性がある。
- (2) 患者は、たとえ気がりがあっても自ら医師に相談することはあまりしない。患者の表出するサインを逃がさないようにすることはもちろん、医師の側から積極的に気持ちに関する質問を行うことが重要である。その際には「Open questionの使用」と「共感を示すこと」が有効である一方、「誘導的な質問の使用」と「身体的な側面の話題に固執すること」が感情表出を阻害することが知られている<sup>5)</sup>。
- (3) 共感とは、特定の状況にある他人の経験していることや感じていることを理解することである。具体的には、患者の感情表出を促したうえで、それを傾聴・受容することで心理的負担の軽減を図ることである。他人の感じていることを理解することは医療の根源である



ことから、共感は患者の気持ちを察するという、すべての医師が有すべき基本的姿勢でもある<sup>6)</sup>。

- (4) 患者の考え方や行動のうち、困難に取り組む方法として適切なものについては積極的に評価し、それを患者に伝える（平たい表現でいえば「褒める」）べきである。そのように関わることで適応的な行動を強化し、ひいては困難への適応を促進することになる。たとえば、症状がありながらも工夫してADLを保持している患者に対しては、「あなたがそのように工夫していることはとてもいいことだと思います」など伝えるとよい。
- (5) 患者の話を解釈したり批判したり、あるいは患者のパーソナリティや無意識に働きかけてそれらを変えようとしたりといった、ともすると侵襲的となる介入はそれ自体が患者への新たな負担となることが多いため、原則的に行わない。

#### 問題5 解答 c

- (1) 防衛機制とは、ストレスに対して心の安定を保ち、自分自身を維持しようとする心の動きをいう。終末期においては、死が差し迫っているという動かしがたい絶望的な状況に対して、抑うつや恐怖などのさまざまな激しい感情が生じる。これらからここを守るための方法として、そのような状況そのものをないことにしたり（否認）、子供がえりしたような態度をとることで問題に直面化しないようにしたり（退行）することがある。これらが見られた時は、重篤な精神的負担があることが考えられるが、抑うつや不安からここを防衛するうえで適応的であることも多いため、あえてそれらを取り除いて現実の問題に直面化させることは避けることが多い。
- (2) 死にゆく患者の心理については必ずしも定型的な段階を経るわけではないこと、多くの患者にとって死の受容はたいへん困難な作業であることを念頭におく必要がある。死の受容を治療目標とすることが、患者に新たな負担や達成困難な目標を課すことになることも多いため、実際の精神的援助に当たってはそれらを目標としないことが多い。
- (3) 終末期においては、呼吸困難などの症状のために言葉を用いた深いコミュニケーションが困難であることも多い。そのような場合は、そばにいて共に時間をすごしたり、身体に触れたりといった非言語的なコミュニケーションが重要となる。
- (4) 終末期の患者のケアは、医療者のところにもさまざまな影響をもたらす。患者と接することで医療者に生じる情緒的反応を逆転移という。逆転移は、医療者の個人的な特性、たとえば信念、価値観、過去の経験などと密接に関連している。たとえば、がんが治療不能であると知って落ちこんでいる患者に会う時に、医療者は自分の無力さを責められるように感じて、患者の苦痛に直面できないことがある。逆転移は気がつかないところでケアに悪影響を及ぼすことがあり、先の例では患者は見捨てられたような不安を経験する可能性がある。よって、医療者は常に自らのところを冷静に観察する必要がある。また、燃え尽きなどの精神的な状態が、鎮静などの判断に影響を与えることが報告されており、自らのこ



ころを健康に保つことも、良いケアの提供には不可欠である<sup>7)</sup>。

- (5) 終末期の患者の精神的苦痛を十分に理解するということは、患者の価値観、信条、家族との関係などを通して、今現在、存在している苦痛を理解するということである。そのためには、患者のこれまでの歴史についてよく知ることが必要である。

[参考文献 (総説) 6 を参照]

#### 問題6 解答 e

怒りは、終末期の患者によく認める情緒的反応である一方で、多くの医療者にとって最も対応が困難で、かつ医療者自身のところにも強く影響をもたらすものであり、適切な対応がされなければ、患者、家族、医療者のすべてに大きな負担となる感情である。

怒りの由来は多様である。志なかばという思い、治癒が望めないという絶望感からくる思い、本人が貶められるように感じることなどや、抑うつや不安など、やり場のない激しい感情を自らの心の中で処理できない時、怒りという形をとって表出されることがある。

怒りに対して冷静な対応を行うためには、適切に評価を行うことから始める必要がある。怒りの評価には、先に挙げた怒りの由来のほか、怒りの程度、対象、表出される状況の同定、患者の怒りに対する認識、怒りがもたらす家族や医療チームへの影響などが含まれる。これらの情報をもとに、怒りが合理的なものか、不合理なものかを評価する。怒りが合理的であるとは、怒りの程度が、本人がいう理由と釣り合っていて、またその向け方も適切である場合をいう。怒りが不合理な場合は、その逆に理由と怒りの程度が不釣り合いだったり、本来、怒りをぶつけることができない対象への怒りが周囲の人に向けられたりする。

合理的な怒りに対しては、怒りの表出を促し、それを受け止めるとともに、その原因の解決に向けて本人と協力態勢をつくっていくことが必要となる。

不合理な怒りや、合理的な怒りであってもケアに支障が生じるような場合は、ただ受け止めるのではなく、患者との間で怒りについて話し合い、問題に直面することが必要となる場合もある。しかし、終末期の患者に対して侵入的な介入を行うことは、それ自体が負担となることも多いため、不合理な怒りであっても周囲が受け止めざるをえない場合も多い。そのような場合は、個人で怒りを受け止めず、チームでカンファレンスを持ったり、患者の家族と話し合ったりすることで、さまざまな気持ちを共有しあったり、自分の気持ちを吐き出すことでカタルシスを得たりして、医療チームとしての機能が損なわれないように留意する必要がある<sup>7)</sup>。  
[参考文献 (総説) 6, 7 を参照]

#### 問題7 解答 (5)

終末期のがん患者は、死を目前に意識することによって、生や人間存在に関する根源的な苦悩に直面化する。このような苦痛は実存的苦痛といわれている。わが国における調査では、実存的苦痛には、①他者との関係性、②自己コントロール感の喪失、③他の人の重荷になること、

表2 spiritual history<sup>10)</sup>

---

<b>F : Faith or beliefs</b> (信念・信仰)
あなたの信念や信仰は何ですか？
あなたは自分自身を霊的な存在、あるいは宗教的な存在だと思いますか？
あなたは人生に意味をもたらすものは何だと信じていますか？
<b>I : Importance and influence</b> (重要なもの・影響)
それは、あなたの人生において重要ですか？
それは、あなたがご自分自身を大切にすることに、どのように影響していますか？
それは、このような病気の際の行動に、どのように影響していますか？
<b>C : Community</b> (社会)
あなたは、霊的なあるいは宗教的な活動に参加していますか？
それはあなたを援助してくれますか？
あなたが心から愛している人や、あなたにとって本当に大切な人はいますか？
<b>A : Address</b> (取り組み)
私たちスタッフは、これらについてケアの中でどのように配慮しましょうか？

---

④自己同一性の喪失、⑤未達成の課題、⑥希望の喪失、⑦死の受容、などの側面があることが報告されている<sup>8)</sup>。

実存的苦痛のケアに当たっては、まずなによりも、医療者が患者としっかりした信頼関係を確立する必要がある<sup>9)</sup>。そのうえで、そのようなことについて話し合う用意があること示すこと、患者のさまざまな信念や価値観に対して判断や批評をせずに尊敬を示すこと、適切な関心と共感を示すこと、などが基本的姿勢として求められる。これらを踏まえたコミュニケーションによって、患者自身の信念や価値観、これまでの人生などについて把握するとともに、それらを通して患者自身の病気や置かれている状況を理解することで、より患者の苦痛に沿うこと、そして問題に積極的に介入することが可能となる。Puchalskiらは、実存的苦痛を扱う具体的な質問としてFICAというガイドラインを提案している(表2)<sup>10)</sup>。

以上より、(1)～(4)の選択肢は、いずれも実存的苦痛に関する質問として適切である。実存的苦痛は、うつ病の症状、特に無価値感、罪悪感などとしても解釈可能な場合があるが、実存的苦痛とうつ病は必ずしもイコールではない。よって、実存的苦痛をたずねる質問として、抑うつ気分に関する質問(5)は、本設問の解答としては不適切である。ただし、このような質問から実存的な内容に発展することもあり、実存的苦痛に関するコミュニケーションの導入としては有用なこともある。

## 〔症例問題〕

### 〔症例 1〕

#### 問題 1 解答 (1)

- (1) 看護師の報告から、なんらかの精神的支援が必要であることは容易に推測される。選択肢はいずれもこの患者へのケアに当たって有用なものではあるが、まず第一に行うべきことは、本人と精神的負担について率直に話し合い、その評価を行うことである。その際には、問題 4 で述べたような技術を適宜援用する。評価の内容については、他稿を参照されたい。
- (2) 家族は、家族独自の視点から患者や、患者と家族の問題に関する情報を提供することもある。家族は本人をケアする存在でもある一方、家族自身がケアを必要とする存在でもある。家族のニーズを評価し、それに対応することがひいては患者本人の負担を軽減することにつながることも多い。
- (3) 身体症状は、患者の精神的負担に関する大きな危険因子であることが知られている。精神的援助の提供が必要である場合、常に隠れた身体症状がないかどうかを評価することは重要である。
- (4) 緩和ケアは、さまざまな職種のスタッフが関わることが多い。それにはさまざまな専門的な知識を合わせてケアができるという長所をもつ一方、各自が持つ情報が断片的になったり、ケアの方向性があいまいになったりという短所をはらむ危険性がある。希死念慮を訴えるような危機的状况では、チームがカンファレンスを開き、情報を共有しあうとともに、今現在の状況や今後の方針などについて討論を行い、共通の方針を確認することが必要である。
- (5) 終末期のがん患者の希死念慮には、うつ病のほかにはせん妄が背景にあることも多い。特にこの症例では骨転移があるため、高カルシウム血症をきたしている可能性も考えられる。よって意識障害やせん妄の有無などについても評価する必要がある。

### 〔症例 2〕

#### 問題 2 解答 (2)

本症例でのような対応は問題 2、4 で先述したコミュニケーションの応用といえるが、このような場合、患者を取り巻くさまざまな状況やそれまでの患者-医師関係などによってさまざまなコミュニケーションのバリエーションがありうるもので、特定の対処方法のみが有効であるわけではない。しかし一般的な観点で考えると、選択肢の中には不適切なものがある。

終末期において、医療者はしばしば、患者から応えることが困難な質問を投げかけられる。答えることが困難な理由として、①質問に答えることが悪いニュースを伝えることになり、同時に患者の希望を奪ってしまう、②医療者は、答えがないような不確実性を含む質問にも明確

な答えを用意しようとしてしまう、③告知に関する患者の方針と家族の方針が異なっていて、その狭間に立たされてしまう、④患者の質問が実際にあいまいであったり、実際の言葉と本意が異なることがある、ことなどが挙げられる<sup>11)</sup>。

- (1) 実際に患者が1週間などの短い間で亡くなる可能性は低いかもしれない。しかし、患者の質問に対してこのように答えることは、患者の感情表出を阻害し、実存的な側面を含む患者のさまざまな苦痛について話し合う機会を失うこととなる。
- (2), (3) 先に述べたように、患者の実際の言葉と本意は必ずしも同じではない。たとえば、患者がこのように尋ねたからといって予後が短いことを受容しているとは限らず、楽観的な答えを期待して質問しているのかもしれない。特に予後に関するような繊細な話題に関しては、質問の背後にある患者の感情や考えの表出を促すことが、質問に答える以上に重要であることが多くある。質問に答える前に患者の認識を理解することは、患者の認識と現実とのギャップの程度や患者の抱える問題を把握することを可能にし、ひいては説明やサポートを工夫することも可能にする。このようなことを念頭に置くなら、その他の対応方法として、「そのようなお気持ちなんですね」などのように患者の言葉を一度そのまま返し、患者の反応をみてもよい。
- (4) 機会を改めることは、次の機会がくるまで患者に自らの苦痛を内に秘めておくことを強要することとなる。よって、悪いニュースを伝えた後のこのような重要な質問にはその場で対処することが必要である。
- (5) 現実的な希望について話し合うことはいずれ必要となることと思われるが、このような答え方をすることは患者の質問への直面化を避けるニュアンスがあるため、この状況の返答としては不適切である。

#### 引用文献

- 1) Holland JC, Massie J: Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders. In: Holland JC (ed), *Psycho-oncology*. p.273-282, Oxford University Press, New York 1990
- 2) Ptacek JT, Eberhardt TL: Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 276: 496-502, 1996
- 3) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patients with cancer. *Oncologist* 5: 302-311, 2000
- 4) Faulkner A: ABC of palliative care: Communication with patients, families, and other professionals *BMJ* 316: 130-132, 1998
- 5) Maguire P, Faulkner A, Booth K, et al: Helping cancer patients disclose their concerns. *Euro J Cancer* 32: 78-81, 1996
- 6) Bellet PS, Maloney MJ: The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 266: 1831-1832, 1991
- 7) Meier DE, Back AL, Morrison RS.: The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 286: 3007-3014, 2001
- 8) Morita T, Kawa M, Honke Y, et al: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving

- specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12 (2) : 137-140, 2004
- 9) Rousseau P : Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol* 18 (9) : 2000-2002, 2000
  - 10) Puchalski C, Romer AL : Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 3 : 129-137, 2000
  - 11) Regnard C, Hockley J : Flow diagrams in advanced cancer and other diseases (阿部 薫 監訳 : フローチャートで学ぶ緩和ケアの実際. p.111-115, 南江堂, 1999)

#### 参考文献 (総説)

- 1) Breitbart W : Spirituality and meaning in supportive care : spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 10 (4) : 272-280, 2002
- 2) Cassidy JP, Davies DJ : Cultural and spiritual aspects of palliative medicine. In : Doyle D, Hanks G, Cherny N, et al (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed, p.951-957, Oxford Medical Publications, London, 2004
- 3) Fallowfield L, Jenkins V : Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363 : 312-319, 2004
- 4) Fellowes D, Wilkinson S, Moore P : Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev* 2 : CD003751, 2004
- 5) Lo B, et al, Working Group on Religious and Spiritual Issues at the End of Life : Discussing religious and spiritual issues at the end of life : a practical guide for physicians. *JAMA* 287 : 749-754, 2002
- 6) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介 : 進行・終末期がん患者に対する精神療法. *精神神経学雑誌* 106 : 123-137, 2004)
- 7) Faulkner A, Maguire P, Regnard C : Dealing with anger in a patient or relative : a flow diagram. *Palliat Med* 8(1) : 51-57, 1994
- 8) Holmes J : Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *Br J Psychiatry* 167 : 439-445, 1995

#### 参考文献 (原著)

- 1) Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al : Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 86 : 887-897, 1999
- 2) Branch WT, Malik TK : Using "windows of opportunities" in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA* 269 : 1667-1668, 1993
- 3) Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al : Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists : a randomised controlled trial. *Lancet* 359 : 650-656, 2002
- 4) Kissane DW, Bloch S, Smith GC, et al : Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer : a randomised controlled trial. *Psychooncology* 12 : 532-546, 2003
- 5) Parker PA, Baile WF, de Moor C, et al : Breaking bad news about cancer : patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 19 : 2049-2056, 2001
- 6) Suchman AL, Markakis K, Backman HB, et al : A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 277 : 678-682, 1997

- 7) Wright EB, Holcombe C, Salmon P : Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer : qualitative study. *BMJ* 328 : 864-868, 2004

#### WEB

- 1) Approaching Death : Improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Field MJ and Cassel CK, Editors Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C. 1997 [<http://www.nap.edu/readingroom/books/approaching/>]