

Table 3. Descriptive data and ANOVA: mean comparison among CAM use stages

Measure	Precontemplation		Contemplation		Preparation		Action		Maintenance		P (F test)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
TTM components ^a											
Pros	-0.74	1.09	-0.28	0.84	0.52	0.64	0.67	0.86	0.52	0.79	0.000
Cons	0.31	0.93	0.30	0.90	0.17	0.91	-0.58	0.83	-0.52	1.03	0.000
TPB components ^a											
Positive attitude	-0.84	0.99	-0.27	0.90	0.58	0.62	0.61	0.77	0.59	0.73	0.000
Expectation from family member	-0.71	0.81	-0.35	0.80	0.58	0.85	0.63	0.93	0.64	0.88	0.000
Norms of medical staff	-0.10	1.06	0.05	0.92	0.08	1.11	0.12	0.95	-0.14	1.09	0.335
Self-efficacy											
ARE	60.34	26.28	57.93	23.33	57.72	23.51	64.82	20.34	61.17	19.83	0.241
SCE	54.80	28.38	53.61	23.16	54.48	26.21	61.21	20.97	57.92	21.98	0.167
ADE	66.33	27.48	64.83	25.44	67.26	25.47	72.85	19.00	70.89	23.75	0.097
Total	60.49	26.44	58.79	23.18	59.82	23.87	66.30	19.01	63.33	20.68	0.139
HADS											
Anxiety	5.58	3.65	5.71	3.86	6.02	4.11	5.58	4.31	6.14	3.90	0.335
Depression	5.42	3.29	5.83	3.39	6.13	3.82	5.66	4.11	6.48	4.04	0.841
Total	11.00	6.26	11.54	6.66	12.15	7.30	11.24	8.05	12.62	7.26	0.533
Physical symptom											
Pain	29.01	33.68	28.13	31.88	37.42	32.66	32.50	34.09	23.70	30.61	0.227
Lack of appetite	33.61	34.56	27.41	30.30	31.43	29.15	32.35	32.97	24.00	30.48	0.219
Disturbed sleep	33.73	33.52	27.63	27.72	29.03	24.81	34.06	29.42	32.60	32.27	0.335
Nausea	20.95	32.51	22.57	30.67	18.71	27.78	22.65	32.07	20.10	32.28	0.937
Fatigue	38.10	29.76	32.80	27.59	37.74	28.37	34.06	30.06	37.92	29.71	0.461
Dyspnea	23.37	29.81	18.62	26.40	19.67	19.91	21.32	27.64	26.02	29.17	0.235
Numbness or tingling	28.80	32.25	25.79	29.21	27.33	30.16	28.26	31.85	30.30	33.53	0.800
Drowsy	34.88	26.86	28.69	26.86	37.00	26.67	31.76	26.26	35.54	27.62	0.140
Vomiting	20.85	32.93	18.97	30.53	16.00	28.96	20.00	30.71	20.70	31.92	0.944
Dry mouth	30.49	31.70	27.16	28.82	31.67	30.41	24.93	27.15	28.63	28.91	0.725
Physical symptom ^b	29.59	22.87	25.90	21.62	28.73	18.17	28.38	21.80	28.10	22.53	0.695
Social support											
Tangible assistance	6.09	5.27	5.57	4.37	6.71	4.90	6.12	3.85	5.12	2.88	0.307

^aZ score.^bAverage score among 10 physical symptom variables.

ANOVA, analysis of variance; CAM, complementary and alternative medicine; SD, standard deviation; TTM, transtheoretical model; TPB, theory of planned behaviour; ARE, affect regulation efficacy; SCE, symptom coping efficacy; ADE, activity of daily living efficacy; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale.

(39) = 71.8, $P = 0.001$; Goodness of fit index = 0.98; Adjusted goodness of fit index = 0.96; Comparative Fit Index = 0.97; and Root Mean Square Error of Approximation = 0.04.

Overall, the final model accounted for 41% of the variance in the stage of CAM use and 28% of the variance in psychological distress. The parameter with the highest value that explained the stage of CAM use was expectation from family members ($\beta = 0.37$, $P < 0.001$). Furthermore, norms of medical staff and pros and cons all had significant direct effects on the stage of CAM use ($\beta = -0.12$, $P < 0.01$; $\beta = 0.21$, $P < 0.001$; and $\beta = -0.17$, $P < 0.001$, respectively). The demographic and medical status variables that significantly explained the stage of CAM use included receiving chemotherapy ($\beta = 0.09$, $P < 0.01$), period from diagnosis ($\beta = 0.37$, $P < 0.001$), and treatment place ($\beta = -0.10$, $P < 0.01$). The parameter with the highest value that explained psychological distress was self-efficacy ($\beta = 0.17$, $P < 0.001$). Moreover, social support significantly affected psychological distress ($\beta = -0.14$, $P < 0.001$).

Finally, the stage of CAM use significantly, though only partially, affected psychological distress ($\beta = 0.10$, $P < 0.01$).

discussion

Our survey revealed that 33% of the participants used CAM as a replacement or an adjuvant to conventional cancer treatment. The rate of CAM use in this study approximately corresponded to the rate in a previous study [26], but was lower than the rate observed in a Japanese national survey [2]. This is likely due to the fact that our sample consisted of a much smaller number of patients from the palliative care unit ($n = 24$, 4.7%) compared with the previous study ($n = 289$, 9.3%). When we grouped participants into the five TTM stages of CAM use, the contemplation stage had the largest population ($N = 226$, 43.4%). Although these participants did not use CAM, they expressed interest in using it in the near future. Therefore, we concluded that a majority of our participants were potential CAM users.

Using SEM, we determined that 41% of the variance in advance of the CAM use stage was mainly due to the following TTM and TPB variables: expectation from family (positive), pros (positive), norms of medical staff (negative), and cons (negative). Three demographic and medical status variables were statistically significant in explaining CAM use, but their size was smaller than the other psychological variables. Therefore, we concluded that psychological variables are important factors promoting CAM use. With psychological variables, the pattern in which pros were positive predictors and cons were negative predictors of a person's stage, is consistent with the theoretical postulation of the TTM [10]. The most frequent pro notion regarding CAM was that it 'boosts physical and immune strength', while the most frequent con was that it had 'unpleasant side-effects' ['agree' and 'strongly agree' response: $N = 272$ (53%); $N = 187$ (38%), respectively]. Thus, beliefs regarding the positive outcome of CAM were strong motivations for CAM use, but patients simultaneously worried about the adverse effects. Therefore, if the patients' perceived balance between the pros and cons of CAM was to be changed by acquiring new information on CAM—e.g. the positive effect of a certain CAM product was empirically proven by a clinical trial—many patients in the contemplation stage would likely then use CAM. Therefore, it is important to provide evidence based and easy to understand information on CAM use in a systematic way, such as guidebooks or web resources, and to develop clinical guidelines on CAM use.

Another unique feature of CAM use that we determined is that the expectation from family in TPB explained the largest part of the variance in the CAM use stage. Previous studies have reported that family and friends of cancer patients generally provided information, supported the decision, or recommended the use of CAM [2, 27, 28], and that CAM users were not autonomous problem solvers [29]. Therefore, our result makes much clear of the critical role that patient recognition of family pressure plays during the decision-making process for CAM use.

Previous studies have indicated that the use of CAM was a marker of bad psychological adjustment [6] and had positive effects on patients' sense of control [30]. On our results, progressed stage of CAM use significantly but not strongly predicted psychological distress, which was mainly explained by self-efficacy, that is, perceived control, and it did not directly explain CAM use stage and mediated by cons. In summary, CAM use did not directly provide perceived control to patients but a little worse psychological adjustment. We could not obtain the evidence that perceived control had strongly mediated the relationship between CAM use and psychological adjustment.

The limitations to this study include the cross-sectional design and sample. Use of SEM could have made clear of multiple relationships among variables in the cross-sectional design. This study also used a convenient sample recruited from three cancer centers. In order to obtain epidemiological details of the CAM use, we need to carry out a large sample prospective study confirming the results of this study. The response rate of our study, 59% was slightly higher than that of our previous national survey, 57% [2]. However, the valid

response rate was 47%, mainly due to the missing of a single item for stage of CAM use. These indicated that sampling was valid, however it will limit generality of our results. It might be needed to improve assessment for stage of CAM use in the questionnaire.

In conclusion, this study using two psychological model provided strong evidence that the existence of psychologically induced potential CAM users and psychological variables including positive attitude for CAM use and perceived family expectation greatly influence CAM use in cancer patients.

funding

Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare (13-20 and 17-14).

acknowledgements

We thank Hirokazu Arai, Mariko Shiozaki, Nanako Nakamura, Satoshi Ohno, Noriko Amano, Yutaka Kano, and James Prochaska for their generous assistance in the conduct of our research and their helpful comments on this paper.

references

- Boon H, Stewart M, Kennard MA et al. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2515–2521.
- Hyodo I, Amano N, Eguchi K et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2645–2654.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/> (28 July 2007, date last accessed).
- Caspi O, Sechrest L, Pitluk HC et al. On the definition of complementary, alternative, and integrative medicine: societal mega-stereotypes vs. the patients' perspectives. *Altern Ther Health Med* 2003; 9: 58–62.
- Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer. *Oncologist* 2004; 9: 80–89.
- Paltiel O, Avitzour M, Peretz T et al. Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2439–2448.
- Burstein HJ. Discussing complementary therapies with cancer patients: what should we be talking about? *J Clin Oncol* 2000; 18: 2501–2504.
- Correa-Velez I, Clavarino A, Barnett AG, Eastwood H. Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliat Med* 2003; 17: 695–703.
- Sollner W, Maislinger S, DeVries A et al. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer* 2000; 89: 873–880.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390–395.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res* 1984; 156: 131–140.
- Manne S, Markowitz A, Winawer S et al. Correlates of colorectal cancer screening compliance and stage of adoption among siblings of individuals with early onset colorectal cancer. *Health Psychol* 2002; 21: 3–15.
- Lauver DR, Henriques JB, Settersten L, Burmann MC. Psychosocial variables, external barriers, and stage of mammography adoption. *Health Psychol* 2003; 22: 649–653.

14. Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S et al. A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology* 2002; 11: 221–229.
15. Honda K, Gorin SS. A model of stage of change to recommend colonoscopy among urban primary care physicians. *Health Psychol* 2006; 25: 65–73.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50: 179–211.
17. Le Chevalier T, Brisgand D, Douillard JY et al. Randomized study of vinorelbine and cisplatin versus vindesine and cisplatin versus vinorelbine alone in advanced non-small-cell lung cancer: results of a European multicenter trial including 612 patients. *J Clin Oncol* 1994; 12: 360–367.
18. Blake RL Jr, McKay DA. A single-item measure of social supports as a predictor of morbidity. *J Fam Pract* 1986; 22: 82–84.
19. Conner M, Kirk SF, Cade JE, Barrett JH. Why do women use dietary supplements? The use of the theory of planned behaviour to explore beliefs about their use. *Soc Sci Med* 2001; 52: 621–633.
20. Kitamura T. The hospital anxiety and depression scale [in Japanese]. *Arch Psychiatr Diagn Clin Eval* 1993; 4: 371–372.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370.
22. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T et al. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28: 333–338.
23. Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S et al. Self-efficacy scale for terminal cancer [in Japanese]. *Jpn J Psychosom Med* 2001; 41: 19–27.
24. Okuyama T, Wang XS, Akechi T et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 1093–1104.
25. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000; 89: 1634–1646.
26. Eguchi K, Hyodo I, Saeki H. Current status of cancer patients' perception of alternative medicine in Japan. A preliminary cross-sectional survey. *Support Care Cancer* 2000; 8: 28–32.
27. Boon H, Brown JB, Gavin A et al. Breast cancer survivors' perceptions of complementary/alternative medicine (CAM): making the decision to use or not to use. *Qual Health Res* 1999; 9: 639–653.
28. Molassiotis A, Scott JA, Kearney N et al. Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Support Care Cancer* 2006; 14: 260–267.
29. Boon H, Westlake K, Deber R, Moineddin R. Problem-solving and decision-making preferences: no difference between complementary and alternative medicine users and non-users. *Complement Ther Med* 2005; 13: 213–216.
30. Sparber A, Bauer L, Curt G et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27: 623–630.

《悪性腫瘍(がん)診療を取り巻く環境を知る》 精神的サポート

明智 龍男*

要旨

- ・がんとの問題を専門的に対処する領域として、サイコオンコロジー(精神腫瘍学)という学際的な学問分野が生まれた。
- ・サイコオンコロジーの大きな目的の一つは、がんが患者・家族の心理面に与える影響を明らかにして、苦痛を和らげることにある。
- ・先行研究の結果から、積極的なケアが望まれる精神症状はおおむね30~40%程度のがん患者に認められることが示されている。
- ・一方で、医療の現場では、がん患者の精神症状は、看過されがちであることが繰り返し報告されている。
- ・わが国においても、近年、がん患者に対して適切な精神的ケアを提供することの重要性が認識されつつあり、サイコオンコロジーの臨床実践およびがんへの関心が高まっている。

サイコオンコロジー(精神腫瘍学)

近年、身体や臓器は診るが人間を診ない医療に対して問題提起がなされるようになり、がん患者においても、身体的側面のみならず心理・社会的側面も含めて包括的なケアを提供する必要性が認識されるようになってきた。

サイコオンコロジーは、従来ともすると軽視されがちであった「がんが心に与える影響」と「心や行動ががんの罹患や生存に与える影響」という2つの大きな側面を明らかにすることを目的として生まれた新しい学問である¹⁾。欧米ではがん告知が一般化した1970年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになった。わが国におけるサイコオンコロジーの歴史は、1986年国際サイコオンコロジー学会の日本支部として日本臨床精神腫瘍学会が結成され、1987年に第1回学術大会が開催されたところに端を発している。これら

の動きに伴い、1990年代に入り国立がんセンターに精神科が常設されるとともに、1995年にはわが国初のサイコオンコロジーの研究部門が設立された。これらの学術活動および臨床活動の活発化を受けて、2002年には精神科医の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対する緩和ケア診療加算が導入され、2007年に発効されたがん対策基本法にも精神腫瘍学を専門にする医療スタッフの養成を促進する必要性が盛り込まれることとなった。

欧米からは遅れをとっているものの、このように国ががん対策により重きを置くようになり、サイコオンコロジーへの関心、がん医療における心のケアへのニーズが飛躍的に高まってきている。

がん患者に頻度の高い精神症状

先行研究の結果から、がん患者のおおむね半数には何らかの精神医学的診断が認められ、がんの病期にかかわらず臨床的に問題となることの多い精神症状は、適応障害、うつ病、せん妄であり、終末期になるに従いせん妄の相対的な割合が増加

* T. Akechi (准教授) : 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学。

Table 1. 適応障害の診断基準(米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3ヵ月以内に情緒面または行動面の症状が出現	がんの診断を受けてから、気分が沈み、些細なことで涙が出てしまい、夜も眠れない状態が持続している
これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている。 1) そのストレス因子に曝露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛 2) 社会的または職業的機能の著しい障害	最近では床に臥せていることが多く、食事の準備など家事をすることにも支障がある。近所付き合いも避けるようになった
ストレス関連性障害は他の特定の精神障害の基準を満たしていないし、すでに存在している障害の単なる悪化でもない	うつ病等他の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない

することが示されている^{2,3)}。これらががん患者にみられる精神症状は、頻度が高いのみならず、QOLの全般的低下、がん治療に対するコンプライアンスの低下、家族の精神的負担の増大、入院期間の長期化、自殺など多岐にわたる問題に影響を与えることが明らかにされており、精神症状に対する適切な対処は重要である。

1. 適応障害

1) 適応障害とは：適応障害とは、強い心理的ストレスのために、日常生活に支障をきたす(仕事や家事が手につかない、眠れないなど)ほどの不安や抑うつなどを呈するもので、いわゆるストレス反応性の疾患である(Table 1)⁴⁾。

2) 治療：適応障害の治療はおおむね精神療法と薬物療法に大別されるが、とりわけ精神療法は不可欠であり、必要に応じて薬物療法を併用する方法が一般的である。また、がん患者においては、担当医とのコミュニケーションや担当医や看護スタッフからの心理的な援助の有無が、その精神的な適応を大きく左右する要因であることが示されており、担当医療スタッフが患者の精神状態をよく理解し、医療チームとして患者を支えている体制を整えることが重要である。また、背景に適切にコントロールされていない身体症状(とくに痛み)や家族の問題などが存在することも少ないため、常に包括的なケアの提供を念頭に置く必要がある。

精神療法の中でももっとも一般的でそして有用なのが支持的な精神療法である。支持的な精神療法は、がんに伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした情緒的苦痛を支持的な医療者との関係、コミュニケーションをとおして軽減することを目標とする。その基本は、患者の言葉に対して批判、解釈することなく、非審判的な態度で支持を一貫して続けることにある。これらの面接をとおして、病気が患者の生活史に与える衝撃の意味を理解し、患者の感情と苦しみは今まさに正しく理解されつつあると患者に言語的あるいは非言語的に伝えることが治療的に働く。自分の感じるままを言葉にしても常に支持しようとする医療者に接することはがん患者にとって非日常的な体験であり、患者の自己評価を高め、対処能力を強化する。

薬物療法は、精神療法のみでは効果が不十分であるときや患者の苦痛が著しく強いときに考慮する。抑うつ、不安など顕在化している精神症状や患者の身体状態によって選択薬剤が異なるが、抗うつ効果も期待でき、また半減期の短い抗不安薬 alprazolam から投与されることが実際的である。たとえば、alprazolam を 0.4~1.2 mg/day 程度の少量から開始し、適宜増減する。alprazolam で効果が十分得られない場合、抑うつ気分を主体とした適応障害であれば、うつ病治療に準じて抗うつ薬への変更または併用を行い、不安が優位な適応障

Table 2. うつ病の診断基準(米国精神医学会)

以下の症状のうち、1. あるいは 2. を必須とし、全部で 5 つ(またはそれ以上)が同じ 2 週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起している。

1. 抑うつ気分
気分が沈んで、憂うつだ、落ち込む
 2. 興味・喜びの低下
何をしてもつまらない、興味がもてない
 3. 食欲低下(増加)/体重減少(増加)
食欲がでない、何を食べてもおいしくない
 4. 不眠(過眠)
夜眠れない
 5. 焦燥・制止
いらいらしてじっとしてられない
何かをしようと思っても身体が動かない
 6. 易疲労性・気力減退
疲れやすい、だるい、気力が出ない
 7. 罪責感・無価値観
まわりに迷惑をかけている、自分に価値がないと感じる
 8. 思考・集中力低下
物事に集中できない、決断できない
 9. 希死念慮
死にたい、早く逝ってしまいたい
- ・臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能障害の存在
・物質や一般身体疾患によるものではない

害であれば他剤への変更を考慮する。いずれの場合も、少量から開始し、眠気やふらつきといった有害事象の出現などの状態をきめ細かく観察しながら、状態に応じて適宜漸増していくことが原則である。

2. うつ病

1) うつ病とは：“うつ病”という用語は、現在 WHO によって気分障害(mood disorder)と呼称が改められ、現代のストレス社会においては頻度の高い症候群である。がんの場合、抑うつはさまざまな喪失体験(がんになって健康、仕事、役割、将来の計画を失ってしまうなど)に関連して生じることの多い精神的反応である。抑うつは、不安と異なり、患者自らが苦痛を訴えてくることが少ないため、医療者に見過ごされやすいことが知られている。目立たない反面、抑うつ状態に苛まれて

いる患者は、内面的に苦悩していることが多く、看過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもある⁵⁾。とくにうつ病レベルのものに対する適切な対応は、自殺の予防に加え、患者の QOL を維持し、治療に良好に取り組むことを援助するうえできわめて重要である。Table 2 にうつ病の診断基準を示した⁴⁾。

2) 治療：うつ病に対しては精神療法に加えておおむね薬物療法も併用されることが多い。精神療法に関しては、適応障害に対する治療とほぼ同様であるので、前項を参照していただきたい。以下、薬物療法を中心に概説する。

複数の無作為化比較試験の結果から、がん患者のうつ病に対しても、抗うつ薬は有用であることが示されている。しかし現時点においては、がん患者のうつ病に特定の抗うつ薬が優るというエビデンスは存在しないため、一般的には、投与経路(経口投与が可能か否か)、患者の身体状態(とくに現に存在する苦痛の原因となっている身体症状の把握)、推定予後(週単位か、月単位か)、併用薬剤(相互作用を有する薬物が使用されていないか)、抗うつ薬の有害事象プロフィール(無用な身体的負担を避けるため)などを総合的に判断して、薬剤選択を行う。予後が限られた状況など、うつ病の完全な治癒を望むことが現実的にはむずかしいと考えられる場合であれば、うつ病の症状の中でも標的症候を定めて、部分的ではあっても可能な限りの症状緩和を行うことが重要である。

薬物療法の実際としては、抗不安薬 alprazolam または抗うつ薬から治療を開始する⁶⁾。うつ病でも軽症のものや反応性のものでは、抗うつ作用を有する抗不安薬である alprazolam から開始し、中等症-重症例に対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)から投与することが実際的である。いずれの薬剤も精神科一般臨床における通常使用量より少量から開始し、状態をみながら漸増していく。

Table 3. せん妄の診断基準(米国精神医学会)

診断基準	具体的な臨床症状
注意集中, 維持, 転導する能力の低下を伴う意識の障害(すなわち環境認識における清明度の低下)	質問に対して集中できない 前の質問に対して同じ答えをする 質問をしていても覚醒が保てず, すぐうとうとしてしまう
認知の変化(記憶欠損, 失見当識, 言語の障害など), 又はすでに先行し, 確定され, または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の出現	最近の記憶が曖昧である 新しいことをすぐに忘れてしまう 時間と場所に関する見当識を失っている. 錯覚(壁のシミをみて「虫がいる」という), 幻覚(人がいない場所に「人がいる」という)の存在 しばしば, 幻覚を現実のものと同信し, 不安・興奮の原因となる
その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日), 1日のうちで変動する傾向がある	午前中おとなしく協調的であった人が, 夜には点滴を抜いたり, ベッドから頻回に降りようとしたりする
病歴, 身体診察, 臨床検査所見から, その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある	背景に原因となる身体状態や薬剤の使用などがある

3. せん妄

1) **せん妄とは**: せん妄は, 軽度ないし中等度の意識混濁に興奮, 錯覚や幻覚・妄想などの認知・知覚障害を伴う特殊な意識障害である. がん医療の現場では, 興奮, 焦燥, 幻覚・妄想, 治療コンプライアンスの低下や拒否(点滴を自己抜去したりするなど), 睡眠覚醒リズムの障害(昼夜逆転)などで臨床的に顕在化することが多い. せん妄の出現はベッドからの転落などの事故や在院期間の長期化などをもたらす。

2) **せん妄の診断**: せん妄の定型例では, 比較的急性に症状が出現し, 症状の日内変動(とくに夜間症状が増悪), 注意集中困難などが特徴的である. 診断に際してはこれらの症状とともに, 時間や場所などの見当識, 計算力(たとえば100から7を連続して減算するなど)などの高次認知機能を評価することが有用である. 興奮や焦燥が目立たない不活発なタイプ(活動低下型せん妄)も存在し, これらは抑うつ状態など心理的問題と誤診されることもまれではなく注意が必要である. Table 3にせん妄の診断基準を示した⁴⁾.

3) **がん患者のせん妄の原因**: がん患者におけるせん妄の原因は, 転移などによる直接的なもの

と, 代謝性脳症, 電解質異常, 薬剤による有害事象などによる間接的なものがあり, 後者がはるかに多い(Table 4). せん妄の原因を病期別にみると, 身体状態がよい時期には治療(手術, 化学療法など)に基づく単一要因が多く, 進行・終末期には多要因になる傾向がある.

4) 治療

a) **原因の同定と治療**: せん妄治療の原則は, 原因の同定とそれに対する治療である⁷⁾. したがって, 理学的所見, 検査所見, 投薬内容の検討などから治療可能な原因を同定し, 身体的原因の治療, 原因薬剤の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の本質がある. 原因に対する介入の具体的な例としては, オピオイドの減量あるいはオピオイドローテーション(モルヒネから他の強オピオイドへの変更等), 脱水に対する適切な補液, 高カルシウム血症に対するビスホスホネートの投与などがあげられる.

b) **環境的・支持的介入**: せん妄を増悪させる環境要因を除去することを目的として, 患者にとっての親しみやすさや適切なレベルの環境刺激を提供する環境的・支持的介入の併用が推奨されている. これら介入の具体例としては, 周囲のオ

Table 4. がん患者のせん妄の原因

原因	例
腫瘍による直接効果	脳転移, 髄膜播種
臓器不全による代謝性脳症	肝臓, 腎臓, 肺, 甲状腺などの障害
電解質異常	高カルシウム血症, 低ナトリウム血症
治療の副作用	手術, 化学療法, 放射線療法
薬剤性	オピオイド類, 抗うつ薬, 抗不安薬, 睡眠薬, 抗コリン性薬剤, ステロイド
感染症	肺炎, 敗血症
血液学的異常	貧血
栄養障害	全身性栄養障害(低蛋白血症)
腫瘍随伴症候群	遠隔効果, ホルモン産性腫瘍

リエンテーションがつくよう夜間も薄明かりをつける, 時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置く, 親しみやすい環境を整えるために家庭で使い慣れたものを置く, などがあげられる。また, 家族や慣れ親しんだ医療スタッフとの接触を頻回にすることで安心感を与えることも有用である。拘束感を与える点滴ライン, 導尿カテーテルなども可能な範囲で控えることが望ましい。せん妄の際にみられる行動障害(興奮など)および認知や知覚の障害(歪んだ認知や幻覚など)は, ベッドや窓からの転落や衝動的な自傷行為につながることもあるため, せん妄がみられた場合は, 患者の身の回りからの危険物の除去, 頻回の訪床など安全性を確保することも必要となる。

また, せん妄を呈している患者を目の当たりにした家族は心理的に動揺(たとえば, 「がんと闘病がつらいあまり, ついにこんなことになってしまった」など)することが多いために, 家族の無用な苦悩を軽減するためにも, 患者の治療と併行して, 家族に対しての十分な説明と配慮が必須である。

c) 薬物療法: せん妄の原因の同定やその治療が困難であったり, 治療に時間を要することもまれではないため, 多くの場合, 対症療法として薬物療法も行われる。

せん妄の薬物療法の有用性に関する無作為化比較試験の結果, ベンゾジアゼピン系薬剤に比べ, haloperidol あるいは chlorpromazine といった抗精

神病薬のほうがせん妄の治療には効果的であること, および現時点において抗精神病薬の中で特定の薬物が勝るとい根拠はないことが示されている。したがって, 薬物療法の中心は, 原則的には抗精神病薬であり, 実地臨床においては, 中でもブチロフェノン系抗精神病薬である haloperidol が繁用されている。haloperidol はせん妄における精神運動興奮や幻覚・妄想に対して有効性が高く, またベンゾジアゼピン系薬剤と比較して意識レベルを下げることなく鎮静が図れ, 呼吸・循環器系への有害事象が少なく, 経口投与に加え筋肉内投与や経静脈的投与も可能である。治療初期には過量投与にならないよう少量を頻回投与することにより必要最小量を推定し, 翌日からの投与量の参考にすることが推奨されている。

がん医療における精神保健の専門医療スタッフの役割

がん患者に頻度の高い精神症状とその対応に関しては前述した。一方で, がん患者の経験するこれらの精神症状は, いずれも医療の現場では看過されやすいことが繰り返し報告されていることに加え, がん医療のスタッフの多くは精神症状への対応に熟練しているわけではないために, 必然的にがん患者の経験する精神症状に関してはほとんど適切なケアが提供されていない現状にある。したがって, 精神科医や臨床心理士, リエゾン精神看護師などの精神保健の専門家ががん医療へのよ

Table 5. 国立がんセンター精神科コンサルテーションの依頼理由 (n=1,721, 重複回答)

依頼理由	症例数(%)
精神医学的評価	599(34.8)
睡眠障害	325(18.9)
不安・恐怖	314(18.2)
抑うつ	302(17.5)
行動の管理/焦燥感	137(8.0)
奇異/説明不能/奇怪な行動	132(7.7)
患者の要請	106(6.2)
脳器質性症候群	102(5.9)
精神病性でない精神科疾患の既往	72(4.2)
精神病性の精神疾患の既往(統合失調症, うつ病, 双極性障害)	70(4.1)
自殺の危険性/企図の評価	51(3.0)
痛み	35(2.0)
術前評価	35(2.0)
向精神薬処方上の評価	33(1.9)
薬物の問題(薬物乱用など)	32(1.6)

り積極的な参画が強く望まれている。本項では、がん医療において精神保健の専門家に期待される役割について簡単に付記しておきたい。

まず第一に、がん患者に頻度の高い精神症状を適切に評価し、そのマネージメントに際して主たる役割を担う必要があることは論を待たない。参考までに、国立がんセンター精神科コンサルテーションにおける依頼理由を Table 5 に示したが、本結果からは、その他、睡眠障害、がん罹患以前の精神疾患のマネージメント、自殺の危険性の評価および薬物依存の危険性の評価などにおいても重要な役割を担うことが求められることを示している⁸⁾。さらに、チーム医療の一員としての役割としては、家族のケアや医療スタッフの燃え尽き予防などにも高い期待が寄せられる。概観すると、精神保健の専門家は、患者・家族の精神的ケアという自明の役割と、人の心理や精神に関する理解および情報提供をとおして、医療チームの一員として患者ケアに携わるといった、補助的、調整的な役割の双方を担っているものと考えられる。このように、がん医療における精神保健の専門家の役割は多岐にわたるが、中でも必須と思わ

Table 6. がん医療における精神保健の専門医療スタッフの役割

・不安と抑うつの評価とマネージメント
・自殺の危険性の評価と安楽死の要請への対応
・身体的に説明のつかない症状の評価
・せん妄と認知症の診断とマネージメント
・意思決定に際しての同意能力の評価
・向精神薬の使用に際しての助言
・精神療法の提供
・家族への援助
・患者、家族および医療スタッフ間の葛藤の解消
・スタッフのメンタルヘルス維持(燃え尽き予防)
・精神症状に関する医療スタッフへの知識提供および教育

れる事項に関して Table 6 に示した。

おわりに

わが国においても、積極的な抗がん治療のみならず、がん患者に対して適切な精神的ケアを提供することの重要性が認識されつつある。一方で、わが国においては、がん患者の心の問題への取り組みはいまだにはじまったばかりであり、個々の患者のニーズに応じた適切なケアを提供していくうえで多くの課題があるのが現状である。中でも、サイコオンコロジーに従事する専門医療スタッフは現時点ではきわめて限られており、今後のがん対策の推進に際しては、がん患者・家族の心のケアにあたる専門医療スタッフの養成が最大の課題であろう。

文 献

- 1) Holland JC : History of psycho-oncology : overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64 : 206, 2002
- 2) Derogatis LR et al : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751, 1983
- 3) Minagawa H et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients : a prospective study. *Cancer* 78 : 1131, 1996
- 4) 高橋三郎ほか(訳) : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 2002
- 5) Henriksson MM et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11, 1995

- 6) 秋月伸哉ほか：進行がん患者とうつ病、気分障害の薬物治療アルゴリズム，本橋伸高(編)，じほう，東京，p83-99，2003
- 7) Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 156 : 1, 1999
- 8) Akechi T et al : Psychiatric disorders in cancer patients : descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 31 : 188, 2001

INFORMATION

第3回 Honolulu Cardiac Rehabilitation Workshop

—慢性疾患を元気に生きる！—

日時 2008年2月24日(日)～3月1日(土)7日間

会場 ハワイ州ホノルル(東海パシフィックセンター他)

募集人員 20名(最少催行人数15名)

(定員に達し次第締切りとさせていただきます)

募集締切日 2008年1月18日(金)

参加費用 1名 172,000円

(上記料金はエコノミークラス2名1室の場合のお一人様料金です)

内容 慢性疾患には急性期とは異なる Cure および Care が求められます。また、慢性疾患の疾病管理はチームマネジメントの概念とともにあります。しかし、慢性疾患に対する医療を包括的に学び、現場に生かせるテクニックを身につける機会は多くありません。第3回ホノルルワークショップでは慢性疾患特有の諸問題を提示し、その管理方法を討議します。また、慢性疾患分野における米国の最新の医療現場を見学します。ワークショップの主要な会場は美しい海に面したワイキキです。どうか奮ってご参加ください。

研修主催 特定非営利活動法人 ジャパンハートクラブ

研修企画 国際治療教育研究所

申込み先 株式会社 リバティ・インターナショナル

Tel 03-3586-3241, Fax 03-3505-2959

特集

緩和ケアチーム—精神科医に期待すること、精神科医ができること

精神科医の立場から*

明智龍男**

Key words

Psycho-oncology, Palliative care team, Consultation

はじめに

2002年に、精神科医の参加を必須とする「緩和ケアチーム」に対する緩和ケア診療加算が導入された。心のケアを担当する精神科医を緩和ケアチームの構成上の必須条件とする試みは、世界でも類をみないものである。これを受けて、わが国においても次第に緩和ケアチームを院内に設置する施設が増加し、また国内の多くの施設から緩和ケアチームに精神科医の参画を求める声が上がっている。一方、通常のコンサルテーション・リエゾン精神医療からも、一步踏み込んだ形ともいえる緩和ケアチームでの具体的な活動の方法や担うべき役割に困惑を覚える精神科医も少なくないことも耳にする。それでは、緩和ケアチームにおける精神科医の役割、あるいは精神科医だからこそ提供できるケアとは具体的にどのようなものなのであろうか？

筆者は、これまで地域の中核的な総合病院、都市圏のがん専門病院における勤務を経験した後、現在は大学病院でコンサルテーション・リエゾン

精神医療、なかでもサイコオンコロジーを中心に臨床業務に携わっている。本稿では、筆者のこれまでの経験をもとに、がん医療の中で精神科医ならではの能力を活かすことのできるやや専門性の高い役割を中心に紹介させていただいた。筆者個人の経験に依拠する部分が多いため、やや偏った内容であることをご容赦いただきたい。

がん患者に頻度の高い精神疾患の評価とマネジメント

当然のことではあるが、求められる主要な役割として、がん患者の経験する精神症状の適切な評価、およびそのマネジメントが挙げられる。参考までに、国立がんセンター精神科コンサルテーションにおける依頼理由を表に示したが、全体としては、精神医学的な評価、患者に頻度の高い症状としての睡眠障害、不安、抑うつなど一般的なものが多いたことが示されている⁵⁾。しかし後述するように、「精神医学的な評価」には、がん患者ならではの実に多彩な状態の評価が含まれている。

精神医学的診断の観点からは、がん患者の経験する精神疾患として、がん罹患というライフイベントに関連して生じる適応障害、大うつ病、およびがん治療およびがんの進行に伴って生じることの多いせん妄の頻度が高いことが知られており、わが国のがん専門病院や総合病院においても、頻度が高いものは、これら3疾患であることが示さ

* The Role of a Psychiatrist in a Palliative Care Team

** 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 (〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1), AKECCHI Tatsuo: Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan

表 国立がんセンター精神科コンサルテーションの依頼理由(重複回答)

依頼理由	症例数(%)
精神医学的評価	599(34.8)
睡眠障害	325(18.9)
不安・恐怖	314(18.2)
抑うつ	302(17.5)
行動の管理/焦燥感	137(8.0)
奇異/説明不能/奇怪な行動	132(7.7)
患者の要請	106(6.2)
脳器質性症候群	102(5.9)
精神病性でない精神科疾患の既往	72(4.2)
精神病性の精神科疾患の既往(統合失調症、 大うつ病、双極性障害)	70(4.1)
自殺の危険性/企図の評価	51(3.0)
痛み	35(2.0)
術前評価	35(2.0)
向精神薬処方上の評価	33(1.9)
薬物の問題(薬物乱用など)	32(1.6)

れている。操作的な診断としてはこれら疾患群にまとめられる一方、その評価やマネジメントに際しては、担がん状態や終末期などの臨床状況を念頭に置いた対応が求められる。

1. がん患者の適応障害

適応障害はそもそも除外診断であり、異質性の高い多様な臨床状況の集合体であるともいえる。たとえば、大うつ病性障害の前駆状態のような病態や、がんの再発不安や衝撃的ながん告知に続発する侵襲的想起様の症状を中心とした不安障害に近い病像のもの、パーソナリティ特性を背景として、がん罹患がストレスとなり強い情緒的反応、対人葛藤を経験するもの、一過性のストレス反応様の病態で自然経過で正常反応に速やかに回復していく例などである。その他、近年、関心が寄せられるようになってきた、依存や自立性の喪失をめぐる苦悩など終末期がん患者の実存的苦痛なども、現在の診断基準では適応障害に分類されることが多い¹⁰⁾。それゆえ、適応障害という診断そのものは、治療方針を決定するうえでは有用性が高いとはいえず、たとえば、がん患者の適応障害に対しては標準的な薬物療法、精神療法なども存在しない。このようにがん患者にみられる適応障害には、標準的な治療指針がないため、必然的

に、がんのさまざまな臨床経過(たとえば、再発後、あるいは積極的な抗がん治療が奏効せず緩和ケアに移行せざるを得ない状況など)において、痛みなどの身体症状の評価に加え、患者個人にとってのストレスの意味や大きさ、パーソナリティやコーピングスタイルなどの個人の心理学特性、ソーシャルサポートの状況、医師をはじめとした医療スタッフや家族との関係など多様な報から現在の状態を評価し、今後のがんの病状見通しなどを考慮しながら、個別的に治療に必要がある。このような複数の領域に及ぶ複雑な情報を統合し、患者個人の状況を適切に評価、理解するうえで、精神科医に期待される役は大きい。

2. 終末期の大うつ病

まず、がんそのものに伴う身体症状の存在のために、大うつ病の診断自体が難しいことが挙げられる。たとえば倦怠感や食欲低下、睡眠障害、中力低下などは終末期がん患者においても頻度高い症状であるが、これらが、がんによるものか大うつ病によるものか判断は容易ではない⁹⁾。がん状態にある患者に対する抗うつ薬の選択にしても多くの留意事項が存在するため、適切な剤選択には豊富な経験が求められる⁸⁾。さらに死が差し迫っている終末期症例が大うつ病と診され、“死にたい”“ずっと眠っていたい”など繰り返し訴える場合などは、そのマネジメントに難渋する場合も稀ではない。大うつ病は基本には治癒可能な病態ではあるが、予後が1か月内の場合などでは、あらゆる方法を尽くしても善できない場合も少なくない¹⁰⁾。抗うつ薬はせむし原因になることも稀ではないので、状況によっては抗うつ薬の使用は避け、一般的な支持やアに加え、睡眠や不安などの部分症状緩和に徹る方針を精神科医として明確にする必要がある場合もある¹⁰⁾。さらに、倫理的な議論は残されるものの、大うつ病がもたらす深い苦悩を鑑み「鎮静(既存の方法では症状をやわらげることできないので、意識を落とすことで症状を緩和すること)」の可否に対しての判断を求められる

ともある¹⁴⁾。これら身体状態が日々悪化する状況において、患者の価値観など個別性を大前提としたうえで、大うつ病の診断、マネージメントにあたることは大変難しいが、その舵取りは実質、精神科医に委ねられる部分が多い。

3. 終末期せん妄のマネージメント

終末期においてはせん妄の頻度が高く、30~90%に認められることが知られている。また臨床的には、進行がん患者においては、前述した適応障害や大うつ病が身体状態の悪化に伴いせん妄に移行し、複雑な臨床像を呈することも稀ではない。進行・終末期にせん妄が発現したがん患者を対象とした検討では、頻度の高い原因は、オピオイドや向精神薬などの薬剤、脱水、肝・腎機能障害などであり、可逆性が高いもの(原因に対するアプローチと適切な対症療法でせん妄が改善する可能性が高いもの)は、薬剤、脱水、高カルシウム血症などであったと報告されている。なお、死亡前24~48時間に出現するものでは不可逆であることが多い。このように多くの終末期がん患者がせん妄を経験するが、せん妄は家族に強い精神的苦痛をもたらすことも知られている¹⁵⁾。したがって、終末期せん妄のマネージメントにあたっては、せん妄の診断のみならず、その原因の同定と治療可能性の評価、適切な薬物療法の提供、現実的な治療の目標設定などに加え、家族への説明およびケアなどの役割が精神科医に期待される。

がん患者の複雑な心理をめぐって

がん医療の現場では、がんの致死性やがんの進行、苦痛をもたらす多彩な苦痛症状の発現、難しい意思決定などの臨床状況があるため、これらに関連して生じてくるさまざまな心理状態に対する評価、対応が求められる。この際には、異常心理学に基づく精神医学的な評価を行う能力のみならず、より一般的な心理学的な評価および理解が必要となる。

1. 希死念慮

がん患者の経験する苦悩は時として深く、がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしま

いたい」、「早く逝かせてほしい」などの言葉が聞かれることも稀ではない。しかし、これまでの検討からは、がん患者の希死念慮の背景には、痛みをはじめとした身体症状、大うつ病や絶望感などの精神症状、自立性の喪失や依存の増大などの実存的な苦痛、乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されている^{6,7)}。さらに、早い死を望んだ進行がん患者を対象として、その意味することを質的に検討した報告からは、「早い死の希望」は多くの意味を含んでおり、「生きたい」ことに対する逆説的表現、死にゆく過程のつらさ、今、現在の耐え難い苦痛(痛みなど)に対する援助の求め、今後、起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の一つ、1人の個人として関心を抱いてほしいという欲求、愛他性の表現、家族から見捨てられる不安、悲嘆、苦悩などを表現するためのコミュニケーションである可能性が指摘されている¹²⁾。したがって、「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には、このようなさまざまな「意味」が存在する可能性を念頭に置いておく必要がある。言い換えると、ほとんどの場合には、「死にたい」という表現の背後には、すくい取られていないならぬ患者ニーズや緩和されていない苦痛があることを示唆しており、精神科医は、その深い意味を理解し、医療の現場にフィードバックするうえでの最後のゲートキーパーともなり得るのである¹³⁾。

2. 医学的に説明のつかない身体症状：予期悪 心・嘔吐

一般のコンサルテーション・リエゾン精神医療の領域でも、身体的に異常所見の認められない食思不振や倦怠感など医学的に説明のつかない身体症状の評価をめぐって精神科医に依頼されることは稀ではない。これはがん医療の現場でも同様であるが、比較的特異的な抗がん剤投与に伴って発現する予期悪心・嘔吐を紹介したい。

がん患者が最も嫌悪する抗がん剤の有害事象の一つとして、激しい悪心、嘔吐が知られている。抗がん剤による悪心、嘔吐は通常化学療法の1~3時間後に発現することが多いが、ある種の

抗がん剤では投与後24時間以降に症状がみられることがあり、遅発性悪心、嘔吐と呼ばれている。また、催吐作用の強い抗がん剤(シスプラチンなど)を繰り返し投与されている患者では、治療室に入ったり、点滴のボトルをみたり、注射の前にアルコール消毒をされただけで悪心、嘔吐を来すことがあり、予期悪心・嘔吐と呼ばれている。予期悪心・嘔吐が生ずる機序としては、学習理論に基づく古典的条件づけが深く関与していることが示唆されている。つまり、繰り返し抗がん剤の治療を受けているうちに、有害事象としての悪心・嘔吐が条件づけられ、もともとは意味を持たなかった病院内の環境や医療者の行為などが合図となって症状が発現すると考えられている。予期悪心・嘔吐に対しては、通常の制吐剤は無効であり、前述したように条件づけが関与していることから、系統的脱感作など行動療法的なアプローチが用いられる¹⁷⁾。なかでも抗がん剤の有効性が高いがんに対する治療においては、予期悪心・嘔吐の適切な評価とマネジメントはきわめて重要であり、がん治療を成功に導くためにも精神科医の果たす役割は大変大きい。

3. がん患者にみられる心理的防衛機制

がん患者の中でも、進行・終末期がん患者には、否認、退行、置き換えといった心理的防衛機制がみられることが稀ではない²⁾。これらは、たとえば“繰り返し説明しているのに病状が理解できない”“何でも看護師に頼んで自分でできるセルフケアもやってくれない”“怒りっぽくなり周囲に当たり散らすようになった”といった内容で医療スタッフから精神科医に間接的に相談されることが多い。これら防衛機制の多くは、いずれも、治癒が望めないといった絶望的状況や死および死にゆくプロセスへの不安、恐怖に対する対処法として用いられることが多い。否認、退行は、多くの場合、ケアの妨げとなることのない軽度のものであることが多い一方で、医療スタッフは、その状態の評価に戸惑い困惑していることが多い。置き換えに関しては、治癒が望めないがん罹患してしまったことに対する怒りを家族や医療者に向

けるものが最も一般的である。これら防衛が認められた際には、背景に高度な心理的苦痛が存在することを物語っており、また進行・終末期、なかでも死が差し迫った終末期という特殊な状況においては、不安や抑うつを防衛するうえで適応的なものである場合も多く、こういった際には直接的な介入も不要である。多くの場合、精神科医の役割として重要なことは、患者に直接的にかかわることではなく、医療スタッフにこれらの心理状態を説明し、医療スタッフを側面から援助することである。一方で、これら防衛が、患者の治療に関するアドヒアランスを障害していたり、精神的苦痛の軽減に有用でない場合など、適応的でなく、患者の生活の質を保つうえで著しい妨げとなっている場合には、穏やかで注意深い直面化など治療的介入が考慮されることもある。患者の多彩な言動から、背景に存在するこれら防衛機制を理解し、深い患者心理の理解に基づくケアを体现するスキルも精神科医ならではのものであろう。

4. 意思決定をめぐる問題

周知のことではあるが、患者と医療者間において適切なインフォームド・コンセントのプロセスが成立するためには、患者が医療者からの説明内容を判断するために必要な意思決定能力(competency)を有することが前提とされる。一方、がん医療の現場では、メリットとデメリットが拮抗した治療選択をはじめとした難しい意思決定(たとえば、治癒が期待できる一方で致死性も高い治療を選択するか、治癒は望めないが安全性が高い治療を選択するか)を必要とする臨床状況も稀ではない。インフォームド・コンセントのプロセスにおいて、なかでも、患者の意向と医学的推奨との間に対立が生じた場合には、倫理的ジレンマが生じやすく、がん医療の現場においては、意思決定能力の評価に関して精神科医に依頼されることが多い。

筆者の国立がんセンターにおける経験では、治療拒否、インフォームド・コンセントを行うに際しての意思決定能力の評価、セルフケアを行う能力の評価などで依頼されることが多く、このよう

な意思決定をめぐる問題で紹介されたがん患者の背景に存在する精神科診断は、がん患者に頻度の高い前述の3つの精神疾患(適応障害、うつ病、せん妄)に加え、統合失調症、双極性障害、人格障害、認知症など、多彩であった³⁾。我々は、Appelbaumらの方法を参考にしながら、臨床的に意思決定能力を評価しているが^{9,13)}、なかでも医学的なメリットがデメリットを上回ると考えられる治療の拒否(たとえば、治癒が期待されるがん治療の拒否など)や潜在的には危険性の高い抗がん剤の第一相試験へのエントリーを強く希望した際など、慎重にその心理的背景を検討している。このように、個々の医療状況における患者の心理、認知機能などを総合的に評価し、意思決定能力を判断することも精神科医ならではのスキルであろう。

家族のケア

家族の成員のうちの1人ががん罹患することは、家族全体に多大な精神的、物質的負担をもたらす。実際、がん患者を抱えた家族は、自分自身の心理的問題に対処する必要があるのみならず、心身両面にわたる多くの役割を担うことになる。家族の経験する精神的苦痛に関しては、多くの研究で、患者と同等、場合によっては患者にも増して強い苦痛を抱えていることが示されている。サイコオンコロジーや緩和ケアでは、家族は単なるケアギバーではなく、常にケアを受けるべき対象者としても認識されるので、必然的に、患者がチームに依頼された場合は、その家族のケアも念頭に置くことになる⁹⁾。

これまでの知見から、がん患者の家族が抱える問題、特に心理・社会的側面にかかわる問題として、①不安、抑うつ、怒りなどの精神的苦痛、②今後の病状に対する不確実性への懸念、③患者が死にゆくことに対する恐怖、④役割とライフスタイルの変化、⑤患者を快適に過ごさせるための方法への懸念、⑥実存的な懸念、⑦家族の間で異なるニーズ、などが示されている。緩和ケアチームの精神科医はなかでも、事例化した家族に対する

精神的ケアに際して主要な役割を担うことになる。さらに、患者に対する精神的援助の方法に関する情報提供、事例化していなくても、家族の抱くつらい気持ちの言語化を促し、そのつらさや家族の置かれる苦境に理解を示し、共感するといった精神的ケアを行うなどの役割を担う必要がある。また、家族が家族として十分に機能していない場合(患者について話し合うことを避ける、個々の家族の意見が異なりまとまらないなど)などは、その家族間の問題点を明らかにし、家族全体として介入を行うことが求められる場合もある。

医療スタッフのケア

医療チームが、チームとして良好に機能するためには、スタッフの燃えつきを予防することが重要である。医療スタッフの燃えつきは患者ケアの質にも影響を及ぼすことが示唆されていることから、医療スタッフの燃えつきをはじめとしたメンタルヘルスの維持はチーム内の精神科医の大きな役割の一つである¹⁵⁾。したがって、チーム内の精神科医は、スタッフのメンタルヘルスにも留意し、適切な介入、たとえば、症例検討会の開催により難しい症例を特定の医療スタッフが抱え込まずにすむよう働きかけたり、場合によっては医療スタッフに対しての個別的なサポートを行ったりなどの活動を提供することも望まれる。たとえば、前述した状況の中で、治療が奏効せず、がんが進行していく無念さや怒りを医療スタッフ、なかでも看護師に置き換えるといった形の防衛機制ががん患者にみられることは稀ではなく、このような場合には、患者心理を医療スタッフに伝えるとともに、看護師を背後から支えることが最も重要な患者ケアとなる場合もある。

また進行・終末期がん患者に接するうえで最も注意しなければならない問題の一つとして、医療スタッフに生じる逆転移の問題がある。これは、対象の多くが日々身体的に悪化していく患者であり、その治療終結が患者の「死」をもって迎えられることが多く、そのために医療スタッフが特に

無力感を中心とした逆転移感情に圧倒されることが稀ではないといった治療状況が関係しているものと考えられる²⁰⁾。逆転移に気づかない場合、不適切な治療目標の設定を行ったり、不適切な治療終結の原因となったりするなど、患者の見捨てられ不安を助長する可能性があるため、医療スタッフの抱えている気持ちを感じ取り、その都度サポートしながら、継続的にケアを提供することの意義をチーム内で繰り返し確認することが必要なこともある。

おわりに

緩和ケアチームの目標の一つは、患者の意向を十分に考慮したうえで、患者個人の生活の質を身体的側面、心理社会的側面を含めた全体として可能な限り最大限に高めること、苦悩を軽減することにある¹¹⁾。したがって、チーム内の精神科医は、患者の生活の質を高めるうえで精神科医に求められていること、および可能なことを理解し、これらを、あくまで患者を支える医療チームの一員として提供していくことが重要である。複数科あるいは複数の医療者から構成される医療チームの一員として活動することは必ずしも容易なことではないが、他の医療スタッフと良好な関係を築きながら、患者中心のケアを体現させていくスキルは、精神科医ならではのものとも言える。概観すると、精神保健の専門家である精神科医は、緩和ケアチームの構成要件そのものにかかわる患者・家族の精神的ケアという自明の役割と、人の心理や精神に関する深い理解および情報提供を通して、医療チームの活動を間接的に患者ケアに結びつけていく、補助的、調整的な役割の双方を担っているものと考えられる。筆者自身の経験ではあるが、このような役割を果たすうえで、コンサルテーションという依頼形態に経験が豊富な精神科医に、がん患者、家族、そしてがん医療に携わる医療スタッフから寄せられている期待はきわめて大きいと感じている。

文献

- 1) Akechi T, Akizuki N, Okamura M, et al: Psychological distress experienced by families of cancer patients: Preliminary findings from psychiatric consultation of a cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol* 36: 329-332, 2006
- 2) 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. *精神誌* 106: 123-137, 2004
- 3) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al: Psychiatric evaluation of competency in cancer patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 7: 101-106, 2003
- 4) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 44: 244-248, 2003
- 5) Akechi T, Nakano T, Okamura H, et al: Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol* 31: 188-194, 2001
- 6) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al: Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 95: 1085-1093, 2002
- 7) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 100: 183-191, 2004
- 8) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他: 進行がん患者とうつ病. 本橋伸高 責任編集, 気分障害の薬物治療アルゴリズム. じほう, pp 83-99, 2003
- 9) Appelbaum PS, Grisso T: Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 319: 1635-1638, 1988
- 10) Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med* 132: 209-218, 2000
- 11) Cassel EJ: The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 306: 639-645, 1982
- 12) Coyle N, Sculco L: Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: A phenomenologic inquiry. *Oncol Nurs Forum* 31: 699-709, 2004
- 13) Drane JF: Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *Jama* 252: 925-927, 1984
- 14) 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班, 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会: 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 2004

- 15) Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al: Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: A nationwide survey. *J Clin Oncol* 20: 758-764, 2002
- 16) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al: Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 45: 107-113, 2004
- 17) Morrow GR, Morrell C: Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med* 307: 1476-1480, 1982
- 18) Muskin PR: The request to die: Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *JAMA* 279: 323-328, 1998
- 19) Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, et al: Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliat Support Care* 5: 3-9, 2007
- 20) Straker N: Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 7: 1-9, 1997

学会告知板

千里ライフサイエンス第100回記念セミナー「細胞生物学・免疫学における日本発オリジナル研究—発見の発端と展開」

趣旨 今年、この3月に退任した岡田善雄当財団前理事長(現特別顧問)が細胞融合に関する論文を発表してから50年、さらに当財団主催のセミナーが創立以来100回目となります。そこでこれらを記念して本特別セミナーを企画しました。岡田前理事長をはじめ細胞生物学・免疫学分野で大きな業績を残された世界的に著名な5名の研究者を講師にお招きし、それぞれの研究について、発見のきっかけ、重要性、発見当時の位置づけ、その後の発展、今日的意義付け等を講演していただきます。科学あるいは研究の本質がどのようなものであるかを特に若い研究者に考えていただく手がかりになれば幸いです。

日時 2007年11月13日(火)10:00~17:00

場所 千里ライフサイエンスセンタービル5階ライフホール

プログラム

1. 開会あいさつ 千里ライフサイエンス振興財団理事長 岸本忠三
2. 体細胞培養と細胞融合のドッキング時代—昔を回顧して
千里ライフサイエンス振興財団特別顧問 岡田善雄
3. 多細胞体制の構築と崩壊
理化学研究所発生・再生科学総合研究センター センター長 竹市雅俊
4. サイトカインの研究—遺伝子の発見から分子免疫学の展開へ
東京大学大学院医学系研究科教授 谷口維紹
5. 病原体認識受容体 Toll-like receptors 研究への道
大阪大学微生物病研究所教授 審良静男
6. Bリンパ球分化因子から抗体医薬へ—IL-6と共に35年
大阪大学大学院生命機能研究科教授 岸本忠三
7. おわりに 千里ライフサイエンス振興財団理事長 岸本忠三

定員 300名 参加費 無料

申込要領 氏名(ふりがな)、所属機関、部署、所在地、電話番号、e-mailアドレスを明記の上、e-mailで下記宛お申し込み下さい。

申込先 e-mail: sng@senri-life.or.jp

(財)千里ライフサイエンス振興財団 村上和久 ☎ 06-6873-2001

〒560-0082 大阪府豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンタービル8階

特集

腫瘍内科医に必須のサイコロジカル

がん患者と自殺*

明智 龍男**

Key Words : suicide, depression, delirium, pain, existential distress

はじめに

わが国における致死的な疾患の代表であるがんに罹患するということはきわめて大きなストレスとなり得る。がん治療の進歩に伴い「がん=死」というイメージは払拭されつつある一方で、約半数の患者にとっては依然として致死性疾患であることに変わりはなく、さらには長期生存患者にも身体的な機能障害、社会的な再適応の必要性などさまざまな問題がみられることが明らかにされてきた。それゆえ、がん患者の経験する苦悩は深く、時として自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験される。また、がん医療の現場では、患者から、「早く死んでしまいたい」、「早く逝かせて欲しい」、「安楽死をして欲しい」などの言葉が聞かれることは決して稀ではない。わが国では、1998年以降8年連続して自殺者が3万人を超え、遺書により推測された原因としては健康問題が最大の要因であったことが示されている。また、わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は、がんが最多であったことが報告されている〔認定病院患者安全推進事業 提言「病院内における自殺予防」より (<http://www.psp.jcqh.or.jp/psp/>)〕。

それでは、実際がんと患者は一般人口に比して自殺が多いのであろうか？がん患者の自殺の背景にある要因は、痛みなどの身体的要因なのであろうか？がん医療において自殺予防としてはどんな方法がとり得るのであろうか？自殺という悲痛な結末を迎えた場合に、家族に、その他の患者に、そして医療スタッフにどのような対応を行うべきであらうか？

実際に自殺事例が発生すると、その衝撃は家族、関係する医療スタッフにとってきわめて大きなものになるため、これらは、がん医療に携わる多くの医療スタッフが抱えている切実な疑問である。本稿では、がん患者の自殺に関しての問題を考察することにより上記の臨床的問題点に言及する。

がん患者と自殺

1. がん患者における自殺率に関する疫学的研究

がん患者の自殺率に関して検討を行った疫学的研究を表1にまとめた。先行研究の多くは、がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことを示している^{1)~14)}。また、これら結果からは、がん患者の自殺率は概ね0.2%程度であることが推測される。1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは、がん患者の自殺率は、一般人口に比べて1.8倍有意に高いことが示され

* Suicide in cancer patients.

** Tatsuo AKECHI, M.D., Ph.D.: 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学〔〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1〕; Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya 467-8601, JAPAN

表1 がん患者の自殺に関する追跡研究

著者(年)	国	追跡症例数(人)	がん患者自殺数(人)	自殺の割合(%)	一般人口に対する危険率(P値または95%信頼区間)	自殺の危険率を高める要因
Louhivuori(1979) ¹⁾	フィンランド	28,857	63 (男49,女14)	0.22	男 1.3(P<0.01) 女 1.9(P<0.05)	消化器がん, 診断時の進行がん, 治療を受けていない患者 診断直後(男)
Fox(1982) ²⁾	アメリカ	144,530	192 (男160,女32)	0.13	男 2.3(P<0.005) 女 0.9(NS)	
Allebeck(1989) ³⁾	スウェーデン	424,127	963 (男645,女318)	0.23	男 1.9(1.8-2.1) 女 1.6(1.5-1.8)	肺がん, 胃腸系のがん(男), 診断後1年以内
Allebeck(1991) ⁴⁾	スウェーデン	59,845	144 (男84,女60)	0.24	男 2.4(1.9-3.0) 女 2.7(2.0-3.5)	肺がん, 胃腸系のがん(男), 大腸がん(女), 診断後2年以内
Levi(1991) ⁵⁾	スイス	24,166	55 (男39,女16)	0.23	男 2.8(2.0-3.8) 女 2.2(1.3-3.6)	診断後1年以内
Storm(1992) ⁶⁾	デンマーク	296,331	568 (男352,女216)	0.19	男 1.5(1.3-1.6) 女 1.3(1.1-1.5)	進行がん, 診断後2年以内
Harris(1994) ⁷⁾	(メタアナリシス)	記載なし	1,625 (男女別の記載なし)	記載なし	全体 1.8(1.7-1.9)	診断直後
Crocetti(1998) ⁸⁾	イタリア	27,123	41 (男31,女10)	0.15	男 2.3(1.5-3.2) 女 2.7(1.3-5.0)	診断6か月以内
Tanaka(1999) ⁹⁾	日本	23,979	48 (男女別の記載なし)	0.20	男 1.2(0.8-1.8) 女 1.5(0.9-2.3) 全体 1.4(0.99-1.8)	診断3,5か月後, 50歳代, 診断時の遠隔転移, 生殖系のがん, 退院直後
Innos(2003) ¹⁰⁾	エストニア	65,419	197 (男150,女47)	0.30	男 1.7(1.5-2.0) 女 0.5(0.4-0.7)	診断後3~6か月(男), 食道がん, 肺がん(男)
Hem(2004) ¹¹⁾	ノルウェー	490,245	589 (男407,女182)	0.12	男 1.55(1.4-1.7) 女 1.4(1.2-1.6) 全体 1.5(1.4-1.6)	診断後5か月以内, 未婚・離婚・別居, 呼吸器系のがん(男), 口腔・咽頭がん(女)
Miccinesi(2004) ¹²⁾	イタリア	90,197	102 (男85,女17)	0.11	男 2.0(P<0.05) 女 1.6(NS)	-
Yousaf(2005) ¹³⁾	デンマーク	564,508	1,241 (男740,女501)	0.22	全体 1.93(P<0.05) 男 1.7(1.6-1.9) 女 1.4(1.3-1.5)	男性は診断3か月以内, 女性は診断から 3~12か月, 進行がん
Schairer(2006) ¹⁴⁾	デンマーク, フィンランド, ノルウェー, スウェーデン, 米国	723,810 (乳がんのみ)	836	0.12	1.37(1.28-1.47)	進行がん

表2 自殺したがん患者の心理学的剖検研究*

著者(年)	国	対象	背景	結果
Conwell ^{31)**} (1990)	アメリカ	8例(1例は未遂) (50歳以上)	全例男性, 大腸がん3例	・5例はうつ病 ・6例は死別(4例の配偶者はがん死)あるいは離婚 ・多くは頑固で自尊心が高い人格傾向 ・精神疾患の既往は全例なし
Filiberti ³²⁾ (1991)	イタリア	入院中に自殺した がん患者の1例	48歳, 男性, 転移性大腸がん	・患者には身体障害をもつ娘が存在し, 患者のケアのために, 配偶者がその娘のケアを十分にできなくなることを恐れての自殺と考えられた. その患者は, 精神的には穏やかで, 痛みもコントロールされていた.
Hietanen ³³⁾ (1991)	フィンランド	自殺したがん患者 60例	終末期18例, 寛解期25例	・がんが寛解状態で自殺した症例では, 本人・家族の精神疾患の既往, 本人の自殺企図の既往, 家族の自殺が多く, 84%は抑うつ状態であった ・終末期で自殺した症例では, 全例に痛みをはじめとした身体症状が存在し, 83%が抑うつ状態であった.
Hietanen ³⁴⁾ (1994)	フィンランド	自殺したがん患者 60例 (対照群: 非がんの 自殺60例)	同上	・自殺したがん患者群は, 対照群に比べて, 痛みおよび身体機能の障害が高度で, 精神疾患の家族歴が少なかった. また, 家族や親密な人はがん患者群で存在する頻度が高かった.
Henriksson ³⁵⁾ (1995)	フィンランド	自殺したがん患者 60例 (対照群: 非がんの 自殺60例)	70歳代(32%), 60歳代(28%), 50歳代(15%), 40歳代(12%)	・自殺したがん患者群の精神医学的診断: うつ病(32%), 特定不能のうつ病性障害(30%), 不安障害(13%), アルコール依存(13%), 適応障害(12%), 人格障害(3%), 診断なし(5%) ・がん患者群, 非がん患者群ともうつ病がもつとも多いが, がん患者群では非がん患者群に比べて, アルコール依存, 人格障害の頻度が少なかった.
Filiberti ³⁶⁾ (2001)	イタリア	在宅緩和ケア受療 中に自殺した終末 期がん患者5例	既婚4例, カソリック4例	・全例にみられた特徴: 自律性と自立を失うこと に対する懸念, 他者への依存の拒絶 ・4例にみられた特徴: 身体機能の障害, 痛み, 強い性格(strong character), 終末期であること の認識, 家族の重荷になっているとの気持ち, 抑 うつ状態, 過去に自殺の可能性について言及 ・全例に自殺に関連した脆弱性が複数, 同時に存在

* 家族や患者を知る関係医療スタッフなどから, 自殺者の生前の情報を可能な限り収集し, 自殺に至った患者の精神状態を判断する手法をいう. ** 本研究は, がん患者のみでなく, がんに罹患していると信じていた患者も含んでいる(がん患者は4例).

ている⁷⁾. また, これらの研究のいくつかでは, 診断時にすでに進行がんであること, および診断から間がない時期においてとくに危険率が高いことが共通して示されており, 今後, がん患者の自殺予防を考えるうえで, 貴重な知見を与えている.

2. 自殺したがん患者の心理学的剖検

自殺したがん患者の背景に存在した精神状態

を検討した報告(心理学的剖検研究: 家族や患者を知る関係医療スタッフなどから, 自殺者の生前の情報を可能な限り収集し, 自殺に至った患者の精神状態を判断する手法)はきわめて限られているが, 既存の報告を症例報告を含めて表2に示した. Henrikssonらは, 自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した結果, 両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神