

表① がん医療における効果的なコミュニケーション

Supportive environment (支持的な場の設定)	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーの保たれた静かで落ち着いた場所を設定する ・患者が都合のよい時間を設定する ・遮られることのない十分な時間を設ける ・患者の目や顔をみて話す
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の認識を知る ・患者のペースにあわせる ・わかりやすく明確に伝える ・理解度を確認しながら話す
Additional information (付加的情報)	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の治療方針についても話し合う ・病気の日常生活への影響について話し合う ・利用できるサポート、代替療法、セカンドオピニオンなどについて希望があれば話し合う
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)	<ul style="list-style-type: none"> ・感情表出を促し、受け止める ・悪い知らせであることをあらかじめ示唆する ・気持ちに配慮する ・家族に対しても患者同様配慮する

とを自分の言葉でいいかえるなどして理解したことを伝える。

- ⑤共感するスキル：患者の気持ちを探索し理解する，沈黙を積極的に使う，患者の気持ちをくり返す。

4. がん医療における効果的なコミュニケーション

次に悪い知らせを伝える面談でのコミュニケーションスキルに関する海外のガイドラインに目を向けてみると，医療者の経験則にもとづいて作成されており，患者の意向とは必ずしも一致しないことが示唆されていることから¹⁰，悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を検討する必要がある。また，コミュニケーションやコミュニケーションに対する患者の意向は文化により異なるため¹¹，文化差を考慮したコミュニケーションが必要である。

そこで，わが国のがん患者が悪い知らせを伝えられる際に，医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるのか検討するために，われわれは国立がんセンター東病院（当院）において42名の外来通院患者，および7名のがん専門医を

対象とした面接調査を実施した¹⁰。録音された面接内容を文字に変換したうえで，発言ユニットを作成し，内容分析をおこなった。その結果，がん患者の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向として，「Supportive environment（支持的な場の設定）」「How to deliver the bad news（悪い知らせの伝え方）」「Additional information（付加的情報）」「Reassurance and Emotional support（安心感と情緒的サポート）」という4つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーの内容を表①にまとめる。

次に，面接調査であげられた70のコミュニケーションについて0（まったく望まない）～5（強く望む）の5件法で回答を求める質問票を作成し，当院において，529名の外来通院患者を対象とした横断調査をおこなった¹⁵。得られたデータを因子分析した結果，面接調査と同様の4つの因子が抽出され，面接調査から得られた結果が再確認された。

2つの研究結果から得られた悪い知らせを伝えられる際の患者の意向をその構成要素の頭文字からSHAREとまとめた。これらSHAREの要素を実際の面談でどのように使用するかに関して時間軸にそって簡単にまとめる。

1) 面談の準備

重要な面談の前には事前の準備からコミュニケーションスキルを用いる。まず、悪い知らせを伝える（可能性のある）面談の前には、次回の面談が重要なものであることを伝える。家族の同席を促すことは、次回の面談の重要性に対する患者の認識を高めるために役立つ。また、面談当日はプライバシーが保たれた部屋や十分な時間を確保しておくことも大切である。面談の中断を避けるために周囲のスタッフへの協力を依頼し、電話が鳴らないように配慮する。もしも面談中に電話がなった場合には、患者や家族に一言、断りを述べることを心がける。患者の医師に対する信頼感は医学的専門性だけでなく日常診療での挨拶や表情などからも構築されるため、身だしなみや時間を守るなど基本的なコミュニケーションを念頭に置く。

2) 面談の開始

面談のはじめから、いきなり悪い知らせを伝えるのではなく、時節の挨拶や聴くスキル（開かれた質問、アイコンタクト、患者の話を遮らない、患者の言葉をくり返すなど）を用いる。重要な面談に際して患者は緊張しているため、聴くスキルを使用して、患者の話を聴いていることを伝えるとともに、患者の話を促進することによって、患者の緊張を和らげ、患者の気がかりなことを聞き出し、関係性を築く助けとなる。また、患者の希望にあわせて家族の同席を促し、家族に対しても患者同様の配慮をすることが望ましい。この段階で、患者が自身の病気に関する現在の状態についてどのように認識しているのか把握する。悪い知らせを伝えられる患者の精神的ストレスの大きさは知らせの内容だけで決まるのではなく、患者の理解や期待と医学的現実とのギャップの大きさにも影響を受ける。さらに、感情的に悪い知らせを聞く準備ができていないのか把握し、患者が使う言葉に注意を向けることにより、現実とのギャップの埋め方、何をどの程度伝えるかという戦略を立て

ることが可能となる。

3) 悪い知らせを伝える

悪い知らせを伝える段階では、warning sign となる言葉をかけることによって患者に心の準備を促すことが可能となる。そして、悪い知らせは明確に伝えることが大切である。たとえば、がんを伝える際には「がん」という言葉をきちんと用いて伝える。あいまいに伝えられることを望んでいる患者は少ない。ただし、1回の面談のなかで何度も「がん」という言葉をくり返すことは適切ではない。2回目以降は、「あなたの病気」や「この腫瘍」など言葉を置き換えることが望まれている。つまり、「悪性腫瘍」などの言葉では「がん」ととらえられない場合も少なからずある一方で、患者にとって「がん」という言葉は侵襲的であることから、一度明確に悪い知らせを伝えた後には、適切に婉曲的な表現を用いることによって患者への心理的負担を軽減することが可能となる。

悪い知らせを伝えられると、患者には多種多様な感情が誘起される。多くの場合ネガティブな感情である。そのような悪い知らせによって生じた気持ちをいたわることもまた重要である。たとえば、沈黙の時間をとり、患者の言葉を待つだけでも十分患者に共感的な態度を示すことが可能である。共感的な態度は、患者-医師間の信頼関係を促進する。信頼関係が構築されると、以降、さまざまな困難な局面に直面しても、円滑なコミュニケーションが期待できる。また、後に怒りなどの激しい感情を表出する患者の多くはこのような信頼関係の構築に失敗していたり、不十分なことが原因であるケースもある。

4) 今後のことを話し合う

悪い知らせを伝えた後には、今後の対処法について話し合うことが求められる。第一に治療について、そして、仕事などの日常生活への病気の影響についてである。患者は医師とさまざまな種類

の話をしたと考えている。しかし現実的にはむずかしい場合には、チームでのかわりであることを伝えたくて専門家を紹介することも有効である。初診の際には、セカンドオピニオンについて積極的に説明することが望ましいが、長期の治療関係にある場合には見捨てられる感じがしてあまり望まれないことが多い。

5) 面談のまとめ

面談のサマリーをおこなう。伝えた内容を簡単にまとめることにより、伝えた内容への患者の理解を確認することが可能となる。書いて説明した場合にはその用紙を患者に手渡す。そして、何より責任をもって診療にあたることを伝えることが大切である。

おわりに

すべての患者が望むコミュニケーションが存在する一方で、患者ごとに意向が異なるコミュニケーションが存在するため、患者ごとの意向を把握するよう常に心がけ、意向にそったコミュニケーションを実践することが大切である。

コミュニケーションスキルは経験を積むだけでは向上しないが、教育によって向上することから、教育プログラムの必要性が指摘されている。がん医療に携わる医療者に対するコミュニケーションスキルの教育的介入として、コミュニケーションスキル・トレーニング (communication skills training : CST) プログラムが世界的に実施されている。しかしながら、わが国においてはCSTプログラムの実施はまだまだ十分ではないため、今後、CSTプログラムの均てんが課題である。

■ 文 献 ■

- 1) Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T *et al* : Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 90 : 812-817, 1999
- 2) Buckman R : Breaking bad news : why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* 288 : 1597-1599, 1984
- 3) Fallowfield L, Jenkins V : Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363 : 312-319, 2004
- 4) Mehrabian A, Ksionzky S : Factors of interpersonal behavior and judgment in social groups. *Psychol Rep* 28 : 483-492, 1971
- 5) Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS *et al* : Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 74 : 336-341, 1994
- 6) Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N : Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci Med* 53 : 1335-1350, 2001
- 7) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA *et al* : Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 71 : 1263-1269, 1995
- 8) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA *et al* : Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347 : 724-728, 1996
- 9) Cantwell BM, Ramirez AJ : Doctor-patient communication : a study of junior house officers. *Med Educ* 31 : 17-21, 1997
- 10) Maguire P : Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 35 : 1415-1422, 1999
- 11) 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
- 12) Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ *et al* : When the diagnosis is cancer : patient communication experiences and preferences. *Cancer* 77 : 2630-2637, 1996
- 13) Fujimori M, Parker PA, Akechi T *et al* : Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology*, In press
- 14) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N *et al* : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology* 14 : 1043-1051, 2005
- 15) Fujimori M, Akechi T, Morita T *et al* : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology*, In press

緩和ケアにおける抑うつ

小川 朝生* 内富 庸介*

Summary

抑うつ症状は、診断から終末期まであらゆるがんの治療時期を通して高頻度に認められる精神症状である。抑うつ症状は、大きく適応障害と大うつ病に分けられ、それぞれ適切な治療により症状・QOLの改善を図ることができる一方、医療スタッフから見落とされがちである。がん患者とその家族に適切なケアを提供するために、精神症状への理解、知識の向上が望まれる。

1. はじめに

がん対策基本法が施行され、「療養生活の質の維持向上」が柱の一つとして提言された。遅ればせながら日本の臨床場面においても、緩和ケアの重要性が認識されつつある。

がん医療の均てん化の礎となるがん診療拠点病院の要件に、緩和ケアチームが必須とされた。また2002年より認められた緩和ケア加算では、加算条件として専任の精神科医師を必須条件としている。ここにも、がん治療を通して常に起こりうる精神症状の評価・症状緩和が重要であることが示されている。今後、WHOの提言のとおり、診断時期から支持療法が求められる時代となり、あらゆる時期を通じて継ぎ目なく患者を支援することが求められている。

2. 緩和ケアにおける精神症状

がん治療全般を通してさまざまな精神症状が出現し、がん患者の30-40%になんらかの精神医学的問題が認められる。なかでも一般的な問題は抑うつ状態である。

抑うつ状態は、がん種に関わらず、治療のあら

ゆる時期に出現し、特に進行・終末期において有病率は上昇する。特に抗うつ薬による薬物治療が必要であり、かつ治療が効果的である大うつ病は、緩和ケア受療中の患者の16%に認められ²⁾、一般人口のおよそ3倍の有病率に上る。

3. 緩和ケアにおいて抑うつが重要であること

緩和ケアにおいて、抑うつ³⁾の診断・治療の重要性が繰り返し指摘されるのに、いくつかの理由が挙げられる。

抑うつが一般的であるにもかかわらず、よく見落とされること

がん患者の場合、身体治療中であることから、患者自身も医療者も抑うつに伴う身体症状を、がん⁴⁾に付随する症状や治療に伴う有害事象としてとらえ、抑うつが見落とされがちであることが知られている⁵⁾。また、患者は、治療全体を通して、さまざまな喪失(健康を失う、仕事や社会的役割を失う、家族・医療システムへ依存する割合の増加、将来の計画など)と苦痛(がん告知、手術、治療、再発告知、治癒を目指した治療の中止など)を体験する。抑うつはそのような喪失体験にともなう心理的反応をともなって出現することが多

* Asao OGAWA, Yosuke UCHITOMI(部長): 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

表1 がん患者の抑うつに関連する因子

高齢
進行がん, 再発がん
コントロール不良の疼痛
身体機能の低下
倦怠感
アルコール歴
うつ病の家族歴
薬物の副作用 (ステロイド, 降圧薬, 抗不安薬, 抗悪性腫瘍薬)
疾患: 全身感染症, 高カルシウム血症, 高カリウム血症, SIADH, 甲状腺機能低下, 代謝性疾患
不適切な情報提供
ソーシャルサポートの不足

い。そのため、「そのような喪失体験があるならば、抑うつ状態に陥って当然である」といった、医療者側の知識不足による過小評価、心理的な症状を軽視しがちであること、精神症状を評価することにためらいがあることにより、抑うつ状態が見落とされ、誤った診断・対応をされがちである⁹⁾。

QOLの低下を招くこと

抑うつ症状自体がQuality of Lifeの低下を招くと同時に、無価値感や自責念慮により積極的抗がん治療を拒否することを通して、身体治療にも影響する⁹⁾。また、患者が抑うつ状態であること自体が家族の精神的苦痛を悪化させる。これらの多方面にわたる影響は適切な治療により対応可能である。

器質的な原因が重畳すること

がん患者の抑うつ状態の背景を評価する際に、ストレス因子との関連が注目されがちであるが、同時に原疾患による脳転移やparaneoplastic syndrome, 高カルシウム血症, 医原的な要因の強い薬剤性(ステロイドやinterferon, 抗悪性腫瘍薬, 降圧薬)や全脳照射も抑うつ状態を引き起こす。抑うつ状態を評価するときには、治療内容の変化との時間関係, 治療効果, 今後の治療計画を総合的に評価することが重要である⁹⁾。(表1)

疼痛との関連

抑うつ症状は、疼痛が適切に緩和されていない場合に生じることが示されている。疼痛が緩和されないために、生きる価値がないと感じ、希死念

慮を生じうる⁹⁾。除痛が図れることで抑うつを軽減することができるため、精神症状のみならず身体症状の評価も同時に行うことが必要である⁷⁾。

自殺

がん患者の自殺率は一般人口に比べて約1.8倍高いとの報告がある⁹⁾。がん患者が訴える自殺企図や希死念慮の背景には、抑うつ状態や疼痛、貧弱なソーシャルサポートであることが指摘されている。特に絶望感は抑うつ状態とは独立した要因となる⁹⁾。自殺を予防するために、精神症状緩和をはじめ身体症状緩和、ソーシャルサポートの構築など多職種による包括的な支援が必要である。

高齢がん患者の抑うつ

高齢は発がんのリスクであるが、同時にうつ病や自殺のリスク因子でもある。高齢者の抑うつの場合、若年者と異なり抑うつ気分を自覚することが少なく、代わりに興味の喪失や認知機能の低下(記憶力の低下, 集中困難), 身体不定愁訴を訴えることが多い¹⁰⁾。高齢者の場合、身体症状の評価においても、常に背景に抑うつがあることを意識した評価が重要である。

4. 診断

抑うつ症状の診断は、大きく適応障害と大うつ病に分けられる。診断は、一般の精神科診断システムに則り、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)に従って診断がなされる。しかし、適応障害や大うつ病エピソードの診断基準項目には、不眠や易疲労感, 食欲の減退などの身体症状があり、これらの症状はがんに伴う症状でも抗がん治療にともなう有害事象としても出現しうる。そのため、診断項目に身体症状を含めるか否か, 代替項目を追加するか否か(Endicott criteria)で議論がある。一般に抑うつ状態が過小評価される現状を考慮すると、身体症状の原因に関わらず診断項目に含めることが推奨される(inclusive criteria)。

前述したように抑うつ症状が過小に評価されがちであることから、診断の他にスクリーニングの

重要性も指摘されている¹¹⁾。スクリーニング施行に際しても、一般精神科領域で用いるスクリーニングツールが身体症状を評価項目に含む場合があり、その評価には注意が必要である。日本語版で妥当性が示されている代表的なスクリーニングツールには、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)がある。また、がん患者のうつ病の場合、身体的にも重篤であることが多く、患者の負担に配慮した簡便なスクリーニングが望ましい。患者の負担を軽減する観点から、VAS (Visual Analog Scale)やつらさと支障の寒暖計(図1)¹²⁾、ワンクエスチョンインタビューが用いられている。

抑うつ状態にあると判断される場合には、自殺企図の危険性を評価する事が望ましい。評価項目を表に挙げた(表2)。評価はさまざまな医療スタッフの目を通して包括的に評価する。患者が希死念慮を示したときは、その話題を避けることはせず、患者の感じる苦痛に関して率直に話すことが重要である。評価に迷う場合やスタッフが患者に対して複雑な感情を抱く場合も多く、対応に迷った場合には精神科医に評価とマネジメントを依頼する。

表2 自殺企図につながる因子

コントロールが不十分な症状：疼痛、倦怠感、疲労無力感、絶望感の存在
せん妄の有無
アルコール多飲歴、薬物乱用歴
過去の自殺企図歴
近親者の自殺企図歴
社会的孤立
最近の身近な人物の死

(文献1から改変引用)

5. 治療

抑うつ状態への治療は、薬物療法と支持的精神療法、認知行動療法を組み合わせる。また、医療スタッフからの心理的な支援が、がん患者の適応に影響することも示されており、担当医や看護師を交えたチームとして患者を支えることが重要である¹³⁾¹⁴⁾。

適応障害、大うつ病ともに薬物療法の適応となるが、身体症状を繰り返し評価し、便秘、せん妄などの有害事象に注意しつつ少量から開始・漸増することが原則である。

適応障害では、抗うつ効果が期待できる抗不安薬 alprazolam が用いられることが多い。大うつ

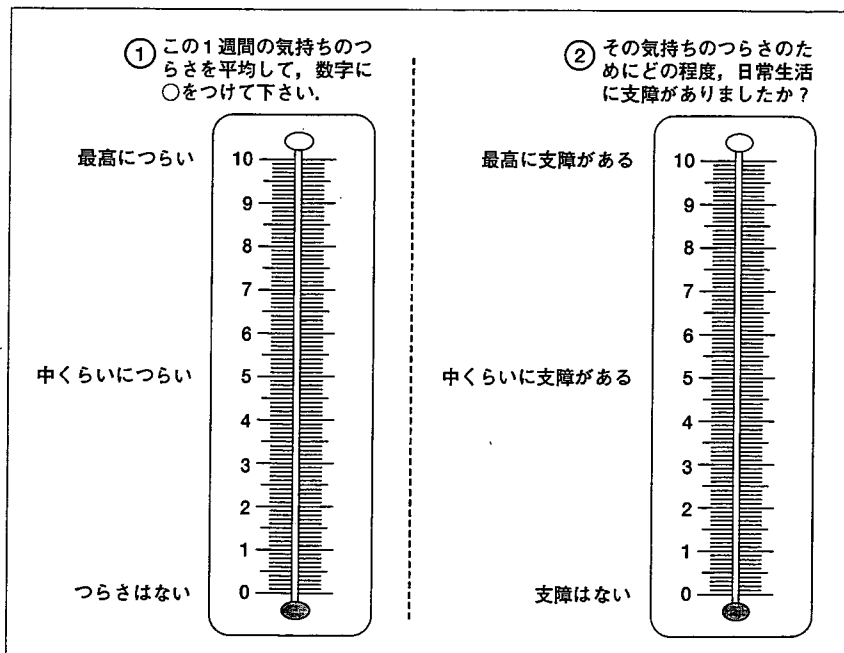


図1 つらさと支障の寒暖計

病では、無作為化比較試験の結果から抗うつ薬による改善効果が示されているが¹⁵⁾、身体症状を評価した上での副作用管理も必須である。一般には抗コリン作用の少ない選択的セロトニン再取込阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取込阻害薬(SNRI)を少量から用いることが多い。しかし、希死念慮の存在など症状が重篤な場合には、三環系抗うつ薬を用いざるを得ない場合もあり、副作用のプロフィールにも配慮した薬剤選択が望ましい。予後が短い場合には十分な治療が困難な場合もあるが¹⁶⁾、投与経路や予後の推定、身体状態を総合的に評価し、QOLを損ねない治療計画が必要である¹⁷⁾。

6. 患者・家族への介入

概して、痛みでも不安でも何らかの症状を訴えることは、弱さの証として思われ、患者は表すことを控えて我慢していることが多い。特に抑うつとみなされることは、敗れたことや弱いこと、人格的に欠陥があることと捉えられがちである。がんに罹患したことに加えて精神科治療を受けることが、2重のスティグマと感じる患者・家族もあり、十分な配慮が望ましい。患者および家族に対して、診断とともに以下のような適切な情報を提供することが必要である。

- ① 抑うつ症状は身体症状の一つであること
- ② 人格的な問題ではないこと
- ③ 薬物療法により治療できること
- ④ 薬の効果発現には週単位の時間がかかること

がん患者に限らず一般的なことではあるが、個々の患者の状況を尊重し、理解と配慮をすることが大事であり、安易なはげましは精神的負担を増すだけであり注意しなければならない。

おわりに

WHOの緩和ケアの定義にも記載されており、がんと診断されたときから患者とその家族を支えることが重要である。抑うつは高頻度で認められ、治療により確実に苦痛を軽減することができる。がん患者の「こころのケア」が強く求め

られる中で、サイコオンコロジーの進展が急がれる。

文 献

- 1) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M et al : JAMA, Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer, **284**(22) ; 2907-2911, 2000.
- 2) Passik SD, Dugan W, McDonald MW, et al : J Clin Oncol, Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer, **16** ; 1594-1600, 1998.
- 3) Block SD : Ann Intern Med, 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, **132** : 209-218, 2000.
- 4) Massie MJ, Holland JC : Handbook of Psychooncology : pp273-282, Oxford University Press, 1990.
- 5) Breitbart W, Chochinov HM, Passik S : Oxford textbook of palliative medicine (2nd ed.), pp933-954, Oxford University Press, 1998.
- 6) Ciaramella A, Poli P : Psycho-oncology, Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type, and treatment, **10**, 156-165, 2001.
- 7) Roth AJ, Breitbart W : Hematology/Oncology Clinics of North America, Psychiatric emergencies in terminally ill cancer patients, **10** ; 235-259, 1996.
- 8) Harris EC, Barraclough BM : Medicine, Suicide as an outcome for medical disorders, **73** ; 281-296, 1994.
- 9) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al : Psychosomatics, Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill, **39** ; 366-370, 1998.
- 10) Chochinov HM : The Lancet Oncol, Depression in cancer patients, **2** ; 499-505, 2001.
- 11) 秋月伸哉, 明智龍男, 内富庸介 : リエゾン精神医学とその治療学, pp59-66, 中山書店, 2003.
- 12) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al : J Pain Symptom Manage, Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients, **29** ; 91-99, 2005.
- 13) Akechi T, Okamura H, Yamawaki Y, et al : Br J Cancer, Predictors of patient's mental adjustment

- to cancer : Patient characteristics and social support, 77 ; 2381-2385, 1998.
- 14) Uchitomi Y, Mikami I, Nakano T, et al : Cancer, Physician support and patient's psychologic responses after surgery for nonsmall lung carcinoma: A prospective observational study, 92 ; 1926-1935, 2001.
- 15) Rodin G, Lloyd N, Katz M, et al : Support Care Cancer, The treatment of depression in cancer patients: a systematic review, 15 ; 123-136, 2007.
- 16) Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, et al : Palliative and Supportive Care, Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients?, 5 ; 3-9, 2007.
- 17) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al : Psycho-oncology, Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer, 2007 in press.

*

*

*

日本医師会雑誌

平成19年11月
第136巻・第8号

THE JOURNAL OF THE JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

【特集】プライマリケアにおける 向精神薬の上手な使い方

実地診療における精神症状の診立てと向精神薬の選び方

【向精神薬の種類と特徴】使い方

不安の診断と抗不安薬の使い方

うつ病の診断と抗うつ薬の使い方

睡眠障害の診断と睡眠薬の使い方

【各種疾患診療における向精神薬の使い方】

呼吸器疾患診療における向精神薬の使い方

消化器疾患診療における向精神薬の使い方

循環器疾患診療における向精神薬の使い方

神経疾患診療における向精神薬の使い方

【特殊な患者における向精神薬の使い方】

高齢者における向精神薬の使い方

妊産婦における向精神薬の使い方

子どもにおける向精神薬の使い方



日本医師会

ターミナルケアにおける 向精神薬の使い方

伊藤達彦* 内富庸介**

本稿では、癌の進行終末期における向精神薬の使い方について述べる。癌の進行終末期において向精神薬を必要とする症状で頻度の高いものは、抑うつ（うつ病）とせん妄である。これまでの調査で、抑うつは20～30%、せん妄は40～80%に出現することが示されている。

これらに対し使用される向精神薬として、ベンゾジアゼピン系薬剤（抗不安薬・睡眠薬）、抗うつ薬、抗精神病薬があげられる。癌患者では高齢者同様、原疾患に伴う脆弱な身体状態を有し、多剤併用例が多いため、投与量や副作用、相互作用に対する注意が必要である。

進行癌患者のうつ病に対する薬剤選択のアルゴリズムを図1に示す¹⁾。うつ病でも軽症で経口摂取が可能であれば即効性を優先し、抗うつ作用を有する抗不安薬のアルプラゾラム、または中枢神経刺激薬のメチルフェニデートを第一選択薬としている。抗うつ薬投与の際は有害事象のプロフィールで薬剤選択を行う。特に三環系抗うつ薬における抗コリン作用は、口渴、便秘に加え、せん妄を誘発する可能性があり注意を要する。不眠、不安等に対するベンゾジアゼピン系薬剤も、せん妄誘発作用に注意を要する。

せん妄に対する対症療法としては抗精神病薬が第一選択薬である。一般的には呼吸、循環系に与える影響が少ないハロペリドールが使用される。治療初期には少量を複数回投与することで必要最小量を推定し、翌日からの投与量の参考にする。最近では、より新しい抗精神病薬であるリスベリドン、オランザピン、クエチアピンが使用されることも多い。抗精神病薬にベンゾジアゼピン系薬剤を少量併用することで抗精神病薬の使用量を減らし、錐体外路系の副作用を

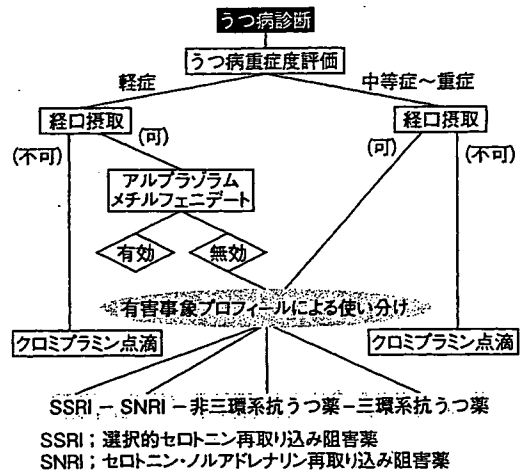


図1 進行癌患者のうつ病に対する薬物治療アルゴリズム

(本橋伸高編：気分障害の薬物治療アルゴリズム、じほう、東京、2003；83-99より引用)

低下させうる。ただし、単独投与はせん妄を悪化させる可能性があり、避けるべきである。

また、癌終末期のせん妄に標準治療が無効であった際、苦痛緩和のために持続的鎮静を必要とする場合がある。この際に用いる第一選択薬はミダゾラムである。オピオイドは意識低下作用が弱く、蓄積により神経過敏を生じるため、持続的鎮静に用いる薬剤としては適さない。ただし、疼痛、呼吸困難の緩和には有効であるため併用してよい。いずれの薬剤も少量から開始し、状態をみながら効果が得られるまで漸増する。

..... 文 献

- 1) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁他: 進行がん患者のうつ病, 本橋伸高編, 気分障害の薬物治療アルゴリズム, じほう, 東京, 2003; 83-99.

*いとう・たつひこ: 国立がんセンター東病院精神腫瘍科, 平成6年東京慈恵会医科大学卒業, 主研究領域/精神神経科学, リエゾン精神医学, サイコオンコロジー.

**うちとみ・ようすけ: 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部部長.



医師のがん告知におけるコミュニケーション

松下年子¹⁾²⁾ 野口 海¹⁾ 小林未果¹⁾
松田彩子¹⁾ 松島英介¹⁾

全国2,397の50～300床の一般病院に質問紙を送付し、がん患者を担当している臨床医を対象にがん告知の実態と告知に関する意識調査を実施した（回収率21.4%）。その結果、病名告知の是非については大半の者が、原則的には患者告知を支持するが、病状や状況・条件によってその方針をかえざるを得ない現状、また家族の同意を前提とせざるを得ない現状を述べていた。今後の課題としては、①告知後のフォローアップ、②がんやがん医療に関する正しい理解の普及（国民啓発）、③医師のコミュニケーション技術向上とそのため教育環境、④チーム医療の完備とその活動を保証する時間的・人的余裕、⑤告知をめぐる法律などの外的枠組みの整備、医療制度的な問題が掲げられた。

はじめに

わが国における近年の、がん患者に対する病名告知率上昇の背景には、①がん治療および治療率の向上、②国民のがんおよびその治療に関する理解の普及、③個人主義的意識の浸透、④個人情報に関する社会規制の傾向、⑤ホスピスや緩和ケア病棟における患者受け入れにあたっての告知条件

などがあげられるかもしれない。とはいえ、⑤については、ホスピスや緩和ケア病棟といった環境下で亡くなるがん患者数が、一般病院でのそれと比較すればはるかに少ないことはいうまでもない。また、告知率の上昇についても、大学病院などの大病院におけるそれは間違いのないとしても、地域の中・小規模病院においてもそれを肯定し得るのか、その実態は明らかではない。

そこでわれわれは、わが国の中・小規模一般病院における告知率および告知状況の実態とともに、それにかかわる一般臨床医のがん告知をめぐる意識調査を実施した。本稿では、そのうち、自由記載により求めた「がん告知に関する意識調査」の結果について報告したい。

KEY WORDS

がん告知
コミュニケーション
一般病院
臨床医
がん患者

MATSUSHITA Toshiko, NOGUCHI Wataru, KOBAYASHI Mika, MATSUDA Ayako, MATSUSHIMA Eisuke/1) 東京医科歯科大学大学院心療緩和医療学分野、2) 国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻

1. 研究方法

「2004年版病院要覧」¹⁾に記載されている全国9,239の病院から、50床以上300床未満の一般病院という条件で無作為抽出された2,397病院に、調査依頼書、医師対象の質問票、返送用封筒を一式として郵送し、当該病院でがん患者を担当している医師に回答してもらった。質問票は、医師の属性、担当がん患者の割合、告知の実施状況、その後の対応などについて、また、告知しなければよかったケース、告知後のトラブル、告知をめぐる悩んでいること、告知に関する私見などについて尋ねた設問、計33項目から構成されている。

本稿で取り扱ったデータは、上記設問のうち「告知の後に、先生が告知しなければよかったと思った患者さんは、全告知患者さんのうちのどれくらいありましたか、その要因はおもにどのようなことですか?」「告知の後に、何かトラブルが生じた患者さんは、全告知患者さんのうちのどれくらいありましたか、その要因はおもにどのようなことですか?」「告知をめぐる先生が最も悩むのは、どのようなことですか?」「告知に関して、何か個人的なご意見がありましたら教えてください」という設問に対する自由記載の回答分である。設問結果ごとに内容をカテゴリー化し、カテゴリーごとにその要旨をまとめた。

2. 結果

2,397病院に郵送したうち、返送件数は510病院、513件(回収率:21.4%)であった。病院の平均病床数は 138.6 ± 81.5 床、臨床医の性別は男性が487名(96.6%)、年代は40歳代と50歳代で69.8%を占めた。臨床医としての経験年数は、最も多いのが20年以上30年未満群(41.3%)で、つぎが同数で、10年以上20年未満群と30年以上40年未満群であった(それぞれ22.0%)。

1) 担当がん患者の割合および告知率、告知の対象
担当がん患者の割合については、担当患者に占めるがん患者の割合を2割未満とする医師が62.7%であり、自ら最初の「病名」告知をしたがん患者割合が担当がん患者の7割以上と答えた医師は31.5%、1割未満と答えた医師は28.5%であった。結局、55.7%の医師において、自らが告知していない患者数が、自ら告知した患者数よりも多かった。一方、48.6%の医師が、何らかの理由であえて本人に未(病名)告知にしている割合は1割に満たないと回答した。

なお、最初に「病名」告知する対象者については、最初に「家族」に告知する医師が最も多く、次が「家族と本人と同時」で、最も少ないのが「本人」であった。たとえば、担当がん患者の半数以上のケースにおいて、最初に「家族」に告知するという医師が44.8%、「家族と本人と同時」に告知が29.2%、「本人」に告知が23.8%であった。

2) 告知後「告知しなければよかった」と思うケースの要因

患者への告知後に、「告知しなければよかった」と思うケースは1割未満と回答した医師が89.0%を占めた。その要因などは、以下の9群に大きく分けられた。①告知後、患者に抑うつなどの精神症状が生じた(41名)、②患者の自殺(3名)、③本人の性格などの問題から、信頼関係が築けず支援が困難(7名)、④患者の病院ショッピング/治療拒否/態度の変化など(23名)、⑤家族関連のトラブル(10名)、⑥患者の理解力が低いため協力を受けなかった(9名)、⑦患者の身体状態が予想外に悪化してしまった、告知のタイミングが悪かったことなどから生じた支障(5名)、⑧その他(17名)、⑨告知したことによる後悔は少ない(14名)。

3) 告知後のトラブル要因

患者への告知後に、何かトラブルが生じたケー

スの割合については、95.5%の医師がそういうケースは1割に満たないと回答した。トラブル要因などの分類結果は、上記設問の「告知しなければよかったケースの要因」分類とおおよそ一致しており、①精神的な問題および自殺（24名）、②家族や親戚の問題、家族との関係性の問題（18名）、③家族と患者に対する告知の順序をめぐる問題（12名）、④患者より理解が得られない（理解力の問題も含む）、患者との関係性の問題（5名）、⑤患者の不適切な言動（11名）、⑥その他（13名）、⑦トラブルなし（7名）の7群に区分された。

4) 告知をめぐる最も悩むこと

現場の医師から示された告知をめぐる葛藤は、告知の是非ないし、医師自身の告知方針に対してそれがままならない現状であることが大半を示した。具体的には、①患者に告知すべきと判断しても、家族がそれを拒否した場合の対応（47名）、②それ以外の理由により、医師は告知したいがそれがむずかしい状況（11名）、③告知すべきか否か迷う（8名）、④告知すべきではないと考えているのに、実際は異なる現状（8名）、⑤まず本人から告知すべきなのかもしれないが、実際は異なる現状、または、まず家族に話したいと考えるのに、最初から本人にいわざるを得ない現状（7名）、⑥告知の機会はない（4名）、⑦告知が困難な対象条件（73名）、⑧告知する際に困難なこと、重要なこと（162名）、⑨家族のクレーム、家族内の問題（11名）、⑩その他（43名）の10群にカテゴリー化された。さらに、⑧の「告知する際に困難なこと、重要なこと」は以下の9項目、a) 告知する際の判断とタイミング、b) 情報不足の問題、c) 患者（家族）の理解力の問題、d) 告知の仕方、コミュニケーションスキル、e) 告知後のメンタルケア、f) 家族への対応、g) 余命告知、h) 全体的な体制[「いかに三位一体（医師、患者、家族）となって治療やケアをすすめていくか」「看護師を含めたコメディカルとの協働、告

知後のチームとしてのフォローアップ」「告知後のケアをする時間とスタッフが少ない」などの問題]、i) その他に細分類化された。

5) 告知に関する個人的意見

これについては、①告知を基本とする（43名）、②告知がはたしてよいのか（16名）、③ケースバイケース、条件による（50名）、④家族の無理解（9名）、⑤「このようにしている」「こうあるべき」（54名）、⑥医師における告知の意義、告知する医師の条件、医師への教育の必要性（13名）、⑦地域性／がんに対する認識と国民啓発（12名）、⑧その他（45名）の8カテゴリーに分類された。

3. 考察

本結果は、「告知後に、告知しなければよかったと思ったケースの要因」「告知後に、トラブルが生じたケースの要因」「告知をめぐる最も悩むこと」「告知に関する意見」という4つの設問に対する自由記載の回答であったが、結果から抽出されたテーマは設問間でおおよそ共通しており、臨床医が抱えている問題や葛藤、課題を、複数の切り口から重複して聴取していることがうかがわれた。そこで考察では、これらの共通していたテーマごとに、その実態と課題をまとめた。

1) 告知の是非とその対象・順序、告知する医師を守る外的枠組みと国民啓発

大半の医師が「原則は、本人に告知すべき」、または「ケースバイケース」ととらえている実態が把握された。本人告知の例外としては、また、それを困難にする条件としては、①進行がんや末期がんで、積極的治療法が残されていない患者、②超高齢患者、③認知障害を有する患者、④精神的に不安定な患者、⑤家族が告知に反対する場合、などがあげられた。また、比較的少数ではあったが、「日本人のメンタリティーを配慮すると、告知に対し慎重にならざるを得ない」、または「告

知すべきではない」と考えている者もいた。なお、上記①～⑤のなかで、医師の葛藤が最も多く語られていたのは、⑤の家族の告知拒否であり、その場合の多くは、「まず家族に告知して、その結果、本人への告知が拒否される」というパターンであった。もし告知の順番が本人優先もしくは、本人と家族が同時であるならば、このような家族からの拒絶は生じ得ないが、実際には、本人よりさきに家族に告知しなければならぬ状況、家族の許可を得なければ本人に告知できない状況が依然存在していることが、この問題の根幹といえるであろう。昨年施行された個人情報保護法に則れば、家族は医師・患者間の医療提供の関係では第三者にあたり、第三者に対する情報提供は原則本人の同意が要求される。もちろん例外として、人の生命、身体または財産の保護のために必要な場合で、かつ本人の同意を得るのが困難なときがあげられており、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(2004年12月24日、厚生労働省)²⁾では、わが国の現状をふまえて、家族への説明につき利用目的として掲示してあれば、患者の黙示の同意が得られたとすることになっている。つまり患者から特段の申し出がない限り、家族に対して病状を説明することは問題ないということ、しかしなかには、家族に説明をしてほしくないという人もいるから事前に確認しておくことが望ましいとされている³⁾。

以上まとめると、がん告知にあたっては、告知により病状悪化などが予想される場合を除いて、第一に本人に告知すべきであり⁴⁾、その後、場合によっては必要時、本人の承諾を得て家族にも伝えるというのが順序といえる。本結果からは、これを阻む最も大きな要因が、告知の順序を家族優先にせざるを得ないわが国の文化社会的背景であり、その根底には、「自分には告知してほしいが、家族には告知しないでほしい」というコメントが示すように、本人には「己の死」という事実面に直面させたくないという家族の共通の思いがあ

ると推察される。

一方で、わが国の「本人への病名告知」が米国と比較して低い理由として保坂⁵⁾は、上記家族側の因子である「可哀想だから知らせたくない」以外にも、本人の「知りたくない」「先生にすべておまかせします」という「否認」の心理、また、医師側の因子として「告知による精神的混乱へのサポート体制が十分でないために、告知をためらう傾向」をあげている。医師のこの罪悪感は、本人でなく家族に伝えること、家族の希望を確かめることで合理化されていると述べている。

一部の医師からは、近い将来、告知において本人が優先される社会的認識が浸透し、それに即した社会規範が成就されるのを期待する声もあったが、一方で、西欧文化に追従するのではなくわが国の文化を遵守する姿勢を重視する声もあった。いずれにせよ、医師が家族との関係性を維持するなかで、いかに告知の原則を徹底するかという問題に悩んでおり、一部、マニュアルで統一するような事柄ではないとの声もあったものの、少なくとも医師が、告知をめぐる自らが脅かされることのないよう、告知する医師の立場が保証されるような、告知に関する詳細な指針やガイドライン、法律などの外的枠組みを求めていることが明らかにされた。

マスコミなどに対する、告知をめぐる国民啓発への期待も語られていたが、確かに、告知問題とは日常的に縁のない人こそが、一度はこの問題を身近なこととして、己のこととして真剣に熟慮する必要があるわけで、ある意味で、マスコミの力によっていかに国民の一人ひとりが自分らしい死の迎え方をイメージする機会をもつかが問われているといえよう。

なお、告知に関する住民意識の地域的相違、つまり地域性の問題を指摘する声も多く散見されたが、告知に関する法律などの外的枠組みづくりや国民啓発においても、その浸透に地域差が生じる可能性、時間的なずれが生じる可能性を示唆する

ものであり、人口密度が低く地域性の高い場で就労している臨床医にとっては、切実な問題であると考えられる。

2) 告知をめぐる医師の葛藤と行政側の課題

家族の拒否下における本人への告知以外にも、告知する行為そのものに葛藤や不安を抱えている医師が少なくなかった。多くの医師は、患者や家族のさまざまな背景を把握したうえで、また、告知の利点・欠点を勘案したうえで、告知の範囲や水準を個別に設定していたが、そうしたなかにも、自分の実践に確信を持ち得ず、告知やその方法の基準を求める声が聴かれた。告知は他者の人生にかかわることであり、自分なりの死生観や哲学をもって臨む、または、それなりの人生経験や診療経験のある医師が担当すべきとの意見もあった。

一方で、「悩むことはない」もしくは、「悩まないようにしている」医師もいた。また、「信頼関係をもって誠実な対応を返していけば、問題はない」という意見もあった。

このなかで示唆されるのは、「限られた時間をどう過ごすか、どう生きるか」という医学のみでは説明しきれない命題をめぐる、患者とともにその責任を担う役割を、圧倒的な比率で医学の専門家である医師が果たしているという現状、またそれに対して、現場の医師が少なからず葛藤を抱え、それでもそれを医師の務めととらえて、真摯な態度で臨床活動に望んでいるという点である。告知に絡んで実際、終末期がん患者の人生に最も関与し、最も影響を与えるのは医師であり、医師にはそれを全うすることが本人、家族、周囲の者から期待されている。また、家族の本人に対する支援が求められていても、その家族を支えるのは原則的に、医師をはじめとする医療スタッフであり、それが期待されている。これらの是非に関する声までは、本結果からは把握できなかったが、こうした告知をめぐる、人のいのちや人生の本質的な課題にかかわる役割とそれに対する周囲からの期

待の実態、それに応えるうえで生じる医師の葛藤や問題、これらの現状を行政側がどれだけ理解し、そのうえでいかに終末期医療の人的、経済的、法的環境や制度を整えようとしているのか、今まさに問われているといえよう。

なお、本調査対象者において、告知の際の対応についてはおおよそ、教科書で説明されているレベルの原則は遵守されている実態がうかがわれた。患者に対する誠実な態度と言葉かけ、「告知した患者のことは最後まで責任をもつ」といった理念などが多くの医師に一貫して認められた。このような姿勢は医師としてある意味で当然なのかもしれないが、多忙な臨床活動のなかでそれを遂行しつづけるのは、量的な評価ができない分相当な努力と精神力が必要とされよう。こうした意味でも、余裕ある臨床環境の整備が不可欠であり、それを保証する外的枠組みや経済的バックアップが求められる。

なお、終末期患者への告知や余命告知に関する具体的手法について悩んでいる医師もおり、具体的な告知の方法やコミュニケーション技術を向上するための機会やシステムを望む切実な声もあった。奥山⁶⁾は、近年のがん告知に関する潮流が、告知の是非の問題からどのように告知をおこなうかということ、つまり告知をめぐるコミュニケーション技術の洗練へと向かうなか、ワークショップなどにより医師のコミュニケーションスキルを向上させる必要性とその有効性について述べ、告知の具体的なあり方を紹介している。このようなコミュニケーション技術の洗練をめざした体制の整備も、行政に期待したい患者中心の医療の実現に即した課題であると考えられる。

3) 告知後の患者の精神的問題とそれに対するサポート体制

多くの医師が、抑うつをはじめとする告知後の患者の精神的問題を重要視していた。自殺や自殺未遂のケースについても報告された。がん告知を

めぐっては、告知を受けた誰しもが一時期、落ち込みを体験するといわれている。しかし多くの場合は、告知後2週間を境に、おおよそ平常の精神状態に戻って、それまでの生活をつづけられるまでに回復すると報告されている⁷⁾。つまり、精神的に健康な人であれば、回復までの時間に多少の相違はあっても、日常生活ができるまでには立ち直るわけである。ところが、本結果からは、抑うつや意欲低下が長期間つづくケース、また常軌を逸した問題行動につながるケースが確実にあること、またそれを危惧して、医師が告知することに対して必要以上に慎重にならざるを得ない状況、さらに、場合によっては、患者の攻撃的な症状や行動に悩まされる医師やスタッフがいることも把握された。

なお、多くの現場では、告知後の患者のメンタルヘルスをめざすサポートシステムが人的、時間的に十分ではないこと、サポートする役割を医師のみに求めるのは現実的に無理があることが示唆され、その一方で、患者が一時的には混乱しても、最終的には受容して医師に感謝するケースが多いこと、患者の精神力は予想以上に強いという意見も聴かれた。告知がスムーズにおこなわれるにはチーム医療が前提とされ、患者のメンタルケアについては複数の職種が、それぞれの立場から多面的に患者を支援していくことが理想ととらえられている⁸⁾。しかしそれには、各職種間の連携と協働が必要であり、そのためには人的・時間的な余裕が不可欠であるのはいうまでもない。告知に伴うケア、数量化しづらい医療行為に対する金銭的保証がないことに対する異議もあったが、これは告知に限られたことではなく、身体科医療におけるメンタルケアが診療点数化されていないことにも関連した問題であり、医療全体で取り組むべき根幹的課題といえる。

4) 医療機関の連携

告知をめぐり医療機関間の連携が重要であるこ

とが示唆された。大学病院やがんセンターなどの大病院と、本調査対象である中・小規模病院の間では告知率自体が異なるわけで、それに加えて、患者への説明や提供される情報の質と量に関しても、両者間に相違のあることが予想される。しかしそのなかで、病院同士は連携し、一貫したインフォメーションを患者や家族に提供することが求められている。がん患者が最終的に行き着く場が、自宅に近い中・小規模の病院であるならば、そこで治療ないし緩和ケアを受けつづける患者を想定したうえで、大学病院やがんセンターの医師は最初の告知をするべきであろう。

これに関して最も多く聴かれた声は、大学病院やがんセンターの医師に対する「言いつ放しの告知をしないでほしい」という要請であった。そこには、患者、場合によっては家族の理解力の問題も絡んでくると考えられる。だれでも精神的な打撃を受ければ平常心を失い、その結果、聞く耳をもてない状況にもなるであろう。そうした状況下で、もし事務的に、淡々と告知がおこなわれたとしたら、患者や家族側に病気や治療に関する誤解が生じて不思議ではない。もし、このような情報提供後のケアを、つまり無手当て状態での告知後のフォローアップを中・小規模の病院側がしなければならぬとしたら、それは確かに容易なことではない。自分が告知した患者であれば、その状況や患者の背景を把握しているわけであるから対応も比較的易しいかもしれない。すでに築かれた信頼関係をよりどころに、何とかアプローチすることは可能かもしれない。しかし、最初の告知に自らかかわっていないにもかかわらず、それを受容しきれないでいる患者に対して、残りの人生の過ごし方を一緒に、責任をもってかかわっていかねばならぬとしたら、それは担い手の医師にとってむずかしいハードルといえよう。

おわりに

本調査のアンケート回収率は決して高くはな

い。したがって、本結果がわが国のがん告知状況を正確にあらわしているとは言い切れない。多忙な臨床活動のなかで、あえてアンケートに回答する時間を割いたことを考慮すれば、対象者はどちらかというと告知問題により熱心で、告知により真剣に取り組んでいる医師であり、また、告知に対して問題意識のより高い医師からの回答であった可能性は高い。すでに、告知については自らが調査報告し、または執筆していて、それらの著書の紹介をされた医師もいた。とはいえ、低い回収率ゆえのバイアスを勘案しても、現在に至ってさえ、少なくとも中・小規模病院に勤務する臨床医においては、告知をめぐる多くの葛藤や問題を抱えている実態が浮き彫りにされた。現在、現場にいて患者に最も接している医師の生の声は、それだけで現代日本のがん医療ないし、終末期医療がかかえている真の課題を象徴しているように思われる。

1989年の時点においてすでに、当時の厚生省指導の終末期医療のあり方に関する検討会が開かれ、それに付随して「がんの末期医療に関するケアのマニュアル」が作成されている¹⁰⁾。そのなかには、本稿にて問題ないし課題として掲げたテーマや要点とほぼ同じ内容が、これからの終末期医療のあり方の指針として記載されている。つまり、この時点ですでに、当時の告知に関する実態とともに、望ましい告知のあり方、末期状態の告知の際に考慮すべきこと、患者本人および家族との連携、医療従事者の教育・研修、国民の終末期医療に対する理解促進などについて、はっきりとした「あるべき姿」が明記されていたわけである。

さらにその後も、1993年、1998年、2003年と終末期医療に関する意識調査が実施され¹¹⁾、一方で、これらの動きに即して医療者教育などの変革、ホスピスの増築、在宅医療の推進などがあつたにもかかわらず、依然、少なくとも中・小規模病院の臨床医が同じような事象に関して苦悩していることが明らかにされた今、適切な終末期医療推進

がより確固となるような外的枠組み、体制的な工夫が求められているといえよう。

本調査は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」の助成を受けて実施された。

お問い合わせ先

東京医科歯科大学大学院心療緩和医療学分野

文 献

- 1) 厚生省健康政策局総務課：病院要覧—全国病院名簿 全国医療関係機関・施設一覧，医学書院，東京，2004
- 2) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイドライン 2006/4/21改正，p.24
- 3) 畑中綾子：患者の家族への病状説明．看護管理 15：666-667，2005
- 4) 厚生労働省：「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に関するQ&A(事例集)，2006/4/21日改訂，p.28
- 5) 保坂隆：高齢癌患者の Psycho-Oncology. *Geriatric Medicine* 40：1409-1412，2002
- 6) 奥山徹：がんの告知と心理的ケア—コミュニケーションスキルを中心に—．診断と治療 91：1377-1384，2003
- 7) Massie MJ, Holland JC：Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: *Handbook of Psycho-oncology*, eds by Holland J, Rowland J, Oxford University Press, New York, 1990, pp.273-282
- 8) 梅田恵，樋口比登実，篠田淳子ほか：進化するチーム医療 患者中心の医療を目指して 一般病院・病棟に求められる緩和ケアチームの活動．看護展望 31：582-587，2006
- 9) Pellegrino ED (河瀬雅紀，澤田親男訳)：緩和ケアにおける倫理的な問題．緩和医療における精神医学ハンドブック，内富庸介監訳，星和書店，東京，2001，pp.365-380
- 10) 末期医療のケア—その検討と報告—，厚生省・日本医師会編，中央法規出版，東京，1999
- 11) 今後の終末期医療の在り方，終末期医療に関する調査等検討会編，中央法規出版，東京，2005

放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛*

松田彩子** 松島英介**

Key Words : radiotherapy, anxiety, depression, fatigue, cancer

はじめに

癌は昭和56年以降, わが国の死因順位の第1位となり, 平成17年の全死亡者の中で癌患者の占める割合は30.1%となっている。全死亡者のおよそ3人に1人は癌で死亡したことになる。また, 40歳代からは年齢が高くなるにしたがって, 死因に癌の占める割合が多くなり, 男性では60歳代で, 女性では50歳代でピークとなる¹⁾。こうした高齢の癌患者が増えるにつれて, 癌治療は, より一層のquality of life (QOL)の充実が求められるようになってきている。癌の主な治療には, 放射線治療, 手術療法, 化学療法がある(表1)。その中で, 放射線治療は手術や化学療法に比べ

侵襲が小さく, 近年, 根治的治療の一つと考えられるようになってきている。

欧米では, 癌患者の50%超が放射線治療を受けているが, わが国においては, 癌治療になんらかの形で放射線治療を利用しているのは全体の25%ほどに過ぎない²⁾。その背景には, 「放射線治療医の絶対数が少ないため, 放射線治療のメリットが他科に伝わらないこと」, 「患者を最初に診察することが多い内科や外科の医師のすべてが放射線治療の適応について理解が深いとはいえず, 患者に選択肢として与えられない場合があること」, そして, 「被爆国という歴史的背景やチェルノブイリなどの原子炉事故から, 国民全体に放射線アレルギーが存在していること」が指摘されている³⁾。

放射線治療のメリットには, 身体の形態や機能を失わない, 手術と比較して身体的負担が少

表1 癌の治療法の種類

	外科療法	放射線療法	化学療法
適応	早期癌から中等度の進行癌まで 病変が局所に限局	早期癌から手術不能の局所進行癌まで 病変が局所に限局	主として遠隔転移のある癌および白血病 病変が全身に進展
長所	根治性が高い	機能と形態の欠損が少ない 全身への影響が少ない 早期癌の治療成績は外科療法に匹敵	病変の進行が抑えられたり, 延命効果があることもある
短所	機能と形態の欠損が大きい場合あり 部位, 年齢や合併症などの患者の条件によって適応に制限がある	居所に有害反応が出現することがある	全身への影響が大きい(副作用が大きい) 根治性は低い

(文献²⁾より引用改変)* Liaison and Palliative Medicine²⁶ - Psychological distress in cancer patients receiving radiotherapy.

** Ayako MATSUDA & Eisuke MATSUSHIMA, M.D., Ph.D.: 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野[〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45]; Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, Tokyo 113-8519, Japan.

ない、部位によっては手術に匹敵する局所制御が得られる、解剖学的に切除不能な部位にも治療ができる、治療期間中の病状の変化に合わせて治療計画を修正することができる、外来通院で治療できる²⁾などがあげられる。これらのメリットは、今後の癌治療でますます注目されるであろう。一方で、他の癌治療と同様に、放射線治療も患者の不安や抑うつなど精神的苦痛との関連が強い³⁾⁴⁾と考えられている。そこで本稿では、放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛に焦点を当てて概説する。

不安と抑うつ

Karasawaら⁵⁾は、放射線治療を受ける癌入院患者94名を対象に、その精神状態、および、これらと結びつく要因について評価した。このうち、精神疾患の発症は20%の患者にみられた。不安のスコアは放射線治療と関係しており、放射線にさらされること(26.6%)、その急性の副作用(60.6%)、遅発性の副作用(9.2%)、入院設備や治療室(16.5%)、孤立(11.9%)、過剰照射(22.0%)、放射線治療が不治の腫瘍であることを示唆していること(40.4%)、治療の結果(41.3%)によって影響を受けることがわかった。放射線治療についての不安を予測する因子(表2)のなかで、よくみられる急性の副作用に対する不安の予測因子は、「緩和的な治療」と「単身」であった。ちなみに、手術の場合については、婦人科腫瘍患者の手術前の情緒的機能は家族背景によって影響

を受け、単身者の情緒的機能がそうでないものよりも高かったと報告されている⁵⁾。

経時的な変化をみると⁶⁾、一般に放射線治療を受けた癌患者がもっとも恐れや不安を感じるのは放射線治療が始まる時である。その後、適切な説明や情報を技師あるいは医師が提供することで不安は減じ、治療室、スタッフ、日常生活に次第に慣れていく。しかし、患者は治療が終わりに近づくときと逆に抑うつと怒りが強くなり、希望を失っていく。患者は治療が終了して、むしろ悪くなったようにも感じる。なぜなら、治療の副作用で食欲不振、倦怠感、全身の衰弱が強まるからである。したがって、患者はさらに抑うつとなり、怒りが強くなるという。一方、Peckら⁷⁾の研究では、治療前の面接より治療後の面接のほうが患者は不安や抑うつをよく表した。このとき、患者の1/3以上が放射線の副作用による新たな苦痛とは理解せず、病状そのものがより悪化したと感じ、効果のない治療であったと判断していることがわかった。また、Andersenら⁸⁾の研究でも、患者は放射線治療の直前まで感情をかき乱し、治療を終えたあとも不安が消えず、疲労や活動性の低下が認められている。比較のために、松下ら⁹⁾の手術を受けた消化器癌患者を対象にした研究をみると、不安は術前がもっとも高く、退院前、退院後6カ月にかけて減少する傾向にあった。抑うつは術前よりもむしろ退院前のほうが高く、退院後6カ月に再び術前レベルに軽減するパターンであった。

表2 放射線治療についての不安を予測する因子

従属変数	独立変数	偏回帰係数(B)	標準誤差(SE)	OR	95%CI	P値
放射線にさらされる不安	女性	0.99	0.46	2.70	1.09~6.66	0.032
	PS1~4	-1.03	0.47	0.36	0.14~0.91	0.031
急性の副作用の不安	緩和治療	-1.52	0.53	0.22	0.078~0.62	0.004
	単独	1.71	0.81	5.55	1.14~26.92	0.033
遅発性の副作用の不安	家族の支援	-3.37	1.38	0.03	0.002~0.51	0.014
放射線治療を受けることは不治の腫瘍であると示唆する不安	PS1~4	1.09	0.46	2.97	1.20~7.35	0.018
	Fighting spirit (MAC)	-1.09	0.46	0.34	0.14~0.83	0.018
治療の結果についての不安	二重の癌	-1.92	0.91	0.15	0.03~0.87	0.034
	Depression (HAM-D)	1.62	0.48	5.06	1.96~13.04	0.001
	PS1~4	1.65	0.49	5.22	2.01~13.61	0.001

PS: Performance Status

(文献³⁾より引用改変)

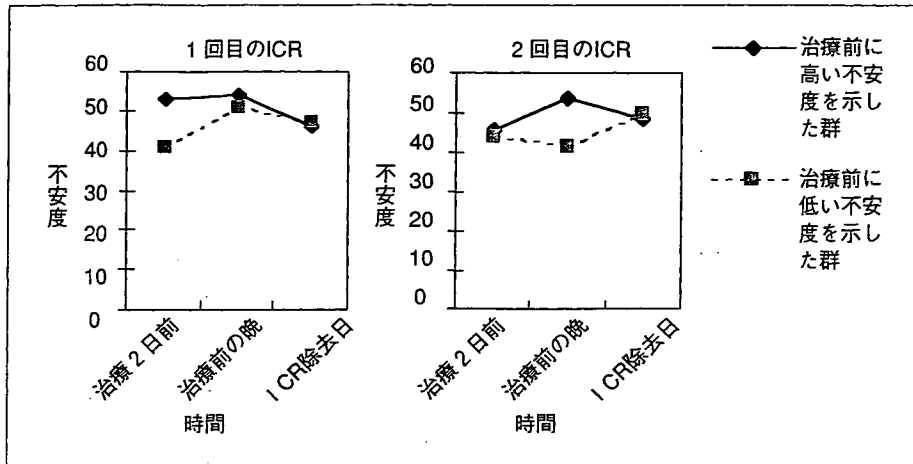


図1 治療前の高不安群と低不安群における1回目のICRと2回目のICRの平均スコア (文献¹¹⁾より引用改変)

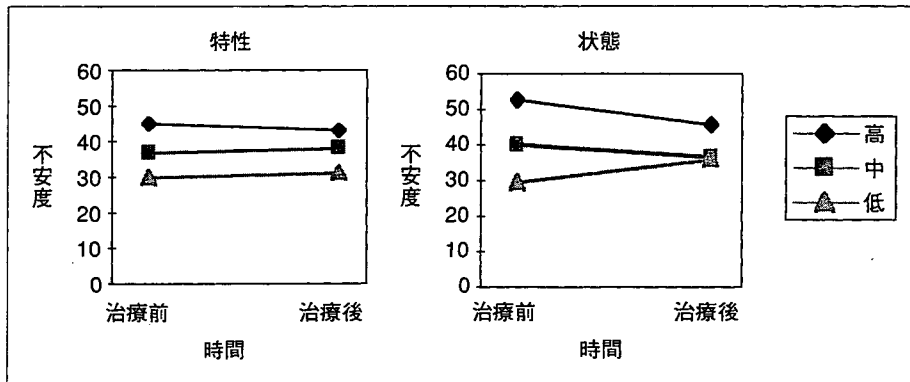


図2 治療前の高不安群, 中程度不安群, 低不安群における治療前後の不安の特性と状態
高: 治療前に高い不安度を示した群. 中: 治療前に中程度の不安度を示した群. 低: 治療前に低い不安度を示した群. (文献¹²⁾より引用改変)

表3 治療前, 治療後, 治療9カ月後におけるCES-DとMFIの相関

	治療後	治療前	治療9カ月後
MFI	CES-D mood	CES-D mood	CES-D mood
一般的疲労	0.35	0.43	0.48
身体的疲労	0.37	0.50	0.46
活動性の低下	0.21	0.44	0.35
やる気の低下	0.50	0.55	0.58
精神的疲労	0.51	0.41	0.33

すべての相関 $P < 0.001$

また, 手術を受けた婦人系癌患者のQOLの調査では, 情緒的well-beingが術前から術後1年にかけて高くなり¹⁰⁾, 抑うつ, 不安, 混乱も明らかに

低下した¹¹⁾. これらのことから, 放射線治療自体が患者にとってストレスの多い治療であり, 治療前から適切な情報提供をするなど患者の不安に対処していく必要があることがわかる.

放射線治療は手術とは異なり治療を繰り返し受ける. 放射線治療を受ける患者は, 最初の治療時の不安レベルと2回目の治療時の不安レベルは同様ではないと推測される. Andersenら⁸⁾はICR (intracavity radiation) 治療を受ける婦人科系癌患者を対象に, 治療前に不安レベルが高い群と低い群に分け, 最初の治療と2回目の治療の不安の平均スコアを比較した(図1). 最初の治療では, 高不安群と低不安群ともに治療前の晩