

Sagawa R, <u>Akechi T</u> , et al	Etiologies of delirium and their relationship to reversibility and motor subtype in cancer patients	Jpn J Clin Oncol			in press
Yamanishi T, <u>Akechi T</u> , et al	Changes in regional cerebral blood flow in responders versus nonresponders to behavior therapy among patients with obsessive compulsive disorder	Psychiatry Research: Neuroimaging			in press
<u>Morita T</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study.	J Pain Symptom Manage			in press
Yamagishi A, <u>Morita T</u> , et al	Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy.	J Pain Symptom Manage			in press
<u>Hirai K</u> , et al	Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer	Psychology and Health			in press
Sanjo M, <u>Morita T</u> , <u>Hirai K</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Caregiving Consequences Inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective	Psychooncology			in press

	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
明智龍男	癌患者にみられる代表的な精神症状とその対策	コンセンサス癌治療がんとうつ	7	14-18	2008
明智龍男、内富庸介	がん患者のうつと自殺	学術の動向	3	44-48	2008
明智龍男	研究プロジェクト-精神心理的介入のエビデンス	緩和医療学	10	250-255	2008
明智龍男	がん患者はなぜ死を望むのか	分子精神医学	8	272-274	2008
明智龍男	サイコオンコロジーにおけるEBM	精神科	13	99-104	2008
明智龍男	精神科医のがんチーム医療への参加	腫瘍内科	2	322-328	2008
明智龍男	がん患者の自殺企図とその対策	血液・腫瘍科 575-580	57	575-580	2008
内富庸介、藤森麻衣子	がん患者の精神症状マネジメントとコミュニケーションスキル 緩和ケアチームにおける精神医学の技術の効用 精神腫瘍学の臨床・教育経験から	臨床精神薬理	11	768-76	2008
内富庸介	がん医療における家族への配慮	ナース専科	29	92-5	2008
内富庸介	サイコオンコロジー総論	日本病院薬剤師会雑誌	44	1748-50	2008
内富庸介	がん患者の心の痛み：Psycho-Oncologyの臨床実践	慢性疼痛	27	17-21	2008
内富庸介	がん患者さんが陥りやすい抑うつ状態にどうかかわるか	ナース専科	28	96-9	2008
内富庸介	がんに対する心の反応を理解しよう	ナース専科	28	100-3	2008
内富庸介	がん医療における心のケアとコミュニケーション	医薬の門	48	2 (226) -8 (32)	2008
内富庸介	Psycho-Oncologyの臨床応用について	Pain Clinic	29	1004-5	2008
小川朝生、内富庸介	がん終末期の精神症状とその対策 -サイコオンコロジーの役割-	外科治療	99	566-73	2008
小川朝生、内富庸介	膀胱と精神腫瘍学	Pharma Medica	26	67-70	2008
小川朝生、内富庸介	チーム医療とは 基本的な概念の整理	腫瘍内科	2	273-9	2008
白井由紀、内富庸介、他	コミュニケーション・スキル・トレーニング (CST) プロジェクト	緩和医療学	10	263-70	2008
藤森麻衣子、内富庸介	癌患者とのコミュニケーション	コンセンサス癌治療	7	44-7	2008
藤森麻衣子、内富庸介	がん医療におけるコミュニケーション・スキル：SHAREとは	医薬の門	48	9 (233) -13 (7)	2008
藤森麻衣子、内富庸介	がん医療における心理的支援の可能性	こころの科学	140	2-9	2008
松岡豊、内富庸介	扁桃体の臨床 海馬・扁桃体の体積計測法とサイコオンコロジー	Clinical Neuroscience	26	427-30	2008

山田祐, 内富庸介, 他	サイコオンコロジーとは	コンセンサス癌治療	7	4-7	2008
稲垣正俊, 内富庸介	がん患者の倦怠感(がんに関連する倦怠感)	精神医学	50	587-95	2008
平井啓, 他	【緩和医療における精神症状への対策】 がん患者に対する問題解決療法	緩和医療学	10	37-42	2008
平井啓	がんの補完代替医療における心理学的研究の役割	ストレス科学	22	216-223	2008
平井啓	【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】 心理・社会・霊的ケア 進行がん患者のための自己効力感尺度(SEAC)	緩和ケア	18	48-50	2008
平井啓	【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】 心理・社会・霊的ケア がん患者の心配評価尺度(BCWI)	緩和ケア	18	51-52	2008
平井啓	【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】 ケアの質 ホスピス緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度(CES)	緩和ケア	18	76-78	2008
平井啓	【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】 その他の評価とツール 死生観尺度	緩和ケア	18	146-148	2008
原田和弘, 平井啓, 他	大学生の睡眠習慣に対する介入とセルフ・エフィカシーの般化についての検討	行動医学研究	14	21-29	2008
藤本亘史, 森田達也	疼痛マネジメントをするための系統的・継続的評価	月間ナーシング	28	90-94	2008
森田達也	緩和ケアの現在と将来— Introduction for psychiatrists—	臨床精神薬理	11	777-786	2008
山岸暁美, 森田達也	緩和ケア普及のための地域プロジェクト—がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」	緩和ケア	18	248-250	2008
森田達也	終末期癌患者における輸液治療—日本緩和医療学会ガイドラインの概要—	日本医事新報	4390	68-74	2008
山岸暁美, 森田達也, 他	研究プロジェクト①地域介入研究(戦略研究)	緩和医療学	10	215-222	2008
河正子, 森田達也	研究プロジェクト⑧スピリチュアルケア	緩和医療学	10	256-262	2008
安藤満代, 森田達也	終末期がん患者へのライフレビュー —その現状と展望—	看護技術	54	65-69	2008
安藤満代, 森田達也	終末期がん患者へのスピリチュアルケアとしての短期回想法の実践	看護技術	54	69-73	2008
森田達也	医療連携と緩和医療; OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介	コンセンサス癌治療	7	123-125	2008
森田達也, 他	臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメント・ツール II. 身体症状 4. 緩和ケアニードのスクリーニングツール	緩和ケア	18 (Suppl)	15-19	2008

森田達也	臨床と研究に役立つ 緩和ケアの アセスメント・ツール IX. 患者・家族 における臨床ツール 4. 症状評価の ためのツール	緩和ケア	18 (Sup p1)	129-131	2008
藤本亘史, 森田達也	臨床と研究に役立つ 緩和ケアの アセスメント・ツール X. その他の評 価とツール 5. 緩和ケアチーム初期 評価表	緩和ケア	18 (Sup p1)	157-160	2008
清水研, 他	造血幹細胞移植を受ける血液がん 患者に対する精神症状スクリーニ ング.	総合病院精神医学	20	123-128	2008
大西秀樹	がん医療における精神腫瘍学的な 問題とその対応について	精神神経薬理	11	761-767	2008
大西秀樹、他	精神腫瘍外来	精神科治療学	23	1097-11 02	2008
大西秀樹、他	サイコオンコロジーの臨床	精神科	13	94-98	2008
大西秀樹	がん患者にみられるせん妄-その原 因と臨床症状-	看護技術	14	1506-15 08	2008 2008
大西秀樹	がん患者の適応障害、うつ病、せん 妄の病態	日本病院薬剤師会 雑誌	44	1751-17 53	2008

200824054A 2/2

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対するリエゾンの介入や認知行動療法的アプローチ等の

精神医学的な介入の有用性に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

別刷

2/2分冊

研究代表者 明智 龍男

平成21(2009)年3月

地域で支える 患者本位の 在宅緩和ケア

監修／執筆 片山 壽（片山医院院長、岡山大学医学部臨床教授）

「がんになっても、自分の家で最期を迎えたい」
すべての国民が望む、痛みのない終末期を可能にするために、
在宅緩和ケアの切り口から、現場の実践と
国のがん対策が融合した「あるべき地域医療」の1冊

篠原出版新社

在宅緩和ケアに必要な技術と知識： サイコオンコロジー

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学（愛知県名古屋市）

明智龍男

1 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⁹⁾。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。

欧米からは遅れをとっているものの、わが国においてもがん対策に重きがおかれるようになり、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。

本稿では、サイコオンコロジーの観点から、がん患者の精神症状に関して概説する。

2 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、がんの病期に関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することが示されている⁹⁾。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、家族の精神的負担の増大、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

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

表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か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、些細なことでも涙が出てしまい、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。近所付き合ひ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、既に存在している障害の単なる悪化でもない。	うつ病等の精神医学的な疾患の診断基準は満たさない。

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 (表1)¹⁰⁾。

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、医療チームとして家族とともに患者を支えていく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くないため、常に包括的なケアの提供を念頭におく必要がある。

精神療法の中でも最も一般的でそして有用なのが支持的な精神療法である¹²⁾。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疼痛を支持的な医療者との関係、コミュニケーションを通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。これらの面接を通して、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アルプラゾラムから投与されることが実際的である。例えば、アルプラゾラムを0.4~0.8mg/日程度の少量から開始し、適宜増減する。アルプラゾラム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

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⁹⁾。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上で極めて重要である。表 2 にうつ病の診断基準を示した¹⁰⁾。

治療

うつ病に対しては精神療法に加えて概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ふ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 (特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 (無用な身体的負荷を避けるため) 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難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狀を定めて、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、抗不安薬アルプラゾラムまたは抗うつ薬から治療を開始する¹¹⁾。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アルプラゾラムから開始し、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

表2 うつ病の診断基準 (米国精神医学会)

診断基準	
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こしている。	
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、興味が持てない。
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。気力がでない。
7. 罪責感・無価値感	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	

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、状態を見ながら漸増していく。

(3) せん妄

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得る。

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症状とともに、時間や場所などの見当識、計算力 (例えば100から7を連続して減算するなど) などの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稀ではなく注意が

表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)、または既に先行し、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。

必要である。表3にせん妄の診断基準を示した¹⁰⁾。

がん患者のせん妄の原因

せん妄の生物学的な発生機序ははっきりしていないが、臨床的には、せん妄の発生要因は、もともと存在する準備因子 (せん妄の本態である脳機能の低下を起しやすい状態)、誘発因子 (せん妄の直接原因ではないが、せん妄の発症を促進、重篤化あるいは遷延化する要因) と直接原因に分けて考えることができる (表4)。進行・終末期のがん患者にせん妄が生じた場合は、多くの場合、複数の要因が原因となっていることが多いことが知られている。

治療

1) 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¹⁾。従って、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。進行・終末期のがん患者にみられるせん妄の場合、原因の中でも、薬剤性のもとは高カルシウム血症によるものは原因への対応により、可逆性が高いことが知られている⁹⁾。なお、オピオイドが原因として想定された場合には、減量あるいはオピオイドローテーションを考慮するが、あくまでメリットとデメリットを総合的に勘案して行うことが重要である。

表4 がん患者のせん妄の発現要因

	要因	具体例
準備因子 (脳機能低下を起こしやすい状態)	年齢 脳の器質的病変の存在 認知機能障害	高齢(とくに70歳以上) 脳血管障害の既往 認知症
誘発因子 (発症を促進・重篤化・遷延化する要因)	環境の変化 感覚遮断 睡眠・覚醒リズムの障害 可動制限 不快な身体症状 心理的ストレス	慣れない入院環境 暗闇、視力・聴力障害 夜間の処置 身体拘束、強制臥床 術後せん妄における疼痛、呼吸困難、便秘、排尿障害・尿閉 術前のうつ状態
直接原因 (せん妄そのものの原因)	腫瘍による直接効果 臓器不全による代謝性脳症 電解質異常 治療の副作用 薬剤性 感染症 血液学的異常 栄養障害 腫瘍随伴症候群	脳転移、髄膜播種 肝臓、腎臓、肺、甲状腺などの障害 高カルシウム血症、低ナトリウム血症 手術、化学療法、放射線療法 オピオイド類、抗うつ薬、ベンゾジアゼピン系薬剤(抗不安薬、睡眠薬)、抗コリン性薬剤、ステロイド 肺炎、敗血症 貧血 全身性栄養障害(低蛋白血症) 遠隔効果、ホルモン産性腫瘍

2) 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、周囲のオリエンテーションがつくよう夜間も薄明かりを点ける、時間の感覚を保つ補助としてカレンダーや時計を置く、などが挙げられる。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(例えば、「がんとの闘病が辛い余り、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、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。

3) 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稀ではな

表5 せん妄の医学的マネジメントの実際

	内容	具体的なマネジメントの例
医学的管理	原因の同定と治療	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的原因の治療 (高カルシウム血症に対するビスホスフォネート投与、脱水に対する補液等) ・原因薬剤の中止・減薬・変薬 (オピオイドの減量あるいはオピオイドローテーション、睡眠薬の中止等)
	安全性の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・患者周囲の危険物(はさみ等)の撤去 ・頻回の訪床
環境的・支持的介入	環境的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・照明の調整(昼夜のめりはり、夜間の薄明かり：足元灯など) ・日付、時間の手がかり(カレンダー、時計を置く等) ・眼鏡、補聴器の使用 ・親しみやすい環境の提供(家族の面会、自宅で使用していたものを置く等)
	支持的介入	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的な身体症状緩和(除痛等) ・カテーテル類などを控える ・拘束を控える ・家族への説明、ケア
薬物療法	抗精神病薬による対症療法	<ul style="list-style-type: none"> ・定型抗精神病薬(ハロペリドール、クロルプロマジン等) ・非定型抗精神病薬(リスベリドン、クエチアピン、オランザピン等)

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比較試験の結果、ベンゾジアゼピン系薬剤に比べ、ハロペリドールあるいはクロルプロマジン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ふ根拠はないことが示されている。従って、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ハロペリドールが繁用されている。ハロペリドール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³⁾。

せん妄の医学的マネジメントの実際について表5に示した。

3 在宅緩和ケアと精神症状

がん患者に頻度の高い精神症状として適応障害、うつ病、せん妄について概説した。ここでは、これら精神症状発現に関連する危険因子の観点から在宅緩和ケアを念頭においた場合の精神症状について考えてみたい。

適応障害、うつ病の危険因子の一つとして、独居や周囲からのサポートの乏しさが知られている²⁷⁾。在宅緩和ケアを可能とする背景として、十分な家族からの支援がある場合には、在宅ケアを可能とする状況そのものが、患者のこころの支援そのものとも言えるのかもしれない。もちろん、患者、家族が在宅緩和ケアを選択する理由はさまざまであろうが、先行研究で示された危険因子という観点からは、在宅緩和ケアを体現しようとする家族などの介護者の存在および患者への配慮そのものが、患者心理にとってのケアとなるのではないのだろうか。

表4に示したように、せん妄の誘発因子として、環境要因の存在が知られている。換言すると、在宅という患者にとって望ましい療養環境はせん妄に関しては予防的な要因としてはたらくことが推測される。実際、入院患者にせん妄がみられた場合には、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いたり、家族との接触を頻回にすることで安心感を与えることが有用であることが示唆されていることから、在宅でケアする場合には、その療養環境自体が極めて有用といえる。私信ではあるが、在宅緩和ケアを積極的にすすめている医師からは、在宅ケアを受けている患者には、激しいせん妄の頻度は少ないといった印象を聞くことも稀ではない。

以上、精神症状発現に関連する既知の危険因子といった観点から考えてみると、在宅緩和ケアは、患者の心を支える上で極めて有用である可能性が推測される。

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まだ始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上で多くの課題があるのが現状である。一方、在宅緩和ケアは、患者の精神症状を考えた場合、一般の入院治療に比べてさまざまな面でメリットが存在する可能性があり、サイコオンコロジーの観点からも推し進めることが推奨される療養形態であることが想定される。

参考文献

- 1) Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric

- Association. *Am J Psychiatry* 156 : 1-20, 1999.
- 2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients : associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22 : 1957-1965, 2004.
 - 3) Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H, et al : Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. *Support Care Cancer* 4 : 390-392, 1996.
 - 4) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* 249 : 751-757, 1983.
 - 5) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 : 11-20, 1995.
 - 6) Holland JC : History of psycho-oncology : overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64 : 206-221, 2002.
 - 7) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al : Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 88 : 2817-2823, 2000.
 - 8) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al : Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer : a prospective study. *Arch Intern Med* 160 : 786-794, 2000.
 - 9) Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 78 : 1131-1137, 1996.
 - 10) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸 (訳) : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 東京, 医学書院, 2002.
 - 11) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他 : 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. ed. by 本橋伸高, じほう, 東京, 2003, p83-99.
 - 12) 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.

緩和ケア 10月増刊号

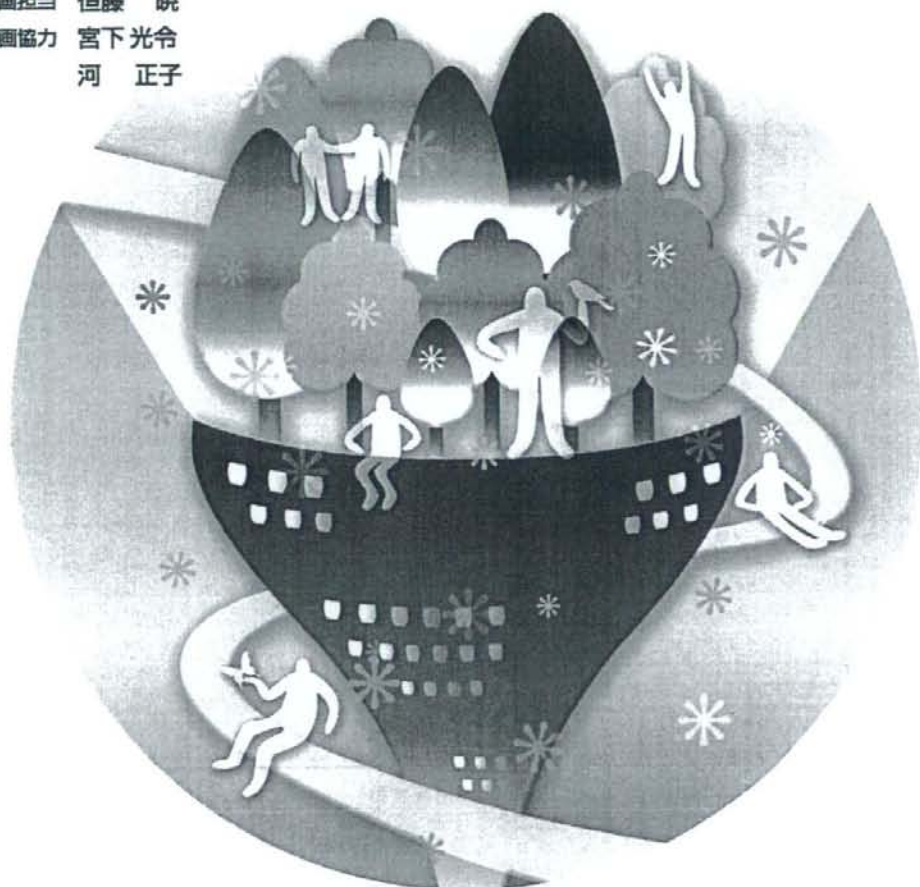
臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメントツール

編集 緩和ケア編集委員会

企画担当 恒藤 暁

企画協力 宮下光令

河 正子



青海社

2

抑うつ、不安の評価

本稿では、緩和ケアの対象となるがん患者の抑うつ、不安に関して、常用されている評価方法を中心に概説する。

抑うつ、不安

まず、感情 (affect)、気分 (mood) という用語の一般的な定義について振り返ったうえで、抑うつ、不安の概念を確認しておきたい。感情とは、主観的に体験している気持ちの状態 (情緒) の表現のことを指し、一般的な感情の例としては、「悲しみ」「喜び」「怒り」などが挙げられる。気分とは、比較的弱い持続的な感情状態を指し、この中に「抑うつ」「不安」などが含まれる。実際的には、感情と気分を明確に区別できるわけではないが、その相違点は、主として持続期間にあり、感情が変動に富む情緒の「天気」の変化を意味するのに対して、気分はもっと広範で持続的な情緒の「気候」を意味しているとされる¹⁾。

次に、「抑うつ」「不安」の定義であるが、抑うつとは、一般的に、正常範囲を超えた悲しみが続く状態を指す。抑うつが発現しやすい最大の状況は、喪失を体験した際である。不安とは、漠然とした未分化な恐れが続く状態を指す (恐怖

とは、明確な対象に対する持続的な恐れを指す)。不安が発現しやすい状況は、不確実な脅威に直面した際である。

このように抑うつ、不安は気分を表すが、その表現型は実は多彩であり、抑うつ状態にも不安状態にも、同時に身体的な症状表出が存在する (表Ⅲ-1)。たとえば、不安状態には多彩な自律神経症状が随伴する可能性があり、「身体的不安」としての、動悸、息苦しさ、口渇、手足の震え、発汗、頻尿などの存在はよく知られている。一方、抑うつ状態でも、倦怠感や食欲不振などが高頻度に見られる。

抑うつ、不安の測定

以上のことから、抑うつ、不安を評価するということは、気分としてのこれら状態をなんらかの方法で測定することであることが理解できるであろう。実際には、これら心の状態を正しいなんらかの「量」として示すことができるわけではない。しかし、科学的な理解をすすめるための一助として、計量心理学的な方法で、抑うつや不安のある種の量として示すことができるよう、さまざまな面接法や自己記入式の評価方法が開発されてきた。

表Ⅲ-1 不安、抑うつの症状

	定義	発現しやすい臨床状況	随伴する身体症状
抑うつ	正常範囲を超えた悲しみが続く状態	喪失あるいは喪失の予期 (「悪い知らせ」が伝えられた際など)	倦怠感、疲労感、食欲低下、頭重感、不眠、便秘、思考・集中力低下、性欲低下など
不安	漠然とした未分化な恐れが続く状態	不確実な脅威への直面 (情報不足など)	呼吸困難、胸部圧迫感、動悸、口渇、嘔気、胃部不快感、下痢、頻尿、めまい、筋緊張、発汗、震え、頭痛、不眠

表Ⅲ-2 緩和ケアでの使用が想定される抑うつ、不安の自己記入式測定法

測定法	本来の目的	全体の項目数 (抑うつ、不安の項目数)	特記事項
HADS ²⁾	身体疾患患者の抑うつ、不安のスクリーニング	14 (抑うつ7、不安7)	身体疾患患者への使用を想定し、身体症状項目が含まれていない。日本人のがん患者に対する使用に際しての標準化が行われている ³⁾ 。
POMS ⁴⁾	抑うつ、不安をはじめとした各種気分の状態評価	65 (抑うつ-落ち込み15、緊張-不安9)	活気、怒り-敵意疲労、混乱も測定可能。気分全体を示す総合指標として、Total Mood Disturbance というスコアも算出可能。
EPDS ⁵⁾	産後うつ病のスクリーニング	10	産褥期の身体症状によって影響を受けないように身体症状項目を含んでいない。欧米では緩和ケアにおける抑うつのスクリーニングとしても使用されている ^{6,7)} 。
BDI-II ⁸⁾	うつ病患者の抑うつの重症度の評価	21	抑うつ症状の身体的-感情的側面と認知的側面の2因子構造モデルからなる。
CES-D ⁹⁾	一般人口におけるうつ病のスクリーニング	20	米国国立精神衛生研究所 (NIMH) が開発した疫学研究用の尺度。
STAI ¹⁰⁾	人格特性としての不安へのなりやすさの評価とある時点での不安状態の評価	40 (特性不安20、状態不安20)	不安へのなりやすさを示す特性不安と、その時点での不安の程度を示す状態不安が測定可能。

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, POMS: Profile of Mood States, EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale, BDI-II: Beck Depression Inventory-II, CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, STAI: State Trait Anxiety Scale

これらの評価方法を形式面からみると、自己評価尺度と他者評価尺度に分けられる。一方、緩和ケアの領域では、精神医学の領域でよく用いられる面接による他者評価尺度が用いられることは実質上きわめてまれである。そのため、本稿では、自己記入式の評価尺度のみを紹介する。

これら評価尺度を適切に用いるためには、おのおのの評価方法の目的、すなわち、スクリーニング用なのか診断用なのか、あるいはなんらかの疾患を診断したうえで重症度評価用なのかを知っておく必要がある。緩和ケアの領域でも使用される可能性が想定される尺度のうち、日本語版が存在する代表的なものを示した(表Ⅲ-2)。

表Ⅲ-2に示したように、もともとの目的によってさまざまな抑うつ、不安の評価尺度が開発されている。実地臨床や研究に際しても、対象集団の抑うつ、不安をスクリーニングすることが目的な

のか、あるいは顕在化した抑うつあるいは不安状態の程度を縦断的にモニタリングすることが目的なのかなど、尺度を用いる目的を明確にしたうえで使い分ける必要がある。

緩和ケアにおける抑うつ、不安の評価

緩和ケアにおける抑うつ、不安の評価を考えてみた場合、いくつかの留意点が存在する。まず、患者が身体的に重篤である場合が多いため、記載する負担の少ない簡便さが求められる。次に、進行がん患者の場合、がんそのものの進行やがん治療のために、上述した抑うつ、不安でみられる身体症状そのものの頻度が高いことが想定されるため、身体症状項目を多く含んだ尺度であれば、測定しているものが気分なのか、身体症状そのものなのかの鑑別が困難となる。

実際、進行がん患者にみられる症状の有病率に

関しての系統的レビューからは、表Ⅲ-1で示した抑うつや不安としても出現しうる身体症状の有病率として、倦怠感79%、食欲低下53%、口渴40%、便秘37%、不眠36%、呼吸困難35%、嘔気31%などといった高い値が報告されている¹¹⁾。

以上のような背景から、緩和ケアにおいては、簡便でかつ身体症状による修飾を受けにくい気分の評価尺度が求められる。一方、筆者が知るかぎり、緩和ケアの状況における抑うつ、不安を特異的に測定することを目的に開発された自己記入式尺度は存在しない。表Ⅲ-2に示したように、身体疾患患者への使用を想定した代表的な尺度として、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)があり、HADSは日本語版が標準化されていることから、わが国における緩和ケアの診療、研究の現場で最も頻用されている尺度の1つである^{12,13)}。以下、HADSについて述べる。

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADSは、身体疾患患者の抑うつと不安をスクリーニングするために開発された自己評価式質問紙法である¹⁴⁾。身体疾患患者への使用を想定し、身体症状項目が含まれていないという特徴を有する。各下位尺度ごとに7項目、計14項目から構成されている。抑うつ、不安ともにおおの0~21点までのスコアの幅があり、スコアが高いほど、抑うつ、気分が高いことを示している。北村により日本語版が作成されており²⁾、その後、日本人のがん患者に対する使用に際しての標準化が行われている³⁾。

わが国のさまざまな病期のがん患者を含めて、臨床的に顕在化した抑うつ、不安状態のスクリーニング性能を検討した際には、総スコア11点が最適なカットオフ値として示されたが(感度0.92, 特異度0.65)³⁾、終末期がん患者を対象とした場合には、カットオフ値は17点であった(感度0.71,

表Ⅲ-3 終末期がん患者の抑うつ、不安に対する Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) の層別尤度比 (Stratum-Specific Likelihood Ratios; SSLRs)

HADS 総スコア	層別尤度比 (95%信頼区間)
0~4	0.05 (0.01~0.38)
5~9	0.49 (0.25~0.96)
10~14	0.65 (0.33~1.30)
15~19	2.25 (1.43~3.54)
20~24	2.95 (1.20~7.25)
25以上	5.26 (1.55~17.90)

層別尤度比 (Stratum-Specific Likelihood Ratios; SSLRs): 多段階の検査値ごとの尤度比は、疾患を有する者のうちその検査値をとる者の割合を、疾患を有しない者でその検査値をとる者の割合で割ったオッズで与えられる。これを層別尤度比という。

Fagan のノモグラムを用いると、想定した検査前確率と得られた検査値から検査後の確率を簡便に得ることが出来る。たとえば、緩和ケアを受けている患者にスクリーニング目的で HADS を施行したところ、総スコアが 21 点であった。その患者の抑うつ状態の確率(検査前確率)を 20%と見積もっていたとすると、Fagan のノモグラムを用いると、その患者が抑うつ状態である確率(検査後確率)は 55%程度であることが分かる。層別尤度比や Fagan のノモグラムについての詳細は他書を参照いただきたい¹⁵⁾。

特異度 0.77)¹³⁾。

HADSは、あくまで抑うつ、不安のスクリーニング尺度として開発されたものであるため、これら気分状態の重症度や程度を測定するためのものではないことに留意しておきたい。一方で、がん患者を対象に、気分状態の測定尺度である POMS と HADS の関連を検討したところ、POMS の抑うつ-落ち込み下位尺度と HADS の抑うつ下位尺度のピアソン相関係数は 0.49 ($p=0.0001$)、POMS の緊張-不安と HADS の不安下位尺度との相関係数は 0.60 ($p=0.0001$)であったことが示されており、気分の状態評価の測定にもある程度は妥当性を有することが報告されている³⁾。

われわれは、終末期がん患者の抑うつ、不安状態に対する HADS 総スコアの層別尤度比(層別尤度比については、表Ⅲ-3の脚注参照)を報告しているので参照いただきたい(表Ⅲ-3)¹³⁾。

まとめ

本稿では、緩和ケアの抑うつ、不安評価に際して用いられる自己記入式評価尺度を中心に概説した。尺度の使用や解釈に当たっては、各尺度の開発目的などに留意する必要がある。こういった心理尺度は簡便である一方、診断結果を示すものではないことなど、さまざまな限界があることも忘れないでいきたい。

文献

- 1) 山田和男：気分，精神科診察診断学—エビデンスからナラティブへ。古川壽亮，神庭重信 編：p.129-144，医学書院，2003。
- 2) 北村俊則：Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度)。精神科診断学 4：371-372，1993
- 3) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al：Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 28：333-338，1998
- 4) 横山和仁，荒記俊一，川上憲人，他：POMS（感情プロフィール検査）日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討。日本公衆衛生誌 37：913-917，1990
- 5) 岡野禎治，村田真理子，増地聡子，他：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性。精神科診断学 7：525-533，1996
- 6) Lloyd-Williams M, Shiels C, Dowrick C：The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 99：259-

- 264，2007
- 7) Lloyd-Williams M, Spiller J, Ward J：Which depression screening tools should be used in palliative care? *Palliat Med* 17：40-43，2003
- 8) 小嶋雅代，古川壽亮：日本版 BDI-II 手引き。日本文化科学社，2003
- 9) 鳥 悟，鹿野達男，北村俊則，他：新しい抑うつ性自己評価尺度について。精神医学 27：717-723，1985
- 10) 中里克治，水口公信：新しい不安尺度 STAI 日本語版の作成—女性を対象とした成績。心身医学 22：108-112，1982
- 11) Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, et al：Symptom prevalence in patients with incurable cancer；a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 34：94-104，2007
- 12) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al：Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients；associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22：1957-1965，2004
- 13) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al：Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage* 31：5-12，2006
- 14) Zigmond AS, Snaith RP：The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67：361-370，1983
- 15) 古川壽亮：エビデンス精神医療。2000

明智 龍男

(名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学)