

SYMPHONIA
MEDICA
NURSING



看護のための
最新**医学講座** [第2版]
第24巻 腫瘍の臨床

監修 日野原重明・井村裕夫

監修協力 岩井郁子・北村 聖

編集 今井浩三



中山書店

文献

- 1) 恒藤 暁ら編：系統看護学講座別巻10緩和ケア。東京：医学書院；2007. p.1-289.
- 2) 淀川キリスト教病院ホスピス編：緩和ケアマニュアル。第5版。大阪：最新医学社；2007. p.1-275.
- 3) 厚生労働省・日本医師会監修：がん緩和ケアに関するマニュアル。改訂第2版。埼玉：(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団；2005. p.1-76.
- 4) 武田文和監訳：トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント。東京：医学書院；2003. p.1-492.
- 5) 恒藤 暁：最新緩和医療学。大阪：最新医学社；1999. p.1-299.

精神的サポート

まず、癌患者の精神的サポート（評価とサポート）の枠組みを大まかに分類して目星をつけることを目的に、英国NHS-NICE癌患者の支持緩和ケアマニュアル2004を紹介する（表10）。4つの段階は、心の負担を通常レベルから重度の精神障害までに分類し、各段階における医療提供者、評価方法とケアの内容を記している。これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引けないことに十分留意されたい。

ここで、癌医療における看護師の役割を第1段階からみていくと、まず患者の心理的ニーズ評価である。これはわが国ではまず問題ないだろう。次に、疑わしいと思ったときの専門家への相談。これはどうだろうか。意外と精神保健の専門家へ相談せずに抱え込んでいないだろうか。ケアとしては基本コミュニケーション（適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意）となる。第1段階に位置づけられているが、共感に至難の業である。

第2段階は、専門看護師レベルとある。わが国では認定・専門看護師の一部となるのだろうか。癌の診断時、治療時、再発時、抗癌治療終了時などストレスが高まる心の軌跡を頭に入れ、その際にスクリーニングを行う。ケアとしては、心配や気持ちを聞きながら信頼関係を構築し、非審判的に傾聴する。危機介入、支持的療法、問題解決技法を提供する。これにはある程度の研修は必須である。そして、生活に支障をきたす程度の心の負担（適応障害）やうつ病、不安障害、せん妄などを専門家に依頼する。

第3段階は、軽度～中等度の不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題を評価し解決する。これは、経験、研修を積んだ精神看護専門

表 10 癌患者の心理学的評価とサポートの4段階

第1段階 (すべての医療スタッフに必須の評価とケア)

- ・心理的ニーズの評価、疑わしいと思ったときに精神保健の専門家へ相談
- ・基本コミュニケーション (適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意) である。

第2段階 (精神保健従事者に若干の訓練を要する評価とケア)

- ・スクリーニング；癌の診断時、再発時、治療中止時などストレスが高まる際
- ・危機介入、支持的療法、問題解決技法を提供する
- ・対象：専門看護師、ソーシャルワーカー、英国では General Practitioner。

第3段階 (精神保健専門家による診断と治療)

- ・評価・診断：軽度～中等度の不安、うつ、怒りなど
- ・治療：不安、うつ、怒り、スピリチュアルな問題解決、重度は専門家へつなぐ
- ・対象：訓練を受けたカウンセラー

第4段階 (精神保健専門家による診断と治療)

- ・診断：重度のうつ病、せん妄、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール障害、自傷行為など
- ・治療：中等度以上の精神疾患の治療、認知行動療法
- ・対象：精神科医、臨床心理士

*これはあくまでも英国の医療事情を反映して作成されたものであること、そして各段階は重なりあっており厳密に線を引きけないことに十分に留意されたい。

(英国がん患者の支援とケアマニュアル NHS-NICE 2004.)

看護師 (リエゾン)、臨床心理士相当だろうか。わが国では看護師が引き受けざるをえない。高度の心理学の知識と研修が必要とされる。

第4段階は、精神医学的診断のもと、重度のうつ病、せん妄、不安障害、パーソナリティ障害、アルコール障害、自傷行動など精神疾患の治療、認知行動療法である。ほとんどが精神科医、博士号取得の臨床心理学者であろう。

わが国でも、患者のQOLや自己決定権を尊重する風潮が高まり、また癌に関するあふれんばかりの情報のなかであってより良い医師-患者関係を築くためには、医師と患者がコミュニケーションなしに癌治療を進めることは困難になってきている。そこで、インフォームドコンセントを前提とした癌医療をふまえて、癌に対する患者の通常の精神的反応、最も多く観察される不安・抑うつ・せん妄などの精神症状に対するケア、カウンセリングを中心に概説する。

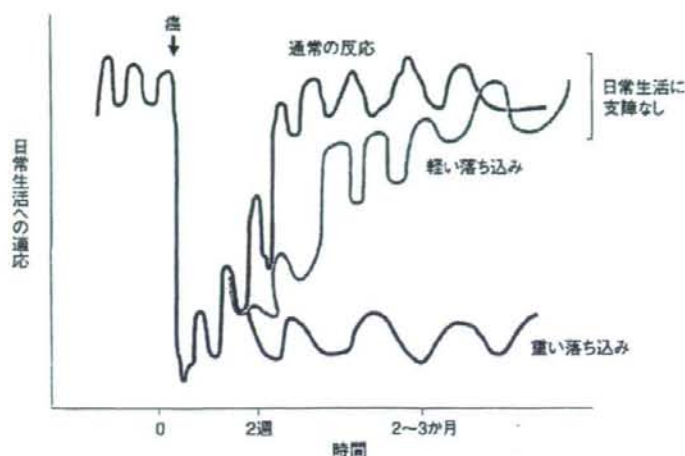
癌に対する患者の通常反応

癌告知された患者に精神的ケアを試みる場合、癌に関する情報を伝えられた後の通常の精神的反応を前もって知っておく必要がある(図21)。悪い知らせの後には、多かれ少なかれそのつど衝撃を受け、一時的に日常生活に支障をきたす。以下、癌の臨床経過に沿って癌患者の通常反応について説明する。

癌の症状自覚

癌を疑う症状を自覚したときから患者の心理的反応は始まる。癌

図21 癌とわかってからの心の変化



多くの患者は、見かけ上日常生活に支障をきたさない範囲に2週間以内で回復する。一部は、適応障害に相当する軽い落ち込みを経験し、5%程度うつ病に相当する重い落ち込みを経験する。

の疑いを誰もが否認するが、不安がもともと高い人や、癌は治らないという考えや自分の健康に関して強い信念をもっている人などは、医療機関の受診が遅くなる。“受診の遅れ”を減らすためには癌に対する恐怖に満ちた先入観を減らし、正しい知識を提供することが重要である。

癌の検査

検査中は、大丈夫だという思いと最悪の場合を恐れる気持ちとの間を揺れ動く。見慣れぬ機械に囲まれて検査を受ける患者にとって、医師や技師の一举手一投足が大きなストレスとなり、心理的配慮は非常に重要である。この時期の患者は理解力が落ちていたり、一方でちょっとしたスタッフの会話に過敏になったりすることを銘記しておくべきである。また、得られた検査の結果を早めに伝えることも重要である。

癌の診断

いわゆる“癌告知”への患者の心理的反応については多くの研究がなされている。わが国では癌告知はまだ一般的ではないが、癌を知ることで信頼関係に基づいた医療が行え、また患者自身もより有意義に人生を送ることができると考える医療者は増えている。

癌という生命の危機への最初の防衛機制は否認である。後から患者はこのときの衝撃を「頭が真っ白になった」と表現することもある(表11)。その後、「もう駄目だ、治療しても無駄だ」と絶望感や

表 11 癌という診断に対する通常反応

	症状	期間
第1相：初期反応	ショック 「顔が真っ白になった」 否認 「癌になるはずがない」 絶望 「治療しても無駄だ」	2～3日
第2相：不快	不安・抑うつ気分 食欲不振・不眠 集中力の低下・日常生活への支障	1～2週間
第3相：適応	新しい情報への適応 現実的問題への直面 楽観的見方ができるようになる 活動の再開・開始	2週間で開始

(Massie, 1990を改変.)

挫折感を感じる。この時期は患者は強い衝撃を受けており、医師の説明は理解されていないこともあるので、治療計画などを伝えるには個別の配慮が必要である。普通、この時期は2～3日続く。

その後、混乱・不安・恐怖・悲哀・無力感・絶望感などとともに、不眠・食欲不振などの身体症状や集中力の低下が起こり、日常生活に支障をきたす場合もある。しかし、1週間～10日でこの状態は軽減し、癌治療を受ける準備など、適応の努力が始まる。このような精神的動揺はむしろ通常範囲内であることを伝えることで、患者はひとまず安心する。

適応し始めると、患者は情報を整理し、現実の問題に直面することができるようになり、楽観的な見方もできるようになる。

初期治療

癌の初期治療は予後に最も大きく影響する★1。患者は治療のネガティブな側面は特に記憶に残りにくいため、情報の伝え方やその後の理解の仕方の確認は重要である。また、癌の治療はつらい、生命を縮めかねない危険なものというイメージも強く、治療を待つ間の不安も非常に強い。具体的には治療の手順、予期される副作用やその対策を伝えることが不安を低下させる。その治療の経験者に話をしてもらうことは、癌患者に強く感じられる疎外感の緩和にも有効である。

手術は、現在でも一部の癌を除き、治療を望める唯一の治療法であるが、機能障害や外見上の変化をもたらす、その程度は適応を大きく左右する。全身麻酔に対し強い恐怖を抱く患者もいる。

化学療法には種々の副作用があるが、なかでも悪心・嘔吐は行動学的に条件づけされやすく、化学療法を連想させる病院や医療スタッフに接しただけで悪心・嘔吐を示す患者もいる(予期的嘔吐)。治療前からリラクゼーションの練習を行って、ある程度自分で症状を

★1

標準的治療法が確立されている場合と、いくつかの選択肢のなかから治療法を選ばなければならない場合がある。

コントロールする試みも予期的嘔吐に対し効果的である。脱毛・肥満など外見を変化させる副作用は患者の自尊心を低下させ社会活動を減少させるため、対策が必要である。

放射線療法は、被曝および化学療法と同じく手遅れの治療というイメージからくる恐怖が強い。これらの治療に耐える力を患者に与えるために、スタッフは積極的に情報や援助を与える必要がある。

初期治療終了後、患者は集中的な医療から離れ、日常へ戻っていくわけだが、つらい治療であったにもかかわらず、「残っていた癌が大きくなるのではないか」、「治療の手をゆるめることで再発するのではないか」といった恐怖を抱く。また、健康な人のなかに戻っていくことは、機能障害や外見上の変化が喪失として強く認識される。身体の喪失は少なくとも、癌患者ということで家庭や社会での役割が修正され、疎外感を感じ、多少抑うつ的となる。時が経つにつれ、不安・恐怖は弱まり再適応していくが、患者は再発発見のために長期間通院しなければならず、定期検査のたびに不安は高まる。この時期には自助グループや癌に関する教育などの援助が有益である。

再発

一部の患者は再発を経験する。再発を告げられた患者の反応は診断時のそれとほぼ同様であるが、よりいっそう深刻である。現実的に、死を間近に意識させられる。しかしながら、わが国の医療現場での大きな問題ではあるが、この気まずいステップをとばしてしまう傾向がある。お互いに悪い知らせに封をしたいからである。

治癒を目標とした治療が不成功に終わったことを、医療者は患者とともに受け入れる必要がある。わいてくる怒りや、痛みなどの苦痛、見放されることへの恐怖が生じるが、かえって不確かさからは解放される。スタッフは希望を与えつつ、人生の課題の優先順位をつけることなど多くの重要な選択を援助し、今後も治療を継続していくこと、苦痛はコントロールできることを積極的に伝えなければならない。再発時の精神的動揺は、再発を予期していなかった患者においてより強い。このことから、初期治療終了後の医学的な教育が必要であるといえる。

進行期

病状が次第に進行してくると、種々の症状のために日常生活が制限される。患者の精神状態はその日その日の体調により大きく変化するため、症状コントロールは非常に重要である。自力でできないことが増えるにつれ、人に頼ることへの心理的苦痛も増してくる*2。日本人は他人に言葉で頼むことが苦手である。一方で身近な人（付

★2

欧米では自殺補助を望む理由として、自立できなくなることでより人に依存せざるをえなくなることの苦痛があげられている。ある意味で、人間の最も苦痛と感じられるものなのだろう。



★3

これまでになく精力的になったり無謀な活動を始めることを牛島（1990）は臨的防衛として指摘している。



き添い、同室者、担当スタッフなど）との人間関係が患者の生活を左右するため、見捨てられることへの不安が強くなり、患者は非常に従順となる。

より近づいてきた死に対する防衛機制として、否認がしばしば用いられ、癌がまるで念頭にないかのような言動として現れることがある*3。

患者のこのような態度と時間が残り少ないことに焦る周囲との間にギャップが生じるが、ある程度はやむをえず行っている反応として受け入れる必要がある。退行、否認はある意味で幼少時の行動、親子の関係に似ていて、ふさわしく自然な場合もある。

スタッフは患者に対してできることが少なくなるにつれて、困惑・罪悪感・無力感を感じることもあるが、患者のもとを訪れ続け、常にそばにいる感覚を与えることが重要である。

症状緩和

再発・進行癌に対する積極的治療から症状緩和治療への移行に関してのインフォームドコンセントは、緩和ケア病棟・ホスピスでのケアを希望する患者を除いて、わが国ではきわめてまれである。また、医療者自身も方針変更は無意識に抵抗し、無意味な治療を継続する場合がある。多くの場合は、抗癌治療の内容が徐々に減り、終末期への移行が始まる。

終末期

「終末期」は、予後がおおむね6か月とみなされる時期とするのが一般的である。終末期には孤独、自制を失うこと、身近な人とのつながりを失うこと、身体機能を失うことなど多くの喪失が待ち受けている。ここで注意したい点は、終末期患者は「死」そのものを恐れているというよりも「どうせ死ぬのだから、価値がないから、見捨てられているのではないか」という見捨てられ不安を抱きやすくなっていることである。

孤立感を増す原因は病院にもある。多くの病院・病棟・病室は、急性の病気の“患者”を効果的に治療できるようにつくられていて、使用されることはないと思われる最先端の医療機器に囲まれた病室に死にゆく“人”がいることに、患者自身も居心地の悪さを感じている。治癒できる急性期の患者が大半を占める病棟では、治癒できないことは敗北に等しいと感じられてしまうこともある。また、死にゆく人のケアを意識しながらも、急性期の患者の処置に追われることに負い目を感じている医療者もいる。わが国の病院では、「死にゆく患者」は何かしら特別なものであると感じられてしまう。患者

は医療者のこのような感情を敏感に感じ、孤立感を増す。

終末期には特に「孤立させないこと」「個別性を尊重すること」の重要性が多く専門家によって繰り返し指摘されている。したがって、標準化された対応というものはないが、死にゆく「人」が「終末期・癌・患者」として個別性を無視されたように扱われたと感じないための配慮が必要である。これまで疾患の治療を通してかかわってきた患者と家族に対して、医療者は死にゆく病をかかえた人と家族として個別性をさらに意識してかかわる必要がある。医療者对患者ではなく、人対人である。

具体的には患者の生活歴などをオープンにすることが糸口となる*4。個人の過去・現在を共有することで、「終末期・癌・患者」として扱われることが少なくなるし、ごく普通に患者と接することができ、未来への関係が作りやすくなる。

不安・抑うつ・せん妄などの精神症状に対するケア

精神症状は、正常と異常の見極めが難しい。一般に、「癌だから当たり前だ」として医療者側が尋ねないと精神症状は問題とならないことが多い。身体の痛みと同じである。インフォームドコンセントを前提としたQOL向上をめざした医療を推進していくうえで、不安・抑うつ・せん妄を想定してきちんと対応していく意義は大きい。

不安・恐怖

心配、恐れ、不安はすべての癌患者に必ず生じている。癌の症状や死に関連する通常レベルの不安から病的なものまで幅が広い。特に言動に現れないと不安の評価は容易でない。不安・恐怖は遷延したりコントロールできなくなると著しくQOLを損なうので、適切に評価し治療することの意義は大きい。

疫学

病的な不安の有病率は、対象や状況によって変わるが、一般地域住民で8%、生涯有病率：10～25%、内科外科患者：10～30%、癌患者：10～40%である。終末期癌患者の不安は、反応性（適応障害）が最も多く、時にパニック障害もみられる。

原因（表12）

状況によるもの、疾患によるもの、治療によるもの、既存の不安障害に分類される。

評価

不安は心理症状としてだけでなく、身体症状として訴えられることも少なくない。常に日常の会話のなかで繰り返し確認されなければ

★4

たとえば、死にゆく患者に足が遠のくスタッフに、「かつて彼は団体選手だった」とか「彼女は15人もお孫さんがいる」といった情報を知らせる。なにも輝かしい過去をというのではなく、これまでの仕事や趣味、大事にしてきたことやつらくてもがんばってきた生涯などを知ると、社会的存在としての個人の歴史をふまえたうえでのかかわりが維持できる。

表12 癌患者の不安の原因

状況

癌の検査、診断、治療選択、治療の終結、死など、家族との別れ、経済、身体機能の喪失、自律性の喪失

疾患

痛み、呼吸困難感、悪心、せん妄、ホルモン産生腫瘍など

治療

ステロイド薬、抗精神病薬や制吐薬によるアカシジア、精神刺激薬、アルコールや抗不安薬の離脱、化学療法薬に伴う予期不安など特殊なもの

既存の不安障害、身近な人を癌で亡くした経験

表 13 癌患者の不安の治療

患者教育

癌や治療に関する理解を確認し、適切な情報を提供する

カウンセリング（支持的精神療法）

現実可能な範囲で助まし、保証、その人なりの病気の取り組み方で困難を乗り越えていけるよう支持する

行動療法

リラクゼーション、自律訓練法など

薬物療法

ベンゾジアゼピン系抗不安薬（アルプラゾラム、ロラゼパム、ジアゼパム）、時に抗うつ薬や抗精神病薬

表 14 癌患者のうつ病の原因

状況

癌の検査、診断、治療選択、治療の終結、死など、家族との別れ、経済、身体機能の喪失、自律性の喪失

疾患

痛み、癌の進行度、せん妄、ホルモン産生腫瘍、脳腫瘍など

治療

ステロイド薬、インターフェロン、硫酸ビクリスチンなどの化学療法薬

既存の抑うつ

★5

医師・看護師ともに重症抑うつ患者の約13%程度しか評価できなかったという報告がある。

ばならない。

不安は身体症状（動悸、発汗、過呼吸、悪心、ふるえ、頭痛、疲れやすい、集中困難など）と心理症状（不眠、いらいら、過覚醒、不穏など）から成る。さらに、抑うつと合併することが多いので、必ず同時に評価する必要がある。

治療

患者教育、カウンセリング（後述）、行動療法、薬物療法などを組み合わせて行う（表13）。もちろん、疾患や治療に関連した不安は原因に応じた治療を行うのが原則である。

抑うつ

悲しみ、悲嘆、落ち込みもすべての癌患者に生じる。しかし、いつも落ち込んで、悲嘆にくれているわけではない。また一方で、病的な抑うつはきちんと区別して対処しなければならない。「癌だから落ち込んでも当たり前だから」と気持ちをたずねられるのが手控えられることがあるからである。終末期癌患者の抑うつの評価は特に難しく、見過ごされる場合が少なくないので、適切に評価し、患者、家族に十分に説明をしたうえで治療することの意義は大きい。

疫学

抑うつの有病率は、一般地域住民で2～4%、生涯有病率：4～7%、一般外来患者：5～10%、内科入院患者：6～14%、癌患者：6～42%である。癌患者の抑うつは、反応性（適応障害）が最も多く、うつ病が続く。

原因（表14）

状況によるもの、疾患によるもの、治療によるもの、既存の抑うつに分類される。ほかに一般的な危険因子として、女性、若年、サポートが乏しい、貧困、独身、家族歴、負のライフイベント、都市部、悪い生育環境があげられる。

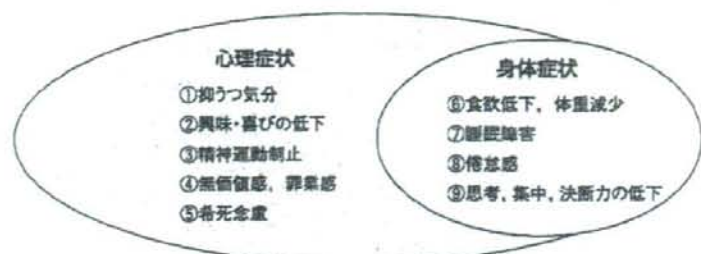
評価（図22）

うつ病の診断基準に身体症状と心理症状があるために、癌の症状と重複してうつ病を高く見積もる可能性があるが、臨床的には見過ごすことを回避するため重複した身体症状も含めて診断する。抑うつは重症となるほど見過ごされやすい*5。鑑別が難しく対応に困るときには精神科医など専門家に相談し、医療チームに入ってもらったりするとよい。

治療

患者教育、カウンセリング、薬物療法などを組み合わせて行うが、うつ病の場合は抗うつ薬が必要となる（表15）。三環系抗うつ薬は口渇・便秘などの副作用に気をつけながら効果を待たないといけない

図22 うつ病の診断基準 (DSM-IV) と癌による症状



うつ病の診断は、①抑うつ気分、もしくは②興味・喜びの消失のいずれかが2週間以上持続し、診断項目の9項目中5項目を満たすことが必要である。反応性の抑うつ（適応障害）は、うつ病の診断に準じる。

ので扱いが難しい。最近の抗うつ薬SSRIは、その点が改善されてきた。もちろん、疾患や治療に関連した抑うつは原因に応じた治療を行うのが原則である。うつ病が重症の場合はベンゾジアゼピン系抗不安薬は使用しない。

せん妄

終末期には、ほとんどの患者に多かれ少なかれせん妄が訪れる。せん妄は軽度の意識混濁に多彩な精神症状を伴った急性の脳機能不全である。時に、幻覚、妄想のため人格が損なわれた言動が出現するため、患者のみならず家族にも大きな心の傷を残す。せん妄を早期に評価し、家族に十分説明したうえで適切に対応することは非常に重要である。

疫学

癌患者のせん妄の有病率は10%未満だが、終末期では30～80%に認められる。終末期には興奮しないタイプのせん妄（不活発型）が多くなるが、このタイプは治療への反応は悪い。せん妄は進行癌であっても可逆的であるが、死亡前24～48時間では不可逆となる。

原因と評価基準 (表16,17)

疾患によるもの、治療によるもの、既存の疾患に分類される。

治療

せん妄の原因となる身体状態（電解質変化など）の改善、薬剤の中止、感染などの治療が前提である。

家族の付き添いなど常にそばに人がいて患者にとって安心できる保護的環境をつくることも重要である。見当識が良くなるよう部屋の明かり、時計、慣れている絵画など部屋の環境を整える。拘束感を与える点滴ライン、導尿などは可能な範囲で控える。

不安や抑うつと鑑別が難しく対応に困るときには精神科医など専

表15 癌患者のうつ病の治療

患者教育

癌や治療に関する理解を確認し、適切な情報を提供する

カウンセリング（支持的精神療法）

現実可能な範囲で励まし、保証、その人なりの病気との取り組み方で、困難を乗り越えていけるよう支持する

薬物療法

三環系抗うつ薬（塩酸ノルトリプチリン、塩酸アミトリプチリンなど）、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬（アルプラゾラムなど）、時に抗精神病薬

表16 癌患者のせん妄の原因

疾患

多臓器不全、Na、K、Caなどの電解質異常、貧血、低酸素症、感染症、痛み、癌の進行、ホルモン産生腫瘍、脳腫瘍など

治療

モルヒネ、ステロイド薬、インターフェロンほか薬剤、アルコールや抗不安薬の離脱

既存の疾患：認知症など

表 17 せん妄の診断基準 (DSM-IV)

- A. 注意集中、維持、転換する能力の低下を伴う意識の障害
- B. 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現
- C. その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、一日のうちで変動する傾向がある
- D. 病歴、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

表 18 癌患者のカウンセリングの目標

- ・抑うつ・不安・恐怖・疎外感・孤立感↓
- ・闘病意欲↑
- ・自己評価、自尊心↑
- ・自己統制力↑
- ・問題解決能力↑
- ・症状に対処する能力↑

(Worden JW, et al: Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 1984; 6: 243-249 より改変.)

★6



国立がんセンター東病院では、癌に対する通常反応を説明した精神科紹介パンフレットを作成・配布して患者教育に努めている（配布元 <http://pod.ncc.go.jp/>）。

門家に相談するとよい。

薬物療法を行う場合、抗精神病薬のハロペリドールは選択的ドーパミン拮抗薬であるため、血圧降下、抗コリン作用などの循環器系副作用がまれて第一選択薬として推奨される。

鎮静が必要な場合、クロルプロマジンを使用する。緊急の鎮静が必要な場合、ベンゾジアゼピン系薬剤の併用により一時的に鎮静は得られるが、意識障害の改善に対してはまったく効果がないので、死亡直前以外の場合のごく短期間に限定して使用する。家族に、せん妄の説明を十分にするとよい。

カウンセリング

癌患者へのカウンセリングといった場合、支持的な精神療法が基本である。

カウンセリングの目標

抗癌治療の目的は、原則的に生存期間 (quantity of life) であり、カウンセリングの目標はQOL (quality of life) である。より良い癌との取り組み方 (コーピング) を支持し、希望を見いだしていくことである (表18)。

終末期にある患者の場合、目標達成までの期間は日単位、週単位、長くても月単位である。切迫した状況が現実を目を向けさせ多くの喪失に取り組まなければならない、限られた状況のなかで希望を見いだして目標を達成していかなければならない。

癌が寛解した患者では、露呈した未解決の葛藤や問題に対する探索的で洞察的な精神療法が必要な場合もあるが、その場合は癌治療施設と離れて、専門医を訪ねたほうがよいかもしれない。

カウンセリングの治療構造

治療者への導入

癌治療同様、精神療法もチーム意識をもつことが重要である。患者のかかえる現在起こっている問題を最初にくみ取るのは家族であるが、精神療法へ導くにはまず正確な情報が迅速に治療者に伝わるのが重要である。患者側からみると精神的問題をまず誰に相談すればよいかということになる*6。打ち明けるにも、ある程度時間がかかる。それは患者・家族は重要な問題に直面しているため、その問題を医療スタッフに預けられるか否か、医療スタッフ間の微妙な人間関係にまで注意を向け、考えた末に打ち明けるからである。

場所

癌患者の精神療法の場合も、外来か病棟の一室に限定したほうがよい。車椅子を使ってでもプライバシーは確保し、カーテンだけで

仕切られたような空間はぜひ避けたい。身体状態によっては大部屋に訪床して行わなければならないこともある。

時間

患者の身体的条件、検査、治療の都合、病棟の行事などの条件を考慮に入れて、通常、週1回の精神療法の時間は、患者の状態を考慮に入れて決められるべきだが、最低でも20分は行いたい。外来患者であれば精神療法の頻度は、週1回から隔週が平均的で、期間は4～8週間をめどに目標を設定する。これはあくまでも原則であって、患者の状態、入院期間に応じて、柔軟性をもたせる。

カウンセリングの方法 (表19)

癌患者の精神療法というと、死への準備といった内容を思い浮かべる人が多いかと思う。実際は、癌の精査、診断、初期治療、再発、終末期などあらゆる時期に必要な介入はまず教育であり支持である。教育的介入の部分は精神療法の専門家でなくとも可能であるが、一般的に支持的精神療法はある程度の訓練を受けたほうが望ましい。

教育

癌に対する反応は先述したが、なぜこういう反応が起きるのか、異常ではなく通常範囲の動揺なのか、といったことを患者に気づかせ、一時的に自己評価が落ちている時期や自己統制力に不安を感じている時期には、教育は指示的であるが非常に有効である。また、癌告知後や再発告知後は通常1～2週間、記憶力・記憶力は低下しており、医療者と一緒に振り返ることで癌に関する情報の整理を行い、誤って入力された癌の理解を訂正したりすることは非常に有益である。

非常に重要な介入として、医師を対象にしたコミュニケーションスキルトレーニングと抑うつ自己スクリーニング法に関する研究が活発になっている。前者は、欧米で開発されたもので、シニアオンコロジストを対象として実践的な臨床場面を想定したロールプレイを使って、1～3日間の講習会を行う。これも、卒前教育ならびにわが国の癌医療への導入が期待される。

支持的精神療法

支持的精神療法の基本は、医療者の基本的態度にも通じる。癌によって生じた役割変化・喪失感など、個々の患者における病気の意味を探り、その人固有の病気との取り組み方で対処していけるよう支えていく。癌になる前にも大きな困難を克服してきた経験があるからである。

そのためにはまず、現在の病気とその影響について患者の感情、特に恐れを表出をうながし、それらを支持・共感し、現実的な範囲で保証を与えていく。通常、患者の性格や言動を指摘したりするこ

表19 癌患者へのカウンセリングの方法

患者教育 (パンフレットなど)

- ・癌や癌治療など医学情報
- ・不安、不確実感、無力感への対処法など心理学的情報
- ・スクリーニング (GHQ, HADS) などを用いた自己診断法

精神療法

- ・支持的
- ・実存的
- ・精神力動的
- ・危機介入

認知行動療法

- ・認知療法
- ・コーピング技術
- ・行動療法 (漸進的筋弛緩法など)

サポートグループ

- ・非専門家もしくは元癌患者によるサポートグループ

その他

- ・芸術療法、音楽療法、代替療法など

GHQ: general health questionnaire, HADS: hospital anxiety and depression scale.

★7

乳癌術後の前向きな病気との取り組み方が長期生存に関連したとする報告が端緒となり、Spiegelらは1989年、前述の1年間のグループ療法後、追解析して、通常の転移乳癌患者の予後が2倍になったという研究報告をした (Spiegel D, et al: Lancet 1989; ii: 88-90)。

その後、Fawzyが行った早期悪性黒色腫患者に対して行った術後の無作為短期教育的グループ介入試験は、6年生存率を有意に上昇させ、病気への前向きな対処行動という要因が大きく貢献したと報告したが、免疫活性および抑うつは生存とは関連がなかった。その後、Fawzyらは個人を対象にして同様の介入を行い、その結果をグループ療法と比較したところ、グループ療法がまさっていた (Fawzy FI, et al: Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 681)。

とはしない。医療者は個人の人生観、死生観からはひとまず自由になって、患者の個性、価値観を尊重することが重要である。

死にゆく過程 (dying) に焦点をあてた介入

予後告知は日本ではまれなので一般的ではないが、積極的治療から症状緩和に移行した患者で、予後が限られている者 (たとえば1~2年) が対象である。Spiegelらのグループ療法が有名である。6~10名前後の再発・進行・症状緩和期の患者に対して、週1回、90分、患者が死を肯定的に受け入れられるよう感情表出を促し、支持的精神療法を行う。

グループ療法で話し合われた内容を2人の観察者が独立して記述したところ、実際は死に関する内容に要した時間は数%にすぎず、患者同士のこと、医師-患者関係、癌治療、の順で、大半を占めた。精神療法だけでなく患者相互の援助も大きな役割を果たしていると推測されている。

生存期間延長を目標にした精神療法

Spiegelら、Fawzyらの研究⁷からも、癌患者へのグループ療法の必須構成要素として、患者相互のサポートはかなり重要な役割を果たしていて、大切なソーシャルサポートの一つであることが改めて認識された。グループ介入試験と生存期間に関しては、否定的報告も同様にあり、何より日本で患者に説明する場合は慎重に検討されるべき今後の大きな課題である。グループ療法による生存期間の延長効果に関しては、いたずらに非現実的な情報を提供することになりかねないので、現段階では医療者として慎んだほうがよい。

癌がたとえ治療が望めない場合でも、心の痛みは医療者側が尋ね共感することで癒されることが多い。尋ねることは、不安・抑うつ・せん妄の早期発見と早期対応の第一歩でもある。

情報公開が進み、患者自らが医療情報を得て、取捨選択し、より良い医療を受けていく時代になってきている。そして死である。一方では、癌医療の意思決定がますます患者・家族の手にゆだねられる危惧がある。癌患者・家族とのより良いコミュニケーションを通して、希望をもってより良い癌治療にのぞむことができるよう医療者がより個人を重視して、真っ向から衝撃的な情報に取り組まなければならない時代になりつつある。

(内富庸介)

参考文献

- 1) 山脇成人監、内富庸介編：サイコオンコロジー：がん医療における心の医学。大阪：診療新社；1997。
- 2) 内富庸介監訳：緩和医療における精神医学ハンドブック。東京：星和書店；2001。

ホスピスケア

ホスピス誕生の背景

苦痛の緩和のために生まれた医療は、科学の装いを身につけて近代化していくなかで、病をもつ人間を対象としなくなり、人間のもつ病、症状を対象とする傾向が強くなった。治療させることが主目的となり、そのためより正確な診断が求められ、検査が重視されるようになり、治療できない場合の対応についてはなおざりにされ、姑息的に延命策を講ずるという図式ができてしまった。

死を敗北として否定的にとらえ、覆い隠そうとする医療の流れに抗して、死を避けることのできない自然の出来事として受け容れ、かたじけなりの延命を求めるよりも苦痛の緩和を選び、人間が人間らしく生をまっとうできるように援助しようとする動きが生まれた。シシリー・ソンドースは、看護師、医療ソーシャルワーカー、そして医師として死にゆく人々とかかわるなかで、科学的知識や技術の進歩を積極的に利用しつつ組織的に全人的ケアを提供するために、1967年にロンドン郊外のシデナムに“聖クリストファーのホスピス”を設立し、現代ホスピス運動の祖となった*1。

ホスピス運動は、生命倫理や基本的人権に対する関心の高まりとあいまって、発展した。医療従事者のみならず、一般市民が死を避けられないこととして認め、医療や福祉が本質的に変わりつつある。

日本におけるホスピスケア

ホスピス運動の波は1970年代には日本にも達し、1980年代にはホスピス病棟、緩和ケア病棟が開設されるようになった。厚生省は、1987年に「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設置し、その報告をもとに1989年の診療報酬改定において定額制の「緩和ケア病棟入院料」を新設した。同時に「癌末期医療に関するケアのマニュアル」を日本医師会と共同して公表した。これによって緩和ケア病棟施設基準（表20）を満たす施設におけるホスピスケアが健康保険の対象となり、緩和ケア病棟の増える一因となった。2008年2月1

★1 ホスピスの語源



ホスピスの語源は、ラテン語のホスピティウム (hospitium) で、巡礼や、さすらい人、異邦人、貧困者、病人たちを休ませ、あたたかくもてなす家のことである。ホスピティウムという言葉には、あたたかくもてなす心 (hospitality) という意味も、宿所、宿屋という意味もある。ホスピティウムから、ホスピス、ホステル、ホテル、ホスピタルという言葉が生まれた。ホスピティウムの語源をさらにさかのぼると、対等な関係にある主人と客人の両方を意味するホスベス (hospes) に至る。一方、ホスベスが敵がい心 (hostility) に通ずることも興味深い。

- ism 44: 1570-1576, 1995
- 46) Seelen MA, de Meijer PH, Meinders AE: Serotonin reuptake inhibitor unmasks a pheochromocytoma. *Ann Intern Med* 126: 333, 1997
- 47) Wong EH, Chan NN, Sze KH, et al: Serotonin syn-

drome in a renal transplant patient. *J R Soc Med* 95: 304-305, 2002

(堀川 直史)

III サイコオンコロジーとチーム医療

わが国のがんの罹患は年々増加の一途をたどり、毎年50万人以上が新たにがんと診断され、がんと今現在向き合っている人は300万人を数える。治療の進歩に伴い、「がん=死」を意味する時代ではなくなったが、がん死亡は毎年30万人を超えている。日本人の1/3はがんによって死亡している実状からは、依然として生命を脅かす病気であることは変わらない¹⁾。インフォームドコンセントが導入され、がん医療においても情報開示

を前提とした医療が導入される一方で、がんの疑いに始まり、検査、診断、再発、積極的抗がん治療中止などの悪い知らせに伴い、患者は大きな心理的衝撃を受け、大うつ病、抑うつを主徴とする適応障害などの臨床的介入を要する精神症状を呈することもまれではない。これらの流れの中で、2002年4月からは、世界で初めての常勤精神科医を必須とする緩和ケアチームによる一般病床におけるがん患者に対する診療に保険点数加算・緩和ケア加算が認められた(表25-3)。がん医療の現場では、精神科医が主治医、看護師、身体症状緩和医、コメディカルスタッフと連携しながら患者の精神症状緩和を行う体制が整備されようとしている。ここでは、がん患者における大うつ病、適応障害の疫学、診断について触れたうえで、他職種と連携した治療について詳述する。

表 25-3 緩和ケア加算の概要

1. 対象患者
一般病棟に入院する悪性腫瘍またはHIVの患者
2. 緩和対象となる症状
・疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状
・不安、抑うつ等の精神症状
3. 緩和ケアチームの構成
①身体症状緩和の担当医師
②精神症状緩和の担当医師
③緩和ケアの経験を有する看護師
以上の3名からなる専従のチーム
(ただし、いずれかの医師は専任でもよい)
4. その他の算定条件
・施設が医療機能評価を受けている
・初回診療時に緩和ケア診療実施計画書を作成し、患者に交付
・症状緩和に係るカンファレンスの週1回程度の開催
・緩和ケアチームに関する適切な患者への情報提供
5. 算定点数
・1日につき250点
・算定患者数は1つのチームにつき1日に30人が限度

1 疫学

がん患者に存在する精神症状で頻度が高いものは、大うつ病、抑うつ気分を主徴とする適応障害、せん妄であることはよく知られている²⁾。わが国での有病率調査においても、大うつ病は3~12%、適応障害は4~35%と、かなりの割合のがん患者が臨床的介入を要する病的な抑うつ状態を呈していることが示されている³⁾。大うつ病や適応障害はそれ自体が苦痛に満ちた症状であるのみならず、がん患者の自殺、抗がん治療のコンプライアンス低下、入院期間の長期化などとも関連するため、これらに対する適切な治療が望まれる。

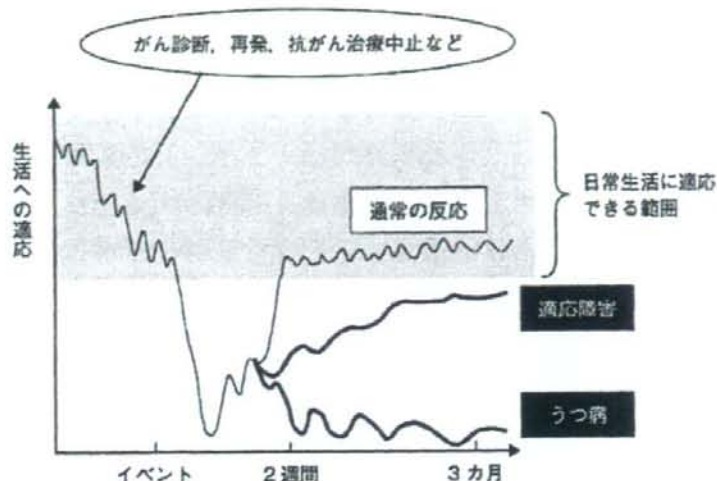


図 25-2 悪い知らせに対する心理反応

2 診断とスクリーニング

a. 診断

がんという生命の危機に直面した場合、最初はショックで頭が真っ白になり、強い不安や抑うつ気分、怒り、混乱、絶望感などが出現するが、1週間から10日でこの状態は軽減し、新たな状況への適応が始まる。しかし、一部の患者はこれらの時期が過ぎても抑うつ気分や不安が続くことにより社会的機能に支障を生じ、適応障害や大うつ病の状態を呈する(図 25-2)。精神科診断としては区別されるが、がん罹患に伴うさまざまなストレスに対する反応として、通常反応、適応障害、大うつ病は臨床的には明確な境界があるわけではなく、連続的なものとして理解される。ただし、患者の精神症状の原因を心理的葛藤に求める前に、代謝異常、ホルモン産生腫瘍などの器質的要因、ステロイドなどの薬剤性の要因を鑑別する必要がある。また、prochlorperazineなどの制吐剤に伴うアカシジアが出現していることもある。

実際の診断手順としては、器質・薬剤因などを除外したうえで大うつ病エピソードの評価を行う。症状9項目のうちの睡眠障害、食欲低下、思考・集中力低下、易疲労性・気力減退の4項目はがんに伴う身体症状としても出現するため、大

うつ病の症状なのか、がんに伴う症状なのかの判断が難しいことがある。このような場合は、精神症状を過小評価しないために大うつ病の症状として含めるのが臨床実務上である。がん患者の場合は、大うつ病エピソードを満たさないまでも、情緒面、行動面の症状が出現し、臨床的に日常生活における支障が生じていることが多く、この場合は診断基準に沿って適応障害と判定される。

b. 看護師と連携した精神症状スクリーニング

がん患者における大うつ病、適応障害に関する臨床的な問題として、主治医、看護師がこれらの精神症状を見逃しやすいことが示されている。大

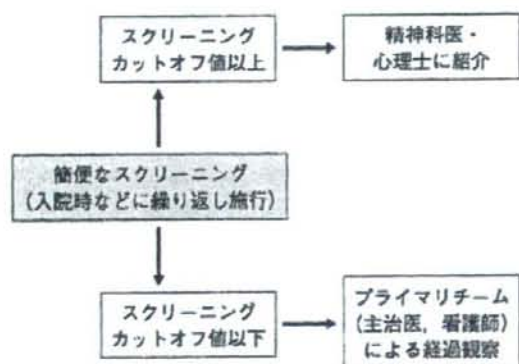


図 25-3 推奨される抑うつのマネジメント

1. この1週間の気持ちのつらさを平均して寒暖計の中の最も当てはまる数字に○をつけて下さい

2. その気持ちのつらさのためにこの1週間どの程度、日常生活に支障がありましたか?

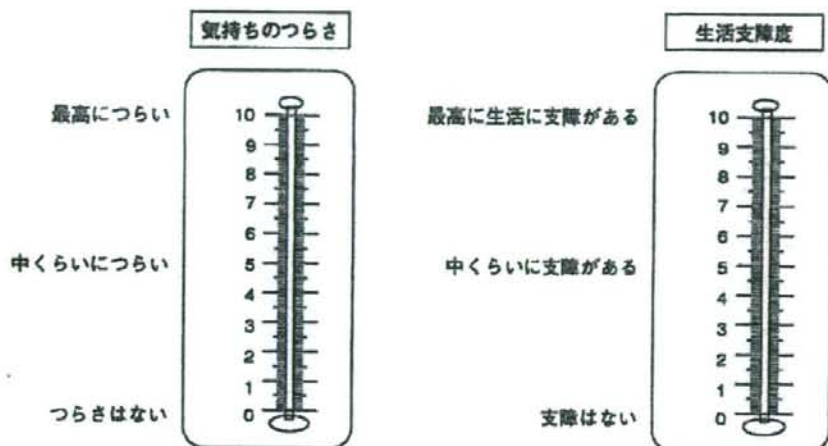


図 25-4 つらさと支障の寒暖計
(<http://pod.ncc.go.jp> より)

うつ病、適応障害の診断を適切に行うには精神医学的なトレーニングを受けないと難しい。全患者に精神科医が面接を行うことは現実的には不可能であり、何らかの工夫が必要である。

National Comprehensive Cancer Network のガイドラインでは、がん患者全員に精神症状のスクリーニングを実施することを推奨しており(図 25-3)、がん患者に対する精神症状スクリーニングの有用性を示唆する研究も存在する^{4,5)}。日本語版の妥当性が示されているがん患者におけるうつ病、適応障害に対するスクリーニング法としては、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)、つらさと支障の寒暖計(図 25-4)⁶⁾、ワンクエスチョンインタビューなどがある(つらさと支障の寒暖計、ワンクエスチョンインタビューは国立がんセンター精神腫瘍学研究所ホームページよりダウンロード可能。<http://pod.ncc.go.jp>)。つらさと支障の寒暖計は短時間で施行可能であり、精神保健のトレーニングを積んでいなくても簡便に使用できるように作成されている。スクリーニングは主治医、看護師いずれが施行してもかまわないが、例えば国立がんセンター東病棟の化学療法科

病棟では全入院患者に病棟看護師がつらさと支障の寒暖計を実施している。当病棟にてスクリーニング陽性(つらさの寒暖計4点以上、かつ支障の寒暖計3点以上)の患者には看護師が精神科受診を推奨する診療体制を導入したところ、導入前に比べてより多くのうつ病、適応障害のがん患者が専門家(精神科医、臨床心理士)の介入を受けるようになったという結果が得られている⁷⁾。

3 治療

がん患者の大うつ病、適応障害は、純粋な心理的問題であることはまれであり、癌性疼痛などの身体症状、社会的問題、実存的問題が関連要因として存在することが明らかになっている⁸⁾。このため、精神科医単独で対応するのではなく、患者と日常接する主治医、看護師、緩和ケアチームとともに構成する身体症状緩和専門医、専門看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床心理士などの他職種との連携が重要となってくる。

a. 精神療法および、臨床心理士との連携

がん臨床の場面では精神療法的関わりは必須である。健全な自我機能を有する患者が危機を迎えるような臨床場面では、最も一般的に行われるのは支持的な精神療法である。患者は診断直後や、初期治療の時期は今後病状がどうなっていくかという不安を抱えているかもしれない。進行、終末期になれば、隔絶された孤独感や疎外感を抱えているかもしれないし、残される家族への思いを抱えているかもしれない。身体機能の低下により、今までの役割を果たせない苦悩や、家族の負担になっているという自責感、自律性の喪失を感じ、ときに生きていることの意味を見出せないような実存的苦痛にさらされているかもしれない。支持的な精神療法とは、このような患者の思いを批判、解釈することなく、できる限り理解しようと努力したうえで、一貫して支持し続ける関わりである。そのためには患者の個別性を尊重し、患者が歩んだ生活史や、築いてきたもの、乗り越えてきたことなどを十分に傾聴することが大切である。そのうえで、その人が本来もっている、心理的苦悩に対する対処能力の強化回復を援助する。終末期の厳しい状況に直面している患者を前にすると、精神科医も無力感にとらわれ、病室を訪れたくないという逆転移感情をもつこともまれではないが、その感情を考慮に入れたうえで、常に同じ綿密な距離感で接し続けることが必要である^{3,9)}。

支持的な精神療法に加えて、特別な技法の使用も推奨されている。絶望的コーピングががん患者の大うつ病と関連することは広く示されており、認知行動療法が適応となるケースもある¹⁰⁾。その他、不安に対しては行動療法的アプローチとして漸進的筋弛緩法も有用である¹¹⁾。

がん患者の実存的苦痛に対する介入として、最近注目されている技法にdignity therapyがある。これは、患者が最も大切であると考えていること、愛する人に最も記憶に留めておいて欲しいことなどに関してのインタビューを行うもので、インタビューの内容は編集され、文書として患者の

もとに届けられ、家族に遺される。これらを通して、患者は自己の考えや思いが今後も受け継がれていくであろうことを認識する。Dignity therapy 施行後、患者の抑うつ症状が改善したという結果が得られている¹²⁾。

また、患者は誤った信念をもっていたり、十分に状況を理解していないことによる不安や絶望感をもっていたりすることもある(麻薬は終末期のみに使用するもの、激しい痛みを耐えながら死を迎えなければならないという誤解など)。このような場合は、患者がどのように状況を理解しているかを明確にしたうえで正しい知識を伝え、可能な限りで保証を与える心理教育的介入が有効である。

精神療法的な関わりニーズが大きい場合や、特殊な治療技法が適応となる患者など、がん医療の現場において臨床心理士の役割は大きい。大うつ病、せん妄などの精神症状評価ができる熟練した臨床心理士の場合、最初に臨床心理士が患者の窓口となることも可能である。精神療法的関与の場合は初診から一貫して同一治療者が関わることを望ましく、薬物療法が必要なケースや、せん妄が存在するケースは臨床心理士が精神科医に橋渡しをするというモデルである。

b. 薬物療法

大うつ病に対しては精神療法と薬物療法を併用するのが一般的であり、適応障害に対しては精神療法のみでは効果が不十分である際に薬物療法を考慮する。いくつかの比較研究にて大うつ病エピソードに対する抗うつ薬の有用性が示されているが、抗うつ薬の選択、投与量に関してはいまだコンセンサスはない¹³⁾。国立がんセンターでは、進行がん患者の大うつ病に対する抗うつ薬のアルゴリズムを作成している(図25-5)¹⁴⁾。予後の限られている進行がん患者の場合、軽症例に対しては即効性を重視してアルプラプラムを第一選択としている。選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)は比較的使用しやすい薬剤であるが、肝臓の代謝酵素を阻害するため、化学療法、ホルモン療法施行中の患者には使用しにくい。また、強

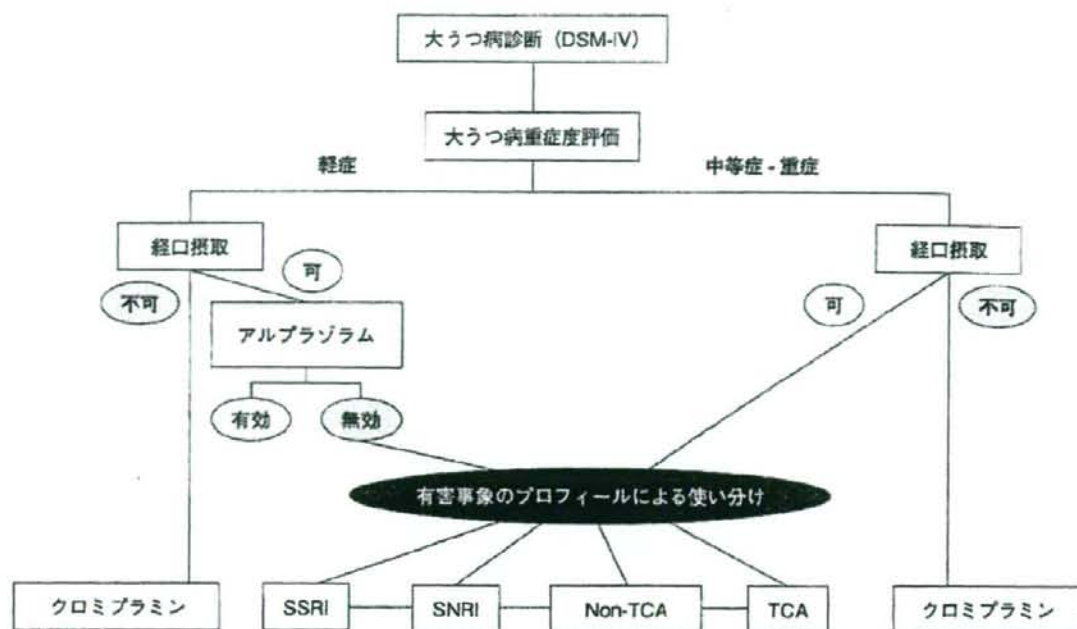


図 25-5 進行がん患者の大うつ病に対する薬物治療アルゴリズム

〔秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他: 進行がん患者のうつ病. In: 精神科薬物療法研究会(編), 気分障害の薬物治療アルゴリズム, じほう, p94, 2003 より〕

い嘔気に伴って投与を中断せざるを得ないことがしばしばある。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)も悪心・嘔吐や、排尿障害に注意する必要がある。三環系抗うつ薬を使用する際は抗コリン作用などに注意し、10~20mg程度の少量から開始する。

c. 抑うつに関連する身体症状と、主治医、看護師、身体症状緩和医との連携

がん患者の大うつ病、適応障害は、さまざまな身体症状と関連することが明らかになっているが、特に痛み、倦怠感との関係が強く示唆されている¹⁵⁾。時間的経過などから、患者が呈している抑うつ症状が身体症状と関連すると判断される場合は、抗うつ薬などの適応を考慮する前に、積極的な身体症状緩和を主治医に推奨することが一般的である。また、がん患者の疼痛は、その程度が1日の中でも変化することが多く(突出痛)、看護師の詳細な観察と、適切なレスキュー(オピオイドの臨時追加投与)使用が不可欠である。

主治医、看護師が対応困難な痛み、倦怠感などの身体症状も一部存在する。このような場合、緩和ケアチームの身体症状緩和医へのコンサルテーションを積極的に行い、より専門的な身体症状緩和を行っていく必要がある。

d. 在宅、緩和ケア病棟への移行と、ソーシャルワーカーとの連携

がんの罹患から、最終段階に至るまでの患者のニーズに添った医療を提供することが求められ、医療を受ける場所に関しては、ケアの三角形(図



図 25-6 ケアの三角形

25-6)と呼ばれるオプションが必要となるといわれている。患者の身体状態とサポートニーズに添い、患者自身が選択した場所で医療を受けることができ、在宅、緩和ケア病棟、一般病棟をスムーズに移行できることを目的とする。移行の際に、コーディネーターとしての役割をソーシャルワーカーが担うが、精神症状緩和の観点から、意見を求められることも多い。大うつ病エピソードが依然として存在する場合などは、精神療法、薬物療法の経過、関連要因も含めて、精神症状への対応が途切れないような配慮を十分行う必要がある。また、移行先に精神保健の専門家が存在しないケースもまだまだ多く、在宅移行、転院後も精神科治療は外来にて引き受けたり、身体状態が悪いときは電話での相談を必要に応じて受けることも、現状では必要かもしれない。

【文献】

- 1) がんの統計編集委員会：がんの統計(2003年版)。財団法人がん研究財団。2003
- 2) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-757, 1983
- 3) 明智龍男：がん患者の抑うつへのアプローチ。In: 山脇成人(編)。新世紀の精神科治療 第4巻 リエゾン精神医学とその治療学。中山書店。pp67-77, 2003
- 4) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 90: 314-320, 2004
- 5) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. *Br J Cancer* 90: 310-313, 2004
- 6) Akizuki N, Akizuki N, Yamawaki S, et al: 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. *J Pain Symptom Manage* 29: 91-99, 2005
- 7) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer* 103: 949-56, 2005
- 8) Wilson KG, Chochinov HM, Faye BJD, et al: Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W(eds). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford University Press, New York. pp25-49, 2000
- 9) 内富庸介：がんへの通常の心理的反応。In: 山脇成人(編)。新世紀の精神科治療 第4巻 リエゾン精神医学とその治療学。中山書店。pp51-58, 2003
- 10) Moorey S, Greer S: *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford University Press, New York, 2002
- 11) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al: A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol* 9: 1004-1011, 1991
- 12) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al: Dignity Therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 23: 5520-5525, 2005
- 13) Pirl WF: Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 32: 32-9, 2004
- 14) 秋月伸哉, 明智龍男, 中野智仁, 他：進行がん患者のうつ病。In: 精神科薬物療法研究会(編)。気分障害の薬物治療アルゴリズム。じほう。pp83-99, 2003
- 15) National Institutes of Health State-of-the-Science Panel: National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. July 15-17, 2002. *J Natl Cancer Inst* 95: 1110-1117, 2003

(清水 研・内富 庸介)