

病気になると、時にその病気のことや個人的な問題で気持ちがつらくなることもあるかもしれません。

- ① この1週間の気持ちのつらさを平均して、寒暖計の中の最もあてはまる数字に○をつけて下さい。  
0が「つらさはない」で、数字が大きくなるにつれてつらさの程度も強くなり、10は「最高につらい」を表しています。



- 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？下の寒暖計の中の最もあてはまる数字に○をつけて下さい。



Fig. 1. つらさと支障の寒暖計  
(<http://pod.ncc.go.jp/>の教育資料よりダウンロード可能)

成功させるためにも、精神症状のコントロールが重要であることが示唆される。さらに、これらの精神症状は、自殺<sup>4)</sup>、QOLの全般的低下<sup>5)</sup>、抗がん治療のコンプライアンス低下<sup>6)</sup>、入院期間の長期化<sup>7)</sup>などとも関連することが繰り返し報告されている。しかしながら、がん患者に合併する大うつ病、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から<sup>8,9)</sup>、適切な介入が行われなことも多い。このため、早期発見、早期治療を目的として、精神症状のスクリーニング法を用いた介入が考慮される。

プライマリーケア領域において、うつ症状に対するスクリーニングの有効性は実証されており<sup>10)</sup>、がん患者に合併する大うつ病、適応障害に対しても、プライマリー領域におけるエビデンスが応用可能なことが先行研究より示唆されている<sup>11-13)</sup>。これらにより、National Comprehensive Cancer Networkなどのガイドラインにおいては、すべてのがん患者に対してスクリーニングを定期的に行い、精神症状の合併が疑われる患者に対しては、精神

科医などの専門家が介入を行うことを推奨している<sup>14)</sup>。

国立がんセンター精神腫瘍学グループにおいては、わが国のがん患者を対象とした精神症状のスクリーニング介入法の開発に努めてきた。スクリーニングツールとして、簡便な2問の質問紙である「つらさと支障の寒暖計」(Fig. 1)を開発した。「つらさと支障の寒暖計」は、がん患者の適応障害、大うつ病のスクリーニングツールとして、気持ちのつらさ4点以上、かつ、気持ちのつらさによる生活への支障3点以上のカットオフポイントを用いた場合に、精神科医のDSM-IVに基づいた臨床診断をゴールドスタンダードとして、感度82%、特異度82%と良好な性能を有することが証明されている<sup>15)</sup>。

その後、臨床介入プログラムとして、精神科医が緩和ケアチームの一員として参画するわが国の特徴を生かし、「看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラム(Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program; NASPRP)」を実地臨床に導入し

た。このプログラムは、全入院患者を対象にプライマリー看護師が入院オリエンテーション時につらさと支障の寒暖計を精神症状のスクリーニングとして実施し、カットオフを超える場合は精神科受診を推奨するものである。腫瘍内科病棟におけるNASPRPの実施状況は以前報告しており、その実施可能性と有用性は確認されている<sup>16)</sup>。

今回われわれは、精神症状緩和の必要性が高いと考えられるため、造血幹細胞移植を受ける血液腫瘍患者に対してNASPRPを導入した。造血幹細胞移植病棟は、他の病棟とは環境など様々な点が異なるため、本研究において、造血幹細胞移植病棟におけるNASPRPの介入結果をカルテ調査より後方視的に検討し、その実施可能性と有用性を確認することとした。

## 方法および対象

### 1. NASPRP の実際

2003年9月から12月までの4カ月間に、国立がんセンター中央病院の骨髓移植病棟に移植目的で入院した患者を対象にNASPRPを導入した。入院時の病棟オリエンテーション後に、病棟看護師がつらさと支障の寒暖計を実施し、精神症状のスクリーニングを行った。先行研究において定められたカットオフポイント<sup>15)</sup>（気持ちのつらさ4点以上、かつ、つらさによる支障が3点以上）を超える場合は、担当医が患者に対して精神科介入を推奨した。患者が同意した場合、臨床心理士がSCIDを用いた半構造化診断面接を行い、大うつ病、適応障害の診断に該当する場合、あるいは本人の希望がある場合は、精神科医師2名、臨床心理士1名、リエゾン精神看護師1名からなる精神科チームによる介入を開始した。

一方、カットオフ値以下の患者においても、スクリーニングによる偽陰性の可能性を考慮し、担当医または病棟看護師が精神科介入を要すると判断した患者に対しては、担当医が精神科介入を推奨した。精神科介入の同意が得られた患者に対しては、臨床心理士による面接と、精神科チームによる介入は同様な手順で行われた。

つらさと支障の寒暖計の実施は入院時のみであ

るが、入院後の経過のなかで、精神的苦痛が増強していると病棟看護師、担当医が判断するケースは、担当医が精神科受診を推奨し、介入を行った。

### 2. 解析

NASPRPの有用性の指標として、NASPRP対象患者のうち、大うつ病、適応障害の診断にて精神科の介入対象となった患者の、全入院患者に対する割合を精神科受診率とし、記述的に評価した。実施可能性の指標として、①スクリーニングの実施率：つらさと支障の寒暖計が実施された患者の全入院患者に対する割合、②精神科受診の推奨率：担当医から精神科受診が推奨された患者の全スクリーニング陽性者に対する割合、③精神科受診の同意率：担当医から精神科受診を推奨された患者のうち受診を同意した患者の割合、の3項目を評価した。

NASPRPはガイドラインですでに実施が推奨されている介入であり、実地臨床として導入を行った。本研究は実地臨床の結果を後方視的にカルテ調査したものであり、研究実施に際しての、患者に対する説明と同意は不要とした。また、患者を特定するデータは使用せず、患者のプライバシーには十分配慮した。

## 結 果

NASPRP介入の詳細をFig. 2に示した。期間中に幹細胞移植病棟に移植目的で入院した患者は46名であり、43名につらさと支障の寒暖計が実施された。つらさと支障が実施された43名の患者背景をTable 1に示す。43名のうち、つらさと支障の寒暖計のカットオフ値を超える点数を示した患者は13名(30.0%)であり、うち9名に精神科受診が推奨された。4名に精神科受診が推奨されなかった理由は、身体症状悪化による精神科介入不可が3名、推奨もれ1名であった。精神科受診が推奨された9名のうち、7名が精神科介入に同意し、臨床心理士による診断面接が実施された。精神科診断は、適応障害(不安)2名、診断なし5名であった。カットオフ値未満の患者は30名(70%)であったが、うち6名に関しては、病棟看護師お

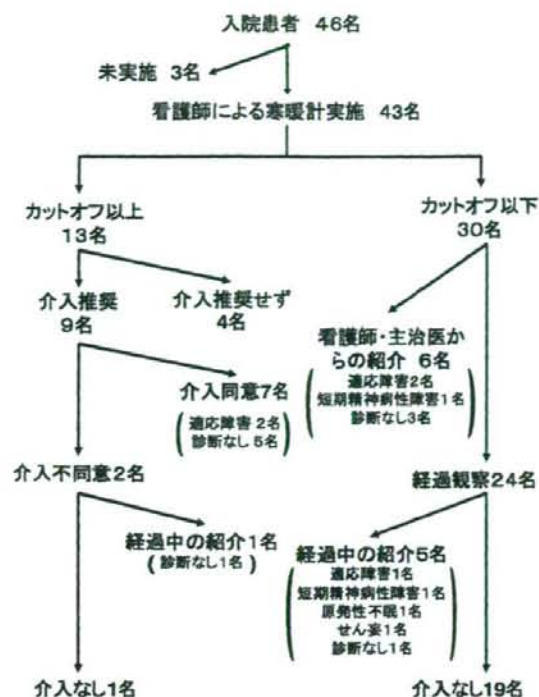


Fig. 2. NASPRP 介入の詳細

よび主治医が精神症状の評価が必要と判断し、臨床心理士による診断面接が実施された。6名の精神科診断は、適応障害(不安)2名、短期精神病性障害1名、診断なし3名であった。入院時には臨床心理士による評価の対象とならなかったが、その後の経過のなかで病棟看護師、および主治医が精神症状の評価が必要と判断した5名のケースに関して、臨床心理士による診断面接が実施された。5名の内訳は短期精神病性障害1名、原発性不眠1名、適応障害(不安)1名、せん妄1名、診断なし1名であった。

この結果、大うつ病、あるいは適応障害の診断にて精神科の介入対象となった患者数は5名であり、有用性の指標である精神科受診率は10.9% (5/46)であった。紹介となった経緯は、2名がスクリーニング陽性による介入、2名がスクリーニング陰性であったが病棟看護師・主治医が必要と判断したもの、1名は入院後の経過のなかでの紹介であった。実施可能性の指標であるスクリーニングの実施率は93.5% (43/46)、精神科受診の推奨

Table 1. 移植前評価を実施した患者の背景 (n = 43)

	n (%)
年齢 (歳)	
平均±標準偏差	41.9 ± 12.8
範囲	18 ~ 65
性別	
男性	25 (58)
女性	18 (42)
疾患	
急性骨髄性白血病	11 (26)
悪性リンパ腫	11 (26)
骨髄異型性症候群	5 (12)
急性リンパ性白血病	4 (9)
成人T細胞白血病	4 (9)
慢性骨髄性白血病	1 (2)
固形がん	3 (7)
その他	4 (9)

率は69.2% (9/13)、精神科受診の同意率は77.8% (7/9)であった。

## 考 察

今回われわれは、「看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラム (Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program; NASPRP)」を幹細胞移植病棟の入院患者を対象に導入した。その結果、全入院患者46名の10.9%に該当する5名に対して、適応障害の診断にて精神科の介入が行われた。以前われわれは一般病棟にNASPRPを導入した結果を報告しており、その際の精神科受診率は11.5%であった<sup>14)</sup>。今回の結果と併せ、実地臨床にNASPRPを導入することによって、全入院患者の10%強に精神科介入の導入が可能になることが示唆される。

実施可能性に関して、スクリーニングの実施率は93.5% (43/46)、精神科受診の推奨率は69.2% (9/13)、精神科受診の同意率は77.8% (7/9)であったが、これらは過去の報告<sup>11,16,17)</sup>に比較しても良好な結果であり、幹細胞移植病棟においてもNASPRPの実施可能性が示されている。しかしながら、スクリーニング陽性となった患者のなかで、一部身体状態の悪化や本人の同意が得られないな

どの理由で、精神症状の評価につながらない患者が存在し、これらの患者の精神症状の評価、その後のケアをどのように行うかは今後の課題として残った。

適応障害の診断にて精神科介入の対象となった5名のうち、スクリーニング陽性による紹介は2名であり、3名はそれ以外のプロセスによるものであることを考慮する必要がある。どんなスクリーニングツールにも限界があり、偽陰性になってしまう患者が一定の割合で存在する。今回の介入においては、スクリーニングにおいて陰性と判定された患者においても、病棟看護師や主治医の判断で精神科紹介となり、介入に至る患者が存在した。スクリーニングによる精神症状抽出の効果は限定的であったが、プログラムの実施により病棟看護師、主治医の精神症状評価に対する注意が増したことや、精神科チームとの密接な連携が可能になったことがあり、スクリーニング以外のプロセスで紹介となった3名に対しても、プログラムによる良い影響があった可能性が推測される。

腫瘍内科病棟における介入においては、全体の49.6%がスクリーニング陽性であったのに比べると<sup>16)</sup>、今回は30%と低い結果であった。今回、対象患者全体に対する診断面接を行っていないために推測の範囲を出ないが、腫瘍内科病棟における介入で対象となった患者は、医学的に根治ができない進行・再発がん患者の割合が高く、それに比較すれば今回の対象となった幹細胞移植病棟の患者のほうが、大うつ病、適応障害の有病率は低かったのかもしれない。一方で、スクリーニング陽性であるが、精神科介入につながらなかった患者に、大うつ病などの精神症状が合併していた可能性は否定できない。

## 結 語

今回われわれは、大うつ病、適応障害などの精神症状のコントロールが重要と考えられる幹細胞移植病棟の入院患者に対して、「看護師による、つらさと支障の寒暖計の実施と、精神科受診推奨を組み合わせたプログラム(Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program ; NASPRP)」を導

入した。プログラムの実施状況を検討した結果、有用性と、実施可能性が確認された。

## 文 献

- 1) Copelan EA: Hematopoietic stem-cell transplantation. *N Engl J Med* 354: 1813-1826, 2006
- 2) Prieto JM, Atala J, Blanch J, et al: Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 23: 6063-6071, 2005
- 3) Akaho R, Sasaki T, Mori S-I, et al: Psychological factors and survival after bone marrow transplantation in patients with leukemia. *Psychiatry Clin Neurosci* 57: 91-96, 2003
- 4) Harris EC, Barraclough BM: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-296, 1994
- 5) Grassi L, Indelli M, Marzola M, et al: Depressive symptoms and quality of life in home-care assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 12: 300-307, 1996
- 6) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356: 1326-1327, 2000
- 7) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al: Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 20: 1907-1917, 2002
- 8) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al: Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 16: 1594-1600, 1998
- 9) McDonald MV, Passik SD, Dugan W, et al: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 26: 593-599, 1999
- 10) Pignone P, Gaynes B, Rushton J, et al: Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 136: 765-776, 2002
- 11) 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
- 12) Sharpe M, Strong V, Allen K, et al: Management of major depression in out patients attending a cancer centre: a preliminary evaluation a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. *Br J Cancer* 90:310-

- 313, 2004
- 13) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al : Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 21 : 1937-1943, 2003
- 14) No authors listed : NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *National Comprehensive Cancer Network* 13 : 113-147, 1999
- 15) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, 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
- 16) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al : Usefulness of the Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program. *Cancer* 103 : 1949-1956, 2005
- 17) Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al : Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. a pilot study. *Cancer* 82 : 1904-1908, 1998

受理日 : 2008年5月11日

Abstract

**Psychological Screening for Patients Undergoing Stem Cell Transplantation**

Ken Shimizu \*<sup>1</sup>, Mariko Asai \*<sup>2,3</sup>, Tomohito Nakano \*<sup>1,4</sup>,  
Shino Umezawa \*<sup>5</sup>, Nobuya Akizuki \*<sup>3,6</sup>, Yosuke Uchitomi \*<sup>3,6</sup>

\*<sup>1</sup> *Department of Psychiatry, National Cancer Center Hospital,  
5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan*

\*<sup>2</sup> *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba*

\*<sup>3</sup> *Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East*

\*<sup>4</sup> *Department of Psychiatry, Kitasato Institute Hospital*

\*<sup>5</sup> *Nursing Division, National Cancer Center Hospital*

\*<sup>6</sup> *Department of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital East*

Major depressive disorders or adjustment disorders are common for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation, and these disorders in pre-transplants may be a risk factor for survival. Consequently, we introduced a nurse-assisted screening and psychiatric referral program (NASPRP) in a hematopoietic stem cell transplantation ward. We retrospectively reviewed the program, and 10.9% (5/46) of all newly admitted patients were treated by a psychiatric team for their adjustment disorders. Psychological screening using the Distress and Impact Thermometer was implemented for 93.5% (43/46) of admitted patients. Psychiatric referral was recommended for 69.2% (9/13) of all positively screened patients, and 77.8% (7/9) of recommended patients accepted psychiatric referral. These results were comparable with previous reports, and the usefulness and feasibility of NASPRP for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation were shown.

**Key words :** Hematopoietic stem cell transplantation, Neoplasms, Major depressive disorder, Adjustment disorders, Psychological screening

## 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

大西 秀樹\*

### はじめに

がん医療における心のケアが最近、関心を高めている。

図1は治療中のがん患者の精神医学的な有病率である。約半数に診断がつき、適応障害とうつ病が多い。その後の調査でも全体の20~40%に不安・抑うつが認められる。

緩和ケア病棟ではどうか(図2)。私の調査では62%の有病率で、一番多いのはせん妄である。したがって、がん患者ではせん妄と適応障害、うつ病に注意する必要がある。

### I. 症例—うつ病を診分ける

現病歴：65歳の女性。X年、他院で子宮頸がんの診断を受けるが、受診をやめてしまい、そのままにしていた。X+1年4月にがんセンターを初診。進行がんで手術の適応はなく、5月から放射線治療を開始。8月、大動脈周囲リンパ節に転移。放射線治療を行ったが病状は進行。9月、肺と縦隔に転移した。ここで緩和治療主体で行うという方針になり、12月、緩和ケア病棟に入院。私が主治医になった。

入院時所見：日常生活はベッド上でPS 4

2007年7月、東京にて収録。

Psychiatric problems and treatments in patients with cancer.

\*埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科

〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1

Hideki Onishi: Department of Psychooncology, Saitama Medical University International Medical Center, 1397-1 Yamane, Hidaka, Saitama, 350-1298 Japan.

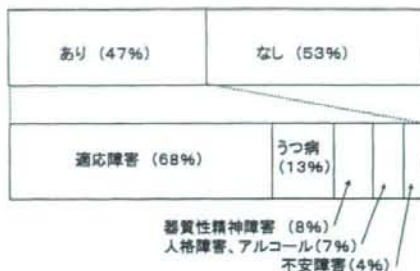


図1 治療中がん患者での精神医学的有病率 (Derogatis et al, JAMA, 1983)

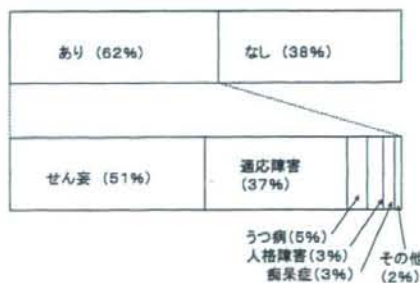


図2 緩和ケア病棟 入院患者の精神医学的有病率

(Performance Status, 0: 普通に動ける状態, 4: 1日中ベッド上の状態)。両下肢のリンパ浮腫が著明で、外陰に腫瘍が露出し大出血の可能性があると看護師から報告を受けている。胸部苦悶感があり、体がだるくて、食欲もない。検査データによると血清アルブミンが低下、腎機能も悪化し、カリウム値が上がっている状態。

CT所見では、骨盤内に6×7cmの再発腫瘍が占拠し、一部直腸に接している。腹部CTでは大動脈周囲リンパ節が腫脹し、右水腎症を呈している。胸部CTでは肺転移、両側胸水の所見が認められた。

所見のまとめ：子宮頸がんの骨盤内再発例であり、肺転移、胸水貯留がある。それに伴った胸部苦悶感がある。大動脈周囲リンパ節に転移、低タンパク、腎不全、全身倦怠感を認める。

この人が典型的な終末期患者かどうか、検討していきいたい。この所見には2つ間違いがある。

入院後、ほぼ1日臥床の経過が続いていた。水腎症に関してはステロイドを少量使ったところ決定的な水腎症にならなかったの、そのまま経過をみていた。胸部苦悶感が続く状況で、食べられずに寝てばかりいて、全く起き上がることができない。PSから考えても予後は短く、1～2週という予想を立てていた。家族にも「おそらく1～2週間で亡くなるだろう」と説明した。

ところが、ある看護師がよく見ていた。私は精神科医なので、緩和病棟で主治医をやっているも、「うつ病は身体症状を呈するので注意しておく必要がある」とスタッフによく言うようにしていた。すると、観察を続けていた看護師が、「この患者は喉が苦しい、呼吸が苦しい、胸苦しいと言うが、喉と胸骨の辺りの訴えが中心。がん性胸膜炎ならもっと帯状に苦しいのではないか。これはうつ病の身体症状ではないか」と言い出した。そこで以下のような問診を試してみた。

「何かをしようとする意欲は？」「新聞やテレビは見ますか」「眠れますか」「食欲は？」「身体はだるくないか」「集中力は？」「物事を決められますか」など、日常生活上の質問をした。患者からは、「意欲はない」「眠れない」「テレビも見られない」「御飯が食べられない」「集中力もない」という答えが返ってきた。最後の質問は精神科らしいが、「物事を全然自分で決められない」と答えている。

この患者の症状をまとめると、身体症状としては全身倦怠感があつて動けず、御飯が食べられない。精神症状としては、気分が滅入る、意欲、集中力、決断力の低下という症状が認められる。と

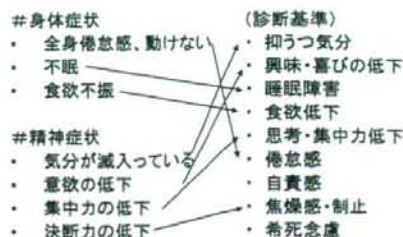


図3 症状のまとめ—診断基準の適用— 診断：うつ病

ところが、全身倦怠感、食欲不振といった身体症状は、典型的な末期がんの症状である。これをうつ病の診断に加えてよいのだろうか。

そこで、私たちはこれらの所見をうつ病の診断基準に当てはめてみた(図3)。抑うつ気分、興味・意欲の低下のうち、どちらか1つに当てはまり、基準の9項目のうち5項目が2週間以上続いたらうつ病と診断するという操作的診断基準である。すると、抑うつ気分、興味・意欲の低下に加え、当てはまる症状が全部で7つあり、うつ病の診断をつけた。

ここからが問題である。私たちはこの患者の余命を1～2週間と診断している。一方、抗うつ薬が効き始めるのには2週間以上かかる。しかし、私たちはこの患者に paroxetine 10mg を処方した。もし余命1～2週という私たちの診断が間違っていれば、抗うつ薬は効くだろうと考えたからである。Paroxetine 投与1週後、胸苦しさがとれた。胸苦しさは、やはりうつ病の症状だったわけである。また2週目には不眠が改善し、食欲が回復している。ベッドから起き上がるようになり、PS3(1日のうち50%以上は臥床)まで上がっている。6週までとても元気だったが、直腸に接した腫瘍から大出血し、下血後1日の経過で亡くなられた。しかし、家族からは、「余命1～2週だったのが抗うつ薬による治療で6週まで伸び、かつ、有意義な時間が過ごせてよかった」と感謝の言葉をいただいた。全例がこのようにいくとは限らないし、うまくいかなかったケースもたくさん経験しているが、こういうケースもあるということを感じておいてほしい。

この患者に関して、私たちにはいくつか間違い

があった。最初の身体所見のうち、胸部苦悶感、胸膜炎だと思っていた症状、全身倦怠感はうつ病の症状だった。こういう方をうまく見つけることが、今後求められるだろう。この患者に関しては、終末期の身体症状に見える症状がうつ病の身体症状であり、治療により穏やかな終末期が過ごせたわけである。こういうケースがあるということを中心に留めていただければと思う。

もし問診を行わないと、うつ病の診断がされな  
いままになる。うつ病は苦しい病気である。患者  
は苦しいまま亡くなってしまふことになり、これ  
では緩和ケア病棟にきた意味がなくなってしま  
う。苦痛が緩和されずに亡くなることのないよ  
う、私たちはもう一度うつ病、特に終末期うつ病  
に関心を持つことが必要ではないか。いろいろな  
診断基準やスクリーニングがあるが、大事なこ  
とはうつ病ではないかと気づく感覚である。

## II. 精神症状による負の影響

精神症状はがん医療に負の影響を与える。まず「精神症状そのものの苦痛」がある。Cisplatinの化学療法も吐気、だるさなどの苦痛を伴うが、うつ病とどちらが辛いかわかると、患者は皆うつ病と言う。「化学療法は1週間で終わるが、うつ病は死ぬまで終わらない気がする」「非常に苦しいのでうつ病だけはなりたくない。化学療法はまた受けてもいいがうつ病にはなりたくない」と述べる。それぐらい苦しい病気と受け止められている。

それから、「意思決定障害」が起きる。うつ病で辛くて、もう治療を受けたくないと思っている人からインフォームドコンセントはとれない。偽のインフォームドコンセントになってしまう。

「治療方針の混乱」も挙げられる。うつ病になると動けなくなり、PS3から4になる。もし、うつ病でPS4になって化学療法をやめたとしたら、それは誤診である。したがって、うつ病がベースにないか、この人は動けなくなってしまったが、がんによる体力の低下なのか、それともうつ病が合併して動けなくなっているのかをもう一度見きわめていただきたいと思う。

家族の精神的苦痛も大きい。当然、自殺のおそれにも関連してくる。こういうことから考えても、精神症状の改善はきわめて重要だと私は思っている。

## III. がん医療におけるうつ病の見落とし

がん医療におけるうつ病の割合は、医学的入院患者で10~14%、終末期になると8~26%になり、終末期になればなるほど多くなる。しかし、がん医療の現場では、うつ病は見逃されやすい。理由は、やはり身体症状と解釈されてしまうからである。しかしうつ病は身体症状を有する病気であり、訴えには身体症状が多いことをぜひ念頭においていただきたい。

それから、精神科で診断を受けることに対するためらいも、見逃されやすい要因である。精神科医にしっかりした診断と治療を受けてもらいたいと思う。患者に聞くと、「こんなに楽になるなら、もっと早く精神科に来ればよかった」という人がほとんどである。なるべく早く精神科に紹介していただきたいと思っている。

## IV. がん医療におけるうつ病の治療と看護

がん医療におけるうつ病の薬物療法で一番注意しなければいけない点は副作用である。腸閉塞と意識障害を起こさない処方考慮したい。いくつかアルゴリズムがある。軽症の場合はalprazolamが第一選択となり、中等症にはSNRI、SSRIが中心になる。ただ薬が効き始めるまで時間がかかるので最初は睡眠薬を少量併用するとよい。

薬物療法と並行して安静の指導を行う。最近私は、このことが大事だと考えている。家族に説明していると、「散歩に連れて元気を出させたい」「休ませた方がいいとわかっていても、運動しないと体力が落ちないか」と心配する。家族にがん患者が出て、元気がなくなってくる。そういう患者に対して何とかしてあげたいと思うのが家族で、散歩に連れて行ってしまったりする。しかし、それでは逆効果である。初期は安静が改善につながることをきちんと説明しなければならな



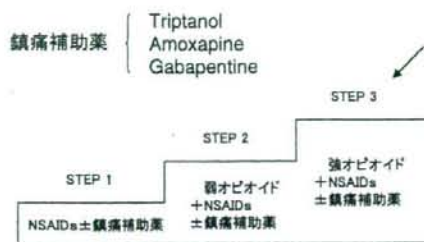


図4 WHO 3段階ラダーによる疼痛治療

い。今は非常によい薬があるので、薬を飲ませて休ませる。元気が出たら、少しずつ動かせばよい。薬を処方したから安心ということではなくて、並行して安静の指導をしっかり行うことが大切である。

#### V. 症例—アカシジアを診分ける

現病歴：39歳の女性、乳がん。骨転移、肺転移、肝転移がある。疼痛コントロールとしてWHO疼痛緩和ラダー（図4）に沿ってNSAIDsとmorphine、鎮痛補助薬としてamoxapineを3ヵ月前から処方している。数日前から夜間落ち着きがなくなり、上体を前後に動かすようになり、1日の中でそれが数回出てくる。

診察所見：ベッド上で上体をせわしなく前後に動かしている。動かしていないといらいらするという。下肢の動きは問題ない。意識は清明で、精神疾患の既往は特にない。使用薬剤はmorphine、loxonine、magnesium、amoxapineである。

治療経過：上体をせわしなく動かすという症状はamoxapineによるアカシジア（静坐不能症）と診断し、まずamoxapineを中止した。患者には「3日後くらいで治る」と説明した。翌日には症状が消失、2日で治った。アカシジアは、haloperidolやprochlorperazineなどの抗精神病薬により起こるドーパミンD2ブロックによる副作用である。Amoxapineは抗うつ薬であるが、ドーパミンD2ブロックの性質があるのでアカシジアになった。症状にバリエーションがあり、あまり歩かない人で見つけるのは難しい。

たとえば寝たきりの患者のアカシジアをどうや

って見つけるか。静坐不能症であるから、動き回っていればすぐに診断がつく。外来などでうろろしている人は、amoxapineやhaloperidolを中止して落ち着けば、アカシジアとわかる。私も最初はわからなかったが、患者は足をすり合わせたり、ずっとガムをかんでいたり、身をくねらしたりしている。それらを見つけることが大事である。アカシジアが治った患者は「苦しくて二度と経験したくない」と言うので、やはり気をつけなければいけない。

治療は現薬剤の中止である。やはり、薬剤をやめないと治らない。Biperidenを使うこともあるが、意識障害と腸閉塞を合併する可能性があるため、私は薬剤の中止という方法をとっている。

#### VI. 症例—オピオイドの副作用

現病歴：70歳の女性。肺がん。疼痛コントロールのためにmorphineを始めた。投与開始後から四肢のびくつきがあり、夜も眠れない。瞬間的に四肢が跳ね上がり、意識せずに生じる。夜中に寝ていると四肢がびくつくなり、眠れなくなる。てんかんの既往はない。意識は清明。薬はmorphine、naproxen、magnesium、prochlorperazineである。臨床診断はオピオイドの副作用によるミオクロヌスである。

治療経過：Morphineを中止するわけにはいかないので、diazepam 2mg錠3錠×3で処方したところ、以前は20～30分に1回だったのが、今は1時間に1回に減った。しかし、これでも夜間の眠りに支障があるので、valproate 200mg 2錠を処方したところ治まった。

今後精神科医は、オピオイドの作用と副作用について熟知していただきたい。精神科ではオピオイドを使う経験はあまりないが、私たち精神科医は普段精神症状を診立てて向精神薬を処方している。オピオイドもこの方法と同じであり、副作用も似ている。これから精神科医もオピオイドを処方する時代が来ると思われ、作用と副作用に熟知して、少しずつ使っていっていただければと思う。

## Ⅶ. がん医療の現場から

がん医療における精神科医の寄与にも限界がある。

一人娘を卵巣がんで亡くし、遺族外来に通っている68歳の男性が「7年前、娘とバージンロードを歩いたのに、娘の棺を担ぐとは思わなかった」とボロッと言った。このようにつらいことを訴える方に対して、なかなかいい言葉はない。それにつき合っていくしかないと思っている。

骨髄性白血病の22歳の男性は、化学療法を行った際に右手に感染（ムコール菌症）してしまった。白血球はほぼゼロだった。血管に沿って感染範囲が広がっていく。死を待つわけにいかないので右腕を切断し、骨髄移植を行った。ところが1ヵ月後に再発。感染症を合併して、体は真っ赤になり、ステロイドを使ったが効果はない。最後の診察で、患者は「僕、頑張ったでしょう」と言った。まだ22歳で、利き腕を落として移植して、それでも亡くなっていく患者を治療していくというのは、やはり大変だ。今まで精神科医としてやっていたのとまた違う大変さを感じた。私はあまり「頑張れ」とは言わないが、この人には「君はすごく頑張った」という言葉を伝えた。2日後に亡くなった。

40歳の肺がんの方で、初診時ステージⅣ、両側肺内転移である。化学療法は全く効かなかった。ある日、呼吸困難が悪化した。ステロイドを大量に投与し、水を引いたりオピオイドを入れたりしたが、こうした医学的処置に反応せず、あきらめかけたところが偶然治った。こういうケースはよく経験するが、数日後に同じ発作が出てくる。この患者は「死ぬのは怖くない、僕は死ぬだろう、ただ呼吸困難だけは経験したくない。呼吸困難は非常につらかった。人生であれ以上苦しいことはない」と言う。続けて「もう1つお願いがある。明日は子供の誕生日なので命日にしないでほしい」と真摯に訴える。SaO<sub>2</sub>が80%を切って、呼吸がかなり苦しいにもかかわらず、他人を思いやる。すごい人だと感じた。ただ、それは誕生日の前日の夕方、約束を守るにはまだ30時間以上あ



図5

る。30時間以内に次の発作が来るのは明らかであった。こういうときにどうするか。いつわりなくお約束するにはどうするか。とりあえず私は「はい」と言った。誕生日当日の16時、再び呼吸困難が出現。意識を保ちながら呼吸困難を改善することは不可能であった。そこでガイドラインに沿って鎮静した。あと8時間ある。精神科医として何をするか…。何もできない。結局、翌朝に亡くなった。最終的には本人が子供の誕生日当日に亡くなりたくないという意思が勝ったのだろう。

精神科医としていろいろやっても、できることはまだまだ少ないし、考えなければいけないことも多い。

私は埼玉医大に勤務しているが、自宅は神奈川県逗子である。自宅近くのレストランで、偶然患者と会い、描いてくれたのが図5の絵である。この方は肺がんの末期で2ヵ月後に亡くなったが、どうしてこんなにきれいな絵が描けたのだろうか。答えは、「痛みがない」からであった。心身ともに豊かな生活を送っていただくためには、やはり痛みがないことが原則だと思う。そのためにも、痛みをしっかりと取することは大事である。痛みがなければ、こんな情感のある絵が描けるのである。

最後の症例を紹介する。55歳の女性。乳がん、骨転移。がんに罹患したことで憂うつ、不安になっているとのことで併診。精神的な診断名は適応障害。化学療法を予定していたが、吐き気があって施行できずにいた。週2回面接していたが、

突然意味不明の言動が出現した。昨日まで普通に自分の苦悩を訴えていたが、翌日は自分のいるところがどこかわからない、今日の日付もわからない。「ちょっと立ち上がって」と言うのであついでしまう。この患者をどうやって治していくか。せん妄では、行動面での異常が目立つので、どうしても最初に身体症状を抑えよう、寝かせようという考えが頭に浮かびがちであるが、大事なものは、原因を突き止めることである。放置していたら1週間後には重篤な合併症を起こして亡くなるかもしれない。そうしないと治療したことにならない。

検査をしてみた。神経学的に項部の硬直は認めず。頭部CT、胸部写真も問題ない。看護記録をみると、気持ちが悪く食事ができないので、食事摂取量は欠、欠、少、4分の1という感じで続いていた。高カルシウム血症と脱水を疑うも正常。腎不全、感染症の兆候もない。CRP、白血球も上がっていない。

この人に何をすればいいか。あることをしたら2日で治った。普段、点滴の中に入れるビタミン製剤を入れただけである。念のため調べたところ、ビタミンB1が低下していた。ウエルニッケ脳症である。あまり多くはないと思うが、こういう例もある。

最近私たちは腫瘍内科の先生と一緒に治療することが多い。敗血症で意識障害になっていることもある。その場合は抗生剤を投与して治療する。

せん妄に対しては、原因の検索、保存的治療、薬物療法、この3つを同時に行うことが必要である。原因は薬剤性が最も多く、特にオピオイドには気をつけなければいけない。しかし、オピオイドはローテーションで症状の改善することが多い。図6は森田先生の論文からお借りしたが、morphineで生じたせん妄をfentanylに変更することで有意に改善するという貴重なデータである。

日常の臨床で気をつけなければいけないのは、高カルシウム血症、肝不全、腎不全などの代謝性疾患である。脳転移、感染症も多い。また、治るものと治らないもの、たとえば末期の肝不全や高カルシウム血症をしっかりと診分けなければいけな

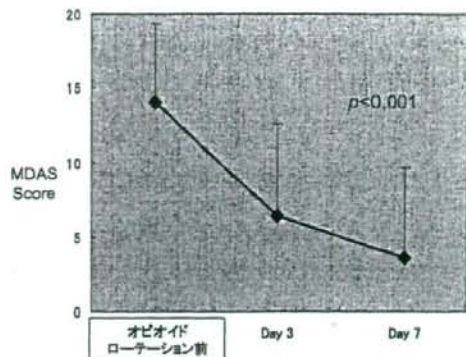


図6 Morphineが原因のせん妄に対するオピオイド・ローテーション (fentanyl) の効果

【対象患者】 Morphineに投与によりせん妄を発現したがん性疼痛患者20例

【試験方法】 Morphine製剤からデュロテップパッチ(9例)またはフェンタニル注射液(11例)に切り替え

MDAS: Memorial Delirium Assessment Scale (0-30)

Morita, T., Takigawa, C., Onishi, H., et al.: J. Pain Symptom Management, 30(1): 96-103, 2005.

い。治るものに関してはしっかり治す。治らないもの、治せないものが出てきたときには、家族に対して、回復が困難であること、死が迫っていることを伝えることが大切だと思っている。家族の予期悲嘆のためにも大切である。したがって、このような点の判断が精神科医に今後求められる役割ではないだろうか。

保存的治療については、部屋を明るくする、室温を下げる、適度な音の管理なども必要である。心電図のモニター音は単調なため意識障害の原因になるので避けていただきたい。

薬物療法について、私たちは最近、risperidone内用液をよく使う。最初は量を計りながら使用していたが、煩雑であり、保存も手間がかかるが、分包品ができて解消した。医療従事者が扱いやすい薬を使うことが大事と思う。Olanzapineを使うこともある。これらの薬剤を服用できないときにはhaloperidolの点滴を行う。それでも症状が改善しないときにはmidazolamを用いる。

原因検索、保存的治療、薬物療法を同時に行う

ことで、患者の意識障害の改善を少しでも図ることが大事である。せん妄は苦しい病態で、患者は苦痛に感じている。せん妄で楽だという人はあま

りいないので、苦痛は取らなければいけない。苦しい症状は軽くするという原則に従って、緩和医療に今後も携わっていただければと思う。

## 精神腫瘍外来

大西 秀樹\* 西田 知未\* 和田 芽衣\* 和田 信\*

抄録：がん治療は近年格段の進歩をみせているが、年間約30万人が、がんで死亡し、わが国の死因の第一位である。したがって、がんに罹患することは非常にストレスのかかる出来事であり、このストレスは精神疾患の誘発因子ともなっている。精神疾患はがんの治療に負の影響を及ぼすことがあること、精神療法、薬物療法の有効性が認められることから治療的介入が重要である。また、家族・遺族も精神的なストレスが大きいため治療的介入が必要になる場合もある。精神腫瘍外来はがん患者、家族、そして遺族に対して個人・集団精神療法、薬物療法などを提供している。これらを通じて、精神症状の軽減およびQOLの向上を図り、患者がよりよい状況でがん医療を受けることを目標としている。精神腫瘍外来の質は向上していると思われるが、今後は、現在行われている医療内容および質を検証し、さらなる質の向上を目指す必要があると考えられる。

精神科治療学 23(9); 1097-1102, 2008

Key words : *psycho-oncology, group psychotherapy, bereavement clinic, cancer, depression*

## はじめに

## I. 学問的・時代的背景

がん対策基本法の制定に伴い、がん医療において心のケアを行うことが医療者の義務とされ、心のケアに対する関心が高まっている。埼玉医科大学は全国の大学病院に先駆けて精神腫瘍科を設置し、がん患者の精神医学的問題について専門的に取り組んでいる。本稿では、がん医療におけるメンタルケアを専門に行う外来「精神腫瘍外来」についてその現状および問題点について概説する。

1. がん患者に対する精神腫瘍学的治療の必要性  
がん治療は近年格段の進歩をみせているが、年間約30万人が、がんで死亡し、わが国の死因の第一位である。したがって、がんに罹患することは「死」を連想し、非常にストレスのかかる出来事である。このストレスは精神疾患の誘発因子ともなりうる。

がん患者の有病率調査では、Derogatisら<sup>1)</sup>は治療中がん患者を対象とした研究で47%の患者が精神医学的な診断基準を満たし、そのうち68%が適応障害で、13%がうつ病、8%がせん妄であることを報告した。終末期がん患者を対象とした調査<sup>1,2)</sup>ではせん妄、適応障害、うつ病が多い。その後の研究でも、がん種を問わず適応障害とうつ病が多くおおむね20~40%が不安・抑うつを中心とした精神症状を呈するといわれている<sup>3)</sup>。

Psycho-oncology clinic.

\*埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科

[〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1]

Hideki Onishi, M.D., Ph.D., Tomomi Nishida, M.D., Mei Wada, C.P., Makoto Wada, M.D.: Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, 1397-1, Yamane, Hidaka-shi, Saitama, 350-1298 Japan.

上記のようにがん患者は不安・抑うつを中心とした精神症状を呈することが多いが、患者の呈する精神症状は①疾患そのものが呈する苦痛、②QOLの低下、③家族の精神的苦痛、④適切な意思決定の障害、⑤自殺などと関連している<sup>13</sup>が、これら精神症状は精神療法と薬物療法の組み合わせにより改善することも判明している<sup>14</sup>。したがって、がん患者に対する精神腫瘍学的な医療は、患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要であるといえる。

2. がん患者家族に対する精神腫瘍学的治療の必要性  
 がん患者を抱える家族は、病気とその予後について知る負担、社会的・経済的負担など、種々の負担を有する。最近の調査では、がん患者家族の4割弱にうつ病が認められ、がん患者における割合を上回っていたという報告もある<sup>15</sup>。終末期では患者の治療が見込めない、積極的な治療がないと説明されていることも多く、患者と同様に見捨てられ感を有して悩んでいることが多い<sup>16</sup>。そして、家族のストレスは患者と同程度、あるいはそれ以上との報告もあり<sup>17</sup>、患者家族は「第二の患者」であり治療とケアの対象であると言われていた<sup>18</sup>。しかしながら、本邦のがんセンター併診患者の調査によると、家族の受診は全体の約3%程度と報告されている<sup>19</sup>。がん患者家族における有病率の高さを考えると十分に精神腫瘍学的な医療が行き届いていない可能性がある。

### 3. 遺族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

患者の死は医学的な治療の終了を意味する。しかし、遺族にとっての患者の死は、家族の一員をなくした精神的なショック、経済的な問題、亡くなった患者の親族との付き合い等、様々な苦悩・問題を抱えながら生きてゆくことの始まりでもある。遺族の悲しみ、苦しみは患者が亡くなった時点から始まるといっても過言ではない。Holmes, T. H. と Rahe, R.H.<sup>20</sup>は人生の様々な様相におけるストレス度を調査し、配偶者の死が最大であることを報告している。このように、死別という現象は人生における大きなストレスである。そしてこの

ストレスは、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

死別は身体に影響を及ぼす。例を挙げると、配偶者を亡くした54歳以上の男性では、配偶者のいる場合に比較して死別後6ヵ月以内の死亡率が約40%上昇し、死因の4分の3は心疾患であるという報告<sup>21</sup>、女性も死別後3ヵ月は死亡率が高くなるという報告がある<sup>22</sup>。これらの報告後も、主に配偶者との死別を中心として研究が行われているが、死別早期には遺族の死亡率は上昇することが指摘されている<sup>23,24</sup>。身体疾患の罹患に関しては、新たな身体疾患に罹患、およびすでに罹患している病気の悪化が指摘されている。しかしながら、死別経験者では医師への受診機会は増えず<sup>25</sup>、また、悲嘆の強い人では血圧上昇、日常生活への障害などが認められるにもかかわらず、医療機関を利用する機会は減少している<sup>26</sup>。

死別は精神にも影響を及ぼす。死別後のうつ病有病率調査で1ヵ月24%、7ヵ月23%、13ヵ月16%となることが知られており<sup>27</sup>、また、死別後1年以内の自殺リスクも上昇することが知られている<sup>28,29</sup>。

上記を考慮すると、遺族に対して心身両面からの配慮が必要であるといえる。

## II. 専門外来設置の目的

上記に述べたようにがん患者・家族・遺族は精神的な負荷を受けているが、適切な介入は精神的な負担を軽減すること<sup>30</sup>から何らかの介入が必要であることはおわかりいただけるかと思う。

患者向けの外来は先に述べたように、患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要である。

これに対して、家族・遺族向けの外来という専門外来は、筆者らががん患者を診察するなかで、その必要性に気づいて設置したものであり、わが国ではまだ一般的なものとはなっていない。

家族向けの外来は、筆者が以前に勤務していた横浜市立大学病院でがん患者を診察している時に、その傍らで看病している家族が辛そうなのに気づき、

表1 精神腫瘍外来の実際

# 1 外来
がん患者診察
個人精神療法
集団精神療法 「グループ外来」
家族診察 (家族外来)
個人精神療法
集団精神療法
遺族診察 (遺族外来)
個人精神療法
集団精神療法 「遺族グループ外来」
# 2 病棟
病棟併診
個人精神療法
集団精神療法 (小児, 「キッズの会」)
緩和ケアチーム

家族の診察を始めたことがきっかけである<sup>16,17,20)</sup>。遺族向けの外来も、やはり、筆者が横浜市立大学病院の外来で診ていた家族が患者の死後も外来通院したことがきっかけである<sup>18,19)</sup>。開設当時は「遺族がより良い喪に服することができればよい」程度に考えていたが、死別の衝撃の大きさ、精神疾患の問題、社会的要請など多くの問題があることがわかってきたので、それらに対応することも行っている。

### Ⅲ. 実際の診療の流れ (表1)

精神腫瘍外来はがん患者とその家族、および遺族を診察の対象としている。紹介状はあるに越したことはないが、必ずしも必要ではないと考えている。がん患者では医師による併診がほとんどであるが、最近では他院で治療を受けているがん患者が受診することもある。家族は担当医、担当看護師の紹介によるものが多い。遺族に関しては、当初は自分が担当していた患者の家族が遺族になった場合が主であったが、最近では他院で亡くなった患者の遺族が「遺族外来」での診療を希望して初診することが多くなっている。

診療は入院・外来を問わず迅速に対応することを基本にしている。入院患者の併診依頼に対して

は電子カルテで予約をとる場合もあるが、電話で依頼があればその場で診療に向かうこともある。外来も予約待ちの時間を極力短くすることを基本にしている。

外来がん患者の診療は個人精神療法および薬物療法が主体である。診療の結果は依頼のあった医師に文章で回答しているが、必要と思われる場合には電話で連絡を取るようになっている。最近、がん患者同士で話し合いたいという患者の希望に応じ集団精神療法(「グループ外来」と名づけている)を始めた。開設後一年経過したが毎回5名前後の患者が集まり、その時々を生じた問題点などについて話し合っている。患者同士であればわかり合えるという利点があるようである。

集団精神療法の際、付き添いのために来院した家族は外来で待つことになるが、家族も精神的な負担があることを考え、この時間を利用して付き添いの家族に対しても精神科医1名がついて、家族と話し合う場を設けた。

遺族の診療も個人精神療法が中心であるが、うつ病を合併している患者も多く、必要な場合には薬物療法も行っている。診療を続けるうちに、遺族同士で話し合いたいという希望が出てきたので集団精神療法「遺族グループ外来」を始めた。まだ、数回しか行っていないが、遺族同士でわかり合えるという利点があるようだ。

入院患者に対しては精神科医2名、心理士1名が病棟併診という形で対応する体制を敷いている。診療は個人精神療法が中心で、必要な場合は薬物療法を行う。せん妄患者には薬物療法が中心となる。診療は患者の症状に応じて連日行う場合から、週1回程度までさまざまである。

入院中の小児に対しては集団精神療法「キッズの会」を始めた。

複数の医師、心理士で多くの入院・外来患者および家族・遺族を対応しているため、週に1回は新患カンファレンスを開いて患者情報を共有するようにしている。臨床的に判断が難しいと思われるケースもここで検討している。

#### IV. 実施している検査など

精神腫瘍外来では問診を主体とした精神医学的な診察が主であり、身体科の主治医が定期的な採血・検査を行っていることが多いので、自ら検査を行うことは多くない。せん妄患者に対しては意識障害の原因を検索する必要から、血液・生化学、画像診断などの検査を依頼することもある。

脳腫瘍患者に対しては手術前の認知機能測定を含めた心理検査を行っている。

#### V. 治療

##### 1. 患者への対応

治療は精神療法と薬物療法が主体である。

初診時はこれまでのがん治療歴、生活歴、家族歴などをききながら精神症状の評価を行い、臨床診断を確定し、治療方針を決定する。患者はがんという生命の危機に直面する疾患に罹患していることから、その点について十分配慮し精神療法を行う。薬物療法では、代謝が遅延していること、体力の低下していることから副作用が出やすい状況にあるため、十分に注意しながら処方を行っている。痛みの強い患者が外来を受診することもあるが、痛みのために不安・抑うつが出現していると思われる場合にはオピオイドを処方することもある。

精神症状のため、外来での対応ができないケースが稀にあるが、そのような場合は精神科病棟での入院対応をお願いしている。ただ、その場合もがん医療が継続して行えるような手配を取るようになっている。

##### 2. 家族への対応

初診時は、患者と同様の診察を行うが、患者の様子について家族から意見を聞くことが患者診療との違いである。

治療としては、看病の苦悩の訴えを聞くことが中心であるが、治療の経過中に患者に生じる身体症状、精神症状、特にせん妄に対する不安が大きき場合もあり、今後出現が予想される精神症状、

身体症状についての説明も行う<sup>17)</sup>。

オピオイドをはじめとした薬剤に対する誤解もあるため、その修正を行うこともある。

##### 3. 遺族への対応

家族として診察を受けていて遺族に移行した場合と、遺族として初診する場合がある。家族から移行した場合は、亡くなった患者のこと、看病している間の家族の様子がわかるが、遺族として初診した場合には、亡くなった患者の病気の経過とその間の看病の様子がわからないので、初診時にこれらを何うことで補っている。

死別後ではうつ病の有病率が高い<sup>18)</sup>ことからうつ病に罹患していないか医学的なチェックも行っている。うつ病がある場合には治療をまず優先する。

うつ病などの精神疾患がない場合には、遺族から死別体験をはじめとして詳しく話を聞くのであるが、死別の辛さのほかに対人トラブルなどが多くみられるので注意が必要である<sup>18)</sup>。

#### VI. 専門外来の利点と課題

精神腫瘍外来は上記に挙げたように、がん患者、家族、遺族に対して様々な医療を提供している。

がん患者の不安・抑うつ・せん妄などに対して専門的な医療を迅速に提供できるという点が精神腫瘍外来の利点の一つである。治療法も薬物療法、個人・集団精神療法など診療の幅を広げてきた。家族・遺族に対しても個人・集団精神療法および薬物療法を提供し、うつ病などの精神疾患の早期発見・治療を行うところまで来た。

次に、精神腫瘍外来が抱える問題点について述べてみたい。

がん患者の精神症状に関しては精神症状による治療の中止、延期がないようになるべく自分たちの病院で治療を行っているが、がん専門病院であることから精神科のベッドがなく、一般病棟での対応が困難な精神運動興奮、希死念慮の強い患者に対応することは難しい。しかし、私たちの病院のすぐ近くに埼玉医科大学の本院があり、そこは



精神科病棟を有しており、がん患者への対応も可能なためお願いすることになっている。危機的な状況にあっても受け入れてくれる病院があることは心強い。

以前は、治療は個人精神療法が主体であり、様々な患者のニーズに応えることは難しい状況であった。このような状況を少しでも減らすべく、集団精神療法を始めている。がん患者に対して行っている集団精神療法は、がんの種類を特定せずがん患者であれば誰でも参加が可能という形をとっている。今後、有効性、限界点などについての検証を行わなければならないだろう。

精神腫瘍科という診療科は、一般の方にはなじみのない言葉でもあるため、今後は当科の診療内容を伝える工夫を行い、受診率を上げる方策を検討する必要がある。

#### おわりに

精神腫瘍外来について概説した。精神腫瘍科といっても特別なことではなく、基本は精神医療である。今後、多くの病院での取り組みが待たれる。

#### 謝 辞

いつも私たちの仕事を支えてくれる埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科岩岡幸江秘書に感謝申し上げます。

#### 文 献

- 1) Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y. et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorders in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J. Clin. Oncol.*, 22; 1957-1965, 2004.
- 2) 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.
- 3) Block, S.D.: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann. Intern. Med.*, 132; 209-218, 2000.
- 4) Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A. et al.: Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J. Clin. Oncol.*, 25; 4829-4834, 2007.
- 5) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249; 751-757, 1983.
- 6) Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. et al.: Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*, 33; 378-383, 2004.
- 7) Holmes, T.H. and Rahe, R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.*, 11; 213-218, 1967.
- 8) Kaprio, J., Koskenvuo, M. and Rita, H.: Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am. J. Public Health*, 77; 283-287, 1987.
- 9) Kaye, J.M. and Gracely, E.J.: Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J. Cancer Educ.*, 8; 47-52, 1993.
- 10) Lederberg, M.S.: The family of the cancer patient. In: (ed.), Holland, J.C. *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York, p.981-993, 1998.
- 11) Li, G.: The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc. Sci. Med.*, 40; 825-828, 1995.
- 12) Lichtenstein, P., Gats, M. and Berg, S.: A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol. Med.*, 28; 635-643, 1998.
- 13) Manor, O. and Eisenbach, Z.: Mortality against spousal loss: are there socio-demographic differences? *Psychol. Med.*, 56; 405-413, 2003.
- 14) Mellström, D., Nilsson, A., Odén, A. et al.: Mortality among the widowed in Sweden. *Scand. J. Soc. Med.*, 10; 33-41, 1982.
- 15) Minagawa, H., Uchitomi, Y., Yamawaki, S. et al.: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer*, 76; 1131-1137, 1996.
- 16) 大西秀樹, 境玲子, 山田和夫ほか: 終末期がん患者を介護する家族に見られた適応障害とその精神医学的アプローチ. *ターミナルケア*, 10; 66-70, 2000.
- 17) 大西秀樹, 石川孝, 小野瀬雅也ほか: 終末期がん患者を介護する乳がん術後配偶者—心理的負担と精神医学的アプローチについて—. *ターミナルケア*, 11; 393-396, 2001.
- 18) 大西秀樹: 遺族外来—がん患者の家族を支える新たな試み. *看護実践の科学*, 28; 56-59, 2003.
- 19) 大西秀樹, 奥野滋子: 遺族外来, 緩和ケア, 15; 296-300, 2005.
- 20) 大西秀樹: がん患者の心を救う. 河出書房新社, 東

- 京, 2008.
- 21) Parkes, C.M., Benjamin, B. and Fitzgerald, R.G.: Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br. Med. J.*, 1: 740-743, 1969.
- 22) Prigerson, H., Silverman, G.K., Jacobs, S. et al.: Traumatic grief, disability and the underutilization of health services: a preliminary look. *Prim. Psychiatry*, 8: 61-69, 2001.
- 23) Thompson, L.W., Breckenridge, J.N., Gallagher, D. et al.: Effects of bereavement on self-perception of physical health in elderly widows and widowers. *J. Gerontol.* 39: 309-314, 1984.
- 24) Zisook, S. and Shuchter, S.R.: Depression through the first year after the death of a spouse. *Am. J. Psychiatry*, 148: 1346-1352, 1991.

---

●特集論文公募のお知らせ●

---

「精神科治療学」では特集への論文を公募しています。ご投稿をお待ちしております。

第24巻1号(2008年1月発行)

改めてうつ病中核群を問う

締切: 2008年10月末日必着

第24巻2号(2008年2月発行)

夜、寝ている時に起こる異常行動

締切: 2008年10月末日必着

- ・特集への応募論文は、投稿規定の枠内で公募いたします(体裁は投稿規定をご参照下さい)。
  - ・ご投稿の論文は編集委員会にて審査の上、結果をご通知いたします。お問い合わせは下記まで。
- 〒168-0074 東京都杉並区上高井戸1-2-5 ☎03-3329-0033 新星和書店「精神科治療学」編集部

## 特集 サイコオンコロジー

## サイコオンコロジーの臨床\*

● 大西秀樹\*\* / 西田知未\*\* / 和田芽衣\*\* / 和田 信\*\*

**Key Words:** psycho-oncology, cancer, depression, adjustment disorder

## はじめに

サイコオンコロジーはがんの告知が一般的となった1980年代から発展してきた新しい分野である。がんという病気に罹患することが、患者、家族の心を与える影響、心や行動が、がんを与える影響およびその対応について検討している。

がん対策基本法の制定に伴い、がん医療において心のケアを行うことが医療者の義務とされ、心のケア、サイコオンコロジーに対する関心が高まっている。本稿では、サイコオンコロジーの臨床についてその現状と課題を述べる。

がん患者・家族・遺族における  
精神医学的な問題

## 1. がん患者における精神医学的問題

## a. がん患者が受ける心理的ストレス

前述したが、がん死亡はわが国の死因の第1位である。したがって、がん罹患するということは「死」を連想せざるを得ない。再発時の苦悩は初発時よりも大きいといわれている<sup>1)</sup>。このほかにもストレスの原因は多い。手術、放射線、化学療法の際に生じる痛み、吐き気、嘔吐、疼痛などはすべて患者の不安・抑うつの原因とも

なる。上記に加え、治療により生じた機能障害、脱毛、乳房喪失などの外見的問題も苦悩の原因となる。

がん治療による社会的な影響も問題である。長期の療養による社会内、家庭内での役割喪失、他人に依存することによる自尊心の低下など多くの問題が苦悩の原因となる。

経済的な問題も無視できない。入院、手術、化学療法、放射線治療にはかなりの費用がかかり、家計を圧迫するが、これも患者の苦悩の原因となる。

また、「なぜ、自分が?」、「自分の人生は何だったのか?」という実存的な苦悩も生じてくる。

これからわかるように、がん罹患するということは、がんという病気そのものの苦悩のみならず、心理・社会・経済・実存的な分野の問題にまで発展する。

## b. がん患者の精神医学的有病率と治療効果

上記にあげたように、がん患者はさまざまな精神的負荷を受けていることがわかる。治療中がん患者を対象とした精神腫瘍学的有病率調査では47%の患者が精神医学的な診断基準を満たし、そのうち、68%が適応障害で、13%がうつ病、8%がせん妄であった<sup>2)</sup>。再発時には初回診断時よりも精神的に混乱し、QOLも再発前より低下するといわれている<sup>1)</sup>。その後の研究でも、がん種を問わず適応障害とうつ病が多く、お

\* Clinical aspects of psycho-oncology.

\*\* Hideki ONISHI, M.D., Ph.D., Tomomi NISHIDA, M.D., Mei WADA, C.P. &amp; Makoto WADA, M.D.: 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科(〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1); Department of Psycho-Oncology, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama 350-1298, Japan.

むね20~40%が不安・抑うつを中心とした精神症状を呈するといわれている<sup>3)</sup>。終末期がん患者を対象とした調査<sup>4)5)</sup>ではせん妄がもっとも多く認められている。

上記のように、がん患者は不安・抑うつを中心とした精神症状を呈することが多いが、患者の呈する精神症状は、①疾患そのものの苦痛、②QOLの低下、③家族の精神的苦痛、④適切な意思決定の障害、⑤自殺などと関連している<sup>6)</sup>が、これら精神症状は精神療法と薬物療法の組み合わせにより改善することも判明している<sup>6)</sup>。したがって、がん患者に対する精神腫瘍学的な医療は、患者の苦痛を軽減し、QOLを高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要であるといえる。

## 2. がん患者家族における精神医学的問題

がん患者を抱える家族は、病気とその予後について知る負担、社会的・経済的負担など、種々の負担を有する。最近の調査では、がん患者家族の4割弱にうつ病が認められ、がん患者における割合を上回っていたという報告もある<sup>7)</sup>。終末期では患者の治癒が見込めない、積極的な治療がないと説明されていることも多く、患者と同様に見捨てられ感を有して悩んでいることも多い<sup>8)</sup>。家族のストレスは患者と同程度、あるいはそれ以上との報告もあり<sup>9)</sup>、患者家族は「第二の患者」であり治療とケアの対象であるといわれている<sup>10)</sup>。しかしながら、本邦のがんセンター併診患者の調査によると、家族の受診は全体の約3%程度と報告されている<sup>5)</sup>。がん患者家族における精神医学的有病率の高さを考えると、家族に対しては十分な精神腫瘍学的な医療が行き届いていない可能性がある。

## 3. 遺族における精神医学的問題

患者の死は医学的な治療の終了を意味する。しかし、遺族にとり患者の死は、家族の一員をなくした精神的なショック、経済的な問題、亡くなった患者の親族との付き合い等、さまざまな苦悩・問題を抱えながら生きてゆくことの始まりでもある。遺族の悲しみ、苦しみは患者が亡くなった時点から始まるといっても過言ではない。Holmesら<sup>11)</sup>は人生のさまざまな場面での

ストレス度を調査し、配偶者の死が最大であることを報告している。このように、死別という現象は人生における大きなストレスであり、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼす。

身体面での影響であるが、配偶者を亡くした54歳以上の男性では、配偶者のいる場合に比較して死別後6カ月以内の死亡率が約40%上昇し、死因の4分の3は心疾患という報告<sup>12)</sup>、女性も死別後3カ月は死亡率が高くなるという報告がある<sup>13)</sup>。これらの報告後も、主に配偶者との死別を中心として研究が行われているが、死別早期には遺族の死亡率は上昇することが指摘されている<sup>14)15)</sup>。身体疾患の罹患に関しては、新たな身体疾患に罹患、およびすでに罹患している病気の悪化が指摘されている。しかしながら、死別経験者では医師への受診機会は増えず<sup>16)</sup>、また、悲嘆の強い人では血圧上昇、日常生活への障害などが認められるにもかかわらず、医療機関を利用する機会は減少している<sup>17)</sup>。

精神面での影響であるが、死別後のうつ病有病率調査では1カ月24%、7カ月23%、13カ月16%となること<sup>18)</sup>、また、死別後1年以内の自殺リスクも上昇することが知られている<sup>19)~21)</sup>。

上記を考慮すると、遺族に対して心身両面からの配慮が必要であるといえる。

## 臨床現場での対応

### 1. 患者への対応

初診時はこれまでのがん治療歴、生活歴、家族歴などを聞きながら精神症状の評価を行い、臨床診断を確定し、治療方針を決定する。

患者はがんという生命の危機に直面する疾患に罹患していることから、支持的な対応が大切である。

薬物療法では、手術、放射線などの既往、代謝の遅延、体力低下などから副作用が出やすいため注意が必要である。また、多種類の薬剤が投与されていることもあり、薬剤相互作用に注意が必要である。痛みのため二次的に不安・抑うつが出現していると思われる患者にはオピオイド処方も必要である。

ときに、精神症状のため、外来および一般病棟での対応ができないケースがある。そのよう