

な場合は精神科病棟での入院対応をとらざるを得ないが、その場合もがん医療が継続して行われるような配慮が必要である。

次に、がん医療の現場で多い適応障害、うつ病、せん妄の治療について述べる。

#### a. 適応障害

適応障害は強い心理的ストレスを受けた際に、予想されるよりも強い不安・抑うつを呈し、日常生活および職業上で著しい支障を生じるものである。

がんの診断時、再発の告知時など治療の節目で多く認められる<sup>1)</sup>。治療は支持的療法および薬物療法が主体である。患者の話に耳を傾け、理解し、協力するという姿勢で対応することが必要とされる。不安・不眠が顕著な場合は薬物療法を併用することもある。

#### b. うつ病

うつ病治療は精神療法と薬物療法が中心であるが、がん患者では手術、放射線などを受けていること、代謝の遅延、体力低下などから副作用が出やすいため、薬物の選択にあたっては副作用のプロフィールに注意することが大切である<sup>2)</sup>。

うつ病治療の臨床的な問題点としてはunderdiagnosisの問題がある。主治医によるがん患者の抑うつは重症化するほど見逃されやすい<sup>3)</sup>との研究もある。これらの状況を改善するため、Akizukiら<sup>4)</sup>は辛さの寒暖計を用いた簡便なスクリーニングのツールを作成し、その有用性を報告している。

#### c. せん妄

せん妄はさまざまな原因により脳の機能が低下した状態(acute brain failure)で、がん入院患者で約25%<sup>5)26)</sup>、終末期がん患者ではさらに多くの患者にみられるといわれている<sup>3)4)</sup>。せん妄は見落とされる率の高い病態であり、その割合は、約3~6割といわれている<sup>5)26)</sup>ので注意が必要である。

せん妄発症の背景を考える場合には直接的な要因(直接因子)のほか、せん妄になりやすい人らかの要因(準備因子)がある。直接因子としては、①脳そのものに原因のある場合、②身体に原因がありその結果として生じている場合、

③薬剤により誘発される場合とに分類される。最近の研究ではせん妄を誘発する因子は複数個存在し、平均して2~6個あったとの報告もある<sup>27)</sup>。準備因子としては、年齢、認知障害(認知症を含む)、身体合併症、投薬を受けていることなどがあげられる。

治療としては、現疾患の治療、環境調整、薬物療法が主体となる<sup>28)</sup>。

#### 2. 家族への対応

家族への対応として、ここでは精神医学的な診療について述べる。

初診時は、患者と同様、精神症状の評価、診断、治療方針の決定を行う。

診療としては、看病の苦悩の訴えを聞くことが中心であるが、治療経過中に生じる身体症状、精神症状、およびオピオイドなどの薬物療法に対する不安が大きい場合もあり、今後出現が予想される精神症状、身体症状および薬物療法についての説明が家族の安心感につながるため大切である<sup>18)17)29)30)</sup>。

適応障害、うつ病を合併している場合は精神療法、薬物療法を行う。うつ病に罹患している場合、安静が必要な場合もあるが、患者の看病ができなくなるなど、後の後悔の原因になる場合があり、柔軟な対応が必要である。

社会面での問題に対しては、ソーシャルワーカーなどと相談できるような体制を整えることが望ましい。

#### 3. 遺族への対応

診療の基本的な部分は患者、家族と同様である。

家族として精神科診察を受けていて遺族に移行した場合、遺族として初診する場合がある。遺族として初診した場合は、亡くなった人の治療歴、生活歴、および看病の状況などを知ることが大切である。死別後はうつ病の有病率が高い<sup>18)24)</sup>ので、医学的な鑑別も必要である。うつ病がある場合には治療をまず優先する。

遺族の外来では、死別体験、死別後の生活上の変化などが語られることが多いが、死別の辛さのほか、対人トラブルなど社会面での問題が多いので、それらの対応も必要である<sup>8)31)</sup>。

## サイコオンコロジーの利点と課題

サイコオンコロジーの臨床では、上記にあげたように、がん患者、家族、遺族に対してさまざまな医療を提供可能である。

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のが大きな利点である。治療法も薬物療法、個人・集団精神療法などがある。家族・遺族に対しても同様な治療が可能である。

次に、問題点について述べたい。

もっとも大きな問題はサイコオンコロジーを専門とする医師数の問題である。わが国でサイコオンコロジーを専門に行っている医師は少なく、一般精神科医療と同時並行している精神科医が大半を占める。がん対策基本法が制定されたため、仕事量が増えたにもかかわらず、医師の増員がかなえられていない病院もあるのではないだろうか。

学会レベルで、若手セミナー、研修会、コミュニケーションスキルトレーニング講習会などを開催し、若手の育成、全体レベルの向上などに努めているが、専門とする医師が増えるにはもう少し時間がかかるかもしれない。

また、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、今後は診療内容を伝える工夫を行い、受診率を上げる方を検討する必要がある。

## おわりに

サイコオンコロジーの臨床について概説した。皆様のお役に立てば幸いです。

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

- Okano Y, Okamura H, Watanabe T, et al. Mental adjustment to first recurrence and correlated factors in patients with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 67 : 255-62.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249 : 751-7.
- 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* 2004; 22 : 1957-65.
- Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, et al. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. *Cancer* 1996; 76 : 1131-7.
- 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* 2006; 36 : 329-32.
- Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med* 2000; 132 : 209-18.
- Braun M, Mikulincer M, Rydall A, et al. Hidden morbidity in cancer : spouse caregivers. *J Clin Oncol* 2007; 25 : 4829-34.
- 大西秀樹, 奥野滋子. 遺族外来. *緩和ケア* 2005; 15 : 296-300.
- Kaye JM, Gracely EJ. Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J Cancer Educ* 1993; 8 : 47-52.
- Lederberg MS. The family of the cancer patient. In : Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York : Oxford University Press ; 1998. p. 981-93.
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11 : 213-8.
- Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG. Broken heart : a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1969; 1 : 740-3.
- Mellstrom D, Nilsson A, Oden A, et al. Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 1982; 10 : 33.
- Lichtenstein P, Gats M, Berg S. A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med* 1998; 28 : 635-43.
- Manor O, Eisenbach Z. Mortality against spousal loss : are there socio-demographic differences? *Psychol Med* 2003; 33 : 405-13.

- 16) Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher D, et al. Effects of bereavement on self-perception of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 1984 ; 39 : 309-14.
- 17) Prigerson H, Silverman GK, Jacobs S, et al. Traumatic grief, disability and the underutilization of health services : a preliminary look. *Prim Psychiatry* 2001 ; 8 : 61-9.
- 18) Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 1346-52.
- 19) 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* 2004 ; 33 : 378-83.
- 20) Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement : a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987 ; 77 : 283.
- 21) Li G. The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly : an historical cohort study. *Soc Sci Med* 1995 ; 40 : 825-8.
- 22) Okamura M, Akizuki N, Nakano T, et al. Clinical experience of the use of pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2008 ; 17 : 154-60.
- 23) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998 ; 16 : 1594-600.
- 24) 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* 2005 ; 29 : 91-9.
- 25) Steifel F, Holland J. Delirium in cancer patients. *Int Psychogeriatr* 1991 ; 3 : 333-6.
- 26) Inouye SK. The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients. *Am J Med* 1994 ; 97 : 278-88.
- 27) Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001 ; 22 : 997-1006.
- 28) Meagher DJ. Delirium : optimising management. *BMJ* 2001 ; 322 : 144-9.
- 29) 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* 2000 ; 10 : 66-70.
- 30) 大西秀樹, 石川 孝, 小野瀬雅也, ほか. 終末期胃がん患者を介護する乳がん術後配偶者—心理的な負荷と精神医学的なアプローチについて—. *ターミナルケア* 2001 ; 11 : 393-6.
- 31) 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* 2003 ; 28 : 56-9.

\* \* \*

# がん患者にみられるせん妄

## —その原因と臨床症状—

天西秀樹

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科・教授

### Keywords

せん妄 意識レベルの低下 抑うつ 原因

せん妄は日常臨床の現場で遭遇することの多い病態であり、がんの進行・終末期において頻度が高い<sup>1)2)</sup>。せん妄は合併症の増加、長期入院、死亡率の増加などと関連しており、適切な診断と治療が大切である。本稿では、せん妄の原因および臨床症状について解説する。

### せん妄とは

せん妄とは様々な原因により脳の機能が低下した状態、つまり、急性の脳機能不全状態 (acute brain failure) である。緩和ケア病棟入院患者で28~44%、死亡直前には68~88%の患者にみられる<sup>3)</sup>など、死が近づくにつれて、その割合は上昇する。

臨床的には、意識レベル、注意、集中力、知覚、記憶の低下、精神運動障害、情緒障害、睡眠・覚醒サイクルの障害を呈する。症状は急性の発症が多く、症状は消長する経過をたどる。

緩和医療の現場では不穏、混乱などとよばれることもあるが、これらの言葉は意識のレベルを正確に表しておらず、あいまいな名前なので、精神科領域では使用しない。

### せん妄の原因

入院患者に同じ量の睡眠薬を投与した際、ある患者ではせん妄状態となり、他の患者ではまったく問題がなかったということは、日常臨床の現場でよく経験することである。このことは、前者ではせん妄を起こしやすい状況にあり、睡眠薬で誘発されたと考えることができる。このように、せん妄はせん妄を起こしやすい準備状態があるところに、何らかの因子が加わって誘発することが多い。せん妄患者の調査では、せん妄を誘発する因子は複数個存在し、平均して2~6個あったとの報告もある。したがって、せん妄の原因を探索する場合、慎重に経過観察を行い、複数の因子がなければ検討する必要がある。

### 危険因子

危険因子としては、患者個人が有しているもの、薬剤、環境によるものがある (表1)。

個人の因子としては、高齢、せん妄の既往、薬物・アルコール依存の既往、認知障害、がん以外の重篤な合併症などがある。手術後のせん妄では長時間の手術、緊急手術であることなども危険因子となる。がん患者の場合、がん性髄膜炎、脳炎、

脳転移、代謝障害、呼吸障害などが関連している(表2)<sup>4),41)</sup>。

薬剤は、せん妄の原因全体の20~40%を占め、ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、インターフェロン、H<sub>2</sub>ブロッカー、免疫抑制剤、抗コリン作用を有する薬剤などが原因薬剤としてあげられることが多い。オピオイドはせん妄の原因として多いが、モルヒネの代謝産物であるM6Gが鎮静効果を有するためである。多剤投与もせん妄の原因となる。特に注意すべきは、抗コリン作用を有する薬剤であり、これらは特に高齢者において注意・集中力の障害を引き起こす。トリヘキシフェニジル、ピペリデンなどの抗コリン薬はもちろんであるが、テオフィリン、ジゴキシン、ワルファリンなど一般的に使用される薬剤にも抗コリン作用のあることを覚えておきたい。

環境因子としては、新しい環境(入院)、活動

性の低下、聴覚、視覚の低下などがある。

## せん妄の臨床症状と臨床類型

### 1. 臨床症状

せん妄の臨床症状(表3)は多彩であり、これがあれば、診断が確定するといった特有の症状はない。症状は中核症状と周辺症状に分けられるが、中核症状は、見当識、注意、集中など意識の障害である。これらの症状に加えて、思考障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、感情面での障害などの精神症状を伴う。

初期症状は不安、抑うつ、怒り、精神病症状と類似しているため、性格の変化ととらえられることもある。この症状は2~3日続き、せん妄症状へと移行する。

意識レベルの低下は失見当、注意・集中の困難が中心で、昏睡のような深い意識障害を呈することはない。意識レベルは変動性の経過をたどることが多い。意識レベルの低下は時間により変動するため、意識レベルをめぐってスタッフ間でも意見の相違がみられることもある。

明らかな失見当、つじつまの合わない言動などがあれば意識障害と診断するのは容易であるが、軽度の場合は鑑別困難な場合がある。せん妄評価スケールを用いて診断することもあるが、ごく軽度の意識障害の場合は、注意の集中(具体的には数字の逆唱で6桁が言えるかどうかなど)、一日

表1 せん妄の危険因子

個人の有するもの
高齢、認知障害、がん以外の重篤な合併症、せん妄の既往、薬物・アルコール依存の既往、がん性髄膜炎、脳炎、脳転移、代謝・呼吸障害
薬剤によるもの
ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、インターフェロン、H <sub>2</sub> ブロッカー、免疫抑制剤、抗コリン作用を有する薬剤、多剤投与
環境によるもの
新しい環境(入院)、活動性の低下、聴覚・視覚の低下

表2 がん患者におけるせん妄の主な原因

- 薬剤性：モルヒネ、睡眠薬、ステロイド、H<sub>2</sub>ブロッカー
- 代謝性：高カルシウム血症、低ナトリウム血症、脱水、低血糖、高血糖、肝不全、腎不全
- 脳障害：脳転移、がん性髄膜炎
- 呼吸器系：低酸素血症、CO<sub>2</sub>ナルコーシス
- 感染症、敗血症
- 発熱
- 播種性血管内凝固症候群(DIC)

表3 せん妄の臨床症状

中核症状	意識レベルの低下 見当識障害 注意力低下 集中力低下
周辺症状	思考障害 感情変化 睡眠リズムの障害
その他症状	症状の動揺性

の様子を見て気分、言動に変動があるか否かを見ながら総合的に判断を行う。

精神症状としては、妄想的になる場合、抑うつになる場合などがある。これら精神症状のため、抑うつと間違えられることがあり、抑うつとの併診理由で受診した患者の42%がせん妄であったとの報告もある<sup>1)</sup>。

せん妄と抑うつの鑑別はとても重要である。なぜなら、せん妄がうつ病と診断され、抗うつ薬の投与が行われると、抗うつ薬には抗コリン作用を有する薬剤が多いので、せん妄が悪化してしまうからである。

## 2. 臨床類型

臨床類型としては、精神症状の程度から、過活動型、低活動型に分類される(表4)<sup>1)</sup>。過活動型せん妄は幻覚、妄想、焦燥感、失見当が著明であり、臨床の現場では静脈ラインの切断、バルーンカテーテルの引き抜き、ベッド橋を乗り越えて転落するなど、いわゆる“問題行動”が多いので気づきやすい。これに対して、低活動型せん妄の場合、鎮静が主症状であり、いわゆる「大人しい患者さん」である。幻覚、妄想、焦燥感は顕著ではないため、見逃されることが多い。

せん妄症状は、患者にとってどのように感じられているのであろうか。せん妄から回復した患者への調査報告では、活動性の有無、症状にかかわらず、苦痛を感じていた患者の多いことが指摘されている<sup>2)</sup>。

せん妄は見落とされる率の高い病態であり、その割合は、約3～6割といわれている<sup>3)</sup>。せん妄といえば、失見当があり、徘徊、静脈ラインを切断するなどといった行動異常を伴うものと考えがちである。しかし、これはせん妄に対する誤ったイメージであり、この認識では低活動型のせん妄を見逃す原因となる。

せん妄の基本となるものは、意識レベルの低下である。精神症状の多寡はあくまでも副次的なものであることを認識しておきたい。

表4 症状による分類

過活動型

幻覚、妄想、焦燥感、失見当

低活動型

鎮静



せん妄の原因および臨床症状について概説した。皆様のお役に立てば幸いである。

## 参考文献

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, JAMA, 249: 751-757, 1983.
- 2) Minagawa H, Uchitomi Y, et al: Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients, Cancer, 76: 1131-1137, 1996.
- 3) Morita T, Tei Y, et al: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients, J Pain Symptom Manage, 22: 997-1006, 2001.
- 4) Onishi H, Kawanishi C, et al: Successful treatment of Wernicke encephalopathy in terminally ill cancer patients: report of 3 cases and review of the literature, Support Care Cancer, 12: 604-608, 2004.
- 5) Meagher DJ: Delirium: optimising management, BMJ, 322: 144-149, 2001.
- 6) American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with delirium, American Psychiatric Association, 1999.
- 7) Farrell KR, Ganzini L: Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients, Arch Intern Med, 155: 2459-2464, 1995.
- 8) Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states), JAMA, 258: 1789-1792, 1987.
- 9) Breitbart W, Gibson C, et al: The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses, Psychosomatics, 43: 183-94, 2002.
- 10) Inouye SK: The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalised elderly medical patients, Am J Med, 97: 278-288, 1994.

②がん患者の適応障害、  
うつ病、せん妄の病態埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科  
大西 秀樹 Hideki ONISHI

本稿では、がん患者に多く認められる適応障害、うつ病、せん妄の病態について解説する。

## 適応障害

## 1. 適応障害とは

適応障害は、「強い心理的ストレスを受けた際、予想されるよりも強い不安や抑うつ反応を呈し、日常生活上や職業上で著しい支障を生じるもの」と定義されている。がん患者の場合、診断、治療、再発、終末期など心理的な負荷が大きいため、適応障害を生じやすい。

## 2. 頻度

治療中患者の調査では、約3割が適応障害と診断される<sup>1</sup>。

## 3. 臨床症状

臨床的には、不安と抑うつを伴うものが多い。

## 4. 治療

精神療法と薬物療法が治療の基本である。

精神療法は支持的精神療法が中心。患者の話に耳を傾け（傾聴）、理解し（共感）、肯定、支持していく。薬物療法は抗不安薬を使用するが、精神療法との併用で効果が期待できる。

## 5. 症例から

54歳、女性

主訴：不安

家族歴・既往歴：特記事項なし

家庭環境：夫、高校生の長男、中学生の長女との4人暮らし

現病歴：

X-8年、乳がんにて左乳房切除術および腋窩リンパ節廓清術施行。術後、補助化学療法施行。

X-1年、鎖骨上リンパ節転移の診断。抗がん剤治療中に不安感を訴え、担当医が精神腫瘍科（以下、当科）の受診を勧めたところ、本人も希望し受診。

初診時所見：

再発が辛い、周囲に取り残された気がするなど、がんの再発・転移、死に関する不安、抑うつ、孤独感などが認められ、これら症状は再発後より生じているため適応障害と診断。支持的に接し、子供さんが未成年のため養育に関する不安も傾聴し、ともに問題解決の方向を探る

という方針で臨んだ。

経過：

当初は「残された時間が少ない」という焦りの感覚が強かったが、3ヵ月ほどで「まだ時間がある。できることはやろう」と、気持ちに変化が生じた。現在、不安を感じても日常生活への支障はない。

## うつ病

## 1. うつ病とは？

うつ病は、気分の落ち込み、興味や関心の低下を主症状とし、集中力低下、自責感等の精神症状、不眠、食欲不振、体重減少、全身倦怠感等の身体症状も呈する症候群である。治療方針の決定等に対し負の影響を及ぼすため、適切な診断、治療が必要。

## 2. 頻度

治療中患者は13%<sup>1</sup>、終末期患者では10~25%という報告がある<sup>2</sup>。

## 3. 危険因子

発症には、神経伝達物質の異常、家族的な要素、および社会心理学的な因子が関連しているが、がん患者では危機的な生命状況、全身状態悪化、疼痛、乏しい社会支援などの因子のほか、インターフェロン、ステロイドなどの薬剤も関連している。

## 4. 臨床症状

臨床的特徴として、気分が滅入って苦しく、趣味などに対する興味が喪失する。精神症状として、判断力低下、自殺念慮があり、身体症状として、不眠、食欲低下、全身倦怠感などがみられる。うつ病の症状ががんの症状と類似しているため、見落としが多い。

## 5. 診断

i) 抑うつ気分、ii) 興味・意欲低下のどちらか一方があり、iii) 睡眠障害、iv) 食欲低下、v) 制止、vi) 全身倦怠感、vii) 決断困難、viii) 自責感、ix) 希死念慮など全部で9項目のうち5項目が2週間以上続く場合、うつ病と診断する。

## 6. 治療

精神療法と薬物療法が基本。がん患者は体力、代謝の低下があるため、薬物療法では、せん妄、腸閉塞、転倒などに注意が必要。

## 7. 薬物療法

軽症ではアルプラゾラムを用い、中等症以上では抗うつ薬を使用する。選択的セロトニン再取り込み阻害薬、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬は副作用が少なく使用しやすい。経口不能の場合はクロミプラミンの点滴を行う。精神療法は支持的精神療法が中心で、傾聴、共感、肯定、支持が基本である。

## 8. 症例から

74歳、女性

主訴：めまい、ふらつき

家族歴・既往歴：特記事項なし

家庭環境：現在、夫、長女との3人暮らし

現病歴：

X年、息苦しさのためB病院受診。乳がん、がん性胸膜炎の診断。病状、治療方針、および予後の説明を受け、ホルモン療法開始。治療開始後よりめまい、ふらつき、痛みが出現。頭部MRI、耳鼻科では異常を認めず。ロキソプロフェン、硫酸モルヒネを服用しても症状改善せず、本人は治療中止を希望。3ヵ月後に治療中止。しかし、治療中止後も症状改善せず、精神腫瘍科初診。

初診時所見：

めまい、ふらつき、痛みが辛い。1ヵ月以上前から気分が減入り、意欲もない。眠れない、食欲はない、体が動かない状態、周囲に迷惑をかけるので死にたい。

主訴は身体症状であるが、問診により抑うつ気分、興味・意欲の低下、睡眠障害、食欲低下、精神運動抑制、自責感、希死念慮が2週間以上認められ、うつ病と診断。

本人、家族に対し、うつ病であること、抗うつ薬の服用と安静の必要性を説明、自殺をしないよう約束した。また、ホルモン療法の中止はうつ病が軽快してから決めるよう伝えた。薬物療法はミアンセリン20mgを投与。

治療経過：

ミアンセリン投与後1週間で夜間の睡眠が可能となり、30mgに増量。2週後、睡眠、めまい、ふらつきも改善、ミアンセリン40mgに増量。3週後には食欲が改善し、ホルモン療法再開の希望あり。4週後ホルモン療法再開。めまい、ふらつきは消失。これらはうつ病の症状と考えられた。

まとめ：

がん治療中にうつ病を発症。うつ病の身体症状が化学療法の副作用と混同され、治療が中断した。症状が消失しないため精神腫瘍科受診となり、うつ病の診断。治療により身体症状が消失し、ホルモン療法が再開できた。

## せん妄

## 1. せん妄とは？

せん妄の実態は、種々の原因により脳機能が低下した「急性脳機能不全」状態である。

## 2. 頻度

緩和ケア病棟入院患者の28～44%、死亡直前患者の68～88%にみられるとの報告がある<sup>1</sup>。

## 3. 危険因子

危険因子として、準備因子、誘発因子、直接因子に分類される。

準備因子には、高齢、せん妄・アルコール依存の既往、認知障害、合併症などがある。

誘発因子には、入院、活動性の低下、聴覚、視覚の低下などがある。

直接因子として最も多いのは薬剤で、ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、抗コリン作動薬に多い。高Ca血症、低Na血症などの電解質異常、感染、DICなどがある。

せん妄誘発の因子は、平均して2～6個ある<sup>2</sup>。

## 4. 臨床症状

中心症状は、見当識、注意、集中など意識の障害で、意識レベルの低下は、外界認知の障害、失見当が主。これらに加え、睡眠リズムの障害、感情面での障害などを伴う。急性、亜急性の発症が多く、症状の消長も特徴である。初期症状は不安、抑うつ、怒りなど性格の変化にみえることがある。

活動性の状況より、過活動型、低活動型に分類される。過活動型せん妄は幻覚、妄想、焦燥感、失見当が著明であり、低活動型は混乱、鎮静が主症状であり、幻覚、妄想、焦燥感は顕著でない。

臨床の現場で見落とされる率が高く、その割合は約3～6割に上る。

## 5. 検査

せん妄は種々の原因があるため、原因検索が必要。薬剤性の原因は約20～40%といわれている。薬剤の投与時期とせん妄発現の時間的経過について検討し、疑わしい薬物は減量または中止する。

## 6. 診断

意識レベルの低下に加え、種々の精神症状を呈する場合、せん妄と診断。

## 7. 治療

(1) 一般的事項<sup>4</sup>

せん妄の治療は、原因を検索、発見し、除去または軽減すること、および合併症の予防である。同時に、環境調整および必要に応じて薬物療法を行う。原因が不可逆



な場合は、苦痛の緩和が治療目標となる。

## (2) 保存的治療

保存的治療は、適切な刺激を与え、意識レベルを悪化させないことを目的とする。個室での治療が望ましい。見当識障害予防のため、見やすいカレンダー、時計、慣れ親しんだものを置き、不必要なものを置かない。視覚刺激のため、部屋を40~60Wの明るさに保つ。適当な音楽で聴覚刺激を行う。部屋の温度は低めに設定する。担当スタッフは最小限とし、明瞭で簡潔な言葉を用い、了解しやすいよう努める。

## (3) 薬物療法

抗精神病薬が、けいれん、抗不安薬離脱せん妄以外での第一選択薬である。ハロペリドール、リスペリドン、オランザピンなどが使用されるが、いずれも適応外使用である。

## 8. 症例から

60歳、女性

主訴：夜間の異常行動

現病歴：

X-4年、乳がん、骨転移の診断。化学療法、放射線療法が行われたが病状は徐々に進行し、入院。数日して、不眠、夜間徘徊、意味不明の言動が出現し、精神腫瘍科併診。

初診時所見：

ぼんやりしており、病院であること、日付がわからない。

上記の症状、経過からせん妄の診断。採血にて、血清Ca値が14mg/dLと高値のため、ビスフォスフォネート製剤を使用。不眠に対してハロペリドール0.75mg使用。1週後、血清Ca値は正常に戻り、せん妄状態から回復した。

## おわりに

がん患者に多くみられる適応障害、うつ病、せん妄の病態について解説した。皆様のお役に立てば幸いである。

## 参考文献

1. L.R. Derogatis, G.R. Morrow, J. Fetting *et al.* : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *JAMA*, **249**, 751-757 (1983).
2. H. Minagawa, Y. Uchitomi, S. Yamawaki *et al.* : Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients, *Cancer*, **76**, 1131-1137 (1996).
3. T. Morita, Y. Tei, J. Tsunoda *et al.* : Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients, *J. Pain. Symptom. Manage.*, **22**, 997-1006 (2001).
4. D.J. Meagher : Delirium : optimising management, *BMJ*, **322**, 144-149 (2001).

## がん患者に対する問題解決療法



平井 啓\* 塩崎麻里子†



がん患者はさまざまな心理社会的問題を抱えており、それらに対応できる介入方法の1つとして、認知行動療法の1つの技法である問題解決療法 (problem-solving therapy) があげられる。海外ではがん患者に対して応用されその有効性が検討されている。そこで本稿では、問題解決療法の理論的背景について解説し、海外でおこなわれたがん患者に対する問題解決療法を用いた3つの臨床研究を紹介した。その結果、がん患者に対する問題解決療法の適用は、その有効性と実施可能性の高さ、構造化されたプログラムであるためトレーニングにより専門家以外の医療従事者によっても実施できる可能性から、わが国のがん患者のQOL向上のためにも有用なプログラムとなることが期待される。

### はじめに

がん患者の精神症状については、無作為に抽出されたがん患者のうち32%が適応障害、6%がうつ病であったと報告されている<sup>1)</sup>。一方で、「がんの社会学」に関する合同研究班の研究<sup>2)</sup>によると、がん患者の悩みや負担のうち最も多かった大分類項目は、「不安などの心の問題 (48.6%)」であった。また、中分類の「不安」の小分類として「再発・転移の不安」、つづいて「将来に対する漠然とした不安」があげられている。このようにがん

患者の不安や抑うつは対応すべき重要な課題であるといえる。さらに、「不安などの心の問題」以外では、「症状・副作用・後遺症の問題 (15.1%)」「家族・周囲の人との関係 (11.3%)」「就労・経済的負担 (7.9%)」「診断・治療 (6.7%)」といった具体的な問題があげられていた。よって、がん患者にとって精神症状などの気持ちの問題と同時に現実的な問題が重なり合っているのしかかっているといえる。つまり現実の問題に対する認知と心理的反応が複雑に絡み合った心理的過程を経験するのではないかと考えられる。たとえば、「病気が再発するのではないかと心配である」「病気のことが心配なので好きだった旅行に行けない」「話のできる友達が少なくなった」「家から出たくなかった」「毎日が憂うつな気分である」のような思考と行動の連鎖が存在しているかもしれない。一方で、このような心理的問題を抱えたがん患

### KEY WORDS

問題解決療法  
認知行動療法  
不安  
抑うつ

\* HIRAI Kei/大阪大学コミュニケーションデザイン・センター、† SHIOZAKI Mariko/日本学術振興会

者に対して、さまざまな種類の心理療法・心理学の介入方法が用いられ、またその効果について検討され、QOL (quality of life) の向上については一定した結果が得られるようになってきた。しかし、現在のわが国のサイコオンコロジーの現状では、時間的・人的制約、前述した患者のもつ現実的問題を取り扱う必要性、薬物療法に対する抵抗などがある。よって、短時間で実施可能、患者の現実的問題を取り扱え、比較的簡単なトレーニングで介入の実施者を養成でき、有効である、構造化された介入方法の開発が期待されている。そのような条件を満たす可能性のある介入法として、認知行動療法の1つの技法であるとされる問題解決療法 (problem-solving therapy) があげられる。海外ではがん患者に対して応用されその有効性が検討されている。

そこで本稿では、問題解決療法について解説し、海外でおこなわれた問題解決療法を用いた臨床研究を紹介し、わが国でのサイコオンコロジーの臨床における問題解決療法応用の可能性について検討する。

## 1. 問題解決療法とは

問題解決療法とは、数多くある心理療法のなかでも認知行動療法の1つに分類される介入方法・技法である。問題解決過程とよばれる心理プロセスにもとづいて、さまざまな治療的技法をパッケージしたものである。広くは問題解決技法 (problem-solving technique) とよばれる。より問題解決プロセスや問題解決スキルに焦点を当てたものを問題解決療法とよぶようである。

問題解決療法は、「お腹のすいた人に魚を与えるのではなく、魚の釣り方を教えるようなもの」と例えられる。つまり魚を与えるだけではその日しかしのげないが、釣り方を教えることにより、継続して魚を手に入れることができるようになるということである。同様に問題解決療法では、患者に問題に対する解決方法そのものを与えるので

はなく、解決方法を見つける方法を教えるものである。

現実の問題を解いていくプロセスをとくに社会的問題解決とよぶ。社会的問題解決とは、日常生活のなかでストレスを感じるさまざまな問題に対して、その問題を取り扱うのに有効な解決策の選択肢を抽出し、それらのなかから最も有効な手段を見つけ出すとよむプロセスと定義されている<sup>1</sup>。さらに、この社会的問題解決における問題とは、何らかの障害により、そうありたいと思う状態 (what I want) と現在の状態 (what is) が不一致であり、効果的な解決策 (コーピング) がとれない状態のことである。そして、効果的な解決策とは、ポジティブな結果 (ベネフィット) を最大にし、ネガティブな結果 (コスト) を最小にするように、問題に対処する (目標を達成する) ための取り組み (コーピング) のことである。

D'ZurillaとGoldfried<sup>2</sup>は社会的問題解決のプロセスを、①問題をどのようにとらえるか、考えるのかについての問題志向性の段階 (problem orientation)、②問題を明らかにし、目標をどう設定するのかについての問題の明確化の段階 (problem definition and formulation)、③解決策をどのように考え出すのかという解決策の産出の段階 (generation of alternatives)、④どのように有効な解決策を選択するかについての意思決定の段階 (decision making)、⑤実行した解決策が成功したか否かをどのようにして評価するかについての解決策の実行と評価の段階 (solution implementation and verification) の5つの段階からなるモデルとして提示した (図1)<sup>3,4</sup>。

さらにNezuら<sup>5</sup>は、問題解決プロセスには、これら5つの段階のうち、第1段階の問題解決志向性 (problem orientation) と第2段階以降を合理的問題解決スキル (rationale problem-solving skill) と分けて、問題解決に対する態度とスキルの役割の違いについてとくに強調している。

まず、第1段階の問題志向性では、人がどのよ

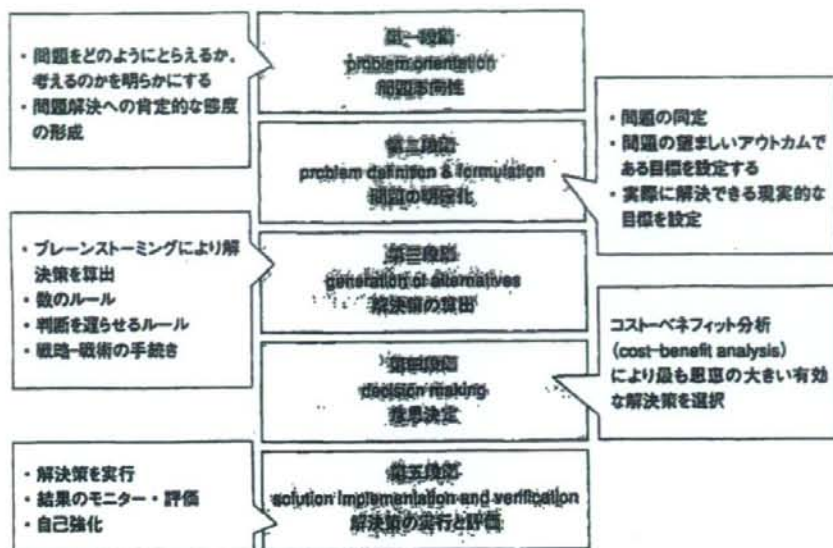


図1 問題解決療法の5つの段階

(文献3, 4より改変引用)

うに問題を理解し、考え、反応しているかが注目される。がん患者の場合、「がんは死の原因となる」という認知的な構えをもっているために、がんに罹患したことに対して、恐怖や不安、圧倒された感情をもつ。このような構えのことを問題志向性とよぶ。ここではポジティブな態度をもつことが問題解決にとって重要であるとされる。

一方で問題解決スキルに関する第二段階では、その人にとっての問題を同定し、その問題の望ましいアウトカムである目標を設定することになる。その際には実際に解決できる現実的な目標を設定することが重要となる。

第三段階である解決策の算出では、3つのルールに従って、できるだけ多くの目標を達成するための解決策を考えることになる。3つのルールとは、解決策の善し悪しを考えずにとにかく複数の解決策を考える「数のルール (quantity principle)」、解決策の実際の効果に関する判断を後回しにする「判断を遅らせるルール

(deferment-of-judgment principle)」、一般的に戦略を立てるのと同時に具体的な戦術についても考える「戦略-戦術の手続き (strategies and tactics procedure)」である。

第四段階の意思決定の段階では第三段階で考えられた解決策について、コスト-ベネフィット分析 (cost-benefit analysis) により最も恩恵の大きい有効な解決策を選択する。

最後の第五段階では計画された解決策を実行し、結果をモニターし、それが満足いくものであったかどうかを評価する。もしうまく解決されたならば自己強化 (self-reinforcement) をおこない、問題解決全体に対するコントロール感やセルフ・エフィカシーを高める。もし満足する結果が得られなかったら、問題解決プロセスのどこに不一致があったかを探さなければいけない。

一方で、英国のプライマリケアの領域で開発された Mynors-Wallis<sup>1)</sup> の問題解決療法プログラムでは、問題志向性の部分が強調されず問題解決

キルを中心にトレーニングするプログラムとなっている。とくにこのプログラムでは、現実的な目標設定をおこなうためのSMARTとよばれる方法が用意されている。このSMARTは、設定する目標が「specific:明確である、measurable:測定できる、achievable:達成可能である、relevant:関連している、timed:時間軸が考慮されている」というそれぞれの頭文字をとったものである。このそれぞれに従って目標設定がなされるようになっていく。

## 2. がん患者に対する問題解決療法

前述した社会的問題解決のプロセスは、ストレスコーピングモデル<sup>4</sup>中に位置づけられる。また、がん患者の適応のゴールは健康なコーピングである<sup>5</sup>。これらのことから、Nezuら<sup>6</sup>は、がんの罹患をネガティブなライフイベントとして、その後の適応の過程を問題解決によるコーピングの過程とし、最終的なアウトカムとしてQOLを設定したモデルを提示し(図2)、このモデルから問題解決療法をがん患者に対して応用することは妥当であるとしている。また、問題解決療法をがん患者に適用する際の長所としては、この技法が有効性と実施可能性(effective and feasible)をもった介入技法<sup>7</sup>であることがあげられる。介入の有効性は、後述するようないくつかの無作為化比較試験による治療効果の評価によって示されている。また、実施可能性については、介入によって恩恵を受ける患者にとってすぐに利用可能な心理療法が必要であり、問題解決療法は、比較的簡便で、患者に受け入れられやすく、トレーニングされたメンタルヘルスの専門家以外の医療従事者によっても提供されうるものであるとされている<sup>8</sup>。

## 3. がん患者に対する問題解決療法・問題解決技法による介入研究

これまでみてきたとおり、問題解決療法は、理論的にはがん患者の抱えるストレスを効果的に対

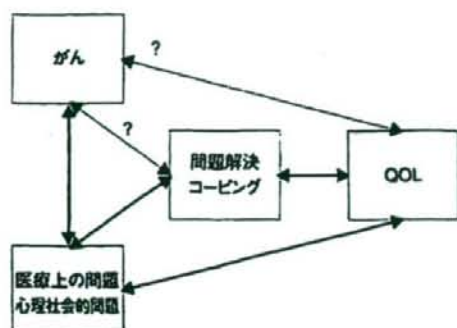


図2 ストレスコーピングの問題解決モデル:ネガティブなライフイベント、日常の問題、否定的感情状態、問題解決コーピングの相互関係 (Nezu AM et al, 1999<sup>6</sup>より改変引用)

処するためのスキルを獲得させ、QOLを高めるための心理療法として有効であると考えられる。がん以外では、大うつ病、気分障害、糖尿病、肥満、自傷などの心身の問題を抱える患者を対象に、介入研究がおこなわれ、その有効性が検討されてきた。うつに対する問題解決療法の有効性に関する13の無作為化比較試験の1,133名のデータを用いたメタアナリシスでは、問題解決療法がうつ症状の改善に有効な心理療法であり、その効果は抗うつ薬の投薬療法と同等であることが示されている<sup>9</sup>。また、さまざまな疾患を含めた広範な心身の問題に対する問題解決療法の有効性を検討した31の介入研究の2,895名のデータを用いたメタアナリシスにおいても、問題解決療法をおこなった群は、治療をしない群、通常の治療をおこなった群、注意コントロールをおこなったプラセボ群のいずれの群にくらべても有効であることが示されている<sup>10</sup>。またあわせて、問題志向性の訓練が介入内容に含まれていることや、宿題でスキルを定着させていること、Nezuらが研究者に含まれていることが、効果を高める介入形式であることも示されている。これらのメタアナリシスから、問題解決療法が心身の疾患を抱えた患者の抑うつや

症状を和らげ、QOLを向上させることに有効であることが実証的に確認されている。

がん患者においても、実際の医療場面での心理療法として問題解決療法が有効であるかどうかを検討するために、介入研究がおこなわれている。多くの研究では、抑うつ症状や、化学療法の副作用による症状の緩和や、QOLの向上に効果があったことが報告されているが、いまだその数は多くはなく、メタアナリシスによる有効性の検討は報告されていない。以下に、がん患者に対する問題解決療法の有効性を検討するための無作為化比較試験を3つ紹介する。

### 1) Nezu S<sup>10)</sup>の研究

この研究は、問題解決療法を開発・発展させた研究者であるNezuらによる無作為化比較試験であり、132名の成人がん患者を対象としている。対象者のうち、44名は待機統制群に割り付けられ、残りの介入群はさらに45名が患者のみ介入群、43名は患者と親しい他者の両者への介入群に割り付けられた。介入は、1.5時間の個人セッションを計10回おこなわれることになっており、介入内容は、抑うつ患者用に開発されていた問題解決療法の介入マニュアルを、成人がん患者用に改良したものを使用している。介入の目的は、患者の問題解決能力とQOLの向上、心理的 distressの緩和であった。これらの指標は、介入前、介入終了直後、6ヵ月後、12ヵ月後の4時点で測定されており、患者の主観的評価と親しい他者と医療者からの客観的評価の両側面から評価しているところが特徴である。介入直後には、統制群にくらべて介入群は、有意に問題解決能力が高く、QOLが高いという介入効果が認められた。しかしその6ヵ月後時点での長期的効果は、がん患者のみに介入をおこなった群よりも、親しい他者と一併に介入をおこなった群において有意に存在し、効果は12ヵ月後においても持続していた。この研究では、親しい他者にも介入をおこなうこ

とによって、患者が適切な問題解決ができるようモニタリングする効果と、ポジティブなフィードバックをおこなう効果、モチベーションを維持する効果があることを強調している。

### 2) Doorenbos S<sup>11)</sup>の研究

この研究は、化学療法加療中のがん患者237名を対象に、化学療法の副作用である症状の緩和を目的とした問題解決療法の有効性を検討している。118名の介入群は、個人セッション5回と電話でのフォロー5回の計10回の介入を18週間にわたって受けるのに対して、119名の対照群はその間、通常のケアを受ける。介入は、疼痛や倦怠感といった代表的な15種類の症状のうち、患者によってとくに症状の強いものに絞られ、効果的な対処方略（セルフケアマネジメント・サポート情報・医療者とのコミュニケーションなど）を示し、その対処方略を実施して、症状コントロールをおこなっていくというものである。介入効果の評価は、介入前・10週後・20週後・32週後に看護師によるインタビューによりおこなわれた。介入の結果、統制群にくらべて介入群は、効果的な症状コントロールができるようになり、症状による制限が緩和していた。また、とくに若い患者への介入効果が強いことが示された。この研究により、問題解決療法はがん患者の症状コントロールにも有効であり、心理の専門家ではない看護師が介入をおこなうことが可能であることが示された。

### 3) Sahler S<sup>12)</sup>の研究

この研究は、がん患者本人に対する問題解決療法ではなく、小児がん患児の母親を対象に問題解決療法の有効性を検討した無作為化比較試験である。対象は、小児がんを患う子どもをもつ母親430名であり、そのうち217名が介入群、213名が統制群に割り付けられた。介入は、1時間の個人セッションを週に1回、計8回おこなわれることになっており、その介入内容は maternal

problem-solving skills training (MPSST) のマニュアルにそっておこなわれている。介入の目的としては、問題解決能力の向上、否定的感情の改善であった。これらの指標の測定は、介入前、介入終了直後、3ヵ月後の3時点でおこなわれた。その結果、介入直後にはすべての指標において介入効果がみられた。また、否定的感情の改善は、介入3ヵ月後においてもその効果が持続されていた。さらに、否定的感情の改善に関しては、問題解決能力の向上による媒介効果よりも、介入による直接的な効果が大きいことが結論づけられている。

これらの代表的な3つの研究は、いずれもがん患者、あるいはがん患児の母親に対する問題解決療法の有効性を示している。がんは部位によって、診断からの治療経過、症状や予後などが異なるため、問題解決療法の導入時期やその形式などについての議論が必要であると考えられる。また、忙しい医療現場において問題解決療法を実施するためには、介入者の育成や、マニュアルの構造化など解決していかなければならない問題がある。しかしながら、多くの研究において、がん患者の気分状態やQOLの改善に短期間で介入効果が認められる構造化された問題解決療法は有効性があることが示されており、今後の更なる研究が期待されている。

### おわりに

このように、がん患者に対する問題解決療法の適用は、その有効性と実施可能性の高さ、高度に構造化されたプログラムであるためトレーニングにより精神医療の専門家以外の医療従事者によっても実施できる可能性から、わが国においてもがん患者のQOL向上のための有用なプログラムとなる可能性がある。今後、わが国のがん患者の心理的な特徴や医療制度にあったプログラム開発をおこない、その有効性を明らかにするための研究が推進されていくことが期待される。

### ■ 文 献 ■

- 1) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J *et al* : The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 : 751-757, 1983
- 2) 「がんの社会学」に関する合同研究班：がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書、[http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken\\_koe\\_jpn.pdf](http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken_koe_jpn.pdf), 2004
- 3) D'Zurilla TJ, Goldfried MR : Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 78 : 107-126, 1971
- 4) Nezu AM, Nezu CM, Friedman SH : Helping cancer patients cope : a problem-solving approach. Washington : American Psychological Association, 1999
- 5) Mynors-Wallis L : *Problem-solving treatment for anxiety and depression*. Oxford University Press, New York, 2000
- 6) Lazarus RS, Folkman S : *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York, 1984
- 7) Fawzy FI : A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Support Care Cancer* 3 : 235-238, 1995
- 8) Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L : Problem solving therapies for depression : a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 22 : 9-15, 2007
- 9) Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS : The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems : a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27 : 46-57, 2007
- 10) Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH *et al* : Project Genesis : assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol* 71 : 1036-1048, 2003
- 11) Doorenbos A, Given B, Given C *et al* : Reducing symptom limitations : a cognitive behavioral intervention randomized trial. *Psychooncology* 14 : 574-584, 2005
- 12) Sahler OJ, Fairclough DL, Phipps S *et al* : Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer : report of a multisite randomized trial. *J Consult Clin Psychol* 73 : 272-283, 2005

[特集：医療における心理学の果たす役割—心理的援助に向けた研究とその実践—]

がんの補完代替医療における心理学的研究の役割

平井 啓

ストレス科学

第22巻第4号：平成20年3月31日



[特集: 医療における心理学の果たす役割—心理的援助に向けた研究とその実践—]

## がんの補完代替医療における心理学的研究の役割

平井 啓<sup>1)</sup>

抄録: 本論では、がんの補完代替医療 (Complementary and Alternative Medicine; CAM) の利用における心理的背景を実証的に検討した研究を例にあげて、心理学的研究が医療において果たす役割について論じた。

我々の調査では、汎理論モデル (Transtheoretical Model; TTM) と計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior; TPB) を用いて、3つのがん専門医療施設の1,100人のがん患者を対象に質問紙調査を実施し、521人から有効な回答を得た。TTMの分類によると、17%の患者が前熟考期、43%の患者が熟考期、6%の患者が準備期、14%の患者が実行期、20%の患者が維持期であった。構造方程式モデル分析の結果から、CAM利用の準備性ステージに有意な影響を与えていたのは、恩恵、負担、家族の期待、医療者の規範、化学療法、診断からの期間、治療場所であった。このうち最も影響が強かったのは家族の期待であった。この研究の結論は、心理学的に潜在的なCAM利用者が存在し、CAMに対する恩恵 (Pros) と家族の期待といった心理学的変数がCAMの利用に強い影響を与えていることであった。

最後に、医療における心理学的研究の役割を論じた。心理学的研究の医療に対する貢献の1つの形としては心理学的介入方法の効果の根拠を創り出すことであり、もう1つの形としては、患者のQOLを向上させたり、患者の受療行動の心理学的背景を明らかにする研究を行い通常医療を補完することであると考えられた。

**Key words:** 補完代替医療, がん, 心理学的研究

### I. はじめに

医療における心理学の研究と臨床の展開は、主に精神科領域を中心とする精神疾患の治療の1つとして位置づけられる心理学的介入方法の開発や実践に関するものと、一般身体科での身体疾患の患者の罹患に伴うストレス反応と対処におけるメカニズムの研究と援助方法の開発に関するものに分けることができる。がん医療の領域における心理学的研究は、がんへの罹患という一大ストレスイベントに対する情動的反応とその後の対処の過程という位置づけで、そのプロセスを研究し、そこから得られた知見をもとにさまざまな援

助の方法が考えられてきた。このような学問はサイコオンコロジー (精神腫瘍学) と呼ばれ、世界的にさまざまな研究と心理療法を中心とする介入方法の開発が行われてきた。

一方でがん医療領域全体としては、より有効な抗がん剤治療法の開発などの患者の疾患の治療だけでなく、疼痛などさまざまな身体症状の緩和、更には心理状態の改善といった統合的なQuality of Life (QOL) の向上という観点からさまざまな取り組みがなされている。そこで重要となってくるのは、どのようにして最終結果であるQOLの向上を評価するかであり、統合的な指標を用いた実証研究が必要とされるのである。また患者の立場からもいかなる手段であっても自身の疾患に対して少しでも恩恵をもたらす治療法やサービ

1) 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター/  
人間科学研究科/医学系研究科

スを求めている。よって実証的に効果の示された通常医療だけでなく、通常医療には含まれていないが既に数多く行われている民間療法などのさまざまなサービスについても実証的な観点から検討されることが望まれている。現在ではそれらを補完代替医療という1つの分野として、研究においても多くの取り組みがなされるようになってきている。

筆者は、がんの補完代替医療に関する研究班で、健康食品を利用する患者の心理的背景を明らかにする研究を行う一方で、補完代替医療の研究室で補完代替医療におけるQOL評価に関する研究に従事してきた。本論ではそれらの研究の紹介を通じて医療における心理学的研究の役割について論ずる。

## Ⅱ. がん患者の補完代替医療

近年、がん患者の補完代替医療 (Complementary and Alternative Medicine; CAM) は非常に注目を集めている。National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) によると、補完代替医療は、通常の医療に含まれると考えられていない多様な医療のシステム、実践、製品のグループであり、補完医療は通常の医療と同時に提供され、代替医療は通常の医療を置き換える形で提供されるものである<sup>1)</sup>。つまり、近年、手術・抗がん剤治療・放射線療法などの通常のがん治療以外でがん患者が利用する治療法やサービスの総称がCAMと呼ばれている。このような医療は、いわゆる民間医療と呼ばれているもので、自己判断・自己責任で行う医療であり、健康保険によってカバーされない。NCCAMによると、大きく以下の5つのカテゴリーに分類される：1) 伝統医学系統、民間療法 (東洋伝統医学、アーユルベダ、ユ

ナニ医学など) などの代替医療体系；2) 瞑想、祈り、心理療法、芸術療法、音楽療法、ダンス療法などの精神・身体インターベンション；3) ハーブ、食品、ビタミン、ミネラル、生物活性分子などの生物学に基づく療法；4) 脊椎指圧療法、整骨療法、マッサージなどの整体や身体を基盤とした方法；5) 気功、レイキ、セラピューティックタッチ、電磁療法などのエネルギー療法である<sup>1)</sup>。

一方で、我が国のがん患者のCAMの実態についてはほとんど把握されていなかった。そこで、2001年に厚生労働省の研究班の研究課題の1つとして初めてがんのCAMが取り上げられることとなり、「我が国におけるがんの代替療法に関する研究」班 (主任研究者：兵頭一之介) が立ち上げられた。この班ではがん患者のCAMの実態を把握するため全国調査を実施した。

全国の複数施設の3,100人のがん患者を対象とした質問紙調査を実施した結果、約45%がなんらかのCAMを利用していることが明らかになった<sup>2)</sup>。このうち最も利用頻度が高かったのは健康食品・サプリメント (96.2%) で、実に9割以上の利用率であった。続いて、気功 (3.8%)、灸 (3.7%)、鍼 (3.6%) であったが、その割合は非常に小さかった。がん患者のCAM利用の特徴としては、60歳以下、女性、高学歴 (大卒以上)、化学療法を受けている、緩和ケア病棟に入院しているほうが、利用頻度が高くなる傾向があることが明らかにされた。また、がん患者がCAMを利用する理由としてあげられていたものは、がんの進行抑制を期待が67.1%、治ることを期待が44.5%、症状の軽減を期待が27.1%、現代の医学では不十分が20.7%、人からの勧めが6.7%であった。

このように我が国のがん患者におけるCAM利用の実態が明らかにされた。この調査の結果からいえる最も重要なことは、既に半数近くの患者がCAMを使っているにもかかわらず、医療者の側はその実態に追いついていなかったことである。がん患者の側が求めていることは、「病院での治療の他にがんにも少しでもいい治療や食品はないか?」、「今飲んでいる健康食品が本当にがんにも効くのか?」、「今飲んでいる健康食品は本当に安全なのか?」ということに関しての信頼できる情報である。しかし、CAMの多くが、効果や有効性を科学的に解明するための手続きである臨床試験を経ていない。例えば、「『がんにも効く驚異の〇〇〇〇』、胃がん末期、手術不能で、余命3か月と宣告。途方にくれていたところ友人より〇〇〇〇を勧められ服用。すると食欲回復、1年経った現在も元気で生きています。すべて〇〇〇〇のおかげ」というような体験談を載せた広告が新聞や書籍に数多く見受けられた<sup>3)</sup>。上記のような場合は、臨床試験などを経て国から認可を受けていないものが、ある疾患に対してその効果をうたうことは薬事法違反になるし、本当に胃がんの末期だったのか、「驚異の〇〇〇〇」以外の通常の治療を一切していなかったのかなど客観的な情報が不足しており、この商品に関する情報は信頼性がなく、偏りや偶然性を多く含んだ情報である可能性がある。そしてこのような情報だけを信頼して、ある特定の高額な商品を購入することは非常に危険である。科学的手法により明らかにするという事は、このような情報とは違い、多数の客観的な目に1つの事実をさらすことによってその妥当性を検証し、その情報の信頼性を高め、偏りや偶然性を排除する作業のことである。

我々研究者が論文を書き、査読を受け、より権威のある学術誌に論文を発表するのは、研究者が持っている情報がいかに信頼できるものであるかを証明するためである。これと同じように医療において、患者やそれを利用する医療者にとって情報の信頼性と妥当性を整理するための手順がEvidence-based Medicine (EBM) である<sup>4)</sup>。がん治療の専門医を対象とした調査では、CAMに対して「効果なし」と思っている医師が82%おり、その理由としては「信頼すべき情報がない」ということであった<sup>5)</sup>。このことから、CAMにおいてもEBMの手続きを用いた検証が求められており、医療者の側からもがん患者に対して信頼できるCAMに関する情報を提供していかなければいけないといえる。

そこで、2005年からは、兵頭班を引き継ぐ形で、厚生労働省研究班として「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班（主任研究者：住吉義光）が立ち上がった。この班ではCAMの中のいくつかの介入方法について実際の有効性を科学的に明らかにするための研究を行っている。

### Ⅲ. がん患者が補完代替医療を利用する背景にある心理的メカニズムに関する研究

CAMに関する情報がどのように患者やその家族に受け取られ、実際のCAMの利用に結びついているかについてはほとんど明らかにされていない。そこで兵頭班の最終年度から兵頭班に引き続き、班での実態調査の結果を受けて、がん患者がなぜCAMを利用するのか、そこに共通する心理学的メカニズムはないのか、ということを目的に調査研究を行った。以下にその研究について紹介する（以下文献5より引用）。

我々は、がん患者のCAM利用を1つの行動としてとらえ、その行動を起こさせる意思決定、その行動を維持させる要因を明らかにするために、汎理論モデル (Transtheoretical Model; TTM) と計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior; TPB) と呼ばれる2つの応用行動理論を用いた説明を試みた。TTMを用いて、CAMの利用を、「CAMの利用に関して全く関心がない」前熟考期の患者、「CAMの利用に関心はあるが、まだ利用していない」熟考期の患者、「CAMの利用について準備をしている」準備期の患者、「CAMを利用している」実行期の患者、「CAMの利用を継続している」維持期の患者の5つの準備性のステージに分類した。更にTPBのモデルを用いて、CAM利用の準備性ステージが、CAMの利用に対する恩恵 (Pros) と負担 (Cons)、家族や医療者からの影響、コントロール感などの要因から説明されるモデルを検証した。

日本の3つの地域のがん専門病院の外来または入院のがん患者で、ECOG PSが0～3点、自記式質問に回答可能で、認知機能障害のない患者を対象とした。2005年4～8月に上記の条件を満たす1,100人を対象として郵送による質問紙調査を行った。無記名での返送を依頼し、返送をもって研究への参加同意とする旨を説明した。表紙でCAMの定義について説明し、CAMの20の具体例を一覧で示した。質問項目は、(1) 患者背景についての質問項目、(2) TTMとTPBに基づくCAMに関する質問項目、(3) 心理尺度 [心理的適応について日本語版HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), セルフ・エフィカシーについてSEAC (Self-efficacy of Advanced Cancer Scale), 症状評価についてMDASI-J (日本語版MD Anderson Symptom

Inventory)] という3部構成で合計85項目であった。解析は、CAM利用の準備性のステージの予測因子については分散分析を用いた単変量解析を行った。多変量解析を行うために、TTMの準備性のステージの5段階を1～5と点数化し、最尤法を用いた構造方程式モデルによる検証を行った。

質問紙調査を実施した結果、1,100人の対象患者 (入院患者750人、外来患者350人) 中651人 (59%) から返送があり、統計学的解析の対象となり得たのは521人 (47%) であった。このうち、17%の患者が前熟考期、43%の患者が熟考期、6%の患者が準備期、14%の患者が実行期、20%の患者が維持期であった。CAM利用は、化学療法を受けている患者 ( $p<0.001$ )、現在受けている一般的な治療に対して不満な患者 ( $p<0.05$ )、外来患者 ( $p<0.001$ ) で有意に多かった。単変量解析では、5段階の有意な差に関連していた心理社会的因子は、TTM因子としてはPros, Cons, TPB因子としてはCAMに対する肯定的態度、家族の期待であった (いずれも  $p<0.001$ )。

単変量解析で有意な予測因子となった、あるいはTTMとTPBの重要な構成要素と考えられた14の変数について構造方程式モデルによる解析を行った。その結果、CAM利用に関する行動変容の段階に有意に関連する因子は、ProsとConsの意志決定バランス ( $\beta=0.21, p<0.001$ ;  $\beta=-0.17, p<0.001$ )、家族の期待 ( $\beta=0.37, p<0.001$ )、医療従事者の規範 ( $\beta=-0.12, p<0.01$ )、化学療法の使用 ( $\beta=0.09, p<0.01$ )、診断からの経過期間 ( $\beta=0.17, p<0.001$ )、治療の場所 ( $\beta=-0.10, p<0.01$ ) であった (Fig.1)。CAM利用の準備性ステージに影響を与える最大の要