

Fig.1 CAM利用ステージを説明する構造モデル

Fit index: Chi-square (39) = 71.8, $p = .001$; GFI = .98; AGFI = .96; CFI = 97; RMSEA = .04

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

因は、「家族の期待」であった。また、Prosの認識が高いとCAM利用の準備性ステージが高く、Consの認識が高いとCAM利用の準備性ステージが低くなる傾向があった。心理的苦痛の高さはCAMの利用に大きな影響を与えていなかった。一方で、身体症状は、HADSで測定した抑うつと不安による心理的苦痛には影響を与えていたが、CAM利用の準備性ステージには影響を与えていなかった。

この研究の結果から、「CAMについて興味はあるが、実際にはまだ利用していない」という潜在的CAM利用者であるがん患者が多数いることが明らかとなった。彼らは、何かのきっかけがあると「準備期」へ移行すると

考えられる。前回の全国調査の利用率45%に比べて今回の実行期と維持期を足したCAMの利用率は34%であり、10%低くなっていた。これは今回の対象者が緩和ケア病棟で療養している患者を含まなかったためであると考えられる。また、CAM利用の準備性ステージが高くなることに対して、「家族の期待」がポジティブな影響を、「医療者の規範」がネガティブな影響を与えていた。これは患者の家族は少しでも「効く」と聞いた情報をもとに患者にCAMの利用を勧める一方で、西洋医学中心の医師はCAMの利用に関して懐疑的であり、患者のCAMの利用に対してブレーキをかける役割をしているといえる。つまりがん患者のCAMの利用は、心理

的要因のうち、家族や医療者といった対人関係から形成された態度が主な影響要因になっているといえる。一方で、患者自身の心理的苦痛のような情緒的要因はあまり関係していないことが明らかになった。

以上のことから、CAMに関する情報提供の仕方により、患者、家族、医療者の持つ態度に影響が与えられ、その結果、CAM利用の準備性ステージが変化する可能性が考えられる。つまり、患者、家族、医療者に対するCAMに関する情報提供のあり方について検討し、体系を整備していく必要があるということである。すなわち、CAMに関する患者、家族、医療者間のコミュニケーションを良好なものにしていくことが重要である。現在、この研究結果を受けて、研究班では、患者と家族を対象とした「がんの補完代替医療ガイドブック」⁶⁾を作成し、Webページを通じて配布を行っている。更に、研究班では、前立腺がん患者を対象にある健康食品の抗がん効果についての臨床試験を実施している³⁾。

IV. 医療における心理学的研究の意義

これまでみてきたように、補完代替医療の世界で起こっていることは、実態として既に利用されている補完代替医療に科学的検証を行い、ある疾患に対して効果が検証されたものについては通常医療に取り込んでいこうというものである。その中であって、心理学的援助の方法の一部は、既に実証的に有効性が示されており、がん患者への心理学的援助は通常医療の一部と見なされるようになってきている。例えば、欧米の臨床心理学の領域においてうつ病に対する無作為比較試験を行った複数の研究についてMeta-analysisを行った結果が発表されている⁷⁾。その結果、単極

性うつ病に対する認知行動療法の効果量が大きいことなどが明らかにされている。このように心理学的研究に基づく知見が実際の治療法の1つとして通常医療に組み込まれる可能性が高いものもある。現在、綿密な基礎研究によって開発された特異的免疫療法の1つであるWT1を標的としたがんに対する免疫療法も⁸⁾、第II相臨床試験が終わっていないために、将来的には通常医療になる可能性は非常に高いけれども代替医療に分類されている。このように医療においては最終的な有効性について結果で示すことが重要である。つまり、実証的研究を行い介入の有効性を結果として示すことにより、NCCAMの分類では精神身体インターベンションの1つに位置づけられている心理療法のいくつかが通常医療に組み込まれるようになるということである。よって、今後更なる心理学的研究を行い、心理学的な介入方法についての更なる実証的な知見を得ていくことが重要となる。

一方で、通常医療をより効果的にするために補完するという位置づけの医療が、補完医療である。心理学的研究の貢献するところは、実はこのような補完的位置づけの部分ではないかと考えられる。例えば、通常医療を受けている患者のQOL向上のための心理学的援助法やカウンセリング法の開発やその有用性に関する臨床研究や患者の受療行動の心理的背景の解明も重要な課題である。本論で紹介したCAMの利用に関する調査研究のように、QOL向上を目指した治療システム構築すなわち医療政策に寄与するような実証的研究や基礎研究がこれにあたる。このような研究を行うことによって実際に効果のある治療法をより効率よく、患者の満足度を高めるような形で提供できるようになるのでは

ないかと考えられる。また、これが明らかになることによって患者への情報提供の仕方、コミュニケーションの方法を整理することが可能となるであろう。いずれにしても科学的態度を持った研究を推進していくことが、心理学的研究が医療の分野において果たす重要な役割になるのではないかと考えられる。

〔文 献〕

- 1) National Center for Complementary and Alternative Medicine: What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? July 28, 2007 <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
- 2) Hyodo, I., Amano, N., Eguchi, K., et al.: Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J. Clin. Oncol.* 23: 2645-2654, 2005
- 3) 住吉義光, 大野 智: 「がんに効く」民間療法のホント・ウソ—補完代替医療を検証する。中央法規出版, 東京, 2007
- 4) 厚生省医療技術評価推進検討会: 厚生省医療技術評価推進検討会報告書 (平成11年3月), 1999
- 5) Hirai, K., Komura, K., Tokoro, A., Kuromaru, T., Ohshima, A., Ito, T., et al.: Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Ann. Oncol.* Oct. 26 [Epub. ahead of print] 2007
- 6) 「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: がんの補完代替医療ガイドブック, 2006 <http://web.kanazawa-u.ac.jp/~med67/guide/index.html>
- 7) Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A.: The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26: 17-31, 2006
- 8) Oka, Y., Tsuboi, A., Kawakami, M., Elisseeva, O.A., Nakajima, H., Udaka, K., Kawase, I., Oji, Y. & Sugiyama, H.: Development of WT1 cancer vaccine against haematopoietic malignancies and solid cancers. *Curr. Med. Chem.* 13: 2345-2352, 2006

NAVIGATOR

Cancer Treatment Navigator

■編集

中川和彦

近畿大学医学部内科学講座腫瘍内科部門

■共同編集

勝俣範之

国立がんセンター中央病院内科

西尾和人

近畿大学医学部ゲノム生物学講座

畠 清彦

癌研究会有明病院化学療法科・血液腫瘍科

朴 成和

静岡県立静岡がんセンター消化器内科

consensus update
in
cancer treatment

メディカルレビュー社

緩和医療(終末期医療,在宅ケア)

森田達也

Palliative care

癌医療に携わる医療者にとって緩和ケアは主要な責務のひとつである。緩和ケアとは何か、終末期のQOLとは何か、専門緩和ケアサービスとは何か、についてまとめた。

緩和ケア(WHOによる定義)

緩和ケアは、ホスピスケアに代表される終末期ケアから生じたため、従来用いられていたモデルでは緩和ケアの開始は癌に対する治療がなくなった時であった。しかし近年、緩和ケアは「疾患の進行度」ではなく、「苦痛の程度」に応じて行われるべきであり、癌に対する治療とともに早期から緩和ケアを提供するべきであると強調されている。米国癌治療学会は1996年のmission statementにおいて、「診断から死亡まで癌治療に加えて、苦痛緩和と心理的支援を行うことは癌治療医の責務である」と明確化した。WHOは2002年に、「生命に危機を及ぼす疾患に理解した患者とその家族のQOLを向上させる手段であり、疼痛を含む身体的・心理社会的・霊的苦痛をなるべく早く対応することによって苦痛を予防し緩和する」と定義した¹⁾。すなわち、緩和ケアは、①疼痛を含むさまざまな苦痛を和らげる、②生命を肯定し、死を誰にも訪れる普遍的な過程の一部と考える、③死を早めたり、引き伸ばしたりしない、④身体症状の緩和だけではなく、心理社会的、霊的ケアを含む、⑤患者がなるべく活動的に生活できるような支援システムを構築する、⑥家族に対する悲嘆ケアなど患者・家族の多様なニーズに応じるためチームで診療する、⑦QOLを向上させることによって、疾患の経過そのものに良い効果をもたらす可能性がある、⑧化学療法や放射線治療などの疾患に対する治療とともに早期から用いる。

終末期のQuality of Lifeとは何か？

緩和ケアの目的であるQOLについては、主に医療者からの視点で論じられてきたが、近年、患者・家族の視点から問い直された。日本人にとっての「終末期の望ましい状態」は18の領域が含まれる²⁾。これらには、多くの患者が共通して希望するもの(「苦痛がない」「望んだ場所で過ごす」「家族との良い関係が保たれる」「医療者との良い関係」「自立している」「負担にならない」「明るさを失わず過ごす」「尊重される、尊厳が保たれる」「心のこりがいい」「静かに、眠るように死を迎える」と、重要視するかあまり重要でないか個人によって分かれるもの(「残された時間を知って準備ができる」「信仰や何かに守られている」「死に対する心の準備ができる」「できる限りの治療を受け、治療に納得できる」「死を意識しないで過ごせる」「役割を果たせる」「自然に近いかたちで死を迎える」「他人に弱った姿をみせない)がある。

したがって、緩和ケアの臨床においては、患者によって大切にすることを同定したうえで、①苦痛がないように、②望んだ場所で過ごせるように、③家族との良い関係が保たれるように、④医療者との良い関係をもてるように、⑤自立して生活できるように、⑥負担になっているというつらさを感じずにすむように、⑦明るさを失わず過ごせるように、⑧人として大切にされていると感じられるように、⑨心のこりがいいように、⑩静かに、眠るように死を迎えられるように、⑪残された時間を知って準備ができるように、⑫信仰や何かに守られていると感じられるように、⑬死に対する心の準備が

用語解説——緩和ケア

生命に危機を及ぼす疾患に理解した患者とその家族のQOLを向上させる手段であり、疼痛を含む身体的・心理社会的・霊的苦痛をなるべく早く対応することによって苦痛を予防し緩和すること。

用語解説——専門緩和ケアサービス

より複雑な患者・家族の緩和ケアニーズに対応する専門機能で、コンサルテーション機能、施設機能、モニタリング・サポート機能をもつ。

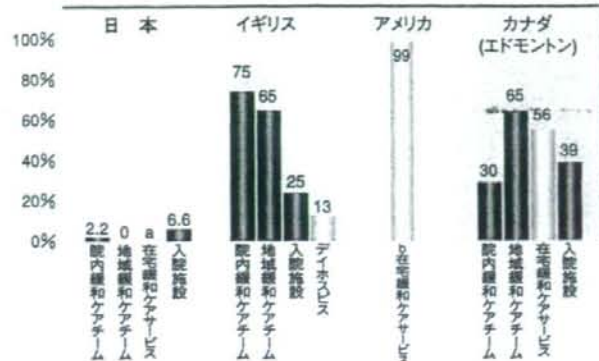


図 癌死亡患者における専門的緩和ケアサービス利用割合

算出方法：年間利用者数/年間癌死亡者数

院内緩和ケアチーム：病院内でコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

地域緩和ケアチーム：地域内でコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

在宅緩和ケアチーム：一定のトレーニングを受けた専門職種が、在宅療養患者に対し直接的に緩和ケアを提供するサービス

a：制度化されていないので算出できないが癌患者の在宅死亡率から考えて10%以下と推測される

b：ホスピスケアプログラムとして報告されているサービス数

できるように、⑭できる限りの治療を受け、治療に納得できるように、⑮死を意識しないで過ごせるように、⑯役割を果たし、生きていることに意味があると感じられるように、⑰自然に近いかたちで死を迎えられるように、⑱他人に弱った姿をみせないでいられるように、するためには、何をしたらいいのだろうか？と患者ごとに考えることが重要である。

一次緩和ケアと二次緩和ケア(専門緩和ケアサービス)

緩和ケアは、ほかの専門領域と同じように、多くの医師が身につけておくべき一次緩和ケアと、より複雑な事例を専門的に扱う二次緩和ケア(専門緩和ケアサービス)がある。専門緩和ケアサービスは、①コンサルテーション機能、②施設機能、および③モニタリング・サポート機能をもつ。

①コンサルテーション機能とは、入院・通院患者に対するコンサルテーション(院内緩和ケアチーム)や、在宅療養中の地域の患者に対するコンサルテーション(地域緩和ケアチーム)を指す。

②施設機能とは、一般病棟や在宅環境では緩和困難な症状緩和を入院して行う機能や、在宅支援のための施設機能(デイホスピスなど)、終末期ケアのための入院機能を指す。

③モニタリング・サポート機能とは、当該地域における緩和ケアの水準をモニタリングし、必要なリソースを整備する機能をいう。

専門緩和ケアサービスは、主治医チームのみでは対応が複雑な患者・家族のニーズにチームで対応する。専門緩和ケアサービスを受ける患者は、イギリスや米国などでは癌患者の半数以上であるが、わが国では10%以下である(図)。これは、わが国における専門緩和ケアサービスの数がイギリスの1/3~1/5といまだ不十分であることを示している³⁴⁾。しかし、2007年4月から施行されたがん対策基本法によって緩和ケアの充実が定められたため、今後緩和ケアの普及がもたらされると期待されている。わが国における専門緩和ケアサービスには以下のような(→緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅支援診療所などの)リソースがあり、日本緩和医療学会(<http://www.jspm.ne.jp/>)、日本ホスピス緩和ケア協会(<http://www.hpcj.org/>)が把握している。

References

- 1) World Health Organization: National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines 2nd edition. Geneva, WHO, 2002
- 2) Miyashita M et al: Ann Oncol, 18: 1090-1097, 2007
- 3) Morita T: Palliat Med 16: 185-193, 2002
- 4) Morita T: J Clin Oncol 23: 2588-2589, 2005

関連事項

- 癌患者の心理・
 コミュニケーション(SPIKES)▶▶ 270頁
 癌性疼痛と疼痛緩和▶▶ 272頁
 癌患者の精神症状▶▶ 274頁

がん治療ナビゲーター
Cancer Treatment Navigator 定価 本体4300円(税別)

2008年11月15日 第1版第1刷発行©

編集 なかがわかずひこ 中川和彦
共同編集 かつまたのりゆき 勝俣範之 / にしおかずと 西尾和人 / はたけ きよひこ 畠清彦 / なりかず 朴成和
発行者 松岡光明
発行所 株式会社メディカルレビュー社

〒113-0034 東京都文京区湯島3-19-11 イトーピア湯島ビル
電話/03-3835-3041#0 FAX/03-3835-3040

〒541-0045 大阪市中央区道修町1-5-18 朝日生命道修町ビル
電話/06-6223-1468#0 FAX/06-6223-1245
振替/大阪6-307302

印刷・製本/図書印刷株式会社
用紙/株式会社松菱洋紙店
乱丁・落丁の際はお取り替えます。

ISBN978-4-7792-0322-0 C3047